
بسم الله الرحمن الرحيم

بررسی روند و تحلیل اسنادی اقدامات کشور در جهت رفع محرومیت و برقراری عدالت در سلامت در طول سال های بعد از انقلاب اسلامی در ایران

به سفارش دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

با همکاری

شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

نویسندگان:

دکتر علی‌اکبر حقدوست (دانشگاه علوم پزشکی کرمان)

دکتر سید آرش طهرانی بنی‌هاشمی (معاونت غذا و دارو، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی)

دکتر حسین صافی‌زاده (دانشگاه علوم پزشکی کرمان)

دکتر علیرضا اولیایی منش (معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

دکتر مریم بهشتیان (معاونت سلامت وزارت، بهداشت درمان و آموزش پزشکی)

دکتر محمد اسماعیل مطلق(معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

همکاران:

دکتر علی عرب خردمند- دکتر ماشاء الله ترابی- دکترکامل شادپور- مهندس محمد جواد کبیر- دکتر سید رضا مجد زاده کوه بنانی خانم سیده شهره علوی- دکتر بابک محمودزاده- دکتر عزیز الله عاطفی- دکتر محمدرضا ذاکری- خانم شیلا دعایی- خانم آزاده ریاحی- خانم حوریه اصلانی- خانم سیده فاطمه سقاء ابوالفضل- خانم مینا فلفلی– دکتر محمدحسین مهرالحسنی- خانم مریم اسماعیلی

فهرست مطالب

پیشگفتار معاون سلامت..... ۳
پیشگفتار رئیس شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.....۵

بخش اول :

نابرابری در سلامت و تأثیر عوامل اجتماعی ۷
أ. مقایسه شاخص ها در زنان و مردان..... ۹
شاخص های عمومی ۹
شاخص های سلامت..... ۱۷
نتیجه گیری ۲۱
ب. مقایسه شاخص ها در مناطق شهری و روستایی.....۲۲
شاخص های عمومی ۲۲
شاخص های سلامت..... ۲۹
نتیجه‌گیری..... ۳۶
ت. مقایسه شاخص ها در استانهای مختلف کشور.....۳۷
شاخص های عمومی..... ۳۷
شاخص های سلامت..... ۴۸
نتیجه‌گیری..... ۶۲
ث. مقایسه شاخص ها براساس سطح سواد ۵۶
شاخص های عمومی..... ۵۶
شاخص های سلامت..... ۶۲
نتیجه‌گیری..... ۶۸
ج. مقایسه شاخص ها براساس دهک های اقتصادی ۷۰
شاخص های عمومی..... ۷۰
شاخص های سلامت..... ۷۳
نتیجه‌گیری..... ۷۶

بخش دوم

نقش سازمانها، نهادها و مردم در ارتقاء سلامت و ایجاد عدالت در سلامت ۷۸
أ. تحلیل قوانین و مقررات از نگاه سلامت محوری و عدالت در آن ۷۹
قانون اساسی کشور ۷۹
چشم انداز جمهوری اسلامی ایران در ۱۴۰۴ هجری شمسی ۸۳

برنامه توسعه اول ۸۴
برنامه توسعه دوم ۸۵
برنامه توسعه سوم ۸۶
برنامه توسعه چهارم ۸۷

ب. نقش وزارت ها و نهادهای اصلی مشارکت کننده در امر سلامت جامعه ۹۰
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۹۰
شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ۹۵
شورای سلامت وامنیت غذایی استان ۱۰۱
وزارت رفاه و تأمین اجتماعی ۱۰۳
سازمان بهزیستی ۱۰۷
کمیته امداد امام خمینی (ره) ۱۰۹

بحث و نتیجه گیری ۱۱۱

پیشنهادات و راهکارها ۱۱۳

پیوست ها ۱۱۵

أ. پیوست ۱: محتوای برنامه پنج ساله اول توسعه از دیدگاه عدالت در سلامت ۱۱۵
ب. پیوست ۲: محتوای برنامه پنج ساله دوم توسعه از دیدگاه عدالت در سلامت ۱۲۱
ت. پیوست ۳: محتوای برنامه پنج ساله سوم توسعه از دیدگاه عدالت در سلامت ۱۲۴
ث. پیوست ۴: محتوای برنامه پنج ساله چهارم توسعه از دیدگاه عدالت در سلامت (۱۳۸۴-۱۳۸۸) ۱۳۲

منابع ۱٤۰

پیشگفتار معاون سلامت

همه ما به خوبی بر این مطلب واقفیم که پیشرفت های عرصه سلامت در طی ۵۰ سال گذشته، بسیار چشمگیرتر از گذشته بوده است. پیشرفت های زیادی در حیطه های مختلفی از قبیل افزایش امید زندگی، کاهش مرگ و میر کودکان، مرگ و میر مادران به وقوع پیوسته است. اگرچه امروزه بر تداوم این گونه موفقیت ها تأکید داریم، اما لازم است با اشکال درحال ظهور تفاوت ها و اختلاف ها در وضعیت سلامت افراد جامعه نیز دست و پنجه نرم کنیم.

سال های امید زندگی، که با شاخص توسعه کشورها رابطه مستقیمی دارد، به طور نسبی برای ساکنین کشورهای پیشرفته بیش از ساکنین کشورهای توسعه نیافته یا درحال توسعه است. طبق آمار سال ۲۰۰۶ سازمان جهانی بهداشت، امید زندگی بدو تولد در نواحی مرفه گلاسکو اسکاتلند ۸۲ سال درحالی که در لیتوانی ۶۶ سال بوده است. جالب تر این که در همان زمان که مردم مرفه نشین گلاسکو امید زندگی ۸۲ سال را انتظار داشتند، امید زندگی مردم مناطق محروم گلاسکو ۵۴ سال بوده است. آمار سال ۲۰۰۳ یونیسف می گوید که مرگ و میر کودکان زیر یک سال در طی سال های ۱۹۸۱ تا ۱۹۹۹، در کل جهان حدود ۲۶.۹٪ کاهش یافته درحالی که این میزان برای کشورهای زیر صحرای آفریقا، ۱۵.۱٪ بوده است.

در داخل کشورها نیز تفاوت های بسیاری از این دست مشاهده می شود. به عنوان نمونه میزان مرگ و میر شیرخواران در نواحی شهری در اتحاد جماهیر شوروری سابق در سال ۱۹۸۷ در حدود ۲۱ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده درحالی که در نواحی روستایی ۳۱ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده بوده است.

بنابراین علی‌رغم تعهد دولت‌ها و نظام های سلامت به بهبود شاخص‌های سلامت و تلاش در جهت اقداماتی که برونداد آنها ارتقای شاخص‌هایی نظیر «امید به زندگی»، «کاهش مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال یا زیر یک سال»، «کاهش مرگ و میر مادران » می باشد، هنوز تفاوت های فاحشی در وضعیت سلامت طبقات و گروه های اجتماعی مختلف در بین و درون کشورها به چشم می خورد. تفاوت هایی که با مداخلات قابل پیشگیری و اجتناب اند و زمانی که از آنها اجتناب نگردد، بی عدالتی در سلامت نام می گیرند.

توجه به این تفاوت ها و علل بوجود آورنده آنها الزامی است. باید تأثیر محیطی که افراد در آن متولد می شوند، سال های ابتدای عمر را در آن سپری می کنند، مدرسه و دانشگاهی که در آن تحصیل می کنند، خانه و محله ای که در آن سکونت دارند، محیطی که در آن کار می کنند، جایی که برای تفریح انتخاب می نمایند و هزاران هزار موقعیت هایی که در اجتماع و پیرامون آنها وجود دارند، بر سلامت شان را ارزیابی نماییم و در جهت حذف و یا کاهش تأثیرات نامطلوب این عوامل و ارتقای تأثیرات مثبت آنها حرکت نماییم.

از ابتدای انقلاب اسلامی تاکنون اقدامات ارزنده ای در زمینه کاهش فقر و برقراری عدالت در عرصه های مختلف از جمله عرصه سلامت در کشور صورت پذیرفته است که برخی از آنها به عنوان نمونه در این تحقیق گردآوری و ارائه شده اند. اما از آن جا که سیاست های مختلف حکومتی، بسته به ماهیت شان، می توانند وضعیت سلامت و عدالت در سلامت را دستخوش تغییر نمایند توجه و مراقبت از برقراری و ارتقاء عدالت در سلامت وظیفه همگانی است. برای مثال، برنامه ریزی شهری که منجر به ایجاد محله های پراکنده با مسکن هایی نامناسب و غیرقابل استطاعت، تسهیلات محلی اندک و حمل و نقل عمومی نامنظم و غیرقابل استطاعت می شوند، سلامت مردم و عدالت در سلامت را ارتقاء نخواهند داد. اما سیاست های عمومی خوب و منسجم می توانند منافع فوری و آتی برای سلامت

ایجاد نمایند. به عنوان نمونه سیاست تولید بی قید و بند و مصرف غذای پرچرب و شیرین که به تولید میوه و سبزیجات آسیب می زند در تناقض با سیاست های سلامت است، که مصرف نسبتاً کمتر غذاهای پرچرب و شیرین و مصرف بیش تر میوه و سبزیجات را توصیه می کند. اقدام بین بخشی برای سلامت استراتژی کلیدی برای دست یابی به سلامت و عدالت در سلامت است. این گونه اقدامات در کشور همواره مورد توجه بوده و هست، اما لازم است همکاری بین بخشی در عرصه سلامت به شکل جامع تری مورد توجه واقع شود و در زمان سیاست گذاری و برنامه ریزی توسط سایر بخش ها، سلامت و عدالت در سلامت همواره مد نظر قرار گیرد.

بنابراین به عنوان کشور مسلمان و پرچمدار مفاهیم اسلامی باید قاطعانه بایستیم و از سلامت و عدالت در سلامت در تمام سیاست ها سخن بگوییم. بگوییم و نشان دهیم چگونه سیاست ها و اقدامات سایر بخش ها، سلامت مردم جامعه را تهدید می کنند و سبب گسترش بی عدالتی در سلامت می شوند. بار این مسئولیت بر دوش همگی ماست! اقدام دراین عرصه نیازمند تعهد و عمل قانون گذاران، مجریان کلیه بخش ها، تشکلات مدنی و نیز مردم است.

مجموعه حاضر که حاصل تلاش ارزنده متخصصان عرصه سلامت در دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان و دانشگاه علوم پزشکی تهران می باشد خود گویای فعالیت ها و اقدامات بسیار زیادی است که از ابتدای انقلاب اسلامی تاکنون در جهت ارتقاء عدالت در سلامت صورت پذیرفته است. اما همچنان راه درازی در پیش است که این خود نیازمند عزمی راسخ است. رسیدن به عدالت در سلامت از جاده عوامل اجتماعی: تحصیلات، شغل، درآمد، جنسیت، محل سکونت ... می گذرد. لذا تلاش‌های سازمانها و ارگان‌های مسئول باید در جهتی باشد که همه افراد به صورت یکسان و عادلانه از اجتماع و اقتصادی سلامت محور بهره مند شوند. تلاش هایمان را باید در جهت ارتقای عدالت در سلامت در کشور معطوف نماییم و در جهت شناسایی عوامل تأثیر گذار بر سلامتی و به تصویر کشیدن نابرابری های آن و سیاست گذاری و برنامه ریزی برای مقابله با عوامل آسیب رسان به سلامت و عوامل ایجاد کننده بی عدالتی در آن، یکدیگر را یاری رسانیم.

دکتر سید حسن امامی رضوی

معاون سلامت

پیشگفتار رئیس شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

عدالت یکی از زیباترین مفاهیم جهان هستی است که مبنای اندیشه و رفتار انسآنها و نظام هایی است که با فطرت خلقت، سازگاری دارند. انسان، فطرتاً عدالت خواه و عدالت جو است. حرکت ها و نهضت های اجتماعی همواره با شعار و در جستجوی "عدالت" شکل گرفته اند. مفهوم عدالت ریشه عمیقی در دین مقدس اسلام دارد، لذا اقدامات کشور ما در باب مبارزه با فقر، گسترش عدالت اجتماعی، تحقق دسترسی همگانی به مواهب اقتصادی و توسعه اجتماعی بسیار غنی است.

عدالت شاخه های زیادی دارد و تمام امور را شامل می شود، از مسائل اجتماعی گرفته تا مسائل شخصی. یکی از این زیر شاخه های آن، سلامت است. عدالت در سلامت یکی از مهم ترین ابعاد عدالت اجتماعی است که می بایست به طور جدی به آن پرداخته شود.

در واقع عدالت در سلامت دلالت بر این مطلب دارد که هر کسی باید به طور ایده آل، فرصت های عادلانه ای برای دستیابی به ظرفیت کامل سلامت خود یعنی سلامت جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی داشته باشد و واقع بینانه تر این که هیچ کسی نباید از به دست آوردن این ظرفیت ها محروم گردد، البته این به شرطی محقق خواهد شد که موانع بر سر راه آن، قابل اجتناب باشند. بنابراین عدالت در سلامت با ایجاد فرصت های برابر برای برخورداری از سلامت کامل مرتبط بوده و تفاوت های سلامتی را به پائین ترین سطح ممکن تنزل خواهد داد.

وجود نابرابری های گسترده در توزیع درآمد، شغل، تحصیلات و ... نه تنها می تواند منجر به بروز فقر و ایجاد شکاف بیشتر در طبقات جامعه شود، بلکه می تواند بر روی سلامت افراد و سلامت کل جامعه تأثیرگذار باشد. نابرابری های موجود در بین شهرها و روستاها، بین مناطق مختلف در داخل یک کشور، طبقات مختلف اجتماعی، طبقات مختلف شغلی و درآمدی و تحصیلی حتی بین کشورها منجر به نابرابری در مرگ و میر، کیفیت زندگی، امید زندگی و دیگر شاخص های سلامت و توسعه اجتماعی اقتصادی می گردد.

اکثر عوامل ایجاد کننده بی عدالتی ها در سلامت در بخش های مختلف اجتماعی پراکنده می باشند. بنابراین لازم است که در سیاست گذاری ها به همه بخش های مرتبط توجه شود و تأثیرات احتمالی سیاست های آنها بر سلامت، خصوصاً بر سلامت آسیب پذیرترین گروه ها در اجتماع، ارزیابی گردد و سپس براساس آن، سیاست ها و برنامه ها هماهنگ گردند. اما گاهی اوقات سیاست گذاران به مفاهیم و معانی سلامت در سیاست ها و برنامه های خود واقف نیستند و یا درکی که از سلامت دارند، عمدتاً در حد توجه به خدمات پزشکی است و بنابراین ارتباط زیادی بین مسئولیت های خود و سلامت نمی یابند. این وظیفه بخش سلامت است که آنها را آگاه نماید.

تصدیق وجود مشکل و تضمین اندازه گیری نابرابری در سلامت و نشان دادن بی عدالتی های آن یکی از اقدامات حیاتی در این راستا می باشد. درحال حاضر در دنیا شواهد کافی برای اقدام در زمینه تعیین کننده های اجتماعی سلامت وجود دارد. اما گردآوری هرچه بیشتر شواهد کشوری در زمینه تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت مردم و نابرابری های سلامت نشأت گرفته از این عوامل در جامعه در جهت به تصویر کشیدن وضعیت عدالت در سلامت و بهره گیری از این شواهد در راستای تدوین سیاست ها و مداخلات از اهمیت ویژه ای برخوردار است. در این خصوص باید زیر ساخت های تحقیقاتی را در کشور ارتقاء دهیم.

از آن جا که نداشتن شواهد و داده اغلب به معنای تشخیص داده نشدن مشکل است، سرمایه گذاری در زمینه تولید و به اشتراک گذاشتن شواهدی که از طریق آن عوامل اجتماعی بر سلامت و عدالت در سلامت اثر گذاشته و نیز درخصوص اثربخشی روش های کاهش بی عدالتی های سلامت از طریق اقدام در زمینه تعیین کننده های اجتماعی ضروری می باشد. اما متأسفانه، درحال حاضر اغلب تحقیقات سلامت صرفاً بر موضوعات بیومدیکال تمرکز نموده اند و توجه چندانی به عوامل اجتماعی اثرگذار بر سلامت ندارند.

کتاب حاضر نتیجه تحقیقات بیش از یک ساله تیمی از دانشگاه های علوم پزشکی تهران، کرمان و مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت به خصوص دبیرخانه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت است که برای اولین بار به جای پرداختن به بررسی میزآنهای متوسط، نگاهی متفاوت به توزیع شاخص های سلامت در جامعه نموده است و از این جهت کاری نو و درخور توجه به شمار می رود. امید است نتایج حاصل از این تحقیق و تحقیق های مشابه راه گشای تأمین شواهد در راستای سیاست گذاری ها و برنامه ریزی هایی در زمینه ارتقاء عدالت در سلامت از طریق مداخله در عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر آن باشد.

دکتر باقر لاریجانی

رئیس شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بخش اول

نابرابری در سلامت و تأثیر عوامل اجتماعی

معمولاً در بستر زمان شاخص های مرتبط با سلامت ارتقاء می‌یابند و متولیان سلامت خود را موظف به ارتقاء این شاخص ها می‌دانند. اما نکته بسیار مهمی که باید در این بین همیشه مدنظر باشد آن است که باید این روند توسعه و ارتقاء همراه با نگاه عدالت محوری باشد و صرف ارتقاء بدون درنظر گرفتن میزان بهره‌مندی اقشار مختلف جامعه مطلوب نیست. به همین لحاظ در سال های اخیر به خصوص در بسیاری از کشورهای پیشرفته جهان، سیستم های ارائه دهنده خدمات سلامت، هدف اصلی خود را توزیع یکنواخت شاخص های سلامت و دسترسی و بهره‌مندی یکسان به خدمات سلامت برای همه اقشار جامعه قرار داده‌اند و در مرحله دوم به دنبال ارتقاء شاخص های کلی جامعه هستند.

در سال های اخیر توزیع یکنواخت سلامت و دسترسی و بهره مندی یکسان از خدمات سلامت که از آن به عدالت در سلامت نام برده می شود در دستور کار جهانی قرار گرفته است. عدالت در سلامت به اجتناب از تفاوت های غیرضروری و قابل پیشگیری و نیز ایجاد فرصت های برابر برای سلامت اشاره دارد. از آن جا که اکثر بی‌عدالتی‌های سلامت ریشه در عوامل اجتماعی مانند طبقه اجتماعی، شغل، درآمد، تحصیلات، جنسیت، محل سکونت ... دارد، بهترین راه دست یابی به عدالت در سلامت از طریق مقابله با عوامل ایجاد کننده آن شناخته شده است.

جمهوری اسلامی ایران از بدو تأسیس در حدود سه دهه قبل، با توجه به مبانی برگرفته از اسلام و متون اسلامی و فرهنگ ایرانی اسلامی، یکی از اهداف اصلی نظام اسلامی را گسترش و ارتقاء عدالت و رفع محرومیت در جامعه قرار داده است. در این راستا، کلیه قوانین کشور شامل قانون اساسی، سند چشم انداز، برنامه های پنج ساله توسعه ای کشور بر این مهم تأکید نموده اند.

همچنین در این سه دهه اقدامات اساسی در جهت نیل به هدف مبارزه با بی عدالتی‌ها انجام شده‌است که از آن جمله می توان به فعالیت ها و اقدامات انجام شده در راستای رفاه اجتماعی و فقرزدایی، دسترسی به فرصت های شغلی، تحصیلات، مسکن و اقدامات در جهت کاهش محرومیت روستاهای کشور و کاهش فاصله های استانی اشاره کرد.

تاکنون مستندات بسیاری در کشور تألیف شده‌است که نشان دهنده ارتقاء شاخص های سلامت جامعه در دهه‌های اخیر می‌باشند، ولی شاید کم تر مطلب مستند و منسجمی تألیف شده‌است که نشان دهد در این مدت نحوه بهره‌مندی زیرگروه های مختلف جامعه از این ارتقاء چه بوده‌است. بر این اساس در این فصل سعی خواهد شد تا توزیع شاخص های مختلف سلامت در زیرگروه های مختلف مورد بررسی قرار گیرد و در مواردی که اطلاعات کافی وجود دارد نشان داده‌شود که آیا میزان بهره‌مندی در زیرگروه های مختلف تغییر محسوسی در طول زمان داشته‌است یا خیر.

برای درک بهتر و روان تر شدن مطلب، مهم ترین عوامل احتمالی مؤثر در بروز نابرابری در این مجموعه جنسیت، زندگی در شهر و یا روستا، زندگی در استانهای مختلف کشور، سطح سواد و همچنین دهک‌های اقتصادی درنظر گرفته‌شده و اطلاعات موجود در هر یک از این زیر گروه ها مورد تحلیل قرار گرفته‌است.

از آن جایی که سلامت به شدت تحت تأثیر عوامل اقتصادی و اجتماعی است، لذا در این فصل درخصوص میزان ناهمگنی توزیع چنین متغیرهایی نیز مطالبی آورده‌شده‌است که قطعاً به صورت مستقیم و غیرمستقیم سلامت مردم را نیز تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. از مهم ترین متغیرهای عمومی می‌توان به میزان سواد و میزان درآمد اشاره نمود، به همین دلیل در اکثر زیرفصل های این گزارش به این متغیرها و توزیع آنها در جامعه توجه شده‌است.

از طرف دیگر با وجود تعدد بسیار زیاد متغیرهای مرتبط با سلامت و اطلاعات بسیار گسترده در این زمینه در سطح کشور، در این گزارش سعی گردیده‌است تا فقط به تعداد محدودی از این متغیرها بسنده‌شود تا ما را در به تصویر کشیدن میزان بی عدالتی در سلامت راحت تر هدایت نموده و از ارائه اعداد و ارقام بسیار زیاد که احتمالاً باعث فراموش شدن اصل موضوع می‌گردد خودداری شود. برای گزینش بهترین متغیرها، معیارهای زیر مد نظر قرار گرفت:

۱. جامع بودن متغیر، به عنوان مثال امید زندگی، میزان مرگ و یا بار بیماری ها (Burden of Diseases) از جمله متغیرهایی هستند که به شکل مؤثری می‌توانند برآیند بسیاری از متغیرهای خرد سلامت را به تصویر بکشند و لذا آوردن چنین متغیرهایی بهتر و جامع تر می‌تواند وضعیت سلامت و میزان نابرابری در آن را بیان نماید.

۲. در دسترس بودن اطلاعات معتبر در سطح کشور و به تفکیک زیر گروه های مورد توجه در این کتاب؛ مسلماً برای ارائه یک مستند قوی باید اطلاعات از منابعی استخراج گردد که دارای اعتبار کافی بوده و این اطمینان را به خواننده بدهد که با کمترین دغدغه در زمینه دقت و صحت اطلاعات، به تفسیر دقیق تر نتایج از زاویه این کتاب بپردازند.

۳. ترجیحاً اطلاعاتی مورد استفاده قرار گرفت و متغیرهایی توضیح داده‌شدند که اطلاعات آنها در بستر زمان در دو سه دهه اخیر بیش تر در دسترس باشد و از نظر تعریف و شیوه سنجش کم ترین تغییر را به خود دیده‌باشند. بدین شکل امکان تحلیل روند زمانی تغییر متغیرها و بررسی میزان نابرابری در آنها بهتر قابل درک و تفسیر است.

۴. برای مقایسه اطلاعات با نتایج سایر کشورها، بالطبع به متغیرهایی بیش تر توجه شد که در سطح دنیا و از دیدگاه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (SDH) مورد توجه هستند.

أ. مقایسه شاخص ها در زنان و مردان

جنسیت معمولاً یکی از مهم ترین عوامل ایجاد کننده نابرابری در جوامع محسوب می‌شود. به شکلی که در بسیاری از کشورها شاخصهای سلامت و بهره‌مندی در زنان کمتر از مردان می‌باشد و این تفاوت گاه از سال های اول عمر شروع می‌گردد. در ادامه شما با بعضی از مهم ترین شاخص های مرتبط با سلامت در زنان و مردان آشنا و ضمن مطالعه آن اطلاعاتی درخصوص تفاوت های مربوطه و روند تغییرات آنها در سال های اخیر خواهید یافت.

شاخص های عمومی

با وجود اطلاعات متنوع و زیاد درخصوص تفاوت های دو جنس و روند تغییرات آنها در دو دهه گذشته، در این قسمت به دو دسته از شاخص های بسیار مهم مرتبط به وضعیت اقتصادی و همچنین وضع سواد و دانش اشاره می‌شود. این دو شاخص به ترتیب می‌توانند نشان دهنده وضعیت اقتصادی و وضعیت فرهنگی باشند که تغییر آنها به وضوح سایر شاخص های عمومی را تحت تاثیر قرار خواهد داد. لذا تحلیل این دو شاخص اصلی احتمالاً ما را از پرداختن به سایر شاخص های خرد و جزئی بی‌نیاز می‌کند.

بنابر گزارشات سالانه "برنامه توسعه ملل متحد" (UNDP) ، رتبه شاخص توسعه جنسیتی (Gender-Related Development Index: GDI) ایران در سال ۲۰۰۱ میلادی، هشتاد و سه در بین ۱۴۶ کشور (مقدار شاخص=۰/۶۹۶)، در سال ۲۰۰۳ میلادی، هشتاد و شش در بین ۱۴۴ کشور (مقدار شاخص=۰/۷۰۲)، در سال ۲۰۰۴، هشتاد و دو در بین ۱۴۴ کشور (مقدار شاخص=۰/۷۱۳)، در سال ۲۰۰۵، هفتاد و هشت در بین ۱۴۰ کشور (مقدار شاخص=۰/۷۱۹) و در سال ۲۰۰۸/۲۰۰۷ هشتاد و چهارم در بین ۱۵۷ کشور (مقدار شاخص=۰/۷۵۰) بوده است. همچنین رتبه ایران در میزان توانمند سازی زنان (Gender Empowerment Measure: GEM) در سال ۲۰۰۴ هفتاد و دوم از بین ۷۸ کشور (مقدار شاخص=۰/۳۱۳) و در سال ۲۰۰۵، هفتاد و پنجم در بین ۸۰ کشور (مقدار شاخص=۰/۳۱۶) و در سال ۲۰۰۸/۲۰۰۷ هشتاد و هفتم (مقدار شاخص=۰/۳۴۷) در بین ۹۳ کشوری که اطلاعات آنها موجود بوده است گزارش شده است[۱و ۲و ۳و۴و۵]. برخی از پارامترهائی که در محاسبه این شاخص ها استفاده شده‌اند عبارتند از: امید زندگی در بدو تولد، نسبت باسوادی بزرگسالان، تخمین درآمد سالانه زنان و مردان، سهم زنان از صندلی های مجلس، سهم زنان از حکومت در سطح وزارت، سهم زنان از مقام های عالی مدیریتی، سهم زنان از نیروی کار ماهر و متخصص، میانگین نسبت درآمد زنان به مردان، سهم زنان دارای فعالیت اقتصادی از کل زنان، نسبت تعداد فعالان اقتصادی زن به مرد، سهم زنان و مردان از شاغلین در فعالیت های اقتصادی مشترک خانوادگی، سال کسب حق رای توسط زنان و سال حضور اولین نامزد زن در انتخابات. پر واضح است که اولاً تغییرات چنین شاخص های مهم و ترکیبی در طی یک سال و دو سال محسوس نیست و با برنامه‌ریزی بایست در میان مدت و بلند مدت در ارتقاء آن گام برداشت و همچنین طبیعی است که به دلیل کمبود و یا سانسور اطلاعات در بسیاری از کشورهای درحال توسعه و یا توسعه نیافته، رتبه بندی این شاخص ها ناقص بوده و لذا این کشورها در رتبه‌بندی وارد

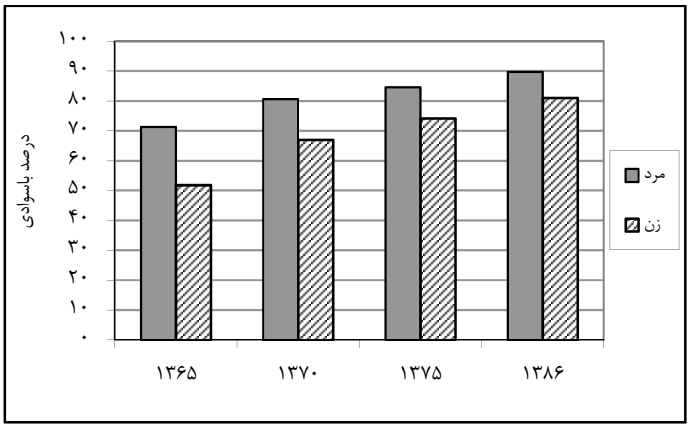
نمی‌شوند. به همین دلیل اگرچه رتبه ایران در جایگاه نه چندان مناسبی در این رتبه‌بندی قرار دارد و باید برای اصلاح آن اقدام نمود ولی این نتیجه‌گیری که ایران در مرتبه‌های پائین بین‌المللی قرار دارد نیز غیردقیق است .

به هر شکل بایست پذیرفت که تفاوت های بهره‌مندی زنان و مردان در جامعه ایران از امکانات به صورت سنتی موجود بوده و باید برای اصلاح آن اقدام نمود. البته در تحلیل های جزیی که در ادامه آورده شده بهتر می‌توان اجزای مختلف این شاخص ها را تحلیل و تفاوت های دو جنس را در زیر حیطه‌ها برشمرد.

در ادامه روند تغییرات برخی از این شاخص ها را با جزئیات بیش تر دنبال خواهیم‌کرد.

سواد و تحصیلات

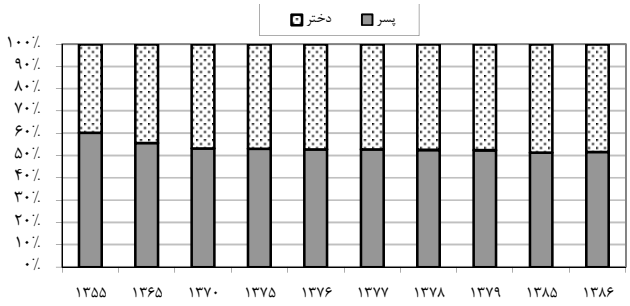
سواد پایه به عنوان یکی از مهم ترین شاخص های توانمندی و توسعه محسوب می‌شود. افراد بی‌سواد به صورت فاحشی کمتر می‌توانند از خدمات جامعه بهره‌مند و از مزایای یک زندگی مناسب استفاده نمایند. در سال های اخیر رشد باسوادی در کشور بسیار سریع بوده وخوشبختانه تفاوت های موجود در نرخ باسوادی زنان و مردان نیز روندی رو به کاهش داشته است به گونه‌ای که در سال ۱۳۶۵ زنان حدود ۲۰٪ کمتر از مردان از نعمت سواد برخوردار بوده‌اند، ولی در سال های اخیر این تفاوت به حدود ۸٪ رسیده‌است. با توجه به نرخ رشد بالاتر باسوادی زنان در این دوره نسبت به نرخ رشد باسوادی مردان، امید آن می‌رود طی سال های آتی میزان اختلاف موجود کاهش بیش تری بیابد [۶،۷].



نمودار۱ : میزان باسوادی در جمعیت ۶ ساله و بالاتر کشور برحسب جنس در سال های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۶

البته در بررسی نرخ رشد باسوادی جوانان (۲۴-۱۵سال)، سرعت رشد باسوادی برای زنان جوان بسیار بالاتر از مردان جوان بوده‌است و در سال های اخیر شکاف موجود میان باسوادی زنان و مردان جوان به شدت کاهش یافته است به گونه‌ای‌که تفاوت بین زنان و مردان برای این شاخص در سال ۱۳۶۵، ۱۹/۳ درصد بوده که در سال ۱۳۸۴، با ۹۸/۱ درصد باسوادی برای مردان این گروه سنی و ۹۶/۲ درصد باسوادی زنان در همین گروه سنی، تفاوت به ۱/۹ درصد کاهش یافته است [۶،۷،۸].

سهم دختران از دانش آموزان مقطع ابتدایی از ۳۹/۷ درصد در سال ۱۳۵۵ به ۴۸/۴ درصد در سال ۱۳۸۶ افزایش یافته است که معادل رشدی برابر با ۲۱/۹ درصد می باشد [۶،۸] (نمودار۲).

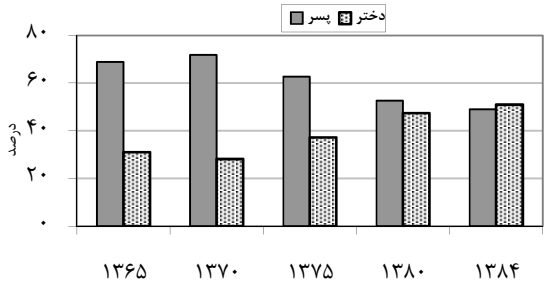


نمودار ۲: فراونی نسبی جنسیت دانش آموزان ابتدایی در سال های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۶

همچنین سهم دختران از دانش‌آموزان مقطع متوسطه از ۴۷/۸ درصد در سال ۱۳۷۶ به ۴۹/۱ درصد در سال ۱۳۸۴ رسیده است. سهم دختران از دانش‌آموزان مقطع پیش دانشگاهی در این دوره ۱۰ ساله بسیار جالب است؛ همواره سهم دختران دانش‌آموز در این مقطع بیشتر از پسران بوده است و دراین دوره زمانی با رشد ۱۵ درصدی از ۵۴/۵ درصد در سال ۱۳۷۶ به ۶۲ درصد در سال ۱۳۸۵ رسیده‌است[۶،۷،۱۱].

تحصیلات عالی

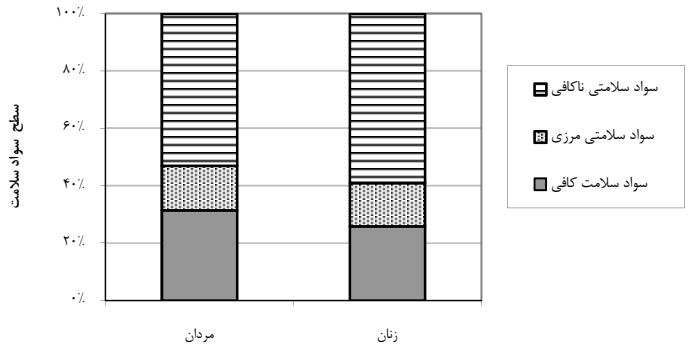
روند افزایش شرکت دختران در کنکور سراسری و نیز قبول شدگان نهایی آنان در سال های اخیر رشد قابل ملاحظه ای داشته‌است. به عنوان مثال دختران شرکت کننده در کنکور سال ۱۳۷۸، ۵۳/۹ درصد کل و ۵۷/۲ درصد قبول شدگان نهایی را تشکیل می‌دادند. همچنین تعداد دانشجویان پسر از ۱۲۵۳۲۷ نفر در سال ۱۳۶۵ به ۱۰۳۷۹۰۸ نفر در سال ۱۳۸۴ و تعداد دانشجویان دختر از ۵۶۵۶۲ نفر در سال ۱۳۶۵ به ۱۰۷۹۵۶۳ نفر در سال ۱۳۸۴ افزایش یافته است. این افزایش رشد در تحصیلات دانشگاهی در دختران بسیار قابل توجه بوده و سهم ۳۱/۱ درصدی دختران از دانشجویان دانشگاه های دولتی و دانشگاه آزاد اسلامی در سال ۱۳۶۵ را به حدود ۵۱ درصد در سال ۱۳۸۴ رسانده است. سهم دختران از دانشجویان دانشگاه طی این دوره در همه‌ی رشته‌ها افزایش داشته است به طوری که بیش‌ترین رشد در رشته‌های کشاورزی و دامپزشکی و کم‌ترین رشد نیز مربوط به رشته پزشکی بوده است [۶،۸] (نمودار ۳).



نمودار ۳ : فراونی نسبی جنسیت دانشجویان در سال های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۴

سواد سلامت

سواد سلامتی میزان ظرفیت هر فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم‌گیری متناسب لازم است. در مطالعه‌ای که در ۵ استان کشور شامل جامعه شهری و روستایی ۱۸ سال و بالاتر انجام شده است، سطح سواد سلامت خام زنان پائین‌تر از سواد سلامت در مردان بوده است (نمودار۴). این بدان معنی است که زنان بیشتر در معرض عواقب ناشی از پایین بودن سطح سواد سلامت قرار دارند به گونه‌ای که ممکن است اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه شده توسط متخصصان سلامتی را کمتر درک کنند و کمتر طبق روش‌های لازم و دستورات عمل نمایند. ولی نکته بسیار جالبی که مشاهده شد، آن بود که سطح سواد سلامت زنان در صورتی که برای میزان تحصیلات تعدیل شود بیش از مردان خواهد شد. این یافته به این معنی است که در کل برای افراد هم سطح از نظر تحصیلات، زنان سواد سلامت بیش تری نسبت به مردان دارند. ترکیب این یافته با یافته‌های قبلی که نشان می‌داد تحصیلات زنان با سرعت بسیار زیاد درحال ارتقاء است، نشان می‌دهد که احتمالاً در آینده نزدیک سواد سلامت کلی زنان بیش تر از مردان خواهد شد[۱۲].



نمودار ۴ : سطح سواد سلامت به تفکیک جنس در افراد بالای ۱۸ سال (۱۳۸۵)

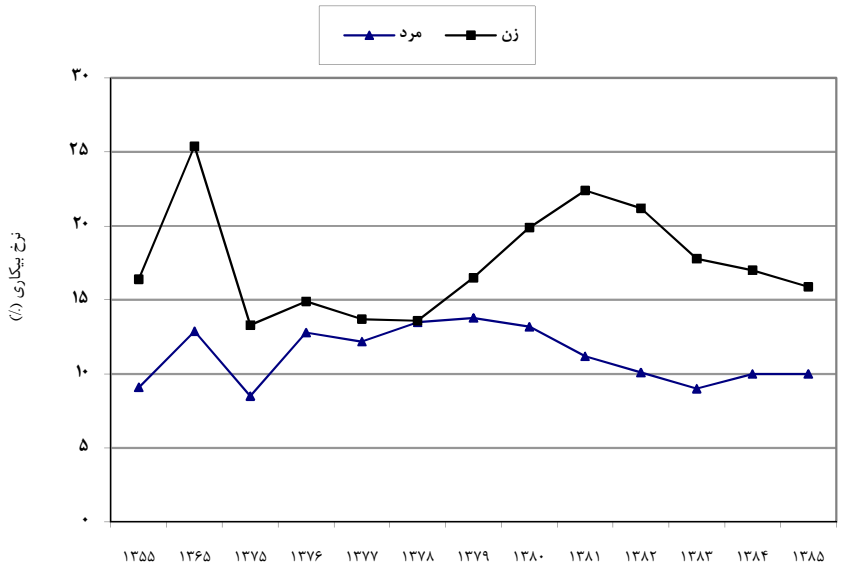
میزان بیکاری و اشتغال

قبل از پرداختن به جزئیات تفاوت های دو جنس در بحث اشتغال، باید از دید اجتماعی و فرهنگی در جامعه ایران و حتی جهان، به مسئله شغل زنان به عنوان یک راه کسب درآمد در کنار سایر مسئولیت های زن در جامعه و خانواده نگاه کرد و به راحتی نمی‌توان گفت که درصورت برابری کامل این شاخص در بین زنان و مردان، به بهترین وضعیت تعادلی در جامعه دست‌یافته‌ایم. به نظر می‌رسد فرصت کم

شغلی برای زنان در جامعه همان اندازه ایراد دارد که برابری کامل مشکل‌آفرین است. چراکه زنان همواره مسئولیت های سنگین در تربیت فرزندان و تحکیم کانون خانواده به خصوص در جامعه ایران دارند و اگر همانند مردان در جامعه نیز کار کنند به این معنی است که بیش از مردان تحت فشارهای مختلف شغلی در داخل و خارج از منزل هستند که مسلماً امری مطلوب نیست. زنان باید استقلال مالی نسبی داشته و در تأمین هزینه‌های خانه دوش به دوش مردان تلاش و در صحنه جامعه حضور پررنگ داشته باشند، ولی این به معنی کار سخت در خارج از منزل هم سنگ مردان نمی‌باشد. حال با این ملاحظه آمار بیکاری زنان و مردان نشان داده‌شده‌است.

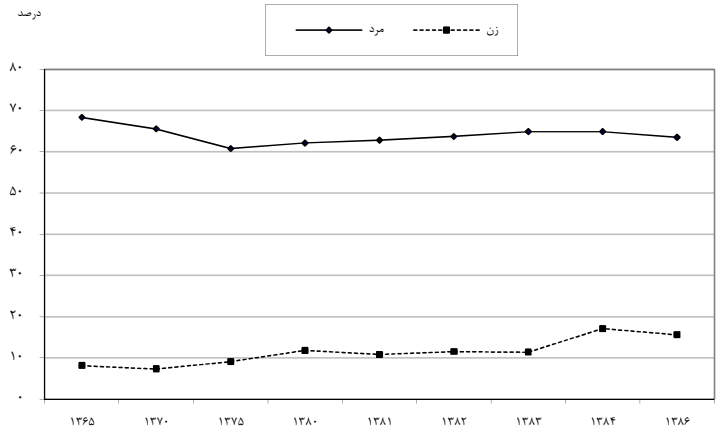
شغل و به طبع آن کسب درآمد به شکل بسیار مؤثری می‌تواند شاخص ها و استانداردهای زندگی را افزایش و به صورت مستقیم و غیرمستقیم به ارتقاء سلامت منجر شود.

نمودار ۵ نشان می‌دهد که در سال های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵، نرخ بیکاری در زنان به طور بیش از مردان بوده است و تنها در سال های ۱۳۷۶ تا ۱۳۷۸ نرخ بیکاری در دو جنس بسیار به هم نزدیک بوده است. حداکثر تفاوت نرخ بیکاری بین دو جنس در سال های ۱۳۶۵ و ۱۳۸۱ بوده است که نرخ بیکاری در زنان به ترتیب ۱۲/۳٪ و ۱۱/۲٪ بیش از مردان بوده است [۶، ۷۸].



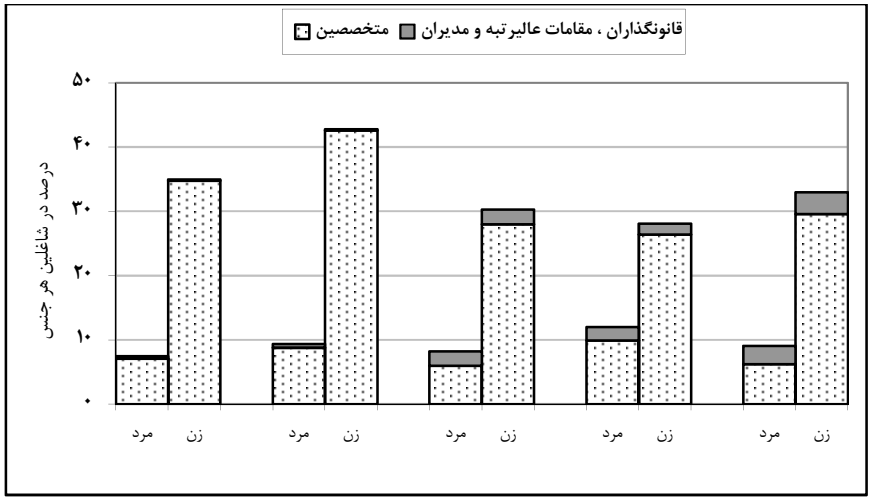
نمودار۵ : نرخ بیکاری جمعیت ۱۰ ساله و بیشتر به تفکیک جنس در سال های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵

همچنین بررسی روند تغییرات نرخ مشارکت اقتصادی (افرادی که در گروه شاغلان یا بیکاران قرار دارند) در جامعه نشان‌دهنده رشد بیشتر این شاخص در زنان نسبت به مردان می‌باشد (نمودار ۶) به گونه‌ای که نرخ مشارکت اقتصادی زنان از ۸/۱۵ درصد در سال ۱۳۶۵ به ۱۵/۶ درصد در سال ۱۳۸۶ رسیده است که این مسئله در کنار کاهش میزان بیکاری در زنان طی چند سال اخیر نسبت به سال های گذشته، حاکی از روند مثبت شاخص ها در بازارکار زنان می‌باشد.



نمودار ۶ : نرخ مشارکت اقتصادی (نرخ فعالیت) به تفکیک دو جنس در سال های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۶

در مقایسه حضور زنان و مردان در مشاغل فنی و تخصصی ملاحظه می‌شود که سال های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵، بیش از یک-چهارم زنان شاغل، کارکنان فنی و تخصصی بوده‌اند درحالی که این سهم برای مردان شاغل، حداکثر ۱۰درصد بوده‌است. قابل توجه این که درصد کارکنان عالی رتبه، قانون گذاران و مدیران در مردان و زنان شاغل، سیر رو به رشدی در این ۲۰ سال داشته و تفاوت جنسیتی قابل توجهی از این لحاظ وجود نداشته است[۶، ۷،۸] (نمودار ۷).



نمودار ۷ : درصد اشتغال به برخی از گروه های اصلی شغلی برحسب جنس در سال های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵

براساس گزارشات سالانه UNDP، متوسط نسبت درآمد زنان به مردان در ایران، در گزارش سال ۲۰۰۴، برابر با ۰/۲۹، در سال ۲۰۰۵ برابر با ۰/۲۸ و در گزارش سال ۲۰۰۸-۲۰۰۷ برابر با ۰/۳۹ ذکر شده است؛ که حکایت از رشد درآمد زنان حتی در این مدت کوتاه دارد [۵،۳،۴].

البته یکی از نکاتی که در مقایسه شاخص‌های اقتصادی و اشتغال بین زنان و مردان و نیز در مقایسه کشورهای مختلف باید بدان توجه کرد، این است که در کشورهایی نظیر جمهوری اسلامی ایران، شاخص های فوق ناخواسته تا حدود زیادی به طور دقیق محاسبه نمی‌شوند، چرا که شیوه محاسباتی این شاخص‌ها، صرفاً مشتمل بر اندازه‌گیری فعالیت‌هایی است که در خارج از منزل محقق می‌شوند. لذا فعالیت‌های یک زن ایرانی خانه‌دار که امور منزل را برعهده دارد (نگهداری فرزندان، آشپزی برای سایر افراد خانواده)، در محاسبات تولیدات ملی داخلی وارد نمی‌شود؛ درحالی که اگر همان زن در قالب خدمتکار یا آشپز در خارج از خانه مثلاً در یک مهدکودک چنین کارهایی را انجام دهد، درآمد او از این کار در محاسبات وارد و تولید ملی را افزایش می‌دهد. به عبارت دیگر در دو حوزه خودمصرفی و اقتصاد معیشتی که اتفاقاً در هر دو مورد هم سهم زنان بسیار قابل توجه است، سهم زنان در تولید ملی، تقریباً نادیده گرفته می‌شود. مسلماً اگر شرایطی فراهم شود که این نقص آماری برطرف شود، نقش فعالیت های زنان در تولید ملی هم به نحو چشمگیری افزایش می یابد و تفاوت های بین دو جنس از بعد درآمدی و کارهای مولد کمتر خواهد شد [۹].

تأمین اجتماعی

براساس اطلاعات موجود در طول برنامه ۵ ساله بر تعداد بیمه شدگان مرد تأمین اجتماعی ۱۹ درصد اضافه شده، اما این رشد برای زنان بیمه شده بیش از ۳۷ درصد بوده است. بیشترین رشد در بیمه های اجباری است که نشان دهنده بهبود ساختار شغلی زنان از حیث تحت پوشش قرار گرفتن در جامعه است. همچنین رشد ۳ درصدی بیمه‌های اختیاری نزد زنان حکایت از حساسیت بیشتر آنان به تحت پوشش بیمه بودن خود دارد [۱۰].

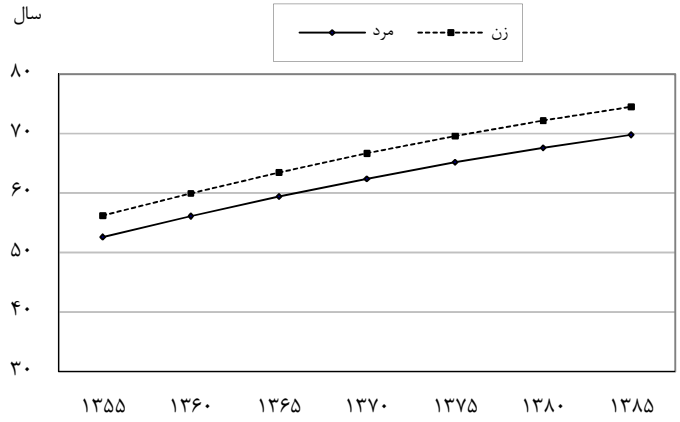
شاخص های سلامت

در این قسمت به تفاوت های دو جنس در چندین شاخص مهم مرتبط به سلامت اشاره خواهد شد. شناخت این تفاوت ها و تحلیل عمیق آنها به شکل بسیار مؤثر می‌تواند نشان دهنده شدت و دلایل بروز نابرابری جنسی باشد و راهکارهای مؤثری برای کاهش آنها ارائه دهد.

در این قسمت به مهم ترین شاخص های سلامت شامل امید زندگی، مرگ و میر و علل آن، سال های از دست رفته عمر به علت بیماری و ناتوانی و شاخص های مربوط به بهره مندی از خدمات بهداشتی و درمانی اشاره خواهد شد.

امید زندگی

نرخ امید زندگی در دوره زمانی سال های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵ برای مردان و زنان ۳۲/۵ درصد رشد داشته‌است. در سال ۱۳۸۵ امید زندگی مردان برابر ۶۹/۷۷ سال و امید زندگی زنان برابر ۷۴/۵۱ سال می باشد که نشانگر اختلافی معادل ۴/۷۴ سال میان امید زندگی زنان و مردان می باشد [۱۳].

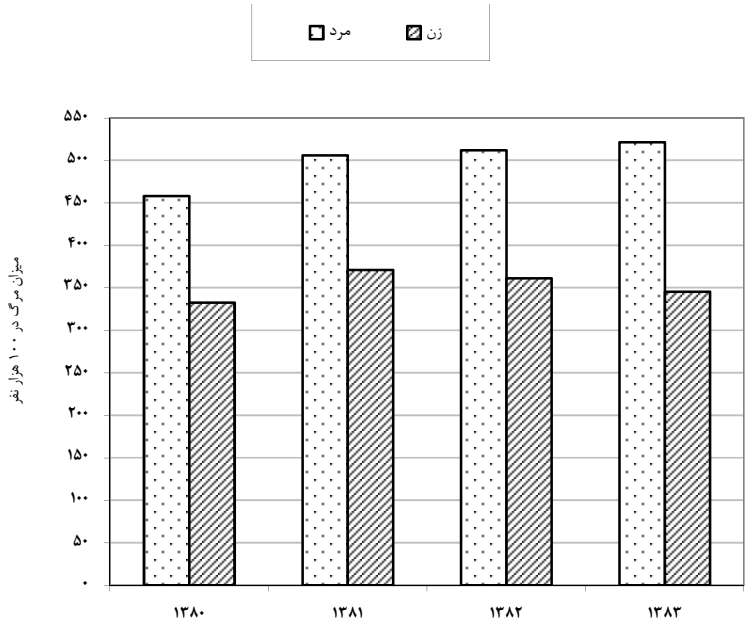


نمودار ۸ : روند تغییرات امید زندگی بر حسب جنس در سال های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵

مرگ و میر

از سال ۱۳۸۰ که نظام ثبت مرگ در برخی از استانهای کشور استقرار یافت و تا سال ۱۳۸۳ که به ۲۹ استان افزایش یافت، امکان بررسی و مقایسه میزآنهای اختصاصی مرگ در گروه های مختلف سنی، جنسی و جغرافیایی فراهم شده است. در طی این مدت نرخ مرگ و میر مردان به صورت مختصر افزایش و در مقابل نرخ مرگ و میر در خانم ها تقریباً ثابت مانده، در نتیجه اختلاف بین زنان و مردان در این شاخص افزایش مختصر دارد [۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷]. البته پر واضح است که سه سال برای بحث درخصوص نرخ مرگ و میر بسیار کوتاه است و برای

تحلیل دقیق تر باید زمان بیشتری سپری گردد، ولی به دلیل آن که نرخ مرگ و میر از جمله شاخص های بسیار مهم سلامت محسوب می گردد، با وجود محدود بودن مستندات دراین خصوص در سال های قبل، ارائه نتایج همین سه سال نیز مغتنم شمرده‌می‌شود و براساس این نتایج به دلیل تفاوت قابل ملاحظه در میزان مرگ و میر زنان و مردان، احتمالاً مردان در جامعه ایرانی از سلامت نسبی کمتری برخوردار هستند.



نمودار ۹ : میزان کلی مرگ در ۱۰۰ هزار نفر بر حسب جنس در سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۳

افزایش مرگ و میر در مردان عمدتاً به دلیل افزایش مرگ و میر ناشی از تصادفات و حوادث حمل و نقل بوده که به واسطه نوع شغل، این افزایش در مردان بسیار واضح‌تر می‌باشد. در مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی، تفاوت بین دو جنس بسیار قابل ملاحظه بوده و مردان بیش از زنان در معرض خطر می‌باشند.

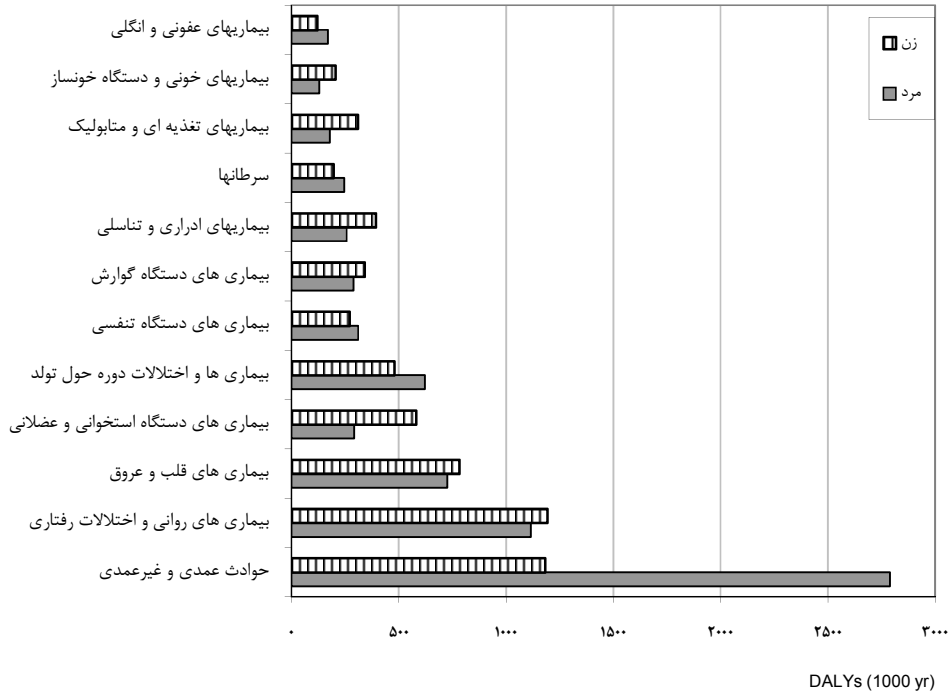
بار بیماری ها

شاخص بار بیماری ها (burden of diseases) بیان می‌کند که چه میزان عمر از انسانها در یک جامعه به دلایل مختلف از بین می رود. این تلف شدن عمر یا به دلیل مرگ زود هنگام است و یا به دلیل ناتوانی و از کارافتادگی های ناشی از بیماری.

بار بیماری ها و آسیب ها در ایران تاکنون تنها برای سال ۱۳۸۲ محاسبه شده است ولی به دلیل اهمیت کلی این شاخص در نشان دادن سلامت جامعه، در این بخش به اختصار به برخی از تفاوت های دو جنس درخصوص "سال های تعدیل شده عمر در اثر ناتوانی"

(Disability Adjusted life Year:DALYs)، "سال های از دست رفته زندگی به علت مرگ زودرس" (YLL: Years of Life Lost) و "سال های سپری شده با ناتوانی" (Years Lived with Disability: YLD) اشاره می‌شود.

مردان ۵۳٪ و زنان ۴۷٪ از DALYs ایجاد شده در سال ۱۳۸۲ را به خود اختصاص می‌دهند. ۶۱٪ از YLL جامعه به مردان و ۳۹ ٪ به زنان اختصاص داشته‌است. این میزان در مورد YLD ۴۸٪ در مردان و ۵۲٪ در زنان است. میزان بروز DALYs در ۱۰۰ هزار نفر مرد ۲۲۷۲۷ سال و در زنان ۲۰۴۰۶ سال است. تفاوت بار بیماری ها در طبقات مختلف بیماری ها براساس تقسیم‌بندی ICD در نمودار زیر مشاهده می شود [۱۸].



