



خلاصه سیاستی

**چارچوب ارزیابی تاثیر سیاست ها بر عدالت در
سلامت؛ پیوست عدالت در سلامت**

چارچوب ارزیابی تاثیر سیاست‌ها بر عدالت در سلامت؛ پیوست عدالت در سلامت

تهیه شده توسط:

مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران

شرح مسئله:

استراتژی‌ها یا گزینه‌های سیاستی

به نظر می‌رسد این مطالعه بتواند در فراهم آوردن مداخلات زیر در نظام سلامت، یاری رسان باشد:

- ایجاد ظرفیت و افزایش آگاهی در مورد عدالت سلامت در سراسر سازمان‌هایی که فعالیت‌های آنها به طور مستقیم و غیر مستقیم سلامت مردم را تحت تاثیر قرار می‌دهد؛
- طراحی یک ابزار پشتیبانی تصمیم‌سازی که کاربران را در چگونگی تاثیر یک برنامه، سیاست یا نوآوری‌های جدید بر سلامت گروه‌های جمعیت مختلف راهنمایی می‌کند؛
- پشتیبانی از تصمیمات، سیاست‌ها، برنامه‌ها و مداخلاتی که مبتنی بر ارزش‌های عدالتی هستند؛
- تبیین فرآیند گام به گام چگونگی ارزیابی سیاست‌ها از منظر عدالت در سلامت؛
- تدوین ابزار سنجش عدالت در سیاست‌های دولتی کشور به عنوان ابزار رصد اثر مداخلات بر عدالت در سلامت؛
- به حداقل رساندن تأثیرات منفی سیاست‌هایی که به طور بالقوه می‌توانند تفاوت‌های سلامتی را بین گروه‌های جمعیتی افزایش دهند.

"چارچوب ارزیابی تاثیر سیاست‌ها بر عدالت در سلامت؛ پیوست عدالت در سلامت" با هدف کمک به شناسایی اثرات بالقوه ناخواسته سیاست‌ها بر عدالت در سلامت که ناشی از تصمیم‌گیری (مثبت و منفی) بر گروه‌های جمعیتی خاص هستند، پشتیبانی از تصمیمات، سیاست‌ها، برنامه‌ها و مداخلاتی که مبتنی بر ارزش‌های عدالتی هستند، قرار دادن عدالت در فرآیندهای تصمیم‌گیری سازمان‌ها، ایجاد ظرفیت و افزایش آگاهی در مورد عدالت سلامت در سراسر سازمان با تدوین ابزار سنجش عدالت در سیاست‌های دولتی کشور طراحی و اجرا شد. ضروریست تا چگونگی تاثیر سیاست‌های تدوین شده در کشور در سطوح مختلف بر عدالت در سلامت بررسی شود و ابزاری جهت بررسی ابعاد مختلف عدالت در سلامت در سیاست‌های عمومی تدوین گردد. توجه به اثرات اجرای سیاست‌ها بر کاهش و یا افزایش نابرابری‌ها از جمله موارد ضروری در بعد پژوهشی و اجرایی به شمار می‌رود. خلاصه سیاستی به پیشنهاد طرحی جهت پیوست عدالت در

سلامت در سیاست‌های کشور در قالب یک ابزار ارزیابی می‌پردازد. ارزیابی پیامدهای عدالت در سلامت؛ یک ابزار برنامه‌ریزی عملی و موثر است که تاثیر بالقوه تغییرات مداخلات، برنامه‌ها یا سیاست‌ها را بر نابرابری‌های سلامت تحلیل می‌کند. این مهم یک ابزار پشتیبانی تصمیم‌سازی است که کاربران را در چگونگی تاثیر یک برنامه، سیاست یا نوآوری‌های جدید بر گروه‌های جمعیت مختلف راهنمایی می‌کند. HEIA اثرات بالقوه ناخواسته را نشان می‌دهد. هدف نهایی آن، به حداقل رساندن تأثیرات مثبت و کاهش تأثیرات منفی است که به طور بالقوه می‌تواند اختلافات سلامتی را بین گروه‌های جمعیتی

1. Health Equity Impact Assessment; HEIA

افزایش دهد - به طور خلاصه، ارائه عادلانه‌تر برنامه، مداخلات، سیاست و غیره می باشد. HEIA دارای چهار هدف کلیدی است:

✓ کمک به شناسایی اثرات بالقوه ناخواسته بر عدالت در سلامت ناشی از تصمیم گیری (مثبت و منفی) بر گروه های جمعیتی خاص

✓ پشتیبانی از تصمیمات، سیاست ها، برنامه ها و مداخلاتی که مبتنی بر ارزش های عدالتی هستند.

✓ قرار دادن عدالت در فرآیندهای تصمیم گیری سازمان ها

✓ ایجاد ظرفیت و افزایش آگاهی در مورد عدالت سلامت در سراسر سازمان

جهت تدوین و طراحی چارچوب ارائه شده در این خلاصه سیاستی، ابتدا با استفاده از بررسی و تحلیل مطالعات به شناسایی انواع مدل ها و ابزار های ارزیابی تاثیر سیاست ها بر عدالت در سلامت و مطالعات ارزیابی پیامدهای عدالت در سلامت با تمرکز بر عدالت، پرداخته شد. در این بررسی ابعاد ارزیابی تاثیر سیاست ها بر عدالت در سلامت، مراحل اجرای ارزیابی تاثیر سیاست ها بر عدالت در سلامت بررسی شدند و نهایتاً مدل اولیه ابزار ارزیابی تاثیر سیاست ها بر عدالت در سلامت برای کشور تدوین گردید. در مرحله بعدی، معتبر نمودن مدل ارزیابی تاثیر سیاست ها بر عدالت در سلامت با بهره گیری از روش های اجماع خبرگان انجام شد. معتبر سازی مدل و چک لیست ارزیابی تاثیر سیاست ها بر عدالت در سلامت در دو مرحله انجام شد و طی آن جزئیات اجرایی مراحل مدل ارزیابی تاثیر سیاست ها بر عدالت در سلامت بررسی و ارائه شدند. همچنین یک راهنمای گام به گام که در آن نحوه استفاده از چک لیست ارزیابی تاثیر سیاست ها بر عدالت در سلامت تدوین شد و در آن به توضیح و تشریح ابزار و مدل پرداخته شد. در فاز آخر، به پایلوت مدل و چک لیست تدوین شده پرداخته شد.

