نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره نهم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۴، صفحات

مروری

همگام‌سازی شبکه مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه ایران با دستورالعمل محله محور بریتانیا

زهرا نجفی[۱]، سیدعلیرضا مرندی[۲]، حسین ملک‌افضلی[۳]، امیرحسین تکیان[۴*]

۱. کاندیدای دکتری تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. استاد ممتاز دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، عضو پیوسته و رئیس فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران
۳. استاد ممتاز بازنشسته دانشگاه علوم پزشکی تهران، عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران
۴. *نویسنده مسئول: استاد سیاست‌گذاری سلامت و بنیانگذار مرکز تعالی سلامت جهانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران، takian@tums.ac.ir

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۱/۱۷ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۵/۱۱

چکیده

زمینه و هدف: نظام مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه (PHC) ایران طی نزدیک به پنج دهه الگویی موفق در ارتقای سلامت عمومی بوده است. اصول بنیادین این نظام در دستورالعمل سلامت محله‌محور بریتانیا نیز منعکس شده است که بر ارتقای مراقبت‌های اولیه و سلامت جامعه تأکید دارد. این مطالعه با هدف مقایسه راهبردهای بریتانیا با تجربه ایران، و بهره‌گیری از تجارب جهانی برای بهبود PHC کشور انجام شده است.

روش: این پژوهش با طراحی مطالعه مروری روایتی- مقایسه‌ای، دستورالعمل سلامت محله محور بریتانیا را با شبکه مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی اولیه ایران مقایسه کرد. چارچوب مقایسه بر شش مؤلفه اصلی محله محور NHS انگلستان استوار بوده و شواهد ایران با این مؤلفه‌ها تطبیق داده شده است. داده‌ها شامل اسناد ملی، قوانین و برنامه‌های وزارت بهداشت، گزارش‌های مرکز مدیریت شبکه و مقالات علمی‌پایگاه‌های فارسی با محوریت ساختار، عملکرد و چالش‌های PHC ایران هستند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها بر مبنای شش مؤلفه کلیدی NHS نشان داد که بسیاری از راهبردهای بریتانیا، در PHC ایران نهادینه شده‌اند؛ بااین‌حال، رفع کاستی‌های اجرایی، تقویت حکمرانی و اصلاح مدیریت نظام سلامت در ایران، پیش‌شرط اثربخشی این نظام برای تحقق پوشش همگانی سلامت است. پس از دو دهه اجرای برنامه پزشک خانواده، بازنگری و نوآوری در کارایی PHC ایران بیش از گذشته ضروری می‌باشد.

نتیجه‌گیری: این تحلیل، فرصتی برای گفتگو و اصلاح سیاست‌ها در جهت اقدام مؤثرتر فراهم می‌آورد. بهره‌برداری از تجارب بین‌المللی، به‌ویژه راهبردهای جدید بریتانیا، می‌تواند مسیر اصلاح و بهبود نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران را هموار سازد.

کلیدواژه‌ها: ارائه مراقبت‌های بهداشتی، بهداشت همگانی، خدمات بهداشت جامعه، مراقبت بهداشتی اولیه، نظام سلامت

مقدمه

سازمان جهانی سلامت (WHO) تأکید می‌کند که کشورها نظام‌های سلامت خود را به سمت مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه (PHC)، به عنوان ابزاری کلیدی برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت (UHC) سوق دهند (۱).

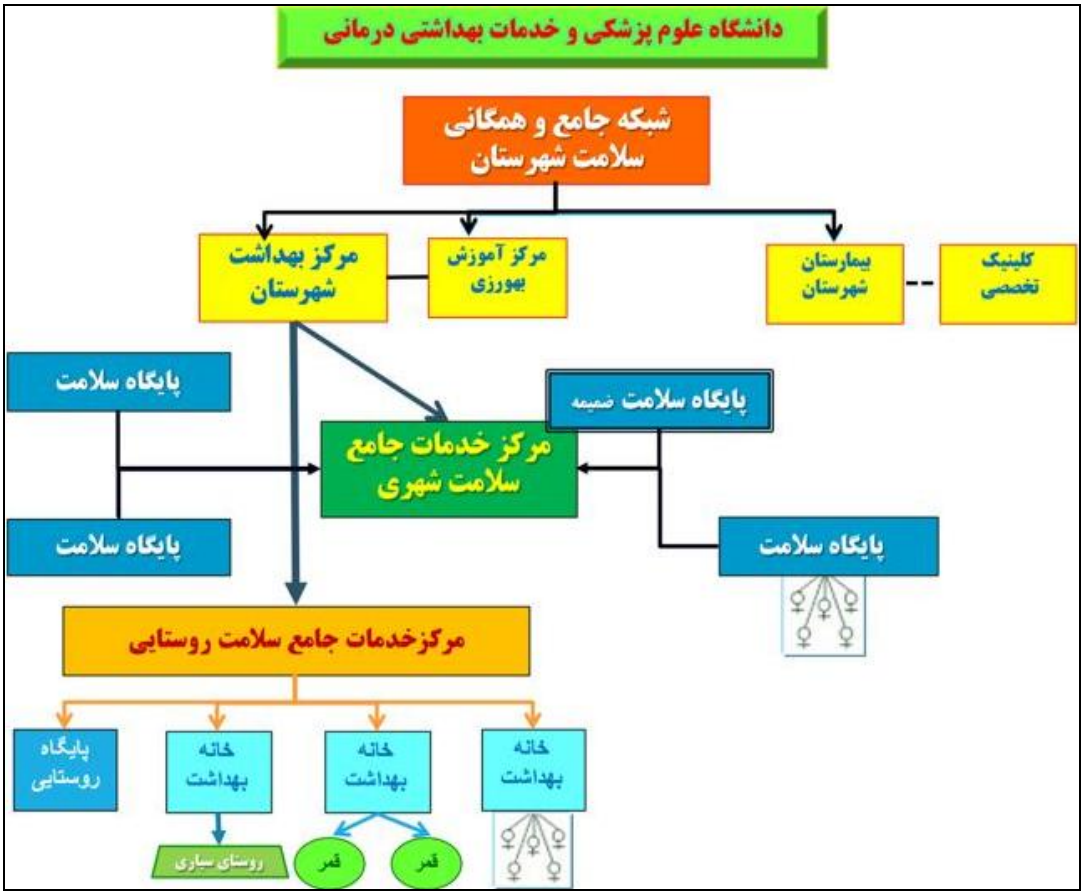
PHC به عنوان فراگیرترین، عادلانه‌ترین، مقرون به‌صرفه‌ترین و کارآمدترین رویکرد برای ارتقای سلامت جسمی و روانی مردم و همچنین رفاه اجتماعی، به طیف گسترده‌ای از عوامل تعیین‌کننده سلامت می‌پردازد و بر ابعاد جامع سلامت و رفاه جسمی، روانی و اجتماعی تمرکز دارد(۲). این نظام مراقبتی، خدمات سلامت را در طول زندگی فرد ارائه می‌دهد و نه تنها برای گروهی از بیماری‌ها، و البته تضمین می‌کند که افراد به خدمات جامع و باکیفیت سلامت، از جمله ارتقای سلامت، پیشگیری، درمان، توانبخشی و مراقبت‌های تسکینی، تا حد امکان در نزدیک‌ترین محیط روزمره خود دسترسی داشته باشند(۱ و ۳). شواهد مبنی بر تأثیر گسترده سرمایه‌گذاری در PHC در سراسر جهان به ویژه در مواقع بحرانی مانند همه‌گیری COVID-19 در حال افزایش است(۴).

