****

**فرم­های ارزیابی مشترک بیرونی (JEE)**

**"**  ارائه خدمات بهداشتی**"**

R3

کارشناس مربوطه:

سرکار خانم ندا قهرمان‌ زاده

09114726300

**به نام خدا**

ا**هداف**

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 شودبه‌ویژه در شرایط اضطراری، ارائه خدمات بهداشتی و درمانی برای مدیریت موارد مرتبط با رویداد و همچنین خدمات معمول بهداشتی به یک اندازه اهمیت دارند.)

اطمینان از حداقل اختلال در استفاده از خدمات سلامت قبل، حین و پس از شرایط اضطراری و در بسترهای مختلف درون یک کشورکه جنبه‌ای حیاتی از یک نظام سلامت تاب‌آور محسوب می‌شود.

شاخص‌های اندازه‌گیری

**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 اضطراری

3. 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.

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 به‌طورجداگانه درنظر گرفته ‌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 هستند 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. (مانند گنجاندن در برنامه عملیاتی طرح بخش سلامت ملی با منبع تامین 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 وجودآنها را در برنامه ملی نظام سلامت و تخصیص بودجه پایدار مشهود است.



کد رنگ: سبز روشن

1. ظرفیت پایدار:

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



کد رنگ: سبز

نکته:

کشور هنگامی می‌تواند به نمره سطح بالاتر پیشرفت کند که کلیه مؤلفه‌های توصیف شده برای آن شاخص را در سطح فعلی داشته باشد. بعنوان مثال برای کسب امتیاز 4 (ظرفیت مشهود) لازم است تمام ویژگی‌های ظرفیت‌های موجود در ظرفیت 3 (توسعه یافته) را برآورده شود.

تمامی پاسخ‌ها باید با شواهد مستند قابل اثبات، پشتیبانی شوند.

**نمونه مستنداتی که باید برای اثبات توانایی و پاسخ سوالات استفاده شود:**

**این بخش در ابزار وجود ندارد. لذا از تجربه ی آفریقای جنوبی به عنوان مثال استفاده خواهد شد.**

**نمونه مستندات ارائه شده در تجربه ی آفریقای جنوبی**

• National Institute for Communicable Diseases, Diseases A-Z Index (<https://www.nicd.ac.za/diseasesa-z-index/>)

• Ideal Health Facility documents, Department of Health, South Africa

(https://www.idealhealthfacility. org.za/users/common/documents.php

**سؤالات زمینه ای :**

**سوالاتی هستند که مرتبط با وجود شرایط زمینه ساز و پیش نیازهای دستیابی به حیطه‌های فنی (ظرفیت‌ها) را نشان می‌دهند.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **پاسخ سوال** | **نهاد/های متولی** | **عنوان** | **ردیف** |
|  |  | آیا برنامه بخش سلامت و برنامه‌های ملی آمادگی و پاسخ به شرایط اضطراری (یا معادل آن‌ها) به صورت صریح تداوم EHS (از جمله خدمات جمعیت‌محور) را در طول شرایط اضطراری در نظر گرفته‌اند؟ | 1 |
|  |  | آیا اخیراً ارزیابی‌هایی از مراکز بهداشتی-درمانی (یا معادل آن) انجام شده است و در چه زمانی صورت گرفته‌اند | 2 |
|  |  | آیا ابزار استراتژیک برای ارزیابی ریسک‌ها، یا تحلیل آسیب‌پذیری و نقشه‌برداری ریسک جهت تهیه فهرست اولویت‌بندی شده موقعیت بحرانی انجام و استفاده شده است؟ | 3 |
|  |  | آیا سازوکار یکپارچه یا هماهنگی وجود دارد که اطمینان حاصل کند نظام اطلاعات سلامت (شامل داده‌های پایش بیماری‌ها، ارائه خدمات و میزان استفاده از خدمات) به‌گونه‌ای طراحی شده است که جریان داده‌ها و گزارش‌دهی با کیفیت و منظم از سطح مراکز درمانی (اعم از دولتی و خصوصی) تا سطح ملی انجام شود، به‌طوری‌که سیاست‌گذاری‌ها و تصمیم‌گیری‌های مؤثر در حوزه سلامت را پشتیبانی کند؟ | 4 |

**سؤالات فنی**

این سوالات مستقیماً مرتبط با شاخص­ها و مؤلفه‌های ظرفیت­ها می‌باشند که خبرگان کشور و مشاوران تیم بین­المللی میزان دستیابی به آن شاخص­ها را ارزیابی می‌کنند.

