

بهبود نظام شبکه بهداشتی در ایران: خلاصه سیاستی

میثم بهزادی فر^۱ , سعید شهابی^۲ , احد بختیاری^۳ , صمد آذری^۴ , سید جعفر احسان زاده^۵ , مسعود بهزادی فر^{*۱} 

- ۱- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران
- ۲- مرکز تحقیقات سیاست گذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
- ۳- مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۴- مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
- ۵- دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

یافته / دوره ۲۴ / شماره ۳ / پاییز ۱۴۰۱ / مسلسل ۹۳

چکیده

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۰/۰۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۱۰/۱۶

مقدمه: مراقبت های اولیه سلامت (Primary health care (PHC) می تواند بهترین روش تامین و ارائه مراقبت های بهداشتی برای همه افراد بوده و کارآمدترین و موثرترین راه برای دستیابی و ارتقاء سطح سلامت در هر جامعه ای باشد. عدم توجه به PHC و خدمات بهداشتی بی کیفیت می تواند سبب از افزایش بیماری های مختلف و مرگ و میر در هر جامعه ای شده و باعث خسارت های اقتصادی زیادی برای هر کشوری گردد. به صورت جدی PHC در ایران بعد از انقلاب مورد توجه جدی قرار گرفت. شبکه مراقبت های بهداشتی در سراسر کشور ایجاد گردید. با توسعه PHC در جمهوری اسلامی ایران، علل مرگ و میر کمتر شده و فوت ناشی از بیماری های واگیردار و مشکلات بارداری و زایمان در ایران کاهش یافته است. با وجود دستاوردهای گسترده ناشی از وجود PHC در ایران، اما در سال های اخیر توجه کافی به بازسازی و تقدیم آن نشده است. نبود منابع مالی کافی، عدم اجرای پزشک خانواده در شهرها و اشکالات اجرایی در پزشک خانواده، کمبود نیروی انسانی، عدم توجه به آموزش دانشجویان در بخش بهداشت و نداشتن علاقه آنها به یادگیری فعالیت های این حوزه، مشکلات ساختاری و اداری برخی چالش های موجود می باشد. سیاست گذاران در ایران برای ارتقاء شاخص های سلامت، کاهش ورودی بیماران به بیمارستان ها، و استفاده مناسب تر منابع محدود مالی نیازمند سرمایه گذاری بیشتر در PHC هستند و با توجه به زیرساخت های خوبی که در این بخش وجود دارد، به نظر می رسد توجه بیشتر به تقویت این شبکه می تواند نقش مهمی در کاهش هزینه های خانوارها داشته و جایگاه پزشک خانواده و کارکردهای آن نیز به درستی در جامعه اجرا گردد.

واژه های کلیدی: مراقبت های اولیه سلامت، ایران، سیاست گذاری سلامت.

*آدرس مکاتبه: خرم آباد، دانشگاه علوم پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت.

پست الکترونیک: masoudbehzadifar@gmail.com

مقدمه

سلامتی از حقوق مهم و اساسی هر فرد بوده و باید به خدمات بهداشتی - درمانی مورد نیاز خود دسترسی داشته باشد (۱). در سال ۱۹۷۸ در اعلامیه آلماتا مراقبت های بهداشتی اولیه (PHC) Primary health care (PHC) معرفی و یک نقطه عطف بسیار مهم در ارتقاء سطح سلامت در جهان محسوب شد. PHC یک پایه اساسی برای سیستم های بهداشتی با کیفیت بالا محسوب می گردد (۲).