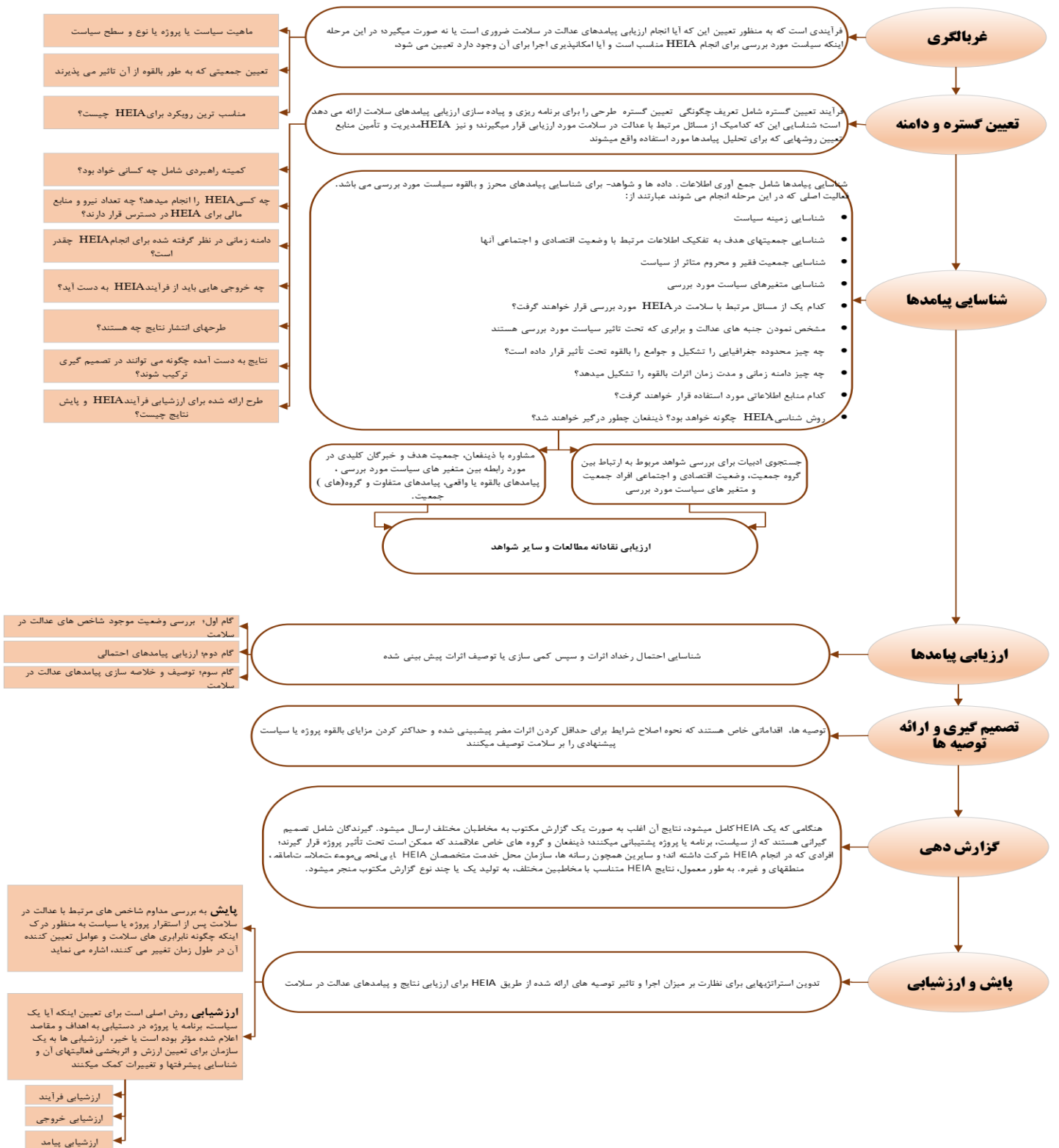
مدل و فرآیند اجرای ارزیابی پیامدهای عدالت در سلامت

فرآیند اجرای HEIA در هفت مرحله طراحی شده است. در این قسمت به معرفی این مراحل، تعریف و ابعاد آن می پردازیم. همچنین جزئیات اجرایی هر مرحله به همراه ابزارها و چک لیست هایی که برای انجام آنها مورد نیاز خواهند بود، ارائه می شوند.

هفت مرحله فرآیند اجرای HEIA عبارتند از:

۱. غربالگری^۲
۲. تعیین دامنه و گستره^۳
۳. شناسایی پیامدها^۴
۴. ارزیابی پیامدها^۵
۵. تصمیم گیری و ارائه توصیه ها^۶
۶. گزارش دهی^۷
۷. پایش و ارزشیابی^۸

2. Screening
3. Scoping
4. Impact Identification
5. Assessment of Impacts
6. Decision making and Recommendations
7. Reporting and Dissemination
8. Monitoring and Evaluation



چک لیست گزارش دهی نتایج ارزیابی پیامدهای عدالت در سلامت (پیوست عدالت در سلامت)

"چک لیست گزارش ارزیابی تاثیر سیاست ها بر عدالت در سلامت؛ پیوست عدالت در سلامت" خلاصه و چکیده ای از نتایج ارزیابی است که در مورد تاثیر سیاست بر عدالت در سلامت انجام شده است؛ در واقع پیش زمینه تکمیل اطلاعات این چک لیست ارزیابی است که پیش از تکمیل چک لیست در خصوص بررسی تاثیر سیاست بر عدالت در سلامت انجام شده است، می باشد. با توجه به اینکه حجم گزارشات ارزیابی پیامدهای عدالت در سلامت زیاد است و معمولا با توجه به این حجم اطلاعات و تعداد بالای سیاست هایی که باید در مورد تصویب آنها تصمیم گیری شود، مطالعه و بررسی گزارشات ارزیابی توسط سیاست گذار دشوار و زمانبر می باشد. لذا این چک لیست با هدف تلخیص اطلاعات ارزیابی پیامدهای عدالت در سلامت در پنج بخش تنظیم شده است:

- ✓ بخش اول: معرفی سیاست
- ✓ بخش دوم: مدیریت ارزیابی سیاست پیشنهادی از منظر عدالت در سلامت
- ✓ بخش سوم: گستره و دامنه جمعیت تحت تاثیر
- ✓ بخش چهارم: نتایج ارزیابی پیامدها
- ✓ بخش پنجم: توصیه ها

بسمه تعالی

چک لیست گزارش ارزیابی تاثیر سیاست ها بر عدالت در سلامت؛ پیوست عدالت در سلامت

بخش اول: معرفی سیاست	
	عنوان:
	هدف اصلی:
	نوع سیاست: <input type="checkbox"/> طرح <input type="checkbox"/> لایحه <input type="checkbox"/> بخشنامه <input type="checkbox"/> سیاست های کلی <input type="checkbox"/> سایر؛ نام ببرید:
	سطح سیاست: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> محلی
	بخش، دستگاه / های پیشنهاد دهنده سیاست:
	بخش / های متاثر از سیاست: <input type="checkbox"/> آموزش و پرورش <input type="checkbox"/> ارتباطات و فناوری اطلاعات <input type="checkbox"/> اقتصادی و دارایی <input type="checkbox"/> سلامت (بهداشت و درمان) <input type="checkbox"/> رفاه اجتماعی <input type="checkbox"/> کشاورزی <input type="checkbox"/> دادگستری <input type="checkbox"/> راه و شهرسازی <input type="checkbox"/> صنعت، معدن و تجارت <input type="checkbox"/> علوم، تحقیقات و فناوری <input type="checkbox"/> ورزش <input type="checkbox"/> بخش خصوصی؛ نام: <input type="checkbox"/> سایر (نام ببرید):
	متولی اجرای سیاست:

زمان پیشنهاد سیاست در مجلس:		
بخش دوم: مدیریت ارزیابی سیاست پیشنهادی از منظر عدالت در سلامت		
<p style="text-align: right;">نوع ارزیابی:</p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> ارزیابی مبتنی بر مدارک و مستندات در دسترس <input type="checkbox"/> سریع <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> جامع </p>		
میزان اعتبار انجام ارزیابی (ریال):		
<p style="text-align: right;">مجری و تیم انجام دهنده ارزیابی:</p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> شخص حقیقی: <input type="checkbox"/> شخص حقوقی: </p>		
تعداد نیروی انجام دهند:		
دامنه زمانی انجام ارزیابی:		
<p style="text-align: right;">طرح های انتشار نتایج ارزیابی:</p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> گزارش رسمی <input type="checkbox"/> خلاصه اجرائی <input type="checkbox"/> گزارش جامعه <input type="checkbox"/> گزارش مختصر <input type="checkbox"/> سایر </p>		
<p style="text-align: right;">آیا چک لیست پیوست دارد؟</p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر </p> <p style="text-align: right;">در صورت پاسخ "بله"، تعداد پیوست:</p> <p style="text-align: right;">عنوان پیوست:</p>		
بخش سوم: گستره و دامنه جمعیت تحت تاثیر		
جمعیت تحت تاثیر پیامدهای منفی اجرای سیاست بر عدالت در سلامت	جمعیت تحت تاثیر پیامدهای مثبت اجرای سیاست بر عدالت در سلامت	معرفی جمعیت تحت تاثیر:
		تعداد جمعیت تحت تاثیر:
توزیع جمعیت تحت تاثیر:		
		سن
		زیر ۵ سال
		۵-۱۴ سال

