Feyz Medical Sciences Journal
2026, Volume 30, Issue 3
Pages: 381-390
Doi: 10.48307/FMSJ.2026.30.3.381

Policy Brief

Reducing Health Inequalities in Iran by Focusing on Vulnerable Populations: A Policy Brief

Abolfazl Mohammadbeigi [1*], Mohammad Aligol [2], Abbas Abbasi-Ghahramanloo [1]

[1] Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran
[2] Department of Health Education and Promotion, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

[*]**Corresponding author: Abolfazl Mohammadbeigi,** Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran
Email: beigi60@gmail.com

Received: 14 February 2026 **Revised:** 28 June 2026 **Accepted:** 28 June 2026

Abstract

Background: Health inequalities are among the most challenging issues facing health systems, and reducing inequalities in health and their determinants is a major goal of health policy. The Sustainable Development Goals (SDGs) emphasize reducing poverty and hunger and addressing inequalities in gender, education, access to health care, and other health and well-being indicators. Despite progress achieved through the Millennium Development Goals in many countries, health inequalities in Iran, particularly among vulnerable populations, remain a major concern. Recent evidence indicates persistent disparities in access to and utilization of health services and health outcomes. Given the emphasis of Iran's national laws and upstream policies on achieving health equity through addressing the social determinants of health, this policy brief aims to identify strategies for reducing health inequalities in Iran.

Methods: This policy brief employed a rapid review approach based on scientific evidence and the expertise of researchers in health equity and inequalities. Relevant studies were identified through searches of PubMed, Google Scholar, SID, and Magiran using keywords related to equity, inequality, health, health care, social determinants of health, and health service utilization.

Results: Health inequalities in Iran are multidimensional, encompassing geographic, socioeconomic, gender, cultural, and population-specific disparities. Key determinants include inadequate access to primary health care, unequal distribution of health workforce and infrastructure, high out-of-pocket expenditures, incomplete insurance coverage, weak intersectoral policymaking, and insufficient disaggregated data for monitoring inequalities.

Conclusion: Reducing health inequalities requires phased interventions, including improved monitoring systems, targeted subsidies, the expansion of primary health care and targeted nutrition and vaccination programs in the short term; redesigning insurance benefit packages, training local health workers, and implementing intersectoral programs addressing housing, water, and sanitation in the medium term; and reforming national budget allocation, institutionalizing equity-oriented policies, and strengthening health workforce education and planning in the long term. Strong commitment from the government and governance structures is essential.

Keywords: Health inequalities, Health equity, Social determinants of health, Health policy, Iran, Vulnerable populations

Copyright© 2026. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms. Downloaded from: http://feyz.kaums.ac.ir/

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.3.381]

مجله علوم پزشکی فیض
دوره ۳۰، شماره ۳ مرداد و شهریور
صفحات: ۳۹۰-۳۸۱
Doi: 10.48307/FMSJ.2026.30.3.381
خلاصه سیاستی

کاهش نابرابری‌های سلامت در ایران با تمرکز بر جمعیت‌های آسیب‌پذیر: خلاصه سیاستی

ابوالفضل محمدبیگی[۱*]، محمد علی گل[۲]، عباس عباسی قهرمانلو[۱]

[۱] گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
[۲] گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۱۱/۲۵ **اصلاح مقاله:** ۱۴۰۵/۰۴/۰۷ **پذیرش مقاله:** ۱۴۰۵/۰۴/۰۷

چکیده

زمینه و هدف: نابرابری در سلامت به تفاوت‌ها و ناهمسانی‌های قابل پیشگیری در دسترسی به خدمات و پیامدهای سلامت میان افراد و گروه‌های مختلف اشاره دارد. با توجه به تأکید قوانین و برنامه‌های بالادستی ایران بر تحقق عدالت در سلامت و توجه به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، این خلاصه سیاستی به بررسی راه‌کارهای کاهش نابرابری‌های سلامت در ایران می‌پردازد.

روش‌ها: این مطالعه با استفاده از روش مرور سریع و با اتکا به شواهد علمی و تجربه متخصصان حوزه عدالت و نابرابری سلامت انجام شد. مطالعات مرتبط با کلیدواژه‌های عدالت، نابرابری، برابری، سلامت، مراقبت‌های بهداشتی، تعیین‌کننده‌های سلامت و بهره‌مندی از خدمات سلامت در پایگاه‌های PubMed، Google Scholar، SID و Magiran جست‌وجو و بررسی شدند.

یافته‌ها: نابرابری‌های سلامت در ایران ماهیتی چندبعدی داشته و ابعاد جغرافیایی، اجتماعی–اقتصادی، جنسیتی و فرهنگی و نیز جمعیت‌های خاص را دربرمی‌گیرد. دسترسی ناکافی به خدمات اولیه، توزیع نامتوازن نیروی انسانی و زیرساخت‌ها، پرداخت مستقیم بالای هزینه‌های سلامت، پوشش ناکافی بیمه، ضعف سیاست‌گذاری میان‌بخشی و کمبود داده‌های دقیق و تفکیک‌شده از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر این نابرابری‌ها هستند.

نتیجه‌گیری: کاهش نابرابری سلامت نیازمند اقدامات مرحله‌ای است؛ از تقویت پایش داده‌ها، یارانه هدفمند، توسعه خدمات اولیه و برنامه‌های تغذیه و واکسیناسیون در کوتاه‌مدت، تا بازطراحی بسته‌های بیمه‌ای، آموزش نیروی محلی و اجرای برنامه‌های میان‌بخشی در حوزه مسکن، آب و فاضلاب در میان‌مدت، و اصلاح نظام تخصیص بودجه، نهادینه‌سازی عدالت‌محوری و اصلاح نظام آموزش و تأمین نیروی انسانی در بلندمدت. توجه ویژه دولت و نظام حکمرانی به این اقدامات ضروری است.