PHC می تواند بهترین روش تامین و ارائه مراقبت های بهداشتی برای افراد بوده و کارآمدترین و موثرترین راه برای دستیابی و ارتقاء سطح سلامت در هر جامعه ای باشد (۳). PHC می تواند نیازهای بهداشتی یک فرد را که شامل سلامت جسمی، روحی و اجتماعی است برطرف نموده و به جای تکیه بر بیمار محوری، فرد محوری را مورد توجه قرار می دهد. برای تحقق و افزایش عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی مناسب، دولت‌ها باید روی PHC باکیفیت و ارزان سرمایه‌گذاری کنند (۴). عدم توجه به PHC و خدمات بهداشتی بی کیفیت می تواند سبب افزایش بیماری های مختلف و مرگ و میر در هر جامعه ای شده و خسارت های اقتصادی زیادی برای هر کشوری در بر داشته باشد (۵). PHC نخستین سطح تماس افراد در یک نظام سلامت بوده و می توانند خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز خود را دریافت کنند (۶). طیف گسترده ای از خدمات در ارتباط با بیماری های مختلف، درمان آنها، غربالگری و توانبخشی را ارائه داده و باعث حفظ و بهبود شاخص های سلامت می گردد (۷).

یک نظام سلامت با ارائه خدمات متنوع در PHC می تواند دستاوردهای موثر و ارزشمندی در بهبود سلامت به دنبال داشته باشد (۸). از جهتی، با وجود یک PHC کارآمد می توان از منابع مالی محدود در نظام سلامت به صورت بهینه استفاده نمود. بسیاری از کشورهای دنیا با

اجرای PHC توانستند موفقیت های ارزشمند و بزرگی در ارتقاء شاخص های سلامت داشته باشند (۹). افزایش امید به زندگی، پوشش بالای واکسیناسیون، غربالگری بیماری های مختلف، افزایش دسترسی به آب سالم، ریشه کنی آبله و توجه به سلامت زنان و گروههای در معرض خطر از دستاوردهای PHC بود (۱۰). در سال ۲۰۱۸، در اعلامیه آستانه تلاش جهانی برای تقویت PHC را به عنوان راهی برای بهبود پاسخگویی و آمادگی سیستم مراقبت های بهداشتی کشورها احیا کرد (۱۱).

PHC در ایران

PHC در ایران بعد از انقلاب مورد توجه جدی قرار گرفت و شبکه مراقبت های بهداشتی در سراسر کشور ایجاد گردید (۱۲). در شهرها مراکز بهداشتی درمانی و در روستاها خانه های بهداشت توسط یک نیرو به نام بهورز، به ارائه خدمات پرداختند. مسائلی مانند دسترسی آسان و فراگیر جغرافیایی، توجه به مسائل فرهنگی موثر بر بهداشت، وجود تناسب بین حجم خدمات و نیروی انسانی، سطح بندی خدمات، ارائه خدمات از طریق سیستم ارجاع و آموزش کارکنان متخصص و ارتقاء سطح آگاهی های آنان در اجرای این برنامه مورد تاکید قرار گرفت (۱۳، ۱۴).

موفقیت های PHC در ایران

با پیشرفت پزشکی و نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران، علل مرگ و میر کمتر شده و فوت ناشی از بیماری های واگیردار و مشکلات بارداری و زایمان کاهش یافته است. افزایش خدمات بهداشتی، موجب تغییر در ترکیب مرگ و میر و دگرگونی در بروز بیماری‌ها شده است (۱۵). براساس مطالعات انجام شده، کاهش عمومی در مرگومیر کودکان در کشور ایران طی چهار دهه اخیر وجود داشته است. گسترش PHC عمومی منجر به کاهش فراوان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال هم شده است که نسبت به دوران قبل از انقلاب، رشد چشمگیری داشته است. (۱۶) این در حالی است که در دهه چهارم