		۴۹-۱۵ سال		
		۶۹-۵۰ سال		
		بالای ۷۰ سال		
جنس		زن		
		مرد		
سطح تحصیلات رسمی		بی سواد		
		ابتدایی		
		زیر دیپلم		
		لیسانس و فوق		
		دکتری و بالاتر		
پنجک های اقتصادی		پنجک اول		
		پنجک دوم		
		پنجک سوم		
		پنجک چهارم		
		پنجک پنجم		
گروه های آسیب پذیر		کودکان > ۱۹ سال		
		سالمنندان < ۶۰ سال		
		معلولان، ناتوان های جسمی / ذهنی / بیماران خاص		
		زنان سرپرست خانوار		
		شهری		
	منطقه جغرافیایی		روستایی	
			حاشیه نشینی	
			سکونت گاه های غیر رسمی	

بخش چهارم: نتایج ارزیابی پیامدها

شدت / جدیت بروز پیامد	احتمال بروز پیامد	مدت زمان بروز پیامد	جمعیت متأثر	جهت	پیامد عدالت در سلامت	
					جزئیات	نوع
						میزان مرگ و میر کودکان و مادران (نوزادان، کودکان زیر یکسال، کودکان زیر ۵ سال، مادران به دلیل حاملگی و عوارض آن)
						میزان مرگ در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال به دلیل چهار علت اصلی (دیابت، قلبی، عروقی، سرطان، بیماریهای مزمن تنفسی)
						میزان سایر علل مرگ و میر

						میزان بروز بیماری (بیماری های واگیر، سرطان، دیابت، قلبی عروقی، اختلالات روان،...)
						میزان شیوع بیماری (بیماری های واگیر، سرطان، دیابت، قلبی عروقی، اختلالات روان،...)
						شیوع کم وزنی و کوتاه قدی در کودکان زیر ۵ سال
						میزان فعالیت فیزیکی
						نرخ ناباروری
						دسترسی به شبکه عمومی آب آشامیدنی سالم (داخل یا خارج منزل)
						دسترسی به فضای سبز شهری عمومی
						میزان آلاینده ها اعم از کود ، سم و فلزات در محصولات کشاورزی
						میزان مواجهه با هوای آلوده
						سایر پیامدهای عدالت در سلامت

ارزیابی کلی تاثیر سیاست بر عدالت در سلامت:

- کم
- متوسط
- زیاد
- بسیار زیاد

بخش پنجم: توصیه ها

معایب / محدودیت ها	مزایا	راهکارهای کاهش پیامدهای منفی و افزایش پیامدهای مثبت

راهنمای تکمیل چک لیست گزارش ارزیابی تاثیر سیاست ها بر عدالت در سلامت

در این راهنما سعی می شود تا جزئیات مربوط به تکمیل هر یک از موارد و گزینه های این چک لیست تشریح شود تا تکمیل آن برای انجام دهندگان ارزیابی کننده و مطالعه و تحلیل آن برای خوانندگان و سیاست گذاران تسهیل گردد.

بخش اول: معرفی سیاست

هر "چک لیست گزارش ارزیابی تاثیر سیاست ها بر عدالت در سلامت" منتسب به یک سیاست می باشد؛ سیاستی که از منظر تاثیر بر عدالت در سلامت مورد ارزیابی قرار گرفته است. لذا بخش اول این چک لیست به معرفی سیاست و ابعاد مختلف آن اشاره دارد. اطلاعاتی که باید در مورد یک سیاست تکمیل شوند عبارتند از:

- **سیاست:** منظور از سیاست، هرگونه سندی است که قرار است مصوبه مجلس را دریافت نماید. انتظار می رود که در مرحله ای که سیاست از منظر عدالت در سلامت ارزیابی می شود، هنوز مصوبه مجلس را دریافت نکرده باشد.
- **عنوان:** در این قسمت عنوان دقیق سیاستی که از منظر عدالت در سلامت بررسی شده است و قرار است در مجلس بررسی و مصوبه دریافت نماید نوشته می شود.
- **هدف اصلی:** یکی از ویژگی های اصلی محتوی سیاست ها هدف آنها می باشد؛ معمولا همه اسناد و سیاست ها با یک و یا چند هدف کلی و اختصاصی نوشته می شوند که در متن و محتوای سند به آنها اشاره می شود. در این قسمت هدف کلی سیاست مورد بررسی نوشته می شود.
- **نوع سیاست:** معمولا پیشنهادهایی که در مجلس مطرح می شوند تا مصوبه دریافت نمایند، به طور کلی یا از نوع طرح هستند و یا لایحه. با توجه به اینکه هدف این چک لیست این است که همه مصوبات مجلس پیوست عدالت داشته باشند، در این قسمت باید مشخص شود که پیشنهاد مورد بررسی چه نوعی و در چه سطحی است.
- **سطح سیاست:** سطح اجرایی سیاست ها متفاوت می باشد؛ دامنه اجرایی برخی از سیاست ها وسیع و در سطح ملی است، برخی در دامنه کوچکتری قرار است اجرایی شوند و برخی دیگر مختص یک منطقه جغرافیایی و شهر مشخصی هستند. در این قسمت با توجه به دامنه اجرایی سیاست، سطح آن باید مشخص شود که ملی است، استانی و یا محلی (منظور از محلی یک یا چند بخش و یا یک و یا چند شهر مشخص (کمتر از سطح استان) می باشد).
- **بخش، دستگاه / های پیشنهاد دهنده سیاست:** در این قسمت بخش و دستگاه دولتی که مرجع و پیشنهاد دهنده اصلی تصویب سیاست در مجلس بوده است معرفی می گردد.
- **بخش / های متاثر از سیاست:** وقتی سیاستی اجرا می شود، بخش های متعددی ممکن است به صورت بالقوه به طور مستقیم و یا غیر مستقیم از آن تاثیر بپذیرند. مشخص کردن این قسمت از جهت مشخص شدن اینکه ذینقش های یک سیاست چه کسانی هستند اهمیت دارد؛ این مهم خود می تواند در شفاف شدن اینکه سیاست چه تاثیری بر عدالت دارد نیز موثر باشد. لذا در این قسمت بخش ها و دستگاه هایی را که ممکن است به صورت مستقیم و غیر مستقیم از اجرای سیاست تاثیر بپذیرند و در اجرا نیز نقش داشته باشند باید مشخص شوند. قطعا لیست این بخش ها، دستگاه ها و سازمان ها دامنه گسترده تری از آنچه

در این چک لیست گنجانده شده، را شامل می شوند؛ لذا باید اگر بخش ها و دستگاه های دیگری از سیاست متاثر می شوند که نام آنها قید نگردیده است، نام آن را در قسمت "سایر" اضافه شود.

- متولی یا متولیان اجرای سیاست: فارغ از اینکه یک سیاست می تواند بخش های متعددی را تحت تاثیر قرار دهد، اما نهایتاً متولیان اجرای یک سیاست محدود هستند. در این قسمت باید متولی/یان اصلی اجرای سیاست پیشنهاد شده قید گردد.
- زمان پیشنهاد سیاست در مجلس: در این قسمت زمان پیشنهاد سیاستی که قرار است مصوبه مجلس را دریافت نماید نوشته می شود.

