

## چالش‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران در راستای تحقق پوشش همگانی سلامت: مطالعه کیفی

احمد شیرجنگ<sup>۱\*</sup>، سعاد محفوظ پور<sup>۲</sup>، ایروان مسعودی اصل<sup>۳</sup>، لیلا دشمنگیر<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۸/۲۲ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۱/۲۳

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** باوجود پیشرفت‌های زیاد در حوزه سلامت، نظام‌های سلامت پاسخگوی همه نیازهای جوامع نمی‌باشند فلذا کشورهای جهان در اجلاس آستانه ۲۰۱۸ توافق کردند تا در جهت رسیدن به پوشش جهانی سلامت UHC مراقبت‌های بهداشتی اولیه‌ی PHC را تقویت کنند. این مطالعه در راستای شناسایی چالش‌های نظام PHC ایران و ارائه راه‌کارهای عملی جهت رفع آن‌ها انجام گرفته است.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه کیفی با استفاده از مصاحبه و بررسی اسناد انجام شد. مصاحبه با تصمیم‌گیران، خبرگان اجرایی و آکادمیک، مدیران و کارشناسان حوزه PHC صورت گرفت و اسناد ملی و بین‌المللی در حوزه سلامت موردبررسی قرار گرفتند. چارچوب Building Blocks سازمان بهداشت جهانی برای کدگذاری داده‌ها استفاده شد تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای قیاسی با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA۱۲ انجام گردید.

**یافته‌ها:** با توجه به تغییر نیازهای سلامتی مردم، امروزه نظام PHC در ایران با چالش‌هایی مواجه شده است چراکه ساختار متمرکز موجود در مواجهه با تغییرات انعطاف لازم را ندارد بخش خصوصی در ارائه خدمات نقش کم‌رنگی داشته بین سطوح ارائه خدمات هماهنگی وجود ندارد و سیستم‌های موازی به وجود آورده است علیرغم کمبود منابع، در برنامه‌ریزی و توزیع عادلانه منابع مشکلاتی وجود دارد سیستم‌های اطلاعاتی هنوز کامل نشده‌اند برنامه‌های درسی دانشگاهی با PHC هماهنگی ندارد در نتیجه نیروی انسانی توانایی پاسخگویی به نیازهای شغلی را ندارند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** در راستای بهبود وضعیت سلامت کشور و با توجه به تعهدات بین‌المللی همچنین لزوم دستیابی به UHC، بایستی با اولویت‌بندی چالش‌ها و راهکارهای موجود، اصلاحات عملی و متناسب با شرایط جامعه را ضمن استفاده از تجارب سایر کشورهای جهان در جهت تقویت PHC به اجرا گذاشت.

**کلیدواژگان:** مراقبت‌های اولیه بهداشتی PHC، پوشش همگانی سلامت UHC، چارچوب بلوک‌های ساختمانی Building Blocks

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره دوم، پی‌درپی ۱۲۷، اردیبهشت ۱۳۹۹، ص ۱۶۶-۱۷۹

آدرس مکاتبه: تبریز- اداره کل بیمه سلامت استان آذربایجان شرقی، تلفن: ۰۹۱۴۴۲۴۱۲۶۷

Email: shirjangahmad@ihio.gov.ir

## مقدمه

بر اساس اعلامیه آلماتا در سال ۱۹۷۸، سلامت حق همگانی و جزو تکالیف تمامی دولت‌ها برای مردم به شمار می‌رود<sup>۱</sup> PHC سال‌هاست به‌عنوان راهبرد جهانی برای ارتقای سلامت در دنیا شناخته شده و بر اساس اصول و مبانی آن اقدام می‌گردد<sup>۲</sup> با ورود به قرن بیست‌ویک، همچنان بر اصالت و ضرورت PHC جهت پاسخگویی به مسائل جاری و نیازهای آینده، ارتقاء سطح سلامت و

نیز دستیابی به عدالت در سلامت تأکید شده است<sup>۳</sup> در نه-امین کنفرانس جهانی ارتقاء سلامت (شانگهای ۲۰۱۶) سازمان بهداشت جهانی با توافق نمایندگان کشورهای عضو، "بهداشت برای همه" را به‌عنوان یک چارچوب توسعه و تکامل سیاست بهداشتی در آینده با تأیید مجدد اصالت PHC طبق اعلامیه آلماتا برای دستیابی به دستور کار توسعه پایدار ۲۰۳۰ به رسمیت شناخت<sup>۴</sup> در اجلاس آستانه ۲۰۱۸ هم توافق کردند تا در جهت رسیدن به پوشش جهانی

<sup>۱</sup> دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، مرکز تحقیقات ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها، تهران، ایران

<sup>۳</sup> دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

<sup>۴</sup> دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

<sup>1</sup> Primary Health Care

سلامت UHC<sup>۲</sup> مراقبت‌های بهداشتی اولیه‌ی PHC را تقویت کنند و عنوان کرد دولت‌ها بایستی برای چالش‌های سلامتی راهکارهای مناسبی اتخاذ نمایند.

در ایران از سال ۱۳۵۳ اقدامات در راستای پیاده‌سازی مراقبت‌های اولیه سلامتی آغاز گردید و در سال ۱۳۶۴ شبکه بهداشت و درمان استقرار یافت. سیاست‌گذاران عرصه سلامت کوشیدند شبکه‌ای را طراحی کنند که در آن مراقبت‌های اساسی سلامت، بر مبنای اصول علمی، متناسب با فرهنگ و پذیرش اجتماعی و قابل‌دسترس برای عموم از طریق مشارکت خود جامعه عرضه گردد برای این کار اقدام به تصویب و اجرای قوانین مختلف ازجمله معرفی پرسنل چندمنظوره سلامت با عنوان «بهورز»، تغییرات وسیع در ساختار سازمانی نظام سلامت مثل ادغام آموزش پزشکی در وزارت و تشکیل «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» در سطح ملی، «دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی» در استان و «شبکه بهداشت و درمان» در شهرستان که شامل بیمارستان و مرکز بهداشت با مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت می‌باشد (۵، ۶).

پس از استقرار برنامه PHC شاهد پیشرفت سال‌به‌سال شاخص‌های سلامت بودیم که نتیجه تلاش همه‌جانبه طراحان برنامه بود (۷-۱۰) اقدامات مختلفی در جهت افزایش پوشش واکسیناسیون، کاهش مرگ‌ومیر مادران و نوزادان، ریشه‌کنی و کنترل بیماری‌های واگیردار انجام شده است (۱۱، ۱۲).

گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸ نشان داد باوجود پیشرفت‌های زیاد، نظام‌های سلامت در حد انتظار عمل نمی‌کنند و خدمات ارائه شده در مواردی پاسخگوی نیازها و تقاضاهای مردم نیست و توصیه شد کشورها سیستم سلامت را به‌وسیله چهار باند کلی اصول PHC پوشش همگانی- خدمات مردم محور- سیاست‌های عمومی بهداشت و رهبری اصلاح نمایند (۴) نظام‌های سلامت مبتنی بر مراقبت سلامت اولیه باید با چالش‌های کلیدی در زمینه پرورش و حفظ نیروی کار، مدیریت اطلاعات، تأمین مالی در بخش سلامت و تولید عادلانه مقابله کنند (۱۳).

در پی انتشار گزارش، کشورها به اصلاحات مختلفی ازجمله تغییر ساختار ارائه خدمت، بسترسازی فعالیت بخش خصوصی، اجرا و توسعه پزشک خانواده و ... دست زدند (۱۴-۱۶) در ایران هم اقداماتی انجام شده و دستاوردهایی هم داشته است ولی هنوز هم مشکلاتی وجود دارد که نیازمند اصلاحاتی می‌باشد و از آنجایی که برای هرگونه اصلاحات در هر نظامی ابتدا بایستی وضعیت موجود بررسی و چالش‌ها شناسایی شوند (۱۷) و از جدیدترین ابزارهای

معتبر و مورد تأیید سازمان بهداشت جهانی برای تعیین وضعیت سیستم سلامت و ارزیابی عملکرد چارچوب بلوک‌های ساختمانی<sup>۳</sup> هست که سیستم‌های سلامتی را از نظر شش عملکرد ارائه خدمات، نیروی کار بهداشتی، سیستم‌های اطلاعات بهداشتی، محصولات پزشکی و فن‌آوری، تأمین مالی و رهبری/حکمرانی تشریح می‌کند. هدف این مطالعه تعیین وضعیت سیستم PHC ایران طبق چارچوب Building Blocks بود تا بتواند ضمن شناسایی چالش‌های موجود، راهکارهایی هم برای بهبود وضعیت PHC در ایران در راستای تحقق پوشش همگانی سلامت ارائه بدهد.