نظام مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه (PHC) در ایران، به‌عنوان یکی از موفق‌ترین الگوهای ارتقای سلامت عمومی، سابقه‌ای نزدیک به نیم قرن دارد. این نظام، از اوایل دهه ۱۳۵۰ و در پی تصویب قطعنامه آلماآتا در سال ۱۹۷۸، با هدف «سلامت برای همه» شکل گرفت و شبکه‌ای گسترده از

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-23]

مراکز بهداشتی درمانی در مناطق شهری و روستایی ایجاد کرد (شکل ۱). با وجود مشکلاتی نظیر جنگ تحمیلی هشت‌ساله و تحریم‌های ناعادلانه، دستاوردهای مهمی در حوزه سلامت حاصل شد؛ از جمله خودکفایی در آموزش نیروی انسانی، توسعه بهداشت عمومی، گسترش زیرساخت‌های سلامت در مناطق محروم، افزایش تولید داخلی دارو و تجهیزات، و گسترش بیمه سلامت. این پیشرفت‌ها به بهبود چشمگیر شاخص‌هایی چون مرگ‌ومیر مادران و کودکان، امید به زندگی، پوشش واکسیناسیون و ارتقای آگاهی عمومی در زمینه پیشگیری از بیماری‌ها منجر شد (۵). با این وجود، چالش‌هایی همچون نابرابری کیفیت خدمات در مناطق مختلف، ضعف زیرساخت‌های مرتبط با عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پیچیدگی بیماری‌های غیرواگیر و نیاز به ارتقای آموزش منابع انسانی همچنان باقی است. شرایط اقتصادی- اجتماعی نامطلوب ناشی از تحریم‌ها، به‌ویژه در سال‌های اخیر، نیز پیامدهای منفی بر شاخص‌های سلامت داشته و ایران را در رده‌های میانی کشورهای منطقه مدیترانه شرقی قرار داده است (۶). با باور به این نکته که نظام PHC ایران، ترجمان آشکار تأثیر مثبت اولویت‌بخشی به مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه در بهبود شاخص‌های سلامت و دستیابی به عدالت در سلامت است(۳ و ۷)، ضرورت رفع کاستی‌ها و بازگشت به مسیر پیشرفت و توسعه سلامت شهروندان ایران زمین، واقعیتی انکارناپذیر است.

امروزه بسیاری کشورها، شامل با درآمد کم، متوسط و بالا، در تلاش‌اند تا با هدف نیل به پوشش همگانی سلامت، اصول PHC را در نظام‌های سلامت خود تقویت کنند. از این رو، تدوین سیاست‌های جدید برای تقویت مراقبت‌های اولیه، به‌ویژه با هدف بهبود دسترسی، کاهش نابرابری‌ها و افزایش پایداری مالی نظام‌های سلامت مورد توجه قرار گرفته است. به عنوان نمونه، راهبرد سلامت محله محور بریتانیا برای سال ۲۰۲۵/۲۶ بر بهبود خدمات و ارتقای سلامت جامعه تمرکز دارد(۹) که نشان‌گر اهمیت فزاینده PHC در سیاست‌گذاری سلامت در سطح جهانی است. با توجه به تجربه موفق ایران در توسعه شبکه بهداشتی درمانی خود که توانسته است خدمات جامع و ادغام‌یافته‌ای را در سطح اولیه ارائه دهد، و با توجه به جایگاه شناخته شده نظام ملی خدمات سلامت (NHS) بریتانیا، به ویژه برنامه پزشک خانواده آن کشور در ارایه عادلانه خدمات سلامت به شهروندان، این نوشتار به تحلیل راهبرد سلامت محله محور بریتانیا ۲۰۲۵/۲۶ و مقایسه آن با تجربه ایران می‌پردازد. امید است مقایسه تحلیلی و شواهد محور نقاط اشتراک و افتراق دو کشور بتواند ضمن بیان اقدامات موفق ایران در راستای دستیابی به مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی، کاستی‌ها و چالش‌های موجود را آشکار نماید که به نوبه خود گامی کاربردی برای بهره‌گیری از راهبردهای به روز جهانی برای بهبود نظام PHC در ایران، و ارتقای سلامت مردم عزیزمان خواهد بود.



شکل ۱. ساختار شبکه PHC در ایران(۸)

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-23]

روش

طراحی مطالعه

این پژوهش یک مروری روایتی با رویکرد مقایسه‌ای (narrative comparative review) است(۱۰ و ۱۱) که با هدف مقایسه «دستورالعمل سلامت محله‌محور NHS انگلستان ۲۰۲۵/۲۶»، با نظام شبکه مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه ایران انجام شد. چارچوب مقایسه مبتنی بر اجزای کلیدی دستورالعمل NHS (شش مؤلفه‌ی محله‌محور) بوده و شواهد متناظر ایران با این اجزا تطبیق داده شد.

منابع و داده‌ها

داده‌ها از مرور منابع و اسناد ملی شامل قوانین و برنامه‌ها، آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، گزارش‌های مرکز مدیریت شبکه، و سایر مستندات بالادستی و بدون محدودیت زمانی گردآوری شد. همچنین، مقالات علمی منتشرشده در پایگاه‌های فارسی مانند SID و Magiran که به ساختار، عملکرد و چالش‌های PHC ایران پرداخته‌اند، مورد استفاده قرار گرفتند. کلیدواژه‌های اصلی عبارت بودند از: «شبکه بهداشت»، «مراقبت‌های بهداشتی اولیه»، «خانه بهداشت»، «پایگاه سلامت»، «بهورز»، «ارجاع»، و «سلامت محله‌محور».

تحلیل داده‌ها

تحلیل و سنتز داده‌ها بر پایه شش مؤلفه دستورالعمل سلامت محله‌محور NHS (مدیریت سلامت جمعیت، پزشک خانواده نوین، استانداردسازی خدمات سلامت جامعه، دسته‌های چندرشته‌ای محلی، مراقبت‌های واسطه‌ای یکپارچه با رویکرد «اول خانه»، و خدمات اورژانسی محلی) انجام شد. محتوای سند NHS و شواهد مربوط به PHC ایران در قالب رویکرد مقایسه‌ای بررسی و شکاف‌ها، نقاط قوت و فرصت‌های بهبود شناسایی شد. سپس یافته‌ها با استفاده از تحلیل روایتی مضمونی تلفیق شد تا براساس مقایسه وضعیت ایران و انگلستان، پیشنهادهای سیاستی برای ارتقای شبکه PHC ایران ارائه شود.

یافته‌ها

تجربه ۵۰ ساله ایران و دستورالعمل انگلستان برای سال ۲۰۲۵/۲۶

نظام مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های کلیدی نظام سلامت، نقشی بنیادین در تأمین خدمات سلامت همگانی دارد. PHC ایران که سال‌ها به‌عنوان یکی از موفق‌ترین الگوهای ارائه خدمات اولیه در منطقه شناخته شده است(۱۲)، از دهه ۱۳۵۰ استقرار یافت و اکنون، بیش از ۹۸ درصد از ساکنان مناطق روستایی و ۹۳ درصد از ساکنان مناطق شهری را تحت پوشش قرار می‌دهد(۴). نظام مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه در ایران، سه دوره تحول را پشت سر گذاشته است که در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. سیر تحول PHC در ایران

دوره تاریخی	سال‌ها	ویژگی‌ها و رویدادهای کلیدی	چالش‌ها و نکات قابل توجه
دوره نخست (شکل‌گیری و کسب تجربه) (۷ و ۱۳)	۱۳۵۲-۱۳۶۳	پایه‌گذاری اولیه شبکه بهداشت با طرح‌های آزمایشی در آذربایجان تأسیس خانه‌های بهداشت برای خدمات روستایی تدوین برنامه توسعه شبکه با توجه به موانع جغرافیایی و فرهنگی توسط کارشناسان وزارت بهداری مشارکت مراکز علمی و تعهد سیاست‌گذاران	ناهماهنگی در انتخاب و آموزش بهورزان در سال‌های اول پس از انقلاب. نیاز به محاسبه دقیق‌تر نیروی انسانی و برنامه‌ریزی ساختاریافته‌تر.
دوره دوم (توسعه و تثبیت) (۳ و ۷)	۱۳۷۵-۱۳۶۴	شتاب توسعه شبکه با حمایت سیاسی و مجلس بهبود خانه‌های بهداشت و بازآموزی بهورزان با تأکید بر بومی‌سازی نیروها ایجاد نظام آماری کارآمد و استقرار مراکز بهداشت در استان‌ها کاهش چشمگیر مرگ‌ومیر روستایی و شهرت بین‌المللی ادغام آموزش پزشکی با خدمات سلامت (افزایش دانش علمی شبکه)	ضعف نظام ارجاع به دلیل عدم حضور پزشکان جامعه‌نگر در روستاها ادغام ناقص آموزش پزشکی به دلیل مقاومت هیئت‌علمی در تغییر نگرش
دوره سوم (اصلاحات و چالش‌ها- پزشک خانواده روستایی، طرح تحول سلامت) (۱۴-۱۶)	۱۳۷۵ تاکنون	اجرای پزشک خانواده از ۱۳۸۴ (در صورت آگاهی پزشکان از پیشگیری، مؤثر است) **طرح تحول سلامت (۱۳۹۳):** کاهش پرداخت از جیب و پوشش بیمه‌ای تغییر الگوی بیماری‌ها به غیرواگیر نیاز به بازنگری در خدمات و آموزش بهورزان اجرای اصول PHC منطبق بر استانداردهای جهانی تأثیر منفی کووید-۱۹ بر توجه به بهداشت اولیه	کندی اصلاحات ساختاری تمرکز بر درمان به جای پیشگیری پس از طرح تحول سلامت کاهش توجه به PHC به دلیل همه‌گیری و کم‌بودن منابع **ضرورت‌های فوری:** توانمندسازی پزشکان خانواده و بهورزان تقویت نظام ارجاع همکاری بین‌بخشی برای بیماری‌های غیرواگیر.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-23]

جدول ۲ نمایی از روند تغییر شاخص‌های سلامت طی سال‌های مختلف بعد از شکل گیری نظام مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه در ایران را نشان می‌دهد که در برخی موارد در سال‌های اخیر بهبود نیافته و یا حتی کمی بدتر شده است (۵). از طرفی وضعیت پرداخت از جیب مردم برای هزینه‌های سلامت که در شکل ۲ نشان داده شده است نیز بیانگر لزوم ایجاد اصلاحات برای حفاظت بیشتر مردم در برابر هزینه‌های خدمات سلامت است(۱۷ و ۱۸).

