مقاله پژوهشی

چالش‌ها و ملزومات دستیابی به عدالت در سلامت در جمهوری اسلامی ایران

بهزاد دماری[۱]، فریما مینائی[۲]، سهند ریاضی اصفهانی[۳]*

۱- متخصص پزشکی اجتماعی، هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران، پژوهشکده علوم اعصاب ۲- متخصص پزشکی اجتماعی، پژوهشگر ۳- متخصص پزشکی اجتماعی، هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران، موسسه ملی تحقیقات سلامت

***نویسنده مسئول:** تهران، خیابان وصال شیرازی، خیابان بزرگمهر، پلاک ۷۰، کدپستی ۱۴۱۶۸۳۳۴۸۱، تلفن و فکس: ۶۲۹۲۱۳۳۸-۰۲۱
پست الکترونیک: sahand1000@gmail.com

دریافت: ۹۶/۱۱/۱ پذیرش:۹۷/۳/۱۷

چکیده

مقدمه: *از بین بردن بی‌عدالتی در سلامت، یکی از اهداف مهم نظام‌های سلامت است. هدف از طرح حاضر، بررسی دستاوردها، چالش‌ها و راهکارهای دستیابی به عدالت در سلامت در جمهوری اسلامی ایران بود.*

روش: *این طرح با رویکرد کیفی انجام گرفت. اطلاعات با استفاده از مرور منابع و اسناد و بحث گروهی متمرکز با ذینفعان گردآوری گردید. اطلاعات پس از تحلیل، در سه دسته دستاوردها، چالش‌ها و راهکارها دسته‌بندی شد.*

نتایج: *نظام سلامت کشور در زمینه کاهش نابرابری‌های سلامت در ۱۰ سال گذشته دستاوردهای فراوانی داشته که مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از توسعه شبکه‌های بهداشتی به حاشیه شهرها، طرح پزشک خانواده (شهری و روستایی)، طرح تحول سلامت و در پی آن کاهش هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت، افزایش دسترسی عموم به اطلاعات سلامت و به دنبال آن ایجاد پاسخ‌گویی در سیاست‌گذاران. عواملی نیز موجب شده که دستاوردهای بیشتری حاصل نشود که اجرا نشدن یا اجرای ناکامل قوانین و سیاست‌های اجرایی، توجه ناکافی به مولفه های اجتماعی سلامت و ضعف در تدوین و اجرای پیوست سلامت برای سیاست‌ها از آن جمله هستند.*

نتیجه‌گیری: *به نظر می‌رسد در تدوین برنامه و قانون‌گذاری مشکل زیادی در کشور وجود نداشته باشد و قوانین تقریبا همسو با توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت، در راستای کاهش نابرابری‌ها در سلامت باشند. اما میان سیاست‌گذاری و تدوین قوانین با اجرای آن‌ها انفکاک وجود دارد؛ به عبارت دیگر، هنگام نوشتن قوانین به امکان اجرا اندیشیده نمی‌شود و اصول حکم‌رانی خوب، از جمله جلب همکاری و مشارکت ذینفعان، کمتر رعایت می‌شود.*

کلمات کلیدی: *عدالت در سلامت، نظام سلامت ایران، مراقبت‌های اولیه سلامت، سیاست‌گذاری، مولفه‌های اجتماعی سلامت*

مقدمه

نابرابری در سلامت تحت عنوان تفاوت در میزان بروز یا شیوع مشکلات بهداشتی میان افراد جمعیت‌ها در موقعیت‌های مختلف (اقتصادی، اجتماعی، جغرافیایی و...) تعریف می‌شود. به طور کلی، عوامل تعیین‌کننده تفاوت در سلامت افراد در موارد زیر خلاصه می‌شود: تفاوت‌های طبیعی مانند تفاوت‌های بیولوژیک، تفاوت‌های رفتاری، شرایط زندگی و کاری، دسترسی ناکافی به خدمات اساسی

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

سلامت و سایر خدمات عمومی[۱]. میان نابرابری[1] و بی‌عدالتی[2] تفاوت وجود دارد و ارزیابی این امر که چه میزان از نابرابری‌های موجود در سلامت، بی‌عدالتی محسوب می‌شوند، به آگاهی در مورد علل این نابرابری‌ها و قابل اجتناب و منصفانه بودن یا نبودن آن‌ها بازمی‌گردد[۲]. چنین نشان داده شده که کشورهای فقیر، پیامدهای بهداشتی نامناسب‌تری نسبت به کشورهای مرفه‌تر دارند و در تمامی کشورها، طبقات ضعیف‌تر اقتصادی-اجتماعی نسبت به طبقات مرفه‌تر بیشتر از بار بیماری در رنج هستند [۳و۴]. اندازه‌گیری نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی در سلامت و تدوین مداخلات مناسب سابقه‌ای طولانی دارد [۵-۸] به نظر می‌رسد علی‌رغم مداخلات انجام شده، نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی در سلامتی رو به گسترش هستند که این امر در مورد کشورهای در حال توسعه بارزتر از کشورهای توسعه یافته است [۹و۱۰].

