

راهکارهای تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران: مرور واقع‌گرایانه

علی محمد مصدق راد^۱، مهدیه حیدری^۲، پروانه اصفهانی^{۳*}

۱- استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- دانشجوی دوره دکتری، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

*نویسنده رابط: P.isfehni@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۷/۱۲

چکیده

زمینه و هدف: نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه جامع‌ترین، عادلانه‌ترین و کارآمدترین روش ارتقای سلامت افراد و رفاه اجتماعی از طریق ارائه خدمات پیشگیری، درمانی و بازتوانی در محلی نزدیک به محیط زندگی مردم است. نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران با چالش‌هایی مواجه است که اثربخشی و کارایی آن را محدود کرده است. این پژوهش با هدف شناسایی راهکارهای تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران انجام شد.

روش کار: برای انجام این پژوهش از روش مرور واقع‌گرایانه استفاده شد. مقالات منتشر شده در زمینه راهکارهای تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در بازه زمانی ۱۹۷۸ تا پایان ژوئن سال ۲۰۲۱ میلادی در ۸ پایگاه اطلاعاتی و موتور جستجوگر Google scholar جستجو و جمع‌آوری شد. در نهایت، تعداد ۲۹ مقاله شرایط ورود به این مطالعه را داشت که با روش تحلیل چارچوبی با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA 10 تحلیل شدند.

نتایج: تعداد ۲۹ راهکار برای تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه شناسایی شد. نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه دارای اهداف متعالی و استراتژی‌های مناسب، مجهز به منابع لازم و کافی، سازماندهی شده در قالب تیم‌های چند تخصصی با وظایف مشخص برای کارکنان بهداشتی، که مراقبت‌های بهداشتی جامع، با کیفیت و قابل پرداخت را هماهنگ با سایر خدمات سلامت ارائه می‌دهند (برنامه مداخله)، در صورت تقویت عناصر حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، تجهیزات و دارو، سیستم‌های اطلاعاتی و ارائه خدمات سلامت و تطبیق بهینه با محیط سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فناوری پیرامون (زمینه)، موجب افزایش رضایت، تعهد، پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری مدیران و کارکنان بهداشتی؛ اعتماد، مشارکت و رضایت بیماران و مردم (ساز و کار) و در نهایت، تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم جامعه (نتیجه) خواهد شد.

نتیجه‌گیری: نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه قوی و منسجم پیش نیاز تقویت نظام سلامت است. تقویت مدیریت و رهبری، بهبود ساختار سازمانی، بهبود سیستم اطلاعاتی، توانمندسازی نیروی انسانی و افزایش پوشش جمعیت می‌تواند منجر به تقویت برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه شود. عوامل تاریخی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی موثر بر نظام سلامت باید در بازرراحی و تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: مراقبت بهداشتی اولیه، نظام سلامت، اصلاح نظام سلامت، مرور واقع‌گرایانه

مقدمه

نظام سلامت شامل افراد، گروه‌ها و سازمان‌هایی است که وظایف سیاستگذاری، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت را با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم؛ پاسخ‌گویی به انتظارات آنها و حمایت مالی از ایشان در مقابل هزینه‌های سلامت بر عهده دارند (۱). دولت‌ها باید استراتژی‌های مناسبی برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم به صورت اثربخش و کارآمد داشته باشند. به عنوان مثال، دولت لیبرال انگلستان بعد از جنگ جهانی اول به دنبال ایجاد یک نظام رفاهی جامع برای مردم بود. Dawson در سال ۱۹۱۹ مأمور ارتقای نظام سلامت کشور شد. وی تحت تأثیر نظام سلامت اتحاد جماهیر شوروی آن موقع که مراقبت‌های بهداشتی در سطوح محلی توسط پزشکان عمومی و مراقبت‌های تخصصی‌تر توسط متخصصان علوم پزشکی در بیمارستان‌ها ارائه می‌شد، پیشنهاد کرد که برای هر منطقه جغرافیایی انگلستان تعدادی مرکز بهداشتی اولیه در نظر گرفته شود که با بیمارستان‌های عمومی و تخصصی برای ارجاع بیماران در صورت نیاز به خدمات تخصصی هماهنگ باشند. پیشنهاد او به دلیل تعهد سیاسی کم و مقاومت شدید متخصصان پزشکی عملی نشد. اصلاحات جدیدی بعد جنگ جهانی دوم در انگلستان شروع شد که در نهایت، منجر به ایجاد نظام سلامت ملی **National Health System** در سال ۱۹۴۸ شد که خدمات سلامت رایگان برای همه مردم کشور ارائه می‌شد و ایده او برای ایجاد نظام سلامت مبتنی بر مراقبت‌های اولیه در مراکز بهداشتی، مراقبت‌های ثانویه در بیمارستان‌های عمومی و مراقبت‌های ثالثیه در بیمارستان‌های تخصصی بعد از حدود ۳۰ سال عملی شد (۲).

مفهوم مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ۱۹۷۵ به عنوان یک استراتژی برای نظام سلامت کشورهای جهان مورد توجه شورای اجرایی سازمان بهداشت جهانی قرار گرفت (۳). یک کنفرانس بین‌المللی در آلمان قزاقستان در سال ۱۹۷۸ توسط سازمان بهداشت جهانی و صندوق کودکان سازمان ملل برگزار شد و استراتژی مراقبت‌های بهداشتی

اولیه برای دستیابی به هدف "سلامتی برای همه" پیشنهاد شد (۴). هدف برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه دستیابی همه مردم جهان تا سال ۲۰۰۰ به سطحی از تندرستی بود تا بتوانند از نظر اجتماعی و اقتصادی زندگی سازنده‌ای داشته باشند. به دنبال آن، ۱۳۴ کشور جهان، سلامتی را به عنوان حق اساسی مردم پذیرفتند و بیانیه آلمان‌ها را امضاء کردند. منشور آلمان‌ها تندرستی را حق مردم تلقی کرده و نابرابری در وضع سلامت مردم را غیر قابل قبول می‌دانست. دولت‌ها نسبت به تندرستی ملت خود مسئول هستند و مردم حق مشارکت در برنامه‌ریزی و اجرای مراقبت‌های بهداشتی خود را دارند. تمامی کشورها باید در تأمین مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای همه مردم همکاری کنند و دولت‌ها باید سیاست‌های ملی، استراتژی‌ها و برنامه‌های عملیاتی برای اجرا و حفظ مراقبت‌های بهداشتی اولیه تنظیم کنند (۵).

در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، خدمات بهداشتی توسط پزشکان عمومی یا خانواده و پرستاران در محلی نزدیک محل زندگی یا کار مردم به آنها ارائه می‌شود. به عبارتی، نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه اولین نقطه تماس افراد، خانواده‌ها و جامعه با نظام سلامت است که خدمات بهداشتی و درمانی را به نزدیکی محل زندگی و کار مردم می‌آورد. مراقبت‌های بهداشتی اولیه جامع‌ترین، عادلانه‌ترین، مقرون به صرفه‌ترین و کارآمدترین روش برای ارتقای سلامت جسمی و روانی افراد و همچنین رفاه اجتماعی است. مراقبت‌های بهداشتی اولیه خدمات بهداشتی اساسی قابل پرداخت از نظر هزینه و قابل دسترس عموم مردم جامعه در طول زندگی آنها است که شامل خدمات آموزشی و ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، درمان، بازتوانی و تسکینی است (۶). اجزای اصلی مراقبت‌های بهداشتی اولیه شامل آموزش بهداشت، بهبود تغذیه، دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهسازی محیط، بهداشت مادر و کودک، واکسیناسیون، دسترسی به داروهای اساسی، درمان بیماری‌ها و جراحات معمول و پیشگیری و کنترل بیماری‌های واگیر است (۷). دسترسی، مشارکت جامعه، ارتقای سلامت، مهارت‌ها و

دارای بیماری‌های مزمن از وضعیت سلامتی خوبی در کشورهای دارای نظام مراقبت بهداشتی اولیه قوی و منسجم برخوردار بودند (۱۸).

در بیانیه سال ۲۰۱۸ سازمان بهداشت جهانی در شهر آستانه قراستان نیز بر تعهد کشورها بر تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه به منظور دستیابی به اهداف سلامتی توسعه پایدار و پوشش همگانی سلامت تأکید شد (۱۹). با وجود این، چالش‌های بسیاری نظیر پراکندگی، تنوع و استقلال نسبی ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه، دامنه و پیچیدگی مراقبت‌های بهداشتی اولیه، محدودیت زیرساخت‌های موجود برای پشتیبانی سلامت جامعه و ضعف سیستم‌های اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی اولیه بر سر راه برنامه‌های تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه وجود دارد (۲۰).

اجرای نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کشور ایران نیز با نتایج مثبتی نظیر افزایش دسترسی به خدمات سلامت، کاهش مرگ مادران، نوزادان و کودکان و افزایش امید زندگی همراه بوده است (۲۱، ۲۲). با وجود این، نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران با چالش‌هایی نظیر انعطاف‌پذیری کم ساختار، کمبود و توزیع نابرابر منابع، استفاده محدود از فناوری‌های نوین، کمبود کارکنان و انگیزه پایین آنها، سیستم ضعیف اطلاعاتی، تصمیم‌گیری‌های متمرکز، ناهماهنگی بین بخشی، ضعف نظارت و ارزشیابی، بوروکراسی اداری و شفافیت و پاسخگویی پایین همراه است (۲۳، ۲۴) که موجب کاهش اثربخشی و کارایی آن برای مدیریت بیماری‌ها به ویژه اپیدمی‌ها و پاندمی‌ها مانند کووید-۱۹ شده است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف شناسایی راهکارهای تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران انجام شد. این راهکارها می‌تواند به سیاست‌گذاران و مدیران سلامت در اصلاح نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه کشور کمک کند.

روش کار

این مطالعه با روش مرور واقع‌گرایانه Realist Review انجام شد. مرور واقع‌گرایانه با تبیین روابط علیتی بین مداخله

فناوری درست و همکاری بین بخشی اصول مراقبت‌های بهداشتی اولیه را تشکیل می‌دهند (۳). دسترسی، جامعیت، هماهنگی و تداوم از ویژگی‌های بارز مراقبت‌های بهداشتی اولیه است.

مراقبت‌های بهداشتی اولیه Primary Health Care متفاوت از مراقبت‌های اولیه Primary Care است. مراقبت‌های بهداشتی اولیه یک استراتژی برای دستیابی همه مردم به سطح قابل قبول سلامتی است که همه سازمان‌های بهداشتی و درمانی و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت را بسیج می‌کند تا خدمات بهداشتی و درمانی را متناسب با نیازهای مردم و بر اساس یک سیستم ارجاع مناسب به صورت اثربخش و کارآمد ارائه دهد. در حالی که، مراقبت‌های اولیه قسمتی از نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه است که اولین نقطه تماس مردم با نظام سلامت بوده و مراقبت‌های ساده اولیه مورد نیاز مردم ارائه می‌شود. مراقبت‌ها و خدمات تخصصی‌تر در بیمارستان‌ها و سازمان‌های تخصصی بهداشتی و درمانی ارائه می‌شود.

