



مرکز تحقیقات عدالت و سلامت



عدالت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران



عدالت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران



نویسندگان

دکتر علیرضا اولیایی منش

دکتر عفت محمدی

دکتر امیرحسین تکیان

و همکاران

چاپ تحت

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

به نام آن که جان را فکرت آموخت
چراغ دل به نور جان برافروخت

عدالت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران؛ بررسی روند چهاردهه گذشته، توصیه‌هایی برای آینده

مرکز تحقیقات عدالت در سلامت

با همکاری

دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی،
مرکز تحقیقات مادر، جنین و نوزاد
دانشگاه علوم پزشکی تهران و فرهنگستان علوم پزشکی

به سفارش

معاونت تحقیقات و فناوری
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دبیرستانگان

دکتر علیرضا اولیایی‌منش

دکتر عفت محمدی

دکتر امیرحسین تکیان

و همکاران



سرشناسه : اولیایی منش، علیرضا، ۱۳۴۸ - Olyeemanesh, Alireza
 عنوان و نام پدیدآورنده : عدالت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران؛ بررسی روند چهار دهه گذشته، توصیه‌هایی برای آینده / نویسندگان: علیرضا اولیایی منش، عفت محمدی، امیرحسین تکیان؛ سایر نویسندگان: اعظم رثوفی... [و دیگران]؛ [تهیه کننده] مرکز تحقیقات عدالت در سلامت... [و دیگران].

مشخصات نشر : تهران: آثار سبحان: انتشارات یاررس، ۱۴۰۱.
 مشخصات ظاهری : ۴۱۶ ص.
 شابک : 978-600-8429-62-3
 وضعیت فهرست‌نویسی : فیبا
 یادداشت : سایر نویسندگان: اعظم رثوفی، محمدمهدی کیانی، حسام قیاسوند، آیدین آریین خصال، نگار یوسفزاده، طیبه مرادی.
 یادداشت : تهیه کنندگان: مرکز تحقیقات عدالت در سلامت با همکاری دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات اخلاقی و تاریخ پزشکی، مرکز تحقیقات مادر، جنین و نوزاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران و فرهنگستان علوم پزشکی.
 موضوع : برابری — جنبه‌های بهداشتی Equality— Health aspects
 پزشکی — خدمات — دسترسی پذیری Health services accessibility

شناسه‌ی افزوده : محمدی، عفت، ۱۳۶۶-
 شناسه‌ی افزوده : تکیان، امیرحسین، ۱۳۵۳ -
 شناسه‌ی افزوده : رثوفی، اعظم، ۱۳۶۱-
 شناسه‌ی افزوده : دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. مرکز تحقیقات عدالت در سلامت
 رده‌بندی کنگره : RA۴۱۸
 رده‌بندی دیویی : ۳۶۲/۱
 شماره کتاب‌شناسی ملی : ۸۹۱۳۲۴



- نام کتاب: عدالت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران؛ بررسی روند چهار دهه گذشته، توصیه‌هایی برای آینده
- نویسندگان: دکتر علیرضا اولیایی منش، دکتر عفت محمدی، دکتر امیرحسین تکیان
- سایر نویسندگان: اعظم رثوفی، حسام قیاسوند، محمدمهدی کیانی، آیدین آریین خصال، نگار یوسفزاده، طیبه مرادی
- ناشر: آثار سبحان (با همکاری انتشارات یاررس)
- ویراست: اول
- نوبت و سال چاپ: اول - زمستان / ۱۴۰۱
- شمارگان: ۱۵۰ نسخه
- صفحه‌آرایی: آرساگو
- لیتوگرافی، چاپ و صحافی: آثار سبحان
- قیمت: شومیز: ۲۱۰۰۰۰ تومان / گالینگور: ۲۶۶۰۰۰ تومان
- شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۸۴۲۹-۶۲-۳

تمامی حقوق مادی و معنوی این اثر برای ناشر محفوظ می‌باشد. ■

«بیایید به حقوق دیگران احترام بگذاریم»

دوست عزیز، این کتاب حاصل دسترنج چندین ساله مؤلف، مترجم و ناشر آن است. تکثیر و فروش آن به هر شکلی بدون اجازه از پدیدآورنده اثر کاری غیراخلاقی، غیرقانونی و غیرشرعی و کسب درآمد از دسترنج دیگران است. نتیجه این عمل نادرست، موجب رواج بی‌اعتمادی در جامعه و بروز پی‌آمدهای ناگوار در زندگی و محیطی ناسالم برای خود و فرزندانمان می‌گردد.

