**مقررات بهداشتی بین المللی (2005)**

**ابزار ارزیابی مشترک بیرونی**



**ویرایش سوم**

**ابزار ارزیابی مشترک بیرونی: مقررات بهداشتی بین‌المللی (2005)، ویرایش سوم**

**ISBN 978-92-4-005198-0 (نسخه الکترونیکی)**

**ISBN 978-92-4-005199-7 (نسخه چاپی)**

© سازمان بهداشت جهانی 2022

فهرست مطالب

[اختصارات 3](#_Toc202880014)

[پیشگفتار 6](#_Toc202880015)

[P1. ابزار حقوقی 12](#_Toc202880016)

[P2 تامین مالی 13](#_Toc202880017)

[P3.هماهنگی IHR، عملکردهای قوکال پوینت IHR و جلب مشارکت 14](#_Toc202880018)

[P4. مقاومت ضد میکروبی (AMR) 16](#_Toc202880019)

[P5. بیماری های قابل انتقال بین انسان و حیوانات 18](#_Toc202880020)

[P6. ایمنی مواد غذایی 20](#_Toc202880021)

[P7. ایمنی زیستی و امنیت زیستی 22](#_Toc202880022)

[P.8. ایمن سازی 24](#_Toc202880023)

[D.1. سیستم آزمایشگاه ملی 25](#_Toc202880024)

[D2. نظام مراقبت (Surveillance) 26](#_Toc202880025)

[D3. منابع انسانی 27](#_Toc202880026)

[R1. مدیریت اورژانس بهداشتی 29](#_Toc202880027)

[R2. ایجاد ارتباط بین نهادهای بهداشت‌ عمومی و امنیتی 30](#_Toc202880028)

[R3. ارائه خدمات بهداشتی 31](#_Toc202880029)

[R4. پیشگیری و کنترل عفونت 32](#_Toc202880030)

[PoE: مبادی ورودی و سلامت مرزی 34](#_Toc202880031)

## اختصارات

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ترجمه** | **مخفف** | **اصطلاح** |
| بررسی پس از اقدام | AAR | After Action Review |
| مقاومت ضد میکروبی | AMR | Antimicrobial resistance |
| شبکه آزمایشگاه‌های زیست دوزسنجی برای پرتودهی اضطراری | BioDoseNet | Biodosimetry Network of Laboratories for Radiation Emergencies |
| مراقبت مبتنی بر جامعه | CBS | Community based surveillance |
| آموزش حرفه‌ای مداوم | CPE | Continuing professional education |
| مراقبت مبتنی بر واقعه | EBS | Event-based surveillance |
| تیم پزشکی اضطراری | EMT | Emergency medical team |
| مرکز عملیات اورژانس | EOC | Emergency operations centre |
| ارزیابی کیفیت خارجی | EQA | External quality assessment |
| سازمان خوارو بار و کشاورزی ملل متحد | FAO | Food and Agriculture Organization of the United Nations |
| برنامه آموزش اپیدمیولوژی میدانی | FETP | Field Epidemiology Training Programme |
| طرح اقدام جهانی | GAP | Global Action Plan |
| سیستم مراقبت جهانی مقاومت ضد میکروبی | GLASS | Global Antimicrobial Resistance Surveillance System |
| عفونت اکتسابی از سیستم سلامت | HCAI | Health care acquired infection |
| امکانات مراقبت‌های بهداشتی | HCF | Health care facilities |
| ویروس نقص ایمنی انسانی | HIV | Human immunodeficiency virus |
| آژانس بین‌المللی انرژی اتمی | IAEA | International Atomic Energy Agency |
| بررسی درون‌اقدامی | IAR | Intra-Action Review |
| مراقبت مبتنی بر شاخص | IBS | Indicator-based surveillance |
| مقررات بین‌المللی بهداشت | IHR | International Health Regulations |
| سیستم مدیریت حادثه | IMS | Incident management system |
| شبکه بین‌المللی مقامات ایمنی غذا | INFOSAN | International Food Safety Authorities Network |
| سازمان بین‌المللی پلیس جنایی | INTERPOL | International Criminal Police Organization |
| سازمان استاندارد بین‌المللی | ISO | International Organization for Standardization |
| فناوری اطلاعات | IT | Information technology |
| ارزیابی خارجی مشترک | JEE | Joint External Evaluation |
| ارگانیسم مقاوم به چند دارو | MDRO | Multidrug resistant organism |
| واکسن حاوی سرخک | MCV | Measles-containing vaccine |
| تفاهم نامه | MoU | Memorandum of understanding |
| طرح اقدام ملی برای امنیت سلامت | NAPHS | National Action Plan for Health Security |
| مرکز هماهنگی ملی | NCC | National Coordinating Centre |
| نقطه کانونی ملی | NFP | National Focal Point |
| سازمان غیر دولتی | NGO | Nongovernmental organization |
| سازمان جهانی بهداشت دام | OIE | World Organisation for Animal Health |
| واکنش زنجیره‌ای پلیمراز | PCR | Polymerase chain reaction |
| وضعیت اضطراری بهداشت عمومی با اهمیت بین‌المللی | PHEIC | Public health emergency of international concern |
| مرکز عملیات اضطرار بهداشت عمومی | PHEOC | Public health emergency operations centre |
| مدیریت وضعیت اضطراری بهداشت عمومی | PHEM | Public health emergency management |
| نقطه ورود | PoE | Point of entry |
| تجهیزات حفاظت فردی | PPE | Personal protective equipment |
| عملکرد سیستم دامپزشکی | PVS | Performance of Veterinary Services |
| تحقیق و توسعه | R&D | Research and development |
| شبکه پاسخ و امداد | RANET | Response and Assistance Network |
| ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی | RCCE | Risk communication and community engagement |
| شبکه آمادگی و امداد پزشکی برای اضطرارهای پرتوئی | REMPAN | Radiation Emergency Medical Preparedness and Assistance Network |
| تیم واکنش سریع | RRT | Rapid response team |
| روش اجرایی استاندارد | SOP | Standard operating procedure |
| قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها و تهدیدها | SWOT | Strengths, weaknesses, opportunities, threats |
| بررسی خود ارزیابی کشورهای سه‌جانبه در مورد مقاومت ضد میکروبی | TrACCS | Tripartite AMR Country Self-Assessment Survey |
| بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن | VPD | Vaccine-preventable disease |
| سامانه اطلاعاتی جهانی سلامت دام | WAHIS | World Animal Health Information System |
| آب، فاضلاب و بهداشت | WASH | Water, sanitation and hygiene |
| مجمع جهانی بهداشت | WHA | World Health Assembly |
| سازمان بهداشت جهانی | WHO | World Health Organization |

## پیشگفتار

**مقررات بهداشتی بین‌المللی (2005)**

در می 2005، پنجاه‌ و ‌هشتمین مجمع جهانی بهداشت، مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR (2005))، که از این پس "IHR" یا " مقررات" نامیده ‌می‌شود) را تصویب کرد که در 15 ژوئن 2007 لازم الاجرا شد. طبق این مقررات، تمام کشورها موظف به ایجاد ظرفیت‌های کلیدی بهداشت ‌عمومی می‌باشند. ظرفیت‌های کلیدی IHR در ماده 5 این مقررات شامل" ظرفیت شناسایی، ارزیابی خطر، اطلاع‌رسانی اولیه و گزارش رخدادهای بهداشتی" و در ماده 13 شامل " ظرفیت پاسخ‌دهی سریع و موثر به خطرات بهداشت ‌عمومی و وضعیت اضطراری بهداشتی بین‌المللی" تعریف شده‌اند. کشورهای عضو و مدیر‌کل سازمان بهداشت جهانی (WHO) نیز موظف هستند سالانه در مورد اجرای این مقررات به مجمع جهانی بهداشت گزارش دهند (ماده 54 و قطعنامه WHA61.2).

برای حمایت از کشورها در ارزیابی ظرفیت‌های اصلی IHR و تسهیل وظایف گزارش‌دهی سالانه آنها، دبیرخانه IHR به میزبانی سازمان بهداشت جهانی چارچوب نظارت و ارزیابی IHR (IHRMEF) را توسعه داد. این چارچوب شامل ابزار گزارش‌دهی سالانه کشورهای عضو (SPAR) برای گزارش‌دهی اجباری سالانه و سه مولفه‌ی داوطلبانه، از جمله ارزیابی مشترک بیرونی (JEE) ، برای ارزیابی و آزمایش ظرفیت‌های اصلی IHR است.

ارزیابی‌های بیرونی توسط کمیته بازنگری IHR توصیه شده‌اند تا «از خودارزیابی‌های انحصاری به رویکردهایی تغییر یابند که ترکیبی از خودارزیابی، بررسی همتایان و ارزیابی‌های بیرونی با مشارکت ترکیبی از کارشناسان داخلی و مستقل را شامل شود. این رویکردهای تکمیلی و اضافی باید، جنبه‌های راهبردی و عملیاتی اجرا IHR، مانند نیاز به تعهد سیاسی در سطح بالا و مشارکت کل دولت/چندبخشی را در نظر بگیرند». این توصیه همچنین توسط کمیته بازنگری نقش IHR در شیوع و پاسخ به ابولا در توصیه چهارم خود مبنی بر «معرفی و ترویج ارزیابی خارجی ظرفیت‌های اصلی» مورد تاکید بیشتر قرار گرفت.

دبیرخانه بر اساس ابزار موجود WHO و راهبرد‌های منطقه‌ای مختلف و ابتکارات دیگر، مانند دستور کار برنامه امنیت سلامت جهانی و سازمان جهانی بهداشت دام (OIE)، عملکرد خدمات دامپزشکی (PVS)، ابزار JEE را توسعه داد که اولین نسخه آن در فوریه 2016 منتشر شد .پیرو تجربیات و درس آموخته‌ها از فوریت‌های بهداشت‌ عمومی؛ پیشنهادهای بهبود از دفاتر منطقه‌ایWHO ، رهبری حوزه فنی در دفترWHO و توصیه‌های کارشناسان خارجی که در مأموریت‌های JEE شرکت کرده‌‌بودند، و همچنین کشورهای عضو، نسخه اصلاح‌شده ابزار JEE در سال 2018 توسط دبیرخانه منتشر شد.

