

چارچوب عملیاتی برای مراقبتهای اولیه سلامت

ترجمان بینش به کنش

چارچوب عملیاتی برای مراقبتهای اولیه سلامت

ترجمان بینش به کنش

چارچوب عملیاتی برای مراقبتهای اولیه سلامت: ترجمان بینش به کنش

شابک (سازمان جهانی بهداشت): ۹۷۸-۹۲-۴-۰۰۱۷۸۳-۲ (نسخه دیجیتالی)

شابک (سازمان جهانی بهداشت): ۹۷۸-۹۲-۰۰۱۷۸۴-۹ (نسخه چاپی)

حق تألیف متعلق به سازمان جهانی بهداشت و صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف) است (سال ۲۰۲۰).

این گزارش مشترک بیانگر فعالیتهای سازمان جهانی بهداشت و صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف) است.

برخی از حقوق محفوظ هستند. این اثر تحت مجوز زیر موجود است:

Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

وفق شرایط این مجوز، تکثیر، توزیع مجدد و تغییر آن برای اهداف غیرتجاری مشروط به ذکر دقیق آن بنا به موارد ذیل مجاز است. در کلیه موارد بهره برداری از این اثر، به هیچ وجه نباید تأیید هر سازمان، محصولات یا خدمات خاص از سوی سازمان جهانی بهداشت یا یونیسف ذکر گردد. استفاده بدون اجازه از نام و نشان سازمان جهانی بهداشت یا یونیسف ممنوع است. در صورت تغییر این اثر، باید آن را تحت همان مجوز فوق الذکر یا معادل آن ثبت نمود. در صورت ترجمه این اثر، بند ذیل در کنار ذکر منبع باید گنجانده شود: "این ترجمه توسط سازمان جهانی بهداشت یا صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف) تهیه نشده است و نه سازمان جهانی بهداشت و نه یونیسف مسئول محتوا یا صحت این ترجمه نیستند. نسخه اصلی انگلیسی به عنوان متن موثق و التزام آور در نظر گرفته می‌شود."

هرگونه میانجیگری مرتبط با دعاوی حاصله تحت این مجوز باید مطابق با قوانین میانجیگری سازمان جهانی مالکیت فکری انجام گردد.

<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>

نحوه پیشنهادی ذکر منبع: چارچوب عملیاتی برای مراقبتهای اولیه سلامت: ترجمان بینش به کنش. ژنو: سازمان جهانی بهداشت و صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف)، ۲۰۲۰. مجوز:

CC BY-NECESSARY-SA 3.0 IGO

اطلاعات فهرست بندی در نشر: این اطلاعات در تارنمای زیر موجود است:

<http://apps.who.int/iris>

فروش، حقوق و ارائه مجوز: برای خرید انتشارات سازمان جهانی بهداشت، بنگرید به:

<http://www.who.int/about/licensing>

برای ارسال درخواست استفاده تجاری و پرسشها در خصوص حقوق و مجوز، بنگرید به:

<http://www.who.int/about/licensing>

مطالب شخص ثالث: در صورت تمایل به استفاده مجدد از مطالب این اثر که منتصب به شخص ثالث است (مانند جداول، نمودارها یا تصاویر)، مسئولیت تعیین ضرورت اجازه برای این استفاده مجدد یا اخذ مجوز از مالک حق تألیف به عهده شماست. مخاطرات دعاوی ناشی از نقض هرگونه جزء متعلق به شخص ثالث در این اثر صرفاً متعلق به شخص استفاده کننده است.

عکسهای سازمان جهانی بهداشت و صندوق کودکان سازمان ملل متحد. عکسهای یونیسف و سازمان جهانی بهداشت دارای حق اثر هستند و نباید بدون اخذ مجوز کتبی قبلی در هر رسانه بازتولید گردند. اجازه را می‌توان برای استفاده یک بار در شرایطی که هویت و وضعیت واقعی کلیه افراد به تصویر کشیده شده نشان داده شوند، اخذ نمود. عکسهای سازمان جهانی بهداشت و یونیسف نباید به هیچ وجه برای مقاصد تجاری بکار روند. محتوا نباید با روشهای دیجیتالی برای تغییر معنا یا زمینه دستخوش تغییر قرار گیرند. داراییها نباید توسط نهادهای غیر سازمان جهانی بهداشت و یونیسف بایگانی گردند. درخواست برای مجوز بازتولید عکسهای یونیسف باید به نشانی زیر یونیسف ارسال شود:

UNICEF, Division of Communication, 3 United Nations Plaza, New York 10017, USA (email: nyhqdoc.permit@unicef.org)

درخواست برای مجوز بازتولید عکسهای سازمان جهانی بهداشت باید به نشانی زیر یونیسف ارسال شود:

http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/

بندهای کلی رافع مسئولیت: اسامی انتصابی بکار رفته و ارائه مطالب در این مجلد به معنای اظهار هرگونه نظر و عقیده از سوی سازمان جهانی بهداشت یا یونیسف در ارتباط با جایگاه قانونی هر کشور، قلمرو، شهر یا منطقه و همچنین مقامات مسئول آن یا ذکر سرچدها یا مرزهای آن نیستند. خطوط هاشورخورده یا نقطه گذاری شده در نقشه‌ها نمایانگر خطوط مرزی تقریبی هستند که شاید توافق کامل بر سر آنها هنوز موجود نیست.

ذکر شرکتهای خاص یا محصولات خاص تولیدکنندگان به معنای پذیرش یا توصیه آنها از سوی سازمان جهانی بهداشت یا یونیسف به عنوان مورد دارای ارجحیت نسبت به سایر موارد دارای ماهیت مشابه ذکر نشده نیست. خطاها و موارد حذفی اقتباس شده و اسامی محصولات تملیکی با استفاده از حروف اول بزرگ انگلیسی (در پانویسهای متن فارسی) تمایز یافته‌اند.

کلیه موارد مناسب و معقول احتیاطی توسط سازمان جهانی بهداشت و یونیسف به منظور راستی آزمایی اطلاعات مندرج در این مجلد اتخاذ شده‌اند. البته مطالب انتشار یافته بدون هرگونه ضمانت صریح یا ضمنی توزیع می‌گردند. مسئولیت تفسیر و استفاده از مطالب به عهده خواننده است و در هیچ موردی، سازمان جهانی بهداشت یا یونیسف مسئول خسارات ناشی از کاربرد آنها نیستند.

طراحی گرافیک: مؤسسه ارتباطات وای ای تی (YAT Communication)، قاهره

صفحه آرایشی متن فارسی (منطبق با مجلد اصلی): بهارک اورمزدی

ترجمه از متن انگلیسی: حمید مرعشی

فهرست مطالب

د	پیشگفتار مدیرکل همکاریهای بین الملل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
و	پیشگفتار نماینده سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران
ز	دیاچه
ح	واژه‌نامه
ر	خلاصه مدیریتی
ی	مقدمه
۷	گروه مخاطب این سند
۸	نحوه کاربرد این سند

۹	اهرمهای راهبردی اصلی
۱۰	۱. رهبری و تعهد سیاسی
۱۳	۲. چارچوبهای حاکمیتی و سیاستگذاری
۱۷	۳. تأمین مالی و تخصیص منابع
۲۰	۴. مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست اندرکاران

۲۵	اهرمهای عملیاتی
۲۶	۱. الگوهای مراقبتی
۳۱	۲. کارکنان مراقبتهای اولیه سلامت
۳۶	۳. زیرساخت فیزیکی
۳۹	۴. داروها و سایر محصولات سلامت
۴۳	۵. مشارکت با ارائه کنندگان بخش خصوصی
۴۷	۶. نظامهای خرید و پرداخت
۵۲	۷. فناوریهای دیجیتال سلامت
۵۶	۸. نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت
۶۱	۹. پژوهشهای مرتبط با مراقبتهای اولیه سلامت
۶۴	۱۰. پایش و ارزیابی

۶۹	کمکهای شرکای بین‌المللی
۷۳	مآخذ
۸۱	پیوست: ابزار و منابع پشتیبانی اجرای اهرمهای مراقبتهای اولیه سلامت

پیشگفتار مدیر کل همکاری‌های بین‌الملل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

وزرای بهداشت کشورهای، در کنفرانس جهانی مراقبت‌های اولیه بهداشتی، که در اکتبر ۲۰۱۸ در آستانه قزاقستان برگزار شد، با در نظر گرفتن ۴۰ سال درس‌های آموخته از بیانیه آلماتا (۱۹۷۸)، بر مراقبت‌های اولیه بهداشتی به‌عنوان موثرترین و کارآمدترین رویکرد برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت تأکید نموده و اعلامیه آستانه را تصویب نمودند. براساس چشم انداز، اعلامیه ۲۰۱۸ آستانه بر ۴ تعهد متمرکز است:

۱. انتخاب سیاسی جسورانه برای سلامت در همه بخش‌ها؛
۲. ساماندهی مراقبت‌های اولیه بهداشتی پایدار متناسب با شرایط محلی هر کشور؛
۳. توانمندسازی افراد و جوامع؛
۴. همسوسازی حمایت ذینفعان با سیاست‌های ملی.

متعاقب آن، در سپتامبر ۲۰۱۹، هفتاد و چهارمین مجمع عمومی سازمان ملل متحد، مراقبت‌های اولیه بهداشتی را راهی برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت معرفی نمود. سرمایه‌گذاری در مراقبت‌های اولیه بهداشتی، سنگ بنای دستیابی به پوشش همگانی سلامت در سراسر جهان خواهد بود. مراقبت‌های اولیه بهداشتی، کارآمدترین روش استفاده از منابع از طریق عدالت در ارائه خدمات ضروری است و تضمینی برای مداخلات موثر با کمترین هزینه در نظام سلامت است.

مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران از پنج دهه پیش با تحقیق بنیان گذاشته شد، در سایه تعهد سیاسی و برنامه‌ریزی مناسب در بنبوچه جنگ تحمیلی شکل گرفت و با پشتوانه انقلاب اسلامی و محرومیت زدایی به‌خصوص در روستا رشد کرد و با حمایت عالی مسئولان ارشد کشور و از خودگذشتگی کارکنان و متخصصان سلامت به الگویی در ارائه خدمات سلامت در جهان تبدیل شد به نوعی که کلمه "بهورز" در ادبیات نظام سلامت جهان، ویژگی بارزی یافته است. لکن باوجود پیشرفت‌های زیاد در حوزه سلامت، نظام‌های سلامت پاسخگوی همه نیازهای ضروری جامعه نیستند و ثانیاً پایداری منابع و استمرار خدمات همواره با چالش‌های جدی مواجه است. در راستای بهبود وضعیت سلامت کشور و با توجه به تعهدات بین‌المللی، همچنین لزوم دستیابی به پوشش همگانی سلامت، می‌بایست با اولویت‌بندی چالش‌ها و راهکارهای موجود، اصلاحات عملی و متناسب با شرایط جامعه را ضمن استفاده از تجارب سایر کشورهای جهان در جهت تقویت مراقبت‌های اولیه بهداشتی به اجرا گذاشت.

اولویت مراقبت و پیشگیری بر درمان، اولویت مناطق محروم، اولویت خدمات عمومی بر خدمات تخصصی، اولویت خدمات سرپایی بر خدمات بیمارستانی و نهایتاً تفویض اختیار و عدم تمرکز در نظام شبکه، اولویت‌های راهبردی نظام شبکه در کشورمان بودند که در پاندمی کرونا نیز مورد توجه قرار گرفتند.

لزوم انجام اقدامات اضطراری برای تأمین نیازهای فوری جامعه در کشورها نشان می‌دهد، تشخیص و رفع نقاط ضعف در نظام بهداشتی امری حیاتی است. مراقبت‌های اولیه بهداشتی می‌تواند با تمایز بیماران با علائم تنفسی از بیماران مبتلا به کووید-۱۹، تشخیص زودهنگام، کمک به افراد آسیب‌پذیر در کنار آمدن با اضطراب در مورد ویروس و کاهش تقاضا برای خدمات بیمارستان، ترویج و نظارت بر اقدامات بهداشتی و نیز ایمن‌سازی (واکسیناسیون) نقش مهمی در پاسخ کووید-۱۹ داشته باشد. مراقبت‌های بهداشتی اولیه که می‌تواند اغلب نیازهای بهداشتی مردم را در هر سنی و در هر مرحله از زندگی برآورده کند، باید در این زمینه نقش اساسی داشته باشد. تقویت مراقبت‌های اولیه بهداشتی نه تنها تأثیر کووید-۱۹ را بر روی سلامت و رفاه میلیون‌ها نفر کاهش می‌دهد، بلکه شکنندگی در برابر بیماری‌های همه‌گیر بعدی را نیز محدود می‌کند.

سازمان جهانی بهداشت بر اهمیت سازماندهی مراقبت‌های اولیه بهداشتی بر اساس نیازهای همه جانبه مردم و اقدامات پیشگیرانه برای مقابله و مدیریت بیماری‌های غیرواگیر^۱، تأکید کرده است، در واقع مراقبت‌های اولیه بهداشتی مردم محور می‌تواند در مقابله با این بیماری‌ها بسیار موثر باشد و مناسب‌ترین و عادلانه‌ترین چارچوب را برای اجرای مداخلات مراقبت‌های بهداشتی فردی برای بیماری‌های غیرواگیر ارائه دهد. مراقبت‌های اولیه بهداشتی به عنوان اولین گام عمل می‌کند و در صورت لزوم بیماران را به سایر سطوح سیستم بهداشتی

^۱ noncommunicable diseases (NCDs)

ارجاع می‌دهد. چنین الگویی باعث پیشگیری موفق‌تر و همچنین تشخیص و مدیریت زود هنگام این بیماری‌ها می‌گردد.

نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی در کشورمان با ابتکار مداخلات اساسی بیماری‌های غیرواگیر در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران (طرح ایران)، در منطقه پیش‌تاز بوده است. یکی از مهمترین زوایای مراقبت‌های اولیه بهداشتی، پرداختن به مولفه‌های اجتماعی سلامت است که نزدیک به سه چهارم مشکلات سلامت جامعه را شامل می‌شود.

مجموعه حاضر پیش‌نویس "چارچوب عملیاتی مراقبت‌های بهداشتی اولیه: تبدیل چشم انداز به عمل" می‌باشد که سازمان جهانی بهداشت آن را به‌منظور عملیاتی نمودن چشم انداز اعلامیه آستانه، مطابق با قطعنامه مجمع جهانی سلامت (۲۰۱۹)^۲، جهت طرح و تصویب در هفتاد و سومین نشست مجمع جهانی سلامت ارائه و درخواست نمود دولت‌ها و سازمان‌های حوزه سلامت، هر سه سال یکبار گزارشی در مورد پیشرفت انجام شده در راستای اجرای قطعنامه به مجمع عمومی سلامت ارائه نمایند.

این چارچوب، مجموعه‌ای از اهرم‌ها را برای ذینفعان فراهم می‌کند تا به کشورها و جوامع کمک کند تا رویکرد مراقبت‌های اولیه بهداشتی را اتخاذ نموده و برای تقویت سیستم‌های بهداشتی به‌عنوان راهی برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت تلاش کنند.

چهار اهرم استراتژیک اصلی این چارچوب تعهد و رهبری سیاسی، چارچوب‌های حاکمیت و سیاست‌ها، بودجه و تخصیص منابع، تعامل جامعه و سایر سهامداران و اهرم‌های عملیاتی آن مدل‌های مراقبت، نیروی کار مراقبت‌های بهداشتی اولیه، زیرساخت‌های فیزیکی، داروها و سایر محصولات بهداشتی، تعامل با ارائه‌دهندگان بخش خصوصی، سیستم‌های خرید و پرداخت، فناوری‌های دیجیتال سلامت، سیستم‌های بهبود کیفیت مراقبت، تحقیقات اولیه مراقبت‌های بهداشتی و نظارت و ارزیابی می‌باشند. اجرای همه اهرم‌ها نیاز به در نظر گرفتن زمینه‌ها، نقاط قوت و ضعف سیستم بهداشتی و اولویت‌های ملی، استانی و محلی برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت دارد.

مجموعه‌های متناهی در مورد مراقبت‌های اولیه بهداشتی در کشورمان منتشر شده و قطعاً آثار استادان و چهره‌های ماندگار سلامت، مرحوم دکتر کامل شادپور، مرحوم دکتر سیروس پیله رودی از برجستگی و ماندگاری ویژه‌ای برخوردارند، اما این مجموعه نیز به لحاظ تاکید بر نقاط قوت و چالش‌های جدید سلامت می‌تواند مورد بهره‌برداری خوانندگان محترم، مراقبان سلامت، مدیران محترم نظام سلامت و دانشجویان و محققان قرار گیرد. در تدوین این مجموعه حمایت‌های وزیر محترم و به‌ویژه جناب آقای دکتر رئیسی، معاون محترم بهداشت و نماینده سازمان جهانی بهداشت در ایران بسیار چشمگیر بود که صمیمانه از همه دست‌اندرکاران و همکاران حوزه بین‌الملل سپاسگزاری می‌شود.

دکتر محسن اسدی لاری

مدیرکل همکاری‌های بین‌الملل

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

پیشگفتار نماینده سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران

مفهوم مراقبتهای اولیه سلامت مکرراً مورد تفسیر و تعریف مجدد قرار گرفته است. در برخی موارد، این مراقبتهای به خدمات مراقبتهای شخصی سطح اولیه یا سرپایی اطلاق می‌گردد و در سایر موارد، بعنوان مجموعه‌ای از مداخلات اولویت دار سلامت برای جمعیت‌های دارای درآمد پایین (یا اصطلاحاً مراقبتهای اولیه سلامت) در نظر گرفته می‌شوند. از دیدگاه سایرین، این مراقبتهای یکی از اجزای بنیادین توسعه انسانی با تمرکز بر جوانب اقتصادی، اجتماعی و سیاسی قلمداد می‌گردند.

چهلمین سالگرد اعلامیه آلمانی در خصوص مراقبتهای اولیه سلامت در شهر آستانه در ۲۰۱۸ فرصتی بود برای گردهمایی کشورهای و شرکای بین‌المللی بمنظور متعهدسازی خود در راستای مطابقت نظام‌های سلامت با مراقبتهای اولیه سلامت و تسريع پیشرفت در تحقق پوشش همگانی سلامت و اهداف مرتبط با سلامت توسعه پایدار. اعلامیه آستانه بر مبنای بینشی برای مراقبتهای اولیه سلامت در قرن بیست و یکم نهاده شده است و حاوی تعریف مفهوم نوین مراقبتهای اولیه سلامت، تشریح اجزای رویکرد جامع مراقبتهای اولیه سلامت و تعیین چگونگی ارتقای سلامت، عدالت و کارایی می‌باشد. اجزای مراقبتهای اولیه سلامت جامع شامل خدمات یکپارچه سلامت با تأکید بر کارکردهای مراقبتهای اولیه و سلامت عمومی، سیاستگذاری و اقدام چندبخشی و افراد و اجتماعات توانمند شده هستند. چارچوب عملیاتی سازمان جهانی بهداشت برای مراقبتهای اولیه سلامت همراه با بینشی برای این دسته از مراقبتهای در قرن کنونی است و اهرمهای کلیدی برای تحقق این بینش در آن پیشنهاد شده‌اند.

در طی دهه‌های اخیر، ایران نظام مراقبتهای اولیه سلامت قدرتمندی را در مقیاسی وسیع از مناطق روستایی با حضور فعال بهورزان گرفته تا مناطق شهری و کارکر مراقبین سلامت در عرصه پیگیری سلامت افراد تحت پوشش احداث نموده است. نهادهای سازمانی مراقبتهای اولیه سلامت در کشور به بهبود چشمگیر سلامت افراد منجر شده است که این امر در روند شاخصهای سلامت نمایان می‌باشد.

امیدوارم که چارچوب عملیاتی مراقبتهای اولیه سلامت در راستای بینش تصریح شده در قرن حاضر اجرا گردد.

دکتر کریستف هملمن^۳

نماینده سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران

دیباچه

مجمع جهانی سلامت در طی قطعنامه شماره ۷۲/۲ سال ۲۰۱۹ از مدیرکل سازمان جهانی بهداشت درخواست نمود که در میان مسئولیتهای خود به "تدوین چارچوب عملیاتی برای مراقبتهای اولیه سلامت با مشاوره و مشارکت تخصصی کشورهای عضو پردازد و آن را برای ملاحظه و بررسی در هفتاد و سومین مجمع جهانی آماده نماید. چارچوب مذکور باید متعاقبا در برنامه‌های کلی و بودجه‌های سازمان جهانی بهداشت به منظور تقویت نظامهای سلامت و پشتیبانی از کشورها در تعمیم و گسترش تلاشهای اجرایی مراقبتهای اولیه سلامت لحاظ گردد". پیش‌نویس چارچوب عملیاتی حاضر بر مبنای پیش‌نویس اولیه تهیه شده بعنوان بخشی از مجموعه فنی به منظور پشتیبانی از کنفرانس جهانی مراقبتهای اولیه سلامت (در شهر آستانه، ۲۵ و ۲۶ اکتبر ۲۰۱۸) تدوین شده است و متعاقبا پس از بررسی کارشناسی، مشاوره عمومی و جامعه مدنی، مصاحبه با افراد مطلع اصلی و مشاوره با کشورهای عضو مورد بازبینی قرار گرفت.

این چارچوب عملیاتی حاوی موارد ذیل است: بینش مرتبط برای مراقبتهای اولیه سلامت در قرن بیست و یکم و اسناد فنی مربوطه حاوی اطلاعات حاصله از بررسیهای ادبیات، گزارشات منطقه‌ای تهیه شده در سال ۲۰۱۸ در خصوص مراقبتهای اولیه سلامت، مطالعات موردی کشوری در زمینه مراقبتهای اولیه سلامت، مجموعه تجربیات و آموخته‌های ۴۰ سال گذشته، نکات ارائه شده از سوی گروه مشورتی بین‌المللی مراقبتهای اولیه سلامت و گزارشات موضوعی پیرامون مسائل اصلی مرتبط با مراقبتهای اولیه سلامت. چارچوب حاضر همچنین بر مبنای فعالیتهای سازمان جهانی بهداشت در زمینه مراقبتهای اولیه سلامت در ۴۰ سال اخیر مخصوصا موارد زیر استوار است: راهبرد جهانی سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰، مراقبتهای اولیه سلامت ۲۱ "مسئله همه"، کمیسیون مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، چارچوب اقدام سازمان جهانی بهداشت برای تقویت نظامهای سلامت در راستای ارتقای پیامدهای سلامت، گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۸ تحت عنوان مراقبتهای اولیه سلامت (امروزه بیش از هر زمان دیگر) و چارچوب سازمان جهانی بهداشت در خصوص خدمات یکپارچه و مردم محور سلامت.

واژه‌نامه



توانایی عینی یا توانایی در نظر گرفته شده برای برخورداری از خدمات یا مراکز سلامت با توجه به محل استقرار، زمان‌بندی و سادگی ورود.	دسترسی (به خدمات سلامت) access (to health services)
الزام به گزارش دهی یا تشریح اقدامات خود از جمله به مقام مسئول حاکم یا هیئت انتخابی از طریق بازرسی، قرارداد، مدیریت و مقررات.	پاسخگویی accountability
سازوکارهای طراحی شده برای برخورداری از پاسخگویی و ارائه مصالح و منافع اجتماع در سطح محلی، استانی و ملی.	سازوکارهای مشارکت فعال active participation mechanisms
شرایط مزمنی که می‌توان از وخامت حاد پیشگیری نمود و نیاز پذیرش در بیمارستان را از طریق مراقبتهای اولیه فعال کاهش داد. بعنوان مثال: آسم، دیابت و فشار خون.	شرایط نیازمند مراقبتهای سرپایی ambulatory care sensitive conditions
بروز بیماری که می‌توان از طریق مداخلات مراقبتهای سلامت از آن اجتناب نمود.	بیماری قابل اجتناب amenable morbidity
موارد مرگ و میری که می‌توان از طریق مداخلات مراقبتهای سلامت از آنها اجتناب نمود.	مرگ و میر قابل اجتناب amenable mortality
رویکرد فعالی که از طریق آن می‌توان ارائه‌کنندگان و کارکنان بهداشتی-درمانی را حول محور نیازهای مصرف‌کنندگان خدمات به منظور تضمین برخورداری افراد از مراقبتهای یکپارچه و متمرکز بر فرد در کلیه مراکز مختلف فراهم آورد.	هماهنگی مراقبت care coordination
برنامه مدیریتی چندرشته‌ای ساختارمند (علاوه بر راهکار بالینی) که در آن مراحل مختلف مراقبت در نظام سلامت برای افراد دارای مشکلات خاص بالینی ترسیم شده است.	مسیر مراقبت (یا مسیر بالینی) care pathway
افرادی که برای اعضای خانواده، دوستان یا اجتماع خود مراقبت ارائه می‌کنند. آنها می‌توانند مراقبت‌ها را به شکلی مرتب، همیشگی یا مقطعی ارائه نمایند یا در سازماندهی مراقبت ارائه شده از سوی دیگران مشارکت کنند. مراقبین در مقابل ارائه‌کنندگان مرتبط با نظام رسمی ارائه خدمات چه با دریافت دستمزد و چه داوطلبانه قرار دارند (مراقبین رسمی).	مراقبین غیررسمی informal carers / caregivers
رویکرد هدفمند، اجتماع محور ^۱ و فعال مراقبت شامل یافتن، ارزیابی، برنامه‌ریزی و هماهنگی مراقبت موردی به منظور ادغام خدمات حول نیازهای افراد در معرض خطر بالای نیازمند مراقبتهای پیچیده (اغلب از محل‌های استقرار یا ارائه‌کنندگان متعدد)، افراد آسیب پذیر یا افراد دارای نیازهای پیچیده اجتماعی و سلامتی. هماهنگی مراقبتهای بیمار در طی پیوستار کامل مراقبت برعهده مدیر مورد است.	مدیریت موردی case management
منطقه جغرافیایی تعریف شده و پوشش یافته در برنامه، مرکز یا نهاد سلامت که بر مبنای توزیع جمعیت، مرزهای ملی جغرافیایی و همچنین دسترسی حمل و نقل تعیین می‌گردد.	منطقه تحت پوشش catchment area

مدیریت تغییر	رویکرد انتقال افراد، تیمها، سازمانها و نظامها به وضعیت مطلوب آتی.
change management	
مراقبت مزمن	مراقبت سلامت پاسخ دهنده به نیازهای افراد مبتلا به شرایط سلامتی درازمدت.
chronic care	
حاکمیت بالینی	فرایندهایی که از طریق آنها کنشگران باید برای ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت آنها و حفظ استانداردهای بالای مراقبت پاسخگو باشند.
clinical governance	
راهکارهای بالینی	توصیه‌های تدوین شده قاعده‌مند و شواهدمبنای حامی کارکنان بهداشتی-درمانی و بیماران در عرصه تصمیم‌گیری در خصوص مراقبت در شرایط خاص بالینی.
clinical guidelines	
ادغام بالینی	هماهنگی مراقبت از بیماران در واحدهای مختلف کارکرد، فعالیت و عملیات نظام سلامت. درجه هماهنگی مراقبت بیش از پیش مبتنی بر وضعیت بیمار و تصمیمات اتخاذ شده از سوی تیم سلامت است. ادغام بالینی شامل ادغام عمودی و افقی است.
clinical integration	
پروتکل‌های بالینی	چارچوب عملیاتی مورد توافق که مراقبت ارائه شده به بیماران در آن بنا به نوع مراقبت، چرایی، مکان، زمان و فرد ارائه کننده مراقبت درج شده باشد.
clinical protocols	
انسجام (سیاست، راهبرد یا برنامه ملی سلامت)	الف) میزان همراستایی راهبردهای پیشنهادی با اولویتهای شناسایی شده در تحلیل وضعیت، ب) میزان همراستایی طرحها با برنامه و راهبرد ملی سلامت، ج) میزان انسجام راهبردهای مختلف برنامه‌ریزی در سیاست، راهبرد یا برنامه ملی سلامت با همدیگر یا د) میزان معرفی راهبردهای پیشنهادی در چارچوب بودجه، پایش و ارزیابی و برنامه اقدام.
coherence (of a national health policy, strategy or plan)	
مراقبت مشارکتی	مراقبتی که در طی ارائه آن سازمانها یا مراقبین با شراکت مردم در راستای نیل به هدف مشترک همکاری می‌نمایند.
collaborative care	
اجتماع	واحد جمعیتی تعریف شده بنا به ویژگی مشترک (بعنوان مثال، جغرافیا، منافع، باور یا ویژگی اجتماعی) که نقطه تمرکز مسئولیت پایه سیاسی و اجتماعی است و تعاملات اجتماعی هر روزه شامل تمام یا اکثر طیف فعالیتهای زندگی افراد ساکن در آن اتفاق می‌افتد.
community	
کارکنان بهداشتی-درمانی اجتماع	فرد ارائه کننده مراقبتهای پزشکی و سلامت به اعضای اجتماع محلی خود اغلب با شراکت مراقبان حرفه‌ای سلامت که به آنها کارکنان بهداشتی-درمانی روستایی، ارتقا دهنده یا مددگر سلامت اجتماع، مربی سلامت، مشاور غیرمتخصص سلامت، بیمار کارشناس، داوطلب اجتماع یا سایر عبارات نیز اطلاق می‌گردد.
community health worker	
جامعیت مراقبت	میزان پاسخ دهی طیف مراقبت و دامنه منابع موجود به دامنه کامل نیازهای سلامت هر اجتماع. مراقبت جامع شامل ارتقای سلامت و مداخلات پیشگیری و همچنین تشخیص و درمان یا ارجاع و تسکین و همچنین مراقبتهای درازمدت یا مزمن در منزل و در برخی الگوها، خدمات اجتماعی است.
comprehensive-ness of care	

درجه انسجام و در هم تنیدگی زمانی مجموعه مشخص رویدادهای مراقبتهای سلامت و همخوانی آنها با نیازها و ترجیحات سلامت مردم از نگاه خود آنها.	پیوستگی مراقبت continuity of care
طیف مراقبتهای سلامت فردی و جمعیتی مورد نیاز در کلیه مقاطع وضعیت، مصدومیت یا رویداد در چرخه زندگی شامل ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، تشخیص، درمان، توانبخشی و مراقبت تسکینی.	پیوستار مراقبت continuum of care
خدمات سلامت که در طی رابطه برابر و متقابل مابین مراقبین حرفه‌ای، افراد برخوردار از خدمات مراقبت، خانواده‌های آنها و اجتماعاتی که به آنها متعلق هستند ارائه می‌گردند. تولید مشترک همراه با رابطه درازمدت مابین مردم، ارائه کنندگان و نظامهای سلامت که از طریق آنها اطلاعات، تصمیم‌گیری و ارائه خدمات تبادل می‌گردد است.	تولید مشترک مراقبتهای سلامت co-production of healthcare
رویکرد دال بر آنکه پیامدهای سلامت افراد و اجتماع بستگی به تعامل عوامل متعدد خطر و حفاظتی در طی زندگی افراد بستگی دارند. این رویکرد حاوی بینش جامع سلامت و مؤلفه‌های آن است که بر توسعه خدمات سلامت متمرکز بر نیازهای مصرف کنندگان در کلیه مقاطع زندگی آنها است.	رویکرد مسیر زندگی course of life approach
نظام مداخلات هماهنگ و فعال مراقبتهای سلامت همراه با فواید اثبات شده و اطلاع‌رسانی به جمعیتها و افراد مبتلا به وضعیتهای سلامتی مشخص شامل روشهای ارتقای تلاشهای خودمراقبتی آنها.	مدیریت بیماری disease management
الف) شبکه مراکز مراقبتهای اولیه سلامت ارائه کننده دامنه جامعی از خدمات مراقبتهای سلامت ارتقا دهنده، پیشگیری و درمانی به جمعیت تعریف شده از طریق مشارکت فعال اجتماع و تحت نظارت بیمارستان ناحیه و تیم مدیریت سلامت ناحیه. ب) شبکه سازمانهای ارائه کننده یا انجام دهنده تمهیدات ارائه خدمات سلامت عادلانه، جامع و یکپارچه به جمعیت تعریف شده که آمادگی پاسخگویی را در قبال نتایج بالینی و اقتصادی خود و وضعیت سلامت جمعیت تحت پوشش دارد. همچنین بنگرید به: شبکه ارائه خدمات سلامت یکپارچه.	نظام سلامت ناحیه district health system
شناسایی و انتصاب جمعیتها به مراکز، تیمها یا ارائه کنندگان خاص مراقبتهای سلامت که مسئول نیازهای سلامت و ارائه مراقبتهای هماهنگ به آن جمعیت هستند.	تخصیص (یا فهرست بندی) empanelment
میزان مطابقت مداخله، رویه، رژیم یا خدمات خاص با هدف آن برای جمعیت مشخص شده در کاربرد روزمره.	اثربخشی effectiveness
فناوریهای اطلاعات و اطلاع‌رسانی پشتیبان مدیریت مردم و اجتماعات دارای مجموعه‌ای از نیازهای مراقبتهای سلامت از راه دور و از طریق پشتیبانی خودمراقبتی و ایجاد امکان اطلاع‌رسانی الکترونیک هم مابین خود کارکنان بهداشتی-درمانی و هم مابین آنها و بیماران.	سلامت الکترونیک eHealth
فرایند پشتیبانی از مردم و اجتماعات در کنترل نیازهای سلامتی خود که بعنوان مثال، به جذب رفتارهای سالم یا افزایش توان خودمدیریتی بیماریها منجر می‌گردد.	توانمندسازی empowerment

فرایند درگیر کردن مردم و اجتماعات در طراحی، برنامه ریزی و ارائه خدمات سلامت و متعاقباً قادر ساختن آنها به انتخاب گزینه‌های مراقبتی و درمانی و یا مشارکت در تصمیم‌گیری راهبردی در زمینه چگونگی صرف منابع سلامت.

مشارکت دادن
engagement

نبود اختلافات ساختارمند یا بالقوه قابل اصلاح در وضعیت سلامت، دسترسی به مراقبت‌های سلامت و محیط‌های ارتقادهنده سلامت و درمان در حداقل یکی از جوانب سلامت در میان جمعیت‌ها یا گروه‌های جمعیتی تعریف شده از لحاظ اجتماعی، اقتصادی، جمعیت شناختی یا جغرافیایی درون و مابین کشورها.

عدالت در سلامت
equity in health

داروهایی که نیازهای مراقبت‌های سلامت اولویت‌دار جمعیت را برآورده می‌سازند و بر مبنای مرتبط بودن با سلامت عمومی، شواهد کارآمدی و ایمنی و هزینه اثربخشی تطبیقی انتخاب می‌شوند.

داروهای اساسی
essential medicines

طیف توانمندی‌ها و کنش‌های مورد نیاز برای تحقق هدف مرکزی سلامت عمومی (ارتقای سلامت جمعیت‌ها). تمرکز این سند بر کارکردهای اصلی یا عمودی است: حمایت از سلامت، ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، مراقبت و پاسخ و آمادگی برای بحران.

کارکردهای اساسی سلامت عمومی
essential public health functions

فرایند سنجش قاعده‌مند و عینی مرتبط بودن، اثربخشی و اثرگذاری فعالیت‌ها با توجه به اهداف آنها و منابع صرف شده. انواع متنوع ارزیابی را از جمله ارزیابی ساختار، فرایند و پیامد می‌توان تفکیک نمود.

ارزیابی
evaluation

رشته ارائه مراقبت‌های سلامت جامع و پیوسته به افراد در بستر خانوادگی و اجتماعی آنها. گستره این رشته شامل تمامی سنین و هر دو جنسیت است. ارائه کنندگان اغلب شامل پزشکان عمومی یا پزشکان خانواده، دستیاران پزشک، پرستاران خانواده و سایر کارکنان بهداشتی-درمانی هستند.

پزشکی خانواده (یا پزشکی عمومی)
family practice (or general practice)

نقطه ورود به نظام مراقبت‌های سلامت در فضای تلاقی اجتماع و خدمات. در صورت برآورده‌سازی تعدادی از معیارهای کیفیتی در سطح اول مراقبت، به آن مراقبت سلامت گفته می‌شود. بنگرید به: مراقبت‌های اولیه.

سطح اول مراقبت
first level of care

الف) استقرار همزمان واحدها، مراکز یا برنامه‌های ادغام نشده در شبکه سلامت، ب) نبود پوشش دامنه کامل خدمات ارتقا، پیشگیری، تشخیص، درمان، توانبخشی و تسکین، ج) نبود هماهنگی مابین خدمات در سازوکارهای مختلف مراقبت یا د) عدم پیوستگی خدمات در گذر زمان.

گسستگی (خدمات سلامت)
fragmentation (of health services)

میزان هماهنگی فعالیت‌ها و کارکردهای اصلی پشتیبانی از جمله تأمین مالی، منابع انسانی، برنامه‌ریزی راهبردی، مدیریت اطلاعات، بازاریابی و بهبود و تضمین کیفیت در کلیه واحدهای یک نظام.

ادغام کارکردی
functional integration

فرایندهای امکان دسترسی مراقبت‌های اولیه به مراقبت‌های تخصصی، مراقبت‌های بیمارستانی و آزمایشات تشخیصی از جمله از طریق ارجاع مورد نیاز.

محدودسازی دسترسی عمومی
gatekeeping

مراقبت برنامه‌ریزی و ارائه شده بر مبنای اهداف کلی و جزئی مطابق با موارد صراحتاً اعلام شده توسط هر فرد برای تحقق بالاترین سطح ممکن سلامت با توجه به تعریف ارائه شده توسط آن فرد.

مراقبت هدف محور
goal-oriented care

همانگی فعالیتهای و کمکهای اهداکنندگان، تبادل شفاف اطلاعات و تلاش برای اثربخشی جمعی و اجتناب از تکرار همراستایی با سیاستها، راهبردها و برنامه‌های ملی سلامت.	همانگی سازی harmonization
وضعیت تندرستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری یا معلولیت.	سلامت health
نوع و طیف خدمات سلامت خریداری شده از ارائه‌کنندگان از سوی ذینفعان آن.	بسته مزایای سلامت health benefit package
دامنه گسترده راهبری و کارکردهای مرتبط با قانونگذاری اجرا شده توسط دولت‌ها و تصمیم‌گیرندگان در عرصه پیگیری تحقق اهداف سیاستهای ملی سلامت. حاکمیت فرایند سیاسی توازن بخش مطالبات و تأثیرات رقابتی می‌باشد و شامل موارد زیر است: حفظ جهت‌گیری راهبردی تدوین و اجرای سیاستها، ردیابی و اصلاح انحرافات و روندهای نامطلوب، توجیه ضرورت گنجاندن سلامت در توسعه ملی، تنظیم رفتار دامنه گسترده کنشگران از تأمین‌کنندگان مراقبتهای سلامت تا کارکنان بهداشتی-درمانی و ارائه سازوکارهای شفاف و اثربخش پاسخگویی.	حاکمیت سلامت health governance
رویکردی به سیاستهای عمومی در کلیه بخشها که در آن تبعات تصمیمات برای سلامت و نظامهای سلامت به شکلی قاعده مند لحاظ می‌شوند، همکاریهای مختلف جذب می‌گردند و از اثرات پراسیب بر سلامت در راستای ارتقای سلامت جمعیت و عدالت سلامت اجتناب می‌شود. رویکرد سلامت در تمامی سیاستها بر مبنای الزامات و حقوق مرتبط با سلامت نهاده شده است و همراه با تأکید بر اثرات سیاستهای عمومی بر مؤلفه‌های سلامت می‌باشد. هدف این رویکرد، ارتقای پاسخگویی سیاستگذاران در قبال اثرات بر سلامت در کلیه سطوح سیاستگذاری است.	رویکرد سلامت در تمامی سیاستها Health in All Policies approach
تحقق سطح خاصی از دانش، مهارتهای فردی و اعتمادبنفس برای اقدام در راستای بهبود سلامت شخصی و اجتماعی از طریق تغییر سبک زندگی فردی و شرایط زندگی.	سواد سلامت health literacy
مقامات مسئول نظارت بر عملیات و ارائه روزمره خدمات شامل فرایندهای برنامه‌ریزی و بودجه‌بندی، همراستایی منابع، مدیریت اجرا و پایش نتایج.	مدیران سلامت health managers
دستگاهها و فناوریهای سلامت بکار رفته برای پیشگیری، تشخیص، درمان، توانبخشی یا تسکین که شامل دارو، واکسن، تجهیزات پزشکی تشخیص آزمایشگاهی، تجهیزات حفاظتی، دستگاههای کمکی و ابزار کنترل حشرات هستند.	محصول سلامت health product
هرگونه خدمات (که محدود به خدمات پزشکی یا بالینی نیستند) با هدف کمک به ارتقای سلامت یا تشخیص، درمان و توانبخشی افراد و جمعیتها.	خدمات سلامت health service
فرایندهای منحصربفرد کمک‌کننده به اجرای ارائه خدمات سلامت شامل انتخاب خدمات، طراحی مراقبت، سازماندهی ارائه‌کنندگان، مدیریت خدمات و بهبود عملکرد.	فرایندهای ارائه خدمات سلامت health service delivery processes

میزان اجرای کارکردهای حکمرانی تأمین مالی، تخصیص منابع و خدمات ارائه نظام سلامت در راستای تحقق اهداف آن.

عملکرد نظام سلامت

health system
performance

مراقبتهایی که با در نظر گرفتن نه تنها علایم بیماری یا ناخوشی بلکه کل فرد از جمله عوامل روانشناختی، اجتماعی و زیست محیطی طراحی شده‌اند.

مراقبت کل نگر

holistic care

هماهنگی کارکردها، فعالیتهای یا واحدهای عملیاتی در مقطع مشابه فرایند تولید خدمات. نمونه‌های این نوع ادغام عبارتند از یکی‌سازی، تجمیع و تشریک خدمات در هر سازوکار ارائه خدمات.

ادغام افقی

horizontal
integration

سنجه صراحتاً تعریف شده و قابل اندازه‌گیری که به ارزیابی ساختار، فرایند یا پیامدهای اقدام یا مجموعه‌ای از اقدامات کمک می‌نماید.

شاخص

indicator

مدیریت و ارائه خدمات سلامت به منظور دریافت دامنه پیوسته‌ای از خدمات مراقبتی ارتقای سلامت، پیشگیری بیماری، تشخیص، درمان، مدیریت بیماری، توانبخشی و تسکین از طریق کارکردها، فعالیتهای و مراکز مراقبت درون نظام سلامت.

خدمات یکپارچه سلامت

integrated health
services

شبکه سازمانهای ارائه کننده یا انجام‌دهنده تمهیدات ارائه خدمات عادلانه، جامع و یکپارچه سلامت به جمعیت تعریف شده که آماده پاسخگویی در قبال پیامدهای بالینی و اقتصادی خود و وضعیت سلامت جمعیت تحت پوشش خود است.

شبکه ارائه خدمات یکپارچه سلامت

integrated health
services delivery
network

هر شیء، ابزار، وسیله یا ماشین استفاده شده در پیشگیری، تشخیص یا درمان ناخوشی یا بیماری یا بکار رفته برای ردیابی، سنجش، بازیابی، اصلاح یا تصحیح ساختار یا کارکرد بدن بنا به هدف خاص سلامتی. هدف دستگاه پزشکی نوعاً از طریق روشهای فارموکولوژیک، ایمونولوژیک یا متابولیک برآورده نمی‌گردد.

دستگاه پزشکی

medical device

دستگاه پزشکی نیازمند کالیبراسیون، نگهداری، تعمیر، آموزش کاربر و راکدسازی که این فعالیتهای معمولاً توسط مهندسين بالینی مدیریت می‌شوند. تجهیزات پزشکی برای اهداف خاص تشخیص و درمان بیماری یا توانبخشی متعاقب دوره بیماری یا مصدومیت بکار می‌روند. این تجهیزات را می‌توان به تنهایی یا همراه با سایر تجهیزات پزشکی تکمیلی، مصرفی و غیره استفاده نمود. تجهیزات پزشکی شامل دستگاههای پزشکی یکبار مصرف و کاشتنی نیستند.

تجهیزات پزشکی

medical equipment

وضعیت تندرستی که در طی آن هر فرد پتانسیل خود را تحقق می‌بخشد، از پس تنشهای طبیعی زندگی بر می‌آید، با بهره‌وری و اثربخشی به فعالیت می‌پردازد و از توان کمک به اجتماع خود برخوردار است.

سلامت روان

mental health

مفهوم سازی چگونگی ارائه خدمات ازجمله فرایندهای مراقبت، سازماندهی ارائه کنندگان و مدیریت خدمات. الگوی مراقبت با هدف برآورده‌سازی اولویتهای و اهداف سلامت جمعیت و بهبود عملکرد نظام سلامت تکامل می‌یابد.

الگوی مراقبت

model of care

کارکنان بهداشتی-درمانی متعدد مشغول کار با همدیگر به منظور ارائه دامنه گسترده‌ای از خدمات به شکلی هماهنگ. ترکیب تیمهای چند رشته‌ای در مراقبتهای اولیه بسته به محل ارائه خدمات متغیر است اما هر تیم شامل افراد زیر است: مجریان پزشکی عمومی (ازجمله پزشکان خانواده و پزشکان عمومی)، دستیاران پزشکان، پرستاران، پزشکان تخصصی، کارکنان بهداشتی-درمانی اجتماع، داروسازان، مددکاران اجتماعی، متخصصین تغذیه، مشاوران سلامت روان، فیزیوتراپیستها، مربیان بیمار، مدیران، کارکنان پشتیبانی و سایر متخصصین مراقبین اولیه.