در کشور ما نیز تا کنون سیاست‌ها، قوانین و مداخلات فراوانی در زمینه رفع بی‌عدالتی در سلامت تدوین و اجرا شده است. هدف طرح حال حاضر، تدوین گزارشی از چالش‌ها و پیشنهادهای اقدامات اجرایی و بررسی ملزومات دستیابی به عدالت در سلامت در جمهوری اسلامی ایران بود.

روش

مطالعه حاضر در چهار مرحله به شرح زیر انجام شد:

۱) در مرحله اول، به منظور تشکیل تیم پروژه و کمیته راهبری، ابتدا با استفاده از تحلیل ذینفعان، افراد کلیدی شناسایی شدند. ذینفعان در این طرح عبارت بودند از: الف) سیاست‌گذاران در وزارت بهداشت، وزارت تعاون، کار و رفاه، سازمان برنامه و بودجه و سازمان بهزیستی؛ ب) محققانی که به بررسی وضعیت عدالت در کشور پرداخته بودند و ج) افراد متخصص در زمینه تحقیقات کمی و کیفی (متدولوژیست). پس از تعیین افراد و جلب مشارکت آن‌ها برای شرکت در طرح، شیوه مشارکت آنان تعیین گردید؛ به این صورت که عده ای از آنان برای همکاری در تیم پروژه و کمیته راهبری فنی طرح انتخاب شدند و عده‌ای دیگر برای شرکت در جلسه بحث گروهی.

۲) پس از تشکیل تیم پروژه و کمیته راهبری، با بررسی متون و مستندات موارد زیر استخراج گردید: تعاریف مرتبط با نابرابری و بی‌عدالتی در سلامت؛ توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت و تجربیات سایر کشورها و مدل‌های پیشنهاد شده برای تمرکز مداخلات مناسب در کاهش بی‌عدالتی‌ها در سلامت؛ تحلیل داده‌های ثانوی در چهار حیطه حفاظت مالی[3]، پوشش[4] خدمات سلامت، عوامل رفتاری و عوامل خطر[5] و پاسخ‌گویی نظام سلامت[6] در بخش نیروی انسانی و نیز مرور اسناد بالادستی و استخراج مواد مرتبط با رفع بی‌عدالتی در سلامت.

۳) در مرحله سوم، نقاط تمرکز و مداخلات لازم تعیین شد. روش گردآوری داده‌ها در این مرحله از پژوهش شامل جمع‌آوری نظرات خبرگان و ذینفعان از طریق جلسه بحث گروهی بود. برای تحلیل سیاست از تکنیک مثلث تحلیل سیاست[7] استفاده شد. این مثلث دارای سه ضلع اصلی محتوی، بستر و فرایندها است و نقش آفرینان در قلب آن جای دارند. [۱۱و۱۲]. در این مرحله، ابتدا با استفاده از مستندات به‌دست آمده در مرحله قبل، گزارشی خلاصه از وضعیت نابرابری در سلامت در کشور، به همراه توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت و تجربیات و مداخلات کشور و سایر کشورها تهیه شد. این گزارش، به همراه مدل مفهومی مطالعه و فایل پرسش‌نامه، برای ذینفعان توسط ایمیل فرستاده شد و سپس از آنان برای شرکت در جلسه بحث گروهی دعوت به عمل آمد. مدت زمان جلسه بحث گروهی متمرکز[8]، حدود چهار ساعت بود. جلسه توسط مجری طرح، به عنوان هماهنگ‌کننده بحث، هدایت شد. مطابق استاندارد جلسات بحث گروهی متمرکز، یکی از همکاران وظیفه یادداشت‌برداری از مباحثات جلسه را بر عهده داشت و ضبط صوتی نیز انجام شد. ترکیب شرکت‌کنندگان در جلسه در جدول شماره ۱ آورده شده است. این جلسه شامل دو قسمت بود؛ در قسمت اول نقاط تمرکز تعیین شدند و در قسمت دوم پیشنهادهای سیاستی به منظور دستیابی به عدالت در سلامت مورد اجماع قرار گرفتند. نتایج بحث گروهی با روش تحلیل درونمایه‌ای[9] مورد تحلیل قرار گرفت و نظرات خبرگان در سه دسته دستاوردها، علل و راهکارها (مداخلات) استخراج شد. مداخلات توصیه‌شده نیز در سه حیطه تغییرات قانونی و سیاستی، فرایند سیاست‌گذاری و چگونگی مشارکت ذینفعان دسته بندی شد.

۴) در مرحله چهارم، نظرات جمع‌بندی شده، مجددا برای خبرگان و ذینفعان ارسال گردید و مورد بررسی و تایید نهایی ایشان قرار گرفت.