**R3.1. مدیریت موارد**

| **ردیف** | **عنوان** | **نهاد/های متولی** | **پاسخ سوال** | **مستندات** | **مستندات ناقص** | **سطح** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | آیا دستورالعمل‌های ملی بالینی که خیراً توسعه یا به‌روزرسانی شده‌ باشد، برای مدیریت موارد وجود دارد؟ |  |  |  |  |  |
| 1-1 | آخرین بار چه زمانی به‌روزرسانی شده یا توسعه یافته‌اند؟ |  |  |  |  |  |
| 1-2 | محدوده این دستورالعمل‌ها چیست؟ – آیا برخی یا تمام شرایط اولویت‌دار ملی را پوشش می‌دهند؟ آیا تمام مخاطرات مطابق با IHR (2005) را شامل می‌شوند؟ |  |  |  |  |  |
| 2 | این برنامه‌ها/دستورالعمل‌ها در کدام سطوح ارائه خدمات سلامت (ملی، استانی و محیطی) موجود است؟ |  |  |  |  |  |
| 3 | آیا خدمات سلامت ویژه مدیریت موارد در مراکز درمانی سطح ملی (مانند بیمارستان‌های سطح سوم و/یا چهارم) موجود است؟ |  |  |  |  |  |
| 3-1 | آیا این موارد در سیاست/برنامه‌ریزی مرتبط (مانند بسته خدمات ضروری، برنامه استراتژیک بخش سلامت، برنامه‌ریزی منابع سازمانی یا موارد مشابه) مستند شده‌اند؟ |  |  |  |  |  |
| 3-2 | آیا نقشه‌برداری از منابع مورد نیاز (و موجود) برای مدیریت موارد شرایط اضطراری اولویت‌دار در سطوح مختلف (ملی، استانی و مراکز درمانی) انجام شده است؟ |  |  |  |  |  |
| 4 | آیا پروتکل‌های ارجاع مدیریت موارد برای هر سطح از ارائه خدمات وجود دارد؟ |  |  |  |  |  |
| 4-1 | آیا این موارد در دستورالعمل‌های ملی مدیریت موارد گنجانده شده‌اند؟ |  |  |  |  |  |
| 4-2 | آیا این پروتکل‌ها برای مراکز سلامت و کارکنان آن‌ها (از جمله آموزش) در هر سطح از مراقبت در دسترس می­باشد؟ |  |  |  |  |  |
| 4-3 | آیا فکر می‌کنید این سیستم‌های ارجاع به درستی عمل می­کنند؟ |  |  |  |  |  |
| 4-3-1 | آیا الزامات لازم برای عملکرد سیستم ارجاع (مانند لجستیک، حمل‌ونقل، منابع، ارتباطات، تأمین مالی) فراهم هستند؟ |  |  |  |  |  |
| 4-3-2 | آیا عملکرد این پروتکل‌ها به‌صورت روتین از طریق تمرین‌های شبیه‌سازی شده (SimEx) آزمایش می‌شود |  |  |  |  |  |
| 5 | آیا این خدمات در مراکز درمانی سطح منطقه‌ای/ناحیه‌ای (ثانویه) نیز موجود است؟ |  |  |  |  |  |
| 6 | آیا این خدمات در مراکز درمانی سطح اولیه (مراکز بهداشت، خانه‌های سلامت، درمانگاه‌های شهری و روستایی) نیز در دسترس هستند؟ |  |  |  |  |  |

