فصلنامه علمی- پژوهشی بیمه سلامت ایران| دوره ۹، شماره ۱، بهار ۱۴۰۵| صفحات ۱ تا ۴

عدالت در نظام ارجاع و پزشکی خانواده: سه حلقه گمشده

شهرام توفیقی[۱،۲*] MD ،PhD

[۱] مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران
[۲] گروه آینده‌نگری، نظریه‌پردازی و رصد کلان سلامت، فرهنگستان علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

* **نویسنده مسئول:** شهرام توفیقی، پست الکترونیک: shr_tofighi@yahoo.com

Citation: Tofighi Sh. Equity in the Referral System and Family Medicine: Three Missing Components. Iran J Health Insur. 2026;9(1):1-4.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۲/۲۰ تاریخ تصحیح: ۱۴۰۵/۰۳/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۲۰ تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۵/۰۳/۲۶

آن سوی صف انتظار

دو بیمار در صف ویزیت متخصص هستند: یکی با درد خفیف و دیگری با سابقه سکته قلبی، اما هر دو یک نوع نوبت دریافت کرده‌اند. این تصویر، اگرچه گویاست، اما پیام‌های مهم‌تری دربردارد. حقیقت این است که تعداد زیادی از شهروندان ایرانی، هرگز به چنین صفی نمی‌رسند؛ نه به این دلیل که نوبتشان دیر داده می‌شود، بلکه به این دلیل که بندرت تحت پوشش مؤثر تیم پزشکی خانواده قرار می‌گیرند، یا تیم پزشکی خانواده آنان را به موقع یا به درستی ارجاع نمی‌دهد، یا غربالگری و مراقبت پیشگیرانه اولیه را دریافت نمی‌کنند [۱].

نظام ارجاع و پزشکی خانواده، اگر تنها به عنوان سازوکاری برای مدیریت هزینه یا نوبت‌دهی بوروکراتیک دیده شود، هیچ‌گاه به مقصود خود نخواهد رسید. این نظام، عرصه تجلی همزمان چهار مفهوم بنیادین عدالت است: برابری، قسط یا عدالت توزیعی، انصاف یا عدالت رویه‌ای و عدالت ساختاری یا سیستمی [۲].

۱- برابری (Equality): برابری را «ارائه یکسان به همه» تعریف می‌کنند، نکته مهم این است که اگر افراد در نقطهٔ شروع ارائه خدمات وضعیت نابرابر داشته باشند، رفتار یکسان می‌تواند نابرابری‌ها را تثبیت یا حتی تشدید کند. از این رو، «برابری» شرط لازم اما ناکافی برای تحقق «عدالت افقی» است [۳].

۲- عدالت توزیعی Equity/Distributive Justice: عدالت توزیعی بر عادلانه بودن نتایج و توزیع منابع تأکید دارد. در چارچوب نظریه عدالت اجتماعی، تمرکز عدالت توزیعی را بر بازتوزیع منابع برای دستیابی به نتایج عادلانه‌تر دانسته‌اند. این مفهوم نیازمحور و نتیجه‌گراست. در نظام ارجاع، سرانهٔ تعدیل‌شده با ریسک برای بیماران پرخطر، اولویت‌بندی در ارجاع بر اساس شدت نیاز پزشکی، نمونه‌هایی از این نوع عدالت هستند. «عدالت توزیعی» در سلامت با دو بُعد «عدالت افقی» (بهره‌مندی برابر برای نیاز یکسان) و «عدالت عمودی» (بهره‌مندی بیشتر برای نیاز بیشتر) تعریف می‌شود [۴]. می‌توان «عدالت توزیعی» را معادل «قسط» «دادن حق هر صاحب حقی به او» در اصطلاح حقوقی و فقهی گرفت.

۳- انصاف یا عدالت رویه‌ای (Equity/Procedural Justice): عدالت رویه‌ای بر عادلانه بودن فرایندهای تصمیم‌گیری تأکید دارد (۷). شش مؤلفه اصلی برای آن شناسایی شده‌است: دقت، بی‌طرفی، ثبات، قابلیت تصحیح، حق اظهارنظر، رعایت اصول اخلاقی. مشارکت ذی‌نفعان در فرایندهای سیاست‌گذاری و در نظام ارجاع، شفافیت در راهنماهای بالینی و دستورالعمل‌های ارجاع و حذف تعارض منافع نمونه «عدالت رویه‌ای» هستند.

