نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره ششم، تابستان ۱۴۰۱، شماره دوم، صفحات ۲۹۲ تا ۳۰۱

مروری

عدالت در نظام سلامت ایران

اعظم کمالی[۱]، خلیل علی‌محمدزاده[۲*]، سیدشهاب‌الدین صدر[۳]، احمد فیاض‌بخش[۴]، شهرام توفیقی[۵]، علیرضا اولیایی‌منش[۶]، ابوالقاسم پوررضا[۷]، نرگس تبریزچی[۸]

۱. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران
۲. * **نویسنده مسئول:** دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران Alimohamadzadeh@iautmu.ac.ir
۳. استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات الکتروفیزیولوژی، پژوهشکده بازتوانی عصبی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴. دانشیار گرو ه توسعه علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۵. عضو هیئت علمی‌دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله اعظم (عج)، تهران- عضو گروه آینده‌نگری، نظریه‌پردازی و رصد کلان فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران
۶. مؤسسه ملی تحقیقات نظام سلامت، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۷. استاد گروه آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۸. استادیار پزشکی اجتماعی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۳/۲۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۴/۲۲

چکیده

زمینه و هدف: یکی از اهداف مهم در سیاست‌گذاری حوزه سلامت تأمین عدالت در سلامت است. عدالت در سلامت به مفهوم پرهیز از تفاوت‌های سیستماتیک و بالقوه قابل برطرف کردن در یک یا چند جنبه از سلامت در یک جمعیت و زیرگروه‌های اقتصادی، اجتماعی، دموگرافی و جغرافیایی است.

روش: این مطالعه از طریق مرور ادبیات و متون علمی موجود و با بررسی مقاله‌ها، پایان‌نامه‌ها، گزارش‌ها و منابع موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی و کنفرانس برگزار شده توسط فرهنگستان علوم پزشکی با استفاده از کلید واژه‌های مرتبط، در محدوده زمانی ۱۰ سال گذشته انجام شده است.

یافته‌ها: روند حرکت شاخص سیاست‌های بخش سلامت نتوانسته تغییر معنی‌داری در جهت بهبود عدالت ایجاد کند. تبعیض در پوشش خدمات، تبعیض در جنسیت، دسترسی به خدمات در مردم مناطق دور افتاده و عدم برخورداری از خدمات سلامت در اقشار کم درآمد باوجود دستاوردهای ۴۰ ساله انقلاب و تأکید در برنامه‌های توسعه اول تا پنجم همچنان وجود دارد. با وجودی که طرح تحول توانست هزینه‌های خدمات بستری را کاهش دهد؛ اما هزینه‌های عدالت در مشارکت مالی و شاخص هزینه‌های سلامت فقرزا همچنان بالا است.

نتیجه‌گیری: کسری بودجه تکرارشونده در بخش سلامت نشان از عدم پایداری منابع مالی این بخش دارد. ناهماهنگی‌های بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت اقتصاد و رفاه به عنوان یکی از عواملی است که می‌تواند در عدم دستیابی به تأمین عدالت در سلامت مؤثر باشد. یکی از راهکارهای بهبود شاخص‌ها و کنترل هزینه‌ها در همه جوامع مدیریت منابع محدود سلامت می‌باشد. براساس قانون برنامه پنجم توسعه اجرای کامل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع و گسترش پوشش بیمه‌ها می‌تواند به ارتقای عدالت در سلامت و کاهش هزینه‌ها از جیب مردم منجر شود.

کلیدواژه‌ها: استانداردهای عدالت در سلامت، عدالت در سلامت، نظام سلامت ایران

مقدمه

امروزه از انسان سالم به عنوان محور توسعه پایدار نام برده می‌شود به هم این دلیل یکی از وظایف حاکمیتی کشورها تأمین، حفظ و ارتقای عادلانه سلامت جامعه است. وضعیت سلامت کشور شاخص کلیدی از حاکمیت بهینه است. با توجه به گستره عوامل تأثیرگذار بر سلامت و همچنین تعریف سلامت که جنبه‌های اجتماعی، معنوی و روانی را علاوه بر جسمی در بر می‌گیرد، آشکار می‌شود که مسؤلیت تأمین سلامت جامعه فراتر از یک سامانه تخصصی تحت عنوان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و یا دانشگاه‌های زیر مجموعه آن است و این مهم نیاز به هماهنگی و همکاری بین بخشی دارد(۱).

یکی از اهداف مهم در سیاست‌گذاری حوزه سلامت، تأمین عدالت در سلامت است. عدالت در سلامت به مفهوم نبود تفاوت‌های سیستماتیک و بالقوه قابل برطرف کردن در یک یا چند جنبه از سلامت در یک جمعیت و زیرگروه‌های اقتصادی، اجتماعی، دموگرافی و جغرافیایی است. تفاوت‌های قابل اجتناب و غیرعادلانه، بی‌عدالتی در سلامت نامیده می‌شود. (سازمان جهانی بهداشت)، بهره‌مندی و دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی درمانی و توزیع بهینه آنها از اهمیت به سزایی در نظام‌های سلامت برخوردار است. در جمهوری اسلامی‌ایران نیز مقوله عدالت در سلامت همواره مدنظر بوده و نابرابری‌های موجود در وضعیت سلامت مردم یکی از

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22034/6.2.12]

مهم‌ترین دغدغه‌های سیاست‌گذاران نظام‌های سلامت است. در اسناد بالادستی مانند قانون اساسی، سند چشم‌انداز پنج ساله، برنامه‌های توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی سوم، چهارم و پنجم و نیز در طرح تحول نظام سلامت موضوع عدالت مورد تأکید قرارگرفته است (۲). همچنین کلیدواژه عدالت اجتماعی ۳۰۹ بار، موضوع سلامت بیش از ۲۰۰ بار، سلامت عمومی ۳۰ بار و بهداشت عمومی ۲۵۲ بار در سخنان و پیام‌های مقام معظم رهبری به کار رفته است. « سیاست‌های کلی سلامت »نیز به‌طور اختصاصی به موضوع عدالت در سلامت می‌پردازد(۳) اصول دوم، سوم، نوزده ، بیست و نه و چهل و سوم قانون اساسی به صور شفاف عدالت را در جامعه اسلامی‌از وظایف اصلی دولت جمهوری اسلامی‌دانسته است(۴).

وظیفه حکومت در این حوزه بسیار فراگیر است و تنها حمایت از بیماران نیست؛ زیرا سه بُعد برای عدالت در سلامت طرح می‌شود :۱. عدالت در تأمین منابع ۲. عدالت در خدمت‌رسانی و ۳. عدالت در پیامدها. از طرفی تعیین‌کننده‌های سلامت مطلوب همان تعیین‌کننده‌های بی‌عدالتی در سلامت نیست و در واقع زمانی که سلامت افراد به طور کلی بهتر می‌شود، بی‌عدالتی‌های سلامت ممکن است همچنان پابرجا بماند و درنتیجه حکومت وظیفه‌ای خطیر و گسترده در این حوزه دارد(۵).