در سال 2020، کمیته بازبینی IHR و کمیته نظارت و مشاوره مستقل برای برنامه فوریت‌های بهداشتی WHO نیاز به بازنگری ابزار IHRMEF از جمله JEE را بر اساس درس‌آموخته‌های پاندمی COVID-19 به طور رسمی اعلام کردند. در سال 2021، در یک جلسه مشورتی درس‌آموخته‌های حاصل از پاندمی COVID-19 را برای ابزار IHRMEF بررسی و توصیه‌هایی برای بهبود JEE ارائه کرد. متعاقباً، یک کارگروه فنی متشکل از کارشناسان جهانی از WHO، موسسات شریک و همکاران اصلی و کشورهای عضو تشکیل شد تا ابزار JEE را بر اساس توصیه‌های جلسه مشاوره فنی بررسی و بازنگری کند. دبیرخانه WHO ظرف مدت یک ماه سومین ویرایش JEE را منتشر نمود.

**خلاصه تغییرات گنجانده شده در ویرایش سوم JEE**

مهمترین تغییرات ویرایش سوم ابزار JEE شامل موارد زیر می‌باشد:

تفکیک حوزه فنی P1 .قوانین ملی، سیاست‌گذاری و تأمین مالی به دو حوزه فنی مجزا ( P1. ابزارهای قانونی و P2. تأمین مالی) ;حذف حوزه فنی قبلی با عنوان D3. گزارش‌دهی و انتقال شاخص‌های آن به حوزه فنی P3. هماهنگی IHR، فوکال پوینت IHR و مشارکت اجتماعی؛ و ادغام دو حوزه فنی قبلی (R1. آمادگی اضطراری و.R2 مرکز عملیات اضطراری) در یک حوزه واحد به نام. R1. تحت عنوان مدیریت فوریت‌های بهداشتی.

پاندمی کووید-۱۹ دامنه نابرابری‌های بهداشتی در سطح جهانی را آشکار ساخت. ویرایش سوم با گنجاندن ملاحظات عدالت محور در حوزه‌های فنی مختلف از طریق سوالات تخصصی به شناسایی حمایت‌های مورد نیاز جمعیت‌های آسیب‌پذیر، از جمله از طریق گردآوری داده‌ها و گزارش‌دهی، می‌پردازد. این رویکرد امکان تبادل اطلاعات فنی سازنده‌تر را هم در سطح کشور و هم با ارزیابان خارجی JEE درباره این موضوع و تلاقی آن با سایر ظرفیت‌های مرتبط فراهم می‌سازد.

**هدف از JEE**

هدف از ارزیابی بیرونی، اندازه‌گیری وضعیت اختصاصی و پیشرفت کشورها در توسعه ظرفیت‌های لازم برای پیشگیری، شناسایی و واکنش سریع به تهدیدات بهداشت ‌عمومی، طبیعی، عمدی یا تصادفی می‌باشد. ارزیابی اولیه به عنوان خط پایه‌ای از توانمندی‌ها و ظرفیت‌های کشور عمل می‌کند، و ارزیابی‌های بعدی، پیشرفت‌های حاصل و پایداری بهبودها را مشخص می‌نمایند.

JEE‌ ها دارای چند ویژگی مهم: از جمله مشارکت داوطلبانه کشور، رویکرد چند بخشی توسط تیم‌های خارجی و کشور میزبان، شفافیت و اشتراک‌گذاری آزاد داده‌ها و اطلاعات و انتشار عمومی گزارش‌ها هستند.

این ابزار بستر مشترکی را برای جمع‌آوری اطلاعات و داده‌های کشورها فراهم می‌کند. این امر به کشورها امکان می‌دهد تا فوری‌ترین نیازهای سیستم امنیت بهداشتی خود را شناسایی کنند، اولویت‌ها را برای ارتقاء آمادگی، آمادگی عملیاتی، پاسخ و اقدام تعیین نمایند و با اهدا کنندگان منابع مالی فعلی و آتی و همچنین شرکاء از جمله سازمان‌های وابسته به سازمان ملل متحد، سازمان‌های غیردولتی محلی و بین‌المللی به منظور تخصیص مؤثر منابع تعامل داشته‌باشند. شفافیت ظرفیت‌ها یک عنصر با اهمیت درجذب موفق و هدایت منابع به حوزه‌هایی است که بیشترین نیاز به ارتقاء را دارند. علاوه بر این، اولویت‌های JEE و تدوین برنامه عملی ملی چندساله می‌تواند به تضمین آمادگی عملیاتی کشورهای دارای نیازهای فوری (مانند مناطق بسیار آسیب‌پذیر با منابع محدود) کمک نماید.

ابزار JEE از فرآیند ارزیابی بیرونی پشتیبانی می‌کند که شامل توسعه توصیه‌ها در ۱۹ حوزه فنی (در مورد ایران 17 ظرفیت انجام خواهد شد) می‌شود. همچنین JEE می‌تواند به عنوان سازوکاری برای اعتبارسنجی نتایج ابزار ارزیابی آمادگی کشور (SPAR) مورد استفاده قرار گیرد.

**فرآیند JEE داوطلبانه**

نخستین مرحله از ارزیابی بیرونی، انجام ارزیابی درونی با استفاده از ابزار (پرسشنامه) ارزیابی مشترک بیرونی و راهنمای اجرای کشوری می‌باشد. سپس اطلاعات حاصل از این خود ارزیابی که تمامی 17 ظرفیت مورد نظر در ابزار را پوشش می‌دهد، به تیم خارجی JEE متشکل از متخصصان بین‌المللی ارائه می‌گردد. مرور اطلاعات حاصل از ارزیابی داخلی، برای اعضا تیم بین‌المللی درک اولیه در مورد توانمندی‌های پایه کشور در زمینه امنیت سلامت را شکل می‌دهد. سپس، تیم JEE جهت بررسی تخصصی بیشتر داده‌های خودارزیابی، بازدیدهای ساختاریافته از مراکز و شرکت در جلسات سازماندهی‌شده توسط کشور میزبان، به کشور مورد ارزیابی سفر می‌کنند. سایر منابع داده برای ارزیابی خارجی شامل گزارش‌های حاصل از ارزیابی‌ها و بررسی‌های مرتبط دیگر می‌شود، از جمله مانند آنچه که توسط سازمان بهداشت جهانی دام انجام می‌شود. یعنی ارزشیابی عملکرد نظام و خدمات دامپزشکی، ارزیابی‌های کاهش خطر بلایا و سایر گزارش‌های معتبر بین‌المللی. این منابع مکمل، به تیم ارزیابی کمک می‌کنند تا تصویری جامع‌تر و دقیق‌تر از سطح آمادگی کشور در مواجهه با تهدیدات سلامت عمومی ترسیم نمایند.

در پایان فرایند ارزیابی، تیم JEE گزارشی از یافته‌ها تهیه می‌کند که شامل **وضعیت هر یک از شاخص‌های 17 ظرفیت ارزیابی‌شده**، شکاف‌های شناسایی‌شده، فرصت‌ها و چالش‌های توسعه ظرفیت می‌باشد. پیش‌نویس گزارش با کشور میزبان به اشتراک گذاشته می‌شود تا یافته‌ها مورد بررسی بیشتر قرار گیرد. سپس گزارش نهایی JEE تکمیل و در وب‌سایت سازمان بهداشت جهانی منتشر می‌شود. رویکرد JEE تسهیل تبادل بهترین روش‌ها، ارتقاء پاسخ‌گویی بین‌المللی، مشارکت ذی‌نفعان (از جمله سیاست‌گذاران، رهبران، کارکنان فنی و غیره) و اطلاع‌رسانی و هدایت اجرای مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR) در کشور میزبان و در سطح بین‌المللی را امکان‌پذیر می‌سازد. ارزیابی JEE باید هر چهار تا پنج سال تکرار شود.

**چهارچوب JEE**

هر شاخص در ابزار JEE دارای ویژگی‌هایی است که سطوح مختلف ظرفیت را منعکس می‌کند. این ویژگی‌ها با امتیازهایی از «۱» (نشان‌دهنده عدم اجرای شاخص) تا «۵» (نشان‌دهنده اجرای کامل، آزمایش، بازبینی و تمرین شاخص بوده و حاکی از سطح پایدار توانمندی کشور در آن شاخص است) مشخص می‌شوند. برای هر شاخص، کشور مورد نظر بر اساس ارزیابی مشترک از وضعیت فعلی اجرا، یک امتیاز واحد دریافت می‌کند. پرسش‌های حوزه فنی به ارزیابان کمک می‌کنند تا امتیاز مناسب را تعیین کنند. مقیاس اندازه‌گیری اکثر شاخص‌ها کیفی و توصیفی است. از کشور میزبان درخواست می‌شود برای پاسخ خود، مستندات و دلایل پاسخ را ارائه نماید. مستندات و پاسخ‌ها توسط تیم ارزیاب بین‌المللی مرور شده و با کارشناسان فنی کشور میزبان به‌صورت peer- to- peer و با رویکرد مبتنی بر اجماع مورد بحث قرار می‌گیرند. گزارش نهایی توصیفی بوده و شامل امتیازها و توضیحاتی است که ظرفیت‌های موجود، شکاف‌ها، چالش‌ها و توصیه‌هایی برای تقویت ظرفیت‌های مرتبط را مستند می‌کند. یافته‌های کلیدی به‌صورت سه تا پنج اقدام اولویت‌دار برای هر یک از ۱7 حوزه فنی ارائه می‌شوند.

**سیستم امتیازدهی بر مبنای کدهای رنگی (Color Scoring System)**

علیرغم اینکه بین ظرفیت‌های مختلف مندرج در پرسشنامه ارزیابی مشترک بیرونی تاحدی همپوشانی وجود‌‌ دارد، ولی طی فرآیند ارزشیابی هر ظرفیت بطور جداگانه درنظرگرفته ‌می‌شود. سیستم تعیین میزان پیشرفت یا نمره‌دهی برمبنای کدهای رنگی به شرح زیر است:

1. **بدون ظرفیت:**

**هیچ یک از مؤلفه‌های شاخص مورد بررسی وجود ندارد.**

**کد رنگ: قرمز**

1. **ظرفیت محدود:**

**مؤلفه‌های مختلف شاخص مورد بررسی درحال ایجاد شدن هستند، بعضی مؤلفه ایجاد شده و در حال انجام است و ایجاد سایر مؤلفه‌های شاخص آغاز شده است.**

**کد رنگ: نارنجی**

1. **ظرفیت توسعه یافته**

**کلیه مولفه‌های یک ظرفیت ایجاد شده‌اند اما استمرار آنها تضمین نشده و دچار مشکل است. (به عنوان مثال از طریق گنجاندن در برنامه عملیاتی بخش سلامت ملی با منبع تأمین مالی مطمئن).**

**کد رنگ: زرد**

1. **ظرفیت مشهود:**

**نه تنها کلیه مولفه‌های مختلف یک شاخص ایجاد شده و انجام آنها برای چند سال متوالی نیز استمرار یافته، بلکه وجود آنها را در برنامه ملی نظام سلامت و تخصیص بودجه پایدار مشهود است.**

**کد رنگ: سبز روشن**

1. **ظرفیت پایدار:**

**کلیه مولفه‌های مختلف شاخص مورد بررسی، در حال اجرا بوده و برای چند سال استمرار داشته است وحتی کشور میزبان درحال حمایت از سایرکشورها برای انجام این ظرفیت است. این سطح بالاترین دستاورد درایجاد شاخص‌های ظرفیت‌های کلیدی IHR است.**

****

**کد رنگ: سبز**

**نکته**:

1- کشورها تنها زمانی می‌توانند به سطح بالاتر ارتقاء یابند که تمامی شاخص‌های سطح فعلی را به طور کامل محقق کرده باشند.به عنوان مثال برای دستیابی به سطح ظرفیت "مشهود"، لازم است کشور قبلاً کلیه مولفه‌های توصیف شده برای آن شاخص در سطح ظرفیت "توسعه یافته" را احراز نموده باشد.