«انجمن فرهنگی ناشران کتاب دانشگاهی»

مرکز پخش

انتشارات آثار سبحان و یاررس

تهران: میدان انقلاب، خیابان انقلاب،
 نرسیده به خیابان ۱۲ فروردین، ساختمان
 ولی‌عصر، پلاک ۱۳۱۴، طبقه دوم



۰۲۱-۶۶۹۷۱۱۱۲

۰۲۱-۶۶۹۷۱۰۴۰

۰۲۱-۶۶۴۱۸۱۹۲

www.asaresobhan.com



asaresobhan2000@yahoo.com



@asaresobhan



asaresobhan

مقدمه رئیس دانشگاه

در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، رفع نابرابری‌های سلامت در قالب بسیاری از اشکال تبعیض بر اساس مواردی مانند سطح درآمد، تحصیلات، منطقه جغرافیایی، هویت جنسیتی، ناتوانی و عوامل دیگر مورد تأیید و تأکید قرار گرفته است. عدالت در سلامت و دسترسی برابر به خدمات سلامت در بین گروه‌های مختلف اجتماعی اقتصادی، یکی از اهداف اولیه در سیاستگذاری بخش سلامت بوده است. مطابق با قانون اساسی و چشم‌انداز ۲۰ ساله جمهوری اسلامی ایران، دولت موظف به ارائه خدمات اساسی سلامتی به آحاد مردم می‌باشد. در چهاربند از قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران نیز (بندهای ۳، ۱۵، ۲۹ و ۱۰۰) دولت موظف به ارائه خدمات سلامتی، آموزشی و رفاهی به تمامی مردم کشور بدون تبعیض می‌باشد.

اصلاح و باز مهندسی ساختار نظام سلامت و تقویت شبکه خدمات بهداشتی و درمانی که مورد تأکید مقام معظم رهبری قرار دارد همراه با پاسخگویی مؤثر به نیازهای جامعه، اجتماعی کردن سلامت با تقویت نقش مردم و همکاری تمامی نهادها و سازمان‌های دخیل در سلامت، تغییرات مورد نیازی هستند که شاخص‌های عدالت در سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند. برای تأمین سلامت مردم، لازم است رویکرد سلامت، بهداشت و پیشگیری محوری به جای درمان محوری حاکم باشد. برقراری عدالت در سلامت یکی از دو رکن اصلی طرح عدالت و تعالی است که توسط وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دولت سیزدهم جهت اجرا ابلاغ شده است که دسترسی عادلانه همه آحاد جامعه به خدمات سلامت، عدالت آموزشی، درمانی و پژوهشی، توزیع متوازن و عادلانه نیروی انسانی، تقویت و همه‌گیری و پوشش حداکثری بیمه پایه سلامت، تقویت و ارتقای کمی و کیفی پژوهش‌های کاربردی و تأمین منابع پایدار در بخش سلامت از مهم‌ترین ویژگی‌های این طرح می‌باشد.

کتاب پیش رو با عنوان "عدالت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران" که به همت مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران تدوین شده است، تلاش نموده است سیمای درستی از نابرابری‌ها در نظام سلامت ترسیم نماید که می‌تواند به‌عنوان راهنمای سیاست‌گذاران جهت حرکت صحیح به سوی آرمان عدالت در سلامت باشد. در اینجا لازم می‌دانم از دست‌اندرکاران و پژوهشگران این طرح که مجری انجام این طرح ملی بوده‌اند تشکر و قدردانی نمایم و امیدوارم تمامی محققان، اساتید و جامعه دانشگاهی، مدیران و سیاستگذاران نظام سلامت و نیز دانش‌پژوهان و دانشجویان با مطالعه آن بتوانند به اصلاح نظام سلامت در راستای ارتقای عدالت در سلامت و رفع نابرابری‌های سلامت کمک نمایند.