دستورالعمل سلامت محله محور انگلستان برای سال‌های ۲۰۲۵/۲۶ نیز بر تقویت خدمات سلامت در سطح محلی با تمرکز بر پیشگیری، ارتقای سلامت، کاهش نابرابری‌های سلامت و هماهنگی بهینه بین بخش‌های درمانی و اجتماعی تأکید دارد. این سند بر پایه ارائه خدمات در جامعه، استفاده از فناوری‌های دیجیتال، و مشارکت بین‌بخشی برای بهبود دسترسی و کیفیت مراقبت‌های سلامت تدوین شده است(۹). هر چند بسیاری از مفاهیم مطرح‌شده در این سند، همچون ارائه خدمات یکپارچه و جامعه‌محور، از دهه‌ها پیش در شبکه PHC ایران اجرا شده‌اند؛ اما همچنان فرصت‌هایی برای بهبود و تطبیق با استانداردهای جدید وجود دارد. اصول ذکر شده در این دستورالعمل و نظام مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه هر دو بر پیشگیری، دسترسی عادلانه، و ارائه خدمات در نزدیک‌ترین سطح به مردم تأکید دارند. بنابراین تحلیل و بررسی تطبیقی این سند و برنامه PHC ایران، می‌تواند درس آموزه‌هایی برای بهبود طرح‌ها و برنامه‌های آتی به سیاستگذاران نظام سلامت در بر داشته باشد.

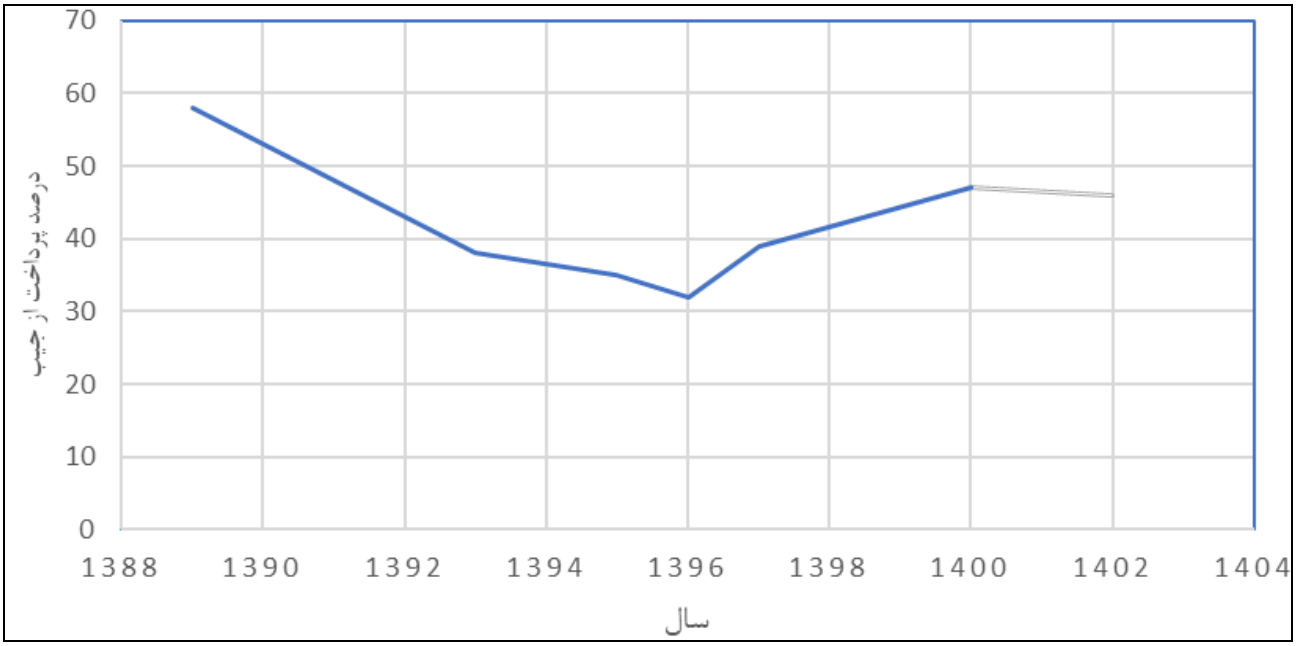
مقایسه بین PHC ایران و دستورالعمل NHS انگلستان

دستورالعمل NHS بریتانیا، شش مولفه اصلی به شرح زیر را به عنوان اجزای کلیدی یک نظام سلامت محله محور مؤثر، توصیف می‌کند (جدول ۳):

جدول ۲. شاخص‌های منتخب سلامت ایران (۱۴۰۰-۱۳۵۸)

شاخص	۱۳۵۸	۱۳۶۳	۱۳۷۶	۱۳۷۹	۱۳۸۹	۱۳۹۶	۱۴۰۰
نرخ مرگ‌ومیر نوزادان (به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده)	۸۱/۸	۵۱	۲۸	۲۸/۶	۱۷/۶	۹/۴۸	۸
نرخ مرگ‌ومیر زیر ۵ سال (به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده)	۱۵۴	۶۰	۳۵	۳۶	۱۹/۶	۱۵/۵	۱۴
نرخ مرگ‌ومیر مادران (به ازای هر ۱۰۰هزار تولد زنده)	۲۳۷	۱۴۰	۳۷/۴	۳۷	۲۷	۱۹	۲۵
امید زندگی، مردان (سال)	۵۷	۶۷/۷	۷۰/۷	۷۳	۷۲/۷	۷۵/۴۷	۷۴/۶
امید زندگی، زنان (سال)	۵۸	۷۱	۷۳/۴	۷۱	۷۵/۶	۷۹/۳۶	۷۶/۹
جمعیت برخوردار از مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی در مناطق روستایی(درصد)	۸	۲۰	۸۰	۹۰	۹۴	۹۹	۹۹
برخورداری از منابع آب بهبود یافته(درصد)	۵۱	۷۱	۸۳	۹۵	۹۷	۹۹	۹۸

منبع: داده‌های رسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



شکل ۲. درصد پرداخت از جیب برای سلامت

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-23]