2- کلیه پاسخ‌ها باید توسط مدارک مستند پشتیبانی شود.

**سؤالات زمینه‌ای (Contextual Questions):**

**سوالاتی درباره یا مرتبط با شرایطی هستند که بستر زمینه‌ای حوزه‌های فنی مورد نظر را تشکیل می‌دهند**

**سؤالات فنی (Technical Question):**

این سوالات مستقیماً با شاخص‌ها و ویژگی‌های **حوزه‌های فنی مرتبط هستند و به کشور و تیم ارزیابی خارجی امکان می‌دهند تا دستاوردها را بر اساس ویژگی‌های مشخص ارزیابی کنند**

**مستندات و شواهد احراز شاخص‌های هر ظرفیت**

بعضی پاسخ‌ها به سوالات زمینه‌ای و فنی نیازمند ارائه مستنداتی است که به عنوان شواهدی برای ارزیابی سطح دستیابی به شاخص‌ها و حوزه‌های فنی خاص عمل می‌کنندتوجه کنید که در بعضی از ظرفیت‌ها مستندات ویژه برای شاخص‌های آن ظرفیت مورد نیاز می باشد.



## **P1**. ابزار حقوقی

**اهداف**: تهیه و تدوین سازوکارهای قانونی کافی برای کشورهای عضو به منظور حمایت و امکان اجرای تمامی تعهدات و حقوق ناشی از مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR). توسعه یا اصلاح ابزار قانونی جدید در برخی از کشورهای عضو برای اجرای بهتر مقررات. در مواردی که مستندات قانونی جدید یا اصلاح شده به طور خاص تحت سیستم حقوقی یک کشور عضو ضروری نباشد، آن کشور می‌تواند برخی از قوانین، مقررات یا سایر مستندات حقوقی موجود را بازنگری کند تا اجرای مقررات به شیوه‌ای کارآمدتر، مؤثرتر و سودمندتر تسهیل شود.

**شاخص‌ ارزیابی**: مستندات قانونی موجود از جمله قوانین اساسی، قوانین، احکام، فرامین، مقررات، الزامات اداری و یا سایر مستندات دولتی که اثبات شده‌اند برای حمایت از اجرای مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR) در بخش‌های مرتبط کافی هستند.

**اثر مطلوب:** مستندات قانونی در تمام بخش‌های مربوطه برای حمایت از اجرای IHR از جمله توسعه و حفظ ظرفیت‌های اصلی موجود باشند.

**مستندات یا شواهد مربوط به سطح توانایی‎:‎**

* شرایط اضطراری، آمادگی عملیاتی و برنامه‌ریزی پاسخ، و اقدامات بازیابی با سیاست‌ها/ مقررات، بخشی خاص را تشریح می‌کنند (سازوکارهای قانونی مرتبط با کنترل بیماری‌ها، مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR) و غیره از جمله: قوانینی که الزامات قانونی برای آمادگی در شرایط اضطراری، آمادگی عملیاتی و برنامه‌ریزی پاسخ، و اقدامات بازیابی با سیاست‌ها/ مقررات بخشی خاص را تشریح می‌کنند.)
* نقشه‌برداری قانونی، ارزیابی قانونی یا گزارش‌های ارزیابی مستندات حقوقی.
* هر گونه سند قانونی دیگر مربوط به خطرات بیولوژیکی، شیمیایی و رادیولوژیکی از بخشهای مربوطه.
* ارزیابی‌ها و سایر تحقیقات مبتنی بر شواهد که نابرابری‌های جنسیتی در حوزه‌های ظرفیت‌های IHR را توسط دولت و شرکای خارجی از جمله سازمان‌های جامعه مدنی ثبت ‌می‌کنند.
* برنامه عملیاتی و راهبردهای توسعه‌یافته برای پیشگیری و رسیدگی به نابرابری‌های جنسیتی در حوزه‌های مرتبط با ظرفیت‌های اصلی حقوق‌بشر.
* تخصیص بودجه به راهبرد‌ها و/ یا فعالیت‌هایی که به طور خاص با هدف رسیدگی به نابرابری‌های جنسیتی انجام ‌می‌شود.
* گزارش‌های سازمان‌های جامعه مدنی، وزارت امور اجتماعی/ وزارت امور زنان و خانواده (یا دیگر سازوکارهای دولتی و غیردولتی برای برابری جنسیتی موجود در کشور).



## **P2**. تامین مالی

**اهداف:** تامین هزینه کافی برای اجرای IHR از بودجه ملی یا دیگر منابع مالی تضمین شده‌است. کشور به منابع مالی برای اجرای معمول ظرفیت‌های IHR دسترسی دارد و منابع مالی قابل دسترسی به موقع و توزیع برای آمادگی و پاسخ‌گویی به شرایط اضطراری بهداشت‌ عمومی، در‌دسترس است.

**شاخص ارزیابی:** منابع مالی کافی برای اجرای کارآمد و مؤثر مقررات بهداشتی بین‌المللی و پاسخ به همه شرایط اضطراری سلامت عمومی فراهم است.

**اثر مطلوب**: منابع مالی در تمام بخش‌های مربوطه موجود است و سیستم‌های مدیریت مالی عمومی، اجرای IHR از جمله توسعه و نگهداری ظرفیت اصلی و همچنین پاسخ به سلامت عمومی را امکان‌پذیر می‌سازد.

**مستندات یا شواهد مربوط به سطح توانایی:**

* بودجه ملی
* **وجوه تأمین‌شده از منابع خارجی** چارچوب‌های هزینه‌های میان‌مدت، برنامه‌های توسعه میان‌مدت
* قوانین، مقررات، سیاست‌ها و برنامه‌های مالی مرتبط با کنترل بیماری، IHR و غیره
* گزارش‌های ارزیابی یا ارزیابی قوانین، مقررات، سیاست‌ها یا طرح‌ها
* هرگونه قانون، مقررات و/ یا سیاست‌های مربوط به مخاطرات بیولوژیکی، شیمیایی و رادیولوژی از بخش‌های مربوطه.



## **P3. هماهنگی IHR، عملکردهای فوکال پوینت IHR و جلب مشارکت**

**اهداف:** اتخاذ رویکردی چندبخشی و چندرشته‌ای از طریق مشارکت‌های ملی، زمینه‌ساز ایجاد سامانه‌های هشدار و پاسخ‌گویی کارآمد و به‌موقع به‌منظور اجرای مؤثر «مقررات بین‌المللی بهداشت (IHR) است». هماهنگی منابع ملی، از جمله راه‌اندازی پایدار یک "فوکال پوینت ملی IHR" با عملکرد مستمر و دسترسی دائمی، به‌عنوان یکی از الزامات کلیدی IHR، ضروری است. کشورهای عضو موظف‌اند اطلاعات تماس فوکال پوینت ملی IHR را در اختیار سازمان بهداشت جهانی قرار داده، آن را به‌طور مداوم به‌روزرسانی کرده و سالانه تأیید کنند. همچنین، گزارش‌دهی به‌موقع و دقیق بیماری‌های قابل گزارش، از جمله رویدادهای بالقوه دارای اهمیت برای بهداشت عمومی، طبق الزامات WHO و انتقال مستمر اطلاعات به سازمان خواربار و کشاورزی (FAO) و سازمان جهانی بهداشت دام (OIE) نیز الزامی است. برنامه‌ریزی و توسعه ظرفیت‌ها از طریق اقدامات ترویجی حمایتی می‌شود تا پشتیبانی در سطح عالی برای اجرای IHR تضمین شود.

**شاخص ارزیابی**: 1. ایجاد سازوکاری چندبخشی و چندرشته‌ای کارآمد برای هماهنگی و یکپارچه‌سازی بخش‌های مرتبط در اجرای مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR) و پاسخ‌گویی به هرگونه رویداد بهداشت ‌عمومی. 2. راه‌اندازی سامانه‌ای برای گزارش رویدادهای بالقوه بهداشت ‌عمومی دارای اهمیت بین‌المللی، به سازمان بهداشت جهانی و پاسخ‌گویی به نیازهای سایر سامانه‌های رسمی گزارش‌دهی مانند سامانه اطلاعات بهداشت جهانی دام (WAHIS). 3. برنامه‌ریزی و تلاش‌های مستمر برای توسعه ظرفیت همراه با ایجاد و تقویت سازوکارهای مؤثر ترویجی برای اجرای مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR). 4. ارزیابی منظم سازوکاری مذکور از طریق تمرین‌های شبیه‌سازی و و به‌روزرسانی متعاقب دستورالعمل‌ها و رویه‌های اجرایی.

**اثرمطلوب:** ایجاد مکانیسمی چندبخشی، چندرشته‌ای و هماهنگ برای تسهیل شناسایی، ارزیابی و پاسخ به هرگونه رویداد یا خطر بهداشت عمومی.فوکال پوینت IHR در هر زمانی در دسترس می باشد تا با مرکز ارتباطات IHR در دفتر منطقه‎ای سازمان بهداشت جهانی و سایربخش‌ها و ذینفعان مرتبط IHR در داخل کشور ارتباط برقرار کند. فوکال پوینت ملی IHR، نماینده OIE و فوکال پوینت سامانه WAHIS به مجموعه‌ای از شیوه‌های برتر، رویه‌های نمونه، قالب‌های گزارش‌دهی و منابع آموزشی دسترسی خواهند داشت تا امکان اعلام سریع (ظرف ۲۴ ساعت) رویدادهایی که می‌توانند وضعیت اضطراری بهداشت عمومی با اهمیت بین‌المللی (PHEIC) محسوب شوند، به WHO و گزارش بیماری‌های فهرست‌شده به OIE را فراهم کنند و همچنین توان پاسخ‌گویی سریع (ظرف ۲۴ تا ۴۸ ساعت) به ارتباطات این سازمان‌ها را داشته باشند. برخورداری از حمایت سطح بالا برای اجرای موثر مقررات IHR نیز از آثار مطلوب این سازوکار می باشد.