کشورهای جهان پس از کنفرانس آلماتا، شروع به اجرای استراتژی مراقبت‌های بهداشتی اولیه کردند. بانک جهانی در گزارشی در سال ۲۰۰۴ اعلام کرد که ۹۰٪ مشکلات سلامتی مردم توسط برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه قابل رفع است و فقط ۱۰٪ آنها نیاز به خدمات تخصصی بیمارستانی دارد (۸). کشورهای دارای نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه قوی شاهد افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت (۹)، بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی (۱۰)، کاهش ابتلا به بیماری‌ها (۱۱)، کاهش بستری‌های بیمارستانی (۱۲) کاهش مرگ و میر (۱۳)، افزایش رضایت بیماران (۱۴)، کاهش هزینه‌های سلامت (۱۵)، بهبود عدالت (۱) و ارتقای سطح سلامتی مردم (۱۴) بودند. به عنوان مثال، مطالعه‌ای نشان داد که برنامه‌های موثر مراقبت‌های بهداشتی اولیه در اروپا منجر به بهبود سلامت مردم اتحادیه اروپا، ارتقای عدالت در سلامت و کاهش میزان بستری در بیمارستان شد (۱۷). مطالعه‌ای دیگر بر روی ۲۹ کشور اروپایی نشان داد که افراد

بهداشتی و درمانی و نتایج حاصله، به تفسیر و توضیح نتایج می‌پردازد. بر خلاف مرور نظام‌مند *Systematic review* که ماهیت قضاوتی دارد و به یک سوال مشخص پژوهشی پاسخ می‌دهد، مرور واقع‌گرایانه به تفسیر ساز و کار موفقیت یا شکست یک مداخله پیچیده در یک زمینه خاص می‌پردازد. مطالعه مرور واقع‌گرایانه، بر خلاف مرور نظام‌مند که مناسب بررسی اثربخشی مداخلات بالینی و درمانی ساده است، بیشتر برای مداخلات پیچیده نظام سلامت کاربرد دارد که اجرای آنها تحت تأثیر عوامل مختلف تاریخی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و محیطی قرار دارد. سوال اصلی مطالعه مرور نظام‌مند این است که «آیا این مداخله موثر است؟» یا «چه مداخله‌ای موثر است؟». در مقابل، سؤال اصلی مطالعه مرور واقع‌گرایانه این است که «چه چیزی، برای چه کسی در چه شرایطی و چگونه مؤثر است؟». در این پژوهش از پروتکل هفت مرحله‌ای مرور واقع‌گرایانه مصدق‌راد و همکاران استفاده شد که عبارتند از: تعیین سوالات پژوهش؛ تبیین تئوری اولیه؛ توسعه استراتژی‌های جستجو؛ جمع‌آوری، ارزشیابی و انتخاب شواهد؛ سنتز شواهد؛ اصلاح تئوری اولیه برنامه؛ و ارائه پیشنهاد (۲۵).

اقدامات برنامه مداخله و عوامل زمینه‌ای بر استدلال‌ها، نگرش‌ها و واکنش‌های افراد (ساز و کارها) اثر می‌گذارند و از این طریق نتایج را ایجاد می‌کنند. بنابراین، تئوری اولیه مداخله مراقبت‌های بهداشتی اولیه عبارت است از: "اگر برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه به خوبی نوشته و اجرا شود (برنامه مداخله)، مراقبت‌های بهداشتی اولیه جامع و با کیفیت به‌طور مستمر ارائه شود (زمینه)، بیماران اعتماد کرده و به مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه مراجعه می‌کنند (ساز و کار) و سلامتی مردم جامعه ارتقا می‌یابد (نتیجه)".

جستجو با کلیدواژه‌های انگلیسی و فارسی مناسب «Facilitator»، «Enabler»، «Factor»، «Reform»، «Strengthen»، «Primary Health Care»، «Development»، «Perquisites»، «Primary Care»، «Primary Healthcare»، به‌صورت ترکیبی و جداگانه در پایگاه‌های داده الکترونیک انگلیسی «PubMed»، «Scopus»، «Science Direct»، «Emerald»، «Springer»، «Web of Science» و پایگاه‌های داده الکترونیک فارسی «SID» و «Magiran» انجام شد. همچنین، موتور جستجوی «Google scholar» نیز برای

بهداشتی و درمانی و نتایج حاصله، به تفسیر و توضیح نتایج می‌پردازد. بر خلاف مرور نظام‌مند *Systematic review* که ماهیت قضاوتی دارد و به یک سوال مشخص پژوهشی پاسخ می‌دهد، مرور واقع‌گرایانه به تفسیر ساز و کار موفقیت یا شکست یک مداخله پیچیده در یک زمینه خاص می‌پردازد. مطالعه مرور واقع‌گرایانه، بر خلاف مرور نظام‌مند که مناسب بررسی اثربخشی مداخلات بالینی و درمانی ساده است، بیشتر برای مداخلات پیچیده نظام سلامت کاربرد دارد که اجرای آنها تحت تأثیر عوامل مختلف تاریخی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و محیطی قرار دارد. سوال اصلی مطالعه مرور نظام‌مند این است که «آیا این مداخله موثر است؟» یا «چه مداخله‌ای موثر است؟». در مقابل، سؤال اصلی مطالعه مرور واقع‌گرایانه این است که «چه چیزی، برای چه کسی در چه شرایطی و چگونه مؤثر است؟». در این پژوهش از پروتکل هفت مرحله‌ای مرور واقع‌گرایانه مصدق‌راد و همکاران استفاده شد که عبارتند از: تعیین سوالات پژوهش؛ تبیین تئوری اولیه؛ توسعه استراتژی‌های جستجو؛ جمع‌آوری، ارزشیابی و انتخاب شواهد؛ سنتز شواهد؛ اصلاح تئوری اولیه برنامه؛ و ارائه پیشنهاد (۲۵).

سوالات پژوهشی این مطالعه عبارت بودند از: ۱- چرا و چگونه برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه منجر به نتایج بهتر برای پزشکان، بیماران و نظام سلامت می‌شود؟ ۲- چه عوامل زمینه‌ای باعث تقویت یا تضعیف نتایج برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌شود؟ ۳- چه ساز و کارهایی بر نتایج برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه تأثیر می‌گذارند؟ ۴- چه رابطه علی بین برنامه مداخله، عوامل زمینه‌ای، ساز و کارها و نتایج حاصله وجود دارد؟ و در نهایت، ۵- الزامات استفاده از برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای دستیابی به نتایج تعیین شده چیست؟

در تبیین تئوری اولیه مداخله از چهار مفهوم برنامه مداخله *Plan*، زمینه *Context*، ساز و کار *Mechanism* و پیامد *Outcome* استفاده شد (شکل ۱). برنامه مداخله شامل اهداف اجرای مداخله و اقدامات

در این مطالعه رعایت شد. دریافت کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران و عدم دخالت نظرات شخصی پژوهشگران در مراحل گردآوری، تحلیل و گزارش اطلاعات از ملاحظات اخلاقی این پژوهش بود. از چک لیست PRISMA-ScR برای گزارش دهی یافته‌ها استفاده شد (۲۷).

نتایج

تعداد ۲۹ مطالعه در فاصله زمانی ۱ ژانویه ۱۹۸۹ تا ۲۱ ژوئن ۲۰۲۱ به بررسی راهکارهای تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه پرداختند. بیشتر مطالعات در مجلات *Health Policy* (۲ مقاله) و *Primary Health Care Research and Development* (۲ مقاله) منتشر شدند. مطالعات کمی در زمینه تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه از سال ۱۹۸۹ تا سال ۲۰۱۲ انجام شده است. ولیکن، مقالات از سال ۲۰۱۳ با رشد خوبی مواجه شدند. بیشتر مقالات در سال ۲۰۱۶ نوشته شدند. حدود ۶۵/۵٪ از مقالات از سال ۲۰۱۳ تاکنون نگاشته شدند (نمودار ۲).

در ۱۲ مطالعه (۴۱/۴٪) از روش مروری، ۱۰ مطالعه (۳۴/۴٪) از روش کمی، ۴ مطالعه (۱۳/۸٪) از روش ترکیبی و ۳ مطالعه (۱۰/۴٪) از روش کیفی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. روش‌های جمع‌آوری داده‌ها شامل بررسی پایگاه‌های اطلاعاتی (۱۲مطالعه)، مصاحبه (۶مطالعه)، فوکوس گروپ (۱مطالعه)، پرسشنامه و داده‌های آرشیوی (۱۴ مطالعه) بوده است.

۴۲٪ پژوهش‌ها در قاره آسیا در کشورهای مثل ایران، پاکستان، چین و افغانستان انجام شده بود. ایران بیشترین مطالعات (۹ مورد) را در میان کشورهای آسیا، به خود اختصاص داده است. ۱۷٪ پژوهش‌ها در اروپا در کشورهای اسپانیا، انگلیس، ترکیه، سوئد و استونی انجام شده بود. حدود ۱۷٪ مطالعات نیز در قاره آفریقا در کشورهای کنیا، جمهوری مالاوی، تانزانیا، اتیوپی و آفریقای جنوبی انجام شده بود. حدود ۱۴٪ مطالعات در قاره اقیانوسیه در استرالیا و ۱۰٪

اطمینان از دسترسی به مطالعات مناسب جستجو شد. مطالعات بازیابی شده وارد نرم‌افزار *Mendeley* شدند. معیارهای ورود به مطالعه، شامل تمامی پژوهش‌های انجام شده در حوزه تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه تا پایان ۲۱ ژوئن ۲۰۲۱ (۳۱ خرداد ۱۴۰۰) بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل مطالعات منتشر شده به زبان‌های مختلف به جز فارسی و انگلیسی، مطالعات منتشر شده بعد از پایان ۲۱ ژوئن ۲۰۲۱ و منابع علمی فاقد متن کامل بود. دو نفر از نویسندگان وظیفه اصلی غربالگری مطالعات را بر عهده داشتند، در صورت وجود مشکل، با مشارکت نفر سوم و بحث و تبادل نظر، اجماع حاصل می‌شد.

بطور کلی، تعداد ۲۰۴۷۳ مقاله از طریق پایگاه‌های اطلاعاتی استخراج شد. پس از حذف موارد تکراری و موارد فاقد متن کامل، تعداد ۱۳۸۷۶ مطالعه برای بررسی عنوان و چکیده باقی ماند که از این بین، ۱۳۷۱۷ مورد پس از بررسی عنوان و چکیده حذف شدند. تعداد ۱۵۹ مقاله در حوزه تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه در این مرحله بدست آمد. پس از مطالعه دقیق مقالات باقیمانده تعداد ۱۳۰ مقاله به دلیل عدم کاربرد در حوزه تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه حذف شدند. مقاله‌ای نیز با بررسی منابع مقالات به دست نیامد. در نهایت، تعداد ۲۹ مقاله پژوهشی مرتبط با تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه در این مطالعه استفاده شدند (نمودار ۱).

از فرم استخراج داده‌ها شامل قسمت‌های مشخصات نویسندگان، نام مجله، سال انتشار مقاله، کشور محل مطالعه، هدف مطالعه، نوع پژوهش، روش جمع‌آوری اطلاعات، مداخلات، زمینه، ساز و کار و نتایج برای استخراج داده‌ها استفاده شد. از روش تحلیل چارچوبی پنج مرحله‌ای *Ritchie* و *Spencer* شامل آشنایی با داده‌ها، شناسایی یک چارچوب موضوعی، نمایه‌سازی، ترسیم جداول، نگاشت و تفسیر برای تحلیل داده‌ها استفاده شد (۲۶). نسخه *MAXQDA10* برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. کلیه ملاحظات اخلاقی مورد نظر در پژوهش‌های مروری

مطالعات در قاره آمریکا در کشورهای برزیل، کانادا و شیلی صورت گرفته است (شکل ۲).

