



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان کرمان
معاونت بهداشتی



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی
شورای سیاست گذاری

کاهش بی عدالتی در سلامت در جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۸-۱۳۵۷)



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

کاهش بی عدالتی در سلامت

در جمهوری اسلامی ایران

(۱۳۵۷ - ۱۳۸۸)

به سفارش دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت
شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

نویسندگان:

دکتر علی اکبر حقدوست

(عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان)

دکتر سید آرش طهرانی بنی هاشمی

(عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران)

دکتر حسین صافی زاده

(عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان)

دکتر علیرضا اولیایی منش

(عضو هیات علمی موسسه ملی تحقیقات سلامت)

دکتر مریم بهشتیان

(دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

دکتر محمد اسماعیل مطلق

(معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

همکاران به ترتیب حروف الفبا:

مریم اسماعیلی _ حوریه اصلانی _ دکتر ماشاء الله ترابی _ لیلا حسینی قوام آباد _ شیلا دعایی _ دکتر محمدرضا
ذاکری _ آزاده ریاحی _ سیده فاطمه سقاء ابوالفضل _ دکتر کامل شادپور _ دکتر عزیزالله عاطفی _ دکتر علی عرب
خردمند _ سیده شهره علوی _ مینا فلغلی _ مهندس محمدجواد کبیر _ دکتر سید رضا مجدزاده کوه بنانی _ دکتر بابک
محمودزاده _ محمد مرادی جو _ دکتر محمدحسین مهرالحسنی

زیر نظر: دکتر باقر لاریجانی

عنوان و نام پدید آورنده: کاهش بی عدالتی در سلامت در جمهوری اسلامی ایران (۱۳۵۷-۱۳۸۸)
نویسندگان: علی اکبر حقدوست ... (و دیگران) به سفارش دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
مشخصات نشر: شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۹۰
مشخصات ظاهری: ۱۶۰ ص؛ مصور، نمودار، جدول
وضعیت فهرست نویسی: فیپا
یادداشت: نویسندگان علی اکبر حقدوست، سید آرش طهرانی بنی هاشمی، حسین صافی زاده، علیرضا اولیایی منش، مریم بهشتیان، محمد اسماعیل مطلق
همکاران علی عرب خردمند، ماشالله ترابی، کامل شادپور، محمد جواد کبیر، سید رضا مجد زاده کوه بنایی، سیده شهره علوی ...
یادداشت: کتابنامه: ص. ۱۴۴-۱۴۰
موضوع: شاخص‌های سلامت - ایران
موضوع: بهداشت - ایران - آمار
موضوع: سیاست پزشکی - ایران
شناسه افزوده: حق دوست، علی اکبر، ۱۳۵۰ - عرب خردمند - علی
ایران، شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت
دانشگاه علوم پزشکی کرمان
رده بندی کنگره: ۴ ۱۳۸۹ ب الف ۹ / ۴۰۷/۵
رده بندی دیوبی: ۶۱۴/۴۲۵۵
شماره کتابشناسی ملی: ۲۲۳۲۴۰۷

عنوان:	کاهش بی عدالتی در سلامت در جمهوری اسلامی ایران (۱۳۵۷-۱۳۸۸)
مؤلف:	دکتر علی اکبر حق دوست و همکاران
ناشر:	شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
تیراژ:	۲۰۰۰ جلد
نوبت چاپ:	دوم ۱۳۹۰
شماره شابک:	۹۷۸-۶۰۰-۵۵۲۸-۰۹-۱

فهرست مطالب

پیشگفتار ۷

بخش اول

نابرابری در سلامت و تاثیر عوامل اجتماعی ۹

الف . مقایسه شاخص‌ها در زنان و مردان ۱۱

شاخص‌های عمومی ۱۱

شاخص‌های سلامت ۱۹

نتیجه‌گیری ۲۵

ب . مقایسه شاخص‌ها در مناطق شهری و روستایی ۲۷

شاخص‌های عمومی ۲۷

شاخص‌های سلامت ۳۵

نتیجه‌گیری ۴۲

پ . مقایسه شاخص‌ها در استان‌های مختلف کشور ۴۴

شاخص‌های عمومی ۴۴

شاخص‌های سلامت ۵۵

نتیجه‌گیری ۶۲

ت . مقایسه شاخص‌ها بر اساس سطح سواد ۶۴

شاخص‌های عمومی ۶۴

شاخص‌های سلامت ۷۰

نتیجه‌گیری ۷۸

ث . مقایسه شاخص‌ها بر اساس دهک‌های اقتصادی ۸۰

شاخص‌های عمومی ۸۰

شاخص‌های سلامت ۸۴

نتیجه‌گیری ۸۸

بخش دوم

- نقش سازمان ها، نهادها و مردم در ارتقای سلامت و ایجاد عدالت در سلامت ۹۰
- الف . تحلیل قوانین و مقررات از نگاه سلامت محوری و عدالت در آن ۹۱
- قانون اساسی کشور ۹۱
- چشم انداز جمهوری اسلامی ایران در ۱۴۰۴ هجری شمسی ۹۵
- برنامه توسعه اول ۹۷
- برنامه توسعه دوم ۹۸
- برنامه توسعه سوم ۹۹
- برنامه توسعه چهارم ۹۹
- ب . نقش وزارت ها و نهادهای اصلی مشارکت کننده در امر سلامت جامعه ۱۰۲
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۰۲
- شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ۱۰۷
- شورای سلامت و امنیت غذایی استان ۱۱۴
- وزارت رفاه و تامین اجتماعی ۱۱۶
- سازمان بهزیستی ۱۲۰
- کمیته امداد امام خمینی(ره) ۱۲۳
- بحث و نتیجه گیری ۱۲۵
- پیشنهادات و راهکارها ۱۲۷
- پیوست ها ۱۳۰
- پیوست ۱: محتوای برنامه پنج ساله اول توسعه از دیدگاه عدالت در سلامت ۱۳۰
- پیوست ۲: محتوای برنامه پنج ساله دوم توسعه از دیدگاه عدالت در سلامت ۱۳۶
- پیوست ۳: محتوای برنامه پنج ساله سوم توسعه از دیدگاه عدالت در سلامت ۱۳۹
- پیوست ۴: محتوای برنامه پنج ساله چهارم توسعه از دیدگاه عدالت در سلامت (۱۳۸۴-۱۳۸۸) ۱۴۷
- منابع ۱۵۵

پیشگفتار

رییس شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

عدالت یکی از زیباترین مفاهیم جهان هستی است که مبنای اندیشه و رفتار انسان‌ها و نظام‌هایی است که با فطرت خلقت، سازگاری دارند. انسان، فطرتاً عدالت خواه و عدالت جو است. حرکت‌ها و نهضت‌های اجتماعی همواره با شعار و در جستجوی "عدالت" شکل گرفته‌اند. 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 شاخه‌های زیادی دارد و تمام امور را شامل می‌شود، از مسائل اجتماعی گرفته تا مسائل شخصی. یکی از این زیر شاخه‌های آن، سلامت است. عدالت در سلامت یکی از مهم‌ترین ابعاد عدالت اجتماعی است که می‌بایست 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، فرصت‌های عادلانه‌ای 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 ظرفیت‌ها محروم گردد، البته این به شرطی محقق خواهد شد که موانع بر سر راه آن، قابل اجتناب باشند. بنابراین عدالت در سلامت با ایجاد فرصت‌های برابر برای برخورداری از سلامت کامل مرتبط بوده و تفاوت‌های سلامتی را به پایین‌ترین سطح ممکن تنزل خواهد داد.

وجود نابرابری‌های گسترده در توزیع درآمد، شغل، تحصیلات و ... نه تنها می‌تواند منجر به بروز فقر و ایجاد شکاف بیش تر در طبقات جامعه شود بلکه می‌تواند بر روی سلامت افراد و سلامت کل جامعه تاثیر گذار باشد. نابرابری‌های 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 شاخص‌های سلامت و توسعه اجتماعی اقتصادی می‌گردد.

اکثر عوامل ایجاد کننده بی‌عدالتی‌ها در سلامت در بخش‌های مختلف اجتماعی پراکنده می‌باشند. بنابراین لازم است که در سیاست گذاری‌ها به همه بخش‌های مرتبط توجه شود و تاثیرات احتمالی سیاست‌های آن‌ها بر سلامت، خصوصاً بر سلامت آسیب پذیرترین گروه‌ها در اجتماع، ارزیابی گردد و سپس بر اساس آن، سیاست‌ها و برنامه‌ها هماهنگ گردند. اما گاهی اوقات سیاست گذاران درکی که از

سلامت دارند عمدتاً در حد توجه به خدمات پزشکی است و بنابراین ارتباط زیادی بین مسئولیت‌های خود و سلامت نمی‌یابند. این وظیفه بخش سلامت است که آن‌ها را آگاه نماید.

تصدیق وجود مشکل و تضمین اندازه‌گیری نابرابری در سلامت و نشان دادن بی عدالتی‌های آن یکی از اقدامات حیاتی در این راستا می‌باشد. در حال حاضر در دنیا شواهد کافی برای اقدام در زمینه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت وجود دارد. اما گردآوری هرچه بیش تر شواهد کشوری در زمینه تاثیر عوامل اجتماعی بر سلامت مردم و نابرابری‌های سلامت نشأت گرفته از این عوامل در جامعه در جهت به تصویر کشیدن وضعیت عدالت در سلامت و بهره‌گیری از این شواهد در راستای تدوین سیاست‌ها و مداخلات از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در این خصوص باید زیر ساخت‌های 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 اثر بخشی روش‌های کاهش بی عدالتی‌های سلامت ضروری می‌باشد. اما متأسفانه، در حال حاضر اغلب تحقیقات سلامت صرفاً بر موضوعات بیومدیکال تمرکز نموده‌اند و توجه چندانی به عوامل اجتماعی اثر گذار بر سلامت ندارند.

کتاب حاضر نتیجه تحقیقات بیش از یک ساله تیمی از دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، کرمان و دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت شورای سیاست‌گذاری وزارت متبوع است که برای اولین بار به جای پرداختن به بررسی میزان‌های متوسط، نگاهی متفاوت به توزیع شاخص‌های سلامت در جامعه نموده است و از این جهت کاری نو و درخور توجه به شمار می‌رود. امید است نتایج حاصل از این تحقیق و تحقیق‌های مشابه راه‌گشای تامین شواهد در راستای سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌هایی در زمینه ارتقای عدالت در سلامت از طریق مداخله در عوامل اجتماعی تاثیر گذار بر آن باشد.

دکتر باقر لاریجانی

رییس شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بخش اول

نابرابری در سلامت و تاثیر عوامل اجتماعی

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

در سال‌های اخیر توزیع یکنواخت سلامت و دسترسی و بهره‌مندی یکسان از خدمات سلامت که از آن به عدالت در سلامت نام برده می‌شود در دستور کار جهانی قرار گرفته است. عدالت در سلامت به اجتناب از تفاوت‌های غیر ضروری و قابل پیشگیری و نیز ایجاد فرصت‌های 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 و ... دارد، بهترین راه دست‌یابی به عدالت در سلامت از طریق مقابله با عوامل ایجاد کننده آن شناخته شده است.

جمهوری اسلامی ایران از بدو تاسیس 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 ارتقای عدالت و رفع محرومیت در جامعه قرار داده است. در این راستا، کلیه قوانین کشور شامل قانون اساسی، سند چشم‌انداز، برنامه‌های پنج ساله توسعه ای کشور بر این مهم تاکید نموده‌اند.

همچنین در این سه دهه اقدامات اساسی در جهت نیل به هدف مبارزه با بی‌عدالتی‌ها انجام شده است که از آن جمله می‌توان به فعالیت‌ها و اقدامات انجام شده در راستای رفاه اجتماعی و فقر زدایی، دسترسی به فرصت‌های شغلی، تحصیلات، مسکن و اقدامات در جهت کاهش محرومیت روستاهای کشور و کاهش فاصله‌های استانی اشاره کرد.

تاکنون مستندات بسیاری در کشور تالیف شده است که نشان دهنده ارتقای شاخص‌های سلامت جامعه در دهه‌های اخیر می‌باشند ولی شاید کم‌تر مطلب مستند و منسجمی تالیف شده است که نشان دهد در این مدت نحوه بهره‌مندی زیرگروه‌های مختلف جامعه از این ارتقاء چه بوده است. بر این اساس در این فصل سعی خواهد شد تا توزیع شاخص‌های مختلف سلامت در زیرگروه‌های مختلف مورد بررسی قرار گیرد و در مواردی که اطلاعات کافی وجود دارد نشان داده شود که آیا میزان بهره‌مندی در زیرگروه‌های مختلف تغییر محسوسی در طول زمان داشته است یا خیر.

برای درک بهتر و روان‌تر شدن مطلب، مهم‌ترین عوامل احتمالی موثر در بروز نابرابری در این مجموعه جنسیت، زندگی در شهر و یا روستا، زندگی در استان‌های مختلف کشور، سطح سواد و همچنین دهک‌های اقتصادی در نظر گرفته شده و اطلاعات موجود در هر یک از این زیر گروه‌ها مورد تحلیل قرار گرفته است.

از آن جایی که سلامت به شدت تحت تاثیر عوامل اقتصادی و اجتماعی است لذا در این فصل در خصوص میزان ناهمگنی توزیع چنین متغیرهایی نیز مطالبی آورده شده است که قطعاً به صورت مستقیم و غیر مستقیم سلامت مردم را نیز تحت الشعاع قرار می‌دهد. از مهم‌ترین متغیرهای عمومی می‌توان به میزان سواد و میزان درآمد اشاره نمود، به همین دلیل در اکثر زیرفصل‌های این گزارش به این متغیرها و توزیع آن‌ها در جامعه توجه شده است.

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 گردیده است تا فقط به تعداد محدودی از این متغیرها بسنده شود تا ما را در به تصویر کشیدن میزان بی‌عدالتی در سلامت راحت‌تر هدایت نموده و از ارایه 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 بیماری‌ها (Burden of Diseases) از جمله متغیرهایی هستند که به شکل موثری می‌توانند برآیند بسیاری از متغیرهای خرد سلامت را به تصویر بکشند و لذا آوردن چنین متغیرهایی بهتر و جامع‌تر می‌تواند وضعیت سلامت و میزان نابرابری در آن را بیان نماید.
۲. در دسترس بودن اطلاعات معتبر در سطح کشور و به تفکیک زیر گروه‌های مورد توجه در این کتاب؛ مسلماً برای ارایه 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 دقیق‌تر نتایج از زاویه این کتاب بپردازند.
۳. ترجیحاً اطلاعاتی مورد استفاده قرار گرفت و متغیرهایی توضیح داده شدند که اطلاعات آن‌ها در بستر زمان در دو سه دهه اخیر بیش‌تر در دسترس باشد و از نظر تعریف و شیوه سنجش کم‌ترین تغییر را به خود دیده باشند. 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 بیش‌تر توجه شد که در سطح دنیا و از دیدگاه عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (SDH) مورد توجه هستند.

الف . مقایسه شاخص‌ها در زنان و مردان

جنسیت معمولاً یکی از مهم‌ترین 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 سال‌های اول عمر شروع می‌گردد. در ادامه شما با بعضی از مهم‌ترین شاخص‌های مرتبط با سلامت در زنان و مردان آشنا و ضمن مطالعه آن اطلاعاتی در خصوص تفاوت‌های مربوطه و روند تغییرات آن‌ها در سال‌های اخیر خواهید یافت.

شاخص‌های عمومی

با وجود اطلاعات متنوع و زیاد در خصوص تفاوت‌های دو جنس و روند تغییرات آن‌ها در دو دهه گذشته، در این قسمت به دو دسته از شاخص‌های 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 شاخص‌های عمومی را تحت تاثیر قرار خواهد داد. لذا تحلیل این دو شاخص اصلی احتمالاً ما را از پرداختن به سایر شاخص‌های خرد و جزئی بی‌نیاز می‌کند.

بنا بر 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

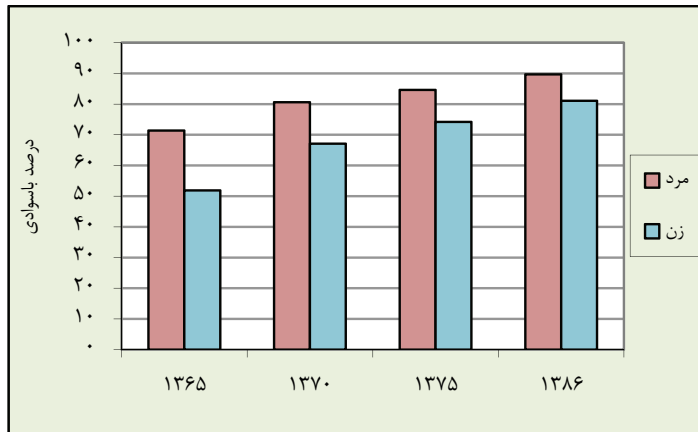
سال ۲۰۰۸/۲۰۰۷ هشتاد و هفتم (مقدار شاخص=۰/۳۴۷) در بین ۹۳ کشوری که اطلاعات آنها موجود بوده است گزارش شده است (۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵). برخی از پارامترهایی که در محاسبه این شاخص‌ها استفاده شده‌اند عبارتند از: امید زندگی در بدو تولد، نسبت باسوادی بزرگسالان، تخمین درآمد سالانه زنان و مردان، سهم زنان از صندلی‌های مجلس، سهم زنان از حکومت در سطح وزارت، سهم زنان از مقام‌های 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 فعالیتهای اقتصادی مشترک خانوادگی، سال کسب حق رای توسط زنان و سال حضور اولین نامزد زن در انتخابات. پر واضح است که اولاً تغییرات چنین شاخص‌های مهم و ترکیبی در طی یک سال و دو سال محسوس نیست و با برنامه‌ریزی بایست در میان مدت و بلند مدت در ارتقا آن گام برداشت و همچنین طبیعی است که به دلیل کمبود و یا سانسور اطلاعات در بسیاری از کشورهای در حال توسعه و یا توسعه نیافته، رتبه بندی این شاخص‌ها ناقص بوده و لذا این کشورها در رتبه‌بندی وارد نمی‌شوند. به همین دلیل اگرچه رتبه ایران در جایگاه نه چندان مناسبی در این رتبه-بندی قرار دارد و باید برای اصلاح آن اقدام نمود ولی این نتیجه‌گیری که ایران در مرتبه‌های پایین بین‌المللی قرار دارد نیز غیر دقیق است.

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

در ادامه روند تغییرات برخی از این شاخص‌ها را با جزئیات بیش‌تر دنبال خواهیم کرد.

سواد و تحصیلات

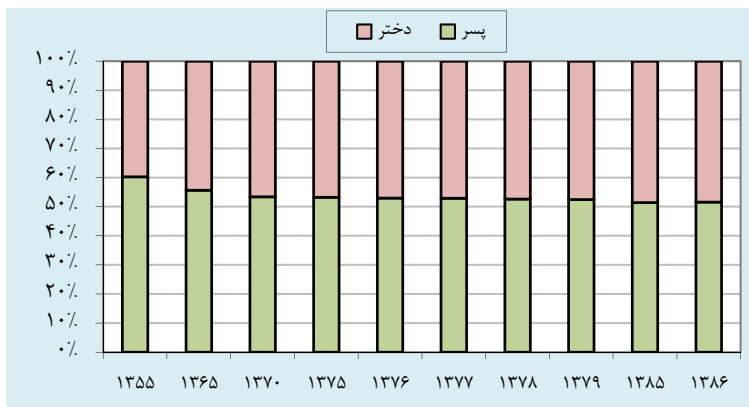
سواد پایه به عنوان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های توانمندی و توسعه محسوب می‌شود. افراد بی-سواد به صورت فاحشی کم‌تر می‌توانند از خدمات جامعه بهره‌مند و از مزایای یک زندگی مناسب استفاده نمایند. در سال‌های اخیر رشد باسوادی در کشور بسیار سریع بوده و خوشبختانه تفاوت‌های موجود در نرخ باسوادی زنان و مردان نیز روندی رو به کاهش داشته است به گونه‌ای که در سال ۱۳۶۵ زنان حدود ۲۰٪ کمتر از مردان از نعمت سواد برخوردار بوده‌اند ولی در سال‌های اخیر این تفاوت به حدود ۸٪ رسیده است. با توجه به نرخ رشد بالاتر باسوادی زنان در این دوره نسبت به نرخ رشد باسوادی مردان، امید آن می‌رود طی سال‌های آتی میزان اختلاف موجود کاهش بیش‌تری بیابد (۶، ۷).



نمودار ۱: میزان باسوادی در جمعیت ۶ ساله و بالاتر کشور برحسب جنس در سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۶

البته در بررسی نرخ رشد باسوادی جوانان (۲۴-۱۵ سال)، سرعت رشد باسوادی برای زنان جوان بسیار بالاتر از مردان جوان بوده‌است و در سال‌های اخیر شکاف موجود میان باسوادی زنان و مردان جوان به شدت کاهش یافته است به گونه‌ای که 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 دانش‌آموزان 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 می‌باشد^(۶، ۸) (نمودار ۲).

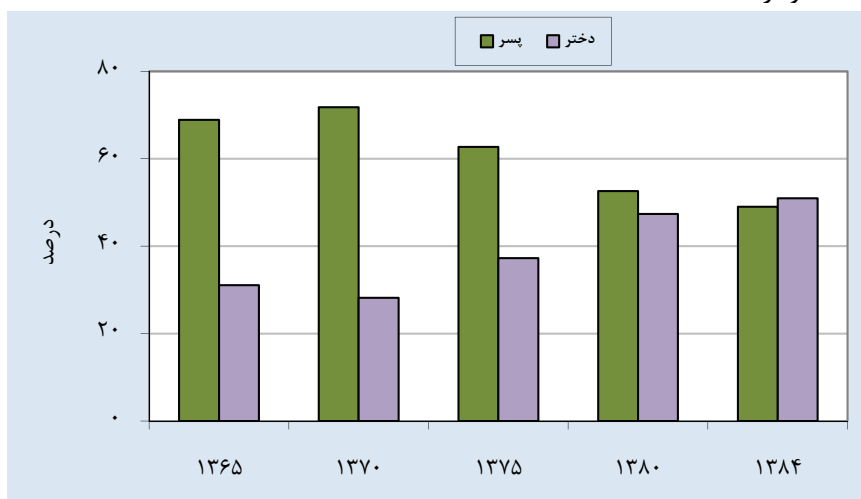


نمودار ۲: فراوانی نسبی جنسیت دانش‌آموزان ابتدایی در سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۶

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 پیش‌دانشگاهی در این دوره ۱۰ ساله بسیار جالب است؛ همواره سهم دختران دانش‌آموز در این مقطع بیش‌تر از پسران بوده است و در این دوره زمانی با رشد ۱۵ درصدی از ۵۴/۵ درصد در سال ۱۳۷۶ به ۶۲ درصد در سال ۱۳۸۵ رسیده‌است (۱۱،۷،۶).

تحصیلات عالی

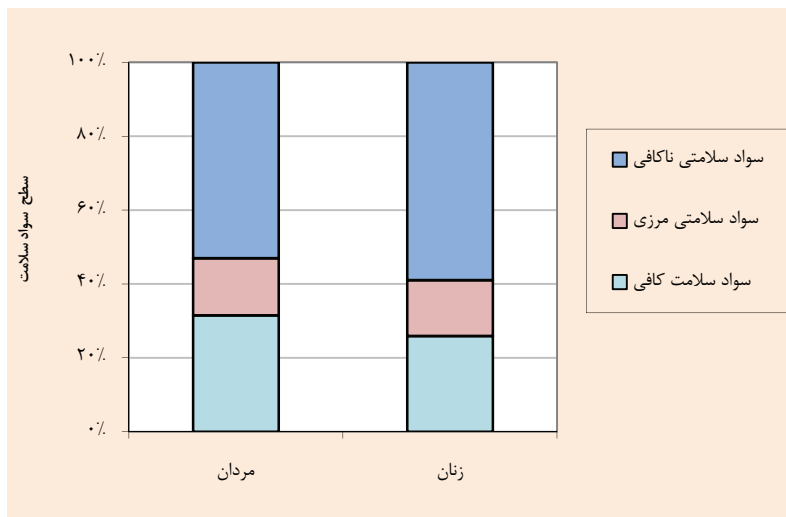
رشد افزایش شرکت دختران در کنکور سراسری و نیز قبول شدگان نهایی آنان در سال‌های اخیر رشد قابل ملاحظه‌ای داشته‌است. به عنوان مثال دختران شرکت‌کننده در کنکور سال ۱۳۷۸، ۵۳/۹ درصد کل و ۵۷/۲ درصد قبول شدگان نهایی را تشکیل می‌دادند. همچنین تعداد دانشجویان پسر از ۱۲۵۳۲۷ نفر در سال ۱۳۶۵ به ۱۰۳۷۹۰۸ نفر در سال ۱۳۸۴ 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 دانشگاه‌های 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 (نمودار ۳) (۸،۶).



نمودار ۳: فراوانی نسبی دانشجویان در سال‌های 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 پایین‌تر از سواد سلامت در مردان بوده است (نمودار ۴). 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 بیش‌تری نسبت به مردان دارند. ترکیب این یافته با یافته‌های قبلی که نشان می‌داد تحصیلات زنان با سرعت بسیار زیاد در حال ارتقاء است، نشان می‌دهد که احتمالاً در آینده نزدیک سواد سلامت کلی زنان بیش‌تر از مردان خواهد شد^(۱۲).

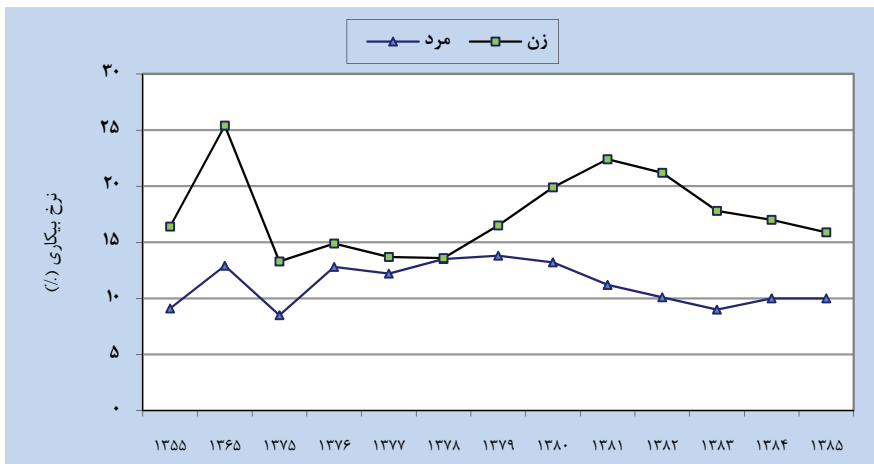


نمودار ۴: سطح سواد سلامت به تفکیک جنس در افراد بالای ۱۸ سال (۱۳۸۵)

میزان بیکاری و اشتغال

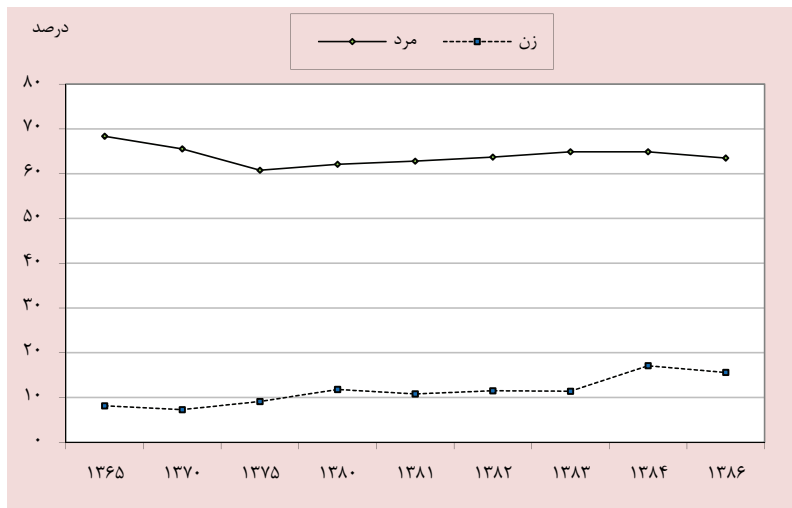
قبل از پرداختن به جزئیات تفاوت‌های دو جنس در بحث اشتغال، باید از دید اجتماعی و فرهنگی در جامعه ایران و حتی جهان، به مسئله شغل زنان به عنوان یک راه کسب درآمد در کنار سایر مسئولیت‌های زن در جامعه و خانواده نگاه کرد و به راحتی نمی‌توان گفت که در صورت برابری کامل این شاخص در بین زنان و مردان، به بهترین وضعیت 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 مسئولیت‌های 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 تامین 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 داده شده است.

شغل و به طبع آن کسب درآمد به شکل بسیار موثری می‌تواند شاخص‌ها و استانداردهای زندگی را افزایش و به صورت مستقیم و غیر مستقیم به ارتقای سلامت منجر شود. **Error! Reference source not found.** نشان می‌دهد که در سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵، نرخ بیکاری در زنان به طور بیش از مردان بوده است و تنها در سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۷۸ نرخ بیکاری در دو جنس بسیار به هم نزدیک بوده است. حداکثر تفاوت نرخ بیکاری بین دو جنس در سال‌های ۱۳۶۵ و ۱۳۸۱ بوده است که نرخ بیکاری در زنان به ترتیب ۱۲/۳٪ و ۱۱/۲٪ بیش از مردان بوده است (۷۸، ۶).



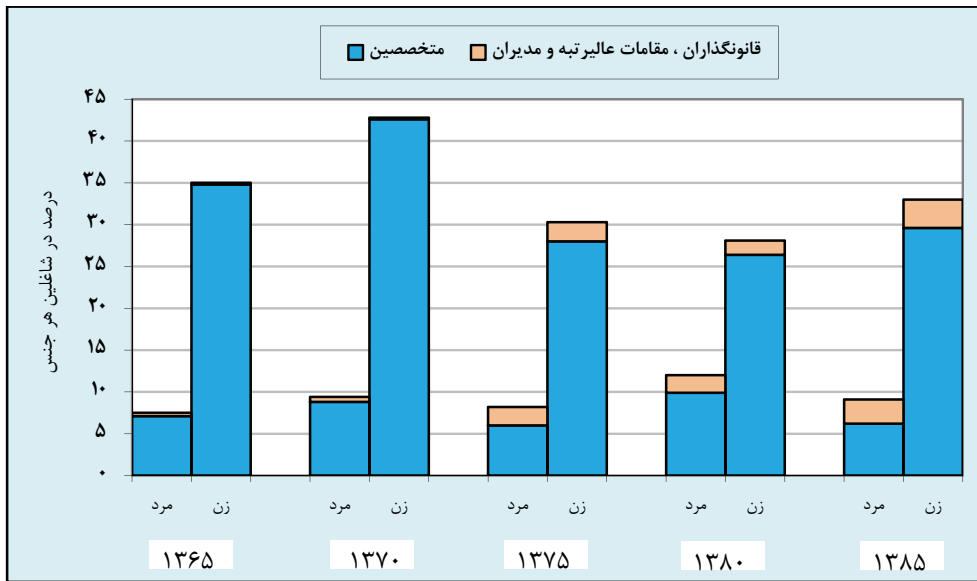
نمودار ۵: نرخ بیکاری جمعیت ۱۰ ساله و بیش‌تر به تفکیک جنس در سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵

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 سال‌های گذشته، حاکی از روند مثبت شاخص‌ها در بازار کار زنان می‌باشد.



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

در مقایسه حضور زنان و مردان در مشاغل فنی و تخصصی ملاحظه می‌شود که سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵، بیش از یک‌چهارم زنان شاغل، کارکنان فنی و تخصصی بوده‌اند در حالی که این سهم برای مردان شاغل، حداکثر ۱۰ درصد بوده است. قابل توجه این که درصد کارکنان عالی رتبه، قانون‌گذاران 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^(۷، ۸) (نمودار ۷).



نمودار ۷: درصد اشتغال به کار برخی از گروه‌های اصلی شغلی برحسب جنس در سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵

بر اساس 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 ۲۰۰۷-۲۰۰۸ برابر با ۰/۳۹ ذکر شده است؛ که حکایت از رشد درآمد زنان حتی در این مدت کوتاه دارد (۵، ۳۴).

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، شاخص‌های 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؛ در حالی 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 فعالیت‌های زنان در تولید ملی هم به نحو چشمگیری افزایش می‌یابد و تفاوت‌های بین دو جنس از بعد درآمدی و کارهای مولد کم‌تر خواهد شد (۹).

تامین اجتماعی

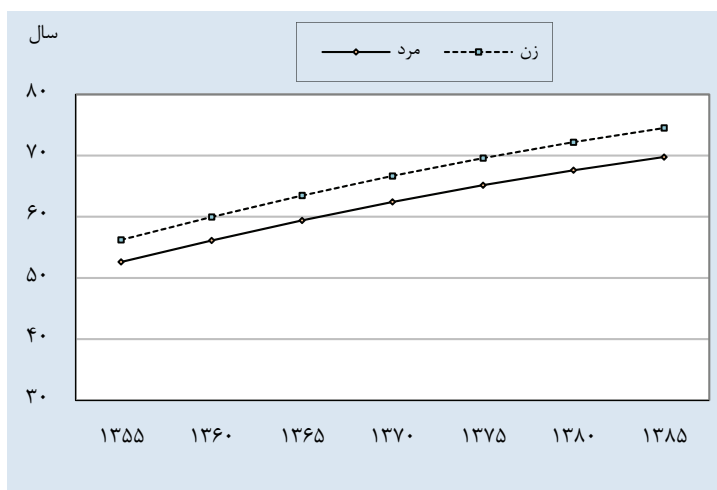
بر اساس اطلاعات موجود در طول برنامه ۵ ساله بر تعداد بیمه شدگان مرد تامین اجتماعی ۱۹ درصد اضافه شده اما این رشد برای زنان بیمه شده بیش از ۳۷ درصد بوده است. بیشترین رشد در بیمه‌های اجباری است که نشان دهنده بهبود ساختار شغلی زنان از حیث تحت پوشش قرار گرفتن در جامعه است. همچنین رشد ۳ درصدی بیمه‌های اختیاری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

شاخص‌های سلامت

در این قسمت به تفاوت‌های دو جنس در چندین شاخص مهم مرتبط به سلامت اشاره خواهد شد. شناخت این تفاوت‌ها و تحلیل عمیق آن‌ها به شکل بسیار موثر می‌تواند نشان دهنده شدت و دلایل بروز نابرابری جنسی باشد و راهکارهای موثری برای کاهش آن‌ها ارائه دهد. در این قسمت به مهم‌ترین شاخص‌های سلامت شامل امید زندگی، مرگ و میر و علل آن، سال‌های از دست رفته عمر به علت بیماری و ناتوانی و شاخص‌های مربوط به بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی اشاره خواهد شد.