**مستندات یا شواهد مربوط به سطح توانایی:**

* **گزارش‌های مسیر PVS سازمان جهانی بهداشت دام (OIE)؛**
* **گزارش‌های ارائه‌شده به نهادهای حکمرانی سازمان بهداشت جهانی (WHO) در مورد اجرای مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR) (مانند گزارش‌های هیئت اجرایی و مجمع جهانی بهداشت)؛**
* **قوانین، پروتکل‌ها یا سایر سیاست‌های مرتبط با گزارش‌دهی به سازمان بهداشت جهانی؛**
* **هرگونه طرح‌های تدوین‌شده یا سایر شواهدی که پاسخ به رویدادهای احتمالی بیولوژیکی، شیمیایی و پرتویی را پوشش می‌دهد؛**
* **پیوست 2 مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR) سازمان بهداشت جهانی؛**
* **قانون سلامت دام‌های خشکی‌زی و کد سلامت سازمان جهانی بهداشت دام (OIE)بخش1؛**
* **گزارش‌های IHR به مجمع جهانی بهداشت؛**
* **قوانین، پروتکل‌ها یا سایر سیاست‌های مرتبط با گزارش‌دهی به سازمان یهداشت جهانی و سازمان جهانی بهداشت دام؛**
* **گزارش‌های سیستم اطلاعات بهداشت جهانی دام (WAHIS).**



## **P**4. مقاومت ضد‌میکروبی (AMR)

**هدف**: ایجاد یک سیستم عملکردی برای پاسخ ملی به مقابله با مقاومت ضد میکروبی (AMR) با رویکرد «سلامت واحد»، شامل:

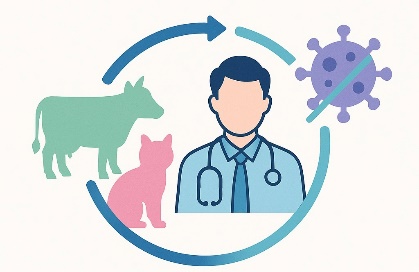
الف) کار چندبخشی که انسان‌ها، دام‌ها، غذا، گیاهان و محیط زیست (در آب، خاک و هوا) را در برمی‌گیرد. این شامل توسعه و اجرای یک برنامه اقدام ملی برای مقابله باAMR ، مطابق با برنامه اقدام جهانی (GAP) در مورد AMR است .ب( ظرفیت نظام مراقبت برای AMR و مصرف داروهای ضدمیکروبی در سطح ملی، با پیروی و استفاده از سیستم‌های مورد توافق بین‌المللی مانند سیستم جهانی نظارت بر AMR سازمان بهداشت جهانی (GLASS) و پایگاه داده جهانی سازمان بهداشت جهانی دام در مورد مصرف داروهای ضدمیکروبی در دام‌ها.ج) پیشگیری از AMR در مراکز بهداشتی‌درمانی، تولید غذا و جامعه، از طریق اقدامات پیشگیری و کنترل عفونت.د) اطمینان از مصرف مناسب داروهای ضدمیکروبی‌، از جمله تضمین کیفیت داروهای موجود، حفظ درمان‌های موجود و دسترسی به داروهای ضدمیکروبی‌مناسب در زمان نیاز، در کنار کاهش استفاده نامناسب از این داروها، امری حیاتی است.همچنین، JEE باید پاسخ خودارزیابی کشور به نظرسنجی جهانی پایش AMR را ا بازبینی و تأیید کند.

**شاخص ارزیابی**: 1. تدوین و انتشار برنامه عمل ملی چندبخشی برای مقابله با مقاومت ضدمیکروبی (AMR)برنامه عملیاتی جامع ملی با مشارکت بخش‌های مختلف تهیه و به صورت عمومی اعلام و ابلاغ شده است. 2. اجرای برنامه عملیاتی ملی/برنامه‌های بخشی مربوط به مقاومت ضدمیکروبی، همراه با پایش و گزارش‌دهی سالانه پیشرفت: اجرای برنامه‌های مصوب با نظارت مستمر و ارائه گزارش‌های سالانه از پیشرفت‌های حاصل شده (شامل گزارش دهی در سطح بین‌المللی).

**اثر مطلوب**: اقدام قاطع و جامع برای پیشگیری از شکل‌گیری و گسترش مقاومت ضدمیکروبی (AMR) که تهدیدی جدی و رو به رشد برای کنترل بیماری‌ها و امنیت سلامت محسوب می‌شود. کشورها مطابق با برنامه اقدام جهانی (GAP)، آگاهی از مخاطرات مقاومت ضدمیکروبی و چگونگی مقابله با آن را افزایش خواهندداد؛ ظرفیت نظام مراقبت و آزمایشگاهی را تقویت خواهندکرد؛ فعالیت‌های پیشگیری و کنترل عفونت را بهبود خواهندبخشید؛ دسترسی بی‌وقفه به داروهای ضدمیکروبی ضروری با کیفیت را تضمین خواهندکرد؛ استفاده مناسب از ضدمیکروب‌ها را در پزشکی، دامپزشکی، تولید موادغذایی و سایر حوزه‌های مرتبط تعیین و ترویج خواهندنمود؛ و از اقدامات حمایتی برای تسهیل توسعه و استفاده مناسب از عوامل ضدمیکروبی جدید، واکسن‌ها و ابزار تشخیصی پشتیبانی خواهندکرد.

**مستندات یا شواهد مربوط به سطح توانایی:**

* **برنامه اقدام ملی برای AMR و/یا طرح‌هایی برای تشخیص/گزارش‌دهی AMR، نظارت بر AMR، نظارت بر مصرف و استفاده داروهای ضدمیکروبی، برنامه‌های پیشگیری و کنترل عفونت (IPC) در تأسیسات بهداشتی انسانی، پیشگیری از عفونت و بهبود مدیریت دامداری در تولید محصولات غذایی و برنامه‌هایی برای بهبود استفاده و کیفیت داروهای ضدمیکروبی (مانند برنامه‌های نظارت بر دارو‌های ضد میکروبی).**
* **نظارت و ارزیابی پیشرفت اجرای برنامه(های) اقدام ملی و طرح‌های مرتبط.**
* **پاسخ کشور به پایش جهانی مقاومت داروهای ضدمیکروبی (AMR)**
* **گزارش‌های مسیر OIE PVS (ارزیابی عملکرد دامپزشکی).**
* **صورتجلسات یا خروجی‌های کمیته یا گروه هماهنگی چند بخشی.**
  + - نسخه‌ای از گزارش‌هایی که موارد زیر را اندازه‌گیری می‌کنند: نسبت پاتوژن‌های مقاوم به دارو در بین نمونه‌ها یا ایزوله‌ها.
    - نتایج حاصل از مشارکت در دوره‌ای ارزیابی کیفیت خارجی بین المللی (EQA) آزمایشگاه مرجع ملی؛
    - بروز عفونت‌های ناشی از پاتوژن‌های AMR در مکان‌های دید‌­بان (جامعه و بیمارستان)؛
    - میزان مصرف داروهای ضدمیکروبی یا مطالعات مربوط به استفاده از آن‌ها (در انسان و دام‌ها از جمله داروی خوراکی دام‌های خشکی‌زی و آبزی)
    - نسبت مراکزی که به شیوه‌های مطلوب کنترل عفونت (IPC) از جمله رعایت بهداشت دست (در صورت معلوم بودن) پایبند هستند؛
    - برنامه‌های اجباری تضمین کیفیت مزرعه که شامل نظارت بر استفاده داروهای ضدمیکروبی و اطلاعات نظارتی است؛
    - دردسترس بودن داروهای ضدمیکروبی (موجودی در انبارها)، لوازم بهداشتی و آب، فاضلاب و بهداشت (WASH) در مراکز بهداشتی؛و
    - درصد آنتی بیوتیک‌های که به‌درستی تجویز شده‌اند (در صورت انجام بررسی).
* **مستندسازی** فرآیند بازبینی، از جمله نهادها یا بخش‌های مشارکت کننده.



## **P5**. بیماری های قابل انتقال بین انسان و حیوانات

**هدف:** سازوکار‌ها، سیاست‌ها، سیستم‌ها و عملکردهای چند بخشی، چند رشته‌ای کاربردی برای به حداقل رساندن انتقال بیماری های زئونوز از حیوانات به جمعیت‌های انسانی وجود دارد.

**شاخص‌های ارزیابی**: 1. توافق بین بخش‌های سلامت حیوانات و سلامت عمومی بر روی فهرست مشترکی از بیماری‌ها/عوامل بیماری‌زای قابل انتقال بین انسان و حیوانات که بیشترین نگرانی را از منظر سلامت عمومی ملی دارند. 2. وجود ظرفیت‌های عملکردی در بخش‌های سلامت حیوانات و سلامت عمومی و همچنین همکاری، هماهنگی و ارتباط بین آن‌ها، به گونه‌ای که سطح رضایت‌بخشی از آمادگی، شناسایی، ارزیابی و ظرفیت‌های پاسخ‌دهی نسبت به بیماری‌های مشترک را تضمین نماید. برای نمرات کامل، قابلیت‌ها باید به‌صورت جداگانه در بخش‌های سلامت انسانی و سلامت حیوانات (حیوانات خانگی، دام‌ها و حیات وحش) ارزیابی شوند و سازوکارهایی برای برنامه‌ریزی مشترک منظم، تبادل اطلاعات، همکاری، ارتباط و توسعه سیاست‌های مشترک با رویکرد سلامت واحد وجود داشته باشد. نمره نهایی باید بر اساس پایین‌ترین نمره بین بخش‌های سلامت انسانی و سلامت حیوانات تعیین شود.

**اثر مطلوب**: نظام‌های سلامت حیوانات، سلامت عمومی و سلامت محیط زیست به‌صورت عملکردی، هم به‌صورت مستقل و هم از طریق سازوکارهای مستند هماهنگی و چارچوب‌های عملیاتی، با استفاده از رویکرد سلامت واحد و بر اساس استانداردها، رهنمودها و بهترین شیوه‌های بین‌المللی، به‌صورت مشارکتی عمل می‌کنند تا انتقال بیماری‌های مشترک به جمعیت‌های انسانی را به حداقل برسانند.