۴- عدالت ساختاری (Justice/Structural Justice)، عدالت تاییدی (Recognitive Justice)، عدالت سیستمی: عدالت ساختاری، دیدگاهی فراتر از توزیع و فرایند دارد و به ریشه‌های سیستمی نابرابری می‌پردازد [۵]. پرداختن به عدالت ساختاری مستلزم بررسی چگونگی تأثیر سیستم‌های ستم (نژادپرستی،

Copyright © 2026 The Author(s); Published by National Center for Health Insurance Research. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[DOI: 10.66224/ihio.9.1.8]

تبعیض طبقاتی، مردسالاری) بر فرصت‌های سلامت گروه‌های مختلف است [۶]. فقط در یک حالت است که نابرابری های اجتماعی موجه محسوب می‌شوند، زمانی که به نفع کم‌بخت‌ترین اعضای جامعه باشند [۷]. «عدالت سیستمی یا ساختاری» جامع‌ترین مفهوم است که به تناسب بین عمل و نتیجه نگاه می‌کند به نحوی که هم «فرایند (عدالت رویه‌ای)»، هم «توزیع (عدالت توزیعی)» و هم «بستر سیستمی» را دربرمی‌گیرد. معکوس شدن بار هزینه‌ها و توزیع عادلانهٔ پزشکان متخصص بر اساس نقشهٔ ارجاع نمونه‌هایی از عدالت ساختاری هستند.

در کنار مفاهیم بنیادین بالا، دو مفهوم عدالت افقی و عدالت عمودی نیز جایگاه ویژه‌ای دارند. این دو را می‌توان از دو منظر تشریح کرد؛ یکی از منظر نیاز، به این صورت که عدالت افقی، یعنی نیازهای مشابه باید توجه و منابع مشابه دریافت کنند. عدالت عمودی، یعنی نیازهای بیشتر باید توجه و منابع بیشتری دریافت کنند. دیگری از منظر مشارکت مالی در تأمین هزینه‌های سلامت: اصل افقی. منظور این است که «خانوارهایی با توان پرداخت برابر، مشارکت مالی برابر داشته باشند»؛ و اصل عمودی: «خانوارهایی با توان پرداخت بالاتر، مشارکت مالی بیشتری داشته باشند» [۸].

سه حلقه گمشده عدالت در نظام ارجاع و پزشکی خانواده ایران

به نظر می‌رسد که سه حلقه گمشده عدالت در نظام ارجاع و پزشکی خانواده ایران وجود دارند که نیازمند بهبود هستند:

۱-حلقه اول: عدالت در پیشگیری و مراقبت اولیه (قبل از ایجاد صف انتظار).

بزرگ‌ترین بی‌عدالتی در نظام سلامت ایران، این است که میلیونها شهروند تحت پوشش مؤثر تیم پزشکی خانواده نیستند، غربالگری برای فشار خون، دیابت و سرطان‌های شایع را دریافت نمی‌کنند، واکسیناسیون‌های بزرگسالان برای آنان تعریف نشده است. عوامل خطر رفتاری (سیگار، تحرک ناکافی، تغذیه ناسالم) در آنان شناسایی و مدیریت نمی‌شود.

۲- حلقه دوم: عدالت در کیفیت تصمیم به ارجاع (ارجاع بی‌رویه و نابه‌موقع).

پس از پوشش پیشگیری، دومین حلقه گمشده، خودِ فرایند تصمیم‌گیری برای ارجاع است. ارجاع بی‌رویه (over-referral): برخی از تیم‌های پزشکی خانواده به دلیل ناآگاهی، کمبود وقت، ترس از مسئولیت قانونی یا گاهی تعارض منافع (ارتباط با متخصص خاص)، بیمارانی را ارجاع می‌دهند که نیاز تخصصی ندارند [۹]. ارجاع نابه‌موقع (under-referral): برخی بیماران نیازمند (به ویژه در مناطق محروم یا نزد تیم‌های پزشکی خانواده کم‌تجربه) دیر ارجاع داده می‌شوند یا هرگز ارجاع داده نمی‌شوند، گاهی با «بی‌عدالتی خاموش» روبرو می‌شویم، حالتی که بیمار هرگز نمی‌داند که حق ارجاع داشته است.