جدول ۳. مقایسه PHC ایران و دستورالعمل بریتانیا

مؤلفه اصلی	دستورالعمل NHS بریتانیا (۲۰۲۵/۲۶)	وضعیت متناظر در PHC ایران	فرصت‌های بهبود برای ایران
مدیریت سلامت جمعیت	تحلیل داده‌محور برای شناسایی نیاز جمعیت و طبقه‌بندی پیچیدگی سلامت، یکپارچگی داده‌ها بین بخش‌ها	سامانه‌های سیب و سپاس ایجاد شده‌اند ولی یکپارچگی داده‌ای ضعیف است و طبقه‌بندی جمعیت محدود و غیرهوشمند انجام می‌شود	نیاز به توسعه نظام های اطلاعاتی یکپارچه، تقویت هوش داده و ارتباط با سایر بخش‌ها مثل رفاه، آموزش و اشتغال
پزشک خانواده نوین	تمرکز بر مراقبت پیشگیرانه، دسترسی چندمسیره (حضوری، مجازی)، حمایت از پزشکان	برنامه پزشک خانواده از سال ۱۳۸۴ اجرا شده، ولی بیشتر درمان‌محور است، دسترسی مجازی و دوراپزشکی ضعیف است، مشکلات ماندگاری پزشک وجود دارد	لزوم تقویت نقش پیشگیری، توسعه زیرساخت‌های دوراپزشکی، انگیزه‌بخشی مالی و استخدام نیروهای محلی آموزش‌دیده
استانداردسازی خدمات سلامت جامعه	ارائه یکپارچه خدمات جسمی، روانی و اعتیاد؛ ارتقای سلامت روان با تامین مالی مشترک	خدمات سلامت روان از دهه ۱۳۶۰ ادغام شده، خدمات اعتیاد وجود دارد اما تجمیع کامل خدمات جسمی، روانی و اعتیاد هنوز محقق نشده است	نیاز به بازطراحی خدمات ادغام‌یافته سلامت و پیاده‌سازی یک نظام ارجاع معنادار برای پیوستگی خدمات
دسته‌های چندرشته‌ای محلی (MDTs)	دسته های سلامت شامل متخصصان متنوع برای پاسخ به نیازهای پیچیده بیماران، نسخه‌نویسی اجتماعی، هماهنگ‌کننده مراقبت	تیم سلامت در PHC ایران تعریف شده، مشارکت مردم با رابطین بهداشت تقویت شده، ولی مدل MDT مدرن با نقش‌های تخصصی متنوع و نسخه‌نویسی اجتماعی هنوز شکل نگرفته	فرصت برای ارتقاء تیم‌های سلامت و ایجاد دسته‌های چندرشته‌ای محلی در مناطق شهری و روستایی با تقسیم نقش شفاف
مراقبت‌های واسطه‌ای یکپارچه با رویکرد «اول خانه»	توانبخشی کوتاه‌مدت در منزل، ارجاع از جامعه (step-up) یا بعد از ترخیص بیمارستانی (step-down)، تعامل با مراقبت اجتماعی	ادغام خدمات توانبخشی در PHC در مرحله پیش‌آزمایی است، خدمات در منزل محدود و تحت پوشش بهزیستی برای گروه خاص انجام می‌شود	نیاز به توسعه خدمات توانبخشی در سطح PHC، طراحی مدل step-up/down، افزایش پوشش خدمات برای عموم سالمندان و بیماران مزمن
خدمات اورژانسی محلی	تقویت اورژانس‌های محلی، نقطه دسترسی واحد، تصمیم‌گیری کلینیکی قبل از اعزام، مسیرهای ارجاع و درمان در منزل	خدمات اورژانس بیمارستانی جدا از PHC است، نقطه دسترسی واحد وجود ندارد، مسیرهای ارجاع غیرسیستمی، برخی برنامه‌های آینده‌نگر وجود دارند اما اجرایی نشده‌اند	فرصت برای طراحی یکپارچه خدمات اورژانس محلی با PHC، ایجاد نقطه دسترسی واحد، و ارتقای خدمات «بیمارستان در منزل»

الف. مدیریت سلامت جمعیت

این بخش از دستورالعمل بر مدیریت سلامت جمعیت تمرکز دارد و هدف آن، بهبود برنامه‌ریزی و ارائه خدمات از طریق جمع‌آوری، یکپارچه‌سازی و تحلیل داده‌های مرتبط با سلامت در سطح محلی است. این داده‌ها باید مراقبت‌های اولیه، سلامت روان، مراقبت‌های اجتماعی، سلامت عمومی‌و خدمات سلامت جامعه را پوشش دهند و به شناسایی نیازهای جمعیت و برنامه‌ریزی بهتر خدمات کمک کنند.

در ایران، توسعه PHC دستاوردهای قابل توجهی داشته است. طبق گزارش‌ها، پوشش واکسن‌های دیفتری، کزاز و سیاه‌سرفه در سال ۲۰۲۱ به ۹۹ درصد، واکسن‌های سرخک، سرخجه و اوریون به ۱۰۰ درصد و واکسن هپاتیت B نیز به ۱۰۰ درصد رسیده است. همچنین، مرگ‌ومیر نوزادان به حدود ۱۰ در هر صد هزار تولد کاهش یافته و میانگین امید به زندگی به حدود ۷۷ سال رسیده است (۱۹, ۲۰). PHC ایران نقش مهمی در کاهش مرگ‌ومیر مادران و کودکان و بهبود دسترسی به آب آشامیدنی در شهر و روستا بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ ایفا کرده است (۲۱).

در زمان شیوع کووید-۱۹، PHC نقش مهمی‌در غربالگری فعال ایفا کرد. با وجود تأخیر در استفاده از ظرفیت کامل شبکه، طی ۴۵ روز، حدود ۷۸ میلیون نفر از طریق تماس تلفنی غربالگری شدند ، ۱۲۰۰ مرکز جامع سلامت به مراکز منتخب کووید-۱۹ تبدیل شد و واکسیناسیون در ۱۳۷۶ پایگاه عمومی‌انجام گرفت. افراد طبق اولویت با پیامک به مراکز دعوت شدند و گروه‌های پرخطر در اولویت قرار گرفتند (۴). این تجارب نشان‌دهنده ظرفیت بالای PHC برای حل مسائل سلامت است، اما تمرکز بر درمان در سال‌های اخیر موجب کاهش توجه به پیشگیری و افت جایگاه ایران در رتبه‌بندی شاخص‌های سلامت شده است (۶).

در دستورالعمل NHS، بر طبقه‌بندی جمعیت براساس پیچیدگی و نیاز با استفاده از داده‌های ثبت‌شده تأکید شده است. در ایران نیز سطح‌بندی خدمات سلامت وجود دارد و گروه‌های پرخطر تحت مراقبت ویژه قرار دارند، اما این طبقه‌بندی بر مبنای داده‌های جامع و ابزارهای هوشمند انجام نمی‌شود و نظام مشخصی برای طراحی مداخلات هدف مند وجود ندارد (۲۲).

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-23]

مقایسه سند NHS با PHC ایران نشان می‌دهد که بسیاری از برنامه‌های مطرح‌شده در NHS در ساختار ایران نیز وجود دارند، اما اجرای آنها با چالش‌هایی همراه است. سامانه‌هایی چون سیب (سامانه یکپارچه بهداشت) و سپاس (سامانه پرونده الکترونیک سلامت) برای ثبت اطلاعات ایجاد شده‌اند، اما نبود هماهنگی بین نظام‌های مختلف مانند بهداشت، بیمه و خدمات اجتماعی موجب بروز کاستی‌های اطلاعاتی شده است (۲۳).

یکی از توصیه‌های دستور عمل NHS گسترش مجموعه داده‌ها به حوزه‌هایی مانند اشتغال، آموزش و حفاظت است. در ایران، سامانه‌های سلامت هنوز با داده‌های بخش‌های دیگر به‌طور کامل یکپارچه نیستند و با چالش‌هایی در جمع‌آوری و استفاده از داده‌ها مواجه‌اند. بنابراین، سیاست‌گذاری برای تجمیع داده‌های سلامت، ایجاد نظام ابرداده و استفاده هدفمند از اطلاعات برای حکمرانی هوشمند سلامت، نه تنها ضروری، بلکه اجتناب‌ناپذیر است (۲۴).

ب. پزشک خانواده نوین

این بخش از دستورالعمل NHS، با هدف بهبود دسترسی، تداوم مراقبت، و تجربه کلی بیماران و مراقبان آنها، بر تحول الگوی سنتی پزشک خانواده به رویکردی مدرن و کارآمدتر تمرکز دارد. مهم‌ترین اقدامات شامل حمایت از پزشکان خانواده برای حرکت از مراقبت واکنشی به پیشگیرانه، تسهیل دسترسی بیماران به خدمات سلامت از طریق روش‌های گوناگون (مجازی، تلفنی، حضوری)، و سازماندهی اطلاعات شهروندان برای بهبود کارایی و تصمیم‌گیری سریع‌تر است. هدف این تحولات، کاهش فشار بر خدمات اورژانس، بهبود کیفیت مراقبت، و ایجاد دسترسی عادلانه‌تر به خدمات سلامت است.

شبکه بهداشت و درمان ایران از ابتدا بر پیشگیری و مراقبت اولیه تأکید داشته است (مانند برنامه‌های واکسیناسیون، مراقبت مادر و کودک، کنترل بیماری‌های غیرواگیر). پزشکان خانواده در قالب برنامه پزشکی خانواده در مراکز جامع سلامت به مدیریت بیماری‌های مزمن و شناسایی عوامل خطر می‌پردازند، و ارتباط بیماران با پزشکان بیشتر به‌صورت حضوری و در برخی موارد، تلفنی است. سامانه‌هایی مانند سیب و سپاس برای ثبت اطلاعات بیماران ایجاد شده‌اند؛ اما هنوز به‌طور کامل در سراسر کشور یکپارچه و هماهنگ نشده‌اند(۲۳).