انسانی، عدم توجه به آموزش دانشجویان در بخش بهداشت و نداشتن علاقه آنها به یادگیری فعالیت‌های این حوزه، مشکلات ساختاری و اداری، تمرکز در تصمیم‌گیری‌ها در PHC، ساختار نامناسب ارایه‌دهندگان خدمت در شهرها، اشکالات فراوان در نظام پرداخت به ارایه‌دهندگان خدمات، توزیع نامناسب نیروی انسانی، اجرای برنامه‌های مختلف بدون توجه به زیرساخت‌ها، عدم ارزیابی مناسب از آنها و فراموشی آنها بعد از مدتی، نبود سیاست‌های مشخص در بحران‌هایی مانند COVID-19، طراحی و اجرای برنامه‌های بدون توجه به نظرات نیروهای اجرایی در میدان یا همان (Street-level bureaucrats) در PHC، ساختار سنتی PHC، نبود نظام آماری مناسب و تحلیل‌های ابتدایی و کم‌اثر، تعدد مراکز ارایه خدمات در شهرها و ناهماهنگی بین بخشی و درون‌بخشی از مهمترین چالش‌های موجود در PHC ایران می‌باشد (۱۴، ۱۹).

راه کارها

در چشم انداز سلامت ایران در سال ۱۴۰۴ کشور باید دارای عادلانه‌ترین و توسعه یافته‌ترین نظام سلامت در سطح منطقه باشد. از این رو با توجه به چالش‌های موجود و مشکلات جدی در این بخش باید سیاست‌گذاران و مدیران تصمیمات جدی و اثرگذاری در این بخش اعمال کرده تا به اهداف ۱۴۰۴ دست یابیم. از این رو برخی راه کارهای زیر برای ایجاد اصلاحات در این بخش پیشنهاد می‌گردد:

- تمرکززدایی از PHC و توجه به زیرساخت‌های بومی و محلی برای بهبود ارائه خدمات و مشارکت بیشتر همه اجزای PHC در تصمیم‌گیری‌ها
- تکمیل نظام اطلاعات و ایجاد سامانه متمرکز به منظور استفاده در همه فعالیت‌های PHC
- ایجاد انعطاف‌پذیری این بخش برای پاسخگویی به تغییرات محیطی و چالش‌های جهانی مانند COVID-19

انقلاب اسلامی، PHC با ارتقای پوشش ۱۰۰٪ در جمعیت شهری و بیش از ۹۴٪ جمعیت روستایی کشور همراه بوده است. بر اساس گزارش‌های بین‌المللی، پوشش واکسن‌های سه‌گانه (دیفتری، کزاز و سیاه‌سرفه) (Diphtheria, tetanus and pertussis (DPT)) در سال ۲۰۲۱ به ۹۹٪، پوشش واکسن‌های سرخک، سرخجه و اوریون (Measles, mumps and rubella) (MMR) ۱۰۰٪ و پوشش دز اول واکسن هپاتیت ب ۱۰۰٪ افزایش یافته است. همچنین میزان مرگ کودک زیر یکسال به حدود ۱۰ در یک صد هزار تولد زنده کاهش یافته است و میانگین امید به زندگی در سطح جامعه به حدود ۷۷ سال افزایش یافته است و این نشان دهنده بهبود خدمات سلامت در دهه‌های اخیر می‌باشد. دستاوردهای گسترده‌ای به واسطه توسعه و گسترش PHC در ایران حاصل شده که نشان دهنده عزم جدی دولت‌های مختلف و سیاست‌گذاران برای ارتقاء سلامت بوده است (۱۷). اهداف توسعه هزاره اهدافی مشترک بودند که در سال ۲۰۰۰ بر سر رسیدن به آنها توافق صورت گرفت. در این راستا بسیاری از کشورها و بر اساس تعهد خود، سیاست‌ها و برنامه‌های مختلفی برای رسیدن به اهداف آن انجام دادند. با توجه به وجود PHC در ایران، مرگ و میر کودکان و مادران کاهش چشمگیری داشته و دسترسی به آب آشامیدنی سالم در شهر و روستا طی سالهای ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ افزایش بالایی داشته است (۱۸).