۷

دکتر حسین قناعتی
رئیس دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه نویسندگان

عدالت به‌عنوان هدف غایی جوامع انسانی، ریشه‌های عمیقی در فطرت بشری، آموزه‌های اسلامی و سیره پیشوایان آیینی ما دارد، تا آن‌جا که قرآن کریم هدف بعثت پیامبران را برقراری عدالت برمی‌شمرد. در معارف نبوی نیز پابرجایی آسمان و زمین به‌موجب عدل است و گسترش عدالت اصلی‌ترین معیار تداوم حکومت‌ها دانسته شده است. در واقع، زمامداران هر اندازه به عدالت نزدیک‌تر شوند، از کفر دورتر و به معیارهای حکومت الهی نزدیک‌تر می‌شوند. آن‌گونه که از امیرمؤمنان علی علیه‌السلام در نهج‌البلاغه نقل شده است، عدالت اجتماعی را می‌بایست به‌صورت یک فلسفه و یا نظریه اجتماعی، سیاسی و اقتصادی مورد توجه قرار داد. از این روست که همه نهادهای پاک‌سرشت در انتظار ظهور منجی عالم بشریت هستند که با ظهور خود، عدالت را در همه امور هستی به جریان می‌آورد، به‌گونه‌ای که هیچ ستمی به احدی روا نمی‌شود، قوانین عادلانه در میان مردم رواج می‌یابد؛ و در نتیجه، هیچ انسانی به دیگری ظلم روا نمی‌دارد."

تحقق عدالت اجتماعی و بنیان جوامع انسانی پایدار بر مدار آن، همواره از بنیادی‌ترین آرمان‌های زندگی بشر بوده است. از این‌رو تحقق عدالت به‌عنوان یکی از اهداف راهبردی جمهوری اسلامی ایران در اسناد بالادستی از جمله قانون اساسی و سند چشم‌انداز ۲۰ ساله مورد تأکید قرار گرفته است. از جمله در بیانیه گام دوم انقلاب اسلامی آمده است: "عدالت در صدر هدف‌های اولیّه‌ی همه بعثت‌های الهی است و در جمهوری اسلامی نیز دارای همان شأن و جایگاه است؛ این کلمه‌ای مقدّس در همه زمان‌ها و سرزمین‌ها است و به‌صورت کامل، جز در حکومت حضرت ولی‌عصر (ارواح‌نفاذ) میسر نخواهد شد ولی به‌صورت نسبی، همه‌جا و همه‌وقت، ممکن و فریضه‌ای بر عهده همه به‌ویژه حاکمان و قدرتمندان است. جمهوری اسلامی ایران در این راه گام‌های بلندی برداشته است؛ و البته در توضیح و تشریح آن باید کارهای بیشتری صورت گیرد." هرچند رهبر انقلاب در بخش دیگری تأکید کرده‌اند: "اینجانب به جوانان عزیزی که آینده کشور، چشم‌انتظار آنها است صریحاً می‌گویم آنچه تاکنون شده با آنچه باید می‌شده و بشود، دارای فاصله‌ای ژرف است."

در جوامع انسانی قرن بیست و یکم، سلامت از حقوق اولیه و بدیهی بشر و تنها بعد سیاست‌گذاری عمومی است که به‌طور توأمان هم پیش‌شرط، هم پیامد و هم شاخص تحقق جامعه پایدار است. در سال‌های اخیر و پس از مشاهدات و گزارش‌های پرشمار از کشورهای مختلف جهان مبنی بر پیشرفت اندک و یا حتی پس‌رفت در کاهش نابرابری‌های سلامت میان شهروندان خود (حتی در کشورهای ثروتمند جهان) و هم‌چنین سایر کشورها، علی‌رغم پیشرفت‌های چشمگیر در ارتقای سلامت عموم جامعه، عدالت در سلامت به‌مأموریت مهم و محور فعالیت‌های سازمان جهانی سلامت تبدیل شده است. در بیانیه‌ها و اسناد سازمان جهانی سلامت، عدالت از اهداف اصلی