**مستندات یا مدارک برای سطح توانمندی:**

* قوانین، مقررات و مستندات سیاست‌های اجرایی پوشش‌دهنده سلامت دام‌ها به‌طور کلی و بیماری‌های قابل انتقال بین انسان و حیوانات به‌طور خاص؛
* تفاهم‌نامه‌های موجود یا سایر توافق‌نامه‌های مشابه بین وزارت بهداشت، مراجع دامپزشکی و سایر ذینفعان مرتبط (از جمله بخش خصوصی) در زمینه پایش و کنترل بیماری‌های مشترک؛
* فهرست توافق‌شده عوامل بیماری‌زای مشترک با اولویت در حوزه سلامت عمومی؛
* توصیف مکانیسم‌های موجود پایش، ارزیابی خطر و کنترل بیماری‌های مشترک؛
* گزارش‌های وضعیت بیماری‌ها در سطح ملی، بولتن‌های منظم پایش و گزارش‌های ارزیابی خطر؛
* فهرست آزمایشگاه‌های مرجع تخصصی بیماری‌های قابل انتقال بین انسان و حیوانات
* گزارش‌های مربوط به شبیه‌سازی تمرینی (SimEx) یا بررسی‌های بعد از اقدام (AARs) بیماری‌های قابل انتقال بین انسان و حیوانات
* گزارش مأموریت مسیر ارزیابی OIE PVS ؛
* گزارش‌های حاصل از کارگاه‌های ملی پیونددهنده مقررات بین‌المللی سلامت (IHR) و مسیر PVS.

****

## **P6**. ایمنی مواد غذایی

**هدف:** یک نظام کارآمدبرای نظام مراقبت (سورویلانس) و پاسخ به بیماری‌های منتقله از غذا و مخاطرات یا رویدادهای آلودگی غذایی با ارتباطات وجوددارد که با ارتباط و همکاری مؤثر بین تمامی بخش‌های مسئول ایمنی غذا ایجاد شده است.

**شاخص‌های ارزیابی**: ۱. وجود مراقبت مبتنی بر شاخص‌ها (IBS) یا مراقبت مبتنی بر رویداد (EBS) همراه با تحلیل‌های آزمایشگاهی پشتیبان برای تشخیص و تعیین علت‌ بیماری‌های منتقله از غذا یا منشأ رویدادهای آلودگی، و بررسی خطرات موجود در غذاهایی که با موارد بیماری، طغیان یا رویدادها مرتبط هستند .۲. وجود یک برنامه ملی اضطراری ایمنی غذا. ۳. وجود نقطه تماس اضطراری شبکه بین‌المللی مقامات ایمنی غذا (INFOSAN) و رابط اصلی OIE در زمینه ایمنی غذا در تولیدات دامی، با یک سازوکار هماهنگی مرکزی.

**اثر مطلوب**: شناسایی به‌هنگام و پاسخ مؤثر به رویدادهای بالقوه مرتبط با غذا در همکاری با سایر بخش‌های مسئول ایمنی غذا.

**مستندات یا مدارک برای سطح توانایی:**

* فهرستی از بیماری‌های الویت‌دار منتقله از غذا و مخاطرات غذایی اولویت‌دار (شیمیایی و میکروبیولوژیکی)؛
* راهنمایی در مورد بیماری‌های ناشی از مواد غذایی اولویت‌دار و تعاریف موردی آنها؛
* گزارش ملی بر اساس گزارش‌های محلی جمع‌آوری‌شده برای ارزیابی سریع خطر؛
* مواد آموزشی، گزارش‌ها و گواهی‌ها؛
* مصاحبه با بازرسان بهداشتی/غذایی؛
* قرارداد‌های جمع‌آوری/آزمایش نمونه‌های بالینی و نمونه‌های غذا برای همه بیماری‌های غذایی اولویت‌دار و خطرات ناشی از غذا
* پروتکل‌های گزارش‌دهی داده‌ها برای همه بیماری‌های منتقله از غذا و مخاطرات غذایی الویت‌دار.
* فهرست آزمایشگاه‌های تماس (مراکز همکار)؛
* پرسشنامه‌های مربوط به پاتوژن‌های منتقله از غذا و مخاطرات غذایی الویت‌دار.
* پایگاه داده مراقبت یکپارچه زنجیره غذایی ؛
* گزارش‌های تجزیه و تحلیل داده‌ها؛
* نسخه‌هایی از گزارش های منظم نظام مراقبت ؛
* مستنداتی که تعریف وضعیت اضطراری ایمنی مواد غذایی را در سطح ملی ارائه می‌دهند.
* مصاحبه با شرکاء / ذینفعان کلیدی درباره میزان آگاهی آن‌ها از مسئولیت‌های خود و روش‌های پاسخ‌گویی؛
* سوابق تبادل اطلاعات و ارتباط با شبکه‌های بین‌المللی، منطقه‌ای و ملی مرتبط؛
* فهرست به روز شده از اطلاعات تماس شرکاء.
* فهرست‌های مستند و به روز شده از منابع خارجی احتمالی (شامل متخصصان یا کارشناسان خبره)؛
* هرگونه مستندات، گزارش یا سوابق مربوط به ایجاد، اجرا و فعالیت‌های جاری مکانیزم‌های هماهنگی؛
* فهرست تمام اطلاعات تماس ضروری (دولت‌های محلی و خارجی، سازمان‌های بین‌المللی، صنایع)؛
* الگوهای اطلاع‌رسانی درباره حوادث؛
* نمونه اطلاعیه‌های مطبوعاتی؛
* اطلاعیه‌های فراخوان و جمع‌آوری محصولات.
* پرسش و پاسخ‌های از پیش آماده شده؛
* گزارش‌هایی درباره SimEx برای پیش آزمون برنامه واکنش اضطراری.
* سوابق بازخوردهای دریافت شده از بررسی‌های اضطراری گذشته؛
* گزارش دهی TracSS



## **P7**. ایمنی زیستی و امنیت زیستی

**هدف**: استقرار نظام ملی ایمنی زیستی و امنیت زیستی فراگیر و چندبخشی در سطح دولت که در آن عوامل زیستی پرخطر حداقل در تعداد محدودی از مراکز بر اساس کارکرد بهینهشناسایی، نگهداری، حفاظت و پایش ‌شوند؛ آموزش مدیریت خطر ‌زیستی و برنامه‌های ترویجی برای ترویج فرهنگ مسئولیت‌پذیری و پاسخ‌گو بودن مشترک انجام ‌گیرد؛ خطرات دوگانه کاهش ‌یابد؛ تهدیدات ناشی از گسترش و استفاده عمدی عوامل زیستی مهار شود؛ انتقال ایمن عوامل زیستی تضمین ‌گردد و قوانین ملی امنیت و ایمنی زیستی ، مجوزدهی آزمایشگاه‌ها و اقدامات کنترل عوامل بیماری‌زا به‌صورت مناسب وضع شوند.

**شاخص‌های ارزیابی:**1. وجود چارچوب ملی برای ایمنی زیستی و امنیت زیستی، کلکسیون‌های سویه‌ها و آزمایشگاه‌های با سطح ایمنی بالا که شامل شناسایی و ذخیره‌سازی کلکسیون‌های سوی‌های بومی و ملی در حداقل تعدادی از مراکز در تمامی بخش‌ها می‌باشد 2. وجود نظام‌های مراقبتی و پایش جامع.

**اثر مطلوب**: اجرای یک برنامه نظارتی ملی جامع، پایدار و قانونی برای ایمنی زیستی و امنیت زیستی که شامل استفاده ایمن و مطمئن، ذخیره‌سازی، دفع و مهار عوامل زیستی موجود در آزمایشگاه‌ها و حداقل تعدادی از مراکز نگهداری در سطح کشور می‌شود و کلیه تأسیسات تحقیقاتی، تشخیصی و زیست‌فناوری در تمامی بخش‌ها را دربرمی‌گیرد. یک گروه از متخصصان مدیریت خطر‌ زیستی که دارای مهارت‌های لازم برای آموزش دیگران هستند در مؤسسات مربوطه خود مستقر می‌شوند. روش‌های مدیریت خطر ‌زیستی تقویت‌شده و پایدار با استفاده از سرفصل‌های آموزشی مشترک استقرار می‌یابند. روش‌های تشخیص سریع و بدون انجام کشت به‌عنوان بخشی از مدیریت خطر‌زیستی ترویج می‌شوند. انتقال ایمن و مطابق با مقررات مواد عفونی نیز بر اساس قوانین ملی و بین‌المللی به‌صورت مناسب در نظر گرفته می‌شود.

**مستندات یا شواهد برای سطح توانمندی:**

* مستندسازی مجموعه عوامل پرخطر موجود در کشور؛
* تدوین، تصویب و اجرای قوانین ملی مرتبط با ایمنی و امنیت زیستی؛
* تأمین، آموزش مستمر و استقرار مسئولان ایمنی زیستی در تمام آزمایشگاه‌های دارای پتانسیل کار با عوامل پرخطر و انجام آزمایش‌های پرریسک؛
* تدوین سند خط‌مشی مدیریت خطر‌ زیستی یا ایمنی زیستی در تأسیسات به صورت مکتوب که امضا شده و سالانه بازنگری می‌شود؛
* گزارش مأموریت ارزیابی PVS (عملکرد خدمات دامپزشکی) یا گزارش تحلیل کاستی‌های کشور توسط سازمان جهانی بهداشت دام (OIE) (همچنین رجوع شود به بخش "پیشگیری بیماری‌های مشترک")؛
* گزارش مأموریت آزمایشگاهی PVS کشور توسط سازمان جهانی بهداشت دام (OIE).



## **P8**. ایمن سازی

**هدف:** استقرار یک سامانه ملی توزیع واکسن با پوشش سراسری، توزیع مؤثر، دسترسی آسان برای جمعیت‌های حاشیه‌نشین، زنجیره سرمایشی مناسب و کنترل کیفیت مستمر است که قابلیت پاسخ‌گویی به تهدیدات بیماری‌های جدید را داشته باشد.

**شاخص ارزیابی:** پوشش ۹۰ تا ۹۵ درصدی جمعیت کودکان ۱۲ ماهه کشور با حداقل یک دوز واکسن حاوی سرخک (MCV) که از طریق پایش‌های پوشش واکسیناسیون یا داده‌های اداری اثبات شده باشد.