[1] Inequality
[2] Inequity
[3] Financial protection
[4] Coverage
[5] Risk factors and behaviors
[6] Health system response
[7] policy analysis triangle
[8] Focused Group Discussion
[9] Thematic Analysis

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

جدول ۱: ترکیب ذینفعان طرح حاضر در جلسه بحث گروهی متمرکز جهت تعیین نقاط تمرکز و پیشنهادهای سیاستی به منظور دست‌یابی به عدالت در سلامت در جمهوری اسلامی ایران

	سمت علمی/اجرایی
۱	رییس اداره پیش‌گیری از آسیب‌های اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
۲	دفتر مطالعات و رفاه اجتماعی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
۳	معاون توسعه امور علمی و فرهنگی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور
۴	مدیرکل مولفه‌های اجتماعی موثر بر سلامت وزارت بهداشت
۵	رئیس یکی از موسسات ملی تحقیقات کشور
۶	معاون امور اجتماعی سازمان بهزیستی
۷	هیات علمی وزارت بهداشت، عضو دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
۸	هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران با سابقه تحقیق در عدالت در سلامت (دو نفر)
۹	تیم گزارش تحلیل داده‌های مربوط به پوشش خدمات سلامت
۱۰	تیم گزارش تحلیل داده‌های مربوط به پاسخ‌گویی نظام سلامت
۱۱	تیم گزارش تحلیل داده‌های مربوط به حفاظت مالی
۱۲	تیم گزارش تحلیل داده‌های مربوط به عوامل رفتاری و عوامل خطر

نتایج

خلاصه‌ی مهم‌ترین نتایج تحلیل داده‌های ثانوی در چهار حیطه حفاظت مالی، پوشش خدمات سلامت (Coverage)، عوامل رفتاری و عوامل خطر و پاسخ‌گویی نظام سلامت در بخش نیروی انسانی در جدول شماره ۲ و موارد قانونی کشور مرتبط با این چهار حیطه در جدول شماره ۳ آورده شده است.

جدول ۲: خلاصه مهم‌ترین نتایج تحلیل داده‌های ثانوی در چهار حیطه حفاظت مالی، پوشش خدمات سلامت، عوامل رفتاری و عوامل خطر و پاسخ‌گویی نظام سلامت در بخش نیروی انسانی

	موضوع گزارش	مهمترین نتایج
۱	حفاظت مالی	میزان مواجهه با هزینه‌های کمرشکن که در فاصله سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹ افزایش پیدا کرده بود، در سال‌های اخیر کاهش داشت. مقادیر شاخص تمرکز محاسبه شده بیش‌تر به عدد صفر نزدیک بود که نشان می‌داد ارتباطی میان جایگاه درآمدی خانوارها و احتمال مواجهه با هزینه‌ی کمرشکن وجود دارد.
۲	نیروی انسانی	توزیع منابع انسانی تخصصی بخش سلامت به نوعی با میزان توسعه یافتگی استان‌ها در ارتباط بود. در مورد شاخص تسهیلات بهداشتی–درمانی به نسبت جمعیت در بخش بهداشت، با توجه به دولتی بودن این بخش، تفاوتی دیده نشد، اما در بخش درمان و نیز تعداد تخت‌ها به نسبت جمعیت، تفاوت در این شاخص و عمدتا با تجمیع امکانات در مناطق توسعه یافته وجود داشت.
۳	پوشش خدمات	پوشش خدمات سلامت برای ۶ شاخص پیش‌گیری و ۴ شاخص درمان در کشور مناسب به نظر رسید. پوشش بیمه تکمیلی ارتباط قوی و پایداری با سطح درآمد داشت.
۴	عوامل خطر	میانگین قند خون ناشتا در مناطق شهری بالاتر از مناطق روستایی بود. به نظر می‌رسد روند نابرابری در عوامل خطر سلامت در کشور در حال افزایش است.

جدول ۳ – مواد قانونی کشور برای عدالت در سلامت در چهار حیطه حفاظت مالی، پوشش خدمات سلامت (Coverage)، عوامل رفتاری و عوامل خطر و پاسخ‌گویی نظام سلامت در بخش نیروی انسانی در ده سال گذشته (۱۳۸۴ تا ۱۳۹۴)

۱	حفاظت مالی	ردیف حمایت از بیماران صعب‌العلاج و بیماری‌های خاص (معاونت درمان) ردیف برنامه سلامت روستایی ردیف برنامه سلامت شهری ماده ۹۰، ۹۱ و ۹۲ قانون برنامه چهارم توسعه ماده ۳۴، ۳۷ و ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه
۲	پوشش خدمات سلامت	ماده ۸۸ و ۸۹ قانون برنامه چهارم توسعه ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه
۳	عوامل رفتاری و عوامل خطر	ماده ۸۴ قانون برنامه چهارم توسعه ماده ۳۲، ۳۴، ۳۷ و ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه
۴	پاسخ‌گویی نظام سلامت در حیطه نیروی انسانی	برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در بیمارستان‌های مناطق محروم قوانین طرح ضریب k ماده ۸۴ قانون برنامه چهارم توسعه ماده، و ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

همان‌طور که پیش‌تر ذکر شد، نظرات خبرگان پس از استخراج درون‌مایه‌ها، در سه دسته دستاوردها، علل و راهکارها (مداخلات) دسته بندی شد.