نظام‌های سلامت برشمرده شده است که لازم است دولت‌ها نهایت تلاش خود را به کار گیرند و از تمامی سازوکارهای میانی بهره‌مند شوند تا خدمات سلامت عادلانه و باکیفیت را برای تمامی شهروندان، به‌عنوان حق بدیهی ایشان، به ارمغان آورند. سعادت و پایداری جامعه ایرانی در گرو سلامت همه جانبه، نه فقط نداشتن بیماری جسمی، شهروندان است که عدالت اجتماعی به معنای هدف غایی حکمرانی، بدون سلامت هرگز دست‌یافتنی نیست.

به‌عنوان نمونه، ناموزونی توزیع هزینه‌های سلامت در بین دهک‌های هزینه‌ای خانوارهای کشور، نشان‌دهنده عدم تناسب و بی‌عدالتی بسیار شدید و افزایش محسوس شاخص سهم پرداخت از جیب در میان اقشار نابرخوردار و هم‌چنین در مناطق روستائی در مقایسه با شهرنشینان است. به‌علاوه، مطالعات نشان می‌دهد که پرداخت هزینه‌های درمانی در سالیان اخیر به گونه فزاینده‌تری به افزایش خانوارهای زیر خط فقر انجامیده است، به‌طوری که حدود ۱۱٪ از روستائیان زیر خط فقر، صرفاً به دلیل تحمل هزینه‌های درمانی به زیر خط فقر رانده شده‌اند. آشکار است برخی از عوامل اجتماعی و رای نظام‌های سلامت مانند، سن، جنس، محل سکونت (شهری یا روستائی)، میزان تحصیلات، اشتغال و اندازه خانوار نیز برقرار گرفتن خانوارها در محدوده هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت اثرگذار است. از این روست که "کمیسیون عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت" سازمان جهانی سلامت، برای مبارزه با نابرابری‌های سلامت، به کشورها سه توصیه اصلی اجرایی نموده است: بهبود مستمر وضعیت زندگی روزمره مردم، توزیع عادلانه قدرت، ثروت و منابع در کشورها، و نهایتاً فراهم کردن زیر ساخت‌های پایش مداوم نابرابری‌ها به‌ویژه نابرابری‌های سلامت. از این روی و به دلیل جایگاه بی‌بدیل سلامت در برقراری عدالت اجتماعی، افزایش سرمایه اجتماعی و توسعه انسانی، شناسایی نابرابری‌های نظام سلامت کشور، علل و ریشه‌های آن از اهمیت ویژه برخوردار است.

مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، به‌عنوان مرکز پژوهشی تخصصی مرجع با موضوع عدالت در سلامت، دغدغه بنیادین و وظیفه اصلی خود را سنجش مستند نابرابری‌ها برای ترسیم مسیر نیل به عدالت در نظام سلامت کشور تعریف کرده است. بدیهی است فاصله وضعیت فعلی تا نظام سلامت مطلوب عدالت‌مدار بسیار ژرف است. نابرابری‌های مزمن موجود در نظام سلامت کشورمان، نشانگر لزوم اولویت‌بخشی به انجام اصلاحات در نظام تأمین مالی سلامت به‌عنوان یک هدف بلندمدت و به‌گونه‌ای است که بتواند ضمن ایجاد منابع مالی پایدار میان‌مدت و طولانی‌مدت، سبب کاهش پرداخت از جیب مردم، رفع موانع اقتصادی؛ دسترسی عادلانه به و بهره‌مندی از خدمات سلامت، در بستر بهبود کارائی و بهره‌وری در تخصیص منابع و تأمین کیفیت خدمات گردد. بدیهی است تحقق این مهم نیازمند تحقق حاکمیت خوب در نظام سلامت بر مبنای مدیریت مطلوب تعارض منافع، افزایش شفافیت، پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری، و مشارکت بهتر شهروندان در فرایند تصمیم‌سازی سلامت؛ همکاری معنادار بین بخشی؛ استقرار اثربخش برنامه خرید راهبردی خدمات سلامت؛ اصلاحات روش تعریف و تهیه بسته جامع خدمات سلامت با اولویت خدمات ارتقای سلامت، گسترش فرهنگ خودمراقبتی شهروندان با اعمال مشوق‌های لازم برای رفتار سلامت‌محور از طریق نظام