کلیدواژه‌ها: نابرابری‌های سلامت، عدالت در سلامت، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، سیاست‌گذاری سلامت، ایران، جمعیت‌های آسیب‌پذیر

*نویسنده مسئول: **ابوالفضل محمدبیگی** پست الکترونیک: beigi60@gmail.com
آدرس: گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.3.381]

مقدمه

نابرابری‌های سلامت از جمله جنبه‌های چالش‌برانگیز نظام‌های سلامت در جهان و ایران است که به‌طور نامتناسبی بر مردم کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط تأثیر می‌گذارد [۱، ۲]. از آنجا که وضعیت نامطلوب سلامت بر اشتغال افراد تأثیر گذاشته و با کاهش درآمد خانوار، کاهش انگیزه و نامناسب شدن وضعیت سلامت جسمی و روانی جامعه و نیروی کار همراه است، در نهایت می‌تواند موجب کاهش بهره‌وری، کاهش رشد اقتصادی و تشدید فقر و نابرابری شود [۱، ۳، ۴]. نابرابری در سلامت اصطلاحی کلی برای بیان تفاوت‌ها، تغییرات و ناهمسانی‌های موجود در دسترسی افراد یا گروه‌ها به خدمات و پیامدهای سلامت است. در مقابل، بی‌عدالتی در سلامت مفهومی عام‌تر بوده و به نابرابری‌هایی اشاره دارد که ناعادلانه و قابل پیشگیری هستند یا در اثر برخی خطاها و کاستی‌ها ایجاد شده‌اند [۲]. یکی از اصول عدالت در نظام سلامت، تخصیص منابع بر مبنای نیاز است؛ بر اساس این اصل، که از آن به‌عنوان عدالت افقی نیز یاد می‌شود، افراد دارای نیاز برابر به خدمات سلامت باید از میزان مشابهی از خدمات متناسب با نیاز خود برخوردار شوند [۵].

رابطه میان فقر و بیماری دوسویه است؛ به‌گونه‌ای که بیماری می‌تواند درآمد خانوار را کاهش داده و هزینه‌های سلامت را افزایش دهد و از سوی دیگر، فقر و درآمد پایین نیز می‌توانند زمینه‌ساز بیماری و مشکلات سلامت شوند. تداوم این چرخه به افزایش نابرابری در جامعه منجر می‌شود [۴، ۶–۹]. در سراسر جهان، افراد و گروه‌های آسیب‌پذیر در شرایط نامناسب‌تری قرار دارند و از منابع سلامت کمتری برخوردارند [۱۰]. ازاین‌رو، اصلاحات ساختاری در نظام بودجه‌ریزی و ساختار ارائه خدمات و توجه اساسی دولت و نظام حکمرانی به سلامت و رفع ناترازی‌های موجود در آن ضروری است.

خوشبختانه، بر اساس برنامه‌ها و قوانین بالادستی کشور [۱۱]، دستیابی به عدالت از طریق رویکرد عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، کاهش نابرابری‌های مراقبت‌های بهداشتی و عوامل تعیین‌کننده آن، از اهداف مهم نظام سلامت ایران است [۹]. در سال‌های گذشته نیز طرح‌های متعددی با هدف کاهش نابرابری‌های سلامت، افزایش دسترسی مردم به خدمات، کاهش پرداخت از جیب و ارتقای عدالت در سلامت اجرا شده است [۱۲]. با وجود برخی پیشرفت‌ها در شاخص‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه، همچنان نابرابری‌های قابل‌توجهی در بهره‌مندی و دسترسی به خدمات تخصصی‌تر سلامت وجود دارد. بنابراین، با توجه به افزایش سریع هزینه‌های خدمات سلامت، شناسایی و پایش بهره‌وری منابع و خدمات توسط سیاست‌گذاران سلامت ضروری است [۲]. مطالعه حاضر، به‌عنوان یک خلاصه سیاستی، درصدد ارائه راهبردهایی برای کاهش نابرابری‌های سلامت، کاهش بی‌عدالتی در دسترسی به مراقبت‌های سلامت و ارتقای برابری در میان زیرگروه‌های مختلف جمعیتی است.

روش‌ها

مطالعه حاضر یک خلاصه سیاستی با رویکرد مرور سریع است که با هدف بررسی راهبردهای کاهش نابرابری‌های سلامت در گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه، از جمله زنان، کودکان و اقشار محروم، و ارائه راهکارهای مناسب برای نظام سلامت، جامعه، دولت و حاکمیت انجام شد. شواهد و مطالعات انجام‌شده در ایران و سایر کشورها، همراه با تجربه و دانش پژوهشگران در حوزه عدالت و نابرابری سلامت، مورد بررسی قرار گرفت. جست‌وجوی مطالعات مرتبط با استفاده از کلیدواژه‌هایی شامل عدالت، نابرابری، برابری، سلامت، مراقبت‌های بهداشتی، تعیین‌کننده‌های سلامت، بهره‌مندی از خدمات سلامت و راهکار، در پایگاه‌هایPubMed ، Google Scholar، SIDو Magiran انجام شد.