**اثر مطلوب :** ایمنی مؤثر از طریق دستیابی و حفظ پوشش واکسیناسیون علیه سرخک و سایر بیماری‌های همه‌گیر قابل پیشگیری با واکسن (VPDs) که قابلیت ایجاد پاندمی دارند. تأکید بر واکسیناسیون سرخک به این دلیل است که به‌عنوان شاخص نماینده برای پوشش کلی واکسیناسیون علیه VPDs به‌طور گسترده شناخته شده‌است. کشورها همچنین جمعیت‌های در معرض خطر سایر VPDs مهم ملی (مانند وبا، آنسفالیت ژاپنی، مننژیت مننگوکوکی، تیفوئید یا تب زرد) را شناسایی و تحت پوشش واکسیناسیون قرار خواهند داد. بیماری‌های مشترک از حیوان به انسان، مانند سیاه‌زخم و‌ هاری نیز در این برنامه گنجانده شده‌اند.



## **D1**. سیستم آزمایشگاه ملی

**هدف**: انجام مراقیت با استفاده از یک سامانه‌ی آزمایشگاهی ملی، شامل تمام بخش‌های مرتبط، به‌ویژه بخش‌های سلامت انسان و دام است. تا به‌کارگیری موثر روش‌های تشخیصی مدرن در محل (Point-of-Care) و آزمایشگاه‌ محور را فراهم کند.

**شاخص‌های ارزیابی:** ۱. وجود نظام آزمایشگاهی سراسری در کشور که توانایی انجام آزمایش‌های تشخیصی بر روی نمونه‌های به‌درستی شناسایی‌شده و جمع‌آوری‌شده را داشته‌باشد، به‌گونه‌ای که این نمونه‌ها به‌صورت ایمن و مطمئن به آزمایشگاه‌های دارای اعتبار از حداقل ۸۰٪ از سطوح میانی یا مناطق کشور منتقل شوند. ۲. وجود استانداردهای ملی کیفیت آزمایشگاهی و سامانه‌ی صدور مجوز برای آزمایشگاه‌ها.

**اثر مطلوب :** بهره‌برداری مؤثر از یک سامانه‌ی آزمایشگاهی سراسری، شامل تمام بخش‌های مرتبط که توانایی شناسایی و توصیف ایمن و دقیق عوامل بیماری‌زای عامل بیماری‌های همه‌گیر و تهدیدهای شیمیایی، از جمله تهدیدهای شناخته‌شده و ناشناخته از تمام مناطق کشور را داشته‌باشد. گسترش استقرار، به‌کارگیری و پشتیبانی گسترده آزمون‌ها یا تجهیزات تشخیصی مدرن، ایمن، مطمئن، مقرون ‌به‌صرفه و مناسب در سراسر کشور تضمین گردد.

**مستندات یا مدارک برای سطح توانایی:**

* برنامه راهبردی آزمایشگاه ملی که شبکه آزمایشگاهی لایه‌بندی‌شده را تعریف می‌کند
* سیاست آزمایشگاهی ملی
* فهرست مستند 10 بیماری اولویت‌دار و سه سندرم اصلی برای بهبود هدفمند پیشگیری، تشخیص و پاسخ.
* گواهینامه‌های اعتباربخشی برای آزمایشگاه‌های ملی و/یا نتایج ارزیابی کیفیت خارجی برای آزمایش‌های اصلی در شش ماه گذشته
* مسیرهای ارجاع نمونه مستند برای تشخیص/تأیید 10 بیماری اولویت‌دار.
* برنامه‌ای برای انتقال ایمن نمونه‌ها در سراسر کشور؛
* همه ابزارها، استانداردها و راهنماهای مرتبط با سازمان جهانی بهداشت دام باید ارجاع داده‌شوند.



## **D2**. نظام مراقبت (**Surveillance**)

**هدف:** ۱. تقویت سیستم‌های مراقبتی هشدار زودهنگام که قادر به شناسایی رویدادهای دارای اهمیت برای سلامت عمومی و امنیت سلامت باشند؛ ۲. بهبود ارتباطات و همکاری‌های بین‌بخشی و بین سطوح ملی، استانی و محیطی پاسخ‌دهی سلامت عمومی در زمینه مراقبت و نظارت بر رویدادهای بااهمیت سلامت عمومی؛ و ۳. ارتقاء ظرفیت سطوح ملی و استانی در تحلیل داده‌ها. این امر می‌تواند شامل داده‌های اپیدمیولوژیک، بالینی، آزمایشگاهی، آزمون‌های محیط زیستی، ایمنی و کیفیت محصولات، و داده‌های بیوانفورماتیک باشد؛ و پیشرفت در تحقق الزامات ظرفیت‌های اصلی نظارت مطابق با مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR).

**شاخص‌های ارزیابی**:1. مراقبت بیماری‌های همه‌گیر دارای اولویت مطابق با استانداردهای بین‌المللی انجام می‌شود.. 2. تحلیل و گزارش‌دهی منظم داده‌های نظام مراقیت انجام می‌شود..

**اثر مطلوب:** 1. استقرار یک سیستم مراقبت سلامت عمومی کارآمد که قادر به شناسایی رویدادهای بالقوه نگران‌کننده برای سلامت عمومی و امنیت سلامت باشد. 2. تقویت ظرفیت سطوح ملی و استانی در تحلیل داده‌ها و ایجاد ارتباط داده‌ای درون و بین سطوح مختلف سیستم تقویت‌شده هشدار زودهنگام مراقبتی.

**مستندات یا مدارک برای سطح توانایی:**

* نمونه‌هایی از گزارش‌های مراقبت ( سورویلانس) که توسط تصمیم گیرندگان بهداشت ‌عمومی در کشورها استفاده ‌می‌شود.
* برنامه‌هایی برای تقویت سیستم مراقبت هشدار اولیه از جمله **مراقبت مبتنی بر رویداد (EBS)، مراقبت مبتنی بر شاخص (IBS)** و **مراقبت مبتنی بر جامعه (CBS)**
* گزارش‌های OIE (WAHIS)؛
* پایگاه‌های اطلاعاتی و فرم‌های نظارت



## **D3**. منابع انسانی

**هدف:** داشتن نیروی انسانی ماهر و شایسته در حوزه سلامت برای مراقبت و پاسخ‌گویی پایدار و عملیاتی بهداشت‌ عمومی در تمام سطوح نظام سلامت و اجرای مؤثر مقررات بهداشتی بین المللی (IHR) در کشورهای عضو. این نیروی انسانی شامل پرستاران و ماماها، پزشکان، متخصصان بهداشت ‌عمومی و محیط زیست، دانشمندان علوم اجتماعی، متخصصان ارتباطات، سلامت شغلی، دانشمندان/تکنسین‌های آزمایشگاهی، متخصصان آمار زیستی، متخصصان فناوری اطلاعات (IT)، تکنسین‌های زیست‌پزشکی، اپیدمیولوژیست‌ها و سایرین می‌باشند. در بخش دامپزشکی نیز نیروی کار متناظری شامل دامپزشکان، متخصصان سلامت دام‌ها، پیرادامپزشکان، اپیدمیولوژیست‌ها، متخصصان فناوری اطلاعات و دیگران وجود داشته باشد. تراکم توصیه‌شده پزشکان، پرستاران و ماماها به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت برای ارائه خدمات روزانه عملیاتی ۴.۴۵ به علاوه ۳۰ درصد ظرفیت اضطرار است. هدف بهینه برای مراقبت، یک اپیدمیولوژیست آموزش‌دیده (میدانی) یا معادل آن به ازای هر ۲۰۰۰۰۰ نفر جمعیت است که بتواند به صورت نظام‌مند همکاری نموده و شایستگی‌های اصلی مرتبط با IHR و استانداردهای عملکرد دامپزشکی (OIE PVS) را محقق سازد. همچنین به یک اپیدمیولوژیست آموزش‌دیده برای هر تیم پاسخ سریع نیاز است.

**شاخص‌های اندازه‌گیری:** 1. وجود نیروی انسانی کارآمد آموزش‌دیده در بخش سلامت که شامل پرستاران و ماماها، پزشکان، متخصصان بهداشت ‌عمومی و محیط زیست، دانشمندان علوم اجتماعی، دانشمندان/تکنسین‌های آزمایشگاهی، متخصصان آمار زیستی، متخصصان فناوری اطلاعات و تکنسین‌های زیست‌پزشکی می‌شوند. 2. وجود نیروی انسانی کارآمد متناظر در بخش دامپزشکی شامل دامپزشکان، پیرادامپزشکان، متخصصان سلامت دام‌ها، اپیدمیولوژیست‌ها، متخصصان فناوری اطلاعات و سایرین. 3. وجود راهبرد و برنامه‌های چندبخشی برای نیروی کار اضطرار در شرایط بحران.

**اثر مطلوب :** انجام فعالیت‌های پیشگیری، شناسایی و پاسخ (از جمله ارتقاء سلامت، ایمنی و امنیت سلامت شغلی، و مراقبت مناسب از آسیب‌دیدگان) به صورت مؤثر و پایدار توسط نیروی کار چندبخشی کاملاً شایسته، هماهنگ، ارزیابی‌شده و **با تخصص‌های متنوع** انجام می‌پذیرد.

**مستندات یا شواهد برای سطح توانایی:**

* نمونه برنامه درسی دوره آموزشی میدانی اپیدمیولوژی مورد استفاده در کشور؛
* تعداد فارغ‌التحصیلان به تفکیک سال، و در صورت دسترسی، جایگاه شغلی پس از اتمام دوره آموزشی
* برنامه یا راهبرد منابع انسانی سلامت عمومی (در صورت وجود) و جدیدترین نسخه تدوین‌شده یا اجراشده آن گزارش‌های سالانه مبتنی بر راهبرد نیروی انسانی؛
* برنامه‌ریزی و در دسترس بودن منابع؛
* شرایط مرجع/شرایط شغلی تیم‌های واکنش سریع استانی/منطقه‌ای؛
* شرح شغل/شرایط مسئول سلامت عمومی استانی/شهرستانی در حوزه آمادگی برای مقابله با طغیان بیماری
* بودجه منابع انسانی برای سلامت (بخش سلامت حیوانات و انسان)، کمک‌های اهداکنندگان؛
* شرح سیستم اطلاعات مدیریت منابع انسانی؛
* فهرست متغیرهای مورد استفاده و داده‌های سیستم‌های اطلاعات منابع انسانی، در صورت وجود؛
* پست و لیست کارکنان، در صورت وجود؛ جابه‌جایی کارکنان و تعداد کارکنان شرکت‌کنندگان در دوره آموزش ضمن خدمت و مستندات زیر در مورد آموزش:
* گزارش‌های سالانه بر اساس راهبرد نیروی انسانی،
* لیست آموزش‌های ضمن خدمت موجود در کشور،
* فهرست موسسات آموزشی ملی / ارگان‌های حرفه‌ای/ دانشکده‌های بهداشت‌ عمومی/ پرستاری/ مامایی/ دامپزشکی/ دانشکده‌های پزشکی/ دانشگاه‌هایی که دوره‌های آموزشی ضمن خدمت ارائه می‌دهند،
* تعداد فارغ التحصیلان/کارآموزان در سال،
* برنامه CPE و لیست دوره (در صورت وجود)،
* لیست دوره‌های آموزشی برای متخصصانی که برنامه‌های CPE ندارند،
* شواهد آموزش در مورد مسائل مربوط به بهداشت، ایمنی و امنیت شغلی.