تیمهای چند رشته‌ای
multidisciplinary
teams

طراحی سیاستگذاری، اجرای سیاستگذاری و سایر اقدامات مرتبط با سلامت و سایر بخشها (بعنوان نمونه، حمایت اجتماعی، اسکان، آموزش، کشاورزی، تأمین مالی و صنعت) که به شکل جمعی یا به تنهایی اجرا می‌گردند و مرتبط با مؤلفه‌های اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی سلامت و عوامل تجاری مربوطه هستند یا به بهبود سلامتی و تندرستی منجر می‌گردند.

اقدامات چندبخشی در
خصوص سلامت
multisectoral action
on health

فرایندی که در طی آن حداقل دو شریک توافق دارند که برای تعهداتی که نسبت به یکدیگر دارند مسئول باشند.

پاسخگویی دوجانبه
(مشترک)

mutual (shared)
accountability

سازماندهی و ارائه خدمات مراقبتهای اولیه خارج از ساعات معمول اداری مراکز مراقبتهای اولیه در روزهای کاری هفته و تمام ساعات ایام آخر هفته و تعطیلات برای شرایط اضطراری / حاد که قابل مدیریت ایمن با مراقبتهای اولیه هستند.

مراقبتهای اولیه خارج از
ساعات اداری
out-of-hours
primary care

میزان مشارکت فرد در تصمیم‌گیری (در این سند، در ارتباط با مراقبتهای سلامت خود و نظام سلامت). مشارکت اجتماعی حق و ظرفیت جمعیت در مشارکت اثربخش و مسئولانه در تصمیمات سلامتی و اجرای اینگونه تصمیمات است. مشارکت اجتماعی در سلامت جنبه‌ای از مشارکت مدنی است که بخش ذاتی تمرین آزادی، مردمسالاری، کنترل اجتماعی بر اقدامات عمومی و عدالت است.

مشارکت
participation

رویه‌ها و رویکردهای مراقبتی که در آنها فرد بعنوان یک کل با سطوح بسیار متعدد نیازها و اهداف در نظر گرفته می‌شود و نیازهای وی از مؤلفه‌های اجتماعی شخصی سلامت آنها مشتق می‌گردند.

مراقبت فردمحور
person-centered
care

رویکرد مراقبتی که در آن، دیدگاههای افراد، مراقبین، خانواده‌ها و اجتماعات بعنوان میانگین و ذینفعان نظامهای سلامت قابل اعتماد آگاهانه لحاظ می‌گردند و به نیازها و ترجیحات آنها به روشهای انسانی و کل‌نگر پاسخ داده می‌شود. علاوه بر این، مراقبت مردم محور مستلزم برخورداری مردم از آموزش و پشتیبانی ضروری برای تصمیم‌گیری و مشارکت در سلامت خود است.

مراقبت مردم محور
people-centered
care

خدمات سلامت هدفگذاری شده در سطح فردی شامل ارتقای سلامت، پیشگیری بهنگام بیماری، تشخیص و درمان، توانبخشی، مراقبت تسکینی، مراقبت حاد و خدمات مراقبتی درازمدت.

خدمات شخصی سلامت
personal health
services

رویکردی به خدمات سلامت با استفاده از اطلاعات در خصوص جمعیت برای تصمیم‌گیری در مورد برنامه‌ریزی، مدیریت و محل استقرار جغرافیایی سلامت. هدف از چنین رویکردی عبارتست از بهبود اثربخشی و عدالت در مداخلات و دستیابی به سلامت بهتر و ارتقای توزیع سلامت در جمعیت. این هدف در بستر فرهنگی، وضعیت سلامت و نیازهای سلامت گروه‌های جغرافیایی، جمعیتی یا فرهنگی درون جمعیت حاصل می‌گردد.	رویکرد جمعیت محور population-based approach
رویکرد مراقبت سلامت با هدف بهبود پیامدهای سلامتی گروهی از افراد از جمله توزیع اینگونه پیامدها درون گروه.	سلامت جمعیت population health
خدمات سلامت هدفگذاری شده بر جمعیت بعنوان کل با هدف ارتقای سلامتی و تندرستی در مقیاس گسترده.	خدمات سلامت جمعیت population health services
فرایند کلیدی در نظام سلامت پشتیبان مراقبت تماس اول، قابل دسترس، ادامه‌دار، جامع و هماهنگ متمرکز بر بیمار.	مراقبت‌های اولیه primary care
رویکرد تمامی جامعه^۲ به سلامت با هدف حداکثرسازی سطح و توزیع سلامت و تندرستی از طریق اجرای سه گانه الف) مراقبت‌های اولیه و کارکردهای اساسی سلامت عمومی بعنوان مبنای خدمات یکپارچه سلامت، ب) سیاستگذاری و اقدام چندبخشی و ج) مردم و اجتماعات توانمند شده.	مراقبت‌های اولیه سلامت primary healthcare (PHC)
نظام سلامت سازماندهی شده و در حال اجرا برای تضمین حق برخورداری از بالاترین سطح قابل دسترسی سلامت بعنوان هدف اصلی و در عین حال حداکثرسازی عدالت و همبستگی. نظام سلامت معطوف به مراقبت‌های اولیه سلامت متشکل از مجموعه اساسی عناصر ساختاری و کارکردی پشتیبان تحقق دسترسی و پوشش همگانی به خدمات قابل قبول برای جمعیت و ارتقای عدالت است.	نظام سلامت معطوف به مراقبت‌های اولیه سلامت PHC-oriented health system
مراقبت ایمن، اثربخش، مردم محور، بهنگام، کارآمد، عادلانه و یکپارچه.	مراقبت باکیفیت quality care
راهنمایی فرد به متخصص یا مرکز مناسب در نظام سلامت یا شبکه ارائه‌کنندگان خدمات به منظور پاسخ به نیازهای مربوطه سلامت. ارجاع بازگشت عبارتست از ارجاع فرد به مراقبت‌های اولیه برای پیگیری مراقبت‌ها متعاقب انجام رویه در مراقبت‌های ثانویه و ثالث.	ارجاع referral
فرم استاندارد شده در کل شبکه ارائه‌کنندگان خدمات که متضمن ارائه اطلاعات اساسی یکسان در صورت آغاز ارجاع است. این فرم برای تسهیل اطلاع رسانی در دو جهت طراحی شده است: مرکز آغاز کننده نامه ارجاع ارسال به بیرون را تکمیل می‌نماید و در انتهای دوره مراقبت مرکز دریافت کننده ارجاع بازگشت را به مرکز اولیه در نامه پاسخ تکمیل می‌کند.	فرم ارجاع referral form
نقشه‌کشی ارتباطات مابین سازوکارهای مختلف نظام سلامت برای تضمین پاسخگویی به نیازهای سلامت فارغ از سازوکارهایی که مراقبت در ابتدا پیگیری شد. این راهکارها باعث تسهیل مدیریت در کلیه سازوکارهای مختلف ارائه خدمات می‌گردند.	راهکارهای ارجاع referral guidelines
تحمیل محدودیتها بر رفتار فرد یا سازمان با هدف اجبار تغییر از رفتار خودانگیزه یا مورد علاقه.	مقررات regulation

توانایی نظام، اجتماع یا جامعه در معرض مخاطرات به منظور مقاومت، جذب، مطابقت و بازپروری از اثرات مخاطره به شکلی بهنگام و کارآمد (شامل حفظ و ترمیم کارکردها و ساختارهای اصلی و اساسی آن.	تاب آوری resilience
افراد، خانواده ها و اجتماعات مورد پشتیبانی و توانمندسازی قرار می گیرند تا سلامت و تندرستی خود را به شکلی مناسب در زمانهای عدم تماس مستقیم مدیریت کنند.	خودمراقبتی self-care
دانش، مهارتها و اعتمادبنفس لازم برای مدیریت سلامت خود، مراقبت از وضعیت خاص، دانستن زمان پیگیری مراقبت حرفه ای یا بازپروری از دوره ناخوشی.	خودمدیریتی self-management
اشکال یا کانالهای ارائه خدمات سلامت که مثالهای آن شامل مراکز عمومی و خصوصی سلامت هستند (بعنوان نمونه، پایگاههای سلامت، درمانگاهها، مراکز سلامت، درمانگاههای سیار، واحدهای مراقبتهای اضطراری، بیمارستانهای ناحیه و داروخانهها) و سایر نهادها و سازمانها (بعنوان نمونه، مراقبت در خانه، مدارس، مراکز اجتماعی، مراکز نگهداری درازمدت) و خدمات یاری رسانی^۳، پوششها یا سازوکارهای دیجیتال. سازوکارهای مذکور را به روشهای مختلف ازجمله موارد زیر می توان طبقه بندی نمود: خدمات اجتماع محور معطوف به خانواده، خدمات جمعیت محور قابل زمان بندی و خدمات بالینی فردمحور در صورت مختلف (سطح اولیه سطح ارجاع اول و سطح ارجاع ثانویه).	سازوکارهای ارائه خدمات service delivery platforms
فهرست خدمات و مداخلات اولویت بندی شده در کل پیوستار مراقبت که باید در اختیار کلیه افراد در جمعیت تعریف شده قرار بگیرد. این بسته می تواند به تصویب دولت در سطح ملی یا استانی برسد یا مورد توافق کنشگران در صورت ارائه مراقبتها از سوی کنشگر غیردولتی قرار گیرد.	بسته خدمات service package
انواع متنوع تمهیدات برای ارائه خدمات که در قالب مراکز، نهادها و سازمانهای تأمین کننده مراقبت سازماندهی شده اند. موقعیتها شامل خدمات سرپایی، اجتماعی، در خانه، بستری و اقامتی هستند در حالی که مراکز عبارتند از موارد زیرساختی ازجمله درمانگاهها، مراکز سلامت، بیمارستانهای ناحیه، مراکز توزیع دارو یا سایر موارد ازجمله داروخانهها و درمانگاههای سیار.	مراکز / موقعیتهای مراقبت settings/sites of care
فرایند تعاملی که در طی آن بیماران، خانوادهها و مراقبین آنان با همکاری کارکنان بهداشتی-درمانی اقدام بعدی را در مسیر مراقبت خود متعاقب تحلیل آگاهانه گزینه های ممکن، ارزشها و ترجیحات آنها انتخاب می نمایند.	تصمیم گیری مشترک shared decision-making
خدمات ارتقای رفاه اجتماعی افراد نیازمند آنان.	خدمات مراقبت اجتماعی social care services
فرد، گروه یا سازمان دارای منافع یا مسئولیت در حداقل یکی از جوانب نظام سلامت.	دست اندرکار^۴ stakeholder
مسئولیت مدیریت و برنامه ریزی اثربخش منابع سلامت به منظور پاسداری از عدالت، سلامت جمعیت و تندرستی.	متولی گری stewardship

^۳ outreach

^۴ توضیح مترجم: در سالهای اخیر، واژه "ذینفعان" به عنوان مترادف هر دو واژه انگلیسی stakeholders و beneficiaries در بسیاری از متون فارسی استفاده می گردد. حال آنکه دو واژه مذکور در متون انگلیسی با توجه به تمایز مشخص معنایی خود به هیچ وجه معادل یکدیگر بکار نمی روند. در این راستا، اینجانب "دست اندرکاران" را معادل stakeholders و "ذینفعان" را معادل beneficiaries در این متن استفاده نموده ام.

دسترسی تضمین شده برای کلیه افراد به خدمات مراقبتی ارتقا دهنده، پیشگیری کننده، احیا، درمانی، توانبخشی و تسکینی که از کیفیت کافی برای اثربخشی برخوردارند و در عین حال، کاربرد این خدمات مصرف کنندگان را در معرض دشواری مالی قرار نمی دهد.

شرایطی که بروز آنها ناگهانی است و نیازمند توجه فوری هستند.

پوشش همگانی سلامت

universal health coverage (UHC)

شرایط اضطراری / حاد

urgent/acute conditions

هماهنگی واحدهای عملیات، کارکرد یا فعالیت که در مقاطع مختلف فرایند تولید خدمات قرار دارند. این نوع ادغام شامل ارتباطات مابین سازوکارهای ارائه خدمات سلامت ازجمله مابین مراقبتهای اولیه و ارجاع، بیمارستانها و گروههای پزشکی یا مراکز جراحی سرپایی و مؤسسات مراقبتهای در منزل است.

برنامه های سلامت متمرکز بر افراد و جمعیت های دارای شرایط خاص (تکی) سلامت.

ادغام عمودی

vertical integration

برنامه های عمودی

vertical programs

پدیده چندبعدی با هدف برخورداری از تجربه مثبت زندگی که اغلب با کیفیت زندگی و رضایتمندی از زندگی مترادف در نظر گرفته می شود. سنجه های تندرستی عموماً متمرکز بر پیامدهای گزارش شده توسط بیمار هستند که دامنه وسیعی از حوزه ها را مانند خوشحالی، عواطف مثبت، مشارکت، معنا، هدف، سرزندگی و آرامش پوشش می دهند.

تندرستی

well-being

تعاریف بکار رفته در این واژه نامه از منابع زیر اقتباس شده‌اند:

Essential public health functions, health systems and health security: developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action. Geneva: World Health Organization; 2018(<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272597/9789241514088-eng.pdf>).

Glossary of terms – The European Framework Action on Integrated Health Services Delivery. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/318152/Glossary-of-terms-AIHSD-E-R-versions.pdf?ua=1).

Glossary of terms – WHO European PHC Impact, Performance and Capacity Tools (PHC-IMPACT). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2019. (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/421944/Glossary-web-171219.pdf?ua=1).

Health systems strengthening glossary. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/).

Integrated Health Service Delivery Networks: Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas (http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PHC_IHSD-2011Serie4.pdf).

Primary Health Care-Based Health systems: Strategies for the Development of Primary Health Care Team. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2009. (https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PHC-strategies_Development_PHC_Teams.pdf).

Wellbeing measures in primary health care: the Depcare project. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 1998 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/130750/e60246.pdf).

WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/iris/handle/10665/155002>).

خلاصه مدیریتی





متعاقب قطعنامه شماره ۷۲/۲ مجمع جهانی سلامت در سال ۲۰۱۹، مدیرکل سازمان جهانی بهداشت پیش‌نویس چارچوب عملیاتی را برای مراقبتهای اولیه سلامت به منظور لحاظ شدن کامل آن در برنامه‌های کلی و بودجه آن سازمان با هدف تقویت نظامهای سلامت و پشتیبانی از کشورها در گسترش و تأمین تلاشهای ملی اجرای مراقبتهای اولیه سلامت تدوین نمود. مخاطبین اصلی این چارچوب رهبران دولتی ملی و در صورت ضرورت، مدیران استانی هستند. چارچوب عملیاتی مذکور همچنین با هدف ارائه اطلاعات در فرایند اتخاذ اقدامات سایر کنشگران کشوری و جهانی از جمله کنشگران غیردولتی و همچنین تأمین کنندگان مالی و جامعه مدنی تهیه شده‌است. پیرو مشاوره و دریافت نقطه نظرات از کشورهای عضو، پیش‌نویس این چارچوب عملیاتی برای ملاحظه و بررسی در هفتاد و سومین مجمع جهانی سلامت در سال ۲۰۲۰ ارسال شد.

مراقبتهای اولیه سلامت بنا به مندرجات "اعلامیه آلمانی در سال ۱۹۷۸"^۵ و متعاقباً ۴۰ سال بعد در سند سال ۲۰۱۸ سازمان جهانی بهداشت / صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف) تحت عنوان "بینشی برای مراقبتهای اولیه سلامت در قرن بیست و یکم: پیش‌سوی پوشش همگانی سلامت"^۶ و "اهداف توسعه پایدار"^۷، در واقع رویکرد تمامی دولت و تمامی جامعه نسبت به سلامت متشکل از اجزای سه گانه ذیل است: سیاستگذاری و اقدام چندبخشی، مردم و اجتماعات توانمند شده و مراقبتهای اولیه و کارکردهای اساسی سلامت عمومی بعنوان مبنای خدمات یکپارچه سلامت (بنگرید به مأخذ شماره ۱). نظامهای سلامت معطوف به مراقبتهای اولیه سلامت عبارتند از نظامهای سلامت سازماندهی شده و در حال عملیات به منظور تبدیل حق برخورداری از بالاترین سطح قابل دسترسی سلامت به هدف اصلی و در عین حال حداکثرسازی عدالت و همبستگی. چنین نظامهایی متشکل از مجموعه اصلی عناصر ساختاری و کارکردی پشتیبان دسترسی و پوشش همگانی به خدمات قابل قبول برای جمعیت و ارتقا دهنده عدالت هستند. عبارت "مراقبتهای اولیه" به فرایند کلیدی در نظام سلامت حامی مراقبت تماس اول، قابل دسترسی، پیوسته، جامع و هماهنگ متمرکز بر بیمار بر می‌گردد.

اعلامیه آستانه^۸ بر مبنای کنفرانس جهانی مراقبتهای اولیه سلامت در ۲۵ و ۲۶ اکتبر ۲۰۱۸ در شهر آستانه (قزاقستان) بر مبنای اصول اعلامیه آلمانی تصویب شد. کشورهای عضو در این اعلامیه بر تعهد خود نسبت به مراقبتهای اولیه سلامت بعنوان شالوده نظامهای پایدار سلامت در راستای تحقق پوشش همگانی سلامت و اهداف مرتبط با سلامت توسعه پایدار مجدداً تأکید نمودند.

تعهدات اعلامیه آستانه (اتخاذ تصمیمات شجاعانه برای سلامت در کلیه بخشها، ایجاد مراقبتهای اولیه سلامت پایدار، توانمندسازی مردم و اجتماعات و همراهی پشتیبانی دست‌اندرکاران با سیاستها، راهبردها و برنامه‌های ملی) بر مبنای قطعنامه‌های پیشین مجمع جهانی سلامت معطوف به تقویت بینش مراقبتهای اولیه سلامت در اعلامیه آستانه تدوین شدند که قطعنامه‌های مذکور عبارتند از: قطعنامه ۶۹/۲۴ (۲۰۱۶) در خصوص تقویت خدمات سلامت یکپارچه مردم محور، قطعنامه ۶۵/۸ (۲۰۱۲) در زمینه پیامد کنفرانس جهانی مؤلفه‌های اجتماعی سلامت و قطعنامه ۶۲/۱۲ (۲۰۰۹) پیرامون مراقبتهای اولیه سلامت شامل تقویت نظام سلامت. در قطعنامه ۶۲/۱۲، شصت و دومین مجمع جهانی سلامت از مدیرکل سازمان جهانی بهداشت درخواست نمود که برنامه‌های اجرا را برای چهار جهت‌گیری سیاستگذاری گسترده حاوی لحاظ کردن مردم در کانون ارائه خدمات تهیه نماید. چهار جهت‌گیری سیاستگذاری مذکور برای کاهش نابرابریهای سلامت و بهبود سلامت برای همگان در گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۸ تحت عنوان مراقبتهای اولیه سلامت در سی‌امین سالگرد کنفرانس بین‌المللی آلمانی انتشار یافتند و اهمیت آنها امروزه بیش از هر زمان دیگر اذعان شده‌است (بنگرید به مأخذ شماره ۲).

هفتاد و دومین مجمع جهانی سلامت در ۲۰۱۹ از اعلامیه آستانه در قطعنامه شماره ۷۲/۲ مجمع جهانی سلامت استقبال نمود و کشورهای عضو را به اتخاذ اقدام در راستای تبادل و اجرای بینش و تعهدات اعلامیه آستانه مطابق با بسترهای ملی فراخواند.

کمیته‌های منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت نیز همگان را به تقویت مراقبتهای اولیه سلامت مخصوصاً در گزارشات منطقه‌ای درباره این مراقبتها که برای کنفرانس جهانی ۲۰۱۸ در خصوص مراقبتهای اولیه سلامت در آستانه تهیه شدند دعوت نمود (بنگرید به مأخذ شماره ۳).

^۵ 1978 Declaration of Alma-Ata
^۶ A Vision for Primary Healthcare in the 21st Century: Towards Universal Health Coverage
^۷ Sustainable Development Goals (SDGs)
^۸ Declaration of Astana

اهمیت مراقبتهای اولیه سلامت

علیرغم پیشرفتهای شایان ذکر در پیامدهای سلامت جمعیت جهانی در طی دوران اهداف توسعه هزاره^۹، شکافهای مهمی در توانایی مردم برای برخورداری از بالاترین سطح ممکن سلامت همچنان وجود دارند. تقریباً نیمی از جمعیت جهان به خدمات مورد نیاز خود دسترسی ندارند و افراد مواجه با مؤلفه های نامطلوب اجتماعی سلامت و سایر مؤلفه ها بطور نامتناسبی دچار اثرات و تبعات وضعیت نامناسب سلامتی هستند که باعث گسترش بی عدالتی سلامتی هم درون کشورها و هم مابین آنها می گردد (بنگرید به مآخذ شماره ۴).

سلامت محور اصلی دستور کار ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار است چراکه با بسیاری از اهداف توسعه پایدار و بطور خاص هدف شماره ۳ (تضمین زندگی سالم و ترویج تندرستی برای همگان در کلیه سنین) مرتبط است. تعهد به عدالت و اصل عدم جاماندگی هیچکس در هدف ۸-۳ در خصوص تحقق پوشش همگانی سلامت تجلی یافته است. پوشش همگانی سلامت یعنی آنکه کلیه مردم و اجتماعات از خدمات سلامت مورد نیاز خود (شامل خدمات ارتقا، حفاظت، پیشگیری، درمان، توانبخشی و تسکین) باکیفیت کافی بدون مواجه شدن با دشواری مالی برخوردار گردند.

ارتباطات اثبات شده مراقبتهای اولیه سلامت با بهبود پیامدهای سلامت، عدالت، امنیت سلامت و هزینه اثربخشی باعث شدند که مراقبتهای اولیه سلامت به زیربنای تقویت نظامهای سلامت تبدیل شوند. از این رو، نظامهای سلامت استوار بر این زیربنا نقشی اساسی را برای تحقق پوشش جهانی سلامت ایفا می کنند.

نظامهای سلامت معطوف به مراقبتهای اولیه سلامت باید به شکلی اثربخش اولویتهای فعلی سازمان جهانی بهداشت را در نظر بگیرند: الف) سیزدهمین برنامه کار سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۹ الی ۲۰۲۳) با تمرکز سه گانه خود بر ارتقای سلامت، ایمن نگاه داشتن جهان و کمک به افراد آسیب پذیر. ب) برنامه اقدام جهانی برای زندگیهای سالم و تندرستی برای همگان شامل «شتاب دهنده»^{۱۰} مراقبتهای اولیه سلامت به منظور افزایش همکاری مابین شرکا در راستای تسریع پیشرفت در سطح کشوری در زمینه اهداف مرتبط با سلامت مجموعه اهداف توسعه هزاره. ج) چارچوب سازمان جهانی بهداشت در خصوص خدمات یکپارچه مردم محور سلامت. د) چارچوب اقدام سازمان جهانی بهداشت برای تقویت نظامهای سلامت با هدف ارتقای پیامدهای سلامت و اجزای شش گانه سازنده آن که در آنها اصول و راهبردهای اقدام همراستا با رویکرد کلی مراقبتهای اولیه سلامت و «هرمهای» مندرج در چارچوب عملیاتی شده اند.

اهرمهای مراقبتهای اولیه سلامت چارچوب عملیاتی

در چارچوب عملیاتی، ۱۴ اهرم (بنگرید به جدول ۱) ضروری برای ترجمان تعهدات جهانی مندرج در اعلامیه آستانه به اقدامات و مداخلات پیشنهاد شده اند. چنین اقدامات و مداخلاتی را می توان برای تسریع پیشرفت در تقویت نظامهای معطوف به مراقبتهای اولیه سلامت بکار برد و نهایتاً بهبود قابل اثبات سلامت را برای همگان بدون هیچگونه فرق و تمایز در دسترسی به ارمغان آورد.

اقدامات و مداخلات مرتبط با هر اهرم با هدف اجرای مستقل طراحی نشدند و برعکس، آنها به شدت در هم تنیده هستند، بر یکدیگر اثرگذارند و باعث امکان اجرای همدیگر می گردند. آنها باید بخش لاینفک راهبرد ملی سلامت در نظر گرفته شوند و به منظور تضمین نتایج کلی در کنار ابعاد سه گانه پوشش همگانی سلامت اولویت بندی، بهینه سازی و توالی سازی شوند.

هر اهرم در چارچوب عملیاتی حاوی تشریح روایی است. فهرست غیر جامع و مانع مداخلات و اقدامات پیشنهاد شده که باید در سطوح سیاستگذاری، عملیات و اجرا و همچنین اقدامات و مداخلات قابل اجرا توسط مردم و اجتماعات مشارکت کننده در نظر گرفته شوند نیز در چارچوب عملیاتی گنجانده شده است. علاوه بر این، فهرستی از ابزار و منابع تسهیل اقدامات در هر اهرم موجود است. خلاصه مطالعه کشوری نشانگر نحوه اجرای

Millennium Development Goals (MDGs)^۹
accelerator^{۱۰}

یک یا معمولاً بیشتر از یک اهرم برای پیشبرد مراقبتهای اولیه سلامت نیز به زودی منتشر خواهد شد.

اهرمهای راهبردی بنیادین چهارگانه متشکل از رهبری و تعهد سیاسی، چارچوبهای سیاستگذاری و حاکمیتی، تأمین مالی و تخصیص منابع و مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست اندرکاران هستند. اقدامات و مداخلات انجام شده با بکارگیری این اهرمهای عملیاتی بدون در نظر گرفتن اهرمهای بنیادین راهبردی احتمالاً به مراقبتهای اولیه سلامت اثربخش منجر نخواهند شد. اقدامات و مداخلات مرتبط با کلیه اهرمها مخصوصاً موارد مرتبط با حاکمیت و تأمین مالی باید با استفاده از گفتگوی سیاستگذاری فراگیر و مستمر مشارکت دهنده اجتماع بعنوان کنشگر تدوین گردند. استفاده از کاربرد اهرمهای بنیادین راهبردی مسیر را برای استفاده از این اهرمها هموار می‌سازد. اجرای تمامی اهرمها باید همراه با لحاظ کردن بسترها، نقاط قوت و نقاط ضعف نظام سلامت و اولویتهای ملی، استانی و محلی برای پوشش همگانی سلامت باشد.

به منظور اجرای تغییرات سیاستگذاری که منابع را به شکلی راهبردی به حوزه های بیشترین نیاز منتقل می‌نمایند و پیشرفت حاصله را در تقویت مراقبتهای اولیه سلامت در گذر زمان ثبت می‌کنند، تصمیم‌گیرندگان به داده‌های باکیفیت در خصوص کلیه اجزای سه گانه مراقبتهای اولیه سلامت نیاز دارند. در این راستا، چارچوبی برای پایش و ارزیابی مراقبتهای اولیه سلامت (دارای شاخصهای همراستا با اهرمهای چارچوب عملیاتی، تلاشهای موجود در پایش پوشش همگانی سلامت و سایر فرایندهای مرسوم برنامه‌ریزی، پایش و ارزیابی) بعنوان سند فنی جداگانه در قالب ابزار مکمل تهیه خواهد شد.

انتظار می‌رود که کشورها اهرمها و شاخصهای دارای بیشترین ارتباط با موقعیتهای آنها را بر مبنای ارزیابی نیازهای خود، ظرفیت نظامها و الگوهای حاکمیتی سلامتی خود انتخاب نمایند. ضمناً فرض می‌گردد که راهبردها، اقدامات و مداخلات بکار رفته برای تحقق پیشرفت ملموس در مراقبتهای اولیه سلامت مابین مراکز و موقعیتهای در گذر زمان متغیر باشند و بنا به ضرورت بر ارتقای خدمات سلامت، پیشگیری از بیماری و مراقبتهای درمانی، توانبخشی و تسکینی اثرگذار واقع گردند. هم اهرمهای بکار رفته و هم نحوه عملیاتی شدن آنها باید با رشد اقتصادها، نهادها و منابع نیز تکامل یابند.

عوامل ایجاد موفقیت

اهرمهای چارچوب عملیاتی مبتنی بر شواهد و تجارب به دست آمده طی سالها اجرای اصلاحات نظام سلامت هستند و با اجزای سازنده شناخته شده و کارکردهای نظامهای اثربخش سلامت همراستا می‌باشند. ارزش افزوده این چارچوب همانا ارائه راهنمایی به کشورها در طی چرخه برنامه‌ریزی ملی پیرامون نحوه ترجمان تعهد نسبت به مراقبتهای اولیه سلامت به سلامت همگان از طریق اقدامات میان بخشی، مردم و اجتماعات توانمند شده و خدمات یکپارچه سلامت مردم محور است.

تجربه چهار دهه گذشته شامل دوران پیش از اهداف توسعه هزاره همراه با اطلاعات مهمی پیرامون عوامل و شرایط یا مشوق یا مانع تقویت مراقبتهای اولیه سلامت می‌باشد. اهرمهای چارچوب عملیاتی را باید در تدوین راهبرد مختص شرایط برای تقویت نظامهای سلامت، تحکیم چرخه برنامه‌ریزی ملی و ادغام اجرا در کلیه بخشها در نظر گرفت. بنابراین، چارچوب عملیاتی باید در طی مراحل مختلف فرایند برنامه‌ریزی عملیاتی با اذعان نقش مهم وزارتخانه‌های بهداشت در قرن بیست و یکم در ایجاد شرایط مشوق و محیط تسهیلگر بهبود سلامت بکار رود. وزارتخانه‌های بهداشت، همچنین باید کنشگران را توانمند سازند و همه آنها را در برابر اقدامات خود پاسخگو نمایند. آنها باید راهبری بخش خصوصی را بعنوان یک مجموعه کلی به شکلی فراگیر با مشارکت کنشگران عمومی، خصوصی و جامعه مدنی بنا به مندرجات کتاب راهنمای سیاستها، راهبردها و برنامه‌های ملی سلامت به عهده بگیرند (بنگرید به مأخذ شماره ۵).

در بسیاری از کشورها، ادغام مراقبتهای اولیه سلامت در دامنه گسترده سیاستها، راهبردها، فعالیتها و خدمات احتمالاً مستلزم تحول مبنایی در نحوه اولویت بندی، تأمین مالی و اجرای اقدامات و سیاستهای مرتبط با سلامت است. چنین تغییر نگرشی در نظام سلامت نیازمند تعهد سیاسی مشخص و رهبری قاطعانه در کلیه سطوح به

منظور اجرای اثربخش تمامی اهرمها و دستاورد نتایج مطلوب می‌باشد.

مشارکت دادن افراد بعنوان مردم و اجتماعات و دست اندرکاران در تمامی بخشها با هدف همکاری در تعریف نیازهای سلامت، شناسایی راه حلها و اولویت‌بندی اقدامات حاوی نقشی اساسی در مراقبتهای اولیه سلامت است. تلاشهای خاصی را باید در جهت دسترسی و مشارکت دادن معنادار جمعیت‌های آسیب پذیر و محروم که به شکلی نامتناسب دچار وضعیت نامطلوب سلامتی هستند و در عین حال اغلب فاقد منابع لازم برای حضور در سازوکارهای سنتی مشارکت دادن می‌باشند انجام داد. ارتقای پاسخگویی اجتماعی باعث تقویت مشارکت دادن اجتماعی می‌گردد. در بهترین حالت، مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست اندرکاران باید در کلیه بخشها ادغام گردد و اطلاعات مربوطه در اقدامات و مداخلات مرتبط با تمامی اهرمها لحاظ شود.

تغییر افزایشی در نظامهای سلامت بعنوان نتیجه اقدامات و مداخلات مرتبط با هر یک از اهرمهای گنجانده شده در این چارچوب عملیاتی برای اجرای دستور کار ۲۰۳۰ کفایت ندارد. این مسئله نیازمند اقدامات جسورانه مبتنی بر رهبری سیاسی و بینش صریح، قوی و دقیق تعریف شده، مشارکت دادن مردم، اجتماعات و سایر دست اندرکاران بر مبنای شواهد و چارچوب پایش و ارزیابی مرتبط با مراقبتهای اولیه سلامت است.

بسیاری از کشورها همچنان نیازمند حمایت خارجی فنی و یا مالی برای ایجاد بهبود مراقبتهای اولیه سلامت در راستای پوشش همگانی سلامت هستند. مدافعه‌گری و رهبری قدرتمند برای هماهنگ‌سازی و همراستایی اهداکنندگان جهانی و شرکای فنی درگیر تقویت مراقبتهای اولیه سلامت در این کشورها بیش از گذشته تحت رهبری هر کشور ضرورت دارد. جامعه بین‌المللی از طریق سازوکاری مانند شراکت بین‌المللی سلامت برای پوشش همگانی سلامت (۲۰۳۰)^{۱۱} باید از روند مذکور هماهنگ‌سازی و همراستایی در سطح کشوری پشتیبانی نماید.

مقدمه





در اعلامیه آستانه (۲۰۱۸)، کشورها و شرکای بین المللی خود را نسبت به جهت دهی نظامهای سلامت در راستای مراقبتهای اولیه سلامت به منظور تسریع پیشرفت تحقق پوشش همگانی سلامت و اهداف مرتبط با سلامت توسعه پایدار متعهد ساختند. تعهدات و بینش جسورانه مندرج در اعلامیه آستانه باید به اقدامات معنادار در راستای پیشبرد سلامت برای همگان بدون هرگونه تمایز تبدیل گردد (ملاحظه ۱).

ملاحظه ۱ - اعلامیه آستانه: بینش و تعهدات

بینش ما آن است که:

دولتها و جوامع سلامت و تندرستی مردم را هم در سطح جمعیت و هم در سطح فردی از طریق نظامهای قدرتمند سلامت اولویت بندی، ارتقا و حمایت نمایند.

خدمات سلامت و مراقبتهای اولیه سلامت با کیفیت بالا، ایمن، جامع، یکپارچه، قابل دسترس، موجود و قابل استطاعت در اختیار همه افراد در همه جا از طریق مراقبین حرفه‌ای سلامت آموزش دیده، دارای مهارت، پرانگیزه و متعهد همراه با احترام، عطف و رعایت کرامت قرار گیرند.

محیطهای مروج و مشوق سلامت که در آنها مردم و اجتماعات توانمند می‌گردند و در حفظ و بهبود سلامتی و تندرستی خود مشارکت می‌نمایند ایجاد شوند.

شرکا و دست اندرکاران در ارائه پشتیبانی اثربخش از سیاستها، راهبردها و برنامه‌های ملی سلامت همراستا شوند.

تعهد ما آن است که:

- گزینه‌های سیاسی جسورانه‌ای را برای سلامت در تمامی بخشها انتخاب نماییم.
- مراقبتهای اولیه سلامت پایدار را ایجاد کنیم.
- مردم و اجتماعات را توانمند سازیم.
- پشتیبانی دست اندرکاران را با سیاستها، راهبردها و برنامه‌های ملی همراستا نماییم.

اعلامیه آستانه مورد حمایت سند بینشی برای مراقبتهای اولیه سلامت در قرن بیست و یکم (بنگرید به مأخذ شماره ۱) است. سند مذکور حاوی تعریف مفهوم نوین مراقبتهای اولیه سلامت، تشریح اجزای رویکرد جامع مراقبتهای اولیه سلامت (ملاحظه ۲) و طبقه‌بندی چگونگی ارتقای سلامت، عدالت و کارآمدی توسط آنها است. علاوه بر این، نحوه همراستایی و کمک مراقبتهای اولیه سلامت به پوشش همگانی سلامت و اهداف توسعه پایدار در آن توضیح داده شده است. این سند همچنین حاوی تأکیداتی بر برخی از تجارب و آموخته‌های ۴۰ سال گذشته در خصوص اجرای موفق مراقبتهای اولیه سلامت می‌باشد و چالشهای فرارو در آن تشریح شده‌اند. سند فوق الذکر نهایتاً شامل بینش مراقبتهای اولیه سلامت برای قرن جاری است و اهرمهای کلیدی تحقق این بینش در آن پیشنهاد شده‌اند (جدول ۱)^{۱۲}.

^{۱۲} نکته: برخی از اهرمها در طی مشاوره بازبینی شده‌اند و در واژگان آنها نسبت به بینشی برای مراقبتهای اولیه سلامت در قرن بیست و یکم تغییراتی اعمال شده‌اند. اما محتوای کلی ثابت مانده‌است.

۱. خدمات یکپارچه سلامت با تأکید بر کارکردهای مراقبتهای اولیه و سلامت عمومی: برآورده سازی نیازهای سلامت مردم از طریق خدمات جامع ارتقا دهنده، حفاظتی، پیشگیری کننده، درمانی، توانبخشی و تسکینی در طی چرخه عمر و با اولویت بندی راهبردی خدمات کلیدی مراقبت سلامت معطوف به افراد و خانواده ها از طریق مراقبتهای اولیه و جمعیت با کارکردهای اساسی سلامت عمومی بعنوان عناصر مرکزی خدمات یکپارچه سلامت.
۲. سیاستگذاری و اقدام چندبخشی: توجه قاعده مند به مؤلفه های گسترده تر سلامت (شامل عوامل اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی و همچنین رفتار و ویژگیهای فردی، از طریق اقدامات و سیاستهای شواهد مبنا در تمامی بخشها.
۳. مردم و اجتماعات توانمند شده: توانمندسازی افراد، خانواده ها و اجتماعات برای بهینه سازی سلامت آنها بعنوان مدافعه گران سیاستهای ارتقا دهنده و حفاظت کننده از سلامت و تندرستی و در قالب تدوین تهیه کنندگان مشترک خدمات سلامت و اجتماعی و همچنین مراقبین و خود مراقبین.

این اهرمها بر اجزای سازنده نظام سلامت با هدف شناسایی عناصر کلیدی این نظام که برای تسریع پیشرفت مراقبتهای اولیه سلامت قابل استفاده هستند گسترش می یابند. اهرمها وابسته به هم، مرتبط با یکدیگر و تقویت کننده متقابل هستند و به سطوح مبنایی راهبردی و عملیاتی تقسیم می گردند. با استفاده از این سطوح راهبردی مبنایی امکان هموارسازی مسیر اقدامات حول سایر اهرمها میسر می گردد. احتمال هرگونه بهبود پایدار در اهرمهای عملیاتی بدون بناسازی مستحکم آنها در اهرمهای راهبردی بعید است. بنابراین، اقدامات و مداخلات برای هر اهرم با هدف اجرای مستقل طراحی نشدند و برعکس، باید آنها را متقابلا و مجموعا در طی فرایندهای برنامه ریزی ملی سلامت در نظر گرفت.

شکل ۱ - اجزای مراقبتهای اولیه سلامت



جدول ۱ - نگاه کلی به اهرمهای مراقبتهای اولیه سلامت

عنوان	تشریح کامل
اهرمهای راهبردی مبنایی	
تعهد و رهبری سیاسی	تعهد و رهبری سیاسی که مراقبتهای اولیه سلامت را در کانون تلاشهای دستاورد پوشش همگانی سلامت قرار می‌دهند و کمکهای گسترده مراقبتهای اولیه سلامت را به اهداف توسعه پایدار مشخص می‌نمایند.
چارچوبهای حاکمیتی و سیاستگذاری	ساختارهای حاکمیتی، چارچوبهای سیاستگذاری و مقررات پشتیبان مراقبتهای اولیه سلامت که باعث ایجاد شراکتها درون و میان بخشها می‌گردند و همچنین رهبری اجتماعی و پاسخگویی متقابل را ترویج می‌کنند.
تأمین مالی و تخصیص منابع	تأمین مالی کافی برای مراقبتهای اولیه سلامت بسیج و تخصیص شده برای ارتقای عدالت در دسترسی، ایجاد سازوکار و محیط انگیزشی در راستای ارائه خدمات و مراقبتهای باکیفیت و حداقل سازی دشواریهای مالی.
مشارکت دادن اجتماع و سایر دست اندرکاران	مشارکت دادن اجتماع و سایر دست اندرکاران از کلیه بخشها برای تعریف مشکلات و راه حلها و اولویت بندی اقدامات از طریق گفتگوی سیاستگذاری.

اگرچه عملیاتی

الگوهای مراقبتی ارتقا دهنده کیفیت بالا، مراقبتهای اولیه مردم محور و کارکردهای اصلی سلامت عمومی بعنوان مبنای خدمات یکپارچه سلامت در کل مسیر زندگی.	الگوهای مراقبت
کیفیت، سطوح توانمندی و توزیع مناسب کارکنان متعهد مراقبتهای اولیه سلامت که شامل کارکنان بهداشتی-درمانی مرکز، یاری رسانی و اجتماع محور حمایت شده از طریق نظارت و مدیریت اثربخش و پرداخت مناسب هستند.	کارکنان مراقبتهای اولیه سلامت
مراکز سلامت ایمن و قابل دسترسی به منظور ارائه خدمات اثربخش همراه با امکانات قابل اطمینان بهداشت آب و پساب، دفع / بازیافت پسماند، اتصال مخابراتی و تأمین برق و همچنین سامانههای حمل و نقل متصل کننده بیماران به سایر مراقبین.	زیرساخت فیزیکی
موجودیت و قابل استطاعت بودن داروها و سایر محصولات سلامت مناسب، ایمن، اثربخش و باکیفیت از طریق فرایندهای شفاف به منظور بهبود سلامت.	دارو و سایر محصولات سلامت
شراکت مناسب مابین بخشهای خصوصی و عمومی برای ارائه خدمات یکپارچه سلامت.	تعامل با ارائه کنندگان بخش خصوصی
بکارگیری فناوریهای دیجیتال سلامت به روشهای تسهیل کننده دسترسی به ارائه خدمات و مراقبت، افزایش اثربخشی و کارآمدی و ارتقای پاسخگویی.	فناوریهای دیجیتال سلامت
نظامها در سطوح محلی، استانی و ملی برای ارزیابی و بهبود مستمر کیفیت خدمات یکپارچه سلامت.	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت
مدیریت دانش و پژوهش شامل انتشار تجارب و آموخته‌ها و همچنین کاربرد دانش با هدف تسریع گسترش و تأمین راهبردهای موفق تقویت نظامهای معطوف به مراقبتهای اولیه سلامت.	پژوهشهای مرتبط با مراقبتهای اولیه سلامت
پایش و ارزیابی از طریق نظامهای کارآمد مدیریت سلامت تولیدکننده داده‌های قابل اطمینان و حمایتگر کاربرد اطلاعات برای ارتقای تصمیم‌گیری و یادگیری توسط کنشگران محلی، ملی و جهانی.	پایش و ارزیابی

چارچوب عملیاتی مراقبتهای اولیه سلامت حاوی اطلاعات عمیق برای هر اهرم است و در آن، اقدامات و مداخلات راهنمایی تلاشهای کشورها برای تقویت نظامهای سلامت معطوف به مراقبتهای اولیه سلامت پیشنهاد شده‌اند. چارچوب مذکور به شکلی گسترده مبتنی بر ادبیات انتشار یافته، اسناد راهنمای موجود و در برخی موارد، توافقات انجام شده با کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت در مجمع جهانی سلامت می‌باشد.

ساختاری یکسان برای هر اهرم بکار رفته است:

- تشریح روایی.
- اقدامات و مداخلات قابل اعمال در سطوح سیاستگذاری، عملیاتی و اجرایی.
- جداول نشانگر ابزار و منابع تسهیل کننده اقدامات و مداخلات برای هر سطح (فهرست کامل در پیوست ۱ موجود است).

در قسمت پایانی سند موجود، چگونگی ارائه حمایت بیشتر شرکای بین المللی به کشورها در خصوص عملیاتی کردن اعلامیه آستانه توضیح داده شده است.

چارچوب عملیاتی مورد حمایت دو سند همراه ذیل (در حال تدوین) نیز قرار می‌گیرد: الف) سنجش عملکرد و راهنمای پایش و ب) خلاصه مطالعات موردی نشانگر اجرای اهرمها و پیامدهای مرتبط.

شکل ۲ - نظریه تغییر مراقبتهای اولیه سلامت



گروه مخاطب این سند

هدف اصلی این سند کمک به کشورها در تحقق تعهدات آنها نسبت به ارتقای مراقبتهای اولیه سلامت است. دولت‌ها و سیاستگذاران هم در سطح ملی و هم در سطح داخل کشور مخاطب کلیدی آن هستند. علاوه بر این، بسیاری از اقدامات به سایر دست اندرکاران در سطح کشوری از جمله سمنها، بخش خصوصی و شرکای توسعه محور مرتبط هستند. دانشگاهیان نیز شاید سند مذکور را برای شناسایی حوزه های نیازمند پژوهش بیشتر مفید بدانند. با توجه به نقش محوری مردم و اجتماعات در مراقبتهای اولیه سلامت، هر یک از جداول اقدام دارای ستون خاص متمرکز بر این نقشها است.

نقش شرکای بین المللی در پشتیبانی از تلاشهای کشورها در راستای بهبود مراقبتهای اولیه سلامت در این

سند تأکید شده است که این نقش را می‌توان از طریق برنامه اقدام جهانی سازمان جهانی بهداشت برای زندگی سالم و تندرستی همگان (ابتکار عملی که شرکای بین‌المللی با استفاده از آن مشغول ارتقای همکاری برای تسریع پیشرفت در جهت اهداف مرتبط با سلامت توسعه پایدار از طریق مراقبتهای اولیه سلامت هستند) تسهیل نمود.

