



Deputy for Public Health  
Center for Health Network



National Institute for  
Health Research



Islamic Republic of Iran  
Ministry of Health and Medical Education



World Health  
Organization



# PHCMI Report

## Islamic Republic of Iran



November 2019

## **Partner Organizations**

1. WHO Iran Country Office
2. National Institution of Health Research
3. Secretariat of Supreme Council for Health and Food Security
4. Secretariat for Health Policy Making
5. Human Resource Department
6. Budget and Monitoring Performance Department
7. PHC Department
8. School, Family and Population's Health Department
9. Nutrition Department
10. Communicable Disease Management Department
11. Non-Communicable Disease Department
12. Mental, Social and Addiction Department
13. Environmental and Occupational Health Department
14. Health Promotion and Education Department
15. Emergency Mitigation and Management Department
16. Oral Health Department

## **Table of Contents**

Executive Summery	1
Summary of PHC system in Iran	2
Table of indicators	5
Strengths	16
Weaknesses	16
Gaps	16
Recommendations	16
Appendixes	19

## **Executive Summary**

Following the participation of Iran delegates in the first regional consultative meeting Primary Health Care for Universal Health Coverage on July 29 to August 1, 2019, regarding the formal start for the Primary Health Care Measurement and Improvement (PHCMI) Initiative, an internal meeting was organized with participation of National Institution of Health Research (NIHR) and WHO CO focal persons to finalize the PHCMI committee. After designating the core team, the internal meetings were coordinated weekly and the following actions have been taken:

- ▶ Analyzing the Main Indicator List (MIL) and Translation and localization of the manual
- ▶ Assessment and completion of the values of the indicators that data is exist for them
- ▶ Designing a software for entering and extracting the quantitative data
- ▶ Having weekly sessions with the core team to review the indicators and assigning each group of indicators to the responsible person
- ▶ Translation of the indicators and sharing the list with the stakeholders
- ▶ Printing and sharing the official manual with the stakeholders
- ▶ Communicating with related units of MOHME
- ▶ Having meetings with each technical unit to follow-up the process of receiving indicators' values
- ▶ Having a meeting with experts to finalize the qualitative indicators
- ▶ Follow-ups with EMRO for receiving the guidelines for some indicators
- ▶ Designing a software in "InfoPath" format and entering data in the software for accelerating the data collection process
- ▶ Defining the gaps
- ▶ Meetings with deputy minister for public health to review collected data and calculated indicators

- ▶ Report preparation for minister for public health
- ▶ Report preparation for the minister of health
- ▶ Report preparation for WHO Iran country office
- ▶ Report preparation for EMRO

## **Summary of PHC system in Iran**

In Iran, since 1981, the PHC was implemented based on 3 pillars: The precedence of prevention over treatment, The precedence of rural areas over urban areas, The precedence of outpatient services over inpatient services

- ✓ The services are provided in different levels
- ✓ The services are provided in an integrated and comprehensive way
- ✓ The resources are allocated in each unit and each level based on the target population
- ✓ The services are predefined and the standards and indicators are being tracked

At the beginning, the main purpose of the Iranian PHC was to provide services for the rural areas. However, since there was a large proportion of migrants from rural to urban areas, providing the PHC has become among the most challenging priorities of the Iranian MOHME. In the recent years and following the Health Transformation Plan (HTP) The New PHC, service packages have been revised based on the age groups and also NCDs and Mental Health Services were integrated in PHC.

In this regard, since 2014, HTP was implemented in Iran by focusing on Family Practice program and the Iranian National 6<sup>th</sup> Five-year development plan. The following points are considered as characteristics of new PHC implementation especially in urban areas.

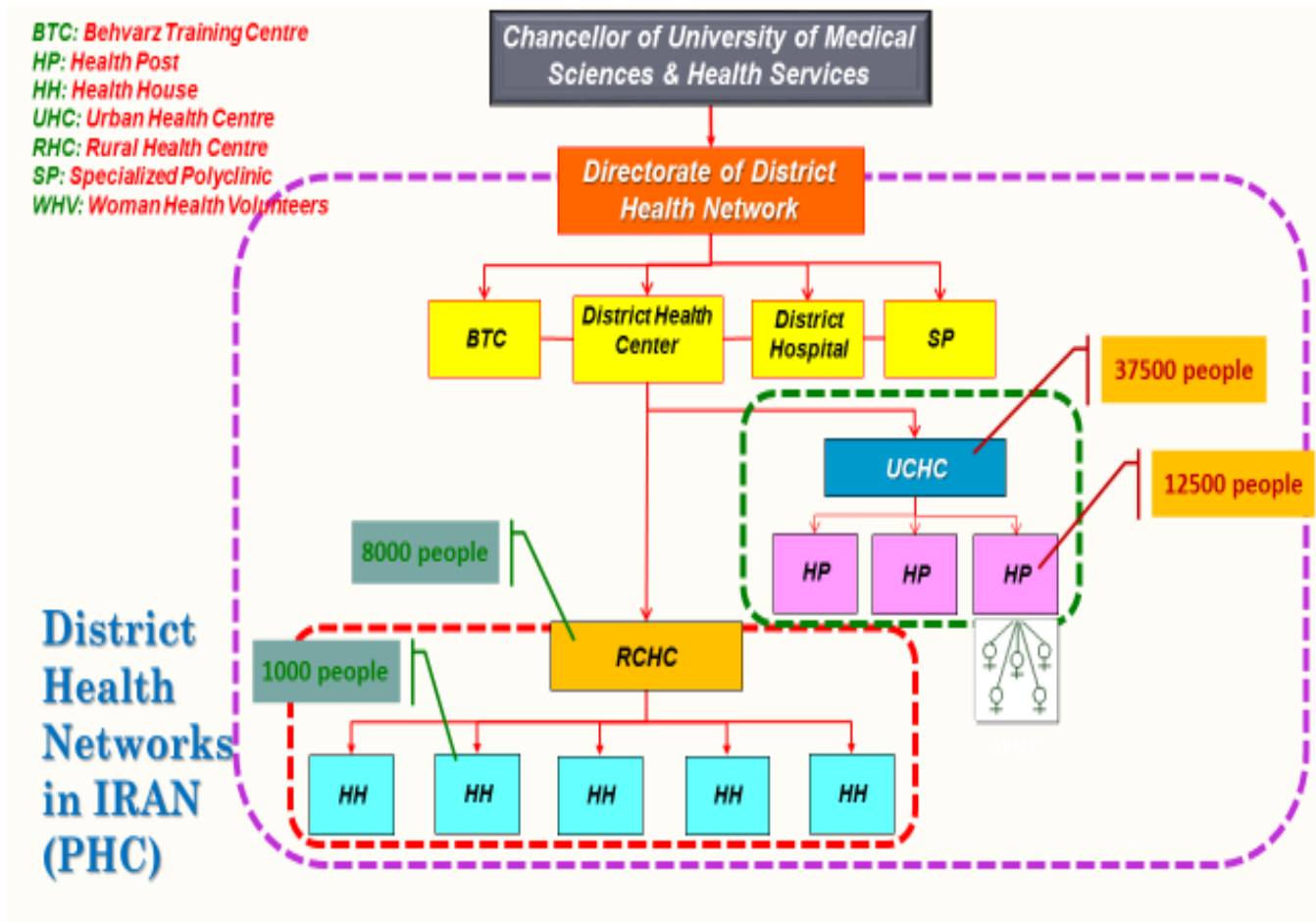
- The Defined target population
- Integrated services according to age groups (infants, children, adolescents, youth, middle aged, elderly) in a high quality healthcare network system
  - Affordability of the services for people
  - Continuity of Services
  - Using the multi-task trained work force
  - Planning to allocate 3 Physicians per 10000 population
  - Using Public Private Partnership (PPP)
  - Compatibility of Services with the health system
  - Health management based on the geographical areas

