



خلاصه سیاستی

ارتقای عدالت در سطح شبکه بهداشت و درمان و نظام ارجاع

ارتقای عدالت در سطح شبکه بهداشت و درمان و نظام ارجاع

تهیه شده توسط:

مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران

شرح مسئله

استراتژی‌ها یا گزینه‌های سیاستی

گزینه ۱: بازتعریف شبکه بهداشت و درمان با محوریت قرار دادن پزشک خانواده در شهرها و روستاها و جایگزینی تدریجی بهورزان با پزشکان خانواده

گزینه ۲: ارائه آموزشهای لازم در زمینه بیماری‌های غیرواگیر مانند دیابت، فشار خون، و بیماری‌های روانی به کارکنان شبکه بهداشت و درمان و مردم

گزینه ۳: توسعه نظام اطلاعاتی و سامانه‌های الکترونیک از قبیل پرونده الکترونیک سلامت برای تک تک افراد تحت پوشش

گزینه ۴: بازنگری و بازطراحی نظام مراقبت‌های اولیه سلامت، شبکه و سطح بندی به واسطه پایش‌های متعدد و نظرات صاحب نظران به منظور رفع نقاط ضعف نظام شبکه و به ویژه نظام ارجاع

گزینه ۵: اطلاع‌رسانی گسترده و آگاه‌سازی مردم در شهرها از

فعالیت‌های شبکه‌ها

بهبود سلامتی افراد و کاهش نابرابری‌های سلامتی بین افراد کم‌برخوردار و غنی به یکی از مهمترین دغدغه‌های دولت در زمینه سیاست‌های داخلی تبدیل گردیده است و سبب شده جهت بهبود دسترسی به رویکرد‌های مختلف روی آورند. سه گام مهم جهت اتخاذ رویکردی مناسب برای رسیدن به وضع مطلوب و تحقق اهداف نظام سلامت؛ تامین سلامت مردم، پاسخگویی به آنان، و تامین مالی عادلانه می‌باشد. از این رو، شبکه‌های بهداشتی و درمانی یکی از برنامه‌های اصلی دولت برای برقراری عدالت در دسترسی از چهل سال پیش بوده است. در ایران در سال ۱۳۶۳، با هدف توسعه عدالت اجتماعی، مشارکت اجتماعی، همکاری بین بخشی و تامین فناوری مناسب، نظام شبکه بر مبنای رویکرد مثبت وزارتخانه بر اولویت بهداشت به عنوان یک سرمایه‌گذاری بلندمدت و تعیین مراقبت‌های بهداشتی اولیه به عنوان حداقل لازم برای تامین سلامت افراد جامعه، آموزش بهداشت عمومی، عدالت در توزیع امکانات و تسهیلات بهداشت و درمان در تمامی مناطق کشور به

ویژه با اولویت دادن به مناطق روستایی، محروم و دورافتاده و با تکیه بر مشارکت مردم در سلامت خودشان با آموزش و گزینش نیروهای بومی پایه‌گذاری گردید. این برنامه به واسطه طراحی مناسب آن از سوی سازمان جهانی بهداشت و اجرای دقیق آن در کشور، به ویژه در مناطق روستایی، توانست تاثیر زیادی بر کاهش مرگ و میر و بیماری‌های عفونی داشته باشد. علت موفقیت آن هم ساده بودن اجرای آن با بهره‌گیری از آموزشهای اولیه، نیروی انسانی بومی و ارزان، ابزارها و فناوری ساده و کم‌هزینه، و عزم و حمایت سیاسی بود. همینطور مشارکت خوبی میان نقش آفرینان و گروه‌های قدرت صورت گرفت، به طوری که نظام شبکه به یک سیاست چندبخشی تبدیل شد که به غیر از وزارت بهداشت، سایر سازمانها و نهادها مانند وزارت رفاه، فرمانداری‌ها، شهرداری‌ها و دهرداریها، وزارت نیرو، جهاد سازندگی و غیره مشارکت فعال داشتند. حتی

درون وزارت بهداشت نیز همسویی نسبتاً مناسبی بین بازیگران اصلی اتفاق افتاد. در کل طراحی نظام شبکه و روند اجرایی آن تا حدود زیادی مثبت ارزیابی گردیده است اما بحث آنجاست که با اجرای ناقص مباحثی هم چون: نظام ارجاع، سطح بندی، جیره بندی، پزشک خانواده و غیره، نظام شبکه و کارکرد آن تا حدودی تا دستیابی به کارایی و اثربخشی کامل فاصله گرفته و نیازمند اتخاذ راهکارهای نوآورانه ای است تا بتواند نقش بی بدیل خود را در گسترش عدالت در سلامت کشور ایفا نماید.