۲-۱ نحوه کاربرد این سند

اهرمهای چارچوب عملیاتی باید برای تأمین اطلاعات و راهنمایی در فرایندهای برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری ملی برای اجرای مراقبتهای اولیه سلامت بکار روند. برای هر یک از سطوح، اقداماتی پیشنهاد شده‌اند. با این وجود، اهرمها و اقدامات مرتبط با آنها با هدف ارائه رویکرد روشی یکسان برای همه موارد طراحی نشده‌اند بلکه این اهرمها و اقدامات همراه با معنا و کاربرد متفاوت در کشورهای برخوردار از میزان مختلف توسعه اجتماعی یا اقتصادی، سطوح جهت‌گیری مراقبتهای اولیه سلامت و وضعیت سلامت هستند. سند حاضر با هدف قابل اعمال بودن در دامنه گسترده‌ای از کشورها طراحی شده است و لذا حاوی دامنه‌ای از اقدامات می‌باشد که همه آنها مناسب هر کشور نیستند و یا اولویت آن قلمداد نمی‌گردند. جداول اقدامات حاوی فهرستی از پیشنهادات عملی شواهدمبنای برای بسترسازی آنها توسط کشورها در راستای تسریع تلاشهای حول محور مراقبتهای اولیه سلامت هستند.

اهرمها باید در طی تمامی مقاطع مختلف فرایندهای ملی برنامه‌ریزی برای سلامت و توسعه در نظر گرفته شوند. در این راستا، کشورها نیازمند ارزیابی، اولویت‌بندی و بهینه و توالی سازی این اهرمها و اقدامات مرتبط با آنها و در عین حال، توجه خاص به نحوه تسهیل اقدامات برنامه‌ریزی شده توسط اهرمهای مبنایی راهبردی در اهرمهای عملیاتی هستند. فرایند فوق باید در بستر برنامه‌ریزی فراگیر همراه با مشارکت اجتماع انجام گیرد که اکثر مردم آسیب پذیر، محروم و به حاشیه رانده شده در آن لحاظ گردند. انتخاب و اجرای اقدامات خاص باید با استفاده از اطلاعات استخراج شده از موارد زیر صورت پذیرد: شواهد متقن هم در سطح محلی (بعنوان مثال، روندها و وضعیت اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی در کشور بار بیماری و نقاط قوت و ضعف نظام سلامت) و هم در سطح جهانی (بعنوان نمونه، کلیه عواملی که در عمل بعنوان محرک یا مانع پیشرفت مراقبتهای اولیه سلامت شناخته شده‌اند) و همچنین ارزشها و ترجیحات طیف متنوعی از دست اندرکاران. علاوه بر این، اقدامات باید مطابق با میزان پیشرفت و همچنین تولید شواهد و تجارب بیشتر در راستای پیشبرد مراقبتهای اولیه سلامت مورد بازبینی و پالایش قرار گیرند.

با توجه به ضرورت داده‌های باکیفیت برای ارائه اطلاعات در روند تصمیم‌گیری و اولویت‌بندی سیاستگذاری در اجرای اقدامات و مداخلات در کلیه اهرمها، راهنمای تکمیلی برای پایش عملکرد مراقبتهای اولیه سلامت در حال تدوین است. راهنمای مذکور حاوی شاخصها برای تمامی اجزای سه گانه و ۱۴ اهرم مراقبتهای اولیه سلامت با هدف پایش پیشرفت در همه اجزا و اهرمهای فوق در چارچوب عملیاتی که همراستا با موارد بکار رفته در فعالیتهای جاری پوشش همگانی سلامت و تلاشهای پایش اهداف توسعه پایدار هستند خواهد بود. علاوه بر این، حوزه‌ها و نحوه سرمایه‌گذاری کشورها در منابع داده‌ها برای تضمین اطلاعات مرتب، قابل اطمینان و صحیح در این راهنما تأکید خواهد شد و نهایتاً، متمرکز بر موارد زیر است: روشها و بهترین عملکردها برای تحلیل و استفاده از داده‌ها در جهت پیشبرد بهبود عملکرد، ارائه نمونه‌های تحلیل آشنایی، تعیین شاخصهای وضعیت موجود و استفاده از کلیه داده‌ها برای ارائه اطلاعات در گفتگوهای سیاستگذاری، فرایندهای اصلاحات مراقبتهای اولیه سلامت و بررسیهای گسترده‌تر عملکرد بخش سلامت تمرکز. نمایه‌ها و داشبوردهای بهترین عملکرد در این فرایندها برای سرمایه‌گذاری و مدافعه‌گری نیز تأکید خواهند شد.

اهرمهای راهبردی اصلی ♟



رهبری و تعهد سیاسی

رهبری و تعهد سیاسی به منظور استقرار مراقبتهای اولیه سلامت در کانون تلاشهای تحقق پوشش همگانی سلامت و اذعان کمک گسترده مراقبتهای اولیه سلامت به اهداف توسعه پایدار.



تاریخچه سلامت جهانی در بسیاری از ابعاد عبارتست از تاریخچه رهبری و تعهد سیاسی: حوزه‌هایی که در آنها رهبری و تعهد پایدار باعث پیدایش تغییرات قابل ملاحظه شده‌اند و برعکس، حوزه‌های فاقد چنین رویکردی اغلب دچار سستی گشته‌اند. تعهد و رهبری در بخش سلامت ضرورت دارند اما تحول اساسی مستلزم تعهد و رهبری فرای این بخش می‌باشد و مشارکت رؤسای دولت و کشور، سایر رهبران سیاسی (از جمله نمایندگان مجلس)، جامعه مدنی و جوامع تأثیرگذار، شخصیت‌های مذهبی و شخصیت‌های برجسته تجاری مورد نیاز را برای بسیج پیشرفتهای گسترده در مراقبتهای اولیه سلامت می‌طلبند.

این رهبران باید انجام موارد زیر را تضمین نمایند: در نظر گرفتن مراقبتهای اولیه سلامت بعنوان اولویت از طریق رسمی سازی تعهدات به آن (بعنوان مثال، از طریق اعلامیه‌ها)، تأکید بر آن در اسناد کلیدی (مانند برنامه‌های کشوری توسعه و یا طرحهای تحقق پوشش همگانی سلامت و اهداف توسعه پایدار)، اطلاع رسانی مرتب اهمیت آن، ارائه تأمین مالی مناسب و نهایتاً تمرکز بر اجرای تلاشها برای ارتقای مراقبتهای اولیه سلامت. اهمیت خاص تعهد و رهبری در بینش بلندپروازانه مراقبتهای اولیه سلامت مخصوصاً پیچیدگیهای مرتبط با اجزای سه گانه در هم تنیده آن یعنی خدمات یکپارچه سلامت، اقدام و سیاستگذاری چندبخشی و مردم و جوامع توانمند شده نهفته است.

ارائه اثربخش خدمات یکپارچه سلامت مستلزم رهبری و تعهد سیاسی است چراکه نظامهای سلامت اکثراً از سلامت عمومی و مراقبتهای اولیه فاصله گرفته‌اند. مراقبتهای ثالث علی‌الخصوص اغلب در برابر مراقبتهای اولیه اولویت پیدا می‌کنند و کارکردهای سلامت عمومی معمولاً دچار کمبود سرمایه‌گذاری هستند. بنابراین، اتخاذ بینش مراقبتهای اولیه سلامت در عمل یعنی تصمیمات دشوار برای بازبینی در اولویت‌بندی منابع و جهت‌گیری نظامها.

توجه به مؤلفه‌های اجتماعی، اقتصادی، زیست محیطی و تجاری سلامت از طریق اقدام و سیاستگذاری چندبخشی بدون رهبری و تعهد سیاسی به علت چالشهای چشمگیر مرتبط با پاسخهای چندبخشی انجام پذیر نخواهد بود. اقدامات و سیاستگذاری چندبخشی بطور خاص نیازمند کنارگذاری رویکرد جزیره‌ای منجر به جداسازی بخشها و همچنین انگیزه‌های مختلف حاکم بر عملکرد بخشهای متفاوت هستند (بعنوان نمونه، وزارتخانه‌های غیرمرتبط با بخش سلامت اولویتهای خود را دارند و مشخص نیست که این اولویتها به تمرکز بر مهمترین حوزه‌های بهبود پیامدهای سلامت منجر می‌گردند یا خیر). اقدامات و سیاستهای چندبخشی اغلب نیازمند توسعه شراکتها در کلیه بخشها اعم از خصوصی و دولتی هستند. وزارتخانه‌های بهداشت در بسیاری از کشورها فاقد تأثیرگذاری و قدرت کافی برای حل و فصل این چالش به تنهایی هستند و لذا باید از سوی سطوح عالیرتبه دولت مورد حمایت قرار گیرند. علاوه بر این، نیروهای قدرتمند و بسیار جالفا که منافع خود را در حفظ وضعیت کنونی (شامل عوامل اجتماعی، اقتصادی، زیست محیطی و تجاری آسیب

اتخاذ بینش مراقبتهای اولیه سلامت یعنی تصمیمات دشوار برای تغییر در اولویت‌بندی منابع و جهت دهی نظامها.

رسان به سلامت) می‌بینند اغلب مشتاق پذیرش تغییر نیستند. از این رو، تفوق بر مقاومت آنان و پشتیبانی از پاسخهای چندبخشی به سلامت مستلزم تعهد و رهبری سیاسی منسجم است.

همچنین توانمندسازی مردم و اجتماعات همراه با اتخاذ تصمیمات دشوار نیازمند تعهد و رهبری است. بسیاری

از جمعیت‌های گرفتار بدترین وضعیت‌های سلامت در معرض تبعیض نظام یافته مبتنی بر نژاد، قومیت، جنسیت، گرایش جنسی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، محل استقرار (بعنوان مثال، روستایی)، مذهب، وضعیت تحصیلی و معلولیت قرار دارند. در چنین شرایطی، توانمندسازی مستلزم توزیع مجدد قدرت به منظور مشارکت دادن کامل همه مردم و اجتماعات است چراکه درون این جوامع (حتی جوامع به حاشیه رانده شده)، فرصتهایی برای اثبات رهبری افراد و پشتیبانی از توانمندسازی سایرین وجود دارند.

مقامات مسئول با اذعان آنکه نقش وزارتخانه‌های بهداشت در قرن بیست و یکم همانا ایجاد شرایط توانمندساز و محیطی مروج ارتقای سلامت است حائز نقش متولی‌گری مهمی در جهت‌گیری سیاستها، راهبردها و برنامه‌های ملی بخش سلامت حول محور مراقبت‌های اولیه سلامت ازجمله در طی کلیه فرایندهای تدوین و اجرای آن می‌باشند. وزارتخانه‌های بهداشت باید کنشگران را نیز هم درون و هم خارج از نظام سلامت توانمند سازند و آنها را در برابر اقدامات خود پاسخگو نمایند. آنها همچنین باید به راهبری بخش سلامت به شکلی فراگیر شامل کنشگران دولتی، خصوصی و جامعه مدنی بنا به مندرجات کتاب راهنمای سازمان جهانی بهداشت در خصوص سیاستها، راهبردها و برنامه‌های ملی سلامت بپردازند (بنگرید به مأخذ شماره ۵).

تاریخچه تلاش‌های اجرای مراقبت‌های اولیه سلامت مشخصاً نشانگر خطای مهمی است که باید از آن اجتناب نمود. علیرغم ضرورت استقرار رویکرد جامع نسبت به مراقبت‌های اولیه سلامت بعنوان بنیاد تحقق پوشش همگانی سلامت و سلامت برای همگان، امر مهم فوق‌الذکر الزاماً همواره رخ نداده است چراکه در اغلب اوقات اتخاذ رویکردهای انتخابی دارای حوزه‌های از پیش آماده شده و مداخلات مشخص تعریف شده ساده‌تر است. این روند باعث پیامدهای بهتر برای برخی بیماریها یا نیازهای دوره زندگی به قیمت از دست دادن بهبود جامع نظامهای سلامت معطوف به مراقبت‌های اولیه سلامت شده است. حال آنکه چنین نظامهایی بهتر می‌توانند به دامنه متنوع نیازهای سلامت مردم و اجتماعات به شکلی یکپارچه و مردم محور پاسخ دهند. بنابراین، تحقق بینش مراقبت‌های اولیه سلامت جامع نیازمند رهبری و تعهد سیاسی قدرتمندتر از ۴۰ سال اخیر از زمان اعلامیه آلماتی است.

جدول ۲ - رهبری و تعهد سیاسی: اقدامات و مداخلات

در سطح ملی

- پرورش قهرمانان برای مراقبت‌های اولیه سلامت در کلیه بخشهای تأثیرگذار جامعه (مرتبط با دولت، اجتماع، مذهب، تجارت) یا از طریق ساختارهای رسمی (بعنوان نمونه، گروههای عالی‌رتبه یا از طریق افراد (مانند سفیران سلامت).
- تدوین بینش جامع مراقبت‌های اولیه سلامت و رسمی سازی تعهد به آن بعنوان اولویتی برای کل دولت (از طریق اعلامیه‌های رسمی، سیاستها یا قوانین، ادغام آن بعنوان بخش مبنایی راهبردهای ملی شامل هم راهبردهای گسترده تر توسعه محور مانند برنامه‌های توسعه کشوری و طرحهای تحقق اهداف توسعه پایدار و هم سیاستها، راهبردها و برنامه‌های مختص بخش سلامت) و از طریق تضمین وجود ساختارهای کافی درون دولت برای نظارت بر مراقبت‌های اولیه سلامت.
- اطلاع رسانی گسترده درباره تعهد به پیشبرد مراقبت‌های اولیه سلامت.
- تضمین آنکه تعهد در کلام همراه با تأمین منابع مالی کافی برای مراقبت‌های اولیه سلامت باشد (بنگرید به بخش ۳-۲). پاسخگو قلمداد کردن افراد مسئول اجرای مراقبت‌های اولیه سلامت (شامل نه فقط مقامات مسئول وزارتخانه‌های بهداشت بلکه سایر مسئولین دولتی ازجمله نمایندگان مجلس و مسئولین سایر وزارتخانه‌های موظف به توجه به سایر مؤلفه‌های سلامت).
- ایجاد محیط مشوق مشارکت اجتماعات شامل افراد آسیب پذیر و به حاشیه رانده شده در کلیه گروههای سنی از طریق شناسایی فعال موانع و فرصتها برای توانمندسازی مردم و اجتماعات از طریق ظرفیت سازی آنها در راستای گفتگوی معنادار و از طریق ارائه و ارزیابی مرتب سازوکارهای گفتگوی سیاستگذاری.
- اجرای تعهدات برای اتخاذ رویکردهای مبتنی بر حقوق بشر.

در سطح استانی

- همکاری با سطوح بالاتر اداری برای تضمین توجه مناسب به نیازها و نقطه نظرات اجتماعات در تصمیم گیری.
- اجرای تلاشهای یکسان هم در سطح ملی و هم در سطح استانی در صورت مناسب بودن با توجه به میزان تمرکززدایی:
 - پرورش قهرمانان محلی.
 - رسمی سازی تعهدات به مراقبتهای اولیه سلامت (شامل ادغام مراقبتهای اولیه سلامت بعنوان بخش مبنایی راهبردهای محلی توسعه و سلامت).
 - اطلاع رسانی تعهد نسبت به مراقبتهای اولیه سلامت.
 - تأمین منابع مالی کافی.

توسط مردم و اجتماعات

- پاسخگو قلمداد نمودن رهبران سیاسی برای پیشبرد مراقبتهای اولیه سلامت.
- تدوین شبکه‌ها در سطح اجتماع به منظور تضمین شنیده شدن آرای آنان.
- مشارکت در تلاشها برای ایجاد فرایندهای فراگیر.
- اثبات رهبری در مقام قهرمانی برای بینش جامع مراقبتهای اولیه سلامت.
- تبادل اطلاعات در خصوص عملکردهای مناسب حول محور پاسخگویی در میان همتایان (هم درون و هم مابین کشورها).

جدول ۳ - رهبری و تعهد سیاسی: ابزار و منابع

ابزار و منابع نظام سلامت

Conceptual framework on the contribution of law to UHC

Country Planning cycle database

Legal access rights to health care

Strategizing national health in the 21st century: a handbook

چارچوبهای سیاستگذاری و حاکمیتی



ساختارهای حاکمیتی، چارچوبهای سیاستگذاری و مقررات پشتیبان مراقبتهای اولیه سلامت که باعث ایجاد شراکتها درون و مابین بخشها می‌گردند و رهبری اجتماع و پاسخگویی متقابل را ترویج می‌کنند.

حاکمیت عبارتست از "تضمین موجودیت چارچوبهای راهبردی سیاستگذاری و همراهی آنها با نظارت اثربخش، ائتلاف سازی، مقررات، توجه به پاسخگویی و طراحی نظام" (بنگرید به مأخذ شماره ۶). در گذشته، دولتها در اکثر کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط بر ارائه خدمات بخش سلامت توسط خود به جای اتخاذ بینش گسترده‌تر حاکمیتی ادغام کننده بخشهای دولتی و خصوصی در نظام مرکب سلامت تمرکز داشتند. این روش کار بیش از پیش با توجه به هم دامنه فزاینده کنشگران مشارکت کننده در بخش سلامت و هم ادعان آنکه وزارتخانه‌های بهداشت به تنهایی نمی‌توانند ارائه کننده کلیه خدمات سلامت باشند در حال انقراض است. بعنوان نمونه، بخش خصوصی (هم انتفاعی و هم غیرانتفاعی) بازیگر مهمی در سلامت در بسیاری از موقعیتهای است بطوری که طبق نتایج پیمایش اخیر سازمان جهانی بهداشت در ۶۵ کشور عضو آن سازمان، بیش از ۴۰ درصد مراقبت سلامت توسط بخش خصوصی ارائه می‌گردد (شامل خدمات ارائه شده به فقیرترین مردم). اهمیت مشارکت کنشگران از سایر بخشها بیش از پیش مورد ادعان قرار گرفته است.

این بینش گسترده‌تر حاکمیت مستلزم نظارت و راهنمایی کل نظام سلامت (نه تنها نظام دولتی سلامت) به منظور حمایت از منافع عموم است (بنگرید به مأخذهای شماره ۶ و ۷). تحول در نقش سنتی وزارتخانه‌های بهداشت بعنوان ارائه کنندگان خدمات به متولیان سلامت با مشارکت دامنه کاملی از کنشگران (شامل بخشهای غیرسلامت و کنشگران بخش خصوصی سلامت) در بسیاری از کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط ساده نبوده است اما چنین تحولی در حاکمیت سلامت برای رویکرد جامع نسبت به مراقبتهای اولیه سلامت بسیار مهم است.

در بسیاری از کشورها، اتخاذ نقش متولی نیازمند تغییرات و ظرفیت سازی برای وزارتخانه‌های بهداشت است. این تحول از تمرکز اصلی بر ارائه مستقیم خدمات به راهنمایی نظام سلامت ترکیب کننده ارائه از سوی بخشهای دولتی و خصوصی به نوبه خود مستلزم رشد و توسعه مهارتهای شراکت، پایش، نظارت و تنظیم مقررات است.

یکی دیگر از ابعاد مهم بهبود حاکمیت عبارتست از افزایش نقش اجتماعات. پیامد چنین روندی گسترش پاسخهای ارائه شده از سوی نظامهای سلامت معطوف به مراقبتهای اولیه سلامت هم به خاطر تشخیص سریع نگرانیهای محلی توسط نقش گسترده‌تر آنها و هم به علت مدافعه‌گری کارآمدتر برای ادعان نیازهای نوظهور آنها است. یکی دیگر از پیامدهای این رویکرد تسریع پاسخ برخلاف دولتهای ملی و استانی دوردست فاقد توان واکنش با انعطاف پذیری یا چابکی مشابه است. بهره‌مندی از این نقش نیازمند فرایندها و ساختارهای اثربخش حاکمیتی در سطوح ملی، استانی و محلی است که باعث امکان مشارکت بهتر اجتماع، ارتقای مشروعیت و افزایش پاسخگویی می‌گردد. نمونه‌های چنین ساختار حاکمیتی شامل مشارکت نمایندگان منتخب اجتماع بعنوان اعضای کامل مرکز یا ساختارهای مدیریت ناحیه و یا احداث هیئت مشورتی اجتماع حائز نقش رسمی در ارائه نظارت بر خدمات سلامت است.

در غیاب نقشهای رسمی اجتماعات در حاکمیت محلی سلامت، مدیران و ارائه کنندگان مراقبت سلامت شاید نسبت به پاسخگویی اجتماع مقاوم بمانند و فقط به سازوکارهای درونی دولتی یا پاسخگوی سازمانی پاسخ دهند. مشروعیت بخشی نقشهای شبکه‌های اجتماع می‌تواند متضمن امکان مشارکت اثربخش توسط نظامهای سلامت ناحیه، تحقق نیازهای مصرف کنندگان و پاسخگویی به افراد و اجتماعات تحت پوشش آنها گردد. اینگونه حاکمیت محلی سلامت باید در نظامهای سلامت ملی و استانی پشتیبان گنجانده شود تا شفافیت و عدالت تضمین گردد و ساختارهای قدرت محلی و موارد موجود بی عدالتی در نظامهای سلامت تمرکززدایی شده منعکس نگردند. چنین موارد حاکمیت چندسطحی همچنین باعث افزایش تاب آوری نظامهای سلامت می‌گردند

چراکه این سطوح باعث جبران کاستیهای حاکمیتی یکدیگر می‌شوند.

گذار مهم دیگری که باید اتخاذ گردد همانا رویکرد تمامی دولت مخصوصا با توجه به ضرورت اقدام و سیاستگذاری چندبخشی است. ابزار مهم تحقق این امر اتخاذ رویکرد سلامت در تمامی سیاستها است که در قطعنامه شماره ۶۲/۱۲ مجمع جهانی سلامت بعنوان "رویکرد سیاستگذاری عمومی در کلیه بخشها که در آن تبعات تصمیمات بر سلامت به شکلی قاعده‌مند لحاظ می‌شوند، هم افزایشها پیگیری می‌گردند و از اثرات پراسیب بر سلامت اجتناب می‌شود تا سلامت جمعیت و عدالت سلامت بهبود یابند" به رسمیت شناخته شد (بنگرید به مأخذهای شماره ۸ و ۹). براساس رویکرد سلامت در تمامی سیاستها، بخش سلامت بعنوان قهرمان سلامت شناخته می‌شود و سلامت در قالبی مستحکم در دستور کار سیاسی قرار می‌گیرد و در عین حال، نیاز به کار مشترک در جهت منافع کلی اجتماعی مطرح است (بنگرید به مأخذ شماره ۵).

هیچ الگوی یکسانی برای اجرای رویکرد سلامت در تمامی سیاستها وجود ندارد اما تجربه جهانی به شناسایی مجموعه‌ای از ویژگیهای محوری برای اجرای موفق منجر شده است: "حاکمیت خوب، ایجاد شراکتهای قدرتمند و معقول بر مبنای طراحی، ارائه و مزایای مشترک، ظرفیت و منابع تخصیص یافته و همچنین استفاده از شواهد و ارزیابی" (بنگرید به مأخذ شماره ۱۰). سازمان جهانی بهداشت مطالبی را از جمله دستورالعمل آموزشی و مجموعه مطالعات موردی برای کمک به کشورها در عرصه آغاز، اجرا و نگهداشت سلامت در تمامی سیاستها تدوین نموده است (بنگرید به مأخذهای شماره ۱۱ الی ۱۳).

پایش و ارزیابی در ذیل تشریح شده‌اند (بنگرید به بخش ۱۰-۳). با این وجود، تأکید بر نقش تعیین کننده شفافیت و دسترسی به داده‌ها در تضمین حاکمیت خوب ضروری است چراکه این موارد برای دولتها در ایفای نقشهای متولی‌گری خود، جامعه مدنی برای اعمال فشار در جهت پاسخگویی و کنشگران چندبخشی به منظور درک ارتباطات مابین کار آنها و پیامدهای سلامت ضرورت دارند. رسانه‌ها و افراد حاوی نقش به شدت مهمی در تضمین اطلاع رسانی گسترده اطلاعات دقیق سلامت هستند زیرا شبکه‌های اجتماعی و سایر رسانه‌های مبتنی بر فناوری به شکلی فزاینده امکان گسترش وسیع محتوای تولید شده توسط کاربران را ممکن می‌سازند.

این تحولات در حاکمیت باید تحت پشتیبانی چارچوبهای سیاستگذاری انعکاس دهنده تعریف گسترده مراقبتهای اولیه سلامت باشند. بطور خاص، مفهوم مراقبتهای اولیه سلامت متشکل از اجزای سه گانه مرتبط (خدمات یکپارچه سلامت، اقدام و سیاستگذاری چندبخشی، مردم و اجتماعات توانمند شده) باید در چارچوبهای کلیدی سیاستگذاری حاکم بر بخش سلامت نهادینه شوند. از آنجایی که مراقبتهای اولیه سلامت یک جهت‌گیری است و نه صرفا یک برنامه، الزاما به معنای آن نیست که هر کشور باید دارای سیاست مراقبتهای اولیه سلامت مختص خود باشد. برعکس، مهمتر آن است که بینش جامع مراقبتهای اولیه سلامت در مجموعه‌ای از چارچوبهای سیاستگذاری بسیار مرتبط با هر کشور شامل سیاست / راهبرد ملی سلامت، راهبردی برای پوشش همگانی سلامت، سیاستهای زیربخشی و یا حوزه‌هایی همچون نیروی کار سلامت یا داروها و حتی راهبردهای برنامه‌های معطوف به مسائلی مانند تغذیه و سلامت باروری، مادران، نوزادان، کودکان و نوجوانان یا اچ-آی-وی / ایدز لحاظ گردد.

این بینش گسترده تر حاکمیتی
مستلزم نظارت و راهنمایی کل
نظام سلامت نه فقط از سوی
دولتها بلکه کل نظام در راستای
حمایت از مصالح عموم است.

فرایند تدوین و اجرای این چارچوبها نیز باید دربرگیرنده جهت گیری مراقبتهای اولیه سلامت باشد و شامل بکارگیری رویکرد مشارکتی توانمندساز مردم و اجتماعات در راستای ایفای نقشی فعال در شکل‌دهی سیاستهای اثرگذار بر زندگی آنها گردد. چنین رویکردی مستلزم آن است که از فرایندهای صرفا فن سالارانه^{۱۲} متکی بر کارشناسان در پایتختها فاصله گرفته شود و روشهای مشارکت دادن مردم و اجتماعات در محل زندگی خود شامل اذعان پیچیدگی پویایی قدرتی سازنده توان مردم و اجتماعات به مشارکت معنادار به کار روند.

جدول ۴ - چارچوبهای سیاستگذاری و حاکمیتی: اقدامات و مداخلات

در سطح ملی

- تقویت نقش متولی‌گری و ظرفیتهای فنی وزارتخانه‌های بهداشت به منظور تسهیل تمهیدات چندبخشی با سایر نهادها و وزارتخانه‌ها و ایجاد امکان مشارکت یا شراکت با بخش خصوصی و سایر کنشگران (ازجمله اتحادیه‌های صنفی و انجمنهای حرفه‌ای) در موارد ضرورت و تناسب.
- مشروعیت بخشی حاکمیت محلی سلامت از طریق تقویت (یا در صورت نیاز ایجاد) سازوکارهای نهادی مرتبط با سازماندهی سطوح مختلف دولت و توانمندیهای تخصیص شده برای امور اجتماعی و سلامت.
- ایجاد دستورالعملهای قانونگذاری و چارچوب مشخص حاکمیت و پاسخگویی برای رویکرد سلامت در تمامی سیاستها مطابق با راهنمای کشوری سازمان جهانی بهداشت و تخصیص منابع به پشتیبانی و پایداری کارهای چندبخشی.
- مشروعیت بخشی نقش اجتماعات در فرایندهای حاکمیت محلی سلامت که امکان مشارکت بیشتر اجتماع و جامعه مدنی را به شکلی غیرتبعیض آمیز ایجاد می‌نماید (بعنوان نمونه، نمایندگان منتخب اجتماع در ساختارهای حاکمیتی یا هیئتهای مشورتی اجتماع).
- ارائه تأمین مالی و نظارت برای حاکمیت توأم با همکاری اجتماعی مراقبتهای اولیه سلامت در راستای تضمین موجود بودن منابع کافی و استفاده عادلانه آنها.
- تضمین پاسخگویی برای مراقبتهای اولیه سلامت در وزارتخانه‌های بهداشت به نوعی که در کلیه مرزهای سنتی سازمانی کارآمد باشد و با تیم یا تیمهای مسئول پوشش همگانی سلامت، مؤلفه‌های گسترده تر سلامت و اهداف مرتبط با سلامت توسعه پایدار پیوستگی داشته باشد.
- استفاده از شواهد برای ثبت ارتباطات مابین اولویتهای سلامت و سایر اولویتهای سیاستگذاری دولت (شامل کاربرد روشهای مرسومتر در سایر بخشها ازجمله الگوسازی اقتصادی و پژوهشهای کیفی).
- پشتیبانی از کاربرد ابزار حسابرسی مانند ارزیابیهای اثرگذاری سلامت و حسابرسیهای سیاستگذاری برای گسترش شفافیت در بررسی پیامدهای سیاستها بر سلامت و عدالت.
- حمایت از تلاشهای اطلاع رسانی عمومی داده‌های عملکرد خدمات سلامت حتی در صورت مثبت نبودن یافته‌ها و پشتیبانی از پایش میان بخشی اثرگذاری سیاستها بر سلامت در سایر بخشها.
- انعکاس جهت‌گیری مراقبتهای اولیه سلامت در کلیه چارچوبهای مربوطه سیاستگذاری و راهبردی.

در سطح استانی

- اصلاح و همراستاسازی سازوکار حاکمیتی یکپارچه معطوف به مراقبتهای اولیه سلامت و فرایندهای برنامه‌ریزی در سطح استانی با هدف توجه به اجزای سه گانه آن.
- بنا نهادن مجامع اجتماع محور با دست اندرکاران متعدد برای پاسخگوی جمعی و اقدام در خصوص مسائل سلامت و مرتبط با آن.
- ایجاد فرهنگ سازمانی پشتیبان پایش و ارزیابی از طریق تبادل دانش، بازخورد باز و مطالبه برای داده‌ها در فرایندهای تصمیم‌گیری.
- تقویت پروتکل‌های مدیریتی معطوف به مراقبتهای اولیه سلامت که مشوق کارنامه‌های ارائه کنندگان، پیمایشهای رضایتمندی بیماران، پیامدهای اظهار شده توسط بیماران و برگه‌های امتیاز متوازن هستند.
- پشتیبانی از کنشگران دولتی، خصوصی و اجتماعی به منظور ایجاد توانمندیهای مشارکت در کلیه اجزای مراقبتهای اولیه سلامت.

- مدافعه‌گری برای تمهیدات نهادی راهبری شده توسط اجتماع که مقامات مسئول مراقبتهای اولیه سلامت در قبال آنها پاسخگو هستند.
- مشارکت در تلاشهای ایجاد فرایندهای فراگیر (بعنوان نمونه، از طریق مشارکت در مجامع برنامه‌ریزی) و پاسخگو کردن رهبران در بخشهای دولتی و خصوصی.
- توزیع گسترده داده‌ها در زمینه عملکرد بخش خدمات سلامت.

جدول ۵ - چارچوبهای سیاستگذاری و حاکمیتی: ابزار و منابع

ابزار و منابع نظام سلامت

Health in All Policies as part of the primary health care agenda on multisectoral action

Health in all Policies training manual

Health in all Policies: Helsinki statement. Framework for country action

Key learning on health in All policies implementation from around the world: information brochure

Primary health care and health emergencies: brief

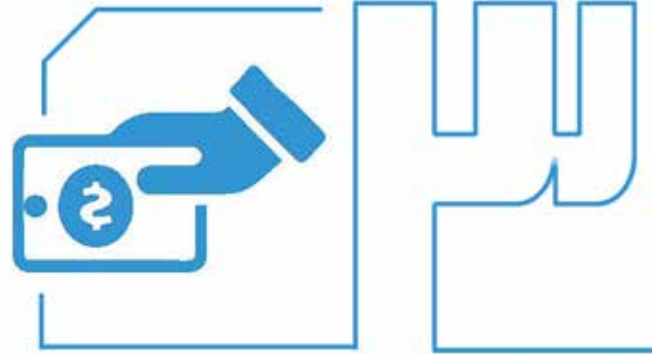
Primary health care and health emergencies (long document)

Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies-Case studies from around the world

Road Map for the Plan of Action on Health in All Policies

Strategizing national health in the 21st century: a handbook

تأمین مالی و تخصیص منابع



تأمین منابع کافی برای مراقبتهای اولیه سلامت که به منظور ارتقای عدالت در دسترسی، ایجاد سازوکار و محیط مشوق، ارائه خدمات و مراقبت باکیفیت و به حداقل رساندن دشواریهای مالی بسیج و تخصیص شده اند.

منابع از سه محل نشأت می گیرند: درآمدهای داخلی دولتی، خانوارهای خصوصی و شرکتها (مخصوصا کمکهایی داوطلبانه از پیش پرداخت شده و پرداخت از جیب) و منابع خارجی که عمدتاً کمکهایی توسعه برای سلامت هستند. ترکیب این سه محل و خاستگاه به میزان چشمگیری میان کشورها هم درون و هم مابین سطوح درآمدی متغیر است. البته کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط در کل و عمدتاً به علت تفاوتها در ظرفیت مالی بیشتر متکی بر پرداخت از جیب هستند (که در عین حال یکی از عوامل دسترسی ناعادلانه و دشواری مالی برای افراد پرداخت کننده است) اما در کشورهای دارای درآمد بالا و متوسط بالا، تأمین مالی داخلی دولتی اغلب بیش از سایر منابع است. تأمین مالی خارجی فقط بخش کوچکی در اکثر کشورهای دارای درآمد متوسط است اما حدود ۳۰ درصد هزینه کرد کلی بخش سلامت بطور متوسط مربوط به کشورهای دارای درآمد پایین می باشد (بنگرید به مأخذ شماره ۱۴).

سهام منابع داخلی صرف شده در حوزه مراقبتهای اولیه سلامت به شدت تابع سه عامل زیر است (بنگرید به مأخذ شماره ۱۵):

- سهم تولید ناخالص ملی که به هزینه کرد کلی دولت واریز می گردد (که به نوبه خود تابعی از ظرفیت مالی است).
- سهم هزینه کرد کلی دولت که فراتر از سلامت است.
- سهم هزینه کرد سلامت دولت که به مراقبتهای اولیه سلامت واریز می شود.

تغییر و تنوع قابل ملاحظه ای مابین کشورها در خصوص عوامل سه گانه فوق وجود دارد و از گذشته، کمیت سازی هزینه کرد در خصوص مراقبتهای اولیه سلامت دشوار بوده است. روش شناسی برای در نظر گرفتن هزینه کرد سلامت (نظام حسابهای سلامت ۲۰۱۱) شامل سنجه مستقیم هزینه کرد در خصوص مراقبتهای اولیه سلامت نیست اما سازمان جهانی بهداشت اولین داده های مقدماتی را با تخمین این هزینه کرد در کنفرانس جهانی مراقبتهای اولیه سلامت منتشر نمود (بنگرید به مأخذ شماره ۱۶). البته شایان ذکر است که تعریف جاری هزینه کرد تخمینی مراقبتهای اولیه سلامت بنا به محدودیتهای فنی شامل هزینه کرد برای کارکردهای متعدد سلامت دولتی، توانمندسازی مردم و اجتماعات یا ماهیت چندبخشی مراقبتهای اولیه سلامت نیست. مراقبتهای اولیه سلامت کارآمدترین روش برای نیل به پوشش همگانی سلامت است اما تأمین مالی کلی برای این مراقبتها کافی نیست. در میان ۱۶ کشور دارای درآمد پایین که داده های آنها موجودند، هیچیک در سال ۲۰۱۶ بیش از سرانه ۵۰ دلار آمریکا برای مراقبتهای اولیه سلامت هزینه نکردند و فقط پنج کشور در میان آنها بیش از سرانه ۳۰ دلار آمریکا برای این مراقبتها صرف نمودند (بنگرید به مأخذ شماره ۱۷).

در چارچوب مراقبتهای اولیه سلامت، منابع مالی باید به شکلی معقول میان مراقبتهای اولیه، مداخلات سلامت عمومی و ابتکارات عمل مروج مشارکت اجتماعی و هماهنگی چندبخشی تخصیص شود. چالش عمده ای در بسیاری از کشورها در سطح گسترده تر نظام سلامت عبارتست از دریافت سهمهای بودجه های سلامت به شکلی به شدت نامتناسب توسط مراکز مراقبتهای ثالث. این عدم توازن هم باعث کاهش منابع مالی موجود برای مراقبتهای اولیه سلامت و هم افزایش هزینه ها برای کل نظام سلامت می گردد و اتکای بیش از حد بر بیمارستانها برای ارائه خدمات مراقبتهای اولیه عامل قابل ملاحظه ناکارآمدی در بسیاری از کشورها است.

کارآمدترین رویکرد برای افزایش تأمین مالی داخلی برای مراقبتهای اولیه سلامت به شدت به دو عامل زیر بستگی دارد: هم ملاحظات سیاسی و اقتصادی محلی و هم نقطه آغاز کشور (بعنوان نمونه، راه حل در کشوری که درآمد خیلی کمی را بعنوان سهم تولید ناخالص ملی خود ایجاد می کند احتمالاً از کشوری که درآمد کلی و کافی فراهم می نماید اما فقط

سهم کوچکی را به سلامت اختصاص می‌دهد متفاوت خواهد بود). بطور کلی، تلاشها برای افزایش منابع مراقبتهای اولیه سلامت و مصرف آنها به کارآمدترین شکل باید در راهبرد گسترده تر تأمین مالی سلامت پوشش دهنده کل بخش سلامت لحاظ شوند. تدوین یا به روزسازی راهبرد تأمین مالی سلامت باید با همکاری مجموعه دست اندرکاران هم داخل بخش سلامت و هم خارج از آن (ازجمله وزارتخانه‌های امور مالی) انجام گردد. بعنوان مثال، همکاری با سایر بخشها در برخی از کشورها به اعمال مالیات ارتقای سلامت بر محصولات پراسیب مانند تنباکو و الکل منجر شده است که چنین مالیاتی نه تنها باعث گسترش محیطهای سالمتر و کاهش بار کلی سلامت خواهد شد بلکه به افزایش منابع برای سلامت نیز کمک می‌کند.

در چنین رویکردی باید به مسائل کلیدی مرتبط با تخصیص منابع درون بخش سلامت توجه شود و در چارچوب مراقبتهای اولیه سلامت، مبالغ مالی باید به شکلی معقول میان مراقبتهای اولیه، مداخلات سلامت عمومی و ابتکارات عمل مروج مشارکت اجتماعی و هماهنگی چندبخشی تخصیص شود. چالش عمده‌ای در بسیاری از کشورها در سطح گسترده تر نظام سلامت عبارتست از دریافت سهمهای بودجه‌های سلامت به شکلی به شدت نامتناسب توسط مراکز مراقبتهای ثالث. این عدم توازن هم باعث کاهش منابع مالی موجود برای مراقبتهای اولیه سلامت و هم افزایش هزینه‌ها برای کل نظام سلامت می‌گردد و اتکای بیش از حد بر بیمارستانها برای ارائه خدمات مراقبتهای اولیه عامل قابل ملاحظه ناکارآمدی در بسیاری از کشورها است. عدم توجه به ناکارآمدیها در سایر بخشهای نظام سلامت نیز به علت ایجاد مبنای تخصیص مجدد در جهت مراقبتهای اولیه سلامت از سوی چنین اقداماتی اهمیت خواهد داشت.

مسئله چگونگی کاربرد منابع بسیج شده برای پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت در بخش ۶-۳ بحث شده است.

جدول ۶ - تأمین مالی و تخصیص منابع: اقدامات و مداخلات

در سطح ملی

- تضمین توجه صریح به مراقبتهای اولیه سلامت در راهبردهای تأمین مالی سلامت.
- پایش سطح هزینه کرد مراقبتهای اولیه سلامت از طریق تحلیل حسابهای ملی سلامت و همچنین تحلیلهای عمیقتر شامل بررسیهای هزینه کرد بخش دولتی.
- تقویت نظامهای مدیریت دولتی به منظور ایجاد امکان بودجه‌بندی همراه با بودجه‌بندی و اجرای بودجه با اثربخشی و کارآمدی بیشتر و عادلانه‌تر در بخش سلامت شامل مراقبتهای اولیه سلامت.
- تدوین شاخصهای کلیدی عملکرد برای مراقبتهای اولیه سلامت به منظور پایش تخصیص منابع.

در سطح استانی

- پایش توزیع منابع مالی دولتی در کلیه سازوکارهای متعدد ارائه خدمات درون واحدهای استانی و همچنین تفاوتهای در تخصیص سرانه سلامت در کلیه سطوح استانی.
- توسعه ظرفیت در سطح استانی برای پایش هزینه کردها و تحلیل و توجه به موانع استفاده از خدمات سلامت.

- مدافعه‌گری برای افزایش شفافیت با توجه به هزینه کرد دولتی در زمینه سلامت و بهبود کارآمدی در صرف تخصیصات موجود شامل مراقبتهای اولیه سلامت.
- ظرفیت‌سازی برای پایش فرایندهای بررسی بودجه و هزینه کرد.
- شکلهای ائتلافات با گروههای جامعه مدنی که بررسیهای گسترده بودجه و هزینه کرد را (که مختص بخش غیرسلامت هستند) اجرا می‌کنند.

جدول ۷ - تأمین مالی و تخصیص منابع: ابزار و منابع

منابع و ابزار نظام سلامت

A system-wide approach to analysing efficiency across health programmes

Building the economic case for primary health care: a scoping review

Community health planning & costing tool

Global Health Expenditure Database estimations of primary health care expenditure

Integrated Community Case Management Gap Analysis Tool Forthcoming, UNICEF

One Health Tool

Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report

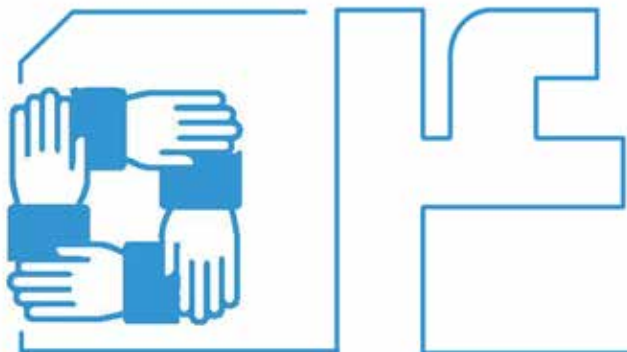
Strengthening Primary Health Care through Community Health Workers – Investment Case and Financing Recommendation

UHC intervention compendium

Forthcoming, WHO

WHO CHOICE

مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست اندرکاران



تأمین منابع کافی برای مراقبتهای اولیه سلامت که به منظور ارتقای عدالت در دسترسی، ایجاد سازوکار و محیط مشوق، ارائه خدمات و مراقبت باکیفیت و به حداقل رساندن دشواریهای مالی بسیج و تخصیص شده اند.

ایجاد روابط همکاری که به دست اندرکاران امکان تعریف مشترک نیازهای سلامت شناسایی راه حلها و اولویت بندی اقدامات را از طریق سازوکارهای اثربخش و متناسب موقعیت نقشی محوری در مراقبتهای اولیه سلامت خواهد داد. نهادهای ساز پیگیری سلامت در میان مردم و اجتماعات توانمند شده و مشارکت کننده باعث احیای تعهد مراقبتهای اولیه سلامت به تمرکز مجدد بر رویکرد تمامی افراد و اجتماع به جای بیماری می گردد. بنابراین، مشارکت دادن اجتماعات باید بخشی از راهبرد جامع تغییر جهت گیری نظامهای سلامت برای برآورده کردن انتظارات و نیازهای جمعیت و همچنین توجه به بسترهای اجتماعی در حال تغییر باشد.

اجتماعات متشکل از دامنه متنوع کنشگران شامل افراد مصرف کننده خدمات سلامت و خانوادههای آنها، افراد غیر کارشناس و حوزههای بخش خصوصی (هم انتفاعی و هم غیرانتفاعی) شامل سازمانهای جامعه مدنی (بعنوان نمونه، گروههای مصرف کننده، سازمانهای اجتماع محور، ایمان محور و مردم نهاد و همچنین گروههای متبوع) هستند. مردم و اجتماعات و ظرفیت، تمایل و سازوکارهای آنها برای مشارکت دائماً در حال رشد و تغییر هستند که این امر تا حدودی ناشی از تغییر ابعاد اجتماعی دارای اثرگذاری عمیق بر فرایند مشارکت و همچنین سلامت و تندرستی کلی دارد. بعنوان مثال، عواملی از قبیل جهانی شدن، تردد جمعیتی، بحرانهای بشردوستانه و مخاصمات باعث تغییرات بنیادین در ساختارها و رفتارهای اجتماع (از جمله فروپاشی خانوادههای گسترده و انزوای فراینده مراقبین) می گردند. توجه به اینگونه ابعاد انسانی و اجتماعی در رویکرد مردم محور و مشارکت اثربخش اجتماع تعیین کننده است.