## **R1**. مدیریت اورژانس بهداشتی

**هدف:** تمرکز این ظرفیت بر مدیریت فوریت‌های سلامت و سیستم‌هایی است که نظام‌هایی برای آماده‌سازی و پاسخ‌ عملیاتی به هرگونه رویداد سلامت عمومی، از جمله فوریت‌ها، مطابق با الزامات همه‌ی مخاطرات مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR) فراهم می‌سازد. اطمینان از وجود برنامه‌های مبتنی بر خطر ‌برای آماده‌سازی و پاسخ‌ عملیاتی به فوریت‌ها، ساختارهای مدیریتی قوی فوریت‌ها و بسیج منابع در طول فوریت‌ها، برای پاسخ به‌موقع به فوریت‌های سلامت عمومی حیاتی است.

**شاخص‌های ارزیابی:** 1. وجود ارزیابی‌های راهبردی ملی چند مخاطره‌ای فوریت‌ها (پروفایل‌های خطر) و نقشه‌برداری منابع. 2. وجود ارزیابی آمادگی برای فوریت‌ها. 3. تدوین برنامه‌ها و شیوه‌نامه‌های ملی مرکز عملیات اضطراری سلامت(EOC). 4. ایجاد سازوکار هماهنگی پاسخ به فوریت‌ها یا سیستم مدیریت حادثه. 5. شواهدی از حداقل یک پاسخ به فوریت سلامت عمومی در سال گذشته که نشان دهد کشور مطابق با پروتکل‌های ملی یا بین‌المللی مکتوب، اقدام به ارسال یا دریافت تجهیزات و پرسنل پزشکی کرده است. 6. وجود سیستم/سازوکار مدیریت پشتیبانی و زنجیره تأمین در فوریت‌ها.۷) وجود سیاست‌ها و رویه‌ها برای تحقیق، توسعه و نوآوری در زمینه آمادگی و پاسخ به فوریت‌ها.

**اثر مطلوب:** بازیگران چندبخشی در سطوح ملی، استانی و محیطی پاسخ سلامت عمومی، با یکدیگر هماهنگی خوبی دارند و درک مشترکی از خطرهای اولویت‌دار دارند و آماده اجرای عملیات پاسخ به فوریت‌ها برای طغیان بیماری‌ها و سایر فوریت‌ها به‌صورت به‌موقع، مؤثر و کارآمد هستند. کشورها دارای فرآیندهای قانونی و مقرراتی لازم برای اعزام و دریافت سریع نیروهای سلامت، تجهیزات پزشکی، پشتیبانی و منابع در داخل کشور یا فرامرزی هستند.

**مستندات یا مدارک برای سطح توانایی:**

* برنامه‌های ‏EOC‏ و فهرست تجهیزات موجود؛
* برنامه‌های آموزشی کارکنان عملیاتی در شرایط اضطراری؛
* برنامه تمرینی، شامل ارزیابی و طرح اقدام اصلاحی، در صورت وجود؛
* طرح فعال‌سازی برای واکنش اضطراری، مانند فهرست کارکنان عملیات اضطراری و نقش آنها.‏



## **R2**. ایجاد ارتباط بین نهادهای بهداشت‌ عمومی و امنیتی

**هدف**: کشور پاسخ سریع و چندبخشی به هر رویداد با منشأ مشکوک یا تأیید شده‌ی عمدی را ارائه می‌دهد، این پاسخ باید شامل **توانایی پیوند دادن سیستم‌های بهداشت عمومی و نیروهای انتظامی/امنیتی** و فراهم کردن کمک‌های به‌موقع بین‌المللی باشد.

**شاخص ارزیابی**: مستنداتی از حداقل یک پاسخ در سال گذشته که به طور مؤثر بخش بهداشت ‌عمومی و نیروهای قانونی را به هم مرتبط کرده باشد، یا یک تمرین یا شبیه‌ سازی رسمی با مشارکت رهبری هر دو نهاد ذکر شده.

**اثر مطلوب:** توسعه و اجرای یک تفاهم‌نامه یا چارچوب مشابه که نقش‌ها، مسئولیتها و تجربه‌های موفق را برای اشتراک اطلاعات مرتبط بین کارکنان مناسب بهداشت انسانی و دامی، اجرای قانون و دفاع مشخص می‌کند، و اعتبارسنجی این تفاهم نامه از طریق تمرین‌ها و شبیه‌سازی‌های دوره‌ای. کشورها سیستم‌های الگویی را توسعه و اجرا خواهندکرد تا بتوانند تحقیقات اپیدمیولوژیک و جنایی مشترک را برای شناسایی و پاسخ به حوادث عمدی بیولوژیکی، شیمیایی یا رادیولوژیکی انجام دهند و پشتیبانی کنند. این اقدامات با همکاری کشورهای عضو کنوانسیونهای سلاح‌های بیولوژیکی و سمی، سازمان خواربار و کشاورزی ملل متحد (FAO)، آژانس بین المللی انرژی اتمی (IAEA)، سازمان بین‌المللی پلیس جنایی (INTERPOL)، OIE، سازمان منع سلاح‌های شیمیایی، مکانیسم دبیرکل سازمان ملل برای بررسی ادعای استفاده از سلاح‌های شیمیایی و بیولوژیکی، سازمان بهداشت جهانی (WHO) و سایر سازمانهای منطقه‌ای و بین‌المللی مرتبط صورت خواهدگرفت.

**مستندات یا مدارک برای سطح توانمندی:**

* رویه‌های اجرایی استاندارد (SOPs) یا برنامه‌های واکنش به شرایط اضطراری که شامل مراجع امنیتی می‌شوند؛
* گزارش‌های اطلاعاتی که به‌صورت منظم با مراجع امنیتی به‌اشتراک گذاشته می‌شوند.



## **R3**. ارائه خدمات بهداشتی

**اهداف**: ایجاد نظام‌های سلامت ملی تاب‌آور و مقاوم برای کمک به کشورها در پیشگیری، شناسایی، پاسخ و بهبود پس از رویدادهای سلامت عمومی؛ به‌گونه‌ای که عملکردهای حیاتی نظام سلامت از جمله تداوم ارائه خدمات سلامت ضروری در تمامی سطوح حفظ شود. به‌ویژه در شرایط اضطراری، ارائه خدمات بهداشتی و درمانی برای مدیریت موارد مرتبط با رویداد و همچنین خدمات معمول بهداشتی به یک اندازه اهمیت دارند. علاوه بر این، اطمینان از حداقل اختلال در استفاده از خدمات سلامت قبل، حین و پس از شرایط اضطراری و در بسترهای مختلف درون یک کشور نیز جنبه‌ای حیاتی از یک نظام سلامت تاب‌آور محسوب می‌شود.

**شاخص‌های ارزیابی:**1. شواهدی از اجرای شیوه‌نامه‌های مدیریت بالینی برای رویدادهای ناشی از تهدیدات تحت پوشش مقررات بهداشت بین‌المللی (IHR).2**.** سودمند بودن و استفاده بهینه از خدمات سلامت، حتی در شرایط اضطراری3. تضمین تداوم ارائه خدمات بهداشتی و درمانی اساسی در شرایط اضطراری.

**اثر مطلوب:** نظام‌های سلامت تاب‌آوری که قادر به ارئه خدمات مراقبت‌های بالینی مرتبط با شرایط اضطراری و خدمت‌رسانی بهینه بهداشتی و در عین حال عملکردهای اساسی نظام سلامت مانند ارائه خدمات ضروری را در زمان بحران نیز تداوم بخشد.



## **R4. پیشگیری و کنترل عفونت**

ا**هداف:** ایجاد برنامه‌های قوی و مؤثر پیشگیری و کنترل عفونت (IPC) به‌گونه‌ای که امکان ارائه ایمن خدمات بهداشتی و خدمات ضروری را فراهم کند و از بروز و گسترش عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی (HCAIs) پیشگیری نماید. در گام نخست، ضروری است که حداقل الزامات IPC در سطح ملی و مراکز درمانی برقرار شود و سپس به‌تدریج به سمت تحقق کامل تمامی الزامات مطابق با توصیه‌های مؤلفه‌های اصلی IPC سازمان جهانی بهداشت حرکت کرد.

**شاخص‌های ارزیابی:** 1. راهبرد ملی برنامه پیشگیری و کنترل عفونت تدوین و ابلاغ شده است .2 اجرای برنامه‌های ملی پیشگیری و کنترل عفونت، همراه با پایش و گزارش‌دهی عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی (‏HCAIs‏)‏‎.‎ 3. استانداردهای ملی و منابع لازم برای مراکز درمانی ایمن ایجاد شده است

**اثر مطلوب** ‏‎:‎‏ پیشگیری از عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی ‏‎(HCAIs)‎‏ و جلوگیری از ظهور و گسترش مقاومت ضد ‏میکروبی ‏‎(AMR)‎

**مستندات یا مدارک برای سطح توانمندی:**

* استراتژی بخش رسانه، برنامه‌های گسترش مشارکت جامعه، برنامه‌های پاسخ رسانه‌ای
* چارت سازمانی
* . برنامه‌های کارکنان ارتباطات خطر در مواقع اضطراری، برنامه‌ی ظرفیت افزایی
* نمونه بودجه پاسخ اضطراری و برنامه بودجه بلندمدت
* مکانیسم به‌اشتراک‌گذاری تغییرات برنامه
* داده‌های خط تلفن سلامت عمومی (مثلاً پرسش‌های مرتبط از سوی مردم)
* . پیمایش‌های دانش، نگرش و عملکرد
* گزارش‌های دانشمندان علوم اجتماعی و انسان‌شناسان مشارکت‌کننده در پاسخ
* . پایش رسانه‌های اجتماعی
* صورت‌جلسات هماهنگی با شرکا
* . گزارش‌های پاسخ
* . گزارش‌های خبری در مواقع اضطراری گذشته
* برنامه‌های هماهنگی ارتباطی با نهادهای خارجی
* گزارش‌های پس از ‌اقدام از تمرین‌ها یا پاسخ‌های اضطراری
* برنامه پاسخ توافقی و برنامه بودجه هماهنگ ‌شده برای ارتباطات اضطراری
* پروتکل‌ها و انتشارات تحقیقات ارتباطی (رسمی/غیررسمی)
* نمونه‌های اطلاعات نادرست و روش‌های مدیریت آنها
* پیمایش‌های پایه و نقشه‌های داده اجتماعی مرتبط با افزایش خطر برای پنج خطر اصلی
* ارزیابی‌های خطر که به محتمل‌ترین تهدیدات سلامت عمومی محلی می‌پردازند
* برنامه گسترش مشارکت جامعه



## R5. برقراری ارتباط و آموزش خطر با هدف مشارکت اجتماعی

**هدف**: دولت‌های عضو از ظرفیت‌های چندسطحی، چندبخشی و چندوجهی ارتباطات خطر و مشارکت جامعه (RCCE) برای مقابله با شرایط اضطراری سلامت عمومی استفاده ‌کنند. تبادل اطلاعات، توصیه‌ها و نظرات به‌صورت فوری در طول رویدادهای غیرمعمول و پیش‌بینی نشده و شرایط اضطراری، به‌منظور اتخاذ تصمیمات آگاهانه برای کاهش پیامد تهدیدات و انجام اقدامات محافظتی و پیشگیرانه، ضروری است. این امر شامل ترکیبی از راهبردهای ارتباطی و مشارکتی، از جمله ارتباطات رسانه‌ای و فضای مجازی، کمپین‌های آگاهی‌بخش عمومی، ترویج سلامت، بسیج اجتماعی، مشارکت ذی‌نفعان، مشارکت جامعه و مدیریت اطلاعات نادرست(انفودمیک) می‌شود.