امید زندگی

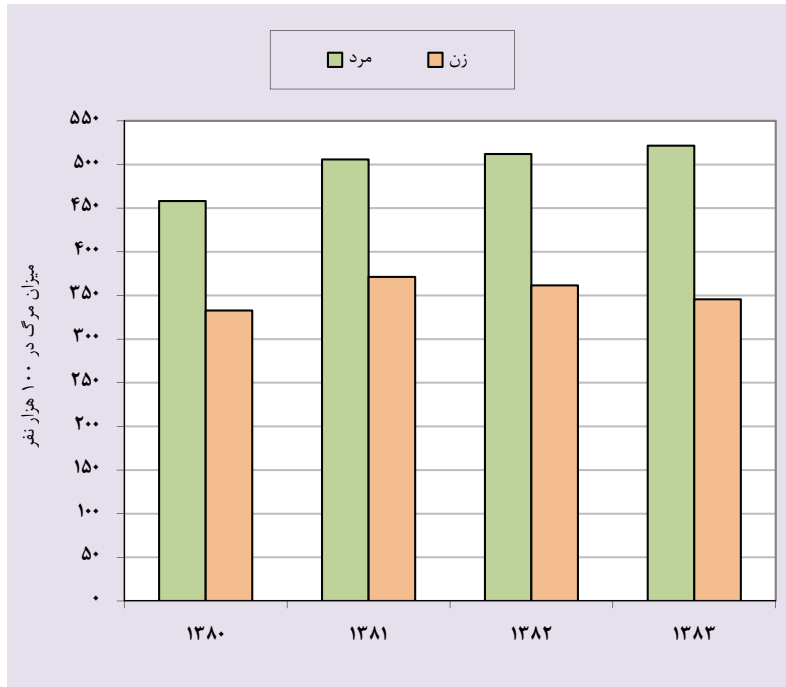
نرخ امید زندگی در دوره زمانی سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵ برای مردان و زنان ۳۲/۵ درصد رشد داشته‌است. در سال ۱۳۸۵ امید زندگی مردان برابر ۶۹/۷۷ سال و امید زندگی زنان برابر ۷۴/۵۱ سال می‌باشد که نشانگر اختلافی معادل ۴/۷۴ سال میان امید زندگی زنان و مردان می‌باشد^(۱۳)



نمودار ۸: روند تغییرات امید زندگی بر حسب جنس در سال‌های 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 میزان‌های اختصاصی مرگ در گروه‌های 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 خانم‌ها 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 در خصوص نرخ مرگ و میر بسیار کوتاه است و برای تحلیل دقیق‌تر باید زمان بیش تری سپری گردد ولی به دلیل آن که نرخ مرگ و میر از جمله شاخص‌های بسیار مهم سلامت محسوب می‌گردد، با وجود محدود بودن مستندات در این خصوص در سال‌های قبل، ارایه نتایج همین سه سال نیز مغتنم شمرده می‌شود و بر اساس این نتایج به دلیل تفاوت قابل ملاحظه در میزان مرگ و میر زنان و مردان، احتمالاً مردان در جامعه ایرانی از سلامت نسبی کم تری برخوردار هستند.



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

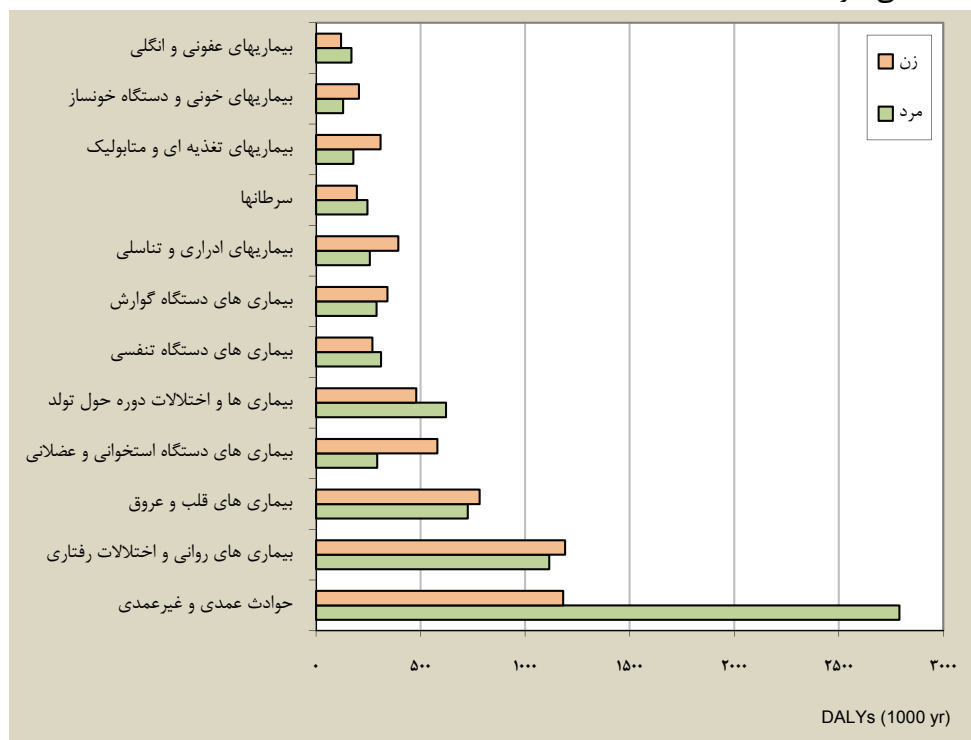
افزایش مرگ و میر در مردان عمدتاً به دلیل افزایش مرگ و میر ناشی از تصادفات و حوادث حمل و نقل بوده که به واسطه نوع شغل، این افزایش در مردان بسیار واضح‌تر می‌باشد. در مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی، تفاوت بین دو جنس بسیار قابل ملاحظه بوده و مردان بیش از زنان در معرض خطر می‌باشند.

بار بیماری‌ها

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

بار بیماری‌ها و آسیب‌ها 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 تفاوت‌های دو جنس در خصوص "سال‌های تعدیل شده عمر در اثر ناتوانی" (Disability Adjusted life

"سال‌های از دست رفته زندگی به علت مرگ زودرس" (YLL: Years of Life Lost) و "سال‌های سپری شده با ناتوانی" (YLD: Years Lived with Disability) 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 بیماری‌ها در طبقات مختلف بیماری‌ها بر اساس تقسیم‌بندی ICD در نمودار زیر مشاهده می‌شود (۱۸).



نمودار ۱۰: مقایسه بار بیماری‌ها در طبقات مختلف ICD به تفکیک دو جنس در ۱۳۸۲

همان گونه که ملاحظه می‌شود بار بیماری‌های ناشی از حوادث، سرطان ها، بیماری‌های تنفسی، عفونی و اختلالات حول تولد در مردان بیش از زنان است. در خصوص حوادث عمدی و غیر عمدی 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 بیماری‌های روانی، قلبی عروقی، استخوانی و عضلانی، ادراری تناسلی، تغذیه ای، بیماری‌های خونی و بیماری‌های گوارش در زنان بیش از مردان است؛ که در این

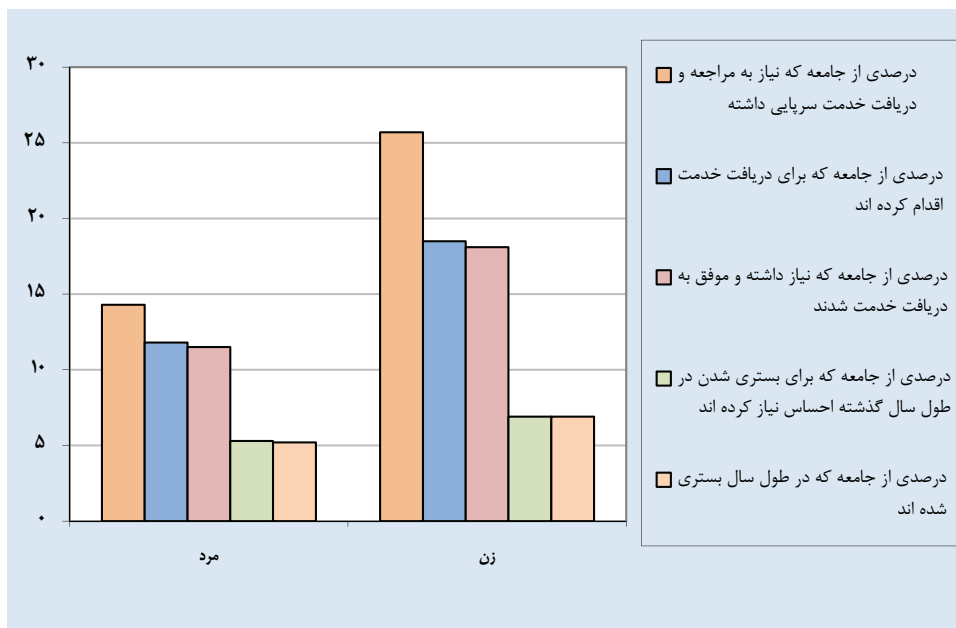
میان بار بیماری‌های اسکلتی عضلانی زنان حدود ۲ برابر بار آن در مردان است.^(۱۸) به عنوان مثال شیوع استئوآرتریت در حداقل یکی از مفاصل بدن، در زنان بیش از ۱/۷ مردان می‌باشد و نیز شیوع کمر درد در زنان بیش از ۱/۸ برابر مردان می‌باشد.^(۱۹) شیوع فشار خون نیز در زنان ایرانی کمی بیش از شیوع آن در مردان گزارش شده 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 مهم‌ترین فاکتورهای خطر بسیاری از بیماری‌ها می‌باشد، وضعیت در مردان به مراتب خطرناک‌تر است. به گونه‌ای 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 بیماری‌های غیر واگیر" در سال ۱۳۸۴ حکایت از شیوع ۲۶/۶ درصدی سیگاری‌های فعال در جمعیت مردان ۱۵ تا ۶۵ سال و شیوع ۴/۲ درصدی سیگاری‌های فعال در جمعیت زنان در همان سنین دارد.^(۲۲)

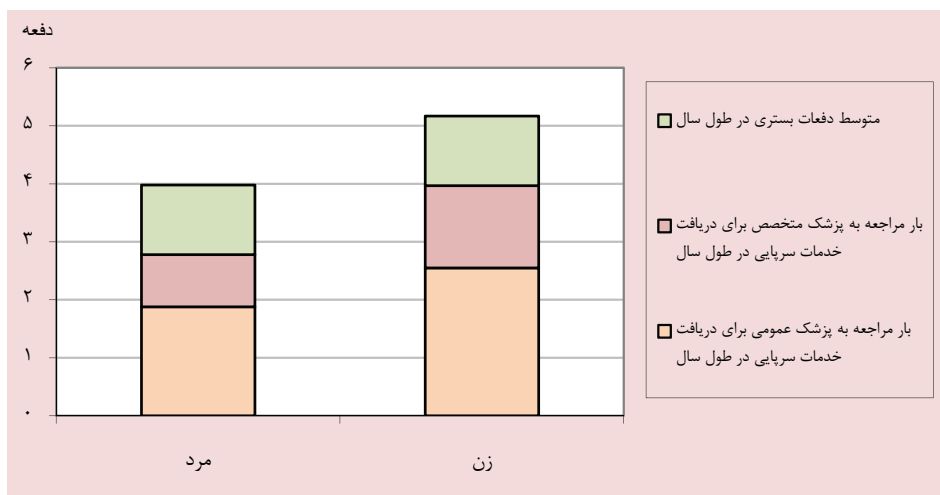
در مجموع و به عنوان نتیجه‌گیری می‌توان بیان نمود که با توجه به مرور شواهد موجود به نظر می‌رسد در حالی که زنان بیش از مردان عمر می‌کنند و مرگ و میر کم‌تری دارند، ولی به دلیل عوارض ناتوان‌کننده بیماری‌ها، که ناشی از شیوع بالاتر بیماری‌های روانی و مشکلات جسمی مزمن مانند بیماری‌های متابولیک و استخوانی عضلانی در آن‌ها می‌باشد؛ احتمالاً از کیفیت زندگی پایین‌تری 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 در حالی که زنان حدود ۳۵ تا ۵۵ درصد بیش از مردان به این ۲ گروه از پزشکان مراجعه می‌کنند. با توجه به شیوع بیش‌تر بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده در زنان و متعاقب آن نیاز بیش‌تر زنان برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی، این مسئله گویای وجود عدالت افقی است. در خصوص دریافت خدمات بستری نیز، زنان بیش از مردان احساس نیاز و دریافت خدمات داشته‌اند.^(۲۳)

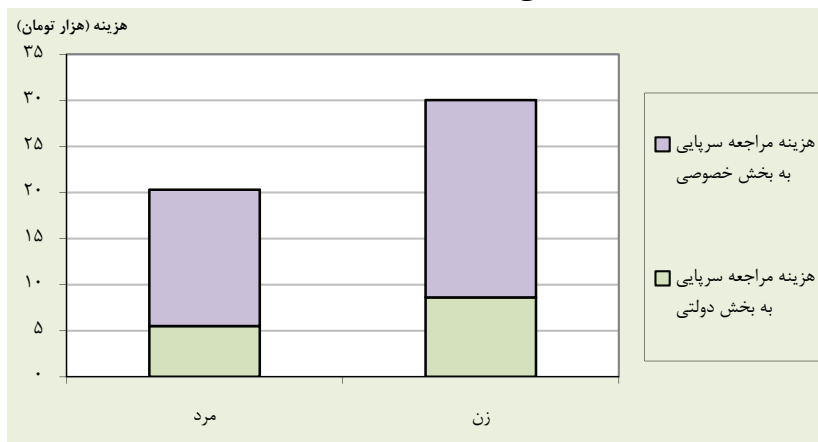


نمودار ۱۱: بهره مندی از خدمات بهداشتی و درمانی سرپایی و بستری به تفکیک دو جنس



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 بستری هزینه می‌پردازند که با توجه به بار مراجعه بیش‌تر زنان برای دریافت خدمات قابل انتظار می‌باشد^(۳۳).



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

نتیجه‌گیری

تجربیات بین‌المللی نشان می‌دهد که پیشرفت و ارتقای عدالت جنسیتی زمینه‌ساز دستاوردهای توسعه‌ای بوده، به طوری که خود موجب تقویت استانداردهای زندگی در همه ابعاد زندگی از جمله در بخش سلامت شده‌است. روند تغییرات شاخص‌های 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 در حال کاهش می‌باشد و شاخص‌های مربوط به آموزش در زنان بهبود قابل توجهی را نشان می‌دهد. از آن مهم‌تر 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، خانه‌داری و مخصوصاً تربیت فرزندان که در فرهنگ ایرانی اسلامی مهم‌ترین وظیفه آنان می‌باشد به عنوان شغل محاسبه نگردیده است. با این توصیف در مجموع در ایران در خصوص 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 شاخص‌های سلامت، گرچه اطلاعات در طول زمان (longitudinal) قابل استناد برای قضاوت در خصوص روند تغییرات شیوع بیماری‌ها 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 شاخص‌های سلامت تغییر قابل ملاحظه‌ای نیافته است 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 آسیب‌های کشنده‌تر هستند در صورتی که در زنان بیماری‌های ناتوان کننده مزمن سهم بیش تری از DALYs را به خود اختصاص می‌دهند. این تفاوت‌ها باید در رویکردهای ارائه خدمات پیشگیری و درمانی بیش از پیش در نظر گرفته شود. نکته‌ای که در برنامه‌ریزی‌های سلامتی باید به آن توجه بیش تری 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 شاخص‌های عمومی در حال 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 شاخص‌های مهم سلامت وضعیت مطلوب‌تری دارند. البته در مورد شاخص‌های سلامت نمی‌توان قضاوت یک سویه‌ای به نفع وضعیت مطلوب‌تر در هریک از دو جنس داشت. در حالی 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 بیماری‌های مزمن رنج می‌برند که احتمالاً در طول زمان این فاصله نیز در حال افزایش است و به همین دلیل میزان بهره‌مندی زنان از خدمات سلامت نیز بیش‌تر است.

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

ب. مقایسه شاخص‌ها در مناطق شهری و روستایی

در ایران به صورت تاریخی درجه محرومیت ساکنین روستاها بیش‌تر بوده‌است. به همین دلیل عمدتاً شاخص‌های سلامت و رفاه اجتماعی در مناطق روستایی پایین‌تر و ساکنین روستایی از خدمات کم‌تری برخوردار می‌شوند. در این قسمت نیم‌رخ تفاوت‌های افراد ساکن در روستا و شهر با هم مقایسه و روند تغییر این تفاوت‌ها 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 اشاره شده ولی به نظر می‌رسد بر اساس 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 شاخص‌های سلامت روستاییان را به شدت افزایش دهد. البته در همین زمان جهادسازندگی نیز با تقویت زیرساخت‌های روستاهای کشور مانند تسهیل دسترسی آن‌ها به جاده، آب سالم و برق سهم به‌سزایی در بهبود استانداردهای زندگی در روستاها داشت و نهضت سوادآموزی و مدارس روستایی به شدت سطح سواد را در این مناطق ارتقاء داد. در سال‌های 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 سال‌های آینده بروز خواهد یافت.

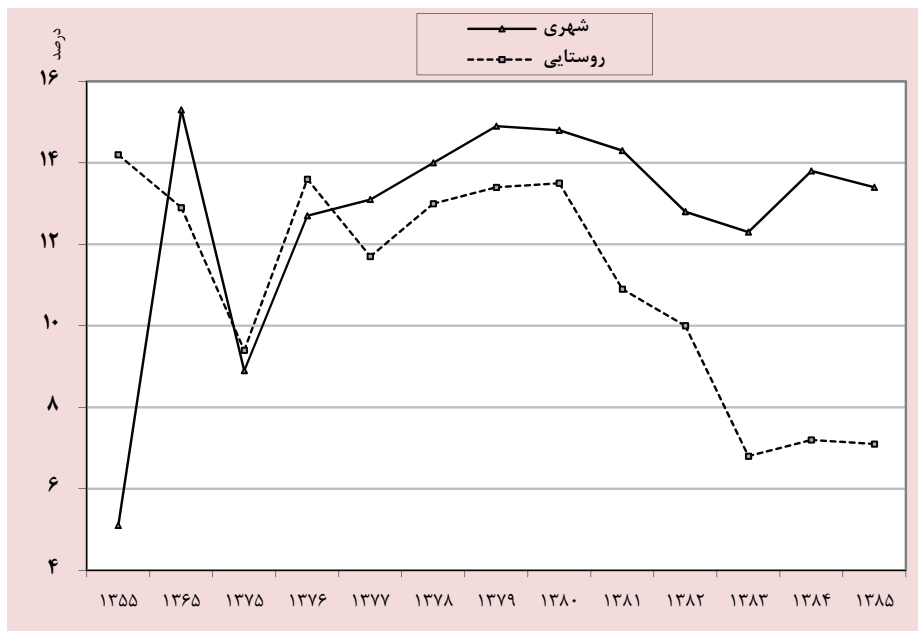
با این توضیحات، در این فصل سعی شده تا از مستندات آماری مربوط به تفاوت‌های شهرها و روستاها استفاده شود و نیم‌رخی واضح از اتفاقات سال‌های گذشته و وضعیت فعلی ارایه گردد.

شاخص‌های عمومی

با وجود اطلاعات متنوع و زیاد در خصوص تفاوت‌های شهر و روستا و روند تغییرات آن‌ها در دو دهه گذشته، در این قسمت شاخص‌های 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 سال‌های ۱۳۶۵، ۱۳۷۶ و ۱۳۸۰ حدود ۱۳ درصد بوده است، پس از آن سیر نزولی داشته و در سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۵ حدود ۵۰ درصد کاهش داشته است اما در جوامع شهری در فاصله سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۵ نرخ بیکاری بالای ۱۲ درصد و گاه به ۱۵ درصد نیز رسیده است. در مجموع به نظر می‌رسد شهرها و روستاها از نظر نرخ بیکاری، در حال فاصله گرفتن از یکدیگر می‌باشند^(۶، ۷) (نمودار ۱۴).



نمودار ۱۴: نرخ بیکاری جمعیت ۱۰ ساله و بیش تر به تفکیک مناطق شهری و روستایی در سال‌های 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 سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵ نشان می‌دهد که در این مدت گرایش ایجاد فرصت‌های شغلی به سمت مناطق شهری بوده به طوری که تعداد فرصت‌های 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 بوده است که نشان دهنده نابرابری شدید اشتغال بین مناطق شهری و روستایی می باشد^(۳۴).

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

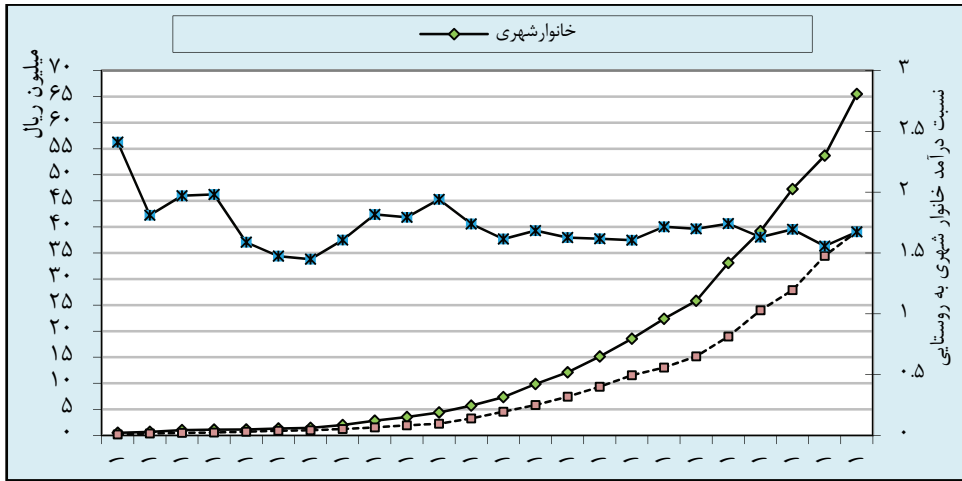
(واحد: هزار نفر)

تغییرات ۸۵-۱۳۶۵	۱۳۸۵	۱۳۷۵	۱۳۶۵	۱۳۵۵	
۸۰۹۳	۱۴۰۴۶	۸۸۶۱	۵۹۵۳	۴۱۱۳	شهری
۱۴۴۰	۶۴۲۸	۵۷۱۱	۴۹۸۸	۴۶۸۷	روستایی

درآمد و هزینه

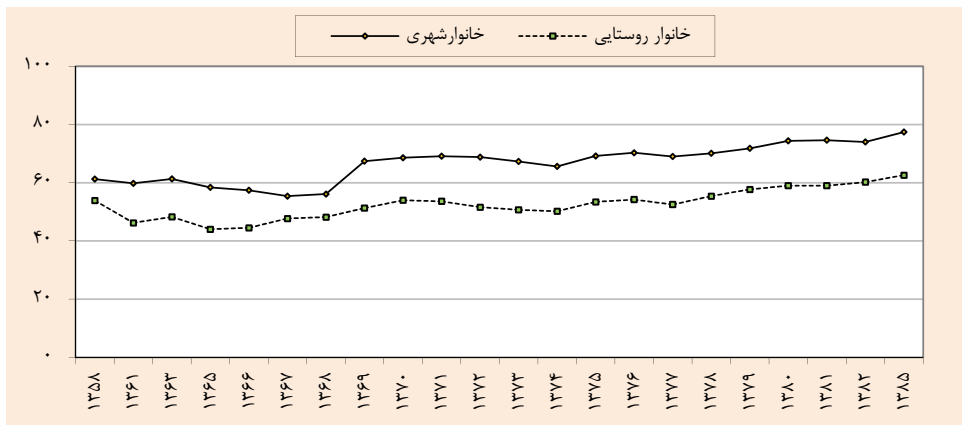
نمودار ۱۵ میزان تغییرات درآمد خانوارهای شهری و روستایی را در سه دهه گذشته نشان می‌دهد. همان گونه که ملاحظه می‌گردد رشد درآمد به خصوص از سال‌های ۱۳۷۵ به بعد بسیار مشهود بوده، و با گذشت زمان فاصله دو نمودار شهری و روستایی بیش‌تر و بیش‌تر شده است. البته نسبت درآمد خانوارهای روستایی به شهری در طول مدت مذکور تقریباً ثابت بوده است و در کل تقریباً درآمد یک خانوار روستایی حدود ۴۵٪ خانوار شهری است^(۳۶، ۳۷).

البته باید دقت شود که تفسیر این نمودار بدون در نظر گرفتن نرخ تورم و همچنین هزینه‌های خانوار کامل نخواهد بود. مسلماً زندگی در شهرها هزینه‌های زیادی مانند هزینه مسکن بر افراد تحمیل می‌کند که تاثیر 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 سال‌های اخیر تغییر محسوسی نیافته است. ولی این که این میزان درآمد می‌تواند نیازهای اولیه خانوارهای روستایی را تامین کند یا خیر سوال مهم دیگری است که باید به آن پرداخته شود.



نمودار ۱۵: درآمد سالیانه خانوارهای روستایی و شهری در سال‌های ۱۳۵۸ تا ۱۳۸۵

شاخص "سهم هزینه‌های غیر خوراکی در هزینه‌های 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 پایین‌تر خانوارهای روستایی باعث شده که حدوداً ۱۰٪ کمتر از خانوارهای شهری بتوانند درآمد خود را صرف هزینه‌های غیر خوراکی نمایند (نمودار ۱۶).



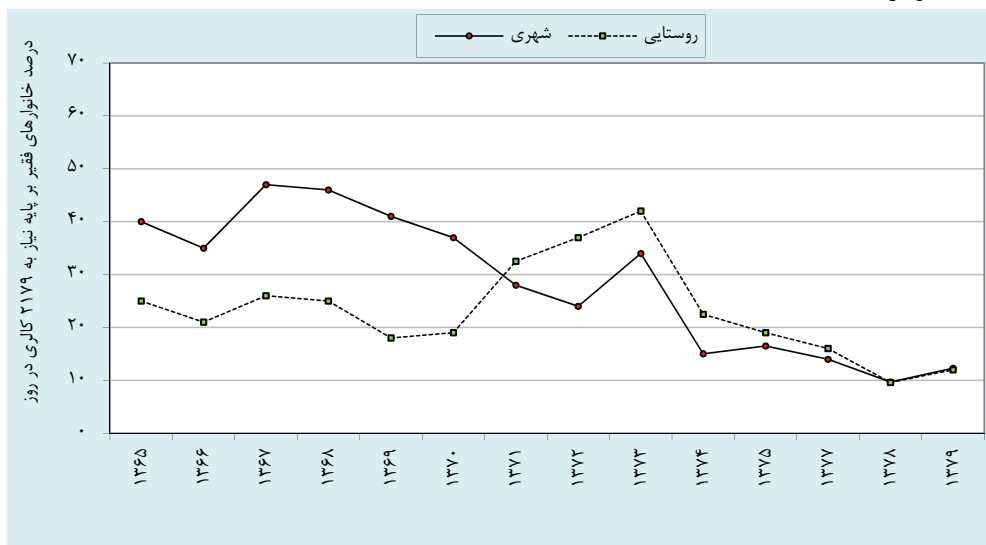
نمودار ۱۶: نسبت هزینه‌های غیر خوراکی به کل هزینه‌های سالیانه خانوارهای روستایی و شهری در سال‌های

۱۳۸۵ تا ۱۳۵۸

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 تامین 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 سال‌های ۶۹ تا ۷۳ بیش از ۱۰۰ درصد افزایش داشته و سپس سیر نزولی را طی کرده است. در مجموع در فاصله سال‌های 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 موثر بوده است^(۲۵). نکته قابل توجه این است که در سال‌های 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 در حالی 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 شده‌اند^(۲۵) (نمودار ۱۷).



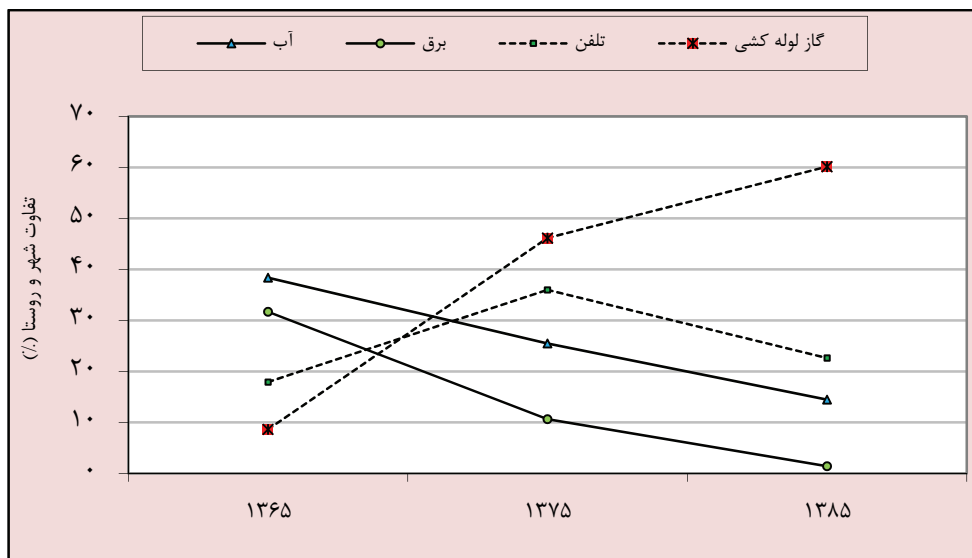
نمودار ۱۷: روند تغییرات درصد خانوارهای فقیر در مناطق شهری و روستایی بر پایه نیاز به ۲۱۷۹ کالری در روز در فاصله زمانی بین ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۹

اجتناب از پرداخت هزینه‌های غیر قابل تحمل (کمر شکن)، یکی از شاخص‌های عدالت در نظام مالی سلامت می‌باشد. هزینه‌های کمر شکن (Catastrophic) زمانی اتفاق می‌افتد که کل هزینه‌های سلامتی پرداخت شده از جیب خانوار برابر یا بیش از ۴۰٪ ظرفیت پرداخت خانوار یا مصارف غیر خوراکی 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 "هزینه‌های غیر قابل تحمل سلامتی" را ۴/۴ درصد افزایش می‌دهد^(۲۶). لذا می‌توان نتیجه گرفت که خانوارهای روستایی کمی بیش از خانوارهای شهری در معرض متحمل شدن هزینه‌های کمرشکن درمان بوده‌اند.

تسهیلات زندگی

طی ۲ دهه گذشته گام‌های مناسبی در برخورداری جامعه روستایی از امکانات مختلف زندگی نظیر آب آشامیدنی، برق، تلفن و ... برداشته شده است. این اقدامات خصوصاً در زمینه برق‌رسانی به روستاها بسیار قابل توجه می‌باشد به گونه‌ای که ۹۸/۳ درصد خانوارهای روستایی ساکن در واحد مسکونی در سال ۱۳۸۵ دارای برق بوده‌اند. همان گونه که در نمودار ۱۸ مشخص است، فاصله بین شهرها 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 شهرها و روستاها کماکان زیاد بوده و در خصوص بهره‌مندی از گاز لوله‌کشی شکاف بین شهر و روستا به شدت افزایش یافته است^(۲۷). همچنین سایر امکانات روستایی همچون دفع بهداشتی زباله و فاضلاب نیز در مقایسه با امکانات شهری در حد نازلی است^(۲۷).

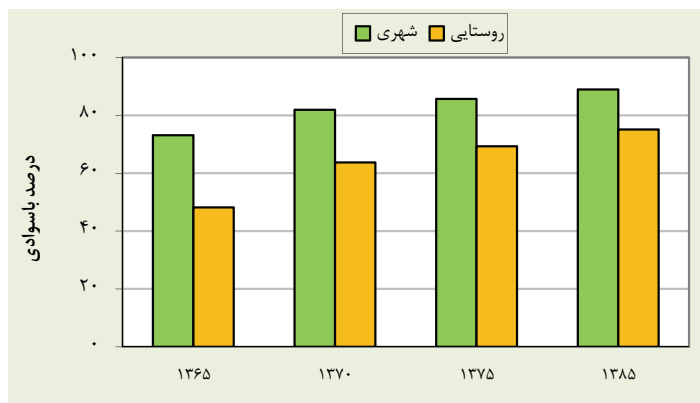
روشن است که ایجاد زیرساخت‌های لازم برای دسترسی مردم به این تسهیلات به خصوص در مناطق روستایی که جمعیت‌های بسیار کم و پراکنده را شامل می‌شوند بسیار دشوارتر از مناطق شهری است ولی از زاویه بحث این کتاب و تاکید بر برابری در برخورداری از امکانات باید تاکید شود که رشد متعادل زمانی است که علاوه بر ارتقای دسترسی،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



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

سواد

سواد از مهم‌ترین عوامل موثر بر سلامت افراد و جامعه می‌باشد که به لحاظ تعاملی که با سایر عوامل فرهنگی، اجتماعی و فردی دارد، نقش تعیین کننده‌ای در ارتقای سلامت به خود اختصاص داده است. 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 بوده است^(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 در حال 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 بیش تر در مناطق شهری و روستایی در سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵

سواد سلامت

در مطالعه انجام شده در جامعه شهری و روستایی ۵ استان کشور، سطح سواد سلامت دربالغین روستایی پایین تر از سواد سلامت در افراد بالای ۱۸ سال ساکن در شهرها بوده است^(۱۲) (نمودار ۲۰). همان گونه که این نمودار نشان می‌دهد در روستاها تقریباً کمی بیش از یک سوم شهرها افراد با سواد سلامت کافی که می‌توانند به درستی پیام‌های سلامتی را دریافت و درک نمایند، وجود داشته است. بر این اساس به نظر می‌رسد که فاصله بین شهرها و روستاها در سواد سلامت بسیار بیش تر از سواد عمومی است و برای ارتقای آن به کار و تلاش گسترده‌ای نیاز است.

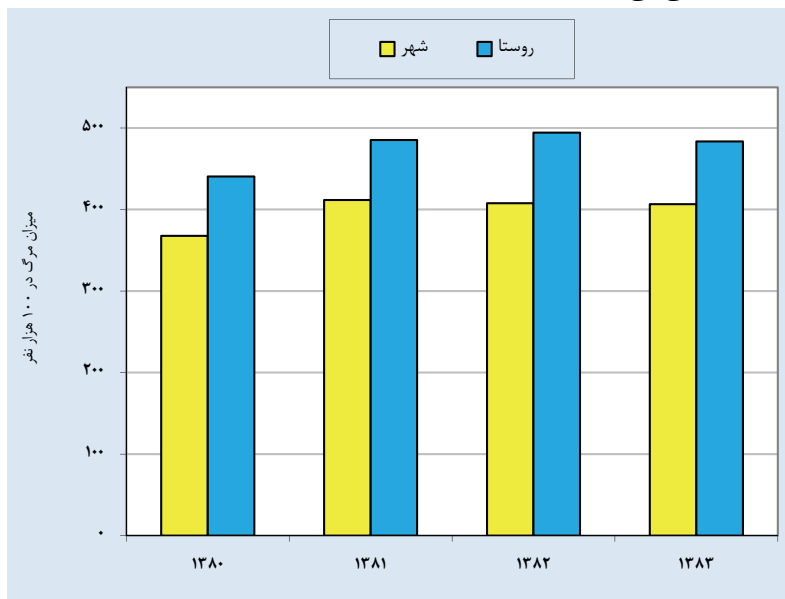


نمودار ۲۰: سطح سواد سلامت به تفکیک سکونت در شهر و روستا در افراد بالای ۱۸ سال در سال ۱۳۸۵

شاخص‌های سلامت

مرگ و میر

مقایسه میزان کلی مرگ در جامعه شهری و روستایی حاکی از بالاتر بودن آن در روستاها است (نمودار ۲۱). در مقایسه میزان مرگ در گروه‌های مختلف سنی در جوامع شهری و روستایی سال ۱۳۸۲ مشاهده می‌شود که میزان مرگ در روستا در همه زیر گروه‌های 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 (جدول ۲).^(۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴) لذا به نظر می‌رسد که زندگی در روستاها پرخطرتر بوده و تفاوت ملاحظه شده در تمام زیرگروه‌های سنی وجود دارد. چنین تفاوتی به خصوص در سنین پایین 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 گروه‌های سنی است و در عمل پیام یکسانی را در همه زیرگروه‌های سنی می‌توان درک نمود.



