



بین‌المللی سازی نظام ارائه خدمات سلامت
در دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی ایران







IUMS

خلاصه

با توجه به اهمیت بهبود کمیت و کیفیت ارائه خدمات سلامت در شبکه های بهداشت و درمان کشور، ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران با اجرای چارچوب عمل مراقبتهای اولیه بهداشتی مصوب و پیشنهادی اجلاس سال ۲۰۲۰ سازمان جهانی بهداشت با حضور وزرای بهداشت جهان تشکیل شده بود موافقت و از معاونین بهداشت و امور بین الملل دانشگاه خواهان همکاری برای ایجاد فیلد آموزشی برای بازدید و آشنایی اساتید، دانشجویان و مدیران بخش سلامت داخلی و سایر کشورها گردید. خلاصه تهیه شده شامل است بر سنجش وضعیت موجود ارائه خدمات در واحدهای بهداشتی شبکه شهر قدس (خانه های بهداشت، پایگاههای سلامت و مراکز جامع سلامت مستقر در مناطق شهری و روستایی)، تجزیه و تحلیل اطلاعات و تعیین الیوتها برای بهبود کمیت و کیفیت خدمات، برنامه ریزی برای رفع کمبودها و مشارکت و هم اندیشی بهورزان و مراقبین سلامت در تنظیم برنامه عملیاتی است. روش اجرایی این برنامه می تواند توسط سایر شهرستانها مورد استفاده قرار گیرد.

پردیس بین الملل دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی ایران



بین المللی سازی نظام ارائه خدمات
سلامت در دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی ایران

۳	پیش‌گفتار.....
۵	مقدمه
۷	نحوه اجرای برنامه.....
۱۲	گزارش پیشرفت پروژه در اولین ماه شروع برنامه
۱۴	گزارش پیشرفت پروژه در دومین ماه شروع برنامه..... ارزیابی وضعیت موجود در ارائه خدمات سلامت در کلیه واحدهای بهداشتی درمانی شهرستان شهر قدس
۱۹	تهیه برنامه عمل برای بهبود ارائه خدمات
۲۰	توانمند سازی مراقبین سلامت شاغل در پایگاهها برای رفع کمبودهای مشاهده شده در سنجش وضعیت موجود
	پیوستها
۲۸	پیوست شماره ۱..... برسشنامه خودارزیابی وضعیت موجود شبکه‌های بهداشت و درمان
۴۳	پیوست شماره ۲..... برنامه عملیاتی برای بهبود ارائه خدمات سلامت در شهر قدس



دکتر عبدالرضا پازوکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران برای اولین بار با عنوان مرکز پزشکی بین المللی ایران در مرداد ماه سال ۱۳۵۲ تشکیل شد. در سال ۱۳۵۶ دانشکده پزشکی تاسیس گردید که یکی از بهترین واحدهای آموزشی درمانی ایران در زمان خود به شمار می رفت. پس از پیروزی انقلاب شکوهمند اسلامی و نیز انقلاب فرهنگی فعالیت‌های مرکز پزشکی ایران در طول سالهای ۶۳-۱۳۶۱ به طور محدود تداوم و نهایتاً با سپری شدن دوره کوتاه فترت و تصویب تاسیس دانشگاه‌های علوم پزشکی تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۵، از ادغام چند دانشکده و موسسه آموزش عالی در مراکز پزشکی رسماً تحت عنوان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران فعالیت خود را ادامه داد و از بدو تاسیس دانشگاه در کوتاه مدت پله های توسعه و گسترش کمی و کیفی و سیر تکامل را به سرعت طی کرده و با تکمیل کادر علمی، امکانات و تجهیزات آموزشی و کمک آموزشی اینک دارای بیش از ۷۰۰۰ دانشجوی ایرانی و بالغ بر ۲۴۰۰ دانشجوی خارجی است که در دانشکده های پزشکی، بهداشت، پیراپزشکی، علوم توانبخشی، پرستاری و مامایی، مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، علوم رفتاری و سلامت روان و فناوری های نوین پزشکی مشغول تحصیل می باشند. دانشگاه علوم پزشکی ایران از وجود بیش از ۷۵۰ عضو هیات علمی بهره مند بوده و دارای ۱۰ مرکز آموزشی درمانی و ۷ بیمارستان درمانی و ۳۰ مرکز تحقیقاتی است.

از سوی دیگر امر بهداشت و درمان شهرستان‌های شهریار، رباط کریم، شهر قدس، ملارد، بهارستان، شمال غرب تهران و غرب تهران با جمعیتی بالغ بر ۵ میلیون و ۶۰۰ هزار نفر تحت پوشش این دانشگاه می باشد.

معاونت بین الملل دانشگاه می کوشد تا با بهره گیری از آخرین دستاوردهای علمی و فناوری های جدید و تبادل اطلاعات با سایر دانشگاه ها، نهادها و سازمان های علمی در سطح ملی و بین المللی، علاوه بر ارتقاء سطح علمی دانشجویان و اعضاء هیات علمی، دستاوردهای علمی دانشگاه را نیز در مجامع علمی داخلی و خارج کشور معرفی و ارائه نماید.

در راستای بین الملل سازی نظام سلامت در واحدهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران در مرداد ماه ۱۴۰۲ تصمیم گرفته شد، تا با همکاری معاونین محترم بهداشت و بین الملل دانشگاه، شهر قدس بعنوان اولین شهرستان برای اجرای چارچوب عملیاتی مراقبتهای اولیه بهداشتی مصوب مجمع عالی سازمان جهانی بهداشت مورخ ۲۰۲۰ انتخاب گردد. بدین منظور پس از آشنایی کارشناسان معاونت بهداشت و مسوولین شبکه بهداشت و درمان شهر قدس با اهداف برنامه و مراحل اجرایی آن پرسشنامه تعیین وضعیت موجود نظام سلامت نهایی گردید. کارشناسان و مدیران شبکه قدس با بازدیدهای میدانی پرسشنامه را تکمیل که توسط مشاور برنامه تجزیه و تحلیل کارشناسان، مدیران و ارائه دهندگان در شهر قدس برنامه عملیاتی برای رفع کمبودها راهیبه که در دست اجراء می باشد. در نظر است تا در بهار ۱۴۰۳ با ارزیابی مجدد میزان توفیق این برنامه در جهت افزایش پوششها، بهبود کمیت و کیفیت خدمات سلامت، میزان مشارکت مردم تحت عنوان برنامه رابطین سلامت و بویژه رضایت گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات سنجیده شده و چارچوب عملیاتی مراقبتهای اولیه سلامت به سایر شهرستانهای تحت پوشش دانشگاه تسری یابد.

بی تردید برنامه عملیاتی شبکه بهداشت و درمان شهرستان شهر قدس مورد حمایت رییس و معاونین دانشگاه قرار گرفته و امیدواریم شبکه های بهداشت و درمان این دانشگاه یکی پس از دیگری بعنوان شبکه های نمونه نظام ارائه خدمات برای بازدید دانشجویان، اساتید و مدیران داخل و خارج کشور با همکاری سازمان جهانی بهداشت آماده گردند.

مجموعه حاضر خلاصه ای است از روند اجرایی این برنامه به زبان فارسی و انگلیسی که می تواند بعنوان راه کار مورد استفاده مدیران سلامت داخل و خارج از کشور قرار گیرد. لازم می داند از همت و حمایت آقایان دکتر مقتدایی معاون محترم بین الملل و رییس پردیس دانشگاه، دکتر طباطبایی معاون محترم بهداشت و همکاران صدیق ایشان، آقای دکتر سید حسین میرشریفی ریاست محترم شبکه بهداشت و درمان شهر گشتایی مدیر گروه آموزش بهداشت معاونت بهداشت، آقای دکتر علی نعمتی معاون محترم پژوهشی معاونت بین الملل و دکتر قدس و کلیه همکاران ستادی و میدانی ایشان و نهایتاً آقایان دکتر علی نعمتی معاون محترم پژوهشی معاونت بین الملل و دکتر محمد آسایی اردکانی مشاور محترم برنامه و از پیش کسوتان بخش سلامت در عرصه های ملی و بین المللی که در برنامه ریزی، برگزاری کارگاههای آموزشی، نظارت و اجرای برنامه همچنین در تهیه این مجموعه زحمت کشیدند تشکر و قدردانی نمایم.

دکتر عبدالرضا بازوکی
رییس دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی ایران



ارائه جامع و کیفی خدمات سلامت و ظرفیت‌های موجود در مدیریت کلان و همچنین ساختار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران ایجاب مینمود تا مدیریت خدمات بهداشتی و همچنین مسائل مربوط به امور همکاری‌های بین‌المللی آن هر چه بیشتر مورد حمایت قرار گرفته و فیلدهای آموزشی مناسبی برای بازدید مدیران و کارشناسان داخلی و خارجی مهیا گردد. این برنامه بعنوان نمادی از بین‌الملل سازی نظام ارائه خدمات سلامت مورد حمایت ریاست محترم دانشگاه قرار گرفت. به این منظور در تیرماه ۱۴۰۲ در جلسه مشترکی که با حضور معاونین محترم روابط بین‌الملل و بهداشت دانشگاه ایران تشکیل شده بود مقرر گردید تا اهداف زیر عملیاتی گردد:

- ۱ برنامه ریزی، هدایت و نظارت بر ایجاد فیلد آموزشی نظام شبکه برای مدیران و کارشناسان داخلی و خارجی
- ۲ بررسی وضعیت موجود ارائه خدمات سلامت در سطوح مختلف شبکه از نظر کیفیت و کمیت
- ۳ نظارت، بازدید، راهنمایی و بهبود کیفیت خدمات سلامت در سطوح مختلف شبکه
- ۴ تقویت نظام شبکه با بهره‌گیری از توصیه ۲۰۲۰ مجمع عالی سازمان جهانی بهداشت (اجرای چارچوب عملیاتی مراقبت‌های اولیه سلامت (WHO Primary Health Care Framework of Action)
- ۵ نهادینه نمودن مشارکت‌های مردمی و هماهنگی بین‌بخشی به عنوان اصول (PHC) Primary Health Care در نظام ارائه خدمات
- ۶ برنامه ریزی، هدایت و ایجاد هماهنگی در بازدیدهای بین‌المللی از نظام شبکه از طریق درگیر نمودن دفتر سازمان جهانی بهداشت مستقر در جمهوری اسلامی ایران (WHO Iran) و احتمالاً سایر سازمانهای بین‌المللی مرتبط مانند UNICEF/ UNDP/ UNFPA

قابل ذکر است که سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۲۰ به کشورهای عضو پیشنهاد نمود تا برای تقویت نظام ارائه خدمات سلامت از چارچوب اجرایی مراقبت‌های اولیه سلامت (WHO PHC Framework of Action) استفاده نمایند. این سند از ۱۴ اهرم

راهبردی و ۱۰ اهرم اجرایی بشرح زیر تشکیل شده که در این برنامه نیز با تغییراتی که با ساختار و نظام ارائه خدمات بهداشتی کشورمان هماهنگ باشد مد نظر قرار گرفته است:

الف: اهرم‌های راهبردی بنیادین Core strategic levers عبارتند از:

۱. Political commitment تعهد سیاسی مدیران ارشد (تخصیص اعتبارات پایدار، صدورمجوزاستخدام بمنظور رفع کسری نیروی انسانی شبکه، باز سازی و بهبود ساختار ارائه خدمات و امکانات فیزیکی و...)
۲. Governance & policy framework چارچوب‌های سیاستگذاری و حاکمیتی
۳. Funding & allocation of resource اعتبارات تخصیص یافته مستمر برای اجرای برنامه های سلامت محور
۴. Engagement of community and other stakeholders درگیر کردن مردم و سایر دست اندرکاران و بخش خصوصی

ب: اهرم‌های اجرایی/ عملیاتی مراقبت‌های اولیه سلامت:

۱. مدل ارائه خدمات؛ اجرای برنامه پزشکی خانواده با تاکید بر تشکیل پرونده الکترونیک سلامت، نسخه نویسی الکترونیک و برقراری نظام ارجاع به عنوان سه جزء اساسی آن
۲. تامین نیروی انسانی مورد نیاز نظام ارائه خدمات
۳. ساختار فیزیکی نظام ارائه خدمات و قابل دسترس بودن خدمات جامع و اثربخش
۴. تامین داروهای اساسی و مواد بیولوژیک و توزیع عادلانه آن
۵. فن آوری‌های دیجیتال با تاکید بر Tele Medicine یا دوراپزشکی
۶. مشارکت سازنده بخش دولتی و خصوصی
۷. سیستم خرید و پرداخت خدمات بر اساس روند اپیدمیولوژیک بیماری‌ها
۸. وجود سیستم کنترل و ارتقاء کیفیت خدمات
۹. گسترش تحقیقات مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت PHC
۱۰. پایش و ارزیابی خدمات به منظور تعیین کاستی‌ها، اولویت‌ها، تعریف شاخص‌های وضعیت موجود و اهداف و ردیابی پیشرفت و عملکرد برنامه در کلیه اهرم‌های راهبردی و عملیاتی

- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران از دیر باز یکی از دانشگاه‌های پیشرو در ارائه خدمات سلامت بویژه مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC) بوده و از فیلد آموزشی نسبتاً مناسبی در مناطق شهری و روستایی برای آموزش مدیران و کارشناسان کشورهای همسایه برخوردار است. مدیریت کلان دانشگاه از جمله ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی و معاونین ایشان اعتقاد راسخ دارند که نظام شبکه می‌تواند به نحو شایسته تری به جهانیان معرفی و این هدف را با برگزاری دوره های آموزشی فیلد محور در شبکه های بهداشت و درمان تحت پوشش دانشگاه به مرحله عملیاتی در آورد. اولین اقدام عملیاتی بررسی کمی و کیفی خدمات سلامت در سطوح مختلف شبکه می باشد که در شهرستان (شهر قدس) مورد ارزیابی قرار گرفت. جدول شماره ۱ مراکز بهداشت شهرستانهای تحت پوشش دانشگاه و جمعیت آن را نشان می دهد که امید است پس از اتمام پروژه در شهر قدس این برنامه به سایر شهرستانها توسعه یابد:

جدول شماره ۱: مراکز بهداشت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

شهرستان / منطقه	جمعیت شهری	جمعیت روستایی	کل جمعیت
شهریار	۷۵۳,۶۹۳	۹۱,۱۷۶	۸۴۴۸۶۹
رباط کریم	۳۷۹,۳۱۷	۷۶,۳۵۶	۴۵۵۶۷۳
شهر قدس	۳۳۲,۲۷۱	۷,۱۱۱	۳۳۹۳۸۲
ملارد	۳۱۶,۲۲۴	۶۴,۴۶۶	۳۸۰۶۹۰
بهارستان	۵۱۹,۶۷۸	۴۵,۳۴۷	۵۶۵۰۲۵
مرکز بهداشت شمال غرب تهران	۱۹۲۴۲۴۹	۵,۳۹۶	۱۹۲۹۶۴۵
مرکز بهداشت غرب تهران	۱۰۴۴۲۹۲	۱۹۴	۱۰۴۴۴۸۶
کل جمعیت تحت پوشش	۵,۲۶۹,۷۲۴	۲۹۰,۰۴۶	۵۵۵۹۷۷۰

«توضیح آنکه شهر قدس بعنوان اولین شهرستانی انتخاب گردید که برنامه بین الملل سازی در آن بمورد اجراء گذارده شد.»

- دست آوردهای طرح گسترش شبکه های بهداشت و درمان کشور طی ۴ دهه اخیر ایجاب می نمود تا فیلد ارائه خدمات سلامت با استانداردهای بین المللی بویژه تقویت برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی خدمات به زبان انگلیسی فراهم شود و کشورهای منطقه را با این موفقیت آشنا نمود. نظام آماری، پرونده خانوار، زیج حیاتی، ثبت الکترونیکی اطلاعات سلامت افراد، غربالگری بموقع و جامع، سیستم پیگیری و ارائه خدمات فعال در مناطق شهری و روستایی شاخص های بهداشتی کشور را در جایگاه مناسبی قرار داده که کشورهای منطقه می توانند با الگو برداری از آن در کشورهای خویش نیز با در نظر گرفتن امکانات و استانداردهای خود به اجرا گذارند. در برنامه مورد نظر دانشگاه علوم پزشکی ایران سعی خواهد نمود تا تعداد بیشتری از مراکز بهداشت شهرستان ها و واحدهای تابعه به عنوان فیلد آموزشی انتخاب، نقاط مثبت و ضعف آن شناسایی و ارائه دهندگان خدمات را به شناساندن نظام PHC تشویق و پیوسته به ارائه خدمات بهداشتی و درمانی فعال با کیفیتی مناسب تاکید گردد.

- نظارت و ارزشیابی خدمات در نظام PHC ایران یکی از نکات مهم و اساسی در موفقیت نظام سلامت ج ایران بوده و لذا می باید پیوسته مورد تاکید قرار گیرد. مراکز آموزش بهورزی در اقصی نقاط کشور این امر را برای نظارت بر فعالیت خانه های بهداشت عهده دار می باشند، لیکن در طی سال های اخیر بدلیل تکمیل تقریبی خانه های بهداشت و همچنین تبدیل مناطق روستایی به نقاط شهری نقش آموزشگاه های بهورزی نیز در نظام ارائه خدمات را کمرنگ نموده است. در این برنامه به فعال نمودن مجدد آموزشگاه های بهورزی و بکارگیری کارشناسان دوره دیده بهورزی در آموزش، نظارت و ارزشیابی خدمات در مناطق شهری بویژه پایگاه های سلامت مستقر در حاشیه شهرها تاکید خواهد شد. مراکز آموزش بهورزی میباید بعنوان مراکز بازآموزی کوتاه مدت کارشناسان بهداشت و پزشکان عمومی تازه بخدمت گرفته شده انتخاب و از وجود مراکز در امور آموزشی و پژوهشی دانشجویان بیشتر بهره گیری شود.

- به تبع چارچوب اجرایی مراقبت های اولیه سلامت مصوب سازمان جهانی بهداشت، برنامه بین الملل سازی فیلد ارائه خدمات دانشگاه ایران در ۱۴ حیطه و ۷۵ شاخص که توسط مشاور برنامه تهیه شده بود (پیوست شماره ۱) در دو خانه بهداشت، ۱۷ پایگاه سلامت مستقل، ۵ مرکز جامع خدمات سلامت شهری و ۲ مرکز سلامت روستایی در شهرستان نمونه شهر قدس مورد ارزیابی اولیه قرار گرفت. فرم ارزیابی فیلد ارائه خدمات در اولین جلسه مشورتی و توجیهی با مدیران ارشد شبکه نمونه شهر قدس و معاونتهای روابط بین الملل و بهداشت دانشگاه مورد بررسی قرار گرفت تا فرم نهایی توسط گروه های کارشناسی شهرستان مورد استفاده قرار گیرد.



