



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی، درمانی تهران

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
موسسه ملی تحقیقات سلامت

تاریخ:

شماره:

پیوست:

فرم ترجمان دانش و گزارش یک و ۳ صفحه ای نتایج تحقیق طرح‌های پژوهشی

الف: مشخصات طرح:

عنوان کامل طرح: بررسی چالش‌ها و پیشنهاد اقدامات اجرایی و ملزومات دستیابی به عدالت در سلامت در جمهوری اسلامی ایران

مجری طرح: دکتر بهزاد دمازی

ب: مخاطبان طرح شما چه کسانی هستند؟

سیاستگذاران در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی شامل: شورای معاونین، معاونت برنامه ریزی، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
محققان شامل: مراکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت

ج: برنامه شما برای کاربردی‌ترین نتایج چیست (لطفاً دقیقاً منطبق با بخش مربوطه و گانت چارت در فرم پروپوزال تنظیم گردد)

انتشار مقاله در مجله‌های علمی - پژوهشی

چاپ به صورت کتاب

تشکیل جلسه با استفاده کنندگان بالقوه برای معرفی نتایج پژوهش

تهیه و ارسال نتایج با زبان متناسب مخاطبین (شامل تهیه fact sheet)

د: پیام‌های اصلی حاصل از طرح پژوهشی (**حداکثر در یک صفحه نوشته شود**):

پیام اول: تعریف کاربردی برای عدالت در سلامت به این گونه است که «هر فرد باید فرصت مناسب برای دستیابی به سلامت بالقوه را داشته باشد و بطور عملی هیچ فردی از آن محروم نشود» با این تعریف، هدف از برقراری عدالت در سلامت، حذف تمامی اختلافات در سلامت افراد و به یک سطح و یک کیفیت رساندن آن نیست بلکه باید عواملی کاهش یافته و یا حذف شود که قابل پرهیز بوده و یا نامناسب است. با این نگاه عدالت در سلامت عبارتست از: دسترسی برابر به مراقبتهای در دسترس برای نیاز برابر، بهره‌مندی برابر برای نیاز برابر، و کیفیت برابر از مراقبتهای برابر.

پیام دوم: بر اساس توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت به منظور مقابله با بی‌عدالتی در سلامت، نظام‌های سلامت باید پنج راهکار زیر را دنبال کنند: ۱. استقرار پوشش همگانی سلامت و تمرکز بر ارائه خدمات به کودکان، گروه‌های محروم و به حاشیه



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی، درمانی تهران

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
موسسه ملی تحقیقات سلامت

تاریخ:

شماره:

پیوست:

رانده شده، و سایر افرادی که از پوشش کافی خدمات سلامت برخوردار نیستند؛ ۲. ادغام عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در سیاستهای بهداشتی و در نظر گرفتن عدالت محوری در اجرا برنامه های بهداشتی؛ ۳. اندازه گیری و گزارش نابرابری در سلامت و نظارت بر اجرای راهکارهای مناسب برای کاهش این نابرابری ها؛ ۴. شرکت دادن گروه های مردمی و سازمان های مردم نهاد در تصمیم گیری ها (به خصوص آنهایی که کار با گروه های محروم اجتماعی و به حاشیه رانده شده کار می کنند) ۵. تقویت همکاری های بین بخشی بین دستگاههای اجرایی برای ارتقاء سلامت جامعه و همکاری برای برآورده کردن انتظارات سایر بخشها از بخش سلامت.

پیام سوم: نظام سلامت کشور در زمینه کاهش نابرابری های سلامت در ۱۰ سال گذشته دستاوردهای فراوانی داشته است که مهمترین آنها شامل موارد زیر می باشند: (۱) افزایش پوشش خدمات سلامت در قالب پوشش همگانی سلامت، شامل توسعه شبکه های بهداشتی (PHC) به حاشیه شهرها، طرح پزشک خانواده (شهری و روستایی) و... (۲) اجرای طرح تحول سلامت که باعث کاهش هزینه های کمرشکن و فقرزای سلامت افزایش رضایتمندی و پاسخگویی به خدمت گیرندگان شده است. (۳) افزایش دسترسی به اطلاعات سلامت که باعث ایجاد پاسخگویی در سیاستگذاران و مدیران گردیده (۴) گسترش پوشش بیمه ای و بیمه همگانی سلامت (۵) تلاش در جهت نگاه همه جانبه به سلامت و در نظر گرفتن و تحلیل کردن اکثر عوامل موثر بر سلامت در نابرابری ها (۶) باز شدن مبحث نابرابری در نظام سلامت و حمایت طلبی در راستای آن (۷) ایجاد حساسیت و آگاهی در بین مدیران و سیاستگذاران برای انجام اقدامات مقتضی جهت برطرف شدن نابرابری ها در سلامت (۸) افزایش همکاری های بین بخشی با توجه به تشکیل شورای عالی سلامت امنیت غذایی کشور (۹) اجرای طرح ماندگاری در مناطق محروم و توزیع یکپارچه نیروی انسانی متخصص و پزشک (۱۰) جدی گرفته شدن نقش مردم و افزایش میزان مشارکت مردم در سلامت