“
نهادهای ساز پیگیری سلامت در میان مردم و اجتماعات توانمند شده و مشارکت کننده باعث احیای تعهد مراقبتهای اولیه سلامت به تمرکز مجدد بر رویکرد تمامی افراد و اجتماع به جای بیماری می گردد.
”

بخشهای کشاورزی و توسعه دارای تاریخچه طولانی مشارکت اجتماع در پروژهها هستند (بعنوان نمونه، توسعه اجتماع محور و اقدام و یادگیری مشارکتی). تلاشهای بیشتر اخیر بر ارائه کمک از طریق توسعه مشترک و مالکیت محلی داشته اند (بعنوان نمونه، "انجام توسعه به شکلی متفاوت"). بخش سلامت نیز چارچوبها و الگوهای مرتبطی را در ارتباط با توانمندسازی و مشارکت اجتماع از زمان اعلامیه آلماتی در ۱۹۷۸ تدوین نموده است (بنگرید به مأخذهای شماره ۱۸ الی ۲۰).

مشارکت اجتماع و جمعیت در سلامت را می توان در سطوح سه گانه درهم تنیده زیر در نظر گرفت: حاکمیت نظامهای سلامت،

برنامه ریزی و اولویت بندی و اجرا و ارائه خدمات سلامت. در هر یک از موارد فوق، مشارکت اجتماع در پی شناسایی مصالح و اولویتهای دست اندرکاران و هم راستاسازی اهداف و اقدامات مشترک است. در این راستا، مردم هم مالکین مشترک و هم تولیدکنندگان مشترک سلامت هستند و نقش محوری را در بهبود پوشش و ارائه خدمات و تأثیرگذاری بر برنامه ریزی و اولویت بندی ملی سلامت ایفا می نمایند. رویکردهای حاکمیتی باید پشتیبان این نقشها از طریق ایجاد محیطهای توانمندساز حامی اعتماد و احترام متقابل ضروری برای گفتگو، شراکت و اقدام مشترک معنادار باشند. علاوه بر این، پاسخدهی نظامهای سلامت به آرای مردم و اجتماعات از جمله از طریق تخصیص منابع به اولویتهای و نیازهای شناسایی شده باید در این رویکردها تضمین گردند.

اجتماعات و دست اندرکاران همچنین نقش مهم دوگانه ای را در پاسخگویی ایفا می کنند: پاسخگو کردن نظامهای سلامت در قبال نیازهای جمعیتها تحت پوشش و کمک به پاسخگویی در حکمرانی، برنامه ریزی، ارائه و ارزیابی مراقبتهای سلامت. ایجاد محیطهای مشوق پاسخگویی مستلزم سرمایه گذاری دولتها در ظرفیت سازی اجتماعات

است (بعنوان نمونه، برنامه‌های ارتقای سواد سلامت) و همچنین دولت‌ها.

مشارکت راهبرد یا مداخله انفرادی جداگانه‌ای نیست بلکه روش مستمر مختص کل نظام است. همانطور که قبلاً نیز ذکر شد، اجتماعات نه همگن هستند و نه ایستا و هر یک دارای تاریخچه و پویایی دائمی در حال تغییر خود می‌باشند. پاسخ به نقطه نظرات در حال تغییر، واگرا و در برخی شرایط متضاد حوزه‌ها در هر اجتماع (بعنوان نمونه، میان گروه‌های سنی جوان و سالمند) مستلزم دامنه‌ای از راهبردها و فرایندها در سطوح متعدد است.

تدوین این راهبردها یا فرایندها شاید شامل بسیج از طریق ساختارهای مختص سلامت (مانند کمیته‌های سلامت، گروه‌های مدافعه‌گری بیماران، برنامه‌های پژوهشی مشارکتی و کارکنان بهداشتی-درمانی) و همچنین ساختارهای دارای گستردگی بیشتر (ازجمله کمیته‌های روستایی، گروه‌های زنان و انجمن‌های توسعه روستایی) می‌باشند. روش‌های مختلف مشارکت دادن را می‌توان در سطوح ملی، استانی و محلی بکار برد که شامل دامنه‌ای از اقدامات ساده برای کسب بازخورد (مانند صندوق‌های پیشنهادات) تا ارائه فعال درونداد (ازجمله از طریق هیئت‌های مشورتی اجتماع) و تعامل گسترده‌تر در راهبری و یا مدیریت مشترک خدمات سلامت (بعنوان نمونه، از طریق مشارکت در نهادهای حاکمیتی و یا تصمیم‌گیری در زمینه تخصیص منابع) می‌گردند. انتخاب رویکردها باید مرتبط و مختص موقعیت باشد و مطابق با تجارب و نیازهای در حال تغییر اجتماعات تحول پیدا کنند.

نیازها، حقوق و فراگیری گروه‌های آسیب‌پذیر، به حاشیه رانده شده و محروم باید در تمامی مراحل مشارکت دادن اولویت‌بندی شوند. این گروه‌ها اغلب دارای نیازهای خاص هستند اما معمولاً فاقد منابع و فرصتهای مشارکت در سازوکارهای سنتی تعامل می‌باشند. بنابراین، شمول آنها نیازمند فرایندهای منعطف و تطبیق‌پذیر و همچنین ایجاد محیط‌های ایمن و قابل اعتماد شکل گرفته تدریجی از طریق تلاش‌های عمدی و پایدار است.

مشارکت دادن حوزه‌های بخش خصوصی باید با توجه صریح به منافع و اهداف آنها که الزاماً همراستا با منافع و مصالح عمومی نیستند انجام گردد. چالش‌های بالقوه عبارتند از موارد حل و فصل نشده تضاد منافع، مصادره نظارت‌کنندگان (که در طی آن سازمان‌های قانونگذار حافظ منافع صناعی می‌گردند که قاعدتاً باید بر آنها پایش و نظارت داشته باشند) و همچنین سؤاستفاده از توان بازار. در شرایطی که اهداف دارای تطابق تنگاتنگ هستند (مانند گروه‌های غیرانتفاعی)، دولت‌ها می‌توانند برای مهار اثربخش این تلاش‌های پراکنده در راستای کمک به برآورده کردن اهداف سلامت دولت‌ها و جمعیت‌ها تلاش کنند. بعنوان مثال، شاید اطلاعات دولت در زمینه ارائه کنندگان غیرانتفاعی کامل نباشد یا آنکه دولت‌ها فاقد سازوکارهای حاکمیتی لازم برای همراستاسازی فعالیت‌ها با اولویت‌ها و نظام‌های ملی سلامت باشند. نهایتاً وقوف به امکان استیلای منافع تجاری بر گروه‌های مصرف‌کننده بعنوان بخشی از فرایند مشارکت دادن ضروری است (بنگرید به مأخذ شماره ۲۱).

جدول ۸ - مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست اندرکاران: اقدامات و مداخلات

در سطح ملی

- در گفتگو با سیاستگذاران و رهبران به منظور تقویت ایجاد محیطها و فرهنگهای پشتیبان اقدامات توأم با همکاری مشارکت کنید و روشهای بین حرفه‌ای کار را تسهیل نمایید.
- نقشه‌کشی اجتماع و دست‌اندرکاران را اجرا کنید. بطور مرتب، نقاط قوت روابط اجتماع و دست‌اندرکاران را ارزیابی نمایید و فرایندها را برای درک نیازها و ترجیحات آنان در نظر بگیرید. از این اطلاعات برای بهینه‌سازی مشارکت دادن و تسهیل توانمندسازی استفاده کنید.
- با دست‌اندرکاران ملی، استانی و محلی و گروهها در راستای شناسایی و تقویت سازوکارهای مشارکت دادن اجتماعات در فرایندهای حاکمیتی، برنامه‌ریزی و اولویت‌بندی (شامل تخصیص منابع) و ارائه خدمات به شراکت بپردازید.
- تلاشهای خاصی را برای حمایت از مشارکت مردم و اجتماعات در سازوکارهای پاسخگویی شامل مشارکت دادن بخشهای اجتماع که شاید در غیر این صورت در فعالیتهای حضور نداشته باشند (مانند گروههای آسیب‌پذیر و محروم یا شاید جوانان و سالمندان) انجام دهید.
- سواد سلامت و رویکردهای مربوطه حامی اعضا و گروههای اجتماع را برای مشارکت اثربخش در سلامت ارتقا دهید.
- در تلاشهای ظرفیت‌سازی به منظور تضمین آگاهی اجتماعی نسبت به نقشها و حقوق آنها و برخورداری از ابزار و منابع برای مشارکت کامل و ورود به شراکتهای معنادار مشارکت کنید.
- از تلاشهای سازمانهای جامعه مدنی برای مشارکت فعالتر در بهبود عملکرد نظام سلامت پشتیبانی نمایید.
- برنامه‌های آموزشی را برای کارشناسان سلامت در خصوص مشارکت اجتماع تدوین کنید و این برنامه‌ها را در برنامه درسی ملی آموزش پزشکی ادغام نمایید.
- نقشه‌کشی و تحلیل دست‌اندرکاران را به منظور تضمین مشارکت و توانمندسازی بهینه دست‌اندرکاران و اجتماعات مربوطه اجرا نمایید.

در سطح استانی

- از پایه‌ریزی ساختارها (بعنوان نمونه، کمیته‌های سلامت) در سطوح ناحیه، شهر و روستا و همچنین مشارکت کلیه گروههای اجتماعی در این ساختارها پشتیبانی نمایید.
- از تلاشهای تقویت گفتگو مابین عناصر مختلف اجتماع (مانند سازمانهای جامعه مدنی، مقامات مسئول محلی، بخش خصوصی و نهادهای دانشگاهی) حمایت نمایید.
- تدوین برنامه‌های اقدام را مطابق با شرایط اجتماع پاسخگوی اهداف و نیازهای شناسایی شده جمعی ارتقا دهید.
- ظرفیتهای مقامات مسئول محلی را برای استفاده از ابزار و روشهای برنامه‌ریزی و اجرای مشارکتی ارزیابی و تقویت کنید.
- سازوکارهای پایش اجتماع را برای پایش موارد همه‌گیری، طغیان و بیماری دارای اولویت بالا (بعنوان نمونه، سازمانهای جامعه مدنی و مؤسسات دانشگاهی) ایجاد کنید.
- رابطین را برای مشارکت دادن اجتماع در بخشهای مختلف وزارتخانه‌های بهداشت (مانند افراد مسئول برنامه‌ریزی، بودجه‌بندی و پایش) و در کمیته‌های سلامت استانی (ازجمله ناحیه) منصوب کنید.

- نسبت به آگاه بودن افراد و اجتماعات از حقوق خود و آنچه را که باید از ارائه کنندگان مراقبت سلامت انتظار داشته باشند اطمینان حاصل نمایید.
- تضمین نمایید که فرصتها و سازوکارها برای افراد و اجتماعات در خصوص ارائه بازخورد پیرامون پاسخ‌دهی و تجربه آنها درباره مراقبت / خدمات موجود هستند.
- با سازمانهای جامعه مدنی به منظور ایجاد سواد محلی سلامت، احداث سازوکارهای پاسخگویی اجتماع محور و ابتکارات عمل محلی مدافعه‌گری برای توجه به مشارکت در حاکمیت، برنامه‌ریزی، اولویت‌بندی و اجرای سلامت به شراکت پردازید.
- از تشکیل انجمنها یا شبکه‌های مشوق مشارکت فراگیرتر در حاکمیت، برنامه‌ریزی، اولویت‌بندی و اجرا حمایت کنید.
- فرصتها را در اختیار افراد و اجتماعات برای مشارکت در سازوکارهای مبتنی بر نقاط قوت و داراییهای محلی، شناسایی مشکلات، تدوین راه حلها و اولویت‌بندی اقدامات بهبود دهنده اجرا، پایش و ارزیابی خدمات سلامت قرار دهید.

جدول ۹ - مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست اندرکاران: ابزار و منابع

منابع و ابزار نظام سلامت

Community health planning & costing tool
 Community planning toolkit
 Community tool Box
 Compassion resilience toolkit
 Minimum Quality Standards for Community Engagement
 Realising the value: Ten key actions to put people and communities at the heart of health and wellbeing
 Who community engagement framework for quality, people-centred and resilient health services
 Who Handbook on Social Participation for Universal Health Coverage
 Forthcoming WHO
 UHC2030 civils society consultation
 Working Together: A toolkit for health professionals on how to involve the public

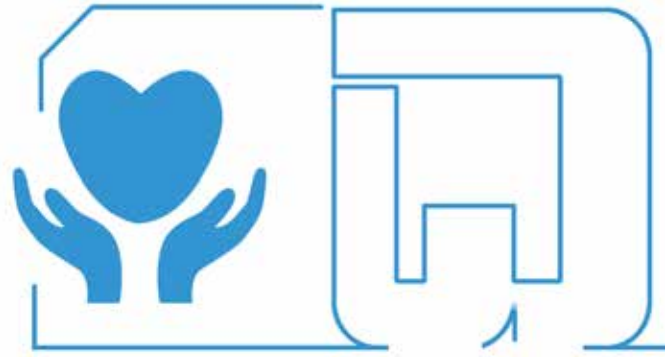
منابع و ابزار مختص برنامه

An evidence map of social, behavioural and community engagement interventions for reproductive, maternal, newborn and child health
 WHO recommendation on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health
 Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health (with toolkit for implementation)



اهرمهای عملیاتی





الگوهای مراقبت

الگوهای مراقبتی ارتقا دهنده مراقبت اولیه با کیفیت و مردم محور و کارکردهای اساسی سلامت عمومی بعنوان خدمات یکپارچه سلامت در طی کل دوران زندگی.

الگوی مراقبتی عبارتست از مفهوم سازی چگونگی ارائه خدمات شامل فرایندهای مراقبت، سازماندهی ارائه کنندگان و مدیریت خدمات تحت حمایت شناسایی نقشها و مسئولیتهای ارائه کنندگان و سازوکارهای مختلف در مسیرهای مراقبت. الگوی مراقبت در پاسخ به اولویتها و اهداف در حال تغییر سلامت جمعیت و به منظور بهبود عملکرد نظام سلامت تکامل می یابد. این الگو باید در راستای بهینه سازی اثربخشی، عدالت و کارآمدی سازگار گردد و به نوبه خود حاوی پیامدهایی برای تمهیدات عناصر ساختاری (حاکمیت، تأمین مالی، نیروی کار، محیط فیزیکی، نظامهای اطلاعات و سایر فناوریهای سلامت) است که باید برای تسهیل الگوی مطلوب به کار روند. انواع مختلف الگوهای مراقبت می توانند در کنار همدیگر در یک نظام سلامت وجود داشته باشند و برای ارائه کارکردهای مورد نیاز متنوعی درون آن نظام به کار روند. الگوهای موفق مراقبت در پاسخ به پایش عملکرد دائم جمعیتها، نیازهای سلامت و موقعیتهای در حال تغییر با هدف تضمین برخورداری همگان از مراقبت درست در زمان درست توسط تیم درست و در مکان درست تغییر و رشد می نمایند.

الگوهای مراقبت باید با توجه به بسترهای محلی طراحی گردند چراکه اثربخشی موارد ضروری و امکان پذیر قطعا و مسلما در موقعیتی شکننده و متأثر از مخصصات در مقایسه با کشوری دارای درآمد متوسط بالا و برخورداری

از ثبات و یا در میان اجتماعات شهری و روستایی متفاوت خواهد بود. با این وجود، برخی از اصول در تمامی بسترها و موقعیتهای مشترک هستند. اولاً، الگوهای مراقبت باید مروج خدمات یکپارچه سلامت باشند و مراقبتهای اولیه و کارکردهای سلامت عمومی را به شکلی راهبردی اولویت بندی نمایند و هماهنگی مناسب مابین آنان را تضمین کنند. در بررسی تهیه شده برای کنفرانس جهانی مراقبتهای اولیه سلامت، الگوهای شش گانه کارکردهای ادغام سلامت عمومی و مراقبتهای اولیه شناسایی شدند (بنگرید به مأخذ شماره ۲۲):

- کارشناسان سلامت عمومی ادغام شده در مراقبتهای اولیه.
- همکاری ارائه کنندگان مراقبتهای اولیه و خدمات سلامت عمومی با همدیگر.
- بسته های جامع و فعال مزایای شامل سلامت عمومی.
- خدمات مراقبتهای اولیه درون موقعیتهای سلامت عمومی.
- ایجاد انگیزه های سلامت عمومی در مراقبتهای اولیه.
- آموزش چندرشته ای کارکنان مراقبتهای اولیه در سلامت عمومی.

ثانیا، تعریف و جهت گیری نظامهای سلامت در سطح خدمات مراقبتهای سلامت انفرادی باید در راستای تسهیل موارد ذیل مورد بازبینی قرار گیرند: دسترسی نزدیکتر افراد ساکن به خدمات (بعنوان نمونه، مراقبتهای در منزل و اجتماع محور، مراقبتهای اولیه در مراکز مراقبتی درازمدت، واحدهای جنبی توانبخشی در بیمارستانهای محلی، واحدهای مختص مراقبتهای اورژانس در مراکز جامع سلامت و بیمارستانها در سطح اول)، توجه به موقعیت (از جمله شرایط زندگی، حمل و نقل عمومی، موجودیت حمل و نقل اورژانس و مراقبت پیش از بیمارستان)، ترجیحات مردم و هزینه اثربخشی. علاوه بر این، باید نسبت به تعیین قرار داشتن مراقبت سلامت هم بعنوان نقطه اول و هم بعنوان نقطه معمول تماس در کانون نظام سلامت با ارتباطات جافتاده با تمامی سایر سازوکارهای ارائه از طریق نظامهای اجرای ارجاع و بازگشت ارجاع در نظامهای سلامت اطمینان حاصل نمود.

در چنین تغییر جهت گیری، ساختارها یا کارکردهای راهنمای بیماران به مناسبترین مکان برای دریافت مراقبت

“
الگوهای موفق مراقبت در پاسخ به پایش عملکرد دائم جمعیتها، نیازهای سلامت و موقعیتهای در حال تغییر با هدف تضمین برخورداری همگان از مراقبت درست در زمان درست توسط تیم درست و در مکان درست تغییر و رشد می نمایند.
”

در خصوص وضعیتی خاص شاید در الگوی مراقبت تعریف گردند. کارکرد نگهداری را می‌توان به ارائه کنندگان مراقبت‌های اولیه به منظور تضمین نقش آنها در اولین نقطه تماس برای اکثر شرایط، مسئولیت آنها برای ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه و همچنین هماهنگی و ارجاع مراقبت به سایر مراکز و سازوکارها تفویض نمود. همچنین، مراقبت‌های اولیه خارج از ساعت اداری را می‌توان برای شرایط فوری یا حاد حساس به زمان ایجاد نمود. چنین شرایطی را می‌توان یا در مراقبت‌های اولیه به شکلی ایمن مدیریت نمود یا به سایر سازوکارهای ارائه سایر خدمات ارجاع کرد که خود مستلزم احداث واحدهای اورژانس در مراکز جامع سلامت و یا بیمارستانهای سطح اول با هدف تضمین پاسخ بهنگام به نیازهای اضطراری سلامت است. نقش بیمارستانها باید مورد توجه قرار گیرد. سهم قابل ملاحظه کارکنان بخش سلامت، فناوری و منابع مالی هر کشور در بیمارستانها متمرکز است. آنها مسئول آموزش بسیاری از کارشناسان بخش سلامت هستند و از قدرت سیاسی، اقتصادی و اجتماعی تسهیل یا ممانعت از تحول نظام سلامت برخوردارند. بیمارستانها در راستای تسهیل جهت‌گیری مراقبت‌های اولیه سلامت باید از تعریف سنتی خود بعنوان ساختمانهای فیزیکی (متشکل از دیوار و تخته‌خواب) فاصله بگیرند و خود را در قالب تشکیلات انعطاف‌پذیر جذب کننده منابع نادر در نظر بگیرند و در راستای مصالح عموم عمل نمایند. علاوه بر این، بیمارستانها باید جایگاه منزوی خود را بعنوان نهادهای منحصرا مسئول بیماران نیازمند مراقبت بسیار تخصصی حاد کنار بگذارند و به جای آن، مسئولیت مشترکی را با سایر ارائه کنندگان مراقبت برای سلامت جمعیت دربر بگیرند. بیمارستانها باید همچنین تمرکز خود را از اجرای فعالیتهای مقطعی فوری و حاد به تمرکزی گسترده‌تر و نهایتا کارآمدتر بر مسیرهای یکپارچه مراقبت گسترش دهند.

ثالثا، الگوهای مراقبت باید به جای تمرکز بر بیماریهای خاص (مخصوصا با توجه به اهمیت فزاینده درمان اختلالات متعدد) مروج مراقبت‌های مستمر، جامع، هماهنگ، فردمحور و مردم محور باشند. نهایتا این الگوها باید همراه با تشخیص نقش اساسی مراقبت‌های اولیه سلامت در توجه به مشکلات موجود و نوظهور سلامت باشند (شامل بارهای در حال تغییر بیماریها که بسیاری از کشورها با توجه به مهار بهتر بیماریهای واگیردار و در عین حال، شیوع بیشتر بیماریهای غیرواگیر مواجه هستند).

را اندازه‌گیری تیمهای چندرشته‌ای یکی از راهبردهای مهم برای تضمین اتخاذ جهت‌گیری مراقبت‌های اولیه سلامت در الگوهای مراقبت است (همانطور که در بخش ۲-۳ نیز بحث شد). الگوی یکسانی برای این تیمها وجود ندارد اما آنها عموما متشکل از دامنه‌ای از مهارتها و حرفه‌ها از جمله کارکنان بهداشتی-درمانی اجتماع، پرستاران، پزشکان خانواده، داروسازان، متخصصین تغذیه، مددکاران اجتماعی، کارشناسان طب سنتی و کارکنان اداری / مدیریتی به منظور پاسخ به نیازهای کامل افراد تحت پوشش خود هستند. مرتبطسازی کارکنان بهداشتی-درمانی اجتماع با کارکنان مستقر در مراکز سلامت جنبه بسیار مهمی هم برای ارتقای کیفیت مراقبت ارائه شده از سوی این مراقبین و هم به خاطر نقش بسیار مهم آنها در ایجاد ارتباط مابین اجتماعات و مراکز سلامت و ارائه خدمات جمعیت محور است.

راهبرد مشترک دیگر عبارتست از واگذاری امور سلامت اجتماعات مشخص شده به گروههای خاص در طی فرایند نام‌نویسی. فرایند مذکور که به آن فهرست‌بندی یا ثبت نام نیز اطلاق می‌گردد شامل انتصاب بیماران یا جمعیتها به مراقبین، تیمها یا مراکز مشخص مراقبت سلامت می‌گردد. انتصاب ارائه‌کنندگان یا اجباری و یا داوطلبانه و همچنین مبتنی بر منطقه تحت پوشش جغرافیایی یا انتخاب فردی است. نام‌نویسی باعث تشویق ارائه‌کنندگان / تیمها به اتخاذ مسئولیت در قبال رویکرد کل‌نگر نسبت به سلامت مردم تحت پوشش و همچنین تسهیل ارائه کارکردهای هم سلامت عمومی و هم مراقبت‌های اولیه می‌گردد.

الگوهای مراقبت معطوف به مراقبت‌های اولیه سلامت نیازمند اتصال اجزای سه‌گانه این مراقبتها هستند. در بخش تولید طراحی الگوهای مراقبت، مردم و اجتماعات باید در کل عرصه طراحی و سازماندهی این الگوها مطرح باشند و مشارکت اجتماعات نیز باید متقابلا در این الگوها تقویت شوند. در بخش مصرف کنندگان، مشارکت دادن بیماران و پشتیبانی از خودمدیریتی آنها از طریق مداخلات آموزشی و حمایتی گسترش دهنده ظرفیتهای افراد با هدف مدیریت سلامت خود باید در الگوهای مراقبت ارتقا یابند. همچنین، ضرورت دارد که در الگوهای معطوف به مراقبت‌های اولیه سلامت فرصتها برای اقدامات چندبخشی در سطوح ملی، استانی و اجتماع برای توجه به مؤلفه‌های دارای گستردگی بیشتر سلامت ایجاد گردند (بنگرید به مآخذ شماره ۲۳). ادغام خدمات سلامت و خدمات مراقبت اجتماعی از جمله مواردی است که اهمیت آن در توجه به نیازهای جمعیت در حال افزایش است.

حاکمیت، پاسخگویی، تأمین مالی برای نتایج، تمهیدات نیروی کار سلامت و اجتماعی، تهیه و کاربرد راهکارها و ابزار شواهدمبنّا (ازجمله مسیرهای مراقبت، راهکارهای بالینی و پروتکلها و استانداردهای مرکز)، فرایندهای مدیریت و سازماندهی مراکز (ازجمله نظارت حمایتی، مدیریت منابع و مشارکت دادن کارآمد اجتماع) و نظامهای اطلاعات موجود همگی عوامل تعیین کننده موفقیت الگوهای مراقبت هستند (بنگرید به مأخذهای شماره ۲۳ الی ۲۹). علاوه بر موارد فوق، بررسی امکانات ایجاد شده توسط فناوریهای جدید در طراحی الگوهای جدید مراقبت ارتقا دهنده خدمات یکپارچه سلامت مهم است. نوآوریها در الگوهای ارائه مراقبت ازجمله موارد تسهیل شده توسط فناوریهای دیجیتال سلامت (بنگرید به بخش ۷-۳) باعث تسهیل بهبود مستمر در پاسخدهی و کارآمدی نظام خواهند شد. بعنوان مثال، در صورت دسترسی کارکنان بهداشتی-درمانی اجتماع و کارکنان مستقر در مراکز سلامت به سوابق الکترونیک سلامت بیمار، اطلاعات به روز را درباره بیمار می توان در همان لحظه تبادل نمود و لذا الگوهای کل نگر مراقبت را در جهت تضمین ارائه اطلاعات تکمیلی و تقویت کننده و پیشرفت کیفیت مراقبت از سوی تمامی کارکنان بخش سلامت تسهیل کرد.

جدول ۱۰ - الگوهای مراقبت: اقدامات و مداخلات

در سطح سیاستگذاری

- الگوهای مراقبتی مناسب کشور و موقعیتهای محلی را تدوین نمایید و اصول ارتقای خدمات یکپارچه سلامت جامع را ارتقا دهید (شامل ترکیب مراقبتهای اولیه و سلامت عمومی) و مراقبتهای اولیه را بعنوان نقطه تماس اول و معمول قرار دهید، نسبت به مستمر، جامع، هماهنگ، مردم محور و فردمحور بودن مراقبت اطمینان حاصل نمایید و هم به مسائل موجود و هم به مسائل نوظهور توجه کنید.
- نسبت به بروز شدن چارچوبهای سیاستگذاری برای انعکاس شواهد در خصوص الگوهای موفق مراقبت مانند اهمیت مرتبطسازی کارکنان بهداشتی-درمانی اجتماع و کارکنان مستقر در مرکز اطمینان حاصل نمایید.
- بکارگیری فناوریهای جدید و مناسب سلامت را که باعث تسهیل الگوهای کل نگر مراقبت می گردند در نظر داشته باشید.
- از تدوین الگوهای جدید مراقبت در طی برنامههای آموزشی هدفمند هم برای کارکنان سلامت و هم برای سیاستگذاران حمایت نمایید.
- نظامهای اطلاعات را برای پایش و تسهیل ارزیابی الگوهای مراقبت و تعیین شاخصهای وضعیت موجود تدوین و تقویت نمایید.

در سطح عملیاتی

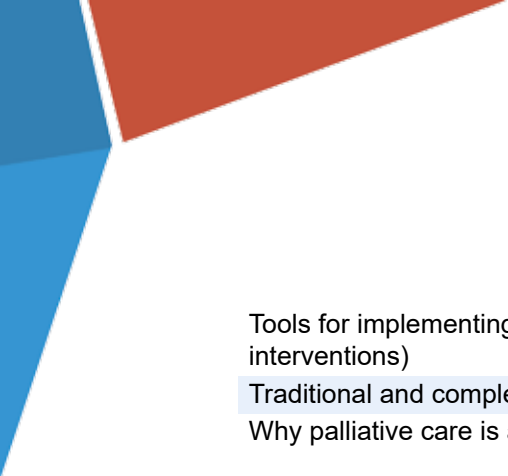
- از رشد و توسعه رهبری و توانمندسازی محلی مردم و اجتماعات درون الگوهای مناسب با نیازهای محلی، مرتبط با سن و حساس به جنسیت پشتیبانی کنید.
- برای ارتباطات همکاری درون تیمهای چند رشته ای، قالبهای رسمی تعریف نمایید.
- نظامهای دو طرفه ارجاع متضمن ارجاع بدون مانع مراکز مراقبتهای اولیه (بعنوان نقطه اول تماس برای اکثر افراد) را به سایر سازوکارهای ارائه خدمات احداث کنید.
- شبکههای ارائه خدمات یکپارچه سلامت را ایجاد نمایید.

توسط مردم و اجتماعات

- به مدافعه گری برای الگوهای مراقبت دربرگیرنده اصول کلیدی مراقبتهای اولیه سلامت بپردازید.
- در طراحی الگوهای جدید مراقبت و بررسی عملکرد آنها مشارکت نمایید.

Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of WHO's framework on integrated, people-centred health services
 Critical pathways towards integrated people-centred health services
 Forthcoming, WHO
 Imbalances in rural primary care: a scoping literature review with an emphasis on the WHO European Region
 Forthcoming, WHO
 Integrating health services: brief
 Local Engagement Assessment and Planning (LEAP): A toolkit for enhancing integrated and people-centred health services
 Forthcoming, WHO
 Primary health care and health emergencies: brief
 Primary health care and health emergencies (long document)
 Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration
 The transformative role of hospitals in the future of primary health care
 UHC intervention compendium Forthcoming, WHO
 Access to rehabilitation in primary health care: an ongoing challenge

Age-friendly Primary Health Care Centers Toolkit
 Child Friendly Communities in ESAR: An Integrated Approach to Community Platforms
 Implementing malaria in pregnancy programs in the context of World Health Organization recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience
 Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services
 Integrated care for older people: realigning primary health care to respond to population ageing
 Mental health in primary care: illusion or inclusion?
 Nutrition-WASH Toolkit, Guide for Practical Joint Actions
 Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers
 Primary health care as an enabler for "ending the epidemics" of high-impact communicable diseases: brief
 Long document forthcoming, WHO
 Sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health in the context of primary health care
 Tackling NCDs-'Best buys' and other interventions for the prevention and control of NCDs
 The AIDS response and primary health care: linkages and opportunities



Tools for implementing WHO PEN (Package of essential noncommunicable disease interventions)

Traditional and complementary medicine in primary health care Forthcoming, WHO

Why palliative care is an essential function of primary health care

کارکنان مراقبت‌های اولیه سلامت



کمیت، سطوح توانمندی و توزیع مناسب کارکنان متعهد چندبخشی مراقبت‌های اولیه سلامت که شامل کارکنان بهداشتی-درمانی مستقر در مراکز سلامت، یاری‌رسانی و اجتماع محور است و از طریق نظارت اثربخش مدیریت و پرداخت مناسب حق الزحمه حمایت می‌گردند.

نیروی کار مراقبت‌های اولیه سلامت شامل کلیه حرفه‌های مشغول در پیوستار ارتقا، پیشگیری، درمان، توانبخشی و مراقبت‌های تسکینی از جمله نیروی کار سلامت عمومی و افراد درگیر مؤلفه‌های اجتماعی سلامت هستند. این نیروی کار همچنین شامل مراقبین (اکثراً زن) است که اقدامات مراقبین برخوردار از حقوق و دستمزد را تکمیل می‌نمایند (بنگرید به مآخذ شماره ۳۰). کارکنان بهداشتی-درمانی در سطح فراتر از ارائه خدمات شامل کارکنان مدیریتی / اداری هستند که برای کارکرد نظام سلامت در تمامی مراکز و موقعیت‌های مختلف مراقبت حائز اهمیت اساسی هستند (مانند کارشناسان اطلاعات و برنامه‌ریزان). کارکنان بهداشتی-درمانی در واقع مسیر تعیین‌کننده‌ای برای هدف شماره ۳ مجموعه اهداف توسعه پایدار (تضمین زندگی سالم و ارتقای تندرستی برای همگان در کلیه سنین) و سایر موارد مرتبط با سلامت مجموعه اهداف مذکور هستند. وجود نیروی کار مناسب، با انگیزه، توانمند، حمایت‌شده و دارای توزیع مناسب برای تقویت مراقبت‌های اولیه سلامت و پیشرفت در راستای پوشش همگانی سلامت ضروری است.

براساس داده‌های سال ۲۰۱۳، تخمین موجود مؤید کمبود جهانی ۱۸ میلیون کارکنان بهداشتی-درمانی برای دستاورد و حفظ پوشش همگانی سلامت تا سال ۲۰۳۰ مخصوصاً در کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط از جمله ۲/۶ میلیون پزشک، ۹ میلیون پرستار و ماما و ۵/۹ میلیون نفر در سایر گروه‌های کارکنان بهداشتی-درمانی است (بنگرید به مآخذ شماره ۳۱).

بهبود موجودیت و توزیع ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه سلامت در موارد کمبودها بسیار ضروری است اما بهبود بهره‌وری و عملکرد نیروی کار موجود نیز از اهمیت زیادی برخوردار است. بکارگیری آمیزه‌ای از مهارت‌های متنوع و پایدار متناسب با مراقبت‌های اولیه سلامت شامل ارتباطات مناسب از طریق تمامی سازوکارهای ارائه خدمات به نیروی کار خدمات اجتماعی متضمن استفاده توأم با اثربخشی و کارآمدی بیشتر منابع و در عین حال، همراستاسازی بهتر با نیازهای اجتماع است. در برخی از موقعیت‌ها، بهینه‌سازی آمیزه مهارت‌های نیروی کار مراقبت‌های اولیه سلامت شامل مهار و جهت‌دهی پتانسیل کارکنان بهداشتی-درمانی اجتماع در حال کار در تیم‌های میان حرفه‌ای مراقبت‌های اولیه است.

راهبرد جهانی سازمان جهانی بهداشت در خصوص منابع انسانی برای سلامت: نیروی کار ۲۰۳۰ (بنگرید به مآخذ شماره ۳۲) و توصیه‌های کمیسیون عالی‌رتبه سازمان ملل متحد در زمینه اشتغال سلامت و رشد اقتصادی حاوی جهت‌گیری راهبردی و گزینه‌های سیاستگذاری برای تقویت نیروی کار سلامت و اجتماعی برای مراقبت‌های اولیه سلامت، پوشش همگانی سلامت و موارد مرتبط با سلامت در اهداف توسعه پایدار هستند.

اهداف چهارگانه راهبرد جهانی منابع انسانی برای سلامت همراه با تأثیرات مستقیم بر نیروی کار مراقبت‌های اولیه سلامت هستند:

- بهینه‌سازی عملکرد، کیفیت و اثرگذاری نیروی کار سلامت از طریق سیاست‌های شواهدمبنای در زمینه منابع انسانی برای سلامت.
- همراستاسازی سرمایه‌گذاری در منابع انسانی برای سلامت با نیازهای جاری و آتی جمعیت و نظام‌های سلامت ضمن توجه به تحولات بازار کار و سیاست‌های آموزشی.
- ظرفیت‌سازی نهادها در سطوح استانی، ملی، منطقه‌ای و جهانی برای متولی‌گری اثربخش سیاستگذاری عمومی، رهبری و حاکمیت اقدامات پیرامون منابع انسانی برای سلامت.
- تقویت داده‌های منابع انسانی برای سلامت با هدف پایش و پاسخگویی راهبردهای ملی و منطقه‌ای شامل راهبرد جهانی.

برآورده کردن این اهداف نیازمند پاسخگویی و تلاشهای هماهنگ برای فائق آمدن بر چالشهای متعدد از جمله تضمین موجودیت و توزیع کافی کارکنان بهداشتی-درمانی، بهبود بهره وری و عملکرد برای افزایش کیفیت مراقبت و ارتقای مدیریت و بکارگیری منابع انسانی است.

نیاز به توجه به هر یک از عوامل فوق در کشورهای مختلف متغیر است. نقطه آغاز برای برنامه‌ریزی اثربخش نیروی کار سلامت همانا شناخت تحولات بازار کار سلامت بر مبنای شواهد متقن با هدف تضمین موجودیت تعداد کافی کارکنان بهداشتی-درمانی دارای مهارت است که به نوبه خود مستلزم شناخت نمایه جاری و آتی نیروی کار سلامت و اجتماعی (کمیت، توزیع، آمیزه مهارتها، آموزش، تنظیم مقررات، ورودی / خروجی، شرایط کاری و پرداخت) است. پاسخ به این چالشها نیز خود ضرورت تلاشهای چندبخشی را شامل تعامل با بخشهای آموزشی، کار و تأمین مالی خواهد بود.

هنگام ارزیابی موجودیت و توزیع نیروی کار سلامت، اتخاذ رویکرد کل‌نگر و پذیرش تیم چندرشته‌ای (تشریح شده در بخش ۱-۳) بعنوان برترین گزینش ارائه مراقبت در اغلب مواقع ضروری است. ارائه مراقبتهای اولیه از طریق تیمهای چندبخشی با کارکرد مناسب نیازمند بهینه‌سازی آمیزه مهارتی کارکنان بهداشتی-درمانی است. هیچ الگوی کاملاً بی‌نقصی برای این تیمها وجود ندارد چراکه هر کشور نیروی کار سلامت و اجتماعی خود را بر مبنای بستر، موجودیت منابع و ظرفیت سرمایه‌گذاری خود سازماندهی می‌نماید. ترکیب مطلوب تیمهای چندبخشی باید همراه با ایجاد امکان ارائه مراقبتهای پیوسته، جامع، هماهنگ و مردم محور باشد.

در برخی از کشورها، راهبردهای مراقبتهای اولیه سلامت بر مبنای الگوهای رهبری شده از سوی پزشکان (پزشک عمومی یا پزشک خانواده) هستند زیرا آن کشورها از مجموعه مهارتی جامع عمومی ضروری برای حل دامنه‌ای از مشکلات ناشی از مراقبتهای اولیه برخوردارند. سایر کشورها شاید به دنبال ترکیب متنوع‌تری از تیمهای مراقبتهای اولیه شامل کارکنان پیراپزشکی، پرستاران و کارکنان بهداشتی-درمانی علاوه بر پزشکان باشند. در برخی موارد فشار بیش از حد بر منابع و مهارتهای موجود، آمیزه مهارتها را شاید بتوان از طریق سازماندهی مجدد طیفهای مختلف عملکردی (که در ادبیات اغلب به آنها "تغییر وظیفه"، "تبادل وظیفه"، "تفویض" یا "جایگزینی" اطلاق می‌گردد) بهینه‌سازی نمود که در طی آن وظایف غیر الزامی انجام شده توسط گروه شغلی خاص را می‌توان به سایر مشاغل از طریق آموزش اضافی گسترش داد و با هدف تضمین عملکرد ایمن تنظیم نمود.

با توجه به ماهیت چندبخشی مراقبتهای اولیه سلامت، توجه به چگونگی مشارکت دادن مشاغل در سایر بخشها از جمله بهداشت آب و پساب، آموزش و محیط زیست و همچنین افراد دارای تخصص در مشارکت دادن افراد و اجتماعات مانند مردم شناسان یا متخصصین توسعه اجتماع نیز مهم است.

توجه به متفاوت بودن مسائل مرتبط با استخدام، آموزش، اعزام و حفظ هر یک از انواع گروههای کارکنان بهداشتی-درمانی و لذا نیاز به راه‌حلهای متفاوت ضروری است. استخدام و ماندگاری کارکنان بهداشتی-درمانی اجتماع یکی از چالشهای مشترک عمده است. در این راستا، برخی از کشورها از طریق رسمی‌سازی نقش خود از جمله با پرداخت و ادغام آنها در نظامهای مراقبتهای اولیه سلامت (از جمله از طریق مرتبطسازی آنها با مراکز سلامت) به حل و فصل این مسئله پرداخته‌اند. راهکارهای سازمان جهانی بهداشت

در خصوص پشتیبانی از سیاستگذاری و نظام سلامت در راستای بهینه‌سازی برنامه‌های کارکنان بهداشتی-درمانی اجتماع حاوی شواهد بیشتری در زمینه ادغام این مراقبین در نظامهای سلامت است (بنگرید به مآخذ شماره ۳۳).

ارتقای موجودیت و توزیع کارکنان بهداشتی-درمانی نیازی اساسی است اما بهبود فرایندها و پاسخگویی برای حداکثرسازی بکارگیری، بهره‌وری و عملکرد نیروی کار موجود نیز بسیار مهم است. نمونه‌های محدودیتهای عملکردی عبارتند از آمیزه مهارتی نامناسب، نقشها و انتظارات نامشخص، شکافها در توانمندی، انگیزه پایین، پرداخت ناکافی و وجود انگیزه‌های نامناسب، فرایندهای کاری و نظارت ضعیف، راهکارهای نامشخص و محیطهای کاری دشوار نیز باعث محدودیتهای عملکردی می‌گردند. لذا حتی در صورت عدم کمبود جدی نیروی کار،

بهبود موجودیت و توزیع ارائه کنندگان مراقبتهای اولیه سلامت در موارد کمبودها بسیار ضروری است اما بهبود بهره وری و عملکرد نیروی کار موجود نیز از اهمیت زیادی برخوردار است.

کارکنان بهداشتی-درمانی همچنان شاید نتوانند مراقبت باکیفیت را ارائه کنند (بنگرید به مأخذ شماره ۳۴). در بخش ۸-۳، جوانب متعدد بهبود کیفیت مراقبت بحث شده‌اند اما بهبودهای ساده در مدیریت منابع انسانی برای سلامت می‌توانند همراه با مزایای مکرر عمده باشند. گام‌هایی همچون تعریف نقشها و مسئولیتها در تیم چندبخشی، بهبود اطلاع‌رسانی، پایان دادن به رفتارها و رویه‌های تبعیض‌آمیز، متوازن‌سازی بار کاری و ارائه نظارت و بازخورد کارکردهای اصلی مدیریت منابع انسانی مناسب هستند که اغلب اوقات به شکلی قاعده‌مند انجام نمی‌شوند. از این رو، سرمایه‌گذاری در ظرفیت‌سازی مدیریت میان کارکنان بهداشتی-درمانی و کارکنان اداری می‌تواند روش مهمی برای بهبود عملکرد باشد.

در اکثر کشورها، مداخلات درست انتخاب شده می‌توانند به تحقق موفقیت‌های سریع و حذف تنگناهای جدی کمک نمایند. البته ایجاد نیروی کار مناسب با هدف مراقبت‌های اولیه سلامت مخصوصاً در کشورهای مواجه با کمبودهای جدی نیازمند پاسخ راهبردی میان‌مدت تا درازمدت است اگرچه برخی از مداخلات کوتاه مدت نیز به تحقق دستاوردهای سریع کمک می‌کنند. پاسخ هماهنگ در سطوح ملی، استانی و اجتماعی با پشتیبانی شرکای جهانی و منطقه‌ای توسعه محور می‌تواند باعث تسریع پیشرفت در جهت ایجاد نیروی کار کافی، توانمند، چندبخشی و برخوردار از توزیع مناسب گردد.

جدول ۱۲ - نیروی کار مراقبت‌های اولیه سلامت: اقدامات و مداخلات

در سطح سیاستگذاری

- سیاستها، راهبردها و برنامه‌های نیروی کار سلامت شواهدمبنای با اولویت سرمایه‌گذاری در نیروی کار مراقبت‌های اولیه سلامت با هدف برآورده کردن نیازهای جمعیت و اجتماع تدوین نمایند.
- مجامع مناسب یا سازوکارهای هماهنگی میان‌بخشی مشارکت‌دهنده وزارتخانه‌های آموزش، کار، امور مالی و برنامه‌ریزی را برای تضمین همراستاسازی حوزه‌ها و دست‌اندرکاران مختلف حول محورهای آموزش، مهارتها، استخدام و پرداخت به نیروی کار سلامت (شامل پشتیبانی از این وزارتخانه‌ها در ادغام نیازهای کارکنان بهداشتی-درمانی در برنامه‌های بخشی آنها) ایجاد نمایند.
- تأمین مالی مناسب را از منابع داخلی و اهداکنندگان برای حفظ عرضه، استخدام، اعزام و ماندگاری نیروی کار مراقبت‌های اولیه سلامت و کاهش خروج زود هنگام بسیج کنید.
- توزیع نیروی کار را از طریق راهبردهای مناسب (ازجمله مقررات، انگیزه‌های مالی و غیرمالی، آموزش) برای اعزام مراقبین اولیه سلامت در مراکز و اجتماعات محروم بهبود بخشید.
- آموزش و مهارت‌های کارکنان بهداشتی-درمانی را با نیازهای اجتماع و جمعیت همراستا نمایید و نهادهای آموزشی را با هدف تعمیم و حفظ پرورش مراقبین اولیه سلامت به میزان و کیفیت مناسب و مرتبط با پاسخ‌دهی به اولویتهای فعلی و آتی سلامت تقویت نمایید.
- طیفهای عملکردی را در صورت ضرورت برای گسترش دسترسی به خدمات اساسی و بهینه‌سازی ارائه مراقبت‌های اولیه مورد سازماندهی مجدد قرار دهید.
- توانمندی حاکمیتی مقامات مسئول ملی نظارتی را با هدف تنظیم مناسب آموزش و عملکرد کارکنان سلامت شامل کنشگران بخشهای دولتی و خصوصی تقویت کنید.
- از تأسیس نهادهای حرفه‌ای مشارکت کننده فعال در گفتگوی سیاستگذاری و ارائه نظارت حمایت نمایید.