جدول شماره ۲: حیطه های به هم پیوسته اجرایی با اقتباس از چارچوب عمل مراقبتهای اولیه سلامت سازمان جهانی بهداشت

۱. دسترسی و پوشش	۶. پایش و ارزشیابی، نظام اطلاعات و آمار	۱۱. حاکمیت دولت
۲. جامعیت و کیفیت خدمات	۷. پیگیری فعال	۱۲. آموزش و بازآموزی
۳. قابلیت پذیرش از سوی مردم	۸. قابلیت پرداخت توسط مردم و رضایت مندی ارائه دهندگان خدمات	۱۳. بهداشت محیط، کار و سوانح و حوادث (بحران ها)
۴. مشارکت جامعه و رضایت مندی گیرندگان خدمات	۹. تامین دارو، واکسن و مواد بیولوژیک	۱۴. مولفه های موثر بر سلامت
۵. فضای فیزیکی، نیروی انسانی و تجهیزات	۱۰. برقراری نظام ارجاع	

مراحل اجرایی " برنامه عمل چارچوب عمل مراقبت های اولیه سلامت WHO "



جدول شماره ۳: خلاصه مراحل اجرایی برنامه بین الملل سازی فیلد ارائه خدمات سلامت

مسئول	زمان	مراحل اجرایی برنامه
معاونت بهداشت/ روابط بین الملل و دکتر آسایی بعنوان مشاور برنامه	یکشنبه ۸ مرداد ۱۴۰۲	۱. توجیه مدیران و کارشناسان شبکه های مجری طرح
دکتر آسایی بعنوان مشاور برنامه	یکشنبه ۸ مرداد	۲. نهایی نمودن پرسشنامه با مشارکت مدیران و کارشناسان بخش بهداشت
مدیران شبکه ها/ مراکز بهداشت مورد نظر در طرح	دوشنبه ۹ مرداد	۳. انتخاب ۲۵٪ واحدها برای ارزیابی اولیه (خ ب، پ س، م ب د شهری و روستایی)
مدیران شبکه ها/ مراکز بهداشت مورد نظر در طرح	دوشنبه ۹ مرداد	۴. تقسیم واحدها بین گروههای کارشناسی یا تیمهای ارزیابی
تیم های ارزیاب با نظارت دکتر آسایی	از شنبه ۱۴ تا پنجشنبه ۲۶ مرداد	۵. تکمیل پرسشنامه
دکتر آسایی با همکاری کارشناس معاونت بهداشت با انتخاب معاون بهداشت	از شنبه ۲۸ مرداد تا دوشنبه ۶ شهریور	۶. تجزیه و تحلیل فرمها (حاصل کار یک پرسشنامه برای یک شهرستان که میانگین کل فرمهای باشد)
معاونت بهداشت/ روابط بین الملل	بین سه شنبه ۷ شهریور تا پنجشنبه ۹ شهریور	۷. تشکیل جلسه مشورتی برای یافتن نقاط قوت، ضعف و راه حلهای عملیاتی
مدیران شبکه ها/ مراکز بهداشت با هدایت معاونین بهداشت و روابط بین الملل و دکتر آسایی	حاصل بحث های جلسات ۷-۹ شهریور	۸. تبیین برنامه برای رفع نواقص با زمان مشخص و تعیین مسوولین اجرایی آن
مدیران شبکه ها/ مراکز بهداشت با هدایت معاونین بهداشت و روابط بین الملل و دکتر آسایی	از ۱۱ شهریور بمدت سه ماه	۹. آغاز عملیات بهبود وضعیت ارائه خدمات
دکتر آسایی	از ۱۱ تا ۱۶ آذر	۱۰. پایش و نظارت و ارزیابی نهایی میزان توفیق
دکتر آسایی	از ۱۸ آذر ۱۴۰۲ به بعد	۱۱. ارائه گزارش پیشرفت برنامه و درخواست برای گسترش آن در کلیه شهرستانهای تابعه و هماهنگی برای اعزام اولین گروه مدیران و کارشناسان از کشورهای منطقه و اجرای برنامه آموزشی فقیدمحور



- با تکمیل و گسترش فیلدهای آموزشی در چندین شهرستان، برنامه آموزشی کوتاه مدت (فیلد محور) کارشناسان و مدیران سلامت کشورهای همسایه تهیه و توسط مربیان مربوطه به صورت پایلوت به اجرا گذاشته خواهد شد. امید آنکه از همکاری سازمان جهانی بهداشت برای معرفی این برنامه آموزشی به کشورهای همسایه (بویژه منطقه مدیترانه شرقی و آسیای میانه) بهره مند خواهیم شد و با تهیه بولتن/ پوستر تبلیغاتی دیجیتالی اطلاعات مربوط به این دوره به اطلاع کشورهای متقاضی دوره مدیریت مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC) خواهد رسید. از امکانات سازمان جهانی بهداشت و صندوق سازمان ملل در امور کودکان (UNICEF) و دفتر جمعیت سازمان ملل (UNFPA) و دفتر امور پناهندگان سازمان ملل (UNHCR) برای تامین برخی از هزینه‌های برگزاری دوره بویژه ایاب و ذهاب و اقامت مدیران و کارشناسان کشورهای متقاضی و دستمزد مربیان و کارکنان فیلدهای آموزشی استفاده خواهد شد. سایر همکاری‌های علمی و اجرایی دو جانبه با سازمان‌های بین المللی مستقر در ایران و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران نیز از این طریق تقویت خواهد شد.

گزارش پیشرفت پروژه در اولین ماه شروع برنامه

۱. تهیه پیش نویس طرح اجرایی و انتظارات شامل برنامه پیشنهادی زمانبندی شده برای اجرای فعالیتها (۱ و ۲ مرداد ماه ۱۴۰۲).
۲. تکمیل فرم پیش پروژه بین الملل سازی فیلد ارائه خدمات سلامت بمنظور تخصیص اعتبار لازم از سوی دانشگاه (۲ مرداد ۱۴۰۲).
۳. برگزاری جلسه توجیهی با کارشناسان مسوول برنامه های سلامت در حوزه معاونت بهداشت در تاریخ ۴ مرداد ماه ۱۴۰۲. در این جلسه اهداف بین الملل سازی فیلد ارائه خدمات، بحث گردید و همچنین پرسشنامه پیشنهادی برای ارزیابی وضعیت موجود و نحوه بهبود کمی و کیفی خدمات به بحث و تبادل نظر گذارده شد.
۴. تشکیل جلسه دوم با کارشناسان و مدیران گروههای حوزه معاونت بهداشت در تاریخ سه شنبه ۱۰ مرداد و اعمال تغییرات ضروری در پرسشنامه. این پرسشنامه بر اساس تفاهم بدست آمده با مدیران حوزه معاونت بهداشت نهایی گردید.
۵. تهیه خلاصه پروژه بزبان انگلیسی بمنظور ارائه آن از سوی معاونت محترم امور بین الملل به رییس دفتر بهداشت جهانی درج ایران
۶. مذاکره با معاونت محترم بهداشت دانشگاه جناب آقای دکتر طباطبایی که منجر به انتخاب شهر قدس بعنوان اولین شبکه نمونه در اجرای بین الملل سازی نظام ارائه خدمات سلامت گردید. وضعیت واحدهای ارائه دهنده خدمات در شهر قدس بشرح زیر میباشد (جدول شماره ۴)





جدول شماره ۴. وضعیت واحدهای ارائه خدمات سلامت در شهر قدس

واحدهای ارائه خدمات	طبق طرح گسترش	فعال	کسری
خانه بهداشت	۲	۲	۰
پایگاه سلامت شهری	۲۷	۱۷	۱۰
مرکز روستایی	۲	۲	۰
مرکز جامع شهری	۷	۵	۲

جدول شماره ۵. وضعیت جمعیت شهر قدس را به تفکیک شهری و روستایی و مرد و زن نشان می دهد

شهری	روستایی	زن	مرد	کل جمعیت
۳۳۲,۲۷۱	۷,۱۱۱	۱۶۵,۵۲۲ (۴۹٪)	۱۷۳,۸۶۰ (۵۱٪)	۳۳۹,۳۸۲

۷. در جلسه ای با حضور مدیران و کارشناسان و مربیان شهر قدس مدیران گروههای کارشناسی حوزه معاونت بهداشت دانشگاه در روز چهارشنبه ۲۵ مرداد در سالن اجتماعات شبکه بهداشت و درمان شهر قدس برگزار گردید مشاور برنامه، تیم سلامت شهر قدس را با اهداف و چگونگی انجام ارزیابی اولیه و معرفی پرسشنامه بررسی وضعیت موجود آشنا نمود.
۸. همچنین در جلسه ۲۵ مرداد تصمیم گرفته شد تا کلیه واحدهای ارائه کننده خدمات در شهر قدس مورد ارزیابی اولیه قرار گیرند. لزوم شروع برنامه بین الملل سازی در کلیه واحدهای ارائه خدمات بعنوان ویتترینی از نظام کیفی مراقبتهای اولیه سلامت؛ تسهیل در بازدید و حضور دانشجویان و اساتید دانشگاه و بهره گیری از کلیه واحدهای بهداشتی درمانی شهرستان در بازدیدهای بین المللی از عمده دلایل انتخاب ۱۰۰٪ واحدها در این ارزیابی بود.

گزارش پیشرفت پروژه در دومین ماه شروع برنامه

ارزیابی وضعیت موجود در ارائه خدمات سلامت در کلیه واحدهای بهداشتی درمانی شهرستان شهر قدس



تعداد ۵ تیم سه نفره پرسشگر شامل کارشناسان و مدیران و مربیان شهر قدس از ۱۹ پایگاه سلامت و دو خانه بهداشت بازدید و گزارشات خود را به مشاور برنامه بطور روزانه ارسال داشتند. این بررسی از تاریخ ۳۰ مرداد تا ۹ شهریور انجام گردید. بر اساس تجزیه و تحلیل اطلاعات واصله از مجموع ۷۵ شاخص تنها ۱۸ شاخص بشرح زیر وضعیت مطلوب نداشتند که به تفصیل به آن اشاره شده است. لازم به ذکر است که در این بررسی نظر کارشناسی پرسشگران، استانداردها و پوششهای قابل انتظار توسط وزارت بهداشت، بررسی پرونده های خانوار، ثبت اطلاعات در سامانه الکترونیکی پرونده خانوار، مصاحبه با گیرندگان خدمات، تبحر و دانش ارائه دهندگان خدمات و نحوه برخورد آنان با مراجعین ملاک ارزیابی پرسشگران بود.

۱. تفسیر مادران در مورد منحنی رشد کودکان خود: علیرغم آنکه منحنی رشد در کلیه پرونده های کودکان زیر ۵ سال ثبت گردیده بود ولی در راستی آزمایی انجام شده توسط مشاور پروژه که بطور راندوم از برخی از واحدهای بهداشتی درمانی شهر قدس بعمل آمد نمودارها در کارت واکسیناسیون و همچنین وضعیت تغذیه کودکان بدرستی ثبت نگردیده و تعدادی از مادران (راندوم) توان تفسیر منحنی رشد را نداشتند. لذا این شاخص در لیست شاخصهایی که نیاز به بهبود وضعیت دارد قرار داده شد.

۲. تغذیه انحصاری با شیر مادر: حد انتظار وزارت بهداشت در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر ۳۷٪ می باشد اما شاخص پایگاه حسن علی واقع در حاشیه شهر ۲۰٪، در شهید مرتضوی ۲۴٪ و در پایگاه امام خمینی ۳۳٪ بود. در راستی آزمایی که توسط مشاور پروژه انجام گردید نیز این شاخص پایین تر از حد انتظار تشخیص داده شد.

با عنایت به اهمیت تغذیه انحصاری نوزادان با شیرمادر تا ۶ ماهگی و تاثیر آن در روند رشد کودکان تصمیم بر آن گرفته شد تا این شاخص نیز در لیست شاخصهایی که نیاز به بهبود وضعیت دارد قرار داده شود.

۳. مراقبت از مادران باردار به تعداد حداقل ۶ بار در طول دوران بارداری: این شاخص در ۶ پایگاه سلامت شهری و یک پایگاه حاشیه شهر کمتر از حد انتظار بود و در سایر واحدها مراقبت از مادران باردار با پیگیری مراقبین سلامت بدرستی و بموقع انجام گرفته بود. حد انتظار وزارت بهداشت در این شاخص در مناطق شهری ۵۰٪ می باشد که می باید وزارت بهداشت در این خصوص تجدید نظر نماید. در مرکز عشرتی اکثر مادران تمایل دارند که دوران بارداری خود را تحت پوشش بخش خصوصی سپری نمایند لذا استخراج آمار صحیح از این مرکز میسر نبود؛ مقرر گردید حداقل با پیگیری تلفنی که توسط مراقبین سلامت انجام خواهد شد از پوشش مادران باردار در بخش خصوصی اطمینان حاصل شود. مراقبت از مادران باردار در پایگاه شهید مرتضوی ۲۶٫۸٪ و در پایگاه شماره ۱ امام حسین کمتر از ۲۰٪ گزارش شده بود.

۴. شناسایی و مراقبت از مشکلات روانی، اجتماعی و اعتیاد جمعیت تحت پوشش: در یک پایگاه حاشیه شهر و ۵ پایگاه شهری این شاخص غیر مطلوب گزارش شده بود. در پایگاه اینانلو میانگین مراقبت های ارائه شده در زمینه مشکلات روانی، اجتماعی و اعتیاد توسط پزشکان عمومی و کارشناسان سلامت روان ۵۲٪ گزارش شده است. این شاخص در پایگاه شماره ۱ امام حسین نامناسب گزارش شده است. با عنایت به نیاز جمعیت تحت پوشش به روانشناس بنظر حضور یک روز در هفته روانشناس در هر پایگاه کفایت نموده و قرار شد تا زمانی که تعداد کافی روانشناس به مجموعه نیروی انسانی شبکه قدس اضافه گردد؛ پزشکان عمومی مراکز دوره کوتاه مدت تشخیص و درمان بیماریهای ساده روانپزشکی شرکت داده شوند و مشابه این دوره برای مراقبین سلامت نیز برنامه ریزی گردد.

۵. مراقبت سالمندان و افراد مبتلا به بیماریهای غیر واگیر: در راستی آزمایی انجام شده تعداد کافی از مراجعه سالمندان به پایگاههای سلامت رویت نگردید. با عنایت به افزایش متوسط سن در کشور و همچنین روند ابتلاء به بیماریهای غیر واگیر و لزوم حس مسوولیت بیشتر واحدهای بهداشتی درمانی به غربالگری، تشخیص، پیگیری و درمان افراد مبتلا به بیماریهای غیر واگیراز یکسو و لزوم آمادگی بخش سلامت به مراقبتهای دوران سالمندی تصمیم بر این گرفته شد تا این شاخص نیز در لیست شاخصهایی که نیاز به بهبود وضعیت دارد قرار داده شود.

۶. شناسایی و تربیت رابطین سلامت: تجربه کشوری طی سالهای گذشته نشانگر آن بوده است که انتخاب و آموزش رابطین سلامت نقشی اساسی در افزایش پوشش خدمات سلامت داشته و اطمینان و اعتماد جمعیت تحت پوشش به واحدهای بهداشتی درمانی را افزایش می دهد. در تعداد زیادی از واحدها جذب رابطین کامل نبود، فضای فیزیکی مناسب برای تشکیل جلسات ادواری در پایگاهها وجود ندارد

و جاذبه ای برای انجام کارهای داوطلبانه بدلیل تفاوت در قومیت و فرهنگ جمعیت تحت پوشش (اکثر جمعیت از استانیهای مختلف به شهر قدس مهاجرت نموده اند) وجود ندارد.

۷. فضای فیزیکی استاندارد و ایمن سازی واحدها در صورت نیاز: در ۵ پایگاه شهری و یک پایگاه حاشیه شهر فضای فیزیکی مناسب برای ارائه خدمات و انجام وظایف پیش بینی شده به سختی انجام می گیرد. بطور مثال: کمبود فضا در اطاق مراجعین پایگاههای شماره ۱ و محمودیان چشمگیر و در پایگاه حاشیه شهر علی اصغر فضا کوچکتر از انتظار می باشد. پایگاههای بهاران و شهید حسینی نیز بر اساس استانداردهای موجود غیر مناسب تشخیص داده شد. سه پایگاه شهری و حضرت علی اصغر در حاشیه شهر نیازمند بازسازی است. بازسازی آزمایشگاه آب و فاضلاب، فاضلاب اتاق دندانپزشکی، رنگ آمیزی درب ها در مرکز نیمه شعبان مورد پیشنهاد پرسشگران بود.

۸. نصب زیج حیاتی بروز شده در کلیه واحدها: زیج حیاتی که نماد سیستم اطلاعاتی نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور است تنها در دو خانه بهداشت بر روی دیوار نصب شده و بر اساس دستور وزارت بهداشت این نماد شبکه از پایگاههای سلامت الکترونیکی جمع شده است. پیشنهاد گردید در صورت دسترسی به فرمهای زیج حیاتی این نماد مجددا در پایگاههای شهری نیز نصب و تکمیل گردد.

۹. استفاده از نفوذ و حضور رابطین سلامت برای پیگیریها: با توجه به کمبود رابطین سلامت بر اساس استانداردها بی شک استفاده از آنان در پیگیری موارد نیازمند خدمات ممتد با مشکل روبرو است. در عین حال مراقبین سلامت پیگیریها را اغلب بصورت تلفنی/ پیامک از طریق سامانه تلفنی انجام داده و فقط در مواقع ضروری از رابطین استفاده می شود. پیگیری ها در روستا توسط بهورز انجام می گیرد حتی در روستا از سایت دهیاری نیز جهت فراخوان پیگیری استفاده می شود.

۱۰. تهیه لیست افراد بیمه نشده و اقدام لازم برای پوشش کامل: امکان استخراج اطلاعات افراد بیمه نشده تنها در سامانه مدیریتی و برای کل شهرستان میسر بوده و به تفکیک پایگاه یا خانه بهداشت دسترسی به این شاخص در سامانه سینا امکان پذیر نیست. لذا مقرر گردید تا در مراجعه حضوری افراد به واحدهای بهداشتی درمانی این اطلاعات به تدریج از مراجعین سوال و ثبت شود تا امکان استخراج آن به تفکیک واحدهای تحت پوشش میسر گردد.