در واقع با وجود همه موفقیتها، سیاست نظام شبکه دارای چند نقطه ضعف بود که دستیابی به عدالت را دشوار می ساخت. از نظام ارجاع شاید بتوان به عنوان پاشنه آشیل این سیاست نام برد. اگرچه نظام ارجاع در مناطق روستایی تقریباً اجرا می شد، اما اجرای آن در مناطق شهری به هیچ وجه صورت نگرفت. دلایل این امر هم تجمع پزشکان در مناطق شهری و تضاد منافع درون وزارت بهداشت به عنوان سیاستگذار، مجری و ناظر سیاست بود. بدین ترتیب گسترش نظام شبکه در بخش شهری بسیار محدود صورت گرفت و به مرور زمان هم تقریباً هیچ اثری از آن باقی نماند. در این راستا، با استناد به مطالعه ای ملی با عنوان "تحلیل جامع سیاست های مرتبط با کاهش بی عدالتی در سلامت ایران" به ارائه راهکارهای سیاستی با تمرکز بر کاهش بی عدالتی در سطح شبکه بهداشت و درمان، سطح بندی و نظام ارجاع می پردازیم.

راهکارها و گزینه‌های سیاستی

راهکار	نقطه ضعف	نقطه قوت
بازتعریف شبکه بهداشت و درمان با محوریت قرار دادن پزشک خانواده در شهرها و روستاها و جایگزینی تدریجی بهورزان با پزشکان خانواده	<ul style="list-style-type: none"> - مقاومت بهورزان در مقابل اجرای سیاست - عدم همکاری پزشکان خانواده 	<ul style="list-style-type: none"> - امکان ارائه خدمات متنوع تر توسط پزشکان خانواده - افزایش اعتماد عموم مردم به شبکه ها با حضور پزشکان خانواده مجرب
ارائه آموزشهای لازم در زمینه بیماری های غیرواگیر مانند دیابت، فشار خون، و بیماری های روانی به کارکنان شبکه بهداشت و درمان و مردم	<ul style="list-style-type: none"> - نیاز به صرف هزینه و زمان بیشتر برای آموزش گسترده گروههای هدف - نیاز به تدوین آموزش های متفاوت با توجه به گروههای هدف متنوع 	<ul style="list-style-type: none"> - افزایش آگاهی گروههای مختلف و امکان شناسایی و پیشگیری سریع از پیشرفت بیماری - کاهش هزینه های نظام سلامت در بلندمدت
توسعه نظام اطلاعاتی و سامانه های الکترونیک از قبیل پرونده الکترونیک سلامت برای تک تک افراد تحت پوشش	<ul style="list-style-type: none"> - نیاز به صرف هزینه و زمان - نیاز به برقراری شبکه جامع ارتباطی میان شبکه های بهداشت در سطح کشور - لزوم مراجعه خانوارها به شبکه ها یا پایگاههای بهداشت جهت تشکیل پرونده سلامت 	<ul style="list-style-type: none"> - افزایش سرعت تبادل اطلاعات سلامت بیماران در موارد اضطراری - جلوگیری از موازی کاری در سطح شبکه ها - کاهش هزینه های نظام سلامت در بلندمدت - افزایش سرعت و دقت درمان در بلندمدت

<ul style="list-style-type: none"> - افزایش اثربخشی و به روز شدن - فعالیتهای نظام مراقبتهای اولیه - ارتقا و بهبود سطح و کیفیت - خدمات به دلیل انجام پایش های متعدد 	<ul style="list-style-type: none"> - نیاز به صرف هزینه و زمان - نیاز به جلب مشارکت سازمان های مختلف و افراد مجرب در این زمینه - مقاومت صاحبان کنونی فرایند در برابر بازطراحی شبکه 	<p>بازنگری و بازطراحی نظام مراقبت های اولیه سلامت، شبکه و سطح بندی به واسطه پایش های متعدد و نظرات صاحب نظران به منظور رفع نقاط ضعف نظام شبکه و به ویژه نظام ارجاع</p>
<ul style="list-style-type: none"> - سهولت انجام کار با بهره گیری از پتانسل شبکه های مجازی - افزایش مراجعه مردم به شبکه ها و پایگاهها به دلیل افزایش آگاهیهایشان 	<ul style="list-style-type: none"> - لزوم تدوین محتوای مختلف متناسب با گروههای هدف 	<p>اطلاع رسانی گسترده و آگاه سازی مردم در شهرها از فعالیتهای شبکه ها</p>

