



A comparative analysis of health equity in Iran's development plans

Faezeh Sonboli¹ , Farhad Nosratinejad² , Mehdi Basakha^{3*} 

¹ M.Sc, Department of Social Welfare Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

² Associate professor, Social Welfare Management Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

³ Assistant professor, Social Determinants of Health Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.



ARTICLE INFO

Corresponding Author:

Mehdi Basakha

e-mail addresses:

Me.Basakha@uswr.ac.ir

Received: 22/Dec/2022

Modified: 14/Mar/2023

Accepted: 19/Mar/2023

Available online: 08/Oct/2023

Keywords:

equality in health
equity in health
development plans
policy
Iran

ABSTRACT

Introduction: Health equity is a complex and multidimensional concept that refers to the fair distribution of health resources and opportunities. In developing countries, where resources are limited, ensuring health equity is a major challenge. This study aimed to evaluate the level of attention given to health equity in the development plans of Iran.

Methods: The full text of Iran's first to sixth development plans was qualitatively analyzed using a directed content analysis approach. The dimensions of health equity (availability, accessibility, adequacy, affordability, and appropriateness) were identified, and the frequency of each dimension was calculated using a cross-tabulation in SPSS software. The validity of the study was ensured through expert opinions and the agreement between evaluators using Cohen's kappa coefficient.

Results: The results showed that the most attention was given to the dimension of accessibility (17.7%), followed by adequacy (12.4%), appropriateness (7.7%), affordability (4.3%), and availability (1.9 %).

Conclusion: Given the intricate and multifaceted nature of health equity, achieving equity in this domain necessitates a comprehensive and well-rounded approach. It is imperative to delve deeper into this matter within the framework of development programs, with program objectives and implementations aligned accordingly.

Extended Abstract

Introduction

Today, health is recognized as a multidimensional phenomenon and a fundamental human right. The Universal Declaration of Human Rights asserts that every individual has the right to a healthy life free from illness and disability, and this right is realized through equitable access to healthcare services within society. [1] Promoting, maintaining, and enhancing health within a community is a complex endeavor that necessitates active participation and collaboration among its members. [2] Recognizing that a healthy individual serves as the cornerstone of sustainable development, it becomes incumbent upon governmental institutions to provide and advance equitable healthcare services. [3] Despite the growing demand for healthcare services, the healthcare sector perennially grapples with resource limitations, making it challenging to meet the diverse needs of consumers. This predicament is true even in the most advanced nations around the world. [4] Thus, prudent resource management through strategic planning in this sector becomes of paramount importance. Development plans represent a collection of governmental policy decisions regarding resource allocation. They determine the type and quantity of services provided by each government department, including vital sectors like healthcare. [5] Given that equity in health stands as a central objective of healthcare systems, [6] the equitable distribution of healthcare services has always been a prime concern for policymakers within this domain. [2] Equity in health signifies that every individual possesses a fair opportunity to attain the highest level of health and can access these services in a timely and adequate manner. This access encompasses physical accessibility, financial affordability, and the assurance of

acceptable service quality. [2] Equity in health can be defined as access based on need and payment based on ability. [4] In this same context, the World Health Organization has identified the two primary goals of healthcare systems as the efficient provision of services and the fairness of their financing, considering any deviation from these goals as the basis for health inequities. [7] Given the overlapping usage of the terms "equity in health" and "equality in health," it becomes imperative to distinguish between them. Equity in health pertains to the fair distribution of benefits and equal access to healthcare services, irrespective of individual, social, or geographic variations or disparities. [8,9] When referring to equity in health, the focus predominantly falls on "distributive equity," which relates to expanding healthcare services within society by improving the boundaries of production possibilities. [10] In delineating the boundary between these terms, this study aligns with the concept of equity in health. In developing countries, the unjust allocation of healthcare resources presents a significant challenge to healthcare systems, resulting in disparities in social status and living conditions among the population. [11] For instance, Mehrara et al [12] found that approximately 2.5% of Iran's population faced catastrophic healthcare costs. Despite the challenges in achieving equitable healthcare financing, various studies indicate that people in Iran benefit relatively optimally from healthcare services. According to Karimi and Bahman Ziari's [4] study, about 90% of the population can access healthcare and treatment at various levels, which is considered a commendable level compared to more advanced countries. However, it appears that the various dimensions of equity in Iran's healthcare system have not been comprehensively addressed by

policymakers. Thus, the present research endeavors to examine the definable dimensions of equity in health, including access, availability, appropriateness, adequacy, and affordability, within the framework of development programs.

Methods

The research methodology employed in this study was qualitative content analysis. [13] For this research, we collected and examined the complete texts of the first through sixth Economic, Social, and Cultural Development Plans in the Islamic Republic of Iran. Subsequently, we identified all the directives within the development plans related to health that directly addressed the research problem, forming our statistical sample. In analyzing these directives, we employed the five dimensions of "availability," "adequacy," "accessibility," "appropriateness," and "affordability" to delineate the various facets of health equity, and we assigned codes accordingly. [14] Following this, we assessed the variables, calculated relative frequencies and percentages, and constructed cross-tabulation tables within the SPSS-16 environment. To ensure the

validity of the research, a review process was conducted with the consensus of five evaluators, including experts in health economics, sociology, and social welfare, employing Cohen's Kappa coefficient. The Cohen's Kappa coefficient is used when there are more than two evaluators [15]. Notably, strong Kappa coefficients were obtained for two cases (the first and fifth programs) and very strong coefficients for four cases (the second, third, fourth, and sixth programs), indicating the high validity of this study. To further validate the classification, a regulation was extracted from each development plan, respecting the diversity of health indicator dimensions. These regulations were then organized into different dimensions of health equity indicators. Subsequently, five evaluators, including experts in health and social sciences, were solicited to provide their assessments regarding the accuracy of this classification. The resulting Kappa coefficient for this table was calculated as 98.1, signifying the robustness of the legal classification method employed in this research. Table 1 presents the dimensions, theoretical definitions, and terminology utilized for coding.

Table 1. Dimensions of health indicators and their operational definitions and reference codes

Codes	Definition	dimension
Service coverage Providing health services	Healthcare services should be available to all patients	Availability
Standard service Patient feedback Services for special people	Health services should be adapted to the needs of patients through the participation of stakeholders	Adequacy
prevention Health Promotion Early diagnosis Non-medical supports access to information Geography	Treatment should be available at all stages of health care	Accessibility
Responding to the needs of different groups Nondiscrimination	Services should be tailored to health needs, and different demographic groups should be eligible to receive health services.	Appropriateness
Health and medical expenses Pay out of pocket	Access to health services should be done without financial hardship.	Affordability

Results

Based on the findings extracted from the health equity-related directives, which serve as illustrative examples in this study, the following statistics were identified within Iran's development plans: In the first development plan, 6 legal articles and 8 directives were identified; in the second development plan, 9 legal articles and 12 directives were identified; in the third development plan, 14 legal articles and 52 directives were identified; in the fourth development plan, 15 legal articles and 45 directives were identified; in the fifth development program, 10 legal articles and 40 directives were identified; and in the sixth development program, 5 legal articles and 44 directives were identified linked to health equity. The results obtained from the analysis of these directives in the context of health equity dimensions show that, among the cumulative directives extracted in the realm of health, the five primary indicators of health equity are as follows: "Access" at 17.7%, "Adequacy" at 12.4%, "Appropriateness" at 7.7%, "Affordability" at 4.3%, and "Availability" at 1.9%. In the first program, the focus of policymakers is primarily on "access," and this dimension is assigned the highest percentage. In the

fourth, fifth, and sixth programs, "access" also garners significant attention. Although there is a decreasing trend in the number of directives related to "access" across the six development plans, it consistently remains one of the key aspects of health equity within these programs. The second development plan demonstrates a greater emphasis on "availability," while "appropriateness" attracts the most attention in the third program. Considering overlaps, "appropriateness" claims the third position across all development programs. "Affordability" gains more prominence in the second and sixth programs, while "adequacy" holds a relatively stronger position in the second and third programs. Notably, the sixth development program elevates the significance of indicators related to "availability," "appropriateness," and "cost-effectiveness" compared to the preceding three programs. In contrast, the importance of indicators related to "accessibility" and "sufficiency" appears to diminish. It appears that the sixth development program has succeeded in achieving a more balanced approach by encompassing a broader spectrum of dimensions related to health equity indicators [Fig. 1].