پیام چهارم: عواملی موجب شده است که دستاوردهای بیشتری حاصل نشود که مهمترین آنها به شرح زیر بوده است: (۱) روزآمد نبودن و مبتنی بر شواهد نبودن قوانین و سیاست های اجرایی (۲) ضعف در تدوین و اجرای پیوست های سلامت برای سیاستها و برنامه های توسعه ای (۳) قانون ناپذیری یا قانون گریزی نظام سلامت کشور و سیاست های اجرایی که همسو با قوانین بالادستی نیست به عنوان مثال عدم رعایت مفاد قانون برنامه های توسعه (برنامه پنجم توسعه) (۴) طی نکردن مراحل قانونگذاری: یعنی قبل از مطالعات مقدماتی و آماده بودن بستر اجرایی، قانون به عنوان قدم اول تصویب می شود در حالی که تصویب قانون قدم آخر می باشد (۵) تضاد منافع در سیاستگذاری: که مثال واضح آن (Dual practice) بودن مدیران و سیاستگذاران نظام سلامت است (۶) وجود برخی قوانین موازی و متعارض مثل قانون نظام پزشکی که همزمان هم از حقوق مردم و هم از حقوق ارایه کننده باید دفاع کند (۷) عدم هدف گذاری شفاف قبل از تدوین سیاستها و اجرای مداخلات (۸) راه اندازی بدون حساب و کتاب دوره های تخصصی و فوق تخصصی (۹) نبود مکانیسم بازخورد بر اساس عمل به قانون

پیام پنجم: به نظر می رسد که از نظر تدوین برنامه و قانون گذاری مشکل زیادی در کشور وجود ندارد و قوانین تقریباً همگی همسو با توصیه های سازمان جهانی بهداشت و در راستای کاهش نابرابری ها در سلامت هستند. اما شواهد نشان می دهند که در اجرای این قوانین مشکلات زیادی وجود دارند. از دید خبرگان بین قسمت سیاستگذاری و تدوین قوانین با قسمت اجرای قانون و سیاست انفکاک وجود دارد. در واقع موقع نوشتن قوانین به اجرای آن درست فکر نمی شود و کار کارشناسی مناسب جهت اجرای آنها انجام نمی گیرد.



تاریخ:

شماره:

پیوست:

پیام ششم: پیشنهادات مشخص حاصل از نتایج این طرح به منظور کاهش بی عدالتی در سلامت به شرح زیر است: ۱- با توجه به وجود نداشتن گزارش هایی از مشخص شدن میزان اجرایی شدن قوانین حامی عدالت در سلامت در کشور به نظر می رسد که باید ارزشیابی مواد مرتبط با سلامت در اسناد و قوانین بالادستی مهم کشور حداقل برای برنامه های پنج ساله توسعه (به طور مشخص برنامه چهارم و پنجم) به طور جدی در دستور کار بخش سلامت قرار گیرد. ۲- با توجه به نقش مهم همکاری های بین بخشی در برقراری عدالت در سلامت، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به عنوان بازوی اصلی وزارت بهداشت در همکاری بین بخشی باید توصیه های چهارگانه سازمان جهانی بهداشت شامل ۱. حمایت طلبی ویژه برای هر بخش، ۲. توافق های مناسب برای همکاری با سایر بخش ها، ۳. ترویج تداوم همکاری ها با سایر بخش ها و ۴. نهادینه سازی اهداف عدالت در سلامت، را در سیاست های خود مورد توجه قرار دهد. ۳- در هنگام تدوین پیوست سلامت برای سیاستها، برنامه ها و پروژه های کشور باید مسئله «عدالت در سلامت» و «عوامل اجتماعی موثر بر سلامت» نیز مورد توجه قرار گیرد.