در مرور واقع گرایانه خواهد باید در قالب الگوی برنامه، زمینه، ساز و کار و نتیجه پیکربندی شوند. بنابراین، نتایج بدست آمده در قالب برنامه مداخله مراقبت‌های بهداشتی اولیه، عوامل زمینه‌ای موثر بر برنامه مداخله، ساز و کارهای ایجاد شده و نتایج بدست آمده از مداخلات طبقه بندی شد. برنامه مداخله مراقبت‌های بهداشتی اولیه: برنامه مداخله مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید جامع و کامل باشد و ساختارها، بافتارها و فرایندهای لازم را شامل شود. تعداد ۲۹ مداخله برای تقویت برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه شناسایی شد که در شش بلوک ساختاری سازمان بهداشت جهانی (۲۸) شامل حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، تجهیزات و دارو، سیستم‌های اطلاعاتی و ارائه خدمات سلامت گروه‌بندی شدند (جدول ۱).

عوامل زمینه‌ای: در این مطالعه تعداد ۴۹ عامل زمینه‌ای موثر بر برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه شناسایی شدند که به دو دسته کلی عوامل داخلی (حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، تجهیزات و دارو، سیستم‌های اطلاعاتی و ارائه خدمات سلامت) و عوامل خارجی (عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فناوری) تقسیم شدند. تعهد و حمایت سیاستگذاران و مدیران سلامت، مدیریت و رهبری قوی، مشارکت بیماران و جامعه، نظارت دقیق و موثر، رویکرد جامعه محور، سیاستگذاری و برنامه‌ریزی صحیح و دقیق، فرهنگ کار تیمی، ارتباطات موثر، جامعیت خدمات بهداشتی و شایستگی، مهارت و تجربه کارکنان بهداشتی پر تکرارترین عوامل زمینه‌ای موثر بر برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه بودند (جدول ۲).

ساز و کارها: تعداد ۱۶ ساز و کار برای تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه شناسایی شد که به دو دسته کلی واکنش‌های شناختی و رفتاری ذینفعان اصلی برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه تقسیم‌بندی شدند. ساز و کارهای شناختی به توانایی ذهنی افراد بر می‌گردد. در مقابل، واکنش‌های رفتاری به اعمال و واکنش‌های افراد نسبت به محرک‌های

موجود در محیط اطراف اشاره دارد. پرتکرارترین ساز و کار-های تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ادبیات پژوهشی موجود به ترتیب شامل افزایش رضایت بیماران، افزایش رضایت و انگیزه شغلی ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و مشارکت فعال مردم و بیماران بود (جدول ۳).

مراقبت‌های بهداشتی اولیه منجر به نتایج خوبی برای پزشکان، بیماران و نظام سلامت می‌شود. در این مطالعه، تعداد ۲۵ نتیجه حاصل از اجرای موفق برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه شناسایی شد که در هشت دسته اهداف اصلی و فرعی نظام سلامت شامل دسترسی، کیفیت، کارایی، عدالت، تاب‌آوری، سلامتی، محافظت مالی و پاسخگویی گروه‌بندی شدند (۲۸). یک برنامه موفق مراقبت‌های بهداشتی اولیه منجر به افزایش تاب‌آوری نظام سلامت، افزایش پوشش خدمات سلامت و دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت با کیفیت و جامع، کاهش نابرابری‌ها و بی‌عدالتی‌ها در سلامت، کاهش هزینه برای مردم و دولت، کاهش موارد ابتلا و مرگ و افزایش رضایت بیماران و جامعه می‌شود (جدول ۴).

اصلاح تئوری: تئوری اولیه برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه در این پژوهش عبارت بود از: "اگر برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه به خوبی نوشته و اجرا شود (برنامه مداخله)، مراقبت‌های بهداشتی اولیه جامع و با کیفیت به‌طور مستمر ارائه شود (زمینه)، بیماران اعتماد کرده و به مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه مراجعه می‌کنند (ساز و کار) و سلامتی مردم جامعه ارتقا می‌یابد (نتیجه)".

این مطالعه، با شناسایی راهکارها، عوامل زمینه‌ای و ساز و کارهای موثر بر برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه، به اصلاح تئوری اولیه برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه پرداخت. تئوری نهایی برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه عبارت است از: "نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه دارای اهداف متعالی و استراتژی‌های مناسب، مجهز به منابع (مالی، انسانی، فیزیکی و اطلاعاتی) لازم و کافی و فناوری‌های مناسب و نوآورانه، سازماندهی شده در قالب تیم‌های شایسته، ماهر و متعهد چند تخصصی با نقش‌ها و وظایف مشخص برای کارکنان بهداشتی، که مراقبت‌های بهداشتی جامع، با کیفیت و قابل

به صورت عادلانه توزیع شده باشد تا بتوان به نیازهای بهداشتی مردم پاسخ داد. کارکنان بهداشتی به صورت تیم‌های چند تخصصی در مراکز بهداشتی سازماندهی و مدیریت شوند و از داده‌ها و اطلاعات برای بهبود عملکرد استفاده کنند. مشارکت مردم در تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی آنها باید جلب کند. در بعد خارجی نیز عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فناوری بر موفقیت برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه اثرگذار هستند که باید مورد توجه سیاستگذاران و مدیران سلامت قرار گیرد.

بحث

این مطالعه با هدف شناسایی راهکارهایی برای تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران انجام شد. تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه نقش بسزایی در افزایش پوشش همگانی سلامت، افزایش دسترسی به خدمات سلامت و بهره‌مندی از آن، بهبود کیفیت خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های نظام سلامت و پرداخت از جیب مردم، بهبود عدالت در سلامت، کاهش میزان ابتلا و مرگ و ارتقای سلامت جامعه دارد. در این مطالعه ۲۹ راهکار برای تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه شناسایی شد و در شش حیطه حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، منابع انسانی، تکنولوژی، دارو و تجهیزات، سیستم‌های اطلاعاتی و ارائه خدمات سلامت دسته بندی شد.

حاکمیت (حکمرانی) ایجاد سیستمی برای مدیریت بهتر نظام سلامت است. فرآیند حاکمیت نظام سلامت شامل اجزای سازماندهی؛ ارتباطات و همکاری بین بخشی؛ سیاستگذاری و برنامه‌ریزی؛ تولید و رهبری؛ و نظارت و ارزشیابی است (۲۹). پراکندگی سازمان‌های بهداشتی دولتی، خصوصی، غیرانتفاعی و خیریه، ضعف قوانین، عدم شفافیت، کارایی پایین و ضعف پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری از چالش‌های مهم حاکمیتی نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کشورهای با درآمد کم و متوسط است (۳۰). تقویت نظام حاکمیت و رهبری مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران باید با تأکید بر نقش سیاستگذاری، تولید، نظارت و ارزشیابی

پرداخت را هماهنگ با سایر خدمات سلامت ارائه می‌دهد (برنامه مداخله)، در صورت تقویت عناصر حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، تجهیزات و دارو، سیستم‌های اطلاعاتی و ارائه خدمات سلامت و تطبیق بهینه با محیط سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فناوری پیرامون (زمینه)، موجب افزایش رضایت، تعهد، پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری مدیران و کارکنان بهداشتی، اعتماد، مشارکت و رضایت بیماران و مردم (ساز و کار) و در نهایت، تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم جامعه (نتیجه) خواهد شد."

پیشنهاد: نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه جزء مهم نظام سلامت و اولین نقطه تماس مردم با نظام سلامت است. بنابراین، ایجاد یک نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه منسجم و قوی پیشنیاز تقویت نظام سلامت است. نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران در صورت برنامه‌ریزی، مدیریت و رهبری صحیح و تأمین پیشنیازها و الزاماتی می‌تواند منجر به ارتقای سلامتی جامعه شود.

یک نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه منسجم، کارآمد و قوی منجر به افزایش دسترسی و بهره‌مندی مردم از خدمات سلامت با کیفیت، جامع و اثربخش، پوشش همگانی سلامت، کاهش مرگ و میر و افزایش امید زندگی می‌شود. دستیابی به چنین نتایجی نیازمند افزایش رضایت شغلی، تعهد سازمانی و مسئولیت‌پذیری کارکنان بهداشتی، اعتماد مردم به نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه و مشارکت آنها در برنامه‌های بهداشتی و رضایت آنها از خدمات ارائه شده با کیفیت، جامع و مستمر است. عوامل زمینه‌ای داخلی و خارجی متعددی بر نتایج و ساز و کارهای برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه تأثیر می‌گذارند. در بعد داخلی حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، منابع انسانی، تجهیزات و داروها، سیستم‌های اطلاعاتی و فرایندهای ارائه خدمات سلامت باید تقویت شوند. نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید توانایی شناسایی و پاسخگویی به نیازهای سلامتی مردم جامعه را داشته باشد. منابع مورد نیاز برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید موجود، در دسترس و با کیفیت باشد و

وزارت بهداشت، ایجاد ساختار مناسب برای ارائه خدمات بهداشتی اولیه شامل نظام پزشکی خانواده، نظام مراقبت بیماری‌ها، نظام ارائه خدمات سلامت در منزل، مدیریت خانگی بیماری‌ها و خود مدیریتی بیماری‌ها؛ توسعه سیستم ارجاع؛ توسعه همکاری‌های درون بخشی و بین بخشی، جلب مشارکت بخش خصوصی و غیرانتفاعی در برنامه‌ریزی و مدیریت، تشویق مشارکت مردم در مسئولیت‌پذیری و خودمراقبتی و ارزشیابی نظام سلامت و اعلان عمومی شاخص‌های عملکردی صورت گیرد.

کشورهای مختلف روش‌های متفاوتی را برای طراحی، سازماندهی، مدیریت و ارتقای نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه بکار می‌گیرند. ساختار مناسبی باید برای نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه طراحی و اجرا شود. پزشک خانواده نقش مهمی در اجرای صحیح برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه و پوشش همگانی سلامت دارد. دولت ترکیه برنامه پزشک خانواده را در ۸۱ استان در سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰ بکار گرفت. اجرای این برنامه منجر به افزایش بهره‌مندی از خدمات سلامت شد. نسبت مشاوره‌های مراقبت‌های بهداشتی از ۱/۳ مشاوره در سال ۲۰۰۲ به ۲/۸ مشاوره در سال ۲۰۱۳ برای هر نفر افزایش یافت. همچنین، برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه منجر به ارتقای وضعیت بهداشت مراکز بهداشتی اولیه، راحتی گرفتن پذیرش، بهبود رفتار پزشکان، رضایت بیماران و کاهش هزینه‌ها شد. نزدیکی مرکز بهداشتی به محل زندگی مردم، شناسایی ترجیحات بیماران، آموزش پزشکان خانواده، روش پرداخت سرانه مبتنی بر عملکرد به پزشکان و استفاده از داده‌های با کیفیت برای ارزیابی برنامه (عوامل زمینه‌ای) منجر به انتخاب آزادانه پزشکان توسط بیماران، بهبود روابط پزشکان با بیماران، افزایش رضایت بیماران و مشارکت بیماران در فرایندهای ارائه مراقبت‌های بهداشتی (سازوکارها) و در نتیجه، موفقیت برنامه پزشک خانواده شد (۳۱).