- Resource pooling
- Using the guidelines
- Implementation of electronic health records
- Referral System
- Strategic purchasing for services
- Payment system based on performance
- Implementing quality framework at the PHC level and pilot study for Accreditation of Comprehensive Health Centers (in PHC)

Figure 1 shows the structure of service delivery and facilities at the district level of Iran. Currently, we can divide delivery of services in three categories:

- ❖ Based on the previous implemented plans, from 2003, it was decided to set the family practice program in rural areas and cities with less than 20,000 population) to improve access of the people who are under health insurance coverages using the referral system. In this plan, the possibility of comprehensive and affordable access to promotive, preventive, therapeutic and rehabilitative services is considered. Now there are 17,898 health houses, 230 health posts and 3752 health centers are available in rural areas ( and cities under 20,000 population) involving 31936 Behvarz (Health Worker), 6900 Physicians, and 5498 Midwives.
- ❖ Moreover, the Family Physician plan is piloted in two Provinces (Fars and Mazandaran provinces) using 489 physicians and 1103 health workers.
- ❖ In other provinces of the country, after HTP implementation, from 2014, the PHC services are being provided by setting up of many new healthcare facilities and strategic purchasing in cooperation with private sector. There are also 20081 health care expert in 5545 Health Posts and 2820 health centers for providing PHC services at urban areas.

Figure 1. The structure of service delivery and facilities at the district level of Iran





## INDICATORS Tables

### INTEGRATED SERVICES/PRIMARY CARE

#### System/Structure

**Table 1. Governance Indicators**

Code	Indicator	Quality
1	A comprehensive national health sector policy, strategy or plan with goals and targets that includes all three components of a PHC approach exists and has been updated	YES
2	Presence of UHC legislation inclusive of PHC	YES
3	Participatory governance structures	YES
4	Equity mainstreamed in health policy	YES
5	Existence of regulatory authorities for (HWF, facilities, EMP) for both public and private sectors	YES
6	Presence of quality improvement and assurance processes in the national health plan	YES

**Table 2. Finance Indicators**

Code	Indicator	Value
7	GDP per capita (PPP current international \$)	21011.3
8	Population living in poverty (Under \$1.90 int'l dollars / day)	0.2
9	Government health spending as percentage of GDP	4.2%
10	Total PHC spending per capita	17.5
11	% PHC expenditure from current health expenditure	4.7%
12	% PHC expenditure from domestic general Government health expenditure	8.6%
13	Domestic general government expenditure on PHC as a % of total PHC expenditure	38%
14	Other sources of PHC expenditure (OOP, donor, etc.) as % of total PHC expenditure	62%

## Inputs

**Table 3. Health Workforce Indicators**

Code	Indicator	Value	
15	% health workforce in primary care (by occupation)	Physician	53%
		Health care expert	86%
		Community Health Workers (Behvarz)	98%
		Midwives	44%
16	% primary care workforce specialized in family practice (by occupation)	Physician	72%
		Health care expert	14%
		Midwives	75%
		Community Health Workers (Behvarz)	98%
17	Proportion of HWF in PHC have received minimum continuous professional education according to national requirements in the last year	100%	
18	Vacancy rate in PHC	Physician	12%
		Health care expert	8%
		Community Health Workers (Behvarz)	9%
		Midwives	0%
19	Density of PHC by occupation (N/10,000 population)	Physician	1.31
		Health care expert	2.76
		Community Health Workers (Behvarz)	15.42
		Midwives	0.79

**Table 4. Health Information Systems indicators**

Code	Indicator	Value	
20	% births registered	98%	
21	% deaths registered	89%	
22	Explicit adoption of a set of PHC indicators for M&E	Yes	
23	Inclusion of section on PHC performance in annual health sector reporting	Yes	
24	% private and public sector PHC that reports performance data	public sector	100%
		private sector	No Data
25	Presence and use of unique identifiers at facility	Yes	
26	Presence of a comprehensive individual patient/family record	Yes	
27	Is there a functioning eHIS in the country?	Yes	
28	% PC facilities using eHIS	98%	
29	% of patients who get registered by PHC facilities	95%	

**Table 5. Infrastructure indicators**

Code	Indicator	Value	
30	% population that would have to travel more than 5 km/1 hour to arrive at PHC facility	0.7%	
31	% PHC facilities with adequate WASH	urban	80%
		rural	86%
32	Room with auditory and visual privacy for patient consultations	Comprehensive Health Services Center	75%
		Health House	88%
		Health Post	48%
33	Communication equipment (phone or SW radio)	100%	
34	Facility has access to computer with email/internet access	98%	
35	Standard precautions for infection prevention	Indicators missing/not present	

**Table 6. Medicines indicators**

Code	Indicator	Value
36	PHC EML list correlated to package of services delivered in PHC	Yes
37	Proportion of facilities in which essential medicines are available (no stock outs in X time frame)	100%

**Table 7. Supplies indicators**

Code	Indicator	Value
38	% PHC facilities with standard priority diagnostics and equipment available	100%

## Processes

**Table 8. Model of Care indicators**

Code	Indicator	Value	
39	% of PHC cases referred to secondary care	8.4%	
40	Annual outpatient department utilization rates per capita	4.1	
41	% of PHC facilities that can provide mental health services	Screening and education in Health House and Health Post	100%
		physician visit and medication in Comprehensive Health Services Center	100%
		consultation and behavioral therapy by psychologists in urban in Comprehensive Health Services Center	60%
42	Number of consultations per health worker (physician, nurse, etc.) per day	physician	3.7%
		midwives	8.9%

**Table 9. Management/Quality Improvement indicators**

Code	Indicator	Value
43	Evidence-based national guidelines/protocols/standards exist for the management of all priority causes of morbidity and mortality	100%
44	Professionalized management at PC level	Indicators missing/not present No Program
45	Proportion of facilities with up-to-date performance reports in the last 6 months to 1 year	100%
46	% PC facilities with systems to support quality improvement	Tabriz University of Medical Sciences as A pilot Study 4.8%