مطالعات و شواهد بر اساس ارتباط با نابرابری‌های سلامت و عوامل تعیین‌کننده آن، همچنین رویکردها، راه‌کارها و توصیه‌های سیاستی برای کنترل و کاهش نابرابری در ایران و سایر کشورها انتخاب و بررسی شدند. بر این اساس، عوامل مؤثر بر بروز نابرابری‌های سلامت، نوع پیامد و حوزه نابرابری در سه حیطه اصلی شامل پیامدهای سلامت، بهره‌مندی و استفاده از خدمات سلامت و هزینه‌های سلامت، همچنین راه‌کارها و توصیه‌های سیاستی برای کاهش یا حذف نابرابری در سطوح مختلف اجرایی، شناسایی و تحلیل شدند. یافته‌های مطالعات از طریق فیش‌برداری و تحلیل محتوا استخراج و بر اساس معیارهایی شامل اثربخشی، قابلیت اجرا، مزایا و معایب و هزینه–اثربخشی، اولویت‌بندی شدند.

نتایج

نتایج مطالعه نشان می‌دهد که مطالعات انجام‌شده درباره نابرابری‌های سلامت در ایران را می‌توان در سه گروه اصلی شامل پیامدهای سلامت، میزان استفاده از خدمات سلامت و هزینه‌های سلامت طبقه‌بندی کرد [۱۱]. نابرابری‌های سلامت تحت تأثیر شرایط اجتماعی در طول زندگی، از جمله محل تولد، رشد، زندگی و کار، جنسیت و سن، همچنین شرایط نامساعد آب‌وهوایی، تغییرات اقلیمی و فقر زمین از طریق تأثیر بر تأمین مواد غذایی قرار دارند. علاوه بر این، نابرابری در دسترسی به اینترنت و سلامت دیجیتال، به‌دلیل سرعت بالای تحولات فناوری، به‌ویژه در جمعیت‌های آسیب‌پذیر، به یکی از عوامل مهم اجتماعی مؤثر بر سلامت تبدیل شده است [۴]. بنابراین، بخش قابل‌توجهی از نابرابری‌های سلامت قابل پیشگیری است؛ زیرا عمدتاً از عوامل قابل‌تعدیل، مانند شرایط اقتصادی، آموزشی، اشتغال و امکانات زندگی، ناشی می‌شود [۱۳].

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.3.381]

دسترسی به مراقبت‌های سلامت تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله مقرون‌به‌صرفه بودن خدمات، دسترس‌پذیری، مقبولیت و تناسب خدمات با نیازهای افراد قرار دارد. این عوامل در تأمین دسترسی به خدمات سلامت به یکدیگر مرتبط‌اند؛ ازاین‌رو، تقویت یک عامل به‌تنهایی نمی‌تواند دسترسی کلی یا عادلانه به خدمات را بهبود بخشیده و استفاده از آنها را تسهیل کند [۷، ۱۴]. در راستای درک وضعیت عدالت در سلامت، سیاست‌گذاران باید شواهد حاصل از مطالعات انجام‌شده در ایران را مورد توجه قرار داده و بر عوامل متعدد و قابل‌تغییر مؤثر بر نابرابری تمرکز کنند. بر این اساس، توجه ویژه به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و ایجاد نظام مناسب برای جمع‌آوری و پایش داده‌های مرتبط ضروری است [۱۱].

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، نابرابری‌های سلامت در ایران ماهیتی چندبعدی دارند و ابعاد مختلف جغرافیایی (شهری و روستایی و مناطق محروم)، اجتماعی–اقتصادی (فقر، بیکاری و سطح تحصیلات)، جنسیتی و فرهنگی (زنان و اقلیت‌ها) و جمعیت‌های خاص (کودکان، سالمندان، افراد دارای معلولیت و مهاجران و پناهندگان) را دربرمی‌گیرند. مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده این نابرابری‌ها شامل دسترسی ناکافی به خدمات اولیه بهداشتی و درمانی، توزیع نامتوازن نیروی انسانی و زیرساخت‌ها، بار مالی مستقیم خدمات سلامت، پوشش ناکافی بیمه، ضعف سیاست‌گذاری میان‌بخشی و کمبود داده‌های دقیق و تفکیک‌شده برای پایش نابرابری‌ها است. تداوم این عوامل می‌تواند به افزایش بار بیماری‌های قابل پیشگیری، کاهش بهره‌وری اقتصادی، تحمیل هزینه‌های بلندمدت به نظام سلامت و تضعیف عدالت اجتماعی منجر شود.

بر این اساس، در مطالعه حاضر ۱۰ راهبرد سیاستی در حوزه‌های مختلف، همراه با اقدامات کلیدی، مسئول اجرا، گروه هدف و زمان‌بندی اجرای هر راهبرد، در جدول- ۱ ارائه شده است. همچنین، مزایا، معایب و تحلیل هزینه–منفعت هر یک از توصیه‌های سیاستی در جدول-۲ ارائه شده است. با توجه به ساختار سیاسی و اجرایی ایران، اجرای هر یک از این مداخلات مستلزم توجه به ساختارهای نهادی و مالی موجود، از جمله صندوق‌ها و وزارتخانه‌ها، مشارکت استانداری‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌ها، در نظر گرفتن ملاحظات سیاسی و اجتماعی در هدف‌گیری جمعیت‌های آسیب‌پذیر و تضمین منابع مالی پایدار برای اجرای مداخلات است.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.3.381]



نمودار -۱. نقشه مفهومی گرافیکی یافته های کلیدی مطالعه به منظور کاهش نابرابری در سلامت در ایران

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.3.381]

جدول – ۱. راهبردهای اساسی و اقدام های لازم برای هر توصیه سیاستی برای کاهش نابرابری در سلامت در ایران