در سطح عملیاتی

- نسبت به برخورداری مراقبین اولیه سلامت از توانمندیهای مبنایی ضروری برای ارائه بسته تعریف شده خدمات سلامت اطمینان حاصل نمایید.

- آموزش پیوسته میان حرفه‌ای را برای تیمهای مراقبتهای اولیه سلامت با هدف تضمین برخورداری آنها از مهارتهای گسترده و به روز نهادینه کنید.
- فرایندهای مدیریتی و پاسخگویی را برای بهینه‌سازی انگیزه، رضایتمندی، ماندگاری و عملکرد ایجاد کنید.
- کار آبرومندانه را که متضمن استخدام حساس به جنسیت عاری از خشونت، تبعیض و آزار، بار کاری قابل انجام، پرداخت و مزایای کافی و ایمنی و بهداشت شغلی ارتقا دهید.
- شرح وظایف را برای کلیه مشاغل نیروی کار مراقبتهای اولیه سلامت با توانمندیها، انتظارات و وظایف کلیدی مناسب مرتبط با استخدام، اعزام، عملکرد و پیشرفت شایستگی محور تدوین و اعمال کنید.
- فرصتهای رشد و توسعه شغلی را از طریق ایمنی شغلی، نظارت حمایتی و مسیرهای رشد و توسعه شغلی (ازجمله برای کارکنان بهداشتی-درمانی اجتماع) ارائه نمایید.
- نظامهای اطلاعات نیروی کار سلامت و یا اجرای حسابهای نیروی کار ملی سلامت را به منظور ارائه اطلاعات در عرصه سازوکارها و برنامه‌ریزی و همچنین پایش عملکرد تقویت نمایید.
- ترکیبات نیروی کار جایگزین را بر مبنای موجودیت منابع و مراکز برای پاسخ به جمعیتها و نیازهای سلامت در حال تغییر در نظر بگیرید.
- از مراقبین بدون دستمزد حمایت کافی (نقدی یا غیرنقدی) به عمل آورید.

توسط مردم و اجتماعات

- پاسخگویی کارکنان مراقبتهای اولیه سلامت را در سطوح اجتماع، یاری‌رسانی و مراکز از طریق پایش و بازخورد مرتب در خصوص عملکرد ارتقا دهید.
- حضور کارکنان مراقبتهای اولیه سلامت را در نهادهای حرفه‌ای تضمین کنید.
- در فرایند انتخاب و اعزام کارکنان در سطوح اجتماع، یاری‌رسانی و مراکز مشارکت نمایید.

جدول ۱۳ - نیروی کار مراقبتهای اولیه سلامت: ابزار و منابع

منابع و ابزار نظام سلامت

Building the primary Health Care Workforce of the 21st Century

CHW Guideline: Health systems supports for CHWs

Community Health Worker Assessment and Improvement Matrix (CHW AIM):

Updated Program Functionality Matrix for Optimizing Community Health Programs

Global Competency Framework for Universal Health coverage

Forthcoming, WHO

Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030

National Health Workforce Accounts Handbook and Implementation Guide

WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes

Working for Health & Growth: Investing in the health workforce

Workload Indicators of Staffing Need (WISN)

User's manual

Building an adolescent-competent workforce

Cancer workforce strategy for comprehensive prevention and control

Forthcoming, WHO

Core competencies in adolescent health and development for primary care providers

Midwifery education modules-education material for teachers of midwifery

Strengthening midwifery toolkit

Strengthening midwifery toolkit

Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030:
Framework for action

Strengthening the capacity of community health workers to deliver care for sexual,
reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health

Using auxiliary nurse midwives to improve access to key maternal and newborn
health interventions in sexual and reproductive health

WHO Competency Framework for Health Workers' Education and Training of
Antimicrobial Resistance

زیرساخت فیزیکی

مراکز سلامت ایمن و قابل دسترسی برای ارائه خدمات
اثربخش با استفاده از نظام بهداشت آب و پساب، بازیافت
/ دفع پسماند، اتصال مخابراتی و منبع برق قابل اطمینان
همراه با سامانه‌های حمل و نقل متصل کننده بیماران به
سایر ارائه‌کنندگان مراقبت.



زیرساخت فیزیکی مراکز سلامت همراه با اثربخشی مهم هم بر توانایی کارکنان بهداشتی-درمانی در انجام کار خود و هم رضایتمندی بیماران است که این رضایتمندی به نوبه خود بر کاربرد خدمات سلامت نیز تأثیرگذار است. با این وجود، نیازها و نگهداری زیرساخت اغلب مورد غفلت و اهمال به ویژه در مراکز مراقبتهای اولیه مانند درمانگاهها و مراکز سلامت قرار می‌گیرند (بنگرید به مأخذ شماره ۳۵). عناصر کلیدی زیرساخت فیزیکی مراکز شامل برخورداری از نظام بهداشت آب و پساب، دفع / بازیافت پسماند، اتصال مخابراتی و برق هستند.

زیرساخت فیزیکی مراکز سلامت
همراه با اثربخشی مهم هم بر
توانایی کارکنان بهداشتی-درمانی
در انجام کار خود و هم رضایتمندی
بیماران است که این رضایتمندی
به نوبه خود بر کاربرد خدمات
سلامت نیز تأثیرگذار است.

اقدامات اثربخش کنترل و پیشگیری از عفونت و خدمات بهداشت آب و پساب و بهداشت فردی در مراکز مراقبت سلامت شالوده مراقبتهای باکیفیت را تشکیل می‌دهند. در این مراکز، خدمات بهداشت آب و پساب باید در اختیار کلیه مصرف کنندگان شامل اعضای خانواده بیماران قرار گیرند. این مراکز همچنین باید استانداردهای ملی را برآورده سازند و تحت تعمیر و نگهداری مرتب از سوی کارکنان دارای مهارتهای کافی قرار بگیرند تا همواره پاکیزه و عاری از خرابی و اشکال باشند. چنین اقداماتی باعث تضمین ارائه کلیه خدمات در محیطی پاکیزه و ایمن می‌گردند و این رویه برای حفظ سلامت نیروی کار این بخش و همچنین جمعیت گسترده مراجعه کننده ضرورت دارد. بیماران بدون رعایت استانداردهای فوق بیشتر در معرض عفونت در حین مراقبت قرار می‌گیرند و درمان این عفونتها به نوبه خود دشوارتر و گرانتر خواهد بود و در برخی موارد، عفونتهای مذکور به مقاومت ضدمیکروبی منجر خواهند شد. علاوه بر این، مدیریت و دفع ایمن پساب و پسماند عفونی برای پیشگیری از توزیع بیماری در اجتماعات ضروری است. نظافت مراکز و موجودیت و کارکرد سرویسهای بهداشتی و آب آشامیدنی نیز بر افراد مراجعه کننده برای مراقبت و رضایتمندی بیماران اثرگذار هستند.

اتصال مخابراتی به جنبه اجتناب ناپذیر زیرساخت فیزیکی مراقبت سلامت تبدیل شده است. بسیاری از کشورها بر نظامهای الکترونیک برای جمع‌آوری داده‌ها اتکا می‌نمایند. بنابراین، کارکنان مراکز بدون اتصال مخابراتی شاید نتوانند به گزارش‌دهی مرتب بپردازند و یا از تجهیزات شخصی فناوری خود استفاده نمایند. علاوه بر این (همانطور که در بخش ۷-۳ تشریح شد)، پیشرفتهای در فناوری دیجیتال همراه با دورنمای قابل توجهی برای پیشرفت نظامهای سلامت هستند اما این مزایای بالقوه در صورتی که مراکز توان ارائه اتصال قابل اطمینان را برای پشتیبانی از ابتکارات عمل و ابزار از قبیل پزشکی از راه دور^{۱۵}، آموزش مجازی، سوابق الکترونیک سلامت یا ارسال پیامک برای اطلاع‌رسانی مختص بیمار و کل جمعیت (مانند یادآوری وقت ویزیت بیمار یا پویشهای ارتقای سلامت) نداشته باشند، به شدت تحت‌الشعاع قرار خواهند یافت.

تأمین برق قابل اطمینان برای عملیات مراکز سلامت اجتناب ناپذیر است و نه فقط برای اتصال مخابراتی بلکه دامنه گسترده‌ای از سایر اهداف شامل تضمین نورپردازی کافی برای رویه‌های تشخیص و پزشکی و تضمین تجهیزات کارآمد پزشکی و غیرپزشکی (مانند یخچالهای ضروری برای نگهداری زنجیره‌های سرد) ضرورت دارند. قابل اطمینان بودن به میزان چشمگیری در سالهای اخیر امکان‌پذیر شده است چراکه منبع برق غیرشهری به ویژه پنل‌های خورشیدی قابل استطاعت و همراه با نصب آسان شده‌اند. نبود تأمین برق باثبات باعث خرابی تجهیزات خواهد شد که تعمیر آنها نیز دشوار است و بر ظرفیت مرکز در ارائه مراقبت‌های مخصوص در مناطق دور دست اثرگذار خواهد بود.

در طی مشورتی با دفتر منطقه‌ای جنوب شرق آسیا در سال ۲۰۱۹، در زمینه تقویت خدمات خط مقدم پوشش همگانی سلامت، حوزه‌های زیر برای کار "متفاوت" به منظور تضمین مراکز پاکیزه‌تر و ایمن‌تر با استفاده از بسیاری از اهرمهای مبنایی راهبردی و عملیاتی پیشنهاد شدند (بنگرید به مأخذ شماره ۳۶):

- تضمین موارد ضروری - بعنوان نمونه، تضمین نظامهای بهداشت آب و پساب و بهداشت فردی و تأمین برق مناسب از طریق همکاری چندبخشی، ارتقای مشارکت اجتماع در مطالبه این موارد ضروری، مدافعه‌گری با نمایندگان مجلس و تصمیم‌گیرندگان و ارائه تجهیزات حفاظتی به کارکنان خدمات نظافت مرکز.
- اجرای استانداردها - بعنوان نمونه، تعریف استانداردهای صریح برای مراکز با استفاده از ابزاری مانند ارزیابیهای آمادگی و موجودیت خدمات، انتشار استانداردها به کلیه دست‌اندرکاران و استفاده از حمایت قانونی برای اعمال استانداردها.
- تقویت مدیریت، پایش و ارزیابی - بعنوان نمونه، آموزش مدیران مراکز، معرفی نظامهای اعتباربخشی بر مبنای استانداردها و گزارش‌دهی قاعده‌مند رویدادهای نامطلوب.
- ارتقای تاب‌آوری مراکز سلامت - بعنوان نمونه، استریل‌سازی تجهیزات پزشکی برای پیشگیری از عفونتها، تضمین منابع آب و برق اساسی برای پاسخ به بحرانها و اجرای استانداردهای زیرساختی سلامت با هدف حمایت از مراکز در برابر زمین‌لرزه، حریق یا سیلاب.

آخرین جنبه زیرساخت فیزیکی همانا حمل و نقل است که نبود آن به مانع عمده مراقبت تبدیل می‌گردد و باعث تشدید نابرابریها خواهد بود و لذا مسئله‌ای تعیین‌کننده در کل زیرساخت است. روشهای متعددی برای در نظر گرفتن این امر مهم از سوی مقامات مسئول ازجمله مالکیت مستقیم خودروها (مانند آمبولانسها)، شراکت با ارائه‌کنندگان خصوصی حمل و نقل یا کالابرگهای یارانه برای هزینه حمل و نقل مطرح هستند. توانایی جابجایی بیماران نیازمند مراقبتهای تخصصی‌تر یا در شرایط اضطراری که باید از اینگونه مراکز به مراکز سطح ثانویه یا ثالث منتقل گردند نقش عمده‌ای را در تضمین دسترسی ایفا می‌نماید. علاوه بر این، سامانه‌های مناسب و تطبیق پذیر حمل و نقل شاید برای سایر جوانب مراقبت ازجمله ارائه خدمات در مناطق صعب‌الوصول یا در پویشهای یاری‌رسانی ضرورت داشته باشند.

زیرساخت فیزیکی مراکز مراقبت سلامت نیز همراه با نقش مهمی در افزایش اعتماد مابین مردم و اجتماعات از یک سو و نظام سلامت در سوی دیگر است بدین معنا که مراکز سلامت باید هم به نیازهای پزشکی و هم به نیازهای غیرپزشکی مردم و اجتماعات تحت پوشش شامل نیازهای جسمانی، فرهنگی و مذهبی آنان پاسخگو باشند. در این راستا، ایجاد فضاهای انتظار راحت، سازه‌های فیزیکی متضمن رعایت حریم در طی ویزیت (مخصوصاً مسائل حساس یا نیازمند معاینه قسمت‌های پوشیده بدن)، اتخاذ اقدامات برای ایجاد محیطهای دوستدار کودک (ازجمله قرار دادن پلکان برای کودکان خردسال در سرویسهای بهداشتی برای شستشوی دست و صورت) یا ایجاد مناطق جداگانه مختص مردان و زنان قابل طرح هستند. باید به تضمین برخورداری و استفاده از مراکز سلامت توسط افراد دارای دامنه گسترده‌ای از تواناییها توجه شود. ویژگیهایی که باید به آنها توجه نمود عبارتند از: آسانسورها، پله‌های برقی، سطوح شیب دار، معابر و درگاههای عریض، راه پله‌های ایمن دارای دستگیره، مناطق استراحت با فضاهای راحت نشیمن، علایم و تابلوهای کافی و سرویسهای بهداشتی قابل دسترسی برای معلولین.

جدول ۱۴ - زیرساخت فیزیکی: اقدامات و مداخلات

در سطح سیاستگذاری

- استانداردهای ملی را برای پیشگیری و کنترل عفونت تدوین نمایید.
- برنامه‌های اجرا را برای تضمین برخورداری تمامی مراکز سلامت از نظامهای بهداشت آب و پساب و بهداشت فردی، حمل و نقل، اتصال مخابراتی و منبع برق قابل اطمینان تدوین کنید.
- سیاستهای مروج دسترسی فیزیکی همگانی را (با در نظر گرفتن زمانی معقول برای رفت و آمد) به مراکز سلامت برای افراد کلیه سنین و توانایی اعمال نمایید.

- نسبت به برخورداری کلیه مراکز سلامت جدیدالتأسیس از نظامهای قابل اطمینان بهداشت آب و پساب و بهداشت فردی، اتصال مخابراتی و منبع برق اطمینان حاصل نمایید.
- مدیریت و نگهداری مناسب مراکز سلامت را با اولویت‌بندی نظامهای قابل اطمینان پیشگیری و کنترل عفونت، بهداشت آب و پساب و بهداشت فردی، اتصال مخابراتی و منبع برق تضمین نمایید.
- پروتکل‌های متضمن ایجاد مراکز حساس به جنسیت عاری از خشونت، تبعیض و آزار را تدوین کنید.
- رویکرد متضمن مانع نبودن حمل و نقل به دسترسی یا ارائه خدمات اتخاذ نمایید.

توسط مردم و اجتماعات

- از سازوکارهای جافتاده برای تسهیل گزارش‌دهی در زمینه کارکردها و استانداردهای مرکز سلامت (بعنوان نمونه، برگه امتیاز شهروندان) استفاده نمایید.

جدول ۱۵ - زیرساخت فیزیکی: ابزار و منابع

منابع و ابزار نظام سلامت

Access Mod

Access to Modern Energy Services for Health Facilities in Resource-Constrained Settings: a review of status, significance, challenges and measurement

Access to Modern Energy Services for Health Facilities in Resource-Constrained Settings: a review of status, significance, challenges and measurement

Core questions and indicators for monitoring WASH in health care facilities in the Sustainable Development Goals

Essential environmental health standards in health care

Overview of technologies for the treatment of infections and sharp waste from health care facilities

Safe management of wastes from health-care activities: a summary

Training modules in health-care waste management

WASH in health care facilities-Practical steps to achieve universal access to quality care

Water and sanitation for health facility improvement tool (WASH FIT)- A practical guide for improving quality of care through water, sanitation and hygiene in health care facilities

WHO/UNICEF guidance on health facility indicators

داروها و سایر محصولات سلامت

موجودیت و قابل استطاعت بودن داروها و سایر محصولات مناسب، ایمن، اثربخش و دارای کیفیت سلامت از طریق فرایندهای شفاف.



مراقبت‌های اولیه سلامت بر دسترسی به محصولات سلامت شامل دارو، واکسن، دستگاه‌های پزشکی، تشخیص آزمایشگاهی، تجهیزات حفاظتی و ابزار کنترل حشرات و همچنین دستگاه‌های کمکی اتکا دارند. این موارد باید همراه با ایمنی، کارآمدی / عملکرد و کیفیت تضمین شده باشند. علاوه بر این، آنها باید مناسب، موجود و قابل استطاعت باشند.

تضمین موجودیت و قابل استطاعت بودن محصولات مناسب سلامت بستگی به تصمیمات سیاستگذاری متعدد و فرایندهای یکپارچه مرتبط با ارزیابی، انتخاب، قیمت‌گذاری، خرید، مدیریت زنجیره تأمین، تعمیر و نگهداری (در مورد دستگاه‌های پزشکی)، تجویز و توزیع (در مورد دارو) و مصرف ایمن و مناسب کلیه محصولات سلامت دارد.

در تعیین موجودیت محصولات سلامت باید از فرایندهای انتخاب شواهدمنا از جمله ارزیابی فناوری سلامت، ارزیابی قاعده‌مند ویرگیها و اثرات فناوری سلامت بهره جست (بنگرید به مأخذ شماره ۳۸). ارزیابی مسائل اجتماعی، اقتصادی، سازمانی و اخلاقی مرتبط با فناوری سلامت فرایندی چندرشته‌ای است که طی آن اطلاعات برای تصمیم‌گیری پیرامون زمان، مکان و چگونگی استفاده از اینگونه فناوری ارائه می‌شود. راهکارهای جهانی مانند فهرست‌های داروها، واکسینا، دستگاه‌های پزشکی و محصولات کمکی اساسی در تعیین فناوری مناسب سلامت برای ارزیابی محلی به منظور پشتیبانی از خدمات سلامت مطابق با الگوی مراقبت (بعنوان نمونه، فهرست الگوی داروهای اساسی سازمان جهانی بهداشت و سایر فهرست‌های مندرج در جدول ۱۷ (بنگرید به مأخذ شماره ۳۹) مفید واقع می‌گردند. از آنجا که تضمین موجودیت محصولات مناسب سلامت برای خدمات مراقبت‌های اولیه در پاسخ به نیازهای جمعیت ضروری است، سازمان جهانی بهداشت در حال تدوین فهرست خاص محصولات سلامت برای خدمات مراقبت‌های اولیه است.

تضمین موجودیت و قابل استطاعت بودن محصولات مناسب سلامت بستگی به تصمیمات سیاستگذاری متعدد و فرایندهای یکپارچه مرتبط با ارزیابی، انتخاب، قیمت‌گذاری، خرید، مدیریت زنجیره تأمین، تعمیر و نگهداری (در مورد دستگاه‌های پزشکی)، تجویز و توزیع (در مورد دارو) و مصرف ایمن و مناسب کلیه محصولات سلامت دارد.

مقامات مسئول ملی نظارتی مسئول تضمین ایمنی، کارآمدی / عملکرد و کیفیت محصولات سلامت در کل نظام سلامت هستند. مجوز ثبت نام یا بازاریابی محصولات سلامت گام نظارتی کلیدی برای اجازه ورود محصولات سلامت به داخل کشور است. مقامات مسئول ملی نظارتی همچنین مسئول تضمین

نگهداری، توزیع و ارائه مناسب محصولات سلامت هستند. این فعالیتها شامل صدور مجوز برای تأسیسات از جمله مراکز نگهداری یا داروخانه‌ها هستند. با توجه به آنکه تخمین زده می‌شود که داروهای غیراستاندارد مسئول مرگ صدها هزار نفر در سال هستند (بنگرید به مأخذ شماره ۳۷)، مراقبت پس‌بازار در کلیه سطوح نقشی اساسی برای تضمین ایمنی و عملکرد محصولات سلامت را دارد. چنانچه داروها باعث رویداد نامطلوب جدی گردند و یا آنکه دستگاه پزشکی عملکرد مدنظر خود را نداشته باشد، گزارش‌دهی به مقامات مسئول ملی نظارتی به منظور ارزیابی فواید و خطرات مسئله و اتخاذ هرگونه اقدام در صورت نیاز ضرورت دارد.

سیاستها و عملکرد مناسب خرید موافق خرید داروهای ژنریک نقشی کلیدی در تضمین عرضه محصولات باکیفیت با قیمت‌های قابل استطاعت دارند. چنین سیاستهایی حاوی کاربرد اثربخش منابع دولتی هستند و به کاهش پرداخت از جیب بیماران کمک می‌نمایند.

مدیریت مناسب زنجیره تأمین باعث تضمین موجودیت محصولات باکیفیت در کل نظام سلامت خواهد بود.

توانمندیهای مدیریت زنجیره تأمین که بطور خاص در مراکز سلامت ضرورت دارند عبارتند از نگهداری انبار (دستگاههای پزشکی و یخچالها برای زنجیره برودتی). یکی از جوانب کلیدی مدیریت زنجیره تأمین شامل تضمین موجودیت محصولات سلامت در طی طغیان، سوانح طبیعی یا سایر بحرانها است. این مسئله از اهمیت فزایندهای برخوردار است چراکه رویدادهای سرحدی در نتیجه تغییرات اقلیمی رواج بیشتری پیدا خواهند کرد و لذا ایجاد تابآوری زنجیرههای تأمین مهم خواهد بود (بنگرید به مأخذ شماره ۴۰). ردیابی قابل اطمینان محصولات مسئله کلیدی مدیریت مناسب زنجیره تأمین است و برخی از کشورها نظامهای اطلاعات مدیریت لجستیک را برای تضمین موجودیت سریع اطلاعات در خصوص محصولات سلامت به کار برده‌اند. مدیریت مناسب زنجیره تأمین باید با تأکید بر مراقبتهای اولیه هم در برگیرنده و هم تسهیل کننده محصولات سلامت استفاده شده توسط کارکنان بهداشتی-درمانی اجتماع باشد.

خرید تجهیزات پزشکی (شامل ضمانتنامه‌های تمدید شده و ادوات جانبی) که در شرایط تأمین ناپایدار انرژی، رطوبت بالا یا دمای شدید به شکلی مناسب کار می‌کنند برای تضمین عملیات کارکردی در مراکز، اجتناب از مدت زمان طولانی انتظار و حداقل‌سازی نیاز ارسال بیماران به سایر مراکز به علت خرابی تجهیزات یا نبود مواد مصرفی مخصوصا در مناطق دوردست ضرورت دارند.

تعمیر و نگهداری محصولات سلامت نکته بسیار مهم دیگری مخصوصا در ارتباط با تجهیزات پزشکی می‌باشد. این مسئله اغلب مستلزم مهارتهای تخصصی است که در مراکز سلامت شاید موجود نباشند و لذا موجودیت بودجه کافی برای تعمیر و نگهداری، لوازم یدکی یا مصرفی و تعویض نهایی تجهیزات بسیار مهم است. علاوه بر این، تضمین برخورداری کارکنان بهداشتی-درمانی از توانمندیهای لازم برای اجرای راهکارهای رویه بالینی، تجویز و توزیع مناسب دارو و مصرف، گندزدایی و یا دفع مناسب و ایمن تجهیزات پزشکی به منظور اجتناب از گسترش عفونتها ضرورت دارد. اهمیت ویژه این مسئله بدان جهت است که مصرف نادرست آنتی بیوتیکها هنگام عدم موجودیت آزمایش تشخیصی می‌تواند باعث گسترش مقاومت ضد میکروبی گردد که خود تهدیدی فزاینده برای سلامت فردی و جمعیت قلمداد می‌گردد.

در نهایت، علیرغم تمرکز عمده این بخش بر محصولات سلامت در مراکز سلامت، شایان ذکر است که مراقبتهای اولیه سلامت همچنین به محصولات متعددی خارج از بخش سلامت نیز بر می‌گردد. فناوریهای مرتبط با غذا از جمله ادوات بکار رفته در تهیه غذا مانند اجاقهای پخت و پز که باعث آلودگی هوا نمی‌گردند، مسمومیتها یا سوختگیهای تصادفی و همچنین محصولات متضمن برخورداری از آب آشامیدنی سالم برای اجتناب از انتشار بیماریهای عفونی بسیار مهم هستند.

جدول ۱۶ - داروها و سایر محصولات سلامت: اقدامات و مداخلات

در سطح سیاستگذاری

- تدوین سیاستهای فناوری سلامت را که شامل تمامی محصولات سلامت و فرایندهای نوآوری، ارزیابی، انتخاب، تعیین مقررات، قیمت گذاری، خرید، عرضه، مصرف، نگهداری و کنارگذاری هستند تضمین نمایند.
- سازمانهای ملی نظارتی را برای تضمین ایمنی، اثربخشی / عملکرد و کیفیت ازجمله با استفاده از ابزار جهانی تعیین شاخص موجود سازمان جهانی بهداشت برای تهیه برنامه‌های توسعه نهادی تقویت کنید.
- در رویکردهای همراه با همکاری برای ثبت محصولات سلامت و پیگیری در مورد رویدادهای نامطلوب مشارکت نمایند.
- از روشهای انتخابی شواهدمبنای شامل ارزیابیهای فناوری سلامت و استفاده از فهرستهای اساسی و اولویت سازمان جهانی بهداشت برای راهنمایی تصمیمات خرید و پرداخت استفاده نمایند.
- سیاستهای قیمت گذاری را برای استفاده کامل از راهکارهای ژنریک و سایر راهبردهای خرید که باعث حداکثرسازی منابع و کاهش پرداخت از جیب می‌گردند تدوین نمایند.
- مدیریت زنجیره تأمین را به منظور تضمین موجودیت محصولات سلامت (شامل نگهداری دستگاههای پزشکی) در نقطه مصرف تقویت نمایند.
- فهرستهای ملی داروها و محصولات اساسی سلامت را برای مراقبتهای اولیه تعریف کنید.
- نسبت به وجود منابع کافی داخلی برای تأمین دسترسی به محصولات سلامت در مراقبت اولیه اطمینان حاصل نمایند.
- برخورداری از ظرفیت ملی را برای آمادگی و پاسخ به نیازهای محصولات سلامت در شرایط بحرانی شامل روشهای تشخیصی، تجهیزات حفاظت فردی، داروها و دستگاههای پزشکی تضمین نمایند.

در سطح عملیاتی

- راهکارها، هنجارها و استانداردهای فنی را برای تضمین کیفیت و ایمنی محصولات سلامت اجرا نمایند.
- حاکمیت و نظارت را شامل کارآمدی و تمامیت زنجیره تأمین ازجمله از طریق حمایت از فناوری اطلاعات تقویت کنیم.
- ظرفیتهای را برای تجویز، توزیع و مصرف مناسب داروها و همچنین نگهداری و مدیریت درست دستگاههای پزشکی مخصوصا پیش از معرفی محصولات جدید تضمین نمایند.
- پیمایشهای تصادفی ادواری انبار، موجودیت و کیفیت محصولات سلامت را اجرا نمایند.
- نگهداری محصولات سلامت (مخصوصا تجهیزات پزشکی) را تضمین کنید.
- آموزش کارکنان سلامت را در خصوص مصرف مناسب و ایمن محصولات سلامت تضمین کنید.
- ظرفیت محلی را برای بسیج فناوری سلامت در طی بحرانهای سلامت شامل تجهیزات حفاظت شخصی مورد نیاز ایجاد نمایند.

توسط مردم و اجتماعات

- در فرایند تصمیم‌گیری حول محور اتخاذ فناوریهای جدید سلامت مشارکت نمایند.
- در پایش قیمت، موجودیت، ایمنی و کیفیت محصولات سلامت مشارکت کنید.

Antimicrobial resistance and primary health care: brief

Long document forthcoming, WHO

2019 WHO AWaRe Classification Database of Antibiotics

Good governance for medicines: model framework, updated version 2014

Guide to integrated community case management procurement and supply and management Planning for Global Fund Grants

Interagency package: essential health products for primary health care
Forthcoming, WHO

Roadmap for access to medicines, vaccines and health product 2019-2023:
comprehensive support for access to medicines, vaccines and other health products

Selection of essential medicines at country level – Using the WHO model list of essential
medicines to update a national essential medicines list

TOWARDS ACCESS 2030 – WHO Medicines and Health Products Programme
Strategic Framework 2016-2030

WHO antimicrobial Stewardship Programmes in health-care facilities in LMICs – A
WHO Practical Tool kit

WHO Global Model Regulatory Framework for Medical Devices including in
vitro diagnostic medical devices

WHO global Surveillance and Monitoring system for substandard and falsified
medical products

WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies

WHO lists of priority and medical devices

WHO medicines quality assurance guidelines

WHO model list of essential in vitro diagnostics

WHO priority assistive products list

World Health Organization model list of essential medicines: 21st list 2019

Appropriate storage and management of oxytocin – a key commodity for
maternal health WHO/UNICEF/UNFPA Joint Statement

Interagency list of medical devices for essential interventions for reproductive,
maternal, newborn and child health

مشارکت با ارائه کنندگان بخش خصوصی

مشارکت مناسب مابین ارائه کنندگان بخشهای دولتی و خصوصی برای ارائه خدمات یکپارچه سلامت.



در حوزه سلامت، بخش خصوصی عبارتست از کلیه کنشگران غیردولتی فعال برای سلامت: انتفاعی و غیرانتفاعی، رسمی و غیررسمی و داخلی و بین‌المللی. تقریباً همه کشورها دارای نظامهای سلامت مرکب هستند که در آنها محصولات و خدمات توسط هر دو بخش دولتی و خصوصی ارائه می‌شوند و مصرف کنندگان سلامت نیز به هر دو بخش برای مطالبه این محصولات و خدمات مراجعه می‌نمایند. مشارکت بخش خصوصی در نظامهای سلامت از لحاظ مقیاس و طیف گسترده است و شامل موارد زیر می‌گردد: ارائه خدمات مرتبط با سلامت، داروها و سایر محصولات سلامت، بیمه سلامت، مدیریت زنجیره تأمین، آموزش نیروی کار سلامت، فناوری اطلاعات و همچنین خدمات زیرساخت و پشتیبانی.

عبارت "بخش خصوصی" مجموعه وسیعی از کنشگران و خدمات را در نظام سلامت از جمله منبع تأمین مالی، تولیدکننده محصولات و فناوریهای جدید، مدیر زنجیره‌های تأمین، مدافع‌گر و ارائه کننده خدمات پوشش می‌دهد (بنگرید به مأخذ شماره ۴۱). بنابراین، مشارکت با بخش خصوصی در بسیاری از اهرمهای مبنایی راهبردی و عملیاتی لحاظ شده است. با این وجود، این اهرم معرف تلاشی برای تجمیع نقش بخش خصوصی در کلیه سطوح نیست و صرفاً بطور خاص بر نقش مهم ارائه کنندگان بخش خصوصی در ارائه خدمات تمرکز دارد.

این حوزه تعیین کننده است چراکه تقریباً تمامی کشورها دارای نظام سلامت مرکب شامل تأمین مراقبت از سوی هر دو بخش خصوصی و عمومی است. سهم هر بخش بنا به خدمت ارائه شده متغیر است (بنگرید به مأخذهای شماره ۴۱ الی ۴۴) و همانطور که قبلاً نیز در بخش ۲-۲ تشریح شد (بند ۲۱)، پیمایش اخیر سازمان جهانی بهداشت نشان داد که بخش خصوصی در اکثر ۶۵ کشور پیمایش شده بیش از ۴۰ درصد مراقبتها را ارائه می‌نماید که این میزان در برخی کشورها بالاتر از ۷۰ درصد است. در بسیاری از کشورها، میزان قابل ملاحظه‌ای از خدمات مراقبت اولیه توسط بخش خصوصی شامل پزشکان انفرادی، کارشناسان طب سنتی، مددکاران اجتماعی، داروسازان، متخصصین تغذیه یا سایر افراد مالک فروشگاههای داروهای غیررسمی و همچنین ارائه کنندگان غیرانتفاعی از جمله سمنها و سازمانهای ایمن محور ارائه می‌گردند. علاوه بر این، بسیاری از شرکتهای خدمات بهداشت کار را در اختیار کارمندان خود قرار می‌دهند. این برنامه‌ها نوعاً برای سلامت و ایمنی در منزل هدفگذاری شده‌اند اما اغلب اوقات همراه با ارائه مراقبتهای اولیه به کارکنان (و خانواده آنان) می‌باشند.

شایان ذکر است که در بسیاری از کشورها، بخشهای دولتی و خصوصی از یکدیگر مجزا نیستند. کارشناسان انفرادی سلامت می‌توانند در هر دو بخش فعال باشند و سهم قابل ملاحظه‌ای از بیماران خدمات را از هر دو بخش مطالبه می‌نمایند (برخی اوقات حتی برای یک مشکل). علاوه بر این، اقدامات معطوف به یک بخش (بعنوان نمونه، بهبود کیفیت مراقبت در مراکز دولتی) اغلب بر بخش دیگر تأثیرگذارند (بعنوان مثال، از طریق انتقال تقاضا از ارائه کنندگان خصوصی باکیفیت پایینتر به بخش دولتی - بنگرید به مأخذهای شماره ۴۱ و ۴۵).

هر دو بخش خصوصی و دولتی مسئولیت ارائه خدمات را با همدیگر تشریک می‌نمایند اما دولتها باید ناظر و راهنمای کل نظام سلامت به منظور حمایت از مصالح عموم باشند. در این راستا، نقش وزارتخانه‌های بهداشت بعنوان متولیان سلامت باید تقویت گردد. ابزار و رویکردهای متعدد را می‌توان برای تضمین متولی‌گری موفق استفاده نمود. در سطح تدوین سیاستگذاری، بخش خصوصی را باید بعنوان حوزه برخورد از تخصص مرتبط در نظر گرفت و دعوت از نمایندگان بخش خصوصی به مشارکت در طی سیاستها و راهبردهای مربوطه اغلب ارزشمند است. در شبکه مشترک یادگیری برای پوشش همگانی سلامت، پنج گام کلیدی برای تقویت گفتگو با بخش خصوصی شامل یافتن زمینه مشترک ("برد-برد") و ایجاد فرایند مشورتی مرتب شناسایی شده‌اند (بنگرید

به مأخذ شماره ۴۶).

فعالیت سازمان جهانی بهداشت در این حوزه بر حمایت از کشورها در کار در زمینه شش رفتار حاکمیتی متمرکز است: ایجاد تفاهم، ارائه راهبرد، توانمندسازی دست اندرکاران، تقویت ارتباطات، همراستاسازی ساختارها و گسترش اعتماد.

لازم به ذکر است که پتانسیل تضاد منافع را نباید فراموش نمود (بعنوان نمونه، از طریق اعمال فشار برای تغییر سیاستگذاری که به منافع تجاری منجر می‌گردد) و لذا هوشیاری مقامات مسئول ملی نسبت به این امکان و اتخاذ اقدامات برای حداقل سازی آن ضروری است: بعنوان نمونه، از طریق کار با شبکه‌ها یا انجمنهای صنفی که احتمال بروز تضاد در آنها کمتر است و همچنین با تضمین شفافیت کامل در کلیه مشارکات با بخش خصوصی.

در خصوص بخش خصوصی فعال در ارائه مراقبتها، چهار رویکرد ممکن دولت برای مشارکت در چارچوبی مشخص شده‌اند:

- ممنوعیت - مجاز نمودن برخی یا تمامی اشکال خصوصی پزشکی مانند ممنوعیت ارائه کنندگان بدون مجوز. در عمل، اینگونه ممنوعیتها رایج نیستند چراکه اعمال آنها اغلب دشوار است.
- محدودیت - اگرچه ممنوعیت‌های کامل نادر هستند اما اکثر کشورها محدودیتهایی را برای ارائه کنندگان خصوصی نوعا در قالب مقرراتی ازجمله کنترل‌های قانونی، اعتباربخشی یا خودتنظیمی ازسوی سازمانهای حرفه‌ای اعمال می‌نمایند که این موارد شامل حوزه‌هایی ازجمله منابع انسانی، داروها، مراکز و تجهیزات هستند.
- تشویق و ایجاد انگیزش - بسیاری از کشورها در پی ایجاد انگیزش برای بخش خصوصی به منظور بهبود دسترسی به خدمات و یا کیفیت آنها هستند. دامنه‌ای از سازوکارها شامل شراکتهای بخشهای خصوصی و دولتی، ارائه فرانشیز اجتماعی، بازاریابی اجتماعی، مزایای مالیاتی و ارائه آموزش و سایر حمایتها برای ارتقای کیفیت مراقبت بکار می‌روند.
- خرید - بسیاری از دولتها با ارائه کنندگان خصوصی در زمینه برخی موارد ارائه خدمات (مانند خدمات پزشکی و یا آزمایشگاهی و مدیریت زنجیره تأمین برای داروها) قرارداد عقد می‌نمایند. اکثر طرحهای ملی بیمه سلامت در قالب قرارداد با پیمانکاران خصوصی برای هر دو مراقبت بستری و سرپایی طراحی می‌شوند و برخی از برنامه‌های کالبرگی نیز برای یارانه‌های هدفمند مختص جمعیت‌های خاص استفاده می‌کنند (بعنوان نمونه، به منظور کاهش موانع مالی دسترسی به خدمات سلامت مادران و کودکان در جمعیت‌های محروم).

در هر کشوری، اتخاذ رویکردهای متعدد همزمان برای توجه به جوانب مختلف مشارکت با بخش خصوصی عمومیت دارد. برای کمک به این روند، سازمان جهانی بهداشت الگوی تصمیم‌گیری و مجموعه‌ای از ابزار طراحی شده را برای حمایت از تصمیم‌گیری شواهدمنا شامل موارد ذیل تدوین کرده است:

- شناخت بازارهای سلامت، انواع کنشگران خصوصی و ماهیت و مقیاس فعالیت خصوصی در کشور.
- شناسایی حوزه‌های بالقوه خطر و فرصت مطرح شده از سوی بخش خصوصی به اهداف سلامت کشور.
- ارزیابی ظرفیت حاکمیتی و نظارتی که این ظرفیت را با نقش در نظر گرفته شده آن برای بخش خصوصی مطابقت می‌دهد و به طراحی اصلاحات برای پر کردن شکافهای ظرفیتی کمک می‌نماید.
- شناسایی اشکال مختلف کنترل یا مشارکت بخش خصوصی.

چارچوب رویکردهای دولت به مشارکت بخش خصوصی و الگوی تصمیم‌گیری سازمان جهانی بهداشت با هدف کمک به کشورها در زمینه تدوین سیاستگذاری در خصوص بخش خصوصی و انتخاب و بکارگیری ابزار قانونی و مالی سیاستگذاری برای اجرای آن طراحی شده‌اند.

- سازمان جهانی بهداشت در حال حاضر مشغول تدوین موارد ذیل برای ارائه پشتیبانی بیشتر از این روند است:
- نقشه راه جدید برای مشارکت دادن بخش خصوصی ارائه خدمات سلامت از طریق حاکمیت در نظامهای

هر دو بخش خصوصی و دولتی مسئولیت ارائه خدمات را با همدیگر تشریک می‌نمایند اما دولتها باید ناظر و راهنمای کل نظام سلامت به منظور حمایت از مصالح عموم باشند. در این راستا، نقش وزارتخانه‌های بهداشت بعنوان متولیان سلامت باید تقویت گردد.

مرکب سلامت که در آن رفتارهای شش‌گانه فوق‌الذکر به تفصیل تشریح شده‌اند. هدف از این نقشه راه، تسهیل نحوه جدید حاکمیت نظام‌های مرکب سلامت از طریق اجماع‌سازی حول محور روشها و راهبردهای مشارکت دادن بخش خصوصی سلامت در ارائه خدمات سلامت است. علاوه بر این، نقشه راه مذکور حاوی راهنمایی در جهت تحقق نظام سلامت برخوردار از حاکمیت مناسب است که هر دو دسته کنشگران خصوصی و دولتی جمعا در آن به ارائه خدمات بر مبنای عدالت، دسترسی، کیفیت و حمایت مالی می‌پردازند (بنگرید به مأخذ شماره ۴۸).

- توصیه‌هایی برای شناخت کمک بخش خصوصی به سلامت از طریق بنای بهترین تصویر موجود با استفاده از داده‌های استخراج شده و در عین حال سرمایه‌گذاری همزمان در پیشرفتهای چندبخشی در جهت ایجاد داده‌های استاندارد.
- توصیه‌هایی پیرامون اصول مشارکت دادن بخش خصوصی.
- راهکارهای طراحی سیاستهای مرتبط با بخش خصوصی سلامت.
- راهنمای جدید با هدف توجه به چالشهای پاسخگویی مطرح شده از سوی بخش خصوصی.

به منظور توجه به این مسئله که بسیاری از کشورها فاقد درک صحیحی از میزان ارائه توسط بخش خصوصی هستند، شبکه مشترک یادگیری برای پوشش همگانی سلامت راهنمای گام به گامی را نیز برای شناسایی ارائه کنندگان بخش خصوصی تهیه نموده است که برای تضمین مبنای اطلاعات کافی در عرصه تصمیم‌گیری بسیار تعیین کننده می‌باشد (بنگرید به مأخذ شماره ۴۶). رویکرد نسبتاً گسترده‌تری به اجرای ارزیابی بخش خصوصی توسط پروژه شاپس اند شاپس پلاس^{۱۶} تدوین شده است که در طی آن ارزیابی‌هایی در بیش از ۲۰ کشور انجام شده‌اند و راهنمای اجرای ارزیابی مبتنی بر این تجربه انجام گشته است (بنگرید به مأخذ شماره ۴۹).

نهایتاً باید به تضمین مشارکت ارائه کنندگان خصوصی در تلاشهای پایش و ارزیابی و مخصوصاً از طریق نظامهای اطلاعات مدیریت سلامت توجه نمود. چنین مشارکتی توأم با چالش در برخی کشورها بوده است (بنگرید به مأخذ شماره ۵۰) اما فناوریهای جدید باعث ایجاد فرصتها برای همکاری بیشتر در نظامهای پایش می‌گردند و شبکه‌ها و کنشگران بخش خصوصی باید خود را در قبال مشارکت در نظامهای ملی پاسخگو نمایند.

جدول ۱۸ - مشارکت با ارائه کنندگان بخش خصوصی: اقدامات و مداخلات

در سطح سیاستگذاری

- رویکردی را از طریق تعامل با بخش خصوصی حول محور تدوین سیاستها (بعنوان نمونه، از طریق سازوکار یا فرایند مشورتی مرتب مشارکت) شامل چگونگی مدیریت تضاد منافع تدوین نمایید.
- چالشها را شناسایی کنید (ازجمله عناصر ارائه خدمات که عوامل تأخیر در ارائه خدمات) و امکان بهبود عملکرد را از طریق مشارکت گسترده‌تر بخش خصوصی ارزیابی نمایید.
- رویکرد را برای تعامل با بخش خصوصی به مناسبترین شکل برای حل و فصل چالش شناسایی شده تدوین نمایید (بعنوان نمونه، محدودیت، تشویق، خرید).
- چارچوبهای قانونی و نظارتی را برای تضمین توجه کافی به بخش خصوصی ازجمله مسائل پاسخگویی ارزیابی نمایید.
- نقشه‌کشی ارائه کنندگان یا ارزیابی بخش خصوصی را برای تضمین اطلاعات صحیح در خصوص طیف ارائه خدمات بخش خصوصی اجرا نمایید.
- به شکلی فعال با ارائه کنندگان بخش خصوصی برای تضمین شمول در نظامهای ملی پایش و ارزیابی ارتباط برقرار نمایید.

در سطح عملیاتی

- ظرفیت اجرای نظارت / کنترل بخش خصوصی را مطابق با قوانین و مقررات تقویت نمایید.
- در صورت ضرورت و با توجه به میزان تمرکززدایی در جهت سطوح استانی، رویکردی را برای تعامل با بخش خصوصی حول محور تدوین سیاستگذاری (از جمله از طریق سازوکار یا فرایند مشارکت مشورتی مرتب) شامل چگونگی مدیریت تضادهای منافع تدوین کنید.

توسط مردم و اجتماعات

- ائتلافات یا شبکه‌های بهبوددهنده حضور بخش خصوصی را در گفتگوی سیاستگذاری با دولت سازماندهی نمایید.
- در سازمانهای موجود سیاستگذاری مشارکت فعال داشته باشید.
- داده‌ها را در اختیار نظامهای اطلاعات سلامت قرار دهید.

جدول ۱۹ - مشارکت با ارائه کنندگان بخش خصوصی: ابزار و منابع

منابع و ابزار نظام سلامت

Engaging the private sector for service delivery

Engaging the Private Sector in Primary Health Care to Achieve Universal health coverage: Advice from Implementers, to Implementers

Draft road map for engaging the private health sector for universal health coverage

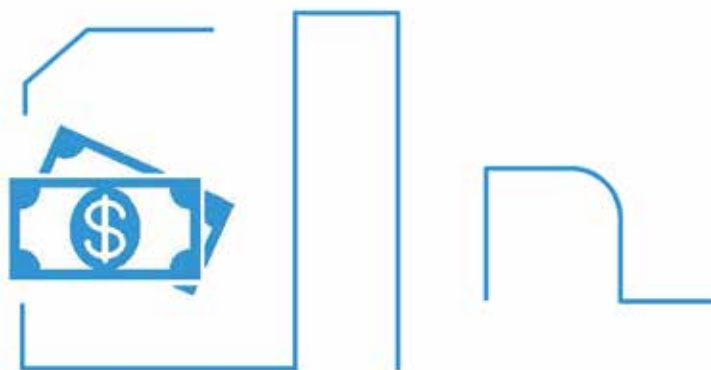
Final document forthcoming, WHO

Regulation of private primary health care

The private sector, universal health coverage and primary health care

نظامهای خرید و پرداخت

نظامهای خرید و پرداخت تقویت کننده بازبینی در جهت گیری الگوهای مراقبت در راستای ارائه خدمات یکپارچه سلامت و با لحاظ نمودن مراقبتهای اولیه و سلامت عمومی در زیربنای آن.