برنامه پزشک خانواده برزیل در دستیابی به اهداف سلامت توسعه پایدار از طریق ایجاد واحدهای بهداشتی

جامعه برای هر ۵ هزار نفر جمعیت مشتمل بر تیم‌های چند تخصصی شامل پزشک، پرستار، ماما و ۴ تا ۶ نفر از کارکنان بهداشتی موفق بوده است. سرانه هزینه این برنامه حدود ۲۰ تا ۳۲ پوند در سال بوده است (۳۲). برنامه‌ای هم برای افزایش پوشش جمعیتی خدمات سلامت در سال ۲۰۰۹ اجرا شد. در نتیجه، تعداد تیم‌های سلامت و تیم‌های دندانپزشکی از ۱۲۸ و ۶۱ تیم در سال ۲۰۰۸ به ۸۶۰ و ۳۴۶ تیم در سال ۲۰۱۵ افزایش یافت (۳۳). توسعه برنامه پزشک خانواده در برزیل منجر به کاهش مرگ نوزادان، مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی (۱۱) و بستری‌های بیمارستانی (۱۴) شده بود. به عنوان مثال، افزایش پوشش مراقبت‌های بهداشتی اولیه از ۱۴٪ به ۶۰٪ موجب کاهش ۱۳٪ مرگ کودکان زیر یک سال شد (۳۴). تأکید بر مراقبت‌های بهداشتی نسبت به خدمات درمانی و بهبود نظام گزارش‌دهی شاخص‌های حیاتی در این زمینه مفید بوده است. حمایت سیاستگذاران، ایجاد زیرساخت‌های لازم، اطلاع‌رسانی به ذینفعان کلیدی و افزایش آگاهی آنها (عوامل زمینه‌ای) موجب بهبود رضایت شغلی، انگیزه شغلی و تعهد سازمانی کارکنان و افزایش رضایت بیماران شده بود (۳۳).

اجرای برنامه پزشک خانواده در کشور استونی در اواخر دهه ۱۹۹۰ منجر به افزایش مشاوره‌های پزشکی (۳۵) و رضایت بیماران (۳۶) شد. نوع قرارداد و تأمین مالی برنامه پزشک خانواده و بکارگیری راهنماهای بالینی در این راستا موثر بوده است. اجرای یک برنامه خود مدیریتی بیماری دیابت در چین نیز منجر به افزایش کیفیت زندگی و استرس روانی بیماران شد (۳۷).

برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کشورهای دارای نظام سلامت ملی یا بیمه سلامت ملی با نقش فعال دولت در تأمین مالی یا ارائه خدمات سلامت، موفق‌تر بوده است. ولیکن، این برنامه در کشورهای با مشارکت زیاد بخش خصوصی در نظام سلامت که بر خدمات درمانی به جای خدمات جامع پیشگیری تأکید دارند، موفقیت چندانی بدست نیاورده است (۳۸، ۳۹). در انگلستان به پزشکان خانواده اختیارات بیشتری داده شد. آنها بودجه‌ای برای خرید خدمت

طرف دولتی یا استفاده کننده نهایی خدمات عمومی بر اساس میزان ستاده تولید شده صورت می گیرد. تسهیلات عمومی در مشارکت عمومی-خصوصی در تملک بخش دولتی باقی خواهد ماند و یا در انتهای مدت قرارداد مشارکت، به مالکیت بخش دولتی درخواهد آمد (۴۳). با استفاده از استراتژی مشارکت عمومی-خصوصی نقش دولت از سرمایه گذاری، اجرا و بهره برداری از پروژه های عمومی به خریدار بلند مدت خدمات عمومی از بخش خصوصی تغییر می یابد (۴۴). سلامتی مردم تحت تأثیر عوامل سیاسی، اجتماعی و اقتصادی نظیر میزان شهرنشینی، فقر، مصرف غذای سالم و سطح آموزش است. دستیابی اثربخش، کارآمد و پایدار اهداف نظام سلامت بدون مشارکت سایر بخش های سیاسی، اجتماعی و اقتصادی جامعه نظیر آموزش و پرورش، ارتباطات و حمل و نقل امکان پذیر نیست. بنابراین، همکاری و ارتباطات بین بخشی یک ضرورت برای ارتقای سلامت مردم جامعه است. حاکمیت نظام سلامت مسئول ایجاد و توسعه همکاری بین بخش های عمومی، خصوصی و غیر انتفاعی در داخل و خارج نظام سلامت است. به عنوان مثال، همکاری بین بخشی در دانمارک موجب کاهش استفاده از چربی اشباع شده در کارخانه های تولید مواد غذایی و در نتیجه، تولید غذای سالم تر شد. اعمال مالیات بر محصولات دارای چربی بالا منجر به کاهش ۴ درصدی استفاده از چربی اشباع شده شد (۴۵). مالیات بر محصولات زیان بار سلامتی Sin tax موجب کاهش مصرف شکر (۴۶) و تنباکو (۴۷) شده است. سیاستمداران باید سلامتی را در همه سیاست ها Health in all policies دنبال کنند و مداخلات سیاسی، اجتماعی، اقتصادی را برای بهبود عوامل موثر بر سلامتی مردم در طول زندگی شان به صورت عادلانه متمرکز کنند.

مشارکت جامعه در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه موجب تقویت پایداری آن و استفاده بهینه از خدمات سلامت می شود. آگاهی از عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی موثر بر سلامت جامعه منجر به بکارگیری برنامه مناسب بهداشتی درمانی خواهد شد. بکارگیری برنامه مداخله بهداشتی مبتنی بر مشارکت جامعه در کشور مالای در آفریقا منجر به

از بیمارستان ها و مراکز تخصصی برای بیمارانشان دریافت می کردند. به عبارتی، به هر پزشک مبلغی به صورت سرانه برای ارائه خدمات عمومی و خرید خدمات تخصصی برای بیمارانشان داده می شد (۴۰). همچنین، نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد برای پزشکان خانواده در نظر گرفته شده بود. پزشکان خانواده در صورت رسیدن به اهداف تعیین شده پاداش دریافت می کردند (۴۱).

یک نظام اثربخش مراقبت بیماری ها Surveillance system به منظور شناسایی و پاسخ سریع به بروز بیمارها باید وجود داشته باشد. همچنین، ارتباط بین سطح اول و دوم مراقبت های بهداشتی و درمانی باید به خوبی برنامه ریزی و مدیریت شود. یک نظام ارجاع اثربخش باید برای ارجاع بیماران به سطوح بالاتر در صورت لزوم طراحی شود. پزشکان عمومی باید نقش کلیدی به عنوان دروازه بان نظام سلامت داشته باشند. سیاست های تشویقی و تنبیهی لازم برای مراجعه اولیه بیماران به سطح اول مراقبت های بهداشتی و در صورت نیاز ارجاع او توسط پزشک عمومی به سطوح بعدی بکار گرفته شود. اگر بیماران به راحتی بتوانند به پزشکان متخصص و بیمارستان ها برای دریافت خدمات سلامت مراجعه کنند، جایگاه نظام مراقبت های بهداشتی اولیه در نظام سلامت زیر سوال خواهد رفت و میزان بستری شدن بیماران در بیمارستان ها افزایش می یابد. در ترکیه، بیماران در صورت مراجعه مستقیم به بیمارستان ها برای دریافت خدمات سرپایی باید مبلغی از هزینه را خودشان بپردازند (۴۲).

مشارکت عمومی - خصوصی Public-partnership private استراتژی مناسبی برای ارائه مراقبت های بهداشتی اولیه با کیفیت به مردم و با قیمت تمام شده کمتر برای دولت است. مشارکت عمومی-خصوصی یک قرارداد بلندمدت بین بخش عمومی و بخش خصوصی است که در آن بخش دولتی کمیت و کیفیت خدمات عمومی را مشخص کرده و بخش خصوصی مسئول تأمین مالی، طراحی، ساخت یا بازسازی تسهیلات عمومی و ارائه خدمات عمومی است. پرداخت به بخش خصوصی توسط

اصلاحات نظام مراقبت‌های بهداشتی نیازمند تدوین و اجرای برنامه استراتژیک جامع پنج ساله است که شامل تعیین دورنما، ارزش‌ها، اولویت‌ها، اهداف، استراتژی‌ها و سیاست‌های ملی بهداشتی و در نهایت، تدوین برنامه عملیاتی سالانه باشد. اولویت‌های نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید بر مبنای بار بیماری‌ها، نیاز مردم و نتایج سلامتی تعیین شود. تحقیق و توسعه و انجام پژوهش‌های کاربردی در حوزه‌های مختلف نظیر تأمین مالی، استخدام و توسعه کارکنان و بکارگیری تجهیزات و داروها نقش بسزایی در ارتقای کیفیت، ایمنی، اثربخشی و کارایی مراقبت‌های بهداشتی اولیه دارد. بنابراین، سیاست‌ها و استراتژی‌های مبتنی بر شواهد باید برای مدیریت و رهبری نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه استفاده شود. بکارگیری چنین سیاست‌ها و استراتژی‌هایی نیازمند تقویت حاکمیت و رهبری نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه است. تأمین مالی نظام سلامت فرایند جمع‌آوری، انباشت و مدیریت منابع مالی و خرید خدمات سلامت با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم و حمایت مالی از آنها در مقابل هزینه‌های سلامت است (۵۰). کمبود منابع مالی، پرداخت از جیب بالای مردم، فساد مالی و عدم کارایی بیمه‌های سلامت از چالش‌های مهم تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کشورهای با درآمد کم و متوسط است (۳۰). تقویت نظام تأمین مالی پایدار مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران باید از طریق گسترش بیمه‌های عمومی پایه و خصوصی مکمل سلامت، تعرفه‌گذاری صحیح خدمات بهداشتی، استفاده از روش‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد، نظارت بر میزان تعرفه دریافتی ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی، حذف فرانشیز پرداختی توسط مردم، ارائه رایگان مراقبت‌های سلامت مادران، نوزادان و کودکان، بکارگیری بیمه‌های سلامت دولتی برای افراد فقیر، گروه‌های آسیب‌پذیر و پناهجویان و دادن یارانه نقدی به گروه‌های آسیب‌پذیر و فقیر انجام شود. متأسفانه در کشورهای در حال توسعه اولویت کمتری به بهداشت نسبت به درمان داده می‌شود و منابع کمتری به این حوزه تخصیص داده می‌شود (۳۰). میزان سهم تخصیص یافته بودجه سالانه بخش سلامت دولت‌ها به برنامه مراقبت‌های

افزایش نسبی پوشش خدمات سلامت و دسترسی بیشتر مردم مناطق محروم به خدمات بهداشتی شد. حمایت دولت از برنامه، شبکه داوطلبین مردمی، آموزش کارکنان بهداشتی و آموزش داوطلبان مردمی نقش تسهیل‌گر و هزینه بالای مداخله، کمبود کارکنان بهداشتی و منابع، انگیزه پایین برخی کارکنان و فاصله زیاد برخی از روستاها از مراکز بهداشتی نقش مانع را در موفقیت این برنامه داشتند. رضایت مجریان مداخله، کارکنان بهداشتی و مردم استفاده‌کننده خدمات سلامت نقش مهمی در دستیابی به نتایج مداخله داشتند (۴۸).

تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه نیازمند تغییر رویکرد سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت از تمرکز بر درمان بیماری به سمت تأکید بر شناسایی مشکلات سلامتی مردم و ارائه خدمات جامع و یکپارچه بهداشتی و درمانی است. نظام سلامت مبتنی بر مردم باید جایگزین نظام سلامت بیماری محور شود. همچنین، نظام سلامت مبتنی بر نیاز **Needs-driven care** باید جایگزین نظام سلامت مبتنی بر عرضه خدمات سلامت **Supply-driven** شود. خدمات و مراقبت‌های سلامت باید در راستای ارتقای سلامت مردم جامعه ارائه شوند. مردم باید به‌گونه‌ای حمایت و پشتیبانی شوند تا سرمایه اجتماعی توسعه یابد و با ارتقای سواد سلامتی جامعه از بروز بیماری‌ها پیشگیری به عمل آید. مردم عادی جامعه باید توانمند شوند تا در شناسایی و توصیف موضوعات مرتبط با سلامت خود مشارکت داشته باشند. آنها باید در تصمیمات موثر بر سلامتی‌شان، توسعه و بکارگیری سیاست‌ها و ارائه خدمات سلامت مشارکت داشته باشند. مشارکت مردم نقش بسزایی در اجرای برنامه‌های بهداشتی اولیه دارد (۴۹). با وجود این، عدم تمرکز نظام سلامت در برخی کشورها مانند بنگلادش، غنا و اوگاندا، به ویژه زمانی که دولت مرکزی کنترل منابع انسانی سلامت و تأمین مالی را بر عهده دارد، موجب پراکندگی مراقبت‌های بهداشتی اولیه شد (۳۰).