دستاوردهای نظام سلامت از دیدگاه خبرگان و ذینفعان: به عقیده خبرگان، نظام سلامت کشور در زمینه کاهش نابرابری‌های سلامت در ۱۰ سال گذشته دستاوردهای فراوانی داشته که مهم‌ترین آن‌ها به شرح زیر می‌باشد:

افزایش پوشش خدمات سلامت در قالب پوشش همگانی سلامت، شامل توسعه شبکه‌های بهداشتی به حاشیه شهرها، طرح پزشک خانواده (شهری و روستایی) و غیره؛ اجرای طرح تحول سلامت که باعث کاهش هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت، افزایش رضایتمندی و پاسخ‌گویی به خدمت‌گیرندگان شده است؛ افزایش دسترسی به اطلاعات سلامت که باعث ایجاد پاسخ‌گویی در سیاست‌گذاران و مدیران گردیده؛ گسترش پوشش بیمه‌ای و بیمه همگانی سلامت؛ تلاش در جهت نگاه همه جانبه به سلامت و در نظر گرفتن و تحلیل کردن اکثر عوامل موثر بر سلامت در نابرابری ها؛ باز شدن مبحث نابرابری در نظام سلامت و حمایت‌طلبی در راستای آن؛ افزایش همکاری میان‌بخشی با توجه به تشکیل معاونت امور اجتماعی، اجرای طرح ماندگاری در مناطق محروم و توزیع یکپارچه نیروی انسانی متخصص و پزشک؛ جدی گرفته شدن نقش مردم و افزایش میزان مشارکت ایشان در سلامت؛ راه‌اندازی دانشگاه‌های علوم پزشکی در استان‌ها و شهرستان‌های کشور که البته این موضوع مورد توافق همه ذینفعان نبود. مخالفان معتقد بودند که توسعه بدون حساب و کتاب دانشگاه‌های علوم پزشکی و دوره‌های تخصصی و فوق تخصصی از یک‌سو باعث افت کیفیت آموزش پزشکی شده و از سوی دیگر افزایش ظرفیت رشته‌های علوم پزشکی بدون توجه به نیاز بازار کار، باعث بیکاری فارغ التحصیلان شده که در نهایت یکی از آسیب‌های مهم آن می‌تواند ایجاد تقاضاهای القایی باشد.

علل عدم دستیابی به دستاورهای بیشتر: این علل و عوامل در سه دسته علل قانونی و سیاستی (شامل مشکلات کلی در تدوین قوانین و مشکلات سیاستی و قانونی اختصاصی در طرح تحول سلامت)، علل ساختاری و عملیاتی و علل رفتاری و فرهنگی به شرح زیر دسته بندی شدند:

۱ - علل سیاستی و قانونی

الف- مشکلات کلی در تدوین قوانین:

روزآمد نبودن و مبتنی بر شواهد نبودن قوانین و سیاست‌های اجرایی؛ ضعف در تدوین و اجرای پیوست‌های سلامت برای سیاست‌ها و برنامه‌های توسعه‌ای؛ قانون‌ناپذیری یا قانون‌گریزی نظام سلامت کشور و سیاست‌های اجرایی که همسو با قوانین بالادستی نیست- به عنوان مثال، عدم رعایت مفاد قانون برنامه‌های توسعه؛ طی نکردن مراحل قانون‌گذاری، یعنی پیش از مطالعات مقدماتی و آماده سازی بستر اجرایی، در اولین قدم قانون تصویب شود؛ در حالی که تصویب قانون باید قدم آخر باشد؛ تضاد منافع در سیاست‌گذاری که مثال واضح آن دو شغله[10] بودن و فعالیت مدیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت در هر دو بخش دولتی و خصوصی است؛ وجود برخی قوانین موازی و متعارض- مثل قانون نظام پزشکی که باید به صورت هم‌زمان از حقوق مردم و حقوق ارایه کننده دفاع کند؛ شناخت ناکافی قانون‌گذار از عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و حوزه اقتصاد سلامت؛ عدم هدف‌گذاری شفاف پیش از تدوین سیاست‌ها و اجرای مداخلات؛ نبود مکانیسم بازخورد بر اساس عمل به قانون؛ شفاف نبودن چگونگی استفاده از نیروهای بومی و همچنین توجه ناکافی به ویژگی‌های اجتماعی مناطق در اختصاص منابع بخش سلامت.

ب- مشکلات سیاستی و قانونی طرح تحول سلامت

اجرای نادرست نظام توزیع درآمد کادر پزشکی (فاز اول طرح تحول سلامت که به پوشش هزینه‌ها پرداخت) و تغییر تعرفه‌ها که متمایل به درمان و رشته‌های بالینی تخصصی و همچنین تمرکزگرایی (اولویت دادن به بیمارستان‌های بزرگ در شهرهای بزرگ) بود؛ تزریق نامناسب منابع مالی در طرح تحول سلامت در درمان و اولویت رویکردهای درمانی بر رویکردهای بهداشتی- به عنوان مثال، تفاوت زیاد ارزش خدمات درمانی، به‌ویژه تهاجمی، بر خدمات بهداشتی-درمانی غیرتهاجمی؛ عدم پایداری منابع در نظام سلامت به ویژه طرح تحول؛ استقرار ناقص و نادرست برنامه نظام ارجاع (پزشک خانواده) در سطح روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت؛ کم توجهی به ارتقای سلامت روان در سیاست‌ها با توجه به بار بیماری‌های روانی؛ شفاف نبودن جایگاه پیش‌گیری در طرح تحول نظام سلامت؛ عدم توجه جدی و عملی به مسایل اجتماعی- اقتصادی و افراد آسیب‌پذیر و در واقع بی‌توجهی به افرادی که حتی در صورت فراهم بودن خدمات، توان بهره‌گیری از آنها را ندارند؛ کمرنگ بودن نقش بخش خصوصی در تامین سلامت و مشخص نبودن نقش سازمان‌های مردم نهاد و رویکردهای اجتماع محور در نظام سلامت.