نمودار ۱۰ : مقایسه بار بیماری ها در طبقات مختلف **ICD** به تفکیک دو جنس در ۱۳۸۲

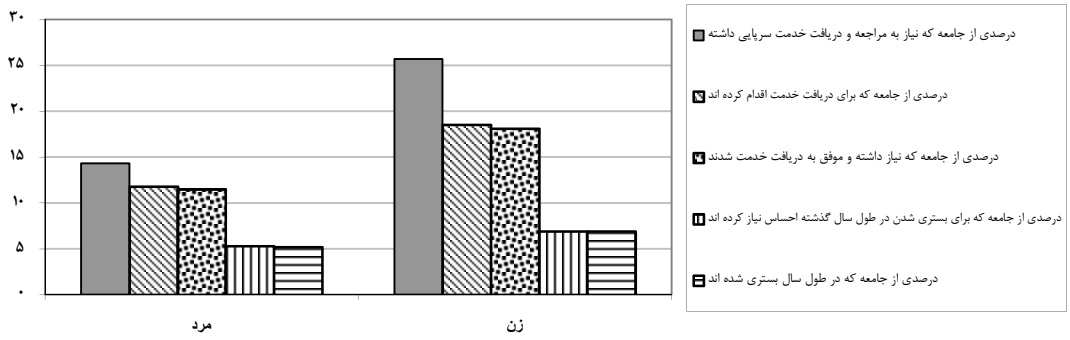
همانگونه که ملاحظه می‌شود بار بیماری های ناشی از حوادث، سرطانها، بیماری های تنفسی، عفونی و اختلالات حول تولد در مردان بیش از زنان است. درخصوص حوادث عمدی و غیرعمدی باید گفت بار کلی در مردان بیش از ۲ برابر بار آن در زنان است، ولی بار حوادث ناشی از حمل و نقل در مردان ۵ برابر زنان است. از سوی دیگر بار بیماری های روانی، قلبی عروقی، استخوانی و عضلانی، ادراری تناسلی، تغذیه ای، بیماری های خونی و بیماری های گوارش در زنان بیش از مردان است؛ که در این میان بار بیماری های اسکلتی عضلانی زنان حدود ۲ برابر بار آن در مردان است [۱۸]. به عنوان مثال شیوع استئوآرتریت در حداقل یکی از مفاصل بدن، در زنان بیش از ۱/۷ مردان می‌باشد و نیز شیوع کمر درد در زنان بیش از ۱/۸ برابر مردان می باشد [۱۹]. شیوع فشار خون نیز در زنان ایرانی کمی بیش از شیوع آن در مردان گزارش شده است [۲۰]. به علاوه شیوع چاقی و کلسترول سرم بیش از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر در زنان ۱۱/۳ درصد و در مردان ۴/۸ درصد بیش از زنان گزارش شده است. [۲۱]

اما در رابطه با مصرف سیگار که یکی از مهم ترین فاکتور های خطر بسیاری از بیماری ها می باشد، وضعیت در مردان به مراتب خطرناک تر است. به گونه ای که با توجه به نتایج مطالعه سلامت و بیماری در سال ۱۳۷۸، در قبال شیوع حدود ۲۴ درصدی مصرف سیگار در مردان ۱۵ سال و بالاتر، ۱/۷ درصد زنان در همان سن سیگاری هستند [۲۱]. همچنین اطلاعات منتشر شده از مطالعه کشوری "نظام مراقبت عوامل خطر بیماری های غیرواگیر" در سال ۱۳۸۴ حکایت از شیوع ۲۶/۶ درصدی سیگاری های فعال در جمعیت مردان ۱۵تا ۶۵ سال و شیوع ۴/۲ درصدی سیگاری های فعال در جمعیت زنان در همان سنین دارد[۲۲].

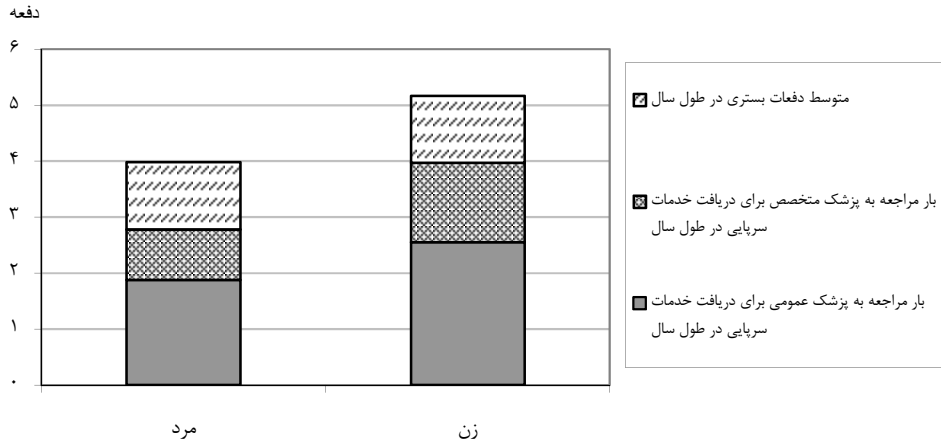
در مجموع و به عنوان نتیجه‌گیری می‌توان بیان نمود که با توجه به مرور شواهد موجود به نظر می رسد درحالی که زنان بیش از مردان عمر می‌کنند و مرگ و میر کم تری دارند، ولی به دلیل عوارض ناتوان کننده بیماری ها، که ناشی از شیوع بالاتر بیماری های روانی و مشکلات جسمی مزمن مانند بیماری های متابولویک و استخوانی- عضلانی در آنها می‌باشد؛ احتمالاً از کیفیت زندگی پائین‌تری برخوردار هستند.

بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی

میزان بروز نیاز، اقدام برای دریافت و میزان دریافت خدمات سرپایی در زنان بیش از مردان است. به طور متوسط هر مرد سالی ۱/۹ بار به پزشک عمومی و سالی ۰/۹ بار به پزشک متخصص مراجعه می‌کند درحالی که زنان حدود ۳۵ تا ۵۵ درصد بیش از مردان به این ۲ گروه از پزشکان مراجعه می‌کنند. با توجه به شیوع بیشتر بیماری های مزمن و ناتوان‌کننده در زنان و متعاقب آن نیاز بیشتر زنان برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی، این مسئله گویای وجود عدالت افقی است. درخصوص دریافت خدمات بستری نیز، زنان بیش از مردان احساس نیاز و دریافت خدمات داشته اند [۲۳].

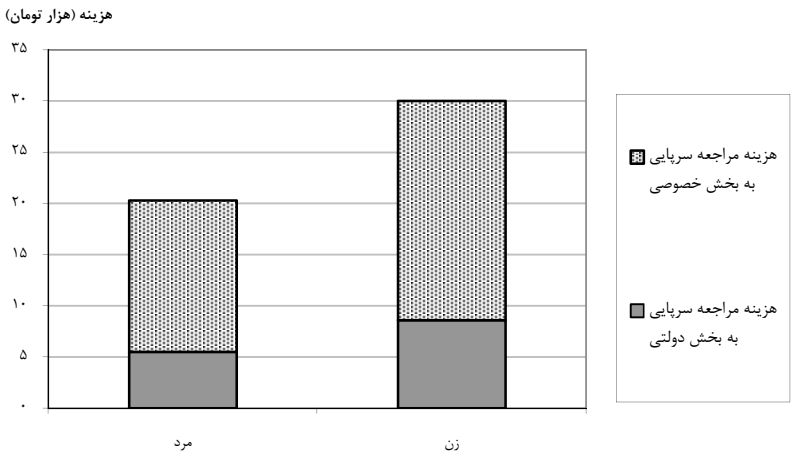


نمودار۱۱ : بهره مندی از خدمات بهداشتی و درمانی سرپایی و بستری به تفکیک دو جنس



نمودار ۱۲ : بار مراجعه به پزشک و دفعات بستری در بیمارستان به تفکیک دو جنس

در مقایسه هزینه سالیانه‌ای که افراد برای دریافت خدمات سرپایی و بستری می‌پردازند، زنان حدود ۱/۵ برابر مردان در هر دو بخش سرپایی و بستر ی هزینه می‌پردازند که با توجه به بار مراجعه بیشتر زنان برای دریافت خدمات قابل انتظار می‌باشد[۲۳].



نمودار ۱۳ : هزینه خدمات بهداشتی – درمانی سرپایی و بستری به تفکیک دو جنس

نتیجه گیری

تجربیات بین المللی نشان می‌دهد که پیشرفت و ارتقاء عدالت جنسیتی زمینه‌ساز دستاوردهای توسعه ای بوده، به طوری که خود موجب تقویت استانداردهای زندگی در همه ابعاد زندگی از جمله در بخش سلامت شده‌است. روند تغییرات شاخص- های مرتبط با توسعه انسانی در دو دهه گذشته در مردان و زنان ایران، به سمت کاهش نابرابری بوده‌است. به عنوان مثال تفاوت نرخ باسوادی در زنان و مردان به صورت بسیار چشمگیری درحال کاهش می‌باشد و شاخص های مربوط به آموزش در زنان بهبود قابل توجهی را نشان می‌دهد. از آن مهم تر رشد بسیار چشمگیر تحصیلات دانشگاهی زنان حتی بیش از مردان است. اما تحولات اشتغال زنان علی‌رغم روند رو به بهبود، کمتر در جهت کاهش شکاف جنسیتی بوده و تا رسیدن به حد تعادل در بازار کار و رفع کامل موانع اشتغال زنان در جامعه فاصله وجود دارد اگرچه باید به این نکته توجه کرد که در محاسبه میزان اشتغال زنان، خانه داری و مخصوصاً تربیت فرزندان که در فرهنگ ایرانی اسلامی مهم ترین وظیفه آنان می باشد به عنوان شغل محاسبه نگردیده است. با این توصیف در مجموع در ایران درخصوص شاخص توسعه جنسیتی (GDI) و شاخص میزان توانمندسازی بر حسب جنسیت (GEM) بهبود اندکی رخ داده و روندی در جهت کاهش شکاف جنسیتی داشته است.

در مورد شاخص های سلامت، گرچه اطلاعات در طول زمان (longitudinal) قابل استناد برای قضاوت درخصوص روند تغییرات شیوع بیماری ها در زنان و مردان در دست نمی باشد، اما اطلاعات امید زندگی و مرگ حاکی از آن است که تفاوت موجود بین زنان و مردان در این شاخص های سلامت تغییر قابل ملاحظه‌ای نیافته‌است و در کل نرخ مرگ و میر به صورت بارزی در زنان کمتر می‌باشد. آن چه که در مردان سبب کاهش عمر می‌شود، با آن چه که در زنان عمر را می‌کاهد، کاملاً متفاوت است. مردان قربانیان اصلی آسیب های کشنده‌تر هستند در صورتی که در زنان بیماری های ناتوان کننده مزمن سهم بیش تری از DALYs را به خود اختصاص می‌دهند. این تفاوت ها باید در رویکردهای ارائه خدمات پیشگیری و درمانی بیش از پیش در نظر گرفته شود. نکته‌ای که در برنامه‌ریزی‌های سلامتی باید به آن توجه بیشتری نمود، آن است که توجه افراطی به یک جنس منجر به بی‌توجهی به جنس دیگر نشود.

در مجموع چنین به نظر می‌رسد که روند نابرابری در شاخص های عمومی درحال کاهش و حتی برتری یافتن زنان در بعضی شاخص‌ها است و گرچه در برخی موارد برخورداری زنان کمتر از مردان بوده و از نظر سواد و درآمد وضعیت نامطلوب تری داشته‌اند ولی از نظر شاخص های مهم سلامت وضعیت مطلوب‌تری دارند. البته در مورد شاخص های سلامت نمی‌توان قضاوت یک سویه‌ای به نفع وضعیت مطلوب تر در هریک از دو جنس داشت. درحالی که زنان عمر بیشتر و مرگ و میر کم تری دارند که این روند نیز در جهت افزایش فاصله بین زنان و مردان است، ولی در عوض بیش از مردان از بیماری های مزمن رنج می‌برند که احتمالاً در طول زمان این فاصله نیز درحال افزایش است و به همین دلیل میزان بهره‌مندی زنان از خدمات سلامت نیز بیش تر است.

در انتها از نگاه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (SDH) می‌توان نتیجه گرفت که به علل ریشه‌ای، نوع ارائه خدمات سلامت و حمایت های لازم برای درمان در دو جنس متفاوت هستند و در جامعه باید راهکارها و ظرفیت های متفاوتی را برای ارتقاء سلامت دید. ولی به هر شکل تصور نمی‌شود که جنسیت به خصوص در سال های اخیر عامل مهم و جدی در بروز نابرابری در سلامت در جامعه بوده باشد و احتمالاً در سال های آینده نیز این تفاوت کم‌رنگ تر خواهد شد.

ب. مقایسه شاخص ها در مناطق شهری و روستایی

در ایران به صورت تاریخی درجه محرومیت ساکنین روستاها بیشتر بوده‌است. به همین دلیل عمدتاً شاخص های سلامت و رفاه اجتماعی در مناطق روستایی پائین‌تر و ساکنین روستایی از خدمات کمتری برخوردار می‌شوند. در این قسمت نیم رخ تفاوت های افراد ساکن در روستا و شهر با هم مقایسه و روند تغییر این تفاوت ها در شاخص‌های عمومی و شاخص‌های سلامت مقایسه می‌شوند. اگرچه شاید کمتر در مستندات بین‌المللی به این عامل اجتماعی به عنوان یکی از دلایل ایجاد کننده نابرابری اشاره‌شده، ولی به نظر می‌رسد براساس وضعیت اجتماعی ایران، باید این عامل را به دقت بررسی و پژوهش نمود. به صورت تاریخی مردم روستاها از نظر درآمد و سواد و دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی در مقایسه با ساکنین شهرها عقب‌تر بوده‌اند. البته حرکت‌های جدی که در جهت ایجاد نظام مراقبت‌های اولیه در روستا صورت گرفته و با استقرار بهورز و خانه بهداشت استحکام یافت، توانست در دهه اول و دوم انقلاب شاخص های سلامت روستائیان را به شدت افزایش دهد. البته در همین زمان جهاد سازندگی نیز با تقویت زیرساخت های روستاهای کشور مانند تسهیل دسترسی آنها به جاده، آب سالم و برق سهم به سزایی در بهبود استانداردهای زندگی در روستاها داشت و نهضت سوادآموزی و مدارس روستایی به شدت سطح سواد را در این مناطق ارتقاء داد. در سال های اخیر نیز نظام ارجاع و پزشک خانواده و بیمه روستایی برای سامان دهی بهتر خدمات سلامت در روستاها ایجاد شده که احتمالاً تأثیرات مثبت آن در سال های آینده بروز خواهد یافت.

با این توضیحات، در این فصل سعی شده تا از مستندات آماری مربوط به تفاوت های شهرها و روستاها استفاده شود و نیم‌رخی واضح از اتفاقات سال های گذشته و وضعیت فعلی ارائه گردد.

شاخص های عمومی

با وجود اطلاعات متنوع و زیاد درخصوص تفاوت های شهر و روستا و روند تغییرات آنها در دو دهه گذشته، در این قسمت شاخص های مهمی همچون بیکاری و اشتغال، درآمد و فقر، نرخ باسوادی و دسترسی به امکانات عمده زندگی اشاره می‌شود.

بیکاری و اشتغال

بررسی وضعیت بیکاری در جوامع شهری و روستایی در ۲ دهه گذشته حاکی از نرخ نسبتاً بالای بیکاری خصوصاً در شهرها می‌باشد. نرخ بیکاری در روستاها در سال های ۱۳۶۵، ۱۳۷۶ و ۱۳۸۰ حدود ۱۳درصد بوده است، پس از آن سیر نزولی داشته و در سال های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۵ حدود ۵۰ درصد کاهش داشته است، اما در جوامع شهری در فاصله سال های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۵ نرخ بیکاری بالای ۱۲ درصد و گاه به ۱۵ درصد نیز رسیده است. در مجموع به نظر می رسد شهرها و روستاها از نظر نرخ بیکاری، درحال فاصله گرفتن از یکدیگر می‌باشند [۶، ۷] (نمودار ۱۴).



نمودار ۱۴ : نرخ بیکاری جمعیت ۱۰ ساله و بیشتر به تفکیک مناطق شهری و روستایی در سال های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵

البته شکاف موجود در نرخ بیکاری شهر و روستا می‌تواند ناشی از مهاجرت افراد از روستاها به شهرها به دلیل توسعه نیافتگی روستاها و عدم سرمایه‌گذاری برای اشتغال و کارآفرینی در روستاها باشد. بررسی نابرابری اشتغال مناطق شهری و روستایی کشور طی سال های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵ نشان می دهد که در این مدت گرایش ایجاد فرصت های شغلی به سمت مناطق شهری بوده به طوری که تعداد فرصت های شغلی ایجاد شده در شهرها ۵/۶ برابر مناطق روستایی بوده است (جدول ۱). در مدت مذکور افزایش سالانه جمعیت شاغل شهری و روستایی به ترتیب ۴۰۴ و ۷۲ هزار نفر بوده و بدین ترتیب به ازای هر ۱۰۰ شغل ایجاد شده در کشور حدود ۱۵/۱ درصد به روستاها متعلق بوده‌است که نشان‌دهنده نابرابری شدید اشتغال بین مناطق شهری و روستایی می باشد [۲۴].

جدول ۱ . تعداد جمعیت شاغل در مناطق روستایی و شهری طی سال های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵

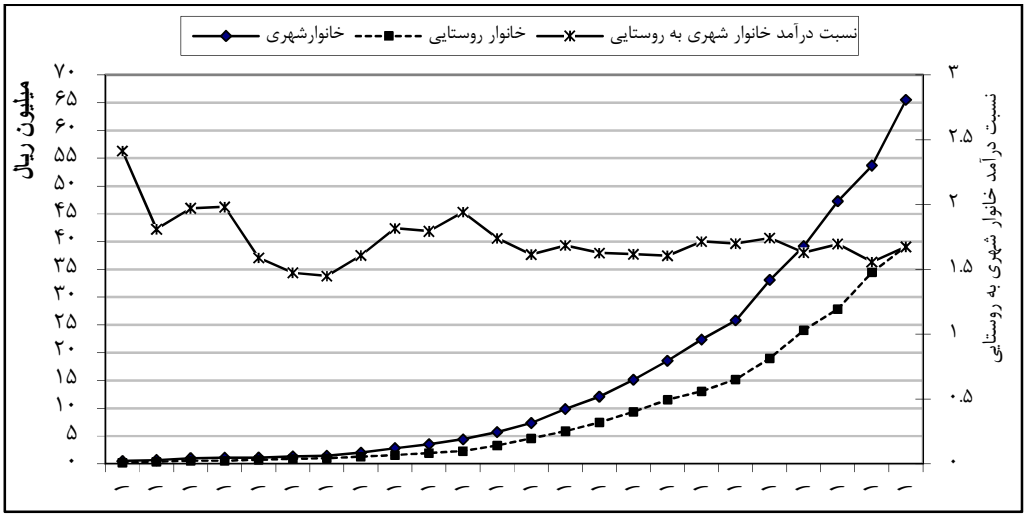
(واحد: هزار نفر)

	۱۳۵۵	۱۳٦۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	تغییرات ۸۵-۱۳٦۵
شهری	۴۱۱۳	۵۹۵۳	۸۸۶۱	۱۴۰۴۶	۸۰۹۳
روستایی	۴۶۸۷	۴۹۸۸	۵۷۱۱	۶۴۲۸	۱۴۴۰

درآمد و هزینه

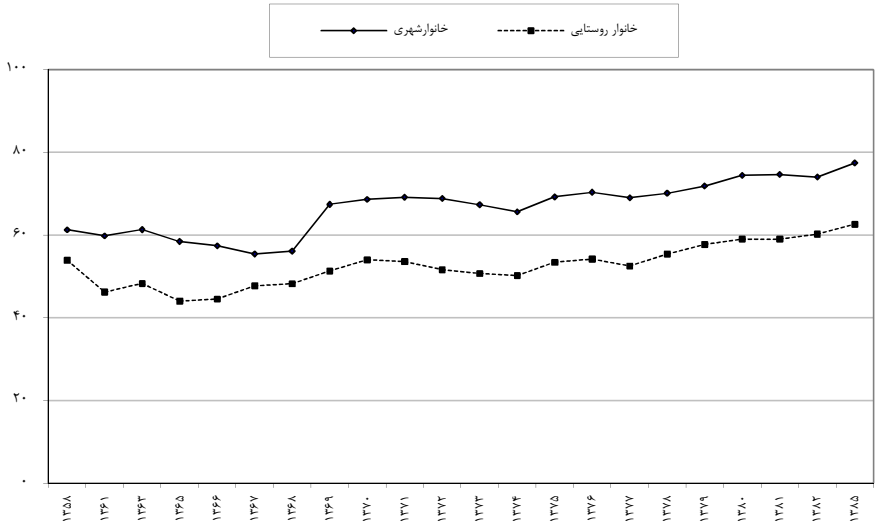
نمودار ۱۵، میزان تغییرات درآمد خانوارهای شهری و روستایی را در سه دهه گذشته نشان می‌دهد. همانگونه که ملاحظه می گردد رشد درآمد به خصوص از سال های ۱۳۷۵ به بعد بسیار مشهود بوده و با گذشت زمان فاصله دو نمودار شهری و روستایی بیشتر و بیشتر شده است. البته نسبت درآمد خانوارهای روستایی به شهری در طول مدت مذکور تقریباً ثابت بوده‌است و در کل تقریباً درآمد یک خانوار روستایی حدود ۴۵٪ خانوار شهری است [۶،۷].

البته باید دقت شود که تفسیر این نمودار بدون درنظر گرفتن نرخ تورم و همچنین هزینه‌های خانوار کامل نخواهد بود. مسلماً زندگی در شهرها هزینه‌های زیادی مانند هزینه مسکن بر افراد تحمیل می‌کند که تأثیر آن بر مخارج روستایی بسیار کمتر است. لذا تنها نکته‌ای که از این نمودار می‌توان دریافت آن است که احتمالاً سهم خانوارهای روستایی از درآمد در مقایسه با خانوارهای شهری در طول سال های اخیر تغییر محسوسی نیافته‌است. ولی این که این میزان درآمد می‌تواند نیازهای اولیه خانوارهای روستایی را تأمین کند یا خیر سوال مهم دیگری است که باید به آن پرداخته‌شود.



نمودار۱۵ : درآمد سالیانه خانوار های روستایی و شهری در سال های ۱۳۵۸ تا ۱۳۸۵

شاخص "سهم هزینه های غیرخوراکی در هزینه های خانوار" به عنوان یک شاخص رفاهی مطرح بوده و شامل هزینه‌هایی مانند پوشاک، تحصیل، مسکن، بهداشت و درمان و تفریح می‌باشد. در ۳ دهه گذشته، این شاخص برای خانوارهای شهری بیش از خانوارهای روستایی بوده است. البته این درصد در شهرها و در روستاها به ترتیب ۱۹٪ و ۱۸٪ افزایش داشته است [۶، ۷]. با این وجود به نظر می‌رسد درآمد پائین‌تر خانوارهای روستایی باعث شده که حدوداً ۱۰٪ کمتر از خانوارهای شهری بتوانند درآمد خود را صرف هزینه‌های غیرخوراکی نمایند (نمودار۱۶).



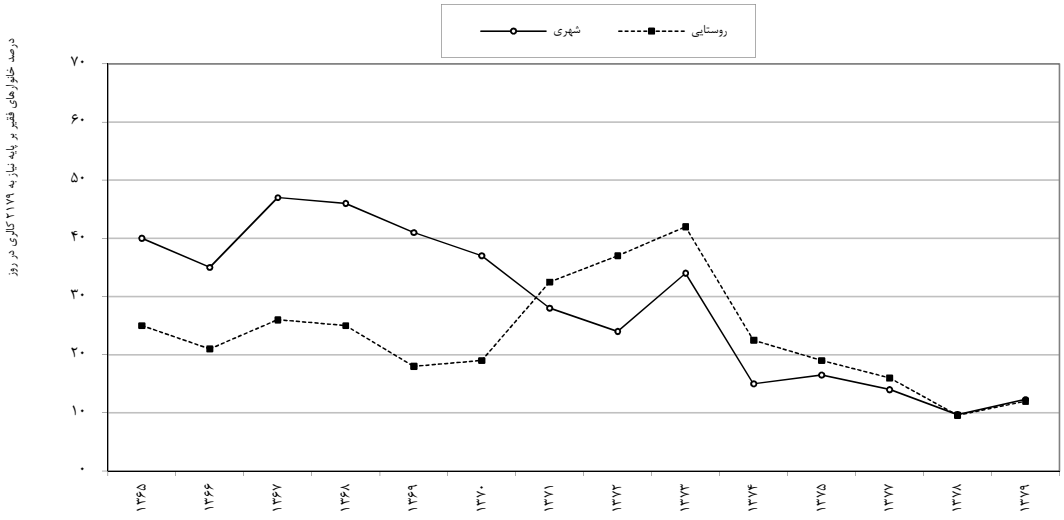
نمودار ۱۶ : نسبت هزینه های غیرخوراکی به کل هزینه های سالیانه خانوارهای روستایی و شهری در سال های ۱۳۵۸ تا ۱۳۸۵

درصد خانوارهای فقیر

توضیحات قبل متوسط درآمد خانوارهای شهری و روستایی را نشان می‌داد. ولی از نظر عدالت، در کنار نگاه به متوسط درآمد، باید بررسی نمود که چه درصدی از خانوارها توانایی تأمین حداقل نیازهای خود را ندارد و اصطلاحاً فقیر هستند؟

درصد خانوارهای فقیر شهری طی سالهای ۶۷ تا ۷۹ کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته‌است. اما در خانوارهای روستایی درصد خانوارهای فقیر در سال های ۶۹ تا ۷۳ بیش از ۱۰۰ درصد افزایش داشته و سپس سیر نزولی را طی کرده است. در مجموع در فاصله سال های ۱۳۷۳ تا ۱۳۷۹ در هر ۲ جامعه شهری و روستایی، میزان فقر مطلق در خانوارها رو به کاهش بوده است و اقدامات دولت در کنترل آن مؤثر بوده است [۲۵]. نکته قابل توجه این است که در سال های ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۰ درصد خانوارهای فقیر در جوامع شهری به مراتب بیش از درصد خانوارهای فقیر در جوامع روستایی بوده است، اما در سال ۱۳۷۱ درحالی که میزان فقر در شهر روند نزولی خود را که از چند سال قبل شروع شده بود را طی می‌کرده است، در روستا فقر سیر صعودی پیدا کرده و در عرض ۳ سال به شدت گسترش یافته‌است و از این نظر بالاتر از جوامع

شهری قرار می‌گیرد. البته طی اقدامات صورت گرفته توسط دولت از سال ۱۳۷۵، میزان این شاخص در جوامع شهری و روستایی طی روندی نزولی بسیار به هم نزدیک شده اند [۲۵] (نمودار ۱۷).



نمودار ۱۷ : روند تغییرات درصد خانوارهای فقیر در مناطق شهری و روستایی بر پایه نیاز به ۲۱۷۹ کالری در روز در فاصله زمانی بین ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۹

اجتناب از پرداخت هزینه های غیرقابل تحمل (کمرشکن)، یکی از شاخص‌های عدالت در نظام مالی سلامت می‌باشد. هزینه های کمرشکن (Catastrophic) زمانی اتفاق می افتند که کل هزینه های سلامتی پرداخت شده از جیب خانوار برابر یا بیش از ۴۰٪ ظرفیت پرداخت خانوار یا مصارف غیرخوراکی او باشد [۲۶]. در مطالعه انجام شده بر روی هزینه‌های خانوارهای شهری و روستایی در سال ۱۳۸۱ نشان داده شده است که حدود ۱۱/۵ درصد خانوارهایی که زیر خط فقر قرار گرفته‌اند، تنها به دلیل هزینه‌های کمرشکن سلامتی بوده است که سکونت خانوار در مناطق روستایی، احتمال قرار گرفتن خانوار در محدوده "هزینه های غیر قابل تحمل سلامتی" را ۴/۴ درصد افزایش می دهد [۲۶]. لذا می‌توان نتیجه‌گرفت که خانوارهای روستایی کمی بیش از خانوارهای شهری در معرض متحمل شدن هزینه‌های کمرشکن درمان بوده اند.

تسهیلات زندگی

طی ۲ دهه گذشته گام های مناسبی در برخورداری جامعه روستایی از امکانات مختلف زندگی نظیرآب آشامیدنی، برق، تلفن و ... برداشته شده است. این اقدامات خصوصاً در زمینه برق‌رسانی به روستاها بسیار قابل توجه می باشد به گونه‌ای‌که ۹۸/۳ درصد خانوارهای روستایی ساکن در واحد مسکونی در سال ۱۳۸۵ دارای برق بوده‌اند. همانگونه که در نمودار ۱۸ مشخص است، فاصله بین شهر ها و روستاها در دسترسی به برق و آب از سال ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵ کاهش چشمگیری داشته‌است، اما در رابطه با دسترسی به تلفن ثابت فاصله بین شهر ها و

روستاها کماکان زیاد بوده و درخصوص بهره‌مندی از گاز لوله‌کشی شکاف بین شهر و روستا به شدت افزایش یافته است [۶، ۷]. همچنین سایر امکانات روستایی همچون دفع بهداشتی زباله و فاضلاب نیز درمقایسه با امکانات شهری درحد نازلی است [۲۷].

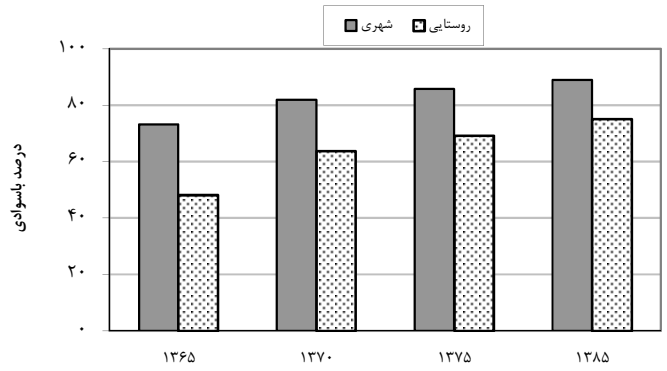
روشن است که ایجاد زیرساخت های لازم برای دسترسی مردم به این تسهیلات به خصوص در مناطق روستایی که جمعیت های بسیار کم و پراکنده را شامل می‌شوند بسیار دشوارتر از مناطق شهری است، ولی از زاویه بحث این کتاب و تأکید بر برابری در برخورداری از امکانات باید تأکید شود که رشد متعادل زمانی است که علاوه بر ارتقاءدسترسی، عدالت نیز لحاظ گردد.



نمودار ۱۸ : تفاوت درصد خانوارهای شهری و روستایی استفاده کننده از تسهیلات عمده‌ی زندگی در سال های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵

سواد

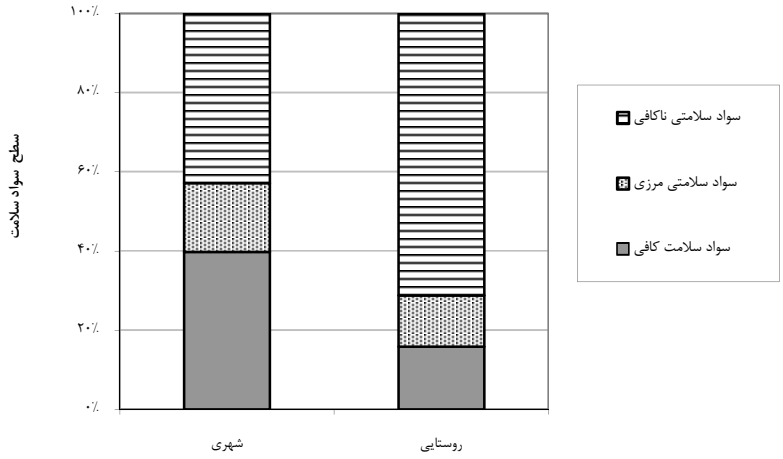
سواد از مهم ترین عوامل مؤثر بر سلامت افراد و جامعه می‌باشد که به لحاظ تعاملی که با سایر عوامل فرهنگی، اجتماعی و فردی دارد، نقش تعیین کننده‌ای در ارتقاء سلامت به خود اختصاص داده‌است. از این رو کشورها، توسعه آن را از اهداف مهم خود قرار داده‌اند و در کشور ما نیز برنامه‌های گسترده‌ای برای تقویت سواد افراد جامعه انجام شده است. در بررسی روند تغییرات درصد افراد باسواد جامعه، هم در شهرها و هم در روستاهای کشور سیر صعودی مشاهده می‌شود (نمودار ۱۹)، که البته علی‌رغم رشد بیشتر این شاخص در روستاها، کماکان فاصله‌ای حدود ۱۴ درصد بین شهرها و روستاها وجود دارد؛ اما این اختلاف در سال ۱۳۶۵ حدود ۲۵ درصد بوده‌است [۶، ۷]. پس در مجموع در این شاخص تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین مناطق شهری و روستایی وجود دارد که از دو دهه گذشته این تفاوت درحال کاهش است. البته بررسی میزان سواد و درصد افراد با تحصیلات دانشگاهی در جوامع شهری و روستایی موضوع مهم دیگری است که متأسفانه فاصله شهرها و روستاها در آن بسیار بیشتر است.



نمودار ۱۹: درصد افراد باسواد در جمعیت ۶ ساله و بیش‌تر در مناطق شهری و روستایی در سال های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵

سواد سلامت

در مطالعه انجام شده در جامعه شهری و روستایی ۵ استان کشور، سطح سواد سلامت در بالغین روستایی پائین‌تر از سواد سلامت در افراد بالای ۱۸ سال ساکن در شهرها بوده است [۱۲] (نمودار۲۰). همانگونه که این نمودار نشان می‌دهد در روستاها تقریباً کمی بیش از یک سوم شهرها افراد با سواد سلامت کافی که می‌توانند به درستی پیام های سلامتی را دریافت و درک نمایند، وجود داشته است. براین اساس به نظر می‌رسد که فاصله بین شهرها و روستاها در سواد سلامت بسیار بیشتر از سواد عمومی است و برای ارتقاء آن به کار و تلاش گسترده‌ای نیاز است.

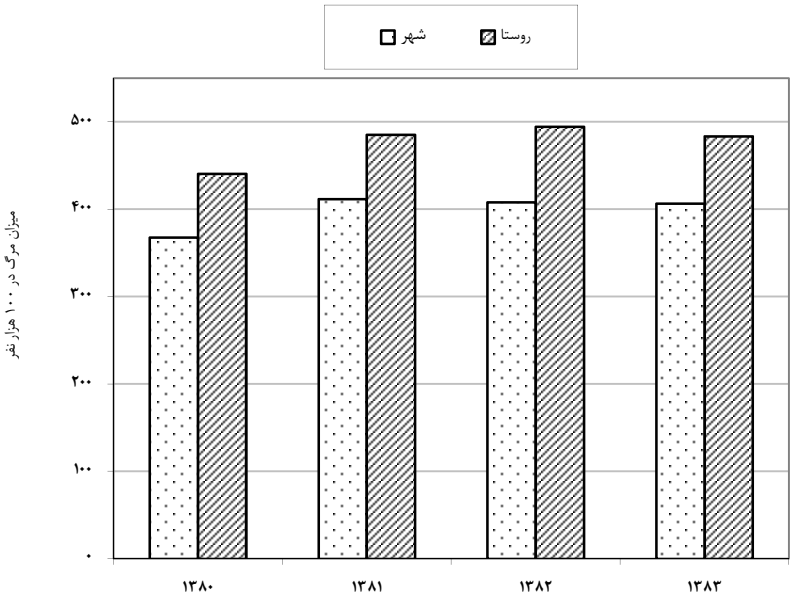


نمودار ۲۰ : سطح سواد سلامت به تفکیک سکونت در شهر و روستا در افراد بالای ۱۸ سال در سال۱۳۸۵

شاخص های سلامت

مرگ و میر

مقایسه میزان کلی مرگ در جامعه شهری و روستایی حاکی از بالاتر بودن آن در روستاها است (نمودار۲۱). در مقایسه میزان مرگ در گروه های مختلف سنی در جوامع شهری و روستایی سال ۱۳۸۲ مشاهده می‌شود که میزان مرگ در روستا در همه زیر گروه های سنی بیش از میزان مرگ در شهر است. این تفاوت بین شهر و روستا برای میزان مرگ دوران نوزادی، میزان مرگ در کودکان زیر ۵ سال و میزان مرگ در سنین ۵۰ سال و بالاتر به طور قابل ملاحظه ای بیشتر است [۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷] (جدول۲). لذا به نظر می‌رسد که زندگی در روستاها پرخطرتر بوده و تفاوت ملاحظه شده در تمام زیرگروه های سنی وجود دارد. چنین تفاوتی به خصوص در سنین پائین نشان دهنده آن است که دسترسی کمتر ایشان به خدمات بهداشتی و درمانی کماکان در روستاها مشکل آفرین بوده و باید برای اصلاح آن اقدامات جدی صورت گیرد. البته کم بودن تفاوت مرگ و میر در سنین میانی، در واقع به دلیل کم بودن میزان مرگ در کل جامعه در این زیر گروه های سنی است و در عمل پیام یکسانی را در همه زیرگروه های سنی می‌توان درک نمود.



نمودار ۲۱: میزان کلی مرگ در ۱۰۰ هزار نفر جامعه شهری و روستایی در سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۴

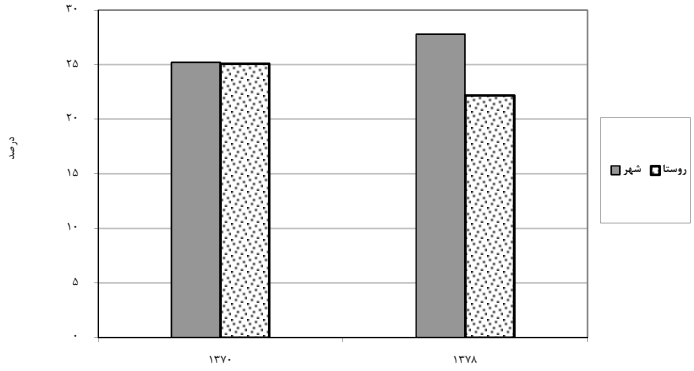
جدول ۲. میزان مرگ در گروه های سنی مختلف به تفکیک شهر و روستا در سال ۱۳۸۲ (بدون در نظر گرفتن تلفات ناشی از زلزله بم)

	شهر	روستا	تفاوت روستا و شهر
میزان کلی مرگ در دوره نوزادی (در ۱۰۰ هزار نفر کودک زیر یک سال)	۱۲۵۶	۱۶۱۹	۳۶۳
میزان کلی مرگ در کودکان ۱ تا ۵۹ ماه (در ۱۰۰ هزار نفر کودک زیر یک سال)	۶۶۳	۱۱۲۶	۴۶۳
میزان کلی مرگ برای گروه سنی ۵ تا ۱۴ سال (در ۱۰۰ هزار نفر از همین گروه سنی)	۴۴	۵۲	۸
میزان کلی مرگ برای گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ سال (در ۱۰۰ هزار نفر از همین گروه سنی)	۱۶۴	۱۷۲	۸
میزان کلی مرگ برای گروه سنی ۵۰ سال و بالاتر (در ۱۰۰ هزار نفر از همین گروه سنی)	۲۱۸۹	۲۵۹۶	۴۰۷

عوامل خطر و بیماری

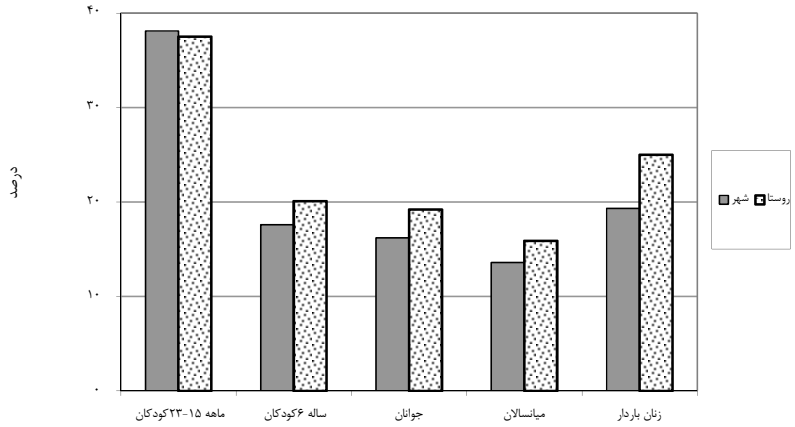
در مقایسه درصد افراد سیگاری در جامعه شهری و روستایی، به استناد مطالعه سلامت و بیماری در سال های ۱۳۷۰ و ۱۳۷۸، اختلاف ناچیزی (۰/۱٪ تا ۲/۲٪) بین این دو جامعه وجود داشته است. البته براساس نتایج "نظام مراقبت عوامل خطر بیماری های غیرواگیر" در سال ۱۳۸۴، شیوع سیگاری های فعال در جامعه شهری ۱۴/۳٪ و در جامعه روستایی ۱۷/۲٪ گزارش شده است که مبین اختلافی به میزان ۲/۹٪ است. [۲۱، ۲۲، ۲۸]

در رابطه با سطح کلسترول سرمی بیش از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر، در سال ۱۳۷۰ جامعه شهری و روستایی وضعیت مشابهی داشته اند، اما در سال ۱۳۷۸ ساکنین شهرها ۵/۶ درصد بیش از ساکنین روستاها سطح کلسترول سرمی بالای ۲۰۰ میلی‌گرم در دسی لیتر داشته‌اند [۲۱، ۲۸] (نمودار ۲۲). این مسئله می تواند ناشی از تحرک کمتر و نیز مصرف غذاهای حاوی کلسترول بالا در جوامع شهری باشد.



نمودار ۲۲ : میزان شیوع سطح سرمی کلسترول ۲۰۰ و بالاتر در جامعه شهری و روستایی در سال های ۱۳۷۰ و ۱۳۷۸

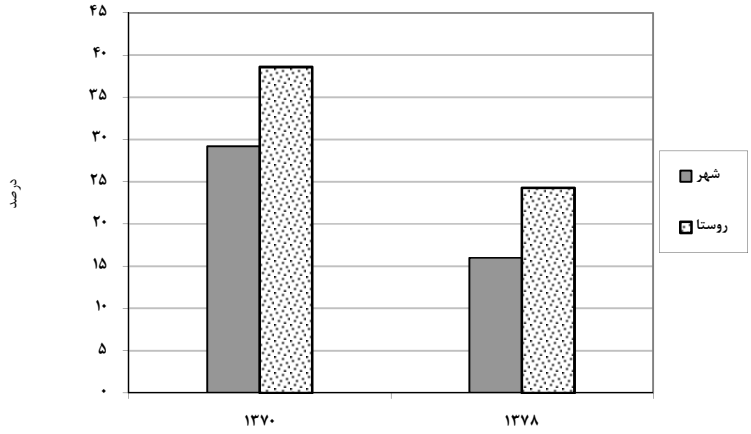
بررسی شیوع کم خونی در گروه‌های مختلف جامعه حاکی از شیوع بالای کم خونی خصوصاً در کودکان ۱۵ تا ۲۳ ماهه و زنان باردار می‌باشد. در مقایسه بین ساکنین شهرها و روستاها، به جز کودکان ۱۵ تا ۲۴ ماه که وضعیت مشابهی در شهرها و روستاها دارند، در سایر گروه ها ساکنین مناطق روستایی وضعیت بدتری نسبت به شهرها دارند [۲۹] (نمودار ۲۳).



نمودار ۲۳ : میزان شیوع کم خونی در گروه های مختلف شهر و روستا در سال ۱۳۸۰

شیوع کمبود روی نیز در گروه های مختلف سنی در شهر و روستا وضعیت مشابه کم خونی و کمبود آهن داشته و در روستائیان از شیوع بالاتری برخوردار بوده است. اما شیوع کمبود ویتامین D در جامعه شهری بیش از روستایی گزارش شده است [۲۹].

همانگونه که در نمودار ۲۴ نیز مشاهده می‌شود، ابتلا به انگل های روده ای در سال های ۱۳۷۰ و ۱۳۷۸ علی رغم روند کاهشی، شیوع بالاتری در روستائیان داشته است [۲۱، ۲۸]. این مسئله نشان از سطح پائین تر بهداشت در مناطق روستایی و دسترسی محدودتر به آب آشامیدنی سالم دارد.

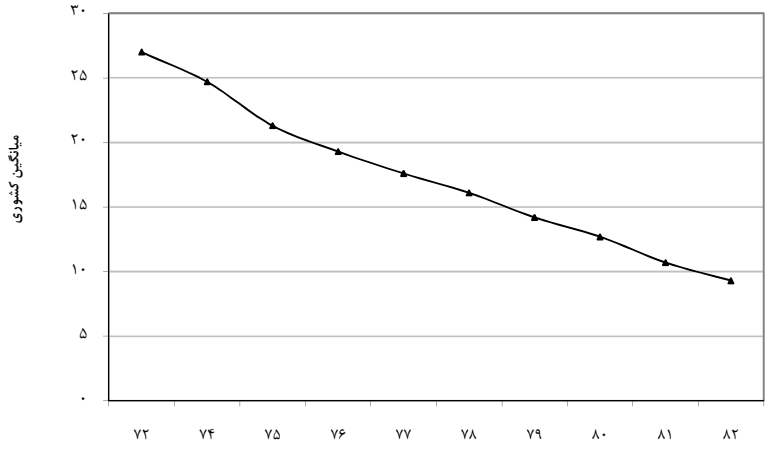


نمودار۲۴: میزان شیوع انگل های روده‌ای در جامعه شهری و روستایی در سال های ۱۳۷۰ و ۱۳۷۸

براساس این اطلاعات به وضوح می‌توان نتیجه‌گیری نمود که روستائیان بیش از شهرنشینان از بیماری های مربوط به توسعه‌نیافتگی و فقر غذایی رنج می‌برند و در عوض بیماری هایی مانند کلسترل بالا که در نتیجه زندگی ماشینی حاصل می‌شود در مناطق شهری بیش از روستایی شیوع یافته‌است.

سلامت مادران

در بررسی وضعیت مراقبت های دوران بارداری، ۹۲/۹ درصد مادران شهری و ۸۷/۹ درصد مادران روستایی که طی سال های ۱۳۷۷ تا ۱۳۷۹ زایمان داشته اند، حداقل ۲ بار در دوران بارداری خود مراقبت شده‌اند [۲۷]. نتایج مطالعه سیمای جمعیت و سلامت در ایران (DHS) در سال ۱۳۷۹ نشان داد که حدود یک- چهارم از زایمانهای مناطق روستایی کشور در شرایط ایمن و بهداشتی انجام نمی‌شود که زایمان در این شرایط در روستاهای برخی از استانها حتی حدود نیمی از زایمآنها را شامل می‌شود. درصد زایمان در منزل در زنان شهری ۵/۲ درصد و در زنان روستایی ۲۵/۳ درصد گزارش شده‌است. همچنین درصد زایمان توسط مامای سنتی در شهر ۴/۵ درصد و در روستا ۲۱ درصد بوده است[۲۷]. البته اطلاعات بدست آمده از زیج حیاتی حاکی از روند کاهشی قابل توجه در درصد زایمان توسط افراد دوره ندیده در سال های اخیر در روستا ها می‌باشد [۳۰] (نمودار ۲۵).

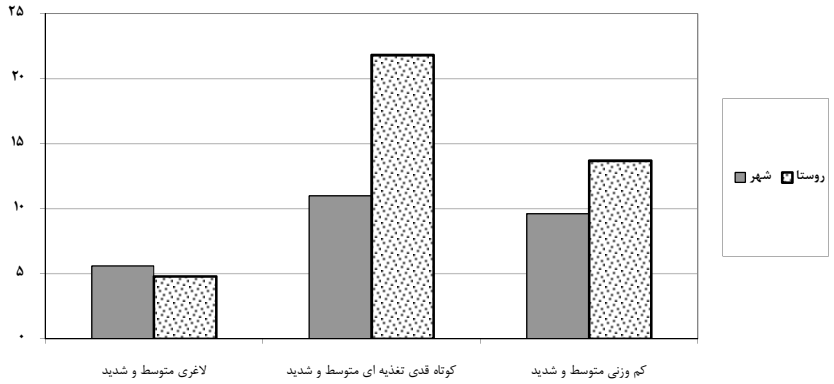


نمودار۲۵ : درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده در فاصله سال های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی کشور

براین اساس می‌توان قضاوت نمود که روستائیان نه تنها بیشتر در معرض عوامل ایجاد کننده بیماری ها هستند، بلکه در دسترسی به خدمات سلامت همچون زایمان ایمن با وجود فعالیت های گسترده اخیر، هنوز بسیار عقب تر از شهرنشینان هستند و از بهره‌مندی کمتری برخوردار هستند.

سلامت کودکان

در بررسی شاخص های چندگانه وضعیت زنان و کودکان (MICS) در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۶، پوشش تمام واکسن ها در کودکان زیر یکسال شهری ۹۲/۲ درصد و در کودکان زیر یکسال روستایی ۸۷/۸ درصد گزارش شده است. وضعیت شاخص های تن سنجی در کودکان زیر ۵ سال کشور در سال ۱۳۷۷، حاکی از بالاتر بودن شیوع کوتاه قدی تغذیه ای و کم وزنی متوسط و شدید در کودکان روستایی نسبت به کودکان شهری است (نمودار ۲۶). البته در لاغری شدید و متوسط، کودکان روستایی اندکی وضع بهتری نسبت به کودکان شهری دارند [۳۱] . همچنین براساس نتایج گزارش در دست انتشار مطالعه "سیمای تغذیه کودکان" در سال ۱۳۸۳(ANIS2)، کاهش قابل ملاحظه‌ای در شیوع کوتاه قدی (در کودکان شهری ۳/۳ ٪ و در کودکان روستایی ۶/۸ ٪)، کم وزنی (در کودکان شهری ۴/۷ ٪ و درکودکان روستایی ۶ ٪) و لاغری (در مناطق شهری ۴/۱ ٪ و در مناطق روستایی ۳/۳ ٪)کودکان شهری و روستایی کشور نسبت به سال ۱۳۷۷ مشاهده می شود و اگر چه شیوع کم وزنی و کوتاه قدی متوسط و شدید در سال ۱۳۸۳ در کودکان شهری کمتر از کودکان روستائی گزارش شده است، اما از فاصله موجود بین شهر و روستا در مقایسه با سال ۱۳۷۷ کاسته شده است.

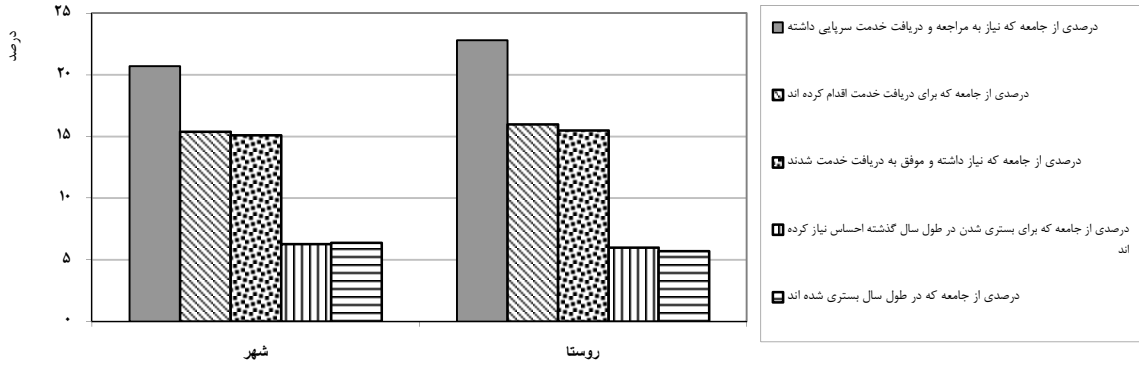


نمودار۲۶ : میزان شیوع "لاغری"، "کوتاه قدی" و" کم وزنی" متوسط و شدید در کودکان کمتر از ۵ سال شهر و روستا در سال ۱۳۷۷

نتایج نسبتاً مشابهی نیز در مطالعه وضعیت ریزمغذی های ایران در سال ۱۳۸۰ گزارش شده است که میزان کوتاه قدی و کم وزنی در کودکان ۶ ساله روستایی به ترتیب ۷/۷ درصد و ۴/۶ درصد بیش از کودکان شهری بوده است. حمله‌های مکرر بیماری های اسهالی، عفونت های حاد دستگاه تنفسی فوقانی، الگوی نامناسب تغذیه به علت ناآگاهی تغذیه‌ای مادر، دسترسی محدود به غذاهای متنوع و ناامنی غذایی در روستاها از علل عمده کوتاه قدی در کودکان روستایی ذکر شده است [۲۹].

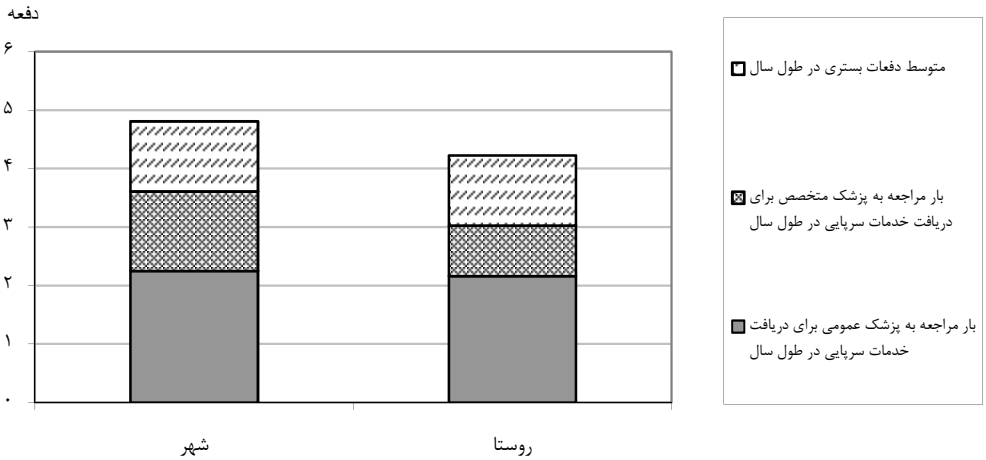
بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی

در مقایسه شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی سرپایی و بستری برای ساکنین شهرها و روستاها، تفاوت چندانی وجود ندارد، جز اینکه روستائیان کمی بیشتر احساس نیاز برای دریافت خدمات سرپایی داشته اند [۲۳] (نمودار ۲۷).



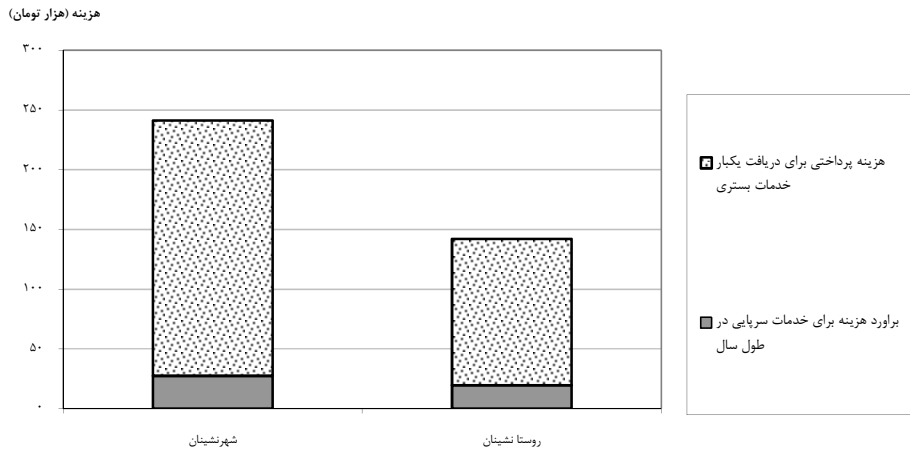
نمودار۲۷ : بهره مندی از خدمات بهداشتی و درمانی سرپایی و بستری به تفکیک شهر و روستا در سال ۱۳۸۰

از نظر دفعات مراجعه به پزشک، ساکنین شهر کمی بیش از روستائیان به پزشک مراجعه می‌کنند که این تفاوت در مراجعه به پزشک متخصص بیشتر می‌باشد و ساکنین شهر، ۱/۵ برابر روستائیان به پزشک متخصص مراجعه داشته‌اند (نمودار ۲۸). در مورد متوسط دفعات بستری درطول سال، شهرنشینان و روستانشینان وضعیت مشابهی دارند [۲۳].