خدمات با ارزش، هزینه-اثربخش و با کیفیت، باید تعرفه مناسبی برای خدمات بهداشتی در نظر بگیرند.

موفقیت برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه تا حد زیادی به دسترسی آسان و راحت مردم به تیم قابل اعتماد ارائه خدمات بهداشتی بستگی دارد. کارکنان کافی، آموزش دیده، با تجربه، مسئولیت‌پذیر و پاسخگو باید به‌طور مناسب برای ارائه خدمات سلامت در سازمان‌های بهداشتی توزیع شوند (۲۹). مراکز بهداشتی اولیه باید خدمات جامعی را به مردم ارائه دهند. این مراکز باید مجهز به پزشکان خانواده، پرستاران، ماماها و کارکنان بهداشتی باشند تا بتوانند خدمات یکپارچه پیشگیری، تشخیصی و درمانی را ارائه دهند (۳۱). فرآیند مدیریت کارکنان بهداشتی شامل اجرای برنامه‌ریزی نیروی انسانی؛ کارمندیابی، انتخاب و استخدام؛ آموزش و توانمندسازی کارکنان؛ مدیریت ارتباط با کارکنان؛ ارزشیابی عملکرد کارکنان و جبران خدمت کارکنان است. تعداد کم کارکنان بهداشتی و انگیزه پایین آنها، حقوق و دستمزد پایین، تعریف ناقص وظایف کارکنان و نظارت ناکافی از چالش‌های مهم مدیریت نیروی انسانی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه کشورهای با درآمد کم و متوسط است (۳۰). تقویت نظام مدیریت کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید از طریق جذب و بکارگیری کارکنان بهداشتی متعهد، پاسخگو و آشنا با فرهنگ غالب منطقه، آموزش و توسعه کارکنان و حمایت مالی، روانی و اجتماعی از آنها انجام شود.

استفاده از مراکز بهداشتی شامل تیم‌های چند تخصصی به مراتب بهتر از مطب‌هایی با یک پزشک عمومی برای ارائه خدمات سلامت است. بکارگیری تیم‌های چند تخصصی و چند مهارتی و به‌روز رسانی وظایف و نقش‌های کارکنان ضروری است. مطالعه‌ای در شیلی در سال ۲۰۱۶ نشان داد که بکارگیری پرستاران مراقبت‌های پیشرفته به جای پزشکان منجر به افزایش دسترسی بیماران به مراقبت‌های بهداشتی جامع و با کیفیت و کاهش هزینه‌های نظام سلامت می‌شود. حمایت سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت و پزشکان مراقبت‌های بهداشتی اولیه نقش مهمی در موفقیت این برنامه داشته است (۵۷). در کانادا از تیم‌های چند تخصصی در

بهداشتی اولیه در کشورهای با درآمد کم و متوسط حدود ۲ تا ۵۶٪ در بین سال‌های ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۸ بوده است (۵۱). بنابراین، سهم بودجه سلامت از تولید ناخالص داخلی باید افزایش یابد و از این میزان، سهم بودجه بخش بهداشت از کل بودجه سلامت باید افزایش یابد. دولت تایلند برنامه پوشش همگانی سلامت را در سال ۲۰۰۲ اجرا کرد که منجر به افزایش سهم دولت از کل هزینه‌های سلامت و کاهش پرداخت از جیب مردم شد (۳۰). هزینه داروی بیماران سرپایی در گرجستان بخش قابل توجهی از پرداخت از جیب مردم را تشکیل می‌داد. دولت در سال ۲۰۱۷ داروهای بیماری‌های غیرواگیر که حدود ۸۰٪ بار بیماری‌های کشور را تشکیل می‌دادند، را تحت پوشش بسته حمایتی قرار داد (۳۰). بیمه‌های سلامت باید نقش فعال‌تری در تأمین مالی برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه داشته باشند. افزایش پوشش بیمه سلامت در کشور تایلند منجر به افزایش استفاده از مراقبت‌های بهداشتی توسط مردم شد (۵۲). افزایش پوشش مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مناطق روستایی منجر به کاهش ۳۲٪ مرگ کودکان زیر ۵ سال شد (۵۳). بکارگیری بیمه سلامت عمومی در مکزیک و پرداخت هزینه ویزیت پزشکان و داروها منجر به افزایش استفاده مردم از ۱۱ برنامه بهداشتی اولیه شد (۵۴). در هلند، بیمه‌های سلامت خصوصی نقش بیشتری در تأمین مالی خدمات و مراقبت‌های سلامت و کاهش هزینه‌ها دارند (۵۵).

تعرفه قیمت دستوری خدمات بهداشتی و درمانی است که توسط مراجع قانونی تعیین شده و خریداران باید بابت دریافت خدمات بهداشتی و درمانی به ارائه‌کنندگان خدمات پرداخت کنند. تعرفه‌گذاری صحیح بر دسترسی، کارایی و کیفیت خدمات سلامت تأثیر زیادی دارد. هزینه تولید خدمات، سود متعارف و ارزش خدمات در محاسبه تعرفه خدمات بهداشتی و درمانی مورد توجه قرار می‌گیرد (۵۶). سیاستگذاران سلامت با توجه به اهمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه به منظور تشویق بخش خصوصی به ارائه

گرفت (۶۱). همچنین، کارکنان بهداشتی باید از منزلت اجتماعی بالایی در بین مردم برخوردار باشند. فرهنگ متخصص سالاری منجر به کاهش انگیزه پزشکان عمومی و کارکنان بهداشتی می‌شود که در نتیجه، اثرات منفی بر پایداری نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه دارد. تأسیسات، تسهیلات، تجهیزات، ملزومات و داروهای با کیفیت مورد نیاز باید به موقع تأمین و در اختیار سازمان‌های بهداشتی قرار داده شوند (۲۹). بکارگیری تجهیزات تشخیصی و درمانی با قیمت مناسب در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه منجر به کاهش هزینه‌های سلامت، ارائه اثربخش و کارآمد خدمات در نقاط دوردست و توانمندسازی مردم برای مدیریت درست بیماری‌ها در منزل می‌شود. فرآیند مدیریت تجهیزات، ملزومات و داروها شامل اجزای نیازسنجی، خرید، نگهداشت و مصرف بهینه تجهیزات، ملزومات و داروها است. تقویت نظام مدیریت و توزیع تجهیزات و ملزومات پزشکی، داروها و واکسن‌ها در حوزه مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید با تاکید بر تقویت زیرساخت‌ها به ویژه در مناطق محروم، تدوین و ابلاغ دستورالعمل‌های مصرف تجهیزات بهداشتی، هماهنگی بین بخشی برای بکارگیری منابع خارج از نظام سلامت و جلب حمایت برای تأمین و تولید تجهیزات انجام شود.

توسعه نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، افزایش مراکز بهداشتی اولیه و توزیع عادلانه آنها منجر به افزایش دسترسی و استفاده از خدمات سلامتی خواهد شد. هماهنگی لازم باید بین توزیع مراکز بهداشتی اولیه و بیمارستان‌ها در یک منطقه جغرافیایی خاص وجود داشته باشد. مطالعه‌ای در ترکیه در سال ۲۰۱۷ نشان داد که میزان استفاده از مراقبت‌های بهداشتی اولیه با افزایش تعداد مراکز بهداشتی و پزشکان خانواده افزایش می‌یابد. در مقابل، افزایش تعداد بیمارستان‌ها و متخصصان پزشکی منجر به کاهش استفاده از مراقبت‌های بهداشتی اولیه و استفاده بیشتر از خدمات تخصصی پزشکی می‌شود (۳۱). افزایش تیم‌های ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کاستاریکا منجر به کاهش مشکلات بهداشتی مردم در مقایسه با سایر مناطق دارای تیم‌های محدود ارائه مراقبت‌های سلامت شد (۶۲). توسعه صنعت داروسازی (به‌ویژه ساخت

مراقبت‌های بهداشتی اولیه استفاده می‌شود و تأکید زیادی بر ارتقای مستمر کیفیت خدمات پزشکی خانواده و مدیریت نیازهای بهداشتی درمانی مردم می‌شود (۵۸).

آموزش کافی و لازم باید به‌طور مستمر برای ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت ارائه شود. ارائه خدمات سلامت با کیفیت و ارزان نیازمند آموزش و تربیت کارکنان بهداشتی به‌منظور بکارگیری روش‌های کاری مبتنی بر شواهد است. برنامه‌های آموزشی باید شامل همه کارکنان نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه از جمله مدیران، پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان باشد. آموزش کارکنان بهداشتی غیر پزشک در آفریقا منجر به افزایش دسترسی مردم به ویژه در روستاها به مراقبت‌های بهداشتی شد (۵۹). مطالعه‌ای نشان داد که اجرای یک دوره دو ساله تحصیلات تکمیلی برای پزشکان خانواده ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه در آفریقا منجر به افزایش مهارت کار تیمی، توانایی رهبری تغییر، مهارت تفکر انتقادی، ارتقای شایستگی‌های بالینی و حمایت آنها از بیماران و جامعه شده بود. هماهنگی برنامه‌های آموزشی، ایجاد شرایط یادگیری مبتنی بر محیط کار، تضمین کیفیت دوره آموزشی و طراحی دوره آموزشی مبتنی بر شواهد از عوامل زمینه‌ای موثر بر اثربخشی دوره آموزش پزشکان بود که منجر به نظارت بیشتر مدرسان، افزایش رضایت پزشکان خانواده و در نهایت، رضایت بیماران آنها (ساز و کارها) شده بود (۶۰). برنامه آموزش پزشکان خانواده در تایلند نیز منجر به افزایش رضایت پزشکان شده بود (۵۲).

ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید به‌طور عادلانه نسبت به همکارانشان در بیمارستان‌ها و مراکز خدمات بهداشتی تخصصی جبران خدمت شوند. کشور ترکیه از روش سرانه برای پرداخت به پزشکان خانواده استفاده می‌کند. پزشکان در مناطق محروم تا ۴۰٪ میزان پرداخت پایه حقوق اضافی دریافت خواهند کرد. حدود ۲۰٪ پرداختی به پزشکان وابسته به عملکرد و دستیابی به شاخص‌هایی نظیر واکسیناسیون و مراقبت‌های مادر و نوزاد است. تعداد ۳۷ شاخص در سال ۲۰۰۷ مورد استفاده قرار

قرار گیرند. آنها باید بدانند که در صورت بیماری برای دریافت خدمات باید به چه کسی یا مرکزی مراجعه کنند. ارائه کننده خدمت سلامت (به عنوان مثال، پزشک خانواده) در صورت لزوم بیمار را باید به سایر ارائه کنندگان و مراکز تخصصی خدمات سلامت ارجاع دهد. تقویت نظام ارائه مراقبت های بهداشتی اولیه باید با تأکید بر پیشگیری و اولویت دهی خدمات برای گروه های آسیب پذیر، توسعه خدمات بهداشتی جامع، ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی، توانمندسازی مردم جامعه در راستای خود مراقبتی و تسهیل مراقبت از راه دور با مشارکت بخش خصوصی انجام شود.