ه) خلاصه اجرایی مطالعه (حداکثر در ۳ صفحه) نوشته شود.

نابرابری در سلامت به صورت تفاوت در میزان بروز یا شیوع مشکلات بهداشتی بین افراد جمعیت ها در موقعیت های مختلف (اقتصادی، اجتماعی، جغرافیای و...) تعریف می شود. به طور کلی عوامل تعیین کننده تفاوت در سلامت افراد در موارد زیر خلاصه می شود: ۱. تفاوت های طبیعی مانند تفاوت های بیولوژیک ۲. تفاوت های رفتاری ۳. شرایط زندگی و کاری ۴. دسترسی ناکافی به خدمات اساسی سلامت و سایر خدمات عمومی.

بین نابرابری (inequality) و بی عدالتی (inequity) تفاوت وجود دارد و ارزیابی این امر که چه میزان از نابرابریهای موجود در سلامت، بی عدالتی محسوب می شوند به آگاهی در مورد علل این نابرابریها و قابل اجتناب و منصفانه بودن یا نبودن آنها است. تعریف کاربردی برای عدالت در سلامت به این گونه است که «هر فرد باید فرصت مناسب برای دستیابی به سلامت بالقوه را داشته باشد و بطور عملی هیچ فردی از آن محروم نشود» با این تعریف، هدف از برقراری عدالت در سلامت، حذفی تمامی اختلافات در سلامت افراد و به یک سطح و یک کیفیت رساندن آن نیست بلکه باید عواملی کاهش یافته و یا حذف شود که قابل پرهیز بوده و یا نامناسب است. با این نگاه عدالت در سلامت عبارتست از: دسترسی برابر به مراقبتهای در دسترس برای نیاز برابر، بهره مندی برابر برای نیاز برابر، و کیفیت برابر از مراقبتهای برابر.

عدالت در سلامت به دو نوع عدالت افقی و عدالت عمودی تقسیم می شود. از منظر عملیاتی عدالت افقی عبارتست از درمان برابر برای شرایط برابر و در واقع درمان برابر برای نیازهای برابر است. عدالت عمودی به این مهم می پردازد که افراد نابرابر در جامعه بایستی از دسترسی های متفاوت به خدمات درمانی برخوردار باشند به روش های متفاوت درمان شوند.

عوامل تعیین کننده نابرابریهای سلامت را می توان در سه سطح تقسیم نمود که عبارتند از: عوامل تعیین کننده در سطح خانوار، سطح جامعه، و سطح نظام سلامت و بخش های وابسته به آن. در همه این سطوح، درآمد (ثروت مالی)، و سطح سواد و دانش جزو عوامل کلیدی است به عنوان مثال نشان داده شده که افراد با سطح تحصیلات و درآمد بالاتر علاوه برآنکه بهره مندی بیشتری از خدمات همچنین دسترسی بیشتری به آب آشامیدنی سالم و دفع بهداشتی فاضلاب سالم دارند موارد مربوط به بهداشت فردی مانند شستن دستها را بیشتر رعایت می کنند و سبک غذایی مناسبتری دارند بنابراین به نظر میرسد که نقطه



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی، درمانی تهران

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
موسسه ملی تحقیقات سلامت

تاریخ:

شماره:

پیوست:

اصلی تمرکز مداخلات برای رفع بی عدالتی در سلامت باید در جهت تقسیم عادلانه درآمد و تحصیلات باشد و در مورد ارائه خدمات، مداخلات باید بر گروه کم برخوردار متمرکز گردد.

