

جایگاه آزادی و عدالت در نظام سلامت ایران: یک مطالعه کیفی

آرش رشیدیان^۱، محمد عرب^۲، حکیمه مصطفوی^{۳*}

۱. منطقه مدیریتانه شرقی، سازمان جهانی سلامت، قاهره، مصر

۲. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳. اداره اقتصاد درمان، استاندارد و فناوری سلامت، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نشریه پایش

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۸/۱۷

سال شانزدهم، شماره ششم، آذر - دی ۱۳۹۶ صص ۷۴۷-۷۲۷

[نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۲۷ آبان ۹۶]

چکیده

مقدمه: مردم دریافت کنندگان اصلی خدمات سلامت هستند از این رو خود را مستحق داشتن حق انتخاب و استفاده عادلانه از مراقبتهای سلامت می دانند. نظام سلامت مسئول تامین خدمات عادلانه همراه با حق انتخاب برای مردم است. این مطالعه به دنبال بررسی وضعیت موجود آزادی و عدالت یا بعبارت دیگر تعیین نحوه توجه به این دو ارزش در ارائه خدمات سلامت می باشد.

مواد و روش کار: این مطالعه کیفی با استفاده از بررسی متون و اسناد بالادستی، و مصاحبه رو در رو با خبرگان نظام سلامت انجام شد. مصاحبه با خبرگان از طریق راهنمای مصاحبه نیمه ساختاریافته و در محل کار آنان انجام شد. تمامی مصاحبه ها ضبط و پیاده سازی شدند. از نرم افزار MAX QDA10 برای نظم بخشیدن به مفاهیم و از روش تحلیل چارچوب برای تحلیل آنها استفاده شد.

یافته ها: یافته های مطالعه در دو درون مایه اصلی آزادی و عدالت قرار گرفتند. تم آزادی دارای سه طبقه آزادی برای انتخاب خدمات درمانی، آزادی برای انتخاب خدمات بهداشتی و پیشگیری، و آزادی برای انتخاب سازمان بیمه گر بود. درون مایه عدالت نیز دارای دو طبقه عدالت در دسترسی مالی و عدالت در دسترسی فیزیکی بود. طبقه عدالت در دسترسی فیزیکی خود دارای دو زیرطبقه دسترسی به خدمات بهداشتی و پیشگیری، و دسترسی به خدمات درمانی تخصصی و فوق تخصصی بود.

بحث و نتیجه گیری: بر اساس یافته های مطالعه دو ارزش عدالت و آزادی به شیوه های مختلف در نظام سلامت مورد توجه قرار گرفته است اما هنوز با وضعیت ایده آل فاصله قابل ملاحظه ای دارد. به نظر می رسد التزام پایبندی مدیران نظام سلامت به اسناد بالادستی و یادگیری از تجارب سایر کشورها برای پیاده سازی مناسب آزادی و عدالت در سطوح مختلف نظام ضروری است.

کلیدواژه: آزادی، حق انتخاب، عدالت، نظام سلامت، دسترسی

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، معاونت درمان، اداره اقتصاد درمان، استاندارد و فناوری سلامت، تهران، ایران

تلفن: ۶۶۹۴۲۷۰۹

E-mail: Hakime_mostafavi@yahoo.com

مقدمه

نظام سلامت بعنوان متولی اصلی سلامت در هر کشوری مطرح است، ترکیب سازمان های بهداشتی و درمانی و نحوه ارائه خدمات سلامت در کشورهای مختلف متفاوت می باشد [۱، ۲]. در برخی از کشورها، دولت به تنهایی مسئول تامین سلامت مردم است و در برخی دیگر دولت و بخش خصوصی از طریق فرایندهای معین اقدام به ارائه خدمات سلامت می نمایند [۳، ۴]. آنچه که در تمامی نظام های سلامت مشترک است این است که مردم دریافت کنندگان اصلی خدمات سلامت هستند و خود را مستحق داشتن حق انتخاب می دانند [۵، ۶]. توسعه روشهای ارتباطات و اطلاع رسانی، و پیشرفت فناوری های سلامت نیز باعث افزایش انتظارات مردم از نظام های سلامت شده است بگونه ای که هر نوع کوتاهی در ارائه خدمات مطلوب باعث نارضایتی و اعتراض آنان می گردد [۷]. از این رو امروزه تصمیم گیرندگان نظام سلامت به این نتیجه رسیده اند که برای اداره کارآمد نظام سلامت و تامین نیازهای مردم باید به معیارها و ارزشهای اجتماعی آنان توجه نمایند. این ارزشها بیانگر هنجارها، عرف و شیوه اجرای فرایندهای اجتماعی در هر جامعه ای هستند [۸، ۹]. ارزشهای اجتماعی هم می توانند مربوط به فرایندها باشند و هم نتایج. البته در بخش بهداشت و درمان بیشتر ارزشهای مربوط به نتایج نهایی مورد توجه قرار می گیرند مانند پیامدهای مربوط به افزایش سطح سلامت مردم یا از بین بردن نابرابری های قابل اجتناب سلامت مورد توجه قرار می گیرند [۶]. از دیدگاه دیگری نیز می توان گفت ارزشهای مورد توجه در نظام سلامت ممکن است فرآیندی یا محتوایی باشند. کلارک و ویل به مشارکت، شفافیت و پاسخگویی بعنوان ارزشهای فرآیندی، و به اثربخشی بالینی، هزینه-اثربخشی، آزادی انتخاب، عدالت و انسجام بعنوان ارزشهای محتوایی اشاره کرده اند (۸) توجه به ارزشهای اجتماعی در فرایندهای درمانی و تصمیمات سیاستگذاران سلامت باعث جلب اعتماد عموم مردم و مشروعیت بخشیدن به تصمیمات اتخاذ شده می گردد [۱۰، ۱۱]. مطالعات انجام شده در برخی از کشورها نشان دهنده وضعیت متفاوت میان آنها از نظر میزان و نحوه توجه به ارزشهای اجتماعی در نظام سلامت است. به عنوان مثال انگلیس، آلمان و استرالیا دارای وضعیت قابل قبولی هستند اما کشورهایی همچون کره جنوبی، چین دارای وضعیت نامناسب، و تایلند و کشورهای آمریکای لاتین دارای وضعیت نسبتاً مناسبی می باشند [۱۰]. نکته حائز اهمیت در این میان مختص بودن برخی از