پایش نابرابری در سلامت و گردآوری شواهد در زمینه بی‌عدالتی و نابرابری و علل ایجادکننده آن‌ها بسیار ضروری بوده و می‌تواند دیدگاه مناسبی را برای سیاست‌گذاری و شناسایی نقاط ضعف و قوت سیاست‌های اعمال شده فراهم آورد به منظور کاهش نابرابری‌ها و افزایش عدالت در سلامت و خدمات سلامت لازم است ابتدا وضعیت سلامت و شاخص‌های آن براساس تفکیک‌کننده‌های مختلف شامل تحصیلات، شغل، درآمد، مصرف، هزینه، سرمایه، دارایی، جنسیت، گروه‌های قومیتی، محل سکونت (شهر و روستا)، ... سنجیده شود. سپس بر اساس شواهد اقدام به برنامه‌ریزی و انتخاب بهترین مداخلات برای کاهش نابرابری‌ها شود(۴).

کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت نیز در گزارش تحلیلی سال ۲۰۰۸، اشاره کرده است که برای دستیابی به عدالت در سلامت، انجام سه اقدام مهم ضروری است. اولین اقدام، ارتقای شرایط موجود در زندگی روزمره می‌باشد؛ به این معنی که لازم است شرایط محیطی که افراد در آن متولد شده، رشد کرده، زندگی و کار می‌کنند و در نهایت پیر می‌شوند، بهبود یابند. دومین اقدام، توقف ناعادلانه قدرت، پول و منابع (به عنوان محرک‌های ساختاری شرایط زندگی) به‌طور جهانی، ملی و محلی است. سومین اقدام نیز شامل اندازه‌گیری مشکل، ارزیابی عملکرد، وسعت مبنای دانشی، توسعه نیروی کاری که درباره تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت پرورش یافته، می‌شود(۶).

بنابراین به علل زیر عدالت در بخش سلامت از اهمیت فوق العاده‌ای برخوردار است:

۱. براساس بررسی‌های به عمل آمده فقر مهم‌ترین عامل مرگ، بیماری و ناتوانی قابل پیشگیری است. به طور متوسط کودکی که در خانواده فقیر متولد می‌شود دو برابر بیش‌تر از کودکی که در گروه بالای جامعه متولد می‌شود شانس مرگ تا قبل از رسیدن به سن ۵ سالگی دارد؛

۲. در بسیاری از مباحث عدالت، سردرگمی‌زمانی بروز می‌کند که یک گروه در خصوص بی‌عدالتی سطح و کیفیت سلامت را در گروه‌های مختلف جمعیتی مدنظر قرار می‌دهند، درصورتی که گروهی دیگر آن را در سطح تدارک و توزیع خدمات بحث می‌کنند.

۳. اگرچه به‌طور طبیعی عوامل تعیین‌کننده تفاوت در سلامت افراد در موارد زیر خلاصه می‌شود ولی آیا بی‌عدالتی در سلامت با این موضوعات قابل توجیه است؟

- تفاوت‌های طبیعی مانند تفاوت‌های بیولوژی؛
- رفتارهای انتخابی مخاطره‌آمیز سلامت مانند برخی ورزش‌ها و تفریحات؛
- مزیت سلامتی یک گروه بر دیگری زمانی که آن گروه زودتر از گروه دیگر رفتار ارتقادهنده سلامت را برگزیند؛
- رفتارهای مخاطره‌آمیز سلامت زمانی که درجه انتخاب سبک زندگی به شدت محدود شده باشد؛
- تماس با شرایط زندگی و کاری غیرسالم و پراسترس؛
- دسترسی ناکافی به خدمات اساسی سلامت و سایر خدمات عمومی؛
- انتخاب طبیعی یا تحریکات اجتماعی مرتبط با سلامت که موجب می‌شود افراد بیمار در معیار اجتماعی به گروه‌های پایین‌تر اجتماعی- اقتصادی سوق پیدا کنند(۷).

آن چه قابل توجه است این است که افزایش سهم سلامت از کلّ هزینه‌های خانوار، به این امر منجر شده که باوجود احساس نیاز به دریافت خدمات سلامت، به دلیل تورم ناشی از هزینه‌های درمانی، یا از دریافت خدمات سلامت صرفنظر می‌شود و یا نرخ پرداخت از جیب برای دریافت خدمات افزایش می‌یابد. در نتیجه نیازهای برآورده نشده به دلایل مشکلات مالی، منجر به حذف فرصت‌های برابر برای استفاده از خدمات براساس نیاز افراد می‌شود(۸) و در واقع آسیبی که افراد از نبود محافظت در برابر خطرات مالی می‌بینند؛ بیشتر از اینکه زیان اقتصادی در پی داشته باشد، به کاهش وضع سلامت می‌انجامد(۹).

پس شواهدی برای تعیین بی‌عدالتی‌ها و عوامل تأیید کننده آن درکشور بسیار حیاتی است تا بستر لازم برای سیاست‌گذاری آگاهانه و مبتنی بر شواهد را فراهم کند (۱۰).

اگرچه تحولات ساختاری، محتوایی، فرایندی و رفتاری در دهه‌های اخیر در نظام سلامت رویکرد عادلانه داشته، ولی بعضی انحرافات و سوءمدیریت‌ها، روند تحقق عدالت را به تأخیر انداخته است.

بررسی‌ها نشان داده اگرچه برای گسترش عدالت در سلامت از لحاظ

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22034/6.2.12]

قانونی و تدوین برنامه در کشورمان کاستی وجود ندارد؛ اما در اجرا، مسایل و مشکلات عدیده‌ای وجو دارد و با گذشت سال‌های متمادی تحلیل آماری و گزارش‌های مدون سالیانه مبنی بر بررسی میزان تحقق اهداف برنامه‌ها، در دست نیست؛ اما طبق بررسی‌ها روند حرکت شاخص سیاست‌های بخش سلامت نتوانسته تغییر معنی‌داری در جهت بهبود عدالت ایجاد کند(۱۱).

این نوشتار سعی دارد با مرور مطالعات انجام شده در دهه اخیر به بررسی جامع در مقوله جایگاه عدالت در نظام سلامت ایران، چالش و تهدیدها و راهکارهای ارائه شده به منظور تحقق این نیاز اساسی جامعه در نظام سلامت بپردازد. عدالت در سلامت می‌تواند به عنوان شاخصی باشد تا از طریق اندازه گیری آن بتوان ارزیابی

کرد که سیاست‌های به کارگرفته شده تا چه میزانی در توزیع عادلانه سلامت در جامعه موفق عمل کرده است.

روش

این مطالعه از طریق مرور ادبیات و متون علمی موجود در حوزه مدیریت، سیاست‌گذاری و عدالت در سلامت، با بررسی مقاله‌ها، پایان نامه‌ها،گزارش‌ها، اسناد بالادستی و منابع موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی شامل Googlescholar Scopus, pub med, SID و با استفاده از کلید واژه‌های، عدالت در سلامت، شاخص‌های عدالت در سلامت، نظام سلامت ایران وhealth inequity ,equity, health equity, health system در محدوده زمانی ۱۰ سال گذشته (از ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰) انجام شد. ابتدا طبق فلوچارت ۹۲ مقاله مورد بررسی قرار گرفت. از بین متون دستیابی شده ۴۴ مقاله براساس معیارهای مطالعه و اهداف آن استخراج و مورد استفاده قرار گرفت. نویسنده همه مقاله‌ها ایرانی بودند که ۳۷مورد در نشریات فارسی و ۷ مورد در نشریات خارجی چاپ شدند. نتایج ۱۵مطالعه منتخب خلاصه شد.