۲ - علل ساختاری و عملیاتی

وجود ساختارها و فرایندهای موازی دارای همپوشانی و بعضا متعارض در وزارت بهداشت؛ مدل برنامه‌ریزی عمودی

[10] Dual practice

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

به صورتی همه چیز از بالا به استان‌ها دیکته می‌شود و اجازه تفکر خلاقانه از آنها سلب می‌گردد؛ ساختار سنتی وزارت بهداشت که بر مبنای نظرات سیاست‌گذاران تدوین شده، نه ملاحظات فنی و شواهد علمی؛ شیوه کاری غیرمشارکتی-به عنوان مثال، شفاف نبودن جایگاه فعالیت‌های میان‌بخشی در بدنه نظام سلامت، به ویژه در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت؛ فقدان یک نظام دیده بانی مقبول میان‌بخشی در حوزه سلامت؛ تضاد منافع[11] کادر پزشکی که مثال واضح آن، دو شغله بودن مدیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت است؛ غیرحرفه‌ای بودن سیاست‌گذاری در وزارت بهداشت، بدین معنا که سیاست‌گذاران تقریبا همگی از قشر ارائه‌کننده خدمات هستند و تربیت سیاسی ندارند؛ ضعف در ساختارهای نظارتی وزارت بهداشت، به‌ویژه عدم هماهنگی و نبود وحدت رویه میان دستگاه‌های مجری و دستگاه‌های نظارتی؛ شفاف نبودن شیوه استفاده از مشارکت مردم در سیاست‌ها، قوانین و برنامه های وزارت بهداشت؛ عدم اجرای صحیح نقش بیمه در خرید راهبردی خدمات.

۳ - علل رفتاری و فرهنگی

مقاومت بدنه وزارت بهداشت در واسپاری بخشی از خدمات به بخش خصوصی؛ شکل‌گیری ضعیف فرهنگ همکاری میان‌بخشی میان مدیران بالایی و میانی، به‌صورتی که هر یک از سازمان‌ها تنها به موفقیت خود فکر می‌کنند؛ ترجیحات فرهنگی رانتی در میان مدیران و کارشناسان، به صورتی که مدل استبدادی مقدم بر مدل مردم سالاری است؛ کم شدن سرمایه اجتماعی در کشور (نتایج پیمایش سرمایه اجتماعی کشور نیز این موضوع را تایید می‌کند)؛ هزینه‌بر بودن خدمات سلامت به علت عدم استفاده از راهنماهای بالینی و استانداردها؛ رفتار غلط مردم در استفاده از خدمات غیرلازم و یا تمایل به بهره‌گیری از خدمات تخصصی‌تر از حد نیاز، به‌صورتی که استفاده از بخش خصوصی افتخار تلقی می‌شود؛ پرهیز و عدم تمایل دانش‌آموختگان به خدمت در مناطق محروم؛ عدم تلاش رسانه‌های جمعی در آشناسازی مردم با عوامل اجتماعی موثر بر سلامت.

راهکارها از دیدگاه خبرگان و ذینفعان: راهکارهای ارائه شده توسط خبرگان نیز در سه حیطه تغییرات قانونی و سیاستی، فرایند سیاست‌گذاری و چگونگی مشارکت ذینفعان دسته بندی شدند:

الف) تغییرات قانونی سیاستی

تجمیع، تکمیل و رفع هم‌پوشانی قانون در حوزه سلامت همگانی و نظام ارائه خدمات سلامت؛ سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد؛ استقرار سیستم دیده‌بانی و پایش برای بررسی شاخص‌های مرتبط با عدالت در سلامت؛ تدوین قوانین مناسب با رویکرد تقویت نظام مراقبت‌های اولیه سلامت؛ تدوین قوانین مناسب با رویکرد تقویت برنامه‌های موثر بر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت.

ب) فرایند سیاستگذاری

اصلاح ساختار به صورتی که فساد ساختاری در نظام ارائه خدمت را کاهش دهد (رفع تضاد منافع)؛ جلوگیری از دو شغله بودن مدیران و سیاست‌گذاران در بخش سلامت به گونه‌ای که این افراد در بخش خصوصی ارائه خدمت نکنند؛ حوزه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی راهبردی یک ساختار واحد در وزارت بهداشت داشته باشد و این اقدامات در حوزه‌های تخصصی برنامه‌ریزی اجرایی صورت نگیرد؛ ایجاد پایداری مدیریتی و یا حداقل ایجاد ذخیره دانشی در حوزه سیاست‌گذاری و انباشت تجربیات قبلی به دنبال تغییر سیاست‌گذار ارشد در وزارت بهداشت؛ همکاری میان‌بخشی و استفاده از تجربیات سایر دستگاه‌ها در امر سیاست‌گذاری؛ در نظر گرفتن اصل تمرکززدایی در اجرای قوانین و سیاست‌ها؛ استقرار سازوکارهایی برای تبدیل قوانین به برنامه‌ها و دستورالعمل‌های قابل اجرا.