## مواد و روش کار

### طراحی مطالعه:

این مطالعه یک پژوهش کیفی است که با بهره‌گیری از روش‌های مصاحبه نیمه ساختاریافته عمیق و بررسی اسناد و مدارک انجام گرفت.

### جمع‌آوری داده‌ها:

#### مرور اسناد (Documentary review): کتب در حوزه PHC

ازجمله کتاب جامع بهداشت عمومی (۱۸)، کتاب راهی نو برای تندرستی تدوین ۱۳۵۳، کتاب شبکه بهداشت و درمان شهرستان تدوین سال ۱۳۷۶، ضوابط و اصول کلی در ساختار طرح‌های گسترش تدوین سال ۱۳۸۶، کتاب بهداشت برای همه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه در قرن‌های ۲۰ و ۲۱ تدوین سال ۱۳۸۱، کتاب شبکه‌های سلامت شهرستان تدوین سال ۱۳۷۶، دستورالعمل پزشک خانواده تدوین سال ۱۳۹۷ و دستورالعمل اجرایی برنامه تأمین و ارتقاء مراقبت‌های اولیه سلامت در مناطق شهری و حاشیه‌نشین ۱۳۹۳ در دانشگاه علوم پزشکی موجود بودند و بیشتر مطالبی در خصوص ساختار و سطوح ارائه خدمات نظام شبکه استخراج گردید. اسناد ملی مانند سند چشم‌انداز بیست‌ساله ۱۴۰۴ تدوین سال ۱۳۸۴، نقشه جامع علمی سلامت کشور تدوین سال ۱۳۸۹، سیاست ارتقاء مراقبت‌های اولیه سلامت تدوین سال ۱۳۸۵ و برنامه ششم توسعه تدوین سال ۱۳۹۶ که در وزارت بهداشت و درمان موجود بود و استراتژی‌های حوزه سلامت را شامل بود. اسناد بین‌المللی شامل اهداف توسعه هزاره (۱۹) گزارش بانک جهانی در خصوص وضعیت مراقبت‌های اولیه سلامت ایران (۷) مطالعه موردی: مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران (۲۰) شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی ایران (۵) استراتژی همکاری کشور جمهوری اسلامی ایران

<sup>۲</sup> Universal Health Coverage

<sup>۳</sup> Building Blocks Of Health Systems

با سازمان بهداشت جهانی (۲۱) در پایگاه‌های اینترنتی که مطالبی در خصوص PHC ایران ارائه می‌داد جمع‌آوری گردیده و مطالعه گردید.

#### مصاحبه:

مصاحبه‌ها بر اساس راهنمای مصاحبه از قبل تنظیم شده صورت گرفت طراحی سؤالات مصاحبه بر اساس نظرات تیم پژوهش و اجزای چارچوب سازمان جهانی بهداشت Building Blocks (۲۲) استفاده گردید. هر سؤال به گونه‌ای طراحی گردید که یکتم مطالعه را پوشش دهد. روایی سؤالات با انجام چهار مصاحبه پایلوت بررسی گردید. این مصاحبه‌ها نیز در تحلیل وارد گردید. جامعه مورد مطالعه در این تحقیق کلیه سیاست‌گذاران، دانشگاهیان، مدیران، برنامه ریزان، کارشناسان و کارکنان فعال در زمینه PHC در سطوح ملی، استانی و شهرستانی بودند. زمان اجرای مطالعه تیر تا مهر سال ۱۳۹۷ بود. مصاحبه‌ها به صورت فردی (چهره به چهره) و نیمه ساختاریافته عمیق انجام شد. دلیل انتخاب روش توانایی و قدرت در شناخت و کشف نظرات، عقاید و نگرش صاحب‌نظران در خصوص موضوعات مورد مطالعه بود (۲۳) انتخاب شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انجام و تا مرحله اشباع داده‌ها ادامه یافت. مکان اجرای مصاحبه‌ها محل کار مصاحبه‌شوندگان در دانشگاه‌ها، مراکز پژوهشی و اداری و سازمان‌های بیمه‌ای در سطوح مختلف ستادی و اجرایی بود و با هماهنگی که یک هفته قبل از طریق تماس تلفنی یا مراجعه حضوری و تحویل یک برگ اطلاعات در خصوص اهداف مطالعه، زمان مصاحبه به آن‌ها اقدام می‌شد. مدت زمان اجرای مصاحبه‌ها از نیم ساعت تا یک و نیم ساعت متغیر بود. در مجموع ۲۶ مصاحبه عمیق فردی با افراد صاحب‌نظر در PHC صورت گرفت. سؤالات مصاحبه با نظر اعضای تیم مطالعه جهت جامعیت و بهبود کیفیت بررسی شده و در صورت نیاز برای مصاحبه‌های بعدی تغییراتی اعمال می‌گردید. معیار ورود به مطالعه متخصصینی بودند که از اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها، مدیران و معاونین بهداشت دانشگاه‌ها و شبکه‌های بهداشت و درمان بوده، حداقل پنج سال سابقه کار در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه کشور ایران باشند. عدم رغبت افراد و یا تکمیل نکردن فرم رضایت آگاهانه، از معیارهای خروج از مطالعه به شمار می‌رفت.

#### اعتبار داده‌ها:

به منظور اطمینان از اعتبار و مقبولیت داده‌ها، از نظرسنجی از مشارکت‌کنندگان استفاده شد که پس از هر مصاحبه، متن آن جهت

تائید به مصاحبه‌شوندگان ارائه و در صورت لزوم نظرات حذف یا اضافه شدند و مجدداً مورد کدگذاری و تحلیل قرار گرفت. از چهار معیار تعیین شده توسط Pope با عناوین اعتبار (Credibility) صحت (authenticity) قابلیت انتقال (transferability) تائید پذیری (confirmability) همین‌طور بازنگری ناظر دارای تجربه (peer review) برای تعیین اعتبار مستندات استفاده شد (۲۴) و کدها و تم بندی بررسی شدند.

#### روش تجزیه و تحلیل:

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA 12 با روش تحلیل محتوای قیاسی<sup>۴</sup> انجام شد. فایل صوتی مصاحبه‌ها بلافاصله پس از اجرا به دقت و به صورت کلمه‌ای رونویسی شده و تایپ شدند سپس متن‌های حاصل چندین بار مورد بازخوانی قرار گرفت. در مرحله بعد چهارچوب Building Blocks که به عنوان یک معیار در تحقیقات سیستم‌های بهداشتی به طور گسترده‌ای مورد استفاده قرار گرفته است و همانند مجموعه قابل تشخیص از ساختمان، بلوک‌هایی برای نظام سلامت ارائه کرده که عملکرد آن‌ها می‌تواند به بهبود سیستم‌های بهداشتی در هر کشور کمک کند (۲۵) برای کدگذاری و هدایت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد، مصاحبه‌ها کدگذاری شده و کدهای مشابه به لحاظ مفهوم با یکدیگر ادغام شدند زیرتم‌های ایجاد شده در ذیل هر تم قرار گرفت این کار تا دوام یافت تا زمانی که هیچ زیرتم یا کد جدید یا تغییرات در گروه بندی به وجود نیامد.

#### ملاحظات اخلاقی:

کسب رضایت آگاهانه از کلیه شرکت‌کنندگان جهت حضور در مطالعه و ضبط صدا، رعایت عدم افشای نام و محرمانه ماندن اطلاعات و حق کناره‌گیری از مطالعه در تمامی مراحل اجرا در نظر گرفته شد. در ابتدای مطالعه اهداف مطالعه به شرکت‌کنندگان شرح داده شد.

این مطالعه بخشی از مطالعه بزرگ‌تر می‌باشد که با کد اخلاقی IR.TBZMED.REC.1398.196 به تصویب رسیده است.