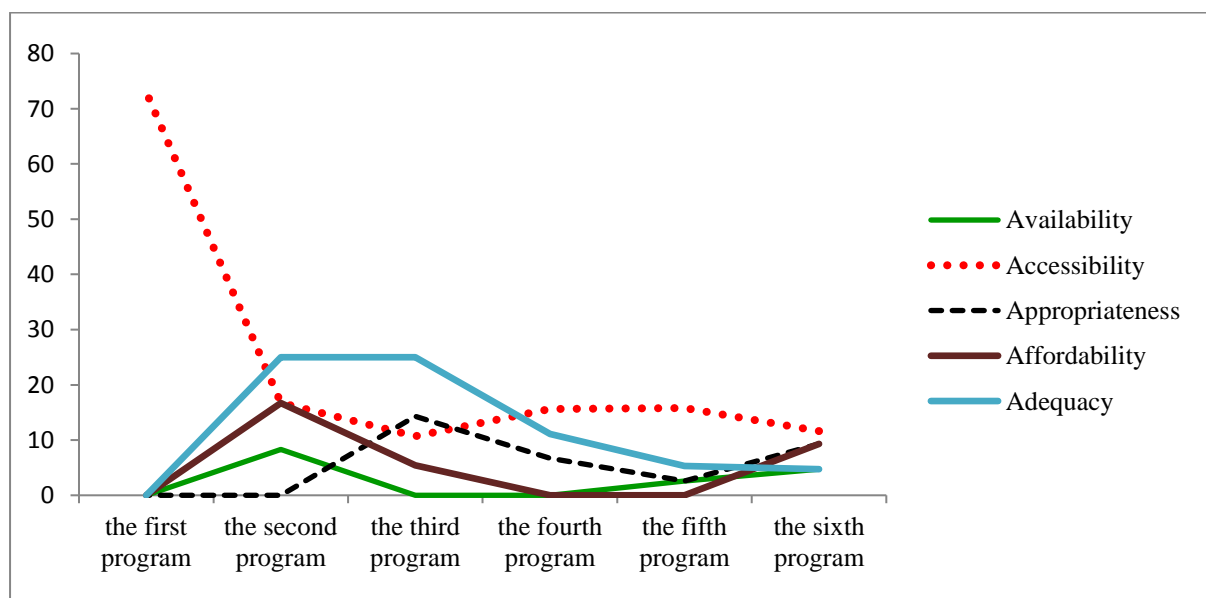


Figure 1: Trend of five main health indicators in development programs in the field of health

Discussion

Health equity extends beyond disparities in healthcare access. It encompasses the allocation of resources and social arrangements related to health, intertwined with other dimensions. Consequently, "equity in health" can serve as an index to evaluate social welfare policies from an equity perspective. [16,17] While numerous studies have investigated equity in health in Iran, most have focused on identifying economic and socio-demographic factors influencing health inequities. [1] This study, within its specific subject scope and the reviewed documents, represents a unique endeavor that underscores the necessity for further research in this area. Nabipour et al [18], recognizing the challenge of measuring equity in health, noted the scattered nature of health system information and the system's weak monitoring and evaluation capacity in terms of health equity. Perhaps the only analogous study in Iran is Barati et al's [5] work which took a "descriptive" approach, addressing the role of equity and its process in the formulation and implementation of development plans in the health sector. In contrast, our study, through an examination of directives related to health equity in development plans, provides comprehensive and categorized insights derived from four decades of policy decisions regarding health equity. This macro-perspective allows for less-addressed equity dimensions to be considered in the formulation of future plans. It is evident that policymakers have paid limited attention to the dimension of "availability of health services." Neglecting this dimension can potentially impact universal health coverage, both in terms of service scope and depth. Studies related to health service coverage also reveal weaknesses in this area. [19,20] "Affordability" of health services, which considers the share of out-of-pocket payments while taking into account

households' capacity to cover health costs, has not been seriously considered in the plans. Results from various studies indicate the unaffordability of health services in Iran. [21, 22] One major reason is the failure of development programs to differentiate between dimensions of health equity and to take a balanced view of these dimensions. Additionally, factors such as an increased share of direct payments, macroeconomic instability, and a weak insurance system should not be underestimated. "Accessibility", specifically ensuring that healthcare is accessible to all individuals at every stage, has received significant attention in development programs. Various studies in Iran assessing individuals' and families' access to health services suggest a relatively favorable state of access to these services [23-25]. A broad view of development programs in Iran from the perspective of "appropriateness", which advocates the development of the health system through stakeholder participation in goal setting and program design, reveals that tailoring health services to the needs of diverse population groups has been the focus of some programs and has yielded relatively positive results [26,27]. However, it is essential to emphasize that most development plans have prioritized the needs of specific patient groups and standardization of health services. Another important consideration within the context of health service appropriateness is non-discrimination in service provision. A significant portion of development program directives categorized under this dimension relates to health equity from this perspective. Analyzing Iran's development plans respecting to the "adequacy" of health services tailored to the needs of different demographic and geographical groups reveals a lack of consideration for geographic-demographic variations in the country's health needs. This oversight is reflected in the results of studies evaluating the adequacy of various health and

treatment services in Iran [28-30]. It should be noted that there is inadequate regional planning in the field of health. In summary, the attention to dimensions of health equity indicators in Iran's development plans has been unbalanced, lacking a specific historical trajectory. Analyzing the qualitative content of development plans revealed that planners primarily focused on "access" and "availability," with less emphasis on "affordability." This situation is manifested in multiple ways, including significant out-of-pocket expenses, insufficient insurance coverage, a comprehensive and national approach to needs, and insufficient depth of medical services for various individuals and groups. Inadequate attention to one or more dimensions can jeopardize the sustainability of societal health improvement. Ensuring the incorporation of health equity dimensions in development policies is fundamental to ensuring that all segments of society benefit from health services and provide the foundation for delivering high-quality, non-discriminatory services. It is important to note that the research process faced challenges due to the ambiguity in development plan texts,

necessitating the study of other fields (e.g., education, environment, housing) to extract categories related to health, and the lack of transparency in the text of development plans prolonged the research process. A critical issue highlighted by this study is the overlap of various dimensions of health equity in Iran's development plans. This suggests that policymakers have not effectively separated these dimensions, resulting in unclear planning processes. The findings of this study can facilitate future research endeavors to operationalize various dimensions of health equity based on objective indicators relevant to each dimension. Moreover, the design, construction, and development of a composite health equity index based on the dimensions used in this research can aid policymakers in gaining a comprehensive overview of Iran's healthcare system's equity status.

Acknowledgment

Since there is not any official center to give an ethic code, so this research does not have any ethic code. However, all ethical instructions have been noticed in gathering, analyzing and reported results.