**Table 10. Quality Processes (Patient Survey) indicators**

Code	Indicator	Value
47	% PC facilities that monitor patient experience	Tabriz University of Medical Sciences as A pilot Study and at the other Universities by random sampling method and sending SMS all facility monitor patient experience 4.8%

## Outcomes

**Table 11. Effective Coverage/Quality of Care indicators**

Code	Indicator	Value	
48	Number of adverse events reported (immunization/medication)	data collected / not reported	
49	% of PHC prescriptions that include antibiotics in out-patient clinics	70%	
50	% of PHC prescriptions that include injectable medicines	27.6%	
51	% of registered hypertension patients with BP <140/90 at last 2 follow up visits	82.5%	
52	% of registered diabetic patients with fasting blood sugar controlled at last 2 follow up visits/A1C <7%	FBS	44%
		A1C	35%
53	% of registered NCD patients with 10 years cardiovascular risk recorded in past 1 year	19.76%	
54	% of women who delivered and received at least once postnatal care within the first 40 days	95.30%	
55	% of substance users including tobacco users in receipt of brief intervention	Data collected/ not reported	
56	% of under 5 children that had weight and height measured in past 1 year	63%	
57	Admissions for ambulatory sensitive conditions	Indicators missing/not present	
58	Children under 5 who are stunted, wasted, overweight, obese	Children under 5 who are stunted	4.8
		Children under 5 who are wasted	4.3
		Children under 5 who are overweight	2.9
		Children under 5 who are obese	0.6
59	Exclusive Breastfeeding 0-5 months (%)	47.40%	
60	Cervical cancer screening rates	7.20%	
61	Vaccination of	Measles2	98%
		DPT3	99%

## MULTISECTORAL ACTION

**Table 12. System/Structure Indicators**

Code	Indicator	Value	
62	Adoption of HiAP approach and 2. Existing mechanism for multisectoral governmental coordination	Yes	
63	Inclusion of indicators on relevant social, economic, environmental and commercial determinants of health in NHPSP	Yes	
96	Existence of community-based health workforce, density	Physician	0.94
		Health care expert	0.37
		Community Health Workers (Behvarz)	15.42
		Midwives	0.6

**Table 13. Outcomes Indicators**

Code	Indicator	Value	
64	% households with adequate WASH	water	95.3%
		sanitation: Urban	98.2%
		sanitation: Rural	93%
65	% households cooking with clean fuel	Indicator missing / not present	
66	% children under 5 years of age who are developmentally on track	63%	
67	Malaria incidence	0.73	
68	Physical inactivity in adults	56.36%	
69	Proportion of population subjected to physical, psychological or sexual violence in the previous 12 months	Child abuse: 0.12% (Domestic violence):1%	
95	% population who believe decision making is inclusive	Indicator missing / not present	

## **EMPOWERMENT/ENGAGEMENT**

**Table 13. System/Structure Indicators**

Code	Indicator	Value	
96	Existence of community-based health workforce, density	Physician	0.94
		Health care expert	0.37
		Community Health Workers (Behvarz)	15.42
		Midwives	0.6

**Table 14. Inputs Indicators**

Code	Indicator	Value
97	Community/patient participation in facility management meetings	Yes

**Table 15. Outcomes Indicators**

Code	Indicator	Value
	EMPOWERMENT/ENGAGEMENT	

## Impact

**Table 16. Health Status indicators**

Code	Indicator	Value
70	Adult mortality rate 15-60 years per 1000 persons	1.63
71	Adolescent mortality rate per 100000	52.9
72	U5 Mortality Rate per 1000 live births	15
73	Infant Mortality Rate 1000 live births	12
74	Neonatal mortality rate 1000 live births	9
75	Total fertility rate*	2.01 (2016)
76	Met need for family planning	data collected / not reported
102	DPT3 Dropout rate	<1%
104	TB treatment success	84.90%
108	Antenatal care quality score based on WHO guidelines	Indicators missing/not present ( WHO guidelines)
109	Antenatal care coverage (4+ visits)	82.8%
110	Family planning quality score based on WHO guidelines	Indicators missing/not present ( WHO guidelines)
111	Demand for family planning satisfied with modern methods	Indicators missing/not present
112	Sick child quality score based on IMCI guidelines	Indicators missing/not present ( WHO guidelines)
118	People living with HIV receiving anti-retroviral treatment	89%
119	Use of insecticide - treated nets (ITN) for malaria prevention	Indicators missing/not present
120	Children under 5 with diarrhea receiving ORS	61.38%
121	Prevalence of raised blood pressure (age-standardized estimate)	24.3

\* Based on GBD study the TFR for Iran was 1.7 in 2017

**Table 17. Mortality by Cause indicators**

Code	Indicator	Value	
76	Met need for family planning	data collected / not reported	
77	Maternal mortality ratio per 100000 live births	17.7	
78	Life Expectancy at Birth (years)	75.7	
79	Premature NCD mortality % probability	13.04	
80	Causes of Death per 100000	No communicable	420.9
		injuries	44.57
		Communicable & other conditions	37
81	Suicide rate	data collected / not reported	

**Table 18. Equity Indicators**

Code	Indicator	Value	
82	Coverage of RMNCH by mothers' education	Indicators missing/not present ( WHO guidelines)	
83	U5 mortality by residence per 1000 live births	Urban	13.5
		rural	19.6
84	Average availability of 5 Tracer RMNCH Services	Indicators missing/not present ( WHO guidelines)	
98	Perceived access Barriers due to treatment costs	4%	
99	Perceived access Barriers due to distance	1%	
101	Average availability of services for 3 Tracer Communicable Diseases (STI, TB, HIV)	100%	
103	Coverage of DPT3 Immunizations	99%	
117	Care seeking for suspected child pneumonia	75.9%	



**Table 19. Efficiency Indicators**

Code	Indicator	Value	
105	Proportion of caregivers who were told the sick child diagnosis	Indicators missing/not present	
106	Proportion of Family planning, ANC, and sick child visits over 10 minutes	Indicators missing/not present	
107	Provider absence rate	rural: doctors	0.009
		rural: midwives	0.009
113	Adherence to clinical guidelines	Indicators missing/not present ( WHO guidelines)	
114	Diagnostic accuracy	Indicators missing/not present	
115	Adequate waste disposal	urban	99%
		rural	96%
116	Proportion of rooms with all infection control items	Indicators missing/not present	

**Table 20. Financial Protection Indicators**

Code	Indicator	Value
85	% population with impoverishing health expenditure	0.53%

**Table 21. Resilience Indicators**

Code	Indicator	Value
86	IHR Core Capacity Index / JEE	85.2
87	Disaster related death rate	1.34

**Table 22. Risk Factor/Chronic Disease Prevalence Indicators**

Code	Indicator	Value	
88	Obesity prevalence	crude:22.75 age standard:21.3	
89	Diabetes Mellitus prevalence	10.10%	
90	Hypertension prevalence	26.40%	
91	Tobacco use	14.1	
100	Average availability of diagnosis and management of 3 tracer NCDs (diabetes, CRD, CVD)	for diabetes and CVD	100%
		for CRD only asthma in 7 university	1.3%