یافته‌ها

برای تحقق عدالت در سلامت، مسئولان صدر انقلاب با بیست مسئله مهم مواجه بودند. این مسایل به شرح زیر می‌باشد:

۱. نیروی انسانی مورد نیاز برای خدمات سلامت در روستاها؛
۲. ساختار مدیریت؛
۳. شکل‌گیری و استقرار ساختار شبکه؛
۴. ساختار کلان نظام سلامت؛
۵. تسری اصل مسئولیت در تمام ارکان و شئون نظام سلامت ادغام یافته؛
۶. تأکید بر اصل کارآمدی در نیروی انسانی نظام سلا مت ادغام یافته؛
۷. اصل اصیل پاسخگویی، اکسیر حیات‌بخش در نظام سلامت؛
۸. دسترسی؛
۹. تخصیص منابع؛
۱۰. فن‌آوری مورد نیاز؛
۱۱. کیفیت؛
۱۲. الگوی توسعه آموزش؛
۱۳. آموزش مبتنی بر جامعه؛
۱۴. مدیریت نیروی انسانی و ارزیابی عملکرد؛
۱۵. جلب مشارکت مردم؛
۱۶. ویژگی جامعه عدالت‌محور؛
۱۷. علل عدم تحقق عدالت در جامعه؛
۱۸. تلقی معتبر عدالت در اندیشه اسلامی؛
۱۹. عدالت در ارائه خدمات سلامت در شرایط غیرعادی فوریت‌ها، حوادث غیرمترقبه و بلایا، بیماری‌های خاص با هزینه‌های سرسام‌آور، هر شرایطی که باعث سقوط فرد و خانواده به زیر خط فقر شود؛
۲۰. عدالت و مقاومت در سلامت(تاب‌آوری و پایداری).

مسئولان نظام سلامت برای هر کدام از این مسایل ابتکارات و اقدامات ویژه‌ای انجام دادند(۱۲).

شیوه‌ای که یک جامعه به مسئله سلامت - بیماری توجه دارد، به‌طور عمیق متأثر از ارزش‌های اجتماعی، سنت‌های سیاسی و تاریخی آن است و رویکرد دولت‌ها به سیاست اجتماعی‌باز نماینده وجوهی از این سنت‌های سیاسی است(۱۳).

در ارزیابی عدالت در سلامت و از آن مهم‌تر اقدام برای کاهش یا رفع بی‌عدالتی لازم است شاخص‌های اندازه‌گیری عدالت در سلامت علاوه بر عرصه سلامت، عرصه‌های تعیین‌کننده‌های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی را نیز شامل شود و به تفکیک متغیرهایی چون جنس، محل سکونت، گروه‌های اقتصادی و اجتماعی و غیره بیان شوند تا با مشارکت مردم و همکاری سایر نهادهای دولتی و غیردولتی بتوان به کاهش یا رفع آن اقدام کرد. تأمین عدالت در سلامت با به کارگیری اصول مراقبت‌های اولیه تکنولوژی مناسب، مشارکت مردم و همکاری بین بخشی همراه با شاخص‌های حساس به عدالت معتبر، عملی، به‌روز و بالاخره تعهد سیاسی و اقدام همگان برای رفع بی‌عدالتی میسر است. زیرا برای تحقق این امر مهم تنها محاسبه شاخص‌ها و نشر چند مقاله علمی کافی نیست؛ بلکه باید با حکمرانی مطلوب یعنی داشتن نظام سلامت کم هزینه و کارآمد(تکنولوژی مناسب)، توانمندسازی مردم برای مسئولیت‌پذیری برای تأمین سلامت خود، خانواده و جامعه و هم چنین مشارکت در فرآیند مدیریت سلامت (مشارکت جامعه) و بالاخره همکاری همه نهادها اعم از دولتی و غیردولتی (همکاری بین‌بخشی) و در رأس همه تعهد سیاسی بر این مشکل فائق آمد (۱۴).

عدالت در دسترسی به مراقبت سلامت ازنظر سیاسی یک نگرانی مهم است متغییرهای مورداستفاده در برخی مطالعات برای اندازه‌گیری عدالت

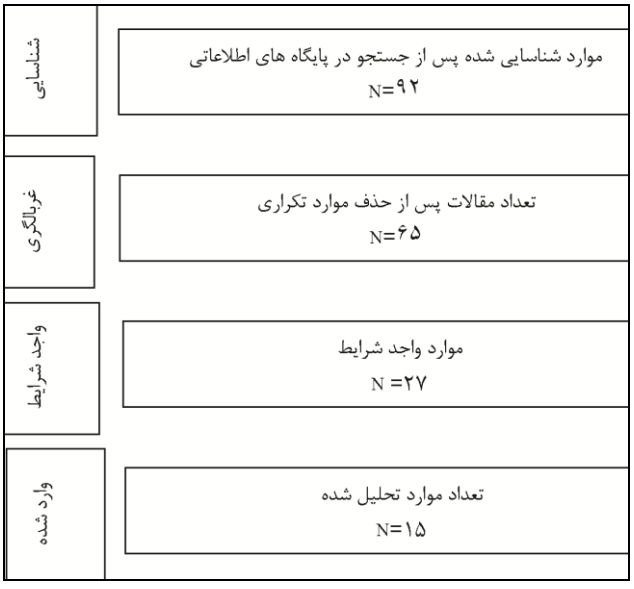
[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.22034/6.2.12]

شامل: وضعیت سلامتی که توسط خود فرد گزارش شده، هزینه‌های بهداشتی سرانه، سرانه ویزیت پزشک عمومی، ویزیت‌های متخصص و یا اقامت در بیمارستان، سرانه پزشک و سرانه تخت بیمارستانی و دسترسی همگانی به مراقبت‌ها ارزیابی می‌شود(۱۵).

آنچه در عصرحاضر در جهان با آن رو به رو هستیم تناقضی از فزونی و محرومیت است؛ درحالی‌که برخی حتی به خدمات اولیه بهداشتی دسترسی ندارند، عده‌ای دیگر از پیشرفته‌ترین امکانات تشخیصی درمانی و مراقبتی با بهترین حمایت‌های مالی برخوردارند. توزیع بهینه و عادلانه منابع نظام سلامت یک معضل جدی برای بسیاری از دولت‌ها است. برای مثال، در کشوری مانند آمریکا ده‌ها میلیون نفر از پوشش بیمه‌ای برخوردار نیستند و در سال ۲۰۰۵ حدود ۲۶ درصد بزرگسالان زیر ۶۵ سال در پرداخت هزینه‌های پزشکی دچار مشکل جدی بوده‌اند. این در حالی است که براساس گزارشی در سال ۱۹۹۸ بین ۲۰تا ۳۰ درصد بیماران از مراقبت‌هایی برخوردارند که هیچ لزومی ندارد(۱۶).