ارزشها به یک فرهنگ است در حالیکه برخی دیگر دارای ارزش جهانی بوده و کمابیش در تمامی نظام های اجتماعی دارای اهمیت می باشند [۱۲]. از جمله این ارزشها می توان به دو ارزش آزادی (حق انتخاب) و عدالت اشاره نمود. آزادی در نظام سلامت به معنای توانایی مشتریان برای انتخاب خدمات، درمانگران و بیمه گران است؛ بدین معنی که بیمار بدون محدودیت عمده ای حق انتخاب داشته باشد. عدالت نیز بر اساس تعریف عبارتست از ارائه خدمات سلامت به بیماران متناسب با نیاز آنان [۱۳]. هر چند این دو ارزش در تمامی جوامع مورد احترام است اما ارزش نسبی آنها در میان کشورهای مختلف متفاوت می باشد بعنوان مثال در آمریکا ارزش آزادی دارای اهمیت حیاتی است در حالیکه در اغلب کشورهای اروپایی عدالت و دسترسی عادلانه عموم مردم به خدمات اجتماعی در اولویت قرار دارد [۱۴]. بررسی اسناد مختلف بالادستی در کشور بیانگر اهمیت دو ارزش عدالت و آزادی می باشد بگونه ای که به کرات در این اسناد مورد تاکید قرار گرفته اند. با توجه به مطالب پیشگفت و نظر به اهمیت شناسایی وضعیت این دو ارزش در دنیای واقعی نظام سلامت کشور؛ در این مطالعه به دنبال بررسی چگونگی توجه به این ارزشها در سازمان های بهداشتی و درمانی کشور یا به عبارت دیگر به دنبال تعیین وضعیت موجود این دو ارزش در نظام سلامت کشور بودیم.

مواد و روش کار

در این مطالعه کیفی با استفاده از بررسی متون و اسناد بالادستی، و مصاحبه با خبرگان نظام سلامت اقدام به گردآوری داده ها شد. اسناد مورد بررسی شامل قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران [۱۵]، برنامه های پنج ساله توسعه [۱۶] قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی [۱۷]، قانون بیمه همگانی [۱۸]، قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی [۱۹]، نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران [۲۰]، برنامه پزشکی خانواده، ضوابط ملی آمایش سرزمین [۲۱]، قانون ساختار جامع رفاه و تامین اجتماعی [۲۲]، و سند چشم انداز ۱۴۰۴ [۲۳] بود. انتخاب مستندات مرتبط با ارزشهای مورد نظر با دقت و بر اساس ملاحظات چهارگانه جوپ (اسم نویسنده) یعنی سندیت (اصلی و درست بودن)، اعتبار (دقت)، نماینده (نماینده کل اسناد طبقه خویش)، و معنی (چه چیزی می گوید) صورت گرفت [۲۴]. اسناد چندین بار مطالعه شدند و علاوه

آشنا کردن فرآیندی است که در آن آشنایی بیشتری با داده های جمع آوری شده حاصل می شود. این امر در ابتدا به چند روش مانند پیاده سازی مصاحبه ها، خواندن رونوشتها، یادداشت برداری حین مصاحبه ها، تهیه خلاصه ای از مصاحبه ها یا گوش دادن مجدد مصاحبه های ضبط شده اتفاق می افتد.

شناسایی یک چهارچوب مفهومی: کدگذاری اولیه است که با استفاده از مسائل مطرح شده قبلی و نیز مسائل مطرح شده در مرحله آشناسازی ایجاد می شود. این چارچوب مفهومی باید ایجاد شده و در طول مراحل بعدی تصحیح و تکمیل شود. چارچوب مفهومی اولیه بر اساس مصاحبه ها، افکار اولیه و بررسی متون پایه ریزی می شود. در مراحل بعدی تدوین این چارچوب، پژوهشگر مواردی را شناسایی می نماید که عبارتند از: مسائل اولویت دار (مواردی که از طریق اهداف اصلی پژوهش اطلاع داده شده و از طریق راهنمای موضوعی به مصاحبه ها هدایت می شوند)، مسائل نخواستۀ نشات گرفته از پاسخگویان، موضوعات تحلیلی به کرات تکرار شده و یا مربوط به تجارب و دیدگاه های خاص.

فهرست بندی: عبارت است از فرایند بکار بردن چارچوب مفهومی برای داده ها با استفاده از کدهای عددی یا متنی برای شناسایی قسمت های خاصی از داده که مشابه درون مایه مختلف. این فرآیند در سایر رویکردهای تحلیل کیفی کدگذاری گفته می شود. استفاده از چارچوب مفهومی برای ترسیم جدول داده ها خواهند بود به گونه ای که به آسانی بتوان مجموعه ای از داده ها در ارتباط با درون مایه ها مشاهده نمود.

در مرحله تهیه نقشه و تفسیر جستجوی الگوها، مفاهیم و توضیحاتی در داده ها است که از طریق نمایش و ترسیم دیداری می توان آنها را نشان داد [۲۶].

شایان ذکر است مجوز لازم برای انجام مطالعه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد اخلاق ۹۰۵۷۰۰۶ اخذ شد. پس از ارائه توضیحات روشن در مورد اهداف مطالعه و کسب رضایت آگاهانه آنان اقدام به انجام مصاحبه شد.

یافته ها

یافته های مطالعه (جدول ۲) در قالب دو درون مایه اصلی آزادی (با سه طبقه آزادی در انتخاب خدمات درمانی، آزادی در انتخاب خدمات بهداشتی و پیشگیری و آزادی برای انتخاب سازمان