بخش دوم: مدیریت ارزیابی سیاست پیشنهادی از منظر عدالت در سلامت

بخش دوم چک لیست، با عنوان "مدیریت ارزیابی سیاست پیشنهادی از منظر عدالت در سلامت" به ارائه اطلاعاتی در مورد اینکه ارزیابی انجام شده در مورد تاثیر سیاست مورد بررسی بر عدالت در سلامت چگونه انجام شده است، می پردازد. اطلاعاتی که باید در مورد ارزیابی انجام شده در خصوص تاثیر یک سیاست بر عدالت در سلامت تکمیل شوند عبارتند از:

- نوع ارزیابی: اگرچه تمام مدل های انجام ارزیابی پیامد سیاست ها بر عدالت در سلامت یک رویکرد کلی گام به گام توصیف شده را دنبال می کنند، انعطاف پذیری قابل ملاحظه ای در اینکه این فرآیند چگونه می تواند انجام شود وجود دارد. این رویکرد می تواند از نظر سطح شدت و زمان اختصاص داده شده و اینکه آیا HEIA به عنوان یک فرآیند مستقل یا یکپارچه با سایر ارزیابی ها انجام شده است، متفاوت باشد. بر این اساس انواع HEIA را می توان از نظر نوع شناسی در چهار دسته تقسیم بندی نمود: ارزیابی مبتنی بر مدارک و مستندات در دسترس⁹، سریع¹⁰، متوسط¹¹، جامع¹² (جدول ۱). سطوح شدت HEIA؛ سطح شدت یا تلاشی که در HEIA صرف می شود به عوامل متعددی بستگی دارد، این عوامل عبارتند از: جدول زمانی تصمیم گیری سیاست یا پروژه ای که باید ارزیابی شود، پیچیدگی نسبی اثرات بالقوه سلامت و منابع انسانی و مالی در دسترس برای انجام ارزیابی. بر اساس اطلاعاتی که در جدول ۱ آماده است، در این قسمت باید مشخص شود که ارزیابی انجام شده از چه نوعی می باشد.

جدول ۱: نوع شناسی HEIA بر اساس وسعت اجرای کار

جامع	متوسط	سریع	ارزیابی مبتنی بر مدارک و مستندات در دسترس
چندین ماه تا چندین سال ✓	۴ هفته تا چندین ماه ✓	بسیار سریع (۱ هفته تا ۶ هفته) ✓	۲ روز تا ۱ هفته طول می کشد ✓ یک نمای کلی از اثرات بالقوه سلامتی را ارائه می دهد. ✓
نیاز به منابع قابل توجهی دارد ✓	نیاز به میزان متوسطی از منابع دارد ✓	نیاز به منابع اندکی دارد ✓	مبتنی بر مدارک و مستندات در دسترس ✓
مشارکت قابل توجه ذی نفعان ✓	مشارکت برخی ذی نفعان ✓	بدون مشارکت ذی نفعان ✓	بدون مشارکت ذی نفعان ✓

9. Desk-based HEIA

1 .Rpid HEIA 0

1 .Mdle HEIA 1

1 .Gmprehensive HEIA 2

شامل	✓ معمولاً	✓ گردآوری برخی داده های	✓ بدون نیاز به جمع آوری
های	گردآوری داده های	جدید، غالباً کمتر به بانک	داده های جدید
	اولیه است	داده های موجود متکی	
		است	

- **میزان اعتبار انجام ارزیابی (ریال):** ارزیابی‌های پیامدهای عدالت در سلامت در مقیاس‌های مختلف تأمین مالی می‌شوند و میزان کمک های مالی نیز بستگی به دامنه و وسعت ارزیابی دارد. هزینه‌ها و مقادیر کمک مالی همچنین بسته به اینکه آیا ارزیابی به‌تنهایی انجام می‌شود و یا با فرآیندها و ارزیابی‌های دیگر انجام می‌شود و همچنین اینکه چه نهاد و بخشی آن را انجام می‌دهد، تفاوت دارد. هزینه ارزیابی‌های پیامدهای عدالت در سلامت می‌تواند از چند میلیون تا چند صد میلیون باشد. به‌طور معمول، مقدار کمتر مربوط به ارزیابی‌های مبتنی بر مدارک و مستندات در دسترس و ارزیابی‌های سریع می‌باشد و بودجه بیشتر مربوط به برنامه‌هایی است که فراتر از ارزیابی‌های انفرادی است و زمانی انجام می‌شوند که توسعه سیستم‌ها و ساختارها برای بلندمدت جهت ارزیابی یکپارچه تأثیرات نابرابری‌های سلامتی و ظرفیت‌سازی مدنظر باشد. در این قسمت از چک لیست میزان بودجه و اعتباری که برای اجرای ارزیابی سیاست‌ها از منظر عدالت در سلامت هزینه شده است به ریال درج می‌شود.
- **مجری و تیم انجام دهنده ارزیابی:** انجام ارزیابی پیامدهای عدالت در سلامت معمولاً به صورت یک پروژه تحقیقاتی و یا یک بررسی کارشناسی می‌باشد. این بررسی می‌تواند توسط یک شخص حقیقی (عضو هیات علمی دانشگاه، کارشناس اداره مرتبط با موضوع...) و یا یک شخص حقوقی (یک مرکز تحقیقات، شرکت خصوصی انجام دهنده پروژه‌های ارزیابی...) باشد. در این قسمت مجری اصلی انجام دهنده ارزیابی به همراه وابستگی سازمانی آن درج می‌شود. با مشخص بودن اینکه مجری چه کسی است و وابستگی سازمانی آن چیست می‌توان در مورد کیفیت و اعتبار نتایج ارزیابی انجام شده بهتر قضاوت نمود.
- **تعداد نیروی انجام دهنده:** در این قسمت تعداد نیروی انسانی تیم انجام دهنده ارزیابی سیاست که درگیر در امور میدانی و تدوین گزارش بودند نوشته می‌شود.
- **دامنه زمانی انجام ارزیابی:** یک ارزیابی با توجه به نوع آن می‌تواند طی یک هفته تا چندین ماه انجام شود. در این قسمت طول دوره ای که صرف انجام ارزیابی سیاست از منظر عدالت در سلامت شده است به ماه بیان می‌شود.
- **طرح های انتشار نتایج ارزیابی:** به طور معمول، نتایج ارزیابی پیامدهای عدالت در سلامت متناسب با مخاطبین مختلف، به تولید یک یا چند نوع گزارش مکتوب منجر میشود؛ این گزارشات ممکن است به یکی از اشکال زیر باشد:
 - ✓ **گزارش رسمی:**^{۱۳} یک گزارش رسمی، روش‌شناسی ارزیابی و یافته‌ها را مستند می‌کند. این گزارش‌ها معمولاً ۱۵۰-۲۵ صفحه می‌باشند و به جزئیات جامعی از تمام جنبه‌های ارزیابی انجام شده می‌پردازند، به طوری که می‌توانند یک بررسی دقیق و موشکافانه از HEIA انجام شده، ارائه دهند.
 - ✓ **خلاصه اجرائی:**^{۱۴} یک خلاصه اجرائی ارزیابی پیامدهای عدالت در سلامت (۲۰-۱۰ صفحه) اغلب در ابتدای یک گزارش رسمی گنجانده می‌شود و یا می‌تواند مثل یک سند مستقل عمل کند. خلاصه، اجمالا ارزیابی را برای خوانندگانی توصیف می‌کند که زمان و یا علاقه‌ای به خواندن کل گزارش رسمی ندارند. اغلب از همان ساختار گزارش پیروی می‌کنند و شامل خلاصه‌ای از روش، نتایج تعیین‌گستره، نتایج ارزیابی، توصیه‌ها و نتیجه‌گیری می‌شود.