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

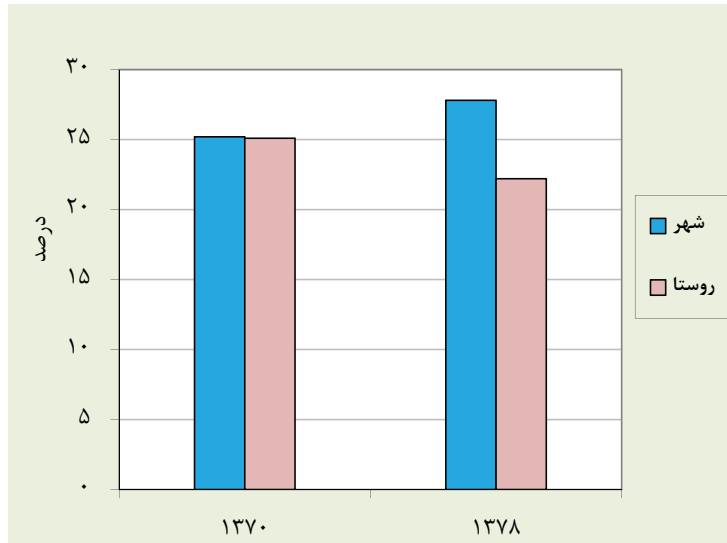
جدول ۲. میزان مرگ در گروه‌های سنی مختلف به تفکیک شهر و روستا در سال ۱۳۸۲ (بدون در نظر گرفتن تلفات ناشی از زلزله بم)

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

عوامل خطر و بیماری

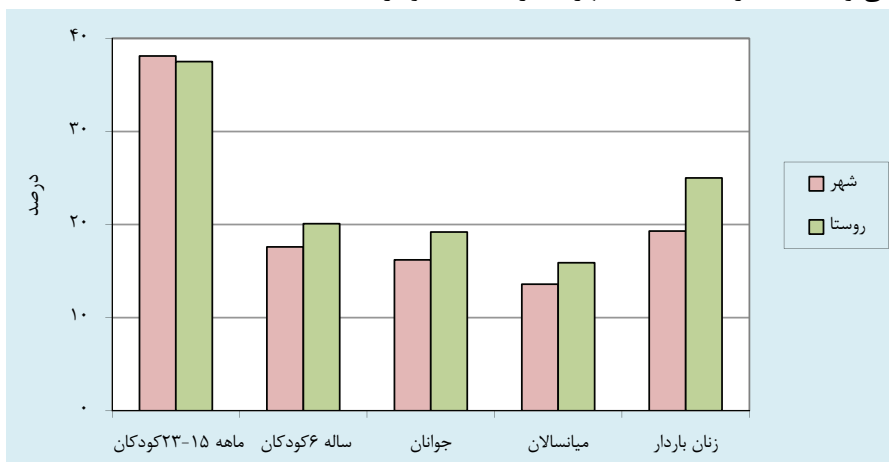
در مقایسه درصد افراد سیگاری در جامعه شهری و روستایی، به استناد مطالعه سلامت و بیماری در سال‌های ۱۳۷۰ و ۱۳۷۸، اختلاف ناچیزی (۱/۰٪ تا ۲/۲٪) بین این دو جامعه وجود داشته است. البته بر اساس نتایج "نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر" در سال ۱۳۸۴، شیوع سیگاری‌های فعال در جامعه شهری ۱۴/۳٪ و در جامعه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

در رابطه با سطح کلسترول سرمی بیش از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر، در سال ۱۳۷۰ جامعه شهری و روستایی وضعیت مشابهی داشته‌اند اما در سال ۱۳۷۸ ساکنین شهرها ۵/۶ درصد بیش از ساکنین روستاها سطح کلسترول سرمی بالای ۲۰۰ میلی‌گرم در دسی لیتر داشته‌اند (۲۸، ۲۱) (نمودار ۲۲). این مسئله می‌تواند 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 سال‌های ۱۳۷۰ و ۱۳۷۸

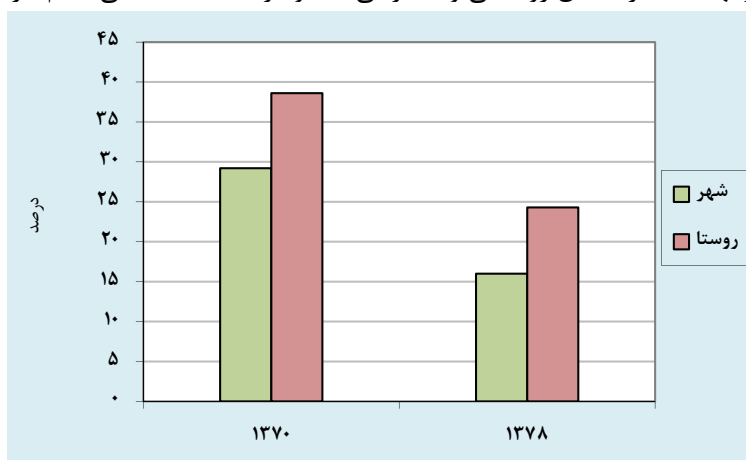
بررسی شیوع کم خونی در گروه‌های مختلف جامعه حاکی از شیوع بالای کم خونی خصوصاً در کودکان ۱۵ تا ۲۳ ماهه و زنان باردار می‌باشد. در مقایسه بین ساکنین شهرها و روستاها، به جز کودکان ۱۵ تا ۲۴ ماهه که وضعیت مشابهی در شهرها و روستاها دارند، در سایر گروه‌ها ساکنین مناطق روستایی وضعیت بدتری نسبت به شهرها دارند^(۲۹)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



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

شیوع کمبود روی نیز در گروه‌های مختلف سنی در شهر و روستا وضعیت مشابه کم خونی و کمبود آهن داشته و در روستاییان از شیوع بالاتری برخوردار بوده است. اما شیوع کمبود ویتامین D در جامعه شهری بیش از روستایی گزارش شده است^(۲۹).

همان گونه که در نمودار ۲۴ نیز مشاهده می‌شود، ابتلا به انگل‌های روده‌ای در سال‌های ۱۳۷۰ و ۱۳۷۸ علی‌رغم روند کاهشی، شیوع بالاتری در روستاییان داشته است^(۲۸، ۲۱). این مسئله نشان از سطح پایین‌تر بهداشت در مناطق روستایی و دسترسی محدودتر به آب آشامیدنی سالم دارد.



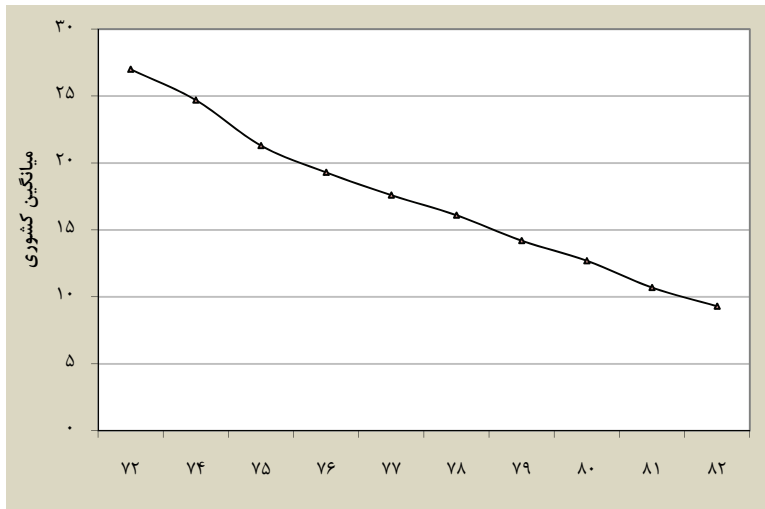
نمودار ۲۴: میزان شیوع انگل‌های روده‌ای در جامعه شهری و روستایی در سال‌های ۱۳۷۸ و ۱۳۷۰

بر اساس این اطلاعات به وضوح می‌توان نتیجه‌گیری نمود که روستاییان بیش از شهرنشینان از بیماری‌های مربوط به توسعه‌نیافتگی و فقر غذایی رنج می‌برند و در عوض بیماری‌هایی مانند کلسترول بالا که در نتیجه زندگی ماشینی حاصل می‌شود در مناطق شهری بیش از روستایی شیوع یافته‌است.

سلامت مادران

در بررسی وضعیت مراقبت‌های دوران بارداری، ۹۲/۹ درصد مادران شهری و ۸۷/۹ درصد مادران روستایی که طی سال‌های ۱۳۷۷ تا ۱۳۷۹ زایمان داشته‌اند، 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 زایمان‌ها 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 سال‌های اخیر در روستاها می‌باشد^(۳۰) (نمودار ۲۵).



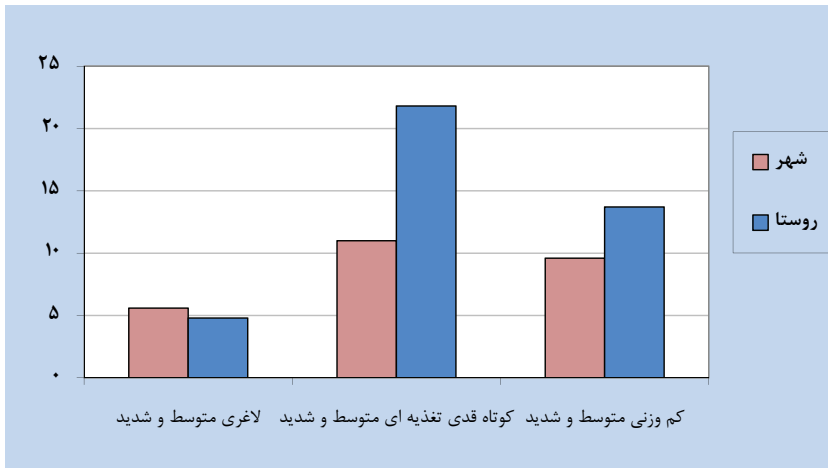
نمودار ۲۵: درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی کشور

بر این اساس می‌توان قضاوت نمود که روستاییان نه تنها بیش‌تر در معرض عوامل ایجاد کننده بیماری‌ها هستند بلکه در دسترسی به خدمات سلامت همچون زایمان ایمن با وجود فعالیت‌های گسترده اخیر، هنوز بسیار عقب‌تر از شهرنشینان هستند و از بهره‌مندی کم‌تری برخوردار هستند.

سلامت کودکان

در بررسی شاخص‌های چندگانه وضعیت زنان و کودکان (MICS) در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۶، پوشش تمام واکسن‌ها در کودکان زیر یکسال شهری ۹۲/۲ درصد و در کودکان زیر یکسال روستایی ۸۷/۸ درصد گزارش شده است. وضعیت شاخص‌های تن سنجی در کودکان زیر ۵ سال کشور در سال ۱۳۷۷، حاکی از بالاتر بودن شیوع کوتاه‌مدتی تغذیه‌ای و کم‌وزنی 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 بر اساس 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 در کودکان 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 کم تر از کودکان روستایی گزارش شده است، اما از فاصله موجود بین شهر و روستا در مقایسه با سال ۱۳۷۷ کاسته شده است.

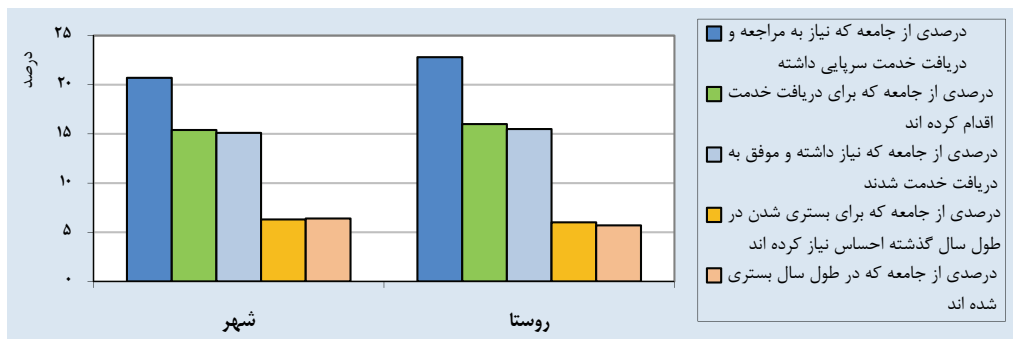


نمودار ۲۶: میزان شیوع "لاغری"، "کوتاه قدی" و "کم وزنی" متوسط و شدید در کودکان کمتر از ۵ سال شهر و روستا در سال ۱۳۷۷

نتایج نسبتاً مشابهی نیز در مطالعه وضعیت ریزمغذی‌های 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 بیماری‌های اسهالی، عفونت‌های 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).

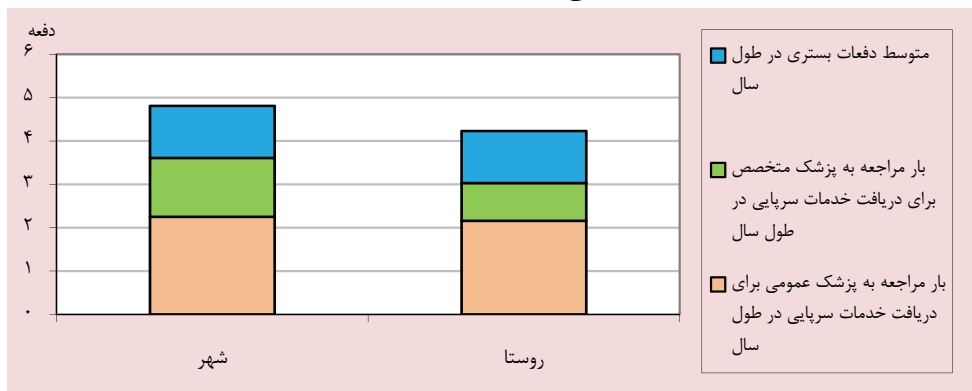
بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی

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



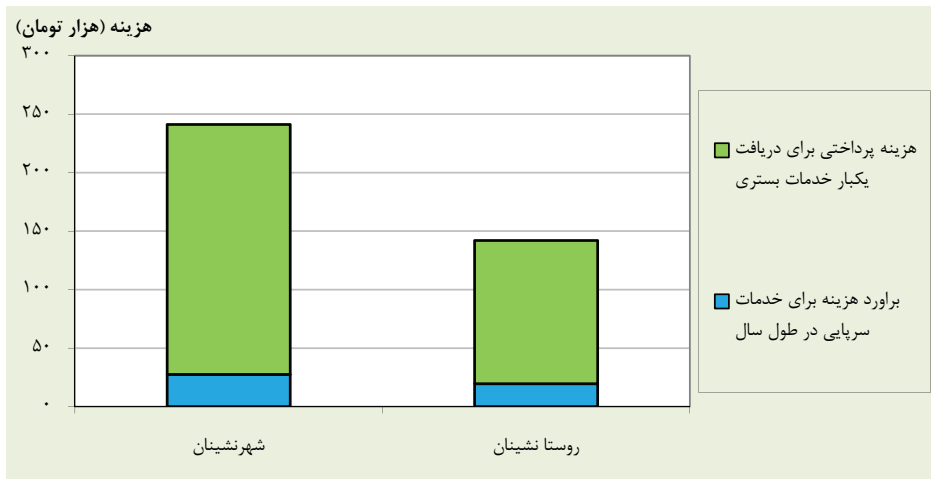
نمودار ۲۷: بهره مندی از خدمات بهداشتی و درمانی سرپایی و بستری به تفکیک شهر و روستا در سال ۱۳۸۰

از نظر دفعات مراجعه به پزشک، ساکنین شهر کمی بیش از روستاییان به پزشک مراجعه می‌کنند که این تفاوت در مراجعه به پزشک متخصص بیش تر می‌باشد و ساکنین شهر، ۱/۵ برابر روستاییان به پزشک متخصص مراجعه داشته‌اند (نمودار ۲۸). در مورد متوسط دفعات بستری در طول سال، شهرنشینان و روستائینان 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 در حالی 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 برای شان سخت‌تر و امکان تامین هزینه‌های آن‌ها برای شان دشوارتر می‌باشد.

نتیجه‌گیری

در سه دهه پس از پیروزی انقلاب اسلامی تلاش‌های زیادی از سوی دولت برای بهبود وضعیت روستاییان و توسعه روستاها انجام شده است که اگرچه در بهبود وضعیت روستاییان 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 فرصت‌های اشتغال و توزیع درآمد، اگرچه با شدت کم‌تر کماکان مشاهده می‌شود.

از سوی دیگر به نظر می‌رسد 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 برنامه‌ای در آن‌ها اجرا نشده است در وضعیت بهتر زندگی قرار دارند ضمن این‌که اصولاً روستاهای با شرایط توسعه‌ای مستعد و روستاییان با زمینه اقتصادی-اجتماعی بالاتر، در فرایند

تغییر روستایی بیش‌ترین بهره را برده‌اند^(۳۲).

در رابطه با اقدامات صورت گرفته برای کنترل فقر، شکاف نسبی فقر در جامعه شهری که بین سال‌های ۱۳۶۴ تا ۱۳۶۸ روندی صعودی داشته است، در سال‌های 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 برنامه‌های دوم و سوم بوده است و در سال‌های قبل از آن شرایط جنگی بر کشور حاکم بوده است. توزیع درآمد بین فقرا طی سال‌های ۱۳۶۴ تا ۱۳۷۹ نیز روندی مشابه شکاف فقر داشته است بطوری که ضریب جینی پس از افزایش طی سال‌های ۱۳۶۴ تا ۱۳۶۸، روندی نزولی داشته است که دلالت بر توزیع متعادل‌تر درآمد دارد. اما در جامعه روستایی شکاف فقر و ضریب جینی طی سال‌های ۱۳۶۴ تا ۱۳۷۱ افزایش یافته و پس از آن روند نزولی داشته است^(۲۵).

در خصوص ایجاد فرصت‌های شغلی به دلیل نقش مسلمی که در کاهش فقر و نابرابری دارد باید به این نکته توجه کرد که نباید تمامی سرمایه‌گذاری‌های دولت برای رفع مشکل بیکاری در شهرها صورت گیرد چراکه ایجاد فرصت‌های 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 شاخص‌های سلامت بین شهرها و روستاها نیز شهرها وضعیت بهتری نسبت به روستاها داشته‌اند. شاخص‌های مرگ، شاخص‌های مرتبط با سلامت مادران و کودکان، کمبود ریزمغذی‌ها و شیوع بیماری‌های انگلی، همگی در روستاها وضعیت بدتری نسبت به شهرها داشته‌اند البته به دلیل نبود اطلاعات کافی، بررسی روند تغییرات برخی از این شاخص‌ها در طول زمان امکان پذیر نمی‌باشد؛ اما در خصوص برخی از شاخص‌ها مانند شاخص‌های سلامت مادران، سلامت کودکان و بیماری‌های عفونی و انگلی که اطلاعات در زمان‌های مختلف در دسترس می‌باشد، حاکی از بهبود روند شاخص‌های سلامت در روستاها می‌باشد.

در هر حال توجه خاص و تخصصی‌تر به مشکلات سلامت روستاییان در گروه‌های 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 کم‌تر روستاییان به خدمات بهداشتی-درمانی خود را در قالب مرگ و میر و ابتلای بیشتر به بیماری‌های مختلف نشان می‌دهد و لذا برای حل مشکل روستاها باید با دیدگاه SDH به موضوع برخورد و اقدامات برنامه‌ریزی شده‌ای را اجرا نمود.

پ. مقایسه شاخص‌ها در استان‌های مختلف کشور

از آن جایی که بسیاری از شاخص‌های سلامت و تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت که برای مناطق مختلف کشور تغییر می‌کند، متفاوت می‌باشند، لذا دانستن میزان پراکندگی تفاوت‌ها در بین استان‌ها، به نوعی می‌تواند نشان دهنده میزان نابرابری در سلامت محسوب گردد. در این فصل به دنبال بررسی تفاوت‌های 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 شاخص‌های نشان دهنده سلامت عمومی جامعه ارائه و مورد نقد و بررسی قرار می‌گیرد.

شاخص‌های عمومی

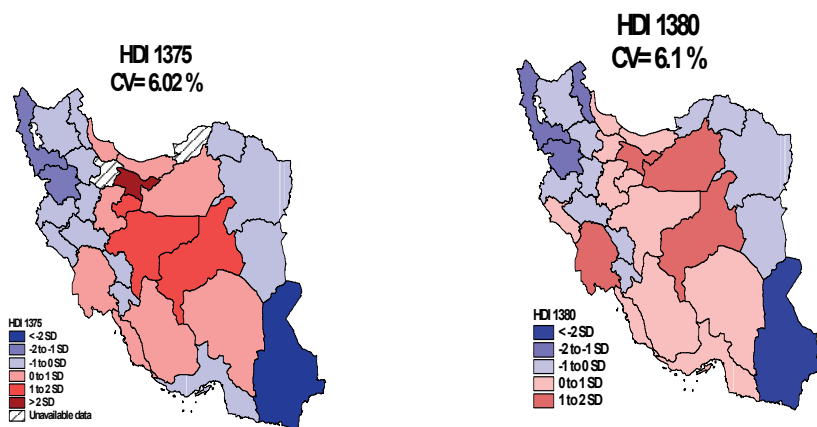
شاخص‌های توسعه انسانی و فقر انسانی

این دو شاخص که در سال‌های اخیر توسط سازمان ملل مورد توجه قرار گرفته‌است شاخص‌های ترکیبی هستند. شاخص توسعه انسانی حاصل ترکیب سه بعد امید زندگی توام با سلامت در بدو تولد، میزان باسوادی در بزرگسالان و میزان سرانه تولید ناخالص ملی می‌باشد و عددی بین صفر تا یک است؛ هر چه 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 نامطلوب‌تر می‌باشد.

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 در سال ۲۰۰۵ جایگاه نود و چهارم در بین ۱۷۷

کشور بوده است^(۵،۱). بر این 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 در حالی که در سال ۱۳۸۰ بیش از ۵۰ درصد استان‌های کشور و در سال ۱۳۸۴، ۸۹ درصد از استان‌های کشور HDI بالاتر از ۷۰ درصد داشته‌اند که نشانگر بهبود روند توسعه انسانی در کشور است^(۳۳، ۳۴) (شکل ۱).

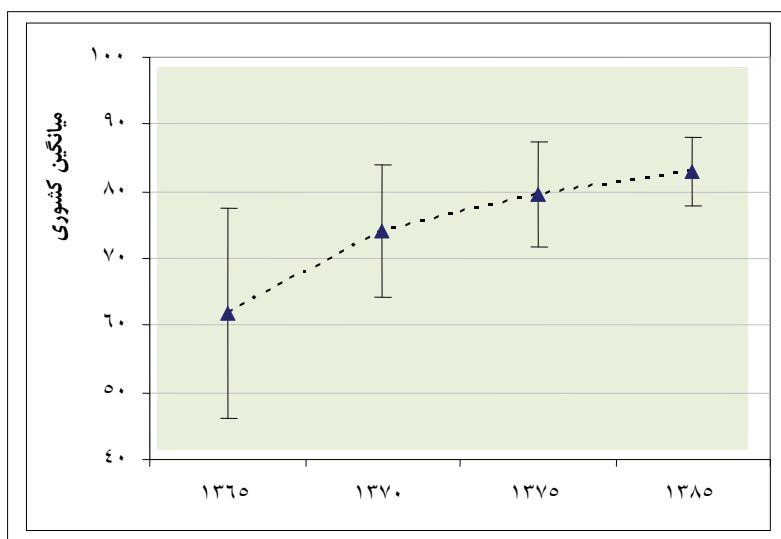


شکل ۱: شاخص توسعه انسانی در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۰ به تفکیک استان‌های کشور، رنگ قرمز نشان دهنده بالاتر از متوسط کشوری بودن و رنگ آبی نشان دهنده کم‌تر از متوسط کشوری بودن است، همچنین مقدار CV نوشته شده در بالای نقشه‌ها نشان دهنده میزان نابرابری در بین استان‌های کشور است.

میزان ناهمگنی بین استان‌ها از نظر شاخص توسعه انسانی در سال‌های 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 پایین‌تر بوده و پس از سیستان و بلوچستان نیز استان‌های کردستان، آذربایجان غربی و اردبیل استان‌هایی هستند که وضعیت نامطلوبی در خصوص این شاخص داشته‌اند. بر اساس 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 سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵ در استان‌های مختلف کشور حاکی از سیر صعودی آن در همه استان‌ها می‌باشد به گونه‌ای که میانگین کشوری درصد افراد باسواد از ۶۱/۸ در سال ۱۳۶۵ به ۸۲/۹ در سال 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 می‌باشد^(۶) (نمودار ۳۰).



نمودار ۳۰: روند تغییرات درصد افراد با سواد در سال‌های ۱۳۶۵ الی ۱۳۸۵ در کشور، خطوط بالا و پایین 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 سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵ داشته‌اند 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٪ کم‌ترین میزان باسوادی در سال ۱۳۸۵ را داشته‌اند^(۶). نکته مهم دیگری که در نمودار ۳۱ نیز به وضوح قابل توجه است رشد سریع‌تر باسوادی در فاصله سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۵ است. به عبارتی سرعت توسعه باسوادی در دهه ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵ رشد کندتری داشته‌است که

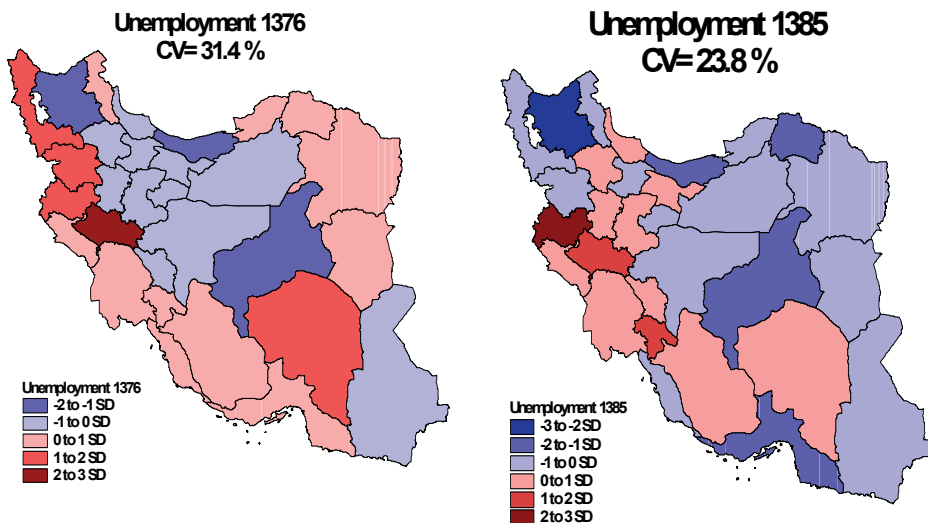
شاید به دلیل نزدیک شدن به حد اشباع و در دسترس نبودن و عدم رغبت افرادی بی‌سواد باقی مانده در جامعه باشد.



نمودار ۳۱. درصد باسوادی در استان‌های مختلف کشور در سال‌های ۱۳۶۵، ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵

بیکاری

مقایسه میزان بیکاری استان‌های مختلف کشور در سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۷۶ نشان می‌دهد که تفاوت بین استان‌ها از این نظر در حال کاهش می‌باشد و تعداد استان‌هایی که میزان بیکاری در آن‌ها بیش از میانگین کشوری بوده‌است، در سال ۱۳۸۵ کمتر از ۱۳۷۶ می‌باشد. همان‌طور که در شکل ۲ مشاهده می‌شود، مشکل بیکاری در استان‌های غرب و جنوب غرب کشور و نیز استان‌های کرمان و فارس طی سال‌های ۱۳۷۶ و ۱۳۸۵ به‌طور مزمین 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 داشته‌است. استان تهران نیز در سال ۱۳۸۵ میزان بیکاری بیش از میانگین کشوری داشته‌است که به‌عنوان پرجمعیت‌ترین استان کشور وضعیت نامطلوبی می‌باشد.

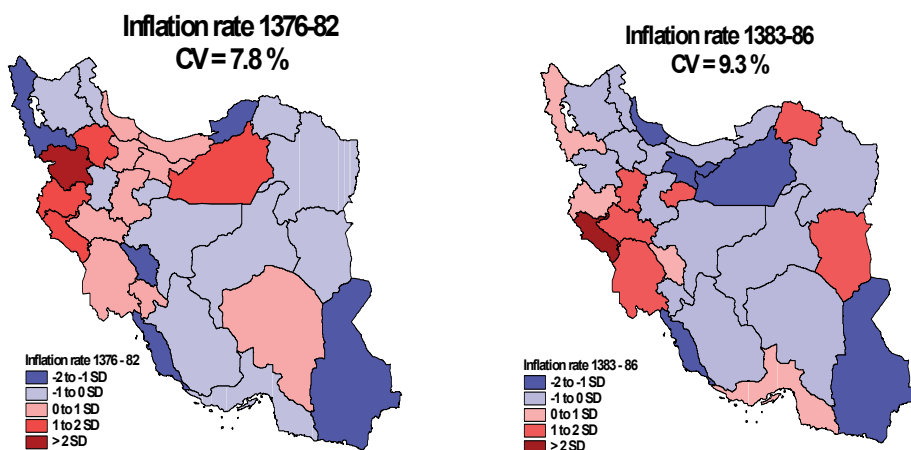


شکل ۲: میزان بیکاری در سال‌های ۱۳۷۶ و ۱۳۸۵ به تفکیک استان‌های کشور، رنگ آبی نشان دهنده بیکاری کمتر از متوسط کشور و رنگ قرمز نشان دهنده بیکاری بیش از متوسط کشور است. همچنین مقدار CV نوشته شده در بالای نقشه‌ها نشان دهنده میزان نابرابری در بین استان‌های کشور است.

البته با توجه به ضریب تغییرات بیکاری در استان‌های مختلف کشور به نظر می‌رسد که روند نابرابری در بین استان‌ها در حال کاهش می‌باشد (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 ۱۳۷۶-۸۲ و ۱۳۸۳-۸۶ 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 استان هایی که در سال‌های ۱۳۸۳-۸۶ شاخص بالایی داشته اند، جزو استان‌های مرزی بوده‌اند.^(۳۶، ۳۵)

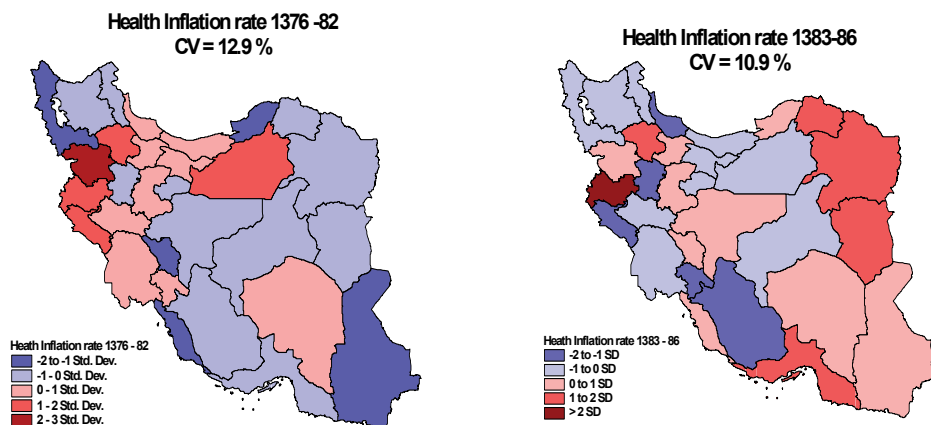


شکل ۳: متوسط افزایش سالانه شاخص کل بهای کالاها و خدمات مصرفی در مناطق شهری استان‌های مختلف کشور بین سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۲ و ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶. رنگ آبی نشان دهنده رشد کم‌تر از متوسط کشوری و رنگ قرمز نشان دهنده رشد بیش‌تر از متوسط کشوری می‌باشد. همچنین مقدار CV نوشته شده در بالای نقشه‌ها نشان دهنده میزان نابرابری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

بر اساس 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 تفاوت‌های بین استانی بیش‌تر 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 استانی‌هایی که در سال‌های ۸۲-۱۳۷۶ شاخص بهای خدمات بهداشت و درمان کم‌تری نسبت به میانگین کشوری

داشته‌اند عموماً در سال‌های 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 می‌شود (شکل ۴). البته چند استان از این نظر استثنا 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).



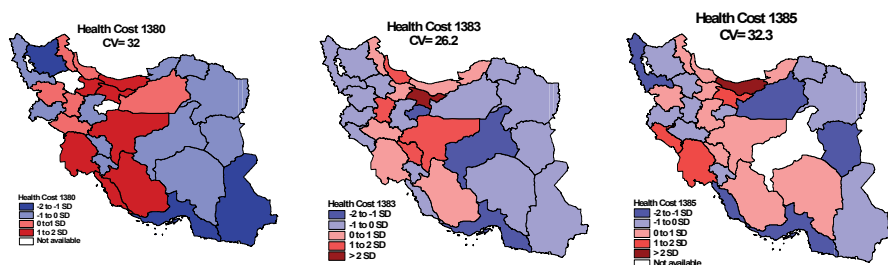
شکل ۴: متوسط سالانه شاخص بهای بهداشت و درمان در مناطق شهری استان‌های مختلف کشور بین سالهای ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۲ و ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶، رنگ آبی نشان دهنده رشد کمتر از متوسط کشور و رنگ قرمز نشان دهنده رشد بیش از متوسط کشور است. همچنین مقدار CV نوشته شده در بالای نقشه‌ها نشان دهنده میزان نابرابری در بین استان‌های کشور 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. در حالی که این هزینه‌ها در استان‌های نیمه شرقی کشور و نیز برخی از استان‌های غرب و شمال غرب کشور در سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۵ کم‌تر از میانگین کشوری بوده است، در استان‌های شمالی کشور و نیز استان‌های تهران، اصفهان، فارس، خوزستان در اغلب این سال‌ها بیش از میانگین کشوری بوده است (۳۷، ۳۸، ۳۹) (شکل ۵). البته بالا بودن هزینه سالیانه 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 در حالی که ممکن است در استان سیستان و بلوچستان به دلیل فقر زیاد، مردم

بیشتر درآمد خود را صرف مسکن، غذا و پوشاک نموده و کم‌تر مجال هزینه نمودن برای سلامت داشته‌اند. بنابراین برای تفسیر دقیق باید اطلاعات بیش تری در قالب تحقیقات منسجم جمع‌آوری گردد.