شماره	راهبرد	مسئول اجرا	اقدام ها	گروه هدف	زمان‌بندی
۱	تقویت خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) با تمرکز بر مناطق محروم	وزارت بهداشت	توسعه شبکه خانه‌های بهداشت و مراکز روستایی، نیروی بهداشت کارآمد و آموزش‌دیده، برنامه‌های موبایل سلامت برای مناطق دورافتاده، بسته خدمات پایه سلامت همگانی.	جمعیت روستاها و حاشیه‌نشینان شهری	میان‌مدت (۲–۵ سال)
۲	گسترش پوشش بیمه‌ای و کاهش پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات حیاتی	سازمان‌های بیمه‌گر، وزارت بهداشت، وزارت رفاه	اصلاح بسته‌های بیمه پایه برای پوشش خدمات پیشگیری، درمان مزمن و داروهای ضروری؛ طراحی یارانه هدفمند برای خانوارهای کم‌درآمد؛ ادغام و هماهنگی بین صندوق‌های بیمه	خانوارهای کم‌درآمد	کوتاه‌تا میان‌مدت (۱–۳ سال)
۳	هدف‌گذاری سیاست‌ها با استفاده از داده‌های تفکیکی و سامانه‌های پایش	سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان	ایجاد پایگاه داده ملی تفکیک‌شده بر اساس جنس، سن، محل سکونت، وضعیت اقتصادی؛ شاخص‌های عدالت سلامت در داشبورد ملی؛ پایش دوره‌ای نابرابری‌ها	وزارت بهداشت، مرکز آمار، دانشگاه‌ها	کوتاه‌مدت تا میان‌مدت (۱–۴ سال)
۴	تمرکز بر مداخلات میان‌بخشی	جوامع محروم	سازوکارهای هماهنگی بین وزارتخانه‌ها (بهداشت، آموزش، رفاه اجتماعی، مسکن، محیط‌زیست)؛ پروژه‌های مشترک برای مسکن سالم، تغذیه مدرسه‌ای، دسترسی به آب و فاضلاب	شورای عالی سلامت، وزارتخانه‌های مربوط	بلندمدت (۳–۱۰ سال)
۵	برنامه‌های هدفمند برای جمعیت‌های خاص (زنان، کودکان، سالمندان، معلولان، مهاجران)	زنان باردار، کودکان، سالمندان، معلولان، مهاجران	خدمات مامایی و سلامت باروری برای زنان مناطق محروم؛ واکسیناسیون و تغذیه کودکان؛ خدمات سالمندی و مددکاری اجتماعی؛ دسترسی به خدمات برای مهاجران/زنان بی‌سرپرست	وزارت بهداشت، سازمان های مردم نهاد، سازمان‌های رفاهی	کوتاه‌تا میان‌مدت (۱–۵ سال)
۶	توسعه نیروی انسانی سلامت با توزیع عادلانه و مشوق‌های خدمات در مناطق محروم	مناطق محروم و دورافتاده	آموزش محلی نیروی سلامت از میان جوامع هدف، مشوق‌های مالی و غیرمالی (مسکن، ارتقای حرفه‌ای) برای خدمت در نواحی محروم، برنامه‌های بازگشت اجباری موقت همراه با حمایت.	وزارت بهداشت، دانشگاه‌ها	میان‌مدت (۲–۶ سال)
۷	مداخلات مالی–اقتصادی علیه فقر سلامت (یارانه‌های هدفمند، درآمد پایه یا برنامه‌های اشتغال)	جمعیت محروم، کودکان و نوجوانان	یارانه‌های خرید دارو و خدمات برای فقرا، انتقال‌های نقدی مشروط به استفاده از خدمات سلامت، برنامه‌های تامین اجتماعی و اشتغال در مناطق محروم.	وزارت بهداشت، آموزش‌وپرورش، سازمان های مردم نهاد	کوتاه‌تا میان‌مدت (۱–۴ سال)
۸	آموزش سلامت و تقویت توانمندی جامعه	استان‌ها/مناطق محروم، مدارس	برنامه‌های آموزش سلامت محلی، تسهیل گروه‌های حمایت اجتماعی، تقویت مشارکت جامعه در طراحی خدمات، بازآموزی سلامت عمومی در مدارس	وزارت امور اقتصادی و دارایی/وزارت امور مالی، وزارت بهداشت، سازمان برنامه و بودجه، استانداری‌ها	میان‌مدت (۱–۳ سال)
۹	سیاست‌های مبتنی بر شواهد برای مدیریت بیماری‌های مزمن و سلامت روان	سیاست‌گذاران، مدیران استانی، جامعه علمی و عمومی	برنامه‌های مدیریت خود–بیماری برای دیابت و فشارخون، دسترسی به خدمات سلامت روان در سطح PHC ، آموزش پزشکان عمومی در تشخیص و ارجاع.	وزارت بهداشت، مرکز آمار ایران، دانشگاه‌ها، سازمان‌های مردم‌نهاد.	کوتاه‌مدت تا میان‌مدت (۱–۳ سال) و ادامه‌دار
۱۰	تقویت عدالت در تخصیص منابع (فرمول‌های تخصیص مبتنی بر نیاز)	استان‌های محروم، روستاها	بازطراحی فرمول‌های تخصیص بودجه به استان‌ها/شهرها بر اساس شاخص‌های نیاز (فقر، بار بیماری، دسترسی)، تخصیص بودجه هدفمند برای برنامه‌های عدالت محور	وزارت بهداشت، شوراهای سلامت محلی، سازمان برنامه و بودجه و مجلس	کوتاه‌مدت تا بلندمدت (۱–۵ سال) و مستمر

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.3.381]

جدول – ۲. مزایا و معایب راهبردها و تحلیل هزینه اثربخشی هر توصیه سیاستی برای کاهش نابرابری در سلامت در ایران