ارائه خدمات سلامت با کیفیت، ایمن و اثربخش هدف مهم نظام سلامت است. مدیران باید تضمین کیفیت خدمات بهداشتی را به عنوان یکی از اهداف مهم نظام مراقبت های بهداشتی در نظر بگیرند، استراتژی مناسبی برای دستیابی به این هدف انتخاب کنند و قوانین و مقرراتی در این زمینه تدوین کنند. مدیریت کیفیت استراتژی مناسبی برای بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی اولیه است (۶۴). بکارگیری مدیریت کیفیت منجر به ارتقای استانداردهای ارائه خدمات پیشگیری، تشخیصی، درمانی و بازتوانی در راستای تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم جامعه می شود. راهنماها و دستورالعمل های بالینی مبتنی بر شواهد باید با همکاری انجمن های علمی و حرفه ای تدوین شود تا منجر به ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی شود. زیرساخت های لازم برای مدیریت کیفیت مراقبت های بهداشتی اولیه مانند قوانین، مقررات و سیاست ها، استانداردهای کیفیتی و بکارگیری برنامه ها و روش های بهبود مستمر کیفیت باید فراهم باشد. بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی اولیه و تقویت ارتباط بین ارائه کننده خدمات سلامت و بیمار موجب افزایش اعتماد مردم به نظام مراقبت های بهداشتی اولیه و رضایت آنها خواهد شد (۳۶). موفقیت برنامه مراقبت های بهداشتی اولیه تحت تأثیر عوامل خارج نظام سلامت شامل عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فناوری قرار دارد. حکومت های سوسیال دموکراتیک با هزینه های عمومی بیشتر و نابرابری درآمد کمتر، برنامه های رفاهی دولتی، سیاست های تجارت

داروهای ژنریک) و تجهیزات پزشکی ایران به منظور تولید تجهیزات، داروها و واکنش های ارزان نقش بسزایی در تقویت و پشتیبانی نظام مراقبت های بهداشتی اولیه دارد.

اطلاعات درست، دقیق و به موقع باید از سازمان های ارایه دهنده خدمات سلامت گردآوری شود تا شواهد لازم برای تصمیم گیری های سیاستگذاران و مدیران فراهم شود (۲۹). ضعف سیستم مدیریت اطلاعات مراقبت های بهداشتی اولیه منجر به عدم دسترسی به موقع به اطلاعات جامع در مورد نیازها، اولویت ها، منابع، عملکرد و کیفیت مراقبت های بهداشتی می شود. فرایند مدیریت اطلاعات شامل اجزای ایجاد سیستم مدیریت اطلاعات (نرم افزار و سخت افزار)؛ جمع آوری اطلاعات؛ تحلیل اطلاعات؛ تبادل اطلاعات و استفاده از اطلاعات است. تقویت نظام یکپارچه مدیریت اطلاعات مراقبت های بهداشتی اولیه به منظور تصمیم گیری مبتنی بر شواهد، ایجاد ارتباط بین داده های بخش دولتی و خصوصی، راه اندازی سیستم ارائه اطلاعات شفاف و گزارش عملکرد بهداشتی برای کسب اعتماد مردم باید صورت گیرد.

ایجاد سامانه پرونده الکترونیک سلامت در چین در راستای برنامه خود مدیریتی بیمارهای مزمن در سال ۲۰۱۴ منجر به افزایش کیفیت زندگی بیماران دیابتی شده بود. بهبود مسئولیت پذیری و کاهش استرس بیماران نقش مهمی در دستیابی به این نتایج داشتند (۶۳). نظام مدیریت اطلاعات مراقبت های بهداشتی اولیه باید دارای ساز و کار یادگیری مستمر باشد. داده های مرتبط با شاخص های عملکردی کلیدی باید به طور مستمر جمع آوری و تحلیل و به اطلاع مدیران و کارکنان سازمان های بهداشتی رسانده شوند تا برای بهبود عملکرد استفاده کنند.

یک نظام قوی مراقبت های بهداشتی اولیه باید منجر به ارائه خدمات با کیفیت، جامع و یکپارچه سلامت شود. مراقبت های بهداشتی اولیه باید جامع (شامل همه مشکلات بهداشتی، در همه بیماران و در همه مراحل زندگی)، در دسترس عموم مردم باشد و به طور مستمر ارائه شود. همه مردم باید در لیست خدمت ارائه کنندگان خدمات سلامت

باید برای تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه استفاده شود. تفکر سیستمی شامل توجه عمیق به ارتباطات، تعاملات و رفتارهای اجزای تشکیل دهنده یک سیستم پیچیده است. یک سیستم شامل ساختارها، فرآیندها، بافتارها (عوامل زمینه‌ای) و نتایج است. دستیابی به نتایج خوب مستلزم داشتن ساختارها، فرایندها و بافتارهای خوب است. بنابراین، تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید شامل فرآیند تقویت و بهبود شش بلوک ساختاری آن به صورت هماهنگ و یکپارچه باشد. یک نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه منسجم و قوی نیازمند سیستم حاکمیت، مدیریت و رهبری پاسخگو و مسئولیت‌پذیر؛ سیستم تأمین مالی پایدار؛ کارکنان متخصص، ماهر و متعهد؛ تجهیزات، ملزومات و داروهای کافی موثر؛ سیستم مدیریت اطلاعات یکپارچه و به‌روز؛ و سیستم ارائه مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت، ایمن و اثربخش است. همچنین، اصلاحات نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید هماهنگ و همراه با اصلاحات نظام سلامت باشد تا نتیجه بهتری بدست آید. نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید به طور صحیح در نظام سلامت ادغام شود تا منجر به افزایش هم‌افزایی بین اجزای سازنده نظام سلامت شود و بتواند پاسخگوی نیازهای بهداشتی جامعه در حال سالمندی و بار فزاینده بیماری‌های واگیر و مزمن باشد. یک نظام منسجم و قوی مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای پوشش همگانی سلامت، پیشگیری و مدیریت بیماری‌ها، ارتقای سلامت، و دستیابی به اهداف سلامتی توسعه پایدار ضروری است.

تشکر و قدردانی

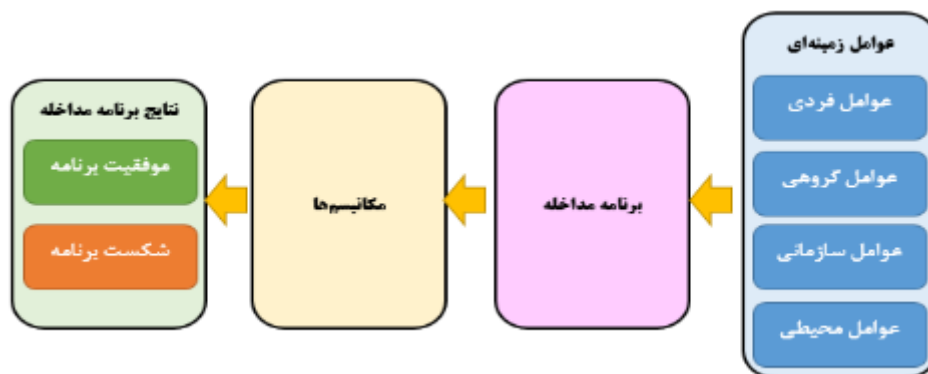
مقاله حاضر برگرفته از بخشی از پایان نامه دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با عنوان "آینده پژوهی پوشش همگانی سلامت در ایران" به شماره کد اخلاق IR.TUMS.SPH.REC.1398.224 است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. نویسندگان از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناسی خود، به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، قدردانی و تشکر می‌کنند.

عادلان، توسعه آموزش اجباری، طرح‌های تأمین مالی خرد، سیاست‌های ایمنی و بهداشت و مسکن ارزان قیمت با کیفیت بالا تأثیرات مثبتی بر سلامت مردم جامعه دارند (۶۵). رشد اقتصادی منجر به افزایش تقاضای مردم برای مراقبت‌های بهداشتی اولیه با کیفیت می‌شود. در مقابل، رکود اقتصادی کاهش تقاضای مردم را به دنبال خواهد داشت. در نتیجه، دولت باید اقداماتی را برای تشویق مردم به استفاده از مراقبت‌های بهداشتی اولیه بکار گیرد.

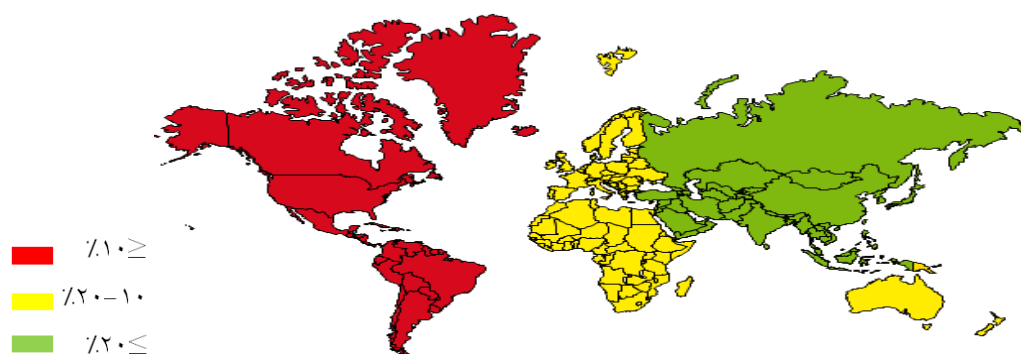
این مطالعه با استفاده از روش مرور واقع‌گرایانه به شناسایی راهکارهای تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه و عوامل زمینه‌ای و ساز و کارهای موثر بر آنها پرداخت. در نهایت، راهکارهای موثر در قالب یک مدل سیستمی شامل شش بلوک ساختاری نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه پیشنهاد شد. عوامل زمینه‌ای و ساز و کارها به طور کامل در مطالعات مرتبط با مداخلات تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه گزارش نمی‌شوند. بنابراین، پژوهشگران ضمن استفاده از مطالعات تجربی و نیمه تجربی معتبر برای بررسی اثرات مداخلات بهداشتی اولیه باید به تشریح عوامل زمینه‌ای موثر و مکانیسم‌های ایجاد شده بپردازند تا الگوبرداری از این مداخلات امکان‌پذیر باشد.