بر واژه هایی که دقیقاً مشابه ارزشهای مورد نظر بودند عباراتی که هم معنی با هر یک از ارزشها بودند نیز استخراج شدند و در زیرگروه دو ارزش مورد نظر قرار گرفتند. برای تایید مترادف بودن عبارتها و واژه ها با ارزشهای اجتماعی موجود در چک لیست، با افراد خبره دیگری نیز مشورت شد و پس از تایید آنان ارزشهای شناسایی شده در جدول مربوطه قرار گرفتند. پس از شناسایی، با استفاده از روش کیفی تحلیل محتوایی اقدام به تحلیل هر یک از ارزشهای شناسایی شده گردید. سپس مصاحبه با خبرگان انجام شد (جدول ۱). از نمونه گیری مبتنی بر هدف برای انتخاب مصاحبه شوندگان استفاده شد. ملاک انتخاب افراد اشتغال در سطوح مدیریت و داشتن تحصیلات دانشگاهی و تجربه لازم در زمینه مدیریت مراکز بهداشتی و درمانی، بیمارستانها و شبکه های بهداشتی و درمانی بود. تمامی خبرگان دارای تجربه مشارکت مستقیم در تصمیم گیری های مربوط به تخصیص منابع سلامت، اولویت گذاری خدمات سلامت در یک یا چند سطح (خرد، میانه و کلان) از نظام سلامت کشور بودند. برخی از افراد توسط مصاحبه شوندگان معرفی شدند (نمونه گیری گلوله برفی) که پس از مصاحبه با آنان و رسیدن به اشباع داده ها مصاحبه ها متوقف شد [۲۵]. محور کلی سوالات مصاحبه عمدتاً در مورد سطح آزادی مردم در انتخاب خدمات بهداشتی و درمانی، چگونگی تامین برابری در دسترسی مالی و فیزیکی مردم به خدمات سلامت، و نظر خبرگان در مورد لزوم/عدم لزوم وجود آزادی در انتخاب خدمات سلامت بود. برای گردآوری داده ها از مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده شد. مصاحبه چهره به چهره توسط یکی از محققان انجام شد و پیش از شروع مصاحبه اقدام به اخذ رضایت شفاهی از مصاحبه شوندگان شد. مصاحبه ها ضبط و سپس به صورت متنی پیاده شدند. از همان مصاحبه اول تحلیل ابتدایی یافته ها انجام می شد. از نرم افزار MAX QDA10 برای نظم بخشیدن به مفاهیم استفاده شد. برای به دست آوردن اطلاعات بیشتر در مورد موضوع مطالعه اقدام به گردآوری داده ها از طریق بررسی اسناد، بررسی متون و مصاحبه شد، که هدف از این تنوع در منبع داده ها برقراری شرط "تلفیق" در پژوهش به منظور به دست آوردن اطلاعات جامع و گسترده بود. نهایتاً برای تحلیل داده ها از روش تحلیل چارچوب استفاده شد. این روش شامل چندین مرحله متمایز و بسیار به هم پیوسته (شامل آشنا کردن، تدوین چارچوب مفهومی، فهرست بندی، ترسیم جدول و نگاشت و تفسیر) است:

بیمه گر) و عدالت (با دو طبقه عدالت در دسترسی مالی و عدالت در دسترسی فیزیکی) بیان گردید:

درون مایه آزادی بر اساس یافته های مطالعه آزادی از سه جنبه در نظام سلامت کشور مورد توجه قرار گرفته است:

۱-۱ آزادی در انتخاب خدمات پیشگیری: خدمات پیشگیری و بهداشتی عمدتاً از طریق شبکه های بهداشتی و درمانی و برای جمعیتی معین ارائه می گردد. البته این موضوع بدین معنی نیست که مراجعه کنندگان از سایر مناطق جغرافیایی از این خدمات محروم می شوند بلکه بنا بر نظرات مصاحبه شوندگان اولویت با افراد منطقه بوده و پس از ارائه خدمات لازم به آنان توصیه می شود به مراکز محل سکونت خود مراجعه نمایند. استقلال مردم در این بخش تا حد زیادی محدود شده است. علت آن نیز ماهیت اقداماتی است که در این بخش انجام می شود و تبعیت آنها گام اولیه برای برقراری اصول اساسی بهداشت در جمعیت است.

اظهاریات یک مصاحبه شونده " ببینید یه وقتی پیش میاد که مادری از شهرستان میاد تهران و یادش میفته که وقت واکسن بچش هست. میره به نزدیک ترین مرکز بهداشت توی تهران و با ارائه کارت واکسن بچه، خدمت رو دریافت می کنه. اینجا ما نمی توینیم بگیم چون تو مال این منطقه نیستی نمی توینیم واکسن بچه تو بزینم ولی بهش توصیه می کنیم بهتره خدمت مورد نظرش رو در شهر خودش و از مرکزی که مشخص شده دریافت کنه..."

۲- آزادی در انتخاب خدمات درمانی: در نظام سلامت ایران خدمات درمانی از طریق بیمارستانها، درمانگاهها و مطبهای پزشکان ارائه می شوند. عموم مردم در انتخاب نوع درمان و سازمان یا پزشک درمانگر نسبتاً مستقل هستند آنان می توانند به مرکز درمانی مورد نظر خود مراجعه نمایند و تحت معالجه پزشک مورد نظر قرار گیرند.

اظهاریات یک مصاحبه شونده: " بیمار ساکن هر محله ای که باشه می تونه به بیمارستان یا مطب پزشک مورد نظرش در هر منطقه دیگه ای بره و تحت درمان قرار بگیره، برخلاف بعضی از کشورها که باید افراد بر اساس نظام ارجاع اقدام کنن و خارج از اون لیست نمی تونن به مرکز درمانی یا بیمارستان دیگه ای مراجعه کنن توی ایران مردم کاملاً خودمختار هستن توی انتخاب درمانگرشون".

البته برخی از مصاحبه شوندگان به دو دلیل مخالف وجود آزادی در انتخاب یا استقلال بیماران در انتخاب درمانگر بودند زیرا اولاً آنرا مغایر با اصل عدالت می دانستند و معتقد بودند وجود استقلال در

انتخاب باعث برخورداری افراد ثروتمند از خدمات بیشتر و با کیفیت تر می شود. ثانیاً اینکه مردم بدلیل نداشتن علم و دانش لازم، برای خدماتی تقاضا می دهند که متناسب با نیاز درمانی آنها نیست. *اظهاریات یک مصاحبه شونده:* " متأسفانه آزادی در انتخاب الان توی نظام سلامت ما جایگاه نسبتاً بالایی داره و این خودش میتونه به نظام سلامت ما صدمه بزنه مثلاً فرد یه فوق تخصص رو انتخاب میکنه که اصلاً ربطی به بیماریش نداره که این خیلی وقتها به ضرر بیمار هست".

بنا بر اظهارات برخی از مصاحبه شوندگان برخی از پزشکان از استقلال بیماران و در عین حال عدم آگاهی آنان سوء استفاده کرده و خدمات یا درمانهای گران قیمتی را به آنان پیشنهاد می کنند که هیچ ضرورتی برای آنها ندارد. این تقاضاهای القایی علاوه بر ایجاد هزینه های غیرضروری برای بیماران، برای نظام سلامت نیز هزینه های گزافی ایجاد می کند. این موضوع بویژه در مورد فناوری های تشخیصی صادق است.