۳- حلقه سوم: عدالت سیستمی در بهره‌مندی از خدمات تخصصی و بازخورد (پس از ارجاع).

سومین حلقه، بستر ساختاری و سیستمی نظام سلامت است که نمی‌تواند موانعی را که بر سر راه دریافت عادلانه و با کیفیت خدمات سلامت قرار دارد برطرف کند.

سه سطح عملیاتی سازی در برقراری عدالت وجود دارد:

▼ جدول ۱- رابطه بین سطوح عدالت و سه حلقه گمشده

سطح عدالت	پرسش کلیدی	نمونه مصداق در حلقه پیشگیری	نمونه مصداق در حلقه کیفیت ارجاع	نمونه مصداق در حلقه بهره‌مندی و بازخورد
وجود (Availability)	آیا تسهیلات و امکانات و منابع لازم و کافی برای ارائه خدمت در منطقه تحت پوشش وجود دارد؟	وجود مرکز بهداشتی، تیم پزشکی خانواده، واکسن	وجود تیم پزشکی خانواده آموزش دیده و کامل	وجود متخصص، بیمارستان، تجهیزات تشخیصی و فناوری اطلاعات
دسترسی (Accessibility)	آیا مردم می‌توانند به مراکز ارائه خدمات مراقبت از سلامت و تقاضای خدمت برسند؟	هزینه و فاصله منصفانه تا مرکز؛ آگاهی به‌موقع از وجود غربالگری	امکان مراجعه به تیم پزشکی خانواده؛ انجام منصفانه ویزیت	منصفانه بودن هزینه رفت‌وآمد و فرانشیز تخصصی؛ ساعات کار مرکز؛ اقدامات تخصصی
بهره‌مندی (Utilization/ Benefit)	آیا نیازمندان واقعاً از خدمات مراقبت از سلامت استفاده متناسب می‌کنند؟	میزان پوشش غربالگری انجام شده در گروه‌های پرخطر	نرخ ارجاع به‌موقع و مناسب در بیماران نیازمند	میزان مراجعه نیازمندان واقعی به متخصص، بازخورد مناسب به سطح قبلی

[DOI: 10.66224/ihio.9.1.8]

عدالت در وجود یا موجود بودن، یعنی منابع لازم برای ارائه خدمات مراقبت از سلامت (نیروی انسانی، دارو، تجهیزات، فناوری و مراکز ارائه خدمت) به اندازه کافی و متناسب با نیاز جمعیت هدف، در یک منطقه وجود فیزیکی دارد. وجود تسهیلات و امکانات، شرط بنیادین و پیش‌نیاز هرگونه دسترسی است. عدالت در دسترسی، یعنی عوامل فیزیکی و جغرافیایی (فاصله، مسیر، وسیله نقلیه)، مالی (قابل تحمل بودن مخارج مراقبت از سلامت، وجود مکانیسم های محافظت مالی)، زمانی (ساعات کار مراکز)، فرهنگی (پذیرش خدمات توسط گروه‌های قومی یا مذهبی، اختلافات زبانی و گویشی) و اطلاعاتی (آگاهی از وجود و نحوه استفاده از خدمات) مانعی برای رسیدن به خدمات سلامت نیستند. عدالت در بهره‌مندی، به این معنا که آیا افراد با نیازهای متفاوت، متناسب با همان نیازشان به مراکز ارائه دهنده خدمات مراقبت از سلامت مراجعه می‌کنند، از خدمات استفاده می‌کنند و به نتایج سلامت عادلانه دست می‌یابند؟ بهره‌مندی عادلانه یعنی همخوانی میزان استفاده از خدمات با بار بیماری و نیاز، نه با توان مالی یا موقعیت اجتماعی.

نظام ارجاع و پزشکی خانواده در ایران تاکنون بیشتر از منظر «مدیریت هزینه» و «سازوکار بوروکراتیک تنظیم جریان حرکت بیمار» دیده شده است. این نگاه، اگرچه از منظر مهار خدمات غیرضرور و هدایت بیماران تا اندازه‌ای مفید است، اما اساساً هدف نهایی تحقق عدالت را از نظر دور می‌کند. هر سیاستی که در نظام سلامت و با تاکید بر حوزه ارجاع و پزشکی خانواده گذاشته می‌شود، با چهار پرسش بنیادین روبرو است:

۱- آیا با همه به یک شیوه یا اندازه رفتار می‌شود؟ (برابری)