نمودار ۲۸: بار مراجعه به پزشک و دفعات بستری در بیمارستان به تفکیک شهر و روستا در سال ۱۳۸۰

همچنین در بررسی به عمل آمده، ساکنین شهر هزینه‌های به مراتب بالاتری را برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی به خصوص خدمات بستری پرداخت نموده‌اند (نمودار ۲۹).



نمودار ۲۹: هزینه خدمات بهداشتی – درمانی سرپایی و بستری به تفکیک محل سکونت در سال ۱۳۸۰

تمام این یافته‌ها نشان می‌دهد درحالی که جامعه روستایی به دلیل عوامل زمینه‌ساز بیشتر در معرض بیماری هستند و احتمالاً نیاز بیشتری به خدمات بهداشتی و درمانی دارند، ولی امکان دسترسی به خدمات به خصوص خدمات تخصصی برایشان سخت‌تر و امکان تأمین هزینه های آنها برایشان دشوارتر می‌باشد.

نتیجه گیری

در سه دهه پس از پیروزی انقلاب اسلامی تلاش های زیادی از سوی دولت برای بهبود وضعیت روستائیان و توسعه روستاها انجام شده است که اگرچه در بهبود وضعیت روستائیان در دسترسی به امکانات بهداشتی، آموزش و امکانات زندگی به طور نسبی موفق بوده‌است، اما نابرابری‌های بین جوامع شهری و روستایی در موارد ذکر شده و خصوصاً در ایجاد فرصت های اشتغال و توزیع درآمد، اگرچه با شدت کمتر کماکان مشاهده می شود.

از سوی دیگر به نظر می رسد اجرای برنامه‌های توسعه روستایی در نابرابری بین روستاها نیز نقش داشته است. روستاهایی که حداکثر برنامه توسعه روستایی در آنها اجرا شده نسبت به روستاهایی که حداقل یا هیچ برنامه ای در آنها اجرا نشده است در وضعیت بهتر زندگی قرار دارند ضمن اینکه اصولاً روستاهای با شرایط توسعه‌ای مستعد و روستائیان با زمینه اقتصادی- اجتماعی بالاتر، در فرآیند تغییر روستایی بیشترین بهره را برده اند [۳۲].

در رابطه با اقدامات صورت گرفته برای کنترل فقر، شکاف نسبی فقر در جامعه شهری که بین سال های ۱۳۶۴ تا ۱۳۶۸ روندی صعودی داشته است، در سال های بعد از ۶۸ تا ۷۹ روندی نزولی داشته و از ۰/۴۰۶ در سال ۱۳۶۸ به ۰/۲۹۶ در سال ۷۹ کاهش یافته است. ذکر این نکته نیز قابل توجه است که سال ۶۸ آغاز اجرای برنامه توسعه اول و به دنبال آن برنامه های دوم و سوم بوده است و در سال های قبل از آن شرایط جنگی بر کشور حاکم بوده‌است. توزیع درآمد بین فقرا طی سال های ۱۳۶۴ تا ۱۳۷۹ نیز روندی مشابه شکاف فقر داشته است، بطوری که ضریب جینی پس از افزایش طی سال های ۱۳۶۴ تا ۱۳۶۸، روندی نزولی داشته است که دلالت بر توزیع متعادل تر درآمد دارد. اما در جامعه روستایی شکاف فقر و ضریب جینی طی سال های ۱۳۶۴ تا ۱۳۷۱ افزایش یافته و پس از آن روند نزولی داشته است [۲۵].

درخصوص ایجاد فرصت های شغلی به دلیل نقش مسلمی که درکاهش فقر و نابرابری دارد، باید به این نکته توجه کرد که نباید تمامی سرمایه‌گذاری های دولت برای رفع مشکل بیکاری در شهرها صورت گیرد، چراکه ایجاد فرصت های شغلی در شهر ممکن است موجب مهاجرت از مناطق روستایی به مناطق شهری و به تبع آن تشدید مشکل بیکاری شهرها و گسترش حاشیه نشینی گردد.

در مقایسه شاخص های سلامت بین شهرها و روستاها نیز شهرها وضعیت بهتری نسبت به روستاها داشته‌اند. شاخص های مرگ، شاخص‌های مرتبط با سلامت مادران و کودکان، کمبود ریزمغذی‌ها و شیوع بیماری های انگلی، همگی در روستاها وضعیت بدتری نسبت به شهرها داشته‌اند، البته به دلیل نبود اطلاعات کافی، بررسی روند تغییرات برخی از این شاخص ها در طول زمان امکان پذیر نمی‌باشد؛ اما درخصوص برخی از شاخص‌ها مانند شاخص های سلامت مادران، سلامت کودکان و بیماری های عفونی و انگلی که اطلاعات در زمانهای مختلف در دسترس می‌باشد، حاکی از بهبود روند شاخص های سلامت در روستاها می باشد.

در هر حال توجه خاص و تخصصی‌تر به مشکلات سلامت روستائیان در گروه های مختلف سنی امری ضروری می‌باشد. نتایج این فصل به وضوح نشان می‌دهد که عوامل اجتماعی مهم مانند تفاوت در سواد، درآمد، دسترسی به تسهیلات زندگی و تغذیه سالم در کنار دسترسی کم تر روستائیان به خدمات بهداشتی- درمانی خود را در قالب مرگ و میر و ابتلا بیشتر به بیماری های مختلف نشان می‌دهد و لذا برای حل مشکل روستاها باید با دیدگاه SDH به موضوع برخورد و اقدامات برنامه‌ریزی شده‌ای را اجرا نمود.

ت. مقایسه شاخص ها در استانهای مختلف کشور

از آنجایی که بسیاری از شاخص های سلامت و تعیین کننده های اجتماعی سلامت که برای مناطق مختلف کشور تغییر می‌کند، متفاوت می باشند، لذا دانستن میزان پراکندگی تفاوت ها در بین استانها، به نوعی می‌تواند نشان دهنده میزان نابرابری در سلامت محسوب گردد. در این فصل به دنبال بررسی تفاوت های بین استانها و روند تغییرات آنها در بستر زمان هستیم.

در ادامه برای آسان و روان شدن متن، ابتدا چند شاخص مهم عمومی ارائه و سپس به صورت مستقیم، متغیرهای مرتبط به خدمات سلامت و شاخص های نشان دهنده سلامت عمومی جامعه ارائه و مورد نقد و بررسی قرار می‌گیرد.

شاخص های عمومی

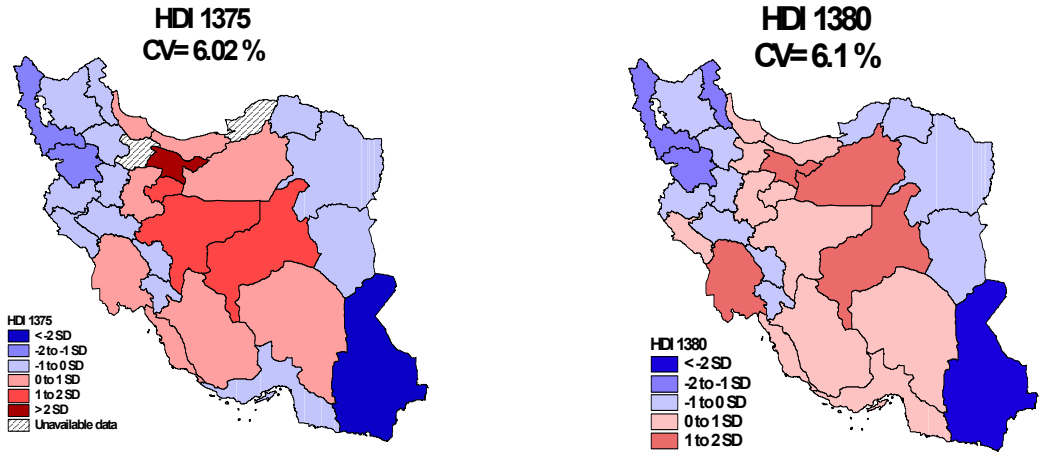
شاخص های توسعه انسانی و فقر انسانی

این دو شاخص که در سال های اخیر توسط سازمان ملل مورد توجه قرار گرفته‌است، شاخص های ترکیبی هستند. شاخص توسعه انسانی حاصل ترکیب سه بعد امید زندگی توأم با سلامت در بدو تولد، میزان باسوادی در بزرگسالان و میزان سرانه تولید ناخالص ملی می باشد و عددی بین صفر تا یک است؛ هرچه میزان این شاخص به یک نزدیک گردد، نشان دهنده توسعه بیشتر انسانی خواهد بود.

در مقابل شاخص فقر انسانی نیز حاصل ترکیب سه متغیر احتمال زنده ماندن تا ۴۰ سالگی، نرخ بی‌سوادی در بزرگسالان و دسترسی نداشتن به استانداردهای شایسته زندگی (عدم دسترسی به آب آشامیدنی سالم و درصد کودکان کم وزن) می‌باشد و مانند شاخص قبلی عددی بین صفر تا یک بوده و نزدیک شدن آن به یک نشان دهنده وضعیت نامطلوب تر می باشد.

شاخص توسعه انسانی کشورمان در سال ۱۹۷۵ میلادی ۰/۵۶۲، در سال ۱۹۸۰ برابر با ۰/۵۶۶، در سال ۱۹۸۵ معادل ۰/۶۰۷، در سال ۱۹۹۰ برابر با ۰/۶۴۶، در سال ۱۹۹۵ معادل ۰/۶۹۰، در سال ۲۰۰۱ برابر با ۰/۷۱۹ و در سال ۲۰۰۵ میلادی برابر با ۰/۷۵۹ برآورد شده است. رتبه ایران در سال ۲۰۰۱ جایگاه یک صد و ششم در بین ۱۷۵ کشور و در سال ۲۰۰۵ جایگاه نود و چهارم در بین ۱۷۷ کشور بوده است [۱،۵]. براین اساس به نظر می‌رسد که سرعت رشد این شاخص در دو سه دهه گذشته قابل قبول بوده‌است، ولی این سرعت رشد از متوسط رشد سایر کشورها فراتر نرفته‌است.

در مقایسه شاخص توسعه انسانی در استانهای مختلف کشور، در سال ۱۳۷۵ تنها ۳۴ درصد از استانهای کشور شاخص توسعه انسانی (HDI) بالاتر از ۷۰ درصد داشتند، درحالی که در سال ۱۳۸۰ بیش از ۵۰ درصد استانهای کشور و در سال ۱۳۸۴، ۸۹ درصد از استانهای کشور HDI بالاتر از ۷۰ درصد داشته اند، که نشانگر بهبود روند توسعه انسانی در کشور است [۳۳، ۳۴] (شکل ۱).

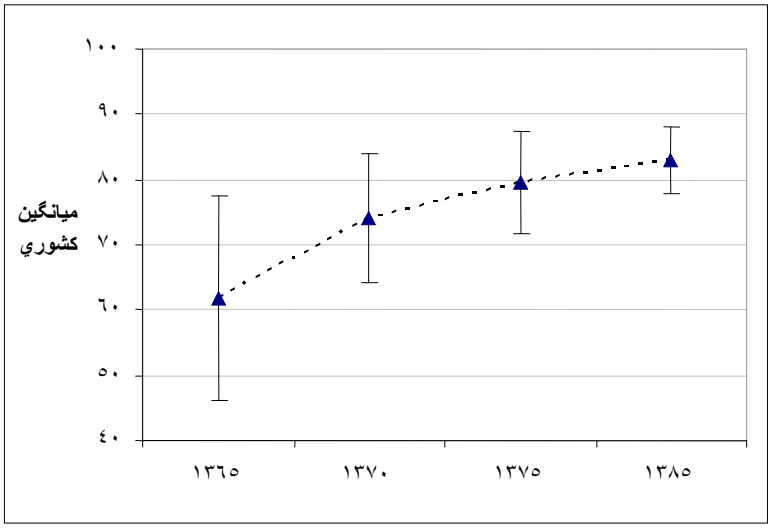


شکل ۱: شاخص توسعه انسانی در سال های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۰ به تفکیک استانهای کشور، رنگ قرمز نشان دهنده بالاتر از متوسط کشوری بودن و رنگ آبی نشان دهنده کم تر از متوسط کشوری بودن است، همچنین مقدار **CV** نوشته شده در بالای نقشه‌ها نشان دهنده میزان نابرابری در بین استانهای کشور است.

میزان ناهمگنی بین استانها از نظر شاخص توسعه انسانی در سال های ۱۳۸۰ و ۱۳۷۵ مشابه بوده، اما در سال ۱۳۸۴ استانها از نظر این شاخص به سمت همگنی بیشتر حرکت کرده‌اند (CV=3.7). استان سیستان و بلوچستان در هر سه سال مورد مطالعه بیش از ۲ انحراف معیار از میانگین کشوری پائین‌تر بوده و پس از سیستان و بلوچستان نیز استانهای کردستان، آذربایجان غربی و اردبیل استانهایی هستند که وضعیت نامطلوبی درخصوص این شاخص داشته‌اند. براساس این اطلاعات می‌توان نتیجه‌گیری نمود علی‌رغم رشد شاخص توسعه انسانی در کشور و کاهش تفاوت بین استانهای مختلف، کماکان برخی استانها به خصوص استان سیستان و بلوچستان به صورت قابل ملاحظه‌ای عقب‌تر از سایر استانهای کشور قرار دارند.

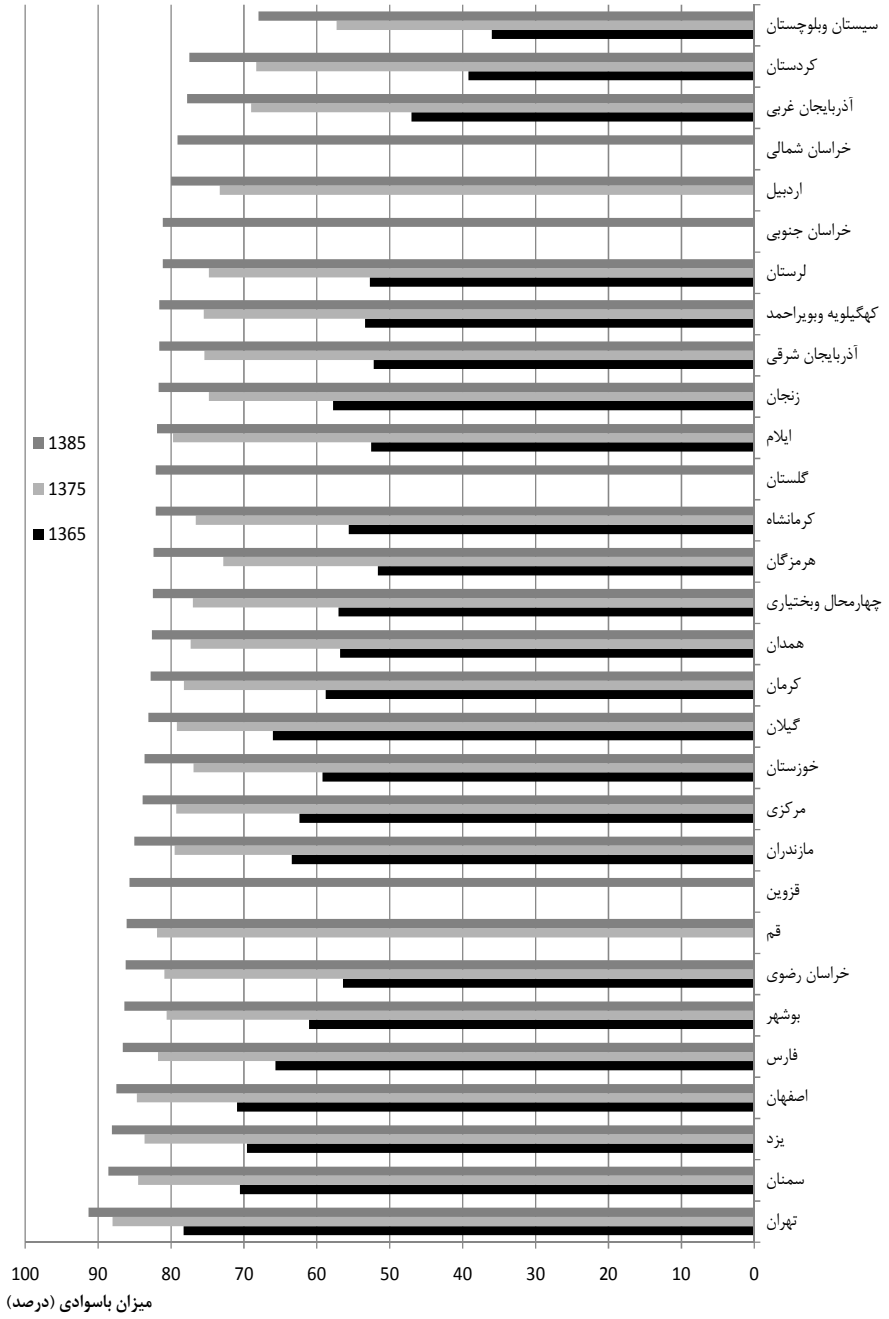
سواد

بررسی روند تغییرات سواد در سال های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵ در استانهای مختلف کشور حاکی از سیر صعودی آن در همه استانها می باشد، به گونه‌ای که میانگین کشوری درصد افراد باسواد از ۶۱/۸ در سال ۱۳۶۵ به ۸۲/۹ درسال ۱۳۸۵ رسیده است. خوشبختانه روند کاهشی ضریب تغییرات این شاخص بین استانهای مختلف کشور در ۲ دهه گذشته حاکی از حرکت به سوی برابری بیشتر در این شاخص می باشد [۶] (نمودار ۳۰).



نمودار ۳۰: روند تغییرات درصد افراد با سواد در سال های ۱۳۶۵ الی ۱۳۸۵ در کشور، خطوط بالا و پائین نشان دهنده فاصله بین میانگین و درصد ضریب تغییرات است.

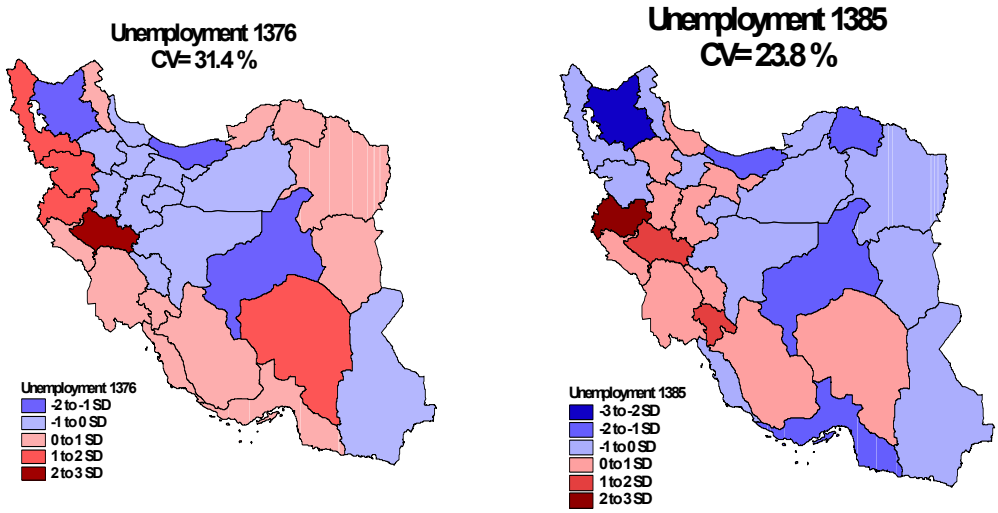
استانهای کردستان با ۳۸/۳ درصد، سیستان و بلوچستان با ۳۲ درصد و استانهای آذربایجان غربی و هرمزگان با ۳۰/۸ درصد بیشترین افزایش را در درصد باسوادی بین سال های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵ داشته اند و همین رشد سریع استانهای محروم منجر به کاهش نابرابری در سطح کشور در این شاخص شده‌است. ولی با این حال هنوز متأسفانه ۳ استان سیستان و بلوچستان، کردستان و آذربایجان غربی به ترتیب با ۶۸ ٪، ۷۵/۵٪ و ۷۷/۸ ٪ کم ترین میزان باسوادی در سال ۱۳۸۵ را داشته‌اند [۶]. نکته مهم دیگری که در نمودار ۳۱ نیز به وضوح قابل توجه است رشد سریع تر باسوادی در فاصله سال های ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۵ است. به عبارتی سرعت توسعه باسوادی در دهه ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵ رشد کندتری داشته‌است که شاید به دلیل نزدیک شدن به حد اشباع و در دسترس نبودن و عدم رغبت افرادی بی‌سواد باقی مانده در جامعه باشد.



نمودار ۳۱: باسوادی در استانهای مختلف کشور در سال های ۱۳۶۵، ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵

بیکاری

مقایسه میزان بیکاری استانهای مختلف کشور در سال های ۱۳۸۵ و ۱۳۷۶ نشان می‌دهد که تفاوت بین استانها از این نظر درحال کاهش می‌باشد و تعداد استانهایی که میزان بیکاری در آنها بیش از میانگین کشوری بوده‌است، در سال ۱۳۸۵ کمتر از ۱۳۷۶ می‌باشد. همان طور که در شکل ۲ مشاهده می‌شود، مشکل بیکاری در استانهای غرب و جنوب غرب کشور و نیز استانهای کرمان و فارس طی سال های ۱۳۷۶ و ۱۳۸۵ به طور مزمن وجود داشته و بهبودی در شرایط آنها ملاحظه نمی‌شود، اما در استانهای شمال غرب و نیز استانهای شرقی کشور وضعیت روند رو به بهبودی را داشته است. استان تهران نیز در سال ۱۳۸۵ میزان بیکاری بیش از میانگین کشوری داشته است که به عنوان پرجمعیت ترین استان کشور وضعیت نامطلوبی می‌باشد.

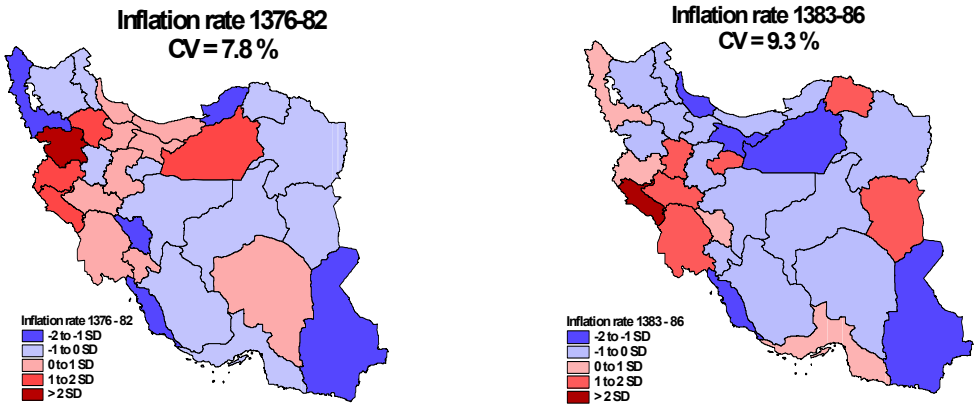


شکل ۲ : میزان بیکاری در سال های ۱۳۷۶ و ۱۳۸۵ به تفکیک استانهای کشور، رنگ آبی نشان دهنده بیکاری کمتر از متوسط کشور و رنگ قرمز نشان دهنده بیکاری بیش‌از متوسط کشور است. همچنین مقدار CV نوشته شده در بالای نقشه‌ها نشان دهنده میزان نابرابری در بین استانهای کشور است.

البته با توجه به ضریب تغییرات بیکاری در استانهای مختلف کشور به نظر می‌رسد که روند نابرابری در بین استانها درحال کاهش می باشد [۶،۷].

شاخص کل بها و خدمات مصرفی

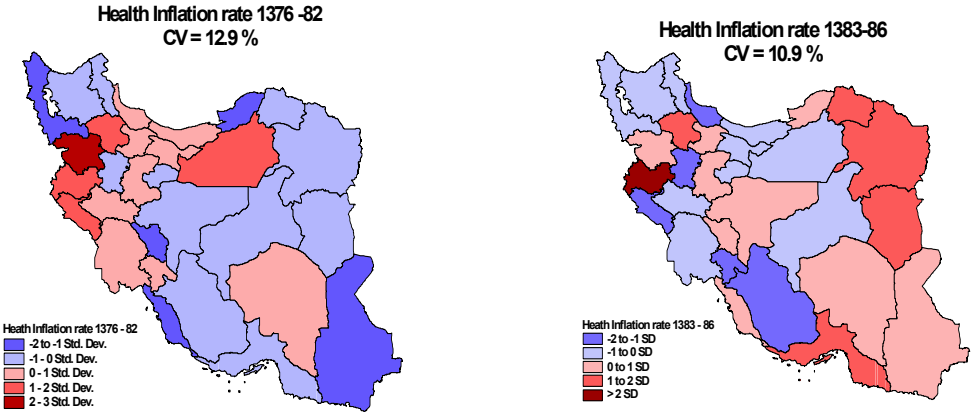
مقایسه افزایش متوسط شاخص کل بهای کالا و خدمات مصرفی در مناطق شهری در استانهای مختلف به عنوان شاخصی از تورم اقتصادی در دوره‌های زمانی ۸۲-۱۳۷۶ و ۸۶-۱۳۸۳ حاکی از وجود ناهمگنی بین استانهای مختلف از این نظر می باشد که با گذشت زمان بر شدت آن افزوده شده است (شکل ۳). نکته قابل توجه آن که اغلب استانهایی که در سال های ۸۶-۱۳۸۳ شاخص بالایی داشته اند، جزو استانهای مرزی بوده‌اند [۳۵، ۳۶].



شکل ۳: متوسط افزایش سالانه شاخص کل بهای کالاها و خدمات مصرفی در مناطق شهری استانهای مختلف کشور بین سال های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۲ و ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶، رنگ آبی نشان دهنده رشد کمتر از متوسط کشوری و رنگ قرمز نشان دهنده رشد بیشتر از متوسط کشوری می‌باشد. همچنین مقدار CV نوشته شده در بالای نقشه‌ها نشان دهنده میزان نابرابری در بین استانهای کشور است.

براساس اطلاعات فوق به نظر می‌رسد که متوسط افزایش شاخص کل بهای کالاها و خدمات مصرفی، در استانهای مختلف کشور قابل توجه بوده و در فاصله زمانی ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶، این تفاوت های بین استانی بیش تر بوده است.

میزان افزایش بهای خدمات بهداشت و درمان نیز وضعیت ناهمگنی بین استانهای مختلف کشور دارد. البته از این میزان ناهمگنی در سالهای اخیر کمی کاسته شده‌است. در این رابطه، تغییرات استانهایی که در سال های ۸۲-۱۳۷۶ شاخص بهای خدمات بهداشت و درمان کمتری نسبت به میانگین کشوری داشته‌اند، عموماً در سال های ۸۶-۱۳۸۳ وضعیت معکوسی پیدا نموده‌اند و شاخص بهای بالاتری نسبت به میانگین کشوری داشته‌اند. این تغییر وضعیت در تمامی استانهای شمال شرق، شرق و جنوب کشور مشاهده می شود (شکل ۴). البته چند استان از این نظر استثناء بوده و در هر دو بازه زمانی نرخ رشد کمتر (یزد، فارس، آذربایجان غربی و شرقی، اردبیل، همدان و قم) و یا بیش از متوسط (کرمان، کرمانشاه، کردستان و زنجان) داشته‌اند [۳۵، ۳۶].

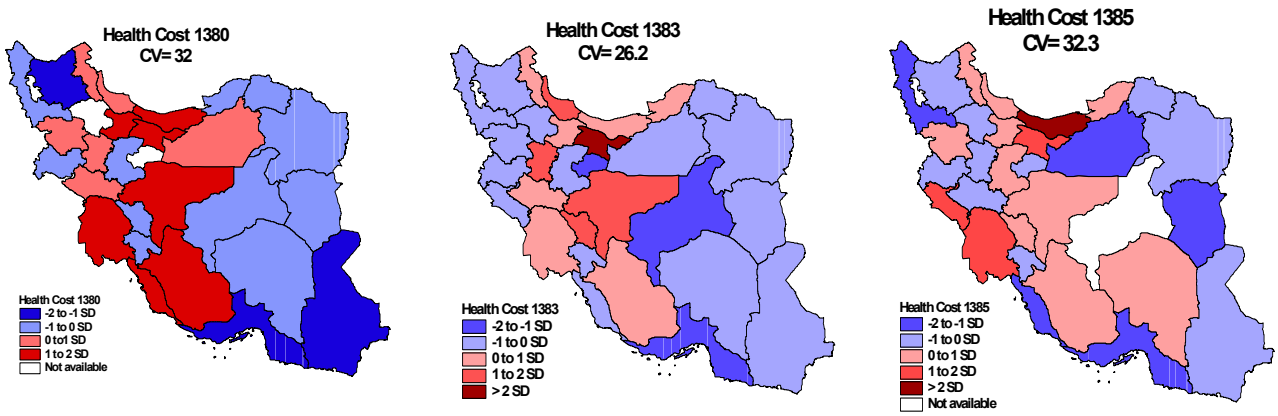


شکل۴ : متوسط سالانه شاخص بهای بهداشت و درمان در مناطق شهری استانهای مختلف کشور بین سالهای ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۲ و ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶، رنگ آبی نشان دهنده رشد کمتر از متوسط کشور و رنگ قرمز نشان دهنده رشد بیش‌از متوسط کشور است. همچنین مقدار **CV** نوشته شده در بالای نقشه‌ها نشان دهنده میزان نابرابری در بین استانهای کشور است.

هزینه سالیانه بهداشت و درمان یک خانوار

بررسی هزینه سالیانه سلامت یک خانوار در استانهای مختلف کشور نیز حاکی از وجود ناهمگنی بین استانهای مختلف می‌باشد. درحالی که این هزینه‌ها در استانهای نیمه شرقی کشور و نیز برخی از استانهای غرب و شمال غرب کشور در سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۵ کمتر از میانگین کشوری بوده‌است، در استانهای شمالی کشور و نیز استانهای تهران، اصفهان، فارس، خوزستان در اغلب این سال ها بیش از میانگین کشوری بوده است [۳۷، ۳۸، ۳۹] (شکل ۵). البته بالا بودن هزینه سالانه بهداشت و درمان خانوار در برخی استانها می‌تواند هم ناشی از بالاتر بودن هزینه‌های سلامت در آن استان باشد و هم تخصیص هزینه بیشتر از سوی خانوارها در آن استانها برای دریافت خدمات سلامت (بیشتر) و یا هر دوی آنها باشد. به عبارتی تفسیر کمتر از متوسط بودن استانهای یزد و احتمالاً سیستان و بلوچستان، دقیقاً یکسان نیست. در استان یزد خدمات سلامت ارزان است و این موضوع در نقشه‌های قبلی نیز دیده می‌شود درحالی که ممکن است در استان سیستان و بلوچستان به دلیل فقر زیاد، مردم بیشتر درآمد خود را صرف مسکن و غذا و پوشاک نموده و کمتر مجال هزینه نمودن برای سلامت داشته اند. بنابراین برای تفسیر دقیق باید اطلاعات بیشتری در قالب تحقیقات منسجم جمع‌آوری گردد.

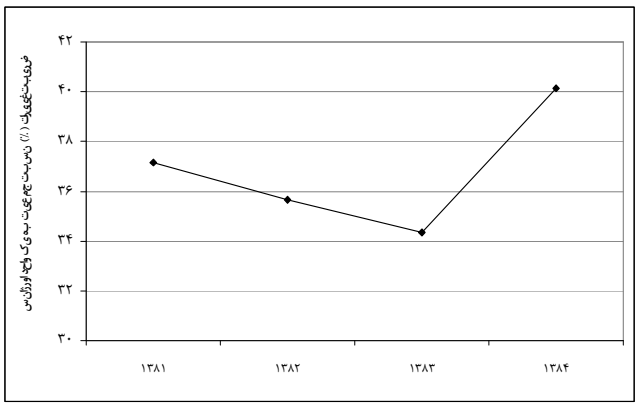
به هر شکل به نظر می‌رسد که نابرابری در این شاخص در بین استانهای مختلف کشور قابل ملاحظه بوده و تغییر محسوسی نداشته است.



شکل ۵ : هزینه سالانه بهداشت و درمان یک خانوار در استانهای مختلف کشور در سال های ۱۳۸۰، ۱۳۸۳ و ۱۳۸۵، رنگ آبی نشان دهنده رشد کمتر از متوسط کشور و رنگ قرمز نشان دهنده بیش‌از متوسط کشور است. همچنین مقدار CV نوشته شده در بالای نقشه‌ها نشان دهنده میزان نابرابری در بین استانهای کشور است.

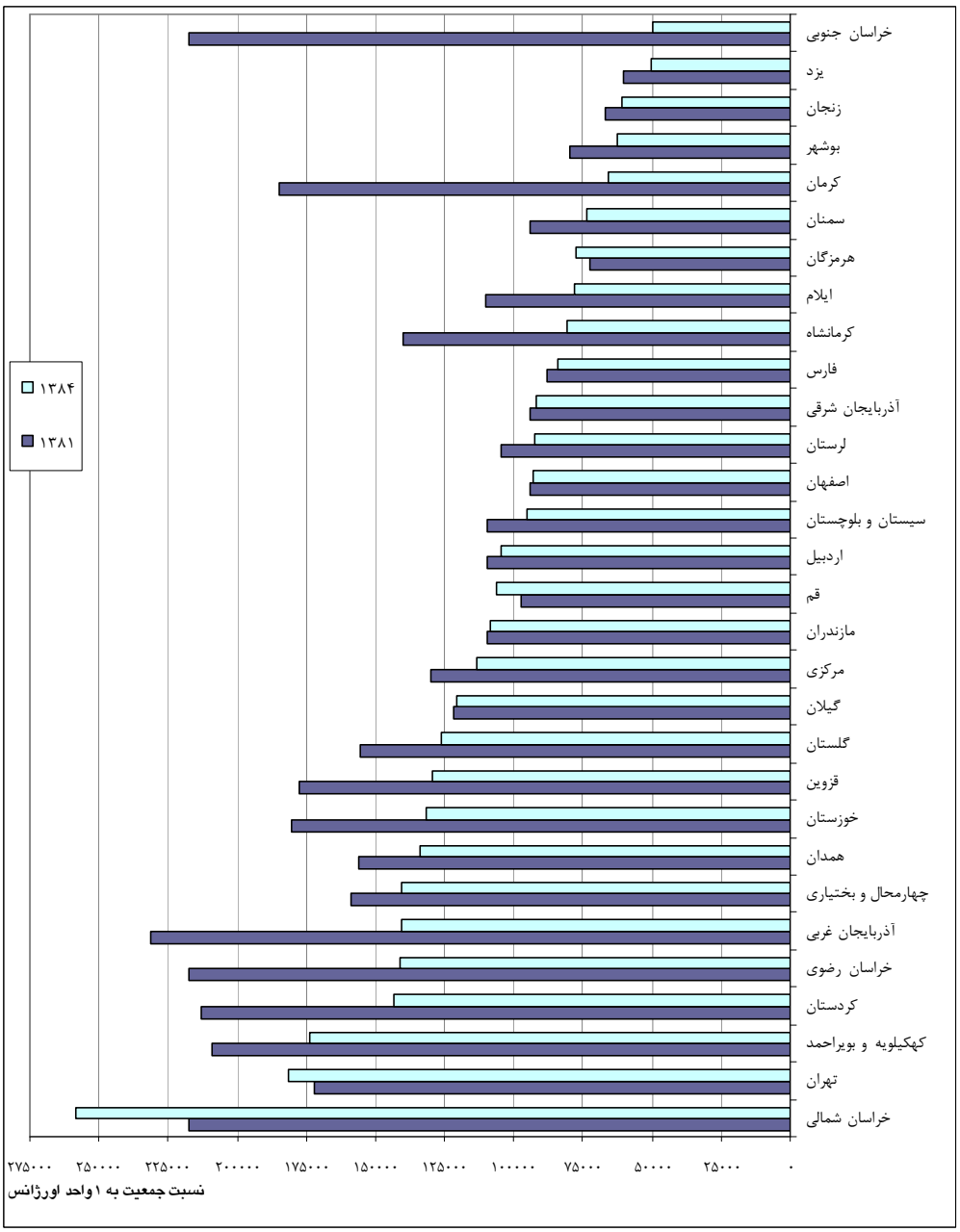
دسترسی به مراکز اورژانس ۱۱۵

آمار منتشره از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی حاکی از کاهش تفاوت بین استانهای مختلف کشور در سال های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۳ در دسترسی به مراکز اورژانس ۱۱۵ می‌باشد. البته در سال ۱۳۸۴ تفاوت بین استانها در مورد این شاخص افزایش یافته است [۴۰]. به عبارتی در سال ۱۳۸۴ تفاوت های مردم ساکن در استانهای مختلف کشور در دسترسی به اورژانس روند افزایشی داشته، این درحالی است که سرمایه‌گذاری کلانی در این سال برای ارتقاء این شاخص صورت گرفته‌است.



نمودار ۳۲ : درصد ضریب تغییرات "نسبت جمعیت به یک واحد اورژانس" در استانهای مختلف کشور در فاصله سال های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۴

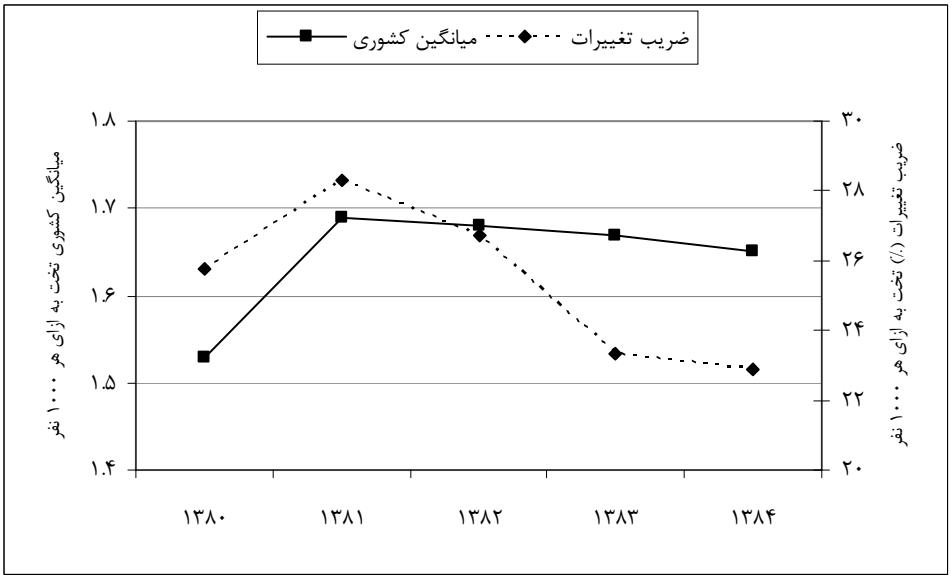
همانگونه که در نمودار **۳۳** ملاحظه می شود، استانهای خراسان شمالی، کهکلویه و بویراحمد و تهران براساس اطلاعات سال **۱۳۸۴** از وضعیت نامطلوب تری نسبت به سایر استانها برخوردار بوده‌اند. استانهای خراسان جنوبی، یزد، زنجان، کرمان و بوشهر نیز وضعیت مطلوب تری نسبت به سایر استانها داشته‌اند. همچنین پس از حذف استانهای خراسان شمالی، رضوی و جنوبی که در سال **۱۳۸۱** یک استان بوده‌اند، بیشترین رشد در این شاخص در استانهای کرمان، آذربایجان غربی و کردستان مشاهده می شود که حاکی از توجه بیشتر به استانهای محروم می باشد [۴۰].



نمودار **۳۳**: مقایسه تغییرات شاخص "نسبت جمعیت به یک واحد اورژانس" در استانهای مختلف کشور در سال های **۱۳۸۱** و **۱۳۸۴**

تخت بستری

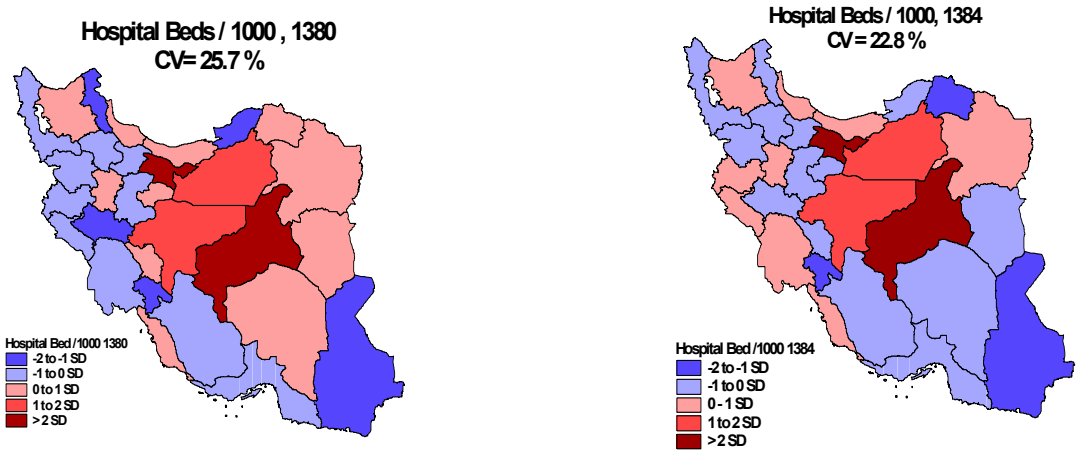
یکی از شاخص های دسترسی به خدمات درمانی بیمارستانی، تعداد تخت بستری به ازای هر ۱۰۰۰ نفر می‌باشد. اطلاعات منتشره از سوی وزارت بهداشت درخصوص تعداد تخت به ازای هر ۱۰۰۰ نفر در مراکز درمانی فعال (بیمارستان و زایشگاه) در استانهای مختلف کشور، حاکی از رشد این شاخص در سال ۱۳۸۱ نسبت به سال ۱۳۸۰ می‌باشد، اما پس از آن، سیر تقریباً ثابتی را تا سال ۱۳۸۴ طی کرده است (نمودار ۳۴). البته طی سال های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۴ ضریب تغییرات این شاخص بین استانهای مختلف روند نزولی داشته‌است که نشان از حرکت به سوی همگنی استانهای مختلف می باشد [۴۰].



نمودار ۳۴: میانگین و ضریب تغییرات کشوری شاخص تخت به ازای هر ۱۰۰۰ نفر در استانهای مختلف کشور در فاصله سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۴

همان طورکه در شکل ۶ مشخص است، در سال ۱۳۸۰، میزان این شاخص در استانهای سیستان و بلوچستان، گلستان، اردبیل، لرستان و کهکلویه و بویراحمد بین ۱ تا ۲ انحراف معیار کمتر از میانگین کشوری بوده است که در سال ۱۳۸۴ استانهایی با این وضعیت، به ۳ استان کاهش یافته اند. استانهای یزد و تهران نیز با تفاوتی بیش از ۲ انحراف معیار از میانگین کشوری در سال های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۴ از وضعیت بهتری نسبت به سایر استانها برخوردار بوده اند [۴۰].

البته پس از حذف ۳ استان خراسان شمالی، رضوی و جنوبی، بیشترین کاهش در شاخص تعداد تخت به ازای هر ۱۰۰۰ نفر طی سالهای ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۴ را استانهای قم، کرمان، سمنان و چهارمحال و بختیاری و بیشترین افزایش را استانهای ایلام و خوزستان و گلستان داشته اند.

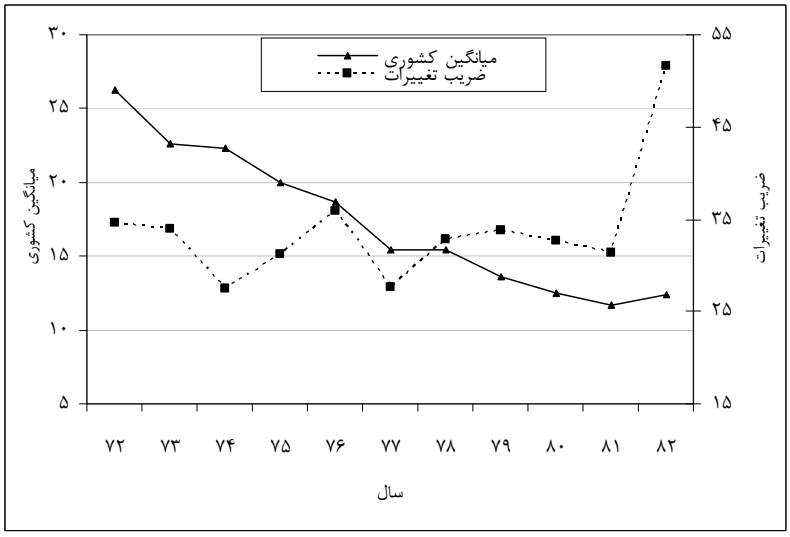


شکل ۶: تخت به ازای هر ۱۰۰۰ نفر در استانهای مختلف کشور در سال های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۴، رنگ آبی نشان دهنده کمتر از متوسط کشور و رنگ قرمز نشان دهنده بیش‌از متوسط کشور است. همچنین مقدار CV نوشته شده در بالای نقشه‌ها نشان دهنده میزان نابرابری در بین استانهای کشور است.

شاخص‌های سلامت

میزا ن های مرگ نوزادان و کودکان

میزان مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه در مناطق روستایی کشور: از آنجایی که این نسبت فارغ از تأثیرات میزان مرگ دوره نوزادی است، در اندازه‌گیری عملکردهای توسعه اجتماعی و اقتصادی به خصوص عملکرد نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی می‌تواند از اعتبار بیشتری برخوردار باشد. این میزان در مناطق روستایی کشور در فاصله سال های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ از یک روند نزولی واضح برخوردار بوده است. به گونه‌ای که این نسبت در سال ۱۳۸۲ به بیش از نصف سال ۱۳۷۲ رسیده است. گرچه زلزله بم در سال ۱۳۸۲ تأثیر آشکاری در افزایش این میزان در استان کرمان داشته‌است و آن را از ۱۵ در هزار به ۴۰ در هزار افزایش داده‌است، ولی تأثیر چندانی بر روی این میزان در کل مناطق روستایی کشور نداشته‌است. البته استانهای کشور در مورد این نسبت، از میزان ناهمگنی نسبتاً ثابتی در فاصله سال های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۱ برخوردار بوده اند که زلزله استان کرمان در سال ۱۳۸۲ تا حدود زیادی این ناهمگنی را افزایش داده است [۳۰].

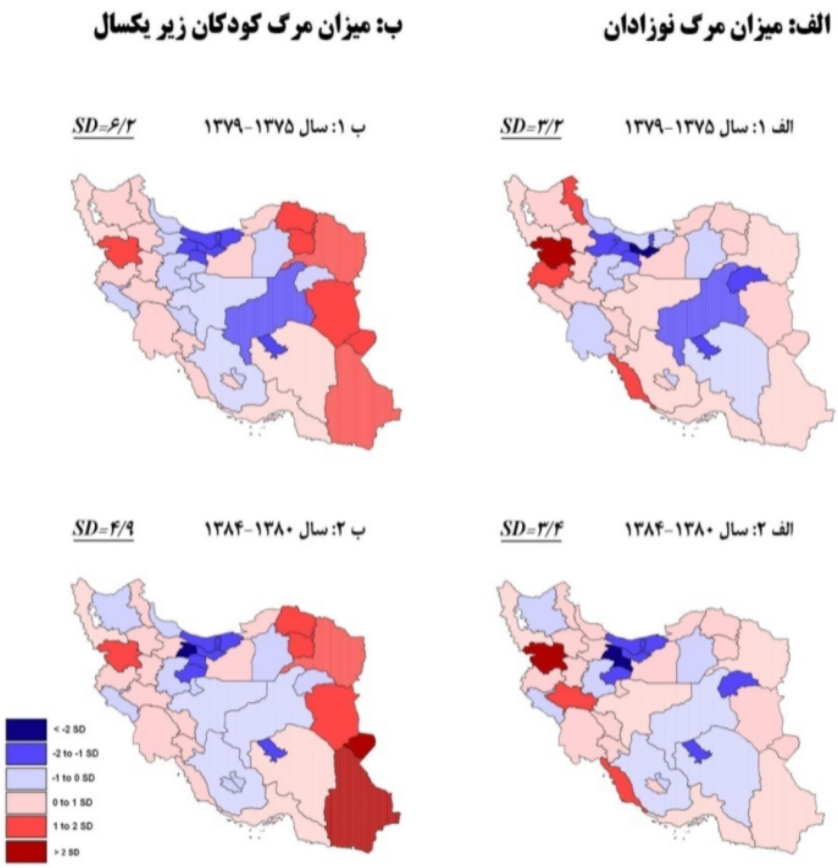


نمودار۳۵: تغییر میزان مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه های بهداشت کشور

میزانهای مرگ کودکان زیر یک سال و نوزادان در مناطق روستایی کشور: این میزآنها شاهد یک روند نزولی در طول سال های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۴ بوده است. البته کاهش مرگ نوزادان شیب کمتری نسبت به کاهش مرگ کودکان زیر پنج سال و زیر یک سال داشته است، به طوری که این میزان برای نوزادان از ۱۹/۵ در سال ۱۳۷۲ به ۱۴/۷ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۸۴ کاهش یافته درحالی که

کاهش میزان مرگ برای کودکان زیر پنج سال حدود ۲ برابر بوده است. به طور متوسط در هر سال حدود ۰/۲۶ در هزار مرگ و میر نوزادی کاهش یافته درحالی که برای مر گ و میر زیر یک سال و زیر پنج سال این عدد بیش از یک در هزار بوده است [۴۱].

البته از آن جائی که این اطلاعات مربوط به میزان مرگ نوزادان در روستاهای کشور است که در زیج حیاتی مورد استفاده قرار می‌گیرد، ممکن است کاهش روند مرگ نوزادان در روستاهای کشور به دلیل مهاجرت جمعیت جوان از این روستاها به شهرها باشد که در این صورت این به معنی بهبود قطعی اوضاع نیست، بلکه ممکن است توزیع مرگ بین روستا و شهر عوض شده باشد.



شکل ۷: میزان مرگ نوزادان و کودکان زیر یک سال در استانهای مختلف کشور در سال های ۷۹-۱۳۷۵ و ۸۴-۱۳۸۰ (برگرفته از منبع ۴۱)

نابرابری قابل توجهی نیز در میزان مرگ نوزادان در مناطق مختلف کشور مشاهده می شود (شکل ۷). انحراف معیار این شاخص در کشور در دو مقطع زمانی ۷۹-۱۳۷۵ و ۸۴-۱۳۸۰ تفاوت چشمگیری نداشته است. کردستان و بوشهر در هر دو مقطع، ضعیف‌ترین و تهران، بابل، رفسنجان و گناباد قوی‌ترین دانشگاه‌ها بوده‌اند. درعین حال استانهای قزوین، گیلان و خوزستان استانهای شاخصی هستند که علی‌رغم این که در مقطع اول، میزان مرگ نوزادان در آنها ۱ تا ۲ انحراف معیار پائین تر (مطلوب تر) از میانگین کشور بوده، در مقطع دوم

این میزان به ۱ انحراف معیار بیشتر (نامطلوب تر) از میانگین کشور تغییر یافته‌است. اما در میزان مرگ کودکان زیر یک سال انحراف معیار از ۶/۲ در مقطع زمانی ۷۹-۱۳۷۵ به ۴/۹ در مقطع زمانی ۸۴-۱۳۸۰ کاهش داشته است. این مسئله تا حدودی بیانگر همگون تر شدن استانها در این شاخص می‌باشد، هرچند در بعضی از استانها مانند سیستان و بلوچستان، وضعیت نامطلوب تر شده‌است[۴۱].

کوتاه قدی در کودکان

کوتاه قدی تغذیه‌ای معرف سوء تغذیه ای مزمن است که سبب می‌شود کودک به قد مناسب برای سن خود دست نیابد. براساس مطالعه ANIS در سال ۱۳۷۷، ۱۵/۴ درصد از کودکان زیر ۵ سال کشور به کوتاه قدی متوسط یا شدید مبتلا بوده‌اند که حداکثر شیوع آن در سیستان و بلوچستان با ۳۸/۱ ٪ و حداقل شیوع آن در استان گیلان با ۶/۸ ٪ بوده‌است [۳۱]. براساس نتایج مطالعه ANIS-2 در سال ۱۳۸۳ (در دست انتشار)، شیوع کوتاه قدی در کودکان زیر ۵ سال ۴/۷ درصد بوده است که بیشترین شیوع آن در استان سیستان و بلوچستان با ۱۶/۵ ٪ و کمترین شیوع آن در استان گیلان با ۲/۵ ٪ بوده است. البته علیرغم روند رو به بهبود در کلیه استانهای کشور، کماکان تفاوت بین استانهای مختلف به قوت خود باقی است؛ به گونه‌ای که ضریب تغییرات (CV) این شاخص بین استانهای مختلف در سال ۱۳۷۷، برابر با ۴۲/۳ ٪ و در سال ۱۳۸۳ برابر با ۵۹/۴ ٪ بوده است.

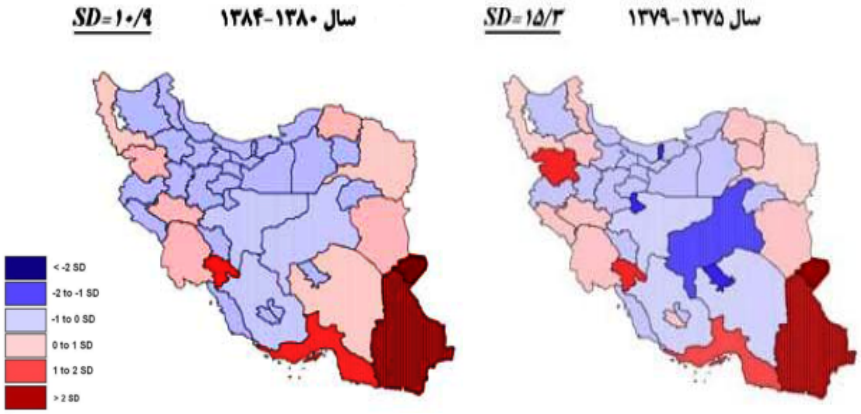
درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده در مناطق روستایی کشور

زایمان به کمک افراد آموزش‌دیده مثل پزشک متخصص یا ماما در بیمارستان، مطب، تسهیلات زایمانی و یا حتی در منزل از مهمترین شاخص های بهداشتی هر کشور است. مطالعات متعددی ارتباط این شاخص را با مرگ و میر مادران از عوارض بارداری و زایمان و با توسعه اجتماعی نشان داده‌است. در فاصله سال های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ این نسبت روند نزولی داشته است [۳۰] و نشان از ارتقاء کلی کشور در بحث زایمان ایمن دارد، اما ناهمگنی استانها در مورد این شاخص روندی رو به افزایش داشته است (نمودار ۳۶).



نمودار۳۶: روند تغییر درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه های بهداشت کشور

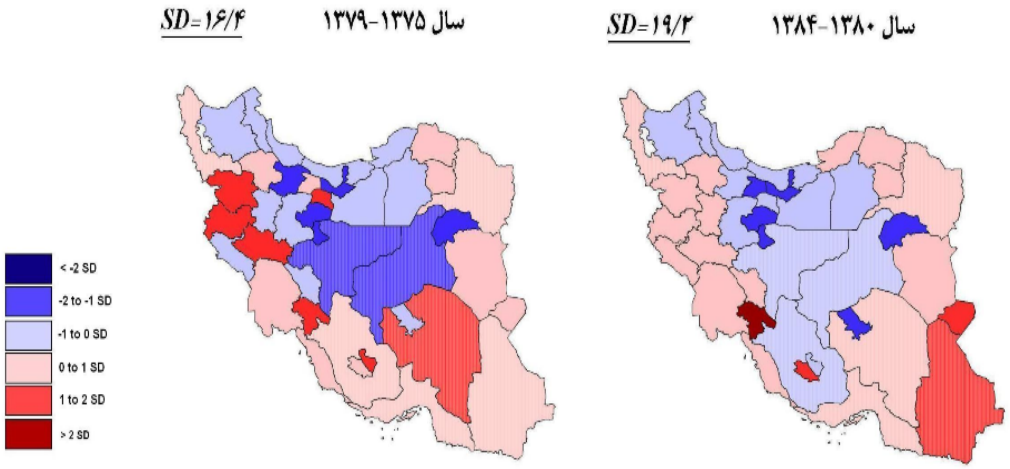
در مناطق روستایی، ۴۷٪ از زایمانهای استان سیستان و بلوچستان، ۲۸٪ از زایمانها در استان کهکلویه و بویر احمد و ۲۳٪ از زایمانها در استان هرمزگان در سال ۱۳۸۲، توسط فرد دوره ندیده انجام شده‌است. درحالی که در ۲۰ استان کشور ۱۰ ٪ و یا کمتر، از زایمانها و در ۱۱ استان نیز ۳٪ و یا کمتر، از زایمانها توسط فرد دوره ندیده انجام شده است (شکل ۸). لذا مشاهده می‌شود که از این لحاظ فاصله بسیار زیادی بین برخی از استانها وجود دارد[۴۱].