موضوع آزادی در انتخاب درمانگر بویژه در بخش خصوصی دارای گستردگی بیشتری است. عموماً افرادی که به بیمارستانها و مراکز درمانی خصوصی مراجعه می کنند دارای توان مالی لازم برای انتخاب مرکز و پزشک مورد نظر خود بدون هر محدودیتی هستند.

۳- آزادی در انتخاب بیمه گر: بر اساس نظرات مصاحبه شوندگان عموماً کارفرما و نوع استخدام فرد در انتخاب سازمان بیمه گر تأثیرگذارند. به عنوان نمونه کارکنان نظامی دارای بیمه نیروهای مسلح، کارکنان شرکتی و قراردادی، کارگران و برخی از کارکنان رسمی، افراد خود اشتغال و صاحبان مشاغل آزاد دارای بیمه سازمان تأمین اجتماعی و گروهی دیگر از کارکنان و افراد بدون شغل و مستمند نیز دارای بیمه سلامت ایرانیان هستند. در ماده چهارم از قانون بیمه همگانی بیان شده است: "کلیه دستگاه ها و سازمانهای دولتی و وابسته به دولت کمیته امداد امام خمینی (ره) و اشخاص حقیقی و حقوقی در انتخاب سازمان و یا شرکتهای بیمه گر برای عقد قراردادهای بیمه خدمات درمانی در چهارچوب موازین و مفاد این قانون مخیر می باشند."

درون مایه عدالت نیز از دو جنبه ارزیابی شد:

۱- عدالت در دسترسی مالی: عدالت در دسترسی مالی به معنای توان استفاده مردم از خدمات سلامت بدون توجه به توان مالی آنها است. برای این منظور بیمه های مختلف مانند بیمه تأمین اجتماعی، بیمه نیروهای مسلح، بیمه روستاییان و بیمه سلامت

علاوه بر این استقرار پزشکان متخصص در مناطق محروم و دورافتاده تلاش دیگری در برنامه تحول سلامت برای تسهیل دسترسی عموم مردم به خدمات تخصصی سلامت بوده است که بنا بر اظهارات مصاحبه شوندگان بطور نسبی باعث برقراری عدالت در دسترسی مالی شده است. وجود بخش مددکاری در بیمارستانها که به دنبال کاهش هزینه های درمانی برای بیماران مستمند می باشد نیز تلاش دیگری برای برقراری عدالت می باشد.

۲- عدالت در دسترسی فیزیکی: عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی از دو نظر مورد بحث است:

۱-۲ دسترسی به خدمات بهداشتی و پیشگیری: ایجاد شبکه های بهداشتی و درمانی در مناطق جغرافیایی مختلف با هدف افزایش دسترسی عموم مردم به خدمات اولیه سلامت انجام شده است. در مناطق روستایی دور افتاده که راه اندازی مراکز بهداشتی دشوار است، از طریق مراجعه ماهانه تیم پزشک خانواده به روستاهای اقماری اقدام به معاینه خانوارها و در نتیجه ایجاد دسترسی به خدمات اولیه سلامت می گردد. در درون شهرها نیز پایگاههای بهداشتی در مناطق مختلف با هدف ایجاد دسترسی تاسیس شده اند. علاوه بر دسترسی جغرافیایی، ارائه خدمات رایگان یا وجود بیمه روستایی و پرداخت مبلغی ناچیز برای دریافت خدمات؛ دسترسی مالی به این خدمات فراهم شده است.

اظهارات یک مصاحبه شونده: "دسترسی همگانی که دغدغه اصلی ماست، اینکه مراکز بهداشتی و خانه بهداشت ساختیم یعنی به دسترسی توجه داشتیم."

همچنین در بند یک از اصل چهل و سوم قانون اساسی اینگونه بیان شده است: "تأمین نیازهای اساسی: مسکن خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه"

بر اساس مصوبات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی وجود یک پایگاه بهداشتی برای میزان مشخصی از جمعیت شهری الزامی است، اما در برخی از کلانشهرها مانند تهران که جمعیت بشکلی غیر متعارف رو به افزایش می باشد برای ارتقای دسترسی عموم مردم به خدمات سلامت اولیه اقدام به انعقاد قرارداد با بخش خصوصی برای ارائه خدمات سلامت اولیه شده است. علاوه بر این، دانشگاه علوم پزشکی تهران اقدام به اجرای طرحی به نام "دستهای مهربان" نموده است که تیمی از پزشکان و کارکنان سلامت به مناطق حاشیه نشین شهر تهران مراجعه کرده و اقدام به ارائه

ایرانیان فعالیت می نمایند که هزینه های درمانی افراد تحت پوشش را تا حدی تحت پوشش قرار می دهند. همچنین پیش از شکل گیری سازمان بیمه سلامت ایرانیان؛ بیمه روی تخت - بیمه ای که به محض بستری شدن بیمار در بیمارستان هزینه های بستری را تحت پوشش قرار می داد - نیز اجرا شد که البته بعلت هزینه های بالا اجرای آن پس از مدتی متوقف شد. در مورد بیماری های خاص نیز قسمت عمده هزینه های درمان و در برخی موارد کل هزینه ها توسط دولت پرداخت می گردد.

اظهارات یک مصاحبه شونده "چون هزینه های بیماری های صعب العلاج واقعا بالاس همه هم و غم دولت این بوده که باری رو از دوش این بیماران و خانواده هاشون برداره و تا حد امکان درمانشون رو رایگان کرده یا اینکه برای درمان اونها یارانه تخصیص میده"

همچنین بند ۱۲ از اصل سوم قانون اساسی اظهار داشته است: "پی ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه حال و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه"

در ماده سوم از قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص تأمین دسترسی مالی و بیمه همگانی آمده است:

"این وزارت موظف است در اجرای بند ۱۲ اصل سوم قانون اساسی لایحه قانونی تعمیم بیمه درمانی همگانی را ظرف مدت یک سال تهیه و پس از تصویب هیأت وزیران به مجلس شورای اسلامی تقدیم نماید."