References

1. Baoosh M, Shiani M, Mousaei M. Analysis of socioeconomic factors affecting on poverty and inequalities health. *Social Welfare Quarterly*. 2017;17(67):71-108. [In Persian]
2. Mirzai S, Safizadeh H, Oroomiei N. Comparative study of social determinants of health models. *Iran J Epidemiology*. 2017;13(3):222-34.[In Persian]
3. Marandi A, Demari B, Zainalu AA, Mutlaq E, Shadpour K. The 30-year experience of the Islamic Republic of Iran in the social components of health and justice in health: The roles and future directions of the Islamic Council. *Journal of Medical Council of Iran*. 2012;30(3):225-36. [In Persian]
4. Karimi S, Bahman Ziari N. Equity in financial indicators of the health in Iran during the Third and Fourth development programs. *Health Information Management*. 2013;9(7):1113-22. [in Persian]
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 Medical Sciences Journal*. 2015;3(1):77-88. [In Persian]
6. Ghiasvand H, Mohamadi E, Olyaeemanesh A, Kiani MM, Armoon B, Takian A. Health equity in Iran: A systematic review. *Med J Islam Repub Iran*. 2021;35(1):1-15. <https://doi.org/10.47176/mjiri.35.51>
7. World Health Organization. *Health systems: Improving performance*. Geneva: World Health Organization; 2000. 215 p.
8. Culyer AJ. Equity - Some theory and its policy implications. *J Med Ethics*. 2001 Aug;27(4):275-83. <https://doi.org/10.1136/jme.27.4.275>

9. Dolan P, Tsuchiya A. Health priorities and public preferences: The relative importance of past health experience and future health prospects. *J Health Econ.* 2005;24(4):703-14. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2004.11.007>
10. Olsen JA. Concepts of equity and fairness in health and health care. In: Glied S, Smith PC, editors. *The Oxford Handbook of Health Economics.* United Kingdom: Oxford University Press; 2011. p. 1-27. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199238828.013.0034>
11. Zaboli R, Sanaeinasab H. The challenges and solutions for action of social determinants of health in Iran: A qualitative study. *Journal of Health Education and Health Promotion.* 2014;2(1):5-16. [In Persian]
12. Mehrara M, Fazaeli AA, Fazaeli AA. Health finance equity in Iran: An analysis of household survey data (1382-1386). *Journal of Health Administration.* 2010;13(40):51-62. [In Persian]
13. 13-Iman MT, Noshadi MR. Qualitative content analysis. *Pazhuhesh.* 2011;3(2):15-44. [In Persian]
14. Vaez Mahdavi MR, Vaez Mahdavi Z. Planning for justice: With an emphasis on justice in health. *Economy and Society Quarterly.* 2010;7(23-24):191-210. [In Persian]
15. Kappa coefficient in SPSS software [Internet]. 2022 Jan 12 . Available from: <https://graphpad.ir/kappa-coefficient-with-spss/>
16. Hassanzadeh A. Theoretical foundations of justice in health investigating justice in Iran's health. *Social Security Quarterly.* 2007;9(28):11-42. [In Persian]
17. Alami A. Equity in health from social determinants of health's point of view. *Journal of Research & Health.* 2011;1(1):7-9. [In Persian]
18. Nabipour M, Ebrahimi Sh, Sharifi M. The place of justice in the transformation plan of the health system. *Proceedings of the Pioneers of Progress Congress;* 2014; Iran. [In Persian]
19. Shirjang A, Mahfoozpour S, Masoudi Asl I, Doshmangir L. Iran's primary health care challenges in realizing public health coverage: A qualitative study. *Nursing and Midwifery Journal.* 2020;18(2):166-79. [In Persian]
20. Kazemi S. Universal and equal access to health, as a neglected necessity. *Community Health.* 2022;9(3):95-106. [In Persian]
21. Emamgholipour S, Saberzadeh V, Dargahi H. Determination of catastrophic health expenditures among elderly people in Iran. *Payavard Salamat.* 2020;14(1):11-22. [In Persian]
22. Khammarnia M, Peyvand M, Setoodezadeh F, Barfar E, poormand N, Mirbaloch zehi A, et al. Health expenditures by households after implementation of health transformational plan: A cross-sectional study. *Payesh.* 2018;17(3):227-37. [In Persian]
23. Hajizadeh M, Nghiem HS. Hospital care in Iran: An examination of national health system performance. *Int J Healthc Manag.* 2013;6(3):201-10. <https://doi.org/10.1179/2047971913Y.0000000042>
24. Rezaei S, Karami Matin B, Chavehpour Y, Yousefzadeh N, Delavari S, Kazemi Karyani A. Assessing the accessibility and degree of development in health care resources: Evidence from the West of Iran. *Health Management and Information Science.* 2016;3(2):39-45.
25. Nadiran N, Hosseinali F, Ghanbaran A. Analyzing the variations of accessibility to the hospital services in Zanjan city using the method of measuring potential spatial accessibility in period of 2006-2016. *Geographical Urban Planning Research.* 2022;10(2):205-27. [In Persian]
26. Djalalinia SH, Tehrani FR, Malek Afzali H, Peykari N, Baradaran Eftekhari M. Community mobilization for youth health promotion: A lesson learned from Iran. *Iran J Public Health.* 2012;41(4):55-62.
27. Vahdat Sh, Hamzehgardeshi L, Hessam S, Hamzehgardeshi Z. Patient involvement in health care decision making: A review. *Iran Red Crescent Med J.* 2014;16(1): 1-7. <https://doi.org/10.5812/ircmj.12454>
28. Esmaili H, Majlessi F, Montazeri A, Sadeghi R, Nedjat S, Zeinali J. Dialysis adequacy and necessity of implement health education models to its promotion in Iran. *Int J Med Res Health Sci.* 2016;5(10):116-21.

29. Khayat S, Dolatian M, Navidian A, Mahmoodi Z, Kasaeian A, Fanaei H. Factors affecting adequacy of prenatal care in suburban women of southeast Iran: A cross-sectional study. *J Clin Diagn Res.* 2018;12(4):1-5. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2018/32795.11381>
30. Sokhanvar M, Moradi R, Yarmohammadian M, Nemati A, Asadi S. Proper distribution of specialist physicians: A strategy towards realizing justice and equity in access to health care services. *Evidence based health policy, management and economics.* 2017;1(2).

مقاله اصیل

تحلیل تطبیقی عدالت در سلامت در برنامه‌های توسعه ایران

فائزه سنبلی^۱ ID، فرهاد نصرتی نژاد^۲ ID، مهدی باسکا^۳ ID

^۱ کارشناس ارشد، گروه مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
^۲ دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
^۳ استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

اطلاعات مقاله

نویسنده مسئول:

مهدی باسکا

رایانامه:

Me.Basakha@uswr.ac.ir

وصول مقاله: ۱۴۰۱/۱۰/۰۱

اصلاح نهایی: ۱۴۰۱/۱۲/۲۳

پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۱۲/۲۸

انتشار آنلاین: ۱۴۰۲/۰۷/۱۶

واژه‌های کلیدی:

برابری در سلامت

عدالت در سلامت

برنامه توسعه

سیاست

ایران

چکیده

مقدمه: عدالت سلامت مفهومی پیچیده و چندبعدی است که به توزیع عادلانه منابع و فرصت های سلامت اشاره می‌کند. در کشورهای درحال توسعه، که منابع محدود هستند، تضمین عدالت در سلامت، چالش بزرگی محسوب می‌شود. این مطالعه با هدف بررسی میزان توجه به عدالت سلامت در برنامه‌های توسعه ایران انجام شده است.

روش‌ها: متن کامل برنامه‌های توسعه اول تا ششم ایران با استفاده از رویکرد تحلیل محتوای هدایت شده به صورت کیفی تحلیل شد. ابعاد عدالت سلامت (در دسترس بودن، بسندگی، دسترسی، تناسب و مقرون به صرفه بودن) مشخص و فراوانی هر یک از ابعاد با استفاده از جدول متقاطع در نرم افزار SPSS محاسبه گردید. اعتبار مطالعه از طریق نظرات متخصصان و توافق بین ارزیابان با استفاده از ضریب کاپا کوهن ارزیابی شد.