برای دستیابی به عدالت در سلامت، مشارکت با بخش سلامت توسط سازمان‌هایی که روی عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت مؤثرند ضروری به نظر می‌رسد. به عنوان مثال منابع مالی نقشی حیاتی در توفیق برنامه‌ها دارند .از این دیدگاه، تأثیر وزارت اقتصاد بر اجرای برنامه عدالت در سلامت می‌تواند حتی بارزتر از وزارت بهداشت باشد (۶).

در مقالات مرور شده که در جدول ۱ خلاصه شده‌اند، تعداد ۴ مقاله در مورد مباحث مالی و بودجه سلامت ،۴۰ مقاله در مورد تحلیل شاخص‌ها، جایگاه عدالت در نظام سلامت و بررسی عدالت در سلامت در دوران انقلاب و برنامه‌های توسعه پرداخته است. دو مطالعه نیز عدالت افقی و عمودی را بررسی کرده‌اند. یک مقاله عدالت در خدمات بستری و ۴ مقاله به بررسی تعیین‌کننده‌های اجتماعی عدالت در سلامت و ضرورت همکاری بین بخشی پرداخته‌اند.



شکل ۱- فرایند ارزیابی مقالات

از تحلیل مطالعات کیفی مرور شده مشخص می‌شود که روند حرکت شاخص سیاست‌های بخش سلامت نتوانسته است تغییر معنی‌داری در جهت بهبود عدالت ایجاد کند و هنوز عدالت در بخش سلامت به معنای واقعی تحقق نیافته است. تبعیض در پوشش خدمات، تبعیض در جنسیت، دسترسی به خدمات در مردم مناطق دور افتاده و عدم برخورداری از خدمات سلامت در اقشار کم درآمد و آسیب پذیر، باوجود دستاوردهای ۴۰ ساله انقلاب و تأکید در برنامه‌های توسعه اول تا پنجم همچنان وجود دارد.

همچنین یافته‌ها حاکی از آن است که با وجود طرح تحول سلامت و بهبود قابل توجه در کاهش بار هزینه‌های بیمارستانی در اقشار کم درآمد؛ اما پرداخت سرانه برای خدمات سرپایی تقریباً ثابت یا در مواردی افزایش یافته است و در مجموع کماکان سهم پرداخت مردم در تأمین هزینه‌های سلامت بالاست.

مطالعات نشان داد عدم التزام پایبندی مدیران نظام سلامت به اسناد بالادستی و یاعدم بهره‌گیری از تجارب سایر کشورها برای پیاده‌سازی مناسب آزادی و عدالت در سطوح مختلف نظام و نیز تفاوت در دیدگاه سیاست‌گذاران نسبت به مفاهیم و شاخص‌ها با دیدگاه مدیران اجرایی و عدم اشتراک در دیدگاه آنان می‌تواند در ناموفق بودن تحقق این مهم تأثیرگذار باشد.

در این میان ضرورت مشارکت سازمان‌هایی که روی عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت مؤثرند با بخش سلامت در تحقق دستیابی به عدالت در سلامت به عنوان عوامل حیاتی در برخی مطالعات معرفی شده است.

در مطاعات کمی (کمی-کیفی) بررسی شده عوامل مؤثر بر عدالت در سلامت شناسایی شدند. همچنین مشخص شد شاخص‌های اندازه گیری عدالت در سلامت علاوه بر عرصه سلامت، عرصه‌های تعیین‌کننده‌های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی را نیز شامل می‌شود و به تفکیک متغیرهایی چون جنس، محل سکونت، گروه‌های اقتصادی و اجتماعی و غیره باید مورد توجه قرار گیرد.

مطالعات نشان داد برای تعیین عوامل اجتماعی تعیین‌کننده رویکرد سلامت به ورودی‌های بیشتری نیاز است. همچنین پژوهش‌ها باید در مسیرهای جدیدی هدایت شود که به جنبه‌های زیست‌شناختی، ژنتیک، محیطی و زمینه‌ای، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی سلامت توجه ویژه‌ای شود.

از نظر کیفیت خدمات بیمارستانی، بیماران وکارشناسان معتقدند بین افراد نابرابری معنی‌داری وجود دارد و کیفیت خدمات برای افراد دارای وضعیت اقتصادی بالاتر از دیدگاه بیماران بهتر است.

اندازه شاخص عدالت افقی در مناطق روستایی و غیرروستایی برای خدمات بستری و سرپایی متفاوت است بنابراین گزارش شد توجه به سهم عوامل تعیین‌کننده و تغییرات شاخص عدالت افقی در میان مناطق روستایی و غیر روستایی می‌تواند اطلاعات مفیدی را برای تصمیم‌گیرندگان به منظور طراحی مجدد سیاست و توزیع مجدد تخصیص منابع به منظور کاهش شیب اجتماعی-اقتصادی در استفاده از مراقبت‌های بهداشتی فراهم کند.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22034/6.2.12]