نتیجه‌گیری

نظام سلامت با چالش‌های متعددی نظیر افزایش بار بیماری‌های غیر واگیر مزمن، اپیدمی بیماری‌های جدید مثل کووید-۱۹ و مقاومت‌های ضد میکروبی مواجه است. بنابراین، سیاستگذاران نظام سلامت باید رویکرد خود را از درمان بیماری‌ها به سمت پیشگیری از بیماری‌ها تغییر دهند. ایجاد و تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه نقش بسزایی در ارتقای سلامت جامعه و کاهش میزان ابتلا و مرگ خواهد داشت. از یک رویکرد یکسان نمی‌توان برای تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه کشورهای مختلف استفاده کرد. عوامل تاریخی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی موثر بر نظام سلامت باید در بازطراحی و تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه مورد توجه قرار گیرد. از رویکرد سیستمی



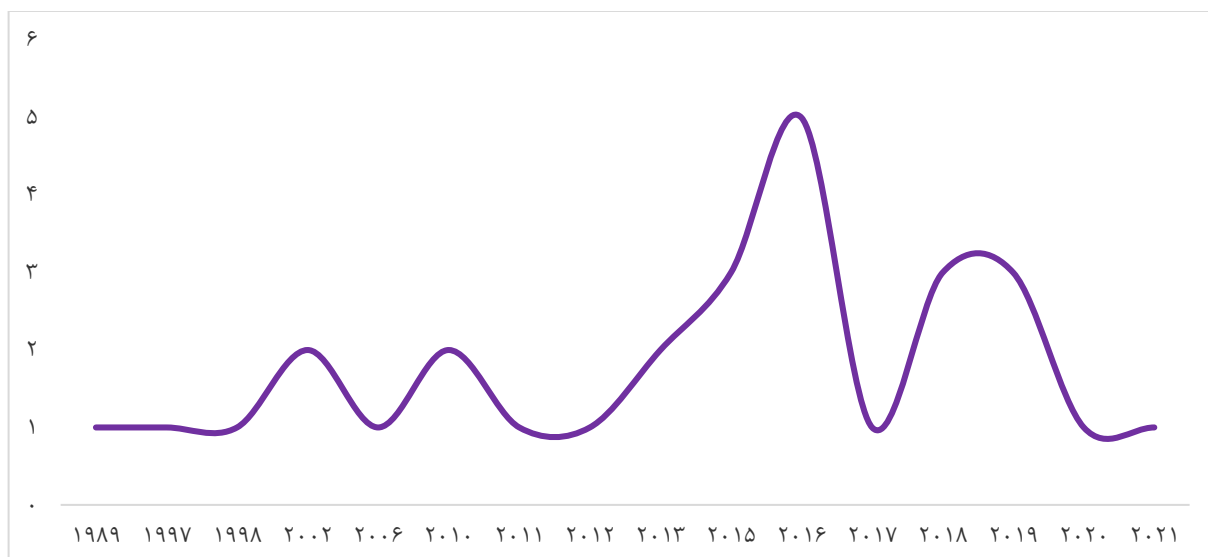
شکل ۱- ارتباط بین برنامه، زمینه، ساز و کار و نتایج در مطالعه راهکارهای تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران (۲۵)



شکل ۲- درصد مقالات مورد بررسی برحسب قاره‌ها راهکارهای تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران



نمودار ۱- روند بررسی پایگاه‌ها و یافتن مقالات در مطالعه راهکارهای تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران



نمودار ۲- توزیع فراوانی مقالات مورد بررسی برحسب سال در مطالعه راهکارهای تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران

جدول ۱- راهکارهای تقویت نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ایران در مطالعه راهکارهای تقویت نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ایران

بلوک های ساختاری	راهکارهای تقویت برنامه مراقبت های بهداشتی اولیه
حاکمیت و رهبری	اجرای برنامه پزشک خانواده (۸)؛ بکارگیری نظام مراقبت بیماری ها (۵)؛ اجرای برنامه خود مدیریتی بیماری ها و مدیریت خانگی بیماری ها (۴)؛ همکاری با سازمان های ارائه دهنده خدمات اجتماعی (۴)؛ توسعه سیستم ارجاع (۲)؛ اجرای برنامه ارائه خدمات سلامت در منزل (۲)؛ جلب مشارکت عمومی - خصوصی (۲)؛ و بکارگیری مدیریت یکپارچه (۱)
تأمین مالی	افزایش منابع مالی (۱۱)؛ بکارگیری روش پرداخت سرانه مبتنی بر عملکرد (۵)؛ گسترش پوشش بیمه سلامت (۴)؛ تعرفه گذاری صحیح خدمات بهداشتی (۲)؛ و استفاده از کمک های مالی مردمی (۱)
نیروی انسانی	آموزش کارکنان (۱۴)؛ افزایش پزشکان و کارکنان (۷)؛ تشکیل تیم های چند تخصصی بهداشتی (۲)؛ استفاده از پرستاران مراقبت های پیشرفته (۱)؛ و استفاده از پزشکان به عنوان دروازه بان (۱)
فناوری، تجهیزات و دارو	تأمین تجهیزات و داروهای مورد نیاز (۷)؛ و افزایش تعداد مراکز بهداشتی اولیه (۵)
سیستم های اطلاعاتی	ایجاد سامانه جامع پرونده الکترونیکی سلامت (۸)؛ بکارگیری سیستم های اطلاعاتی جامع (۵)؛ بکارگیری سیستم ثبت بیماران (۲)؛ ایجاد پورتال ملی تجارب و کارکردهای مطلوب (۱)؛ و اعلان عمومی شاخص های عملکردی (۱)
ارائه خدمات سلامت	توسعه خدمات بهداشتی (۷)؛ ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی (۶)؛ راه اندازی خدمات مراقبت های اجتماعی (۱)؛ و توانمندسازی مردم جامعه (۱)

جدول ۲- عوامل زمینه ای موثر بر برنامه مراقبت های بهداشتی اولیه در مطالعه راهکارهای تقویت نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ایران

عوامل زمینه ای	عوامل زمینه ای موثر بر موفقیت برنامه مراقبت های بهداشتی اولیه
حاکمیت و رهبری	تعهد و حمایت سیاستگذاران و مدیران سلامت (۱۱)؛ مدیریت و رهبری قوی (۸)؛ مشارکت بیماران و جامعه (۸)؛ نظارت دقیق و موثر (۸)؛ رویکرد جامعه محور (۸)؛ سیاستگذاری و برنامه ریزی صحیح و دقیق (۷)؛ فرهنگ کار تیمی (۷)؛ ارتباطات موثر (۷)؛ پاسخگویی (۶)؛ همکاری بین بخشی (۶)؛ مسئولیت پذیری اجتماعی (۴)؛ تمرکززدایی در تصمیم گیری (۳)؛ ارزشیابی و مدیریت عملکرد (۳)؛ قوانین و سیاست های حمایتی (۳)؛ تاب آوری سازمانی (۳)؛ اولویت بندی (۳)؛ نوآوری و یادگیری (۲)؛ فرهنگ نتیجه محور (۱)؛ و تحقیق و توسعه (۱)
تأمین مالی	تأمین مالی پایدار (۳)؛ پرداخت مبتنی بر عملکرد (۳)؛ پرداخت عادلانه به ارائه کنندگان خدمت (۲)
منابع انسانی	شایستگی، مهارت و تجربه کارکنان (۶)؛ انجام تیمی کارها (۵)؛ شرایط مناسب کاری کارکنان (۳)؛ ترکیب صحیح کارکنان بهداشتی (۳)؛ توزیع مناسب کارکنان بهداشتی (۲)؛ انگیزه بالای کارکنان (۲)؛ حجم کاری مناسب کارکنان (۱)؛ و شفافیت و وظایف کارکنان (۱)
تکنولوژی، دارو و تجهیزات	ایجاد زیرساخت های لازم (۵)؛ توزیع عادلانه داروهای مورد نیاز (۳)؛
سیستم های اطلاعاتی	اطلاع رسانی صحیح به ذی نفعان (۵)؛ تبادل اطلاعات (۲)؛ کیفیت آمار و داده ها (۲)؛ و گزارش دهی آمار حیاتی مهم (۱)
ارائه خدمت سلامت	جامعیت خدمات بهداشتی (۷)؛ کیفیت و ایمنی خدمات بهداشتی (۵)؛ استفاده از راهنماها و دستورالعمل های بالینی مبتنی بر شواهد (۴)؛ هماهنگی خدمات بهداشتی و درمانی سطوح مختلف (۳)؛ مشتری محوری (۳)؛ احترام و اعتماد متقابل بین ارائه کننده خدمات بهداشتی و بیماران (۲)؛ و تداوم خدمات بهداشتی (۲)
سیاسی	حمایت دولت (۲)؛ و بررسی و بازنگری سیاست ها (۱)
اقتصادی	رشد و رکود اقتصادی (۲)
اجتماعی	توسعه سرمایه اجتماعی (۲)؛ و هماهنگی بین سازمان های مردم نهاد و سازمان های دولتی (۱)
فناوری	توسعه و تقویت صنایع داروسازی و تجهیزات پزشکی (۲)

۱۰

۱۰

۱۰

۱۰

جدول ۳- انواع ساز و کارهای تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مطالعه راهکارهای تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران

واکنش‌ها	ساز و کارهای تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه
واکنش‌های شناختی	افزایش رضایت بیماران (۱۳)؛ افزایش رضایت کارکنان (۱۱)؛ افزایش انگیزه کارکنان (۷)؛ افزایش اعتماد عمومی مردم (۵)؛ افزایش مسئولیت‌پذیری کارکنان (۳)؛ افزایش تعهد سازمانی کارکنان (۲)؛ افزایش توانمندی بیماران (۲)؛ کاهش استرس کارکنان (۱)؛ و کاهش استرس بیماران (۱)
واکنش‌های رفتاری	افزایش مشارکت فعال مردم و بیماران (۷)؛ افزایش مشارکت فعال کارکنان (۵)؛ افزایش شایستگی‌ها و مهارت کارکنان بهداشتی (۵)؛ بهبود ارتباطات بین ارائه‌کننده خدمات سلامت و بیمار (۵)؛ بهبود عملکرد تیم بهداشتی (۳)؛ بازخورد به موقع (۱)؛ و انتخاب آزادانه پزشکان (۱)

جدول ۴- نتایج حاصل از تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مطالعه راهکارهای تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران

اهداف نظام سلامت	نتایج برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه
دسترسی	افزایش پوشش خدمات سلامت (۹)؛ افزایش دسترسی به خدمات سلامت (۸)؛ افزایش بهره‌مندی از خدمات سلامت (۵)؛ و ارجاع به موقع به مراکز بهداشتی (۲)
کیفیت	بهبود کیفیت خدمات بهداشتی (۵)؛ و کاهش خطاهای پزشکی (۲)
کارایی	کاهش هزینه (۳)؛ افزایش کارایی ارائه خدمت (۲)؛ افزایش نسبت مشاوره مراقبت‌های بهداشتی اولیه (۲)؛ کاهش زمان ارائه خدمات (۲)؛ تخصیص بهینه منابع (۱)؛ و کاهش بار کاری مراکز بهداشتی (۱)
عدالت	بهبود عدالت در سلامت (۳)؛ و کاهش نابرابری‌های سلامت (۲)
تاب‌آوری	افزایش تاب‌آوری نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه (۳)
سلامتی	کاهش مرگ و میر (۶)؛ بهبود سطح سلامتی (۵)؛ پیشگیری از بیماری (۴)؛ کاهش بار بیماری‌ها (۲)؛ کاهش بستری در بیمارستان (۲)؛ و کاهش روزهای کاری از دست رفته ناشی از بیماری (۱)
محافظت مالی	افزایش سهم بهداشت از تولید ناخالص داخلی (۱)؛ کاهش پرداخت از جیب بیماران (۱)؛ و کاهش هزینه بیماران (۱)
پاسخگویی	افزایش رضایت بیماران و جامعه (۱۳)

References

- Mosadeghrad AM, Janbabaei G, Kalantari B, Darrudi A, Dehnavi H. Equity in distribution of hospital beds in Iran. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2020; 24(6):12-36. [Persian]
- Haque M, Islam T, Rahman NA, McKimm J, Abdullah A, Dhingra S. Strengthening primary health care services to help prevent and control long-term non-communicable diseases in low-and middle-income countries. *Risk management and healthcare policy*. 2020;13:409.
- World Health Organization. *From Alma-Ata to the Year 2000: Reflections at the Midpoint*. Geneva, Switzerland; 1988:110.
- Rifkin SB. Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All-from consensus to complexity. *BMJ global health*. 2018; 3(3):e001188.
- World Health Organization. *Declaration of Alma Ata*. World Health Organization; 2000. Available from: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. [Access date 31/05/2019].
- World Health Organization. *Declaration of Astana*. Geneva: World Health Organization; 2019. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328123/WHO-HIS-SDS-2018.61-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Access date 23/08/2021].
- World Health Organization. *Communicable disease surveillance and*