#### یافته‌ها

۲۶ نفر از سیاست‌گذاران، دانشگاهیان و فعالان در زمینه PHC در این مطالعه شرکت کردند که از این تعداد ۲۴ مرد و ۲ زن با میانگین سنی ۴۵ سال شرکت کردند. سابقه شغلی شرکت‌کنندگان بین ۵ تا ۲۰ سال با میانگین ۱۲/۷ سال بود. سطح تحصیلات این

<sup>4</sup> Deductive

گروه از زیردپلم تا دکتر متغیر بود. جدول ۱ مشخصات شرکت‌کنندگان را نشان می‌دهد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها طبق چارچوب Building Blocks چالش‌های فعلی PHC در ایران را در قالب ۶ تم اصلی و ۲۱ زیرتم نشان داد در مجموع ۱۴۴۰ کد استخراج شده دسته‌بندی گردید. جدول ۲ عناوین و زیرعنوان‌های چالش‌های استخراج شده را نشان می‌دهد.

## ۱- رهبری و حکمرانی

شرکت‌کنندگان اثرات خوب PHC از قبیل داشتن پایگاه در کلیه نقاط کشور، داشتن ظرفیت ادغام برنامه‌های جدید، کم‌هزینه و اثربخش بودن خدمات، جلب توجه مسئولین به مقوله بهداشت را بیان کردند و با تأکید بر جلب مشارکت مردم، خیرین و سازمان‌های بین بخشی در پیشبرد اهداف PHC عنوان کردند که بخش خصوصی در ساختار دیده نشده است و ساختار انعطاف لازم برای هماهنگی با تغییرات را ندارد و اختیار تغییرات ساختار تشکیلاتی به مدیران منطقه‌ای تفویض نشده است:

“ساختار کنونی نظام PHC ثابت است. برای جمعیت ۱۵۰۰ نفری خانه بهداشت تأسیس کردیم حالا جمعیت کوچ کرده‌اند همچنان خانه بهداشت را حفظ کرده‌ایم باید بدون دغدغه چارت سازمانی، بتوانیم جابجاکنیم و پایگاه در محل‌های موردنیاز دایر کنیم” (کارشناس ارشد بهداشت استان)

ساعات کاری ارائه‌دهندگان خدمات با شرایط کار و زندگی مردم تطابق ندارد و مردم حق انتخاب محل دریافت خدمت ندارند که رقابت را از بین برده است و با تغییرات اپیدمیولوژیک و تغییر نیازها، PHC با ساختار فعلی توان ارائه خدمات جدید را ندارد و پاسخگوی نیازهای جدید مردم نمی‌باشد:

“مشکلات جدید بیماری‌های قلبی عروقی، تصادفات، سرطان‌ها، دیابت در شهرنشین‌ها و بین شهرنشینان نیز در آقایان بیشتر است ولی سیستم ما در روستاها و بین بانوان و کودکان فعال هست درواقع ما پاسخگو نیستیم” (کارشناس ارشد وزارت بهداشت)

جایگاه بهداشت در نظام سلامت تضعیف شده و بیشتر توجه سیاست‌گذاران به حوزه درمان می‌باشد. تصمیمات به صورت متمرکز و کشوری اتخاذ می‌گردد که اغلب هم مبتنی بر شواهد نمی‌باشند. در نظام سلامت سیستم‌های موازی به وجود آمده و بین سطوح ارائه‌دهنده خدمات (پیشگیری، تخصصی و فوق تخصصی) تعامل مناسب وجود ندارد و همپوشانی در ارائه خدمات دیده می‌شود. در PHC تفکر سیستماتیک حاکم نیست و به واسطه دولتی بودن کارایی پائین بوده و خوداتکایی ندارد. برنامه‌ها وابسته به مدیرانی می‌باشند که مکرر و بدون ضابطه تغییر می‌کنند و از متخصصین بالینی و

دانشگاهی ناآشنا به مسائل بهداشتی در مدیریت‌های بهداشت استفاده می‌شود و حتی عوامل خارج از سلامت (سیاسی) در مدیریت نظام شبکه اعمال نفوذ می‌کنند:

“برای پست‌های مدیریتی دانشگاه پیشنهاد می‌کنند باید از متخصصین بالینی باشند درحالی‌که بایستی از افراد با تحصیلات مدیریت بهداشت که سیستم را مطالعه کرده به آن اشراف دارند استفاده کنیم” (کارشناس ارشد مرکز بهداشت استان)

عدم توجه به اصل مشارکت جامعه و نبود مکانیسم مشخص برای این کار و عدم استفاده از ظرفیت خیرین همین‌طور عدم موفقیت در جلب همکاری و استفاده از ظرفیت سازمان‌هایی که به طور غیرمستقیم با سلامت در ارتباط می‌باشند از چالش‌ها می‌باشند:

“در نظام PHC ما مشارکت مردم مغفول مانده است. اولاً ما تربیت نشده‌ایم تا مردم را مشارکت دهیم نحوه مشارکت نیز مشخص نیست” (رئیس شبکه بهداشت و درمان)

شرکت‌کنندگان معتقد بودند بایستی در ساختار PHC متناسب با تغییرات و نیازهای جدید اصلاحاتی اعمال گردد. تصدی‌گری دولت در PHC کاهش یابد. با تمرکززدایی تصمیم‌گیری برای ارائه خدمات به ۱۲ منطقه آمایش واگذار گردد. در مدیریت‌های بهداشت از خبرگان بهداشت استفاده گردد. با طراحی مکانیسم‌هایی مشارکت مردم، خیرین و سازمان‌های بین بخشی جلب گردد.

## ۲- تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی

شرکت‌کنندگان اعلام کردند علاوه بر کمبود منابع و پایدار نبودن منابع مالی حوزه PHC، برنامه‌ریزی مالی نامناسب حوزه سلامت سبب شده در مواقع کمبود منابع حوزه بهداشت آسیب‌پذیرتر از سایر حوزه‌های سلامت باشد:

“منابع مالی جزء نقاط کوری هست که داریم نظام سلامت منابع پایدار ندارد از این منابع هم به PHC سهم کم‌تری اختصاص پیدا می‌کند” (کارشناس ارشد بیمه سلامت)

علیرغم رشد هزینه‌های ارائه خدمات جایگاه بیمه‌ها در ساختار PHC معلوم نیست. خدمات بهداشتی تعرفه‌گذاری نشده‌اند و توزیع منابع ناعادلانه بوده بیشتر منابع سلامت به حوزه درمان سوق می‌یابد:

“توزیع منابع ناعادلانه است وقتی عدالت در توزیع سلامت را بررسی کنیم موقعی که بیان می‌کنیم دسترسی به خدمات در تهران یک ربع هست ببینیم در شهر ایلام چقدر هست؟” (کارشناس ارشد مرکز بهداشت استان)

ارائه خدمات در بخش دولتی پرهزینه بوده و ارائه برخی خدمات هزینه اثربخش نمی‌باشد مثلاً حفظ خانه بهداشت در مناطق

کردند در PHC تعدد سامانه‌ها را داریم. پرسنل با نحوه کار سامانه‌ها آشنایی کامل ندارند. سامانه سیب با اولویت‌های PHC هماهنگ نبوده از طرفی هم الزامات به‌کارگیری سامانه‌ها کاملاً مهیا نبوده و بین سامانه‌ها لینک وجود ندارد:

“الزامات استقرار سامانه سیب شامل اینترنت، تلفن، مهارت کارکنان، اعتقاد پزشکان به سامانه و درایت مدیران در راستای استقرار سامانه می‌باشد که هنوز محقق نشده است” (هیئت‌علمی دانشگاه)

اطمینان به صحت آمار و اطلاعات خروجی وجود ندارد و در حال حاضر سیستم اطلاعات یکپارچه و منسجم در PHC نداریم: “فناوری اطلاعات جایگاه خودش را در *delivery* پیدا نکرده است. از صحت اطلاعات حتی در تعداد جمعیت مطمئن نیستیم. از همان پایه در داده و به‌تبع آن دانش و اطلاعات مشکل داریم” (کارشناس ارشد ستاد دانشگاه علوم پزشکی)

شرکت‌کنندگان اعتقاد داشتند بایستی سیستم مدیریت اطلاعات بهداشتی<sup>5</sup> HMIS در حوزه بهداشت استقرار یابد. نحوه کار با سامانه‌ها به پرسنل آموزش داده شود. سامانه‌ها مشتری محور بوده و بین سامانه‌ها لینک ایجاد گردد.