جدول ۱- خلاصه مقالات مرور شده

شماره منبع	نویسنده/سال	عنوان	نوع مطالعه	نتایج
۱۱	سعید کریمی ۱۳۹۱	عدالت در شاخص‌های مالی سلامت ایران در فاصله اجرای برنامه‌های سوم وچهارم توسعه	کیفی	طبق بررسی‌ها روند حرکت شاخص سیاست‌های بخش سلامت نتوانسته است تغییر معنی داری در جهت بهبود عدالت در دسترسی مالی ایجاد کند.
۱۴	حسین ملک افضلی ۱۳۹۹	شاخص‌های عدالت در سلامت و تعیین‌کننده‌های اجتماعی آن	کمی	در ارزیابی عدالت در سلامت و از آن مهم‌تر اقدام برای کاهش یا رفع بی‌عدالتی لازم است شاخص‌های اندازه‌گیری عدالت در سلامت علاوه بر عرصه سلامت، عرصه‌های تعیین‌کننده‌های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی را نیز شامل شود و به تفکیک متغیرهایی چون جنس، محل سکونت، گروه‌های اقتصادی و اجتماعی و غیره بیان شوند
۱۷	حامد نظری ۱۳۹۵	ارزیابی تأثیر بودجه عملیاتی بخش سلامت بر گسترش عدالت در سلامت	کمی- کیفی	در این پژوهش برای نخستین بار نشان داده شد که پیامدهای تخصیص بودجه دولتی سلامت موجب تفاوت در بهره‌مندی از مراقبت‌های سلامت در استان‌ها شده است.
۱۲	مسعود پزشکیان ۱۳۹۷	تحلیل عدالت در سلامت در دوره چهل ساله انقلاب اسلامی	کیفی	باوجود دستاوردهای فاخر و پیشرفت‌های انکارناپایذیر در دور ان چهل ساله انقلاب در عرصه سلامت، عدالت به معنای واقعی هنوز تحقق نیافته تحکیم راهبرد پزشکی خانواده و نظام ارجاع و اصلاح سیاست‌های تخصص‌گرایانه و تعدیل نظام‌های پرداخت، رفع نابرابری‌ها در دریافت خدمات پایه سلامت، رفع تبعیض در پوشش خدمات و در جنسیت، حمایت بیش‌تر و تضمین شده از اقشار آسیب پذیر، حمایت ویژه از مردم دور افتاده‌تر و فقیر و بیکار، در شرایط جاری و آتی بسیار ضروری و لازمه تحکیم دستاوردهای عادلانه دوران چهل ساله انقلاب اسلامی است.
۵	امید براتی ۱۳۹۳	جایگاه عدالت در نظام سلامت: مروری اجمالی بر برنامه‌های توسعه	کیفی	در برنامه اول توسعه تأکید بر مناطق روستایی و محروم بود. در برنامه دوم و سوم علاوه بر مناطق روستایی و محروم بر افزایش کارایی خدمات و ضرورت به کارگیری بهینه تمام منابع پرداخته و در برنامه چهارم و پنجم عدالت توزیعی در دسترسی پزشک خانواده و سیستم ارجاع مورد تأکید بوده. در کل تغییر رویه از مسایل ساختاری به فرایندی است.
۱۶	حنان حاجی محمودی ۱۳۹۲	عدالت در نظام سلامت: مروری بر نظام دریافت و پرداخت در خدمات سلامت در ایران	کیفی	آنچه نظام فعلی کشور نشان می‌دهد درصد بالای سهم مردم در تأمین هزینه‌های سلامت است که باید با اتخاذ سیاست‌های مناسب، در راستای کاهش آن تلاش شود. نکاتی که در تصمیم‌گیری باید در نظر گرفته شود: حقوق و منافع همه طرف‌ها باید به‌طور معقول و عادلانه در تصمیم‌گیری‌ها لحاظ شود. خرید خدمات گذشته‌نگر منفعل به صورت نظام پرداخت ffs مولد ناکارایی هستند و لازم است از رویکردهای آینده‌نگر و خرید راهبردی خدمات بجای نظام‌های سنتی استفاده شود.
۶	علی عالمی ۱۳۹۰	نگاهی به عدالت در سلامت از دیدگاه عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت	کیفی	در هیچ جامعه‌ای بودجه سلامت نامحدود نیست و لذا کنترل هزینه‌ها امری الزامی است. برای دستیابی به عدالت در سلامت، مشارکت با بخش سلامت توسط سازمان‌هایی که روی عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت موثرند ضروری به نظر می رسد. مثلا منابع مالی نقشی حیاتی در توفیق برنامه‌ها دارند. از این دیدگاه، تأثیر وزارت اقتصاد بر اجرای برنامه عدالت در سلامت می‌تواند حتی بارزتر از وزارت بهداشت باشد.
۱۸	آرش رشیدیان ۱۳۹۶	جایگاه آزادی و عدالت در نظام سلامت ایران	کیفی	براساس یافته‌های مطالعه دو ارزش عدالت و آزادی به شیوه‌های مختلف در نظام سلامت مورد توجه قرار گرفته است؛ اما هنوز با وضعیت ایده‌آل فاصله قابل ملاحظه‌ای دارد. به نظر می‌رسد التزام پایبندی مدیران نظام سلامت به اسناد بالادستی و یادگیری از تجارب سایر کشورها برای پیاده‌سازی مناسب آزادی و عدالت در سطوح مختلف نظام ضروری است.
۱۹	حسام غیاثوند ۲۰۲۱	عدالت در سلامت در ایران	کیفی- کمی	به عنوان بخشی از درک وضعیت فعلی عدالت در سلامت سیاست‌گذاران با ارجاع به شواهد بازیابی شده در این مطالعه، به ورودی‌های بیشتری به‌ویژه در مورد عوامل اجتماعی تعیین‌کننده رویکرد سلامت نیاز دارند. به نظر می‌رسد طرح پژوهشی عدالت سلامت در ایران باید در مسیرهای جدیدی هدایت شود که به جنبه‌های زیست‌شناختی، ژنتیک، محیطی و زمینه‌ای، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی سلامت وزن‌های مناسبی بدهد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22034/6.2.12]

ادامه جدول ۱- خلاصه مقالات مرور شده

شماره منبع	نویسنده/سال	عنوان	نوع مطالعه	نتایج
۲۰	لیلا جمشیدی ۲۰۱۷	عدالت در خدمات بستری در ایران	کمی	از نظر کیفیت خدمات بیمارستانی هم از دیدگاه بیماران و هم از نظر کارشناسان نابرابری معنی‌داری وجود داشت. همچنین، شاخص جینی (فاصله اطمینان ۹۵ درصد) برای درجه اعتباربخشی بیمارستان‌ها بود، به این معنی که از دیدگاه کارشناسان در کیفیت خدمات بیمارستانی نابرابری وجود دارد.
۲۱	فریده مصطفوی ۲۰۲۰	ارزیابی عدالت افقی در استفاده از خدمات سلامت در ایران	کمی	یک نابرابری مرتبط با درآمد پایین را درخدمات بستری و نابرابری مرتبط با درآمد ثروتمندان درخدمات سرپایی نشان می‌دهد. نابرابری‌ها به‌طور عمده با عوامل غیرالزامی مانند فقدان بیمه تکمیلی و SES توضیح داده می‌شوند. اندازه شاخص عدالت افقی (HI) در مناطق روستایی برای خدمات سرپایی بیشتر و در مناطق غیر روستایی برای خدمات بستری بیشتر بود توجه به سهم متفاوت عوامل تعیین‌کننده و همچنین تغییرات HI در میان مناطق روستایی و غیرروستایی اطلاعات مفیدی را برای تصمیم‌گیرندگان به منظور طراحی مجدد سیاست و توزیع مجدد تخصیص منابع به منظور کاهش شیب اجتماعی-اقتصادی در استفاده از مراقبت‌های بهداشتی فراهم می‌کند.
۲۲	حمید رواقی ۲۰۱۵	دیدگاه ذی‌نفعان در مورد عدالت سلامت و شاخص‌های آن در ایران	کیفی	چهار موضوع اصلی شامل مفهوم عدالت در سلامت و اهمیت آن، استفاده از شاخص‌های عدالت سلامت و فرآیند توسعه شاخص‌ها، چالش‌های توسعه و اجرای شاخص‌ها و زمینه‌سازی برای ایجاد شاخص‌ها شناسایی شد. یافته‌ها نشان داد که دیدگاه سیاست‌گذاران نسبت به مفاهیم و شاخص‌ها با دیدگاه مدیران اجرایی متفاوت است و دیدگاه‌های آنها اشتراک چندانی ندارد.
۲۳	بهشتیان ۲۰۱۳	همکاری بین بخشی برای توسعه شاخص‌های عدالت در سلامت در ایران	کیفی	نتایج این مطالعه تضمین‌کننده دو مرحله اصلی از ۸ مرحله است که Braveman برای ارزیابی سیاست محور عدالت سلامت و عوامل تعیین‌کننده آن معرفی کرده است. هنوز با اجرای کامل این سیستم و طراحی و برنامه‌ریزی مداخلات مناسب فاصله داریم. گام‌های بعدی نیاز به همکاری‌های درون‌بخشی و بین‌بخشی بیشتری دارد.
۹	رشیدیان صوفی ۱۳۹۴	روش‌شناسی ارزیابی محافظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت	کیفی	سهم سرانه هزینه‌های کل خدمات سلامت بعد طرح تحول کاهش یافته است. کاهش هزینه‌ها به‌طورکلی به دلیل کاهش شدید هزینه‌های بستری در مناطق روستایی بیشتر احساس شده است. پرداخت سرانه برای خدمات سرپایی تقریبا ثابت است یا اندکی افزایش یافته است. طرح اصلاحی توانسته است شاخص هزینه‌های بهداشتی فاجعه بارخانوارها (CHE) را از میانگین ۲/۹ درصد قبل از اجرای طرح به ۲/۳ درصد بعد از برنامه ارتقا دهد. انصاف در مشارکت مالی (FFC) به شاخص نظام سلامت از ۰/۷۹ به ۰/۷۶ بدتر شده است و نسبت سرشمار شاخص هزینه‌های سلامتی فقرزا (IHE) پس از اجرای طرح از ۰/۳۴ به ۰/۵۰ بدتر شده است.
۲۴	محمود کاظمیان/۱۳۹۳	عدالت عمودی در بهره‌مندی از مراقبت‌های سلامت در برنامه بیمه خدمات سلامت در ایران		این پژوهش نشان می‌دهد که گسترش خدمات بیمه‌ای سلامت در سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۸، موجب برقراری عدالت عمودی بین گروه‌های استانی طبقه‌بندی شده براساس نیازمندی به مراقبت‌های سلامت، نشده است. علت آن تأثیر عوامل اجتماعی برای حفظ سطح بهره‌مندی استان‌ها در سال پایه، در طول این دوره پنجساله بوده است