13 Formal report
14 Executive summary

✓ **گزارش جامعه:** گزارشات جامعه برای ارائه نتایج به یک گروه ذی‌نفع خاص، معمولاً ساکنان جامعه تحت تأثیر در نظر گرفته شده است. گزارشات جامعه اغلب برای پرهیز از به کار بردن اصطلاحات خاص یک صنف و زبان فنی و ارائه یافته‌های ارزیابی به روشی که مربوط به گروه‌های ذی‌نفع باشد، تلاش می‌کنند.

✓ **گزارش مختصر:** یک گزارش مختصر، خلاصه‌ای دو تا چهار صفحه‌ای از ارزیابی پیامدهای عدالت در سلامت را در یک فرمت تصویری جذاب ارائه می‌کند. این نوع گزارش، برای تحریک علاقه خواننده برای جستجوی اطلاعات بیشتر از طریق یکی از فرمت‌های طولانی‌تر یا در غیر این صورت، هدایت او در نظر گرفته شده است. گزارش مختصر، به سرعت خواننده را از زمینه کلی موضوع و ارتباط آن با زمینه و نگرانی ارزیابی پیامدهای نابرابری های سلامت به خلاصه‌ای از اثرات سلامت و توصیه‌های کلیدی پیش‌بینی شده منتقل می‌کند.

✓ **سایر:** اگر فرمت گزارش اصلی تدوین شده از ارزیابی که از سیاست از منظر عدالت در سلامت انجام شده است در هیچ گدام از دسته بندی بالا قرار نگیرد، در دسته "سایر" گنجانده شود.

- **آیا چک لیست پیوست دارد؟** گزارش اصلی ارزیابی سیاست از منظر عدالت در سلامت می‌تواند یکی از ضوابط اصلی این چک لیست باشد. سایر اطلاعات اضافی در خصوص حقایقی که در چک لیست به آنها اشاره شده است، می‌توانند به عنوان پیوست چک لیست قرار داده شوند. پیوست‌ها توسط افرادی که چک لیست را بررسی و در خصوص تصویب سیاست قرار است تصمیم‌گیری کنند می‌توانند اطلاعات کاملتری را ارائه نمایند. لذا در این قسمت باید مشخص شود که آیا چک لیست تکمیل شده پیوست دارد یا خیر و اگر پاسخ مثبت است تعداد و عنوان هر یک از پیوست‌ها را بنویسند.

بخش سوم: گستره و دامنه جمعیت تحت تأثیر

بخش سوم به بعد "چک لیست گزارش ارزیابی تأثیر سیاست‌ها بر عدالت در سلامت" در مورد نتایج ارزیابی هستند. در این بخش گستره و دامنه جمعیت تحت تأثیر سیاست معرفی می‌شوند. یکی از مهمترین معیارهای تصمیم‌گیری در مورد سیاست این است که مشخص شود جمعیتی که از اجرای پیامدهای مثبت و منفی سیاست متأثر می‌شوند چه کسانی هستند. لذا این دامنه هم جمعیتی که از پیامدهای مثبت منتفع می‌شوند و هم جمعیتی که از پیامدهای منفی آسیب می‌بینند را شامل می‌شود. اطلاعاتی که باید در مورد جمعیت تحت تأثیر یک سیاست بر عدالت در سلامت تکمیل شوند عبارتند از:

- **معرفی جمعیت تحت تأثیر:** جمعیت تحت تأثیر می‌توانند مردم عادی یک منطقه، گروه خاصی از بیماران، دسته مشخصی از مشاغل، گروه سنی خاص و یا هر ویژگی دیگری داشته باشند. سیاست‌ها می‌توانند هم پیامدهای مثبت و هم پیامدهای منفی بر نابرابری‌های سلامت داشته باشند. با توجه به اینکه هدف از انجام ارزیابی سیاست‌ها از منظر عدالت در سلامت به حداکثر رساندن پیامدهای مثبت و حداقل نمودن پیامدهای منفی است، لازم است که در این قسمت مشخص شود که جمعیت تحت تأثیر سیاست به تفکیک اینکه تحت تأثیر پیامدهای مثبت یا منفی سیاست هستند معرفی می‌شوند.

- **تعداد جمعیت تحت تأثیر:** در این قسمت تعداد جمعیت به تفکیک هر یک از گروه‌های معرفی شده در سطر قبلی نوشته می‌شود.

- **توزیع جمعیت تحت تاثیر:** با توجه به اینکه چه جمعیت و گروه هایی تحت تاثیر سیاست قرار می گیرند، در این قسمت توزیع آنها به تفکیک در کدامیک از گروه های سنی هستند، جنس، سطح تحصیلات، پنجم های اقتصادی، گروه های آسیب پذیر و منطقه جغرافیایی مشخص می شود. در این قسمت لازم است نحوه چگونگی توزیع جمعیت با تیک زدن جلو آن مشخص شود.

بخش چهارم: نتایج ارزیابی پیامدها

بخش چهارم و قسمت اصلی چک لیست "گزارش ارزیابی تاثیر سیاست ها بر عدالت در سلامت" به ارائه خلاصه اطلاعات مربوط به نتایج ارزیابی تاثیر سیاست ها بر عدالت در سلامت اختصاص دارد. در ادامه اجزا جدول "پیامدهای عدالت در سلامت" تشریح می شوند. فراهم نمودن خلاصه مشخصات اثرات پیش بینی شده به گونه ای که خوانندگان بتوانند اهمیت نسبی پیامدهای مختلف عدالت در سلامت را مقایسه کنند، مهم است. لازم به ذکر است در این قسمت پیامدهایی که منجر به ارتقا نابرابری های سلامت و همچنین پیامدهایی که تاثیر مثبت بر عدالت در سلامت دارند، ارائه می شوند تا بر اساس آنها تصمیم گیری در مورد محتوای سیاست و راهکارهای کنترل و کاهش اثرات منفی و افزایش اثرات مثبت ارائه گردد. مشخصه پیامد معمولاً با استفاده از پارامترهای استاندارد شده مانند احتمال، شدت و مدت زمان، برای مشخص کردن ویژگی های پیامد ها انجام می شود. اطلاعاتی که باید در مورد نتایج ارزیابی پیامدهای یک سیاست بر عدالت در سلامت تکمیل شوند عبارتند از:

- **نوع:** در قسمت "نوع" پیامدهای عدالت در سلامت، انواعی از این پیامدها به صورت پیش فرض نوشته شده است؛ نوع پیامدهای عدالت در سلامت در واقع به تاثیراتی که اجرای سیاست بر نابرابری های پیامدهای سلامت (نابرابری در میزان مرگ و میر، نابرابری در بروز و شیوع بیماری ها و ...) خواهد داشت، اشاره می نماید. برای مشخص کردن "نوع" پیامدهای عدالت در سلامت، لازم است که سنتن قبل از انواع پیامدها با علامت تیک ✓ مشخص شود.

- **جزئیات:** بعد از اینکه نوع پیامد مشخص شد، در ستون "جزئیات" در صورت لزوم اطلاعات جزئی تر در مورد نوع پیامد ارائه می شود.