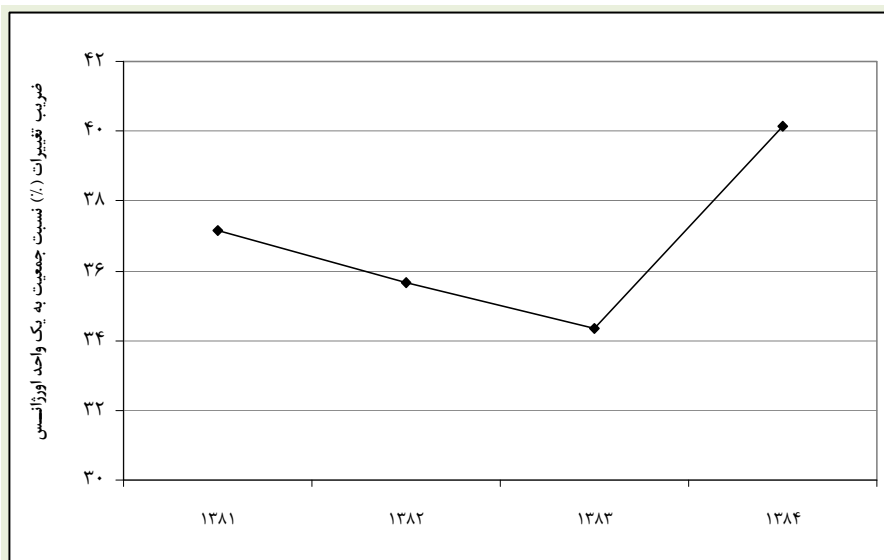
به هر شکل به نظر می‌رسد که نابرابری در این شاخص در بین استان‌های مختلف کشور قابل ملاحظه بوده و تغییر محسوسی نداشته‌است.



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

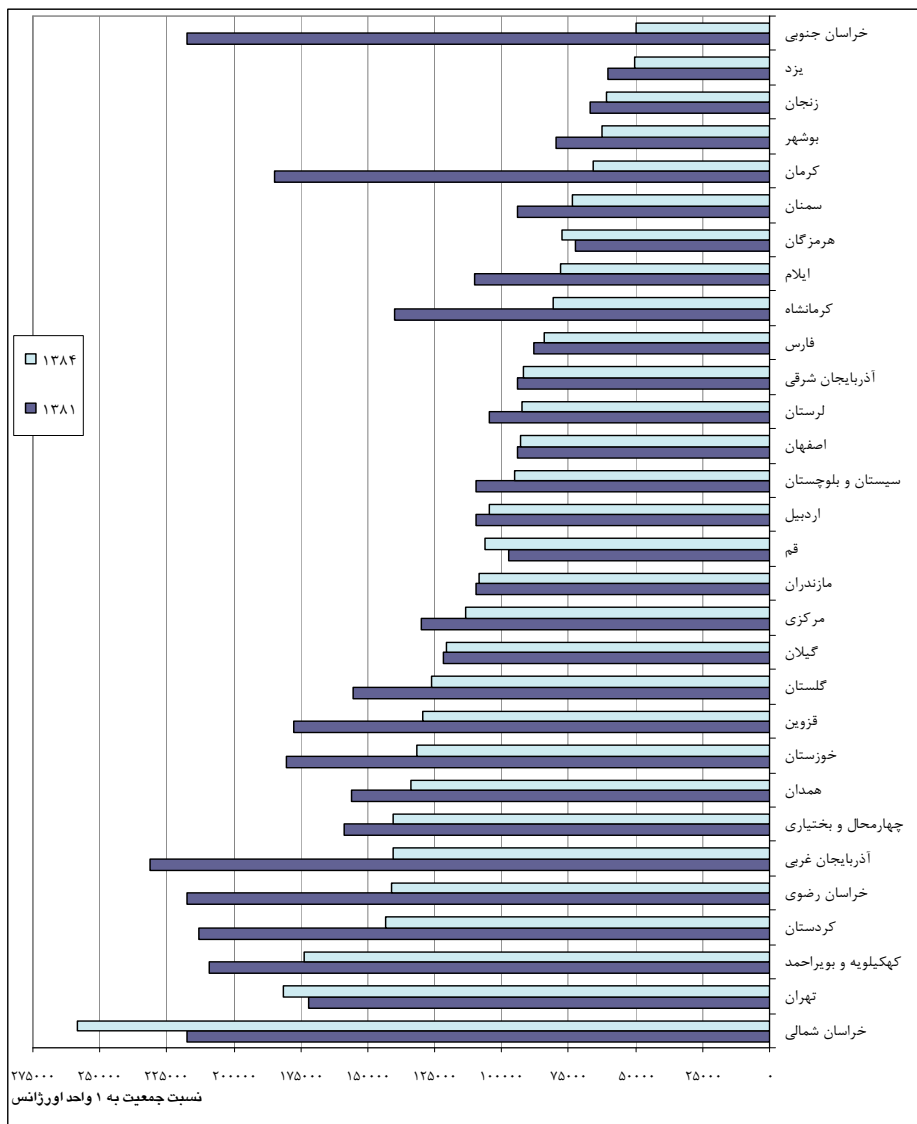
دسترسی به مراکز اورژانس ۱۱۵

آمار منتشره از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حاکی از کاهش تفاوت بین استان‌های مختلف کشور در سال‌های 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 تفاوت‌های مردم ساکن در استان‌های مختلف کشور در دسترسی به اورژانس روند افزایشی داشته، این در حالی است که سرمایه‌گذاری کلانی در این سال برای ارتقای این شاخص صورت گرفته- است.



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

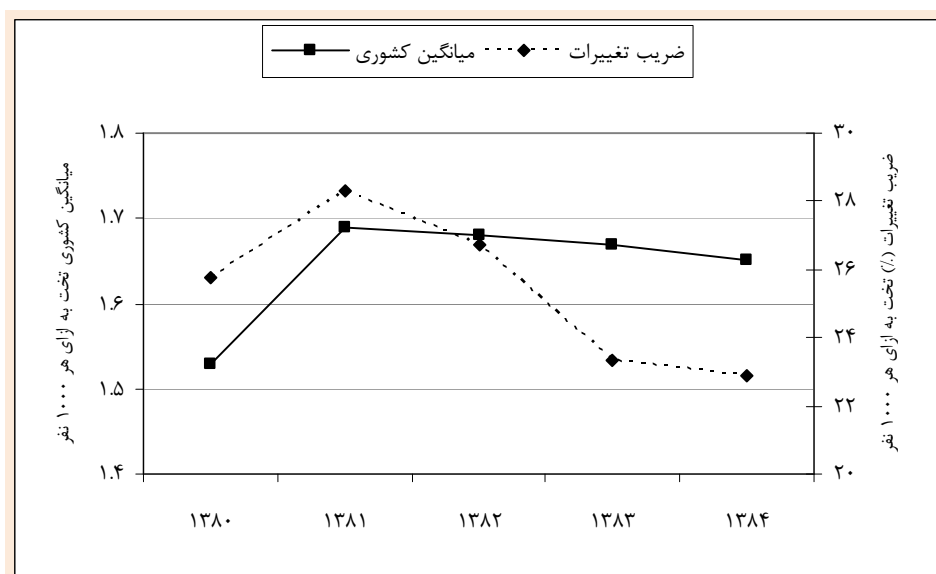
همان گونه که در نمودار ۳۳ ملاحظه می‌شود، استان‌های خراسان شمالی، کهگیلویه و بویراحمد و تهران بر اساس اطلاعات سال ۱۳۸۴ از وضعیت نامطلوب تری نسبت به سایر استان‌ها برخوردار بوده‌اند. استان‌های خراسان جنوبی، یزد، زنجان، کرمان و بوشهر نیز وضعیت مطلوب تری نسبت به سایر استان‌ها داشته‌اند. همچنین پس از حذف استان‌های 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 می‌شود که حاکی از توجه بیش‌تر به استان‌های محروم می‌باشد^(۴۰).



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

تخت بستری

یکی از شاخص‌های دسترسی به خدمات درمانی بیمارستانی، تعداد تخت بستری به ازای هر ۱۰۰۰ نفر می‌باشد. اطلاعات منتشره از سوی وزارت بهداشت در خصوص 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 سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۴ ضریب تغییرات این شاخص بین استان‌های مختلف روند نزولی داشته‌است که نشان از حرکت به سوی همگنی استان‌های مختلف می‌باشد^(۴۰).

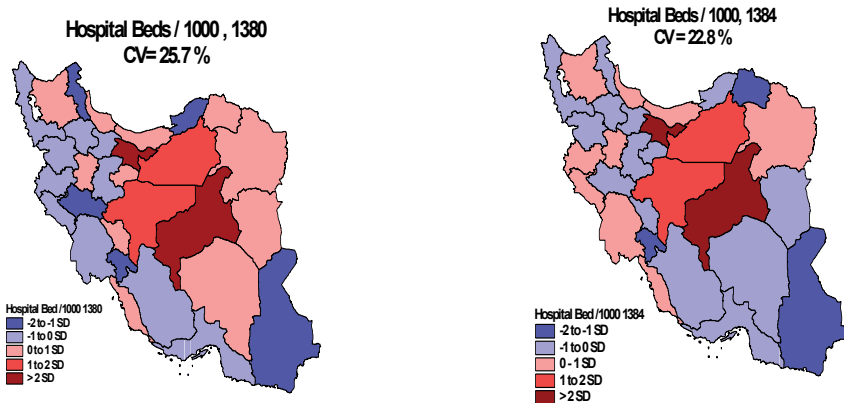


نمودار ۳۴: میانگین و ضریب تغییرات کشوری شاخص تخت به ازای هر ۱۰۰۰ نفر در استان‌های مختلف کشور در فاصله سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۴

همان‌طور که در شکل ۶ مشخص است، در سال ۱۳۸۰، میزان این شاخص در استان‌های سیستان و بلوچستان، گلستان، اردبیل، لرستان و کهگیلویه 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 یافته‌اند. استان‌های یزد و تهران نیز با تفاوتی بیش از ۲ انحراف معیار از میانگین کشوری در سال‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۴ از وضعیت بهتری نسبت به سایر استان‌ها برخوردار بوده‌اند^(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 چهار محال و بختیاری و بیش‌ترین افزایش را استان‌های ایلام، خوزستان و گلستان داشته‌اند.



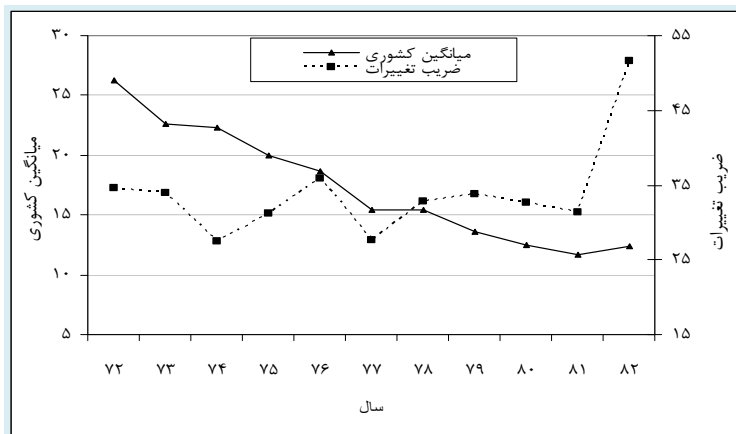
شکل ۶: تخت به ازای هر ۱۰۰۰ نفر در استان‌های مختلف کشور در سال‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۴، رنگ آبی نشان دهنده کم‌تر از متوسط کشور و رنگ قرمز نشان دهنده بیش از متوسط کشور است. همچنین مقدار CV نوشته شده در بالای نقشه‌ها نشان دهنده میزان نابرابری در بین استان‌های کشور است.

شاخص‌های سلامت

میزان‌های مرگ نوزادان و کودکان

میزان مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه در مناطق روستایی کشور: از آن جایی که این نسبت فارغ از تاثیرات میزان مرگ دوره نوزادی است، در اندازه‌گیری عملکردهای توسعه اجتماعی و اقتصادی به خصوص عملکرد نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی می‌تواند از اعتبار بیش تری برخوردار باشد. این میزان در مناطق روستایی کشور در فاصله سال‌های 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 بيم در سال ۱۳۸۲ تاثیر آشکاری در افزایش این میزان در استان کرمان داشته‌است و آن را از ۱۵ در هزار به ۴۰ در هزار افزایش داده‌است ولی تاثیر 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 سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۱ برخوردار بوده‌اند که زلزله استان کرمان در سال ۱۳۸۲ تا حدود زیادی این ناهمگنی را افزایش داده است^(۳۰).

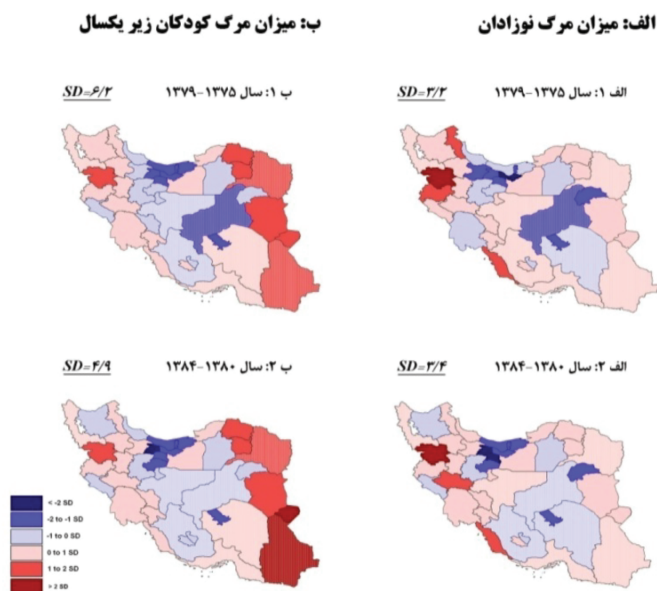


نمودار ۳۵: تغییر میزان مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور

میزان‌های مرگ کودکان زیر یک سال و نوزادان در مناطق روستایی کشور: این میزان‌ها

شاهد یک روند نزولی در طول سال‌های 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 در حالی 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 در حالی که برای مرگ و میر زیر یک سال و زیر پنج سال این عدد بیش از یک در هزار بوده است^(۴۱).

البته از آن جایی 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 سال‌های ۷۹-۱۳۷۵ و ۸۴-۱۳۸۰ (برگرفته از منبع (۴۱))

نابرابری قابل توجهی نیز در میزان مرگ نوزادان در مناطق مختلف کشور مشاهده می‌شود (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. در عین 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 پایین‌تر (مطلوب‌تر) از میانگین کشور بوده، در مقطع دوم این میزان به ۱ انحراف معیار بیش‌تر (نامطلوب‌تر) 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 همگون‌تر شدن استان‌ها در این شاخص می‌باشد هر چند در بعضی از استان‌ها مانند سیستان و بلوچستان وضعیت نامطلوب‌تر 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. بر اساس 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). بر اساس 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.

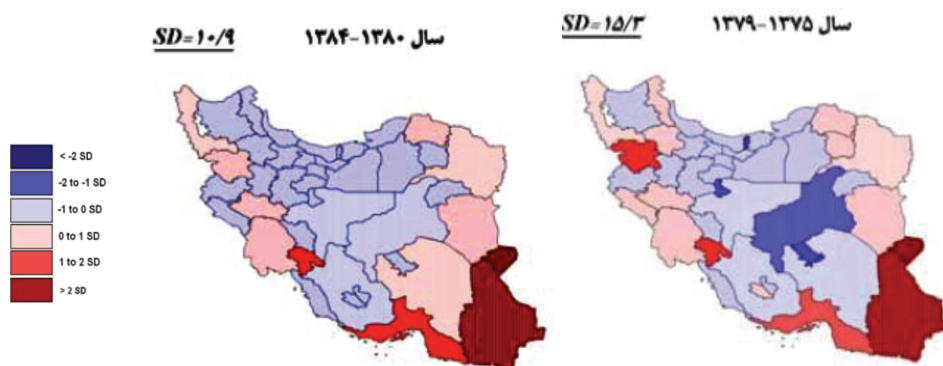
درصد زایمان توسط فرد ندیده در مناطق روستایی کشور

زایمان به کمک افراد آموزش‌دیده مثل پزشک متخصص یا ماما در بیمارستان، مطب، تسهیلات زایمانی و یا حتی در منزل از مهم‌ترین شاخص‌های 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 سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ این نسبت روند نزولی داشته است^(۳۰) و نشان از ارتقای کلی کشور در بحث زایمان ایمن دارد اما ناهمگنی استان‌ها در مورد این شاخص روندی رو به افزایش داشته است (نمودار ۳۶).



نمودار ۳۶: روند تغییر درصد زایمان توسط فرد ندیده از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور

در مناطق روستایی، ۴۷٪ از زایمان‌های استان سیستان و بلوچستان، ۲۸٪ از زایمان‌ها در استان کهگیلویه و بویراحمد و ۲۳٪ از زایمان‌ها در استان هرمزگان در سال ۱۳۸۲، توسط فرد دوره ندیده انجام شده‌است. در حالی 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).

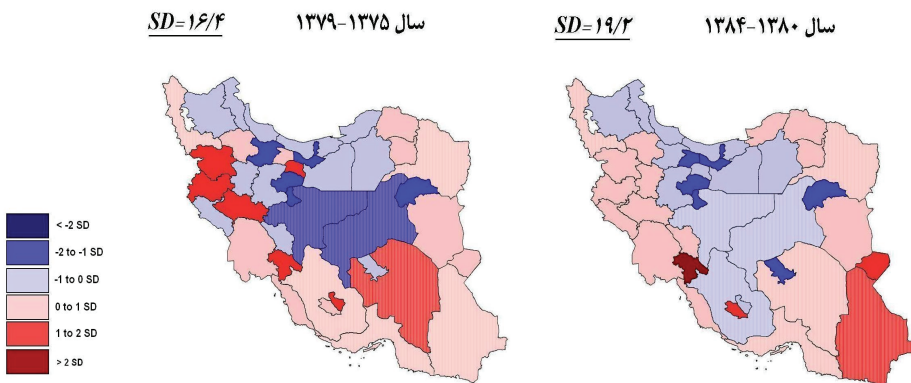


شکل ۸: درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده در استان‌های مختلف کشور در سال‌های ۱۳۷۵-۷۹ و ۱۳۸۰-۸۴ (برگرفته از منبع (۴۱))

مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان در مناطق روستایی کشور

میزان مرگ و میر زنان باردار همیشه به عنوان یکی از شاخص‌های اصلی توسعه کشورها در نظر 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. در حالی 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 توجهی نیز با نقشه درصد زایمان به کمک افراد دوره ندیده دارد^(۴۱).



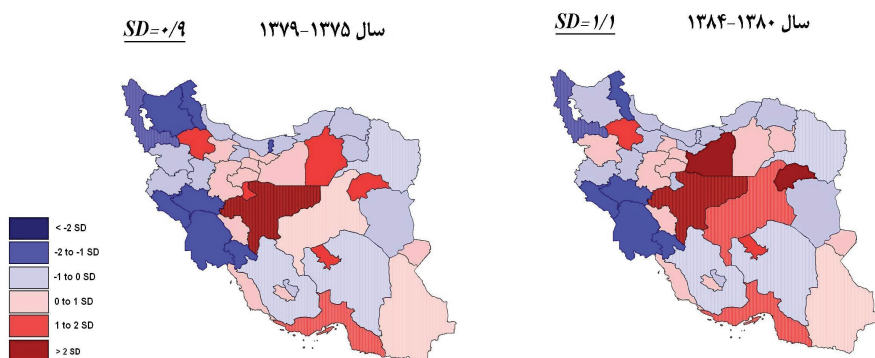
شکل ۹: میزان مرگ و میر از عوارض بارداری و زایمان در استان‌های مختلف کشور در سال‌های ۷۹-۱۳۷۵ و ۸۴-۱۳۸۰ (برگرفته از منبع ۴۱)

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

یکی از محدودترین شاخص‌های بهداشتی که میانگین کشوری آن در سال‌های 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 رسیده است. همچنین نابرابری قابل ملاحظه‌ای بین استان‌های مختلف از این نظر دیده می‌شود که تغییر چشمگیری در دو مقطع زمانی بررسی شده نداشته است. نامطلوب بودن این شاخص در استان‌های مرکزی و برخوردار کشور از جمله یزد و به ویژه اصفهان و سمنان قابل توجه است.

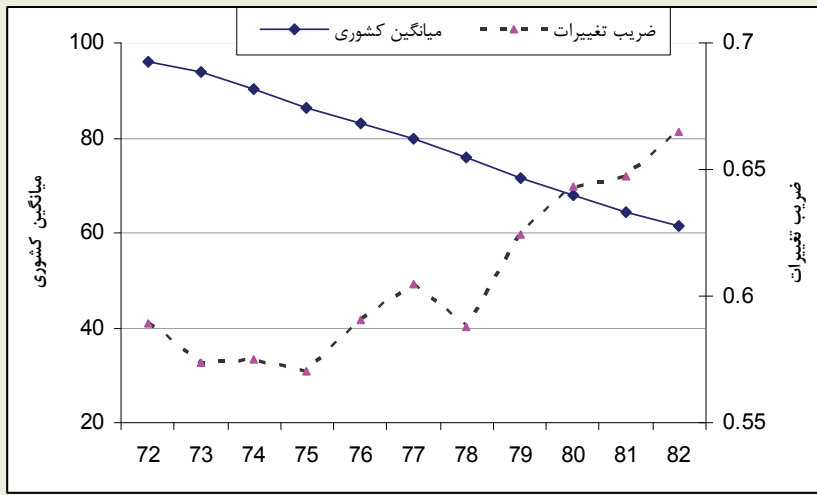
در این رابطه گرچه اشکالات موجود در مراقبت‌های پیش از زایمان باید به عنوان یک علت بالقوه در نظر گرفته شود اما فرضیه دیگر، افزایش درصد کودکان وزن شده است. در سال ۱۳۷۲، درصد کودکانی که در بدو تولد وزن شده‌اند، در حدود ۸۷٪ بوده که این نسبت در سال ۱۳۸۴ به حدود ۹۷/۵٪ رسیده

است. طبعاً کودکان مناطق محروم و دور از خدمات بهداشتی که احتمال وزن شدن کم تری در سال‌های گذشته داشته‌اند، احتمال قرار داشتن آن‌ها در گروه کودکان با وزن پایین نیز بیش‌تر بوده‌است. لذا ممکن است با افزایش پوشش توزین کودکان در بدو تولد، نسبت بیش تری از این کودکان محروم، وزن شده‌اند که خود ممکن است دلیلی برای روند افزایش درصد کودکان با وزن کم در کشور شده‌باشد. فرضیه دیگر مرتبط با ارتقای خدمات ارایه شده در طول بارداری در سال‌های 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 کمتر از ۲۵۰۰ گرم در استانهای مختلف کشور در سالهای 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. همان گونه 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.



نمودار ۳۷: روند تغییرات نسبت سرباری از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور

نتیجه گیری

بررسی شاخص‌های عمومی و سلامت در استان‌های مختلف کشور حاکی از بهبود اغلب این شاخص‌ها در استان‌های مختلف کشور طی ۲ دهه گذشته می‌باشد 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 سال‌های 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 داشته‌است، اما کماکان وضعیت ناهمگنی بین استان‌ها از این نظر مشاهده می‌شود. افزایش سالانه شاخص کل بهای کالاها و خدمات مصرفی نیز که یکی از شاخص‌های 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 فعالیت‌های موثری 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 پایین بودن میزان باسوادی در استان‌های سیستان و بلوچستان، کردستان و آذربایجان غربی، طی دهه‌های 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 می‌باشد.

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

کاهش شاخص درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده طی سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۴ می‌تواند 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.

ت. مقایسه شاخص‌ها بر اساس سطح سواد

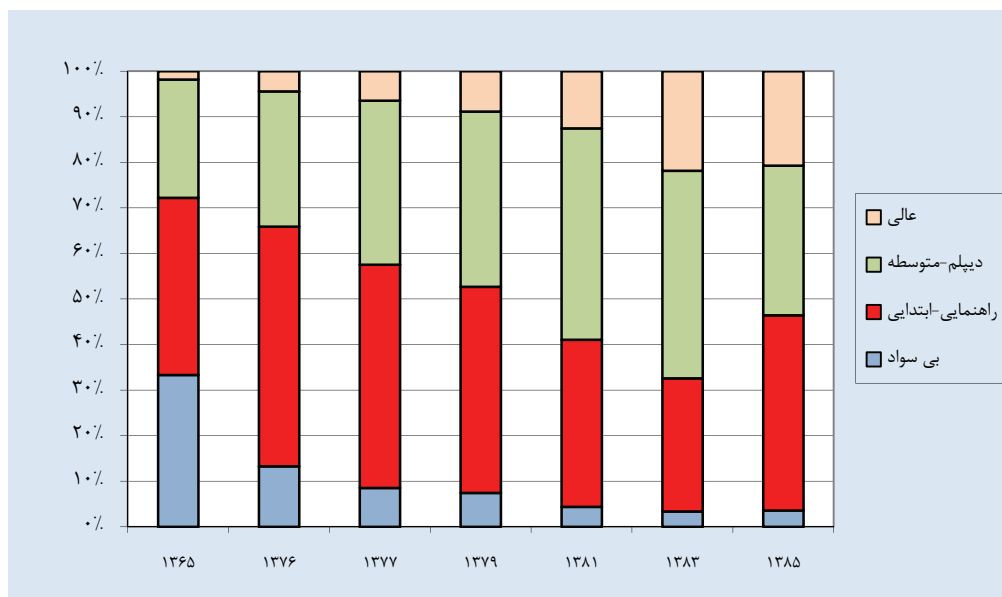
سطح سواد همیشه به عنوان یکی از مولفه‌های بسیار مهم و موثر بر سلامتی محسوب می‌شود. دلایل این ارتباط قوی چندان پیچیده نیست. افراد باسواد معمولاً از رفاه اجتماعی بالاتری برخوردارند، مشاغل کم‌خطرتر و با درآمد بیش‌تری را می‌یابند و به دلیل سواد بیش‌تر دانش سلامت بالاتری نیز دارند و به همین دلیل مراقبت‌های بهتری نیز از خود و خانواده خود در مقابل بیماری‌ها و عوامل خطر ساز اعمال می‌دارند.

بر این اساس معمولاً دولت‌ها تلاش بسیاری به خرج می‌دهند تا سطح سواد عمومی جامعه را ارتقاء دهند تا به صورت غیر مستقیم باعث ارتقای سطح سلامت جامعه شوند. البته پرواضح است افزایش سطح سواد فقط برای ارتقای سلامت جامعه نیست بلکه اثرات و نتایج بسیاری به صورت مستقیم و غیر مستقیم اعمال می‌نماید و باعث ارتقای وضعیت سیاسی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی جامعه می‌شود. با توجه به این توضیحات، در این قسمت از کتاب سعی خواهد شد تا تاثیرات باسوادی و میزان آن بر شاخص‌های مهم مرتبط با سلامت جامعه مورد ارزیابی قرار گیرد.

شاخص‌های عمومی

وضعیت اشتغال

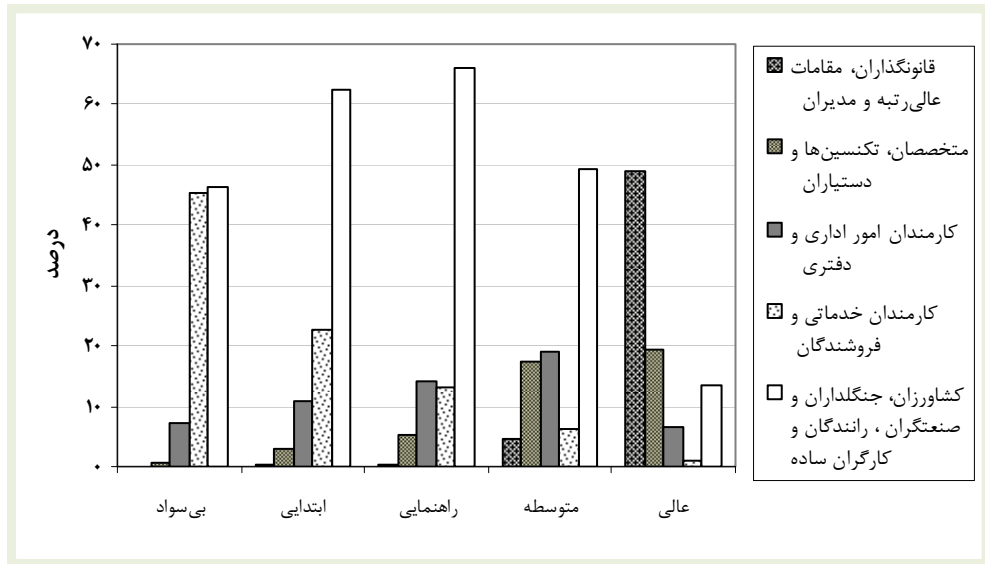
میزان تحصیلات هر فرد ارتباط تنگاتنگی با وضعیت اشتغال و به خصوص نوع کار وی دارد. اطلاعات به دست آمده از مرکز آمار ایران طی ۳ دهه گذشته نشان می‌دهد که توزیع بیکاران جویای کار در کشور تا حد قابل توجهی تغییر کرده است (نمودار ۳۸). در حالی که بی سوادان در سال ۱۳۶۵ سهم عمده‌ای از بیکاران جویای کار را تشکیل می‌داده‌اند، با گذشت زمان و به تدریج جای خود را به افراد با تحصیلات بالاتر داده‌اند؛ به گونه‌ای که در سال ۱۳۸۳ بیش از دوسوم 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 یافته است^(۶،۷).



نمودار ۳۸: توزیع نسبی بیکاران (جوای کار) ۱۰ ساله و بیش تر برحسب سطح سواد

البته تفسیر این اطلاعات به تنهایی دشوار است و کاهش سهم افراد بدون شغل بی سواد شاید به دلیل کاهش درصد بی سوادان جامعه باشد ولی در هر صورت نشان می دهد که در کشور بایست به دنبال تولید مشاغلی بود که به دانش پایه و سواد بیش تر نیاز دارند و مشاغل ساده و ابتدایی به حد نزدیک به اشباع رسیده است. البته این پدیده از این نظر که افراد بی سواد شانس بیش تری برای یافتن شغل مناسب دارند و در نتیجه حداقل این گروه آسیب پذیر، کم تر با خطر نسبی بیکاری مواجه هستند، قابل تامل است.

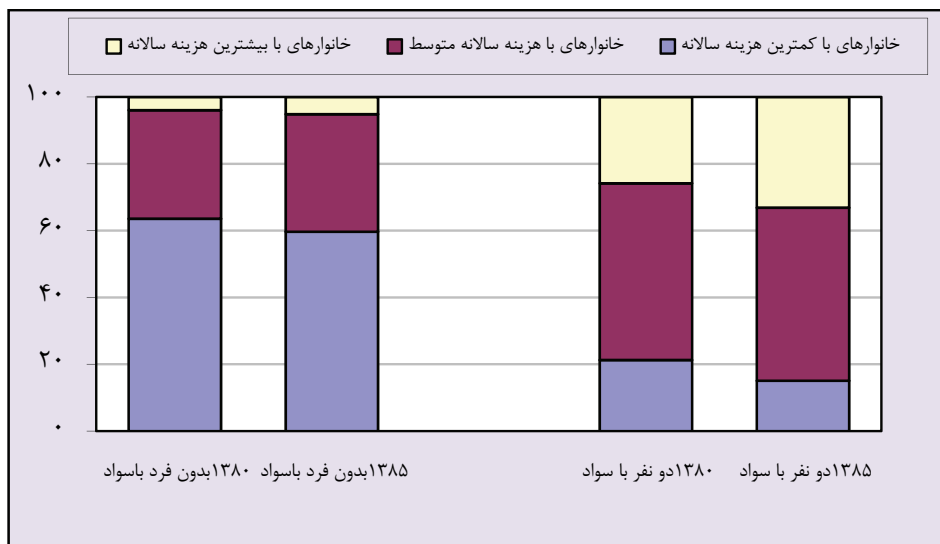
تحصیلات نقش به سزایی نیز در نوع شغل افراد دارد. بر اساس اطلاعات سرشماری نفوس و مسکن در سال ۱۳۸۵، همان گونه که انتظار می رود، غالب افراد بی سواد و با تحصیلات ابتدایی و راهنمایی به مشاغل خدماتی، کشاورزی، صنعت، رانندگی، کارگری اشتغال داشته و افراد با تحصیلات دانشگاهی بیش تر در مشاغل تخصصی و مدیریتی مشغول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



نمودار ۳۹: گروه‌های عمده شغلی در شاغلان ۱۰ ساله و بیش تر برحسب وضع سواد و سطح تحصیلات؛ آبان ۱۳۸۵

وضعیت اقتصادی

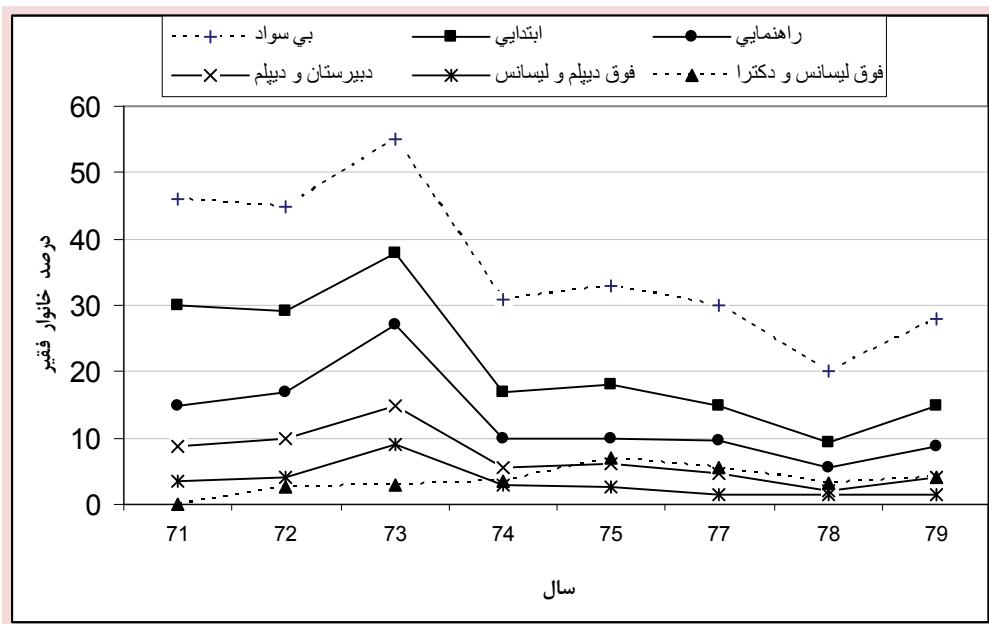
سواد و سطح تحصیلات از جوانب مختلفی بر وضعیت اقتصادی خانوارها تاثیر می گذارد. به عنوان مثال تعداد افراد با سواد خانوار با هزینه و درآمد خانوارها ارتباط دارد. بر اساس بررسی انجام شده توسط بانک مرکزی بر روی بودجه خانوار در مناطق شهری ایران، با افزایش تعداد افراد با سواد در خانوارها، هزینه سالیانه خانوار 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 پایین 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 پایین قرار دارد و اکثریت آن‌ها هزینه‌های 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 در نظر بگیریم، با افزایش تعداد افراد با سواد خانوارها، درآمد خانوار نیز افزایش می یابد. مقایسه اطلاعات سال‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵ تغییر قابل توجهی را در این خصوص نشان نمی دهد (۳۷، ۳۹).