هدف نظامهای خرید و پرداخت معطوف به مراقبتهای اولیه سلامت عبارتست از: تقویت اجرای الگوهای معطوف به این دسته از مراقبتهای (بنگرید به بخش ۱-۳). نظامهای خرید و پرداخت با برخورداری از پشتیبانی منابع کافی حامی مراقبتهای اولیه سلامت و مبتنی بر الگوهای معطوف به این مراقبتهای باعث افزایش برخورداری کل جمعیت از مداخلات اولیه دار و اقدام خدمات با مراقبتهای اولیه و سلامت عمومی در زیربنای آنها می گردند. خرید راهبردی (شامل طرحهای مزایا، روشهای پرداخت به ارائه کنندگان و تمهیدات عقد قرارداد) می توانند به تقویت جهت گیری مراقبتهای اولیه سلامت در الگوهای مراقبت و ارتقای ادغام خدمات سلامت و در عین حال پیشبرد سایر اهداف نظام سلامت منجر گردد.

طراحی مزایا همواره باید با مشارکت مردم و اجتماعات (شامل ارائه کنندگان و خریداران) باشد و با هدف ارتقای عدالت و عدم جاماندگی هیچکس انجام شود. بسته های خدمات سلامت اغلب مبنای تعیین مزایا هستند و الگوی مراقبت و همچنین طیف جامع مداخلات و خدمات فردی و جمعیتی در طی کل مسیر زندگی باید در آنها لحاظ شوند. این بسته ها از طریق شمول خدمات ارتقا دهنده، حفاظتی، پیشگیری، احیا، درمانی، توانبخشی و تسکینی در کل سازوکارهای ارائه خدمات می توانند راهنمای تعیین نقشها و ارتقای هماهنگی در میان سازوکارهای ارائه خدمات باشند و لذا اطلاعات ضروری را در عرصه تخصیص اثربخش و کارآمد منابع و بهبود ادغام ارائه نمایند. علاوه بر این، تغییرات در شرایط دسترسی در بسته مزایا مانند کاهش در سازوکارهای تبادل هزینه (کاهش هزینه های مصرف کنندگان یا سیاستهای حذف هزینه های مصرف کنندگان) می توانند باعث ایجاد انگیزه برای مصرف خدمات مراقبتهای اولیه گردند. بسیاری از کشورها مسیر فاصله گرفتن از پرداخت مصرف کنندگان را آغاز نمودند چراکه تاثیرات منفی قابل ملاحظه این روند بر جمعیت های فقیرتر و تشدید نابرابری مشخص شده است.

روش پرداخت به ارائه کنندگان همراه با تأثیر گسترده بر حجم و کیفیت خدمات سلامت ارائه شده می باشد. طراحی و اجرای روشهای مناسب پرداخت به ارائه کنندگان می تواند باعث ایجاد انگیزه های درست برای ارتقای خدمات یکپارچه سلامت متمرکز بر مراقبتهای اولیه و سلامت عمومی باشد. نرخهای نسبتاً بالاتر پرداخت می توانند به انگیزه های برای مصرف خدمات مراقبتهای اولیه تبدیل گردند و معرفی رویکردهای جدیدتر برای پرداخت به ارائه کنندگان اهمیت بیشتری یافته اند چراکه نظامهای معطوف به مراقبتهای اولیه سلامت بیش از پیش توسط پزشکان خانواده در کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط رهبری می شوند. رایجترین روشهای پرداخت به ارائه کنندگان شامل موارد ذیل هستند: ردیف بودجه (حقوق کارکنان این ردیف است)، بودجه جهانی، هزینه در قبال خدمات، پرداخت سرانه، پرداخت روزانه و پرداخت موردی (بعنوان مثال، گروههای مرتبط با تشخیص). چهار روش اول بیشتر با پرداخت به ارائه کنندگان مراقبتهای اولیه مرتبط هستند و در جدول ۲۰ تشریح شده اند.

جدول ۲۰ - ارزیابی روشهای پرداخت به ارائه کنندگان

روش پرداخت	ویژگیها	انگیزه ها برای ارائه کنندگان	مواقع مفید بودن روش
ردیف بودجه	ارائه کنندگان مبلغ ثابتی را برای بازه زمانی مشخص به منظور پوشش هزینه‌های خاص (مانند کارکنان، دارو و هزینه نگهداری مراکز) دریافت می‌کنند اما انتقال مبالغ از یک ردیف به ردیف دیگر معمولاً ممکن نیست.	افزایش موارد ارجاع، افزایش درونداد، صرف کلیه مبالغ باقی مانده تا پایان سال بودجه. عدم وجود انگیزه یا سازوکار برای افزایش کارآمدی.	ظرفیت مدیریت خریدار و ارائه کننده پایین است و کنترل هزینه‌ها اولویت اساسی است.
بودجه کلی	ارائه کنندگان مبلغ ثابتی را برای بازه زمانی مشخص به منظور پوشش هزینه‌های تجمیعی با هدف ارائه مجموعه‌ای از خدمات مورد توافق دریافت می‌کنند. بودجه ثابت است اما می‌توان از آن با انعطاف‌پذیری بیشتر استفاده نمود و محدود به یک ردیف نیست.	بودجه‌های کلی براساس درونداد شکل می‌گیرند: کاهش ارائه خدمات، افزایش موارد ارجاع، افزایش درونداد. بودجه‌های کلی براساس حجم شکل می‌گیرند: افزایش تعداد خدمات، افزایش موارد ارجاع، کاهش درونداد (کارآمدی احتمالی).	ظرفیت مدیریت خریدار و ارائه کننده حداقل متوسط است. رقابت میان ارائه‌کنندگان ممکن نیست و یا هدف در نظر گرفته نشده است. کنترل هزینه‌ها اولویت اساسی است.
پرداخت در ازای خدمات	- به ارائه‌کنندگان در ازای هر خدمت ارائه شده پرداخت انجام می‌شود. - هزینه‌ها از پیش برای هر یک از خدمات یا مجموعه‌ای از خدمات مشخص شده‌اند.	افزایش تعداد خدمات از جمله بیشتر از سطح ضروری. کاهش درونداد در ازای خدمات که احتمالاً باعث افزایش کارآمدی ترکیب درونداد می‌گردد.	افزایش بهره‌وری، ارائه خدمات و دسترسی اولویتهای اساسی هستند. حفظ یا جذب ارائه کنندگان بیشتر ضرورت دارد. کنترل هزینه‌ها اولویت اساسی نیست.
سرانه	ارائه کنندگان مبلغ مشخصی را از پیش برای ارائه مجموعه تعریف شده خدمات برای هر فرد ثبت نام کرده در بازه زمانی مشخص دریافت می‌کنند.	افزایش کارآمدی ترکیب درونداد، جذب ثبت نام کنندگان، کاهش درونداد، کاهش ارائه خدمات، افزایش موارد ارجاع، بهبود ترکیب درونداد (تمرکز بر ارتقای سلامت و پیشگیری به روشهای ارزانتر)، تلاش برای انتخاب ثبت نام‌کنندگان سالمتر (ارزانتر).	ظرفیت مدیریت خریدار متوسط تا بالاست. تقویت مراقبتهای اولیه و عدالت بعنوان هدف در نظر گرفته می‌شود. کنترل هزینه‌ها اولویت است و رقابت وجود دارد.

اگرچه روش ایده‌آل پرداختی برای همه موقعیتها وجود ندارد و هر روشی توأم با نقاط ضعف و قوت خود می‌باشد اما کشورهای زیادی نظامهای پرداخت مرکب را شامل مواردی از جمله پرداخت سرانه و پرداخت در ازای خدمت دنبال می‌نمایند. دو دلیل عمده این روند عبارتند از همخوانی این نظامهای پرداختی با فلسفه مراقبتهای اولیه سلامت (تشویق مدیریت و بهره‌وری جمعیت محور) و مشکلات عملی روشهای جایگزین در پشتیبانی از نظام معطوف به مراقبتهای اولیه سلامت. پرداخت سرانه حول محور پرداخت برای مجموعه تعریف شده خدمات برای جمعیت مشخص منطقه پوشش (یا برای افراد مرتبط با آن مرکز) و بازه زمانی مشخص به جای اتصال پرداخت به خدمات خاص تشخیصی و درمانی هنگام ارائه آن خدمات شکل می‌گیرد و اغلب با نام‌نویسی مرتبط است (بنگرید به بخش ۱-۳، بند ۵۲).

اگرچه روش ایده‌آل پرداختی برای همه موقعیتها وجود ندارد و هر روشی توأم با نقاط ضعف و قوت خود می‌باشد اما کشورهای زیادی نظامهای پرداخت مرکب را شامل مواردی از جمله پرداخت سرانه و پرداخت در ازای خدمت دنبال می‌نمایند.

تعداد فزاینده‌ای از روشهای جدید ترکیبی پرداخت مطرح شده‌اند که هدف صریح آنها همراستاسازی انگیزه‌های پرداختی با اهداف نظام سلامت در ارتباط با بهبود و کارآمدی سلامت، کیفیت و هماهنگی مراقبت از طریق ارائه پاداش در ازای تحقق سنج‌های هدفمند عملکرد است. این روشها بطور جمعی تحت عنوان "پرداخت در ازای عملکرد" شناخته می‌شوند. بعنوان نمونه، هدف از نظام پرداخت در ازای عملکرد شاید پشتیبانی از ادغام و هماهنگی مراقبت در کل نظام سلامت از طریق ایجاد انگیزه برای ارائه کنندگان مراقبتهای اولیه به منظور ارائه خدمات بیشتر در زمینه ارتقا، حفاظت یا پیشگیری و یا ایجاد انگیزه برای سایر ارائه کنندگان مراقبت در راستای حمایت از ارائه خدمات در مراکز مراقبتی نزدیکتر به اجتماع باشد (بعنوان نمونه، از طریق ارائه گزینه‌های ثانویه از طریق مشاوره تلفنی به ارائه کنندگان مراقبتهای اولیه یا از طریق بیمارستانهای محلی به ارجاع یا انتقال بیماران). داده‌ها در خصوص اثرگذاری سازوکارهای پرداخت در ازای عملکرد در زمینه پیامدهای سلامت مرکب هستند. مهمترین کمکهای آنها همانا اثرات تقویتی آنها بر انگیزه‌های گسترده‌تر بهبود عملکرد و اثرات بیشتر آنها بر تقویت سایر بخشهای نظام سلامت است که در قالب محصول جانبی برنامه‌های ایجاد انگیزه پدیدار می‌گردند (بنگرید به مأخذ شماره ۵۲).

عقد قرارداد یا پیمانکاری سازوکار مناسب دیگر خرید برای پیشبرد الگوهای مراقبت معطوف به مراقبتهای اولیه سلامت از طریق ایجاد پاسخگویی ارائه کنندگان در قبال اهداف کلان و خاص مرتبط با مراقبتهای اولیه سلامت است. شرایط پیمانکاری را می‌توان بطور مثال به منظور اتصال پرداختها به تحقق موفق پیامدهای ملی و یا محلی سلامت یا پشتیبانی از ایجاد گسترش و مدیریت شبکه‌های یکپارچه ارائه کنندگان مبتنی بر نیازهای اجتماع طراحی نمود.

داده‌های کافی برای نظامهای پرداخت و خرید با کارکرد مناسب ضرورت دارند و لذا تقویت ظرفیت پایش باید در هرگونه روند اصلاح خرید راهبردی در نظر گرفته شود.

جدول ۲۱ - نظامهای خرید و پرداخت: اقدامات و مداخلات

در سطح سیاستگذاری

- رویکرد مشارکتی فراگیر را برای پیمانکاری و پرداخت به ارائه کنندگان در کلیه مراکز مراقبتی بعنوان بخشی از راهبرد گسترده تر خرید راهبردی و تأمین مالی سلامت با هدف تغییر جهت گیری الگوهای مراقبت به سمت ادغام و هماهنگی پشتیبانی و مراقبتهای اولیه تدوین نمایید.
- بسته جامع مزایایی را شامل خدمات مراقبتی ارتقا دهنده، حفاظتی، پیشگیری، احیا، درمانی، توانبخشی و تسکینی پیش از گزینش روشهای پرداخت تعریف کنید.
- از ترکیب هزینه بندی و سایر اطلاعات برای تضمین وجود منابع کافی برای ارائه بسته جامع مزایا استفاده کنید.
- سیاستهای ملی سلامت حذف کننده پرداختهای مصرف کنندگان را برای خدمات مراقبتهای اولیه تعریف کنید.
- شرایط دسترسی به بسته مزایای سلامت کاهش دهنده پرداختهای مصرف کنندگان را برای خدمات مراقبت اولیه ایجاد کنید.
- سازوکارهای پیمانکاری را برای ایجاد پاسخگویی ارائه کنندگان در قبال اهداف کلان و اهداف خاص معطوف به مراقبتهای اولیه سلامت تدوین نمایید.
- نظامهای پایش را برای تضمین مبتنی بودن سازوکارهای پرداخت و خرید بر داده های متقن تقویت نمایید.

در سطح عملیاتی

- نسبت به وجود تعریف دقیق نقشها در تمامی سازوکارهای ارائه خدمات و مابین ارائه کنندگان بر مبنای الگوهای مراقبتی مورد توافق و منابع موجود اطمینان حاصل کنید.
- از پیشرفت پیوسته نظامهای خرید و پرداخت از طریق پایش مرتب انگیزه ها و همچنین تعدیل نظام پرداخت در صورت امکان پشتیبانی نمایید.
- شفافیت را با انتشار داده های بودجه و هزینه کرد تا حداکثر میزان ممکن گسترش دهید.

توسط مردم و اجتماعات

- در طراحی و تدوین راهبردهای ملی خرید راهبردی، طراحی بسته مزایا و پیمانکاری (ازجمله در گفتگوهای سیاستگذاری در خصوص کمیته های فنی مشورتی و هیئتهای نظارت بیمه سلامت) مشارکت نمایید.
- عملکرد ارائه کننده یا مرکز را برای حصول اطمینان نسبت به حداقل سازی ارائه بیش از حد یا کمتر از میزان ضروری از طریق حفظ کیفیت مطلوب مراقبت پایش کنید.
- افراد و اجتماع را با قوانین و سازوکارهای تشریک هزینه ها آشنا سازید.

Analytical guide to assess a mixed provider payment system

Governance for strategic purchasing: An analytical framework to guide a country assessment

Purchasing health services for universal health coverage: how to make it more strategic?

Strategic purchasing for universal health coverage: key policy issues and questions – A summary from expert and practitioners' discussions

فناوریهای دیجیتال سلامت

کاربرد فناوریهای دیجیتال سلامت به روشهای
تسهیل‌کننده دسترسی به مراقبت و ارائه خدمات، افزایش
اثربخشی و کارآمدی و ارتقای پاسخگویی.



فناوریهای دیجیتال (از فناوریهای اطلاعات و اطلاع‌رسانی مانند اینترنت و گوشیهای همراه گرفته تا تحول اخیر در رایانه‌های پیشرفته منجر به استفاده از داده‌های بزرگ، هوش مصنوعی و علم ژنومیک^{۱۷}) باعث افزایش اثربخشی و کارآمدی خدمات یکپارچه سلامت و ارائه مراقبت شده‌اند. علیرغم همگانی نبودن دسترسی به این فناوریها، بیش از ۸۰ درصد افراد در کشورهای در حال توسعه مالک گوشی همراه و تقریباً نیمی از کل جمعیت جهان نیز از اینترنت استفاده می‌نمایند. توزیع این فناوریها در سطح جهان عادلانه‌تر از توزیع درآمدی است به شکلی که حتی در منطقه دارای کمترین پوشش گوشی همراه یا کشورهای آفریقایی جنوب صحرا ۷۸ درصد مردم مشترک این روش مخابراتی هستند (بنگرید به مأخذهای شماره ۵۴ و ۵۵).

انقلاب فناوریهای اطلاعات و اطلاع‌رسانی باعث ایجاد تحولات عمده در نحوه مدیریت سلامت افراد و اجتماعات و دسترسی آنها به اطلاعات در خصوص وضعیت سلامت، گزینه‌های درمانی و موجودیت (و برخی اوقات کیفیت) ارائه‌کنندگان خدمات شده است. چنین تحولاتی نقش مهمی را در پیشبرد اصل مبنایی مراقبتهای اولیه سلامت در خصوص توانمندسازی مردم و اجتماعات از طریق ارائه توان جدید به مردم و تغییر ماهیت روابط مابین بیمار و ارائه‌کننده خدمات پزشکی از طریق کاهش عدم تقارن اطلاعات ایفا می‌کنند. با این وجود، بسیاری از اطلاعات فعلی فقط در زبان انگلیسی یا سایر زبانهایی که زبان مادری افراد ساکن در کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط نیستند موجود است. علاوه بر این، سطح پایین سواد دیجیتال سلامت باعث محدودسازی اثرگذاری بالقوه این فناوریهای اطلاعات و اطلاع‌رسانی در چنین مراکزی می‌گردد. فناوریهای دیجیتال باعث ایجاد و رواج روشهای جدید شده‌اند که در طی آنها مردم از ارائه‌کنندگان انتظار پاسخگویی دارند و امکان افزایش اثربخشی و مقیاس مدافعه‌گری و تلاشهای ارتقای سلامت نیز مطرح شده است.

علاوه بر این، فناوریهای دیجیتال اثرات بیشتری را بر ارائه خدمات سلامت مخصوصاً از طریق گسترش سریع مداخلات سلامت دیجیتال از جمله ابتکارات عمل سلامت سیار و سلامت الکترونیک^{۱۸} ایجاد کرده‌اند. دولتها به سرعت به این وضعیت در حال تغییر از طریق تدوین راهبردهای ملی پاسخ داده‌اند و امروزه بیش از ۱۲۰ کشور راهبردها یا سیاستهای ملی را برای سلامت الکترونیک، پزشکی از راه دور یا سلامت دیجیتال طراحی کرده‌اند (بنگرید به مأخذهای شماره ۵۶ و ۵۷).

چهار کاربرد اصلی زیر در مداخلات دیجیتال سلامت هدفگذاری شده‌اند (بنگرید به مأخذ شماره ۵۸):

- برای مراجعین (از جمله اطلاع‌رسانی هدفمند برای مراجعین مانند ارسال یادآوری، ارتباطات همسانان، ردیابی شخصی سلامت و گزارش‌دهی شهروندی).
- برای کارکنان بهداشتی-درمانی (از جمله شناسایی و ثبت نام مراجعین، سوابق پزشکی، ابزار پشتیبانی از تصمیم‌گیری، پزشکی از راه دور، هماهنگی ارجاع، آموزش، تجویز و یا مدیریت تشخیص).
- برای مدیران نظامهای سلامت (از جمله مدیریت منابع انسانی، مدیریت زنجیره تأمین، ثبت احوال و آمار حیاتی).
- برای خدمات داده‌ها (از جمله جمع‌آوری، مدیریت و کاربرد داده‌ها، نقشه‌کشی محل استقرار و تبادل داده‌ها).

سازمان جهانی بهداشت اخیراً بررسی مفصلی را از شواهد موجود برای تعدادی از مداخلات دیجیتال سلامت منتخب تکمیل نموده است (بنگرید به مأخذ شماره ۵۹). شواهد اثربخشی بسیاری از مداخلات همچنان محدود می‌باشند اما ۱۰ توصیه ارائه شدند که اکثر این توصیه‌ها حاوی تأکید بر صرفاً امکان توصیه این مداخلات در برخی شرایط از جمله موجودیت رویه‌های استاندارد عملیات و همچنین استانداردهای حفظ حریم داده‌ها بودند.

^{۱۷} genomic
^{۱۸} mHealth (mobile health) and eHealth (electronic health)

مداخلات دیجیتال سلامت علیرغم محدودیت شواهد موجود، گسترش سریعی یافتند چراکه به نظر می‌آید که این مداخلات روشهایی را برای توجه به چالشهای عمده نظام سلامت ارائه نمایند و برخی از این روشها به شدت با مراقبتهای اولیه سلامت مرتبط هستند. بعنوان نمونه، تعداد فزاینده‌ای از کشورها در جهت حل و فصل محدودیتهای منابع انسانی در کل نظام سلامت از طریق آموزش مجازی یا پزشکی از راه دور مخصوصا در ارتباط با مراقبتهای اولیه تلاش می‌کنند. این تلاشها با هدف ظرفیت‌سازی میان کارکنان بهداشتی-درمانی از طریق برگزاری دوره‌های مجازی یا سایر اشکال آموزش پیش و حین خدمت انجام می‌شوند که به نوبه خود باعث کاهش هزینه آموزش، بهبود دسترسی به تخصص و ایجاد امکان برگزاری دوره‌های آموزشی در مراکز دارای امکانات محدود آموزشی می‌گردند.

پزشکی از راه دور دسترسی را به تخصص و کارشناسی از راه دور از طریق ارسال تصاویر پزشکی و داده‌ها یا توضیحات بالینی به مراکز خارج از محدوده به منظور پشتیبانی از فرایند تشخیص و پیشنهاد گزینه‌های درمانی ممکن می‌سازد. حوزه‌های تمرکز تا به امروز شامل رادیولوژی، بیماریهای پوست، آسیب‌شناسی و روانپزشکی بوده‌اند اما پیشرفتهای فناوری باعث گسترش دامنه دستگاهها و خدمات قابل ارائه از جمله حوزه‌های جدیدی مانند تخصص قلب و عروق و چشم پزشکی می‌گردند. پاسخ به همه‌گیری کرونا در بسیاری از کشورها امکان‌پذیری این رویکرد را بعنوان بخشی از حفظ خدمات سلامت اساسی ثابت کرده است. این فناوریها به تغییر جهت دادن مداخلات از مراکز مراقبتهای ثانویه و ثالث از جمله بیمارستانها به خانه‌های افراد کمک می‌کنند که این تغییر خود باعث تحول در مراقبتهای اولیه و حرکت به سوی نظامهای سلامت دربرگیرنده الگوی یکپارچه و مردم محور ارائه خدمات سلامت می‌شود. با این وجود، نباید فراموش کرد که هرگونه مداخله دیجیتال سلامت مانند پزشکی از راه دور مستلزم وجود محیط فراهم کننده این امکان از لحاظ زیرساخت، نیروی کار آموزش دیده، پروتکل‌های ایمنی و حریم، قوانین مناسب، سازوکارها و متابعت از قوانین و مقررات است.

”
انقلاب فناوریهای اطلاعات و اطلاع رسانی باعث ایجاد تحولات عمده در نحوه مدیریت سلامت افراد و اجتماعات و دسترسی آنها به اطلاعات در خصوص وضعیت سلامت، گزینه‌های درمانی و موجودیت (و برخی اوقات کیفیت) ارائه کنندگان خدمات شده است.“

سایر فناوریهای نوآورانه مانند هوش مصنوعی و ژنومیک با توجه به توان پیشرفته رایانه‌ای و موجودیت مقادیر گسترده داده‌ها در حال رشد می‌باشند. کاربرد هوش مصنوعی در پزشکی و سلامت عمومی اگرچه هنوز در مراحل اولیه خود است و کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط با استفاده گسترده از آن بسیار فاصله دارند اما احتمالا اثرگذاری عمده‌ای را در سالهای آتی خواهد داشت. بعنوان مثال، هوش مصنوعی هم اکنون برای بهبود تشخیص (از جمله تشخیصهای با کمک یارانه در صورت عدم موجود بودن متخصصین) و ژنومیک فردی همراه با پتانسیل ایجاد رویکردهای درمانی مختص فرد بکار می‌رود

پیشرفتهای در فناوریهای اطلاعات و اطلاع‌رسانی امروزه نظامهای اطلاعات سلامت را دگرگون ساخته‌اند بطوری که سامانه‌های الکترونیک جمع‌آوری، کدگذاری و تجمیع داده‌ها در بسیاری از کشورها جایگزین تمام یا بخشی از نظامهای سنتی کاغذی شده‌اند و در نتیجه، پیشرفتهای چشمگیری در زمان‌بندی و

دقت نظامهای اطلاعات از جمله از طریق سامانه ۲ اطلاعات سلامت ناحیه (بنگرید به مأخذ شماره ۶۰) بدست آمده‌اند. پرونده‌های الکترونیک سلامت رواج کمتری دارند اما سازمان جهانی بهداشت افزایش تقریبا ۵۰ درصدی را در کاربرد این سامانه‌ها مابین سالهای ۲۰۱۰ الی ۲۰۱۵ گزارش نموده است (بنگرید به مأخذ شماره ۵۶). تضمین قانونگذاری با هدف حمایت از محرمانگی بخش مهمی در پرونده‌های الکترونیک سلامت است که در تعدادی از کشورها، سرعت پیشرفت در این زمینه همچنان پایین است.

دو مورد دیگر فناوریهای اطلاعات و اطلاع‌رسانی پدید آمده که علی‌الخصوص با مراقبتهای اولیه سلامت مرتبط هستند عبارتند از: توانایی بکارگیری رویکردهای "داده‌های بزرگ" به منظور تحلیل اشکال و رویه‌ها و بهبود هدفگذاری تلاشهای سلامت عمومی (که برخی اوقات "سلامت عمومی با دقت"^{۱۹} اطلاق می‌گردند). فناوریهای جدید هم اکنون بر مدیریت زنجیره تأمین اثرگذار بوده‌اند (بعنوان مثال، از طریق سامانه‌های الکترونیک اطلاعات برای مدیریت لجستیک) و تلاشهایی در جهت استفاده از رویکردهای نوین مانند فناوری زنجیره بلوکی یا بلاکچین^{۲۰} در راستای افزایش قابل اطمینان بودن زنجیره تأمین در حال انجام هستند.

علاوه بر این، فناوریهای دیجیتال بیش از پیش باعث تولید دستگاههای پزشکی و کمکی تسريع کننده تشخیص، پشتیبان تصمیم‌گیری و تسهیلگر ارائه مراقبت می‌شوند.

تضمین رعایت درست مسائل اخلاقی در تمام این حوزه ضروری است و حفاظت از داده‌ها از اهمیت ویژه‌ای در حفظ محرمانگی اطلاعات حساس سلامت برخوردار است.

در پاسخ به درخواست کشورهای عضو، دبیرخانه مشغول تهیه راهبرد جهانی سلامت دیجیتال^{۲۱} برای برطرف نمودن کاستیهای موجود در پژوهش، نوآوری، توسعه، همکاری و اتخاذ راه حل مناسب دیجیتال سلامت در جهت پشتیبانی از مراقبتهای اولیه سلامت، پوشش همگانی سلامت و اهداف مرتبط با سلامت توسعه پایدار است. این راهبرد جهانی حاوی چهار هدف خاص راهبردی ذیل می باشد: الف) ارتقای همکاری جهانی و پیشبرد انتقال دانش در زمینه سلامت دیجیتال، ب) پیشبرد اجرای راهبردهای ملی سلامت دیجیتال، ج) تقویت حکمرانی برای سلامت دیجیتال در سطوح جهانی، منطقه‌ای و ملی و د) حمایت‌طلبی نظامهای مردم محور سلامت برخوردار از سلامت دیجیتال (بنگرید به مأخذ شماره ۶۱). در این راهبرد، مجموعه‌ای از اقدامات اتخاذ شده توسط کشورهای عضو، شرکا و دبیرخانه به منظور تحقق اهداف خاص پیشنهاد شده‌اند. راهبرد جهانی به هفتاد و سومین مجمع جهانی سلامت برای ملاحظه و بررسی ارسال می‌گردد.

جدول ۲۳ - فناوریهای دیجیتال سلامت: اقدامات و مداخلات

در سطح سیاستگذاری

- راهبردها، معماری، چارچوبها، برنامه‌ها و قوانین ملی سلامت الکترونیک را بنا به ضرورت و همچنین سیاستهای حفاظت از داده‌ها را حول محور مسائلی مانند دسترسی و تبادل داده‌ها، رضایت، امنیت، مجازی، حریم، تعامل‌پذیری و فراگیری و شناسه‌های منحصر بفرد سلامت شخصی مطابق با تعهدات بین‌المللی حقوق بشر تدوین نمایند.
- مناسب بودن شرایط را برای معرفی مداخلات دیجیتال سلامت بررسی نمایند.
- سازوکارهایی را برای کسب اطلاعات در خصوص تحولاتی جدید در فناوریهای اطلاعات و اطلاع‌رسانی در سطح جهانی و شناسایی شکافها در تلاشهای موجود که با استفاده از فناوریهای جدید قابل پر شدن هستند ایجاد کنید.

در سطح عملیاتی

- چنانچه شواهد دال بر اثربخشی باشند، مداخلات دیجیتال سلامت را از طرحهای آزمایشی با ادغام فناوریهای دیجیتال در زیرساختها و مقررات نظامهای موجود سلامت گسترش و تعمیم دهید.
- در صورت ضرورت، ارزیابیهای فناوری سلامت را اجرا کنید.
- تلاشها را برای اجرای نظامهای دیجیتال اطلاعات سلامت شامل پرونده‌های سلامت الکترونیک سرعت بخشید.

^{۲۱} سند شماره ۱۷۳/۴

- از فناوریهای دیجیتال در راستای تبدیل شدن به مصرف‌کنندگان آگاه اطلاعات سلامت استفاده نمایید.
- رهیافتهای جدید ایجاد شده توسط فناوری را برای ارائه بازخورد در خصوص خدمات سلامت بکار برید.

جدول ۲۴ - فناوریهای دیجیتال سلامت: ابزار و منابع

منابع و ابزار نظام سلامت

Community Information Integration (CII) and the Central Patient Attached Registry (CPAT), a tool to integrate community Electronic Medical Records (EMRs)

Data and innovation: draft global strategy on digital health
Final document forthcoming, WHO

Designing Digital Health Interventions for Impact

Digital education for building health workforce capacity

Digital Health Atlas

Digital Health for RSSH for Global Fund guideline

Digital technologies: shaping the future of primary health care

Framework for the implementation of a telemedicine service

National eHealth strategy toolkit

UNICEF Digital Health approach

WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening

نظامها در سطح محلی، استانی و ملی باید بصورت مستمر کیفیت خدمات یکپارچه سلامت را ارزیابی نمایند و ارتقا دهند.

نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت

ارزیابی و ارتقای پیوسته کیفیت خدمات یکپارچه سلامت
توسط نظامها در سطوح محلی، استانی و ملی.



کمیسیون جهانی لنست در زمینه نظامهای سلامت باکیفیت در دوران اهداف توسعه پایدار^{۲۲} تأکید داشت که موارد مرگ و میر بیشتری امروزه در کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط به علت کیفیت پایین مراقبتها در مقایسه با نبود دسترسی به مراقبتها رخ می‌دهند (بنگرید به مأخذ شماره ۶۲).

مراقبت باکیفیت در واقع اثربخش، ایمن و مردم محور است و باید بهنگام، کارآمد، عادلانه و یکپارچه باشد. چنین مراقبتی برای بهبود عملکرد، حفظ اعتماد، تضمین پایداری نظام سلامت و حصول اطمینان از ترجمان کلیه تلاشها و منابع سرمایه‌گذاری شده در تسهیل دسترسی و ارائه مراقبت به بهبود سلامت مردم ضرورت دارد. مراقبت باکیفیت مستلزم برنامه‌ریزی دقیق شامل مشارکت دادن دست‌اندرکاران کلیدی و همچنین مصرف‌کنندگان خدمات مراقبت است. کنترل کیفیت از طریق پایش درونی و سنجش مستمر در کنار تضمین کیفیت متضمن وجود فرایندهای مطابق با مجموعه‌ای استاندارد می‌گردد که فرایندهای مذکور دائماً از طریق مداخلات ارتقای کیفیت با هدف بهبود عملکرد افزایش پیدا می‌کنند. نظامها در سطوح محلی، استانی و ملی باید به منظور ارزیابی، تضمین، سنجش و ارتقای کیفیت مراقبت‌های اولیه و همچنین سایر خدمات سلامت از طریق مداخلات طراحی شده مختص شرایط و انتخاب شده از دامنه گسترده اقدامات ارتقای شواهدمبنای کیفیت تجهیز گردند تا نیازهای خود را به بهترین شکل برآورده سازند.

دامنه‌ای از رویکردها را می‌توان بکار برد اما تأکید اصلی باید بر تدوین مجموعه چندقابلی مداخلات طراحی شده مختص بستر محلی باشد و در عین حال تلاشها باید در جهت ارتقای محیط و فرهنگ گسترده‌تر نظامهای سلامت پشتیبان ارائه مراقبت باکیفیت انجام گردند. اهمیت تدوین راهبرد و یا سیاست ملی باکیفیت در مجلد مشترک سازمان جهانی بهداشت، سازمان همکاری و توسعه اقتصادی و بانک جهانی در سال ۲۰۱۸ پیرامون ارائه خدمات باکیفیت سلامت تأکید شده است و انتخاب مجموعه‌ای از مداخلات شواهدمبنای باکیفیت نیز در ارتباط با چهار مقوله محیط نظام سلامت، کاهش آسیب، ارتقای مراقبت بالینی و مشارکت دادن و توانمندسازی بیمار، خانواده و اجتماع به دولتها پیشنهاد شده است (بنگرید به مأخذ شماره ۶۳).

محیط نظام سلامت

ارتقای کیفیت خدمات یکپارچه سلامت شامل خدمات مراقبت‌های اولیه هم به مداخلات متمرکز بر فرایندهای مراقبت و ارائه خدمات و هم به تلاشهای ایجاد شرایط حامی، فرایندهای حاکمیتی، محیط قانونگذاری و فرهنگ لازم برای توانمندسازی ارائه‌کنندگان و کارشناسان در جهت نیل به سطح مطلوب مراقبت بستگی دارد. این اقدام شامل تمرکز شدید بر ظرفیت ارائه مراقبت باکیفیت از سوی نیروی کار سلامت و همچنین سازوکارهای پاسخگویی مرتبط با ارزیابی در برابر استانداردهای تعریف شده و شواهدمبنای کیفیت است.

کاهش آسیب

این مداخلات بر فعالیتهای اصلی با هدف حفظ اصل مبنایی دوری از ایجاد آسیب قابل اجتناب به مردم متمرکزند. تحقق کاهش آسیب مستلزم اقدام چندرشته‌ای و چندقابلی در زمینه اجرای مجموعه‌ای از ابزار عملی (ازجمله پروتکل‌های ایمنی و چک لیستها) و در عین حال مدیریت قاعده‌مند خطر و پاسخ به نیازهای آموزشی و همچنین تغییرات رفتاری و فرهنگی ضروری برای بنای محیط ایمن پایدار است.

ارتقای مراقبت بالینی

این مجموعه مداخلات بر فرایندها و ابزار هدفگذاری شده برای افزایش اثربخشی مراقبت بالینی تمرکز

^{۲۲} Lancet Global Health Commission on High Quality Health Systems

دارند و ابزار بسیار ضروری حمایت از کارکنان بهداشتی-درمانی در برنامه‌ریزی مدیریت اثربخش بالینی (مانند استانداردهای متناسب بستر، مسیرها، پروتکلها، چک لیستها، فرمهای استاندارد شده بالینی و ابزار پشتیبان تصمیم‌گیری بالینی) و همچنین فرایندهای شناسایی کننده نیازهای بهبود (مانند حسابرسی بالینی و بررسی مرگ و میر و بیماری) در آنها گنجانده شده‌اند.

مشارکت دادن و توانمندسازی بیمار، خانواده و اجتماع

مردم و اجتماعات اغلب بیشتر از هر کس چالشهای فراروی خود را در دریافت مراقبت باکیفیت (چه به علل خدمات هماهنگ نشده و مهارتهای نامناسب بالینی و چه به علت عدم ارائه اطلاعات کافی) می‌شناسند. بنابراین، مشارکت دادن آنها بعنوان شریک در تلاشهای بهبود کیفیت تعیین کننده است. از این رو، تضمین مشارکت دادن بیماران، خانواده‌ها و اجتماعات در برنامه‌ریزی، ارائه و ارزیابی خدمات باکیفیت سلامت ضروری است. مراقبتهای اولیه سلامت همراه با پل طبیعی مابین اجتماعات و خدمات هستند و مداخلاتی را که می‌توان در تلاشهای ارتقای کیفیت مراقبت در نظر گرفت عبارتند از مشارکت دادن و توانمندسازی رسمی شده اجتماع، بهبود سواد سلامت، استفاده از تصمیم‌گیری مشترک و تضمین سنجش و کاربرد داده‌ها در خصوص تجربه بیماران نسبت به مراقبت کشورها علاوه بر مجموعه‌های مداخلات ارتقای کیفیت فوق‌الذکر می‌توانند در پی ارتقای اقدام جمعی برای حل و فصل چالشهای کیفیت از طریق اعمال روشها و برنامه‌های پیوسته ارتقای کیفیت باشند. چارچوبهای متعددی برای بهبود کیفیت وجود دارند اما آنها عموماً بر

مبنای تعهد کاربرد داده‌ها با هدف ارائه اطلاعات در سازوکارهای یادگیری حاوی چرخه‌های برنامه‌ریزی، اقدام، ارزیابی و بهبود هستند. سازوکارهای ارتقای کیفیت را نباید بعنوان گام نهایی در ارائه خدمات یا توسعه نظام سلامت در نظر گرفت بلکه آنها را بعنوان نقطه آغاز پایه‌ریزی برنامه‌ریزی و اهداف ارائه خدمات از سوی برنامه‌ریزان سلامت فارغ از میزان پختگی یا بستر خاص نظام سلامت در نظر گرفت.

نقش محوری اتخاذ جهت‌گیری ملی در زمینه کیفیت در کتاب راهنمای سازمان جهانی بهداشت در زمینه راهبرد و سازوکارهای ملی کیفیت به تفصیل تشریح شده است (بنگرید به مأخذ شماره ۶۴). سایر منابع کلیدی عبارتند از کیفیت در مراقبتهای اولیه سلامت و مجموعه فنی سازمان جهانی بهداشت در خصوص مراقبتهای اولیه ایمنتر (بنگرید به مأخذهای شماره ۶۵ و ۶۶).

در کلیه رویکردهای ارتقای کیفیت، پذیرش ضرورت نوعی فرایند مدیریت تغییر مهم است که این مسئله خود نیازمند تعریف بینش (و اهداف)، پشتیبانی از تغییرات، اطلاع‌رسانی دقیق در مورد آنها و ردیابی پیشرفت می‌باشد. مجموعه‌ای از دست‌اندرکاران چندبخشی شاید در این تلاشها مشارکت نمایند که نمونه‌هایی از آنها عبارتند از مردم و اجتماعات، ارائه‌کنندگان خدمات (دولتی و خصوصی)، سازمانهای صنفی و حرفه‌ای، سمنها، سازمانهای ایمن محور، نهادهای دانشگاهی و مؤسسات آموزش فنی-حرفه‌ای سلامت، سازمانهای مستقل ارزیابی یا صدور مجوز، سازمانهای ارزیابی فناوری سلامت، وزارتخانه‌های بهداشت و تیمهای کیفیت استانی، مراکز و اجتماع.

داده‌ای از رویکردها را می‌توان بکار برد اما تأکید اصلی باید بر تدوین مجموعه چندقالبی مداخلات طراحی شده مختص بستر محلی باشد و در عین حال تلاشها باید در جهت ارتقای محیط و فرهنگ گسترده تر نظامهای سلامت پشتیبان ارائه مراقبت باکیفیت انجام گردند.

جدول ۲۵ - نظامهای ارتقای کیفیت خدمات: اقدامات و مداخلات

در سطح سیاستگذاری

- راهبرد و یا سیاست ملی کیفیت را با مشارکت دست‌اندرکاران مطابق با فرایندهای برنامه‌ریزی و سازوکارهای ملی سلامت تدوین نمایید.
- در زمینه کیفیت خدمات سلامت شامل اقدامات تجارب بیماران به شکلی مرتب ارزیابی نمایید و گزارش عمومی ارائه کنید.
- نسبت به تأمین مالی کافی و پایداری تلاشهای ارتقای کیفیت و همچنین گسترش و تأمین طرحهای موفق آزمایشی اطمینان حاصل نمایید.
- اصول کیفیت را در آموزش پیش و حین خدمت کارشناسان سلامت و رشد حرفه‌ای پیوسته لحاظ نمایید.

در سطح عملیاتی

- برنامه عملیاتی را با هزینه مشخص به منظور پشتیبانی از اجرای راهبرد / سیاست ملی کیفیت تدوین نمایید.
- سازوکارهای ایجاد امکان ارائه بازخورد در مورد خدمات باکیفیت سلامت را از سوی افراد، خانواده‌ها و اجتماعات (مانند فرمهای شکایت بیماران) نهادینه‌سازی کنید و متعاقباً بازخورد را در تلاشهای بهبود لحاظ کنید.
- حاکمیت، پاسخگویی و رهبری را برای کیفیت و ایمنی در سطح محلی مانند رابطین و تیمهای کیفیت مراقبت اولیه و ناحیه ایجاد و حفظ نمایید.
- نظامها را برای پایش وفاداری به استانداردهای مراقبت ایجاد نمایید.
- زیرساختی را برای تولید دانش و تبادل یادگیری در خصوص خدمات باکیفیت سلامت احداث کنید.

توسط مردم و اجتماعات

- به تدوین دستورالعملهای ملی در زمینه کیفیت و همچنین عملیاتی‌سازی آنها در سطح استانی کمک نمایید.
- با ارائه کنندگان و کارشناسان سلامت از جمله از طریق بازخورد و سازوکارهای رسمی مشارکت اجتماع به منظور گفتگو پیرامون عملکرد بالینی و کمک به طراحی فعالیتهای بهبودی همکاری نمایید و آنها را در عرصه فوق مشارکت دهید.

A compendium of tools and resources for improving the quality of health services

Core components for Infection, prevention and control – Implementation tools and resources

Handbook for national quality policy and strategy – A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care

Improving the quality of health services: tools and resources

WHO Integrated health services toolkit (including modules for primary care, emergency and critical care)

WHO emergency care toolkit:

- Emergency Care Systems Assessment Tool
- International Registry for Trauma and Emergency Care
- WHO-ICRC Basic Emergency Care course: approach to the acutely ill and injured
- Medical Emergency Checklist
- Trauma Checklist

Primary care toolkit and critical care components forthcoming

Minimum Requirements for infection prevention and control (IPC) programmes

National Quality Policy and Strategy Tools and Resources Compendium

Quality in primary health care

Quality of care: what are effective policy options for governments in low-and middle-income countries to improve and regulate the quality of ambulatory care?

Taking Action: Steps 4 & 5 in Twinning Partnerships for Improvement

Care for child development Package

Caring for the sick child in the community, adaptation for high HIV or TB settings

Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care

Counselling for maternal and newborn health care – a handbook for building skills

Emergency Triage Assessment and Treatment (ETAT) course

Enhanced capacity building training for frontline staff on building trust and communication facilitator's guide

Every Newborn: an action plan to end preventable deaths

Global standards for quality health care services for adolescents

Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level

HEARTS technical package

Integrated management of adolescent and adult illness (IMAI) modules

Implementation guide for the Global standards for quality health care serviced for adolescents

Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care

Integrated care for older people (ICOPE): Handbook App

Integrated management of childhood illness (IMCI) Chart Booklet

Integrated management of childhood illness (IMCI) set of distance learning modules

Management of the sick young infant aged up to 2 months

Management of the sick young infant aged up to 2 months: IMNCI training course

Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed.

Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential

Pocket book of hospital care for children: Second edition

Quality of care for maternal and newborn health: a monitoring framework for network countries

Quality, equity, dignity: the network to improve quality of care for maternal, newborn and child health – strategic objectives

Service delivery framework and tools for infants, children and adolescents living with HIV

Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities

Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities

Surgical Care at the District Hospital – The WHO Manual
Revision forthcoming, WHO

Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn

Tools for implementing WHO PEN (Package of essential noncommunicable disease interventions)

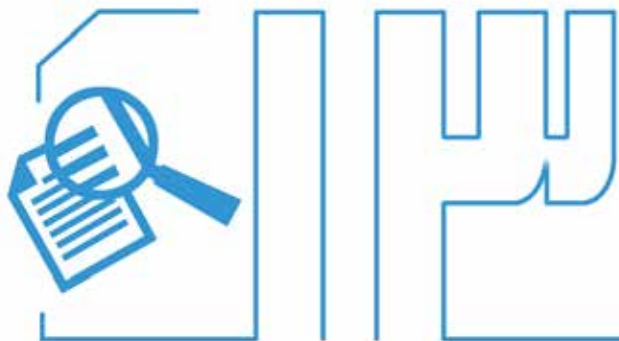
Cardiovascular risk prediction charts

WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes

WHO recommendations on newborn health

پژوهشهای مرتبط با مراقبتهای اولیه سلامت

مدیریت پژوهش و دانش شامل انتشار تجارب و آموخته‌ها و همچنین کاربرد این دانش برای تسريع گسترش و تعميم راهبردهای موفق در راستای تقويت نظامهای معطوف به مراقبتهای اولیه سلامت.