#### ۵- نیروی کار بهداشتی

شرکت‌کنندگان با اشاره به آثار بومی گزینی بهروزان که از جمعیت شناخت کامل را داشته است، بیان کردند امکانات زندگی در روستاها فراهم نبوده، سیستم پرداخت ناعادلانه بوده و مبتنی بر عملکرد نمی‌باشد و مکانیسم مشخصی برای ارتقاء و انتقال پرسنل وجود ندارد که به‌مرور افت انگیزه پرسنل PHC را سبب گردیده است از طرفی هم تغییر سطح سواد و زندگی مردم منجر به کاهش مقبولیت بهروز و در نتیجه کاهش ارتباط او با مردم شده است. در مناطق شهری به‌واسطه زیاد بودن جمعیت و تغییرات مکرر، مراقبین سلامت شناخت کافی از جمعیت را ندارند. توزیع منابع انسانی در حوزه بهداشت هم ناعادلانه می‌باشد. نیروی انسانی PHC همسو با نیازها و خدمات جدید رشد نکرده و وظایف بیش از توان به آن‌ها تحمیل شده است. علیرغم وجود فارغ‌التحصیلان دانشگاهی در اغلب مناطق، مکانیسمی برای به‌کارگیری این‌ها وجود ندارد. اختیار ساماندهی پرسنل به مدیران منطقه‌ای تفویض نگردیده است:

“همان پست‌های سازمانی قبلی وجود دارد و ما همچنان کارشناس التور داریم، التور در طی سال ممکن است چند بار رخ دهد؟” (کارشناس ارشد مرکز بهداشت استان)

کم‌جمعیت، در بحث برون‌سپاری خدمات به دلیل مهیا نبودن الزامات و نبود الگوی جامع، در واگذاری خدمات به بخش خصوصی هم مشکل داریم:

“در بحث برون‌سپاری خساست به خرج می‌دهیم. دولت می‌خواهد هم کارگر و هم کارفرما و هم ناظر باشد معلوم است کارخوب پیش نخواهد رفت” (از مدیران بهداشتی استان)

شرکت‌کنندگان اعتقاد داشتند بایستی منابع پایدار برای PHC دیده شود. برای ادغام و تکمیل خدمات بودجه متناسب اختصاص یابد. منابع به‌صورت عادلانه توزیع‌شده و سهم حوزه بهداشت از منابع سلامت افزایش یابد. با طراحی الگوی مناسب برون‌سپاری از ظرفیت بخش خصوصی برای ارائه خدمات بهره برد.

#### ۳- محصولات پزشکی و فن‌آوری

شرکت‌کنندگان بیان داشتند مصرف داروها و فن‌آوری‌های جدید غیرمنطقی و بی‌رویه می‌باشد. پرسنل با فن‌آوری‌های کاربردی از قبیل سامانه‌های تحت وب ثبت اطلاعات خدمات آشنایی کامل ندارند. با ورود فن‌آوری‌های جدید توجه مردم به مراقبت‌های بهداشتی کم‌تر شده است. از فن‌آوری‌های نوین در PHC استفاده نمی‌گردد و فن‌آوری‌های تشخیصی و درمانی از نظر تناسب با شرایط سلامت کشور و تأثیرشان بر سلامت هم ارزیابی نمی‌گردد:

“فن‌آوری‌های نو بدون ارزیابی اثربخشی، کارآمدی و ایمنی وارد کشور شده بی‌رویه استفاده می‌شود و توجه مردم به برنامه‌های پیشگیری کاهش یافته است به نظر می‌رسد که همه به دنبال اقدامات زودبازده هستیم” (هیئت‌علمی دانشگاه)

مراکز بهداشتی و خانه‌های بهداشت برای ارائه خدمات جدید مجهز نمی‌باشند:

“در خانه‌های بهداشت امکان ارائه مراقبت‌های جدید وجود ندارد چراکه لازمه کنترل اغلب بیماری‌های کنونی وجود آزمایشگاه است، مراکز بهداشتی و درمانی هم کاملاً مجهز نمی‌باشند” (معاون بهداشتی مرکز بهداشت شهرستان)

مشارکت‌کنندگان باور داشتند بایستی محصولات و فن‌آوری‌های جدید ابتدا ارزیابی شوند و سپس آموزش داده شوند و فن‌آوری‌های مناسب در PHC استفاده شود و تجهیزات استاندارد خانه بهداشت و مراکز بازنگری شده مجدد تجهیز گردند.

#### ۴- سیستم‌های اطلاعات بهداشتی

شرکت‌کنندگان با بیان اینکه سامانه یکپارچه بهداشت (سیب) استقرار یافته و پرونده الکترونیک سلامت تشکیل شده است اشاره

<sup>5</sup> Health Management Information System

دانشگاه‌های علوم پزشکی با PHC هماهنگی ندارند و نظام آموزش علوم پزشکی متناسب با نیازها طراحی نشده و محتوای آموزشی بروز نمی‌باشد در نتیجه فارغ‌التحصیلان دانشگاهی با مشکلات آشنا نبوده و مهارت لازم جهت مواجهه را ندارند:

”آموزش‌های ارائه شده در دانشگاه متناسب با وظایفی که فرد در سیستم انجام خواهد داد نبوده و محتوای آموزش با اجرا متفاوت می‌باشد“ (کارشناس ارشد مرکز بهداشت شهرستان)

استراتژی نامناسب جذب بهورز با تحصیلات پایین ادامه دارد آموزش بهورزی هم بروز نشده با نیازها و خدمات جدید هماهنگ نمی‌باشند طی سال‌های گذشته به ارتقای بهورزان توجه نشده و سطح سوادشان پایین‌تر از متوسط جامعه می‌باشد:

”بهورزان ما برای دهه ۶۰ و ۷۰ تربیت شده‌اند و ارائه خدمات جدید را به آن‌ها یاد نداده‌ایم پس در شرایط موجود پاسخگو نیستند مربیان آن‌ها هم سطح سوادشان بالا نیست و قادر نیستند خودشان را با علم روز تطبیق دهند“ (رئیس شبکه بهداشت و درمان)

شرکت‌کنندگان اعتقاد داشتند بایستی سیستم پرداخت عادلانه بین ارائه‌دهندگان برقرار شود. مکانیسمی برای انتقال و ارتقای پرسنل طراحی گردد. قبل از اضافه نمودن هر خدمت جدید، منابع لازم پیش‌بینی گردد. اختیار بازنگری چارت سازمانی به مناطق آمایش سرزمینی تفویض شود. محتوا و نظام آموزش علوم پزشکی متناسب با نیازها به‌روزرسانی گردد. با تغییر استانداردها، جذب بهورز از فارغ‌التحصیلان دانشگاهی باشد و از دانشکده‌های بهداشت (اساتید-امکانات) برای آموزش بهورزان استفاده شود.