پیشنهاد ما

شبکه های بهداشتی و درمانی به واسطه طراحی مناسب آن از سوی سازمان جهانی سلامت و اجرای دقیق آن در کشور، به ویژه در مناطق روستایی، توانست تاثیر زیادی بر کاهش مرگ و میر و بیماری های عفونی داشته باشد اما به نظر می رسد وجود تعهد سیاسی در کشور جهت پیشبرد برنامه شبکه های بهداشت و درمان و نظام ارجاع، تربیت نیروهایی با مهارت های چندگانه در ارائه خدمت و مراقبت، ترویج تصمیم گیری های چند-رشته ای در حوزه سلامت، تقویت زیرساخت های فن آوری، بهبود کیفیت، ایمنی و پوشش خدمات و پشتیبانی و استقبال از ایده های نوآورانه در ارتقا سلامت مردم به وسیله خود مردم، می تواند بسیار پیشبرنده اقدامات در راستای اهداف و چشم اندازها باشد.

اما آنچه که مهم است توجه به نقش مردم بعنوان نیروهای پیشبرنده بویژه در شهرها می باشد زیرا این مردم هستند که با رفتار خود تحقق سیاستهای بهداشتی را میسر می سازند. لذا سرمایه گذاری بر توسعه این مراکز و تاکید بر آگاه سازی مردم در خصوص استفاده از خدمات شبکه ها نقش اساسی در افزایش عدالت در سلامت از طریق شبکه های بهداشت و درمان و برقراری نظام ارجاع خواهد داشت. بنابراین توصیه می شود به منظور حفظ پویایی شبکه های بهداشتی و درمانی و افزایش اثربخشی آنها اقدام به بازنگری و بازطراحی نظام مراقبت های اولیه سلامت، شبکه و سطح بندی به واسطه پایش های متعدد و نظرات صاحب نظران گردد. بدیهی است تشکیل جلسات متعدد با حضور گروه های مختلف ذینفعان شامل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و تامین اجتماعی، شهرداری، کارشناسان مجرب شبکه در سطح کشور، نمایندگان مردم و گروههای خیرین سلامت به شناسایی نقاط ضعف و قوت شبکه ها و ارایه طرحی هایی نوین برای روزآمد کردن نظام مراقبت های اولیه سلامت بسیار نتیجه بخش خواهد بود.

تهیه شده توسط مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران

- Pickett K, Wilkinson R. The spirit level: why greater equality makes societies stronger: Bloomsbury Press, New York; .۲۰۰۹
- <https://encompass.eku.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=۱۰۲۰&context=etd> GSEESEiPASEiPAIcAAf. ,
- Reducing health inequalities: system sasIAfhapsgugusudfRhis. ,
- World Health Organization. Global strategy for health for all by the year ۲۰۰۰. Geneva: WHO; ۱۹۸۱. Health for all series.
- Liang C, Mei J, Liang Y, Hu R, Li L, Kuang L. The effects of gatekeeping on the quality of primary care in Guangdong Province, China: a cross-sectional study using primary care assessment tool-adult edition. BMC Family Practice. 2019;20(1):93.
- Li W, Gan Y, Dong X, Zhou Y, Cao S, Kkandawire N, et al. Gatekeeping and the utilization of community health services in Shenzhen, China: A cross-sectional study. Medicine. 2017;96(38):e7719-e.
- Doshmangir L, Bazayar M, Doshmangir P, Mostafavi H, Takian A. Infrastructures Required for the Expansion of Family Physician Program to Urban Settings in Iran. Arch Iran Med. 2017;20(9):-.
- Li W, Gan Y, Dong X, Zhou Y, Cao S, Kkandawire N, et al. Gatekeeping and the utilization of community health services in Shenzhen, China: A cross-sectional study. Medicine. 2017;96(38):e7719-e.