چالش‌ها

حرکت سریع کشور به سوی سالمندی، آلودگی هوا، نگاه درمان محور و افزایش تولید بیمار، افزایش تعداد بیماران سرطانی، قلبی و عروقی و سکته‌ها که ناشی از ریسک فاکتورهایی از جمله افزایش مصرف دخانیات، قند و نمک و فقر تغذیه‌ای است، عدم توجه کافی به PHC و نبود منابع مالی کافی، عدم اجرای برنامه پزشکی خانواده در شهرها و اشکالات اجرایی در اجرای آن، کمبود نیروی

نیاز با دانش و مهارت های مورد نیاز برنامه ریزی و مدیریت ملی

-تدوین برنامه استراتژیک وزارت با دید بلندمدت که اولین اقدام جامع در این راه خواهد بود

در دستور کار قرار گرفتن باز مهندسی PHC در ایران (Agenda setting reengineering PHC in Iran

یکی از مدل های پرکاربرد در سیاست گذاری سلامت، مدل جریان‌ات چندگانه کینگدان، است که به بررسی چگونگی در دستور کار قرار گرفتن یک سیاست با استفاده از سه جریان: جریان مشکل، جریان سیاست (راه‌حل مشکل) و جریان سیاسی (اراده سیاسی) می پردازد (۲۰). می خواهیم بر اساس این مدل، وضعیت در دستور کار قرار گرفتن تقویت و اصلاح PHC در ایران را بررسی کنیم.

سلامت و بهداشت مناسب می تواند یکی از با اهمیت ترین عوامل موثر در پیشرفت هر جامعه محسوب شود. فقدان سلامت در جامعه اعم از اینکه جسمی، روانی و یا اجتماعی باشد می تواند عواقب متعددی به همراه داشته باشد. در سراسر جهان هر روزه ۸۰۰۰ کودک به علت انجام ندادن واکسیناسیون، حدود ۷۰۰۰ کودک به علت آبی بدن ناشی از اسهال می و حدود ۶۰۰۰ کودک به علت عفونت های تنفسی می میرند و چنانچه وضع به این ترتیب ادامه پیدا کند، در سالهای آینده صد ها میلیون کودکان جان خود را از دست می دهند و یا دچار عوارضی همچون سوء تغذیه و رشد ناکافی جسمی و روانی می شوند. در حالی که می توان از مرگ و میر کودکان و خسارت های ناشی از این بیماری ها با گسترش PHC جلوگیری نمود. علیرغم تلاش های بی وقفه ای که در ایران برای ارتقاء سطح سلامت انجام شده است اما هنوز مشکلات و چالش های بهداشتی زیادی وجود دارد که اشاره به وجود اصل مشکل (Problem) دارد (۱۷).

ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزشهای انسانی-

-اصلاح جدی نظام ارجاع و اجرای این سیاست با آموزش و اطلاع رسانی گسترده

-استقرار نظام مدیریت علمی با استفاده از نیروی انسانی آموزش دیده و با تجربه در زمینه خدمات بهداشتی و کاهش استفاده از مدیران با دیدگاه درمان محور و بی تجربه در این بخش

-بهبود و ارتقاء نیروی انسانی در همه زمینه های مرتبط با PHC

-افزایش منابع مالی و تزریق منابع جدید با توجه ویژه توسط ساختارهای قانونگذاری در کشور

-ایجاد فرصت‌های مناسب و افزایش بخش خصوصی در ارائه خدمات در PHC

-ارزیابی برنامه های اجرایی در PHC کشور با استفاده از معیارهای علمی و به روز

-تعهد بیشتر و تغییر نگرش دولت ها از درمان محوری به بهداشت محوری

-اصلاح ساختار سازمانی PHC در جهت افزایش تحرک، کارایی و بهبود خدمت رسانی در راستای پاسخگویی به اولویت ها و نیازهای اساسی

-واگذاری اساسی ترین فعالیت های امور اجرایی به دانشگاههای علوم پزشکی، اعمال مدیریت و نظارت بیشتر به شورای سلامت استان ها

-اخذ مالیت های عوارض محلی و درآمدهای سازمانهایی مانند شهرداری ها، کارخانجات و صنایع آلاینده محیطی و اختصاص به شیوه ای مطلوب و نظام مند به PHC