بر اساس توصیه های سازمان جهانی بهداشت به منظور مقابله با بی عدالتی در سلامت، نظام های سلامت باید پنج راهکار زیر را دنبال کنند: ۱. استقرار پوشش همگانی سلامت و تمرکز بر ارائه خدمات به کودکان، گروه های محروم و به حاشیه رانده شده، و سایر افرادی که از پوشش کافی خدمات سلامت برخوردار نیستند؛ ۲. ادغام عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در سیاستهای بهداشتی و در نظر گرفتن عدالت محوری در اجرا برنامه های بهداشتی؛ ۳. اندازه گیری و گزارش نابرابری در سلامت و نظارت بر اجرای راهکارهای مناسب برای کاهش این نابرابری ها؛ ۴. شرکت دادن گروه های مردمی و سازمان های مردم نهاد در تصمیم گیری ها (به خصوص آنهایی که کار با گروه های محروم اجتماعی و به حاشیه رانده شده کار می کنند) ۵. تقویت همکاری های بین بخشی بین دستگاههای اجرایی برای ارتقاء سلامت جامعه و همکاری برای برآورده کردن انتظارات سایر بخشها از بخش سلامت.

این طرح با رویکرد کیفی (qualitative approach) در چهار مرحله به شرح زیر انجام شد: (۱) در مرحله اول، به منظور تشکیل تیم پروژه و کمیته راهبری ابتدا با استفاده از تحلیل ذینفعان، افراد کلیدی شناسایی شده و شیوه مشارکت آنها تعیین گردید. (۲) پس از تشکیل تیم پروژه و کمیته راهبری، با بررسی متون و مستندات موارد زیر استخراج گردید (۳) در مرحله سوم نقاط تمرکز و مداخلات لازم تعیین شد. برای تحلیل سیاست در طرح حاضر از تکنیک مثلث تحلیل سیاست (policy analysis triangle) استفاده شد. روش گردآوری داده ها در این مرحله از پژوهش شامل جمع آوری نظرات خبرگان و ذینفعان از طریق جلسه بحث گروهی بود. (۴) در مرحله چهارم نظرات جمع بندی شده مجدداً برای خبرگان و ذینفعان ارسال گردید و مورد بررسی و تایید نهایی آنان قرار گرفت و در نهایت گزارش نهایی شامل بحث و پیشنهادات جمع بندی شد. نتایج این طرح نشان می دهد که نظام سلامت کشور در زمینه کاهش نابرابری های سلامت در ۱۰ سال گذشته دستاوردهای فراوانی داشته است که مهمترین آنها شامل موارد زیر می باشند: (۱) افزایش پوشش خدمات سلامت در قالب پوشش همگانی سلامت، شامل توسعه شبکه های بهداشتی (PHC) به حاشیه شهرها، طرح پزشک خانواده (شهری و روستایی) و... (۲) اجرای طرح تحول سلامت که باعث کاهش هزینه های کمرشکن و فقرزای سلامت افزایش رضایتمندی و پاسخگویی به خدمت گیرندگان شده است. (۳) افزایش دسترسی به اطلاعات سلامت که باعث ایجاد پاسخگویی در سیاستگذاران و مدیران گردیده (۴) گسترش پوشش بیمه ای و بیمه همگانی سلامت (۵) تلاش در جهت نگاه همه جانبه به سلامت و در نظر گرفتن و تحلیل کردن اکثر عوامل موثر بر سلامت در نابرابری ها (۶) باز شدن مبحث نابرابری در نظام سلامت و حمایت طلبی در راستای آن (۷) ایجاد حساسیت و آگاهی در بین مدیران و سیاستگذاران برای انجام اقدامات مقتضی جهت برطرف شدن نابرابری ها در سلامت (۸) افزایش همکاری های بین بخشی با توجه به تشکیل شورای عالی سلامت امنیت غذایی کشور (۹) اجرای طرح ماندگاری در مناطق محروم و توزیع یکپارچه نیروی انسانی متخصص و پزشک (۱۰) جدی گرفته شدن نقش مردم و افزایش میزان مشارکت مردم در سلامت

عواملی نیز موجب شده است که دستاوردهای بیشتری حاصل نشود که مهمترین آنها به شرح زیر بوده است: (۱) روزآمد نبودن و مبتنی بر شواهد نبودن قوانین و سیاست های اجرایی (۲) ضعف در تدوین و اجرای پیوست های سلامت برای سیاستها و برنامه های توسعه ای (۳) قانون ناپذیری یا قانون گریزی نظام سلامت کشور و سیاست های اجرایی که همسو با قوانین بالادستی نیست



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی، درمانی تهران

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
موسسه ملی تحقیقات سلامت

تاریخ:

شماره:

پیوست:

به عنوان مثال عدم رعایت مفاد قانون برنامه های توسعه (برنامه پنجم توسعه) ۴ طی نکردن مراحل قانونگذاری: یعنی قبل از مطالعات مقدماتی و آماده بودن بستر اجرایی، قانون به عنوان قدم اول تصویب می شود در حالی که تصویب قانون قدم آخر می باشد (۵) تضاد منافع در سیاستگذاری: که مثال واضح آن (Dual practice) بودن مدیران و سیاستگذاران نظام سلامت است (۶) وجود برخی قوانین موازی و متعارض مثل قانون نظام پزشکی که همزمان هم از حقوق مردم و هم از حقوق ارایه کننده باید دفاع کند (۷) عدم هدف گذاری شفاف قبل از تدوین سیاستها و اجرای مداخلات (۸) راه اندازی بدون حساب و کتاب دوره های تخصصی و فوق تخصصی (۹) نبود مکانیسم بازخورد بر اساس عمل به قانون

بر اساس دسته بندی نظرات، راهکارهای ارائه شده توسط خبرگان نیز در سه حیطه تغییرات قانونی و سیاستی، فرایند سیاستگذاری، و چگونگی مشارکت ذینفعان دسته بندی شدند:

الف) تغییرات قانونی سیاستی: (۱) تجمیع، تکمیل و رفع همپوشانی قانون در حوزه سلامت همگانی و نظام ارائه خدمات سلامت (۲) مشخص نمودن تکالیف سایر دستگاه ها جهت پایش و ارتقای شاخصهای مرتبط با سلامت و کاهش نابرابری ها در سلامت (۳) مشخص نمودن تکالیف استانداران جهت پایش و ارتقای شاخصهای مرتبط با سلامت و کاهش نابرابری ها در سلامت (۴) سیستم مونیترینگ و پایش برای بررسی شاخص های مرتبط با عدالت در سلامت (۵) تدوین قوانین مناسب با رویکرد تقویت نظام مراقبتهای اولیه سلامت (PHC) (۶) تدوین قوانین مناسب با رویکرد تقویت برنامه های SDH محور (۷) سیاستگذاری مبتنی بر شواهد

ب) فرایند سیاستگذاری: (۱) اصلاح ساختار به صورتی که فساد ساختاری در نظام ارائه خدمت را کاهش دهند. (رفع تضاد منافع) (۲) باید از Dual practice بودن مدیران و سیاستگذاران در بخش سلامت جلوگیری شود: به گونه ای که این افراد در بخش خصوصی ارائه خدمت نکنند. (۳) حوزه سیاستگذاری و برنامه ریزی راهبردی در یک ساختار واحد در وزارت بهداشت تمرکز داشته باشد و در حوزه های تخصصی برنامه ریزی اجرایی صورت نگیرد (۴) ایجاد پایداری مدیریتی (۵) ایجاد ذخیره دانشی در حوزه سیاستگذاری و انباشت تجربیات قبلی، با تغییر سیاستگذار ارشد در وزارت بهداشت (۶) همکاری بین بخشی و استفاده از تجربیات سایر دستگاهها در امر سیاست گذاری (۷) در نظر گرفتن اصل تمرکز زدایی در اجرای قوانین و سیاستها (۸) سازو کارهایی باید ایجاد شوند که قوانین به برنامه ها و دستورالعمل قابل اجرا تبدیل شوند. (۹) برنامه های پنجساله بدون در نظر گرفتن شرایط اجرایی منطقه ای و استانی نوشته می شوند. (۱۰) سازمان برنامه باید اجرای قوانین را پیگیری کند و از پرداختن به بودجه احتراز کند. (۱۱) سازو کارهایی باید ایجاد شوند که قوانین به برنامه ها و دستورالعمل قابل اجرا تبدیل شوند.

ج) چگونگی مشارکت ذینفعان: (۱) شناسایی ذینفعان به طور درست انجام گیرد (۲) حمایت طلبی و جلب مشارکت و استفاده از همه ذینفعان شامل مردم و گروههای مردمی (به ویژه در فرایند سیاستگذاری) و... (۳) آموزش و توانمند سازی ذینفعان (۴) خلاصه سازی و مصورسازی گزارشات سیاستگذاری بر اساس سطح فهم ذینفعان (۵) ارزیابی عملکرد ذینفعان در سطح ملی و استانی (۶) آموزش به منظور ایجاد درک صحیح از مشارکت مردم در مدیران و سیاستگذاران