شماره	راهبرد	مزایا	معایب	هزینه منفعت	نسبت هزینه به منفعت B/C
۱	تقویت خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) با تمرکز بر مناطق محروم	پیشگیری از بیماری‌ها، دسترسی محلی و کاهش هزینه‌های بستری، شناسایی زودهنگام آسیب‌پذیران	نیاز به سرمایه‌گذاری اولیه و آموزش نیروی انسانی، چالش در حفظ کیفیت خدمات در مناطق کم‌منبع	مثبت؛ هزینه نسبتاً متوسط تا بالا ، منافع بلندمدت قابل‌توجه	غالباً ۱.۵< در مطالعات PHC
۲	گسترش پوشش بیمه‌ای و کاهش پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات حیاتی	کاهش فقر درمانی، افزایش استفاده از خدمات ضروری، محافظت مالی برای گروه‌های آسیب‌پذیر	بار مالی بر بودجه عمومی؛ نیاز به مدیریت هزینه و جلوگیری از تقاضای غیرضروری.	هزینه‌بر در کوتاه‌مدت اما بازده اجتماعی و اقتصادی بالا؛ نسبت	متغیر (معمولاً نزدیک یا بالای ۱ در برنامه‌های بیمه‌ای هدفمند)
۳	هدف‌گذاری سیاست‌ها با استفاده از داده‌های تفکیکی و سامانه‌های پایش	سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، امکان ارزیابی تأثیر مداخلات و تنظیم سریع برنامه‌ها.	نیاز به سرمایه‌گذاری در فناوری اطلاعات، حفظ حریم خصوصی و کیفیت داده	هزینه متوسط، سود بالای اطلاعاتی و تصمیم‌گیری	غالباً مثبت (≈۱.۵–۳) بسته به استفاده از داده‌ها
۴	تمرکز بر مداخلات میان‌بخشی	رفع علل زمینه‌ای نابرابری، تأثیر پایدارتر بر سلامت جمعیت	پیچیدگی مدیریتی، نیاز به توافقات سیاسی و تخصیص بودجه بین‌بخشی	هزینه کلان و بلندمدت؛ منافع گسترده اجتماعی که معمولاً ارزش اقتصادی بالایی دارند میان‌بخشی با هدف‌گذاری مناسب)	بستگی به برنامه دارد (اغلب ≤۱ در برنامه‌های موفق
۵	برنامه‌های هدفمند برای جمعیت‌های خاص (زنان، کودکان، سالمندان، معلولان، مهاجران)	کاهش شکاف‌های سلامت در گروه‌های با خطر بالا، اثرگذاری سریع در شاخص‌های خاص (مثلاً مرگ‌ومیر کودکان)	احتمال نادیده گرفتن نیازهای سایر گروه‌ها اگر منابع محدود باشد؛ نیاز به طراحی فرهنگی–محور	نسبتاً مقرون‌به‌صرفه	معمولاً بالا (≈۲–۵) برای مداخلات اثبات‌شده مانند واکسیناسیون و مراقبت بارداری
۶	توسعه نیروی انسانی سلامت با توزیع عادلانه و مشوق‌های خدمات در مناطق محروم	پایدارسازی دسترسی به خدمات؛ افزایش پذیرش خدمات توسط جوامع محلی.	هزینه‌های مشوق، احتمال مهاجرت مجدد نیروها؛ نیاز به برنامه‌ریزی آموزشی طولانی‌مدت	هزینه متوسط تا بالا برای ایجاد پایداری؛ بازده قابل‌توجه در کیفیت خدمات	معمولاً ≤۱ پس از دوره اولیه
۷	مداخلات مالی–اقتصادی علیه فقر سلامت (یارانه‌های هدفمند، درآمد پایه یا برنامه‌های اشتغال)	کاهش موانع اقتصادی برای دسترسی؛ اثرات مثبت فراتر از سلامت (آموزش، تغذیه).	هزینه بالای اجرا، نیاز به سیستم هدف‌گیری قوی و جلوگیری از تقلب و رانت	بسیار مقرون‌به‌صرفه	بالا (≈۳–۱۰) برای واکسیناسیون و برنامه‌های پیشگیری اثبات‌شده
۸	آموزش سلامت و تقویت توانمندی جامعه	پایداری رفتارهای سالم، ارتقای تاب‌آوری جامعه، هزینه کمتر نسبت به خدمات بالینی	اثرگذاری تدریجی و زمان‌بر؛ نیاز به روش‌های فرهنگی مناسب و منابع انسانی آموزش‌دیده	هزینه پیاده‌سازی و تحلیل متوسط؛ منافع درون‌سازمانی و اجتماعی بالا به‌دلیل استفاده بهینه‌تر از منابع	غالباً ≤۱ (وابسته به دقت شاخص‌ها و اجرای شفاف).
۹	سیاست‌های مبتنی بر شواهد برای مدیریت بیماری‌های مزمن و سلامت روان	افزایش شفافیت و قابلیت اصلاح سیاست‌ها بر مبنای شواهد؛ شناسایی سریع موارد ناکارا و مناطق نیازمند مداخله بیشتر	نیاز به ظرفیت تحلیل داده و بودجه پایش؛ خطر استفاده نامناسب یا نادرست از شاخص‌ها در تصمیم‌گیری سیاسی	هزینه عملیاتی و آموزشی نسبتاً پایین تا متوسط؛ منافع بالای اطلاعاتی و تصمیم‌گیری	معمولاً مثبت و اغلب ۱.۵< در صورت استفاده فعال از نتایج پایش.
۱۰	تقویت عدالت در تخصیص منابع (فرمول‌های تخصیص مبتنی بر نیاز)	افزایش منابع به نواحی محروم و کاهش نابرابری‌ها.	مقاومت سیاسی از نواحی برخوردار، نیاز به معیارهای قابل قبول و شفاف	هزینه پیاده‌سازی و تحلیل متوسط؛ منافع درون‌سازمانی و اجتماعی بالا به‌دلیل استفاده بهینه‌تر از منابع	بالای ۱ در صورت اجرای صحیح