**Table 23. Cause-Specific Mortality Indicators**

<b>Code</b>	<b>Indicator</b>	<b>Value</b>	
92	Household and ambient air pollution	Percentage of the number of the days per year that the weather is clean or relatively clean	74.5 %
		Percentage of air pollution related deaths and is calculated via 1.3+ AirQ+ software	8.89%
		Percentage of households using liquid and solid fuels	4%
93	Road traffic injuries	448 per 100000	
94	Homicide	data collected / not reported	

**Table 24. Responsiveness Indicators**

<b>Code</b>	<b>Indicator</b>	<b>Value</b>
95	% population who believe decision making is inclusive	Indicator missing / not present

**Table 25. Indicators with Missing data**

Code	Indicator	No Data	
82	Coverage of RMNCH by mothers' education	WHO guidelines	Indicators missing/not present
84	Average availability of 5 Tracer RMNCH Services		
108	Antenatal care quality score based on WHO guidelines		
110	Family planning quality score based on WHO guidelines		
112	Sick child quality score based on IMCI guidelines		
113	Adherence to clinical guidelines		
35	Standard precautions for infection prevention	Indicators missing	
57	Admissions for ambulatory sensitive conditions		
95	% population who believe decision making is inclusive		
105	Proportion of caregivers who were told the sick child diagnosis		
106	Proportion of Family planning, ANC, and sick child visits over 10 minutes		
111	Demand for family planning satisfied with modern methods		
114	Diagnostic accuracy	No Program	
116	Proportion of rooms with all infection control items - MAYBE REPEAT OF #32		
65	% households cooking with clean fuel		
44	Professionalized management at PC level	Sanctions	
119	Use of insecticide-treated nets (ITN) for malaria prevention		
48	Number of adverse events reported (immunization/medication)	data collected / not reported	
55	% of substance users including tobacco users in receipt of brief intervention		
76	Met need for family planning		
81	Suicide rate		
94	Homicide		

### **Strength Points:**

- Having a strong support from Deputy Minister for health
- PHCMI focal person of Iran has also a managerial role at Iran MOHME
- Inter and Intra sector collaboration for data mapping
- The PHC structure in the country that makes it possible to gather the data across country
- The existence of electronic health records at PHC level
- There are available data for 82% of the indicators
- Having the NIHR partnership
- Having a strong support from WHO CO

### **Weakness Points:**

- Multiplicity of the data due to the abundance of upstream documents and plans
- For sensitive indicators like addiction or violence, there is problem of under reporting in routine health information system.
- Due to lack of information from the private sector, some indicator values may not be representative for the whole country.
- In urban areas and especially in metropolitan areas the electronic records may not be comprehensive since there are few number of referrals to public sector.

### **Gaps:**

- 1- There are 22 indicators that the data of them either does not exist at all or does not report at national level. Therefore, the surveys and systematic data collections are needed.
- 2- The indicators are not classified based on sex, age group, district, etc. However, the PHC packages in Iran are designed based on age groups.

### **Recommendations:**

- 1- Capacity building for PHCMI implementation at national and university level and estimation of indicators for University, District and National levels.
- 2- Preparing a dashboard for assessing the indicator values in a 10 year trend.
- 3- Reporting the indicator values based of age groups (for some indicators).
- 4- Including some indicators by focusing on elderlies.
- 5- Including several indicators by focusing on occupational health.
- 6- Considering some indicators for assessment and readiness of service delivery units and families for disaster /emergency responses.
- 7- Considering some indicators by focusing on health promotion and health education.
- 8- To organize meetings for final decisions regarding indicators which need to conduct surveys for them.

- 9- Data validation for the indicators that are extracted from some sources is needed.
- 10- Future plans for designing surveys for indicators that are not exist in PHC, such as underestimated and sensitive indicators.

**Table 26. Summary of the availability of indicators**

NO	Indicators	Number of indicators with available values	No Data		Total number of indicators
			data collected / not reported	Indicators missing/not present	
1	Vital Sign indicators	27		12	39
2	Other quantitative indicators	58	5	5	68
3	Qualitative indicators	14			14
4	total	99	22*		121

\* In total, there are 22 indicators that the values are not available

- 6 indicators that there are no WHO guideline available for them
- 1 indicator that cannot be measured in Iran due to sanctions
- 5 indicators that data are gathered but not reported
- 10 indicators that no data is available. For one of them, there is no plan for the indicator.

# **Appendix 1**

## Translation of Implementation Manual

## مقدمه

برگزاری کنفرانس بین المللی آما آتا در سال ۱۹۷۷ میلادی یکی از وقایع تاریخی نظام های سلامت کشور های دنیا به حساب می آید. منشور صادر شده در این کنفرانس و معرفی راهبرد مراقب های اولیه بهداشتی (PHC) برای عرضه خدمات بهداشتی درمانی منجر به شروع تحول اساسی در نظام های سلامت کشور ها شد و در طی سالهای بعد از آن، کشور ها تلاش نمودند که با تغییر نظام ارایه خدمت خود با محوریت PHC به پیشرفت های قابل توجهی در خصوص عرضه بهینه خدمات سلامت و در نتیجه ارتقای سلامت جامعه برسند. در شرایط فعلی نظام های سلامت کشورها با چالشهای متعددی از جمله موارد زیر روبرو هستند :

- استفاده از تکنولوژی و تجهیزات جدید در امر پزشکی و در نتیجه افزایش هزینه خدمات پرداختی از جیب مردم
- تغییر سیمای سلامت، جمعیت و اپیدمیولوژیک کشور ها و افزایش بار بیماری های غیر واگیر و مزمن
- رشد صنعتی شدن و شهر نشینی و تغییر شیوه زندگی مردم
- حضور روبه رشد بخش خصوص بخصوص در عرصه خدمات درمانی و بستری

بر همین اساس در سالهای اخیر بازنگری نظام ارایه خدمت سلامت کشور ها مبتنی بر PHC نوین مجددا مورد توجه قرار گرفته است. در همین راستا، بر اساس کنفرانس برگزار شده در بزرگداشت چهلمین سالگرد اعلامیه الما آتا، دفتر منطقه ای سازمان بهداشت جهانی (EMRO) پروژه PHCMI را که حاصل تجارب و مستندات بدست آمده بین المللی در این زمینه می باشد را به عنوان یک طرح منطقه ای برای اجرا به کشور های عضو معرفی نمود.