ج) چگونگی مشارکت ذینفعان:

شناسایی صحیح ذینفعان؛ حمایت طلبی، جلب مشارکت و استفاده از همه ذینفعان شامل مردم و گروه‌های مردمی (به‌ویژه در فرایند سیاست‌گذاری) و غیره؛ مشخص نمودن تکالیف استان‌داران و سایر دستگاه‌ها جهت پایش و ارتقای شاخص‌های مرتبط با سلامت و کاهش نابرابری‌ها در سلامت؛ آموزش و توانمندسازی ذینفعان؛ خلاصه‌سازی و مصورسازی گزارش‌های سیاست‌گذاری بر اساس سطح فهم ذینفعان؛ ارزیابی عملکرد ذینفعان در سطح ملی و استانی؛ آموزش مدیران و سیاست‌گذاران در راستای ایجاد درک صحیح از مشارکت مردم.

بحث

بر اساس توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت، به منظور مقابله با بی‌عدالتی در سلامت، نظام‌های سلامت باید پنج اصل زیر را مد نظر داشته باشند: برقراری پوشش همگانی سلامت، تاکید بر مولفه‌های اجتماعی سلامت (فقر، سواد و غیره)، اندازه گیری و پایش نابرابری‌ها، مشارکت مردم و گروه‌های مردمی و همکاری‌های میان‌بخشی [۱۳]. تجربیات موفق و گوناگونی در زمینه مداخلات مناسب برای رفع بی‌عدالتی در سلامت در سطح جهان به‌دست آمده است. در دهه‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۰۰ در نظام سلامت انگلستان، نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی در زمینه استفاده از خدمات وجود داشت؛ [۱۴]. در سال ۲۰۰۰، دولت این کشور اصلاحاتی را در نظام سلامت آغاز کرد که دو هدف عمده را دنبال می‌کردند: افزایش میزان

[11] Conflict of Interest

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

و سهم بودجه سلامت[۱۵و۱۶] و کاهش زمان انتظار در صف بیمارستان‌ها [۱۷و۱۸]. علی‌رغم آن‌که نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی در سلامت در جهان رو به گسترش بود، اما میزان عدالت در سلامت در کشور انگلستان از سال ۲۰۰۰ تا کنون نه تنها بدتر نشده، بلکه اندکی نیز بهبود یافته است[۱۹].

با در نظر گرفتن موارد فوق، در بررسی موارد قانونی این‌طور به نظر می‌رسد که در کشور از نظر تدوین برنامه و قانون‌گذاری مشکل زیادی وجود نداشته باشد و قوانین تقریبا همگی همسو با توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت و در راستای کاهش نابرابری‌ها در سلامت باشند. با این‌که گزارش ارزش‌یابی این مواد قانونی موجود نبوده، مشخص نیست این قوانین تا چه حد اجرایی شده‌اند، اما با توجه به نظرات خبرگان و ذینفعان چنین به نظر می‌رسد که در اجرای این قوانین مشکلات زیادی وجود داشته باشد. از دید آنان میان قسمت سیاست‌گذاری و تدوین قوانین با قسمت اجرای قانون و سیاست انفکاک وجود دارد. در واقع، به هنگام نوشتن قوانین، به اجرای آن اندیشیده نشده و کار کارشناسی مناسب جهت اجرای آن انجام نمی‌گیرد.

همچنین در سیاست‌گذاری سلامت، مهم‌تر از موضوع سیاست مسیری است که از طریق آن می‌توان به سیاست و اهداف مورد نظر رسید. رویکرد سازمان بهداشت جهانی به سیاست‌گذاری در بخش سلامت این است که باید شرایطی ایجاد شود که تمامی نقش آفرینان، یا به عبارت دیگر بازیگران مرتبط با موضوع، درگیر اجرای آن شوند [۳]. به نظر می‌رسد در کشور، به دلیل عدم مشارکت همه ذینفعان در تدوین قانون، متاسفانه قوانین تضمین اجرایی نداشته، به هنگام اجرا هر آن‌کس که قانون را مطلوب نداند، آن را اجرا نمی‌کند.

به‌طور کلی، مداخلات اجرایی مناسب به منظور کاهش بی‌عدالتی در سلامت را می‌توان به دو دسته کلی تقسیم نمود: مداخلات در جهت از بین بردن علل ریشه‌ای بی‌عدالتی و از بین بردن آن‌چه که موجب ایجاد بی‌عدالتی در سلامت شده است؛ مانند تقسیم عادلانه درآمدها در جامعه و فراهم آوردن امکانات تحصیلی برای همه افراد؛ همچنین، مداخلات مرتبط با چگونگی ارائه خدمات مرتبط با سلامت، به صورتی که تمرکز ارائه مداخلات روی گروه های کم‌برخوردار باشد[۳ و ۸]. مسلم است که مداخلات دسته اول مهم‌تر بوده، تاثیرگذاری بیش‌تری دارند و لازم است در اولویت قرارگیرند. زیرا اگر به علل ریشه‌ای بی‌عدالتی‌ها توجه نشود، بسیاری از اقداماتی که برای افزایش پوشش خدمات در گروه‌های آسیب‌پذیر انجام می‌گیرد نیز به علت ناتوانایی این گروه‌ها در استفاده از خدمات، نتیجه نخواهد داد. بنابراین وظیفه مهم بخش سلامت، توجه به این علل ریشه‌ای بی‌عدالتی‌ها (عوامل اجتماعی چون فقر، آموزش و...) است تا علاوه بر متمرکز کردن اقدامات بر گروه‌های کم برخوردار، از طریق حمایت‌طلبی به رفع این علل ریشه‌ای اقدام نماید.