۱۱. وجود داروهای اساسی طبق لیست استاندارد و بمیزان مصرف یکماهه در واحدها: در ۱۳ پایگاه بدلیل متمرکز بودن توزیع دارو این شاخص نامناسب تشخیص داده شد که نیازمند بازنگری در سیاستهای توزیع دارو دارد.



۱۲. **در اختیار قرار گرفتن اعتبار لازم برای ارائه خدمات جامع و کیفی:** محدودیت در تخصیص اعتبار برای هزینه های جاری و عمرانی وجود دارد.
۱۳. **مشخص نمودن اماکن پرخطر و امکانات امدادی روی نقشه و نصب آن روی دیوار واحدهای ارائه کننده خدمات:** در سه پایگاه شهری و یک پایگاه روستایی اماکن پرخطر روی دیوار نصب نشده اند. در دو خانه بهداشت زرنان و هفت جوی کروی اماکن خطرروی دیوار نصب شده است. قابل ذکر است که طی ۴۸ ساعت پس از انجام بررسی اماکن پرخطر در کلیه واحدهای تابعه بر روی دیوار نصب گردید.
۱۴. **نصب شماره تلفن های ضروری در اماکن قابل دید شهر:** هر چند فرم حاوی اطلاعات مذکور روی برد اطلاع رسانی اکثر واحدهای بهداشتی درمانی نصب گردیده ولی در سطح شهر این اطلاعات به چشم نیامد.
۱۵. **تعداد افراد با سواد بین ۱۲-۶۵ سال:** این اطلاعات از سامانه سینا قابل استخراج نبوده و پیشنهاد گردید تا معاونت بهداشت دانشگاه ایران با مسوولین سامانه برای امکان استخراج اطلاعات مربوط به مولفه های سلامت اقدام لازم را بعمل آورند.
۱۶. **تعداد زنان سرپرست خانوار بدون شغل و درآمد:** همانند شاخص بالا
۱۷. **تعداد مردان ۲۵ تا ۶۵ سال بدون درآمد و شغل:** همانند شاخص بالا
۱۸. **دسترسی جمعیت به فضای مناسب برای فعالیتهای فیزیکی و ورزشی:** دسترسی جمعیت شهرستان شهرقدس به فضای سبز طبق استانداردهای موجود قابل قبول بوده ولی دسترسی سهل و با هزینه اندک به باشگاه یا اماکن ورزشی می باید مد نظر مدیران شهری قرار گیرد.

اقدامات شبکه بهداشت در راستای توانمند سازی و انجام حمایت های اجتماعی

- برگزاری دوره ای ویزیت رایگان در مناطق محروم
- اجرای آزمایش جهادی ولایت در مناطق کم برخوردار با استقرار تیم سلامت جهت ارائه خدمات بهداشتی، آموزش و مشاوره
- شرکت مدیر شبکه در برنامه های دیدار مردمی و رفع مشکلات آنها در توانمند سازی محلات

مهم ترین اقدامات شهرستانی برای کاهش مسایل و آسیب های اجتماعی با محوریت فرمانداری

- اتخاذ تدابیری جهت از بین بردن مشکلات حاشیه نشینی و فقر با نظارت و محوریت فرمانداری و مساعدت ادارات مرتبط
- همکاری نیروی انتظامی، بهزیستی و شهرداری در جهت جمع آوری معتادین متجاهر از سطح شهرو نظارت مستمر اداره بهزیستی بر عملکرد کمپها و پیرنگرکردن نقش NGOs در ترک اعتیاد.
- اختصاص ون جهت گشت شبانه روزی بمنظور جمع آوری وساماندهی متکدیان، بی خانمانها، معتادین متجاهر و کودکان کار و زباله گرد ها توسط شهرداری و با همکاری نیروی انتظامی.
- پیگیری رفع مشکلات بهداشتی و تعمیر و آسفالت خیابانها و مناسب سازی معابر
- مطرح نمودن موضوعات اجتماعی و فرهنگی و بهداشتی در جلسات شورای اداری شهرستان
- برگزاری جلسه بررسی توانمندی سازی زنان سرپرست خانوار در راستای حمایت از حقوق شهروندی

خدمات مشاوره ای ، حمایت های اجتماعی و فرهنگی (توانمند سازی افراد نیازمند) افراد نیازمند تحت پوشش اداره بهزیستی و کمیته امداد

- انجام خدمات مشاوره ای رایگان برای مددجویان تحت پوشش و معرفی مددجویان بصورت رایگان به پزشک خانواده
- ارتقاء تجهیزات اورژانس اجتماعی ۲۴ ساعته
- اعطای وام ودیعه مسکن به مددجویان و اقشار آسیب پذیر
- پوشش هزینه های درمانی مددجویان- ایجاد دفاتر پیشگیری از آسیب های اجتماعی، معلولیت ها ، مشاوره و خدمات روانشناختی، پیشگیری از اعتیاد، درمان و بازتوانی، فرزندخواندگی و شبه خانواده، زنان تحت پوشش بیمه بازنشستگی، زنان سرپرست خانوار، حوزه مشارکتهای مردمی، حوزه توانبخشی

اقدامات حوزه بانوان

- افتتاحیه سایت ایران بانو سامانه اینترنتی کسب و کار ویژه بانوان
- همایش روانشناسی با موضوع فرزند پروری با حضور کارشناس روانشناسی

با توجه به کمبودهای اشاره شده برنامه عملیاتی برای بهبود ارائه خدمات سلامت در شهر قدس توسط کارشناسان مرکز بهداشت شبکه شهر قدس تهیه و مراحل اجرایی آن آغاز گردید. در این برنامه سعی گردید تا فعالیتهایی انتخاب شوند که منجر به برونداد مورد انتظار بوده و با تعیین مسوول اجرا، زمان انجام کارو شاخص پایش برنامه قابل پایش و نظارت قرار گیرد. حیطه هایی که در مرحله تعیین وضعیت موجود نیازمند توجه بیشتر می بودند و برای رفع کمبودها مبنایست اقداماتی انجام گیرد بشرح زیر بطور خلاصه ذکر گردیده و شرح کامل فعالیتها در پیوست شماره ۲ ذکر شده است:

دسترسی و پوشش خدمات
پایش و رشد کودکان
تغذیه انحصاری با شیر مادر
مراقبت از جوانان و سالمندان
مراقبت از مادران باردار
شناسایی و مراقبت مشکلات روانی، اجتماعی و اعتیاد
شناسایی و تربیت رابط سلامت و طرحهای محله محور
بازسازی واحدها و ایجاد فضای ایمن
تهیه لیست افراد بیمه نشده و اقدام لازم برای پوشش کامل آنان
در اختیار قرار گرفتن اعتبار لازم برای ارائه خدمات جامع و کیفی
دسترسی جمعیت به امکانات دفع بهداشتی فاضلاب
نصب شماره تلفن های ضروری در اماکن قابل دید
جمعیت ۲۱-۵۶ سال دارای سواد بالای ۶ ابتدایی
زنان ۵۱ تا ۶۰ سال سرپرست خانوار دارای شغل و درآمد
مردان ۵۲ تا ۵۶ سال دارای شغل و درآمد
دسترسی جمعیت به فضای مناسب برای فعالیتهای فیزیکی و ورزشی

توانمند سازی مراقبین سلامت شاغل در پایگاهها برای رفع کمبودهای مشاهده شده در سنجش وضعیت موجود



بررسی اولیه از وضعیت ارائه خدمات در واحدهای بهداشتی درمانی شهر قدس نشانگر آن بود که بهره گیری و تربیت رابطین سلامت، پوشش مادران باردار و ارائه بموقع مراقبتهای سلامت به افراد مبتلا به بیماریهای غیر واگیر و سالمندان با چالشهای جدی روبرو می باشند. لذا در راستای برنامه بین المللی سازی نظام ارائه خدمات سلامت محور در واحد های تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان شهر قدس دو کارگاه هم اندیشی در تاریخ های ۱۸ و ۲۴ آبان ۱۴۰۲ با حضور ۴۰ نفر از مراقبین سلامت در سالن اجتماعات شبکه بهداشت و درمان شهر قدس برگزار گردید. هدف از برگزاری این کارگاه جمع آوری نظرات و پیشنهادات و مشارکت فعال و معنی دار بهورزان و مراقبین سلامت بود که در خط مقدم نظام ارائه خدمات در مناطق شهری و روستایی به خدمت رسانی مشغول می باشند. بررسی چالش ها، راهکارها و نقش ارائه دهندگان خدمات در سه موضوع ذکر شده و با حضور تعدادی از مدیران و کارشناسان معاونت بهداشت و ستاد شبکه بعنوان هماهنگ کننده بحث ها تشکیل گردید.

این کارگاهها متشکل از سه موضوع / noisses اصلی بود که هر بخش در ۶ تا ۹ دقیقه برگزار گردید. ابتدا شرکت کنندگان به گروههای سه نفره تقسیم و برای پاسخ دادن به هر سوال ۱۰ دقیقه فرصت داشتند تا با هم فکری پاسخ / راه کارهایی را برای برشمردن چالشهای اصلی برنامه؛ راه حل های عملیاتی محله محور و نقش و مسوولیت مراقبین سلامت در رفع موانع طبق سنجش اولیه.

منظم نمودن پاسخهای شرکت کنندگان توسط برگزیدگان مراقبین



توضیحات تکمیلی در مورد روش کار

کار گروهی برای یافتن پاسخهایی که پوشش خدمات را در مناطق مختلف شهر قدس افزایش می دهد



همفکری مراقبین سلامت برای یافتن پاسخ صحیح به سوالات

توجیه روش کار

شرکت کنندگان پاسخهای کار گروه خود را بصورت خلاصه، مفید و خوانا بر روی سه مقوا رنگی (۱۵/۱۵ سانتیمتر) با ماژیک ضخیم مرقوم نموده و مقواهای رنگی را با سوزن روی صفحه آگوستیک نصب نمودند. پاسخهای ارائه شده بشرح زیر جمع بندی گردید:

۱. گسترش برنامه رابطین سلامت

سوال اول	در محدوده خدمتی شما، چالشهای اصلی در برنامه رابطین سلامت کدامند؟ (بطور مثال: چرا تعداد رابطین کمتر از حد انتظار است؟ و مهمترین دلایل مشارکت و استقبال ناکافی مردم از این برنامه چیست؟)
سوال دوم	سه راه کار عملیاتی اصلی برای بهبود پوشش و کیفیت مشارکت رابطین در برنامه های اجتماعی/ بهداشتی/ رفاهی/ اقتصادی محله محور کدام است؟
سوال سوم	نقش شما در بهبود پوشش کمی و کیفی برنامه رابطین چه خواهد بود؟ بطور مثال: سه فعالیت اصلی (مهمترین و فوری ترین) اقداماتی که شما انجام خواهید داد کدامند؟

گسترش برنامه رابطين سلامت

چالش ها	راهکارهای پیشنهادی مراقبين	نقش مراقبين سلامت در گسترش برنامه رابطين
- مشغله زياد مراقب سلامت و عدم فرصت جهت ارائه آموزش كافي به رابطين	- آموزش منظم و مستمر رابطين	- جذب رابط سلامت از بين افراد كليدي
- درك مسئله از سوي مراقبين	- نوبت دهی و پذيرش بدون نوبت رابطين	- جذب رابط جديد توسط مراقبين سلامت و رابطين قبلي
- مشغله خانوادگی رابطين	- شركت دادن رابطين در مناسبت های مختلف	- شناسایی افراد علاقمند و بانگيزه جهت جذب رابط
- روابط عمومي ضعيف مراقبين	- مشاركت دادن رابطين در فعاليت های برون بخش و درون بخش	- توجه بيشتر به شناسایی افراد واجد شرايط
- عدم همكاری همه جانبه مردم و مسئولين با رابط سلامت	- برقراری ارتباط	- اطلاع رسانی پويا و فعال برای مثال از طريق خود رابطين
- واقع شدن پایگاه در منطقه تجاری	- فعال شدن سامانه پیامکی برای اطلاع رسانی به رابطين	- بالا بردن كيفيت خدمات رابطين
- زندگي آپارتمان نشینی و محدود بودن رابطه ها	- دعوت از مسئولين مربوطه جهت حل مشكلات بهداشتی منتقله از رابطين	- برنامه ریزی جهت برگزاری كلاس های آموزشی رابطين
- عدم انگيزه رابطين	- جذب رابط متخصص	- همكاری همه جانبه با رابطين سلامت
- توقع ارائه رایگان دارو ها	- برگزاری جشن ها و مراسم تقدیر از رابطين	- اختصاص وقت كافي برای اجرای برنامه
- عدم ارزش های مادی و معنوی قائل شدن برای رابطين	- شناسایی مراجعين به مركز از نظر تحصيلات و علاقمندی	- برگزاری مراسم درون بخشی برای رابطين توسط مراقبين سلامت
- درك نادرست مردم از سيستم بهداشتی	- ايجاد فضایی برای رابطين به همراه نماینده ای از ارگانهای مختلف شهر	- همكاری رابطين در فعاليت های برونبخش
- سواد سلامت	- دادن كارت شناسایی به رابطين	
- آموزش به رابطين	- آموزش كافي از طرف مراقبين به مراجعين برای جذب رابط	
- نبودن فضای مناسب آموزشی	- نصب تراكت جهت جذب رابطين	
- عدم تخصيص اعتبار برای برنامه رابطين	- ايجاد فضای مناسب آموزشی	
- عدم موفقيت برنامه قبلي	- برگزاری همایش برای كليه رابطين شهر قدس	
- عدم اعتماد و اطمینان اجتماعی در بين مردم	- شفاف سازی خدمات	
	- آموزش	
	- امنیت شغلي	

۲. افزایش پوشش و بهبود کیفی مراقبتهای مادران باردار و کودکان زیر ۶ سال و افزایش پوشش تغذیه با شیر مادر

سوال اول	در محدوده خدمتی شما، چالشهای اصلی مراقبتهای مادران و کودکان کدامند؟ (بطور مثال چرا پوشش خدمات مادران و کودکان از حد انتظار پایین تر است؟)
سوال دوم	سه راه کار عملیاتی اصلی برای بهبود پوشش و کیفیت مراقبتهای مادران و کودکان و افزایش درصد تغذیه انحصاری با شیر مادر در محدوده جغرافیایی پایگاه محل خدمت شما کدامند؟
سوال سوم	نقش شما در بهبود پوشش کمی و کیفی مراقبتهای مادران و کودکان کدام است؟ بطور مثال سه فعالیت اصلی (مهمترین و فوری ترین) اقداماتی که شما انجام خواهید داد چیست؟

افزایش پوشش کیفی مراقبتهای مادران باردار و کودکان زیر ۶ سال و افزایش پوشش تغذیه با شیرمادر

چالش ها	راهکارهای پیشنهادی مراقبین	نقش مراقبین سلامت در گسترش برنامه رابطین
- مراجعه به متخصص به علت ازدواج در سن بالا	- اطلاع رسانی از خدمات ارائه شده	- حساس سازی مادران باردار و والدین کودکان
- نوع زایمان	- اطلاع رسانی گسترده در سطح شهر به تفکیک نوع خدمت	- پیگیری مستمر
- باورهای غلط رایج در خصوص مسائل بهداشتی	- بازآموزی عملی توسط کارشناسان مسلط به پروتکل ها	- فراخوان
- تمایل به مراجعه به بخش خصوصی	- برگزاری با کیفیت کلاس های آمادگی زایمان	
- مراجعه به مطب های خصوصی به علت پایین بودن سطح خدمات	- آموزش به مردم در خصوص رفع باورهای غلط آموزش مزایای زایمان طبیعی	
- عدم هماهنگی دستورالعمل های بهداشت با پزشکان و متخصصین مربوطه	- ارجاع به مشاور شیردهی و آموزش تغذیه انحصاری	
- عدم ثبت صحیح در سامانه	- راه اندازی سیستم ارجاع در نظام بهداشتی درمانی	
- منتظر ماندن جهت دریافت خدمات به مدت طولانی	- اولویت بندی مراجعین باردار و کودکان	
- شلوغی مراکز	- افزایش کیفیت خدمات	
- عدم اعتماد به بخش بهداشت	- اختصاص دادن روزهای نسبتاً خلوت به مادران باردار	
- عدم اطلاع از حضور ماما	- ویزیت مادران باردار بر اساس بلوک بندی	
- عدم درک اهمیت مراقبین بعد از ۱۸ ماهگی	- افزودن خدمات برای مادران باردار مثل واکسیناسیون آنفولانزا، سونوگرافی با تخفیف ویژه و...	
- عدم اعتماد و اطمینان اجتماعی در بین مردم	- آگاه کردن مردم در خصوص ارزش خدمات رایگان	
- شناخت ناکافی ماما و مادر باردار	- فرهنگ سازی در مورد خدمات بهداشتی	
- از یکدیگر		
- عدم ایجاد اعتماد کامل مادر باردار به ماما برای ارائه خدمات		

۳. بهبود کمی و کیفی مراقبتهای سالمندان و بیماران غیر واگیر

سوال اول
چالشهای اصلی مراقبتهای سالمندان و بیماران مبتلا به بیماریهای غیر واگی در محدوده جغرافیایی محل خدمت شما کدامند؟ (بطور مثال چرا پوشش خدمات سالمندان و مبتلایان به بیماریهای غیر واگیر از حد انتظار پایین تر است؟)

سوال دوم
سه راه کار عملیاتی اصلی برای بهبود پوشش و کیفیت مراقبتهای سالمندان و بیماران مبتلا به بیماریهای غیر واگیر در محدوده جغرافیایی پایگاه محل خدمت شما کدامند؟

سوال سوم
نقش شما در بهبود پوشش کمی و کیفی مراقبتهای سالمندان و بیماران مبتلا به بیماریهای غیر واگیر کدام است؟ بطور مثال سه فعالیت اصلی (مهمترین و فوری ترین) اقداماتی که شما انجام خواهید داد چیست؟

بهبود کمی و کیفی مراقبتهای سالمندان و بیماران غیرواگیر

چالش ها	راهکارهای پیشنهادی مراقبین	نقش مراقبین سلامت در گسترش برنامه رابطین
- شلوغی مراکز بهداشتی	- حضور روزانه پزشک در پایگاه ها	- همراهی و همدلی با سالمندان
- عدم حضور پزشک در پایگاه ها	- پیگیری های منظم و روزانه فراخوان	- غربالگری غیرواگیر و شناسایی بیمار
- فضای فیزیکی نامناسب	- معرفی شخص ارائه دهنده خدمت به مراجعه کننده	- ارائه آموزش های بیشتر
- مراجعه به متخصص	- حضور متخصص در مراکز	- انجام پیگیری و فراخوان
- مراجعه به بیمارستان به جای مراکز بهداشتی به جای دریافت دارو و امکانات بیشتر	- استانداردسازی نیرو جهت ارائه خدمات با کیفیت و افزایش شاخص کیفی مراقبت	
- نبود پزشک و کارشناس روان و تغذیه در پایگاه ها	- ارتقاء تجهیزات، کمبود گلوکومتر، اشکال در کیت تست فیت، ترازوی نوزاد و دستگاه فشار سنج	
- نبود مکمل ها برای سالمندان		
- پایین بودن سطح سلامت در خصوص عوارض بیماری دیابت و فشار خون		
- بی سواد، عدم دسترسی به گوشی و وابسته بودن سالمندان به فرزندان جهت همراهی به بهداشت		
- عدم اطلاع از خدمات		
- مسلط نبودن به زبان فارسی		
- عدم آشنایی با اهمیت بیماری های غیرواگیر		

نتیجه بدست آمده از کارگاههای هم اندیشی با مراقبین سلامت ب مورد اجراء گذارده خواهد شد. ضمنا مدیران و کارشناسان شبکه و همکاران حوزه معاونت بهداشت دانشگاه با پایشهای حمایتگرانه خود بر اجرای برنامه نظارت خواهند داشت.