برنامه‌هایی مانند نظام ارجاع و پزشک خانواده روستایی از سال ۱۳۸۴ در ایران اجرا شده است که امکان دسترسی به پزشکان عمومی را فراهم می‌آورد. این برنامه با هدف ارتقای سلامت شهروندان و توسعه عدالت و بهبود برخورداری ازخدمات سلامت ایجاد شده است، هرچند اجرای این طرح‌ها با چالش‌هایی از جمله سهم اعتبارات پایین حوزه بهداشت و مشارکت پایین جامعه و دشواری ماندگاری پزشکان(۲۵)، به‌ویژه در مناطق نابرخوردار همراه بوده است، شواهد نشان دهنده دستاوردهای پزشک خانواده روستایی از جمله افزایش دسترسی روستاییان به خدمات سلامت و بهبود شاخص‌های بهداشتی- درمانی در مناطق روستایی است (۲۶ و ۲۷). برای بهبود اجرای برنامه‌ها لازم است ضمن در نظر گرفتن ملاحظات فرهنگی، اجتماعی و بافتار کشورمان، به زیرساخت‌های الکترونیک شامل دورا پزشکی و پرونده الکترونیک سلامت بیشتر پرداخته شود، نظام مبتنی بر فناوری اطلاعات با نگاهی جامع، به درستی استقرار یابد، و به جنبه‌های مالی از جمله نظام پرداخت مناسب، کرامت پزشکان و سایر منابع انسانی سلامت و اقدامات معنادار برای بهبود ماندگاری ایشان، به ویژه در مناطق کم و نابرخوردار توجه ویژه مبذول شود (۲۸). در این راستا همچنین لازم است در خصوص توزیع نیروهای سلامت در سطح شبکه نیز اصلاحاتی صورت گیرد (۲۹). بطور مثال با توجه به تغییرات توزیع جمعیتی کشور، افزایش مهاجرت از روستا به شهر و گسترش شهرنشینی، به نظر می‌رسد باید تمرکز بیشتری را بر مراقبان سلامت منعطف نمود و از حضور مراقبان سلامت آموزش دیده و محلی که دارای تحصیلات مرتبط باشند، در کنار یک پزشک در هر پایگاه سلامت شهری، اطمینان حاصل کرد. از طرفی لازم است حضور نیروهایی مانند ماما به عنوان کارشناس مراقب سلامت در پایگاه سلامت، اصلاح شود و حضور ماما صرفا در مراکز جامع سلامت باشد. برای تحقق این امر، ضروری است مسائل مربوط به استخدام و به کارگیری نیروهای محلی از همان ابتدای دوره آموزشی مورد توجه قرار گیرد. همچنین، بر اساس دیدگاه‌های سازمان جهانی پزشکان خانواده و گروه کاری آن در حوزه طبابت روستایی (WFMR)، سلامت اجتماعی و معنوی از ارکان کلیدی مراقبت‌های اولیه مؤثر هستند(۳۰). در همین راستا، لازم است در طراحی و اجرای برنامه‌های سلامت محله‌محور، به ابعاد غیرزیستی سلامت از جمله سلامت روان، پیوندهای اجتماعی، سرمایه اجتماعی و معنویت نیز توجه ویژه شود، تا بتوان به ارتقای واقعی سلامت در سطوح فردی و جمعی دست یافت.

پ. استانداردسازی خدمات سلامت جامعه

این بخش بر استانداردسازی و یکپارچه‌سازی خدمات سلامت در سطح محله تمرکز دارد تا با تخصیص بهینه منابع، دسترسی به مراقبت‌های جسمی و روانی را افزایش و موانع مراقبت‌های یکپارچه را کاهش دهد. الگوی مورد استناد شامل سازمان‌دهی خدمات سلامت جامعه‌محور، اجرای دستورالعمل‌های استاندارد، ادغام خدمات سلامت جسمی، روانی و درمان اعتیاد، بهبود خدمات سلامت روان از طریق تأمین مالی مشترک و افزایش دسترسی به درمان‌های گفتگو محور، و همکاری با برنامه‌های درمان اعتیاد و سازمان‌های اجتماعی برای حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر است.

در ایران، برنامه ادغام خدمات سلامت روان در PHC (سراج) توسط وزارت بهداشت برای ارائه مشاوره‌های اولیه روان‌شناختی از سال ۱۳۶۵ آغاز

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-23]

شده است و بارها توسط سازمان جهانی سلامت و وزیران بهداشت چندین کشور مورد بازدید قرار گرفته است. این طرح پس از موفقیت در طرح پیش آزمایی، تحت عنوان بهداشت روان به عنوان اصل نهم PHC در کشور اعلام و اجرای طرح کشوری بهداشت روان در تمام استان‌ها آغاز شد(۳۱).

بسته خدمتی سلامت روان برای ادغام در برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده برای گروه‌های سنی گوناگون بر اساس برنامه کشوری بهداشت روان شامل بسته خدمتی برای پزشکان، کارشناسان و بهورزان تدوین شده است. در برخی مناطق، پزشکان خانواده نیزبرای شناسایی و مدیریت اختلالات روانی شایع مانند افسردگی و اضطراب، آموزش دیده‌اند(۳۲). تا سال ۱۳۸۷، ۹۴ درصد بهورزان، ۸۰ درصد کاردانان و ۷۹ درصد پزشکان عمومی آموزش دیده بودند و شواهد نشان می‌دهد آموزش‌های ارائه شده برای بهورزان و افراد جامعه باعث ارتقای سطح آگاهی و نگرش مثبت نسبت به بیماران روان و خدمات بهداشت روان شده است(۳۳).

در ایران، مراکزی مانند کلینیک‌های درمان اعتیاد (MMT و DIC)، خدماتی برای درمان وابستگی به مواد مخدر ارائه می‌دهند. برخی مراکز جامع سلامت نیز خدمات اولیه برای افراد دارای سوءمصرف مواد ارائه می‌کنند(۳۴).

سند NHS تأکید می‌کند که بسیاری از افراد ممکن است هم‌زمان مشکلات جسمی، روانی و وابستگی به مواد مخدر یا الکل داشته باشند، از این رو برنامه‌های مراقبتی باید به‌گونه‌ای طراحی شوند که این نیازهای چندگانه را پوشش دهند، بدون اینکه بیماران بین بخش‌های مختلف سرگردان شوند. به نظر می‌رسد این مساله و یکپارچگی ارایه خدمات در نظام PHC ایران، نیازمند توجه بیشتر و بازطراحی هدفمند باشد، به‌ویژه این که پس از بیش از ۲ دهه تلاش برای استقرار برنلمه پزشک خانواده در روستا و اقدامات ویژه برای برخی مناطق شهری از جمله استان‌های فارس و مازندران، هنوز نظام ارجاع موثر و معنادار که پیوستار خدمات سلامت شهروند از تولد تا پایان زندگی را دربرگیرد، در کشورشکل نگرفته است(۳۵)، که در عمل تحقق نظام سلامت محله محور را نیز با چالش بنیادین رو به رو نموده است.

ت. دسته‌های چندرشته‌ای محلی

دسته‌های چندرشته‌ای محلی (MDTs) بر یکپارچه‌سازی تخصص‌های مختلف در حوزه‌های سلامت، مراقبت اجتماعی، و سازمان‌های داوطلبانه برای ارائه مراقبت‌های هماهنگ به جمعیت‌های با نیازهای پیچیده تمرکز دارند. این دسته‌ها خدمات پیشگیرانه، برنامه‌ریزی‌شده و پاسخگو ارائه می‌دهند و مراقبت‌ها را براساس نیازهای فردی اولویت‌بندی می‌کنند. وظایف MDTs شامل ارزیابی‌های جامع، برنامه‌ریزی مراقبتی، نسخه‌نویسی اجتماعی، و هماهنگی خدمات برای افراد با بیماری‌های مزمن یا مشکلات سلامت روان است. در الگوهای پیشرو، یک دسته اصلی موارد پیچیده را مدیریت می‌کند و در صورت نیاز از دسته‌های تخصصی کمک می‌گیرد. همچنین، تعیین یک هماهنگ‌کننده مراقبت برای هر فرد به‌منظور بهبود تجربه بیمار و تداوم مراقبت ضروری است.