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

در همین راستا در مطالعه دیگری ارتباط سطح سواد سرپرست خانوار با فقر خانوار نشان داده شده - است. همان گونه 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 داشته‌اند در حالی 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 گروه‌های تحصیلی سرپرستان خانوار حاکی از آن است که این تصویر دقیقاً در سایر سال‌های مطالعه نیز مشاهده می‌گردد. یعنی با افزایش سطح تحصیلات سرپرست خانوار، از احتمال فقیر بودن خانوارها کاسته می‌شود. همچنین در طی زمان، درصد خانوارهای فقیر در کلیه گروه‌های 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 استثنا مشاهد می‌گردد به این معنا که در طی زمان درصد خانوارهای فقیر در این گروه افزایش یافته است و از آن جا که این ارقام مربوط به فقر مطلق می‌باشد، توجه به آن بسیار حایز اهمیت

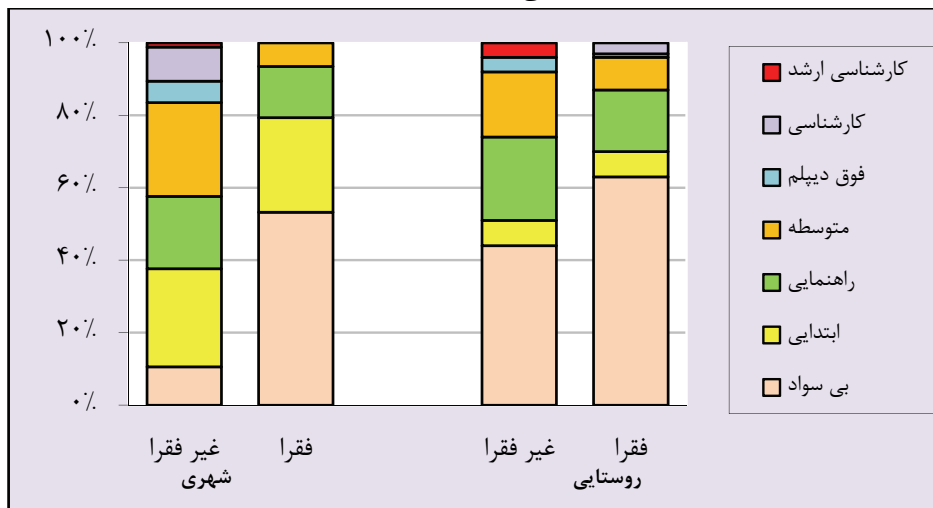
است. زیرا درصد خانوارهای فقیر در این گروه از صفر درصد در سال ۱۳۷۱ به ۷ درصد در سال ۱۳۷۵ و ۴/۲ درصد در سال ۱۳۷۹ افزایش یافته است. این امر دلالت بر بی‌توجهی اقدامات فقرزدایی در طی سال‌های مطالعه نسبت به گروه فوق‌الذکر دارد^(۲۵). البته برخی از قوانین کشوری نیز به این وضعیت دامن می‌زند. به عنوان مثال: دانش‌آموختگان مذکر دکترا در رشته‌های مختلف که اغلب در سنین بالاتری نیز نسبت به دانش‌آموختگان مقاطع پایین‌تر قرار دارند، موظف به گذراندن خدمت سربازی با حقوق پایین هستند و یا در دانش‌آموختگان مونث و نیز برخی از دانش‌آموختگان مذکر دکترا در گروه پزشکی که موظف به گذراندن طرح نیروی انسانی هستند، حقوق بسیار پایین داده می‌شود. 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 در گروه‌های مختلف سواد دیده می‌شود.



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

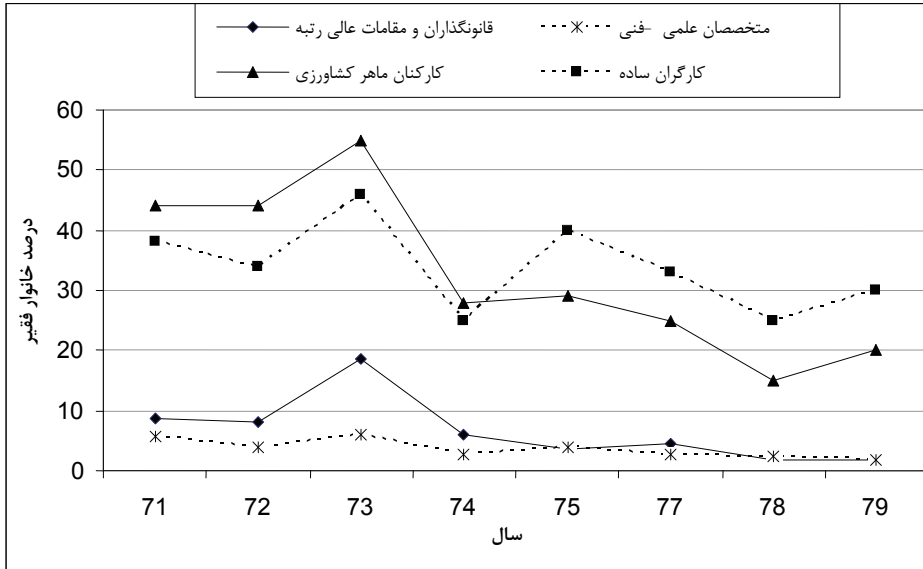
همچنین بر اساس مطالعه‌ای که بر روی اطلاعات خام طرح نمونه‌گیری هزینه و درآمد خانوار سال ۱۳۸۳ مرکز آمار ایران با ۱۱۶۱۹ نمونه شهری و ۱۲۹۱۵ نمونه روستایی انجام شده است، توزیع خانوارهای فقیر در گروه‌های تحصیلاتی مختلف سرپرست خانوار نشان داده شده است. بر اساس نتایج این مطالعه تفاوت بارزی بین درصد بی‌سوادی سرپرستان خانوارهای فقیر و غیر فقیر مشاهده می‌شود به

گونه ای که ۴۹٪ از خانوارهای 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 در خانوارهای شهری بیش از خانوارهای روستایی است. به عبارت دیگر به نظر می‌رسد تحصیلات نقش موثرتری در کسب رفاه خانوارهای شهری نسبت به خانوارهای روستایی داشته است (۴۲).



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

با توجه به ارتباطی که سطح تحصیلات با نوع شغل و فقر خانوار دارد و پیش‌تر به آن اشاره شد، انتظار می‌رود 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 گروه‌های قانون‌گذاران و مقامات عالی رتبه، متخصصان علمی فنی و تکنسین‌ها و دستیاران قرار دارند. از نظر تحول زمانی، درصد خانوارهای فقیر در تمامی گروه‌های شغلی طی سال‌های ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۹ کاهش یافته است (نمودار ۴۳)، به عنوان مثال درصد خانوارهای فقیر در گروه قانون‌گذاران 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 گروه‌های مختلف است (۲۵).



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

سواد سلامت

در مطالعه بررسی سطح سواد سلامت که در ۵ استان کشور انجام شده است، همان گونه که انتظار می‌رفت سطح تحصیلات، قوی‌ترین ارتباط را با سواد سلامت داشته است. در این مطالعه با افزایش سال‌های تحصیل افراد، سطح سواد سلامتی‌شان نیز بالاتر گزارش شده است و بیش‌ترین جهش در سطح سواد سلامت در افراد با تحصیلات بیش از ۸ سال مشاهده شده است. 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).

شاخص‌های سلامت

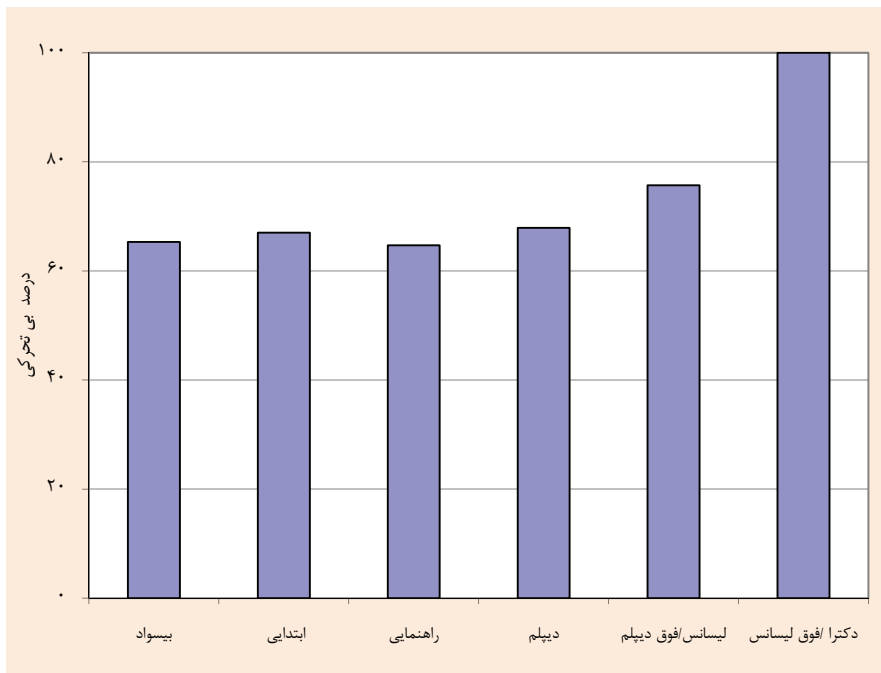
عوامل خطر موثر بر سلامت

در این قسمت برای نشان دادن اهمیت و تاثیر سطح سواد بر سلامت، مهم‌ترین مطالعات به صورت هدفمند، گزینش و تاثیر این عامل به تفکیک بر روی مهم‌ترین ریسک فاکتورهای سلامت بررسی شده

است. در ادامه برای روان شدن مطلب تاثیرسواد در فعالیت بدنی، چاقی، سوء تغذیه در کودکان، چربی‌های خون و استعمال دخانیات به تفکیک شرح داده خواهد شد.

فعالیت بدنی

در مطالعه‌ای 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).



نمودار ۴۴: ارتباط عدم تحرک بدنی کافی با سطح تحصیلات در افراد بالای ۲۰ سال شهر یزد

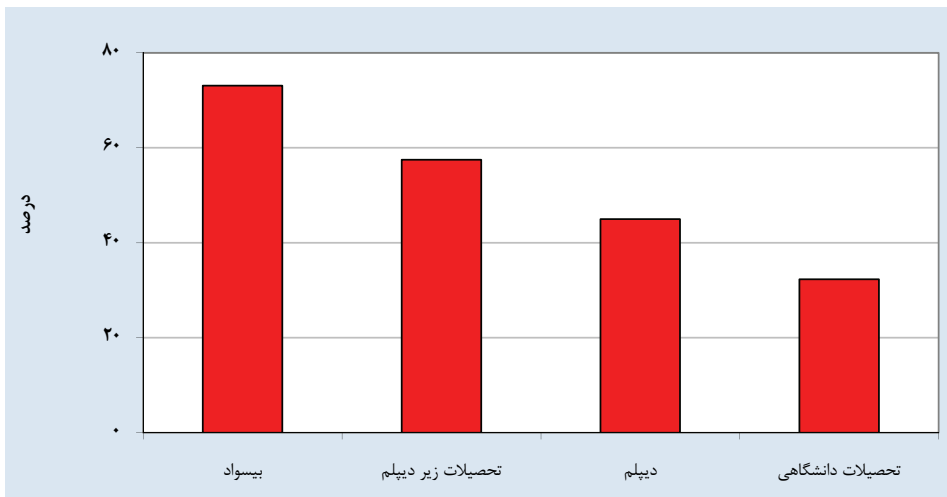
در مطالعه دیگری نیز ارتباط میزان فعالیت فیزیکی دختران نوجوان شهر تهران با تحصیلات والدین آنها بررسی شده است که در آن میزان فعالیت بدنی دختران نوجوان با تحصیلات مادر ارتباط مثبتی داشته است. به عبارت دیگر با افزایش سطح تحصیلات مادران، میزان فعالیت فیزیکی دختران نیز

بیش تر بوده است. 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 می دهد که سطح سواد به تنهایی تاثیر چندانی در تغییر رفتار افراد جامعه برای تحرک بیش تر بدنی ندارد و به عبارتی به تنهایی با بالا بردن سطح سواد نمی توان انتظار داشت که فعالیت بدنی نیز به صورت قابل ملاحظه ای افزایش یابد.

چاقی

مطالعات مختلفی نیز به بررسی ارتباط شاخص توده بدنی (BMI) و ابتلا به چاقی با سطح تحصیلات پرداخته اند و نشان داده اند بی سواد و کم سواد ی تنها عامل خطر برای اضافه وزن و چاقی فرد است، بلکه حتی می تواند احتمال چاقی فرزندان را نیز افزایش دهد. نتایج منتشره از بررسی نظام مراقبت عوامل خطر بیماری های غیر واگیر 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 دارای BMI بالاتر از حد طبیعی کاسته می شود (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؛ بر اساس 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 دانش‌آموز 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 معنی‌داری 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 معنی‌دار 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.

سوء تغذیه در کودکان

بنا بر 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 معنی‌داری داشته است؛ به گونه‌ای که ۲۲/۲٪ مادران و ۱۳/۹٪ پدران کودکان زیر ۶ سال مبتلا به سوء تغذیه، بی سواد بوده‌اند در حالی که میزان بی سوادی در مادران و پدران کودکان بدون سوء تغذیه (سالم)، به ترتیب ۱۹/۳٪ و ۱۱/۱٪ بوده است.

چربی خون

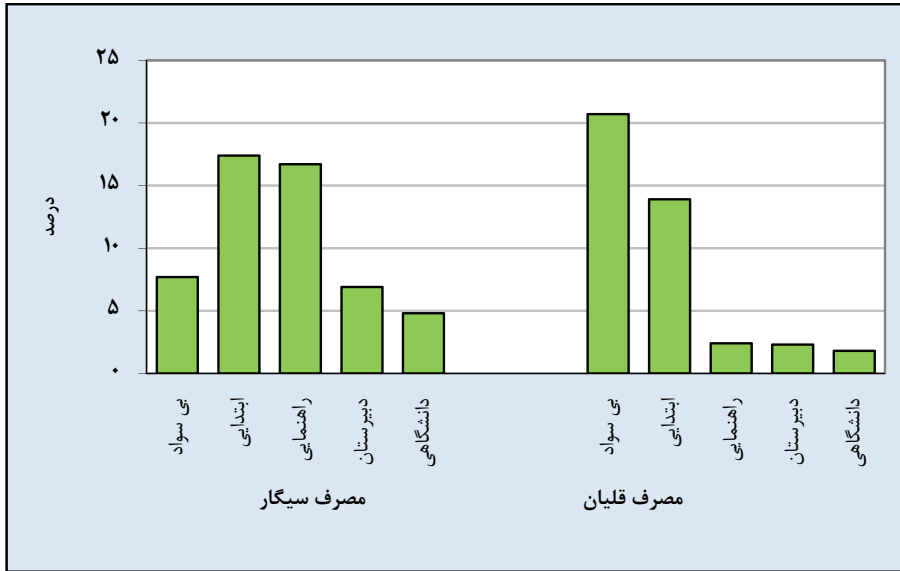
مطالعات مختلف نشان داده‌است که بی‌سوادی و کم‌سوادی یک عامل موثر در نامطلوب بودن شاخص‌های بیوشیمیایی خون می‌باشد. به عنوان مثال ارتباط تحصیلات با سطح سرمی تری‌گلیسرید و HDL در مطالعه قند و لیپید تهران مشاهده شده است. بر اساس مطالعه صورت گرفته بر روی ۷۳۳ نفر مرد و زن تهرانی، زنان بی‌سواد و کم‌سواد، تری‌گلیسرید بالاتر و HDL پایین‌تری از زنان با تحصیلات بیش‌تر داشته‌اند؛ 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 ویتامین 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 کم‌سودای از طریق تاثیر نامطلوب بر رژیم غذایی و تغذیه باعث بروز چاقی و نامطلوب‌تر 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 بر اساس مستندات عینی صورت پذیرد.

دخانیات

بر اساس بخشی از نتایج منتشره از نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های 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 در صد نسبی افراد غیرسیگاری با افزایش سطح تحصیلات، افزایش داشته و درصد نسبی سیگاری‌های فعال و غیرفعال نیز در سطح تحصیلات پایین‌تر 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).

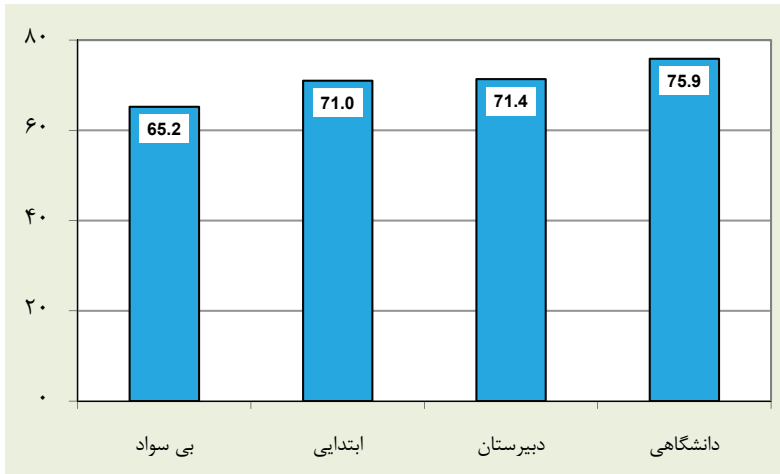
همچنین نتایج به دست آمده از مطالعه‌ای که به بررسی الگوی مصرف سیگار و قلیان در افراد بالای ۱۵ سال بندرعباس پرداخته‌است، حاکی از بیش‌ترین میزان شیوع استعمال سیگار در افراد با تحصیلات ابتدایی و کم‌ترین میزان شیوع مصرف سیگار در افراد با تحصیلات دانشگاهی می‌باشد. در رابطه با مصرف قلیان نیز، بیش‌ترین شیوع 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 گروه‌های مختلف تحصیلی در افراد بالای ۱۵ سال شهر بندرعباس

بهره‌مندی از خدمات سلامت و احساس سلامتی

در مطالعه‌ای که بر اساس اطلاعات طرح بهره‌مندی از خدمات سلامت در سال ۱۳۸۱ انجام شده- است، با افزایش سطح تحصیلات افراد، درصد افرادی که نیاز به دریافت خدمات سلامت داشته‌اند و برای آن اقدام کرده‌اند، افزایش یافته‌است (نمودار ۴۷)؛ البته پس از حذف اثر سایر متغیرهای موثر بر بهره‌مندی افراد، تفاوت معنی‌دار آماری بین بهره‌مندی از خدمات سلامت در افراد با سطوح مختلف تحصیلی مشاهده نشده است^(۵۱).



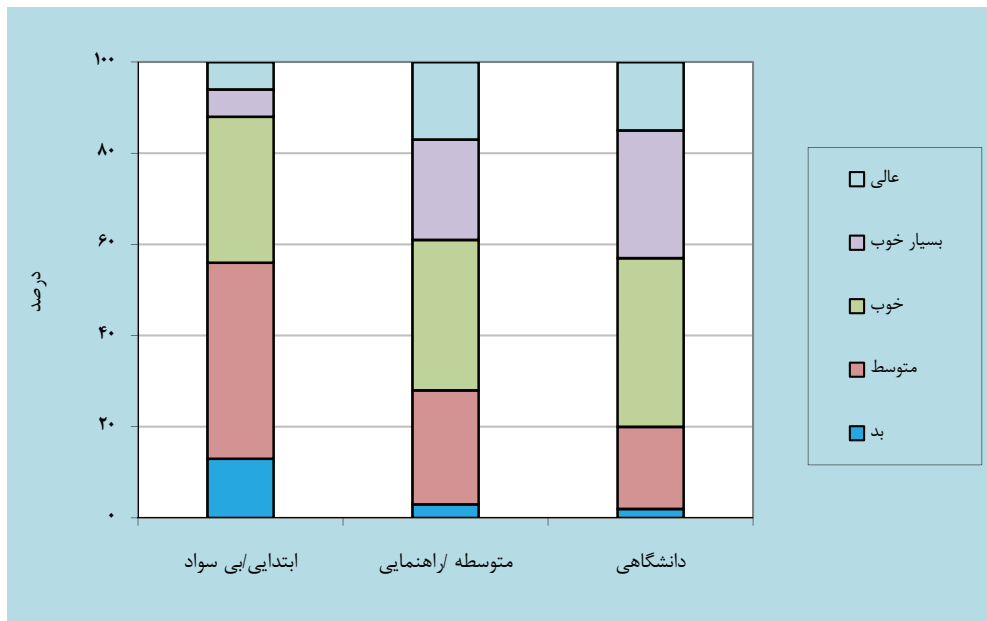
نمودار ۴۷: فراوانی بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی در افرادی که احساس نیاز به دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی داشته‌اند به تفکیک گروه‌های تحصیلی مختلف

بر اساس 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 بی‌سواد بود.^(۵۲)

همچنین در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۷۵ بر روی ۴۱۷۷ زن باردار در شهر تهران انجام شده است، تحصیلات همسر ارتباط معنی‌داری با استفاده صحیح از روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری داشته است. خطر استفاده ناصحیح از روش‌های 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 بوده‌است که همسر زنان باردار دارای تحصیلات دانشگاهی بوده‌اند. لذا به نظر می‌رسد تحصیلات شوهر عامل قوی‌تری نسبت به تحصیلات زن در استفاده صحیح از روش‌های پیشگیری از بارداری است و با افزایش سطح تحصیلات شوهر، خطر استفاده ناصحیح از روش‌های پیشگیری از بارداری و متعاقب آن شکست روش، کاهش می‌یابد.^(۵۳)

وضعیت سلامتی

در مطالعه ای که بر روی ۴۱۶۳ فرد بالای ۱۵ سال ساکن در شهر تهران به انجام رسیده است، نظر افراد در مورد سلامتی خودشان پرسش شده است. بر اساس 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 سلامتی شان را بهتر از افراد با تحصیلات ابتدایی یا بی سواد ارزیابی کرده اند (نمودار ۴۸). به عبارت دیگر هرچه سطح تحصیلات بالاتر رفته است، ارزیابی افراد از وضعیت سلامتی شان بهتر بوده است.^(۵۴)



نمودار ۴۸: وضعیت سلامتی افراد بالای ۱۵ سال شهر تهران بنا به اظهار خودشان به تفکیک گروه های تحصیلی مختلف

نتیجه گیری

همان گونه که انتظار می رود، 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 بی سواد و با تحصیلات پایین، بیش تر در معرض وضعیت اقتصادی بی ثبات و نامطلوب و نیز بیش تر در معرض خطرات و عوارض ناشی از عوامل خطرزای سلامت قرار دارند. البته در این بخش نیز به علت عدم دسترسی به شاخص های مورد نظر در سال های مختلف، قضاوت در مورد روند تغییرات آن ها در طول زمان دشوار می باشد ولی به نظر می رسد وضعیت عمومی اقتصادی افراد کم سواد به طور نسبی در دهه های اخیر رشد بهتری داشته در حالی که وضع اقتصادی افراد با تحصیلات عالی حتی کمی افت نموده است.

افراد با تحصیلات دانشگاهی بیش تر به فعالیت های تخصصی و دانشگاهی اشتغال دارند و افراد بی سواد و یا با تحصیلات پایین در مشاغل ساده تر مشغول به کارند و همین مشاغل خود عامل خطر برای سلامتی افراد می توانند باشند. این مسئله افراد با تحصیلات پایین را در معرض درآمد پایین تر نیز قرار می دهد. فقر نیز که از عوامل اصلی برآورده نشدن حداقل نیازها در زمینه تأمین خوراک، مسکن، بهداشت و تحصیل می باشد سلامت افراد جامعه را تهدید می نماید.

از این رو برقراری امنیت شغلی برای کلیه افراد جامعه یکی از وظایف مهم مسئولان کشور است. این مسئله هم برای افراد با تحصیلات پایین که آسیب پذیرترند و هم برای نیروهای متخصص و با تحصیلات دانشگاهی که هزینه های بالایی برای تربیت آنان سرمایه گذاری شده است، اهمیت به سزایی دارد. طراحی و اجرای برنامه های ویژه ای همچون توانمندسازی و ارتقای مهارت های شغلی می تواند در بهبود وضعیت زندگی افراد با تحصیلات پایین جامعه موثر باشد؛ البته نتایج این تحقیق نشان داد که احتمالاً در سال های اخیر وضعیت بیکاری در افراد تحصیل کرده بیش تر و مشهودتر بوده و افراد کم سواد راحت تر می تواند به مشاغل ساده دست یابند ولی از طرف دیگر بیکاری حتی موقت افراد کم سواد به دلیل نداشتن بنیه مالی احتمالاً می تواند 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 می باشد. به عنوان مثال چاقی در زنان و مردان با سطح تحصیلات پایین تر شیوع بالاتری دارد و یا اینکه پروفایل چربی های خون در افراد با تحصیلات بالاتر، وضعیت مطلوب تری دارد. شیوع مصرف سیگار و قلیان نیز در افراد بی سواد و یا با تحصیلات پایین، بیش تر است. وضعیت مطلوب - تر این عوامل در افراد تحصیل کرده می تواند ناشی از آگاهی بیش تر 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 در نظر گرفتن محدودیت‌های 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 همان گونه که علی‌رغم وجود آگاهی کافی در افراد تحصیل کرده از عوارض بی‌حرکی و فعالیت بدنی کم، فعالیت بدنی در این گروه از افراد پایین‌تر مشاهده شد. به عنوان یک نتیجه‌گیری کاربردی، آموزش‌های متداول سلامت احتمالاً تفاوت بین گروه‌های مختلف مردم از نظر سطح سواد را افزایش داده و نابرابری را زیاد می‌کند که باید برای حل آن از ابزارها و روش‌های مناسب برای گروه‌های کم‌سواد استفاده نمود. در رابطه با بهره‌مندی از خدمات سلامت، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های تحصیلی مختلف مشاهده نشده است 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 گروه‌های 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 بهره‌مندی از زایمان ایمن در افراد با تحصیلات بالاتر نسبت به افراد بی‌سواد و با تحصیلات پایین مشاهده شده است. به گونه‌ای که سواد مادر قوی‌ترین تعیین‌کننده زایمان توسط فرد دوره دیده و زایمان در محل مناسب بوده است. البته تحصیلات مادر نتیجه معکوسی در رابطه با نوع زایمان نیز داشته است و با افزایش سطح تحصیلات زنان، از درصد زایمان طبیعی آن‌ها نیز کاسته شده و بیش‌تر به روش سزارین زایمان کرده‌اند. لذا به نظر می‌رسد برای کاهش شاخص‌های 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 غیر علمی افراد باسواد و تحصیل‌کرده جامعه را در خصوص استفاده صحیح از خدمات سلامت ارتقاء داد.

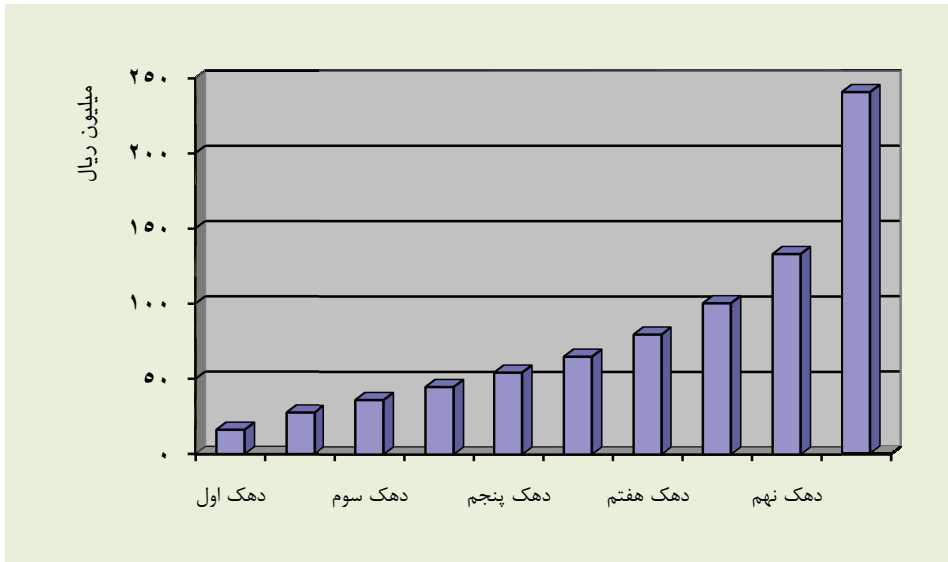
ث . مقایسه شاخص‌ها بر اساس دهک‌های اقتصادی

وضعیت اقتصادی یکی از مهم‌ترین مولفه‌های تاثیر گذار بر سلامت و رفاه افراد می باشد که با تاثیر بر بسیاری از فاکتورهای دیگر همچون دسترسی به خدمات و مراقبت‌های 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 تاثیر دارد. لذا تمام مدل‌های سیاسی و نظام‌های حکومتی تاکید جدی بر افزایش درآمدهای جامعه و توزیع یکنواخت‌تر 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 دهک‌های مختلف هزینه در سال ۱۳۸۵ حاکی از آن 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 دهک‌های 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 می‌شود. 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 سال‌ها، 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 داده‌های مورد استفاده در مطالعات مختلف بر حسب این که از ریز داده‌ها و یا داده‌های 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 سال‌های گذشته تقریباً قابل ملاحظه بوده است.

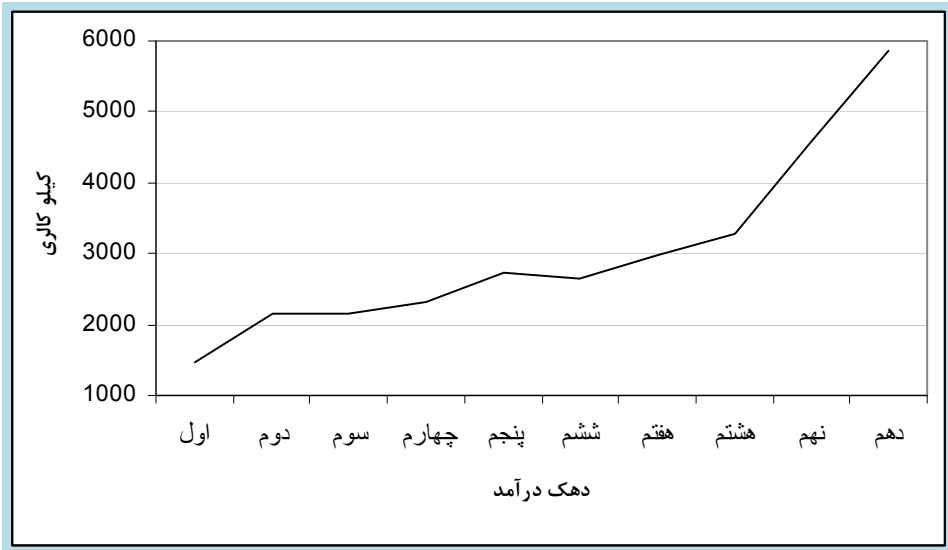
دهک‌های توزیع درآمد بین خانوارها براساس آمارگیری مرکز آمار ایران از هزینه و درآمد خانوارها در سال‌های ۱۳۶۵ و ۱۳۷۸ در جدول ۳ نشان داده شده است. این جدول نشان می‌دهد که شدت نابرابری توزیع درآمد بین خانوارها در کل کشور، در مناطق شهری و در مناطق روستایی در سال ۱۳۷۸ در مقایسه با سال ۱۳۶۵ تا حدی افزایش یافته‌است که سهم دهک‌های اول، دوم و دهم در کل کشور افزایش و

سهم سایر دهک‌ها کاهش پیدا کرده است^(۵۵). همچنین مشاهده می‌شود که در دهک‌های با درآمد بالاتر، میزان نابرابری نیز افزایش می‌یابد و در دهک‌های پایین درآمدی، درآمد افراد به هم نزدیک‌تر است.