پیوستها

پیوست شماره ۱

پرسشنامه خودارزیابی وضعیت موجود شبکه های بهداشت و درمان

این پرسشنامه در ۱۴ حیطة به هم پیوسته اجرایی با اقتباس از چارچوب عمل مراقبتهای اولیه سلامت سازمان جهانی بهداشت (PHC framework of Action) شامل: ۱. دسترسی و پوشش؛ ۲. جامعیت و کیفیت خدمات؛ ۳. قابلیت پذیرش از سوی مردم؛ ۴. مشارکت جامعه و رضایت مندی گیرندگان خدمات؛ ۵. نیروی انسانی، تجهیزات و فضای فیزیکی؛ ۶. پایش و ارزشیابی، نظام اطلاعات و آمار؛ ۷. پیگیری فعال؛ ۸. قابلیت پرداخت توسط مردم، رضایت مندی ارائه دهندگان خدمات؛ ۹. تامین دارو، واکسن و مواد بیولوژیک؛ ۱۰. برقراری نظام ارجاع؛ ۱۱. حاکمیت مدیران و مسوولان؛ ۱۲. آموزش و بازآموزی؛ ۱۳. بهداشت محیط و کار و سوانح و حوادث؛ ۱۴. مولفه های مؤثر بر سلامت تهیه گردیده است.

شبکه بهداشت و درمان شهرستان نام واحد تاریخ تکمیل

..... پرسشنامه

توضیح: پرسشنامه برای ۲۵٪ از واحدهای شهری و روستایی شامل: خانه های بهداشت، پایگاههای سلامت و مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی توسط کارشناسان و مدیران برنامه های بهداشتی و مربیان مرکز آموزش بهورزی تکمیل و میانگین نتایج بدست آمده در این پرسشنامه ثبت می گردد.

دسترسى و پوشش

				روستا	۱۰۰ درصد مردم به مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC) از طریق واحدهای ارائه دهنده خدمات دسترسى سهل (حداکثر بیست دقیقه پیاده روی) دارند.	۱
			حاشیه شهر			
			شهر			
				روستا	تعداد واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامت طبق طرح گسترش شبکه تکمیل می‌باشد	۲
			حاشیه شهر			
			شهر			
				روستا	۱۰۰ درصد گروه آسیب پذیر (کودکان زیر ۵ سال، مادران باردار، افراد مبتلا به بیماری‌های غیرواکسیناسیون و واگیردار، مهاجرین، سالمندان، جوانان ۱۸ تا ۳۹ سال و نوجوانان ۵ تا ۱۸ سال) تحت پوشش واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامت می‌باشند	۳
			حاشیه شهر			
			شهر			
				روستا	کلیه افراد مبتلا به بیماری‌های غیرواکسیناسیون (دیابت، فشار خون، بیماری‌های قلبی و عروقی و سرطانها) مراقبت‌های دوره‌ای را دریافت می‌نمایند.	۴
			حاشیه شهر			
			شهر			
				روستا	۱۰۰ درصد کودکان واجد شرایط (۱ تا ۵ سال) علیه بیماری‌های قابل پیشگیری توسط واکسن ایمن سازی شده‌اند (بطور مثال پنتاوالان ۳ و MMR ۲)	۵
			حاشیه شهر			
			شهر			

کاملاً موافق

موافق

مخالف

کاملاً مخالف

۶	آیا بیماران واگیر دار (HIV, TB & Malaria) بر اساس نظام مراقبت سندرومیک بررسی و ثبت می‌گردند؟	روستا							
		حاشیه شهر							
		شهر							
۷	کلیه کودکان زیر ۵ سال دارای منحنی رشد فعال (یک عدد در واحد بهداشتی و یک عدد نزد مادر) می‌باشند.	روستا							
		حاشیه شهر							
		شهر							
۸	کلیه کودکان صفر تا ۶ ماهه از تغذیه انحصاری با شیر مادر استفاده می‌نمایند.	روستا							
		حاشیه شهر							
		شهر							
۹	کلیه مادران باردار حداقل شش بار در طول دوران بارداری مورد مراقبت قرار گرفته‌اند	روستا							
		حاشیه شهر							
		شهر							
۱۰	کلیه افراد دارای مشکلات روانی، اجتماعی و اعتیاد در جمعیت تحت پوشش شناسایی و تحت مراقبت از طریق سیستم ارجاع قرار می‌گیرند	روستا							
		حاشیه شهر							
		شهر							

۱۱	کلید دانش آموزان مقطع ابتدایی دارای پرونده سلامت بوده و بسته خدمتی را بطور رایگان دریافت می نمایند.	روستا						
		حاشیه شهر						
		شهر						
۱۲	کلید افراد بالای ۶۰ سال از نظر بیماری های قلبی عروقی، دیابت، فشار خون، پوکی استخوان، سرطانهای شایع و اختلالات روانی غربالگری، شناسایی و بسته خدمتی را دریافت می نمایند.	روستا						
		حاشیه شهر						
		شهر						
۱۳	گروه جوانان و میانسالان بسته خدمتی طبق دستورالعملهای ابلاغی را دریافت می نمایند.	روستا						
		حاشیه شهر						
		شهر						
۱۴	دسترسى جمعیت از نظر فیزیکی، مالی و دریافت کیفی خدمات پاراکلینیکی (آزمایشگاه، رادیولوژی و سایر خدمات مشابه) فراهم می باشد	روستا						
		حاشیه شهر						
		شهر						
جامعیت و کیفیت خدمات								
۱۵	جمعیت تحت پوشش به کلید خدمات سلامت (پیشگیری، درمان و توانبخشی) به طور سهل و آسان بدون فشار مالی دسترسى دارند	روستا						
		حاشیه شهر						
		شهر						

				روستا	خدمات پیشگیری و درمان سرپایی در قالب برنامه پزشکی خانواده به جمعیت تحت پوشش ارائه می‌گردد	۱۶
			حاشیه شهر			
			شهر			
				روستا	خدمات مشاوره‌ای و حمایت‌های اجتماعی و فرهنگی (از جمله توانمند سازی آنان) به افراد نیازمند تحت پوشش ارائه می‌گردد. (بطور مثال فعال بودن شورای اداری استان و مطرح نمودن مسایل اجتماعی فرهنگی محلات)	۱۷
			حاشیه شهر			
			شهر			
				روستا	در طول یک سال گذشته موردی از عوارض ایمن سازی، تزریقات واکسن، تجویز دارو و غیره به مرکز بهداشت شهرستان گزارش گردیده است	۱۸
			حاشیه شهر			
			شهر			
				روستا	مراقبت‌های ممتد به گروه آسیب پذیر با برنامه مشخص ارائه میگردد و مواردی که بموقع به واحدهای بهداشتی درمانی مراجعه نمی نمایند مورد پیگیری قرار می گیرند	۱۹
			حاشیه شهر			
			شهر			
				روستا	تزریقات واکسن و دندانی پزشکی بشکل ایمن انجام شده و سوزن سرنگها پس از تزریق در Safety Box قرار می گیرند	۲۰
			حاشیه شهر			
			شهر			

شاخص‌ها در ۱۴ حیطة به هم پیوسته اجرائی مناطق روستایی، حاشیه شهرها و شهری					ردیف
کاملاً مخالف	مخالف	موافق	کاملاً موافق		
				روستا	در پرونده افراد مبتلا به دیابت و فشار خون آزمایش خون (حداکثر برای ۶ ماه گذشته) انجام و ثبت گردیده است
				حاشیه شهر	
				شهر	
				روستا	مادران باردار و کودکان زیر ۵ سال (طبق بسته کودک سالم) برای کم خونی مورد غربالگری قرار گرفته اند
				حاشیه شهر	
				شهر	
قابلیت پذیرش از سوی مردم، مشارکت جامعه و رضایت‌مندی گیرندگان خدمات					
				روستا	جمعیت تحت پوشش واحدهای بهداشتی درمانی به طور کامل و با میل شخصی خدمات مورد نیاز را از بهورزان یا مراقبین سلامت دریافت می نمایند
				حاشیه شهر	
				شهر	
				روستا	رابطین سلامت به ازای هر ۳۰ تا ۶۰ خانوار شناسایی و به طور منظم در جلسات آموزشی و پیگیری که توسط واحدهای بهداشتی برگزار می گردد شرکت می نمایند.
				حاشیه شهر	
				شهر	
				روستا	پروژه‌های محله محور سلامت توسط مردم تهیه و به مورد اجرا گذارده شده است
				حاشیه شهر	
				شهر	

کاملاً مخالف				مخالف				موافق				کاملاً موافق				ردیف		
																شاخص‌ها در ۱۴ حیطة به هم پیوسته اجرائی مناطق روستایی، حاشیه شهرها و شهری		
																۲۶	رابطین سلامت نیازهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خود را با مدیران و مسئولان سایر بخش‌ها در جلسات هماهنگی مطرح و مورد پیگیری قرار می‌دهند	
																		روستا
																		حاشیه شهر
																۲۷	رابطین سلامت سازمانی (سایر ادارات) برنامه مشترک بر اساس الویتهای سلامت محور تهیه و اجرا می‌نمایند؟	
																		روستا
																		حاشیه شهر
نیروی انسانی، تجهیزات و فضای فیزیکی																		
																۲۸	کلیه نیروهای انسانی مورد نیاز بر برنامه سلامت خانواده و طبق استاندارد تعیین شده تامین شده است	
																		روستا
																		حاشیه شهر
																۲۹	کلیه واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامت دارای تجهیزات و لوازم لازم مانند: دستگاه فشار خون سالم، ترازوی کنترل وزن کودکان، ترازوی کنترل وزن بزرگسالان، یخچال برای حفظ زنجیره سرما، کامپیوتر، تلفن و ...)	
																		روستا
																		حاشیه شهر
																۳۰	کلیه واحدهای ارائه خدمات سلامت دارای وسایل اداری مانند میز، صندلی، تابلو اعلانات، تابلو سردرب و سایر تابلوهای راهنما می‌باشد	
																		روستا
																		حاشیه شهر

کاملاً موافق				موافق				مخالف				کاملاً مخالف				ردیف	
			روستا													۳۱	کلیه واحدهای ارائه خدمات سلامت از فضای فیزیکی استاندارد و ایمن برخوردار می باشد
			حاشیه شهر														
			شهر														
			روستا													۳۲	کلیه واحدهای ارائه خدمات در طول یکسال گذشته (در صورت نیاز) مورد بازسازی قرار گرفته اند
			حاشیه شهر														
			شهر														
پایش و ارزشیابی، نظام اطلاعات و آمار																	
			روستا													۳۳	برنامه ریزی پایش و تیم پایش برای کارشناسان، مدیران، مربیان برنامه های بهداشتی حداقل هر سه هفته یکبار از واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامت بازدید و پس خوراند خود را در دفاتر مربوطه و یا در سامانه مرتبط ثبت می نمایند.
			حاشیه شهر														
			شهر														
			روستا													۳۴	۱۰۰ درصد جمعیت تحت پوشش واحد های ارائه دهنده خدمات سلامت دارای پرونده فعال خانوار/ پرونده الکترونیک می باشند
			حاشیه شهر														
			شهر														
			روستا													۳۵	واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامت بین مربیان و مدیران برنامه های سلامت در مرکز بهداشت شهرستان برای پایش و نظارت تقسیم شده است
			حاشیه شهر														
			شهر														

					وسیله نقلیه مناسب برای نظارت و پایش خدمات در اختیار مربیان و مدیران برنامه‌های سلامت مرکز بهداشت شهرستان قرار می‌گیرد	۳۶
					در کلیه خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های سلامت شهری زیج حیاتی به روز رسانی شده است	۳۷
پیگیری فعال						
				روستا	خدمات سلامت به گروه‌های آسیب پذیر به شکل فعال در صورت عدم مراجعه بموقع ارائه می‌گردد	۳۸
				حاشیه شهر		
				شهر		
				روستا	خدمات فعال در دفاتر و یا بشکل الکترونیک در سامانه‌های مورد استفاده ثبت می‌گردد	۳۹
				حاشیه شهر		
				شهر		
				روستا	برای پیگیری‌ها و ارائه خدمات فعال از نفوذ و حضور رابطین سلامت استفاده می‌گردد	۴۰
				حاشیه شهر		
				شهر		
قابلیت پرداخت توسط مردم						
				روستا	مراقبت‌های اولیه بهداشتی بطور رایگان به جمعیت تحت پوشش ارائه می‌گردد	۴۱
				حاشیه شهر		
				شهر		

				روستا	خدمات درمان سرپایی با تعرفه دولتی و یا با استفاده از بیمه دریافت کنندگان خدمات ارائه می‌گردد	۴۲
			حاشیه شهر			
			شهر			
			روستا	کلیه جمعیت تحت پوشش از مزایای بیمه سلامت یا تامین اجتماعی برخوردار می‌باشند	۴۳	
			حاشیه شهر			
			شهر			
			روستا	لیست افراد بیمه نشده تهیه و در دسترس بوده و برای پوشش همگانی اقدامات لازم انجام شده است	۴۴	
			حاشیه شهر			
			شهر			
رضایت مندی ارائه دهندگان خدمات						
				روستا	حقوق و مزایای کلیه ارائه دهندگان خدمات بموقع پرداخت می‌گردد	۴۵
			حاشیه شهر			
			شهر			
					تشویق و تنبیه بعنوان ابزاری برای افزایش انگیزه خدمت رسانی توسط مرکز بهداشت شهرستان در دستور کار قرار دارد	۴۶
					رفتار و منش مدیران و مریبان با ارائه دهندگان خدمات دوستانه بوده به نحوی که کارکنان سیستم شبکه می‌توانند مشکلات و کمبودهای خود را به راحتی مطرح و نشانه‌هایی از رفع موانع و مشکلات کارمندان در شبکه ثبت شده است (بطور مثال صندوق شکایات و نظرات در واحد نصب شده است)	۴۷

۴۸ امکان ارتقاء علمی و تحصیلی طبق قوانین برای ارائه دهندگان خدمات فراهم می باشد

تامین دارو، واکسن و مواد بیولوژیک

داروهای اساسی طبق لیست استاندارد و فارماکوپه دارویی در واحدهای ارائه خدمات موجود می باشد

روستا

حاشیه شهر

شهر

روستا

حاشیه شهر

شهر

ذخیره دارویی برای مدت مناسب (تقریباً یکماه) در واحدهای ارائه کننده خدمات موجود می باشد

روستا

حاشیه شهر

شهر

ثبت مصرف دارو، واکسن و مواد بیولوژیک در واحدهای ارائه کننده خدمات انجام می گیرد

روستا

حاشیه شهر

شهر

نسخه الکترونیک طبق دستورالعمل برنامه پزشکی خانواده بطور کامل اجراء می گردد

روستا

شهر

۴۸

۴۹

۵۰

۵۱

۵۲

۵۳

کاملاً موافق

موافق

مخالف

کاملاً مخالف

برقراری نظام ارجاع

				روستا	بیمارانی که نیازمند پزشک و یا متخصص می باشند با فرم ارجاع به مراکز بالاتر ارجاع می گردند	۵۴
				حاشیه شهر		
				شهر		
				روستا	پس خوراند بیماران ارجاع شده در واحدهای ارائه کننده خدمات موجود و قابل دسترسی است	۵۵
				حاشیه شهر		
				شهر		
				روستا	بیماران ارجاع شده به واحدهای بالاتر پس از بازگشت توسط کارکنان واحدهای ارائه کننده خدمات پایین تر مورد پیگیری قرار می گیرند	۵۶
				حاشیه شهر		
				شهر		
				روستا	بیماران ارجاع شده از رفتار و خدمات مراکز بالاتر رضایت دارند	۵۷
				حاشیه شهر		
				شهر		
حاکمیت دولت						
					اعتبار لازم برای ارائه خدمات جامع و با کیفیت در اختیار مرکز بهداشت شهرستان قرار می گیرد	۵۸
					مدیران شبکه به مشارکت مردم در خدمات سلامت اعتقاد داشته و برای افزایش مشارکتهای جامعه برنامه های محله محوری را مورد حمایت قرار می دهند	۵۹

رئیس				شاخص‌ها در ۱۴ حیطة به هم پیوسته اجرائی مناطق روستایی، حاشیه شهرها و شهری			
کاملاً موافق	موافق	مخالف	کاملاً مخالف				
					مدیران شبکه با هماهنگیهای موثر بین بخشی مشارکت سایر بخشهای توسعه را در ارتقای سلامت در برنامه کاری خود فرار می دهند	۶۵	
					بخش خصوصی در برنامه پزشکی خانواده مشارکت داده شده است	۶۱	
آموزش و بازآموزی							
				روستا	برای کارکنان واحد های ارائه دهنده خدمت بر اساس نیازهایی که در بازدیدهای میدانی پایش و نظارت تشخیص داده شده برنامه های بازآموزی (حداقل دو ماه یکبار) برگزار می گردد	۶۲	
				حاشیه شهر			
				شهر			
				روستا	آموزشهای لازم کوتاه مدت به کارکنان جدید در مورد نحوه کار در واحد های ارائه دهنده خدمت ارائه می گردد	۶۳	
				حاشیه شهر			
				شهر			
بهداشت محیط و کار و سوانح و حوادث							
				روستا	کلیه اماکن فروش مواد غذایی دارای پرونده الکترونیک بوده و به طور منظم مورد بازدید قرار می گیرند.	۶۴	
				حاشیه شهر			
				شهر			
				روستا	کلیه جمعیت تحت پوشش به آب آشامیدنی سالم دسترسی دارند	۶۵	
				حاشیه شهر			
				شهر			