-تشکیل هیئت بازنگری و تدوین ساختار PHC با حضور خبرگان دانشگاهی، سیاسی، محلی، و نمایندگان مردم و بخش خصوصی برای شناخت استراتژیک از اولویت ها و چالش های موجود، کوچک سازی، ساده سازی و طراحی ساختار با رویکرد ماتریسی و نیروی انسانی مورد

نداشته است. سازمان‌های مهمی در این راستا می‌توانند ایفای نقش کنند. از جمله مجلس شورای اسلامی که با وجود جایگاه سیاست‌گذاری بسیار مهم، نتوانسته است که سیاست‌های مناسبی در ۱۰ سال گذشته برای این مهم تصویب نماید و متأسفانه عمده تمرکز آن بر گسترش بخش درمان و توسعه بیمارستان‌ها بوده است. در فرهنگستان علوم پزشکی تأکید بر تقویت نظام شبکه ارائه خدمات سلامت و جامعه محور کردن آموزش پزشکی، وجود دارد، اما به نظر می‌رسد توجهی به این امر از سوی سیاست‌گذاران نشده است. اما در این بین، تأکید و علاقه رهبر انقلاب در مورد اهمیت شبکه بهداشتی و درمانی، نقطه قوت بوده و بسیار ارزشمند است، ایشان به عنوان یک حامی سیاسی بسیار مهم، خواستار بازسازی و تقویت شبکه بهداشت شدند تا با هزینه کمتر شاهد ارتقاء سلامت بیشتر جامعه باشیم. همه این موارد اشاره به وجود اصل سیاسی بودن (Politics) دارد (۲۲).

اجرای اصلاحات در نظام سلامت ایران مانند طرح تحول سلامت، واکسیناسیون گسترده هپاتیت ب، پیدایش COVID-19 و نقش پررنگ شبکه بهداشتی در پیشگیری، کنترل و کاهش موارد بیماری از طریق اجرای برنامه‌های مختلف و مخصوصاً "انجام واکسیناسیون گسترده COVID-19، انجام گسترده تست‌های تشخیصی، پیگیری و آموزش بیماران و خانواده‌های آنان از طریق طرح شهید سلیمانی و توجه ویژه و دستور رهبری برای بازسازی و تقویت شبکه بهداشت می‌تواند یک پنجره فرصت (Window of opportunity) مناسب را برای بازمهندسی PHC در ایران فراهم کند. به نظر می‌رسد علیرغم وجود معیارهای گفته شده در بالا، اما هنوز بازمهندسی و تقویت PHC در دستور کار سیاست‌گذاران در ایران قرار نگرفته است و عدم اجرای این امر می‌تواند بر دستیابی به پوشش همگانی سلامت (

اسلامی و نهادینه سازی آن در جامعه، تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاستهای اجرایی و مقررات با رعایت روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی، تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه محور، اولویت پیشگیری بر درمان، کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی، تأمین امنیت غذایی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از سبب غذایی سالم، مطلوب و کافی، آب و هوای سالم، امکانات ورزشی همگانی و فرآورده‌های بهداشتی ایمن همراه با رعایت استانداردهای ملی و معیارهای منطقه‌ای و جهانی، ترویج تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های متقن و علمی در مراقبتهای سلامت، آموزش و خدمات با تدوین استانداردها و راهنماها، ارزیابی فناوری‌های سلامت، استقرار نظام سطح بندی با اولویت خدمات ارتقاء سلامت و پیشگیری و ادغام آنها در نظام آموزش علوم پزشکی، اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیتهای ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم، گوشه‌ای از وجود سیاست‌های مناسب در راستای توسعه PHC در ایران است که اشاره به وجود اصل سیاست‌گذاری (Policy) دارد (۲۱).