اجرای طرح تحول نظام سلامت یکی از اساسی ترین اقدامات دولت برای برقراری عدالت بوده است. این برنامه در مرحله اول با دو هدف اصلی حفاظت مالی مردم در برابر هزینه های کمرشکن و کاهش پرداخت از جیب بیماران در خدمات بستری اجرا شد. مطابق با این طرح بیماران بستری در بیمارستانهای دولتی فقط ۱۰ درصد از کل هزینه های بستری را پرداخت می نمایند. بنا بر گفته های مصاحبه شوندگان بسیاری از افراد جامعه به دلیل مشکلات مالی و بالا بودن هزینه های درمان از مراجعه به بیمارستانها خودداری می نمایند که این امر باعث پیشرفت بیماری و افزایش هزینه های درمان در مراحل پیشرفته بیماری می گردد اما پس از اجرای طرح تحول سلامت هم بیماران اقدامات درمانی مناسب با هزینه کم دریافت می کنند و هم دولت متحمل هزینه های مربوط به مراحل پیشرفته بیماری نمی گردند.

خدمات تشخیصی و درمانی به مردم در محل زندگی آنان می نمایند.

۲-۲ دسترسی به خدمات درمانی تخصصی و فوق تخصصی: هر چند بر اساس اظهار نظر مصاحبه شوندگان ظاهراً دسترسی به خدمات سلامت اولیه جزو دغدغه های اصلی سیاستگذاران سلامت بوده است اما به نظر است، در مورد خدمات درمانی وضعیت تا حدودی متفاوت می باشد. توزیع بیمارستانها و مراکز درمانی در مناطق مختلف جغرافیایی به گونه ای است که تمامی شهروندان به سهولت به خدمات درمانی مورد نیاز دسترسی ندارند. بعنوان نمونه شواهد موجود بیانگر نیاز بالای روستائیان به خدمات بیمارستانی است اما در عمل میزان دسترسی آنان کمتر از مناطق شهری است. علاوه بر این، بالا بودن قیمت برخی از خدمات و تحت پوشش بیمه نبودن برخی از افراد یا برخی از خدمات درمانی باعث کاهش دسترسی مالی به این خدمات گردیده است. ماده نه از برنامه چهارم توسعه اقتصادی و اجتماعی بیان می کند:

"بمنظور رسیدن به عدالت توزیعی و دسترسی برابر به خدمات سلامت برای کاهش درصد خانوارهای آسیب پذیر و کم درآمد اقدامات ذیل باید انجام شوند."

البته هنوز اغلب مراکز درمانی تخصصی و فوق تخصصی و مراکز تشخیصی مجهز به فناوری های پیشرفته در مراکز استانها مستقر شده اند که عمدتاً نیز تحت پوشش بیمه نیستند و در نتیجه دسترسی عموم مردم به خدمات سلامت مورد نیاز با وضعیت ایده آل فاصله ای نسبتاً قابل توجه دارد.

برخی از مصاحبه شوندگان بیان داشتند برای دسترسی عادلانه به خدمات بیمارستانی؛ بیماران بر اساس زمان مراجعه به بیمارستان در لیست انتظار قرار می گیرند مگر اینکه وضعیت سلامتی بیمار بدلیل بیماری در شرایط اضطراری باشد به تعبیر دیگر پذیرش بیماران در بخش های بستری بر اساس نیاز و نه بر اساس وضعیت مالی؛ یکی دیگر از ابعاد عدالت در بیمارستانها است.

جدول ۱: مشخصات کلی خبرگان

پست سازمانی	مدیر سازمان (نفر)	سنوات مدیریت		جنس
		بیشتر از ده سال	کمتر از ده سال	
معاون سازمان (نفر)	مرد	زن	مرد	زن
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۱	۳	۴	-
وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	-	۲	۲	-
شورای عالی بیمه	-	۲	۱	-
سازمان تامین اجتماعی	-	۲	۲	-
هیات رئیسه تعدادی از دانشگاههای علوم پزشکی	۲	۱	۲	-
شبکه های بهداشتی و درمانی و بیمارستان ها	۱۰	-	۷	۱
مجموع	۱۳ نفر	۱۰	۱۸	۱

جدول ۲: گویه ها، طبقه ها، زیرطبقه ها و برخی از کدهای شناسایی شده

طبقه	زیرطبقه	کد
آزادی	آزادی در انتخاب خدمات بهداشتی	اختیار محدود و تعریف شده مردم برای انتخاب مراکز بهداشتی
	آزادی در انتخاب خدمات درمانی	مردم آزادانه می توانند به موسسات درمانی مورد نظر در هر نقطه از کشور مراجعه کنند
	آزادی در انتخاب بیمه گر	مردم (بغیر از نیروهای مسلح و کارگران) می توانند آزادانه اقدام به انتخاب سازمان بیمه گر خود کنند
عدالت	عدالت در دسترسی مالی	چون هزینه های بیماری های صعب العلاج واقعاً بالاست همه هم و غم دولت این بوده که باری روز دوش این بیماران و خانواده هاشون برداره و تا حد امکان درمانشون رو رایگان کرده یا اینکه برای درمان اونها یارانه تخصیص میده
	عدالت در دسترسی فیزیکی	دسترسی به خدمات بهداشتی و پیشگیری
		دسترسی به خدمات درمانی تخصصی و فوق تخصصی

بحث و نتیجه گیری

آزادی در انتخاب بدین مفهوم است که مردم تا چه حد در انتخاب نوع درمان، سازمان درمانگر و یا حتی سازمان بیمه گر دارای استقلال و اختیار هستند [۸]. این آزادی همواره در نظام های سلامت بحث برانگیز بوده است زیرا برخی آن را به سود بیمار و گروهی نیز آن را به زیان بیمار می دانند. در جوامعی که دارای نظام حکومتی دموکراتیک بوده و مردم دارای حق انتخاب در امور مختلف هستند این ارزش پر رنگ تر بوده و دارای اهمیت ویژه ای است؛ کشورهای اروپایی، آمریکایی، بریتانیای کبیر و استرالیا در این گروه جای می گیرند اما در اغلب کشورهای آسیایی و افریقایی که دارای حکومت های محافظه کارتر و نظام سلامت متمرکزتری هستند این اختیار و حق انتخاب محدود می باشد [۸]. بر اساس یافته های مطالعه هر چند مردم حق محدودی برای انتخاب سازمان بیمه گر دارند اما برای انتخاب سازمان ارائه دهنده خدمات سلامت و گاهی در انتخاب شیوه های درمان دارای آزادی و حق انتخاب مناسبی هستند. میزان این آزادی بر اساس نوع مالکیت بیمارستان متفاوت است، بدین معنی که در بیمارستان های خصوصی، بیماران دارای آزادی بیشتری برای انتخاب پزشک و حتی شیوه درمان می باشند اما در بیمارستان های دولتی بعلت محدودیت منابع و تعداد زیاد مراجعه کنندگان، افراد حق انتخاب محدودی دارند. در بخش بهداشت و پیشگیری نیز با توجه به ماهیت اقدامات ارائه شده و لزوم پوشش جمعیت طبق برنامه های از پیش تعیین شده، وجود محدودیت در دریافت خدمات از واحدی خاص در یک منطقه جغرافیایی معین قابل توجیه است. اگرچه حق انتخاب برای عموم مردم حقی مسلم است اما استفاده از آن بعلت عدم تقارن اطلاعاتی موجود در بخش سلامت نه تنها به نفع بیماران نخواهد بود بلکه گاهی باعث ایجاد هزینه های اضافه برای آنان و طولانی شدن پروسه درمان می گردد. چنین وضعیتی بویژه در بخش خصوصی که مردم به علت تمکن مالی دارای حق انتخاب بیشتری هستند، بیشتر مصداق دارد. از یک رویکرد متفاوت نیز می توان این ارزش را مورد بررسی قرار داد؛ آزادی شهروندان در انتخاب مراکز درمانی و نیز پزشکان و متخصصان سلامت باعث بروز بی نظمی هایی در روند ارائه خدمات به عموم مردم می گردد بدین معنی که بعلت نبود نظام ارجاع و عدم هدایت مردم بر اساس وضعیت سلامت و فوریت نیاز به درمان در برخی از مراکز باعث ازدحام جمعیت و نارسایی در