جدول ۳. دهک‌های درآمدی و ضرایب جینی توزیع درآمد بین خانوارها در سال‌های ۱۳۶۵ و ۱۳۷۸

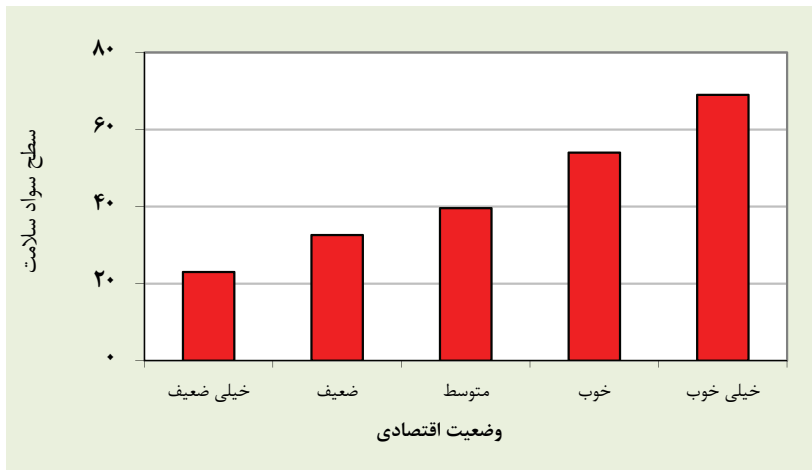
ضریب جینی	درصدی از درآمد کل جامعه که در هر دهک کسب شده است										
	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم	نهم	دهم	
۱۳۶۵	۰/۰۰۸۵	۰/۰۲۶۸	۰/۰۴۲۵	۰/۰۵۶۴	۰/۰۷۱۵	۰/۰۸۸۷	۰/۱۰۷۸	۰/۱۳۱۶	۰/۱۶۶۷	۰/۲۹۸۹	۰/۴۳۰۶
۱۳۷۸	۰/۰۱۳۴	۰/۰۲۹۱	۰/۰۴۱۶	۰/۰۵۴۴	۰/۰۶۸۰	۰/۰۸۳۱	۰/۱۰۰۵	۰/۱۲۳۸	۰/۱۶۰۵	۰/۳۲۵۱	۰/۴۴۰۵
۱۳۷۸ ۱۳۶۵	۱/۵۶	۱/۰۸	۰/۹۷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

همان گونه که پیش‌تر نیز اشاره شد، درآمد، با تغذیه و میزان انرژی دریافتی افراد ارتباط دارد. این رابطه در مطالعه‌ای که به بررسی شاخص‌های فقر در ایران می‌پردازد، نشان داده شده است (نمودار ۵۰). همان گونه که ملاحظه می‌شود، با افزایش درآمد، میزان انرژی دریافتی نیز افزایش یافته است^(۲۵). البته به نظر می‌رسد که هر ۲ سر طیف درآمد، به نوعی با مشکل تغذیه‌ای روبرو هستند. در دهک اول درآمد، پایین بودن میزان انرژی دریافتی می‌تواند منجر به سوء تغذیه و در دهک‌های نهم و دهم درآمد، بالا بودن میزان انرژی دریافتی می‌تواند منجر به چاقی و بیماری‌های ناشی از آن گردد. ولی این برآورد نشان می‌دهد که در پایین‌ترین دهک درآمدی در جامعه، مشکل سوء تغذیه 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 رسیده است، سطح سواد سلامت افراد در گروه‌های با وضعیت اقتصادی بالاتر (ثروتمندتر) به طور معنی‌داری بیش از افراد در گروه‌های با وضعیت اقتصادی پایین بوده است (نمودار ۵۱).^(۱۲)

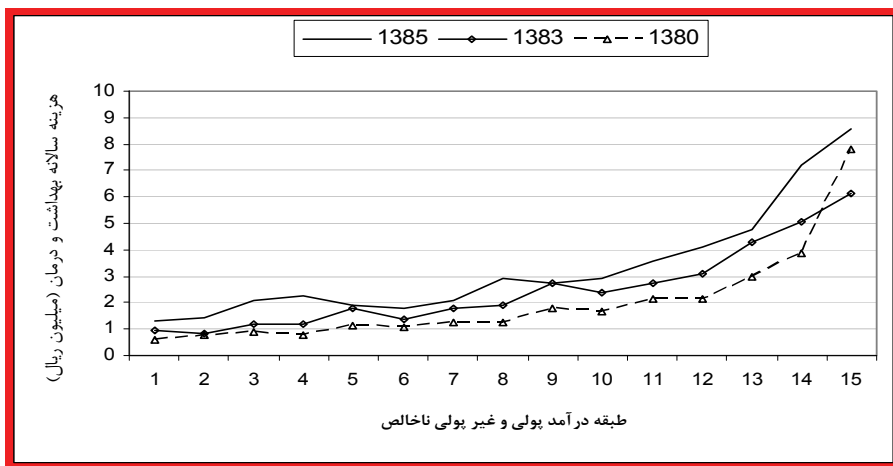


نمودار ۵۱: رابطه وضعیت اقتصادی با سطح سواد سلامت

شاخص‌های سلامت

بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی

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

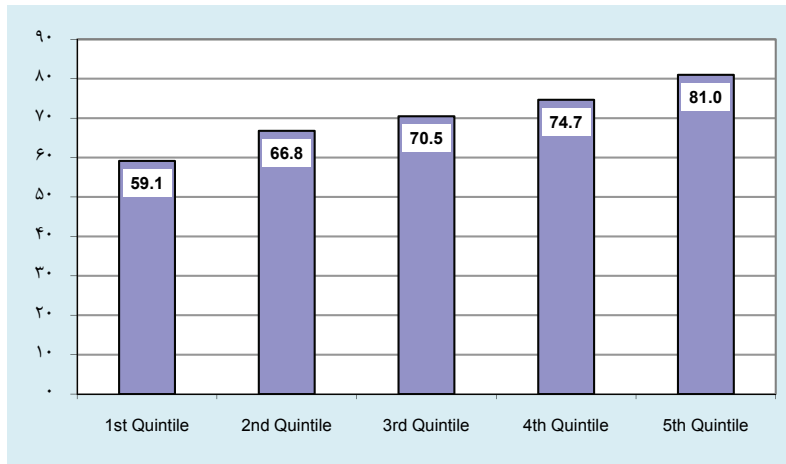


۱ = کم درآمدترین، ۱۵ = پر درآمدترین

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

در مطالعه‌ای که عوامل موثر 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 کم ترین دارایی و امکانات رفاهی) قرار داشتند، بیش تر 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 می شود (نمودار ۵۳)

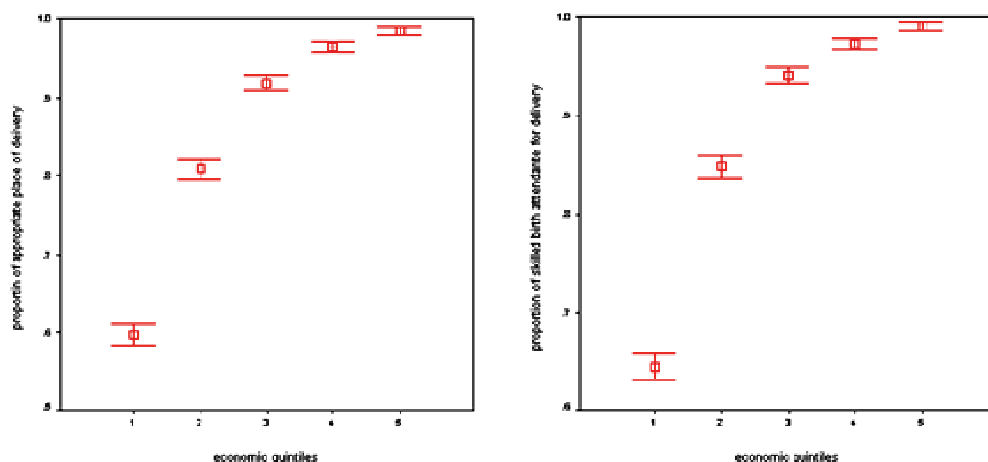


نمودار ۵۳: فراوانی بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی در افراد با وضعیت اقتصادی مختلف

همچنین نتایج مطالعه بهره مندی حاکی از آن است که بیش تر افراد نیازمند به دریافت خدمات سلامتی که از این خدمات محروم مانده اند، به دلیل فقدان توان مالی کافی آن ها بوده است. 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 بی پولی اعلام کرده اند^(۲۳). این یافته به خوبی نشان می دهد که فقر اقتصادی به شدت میزان بهره مندی 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 شده است.

ارتباط بهره مندی 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 داده های پیمایش سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۹ (DHS) به انجام رسیده است، ثابت شده می باشد^(۵۲). بر اساس 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 گروه های با وضعیت اقتصادی پایین تر، شانس زایمان طبیعی بیش تر بود. به عبارت دیگر هرچه افراد فقیرتر می-

شوند، بیش تر به روش طبیعی زایمان انجام می دهند. البته به نظر می رسد بالاتر بودن زایمان غیرطبیعی (سزارین) در افراد ثروتمندتر بیش تر انتخابی باشد تا ناشی از اندیکاسیون پزشکی. البته تفاوت بین ۲۰٪ پایین جامعه با بقیه بسیار عمیق بوده و نشان می دهد که به خصوص این گروه به شدت آسیب پذیر بوده اند.



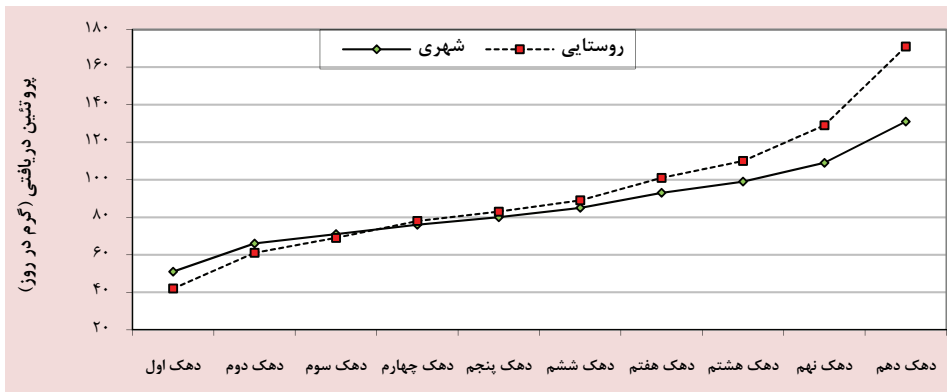
نمودار ۵۴: رابطه وضعیت اقتصادی با زایمان در محل مناسب و زایمان توسط فرد دوره دیده (برگرفته از منبع ۵۲)

بیمه یکی از عوامل مهم در بهره مندی افراد از خدمات سلامت است که خصوصاً در اقشار با درآمد پایین نقش بسیار تعیین کننده ای دارد. در مطالعه ای که در شهر گرگان به انجام رسیده است، پوشش حداقل یکی از انواع بیمه درمانی در بالاترین دهک درآمدی ۶۷ درصد و در پایین ترین دهک ۴۴/۴ درصد گزارش شده است^(۵۷). درصد پایین پوشش بیمه در اقشار کم درآمدتر جامعه مورد بررسی که می تواند به علت اشتغال به فعالیت های غیر ثابت در این گروه ها باشد، خود می تواند باعث افزایش محرومیت گروه کم درآمد از دسترسی به خدمات درمانی شود و به عبارتی تاثیر بیمه همگانی در ارائه خدمت به عموم جامعه به شدت مخدوش شده و گروهی که بیش ترین نیاز به چنین حمایت هایی را دارند کم تر می توانند از آن بهره مند شوند^(۵۷).

وضعیت تغذیه

بر اساس اطلاعات موسسه 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 کم تر 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 می شود. ضمن آن که واقعیت آن است که سهم عمده از پروتئین دریافتی در گروه های کم درآمد از منابع گیاهی و عمدتاً نان تامین می شود^(۵۸). این نمودار نشان می دهد که تقریباً ۲۰ درصد پایین جامعه شهری و روستایی از فقر پروتئینی رنج می برند و همچنین تفاوت و اختلاف دریافت پروتئین در جامعه روستایی به مراتب بیش تر 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 بررسی های انجام شده حاکی از آن است که در جوامع شهری و روستایی مقدار مصرف شیر در دهک های درآمدی پایین، کم تر از مقدار توصیه شده بوده است. البته گرچه در دهک های درآمدی بالا، مصرف شیر بیش تر از اقشار کم درآمد بوده است، اما کماکان کم تر از میزان توصیه شده است 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 می کند.

در مطالعه ای نیز که در شهر شیراز به انجام رسیده است، اختلاف قد دانش آموزان با وضعیت اقتصادی برخوردار حدود ۵ سانتی متر بیش تر از دانش آموزان در گروه غیر برخوردار بوده است^(۵۹).

نتیجه گیری

مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که با بهبود وضعیت اقتصادی، وضعیت سلامتی مردم نیز بهبود یافته است. از این رو رهبران سیاسی جهان در اهداف توسعه هزاره تصمیم به کاهش و حذف فقر از جهان و ارتقای سطح سلامت فقرا تا سال ۲۰۱۵ گرفته اند. همچنین توجه به وضع سلامتی و اقتصادی مردم خصوصاً افراد نیازمند، یکی از راه‌های افزایش قدرت اقتصادی کشورها است که با کاهش پرداخت مستقیم مردم و توزیع عادلانه منابع در نظام سلامت، محقق می‌شود^(۴۰).

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

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

سوال مشخصی که از زاویه دید SDH باید دنبال شود آن است که تا چه میزان تفاوت در درآمدهای گروه‌های 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 گروه‌های کم‌درآمد بسیار آسیب‌پذیرتر بوده و معمولاً انواع بیماری‌ها (بیماری‌های عفونی، بیماری‌های مزمن، سرطان‌ها و حتی حوادث) در این گروه‌ها شایع‌تر بوده و لذا به حمایت بیش‌تر نیازمند هستند.

اطلاعات موجود در خصوص درآمد و هزینه خانوارها حاکی از آن است که توزیع درآمد در اقشار جامعه یکنواخت نیست و اقشار کم‌درآمد سهم بیش‌تری از درآمد خود را صرف مراقبت‌های سلامتی می‌نمایند^(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 مراقبت‌های سلامت و افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت در ۲ دهه گذشته در کشور، کماکان تفاوت‌هایی در بهره‌مندی افراد با وضعیت‌های اقتصادی و اجتماعی متفاوت وجود دارد^(۲۳، ۵۱، ۵۲) و اگرچه اطلاعات دقیق آماری در خصوص تغییرات زمانی وجود ندارد ولی

به نظر می‌رسد که در دهه‌های گذشته احتمالاً روند تغییرات به سمت کاهش نابرابری‌ها نبوده‌است. لذا هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی درمانی به عنوان یکی از اجزای شاخص‌های اجتماعی اقتصادی و برابری در توزیع آن، می‌بایست مدنظر سیاست‌گذاران بوده و پوشش بیمه‌های درمانی خصوصاً در اقشار کم درآمد را ارتقاء بخشند. همچنین با توجه به این که فقر یکی از عوامل موثر در ناامنی غذایی و سوءتغذیه می‌باشد، سیاست‌های حمایتی دولت از جمله هدفمند نمودن یارانه‌ها می‌تواند به نفع گروه‌های آسیب پذیر باشد^(۵۸).

در انتها تاکید می‌گردد که اثربخشی بعضی از برنامه‌های اصلی نظام سلامت مانند پیاده‌سازی مدل پزشک خانواده در کشور و تاثیر آن بر دسترسی اقشار کم‌درآمد به خدمات سلامت و همچنین کاهش بار بیماری‌ها در این گروه باید در سال‌های 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 بیش تری از درآمدهای مختصر آن‌ها برای تامین این نیازها هزینه شود که در کل تاثیر آن‌ها در ارتقای سلامتی ایشان چندان مشخص نیست. به عنوان مثال گروه‌های آسیب‌پذیر برای انجام مثلاً یک عکس- برداری MRI هزینه‌ای را بنمایند که در عمل باعث افزایش خطر سوءتغذیه در خانوار و در نهایت افت سلامت کلی آن‌ها شود.

بخش دوم

نقش سازمان ها، نهادها و مردم در ارتقای سلامت و ایجاد عدالت در سلامت

همان گونه 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 سازمان ها، نهادها و مردم در ارتقای سلامت خود و مبارزه با ریشه‌های ایجادکننده اصلی بیماری‌ها و همچنین بروز نابرابری‌ها در سلامت به چه میزان بوده است.

این بخش از کتاب، خود از دو فصل مجزا تشکیل شده است. 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 خانه‌های بسیار دیگری با تاثیر 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 خواستگاه‌های قوانین و تشکیلات می‌پردازد و بحث گسترده در خصوص کارایی و عملکرد آن‌ها از حوصله این کتاب و توان نگارندگان خارج می‌باشد و به واقع نقد قوی و موثر عملکردها نیاز به گذشت زمان دارند، چراکه پیامدهای بلند مدت، بهترین و دقیق‌ترین شاخص‌هایی هستند که بدون سوگیری می‌توانند عملکردها را نقد نمایند.

الف. 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 چشم-انداز بیست ساله مرور و تحلیل خواهد شد چراکه راهبردی کلان برای کل نظام است. در انتها نیز برنامه‌های راهبردی توسعه کشور به ترتیب به بحث گذاشته خواهند شد.

قانون اساسی کشور

در قانون اساسی جمهوری اسلامی از ۱۷۷ اصل، در سه اصل (۳، ۲۹ و ۴۳) به صراحت مقوله سلامت مد نظر 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 تامین 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 تاثیرگذار 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 اصل‌های ۲۰، ۲۱، ۳۰، ۳۱، ۱۰۰ و ۱۰۱ نیز به نوعی، عواملی که به طور غیرمستقیم بر سلامت تاثیر 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 برده است.

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

در اصل ۱۰۰، توجه خاصی به شوراها شده است تا برنامه های کشور را در تمام سطوح پیگیری نمایند و در اصل ۱۰۱ شورای عالی استان را مسئول نظارت بر کلیه شوراها در سطح استان نموده است. شوراها در حقیقت ظرفیت مناسبی برای شناسایی الویت ها و برنامه ریزی در سطوح خرد و پیگیری امور اجرایی می باشند که در صورت توجه ویژه به آنها و اعتلای جایگاه های آنها می توان در سطوح مختلف جامعه قدم های بسیار مناسبی برداشت.

در ادامه متن، توضیحات هر اصل به ترتیب آورده شده است.

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 زمینه ها با استفاده صحیح از مطبوعات و رسانه های 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 زمینه های مادی و معنوی.

بند ۱۲- پی ریزی اقتصادی صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه، رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه های تغذیه، مسکن، کار، بهداشت و تعمیم بیمه.

این اصل ضمن اشاره به بالا بردن 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 ویژه ای دارد و همواره به توزیع عادلانه امکانات و رفع تبعیض در تمام زمینه ها تاکید می شود 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 می باشد، که در حوزه سلامت این مهم می تواند 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 نمی‌باشد و همه آحاد جامعه از حقوق مشخص در تمامی حوزه‌ها 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 احیا 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، زمینه‌های تبعیض جنسیتی که می‌تواند 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 تامین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های 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 حمایت‌های مالی فوق را برای یک فرد کشور تامین کند.

در اصل ۲۹، به صراحت زمینه‌های حمایتی دولت از سلامت مطرح شده‌است و به نوعی کلیه خدمات بهداشتی و درمانی برای تمامی اقشار جامعه مد نظر قرار گرفته و دولت موظف به تامین منابع مورد نیاز می‌باشد. در حقیقت با پیاده سازی شرایط تامین اجتماعی در کشور، زمینه‌های تبعیض در حوزه‌های 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 سر حد خودکفایی کشور به طور رایگان گسترش دهد.

با تامین شرایط تحصیل رایگان در جامعه، در حقیقت یکی از عوامل اصلی زمینه ساز فقر و بی عدالتی‌ها 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 شده است که بدون شک با افزایش سطح علمی و آگاهی‌ها در جامعه، علاوه بر پیشرفت و شکوفایی کشور، به نوعی زمینه‌های رفع مشکلات و مسائل جامعه فراهم می‌شود.

اصل ۳۱: داشتن مسکن متناسب با نیاز، حق هر فرد و خانواده ایرانی است. دولت موظف است با رعایت اولویت برای آن‌ها که نیازمندترین به خصوص روستائینان 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 ویژه‌ای به تامین مسکن برای گروه‌های آسیب پذیر جامعه داشته باشد و تفاوت‌های بین سطوح جامعه را، از این حیث به حداقل برساند.

اصل ۴۳: برای تامین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه‌کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد، با حفظ آزادی او، اقتصاد جمهوری اسلامی ایران بر اساس ضوابط زیر استوار می‌شود:

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

۲ - تامین 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 گونه‌ای پایه ریزی نماید که پاسخگوی تامین نیازهای اساسی مردم از جمله بهداشت باشد. از موضوعات دیگر در این اصل، توجه ویژه به بحث اشتغال آحاد جامعه است؛ به گونه‌ای 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 تبع 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 می‌گیرد که اعضای آن را مردم همان محل انتخاب می‌کنند.

براساس اصل ۱۰۰ قانون اساسی، شوراها جایگاه ویژه‌ای در اجرای برنامه‌های جاری در کشور از جمله برنامه‌های بهداشتی دارند. براین اساس ظرفیت قابل توجهی در جامعه برای اجرا و پیگیری‌های 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 می‌شود.

در عین حال به منظور جلوگیری از هرگونه انحراف در برنامه‌ها و تبعیض و نابرابری، قانون‌گذار طبق اصل ۱۰۱، شورای عالی استان‌ها را نیز در نظر گرفته است تا نظارت عالی‌به‌بر شوراها در سطح استان داشته و زمینه‌های انحراف را به حداقل برساند.

چشم انداز جمهوری اسلامی ایران در ۱۴۰۴ هجری شمسی

این متن به عنوان یک آرمان و چشم‌انداز بلند مدت کشور با بهره‌گیری از ظرفیت‌های فکر برتر تنظیم، پس از تصویب در مجمع تشخیص مصلحت نظام، توسط مقام معظم رهبری تایید و ابلاغ شده و تلاش برای دست یابی به اهداف آن، جزء وظایف همه اجزای نظام است. لذا دقت در کلمات و عبارات‌های آن و تفسیر دقیق آنها امری جدی و اساسی است. در ادامه این متن آورده شده‌است.

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

۱. توسعه‌یافته، متناسب با مقتضیات فرهنگی، جغرافیایی و تاریخی خود و متکی بر اصول اخلاقی و ارزش‌های اسلامی، ملی و انقلابی، با تاکید بر مردم سالاری دینی، عدالت اجتماعی،

۱. آزادی‌های مشروع، حفظ کرامت و حقوق انسان ها، 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، تامین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب.
۵. فعال، مسئولیت پذیر، ایثارگر، مومن، 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 تاکید بر جنبش نرم افزاری و تولید علم، رشد پرشتاب و مستمر اقتصادی، ارتقای نسبی سطح درآمد سرانه و رسیدن به اشتغال کامل.
۷. الهام بخش، فعال و موثر در جهان اسلام با تحکیم الگوی مردم سالاری دینی، توسعه کارآمد، جامعه اخلاقی، نواندیشی و پویایی فکری و اجتماعی، تاثیرگذار بر همگرایی اسلامی و منطقه‌ای بر اساس تعالیم اسلامی و اندیشه‌های امام خمینی (ره).
۸. دارای تعامل سازنده و موثر با جهان بر اساس اصول عزت، حکمت و مصلحت.

مطالعه این چشم‌انداز به وضوح نشان می‌دهد که تمام اجزای بحث SDH در چشم‌انداز جمهوری اسلامی وجود دارد. این چشم‌انداز در ابتدا موضوع مشارکت را به صراحت بیان می‌کند و از آن جایی 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 ویژه‌ای 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 تامین 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، تاثیر بسیار به سزایی بر سلامت جامعه دارد.

برنامه توسعه اول

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

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

۱. گسترش کمی و ارتقای 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 بخش‌های 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 تامین قسط اسلامی و عدالت اجتماعی که در آن تعمیم بیمه‌های اجتماعی با الویت روستاییان، عشایر و گروه‌های آسیب پذیر مطرح شده بود.
۴. تامین حداقل نیازهای اساسی عامه مردم با توجه به تامین تغذیه در حد نیازهای زیستی، تأمین آموزش‌های عمومی بهداشتی - درمانی و مراقبت‌های 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 تامین 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 کمی حداقل نیازهای حیاتی و ضروری، اولویت تامین نیازها از بخش کشاورزی بر صنعت و خدمات و نیز از ناحیه به کارگیری کالاهای سرمایه‌ای، بر واسطه‌ای و بر مصرفی، اولویت تامین نیاز روستا نسبت به شهر و

اولویت تامین نیازهای عموم مردم بر اقشار خاص

از موارد دیگر که به طور ویژه در برنامه توسعه اول مورد توجه قرار گرفته، موضوع جمعیت است که در تصویر کلان برنامه مطرح شده است و طی آن وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان مجری این سیاست موظف شده بود 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 غیر مستقیم و در قالب موضوعات دیگر به آن پرداخته شده بود. مشروح بندهای مرتبط در پیوست ۱ آورده شده است

برنامه توسعه دوم

در برنامه دوم توسعه کشور، همچنان موضوع سلامت مورد کم توجهی می باشد و نسبت به برنامه اول نه تنها جایگاه مناسبی پیدا ننموده است بلکه حتی توجه به عوامل اجتماعی نیز کاهش یافته است. در این برنامه از ۱۶ خط مشی اساسی تنها در بند اول تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی مطرح شده است و در این رابطه عنایت به مناطق محروم و روستاها با الویت اشتغال، بهداشت و آموزش، تولید عمران، تأمین بهداشت عمومی و گسترش 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 مد نظر بوده است. در سیاست های عمومی برنامه نیز به ادامه سیاست پرداخت یارانه برای کالاهای اساسی و دارو و حتی امکان علنی کردن بخشی از یارانه های پنهان و هم زمان با آن تقویت نظام تأمین اجتماعی، بیمه، امداد و برقراری و تامین کمک های مستقیم در موارد لازم توجه شده بود. مجدداً در این برنامه به موضوع جمعیت به طور اختصاصی پرداخته شده است، منتهی به مقوله سلامت توجه نشده است و تنها براساس تبصره ۹۴ دولت موظف بوده است از محل منابع بودجه عمومی نسبت به تکمیل تاسیسات، تجهیزات و نیروی انسانی شبکه های بهداشتی درمانی کشور به ترتیب اولویت خانه های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی روستایی، 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. مشروح بندهای مرتبط در پیوست ۲ آورده شده است.

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، ارتقای 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 بیماری‌های 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 مهم‌ترین برنامه راهبردی کشور به اجرا در آمده‌است، این برنامه مشتمل بر شش بخش، پانزده فصل و ۱۶۱ ماده می‌باشد. در این برنامه - برخلاف برنامه‌های قبلی - مفهوم سلامت و شیوه ارتقای آن به صورت مستقیم و غیر مستقیم به صورت پررنگ دیده شده‌است به گونه‌ای 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 غیر مستقیم به مقوله سلامت و عوامل تعیین‌کننده آن اشاره شده‌است و سازمان‌ها و وزارت خانه‌های مختلفی را در این زمینه مسئول نموده که در ذیل به مهم‌ترین بندهای این برنامه اشاره می‌شود و در پیوست ۴ به صورت کامل بندهای مربوطه آورده شده‌است.

ماده ۸۴: دولت با تمام ظرفیت‌های خود موظف به تامین 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 مسایل تغذیه‌ای اقشار آسیب‌پذیر از جمله دانش‌آموزان و نیازمندان شده‌است.

ماده ۸۵: دولت موظف شده به صورت جدی و فوری برای کاهش حوادث جاده‌ای اقدام و به فوریت‌های 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. تاکید 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 زیرساخت‌های مورد نیاز برای این مهم مانند: سطح‌بندی خدمات، بیمه‌ها و توزیع متناسب جغرافیایی امکانات توجه خاص شده‌است.

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

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: در خصوص بازار دارو و اصلاح روش‌های 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 دهک‌های درآمدی و توزیع عادلانه درآمد در کشور و نیز کاهش فقر و محرومیت و توانمندسازی فقرا، از طریق تخصیص کارآمد و هدفمند منابع تامین اجتماعی و یارانه پرداختی، برنامه‌های جامع فقرزدایی و عدالت اجتماعی اقدامات جدی نماید. رایانه‌ها و مالیات‌ها را هدفمند نماید. گروه‌های پرخطر را شناسایی نماید و زمینه مشارکت‌های 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 روستاییان و عشایر و همچنین مقرری بیکاری تعیین شده‌است.

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

ماده ۹۸: به منظور حفظ و ارتقای سرمایه اجتماعی، ارتقای رضایتمندی عمومی و گسترش نهادهای مدنی، وظایفی به عهده دولت گذاشته شده‌است.

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

همان گونه که در بندهای ۱۵ گانه فوق ملاحظه می‌گردد، در برنامه چهارم توسعه، سلامت جامعه با تعریف جامع آن بسیار پررنگ دیده شده‌است و همچنین ارتقای شاخص‌های توسعه روستایی و عشایری (ماده ۱۹)، دست یابی به توسعه پایدار و بهبود محیط زندگی در شهرها و روستاها (ماده ۳۰)، دسترسی به فرصت‌های برابر آموزشی به ویژه در مناطق کم‌تر توسعه یافته، گسترش دانش، مهارت و ارتقای بهره‌وری سرمایه‌های انسانی به ویژه برای دختران و توسعه کمی و کیفی نظام آموزشی (ماده ۵۲)، تقویت نقش زنان در جامعه و توسعه فرصت‌ها 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 تامین اجتماعی و فراهم نمودن زمینه‌ها و مزیت‌های 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 ارتقای سلامت، کاهش نابرابری‌ها 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 آن جایی که برنامه چهارم توسعه باید به عنوان عالی‌ترین سند مبنای حرکت نظام باشد، لذا به نظر می‌رسد مسیر حرکت در راستای افزایش عدالت اجتماعی و کاهش نابرابری‌ها 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 حرکت‌های خود را با این سمت و جهت شکل دهند. در ادامه به مهم‌ترین وزارت خانه‌ها و سازمان‌های مرتبط اشاره شده و مدل و شیوه کاری آن‌ها برای تحقق عدالت اجتماعی و در نتیجه عدالت در سلامت و نقش و جایگاه آن‌ها شرح داده خواهد شد.

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

همان گونه که در قسمت قبل اشاره شد، طبق قانون و بر اساس رسالت‌های سازمانی تعریف شده، خوشبختانه وزارت‌ها 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 وزارت‌ها 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 ارتقای سلامت و ایجاد عدالت در آن هستند. بر این 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 پرداخته شود.

ولی ذکر مجدد این نکته لازم است که بر اساس قانون واحدهای بسیار زیادی در کشور در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ارتقای 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 پوشیده نیست، رسانه ملی و صدا و سیما به عنوان پرنفوذترین شیوه اطلاع‌رسانی کمک بسیار موثری در ارتقای دانش سلامت عموم مردم دارد و این مهم در قوانین به صورت پررنگ دیده شده و بر این اساس این نهاد به صورت موثر در راستای انجام وظایف خود گام برمی‌دارد ولی ارتقای سلامت به عنوان مهم‌ترین راهبردهای این نهاد مطرح نیست به همین دلیل در این فصل نیز شرح مبسوطی از آن‌ها دیده نمی‌شود.

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 بیماری‌ها باشد، وجود نداشت. در نیمه قرن ۱۲ با دستور دکتر تولوزان، پزشک مخصوص ناصرالدین شاه، هیات صحنه 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 الصحة و پس از کودتای رضاخان وزارت صحتیه و خیریه، سازمان صحتی، اداره کل صحتیه مملکتی و اداره کل بهداری، مسئولیت بهداشت و درمان جامعه را به عهده گرفتند. در سال ۱۳۲۰ وزارت بهداری و بهزیستی تاسیس و متولی امور بهداشت و درمان گردید. پس از تاسیس وزارت بهداری، هر یک از وزرای بهداری خط مشی‌هایی را عرضه کرده، به اجرا درآوردند. این خط مشی‌ها، کلان نگر و بلند مدت 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 برنامه‌های عمرانی کشور تهیه شد و از جمله برای توسعه بهداشت و درمان نیز خط مشی‌هایی به تصویب رسید و اعتباراتی جهت این امر در نظر 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 برنامه‌های دوم (۴۱-۱۳۳۵) و سوم (۴۶-۱۳۴۱) نیز هدف ویژه‌ای منظور نشده بود.

در قانون برنامه عمرانی چهارم (۵۱-۱۳۴۶) هدف‌های مشخص در زمینه بهداشت وجود داشت، از جمله این که: «منظور استفاده از خدمات بهداشتی و بهداری، مجموعه‌ای از فعالیت‌های گوناگون پیشگیری از قبیل مصون سازی، مبارزه با بیماری‌ها، سالم سازی محیط، بهبود وضع تغذیه، آموزش اصول بهداشت به مردم و همچنین درمان بیماری‌ها 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 می‌باشد.»

در قانون برنامه پنجم (۵۶-۱۳۵۲)، هدف‌های اساسی بهداشتی و درمانی، ارتقای سلامت افراد از طریق پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها، توسعه بهداشت محیط، بهبود تغذیه عمومی، کنترل موالید، توسعه کمی و کیفی خدمات درمانی و توان بخشی در نظر گرفته شد و از جمله خط مشی‌های زیر جهت دست یابی 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 تامین خدمات درمانی و مراقبت از بیماری‌های واگیر

- تجدید نظر در آموزش پزشکی با در نظر گرفتن تامین نیازمندی‌های 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 برنامه‌های قبلی کامل‌تر بوده و در آن هدف برنامه بهداشت همگانی به صورت " گسترش خدمات بیماریابی، اجرای عملیات پیشگیری بیماری‌های قابل کنترل، ریشه کنی بیماری‌هایی که امکان انجام آن از نظر فنی و اجرایی فراهم است و بالاخره نگهداری و ارتقای سطح مصونیت افراد جامعه در قبال بیماری‌های 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 بهداشتی و بهزیستی و دانشکده‌های 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 مسئولیت‌های بهداشتی و درمانی که در اجرای فعالیت‌ها و برنامه‌های خود طبق قانون عهده دار است؛ وظیفه نظارت بر کلیه فعالیت‌های بهداشتی و درمانی در تمامی بخش‌های عمومی و خصوصی را نیز برعهده دارد. هدف این وزارت فراهم ساختن موجبات و حفظ تندرستی ساکنان کشور بوده و از جمله وظایف مهم آن تهیه برنامه‌های کلی بهداشتی و درمانی در قالب برنامه جامع ملی، تهیه و اجرای طرح‌های بهداشتی و درمانی، انجام پژوهش‌های 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 موسسه‌های درمانی و بهداشتی کشور و نظارت بر حسن اجرای آن‌ها، پیشگیری از بروز بیماری‌های واگیر و غیرواگیر، انجام اقدامات لازم به منظور تامین بهداشت محیط و تهیه و تنظیم مقررات بهداشتی برای تهیه، ورود و توزیع فرآورده‌های 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 دولت‌های عضو در دهه‌های آینده دست یابی 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)، در کنفرانس بین المللی مراقبت‌های بهداشتی اولیه در آلماتا، مرکز جمهوری قزاقستان از مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC - Primary Health Care) به عنوان روش "دست یابی به بهداشت برای همه" نام برده شد، سپس در سال ۱۹۷۹ در سی و دومین اجلاس سازمان جهانی بهداشت، راهبرد جهانی بهداشت برای همه مورد تصویب قرار گرفت و

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

نمایندگان کشورهای عضو و از جمله ایران متقبل شدند که استراتژی‌های کشوری بهداشت برای همه را بر مبنای مراقبت‌های اولیه بهداشتی تدوین نموده و به اجرا در آورند.