بیمه‌ای توانمند؛ اصلاح نظام پرداخت بر مبنای عملکرد؛ استقرار نظام پزشکی خانواده و ارجاع سطح‌بندی شده بر بستر نظام جامع سلامت الکترونیک؛ با توجه ویژه به شهروندان نابرخوردار، گروه‌های آسیب‌پذیر، روستاییان و حاشیه‌نشینان است. بر پایه اصل ۲۹ قانون اساسی و سیاست‌های گوناگون بالادستی، این مهم باید به‌عنوان یک وظیفه ملی برای تحقق سلامت همه‌جانبه حق بدیهی سلامت مردم، توسط قانون‌گذاران و دولت با جدیت به رسمیت شناخته شود و با پرهیز از گرایش‌ها و اهداف کوتاه‌مدت سیاسی به آن اهتمام گردد.

کتاب حاضر که حاصل تلاش چندین ساله گروهی از پژوهشگران همکار مرکز است، در هفت فصل تدوین شده است و ضمن تعریف مفاهیم بنیادین و تصویر وضعیت نابرابری‌های نظام سلامت کشور و مقایسه‌های بین‌المللی، به معرفی هدفمند سیاست‌های مرتبط با عدالت و شناسایی علل و ریشه‌های نابرابری می‌پردازد و در نهایت راه کارها و گزینه‌های سیاستی شواهد محور بهبود عدالت در نظام سلامت ایران عزیز را معرفی می‌نماید. از این‌که این اثر را می‌خوانید و به دیگران توصیه می‌کنید از شما سپاسگزاریم. امید است دست در دست هم و با به‌کارگیری شواهد، هر کدام سهم خویش را در نیل به برترین آرزوی جامعه یعنی تحقق عدالت ادا کنیم. اکنون که جراحی و اصلاح اقتصادی توسط دولت محترم سیزدهم در حال انجام است و این احتمال می‌رود که بدون تدبیر لازم شهروندان فرودست و محروم بیش از هر زمان در معرض هزینه‌های خانمان‌سوز و فقرزای سلامت قرار بگیرند، نگرانی و مسئولیت از هر زمان دیگری باید خواب از چشمانمان بریاید که همه ما در این گذرگاه دشوار مسئولیم! همان‌گونه که رسول اعظم (ص) فرمود: «کلکم راعٍ، وَ کلکم مَسْئُولٌ عَنْ رَعِيَّتِهِ.»؛ هر کدام از شما مسئول هستید و درباره افرادی که به سخن شما گوش می‌دهند بازخواست خواهید شد.

با آرزوی توفیق پروردگاری

اسفند ۱۴۰۱

نویسندگان

تقدیم

گروه پدیدآورندگان، این اثر را با احترام و افتخار
پیشکش می‌کند به:

ارواح آسمانی شهدای انقلاب اسلامی،
به‌ویژه شهدای مدافع سلامت
که هدف والا و جانفشانی بی‌مانند ایشان
در قلب و ذهن ایرانیان
تا ابدیت جاودانه خواهد ماند...