ارائه خدمات ایجاد می گردد. از سوی دیگر وجود حق انتخاب، بویژه در بخش خصوصی مبتنی بر توان مالی افراد است و افراد توانمند دارای حق انتخاب بیشتری هستند. این وضعیت در تضاد با دیدگاه های عدالت طلبی است که بر اساس آنها عموم مردم باید به خدمات سلامت مورد نیاز با کیفیت مناسب دسترسی داشته باشند. در کره نیز همانند ایران مردم در بخش خصوصی دارای آزادی و حق انتخاب بیشتری نسبت به بیمارستان های بخش دولتی است [۲۷]، اما در چین [۲۸]، آلمان [۲۹] و انگلیس [۳۰] مردم حق انتخاب چندانی ندارند و باید از قوانین تعیین شده برای انتخاب درمانگر تبعیت نمایند. به نظر می رسد این محدودیت در انتخاب بعلت دولتی بودن بخش عمده نظام سلامت یا متکی بودن آن به بیمه های اجتماعی باشد که برای رعایت عدالت در دسترسی همگان به خدمات سلامت وجود این محدودیت منطقی به نظر می رسد. در استرالیا نیز مردم آزادی تعریف شده ای برای انتخاب سازمان درمانگر دارند اما امکان انتخاب آزادانه برخی از فناوری های سلامت و پرداخت مبلغی بعنوان هزینه باعث ایجاد میزانی از آزادی برای شهروندان می شود [۱۴]. عدالت از جمله معیارها و ارزش های اجتماعی بسیار مهم در بخش سلامت که هر چند برقراری کامل آن حتی برای کشورهای توسعه یافته غیر ممکن اما اغلب جوامع به دنبال دستیابی به آن در امور اجتماعی و از جمله سلامت هستند [۳۳، ۳۱]. در نظام سلامت ایران نیز همواره اقدامات متعددی برای رسیدن به عدالت نسبی برای عموم مردم و بویژه اقشار ضعیف و آسیب پذیر انجام شده است. نگاهی به پرونده نظام سلامت کشور بیانگر وجود اقدامات متعدد جهت ایجاد دسترسی به خدمات سلامت در کلیه نقاط کشور است. تجربه شبکه بهداشت و خانه های بهداشت در شهرها و روستاها دلیلی بر این مدعا است بگونه ای که تجربه ایران در این زمینه از جانب سایر کشورها نیز مورد تقدیر قرار گرفته است [۳۳]. ایجاد چنین شبکه ای باعث ارتقای چشمگیر شاخص های سلامت بویژه در دهه اول اجرای آن شد. البته به نظر می رسد سرعت رشد این روند در سال های اخیر تا حدودی کند شده است [۳۴]. یکی از علل آن نیز کمبود نیروهای تحصیل کرده و علاقمند جهت فعالیت در مناطق روستایی و شهرها است [۳۵]. هر چند برنامه پزشک خانواده از سالیان پیش بمنظور افزایش دسترسی به خدمات سلامت بطور ناقص اجرا شده است اما هنوز به اهداف اصلی خود دست نیافته است. همین امر باعث مراجعه بیماران به شهرهای

بزرگ و در نتیجه بروز اختلالاتی در ارائه خدمات سلامت به شکل صحیح شده است [۳۶]. وجود بیمه های مختلف برای پوشش دادن هزینه های خدمات بهداشتی و درمانی (بیمه های ویژه مستمندان مانند بیمه درمان کمیتة امداد امام خمینی و بهزیستی یا بیمه روستائیان) بیانگر تلاش دولت برای برقراری دسترسی مالی است و یکی از اهداف اجرای طرح تحول سلامت برقراری دسترسی فیزیکی برای کلیه اقشار جامعه و بویژه افراد کم درآمد می باشد هر چند تداوم موفقیت آمیز اجرای طرح هنوز مورد سوال است. به نظر می رسد به رغم وجود برنامه ها و سیاستهای مختلف برای برقراری عدالت در نظام سلامت و دسترسی عادلانه به خدمات سلامت تا زمانی که برنامه پوشش همگانی سلامت اجرا نگردد همچنان شاهد بی عدالتی نسبی در برخی از مناطق کشور و عدم توجه به ارزشهای اجتماعی خواهیم بود. در واقع حتی در صورت نبود الگویی جامع از ارزشهای اجتماعی برای لحاظ در تصمیم گیری های نظام سلامت می توان از طریق تدوین یک برنامه پوشش همگانی مناسب برای برقراری عدالت در دسترسی مالی به خدمات سلامت تلاش نمود؛ بویژه اینکه قرار دادن مراقبتهای اولیه، خدمات سرپایی و نیز خدمات پیشگیری خود فرآیندی هزینه- اثربخش است که باعث درمان بیماری ها در مراحل اولیه آنها و در نتیجه مانع تحمیل هزینه های بالا برای نظام سلامت در بلند مدت خواهد شد. خوشبختانه ایران دارای سابقه ای درخشان در برقراری پوشش جامع مراقبتهای اولیه از طریق اجرای شبکه های بهداشتی و درمانی در کلیه مناطق جغرافیایی است و سازمان سلامت جهان و نیز سایر سازمانهای بین المللی سلامت از تجربه ایران در زمینه اجرای برنامه های پیشگیری و بهداشتی بعنوان نمونه ای بی نظیر در دنیا یاد کرده اند [۳۷].