شکل ۸ : درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده در استانهای مختلف کشور در سال های ۷۹-۱۳۷۵ و ۸۴-۱۳۸۰ (برگرفته از منبع ۴۱)

مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان در مناطق روستایی کشور

میزان مرگ و میر زنان باردار همیشه به عنوان یکی از شاخص های اصلی توسعه کشورها درنظر گرفته می‌شود. اهمیت این شاخص به حدی است که به عنوان یکی از هشت هدف اصلی سند توسعه هزاره سازمان ملل تا سال ۲۰۱۵ اعلام شده است. براساس این سند، میزان مرگ و میر زنان باردار باید تا سال ۲۰۱۵، به سه چهارم میزان مرگ و میر در سال ۱۹۹۰ که برابر با مرگ ۹۰۰ نفر از بین هر ۱۰۰ هزار نفر است کاهش یابد. براساس آخرین گزارش برنامه توسعه ملل متحد (UNDP) در سال ۲۰۰۸ و نیز گزارش یونیسف در سال ۲۰۰۸، میزان مرگ و میر زنان باردار در ایران ۳۷ در ۱۰۰ هزار نفر و میزان مطابقت داده شده (adjusted) آن ۱۴۰ در ۱۰۰ هزار نفر اعلام شده‌است. نتایج منتشر شده از اطلاعات زیج حیاتی حاکی از روند رو به کاهش مرگ و میر مادران از عوارض بارداری و زایمان در کلیه استانهای کشور می‌باشد، که البته علیرغم این کاهش، ناهمگنی بین استانها نه تنها کاهش نیافته، بلکه افزایش نیز یافته است. درحالی که اغلب استانهای برخوردار کشور وضعیت مطلوبی در رابطه با این شاخص سلامت مادران دارند، استانهای مرزی کشور همچنان وضعیت نامطلوبی دارند (شکل ۹). نقشه میزان مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان، تطابق قابل توجه‌ای نیز با نقشه درصد زایمان به کمک افراد دوره ندیده دارد [۴۱].

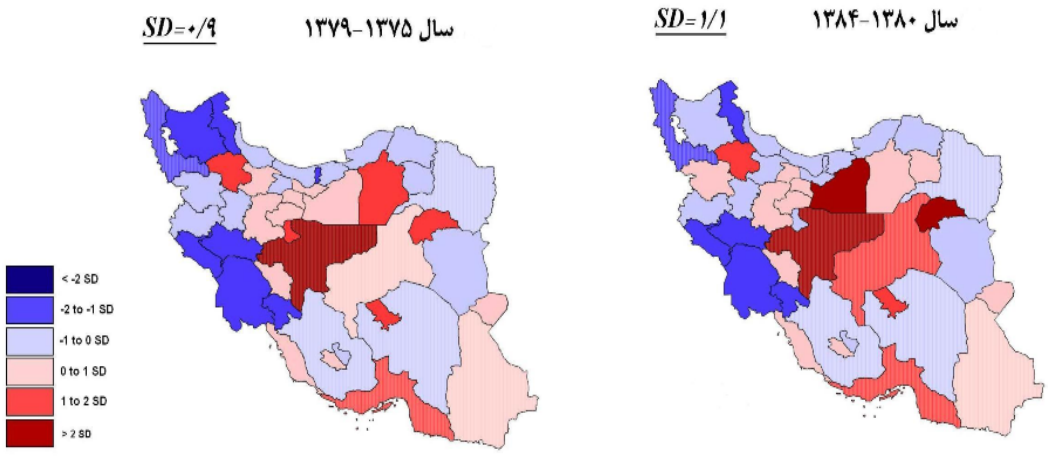


شکل ۹ : میزان مرگ و میر از عوارض بارداری و زایمان در استانهای مختلف کشور در سال های ۷۹-۱۳۷۵ و ۸۴-۱۳۸۰ (برگرفته از منبع ۴۱)

درصد متولدین با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم در مناطق روستایی کشور

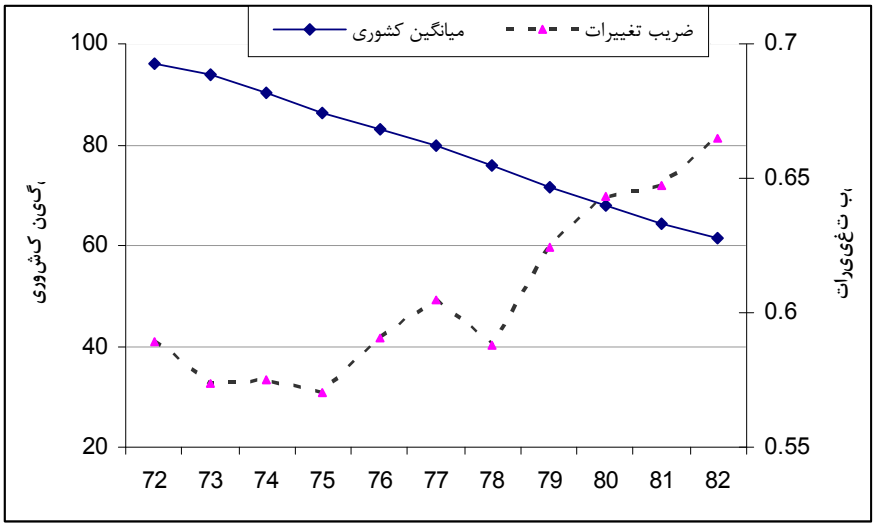
یکی از محدودترین شاخص های بهداشتی که میانگین کشوری آن در سال های اخیر به ظاهر روند افزایشی نامطلوب داشته است، شاخص متولدین با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم بوده که مقدار آن از ۲/۹ به ۴/۶ در طی ۱۳ سال گذشته رسیده‌است. همچنین نابرابری قابل ملاحظه‌ای بین استانهای مختلف از این نظر دیده‌می‌شود که تغییر چشمگیری در دو مقطع زمانی بررسی شده نداشته‌است. نامطلوب بودن این شاخص در استانهای مرکزی و برخوردار کشور از جمله یزد و به ویژه اصفهان و سمنان قابل توجه است.

در این رابطه گرچه اشکالات موجود در مراقبت های پیش از زایمان باید به عنوان یک علت بالقوه درنظر گرفته شود، اما فرضیه دیگر، افزایش درصد کودکان وزن شده‌است. در سال ۱۳۷۲، درصد کودکانی که در بدو تولد وزن شده اند، در حدود ۸۷٪ بوده که این نسبت در سال ۱۳۸۴ به حدود ۹۷/۵٪ رسیده است. طبعاً کودکان مناطق محروم و دور از خدمات بهداشتی که احتمال وزن شدن کمتری در سال های گذشته داشته‌اند، احتمال قرار داشتن آنها در گروه کودکان با وزن پائین نیز بیشتر بوده‌است. لذا ممکن است با افزایش پوشش توزین کودکان در بدو تولد، نسبت بیشتری از این کودکان محروم، وزن شده اند که خود ممکن است دلیلی برای روند افزایش درصد کودکان با وزن کم در کشور شده‌باشد. فرضیه دیگر مرتبط با ارتقای خدمات ارائه شده در طول بارداری در سال های اخیر است. این امر که به طور بالقوه منجر به کاهش احتمالی سقط یا مرگ نوزادان دارای وزن کم و در نتیجه افزایش تعداد تولد نوزادان کم وزن می‌گردد، می‌تواند توضیح دیگری برای یافته مذکور باشد [۴۱].



شکل ۱۰ : درصد متولدین با وزن کم تر از ۲۵۰۰ گرم در استانهای مختلف کشور در سال های ۷۹-۱۳۷۵ و ۸۴-۱۳۸۰ (برگرفته از منبع ۴۰)

نسبت سرباری: در واقع نسبت جمعیت ناتوان از تولید را به جمعیت قادر به تولید نشان می‌دهد. همانگونه که در نمودار ۳۷ ملاحظه می‌شود، این نسبت روند نزولی از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ طی کرده است که عمدتاً ناشی از تغییر ترکیب سنی و نیز ناشی از کاهش باروری بوده‌است. در سال ۱۳۸۲ در استانهایی که باروری کاهش نداشته یا کاهش چشمگیر نبوده‌است، (مثل سیستان و بلوچستان، هرمزگان و خوزستان)، هنوز این نسبت "یک به یک" یا نزدیک به آن است. در صورتی که در استانهای با کاهش باروری شدید و پایدار مانند مازندران، گیلان، ایلام، تهران و اصفهان، این نسبت به "دو به یک" رسیده و معنای آن این است که به ازای ۲ نفر در سن تولید و کار به یک نفر در سن مصرف وجود داشته‌است [۳۰]. با این توجیه روند نابرابر و ناهمگنی بین استانها افزایش یافته‌است.



نمودار۳۷: روند تغییرات نسبت سرباری از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه های بهداشت کشور

نتیجه گیری

بررسی شاخص های عمومی و سلامت در استانهای مختلف کشور حاکی از بهبود اغلب این شاخص ها در استانهای مختلف کشور طی ۲ دهه گذشته می باشد، اما در برخی از موارد جهت حرکت به سوی همگنی بیشتر و در برخی از موارد به سمت افزایش ناهمگنی بین استانها بوده است.

مقایسه شاخص توسعه انسانی (HDI) کل کشور در سال های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۰، گرچه حاکی از پیشرفت ناچیزی در توسعه انسانی در طول ۵ سال است؛ اما همچنان تفاوت شاخص توسعه انسانی در سطح استانها زیاد بوده؛ به طوری که اختلاف کمترین و بیشترین مقدار HDI در سال ۷۵ برابر ۰/۲۲ و در سال ۱۳۸۰ حدود ۰/۱۹ بوده است. وضعیت بیکاری نیز علیرغم بهبودهایی که در برخی از استانها داشته است، اما کماکان وضعیت ناهمگنی بین استانها از این نظر مشاهده می‌شود. افزایش سالانه شاخص کل بهای کالاها و خدمات مصرفی نیز که یکی از شاخص های اقتصادی مهم می‌باشد، حاکی از بالاتر بودن این شاخص در استانهای مرزی کشور خصوصاً استانهای غربی و حرکت به سوی ناهمگنی بیشتر استانها می‌باشد.

در رابطه با افزایش درصد افراد با سواد در جامعه فعالیت های مؤثری در استانهای مختلف کشور صورت گرفته است که نتیجه آن نیز کاهش ضریب تغییرات بین استانهای مختلف و حرکت به سمت برابری در این زمینه می‌باشد. البته پائین بودن میزان باسوادی در استانهای سیستان و بلوچستان، کردستان و آذربایجان غربی، طی دهه های گذشته و عدم جبران فاصله بین این استانها با سایر استانها حاکی از آن است که برای رسیدن به همگنی مطلوب در این شاخص و نیز شاخص توسعه انسانی، نیاز به برنامه ریزی و اجرای مداخلات ویژه ای برای استانهای محروم می باشد.

بررسی شاخص های سلامت در جمعیت روستایی کشور براساس اطلاعات به دست آمده از زیج حیاتی طی سال های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۴ حاکی از آن است که در اکثر قریب به اتفاق موارد به طور قابل توجهی بهبود داشته‌است. در تعدادی از شاخص ها مانند مرگ و میر کودکان زیر یک سال، میزان باروری کلی و به خصوص درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده روستاهای کشور در سال های اخیر به سمت برابری بیشتر پیش رفته‌اند، اما درخصوص برخی از شاخص های سلامت همچون مرگ و میر مادران از عوارض بارداری و زایمان و درصد متولدین با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم این ارتقاء همگون و متعادل نبوده‌است و نابرابری در بهبود برخی از شاخص ها بین استانهای کشور وجود دارد. علاوه بر این، نکته قابل توجه دیگر شباهت الگوی نابرابری در کشور در اکثر شاخص ها است. مطلوب بودن شاخص ها در استانهای شمالی و مرکزی و نامطلوب بودن شاخص ها در استانهای حاشیه شرقی و جنوبی کشور الگویی است که در اکثر شاخص های بهداشتی بررسی‌شده، کمابیش دیده می شود. درصد متولدین با وزن پائین تنها شاخصی بود که برخلاف این الگو در چند استان مرکزی کشور وضعیت نامطلوبی نشان می دهد.

کاهش شاخص درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده طی سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۴ می تواند ناشی از تربیت نیروهای آموزش دیده شامل بهورز و ماما و اعزام آنها به نقاط محروم کشور بوده و به واقع حاکی از یک موفقیت بارز در نظام سلامت روستایی کشور باشد.

ث. مقایسه شاخص ها براساس سطح سواد

سطح سواد همیشه به عنوان یکی از مؤلفه‌های بسیار مهم و مؤثر بر سلامتی محسوب می‌شود. دلایل این ارتباط قوی چندان پیچیده نیست. افراد باسواد معمولاً از رفاه اجتماعی بالاتری برخوردارند، مشاغل کم خطرتر و با درآمد بیشتری را می‌یابند و به دلیل سواد بیشتر، دانش سلامت بالاتری نیز دارند و به همین دلیل مراقبت های بهتری نیز از خود و خانواده خود در مقابل بیماری ها و عوامل خطرساز اعمال می‌دارند.

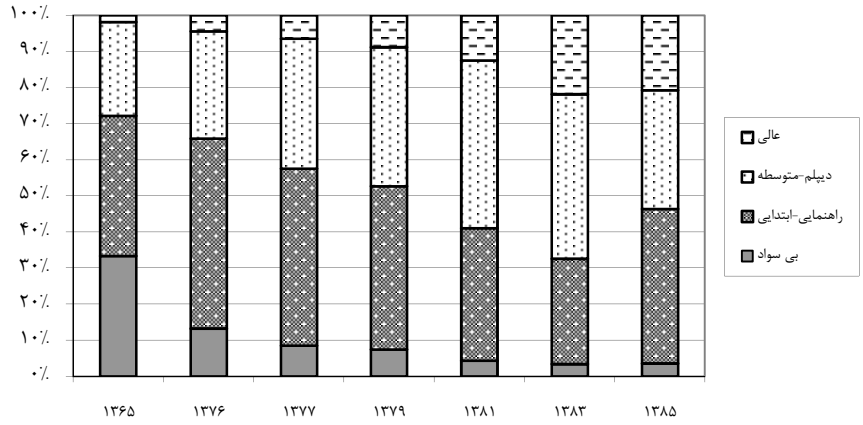
براین اساس معمولاً دولت ها تلاش بسیاری به خرج می‌دهند تا سطح سواد عمومی جامعه را ارتقاء دهند تا به صورت غیرمستقیم باعث ارتقاء سطح سلامت جامعه شوند. البته پرواضح است افزایش سطح سواد فقط برای ارتقاء سلامت جامعه نیست، بلکه اثرات و نتایج بسیاری به صورت مستقیم و غیرمستقیم اعمال می‌نماید و باعث ارتقاء وضعیت سیاسی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی جامعه می‌شود.

با توجه به این توضیحات، در این قسمت از کتاب سعی خواهدشد تا تأثیرات باسوادی و میزان آن بر شاخص های مهم مرتبط با سلامت جامعه مورد ارزیابی قرار گیرد.

شاخص های عمومی

وضعیت اشتغال

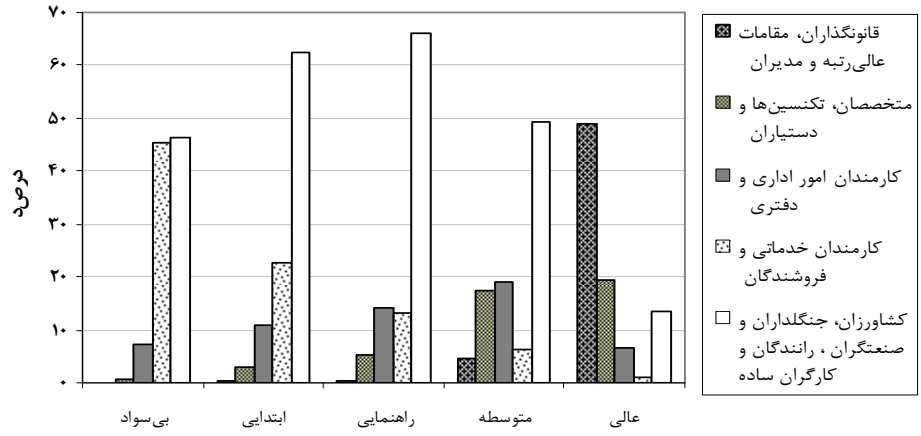
میزان تحصیلات هر فرد ارتباط تنگاتنگی با وضعیت اشتغال و به خصوص نوع کار وی دارد. اطلاعات به دست آمده از مرکز آمار ایران طی ۳ دهه گذشته نشان می‌دهد که توزیع بیکاران جویای کار در کشور تا حد قابل توجهی تغییر کرده‌است (نمودار ۳۸). درحالی که بی سوادان در سال ۱۳۶۵ سهم عمده‌ای از بیکاران جویای کار را تشکیل می داده اند، با گذشت زمان و به تدریج، جای خود را به افراد با تحصیلات بالاتر داده‌اند؛ به گونه‌ای که در سال ۱۳۸۳ بیش از دو سوم بیکاران را افراد با تحصیلات متوسطه و دانشگاهی تشکیل می‌داده‌اند. البته طبق اطلاعات منتشره در سال ۱۳۸۵ به نظر می‌رسد که این روند تا حدی کنترل شده و سهم افراد بیکار با تحصیلات راهنمایی و کمتر افزایش یافته‌است [۶،۷].



نمودار۳۸: توزیع نسبی بیکاران(جویای کار) ۱۰ ساله و بیشتر برحسب‌سطح سواد

البته تفسیر این اطلاعات به تنهایی دشوار است و کاهش سهم افراد بدون شغل بی‌سواد شاید به دلیل کاهش درصد بی‌سوادان جامعه باشد، ولی در هر صورت نشان می‌دهد که در کشور بایست به دنبال تولید مشاغلی بود که به دانش پایه و سواد بیشتر نیاز دارند و مشاغل ساده و ابتدایی به حد نزدیک به اشباع رسیده‌است. البته این پدیده از این نظر که افراد بی‌سواد شانس بیشتری برای یافتن شغل مناسب دارند و در نتیجه حداقل این گروه آسیب‌پذیر، کمتر با خطر نسبی بیکاری مواجه هستند، قابل تأمل است.

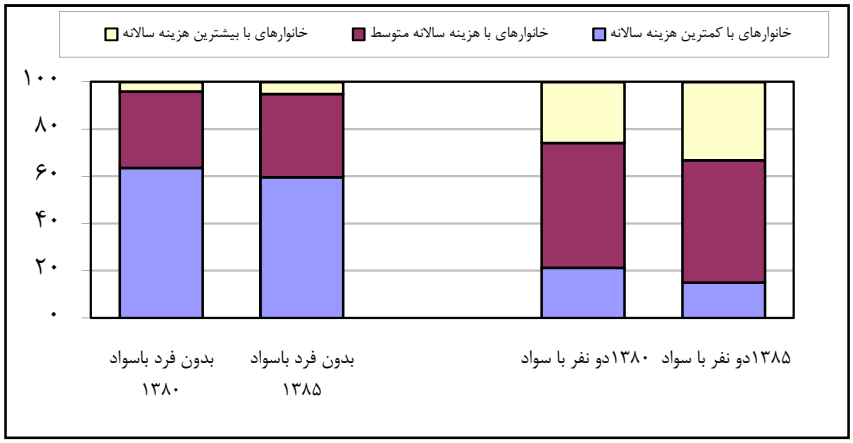
تحصیلات، نقش به سزایی نیز در نوع شغل افراد دارد. براساس اطلاعات سرشماری نفوس و مسکن در سال ۱۳۸۵، همانگونه که انتظار می رود، غالب افراد بی سواد و با تحصیلات ابتدایی و راهنمایی به مشاغل خدماتی، کشاورزی، صنعت، رانندگی و کارگری اشتغال داشته و افراد با تحصیلات دانشگاهی بیشتر در مشاغل تخصصی و مدیریتی مشغول به فعالیت اند [۶] (نمودار ۳۹).



نمودار۳۹: گروه‌های عمده شغلی در شاغلان ۱۰ ساله و بیشتر برحسب وضع سواد و سطح تحصیلات؛ آبان ۱۳۸۵

وضعیت اقتصادی

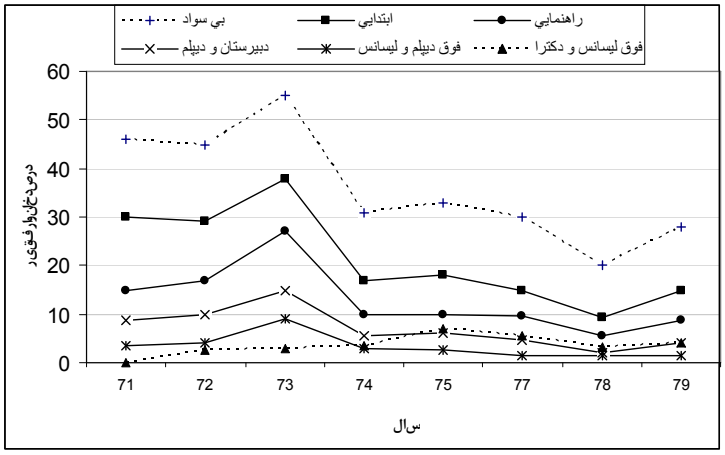
سواد و سطح تحصیلات از جوانب مختلفی بر وضعیت اقتصادی خانوارها تأثیر می گذارد. به عنوان مثال تعداد افراد با سواد خانوار با هزینه و درآمد خانوارها ارتباط دارد. براساس بررسی انجام شده توسط بانک مرکزی بر روی بودجه خانوار در مناطق شهری ایران، با افزایش تعداد افراد با سواد در خانوارها، هزینه سالیانه خانوار نیز افزایش می یابد. به عنوان مثال حدود ۶۰ درصد خانوارهایی که هیچ فرد باسوادی را در خانوار ندارند، هزینه‌های سالیانه خانوارشان در یک سوم پائین طیف هزینه‌ای قرار دارد، درحالی که در خانوارهایی که ۲ فرد باسواد دارند، فقط بین ۱۵ تا ۲۱ درصد آنها هزینه‌های سالیانه خانوارشان در یک سوم پائین قرار دارد و اکثریت آنها هزینه های سالیانه خانوارشان در یک سوم میانی و بالای طیف هزینه‌ای قرار می گیرد (نمودار ۴۰). به عبارت دیگر اگر هزینه سالیانه خانوار را به عنوان proxy درآمد خانوار درنظر بگیریم، با افزایش تعداد افراد با سواد خانوارها، درآمد خانوار نیز افزایش می‌یابد. مقایسه اطلاعات سال های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵ تغییر قابل توجهی را دراین خصوص نشان نمی دهد [۳۷، ۳۹].



نمودار ۴۰: درصد توزیع خانوارها در طبقات هزینه ناخالص سالیانه به تفکیک تعداد افراد باسواد در خانواده در سال های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵

در همین راستا در مطالعه دیگری، ارتباط سطح سواد سرپرست خانوار با فقرخانوار نشان داده شده است. همانگونه که در نمودار ۴۱ مشخص است، با افزایش سطح سواد سرپرست خانوار، درصد خانوارهای فقیر کاهش یافته است؛ برای مثال: در سال ۱۳۷۱، ۴۶ درصد خانوارهایی که سرپرست آنها بی سواد بوده اند، در زیر خط فقر قرار داشته اند، درحالی که در همان سال درصد خانوارهای فقیر در خانوارهایی که سرپرست آنها تحصیلات ابتدایی داشته اند، ۳۰ درصد و یا خانوارهایی که سرپرست آنها تحصیلات در حد دبیرستان و دیپلم داشته اند، ۸/۸ بوده است. از سوی دیگر نگاه به روند تغییرات درصد خانوار فقیر در هر یک از گروه های تحصیلی سرپرستان خانوار حاکی از آن است که این تصویر دقیقاً در سایر سال های مطالعه نیز مشاهده می گردد. یعنی با افزایش سطح تحصیلات سرپرست خانوار، از احتمال فقیر بودن خانوار ها کاسته می‌شود. همچنین در طی زمان، درصد خانوارهای فقیر در کلیه گروه های تحصیلی در سال ۱۳۷۳ نسبت به سال قبل افزایش یافته، ولی پس از آن روند نزولی داشته است. به عنوان مثال: در گروه سرپرستان بی سواد درصد خانوارهای فقیر از ۴۶

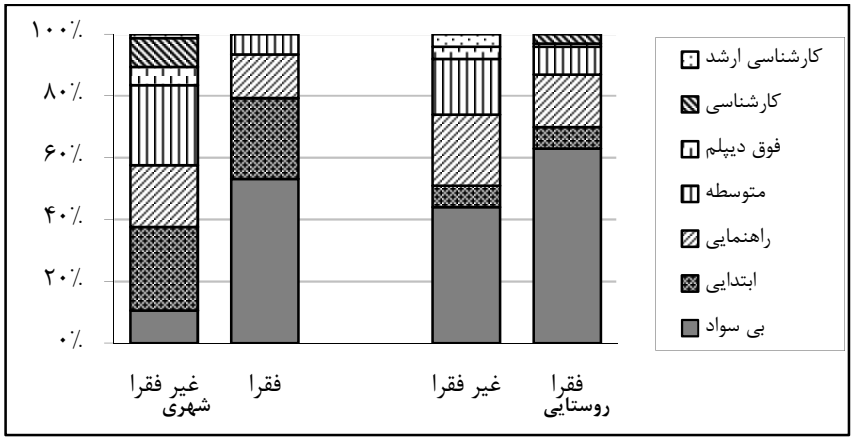
درصد در سال ۱۳۷۱ به ۲۸ درصد در سال ۱۳۷۹ کاهش یافته؛ در گروه ابتدایی درصد فقر از ۳۰ درصد در سال ۱۳۷۱ به ۱۵ درصد در سال ۱۳۷۹ کاهش یافته‌است. البته در گروه سرپرستانی که تحصیلات فوق لیسانس و دکترا داشته‌اند، یک استثناء مشاهده می‌گردد به این معنا که در طی زمان درصد خانوارهای فقیر در این گروه افزایش یافته است و از آنجا که این ارقام مربوط به فقر مطلق می باشد، توجه به آن بسیار حایز اهمیت است. زیرا درصد خانوارهای فقیر در این گروه از صفر درصد در سال ۱۳۷۱به ۷ درصد در سال ۱۳۷۵ و ۴/۲ درصد در سال ۱۳۷۹ افزایش یافته‌است. این امر دلالت بر بی‌توجهی اقدامات فقرزدایی در طی سال های مطالعه نسبت به گروه فوق الذکر دارد [۲۵]. البته برخی از قوانین کشوری نیز به این وضعیت دامن می زند. به عنوان مثال: دانش‌آموختگان مذکر دکترا در رشته‌های مختلف که اغلب در سنین بالاتری نیز نسبت به دانش‌آموختگان مقاطع پائین‌تر قرار دارند، موظف به گذراندن خدمت سربازی با حقوق پائین هستند و یا در دانش‌آموختگان مؤنث و نیز برخی از دانش‌آموختگان مذکر دکترا در گروه پزشکی که موظف به گذراندن طرح نیروی انسانی هستند، حقوق بسیار پائین داده می شود. در مجموع می‌توان مشاهده نمود که با گذشت زمان سطح سواد به عنوان یک عامل اصلی در توصیف تفاوت در فقر مطلق کاهش یافته و به عبارتی حرکت به سمت یک برابری در متغیر فقر درگروه های مختلف سواد دیده‌می‌شود.



نمودار ۴۱ : درصد خانوارهای فقیر بر حسب پایه تحصیلی سرپرست خانوار بر پایه خط فقر مبتنی ۲۱۷۹ کالری
طی سال های ۷۱ تا ۷۹

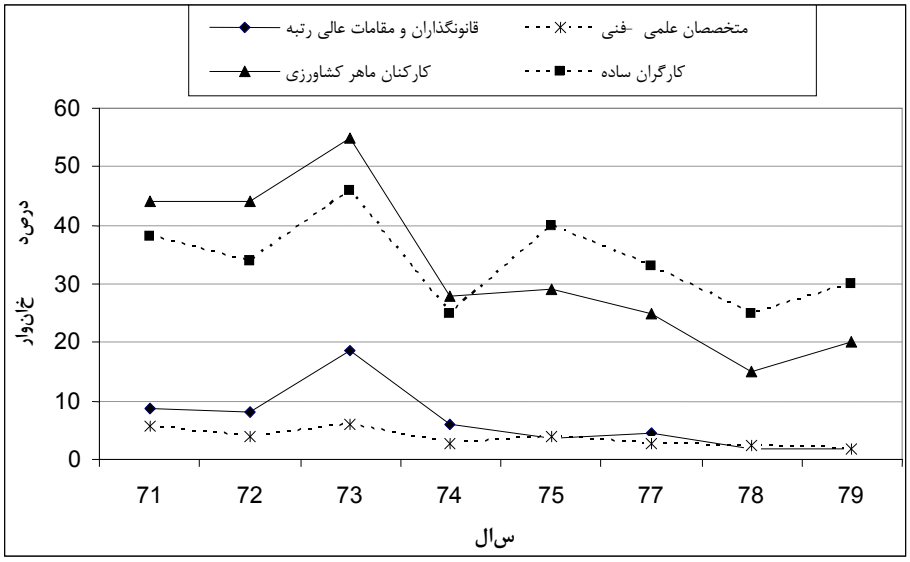
همچنین براساس مطالعه ای که بر روی اطلاعات خام طرح نمونه گیری هزینه و درآمد خانوار سال ۱۳۸۳ مرکز آمار ایران با ۱۱۶۱۹ نمونه شهری و ۱۲۹۱۵ نمونه روستایی انجام شده است، توزیع خانوارهای فقیر در گروه‌های تحصیلاتی مختلف سرپرست خانوار نشان داده شده‌است. براساس نتایج این مطالعه تفاوت بارزی بین درصد بی‌سوادی سرپرستان خانوارهای فقیر و غیرفقیر مشاهده می‌شود به گونه ای که ۴۹٪ از خانوار های فقیر شهری و ۶۳٪ از خانوارهای فقیر روستایی سرپرست بی‌سواد داشته‌اند. همچنین هیچ سرپرست خانوار فقیر

شهری دارای تحصیلات دانشگاهی نبوده است (نمودار ۴۲). به طور کلی تفاوت سطح تحصیلی بین اعضای خانوارهای فقیر و غیرفقیر درخانوارهای شهری بیش از خانوارهای روستایی است. به عبارت دیگر به نظر می‌رسد تحصیلات نقش مؤثرتری درکسب رفاه خانوارهای شهری نسبت به خانوارهای روستایی داشته است [۴۲].



نمودار ۴۲ : سرپرستان خانوارهای فقیر و غیرفقیر در هر یک از سطوح تحصیلی

با توجه به ارتباطی که سطح تحصیلات با نوع شغل و فقر خانوار دارد و پیش تر به آن اشاره شد، انتظار می رود درصد خانوارهای فقیر با شغل سرپرست خانوار نیز ارتباط داشته باشد. نتایج مطالعه انجام شده توسط خداداد کاشی و همکاران دلالت بر آن دارد که اکثریت خانوارهای فقیر در گروه کارکنان ماهر کشاورزی و کارگران ساده خدمات مشغول به فعالیت هستند و کمترین درصد خانوارهای فقیر در گروه های قانون گذاران و مقامات عالی رتبه، متخصصان علمی- فنی و تکنسین ها و دستیاران قرار دارند. از نظر تحول زمانی، درصد خانوار های فقیر در تمامی گروه های شغلی طی سال های ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۹ کاهش یافته است (نمودار ۴۳)، به عنوان مثال درصد خانوارهای فقیر در گروه قانون گذاران و مقامات عالی رتبه در سال ۱۳۷۱ برابر با ۸/۷ درصد بوده است که در سال ۱۳۷۹ به ۱/۹ درصد کاهش یافته است و یا در گروه کارکنان ماهر کشاورزی درصد فقر از ۴۴ درصد در سال ۱۳۷۱ به ۲۰ درصد در سال ۱۳۷۹ و در گروه کارگران ساده خدمات، درصد فقر از ۳۸ درصد در سال ۱۳۷۱ به ۳۰ درصد در سال ۱۳۷۹ کاهش یافته است. این نتایج تمامی دلالت بر کاهش فقر مطلق و محدود شدن گستره فقر نزد گروه های مختلف است [۲۵].



نمودار ۴۳: درصد خانوارهای فقیر برحسب نوع شغل سرپرست خانوار طی سال های ۷۱ تا ۷۹

سواد سلامت

در مطالعه بررسی سطح سواد سلامت که در ۵ استان کشور انجام شده‌است، همانگونه که انتظار می‌رفت سطح تحصیلات، قوی ترین ارتباط را با سواد سلامت داشته‌است. در این مطالعه با افزایش سال های تحصیل افراد، سطح سواد سلامتی‌شان نیز بالاتر گزارش شده‌است و بیشترین جهش در سطح سواد سلامت در افراد با تحصیلات بیش از ۸ سال مشاهده شده‌است. لذا اکثریت افراد با تحصیلات راهنمایی و ابتدایی و نیز افراد بی‌سواد، از مهارت و ظرفیت کافی برای کسب و تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی و تصمیم‌گیری متناسب برخوردار نبوده‌اند [۱۲].

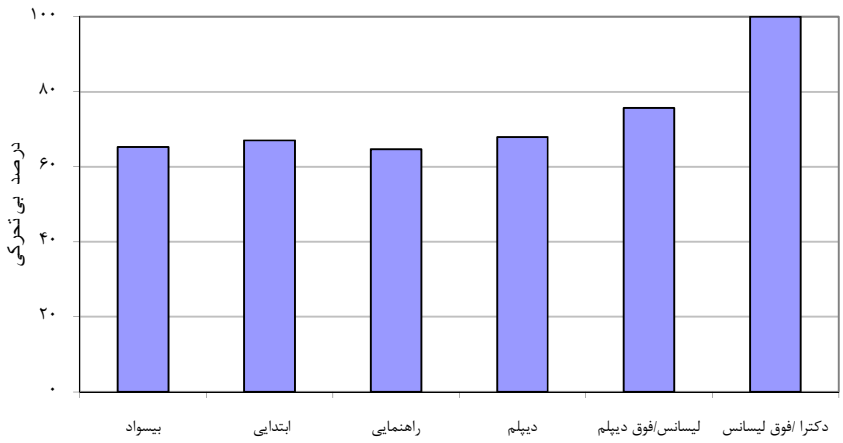
شاخص های سلامت

عوامل خطر مؤثر بر سلامت

در این قسمت برای نشان دادن اهمیت و تأثیر سطح سواد بر سلامت، مهم ترین مطالعات به صورت هدفمند، گزینش و تأثیر این عامل به تفکیک بر روی مهم ترین ریسک فاکتورهای سلامت بررسی شده است. در ادامه برای روان شدن مطلب تأثیرسواد در فعالیت بدنی، چاقی، سوء تغذیه در کودکان، چربی های خون و استعمال دخانیات به تفکیک شرح داده خواهد شد.

فعالیت بدنی

در مطالعه ای که بر روی ۱۵۰۰ نفر از افراد بالای ۲۰ سال در شهر یزد انجام شده است، میزان فعالیت بدنی افراد با افزایش سطح تحصیلات کاهش داشته است (نمودار ۴۴) و محققان بیان کرده‌اند که این مطلب مبین این موضوع است که مشکل جامعه در عدم تحرک بدنی، آگاهی نبوده بلکه عوامل دیگری در نداشتن انگیزه برای تحرک بدنی نقش دارد و به عبارت دیگر مشکل در نگرش و عملکرد نسبت به فعالیت بدنی است [۴۳].



نمودار۴۴: ارتباط عدم تحرک بدنی کافی با سطح تحصیلات در افراد بالای ۲۰ سال شهر یزد

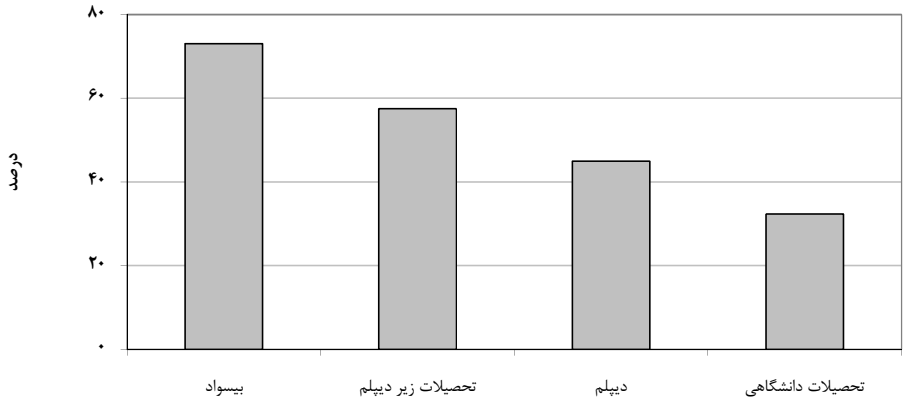
در مطالعه دیگری نیز ارتباط میزان فعالیت فیزیکی دختران نوجوان شهر تهران با تحصیلات والدین آنها بررسی شده است که در آن میزان فعالیت بدنی دختران نوجوان با تحصیلات مادر ارتباط مثبتی داشته است. به عبارت دیگر با افزایش سطح تحصیلات مادران، میزان

فعالیت فیزیکی دختران نیز بیشتر بوده‌است. در این مطالعه ارتباط آماری معنی داری بین فعالیت بدنی دختران و تحصیلات پدر مشاهده نشده است [۴۴].

مقایسه نتایج این دو مطالعه و مطالعات متعدد دیگر نشان می‌دهد که سطح سواد به تنهایی تأثیر چندانی در تغییر رفتار افراد جامعه برای تحرک بیشتر بدنی ندارد و به عبارتی به تنهایی با بالا بردن سطح سواد نمی‌توان انتظار داشت که فعالیت بدنی نیز به صورت قابل ملاحظه‌ای افزایش یابد.

چاقی

مطالعات مختلفی نیز به بررسی ارتباط شاخص توده بدنی (BMI) و ابتلا به چاقی با سطح تحصیلات پرداخته اند و نشان داده‌اند بی سوادی و کم‌سوادی نه تنها عامل خطر برای اضافه وزن و چاقی فرد است، بلکه حتی می‌تواند احتمال چاقی فرزندان را نیز افزایش دهد. نتایج منتشره از بررسی نظام مراقبت عوامل خطر بیماری های غیرواگیر کشور در سال ۱۳۸۳ بر روی ۲۹۶۹ زن ۱۴ تا ۴۴ ساله شهری و روستایی استان تهران نشان داده است که با افزایش سطح تحصیلات از بی سواد به دانشگاهی، بر فراوانی افراد دارای BMI طبیعی افزوده و از فراوانی افراد دارایBMI بالاتر از حد طبیعی کاسته می‌شود [۴۵] (نمودار ۴۵).



نمودار ۴۵ : فراوانی شاخص توده بدنی بالاتر از حد طبیعی در گروه های مختلف تحصیلی زنان ۱۴ تا ۴۴ ساله تهران در سال ۱۳۸۳

همچنین نتایج به دست آمده از مطالعه قند و لیپید بر روی ۹۹۸۴ بزرگسال زن و مرد تهرانی حاکی از وجود ارتباط معنی‌دار بین سطح تحصیلات و شانس ابتلا به چاقی است؛ براساس این مطالعه نیز شانس ابتلا به چاقی در زنان کم سواد و بی سواد بیشتر از زنان با تحصیلات بالاتر بوده و همچنین شانس ابتلا به چاقی در مردان بی‌سواد بیش از مردان با تحصیلات بالاتر به دست آمده است [۴۶].

در مطالعه ای دیگری نیز که بر روی ۷۸۰ دانش آموز در ۱۲ مدرسه راهنمایی شهر تهران در سال ۱۳۸۵ انجام شده است، میزان کم وزنی و خطر اضافه وزن در نوجوانان مورد بررسی با تحصیلات پدر رابطه معنی داری از نظر آماری نشان داد به طوری که با افزایش سطح تحصیلات پدر، درصد فراوانی اضافه وزن در آنها افزایش می‌یافت. البته این ارتباط با تحصیلات مادران دانش‌آموز معنی دار نبود [۴۷].

پس بر این اساس می‌توان به صورت کلی دریافت احتمالاً سواد بیشتر خطر اضافه وزن و چاقی را به صورت قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌دهد ولی ارتباط معکوسی احتمالاً بین سواد والدین و چاقی فرزندان وجود دارد و احتمالاً در خانواده‌های تحصیل‌کرده خطر چاقی کودکان و نوجوانان افزایش می‌یابد.

سوءتغذیه در کودکان

بنابر نتایج در دست انتشار مطالعه "سیمای تغذیه در کودکان" در سال ۱۳۸۳، بروز سوء تغذیه پروتئین–انرژی در کودکان زیر ۶ سال با طبقه تحصیلی مادران و پدران ارتباط آماری معنی داری داشته است؛ به گونه‌ای که ۲۲/۲ ٪ مادران و ۱۳/۹ ٪ پدران کودکان زیر ۶ سال مبتلا به سوء تغذیه، بی سواد بوده اند، درحالی که میزان بی سوادی در مادران و پدران کودکان بدون سوء تغذیه (سالم)، به ترتیب ۱۹/۳ ٪ و ۱۱/۱ ٪ بوده است.

چربی خون

مطالعات مختلف نشان داده‌است که بی‌سوادی و کم‌سوادی یک عامل مؤثر در نامطلوب بودن شاخص های بیوشیمیایی خون می‌باشد. به عنوان مثال ارتباط تحصیلات با سطح سرمی تری‌گلیسرید و HDL در مطالعه قند و لیپید تهران مشاهده شده است. براساس مطالعه صورت گرفته بر روی ۷۳۳ نفر مرد و زن تهرانی، زنان بی‌سواد و کم‌سواد، تری‌گلیسرید بالاتر و HDL پائین‌تری از زنان با تحصیلات بیشتر داشته اند؛ به عبارت دیگر با کاهش سطح سواد و تحصیلات در زنان، سطح چربی‌های خون وضعیت نامطلوب‌تری پیدا می‌کند. اما در مردان سطح سرمی این ۲ فاکتور ارتباطی با تحصیلات نداشته‌است. همچنین دریافت روزانه ویتأمین B6 و روی در زنان کم‌سواد و بی‌سواد از سایر گروه‌ها کمتر بوده‌است [۴۸].

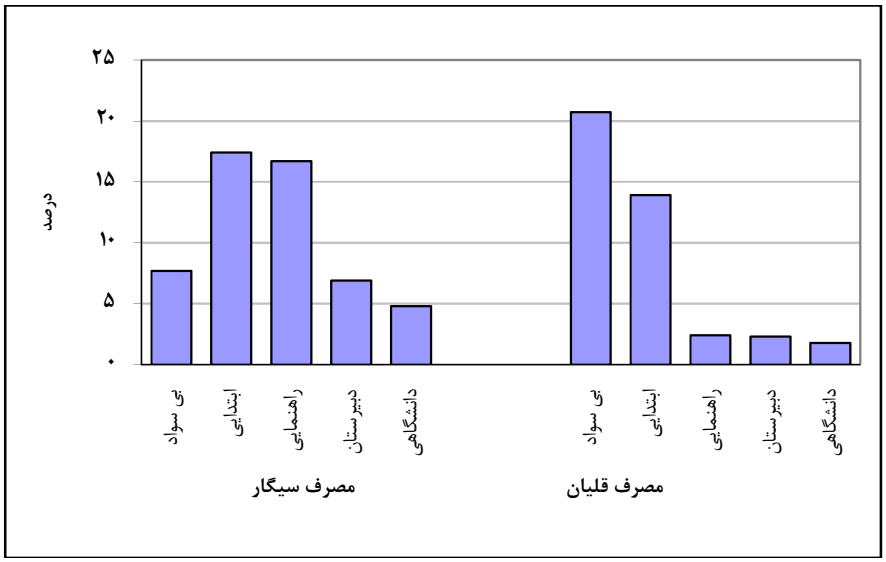
در همین راستا در مطالعه‌ای دیگری که ارتباط عوامل اجتماعی و اقتصادی بر پروفایل لیپیدهای سرم دختران نوجوان دبیرستانهای شهر تبریز بررسی شده‌است، سطح کلسترول و LDL سرم در دخترانی که والدین شان بی‌سواد بوده‌اند، بالاتر از سایر دختران بوده است [۴۹].

از ترکیب این نتایج با نتایج مربوط به چاقی و فعالیت بدنی، می‌توان نتیجه‌گیری نمود که احتمالاً کم‌سوادی از طریق تأثیر نامطلوب بر رژیم غذایی و تغذیه باعث بروز چاقی و نامطلوب تر شدن چربی‌های خونی می‌شود. البته متأسفانه مطالعه مستقیم و دقیقی که ارتباط بین این متغیرها را به صورت جامع و کامل بررسی کرده‌باشد به دست نیامد تا چنین نتیجه‌گیری براساس مستندات عینی صورت پذیرد.

دخانیات

براساس بخشی از نتایج منتشره از نظام مراقبت عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در سال ۱۳۸۴ که بر روی ۸۴۷۰۶ زن و مرد از سراسر کشور به دست آمده‌است، اختلاف آماری معنی‌داری بین سطوح مختلف تحصیلی و مصرف سیگار دیده شده‌است، به گونه‌ای که درصد نسبی افراد غیرسیگاری با افزایش سطح تحصیلات، افزایش داشته و درصد نسبی سیگاری های فعال و غیرفعال نیز در سطح تحصیلات پائین بیشتر بوده‌اند و در این میان نکته قابل توجه این است که درصد ترک سیگار در افراد مورد مطالعه با میزان تحصیلات نسبت عکس داشته است [۲۲].

همچنین نتایج به دست آمده از مطالعه ای که به بررسی الگوی مصرف سیگار و قلیان در افراد بالای ۱۵ سال بندرعباس پرداخته‌است، حاکی از بیشترین میزان شیوع استعمال سیگار در افراد با تحصیلات ابتدایی و کمترین میزان شیوع مصرف سیگار در افراد با تحصیلات دانشگاهی می‌باشد. در رابطه با مصرف قلیان نیز، بیشترین شیوع در افراد بی‌سواد و کمترین شیوع در افراد با تحصیلات دانشگاهی گزارش شده است [۵۰] (نمودار ۴۶) .

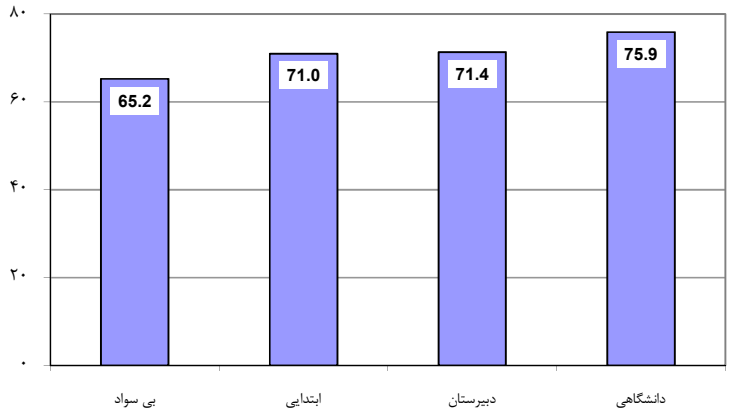


نمودار ۴۶ : فراوانی مصرف سیگار و قلیان در گروه های مختلف تحصیلی در افراد بالای ۱۵ سال شهر بندرعباس

بهره‌مندی از خدمات سلامت و احساس سلامتی

در مطالعه‌ای که براساس اطلاعات طرح بهره‌مندی از خدمات سلامت در سال ۱۳۸۱ انجام شده‌است، با افزایش سطح تحصیلات افراد، درصد افرادی که نیاز به دریافت خدمات سلامت داشته اند و برای آن اقدام کرده‌اند، افزایش یافته‌است (نمودار۴۷)؛ البته پس از حذف اثر

سایر متغیر های مؤثر بر بهره‌مندی افراد، تفاوت معنی دار آماری بین بهره مندی از خدمات سلامت در افراد با سطوح مختلف تحصیلی مشاهده نشده است [۵۱].



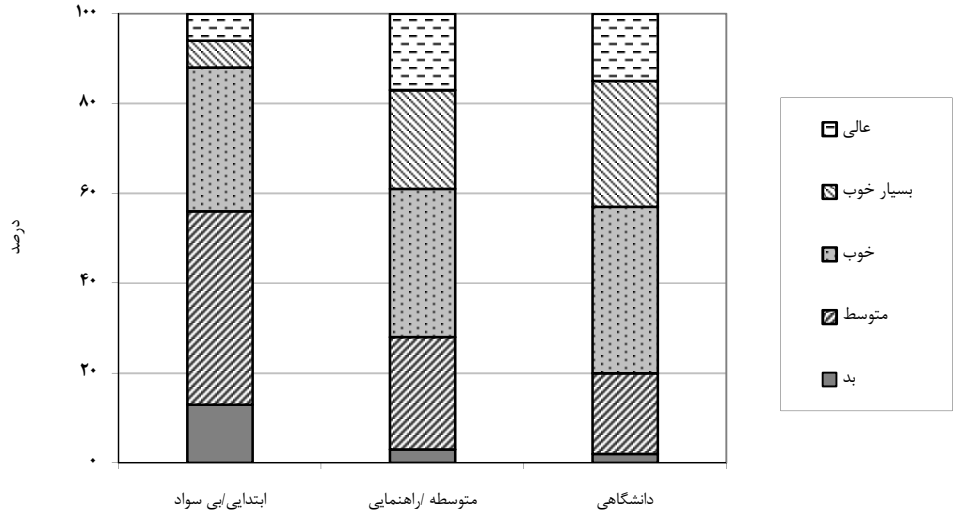
نمودار۴۷ : فراوانی بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی در افرادی که احساس نیاز به دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی داشته اند، به تفکیک گروه های تحصیلی مختلف

براساس مطالعه‌ای نیز که با استفاده از داده‌های پیمایش سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۹ (DHS) به انجام رسیده‌است، میزان تحصیلات مادران باردار با محل زایمان، زایمان توسط فرد دوره دیده و نوع زایمان ارتباط داشته‌است. در این راستا مادران با تحصیلات دانشگاهی بیش از ۵۰ برابر زنان بی‌سواد شانس زایمان در محل مناسب را دارند و نیز این زنان بیش از ۱۵۰ برابر زنان بی‌سواد شانس زایمان توسط فرد دوره دیده را دارند. به عبارت دیگر با افزایش سطح تحصیلات مادران باردار، احتمال بهره‌مندی از زایمان ایمن افزایش می‌یابد، البته شانس زایمان طبیعی با افزایش سطح تحصیلات مادر کاهش معنی‌داری را نشان داده‌است؛ به گونه‌ای که احتمال زایمان سزارین در زنان با تحصیلات دانشگاهی ۶ برابر بیشتر از زنان بی سواد بود [۵۲].

همچنین در مطالعه ای که در سال ۱۳۷۵ بر روی ۴۱۷۷ زن باردار در شهر تهران انجام شده است، تحصیلات همسر ارتباط معنی‌داری با استفاده صحیح از روش های مختلف پیشگیری از بارداری داشته است. خطر استفاده ناصحیح از روش های مختلف پیشگیری از بارداری در مواردی که شوهر بی‌سواد بوده‌است، ۱/۸ برابر و در مواردی که شوهر تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم داشته‌است، ۱/۳ برابر مواردی بوده است که همسر زنان باردار دارای تحصیلات دانشگاهی بوده‌اند. لذا به نظر می‌رسد تحصیلات شوهر عامل قوی‌تری نسبت به تحصیلات زن در استفاده صحیح از روش های پیشگیری از بارداری است و با افزایش سطح تحصیلات شوهر، خطر استفاده ناصحیح از روش های پیشگیری از بارداری و متعاقب آن شکست روش، کاهش می یابد [۵۳].

وضعیت سلامتی

در مطالعه ای که بر روی ۴۱۶۳ فرد بالای ۱۵ سال ساکن در شهر تهران به انجام رسیده‌است، نظر افراد در مورد سلامتی خودشان پرسش شده‌است. براساس نتایج این مطالعه در هر دو گروه مردان و زنان، افراد با تحصیلات دانشگاهی سلامتی خود را بهتر از افراد با تحصیلات متوسطه و افراد با تحصیلات متوسطه نیز وضعیت سلامتی‌شان را بهتر از افراد با تحصیلات ابتدایی یا بی سواد ارزیابی کرده‌اند (نمودار ۴۸). به عبارت دیگر هرچه سطح تحصیلات بالاتر رفته‌است، ارزیابی افراد از وضعیت سلامتی‌شان بهتر بوده‌است [۵۴].



نمودار۴۸ : وضعیت سلامتی افراد بالای ۱۵ سال شهر تهران بنا به اظهار خودشان به تفکیک گروه های تحصیلی مختلف

نتیجه گیری

همانگونه که انتظار می‌رود، سواد و تحصیلات نقش به سزایی در وضعیت اجتماعی و سلامت افراد جامعه دارد. مروری بر وضعیت شاخص های عمومی و سلامت در گروه های مختلف تحصیلی در کشورمان نشان داد که در مجموع افراد بی‌سواد و با تحصیلات پائین، بیشتر در معرض وضعیت اقتصادی بی‌ثبات و نامطلوب و نیز بیشتر در معرض خطرات و عوارض ناشی از عوامل خطرزای سلامت قرار دارند. البته در این بخش نیز به علت عدم دسترسی به شاخص‌های مورد نظر در سال های مختلف، قضاوت در مورد روند تغییرات آنها در طول زمان دشوار می‌باشد، ولی به نظر می‌رسد وضعیت عمومی اقتصادی افراد کم‌سواد به طور نسبی در دهه‌های اخیر رشد بهتری داشته درحالی که وضع اقتصادی افراد با تحصیلات عالیه حتی کمی افت نموده‌است.

افراد با تحصیلات دانشگاهی بیشتر به فعالیت های تخصصی و دانشگاهی اشتغال دارند و افراد بی سواد و یا با تحصیلات پائین در مشاغل ساده‌تر مشغول به کارند و همین مشاغل خود عامل خطر برای سلامتی افراد می‌توانند باشند. این مسئله افراد با تحصیلات پائین را در معرض درآمد پائین‌تر نیز قرار می‌دهد. فقر نیز که از عوامل اصلی برآورده نشدن حداقل نیازها در زمینه تأمین خوراک، مسکن، بهداشت و تحصیل می‌باشد سلامت افراد جامعه را تهدید می‌نماید.

از اینرو برقراری امنیت شغلی برای کلیه افراد جامعه یکی از وظایف مهم مسوولان کشور است. این مسئله هم برای افراد با تحصیلات پائین که آسیب پذیرترند و هم برای نیروهای متخصص و با تحصیلات دانشگاهی که هزینه‌های بالایی برای تربیت آنان سرمایه‌گذاری شده است، اهمیت به سزایی دارد. طراحی و اجرای برنامه‌های ویژه‌ای همچون توانمندسازی و ارتقاء مهارت های شغلی می‌تواند در بهبود وضعیت زندگی افراد با تحصیلات پائین جامعه مؤثر باشد؛ البته نتایج این تحقیق نشان داد که احتمالاً در سال های اخیر وضعیت بیکاری در افراد تحصیل‌کرده بیشتر و مشهودتر بوده و افراد کم‌سواد راحت تر می‌تواند به مشاغل ساده دست‌یابند، ولی از طرف دیگر بیکاری حتی موقت افراد کم‌سواد به دلیل نداشتن بنیه مالی احتمالاً می‌تواند اثرات بسیار شدیدی بر سلامتی ایشان بگذارد.