#### ۶-ارائه خدمات بهداشتی

شرکت‌کنندگان با اشاره به رشد کمی و تنوع خدمات PHC و اقدامات خوبی که با اجرای پزشک خانواده و طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت (ایجاد مجتمع‌های سلامت- بهبود ارائه خدمات در مناطق شهری و مراقبت جمعیت حاشیه‌نشین) انجام گرفت، بیان کردند که اعمال نفوذ و صنفی نگری یک عده باعث انحراف تحول بهداشت شد و همان برنامه‌های روتین قبلی در قالب طرح به اجرا گذاشته شدند و با سوق دادن بیشتر مردم به درمان مقوله پیشگیری کم‌رنگ شد:

”یک عده‌ای اعمال نفوذ کردند و برنامه‌های در حال اجرا را هم در طرح تحول قرار دادند. مگر ما قبل از طرح تحول بحث بیماریابی،

بهداشت محیط و آموزش را نداشتیم؟“ (کارشناس ارشد مرکز بهداشت استان)

طراحی نادرست سطح‌بندی خدمات باعث شده مسیر ارجاع طولانی و پیچیده باشد. سطوح تخصصی الزام و تمایلی به رعایت سطح‌بندی ندارند. سیاست‌گذاران و مردم اهتمام به استقرار نظام ارجاع ندارند. متولیان پزشک خانواده با اهداف برنامه آشنایی کامل نداشته و تمرکز بیشتر بر کمیت برنامه دارند. اعضای تیم سلامت تعامل مناسبی با هم ندارند. پزشکان درمان نگر توانمندی فعالیت به‌عنوان پزشک خانواده را نداشته به برنامه‌های پیشگیری و مراقبتی رغبتی ندارند. پزشک سرانه کامل جمعیت تحت پوشش را دریافت می‌کند و سالم ماندن یا بیمار شدن جمعیت بر دریافتی او تأثیر ندارد و هزینه‌های سطوح تخصصی درمان را مردم پرداخت می‌کنند:

”پزشک خانواده‌ای که داریم چنگی به دل نمی‌زند و معیوب است. پزشک از دانشگاه با دید درمانی فارغ‌التحصیل می‌شود و اصلاً در مراقبت اکتیو خودش را درگیر نمی‌کند و علاقه نشان نمی‌دهد“ (عضو هیئت علمی دانشگاه)

از ظرفیت‌های موجود فردی و سازمانی (صداوسیما) در ارتقای سواد سلامت جامعه استفاده نشده آموزش‌های کافی به مردم ارائه نشده و افراد جامعه توانمند نیستند و در مراقبت‌ها نقشی ندارند. ارائه خدمات PHC بیشتر در مناطق روستایی متمرکز می‌باشد و در مناطق شهری غیرفعال و ناموفق بوده است. خدمات ارائه شده به مردان در مقایسه با زنان ضعیف‌تر می‌باشد. خدمات ارائه شده در PHC در حد مقدماتی می‌باشد و خدمات تکمیلی تعریف نشده است که در شرایط فعلی نمی‌تواند پاسخگوی نیازهای مردم باشد.

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند بایستی جامعه و افراد را توانمند نمود تا ضمن مطالبه سلامتی از دولت، برخی خدمات را به خودشان واگذار کنیم. ارائه خدمات در بستر پزشک خانواده و قالب مجتمع‌های سلامت ادامه داشته باشد. پرداختی به تیم سلامت مبتنی بر ارائه مراقبت‌های بهداشتی باشد تا احساس مسئولیت بیشتری در قبال سلامت جمعیت تحت پوشش داشته باشند و با الزام مردم و سطوح تخصصی نظام ارجاع الکترونیک را مستقر نمود. شیوه ارائه خدمات و محتوای خدمات با توجه به نیازها تغییر یابد و برنامه‌ریزی شود تا ارائه خدمات تکمیلی هم در مراکز PHC صورت گیرد.

#### جدول (۱): مشخصات شرکت‌کنندگان

متغیر	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۲۴
	زن	۸
سن	۳۰-۴۰	۵
	۴۱-۵۰	۱۲
	۵۱-۶۰	۹
تحصیلات	زیر دیپلم	۱
	دیپلم	۲
	فوق دیپلم	۴
	لیسانس	۴
	فوق لیسانس	۵
	دکترای پزشکی	۴
	دکترای تخصصی	۶
تجربه کاری	۵-۱۰	۹
	۱۱-۲۰	۱۷
سازمان	وزارت بهداشت	۶
	دانشگاه علوم پزشکی	۴
	بیمه	۵
	شبکه بهداشت و درمان	۷
	مرکز بهداشتی و درمانی	۴

جدول (۲): جالش های مرتبط با نظام PHC ایران

تم اصلی	تم های فرعی
رهبری و حکمرانی	ساختار ارائه خدمت پاسخگویی برنامه ریزی راهبردی و سیاست گذاری
تأمین مالی مراقبت های بهداشتی	حمایت طلبی و جلب همکاری جمع آوری منابع انباشت منابع و تجمیع ریسک خرید خدمات
محصولات پزشکی و فن آوری	فناوری سلامت تأمین تجهیزات
سیستم های اطلاعات بهداشتی	اطلاعات و شاخص های آماری نرم افزارهای اطلاعات
نیروی کار بهداشتی	ایجاد انگیزه

ارتباطات طرح‌ریزی و تأمین آموزش		
تدوین و اجرای سیاست‌های ارائه خدمت تحول سلامت پزشک خانواده و نظام ارجاع سطح‌بندی خدمات	فرهنگ‌سازی تدوین بسته‌های خدمات	ارائه خدمات بهداشتی

## بحث و نتیجه‌گیری

چالش‌های فعلی نظام ارائه PHC ایران، طبق چارچوب Building blocks در قالب ۶ عنوان اصلی رهبری و حکمرانی، تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی، محصولات پزشکی و فن‌آوری، سیستم‌های اطلاعات بهداشتی، نیروی کار بهداشتی، ارائه خدمات بهداشتی موردبررسی قرار گرفت.

### رهبری و حکمرانی:

بحث عدم مشارکت سازمان‌های بین بخشی در PHC که در نتایج اشاره شده در مطالعات هم تأیید شده که همکاری‌های بین بخشی به‌صورت سلیقه‌ای در بعضی مناطق انجام می‌شود لیکن فاقد ساختار و نهاد تعریف شده می‌باشد (۱۱) از طرفی بخش خصوصی هم در ساختار PHC ایران جایگاهی ندارد و البته قوانین جامع و مناسب در خصوص نحوه تعامل با بخش خصوصی وجود ندارد (۲۶) در نتایج بیان شد که ساختار PHC انعطاف لازم برای اعمال اصلاحات متناسب با تغییرات را ندارد و پاسخگوی نیازهای جدید مردم نمی‌باشد در مطالعات هم تأیید شده که PHC در ایران در ساختار سازمانی سطح محلی با مشکلاتی در پاسخگویی به نیازهای جدید جمعیت مواجه است که سیستم را به تدریج ضعیف می‌کند (۱۷) چالش‌ها و ضعف‌هایی در ساختار دارد که به دلیل تغییرات اجتماعی، اقتصادی و سیاسی، نیازهای مردم را برآورده نمی‌کند؛ بنابراین، این سیستم نیاز به اصلاحات ساختاری دارد (۲۷-۲۹) چراکه تغییرات اتفاق افتاده، باعث تغییر در نیازهای سلامتی و تغییر اولویت‌ها شده است. در طی سال‌ها جایگاه بهداشت تضعیف شده و توجه بیشتر به حوزه درمان بوده است که با ادغام آموزش پزشکی در وزارت بهداشت شدیدتر هم شده، ملک افضلی بیان کرده به دلیل اشتغال فراوان رئیس دانشگاه و معاونین ایشان نگران کم‌رنگ شدن نظارت بر PHC هستیم چراکه جاذبه آموزش، درمان و پژوهش از PHC بیشتر است (۱۱) شواهد محور نبودن سیاست‌گذاری‌ها در حوزه PHC هم در مطالعات تأیید شده که فرهنگ تحقیق و تصمیم‌گیری بر پایه شواهد چندان در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی وارد نشده است و غالباً تصمیمات بر پایه نظرات افراد صاحب نفوذ شکل می‌گیرد (۱۱)،

۳۰) وجود سیستم‌های موازی ارائه خدمت در کنار PHC هم در پژوهش‌ها تأیید شده که ارائه خدمات بهداشتی توسط برخی از سازمان‌ها که مأموریت اصلی آن‌ها ارائه خدمات بهداشتی نیست مانند؛ شهرداری‌ها، بانک‌ها، وزارت نفت، سیستم قضایی منجر به ناکارایی در کل سیستم می‌شوند (۳۱، ۳۲) یافته‌های مطالعه ما بیانگر آن است که تمرکزگرایی بر نظام PHC کنونی ایران حاکم است در پژوهش‌های متعدد بر تمرکززدایی و تفویض تصمیم‌گیری به مناطق آمایشی کشور تأکید شده که اجرای تمرکززدایی دولت در برخی از بخش‌ها و در سطوح مختلف خدمات بهداشتی بهترین گزینه برای بهبود سیستم بهداشتی ایران است (۳۱، ۳۳، ۳۴).

### تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی:

در خصوص منابع PHC هم در نتایج اشاره شده که منابع موجود ناکافی بوده و منابع دائمی و پایدار پیش‌بینی نشده است که ارائه و گسترش خدمات را مشکل کرده است در مطالعات هم اشاره شده که اکثر کشورهای منطقه مدیریتانه شرقی با هزینه محدودی مواجه هستند (۱۷) در ایران تأمین مالی سیستم PHC کاملاً دولتی می‌باشد و تأمین مالی نامناسب و ناهماهنگی بین منابع و بسته‌های خدمات موردنیاز از نقاط ضعف اصلی سیستم می‌باشد (۳۰) همچنین نتایج بیان می‌کند در مواقعی که حوزه سلامت ایران با کمبود منابع مواجه می‌شود، PHC نسبت به سایر حوزه‌های سلامت آسیب‌پذیرتر است و همیشه حوزه درمان از منابع سلامت سهم بیشتری می‌برد ملک افضلی بیان کرده تربیت انبوه متخصص و فوق تخصص و ضرورت تهیه امکانات موردنیاز آن‌ها تهدید جدی برای تأمین اعتبار موردنیاز PHC می‌باشد (۱۱) از نارسایی‌های PHC کشورهای درحال توسعه تمایل بیشتر آنان در صرف هزینه و سرمایه‌گذاری در سطوح تخصصی و درمانی می‌باشد (۳۵، ۳۶) در خصوص پرداختی به نیروی انسانی شاغل در PHC هم نتایج این پژوهش نشان می‌دهد پرداختی به پرسنل PHC با نحوه ارائه خدمات مرتبط نبوده و ناعادلانه می‌باشد که در برخی پژوهش‌ها هم عنوان شده که مدل‌های مختلف پرداخت در سیستم



ثبت الکترونیکی سلامت در نظام PHC ایران وجود ندارد (۳۴) و سیستم موجود نمی‌تواند اطلاعات لازم برای تصمیم‌سازی سیاست‌گذاران را فراهم کند.

#### نیروی کار بهداشتی:

در نظام سلامت ایران انتخاب بهورز از جامعه محلی، که با هنجارها و فرهنگ جامعه آشنا بوده و روابط دوستانه با مردم محلی دارد، مهم‌ترین نقطه قوت PHC است (۱۰، ۳۵) ولی توزیع ناعادلانه منابع انسانی، تعدد وظایف و نبود مکانیسم مشخص ارتقاء پرسنل، افت انگیزه را سبب شده که در مطالعات هم اشاره شده که فقدان یک فرآیند سیستماتیک برای انتخاب و توسعه منابع انسانی همچنین تعدد فرایندها و برنامه‌ها، خلاقیت و انگیزه منابع انسانی را کاهش داده است (۱۷، ۳۶، ۳۷) اختیار سازمان‌دهی پرسنل و جابجایی در چارت سازمانی هم به مدیران بومی و منطقه‌ای تفویض نشده است. آموزش‌های دانشگاهی دانشجویان علوم پزشکی هم با PHC و نیازهای جدید هماهنگ نمی‌باشد در نتیجه فارغ‌التحصیلان دانش و مهارت لازم برای فعالیت به‌عنوان پزشک خانواده را ندارند در مطالعات هم اشاره شده که ۵۴/۳٪ از پزشکان خانواده فاصله بین آموزش‌های دانشجویی و انتظارات پزشک خانواده و ۴۰/۵٪ فاصله بین مهارت‌های عملی فراگرفته در دانشجویی با مهارت‌های مورد نیاز برنامه را خیلی زیاد و زیاد ذکر نمودند (۳۸) که بایستی دوره‌های آموزش دانشگاهی بهبود یافته آموزش‌ها مبتنی بر PHC باشند (۳۷) دوره‌های آموزش بهورزان هم متناسب با نیازهای جدید نمی‌باشد، نیازهای آموزشی در حال تغییر است و مربیان آموزش بهورزی نیازمند ارزیابی نیازها و آموزش مجدد هستند (۳۹) در نتایج این پژوهش بیان شده که جذب بهورز با تحصیلات پایین در شرایط فعلی استراتژی نامناسبی می‌باشد و اشاره شده بهورزان از فارغ‌التحصیلان دانشگاهی جذب کردند که تأیید شده که نتایج خوب فعالیت بهورزان در اثر انتخاب مناسب و آموزش کافی آن‌ها به‌دست خواهد آمد (۴۰)

#### ارائه خدمت:

رشد کمی و تنوع خدمات و توسعه برنامه پزشک خانواده روستایی، استحکام سیستم PHC ایران در خاورمیانه است (۴۱، ۴۲) نتایج پژوهش نشان می‌دهد مشارکت افراد جامعه در مراقبت‌های بهداشتی به دلیل سواد سلامتی کم و عدم توانمندی خیلی پائین است مطالعات هم تأیید کرده‌اند که مردم برای رفع نیازهای سلامتی‌شان همیشه به دولت می‌انداختند کنترل بودجه و تصمیم‌گیری‌ها توسط دولت انجام می‌شود و اعضای جامعه احساس تعلق به سیستم بهداشتی نکرده تمایلی به مشارکت در برنامه‌های بهداشتی و استفاده از منابع خود برای بهبود وضع موجود ندارند (۴۳)، (۴۴) در برنامه پزشک خانواده هم نتایج نشان می‌دهد متولیان برنامه با اهداف پزشک خانواده آشنایی کامل نداشته و توجه بیشتر آن‌ها

بهداشتی ایران وجود دارد و سیستم پرداخت فعلی باید بهبود یابد (۳۰) چراکه سیستم پرداخت به ارائه‌دهنده خدمات در PHC ایران مطلوب نبوده است و انگیزه‌ای برای بهبود عملکرد، کیفیت و کارایی نمی‌باشد (۳۱) نتایج این پژوهش نشان می‌دهد ارائه خدمات PHC در ایران به شکل دولتی و خیلی پرهزینه می‌باشد در مطالعات هم تأیید شده که ناکارآمدی سیستم دولتی و هزینه‌های اداری بالا به مشکل کمبود منابع PHC افزوده است (۳۰، ۳۷)

#### محصولات پزشکی و فن‌آوری:

طبق نتایج این پژوهش از فناوری‌های نوین در فرایندهای اجرایی PHC ایران استفاده نمی‌شود در حالی که مطالعات نشان می‌دهد فوریت فرایندهای در سلامت جهانی برای افزایش استفاده از مداخلات بهداشتی دیجیتال فراتر از پروژه‌های پابلوت وجود دارد (۳۸) و اثربخشی مداخله بهداشتی بر اساس فن‌آوری‌های ارتباطی جدید نشان داده شده است و ضروری است که نوآوری‌هایی را که به موفقیت و پایداری سیستم‌های بهداشتی کمک می‌کنند، تقویت شوند بخشی از مسئله مربوط می‌شود به دانش محدود پرسنل که روی تصوراتشان برای استفاده از فناوری‌های جدید تأثیر گذاشته است. بنابراین، ارائه اطلاعات بیشتری در مورد فن‌آوری‌های جدید در زمینه مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند برای به دست آوردن یک تصویر واقع‌گرایانه از ادراکات آن‌ها کمک کند (۳۹) در نتایج بیان شده که محصولات پزشکی وارد شده به کشور از جهت تناسب با نیازهای سلامت و شرایط کشور ارزیابی نمی‌شوند در مطالعات هم آمده که مشکلات در نظارت، شناسایی و اولویت‌بندی موضوعات و انتشار نتایج موانع اصلی اجرای ارزیابی فناوری سلامت در ایران می‌باشد (۴۰) تأکید شده که استفاده از مداخلات بهداشتی دیجیتال بایستی با انتخاب، تطبیق و اجرای مقیاس باشد

#### سیستم‌های اطلاعات بهداشتی:

در نتایج اشاره شده که به صحت آمار و اطلاعات خروجی اطمینان وجود ندارد و سیستم اطلاعات منسجم در PHC وجود ندارد در مطالعات هم تأیید شده که تجزیه و تحلیل و طبقه‌بندی سیستم اطلاعاتی ضعیف از چالش‌های نظام سلامت ایران است (۳۱) ملک افضل‌ی بیان کرده نظام آماری با توجه به فناوری انفورماتیک تحول لازم را پیدا نکرده است و کماکان از ابزارهای سنتی برای ثبت داده‌ها و تحلیل و گزارش آن‌ها استفاده می‌شود (۱۱) پرسنل هم با نحوه کار نرم‌افزارهای اطلاعاتی آشنایی کامل ندارند در پژوهش‌ها هم اشاره شده کمبود مهارت مدیریت داده‌ها و تجزیه و تحلیل اطلاعات در کارکنان مراقبت‌های بهداشتی از ضعف‌های سیستم اطلاعات PHC می‌باشد (۳۱-۳۳) از طرفی هم تعدد سامانه‌ها و وجود گپ بین سامانه‌های موجود در نتایج این پژوهش بیان شده که مطالعات هم تأیید کرده‌اند استراتژی منسجمی در مورد سیستم

قابل حذف شدن از این دسته مراقبت‌ها و خدمات قابل ادغام به‌صورت مطالعه شده به سیاست‌گذاران و برنامه ریزان حوزه مراقبت‌های اولیه بهداشتی کشور ارائه شود.