کاملاً موافق

موافق

مخالف

کاملاً مخالف

				روستا	کلیه جمعیت تحت پوشش به امکانات مناسب دفع فاضلاب دسترسی دارند	۶۶
			حاشیه شهر			
			شهر			
			روستا	کلیه جمعیت تحت پوشش به امکانات مناسب دفع بهداشتی زباله دسترسی دارند	۶۷	
			حاشیه شهر			
			شهر			
			روستا	کلیه جمعیت تحت پوشش به فضای سبز و تمهیدات رفع آلودگی هوا دسترسی دارند.	۶۸	
			حاشیه شهر			
			شهر			
			روستا	کلیه اماکن پرخطر و همچنین امکانات امدادی مانند آتش نشانی، اورژانس، هلال احمر، پلیس و منابع آب آشامیدنی بر روی نقشه مشخص و در واحدهای سلامت روی دیوار نصب شده است	۶۹	
			حاشیه شهر			
			شهر			
			روستا	گروه های مشخص از میان مردم محلات دوره های آموزشی در زمینه سبک و مهارت های زندگی، مقاومت سازی، پیشگیری، آمادگی و پاسخگویی به سوانح و حوادث طبیعت، خانگی، محیط کار و جاده ای طی نموده اند	۷۰	
			حاشیه شهر			
			شهر			
			روستا	شماره تلفن های اورژانس، پلیس، هلال احمر و آتش نشانی در اماکن قابل دید نصب شده است	۷۱	
			حاشیه شهر			
			شهر			

کاملاً موافق

موافق

مخالف

کاملاً مخالف

مولفه‌های موثر بر سلامت

				روستا	۱۰۰ درصد جمعیت مورد انتظار ۱۲ تا ۶۵ سال تحت پوشش دارای مدرک تحصیلی ششم ابتدایی و بالاتر می‌باشند (زن و مرد)	۷۲
			حاشیه شهر			
			شهر			
			روستا	کلیه زنان ۱۵ تا ۶۰ سال سرپرست خانوار دارای شغل و درآمد می‌باشند	۷۳	
			حاشیه شهر			
			شهر			
			روستا	کلیه مردان ۲۵ تا ۶۵ سال دارای شغل و درآمد می‌باشند	۷۴	
			حاشیه شهر			
			شهر			
			روستا	کلیه جمعیت تحت پوشش به فضای مناسب برای فعالیت فیزیکی دسترسی دارند (پارک، باشگاه ورزشی و ...)	۷۵	
			حاشیه شهر			
			شهر			

از وقتی که برای تکمیل این پرسشنامه می‌ذول داشته اید کمال سپاسگزاری را داشته و امید است با ثبت واقعاتها نکات مثبت و ضعف نظام شبکه مشخص و برای بهبود کیفیت و جامعیت خدمات در کلیه سطوح شبکه بصورت هماهنگ و با همدلی کامل اقدام گردد.

پیوست شماره ۲

۴۳

برنامه عملیاتی برای بهبود ارائه خدمات سلامت در شهر قدس

در جلسات مورخ ۱۲ و ۱۳ شهریور ماه که در شبکه بهداشت و درمان شهر قدس با حضور مدیران شبکه، نمایندگان معاونتهای بهداشت و امور بین الملل دانشگاه و اعضای ۵ تیم پرسشگر برگزار گردید برنامه عملیاتی برای رفع کمبودها بشرح زیر تنظیم گردید

فعالیتها	مسئول اجرایی	زمان اجرا	شاخص پایش	توضیحات
دسترسی و پوشش				
تعداد واحدها براساس طرح گسترش شبکه		۵ پایگاه ضمیمه و غیر ضمیمه شهری و ۲ مرکز شهری نیاز است خانم دکتر احمد خانی ها / آقای ابراهیمی		
تعیین مناطق مناسب جهت راه اندازی واحدهای کسری	تیم گسترش و اموراداری	تا پایان سال ۱۴۰۲	تعداد واحدها اندازه شده	محلات مناسب برای راه اندازی پایگاهها مشخص شده است
پی گیری فضای مناسب از فرمانداری و شهرداری جهت راه اندازی واحدهای کسری	تیم گسترش و اموراداری	تا پایان سال ۱۴۰۲	تعداد واحدها اندازه شده	
بازدید از فضاهای مورد نظر جهت خرید یا اجاره جهت راه اندازی واحدهای کسری	تیم گسترش و اموراداری	تا پایان سال ۱۴۰۲	تعداد واحدها اندازه شده	
پیگیری جهت رفع مشکلات حقوقی خرید و اجاره ملک	تیم گسترش و اموراداری	تا پایان سال ۱۴۰۲	تعداد واحدها اندازه شده	
برآورد اعتبار مورد نیاز جهت خرید یا اجاره ملک	تیم گسترش و اموراداری	تا پایان سال ۱۴۰۲	تعداد واحدها اندازه شده	

فعاليتها	مسئول اجرايي	زمان اجرا	شاخص پايش	توضيحات
ملاقات مسولين دانشگاه و شبکه با استاندار محترم تهران و کسب دستور اکيد جهت رفع نياز فضای لازم برای ايجاد کسری پایگاههای سلامت در شهر قدس	معاون محترم بهداشتی دانشگاه	در پاييز ۱۴۰۲	تعداد وا حد راه اندازی شده	
منحنی رشد کودکان	هر چند در تمامی واحدها در ارزیابی انجام شده وضعیت مطلوب را نشان می دهد ولی در راستی آزمایی ثبت نمودارها و آگاهی مادران از کیفیت مطلوب برخوردار نیست خانم خسروی / خانم ولی پور			
تقویت کیفیت نظارت کارشناسان در آگاهی سنجی مادران	تیم سلامت خانواده	مستمر	حداقل ۵۰% مادران (بطورراندوم) تفسیر کارت رشد و مداخلات لازم را فرا گرفته اند	
برگزاری کارگاه هم اندیشی مراقبین سلامت	تیم سلامت خانواده	هفته اول مهر ماه	برگزاری کارگاه و شرکت کلیه مراقبین	
راستی آزمایی خدمات ارائه شده و آموزشها	تیم سلامت خانواده	مستمر	راندوم در حین پایش	
تغذیه انحصاری با شیر مادر	حد انتظار ۳۷% می باشد و در بررسی انجام شده بین ۲۰ تا ۳۰% تغذیه انحصاری وجود دارد البته در شبکه نمونه انتظار باید بسیار بالاتر از ۳۰% باشد. خانم خسروی / خانم ولی پور			
برگزاری کارگاه هم اندیشی مراقبین سلامت	شبکه بهداشت و درمان	هفته اول مهر ماه	برگزاری کارگاه و شرکت کلیه مراقبین	
از طریق حد انتظار اعلام شده کمیت و کیفیت مشاوره شیردهی در مراکز مشاوره شیرافزایش یابد	خانمها خسروی / ولی پور	از شهریور ۱۴۰۲	شاخص تغذیه انحصاری با شیرمادر	افزایش ۱۰% نسبت به سال ۱۴۰۱
افزایش ارجاعات مادران دارای مشکل شیردهی از مراکز و بیمارستانها به مشاور شیرشهرستان از طریق تشکیل گروه مجازی	خانمها خسروی / ولی پور	از شهریور ۱۴۰۲	درصد مادران ارجاعی مشاوره شده	گروه تشکیل شده است و بصورت مستمر پیگیری و ارزیابی می گردد به میزان حداقل یک سوم متولدین



۴۵

فعاليتها	مسئول اجرايي	زمان اجرا	شاخص پايش	توضيحات
تقويت و تعامل بيشتر با مشاورين شير بیمارستانها از طريق حضور فعال در کمیته های تغذیه با شیر مادر	خاتمه خسروی / ولی پور	شهریور ۱۴۰۲	تعداد صورتحسابات کمیته تغذیه با شیر مادر و تشکیل جلسات با مشاورين شير بیمارستانها	
افزايش در صد انجام مشاوره شير دهی توسط مشاورشیربیمارستانهای تحت پوشش در زنان زایمان کرده	خاتمه خسروی / ولی پور	از شهریور ۱۴۰۲	درصد مادران زایمان کرده مشاوره شده حداقل یک سوم نوزادان شهرستان	بررسی در کمیته های شیرشهرستان
بازدید و پایش مراکز و پایگاههای سلامت بصورت فصلی و بررسی عملکرد و آگاهی کارکنان و مراجعین و انجام راستی آزمایی	خاتمه خسروی / ولی پور	از شهریور ۱۴۰۲	تعداد پایشهای انجام شده و گزارشات ارسالی به رییس مرکز بهداشت شهرستان	
مراقبت از جوانان و سالمندان شناسایی و افزایش تعداد سالمندانی که حداقل یک بار بسته خدمتی را دریافت نموده اند (حداقل ۳۰٪ حد انتظار سالانه). ضمناً پوکی استخوان اندازه گیری نمی شود خانم سیدی / خانم خسروی / خانم ولی پور				
برگزاری کارگاه هم اندیشی مراقبین سلامت	شبکه بهداشت و درمان	هفته اول مهر ماه	برگزاری کارگاه و شرکت کلیه مراقبین	
فراخوان ارائه خدمت توسط مراقبین سلامت	خاتمه سیدی / خسروی / ولی پور	از شهریور ۱۴۰۲ تا پایان سال ۱۴۰۲	ارتقاء شاخص پوشش جوانان ، میانسالان و سالمندان	بسته خدمتی سلامت جوانان و میانسالان با قابلیت ارائه ۳ سال یکبار در سامانه سینا فعال می باشد.
استفاده از پتانسیل طرح سلامت خانواده و نظام ارجاع و تقویت فراخوان در شیفت عصر جهت افزايش پوشش مراقبتها	خاتمه سیدی / خسروی / ولی پور	تا پایان سال ۱۴۰۲	ارتقاء شاخص پوشش جوانان ، میانسالان و سالمندان	
بررسی سلامت کارکنان در ادارات و شرکتها یمتقاضیان رابیطین سلامت کارکنان که خدمات دریافت کرده اند	خاتمه سیدی / خسروی / ولی پور	تا پایان سال ۱۴۰۲	ارتقاء شاخص پوشش جوانان ، میانسالان و سالمندان	برخی از ادارات و شرکت ها تمایلی به دریافت خدمت ندارند

فعالیتها	مسئول اجرایی	زمان اجرا	شاخص پایش	توضیحات
ارائه خدمت و آموزش به سالمندان ساکن <u>خانه های سالمندان</u> توسط مراقبین سلات مربوطه و ثبت در سامانه	خاتمه سیدی / خسروی / ولی پور	تا پایان سال ۱۴۰۲	درصد سالمندان خدمت گرفته در خانه سالمندان	
استفاده از رابطین سلامت در معرفی بسته خدمتی و فراخوان دریافت خدمت	خاتمه سیدی / خسروی / ولی پور	تا پایان سال ۱۴۰۲	ارتقاء شاخص پوشش جوانان ، میانسالان و سالمندان	
ارائه خدمات دراماکن تجمع جوانان، میانسالان از قبیل حوزه علمیه ودانشگاه های تحت پوشش و ..	خاتمه سیدی / خسروی / ولی پور	تا پایان سال ۱۴۰۲	ارتقاء شاخص پوشش جوانان ، میانسالان و سالمندان	
<p>مراقبت مادران باردار حداقل ۶ بار</p> <ul style="list-style-type: none"> • حد انتظار ۵۰٪ است ولی شاخص پایگاهها ۳۰٪ است • در شهید مرتضوی ۲۶٪ از ۵۰ درصد میباشد. این خدمات در شماره ۱ امام حسین مناسب نیست <p>خانم خسروی / خانم ولی پور</p>				
برگزاری کارگاه هم اندیشی مراقبین سلامت	شبکه بهداشت و درمان	هفته اول مهر ماه	برگزاری کارگاه و شرکت کلیه مراقبین	
شناسایی به موقع مادران باردار در حین فراخوان خانوارها در برنامه های مختلف ودعوت به دریافت خدمات	خاتمه خسروی / ولی پور	از شهریور ۱۴۰۲ تا پایان سال جاری	۶۰٪ مادران باردار ۶ بار مراقبت شده	شهر قدس مهاجر پذیر بوده و سامانه سینا قابلیت اندازه گیری مادران مهاجر را ندارد لذا پوششها پایین تر از حد انتظار است
شناسایی مادران باردار از طریق اطلاعات موجود در فرم فرزند آوری	خاتمه خسروی / ولی پور	از شهریور ۱۴۰۲ تا پایان سال	۶۰٪ مادران باردار ۶ بار مراقبت شده	
استفاده از پتانسیل طرح سلامت خانواده ونظام <u>ارجاع و تقویت</u> فراخوان در شیفت عصر جهت افزایش پوشش مراقبتها	خاتمه خسروی / ولی پور	از شهریور ۱۴۰۲ تا پایان سال	۶۰٪ مادران باردار ۶ بار مراقبت شده	



فعالیتها	مسئول اجرایی	زمان اجرا	شاخص پایش	توضیحات
پیگیری کلیه مادران باردار جهت دریافت خدمت در موعد مقرر از طریق مراقبین و تماس تلفنی و فعال نمودن برنامه رابطین مرکز/ پایگاه	خانمها خسروی / ولی پور	از شهریور ۱۴۰۲ تا پایان سال	۶۰٪ مادران باردار ۶ بار مراقبت شده اند	
افزایش رضایتمندی مادران باردار تحت پوشش از طریق کاهش زمان انتظار	خانمها خسروی / ولی پور	از شهریور ۱۴۰۲ تا پایان سال	۱۰۰٪ مادران باردار ۶ بار مراقبت شده	
تعیین حد انتظار شناسایی مادران باردار در حوزه تحت پوشش و مقایسه عملکرد مراکز با آن	خانمها خسروی / ولی پور	شهریور ۱۴۰۲ تا پایان سال	۶۰٪ مادران باردار ۶ بار مراقبت شده	در هر مرکز متفاوت است
<p>شناسایی و مراقبت مشکلات روانی، اجتماعی و اعتیاد</p> <ul style="list-style-type: none"> حضور یکروز در هفته روانشناس و پزشک در اکثر پایگاهها ناکافیست در پایگاه اینانلو میانگین مراقبت های ارائه شده در سه حوزه توسط پزشکان و کارشناسان ۵۲٪ در شماره ۱ پایگاه امام حسین این مراقبتها مناسب نمی باشد <p>خانم صادق زاده</p>				
استفاده از ظرفیت روانپزشکان بیمارستان سردارسلیمانی و ۱۲ بهمن جهت آموزش تخصصی تشخیص و درمان اختلالات به پزشکان مراکز	واحد سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد با همکاری آموزش بیمارستان	تا پایان سال ۱۴۰۲	آموزش صد درصد نیروهای جدید و شاغل در نظام مراقبت های بهداشتی	
اجرای برنامه های پیشگیری از اعتیاد به طور گسترده با همکاری سازمان های مثل شهرداری و آموزش و پرورش و... (تامین فضای فیزیکی اجرای کارگاه ها و فراخوان مراجعین)	واحد سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد با همکاری سازمان شهرداری و آموزش و پرورش	تا پایان سال ۱۴۰۲	اجرای ۵ دوره از برنامه تحکیم بنیان خانواده توسط کارشناسان سلامت روان برای جمعیت تحت پوشش	
افزایش تعداد نیروهای کارشناس سلامت روان بطور ثابت ویژه پایگاهها جهت افزایش مراقبتها . (ویا وجود نیرویهای ویژه در مراکز صرفا جهت آموزشهای گروهی)	واحد سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد	تا پایان سال ۱۴۰۲	باتوجه به جمعیت تحت پوشش و شرح وظایف (کارسنجی)	

فعالیتها	مسئول اجرایی	زمان اجرا	شاخص پایش	توضیحات
توانمند سازی مراقبین سلامت در زمینه روانشناسی تا حد قلهای مراقبت و مشاوره را به تدریج انجام دهند	واحد سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد	تا پایان سال ۱۴۰۲	حداقل ۲۰٪ مراقبین می توانند بخشی از نیازهای اولیه بیماران با اختلالات روانی اجتماعی را مرتفع سازند	
ایجاد خانه های امن توسط بهزیستی ویژه افراد مورد خشونت خانگی در شهرستان (جهت افزایش کیفیت مراقبت های مربوط به سلامت اجتماعی) ^۱	اداره بهزیستی شهرستان	تا پایان سال ۱۴۰۲	حد اقل تعداد یک خانه امن در شهرستان ایجاد گردیده است	
قابلیت پذیرش مردم، مشارکت جامعه و رضایت مندی آنان				
شناسایی و تربیت رابط سلامت و طرحهای محله محور	در کلیه پایگاهها در بهترین شرایط ۳۰-۵۰٪ از رابطین مورد انتظار انتخاب شده اند و این شاخص نمی تواند مشارکت مردم در پیگیری افراد مورد نیاز مراقبتهای ممتد، تشویق جمعیت به بهره مند شدن از خدمات پیگیری و سایر موارد را پوشش دهد. خانم زکی پور			
برگزاری کارگاه هم اندیشی مراقبین سلامت	شبکه بهداشت و درمان	هفته اول مهر ماه	برگزاری کارگاه و شرکت کلیه مراقبین	
استخراج خدمات به تاخیر افتاده در بین خانوارهای تحت پوشش (ماهانه) توسط مراقبین سلامت و ارسال لیست به رابطین سلامت مربوطه جهت انجام پیگیری	خانم زکی پور	از شهریور ۱۴۰۲ تا پایان سال	افزایش خدمات فعال و پوشش ۱۰۰ درصدی پیگیری ها	

۱. با توجه به شمار قابل توجه موارد خشونت خانگی در شهرستان ها، وجود خانه های امن با استانداردهای لازم میتواند در تکمیل فرایند ارائه خدمات مربوط به خشونت خانگی و اطمینان افراد برای دریافت حمایت لازم در مواقع نیاز، موثر باشد. بهبود کیفیت خدمات مربوط به این حوزه نیازمند همکاری های بین سازمانی است.