## اهداف طرح:

هدف از اجرای این طرح عبارت است از:

۱. برقراری زبان مشترک و تهیه چارچوبی استاندارد که بر اساس آن مفاهیم مربوط به بهبود مراقبت های اولیه بهداشت (PHC) شناخته شود.
۲. شناسایی و جمع بندی داده های مورد نیاز برای ارزیابی ابعاد مهم PHC در کشورمان.
۳. تهیه ابزاری که به وسیله آن سیاستگذاران، بخش های مختلف توسعه دهنده و حمایت کننده های برنامه های سلامت از مقوله PHC درک بهتری داشته باشند و آنرا برای ارتقای PHC مورد استفاده قرار دهند. همچنین بر اساس این ابزار کشورهای منطقه نیاز های خود را با شرایط حاضر منطبق سازند. این ابزار شامل تهیه سیمای شاخص های حیاتی و گزارش سیمای مراقبت های اولیه بهداشتی برای هر کشور خواهد بود.
۴. شناسایی چالشها و پیشرفت های عملکردی در خصوص توسعه مراقبت های اولیه بهداشتی کشور.
۵. تدوین برنامه ها و راهبرد های توسعه مراقبت های اولیه بهداشتی به عنوان بخشی از فرایند های سیاست های جاری، برنامه ریزی، مدیریت، نظارت و چارچوب ارایه خدمات.

بنابراین، در راستای اعلامیه صادر شده در کنفرانس آستانه، هدف کلی طرح PHCMI عبارت است تهیه مجموعه ای از ابزارهایی که به وسیله آنها کشور های منطقه بتواند این ابزار ها را در برنامه های جاری ارزیابی مراقبت های اولیه بهداشتی خود ادغام نمایند و از آنها برای شناسایی کمبود ها و چالشهای نظام ارایه خدمات استفاده نمایند. همچنین نتیجه ی استفاده از این ابزار ها می تواند به عنوان راهنمایی برای ارتقای راهبرد های نظام مراقبت های اولیه بهداشتی به کار گرفته شود.

## شناسایی و درگیر نمودن ذی نفعان PHCMI

از آنجایی که نظام مراقبت های اولیه بهداشتی کشور دارای ابعاد مختلفی می باشد، مسلماً سازمان ها و نهاد های متعددی درگیر آن هستند و برای توسعه این نظام، درگیر نمودن و تعریف نقش هر یک از این ذی نفعان در پیشرفت نظام مراقبت های اولیه بهداشتی اهمیت دارد. برای درگیر نمودن ذی نفعان اقدامات زیر لازم است انجام شود:

- الف) تحلیل ساختار ذی نفعان برای شناسایی تصمیم گیران و سیاستگذاران نظام سلامت
- ب) شناسایی افراد مطلع در هر یک از سازمان های ذی ربط
- ج) درگیر نمودن همه ذی نفعان در همه فرایندهای مربوطه از جمله در برنامه ریزی و نشست ها به منظور توجیه و جلب مشارکت حداکثری آنها در طرح
- د) مطلع نمودن به موقع ذی نفعان در خصوص پیشبرد اجرای طرح
- ه) ایجاد کمیته راهبری متشکل از کلیه ذینفعان ذیربط تاثیر گذار که جلب سهم احتمالی آنها برای موفقیت این طرح موثر است.

فهرست سازمان ها، معاونت های و دفاتر تحت عنوان ذی نفعان طرح PHCMI در کشورمان در ذیل آمده است:

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



## ساختار اجرایی طرح:

با توجه به حجم کار و نیاز به جمع آوری اطلاعات از منابع مختلف کشور، برای اجرای طرح PHCMI در کشورمان کمیته راهبردی طرح تشکیل خواهد شد. این کمیته با صدور ابلاغ از سوی معاون محترم بهداشت وزارت متبوع رسمیت خواهد گرفت و لازم است جلسات هماهنگی در قالب تشکیل کمیته ی راهبردی با مسوولیت رییس مرکز مدیریت شبکه تشکیل شود و بر حسب موضوع از مطلعین و یا نمایندگان سازمان ها و ذی نفعان طرح برای مشارکت در اجرای آن دعوت به عمل آید.

شرح وظایف کمیته راهبردی طرح به شرح زیر است:

۱. برنامه ریزی عملیاتی و زمان بندی فعالیتها برای اجرای طرح
  ۲. شناسایی و جلب مشارکت ذی نفعان در اجرای طرح
  ۳. بررسی فهرست شاخص های اعلامی و تعیین فرایندهای جمع آوری و جمع بندی اطلاعات و داده های مورد نیاز شاخص های طرح
  ۴. ظرفیت سازی در راستای اجرای برنامه در سطح ستاد ملی و دانشگاه
  ۵. طراحی نظام جمع آوری اطلاعات برای شاخص هایی که داده های مورد نیاز آنها در دسترس نمی باشد.
  ۶. تهیه و تدوین فرایند استاندارد برای ارزیابی صحت اطلاعات و شاخص های طرح با همکاری سازمان بهداشت جهانی
  ۷. تدوین و انتشار گزارش مورد نیاز در سطح کشوری و بین الملل
  ۸. برنامه ریزی برای اقدامات مداخله ای با همکاری ذی نفعان برای ارتقای مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی (PHC) مبتنی بر نتایج ارزیابی
- با توجه به فهرست وظایف فوق لازم است کمیته مذکور در مرکز مدیر شبکه تشکیل شود و بر اساس برنامه ریزی عملیاتی نسبت به اجرای طرح با همکاری همه ذی نفعان اقدام نماید.

## گام اول برنامه ریزی:

فرایند برنامه ریزی عملیاتی طرح دارای گام های متعدد زیر می باشد که لازم است اجرا شوند:

### ارزیابی عوامل موثر بر اجرای طرح در کشور:

در اولین اقدام برای اجرای طرح PHCMI لازم است تا خروجی ها و اهداف پروژه و عوامل موثر بر آن مورد بررسی دقیق کارشناسی قرار گیرد. همانگونه که در ابتدا مستند آورده شده است خروجی های مورد نظر در این طرح عبارتند از:

- تحلیل وضع موجود PHC کشور بر اساس داده های جمع آوری شده برای محاسبه شاخص های PHCMI
- اعتبار سنجی داده ها و شاخص های محاسبه شده PHC در طرح
- تهیه و تدوین سیمای PHC کشور و شاخص های علایم حیاتی
- استفاده از یافته های مهم طرح برای مرحله ارتقای PHC

در برنامه ریزی طرح لازم است تا منابع مالی و انسانی مورد نیاز برای اجرای فاز های مختلف و نیز محدودیتهای زمانی مورد نیاز طرح محاسبه و در نظر گرفته شود. بنابر این، یکی از اقدامات اولیه طرح برآورد منابع انسانی و منابع مالی مورد نیاز برای اجرای طرح می باشد. همچنین لازم است تا زمانبندی طرح و فعالیت های آن با همه جزییات در نظر گرفته شود. همچنین چارچوب و گستره طرح باید از ابتدا مشخص شود. به عنوان مثال آیا قرار است بررسی وضعیت موجود به تفکیک استان و یا دانشگاه محاسبه شود و یا اینکه قرار است اطلاعات واحد های بخش خصوص نیز جمع آوری و مورد بررسی قرار گیرند یا خیر؟ این کارکنان به همراه سایر کارکنان مرتبط از جمله نمایندگان از مرکز آمار و اطلاعات تیم فنی را بوجود می آورند، و به همراه حمایت فنی و مالی سازمان جهانی بهداشت اقدام به بررسی وضع موجود PHC کشور خواهند کرد. این تیم دورنمای ارزیابی را مشخص کرده و به عنوان نماینده سازمان خود در این ارزیابی شرکت می کنند، و داده های PHC مورد تایید قرار خواهند داد و مشخصات نظام سلامت اولیه کشور و VSP (سیمای علایم حیاتی) آن را مورد تایید قرار خواهند داد. این تیم همچنین از یافته های کلیدی برای شناخت مرحله پیشرفت و توسعه استفاده خواهد کرد و بر اساس یک برنامه منظم گزارش های به هنگام را برای کمیته راهبردی ارسال خواهند نمود.