یافته‌ها: درصدهای به دست آمده از ابعاد گوناگون عدالت در سلامت در برنامه‌های توسعه شامل دسترسی ۱۷/۷ درصد، کفایت ۱۲/۴ درصد، تناسب ۷/۷ درصد، مقرون به صرفه بودن ۴/۳ درصد، و در دسترس بودن ۱/۹ درصد بود.

نتیجه گیری: با توجه به پیچیدگی و چندبعدی بودن مفهوم عدالت در سلامت، فقط توسعه متوازن این ابعاد می‌تواند به تحقق عدالت در این حوزه منتج گردد. این موضوع باید در برنامه‌های توسعه با دقت بیشتری مورد توجه قرار گیرد و اهداف این برنامه‌ها با توجه به این ضرورت تدوین و به اجرا درآید.

توان نیز تعریف نمود. [۴] در همین چارچوب، سازمان جهانی سلامت، دو هدف اصلی نظام‌های سلامت را دریافت مطلوب خدمات و منصفانه بودن تأمین مالی آن دانسته و تخطی از آن را زمینه‌ساز بی‌عدالتی در سلامت قلمداد نموده است. [۷] با توجه به اینکه عدالت در سلامت، هم‌پوشانی بسیار زیادی در کاربرد، با واژه‌های «برابری در سلامت» در ادبیات این حوزه دارد، لازم است در مورد تفاوت میان آنها بحث شود. برابری در سلامت، توصیفی از بهره‌مندی، یا برخورداری برابر، از سلامتی یا خدمات بهداشتی و درمانی، بدون در نظر گرفتن نیاز یا تفاوت‌های فردی، اجتماعی و جغرافیایی است. [۸،۹] زمانی که از عدالت در سلامت صحبت به میان می‌آید، عمدتاً «عدالت توزیعی» (distributive equity) مد نظر است و به امکان گسترش خدمات سلامت در جامعه از طریق ارتقای مرز امکان‌های تولید مربوط است. [۱۰] با توجه به تعیین مرز میان این اصطلاحات، آنچه مطالعه حاضر دنبال کرده است، مفهوم عدالت در سلامت بوده است. توزیع ناعادلانه سلامت در کشورهای در حال توسعه، یکی از چالش‌های عمده نظام‌های سلامت است که منجر به نابرابری در جایگاه اجتماعی و وضعیت زندگی افراد می‌گردد. [۱۱] مهرآرا و همکاران [۱۲] نشان دادند که حدود ۲/۵ درصد از جمعیت ایران در معرض هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت قرار داشته‌اند. برخلاف وضعیت نه‌چندان مناسب در تأمین مالی منصفانه در بخش سلامت، مطالعات مختلف، از بهره‌مندی کمابیش مطلوب افراد از خدمات سلامت در ایران حکایت می‌کند. طبق مطالعه اکبری و بهمن‌زیاری [۴] حدود ۹۰ درصد از مردم می‌توانند از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در سطوح مختلف بهره‌گیرند؛ که در مقایسه با کشورهای پیشرفته نیز سطح قابل قبولی محسوب می‌شود؛ بنابراین به نظر می‌رسد ابعاد گوناگون عدالت در سلامت ایران، به صورت متعادل، مد نظر سیاست‌گذاران این حوزه نبوده است، از این رو در مطالعه حاضر با در نظر گرفتن ابعاد قابل تعریف برای عدالت در سلامت (دسترسی، در دسترس بودن، تناسب، کفایت، و مقرون‌به‌صرفه بودن)، اهتمام برنامه‌های اول تا ششم توسعه

امروزه سلامت، به مثابه پدیده‌ای چندبعدی، در زمره حقوق اولیه انسانی است. اعلامیه جهانی حقوق بشر، برخورداری از زندگی سالم و به دور از بیماری و ناتوانی را حقی همگانی می‌داند که از طریق برابری (equality) در دستیابی (access) به خدمات بهداشتی و درمانی در جامعه محقق می‌شود. [۱] ایجاد، حفظ و ارتقای سلامت در جامعه، امری پیچیده است و تحقق آن نیازمند وجود مشارکت و همکاری بین آحاد جامعه می‌باشد. [۲] از آنجا که انسان سالم، محور توسعه پایدار (sustainable development) به شمار می‌رود، تأمین و ارتقای عادلانه سلامت از وظایف نهادهای رسمی محسوب می‌گردد. [۳] با وجود سیر صعودی تقاضا برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی، این بخش همواره با محدودیت منابع روبه‌رو بوده و پاسخ‌گویی به نیاز مصرف‌کنندگان، حتی در پیشرفته‌ترین کشورهای دنیا، دور از دسترس به نظر می‌رسد. [۴] بنابراین توجه به بهره‌برداری اقتصادی از منابع در این بخش، از طریق برنامه‌ریزی بسیار حیاتی خواهد بود. برنامه‌های توسعه مجموعه مدوتی از تصمیمات سیاسی دولت در زمینه تخصیص منابع و در نتیجه تعیین نوع و میزان خدمات هر یک از بخش‌های دولت است، که به صورت تفکیک شده به بخش‌های مهمی، از جمله سلامت، پرداخته است. [۵] با توجه به اینکه عدالت در سلامت از اهداف نظام‌های سلامت است، [۶] توزیع عادلانه خدمات سلامت، همواره یکی از نگرانی‌های سیاست‌گذاران این حوزه بوده است. [۲] معنای عدالت در سلامت (equity in health) این است که همه مردم از موقعیت عادلانه‌ای برای رسیدن به بالاترین سطح سلامت برخوردار بوده و بتوانند دسترسی مکفی (adequacy) و بهنگامی (on time) به این خدمات داشته باشند. این دسترسی شامل دسترسی فیزیکی و تمکن مالی (ability to pay) برای پرداخت هزینه‌های احتمالی و همچنین برخورداری از کیفیت قابل قبولی از خدمات (quality of services) است. [۲] عدالت در سلامت را می‌توان به صورت دسترسی براساس نیاز، و پرداخت براساس

اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور این موضوع را مورد بررسی قرار دهد.

روش‌ها

مطالعه حاضر با روش تحلیل محتوای کیفی، از نوع هدایت شده (directed) بود. [۱۳] در این پژوهش، متن کامل برنامه‌های اول تا ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، به‌عنوان جامعه آماری، گردآوری و مطالعه گردید؛ سپس براساس مقولات مرتبط با سلامت (بیمه، سلامت، بهداشت، بیماری، بیماری‌ها، امراض، دارو، درمان، درمانی، سلامتی، بهداشتی، داروخانه، امکانات بهداشتی، صحت، تندرستی، روان، روانی، دوا، شفا، معالجه، عارضه، کسالت، ناخوشی، درد، پزشک، پزشکان، طبیب، دکتر، بستری، سرپایی، پرستار، پرستاری، پرستاران، بهورز، بهیار، بیمارستان، مراکز درمانی، خانه بهداشت، اورژانس، سوختگی، مسمومیت غذایی، سرانه سوختگی، مرگ، مرگ و میر، واکسیناسیون، پیشگیری، خدمات درمانی، تعرفه خدمات درمانی، تجهیزات پزشکی، آزمایشگاه، خدمات سلامت، خدمات بهداشتی، خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی، نمونه‌برداری، درمانگاه، مشاوره، کمک‌بهورز، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده علوم پزشکی، غذا، تغذیه، مراکز تشخیص طبی، مراکز تشخیصی، خدمات و وزارت بهداشت)، تمامی احکام سلامت (در برنامه اول توسعه: ۶ ماده قانونی و ۸ حکم، در برنامه دوم: ۹ ماده قانونی و ۱۲ حکم، در برنامه سوم: ۱۴ ماده قانونی و ۵۲ حکم، در برنامه چهارم: ۱۵ ماده قانونی و ۴۵ حکم، در برنامه پنجم: ۱۰ ماده قانونی و ۴۰ حکم، و در برنامه ششم توسعه: ۵ ماده قانونی و ۴۴ حکم استخراج شد) که مسئله پژوهش را به‌طور کامل منعکس نمایند، به‌عنوان نمونه آماری استخراج گردید (با استفاده از معیار ۵، آ، که جدول شماره یک گویای آن است، محقق با اتکا به آن و تأیید ارزیابان، احکام و مواد مرتبط با عدالت سلامت را گردآوری کرده‌است). در این احکام به‌منظور تفکیک ابعاد مختلف عدالت در سلامت، پنج بُعد «در دسترس بودن» (availability)، «بندگی یا کفایت» (adequacy)، «دسترسی» (accessibility)، «تناسب»