به نظر می رسد که از نظر تدوین برنامه و قانون گذاری مشکل زیادی در کشور وجود ندارد و قوانین تقریباً همگی همسو با توصیه های سازمان جهانی بهداشت و در راستای کاهش نابرابری ها در سلامت هستند. اما شواهد نشان می دهند که در اجرای این قوانین مشکلات زیادی وجود دارند. از دید خبرگان بین قسمت سیاستگذاری و تدوین قوانین با قسمت اجرای قانون و سیاست انفکاک وجود دارد. در واقع موقع نوشتن قوانین به اجرای آن درست فکر نمی شود و کار کارشناسی مناسب جهت اجرای آنها انجام نمی گیرد.

به طور کلی مداخلات اجرایی مناسب به منظور کاهش بی عدالتی در سلامت را می توان به دو دسته کلی تقسیم نمود: (۱) مداخلات در جهت از بین بردن علل ریشه ای بی عدالتی و از بین بردن آنچه که موجب ایجاد بی عدالتی در سلامت شده است؛ مانند تقسیم عادلانه درآمدها در جامعه و فراهم آوردن امکان برخورداری همه افراد از تحصیل (۲) مداخلات مرتبط با چگونگی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی، درمانی تهران

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
موسسه ملی تحقیقات سلامت

تاریخ:

شماره:

پیوست:

ارائه خدمات مرتبط با سلامت که باید تمرکز ارائه مداخلات بر روی گروه های کم برخوردار باشد. مسلم است که مداخلات دسته اول مهمتر بوده و تاثیرگذاری بیشتری خواهند داشت و لازم است تا در اولویت قرار گیرند. زیرا اگر به علل ریشه ای بی عدالتی ها توجه نشود، بسیاری از اقداماتی که برای پیشگیری و درمان بیمارها توسط نظام سلامت اجرا می شود، گروههای آسیب پذیر را پوشش نخواهد داد. بنابر این یک وظیفه مهم بخش سلامت توجه به این علل ریشه ای بی عدالتی ها (که شامل عوامل اجتماعی شامل فقر، آموزش و ... هستند) می باشد تا علاوه بر اینکه اقدامات خود را بر گروههای کم برخوردار متمرکز کند، از طریق حمایت طلبی برای رفع این علل ریشه ای اقدام نمایند.

بنابراین در صورت اصلاح عوامل اجتماعی، مزایای فراوانی در زمینه بهبود وضعیت سلامت عاید جامعه خواهد شد که حتی بیشتر از تمرکز بر ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به گروههای کم برخوردار خواهد بود. به همین دلیل بخش سلامت با اینکه به طور مستقیم وظیفه اجرای مداخلات برای کاهش فقر، آموزش و ... را ندارد اما در زمینه همکاری با سایر بخشها برای ارتقای عوامل اجتماعی موثر بر سلامت مسئول می باشد.

پیشنهادات مشخص حاصل از نتایج این طرح به منظور کاهش بی عدالتی در سلامت به شرح زیر است: ۱- با توجه به وجود نداشتن گزارش هایی از مشخص شدن میزان اجرایی شدن قوانین حامی عدالت در سلامت در کشور به نظر می رسد که باید ارزشیابی مواد مرتبط با سلامت در اسناد و قوانین بالادستی مهم کشور حداقل برای برنامه های پنج ساله توسعه (به طور مشخص برنامه چهارم و پنجم) به طور جدی در دستور کار بخش سلامت قرار گیرد. ۲- با توجه به نقش مهم همکاری های بین بخشی در برقراری عدالت در سلامت، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به عنوان بازوی اصلی وزارت بهداشت در همکاری بین بخشی باید توصیه های چهارگانه سازمان جهانی بهداشت شامل ۱. حمایت طلبی ویژه برای هر بخش، ۲. توافق های مناسب برای همکاری با سایر بخش ها، ۳. ترویج تداوم همکاری ها با سایر بخش ها و ۴. نهادینه سازی اهداف عدالت در سلامت، را در سیاست های خود مورد توجه قرار دهد. ۳- در هنگام تدوین پیوست سلامت برای سیاستها، برنامه ها و پروژه های کشور باید مسئله «عدالت در سلامت» و «عوامل اجتماعی موثر بر سلامت» نیز مورد توجه قرار گیرد.