نتیجه‌گیری

در صورت اصلاح بی‌عدالتی در عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دستاوردهای فراوانی در زمینه بهبود وضعیت عدالت در سلامت در جامعه به دست خواهد آمد که حتی موثرتراز تمرکز بر ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به گروه‌های کم‌برخوردار خواهد بود. به همین دلیل، بخش سلامت با این‌که به طور مستقیم وظیفه اجرای مداخلات برای کاهش فقر، آموزش و غیره را به عهده ندارد، اما در زمینه همکاری با سایر بخش‌ها، مسئول ارتقای عوامل اجتماعی موثر بر سلامت است. البته باید توجه داشت که همکاری بین‌بخشی به این معنی نیست که بخش بهداشت تنها به درخواست مطالبات خود از سایر بخش‌ها بپردازد، بلکه باید با تاکید بر منافع مشترک، برای تحقق اولویت‌های استراتژیک بخش‌های دیگر نیز تلاش نماید[۲۰ و ۲۱]. نکته دیگر، توجه به تاثیر سیاست‌ها و برنامه‌های کشوری در خصوص سلامت است که با اجرای پیوست سلامت محقق می‌گردد [۲۲]. مجموع موارد فوق نشان دهنده آن است که سیاست‌های کلان کشور، یا به عبارت دیگر حکم‌رانی، مهم‌ترین عامل برای برقراری عدالت در سلامت می‌باشد [۲۳ و ۲۴].

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

پیشنهادات مشخص حاصل از نتایج این طرح به منظور کاهش بی‌عدالتی در سلامت به شرح زیر می‌باشد: ۱) با توجه به نبود گزارش‌هایی پیرامون میزان اجرایی شدن قوانین حامی عدالت در سلامت در کشور، به نظر می‌رسد باید ارزش‌یابی مواد مرتبط با سلامت در اسناد و قوانین بالادستی کشور، دست‌کم برای برنامه‌های پنج ساله توسعه (به طور مشخص برنامه چهارم و پنجم)، در دستور کار بخش سلامت قرار گیرد؛ ۲) با توجه به نقش مهم همکاری‌های میان‌بخشی در برقراری عدالت در سلامت، لازم است شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، به عنوان بازوی اصلی وزارت بهداشت در همکاری میان‌بخشی، توصیه‌های چهارگانه سازمان جهانی بهداشت -شامل حمایت‌طلبی ویژه برای هر بخش، توافق‌های مناسب برای همکاری با سایر بخش‌ها، ترویج تداوم همکاری با سایر بخش‌ها و نهادینه‌سازی اهداف عدالت در سلامت- را در سیاست‌های خود مورد توجه قرار دهد؛ ۳) به هنگام تدوین پیوست سلامت برای سیاست‌ها، برنامه‌ها و پروژه‌های کشوری، باید مسئله عدالت در سلامت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت مورد توجه قرار گیرد.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

تشکر و قدردانی

این طرح با حمایت مالی موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران به شماره طرح ۹۳۲۲۳/م/۲۴۱ با کد اخلاق IR.TUMS.NIHR.REC.1396.15 انجام شد. همچنین، تیم تحقیق بر خود واجب می‌داند از زحمات فراوان همه عزیزانی که با راهنمایی‌های خود، پژوهش حاضر را پربار ساختند قدردانی نماید: دکتر فرید ابوالحسنی، دکتر الهام احسانی، دکتر فائزه زارعی، دکتر رقیه خبیری، دکتر عباس وثوق مقدم، دکتر حسام قیاسوند، دکتر محمدرضا مبینی زاده، دکتر حبیب الله مسعودی فرید، دکتر محمدرضا واعظ مهدوی، دکتر علی اصغر فرشاد، دکتر سیدرضا مجدزاده، دکتر علیرضا اولیایی منش و دکتر اردشیر خسروی.