فعالیتها	مسئول اجرایی	زمان اجرا	شاخص پایش	توضیحات
تکمیل و بایگانی فرم گزارش پیگیری مراقبت های بهداشتی اولیه / غربالگری بیماری های واگیر، غیر واگیر و ... توسط رابطین سلامت	خانم زکی پور	از شهریور ۱۴۰۲ تا پایان سال	ارزیابی و مشاهده مستندات در پایش ها	
استفاده از رابطین سلامت در معرفی برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع و فراهوان دریافت خدمت جهت جمعیت غیر فعال	خانم زکی پور	شهریور ۱۴۰۲ تا پایان سال	در صد خانوارهایی که از طریق رابطین به مرکز مراجعه نموده اند	
همکاری در جذب رابط سلامت محله برای خانوارهای بدون رابط سلامت و ترغیب افراد واجد شرایط	خانم زکی پور	شهریور ۱۴۰۲ تا پایان سال	افزایش تعداد رابطین فعال	با توجه به پوشش ۱۰۰٪ حد انتظار دانشگاه در برنامه رابطین سلامت محله. رابطین جدید جذب شده جایگزین رابطین غیر فعال خواهند شد
شناسایی مشکلات سلامت محله و تعیین الویت های بهداشتی- اجتماعی مشارکت در حل مشکلات سلامت محلات توسط رابطین محله	خانم زکی پور	شهریور ۱۴۰۲ تا پایان سال	تعداد مداخلات در جهت ارتقای سلامت جامعه با مشارکت رابطین	
شناسایی اماکن مناسب مانند فرهنگسراها، مساجد، مدارس و غیره برای برگزاری جلسات ادواری با رابطین	خانم زکی پور	شهریور ۱۴۰۲ تا پایان سال	تعداد پایگاههایی که به طریقی فضای لازم برای گرد همایی رابطین را فراهم نموده اند	
نظارت و ارزشیابی مستمر از فعالیت های رابطین سلامت محله	خانم زکی پور	شهریور ۱۴۰۲ تا پایان سال	ارزیابی و مشاهده مستندات در پایش ها	

فعالیتها	مسئول اجرایی	زمان اجرا	شاخص پایش	توضیحات
نیروی انسانی، تجهیزات و فضای فیزیکی				
بازسازی واحدها و فضای ایمن	کمبود فضا در اطاق مراجعین پایگاههای شماره ۱ نیمه شعبان و محمودیان در پایگاه حاشیه شهر علی اصغر فضا کوچکتر از انتظار و در پایگاههای بهاران و شهید حسینی غیر ایمن است خانم دکتر احمد خانی ها / آقا یابراهیمی			
بررسی فضای فیزیکی و تجهیزات واحدهای ملکی و برآورد تعمیرات و تجهیزات مورد نیاز در واحدهای جدید و بهبود استاندارد واحدهای موجود	تیم اموراداری و گسترش	تا پایان سال ۱۴۰۲	تعداد واحدهای بهبود استاندارد شده	مراکز حضرت علی اصغر، شهید عشرتی و امام حسین (ع) در الویت خواهند بود
برآورد هزینه مورد نیاز جهت بهبود استاندارد فضای فیزیکی و تجهیزات	تیم اموراداری و گسترش	تا پایان سال ۱۴۰۲	تعداد واحدهای بهبود استاندارد شده	
انجام تعمیرات مورد نیاز بر اساس اولویت و اعتبارات تخصیص یافته	تیم اموراداری و گسترش	تا پایان سال ۱۴۰۲	تعداد واحدهای بهبود استاندارد شده	
توزیع تجهیزات مورد نیاز واحدها بر اساس چک لیست استاندارد تجهیزات	تیم اموراداری و گسترش	تا پایان سال ۱۴۰۲	تعداد واحدهای بهبود استاندارد شده	
برآورد تعداد نیروی انسانی مورد نیاز بر اساس جمعیت تحت پوشش و واحدهای فعال و جذب و بکارگیری نیروها بصورت طرحی و خرید خدمت و اشتغال نیروها بعد از گذراندن دوره های آموزشی مورد نیاز	تیم اموراداری و گسترش	تا پایان سال ۱۴۰۲	تعداد واحدهای بهبود استاندارد شده	
تهیه لیست افراد بیمه نشده و اقدام لازم برای پوشش کامل آنان	غیر از خانه های بهداشت استخراج لیست بیمه نشده ها میسر نیست و لذا تشویق جمعیت برای تحت پوشش بیمه قرار گرفتن و یا هماهنگی با سازمانهای بیمه گرد چار مشکل می باشد خانم رضانی			



فعالیتها	مسوول اجرایی	زمان اجرا	شاخص پایش	توضیحات
مکاتبه با معاونت محترم بهداشتی در خصوص ایجاد دسترسی در سامانه سینا جهت استخراج افراد فاقد بیمه	خانم رضائی	شهریور ۱۴۰۲	ایجاد دسترسی در سامانه سینا به منظور ثبت نوع بیمه/ فاقد بیمه، و امکان گزارش گیری از آن	
پیگیری مکاتبات انجام شده از معاونت بهداشتی جهت پشتیبانی سامانه	خانم رضائی	شهریور ۱۴۰۲	ایجاد دسترسی در سامانه سینا به منظور ثبت نوع بیمه/ فاقد بیمه، و امکان گزارش گیری از آن	
تهیه وثبت لیست افراد فاقد بیمه توسط پزشکان و مراقبین سلامت	خانم رضائی	شهریور ۱۴۰۲	ایجاد دسترسی در سامانه سینا به منظور ثبت نوع بیمه/ فاقد بیمه، و امکان گزارش گیری از آن	نظارت بر تهیه و تنظیم لیست مذکور برعهده کارشناسان واحد گسترش مییاشد
حاکمیت دولت				
در اختیار قرار گرفتن اعتبار لازم برای ارائه خدمات جامع و کیفی	محدودیت در تخصیص اعتبار جناب دکتر میر شریفی			
ارائه آمار و عملکرد واحدهای تابعه در جلسات مجمع مالی دانشگاه	دکتر میرشریفی	خرداد ماه ۱۴۰۲	میزان اعتبارات تخصیص یافته و جذب شده	
انجام نیاز سنجی ساختاری و برنامه ای در واحدهای تابعه بر اساس عملکرد	دکتر میرشریفی	در طول سال ۱۴۰۲	میزان اعتبارات تخصیص یافته و جذب شده	
اعمال نیازهای مالی در تفاهم نامه مالی سالیانه شبکه	دکتر میرشریفی	تیر ماه سال ۱۴۰۲	میزان اعتبارات تخصیص یافته و جذب شده	
پی گیری مستمر بودجه های مورد نیاز از دانشگاه و معاونت	دکتر میرشریفی	در طول سال	میزان اعتبارات تخصیص یافته و جذب شده	

توضیحات	شاخص پایش	زمان اجرا	مسئول اجرایی	فعالیتها
				جمعیت ۱۲-۶۵ سال دارای سواد بالای ۶ ابتدایی
	اطلاعات موجود نیست/ قابل استخراج از سامانه نمی باشد			خانم رضانی
	ایجاد دسترسی در سامانه سینا به منظور ثبت و گزارش گیری جمعیت ۱۲-۶۵ سال دارای سواد بالای ششم ابتدایی	تا پایان سال ۱۴۰۲	خانم رضانی	مکاتبه و پیگیری با معاونت محترم بهداشتی در خصوص ایجاد دسترسی در سامانه سینا جهت ثبت و استخراج آمار مربوطه
				زنان ۱۵ تا ۶۰ سال سرپرست خانوار دارای شغل و درآمد
	اطلاعات موجود نیست/ قابل استخراج از سامانه نمی باشد			خانم رضانی
	ایجاد دسترسی در سامانه سینا به منظور ثبت و گزارش گیری زنان ۱۵ - ۶۵ سال سرپرست خانوار دارای شغل	تا پایان سال ۱۴۰۲	خانم رضانی	مکاتبه و پیگیری با معاونت محترم بهداشتی و پشتیبانی سامانه در خصوص ایجاد دسترسی در سامانه سینا جهت ثبت و استخراج آمار مربوطه
				مردان ۲۵ تا ۶۵ سال دارای شغل و درآمد
	اطلاعات موجود نیست/ قابل استخراج از سامانه نمی باشد			خانم رضانی
	ایجاد دسترسی در سامانه سینا به منظور ثبت و گزارش گیری جمعیت مردان ۲۵-۶۵ سال دارای شغل و درآمد	تا پایان سال ۱۴۰۲	خانم رضانی	مکاتبه با معاونت محترم بهداشتی در خصوص ایجاد دسترسی در سامانه سینا جهت ثبت و استخراج آمار مربوطه



فعالیتها	مسئول اجرایی	زمان اجرا	شاخص پایش	توضیحات
پیگیری مستمر مکاتبات انجام شده از معاونت محترم بهداشتی و پشتیبانی سامانه	خانم رضائی	تا پایان سال ۱۴۰۲	ایجاد دسترسی در سامانه سینا به منظور ثبت و گزارش گیری جمعیت مردان ۲۵-۶۵ سال دارای شغل و درآمد	
دسترسی جمعیت به فضای مناسب برای فعالیتهای فیزیکی و ورزشی	خانم مهندس پرویزی	وجود فضای ورزشی بویژه پارک با امنیت کافی، باشگاه برای بانوان و جوانان با هزینه های قابل پرداخت جای سوال دارد		
طرح موضوع در جلسات کارگروه سلامت	خانم مهندس پرویزی	تا پایان سال ۱۴۰۲	درصد دسترسی جمعیت به فضای ورزشی و تفریحی	تاکنون جزء شاخص نبوده و تعریف وزارتی در این خصوص ابلاغ نگردیده است .
بازدید از باشگاههای ورزشی و انجام پیگیریهای لازم	خانم مهندس پرویزی	تا پایان سال ۱۴۰۲	درصد دسترسی جمعیت به فضای ورزشی و تفریحی	
بازدید از پارکها و فضاهای تفریحی و انجام مکاتبه جهت رفع مشکلات (روشنائی، ایمنی، سگ گردانی و...)	خانم مهندس پرویزی	تا پایان سال ۱۴۰۲	درصد دسترسی جمعیت به فضای ورزشی و تفریحی	

لیست تجهیزات

لیست تجهیزات مورد نیاز شبکه بهداشت و درمان شهرستان قدس در خصوص برنامه بین الملل سازی فیلد ارائه خدمات سلامت

تعداد	تجهیزات	تعداد مورد نیاز	تجهیزات	تعداد مورد نیاز	تجهیزات
۲ دستگاه	خودرو سواری - ون *	۵ عدد	فایل دو کشو	۱۰ عدد	کامپیوتر
* مبلغ خودرو سواری - ون در مبالغ فوق لحاظ نگردیده است.		۱ عدد	پرینتر رنگی	۲ عدد	لپ تاپ
		۱۰ عدد	پرینتر	۱۰ عدد	کتابخانه
		۱ عدد	دستگاه کپی	۲۰ عدد	صندلی اپراتوری
		۲ عدد	کولر گازی ایستاده	۲ عدد	تلویزیون ۴۰ اینچ
		۱۰ عدد	برد	۱ عدد	دوربین عکاسی
ریال ۹/۸۴۰/۰۰۰/۰۰۰		جمع کل اعتبارات مورد نیاز		۲۰ عدد	صندلی اتاق جلسات



۵۵

دانشگاه علوم پزشکی ایران

بین الملل سازی نظام ارائه خدمات سلامت در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران







Internationalization of Health Service
Delivery in the Iran University of
Medical Sciences and Health Services
(IUMS)

A Joint collaborative project coordinated
by the deputies for International Affairs &
Public Health - IUMS

International campus
Iran University of Medical
Sciences and Health Services



Contents

Preamble	5
Introduction to the Iranian Health System Network based on Primary Health Care.....	6
Justification and objectives for Internationalization of health service delivery in IUMS	11
Implementation steps	12
The result of service delivery assessment in 21 health care facilities of Shahr Ghods District	18
Developing plan of action to improve service delivery	20
Harmonization Workshops for the Care Providers of the Health Facilities, 10 and 16 October 2023	22
Annexes	24
Annex 1. Assessment questionnaire in line with WHO PHC Framework of Action	24
Annex 2. Plan of Action for strengthening Health System in Ghods District “Pilot district for PHC framework of action”	39

Preamble

Dr. Abdolreza Pazouki



IUMS

5

The Iran University of Medical sciences and Health Services (IUMS) for the first time established in 1974 named Iran International Health Center. In 1978 the medical university has been added to this center and after victory of Islamic Revolution and integration of Medical universities with the health system the IUMS has been officially established in 1982 – 1987. The IUMS has been credited as one of the successful universities in Iran with quality and quantity improvement. Currently more than 7000 Iranian students and nearly 2400 foreigner students are studying in the medical, paramedical, nursing and midwifery, public health, rehabilitation, information management, mental health and behavioral science, and health technology. The IUMS has more than 750 members of academia, 10 major teaching hospitals, 7 curative care hospitals and 30 research centers in health sciences.

On the other hand, the IUMS is responsible to deliver Primary Health Care (PHC) services in addition to hospital and ambulatory care to 7 districts namely: Shahryar, Robot Karim, Shahr Ghods, Malard, Baharestan, North West Tehran and West Tehran with a population of more than 6500,000,000.

The deputy for international affairs and president of International Campus is continuously emphasizing on sharing experiences, result of researches in health sciences, major scientific outcomes and challenges with other international medical universities elsewhere in the world as well as sharing it during international congresses and meetings.

On the way towards internationalization of healthcare services in June 2023 under a close collaboration between deputies for public health and international relation it was decided to select Shahr Ghods District as the first model district implementing the WHO PHC Framework of Action recommended by the 2020 World Health Assembly. In this regard, after briefing the experts and managers of public health affairs in Shahr Ghods district a questionnaire has been finalized and all health facilities in the target districts has been assessed in 14 domains. The result of initial assessment has been analyzed by the consultant recruited for this project and shared with the experts and managers of the Shahr Ghods District. The meeting came out with a plan of action to overcome shortcomings and improve quality and quantity of health services, increase community engagement under Health Volunteers intervention and specially clients and care provider's satisfaction. By April 2024 the care delivery will be evaluated and the interventions will be expanded to other 6 districts within IUMS. The chancellor of university and his deputies are fully committed to support implementation of the PHC framework of action and develop an educational field of service delivery for the internal and foreigners' health experts and managers specially countries of Eastern Mediterranean Region supported by World Health Organization.

We hope this booklet that summarize steps to implement WHO Framework of Action will be a useful guide for all internal and external interested health care managers and experts.

I use this opportunity to appreciate efforts of Dr Moghtadaei the deputy for International Affairs, Dr Tabatabaei deputy for Public Health, Dr Maleki the OIC International Affairs, Dr Ghoshtaei the head of the health education department, Dr Syed Hossain Mirsharifi the head of the Shahr Ghods Health Network System and his colleagues.

Last but not least Dr Ali Nematii the research deputy for International affairs and Dr Mohammad Assai Ardakani the senior consultant and expert for the project with many years national and international experiences in the health system management who both has substantial role in finalizing this document.

Dr Abdolreza Pazooki
Chancellor of Iran University of Medical Sciences
and Health Services



Introduction to the Iranian Health System Network based on Primary Health Care¹

6

Following the victory of the Islamic Revolution (more than 4 decades ago), the Ministry of Health attempted to design the health system for a more equitable allocation of health resources based on Primary Health Care (PHC). The basic policies were declared as follows:

- Priority of prevention as a long-term investment to curative care
- Priority of rural and underprivileged areas in resource allocation to urban settings
- Priority of ambulatory care to hospitalization

Based on these policies and the results of the West Azarbaijan Province experience conducted in early 70s, a network of health facilities was designed mainly to deliver PHC services equitably to all those who need them. The first limited experience of hiring indigenous community health workers (Behvarz) for delivering primary health care services was conducted in this province in collaboration with WHO.

The PHC network (figure 1) is an integrated and stratified health care delivery system. A well-defined and standardized benefit package is provided for defined target populations dwelling around most peripheral health care facilities (Health Houses and Health Posts). This package includes maternal and child health care, family planning, oral health, symptomatic treatment of common symptoms, screening for diseases like diabetes and hypertension, mental health, early case detection for diseases like HIV/AIDS, malaria and tuberculosis, environmental health, and school health.

¹ M. assai - WHO report on emergency preparedness in Islamic Republic of Iran 2023

The Health House is the most peripheral rural facility in the network, covering an average of 1500 individuals. A male and a female villager known as BEHVARZ staff each health house and they are native to the place they work so familiar with the culture, language and needs of the community they serve. Based on the network master plan 19096 health houses have to be established to cover the whole rural population. Out of these planned facilities, 17958 (94%) health houses are active providing health services for the time being and cover more than 90% of the rural population. (Table 1)

Table 1: Planned and available health facilities

Health facilities	Health Houses	Health Posts	Rural Health Centers	Urban Health Centers
Planned	19096	6389	3121	2951
Available/ functional	(94%)17958	(88%)5638	(91%)2838	(94%)2783

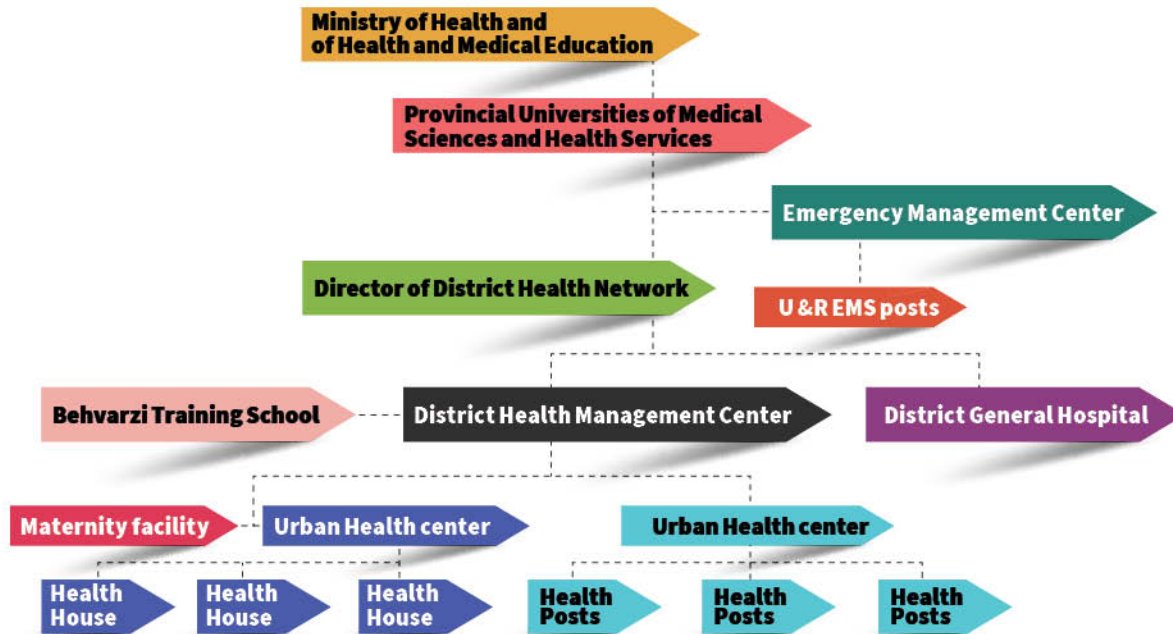
Source: Health Network Management Center, MoH- April 2022

Behvarzes are selected among young, interested and at least high school graduate indigenous (to the places that they will serve population/ their own villages) individuals and are trained in a 18 month training course in Behvarzi training center located at the ecenter of each district. Behvarzes are multipotential community health workers (CHWs) who have enough skills for delivering active PHC services.