- **جهت:** "جهت" پیامد، سودمند یا مضر بودن نوع پیامد بر عدالت در سلامت را نشان می دهد. در این قسمت لازم است پیامدهایی که نابرابری های سلامت را افزایش می دهند به صورت "منفی" و پیامدهایی که منجر به بهبود عدالت در سلامت و کاهش نابرابری های سلامت می شوند به صورت "مثبت" مشخص شوند.

- **جمعیت متأثر:** در این قسمت جمعیت تحت تاثیر به تفکیک هر یک از پیامدهای مشخص شده معرفی می شوند.

- **مدت زمان بروز اثر:** ^۱مواجهه اغلب چه زمانی یا برای چه مدت رخ می دهد؛ برای تکمیل این قسمت فاصله زمانی بین اجرای سیاست تا تاثیری که این سیاست بر هر یک از پیامدهای عدالت در سلامت خواهد داشت مشخص می شود، نوشته می شود:

✓ پیامدهای زیر بین یک تا دو سال: کوتاه مدت

✓ پیامدهای بین ۲ تا ۵ سال: میان مدت

✓ پیامدهای بالاتر از ۵ سال: بلند مدت

¹ . Direction
¹ . Magnitude/geographic extent

- **احتمال بروز اثر:** احتمال رخ دادن مواجهه یا اثر چقدر است. احتمال، به قدرت تحقیقات/شواهد نشان‌دهنده روابط علی بین تاثیر سیاست و پیامد عدالت در سلامت اشاره دارد: ♦: شواهد محدود، ♦♦: شواهد محدود اما محکم، ♦♦♦: رابطه علی ایجاد شده. یک تأثیر علی بدین معناست که این اثر صرف نظر از شدت یا بزرگی، احتمالاً رخ می‌دهد.
- **شدت / جدیت بروز اثر:** در این قسمت مشخص می‌شود که شدت اثرات بالقوه سلامت ممکن است چقدر باشد:
 - ✓ کم: اثر محسوس نیست.
 - ✓ متوسط: نتایج اثرات، ناراحتی، آسیب‌های جزئی یا بیماری‌هایی است که نیازی به مداخله ندارند.
 - ✓ زیاد: اثر منجر به آسیب یا بیماری متوسط است که ممکن است نیاز به مداخله داشته باشد.
 - ✓ بسیار زیاد: اثر منجر به از دست دادن زندگی، آسیب جدی و یا بیماری مزمن می‌شود که نیاز به مداخله دارد.
- **ارزیابی کلی تاثیر سیاست بر عدالت در سلامت:** در این قسمت فرد ارزیابی کننده، با توجه به اطلاعاتی که در قسمت قبل ارائه شد (نوع پیامدهای عدالت در سلامت، جمعیت متأثر، مدت زمان بروز اثر، احتمال بروز اثر و شدت/جدیت بروز اثر) قضاوت کلی خود را از میزان تاثیر سیاست مورد بررسی بر عدالت در سلامت با تیک زدن یکی از سطوح کم، متوسط، زیاد و بسیار زیاد ارائه می‌نماید.

بخش پنجم: توصیه‌ها

بخش پنجم چک لیست به ارائه توصیه‌ها و راهکارها اختصاص دارد؛ توصیه‌ها، اقداماتی خاص هستند که نحوه اصلاح شرایط برای حداقل کردن اثرات مضر پیشبینی شده و حداکثر کردن مزایای بالقوه پروژه یا سیاست پیشنهادی را بر عدالت در سلامت توصیف میکنند. تدوین توصیه‌ها، گامی مهم در ارزیابی پیامدهای عدالت در سلامت است، زیرا فرصتی فراهم میکند برای ترجمان نتایج ارزیابی به اقداماتی که ممکن است نابرابری‌های سلامت جمعیت تحت تأثیر را ارتقا دهد. تدوین توصیه‌های مناسب میتواند با مهارت همراه باشد، زیرا رویکرد واحد یا الگوی استاندارد برای طراحی توصیه‌ها وجود ندارد. توصیه‌ها برای مؤثر بودن، باید هم در پروژه یا سیاست پیشنهادی و هم در بافتار محلی منحصر به فرد باشند. آنها باید الویت پیامدهای عدالت در سلامت شناسایی شده در فاز ارزیابی و محدودیتهای قضایی و اداری ذی‌نفعان مختلف از قبیل مجریان و پیشنهاد دهندگان سیاست را به شمار آورند. توصیه‌های ارائه شده باید ویژگی‌های زیر را داشته باشند:

۱. توصیه‌ها باید مبتنی بر شواهد باشد.
 ۲. توصیه‌ها باید هم نابرابری‌های سلامت را کاهش و هم عدالت در سلامت را افزایش دهند.
 ۳. توصیه‌ها باید خاص و عملی باشند.
 ۴. توصیه‌ها باید برای مجریان آن قابل استفاده باشد.
- در ستون اول جدول "توصیه‌ها"، راهکارهای کاهش پیامدهای منفی و افزایش پیامدهای مثبت به ترتیب اولویت نوشته می‌شوند. سپس در ستون‌های دوم و سوم به ترتیب مزایا، معایب و محدودیت‌های هر راهکار باید نوشته شوند تا بر اساس آنها سیاست گذار بتواند در مورد اجرایی نمودن سیاست مورد بررسی تصمیم درست اخذ نماید.

1 .Likelihood 9
2 .Severity 0

جمع بندی

روش های زیادی برای ارزیابی پیامدهای سلامت وجود دارد، از جمله: ارزیابی / سنجش، نیاز سنجی، نظارت در زمان اجرا و پیاده سازی، ارزیابی پیامدهای سلامت و دیگر ابزارها مانند گزارش های پیامد نظارتی، حسابرسی ها یا چک لیست ها. علیرغم اهداف متفاوت (به عنوان مثال اینکه نیازسنجی در مورد پیامدهای سلامت نیست)، تمامی این اقدامات نقشی در تعیین پیامدهای سلامت دارند.

مشابهاً، دامنه ای از اقدامات مورد استفاده دیگری با تمرکز بر عدالت وجود دارد که در اهداف با HEIA متفاوت اند:

- لنز عدالت "استعاره ای از عینکی است که مطمئن می شود مردم می پرسند "چه کسی سود خواهد برد؟" از لنز عدالت در طول چرخه توسعه برای اطمینان از اینکه طرح پیشنهادی با توجهی مناسب به عدالت توسعه یافته، اجرا شده و ارزیابی می شود استفاده خواهد شد.
- حسابرسی عدالت؛ برای شناسایی و تعیین نیازهای مشتقه گروه های هدف معمولاً در مناطق محلی و برای اولویت بندی استفاده می شود. این نوع ارزیابی در مراحل نیاز سنجی و برنامه ریزی اجرا می شود.