References

1- Kunst AE, Mackenbach JP. Measuring socioeconomic inequalities in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1995: 15-19.
2- Braveman P. What is health equity: and how does a life-course approach take us further toward it?. Maternal and child health journal. 2014 Feb 1;18(2):366-72.
3- Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. The Lancet. 2008 Nov 14;372(9650):1661-9.
4- Smith MJ. Health Equity in Public Health: Clarifying our Commitment. Public Health Ethics. 2015: 8 (2):173-184.
5- Adler NE, Newman K. Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. Health affairs. 2002 Mar;21(2):60-76.
6- Ferrie JE, Shipley MJ, Davey Smith G, Transfeld SA, Marmot MG. Change in health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. Journal of Epidemiology and Community Health 2002; 56: 922-26.
7- Hu Y, van Lenthe FJ, Borsboom GJ, Looman CW, Bopp M, Burström B, et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 17 European countries between 1990 and 2010. J Epidemiol Community Health. 2016(70):644–52.
8- World Health Organization. Public Health Agency of Canada. Health Equity Through Intersectoral Action: An Analysis of 18 Country Case Studies. WHO/PHAC; 2008. Available from: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/hetia18-esgai18/pdf/hetia18-esgai18-eng.pdf. (accessed on 9 Nov 2017).
9- Khang YH, Lynch JW, Yun S, Lee SI. Trends in socioeconomic health inequalities in Korea: use of mortality and morbidity measyres. Journal of Epidemiology and Community Health 2004; 58: 308-14.
10- Thrift AG, Sturm JW, Paul SL, Gilligan AK, Srikanth VK, Macdonell RA, et al. Greater incidence of both fatal and nonfatal strokes in disadvantage areas. Stroke 2006; 37: 877-82.
11- Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health policy and planning. 1994;9(4):353-70.
12- Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy: McGraw-Hill Education (UK); 2012: 37-41.
13- Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. Bulletin of the World Health Organization. 2013 Jun 17;91:602-11.
14- Dixon A, Le Grand J, Henderson J, et al. Is the British National Health Service Equitable? The evidence on socioeconomic differences in utilization. Journal of Health Services Research & Policy.2007;12:104–09.
15- Appleby J, Crawford R, Emmerson C. How cold will it be? Prospects for Prospects for NHS funding: 2011–17. London: Kings Fund, 2009: 55-59.
16- House of Commons Health Committee. Public Expenditure on Health and Personal Social Services 2009: Memorandum received from the Department of Health containing Replies to a Written Questionnaire from the Committee. London: The Stationery Office Limited, 2010. Available at: www.publications.parliament.uk/pa/cm200708/cmselect/cmhealth/1190/1190.pdf (accessed on 9 Nov 2017).
17- Powell M. Reforming a Health Care System in a Big Way? The Case of Change in the British NHS. Social Policy & Administration. 2016 Mar;50(2):183-200.
18- Lawrence Z. Building on the best–choice, responsiveness and equity in the NHS. Health Expectations. 2004 Jun;7(2):176-9.
19- Cookson R, Laudicella M, Donni PL, Dusheiko M. Effects of the Blair/Brown NHS reforms on socioeconomic equity in health care. Journal of health services research & policy. 2012 Jan 1;17(suppl 1):55-63.
20- Ndumbe-Eyoh S, Moffatt H. Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. BMC public health. 2013 Nov 9;13(1):1056.
21- Larsen M, Rantala R, Koudenburg OA, Gulis G. Intersectoral action for health: The experience of a Danish municipality. Scandinavian journal of public health. 2014 Nov;42(7):649-57.
22- Kemm J. Health impact assessment: a tool for healthy public policy. Health promotion international. 2001 Mar 1;16(1):79-85.
23- Wehrmeister FC, da Silva IC, Barros AJ, Victora CG. Is governance, gross domestic product, inequality, population size or country surface area associated with coverage and equity of health interventions? Ecological analyses of cross-sectional surveys from 80 countries. BMJ global health. 2017 Oct 1;2(4):e000437.
24- Gilson L, Lehmann U, Schneider H. Practicing governance towards equity in health systems: LMIC perspectives and experience. International Journal for Equity in Health. 2017;16(171):34-39.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

Challenges and Requirements for Achieving Equity in Health in the Islamic Republic of Iran

Behzad Damari [1], Farima Minaee [2], Sahand Riazi-Isfahani [3 *]

[1] *Neuroscience Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
[2] *Community Medicine Specialist*
[3] *Department of Social Determinants of Health, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Abstract

Introduction: Tackling inequity in health is one of the main objectives of health systems. The aim of this study was to assess the achievements and challenges, as well as solutions, in reaching the equity in health in Iran.

Methods: This study was conducted using a qualitative approach. Data were gathered by reviewing documents and conducting focused group discussions with the stakeholders. The analyzed data were categorized into three groups including achievements, challenges, and solutions.

Results: The Iranian health system has achieved many successes in the past 10 years including expanding the primary healthcare networks to city outskirts, implementing the family physician program (urban and rural), implementing the Health Transformation Plan (HTP) and subsequent decrease in catastrophic and impoverishing health expenditures, and increasing the public access to health information and subsequent responsiveness of policymakers. However, some factors hindered further achievements, including the absent or incomplete implementation of laws and practical policies, insufficient attention to the social determinants of health, and poor designing and implementation of the health annex for the policies.

Conclusions: It seems that there are little problems in legislation and policymaking in the country and the laws are almost compatible with the recommendations of the World Health Organization, aiming at the inequity reduction in health. However, there is a gap between the policymaking/legislation and the practice. In other words, legislation is poorly practicable and the principles of good governance, including attracting the participation and cooperation of stakeholders, are not fully respected.

Keywords: Equity in Health; Primary Health Care; Policymaking; Law; Governance; Social Determinants of Health

Please cite this article as follows:

Damari B, Minaee F, Sahand Riazi-Isfahani S. Challenges and requirements for achieving equity in health in Islamic Republic of Iran. Hakim Health Sys Res 2019; 21(4): 266- 273

***Corresponding Author:** Assistant Professor of Community Medicine, Department of Social Determinants of Health, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, No. 70, Bozorgmehr Ave., Tehran, Iran. Tel/Fax: +98-2162921338, Email: sahand1000@gmail.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]