بررسی مطالعات مختلف صورت گرفته در کشور حاکی از نقش مثبت تحصیلات در پیشگیری از عوامل خطر مختلف می‌باشد. به عنوان مثال چاقی در زنان و مردان با سطح تحصیلات پائین‌تر شیوع بالاتری دارد و یا اینکه پروفایل چربی‌های خون در افراد با تحصیلات بالاتر، وضعیت مطلوب‌تری دارد. شیوع مصرف سیگار و قلیان نیز در افراد بی‌سواد و یا با تحصیلات پائین، بیشتر است. وضعیت مطلوب‌تر این عوامل در افراد تحصیل کرده می تواند ناشی از آگاهی بیشتر آنان در زمینه حفظ سلامتی و توجه بیشتر به پیشگیری از عوامل تهدید کننده سلامت باشد. لذا طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی برای افزایش سطح آگاهی افراد با تحصیلات کمتر از دیپلم، خصوصاً افراد با تحصیلات ابتدایی و راهنمایی که هم زمان سطح سواد سلامت ناکافی نیز دارند، باید با درنظر گرفتن محدودیت های این افراد در کسب و

پردازش اطلاعات سلامت صورت گیرد. البته علاوه بر افزایش سطح آگاهی افراد اقدامات در زمینه ایجاد تغییرات نگرشی و نیز فراهم کردن شرایط تغییر رفتار نیز ضروری است، همانگونه که علیرغم وجود آگاهی کافی در افراد تحصیل کرده از عوارض بی‌تحرکی و فعالیت بدنی کم، فعالیت بدنی در این گروه از افراد پائین‌تر مشاهده‌شد. به عنوان یک نتیجه‌گیری کاربردی، آموزش های متداول سلامت احتمالاً تفاوت بین گروه های مختلف مردم از نظر سطح سواد را افزایش داده و نابرابری را زیاد می‌کند که باید برای حل آن از ابزارها و روش های مناسب برای گروه های کم‌سواد استفاده نمود.

در رابطه با بهره مندی از خدمات سلامت، تفاوت معنی‌داری بین گروه های تحصیلی مختلف مشاهده نشده‌است که مبین وجود برابری نسبی در این رابطه می‌باشد. به عبارت دیگر از نظر فراهم بودن خدمات سلامت برای پاسخ به نیازهای بهداشتی و درمانی، تفاوتی در گروه های مختلف تحصیلی وجود ندارد، ولی این بدان معنی نیست که کیفیت خدمات دریافتی در این گروه‌ها نیز یکسان است. در این راستا، تفاوت بارزی در بهره مندی از زایمان ایمن در افراد با تحصیلات بالاتر نسبت به افراد بی‌سواد و با تحصیلات پائین مشاهده شده‌است. به گونه‌ای که سواد مادر قوی ترین تعیین کننده زایمان توسط فرد دوره دیده و زایمان در محل مناسب بوده‌است. البته تحصیلات مادر نتیجه معکوسی در رابطه با نوع زایمان نیز داشته‌است و با افزایش سطح تحصیلات زنان، از درصد زایمان طبیعی آنها نیز کاسته شده و بیشتر به روش سزارین زایمان کرده اند. لذا به نظر می‌رسد برای کاهش شاخص های مهمی همچون مرگ مادر و نوزاد بایست به مادران کم‌سواد توجه بسیار بیشتری مبذول گردد و از طرفی با برنامه‌های منسجم سعی نمود باورها و رفتارهای نادرست و غیرعلمی افراد باسواد و تحصیل کرده جامعه را درخصوص استفاده صحیح از خدمات سلامت ارتقاء داد.

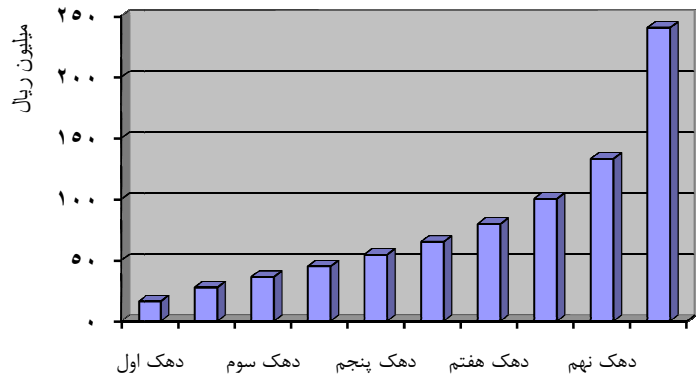
ج. مقایسه شاخص ها براساس دهک های اقتصادی

وضعیت اقتصادی یکی از مهم ترین مؤلفه های تأثیرگذار بر سلامت و رفاه افراد می باشد که با تأثیر بر بسیاری از فاکتورهای دیگر همچون دسترسی به خدمات و مراقبت های سلامت، تغذیه سالم، آموزش، مسکن، پوشاک و ... نقش خود را ایفا می نماید. البته این ارتباط دو سویه بوده و سلامت افراد جامعه نیز بر کاهش فقر و افزایش رشد اقتصادی هر کشور تأثیر دارد. لذا تمام مدل های سیاسی و نظام های حکومتی تأکید جدی بر افزایش درآمدهای جامعه و توزیع یکنواخت تر آن و به عبارتی برقراری عدالت اقتصادی دارند.

متأسفانه اطلاعات موجود اقتصادی در کشور و ارتباط بین سطح برخورداری خانوادهها با سطح سلامت عمومی آنها بسیار محدود بوده و به خصوص امکان تحلیل این متغیرها در طول زمان بسیار سخت می‌باشد. با وجود این محدودیت سخت، در ادامه سعی شده‌است تا بهترین برداشت ممکن از مستندات معتبر موجود ارائه گردد.

شاخص‌های عمومی

متوسط هزینه‌های سالانه خانوارهای شهری در دهک های مختلف هزینه در سال ۱۳۸۵ حاکی ازآن است که افراد در دهک دهم حدود ۱۵ برابر افراد در دهک اول هزینه می کنند [۳۹] (نمودار ۴۹).



نمودار ۴۹: متوسط هزینه ناخالص سالانه یک خانوار شهری در دهک های هزینه در سال ۱۳۸۵

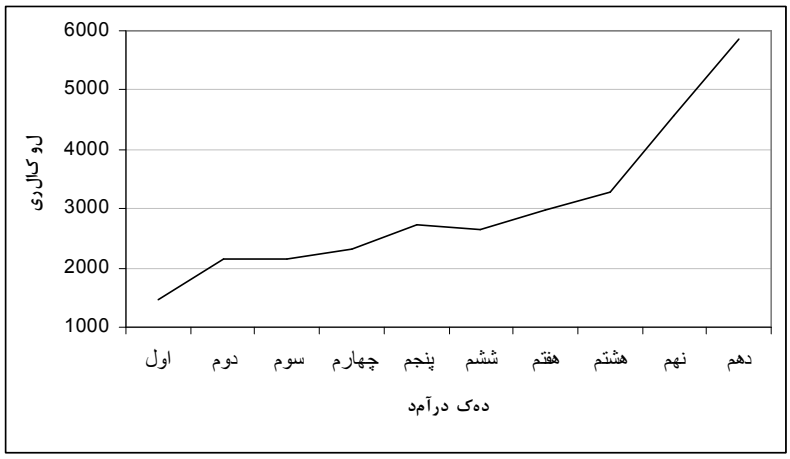
اما شاخصی که شدت نابرابری توزیع درآمد را بهتر نشان می‌دهد، ضریب جینی است که مقادیر آن بین صفر تا یک متغیر می‌باشد. بدین صورت که با افزایش میزان نابرابری، مقدار ضریب جینی به ۱ نزدیک می شود. در مطالعات مختلفی که مقادیر ضریب جینی توزیع درآمد در خانوارهای شهری و روستایی کشور طی ۳۰ سال گذشته محاسبه و گزارش شده است، علیرغم نوسانات اندک این شاخص طی این سال ها، اما تقریباً مقداری ثابت داشته است [۵۵، ۵۶]. به عنوان مثال: مقدار این ضریب در سال ۱۳۶۲ برابر با ۰/۴۴۱ در سال ۱۳۶۵، ۰/۴۸۶۴، در سال ۱۳۷۰، ۰/۵۰۹۲ و در سال ۱۳۷۵، ۰/۴۵۸۴ گزارش شده است [۵۵]. البته تفاوت در نوع داده های مورد استفاده در مطالعات مختلف برحسب این که از ریز داده ها و یا داده های ثانویه برای محاسبه ضریب جینی استفاده شده باشد، باعث شده است تا اندکی اختلاف بین مقادیر گزارش شده در گزارشات مختلف وجود داشته باشد [۵۵، ۵۶]. با توجه به این اعداد می‌توان بیان نمود که نابرابری در درآمدها در سطح کشور در سال های گذشته تقریباً قابل ملاحظه بوده است.

دهک های توزیع درآمد بین خانوارها براساس آمارگیری مرکز آمار ایران از هزینه و درآمد خانوارها در سال های ۱۳۶۵ و ۱۳۷۸ در جدول ۳ نشان داده شده است. این جدول نشان می‌دهد که شدت نابرابری توزیع درآمد بین خانوارها در کل کشور، در مناطق شهری و در مناطق روستایی در سال ۱۳۷۸ در مقایسه با سال ۱۳۶۵ تا حدی افزایش یافته‌است که سهم دهک های اول، دوم و دهم در کل کشور افزایش و سهم سایر دهک ها کاهش پیدا کرده‌است [۵۵]. همچنین مشاهده می‌شود که در دهک‌های با درآمد بالاتر، میزان نابرابری نیز افزایش می‌یابد و در دهک های پائین درآمدی، درآمد افراد به هم نزدیک‌تر است.

جدول ۳. دهک های درآمدی و ضرایب جینی توزیع درآمد بین خانوارها در سال های ۱۳۶۵ و ۱۳۷۸

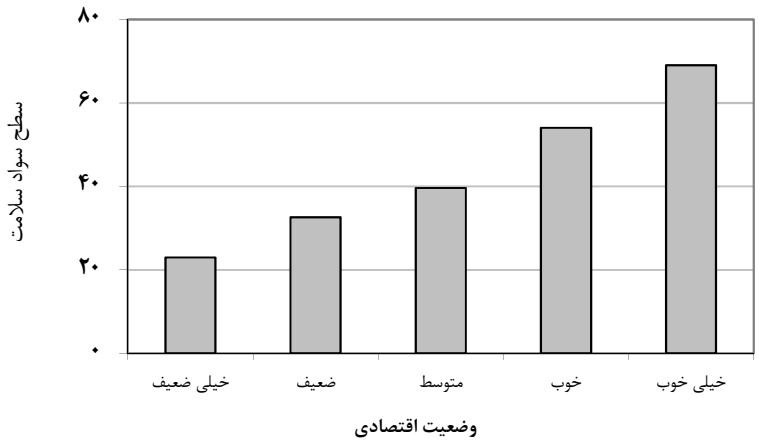
	درصدی از درآمد کل جامعه که در هر دهک کسب شده‌است										
	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم	نهم	دهم	ضریب جینی
۱۳۶۵	۰/۰۰۸۵	۰/۰۲۶۸	۰/۰۴۲۵	۰/۰۵۶۴	۰/۰۷۱۵	۰/۰۸۸۷	۰/۱۰۷۸	۰/۱۳۱۶	۰/۱۶۶۷	۰/۲۹۸۹	۰/۴۳۰۶
۱۳۷۸	۰/۰۱۳۴	۰/۰۲۹۱	۰/۰۴۱۶	۰/۰۵۴۴	۰/۰۶۸۰	۰/۰۸۳۱	۰/۱۰۰۵	۰/۱۲۳۸	۰/۱۶۰۵	۰/۳۲۵۱	۰/۴۴۰۵
۱۳۷۸/۱۳۶۵	۱/۵۶	۱/۰۸	۰/۹۷	۰/۹۶	۰/۹۵	۰/۹۳	۰/۹۳	۰/۹۴	۰/۹۶	۱/۰۸	۱/۰۲

همانگونه که پیشتر نیز اشاره شد، درآمد با تغذیه و میزان انرژی دریافتی افراد ارتباط دارد. این رابطه در مطالعه‌ای که به بررسی شاخص های فقر در ایران می پردازد، نشان داده شده است (نمودار ۵۰). همانگونه که ملاحظه می‌شود، با افزایش درآمد، میزان انرژی دریافتی نیز افزایش یافته‌است [۲۵]. البته به نظر می رسد که هر ۲ سر طیف درآمد، به نوعی با مشکل تغذیه‌ای روبرو هستند. در دهک اول درآمد، پائین بودن میزان انرژی دریافتی می‌تواند منجر به سوء تغذیه و در دهک‌های نهم و دهم درآمد، بالا بودن میزان انرژی دریافتی می تواند منجر به چاقی و بیماری های ناشی از آن گردد. ولی این برآورد نشان می‌دهد که در پائین‌ترین دهک درآمدی در جامعه، مشکل سوءتغذیه یک مشکل بسیار جدی است.



نمودار ۵۰: برآورد انرژی دریافتی خانوارهای شهری برحسب دهک در سال ۱۳۶۳

وضعیت اقتصادی همچنین با سطح سواد سلامت افراد نیز رابطه دارد. در مطالعه‌ای که در ۵ استان کشور به انجام رسیده‌است، سطح سواد سلامت افراد در گروه های با وضعیت اقتصادی بالاتر (ثروتمندتر) به طور معنی‌داری بیش از افراد در گروه های با وضعیت اقتصادی پائین بوده است [۱۲] (نمودار ۵۱).

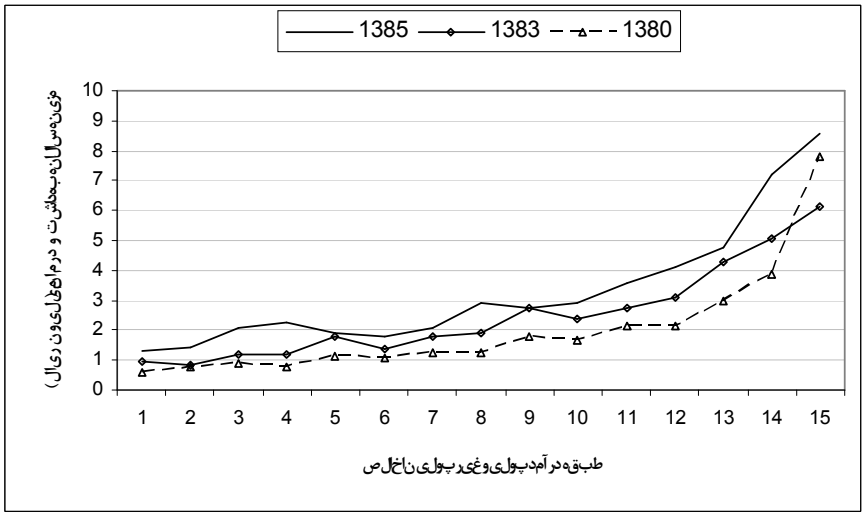


نمودار ۵۱: رابطه وضعیت اقتصادی با سطح سواد سلامت

شاخص های سلامت

بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی

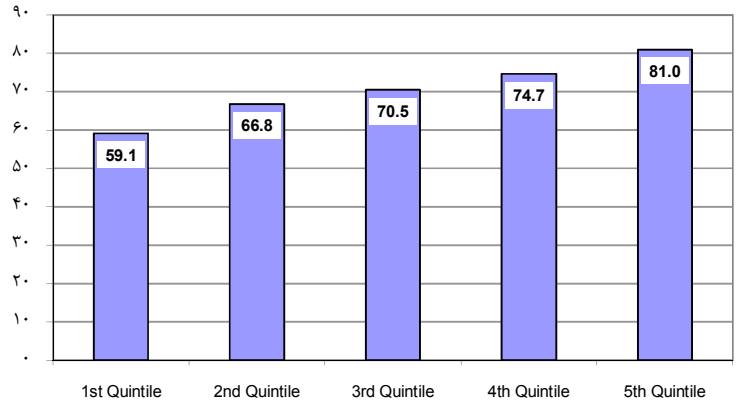
بخشی از درآمد هر خانوار صرف هزینه های مرتبط با خدمات بهداشتی و درمانی می‌گردد. براساس اطلاعات منتشر شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۸۵، در هر خانوار به طور متوسط ۴/۳ درصد از هزینه های ناخالص سالیانه را هزینه‌های بهداشت و درمان تشکیل می‌دهد. البته در ۵ طبقه پائین درآمدی (پولی و غیرپولی ناخالص) متوسط سهم هزینه های بهداشت و درمان ۶/۲ ٪ از کل هزینه های خانوار و در ۵ طبقه بالای درآمدی، سهم هزینه های بهداشت و درمان ۳/۹ درصد از کل هزینه‌های خانوار بوده‌است. این بدان معنی است که خانوارهای فقیرتر مجبور به اختصاص سهم بیشتری از درآمد خود برای هزینه های بهداشت و درمان بوده اند. البته مقدار عددی هزینه‌ای که در خانوارهای کم درآمد بابت هزینه‌های بهداشت و درمان پرداخت می‌شود، بسیار کمتر از آن چیزی است که خانواده های با درآمد بالاتر می پردازند [۳۷، ۳۸، ۳۹] (نمودار ۵۲).



۱= کم درآمدترین، ۱۵= پر درآمد ترین

نمودار ۵۲ : متوسط هزینه ناخالص سالانه بهداشت و درمان یک خانوار شهری در طبقات درآمد پولی و غیرپولی ناخالص در سال های ۸۰، ۸۳ و ۸۵

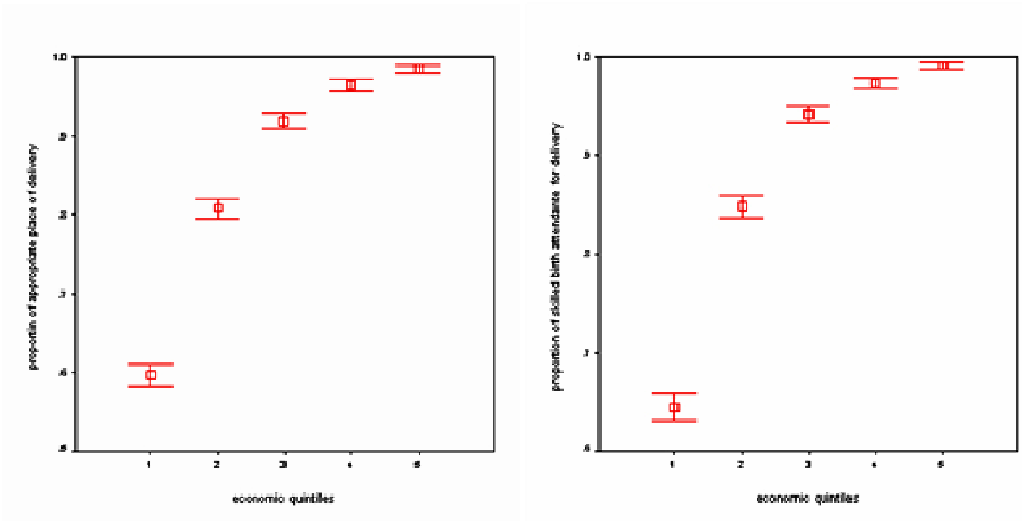
در مطالعه‌ای که عوامل مؤثر بر بهره‌مندی مردم از خدمات بهداشتی درمانی سرپایی در سال ۱۳۸۱ بررسی شده‌است، خانوارهایی که وضعیت اقتصادی‌شان در پنج- یک (quintile) سوم، چهارم و پنجم قرار داشتند، نسبت به خانوارهایی که در پنج- یک اول (دارای کمترین دارایی و امکانات رفاهی) قرار داشتند، بیشتر از خدمات بهداشتی درمانی سرپایی استفاده کرده بودند [۵۱]. به عبارت دیگر یک روند صعودی در استفاده از خدمات سیستم سلامت در افراد با وضعیت اقتصادی بالاتر مشاهده می‌شود (نمودار ۵۳).



نمودار ۵۳: فراوانی بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی در افراد با وضعیت اقتصادی مختلف

همچنین نتایج مطالعه بهره‌مندی حاکی از آن است که بیشتر افراد نیازمند به دریافت خدمات سلامتی که از این خدمات محروم مانده اند، به دلیل فقدان توان مالی کافی آنها بوده‌است. حدود ۴۷ درصد از افرادی که نیاز به دریافت خدمات سرپایی سلامت و حدود ۶۳٪ از افراد نیازمند به دریافت خدمات بستری که برای دریافت آن خدمات اقدام ننموده بودند، علت را بی‌پولی اعلام کرده اند [۲۳]. این یافته به خوبی نشان می‌دهد که فقر اقتصادی به شدت میزان بهره‌مندی افراد و خانوارها را از امکانات بهداشتی و خصوصاً درمانی کاهش داده و لذا نابرابری در درآمدها به صورت مستقیم باعث نابرابری در استفاده از خدمات سلامت شده‌است.

ارتباط بهره‌مندی از خدمات سلامت و وضعیت اقتصادی و وجود نابرابری بین طبقات مختلف وضعیت اقتصادی در دسترسی به این خدمات، در مطالعه دیگری نیز که با استفاده از داده‌های پیمایش سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۹ (DHS) به انجام رسیده‌است، ثابت شده می باشد [۵۲]. براساس نتایج این مطالعه، افرادی که در وضعیت اقتصادی بهتری قرار داشتند، از شانس بالاتری برای زایمان در محل مناسب (بیمارستان، زایشگاه، مطب) و نیز از شانس بالاتری برای زایمان توسط فرد دوره دیده (پزشک، ماما ...) برخوردار بودند (نمودار ۵۴). در مقابل در گروه‌های با وضعیت اقتصادی پائین‌تر، شانس زایمان طبیعی بیشتر بود. به عبارت دیگر هرچه افراد فقیرتر می‌شوند، بیشتر به روش طبیعی زایمان انجام می‌دهند. البته به نظر می‌رسد بالاتر بودن زایمان غیرطبیعی (سزارین) در افراد ثروتمندتر بیشتر انتخابی باشد تا ناشی از اندیکاسیون پزشکی. البته تفاوت بین ۲۰٪ پائین جامعه با بقیه بسیار عمیق بوده و نشان می‌دهد که به خصوص این گروه به شدت آسیب‌پذیر بوده‌اند.

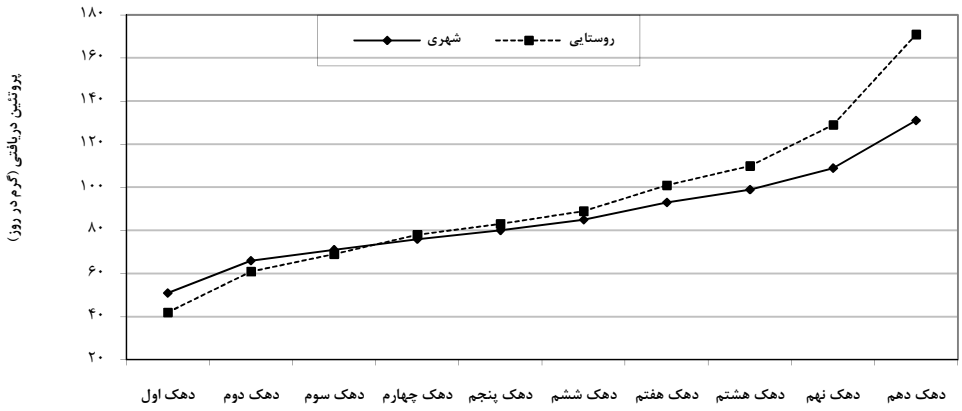


نمودار ۵۴ : رابطه وضعیت اقتصادی با زایمان در محل مناسب و زایمان توسط فرد دوره دیده (برگرفته از منبع ۵۲)

بیمه یکی از عوامل مهم در بهره مندی افراد از خدمات سلامت است که خصوصاً در اقشار با درآمد پائین نقش بسیار تعیین کننده‌ای دارد. در مطالعه‌ای که در شهر گرگان به انجام رسیده‌است، پوشش حداقل یکی از انواع بیمه درمانی در بالاترین دهک درآمدی ۶۷ درصد و در پائین‌ترین دهک ۴۴/۴ درصد گزارش شده‌است [۵۷]. درصد پائین پوشش بیمه در اقشار کم درآمدتر جامعه مورد بررسی که می‌تواند به علت اشتغال به فعالیت های غیر ثابت در این گروه ها باشد، خود می‌تواند باعث افزایش محرومیت گروه کم‌درآمد از دسترسی به خدمات درمانی شود و به عبارتی تأثیر بیمه همگانی در ارائه خدمت به عموم جامعه به شدت مخدوش شده و گروهی که بیشترین نیاز به چنین حمایت هایی را دارند کمتر می‌توانند از آن بهره‌مند شوند [۵۷].

وضعیت تغذیه

براساس اطلاعات مؤسسه مطالعات و پژوهش های بازرگانی، پروتئین دریافتی هر فرد در دهک درآمدی اول شهری در سال ۱۳۷۹ برابر ۵۱ گرم بوده که ۹ گرم از مقدار توصیه شده کمتر است. در مقابل پروتئین دریافتی هر فرد در دهک دهم شهری، ۱۳۱ گرم بوده که ۷۱ گرم بیش از نیاز است (نمودار ۵۵). البته وضعیت مشابهی نیز در جامعه روستایی مشاهده می‌شود. ضمن آن که واقعیت آن است که سهم عمده از پروتئین دریافتی در گروه های کم درآمد از منابع گیاهی و عمدتاً نان تأمین می‌شود [۵۸]. این نمودار نشان می‌دهد که تقریباً ۲۰ درصد پائین جامعه شهری و روستایی از فقر پروتئینی رنج می‌برند و همچنین تفاوت و اختلاف دریافت پروتئین در جامعه روستایی به مراتب بیشتر از جامعه شهری است.



نمودار ۵۵ : پروتئین دریافتی خانوارهای شهری و روستایی از محل مصرف اقلام خوراکی به تفکیک دهک های درآمدی در سال ۱۳۷۹

همچنین بررسی‌های انجام شده حاکی از آن است که در جوامع شهری و روستایی مقدار مصرف شیر در دهک های درآمدی پائین، کمتر از مقدار توصیه شده بوده‌است. البته گرچه در دهک های درآمدی بالا، مصرف شیر بیشتر از اقشار کم درآمد بوده‌است، اما کماکان کمتر از میزان توصیه شده‌است که نیازمند افزایش آگاهی های تغذیه ای این افراد برای افزایش مصرف محصولات لبنی می باشد [۵۸] و به عبارت دقیق تر، مصرف کم شیر و یا احتمالاً نداشتن یک تغذیه مناسب صرفاً به دلیل فقر اقتصادی نیست، بلکه فقر فرهنگی و نداشتن دانش کافی نیز این مهم را تشدید می‌کند.

در مطالعه‌ای نیز که در شهر شیراز به انجام رسیده‌است، اختلاف قد دانش آموزا ن با وضعیت اقتصادی برخوردار حدود ۵ سانتی متر بیشتر از دانش آموزان در گروه غیربرخوردار بوده است [۵۹] .

نتیجه گیری

مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که با بهبود وضعیت اقتصادی، وضعیت سلامتی مردم نیز بهبود یافته است. از اینرو رهبران سیاسی جهان در اهداف توسعه هزاره تصمیم به کاهش و حذف فقر از جهان و ارتقاء سطح سلامت فقرا تا سال ۲۰۱۵ گرفته اند. همچنین توجه به وضع سلامتی و اقتصادی مردم خصوصاً افراد نیازمند، یکی از راه های افزایش قدرت اقتصادی کشورها است که با کاهش پرداخت مستقیم مردم و توزیع عادلانه منابع در نظام سلامت، محقق می‌شود [۶۰].

متأسفانه در کشور ما اطلاعات زیادی در رابطه با شاخص های سلامت در گروه‌های با وضعیت اقتصادی مختلف در دسترس نمی‌باشد و اندک اطلاعات موجود نیز اغلب به صورت مقطعی می‌باشند که این مسئله قضاوت درخصوص روند تغییرات شاخص های سلامت در طبقات اقتصادی مختلف جامعه را دشوار می نماید.

بنابراین به عنوان یک نتیجه‌گیری کاربردی ضرورت دارد تا مسئولین و متولیان سلامت جامعه با مشارکت مسئولین و افراد متخصص و صاحب نظر سایر بخش ها، به صورت مشخص و برنامه‌ریزی شده ابتدا تعاریف پایه و مورد قبولی را درخصوص سطح اقتصادی و اجتماعی تبیین نموده و در یک فرآیند مشخص و تعریف‌شده به جمع‌آوری اطلاعات و اندازه‌گیری شاخص های مربوطه در طول زمان بپردازند تا بدین شکل در آینده نقص اطلاعاتی موجود پوشش داده‌شود.

سوال مشخصی که از زاویه دید SDH باید دنبال شود آن است که تا چه میزان تفاوت در درآمدهای گروه های مختلف جامعه باعث تفاوت در الگوی سلامت و بیماری افراد مختلف جامعه می‌شود و همچنین باعث ایجاد نابرابری در دستیابی به خدمات پایه سلامت می‌شود. پرواضح است که گروه های کم‌درآمد بسیار آسیب پذیرتر بوده و معمولاً انواع بیماری ها (بیماری های عفونی، بیماری های مزمن، سرطانها و حتی حوادث) در این گروه ها شایع تر بوده و لذا به حمایت بیشتر نیازمند هستند.

اطلاعات موجود درخصوص درآمد و هزینه خانوارها حاکی از آن است که توزیع درآمد در اقشار جامعه یکنواخت نیست و اقشار کم درآمد سهم بیشتری از درآمد خود را صرف مراقبت های سلامتی می نمایند[۳۷، ۳۸، ۳۹، ۵۷]. البته چنین تفاوتی نیز قابل تصور است چراکه افراد کم‌درآمد معمولاً درآمد مختصر خود را به ترتیب خرج خوارک، پوشاک، مسکن و درمان می‌کنند و معمولاً پول چندانی برای هزینه در سایر موضوعات مانند مسافرت، تفریح و حتی بالا بردن استانداردهای زندگی نخواهند داشت.

از سوی دیگر علیرغم بهبود مراقبت های سلامت و افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت در ۲ دهه گذشته در کشور، کماکان تفاوت هایی در بهره‌مندی افراد با وضعیت های اقتصادی و اجتماعی متفاوت وجود دارد [۲۳، ۵۱، ۵۲] و اگرچه اطلاعات دقیق آماری درخصوص تغییرات زمانی وجود ندارد، ولی به نظر می‌رسد که در دهه‌های گذشته احتمالاً روند تغییرات به سمت کاهش نابرابری ها نبوده است. لذا هزینه‌های مراقبت های بهداشتی درمانی به عنوان یکی از اجزاء شاخص‌های اجتماعی اقتصادی و برابری در توزیع آن، می‌بایست مدنظر سیاست گذاران بوده و پوشش بیمه‌های درمانی خصوصاً در اقشار کم درآمد را ارتقاء بخشند. همچنین با توجه به این که فقر یکی از عوامل مؤثر در ناامنی غذایی و سوءتغذیه می‌باشد، سیاست های حمایتی دولت از جمله هدفمند نمودن یارانه‌ها می تواند به نفع گروه های آسیب پذیر باشد [۵۸].

در انتها تأکید می‌گردد که اثربخشی بعضی از برنامه‌های اصلی نظام سلامت مانند پیاده‌سازی مدل پزشک خانواده در کشور و تأثیر آن بر دسترسی اقشار کم‌درآمد به خدمات سلامت و همچنین کاهش بار بیماری ها در این گروه باید در سال های آینده به دقت مورد بررسی قرار گیرد. اگرچه به صورت تئوریک به نظر می‌رسد که در دراز مدت این نوع ارائه خدمت در قالب نظام ارجاع باعث تسهیل دسترسی اقشار کم‌درآمد می‌شود، ولی در مقابل عدم مدیریت صحیح ممکن است خود معضلات جدیدی نیز به وجود آورد و باعث شود تا با ایجاد نیازهای کاذب جدید در این گروه آسیب‌پذیر، درصد بیشتری از درآمدهای مختصر آنها برای تأمین این نیازها هزینه شود که در کل تأثیر آنها در ارتقاء سلامتی ایشان چندان مشخص نیست. به عنوان مثال گروه های آسیب‌پذیر برای انجام مثلاً یک عکس‌برداری MRI هزینه‌ای را بنمایند که در عمل باعث افزایش خطر سوءتغذیه در خانوار و در نهایت افت سلامت کلی آنها شود.

بخش دوم

نقش سازمانها، نهادها و مردم در ارتقاء سلامت و ایجاد عدالت در سلامت

همانگونه که در مقدمه این کتاب بیان شد، برای پرداختن به ریشه‌های اصلی عوامل تهدیدکننده سلامت، باید زمینه‌های بروز نابرابری را شناخت و سپس با جلب مشارکت عمومی جامعه، برای اصلاح آنها اقدامات جدی به عمل آورد.

در این بخش از کتاب، سعی خواهد شد تا با مرور قوانین و مقررات مصوب در سطوح مختلف و مرور تشکیلات موجود در کشور برای اجرایی نمودن قوانین و مقررات، به صورت روشن بیان نمود که مشارکت سازمانها، نهادها و مردم در ارتقاء سلامت خود و مبارزه با ریشه‌های ایجاد کننده اصلی بیماری ها و همچنین بروز نابرابری ها در سلامت به چه میزان بوده است.

این بخش از کتاب، خود از دو فصل مجزا تشکیل شده‌است. در فصل اول، تحلیلی سلامت محور و از منظر عدالت در سلامت، از قوانین کشوری صورت خواهد گرفت و برای هدفمند نمودن بحث سعی خواهد شد تا از سطوح بالاتر مانند قانون اساسی کشور، تحلیل آغاز و به چشم‌انداز بیست ساله و برنامه‌های راهبردی پنج‌ساله توسعه ختم شود.

در فصل دوم این بخش، تشکیلات مختلف مهمی که در کشور در راستای تحقق اهداف سلامت جامعه، خصوصاً سلامت اقشار آسیب پذیر و با فلسفه‌های نزدیک به مباحث علمی SDH شکل گرفته، تشریح خواهند شد. بعضی از تشکیلات موجود کشور به صورت مستقیم در نهادینه نمودن مبانی SDH نقش دارند و به همین دلیل در این کتاب به شرح این سازمانها پرداخته خواهد شد. ولی روشن است که واحدها، نهادها، سازمانها و وزارت خانه های بسیار دیگری با تأثیر بر سلامت مانند: صدا و سیما، وزارت خانه‌هایی مانند: جهاد کشاورزی، کار و کشور و بسیاری از نهادهای مردمی در این بحث می‌توانند نقش ایفا نمایند، ولی در این کتاب کمتر به این واحدها اشاره شده و امید است در آینده مجال بحث و تحقیق در این خصوص فراهم گردد.

همچنین پرواضح است که این کتاب بیشتر به توصیف و نقد خواستگاه های قوانین و تشکیلات می‌پردازد و بحث گسترده درخصوص کارایی و عملکرد آنها از حوصله این کتاب و توان نگارندگان خارج می‌باشد و به واقع نقد قوی و مؤثر عملکردها نیاز به گذشت زمان دارند، چراکه پیامدهای بلند مدت، بهترین و دقیق ترین شاخص هایی هستند که بدون سوگیری می‌توانند عملکردها را نقد نمایند.

أ. تحلیل قوانین و مقررات از نگاه سلامت محوری و عدالت در آن

روح حاکم بر تمامی قوانین و مقررات در جمهوری اسلامی ایران باید منطبق بر قانون اساسی کشور باشد. به همین دلیل در اولین قسمت این فصل قانون اساسی تحلیل خواهد شد. سپس برنامه چشم‌انداز بیست ساله مرور و تحلیل خواهد شد چرا که راهبردی کلان برای کل نظام است. در انتها نیز برنامه‌های راهبردی توسعه کشور به ترتیب به بحث گذاشته‌خواهند شد.

قانون اساسی کشور

در قانون اساسی جمهوری اسلامی از ۱۷۷ اصل، در سه اصل (۳، ۲۹و ۴۳) به صراحت مقوله سلامت مدنظر قرار گرفته‌است و با توجه به جایگاه ویژه موضوع بهداشت و سلامت در اصول اولیه قانون اساسی (اصل سوم بند ۱۲) در کنار توجه به موضوع مسکن و تغذیه، دولت موظف به برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه بهداشت و تعمیم بیمه شده‌است و در اصل ۲۹ به طور خاص دولت موظف شده‌است نیازهای بهداشتی را به عنوان حقی همگانی برآورده سازد و توجه ویژه به تأمین اجتماعی آحاد جامعه داشته باشد.

در اصل ۴۳، در کنار سایر مسائل نظیر مسکن، خوراک، پوشاک، آموزش و پرورش، بهداشت و درمان نیز به عنوان یک حق اساسی مطرح شده‌است. در این اصل زمینه‌های تأثیرگذار بر سلامت به نحو شایسته‌ای دیده شده‌اند و انتظار می‌رود اقتصاد کشور نیز با توجه به این نیازهای اساسی طراحی و هدایت شود.

همچنین در اصل های ۲۰، ۲۱، ۳۰،۳۱، ۱۰۰ و ۱۰۱ نیز به نوعی، عواملی که به طور غیرمستقیم بر سلامت تأثیر گذارند مورد توجه قرار گرفته‌اند. در اصول ۲۰ و ۲۱ موضوع جایگاه یکسان زنان و مردان و همچنین تقویت نمودن جایگاه بانوان مدنظر قرار گرفته است و از این طریق زمینه‌های تبعیض جنسیتی را از بین برده‌است.

در اصل ۳۰، موضوع تحصیلات رایگان در سطح آموزش و پرورش و همچنین تحصیلات عالی مدنظر قرار گرفته‌است و در اصل ۳۱ توجه ویژه به موضوع مسکن شده‌است. بدون شک سواد و داشتن مسکن از جمله مواردی هستند که تأثیر مستقیمی بر موضوع سلامت داشته و در قانون اساسی کشور هم به نحو مناسبی مطرح شده‌اند.

در اصل ۱۰۰، توجه خاصی به شوراها شده‌است تا برنامه‌های کشور را در تمام سطوح پیگیری نمایند و در اصل ۱۰۱ شورای عالی استان را مسئول نظارت بر کلیه شوراها در سطح استان نموده‌است. شوراها در حقیقت ظرفیت مناسبی برای شناسایی الویت ها و برنامه‌ریزی در سطوح خرد و پیگیری امور اجرایی می‌باشند که در صورت توجه ویژه به آنها و اعتلای جایگاه‌های آنها می‌توان در سطوح مختلف جامعه قدم‌های بسیار مناسبی برداشت. در ادامه متن، توضیحات هر اصل به ترتیب آورده‌شده‌است.

اصل ۳: دولت جمهوری اسلامی ایران موظف است برای نیل به اهداف مذکور در اصل دوم، همه امکانات خود را برای امور زیر به کار برد:

بند ۱- ایجاد محیط مساعد برای رشد فضائل اخلاقی براساس ایمان و تقوی و مبارزه با کلیه مظاهر فساد و تباهی

بند ۲- بالا بردن سطح آگاهی های عمومی در همه زمینه‌ها با استفاده صحیح از مطبوعات و رسانه‌های گروهی و وسایل دیگر.

بند ۳ - آموزش و پرورش و تربیت بدنی رایگان برای همه در تمام سطوح و تسهیل و تعمیم آموزش عالی.

بند ۹ - رفع تبعیضات ناروا و ایجاد امکانات عادلانه برای همه، در تمام زمینه‌های مادی و معنوی.

بند ۱۲ – پی‌ریزی اقتصادی صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه، رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه، مسکن، کار، بهداشت و تعمیم بیمه.

این اصل ضمن اشاره به بالابردن سطح آگاهی های عمومی و همچنین فراهم نمودن آموزش و پرورش و تربیت بدنی رایگان برای همه و در تمام سطوح، در حقیقت بیانگر این موضوع است که در جمهوری اسلامی ایران رشد علمی و جسمانی کلیه آحاد مردم جایگاه ویژه‌ای دارد و همواره به توزیع عادلانه امکانات و رفع تبعیض در تمام زمینه‌ها تأکید می‌شود و دولت موظف به ایجاد رفاه و برطرف سازی فقر و زمینه های آن در جامعه می باشد. در حقیقت محرومیت زدایی در نیازهای اولیه افراد جامعه (تغذیه، مسکن، کار و بهداشت) از الویت های کاری دولت می‌باشد، که در حوزه سلامت این مهم می‌تواند با برقراری و توسعه بیمه در جامعه تا حدود زیادی تضمین گردد.

اصل ۲۰ : همه افراد ملت اعم از زن و مرد یکسان در حمایت قانون قرار دارند و از همه حقوق انسانی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی با رعایت موازین اسلام برخوردارند.

طبق اصل ۲۰ قانون اساسی، جمهوری اسلامی ایران قائل به تفاوت و تبعیض بین اقشار جامعه و به ویژه زنان و مردان نمی باشد و همه آحاد جامعه از حقوق مشخص در تمامی حوزه ها برخوردارند.

اصل ۲۱: دولت موظف است حقوق زن را در تمام جهات با رعایت موازین اسلامی تضمین نماید و امور زیر را انجام دهد:

۱ - ایجاد زمینه‌های مساعد برای رشد شخصیت زن و احیاء حقوق مادی و معنوی او.

۲ - حمایت مادران، بالاخص در دوران بارداری و حضانت فرزند، و حمایت از کودکان بی‌سرپرست.

۳ - ایجاد دادگاه صالح برای حفظ کیان و بقای خانواده.

۴ - ایجاد بیمه خاص بیوگان و زنان سالخورده و بی‌سرپرست.

۵ - اعطای قیمومیت فرزندان به مادران شایسته در جهت غبطه آنها در صورت نبودن ولی شرعی.

اصل ۲۱ قانون اساسی، زمینه های تبعیض جنسیتی که می تواند تهدید کننده باشند و موجبات نابرابری در دو جنس را فراهم نماید، مورد توجه قرار داده و با اخذ راهکارهایی دولت را موظف به فراهم نمودن شرایط حمایتی از بانوان براساس موازین اسلامی کرده است.

اصل ۲۹: برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی.

دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت های مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تأمین کند.

در اصل ۲۹، به صراحت زمینه های حمایتی دولت از سلامت مطرح شده‌است و به نوعی کلیه خدمات بهداشتی و درمانی برای تمامی اقشار جامعه مدنظر قرار گرفته و دولت موظف به تأمین منابع مورد نیاز می باشد. در حقیقت با پیاده سازی شرایط تأمین اجتماعی در کشور، زمینه های تبعیض در حوزه های سلامت به حداقل خواهد رسید.

اصل ۳۰: دولت موظف است وسایل آموزش و پرورش رایگان را برای همه ملت تا پایان دوره متوسطه فراهم سازد و وسایل تحصیلات عالی را تا سرحد خودکفایی کشور به طور رایگان گسترش دهد.

با تأمین شرایط تحصیل رایگان در جامعه، درحقیقت یکی از عوامل اصلی زمینه ساز فقر و بی عدالتی ها که همان بی سوادی است، حذف خواهد شد و قانون اساسی کشور به خوبی به این مهم توجه نموده است و از سوی دیگر به موضوع تحصیلات عالی نیز توجه ویژه شده‌است که بدون شک با افزایش سطح علمی و آگاهی ها در جامعه، علاوه بر پیشرفت و شکوفایی کشور، به نوعی زمینه های رفع مشکلات و مسائل جامعه فراهم می شود.

اصل ۳۱: داشتن مسکن متناسب با نیاز، حق هر فرد و خانواده ایرانی است. دولت موظف است با رعایت اولویت برای آنها که نیازمندترند به خصوص روستانشینان و کارگران، زمینه اجرای این اصل را فراهم کند.

در این اصل علاوه بر توجه به یکی از نیازهای ضروری افراد جامعه، دولت موظف شده توجه ویژه ای به تأمین مسکن برای گروه های آسیب پذیر جامعه داشته باشد و تفاوت های بین سطوح جامعه را، از این حیث به حداقل برساند.

اصل ۴۳: برای تأمین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه‌کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد، با حفظ آزادی او، اقتصاد جمهوری اسلامی ایران براساس ضوابط زیر استوار می شود:

۱ - تأمین نیازهای اساسی: مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه.

۲ - تأمین شرایط و امکانات کار برای همه به منظور رسیدن به اشتغال کامل و قرار دادن وسایل کار در اختیار همه کسانی که قادر به کارند ولی وسایل کار ندارند، در شکل تعاونی، از راه وام بدون بهره یا هر راه مشروع دیگر که نه به تمرکز و تداول ثروت در دست افراد و گروه‌های خاص منتهی شود و نه دولت را به صورت یک کارفرمای بزرگ مطلق درآورد. این اقدام باید با رعایت ضرورت‌های حاکم بر برنامه‌ریزی عمومی اقتصاد کشور در هر یک از مراحل رشد صورت گیرد.

طبق اصل ۴۳، دولت باید اقتصاد کشور را به گونه ای پایه ریزی نماید که پاسخگوی تأمین نیازهای اساسی مردم از جمله بهداشت باشد. از موضوعات دیگر در این اصل، توجه ویژه به بحث اشتغال آحاد جامعه است؛ به گونه ای که زمینه‌های رفع تبعیض نیز مورد توجه قرار گرفته و به صراحت دولت را از رواج تبعیض برحذر داشته‌است. بدون شک داشتن شغل مناسب و به تبعه آن کسب درآمد، می‌تواند نوید بخش برخورداری جامعه از رفاه نسبی باشد.

اصل ۱۰۰: برای پیشبرد سریع برنامه‌های اجتماعی، اقتصادی، عمرانی، بهداشتی، فرهنگی، آموزشی و سایر امور رفاهی از طریق همکاری مردم با توجه به مقتضیات محلی، اداره امور هر روستا، بخش، شهر، شهرستان یا استان با نظارت شورایی به نام شورای ده، بخش، شهر، شهرستان یا استان صورت می گیرد که اعضای آن را مردم همان محل انتخاب می کنند. .....

براساس اصل ۱۰۰ قانون اساسی، شوراها جایگاه ویژه ای در اجرای برنامه های جاری در کشور از جمله برنامه های بهداشتی دارند. براین اساس ظرفیت قابل توجهی در جامعه برای اجرا و پیگیری های موضوعات سلامت در تمام سطوح جامعه از روستاها تا مراکز استانی وجود دارد.

اصل ۱۰۱: به منظور جلوگیری از تبعیض و جلب همکاری در تهیه برنامه‌های عمرانی و رفاهی استانها و نظارت بر اجرای هماهنگ آنها، شورای عالی استانها مرکب از نمایندگان شوراهای استانها تشکیل می شود.

در عین حال به منظور جلوگیری از هرگونه انحراف در برنامه ها و تبعیض و نابرابری، قانون گذار طبق اصل ۱۰۱، شورای عالی استانها را نیز درنظر گرفته است تا نظارت عالیه بر شوراها در سطح استان داشته و زمینه های انحراف را به حداقل برساند.

چشم انداز جمهوری اسلامی ایران در ۱۴۰۴ هجری شمسی

این متن به عنوان یک آرمان و چشم‌انداز بلندمدت کشور با بهره‌گیری از ظرفیت های فکر برتر تنظیم و پس از تصویب در مجمع تشخیص مصلحت نظام، توسط مقام معظم رهبری تائید و ابلاغ شده و تلاش برای دستیابی به اهداف آن، جزء وظایف همه اجزای نظام است. لذا دقت در کلمات و عبارت های آن و تفسیر دقیق آنها امری جدی و اساسی است. در ادامه این متن آورده‌شده‌است.

با اتکال به قدرت لایزال الهی و در پرتو ایمان و عزم ملی و کوشش برنامه‌ریزی شده و مدبرانه جمعی و در مسیر تحقق آرمان ها و اصول قانون اساسی، در چشم انداز بیست ساله جامعه‌ی ایرانی در افق این چشم‌انداز چنین ویژگی هایی خواهد داشت:

۱. توسعه‌یافته، متناسب با مقتضیات فرهنگی، جغرافیایی و تاریخی خود و متکی بر اصول اخلاقی و ارزش های اسلامی، ملی و انقلابی، با تأکید بر مردم سالاری دینی، عدالت اجتماعی، آزادی های مشروع، حفظ کرامت و حقوق انسانها، و بهره مند از امنیت اجتماعی و قضایی.

۲. برخوردار از دانش پیشرفته، توانا در تولید علم و فناوری، متکی بر سهم برتر منابع انسانی و سرمایه اجتماعی در تولید ملی.

۳. امن، مستقل و مقتدر با سامان دفاعی مبتنی بر بازدارندگی همه جانبه و پیوستگی مردم و حکومت.

۴. برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب.

۵. فعال، مسئولیت پذیر، ایثارگر، مؤمن، رضایتمند، برخوردار از وجدان کاری، انضباط، روحیه‌ی تعاون و سازگاری اجتماعی، متعهد به انقلاب و نظام اسلامی و شکوفایی ایران و مفتخر به ایرانی بودن.

۶. دست یافته به جایگاه اول اقتصادی، علمی و فناوری در سطح منطقه‌ی آسیای جنوب غربی (شامل آسیای میانه، قفقاز، خاورمیانه و کشورهای همسایه) با تأکید بر جنبش نرم افزاری و تولید علم، رشد پرشتاب و مستمر اقتصادی، ارتقاء نسبی سطح درآمد سرانه و رسیدن به اشتغال کامل.

۷. الهام بخش، فعال و مؤثر در جهان اسلام با تحکیم الگوی مردم سالاری دینی، توسعه کارآمد، جامعه اخلاقی، نواندیشی و پویایی فکری و اجتماعی، تأثیرگذار بر همگرایی اسلامی و منطقه ای براساس تعالیم اسلامی و اندیشه‌های امام خمینی (ره).

۸. دارای تعامل سازنده و مؤثر با جهان براساس اصول عزت، حکمت و مصلحت.

مطالعه این چشم‌انداز به وضوح نشان می‌دهد که تمام اجزای بحث SDH در چشم انداز جمهوری اسلامی وجود دارد. این چشم انداز در ابتدا موضوع مشارکت را به صراحت بیان می‌کند و از آنجایی که چشم‌انداز ملی است، لذا تحقق آرمانهای آن، یک وظیفه همگانی تلقی شده و مشارکت عمومی شرط اولیه برای اجرایی نمودن آن است.

بحث عدالت محوری و برابری به وضوح در بند چهارم این چشم‌انداز بیان شده و نیز توجه ویژه ای به موضوع سلامت شده‌است به گونه‌ای که در این بند به صراحت تصویر ایران در سال ۱۴۰۴ به صورت کشوری برخوردار از سلامتی، رفاه، امنیت غذایی، درآمد مناسب و تأمین اجتماعی و به دور از تبعیض و تفاوت ترسیم شده‌است که بیانگر جایگاه ویژه سلامت و عوامل مرتبط با آن در نظر نظام است. علاوه بر این در سایر بندها نیز به مواردی همچون توسعه‌یافتگی، عدالت اجتماعی، برخورداری از دانش پیشرفته، امنیت، جایگاه اول اقتصادی و پویایی فکری و اجتماعی اشاره شده‌است که محقق شدن هر یک، تأثیر بسیار به سزایی بر سلامت جامعه دارد.

برنامه توسعه اول

در برنامه اول توسعه کشور که طی سال های ۶۸ تا ۷۲ اجرا شده‌است، در رابطه با عوامل اجتماعی بیشتر به موضوع عدالت اجتماعی و با تأکید بر مناطق روستایی و بخش های محروم جامعه توجه شده و دولت موظف بوده است در توزیع اعتبارات به نحوی عمل نماید تا بخش های محروم جامعه نیز در انتهای برنامه از امکانات آموزشی ـ بهداشتی، راه مناسب روستایی، اشتغال و برق‌رسانی حداقل مطابق با بخش های برخوردار جامعه، دسترسی داشته‌باشند. در هدف های کلی برنامه اول نیز تلاش در جهت تأمین عدالت اجتماعی اسلامی و تأمین حداقل نیازهای اساسی آحاد مردم مد نظر بوده‌است.

در خط مشی های این برنامه نیز موارد ذیل مورد توجه قرار گرفته بودند:

۱. گسترش کمّی و ارتقاء کیفی فرهنگ عمومی، تعلیم و تربیت، علوم و فنون در جامعه با توجه خاص نسبت به نسل جوان از طریق توسعه فضای آموزشی با الویت روستاها، ریشه‌کنی بی سوادی در اقشار مولد، مشارکت بیشتر زنان در امور اجتماعی و ....، بسیج کلیه امکانات دستگاه‌های اجرایی در جهت ریشه‌کنی اعتیاد و مبارزه با مفاسد اجتماعی.

۲. ایجاد رشد اقتصادی در جهت افزایش تولید سرانه، اشتغال مولد و کاهش وابستگی اقتصادی با تأکید بر تولید محصولات استراتژیک و مهار تورم که در آن ارائه خدمات زیربنایی به مناطق روستایی و بخش های محروم، افزایش نسبی درآمد سرانه روستاییان، سازمان دهی جامعه روستایی و تلاش در جهت متعادل ساختن رشد جمعیت مد نظر بوده‌است.

۳. تلاش در جهت تأمین قسط اسلامی و عدالت اجتماعی که در آن تعمیم بیمه‌های اجتماعی با الویت روستاییان، عشایر و گروه های آسیب پذیر مطرح شده بود.

۴. تأمین حداقل نیازهای اساسی عامه مردم با توجه به تأمین تغذیه درحد نیازهای زیستی، تأمین آموزش های عمومی بهداشتی- درمانی و مراقبت های بهداشتی اولیه برای عامه مردم با تأکید بر مناطق محروم و روستایی کشور و سالم‌سازی محیط زیست.

۵. تعیین و اصلاح الگوی مصرف در جهت تأمین نیازهای انسان و جامعه در جریان رشد و تکامل مادی و معنوی با حفظ کرامت و آزادگی انسان از طریق: پیش‌بینی و طبقه‌بندی انواع نیازها به حیاتی، ضروری و غیرضروری، پیش‌بینی و تعیین کمّی حداقل نیازهای حیاتی و ضروری، اولویت تأمین نیازها از بخش کشاورزی بر صنعت و خدمات و نیز از ناحیه به کارگیری کالاهای سرمایه‌ای، بر واسطه‌ای و بر مصرفی، اولویت تأمین نیاز روستا نسبت به شهر و اولویت تأمین نیازهای عموم مردم بر اقشار خاص.

از موارد دیگر که به طور ویژه دربرنامه توسعه اول مورد توجه قرار گرفته، موضوع جمعیت است که در تصویر کلان برنامه مطرح شده‌است و طی آن وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان مجری این سیاست موظف شده‌بود با همه توان و امکانات خود، به طور متوسط ۲۴ درصد از زنان و مادران واقع در مقاطع سنی بالقوه باروری را طی سالهای ۶۸-۱۳۷۲ تحت پوشش برنامه تنظیم خانواده قرار دهد.

اما به طور کلی در برنامه اول توسعه به موضوع سلامت و بهداشت به طور خاص توجه نشده و تنها در مواردی به طور غیرمستقیم و در قالب موضوعات دیگر به آن پرداخته شده بود.

مشروح بندهای مرتبط در پیوست ۱ آورده شده‌است.

برنامه توسعه دوم

در برنامه دوم توسعه کشور، همچنان موضوع سلامت مورد کم توجهی می‌باشد و نسبت به برنامه اول نه تنها جایگاه مناسبی پیدا ننموده است، بلکه حتی توجه به عوامل اجتماعی نیز کاهش یافته‌است. در این برنامه از ۱۶ خط مشی اساسی تنها در بند اول تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی مطرح شده‌است و در این رابطه عنایت به مناطق محروم و روستاها با الویت اشتغال، بهداشت وآموزش، تولید عمران، تأمین بهداشت عمومی وگسترش بیمه همگانی، سعی در جهت دهی و هدایت سهم عمده منابع مالی به بخش های اجتماعی شامل فرهنگ، آموزش عمومی، بهداشت و درمان، آموزش عالی، تحقیقات و تربیت مدنظر بوده است. در سیاست های عمومی برنامه نیز به ادامه سیاست پرداخت یارانه برای کالاهای اساسی و دارو و حتی‌الامکان علنی کردن بخشی از یارانه های پنهان و هم زمان با آن تقویت نظام تأمین

عدالت در سلامت و مشارکتهای بین سازمانی در آن

اجتماعی، بیمه، امداد و برقراری و تأمین کمک های مستقیم درموارد لازم توجه شده بود. مجدداً در این برنامه به موضوع جمعیت به طور اختصاصی پرداخته شده‌است، منتهی به مقوله سلامت توجه نشده‌است و تنها براساس تبصره ۹۴ دولت موظف بوده است از محل منابع بودجه عمومی نسبت به تکمیل تأسیسات، تجهیزات و نیروی انسانی شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور به ترتیب اولویت خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی روستائی، پایگاه های بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی شهری اقدام نماید به نحوی که توسعه کمی شبکه‌های مذکور تا پایان برنامه دوم کامل و زمینه های فیزیکی، تجهیزاتی و توسعه تشکیلاتی انجام و توسعه کیفی شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور فراهم شود.