نکته بسیار مهم این است که نباید به بهانه ارائه مراقبتهای سلامت اولیه و خدمات پیشگیری و بهداشتی نسبت به هزینه های سنگین بیماری ها و فقر حاصل از آن بی تفاوت بود. لازم است در کنار این برنامه ها، بیمه هایی نیز برای پوشش هزینه های بیماری ها وجود داشته باشند که از طریق حق بیمه های پرداختی توسط مردم و نیز کمک های مالی دولت تامین مالی گردند. در آلمان قسمتی از حق ویزیت پزشکان عمومی و متخصص توسط مردم پرداخت می شود. در مورد داروها نیز فقط هزینه داروهای ژنریک توسط بیمه پرداخت می شود و چنانچه بیمار متقاضی داروی غیر

ژنریک باشد باید مابه التفاوت قیمت دارو را خودش پرداخت نماید [۲۹]. در انگلیس نظام ملی سلامت وجود دارد و معیارهای جامعی برای حفاظت از افراد کم درآمد و افراد دارای بیماری های مزمن تدوین شده است بعنوان مثال قسمتی از هزینه های شیمی درمانی بیماران مبتلا به سرطان توسط دولت پرداخت می شود [۳۸]. در کره تصمیمات اتخاذ شده توسط کمیته های تخصیص در نهایت به دولت ارجاع داده می شوند تا دولت آنها را از نظر توجه به ارزشهایی همچون عدالت مورد بررسی قرار دهد [۳۹]. در چین اولویت دادن به پوشش همگانی، انباشت خطر برای اقشار آسیب پذیر، افزایش تامین مالی دولت و طرحهای مختلف بیمه برای گروههای مختلف مردم بیانگر تلاش برای بهبود عدالت اجتماعی از طریق برابری است. البته نظام تامین اجتماعی هنوز فاقد وضوح و شفافیت لازم بوده و همه خدمات اولیه سلامت را به مردم ارائه نمی دهد، هیچ خط مشی مشخصی که ضامن اجرای سیاست ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به همگان باشد وجود ندارد [۲۸]. در استرالیا ایجاد امکان دسترسی به خدمات سلامت برای تمامی افراد جامعه نمونه ای از توجه به عدالت در خدمات سلامت است. در برخی از دستورالعمل ها بر لزوم خدمت رسانی به افرادی که نیازمند خدمات درمانی فوری هستند تاکید شده است که این خود جنبه ای از توجه به عدالت است [۴۰]. نهایتاً اینکه هر چند بر اساس اسناد بالادستی و مصاحبه های انجام شده می توان ادعا نمود دو ارزش آزادی و حق انتخاب به شیوه های مختلف در نظام سلامت مورد توجه قرار گرفته اند اما هنوز با وضعیت ایده آل فاصله قابل ملاحظه ای دارند به نظر می رسد التزام تصمیم گیرندگان، سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت به اسناد بالادستی و بهره گیری از تجارب سایر کشورهای پیشرو در این زمینه باعث بهبود سطح دسترسی به خدمات و منطبق شدن میزان آزادی مردم برای بهره گیری از خدمات سلامت گردد. یکی از محدودیت های مطالعه؛ بررسی وضعیت دو ارزش آزادی و عدالت در نظام سلامت از طریق مصاحبه و نظرخواهی از مدیران نظام سلامت است، در حالیکه به نظر می رسد تعیین وضعیت این ارزشها از نظر مردم و سازمان های بیمه نیز ضروری باشد لذا می توان در مطالعه ای دیگر به ارزیابی میزان رعایت این ارزشها از دید مردم و نیز تعیین وضعیت ارزشها از دید کارشناسان و مدیران سازمانهای بیمه پرداخت. همچنین توصیه می شود از طریق مشاهده آنچه که در عمل در سازمانهای

محمد عرب: استاد مشاور پژوهش و نظارت بر کلیه مراحل اجرای برنامه و راهنمایی در تدوین مقاله
حکیمه مصطفوی: طراحی مطالعه، جمع آوری و تحلیل داده ها، تهیه و تدوین مقاله

بهداشتی و درمانی اتفاق می افتد به درک عمیق تری از وضعیت عدالت و آزادی در ارائه خدمات دست یافت.

سهم نویسندگان

آرش رشیدیان: استاد راهنمای پژوهش و نظارت عملی بر کلیه مراحل اجرای آن و راهنمایی در تدوین مقاله