The Rural Health Center, the second level of service provision, is a village-based facility that covers one to five health houses in the same or neighboring villages, not farther than 40 Km, under its supervision. On the average, the population covered by each rural health center is about 9000. Based on health network master plan 3121 rural health center are needed to cover the whole rural population. From these, about 2838 (91%) rural health centers have been established till now and are busy playing their role in the network.



Figure 1: Organogram of the Health Network System in I.R of Iran





A health team consisting of General Practitioners (one per 4000 individuals), midwife, nurse and a number of health experts work in each rural health center. This center is the first managerial and referral level in the rural health network system. In addition to administrative and supervisory function, the health team provides outpatient medical and more advanced health services for the covered population. Simple laboratory and imaging services may also be provided by the selected rural health centers but recently these services are outsourced specially at urban areas.

To reduce maternal mortality, that was about 90 per 100,000 live births in 1990, it was planned to construct maternity facilities next to about one per 5 rural health centers. As a result of improving access to hospitals, maternity facilities were not utilized as expected and keeping them active was not justifiable any more in many areas. Therefore, most of them were closed and for the time being, in remote areas where population access to hospitals has still remained poor, the maternity facilities are functional. All over the country there are only 250 maternity facilities still continued to assist normal deliveries.

The Urban Health Posts are responsible for delivering PHC to the urban inhabitants in a way similar to the health houses in rural areas. Each urban health post covers a population of about 12500 individuals. Three family health experts (at least one of them should be midwife), one environmental health expert, one disease managing expertise staffing each urban health post. Based on the health network master plan about 6389 urban health post have to be established to cover the whole country urban population. From these planned health posts, 5638 (88%) are active, providing PHC services to their catchment population.



Urban Health Center, which is functionally similar to rural health center, has 3 to 5 health posts under its supervision. Two general practitioners, mainly for visiting/ screening patients, supervising health posts and referring cases who are in need of management at higher level, work in each urban health center. Private sector has a predominant role in providing curative services in urban settings. From 2951 urban health centers that have to be established based on the health network master plan, 2783 (94%) are active for the time being.

District management health center is ambulatory and preventive managerial health center and is responsible for planning, training and education, logistic, administrative affairs, monitoring and supervision of the district health network system. The directorate of district health network is the coordinator of all activities and health programs at district level including linkages of district general hospital with the ambulatory health care facilities.

The Ministry of Health and Medical Education (MOHME) is responsible for both education of health sciences and provision of health services. In each province, a state university of medical sciences and health services is responsible for these activities. Therefore, in addition to district health networks, other types of health faculties and teaching hospitals are also part of this organization in each province. As a result of this organizational unity, academic staffs have been more or less involved in health system management, evaluation and research. It is hoped that close cooperation between scientific and executive bodies facilitates the movement of Iran's health system towards more efficient, equitable, and sustainable service provision.



Justification and objectives for Internationalization of health service delivery in IUMS

Well established infrastructure for delivery of PHC in IUMS, strong commitment of H.E. Chancellor of the university and his deputies particularly International and Public health affairs) and willingness of local health authorities to host managers and experts from the countries of the region to exchange experiences on PHC and eventually meeting UHC targets are reasons for raising the idea of internationalization of health services delivery in few districts under supervision of IUMS.

Table 2 shows district management centers (DMC) and its population coverage under supervision of IUMS. Therefore, in long term the project will cover a population above 5.5 million.

Table 2: district health management canters under IUMS

Districts	Population	Districts	Population
Shahriyar	844,869	Baharestan	565,025
Robat Karim	455,673	North West DMC	1,929,645
Ghods City	339,382	West DMS	1,044,486
Malard	380,690		
Total Population			5,559,770

Source: Office of the Deputy for public health IUMS



- 1) Establishing a well-qualified field of service delivery for the PHC managers and experts from the countries of Eastern Mediterranean Region (EMR) or other WHO regions;
- 2) Assessing current service delivery in different levels of care in terms of quality and quantity of PHC service delivery;
- 3) Improving quality and quantity of service delivery through supportive supervision, coaching and performing continuous field visits;
- 4) Strengthening health network system based on WHO PHC Framework of Action (approved by the member states during WHA 2020);
- 5) Institutionalizing the community engagement and sustained intersectoral action as the main pillars of PHC; and
- 6) Organizing a series of capacity building workshops for the PHC managers and experts from other countries within and outside EMR using improved field of service delivery supported by WHO and other interested UN agencies and partners.

Implementation step

Step 1: Health service delivery assessment based on WHO PHC framework of action

In this regard an assessment questionnaire has been developed consists of 14 levers of PHC framework of action (core strategic and implementation levers). The levers were modified to fit with Iranian health system infrastructure and priorities (table 3). For each lever a set of indicators totally 75 indicators were identified that is basis for initial assessment and further evaluation of the project.



Table 3: The 14 levers for assessment of quality and quantity of district health system

Access & Coverage	Follow-up mechanism for defaulters	Governance
Comprehensiveness and Quality of care	Financial hardship and population satisfaction	HWF training and in-service training/ refresher courses
Population Acceptability, community engagement and their satisfaction	Care Providers Satisfaction	Environmental & Occupational Health and Emergency Preparedness and Response
Human Resources, Physical Space and Medical Equipment	Supply of vaccines, medicines and other biologics	Social Determinants of Health
Monitoring, Supervision and Health Management Information System	Referral Channel	

Step 2: Finalization of the assessment tool and briefing the senior experts and management of project site (model district namely Qods District)

Two sessions were coordinated and facilitated to finalize the tool and briefing the senior experts from the Public Health Deputy Office and the project implementation site on their role and how to observe, assess and document findings, so that an evidenced based result is expecting from this assessment (Annex 1). It was planned to assess 25% of health houses, 25% of health posts and adjacent rural and urban health centers; however, considering quite manageable we decided to assess all 19 Health posts and 2 health houses.



To expedite assessment, process the service delivery units from the sample site were divided among the senior experts from Deputy of Public Health Office as well as the local priority health related programs' managers at district level. The assessment has been initiated on 21 August and completed by 1st September 2023. **(Annex 1)**

Step 3: Assessing the service delivery using a questionnaire that has been completed by 5 teams of experts from different fields of service delivery. This has been compiled and analyzed to identify successful experiences/ innovations as well as weaknesses **(Annex 2)**. This has been carried out by the senior adviser Dr Mohammad Assai Ardakani, former adviser to H.E. Minister of Health and Medical Education and the former WHO Representative Pakistan with nearly 36 years' experiences in PHC and health system development. Dr Assai has designed the questionnaire and started to work on this project from 23 July 2023.

Step 4: Develop plan of action to improve service delivery based on the assessment' result

The senior adviser, along with the experts from the international affairs deputy and public health deputy office of the IUMS in addition to the district level managers and experts facilitated two days planning workshop and came out with actions to improve service delivery at project site considering the guiding principles suggested by the WHO PHC framework of action. This has been finalized on 3-4 September 2023 **(Annex 2)**.





Step 5: implementation of the plan of action by the district health authorities

Implementation of plan of action and agreed interventions filling the gaps in service delivery required high level political commitment mainly from the chancellor of IUMS as well as technical support from the deputies for international affairs and public health affairs. This should be complimented by WHO and other interested UN agencies and partners technical and financial support.

Step 6: Design and organize a capacity building course for the managers and experts from other countries of the EMR and other interested regions to share experiences and benefit from the improved field of service delivery created by the IUMS.

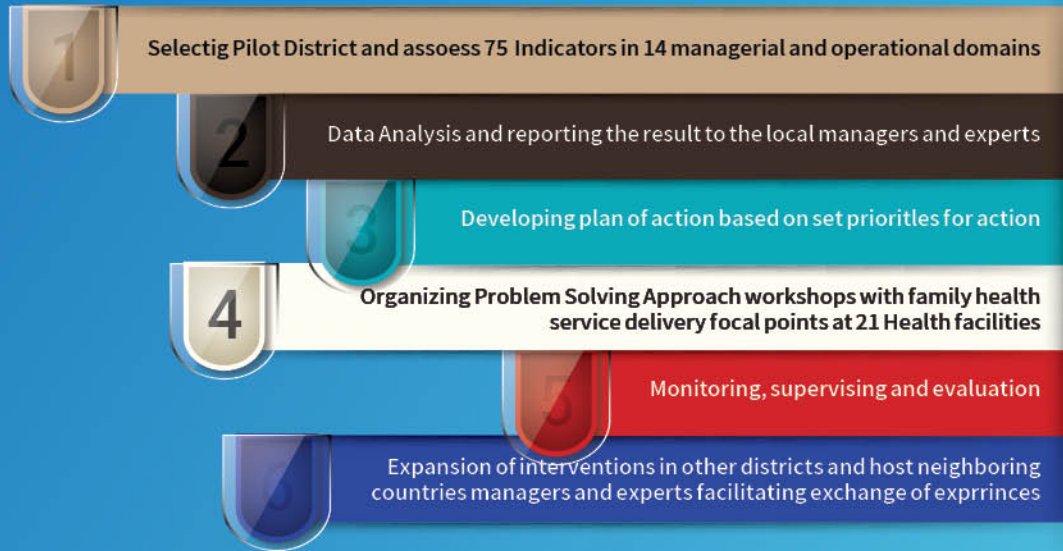


Expectations from WHO, UNICEF and other UN Organizations:

1. Providing technical support for Operationalization of WHO PHC framework of action in I.R of Iran (as a model in Iran University of Medical sciences and Health services);
2. Facilitate exchange of experiences between MSs on WHO PHC framework of action virtually with EMRO and other possible countries;
3. Participate in final evaluation of project to assess impact of interventions to improve the relevant indicators in compare with the initial assessment result;
4. Support creation of a model educational field on service delivery



“strengthened PHC services based on WHO PHC framework of action advised by WHA 2020”;
5. Facilitate organizing national and international workshops to share experiences on the subject and if applicable recognize IUMS (selected implementation site) as a training site for improved PHC services.



Implementation of WHO Primary Health Care Framework of Action



S #	Main Activities	Time line	Responsible officer/ unit
1	Drafting a questionnaire for service delivery assessment and briefing experts and health system managers	From 23 – 30 July 2023	Dr Assai as senior adviser to the project
2	Finalizing assessment questionnaire	1 st August 2023	Senior experts from deputies for INT and public health affairs
3	Selection of assessment site and assessment team members	1 st August 2023	Senior managers from deputy for public health affairs
4	Completion of service delivery assessment in 25% of the health facilities (Rural & Urban)	From 21 August to 10 Sep 2023	Assessment team supervised by the project' senior adviser
5	Compilation and analysis of the assessment questionnaire	Aug 2023 11	Project' senior adviser
6	Organizing a consultative meeting to identify successes/ innovations and weaknesses based on assessment results	Sep 2023 3-4	Public Health Deputy and Manger of the model district assisted by the Project' senior adviser
7	Develop a plan of action (PoA) to improve quality and quality of service delivery based on WHO PHC Framework of Action	Sep 2023 3-4	Senior experts and managers of the District Health Center
8	Initiating implementation of agreed PoA	From 2 September for a period of 3 months	Senior experts and managers of the District Health Center supported by the deputies for INT affairs and Public Health affairs and also Project' senior adviser
9	Evaluate achievements by redoing assessment tool	From 2-7 December 2023	Project' senior adviser
10	Reporting the progress of the project including its evaluation and outcomes	From 9 – 21 December 2023	Project' senior adviser
11	Plan/ design a 5 days course participated by the PHC managers and experts from other countries of the Region	From January 2024 onwards	Deputies for international and public health affairs
12	WHO and other partners support for deploying experts from other countries of the region and organizing a 5 days capacity building course	From February 2024 Onwards	WHO and other interested partners
13	Organizing and facilitating a 5 days capacity building course	March 2024	Deputies for international and public health affairs



18 The result of service delivery assessment in 21 health care facilities of Shahr Ghods District

Five teams each composed of 3 experts among senior experts and managers of Ghods Health management center has been formed to assess existing situation using WHO Primary Health Care framework of action adapted by World Health Assembly in 2020. 75 indicators in 14 domains have been agreed and the team performed existing care delivery status ended in 10 days' period. The assessment forms have been analyzed and accordingly it was realized that 18 indicators need to be improved on gradual basis. The assessment team were advised using the health profile of the catchment population specially at risk population, assess knowledge and skill of care providers, communication skill, interview with clients and their own judgment based on their vast supervisory and monitoring experiences.

1. **Mothers interpretation on growth monitoring chart of their own child:** although growth chart is well recorded in the majority of visited health files, however, during consultant's visits/ fact checking it was realized that mothers are not well trained how to interpreting about the growth of their own child. Therefore, considering importance of child development and growth it was decided to include this indicator in the list of the interventions for improving service delivery quality.
2. **Exclusive breast feeding (EBF) among children who reached age of 6 years:** Ministry of Health expectation about EBF is only 37%, but in few health posts the EBF is much lower than MOH' expectation. Considering importance of EBF and its impact on child growth it was decided also to include this indicator in the list of the interventions for improving service delivery quality.
3. **Antenatal care at least 6 times during pregnancy:** this indicator in the 6 Urban and 1 Pre Urban health posts is less than expectations, however in other health facilities antenatal care reached above expectations by follow up mechanism in place by the health care providers. The MoH expectation for ANC is just 50% at urban areas that need to be revised. In one of the health centers (Eshрати) the families prefer to approach private gynecologists for the ANC, therefore it was not possible to extract actual figure. In Shahid Mortazavi health post the ANC was 27% and in Imam Hassan 20%.
4. **Screening psychosocial disorders and addicts in the catchment population:** this indicator in one pre urban health post and 5 urban health posts is reported non-satisfactory. In Inanloo health posts the follow up of psychiatrists and gener-



al physician has reached 52%, while in Imam Hassan health post is not satisfactory. All these are due to only one visit of psychiatrists per facility in a week that the number has to be increased or the GPs and healthcare providers should be given short term training.

5. **Care of the elderly and people suffering from Non- Communicable Diseases (NCDs):** during consultant's visits/ fact checking it was realized that very limited number of elderly are approaching health facilities and there were long delayed in care taking by the elderly within catchment area of the visited health facilities. Considering high number of elderly compare to 10 years ago and importance of NCDs among young and old population it was decided to include this indicator in the list of the interventions for improving service delivery quality.

6. **Identification and training of health volunteers:** Iran's experiences has shown that health volunteers can have substantial impact on population coverage, improving health indicators, follow up defaulters and making sure that health care services are delivered on time to the at risk groups. The assessment has shown that number of health volunteers due to cultural differences among neighborhood is much lower that expectations.

7. **Standards for the health facilities' physical space, its safety and security and need for any renovations:** the assessment revealed that 5 urban health posts and one pre urban health posts don't have enough safe and secure space for service delivery, the number of rooms are not enough for the clients to feel secure while taking care, in number 1 health posts and Mahmoodian and Ali Asghar health posts the waiting area is so small. Baharan and Shahid Hossaini's health posts are out of standards. The water and Sanitary LAB, at Nimeh Shaaban health post and its dentistry facility need renovation.

8. **Vital Horoscope (health information Toll installed on the wall of the health facility):** Vital Horoscope is a simple, friendly used tool created by Iran PHC system 4 decades ago. Considering that Vital Horoscope can be counted as an Image for Iranian PHC it was advised that it should be installed at all health facilities, noting that only health houses ar rural areas having a valid and updated Vital horoscope on the wall.

9. **Using the power of health volunteers for follow up mechanism:** considering low number of volunteers the care providers mostly follow up defaulters by phone, the people in need of continuum care may miss opportunities of using available services at the health facilities. It was advised that the number of health volunteers must be reached up to the accepted standards in a 6 months' period. It is worth mentioning that at rural areas BEHVARs (Community Health Workers) are following up defaulters (if any!) ensuring delivery of PHC in an active way.



10. **Number of people who don't use any kind of health insurance:** unfortunately at facility level this indicator can't be extracted from the Electronic profiles while at managerial and district level this can be extracted.
11. **Availability of essential Medicines at least for the use of one month as stock:** due to overall medicine distribution policy the health facilities cannot be expected to store essential medicines for one-month usage.
12. **Allocation of required budget for implementation of health activities:** considering many issues including imposed sanction the districts health network system is facing with limitation in budget allocation.
13. **Identifying at risk places and hot numbers** placing it on the board of each health facility. In 3 urban health posts and one rural health facility this was not appeared on the board, however within 48 hours after assessment this is now appeared at all health facilities!
14. **Identification of HOT numbers** (Fire distinguishing centers, Ambulances, Red crescent) on the main squares, high ways, visible places at neighborhood: it was not placed in any sites.
15. **Percentage of educated people 12-65**
16. **Percentage of women as head of the households**
17. **Percentage of men 25-65 with no jobs/ income**
18. **Access to the standards physical space for physical exercise and greenery areas:** the greenery areas in Ghods is at the level of national standards, however free access to physical exercise facilities need to be considered by the city managers.