مطالعات نشان داد اگر چه طرح تحول توانست هزینه‌های خدمات بستری را کاهش دهد؛ اما هزینه‌های عدالت در مشارکت مالی و شاخص هزینه‌های سلامت فقرزا همچنان بالاست.

بحث و نتیجه‌گیری

باوجود تعهد دولت‌ها به بهبود شاخص‌های سلامت و تلاش در جهت اقداماتی که برونداد آنها ارتقای شاخص‌هایی نظیر امید به

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22034/6.2.12]

زندگی، کاهش مرگ‌ومیر کودکان زیر یک سال و زیر ۵ سال، کاهش مرگ و میر مادران در بارداری یا زایمان پوشش واکسیناسیون، زمان دسترسی به خدمات اورژانس، محافظت از آسیب‌های ناشی از سوانح و تصادفات، و امید فراغت از تحصیل برای کودکان ابتدایی و متوسطه، کاهش ابتلا به فشارخون، دیابت، سرطان و بیماری‌های قلبی‌عروقی و... را تأمین می‌کند و باوجود اهمیت رشد این شاخص‌ها؛ اما پژوهش‌ها نشان داد که ارتقای این شاخص‌ها کافی نبوده؛ بلکه توجه به سه ویژگی در این فرآیند، از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است.

توزیع شاخص یعنی اینکه آیا ارتقای هر یک از شاخص‌های ذکر شده در همه گروه‌های جمعیتی رخ داده یا شامل گروه‌های معینی از جمعیت کشور شده است؟ آیا تبعیض جنسیتی در ارتقا شاخص‌ها مشهود نیست؟ آیا در همه مناطق شهری و روستایی بهبود شاخص‌ها رخ داده است یا در برخی مناطق پیشرفت‌ها چشم‌گیر بوده و باعث ارتقای میانگین شاخص شده است و در برخی دیگر از مناطق فاقد بهبود بوده است؟ آیا شاخص‌ها در تمام سطوح درآمدی ارتقا یافته یا گروه‌های آسیب‌پذیر از نظر مالی از مرگ‌ومیر بالاتر و امید به زندگی کمتری نسبت به گروه‌های پردرآمد برخوردار شده‌اند؟

مورد دیگری که باید در پژوهش‌ها بررسی شود این است که آیا ارتقای شاخص‌ها به بهبود کیفیت زندگی اشخاص نیز منجر شده است یا نه؟ و رضایت‌مندی خدمت گیرندگان را به دنبال داشته است؟

و در نهایت میزان پایداری (Sustainability) ارتقای شاخص‌ها، به منظور سنجش میزان پایداری و استمرار بهبود شاخص‌ها در طول زمان و بررسی منابع مورد نیاز برای حفظ و پایداری ارتقای شاخص‌ها می‌باشد. این موضوع مهم است که برخی تغییرات در بازارهای جهانی نظیر افزایش قیمت نفت یا رشد شاخص بورس و... به طور موقت باعث رشد شاخص‌های سنجش عدالت در سلامت نشده باشد.

از مطاعات مرور شده مشخص می‌شود شواهد فراوانی بر آسیب‌پذیری نظام سلامت کشور ما در حصول عدالت در سلامت دلالت می‌کنند. باوجود رشد چشم‌گیر و درخور توجه شاخص‌های سلامت در سطح میانگین ملی، (نظیر کاهش مرگ و میر مادران، کاهش مرگ نوزادان، کاهش مرگ اطفال زیر ۵ سال و...) نابرابری در بین گروه‌های اجتماعی و مناطق جغرافیایی به شدت وجود دارد.

پرداخت هزینه‌های سلامت از جیب (Out of Pocket) بیماران بسیار زیاد شده است و کاهش نابرابری در پرداخت مالی بیماران نه فقط به اهداف پیش‌بینی شده در برنامه چهارم توسعه (موضوع ماده ۹۰ قانون برنامه) نایل نشده است؛ بلکه محاسبات غیررسمی اخیر نشان‌دهنده افزایش این نابرابری هم بوده است. فقر و بی‌کاری در گروه‌های فقیر به افزایش اعتیاد و تداوم چرخه انزوای اجتماعی این گروه‌ها نیز منجر شده است. کسری بودجه تکرارشونده در بخش سلامت نشان از عدم پایداری منابع مالی این بخش دارد. این امر باعث شده، مراکز ارایه‌کننده خدمات درمانی، همه روزه با افراد متعددی مواجه شوند که باوجود ضرورت دریافت خدمات، به دلیل ناتوانی در پرداخت، ازخدمات مورد نیاز خود محروم می‌مانند.

ناهماهنگی‌های بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وزارت اقتصاد و رفاه به عنوان یکی از عواملی است که می‌تواند در عدم دستیابی به هدف مورد انتظار در ارتقا این شاخص‌ها نقش داشته باشد(۲۵).

یکی از راهکارهای بهبود شاخص‌ها، کنترل هزینه‌ها در همه جوامع، اعم از ثروتمند یا فقیر و توسعه یافته یا توسعه نیافته، مدیریت منابع محدود سلامت می‌باشد. کنترل هزینه‌ها به روش‌های غیرمحسوس یا محسوس می‌تواند صورت گیرد. موارد ذیل مثال‌هایی از شیوه‌های غیرمحسوس کنترل هزینه‌ها هستند:

- کنترل درآمد و هزینه های دریافتی ارائه‌کنندگان خدمت؛
- کاهش هزینه ی داروها و سایر مواد مصرفی در درمان؛
- جایگزینی فناوری‌های تشخیصی ـ درمانی با فناوری‌های ارزانتری که به میزان سایر فناوری‌ها مؤثر هستند؛
- افزایش خدمات پیشگیری که هزینه‌های آتی درمان بیماری‌ها را کاهش می‌دهد متولیان و سیاست‌گذاران سلامت هر چند باید به دنبال شیوه‌های غیرمحسوس مدیریت هزینه‌ها باشند، گاه ناچارند کنترل هزینه‌ها را به روش‌های محسوس انجام دهند.