درباره محتوا

فقدان نظام پایش مجموعه شاخص‌های عدالت در سلامت، مانعی برای شناسایی نابرابری‌ها و شکل‌گیری اقدامات مؤثر برای کاهش و یا رفع بی‌عدالتی‌های سلامت می‌باشد. پایش نابرابری‌های سلامت به دلیل تأمین داده‌ها برای جلب توجه سیاست‌گذاران جهت اقدام به منظور کاهش بی‌عدالتی‌های سلامت و شناسایی نقاط ورودی سیاست‌ها از اهمیت شایانی برخوردار است. بدین لحاظ پایش نابرابری در سلامت و گردآوری شواهد در زمینه بی‌عدالتی و نابرابری و علل ایجادکننده‌ی آن‌ها بسیار ضروری بوده و می‌تواند دیدگاه مناسبی را برای سیاست‌گذاری و شناسایی نقاط ضعف و قوت سیاست‌های اعمال شده فراهم آورد. به منظور کاهش نابرابری‌ها و افزایش عدالت در سلامت و خدمات سلامت لازم است ابتدا وضعیت سلامت و شاخص‌های آن جمعیت بر اساس تفکیک‌کننده‌های مختلف شامل تحصیلات، شغل، درآمد، مصرف/هزینه، سرمایه/دارایی، جنسیت، گروه‌های قومیتی، محل سکونت (شهر و روستا)، ... سنجیده شود. این فرایند خود نیازمند محاسبه شاخص‌های سلامت و ترویج این‌گونه پژوهش‌ها است. لزوم بررسی و تحلیل وضعیت عدالت در سلامت و تقویت ابزارهای سنجش عدالت در سلامت و پیاده‌سازی آن به‌صورت ملی برای رفع مشکلات موجود، همواره مورد نظر کارشناسان و مسئولان ارشد نظام سلامت بوده است؛ گرچه موفقیت در رفع این نابرابری‌ها نسبی بوده است. کتاب حاضر به منظور تولید شواهدی در خصوص نابرابری‌های سلامت، علل و ریشه‌های آن و نهایتاً ارائه راهکارهای کاهش بی‌عدالتی در سلامت در کشور تدوین شده است. این کتاب برگرفته از پروژه پژوهشی ملی می‌باشد که به سفارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و توسط مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. در این کتاب سعی شده است به جنبه‌های مختلف عدالت در سلامت پرداخته شود؛ یکی از این جنبه‌ها، عدالت در دسترسی عادلانه به مراقبت‌های سلامت و بهره‌مندی عادلانه از این خدمات است که از اهمیت خاصی در برقراری عدالت برخوردار است. همچنین توزیع عادلانه بار مالی ناشی از هزینه‌های سلامت جنبه دیگری است که به منظور کاهش فاصله طبقاتی و جلوگیری از گسترش فقر در جامعه، پرداختن به آن ضروری است. نهایتاً عدالت در پیامدهای سلامت مانند نابرابری در مرگ و میر و امید به زندگی، به عنوان اصلی‌ترین و مهم‌ترین جنبه از عدالت در سلامت است که هم حاصل عملکرد عوامل اجتماعی و اقتصادی و هم حاصل عملکرد نظام سلامت در هر کشور می‌باشند، مورد بررسی قرار خواهد گرفت. مباحث مطرح شده در این خصوص در قالب سه فصل اول کتاب با عناوین زیر ارائه خواهند شد:

- فصل اول؛ مفاهیم مرتبط با عدالت در سلامت
- فصل دوم؛ مروری بر اقدامات انجام شده و تبیین وضع موجود
- فصل سوم؛ مرور شواهد نابرابری‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران

در ادامه برای ایجاد نگاهی جامع به علل و ریشه‌های نابرابری‌های سلامت و ارائه راهکارهایی برای کاهش آن‌ها مطالعاتی انجام شده است که در قالب چهار فصل ارائه خواهند شد:

- فصل چهارم؛ نابرابری‌های سلامت؛ مقایسه‌های بین‌المللی
- فصل پنجم؛ سیاست‌های مرتبط با عدالت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران
- فصل ششم؛ مهم‌ترین علل نابرابری‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران
- فصل هفتم؛ راهکارها و گزینه‌های سیاستی بهبود عدالت در سلامت کشور

خلاصه اجرایی

بر مبنای تجربیات جهانی و تجربیات جمهوری اسلامی ایران در مقابله با بی‌عدالتی در سلامت، این کتاب در قالب هفت فصل تدوین شده است که به تبیین وضعیت موجود نابرابری‌های سلامت، بررسی علل آن و ارائه راهکارهای مناسب در جهت رفع و یا کاهش نابرابری‌های سلامت پرداخته است. بدین منظور در تلاشی نظام‌مند، برخی از ابعاد مهم عدالت در سلامت که اهمیت بیش‌تری دارند را مورد بررسی و مذاقه قرار داده‌ایم.