شبکه بهداشت و درمان ایران با خدمات بهداشت خانواده یعنی واکسیناسیون، مراقبت از مادر و کودک و تنظیم خانواده شکل گرفت و به‌تدریج خدمات بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای، بهداشت مدارس، بهداشت دهان و دندان و مبارزه با بیماری‌ها که درگذشته به صورت عمودی انجام می‌شد، در نظام شبکه ادغام شد. افزون بر این، برنامه‌های جدید شامل مبارزه با اختلالات ناشی از کمبود ید، بهداشت روان، کنترل مالاریا، پیشگیری وکنترل سل، دیابت، فشار خون، کم‌کاری تیروئید و سایر برنامه‌ها با دستورالعمل مشخص به شبکه واگذار شد. تیم سلامت شامل پزشک، دندانپزشک،کاردان یاکارشناسان مامایی، پرستاری، بهداشت خانواده، مبارزه با بیماری‌ها، بهداشت محیط و حرفه‌ای، علوم آزمایشگاهی، رادیولوژی، سلامت روان، تغذیه، بهداشت کار دهان و دندان و بهورز و سایر نیروهای مورد قرارداد که با مدیریت پزشک خانواده، بسته خدمات سطح اول را در اختیار جامعه تعریف شده قرار می‌دهند، تعریف شده است (۳۶). در فرآیند ادغام بیماری‌ها، وظیفه بهورزان در پنج حوزه آموزش، تشخیص زودهنگام، ارجاع، پیگیری و گزارش‌دهی است. همچنین از سال ۱۳۶۸ از بانوان داوطلب هر محله به عنوان رابط بهداشت استفاده شد که پس از فراگرفتن آموزش‌های لازم مسئول خدمت‌رسانی به ۵۰ خانوار محله خود می‌شوند. این گروه مسئولیت آموزش بهداشت، تشویق خانواده‌ها برای استفاده از خدمات مرکز، پیگیری موارد، جمع‌آوری آمار حیاتی و مشارکت در طرح‌های پژوهشی را به عهده دارند. تعداد رابطان بهداشت تا سال ۱۳۹۷ بالغ بر ۲۵،۰۰۰ نفر بود که جمعیتی حدود ۴۰،۰۰۰،۰۰۰ را پوشش می‌داد. رابطان بهداشت که نمونه بارز از مشارکت مردم در بهبود سلامت شهروندان به شمارمی‌روند، تنها در زمینه ارائه خدمات بهداشتی فعال نیستند؛ بلکه در عرصه‌های عمرانی، اقتصادی و اجتماعی نیز حضور دارند و در واقع به توسعه سلامت با رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت مبادرت می‌ورزند(۷). در بحران کووید-۱۹ نیز، رابطان سلامت نقش مهمی‌در افزایش آگاهی، شناسایی بیماران و بهبود خدمات حمایتی و رهگیری ایفا کردند(۳۷).

ث. مراقبت‌های واسطه‌ای یکپارچه با رویکرد «اول خانه»

در دستورالعمل NHS، مراقبت‌های واسطه‌ای یکپارچه با رویکرد «اول خانه» بر ارائه خدمات کوتاه‌مدت توانبخشی و بازتوانی تحت نظارت درمانگران ثبت‌شده تأکید دارد که لازم است به‌صورت یکپارچه در حوزه‌های بهداشت، مراقبت اجتماعی و سایر بخش‌ها اجرا شود. این خدمات از دو مسیر اصلی انجام می‌شوند: ارجاع مستقیم از جامعه (Step-up) یا به‌عنوان بخشی از برنامه‌ریزی ترخیص بیمارستانی (Step-down)، با تمرکز بر

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-23]

انجام ارزیابی‌ها و مداخلات در منزل در صورت امکان.

در ایران، ادغام خدمات توانبخشی در نظام شبکه مراقبت‌های اولیه به صورت پیش آزمایی در یکی از مراکز جامع سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در حال انجام است (۳۸). ادغام خدمات توانبخشی در سطح PHC و ایجاد سهولت در دسترسی به این خدمات مورد توجه پژوهشگران سلامت ایران قرار گرفته و اخیرا وارد طرح‌های پژوهشی شده است(۳۹ و ۴۰) که امید آن می‌رود در آینده ای نزدیک بتوان با ارائه شواهد علمی‌این هدف والا را در دستور کار سیاستگذاران نظام سلامت قرار داد.

درحال‌حاضر در ایران، رویکرد «اول خانه» برای ارزیابی و مداخلات درمانی هنوز به‌طور گسترده و هماهنگ اجرا نمی‌شود. در بیشتر موارد، مداخلات توانبخشی پس از ترخیص بیماران، به جای خانه، در بیمارستان‌ها یا مراکز توانبخشی انجام می‌شود. همچنین مراکز توانبخشی و نگهداری سالمندان و مراکزتوانبخشی و درمانی بیماران روانی مزمن وجود دارد که به ارائه خدمات توانبخشی در منزل می‌پردازند و زیر نظر سازمان بهزیستی به افراد تحت پوشش سازمان(افراد با معلولیت جسمی‌حرکتی و آسیب نخاعی، افراد دارای معلولیت ذهنی و بیماران روانی مزمن) که معیارهای لازم را داشته باشند، ارائه خدمت می‌کنند. با توجه به افزایش قابل توجه و سریع شهروندان سالمند و سایر افراد نیازمند، یکپارچه‌سازی خدمات توانبخشی در نظام شبکه برای نیل به پوشش همگانی سلامت در ایران، ضرورتی بنیادین است که متاسفانه توسط تصمیم‌سازان جدی گرفته نشده و لازم است توسط سیاست‌گذاران در اولویت قرار گیرد.

ج. خدمات اورژانسی محلی

دستورالعمل بریتانیا تأکید می‌کند که برای بهبود خدمات اورژانسی، باید امکانات محلی تقویت و هماهنگ شوند. خدماتی مانند واکنش سریع در جامعه و مراقبت بیمارستانی در منزل باید به‌خوبی با یکدیگر و با اورژانس بیمارستانی از طریق نقطه دسترسی واحد هماهنگ باشند. همچنین برای بهبود خدمات آمبولانس، تصمیم‌گیرندگان بالینی باید قبل از اعزام تصمیم بگیرند که آیا بیمار نیاز به انتقال دارد یا می‌توان او را به خدمات مناسب دیگری ارجاع داد. این اقدام می‌تواند کاهش تماس‌های غیرضروری با اورژانس، کاهش هزینه خدمات و آسایش بیشتر خدمت گیرنده را به همراه داشته باشد. علاوه بر این مسیرهای Step-up (جلوگیری از بستری غیرضروری) و Step-down (حمایت از ترخیص بیماران) باید به‌طورکارآمد اجرا شوند و تلاش شود که بیماران تا حد امکان در راستای رویکرد «اول خانه» در خانه یا مراکز محلی درمان شوند و فقط در صورت نیاز به بیمارستان منتقل شوند.

شبکه PHC ایران از آغاز با رویکرد محله‌محور و اصول علمی طراحی و در دهه‌های نخست به‌طور تا اندازه‌ای موفق اجرا شد و از طریق مشارکت جامعه، بهورزان و قوانین حمایتی، دسترسی رایگان به مراقبت‌های اولیه و تمرکز بر گروه‌های آسیب‌پذیر را فراهم کرد. با این حال، مؤلفه‌هایی مانند نقطه دسترسی واحد برای مراقبت فوری، خدمات یکپارچه «بیمارستان در خانه» و مسیرهای رسمی‌بین مراقبت جامعه‌محور و اورژانس بیمارستانی در ساختار فعلی وجود ندارد. خدمات اورژانسی بیمارستانی نیز به‌ویژه در مناطق روستایی بیشتر سنتی بوده و هماهنگی محدودی با PHC دارند. برنامه‌های ملی سلامت اهدافی برای یکپارچه‌سازی بیشتر خدمات دارند که می‌تواند در آینده به اجرای مراقبت‌های اورژانسی محله‌ای جامع‌تر منجر شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نظام سلامت محله محور که از طریق مشارکت فعال مردم و همکاری‌های بین بخشی با تمرکز بر پیشگیری، به ارتقای سلامت جامعه کمک می‌کند، ابتکاری است که از ابتدای شکل گیری نظام مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه در ایران مورد توجه بنیان‌گذاران آن قرار گرفت. PHC ایران از بدو شکل‌گیری با رویکرد محله محور اجرا شد و از ظرفیت‌های قابل توجه جامعه نیز بهره برد که بر اساس شواهد، به پیامدها و دستاوردهای قابل توجه، شامل بهبود شاخص‌های گوناگون سلامت شهروندان و همچنین پیشرفت چشمگیر مداوم شاخص توسعه انسانی کشور در دهه‌های گذشته انجام شد (۴۱).