منابع مالی اضافی برای هزینه رفت و آمد که در فرایند جمع آوری داده ها مورد نیاز خواهد بود باید در نظر گرفته شود. قبل از اجرای طرح، یک بودجه بندی دقیق باید برای پیش بینی منابع مالی مورد نیاز تهیه گردد.

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

ضمناً لازم است چارچوب و

علاوه بر برنامه ریزی برای جمع آوری داده های کمی توجه خاصی نیز به جمع آوری داده های کیفی باید صورت پذیرد. مدل توسعه ای و قسمتهایی از VSP یک ارزیابی کیفی هستند که ابزارهای متفاوت و برنامه کاری مجزایی نیاز دارند. به عنوان بخشی از برنامه کاری، زمان کافی باید برای این ارزیابی کیفی با همراهی همه اعضای تیم در نظر گرفته شود.

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

### **تهیه و اعلام برنامه اجرایی و زمانبندی طرح**

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

۱. نام و مسئولیت هر یک از اعضا تیم
۲. تقسیم بندی وظایف بر مبنای فعالیت های بخش های مختلف طرح
۳. زمانبندی مورد نیاز برای انجام وظایف و فعالیت های طرح
۴. مشخص نمودن خروجی ها و نتایج قابل آرایه طرح

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

## **بررسی و مرور فهرست شاخص ها**

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

نکته مهمی که باید در نظر گرفته شود این موضوع است که فهرست کامل شاخص ها وسیله ای برای تحلیل وضعیت موجود PHC کشور های منطقه در نظر گرفته شده است، لذا در صورتی که برخی از شاخص ها به طور مستقیم به وضعیت هر کشور مرتبط نمی باشد، فقدان داده های<sup>1</sup> مورد نیاز برای این قبیل شاخص های لازم است تا در فاز دوم یعنی فاز ارتقا و توسعه در نظر گرفته شود. با عنایت به اینکه یکی از اهداف PHCMI عبارت است از ایجاد زبان مشترک برای بحث در خصوص PHC در بین کشورهای منطقه. به منظور برقرار این زبان مشترک و توسعه PHC لازم است تا جایی که ممکن است اطلاعات لازم برای شاخص های مورد نظر جمع آوری شوند.

**لازم به ذکر است کمیته راهبردی کشور مان تصمیم گرفته است تا سایر شاخص های کیفیت را نیز به فهرست این شاخص ها اضافه نماید.**

## **ارزیابی موجود بودن داده های هر شاخص**

بعد از منطبق نمودن فهرست شاخص ها با وضعیت کشور، در صورت لزوم می بایست مسئول طرح با همکاری سایر اعضای تیم و ذینفعان نسبت به بررسی وضعیت موجود بودن اطلاعات هر شاخص اقدام نمایند. کارگروه پروژه لازم است مشخص نماید که در مرحله اول برای برآورد شاخص ها چه داده هایی موجود است و چه داده هایی باید در مرحله دوم تولید شوند.

به عنوان یک قاعده کلی مرحله اول، کار گروه طرح باید روی داده های موجود و شاخص های مربوط به آنها و شناسایی داده هایی که موجود نیستند تمرکز نمایند.

بررسی وضعیت موجود بودن هر شاخص باید بررسی شود. با استفاده از ابزار تهیه شده، منابع داده ها باید به وسیله افراد مطلع شناسایی شوند. ضروری است تا کلیه اطلاعات مورد نیاز جمع آوری و نگهداری شوند. از جمله این اطلاعات، اطلاعات تماس افراد مطلع و مسؤولیت آنها، عنوان و منبع هر داده است که در مرحله اعتبار سنجی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. این امر در مرحله ارایه داده ها و شاخص ها به EMRO و انجام فرایند اعتبار سنجی کمک کننده خواهد بود.

فرایند بررسی موجود بودن داده های شاخص ها در بین کشور ها متفاوت خواهد بود. به عنوان مثال، هر یک از کشورهای پیلوت فرایند متفاوتی را به کار گرفتند. به عنوان مثال، کشور اردن شاخص مربوط به هر سازمان را مشخص نمودند، کشور پاکستان شاخص ها را یکی یکی جمع آوری نمودند و کشور مصر با کلیه سازمان های مرتبط جلسه برگزار نمودند و داده های شاخص ها را با آنها

<sup>1</sup> Missing data

مورد بررسی قرار دادند. بنابراین کشورها می توانند یکی از روش های فوق را مورد استفاده قرار دهند و یا با هماهنگی با EMRO روش دیگری را استفاده نمایند.

در زمان بررسی داده ها مهم این است که منابع دقیق و مناسب آن ها مورد شناسایی و استفاده قرار گیرند؛ این موضوع برای مرحله اعتبار بخشی مهم است. اجرای این کار در زمان شروع می تواند زمان اعتبار بخشی داده ها را کاهش دهد. چرا که زمان مورد نیاز برای مشخص کردن نواقص را کم می کند. همچنین در نظر گرفتن این که داده ها و منابع آن ها نشان دهند مقادیر ملی یا استانی هستند و این که می توان آن ها را تا می توان در دسترس عموم قرار داد حایز اهمیت است.

### طراحی نرم افزار برنامه

به منظور آسان سازی فرایند جمع آوری و انتشار داده های طرح، کمیته راهبردی طرح در کشورمان در نظر دارد تا ابزار الکترونیک در قالب نرم افزار InfoPath طراحی و مورد استفاده قرار دهند. این ابزار ضمن تسهیل فرایند جمع آوری داده ها به امر مستند سازی اطلاعات برنامه برای مراحل بعدی طرح نیز کمک زیادی خواهد نمود.

### ظرفیت سازی در خصوص طرح برای سطح ستاد و دانشگاه ها

با توجه به گسترده بودن کشورمان، در حال حاضر الگوی متفاوتی در کشورمان در زمینه ارائه خدمات در دست اجرا می باشد. به عنوان مثال؛ تفاوت ارائه خدمت در مناطق شهری و روستایی و یا اجرای برنامه پزشک خانواده شهر در دو استان فارس و مازندران. تحلیل وضعیت موجود نظام PHC به تفکیک استان/ دانشگاه های علوم پزشکی کمک زیادی به شناخت چالشهای نظام ارائه خدمت خواهد نمود. بنابر این یکی از برنامه های که قرار است به این طرح در کشورمان اضافه شود بخش تحلیل PHC به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی می باشد. که برای اجرای این قسمت از کار قرار است بسته ظرفیت سازی<sup>۲</sup> در این خصوص تهیه و اجرا شود.