**R3.2. بهره مندی از خدمات سلامت ضروری (EHS)**

| **ردیف** | **عنوان** | **نهاد/های متولی** | **پاسخ سوال** | **مستندات** | **مستندات ناقص** | **سطح** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | ‏آیا یک مرجع مسئول و مکانیسم عملکردی اختصاصی برای نظارت بر عملکرد نظام‌های سلامت، از جمله استفاده از خدمات در شرایط ‏اضطراری و غیراضطراری وجود دارد؟ |  |  |  |  |  |
| 1-1 | آیا سیستمی برای ارزیابی، ردیابی و نظارت بر اعتماد عمومی به نظام سلامت (مانند مداخلات سلامت عمومی) به‌منظور اطلاع‌رسانی برای ‏سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرا وجود دارد؟ |  |  |  |  |  |
| 1-2 | در شرایط اضطراری، چگونه از این داده‌ها برای نظارت بر اختلالات در ارائه خدمات ضروری استفاده می‌شود و چگونه این داده‌ها به ‏تلاش‌های ‏پاسخ‌دهی و برنامه‌ریزی‌های دیگر کمک می‌کنند؟ |  |  |  |  |  |
| 2 | آیا سیستم اطلاعات مدیریت سلامت معمول/نرم‌افزار اطلاعات سلامت منطقه‌ای یا سایر سیستم‌های مدیریت اطلاعات ‏سلامت ‏موجود، ‏بهره‌برداری از خدمات را پایش می‌کنند؟ |  |  |  |  |  |
| 2-1 | این داده‌ها چگونه تحلیل و به مراجع ملی یا استانی مسئول و سیاست‌گذاران گزارش می‌شوند؟ |  |  |  |  |  |
| 2-2 | این داده‌ها چگونه تفکیک می‌شوند؟ (جغرافیایی، جنسیتی، درآمدی، حوزه تحت پوشش، شهری/روستایی، مراکز ‏خصوصی/دولتی ‏و غیره)‏ |  |  |  |  |  |
| 3 | آیا یک سیستم سنجش ملی برای تأسیسات/ارائه‌دهندگان خدمات یا سایر سیستم‌های ارزیابی بیرونی ‏ملی ‏برای ‏تضمین ‏کیفیت ‏خدمات و ‏اعتماد عمومی جهت تداوم بهره‌برداری از خدمات در شرایط اضطراری وجود دارد؟ |  |  |  |  |  |
| 3-1 | آیا سیستمی (مانند مجموعه‌ای از استانداردهای ملی، مرجع اختصاصی، بودجه، قوانین) برای صدور ‏مجوز ‏و ‏اعتباربندی ‏مراکز ‏بهداشتی ‏از ‏جمله ارائه‌دهندگان خدمات خصوصی وجود دارد؟ |  |  |  |  |  |

**R3.3. تداوم خدمات سلامت ضروری (EHS)**

| **ردیف** | **عنوان** | **نهاد/های متولی** | **پاسخ سوال** | **مستندات** | **مستندات ناقص** | **سطح** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | آیا یک بسته ضروری خدمات (یا معادل آن) در سطح ملی تعریف شده و در دسترس است؟ |  |  |  |  |  |
| 1-1 | کدام خدمات به‌عنوان ‏EHS‏ تعیین شده‌اند؟ |  |  |  |  |  |