- response systems: guide to monitoring and evaluating. Lyon [France]: World Health Organization, 2006.
8. Doherty J, Govender R. The Cost-Effectiveness of Primary Care Services in Developing Countries: A Review of the International Literature. Washington: World Bank, 2004.
 9. 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.
 10. Lee A, Kiyu A, Milman HM, Jimenez J. Improving health and building human capital through an effective primary care system. *Journal of Urban Health*. 2007; 84(1):75-85.
 11. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014; 349.
 12. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PD, Lima-Costa MF, Medina MG, Mota E, de Oliveira VB, Turci MA. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Affairs*. 2010; 29(12):2149-60.
 13. Aquino R, De Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *American journal of public health*. 2009; 99(1):87-93.
 14. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *The milbank quarterly*. 2005; 83(3):457-502.
 15. Martin S, Smith PC, Dusheiko M, et al. 2010. Do Improvements in Primary Care Reduce Secondary Care Costs. London: The Health Foundation.
 16. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development countries, 1970-1998. *Health services research*. 2003; 38(3):831-65.
 17. Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health affairs*. 2013; 32(4):686-694.
 18. Hansen J, Groenewegen PP, Boerma WG, Kringos DS. Living in a country with a strong primary care system is beneficial to people with chronic conditions. *Health affairs*. 2015; 34(9):1531-1537.
 19. World Health Organization. Declaration of Astana. Geneva: World Health Organization; 2019. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328123/WHO-HIS-SDS-2018.61-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Access date 23/08/2021].
 20. Bailie R, Matthews V, Brands J, Schierhout G. A systems-based partnership learning model for strengthening primary healthcare. *Implementation Science*. 2013; 8(1):1-2.
 21. Kiani MM, Khanjankhani K, Shirvani M, Ahmadi B. Strengthening the Primary Health Care System in Iran: A Comprehensive Review Study. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2020; 18(2):121-38.
 22. Sajadi HS, Majdzadeh R. From primary health care to universal health coverage in the Islamic Republic of Iran: a journey of four decades. *Archives of Iranian medicine*. 2019; 22(5):262-8.
 23. Doshmangir L, Moshiri E, Farzadfar F. Seven decades of primary healthcare during various development plans in Iran: a historical review. *Archives of Iranian medicine*. 2020; 23(5):338-52.
 24. Mahfoozpour S, Masoudi-Asl I, Doshmangir L. Iran's primary health care challenges in realizing public health coverage: a qualitative study. *Nursing and Midwifery Journal*. 2020; 18(2):166-179.
 25. Mosadeghrad AM, Heydari M, Abbasi M, Abbasi M. Methodology of Realist Review in the Health System. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2021; 19(1):1-20.
 26. Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. *The qualitative researcher's companion*. 2002; 573:305-29.
 27. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D, Peters MD, Horsley T, Weeks L, Hempel S. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and

- explanation. *Annals of internal medicine*. 2018; 169(7):467-73.
28. World Health Organization (WHO). *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*. WHO's Framework for Action. Geneva: World Health Organization; 2007.
 29. Mosadeghrad AM. Health strengthening plan, a supplement to Iran health transformation plan: letter to the editor. *Tehran University Medical Journal*. 2019; 77 (8):537-538. [Persian]
 30. Langlois EV, McKenzie A, Schneider H, Mecaskey JW. Measures to strengthen primary health-care systems in low-and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2020; 98(11):781.
 31. Hone T, Gurol-Urganci I, Millett C, Basara B, Akdag R, Atun R. Effect of primary health care reforms in Turkey on health service utilization and user satisfaction. *Health policy and planning*. 2017; 32(1):57-67.
 32. Harris M, Haines A. Brazil's family health programme. *BMJ*. 2010; 341:4945.
 33. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Themes and reform of primary health care in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciencia and saude coletiva*. 2016; 21:1327-38.
 34. Macinko J, Guanais FC, De Souza MD. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006; 60(1):13-9.
 35. Atun RA, Menabde N, Saluvere K, Jesse M, Habicht J. Introducing a complex health innovation-Primary health care reforms in Estonia. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2006; 79(1):79-91.
 36. Polluste K, Kalda R, Lember M. Evaluation of primary health care reform in Estonia from patients' perspective: acceptability and satisfaction. *Croatian medical journal*. 2004; 45(5):582-587.
 37. Browning CJ, Yang H, Zhang T, Chapman A, Liu S, Enticott J, Thomas SA. Implementing a chronic disease self-management program into China. *Frontiers in public health*. 2015; 2:181.
 38. Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. Comparative performance of private and public healthcare systems in low-and middle-income countries: a systematic review. *PLoS medicine*. 2012; 9(6):e1001244.
 39. Berendes S, Heywood P, Oliver S, Garner P. Quality of private and public ambulatory health care in low and middle income countries: systematic review of comparative studies. *PLoS medicine*. 2011; 8(4):e1000433.
 40. Kay A. The abolition of the GP fundholding scheme: a lesson in evidence-based policy making. *British Journal of General Practice*. 2002; 52(475):141-4.
 41. Roland M, Guthrie B. Quality and outcomes framework: what have we learnt? *BMJ*. 2016; 354:i4060.
 42. Tatar M, Mollahaliloğlu S, Sahin B, Aydin S, Maresso A, Hernández-Quevedo C. Turkey Health system review. *Health systems in transition*. 2011; 13(6):1-186.
 43. Pollock A, Price D. Privatising primary care. *British Journal of General Practice*. 2006; 56: 565-567.
 44. Etemadian M, Mosadeghrad AM, Mohaghegh Dolatabadi MR, Dehnavi H. The challenges of public-private partnership in hospital Construction. *Journal of Hospital*. 2020; 19(1):27-40. [Persian]
 45. Smed S, Scarborough P, Rayner M, Jensen JD. The effects of the Danish saturated fat tax on food and nutrient intake and modelled health outcomes: an econometric and comparative risk assessment evaluation. *European journal of clinical nutrition*. 2016; 70(6):681-686.
 46. Bergallo P, Castagnari V, Fernández A, Mejía R. Regulatory initiatives to reduce sugar-sweetened beverages (SSBs) in Latin America. *PLoS One*. 2018; 13(10):e0205694.
 47. Schafferer C, Yeh CY, Chen SH, Lee JM, Hsieh CJ. A simulation impact evaluation of a cigarette excise tax increase on licit and illicit cigarette consumption and tax revenue in 36 European countries. *Public Health*. 2018; 162:48-57.
 48. Makaula P, Funsanani M, Mamba KC, Musaya J, Bloch P. Strengthening primary health care at district-level in Malawi-Determining the coverage, costs and benefits of community-directed interventions. *BMC health services research*. 2019; 19(1):1-14.

49. McEvoy R, Tierney E, MacFarlane A. 'Participation is integral': understanding the levers and barriers to the implementation of community participation in primary healthcare: a qualitative study using normalisation process theory. *BMC health services research*. 2019; 19(1):1-4.
50. Mosadeghrad AM, Tolouie Rakhshan S, Afshari M, Isfahani P. Health financing system indicators: A scoping review. *Hakim Research Journal*. 2020; 23(3):353-366. [Persian]
51. World Health Organization. Building the economic case for primary health care: a scoping review. Geneva: World Health Organization; 2018. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018> .48 [cited 2019 Sep 6].
52. Jaturapatporn D, Dellow A. Does Family Medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors?. *BMC family practice*. 2007; 8(1):1-6.
53. Vapattanawong P, Hogan MC, Hanvoravongchai P, Gakidou E, Vos T, Lopez AD, Lim SS. Reductions in child mortality levels and inequalities in Thailand: analysis of two censuses. *The lancet*. 2007; 369(9564):850-5.
54. Gakidou E, Lozano R, González-Pier E, Abbott-Klafter J, Barofsky JT, Bryson-Cahn C, Feehan DM, Lee DK, Hernández-Llamas H, Murray CJ. Assessing the effect of the 2001-06 Mexican health reform: an interim report card. *The Lancet*. 2006; 368(9550):1920-35.
55. Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E. World Health Organization. Netherlands: health system review. *Health System Transition*. 2016;18:1-240.
56. Mosadeghrad AM, Isfahani P, Karimi F. Hospital Tariffs: A Conceptual Analysis. *Hakim Research Journal*. 2020; 23(2):246-259. [Persian]
57. Aguirre-Boza F, Achondo B. Towards universal access to health care: Incorporation of advanced practice nurses in primary care. *Revista medica de Chile*. 2016;144(10):1319-21.
58. Hutchison B, Levesque JF, Strumpf E, Coyle N. Primary health care in Canada: systems in motion. *The Milbank Quarterly*. 2011; 89(2):256-88.
59. Mullan F, Frehywot S. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *The Lancet*. 2007; 370(9605):2158-63.
60. Mash R, Malan Z, Von Pressentin K, Blitz J. Strengthening primary health care through primary care doctors: The design of a new national postgraduate diploma in family medicine. *South African Family Practice*. 2016; 58(1):32-36.
61. Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, Nazlıoğlu S, Özgülcü Ş, Aydoğan Ü, Ayar B, Dilmen U. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet*. 2013; 382(9886):65-99.
62. Rosero-Bixby L. Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study. *Social science and medicine*. 2004; 58(7):1271-84.
63. Browning CJ, Yang H, Zhang T, Chapman A, Liu S, Enticott J, Thomas SA. Implementing a chronic disease self-management program into China: the happy life club™. *Frontiers in public health*. 2015; 2:181.
64. Lewin S, Lavis JN, Oxman AD, Bastías G, Chopra M, Ciapponi A, Flottorp S, Martí SG, Pantoja T, Rada G, et al. Supporting the delivery of cost-effective interventions in primary health-care systems in low-income and middle-income countries: an overview of systematic reviews. *Lancet*. 2008; 372:928-939.
65. McCartney G, Hearty W, Arnot J, Popham F, Cumbers A, McMaster R. Impact of political economy on population health: a systematic review of reviews. *American journal of public health*. 2019; 109(6):e1-2.

Primary Health Care Strengthening Strategies in Iran: A Realistic Review

Ali Mohammad Mosadeghrad¹, Mahdiyeh Heydari², Parvaneh Isfahani^{3*}

- 1- Ph.D. Professor, Department of Health Management and Economics, Health Information Management Research Center, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
 - 2- Ph.D. Student, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
 - 3- Assistant Professor, Department of Health Services Management, School of Public Health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran
- *Corresponding Author: P.isfehani@gmail.com

Received: Dec 26, 2020

Accepted: Oct 4, 2021

ABSTRACT

Background and Aim: The Primary Health Care (PHC) system is the most comprehensive, equitable and efficient way to promote people's health and social welfare by providing preventive, curative, rehabilitative and palliative services in a place close to where people live and work. Iran's PHC system faces challenges that limit its effectiveness and efficiency. The aim of this study was to identify strategies to strengthen Iran's PHC system.

Materials and Methods: A realistic review method was used in this research. Published articles on strategies to strengthen the PHC system between 1978 and 2019 were searched in eight databases and Google scholar search engine. Finally, 29 articles were found to be eligible for inclusion in this study; framework analysis was done using the MAXQDA-10 software.

Results: Twenty-nine strategies were identified for strengthening the PHC system. A well designed PHC system is one with the following characteristics: realistic goals and appropriate strategies equipped with necessary resources, organized in multidisciplinary teams that provide comprehensive and quality health services (intervention program), with strong governance and leadership, financing, work force, equipment and medicines, information systems and robust health services delivery processes and well adapted to the external environment (context). Such a PHC system will increase healthcare providers' satisfaction and commitment, as well as the patients' trust, participation and satisfaction (the mechanism) and, finally, promotes, restores, and maintains the people health (result).

Conclusion: A strong PHC system is a pre-requisite for strengthening a health system. Various strategies such as strengthening management and leadership, improving organizational structure and culture, improving the information system, empowering human resources and increasing population coverage can lead to an improved PHC system. Historical, social, cultural and economic factors affecting the health system should be considered in redesigning and strengthening a PHC system.

Keywords: Primary Health Care, Health System, Health System Reform, Realistic Review

Copyright © 2021 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.