## **گام دوم اجرا/ ارزیابی**

مرحله اجرا و یا ارزیابی شامل سه فعالیت به شرح زیر می شود.

۱. جمع آوری داده های کمی و بررسی مستندات مربوطه
۲. بررسی شاخص هایی که داده های آنها موجود نیست و مشخص نمودن آنها برای مرحله توسعه و ارتقای برنامه
۳. جمع آوری داده های کیفی (انجام مصاحبه)

### جمع آوری داده های کمی و بررسی متون مربوطه

داده کاوی و بررسی متون مربوطه بخش مهمی از فرایند جمع آورد داده های مورد نیاز شاخص ها کمی می باشد. این موضوع شامل شناسایی منابع داده ها و به طور کلی در دسترس بودن داده های کمی می شود. این امر شامل اقداماتی از جمله بررسی مستندات اداری و گزارش ها منتشر شده می شود. با توجه به شرایط و وضعیت هر کشور، مسئول کشوری پروژه لازم است افراد کلید که

<sup>2</sup> Capacity Building Package

مسئول داده های هر سازمان می باشند را شناسایی نماید. به عنوان مثال داده ها ممکن است علاوه بر وزارت بهداشت در درگاه ملی مرکز آمار نیز وجود داشته باشد که باید این امر مورد توجه قرار گیرد. همچنین جمع آوری داده ها باید با مستند سازی دقیق همراه شود.

مثالی از برخی از داده هایی که ممکن است مورد تایید نباشند:

۱. داده هایی که در سطح واحد های ارایه خدمت جمع آوری می شوند ولی گزارش نمی شوند
۲. داده هایی که بصورت شفاهی گزارش شده اند ولی مستنداتی برای آنها وجود ندارد
۳. داده هایی که به وسیله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تایید نشده است
۴. داده هایی که دارای برآورد های مختلفی هستند و توافقی با هم ندارند.

در برخی از موارد اشاره شده فوق ممکن است مسئول کشوری پروژه با همکاری همکاران وزارت بهداشت، دفتر نمایندگی سازمان بهداشت جهانی و یا EMRO تلاش نمایند تا مستند معتبری برای شاخص تولید شود یا اینکه شاخص مذکور بدون محاسبه و اعلام مقدار عددی در نظر گرفته شود. منتها در برخی از موارد برای شاخص ممکن است تعریف شناسی<sup>۳</sup> دیگری در سطح کشور در نظر گرفته شده است. در اینگونه موارد ممکن است شاخص جایگزینی که با مفهوم شاخص اصلی همخوانی دارد در انتخاب شود.

### **بررسی موارد فقدان داده ها و تبیین مرحله ارتقا**

شاخص های که برای آنها داده ای وجود ندارد لازم است تا در گام اجرایی مورد بررسی قرار گیرند. لازم به ذکر است در صورتی که داده ای جمع آوری می شود و گزارش نمی شود باید به صورت پاورقی مشخص شوند.

### **جمع آوری داده های کیفی (انجام مصاحبه ها)**

داده های کیفی طرح ممکن است به روش های مختلفی جمع آوری شوند. برخی از داده های کیفی ممکن است از قبل آماده جمع آوری باشند در حالی که برخی دیگر ممکن است نیاز به انجام مصاحبه با افراد مطلع داشته باشد تا وضعیت موجود بودن داده ها مورد بررسی قرار گیرد. برای برخی از موارد ممکن است مسئول PHCMI خودشان اطلاعات مورد نیاز را داشته و یا از طریق منابع عمومی قابل دسترسی باشد (به عنوان مثال برخی از اطلاعات در قالب سیاستی های PHC در کشور قابل دسترسی می باشند). با این وجود همه داده ها باید به وسیله وزارت متبوع تایید و نهایی شوند.

---

<sup>3</sup> Terminology

## گام سوم ارزیابی / تایید صحت اطلاعات

پس از جمع آوری و ورود داده ها طرح در نرم افزار مربوطه، در گام بعد اقدام به انجام فرایند ارزیابی و تایید صحت اطلاعات و شاخص های خواهد شد. این فرایند شامل موارد زیر است که توضیح آنها در ادامه ارایه شده است:

### بررسی توسط دفتر منطقه ای و سازمان مرکزی سازمان جهانی بهداشت

پس از فرایند جمع آوری داده های طرح، در مرحله بعد لازم است که داده های جمع آوری شده به تایید رسمی وزارت متبوع برسد و براساس فرایند طراحی شده در این طرح، سازمان بهداشت جهانی بعد از تایید اطلاعات اقدام به انتشار داده های دریافت شده خواهد نمود. شایان ذکر است که فرایند تایید شاخص های طرح با توجه به کشور مربوطه ممکن است طولانی باشد.

بعد از اینکه داده های تایید شده طرح توسط وزارت متبوع به دفتر سازمان جهانی بهداشت ارسال شد، مرحله اعتبار سنجی خارجی صحت داده ها توسط آن دفتر انجام خواهد شد. با توجه به اینکه اغلب این مرحله یکی از مراحل زمان طرح مذکور می باشد، لازم است داده ها در فرصت زمانی مناسبی به دفتر منطقه ای ارسال شود. ضمناً داده ها باید به همراه مستندات مربوطه ارسال شوند. قبل از ارسال داده ها به EMRO شما باید شاخصها را مورد بررسی قرار داده و آنهایی که به نظر عجیب می رسند را مورد نقادی قرار دهید. سیاستگذاران و افراد ذینفع را برای اطمینان از تایید آن ها درگیر نمایید. همچنین از آن ها پیشنهادهایشان برای جلو رفتن و این که چگونه بر موانع فایق می آیند درخواست کنید. فرد مسئول SID در دفتر منطقه ای سازمان بهداشت جهانی با همکاری نزدیک مسئول PHCMI هر کشور موظف است تا ضمن تایید شاخص ها، برای موارد که داده ای برای شاخص خاصی وجود ندارد شاخص جایگزین انتخاب شود. به دنبال اعتبارسنجی داده ها توسط دفتر منطقه ای سازمان بهداشت جهانی، داده ها هر کشور به سازمان جهانی بهداشت (سازمان مرکزی) برای اعتبار سنجی و تایید نهایی ارسال خواهد شد.

### شفاف سازی و حل اختلاف بین بررسی داخلی و خارجی طرح

در صورتی وجود هرگونه اختلاف و یا عدم همخوانی در برآورد های انجام شده برای شاخص خاصی بر اساس برآورد های کشوری، منطقه ای و یا جهانی، باید قبل از اینکه برای دسترسی عمومی منتشر شوند مورد بررسی و رفع اختلاف شود. مثال هایی از عدم همخوانی ها به شرح زیر است.