| 2 | آیا برنامه بخش سلامت و برنامه‌های ملی آمادگی و پاسخ به شرایط اضطراری (یا معادل آن‌ها) به‌صورت صریح تداوم EHS (از جمله خدمات مبتنی بر جمعیت) را در شرایط اضطراری در نظر گرفته‌اند؟ |  |  |  |  |  |
| 3 | آیا یک برنامه/راهنما برای تداوم خدمات سلامت ضروری یا بخش اختصاصی در سایر برنامه‌های عملیات/مدیریت اضطراری وجود دارد؟ |  |  |  |  |  |
| 3-1 | از چه راهکارهایی برای تضمین دسترسی به مراقبت برای جمعیت‌های حاشیه‌نشین و آسیب‌پذیر استفاده می‌شود؟ |  |  |  |  |  |
| 3-2 | آیا برنامه پاسخ، به پیامدهای ناخواسته و ناعادلانه اقدامات سیاستی (مانند تعطیلی‌ها، محدودیت‌های تردد) را، به‌ویژه برای گروه‌های حاشیه‌نشین و آسیب‌پذیر (مانند خشونت مبتنی بر جنسیت و خشونت خانگی)، یکپارچه کرده است؟ |  |  |  |  |  |
| 4 | آیا یک برنامه عملیاتی مرکز فرماندهی اضطراری (EOC) (یا معادل آن)، اقتباس‌شده از برنامه آمادگی و پاسخ به شرایط اضطراری، در زمان‌های اضطراری فعال می‌شود؟ |  |  |  |  |  |
| 4-1 | الف. آیا برای نظارت و اجرای آن، بودجه و منابع (خط بودجه مشخص، عملکرد مسئول، ساختار/مکانیسم) در نظر گرفته شده است؟ |  |  |  |  |  |
| 4-2 | آیا برنامه و پروتکل EOC و فعال‌سازی آن به‌صورت صریح به نمایندگی و مشارکت نقاط کانونی نظام‌های سلامت اشاره دارد تا نظارت، بودجه‌ریزی و پایش EHS را تضمین کند؟ |  |  |  |  |  |
| 5 | چه سیستم‌هایی برای تضمین پایش مستمر تداوم EHS به‌صورت معمول و در شرایط اضطراری وجود دارد؟ |  |  |  |  |  |
| 5-1 | آیا این مکانیسم‌ها در برنامه‌ها/راهنماهای تداوم خدمات شناسایی و مستند شده‌اند؟ |  |  |  |  |  |
| 6 | چند وقت یکبار عملکرد برنامه‌ها/راهنماها و سیستم‌های موجود از طریق تمرین‌های شبیه‌سازی (SimExs) و بررسی‌های پس از رویداد، آزمایش و بازنگری می‌شود؟ |  |  |  |  |  |
| 6-1 | آیا این فعالیت‌ها در سطوح ملی، استانی و محیطی سلامت عمومی انجام می‌شود؟ |  |  |  |  |  |
| 6-2 | چگونه مشارکت چندبخشی و چندرشته‌ای با حضور تمام ذینفعان مربوطه در طول SimExs و بررسی‌های پس از رویداد تضمین می‌شود؟ |  |  |  |  |  |
| 6-3 | چگونه یافته‌های حاصل از این تمرین‌ها و بررسی‌های پس از رویداد، فرآیند بهبود از جمله بازنگری و به‌روزرسانی برنامه‌ها را هدایت می‌کنند؟ |  |  |  |  |  |