نظام سلامت کشور بریتانیا نیز با وجود پیشرفت‌ها و دستاوردها، در دستورالعمل سال ۲۰۲۵/۲۶ بر اهمیت توجه به محله محوری تأکید نموده و راهبردهایی را برای تقویت خدمات سلامت محله محور ارائه کرده است. این دستورالعمل بر اصولی تکیه کرده که بسیاری از آن‌ها از ابتدای شکل‌گیری PHC در ایران مورد توجه بوده و اجرا شده‌اند.

مقایسه دستورعمل خدمات سلامت محله‌محور در بریتانیا و ایران نشان می‌دهد شبکه PHC ایران در پوشش گسترده مراقبت‌های اولیه، خدمات پیشگیرانه، و دسترسی عادلانه در روستاها موفق بوده و از طریق خانه‌های بهداشت و مراکز جامع سلامت، شاخص‌های واکسیناسیون، کنترل بیماری‌های واگیر و سلامت مادر و کودک را بهبود داده است. بااین‌حال، به‌دلیل اجرای ناقص، فاصله از اصول اولیه، و ضعف در تطبیق با نیازهای روز، کاستی‌هایی در یکپارچگی خدمات، توانبخشی، نظام اطلاعاتی، و مراقبت پیوسته وجود دارد. برخلاف بریتانیا که بر ادغام توانبخشی، مسیرهای ارجاع کارآمد، تیم‌های چندرشته‌ای محلی، و ابزارهای دیجیتال یکپارچه (مانند NHS App) تکیه دارد، خدمات توانبخشی در ایران بیشتر به سطوح تخصصی محدود بوده، فرآیندهای ارجاع ناکارآمد و زیرساخت‌های سلامت دیجیتال ناکافی است.

نظام PHC ایران ظرفیت ارزشمند و قابلیت منحصر به فردی دارد که نقش ویژه‌ای نه تنها در بهبود سلامت؛ بلکه توسعه انسانی شهروندان ایرانی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-23]

ایفا نموده و دهه‌ها به عنوان الگوی موفق، مورد استناد سازمان جهانی سلامت برای استفاده سایر کشورها قرار گرفته است. با هدف تحقق پوشش همگانی سلامت تمامی‌ایرانیان، ما بر بهره‌گیری مطلوب از این ظرفیت بی‌همتا در هنگامه دشوار و پیچیده کنونی که دسترسی به منابع مالی نظام سلامت به دلایل گوناگون از جمله تحریم‌های ناجوانمردانه جهانی و برخی نامدیریتی‌های داخلی کاهش یافته و گاهی به مهاجرت منابع انسانی ارزشمند سلامت نیز دامن زده است، و هم چنین اجرای نادرست برخی برنامه‌ها مانند پزشک خانواده شهری در شکل فعلی، شبکه را از نگاه محله‌محور و پیشگیرانه به سوی درمان محوری منفعلانه سوق داده و از اصول و نگاه مشارکتی PHC با عاملیت مردم، فاصله گرفته است، تأکید می‌کنیم. در این راستا لازم است ظرفیت بی جایگزین شبکه در جهت افزایش سواد سلامت مردم که به رغم تأکید اسناد بالادستی هنوز وضعیت مطلوبی ندارد(۴۲)، مورد استفاده قرارگیرد. شبکه PHC همچنین بستری مناسب برای طراحی و اجرای پژوهش‌های سلامت‌محور، به‌ویژه در زمینه عوامل اجتماعی و بیماری‌های غیرواگیر، می‌باشد که ما بر استفاده مطلوب از ظرفیت آن مجدد تأکید می‌کنیم.

حفظ و ارتقای دستاوردهای گذشته و به روزآوری هدفمند در جهت توسعه و بازسازی نظام PHC شرط لازم برای تحقق پوشش همگانی سلامت در ایران است. در این راستا، استقرار الگوی بومی محله محور برنامه پزشکی خانواده با به کارگیری درست ظرفیت منابع انسانی با انگیزه و محلی، تأمین اعتبار لازم و کافی برای شکل‌گیری تیم پزشک خانواده، ارائه آموزش‌های درست و مؤثر و تأمین مشوق‌های مناسب و درخور برای ماندگاری ایشان، به ویژه در مناطق کم برخوردار، ضروری است. ارتقای کارایی و عدالت در نظام سلامت ایران نیازمند تقویت پیوند میان خدمات سلامت و مراقبت‌های اولیه، توسعه دسته‌های چندرشته‌ای، بهره‌گیری از فناوری‌های دیجیتال در نظام ارجاع، و ایجاد مسیرهای مؤثر برای کاهش بستری‌های غیرضروری و تسهیل ترخیص بیماران است. تطبیق و بومی‌سازی این سیاست‌ها با ساختار PHC ایران می‌تواند زمینه را برای ایجاد یک نظام سلامت کارآمد، هماهنگ و پاسخگو به نیازهای جمعیت فراهم کند. بر این اساس، ما بر لزوم بازتوجه جدی و ژرف سیاست‌گذاران سلامت کشور به اهمیت رویکرد محله محور که از ابتدای تکوین PHC نیز مورد تأکید بوده است، اصرار می‌کنیم.

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌کنند که هیچگونه تعارض منافعی در تهیه و انتشار این مقاله وجود ندارد.

منابع

1. WHO. Primary health care 2023. Available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care
2. Alves RFS, Boccolini CS, Baroni LR, Boccolini PMM. Primary health care coverage in Brazil: a dataset from 1998 to 2020. BMC Res Notes 2023; 16(1): 63.
3. Aboutorabi A, Darvishi Teli B, Rezapour A, Ehsanzadeh SJ, Martini M, Behzadifar M. History of primary health care in Iran. J Prev Med Hyg 2023; 64(3) :E367-e74.
4. Takian A, Bakhtiari A, Sadegh Tabrizi J, Raoofi A. The Islamic Republic of Iran: a primary health care case study in the context of the COVID-19 pandemic. Geneva: World Health Organization; 2022.
5. Doshmangir L, Bazyar M, Majdzadeh R, Takian A. So Near, So Far: Four Decades of Health Policy Reforms in Iran, Achievements and Challenges. Arch Iran Med 2019; 22(10): 592-605.
6. Mohammadzadeh P, Afraie M, Nouri E, Rasouli MA, Moradi G. Health Indicators in the Eastern Mediterranean Regional Countries: Ranking and Evaluating the Status of Iran. irje 2024; 20(3): 180-96.
7. Malekafzali H, Sadrizadeh B. Rendition of Primary Healthcare in the Islamic Republic of Iran:Experience, Opportunities, Challenges and Future Roadmap 1397.
8. Tabrizi JS, Raeisi A, Namaki S. Primary health care and COVID-19 Pandemic in the Islamic Republic of Iran. Depiction of Health 2022; 13(Suppl 1): S1-10.
9. England N. Neighbourhood health guidelines 2025. Available at: https://www.england.nhs.uk/long-read/neighbourhood-health-guidelines-2025-26.
10. González Block MA. Comparative research and analysis methods for shared learning from health system reforms. Health Policy 1997; 42(3): 187-209.
11. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. Research Integrity and Peer Review Res Integr Peer Rev 2019; 4: 5.
12. WHO. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. 2000.
13. Saffari MS, Baniasad R, Takian A, Ahmadabadi MA. Evaluation of Primary Health Care Strategies (PHC) in the Health System of the Islamic Republic of Iran: A Research Basedon Strategic Control. Strategic Management Thought (Management Thought) 2022; 16(3): 97-126.
14. Peikanpour M, Esmaeli S, Yousefi N, Aryaeinezhad A, Rasekh H. A review of achievements and challenges of Iran's health transformation plan.payeshj 2018; 17 (5) :481-494
15. Doshmangir L, Moshiri E, Mostafavi H, Sakha MA, Assan A. Policy analysis of the Iranian Health Transformation Plan in primary healthcare. BMC Health Serv Res 2019; 19(1): 670.
16. Hosseini SH, Takian A, Sepehri MM, Yasseri M, Ahmadi B . Effects and challenges of Health Transformation Plan in public health: views of public health providers. Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores 2020; 7(2): 1-22.
17. Research NIfH. National Health Account (NIH). Available at: https://nih.tums.ac.ir/uploads/288/2024/May/01/%D8%AD%D8%B3%D8%A7%D8%A8%D9%87%D8%A7%DB%8C%20%D9%85%D9%84%DB%8C%20%D8%B3%D9%84%D8%A7%D9%85%D8%AA%2080-98.pdf
18. Alvandi R, Abdi Z, Riazi-Isfahani S, Ahamdnezhad E. Out-of-pocket payments for health services in line with Universal Health Coverage in 2017 in Iran. Hakim-Journal 2021; 24(2): 119-27.
19. Behzadifar M, Shahabi S, Bakhtiari A, Azari S, Ehsanzadeh SJ,