تغییرات و گستردگی ابعاد مفهوم سلامت به عنوان یک حق همگانی و ارکان تأثیرگذار بر فراهم سازی آن در سال‌های اخیر لزوم برنامه‌ریزی‌های دقیق با در نظر داشتن اولویت‌ها، اهداف و شاخص‌ها را دوچندان کرده است. در ایران، تاکنون ۶ برنامه توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به صورت پنج ساله با همکاری دولت و مجلس تصویب و اجرا شده که مسائل بهداشتی و درمانی در آنها مورد توجه قرار گرفته است. البته با بررسی این برنامه‌ها می‌توان پی برد به مرور زمان، توجه ویژه به نقش و اهمیت PHC کاهش یافته و برنامه مشخصی برای بازمهندسی آن وجود

(Universal health coverage (UHC) اثرگذار

باشد.

نتیجه‌گیری

سیاست‌گذاران در ایران برای ارتقاء شاخص‌های سلامت، کاهش ورودی بیماران به بیمارستان‌ها و استفاده مناسب‌تر منابع محدود مالی نیازمند سرمایه‌گذاری

بیشتر در PHC هستند و با توجه به زیرساخت‌های خوبی که در این بخش وجود دارد، به نظر می‌رسد توجه بیشتر به تقویت این شبکه می‌تواند نقش مهمی در کاهش هزینه‌های خانوارها داشته و جایگاه پزشک خانواده و کارکردهای آن نیز به درستی در جامعه اجرا گردد.

References

1. Kim JH, Bell GA, Bitton A, Desai EV, Hirschhorn LR, Makumbi F, et al. Health facility management and primary health care performance in Uganda. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):275.
2. Macarayan EK, Ratcliffe HL, Otupiri E, Hirschhorn LR, Miller K, Lipsitz SR, et al. Facility management associated with improved primary health care outcomes in Ghana. *PLoS One.* 2019;14(7):e0218662.
3. Kuehne F, Kalkman L, Joshi S, Tun W, Azeem N, Buowari DY, et al. Healthcare Provider Advocacy for Primary Health Care Strengthening: A Call for Action. *J Prim Care Community Health.* 2022;13:21501319221078379.
4. Nashat N, Hadjij R, Al Dabbagh AM, Tarawneh MR, Alduwaisan H, Zohra F, et al. Primary care healthcare policy implementation in the Eastern Mediterranean region; experiences of six countries: Part II. *Eur J Gen Pract.* 2020;26(1):1-6.
5. Kumar K, Mohammadnezhad M. Primary health care workers perspective towards cancer in Fiji: a qualitative study. *Prim Health Care Res Dev.* 2022 23:e1.
6. Bailie R, Matthews V, Brands J, Schierhout G. A systems-based partnership learning model for strengthening primary healthcare. *Implement Sci.* 2013;8:143.
7. Rathe M, Hernández-Peña P, Pescetto C, Van Mosseveld C, Borges Dos Santos MA, Rivas L. Primary health care expenditure in the Americas: measuring what matters. *Rev Panam Salud Publica.* 2022;46:e70.
8. Martin C, Sturmberg J. Universal Health (UHC) and Primary Health Care (PHC)-A complex dynamic endeavor. *J Eval Clin Pract.* 2022;28(2):332-4.
9. Longhini J, Canzan F, Mezzalira E, Saiani L, Ambrosi E. Organisational models in primary health care to manage chronic conditions: A scoping review. *Health Soc Care Community.* 2022;30(3):e565-e88.
10. Anufriyeva V, Pavlova M, Stepurko T, Groot W. The perception of health care quality by primary health care managers in Ukraine. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):895.
11. Basu J. Research on Disparities in Primary Health Care in Rural versus Urban Areas: Select Perspectives. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;10(12):7110.
12. Behzadifar M, Taheri Mirghaed M, Aryankhesal A. Primary Health Care: An Important Approach for Health Sector, Missed in Iran's Health System Evolution Plan. *Iran J Public Health.* 2017;46(9):1307-8.
13. Rahmani H, Maleki R, Ghanbari MK, Behzadifar M. Quality Assessment of Services in Primary Healthcare in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ethiop J Health Sci.* 2022 32(2):453-62.
14. Tabrizi JS, Pourasghar F, Gholamzadeh Nikjoo R. Status of Iran's Primary Health Care System in Terms of Health Systems Control Knobs :A Review Article. *Iran J Public Health.* 2017;46(9):1156-66.
15. Moshiri E, Rashidian A, Arab M, Khosravi A. Using an Analytical Framework to Explain the Formation of Primary Health