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

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

## **نهایی نمودن محتوای گزارش سیمای کشوری PHC و سیمای علایم حیاتی و ارسال آن برای مقام محترم وزارت برای**

### **امضا**

با توجه به اینکه شاخص های سیمای PHC کشور در فهرست کلی شاخص های لحاظ شده است، تکمیل فرایند جمع آوری داده های و اعتبار سنجی آنها برای ارایه گزارش سیمای کشوری ضروری می باشد. محتوای سیمای کشوری PHC باید استاندارد و به نحوی باشد تا اطلاعات اولویت دار آن برجسته شود. وجود نداشتن داده های طرح باید به صورت زیر مشخص شود:

۱. موجود نبودن / جمع آوری نشده

۲. جمع آوری می شوند ولی به سطح کشوری گزارش نمی شوند

۳. جمع آوری می شوند ولی به هیچ عنوان گزارش نمی شوند

زمانی که سیمای کشوری PHC نهایی شده شد، شاخص های سیمای علایم حیاتی PHC بدست خواهد آمد تا برای ارایه سه چهارم ستون ها سیمای علایم حیاتی. زمانی که داده های سیمای علایم حیاتی PHC نهایی شد به وسیله کارشناسان سازمان بهداشت جهانی بررسی و سپس گزارش مورد نظر تهیه خواهد شد. بعد از تکمیل سیمای کشور PHC و سیمای علایم حیاتی PHC هر دو گزارش به وزارت متبوع ارایه خواهد شد برای امضا و تایید نهایی.

## **گام چهارم نهایی سازی و انتشار**

این گام شامل دو فعالیت می باشد

۱. پیش نویس گزارش

۲. ارایه گزارش به کارگاه منطقه ای

### **پیش نویس گزارش**

گزارشی که قرار است در این طرح تهیه شود باید شامل متدلوژی طرح بر اساس شرایط هر کشور باشد. همچنین این طرح لازم است بر حسب شرایط PHC کشورمان بومی سازی شود و بر اساس آن برای سنجش وضعیت PHC شاخص های مناسبی انتخاب گردد و بر اساس شاخص های انتخابی داده های مورد نیاز جمع آوری و اعتبار سنجی شوند. این گزارش باید بر اساس یافته های مهم در گزارش سیمای PHC کشور باشد. علاوه بر یافته های مهم، گزارش باید شامل تحلیل وضعیت موجود PHC کشورمان و ارایه راهکارهای انتخابی برای توسعه PHC به وسیله وزارت متبوع در کارگاه منطقه باشد.

از آنجایی که اطلاعات و داده های سلامت، پایه و اساس این طرح می باشند، ارزیابی داده های جمع آوری شده و اعتبار سنجی آنها لازم است انجام شود، لذا فقدان داده های<sup>4</sup> مهم که نیاز به اقدامات توسعه ای در بخش های مختلف نظام سلامت دارد باید برجسته شوند تا به وسیله آن بتوان نظام اطلاعات سلامت قوی و به هنگامی را برای تحقق پوشش همگانی سلامت UHC مهیا نمود. گزارش باید شامل نتیجه گیری در خصوص سیاست های مهم پیشنهادی در خصوص نظام اطلاعات مدیریت سلامت و تقویت نظام سلامت بر اساس یافته های نتایج به دست آمده باشد. در قالب اجرای طرح حاضر قرار است کشورها فرایند تهیه گزارش، شاخص های مهم و گام های بعدی طرح بر اساس شرایط خود را بومی سازی نمایند.

## **ارایه گزارش به کارگاه منطقه ای**

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

## **گام پنجم گام های بعدی**

این فعالیت ها شامل موارد زیر می باشد:

۱. تبیین جزئیات کارگاه بعدی
۲. نشست ذیفعان برای شناسایی حیطه های همکاری
۳. تهیه و تدوین برنامه عملیاتی و زمانبندی برای توسعه نظام ارایه خدمت بر اساس PHC بر اساس نتایج طرح
۴. ارایه نمودن برنامه عملیاتی و زمانبندی به مقام محترم وزارت

به دنبال کارگاه اولین کارگاه منطقه ای، جلسه تبیین جزئیات فعالیت طرح برای ارزیابی نتایج طرح در کشورها پایلوت و برنامه زمانبند که توسط سایر کشورها ارایه خواهد شد، برگزار خواهد شد. این جلسه تبیین فعالیت های طرح این فرصت را فراهم خواهد ساخت تا بازخورد ها قابل ارایه توسط کشور های منطقه را بعنوان اولین منطقه ای که طرح PHCMI را اجرا نمودند را بررسی شود. این نشست همچنین این فرصت را فراهم می سازد تا برنامه را بحثها و اولویت بندی گامهای بعدی سایر کشور های منطقه تهیه شود. این نشست شامل نمایندگان سازمان های مختلف از جمله: WCO, EMRO, HQ and UNICEF باشد.

به دنبال اجرای طرح، ذیفعان برنامه اقدام به شناسایی حیطه های همکاری های خود خواهند نمود تا ضمن تعیین کمبودها مشخص شده در فاز اول طرح، مداخلات بالقوه ای و اولویت بندی شده در گام های بعدی برای ارتقای PHC را لحاظ خواهند نمود. به دنبال کارگاه اولیه منطقه ای، برنامه زمانبندی بر اساس یافته های فاز اول طرح برای ارتقای PHC در کشور های پایلوت و سایر کشورها تهیه و تدوین خواهد شد. ضمناً کشور های غیر پایلوت منطقه تشویق می شوند تا فرصت را برای نشست با ذیفعان برنامه و

---

<sup>4</sup> Data Gaps



تعیین چارچوب همکاری های آنها فراهم نمایند. این امر شامل درگیر نمودن سازمان های خارج از حوزه سلامت و تنها شامل وزارت متبوع نمی شود از جمله این سازمان ها می توان سازمان برنامه و بودجه، مرکز آمار ایران، سازمان تامین اجتماعی، سازمان بیمه همگانی سازمان بهزیستی و همچنین آژانس ها بین المللی و سازمان های غیر دولتی و سازمان های مردم نهاد و خیر و بخش خصوصی می شود. این نگرش چند بخشی به کار شرایط را برای مشارکت فعال، بحث و گفتگو، بازخورد و درگیر نمودن همه بخش ها را فراهم می سازد تا در همه مراحل طرح درگیر شوند و زمینه را برای همکاری و اقدامات مورد نیاز از سوی آنها را در برنامه عملیاتی طرح فراهم نماید.

در نهایت، بحث و نتایج به دست آمده در نشست با همه ذینفعان به عنوان یک توافق بین سازمانی روی برنامه عملیاتی طرح ارایه خواهد شد. و نهایتاً برنامه عملیاتی و زمانبندی طرح برای مقام محترم وزارت برای مورد توجه قرار گرفتن و اجرای همه جانبه به عنوان سیاست ها کلی نظام ارایه خدمت کشور ارایه خواهد شد.