- پیشنهاد می‌شود در خصوص مشارکت بخش خصوصی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه، الزامات موردنیاز و شاخص‌های ارزیابی حتی خدمات قابل‌واگذاری و مؤلفه‌های برون‌سپاری موردپژوهش قرار گیرد.

### محدودیت‌های پژوهش

- مشغله مدیران عالی برای اختصاص زمان یک الی یک و نیم ساعتی برای مصاحبه با تیم پژوهش بود که با مراجعات مکرر به دفاتر آن‌ها و هماهنگی قبلی مشکل حل شد
- فاصله مکانی زیاد از برخی از متخصصین حوزه بهداشتی کشور بود که با شناسایی اساتید، صاحب‌نظران و خبرگان منطقه‌ای شاغل یا دارای سابقه فعالیت در ستاد وزارت بهداشت تا حدود زیادی این محدودیت رفع گردید.

### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از طرح پژوهشی با کد گواهی اخلاقی IR.TBZMED.REC.1398.196 می‌باشد که تحت حمایت مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی قرار دارد. اعضای تیم مطالعه از مجموعه دانشگاه علوم پزشکی تبریز خصوصاً مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی این دانشگاه همین‌طور مجموعه اداره کل بیمه سلامت استان آذربایجان شرقی که با حمایت‌های بی‌دریغ و همه‌جانبه‌شان اجرای این مطالعه را تسهیل نمودند کمال تشکر و قدردانی را دارند.

### References:

1. Park K. Park's textbook of preventive and social medicine. Preventive Medicine in Obstet, Paediatrics and Geriatrics. India: Bhanot Publishers; 2005.
2. Bener A, Abdullah S, Murdoch JC. Primary Health Care in the United Arab Emirates. Fam Pract 1993;10(4): 444-8.
3. Khayati F, Saberi MH. Primary Health Care (PHC) an ever strategy for health equity extension. J Health Adm 2009; 12(35):33-40.

به کمیت برنامه می‌باشد در پژوهش‌ها هم تأیید شده آگاهی مقامات ملی از پروژه‌های بهداشتی مانند برنامه پزشک خانواده کم هست (۱۷) همچنین درمان نگر بودن پزشکان و نداشتن توانمندی برای فعالیت به‌عنوان پزشک خانواده باعث عدم تمایل آن‌ها به اجرای مراقبت‌ها گردیده است که مطالعات هم تأیید نموده‌اند که هنوز هم در برنامه آموزش پزشکی، PHC به نحو کامل تدریس نمی‌شود و ممکن است پزشکان فارغ‌التحصیل که به‌عنوان پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی قرار می‌گیرند به جامعیت نظام شبکه صدمه وارد کنند (۱۱) نتایج نشان می‌دهد که ارائه خدمات در مناطق شهری به‌صورت غیرفعال و ناموفق می‌باشد و تأیید هم شده که PHC در مناطق شهری با مشکلاتی مواجه است (۴۵) مسئله مهم‌تر اینکه ارائه خدمات در مراکز بهداشتی در حد مقدماتی می‌باشد و مردم خدمات تکمیلی را خارج از نظام PHC دریافت می‌کنند که با توجه به ماهیت نیازهای جدید رفع این نیازها با این سطح خدمات مشکل خواهد شد در مطالعات هم اشاره شده که PHC در ایران دارای چالش‌ها و ضعف‌های مختلف مربوط به خدمات می‌باشد و به دلیل تغییرات اجتماعی، اقتصادی نیازهای مردم را برآورده نمی‌کند (۴۶، ۴۷)

### پیشنهادهای برای مطالعات آینده

- ساختار نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه به دلیل پیچیدگی و همپوشانی با اغلب حوزه‌های سلامت دولتی و خصوصی کشور مطالعه اختصاصی را می‌طلبید که به‌طور کامل موردپژوهش قرار گیرد.
- پیشنهاد می‌شود خدمات موجود در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه به‌صورت جزئی‌تر و دقیق‌تر بررسی شده و خدمات

4. Van Lerberghe W. The world health report 2008: primary health care: now more than ever. World Health Organization; 2008.
5. Shadpour K. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. 2000.
6. Marandi SA. The integration of medical education and health care system in the Islamic Republic of Iran: a historical overview. J Med Educ 2001;1(1):8-11.
7. Gressani D, Saba J, Fetini H, Rutkowski M, Maeda A, Langenbrunner J. Islamic Republic of Iran

<sup>1</sup> Therapeutic

- health sector review, volume I: main report. The World Bank Group. Human Development Sector, Middle East and North Africa 2007;1: 1575-81.
8. Ghoddoosi-Nejad D, Jannati A, Doshmangir L, Arab-Zozani M, Imani A. Stewardship as a Fundamental Challenge in Strategic Purchasing of Health Services: A Case Study of Iran. *Value Health Reg Issues* 2019;18: 54-8.
9. Asaei S. Iran's excellent primary health care system. United Nation International Children Emergency Fund (UNICEF): <https://www.unicef.org/iran> 2014.
10. Aghajanian A, Mehryar AH, Ahmadnia S, Kazemipour S. Impact of rural health development programme in the Islamic Republic of Iran on rural-urban disparities in health indicators. *East Mediterr Health J* 2007; 13 (6): 1466-75.
11. Malekafzali H. Primary Health case in Islamic Republic of Iran. *Journal of the School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2014;12(2): 1-11.
12. Javanparast S, Baum F, Labonte R, Sanders D. Community health workers' perspectives on their contribution to rural health and well-being in Iran. *Am J Public Health* 2011;101(12): 2287-92.
13. Beaglehole R, Irwin A, Prentice T, Organization WH. The world health report 2003: shaping the future. World Health Organization; 2003.
14. Economou C. Health systems in transition. *Health* 2010;12(7).
15. Marchildon GP. Health systems in transition. Canada: University of Toronto Press; 2013.
16. Vargas-Zea N, Castro H, Rodríguez-Páez F, Téllez D, Salazar-Arias R. Colombian health system on its way to improve allocation efficiency—transition from a health sector reform to the settlement of an HTA agency. *Value Health Reg Issues* 2012;1(2): 218-22.
17. Zanganeh Baygi M, Seyadin SH, Rajabi Fard Mazrae No F, Kouhsari Khameneh A. Adaptation of goals and organizational structure in Iran's primary healthcare system, a systematic review. *Journal of Payavard Salamat* 2016;9(5): 446-58.
18. Organization WH. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. World Health Organization; 2010.
19. Hatami H, Razavi S, Eftekhari A, Majlesi F, Sayed Nozadi M, Parizadeh S. Textbook of public health. Tehran: Arjmand; 2004.
20. Hulme D. The Millennium Development Goals (MDGs): a short history of the world's biggest promise. Manchester : Brooks World Poverty Institute, University of Manchester; 2009.
21. Spiegel L, Schwarz D, Bitton A. ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN: country case studies on primary health care. World Health Organization; 2018.
22. Organization WH. Country cooperation strategy for WHO and Islamic Republic of Iran: 2010–2014. 2010.
23. Krippendorff K. Reliability in content analysis: Some common misconceptions and recommendations. *Hum. Commun Res* 2004;30(3): 411-33.
24. Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000;320(7226): 50-2.
25. Manyazewal T. Using the World Health Organization health system building blocks through survey of healthcare professionals to determine the performance of public healthcare facilities. *Archives of Public Health* 2017;75(1): 50.
26. Mehrolhassani MH, Sirizi MJ, Poorhoseini SS, Feyzabadi VY. The challenges of implementing family physician and rural insurance policies in Kerman province, Iran: a qualitative study. *Health and Development Journal* 2012;1(3): 193-206.
27. Sohrabi M-R, Albalushi RM. Clients' satisfaction with primary health care in Tehran: A cross-