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.3.381]

بحث

نابرابری و بی‌عدالتی در سلامت در سطح جهانی، پدیده‌هایی چندوجهی هستند که تحت تأثیر شبکه‌ای پیچیده از عوامل مرتبط با یکدیگر قرار دارند. شناخت تعامل میان این عوامل برای طراحی مداخلات و سیاست‌های مؤثر با هدف دستیابی به عدالت در سلامت ضروری است [۱]. بر اساس مطالعات بررسی‌شده، مهم‌ترین عوامل مؤثر بر نابرابری‌های سلامت شامل عوامل اقتصادی و درآمدی، عوامل سیاسی و سیاست‌های اجتماعی و عمومی، عوامل فرهنگی و ارزش‌های اجتماعی، عوامل اجتماعی و جمعیتی، عوامل رفتاری، روانی و زیستی، و همچنین تحریم‌ها، عوامل حکمرانی، تعاملات بین‌المللی و انسجام اجتماعی هستند [۱۵].

مطالعات پیشین نشان داده‌اند که عوامل ساختاری، از جمله فقر، نابرابری‌های آموزشی و جنسیتی، تخریب محیط‌زیست، درگیری‌ها و تخصیص نابرابر منابع سلامت، از عوامل اصلی ایجاد نابرابری‌های سلامت در جهان و ایران هستند. این عوامل به بار نامتناسب بیماری، دسترسی محدود به خدمات ضروری و افزایش مرگ‌ومیر، به‌ویژه در جمعیت‌های محروم، منجر می‌شوند [۱، ۱۶–۱۸]. بر اساس یافته‌های مطالعه زابلی و همکاران، وضعیت اقتصادی–اجتماعی، امکانات زندگی، از جمله مسکن، و انسجام اجتماعی بیشترین تأثیر را بر کاهش نابرابری‌های سلامت داشتند [۱۳]. همچنین، مطالعه رضائی‌پور و همکاران نشان داد که وضعیت اقتصادی خانوار، برخورداری از بیمه، سطح تحصیلات سرپرست خانوار و سن کمتر از ۱۲ سال یا بالاتر از ۶۵ سال، نقش مهمی در میزان استفاده از خدمات سلامت دارند [۷].

بنابراین، تعدیل و کاهش نابرابری‌های سلامت به چارچوبی تحول‌گرا، مبتنی بر اخلاق، عدالت و برابری نیاز دارد که بر همبستگی اجتماعی و توزیع عادلانه منابع تأکید کند. در این چارچوب، اقداماتی همچون اصلاح نظام بازتوزیع منابع، تقویت نظام سلامت، توسعه خدمات اساسی در مناطق دورافتاده و کم‌برخوردار و تمرکززدایی از شهرهای بزرگ ضروری است. این اقدامات برای تحقق حق برخورداری از سلامت و دستیابی به عدالت معنادار سلامت در همه استان‌ها و گروه‌های جمعیتی اهمیت دارند [۲۰،۱۹،۱۴،۴،۱]. در همین راستا، مطالعه نظام‌الاسلامی و همکاران، تفاوت در میزان شهرنشینی، نابرابری میان مناطق جغرافیایی، حاشیه‌نشینی و توزیع نامتوازن منابع را از مهم‌ترین موانع جغرافیایی مؤثر بر نابرابری سلامت معرفی کرده است [۱۴].

در چارچوب اهداف توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰، دستیابی به اهداف اقتصادی، اجتماعی و زیست‌محیطی مستلزم توجه هم‌زمان به ابعاد مختلف فقر، نابرابری جنسیتی، آموزش، دسترسی به مراقبت‌های سلامت و آب و فاضلاب است [۲۱، ۲۲]. توسعه داده‌های دقیق و تفکیک‌شده درباره عدالت در سلامت و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن و پیوند این داده‌ها با اهداف توسعه پایدار، می‌تواند زمینه پایش مستمر وضعیت استان‌ها، افزایش شفافیت و پاسخگویی و اتخاذ مداخلات به‌موقع را فراهم کند [۴]. نتایج مطالعه حاضر نیز نشان می‌دهد که تورم در بخش سلامت، نابرابری درآمدی، سطح تحصیلات و بیکاری از عوامل مؤثر بر نابرابری سلامت هستند [۸]. همچنین، هزینه‌های سلامت در ایران، به‌ویژه برای ساکنان مناطق روستایی، قابل‌توجه بوده و می‌تواند به فقر منجر شود؛ بنابراین، اصلاح سیاست‌های اقتصادی و ارائه حمایت‌های مالی هدفمند از جمعیت‌های آسیب‌پذیر ضروری است [۱۹].

ازاین‌رو، سیاست‌گذاران باید در تدوین برنامه‌های سلامت، توجه ویژه‌ای به گروه‌های محروم و آسیب‌پذیر داشته باشند تا دسترسی عادلانه به مراقبت‌های سلامت برای همه تضمین شود [۲۳]. نظام سلامت بدون تمرکز بر گروه‌های آسیب‌پذیر، از جمله افراد دارای معلولیت، قادر به کاهش پایدار نابرابری‌ها نخواهد بود؛ زیرا این گروه‌ها غالباً با فقر، انگ اجتماعی و محرومیت در زمینه‌هایی مانند اشتغال و آموزش مواجه هستند [۲۳،۳].