مشروح بندهای مرتبط در پیوست ۲ آورده شده‌است.

برنامه توسعه سوم

در برنامه سوم توسعه تغییر رویه واضحی مشهود است و موضوع سلامت مورد توجه قرار گرفته و همچنین به عوامل تعیین‌کننده اجتماعی نیز پرداخته شده‌است.

در قانون سوم توسعه در ۸ فصل به نوعی به مقوله سلامت به طور مستقیم یا غیرمستقیم اشاره شده‌است و در فصل ۲۵ نیز به مباحث بهداشت و سلامت در قالب ۶ ماده پرداخته شده‌است. در این فصل بر رایگان بودن ارائه کلیه خدمات بهداشتی در شهر و روستا، ارائه درمان سرپایی در شهر و روستا توسط دولت، استمرار تصدی دولت در درمان بستری برای مناطق توسعه نیافته یا کمتر توسعه یافته، سامان دهی و توان بخشی بیماران روانی مزمن و سالمندان توسط سازمان بهزیستی تأکید شده‌است (ماده ۱۹۲).

از جمله موارد دیگر سطح بندی خدمات درمان بستری، سامان دهی رسیدگی به بیماران حادثه دیده و اورژانس، ارتقاء سطح کیفی و کمی خدمات توان بخشی و دسترسی آحاد مردم به این خدمات (ماده ۱۹۳)، توجه به رعایت ضوابط بهداشتی در کلیه مراکز تولید و توزیع مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی (ماده ۱۹۴)، تنظیم بازار دارو (ماده ۱۹۶) و امنیت غذا، بهبود تغذیه مردم، کاهش بیماری های ناشی از سوء تغذیه (ماده ۱۹۷) می‌باشند که در فصل بهداشت و درمان مورد توجه قرار گرفته‌اند.

مشروح بندهای مرتبط در پیوست ۳ آورده شده‌است.

برنامه توسعه چهارم

در راستای تحقق چشم‌انداز بیست ساله کشور، برنامه چهارم توسعه به عنوان مهم ترین برنامه راهبردی کشور به اجرا درآمده‌است، این برنامه مشتمل بر شش بخش، پانزده فصل و ۱۶۱ ماده می باشد. در این برنامه – برخلاف برنامه‌های قبلی - مفهوم سلامت و شیوه ارتقاء آن به صورت مستقیم و غیرمستقیم به صورت پررنگ دیده‌شده‌است به گونه ای که در بخش سوم تحت عنوان توسعه سلامت، امنیت انسانی و عدالت اجتماعی به این مهم پرداخته شده‌است. در این برنامه در ۲۶ ماده به طور مستقیم یا غیرمستقیم به مقوله سلامت و عوامل تعیین کننده آن اشاره شده‌است و سازمانها و وزارت های مختلفی را در این زمینه مسئول نموده که در ذیل به مهم ترین بندهای این برنامه اشاره می‌شود و در پیوست ۴ به صورت کامل بندهای مربوطه آورده‌شده‌است.

ماده ۸۴: دولت با تمام ظرفیت های خود موظف به تأمین امنیت غذایی برای گسترش سلامت عمومی شده و دستور تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی صادر گردیده‌است. همچنین دولت موظف به توجه خاص به مسائل تغذیه‌ای اقشار آسیب‌پذیر از جمله دانش آموزان و نیازمندان شده‌است.

ماده ۸۵ : دولت موظف شده به صورت جدی و فوری برای کاهش حوادث جاده‌ای اقدام و به فوریت های پیش بیمارستانی و بیمارستانی توجه خاص نماید. همچنین توجه جدی به بهداشت محیط و امنیت محیط کار شده‌است.

ماده ۸۶: وزارت بهداشت موظف به توجه خاص به کاهش خطرات و زیانهای فردی و اجتماعی اعتیاد، پیشگیری و درمان بیماری ایدز و نیز کاهش بار بیماری‌های روانی شده‌است.

ماده ۸۷: به تجهیزات پزشکی و دارویی توجه شده و درخواست گردیده‌است تا وزارت بهداشت برای بازاریابی خارجی و منطقه‌ای نیز اقدام نماید.

ماده ۸۸: توجه خاص به مشتری‌مداری در امر ارائه خدمات سلامت به مردم شده‌است. تأکید شده که باید مدیریت بیمارستانها متحول شده و اطلاعات مورد نیاز بدون تبعیض در اختیار همه آحاد مردم قرار گیرد.

ماده ۸۹ : به بحث دسترسی عادلانه همه مردم به خدمات سلامت اشاره شده و به زیرساخت های مورد نیاز برای این مهم مانند: سطح بندی خدمات، بیمه‌ها و توزیع متناسب جغرافیایی امکانات توجه خاص شده‌است.

ماده ۹۰: به شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم و همچنین هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت اشاره شده و تکلیف دولت برای کاهش فشارهای مالی به مردم به خصوص اقشار کم درآمد اشاره شده‌است.

عدالت در سلامت و مشارکتهای بین سازمانی در آن

ماده ۹۱: به منظور افزایش اثربخشی نظام ارائه خدمات سلامت در کشور و تقویت و توسعه نظام بیمه خدمات درمانی، راه کارهای اصلاحی ارائه شده‌است و شورای عالی بیمه خدمات درمانی ملزم شده‌است تا زمینه استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع را فراهم نماید.

ماده ۹۲ : وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف به درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی، در مراکز خدمات بهداشتی و درمانی شده‌است.

ماده ۹۳: درخصوص بازار دارو و اصلاح روش های توزیع مناسب دارو و ضابطه‌مند نمودن آن صحبت شده‌است.

ماده ۹۵ : دولت مکلف شده به منظور استقرار عدالت و ثبات اجتماعی، کاهش نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی، کاهش فاصله دهک های درآمدی و توزیع عادلانه درآمد در کشور و نیز کاهش فقر و محرومیت و توانمندسازی فقرا، از طریق تخصیص کارآمد و هدفمند منابع تأمین اجتماعی و یارانه پرداختی، برنامه‌های جامع فقرزدایی و عدالت اجتماعی اقدامات جدی نماید. رایانه‌ها و مالیات ها را هدفمند نماید. گروه های پرخطر را شناسایی نماید و زمینه مشارکت های مردمی را افزایش دهد.

ماده ۹۶: مجدداً تکالیف جدی برای دولت در جهت پوشش کامل ۱۰۰٪ بیمه پایه، بیمه تکمیلی، بیمه‌های خاص ویژه زنان سرپرست خانوار، افراد بی‌سرپرست با اولویت کودکان بی‌سرپرست، بیمه اجتماعی ویژه روستائیان و عشایر و همچنین مقرری بیکاری تعیین شده‌است.

ماده ۹۷ : دولت مکلف شده‌است، به منظور پیشگیری و کاهش آسیب های اجتماعی، نسبت به تهیه طرح جامع کنترل کاهش آسیب های اجتماعی، با تأکید بر پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر، اقدامات جدی به خصوص در مناطق آسیب‌پذیر و گروه های پرخطر انجام دهد.

ماده ۹۸ : به منظور حفظ و ارتقاء سرمایه اجتماعی، ارتقاء رضایتمندی عمومی و گسترش نهادهای مدنی، وظایفی به عهده دولت گذاشته‌شده‌است.

ماده ۹۹ : با رویکرد توانمندسازی و بهبود وضعیت اشتغال، مسکن ارزان قیمت، ارتقاء سطح اجتماعی، درمانی، معیشتی و بهبود وضعیت آموزشی و فرهنگی، حفظ و تثبیت موقعیت شغلی بعضی از گروه های خاص جامعه مورد بحث قرار گرفته‌است.

همانگونه که در بندهای ۱۵ گانه فوق ملاحظه می‌گردد، در برنامه چهارم توسعه، سلامت جامعه با تعریف جامع آن بسیار پررنگ دیده شده‌است و همچنین ارتقاء شاخص های توسعه روستایی و عشایری (ماده ۱۹)، دستیابی به توسعه پایدار و بهبود محیط زندگی در شهرها و روستاها (ماده ۳۰)، دسترسی به فرصت های برابر آموزشی به ویژه در مناطق کمتر توسعه یافته، گسترش دانش، مهارت و ارتقاء بهره وری سرمایه های انسانی به ویژه برای دختران و توسعه کمی و کیفی نظام آموزشی (ماده ۵۲)، تقویت نقش زنان در جامعه و توسعه فرصت ها و

گسترش سطح مشارکت آنها (ماده ۱۱۱)، تبیین و تقویت جایگاه جوانان در جامعه، عنایت و اهتمام ویژه به اعتلا و رشد و تعالی نسل جوان و سامان دهی امور جوانان (ماده ۱۱۲)، اصلاح ساختار تربیت بدنی، ترویج فرهنگ ورزش و توسعه کمی و کیفی دسترسی به ورزش پرورشی و همگانی (ماده ۱۱۷) و توجه به برقراری عدالت و تأمین اجتماعی و فراهم نمودن زمینه ها و مزیت های لازم برای رشد و توسعه کشور و رفع فقر و بیکاری به عنوان امور حاکمیتی دولت (ماده ۱۳۵) مورد توجه قرار گرفته است و دولت را برای ارتقاء سلامت، کاهش نابرابری ها و همچنین جلب مشارکت عمومی به صورت جدی موظف نموده‌است.

مرور این بندها برای خواننده این پیام را دارد که احتمالاً از نظر قوانین و مقررات کلان و راهبردی در کشور نقص و یا خلاء جدی وجود ندارد و از آنجایی که برنامه چهارم توسعه باید به عنوان عالی ترین سند مبنای حرکت نظام باشد، لذا به نظر می‌رسد مسیر حرکت در راستای افزایش عدالت اجتماعی و کاهش نابرابری ها بوده و برای تحقق این امر بسیاری از وزارت خانه‌ها، نهادها و حتی مردم موظف به همکاری جدی هستند.

البته لازم به ذکر است که متناسب با این برنامه راهبردی بایستی تمام نهادها و سازمانها و وزارت خانه‌ها، برنامه‌های عملیاتی خود را تنظیم نمایند و حرکت های خود را با این سمت و جهت شکل دهند. در ادامه به مهم ترین وزارت خانه ها و سازمان های مرتبط اشاره شده و مدل و شیوه کاری آنها برای تحقق عدالت اجتماعی و در نتیجه عدالت درسلامت و نقش و جایگاه آنها شرح داده‌خواهد شد.

ب. نقش وزارت ها و نهادهای اصلی مشارکت کننده در امر سلامت جامعه

همانگونه که در قسمت قبل اشاره شد، طبق قانون و براساس رسالت های سازمانی تعریف شده، خوشبختانه وزارت ها و نهادهای متفاوتی به صورت مستقیم در امر سلامت دخالت دارند. بعضی از این نهادها در جهت سیاست‌گذاری عمل می‌کنند و بعضی عمدتاً نقش اجرایی دارند. در ادامه به مهم ترین این وزارت ها و نهادها اشاره خواهد شد.

در این کتاب فقط به جایگاه بعضی نهادهای بسیار مهم اشاره خواهد شد که مستقیماً و به صورت واضح موظف به ارتقاء سلامت و ایجاد عدالت در آن هستند. براین اساس در ادامه سعی می‌گردد به کلیات عملکردی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و شورای سلامت و امنیت غذایی استانها، وزارت رفاه، سازمان بهزیستی و همچنین کمیته امداد امام خمینی(ره) از نگاه SDH پرداخته‌شود.

ولی ذکر مجدد این نکته لازم است که براساس قانون واحدهای بسیار زیادی در کشور در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ارتقاء سلامت عموم مردم نقش دارند که شرح همه آنها از حوصله این کتاب خارج است. به عنوان مثال: نقش رسانه‌های عمومی، مطبوعات و اصحاب رسانه در این مسیر بر کسی پوشیده‌نیست، رسانه ملی و صدا و سیما به عنوان پرنفوذترین شیوه اطلاع‌رسانی کمک بسیار مؤثری در ارتقاء دانش سلامت عموم مردم دارد و این مهم در قوانین به صورت پررنگ دیده‌شده و براین اساس این نهاد به صورت مؤثر در راستای انجام وظایف خود گام برمی‌دارد، ولی ارتقاء سلامت به عنوان مهم ترین راهبردهای این نهاد مطرح نیست، به همین دلیل در این فصل نیز شرح مبسوطی از آنها دیده‌نمی‌شود.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر فریدون عزیزی در کتاب آموزش علوم پزشکی در رابطه با روند شکل گیری وزارت بهداشت و سیر تحول خدمات بهداشتی در ایران چنین آورده است: " پیش از قرن ۱۲ هجری شمسی، نهاد مشخصی که مسئول بهداشت جامعه و کنترل بیماری ها باشد، وجود نداشت. در نیمه قرن ۱۲ با دستور دکتر تولوزان، پزشک مخصوص ناصرالدین شاه، هیأت صحیه یا مجلس صحت با هدف حفظ سلامت داخلی مملکت تشکیل گردید و با عضویت پزشکان ایرانی و خارجی آغاز به کار کرد. به تدریج شورای بهداشتی ایران، مجلس حفظ الصحه و پس از کودتای رضاخان وزارت صحیه و خیریه، سازمان صحی، اداره کل صحیه مملکتی و اداره کل بهداری، مسئولیت بهداشت و درمان جامعه را به عهده گرفتند. در سال ۱۳۲۰ وزارت بهداری و بهزیستی تأسیس و متولی امور بهداشت و درمان گردید. پس از تأسیس وزارت بهداری، هر یک از وزرای بهداری خط مشی‌هایی را عرضه کرده، به اجرا درآوردند. این خط مشی‌ها، کلان نگر و بلندمدت نبودند و با تغییر وزیر، فراموش شده یا دستخوش تغییر و تحول اساسی می‌شدند. در آن زمان بیمارستانهای دولتی و شهرداری، مردم را به طور رایگان معالجه می‌کردند و چند بیمارستان خصوصی نیز وجود داشت.

از سال ۱۳۲۷ برنامه های عمرانی کشور تهیه شد و از جمله برای توسعه بهداشت و درمان نیز خط مشی هایی به تصویب رسید و اعتباراتی جهت این امر درنظر گرفته شد. در قانون برنامه اول عمرانی کشور (۳۵-۱۳۲۷)، از کل اعتبار ۲۱۰ میلیارد ریالی، ۱/۵ میلیارد ریال به بهداشت عمومی تخصیص داده شد، ولی هدف خاصی برای امور بهداشتی ذکر نشد و فقط در تبصره ۴ ماده واحده این قانون، دولت موظف شده بود که در تنظیم برنامه عمرانی، کشاورزی و بهداشت عمومی را مقدم بدارد. در برنامه های دوم (۴۱-۱۳۳۵) و سوم (۴۶-۱۳۴۱) نیز هدف ویژه ای منظور نشده بود.

در قانون برنامه عمرانی چهارم (۵۱-۱۳۴۶) هدف های مشخص در زمینه بهداشت وجود داشت، از جمله اینکه: «منظور استفاده از خدمات بهداشتی و بهداری، مجموعه ای از فعالیت های گوناگون پیشگیری از قبیل مصون سازی، مبارزه با بیماری ها، سالم سازی محیط، بهبود وضع تغذیه، آموزش اصول بهداشت به مردم و همچنین درمان بیماری ها و نظایر آن است که باید به صورت هماهنگ و جامع در همه نقاط کشور در اختیار مردم قرار گیرد. بدیهی است که اجرای این خدمات مستلزم کادر تحقیق، مطالعه و برنامه ریزی می باشد.»

در قانون برنامه پنجم (۵۶-۱۳۵۲)، هدف های اساسی بهداشتی و درمانی، ارتقاء سلامت افراد از طریق پیشگیری و مبارزه با بیماری ها، توسعه بهداشت محیط، بهبود تغذیه عمومی، کنترل موالید، توسعه کمی و کیفی خدمات درمانی و توان بخشی درنظر گرفته شد و از جمله خط مشی های زیر جهت دستیابی به اهداف فوق تعیین گردید:

- عرضه خدمات بهداشتی به صورت کاملاً سیار و حتی الامکان خانه به خانه در سطح تمامی روستاها.
- ایجاد واحدهای سیار کوچک درمانی در اطراف مراکز بهداشتی – درمانی روستایی.
- آموزش نیروی انسانی جدید و اعزام آنها به روستاها برای تأمین خدمات درمانی و مراقبت از بیماری های واگیر.
- تجدید نظر در آموزش پزشکی با درنظر گرفتن تأمین نیازمندی های کمی و با توجه به اهمیت کیفی این نیازها در هریک از خدمات بهداشتی، درمان سرپایی، درمان تخصصی و بستری.

برنامه ششم (۶۲-۱۳۵۷) نسبت به برنامه های قبلی کامل تر بوده و در آن هدف برنامه بهداشت همگانی به صورت " گسترش خدمات بیماریابی، اجرای عملیات پیشگیری بیماری های قابل کنترل، ریشه کنی بیماری هایی که امکان انجام آن از نظر فنی و اجرایی فراهم است و بالاخره نگهداری و ارتقاء سطح مصونیت افراد جامعه در قبال بیماری های همه گیر" بیان شده بود. لازم به ذکر است به علت مواجه شدن با شرایط انقلاب و جنگ تحمیلی، برنامه ششم آن طور که پیش بینی شده بود، اجرا نگردید.

در سال ۱۳۶۴ با تصویب مجلس شورای اسلامی، وزارت بهداری و بهزیستی و دانشکده های گروه پزشکی وزارت علوم در هم ادغام شدند و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بنیان نهاده شد. این وزارت خانه علاوه بر وظایف و مسئولیت های بهداشتی و درمانی که در اجرای فعالیت ها و برنامه های خود طبق قانون عهده دار است؛ وظیفه نظارت بر کلیه فعالیت های بهداشتی و درمانی در تمامی بخش های عمومی و خصوصی را نیز برعهده دارد. هدف این وزارت فراهم ساختن موجبات و حفظ تندرستی ساکنان کشور بوده و ازجمله وظایف مهم آن تهیه برنامه های کلی بهداشتی و درمانی در قالب برنامه جامع ملی، تهیه و اجرای طرح های بهداشتی و درمانی، انجام پژوهش های

علمی در مورد مسائل بهداشتی و درمانی، انجام مطالعات و تهیه آمارهای بهداشتی لازم، فراهم ساختن موجبات درمان بیماران، تهیه و تنظیم مقررات، موازین و معیارهای لازم برای موسسه های درمانی و بهداشتی کشور و نظارت بر حسن اجرای آنها، پیشگیری از بروز بیماری های واگیر و غیرواگیر، انجام اقدامات لازم به منظور تأمین بهداشت محیط و تهیه و تنظیم مقررات بهداشتی برای تهیه، ورود و توزیع فرآورده های دارویی و غذایی و آرایشی و نظارت مستمر در اجرای آنها.

در این جا لازم است به یک رویداد در عرصه سلامت نیز اشاره شود که تحول عظیمی در این عرصه در جهان ایجاد کرد. در سال ۱۹۷۷ در سی امین گردهمایی سالانه سازمان جهانی بهداشت به اتفاق تصمیم گرفته شد که هدف عمده دولت های عضو در دهه‌های آینده دستیابی همه مردم جهان در سال ۲۰۰۰ میلادی به سطحی از سلامتی که امکان دهد به زندگی از لحاظ اجتماعی و اقتصادی بارور برسند[۱]، تعیین شود. سال بعد (۱۹۷۸)، درکنفرانس بین المللی مراقبت های بهداشتی اولیه در آلماآتا، مرکز جمهوری قزاقستان از مراقبت های بهداشتی اولیه (Primary Health Care – PHC) به عنوان روش "دستیابی به بهداشت برای همه" نام برده‌شد، سپس در سال ۱۹۷۹ در سی و دومین اجلاس سازمان جهانی بهداشت، راهبرد جهانی بهداشت برای همه مورد تصویب قرار گرفت و نمایندگان کشورهای عضو و ازجمله ایران متقبل شدند که استراتژی های کشوری بهداشت برای همه را بر مبنای مراقبت های اولیه بهداشتی تدوین نموده و به اجرا در آورند.

اما در ایران از سال ها قبل تلاش‌هایی جهت دستیابی به یک نظام سلامت که پاسخگوی نیازهای جامعه باشد آغاز شده‌بود، به طوری که طی سال های ۱۳۱۹ تا ۱۳۵۱ طرح ها و پروژه‌های متعدد و مختلف برای یافتن راه حل توسعه خدمات بهداشتی به اجرا درآمده بود که بنا به دلائل مختلف یا متوقف گردیدند و یا در سطح یک پروژه محدود پژوهشی و آزمایشی باقی ماندند. در نهایت با توجه به شرایط حاکم بر این طرح ها، بالاخره در سال ۱۳۵۶، وزارت بهداری وقت به طور رسمی طرح رضائیه را از میان طرح هایی که به اجرا درآمده بودند، به عنوان شیوه اصلی گسترش خدمات بهداشتی درمانی پذیرفت. یک سال بعد با وقوع انقلاب در کشور، گسترش طرح متوقف شد، ولی فعالیت واحدهایی که تا آن موقع ایجاد شده بودند ادامه یافت. پس از تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۴، این وزارت مأمور فراهم آوردن موجبات تأمین بهداشت و درمان کلیه افراد کشور از طریق تعمیم و گسترش خدمات بهداشتی، درمانی و آموزشی گردید. براین اساس و به منظور عمل به توصیه‌های اعلامیه آلماآتا و با توجه به تعهد دولت به آن بیانیه، اجرا و گسترش طرح شبکه به سرعت به اجرا درآمد، به گونه ای که پوشش این شبکه، تا سال ۱۳۷۰ حدود ۶۵ درصد جمعیت روستایی و ۵۱ درصد جمعیت شهری را در برگرفته و در سال ۱۳۸۱ بیش از ۹۰ درصد جمعیت نیازمند خدمات بهداشتی اولیه در قالب شبکه های بهداشتی و درمانی در سرتاسر کشور از خدمات سلامتی بهره مند گردیدند.

۱. این هدف را به طور معمول "بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰" یا به اختصار HFA 2000 می نامند.

به طور کلی سیاست دولت ایران در ارائه خدمات از طریق طرح شبکه گسترده و برمبنای اصول زیر پایه ریزی شده‌است:

- الویت خدمات پیشگیری بر خدمات درمانی.
- الویت مناطق محروم و روستایی برمناطق شهری.
- الویت خدمات سرپایی بر خدمات بستری.

و همواره اصول ضروری مراقبت های بهداشتی اولیه که همان رعایت عدالت اجتماعی، مشارکت مردمی، هماهنگی بین بخشی و تکنولوژی مناسب می باشند، مد نظر بوده است. راه اندازی شبکه های بهداشت و درمان در سال ۱۳۶۴، دستاوردی بزرگ در حوزه سلامت در کشور بوده و موجبات ارتقاء بارز شاخص های سلامت در سطح کشور و به ویژه در مناطق روستایی گردید، از جمله:

- بهبود دسترسی مردم به خدمات اولیه بهداشتی در روستا و شهر به ترتیب ۹۳ و ۱۰۰ درصد در سال ۱۳۸۰ .
- بهبود امید به زندگی از ۵۷ سال در دهه ۵۰ به ۷۲ سال در سال ۱۳۸۵.
- کاهش نرخ رشد جمعیت از حدود ۳/۹ در دهه ۵۰ به درصد به ۱/۲ درصد در سال ۸۵.
- افزایش پوشش ایمن سازی برای بیماری های قابل پیشگیری با واکسن، برای همه واکسن ها به بالاتر از ۹۰ درصد.
- کاهش مرگ کودکان زیر ۵ سال از ۵۴/۸ در سال ۱۳۶۳ در روستاها به ۳۳ مرگ به ازای هزار تولد زنده در سال ۱۳۷۹.
- کاهش مرگ مادران از ۱۴۰ نفر در سال ۱۳۶۳ به ۲۸/۲ به ازای صدهزار تولد زنده در سال ۱۳۸۵.
- افزایش تعداد پزشک به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت از ۰/۳۸ در سال ۱۳۶۰ به ۰/۷۸ در سال ۱۳۸۰ .
- دسترسی به آب آشامیدنی سالم در مناطق روستایی از ۶۷/۷ درصد در سال ۱۳۶۳ به ۸۹ درصد و در شهرها به ۹۹درصد در سال ۷۹ .

لازم به ذکر است ارتقاء این شاخص ها، عمدتاً ناشی از فراگیر شدن پوشش شبکه و خدمات سلامت در روستاها و ارائه فعال این خدمات به روستائیان در بخش عمده ای از کشور بوده که بهبود وضعیت سلامت در این مناطق را به دنبال داشته است.

در سال ۱۳۸۴ با توجه به الزام دولت جهت ارائه خدمات سلامت به تمام ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر، فرصتی پدید آمد تا شرایط مساوی به منظور دسترسی راحت و مناسب به خدمات سلامت در مناطق مختلف شهری و روستایی فراهم گردد. در این رابطه وزارت بهداشت و وزارت رفاه مسئول اجرای برنامه ای تحت عنوان "برنامه پزشک خانواده" و از طریق پیاده سازی نظام ارجاع شدند. پس از ایجاد و توسعه شبکه‌های بهداشت و درمان، شاید بتوان گفت اجرای برنامه پزشک خانواده دومین برنامه عظیم در حوزه سلامت در ایران می باشد.

در حقیقت طبق ماده ۹۰ برنامه چهارم توسعه، دولت ملزم به فراهم نمودن دسترسی مردم به خدمات بهداشتی درمانی از طریق سطح بندی و به شکل منطقی و عادلانه بوده و موظف شده‌است سهم مشارکت مردم در هزینه های سلامت را کاهش داده و به حداکثر ۳۰

درصد تقلیل دهد. همچنین طبق ماده ۹۱ برنامه چهارم، دولت می بایست تا پایان برنامه زمینه استقرار بیمهٔ سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع را فراهم نماید. در این رابطه تلاش مجلس شورای اسلامی با همکاری سازمان مدیریت و برنامه ریزی در تأمین بودجه لازم در قالب تبصره ۱۴ بودجه سال ۱۳۸۴، زمینه پیاده سازی برنامه پزشک خانواده را فراهم آورد. درحال حاضر با اجرای این برنامه، بیش از ۲۴ میلیون نفر در مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر تحت پوشش خدمات سلامت قرار دارند و پزشک خانواده در کنار سایر اعضای تیم سلامت متولی ارائه خدمات به جمعیت تحت پوشش هستند، این پزشک موظف به تشکیل پرونده، ثبت سوابق بیماری و... در پرونده هر فرد بیمه شده بوده و در واقع پرونده سلامتی بیمار را تشکیل می دهند. پس از آن کلیه افراد تحت پوشش را از نظر امکان وجود انواع بیماری ها بررسی و در صورت وجود علائم، موارد را در پرونده ثبت می نماید. در صورت نیاز به بررسی های تخصصی، بیمار را جهت بررسی‌های لازم به مراجع تخصصی لازم معرفی می‌کند و از طرف دیگر مدیریت لازم برای جلوگیری از عدم تحمیل هزینه اضافی به بیمار را انجام داده و آزمایشات صورت گرفته و یا داروهای تجویزی را در پرونده سلامت بیمه شده ثبت می‌نمایند. این امر سبب خواهد شد که بسیاری از موارد ناشناخته بیماری که می توانند در آینده مشکلات جدی را برای بیمار ایجاد کنند در آغاز شناسایی شوند. به عنوان مثال: بیماری فشار خون، دیابت و... شناسایی و با انجام فعالیت های پیشگیرانه از عوارض بعدی این بیماری ها جلوگیری به عمل خواهد آمد.

به وضوح مشخص است با اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در کشور، مناطق محروم و روستاهای دور از مرکز نیز تحت پوشش خدمات سلامت قرار گرفتند و دولت با این برنامه گام بلندی در جهت رفع تبعیض در ارائه خدمات سلامت بین مناطق روستایی با مناطق شهری برداشته است.

همانگونه که در بخش های قبل اشاره گردید، طی دو دهه اخیر ارتقاء شاخص های سلامت در کشور ملموس بوده و در این بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شاید نقش محوری داشته است، اما باید به این مهم توجه داشت اگرچه وزارت بهداشت در نگاه اول به عنوان متولی اصلی سلامت در کشور شناخته شده‌است، منتهی واقعیت این است که این وزارت تنها قادر به تأمین ۲۵ تا ۳۰ درصد سلامت جامعه می باشد و مابقی در گرو فعالیت های سایر وزارت خانه ها و سازمانها می‌باشد. امروزه بر کسی پوشیده نیست که برخورداری از سلامت فقط به معنای بیمار نبودن نمی باشد و طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت سلامت در برگیرنده سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می باشد و با این وصف سلامتی در شرایطی قابل وصول است که کلیه ساختارهای اجتماعی به رسالت خود در این حوزه آگاه شده و مفهوم سلامت در همه بخش های اجتماع نهادینه گردد و بدون شک دستیابی به این امر تنها در صورت مشارکت تمامی نهادها و سازمانهای مسئول محقق خواهد شد.

با توجه به اهمیت موضوع و جایگاه ویژه سلامت در جامعه، "شورای عالی سلامت و امنیت غذایی" در بالاترین سطح اجرایی، با حضور رئیس جمهور و وزرای وزارت خانه های کلیدی و تأثیرگذار در امر سلامت شکل گرفته است و از آنجایی که این موضوع در کلیه سطوح کشور مصداق دارد معادل شورای عالی نیز در کلیه استانها تحت عنوان "شورای سلامت و امنیت غذای استان" تشکیل می‌گردد که در بخش بعد به آنها می پردازیم.

شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

تعریف و وظایف

این شورا به منظور حفظ و ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی آحاد مردم، اتخاذ تدابیر مناسب، سیاست ها و راهبردهای کلان درجهت رسیدن به این هدف و همچنین نهادینه‌کردن مدیریت، سیاست گذاری، ارزش یابی و هماهنگی در قلمرو سلامت همگانی، امنیت غذا و تغذیه تشکیل شده‌است که مصوبات آن پس از تائید هیئت وزیران به دستگاه های اجرایی ابلاغ و از زمان ابلاغ برای کلیه دستگاه های دولتی لازم الاجرا می باشد. با توجه به محور بودن موضوع سلامت در این شورا، دبیرخانه آن در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفته‌است. وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی می‌تواند حسب مورد نسبت به ایجاد گروه های تخصصی برای پشتیبانی امور شورای عالی اقدام نماید. شورای عالی حداقل هر۳ ماه یک بار تشکیل جلسه می‌دهد.

اعضاء شورا

- رئیس جمهور (رئیس شورای عالی)
- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دبیر شورای عالی)
- رئیس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور (سابق)
- وزیر آموزش و پرورش
- وزیر جهاد کشاورزی
- وزیر بازرگانی
- وزیر صنایع و معادن
- وزیر رفاه و تأمین اجتماعی
- وزیر کشور
- وزیر دادگستری
- وزیر نیرو
- وزیر ذیربط حسب مورد
- رئیس سازمان صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران
- رئیس سازمان حفاظت محیط زیست
- رئیس سازمان تربیت بدنی
- رئیس سازمان نظام پزشکی کشور
- سرپرست کمیته امداد امام خمینی(ره)

همچنین از رؤسای کمیسیون های بهداشت و آموزش و تحقیقات و امور اجتماعی مجلس شورای اسلامی برای شرکت در جلسات شورای عالی دعوت می‌آید. در صورت عدم حضور رئیس جمهور در جلسه شورای عالی، ریاست جلسه با معاون اول رئیس جمهور می باشد.

وظایف شورا

۱. ایجاد هماهنگی و سیاست گذاری در تمام موارد مرتبط به سلامت همگانی و امنیت غذایی و تغذیه.
۲. بررسی پیشنهادها و برنامه‌های راهبردی ارائه شده در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر دستگاه های اجرایی ذیربط درخصوص خدمات سلامتی و امنیت غذایی.
۳. بررسی آئین‌نامه‌های اجرایی در زمینهٔ گسترش همکاری های بین‌بخشی در امر سلامت، امنیت غذایی و تغذیه.
۴. بررسی گزارش نظارت برحسن اجرای سیاست های اعلام شده و آئین‌نامه‌های مصوب و ارائه گزارش سالانه.

تحلیل نقش شورا در مبحث جلب مشارکت های بین بخشی

ترکیب شورا نیز به خوبی نشان می‌دهد که نقش محوری را به حق، وزارت بهداشت به عهده دارد و رئیس جمهور و اعضاء کلیدی کابینه در این شورا بایست فعالانه شرکت نمایند و طبق تصمیمات این شورا گام بردارند تا ضمن ایجاد هماهنگی بین بخشی، عملکردشان در این حیطه به نوعی همسو با حرکت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درآید.

این شورا که اعضاء اصلی آن عضو هیئت دولت می‌باشند، از جایگاه بسیار بالایی برخوردار است و اگر دبیرخانه این شورا به صورت فعال بتواند از امکانات و موقعیت ویژه آن استفاده نماید به معنی واقعی در سطوح بالای مدیریت جامعه ایجاد هماهنگی نموده و از امکانات بین بخشی که یکی از اهداف برنامه SDH است استفاده خواهد شد. در لیست اعضاء حتی وزرایی که به صورت مستقیم کمتر در سلامت نقش دارند، مانند وزیر دادگستری نیز وجود دارند. حضور رئیس صدا و سیما، رئیس نظام پزشکی و کمیته امداد نیز نشان از اهمیت بسیار همکاری های بین بخشی حتی با سازمانهای غیردولتی دارد.

پر واضح است که تغذیه و امنیت غذایی به صورت مستقیم نقش به سزایی در سلامت جسم داشته و به صورت غیرمستقیم سلامت روحی و روانی و همچنین سلامت اجتماعی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. لذا بایست در سطح کلان کشور راه کارهایی اندیشیده شود تا با کمک سازمانهای متولی و مرتبط در این امر با هماهنگی یکدیگر ضمن تأمین تغذیه سالم برای مردم، به همه اقشار جامعه این اطمینان داده شود که از نظر مواد غذایی و تغذیه مناسب دولت به صورت جدی اقدام می‌نماید که چنین اطمینان خاطری می‌تواند سلامت روانی و اجتماعی پایداری را ایجاد نماید. جای هیچ شکی نیست که دغدغه بسیاری از مردم در کار و زندگی تأمین مواد غذایی برای خود و خانواده است و لذا نقش چنین شورایی و اجرایی نمودن تصمیمات آنها به نوعی به معنای بیمه نمودن مردم و کاستن جدی از دغدغه‌های آنها است. به همین جهت در عنوان این شورا و همچنین در شرح وظایف آن مفهوم امنیت غذایی به صورت پررنگ آورده‌شده‌است.

تحلیل برخی از مصوبات شورا از دیدگاه جلب مشارکت بین بخشی

در چند سال اخیر این شورا و در موارد لزوم هیئت دولت به صورت جدی و فعال در جهت وضع قوانین و مقررات مؤثر در ارتقاء سلامت جامعه با جلب مشارکت بین بخشی اقدام نموده و بر حسن انجام مصوبات نظارت داشته‌است. به عنوان مثال: به بحث حوادث جاده‌ای و بیماری های قلبی عروقی به عنوان دو عامل خطر بسیار بزرگ کشور پرداخته و نقش و رسالت همه سازمانها را در این رابطه روشن نموده است. تهدیدهای جدی سلامت جامعه مانند: آنفلوانزای پرندگان مورد توجه قرار گرفته، در جهت عدالت اجتماعی و هدفمند نمودن یارانه‌ها گام برداشته‌شده و از ظرفیت های کلیه سازمانها و نهادهای دولتی و غیردولتی برای پیاده‌سازی مصوبات استفاده شده‌است. براین اساس به نظر می‌رسد که جهت حرکت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در راستای اهداف SDH می‌باشد و امید است با کسب تجربه و شناسایی گلوگاه ها، سرعت حرکت بیشتر و نتیجه کار ملموس‌تر گردد. در ذیل بعضی از این مصوبات به عنوان نمونه آورده‌شده‌است تا نشان دهد که رویکرد این شورا نسبتاً جامع بوده و ابعاد مختلف سلامت را دربر می گیرد.

۱. درحال حاضر مرگ و میر جاده‌ای یکی از مهم ترین علل مرگ و میر کشور را تشکیل داده و بیشترین بار بیماری ها را در کشور به خود اختصاص داده‌است. کاهش این خطر مسلماً بدون مشارکت بین بخشی تقریباً غیرممکن است. این شورا به صورت جدی در این زمینه وارد شده و با وضع مصوباتی تکلیف چندین وزارت و سازمان را در این خصوص تعیین نموده‌است.

۲. در جهت تأمین غذای مطلوب برای همه اقشار جامعه، شورا مصوب نموده‌است تا پرداخت یارانه‌ها هدفمند شده و هدف خود را حمایت از اقشار کم درآمد بداند. در این زمینه، شورا سازمانهایی مانند کمیته امداد را موظف کرده تا بسته غذایی اقشار آسیب پذیر را براساس سبد مطلوب غذایی تعریف نماید. همچنین تکلیف وزارت بهداشت و وزارت رفاه در تأمین حداقل نیازهای ویتامین ها و املاح گروه های هدف (با اولویت به کودکان زیر ۵ سال) تعیین و به منظور رفع کمبود ریز مغذی ها و سوء تغذیه وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی (ره)، وزارت آموزش و پرورش، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و وزارت بهداشت موظفند با تشکیل کمیته ای نسبت به برنامه‌ریزی اجرایی جهت تأمین میان وعده غذایی مناسب جهت دانش آموزان با اولویت مناطق محروم اقدام نمایند. همچنین وزارت جهاد کشاورزی به اصلاح ریز مغذی‌های خاک های کشاورزی موظف شده‌است.

۳. با توجه به خطر بیماری های غیرواگیر از جمله بیماری های قلبی – عروقی در سطح جامعه و روند افزایشی آن، مسئولیت تدوین و ارائه برنامه عملیاتی برای کاهش اسید چرب ترانس و اشباع در روغن های خوراکی کشور بر عهده کمیته‌ای مرکب از وزارت خانه‌های بهداشت، صنایع، جهاد کشاورزی، بازرگانی و همچنین موسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی گذارده‌شد؛ به طوری که بهبود کیفی روغن های خوراکی ظرف مدت یک سال صورت گیرد. همچنین برای فرهنگ‌سازی استفاده از روغن های سالم و ترویج کشت انواع دانه های روغنی مسئولیت هایی برای وزارت خانه ها و سازمانهای ذیربط تعیین شده‌است.

۴. در راستای ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه‌ای و اصلاح تبلیغات خوراکی های تهدیدکننده سلامت از طریق رسانه‌ها تصمیمات جدی اخذ شده‌است. همچنین سازمان صدا و سیما ملزم به پخش رایگان روزانه پیام های تصویری آموزشی با موضوع تغذیه شده‌است.

۵. از تولیدکنندگان خوراکی های تهدیدکننده سلامت عوارض اخذ و درآمد حاصل از آن به برنامه های آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اختصاص یافته است. وزارت خانه‌های بهداشت، اقتصاد و دارایی، بازرگانی و صنایع موظفند به تدریج سیاست های حمایتی از نوشیدنی های گازدار و مضر را حذف نمایند. وزارت دادگستری با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموش پزشکی درخصوص جلوگیری از ورود فرآورده های غذایی قاچاق به بازار مصرف اقدام نموده و با متخلفین در سطح واردات، توزیع و عرضه برخورد قانونی به عمل آورند. سازمانهای مناطق آزاد تجاری- صنعتی، گمرک جمهوری اسلامی ایران و سازمانهای جمع آوری و فروش اموال تملیکی نیز موظف به همکاری کامل در این زمینه می باشند.

۶. به منظور کاهش عوامل تهدیدکننده سلامت، کلیه سازمانها و ادارات دولتی موظف شده‌اند از توزیع نوشابه‌های گازدار در سلف سرویس ها و جلسات خودداری نموده و به جای آن در موقع لزوم از آب، دوغ های بدون گاز وکم نمک و آب میوه استفاده نمایند.

۷. سازمان مدیریت و برنامه ریزی، وزارت بازرگانی (شرکت مادر خدمات بازرگانی) و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظفند تمهیدات لازم برای اجرای برنامه کشوری غنی‌سازی آرد با آهن و اسید فولیک را از آغاز سال ۱۳۸۵ فراهم نمایند. علاوه بر آن، وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی با همکاری وزارت بازرگانی مکلف شدند تا برنامه حذف جوش شیرین از طبخ نان را جهت تصویب به هیئت دولت ارائه نمایند.

۸. در راستای دستیابی به اهداف توسعه هزاره سازمان ملل متحد، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، وزارت جهاد کشاورزی، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی (ره) و وزارت بهداشت موظفند نقشه آسیب‌پذیری و ناامنی غذا و تغذیه را در کشور تهیه و به شورای عالی گزارش نمایند.

۹. در راستای توجه خاص به مناطق محروم، وزارت نیرو موظف شد تا آب آشامیدنی سالم را در مناطق شهری و روستایی کشور به خصوص در استانهای سیستان و بلوچستان، هرمزگان و جنوب کرمان فراهم نماید. همچنین وزارت نیرو موظف شد نسبت به رفع مشکل تأمین و توزیع برق و کاهش ولتاژ در استانهای جنوب شرقی کشور که دچار مشکل حاد شده اند یا خواهند شد اقدام فوری نماید.

۱۰. وزارت جهاد کشاورزی با همکاری وزارت نیرو اقدامات لازم برای رفع مشکل آبیاری مزارع سبزی کاری با فاضلاب خام را در اسرع وقت با اولویت در استانهای تهران، لرستان و خراسان به اجرا درآورد و موضوع توسط کارگروهی مرکب از وزرای بهداشت، جهاد کشاورزی، نیرو و دادگستری مورد کارشناسی قرار گرفته تا راه کارهای کوتاه مدت و میان مدت و درازمدت تهیه و در شورای یادشده مطرح شود.

۱۱. در رابطه با برنامه های پیشگیری و کنترل آنفلوآنزای پرندگان، سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور موظف شد بودجه درخواستی وزارت خانه‌های کشور، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، جهاد کشاورزی و سازمان حفاظت محیط زیست را در اختیار وزارت خانه‌ها و سازمان یادشده قرار دهد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری وزارت خانه ها و سازمانهای مرتبط، برنامه استراتژیک و عملیاتی برخورد با بیماری را فراهم نماید. همچنین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، موظف به

راه اندازی بخش های ایزوله در تمامی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور (مطابق با استانداردهای درنظر گرفته شده)، تهیه و ذخیره سازی واکسن آنفلوآنزای انسانی و داروی ضدویروسی و همچنین تجهیزات، محافظت فردی (به منظور پیشگیری و درمان)، تجهیز و تقویت آزمایشگاه ملی و منطقه ای تشخیص آنفلوآنزای انسانی کشور، برنامه‌ریزی و پیگیری لازم برای تولید واکسن آنفلوآنزا و داروهای ضدویروس در کشور گردیده است. وزارت جهادکشاورزی نیز موظف شد پست های قرنطینه را در نقاط پرخطر اعم از مبادی ورودی و خروجی استانها و شهرستانها و همچنین کلیه مناطق اطراف کانون های شیوع بیماری راه اندازی نمایند، امکانات لازم جهت تشخیص، معدوم‌سازی و پاک‌سازی کانون های آلوده را فراهم آورده وآزمایشگاه ملی و منطقه ای تشخیص آنفلوآنزای طیور نیز تجهیز، تقویت و کمبود پرسنل آن تأمین شود. وزارت خانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و جهاد کشاورزی موظف شدند به منظور مقابله با بیماری های مسری، با برگزاری همایش های آموزشی در مراکز استانها و شهرستانها با هماهنگی نیروی مقاومت بسیج به آموزش کارکنان آن نیرو در رابطه با عملیات حفاظت فردی و معدوم سازی اقدام نمایند. وزارت کشور موظف گردید با استفاده از امکانات شهرداری ها و همکاری سایر دستگاه های ذیربط نسبت به جلوگیری از عرضه پرنده زنده (بومی و شکارشده) در بازارچه های محلی استانهای پرخطر اقدام نماید. سازمان حفاظت محیط زیست کشور موظف شد تا درخصوص شکار یا عدم شکار، مجوزهای لازم را صادر نموده و در این رابطه با نیروی انتظامی و نیروی مقاومت بسیج جهت اقدامات کنترلی هماهنگ نماید. وزارت خانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کشور و آموزش و پرورش مأمور شدند براساس برنامه جامع مقابله با پاندمی آنفلوآنزای پرندگان در کشور جهت آموزش های همگانی به ویژه دانش آموزان با استفاده از امکانات رسانه‌ها خصوصاً صدا و سیمای استانی اقدام نمایند.

۱۲. تصویب اعطای نشان ایمنی و سلامت به تولیدکنندگان برتر محصولات غذایی و بهداشتی کشور که در محصولات خود بیشترین توجه به مفاهیم سلامت و کیفیت فرآورده داشته باشند، طبق ضوابط و دستورالعملی که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با مشارکت سازمان استاندارد و تحقیقات صنعتی کشور، سازمان حمایت از مصرف کنندگان تهیه و تدوین شده‌است.

۱۳. به منظور افزایش ضریب ایمنی غذائی در عرضه مرغ، کشتار روزانه به صورت تازه و ضرورت بسته بندی بهداشتی در سراسر کشور به خصوص در تهران مورد تأکید قرار گرفته است و سازمان دامپزشکی با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت بازرگانی و وزارت جهاد کشاورزی مسئول بررسی جوانب مختلف کار (جمع آوری اطلاعات کامل از نحوه و حجم ورود مرغ به مناطق شهری، میزان مصرف، زمینه سازی و آگاهی افکار عمومی از مزایای طرح با همکاری سازمان صدا و سیما، نوع و شکل توزیع موارد مختلف مصرف) و ارائه الگوی مناسب جهت تصویب به شورای عالی سلامت شدند.

۱۴. به منظور پایش عملکرد نظام سلامت در اجرای قانون برنامه چهارم توسعه فرهنگی اجتماعی و اقتصادی جمهوری اسلامی ایران، سازمان مدیریت و برنامه ریزی موظف شد گزارش عملکرد شاخص های موضوع ماده ۹۰ قانون فوق الذکر مشتمل بر شاخص مشارکت

عادلانه مردم در تأمین منابع مالی (FFCI)، سهم پرداختی از جیب مردم بابت هزینه های سلامت (OoP) و هزینه های تحمل ناپذیر درمان (CHE) را تهیه و به شورای عالی سلامت گزارش نماید.

۱۵. استانداری های سراسر کشور با همکاری وزارت خانه های نیرو، جهاد کشاورزی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از آبیاری مزارع با فاضلاب خانگی جلوگیری به عمل آورند.

۱۶. استانداری‌های سراسر کشور با همکاری وزارت امور خارجه، سازمان میراث فرهنگی و گردشگری و دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، تردد اتباع خارجی به ویژه گردشگران کشورهای همسایه را سامان دهی نمایند، به نحوی که امکان مراقبت های سلامت و تعیین و پایش بیماری ها فراهم آید.

شورای سلامت وامنیت غذایی استان

تعریف و وظایف

به موازات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با توجه به اهمیت موضوع، درکلیهٔ استانهای کشور نیز شورای سلامت و امنیت غذایی استان به منظور حفظ، ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی آحاد مردم و گسترش هماهنگی و همکاری های بین بخشی برای اجرایی نمودن مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و نیز اتخاذ تدابیر مناسب، سیاست ها و راهبردها در سطح استان در قلمرو سلامت همگانی و امنیت غذا و تغذیه تشکیل می‌شود. این شورا جایگزین کلیهٔ شوراها و کارگروه های قبلی با موضوعات مشابه (مربوط به سلامت و امنیت غذا) می‌باشد. مصوبات استانی شورای سلامت و امنیت غذایی استان که در راستای سیاست ها و راهبردهای کلان شورای عالی سلامت و امنیت غذا و مصوبات آن می‌باشد، پس از ابلاغ برای تمام ادارات و نهادهای استانی لازم الاجرا می‌باشد. محل دبیرخانه این شورا در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان می‌باشد.

اعضای شورا

- استاندار (رئیس شورا)
- رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی (دبیر)
- مدیرکل سازمان صدا و سیمای مرکز استان
- رئیس سازمان آموزش و پرورش استان
- مدیرکل حفاظت محیط زیست استان
- رئیس سازمان جهاد کشاورزی استان
- رئیس شورای هماهنگی نظام پزشکی در استان
- مدیرکل بازرگانی استان
- مدیران کل تأمین اجتماعی و خدمات درمانی استان
- مدیران عامل شرکت های آب و فاضلاب شهری و روستائی
- مدیرکل دادگستری استان
- مدیرکل تربیت بدنی استان
- مدیرکل کمیته امداد در استان
- رئیس سازمان صنایع و معادن استان
- سایر مسئولین ذیربط استانی حسب مورد

همچنین رئیس مجمع نمایندگان استان در مجلس شورای اسلامی و معاونین سلامت و غذا و داروی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بدون حق رأی به دعوت دبیر در جلسات شرکت می‌نمایند.

وظایف شورا

۱. اجرایی نمودن مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در سطح استان.

۲. جمع آوری اطلاعات و اولویت بندی مشکلات استانی و انعکاس پیشنهادات در رابطه با سلامت و امنیت غذایی به دبیرخانه شورای عالی.

۳. بررسی و تصویب پیشنهادات و برنامه‌ریزی راهبردی ارائه شده توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان یا سایر دستگاه های ذیربط استان در زمینهٔ ارتقاء خدمات سلامتی و امنیت غذا در سطح استان.

نقش شورا در جلب مشارکت های بین بخشی

همانگونه که گفته شد این شورا نمونه استانی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی است و سعی می‌نماید در سطح استانها نیز هماهنگی بین بخشی در سطوح عالی سازمانی برقرار گردد. چنین مدلی کمک می‌کند تا مدیریت بین بخشی به صورت نیمه متمرکز انجام شود و تنها به تصمیمات کلان کشوری در سطح شورای عالی بسنده نشود.

پر واضح است که هرچه امکان هماهنگی های بین بخشی به سطوح محیطی‌تر کشیده‌شود و ذی نفعان در سطوح عملیاتی بتوانند با یکدیگر تعاملات کاری برقرار نمایند، روند کار سهل تر و مفهوم مشارکت بهتر نمود پیدا می‌کند. بنابراین، فعالیت این شوراها در کنار شورای عالی سلامت و امنیت غذایی فرصت بسیار مغتنمی ایجاد نموده‌است که می‌طلبد متولیان سلامت کشور از این فرصت به نحو مقتضی حداکثر استفاده را بنمایند.

بدیهی است عملکرد این شوراهای استانی وابسته به نوع نگرش و اهمیت مسئولین محلی بوده و به همین دلیل برای تحلیل میزان مؤثر بودن و نقش شوراها باید مطالعه‌ای جامع و هدفمند صورت پذیرد. ولی براساس شواهد موجود در استانهایی که از این ظرفیت قانونی استفاده شده‌است، سرعت حرکت در جهت تأمین نیازهای سلامت جامعه در راستای اهداف SDH قابل ملاحظه بوده‌است.

وزارت رفاه و تأمین اجتماعی

اقبال نظام جمهوری اسلامی ایران به حقوق مردم، از نظر برخورداری از امنیت اجتماعی و خدمات عمومی در جای جای قانون اساسی تجلی یافته است. اصل سوم قانون اساسی جمهوری اسلامی پی ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه برطبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه های تغذیه، مسکن و بهداشت و تعمیم بیمه را به عهده حکومت می داند. اصل چهل و سوم نیز به وظیفه دولت در قبال تأمین نیازهای اساسی مسکن، خوراک و پوشاک، بهداشت و درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه اشاره می کند. شفاف تر و برجسته تر از همه مواد قانونی، اصل بیست و نهم قانون اساسی است که اصول و حیطه نظام جامع تأمین اجتماعی را این چنین مشخص می کند:" برخوداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی. دولت موظف است از محل درآمدهای حاصل از مشارکت مردم خدمات و حمایت های مالی فوق را برای یکایک افراد کشور تأمین کند".

در حقیقت اولین توجه نظام مند دولت ایران به موضوع تأمین اجتماعی، به سال ۱۳۱۰ برمی‌گردد و با تشکیل سازمان بیمه های اجتماعی به یکی از مقوله های گسترده تأمین اجتماعی توجه می شود. بعدها، قوانین و مقررات متعددی همچون قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت (۱۳۵۱)، کنوانسیون شماره ۱۰۲ تأمین اجتماعی (۱۳۵۲)، قانون تأمین اجتماعی (۱۳۵۴)، قانون بیمه همگانی خدمات درمانی (۱۳۷۳) و قانون برنامه پنج ساله سوم توسعه (۱۳۷۹) مقوله تأمین اجتماعی را مورد توجه قرار دادند و متعاقباً سازمانها و نهادهای متعددی در جهت اجرای این قوانین تشکیل شدند؛ لیکن علیرغم موفقیت ها و دست‌آوردهای نسبی هر یک از این دستگاه های اجرایی به علت فقدان مبانی نظری تعریف شده و نبود نهادی سیاست‌گذار و راهبر در رأس تشکیلات دولتی و نهادهای غیردولتی، هیچ گاه شرایط تحقق نظام جامع تأمین اجتماعی فراهم نشد. از سوی دیگر از آنجا که تأمین اجتماعی جزء لاینفک فرآیند عمومی توسعه است، عدم توسعه فراگیر و موزون در کشور را نیز باید در زمره مهم ترین علل شکل نیافتن این نظام جامع دانست. در نهایت در سال ۱۳۸۳، نظام جامع تأمین اجتماعی با رعایت شرایط و مفاد مربوطه در قانون اساسی کشور برقرار گردید.

نظام جامع تأمین اجتماعی

در اجرای اصل بیست و نهم (۲۹) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و همچنین بندهای «۲» و «۴» اصل بیست و یکم (۲۱) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و در جهت ایجاد انسجام کلان سیاست های رفاهی که به منظور توسعه عدالت اجتماعی و حمایت از همه افراد کشور در برابر رویدادهای اجتماعی، اقتصادی، طبیعی و پیامدهای آن، نظام جامع تأمین اجتماعی با رعایت شرایط و مفاد این قانون و از جمله برای امور ذیل برقرار گردیده است:

عدالت در سلامت و مشارکتهای بین سازمانی در آن

- بازنشستگی، ازکارافتادگی و فوت
- بیکاری
- پیری
- در راه ماندگی، بی سرپرستی و آسیب های اجتماعی
- حوادث و سوانح
- ناتوانی های جسمی، ذهنی و روانی
- بیمه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت های پزشکی
- حمایت از مادران به خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند
- حمایت از کودکان و زنان بی سرپرست
- ایجاد بیمه خاص بیوگان، زنان سالخورده و خودسرپرست
- کاهش نابرابری و فقر
- امداد و نجات

با عنایت به موارد فوق الذکر می توان، حوزه های نظام جامع تأمین اجتماعی را در قلمروهای بیمه ای (شامل بیمه های اجتماعی و بیمه های درمان)، حمایتی و امدادی خلاصه نمود.

قلمروی بیمه‌ای پاسخگوی نیاز نیروی کار و شاغلین به حمایت و امنیت مالی در قبال بروز بیماری ها، ریسک های درآمدی و مخاطرات اشتغال (بیکاری، ازکار افتادگی و بازنشستگی) رویدادها و حوادث ناشی از کار، غرامت فوت و نقص عضو است که مبتنی بر مشارکت مستمر و بین نسلی دریافت کنندگان خدمت، کارفرمایان و دولت در تأمین منابع مالی بنا شده‌است. در قلمرو حمایتی، خدمات حمایتی و توانبخشی و اعطای یارانه و کمک های مالی به افراد و خانواده‌های نیازمندی که به دلایل گوناگون قادر به کار نیستند و یا درآمد آنان تکافوی حداقل زندگی آنان را نمی‌نماید، ارائه می گردد و در قلمرو امدادی، آماده سازی و هماهنگی سازمانها و نهادهای ذیربط برای ارائه فوری و کافی خدمات به آسیب دیدگان رویدادهای غیرمترقبه در جهت تأمین نیازهای اولیه آسیب دیدگان از حوادث طبیعی شامل تغذیه، پوشاک و سر پناه موقت در چارچوب طرح امداد و نجات کشور، پیش بینی سازوکارهای لازم برای امور مربوط به بازسازی کوتاه مدت با همکاری سازمانهای دولتی و غیردولتی و نهادهای مدنی مدنظر می باشد.

تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی

وزارت رفاه و تأمین اجتماعی به دنبال تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و براساس مواد ۱ و ۱۱ این قانون و همچنین برای تحقق اصل بیست و نهم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و در جهت ایجاد انسجام کلان سیاست های رفاهی و به منظور توسعه عدالت اجتماعی و برای حمایت از همه افراد کشور در برابر رویدادهای اجتماعی، اقتصادی، طبیعی و پیامدهای آن، در تاریخ بیست و پنجم تیرماه ۱۳۸۳شکل گرفت.

مأموریت این وزارت، برنامه‌ریزی و سامان دهی ساختار اجرایی کارآمد به منظور برخورداری عادلانه ایرانیان و همه کسانی که در پهنه جغرافیایی ایران زندگی می‌کنند، از خدمات رفاه و تأمین اجتماعی است به گونه ای که هر کسی امکان دریافت خدمات مربوطه را به فراخور شرایط اجتماعی و اقتصادی خود از نظام رفاه و تأمین اجتماعی داشته باشد.

اهداف این وزارت را می‌توان در راستای آرمانهای قوانین مربوط به شرح زیر خلاصه نمود:

- ارتقای فرایند سیاست گذاری در حوزه رفاه و تأمین اجتماعی
- ایجاد هماهنگی بین عناصر اجرایی حوزه رفاه و تأمین اجتماعی
- برقراری نظام نوین نظارت و ارزش یابی در حوزه رفاه و تأمین اجتماعی
- سامان دهی تشکیلاتی ساختار ارائه خدمات حوزه رفاه و تأمین اجتماعی
- استقرار نظام جامع اطلاعات حوزه رفاه و تأمین اجتماعی
- گسترش و نهادینه کردن مشارکت بخش غیردولتی در حوزه رفاه و تأمین اجتماعی
- هدفمندکردن یارانه ها

راهبردها

با توجه به رژیم حقوقی حاکم بر نظام جامع تأمین اجتماعی، اصول راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در جهت تحقق اهداف قانون عبارتند از:

الف: گسترش و تعمیق نظام جامع تأمین اجتماعی، در ابعاد جامعیت - فراگیری و اثربخشی.

ب: اعمال سیاست های مالیاتی، با هدف باز توزیع عادلانه درآمدها.

ج: تعیین خط فقر و تبیین برنامه‌های توانمندسازی:

- سامان دهی نظام خدمات حمایت های اجتماعی برای پوشش کامل جمعیت زیر خط فقر مطلق.
- نظام تأمین اجتماعی برای پوشش جمعیت بین خط فقر مطلق و خط فقر نسبی.
- پیگیری و ثبت مستمر آثار برنامه‌های اقتصادی و اجتماعی بر وضعیت خط فقر و جمعیت زیر خط فقر، همچنین میزان درآمد سه دهک پایین درآمدی و شکاف فقر و جبران آثار برنامه‌های اقتصادی، اجتماعی به سه دهک پائین درآمدی از طریق افزایش قدرت خرید آنان.

د: طراحی برنامه‌های ویژه اشتغال، توانمندسازی، جلب مشارکت های اجتماعی، آموزش مهارت های شغلی و مهارت های زندگی، به ویژه برای جمعیت های سه دهک پائین درآمدی در کشور.

ه: ارتقاء مشارکت نهادهای غیردولتی و مؤسسات خیریه، در برنامه‌های فقرزدایی و شناسایی کودکان یتیم و خانواده‌های زیر خط فقر در کلیه مناطق کشور توسط مدیریت های منطقه‌ای و اعمال حمایت های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی برای افراد یاد شده توسط آنان و دستگاه‌ها و نهادهای مسئول در نظام تأمین اجتماعی.

و: امکان تأمین غذای سالم و کافی، در راستای سبد مطلوب غذایی و تضمین خدمات بهداشتی، درمانی و توان بخشی رایگان و تأمین مسکن ارزان قیمت، همچنین حصول اطمینان از قرارگرفتن جمعیت کمتر از هجده سال تحت پوشش آموزش عمومی رایگان برای خانوارهای واقع در سه دهک پایین درآمدی، از طریق جابه‌جایی و تخصیص کارآمد منابع یارانه‌ها.

ز: فراهم کردن حمایت های حقوقی، مشاوره‌های اجتماعی و مددکاری، برای دفاع از حقوق فردی، خانوادگی و اجتماعی فقرا.

ح: اتخاذ رویکرد توانمندسازی و مشارکت محلی، براساس الگوی نیازهای اساسی توسعه و تشخیص نیاز توسط جوامع محلی برای ارائه خدمات اجتماعی، از طریق نظام انگیزشی برای پروژه‌های عمرانی کوچک، متناسب با ظرفیت های محلی، از طریق اعمال موارد فوق در سطوح محلی و با جلب مشارکت های عمومی.

ط: طراحی روش های لازم برای افزایش بهره‌وری و درآمد روستاییان و عشایر ایجاد فرصت های اشتغال به ویژه در دوره‌های زمانی خارج از فصول کاشت و برداشت با رویکرد مشارکت روستاییان و عشایر، با حمایت از صندوق قرض‌الحسنه توسعه اشتغال روستایی و صندوق اشتغال نیازمندان.

علاوه بر راهبردهای اتخاذ شده جهت تحقق اهداف وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، به منظور تحقق ماده های ۹۶ و ۹۸ قانون برنامه چهارم توسعه نیز راهبردهایی عنوان شده‌است که افزایش پوشش های بیمه‌ای روستاییان و عشایر، بیمه همگانی، بیمه‌های خاص و همچنین هدفمندنمودن فعالیت های حمایتی، تهیه سازوکارهای سنجش و ارزیابی سرمایه اجتماعی کشور و تدوین و تصویب طرح جامع توانمندسازی و حمایت از حقوق زنان را مد نظر دارد.

از جمله فعالیت های وزارت رفاه و تأمین اجتماعی می‌توان به تدوین آئین نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی اشاره نمود که شامل مجموعه برنامه ها و اقدامات جبرانی، ارتقائی و پیشگیرانه می باشد و به منظور دستیابی به اهداف ذیل طراحی شده‌است:

- جامعه پایدار و سالم.
- ارتقاء سطح استانداردهای زندگی.
- ارتقاء سطح زندگی خانواده‌های آسیب‌دیده.
- اتخاذ سیاست‌های جبرانی برای خانواده‌های آسیب‌دیده.
- اتخاذ سیاست‌های پیشگیری با تأکید بر آسیب‌های اجتماعی (مخاطرات اجتماع محور) و جلوگیری از سقوط افراد سالم به زیر خط فقر.
- اتخاذ سیاست‌های جبرانی با تأکید بر لایه‌های شدید فقر و گروه‌های آسیب‌پذیرتر.
- اولویت بندی جمعیت کشور از نظر میزان آسیب‌پذیری.

- طراحی و اجرای طرح امنیت تغذیه با تأکید بر خانواده‌هایی که دچار فقر شدید هستند و همچنین گروه‌هایی که در معرض سوء تغذیه می‌باشند (کودکان و مادران باردار و مادرانی که در دوره شیردهی قرار دارند) به منظور حذف فقر شدید و گرسنگی و ارتقاء آگاهی‌های عمومی در زمینه امنیت تغذیه.
- تهیه و اجرای برنامه‌های توانمندسازی با رویکرد ایجاد اشتغال فعال.
- گسترش بیمه‌های درمانی با تأکید بر پوشش جمعیت فقیر کشور.
- مدیریت مخاطرات با تأکید بر مخاطرات اجتماعی با گسترش بیمه‌های اجتماعی (برای مخاطراتی که قابل بیمه‌شدن هستند) و اجرای برنامه‌های توانمندسازی برای مخاطراتی که غیرقابل بیمه‌شدن هستند (مثل اعتیاد، بیماری‌های عفونی و...).
- حمایت از برنامه‌های ایجاد مسکن مناسب برای خانواده‌های آسیب‌پذیر.
- حمایت از برنامه‌های آموزشی به خصوص آموزش‌های فنی و حرفه‌ای و ارتقاء آگاهی‌های عمومی.

سازمان بهزیستی

سازمان بهزیستی ازجمله سازمانهایی است که در راستای توسعه اهداف SDH و عدالت در سلامت فعالیت می نماید. این سازمان با مخاطب قراردادن اقشار آسیب پذیر و ناتوان جامعه سعی در توسعه عدالت و نزدیک نمودن بهره مندی این گروه‌ها از خدمات مختلف به میزان مشابه سایر اقشار جامعه دارد. شکل گیری سازمان بهزیستی به سال های اول پس از پیروزی انقلاب برمی‌گردد، در آن زمان ۱۶ سازمان رفاهی و توان بخشی در کشور به صورت پراکنده در بخش حمایتی مشغول فعالیت بودند و خدماتی را در حوزه رفاه و حمایت از معلولین، سالمندان و افراد بی سرپرست یا بدسرپرست ارائه می کردند، اما به دلیل عدم هماهنگی در انجام امور، موازی کاری در برخی فعالیت ها و حتی تضاد در برخی فعالیت های دیگر وجود داشت. شهید دکتر فیاض بخش به خوبی متوجه این نقیصه شده بود و پس از بررسی و مطالعه در این زمینه، ایشان به همراه دکتر لواسانی به شورای انقلاب پیشنهاد دادند همه این مراکز حمایتی و توان بخشی یک جا جمع و زیر نظر سازمانی واحد فعالیت کنند. این پیشنهاد منجر تشکیل سازمان بهزیستی به موجب لایحه قانونی در ۲۵ تیرماه ۱۳۵۹ شد.

" در جهت تحقق مفاد اصول ۲۱ و ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی و به منظور تأمین موجبات برنامه ریزی، هماهنگی، نظارت و ارزش یابی و تهیه هنجارها و استانداردهای خدماتی و توسعه دامنه اجرای برنامه‌های بهزیستی در زمینه حمایت خانواده های بی سرپرست و نیازمند و ارائه خدمات مختلف به کودکان و تدارک امکانات پیشگیری و درمانی و توان بخشی حرفه ای و اجتماعی معلولین جسمی و روانی و تجدید تربیت منحرفین اجتماعی و حمایت و نگهداری از کودکان و اطفال بی سرپرست و معلولین غیرقابل توان بخشی و سالمندان نیازمند و آموزش نیروی انسانی خدمات بهزیستی و توان بخشی و تأمین موجبات تشویق، جلب مشارکت و فعالیت های گروه های داوطلب و مؤسسات غیردولتی، سازمان بهزیستی کشور تشکیل می شود ".

این سازمان تا سال ۱۳۸۳وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و زیر نظر این وزارت خانه فعالیت می‌نمود، اما از تیرماه سال ۱۳۸۳ براساس قانون ساختار وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، سازمان بهزیستی کشور به همراه سازمانهای تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منفک و به زیر مجموعه وزارت رفاه و تأمین اجتماعی ملحق شد.

مأموریت های سازمان بهزیستی کشور

سازمان بهزیستی کشور موظف است با اتخاذ تدابیر و ارائه خدمات و حمایت های غیربیمه‌ای با حفظ ارزش ها و کرامت والای انسانی و تکیه بر مشارکت های مردم و همکاری نزدیک سازمانهای ذیربط، در جهت گسترش خدمات توان بخشی، حمایتی، بازپروری و پیشگیری از معلولیت ها و آسیب های اجتماعی و کمک به تأمین حداقل نیازهای اساسی گروه‌های کم درآمد، اقدام نماید. در این رابطه می توان به ماموریت های زیر اشاره نمود:

- حمایت و توان بخشی نابینایان.
- حمایت و توان بخشی ناشنوایان.
- حمایت و توان بخشی معلولان ذهنی.
- حمایت و توان بخشی معلولان جسمی حرکتی و ضایعه نخاعی.
- حمایت و توا ن بخشی بیماران روانی مزمن.
- حمایت و توان بخشی کودکان عادی.
- حمایت و توان بخشی زنان خودسرپرست و سرپرست خانوار.
- حمایت و توان بخشی ایتام و کودکان بی سرپرست.
- حمایت و توان بخشی کودکان خیابانی و بدسرپرست.
- حمایت و توان بخشی دختران پناه جو (فراری).
- حمایت و توان بخشی زنان پناه جو.
- حمایت و توان بخشی زنان آسیب دیده اجتماعی.
- حمایت و توان بخشی افراد درمعرض آسیب های اجتماعی (زنان متقاضی طلاق، کودکان درمعرض کودک آزاری، خانواده های نابه سامان، افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند و ...).
- تجدید تربیت منحرفین اجتماعی و حمایت های اجتماعی از آنان.
- کمک به تأمین جهیزیه مورد نیاز ایتام، معلولان و آسیب دیدگان نیازمند.
- تحت پوشش قراردادن نیازمندان از نظر بیمه خدمات درمانی.

- پیشگیری از اعتیاد به روش اجتماع محور در محلات شهری و روستایی، واحدهای اداری، کارگری و آموزشی.
- اجرای برنامه های کاهش آسیب و عوارض بهداشتی و اجتماعی و اعتیاد و پیشگیری از گسترش ایدز در کشور .
- آموزش مهارت های زندگی (فردی و اجتماعی) در واحدهای آموزشی، کارگری و خانواده ها و زوجین به منظور مقاوم سازی افراد در برابر تهدیدات آسیب های اجتماعی.
- آموزش مهارت های زندگی ویژه معلولان.
- آموزش ویژه معلولان نظیر ناشنوایان، معلولان ذهنی، آموزش خط بریل و جهت یابی به نابینایان.
- برنامه های فرهنگی و فوق برنامه معلولیت و افراد تحت پوشش.

حتی با توجه اندک به مأموریت های فوق می‌توان به وضوح به نقش کلیدی و حساس سازمان بهزیستی کشور در رفع تبعیض بین گروه‌های آسیب‌پذیر و آسیب دیده جامعه با سایر اقشار و همچنین تأمین عدالت برای این قشر از جامعه پی برد. در حقیقت سازمان بهزیستی از محدود سازمانهایی است که رسالت اصلی آن توجه ویژه به گروه‌هایی می باشد که کمترین التفات در جامعه به آنها می‌شود و مسئولیت حمایت و توانمندسازی این گروه ها را برعهده دارد؛ از این رو به حق، می توان جایگاه ویژه ای برای آن در حوزه تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در آن قائل شد.

کمیته امداد امام خمینی(ره)

سابقه شکل گیری و پی ریزی تشکیلات این نهاد به سال های قبل از پیروزی انقلاب و حدوداً سال ۱۳۴۲ برمی گردد که تعدادی از انقلابیون اول نهضت اسلامی که در زمره همراهان و همرزمان حضرت امام خمینی (ره) قرار داشتند، از طرف معظم له مأموریت رسیدگی به‌خانواده زندانیان سیاسی، نیازمندان مبارزین را به عهده داشتند. با پیروزی انقلاب شکوهمند اسلامی و آغاز فعالیت مجدد بخش های اداری، اقتصادی و فرهنگی کشور، لزوم حمایت از نیازمندان در صدر برنامه‌های نظام قرار گرفت و دقیقاً ۲۲ روز پس از پیروزی انقلاب اسلامی و به عنوان دومین نهاد انقلابی در تاریخ ۱۴ اسفند ماه ۱۳۵۷، کمیته امداد امام، با صدور حکم حضرت امام خمینی(ره)، به منظور تحقق بخشیدن به اهداف عالیه نظام جمهوری اسلامی ایران در حمایت و امداد محرومان و مستضعفان و خودکفاکردن آنان، تأسیس گردید.

هدف از تشکیل کمیته امداد امام (ره) ارائه خدمات حمایتی، معیشتی و فرهنگی برای نیازمندان و محرومان داخل و خارج کشور به منظور تأمین خوداتکایی، تقویت و رشد ایمانی با حفظ کرامت انسانی می باشد و در این رابطه وظایف زیر را برعهده دارد:

- بررسی و شناخت انواع محرومیت های مادی و معنوی نیازمندان و تبیین و تأمین نیازهای حمایتی، معیشتی، فرهنگی و ارتقاء سطح زندگی آنها در حد امکان و شناسایی افراد و خانواده های لازم الحمایه در شهر و روستا و عشایر.
- بررسی و ارائه پیشنهاد خط مشی ها،سیاست های اجرایی،طرح ها، برنامه ها و روش ها ی مناسب برای رفع محرومیتهای نیازمندان در ابعاد مختلف به مراجع ذی ربط و انجام اقدامات و پیگیری های لازم جهت تحقق آنها.
- فراهم آوردن امکانات لازم به منظور خود اتکاء نمودن افراد و خانواده های تحت پوشش و سایر نیازمندان از طریق ایجاد اشتغال، اعطای وام، آموزش های فنی و حرفه ای و ارائه خدمات لازم در حد امکان.
- ایجاد تسهیلات لازم جهت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی واقدام به بیمه های درمانی و اجتماعی اقشار آسیب پذیر در حد امکانات و چارچوب قوانین ومقررات مربوطه.
- پرداخت مستمری (کمک های نقدی و غیر نقدی)، اعطای قرض الحسنه ضروری، کمک به تعمیر و تهیه مسکن، ازدواج و جهیزیه نیازمندان.
- ارائه خدمات فرهنگی به افراد و خانواده های نیازمندان و انجام فعالیت های فرهنگی و آموزشی و تأمین وسایل آموزشی و کمک آموزشی لازم و تعمیق باورهای دینی.
- حمایت موردی از افراد و خانواده های نیازمند در برابر مشکلات ناشی از بروز حوادث و بلایای طبیعی و غیرطبیعی.
- ارائه خدمات مشاوره و مددکاری و حمایت های لازم حقوقی و قضایی به افراد و خانواده های نیازمند.
- حمایت نیازمندان خارج از کشور براساس سیاست های نظام جمهوری اسلامی ایران، در حد امکانات.
- تمهیدات لازم به منظور احیای فرهنگ انفاق و ایثار، نشر سنت های حسنه اسلامی و هدایت امکانات و کمک های مردمی خصوصاً کمک های اشخاص خیر و نیکوکار و همچنین امکانات و کمک های بخش های دولتی و غیردولتی جهت حمایت از افراد و خانواده های نیازمند.
- ارتباط با مؤسسات خیریه، انجمن ها و تشکل های عام المنفعه مردمی داخل و خارج از کشور به منظور تبادل تجربه و بهره گیری هرچه مطلوب تر از ظرفیت های بالقوه و بالفعل آنها و پرهیز از انجام کارهای موازی و غیرضرور در جهت انجام حمایت های مادی و معنوی و تقویت و گسترش این گونه هسته های مردمی در حد توان.
- انجام هرگونه تکلیف قانونی پس از تخصیص اعتبار لازم.

آنچه مسلم است این که کمیته امداد امام خمینی(ره) در جهت زدودن فقر، رفع محرومیت و توانمند سازی طبقات پائین جامعه و ارائه خدمات امدادی و حمایتی به خانواده های نیازمندان رسالت ویژه ای دارد و دقیقاً بنا به همین دلایل نقش مهمی نیز در تحقق اهداف عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و عدالت در سلامت در جامعه دارد.

بحث و نتیجه گیری

در بخش اول این کتاب تفاوت های بین زیر گروه های مختلف جامعه با استفاده از مستندات علمی موجود شرح دادهشد و سعی گردید تا حد امکان به روند نابرابری های در جامعه پرداختهشود. در این راستا مشخص گردید که با وجود نقاط قوت بسیار مهم مانند کاهش تفاوت شاخص های مهم در دو جنس و همچنین در ساکنین مناطق شهری و روستایی، هنوز بایست به موضوع نابرابری به صورت جدی در برنامهها توجه گردد و سعی شود در جهت ارتقاء شاخص های اصلی سلامت کل کشور، زیر گروه های خاصی فراموش نشوند که در غیر این صورت ممکن است علیرغم ارتقاء شاخص های سلامت کشور، موضوع نابرابری ها و تبعیض ها به یک چالش اصلی تبدیل گردد.

ارتقاء سواد جامعه و رشد اقتصادی کل آحاد مردم از علائمی است که شاید نشان دهنده روند مثبت و پاینده ارتقاء شاخص های سلامت در گروه های آسیبپذیر جامعه باشد و این امید را ایجاد نماید که احتمالاً در آینده روند کاهش نابرابری های ادامهدار باشد.

اما درعین حال نباید بعضی آفات و خطرات در کمین را نیز فراموش نمود. تغییر الگوی بیماری های جامعه، افزایش سطح خدمات پیشگیری و درمانی و افزایش هزینههای سنگین درمان و ورود تکنولوژی های جدید درحال حاضر و ادامه احتمالی این روند در آینده، تغییر هرم سنی جامعه و زیاد شدن جمعیت سرباری به خصوص گروه مسن که نیاز به خدمات و توجه خاص دارند و همچنین زیاد شدن شکاف اقتصادی از نکات بسیار مهمی است که باید در برنامهریزی مد نظر قرار گرفته و در آیندهنگاری به آنها پرداختهشود.

سرعت رشد استانهای مختلف کشور در شاخص های سلامت امیدوار کننده است، ولی متأسفانه فاصله قابل ملاحظه بین آنها در سال های اخیر آنگونه که باید کاهش نیافته و کماکان استانهای محروم از درجه عقب افتادگی تاریخی خود رنج میبرند. عدم افزایش فاصله بین استانها نشان دهنده رشد و توسعه قابل ملاحظه حتی در استانهای محروم است، ولی برای کاهش این تفاوت ها باید توجه بیشتری به مناطق محروم گردد. روشن است که فراهم نمودن زمینه توسعه در مناطق دور کشور که با مشکلات بسیاری از جمله خشونت طبیعت دست به گریبان هستند و موانع توسعه زیادی دارند، کاری دشوار است و نیاز به برنامهریزی منسجم و درعین حال هماهنگی قوی و مؤثر بین سازمانها و نهادهای مختلف است.

در بخش دوم به بررسی زیرساخت های قانونی و تشکیلاتی کشور در پیادهسازی مفاهیم ارزشمند SDH پرداختهشد. این نتایج نشان میدهد که خوشبختانه ظرفیت قانونی بسیار خوبی در کشور وجود دارد که هم مشارکت های بین سازمانی را تائید که حتی اجبار مینماید و هم توجه خاص و جدی به بحث بی عدالتی و عوامل ایجادکننده آن شدهاست. روح قانوناساسی و برنامههای بلند مدت و میانمدت کشور آن گونه نوشتهشده که تمامی دولت ها را با هر گرایش سیاسی وادار مینماید تا برای برقراری عدالت و از میان بردن نابرابری ها همت نماید.

مشارکت عمومی و استفاده از تمامی ظرفیت های موجود برای ارتقاء سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مردم به صورت ملموس در نهادها و تشکیلات نظام وجود دارد و درحال حاضر سازمانهای و وزارت های متعددی مسئولیت ها و رسالت های مشخصی دارند که استفاده درست و بهینه از این ظرفیت ها می‌تواند به شکل مؤثری به جهش در سلامت جامعه به خصوص گروه های آسیب‌پذیر منجر شود. ولی به جد لازم است عملکردهای این سازمانها به دقت و به دور از سوگیری مورد تحلیل قرار گرفته و میزان دستیابی آنها به اهداف سازمانی‌شان مورد بررسی قرار گیرد. در این صورت می‌توان تصویری روشن از عملکردها را نیز به دست آورد و با مقایسه بین رسالت ها و عملکردها به گلوگاه ها و نقاط اشکال در عمل دست یافت. پر واضح است که اولین قدم در ارتقاء، شناخت نقاط ایراد و جاهای اشکال است. لذا به عنوان یک توصیه عملی و نتیجه‌گیری نهایی می‌توان بیان نمود که رسیدن به جایگاه متعالی منطبق بر قانون اساسی برای ایجاد عدالت در سلامت و رشد متعادل و همه‌جانبه سلامت و همچنین دستیابی به اهداف چشم‌انداز، محقق نخواهد شد مگر با مشارکت عمومی بر پایه رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و توجه به مفاهیم SDH. رشد شاخص ها و کاهش نابرابری ها در دهه‌های گذشته امیدوارکننده است، ولی حفظ، استمرار و ارتقاء آنها تنها با شناخت گلوگاه ها و اصلاح نقاط ضعف محقق خواهد شد و باید سعی گردد تا از ظرفیت های قانونی و تشکیلاتی، استفاده بهینه و کافی به عمل آید. علاوه بر آن با تغییر نیازها و گذر از فازهای مختلف توسعه اجتماعی، اقتصادی و معضلات سلامت، شیوه تعامل و نحوه مدیریت نیز باید تغییر یابد و مدل های موفق گذشته کارا نخواهند بود مگر با اصلاحاتی منطبق بر شرایط آینده.

پیشنهادات و راهکارها

بحث عدالت در سلامت و ابعاد گسترده آن باید به صورت جدی و در تمامی سطوح مدیریتی مدنظر قرار گیرد. بدون شک تجربیات ایران و سایر نقاط دنیا نشان می‌دهد که حرکت به سوی برابری در شاخص های سلامت و عدالت در ارائه خدمات سلامت و همچنین جلب مشارکت جمعی و بین سازمانی برای توسعه پایدار بسیار دشوارتر از پیاده‌سازی برنامه‌های توسعه در زمینه سلامت هستند و لذا به جز نیاز به منابع مادی، مدیریت پیچیده‌تری نیز می‌طلبد و برنامه‌های راهبردی جدی باید در این خصوص دنبال گردد. با درنظر گرفتن جمیع جوانب امر و مرور مستندات علمی، به صورت خلاصه اهم راهکارهای عملی و کاربردی پیشنهادی به شرح زیر می‌باشند:

۱. تلاش برای توسعه علمی مبانی مربوط به SDH و عدالت و برابری در سلامت در جامعه دانشگاهی و مدیریتی کشور. برای این امر بایست دوره‌های کوتاه مدت و بلند مدت طراحی و همراه با مشوق های خاص اجرا گردد و مطالب آموزشی مربوطه تولید و انتشار یابد. در این زمینه می‌توان پیشنهادات زیر را بیان نمود:

a. تاسیس دوره کارشناسی ارشد در این زمینه.

b. تهیه مطالب آموزشی کوتاه مدت و اجباری نمودن بعضی از این دوره‌ها برای گروه های خاص، ترجیحاً دوره‌های آموزش مجازی.

c. تشویق و حمایت از پایان‌نامه‌ها و تحقیقات مرتبط با نگاهی بین رشته‌ای و ترغیب محققین غیرعلوم پزشکی مانند علوم اجتماعی، مدیریت، اقتصاد و حقوق به ورود به این مباحث.

d. تشویق و حمایت از محققین و مؤلفین در این زمینه.

e. وارد نمودن مبانی علمی این رشته در کریکولوم درسی بسیاری از رشته‌ها و دوره‌های آموزشی کشور مانند: پزشکی، پرستاری، مدیریت خدمات بهداشتی و همچنین تخصص های پزشکی اجتماعی، اپیدمیولوژی، اقتصاد سلامت و دوره عالی سلامت.

۲. ایجاد واحدهای فعال و مسئول در سایر سازمانها، نهادها و وزارت های مرتبط که رسالت و مسئولیت مستقیم آنها ایجاد حرکت های مشارکتی در ارتقاء سلامت عدالت محور در کشور است. بنابراین باید ابتدا شرح وظایف سازمانهای مختلف مرور و براساس نقش آنها در این موضوع، وظایف سازمانی ایشان تعریف و شیوه پیاده‌سازی آنها روشن گردد. به عبارتی به جای متمرکز نمودن فعالیت در وزارت بهداشت و ایجاد **کمیته کشوری** با مرکزیت این وزارت، باید به صورت غیرمتمرکز عمل نمود. البته در این صورت نقش هماهنگی و مدیریت وزارت بهداشت برای نظارت و پایش و ارزیابی عملکردها بسیار دشوارتر و گسترده‌تر خواهد شد.

۳. نقش مجلس شورای اسلامی در توجه خاص به موضوع و برنامه‌ریزی راهبردی بلند مدت دراین خصوص بسیار ویژه است. لذا توصیه می‌گردد یک کارگروه ویژه در زمینه مذکور تشکیل و مرکز پژوهش های مجلس تحقیقات راهبردی جدی خود را با محوریت یاد شده تقویت نماید.

۴. شورای عالی سلامت کشور و شوراهای سلامت استانها بهترین محل برای برنامه‌ریزی عملیاتی و نظارت بر اجرای مصوبات است. لذا بایست در شرح وظایف این شوراها موارد مربوط گنجانده‌شده و البته مبانی علمی مرتبط به زبانی ساده و کاربردی به اعضا ارایه شود. در این زمینه نقش وزارت بهداشت بسیار ویژه بوده و باید با جدیت تولید بسته‌های آموزشی متناسب با شأن اعضای این شوراها تهیه گردد. همچنین با تبیین راهبردهای اجرایی و ابلاغ آنها از مبادی قانونی خصوصاً شوراهای سلامت استان به توجه ویژه و خاص به موضوع مشارکت بین سازمانی در زمینه سلامت واداشته‌شوند.

۵. فعالیت کمیته مذکور در وزارت بهداشت گسترده شده و زیر گروه های کاری مشخص زیر در آنها به وجود آیند:

a. تحلیل قوانین و مقررات کشوری و پایش ها، شناسایی نقص های قوانین و مقررات و تلاش برای اصلاح آنها و تأثیرگذاری در برنامه‌ریزی های کشوری.

b. پایش آمار و ارقام و مستندات علمی کشور به صورت مستمر و تولید گزارشات دقیق از روندها.

c. پایش عملکرد سایر سازمانها، نهادها و وزارت ها و نظارت بر حسن مصوبات مرتبط. نقش رابط بین وزارت بهداشت با سایر سازمانها با این گروه کاری است.

d. پایش عملکرد شوراهای سلامت استانها و تهیه خوراک کافی برای ارائه در این شوراها.

e. حمایت مستقیم و غیرمستقیم از تولید مستندات علمی، آموزشی و انتشارات یافته‌های تحقیقات مرتبط.

البته لازم به ذکر است که این کمیته نقش بسیار مهمی نیز در تقویت روابط بین‌الملل دراین خصوص برعهده خواهد داشت.

پیوست ها

أ. پیوست ۱: محتوای برنامه پنج ساله اول توسعه از دیدگاه عدالت در سلامت

برنامه اول توسعه دارای یک ماده واحده بوده که در آن اهداف کلی (۱۰ هدف) و خط مشی های دستیابی به این اهداف، تصویر کلان برنامه (در ۶ محور: جمعیت، رشد اقتصادی و تحولات ساختار اقتصادی، بودجه و وضعیت مالی دولت، حجم نقدینگی و تورم، تجارت خارجی، نیروی انسانی و اشتغال) و سیاست های کلی (۱۱ مورد) مشخص شده و دارای ۵۲ تبصره نیز در این زمینه می باشد که در ابتدا به تبصره ها پرداخته شده و سپس اهداف کلی، خط مشی ها، تصویر کلان برنامه و سیاست های کلی آمده اند. در اینجا مواردی که مرتبط با بحث این کتاب می باشند، به اختصار آورده شده اند:

تبصره ۵- توزیع سالانه اعتبارات سرمایه گذاری ثابت بین استانهای مختلف در طول برنامه باید به گونه ای صورت پذیرد که در انتهای برنامه، برخورداری بخش های محروم از امکانات آموزشی - بهداشتی و راه مناسب روستایی، اشتغال و برق رسانی بر مبنای گزارش اجمالی شناسایی بخش های محروم (مرحله ششم) سازمان برنامه و بودجه حداقل مطابق برخورداری بخش های غیرمحروم در سال ۱۳۶۸ باشد.

تبصره ۶- دولت مکلف است به منظور احیاء و توسعه بخش های محروم و ایجاد تعادل های منطقه ای ترتیبی اتخاذ نماید که با توجه به شرایط و استعدادهای خاص هر منطقه، اقداماتی به شرح زیر معمول دارد:

ج - تخفیف عوارض در امور عمرانی و خدمات عمومی از قبیل: آب بها، برق، تلفن، گاز.

و - اتخاذ روش های مناسب در جهت تأمین و جذب و نگهداری نیروی انسانی مورد نیاز بخش های محروم.

ز - رعایت اولویت درانتخاب و اجرای طرح های امور اجتماعی - امور زیربنایی و امور عمومی در بخش های محروم.

تبصره ۱۵- به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می شود از متقاضیان تأسیس بیمارستان، پلی کلینیک و درمانگاه، آزمایشگاه تشخیص طبی، مطب و داروخانه، مبالغی را به عنوان هزینه های صدور موافقت اصولی، پروانه تأسیس به شرح زیر اخذ نماید و به حساب خزانه داری کل واریز نماید و معادل آن از محل اعتباری که به همین منظور در بودجه سالیانه منظور می شود، جهت تجهیز مراکز بهداشتی، درمانی و آزمایشگاهی و بیمارستانها دراختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گیرد.

تبصره ۱۶- به منظور تأمین داروهای مورد نیاز مناطق روستایی و بخش های محروم کشور و ترغیب داروسازان جوان در جهت تأسیس داروخانه در مناطق مذکور، بانک های کشور موظفند مبلغ ده میلیارد ریال به عنوان قرض الحسنه و با بازپرداخت ده ساله به این امر تخصیص داده و به ازای هر مورد تا حداکثر ده میلیون ریال با تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به متقاضیان معرفی شده مزبور پرداخت نمایند.

الف – هدف های کلی:

۱- بازسازی و تجهیز بنیه دفاعی و تأمین نیازهای ضروری آن بر مبنای اهداف دفاعی تعیین شده.

۲- بازسازی و نوسازی ظرفیت های تولیدی و زیربنایی و مراکز جمعیتی خسارت دیده در طول جنگ تحمیلی در چهارچوب اولویت های برنامه.

۳- گسترش کمّی و ارتقاء کیفی فرهنگ عمومی تعلیم و تربیت و علوم و فنون در جامعه با توجه خاص نسبت به نسل جوان.

۴- ایجاد رشد اقتصادی در جهت افزایش تولید سرانه، اشتغال مولد و کاهش وابستگی اقتصادی با تأکید بر خودکفایی محصولات استراتژیک کشاورزی و مهار تورم.

۵- تلاش در جهت تأمین عدالت اجتماعی اسلامی.

۶- تأمین حداقل نیازهای اساسی آحاد مردم.

۷- تعیین و اصلاح الگوی مصرف در جهت تعیین نیازهای انسان و جامعه در جریان رشد و تکامل مادی و معنوی با حفظ کرامت و آزادگی انسان.

۸- اصلاح سازمان و مدیریت اجرایی و قضایی کشور در ابعاد مختلف.

۹- تلاش در جهت ایجاد امنیت قضایی و تحکیم مبانی نظری و عملی تساوی عموم در برابر قانون و اجرای عدالت و حمایت از آزادی های مشروع فردی و اجتماعی.

۱۰- سازمان دهی فضایی و توزیع جغرافیایی جمعیت و فعالیت ها، متناسب با مزیت های نسبی هر منطقه به استثنای مواردی که ملاحظات سیاسی و نظامی ایجاب می نماید.

ب - خط مشی ها

۳- گسترش کمّی و ارتقاء کیفی فرهنگ عمومی، تعلیم و تربیت و علوم و فنون در جامعه با توجه خاص نسبت به نسل جوان از طریق: (۴ مورد از ۲۰ راهبرد).

۳-۷- توسعه فضای آموزشی متناسب با رشد دانش آموز و ایجاد امکانات آموزشی و پرورشی لازم و تربیت نیروهای کافی برای تمامی مقاطع به ویژه کودکان لازم التعلیم با اولویت روستاها.

۸-۳- اولویت دادن به ریشه کنی بی سوادی در اقشار مولد.

۱۸-۳- مشارکت بیشتر زنان در امور اجتماعی، فرهنگی، آموزشی و اقتصادی با حفظ شئونات خانواده و ارزش های متعالی شخصیت اسلامی زن.

۱۹-۳- بسیج کلیه امکانات دستگاه های اجرایی ذی ربط در جهت ریشه کنی اعتیاد و مبارزه با مفاسد اجتماعی.

۴- ایجاد رشد اقتصادی در جهت افزایش تولید سرانه، اشتغال مولد و کاهش وابستگی اقتصادی با تأکید بر تولید محصولات استراتژیک و مهار تورم از طریق: (۴ مورد از۵۴ راهبرد).

۷-۴- ارائه خدمات زیربنایی به مناطق روستایی و بخش های محروم.

۲۴-۴- افزایش نسبی درآمد سرانه روستاییان از طریق ایجاد تنوع در فرصت های اشتغال و تأمین درآمد از بخش های غیر کشاورزی در محیط روستایی.

۲۵-۴- سازمان دهی جامعه روستایی از طریق تعاونی های تولیدی کشاورزی و دامداری و صنایع روستایی و سایر تشکل های قانونی.

۵۴-۴- تلاش در جهت متعادل ساختن رشد جمعیت.

۵- تلاش در جهت تأمین قسط اسلامی و عدالت اجتماعی از طریق:

۱-۵- تأمین نیازمندی ها و گسترش حمایت های اقتصادی، اجتماعی از خانواده های شهدا، مفقودین، اسراء و جانبازان و آزادگان با تأکید بر بهبود سطح زندگی، تأمین اشتغال مناسب و کمک به امور فرزندان شاهد.

۲-۵- توجه خاص به تحصیل جانبازان، رزمندگان و فرزندان خانواده های شهداء، مفقودین، اسراء، جانبازان و رزمندگان (مدارس شاهد).

۳-۵- توجه خاص به آموزش کودکان استثنایی.

۴-۵- تهیه و تدوین چهارچوب نظام تأمین اجتماعی براساس اصل ۲۹ قانون اساسی و ایجاد زمینه های مناسب برای اجرای آن.

۵-۵- حمایت از ایجاد تعاونی ها و تعیین چهارچوب های حقوقی لازم.

عدالت در سلامت و مشارکتهای بین سازمانی در آن

۶-۵- تعمیم بیمه های اجتماعی با اولویت روستاییان، عشایر و گروه های آسیب پذیر.

۶- تأمین حداقل نیازهای اساسی عامه مردم از طریق:

۶-۱- تأمین تغذیه در حد نیازهای زیستی.

۶-۲- تأمین آموزش های عمومی بهداشتی - درمانی و مراقبت های بهداشتی اولیه برای عامه مردم با تأکید بر مناطق محروم و روستایی کشور.

۶-۳- سالم سازی محیط زیست.

۶-۴- تعیین موازین و معیارهای ساخت مسکن شهری و روستای متناسب با امکانات تولید و خصوصیات منطقه و توسعه، تهیه و تدوین نظام حقوقی جهت افزایش عرضه واحدهای مسکونی با تقلیل سطح زیربنا و تولید و عرضهٔ مسکن استیجاری و گسترش فعالیت های تولیدی مصالح ساختمانی.

۶-۵- اعمال مالیات تصاعدی به نسبت ازدیاد سطح زیربنای مسکن برای توزیع بهتر امکانات مسکونی.

۷- تعیین و اصلاح الگوی مصرف در جهت تأمین نیازهای انسان و جامعه در جریان رشد و تکامل مادی و معنوی با حفظ کرامت و آزادگی انسان از طریق: (۴ مورد از ۱۵ راهبرد).

۷-۱- پیش بینی و طبقه بندی انواع نیازها به حیاتی، ضروری و غیرضروری.

۷-۲- پیش بینی و تعیین کمّی حداقل نیازهای حیاتی و ضروری با توجه به شناسایی و تعیین خواص عمده مصرف کالا و خدمات در رابطه با رفع این نیازها و با عنایت به نکات زیر:

الف - حداقل میزان نیاز.

ب - مصرف سرانه آخرین سال.

ج - متوسط مصرف سرانه ده ساله .

د - عادت و نرم جهانی مصرف .

ه - فرهنگ مصرفی مناطق.

۷-۳- تأمین حداقل نیازهای حیاتی و در صورت امکان تأمین آنها در حد کفایت و نیز تأمین نیازهای ضروری باتوجه به امکانات کشور.

۴-۷- رعایت اولویت های زیر در تأمین نیازها.

الف – اولویت تأمین نیازهای اولیه بر ثانویه و نیازهای جامعه بر فرد.

ب – اولویت تأمین نیازهای فرهنگی، اجتماعی بر نیازهای سیاسی، نظامی و بر نیازهای اقتصادی.

ج – اولویت تأمین نیازهای حیاتی بر ضروری و بر غیرضروری.

د – اولویت تأمین نیازها از داخل بر خارج.

ه – اولویت تأمین نیازها از بخش کشاورزی بر صنعت و بر خدمات و نیز از ناحیه به کارگیری کالاهای سرمایه ای، بر واسطه ای و بر مصرفی.

و – اولویت تأمین نیاز به کالاهای با ارزبری کمتر.

ز – اولویت تأمین نیازها از طریق به کارگیری نیروی کار بیشتر نسبت به سرمایه بیشتر.

ح – اولویت تأمین نیاز روستا نسبت به شهر.

ط – اولویت تأمین نیازهای عموم مردم بر اقشار خاص.

ی – اولویت تأمین نیازها از طریق به کارگیری تکنولوژی داخلی و مناسب با امکانات موجود کشور نسبت به تکنولوژی های پیچیده و غیر قابل دسترس.

ج – تصویر کلان برنامه

۱- جمعیت

۱-۱- خطوط کلی سیاست تحدید موالید کشور

به منظور نیل به این هدف، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان مجری این سیاست موظف است با همه توان و امکانات خود، به طور متوسط ۲۴ درصد از زنان و مادران واقع در مقاطع سنی بالقوه باروری را طی سال های ۶۸-۱۳۷۲ تحت پوشش برنامه تنظیم خانواده قرار دهد.

تحقق این هدفها، علاوه بر فعالیت های واحد اجرایی تنظیم خانواده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مستلزم کوشش هایی از این قرار است:

– بالا بردن سطح سواد و دانش عمومی افراد جامعه و به خصوص افزایش ضریب پوشش تحصیلی دختران لازم التعلیم.

– اعتلاء موقعیت زنان از طریق تعمیم آموزش و افزایش زمینه های مشارکت زنان در امور اقتصادی، اجتماعی جامعه و خانواده.

عدالت در سلامت و مشارکتهای بین سازمانی در آن

- ارتقاء سطح سلامت افراد جامعه وکاهش مرگ و میر مادران و کودکان.

- لغو کلیه مقررات مشوق رشد جمعیت واتخاذ تدابیر متناسب با سیاست تحدید موالید کشور.

۲- رشد اقتصادی و تحولات ساختار اقتصادی :

۲-۱- تولید ناخالص داخلی

در چارچوب رشد اقتصادی مورد پیش بینی، رشد سالانه بخش های مختلف در مقاطع (۱۳۶۸-۱۳۷۲) به ترتیب بخش کشاورزی ۶/۱درصد، بخش نفت ۸/۷ درصد، بخش صنعت ۱۴/۲درصد، بخش معدن ۱۹/۵درصد، بخش آب و برق و گاز ۹/۱درصد، بخش ساختمان ۱۴/۵درصد و بخش خدمات ۶/۷ درصد برآورد گردیده است.

- رشد بخش خدمات با تأکید بر رشد زیربخش حمل و نقل و همچنین زیربخش های مهم مربوط به خدمات اجتماعی چون آموزش و پرورش، آموزش عالی، آموزش فنی و حرفه ای، بهداشت و درمان و بهزیستی و تأمین اجتماعی و کنترل رشد زیربخش بازرگانی هدف گذاری شده است.

- افزایش تعداد تخت های بیمارستانی از ۷۷۰۰۰ به ۹۳۰۰۰ تخت، تحت پوشش قرار گرفتن ۶۳۱۲ هزار نفر دربرنامه های مختلف بهزیستی، ..... از جمله اهداف کمی زیربخش های مختلف بخش خدمات در سال پایانی برنامه می باشد.

۲-۲- سرمایه گذاری و مصرف

..... با توجه به اهداف کمی بخش های مختلف اقتصادی سهم سرمایه گذاری مورد نیاز بخش کشاورزی در کل سرمایه گذاری برنامه پنج ساله معادل ۹/۸ درصد بخش نفت و گاز ۶/۶ درصد، صنعت و معدن ۸/۵ درصد، آب و برق ۹/۲ درصد، ساختمان ۳۳/۲ درصد و بخش خدمات معادل ۳۲/۷ درصد پیش بینی می شود.

د - هدف های کمّی کلان (برنامهٔ توسعه)

هدف دوم- نرخ باروری از ۶/۴ فعلی به ۴ در سال ۱۳۹۰ کاهش می یابد. در نتیجه نرخ رشد جمعیت از ۳/۲ درصد به ۲/۳ درصد در سال مذکور تقلیل می یابد و نرخ رشد جمعیت در سال ۱۳۷۲ به سطح ۳ درصد خواهد رسید.

ه - سیاست های کلی

۲- عدم کاهش سطح ارائه خدمات عمومی دولت نظیر ادارهٔ عمومی کشور، امور قضایی و حفظ امنیت، اداره روابط خارجی، دفاع از مرزها، خدمات آموزشی و بهداشتی و درمانی تأمین هزینه های ذی ربط از طریق افزایش درآمدهای مالیاتی با تأکید بر مالیات های مستقیم و اختصاص درآمدهای حاصل از صادرات نفت به امر سرمایه گذاری های مولد.

۳- کاهش هزینه های دولت از طریق جلب مشارکت مردم در ایجاد و اداره مؤسسات آموزشی و درمانی و همچنین تأمین هزینه های تأسیسات و خدمات شهرهای متوسط و بزرگ توسط ساکنان آنها.

ب. پیوست ۲: محتوای برنامه پنج ساله دوم توسعه از دیدگاه عدالت در سلامت

برنامه دوم توسعه شامل دو فصل می باشد که در فصل اول به اهداف کلان کیفی (۱۶ هدف) و خط مشی های اساسی جهت تحقق این اهداف و همچنین سیاست های کلی(تجارت خارجی، سیاست پولی و تنظیم بازار، سیاست مالی، سیاست های عمومی، جمعیت، اشتغال و نیروی انسانی، سیاست های پرسنلی بخش دولتی و قیمت گذاری) پرداخته شده است و در فصل دوم تبصره های مربوطه (۱۰۱تبصره) آمده است و در فصل سوم نیز به هدف های کمی کلان (تولید، سرمایه گذاری، مصرف، بودجه عمومی دولت، پول و اعتبار، بازرگانی خارجی، جمعیت و اشتغال) اشاره شده است.

از جمله هدف های کلان کیفی در برنامه توسعه دوم تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی می باشد که برای تحقق آن خط مشی هایی نیز بیان شده است.

- تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی از طریق:

۱- تقسیم بهینه منابع و امکانات عمومی با ضرایب وضع موجود استانها و مناطق و تلاش در رساندن استانها و مناطق که در ابتدای برنامه در امور اجتماعی و اقتصادی پائینتری از میانگین هستند به حد نصاب متوسط کشور.

۲- توسعه و بهبود کیفیت شرایط عمومی زندگی مردم شامل بهبود توزیع درآمد و ثروت و کاهش ضریب جینی.

۳- اصلاح سیستم مالیاتی به نحوی که از صاحبان درآمدهای بالا مالیات متناسب و تصاعدی اخذ شود.

۴- جلوگیری از درآمد کاذب و غیرقانونی و بادآورده یا ناشی از امتیازات نا به جا.

۵- تعمیم، گسترش و بهبود نظام تأمین اجتماعی به وسیله تأمین منابع از محل بودجه عمومی به منظور پرداخت مستمری به اقشار نیازمند، زنان و کودکان بی سرپرست و معلولین، توسعه بیمه های اجتماعی و قراردادن همه اقشار مردم تحت پوشش بیمه خدمات درمانی تا آخر برنامه دوم پرداخت سهم سرانه دولت پرداخت سهم دولت مطابق ضوابط بیمه خدمات درمانی.

عدالت در سلامت و مشارکتهای بین سازمانی در آن

۶- عنایت به مناطق محروم و روستاها با الویت اشتغال، بهداشت وآموزش، تولید عمران.

۷- حمایت از ایثارگران و بسیجیان و رزمندگان و اقشار نیازمند و آسیب پذیر.

۸- تحت پوشش قراردادن کلیه کودکان و نوجوانان لازم التعمیم و تقویت آموزش های عمومی.

۹- تأمین بهداشت عمومی و گسترش بیمه همگانی.

۱۰- برنامه ریزی و ایجاد شرایط لازم برای حفظ حقوق مصرف کنندگان و تولیدکنندگان.

۱۱- جهت دادن کمک های انتقالی دولت در بودجه عمومی در قالب یارانه ها، بخشودگی های عوارض و مالیاتی و سایر تسهیلات و امتیازات در راستای حمایت از اقشار آسیب پذیر و نیازمند و محرومیت زدایی.

۱۲- اتخاذ تصمیمات سازگار جهت محرومیت زدایی و رفع عدم تعادل های منطقه ای در برنامه های آمایش سرزمین.

۱۳- توسعه امنیت قضایی و تعمیم امنیت اقتصادی.

۱۴- سعی در جهت دهی و هدایت سهم عمده منابع مالی به بخش های اجتماعی شامل فرهنگ، آموزش عمومی، بهداشت و درمان، آموزش عالی و تحقیقات و تربیت.

سیاست های کلی:

٤- سیاست های عمومی

۱۰-۴- ادامه سیاست پرداخت سوبسید برای کالاهای اساسی و دارو و حتی الامکان علنی کردن بخشی از یارانه های پنهان و هم زمان با آن، تقویت نظام تأمین اجتماعی و بیمه و امداد و برقراری و تأمین کمک های مستقیم در موارد لازم.

۵- جمعیت

۵-۱- افزایش سطح آگاهی های عمومی افراد جامعه در زمینه مسائل مربوط به جمعیت از طریق:

الف - تأکید بر آموزش و افزایش آگاهی بانوان در مقاطع سنی باروری، در زمینه مزیت های کنترل باروری.

ب - گسترش سطح آگاهی عمومی افراد جامعه در زمینه زیانها و مشکلات ناشی از رشد بی رویه جمعیت از طریق رسانه های عمومی به ویژه صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران.

ج - آموزش مسائل جمعیت در قالب مواد درسی در سطوح متوسطه و دانشگاهی.

د -تأمین منابع مالی، تجهیزاتی و نیروی انسانی لازم برای اعمال سیاست جمعیتی مناسب با توجه به نقش تعیین کننده عامل رشد جمعیت در توسعه کلی کشور، به نحوی که وصول به هدف رشد جمعیت در برنامه تحقق یابد.

۵-۲- تنظیم خانواده و رشد جمعیت:

۵-۲-۱- تأمین و تعمیم گسترده وسایل پیشگیری از بارداری در سطح مناطق جغرافیایی کشور به ویژه روستاها و مناطق محروم.

۵-۲-۲- کسب دانش و انجام مطالعات جهت استفاده و توسعه روش ها و تکنولوژی های جدید در امر پیشگیری از بارداری .

۵-۲-۳- اختصاص بخشی از فعالیت بیمارستانها، درمانگاه ها و مراکز بهداشتی در سطح کشور به منظور ارائه خدمات پیشگیری از بارداری .

۵- ۲- ۴- لغو کلیه قوانین و مقررات و امتیازهای اقتصادی - اجتماعی، مشوق خانوارهای پرجمعیت.

۵-۲-۵- پژوهش در مورد مصادیق سیاست های فوق.

از ۱۰۱ تبصره در برنامه دوم توسعه، در مواردی نیز به مباحث مرتبط با SDH اشاره شده است:

تبصره ۱۶- الف- سیاست پرداخت یارانه به کالاهای اساسی و دارو و شیرخشک در برنامه دوم ادامه خواهد یافت. دولت موظف است طی این برنامه، یارانه دارو، شیرخشک و کالاهای اساسی شامل گندم، برنج، روغن نباتی، قند و شکر و پنیر را برمبنای اعتبار ارزی مصوب در سال ۱۳۷۲ پرداخت نماید.

تبصره ۱۸- دولت موظف است درطول این برنامه مابه التفاوت هزینه درمان بیمه شوندگان را پس از کسر سرانه سهم بیمه شده و فرانشیز پرداختی توسط آنها، به عنوان سرانه دولت، مطابق مقررات قانون بیمه همگانی درطول برنامه، همه ساله دراختیار سازمانهای ذی ربط قرار دهد.

تبصره ۹۴ – دولت موظف است از محل منابع بودجه عمومی نسبت به تکمیل تأسیسات، تجهیزات و نیروی انسانی شبکه های بهداشتی درمانی کشور به ترتیب اولویت خانه های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی روستائی، پایگاه های بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی شهری اقدام نماید به نحوی که توسعه کمی شبکه های مذکور تا پایان برنامه دوم کامل و زمینه های فیزیکی، تجهیزاتی و توسعه تشکیلاتی انجام و توسعه کیفی شبکه های بهداشتی درمانی کشور فراهم شود.

ت. پیوست ۳: محتوای برنامه پنج ساله سوم توسعه از دیدگاه عدالت در سلامت

برنامه توسعه سوم مشتمل بر ۲۶ فصل و ۱۹۹ ماده می باشد که در اینجا به اختصار موارد مرتبط با بحث کتاب آورده شده است.

فصل پنجم - نظام تأمین اجتماعی و یارانه ها

ماده ۳۶- در اجرای اصل بیست و نهم (۲۹) قانون اساسی و به منظور توسعه عدالت اجتماعی، نظام تأمین اجتماعی با هدف حمایت از اقشار مختلف جامعه در برابر رویدادهای اقتصادی، اجتماعی و طبیعی و پیامدهای آن از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و ناتوانی های جسمی، ذهنی، روانی و نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت های پزشکی به صورت بیمه ای و غیر آن (حمایتی و امدادی) حقی است همگانی و دولت مکلف است طبق قوانین، از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت های مالی فوق را برای یکایک افراد کشور تأمین کند.

ماده ۳۷- فعالیت های بیمه‌ای در دو بخش همگانی و مکمل انجام می‌شود و تعهدات و خدمات هر بخش براساس ضوابط ذیل تعیین می شود:

الف- خدمات بیمه همگانی که با مشارکت بیمه شده، کارفرما (در صورت وجود کارفرما) و دولت (حسب تکالیف قانونی آن) تأمین می‌گردد، شامل بیمه درمان، بازنشستگی، ازکارافتادگی، بازماندگان و بیکاری است که کلیه بیمه شدگان از آن بهره مند خواهند شد و حدود فعالیت های آن متناسب با حق بیمه دریافتی و توان مالی سازمانهای بیمه‌ای و میزان کمک دولت طبق مصوبات هیأت وزیران تعیین می شود.

ماده ۳۸- حمایت های بخش غیربیمه‌ای، پیشگیری، توان بخشی و حمایتی برای نیازمندان، علاوه بر خدمات ویژه‌ای که در برنامه های بخش اشتغال، مسکن و آموزش برای گروه های نیازمند درنظر گرفته می‌شود، مشتمل بر موارد ذیل است:

۱- پیشگیری از بروز آسیب های اجتماعی و معلولیت های جسمی و روانی برای آحاد جامعه.

۲- پرداخت سرانه بیمه درمان در چارچوب نظام بیمه همگانی خدمات درمانی.

۳- فراهم آوردن تسهیلات لازم برای نگهداری افرادی که نیاز به سرپرستی و یا نگهداری دارند و فراهم آوردن زمینه بازتوانی و خوداتکایی آنان.

۴- پرداخت مستمری به نیازمندانی که توان کار و فعالیت ندارند.

ماده ۴۳، تبصره ۱- به منظور بهبود ارائه خدمات به محرومین و اقشار آسیب پذیر و سامان دهی متمرکز خدمات قابل ارائه به آنان کلیه خدمات حمایتی به محرومین و اقشار آسیب پذیر توسط کمیته امداد امام خمینی (ره) و کلیه خدمات توان بخشی به معلولین توسط سازمان بهزیستی انجام می شود.

ماده ۴۶- بند الف: سیاست پرداخت یارانه کالاهای اساسی شامل گندم، برنج، روغن نباتی، قند و شکر، پنیر، دارو و شیرخشک در برنامه سوم با حفظ کالابرگ از نظر تعداد، مقدار وزنی و قیمت آن مطابق با برنامه دوم ادامه خواهد یافت.

فصل ششم - سیاست های اشتغال

ماده ۵۰- به دولت اجازه داده می شود به منظور ایجاد اشتغال در مناطق کمتر توسعه یافته:

الف- معافیت از حقوق و عوارض دولتی برای سرمایه گذارانی که در این مناطق اقدام ....