(appropriateness) و «مقرون‌به‌صرفه بودن» (affordability) [۱۴] جهت کدگذاری استفاده شد؛ سپس متغیرها ارزش‌گذاری شده و فراوانی‌های نسبی و درصدی مربوط به آنها و همچنین جداول تقاطعی در محیط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶، محاسبه گردید. لازم به ذکر است که در این پژوهش از نرم‌افزار EXCEL برای ترسیم نمودار خطی و از نرم‌افزار WORD برای نگارش متون و ترسیم جداول استفاده شد. بررسی روایی نیز از طریق توافق بین پنج ارزیاب (پنج نفر، شامل خبرگان حوزه اقتصاد سلامت، جامعه‌شناسی و رفاه اجتماعی) با استفاده از ضریب کاپای فیلیس انجام شد. شایان ذکر است هنگامی که ارزیابان بیش از دو نفر باشند، ضریب کاپای فیلیس محاسبه می‌گردد. [۱۵] ضریب کاپای برای احکام برنامه اول ۰،۷۵، برای احکام برنامه دوم ۰،۹۸، برای احکام برنامه سوم ۰،۹۸، برای احکام برنامه چهارم ۰،۹۸، برای احکام برنامه پنجم ۰،۶۴ و برای احکام برنامه ششم ۰،۹۹ به‌دست آمد. با توجه به اینکه ضریب کاپای کمتر از ۰،۲ توافق ضعیف، بین ۰،۲ تا ۰،۴ ضریب توافق خوب، بین ۰،۴۱ تا ۰،۶ ضریب توافق متوسط، بین ۰،۶۱ تا ۰،۸۰ ضریب توافق قوی، و ۰،۸۱ به بالا ضریب توافق بسیار قوی را نشان می‌دهد، در این مطالعه در دو مورد از بررسی‌ها (برنامه اول و پنجم) ضریب کاپای قوی، و در چهار مورد (برنامه دوم، سوم، چهارم، و ششم) ضریب توافق بسیار قوی به‌دست آمد. در مجموع، مطالعه از روایی بالایی برخوردار بوده‌است. سپس برای صحت‌سنجی مجدد طبقه‌بندی، از هر برنامه توسعه یک حکم با رعایت تنوع در ابعاد شاخص‌های سلامت استخراج شد. سپس این احکام در قالب ابعاد مختلف شاخص‌های عدالت در سلامت قرار گرفته و از ارزیابان (پنج نفر، شامل خبرگان حوزه اقتصاد سلامت، جامعه‌شناسی و رفاه اجتماعی) درخواست شد نظر خویش مبنی بر صحت طبقه‌بندی این احکام را اعلام نمایند. ضریب کاپای فیلیس برای این جدول برابر با ۰،۹۸ محاسبه گردید که نشان می‌دهد نحوه طبقه‌بندی احکام در تحقیق حاضر از استحکام بسیاری برخوردار است. جدول شماره یک، ابعاد، تعریف نظری و اصطلاحات مورد استفاده برای کدگذاری را نمایش می‌دهد.

جدول ۱. ابعاد شاخص‌های سلامت و تعاریف عملیاتی آنها و کدهای ارجاع

کدها	تعریف	بُعد
پوشش خدمات عرضه خدمات سلامت	خدمات بهداشتی و درمانی باید در دسترس تمام بیماران قرار گیرد.	در دسترس بودن
استاندارد خدمات بازخورد بیماران خدمات برای بیماران خاص	خدمات سلامت باید از طریق مشارکت ذی‌نفعان با نیازهای بیماران، سازگار شود.	بسندهی و کفایت
پیشگیری ارتقای سلامت تشخیص زودهنگام حمایت‌های غیرپزشکی دسترسی به اطلاعات جغرافیا	درمان، در تمام مراحل مراقبت‌های بهداشتی و درمانی باید برای افراد قابل دسترسی باشد.	دسترسی
پاسخ به نیازهای گروه‌های مختلف عدم تبعیض	خدمات باید متناسب با نیازهای سلامت بوده و گروه‌های جمعیتی مختلف، مشمول دریافت خدمات بهداشتی و درمانی شوند.	تناسب
هزینه‌های بهداشتی و درمانی پرداخت از جیب	دسترسی به خدمات سلامت باید بدون دچار شدن به دشواری مالی صورت بگیرد.	مقرون‌به‌صرفه بودن

اختصاص داده‌است. تغییرات تعداد احکام مرتبط با «دسترسی» در شش برنامه توسعه روندی کاهشی داشته، اما همواره یکی از اصلی‌ترین ابعاد عدالت سلامت در برنامه‌ها بوده‌است. «در دسترس بودن» در برنامه دوم بیشتر مورد توجه بوده و «تناسب» در برنامه سوم بیشترین توجه را کسب کرده و با در نظر گرفتن هم‌پوشانی‌ها، رتبه سوم را در مجموع برنامه‌های توسعه داشته‌است؛ «مقرون‌به‌صرفه بودن» در برنامه دوم و ششم بیشتر مورد توجه سیاست‌گذاران بوده‌است و «بسندهی - کفایت» در برنامه دوم و سوم نسبت به سایر شاخص‌ها، در وضعیت بهتری قرار گرفته‌است (جدول شماره ۲، نمودار شماره ۱). با در نظر گرفتن هم‌پوشانی احکام (به دلیل مبهم یا کلی بودن برخی احکام مرتبط با عدالت در سلامت، باید برخی از این احکام در دو بعد یا بیشتر طبقه‌بندی می‌شد)؛ به ترتیب: دسترسی، در دسترس بودن، و تناسب در مجموع برنامه‌ها توجه بیشتری را به خود جلب کرده‌است (جدول شماره ۲). مشاهده می‌شود که در برنامه ششم، به اهمیت شاخص‌های در دسترس بودن، تناسب، و مقرون‌به‌صرفه بودن، نسبت به سه برنامه قبل، افزوده شده و از اهمیت شاخص‌های دسترسی، و بسندهی - کفایت کاسته