در فرایند تدوین نظامها، سیاستها، راهبردها و برنامه‌های عملیاتی سلامت باید بهترین شواهد موجود در خصوص نحوه کارکرد این موارد بکار روند. پژوهشهای نظامهای سلامت و همچنین پژوهشهای اجرایی مداخلات پشتیبان اجزای سه‌گانه مراقبتهای اولیه سلامت در تأمین این اطلاعات نقش کلیدی دارند. این اهرم عملیاتی مستقیماً با کلیه سایر اهرمها در چارچوب عملیاتی مرتبط هستند چراکه پژوهشهای نظامهای سلامت و اجرا باید به شکلی جامع باعث تقویت تولید، مدیریت، انتشار و کاربرد دانش حول تمامی اهرمها با هدف گسترش پیشرفت در مراقبتهای اولیه سلامت باشند.

- پژوهشهای اجرایی مرتبط با مراقبتهای اولیه سلامت دچار چالشهای کلیدی متعدد ذیل هستند:
- طراحی راهبردها برای پاسخ به نیازهای جمعیت و اولویتهای سیاستگذاری و اتخاذ رویکردهای اثربخش برای اولویت‌بندی.
 - تعیین روشهای بهینه برای تعامل با افراد، اجتماعات و سایر دست‌اندرکاران چندبخشی در ارتقای پیامدهای سلامت.
 - تقویت تمرکز بر عدالت ازجمله پاسخ اثربخش به شکاف شهری-روستایی یا ابعاد جنسیتی سلامت.
 - تضمین ارائه خدمات اساسی در طی شرایط بحران.
 - شناسایی بهترین رهیافتهای برای پاسخ مناسب (از لحاظ مدیریت و پیشگیری) به چالشهای مطرح شده از سوی اختلالات همراه متعدد و داروهای متعدد نامناسب در کل سازوکارهای ارائه خدمات.
 - شناخت کیفیت خدمات سلامت (شامل اثربخشی، مردم محوری، زمان‌بندی، ادغام، کارآمدی و ایمنی) و پژوهش عملیاتی برای ارزیابی اثربخشی مداخلات برای ارتقای این ابعاد کیفیت.
 - ارزیابی اثربخشی اشکال ارائه خدمات از سوی هر دو بخش دولتی و خصوصی شامل ارزیابی تبعات و پیامدها برای عدالت.
 - تدوین و حمایت از الگوهای انتقال دانش برای پر کردن شکاف دانش و ارتقای جذب دانش در اجرا و پژوهشهای مربوط به نظامهای مراقبتهای اولیه سلامت.

انجام پژوهشهای مرتبط با مراقبتهای اولیه سلامت با توجه به تمرکز آنها بر ابعاد سه‌گانه این مراقبتها ضرورتاً با همراهی و همکاری دامنه گسترده‌ای از دست‌اندرکاران بخش سلامت و همچنین سایر بخشهای مسئول حوزه‌های اثرگذار بر سلامت مردم ازجمله آموزش، کار یا حمل و نقل خواهد بود. دست‌اندرکاران مرتبطی که باید مشارکت داشته باشند عبارتند از تأمین کنندگان مالی پژوهشها (عمومی و خیریه‌ها)، نهادهای دانشگاهی و مراکز پژوهشی، مؤسسات ارزیابی فناوری سلامت، انجمنهای علمی، وزارتخانه‌های مسئول علوم و تحقیقات و سایر تصمیم‌گیرندگان دولتی و کارشناسان مراقبت سلامت. پژوهشگران مستقل بیرون از نظام تا حداکثر میزان ممکن باید با نهادهای محلی به شراکت و ظرفیت‌سازی نهادهای محلی بپردازند تا آنها بتوانند فرایندهای پژوهشی را راهبری نمایند. علاوه بر این، مشارکت دادن مردم و اجتماعات در فرایند پژوهش تا حداکثر میزان ممکن ضروری است تا بتوان نسبت به شناخت مشکلات نیازمند پژوهشهای اجرایی و طراحی مناسب مطالعات و متعاقباً همکاری با مردم و اجتماعات در توزیع یافته‌ها و نهایتاً ترجمان این یافته‌ها به تغییر سیاستگذاری اطمینان حاصل نمود (بنگرید به مأخذهای شماره ۶۷ الی ۷۰). انجام پژوهشهای مشارکتی اقدام همراه با اذعان کمکهای مهم مردم و اجتماعات در اولویت‌بندی پرسشها، تولید دانش و اقدامات شواهدمبنای سلامت ازجمله موارد ذیل است (بنگرید به مأخذ شماره ۷۱):

- پاسخ به پرسشهای مهم اجتماعات و کمک به شناخت مؤلفه‌های اجتماعی سلامت.
- شناخت روشهای اثرگذاری نقشها و روابط اجتماعی بر عملکرد نظامهای سلامت.
- تقویت ارتباطات و احترام متقابل میان دست‌اندرکاران در سلامت شامل آسیب‌پذیرترین و محرومترین آنها.

- پر کردن شکافهای مابین دانش و عملکرد.
- افزایش اعتبار یافته‌های پژوهشی.
- تقویت سازوکارهای پاسخگوی اجتماعی.

صرف اجرای پژوهش کفایت نمی‌کند. در واقع تضمین ارائه یافته‌های پژوهشی در عرصه سیاستگذاری و تصمیم‌گیری ضروری است. روشهای ارائه و انتشار به سرعت با مطرح شدن گزینه‌های جدید توسط فناوریهای نوین اطلاعات و اطلاع‌رسانی ازجمله مجموعه ویکی^{۲۳} و الگوهای یادگیری مجازی متحول می‌شوند. در این راستا، تبادل الگوها و رویکردهای موفق مهم است و در عین حال، تبادل نمونه‌های عدم موفقیت نیز اهمیت دارند تا سایرین بتوانند از تجارب دیگران بهره‌مند شوند.

تعهد و رهبری سیاسی برای مراقبتهای اولیه سلامت (بنگرید به بخش ۱-۲) عوامل محرک و مروج تضمین هم توزیع دانسته‌های جدید تولید شده در خصوص مراقبتهای اولیه سلامت و هم انعکاس آنها در حاکمیت، سیاستها، راهبردها و برنامه‌ها هستند. پیامد این روند آن است که تأمین مالی برای کلیت مراقبتهای اولیه سلامت (بنگرید به بخش ۳-۲) باید متضمن تخصیص کافی و پایدار منابع مالی برای پژوهشهای مرتبط با مراقبتهای اولیه سلامت به منظور ارائه اطلاعات و تسریع تصمیم‌گیری و اقدام حول محور اهرمهای مراقبتهای اولیه سلامت باشد. هم تعهد سیاسی و هم تخصیص منابع مالی نشانگر چگونگی توانمندسازی متقابل مابین پژوهشهای مرتبط با مراقبتهای اولیه سلامت و سایر اهرمها هستند.

جدول ۲۷ - پژوهش معطوف به مراقبتهای اولیه سلامت: اقدامات و مداخلات

در سطح سیاستگذاری

- تأمین مالی هدفمند را برای ظرفیت پژوهش معطوف به مراقبتهای اولیه سلامت (ازجمله درون مدارس یا مؤسسات ملی پژوهشی) و تأمین مالی تخصیص شده را شامل پژوهش سیستمهای پیچیده از طریق فراخوانهای استاندارد و خاص برای دریافت پیشنهادهای افزایش دهید.
- الگوهای کارآمد انتقال دانش را بعنوان بخشی از پرداختهای خاص به مؤسسات پژوهشی مراقبتهای اولیه سلامت تصویب کنید.
- رهیافت عدالت محور را در ارزیابی و پژوهش سیاستگذاری نظامهای سلامت اعمال کنید.
- رویکردهای تولید مشترک پژوهش معطوف به مراقبتهای اولیه سلامت را (شامل پرسشهای پژوهشی، طراحی، انتشار و کاربرد نتایج) با مردم و اجتماعات تدوین و اجرا نمایید و همچنین مشارکت با مردم و اجتماعات را بعنوان پیش نیاز دسترسی به پروژههای تأمین مالی شده توسط بخش دولتی گسترش دهید.

در سطح عملیاتی

- از ایجاد شبکه‌های پژوهشهای مرتبط با مراقبتهای اولیه سلامت پشتیبانی کنید.
- از پژوهشهای اجرایی برای ارائه اطلاعات در فرایند گسترش و تعمیق مداخلات و الگوهای اثربخش حمایت نمایید.
- با اجتماعات در تهیه دستور کار پژوهشی مشترک برای سلامت عمومی تعامل کنید.

- برای مشارکت دادن مردم و اجتماعات در تدوین پرسشهای پژوهشی، طرح مطالعه، انجام و انتشار آن مدافعه‌گری کنید.
- در فرایند تعامل بخش دولتی و بیمار مشارکت نمایید (بعنوان مثال از طریق هیئتهای مشورتی اجتماع).

جدول ۲۸ – پژوهش معطوف به مراقبتهای اولیه سلامت: ابزار و منابع

منابع و ابزار نظام سلامت

A health policy analysis reader: the politics of policy change in low-and middle-income countries

A health policy and Systems Research Reader on Human Resources for Health

Evidence synthesis for health policy and systems: a methods guide

Health Policy and Systems Research – A Methodology Reader

Implementation Research in Health: A practical Guide

Implementation research toolkit

Participatory action research in health systems – A methods Reader

Primary Health Care Systems (PRIMASYS) Case Studies

Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide

پایش و ارزیابی

پایش و ارزیابی از طریق نظام‌های اطلاعات سلامت با کارکرد مناسب که داده‌های قابل اطمینان تولید می‌کنند و از کاربرد اطلاعات برای بهبود تصمیم‌گیری و یادگیری از سوی کنشگران محلی، ملی و جهانی پشتیبانی می‌نمایند.



پایش و ارزیابی و بررسی عملکرد و پیشرفت سلامت برای تضمین اجرای تصمیمات و اقدامات اولویت دار برنامه‌ریزی شده در قبال اهداف خاص توافق شده ضرورت دارند بدین معنا که در چارچوب مراقبتهای اولیه سلامت، کشورها باید بتوانند به ارزیابی کاستیها، تعیین اولویتهای، تعریف شاخصهای وضعیت موجود و اهداف و ردیابی پیشرفت و عملکرد در کلیه اهرمهای راهبردی و عملیاتی چارچوب عملیاتی بپردازد تا اجزای سه‌گانه مراقبتهای اولیه سلامت را تقویت کنند.

از آنجا که هدف غائی تقویت مراقبتهای اولیه سلامت همانا سلامت برای همگان به دور از هرگونه تمایز مطابق با پوشش همگانی سلامت و اهداف مرتبط با سلامت توسعه پایدار است، کشورها نیاز خواهند داشت تا از توانایی ردیابی چگونگی توجه و بهبود پوشش خدمات، حمایت در برابر خطرپذیری مالی، مؤلفه‌های سلامت و نهایتاً وضعیت سلامت افراد و جمعیتها توسط تصمیمات، اقدامات و سرمایه‌گذاریها در مراقبتهای اولیه سلامت برخوردار گردند.

این تلاش مستلزم آن است که کشورها رویکردی جامع، منسجم و یکپارچه را نسبت به پایش و ارزیابی مبتنی بر چارچوب منطقی نتیجه محور دربرگیرنده ابعاد عدالت و اجزای چندوجهی در کل آن اتخاذ نمایند. چارچوب باید دارای ویژگیهای زیر باشد: شامل شاخصهای همراستا با اهرمهای چارچوب عملیاتی و سایر تلاشهای مرتبط پایش باشد (ازجمله در عملکرد نظامهای سلامت، پوشش همگانی سلامت و اهداف توسعه پایدار)، بر داده‌های صحیح و به روز استخراج شده از مجموعه‌ای از سامانه‌های داده‌های کشوری دارای کارکرد مناسب متکی باشد و تحلیل گام به گام یا "آبشاری" متصل کننده درونداها به نتایج و تسهیلگر تصمیم‌گیری و بهبود عملکرد را ممکن سازد. شاخصها باید به اندازه کافی عمقی و خاص باشند تا کشورها بتوانند به ارزیابی، برنامه‌ریزی، مدیریت و اولویت‌بندی عملکرد مراقبتهای اولیه سلامت در سطوح ملی، استانی، مراکز و اجتماع با هدف اتخاذ اقدامات اصلاحی، تخصیص متناسب منابع و ارائه اطلاعات در عرصه گفتگوی سیاستگذاری بپردازند. در راستای اجتناب از تکرار سازی و گسستگی، پایش عملکرد مراقبتهای اولیه سلامت باید به شکلی همراستا در فرایندهای کشوری پایش و بررسی برنامه‌ها، راهبردها و سازوکارهای پاسخگویی ملی بخش سلامت نهادینه گردند.

شاخصها

پیشرفت قابل ملاحظه‌ای در سالهای اخیر در حصول توافق در خصوص شاخصهای استاندارد قابل استفاده برای ردیابی پیشرفت در مراقبتهای اولیه سلامت به دست آمده است (بنگرید به مأخذهای شماره ۲۸، ۲۲ الی ۷۵). البته شکافها همچنان علی‌الخصوص در حوزه‌های فراتر از ارائه خدمات و عدم اجماع در مورد مناسبترین روشها ازجمله "مردم و اجتماعات توانمند شده" و "اقدام و سیاستگذاری چندبخشی" وجود دارند. با این وجود، نیاز به سنجش پوشش اثربخش خدمات و ماهیت یکپارچه اهداف توسعه پایدار باعث جلب توجه به این حوزه‌ها شده‌اند و در نتیجه، روشها، نوآوریها و یادگیری در حال رشد و تغییر می‌باشند (بنگرید به مأخذهای شماره ۶۲، ۷۶ و ۷۷).

منابع داده‌ها

پایش و ارزیابی اثربخش عملکرد مراقبتهای اولیه سلامت نیازمند آن است که کشورها بر دامنه گسترده‌ای از منابع داده‌ها اتکا نمایند و در آنها سرمایه‌گذاری کنند.

نظامهای اطلاعات سلامت مراکز شامل سامانه‌های گزارش‌دهی بالینی مرسوم و ارزیابیهای مراکز شالوده پایش

مراقبت‌های اولیه سلامت هستند. سامانه‌های گزارش‌دهی مرسوم مراکز که برخی اوقات آنها را نظام‌های اطلاعات مدیریتی سلامت اطلاق می‌نمایند حاوی اطلاعات در لحظه در خصوص مصرف و پوشش، مراقبت از تک تک مراجعین و پیامدهای سلامت هستند. این داده‌ها برای ارتقای ارائه خدمات نقشی بسیار اساسی ایفا می‌نمایند.

کشورها همچنین نیازمند احداث نظام منظم ارزیابی‌های مراکز برای ارائه سنج‌های عینی بررسی موجودیت، آمادگی، کیفیت و ایمنی خدمات سلامت را شامل اقدامات ارزیابی ظرفیتهای آمادگی و پاسخ ("تاب آوری") در شرایط بحران یا طغیان بیماری هستند. پیمایشها در سطح افراد باید به منظور ارزیابی پیامدها و تجارب بیماران و شناخت بهتر نیازها و دانش اجتماع لحاظ گردند. تمامی کشورها باید از نظام‌های الکترونیک اطلاعات لجستیک و پایگاه داده‌های جامع در خصوص مراکز سلامت (فهرست مادر مراکز) حاوی اطلاعات ارائه هم از سوی بخش خصوصی و هم بخش دولتی برخوردار باشند. علاوه بر این، تمامی کشورها باید دارای نظام‌های حساب‌های ملی سلامت و حساب‌های نیروی کار ملی سلامت حفظ شده مطابق با استانداردهای بین‌المللی باشند.

نظام‌های دولتی مراقبت سلامت برخوردار از هم داده‌های مرتب مراکز و همچنین کانال‌های مبتنی بر رویدادهای متشکل از دامنه وسیعتر منابع ضرورت خواهند داشت. این نظامها باید حاوی منابع اجتماع محور با توجه به نقش خطیر مراکز مراقبت‌های اولیه و ارتباطات آنها با اجتماع در ردیابی و هشدار بهنگام باشند.

کاربرد پیمایش‌های جمعیت محور نیز برای شناخت بهتر و برآورده‌سازی نیازهای جمعیت گسترده‌تر از جمله موانع دسترسی به مراقبت برای ارتقای پوشش اثربخش ضروری است.

ارزیابی‌های منظم کیفی برای پایش پیشرفت در بسیاری از اهرمها مانند پیشبرد اجرای قانونگذاری، سازوکارهای حاکمیتی، اصلاحات سیاستگذاری، نظام‌های نظارتی، طراحی مراقبت‌های اولیه سلامت و الگوهای مراقبت در میان سایر موارد مورد نیاز خواهند بود.

با توجه به اهمیت اقدام و سیاستگذاری چندبخشی در مراقبت‌های اولیه سلامت، داده‌ها باید از سایر بخشها از جمله بهداشت آب و پساب، آموزش، محیط زیست و کشاورزی استخراج گردند. علاوه بر این، داده‌های سلامت باید در ارزیابی‌های عملکرد سایر بخشها لحاظ شوند. بررسی داده‌های چندبخشی اثرگذار بر سلامت نیز باید در سازوکارهای موجود هماهنگی چندبخشی لحاظ گردند. داده‌های خاص بنا به کشور بسته به مرتبط‌ترین مؤلفه‌های سلامت متغیرند و جمع‌آوری داده‌ها نوعاً مستلزم همکاری با سایر وزارتخانه‌های مربوطه (غیر از بهداشت) است.

دامن‌های از رویکردها را می‌توان بکار برد اما تأکید اصلی باید بر تدوین مجموعه چندقابلی مداخلات طراحی شده مختص بستر محلی باشد و در عین حال تلاشها باید در جهت ارتقای محیط و فرهنگ گسترده تر نظام‌های سلامت پشتیبان ارائه مراقبت باکیفیت انجام گردند.

همانطور که در بخش ۷-۳ نیز تأکید شد، فناوری‌های اطلاعات و اطلاع‌رسانی در حال ایجاد امکانات جدید هستند و گوشیه‌های همراه و تبلتها باعث تسهیل جمع‌آوری و تبادل سریع اطلاعات شده‌اند. نرم افزارهای دستگاه‌های فوق همچنین به توجه به میزان پوشش کلیه ارائه کنندگان (شامل کارکنان بهداشتی-درمانی اجتماع، ارائه کنندگان بخش خصوصی و ارائه کنندگان در مناطق دوردست) توسط سامانه‌های جمع‌آوری داده‌ها کمک می‌نمایند. علاوه بر این، فناوری‌های مذکور پشتیبان نقش مهم افراد و اجتماعات در تولید اطلاعات در زمینه سلامت و تجارب آنها نسبت به تعامل با نظام‌های سلامت هستند. بعنوان نمونه، فناوری‌های اطلاعات و اطلاع‌رسانی در کشورهای دارای درآمد بالا باعث آن شده‌اند که مردم وضعیت سلامت خود و مؤلفه‌های کلیدی سلامت را (مانند جذب کالری یا سطح تمرین) ردیابی نمایند و در مورد کیفیت مراقبت دریافتی با دقت بیشتری نسبت به نسل‌های گذشته گزارش کنند (بنگرید به مأخذ شماره ۷۸).

نظام‌های منسجم حفاظت از داده‌ها و حریم باید در کلیه منابع داده‌ها استقرار داشته باشند.

سنجش برای پیشبرد عملکرد

برخورداری از منابع قابل اطمینان داده‌ها برای بهبود عملکرد شرط لازم اما نه شرط کافی است چراکه داده‌ها باید برای شناسایی تنگناها و اصلاح مسیر به کار روند. مقامات مسئول وزارتخانه‌های بهداشت، مدیران مراکز

و نواحی، انجمنهای صنفی و حرفه‌ای سلامت، ارائه‌کنندگان مستقل (دولتی و خصوصی)، نهادهای قانونگذاری، اجتماعات، بیماران و رسانه‌ها همگی خواستار اطلاعات قابل دسترسی و باکیفیت سلامت برای اهداف متعدد هستند.

چالش مذکور دارای ابعاد فنی ازجمله نیاز به نظامهای تعامل‌پذیر و موجودیت داده‌های بهنگام در قالبهای ساده قابل فهم است. این مسئله نکته‌ای اساسی در پایه‌گذاری فرهنگی در ساختن فرهنگ بررسی و استفاده منظم از داده‌ها برای ارائه اطلاعات در عرصه تصمیم‌گیری است. البته تکمیل فرایند از جمع‌آوری، تحلیل و کاربرد داده‌ها نیازمند تغییر رفتار (از طریق آموزش موردی و ایجاد انگیزه) علاوه بر راه‌های فنی است. یکی از روشهای نهادهای سازای کاربرد داده‌ها در واقع ایجاد فرایندی است که مرتب رخ می‌دهد و دست‌اندرکاران کلیدی در آن به منظور بررسی داده‌ها و اصلاح موارد مبتنی بر آن گردهم می‌آیند. بسیاری از کشورها بررسیهای سالانه پیشرفت را برگزار می‌نمایند که برخی اوقات این قضیه در قالب مجامع ملی مشورتی گسترده سلامت انجام می‌گردند (بنگرید به مأخذ شماره ۷۹). بررسیهای میان مدت راهبردهای ملی فرصت مهم دیگری برای هم‌افزایی و تحلیل داده‌ها و تأمل بر عملکرد هستند. از اطلاعات مندرج در گزارش جامع تحلیلی حاوی هم‌افزایی و تحلیل عمقی کلیه داده‌های مرتبط در این بررسیها باید استفاده شود. در سطح استانی و مراکز سلامت، برگه‌های امتیاز یا داشبوردها شامل مجموعه محدودی از شاخصهای کلیدی دارای اهداف خاص و "چراغهای راهنمایی و رانندگی"^{۲۴} حاوی پتانسیل قابل ملاحظه‌ای برای پشتیبانی از بررسیهای مرتب عملکرد مراقبتهای اولیه و ارتقای کیفیت داده‌ها هستند.

راهنمایی

دبیرخانه در راستای پشتیبانی از کشورها در تلاشهای خود به منظور ردیابی و پایش عملکرد مراقبتهای اولیه سلامت مشغول تدوین راهنمای همراه برای پایش عملکرد مراقبتهای اولیه سلامت به منظور ارائه چارچوب منسجم نتیجه محور پایش تقویت نظامهای معطوف به مراقبتهای اولیه سلامت و تحقق پوشش همگانی سلامت و اهداف مرتبط با سلامت توسعه پایدار می‌باشد. دبیرخانه همچنین فهرستی از شاخصها را برای پایش پیشرفت تمامی اجزای سه‌گانه مراقبتهای اولیه سلامت و ۱۴ اهرم چارچوب عملیاتی که با تلاشهای جاری پایش پوشش همگانی سلامت و اهداف توسعه پایدار همراستا هستند آماده می‌نماید. علاوه بر این، نهاد مذکور موارد و چگونگی سرمایه‌گذاریهای کشورها را در منابع داده‌ها با هدف تضمین اطلاعات منظم، قابل اطمینان و صحیح اعلام می‌نماید و نهایتاً روشها و بهترین رویه‌ها را برای تحلیل و استفاده از داده‌ها در راستای پیشبرد عملکرد با ارائه نمونه‌های تحلیل آبخاری، تعیین شاخص وضعیت موجود و استفاده از داده‌ها برای ارائه اطلاعات در گفتگوهای سیاستگذاری، فرایندهای اصلاح مراقبتهای اولیه سلامت و بررسیهای گسترده‌تر عملکرد بخش سلامت تشریح می‌نماید. راهنما همچنین شامل داشبوردها و نمایه‌های بهترین عملکرد در این فرایندها برای سرمایه‌گذاری و مدافعه‌گری است.

جدول ۲۹ - پایش و ارزیابی: اقدامات و مداخلات

در سطح سیاستگذاری

- سازوکارهای اثربخش حاکمیتی را به رهبری کشور برای پایش و ارزیابی مراقبتهای اولیه سلامت در بستر پایش راهبرد ملی سلامت و بررسی راهبردهای سلامت ایجاد نمایید.
- تعامل و مشارکت چندبخشی را با دست‌اندرکاران متعدد (ازجمله اجتماعات، بخش خصوصی، گروههای جامعه مدنی و گروههای بیماران) در توسعه و اجرای پایش و ارزیابی عملکرد مراقبتهای اولیه سلامت تضمین نمایید.
- نسبت به مشخص بودن هزینه فعالیتهای پایش و ارزیابی و نظامهای اطلاعات سلامت و تأمین مالی آنها با پشتیبانی و همراستاسازی کامل دست‌اندرکاران اطمینان حاصل نمایید.
- بعنوان بخش لاینفک برنامه‌ریزی ملی سلامت حول محور مراقبتهای اولیه سلامت، چارچوب جامعی

^{۲۴} توضیح مترجم: منظور از این استعاره، کاربرد سه رنگ قرمز، زرد و سبز به ترتیب به معنای موارد همراه با اشکال، احتیاط و بدون اشکال است.

را طراحی و اجرا نمایید که راهنمای پایش، ارزیابی آتی و بررسی مراقبتهای اولیه سلامت است و با تلاشهای پایش به منظور دستیابی به پوشش همگانی سلامت و سایر اولویتهای ملی شامل اهداف توسعه پایدار مطابقت دارد.

- فرهنگ بررسی پیشرفت و عملکرد را شامل تحلیلهای قاعدهمند اطلاعات کمی و کیفی و استفاده از یافته‌ها برای تصمیم‌گیری از طریق اجرای بررسیهای مرتب و شفاف دست‌اندرکاران متعدد ترویج کنید.
- کاربرد نتایج حاصله از بررسیها را در پیشبرد تخصیص منابع به سوی آسیب‌پذیرترین جمعیتها و اولویتهای تضمین نمایید.

در سطح عملیاتی

- در خصوص شاخصهای کلیدی مناسب ملی برای ردیابی پیشرفت در زمینه تقویت مراقبتهای اولیه سلامت در تمامی اجزای سه‌گانه چارچوب عملیاتی مراقبتهای اولیه سلامت به توافق برسید.
- نظامهای تولید داده‌ها را پیرامون شاخصهای منتخب شامل نظامهای گزارش‌دهی مرسوم مراکز، ارزیابیهای مراکز سلامت، تأمین مالی سلامت و حسابهای نیروی کار، نظامهای اطلاعات مدیریت لجستیک، ارزیابیهای کیفی، پیمایشهای بیمار و اجتماع و نظامهای پایش، پیمایشهای خانوار و سایر مطالعات و ارزیابیهای پژوهشی تقویت کنید.
- فناوریهای اطلاعات و اطلاع‌رسانی را برای گسترش دسترسی نظامهای اطلاعات مدیریت سلامت و نظامهای پایش بیمار از جمله برای اجتماعات، بخش خصوصی و مناطق دوردست اعمال نمایید.
- انگیزه‌هایی را (مالی و غیرمالی) برای ارتقای پیشرفت در کیفیت داده‌ها و نظارت بر نظام جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از تکنیکهایی مانند نظام ارزیابیهای تصادفی یا رویکردهای تضمین کیفیت کلی ایجاد نمایید.
- از اطلاعات حاصله از سامانه‌های مرسوم بعنوان نقطه آغاز برای بهبود نظارت حمایتی از مراقبین خط مقدم استفاده نمایید.
- به منظور جمع‌آوری، تحلیل و استفاده از داده‌ها در کلیه سطوح برای تصمیم‌گیری محلی در سطوح اجتماع، مراکز، استانی و ملی ظرفیت‌سازی کنید. اطمینان حاصل نمایید که نتایج بررسیها و اطلاعات مرتبط با مراقبتهای اولیه سلامت از جمله موارد به دست آمده از سایر بخشها منتشر می‌گردند و به شکلی گسترده در اختیار تمامی دست‌اندرکاران خواهند بود.

توسط مردم و اجتماعات

- به کاربرد فناوریهای اطلاعات و اطلاع‌رسانی برای ارتقای ردیابی شخصی سلامت و درون نظامهای پایش اجتماع مبادرت نمایید.
- در تلاشهای بهبود کیفیت خدمات سلامت از طریق کاربرد سازوکارهای گزارش‌دهی با هدف شناسایی رویه‌های مطلوب و نامطلوب مشارکت نمایید.

Analysis and use of health facility data toolkit

Data quality Review (DQR) toolkit

Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs), 2018

Harmonized approach to health facility assessments (HFA)

Health Data Collaborative

Health facility and community data toolkit

Health system performance assessment: working towards a common understanding

Indicators and measurement Registry (IMR)

Measuring the performance of primary health care

Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability

Primary health for universal health coverage and the Sustainable Development Goals – performance measurement and monitoring (Forthcoming, WHO)

Service Availability and Readiness assessment (SARA)

Analysis and use of health facility data-Guidance for RMNCAH programme managers

Birth defects surveillance: atlas of selected congenital anomalies

Making Every Body Count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths

Maternal death surveillance and response: technical guidance. Information for action to prevent maternal death

The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM

Tripartite Monitoring and Evaluation (M&E) framework for the Global Action plan on Antimicrobial Resistance

WHO recommendations on home-based records for maternal, newborn and child health

کمک‌های شرکای بین‌المللی



همانطور که در تعهدات اعلامیه آستانه تصریح شده است، همراستایی پشتیبانی دست‌اندرکاران از سیاستها، راهبردها و برنامه‌های ملی تحت رهبری کشور برای پیشرفت پایدار مراقبتهای اولیه سلامت در جهت پوشش همگانی سلامت ضروری است. شرکای بین‌المللی (شامل نهادهای نظام ملل متحد، اهداکنندگان دو و چندجانبه و خیرین) از مراقبتهای اولیه سلامت در کشورها به اشکال متنوعی در سطوح ملی، منطقه‌ای و جهانی حمایت می‌نمایند. حمایت مذکور شامل ارائه راهنمایی هنجاری، کمکهای فنی، ظرفیت‌سازی، تأمین مالی، پشتیبانی از یادگیری فرامرزی، ایجاد ابزار، تولید دانش و مدیریت است. تمامی این تلاشها را باید در راستای تسریع پیشرفت افزایش داد.

علاوه بر ادامه حمایت از مراقبتهای اولیه سلامت به این طرق، شرکای بین‌المللی بیش از پیش متوجه امکان افزایش اثربخشی و کارآمدی پشتیبانیهای خود از طریق هماهنگی بهتر تلاشها تحت راهنمایی کشورها شده‌اند. شرکای جهانی باید از طریق رویکرد یکپارچه سرمایه‌گذاری حداکثر بر ظرفیتهای متنوع دست‌اندرکاران مختلف از مراقبتهای اولیه سلامت پشتیبانی نمایند و در عین حال به نیازها و اولویتهای شناسایی شده از سوی کشور پاسخ دهند. همراستایی پشتیبانی فنی و مالی از سیاستها، راهبردها و برنامه‌های ملی بخش سلامت به ویژه در کشورهای به شدت وابسته به تأمین مالی خارجی برای اجرای مراقبتهای اولیه سلامت دارای اهمیت زیادی در تحقق بینش مراقبتهای اولیه سلامت است.

کشورها و جامعه بین‌المللی توسعه‌گرا خود را به اصول اثربخشی توسعه شامل "رفتارهای هفتگانه" برای اثربخشی توسعه سلامت و اصول راهنمای پیمان جهانی پوشش همگانی سلامت سال ۲۰۳۰ متعهد ساخته‌اند (بنگرید به جدول ۳۱). علاوه بر این، اصول ذیل در طی چهارمین مجمع عالی‌رتبه اثربخشی کمکها^{۲۵} در سال ۲۰۱۱ مورد توافق بیش از ۱۶۰ کشور و ۵۰ سازمان در توافقنامه شراکت بوزان^{۲۶} مبتنی بر توافقات پیشین در خصوص اثربخشی کمک در رم (۲۰۰۳)، پاریس (۲۰۰۵) و اکرا (۲۰۰۸) قرار گرفتند: الف) شراکتهای توسعه فراگیر، ب) مالکیت اولویتهای توسعه توسط کشورهای در حال توسعه، ج) تمرکز بر نتایج و د) شفافیت و پاسخگویی به یکدیگر.

جدول ۳۱ - اصول اثربخشی توسعه

رفتارهای هفت‌گانه برای اثربخشی توسعه سلامت	اصول راهنمای پیمان جهانی پوشش همگانی سلامت در سال ۲۰۳۰
• ارائه کمکهای مالی درست هماهنگ شده. • پشتیبانی از راهبرد ملی یگانه. • ثبت کلیه مبالغ مالی برای سلامت در بودجه ملی. • هماهنگ و همراستاسازی با نظامهای مالی مدیریت مالی. • هماهنگ و همراستاسازی با نظامهای مالی خرید و تأمین. • بکارگیری یک سازوکار اطلاعات و پاسخگویی. • پشتیبانی از همکاری مثلی و کشورهای جنوب.	• عدم جاماندگی هیچکس: تعهد به عدالت، عدم تبعیض و رویکرد حق محور. • شفافیت و پاسخگویی در قبال نتایج. • رهبری و راهبردهای ملی شواهدمبنای سلامت با متولی‌گری دولت به منظور تضمین موجودیت، دسترسی، قابل قبول بودن و کیفیت ارائه خدمات. • تبدیل نظامهای سلامت به دغدغه همگان از طریق مشارکت دادن شهروندان، اجتماعات، جامعه مدنی و بخش خصوصی. • همکاری بین‌المللی مبتنی بر یادگیری متقابل میان کشورها فارغ از جایگاه توسعه و پیشرفت در تحقق و حفظ پوشش همگانی سلامت و اصول اثربخشی توسعه.

شرکت بین‌المللی سلامت برای پوشش همگانی سلامت در سال ۲۰۳۰

۱. پیمان جهانی برای پوشش همگانی سلامت در سال ۲۰۳۰ حرکتی با حضور دست‌اندرکاران متعدد به منظور تسریع پیشرفت در جهت چنین پوششی است و از اعضای متنوعی شامل کشورها، سازمانهای بین‌المللی و ابتکارات عمل جهانی سلامت، بنیادهای خیریه و کمک به بشریت، جامعه مدنی و بخش خصوصی برخوردار است.
۲. هدف کلی پیمان مذکور همانا کمک به قدرتمندی و تاب‌آوری نظامهای سلامت و گسترش هم پوشش و هم حمایت مالی است. اهداف خاص و رهیافت این پیمان ارتقای تعهد (سیاسی و مالی) و پاسخگویی در قبال پوشش همگانی سلامت و ترویج همکاری مشترک منسجمتر کشورها و تمامی شرکای مربوطه سلامت در پاسخ به نظامهای سلامت کشورها و نیازهای پوشش همگانی سلامت می‌باشند.

برنامه اقدام جهانی برای زندگی سالم و تندرستی همگان

۱. سازمان جهانی بهداشت با شرکت ۱۱ سازمان ملل متحد مشغول تسهیل ابتکار عملی برای بهبود همکاری کنشگران جهانی به منظور بهره‌مندی از دسترسی، تجربه و تخصص جامعه جهانی سلامت به شکلی جمعی برای تسریع پیشرفت اهداف مرتبط با سلامت دستور کار ۲۰۳۰ توسعه پایدار است. برنامه اقدام جهانی اهداف توسعه پایدار برای زندگی سالم و تندرستی همگان متشکل از تعهد ۱۲ سازمان در نظام ملل متحد وفق رویکرد مشترک مبتنی بر تعهدات راهبردی چهارگانه زیر است (بنگرید به مأخذهای شماره ۸۰ و ۸۱):

- مشارکت - تعهدی برای همکاری با کشورها برای شناسایی اولویتها و برنامه‌ریزی و اجرا با یکدیگر.
 - تسریع - تعهدی برای اقدام مشترک به منظور پشتیبانی از کشورها تحت مضامین خاص شتاب‌دهنده شامل برابری جنسیتی و مصالح عمومی جهانی.
 - همراستاسازی - تعهدی برای هماهنگ‌سازی راهبردها، سیاستها و رویکردهای مالی و عملیاتی.
 - پاسخگویی - تعهدی برای بررسی پیشرفت و یادگیری با یکدیگر به منظور ارتقای پاسخگویی مشترک.
۲. مراقبتهای اولیه سلامت در چارچوب اقدام عمل جهانی هدف سوم توسعه پایدار بعنوان اولین مضمون شتاب‌دهنده میان بخشی از مجموعه هفت‌گانه شناسایی شده است که در طی آن همکاری و اقدامات مشترک شرکا همراه با فرصتهای چشمگیری برای تسریع پیشرفت در راستای هدف شماره ۳ توسعه پایدار و سایر اهداف مرتبط با سلامت این مجموعه هستند (بنگرید به مأخذ شماره ۸۱). شش مضمون شتاب‌دهنده باقیمانده (تأمین مالی پایدار سلامت، مشارکت اجتماع و جامعه مدنی، مؤلفه‌های سلامت، برنامه‌ریزی نوآورانه در موقعیتهای شکننده و آسیب‌پذیر برای توسعه، پژوهش و پاسخ به طغیانهای بیماری، نوآوری و دسترسی و همچنین داده‌ها و سلامت دیجیتال) ارتباطی تنگاتنگ با اهرمهای مبنایی راهبردی و عملیاتی تحت چتر پوششی مراقبتهای اولیه سلامت دارند و فرصتهای بیشتری را برای گردهم آمدن شرکا با اتخاذ رویکرد جمعی مراقبتهای اولیه سلامت در کشورها ارائه خواهند کرد.
 ۳. علاوه بر ۱۲ آژانس سازمان ملل متحد، شرکای جهانی مشغول فعالیت در زمینه مراقبتهای اولیه سلامت قبلا در گروه "شرکای مجری برای مراقبتهای اولیه سلامت" گردهم آمده بودند که به بررسی و تحلیل مسائل هماهنگی نیز می‌پرداختند. در سال ۲۰۱۹، گروه فوق‌الذکر به شرکای برنامه اقدام جهانی هدف شماره ۳ توسعه پایدار طبق توافق برای هماهنگی و همکاری بهتر در زمینه اجرای مراقبتهای اولیه سلامت تحت شتاب دهنده مذکور پیوست. گروه گسترش یافته در فکر ایجاد همکاری برای شرکا تحت چتر پوششی پیمان جهانی برای پوشش همگانی سلامت می‌باشد.
 ۴. شرکای برنامه اقدام جهانی هدف شماره ۳ توسعه پایدار در مورد اقدامات مشترک متعددی پیرامون مراقبتهای اولیه سلامت به توافق رسیده‌اند (جدول ۳۲).

جدول ۳۲ - برنامه اقدام جهانی برای زندگی سالم و تندرستی: اقدامات مشترک توافق شده در خصوص مراقبتهای اولیه سلامت

اقدامات سطح کشوری

اقدامات سطح منطقه ای / جهانی

- حمایت از کشورها از طریق اقدامات همراستای جمعی در حوزه‌های زیر:
- پشتیبانی از ارزیابیهای مراقبتهای اولیه سلامت، همراستاسازی رویکردهای موجود در سطح سازمانها و کاربرد رویکرد مشترک به ارزیابی نظامهای سلامت.
 - ارائه پشتیبانی هماهنگ و مختص شرایط کشور برای تقویت نظامهای سلامت در راستای مراقبتهای اولیه سلامت از طریق تولید شواهد، اولویت‌بندی کشوری، برنامه‌ریزی و بودجه‌بندی، بسیج تأمین مالی و توسعه نیروی کار سلامت برای ارتقای پوشش و عدالت از جمله در موقعیتهای شکننده و آسیب.
 - ارائه کمک برای شناسایی افراد جامانده و چرایی آن و اولویت‌بندی ادغام با سایر بخشها در راستای تأثیرگذاری بر مؤلفه‌ها و پیامدهای سلامت.
- تضمین پشتیبانی با انسجام و اثربخشی بیشتر از کشورها از طریق همراستاسازی رویکردها و ابزار و ارتقای اقدام در خصوص مصالح عمومی در حوزه‌های ذیل:
- همکاری در اجزای سه‌گانه مراقبتهای اولیه سلامت با استفاده از سازوکارهای موجود شامل تغییر چارچوب حمایت مالی در صورت ضرورت.
 - بکارگیری سازوکارهای جهانی برای توافق در مورد چارچوب پایش مراقبتهای اولیه سلامت با سنجش‌های بهبود یافته که برای مطابقت و کاربرد کشورها ارائه خواهند شد (از جمله درباره تأمین مالی).
 - پالایش و تقویت ظرفیت شرکا برای مشارکت، تسريع، همراستاسازی و پاسخگویی اثربخش در راستای پیشبرد مراقبتهای اولیه سلامت از طریق همکاری در سطح کشوری با استفاده از ابزار و رویکردهای مشترک.
 - تدوین، نهایی‌سازی و تعمیم رویکردها و ابزار "عدم جاماندگی هیچکس" برای ارتقای راهنمایی مشترک تیم کشوری سازمان ملل متحد.

۵. صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف) و سازمان جهانی بهداشت که رهبری مشترک شتاب‌دهنده مراقبتهای اولیه سلامت را عهده دار هستند از کارکرد هماهنگی در سطح کشوری و جهانی حمایت می‌نمایند. این سازوکار هماهنگی فاقد نقش جایگزینی یا تفوق بر تمهیدات جاری هماهنگی بخش سلامت از قبل موجود در کشور است.

۶. تغییر فزاینده در مراقبتهای اولیه سلامت بعنوان نتیجه مداخلات و اقدامات جداگانه در کنار اهرمهای مندرج در این پیش‌نویس چارچوب عملیاتی برای تحقق پوشش همگانی سلامت و اهداف مرتبط با سلامت توسعه پایدار کفایت نخواهند داشت چراکه این اهداف مستلزم اقدامات جسورانه مبتنی بر رهبری سیاسی همراه با بینش صریح، قدرتمند با تعریف دقیق و مشارکت دادن افراد، اجتماعات و سایر دست‌اندرکاران تحت راهنمایی شواهد و چارچوب پایش و ارزیابی مرتبط با مراقبتهای اولیه سلامت می‌باشند. تجارب و آموخته‌های حاصله از تلاشهای پیشین در زمینه هماهنگی شرکا حول سیاستها، راهبردها و برنامه‌های ملی سلامت باید در این سازوکارهای جاری اعمال گردند تا شرکای جهانی بخشی از تحول مراقبتهای اولیه سلامت در کشورها باشند. رهبری قدرتمند دولتی و مدافعه‌گری پیوسته برای هماهنگی و همراستاسازی اهداکنندگان جهانی و شرکای فنی درگیر تقویت مراقبتهای اولیه سلامت در کلیه کشورها برای تحقق بینش این مراقبت‌ها و تعهدات مندرج در اعلامیه آستانه ضرورت دارند.

مآخذ



1. Who, UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>).
2. WHO. The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43949>).
3. WHO technical document on primary health care. Regional reports on primary health care. (<https://www.who.int/primary-health/technical-documents>, accessed 19 November 2019).
4. WHO, the International Bank for Reconstruction and Development/the World Bank. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/260522>).
5. Schmets G, Rajan D, Kadandale S, editors. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221>).
6. WHO. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918>).
7. Siddiqi S, Masud T, Nishtar S, Peters DH, Sabri B, Bile KM et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. Health Policy. 2009;90(1):13-25.
8. WHO. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013: the Helsinki Statement on Health in All Policies. Geneva: World Health Organization; 2013.
9. Sixty-seventh World Health Assembly. Contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity. Resolution WHA67.12 (2014). (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/162850>).
10. Who. Adelaide Statement II: Outcome Statement from the 2017 International Conference Health in All Policies; Progressing the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2017.
11. Government of South Australia, WHO. Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: case studies from around the world. Adelaide: Government of South Australia; 2017.
12. WHO. Key learning on Health in All Policies implementation from around the world: information brochure. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272711>).
13. WHO. Social determinants of health. Health and development governance: Health in All Policies. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/social_determinants/healthinallpolicies-hiap/en/, accessed 19 October 2018).
14. WHO. Global spending on health: a world in transition. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330357>).