- Care in Rural Iran in the 1980s. Arch Iran Med. 2016;19(1):16-22.
16. Khadivi R, Shakeri M, Ghobadi S. The Efficiency of Mental Health Integration in Primary Health Care: a Ten-year Study. Int J Prev Med. 2012;3(Suppl 1):S139-45.
17. GBD 2019 Iran Collaborators. Health system performance in Iran: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2022 399(10335):1625-45.
18. Soori H, Hasani J, Entezami N, Hosseini S, Rafiei E. Assessment of Millennium Development Goals Indicators (MDGs) in Iran, Eastern Mediterranean Region, and the World: A Study Emerging from The MDGs Report 2014. The Iranian Journal of Epidemiology. 2017;13(1):41-51.
19. Behzadifar M, Gorji HA, Rezapour A, Bragazzi NL, Alavian SM. The role of the Primary Healthcare Network in Iran in hepatitis C virus elimination by 2030. J Virus Erad. 2018;4(3):186-188.
20. Kingdon JW, . Agendas, Alternatives, and Public Policies, Update Edition, with an Epilogue on Health Care. 2nd edition ed: Pearson; 2010.
21. Behzadifar M, Gorji HA, Rezapour A, Bragazzi NL. The hepatitis C infection in Iran: a policy analysis of agenda-setting using Kingdon's multiple streams framework. Health Res Policy Syst. 2019;17(1):30.
22. Shahabi S, Kiekens C, Etemadi M, Mojgani P, Teymurlouei AA, Lankarani KB. Integrating rehabilitation services into primary health care: policy options for Iran. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):1317.

Improving the primary healthcare in Iran: A policy brief

Behzadifar M¹, Shahabi S², Bakhtiari A³, Azari S⁴, Ehsanzadeh SJ⁵, Behzadifar M^{1*}

1.Social Determinants of Health Research Center, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

2.Health Policy Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

3.Health Equity Research Centre (HERC), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4.Hospital Management Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5.School of Health Management & Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, masoudbehzadifar@gmail.com

Received: 2022/12/27

Accepted: 2023/1/6

Abstract

Background: Primary healthcare (PHC) is the best method to provide primary healthcare for the people, and is the most efficient and effective way to achieve and improve a high level of health in any society. Failure to pay attention to PHC and low-quality health services can lead to an increase in various diseases, and consequently a higher number of death toll in any society, which would cause economic damages. PHC in Iran received a lot of attention after the revolution in 1979. In PHC, a healthcare network was established throughout the country. With the development of PHC in the Islamic Republic of Iran, the causes of death have decreased, and the death due to infectious diseases, pregnancy, and childbirth problems have also decreased. Despite the vast achievements of PHC in Iran, in recent years, enough attention has not been paid to its reconstruction and consecration. Lack of sufficient financial resources, non-implementation of family doctors in cities and executive problems in family doctors, lack of human resources, lack of attention to the education of students in the health sector, their lack of students' interest in learning the activities of this field, and structural and administrative problems are some of the existing challenges. Results of the present study suggest that policymakers in Iran need to invest more in PHC in order to improve health indicators, reduce patient admissions to hospitals, and make more appropriate use of limited financial resources. Using the infrastructure that already exists in this sector and strengthening the network of PHC play an important role in reducing household expenses; also, the position of the family doctor and its functions can be properly implemented in the society.

Keywords: Primary healthcare, Iran, Health policy.

***Citation:** Behzadifar M, Shahabi S, Bakhtiari A, Azari S, Ehsanzadeh SJ, Behzadifar M. Improving the primary healthcare in Iran: A policy brief. *Yafte*. 2022; 24(3):72-80.