یافته‌ها

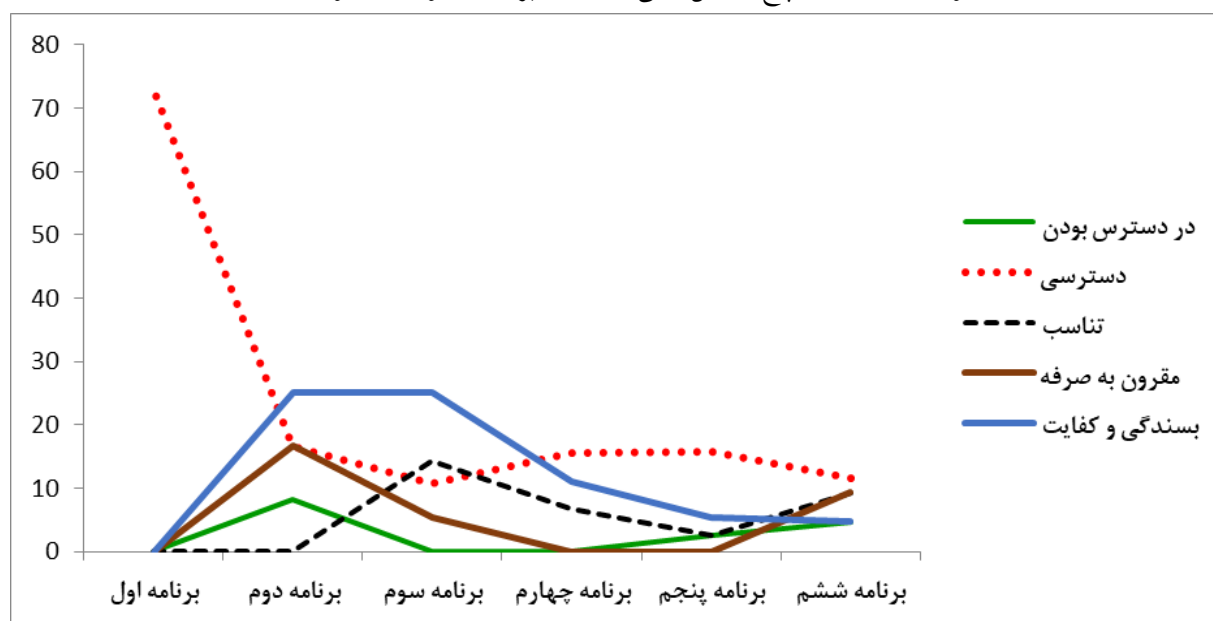
بر اساس نتایج به دست آمده از احکام مرتبط با عدالت سلامت، که نمونه تحقیق حاضر نیز بودند، در برنامه اول توسعه ۶ ماده قانونی و ۸ حکم، در برنامه دوم ۹ ماده قانونی و ۱۲ حکم، در برنامه سوم ۱۴ ماده قانونی و ۵۲ حکم، در برنامه چهارم ۱۵ ماده قانونی و ۴۵ حکم، در برنامه پنجم ۱۰ ماده قانونی و ۴۰ حکم، و در برنامه ششم توسعه ۵ ماده قانونی و ۴۴ حکم استخراج شد. حکم‌های مرتبط با عدالت در سلامت، با جزئیات کامل در قالب جدولی در پیوست، گزارش شده‌است. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد در برنامه‌های توسعه در خصوص شاخص‌های عدالت در سلامت، از مجموع احکام استخراج شده در حوزه سلامت، از پنج شاخص اصلی در دسترس بودن ۱/۹ درصد، دسترسی ۱۷/۷ درصد، تناسب ۷/۷ درصد، مقرون‌به‌صرفه بودن ۴/۳ درصد و بسندهی - کفایت ۱۲/۴ درصد احکام را به صورت «خاص» به خود اختصاص داده‌اند (جدول شماره ۲). نمودار روند شاخص‌های اصلی بیانگر این است که توجه سیاست‌گذار در برنامه اول بیشتر به «دسترسی» معطوف بوده و این بُعد در برنامه‌های چهارم، پنجم و ششم، بیشترین درصد را به خود

شده‌است. به نظر می‌رسد برنامه ششم توسعه، توانسته با در نظر گرفتن ابعاد بیشتری از شاخص‌های عدالت در سلامت،

جدول ۲: شاخص‌های سلامت در برنامه‌های توسعه (اعداد برحسب درصد)

ردیف	شاخص سلامت	برنامه اول	برنامه دوم	برنامه سوم	برنامه چهارم	برنامه پنجم	برنامه ششم	جمع
۱	در دسترس بودن	۰	۸/۳	۰	۰	۲/۶	۴/۷	۱/۹
۲	دسترسی	۷۳/۳	۱۶/۷	۱۰/۷	۱۵/۶	۱۵/۸	۱۱/۶	۱۷/۷
۳	تناسب	۰	۰	۱۴/۳	۶/۷	۲/۶	۹/۳	۷/۷
۴	مقرون به صرفه بودن	۰	۱۶/۷	۵/۴	۰	۰	۹/۳	۴/۳
۵	بسنده‌گی (کفایت)	۰	۲۵	۲۵	۱۱/۱	۵/۳	۴/۷	۱۲/۴
۶	تناسب؛ مقرون به صرفه بودن	۰	۰	۳/۶	۶/۷	۰	۹/۳	۴/۳
۷	در دسترس بودن؛ تناسب	۶/۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰/۵
۸	در دسترس بودن؛ دسترسی	۲۰	۳۳/۳	۱۲/۵	۳۷/۸	۳۹/۵	۳۰/۲	۲۸/۲
۹	تناسب؛ بسنده‌گی	۰	۰	۷/۱	۰	۲/۶	۰	۲/۴
۱۰	بسنده‌گی؛ مقرون به صرفه بودن	۰	۰	۳/۶	۲/۲	۰	۰	۱/۴
۱۱	در دسترس بودن؛ بسنده‌گی	۰	۰	۰	۲/۲	۰	۲/۳	۱
۱۲	مقرون به صرفه بودن؛ دسترسی؛ در دسترس بودن	۰	۰	۰	۲/۲	۰	۰	۰/۵
۱۳	دسترسی؛ بسنده‌گی	۰	۰	۰	۰	۵/۳	۲/۳	۱/۴
۱۴	در دسترس بودن؛ دسترسی؛ تناسب	۰	۰	۵/۴	۱۱/۱	۲۱/۱	۱۱/۶	۱۰
۱۵	مقرون به صرفه بودن؛ بسنده‌گی؛ تناسب	۰	۰	۸/۹	۰	۰	۰	۲/۴
۱۶	در دسترس بودن؛ دسترسی؛ بسنده‌گی	۰	۰	۰	۲/۲	۰	۰	۰/۵
۱۷	در دسترس بودن؛ دسترسی؛ تناسب؛ مقرون به صرفه بودن	۰	۰	۰	۰	۵/۳	۰	۱
۱۸	موضوعیت ندارد	۰	۰	۳/۶	۲/۲	۰	۴/۷	۲/۴
	مجموع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

نمودار شماره ۱: روند پنج شاخص اصلی سلامت در برنامه‌های توسعه در حوزه سلامت



پوشش آن دارد، عدم توجه به این بُعد می‌تواند پوشش همگانی سلامت را، چه از نظر گستره و چه از نظر عمق خدمات، تحت تأثیر قرار دهد. مطالعات مرتبط با پوشش خدمات در سلامت نیز از ضعف در این حوزه حکایت می‌کند. [۱۹،۲۰] درخصوص بعد مقرون‌به‌صرفه بودن خدمات سلامت نیز، که سهم پرداخت از جیب هزینه‌های سلامت را با در نظر گرفتن ظرفیت پرداخت خانوارها مورد توجه قرار می‌دهد، توجه جدی در برنامه‌ها مشاهده نمی‌شود. نتایج به‌دست‌آمده از مطالعات گوناگون [۲۱،۲۲] گویای نامطلوب بودن وضعیت مقرون‌به‌صرفه بودن خدمات سلامت در ایران است که یکی از مهم‌ترین دلایل آن را می‌توان غفلت برنامه‌های توسعه از تفکیک ابعاد عدالت در سلامت و نگاه متوازن به این ابعاد دانست؛ به‌علاوه نباید از تغییر در شاخص‌های اقتصاد کلان، ضعف در نظام بیمه‌ای، و بار شدن هزینه‌های سلامت بر دوش خانوارها، از طریق افزایش سهم پرداخت مستقیم، غافل شد. «دسترسی به خدمات سلامت» یا این هدف که درمان در تمام مراحل مراقبت‌های بهداشتی و درمانی باید برای افراد قابل دسترسی باشد، توجه کافی را در برنامه‌های توسعه به خود جلب کرده است. این موضوع بیشتر در قالب ارزیابی وضعیت دسترسی افراد و خانوارها به خدمات سلامت، در مطالعات ایران بررسی شده و نتایج آن از وضعیت کمابیش مطلوب دسترسی به خدمات مذکور حکایت می‌کند. [۲۳-۲۵] نگاه کلی به برنامه‌های توسعه در ایران از بُعد «تناسب»، که توسعه نظام سلامت را مبتنی بر مشارکت ذی‌نفعان در تنظیم اهداف و طراحی برنامه‌ها می‌داند، نشان می‌دهد که متناسب‌سازی خدمات سلامت با نیازهای گروه‌های جمعیتی مختلف مورد توجه برخی از برنامه‌ها بوده و نتایج کمابیش مطلوبی نیز در پی داشته است. [۲۶،۲۷] البته باید ادعان داشت که بخش عمده‌ای از توجه برنامه‌های توسعه، معطوف به نیازهای بیماران خاص و الزام دولت‌ها به استانداردسازی خدمات سلامت بوده است. موضوع دیگری که در تناسب خدمات سلامت مد نظر قرار می‌گیرد عدم تبعیض در ارائه خدمات است که بخش عمده