شواهد نشان می‌دهد که رفع نابرابری در سلامت و بهره‌مندی از خدمات، به‌ویژه در میان گروه‌های آسیب‌پذیر، صرفاً با افزایش منابع مالی نظام سلامت یا توسعه فناوری‌های جدید امکان‌پذیر نیست [۶، ۹، ۱۴]. بااین‌حال، افزایش منابع برای فراهم‌کردن دسترسی رایگان و همگانی به خدمات، به‌ویژه برای سالمندان، مادران، کودکان و گروه‌های آسیب‌پذیر از نظر اقتصادی و فرهنگی، در کنار اجرای راهبردهایی برای ارائه خدمات در زمان و مکان مناسب، می‌تواند به کاهش نابرابری کمک کند [۱۱، ۲۴]. با توجه به افزایش فقر و گسترش جمعیت‌های آسیب‌پذیر در پی مشکلات اقتصادی، کاهش ارزش پول ملی و تحریم‌ها، اجرای برنامه‌های منسجم دولتی و حاکمیتی برای بهبود شرایط اقتصادی و اجتماعی و افزایش دسترسی این گروه‌ها به خدمات سلامت ضروری است [۱۷،۶،۴].

در مجموع، با وجود پیشرفت‌های علمی و فناوری و افزایش منابع در سطح جهانی، نابرابری‌های سلامت همچنان پابرجاست و پیشرفت خدمات بالینی به‌تنهایی برای مقابله با چالش‌های اصلی سلامت کافی نیست. ازاین‌رو، نظام سلامت همچنان به تقویت رویکردهای مبتنی بر عدالت اجتماعی نیاز دارد [۲۵]. عوامل اجتماعی مختلف، از جمله وضعیت اقتصادی–اجتماعی، درآمد، شغل، سطح سواد، وضعیت بیمه، عوامل جمعیت‌شناختی و تحریم‌های بین‌المللی، بر دسترسی افراد به خدمات سلامت و شکل‌گیری نابرابری‌ها تأثیر می‌گذارند. بنابراین، بدون توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، دستیابی به اهداف توسعه پایدار و کاهش نابرابری‌های سلامت امکان‌پذیر نخواهد بود [۴، ۱۰]. بااین‌حال، کمبود داده‌های تفکیک‌شده و نظام پایش منسجم در ایران، ضرورت انجام مطالعات بیشتر برای شناسایی دقیق

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.3.381]

چالش‌ها و اولویت‌بندی راه‌کارهای کاهش نابرابری را نشان می‌دهد.

کاربست‌های سیاستی پیشنهادی برای کاهش نابرابری‌های سلامت در ایران، بر اساس شواهد مطالعات موجود، در قالب گرافیکی در نمودار-۱ ارائه شده است.

نتیجه‌گیری

عدالت در سلامت یکی از اهداف کلان نظام سلامت است و نهادینه‌سازی رویکرد اجتماعی به سلامت، نیازمند برنامه‌ریزی بلندمدت و مبتنی بر شواهد، همراه با مشارکت مؤثر همه ذی‌نفعان و بخش‌های مختلف جامعه است. تأمین منابع و زیرساخت‌های لازم، ایجاد بستر مناسب، رهبری و حکمرانی مؤثر، تقویت پاسخگویی و فراهم‌کردن شرایط معیشتی پایدار، به‌ویژه برای دهک‌های کم‌درآمد، از اقدامات کلیدی برای ارتقای عدالت در سلامت به شمار می‌روند.

بر این اساس، راهبردهای اجرایی و اولویت‌های پیشنهادی برای کاهش نابرابری‌های سلامت را می‌توان در سه دوره زمانی دنبال کرد :در کوتاه‌مدت، تقویت نظام پایش داده‌های سلامت و نابرابری، ارائه یارانه‌های هدفمند برای درمان‌های ضروری، توسعه خدمات اولیه سلامت در مناطق کم‌برخوردار و اجرای برنامه‌های هدفمند واکسیناسیون و تغذیه؛ در میان‌مدت، بازطراحی بسته‌های بیمه‌ای، آموزش و به‌کارگیری نیروی انسانی محلی و اجرای برنامه‌های میان‌بخشی در حوزه‌های مسکن، آب و فاضلاب؛ و در بلندمدت، اصلاح فرمول تخصیص بودجه ملی، نهادینه‌سازی برنامه‌های عدالت‌محور و ایجاد تغییرات ساختاری در نظام آموزش و تأمین نیروی انسانی سلامت. تحقق این اهداف مستلزم تعهد پایدار، هماهنگی بین‌بخشی و توجه ویژه دولت و ساختار حکمرانی به کاهش نابرابری‌های سلامت است.

تشکر و قدردانی: از تمامی کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه سپاسگزاریم.