از آنجا که تمامی این فعالیت ها نسبت به زمان و منابع حساس می باشند، نقش متفاوت و ارزش افزوده ای که هر یک در فرآیند برنامه ریزی سیاست ها و اقدامات ارائه می کنند باید مشخص و شفاف باشد. باید توجه داشت که بهره گیری از عملکرد اصلی HEIA پیشنهاد شده در این خلاصه سیاستی، ارزیابی یک پیشنهاد مشخص (خواه سیاست باشد یا فعالیت) در مرحله ای مناسب در زمان تدوین آن، زمانی که هنوز فرصتی برای اصلاح آن است، می باشد تا مشخص کند که:

- چگونه تاثیر متفاوتی بر گروه های جمعیت خواهد داشت (یا دارد)؟
- ذات و ماهیت آن تاثیرات چه خواهد بود (یا هست)؟
- آیا این تاثیرات مختلف نابرابر خواهند بود (یا هستند)؟
- با توجه به یافته ها چه پیشنهادات یا تغییراتی، در صورت وجود، باید اجرا شوند تا نابرابری ها کاسته شده و پیامدهای مثبت افزایش یابند؟

به طور ایده آل HEIA به صورت آینده نگرانه مورد استفاده قرار می گیرد تا تغییرات بتوانند قبل از اتمام و اجرای طرح های پیشنهادی ایجاد شوند - تا پتانسیل ایجاد و بدتر شدن نابرابری ها در سطوح سلامت کاسته شود. پیشنهاد می شود در صورتی که قرار است از HEIA به صورت گذشته نگر استفاده شود، با رویکرد روشی برای نگاه به گذشته برای حرکت به جلو انجام شود؛ هرچند در این روش احتمال ایجاد سردرگمی در ارزیابی وجود دارد. از آنجا که اکنون در موقعیتی برای رسیدگی به تمامی سیاست ها به صورتی گذشته نگر نیستیم، استفاده از HEIA گذشته نگر به عنوان روشی برای درک شیوه هایی که سیاست ها به پیامد ختم شده اند برای در نظر گرفتن سیاست ها و راه های جایگزین حیاتی است.



منابع

1. Education PCoMoHaM. .Achievements, challenges and prospects facing the health system of the Islamic Republic of Iran: The Second Volume [Internet].Tehran: Ministry of Health and Medical Education;. Available from: http://siasat.behdasht.gov.ir/uploads/1_29_1041_Final2.pdf. 2013.
2. Low of the First Economic SaCDPotIRol. . Tehran: Ministry of Health and Medical Education; cited 2013Dec 26th]. Available from: http://www.behdasht.gov.ir/uploads/1_101_1th%205Yplan.pdf. 2009.
3. Al-Zawahreh A, Al-Madi F. The utility of equity theory in enhancing organizational effectiveness. European journal of economics, finance and administrative sciences. 2012;46(3):159-69.
4. Ghasvand H, Mohamadi E, Olyaeemanesh A, Kiani MM, Armoon B, Takian A. Health equity in Iran: A systematic review. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. 2021;35:51.
5. Zandian H, Takian A, Rashidian A, Bayati M, Moghadam TZ, Rezaei S, et al. Effects of Iranian economic reforms on equity in social and healthcare financing: a segmented regression analysis. Journal of Preventive Medicine and Public Health. 2018;51(2):83.
6. Fehr R, Viliiani F, Nowacki J, Martuzzi M. Health in Impact Assessments: Opportunities not to be missed. 2014.
7. Council NR. Improving health in the United States: the role of health impact assessment. 2011.
8. Bhatia R, Wernham A. Integrating human health into environmental impact assessment: an unrealized opportunity for environmental health and justice. Environmental Health Perspectives. 2008;116(8):991-1000.
9. Dover DC, Belon AP. The health equity measurement framework: a comprehensive model to measure social inequities in health. International journal for equity in health. 2019;18(1):1-12.
10. Carey G, Crammond B, De Leeuw E. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. International journal for equity in health. 2015;14(1):1-8.
11. Trinh-Shevrin C, Nadkarni S, Park R, Islam N, Kwon SC. Defining an integrative approach for health promotion and disease prevention: a population health equity framework. Journal of health care for the poor and underserved. 2015;26(2 0):146.
12. Culyer AJ, Bombard Y. An equity framework for health technology assessments. Medical Decision Making. 2012;32(3):428-41.
13. Cohen BE, Schultz A, McGibbon E, VanderPlaat M, Bassett R, GermAnn K, et al. A conceptual framework of organizational capacity for public health equity action (OC-PHEA). Canadian Journal of Public Health. 2013;104:e262-e6.
14. Hosseinpoor AR, Schlotheuber A, Nambiar D, Ross Z. Health Equity Assessment Toolkit Plus (HEAT Plus): software for exploring and comparing health inequalities using uploaded datasets. Global Health Action. 2018;11(sup1):20-30.
15. Ann DL, Susan S, Val M, Margaret H-B, Donna A. Equity reporting: a framework for putting knowledge mobilization and health equity at the core of population health status reporting. Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice. 2018;38(3):116.
16. Harris-Roxas B, Haigh F, Travaglia J, Kemp L. Evaluating the impact of equity focused health impact assessment on health service planning: three case studies. BMC Health Services Research. 2014;14(1):1-22.
17. Harris-Roxas BF, Harris PJ, Harris E, Kemp LA. A rapid equity focused health impact assessment of a policy implementation plan: An Australian case study and impact evaluation. International journal for equity in health. 2011;10(1):1-12.
18. Chaithui S, Sithisarankul P, Hengpraprom S. CAPACITY BUILDING PROCESS IN ENVIRONMENTAL AND HEALTH IMPACT ASSESSMENT FOR A THAI COMMUNITY. The Southeast Asian journal of tropical medicine and public health. 2017;48(2):407-20.
19. Aboagye D-C, Akuffo K, Khan HT. Community health impact assessment in Ghana: contemporary concepts and practical methods. INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing. 2019;56:0046958019845292.
20. Feyaerts G, Deguerly M, Deboosere P, De Spiegelaere M. Exploration of the functions of health impact assessment in real-world policymaking in the field of social health inequality: towards a conception of conceptual learning. Global health promotion. 2017;24(2):16-24.
21. Ross CL, Orenstein M, Botchwey N. Health impact assessment in the United States: Springer Science & Business Media; 2014.
22. Maxwell M, Harris P, Peters S, Thornell M, D'Souza L. A health impact assessment on the construction phase of a major hospital redevelopment. Australian Health Review. 2008;32(3):509-19.