**چک لیست امتیاز نهایی ظرفیت ارائه خدمات بهداشتی**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **شاخص** | **نقاط قوت/best practices** | **چالش ها و حوزه هایی که نیاز تقویت دارند** | **سطح** |
| مدیریت موارد |  |  |  |
| بهره‌مندی از خدمات سلامت ضروری ‏‎(EHS)‎ |  |  |  |
| تداوم خدمات سلامت ضروری ‏‎(EHS)‎ |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| سطح | R3.1. مدیریت موارد | یک سطح انتخاب شود |
| سطح 1 | راهنماهای ملی مدیریت موارد بالینی برای رویدادهای سلامت اولویت‌دار[[1]](#footnote-1)موجود نیستند یا در حال تدوین هستند. |  |
| سطح 2 | راهنماهای ملی مدیریت موارد بالینی برای رویدادهای سلامت اولویت‌دار تدوین شده‌اند اما در حال اجرا نیستند.[[2]](#footnote-2) |  |
| سطح 3 | راهنماهای ملی مدیریت موارد بالینی برای رویدادهای سلامت اولویت‌دار تدوین شده‌اند و در سطح ملی در حال اجرا هستند. |  |
| سطح 4 | راهنماهای ملی مدیریت موارد بالینی برای رویدادهای سلامت اولویت‌دار تدوین شده‌اند و در سطوح ملی و استانی در حال اجرا هستند. |  |
| سطح 5 | راهنماهای ملی مدیریت موارد بالینی برای رویدادهای سلامت اولویت‌دار در تمام سطوح اجرا می‌شوند و به طور منظم (در صورت لزوم) تمرین، بازبینی، ارزیابی و به‌روزرسانی می‌گردند. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| سطح | R3.2. بهره مندی از خدمات سلامت | یک سطح انتخاب شود |
| سطح 1 | سطح بسیار پایین استفاده از خدمات (تعداد مراجعات به بخش سرپایی کمتر از یک مراجعه به ازای هر نفر در سال در هر دو منطقه شهری و روستایی) |  |
| سطح 2 | سطح پایین استفاده از خدمات (تعداد مراجعات به بخش سرپایی 2˂ x ≤1 مراجعه به ازای هر نفر در سال در هر دو منطقه شهری و روستایی) |  |
| سطح 3 | سطح رضایت‌بخش استفاده از خدمات در مراکز بهداشتی-درمانی سطح سوم (تخصصی/فوق‌تخصص) در مقیاس ملی (تعداد مراجعات به بخش سرپایی2≤ مراجعه یا بیشتر به ازای هر نفر در سال در هر دو منطقه شهری و روستایی) وجود دارد. |  |
| سطح 4 | سطح قوی بهره‌برداری از خدمات در تمامی مراکز بهداشتی-درمانی سطح دوم و سوم در سطوح استانی و ملی و در بافت‌های جغرافیایی مختلف (تعداد مراجعات به بخش سرپایی ۳≤ مراجعه یا بیشتر به ازای هر نفر در سال در هر دو منطقه شهری و روستایی) وجود دارد. |  |
| سطح 5 | سطح قوی بهره‌برداری از خدمات در تمامی مراکز بهداشتی-درمانی سطح اول، دوم و سوم در سطوح ملی، استانی و محیطی بهداشت ‌عمومی و در بافت‌های جغرافیایی مختلف (تعداد مراجعات به بخش سرپایی ۳≤ مراجعه یا بیشتر به ازای هر نفر در سال در هر دو منطقه شهری و روستایی) وجود دارد و اطلاعات مربوط به بهره‌برداری از خدمات به‌طور منظم مورد بازبینی، ارزیابی و به‌روزرسانی قرار می‌گیرد تا مبنای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی قرار گیرد. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| سطح | R3.3. تداوم خدمات بهداشتی ضروری (EHS) | یک سطح انتخاب شود |
| سطح 1 | بسته­ای از خدمات سلامت ضروری (EHS) تعریف نشده است و هیچ برنامه یا دستورالعملی برای تداوم ارائه این خدمات در شرایط اضطراری وجود ندارد. |  |
| سطح 2 | بسته­ای از خدمات سلامت ضروری (EHS) تعریف شده است، اما برنامه‌ها/دستورالعمل‌های مربوط به تداوم ارائه این خدمات در شرایط اضطراری تدوین نشده است. |  |
| سطح 3 | بسته­ای از خدمات سلامت ضروری (EHS) و برنامه‌ها/دستورالعمل‌های تداوم ارائه این خدمات در شرایط اضطراری تدوین شده است و مکانیسم‌های نظارت بر تداوم خدمات در سطح ملی وجود دارد. |  |
| سطح 4 | بسته­ای از خدمات سلامت ضروری (EHS) و برنامه‌ها/دستورالعمل‌های تداوم ارائه این خدمات در شرایط اضطراری تدوین شده است و مکانیسم‌های نظارت بر تداوم خدمات در سطح ملی و استانی وجود دارد. |  |
| سطح 5 | بسته­ای از خدمات سلامت ضروری (EHS)، برنامه‌ها/دستورالعمل‌های تداوم ارائه این خدمات در شرایط اضطراری، و مکانیسم‌های نظارت بر تداوم خدمات مبتنی بر دستورالعمل‌های موجود تعریف شده و در سطوح ملی، استانی و محیطی نظام سلامت عمومی فعال هستند. این برنامه‌ها اجرا، بازبینی، ارزیابی و به­روزرسانی می­شوند و بهبودهای حاصل از تمرینهای شبیه­سازی شده و درس آموخته‌های رویدادهای واقعی (مانند گزارشهای بین ارزیابی (IARs) یا گزارشهای پس از اقدام (AARs)) در آنها اعمال شده است. |  |

1. اینها باید شامل SOPها با فهرستی از مراکز مراقبت بهداشتی ارجاعی تعیین شده، روش‌های ارجاع، تریاژ میدانی، حمل و نقل ایمن و دستورالعمل‌های مدیریت پرونده برای درمان آسیب شناسی‌های ناشی از رویدادهای موجود در فهرست ملی رویدادهای بهداشتی اولویت دار (مانند بیماری‌های مستعد ایجاداپیدمی، تروما، رویدادهای شیمیایی، اورژانس‌های تشعشع و غیره) باشد. [↑](#footnote-ref-1)
2. اجرای دستورالعمل‌ها شامل انتشار، جهت دهی و آموزش کارکنان بهداشتی در مورد دستورالعمل‌ها و انطباق/استفاده از دستورالعمل‌ها در عمل است. [↑](#footnote-ref-2)