نقش نویسندگان: همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله یا بازنگری آن سهیم بودند و همه با تایید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Abdi YH, Abdi MS, Bashir SG, Ahmed NI, Abdullahi YB. Understanding global health inequality and inequity: causes, consequences, and the path toward justice in healthcare. Public Health Chall. 2025;4(4):e70156. doi:10.1002/puh2.70156 PMid:41146749 PMCid:PMC12553980
2. Mohammadbeigi A, Hassanzadeh J, Eshrati B, Mohammadsalehi N. Inequity in health measurement indexes and application to the health care utilization data. Iran J Epidemiol. 2013;9(2):1-14.
3. Banks LM, Kuper H, Polack S. Poverty and disability in low- and middle-income countries: a systematic review. PLoS One. 2017; 12(12): e0189996. doi:10.1371/journal.pone.0189996 PMid:29267388
4. Rezaei N, Moghaddam SS, Farzadfar F, Larijani B. Social determinants of health inequity in Iran: a narrative review. J Diabetes Metab Disord. 2023;22(1):5-12. doi:10.1007/s40200-022-01141-w PMid:36373156 PMCid:PMC9638402
5. Zhong H. On decomposing the inequality and inequity change in health care utilization: change in means, or change in the distributions? Int J Health Care Finance Econ. 2010;10(4):369-86. doi:10.1007/s10754-010-9085-z PMid:21046462
6. Tonoyan T. Poverty, inequality and health: a case study of Armenia. Discussion Paper Series, Volkswirtschaftliches Seminar, Beitrag Nr 124. Göttingen: University of Goettingen; 2005.
7. Rezapoor A, Roumiani Y, Ebadifard Azar F, Ghazanfari S, Mirzaei S, Sarabi Asiabar A, et al. Effective factors on utilization and access to health care: a population-based study in Kerman. J Health Adm. 2015;18(60):24-36.
8. Salem AA, Jahangard E, Jabari L. The factors affecting health inequality in Iran provinces. Q J Econ Res Policy. 2021;29(99):385-417. doi:10.52547/qjerp.29.99.385
9. Vahedi S, Rezapour A, Mohammadbeigi A, Khosravi A. Economic inequality in outpatient healthcare utilization: the case of Iran. J Res Health Sci. 2018;18(3):e00424.
10. Irwin A, Valentine N, Brown C, Loewenson R, Solar O, Brown H, et al. The Commission on Social Determinants of Health: tackling the social roots of health inequities. PLoS Med. 2006;3(6). doi:10.1371/journal.pmed.0030106 PMid:16681414 PMCid:PMC1459479
11. 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;35:51. doi:10.47176/mjiri.35.51 PMid:34268239 PMCid:PMC8271272
12. Khankeh HR, Bagheri Lankarani K, Zarei N, Joulaei H. Three decades of healthcare system reform in Iran from the perspective of universal health coverage: a macro-qualitative study. Iran J Med Sci. 2021;46(3):198-206.
13. Zaboli R, Tourani S, Seyedin SH, Oliaie Manesh A. Prioritizing the determinants of social-health inequality in Iran: a multiple attribute decision making application. Iran Red Crescent Med J. 2014;16(4):e12607. doi:10.5812/ircmj.12607
14. Davoud N, Efat M, Bagher L, Alireza O, Ebrahimi T, Roya R, et al. Barriers of health equity

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.3.381]

in the Iranian health system from the medical ethics viewpoint. J Med Ethics Hist Med. 2022;15:14.
15. Almaspoor Khanghah H, Janati A, Derakhshani N. A review of factors influencing health inequalities. Depiction Health. 2015;6(3):54-62.
16. Hassanzadeh J, Mohammadbeigi A, Eshrati B, Rezaianzadeh A, Rajaeefard A. Determinants of inequity in health care services utilization in Markazi province of Iran. Iran Red Crescent Med J. 2013;15(5):363-70. doi:10.5812/ircmj.3525 PMid:24349720 PMCid:PMC3838642
17. Mostafavi F, Piroozi B, Mosquera P, Majdzadeh R, Moradi G. Assessing horizontal equity in health care utilization in Iran: a decomposition analysis. BMC Public Health. 2020 Jun 12;20(1):914. doi: 10.1186/s12889-020-09071-z.
18. Mohammadbeigi A, Arsangjang S, Mohammadsalehi N, Anbari Z, Ghaderi E. Education-related inequity in access and utilization of oral health care in Iran. J Fam Med Prim Care. 2015;4(1):35-8. doi:10.4103/2249-4863.152248 PMid:25810987 PMCid:PMC4367004
19. Ali D, Vahid YF, Mina B, Mohsen B, Mohammad Hossein M, Mohammadreza SC. Impoverishing health expenditure in Iran before and after the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional study. Health Technol Assess Action. 2025;9(3).
20. Asadi Louyeh A, Takian A, Ahmadi B, Arab M, Davoudi Kiakalayeh A. Policy analysis of institutionalization of the social approach to health in Iran. Med J Islam Repub Iran. 2025;39:66. doi:10.47176/mjiri.39.66 PMid:40740574 PMCid:PMC12309344
21. Seddighi H, Mousavi M. Status of health, education and income inequality in Iran. J Community Health Res. 2019;8(3):186-93. doi:10.18502/jchr.v8i3.1561
22. Fukuda-Parr S. From the Millennium Development Goals to the Sustainable Development Goals: shifts in purpose, concept, and politics of global goal setting for development. Gend Dev. 2016;24(1):43-52. doi:10.1080/13552074.2016.1145895
23. Homaie Rad E, Shirazikhah M, Shirazikhah A, Sajadi HS. Inequality in access to rehabilitation services for people with disability across Iran. Iran Rehabil J. 2025;23(1):43-52. doi:10.32598/irj.23.1.1433.2
24. Vahedi S, Yazdi-Feyzabadi V, Amini-Rarani M, Mohammadbeigi A, Khosravi A, Rezapour A. Tracking socio-economic inequalities in healthcare utilization in Iran: a repeated cross-sectional analysis. BMC Public Health. 2020;20(1):929. doi:10.1186/s12889-020-09001-z PMid:32539734 PMCid:PMC7296685
25. Jarahi M, Simbar R, Ghorbani Sheikhneshin A. Health inequality among vulnerable groups in society and the impact of government policies on its reduction. Contemp Polit Stud. 2024;15(3):237-63.

How to Cite this Article:
Mohammadbeigi A, Aligol M, Abbasi-Ghahramanloo A. Reducing Health Inequalities in Iran by Focusing on Vulnerable Populations: A Policy Brief. Feyz Med Sci J 2026; 30(3): 381-390.
doi: 10.48307/FMSJ.2026.30.3.381

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.3.381]