اما در ایران از سال‌ها قبل تلاش‌هایی جهت دست یابی به یک نظام سلامت که پاسخگوی نیازهای جامعه باشد آغاز شده بود، به طوری که طی سال‌های ۱۳۱۹ تا ۱۳۵۱ طرح‌ها 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 طرح‌ها، بالاخره در سال ۱۳۵۶، وزارت بهداشتی وقت به طور رسمی طرح رضائیه را از میان طرح‌هایی 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 تامین بهداشت و درمان کلیه افراد کشور از طریق تعمیم و گسترش خدمات بهداشتی، درمانی و آموزشی گردید. بر این اساس و به منظور عمل به توصیه‌های اعلامیه آلماتا و با توجه به تعهد دولت به آن بیانیه، اجرا و گسترش طرح شبکه به سرعت به اجرا درآمد، به گونه‌ای که پوشش این شبکه، تا سال ۱۳۷۰ حدود ۶۵ درصد جمعیت روستایی و ۵۱ درصد جمعیت شهری را در بر گرفته و در سال ۱۳۸۱ بیش از ۹۰ درصد جمعیت نیازمند خدمات بهداشتی اولیه در قالب شبکه‌های بهداشتی و درمانی در سرتاسر کشور از خدمات سلامتی بهره مند گردیدند. به طور کلی سیاست دولت ایران در ارائه خدمات از طریق طرح شبکه گسترده و بر مبنای اصول زیر پایه ریزی شده است:

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

و همواره اصول ضروری مراقبت‌های بهداشتی اولیه که همان رعایت عدالت اجتماعی، مشارکت مردمی، هماهنگی بین بخشی و تکنولوژی مناسب می‌باشند، مد نظر بوده است. راه اندازی شبکه‌های بهداشت و درمان در سال ۱۳۶۴، دستاوردی بزرگ در حوزه سلامت در کشور بوده و موجبات ارتقای بارز شاخص‌های 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 درصدی به ۱/۲ درصد در سال ۸۵
- افزایش پوشش ایمن سازی برای بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن، برای همه واکسن‌ها

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 صد هزار 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 ۹۹ درصد در سال ۷۹

لازم به ذکر است ارتقای این شاخص ها، عمدتاً ناشی از فراگیر شدن پوشش شبکه و خدمات سلامت در روستاها و ارائه فعال این خدمات به روستاییان در بخش عمده‌ای 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 برنامه‌ای تحت عنوان "برنامه پزشک خانواده" و از طریق پیاده سازی نظام ارجاع شدند. پس از ایجاد و توسعه شبکه‌های بهداشت و درمان، شاید به توان گفت اجرای برنامه پزشک خانواده دومین برنامه عظیم در حوزه سلامت در ایران می‌باشد.

در حقیقت طبق ماده ۹۰ برنامه چهارم توسعه، دولت ملزم به فراهم نمودن دسترسی مردم به خدمات بهداشتی درمانی از طریق سطح‌بندی و به شکل منطقی و عادلانه بوده و موظف شده‌است سهم مشارکت مردم در هزینه‌های سلامت را کاهش داده و به حداکثر ۳۰ درصد تقلیل دهد. همچنین طبق ماده ۹۱ برنامه چهارم، دولت می‌بایست تا پایان برنامه زمینه استقرار بیمه 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 تامین بودجه لازم در قالب تبصره ۱۴ بودجه سال ۱۳۸۴، زمینه پیاده سازی برنامه پزشک خانواده را فراهم آورد. در حال 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 می‌دهند. پس از آن کلیه افراد تحت پوشش را از نظر امکان وجود انواع بیماری‌ها بررسی و در صورت وجود علائم، موارد را در پرونده ثبت می‌نماید. در صورت نیاز به بررسی‌های 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 می‌توانند 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 فعالیت‌های پیشگیرانه از عوارض بعدی این بیماری‌ها 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.

همان گونه که در بخش‌های قبل اشاره گردید طی دو دهه اخیر ارتقای شاخص‌های 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 تامین ۲۵ تا ۳۰ درصد سلامت جامعه می‌باشد و مابقی در گرو فعالیت‌های سایر وزارت خانه‌ها و سازمان‌ها می‌باشد. امروزه بر کسی پوشیده نیست که برخورداری از سلامت فقط به معنای بیمار نبودن نمی‌باشد و طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت سلامت در برگیرنده سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می‌باشد 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 بخش‌های اجتماع نهادینه گردد و بدون شک دست یابی 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 رییس جمهور و وزرای وزارت خانه‌های کلیدی و تاثیرگذار در امر سلامت شکل گرفته است و از آن جایی 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 می‌پردازیم.

شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

تعریف و وظایف

این شورا به منظور حفظ و ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی آحاد مردم، اتخاذ تدابیر مناسب،

سیاست‌ها و راهبردهای کلان در جهت رسیدن به این هدف و همچنین نهادینه کردن مدیریت، سیاست گذاری، ارزش یابی و هماهنگی در قلمرو سلامت همگانی، امنیت غذا و تغذیه تشکیل شده‌است که مصوبات آن پس از تایید هیات وزیران به دستگاه‌های اجرایی ابلاغ و از زمان ابلاغ برای کلیه دستگاه‌های 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 و آموزش پزشکی می‌تواند حسب مورد نسبت به ایجاد گروه‌های تخصصی برای پشتیبانی امور شورای عالی اقدام نماید. شورای عالی حداقل هر ۳ ماه یک بار تشکیل جلسه می‌دهد.

اعضای 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 تامین اجتماعی
- وزیر کشور
- وزیر دادگستری
- وزیر نیرو
- وزیر ذیربط حسب مورد
- رئیس سازمان صدا و سیما 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 روسای کمیسیون‌های 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 سیاست‌گذاری در تمام موارد مرتبط به سلامت همگانی و امنیت غذایی و تغذیه
۲. بررسی پیشنهادهای و برنامه‌های راهبردی ارائه شده در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر دستگاه‌های اجرایی ذیربط در خصوص خدمات سلامتی و امنیت غذایی
۳. بررسی آیین‌نامه‌های اجرایی در زمینه گسترش همکاری‌های بین‌بخشی در امر سلامت، امنیت غذایی و تغذیه
۴. بررسی گزارش نظارت بر حسن اجرای سیاست‌های اعلام شده و آیین‌نامه‌های مصوب و ارائه گزارش سالانه

تحلیل نقش شورا در مبحث جلب مشارکت‌های بین‌بخشی

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

این شورا که اعضای اصلی آن عضو هیات 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 بین‌بخشی که یکی از اهداف برنامه SDH است استفاده خواهد شد. در لیست اعضای حتی وزاری که به صورت مستقیم کم‌تر در سلامت نقش دارند مانند وزیر دادگستری نیز وجود دارند. حضور رییس صدا و سیما، رییس نظام پزشکی و کمیته امداد نیز نشان از اهمیت بسیار همکاری‌های بین‌بخشی حتی با سازمان‌های غیر دولتی دارد.

پیر واضح است که تغذیه و امنیت غذایی به صورت مستقیم نقش به‌سزایی در سلامت جسم داشته و به صورت غیر مستقیم سلامت روحی و روانی و همچنین سلامت اجتماعی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. لذا بایست در سطح کلان کشور راه‌کارهایی اندیشیده شود تا با کمک سازمان‌های متولی و مرتبط در این امر با هماهنگی یکدیگر ضمن تامین تغذیه سالم برای مردم، به همه اقشار جامعه این اطمینان داده‌شود که از نظر مواد غذایی و تغذیه مناسب دولت به صورت جدی اقدام می‌نماید که چنین اطمینان‌خاطری می‌تواند سلامت روانی و اجتماعی پایداری را ایجاد نماید. جای هیچ‌شکی نیست که دغدغه بسیاری از مردم در کار و زندگی تامین 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 پر رنگ آورده شده است.

تحلیل برخی از مصوبات شورا از دیدگاه جلب مشارکت بین بخشی

در چند سال اخیر این شورا و در موارد لزوم هیات دولت به صورت جدی و فعال در جهت وضع قوانین و مقررات موثر در ارتقای سلامت جامعه با جلب مشارکت بین بخشی اقدام نموده و بر حسن انجام مصوبات نظارت داشته است. به عنوان مثال: به بحث حوادث جاده‌ای و بیماری‌های 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: آنفلوآنزای پرندگان مورد توجه قرار گرفته، در جهت عدالت اجتماعی و هدفمند نمودن یارانه‌ها گام برداشته شده و از ظرفیت‌های کلیه سازمان‌ها و نهادهای دولتی و غیر دولتی برای پیاده‌سازی مصوبات استفاده شده است. بر این 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 گلوگاه‌ها، سرعت حرکت بیش‌تر و نتیجه کار ملموس‌تر گردد. در ذیل بعضی از این مصوبات به عنوان نمونه آورده شده است تا نشان دهد که رویکرد این شورا نسبتاً جامع بوده و ابعاد مختلف سلامت را در بر می‌گیرد.

۱. در حال حاضر مرگ و میر جاده‌ای یکی از مهم‌ترین علل مرگ و میر کشور را تشکیل داده و بیش‌ترین بار بیماری‌ها را در کشور به خود اختصاص داده است. کاهش این خطر مسلماً بدون مشارکت بین بخشی تقریباً غیر ممکن است. این شورا به صورت جدی در این زمینه وارد شده و با وضع مصوباتی تکلیف چندین وزارت خانه و سازمان را در این خصوص تعیین نموده است.

۲. در جهت تامین غذای مطلوب برای همه اقشار جامعه، شورا مصوب نموده است 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 بر اساس سبد مطلوب غذایی تعریف نماید. همچنین تکلیف وزارت بهداشت و وزارت رفاه در تامین حداقل نیازهای ویتامین‌ها و املاح گروه‌های هدف (با اولویت به کودکان زیر ۵ سال) تعیین و به منظور رفع کمبود ریز مغذی‌ها و سوء تغذیه وزارت رفاه و تامین اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی (ره)، وزارت آموزش و پرورش، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و وزارت بهداشت موظفند با تشکیل کمیته‌ای نسبت به برنامه‌ریزی اجرایی جهت تامین میان وعده غذایی مناسب جهت دانش آموزان با اولویت مناطق محروم اقدام نمایند. همچنین وزارت جهاد

- کشاورزی به اصلاح ریز مغذی‌های خاک‌های کشاورزی موظف شده‌است.
۳. با توجه به خطر بیماری‌های غیرواگیر از جمله بیماری‌های قلبی و عروقی در سطح جامعه و روند افزایشی آن، مسئولیت تدوین و ارائه برنامه عملیاتی برای کاهش اسید چرب ترانس و اشباع در روغن‌های خوراکی کشور بر عهده کمیته‌ای مرکب از وزارت خانه‌های بهداشت، صنایع، جهاد کشاورزی، بازرگانی و همچنین موسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی گذارده شد به طوری که بهبود کیفی روغن‌های خوراکی ظرف مدت یک سال صورت گیرد. همچنین برای فرهنگ‌سازی استفاده از روغن‌های سالم و ترویج کشت انواع دانه‌های روغنی مسئولیت‌هایی برای وزارت خانه‌ها و سازمان‌های ذیربط تعیین شده‌است.
۴. در راستای ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای و اصلاح تبلیغات خوراکی‌های تهدیدکننده سلامت از طریق رسانه‌ها تصمیمات جدی اخذ شده‌است. همچنین سازمان صدا و سیما ملزم به پخش رایگان روزانه پیام‌های تصویری آموزشی با موضوع تغذیه شده‌است.
۵. از تولید کنندگان خوراکی‌های تهدید کننده سلامت عوارض اخذ و درآمد حاصل از آن به برنامه‌های آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اختصاص یافته است. وزارت خانه‌های بهداشت، اقتصاد و دارایی، بازرگانی و صنایع موظفند به تدریج سیاست‌های حمایتی از نوشیدنی‌های گاز دار و مضر را حذف نمایند. وزارت دادگستری با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص جلوگیری از ورود فرآورده‌های 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 سرویس‌ها و جلسات خودداری نموده و به جای آن در موقع لزوم از آب، دوغ‌های بدون گاز و کم 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 غنی- سازی آرد با آهن و اسید فولیک را از آغاز سال ۱۳۸۵ فراهم نمایند. علاوه بر آن، وزارت بهداشت، درمان و آموزش 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 دست یابی به اهداف توسعه هزاره سازمان ملل متحد، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، وزارت جهاد کشاورزی، وزارت رفاه و تامین اجتماعی، کمیته امداد امام

- خیمینی(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 شده‌اند 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 دراز مدت تهیه و در شورای یادشده مطرح شود.
۱۱. در رابطه با برنامه‌های 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 خانه‌ها و سازمان‌های مرتبط، برنامه استراتژیک و عملیاتی برخورد با بیماری را فراهم نماید. همچنین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، موظف به راه اندازی بخش‌های ایزوله در تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور (مطابق با استانداردهای در نظر گرفته شده)، تهیه و ذخیره سازی واکسن آنفلوآنزای انسانی و داروی ضد ویروسی 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 ضد ویروس در کشور گردیده است. وزارت جهاد کشاورزی نیز موظف شد پست‌های قرنطینه را در نقاط پرخطر اعم از مبادی ورودی و خروجی استان‌ها و شهرستان‌ها و همچنین کلیه مناطق اطراف کانون‌های شیوع بیماری راه اندازی نمایند، امکانات لازم جهت تشخیص، معدوم‌سازی و پاک‌سازی کانون‌های آلوده را فراهم آورده و آزمایشگاه ملی و منطقه ای تشخیص آنفلوآنزای طیور نیز تجهیز، تقویت و کمبود پرسنل آن تامین شود. وزارت خانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و جهاد کشاورزی موظف شدند به منظور مقابله با بیماری‌های مسری، با برگزاری همایش‌های 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 شهرداری‌ها و همکاری سایر دستگاه‌های ذیربط نسبت به جلوگیری از عرضه پرنده زنده (بومی و شکارشده) در بازارچه‌های محلی استان‌های پرخطر اقدام نماید. سازمان حفاظت محیط زیست کشور موظف شد تا در خصوص 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 مامور شدند براساس برنامه جامع مقابله با پاندمی آنفلوآنزای پرندگان در کشور جهت آموزش‌های همگانی به ویژه دانش‌آموزان با استفاده از امکانات رسانه‌ها خصوصاً صدا و سیما 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 مصرف‌کنندگان تهیه و تدوین شده‌است.

۱۳. به منظور افزایش ضریب ایمنی غذایی در عرضه مرغ، کشتار روزانه به صورت تازه و ضرورت بسته بندی بهداشتی در سراسر کشور به خصوص در تهران مورد تاکید 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 (جمع‌آوری 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 شاخص‌های موضوع ماده ۹۰ قانون فوق‌الذکر مشتمل بر شاخص مشارکت عادلانه مردم در تامین منابع مالی (FFCI)، سهم پرداختی از جیب مردم بابت هزینه‌های سلامت (OoP) و هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان (CHE) را تهیه و به شورای عالی سلامت گزارش نماید.

۱۵. استانداری‌های سراسر کشور با همکاری وزارت خانه‌های 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 دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، تردد اتباع خارجی به

ویژه گردشگران کشورهای همسایه را سامان دهی نمایند، به نحوی که امکان مراقبت‌های سلامت و تعیین و پایش بیماری‌ها فراهم آید.

شورای سلامت و امنیت غذایی استان

تعریف و وظایف

به موازات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با توجه به اهمیت موضوع، در کلیه استان‌های کشور نیز شورای سلامت و امنیت غذایی استان به منظور حفظ، ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی آحاد مردم و گسترش هماهنگی و همکاری‌های بین بخشی برای اجرایی نمودن مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و نیز اتخاذ تدابیر مناسب، سیاست‌ها و راهبردها در سطح استان در قلمرو سلامت همگانی و امنیت غذا و تغذیه تشکیل می‌شود. این شورا جایگزین کلیه شوراهای کارگروه‌های قبلی با موضوعات مشابه (مربوط به سلامت و امنیت غذا) می‌باشد. مصوبات استانی شورای سلامت و امنیت غذایی استان که در راستای سیاست‌ها 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 (رییس شورا)
- رییس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی (دبیر)
- مدیرکل سازمان صداوسیما مرکز استان
- رییس سازمان آموزش و پرورش استان
- مدیرکل حفاظت محیط زیست استان
- رییس سازمان جهاد کشاورزی استان
- رییس شورای هماهنگی نظام پزشکی در استان
- مدیرکل بازرگانی استان
- مدیران کل تامین اجتماعی و خدمات درمانی استان
- مدیران عامل شرکت‌های آب و فاضلاب شهری و روستایی
- مدیرکل دادگستری استان

- مدیرکل تربیت بدنی استان
- مدیرکل کمیته امداد در استان
- رییس سازمان صنایع و معادن استان
- سایر مسئولین ذیربط استانی حسب مورد

همچنین رییس 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 دستگاه‌های ذیربط استان در زمینه ارتقای خدمات سلامتی و امنیت غذا در سطح استان

نقش شورا در جلب مشارکتهای بین بخشی

همان گونه 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 هماهنگی‌های بین بخشی به سطوح محیطی‌تر کشیده‌شود و ذی نفعان در سطوح عملیاتی بتوانند با یکدیگر تعاملات کاری برقرار نمایند، روند کار سهل‌تر 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 می‌تولید متولیان سلامت کشور از این فرصت به نحو مقتضی حداکثر استفاده را بنمایند.

بدیهی است عملکرد این شوراها در استانی وابسته به نوع نگرش و اهمیت مسئولین محلی بوده و به همین دلیل برای تحلیل میزان موثر بودن و نقش شوراها باید مطالعه‌ای جامع و هدفمند صورت پذیرد. ولی بر اساس شواهد موجود در استان‌هایی که از این ظرفیت قانونی استفاده شده‌است سرعت حرکت

در جهت تامین نیازهای سلامت جامعه در راستای اهداف SDH قابل ملاحظه بوده است.

وزارت رفاه و تامین 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 بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و بر طرف 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 تامین 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 حیطة نظام جامع تامین اجتماعی را این چنین مشخص می کند: "برخوداری از تامین 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 تامین کند".

در حقیقت اولین توجه نظام مند دولت ایران به موضوع تامین اجتماعی، به سال ۱۳۱۰ برمی گردد و با تشکیل سازمان بیمه های اجتماعی به یکی از مقوله های گسترده تامین اجتماعی توجه می شود. بعدها، قوانین و مقررات متعددی همچون قانون تامین خدمات درمانی مستخدمین دولت (۱۳۵۱)، کنوانسیون شماره ۱۰۲ تامین اجتماعی (۱۳۵۲)، قانون تامین اجتماعی (۱۳۵۴)، قانون بیمه همگانی خدمات درمانی (۱۳۷۳) و قانون برنامه پنج ساله سوم توسعه (۱۳۷۹) مقوله تامین اجتماعی را مورد توجه قرار دادند و متعاقباً سازمان ها و نهادهای متعددی در جهت اجرای این قوانین تشکیل شدند؛ لیکن علیرغم موفقیت ها و دست آوردهای نسبی هر یک از این دستگاه های اجرایی به علت فقدان مبانی نظری تعریف شده و نبود نهادی سیاست گذار و راهبر در راس تشکیلات دولتی و نهادهای غیر دولتی، هیچ گاه شرایط تحقق نظام جامع تامین اجتماعی فراهم نشد. از سوی دیگر از آنجا که تامین اجتماعی جزء لاینفک فرایند 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 تامین اجتماعی با رعایت شرایط و مفاد مربوطه در قانون اساسی کشور برقرار گردید.

نظام جامع تامین 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 سیاست‌های رفاهی که به منظور توسعه عدالت اجتماعی و حمایت از همه افراد کشور در برابر رویدادهای اجتماعی، اقتصادی، طبیعی و پیامدهای آن، نظام جامع تامین اجتماعی با رعایت شرایط و مفاد این قانون و از جمله برای امور ذیل برقرار گردیده است:

- بازنشستگی، از کارافتادگی و فوت
- بیکاری
- پیری
- در راه ماندگی، بی سرپرستی و آسیب‌های اجتماعی
- حوادث و سوانح
- ناتوانی‌های جسمی، ذهنی و روانی
- بیمه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت‌های 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 می‌توان، حوزه‌های نظام جامع تامین اجتماعی را در قلمروهای بیمه‌ای (شامل بیمه‌های اجتماعی و بیمه‌های درمان)، حمایتی و امدادی خلاصه نمود.

قلمروی بیمه‌ای پاسخ‌گوی نیاز نیروی کار و شاغلین به حمایت و امنیت مالی در قبال بروز بیماری‌ها، ریسک‌های درآمدی و مخاطرات اشتغال (بیکاری، از کار 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 تامین منابع مالی بنا شده‌است. در قلمرو حمایتی، خدمات حمایتی و توانبخشی و اعطای یارانه و کمک‌های 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 می‌گردد 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 تامین 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 مد نظر می‌باشد.

تشکیل وزارت رفاه و تامین اجتماعی

وزارت رفاه و تامین اجتماعی به دنبال تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی و بر اساس 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 سیاست‌های 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 ۱۳۸۳ شکل گرفت.

ماموریت 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 تامین اجتماعی است به گونه ای که هر کسی امکان دریافت خدمات مربوطه را به فراخور شرایط اجتماعی و اقتصادی خود از نظام رفاه و تامین 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 تامین اجتماعی
- ایجاد هماهنگی بین عناصر اجرایی حوزه رفاه و تامین اجتماعی
- برقراری نظام نوین نظارت و ارزش یابی در حوزه رفاه و تامین اجتماعی
- سامان دهی تشکیلاتی ساختار آرایه خدمات حوزه رفاه و تامین اجتماعی
- استقرار نظام جامع اطلاعات حوزه رفاه و تامین اجتماعی
- گسترش و نهادینه کردن مشارکت بخش غیر دولتی در حوزه رفاه و تامین اجتماعی
- هدفمند کردن یارانه‌ها

راهبردها

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

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

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

ج: تعیین خط فقر و تبیین برنامه‌های توانمندسازی

- سامان دهی نظام خدمات حمایت‌های 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 پایین درآمدی از طریق افزایش قدرت خرید آنان.

د: طراحی برنامه‌های ویژه اشتغال، توانمندسازی، جلب مشارکت‌های اجتماعی، آموزش مهارت‌های شغلی و مهارت‌های زندگی، به ویژه برای جمعیت‌های سه دهک پایین درآمدی در کشور.

ه: ارتقای مشارکت نهادهای غیر دولتی و مؤسسات خیریه، در برنامه‌های فقرزدایی و شناسایی کودکان یتیم و خانواده‌های زیر خط فقر در کلیه مناطق کشور توسط مدیریت‌های منطقه‌ای و اعمال حمایت‌های 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 قرار گرفتن 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 حمایت‌های حقوقی، مشاوره‌های اجتماعی و مددکاری، برای دفاع از حقوق فردی، خانوادگی و اجتماعی فقرا.

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

ط: طراحی روش‌های لازم برای افزایش بهره‌وری و درآمد روستاییان و عشایر ایجاد فرصت‌های 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 ماده‌های ۹۶ و ۹۸ قانون برنامه چهارم توسعه نیز راهبردهایی عنوان شده‌است که افزایش پوشش‌های بیمه‌ای روستاییان و عشایر، بیمه همگانی، بیمه‌های خاص و همچنین هدفمند نمودن فعالیت‌های حمایتی، تهیه ساز و کارهای سنجش و ارزیابی سرمایه اجتماعی کشور و تدوین و تصویب طرح جامع

توانمندسازی و حمایت از حقوق زنان را مد نظر دارد.

از جمله فعالیت‌های وزارت رفاه و تامین اجتماعی می‌توان به تدوین آیین نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی اشاره نمود که شامل مجموعه برنامه‌ها و اقدامات جبرانی، ارتقایی و پیشگیرانه می‌باشد و به منظور دست یابی به اهداف ذیل طراحی شده‌است:

- جامعه پایدار و سالم
- ارتقای سطح استانداردهای زندگی
- ارتقای سطح زندگی خانواده‌های آسیب‌دیده
- اتخاذ سیاست‌های جبرانی برای خانواده‌های آسیب‌دیده
- اتخاذ سیاست‌های پیشگیری با تاکید بر آسیب‌های اجتماعی (مخاطرات اجتماع محور) و جلوگیری از سقوط افراد سالم به زیر خط فقر
- اتخاذ سیاست‌های جبرانی با تاکید بر لایه‌های شدید فقر و گروه‌های آسیب‌پذیرتر
- اولویت بندی جمعیت کشور از نظر میزان آسیب‌پذیری
- طراحی و اجرای طرح امنیت تغذیه با تاکید 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 ارتقای آگاهی‌های عمومی در زمینه امنیت تغذیه
- تهیه و اجرای برنامه‌های توانمندسازی با رویکرد ایجاد اشتغال فعال
- گسترش بیمه‌های درمانی با تاکید بر پوشش جمعیت فقیر کشور
- مدیریت مخاطرات با تاکید بر مخاطرات اجتماعی با گسترش بیمه‌های اجتماعی (برای مخاطراتی که قابل بیمه شدن هستند) و اجرای برنامه‌های توانمندسازی برای مخاطراتی که غیرقابل بیمه شدن 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 ارتقای آگاهی‌های عمومی

سازمان بهزیستی

سازمان بهزیستی از جمله سازمان‌هایی است که در راستای توسعه اهداف SDH و عدالت در سلامت فعالیت می‌نماید. این سازمان با مخاطب قرار دادن اقشار آسیب‌پذیر و ناتوان جامعه سعی در توسعه عدالت و نزدیک نمودن بهره‌مندی این گروه‌ها از خدمات مختلف به میزان مشابه سایر اقشار

جامعه دارد. شکل‌گیری سازمان بهزیستی به سال‌های 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 بد سرپرست ارائه می‌کردند اما به دلیل عدم هماهنگی در انجام امور، موازی کاری در برخی فعالیت‌ها و حتی تضاد در برخی فعالیت‌های 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 تامین موجبات برنامه ریزی، هماهنگی، نظارت و ارزش یابی و تهیه هنجارها و استانداردهای خدماتی و توسعه دامنه اجرای برنامه‌های بهزیستی در زمینه حمایت خانواده‌های بی سرپرست و نیازمند و ارائه خدمات مختلف به کودکان و تدارک امکانات پیشگیری و درمانی و توان بخشی حرفه‌ای 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 تامین موجبات تشویق، جلب مشارکت و فعالیت‌های گروه‌های داوطلب و موسسات غیردولتی، سازمان بهزیستی کشور تشکیل می‌شود."

این سازمان تا سال ۱۳۸۳ وابسته 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 تامین اجتماعی، سازمان بهزیستی کشور به همراه سازمان‌های تامین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منفک و به زیر مجموعه وزارت رفاه و تامین اجتماعی ملحق شد.

ماموریت‌های سازمان بهزیستی کشور

سازمان بهزیستی کشور موظف است با اتخاذ تدابیر و ارائه خدمات و حمایت‌های غیربیمه‌ای با حفظ ارزش‌ها و کرامت والای انسانی و تکیه بر مشارکت‌های مردم و همکاری نزدیک سازمان‌های ذیربط، در جهت گسترش خدمات توان بخشی، حمایتی، بازپروری و پیشگیری از معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی و کمک به تامین حداقل نیازهای اساسی گروه‌های کم درآمد، اقدام نماید. در این رابطه می‌توان به ماموریت‌های 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 توان 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 در معرض آسیب‌های اجتماعی (زنان متقاضی طلاق، کودکان در معرض کودک آزاری، خانواده‌های نا به سامان، افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند و ...)
 - تجدید تربیت منحرفین اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی از آنان
 - کمک به تامین جهیزیه مورد نیاز ایتام، معلولان و آسیب دیدگان نیازمند
 - تحت پوشش قرار دادن نیازمندان از نظر بیمه خدمات درمانی
 - پیشگیری از اعتیاد به روش اجتماع محور در محلات شهری و روستایی، واحدهای اداری، کارگری و آموزشی
 - اجرای برنامه‌های کاهش آسیب و عوارض بهداشتی و اجتماعی و اعتیاد و پیشگیری از گسترش ایدز در کشور
 - آموزش مهارت‌های زندگی (فردی و اجتماعی) در واحدهای آموزشی، کارگری و خانواده‌ها و زوجین به منظور مقاوم سازی افراد در برابر تهدیدات آسیب‌های اجتماعی
 - آموزش مهارت‌های زندگی ویژه معلولان
 - آموزش ویژه معلولان نظیر ناشنوایان، معلولان ذهنی، آموزش خط بریل و جهت یابی به نابینایان
 - برنامه‌های فرهنگی و فوق برنامه معلولیت و افراد تحت پوشش
- حتی با توجه اندک به ماموریت‌های فوق می‌توان به وضوح به نقش کلیدی و حساس سازمان

بهبودی کشور در رفع تبعیض بین گروه‌های آسیب‌پذیر و آسیب دیده جامعه با سایر اقشار و همچنین تامین عدالت برای این قشر از جامعه پی برد. در حقیقت سازمان بهزیستی از محدود سازمان‌هایی است که رسالت اصلی آن توجه ویژه به گروه‌هایی می‌باشد که کم‌ترین التفات در جامعه به آن‌ها می‌شود و مسئولیت حمایت و توانمند سازی این گروه‌ها را بر عهده دارد؛ از این رو به حق، می‌توان جایگاه ویژه‌ای برای آن در حوزه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و عدالت در آن قائل شد.

کمیته امداد امام خمینی(ره)

سابقه شکل‌گیری و پی‌ریزی تشکیلات این نهاد به سال‌های قبل از پیروزی انقلاب و حدوداً سال ۱۳۴۲ برمی‌گردد که تعدادی از انقلابیون اول نهضت اسلامی که در زمره همراهان و هم‌زمان حضرت امام خمینی (ره) قرار داشتند، از طرف معظم له مأموریت رسیدگی به خانواده زندانیان سیاسی، نیازمندان مبارزین را به عهده داشتند. با پیروزی انقلاب شکوهمند اسلامی و آغاز فعالیت مجدد بخش‌های 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 عالی نظام جمهوری اسلامی ایران در حمایت و امداد محرومان و مستضعفان و خودکفا کردن آنان، تأسیس گردید.

هدف از تشکیل کمیته امداد امام (ره) ارایه ی خدمات حمایتی، معیشتی و فرهنگی برای نیازمندان و محرومان داخل و خارج کشور به منظور تامین خود اتکایی، تقویت و رشد ایمانی با حفظ کرامت انسانی می‌باشد، و در این رابطه وظایف زیر را برعهده دارد:

- بررسی و شناخت انواع محرومیت‌های مادی و معنوی نیازمندان و تبیین و تامین نیازهای حمایتی، معیشتی، فرهنگی و ارتقای سطح زندگی آن‌ها در حد امکان و شناسایی افراد و خانواده‌های لازم‌الحمایه در شهر و روستا و عشایر
- بررسی و ارایه‌ی پیشنهاد خط مشی‌ها، سیاست‌های اجرایی، طرح‌ها، برنامه‌ها و روش‌های مناسب برای رفع محرومیت‌های نیازمندان در ابعاد مختلف به مراجع ذی ربط و انجام اقدامات و پیگیری‌های لازم جهت تحقق آن‌ها
- فراهم آوردن امکانات لازم به منظور خود اتکاء نمودن افراد و خانواده‌های تحت پوشش و سایر نیازمندان از طریق ایجاد اشتغال، اعطای وام، آموزش‌های فنی و حرفه‌ای و ارایه‌ی خدمات لازم در حد امکان

- ایجاد تسهیلات لازم جهت ارائه ی خدمات بهداشتی و درمانی و اقدام به بیمه های درمانی و اجتماعی اقشار آسیب پذیر در حد امکانات و چارچوب قوانین و مقررات مربوطه
 - پرداخت مستمری (کمک های نقدی و غیر نقدی)، اعطای قرض الحسنه ضروری، کمک به تعمیر و تهیه ی مسکن، ازدواج و جهیزیه ی نیازمندان
 - ارائه ی خدمات فرهنگی به افراد و خانواده های نیازمندان و انجام فعالیت های فرهنگی و آموزشی و تامین 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 غیر طبیعی.
 - ارائه ی خدمات مشاوره و مددکاری و حمایت های لازم حقوقی و قضایی به افراد و خانواده های نیازمند
 - حمایت نیازمندان خارج از کشور بر اساس سیاست های نظام جمهوری اسلامی ایران، در حد امکانات
 - تمهیدات لازم به منظور احیای فرهنگ انفاق و ایثار، نشر سنت های حسنه ی 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 غیر دولتی جهت حمایت از افراد و خانواده های نیازمند
 - ارتباط با موسسات خیریه، انجمن ها و تشکل های عام المنفعه ی مردمی داخل و خارج از کشور به منظور تبادل تجربه و بهره گیری هرچه مطلوب تر از ظرفیت های بالقوه و بالفعل آن ها و پرهیز از انجام کارهای موازی و غیر ضرور 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
- آن چه مسلم است این که کمیته امداد امام خمینی (ره) در جهت زدودن فقر، رفع محرومیت و توانمند سازی طبقات پایین 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 تفاوت‌های بین زیر گروه‌های مختلف جامعه با استفاده از مستندات علمی موجود شرح داده شد و سعی گردید تا حد امکان به روند نابرابری‌های در جامعه پرداخته شود. در این راستا مشخص گردید که با وجود نقاط قوت بسیار مهم مانند کاهش تفاوت شاخص‌های 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 ارتقای شاخص‌های اصلی سلامت کل کشور، زیر گروه‌های خاصی فراموش نشوند که در غیر این صورت ممکن است علی‌رغم ارتقای شاخص‌های سلامت کشور، موضوع نابرابری‌ها و تبعیض‌ها به یک چالش اصلی تبدیل گردد.

ارتقای سواد جامعه و رشد اقتصادی کل آحاد مردم از علائمی است که شاید نشان دهنده روند مثبت و پاینده ارتقای شاخص‌های سلامت در گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه باشد و این امید را ایجاد نماید که احتمالاً در آینده روند کاهش نابرابری‌ها ادامه‌دار باشد.

اما در عین حال نباید بعضی آفات و خطرات در کمین را نیز فراموش نمود. تغییر الگوی بیماری‌های جامعه، افزایش سطح خدمات پیشگیری و درمانی و افزایش هزینه‌های سنگین درمان و ورود تکنولوژی‌های جدید در حال 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 پرداخته شود.

سرعت رشد استان‌های مختلف کشور در شاخص‌های سلامت امیدوار کننده است ولی متأسفانه فاصله قابل ملاحظه بین آن‌ها در سال‌های اخیر آن گونه 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 تفاوت‌ها باید توجه بیش تری 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 در عین حال هماهنگی قوی و موثر بین سازمان‌ها و نهادهای مختلف است.

در بخش دوم به بررسی زیرساخت‌های قانونی و تشکیلاتی کشور در پیاده‌سازی مفاهیم ارزشمند SDH پرداخته شد. این نتایج نشان می‌دهد که خوشبختانه ظرفیت قانونی بسیار خوبی در کشور وجود دارد که هم مشارکت‌های بین سازمانی را تایید که حتی اجبار می‌نماید و هم توجه خاص و جدی به بحث بی عدالتی و عوامل ایجاد کننده آن شده است. روح قانون اساسی و برنامه‌های بلند مدت و میان-مدت کشور آن گونه نوشته شده که تمامی دولت‌ها را با هر گرایش سیاسی وادار می‌نماید تا برای برقراری عدالت و از میان بردن نابرابری‌ها همت نماید.