ب- قسمتی از سود تسهیلات اعطائی به سرمایه‌گذاران بخش خصوصی و ..... طرح های خود اشتغالی را پرداخت کند.

ج- تسهیلات اعطائی در قالب بودجه های سنواتی و آیین‌نامه‌های اجرائی آنها باید طوری تقسیم شود که سهم مناطق کمتر توسعه یافته به نسبت شاخص بیکاری آنها بیشتر باشد به صورتی که در پایان برنامه جبران کمبود اشتغال این مناطق شده باشد.

فصل هشتم- نظام درآمد- هزینه استان

ماده ۷۱- شورای برنامه ریزی و توسعه استان وظایف زیر را به عهده دارد:

ن- پیشنهاد برنامه‌های توسعه و مشارکت زنان و جوانان به ویژه بسیجیان در فعالیت های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی استان به مراجع ذی ربط و تنظیم سیاست های اجرائی مربوطه.

س- پیشنهاد برنامه‌های توسعه منابع انسانی به مراجع ذی ربط و تنظیم سیاست های اجرائی مربوطه.

ع- پیشنهاد برنامه‌های استقرار نظام تأمین اجتماعی ملی در سطح استان به مراجع ذی ربط و تنظیم سیاست های اجرائی مربوطه.

ف- بررسی وضعیت اشتغال در سطح استان و پیش بینی روش های تشویق برای سرمایه‌گذاری در امور اشتغال زا.

ص- پیشنهاد برنامه‌ها و تأمین منابع تقویت و توسعه بسیج استان.

عدالت در سلامت و مشارکتهای بین سازمانی در آن

فصل دوازدهم - سیاست های زیست محیطی

ماده ۱۰۴- به منظور حفاظت از محیط زیست و بهره گیری پایدار از منابع طبیعی کشور، اجرای موارد زیر الزامی است:

ج- به منظور کاهش عوامل آلوده‌کنندهٔ محیط زیست، بالاخص در مورد منابع طبیعی و منابع آب کشور، واحدهای تولیدی موظفند برای تطبیق مشخصات فنی خود با ضوابط محیط زیست و کاهش آلودگی ها اقدام کنند.

د- دولت مکلف است در طول برنامه سوم نسبت به کاهش میزان آلودگی هوای شهرهای تهران، مشهد، تبریز، اهواز، اراک، شیراز و اصفهان در حد استانداردهای سازمان بهداشت جهانی اقدام نماید.

فصل هیجدهم- عمران شهری و توسعه و عمران روستایی

ماده ۱۳۷- در بند الف: به منظور تسریع در امر توسعه و عمران روستاها و توجه ویژه به بهبود معیشت روستاییان، دولت مکلف است نسبت به انجام موارد زیر طی دوران برنامه اقدام کند:

- تعیین ضوابط برای خدمات زیربنایی در محیط روستایی و سطح بندی و ارائه خدمات و تجهیز فضاهای روستایی کشور براساس طرح های توسعه و عمران مصوب.

- حمایت از مؤسسات غیردولتی تأمین کننده اعتبارات خرد از قبیل صندوق عمران و توسعهٔ روستایی به منظور ارائه تسهیلات به روستاییان برای فعالیت های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی.

- سامان دهی فضاها و سکونت گاه های روستائی به منظور توسعه هماهنگ و موزون فعالیت های کشاورزی، صنعتی و خدماتی، از طریق توزیع مناسب جمعیت و استقرار بهینه خدمات در محیط های روستایی و حمایت از اجرای آن.

در بند ج همین ماده: دولت موظف است همه ساله اعتبارات خاصی را در لوایح بودجه به نحوی پیش بینی نماید تا پس از پایان برنامه سوم، کلیه روستاهای بالای بیست خانوار از راه مناسب، مدرسه، آب شرب بهداشتی، برق و تلفن برخوردار باشند.

در بند د همین ماده: به منظور ایجاد اشتغال در مناطق روستائی به ویژه در مناطق توسعه نیافته، صندوقی تحت عنوان صندوق قرض الحسنه توسعه اشتغال روستائی با سرمایه دولت و مردم تأسیس می شود.

فصل نوزدهم- مسکن

ماده ۱۳۸- به منظور افزایش سهم تولید انبوه مسکن از کل ساخت و سازهای کشور و همچنین افزایش تولید واحدهای مسکونی کوچک، سازندگان (خصوصی و تعاونی) مجتمع های مسکونی دارای سه واحد مسکونی و بیشتر در نقاط روستایی، پنج واحد مسکونی و بیشتر در شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۵۰/۰۰۰ نفر و ده واحد مسکونی و بیشتر در سایر شهرها به شرح ذیل مورد حمایت قرار می گیرند:

.....

فصل بیستم- آموزش

ماده ۱۴۳ بند ج: هزینه تغذیه شبانه روزی دانش آموزان در مدارس شبانه روزی و سرویس ایاب و ذهاب هر هفته یک بار آنها به روستاها و مدارس و سایر هزینه های لازم در بودجه های سنواتی دیده شود.

فصل بیست و یکم- فرهنگ و هنر، ارتباطات جمعی و تربیت بدنی

ماده ۱۵۵- الف- به منظور گسترش عدالت اجتماعی و فراهم کردن امکان استفاده عادلانه اقشار مختلف جامعه از کالاها و خدمات فرهنگی، ورزشی و هنری و به منظور ایجاد تعادل و کاهش نابرابری ها اجازه داده می شود:

۱- وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی و سازمان تربیت بدنی حسب مورد شاخص ها و استانداردهای مربوط به بهره‌مندی نقاط مختلف کشور از فضاهای ورزشی، فرهنگی، هنری و همچنین میزان دسترسی ساکنین مناطق مختلف کشور به خدمات و تولیدات فرهنگی، هنری و ورزشی را متناسب با ویژگی های اجتماعی، فرهنگی، جمعیتی و جغرافیائی هریک از این مناطق، حداکثر تا پایان سال اول برنامه سوم تهیه و همراه با ارائه راه حل های مناسب برای ایجاد تعادل به هیأت وزیران ارائه دهند.

ماده ۱۵۸- مرکز امور مشارکت زنان ریاست جمهوری موظف است در جهت زمینه سازی برای ایفای نقش مناسب زنان در توسعه کشور و تقویت نهاد خانواده، ضمن انجام مطالعات لازم با همکاری دستگاه های اجرائی ذی ربط اقدامات ذیل را به عمل آورد:

ب- طرح های لازم برای افزایش فرصت های اشتغال زنان و ارتقاء شغلی آنان درچارچوب تمهیدات پیش‌بینی شده در این قانون و متضمن اصلاحات ضروری در امور اداری و حقوقی را تهیه و به منظور تصویب به هیأت وزیران ارائه کند.

ج- با سازمان دهی فعالیت های مشترک با دستگاه های مسئول در قوه قضائیه، طرح های لازم برای تسهیل امور حقوقی و قضائی زنان را تهیه و برحسب مورد از طریق دستگاه های مسئول پیگیری کند.

عدالت در سلامت و مشارکتهای بین سازمانی در آن

د- برای بهره‌گیری از خدمات مختلف اجتماعی زنان در زمینه های مالی، حقوقی، مشاوره‌ای، آموزشی و ورزشی، طرح های لازم با اولویت قایل شدن برای زنان خودسرپرست و بی سرپرست مناطق توسعه نیافته یا کمتر توسعه یافته و گروه های محروم جامعه در زمینه حمایت از تشکیل سازمانهای غیردولتی، تهیه و برحسب مورد به دستگاه های اجرائی یا دولت منعکس کند تا پس از تصویب از طریق دستگاه های ذی ربط اجرا شوند.

فصل ۲۵- بهداشت و درمان

ماده ۱۹۲- الف- به منظور افزایش کارآیی و توسعه خدمات بهداشتی درمانی در کشور و ایجاد تسهیلات جهت دسترسی آحاد مردم به این خدمات و تعیین حدود تصدی بخش دولتی و غیردولتی اقدامات زیر انجام خواهد شد:

۱- کلیه خدمات بهداشتی اعم از شهری و روستائی به صورت رایگان توسط دولت ارائه می گردد.

۲- خدمات درمان سرپایی روستاییان در واحدهای موجود توسط دولت ارائه می شود. توسعه مراکز درمان روستایی در مناطقی که امکان سرمایه گذاری بخش خصوصی و تعاونی وجود ندارد، توسط دولت انجام می شود.

۳- درمان سرپایی شهری در مراکز بهداشت و درمان شهری موجود به عهده دولت است. لکن توسعه آن با مشارکت بخش خصوصی و تعاونی خواهدبود. توسعه فعالیت های بخش دولتی منحصر به مناطقی خواهد بود که جاذبه ای برای بخش خصوصی وجود ندارد.

۴- ضمن استمرار تصدی دولت در درمان بستری برای مناطق توسعه نیافته یا کمتر توسعه یافته و شهرهای کوچک (کمتر از یک صد هزار نفر جمعیت) و تأمین تخت های آموزشی متناسب با تعداد دانشجویان دانشگاه های علوم پزشکی، توسعه مراکز درمان بستری در شهرهای بزرگ (بیشتر از یک صد هزار نفر جمعیت) برعهده بخش غیردولتی خواهد بود. همچنین در شهرهای بزرگ جهت واگذاری امکانات درمان بستری موجود و ایجاد مراکز درمان بستری جدید برای بخش غیردولتی با اولویت تعاونی های گروه پزشکی تسهیلات لازم ایجاد خواهد شد.

۵- سازمان بهزیستی کشور مکلف در جهت سازمان دهی و توان بخشی بیماران روانی مزمن و سالمندان در سال اول برنامه سوم نسبت به تهیه، تدوین و اجرای طرح سامان دهی بیماران یاد شده اقدام نماید.

آئین نامه اجرائی بند فوق با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان برنامه و بودجه تهیه و به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

ماده ۱۹۳- به منظور تأمین و توزیع متعادل خدمات درمان بستری مناسب با نیاز در نقاط مختلف کشور، با در نظر گرفتن دو عامل مهم قابل دسترس بودن خدمات برای آحاد مردم و جلوگیری از سرمایه گذاری های خارج از حد نیاز، سطح بندی خدمات درمان بستری با

جبران هزینه نقل و انتقال بیماران و حفظ سهم بستری بیماران اعزامی از سطوح پائین‌تر توسط دولت، حسب تخصص های مختلف و محل های استقرار آن، به تفکیک شهرستان صورت خواهدگرفت. هرگونه احداث، ایجاد، توسعه و تجهیز ظرفیت های درمان بستری کشور و همچنین اختصاص نیروی انسانی جهت ارائه خدمات درمانی مطابق سطح بندی خدمات درمانی کشور خواهد بود.

الف- در راستای تحقق اهداف سطح بندی خدمات، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است در طی برنامه پنج ساله سوم جهت تطبیق ظرفیت های موجود درمان بستری و سامان دهی خدمات فوری پزشکی (اورژانس) هماهنگ با سطح بندی خدمات نسبت به رفع کمبودها و تعدیل امکانات درمانی مازاد اعم از نیروی انسانی و تجهیزات، جایگزینی واحدهای درمانی فرسوده و غیراستاندارد اقدامات لازم را انجام دهد.

تبصره- دولت موظف است جهت سامان دهی رسیدگی به بیماران حادثه دیده و اورژانس، سیستم رسیدگی به این نوع بیماران (سیستم تروما) را ایجاد کند و بخش هایی را در مراکز درمانی به مرکز حوادث و سوانح (تروما سنتر) تبدیل کرده و یا در صورتی که لازم باشد مراکز حوادث و سوانح جدید احداث کند، به طوری که تمام این بیماران بدون پرداخت هزینه در این مراکز به طور اورژانس تحت درمان قرار گیرند.

ب- در تطبیق ظرفیت های مناسب و مورد نیاز با ظرفیت های موجود، کل امکانات درمان بستری کشور اعم از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان تأمین اجتماعی، بانک ها و شرکت های دولتی، نیروهای مسلح، مؤسسات خیریه و خصوصی و سایر موارد به صورت یک مجموعه صرف نظر از مالکیت و مدیریت آنها منظور خواهد شد.

ج- به منظور ارتقاء سطح کیفی و کمی خدمات توان بخشی و دسترسی آحاد مردم به این خدمات با هدف تساوی فرصت ها و مشارکت معلولین در جامعه، مناسب سازی اماکن عمومی (خصوصی و دولتی) در طول برنامه سوم صورت می‌گیرد و همچنین در طول برنامه سوم آسایشگاه هائی برای بستری جانبازان زن اختصاص یافته و استفاده از آمبولانس برای جانبازان بالای هفتاد درصد (۷۰٪) قطع نخاع و اعصاب و روان و شیمیایی به صورت رایگان منظور می گردد.

آئین نامه اجرائی مربوط به این بند با همکاری وزارت مسکن و شهرسازی و سازمان بهزیستی کشور و سازمان برنامه و بودجه تهیه و به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

ماده ۱۹۴- کلیه مراکز تولید و توزیع مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و همچنین مراکزی که در زمینه های فوق خدماتی را ارائه می‌کنند، موظفند ضمن رعایت ضوابط بهداشتی که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاه های ذیربط اعلام می‌گردد، نسبت به اخذ تائیدیه ادواری از افراد حقیقی و یا حقوقی (دولتی و یا غیردولتی) که صلاحیت آنها حسب مورد از طرف دستگاه های سابق الذکر برای مدت معین تائید شده است، اقدام کنند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاه های ذی ربط موظفند

حسب مورد بر خدمات افراد حقیقی و یا حقوقی تائید صلاحیت شده به صورت مستمر نظارت و در صورت مشاهده تخلف ضمن رد صلاحیت آنها موضوع را به مراجع قانونی ارجاع نمایند.

ماده ۱۹۵- ایجاد و احداث هرگونه واحد درمانی توسط دستگاه های موضوع ماده (۱۱) این قانون و مؤسسات و نهادهای عمومی غیردولتی به استثنای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت مسکن و شهرسازی (به عنوان مجری) جز در مواردی که در ماده (۱۹۲) این قانون اجازه داده شده، ممنوع است. ایجاد و احداث واحدهای درمانی توسط دستگاه های سابق الذکر در موارد ضروری، با تائید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با تصویب هیأت وزیران امکان پذیر خواهد بود. مراکز خاص درمانی جانبازان از این امر مستثنی می باشد.

ماده ۱۹۶- به منظور تنظیم بازار دارو، تأمین ارز موردنیاز برای ورود مواد اولیهٔ دارویی و داروهای ساخته شده وارداتی، جلوگیری از افزایش بی رویه قیمت داروهای بهداشتی و طولانی مصرف ضروری، حمایت از نظام بیمه ای و جلوگیری از عوارض و مخاطرات دارویی اقدامات زیر انجام خواهد یافت:

الف- فهرست داروهای مجاز همه ساله توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام می شود. ورود، تولید، عرضه و تجویز دارو خارج از فهرست فوق ممنوع است.

ب- واردات مواد اولیه ساخت دارو و داروهای حمایتی وارداتی در دوره برنامه پنج ساله سوم با ارز رسمی خواهد بود. در صورت تغییر نرخ ارز، مابه التفاوت نرخ مزبور محاسبه و به صورت یارانه ریالی در قانون بودجه منظور خواهد شد.

ج- داروهای بهداشتی، طولانی مصرف ضروری و داروهای موردنیاز بیماران صعب العلاج و جانبازان علاوه بر استفاده از تسهیلات مذکور در بند (ب) این ماده کماکان مشمول دریافت یارانه ریالی خواهند بود.

د- با تقویت و تعمیم نظام بیمه ای، یارانه ریالی و ما به التفاوت مذکور در بندهای (ب) و (ج) این ماده متناسب با جمعیت تحت پوشش سازمانهای بیمه گر به آنها پرداخت خواهد شد.

و- عرضهٔ دارو (به استثنای داروهای غیرنسخه ای که فهرست آن توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام می شود) به مصرف کنندهٔ نهایی خارج از داروخانه ممنوع است.

ز- به منظور تضمین کیفیت داروهای تولیدی، کلیه کارخانه های تولیدکننده دارو موظفند با ایجاد واحدهای کنترل کیفیت و به کارگیری متخصصین ذیربط نسبت به کنترل کیفیت تولیدات خود اقدام کنند. به این منظور به کارخانه‌های ذیربط اجازه داده‌می‌شود با هماهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از پنجاه درصد (۵۰٪) درآمد موضوع قانون اصلاح بند (۲) و تبصره (۲) ماده (۵) قانون لزوم بازآموزی و نوآموزی جامعه پزشکی مصوب ۱۳۷۱/۶/۱۵، در قالب بودجه های سالانه استفاده کنند.

ح- صد در صد (۱۰۰٪) حق سرانه موضوع قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ جانبازان و نیز بیمه مضاعف جانبازان پنجاه درصد (۵۰٪) و به بالا و تأمین واردات داروها و تجهیزات پزشکی و توان بخشی جانبازان با ارز، رسمی بوده و از عوارض و مالیات و حقوق گمرکی و سود بازرگانی معاف می باشند.

آیین نامهٔ اجرائی این ماده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

ماده ۱۹۷- به منظور نهادینه کردن امنیت غذا (دسترسی همهٔ افراد جامعه به غذای کافی و سالم) و بهبود تغذیهٔ مردم و کاهش بیماری های خاص از سوء تغذیه و ارتقاء سلامت جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حداکثر طی مدت یک سال نسبت به تعیین سبد غذایی مطلوب اقدام کند و برای تحقق آن دستگاه های ذی ربط باید اقدامات ذیل را به عمل آورند.

الف- وزارت خانه های فرهنگی وآموزشی و همچنین سازمان صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران موظفند نسبت به ارتقاء فرهنگ و آگاهی های تغذیه ای و ارائه آموزش های لازم به منظور ترویج سبد مطلوب غذایی به عموم مردم اقدام کنند.

ب- شورای اقتصاد در توزیع منابع اعتبار یارانه ای در مورد مواد غذایی پس از کسب نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی زمینه اجرای سبد مطلوب غذایی را فراهم خواهد کرد.

ج- به منظور رفع سوء تغذیه خانوارهای کم درآمد، یارانه کالاهای اساسی اعطایی به نیازمندان، روستاییان و ساکنین مناطق کمتر توسعه یافته نسبت به سایرین افزایش می یابد.

د- به منظور ارتقاء سطح سلامتی مردم مؤسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران موظف است حداکثر تا پایان برنامهٔ سوم استانداردهای ایمنی مواد غذایی را تکمیل و جهت اعمال نظارت بر کیفیت تولید و عرضه موادغذایی به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر دستگاه های ذی ربط اعلام کند.

هـ- ساختار و تشکیلات مناسب امنیت غذا و تغذیه در سطوح ملی و استانی طی مدت شش ماه از تصویب این قانون توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و پس از تائید سازمانهای امور اداری و استخدامی کشور و برنامه و بودجه به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

ث. پیوست ۴: محتوای برنامه پنج ساله چهارم توسعه از دیدگاه عدالت در سلامت (۱۳۸۴-۱۳۸۸)

برنامه چهارم توسعه دارای ۱۵ فصل و ۱۶۱ ماده می باشد که موارد مرتبط به اختصار در این جا آورده شده است.

فصل هفتم – ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی

ماده ۸۴: دولت موظف است، به منظور نهادینه کردن مدیریت، سیاست گذاری، ارزشیابی و هماهنگی این قلمرو از جمله: امنیت غذا و تغذیه در کشور، تأمین سبد مطلوب غذایی و کاهش بیماری‌های ناشی از سوء تغذیه و گسترش سلامت همگانی در کشور، اقدامات ذیل را به عمل آورد:

- تشکیل "شورای عالی سلامت و امنیت غذایی" با ادغام "شورای غذا و تغذیه" و "شورای عالی سلامت" پس از طی مراحل قانونی.

- تهیه و اجرای برنامه‌های آموزشی لازم به منظور ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه‌ای جامعه.

- تخصیص منابع اعتباری، تسهیلات بانکی و یارانه‌ای لازم برای تولید، تأمین، توزیع و مصرف مواد غذایی، در جهت دستیابی به سبد مطلوب غذایی و اختصاص منابع لازم برای شروع و تدارک برای ترویج غذای سالم در قالب میان‌وعده غذایی دانش‌آموزان و همچنین کمک غذایی برای اقشار نیازمند.

ماده ۸۵: دولت موظف است، ظرف مدت شش ماه پس از تصویب این قانون، لایحه حفظ و ارتقاء سلامت آحاد جامعه و کاهش مخاطرات تهدید کننده سلامتی را مشتمل بر نکات ذیل تهیه و جهت تصویب به مجلس شورای اسلامی ارائه کند:

- کاهش حوادث حمل و نقل، از طریق شناسایی نقاط و محورهای حادثه‌خیز جاده‌ها و راه های مواصلاتی و کاهش نقاط مذکور به میزان پنجاه درصد (۵۰٪) تا پایان برنامه چهارم.

- تأکید بر رعایت اصول ایمنی و مقررات راهنمایی و رانندگی.

سامان دهی و تکمیل شبکه فوریت های پزشکی پیش بیمارستانی و بیمارستانی کشور و کاهش مرگ و میر ناشی از حوادث حمل و نقل به میزان پنجاه درصد (۵۰٪) تا پایان برنامه چهارم.

- ارتقاء طرح ایمنی وسایط نقلیه موتوری و اعمال استانداردهای مهندسی انسانی و ایمنی لازم.

- کاهش مخاطرات تهدید کننده سلامتی در محیط کار، آلاینده‌های هوا، آب، خاک، محصولات کشاورزی و دامی، و تعریف مصادیق، میزان و نحوه تعیین و وصول عوارض و جرایم جبرانی و چگونگی مصرف منابع حاصله.

ماده ۸۶ : وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاه‌های ذی‌ربط مکلف‌اند، تا پایان سال اول برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، اقدامات لازم را جهت کاهش خطرات و زیانهای فردی و اجتماعی اعتیاد، پیشگیری و درمان بیماری ایدز و نیز کاهش بار بیماری‌های روانی معمول دارد.

ماده ۸۷ : وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است، به منظور زمینه‌سازی برای حضور مؤثر در بازارهای جهانی و تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه، در چارچوب سیاست های راهبردی تجاری، تسهیلات لازم را درخصوص معرفی توانایی‌ها، عرضه و بازاریابی خدمات سلامت و آموزش پزشکی و تولیدات، تجهیزات و فرآورده‌های پزشکی و دارویی ارائه نماید، به‌نحوی که مقدار ارز حاصل از صادرات خدمات و تولیدات مزبور معادل سی درصد (۳۰٪) مصارف ارزی بخش بهداشت و درمان، در پایان سال پایانی برنامه چهارم باشد.

ماده ۸۸ : وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است، به منظور ارتقاء مستمر کیفیت خدمات سلامت و تعالی عملکرد خدمات بالینی، افزایش بهره‌وری و استفاده بهینه از امکانات بهداشتی و درمانی کشور، اقدام های ذیل را انجام دهد:

الف: تدوین، نظارت و ارزش یابی استانداردها و شاخص های بهبود کیفیت خدمات و اصلاح رتبه‌بندی بیمارستانها، براساس الگوی ارتقاء عملکرد بالینی.

ب: مشتری‌مدار نمودن واحدهای بهداشتی، درمانی، از طریق اصلاح فرایندها و ساختار مدیریت اقتصادی (از جمله اصلاح نظام حسابداری، پرداخت مبتنی بر عملکرد، بودجه‌ریزی عملیاتی).

ج: اداره بیمارستانهای پیشنهادی دانشگاه‌های علوم پزشکی، به صورت هیئت امنایی و یا شرکتی و تفویض اختیارات مدیریت، جذب و به‌کارگیری نیروی انسانی و اداری – مالی به آنها در چارچوب تعرفه‌های مصوب.

د: تفکیک بیمارستانها، از نظر تخت های آموزشی و غیرآموزشی و اعمال شاخص های اعتباری و نیروی انسانی براساس آن.

هـ: طراحی و استقرار نظام جامع اطلاعات سلامت شهروندان ایرانی.

ماده ۸۹ : وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است، به منظور دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی، درمانی و منطقی نمودن آن متناسب با نیازها در نقاط مختلف کشور، نظام ارائهٔ حداقل استاندارد خدمات بهداشتی، درمانی کشور را مبتنی بر سطح‌بندی خدمات طراحی نماید. ایجاد، توسعه و تجهیز با تغییر در ظرفیت های پزشکی و درمانی کشور و همچنین اختصاص نیروی انسانی جهت ارائهٔ خدمات، مطابق با سطح‌بندی خدمات درمانی کشور انجام خواهد شد. احداث، ایجاد و توسعه واحدهای بهداشتی و درمانی توسط دستگاه‌های موضوع ماده (۱۶۰) این قانون و نیروهای مسلح، صرفاً با تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تصویب هیئت وزیران امکان‌پذیر خواهد بود.

درخصوص واحدهای سلامت و ایمنی محیط کار H.S.E، طبق مقررات اختصاصی ذی‌ربط عمل خواهد شد.

تبصره- مفاد این ماده شامل خدمات بهداشتی درمانی که از طریق سرمایه‌گذاری و اداره بخش خصوصی انجام می‌گردد، نمی‌باشد.

ماده ۹۰ : به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آنها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که «شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم» به نود درصد (۹۰٪) ارتقاء یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از سی درصد (۳۰٪) افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت به یک درصد (۱٪) کاهش یابد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است، با مشارکت سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، آئین‌نامه چگونگی متعادل نمودن سهم مردم در تأمین منابع بهداشت و درمان برای تحقق اهداف مذکور را، ظرف مدت شش ماه پس از تصویب این قانون تهیه و برای تصویب به هیئت وزیران ارائه نماید.

ماده ۹۱: به منظور افزایش اثربخشی نظام ارائه خدمات سلامت در کشور و تقویت و توسعه نظام بیمه خدمات درمانی، اقدامات ذیل انجام خواهد شد:

الف: کلیه شرکت های بیمه تجاری و غیرتجاری صرفاً با رعایت قوانین و مقررات شورای عالی بیمه خدمات درمانی مجاز به ارائه خدمات بیمه پایه و مکمل می‌باشند.

ب: تا پایان برنامه چهارم، شورای عالی بیمه خدمات درمانی تمهیدات لازم، جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع را فراهم نماید.

ج: به منظور تعمیم عدالت در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی، خدمات بیمه پایه درمانی روستاییان عشایری، معادل مناطق شهری تعریف و اجرا می‌شود.

د: کلیه اتباع خارجی مقیم کشور، موظف به دارا بودن بیمه‌نامه برای پوشش حوادث و بیماری‌های احتمالی در مدت اقامت در ایران می‌باشند.

هـ: تأمین اعتبار بیمه‌های خدمات درمانی در بودجه‌های سنواتی در طول برنامه چهارم براساس سرانه واقعی خواهد بود که سالانه به تصویب هیئت دولت می‌رسد.

و: آئین‌نامه اجرایی این ماده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ظرف مدت سه ماه از تصویب این قانون تهیه و به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

ماده ۹۲ : وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است نسبت به درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی، در مراکز خدمات بهداشتی و درمانی اقدام کند.

به منظور تأمین منابع لازم برای ارائه خدمات فوق، عوارضی معادل ده درصد (۱۰٪) حق بیمه شخص ثالث، سرنشین و مازاد توسط شرکت های بیمه تجاری وصول و به حساب درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز می‌گردد و هزینه‌های درمان کلیه مصدومان ترافیکی، جاده‌ای و رانندگی از محل وجوه واریز شده به این حساب و سایر منابع موجود پرداخت خواهد شد. توزیع این منابع براساس عملکرد هر یک از سازمانهای بیمه‌گر پایه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، هر شش ماه یک بار صورت خواهد گرفت.

ماده ۹۳ : الف: به منظور تنظیم بازار دارو، فهرست داروهای مجاز همه ساله توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام می‌شود. ورود، عرضه و تجویز دارو خارج از فهرست فوق ممنوع است.

ب: عرضه دارو (به استثنای داروهای غیر نسخه‌ای که فهرست آنها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام می‌شود) به مصرف کننده نهایی خارج از داروخانه‌ها ممنوع است.

ج: به منظور تضمین داروهای تولیدی، کلیه کارخانه‌های تولید کننده دارو موظف‌اند با ایجاد کنترل کیفیت و به کارگیری متخصصین ذی‌ربط نسبت به کنترل کیفیت تولیدات خود اقدام نمایند. به این منظور به کارخانه‌های ذی‌ربط اجازه داده می‌شود با هماهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از پنجاه درصد (۵۰٪) درآمد موضوع "قانون اصلاح بند «۲» تبصره «۲» ماده (۵) قانون لزوم بازآموزی و نوآموزی جامعه پزشکی مصوب ۱۳۷۱/۶/۱۵"، در قالب بودجه‌های سالانه استفاده کنند.

فصل هشتم- ارتقاء امنیت انسانی و عدالت اجتماعی

ماده ۹۵ : دولت مکلف است، به منظور استقرار عدالت و ثبات اجتماعی، کاهش نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی، کاهش فاصله دهک های درآمدی و توزیع عادلانه درآمد در کشور و نیز کاهش فقر و محرومیت و توانمندسازی فقرا، از طریق تخصیص کارآمد و هدفمند منابع تأمین اجتماعی و یارانه پرداختی، برنامه‌های جامع فقرزدایی و عدالت اجتماعی را با محورهای ذیل تهیه و به اجرا بگذارد و ظرف مدت شش ماه پس از تصویب این قانون، نسبت به بازنگری مقررات و همچنین تهیه لوایح برای تحقق سیاست های ذیل اقدام نماید:

الف: گسترش و تعمیق نظام جامع تأمین اجتماعی، در ابعاد جامعیت - فراگیری و اثربخشی.

ب: اعمال سیاست های مالیاتی، با هدف باز توزیع عادلانه درآمدها.

ج: تعیین خط فقر و تبیین برنامه‌های توانمندسازی متناسب و سامان دهی نظام خدمات حمایت های اجتماعی، برای پوشش کامل جمعیت زیر خط فقر مطلق و نظام تأمین اجتماعی، برای پوشش جمعیت بین خط فقر مطلق و خط فقر نسبی و پیگیری و ثبت مستمر آثار

برنامه‌های اقتصادی و اجتماعی بر وضعیت خط فقر، جمعیت زیر خط فقر، همچنین میزان درآمد سه دهک پائین درآمدی و شکاف فقر و جبران آثار برنامه‌های اقتصادی، اجتماعی به سه دهک پائین درآمدی از طریق افزایش قدرت خرید آنان.

دولت موظف است کلیه خانوارهای زیر خط فقر مطلق را حداکثر تا پایان سال دوم برنامه به صورت کامل توسط دستگاه‌ها و نهادهای متولی نظام تأمین اجتماعی شناسایی و تحت پوشش قرار دهد.

د: طراحی برنامه‌های ویژه اشتغال، توانمندسازی، جلب مشارکت های اجتماعی، آموزش مهارت های شغلی و مهارت های زندگی، به ویژه برای جمعیت های سه دهک پائین درآمدی در کشور.

هـ: ارتقاء مشارکت نهادهای غیردولتی و مؤسسات خیریه، در برنامه‌های فقرزدایی و شناسایی کودکان یتیم و خانواده‌های زیر خط فقر، در کلیه مناطق کشور توسط مدیریت های منطقه‌ای و اعمال حمایت های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی برای افراد یاد شده توسط آنان و دستگاه‌ها و نهادهای مسئول در نظام تأمین اجتماعی.

و: امکان تأمین غذای سالم و کافی، در راستای سبد مطلوب غذایی و تضمین خدمات بهداشتی، درمانی و توان بخشی رایگان و تأمین مسکن ارزان قیمت، همچنین حصول اطمینان از قرارگرفتن جمعیت کمتر از هجده سال تحت پوشش آموزش عمومی رایگان برای خانوارهای واقع در سه دهک پائین درآمدی، از طریق جابه‌جایی و تخصیص کارآمد منابع یارانه‌ها.

ز: فراهم کردن حمایت های حقوقی، مشاوره‌های اجتماعی و مددکاری، برای دفاع از حقوق فردی، خانوادگی و اجتماعی فقرا.
ح: اتخاذ رویکرد توانمندسازی و مشارکت محلی، براساس الگوی نیازهای اساسی توسعه و تشخیص نیاز توسط جوامع محلی برای ارائه خدمات اجتماعی، از طریق نظام انگیزشی برای پروژه‌های عمرانی کوچک، متناسب با ظرفیت های محلی از طریق اعمال موارد فوق در سطوح محلی و با جلب مشارکت های عمومی.

ط: طراحی روش های لازم برای افزایش بهره‌وری و درآمد روستاییان و عشایر ایجاد فرصت های اشتغال به ویژه در دوره‌های زمانی خارج از فصول کاشت و برداشت با رویکرد مشارکت روستاییان و عشایر، با حمایت از صندوق قرض‌الحسنه توسعه اشتغال روستایی و صندوق اشتغال نیازمندان.

ماده ۹۶: دولت مکلف است، با توجه به استقرار سازمانی نظام جامع تأمین اجتماعی در برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران؛ پوشش جمعیتی، خدمات و حمایت های مالی مورد نظر در اصل بیست و نهم (۲۹) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران را طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، از طریق فعالیت های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی به صورت تدریجی و به شرح ذیل افزایش و به اجرا بگذارد:

الف: افزایش پوشش بیمه‌های اجتماعی با توجه خاص به روستاییان و عشایر و شاغلین شهری که تاکنون تحت پوشش نبوده‌اند، به نحوی که برنامه بیمه‌های اجتماعی روستاییان و عشایر، با مشارکت دولت و روستاییان و عشایر پس از تهیه و تصویب دولت از سال دوم برنامه چهارم، به اجرا گذاشته شود.

ب: پوشش کامل (صد درصد) جمعیتی، از بیمه همگانی پایه خدمات درمانی.

ج: تأمین بیمه خاص (در قالب فعالیت های حمایتی)، برای حمایت از زنان سرپرست خانوار و افراد بی‌سرپرست با اولویت کودکان بی‌سرپرست.

د: هدفمند نمودن فعالیت های حمایتی، جهت توانمندسازی افراد تحت پوشش مؤسسات و نهادهای حمایتی در راستای ورود به پوشش بیمه‌ای.

هـ: اتخاذ تمهیدات لازم جهت بازپرداخت بدهی دولت به سازمانهای بیمه‌ای، به نحوی که ضمن جلوگیری از ایجاد بدهی جدید تا پایان برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، کل بدهی دولت به سازمانهای بیمه‌ای تسویه شده باشد.

و: اتخاذ تدابیر مورد نیاز برای کاهش طول دوره استفاده از مقرری بیکاری در جهت تنظیم بازار کار، افزایش سابقه مورد نیاز برای احراز مقرری بیمه بیکاری در سال اول برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران.

ز: با توجه به تغییرات و روند صعودی شاخص های جمعیتی امید زندگی و لزوم پایداری صندوق های بیمه‌ای اجتماعی و اصلاحات منطقی در مبانی محاسباتی آنها، دولت موظف است با استفاده از تجربه جهانی در چارچوب محاسبات بیمه‌ای اقدامات لازم را معمول دارد.

ح: در صورتی که نرخ رشد دستمزد اعلام شده کارگران در دو سال آخر خدمت آنها بیش از نرخ رشد طبیعی دستمزد کارگران بوده و با سال های قبل سازگار نباشد، مشروط بر آنکه این افزایش دستمزد به دلیل ارتقاء شغلی نباشد، سازمان تأمین اجتماعی علاوه بر دریافت مابه‌التفاوت میزان کسور سهم کارگران و کارفرما به نسبت دستمزد واقعی و دستمزد اعلام شده سال های قبل از کارفرمای ذی‌ربط خسارت وارده براساس لایحه‌ای خواهد بود که توسط هیئت وزیران تهیه و برای تصویب به مجلس شورای اسلامی تقدیم می‌شود.

(عبارت فوق عین متنی است که در سایت مصلحت نظام آمده است هرچند که از نظر نگارش کامل نیست).

ماده ۹۷ : دولت مکلف است، به منظور پیشگیری و کاهش آسیب های اجتماعی، نسبت به تهیه طرح جامع کنترل کاهش آسیب های اجتماعی، با تأکید بر پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر، مشتمل بر محورهای ذیل اقدام نماید:

الف: ارتقاء سطح بهداشت روان، گسترش خدمات مددکاری اجتماعی، تقویت بنیان خانواده و توانمندسازی افراد و گروه‌های در معرض آسیب.

ب: بسط و گسترش روحیه نشاط، شادابی، امیدواری، اعتماد اجتماعی، تعمیق ارزش های دینی و هنجارهای اجتماعی.

ج: شناسایی نقاط آسیب‌خیز و بحران‌زای اجتماعی در بافت شهری و حاشیه شهرها و تمرکز بخشیدن حمایت های اجتماعی، خدمات بهداشتی – درمانی، مددکاری، مشاوره اجتماعی و حقوقی و برنامه‌های اشتغال حمایت شده، با اعمال راهبرد همکاری بین بخشی و سامانه مدیریت آسیب های اجتماعی در مناطق یاد شده.

د: پیشگیری اولیه از بروز آسیب های اجتماعی از طریق: اصلاح برنامه‌های درسی دوره آموزش عمومی و پیش بینی آموزش های اجتماعی و ارتقاء مهارت های زندگی.

هـ: خدمات رسانی به موقع به افراد در معرض آسیب های اجتماعی با مشارکت سازمانهای غیردولتی.

و: بازتوانی آسیب‌دیدگان اجتماعی و فراهم نمودن زمینه بازگشت آنها به جامعه.

ز: تهیه طرح ملی مبارزه با مواد مخدر و روان گردان براساس محورهای ذیل:

۱- پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر و قاچاق آن با استفاده از تمامی امکانات و توانمندی‌های ملی.
۲- در اولویت قراردادن استراتژی کاهش آسیب و خطر، کار درمانی، آموزش مهارت های زندگی سالم، روان‌درمانی، درمان اجتماع مدار معتادان و بهره‌گیری از سایر یافته‌های علمی و تجارب جهانی در اقدام ها و برنامه‌ریزی‌های عملی.
۳- جلوگیری از تغییر الگوی مصرف مواد مخدر به داروهای شیمیایی و صنعتی.
۴- جلوگیری از هرگونه تطهیر عواید ناشی از فعالیت های مجرمانه مواد مخدر و روان گردآنها.
۵- به کار گرفتن تمام امکانات و توانمندی‌های ملی برای مقابله با حمل و نقل و ترانزیت مواد مخدر و همچنین عرضه و فروش آن در سراسر کشور.

۶- تقویت نقش مردم و سازمانهای غیردولتی در امر پیشگیری و مبارزه با اعتیاد.

ح: تداوم اجرای طرح سامان دهی و توان بخشی بیماران روانی مزمن با پوشش حداقل هفتاد و پنج درصد (۷۵٪) جمعیت هدف در پایان برنامه.

ط: تداوم اجرای طرح سامان دهی و توان بخشی سالمندان با پوشش حداقل بیست و پنج درصد (۲۵٪) جمعیت هدف.

ی: تهیه و تدوین طرح جامع توانمندسازی زنان خودسرپرست و سرپرست خانوار با همکاری سایر سازمانها و نهادهای ذی‌ربط و تشکل های غیردولتی و تصویب آن در هیئت وزیران در شش ماهه نخست سال اول برنامه.

ک: سامان دهی و توسعه مشارکت های مردمی و خدمات داوطلبانه در عرصه بهزیستی و برنامه‌ریزی و اقدامات لازم برای حمایت از مؤسسات خیریه و غیردولتی با رویکرد بهبود فعالیت.

ل: افزایش مستمری ماهیانه خانواده‌های نیازمند و بی سرپرست و زنان سرپرست خانواده تحت پوشش دستگاه‌های حمایتی بر مبنای چهل درصد (۴۰٪) حداقل حقوق و دستمزد در سال اول برنامه.

ماده ۹۸ : دولت مکلف است، به منظور حفظ و ارتقاء سرمایه اجتماعی، ارتقاء رضایتمندی عمومی و گسترش نهادهای مدنی، طی سال اول برنامه چهارم، اقدام های ذیل را انجام دهد:

الف: تهیه ساز و کارهای سنجش و ارزیابی سرمایه اجتماعی کشور.

ب: ارائه گزارش سالانه سرمایه اجتماعی کشور و احصای علل و عوامل تأثیرگذار بر آن.

ج: تصویب ساز و کارهای اجرایی لازم جهت افزایش سرمایه اجتماعی اعم از اعتماد عمومی، وفاق اجتماعی، قانون‌گرایی و وجدان فردی و اجتماعی.

د: ارزیابی رضایتمندی عمومی به صورت سالانه و انتشار تغییرات آن در اثر عملکرد عمومی حاکمیت.

هـ: تدوین و تصویب طرح جامع توانمندسازی و حمایت از حقوق زنان، در ابعاد حقوقی، اجتماعی، اقتصادی و اجرای آن در مراجع ذی‌ربط.

و: تدوین طرح جامع مشارکت و نظارت مردم، سازمانها، نهادهای غیردولتی و شوراهای اسلامی، در توسعه پایدار کشور و فراهم کردن امکان گسترش کمی و کیفی نهادهای مدنی، با اعمال سیاست های تشویقی.

ماده ۹۹ : دولت موظف است، ظرف مدت شش ماه از تصویب این قانون، نسبت به تدوین و اجرای سند راهبردی خدمات رسانی به ایثارگران (خانواده معظم شهدا، جانبازان، آزادگان و خانواده آنان)، با رویکرد توانمندسازی و بهبود وضعیت اشتغال، مسکن ارزان قیمت، ارتقاء سطح اجتماعی، درمانی، معیشتی و بهبود وضعیت آموزشی و فرهنگی، حفظ و تثبیت موقعیت شغلی آنان اقدام نموده و ساز و کار نظارت بر حسن اجرای سند را پیش بینی نماید. منابع مالی سند از محل بودجه عمومی دولت و منابع داخلی نهادها تأمین خواهد شد. در تمامی برنامه‌های اشتغال زایی اعم از جذب و استخدام و اعطای امتیازات و تسهیلات، ایثارگران در اولویت هستند و دولت موظف است حمایت های لازم در حفظ و تثبیت موقعیت شغلی آنان را اعمال نماید.

منابع

1. Human Development Report 2001, Millennium DevelopmentGoals: A compact among nations to end human poverty. UNDP, 2001

2. Human Development Report 2003, Millennium DevelopmentGoals: A compact among nations to end human poverty. UNDP, 2003

3. Human Development Report 2004,Cultural liberty in today's diverse world UNDP, 2004

4. Human Development Report 2005, International cooperation at a crossroads: Aid, trade and security in an unequal world. UNDP, 2005

5. Human Development Report 2007/2008, Fighting climate change: human solidarity in a divided world. UNDP, 2007

۶. مرکز آمار ایران، سالنامه آماری کشور سالهای ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵ (http://amar.sci.org.ir)

۷. مرکز آمار ایران، گزیده شاخص‌ها و نماگرهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور سال های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶ (http://amar.sci.org.ir)

۸. مرکز امور زنان و خانواده ریاست جمهوری، گزارش تحول وضعیت زنان طی سال های ۱۳۸۵-۱۳۵۵، ۱۳۸۵، http://stat.women.gov.ir/statistic

۹. نعمت الهی پ. حذف سهم زنان در تولید ملی اقتصاد مردگرا . روزنامه سرمایه. شماره ۷۷۸، ۱۶ تیر، ۱۳۸۷

۱۰. صادقی فسایی س، کلهر س. ابعاد شکاف جنسیتی و میزان تحقق کاهش آن در برنامه سوم توسعه. پژوهش زنان، دوره ۵، شماره ۲، پائیز ۱۳۸۶: ۲۸-۵

۱۱. ام‌البنین چابکی، آموزش و جنسیت در ایران، مطالعات زنان، سال اول، شماره ۲، ۱۳۸۲

۱۲. طهرانی بنی هاشمی آ، امیرخانی م، حق دوست ع و همکاران. سواد سلامت در ۵ استان کشور و عوامل مؤثر بر آن. گام های توسعه در آموزش پزشکی بهار و تابستان ۱۳۸۶; ۴(۱):۱-۹

۱۳. مرکز آمار ایران، مرگ و میر کودکان در ایران، روندها و شاخص ها (۱۴۰۰-۱۳۳۵) (http://amar.sci.org.ir)

۱۴. نقوی م سیمای مرگ در ۱۸ استان کشور سال ۱۳۸۰، وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی، معاونت سلامت، ۱۳۸۲

۱۵. نقوی م سیمای مرگ در ۱۸ استان کشور سال ۱۳۸۱، وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی، معاونت سلامت

۱۶. نقوی م سیمای مرگ در ۲۳ استان کشور سال ۱۳۸۲، وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی، معاونت سلامت، ۱۳۸۴

۱۷. نقوی م، جعفری ن. سیمای مرگ در ۲۹ استان کشور سال ۱۳۸۳، وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی، معاونت سلامت، ۱۳۸۶

۱۸. وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی، معاونت سلامت. مطالعه ملی بار بیماری ها و آسیب‌ها در ایران، ۱۳۸۶

19. Davatchi F, Jamshidi AR, Banihashemi AT, et al. WHO-ILAR COPCORD Study (Stage 1, Urban Study) in Iran. The Journal of Rheumatology 2008; Vol 35(7): 1384-1390

20. Haghdoost AA, Sadeghirad B, Rezazadehkermani M: Epidemiology and Heterogeneity of Hypertension in Iran:A Systematic Review. Arch Iranian Med 2008; 11 (4): 444 – 452

۲۱. نوربالا ا ع، محمد ک. بررسی سلامت و بیماری در ایران. مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور. خرداد ۱۳۸۰

۲۲. محرابی س، دلاوری ع، مرادی ق و همکاران. مصرف سیگار در جمعیت ۶۴-۱۵ ساله ی ایران، سال ۱۳۸۴. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران؛ ۱۳۸۶، دوره ۳، شماره ۱ و۲: صفحات ۱ تا ۹

۲۳. نقوی م، جمشیدی ح ر. بهره‌مندی از خدمات سلامت سال ۱۳۸۱ در جمهوری اسلامی ایران. وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی، معاونت سلامت، ۱۳۸۴

۲۴. پناهی ر، مرسلی ا. بررسی نابرابری اشتغال شهری -روستایی کشور ۸۵ -طی سال های ۱۳۳۵. اقتصادکشاورزی و توسعه، سال چهاردهم، شماره ۵۶، زمستان ۱۳۸۵

۲۵. خداداد کاشی ف، باقری ف، حیدری خ، خداداد کاشی ا. اندازه گیری شاخص های فقر در ایران کاربرد انواع خط فقر، شکاف فقر، شاخص فقر ۱۳۶۳-۱۳۷۹. پژوهشکده آمار، گروه پژوهشی آمارهای اقتصادی. ۱۳۸۱

۲۶. علیزاده هنجنی ح م، فضائلی ا ع. وضعیت عدالت در تامین مالی نظام سلامت در ایران. فصل نامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۱۹. ۱۳۸۴

۲۷. وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی، معاونت سلامت. سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۷۹ (DHS)

۲۸. زالی م ر، محمد ک، مسجدی م ر. بررسی سلامت و بیماری در ایران ۷۰-۱۳۶۹. نشریه شماره ۲۵ کل کشور. معاونت پژوهشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. تیر ۱۳۷۲

۲۹. وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی، دفتر بهبود تغذیه جامعه. پژوهشی در وضعیت ریزمغذی های ایران ۱۳۸۰، ۱۳۸۵

۳۰. نقوی م و همکاران. دگرگونی سیمای سلامت در روستانشینان. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۴

۳۱. وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی، صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف). سیمای تغذیه کودکان در استانها ۱۳۷۷، ۱۳۷۸

۳۲. دکتر شکوری ع. پژوهشی در توسعه و نابرابری در مناطق روستایی (روستاهای برگزیده شهرستان مرند). پژوهشهای جغرافیایی، شماره ۴۱، اسفند ۱۳۸۰

۳۳. صادقی ح، عبدالهی حقی س، عبدا... زاده ل. توسعه انسانی در ایران. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی. سال ششم، شماره ۲۴. ۱۳۸۶، ص ۲۸۳

۳۴. معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری. "از سال ۱۳۷۷ تا سال ۱۳۸۵ شاخص توسعه انسانی کشور سالانه یک درصد بهبود یافته است". نشریه برنامه، شماره ۲۷۵. http://www.spac.ir/barnameh/275/index.htm

۳۵. بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران. شاخص بهای کالاها و خدمات مصرفی در مناطق شهری ایران سال ۱۳۸۱. مدیریت کل آمارهای اقتصادی، اداره آمار اقتصادی، دایره شاخص بهای کالاها و خدمات مصرفی

۳۶. بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران. شاخص بهای کالاها وخدمات مصرفی در مناطق شهری ایران سال ۱۳۸۵. مدیریت کل آمارهای اقتصادی، اداره آمار اقتصادی، دایره شاخص بهای کالاها و خدمات مصرفی

۳۷. بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران. نتایج بررسی بودجه خانواردر مناطق شهری ایران سال ۱۳۸۰، مدیریت کل آمارهای اقتصادی، اداره آمار اقتصادی، دایره بررسی بودجه خانوار. آبان ماه ۱۳۸۱

۳۸. بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران. نتایج بررسی بودجه خانواردر مناطق شهری ایران سال ۱۳۸۳. مدیریت کل آمارهای اقتصادی، اداره آمار اقتصادی، دایره بررسی بودجه خانوار

۳۹. بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران. نتایج بررسی بودجه خانواردر مناطق شهری ایران سال ۱۳۸۵. مدیریت کل آمارهای اقتصادی، اداره آمار اقتصادی، دایره بررسی بودجه خانوار آذر ماه ۱۳۸۶

۴۰. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دفتر آمار و فن‌آوری اطلاعات (http://sit.behdasht.gov.ir)

۴۱. موحدی م، حجاری‌زاده ب، رحیمی ا و همکاران. روند تغییرات شاخص های مهم سلامت و الگوی نابرابری جغرافیایی آنها در جمعیت روستایی کشور. مجله پژوهشی حکیم، زمستان ۸۶، دوره دهم، شماره چهارم

۴۲. پیمان ح. مقایسه چند ویژگی اجتماعی اقتصادی خانوارهای فقیر وغیر فقیر. فصلنامه جمعیت شماره ۵۷ و ۵۸. پاییز و زمستان ۱۳۸۵. ص ۶۱

۴۳. متفکر م، صدر بافقی س م، رفیعی م. و همکاران. بررسی اپیدمیولوژی میزان فعالیت بدنی در جمعیت شهری استان یزد. مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۶۴، شماره ۴، تیر ۱۳۸۶، ص ۸۱-۷۷

۴۴. رضایی پور ا. یوسفی ف. محمودی م، شاکری م. ارتباط رفتارهای تغذیه ای و فعالیت فیزیکی دختران نوجوان با درک آنان از شیوه زندگی والدین. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات). دوره ۱۳، شماره ۳، ۱۳۸۶، ۲۵-۱۷

۴۵. فربخش ف، شفیعی زاده ط، رمضانخانی ع و همکاران.بررسی ارتباط بین شاخص توده بدنی و عوامل اجتماعی _ دموگرافیک زنان ۴۴-۱۵ساله استان تهران . پژوهش درپزشکی) مجله پژوهشی دانشکده پزشکی(دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. دوره ۳۱، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۶، صفحات ۱۳۳ تا ۱۳۹

۴۶. آزاد بخت ل. میرمیران پ. عزیزی ف. بررسی شیوع و عوامل مرتبط با چاقی در بزرگسالان تهرانی: مطالعه قند و لیپید تهران. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران. سال پنجم، ضمیمه شماره ۴، ۳۸۷-۳۷۹. زمستان ۱۳۸۲

۴۷. حاجی فرجی م، اسفرجانی ف، روستایی ر. و همکاران. بررسی وضعیت تن سنجی نوجوانان مدارس دولتی شرق تهران، سال ۱۳۸۵. مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران. سال دوم، شماره2 ، تابستان1386 ، صفحات 37 تا4

۴۸. میر میران پ، محمدی نصر آبادی ف، اله وردیان س، عزیزی ف. رابطه میزان تحصیلات و تاهل با دریافت‌های غذایی، چاقی و سایر عوامل خطرساز بیماری های قلبی – عروقی (مطالعه قند و لیپید تهران). پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی) دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی. سال ۲۶، شماره ۴، ص ۲۷۱ تا ۲۸۰. ۱۳۸۱

۴۹. قدسی د، محبوب س، امیدوار ن و همکاران. ارزیابی لیپیدهای سرم در دختران نوجوان دبیرستآنهای شهر تبریز و ارتباط آن با عوامل اجتماعی اقتصادی. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران. سال ششم، شماره ۱، ص ۶۲-۵۵ (بهار ۱۳۸۳)

۵۰. آقاملایی ت، زارع ش. الگوی استعمال سیگار و قلیان در جمعیت بالای ۱۵ سال بندرعباس، یک مطالعه جمعیتی مجله پزشکی هرمزگان سال یازدهم شماره چهارم زمستان ۸۶ صفحات ۲۴۶-۲۴۱

51. Hosseinpoor A, Naghavi M, Alavian SM, et al. Determinants of Seeking Needed Outpatient Care in Iran: Results from a National Health Services Utilization Survey. Arch Iranian Med 2007; 10 (4): 439 – 445

52. Moradi-Lakeh M, Ramezani M, Naghavi M. Equality in Safe Delivery and Its Determinants in Iran. Arch Iranian Med 2007; 10 (4): 446 – 451

۵۳. رمضانی تهرانی ف، حجازی ف، افلاکی س. عوامل مؤثر بر استفاده صحیح از روش های پیشگیری از بارداری. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی قزوین. شماره ۱۴، تابستان ۱۳۷۹، ص ۳۷

۵۴. گشتاسبی آ، منتظری ع، وحدانی نیا م س. و همکاران. ارزیابی مردم شهر تهران از وضعیت سلامتی خود بر حسب جنسیت، تحصیلات و منطقه مسکونی: یک مطالعه جمعیتی. فصل نامه پایش، سال دوم شماره سوم، تابستان ۱۳۸۲. ۱۸۹-۱۸۳

۵۵. ارسلان بد م. تغییرات توزیع درآمد در مناطق روستایی و شهری ایران. اقتصاد کشاورزی و توسعه – شماره ۴۵ – بهار ۱۳۸۳

۵۶. ابونوری ا، اسناوندی ا. برآورد و ارزیابی سازگاری شاخص های نابرابری اقتصادی با استفاده از ریز داده ها در ایران. مجله تحقیقات اقتصادی. شماره ۷۱، زمستان ۱۳۸۴، ص ۲۱۰-۱۷۱

۵۷. سمنانی ش، کشتکار ع. برآورد عادلانه بودن هزینه خدمات سلامتی در منطقه تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیتی گرگان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان. سال پنجم /شماره / 12 پاییز و زمستان ۱۳۸۲. ص ۵۳

۵۸. کیمیاگر م، باژن م. فقر و سوء تغذیه در ایران. رفاه اجتماعی ۱۳۸۴; ۵ (۱۸):۱۸-۱

۵۹. سوید م، دبیری غ. مقایسهٔ منحنی رشد وزنی و قدی نوجوانان پسر دبیرستانی شهر شیراز در دو سطح اقتصادی مختلف در سال ۷۹ – ۱۳۷۸. مجلهٔ غدد درون ریز و متابولیسم ایران. سال چهارم، شمارهٔ ۲، ۱۲۵ ۱۲۱-. تابستان ۱۳۸۱

۶۰. ماهر ع. بررسی رابطه فقر و سلامت در ایران .رفاه اجتماعی پاییز ۱۳۸۴; ۵ (۱۸):۱۲۹-۱۴۸

۶۱. صادقی حسن آبادی م. کلیات بهداشت عمومی. انتشارات گپ، تهران. ۱۳۸۶.

۶۲. عزیزی ف. آموزش علوم پزشکی چالش ها و چشم اندازها. معاونت آموزشی و امور دانشجویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران. ۱۳۸۲.

۶۳. مجمع تشخیص مصلحت نظام. قوانین برنامه توسعه. صwww.maslehat.ir

۶۴. وزارت رفاه و تأمین اجتماعی. نظام جامع تأمین اجتماعی. www.refah.gov.ir

۶۵. وب‌سایت سازمان بهزیستی. www.behzisty.ir

۶۶. وب‌سایت کمیته امداد امام خمینی(ره). www.emdad.ir