عدالت در سلامت به نابرابری سلامت در مراقبت‌های سلامت محدود نیست؛ بلکه باید چگونگی تخصیص منابع، و ترتیبات اجتماعی مرتبط با سلامت با سایر وجوه نیز مد نظر قرار گیرد؛ بنابراین «عدالت در سلامت» می‌تواند شاخصی باشد که از طریق اندازه‌گیری آن، سیاست‌های رفاه اجتماعی را از منظر عدالت نیز ارزیابی شود. [۱۶،۱۷] هرچند در ایران مطالعات بسیاری در حوزه عدالت در سلامت انجام گرفته، قریب به اتفاق این مطالعات در پی کشف عوامل اقتصادی و اجتماعی-جمعیتی مؤثر بر بی‌عدالتی در حوزه سلامت بوده است. [۱] مطالعه حاضر، در گستره موضوعی و دامنه اسناد مورد مطالعه، مطالعه‌ای کم‌نظیر بوده و پیش‌تر به لزوم توجه به چنین مطالعه‌ای اشاره شده است. نی‌پور و همکاران [۱۸] با ادعان به دشواری سنجش عدالت در سلامت، اطلاعات مرتبط با نظام سلامت را بسیار پراکنده دانسته و سیستم پایش و ارزشیابی عدالت در سلامت را دچار ضعف دانسته‌اند. شاید تنها مطالعه مشابه در ایران، پژوهش براتی و همکاران [۵] باشد که این مطالعه نیز صرفاً به زیرساخت‌های خدماتی و در دسترس بودن خدمات سلامت توجه کرده و به شکل «توصیفی» به نقش عدالت و روند آن در تدوین و اجرای برنامه‌های توسعه در بخش بهداشت و درمان پرداخته است. مطالعه مذکور به تحلیل اینکه آیا عدالت در سلامت در تدوین برنامه توسعه مد نظر قرار گرفته است یا خیر، نپرداخته است؛ بلکه با بررسی احکام مرتبط با عدالت در سلامت در برنامه‌های توسعه، اطلاعاتی کلان و دسته‌بندی شده از تصمیمات چهار دهه سیاست‌گذاری در حوزه عدالت در سلامت در اختیار قرار می‌دهد. این نگاه کلان، این امکان را فراهم می‌سازد که ابعادی از عدالت، که به کمتر توجه شده است، در تدوین برنامه‌های بعدی مورد توجه قرار گیرند. آنچه از بررسی برنامه‌های توسعه در ایران مشاهده شد، توجه محدود سیاست‌گذار به بُعد «در دسترس بودن خدمات سلامت» است. با توجه به اینکه در دسترس بودن خدمات ارتباط تنگاتنگی با عرضه خدمات سلامت و

این برنامه‌ها به صورت نامتوازن به این ابعاد پرداخته‌اند؛ در واقع توجه ناکافی به یک یا چند بعد می‌تواند باعث عدم پایداری ارتقای سلامت جامعه شود. تضمین ابعاد عدالت در سلامت در سیاست‌های توسعه، امری اساسی در بهره‌مندی تمامی اقشار جامعه از خدمات سلامت و زمینه‌ساز ارائه باکیفیت و بدون تبعیض این خدمات خواهد بود. لازم است که تأکید شود آشفتگی در متن برنامه‌های توسعه، به وضوح دیده می‌شود و محققان برای استخراج مقوله‌های مرتبط به حوزه سلامت، مجبور بودند تمامی حوزه‌های دیگر (اعم از آموزش، محیط زیست، مسکن و غیره) را نیز مورد مطالعه قرار دهند؛ همچنین عدم شفافیت متن برنامه‌های توسعه موجب زمان‌بر شدن روند تحقیق گردید. نتایج مطالعه حاضر، این امکان را برای پژوهش‌های آتی فراهم آورده است که عملیاتی شدن ابعاد گوناگون عدالت در سلامت را، براساس شاخص‌های عینی مربوط به هر کدام از این ابعاد، اندازه‌گیری نمایند. به علاوه طراحی، ساخت و شاخص ترکیبی از عدالت در سلامت براساس ابعاد استفاده‌شده در این پژوهش، می‌تواند به سیاست‌گذاران در این حوزه، در داشتن تصویری کلی و جامع از وضعیت عدالت در نظام سلامت ایران کمک نماید.

ملاحظات اخلاقی

رعایت دستورالعمل‌های اخلاقی: این مقاله مستخرج از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی با عنوان «تحلیلی بر سیاست‌های مرتبط با سلامت در برنامه‌های توسعه (اول تا ششم) ایران در چارچوب سیاست‌های اجتماعی»، در سال ۱۳۹۷ می‌باشد. پژوهشگران با استفاده از داده‌های ثانویه، مجموع کدهای اخلاقی مرتبط با پژوهش را در طول گردآوری اسناد و قوانین، تحلیل، و گزارش یافته‌های پژوهش رعایت نموده‌اند.

حمایت مالی: این پژوهش از حمایت مالی هیچ سازمانی برخوردار نبوده است.

تضاد منافع: این پژوهش از حمایت مالی هیچ سازمانی برخوردار نبوده است.

تشکر و قدردانی: از داوران محترم مجله، بابت ارائه نظرات کارشناسی مفید و سازنده تشکر و قدردانی می‌شود.