مشارکت عمومی و استفاده از تمامی ظرفیت‌های موجود برای ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مردم به صورت ملموس در نهادها و تشکیلات نظام وجود دارد و در حال حاضر سازمان‌های و وزارت‌های متعددی مسئولیت‌ها و رسالت‌های مشخصی دارند که استفاده درست و بهینه از این ظرفیت‌ها می‌تواند به شکل موثری به جهش در سلامت جامعه به خصوص گروه‌های آسیب‌پذیر منجر شود. ولی به جد لازم است عملکردهای این سازمان‌ها به دقت و به دور از سوگیری مورد تحلیل قرار گرفته و میزان دست یابی 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 رسالت‌ها و عملکردها به گلوگاه‌ها و نقاط اشکال در عمل دست یافت. پر واضح است که اولین قدم در ارتقای، 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 دست یابی به اهداف چشم‌انداز، محقق نخواهد شد مگر با مشارکت عمومی بر پایه رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و توجه به مفاهیم SDH. رشد شاخص‌ها و کاهش نابرابری‌ها در دهه‌های گذشته امیدوارکننده است ولی حفظ، استمرار و ارتقای آن‌ها تنها با شناخت گلوگاه‌ها و اصلاح نقاط ضعف محقق خواهد شد و باید سعی گردد تا از ظرفیت‌های 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 مدل‌های 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 مد نظر قرار گیرد. بدون شک تجربیات ایران و سایر نقاط دنیا نشان می‌دهد که حرکت به سوی برابری در شاخص‌های سلامت و عدالت در ارائه خدمات سلامت و همچنین جلب مشارکت جمعی و بین‌سازمانی 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 در نظر 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 مشوق‌های 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 گروه‌های 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 مولفین 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 تخصص‌های پزشکی اجتماعی، اپیدمیولوژی، اقتصاد سلامت و دوره عالی سلامت

۲. ایجاد واحدهای فعال و مسئول در سایر سازمان‌ها، نهادها و وزارت‌های مرتبط که رسالت و مسئولیت مستقیم آن‌ها ایجاد حرکت‌های مشارکتی در ارتقای سلامت عدالت محور در کشور است. بنابراین باید ابتدا شرح وظایف سازمان‌های مختلف مرور و بر اساس 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 غیر متمرکز 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 در این خصوص بسیار ویژه است. لذا توصیه می‌گردد یک کارگروه ویژه در زمینه مذکور تشکیل و مرکز پژوهش‌های 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 شوراهای موارد مربوط گنجانده شده و البته مبانی علمی مرتبط به زبانی ساده و کاربردی به اعضا ارائه شود. در این زمینه نقش وزارت بهداشت بسیار ویژه بوده و باید با جدیت تولید بسته‌های آموزشی متناسب با شأن اعضای این شوراهای 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 گروه‌های کاری مشخص زیر در آن‌ها به وجود آیند:

- a. تحلیل قوانین و مقررات کشوری و پایش‌ها، شناسایی نقص‌های قوانین و مقررات و تلاش برای اصلاح آن‌ها و تاثیرگذاری در برنامه‌ریزی‌های 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 وزارت‌ها 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 شوراهای

e. حمایت مستقیم و غیر مستقیم 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 در این خصوص بر عهده خواهد داشت.

پیوست‌ها

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

برنامه اول توسعه دارای یک ماده واحد بوده که در آن اهداف کلی (۱۰ هدف) و خط مشی‌های دست یابی 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 سیاست‌های کلی (۱۱ مورد) مشخص شده و دارای ۵۲ تبصره نیز در این زمینه می‌باشد که در ابتدا به تبصره‌ها پرداخته شده و سپس اهداف کلی، خط مشی‌ها، تصویر کلان برنامه و سیاست‌های کلی آمده‌اند. در این جا مواردی که مرتبط با بحث این کتاب می‌باشند، به اختصار آورده شده‌اند:

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

تبصره ۶- دولت مکلف است به منظور احیاء و توسعه بخش‌های محروم و ایجاد تعادل‌های منطقه‌ای 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 روش‌های مناسب در جهت تأمین جذب و نگهداری نیروی انسانی مورد نیاز بخش‌های محروم.

ز - رعایت اولویت درانتخاب و اجرای طرح‌های امور اجتماعی - امور زیربنایی و امور عمومی در بخش‌های محروم.

تبصره ۱۵- به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می‌شود از متقاضیان تأسیس بیمارستان، پلی کلینیک و درمانگاه، آزمایشگاه تشخیص طبی، مطب و داروخانه، مبالغی را به عنوان هزینه‌های 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 می‌شود، جهت تجهیز مراکز بهداشتی، درمانی و آزمایشگاهی و بیمارستان‌ها در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گیرد.

تبصره ۱۶- به منظور تامین داروهای مورد نیاز مناطق روستایی و بخش‌های محروم کشور و ترغیب داروسازان جوان در جهت تاسیس داروخانه در مناطق مذکور، بانک‌های 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 تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به متقاضیان معرفی شده مزبور پرداخت نمایند.

الف - هدف‌های کلی:

- ۱- بازسازی و تجهیز بنیه دفاعی و تامین نیازهای ضروری آن بر مبنای اهداف دفاعی تعیین شده.
- ۲- بازسازی و نوسازی ظرفیت‌های تولیدی و زیربنایی و مراکز جمعیتی خسارت دیده در طول جنگ تحمیلی در چهارچوب اولویت‌های برنامه.
- ۳- گسترش کمی و ارتقای 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 خود کفایی محصولات استراتژیک کشاورزی و مهار تورم.
- ۵- تلاش در جهت تامین 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 آزادی‌های مشروع فردی و اجتماعی.
- ۱۰- سازمان دهی فضایی و توزیع جغرافیایی جمعیت و فعالیت ها، متناسب با مزیت‌های نسبی هر منطقه به استثنای مواردی که ملاحظات سیاسی و نظامی ایجاب می‌نماید.

ب - خط مشی‌ها

- ۳- گسترش کمتی و ارتقای 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.
- ۳-۸- اولویت دادن به ریشه کنی بی سوادی در اقشار مولد.
- ۳-۱۸- مشارکت بیش‌تر زنان در امور اجتماعی، فرهنگی، آموزشی و اقتصادی با حفظ شئونات خانواده و ارزش‌های متعالی شخصیت اسلامی زن.
- ۳-۱۹- بسیج کلیه امکانات دستگاه‌های اجرایی ذی ربط در جهت ریشه کنی اعتیاد و مبارزه با مفساد 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 از ۵۴ راهبرد)
- ۴-۷- ارائه خدمات زیربنایی به مناطق روستایی و بخش‌های محروم.
- ۴-۲۴- افزایش نسبی درآمد سرانه روستاییان از طریق ایجاد تنوع در فرصت‌های اشتغال و تامین درآمد از بخش‌های غیر کشاورزی در محیط روستایی.
- ۴-۲۵- سازمان دهی جامعه روستایی از طریق تعاونی‌های تولیدی کشاورزی و دامداری و صنایع روستایی و سایر تشکل‌های قانونی.
- ۴-۵۴- تلاش در جهت متعادل ساختن رشد جمعیت.
- ۵- تلاش در جهت تامین قسط اسلامی و عدالت اجتماعی از طریق:
- ۵-۱- تامین نیازمندی‌ها و گسترش حمایت‌های اقتصادی، اجتماعی از خانواده‌های شهدا، مفقودین، اسراء و جانبازان و آزادگان با تاکید بر بهبود سطح زندگی، تامین اشتغال مناسب و کمک به امور فرزندان شاهد.
- ۵-۲- توجه خاص به تحصیل جانبازان، رزمندگان و فرزندان خانواده‌های شهداء، مفقودین، اسراء، جانبازان و رزمندگان (مدارس شاهد).

- ۳-۵- توجه خاص به آموزش کودکان استثنایی.
- ۴-۵- تهیه و تدوین چهارچوب نظام تامین اجتماعی براساس اصل ۲۹ قانون اساسی و ایجاد زمینه‌های مناسب برای اجرای آن.
- ۵-۵- حمایت از ایجاد تعاونی‌ها و تعیین چهارچوب‌های حقوقی لازم.
- ۶-۵- تعمیم بیمه‌های اجتماعی با اولویت روستاییان، عشایر و گروه‌های آسیب پذیر.
- ۶- تامین حداقل نیازهای اساسی عامه مردم از طریق:
- ۱-۶- تامین تغذیه در حد نیازهای زیستی.
- ۲-۶- تامین آموزش‌های عمومی بهداشتی - درمانی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای عامه مردم با تأکید بر مناطق محروم و روستایی کشور.
- ۳-۶- سالم سازی محیط زیست.
- ۴-۶- 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 عرضه مسکن استیجاری و گسترش فعالیت‌های تولیدی مصالح ساختمانی.
- ۵-۶- اعمال مالیات تصاعدی به نسبت ازدیاد سطح زیربنای مسکن برای توزیع بهتر امکانات مسکونی.
- ۷- تعیین و اصلاح الگوی مصرف در جهت تامین 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)
- ۱-۷- پیش بینی و طبقه بندی انواع نیازها به حیاتی، ضروری و غیرضروری.
- ۲-۷- پیش بینی و تعیین کمی 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
- ۳-۷- تامین حداقل نیازهای حیاتی و در صورت امکان تامین آن‌ها در حد کفایت و نیز تامین نیازهای ضروری با توجه به امکانات کشور.
- ۴-۷- رعایت اولویت‌های زیر در تامین نیازها.

- الف - اولویت تامین نیازهای اولیه بر ثانویه و نیازهای جامعه بر فرد
- ب - اولویت تامین نیازهای فرهنگی، اجتماعی بر نیازهای سیاسی، نظامی و بر نیازهای اقتصادی
- ج - اولویت تامین نیازهای حیاتی بر ضروری و بر غیرضروری
- د - اولویت تامین نیازها از داخل بر خارج
- ه - اولویت تامین نیازها از بخش کشاورزی بر صنعت و بر خدمات و نیز از ناحیه به کارگیری کالاهای سرمایه ای، بر واسطه‌ای و بر مصرفی
- و - اولویت تامین نیاز به کالاهای با ارزشی کم‌تر
- ز - اولویت تامین نیازها از طریق به کارگیری نیروی کار بیش‌تر نسبت به سرمایه بیش‌تر
- ح - اولویت تامین نیاز روستا نسبت به شهر
- ط - اولویت تامین نیازهای عموم مردم بر اقشار خاص
- ی - اولویت تامین نیازها از طریق به کارگیری تکنولوژی داخلی و مناسب با امکانات موجود کشور نسبت به تکنولوژی‌های 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 سال‌های ۶۸-۱۳۷۲ تحت پوشش برنامه تنظیم خانواده قرار دهد
- تحقق این هدفها، علاوه بر فعالیت‌های واحد اجرایی تنظیم خانواده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مستلزم کوشش‌هایی از این قرار است:
- بالا بردن سطح سواد و دانش عمومی افراد جامعه و به خصوص افزایش ضریب پوشش تحصیلی دختران لازم‌التعلیم.
- اعتدالی موقعیت زنان از طریق تعمیم آموزش و افزایش زمینه‌های مشارکت زنان در امور اقتصادی، اجتماعی جامعه و خانواده.
- ارتقای سطح سلامت افراد جامعه و کاهش 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 بخش‌های مختلف در مقاطع (۱۳۶۸-۱۳۷۲) به ترتیب کشاورزی ۶/۱ درصد، بخش نفت ۸/۷ درصد، بخش صنعت ۱۴/۲ درصد، بخش معدن ۱۹/۵ درصد، بخش آب و برق و گاز ۹/۱ درصد، بخش ساختمان ۱۴/۵ درصد و بخش خدمات ۶/۷ درصد برآورد گردیده است.

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

- افزایش تعداد تخت‌های بیمارستانی از ۷۷۰۰۰ به ۹۳۰۰۰ تخت، تحت پوشش قرار گرفتن ۶۳۱۲ هزار نفر در برنامه‌های مختلف بهزیستی، از جمله اهداف کمی زیربخش‌های مختلف بخش خدمات در سال پایانی برنامه می‌باشد.

۲-۲- سرمایه گذاری و مصرف

..... با توجه به اهداف کمی بخش‌های 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 می‌شود.

د - هدف‌های کمی کلان (برنامه توسعه)

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

ه - سیاست‌های کلی

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

۳- کاهش هزینه‌های دولت از طریق جلب مشارکت مردم در ایجاد و اداره موسسات آموزشی و درمانی و همچنین تأمین هزینه‌های تاسیسات و خدمات شهرهای متوسط و بزرگ توسط ساکنان آنها.

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

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

از جمله هدف‌های کلان کیفی در برنامه توسعه دوم تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی می‌باشد که برای تحقق آن خط مشی‌هایی 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 پایین تری از میانگین هستند به حد نصاب متوسط کشور.

۲- توسعه و بهبود کیفیت شرایط عمومی زندگی مردم شامل بهبود توزیع در آمد 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 غیر قانونی و باد آورده یا ناشی از امتیازات نا به جا.

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

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

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

۸- تحت پوشش قراردادان کلیه کودکان و نوجوانان لازم التعمیم و تقویت آموزش‌های عمومی.

- ۹- تامین بهداشت عمومی و گسترش بیمه همگانی.
- ۱۰- برنامه ریزی و ایجاد شرایط لازم برای حفظ حقوق مصرف کنندگان و تولید کنندگان.
- ۱۱- جهت دادن کمک‌های انتقالی دولت در بودجه عمومی در قالب یارانه ها، بخشودگی‌های 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 تعادل‌های منطقه‌ای در برنامه‌های آمایش سرزمین.
- ۱۳- توسعه امنیت قضایی و تعمیم امنیت اقتصادی.
- ۱۴- سعی در جهت دهی و هدایت سهم عمده منابع مالی به بخش‌های اجتماعی شامل فرهنگ، آموزش عمومی، بهداشت و درمان، آموزش عالی و تحقیقات و تربیت.

سیاست‌های کلی:

۴- سیاست‌های عمومی

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

۵- جمعیت

- ۵-۱- افزایش سطح آگاهی‌های عمومی افراد جامعه در زمینه مسائل مربوط به جمعیت از طریق:
الف - تاکید بر آموزش و افزایش آگاهی بانوان در مقاطع سنی باروری، در زمینه مزیت‌های کنترل باروری.

ب - گسترش سطح آگاهی عمومی افراد جامعه در زمینه زبان‌ها 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- تامین 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 روش‌ها و تکنولوژی‌های جدید در امر

پیشگیری از بارداری .

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

۵-۲-۴- لغو کلیه قوانین و مقررات و امتیازها اقتصادی - اجتماعی، مشوق خانوارهای پر جمعیت.

۵-۲-۵- پژوهش در مورد مصادیق سیاست‌های 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 شیر خشک در برنامه دوم ادامه خواهد یافت. دولت موظف است طی این برنامه، یارانه دارو، شیر خشک و کالاهای اساسی شامل گندم، برنج، روغن نباتی، قند و شکر، و پنیر را بر مبنای اعتبار ارزی مصوب در سال ۱۳۷۲ پرداخت نماید.

تبصره ۱۸- دولت موظف است در طول 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 در طول برنامه، همه ساله در اختیار سازمان‌های ذی ربط قرار دهد.

تبصره ۹۴- دولت موظف است از محل منابع بودجه عمومی نسبت به تکمیل تاسیسات، تجهیزات و نیروی انسانی شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور به ترتیب اولویت خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی روستایی، پایگاه‌های بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی شهری اقدام نماید به نحوی که توسعه کمی شبکه‌های مذکور تا پایان برنامه دوم کامل و زمینه‌های فیزیکی، تجهیزاتی و توسعه تشکیلاتی انجام و توسعه کیفی شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور فراهم شود.

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

برنامه توسعه سوم مشتمل بر ۲۶ فصل و ۱۹۹ ماده می‌باشد که در این جا به اختصار موارد مرتبط با بحث کتاب آورده شده است.

فصل پنجم - نظام تأمین اجتماعی و یارانه‌ها

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، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و ناتوانی‌های جسمی، ذهنی، روانی و نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه‌ای 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 حمایت‌های مالی فوق را برای یکایک افراد کشور تأمین کند.

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

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، از کارافتادگی، بازماندگان و بیکاری است که کلیه بیمه شدگان از آن بهره مند خواهند شد و حدود فعالیت‌های آن متناسب با حق بیمه دریافتی و توان مالی سازمان‌های بیمه‌ای و میزان کمک دولت طبق مصوبات هیأت وزیران تعیین می‌شود.

ماده ۳۸- حمایت‌های بخش غیر بیمه‌ای پیشگیری، توان بخشی و حمایتی برای نیازمندان، علاوه بر خدمات ویژه‌ای که در برنامه‌های بخش اشتغال، مسکن و آموزش برای گروه‌های نیازمند در نظر گرفته می‌شود مشتمل بر موارد ذیل است:

- ۱- پیشگیری از بروز آسیب‌های اجتماعی و معلولیت‌های 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 خود اتکایی آنان.

۴- پرداخت مستمری به نیازمندیانی 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 شیر خشک در برنامه سوم با حفظ کالابریگ 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 کم تر توسعه یافته:

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

ب- قسمتی از سود تسهیلات اعطایی به سرمایه گذاران بخش خصوصی و طرح های خود اشتغالی را پرداخت کند.

ج- تسهیلات اعطایی در قالب بودجه های سنواتی و آیین نامه های اجرایی آنها باید طوری تقسیم شود که سهم مناطق کم تر توسعه یافته به نسبت شاخص بیکاری آنها بیش تر 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 برنامه های 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 اجرایی مربوطه.

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

ع- پیشنهاد برنامه های استقرار نظام تامین اجتماعی ملی در سطح استان به مراجع ذی ربط و تنظیم سیاست های اجرایی مربوطه.

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

ص- پیشنهاد برنامه ها و تامین منابع تقویت و توسعه بسیج استان.

فصل دوازدهم - سیاست های زیست محیطی

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

ج- به منظور کاهش عوامل آلوده‌کننده 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 آلودگی‌ها 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 طرح‌های توسعه و عمران مصوب.

- حمایت از مؤسسات غیردولتی تامین‌کننده اعتبارات خرد از قبیل صندوق عمران و توسعه روستایی به منظور ارائه تسهیلات به روستاییان برای فعالیتهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی.

- سامان دهی فضاها و سکونت‌گاه‌های روستائی به منظور توسعه هماهنگ و موزون فعالیتهای کشاورزی، صنعتی و خدماتی، از طریق توزیع مناسب جمعیت و استقرار بهینه خدمات در محیط‌های روستایی و حمایت از اجرای آن.

در بند ج همین ماده: دولت موظف است همه ساله اعتبارات خاصی را در لویح بودجه به نحوی پیش‌بینی 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 روستایی به ویژه در مناطق توسعه نیافته، صندوقی تحت عنوان صندوق قرض الحسنه توسعه اشتغال روستایی با سرمایه دولت و مردم تاسیس می‌شود.

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) مجتمع‌های 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

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 بهره مندی 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 جغرافیایی هریک از این مناطق، حداکثر تا پایان سال اول برنامه سوم تهیه و همراه با ارائه راه حل های مناسب برای ایجاد تعادل به هیات 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 اجرایی ذی ربط اقدامات ذیل را به عمل آورد:

ب- طرح های لازم برای افزایش فرصت های اشتغال زنان و ارتقای شغلی آنان در چارچوب تمهیدات پیش بینی شده در این قانون و متضمن اصلاحات ضروری در امور اداری و حقوقی را تهیه و به منظور تصویب به هیات وزیران ارائه کند.

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

د- برای بهره گیری از خدمات مختلف اجتماعی زنان در زمینه های مالی، حقوقی، مشاوره ای، آموزشی و ورزشی، طرح های لازم با اولویت قایل شدن برای زنان خودسرپرست و بی سرپرست مناطق توسعه نیافته یا کم تر توسعه یافته و گروه های محروم جامعه در زمینه حمایت از تشکیل سازمان های 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 بیست و پنجم - 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 خواهد بود. توسعه فعالیت‌های 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 تخت‌های آموزشی متناسب با تعداد دانشجویان دانشگاه‌های 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 تعاونی‌های 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.

آیین 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 گذاری‌های خارج از حد نیاز، سطح بندی خدمات درمان بستری با جبران هزینه نقل و انتقال بیماران و حفظ سهم بستری بیماران اعزامی از سطوح پایین‌تر توسط دولت، حسب تخصص‌های مختلف و محل‌های استقرار آن، به تفکیک شهرستان صورت خواهد گرفت. هرگونه احداث، ایجاد، توسعه و تجهیز ظرفیت‌های 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 ظرفیت‌های 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 ظرفیت‌های مناسب و مورد نیاز با ظرفیت‌های موجود، کل امکانات درمان بستری کشور اعم از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان تامین اجتماعی، بانک‌ها و شرکت‌های 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 ارتقای سطح کیفی و کمی خدمات توان بخشی و دسترسی آحاد مردم به این خدمات با هدف تساوی فرصت‌ها 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 هایی 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 می‌گردد.

آیین نامه اجرایی مربوط به این بند با همکاری وزارت مسکن و شهرسازی و سازمان بهزیستی کشور و سازمان برنامه و بودجه تهیه و به تصویب هیات وزیران خواهد رسید.

ماده ۱۹۴- کلیه مراکز تولید و توزیع مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و همچنین مراکزی که در زمینه‌های فوق خدماتی را ارائه می‌کنند موظفند ضمن رعایت ضوابط بهداشتی که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاه‌های ذیربط اعلام می‌گردد نسبت به اخذ تاییدیه ادواری از افراد حقیقی و یا حقوقی (دولتی و یا غیردولتی) که صلاحیت آن‌ها حسب مورد از طرف دستگاه‌های سابق الذکر برای مدت معین تایید شده است اقدام کنند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاه‌های ذی ربط موظفند حسب مورد بر خدمات افراد حقیقی و یا حقوقی تایید 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 دستگاه‌های 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 دستگاه‌های سابق الذکر در موارد ضروری، با تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با تصویب هیات وزیران امکان پذیر خواهد بود. مراکز خاص درمانی جانبازان از این امر مستثنی می باشد.

ماده ۱۹۶- به منظور تنظیم بازار دارو، تامین ارز موردنیاز برای ورود مواد اولیه 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- عرضه دارو (به استثنای داروهای غیر نسخه ای که فهرست آن توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام می شود) به مصرف کننده نهایی خارج از داروخانه ممنوع است.

ز- به منظور تضمین کیفیت داروهای تولیدی، کلیه کارخانه‌های 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 داده می شود 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 بودجه‌های سالانه استفاده کنند.

ح- صددرصد (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 تامین 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 نامه اجرایی این ماده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و به تصویب هیات وزیران خواهد رسید.

ماده ۱۹۷- به منظور نهادینه کردن امنیت غذا (دسترسی همه افراد جامعه به غذای کافی و سالم) و بهبود تغذیه مردم و کاهش بیماری‌های خاص از سوء تغذیه و ارتقای 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 دستگاه‌های ذی ربط باید اقدامات ذیل را به عمل آورند.

الف- وزارت خانه‌های فرهنگی و آموزشی و همچنین سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران موظفند نسبت به ارتقای فرهنگ و آگاهی‌های تغذیه ای و ارائه آموزش‌های 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 ارتقای سطح سلامتی مردم مؤسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران موظف است حداکثر تا پایان برنامه سوم استانداردهای ایمنی مواد غذایی را تکمیل و جهت اعمال نظارت بر کیفیت تولید و عرضه مواد غذایی به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر دستگاه‌های ذی ربط اعلام کند.

ه- 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 تایید سازمان‌های امور اداری و استخدامی کشور و برنامه و بودجه به تصویب هیات وزیران خواهد رسید.

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

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

فصل هفتم - ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی

ماده ۸۴: دولت موظف است، به منظور نهادینه کردن مدیریت، سیاست گذاری، ارزش یابی و هماهنگی این قلمرو از جمله: امنیت غذا و تغذیه در کشور، تامین سبد مطلوب غذایی و کاهش بیماری‌های ناشی از سوء تغذیه و گسترش سلامت همگانی در کشور، اقدام‌های 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 ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای جامعه.

- تخصیص منابع اعتباری، تسهیلات بانکی و یارانه‌ای لازم برای تولید، تامین، توزیع و مصرف مواد غذایی، در جهت دست-یابی 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 ارتقای 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 راه‌های مواصلاتی و کاهش نقاط مذکور به میزان پنجاه درصد (۵۰٪) تا پایان برنامه چهارم.

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

سامان دهی و تکمیل شبکه فوریت‌های 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.

- ارتقای 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 جریمه 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 سیاست‌های راهبردی تجاری، تسهیلات لازم را در خصوص معرفی توانایی‌ها، عرضه و بازاریابی خدمات سلامت و آموزش پزشکی و تولیدات، تجهیزات و فرآورده‌های پزشکی و دارویی ارائه نماید، به نحوی 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 ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت و تعالی عملکرد خدمات بالینی، افزایش بهره‌وری و استفاده بهینه از امکانات بهداشتی و درمانی کشور، اقدام‌های ذیل را انجام دهد:

الف: تدوین، نظارت و ارزش‌یابی استانداردها و شاخص‌های بهبود کیفیت خدمات و اصلاح رتبه‌بندی بیمارستان‌ها، بر اساس الگوی ارتقای 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 هیات 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 تخت‌های آموزشی و غیر آموزشی و اعمال شاخص‌های اعتباری و نیروی انسانی بر اساس آن

ه: 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 ارائه حداقل استاندارد خدمات بهداشتی، درمانی کشور را مبتنی بر سطح‌بندی خدمات طراحی نماید. ایجاد، توسعه و تجهیز با تغییر در ظرفیت‌های پزشکی و درمانی کشور و همچنین اختصاص نیروی انسانی جهت ارائه 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 تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تصویب هیات وزیران امکان‌پذیر خواهد بود.

در خصوص 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، آیین‌نامه چگونگی متعادل نمودن سهم مردم در تامین 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 شرکت‌های بیمه تجاری و غیر تجاری 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.

ه: تامین اعتبار بیمه‌های خدمات درمانی در بودجه‌های سنواتی در طول برنامه چهارم بر اساس سرانه واقعی خواهد بود که سالانه به تصویب هیئت دولت می‌رسد.

و: آیین‌نامه 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 تامین منابع لازم برای ارائه خدمات فوق، عوارضی معادل ده درصد (۱۰٪) حق بیمه

شخص ثالث، سرنشین و مازاد توسط شرکت‌های 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 بر اساس 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 - ارتقای امنیت انسانی و عدالت اجتماعی

ماده ۹۵ : دولت مکلف است، به منظور استقرار عدالت و ثبات اجتماعی، کاهش نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی، کاهش فاصله دهک‌های 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 سیاست‌های ذیل اقدام نماید:

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

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

ج: تعیین خط فقر و تبیین برنامه‌های توانمندسازی متناسب و سامان دهی نظام خدمات حمایت‌های 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 پایین درآمدی و شکاف فقر و جبران آثار برنامه‌های اقتصادی، اجتماعی به سه دهک پایین 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 مشارکت‌های اجتماعی، آموزش مهارت‌های شغلی و مهارت‌های زندگی، به ویژه برای جمعیت‌های سه دهک پایین درآمدی در کشور. ه: ارتقای مشارکت نهادهای غیر دولتی و مؤسسات خیریه، در برنامه‌های فقرزدایی و شناسایی کودکان یتیم و خانواده‌های زیر خط فقر، در کلیه مناطق کشور توسط مدیریت‌های منطقه‌ای و اعمال حمایت‌های 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 قرار گرفتن جمعیت کم‌تر از هجده سال تحت پوشش آموزش عمومی رایگان برای خانواده‌های واقع در سه دهک پایین درآمدی، از طریق جابه‌جایی و تخصیص کارآمد منابع یارانه‌ها. ز: فراهم کردن حمایت‌های حقوقی، مشاوره‌های اجتماعی و مددکاری، برای دفاع از حقوق فردی، خانوادگی و اجتماعی فقرا.

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

ط: طراحی روش‌های لازم برای افزایش بهره‌وری و درآمد روستاییان و عشایر ایجاد فرصت‌های 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 حمایت‌های 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 فعالیت‌های 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 فعالیت‌های حمایتی)، برای حمایت از زنان سرپرست خانوار و افراد

بی سرپرست با اولویت کودکان بی سرپرست.

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

ه: 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 شاخص‌های جمعیتی امید زندگی و لزوم پایداری صندوق‌های 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 سال‌های قبل سازگار نباشد، مشروط بر آن که این افزایش دستمزد به دلیل ارتقای شغلی نباشد، سازمان تامین اجتماعی علاوه بر دریافت مابه‌التفاوت میزان سهم کارگران و کارفرما به نسبت دستمزد واقعی و دستمزد اعلام شده سال‌های 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 آسیب‌های اجتماعی، نسبت به تهیه طرح جامع کنترل کاهش آسیب‌های اجتماعی، با تأکید بر پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر، مشتمل بر محورهای ذیل اقدام نماید:

الف: ارتقای 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 ارزش‌های دینی و هنجارهای اجتماعی.

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

د: پیشگیری اولیه از بروز آسیب‌های اجتماعی از طریق: اصلاح برنامه‌های درسی دوره آموزش عمومی و پیش‌بینی آموزش‌های اجتماعی و ارتقای مهارت‌های زندگی.
هـ: خدمات رسانی به موقع به افراد در معرض آسیب‌های اجتماعی با مشارکت سازمان‌های غیر دولتی.

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

ز: تهیه طرح ملی مبارزه با مواد مخدر و روان‌گردان بر اساس 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 مهارت‌های زندگی سالم، روان‌درمانی، درمان اجتماع مدار معتادان و بهره‌گیری از سایر یافته‌های علمی و تجارب جهانی در اقدام‌ها و برنامه‌ریزی‌های عملی.

۳- جلوگیری از تغییر الگوی مصرف مواد مخدر به داروهای شیمیایی و صنعتی.

۴- جلوگیری از هرگونه تطهیر عواید ناشی از فعالیت‌های مجرمانه مواد مخدر و روان‌گردان‌ها.
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 غیر دولتی 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 تشکل‌های غیردولتی و تصویب آن در هیئت وزیران در شش ماهه نخست سال اول برنامه.

ک: سامان دهی و توسعه مشارکت‌های 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 بی‌سرپرست 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 ارتقای سرمایه اجتماعی، ارتقای رضایتمندی عمومی و گسترش نهادهای مدنی، طی سال اول برنامه چهارم، اقدام‌های 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.

ه: 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 غیر دولتی و شوراهای اسلامی، در توسعه پایدار کشور و فراهم کردن امکان گسترش کمی و کیفی نهادهای مدنی، با اعمال سیاست‌های 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، ارتقای 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 پیش‌بینی نماید. منابع مالی سند از محل بودجه عمومی دولت و منابع داخلی نهادها تامین خواهد شد. در تمامی برنامه‌های اشتغال‌زایی اعم از جذب و استخدام و اعطای امتیازات و تسهیلات، ایثارگران در اولویت هستند و دولت موظف است حمایت‌های لازم در حفظ و تثبیت موقعیت شغلی آنان را اعمال نماید.

منابع

1. Human Development Report 2001, Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty. UNDP, 2001
2. Human Development Report 2003, Millennium Development Goals: 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 سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶ (<http://amar.sci.org.ir>)
۸. مرکز امور زنان و خانواده ریاست جمهوری، گزارش تحول وضعیت زنان طی سال‌های ۱۳۵۵-۱۳۸۵، <http://stat.women.gov.ir/statistic>، ۱۳۸۵
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، پاییز 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 موثر بر آن. گام‌های توسعه در آموزش پزشکی بهار و تابستان

۱۳۸۶؛ ۱(۱): ۹-۱

۱۳. مرکز آمار ایران، مرگ و میر کودکان در ایران، روندها و شاخص‌ها (۱۴۰۰-۱۳۳۵) (<http://amar.sci.org.ir>)
۱۴. نقوی م سیمای مرگ در ۱۸ استان کشور سال ۱۳۸۰، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، ۱۳۸۲
۱۵. نقوی م سیمای مرگ در ۱۸ استان کشور سال ۱۳۸۱، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت
۱۶. نقوی م سیمای مرگ در ۲۳ استان کشور سال ۱۳۸۲، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، ۱۳۸۴
۱۷. نقوی م، جعفری ن. سیمای مرگ در ۲۹ استان کشور سال ۱۳۸۳، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، ۱۳۸۶
۱۸. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت. مطالعه ملی بار بیماری‌ها 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, Reza zadehkermani 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 و ۲: صفحات ۱ تا ۹
۲۳. نقوی م، جمشیدی ح ر. بهره‌مندی از خدمات سلامت سال ۱۳۸۱ در جمهوری اسلامی ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، ۱۳۸۴
۲۴. پناهی ر، مرسلی ا. بررسی نابرابری اشتغال شهری -روستایی کشور ۸۵- طی سال‌های ۱۳۳۵. اقتصادکشاورزی و توسعه، سال چهاردهم، شماره ۵۶، زمستان ۱۳۸۵
۲۵. خداداد کاشی ف، باقری ف، حیدری خ، خداداد کاشی ا. اندازه گیری شاخص‌های 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، فضائی 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 و آموزش پزشکی، معاونت سلامت. سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران (DHS) ۱۳۷۹
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 و آموزش پزشکی، دفتر بهبود تغذیه جامعه. پژوهشی در وضعیت ریزمغذی‌های ایران ۱۳۸۰، ۱۳۸۵
۳۰. نقوی م و همکاران. دگرگونی سیمای سلامت در روستا نشینان. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۴
۳۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش 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 حقى 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 و خدمات 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 خانوار در 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 خانوار در 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 خانوار در 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 فن آوری اطلاعات (<http://sit.behdasht.gov.ir>)
۴۱. موحدی م، حجاری زاده ب، رحیمی ا و همکاران. روند تغییرات شاخص های مهم سلامت و الگوی نابرابری جغرافیایی آن ها در جمعیت روستایی کشور. مجله پژوهشی حکیم، زمستان ۸۶، دوره دهم، شماره چهارم
۴۲. پیمان ح. مقایسه چند ویژگی اجتماعی اقتصادی خانوارهای فقیر و غیر 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 ۷۷-۸۱
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، ۱۷-۲۵
۴۵. فربخش ف، شفیع زاده ط، رمضانخانی ع و همکاران. بررسی ارتباط بین شاخص توده بدنی و عوامل اجتماعی _ دموگرافیک زنان ۴۴-۱۵ ساله استان تهران. پژوهش در پزشکی 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،
 شماره ۲، تابستان ۱۳۸۶، صفحات ۳۷ تا ۴
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 خطر ساز بیماری‌های 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
 دبیرستان‌های 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. Hosseinpour 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. رضانی تهرانی ف، حجازی ف، افلاکی س. عوامل موثر بر استفاده صحیح از روش‌های
 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، اسنوندی ا. برآورد و ارزیابی سازگاری شاخص‌های نابرابری اقتصادی با استفاده از ریز داده‌ها 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): ۱-۱۸
۵۹. سوید م، دبیری غ. مقایسه منحنی رشد وزنی و قدی نوجوانان پسر دبیرستانی شهر شیراز در دو سطح اقتصادی مختلف در سال ۷۹ - ۱۳۷۸. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران. سال چهارم، شماره ۲، ۱۲۵ ۱۲۱-۱۲۱. 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 چالش‌ها و چشم اندازها. معاونت آموزشی و امور دانشجویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران. ۱۳۸۲.
۶۳. مجمع تشخیص مصلحت نظام. قوانین برنامه توسعه. WWW.maslehat.ir
۶۴. وزارت رفاه و تامین اجتماعی. نظام جامع تامین اجتماعی. WWW2.refah.gov.ir
۶۵. وبسایت سازمان بهزیستی. www.behzisty.ir
۶۶. وبسایت کمیته امداد امام خمینی(ره). www.emdad.ir