- sectional study on Iranian Health Centers. *J Res Med Sci* 2011;16(6): 756-62.
28. Habibzadeh F. The control of non-communicable diseases in rural Iran. *Lancet* (London, England) 2012;379(9810): 6-7.
  29. Rahmanian K, Shojaie M. The prevalence of pre-hypertension and its association to established cardiovascular risk factors in south of Iran. *BMC research notes* 2012;5(1): 386.
  30. Lankarani KB, Alavian SM, Peymani P. Health in the Islamic Republic of Iran, challenges and progresses. *Med J I.R. Iran* 2013;27(1): 42.
  31. Moghadam MN, Sadeghi V, Parva S. Weaknesses and challenges of primary healthcare system in Iran: a review. *Int J Health Plann Mgmt* 2012;27(2): e121-e31.
  32. Moghaddam AV, Damari B, Alikhani S, Salarianzadeh M, Rostamigooran N, Delavari A, et al. Health in the 5th 5-years Development Plan of Iran: main challenges, general policies and strategies. *Iran J Public Health* 2013;42(Supple1): 42.
  33. Baygi MZ, Seyedin H, Salehi M, Sirizi MJ. Structural and contextual dimensions of Iranian primary health care system at local level. *Iran Red Crescent Med J* 2015;17(1): e17222.
  34. Malekafzali H. Primary health care in the rural area of the Islamic Republic of Iran. *Iran J Public Health* 2009;38(Suppl 1): 69-70.
  35. Khangah HA, Jannati A, Imani A, Salimlar S, Derakhshani N, Raef B. Comparing the health care system of Iran with various countries. *Health Scope* 2017;6(1).
  36. Davoodi S, Sheikhatvan M, Karimi A, Ahmadi SH, Sheikhfathollahi M. Determinants of social activity and work status after coronary bypass surgery. *Asian Annals* 2010;18(6): 551-6.
  37. Mehrolhassani MH, Dehnavieh R, Haghdooost AA, Khosravi S. Evaluation of the primary healthcare program in Iran: a systematic review. *Aus J Primary Health* 2018; 24(5):359-67.
  38. Long L-A, Pariyo G, Kallander K. Digital technologies for health workforce development in low-and middle-income countries: a scoping review. *Global Health: Science and Practice* 2018;6(Supplement 1): S41-S8.
  39. Ayatollahi H, Sarabi FZP, Langarizadeh M. Clinicians' knowledge and perception of telemedicine technology. *Perspect Health Inf Manag* 2015;12(Fall) : 1c.
  40. Yazdizadeh B, Mohtasham F, Velayati A. Impact assessment of Iran's health technology assessment programme. *Health Res. Policy Syst* 2018;16(1): 15.
  41. Asadi F, Hosseini A, Moghaddasi H, Nasr Haydarabadi N. Primary health care information systems in health centers of Tehran, Iran. *Health Inform Manage* 2012;9: 1-10.
  42. Javanparast S, Baum F, Labonte R, Sanders D, Rajabi Z, Heidari G. The experience of community health workers training in Iran: a qualitative study. *BMC health services research* 2012;12(1): 291.
  43. Baygi MZ, Seyedin H. Imbalance between goals and organizational structure in primary health care in Iran-a systematic review. *Iranian journal of public health* 2013;42(7): 665.
  44. Nekoei Moghadam M, Amiresmaili M, Sadeghi V, Zeinalzadeh AH, Tupchi M, Parva S. A qualitative study on human resources for primary health care in Iran. *Journal of Health Planning and Management* 2018;33(1): e38-e48.
  45. Karimi M, Mirzaei M, Rahim Z. Educational needs of family physicians in Yazd province. *The Journal of Medical Education and Development* 2012; 6(1):39-46.
  46. Shirjang A, Mahfoozpour S, Masoudi Asl I, Doshmangir L. Challenges and strategies for improving the rural family physician program in Iran. *Medical Science* 2020; 24 (102): 647-57.

47. Sharifi-Yazdi M, Yazdani S, Ahmadi S, Rahbar MR, Sharifi-Yazdi S. Explaining Current and Changing Teachers' Educational Needs in Health Care Behvarz Training Centers during 2012-2013 in Iran. *J Med Educ* 2015;14(3): 119-28.
48. Javanparast S, Baum F, Labonte R, Sanders D, Heidari G, Rezaie S. A policy review of the community health worker programme in Iran. *Journal of public health policy* 2011;32(2): 263-76.
49. Mehryar A. Primary health care and the rural poor in the Islamic Republic of Iran. Asia and Pacific Population Studies Centre. Ministry of Science and Technology: Tehran; 2004.
50. Takian A, Doshmangir L, Rashidian A. Implementing family physician programme in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care network. *Fam Pract* 2013;30(5): 551-9.
51. Sheikhattari P, Kamangar F. How can primary health care system and community-based participatory research be complementary? *Int J Prev Med* 2010;1(1): 1.
52. Acosta Ramírez N, Giovanella L, Vega Romero R, Tejerina Silva H, de Almeida PF, Ríos G, et al. Mapping primary health care renewal in South America. *Fam Pract* 2016; 33(3): 261-7.
53. Lionis C, Philalithis A. Patient satisfaction with medication: a challenge for primary health care. *Fam Pract* 2008; 25(5): 319-20.

## IRAN'S PRIMARY HEALTH CARE CHALLENGES IN REALIZING PUBLIC HEALTH COVERAGE: A QUALITATIVE STUDY

Ahmad Shirjang<sup>\*1</sup>, Soad Mahfoozpour<sup>2</sup>, Iravan Masoudi Asl<sup>3</sup>, Leila Doshmangir<sup>4, 5</sup>

Received: 13 Nov, 2019; Accepted: 10 Apr, 2020

### Abstract

**Background & Aims:** Despite many advances in health, health systems still do not meet all the needs of communities. Countries at the 2018 Astana Summit agreed to strengthen primary health care (PHC) in order to achieve universal coverage of health (UHC). This study aimed to identify the challenges of the PHC system in Iran and provide practical solutions to overcome them.

**Materials & Methods:** This qualitative study was conducted using interviews and document reviews. Interviews were made with decision-makers, executive and academic experts, PHC executives, and experts. National and international documents were examined in the field of health. The WHO building blocks framework was used to encode the data. The data were analyzed by deductive content analysis using MAXQDA 12 software.

**Results:** Due to changing health needs of people, PHC system in Iran today faces challenges why so the centralized structure does not have the flexibility to deal with changes. While the private sector plays a minor role in providing services, there is no coordination between levels of service delivery and consequently, parallel systems have emerged. Despite the scarcity of resources, there are problems in the planning and equitable distribution of resources. Information systems are not yet complete. University curricula are not in harmony with PHC and as a result, human resources are unable to respond to job requirements.

**Conclusion:** In order to improve the health of the country and in line with international commitments as well as the need to reach the UHC, it must prioritize existing challenges and strategies, implement practical and tailor-made reforms while using the experiences of other countries to enhance PHC.

**Keywords:** Primary Health Care, Public Health Coverage, Iran

**Address:** Dr. A. Shirjang: National Center for Health Insurance Research, Iran Health Insurance Organization, Tehran, Iran

**Tel:** (+98)9144241267

**E-mail:** shirjangahmad@ihio.gov.ir

<sup>1</sup> National Center for Health Insurance Research, Iran Health Insurance Organization, Tehran, Iran.

<sup>2</sup> Safety Promotion & Injury Prevention Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>4</sup> Health Services Management Department, Health Services Management Research Center, Iranian Center of Excellence in Health Management, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

<sup>5</sup> Social Determinants of Health Research Center, Health Management and Safety Promotion Research Institute, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.