۲- آیا به افراد مختلف به اندازه نیازشان خدمات داده می‌شود؟ (قسط یا عدالت توزیعی)

۳- آیا فرایند تصمیم‌گیری درباره «نیاز» و اقدامات مراقبتی شفاف، بی‌طرفانه و قابل اعتراض است؟ (انصاف یا عدالت رویه‌ای)

۴- آیا خودِ ساختار نظام سلامت به نحوی (ذاتی یا عرضی) دارای موانع دسترسی نیازمندان به خدمات مناسب مراقبتی است؟ آیا این موانع را ریشه‌یابی و حذف می‌کند؟ (عدالت سیستمی یا ساختاری)

نتیجه گیری

نظام ارجاع و پزشکی خانواده در ایران، بیش از هر چیزی نیازمند بازتعریف مسئله عدالت است. عدالت از جایی شروع می‌شود که مردم اصلاً بدانند پزشک خانواده دارند، غربالگری شوند، به‌موقع ارجاع داده شوند و پس از ارجاع، خدمات تخصصی در دسترس داشته باشند و داده‌ها و اطلاعات مرتبط با سلامت آنها در مکان‌های مختلف ارائه خدمات سلامت به اندازه کافی با کیفیت مناسب و در زمان لازم به شکل قابل درک در دسترس فرد مناسب قرار می‌گیرد. صف انتظار، نه اولین حلقه که آخرین حلقه زنجیره است. در نظام ارجاع عدالت یعنی خدمات پیشگیری در جای خود (قبل از بیماری)، ارجاع در جای خود (برای بیمار نیازمند)، متخصص در جای خود (در دسترس همه مناطق). تحقق این سه، می‌تواند تا حد زیادی سلامت برای همه را تضمین کند.

نظام ارجاع بدون پیشگیری مؤثر، بدون کیفیت در تصمیم به ارجاع و بدون دسترسی ساختاری به متخصص، چیزی جز مدیریت تهی دستان در صف انتظار نیست. اما عادلانه کردن این سه حلقه، می‌تواند مسیر رسیدن به سوی «حق بنیادین سلامت برای همه» را تسهیل کند، نکته عملیاتی این است که «پیوست عدالت در سلامت برای پروژه‌های بهداشت و درمان»، که امری بسیار ضروری است، اگر نتواند این سه حلقه را به نحو اثربخش اصلاح و مدیریت کند، کتابچه‌ای بی‌اثر خواهد بود.

تأییدیه اخلاقی: موردی گزارش نشده است.
تعارض منافع: نویسنده این مقاله سردبیر مجله بیمه سلامت می‌باشد.
منابع مالی: مقاله حاضر مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

References

1. Moradi T, Yousefzadeh N, Mohamadi E, Kiani MM, Aryankhesal A, Manesh AO, Takian A. How Iranian primary health care policies influenced equity: a historical critical analysis from policymakers' perspectives. BMC Health Serv Res. 2025;25(1):1527. doi: 10.1186/s12913-025-12736-3.
2. AMA Center for Health Equity. Advancing Health Equity: Key Terms and Definitions. Chicago: American Medical Association; 2022. [Access in

[DOI: 10.66224/ihio.9.1.8]

April 15, 2023]
3. Arnault L, Jusot F, Renaud T. Did the COVID-19 pandemic reshape equity in healthcare use in Europe? Soc Sci Med. 2024;358:117194. doi: 10.1016/j.socscimed.2024.117194.
4. Sardoč M, editor. Handbook of equality of opportunity. Springer; 2024. 10.1007/978-3-031-55897-9_42.
5. Culyer AJ. Equity - some theory and its policy implications. J Med Ethics. 2001;27(4):275-283. doi: 10.1136/jme.27.4.275.
6. Burnett C. Justice in Health. Cham: Springer; 2022. doi: 10.1007/978-3-031-18504-5.
7. Rawls J. A Theory of Justice. Cambridge: Belknap Press; 1971. doi: 10.4159/9780674042605.
8. Sen A. The Idea of Justice. London: Penguin Books; 2009. doi: 10.4159/9780674054578.
9. Barzegari J, Shahreza FA. Challenges of the referral system in family medicine program in Iran: a scoping review. Iran J Public Health. 2025;54(9):1831-41. doi: 10.18502/ijph.v54i9.19852.

[DOI: 10.66224/ihio.9.1.8]