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-23]

Behzadifar M. Improving the primary health care in Iran: a policy brief. Yafteh 2022; 24(3): 72-80.
20. Farzadfar F, Naghavi M, Sepanlou SG, Saeedi Moghaddam S, Dangel WJ, Davis Weaver N, et al. Health system performance in Iran: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet 2022; 399(10335): 1625-45.
21. Soori H, Hasani J, Entezami N, Hosseini SM, Rafiei E. Assessment of Millennium Development Goals Indicators (MDGs) in Iran, Eastern Mediterranean Region, and the World: A Study Emerging from The MDGs Report 2014. irje 2017; 13(1): 41-51.
22. shirjang a, Mahfoozpour S, Masoudi Asl I, Doshmangir L. IRAN'S PRIMARY HEALTH CARE CHALLENGES IN REALIZING PUBLIC HEALTH COVERAGE: A QUALITATIVE STUDY. Urmia-University-of-Medical-Sciences 2020; 18(2): 166-79.
23. Alavi S, Mahdavi A, Karan SKN, Ebrahimi K. Identifying the Strengths and Weaknesses of the SEPAS System Based on the Perceptions of Users From Hospitals Affiliated to Ardabil University of Medical Sciences: A Qualitative Study. hums-jmis 2024; 10(1): 32-41.
24. Parvizi O, Raoofi A, Takian A. Smart governance as a pillar of good prospective governance for health. ijhp 2025; 8(4): 450.
25. Abedi G, Esmaeili Seraji Z, Mahmoodi G, Jahani MA, Abbasi M. Evaluating the Implementation of Family Physician Program in Urban and Rural Areas of Mazandaran Province Based on Process Approach. Babol-Jbums۱۳٤-۱۲٦: (۱) ۲۲ ;۲۰۲۰
26. Rashidian A, Joudaki H, Khodayari-Moez E, Omranikhoo H, Geraili B, Arab M. The impact of rural health system reform on hospitalization rates in the Islamic Republic of Iran: an interrupted time series. Bull World Health Organ 2013; 91(12): 94
27. Moshiri E, Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and Coincidence in the Formation of Family Physician and Universal Rural Health Insurance in Iran. Hakim-Journal 2013; 15(4): 288-99.
28. Haghdoost AA, Naghibzadeh-Tahami A, Dehnavieh R. Pathology of the Health Sector in Iran's Health System: A Future Oriented Viewpoint. RUMS_JOURNAL 2024; 23(1): 76-87.
29. Shams L, Nasiri T, Amiri MM, Abdolahi Z. Challenges of Rural Family Physician Policy in Iran. Int J Prev Med 2023; 14:43.
30. Doctors WOoF. WONCA Working Party: Rural Practice. Available at: https://www.globalfamilydoctor.com/groups/workingparties/ruralpractice.aspx.
31. Integrating mental health services into the primary health care system. Available at: https://history.mui.ac.ir/fa/history/1992.
32. Mental Health Policymaking 2007 Performance Report of the Mental Health Department/4 National Programs for Integrating Mental Health into Rural and Urban Networks. Available at: https://www.isna.ir/news/88-03/18391%/D8%B3%D9%8A%D8%A7%D8%B3%D8%AA-%DA%AF%D8%B0%D8%A7%D8%B1%D9%8A-%D8%A8%D9%87%D8%AF%D8%A7%D8%B4%D8%AA-%D8%B1%D9%88%D8%A7%D9%86-%DA%AF%D8%B2%D8%A7%D8%B1%D8%B4-%D8%B9%D9%85%D9%84%D9%83%D8%B1%D8%AF-%D8%B3%D8%A7%D9%84-1386-%D8%A7%D8%AF%D8%A7%D8%B1%D9%87-%D8%B3%D9%84%D8%A7%D9%85%D8%AA.
33. Shahmohammadi S, Yaghobi H, Bolhari J, Moshirpour S. Integration of Mental Health Care in Primary Health Care Program in Iran: A Systematic Review . IJPCP 2013; 19(1): 3-8.
34. Guide to Substance Use Disorder Services in Primary Health Care .Available at: https://health.skums.ac.ir/DorsaPax/userfiles/Sub19/masrafmavad.pdf.
35. Shams L, Mohammadi F. Assessing urban family physician program challenges in Iran: the insurance organizations' perspective(2021). BMC Public Health. 2024;24(1):1947.
36. Familiarity with the rules and regulations in the Iranian health network system. Available at: https://marve.sums.ac.ir/uploads/202/behvarzi/learn/badve_khedmat_pezeshkan/moghadamati_pezeshk/folder1/%D8%A2%D8%B4%D9%86%D8%A7%DB%8C%DB%8C%20%D8%A8%D8%A7%20%D9%82%D9%88%D8%A7%D9%86%DB%8C%D9%86%20%D9%88%20%D8%AF%D8%B3%D8%AA%D9%88%D8%B1%D8%B9%D9%85%D9%84%20%D9%87%D8%A7%20%D8%AF%D8%B1%20%D9%86%D8%B8%D8%A7%D9%85%20%D8%B4%D8%A8%DA%A9%D9%87%20%D8%B3%D9%84%D8%A7%D9%85%D8%AA%20%D8%A7%DB%8C%D8%B1%D8%A7%D9%86%20 (2).pdf.
37. Faghihi F, Raisi A, Tabrizi JS, Vathegh SH, Amanolahi A, Farrokhi B, et al. Every Home is a Health Base Program and the Role of Household Health Ambassadors and Neighborhood Health Liaison Officers in Managing and Controlling the Covid-19 Pandemic. Depiction of Health 2022; 13(Suppl 1): 43-54.
38. Integrating rehabilitation services into primary health care 1403. Available at: https://rehab.tums.ac.ir
39. Najafi Z, Abdi K, Takian A. Integration of Rehabilitation in the Health System: The Necessity of Achieving Universal Health Coverage in Iran. Iranian Journal of Culture and Health Promotion 2024; 8(1): 109-11.
40. Shahabi S, Kiekens C, Etemadi M, Mojgani P, Teymourlouei AA, Lankarani KB. Integrating rehabilitation services into primary health care: policy options for Iran. BMC Health Serv Res 2022; 22(1): 1317.
41. Gharaee H, Azami Aghdash S, Farahbakhsh M, Karamouz M, Nosratnejad S, Tabrizi JS. Public-private partnership in primary health care: an experience from Iran. Prim Health Care Res Dev 2023; 24:e5.
42. Center ICAR. The status of health literacy in Iran. Available at: https://rc.majlis.ir/fa/report/download/1572758.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-23]

Review

Synchronizing Iran's Primary Healthcare Network with the New UK Guidelines

Zahra Najafi[1], Seyed Alireza Marandi[2], Hossein Malek-Afzali[3], Amirhossein Takian[4*]

1. PhD Candidate in Health Policy, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, Iran
2. Professor of Pediatrics and Neonatal Medicine, Permanent Member of the Academy of Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Retired Professor, Permanent Member of the Academy of Medical Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. ⁎**Corresponding Author:** Professor of Health Policy, Founding Director of Centre of Excellence for Global Health (CEGH), School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Permanent Member of the Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran, takian@tums.ac.ir

Abstract

Background: Iran's Primary Healthcare (PHC) system has been a successful model in promoting public health for nearly five decades. The fundamental principles of this system are reflected in the UK's community-based health guidelines, which emphasizes the promotion of primary care and community health. This study aimed to compare UK strategies with Iran's experience to leverage global insights for improving Iran's PHC system.

Methods: Using a narrative-comparative review design, this research compared the UK's community-based health guidelines with Iran's primary healthcare network. The comparative framework was based on the six core components of England's community-based NHS, with Iranian evidence aligned to these components. Data included national documents, laws and programs from the Ministry of Health, reports from the Network Management Center, and Persian scientific articles focusing on the structure, function, and challenges of Iran's PHC.

Results: Analysis based on the six key NHS components revealed that many UK strategies are inherently integrated into Iran's PHC system. However, addressing executive deficiencies, strengthening governance, and reforming health system management in Iran are essential prerequisites for enhancing the system's effectiveness and achieving universal health coverage. Following two decades of implementing the Family Physician program, a review and innovation in the efficiency of Iran's PHC is now more critical than ever.

Conclusion: This analysis provides an opportunity for dialogue and policy reform for more effective action. Leveraging international experiences, especially the new UK strategies, can pave the way for reforming and improving Iran's primary healthcare system.

Keywords: Community Health Services, Delivery of Health Care, Health System, Primary Health Care, Public Health

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-23]