منابع

1. Baltussen R. Priority setting of public spending in developing countries: Do not try to do everything for everybody. *Health Policy* 2006; 78:149-56
2. Maluka SO. Strengthening fairness, transparency and accountability in health care priority setting at district level in Tanzania. *Global Health Action* 2011; 3:4
3. Doshmangir L, Rashidian A, Ravaghi H, Takian A, Jafari M. The experience of implementing the board of trustees' policy in teaching hospitals in Iran: an example of health system decentralization. *International Journal of Health Policy and Management*. 2015; 4:207-16
4. Beckfield J, Krieger N. Epi+ demos+ cracy: linking political systems and priorities to the magnitude of health inequities—evidence, gaps, and a research agenda. *Epidemiologic Reviews* 2009; 31, 152–177
5. Elshaug AG, Hiller JE, Tunis SR, Moss JR. Challenges in Australian policy processes for disinvestment from existing, ineffective health care practices. *Australia and New Zealand Health Policy* 2007; 4:23
6. Culyer AJ. Social values in health and social care. Commission on the Future of Health and Social Care in England. 1st Edition, The King's Fund: England, 2014
7. Kirigia JM, Kirigia DG. The essence of governance in health development. *International Archives of Medicine* 2011; 4:11
8. Clark S, Weale A. Social values in health priority setting: a conceptual framework. *Journal of Health Organization and Management* 2012; 26:293-316
9. Stafinski T, McCabe C, Menon D. Determining social values for resource allocation decision-making in cancer care: a Canadian experiment. *Journal of Cancer Policy* 2014; 2:81-8
10. Mostafavi H, Rashidian A, Arab M, Mahdavi MR, Ashtarian K. Health Priority Setting in Iran: Evaluating Against the Social Values Framework. *Global journal of health science* 2016; 8:212
11. Stafinski T, Menon D, and Marshall D, Caulfield T. Societal values in the allocation of healthcare resources: is it all about the health gain? *The Patient* 2011; 4:207-25
12. Littlejohns P, Weale A, Chalkidou K, Faden R, Teerawattananon Y. Social values and health policy: a new international research programme. *Journal of Health Organization and Management* 2012; 26:285-92
13. Baltussen R, Mikkelsen E, Tromp N, Hurtig A, Byskov J, Olsen O, et al. Balancing efficiency, equity and feasibility of HIV treatment in South Africa - development of programmatic guidance. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2013; 11:26
14. Whitty JA, Littlejohns P. Social values and health priority setting in Australia: An analysis applied to the context of health technology assessment. *Health Policy* 2015; 119:127-136
15. Iranian Constitution. [Available at: <http://www.iranonline.com/iran/iran-info/government/constitution.htm> 2015]
16. Five year Development plan. [Available at: <http://hbi.ir/NSite/Service/News/?&Serv=213&SGR=538>. 2015]
17. Formation Act of the Ministry of Health and Medical Education. [Available at: rc.majlis.ir 2015.]
18. Health insurance Act. [Available at: <http://www.ghavanin.ir/detail.asp?id=7490>. 2015]
19. The act of health and medical education ministry structure. [Available at: rc.majlis.ir. 2015.]
20. Health road map. [Available at: <http://siasat.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=291&pageid=31657>. 2015.]
21. National preparation regulations. [Available at: rc.majlis.ir. 2015]
22. The law of Comprehensive structure of welfare and social security. [Available at: www.tamin.ir/content/oldeditor/.../sakhtare%20nezam%20jame.pdf. 2015]
23. The 1404 Vision. [Available at: farsi.khamenei.ir/message-content?id=9034. 2015]
24. Tuckett AG. Qualitative research sampling: the very real complexities. *Nurse Researcher* 2004; 12:47-61
25. Francis JJ, Johnston M, Robertson C, Glidewell L, Entwistle V, Eccles MP, et al. What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for

theory-based interview studies. *Psychology and Health* 2010; 25:1229-45

26. Mazmanian D, Sabatier P. Conceptual Framework. *Policy Studies Journal* 1980;53:38-60

27. Ahn J, Kim G, Suh HS, Lee SM. Social values and healthcare priority setting in Korea. *Journal of Health Organization and Management* 2012; 26:343-50

28. Docherty M, Cao Q, Wang H. Social values and health priority setting in China. *Journal of health organization and management* 2012; 26:351-62

29. Kieslich K. Social values and health priority setting in Germany. *Journal of Health Organization and Management* 2012; 26:374-83

30. Littlejohns P, Sharma T, Jeong K. Social values and health priority setting in England: "values" based decision making. *Journal of Health Organization and Management* 2012; 26:363-73

31. Nord E, Johansen R. Concerns for severity in priority setting in health care: A review of trade-off data in preference studies and implications for societal willingness to pay for a QALY. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* 2014, 116:281-8

32. Khayatzaheh-Mahani A, Fotaki M, Harvey G. Ethical Theories and Values in Priority Setting: A Case Study of the Iranian Health System. *Public Health Ethics* 2013; 6:60-72

33. Takian A, Doshmangir L, Rashidian A. Implementing family physician programme in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care network. *Family Practice* 2013; 30:551-9

34. Esmaeili R, Hadian M, Rashidian A, Shariati M, Ghaderi H. Family medicine in Iran: facing the health system challenges. *Global Journal of Health Science*. 2015; 7:260-6

35. Delavari S, Arab M, Rashidian A, Nedjat S, Souteh RG. A Qualitative Inquiry into the Challenges of Medical Education for Retention of General Practitioners in Rural and Underserved Areas of Iran. *Journal Preview Medicine Public Health* 2016; 49:386-93

36. Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and coincidence in re-engineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran. *Health Policy and Planning* 2011; 26:163-73

37. Jahanmehr N, Rashidian A, Khosravi A, Farzadfar F, Shariati M, Majdzadeh R, et al. A conceptual framework for evaluation of public health and primary care system performance in iran. *Global Journal of Health Science* 2015; 7:41848

38. Rawlins MD, Dillon A, Leng G. What's happening at NICE? *Clinical Medicine (London, England)* 2013; 13:13-5

39. Lim MK, Bae EY, Choi S-E, Lee EK, Lee T-J. Eliciting Public Preference for Health-Care Resource Allocation in South Korea. *Value in Health* 2012; 15: 91-94

40. Yusuf F, Leeder SR. Can't escape it: the out-of-pocket cost of health care in Australia. *The Medical Journal of Australia* 2013; 199:475-8

ABSTRACT

Freedom and equity in Iranian health system: a qualitative study

Arash Rashidian¹, Mohammad Arab², Hakimeh Mostafavi^{3*}

1. Eastern Mediterranean Region, World Health Organization, Cairo, Egypt

2. School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Vice-Chancellor's Office in Treatment Affairs, Health Economy, Standard and Health Technology Office, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2017; 6: 747- 757

Accepted for publication: 8 November 2017

[EPub a head of print-18 November 2017]

Objective (s): People are the major recipients of health services, they deserve their selves to have the choice right and equitable access to healthcare services. Health system is responsible for providing the fair services and choice right to the public. Hence, this study aims to explore the current position of freedom and equity in providing the healthcare services.

Methods: This qualitative study was conducted through literature and national documents review and face to face interview with key experts of the health system. All interviews are recorded and transcribed. MAX QDA10 was applied for organizing the concepts. Framework analysis was used for analyzing the concepts.

Results: Findings were categorized in two main themes of freedom of choice (with 3 categories including freedom of choice for treatment services, freedom of choice for preventive and hygienic services and freedom of choice for choosing the insurer) and equity (with 2 categories including equity in financial access and equity in physical access). Equity in physical access includes two sub categories: equity in access to preventive and hygiene services and equity in access to specialty and subspecialty services.

Conclusion: The freedom of choice and equity are considered in different ways in the health system however, there is a significant gap with the ideal position. It seems that the commitment of health system managers to national documents and learning from the experiences of other countries is essential for proper implementation of freedom of choice and equity at different levels of the health system.

Key Words: freedom of choice, choice right, equity, health system, access

* Corresponding author: Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Tel: 66972709

E-mail: Hakimeh_mostafavi@yahoo.com