The electronic health profile can't extract these indicators

Developing plan of action to improve service delivery

Considering assessment' result and areas that need to be improved the expertise from Iran university of medical sciences and Shahr Ghods district attended a two days' session to come out with a plan of action that can be find in Annex 2. The time line activities are designed in a way having maximum impact on the predicted outcomes, in addition to the responsibilities and monitoring indicator for each activity. A summary of action plan is as follow:



- Coverage & Access to the health services
- Comprehensiveness and Quality of Care
- Population Acceptability, engagement and their Satisfaction
- Human Resources, Physical Space and Medical Equipment
- Monitoring, Supervision and Health Management Information System
- Follow-up mechanism for defaulters
- Financial hardship and population satisfaction
- Care provider's satisfaction
- Supply of vaccines, medicines and other biologics
- Referral Channel
- Governance
- HWF training and in-service training/ refresher courses
- Environmental & Occupational Health and Emergency Preparedness and Response
- Social Determinants of Health



Harmonization Workshops for the Care Providers of the Health Facilities, 10 and 16 October 2023

The initial assessment of service delivery in 21 health houses and health posts of Shahr-e-Ghods has shown that 3 major issues should be targeted to improve service delivery, these are:

- 1) Expansion of Women Health Volunteers program (WHVs),
- 2) Improving Antenatal Care (ANC), child care and increasing Exclusive Breast Feeding (EBF) practice and
- 3) Increasing elderly care coverage and care of the people suffering from non- communicable diseases (NCDs).

The Iran University of Medical sciences and Health Services has organized two workshops (one on 10th and the other one on 16 October) participated by around 40 care providers working at 21 health facilities of Shahr-e-Ghods. These workshops aim to engage care providers in identifying major challenges within their catchment population related to the above mention 3 priorities, actions to overcome challenges and the role of the care providers in filling the existing gaps.

Each workshop consists of 3 sessions that have been facilitated by Dr Mohammad Assai Ardakani, adviser to the undersecretary for International Health Relation. The sessions articulated in a full participatory approach where care providers divided into groups of 3 participants and requested them to discuss and come out with Top 3 challenges, Top 3 actions to overcome challenges and Top 3 main roles in filling the gaps. Each team/group requested to write down the outcome of their discussions on 3 colorful Cards and paste it on the wall as shown in the below photos. Each session took 90 minutes and that includes discussions and removing overlaps and repetitions between outcomes of the working groups.



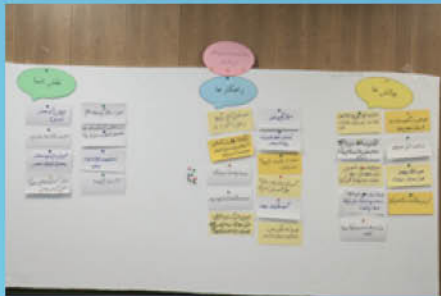
Outcome of ALL working groups discussions on expansion of WHVs program



Outcome of ALL working groups discussions on Improving Care of Elderly and coverages of people with NCDs



Group photo of the second batch of care providers dated 16 Oct 2023



Outcome of ALL working groups discussions on Improving ANC, child care and increasing EBF



Active participation of care providers in identifying challenges, actions and role of the family experts in filling the gaps



Free discussions/ sharing ideas/ innovations between facilitator and participants

It is expected that outcome of these two workshops will be implemented by the care providers of 21 health facilities, monitored and supervised by the experts from the undersecretary for public health department as well as experts/ managers from district level. The supervisors will ensure improving in service coverage and moving towards meeting Universal Health Coverage targets.



Annex 1. Assessment questionnaire in line with WHO PHC Framework of Action

This questionnaire should be filled for 25% of rural and urban health facilities including health houses, health posts, rural and urban health centers making evidences on success factors/ innovations and weaknesses on service delivery at each level of service delivery point. Please be realistic and honest in documenting your positive and negative points, so you can improve the quality and quality of service delivery based on realities and available facts and figures.

#S	Indicators in coherent 14 levers at rural, urban and pre urban levels		Completely Agree	Agree	Disagree	Completely disagree
Coverage & Access						
1	of people have easy access to PHC ser- 100% (vices (maximum 20 minutes walking distance	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
2	Number of health facilities are based on original master plan for Health Network System	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
3	of at-risk groups (pregnant mothers, 100% children<5, people with communicable diseases, refugees, elderly, youth 18-29 years and adolescents 5-18 years old) are covered by the health system	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				



4	All people suffering from NCDs (CVDs, DM, High BP and cancers) receive continuum care	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
5	of children 1-5 years are vaccinated 100% against Pentavalent 3 and MMR 2 vaccines	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
6	of children <5 have active Growth Monitoring Chart (one kept at the facility and one with mother)	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
7	of children under 66 months are Exclusively breast Fed	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
8	All people with communicable diseases (TB, Malaria, HIV/AIDS) are investigated based on syndromic management and care system	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
9	All pregnant mothers at least received 6 times ANC during their pregnancy period	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				



10	and social All people with mental disorders problems and addicts are screened and covered by the health facilities and referred to the (upper level (GP/ psychiatrics	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
11	All children at school age have health files and receive relevant service package based on national instructions	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
12	All people > 60 are screened, diagnosed and under control receive relevant service package for Heart Diseases, DM, Cancers, Osteoporosis and common cancers	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
13	Number of health facilities are based on original master plan for Health Network System	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
14	People have physical/ financial access and High quality of care to diagnostic facilities (LAB, X-Ray and other para-clinics either government (or private clinics	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				

**Comprehensiveness and Quality of Care**

15	All people have access to preventive, curative and palliative care without financial hardship	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
16	The healthcare services are delivered based on Family Practice Approach	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
17	Consultative care and social/ cultural support including empowerment are provided to the needy groups ¹	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
18	During last one year “adverse impact related to vaccination, injections, dressing, prescriptions of medicines etc” are reported	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
19	The on-time continuity of care is planned and delivering to the at-risk groups	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				

1 For example, established and active district multisectoral committee chaired by the Governor, discussed and find solutions for socio-economic and cultural short comings



20	Safety box for vaccines and dental care injections are available and all injections are safely injected	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
21	All people with NCDs are advised for LAB test every 6 months and recorded in their electronic health file	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
22	Pregnant mothers and children < 5 are screened for Anaemia and children receive service package for healthy child	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
Population Acceptability, engagement and their Satisfaction						
23	People receive PHC services with full satisfaction and approach health facilities based on their wills	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
24	The health volunteers (one per 20-60 households) are selected, and attend regularly training sessions organized by the relevant health facilities	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				



25	Community based/ neighborhood-based projects prepared and implemented in the area/s	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
26	The health volunteers assessed social, cultural and financial needs and shared with the relevant development sectors	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
27	The volunteers from other sectors (development sectors volunteers) have joint health related interventions/ project	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
Human Resources, Physical Space and Medical Equipment						
28	All HWF are recruited based on national family health plan/ defined standards	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
29	All health care facilities equipped with essential equipment such as BP apparatus, weighing scales, Cold chain equipment, Desk top, Phones etc	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				



30	All health facilities equipped with necessary office furniture including signboard	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
31	All health facilities have standard physical space and safety measures are well considered	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
32	The health facilities in need of renovation received repaired and renovations	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
Monitoring, Supervision and Health Management Information System						
33	The supervisors are visiting health facilities plan are available for at least once every 3 weeks visits and all reports/ findings are record in a special booklet and reported to the district health management	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
34	of population have active electronic 100% health file	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				



35	The health facilities are divided among health system experts for monitoring and supervision	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
36	Vehicles for S&M are available at district level	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
37	The Vital Horoscopes are kept updated at rural and urban facilities	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
Follow-up mechanism for defaulters						
38	The healthcare services to the at-risk groups are actively follow up and if necessary are delivered at their door step	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
39	The healthcare services to the at-risk groups are recorded in their electronic health file and reported to the upper level	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				



40	The power of influenced local people are used for activating the follow up mechanism	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
Financial hardship and population satisfaction						
41	All PHC services are free of charge	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
42	The ambulatory care is delivered with government TARIFF or covered by health insurance system	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
43	of population are covered by one of the 100% national health insurance schemes	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
44	The un insured people are recorded and list of them are available for registration/ follow up	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				

**Care providers satisfaction**

45	The salary of the care providers is paid on time	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
46	Countenance and punishment are used as tools for increasing insights for better services delivery	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
47	The senior health managers at district level listen to the staff and having good behavior and morals (e.g: a suggestion and complains box is (fixed on the wall	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
48	The staff can be promoted (based on the Government rules and regulations) and environment are fit for higher education if they desired	Rural areas				
		Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				

Supply of vaccines, medicines and other biologics

49	The essential medicines are available according to the standard pharmacopeia list	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				



50	Vaccines and other biologics are stocked for at least next one month	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
51	Essential medicines are stocked for at least next one month	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
52	The usage of medicines and vaccines are recorded regularly in the special booklets/ at electronic reporting tools	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
53	The electronic prescriptions are well established based on family practice programme	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
Referral Channel						
54	All patients in need for referrals are referred using referral slips and registered electronically in the system	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				



55	The feedback is received and available from higher level for the referred patients	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
56	The referred patients are following up after return form higher level	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
57	The referred patients are satisfied by the morals and interventions of the higher level/s	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
Governance						
58	Sufficient financial supports for delivery of comprehensive and high-quality care allocated to the district health center	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
59	The district health managers are committed to community engagement and do all their efforts for increasing community participation and developing neighborhood-based projects runs by the people	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				



60	The district health managers are committed to sustained intersectoral collaborations and relevant examples / evidences are available	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
61	The private sectors are active part of family practice program	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
HWF training and in-service training/ refresher courses						
62	Based on monitoring visits regular in-service courses (at least every 2 months) are designed and implemented for the HWF	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
63	Short term in-service training sessions are planned of the new commerce	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
Environmental & Occupational Health and Emergency Preparedness and Response						
64	All food shops are screened and electronic health files are available for them	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
65	100%of people have access to safe drinking water	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				



66	of population have access to safe sanitation and sewage system- 100%	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
67	of population benefit from safe and clean 100% garbage collection and disposal system	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
68	of population have access to Greenery 100% areas with NO air pollution	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
69	All at risk areas are recognized, identified in addition phone number of Police, fire distinguishers, EMS, Red Crescent, main source of water etc are recorded on the boards for the people to see and know if and when is needed	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
70	The defined groups of community e.g: youth and women volunteers are selected and trained to help their neighborhoods on healthy life style in addition to prevention/ mitigation, and providing first aids at the time needs and before rescue team arrives	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				



71	The hot lines are recorded at sign boards in different squares/ main roads phone	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
Social Determinants of Health						
72	of population (expected population 100% above 12-65 years of old) having at least primary school education (men and women	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
73	All women 15-60 years old who are head of the households having jobs and income	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
74	All men 25-65 years having jobs and income	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				
75	All people have access to the physical activities' facilities like parks/ gyms etc	Rural areas				
		Pre -Urban				
		Urban areas				



Annex 2. Plan of Action for strengthening Health System in Ghods District “Pilot district for PHC framework of action”

Activities	Responsibilities	Deadline
Access and Coverage		
Establishing 10 Health Posts & 2 UHCs according to the PHC National Expansion Plan: <ul style="list-style-type: none">- Identification of the geographical sites- Coordinating with Governor for allocating required Lands/ appropriate places to rent- Visit available sites by experts- Removal of legal restrictions in purchasing Lands- Estimate BUD required- Visit to the Provincial Governor for solution in land allocation in Ghods District	Ms Ahmad Khaniha and Mr Ebrahimi	Till March 2024
Child Nutrition and Growth Monitoring Cards		
Improving Child Nutrition (50% of Mothers of Children< 5 have Growth Monitoring charts) <ul style="list-style-type: none">- Improving quality of Supportive supervision and Monitoring- Organizing Group Problem Solving Workshop for 40 of family health experts working at facility level- Monitoring progress of work at service delivery points	Ms Khosravi and Ms Valipoor	Continuous process



Coverage Of Exclusive Breast Feeding

Increase coverage of Exclusive Breast Feeding¹:

- Organizing Group Problem Solving Workshop for 40 of family health experts working at facility level
- Improving quality and quantity of Breast-Feeding counseling by 10% compare to the last calendar year
- Increasing number of mothers who are in need of counseling from the Health Posts and Health houses
- Providing additional technical support/ training to the Breast-Feeding Counseling experts working at the Maternity Hospitals
- Increasing % of counseling on EBF among mothers who recently give birth
- Quarterly basis supportive supervision, monitoring progress of the EBF indicator and refresher courses for care delivery staff if needed

Ms Khosravi and Ms Valipoor

Continuous process

¹ According to the instructions by the MoH expectations for EBF is 37%, in Ghods District is 30%, however we target 100% of children under 6 months to EBF



Periodical Health Care to Youth and Elderly

Screening and delivery of services at least once/ year to 30% of Youth and Elderly population in the catchment area of each health facility:

- Organizing Group Problem Solving Workshop for 40 of family health experts working at facility level
- Invite Youth and Elderly in the catchment area by care providers of health posts and health houses for receiving the package of services available in digital network system
- Using opportunities created by Family Practice package to cover all youth and elderly specially in afternoon sessions (facilities implementing Family Practice are functional in the afternoon sessions too)
- Delivery of care to the residence of elderly house located in Ghods city
- Using services of women health volunteers to encourage elderly to approach on time for receiving care
- Care delivery in the collection points of youth and elderly

Ms Syedi, Ms Khosravi and Ms Valipoor

Till March 2024



High Coverage Antenatal Care at least for 6 times during pregnancy

Expectation for ANC is 50% but presently it is 30% in health posts:

- Organizing Group Problem Solving Workshop for 40 of family health experts working at facility level
- Call for encouraging pregnant mothers to approach for ANC
- Screening of pregnant mothers and identify total number of expecting mothers
- Using opportunities created by Family Practice package to cover all pregnant mothers specially in afternoon sessions (facilities implementing Family Practice are functional in the afternoon sessions too)
- Telephone call to all pregnant mothers and invite them to approach health facility for ANC
- Increasing pregnant mothers' satisfaction through reducing waiting time for ANC
- Determining target pregnant mothers and comparing actual coverage with expected targets

Ms Khosravi and Ms Valipoor

Till March 2024



Screening of people with mental and social disorders/ violence and addictions

Screening and covering people with mental, social disorders:

- Facilitating delivery of socio-mental care to the people with mental and social disorders
- Using capacity of Sardar Solaimani Hospital for care delivery through psychiatrics, psychologists and social workers (one day presence of psychiatrics at each health post is not enough considering high demands of population)
- Implementation of prevention of addiction within catchment area of each health facility
- Increasing number of psychiatrics at each health facility or plan for group education and counseling
- Short term training of health experts working at health posts on mental health
- Establishment of safe houses for the victims of domestic violence

Ms Sadeghzadeh

Till March 2024



Community satisfaction, engagement and acceptability

Selection and training of women health volunteers to encourage members of households to receive their timely healthcare services:

- Organizing Group Problem Solving Workshop for 40 of family health experts working at facility level
- Extracting people who delay in receiving their healthcare services and sharing it with volunteers for follow up
- Filling the PHC reporting templates for screening NCDs and communicable diseases by eth volunteers
- Encouraging people to benefit from the available services by Volunteers
- Reaching one volunteers per 20-50 households
- Identifying locality health and social barriers and needs by the volunteers and plan to overcome shortcomings
- Locating appropriate places for volunteers gathering like parks, mosques, cultural centers etc
- Constant monitoring and supportive supervision to the volunteer's performance

Ms Zakipour

Continuous process

**Human resources for health, medical supplies, office equipment and physical space****Renovation of physical spaces:**

- Assessing needs for physical spaces renovations and needs for furniture and medical equipment
- Estimate budget requirement to cover urgent needs
- Performing renovations and purchasing medical and office equipments based on priorities
- Distributing medical and office equipment based on standards of health facilities
- Estimate needs for number and cadres of health workforce and find a way to absorb required HWF

M Ms Ahmad Khaniha and Mr Ebrahimi

Till March 2024

Preparing list of the individuals without health insurance coverage

Number of individuals without health insurance coverage is only possible at the level of health houses; preparing this list will facilitate to coordinate with health insurance companies and increase coverage:

- The SINA digital Family Folder site should allow screening of Not insured individuals, this will be requested from IUMS
- Manual recoding by health workers at the time of receiving any services by individuals

Ms Ramezani

October 2023



46

IUMS Internationalization of Health Service Delivery in the Iran University of Medical Sciences and Health Services (IUMS)

Governance

Limitation of Budget allocation:

- Reporting the performance and need for additional budget to the chancellor of university
- Overall needs assessment in the health facilities
- Prediction of required budget in the annual budgeting review
- Follow up resource allocation form IUMS and public health deputy office
- Request budget allocation for infrastructure of health system to the governor

Dr Mirsharifi

Till March 2024

Environmental Health

Swage system even at urban areas is not up to standards (only 52% of households has access to improved sewage management and sanitation):

- Follow up implementation of the 2nd phase of sewage management project
- Follow up community complaints related to the sewage management
- Referring the violators of wastewater to the legal authorities
- Follow up decisions made by the health committees related to the swage management
- Periodical visit to the sewage management site of the city and reporting back to the governor and other legal authorities

Enj Parvizi

Till March 2024



Installation of key phone numbers (fire stations, police, security, hospital, EMS etc) at the health facility boards to be contacted by the community if and when is needed:

Enj Parvizi

October 2023

- Dispatching key phone numbers to all health facilities
- Ensure the numbers are installed on board and readable by the visitors

Social Determinants of Health

No data related to SDH can be extracted from SINA digital registration for family health files:

Ms Ramezani

Till March 2024

- Literate population 12-65
- Ladies head of the households with Jobs and income
- Men 25-65 who has jobs and income

All above should be requested from the management of SINA digital family health registration to include it in the system

Access to greenery areas, parks, physical exercise facilities and clean air:

Enj Parvizi

Till March 2024

- Raising the issue in the health committee of the governor house
- Visit the physical exercise facilities on periodical intervals and monitor usage by the community
- Visit parks and other similar places to ensure safety, free from any violence and stray dogs



List of the equipment needed to support the field of service delivery in Shahr Ghods district

Equipment	Quantity needed	Equipment	Quantity needed
Desk tops	10	Wooden file	5
Laptop	2	Color printer	1
Wooden Library	10	B&W printer	10
Meeting chair	20	Photocopy machine	1
Operators' chair	20	Gaz AC	2
TV 40 Inches	2	White Board	10
Photography Camera	1	Van Automobile*	2
Total Funds needed (approximately)			IRR 9,840,000,000 Equal USD 196,800

The price of Vans is not included*





Internationalization of Health Service Delivery in the Iran University of Medical Sciences & Health Services (IUMS)