ای از احکام برنامه توسعه، که در این بعد دسته‌بندی شده‌اند، از این منظر با عدالت در سلامت مرتبط بوده‌اند. موضوع بعدی، که در برنامه‌های توسعه ایران در قالب ابعاد عدالت در نظام سلامت کنکاش شد، «بستگی و کفایت» خدمات سلامت براساس نیازهای گروه‌های مختلف جمعیتی - جغرافیایی است. مرور برنامه‌های توسعه نشان داد که ناهمگونی جغرافیایی - جمعیتی در نیازهای سلامت کشور، در تنظیم این برنامه‌ها مد نظر نبوده است. نمود عینی این غفلت را می‌توان در نتایج به دست آمده از مطالعاتی یافت که بسندگی خدمات مختلف بهداشتی و درمانی در ایران را ارزیابی نموده‌اند. [۳۰-۲۸] در این زمینه باید به عدم وجود آمایش مناسب سرزمینی در حوزه سلامت نیز اشاره کرد که نگاه ملی و یکپارچه به تهدیدات و فرصت‌های مناطق مختلف داشته و از منافع نگاه محلی و منطقه‌ای به سلامت غفلت نموده است. موضوع قابل تأمل دیگری که می‌توان به آن اشاره داشت هم‌پوشانی ابعاد گوناگون عدالت در سلامت در احکام برنامه‌های توسعه است که نشان می‌دهد سیاست‌گذاران تمایزی در این ابعاد قائل نشده و برنامه‌ریزی در این حوزه بدون پیگیری روند مشخصی بوده است. به طور کلی می‌توان گفت توجه به ابعاد شاخص‌های عدالت در سلامت در برنامه‌های توسعه ایران، نامتوازن و بدون سیر تاریخی مشخصی بوده است. با تحلیل محتوای کیفی برنامه‌های توسعه مشخص گردید که برنامه‌ریزان در تدوین شش برنامه توسعه، بیشترین توجه را به شاخص‌های «دسترسی» داشته و «در دسترس بودن» و «مقرون به صرفه بودن» اولویت زیادی در این برنامه‌ها نداشته است. این موضوع، خود را در قالب سهم زیاد هزینه‌های پرداخت از جیب، پوشش ناکافی بیمه‌ای، نگاه یکپارچه و ملی به نیازها و امکانات نظام سلامت و همچنین عمق نامناسب خدمات سلامت برای گروه‌های مختلف نشان می‌دهد. در این مطالعه سعی گردید نشانه‌های ابعاد گوناگون عدالت در سلامت شامل «در دسترس بودن»، «بستگی»، «دسترسی»، «تناسب»، و «مقرون به صرفه بودن» در برنامه‌های توسعه ایران پس از انقلاب اسلامی مورد ارزیابی قرار گیرد. با تحلیل برنامه‌های توسعه کشور از این منظر، مشاهده شد که

References

1. Baoosh M, Shiani M, Mousaei M. Analysis of socioeconomic factors affecting on poverty and inequalities health. *Social Welfare Quarterly*. 2017;17(67):71-108. [In Persian]
2. Mirzaei S, Safizadeh H, Oroomiei N. Comparative study of social determinants of health models. *Iran J Epidemiology*. 2017;13(3):222-34.[In Persian]
3. Marandi A, Demari B, Zainalu AA, Mutlaq E, Shadpour K. The 30-year experience of the Islamic Republic of Iran in the social components of health and justice in health: The roles and future directions of the Islamic Council. *Journal of Medical Council of Iran*. 2012;30(3):225-36. [In Persian]
4. Karimi S, Bahman Ziari N. Equity in financial indicators of the health in Iran during the Third and Fourth development programs. *Health Information Management*. 2013;9(7):1113-22. [in Persian]
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 Medical Sciences Journal*. 2015;3(1):77-88. [In Persian]
6. Ghiasvand H, Mohamadi E, Olyaeemanesh A, Kiani MM, Armoon B, Takian A. Health equity in Iran: A systematic review. *Med J Islam Repub Iran*. 2021;35(1):1-15. <https://doi.org/10.47176/mjiri.35.51>
7. World Health Organization. *Health systems: Improving performance*. Geneva: World Health Organization; 2000. 215 p.
8. Culyer AJ. Equity - Some theory and its policy implications. *J Med Ethics*. 2001 Aug;27(4):275-83. <https://doi.org/10.1136/jme.27.4.275>
9. Dolan P, Tsuchiya A. Health priorities and public preferences: The relative importance of past health experience and future health prospects. *J Health Econ*. 2005;24(4):703-14. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2004.11.007>
10. Olsen JA. Concepts of equity and fairness in health and health care. In: Glied S, Smith PC, editors. *The Oxford Handbook of Health Economics*. United Kingdom: Oxford University Press; 2011. p. 1-27. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199238828.013.0034>
11. Zaboli R, Sanaeinasab H. The challenges and solutions for action of social determinants of health in Iran: A qualitative study. *Journal of Health Education and Health Promotion*. 2014;2(1):5-16. [In Persian]
12. Mehrara M, Fazaeli AA, Fazaeli AA. Health finance equity in Iran: An analysis of household survey data (1382-1386). *Journal of Health Administration*. 2010;13(40):51-62. [In Persian]
13. Iman MT, Noshadi MR. Qualitative content analysis. *Pazhuhesh*. 2011;3(2):15-44. [In Persian]
14. Vaez Mahdavi MR, Vaez Mahdavi Z. Planning for justice: With an emphasis on justice in health. *Economy and Society Quarterly*. 2010;7(23-24):191-210. [In Persian]
15. Kappa coefficient in SPSS software [Internet]. 2022 Jan 12 . Available from: <https://graphpad.ir/kappa-coefficient-with-spss/>
16. Hassanzadeh A. Theoretical foundations of justice in health investigating justice in Iran's health. *Social Security Quarterly*. 2007;9(28):11-42. [In Persian]
17. Alami A. Equity in health from social determinants of health's point of view. *Journal of Research & Health*. 2011;1(1):7-9. [In Persian]
18. Nabipour M, Ebrahimi Sh, Sharifi M. The place of justice in the transformation plan of the health system. *Proceedings of the Pioneers of Progress Congress*; 2014; Iran. [In Persian]
19. Shirjang A, Mahfoozpour S, Masoudi Asl I, Doshmangir L. Iran's primary health care challenges in realizing public health coverage: A qualitative study. *Nursing and Midwifery Journal*. 2020;18(2):166-79. [In Persian]
20. Kazemi S. Universal and equal access to health, as a neglected necessity. *Community Health*. 2022;9(3):95-106. [In Persian]

21. Emamgholipour S, Saberzadeh V, Dargahi H. Determination of catastrophic health expenditures among elderly people in Iran. *Payavard Salamat*. 2020;14(1):11-22. [In Persian]
22. Khammarnia M, Peyvand M, Setoodezadeh F, Barfar E, poormand N, Mirbaloch zehi A, et al. Health expenditures by households after implementation of health transformational plan: A cross-sectional study. *Payesh*. 2018;17(3):227-37. [In Persian]
23. Hajzadeh M, Nghiem HS. Hospital care in Iran: An examination of national health system performance. *Int J Healthc Manag*. 2013;6(3):201-10. <https://doi.org/10.1179/2047971913Y.0000000042>
24. Rezaei S, Karami Matin B, Chavehpour Y, Yousefzadeh N, Delavari S, Kazemi Karyani A. Assessing the accessibility and degree of development in health care resources: Evidence from the West of Iran. *Health Management and Information Science*. 2016;3(2):39-45.
25. Nadiran N, Hosseinali F, Ghanbaran A. Analyzing the variations of accessibility to the hospital services in Zanjan city using the method of measuring potential spatial accessibility in period of 2006-2016. *Geographical Urban Planning Research*. 2022;10(2):205-27. [In Persian]
26. Djalalinia SH, Tehrani FR, Malek Afzali H, Peykari N, Baradaran Eftekhari M. Community mobilization for youth health promotion: A lesson learned from Iran. *Iran J Public Health*. 2012;41(4):55-62.
27. Vahdat Sh, Hamzehgardeshi L, Hessam S, Hamzehgardeshi Z. Patient involvement in health care decision making: A review. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16(1): 1-7. <https://doi.org/10.5812/ircmj.12454>
28. Esmaili H, Majlessi F, Montazeri A, Sadeghi R, Nedjat S, Zeinali J. Dialysis adequacy and necessity of implement health education models to its promotion in Iran. *Int J Med Res Health Sci*. 2016;5(10):116-21.
29. Khayat S, Dolatian M, Navidian A, Mahmoodi Z, Kasaeian A, Fanaei H. Factors affecting adequacy of prenatal care in suburban women of southeast Iran: A cross-sectional study. *J Clin Diagn Res*. 2018;12(4):1-5. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2018/32795.11381>
30. Sokhanvar M, Moradi R, Yarmohammadian M, Nemati A, Asadi S. Proper distribution of specialist physicians: A strategy towards realizing justice and equity in access to health care services. *Evidence based health policy, management and economics*. 2017;1(2).