شاخص­های اندازه­گیری:

1. برنامه‌ها، هماهنگی‌ها و سازوکارهای رسمی برقراری ارتباط و آموزش خطر با هدف مشارکت اجتماعی (RCCE) دولت، از جمله مکانیسم‌های هماهنگی، استقرار یافته‌اند.
2. شواهدی دال بر عملکرد کارآمد و اثربخش ارتباطات عمومی، از جمله جنبه‌های مرتبط با مدیریت اطلاعات نادرست(اینفودمی)، و همچنین مشارکت سیستماتیک واحدهای ارتباطات خطر با جمعیت‌ها در سطح جامعه در شرایط اضطراری وجود دارد.
3. وجود برنامه‌های رسمی مدیریت اینفودمی، همراه با ترتیبات و سازوکارهای جمع‌آوری اطلاعات درباره برداشت‌ها، رفتارهای پرخطر و اطلاعات نادرست به منظور تحلیل نگرانی‌ها و ترس‌های عمومی.

**اثر مطلوب :** نهادهای مسئول به طور فعال به نگرانی‌های عمومی گوش داده، پاسخ داده و از طریق رسانه‌ها، فضای مجازی، کمپینهای آگاه­سازی عمومی، ترویج سلامت، بسیج اجتماعی و مشارکت ذینفعان، با جامعه به طور مؤثر تعامل و ارتباط برقرار می­کنند. نتیجه مطلوب ارتباطات مؤثر خطر، کاهش اثرات منفی بالقوه مخاطرات سلامت قبل، حین و پس از شرایط اضطراری سلامت عمومی یا رویدادهای غیرمعمول می­باشد.

**مدارک اضافی:**

الف. استراتژی بخش رسانه، برنامه‌های گسترش مشارکت جامعه، برنامه‌های پاسخ رسانه‌ای  
ب. چارت سازمانی  
پ. برنامه‌های کارکنان ارتباطات خطر در مواقع اضطراری، برنامه‌ی ظرفیت افزایی  
ت. نمونه بودجه پاسخ اضطراری و برنامه بودجه بلندمدت  
ث. مکانیسم به‌اشتراک‌گذاری تغییرات برنامه  
ج. داده‌های خط تلفن سلامت عمومی (مثلاً پرسش‌های مرتبط از سوی مردم)  
چ. پیمایش‌های دانش، نگرش و عملکرد  
ح. گزارش‌های دانشمندان علوم اجتماعی و انسان‌شناسان مشارکت‌کننده در پاسخ  
خ. پایش رسانه‌های اجتماعی  
د. صورت‌جلسات هماهنگی با شرکا  
ذ. گزارش‌های پاسخ  
ر. گزارش‌های خبری در مواقع اضطراری گذشته  
ز. برنامه‌های هماهنگی ارتباطی با نهادهای خارجی  
ژ. گزارش‌های پس از ‌اقدام از تمرین‌ها یا پاسخ‌های اضطراری  
س. برنامه پاسخ توافقی و برنامه بودجه هماهنگ ‌شده برای ارتباطات اضطراری  
ش. پروتکل‌ها و انتشارات تحقیقات ارتباطی (رسمی/غیررسمی)  
ص. نمونه‌های اطلاعات نادرست و روش‌های مدیریت آنها  
ض. پیمایش‌های پایه و نقشه‌های داده اجتماعی مرتبط با افزایش خطر برای پنج خطر اصلی  
ط. ارزیابی‌های خطر که به محتمل‌ترین تهدیدات سلامت عمومی محلی می‌پردازند  
ظ. برنامه گسترش مشارکت جامعه



**PoE**: مبادی ورودی و سلامت مرزی

**اهداف:** کشورهای عضو، ظرفیت‌های اصلی را در فرودگاه‌ها و بنادر بین‌المللی تعیین و حفظ می‌کنند (و در صورت توجیه به دلایل بهداشت‌ عمومی، ممکن است کشورهای عضو گذرگاه‌های زمینی را نیز تعیین نمایند) که اقدامات خاص بهداشت ‌عمومی مورد نیاز برای مدیریت طیفی از مخاطرات بهداشت ‌عمومی را اجرا ‌کنند.

**شاخص‌های ارزیابی:**1. یک برنامه اضطراری بهداشت‌ عمومی برای تمام‌ مخاطرات در مبادی ورودی تعیین‌شده (PoE) توسعه یافته و فعال باشد۲. یک فرآیند ملی چندبخشی برای تعیین اتخاذ اقدامات مرتبط با سفرهای بین‌المللی توسعه یافته و فعال باشد3. ظرفیت‌های اصلی مندرج در پیوست ۱B از IHR با عنوان «۱. در تمام اوقات» با رویکرد همه‌مخاطره‌ای و چندبخشی توسعه یافته و فعال باشد.

**اثر مطلوب :** شناسایی به‌موقع و پاسخ مؤثر به هرگونه مخاطره بالقوه که در PoE‌ها رخ می‌دهد.

**مستندات یا مدارک برای سطح توانمندی:**

* فهرست تمام مبادی مرزی (PoEs) در کشور، از جمله نقاطی که تحت مقررات IHR (2005) تعیین شده‌اند؛
* دستورالعمل‌های عملیاتی استاندارد (SOP) موجود برای شناسایی، اطلاع‌رسانی و پاسخ به مسافران بیمار و کارکنان مبادی مرزی در نقاط تعیین‌شده، از جمله رویه‌های تدوین‌شده برای کارکنان مبادی مرزی، مراکز بهداشتی‌درمانی و ادارات بهداشت محلی؛
* برنامه‌های اضطراری موجود برای هر نقطه ورودی تعیین‌شده؛
* راهنماهای ملی و سطح نقطه ورودی، دستورالعمل‌های عملیاتی استاندارد، بودجه‌ها و برنامه‌های نیروی انسانی که به‌طور مستند، به‌روزرسانی و آزموده شده‌اند تا تمام ابزار فنی و عملیاتی مرتبط با مبادی مرزی را منعکس کنند و در اختیار تمام بخش‌های ذی‌ربط قرار گرفته‌اند، از جمله برای:
  + شناسایی، گزارش‌دهی و پاسخ به رویدادهای مرتبط با سفر و حمل‌ونقل؛
  + اقدامات بهداشت‌عمومی که ممکن است در مبادی مرزی اعمال شوند و توسط سازمانب هداشت جهانی توصیه شده‌اند (مانند غربالگری خروج/ورود، جداسازی، قرنطینه، ردیابی تماس)؛
  + اعمال سایر اقدامات بهداشت‌عمومی که ممکن است بر سفر و حمل‌ونقل بین‌المللی تأثیر بگذارند، از جمله تعطیلی مرزها، الزامات قرنطینه و/یا آزمایش و غیره.
* مستندات موجود برای تمام راهنمایی‌های فنی و عملیاتی مرتبط با مبادی مرزی Annex 1B,1e (در فایل ابزار به زبان اصلی) برای ارائه بهترین برنامه عملیاتی ممکن و پرسنل آموزش‌دیده به منظور کنترل ناقلین و مخازن بیماری در مبادی مرزی و مجاور آنها
* مستندات موجود در مورد راهنماهای ملی و دستورالعمل‌های عملیاتی استاندارد که به‌طور منظم به‌روزرسانی و آزموده شده‌اند تا تمام ابزار فنی و عملیاتی مرتبط با مبادی مرزی را منعکس کنند و در اختیار تمام بخش‌های ذی‌ربط قرار گرفته‌اند، از جمله اعمال اقدامات توصیه‌شده برای ضدعفونی، سم‌پاشی، گندزدایی یا سایر روش‌های درمانی برای بار، محموله، کانتینرها، وسایل نقلیه، کالاها یا مرسولات پستی، در صورت لزوم، در مکان‌های ویژه‌ای که برای این منظور تعیین و تجهیز شده‌اند، مطابق تعریف IHR (2005)، پیوست IB (در فایل ابزار به زبان اصلی)، بخش 2.
* مستندات مربوط به:
  + جمع‌آوری نظام‌مند داده‌های مربوط به رویدادهای بهداشت‌عمومی در مبادی مرزی با استفاده از ابزار استاندارد؛
  + تحلیل و انتشار داده‌های مربوط به رویدادهای بهداشت‌عمومی در مبادی مرزی؛
  + فهرست به‌روز شرایط اولویت‌دار برای اطلاع‌رسانی؛
  + روندهای داده‌های پایه؛
  + آستانه‌های هشدار و اقدام به‌موقع (مطابق با استانداردهای ملی)، گزارش‌دهی (با استفاده از فرمت‌ها و ابزار استاندارد گزارش‌دهی)، و ارائه بازخورد به‌موقع و منظم در مورد داده‌ها و روندهای مراقبت ( سورویلانس) به ذی‌نفعان مرتبط با استفاده از فرمت‌های استاندارد بازخورد (مانند بولتن‌های اپیدمیولوژیک، خلاصه‌های الکترونیکی، خبرنامه‌ها، گزارش‌های مراقبت ( سورویلانس)).
* مستنداتی دال بر دریافت منظم یافته‌های مبادی مرزی توسط واحد نظارت ملی موجود است.