محدودیت‌های تهیه دارو برای بیماری‌های خاص پرهزینه یا عدم پوشش بیمه‌ای آنها از موارد کنترل هزینه‌ها به صورت محسوس است.

براساس قانون برنامه پنجم توسعه دولت موظف به استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده در کل کشور است و دستورالعمل تدوین شده در این نظام ارائه خدمت، به‌طور عمده مبتنی بر پرداخت سرانه و تشویق بابت ارائه برخی خدمات پیشگیرانه است که در حال عملیاتی شدن در برخی شهرهای کشور است. به‌طور مسلم، اجرای کامل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع و گسترش پوشش بیمه‌ها می‌تواند به ارتقای عدالت در سلامت و کاهش هزینه‌ها از جیب مردم منجر شود(۱۶).

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22034/6.2.12]

استقرار شاخص‌ها مستلزم درک دقیق ذی‌نفعان و بینش دقیق نسبت به موضوع عدالت در سلامت، اراده سیاسی، تأمین مالی، آموزش و توانمندسازی کارکنان سازمان، الزامات قانونی و در نهایت یک برنامه عملیاتی شفاف است (۲۲).

با توجه به رسالت نظام سلامت کشور در افق ۱۴۰۴ و تمرکز برنامه توسعه پنجم و ششم بر عوامل اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت، در راستای ایجاد و حفظ یکپارچگی در تأمین، توزیع و تخصیص عادلانه منابع مالی سلامت و تجارب موفق کشورهای متعدد مانند چین، تایلند، فیلیپین، کشورهای حوزه آمریکای لاتین و... در استفاده از معیارهای محک‌زنی عدالت می‌توان از چارچوب محک‌زنی عدالت به عنوان یک ابزار سیاست‌گذاری که با استفاده از شاخص‌های مالی میزان دستیابی به عدالت در نظام مالی سلامت را به تصویر بکشد، استفاده کرد و با رویکرد پیشگیرانه قبل از دستور کار اصلاحات نظام مالی سلامت از بروز خطاها و دوباره کاری‌ها جلوگیری کرد(۸).

تحلیل گفتمان عدالت در حوزه سلامت نشان داد به رغم آنکه عدالت اجتماعی و اجرای آن از سیاست‌های اصلی و محوری تمامی گفتمان‌ها و به تبع آن، دولت‌ها بعد از انقلاب بوده است؛ اما مسئله عدالت اجتماعی همچنان با مشکلات نظری و عملی زیادی در این حوزه روبه‌روست؛ چون دیدگاه سیستمی و ترکیبی به معنای جامع خود، یعنی توجه به «برابری فرصت‌ها و منابع» و«در نظر گرفتن شایستگی و استحقاق‌ها» و درعین‌حال پرداختن به اصل جبرانی و مکانیزم حمایتی از آسیب‌دیدگان به صورت توأمان در هیچ یک از دولت‌ها تحقق نیافته است. نگرش سطحی و نه چندان دقیق نسبت به مفهوم عدالت اجتماعی به این امر ناشی از عوامل مختلفی از جمله، نگرش تک‌بعدی و تک‌سویه از عدالت اجتماعی در گفتمان‌های دولت‌های پس از انقلاب، گسست بین گفتمان‌ها و عدم تداوم گفتمان‌های پیشین است(۲۶).

در نهایت علل عدم دستیابی به دستاورهای بیشتر در مقوله سلامت در سه دسته علل خلاصه می‌شود: 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 دسته‌بندی شدند:

وجود برخی قوانین موازی و متعارض مثل قانون نظام پزشکی که باید به صورت هم زمان از حقوق مردم و حقوق ارایه‌کننده دفاع کند؛ شناخت ناکافی قانون‌گذار از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و حوزه اقتصاد سلامت؛ عدم هدف‌گذاری شفاف پیش از تدوین سیاست‌ها و اجرای مداخلات؛ همچنین توجه ناکافی به ویژگی‌های اجتماعی مناطق در اختصاص منابع بخش سلامت، تزریق نامناسب منابع مالی در طرح تحول سلامت در درمان و اولویت رویکردهای درمانی بر رویکردهای بهداشتی؛ عدم توجه جدی و عملی به مسایل اجتماعی، اقتصادی و افراد آسیب‌پذیر و..

علل ساختاری و عملیاتی

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 میان بخشی در بدنه نظام سلامت، به‌ویژه در نظام مراقبت‌های اولیه ضعف در ساختارهای نظارتی وزارت بهداشت، عدم اجرای صحیح نقش بیمه در خرید راهبردی خدمات.

علل رفتاری و فرهنگی

شکل گیری ضعیف فرهنگ همکاری میان بخشی میان مدیران بالایی و میانی، 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 تأیید می‌کند)؛ هزینه بر 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(۲۷).

آنچه مسلم است اندازه‌گیری نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی در سلامت و تدوین مداخلات مناسب، سابقه‌ای طولانی دارد(۲۸). به نظر می‌رسد باوجود مداخلات انجام شده، نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی در سلامتی رو به گسترش هستند که همانطور که اشاره شد این امر در مورد کشورهای در حال توسعه بارزتر از کشورهای توسعه یافته است(۲۹).

در نهایت می‌توان گفت اگر به علل ریشه‌ای بی‌عدالتی‌ها (یکی از مهم‌ترین آنها توزیع عادلانه درآمد در جامعه) توجه نشود، بسیاری از اقداماتی که برای افزایش پوشش خدمات در گروه‌های آسیب‌پذیر انجام می‌شود نیز به علت ناتوانایی این گروه‌ها در استفاده خدمات نتیجه نخواهد داد.

بنابراین وظیفه مهم بخش سلامت توجه به 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 کنند.

مجموع مطالب فوق نشان‌دهنده این است که سیاست‌های کلان کشور، یا به عبارت دیگر حکمرانی، مهم‌ترین عامل برای برقراری عدالت در سلامت می‌باشد(۳۰).

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22034/6.2.12]

Review

Equity in Iran's Health System

Azam Kamali[1], Khalil Ali Mohammad Zadeh[2*], Seyed Shahabedin Sadr[3], Ahmad Fayaz Bakhsh[4], Shahram Tofighi[5], Alireza Olyaee Manesh[6], Abolghasem Pourreza[7], Narges Tabrizchi[8]

1. PhD Condidate in Health Services Management,Islamic Azad University,North Tehran Branch, Tehran, Iran
2. ⁎**Corresponding Author:** Associate Professor of Health Services Management Department, Islamic Azad University North Tehran Branch, Health Economics Policy Research Center Tehran Islamic Azad university of Medical Sciences, Tehran, Iran dr_khalil_amz@yahoo.com
3. Professor of Physioligy,Department of Physiology, Mdical School Electrophysiology Research Center,Neurological Rehabilitation Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Associate Member of the Academy of Medical Science, Tehran, Iran
4. Ahmad Fayaz-Bakhsh,MD,MSc.phD,Associate proffessor of Health Sciences Education Development,school of Public Health,Tehran University of Medical Science,Tehran,Iran
5. Department of Forecasting, Theory building and Health Observatory, Medical Academy of IRI, Tehran, Iran .
6. Associate Professor, National Institute of Health Research and Health Equity Research Center (HERC), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
7. Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
8. Assistant Professor of Community Medicine. Academy of Medical Sciences of I.R Iran, Tehran, Iran

Abstract

Background: One of the important goals in health policy is to ensure equity in health. Equity in health means absence of systematic and potentially remediable differences in one or more aspects of health in a population and economic, social, demographic and geographic subgroups.