23. Haigh F, Harris E, Chok HN, Baum F, Harris-Roxas B, Kemp L, et al. Characteristics of health impact assessments reported in Australia and New Zealand 2005–2009. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2013;37(6):534-46.
24. Povall SL, Haigh FA, Abrahams D, Scott-Samuel A. Health equity impact assessment. *Health Promotion International*. 2014;29(4):621-33.
25. Costa A, Cortes M, Sena C, Nunes E, Nogueira P, Shivaji T. Equity-focused health impact assessment of Portuguese tobacco control legislation. *Health Promotion International*. 2018;33(2):279-87.
26. Douglas MD, Willock RJ, Respress E, Rollins L, Tabor D, Heiman HJ, et al. Applying a health equity lens to evaluate and inform policy. *Ethnicity & disease*. 2019;29(Suppl 2):329.
27. McAuley A, Denny C, Taulbut M, Mitchell R, Fischbacher C, Graham B, et al. Informing investment to reduce inequalities: a modelling approach. *PLoS one*. 2016;11(8):e0159256.
28. Freeman T, Javanparast S, Baum F, Ziersch A, Mackean T. A framework for regional primary health care to organise actions to address health inequities. *International Journal of Public Health*. 2018;63(5):567-75.
29. Damari B, Heidari A, Bonab MR, Moghadam AV. Designing a toolkit for the assessment of Health in All Policies at a national scale in Iran. *Health Promotion Perspectives*. 2020;10(3):244.
30. Heller J, Givens ML, Yuen TK, Gould S, Benkhalti Jandu M, Bourcier E, et al. Advancing efforts to achieve health equity: equity metrics for health impact assessment practice. *International journal of environmental research and public health*. 2014;11(11):11054-64.
31. Lehne G, Voelcker-Rehage C, Meyer J, Bammann K, Gansefort D, Brüchert T, et al. Equity impact assessment of interventions to promote physical activity among older adults: a logic model framework. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(3):420.
32. Thondoo M, De Vries DH, Rojas-Rueda D, Ramkalam YD, Verlinghieri E, Gupta J, et al. Framework for participatory quantitative health impact assessment in low- and middle-income countries. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(20):7688.
33. Damari B, Vosoogh-Moghaddam A, Riazi-Isfahani S. Implementing health impact assessment at National Level: an experience in Iran. *Iranian Journal of Public Health*. 2018;47(2):246.
34. Forsyth A, Slotterback CS, Krizek KJ. Health impact assessment in planning: Development of the design for health HIA tools. *Environmental Impact Assessment Review*. 2010;30(1):42-51.
35. Snyder J, Wagler M, Lkhagvasuren O, Laing L, Davison C, Janes C. An equity tool for health impact assessments: Reflections from Mongolia. *Environmental Impact Assessment Review*. 2012;34:83-91.
36. Harris PJ, Harris-Roxas BF, Harris E, Kemp LA. Health impact assessment and urbanisation. Lessons from the NSW HIA Project. *New South Wales Public Health Bulletin*. 2007;18(10):198-201.
37. Were MC, Sinha C, Catalani C. A systematic approach to equity assessment for digital health interventions: case example of mobile personal health records. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2019;26(8-9):884-90.
38. Richardson LD. Integrating health equity into practice and policy. *Journal of Public Health Management and Practice*. 2016;22:S107-S9.
39. Pauly B, Martin W, Perkin K, van Roode T, Kwan A, Patterson T, et al. Critical considerations for the practical utility of health equity tools: a concept mapping study. *International Journal for Equity in Health*. 2018;17(1):1-13.
40. Benkhalti M, Espinoza M, Cookson R, Welch V, Tugwell P, Dagenais P. Development of a checklist to guide equity considerations in health technology assessment. *International journal of technology assessment in health care*. 2021;37(1).
41. team's E. Health Equity Tools 2.0. Equity Lens in Public Health, Centre for Addictions Research of BC, University of Victoria, Box 1700 STN CSC, Victoria, BC, Canada, V8W 2Y2, 2019 p. 130.
42. Forsyth A, Schively Slotterback C, Krizek K. Health impact assessment (HIA) for planners: what tools are useful? *Journal of Planning Literature*. 2010;24(3):231-45.
43. Bert F, Gualano MR, Di Stanislao F, Siliquini R, Tozzi Q, Pizzuti R, et al. Development of guidelines for health impact assessment in Southern Italy. *Journal of Public Health Management and Practice*. 2016;22(4):395-402.
44. Freitas A, Rodrigues TC, Santana P. Assessing urban health inequities through a multidimensional and participatory framework: Evidence from the EURO-HEALTHY project. *Journal of Urban Health*. 2020;97(6):857-75.
45. Wilf-Miron R, Avni S, Valinsky L, Myers V, Ziv A, Peretz G, et al. Developing a national set of health equity indicators using a consensus building process. *International journal of health policy and management*. 2021.
46. Pennington A, Dreaves H, Scott-Samuel A, Haigh F, Harrison A, Verma A, et al. Development of an Urban Health Impact Assessment methodology: indicating the health equity impacts of urban policies. *The European Journal of Public Health*. 2017;27(suppl_2):56-61.



47. Benjatanawat S, Isaramalai S-A, Muenhor D. The Development of a Rapid Health Impact Assessment Model for Songkhla Special Economic Zone (SEZ) Policy in Southern Thailand. *Iranian Journal of Public Health*. 2021;50(1):130.
48. Fakhri A, Harris P, Maleki M. Proposing a framework for health impact assessment in Iran. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1-7.
49. Green L, Ashton K, Azam S, Dyakova M, Clemens T, Bellis MA. Using health impact assessment (HIA) to understand the wider health and well-being implications of policy decisions: the COVID-19 'staying at home and social distancing policy' in Wales. *BMC public health*. 2021;21(1):1-12.
50. Guichard A, Tardieu É, Dagenais C, Nour K, Lafontaine G, Ridde V. Use of concurrent mixed methods combining concept mapping and focus groups to adapt a health equity tool in Canada. *Evaluation and Program Planning*. 2017;61:169-77.
51. Wise M, Harris P, Harris-Roxas B, Harris E. The role of health impact assessment in promoting population health and health equity. *Health Promotion Journal of Australia*. 2009;20(3):172-9.
52. Davies JK, Sherriff N. The gradient in health inequalities among families and children: a review of evaluation frameworks. *Health policy*. 2011;93(1):1-11.
53. Harris P, Sainsbury P, Kemp L. The fit between health impact assessment and public policy: Practice meets theory. *Social science & medicine*. 2014;108:46-53.
54. Harris PJ, Kemp LA, Sainsbury P. The essential elements of health impact assessment and healthy public policy: a qualitative study of practitioner perspectives. *BMJ open*. 2012;2(6):e001245.
55. Haigh F, Baum F, Dannenberg AL, Harris MF, Harris-Roxas B, Keleher H, et al. The effectiveness of health impact assessment in influencing decision-making in Australia and New Zealand 2005–2009. *BMC Public Health*. 2013;13(1):1-9.
56. Tolosana ES. Reducing health inequalities: the use of Health Impact Assessment on rural areas. *Saúde e Sociedade*. 2015;24:515-26.
57. Cookson R, Mirelman AJ, Griffin S, Asaria M, Dawkins B, Norheim OF, et al. Using cost-effectiveness analysis to address health equity concerns. *Value in Health*. 2017;20(2):206-12.
58. Mathias KR, Harris-Roxas B. Process and impact evaluation of the greater Christchurch urban development strategy health impact assessment. *BMC Public Health*. 2009;9(1):1-12.
59. Welch VA, Akl EA, Pottie K, Ansari MT, Briel M, Christensen R, et al. GRADE equity guidelines 3: considering health equity in GRADE guideline development: rating the certainty of synthesized evidence. *Journal of clinical epidemiology*. 2017;90:76-83.
60. Janzen C, Marko J, Schwandt M. Embedding health equity strategically within built environments. *Canadian Journal of Public Health*. 2018;109(4):590-7.
61. Jabot F, Tremblay E, Rivadeneyra A, Diallo TA, Lapointe G. A comparative analysis of health impact assessment implementation models in the regions of Montérégie (Québec, Canada) and Nouvelle-Aquitaine (France). *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(18):6558.
62. ASADI LM, VAEZ MMR, Faghihzadeh S, Montazeri A, KALANTARI N, MAHER A, et al. The application of urban health equity assessment and response tool (Urban HEART) in Tehran; concepts and framework. 2010.
63. Harris-Roxas B, Harris E. The impact and effectiveness of health impact assessment: A conceptual framework. *Environmental Impact Assessment Review*. 2013;42:51-9.
64. Haigh F, Harris E, Harris-Roxas B, Baum F, Dannenberg AL, Harris MF, et al. What makes health impact assessments successful? Factors contributing to effectiveness in Australia and New Zealand. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1-12.
65. Pottie K, Welch V, Morton R, Akl EA, Eslava-Schmalbach JH, Katikireddi V, et al. GRADE Equity Guidelines 4: Guidance on how to assess and address health equity within the evidence to decision process. *Journal of clinical epidemiology*. 2017;90:84.
66. Pottie K, Agic B, Archibald D, Ratnayake A, Tapia M, Thanos J. HEIA tools: inclusion of migrants in health policy in Canada. *Health promotion international*. 2019;34(4):697-705.
67. Veerman JL, Barendregt J, Mackenbach JP. Quantitative health impact assessment: current practice and future directions. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2005;59(5):361-70.
68. Pottie K, Welch V, Morton R, Akl EA, Eslava-Schmalbach JH, Katikireddi V, et al. GRADE equity guidelines 4: considering health equity in GRADE guideline development: evidence to decision process. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2017;90:84-91.