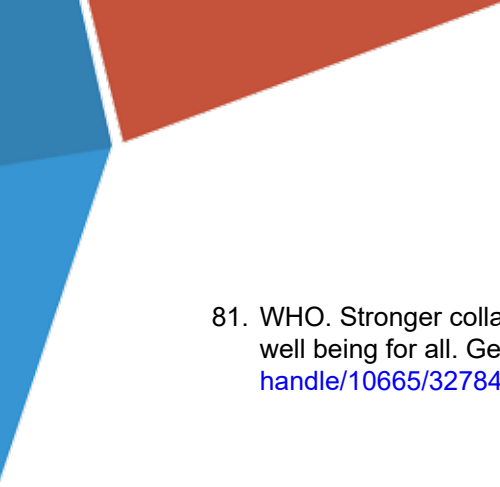
15. WHO. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/the_report_2019.pdf, accessed 24 April 2020).
16. Xu K, Soucat A, Kutzin J, Brindley C, Van de Maele N, Toure H et al. Public spending on health: a closer look at global trends. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/276728>).
17. WHO. Data from the Global Health Expenditure Database (<http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en/>, access 18 April 2020).
18. Sarraimi-Foroushani P, Travaglia J, Debona D, Braithwaite J. Implementing strategies in consumer and community engagement in health care: results of a large-scale, scoping meta-review. BMC Health Services Research 2014;14:402.
19. WHO. WHO community engagement framework for quality, people-centred and resilient health services. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259280>).
20. Primary Health Care Performance Initiative. Community engagement (<https://improvingphc.org/improvement-strategies/population-health-management/community-engagement>, accessed 30 April 2020).
21. Clarke D, Doerr S, Hunter M, Schment G, Soucat A, Pavisa A. The private sector and universal health coverage. Bulletin of the World Health Organization 2019;97:434-435.
22. WHO, UNICEF. Technical Series on Primary Health Care. Primary health care; closing the gap between public health and primary care through integration. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326458>).
23. WHO Regional Office for Europe Integrated care models: an overview (working document). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/-data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf, accessed 24 April 2020).
24. WHO. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Geneva: World Health Organization 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155004/WHO_HIS_SDS_2015.7_eng.pdf?sequence=1).
25. WHO. Framework on integrated, people-centred health services: report by the Secretariat. Sixty-ninth World Health Assembly, agenda item 16.1, document A69/39. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/252698>).
26. Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low-and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. Social Science and Medicine. 2010;70(6):904-11.
27. Kane J, Landes M, Carroll C, Nolen A, Sodhi S. A systematic review of primary care models for non-communicable disease interventions in sub-Saharan Africa. BMC Family Practice. 2017;18:46. doi:10.1186/s12875-017-0613-5.
28. Primary Health Care Performance Initiative: indicators library (<https://improvingphc.org/content/indicator-library>, accessed 30 April 2020).

29. WHO. Lessons from transforming health services delivery: compendium of initiatives in the WHO European Region. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-servicesdelivery/publications/2016/lessons-from-transforming-health-services-delivery-compendium-of-initiatives-in-the-who-european-region-2016>, accessed 20 October 2018).
30. WHO. Building the primary health care workfare of the 21st century. World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328072>).
31. WHO. Health workforce requirements for universal health coverage and the sustainable development goals. Human Resources for Health Observer Series No. 17. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250330/9739241511407-eng.pdf?sequence=1>).
32. WHO. Global strategy on human resources for health; Workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf;sequence=1>).
33. WHO. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programs. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275474/9789241550369-eng.pdf?ua=1&ua=1>).
34. Day-stirk F, Massoud R. Improving health worker productivity and performance in the context of universal health coverage: the roles of standards, quality improvement, and regulation. Technical working Group (TWG) #7 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/WG7_Productivityandperformance.pdf, accessed 20 October 2018).
35. Bouzid M, Hunter P. What is the impact of water, sanitation and hygiene in health care facilities on care seeking behaviour and patient satisfaction? A systematic review of evidence from low and middle-income countries. 2018. BMJ Global Health. 3;3.
36. WHO Regional Office for South-East Asia. Strengthening frontline services for universal health coverage by 2030: Report of the Regional Consultation, 23-25 July 2019. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329858>).
37. WHO. A study on the public health and socioeconomic impact of substandard and falsified medical products. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/medicines/regulation/ssffc/publications/Layout-SEstudy-WEB.pdf>, accessed 20 October 2018).
38. WHO. Health technology assessment. (<https://www.who.int/health-technology-assessment/en/>, accessed 20 October 2018).
39. World Health Organization. Model list of essential medicines: 21st list. 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325771>).
40. The World Bank Group. Climate-smart healthcare: Low-carbon and resilience strategies for the health sector. 2017 (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/27809>, accessed 10 July 2019).
41. Mackintosh M, Channon A, Karan A, Selva raj S, Cavagnero E, Zhao H. What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low -income

- and middle income countries. *Lancet*. 2016; 388(10044):596-605.
42. Grepin K. Private sector an important but not dominant provider of key health services in low- and middle-income countries. *Health Affair*. 2016;35(7):1214-21.
 43. Powell-Jackson T, Macleod D, Benova L, Lynch C, Campbell OM. The role of the private sector in the provision of antenatal care: a study of Demographic and Health Surveys from 46 low- and middle-income countries. *Tropical Medicine and International Health*. 2015;20(2):230- 9.
 44. Private sector accounts (<https://www.privatesectorcounts.org/>, accessed 20 October 2018)
 45. McPake B, Hanson K. Managing the public-private mix to achieve universal health coverage. *Lancet*. 2016;388(10044):622-30.
 46. Thomas C, Makinen M, Blanchet N, Krusell K, editors. Engaging the private sector in primary health care to achieve universal health coverage: advice from implementers, to implementers. Joint Learning Network for Universal Health Coverage Primary health care Technical Initiative; 2016.
 47. Montagu D, Goodman C. Prohibit, constrain, encourage, or purchase: how should we engage with the private health-care sector? *Lancet*. 2016;388(10044):613-21.
 48. WHO. Draft for Consultation-Engaging the private health service delivery sector through governance in mixed health systems. 2019. The Advisory Group on the Governance of the Private Sector for UHC. World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/newsroom/articles-detail/public-consultation-on-the-draft-who-roadmap-engaging-the-private-health-sector-through-integrated-service-delivery-governance-in-mixed-health-systems>, accessed 20 April 2020).
 49. SHOPS Plus. Assessment to action: a guide to conducting private health sector assessments (<https://assessment-action.net/>, accessed 20 October 2018).
 50. Phalkey RK, Butsch C, Belesova K, Kroll M, Kraas F. From habits of attrition to modes of inclusion: enhancing the role of private practitioners in routine disease surveillance. *BMC Health Services Research* 2017;17:599.
 51. Langenbrunner JC, Cashin CS, O'Dougherty S, editors. Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals. Washington DC: World Bank; 2009.
 52. Cashin C, Chi Y-L, Smith PC, Borowitz M, Thomson S. Paying for performance in health care: implications for health system performance and accountability. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead, United Kingdom: McGraw-Hill Education; 2014 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-forPerformance-in-Health-Care.pdf, accessed 21 October 2018).
 53. Joint Learning Network. Using Data Analytics to Monitor Health Provider Payment Systems. 2017 (<https://www.jointlearningnetwork.org/resources/data-analytics-for-monitoring-provider-payment-toolkit>, accessed 10 July 2019).
 54. ICT facts and figures 2017 [and related downloads]. International Telecommunication

- Union (<https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/facts/default.aspx>, accessed 21 October 2018).
55. World development report 2016: digital dividends Washington DC: World Bank; 2016 (<http://www.worldbank.org/en/publication/wdr2016>, accessed 21 October 2018).
 56. Global diffusion of eHealth: Making universal health coverage achievable. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252529/9789241511780-eng.pdf?sequence=1>).
 57. National eHealth strategy toolkit. World Health Organization and International Telecommunication Union; 2012 (<http://www.who.int/iris/handle/10665/75211>).
 58. WHO. Classification of digital health intervention v1.0: A Shared Language to describe the uses of digital technology for health. 2018 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/mhealth/classification-digital-health-interventions/en/>, accessed 10 July 2019).
 59. WHO. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311941>).
 60. District Health Information System 2 (DHIS2), available at <https://www.dhis2.org/>, accessed 21 October 2018.
 61. Data and innovation: draft global strategy on digital health, available at https://www.who.int/docs/default-source/documents/gd4dhd2a2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf?sfvrsn=f112ede5_38 (accessed 30 April 2020); see also Data and innovation: draft global strategy on digital health, document EB146/26. World Health Organization, Executive Board, 146th session,; 2019 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_26-en.pdf accessed 20 April 2020).
 62. Kruk ME, Gage A, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. for the Lancet Global Health Commission on High-Quality Health Systems in the SDG Era. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. Lancet Global Health. 2018;6(11):E1196-E1252 doi:10.1016/S2214-109X(18)30386-3.
 63. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, and World Bank; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?ua=1>).
 64. WHO. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272357>).
 65. WHO. Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/, accessed 20 October 2018).
 66. WHO. Quality in primary health care. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326461>).

67. Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases: implementation research toolkit. Geneva: World Health Organisation (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/110523>).
68. Goodyear-Smith F, Mash R. How to do primary care research. Boca Raton, United States of America: CRC Press; 2018.
69. Awoonor-Williams JK, Appiah-Denkyira E. Bridging the intervention-implementation gap in primary health care delivery: the critical role of integrated implementation research. BMC Health Services Research. 2017;17(3):772.
70. Paina L, Ekirapa-Kiracho E, Ghaffar A, Bennett S, editors. Engaging stakeholders in implementation research: tools, approaches, and lessons learned from application. Health Research Policy and Systems; 2017.
71. Loewenson R, Laurell AC, Hogstedt C, D'Ambruoso L, Schroff Z (2014). Participatory action research in health systems: a methods reader. TARSC, AHPSR, WHO, IDRC Canada, EQUINET, Harare. ISBN 9780797459762 (https://equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/PAR_Methods_Reader2014_for_web.pdf, accessed 21 April 2020).
72. WHO. 2018 Global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs). Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259951>).
73. OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and development: 2019 (<https://www.oecd.org/health/health-systems/health-ata-glance-19991312.htm>, accessed 27 April 2020).
74. OECD, Statistical Office of the European Communities, WHO. A system of health accounts, 2011 edition. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44775>).
75. WHO. National Health Workforce Accounts -A Handbook. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259360>).
76. Global Sustainable Development Goals Indicators Database. United Nations Statistics Division (<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>, accessed 27 April 2020).
77. Recommendations to OECD ministers of health from the high level reflection group on the future of health statistics - Strengthening the international comparison of health system performance through patient-reported indicators. Paris: Organisation for Economic Co operation and Development; 2017 (<https://www.oecd.org/els/health-systems/Recommendations-from-high-level-reflection-group-on-the-future-of-health-statistics.pdf>, accessed 27 April 2020).
78. U-Report (<https://ureport.in/>, accessed 21 October 2018).
79. WHO. The triangle that moves the mountain: nine years of Thailand's National Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2017.
80. WHO. Global action plan for healthy lives and well-being for all. World Health Organization 2019 (<https://www.who.int/sdg/global-action-plan>, accessed 10 July 2019).

- 
81. WHO. Stronger collaboration, better health: global action plan for health lives and well being for all. Geneva: World Health Organization; 2019. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/327841>).

پیوست



ابزار و منابع پشتیبانی اجرای اهرمهای مراقبتهای اولیه سلامت

ابزار / منابع	نشانی تارنما	اهرم یا اهرمها ^۱
پایگاه داده‌های طبقه‌بندی آگاهی آنتی‌بیوتیک‌های سال ۲۰۱۹ سازمان جهانی بهداشت	https://adoptaware.org/Medicines and other h products	
خلاصه ابزار و منابع برای ارتقای کیفیت خدمات سلامت	https://www.who.int/servicedeliverysafety/compendium-tools-resources/en/	نظامهای بهبود کیفیت مراقبت
تحلیل سیاستگذاری سلامت: سیاستهای تغییر سیاستگذاری در کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط	https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/hpa-reader/en/	پژوهشهای مرتبط با مراقبتهای اولیه سلامت
مجموعه پژوهشهای سیاستگذاری و نظامهای سلامت در خصوص منابع انسانی برای سلامت	https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/9789241513357/en/	پژوهشهای مرتبط با مراقبتهای اولیه سلامت
رویکرد کل نظام به تحلیل کارآمدی در تمامی برنامه‌های سلامت	https://apps.who.int/iris/handle/10665/254644	تأمین مالی و تخصیص منابع
دسترسی به توانبخشی در مراقبتهای اولیه سلامت: چالش مستمر	https://apps.who.int/iris/handle/10665/325522	الگوهای زیرساخت فیزیکی
الگوهای دسترسی	https://www.who.int/choice/geoaccess/en/	الگوهای زیرساخت فیزیکی مراقبت
دسترسی به خدمات نوین انرژی برای مراکز سلامت در موقعیتهای محدودیت منابع: بررسی وضعیت، اهمیت، چالشها و سنجش	https://apps.who.int/iris/handle/10665/156847	زیرساخت فیزیکی
بسته ابزاری دوستدار سالمند مراکز مراقبتهای اولیه سلامت	https://apps.who.int/iris/handle/10665/43860	الگوهای مراقبت
نقشه شواهد مداخلات مشارکت اجتماعی، رفتاری و اجتماع برای سلامت باروری، مادران، نوزادان و کودکان	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/social-behavioural community-engagement interventions-evidence/en/	مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست اندرکاران
تحلیل و کاربرد بسته ابزاری داده‌های مراکز سلامت	https://www.who.int/healthinfo/tools_data_analysis_routine_facility/en/	پایش و ارزیابی
تحلیل و کاربرد داده‌های مراکز سلامت - راهنمای سلامت باروری، مادران، نوزادان، کودکان و نوجوانان برای مدیران سلامت	https://www.who.int/healthinfo/FacilityAnalysisGuidance_RMNCAN.pdf?ua=1	پایش و ارزیابی

^۱ ابزار / منابع میان بخشی شاید در خصوص چگونگی ارائه آنها در جداول ابزار و منابع در کل این مجلد در کنار اهرمهای اضافی قرار گیرند.

ابزار / منابع	نشانی تارنما	اهرم یا اهرمها
راهنمای تحلیلی ارزیابی نظام مرکب پرداخت به ارائه‌کنندگان	https://www.who.int/publications-detail/analytical-guide-to-assess-a-mixed-provider-payment-system	نظامهای خرید و پرداخت
مقاومت ضد میکروبی و مراقبتهای اولیه سلامت: بسته آشنایی	https://apps.who.int/iris/handle/10665/328084 مجموعه کامل در دست تهیه، سازمان جهانی بهداشت: https://www.who.int/primary-health/technical-documents	چارچوبهای حاکمیت و سیاستگذاری داروها و سایر محصولات سلامت نظامهای بهبود کیفیت مراقبت
ذخیره و مدیریت مناسب اکسی‌توسین - کالای کلیدی برای سلامت مادران، بیانیه مشترک سازمان جهانی بهداشت، صندوق کودکان و صندوق جمعیت سازمان ملل متحد	https://www.who.int/reproductivehealth/publications/appropriate-storage-management-oxytocin/en/	داروها و سایر محصولات سلامت
مراقبت نارساییهای مادرزادی: اطلس ناهنجاریهای منتخب مادرزادی	https://www.who.int/publications-detail/9789241564762	پایش و ارزیابی
ایجاد نیروی کار توانمند برای نوجوانان	https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183151/1/WHO_FWC_MCA_15.05_eng.pdf?ua=1	نیروی کار مراقبتهای اولیه سلامت
ارائه دلایل اقتصادی برای مراقبتهای اولیه سلامت: بررسی گستره	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326293	تأمین مالی و تخصیص منابع
ایجاد نیروی کار مراقبتهای اولیه سلامت برای قرن ۲۱	https://apps.who.int/iris/handle/10665/328072	نیروی کار مراقبتهای اولیه سلامت
راهبرد نیروی کار سرطان برای پیشگیری و کنترل جامعه	در دست تهیه، سازمان جهانی بهداشت	نیروی کار مراقبتهای اولیه سلامت
بسته مراقبتهای رشد کودک	https://www.unicef.org/earlychildhood/index_68195.html	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت
مراقبت از رشد کودک: ارتقای مراقبت برای کودکان کم سن	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/	مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست‌اندرکاران
مراقبت از نوزادان و کودکان در بسته اجتماعی منابع	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-care-newborns-children/en/	مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست‌اندرکاران
مراقبت از رشد و نمو سالم کودک: مراقبت از نوزادان و کودکان در اجتماع	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/child-healthy-growth-development/en/	مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست‌اندرکاران
مراقبت از کودکان بیمار در اجتماع، سازگاری برای موقعیتهای شیوع بالای اچ-آی-وی یا سل	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/newborn-child-community-care/en/	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت
اجتماعات دوست‌دار کودک در منطقه شرق و جنوب آفریقا: رویکرد یکپارچه در سازوکارهای اجتماع	https://unicef.sharepoint.com/teams/ESAR-Health/Child%20Health/UNICEF%20ESAR%20Child%20Friendly%20Communities%20Ref%20Guide%20FINAL%2028May2018.pdf	الگوهای مراقبتی

ابزار / منابع	نشانی تارنما	اهرم یا اهرمها
راهکار کارکنان بهداشتی-درمانی اجتماع: پشتیبانی نظامهای سلامت از این مراقبین	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275474/9789241550369.eng.pdf?ua=1	نیروی کار مراقبتهای اولیه سلامت
برنامه‌ریزی و ابزار هزینه‌بندی سلامت اجتماع	https://www.msh.org/resources/community-health-planning-and-costing-tool	تأمین مالی و تخصیص منابع مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست‌اندرکاران
ماتریس ارزیابی و ارتقای کارکنان بهداشتی-درمانی اجتماع: ماتریس به روز شده کارکرد برنامه برای بهینه‌سازی برنامه‌های سلامت اجتماع	https://www.unicef.org/media/58176/file	مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست‌اندرکاران نیروی کار مراقبتهای اولیه سلامت
ادغام اطلاعات اجتماع و نظام ثبت پیوست مرکزی بیماران، ابزاری برای ادغام سوابق پزشکی الکترونیک	https://actt.albertadoctors.org/PMH/panel-continuity/CII-CPAR/Pages/CII-Tools-and-Resources.aspx	مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست‌اندرکاران فناوریهای دیجیتال برای سلامت
بسته ابزاری برنامه‌ریزی اجتماع	https://www.communityplanningtoolkit.org/community-engagement	مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست‌اندرکاران
بسته ابزاری اجتماع	https://ctb.ku.edu/en	مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست‌اندرکاران
همراه انتخاب شده در طی بارداری و زایمان برای ارتقای کیفیت مراقبت	https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/companion-during-labour-childbirth/en/	نظامها برای ارتقای کیفیت مراقبت
بسته ابزاری تاب‌آوری عطفوت	https://compassionresiliencetoolkit.org/healthcare/a-toolkit-for-healthcare/	مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست‌اندرکاران
چارچوب مفهومی کمک قوانین به پوشش همگانی سلامت	https://www.who.int/publications-detail/uhc-law-infographic	تعهد و رهبری سیاسی چارچوبهای حاکمیتی و سیاستگذاری
پیوستگی و هماهنگی مراقبت: بسته توجیه عملکردی برای حمایت از اجرای چارچوب سازمان جهانی بهداشت در زمینه خدمات سلامت یکپارچه و مردم محور	https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628	الگوهای مراقبت
توانمندیهای مبنایی در سلامت نوجوانان و توسعه ارائه‌کنندگان مراقبتهای اولیه	https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148354/1/9789241508315_eng.pdf?ua=1&ua=1	نیروی کار مراقبتهای اولیه سلامت
اجزای مبنایی پیشگیری و کنترل عفونت - ابزار و منابع اجرایی	https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت
شاخصها و پرسشهای مبنایی برای پایش بهداشت آب و سباب و بهداشت فردی در مراکز مراقبتهای سلامت در اهداف توسعه پایدار	https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/core-questions-and-indicators-for-monitoring-wash/en/	زیرساخت فیزیکی

ابزار / منابع	نشانی تارنما	اهرم یا اهرمها
مشاوره برای مراقبتهای سلامت مادران و نوزادان - کتاب راهنمای ایجاد مهارتها	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241547628/en/	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت
پایگاه داده‌های چرخه برنامه‌ریزی کشوری	https://extranet.who.int/countryplanningcycles/	تعهد و رهبری سیاسی چارچوبهای حاکمیتی و سیاستگذاری تأمین مالی و تخصیص منابع مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست‌اندرکاران پایش و ارزیابی
مسیرهای تعیین کننده خدمات سلامت یکپارچه و مردم محور	در دست تهیه، سازمان جهانی بهداشت	الگوهای مراقبت
داده‌ها و نوآوری: پیش‌نویس راهبرد جهانی در خصوص سلامت دیجیتال	https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_26-en.pdf مجموعه کامل نهایی در دست تهیه، سازمان جهانی بهداشت	فناوریهای دیجیتال سلامت
بسته ابزاری بررسی کیفیت داده‌ها	https://www.who.int/healthinfo/tools_data_analysis/en/	پایش و ارزیابی
طراحی مداخلات سلامت دیجیتال برای اثرگذاری	https://www.unicef.org/innovation/reports/designing-digital-interventions-lasting-impact	فناوریهای دیجیتال سلامت
آموزش دیجیتال ظرفیت‌سازی نیروی کار سلامت	https://apps.who.int/iris/handle/10665/331524	فناوریهای دیجیتال سلامت
اطلس دیجیتال سلامت	https://digitalhealthatlas.org/en/-/	فناوریهای دیجیتال سلامت
سلامت دیجیتال برای نظامهای پایدار و تاب‌آور سلامت بر مبنای راهکارهای صندوق جهانی	https://www.theglobalfund.org/media/4759/core_resilientsustainablehealth_infonote_en.pdf	فناوریهای دیجیتال سلامت
فناوریهای دیجیتال: شکل‌دهی آینده مراقبتهای اولیه سلامت	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326573	فناوریهای دیجیتال سلامت
پیش‌نویس نقشه راه برای مشارکت دادن بخش خصوصی سلامت برای پوشش همگانی سلامت	https://www.who.int/news-room/articles-detail/public-consultation-on-the-draft-who-roadmap-engaging-the-private-health-sector-through-integrated-service-delivery-povernance-in-mixed-health-systems نسخه نهایی در دست تهیه، سازمان جهانی بهداشت	مشارکت با ارائه کنندگان بخش خصوصی
دوره آموزشی درمان و ارزیابی تریاژ اورژانس	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241546875/en/	نظامها برای ارتقای کیفیت مراقبت
مشارکت دادن بخش خصوصی برای ارائه خدمات	https://www.who.int/news-room/articles-detail/public-consultation-on-the-draft-who-roadmap-engaging-the-private-health-sector-through-integrated-service-delivery-povernance-in-mixed-health-systems	مشارکت با ارائه کنندگان بخش خصوصی

ابزار / منابع	نشانی تارنما	اهرم یا اهرمها
مشارکت دادن بخش خصوصی در مراقبتهای اولیه سلامت برای پوشش همگانی سلامت: توصیه‌ها از مجریان به مجریان	https://www.jointelearningnetwork.org/resources/primary-health-care-indicator-inventory/	مشارکت با ارائه کنندگان بخش خصوصی
آموزش ظرفیت‌سازی ارتقا یافته برای کارکنان خط مقدم در زمینه راهنمای اعتمادسازی و اطلاع‌رسانی تسهیلگران	https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/trust-communication_training-guide.pdf?ua=1	نظامها برای ارتقای کیفیت مراقبت
استانداردهای اساسی بهداشت محیط در مراقبتهای سلامت	https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ehs_hc/en/	زیرساخت فیزیکی
کلیه نوزادان: برنامه اقدام برای پایان دادن مرگ و میر قابل پیشگیری	https://www.who.int/publications-detail/every-newborn-an-action-plan-to-end-preventable-deaths	نظامها برای ارتقای کیفیت مراقبت
هم‌افزایی شواهد برای نظامها و سازمان سلامت: راهنمای روشها	https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/hsr-synthesis/en/	پژوهشهای مرتبط با مراقبتهای اولیه سلامت
چارچوب اجرای خدمات پزشکی از راه دور	https://iris.paho.org/handle/10665.2/28414	فناوریهای دیجیتال سلامت
چارچوب توانمندی جهانی برای پوشش همگانی سلامت	در دست تهیه، سازمان جهانی بهداشت	نیروی کار مراقبتهای اولیه سلامت
پایگاه داده‌های جهانی هزینه‌کرد سلامت - تخمینهای هزینه‌کرد مراقبتهای اولیه سلامت	https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/en	تأمین مالی و تخصیص منابع
فهرست مآخذ جهانی برای ۱۰۰ شاخص مبنایی سلامت (اهداف مرتبط با سلامت توسعه پایدار)، ۲۰۱۸	https://www.who.int/healthinfo/indicators/2018/en/	پایش و ارزیابی
استانداردهای جهانی خدمات باکیفیت مراقبتهای سلامت برای نوجوانان	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت
راهبرد جهانی منابع انسانی برای سلامت: نیروی کار ۲۰۳۰	https://apps.who.int/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1	نیروی کار مراقبتهای اولیه سلامت
حاکمیت خوب برای داروها: چارچوب الگو، ویراست به روز شده، ۲۰۱۴	https://apps.who.int/iris/handle/10665/129495	داروها و سایر محصولات سلامت
حاکمیت برای خرید راهبردی: چارچوب تحلیلی راهنمای ارزیابی کشور	https://www.who.int/publications-detail/governance-for-strategic-purchasing-an-analytical-framework-to-guide-a-country-assessment	نظامهای خرید و پرداخت
راهنمای مدیریت موردی یکپارچه اجتماع، خرید و تأمین و برنامه‌ریزی مدیریت برای کمکهای صندوق جهانی	https://www.childhealthtaskforce.org/sites/default/files/2018-12/Guide%20to%20iCCM%20PSM%20Planning%20for%20Global%20Fund%20Grants%20%28english%29_Nairobi%20iCCM%20Meeting%202016.pdf	مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست‌اندرکاران داروها و سایر محصولات سلامت

ابزار / منابع	نشانی تارنما	اهرم یا اهرمها
راهکارهای اجزای مبنایی برنامه‌های پیشگیری و کنترل عفونت در سطح ملی و حاد در مراکز مراقبت‌های سلامت	https://www.who.int/gpsc/ipc-components-guidelines/en	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت
کتاب راهنمای راهبرد و سیاستگذاری ملی باکیفیت - رویکرد عملی برای تدوین سیاستگذاری و راهبرد به منظور ارتقای کیفیت مراقبت	https://apps.who.int/handle/10665/272357	نظامهای بهبود مراقبت کیفیت
رویکرد هماهنگ به ارزیابیهای مراکز سلامت	https://www.who.int/healthinfo/systems/Standardized-HFA-Flier-Dec2019.pdf?ua=1	پایش و ارزیابی
همکاری داده‌های سلامت	https://www.healthdatacollaborative.org/	پایش و ارزیابی
بسته ابزاری داده‌های اجتماع و مراکز سلامت	https://www.who.int/healthinfo/facility_information_systems/Facility_Community_Data_Toolkit_final.pdf?ua=1	پایش و ارزیابی
سلامت در تمامی سیاستها بعنوان بخشی از دستور کار مراقبت‌های اولیه سلامت در خصوص اقدام چندبخشی	https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/326463	چارچوبهای حاکمیتی و سیاستگذاری
سلامت در دستورالعمل آموزش کلیه سیاستها	https://apps.who.int/iris/handle/10665/151788	چارچوبهای حاکمیتی و سیاستگذاری مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست‌اندرکاران
سلامت در تمامی سیاستها: بیانیه هلسینکی، چارچوب برای اقدام کشوری	https://apps.who.int/iris/handle/10665/112636	چارچوبهای حاکمیتی و سازمان مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست‌اندرکاران
پژوهشهای نظامها و سیاستگذاری سلامت - مجموعه روش‌شناسی	https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/9789241503136/en/	پژوهشهای مرتبط با مراقبت‌های اولیه سلامت
ارزیابی عملکرد نظام سلامت: همکاری برای درک مشترک	https://www.uhc2030.org/what-we-do/coordination-of-health-system-strengthening/uhc2030-technical-working-groups/health-systems-assessment-technical-working-group/	تعهد و رهبری سیاسی چارچوبهای حاکمیتی و سیاستگذاری پایش و ارزیابی
بسته فنی بیماریهای قلبی-عروقی	https://www.who.int/cardiovascular_diseases/hearts/en/	نظامهای ارتقای مراقبت کیفیت
عدم توازن در مراقبت اولیه روستایی: بررسی ادبیات با تأکید بر منطقه اروپای سازمان جهانی بهداشت	در دست تهیه، سازمان جهانی بهداشت: https://www.who.int/primary-health/technical-documents	الگوهای مراقبتی
راهنمای اجرا برای استانداردهای جهانی خدمات مراقبت‌های سلامت باکیفیت برای نوجوانان	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183935/9789241549332_vol2_eng.pdf?sequence=4	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت

ابزار / منابع	نشانی تارنما	اهرم یا اهرمها
پژوهشهای اجرایی سلامت: راهنمای عملی	https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/implementationresearchguide/en/	پژوهشهای مراقبتهای اولیه سلامت
بسته ابزاری پژوهشهای اجرا	https://www.who.int/tdr/publications/topics/ir-toolkit/en/	پژوهشهای مرتبط با مراقبتهای اولیه سلامت
اجرای برنامه‌های مالاریا در بارداری در چارچوب توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت پیرامون مراقبتهای پیش از زایمان با هدف ایجاد تجربه مثبت بارداری	https://www.who.int/reproductivehealth/publications/implementing-malaria-pregnancy-programmes-brief/en/	الگوهای مراقبت
ارتقای کیفیت خدمات سلامت: ابزار و منابع	https://apps.who.int/iris/handle/10665/310944?locale-attribute=pt&	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت
ثبت شاخصها و سنجش	https://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=1	پایش و ارزیابی
چارچوب اجرایی مراقبت یکپارچه برای سالمندان: راهنمای نظامها و خدمات	https://www.who.int/ageing/publications/icope-framework/en/	الگوهای مراقبت
مراقبت یکپارچه برای سالمندان: راهنمای مسیرها و ارزیابی مردم محور مراقبت اولیه	https://www.who.int/ageing/publications/icope-handbook/en/	نظامها برای ارتقای کیفیت مراقبت
مراقبت یکپارچه برای سالمندان: نرم افزار کتاب راهنما	https://www.who.int/ageing/health-systems/icope/en/	نظامها برای ارتقای کیفیت مراقبت
مراقبت یکپارچه برای سالمندان: همراستاسازی مجدد مراقبتهای اولیه سلامت با پاسخ به سالمندی جمعیت	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326295	الگوهای مراقبت
ابزار تحلیل شکاف مدیریت موردی یکپارچه اجتماع	در دست تهیه، صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف)	تأمین مالی و تخصیص منابع مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست‌اندرکاران
بسته ابزاری خدمات یکپارچه سلامت سازمان جهانی بهداشت (شامل پودمانهای مراقبتهای اولیه، مراقبتهای بسیار ضروری و اورژانس	بسته ابزار مراقبت اورژانس سازمان جهانی بهداشت - ابزار ارزیابی نظامهای مراقبت اورژانس: https://www.who.int/emergencycare/activities/en/ فهرست بین المللی برای مراقبتهای اورژانس و آسیب: https://www.who.int/emergencycare/irtec/en دوره آموزشی مراقبتهای پایه اورژانس - رویکردی برای مصدومین و بیماران حاد: https://www.who.int/publications-detail/basic-emergency-care-approach-to-the-acute-ill-and-injured چک لیست اورژانس پزشکی: https://www.who.int/publications-detail/who-medical-emergency-checklist چک لیست آسیب: https://www.who.int/emergencycare/trauma-care-checklist-launch/en/ بسته ابزاری مراقبتهای اولیه و اجزای مراقبتهای بسیار ضروری، در دست تهیه	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت

ابزار / منابع	نشانی تارنما	اهرم یا اهرمها
مدیریت یکپارچه پودمانهای بیماریهای نوجوانان و بزرگسالان	https://www.who.int/3by5/publications/documents/imai/en/	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت
کتابچه جداول مدیریت یکپارچه بیماریهای کودکان	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/IMCI_chartbooklet/en/	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت
مجموعه پودمانهای یادگیری از راه دور مدیریت یکپارچه بیماریهای کودکان	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241506823/en	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت
بسته آشنایی با ادغام خدمات سلامت	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326459	الگوهای مراقبت
فهرست میان سازمانی دستگاههای پزشکی برای مداخلات اساسی در سلامت باروری، مادران، نوزادان و کودکان	https://apps.who.int/iris/handle/10665/205490	داروها و سایر محصولات سلامت
بسته میان سازمانی: محصولات اساسی سلامت برای مراقبتهای اولیه سلامت	در دست تهیه، سازمان جهانی بهداشت	داروها و سایر محصولات سلامت
یادگیریهای کلیدی اجرای سیاستهای سلامت برای همگان از سرتاسر جهان: بروشور اطلاعات	https://apps.who.int/iris/handle/10665/272711	چارچوبهای حاکمیتی و سیاستگذاری مشارکت دادن اجتماعات و سایر دستاندرکاران
حقوق قانونی برخورداری از مراقبتهای سلامت	https://www.who.int/publications-detail/uhc-law-in-practice-legal-access-rights-to-health-care-introduction	تعهد و رهبری سیاسی چارچوبهای حاکمیتی و سیاستگذاری
ارزیابی و برنامه‌ریزی مشارکت محلی: بسته ابزاری برای ارتقای خدمات سلامت یکپارچه و مردم محور	در دست تهیه، سازمان جهانی بهداشت	الگوهای مراقبت
نگاه کلی به فناوریهای مدیریت پسماند عفونی و تیز مراکز مراقبتهای سلامت	https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/technologies-for-the-treatment-of-infectious-and-shrp-waste/en/	زیرساخت فیزیکی
در نظر گرفتن تک تک نوزادان: حسابرسی و بررسی موارد مرده‌زایی و مرگهای نوزادی	https://apps.who.int/iris/handle/10665/249523	پایش و ارزیابی
مدیریت نوزادان بیمار زیر دو ماه سن	https://www.who.int/maternal_child-adolescent/documents/management-sick-young-infant-0-2-months/en/	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت
مدیریت نوزادان بیمار زیر دو ماه سن: دوره آموزشی مدیریت یکپارچه بیماریهای نوزادان و کودکان	https://www.who.int/maternal_child-adolescent/documents/management-sick-young-infant-0-2-months-training/en/	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت
مدیریت مشکلات در بارداری و زایمان: راهنمای ماماها و پزشکان - ویراست دوم	https://www.who.int/maternal_child-adolescent/documents/management-complications-pregnancy-childbirth/en/	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت

ابزار / منابع	نشانی تارنما	اهرم یا اهرمها
پاسخ و مراقبت مرگ و میر مادران: راهنمای فنی. اطلاعات برای اقدام در زمینه پیشگیری از مرگ و میر مادران	https://apps.who.int/iris/handle/10665/87340	پایش و ارزیابی
سنجش عملکرد مراقبتهای اولیه سلامت	https://www.jointlearningnetwork.org/resources/primary-health-care-indicator-inventory/	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت
سلامت روان در مراقبتهای اولیه سلامت: توهم یا ادغام؟	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326298	الگوهای مراقبت
پودمانهای آموزشی مامایی - مطالب آموزشی مربیان مامایی	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241546662/en/	نیروی کار مراقبتهای اولیه سلامت
استانداردهای حداقل کیفیت برای مشارکت دادن اجتماع	https://www.unicef.org/mena/reports/community-engagement-standards	مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست اندرکاران
الزامات حداقل برای برنامه‌های پیشگیری و کنترل عفونت	https://www.who.int/infction-prevention/publications/min-req-IPC-manual/en/	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت
پایش، ارزیابی و بررسی راهبردهای ملی سلامت: سازوکار اطلاعات و پاسخگویی به رهبری کشور	https://apps.who.int/iris/handle/10665/85877	پایش و ارزیابی
بسته ابزاری راهبرد ملی سلامت الکترونیک	https://apps.who.int/iris/handle/10665/75211	فناوریهای دیجیتال سلامت
کتاب راهنمای حسابها و راهنمای اجرا برای نیروی کار ملی سلامت	https://www.who.int/hrh/statistics/nhwa/en/	نیروی کار مراقبتهای اولیه سلامت
خلاصه ابزار و منابع راهبرد و سیاستگذاری ملی کیفیت	https://apps.who.int/iris/handle/10665/329961	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت
پرورس مراقبت برای رشد دوران اوان کودکی: چارچوبی برای کمک به بقای کودکان و تحقق بخشیدن به پتانسیل سلامت و انسانی آنها	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت
تغذیه - بسته ابزار بهداشت آب و پساب و بهداشت فردی. راهنمای اقدامات مشترک عملی	https://www.unicef.org/eap/reports/nutrition-wash-toolkit-guide-practical-joint-actions	الگوهای مراقبت
ابزار سلامت یکپارچه	https://www.who.int/chice/onealthtool/en/	تأمین مالی و تخصیص منابع
پژوهشهای مشارکتی اقدام در نظامهای سلامت - مجموعه روشها	https://equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/PAR_Methods_Reader2014for_web.pdf	پژوهشهای مرتبط با مراقبتهای اولیه سلامت
برنامه‌ریزی و اجرای خدمات مراقبتهای تسکینی: راهنمای مدیران برنامه	https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/palliative_care_services/en	الگوهای مراقبت
کتاب جیبی مراقبتهای بیمارستانی برای کودکان: ویراست دوم	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/child_hospital_care	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت

ابزار / منابع	نشانی تارنما	اهرم یا اهرمها
آشنایی با مراقبتهای اولیه سلامت و فوریتهای پزشکی	https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/326451	چارچوبهای حاکمیتی و سیاستگذاری مشارکت دادن اجتماعات و سایر دستاندرکاران الگوهای مراقبت
مراقبتهای اولیه سلامت و فوریتهای پزشکی (سند کامل)	https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1251548/retrieve	چارچوبهای حاکمیتی و سیاستگذاری مشارکت دادن اجتماعات و سایر دستاندرکاران الگوهای مراقبت
آشنایی با مراقبتهای اولیه سلامت برای ایجاد امکان "پایان دادن همه‌گیریهای واگیردار با اثرگذاری بالا"	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326294 مجموعه کامل در دست تهیه، سازمان جهانی بهداشت: https://www.who.int/primary-health/technical-documents	الگوهای مراقبت
مراقبتهای اولیه سلامت در مسیر پوشش همگانی سلامت: گزارش پایش ۲۰۱۹	https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf?ua=1	تأمین مالی و تخصیص منابع مشارکت دادن اجتماعات و سایر دستاندرکاران الگوهای مراقبت
مطالعات موردی نظامهای مراقبتهای اولیه سلامت	https://www.who.int/alliance-hpsr/projects/primasys/en/ https://apps.who.int/iris/handle/10665/326458	پژوهشهای مرتبط با مراقبتهای اولیه سلامت الگوهای مراقبت
مراقبتهای اولیه برای پوشش همگانی سلامت و اهداف توسعه پایدار - پایش و سنجش عملکرد	در دست تهیه، سازمان جهانی بهداشت	پایش و ارزیابی
پیشبرد اهداف توسعه پایدار از طریق سلامت در تمامی سیاستها - مطالعات موردی از سرتاسر جهان	https://www.who.int/social_determinants/publications/Hiap-case-studies-2017/en/	چارچوبهای حاکمیتی و سیاستگذاری
خرید خدمات سلامت برای پوشش همگانی سلامت: نحوه راهبردی‌تر کردن آن	https://www.who.int/publications-detail/purchasing-health-services-for-universal-health-coverage-how-to-make-it-more-strategic	نظامهای خرید و پرداخت
کیفیت در مراقبتهای اولیه سلامت	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326461	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت
کیفیت مراقبتهای سلامت مادران و نوزادان: چارچوب پایش برای کشورهای شبکه	https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/advisory-groups/quality-of-care/quality-of-care-for-maternal-and-newborn-health-a-monitoring-framework-countries.pdf?sfvrsn=b4a1a346_2	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت پایش و ارزیابی

نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208217/9789290616955_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y	کیفیت و مراقبت: آشنایی با گزینه‌های اثربخش سیاستگذاری برای دولت‌ها در کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط به منظور بهبود و تنظیم کیفیت مراقبت سرپایی
نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/quality-care-network-objectives/en/	کیفیت، عدالت، کرامت: شبکه ارتقای کیفیت مراقبت برای سلامت مادران، نوزادان و کودکان - اهداف راهبردی
پژوهشهای مرتبط با مراقبت‌های اولیه سلامت	https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/rapid-review-guide/en/	بررسیهای سریع برای تقویت نظامها و سیاستهای سلامت: راهنمای عملی
مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست‌اندرکاران نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت	https://www.health.org.uk/publications/realising-the-value	شناخت ارزش: اقدامات کلیدی ده‌گانه برای اعطای نقش محوری به مردم و اجتماعات در کانون سلامت و تندرستی
تعامل با ارائه‌کنندگان بخش خصوصی نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت	https://www.jointlearningnetwork.org/resources/primary-health-care-indicator-inventory/	تنظیم مراقبت‌های اولیه سلامت بخش خصوصی
چارچوبهای حاکمیتی و سیاستگذاری مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست‌اندرکاران	https://iris.paho.org/handle/10665.2/31313	نقشه راه برنامه اقدام در زمینه سلامت در تمامی سیاستها
داروها و سایر محصولات سلامت	https://apps.who.int/iris/handle/10665/330145	نقشه راه برای دسترسی به دارو، واکسن و محصولات سلامت ۲۰۱۹ الی ۲۰۲۳: حمایت جامع از دسترسی به دارو، واکسن و سایر محصولات سلامت
زیرساخت فیزیکی	https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/safe-management-of-waste-summary/en/	خلاصه مدیریت ایمن پسماندهای حاصله از فعالیتهای مراقبت‌های سلامت
داروها و سایر محصولات سلامت	https://www.who.int/publications-detail/selection-of-essential-medicines-at-country-level	انتخاب داروهای اساسی در سطح کشوری - بکارگیری فهرست الگوی داروهای اساسی سازمان جهانی بهداشت برای به‌روزرسانی فهرست ملی داروهای اساسی
پایش و ارزیابی	https://www.who.int/healthinfo/systems/sara_introduction/en/	ارزیابی موجودیت خدمات و آمادگی
نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت الگوهای مراقبت	https://www.childrenandaids.org/Paediatric-Service-Delivery-Framework	ابزار و چارچوب ارائه خدمات برای شیرخواران، کودکان و نوجوانان در حال زندگی با اچ-آی-وی
الگوهای مراقبت	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326297	سلامت جنسی، باروری، مادران، نوزادان، کودکان و نوجوانان در چارچوب مراقبت‌های اولیه سلامت

ابزار / منابع	نشانی تارنما	اهرم یا اهرمها
استانداردهای بهبود کیفیت مراقبتهای مادران و نوزادان در مراکز سلامت	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/en/	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت
استانداردهای ارتقای کیفیت مراقبت برای کودکان و نوجوانان در مراکز سلامت	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/quality-standards-child-adolescent/en/	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت
خرید راهبردی برای پوشش همگانی سلامت: پرسشها و مسائل کلیدی سیاستگذاری - خلاصه مباحثات کارشناسان و مجریان	https://www.who.int/health_financing/documents/strategic-purchasing-discussion-summary/en/	نظامهای خرید و پرداخت
کتاب راهنمای تدوین راهبردها برای سلامت ملی در قرن ۲۱	https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221	تعهد و رهبری سیاسی چارچوبهای حاکمیتی و سیاستگذاری تأمین مالی و تخصیص منابع مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست‌اندرکاران پایش و ارزیابی
تقویت بسته ابزاری مامایی	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strengthening_midwifery_toolkit/en/	نیروی کار مراقبتهای اولیه سلامت
تقویت مراقبتهای اولیه سلامت از طریق کارکنان بهداشتی-درمانی اجتماع - توصیه‌های تأمین مالی و موارد سرمایه‌گذاری	https://www.who.int/hrh/news/2015/CHW-Financing-FINAL-July-15-2015.pdf	تأمین مالی و تخصیص منابع مشارکت دادن اجتماعات و سایر دست‌اندرکاران
تقویت کیفیت آموزش مامایی برای پوشش همگانی سلامت ۲۰۳۰: چارچوب اقدام	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strengthening-quality-midwifery-education-framework/en/	نیروی کار مراقبتهای اولیه سلامت
تقویت ظرفیت مراقبتهای سلامت اجتماع برای ارائه مراقبتهای سلامت جنسی، باروری، مادران، نوزادان، کودکان و نوجوانان	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-capacity-h4plus/en/	نیروی کار مراقبتهای اولیه سلامت
مراقبتهای جراحی در بیمارستان ناحیه - دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت	https://www.who.int/surgery/publications/scdh_manual/en/ ویراست اخیر در دست تهیه، سازمان جهانی بهداشت	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت
بقا و تعالی: مراقبتهای تحول‌ساز برای همه نوزادان بیمار و کوچک	https://www.who.int/publications-defail/survive-and-thrive-transforming-care-for-every-small-and-sick-newborn	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت
مقابله با بیماریهای غیرواگیر - "بهترین گزینه‌ها" و سایر مداخلات پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر	https://www.who.int/ncds/mangement/best-buys/en/	الگوهای مراقبت
اتخاذ اقدام: گامهای ۴ و ۵ در شراکتهای دوقلوی پیشرفت	https://www.who.int/servicedeliverysafety/twinning-partnerships/steps4-5/en/	نظامهای ارتقای کیفیت مراقبت

الگوهای مراقبت	https://extranet.who.int/iris/handle/10665/328102	پاسخ به ایدز و مراقبتهای اولیه سلامت: ارتباطات و فرصتها
تعامل با ارائه‌کنندگان بخش خصوصی	https://extranet.who.int/iris/handle/10665/312248	بخش خصوصی، پوشش همگانی سلامت و مراقبتهای اولیه سلامت
الگوهای مراقبت	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326296	نقش تحول‌ساز بیمارستانها در آینده مراقبتهای اولیه سلامت
پایش و ارزیابی	https://apps.who.int/iris/handle/10665/249515/9789241549752-eng.pdf?sequence=1	کاربرد دستورالعمل شماره ۱۰ طبقه‌بندی بین‌المللی بیماریهای سازمان جهانی بهداشت در دوران بارداری



در خصوص مراقبتهای اولیه سلامت

9789240017832