Methods: This study was conducted by reviewing available scientific literature and texts and examining articles, theses, reports and resources available in internal and external databases and the conference held by the Academy of Medical Sciences by using relevant keywords. A time frame of the last 10 years was considered for queries.

Results: Analysis of the studies showed that the progress of the index of the policies of the health sector has not been able to create a significant change in the direction of improving equity. Discrimination in service coverage, gender discrimination, access to services in remote areas and lack of health services in low-income groups still exist despite the 40-year achievements of the revolution and emphasis on this issue in the first to fifth development programs. Although the transformation plan was able to reduce costs of inpatient services, the costs of justice in financial participation and the index of health costs of the poor is high.

Conclusion: Recurring budget deficit in the health sector shows the instability of the financial resources of this sector. The inconsistencies between the Ministry of Health and Medical Education and the Ministry of Economy and Welfare are effective in not achieving justice in health.

One of the approaches to improve indicators and control costs in all societies, whether rich or poor, is management of limited health resources. According to the law of the fifth development plan, full implementation of the family physician program, the referral system, and expansion of insurance coverage can help improve equity in health and reduce costs for the public.

Keywords: Health Equity, Health Equity Standards, Iran Health System

منابع

1. Marandi A, Damari B, Zeinaloo A, Motlagh E, Shadpour K. Review of the thirty years experience of the Islamic Republic of Iran on Social Determinants of Health and Health Equity The future course: roles and orientations of the Islamic Consultative Assembly, Journal of Medical Council of Iran 2012; 30(3): 225. [In Persian]
2. Ghoroubi N. An analysis of instrument measures for evaluation on health equity in Iran. A thesis submitted to the Graduate Studies Office in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts in Sociology; 2017.
3. Mirhadi tafreshi M,Yosefi B. A thesis submitted to the Graduate Studies Office in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts in Sociology. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat 2021; 7(1): 150-163. [In Persian]
4. Mohagheghi MA, Sadr Sh, AliMohammadzadeh Kh, OuliaiMenesh A, PourReza A, Fayazbakhsh A. Justice in Health Conference, Academy of Medical Sciences of the Islamic Republic of Iran ; 2022.
5. Barati O, Keshtkaran A, Ahmadi B, Hatam N, Khammarnia M, Siavashi E. Equity in the Health System: An Overview on National Development Plans. Sadra Med Sci J 2014; 3(1): 77-88.
6. Alami A. Equity in health from social determinants of health 's point of view. Journal of Research & Health 2011; 1:7-9. [In Persian]
7. Hssanzadeh A. Theoretical foundations of equity in health, the study of equity in health in Iran. Social Security Quarterly 2011; 9(28). [In Persian]
8. Mojdehkar R, Hajinabi K, Jahangiri K, Riahi L. Prioritizing influential financial indicators in equitable health financing based on the fairness benchmarking framework. Feyz 2020; 23(6): 698-705. [In Persian]
9. Rashidian A, Soofi M. Methodology of the Assessment of Financial Protection Against Health Costs. Iranian Journal of Epidemiology

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22034/6.2.12]

2015; 11(1): 82-93.
10. Zafarian R, Abedi G, Mahmoudi G. Level of Development with Approach to Health Equity in Mazandaran Province. Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26 (144): 336-340. [In Persian]
11. Karimi S, Bahman Ziari N. Equity in Financial Indicators of the Health in Iran during the Third and Fourth Development Programs**.** Health Inf Manage 2013; 9(7): 1113-22. [In Persian]
12. Peseshkian M .Equity in Healthcare after the Islamic Revolution now 40 years Onward. Journal of Culture and Health Promotion 2018; 2(4): 493-501. [In Persian]
13. Gharani M. Government and health policy in Iran.. Social Science Quarterly; 2013.
14. Malekafzali H, Malekafzali B. Indicators of Equity in Health and its Social Determinants. Journal of Culture and Health Promotion 2021; 4(2): 141-154. [In Persian]
15. Emamgholipour Sefiddashti S, Zamandi M. Analysis of Health System Decentralization Outcomes on Governance and Justice in Health: Updating Regular Review Studies. Health Research Journal 2018; 3(4): 211-224. [In Persian]
16. Hajimahmoodi H, Zahedi F. Justice in the healthcare system: payment and reimbursement policies in Iran. Journal of Culture and Health Promotion 2014; 6(3): 1-16. [In Persian]
17. Nazari H. Assessment of effects of operational budget of health sector on health equity development. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Health Economics; 2016.
18. Rashidian A, Arab M, Mostafavi H. Freedom and equity in Iranian health system: a qualitative study. Payesh 2017; 16(6): 747-757. [In Persian]
19. Ghiasvand H, Mohamadi E, Olyaeemanesh A, Kiani M M, Armoon B, Takian A. Health equity in Iran: A systematic review. Med J Islam Repub Iran 2021; 35(1): 394-408. [In Persian]
20. Jamshidi L, Ramezani M, Razavi SS, Ghalichi L. Equity in the quality of hospital services in Iran . Med J Islam Repub Iran 2017; 31(1): 735-739. [In Persian]
21. Mostafavi F, B Piroozi B, Paola Mosquera, Majdzadeh R and Moradi G, Assessing horizontal equity in health care utilization in Iran: a decomposition analysis. BMC public Health 2020; 20: 914.
22. Ravaghi H, Goshtaei M, Olyaee Manesh A, Abolhassani N, Arabloo J. Stakeholders' perspective on health equity and its indicators in Iran. Med J Islam Repub Iran 2015; 29(1): 713-723. [In Persian]
23. Beheshtian M, Olyaee Manesh O, Bonakdar SH, Malek Afzali H , et al. Intersectoral Collaboration to Develop Health Equity Indicators in Iran. Iranian J Publ Health 2013, 42(1): 31-35. [In Persian]
24. Kazemian M, Tajbakhsh E. Vertical EVertical Equity of Healthcare Utilization Services in Health Insurance Program of Iran. Jha 2016; 18(62): 31-41. [In Persian]
25. Vaez mahdavi M. Justice in health and barriers to access .Vista News Hub.
26. Safari Shalie R. Justice Discourse in the Field of Health in the Aftermath of the Islamic Revolution in Iran. Strategic Studies Quarterly 2017; 19(74): 89-114. [In Persian]
27. 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. [In Persian]
28. World Health Organization. Public Health Agency of Canada. Health Equity Through Intersectoral Action: An Analysis of 18 Country Case Studies. WHO/PHAC; 2008.
29. 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.
30. 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; 2(4): e000437.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22034/6.2.12]