برای پایش وضعیت موجود نابرابری یا بی‌عدالتی در سلامت چندین گام به شرح ذیل انجام شده است:

- ✓ گام اول: بیان مفاهیم مرتبط با عدالت در سلامت، ابعاد، روش‌های اندازه‌گیری آن و اقدامات انجام شده در حوزه پایش عدالت و بی‌عدالتی در سلامت؛
- ✓ گام دوم: تبیین وضع موجود بر اساس تعیین شاخص‌های سلامت و شناسایی منابع داده‌ای از جمله ثبت وقایع حیاتی، داده‌های سرشماری، بررسی ویژگی‌های جمعیت و سلامت و سایر پیمایش‌های مشابه؛
- ✓ گام سوم: مقایسه وضعیت ج.ا.ایران با میانگین‌های جهانی، کشورهای منطقه و کشورهای منتخب در شاخص‌های عدالت در سلامت؛
- ✓ گام چهارم: تعیین موارد اولویت‌دار درخور توجه در خصوص نابرابری‌های سلامت قابل اجتناب و شناسایی شکاف‌های اطلاعاتی؛
- ✓ و گام پنجم: شناسایی علل و ریشه‌های نابرابری سلامت و راهکارهای پیشنهادی جهت ارتقای وضعیت موجود.

اندازه‌گیری و پایش عدالت در سلامت، اشاره به جمع‌آوری داده‌ها و استفاده از روش‌هایی برای سنجش پیوسته روندهای جاری نابرابری‌های قابل اجتناب در طول زمان دارد. گردآوری شواهد به منظور بررسی وضعیت موجود عدالت در سلامت، مستلزم تعیین و تدوین شاخص‌های استاندارد معتبر و مطمئن بوده که قابلیت تفسیر شفاف داشته و با اولویت استفاده از داده‌های در دسترس در سطح ملی و استانی قابل احصاء باشند.

اقدامات اصلی و منابعی که در این راستا مورد بررسی عمیق قرار گرفتند عبارتند از:

- ✓ مرور اسناد بالادستی کشور در حوزه عدالت در سلامت
- ✓ مستندات موجود و گزارش‌های ملی منتشر شده توسط سازمان‌های ذی‌نفع در حوزه عدالت در سلامت
- ✓ مطالعات موردی اساتید دانشگاه و محققین کشور در حوزه عدالت در سلامت در سطح ملی و بین‌المللی
- ✓ مرور مستندات و اسناد ملی برخی کشورهای موفق در حوزه عدالت در سلامت
- ✓ مطالعه بوم‌شناختی محاسبه شاخص‌های عدالت در سلامت بر مبنای شاخص‌های مرگ و میر در سطوح شهرستانی (مجری: مرکز تحقیقات عدالت در سلامت)

در نهایت کتاب حاضر در قالب **هفت فصل** به شرح زیر تدوین شده است:

فصل اول، با عنوان "بیان مفاهیم" به بیان مفاهیم اصلی و تعریف ابعاد مهم مرتبط با عدالت در سلامت پرداخته است. در این فصل ابتدا مفهوم عدالت از دیدگاه تئوری‌های اخلاقی پایه تشریح شده است، سپس عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت به عنوان تعیین‌کننده‌های مهم سلامت مانند میزان درآمد، سطح تحصیلات، شغل، طبقه

اجتماعی، آب و هوا، مسکن و تغذیه و ... معرفی شده‌اند. همچنین نقش عدالت در سلامت در تحقق اهداف توسعه پایدار، اینکه چرا عدالت در سلامت اهمیت دارد مورد بحث قرار گرفته و در نهایت عدالت در مراقبت‌های سلامت از دیدگاه کاربردی و ابعاد تشکیل‌دهنده آن مطرح شده‌اند.

در فصل دوم، تحت عنوان "مروری بر اقدامات انجام شده و تبیین وضع موجود" به منظور تبیین بی‌عدالتی‌های موجود در سلامت کشور، آمار و داده‌های مقایسه‌ای مرتبط و موجود در کشور تحلیل شده‌اند. بر اساس مطالب این فصل، سهم پرداخت مستقیم از جیب از کل هزینه‌های جاری سلامت در کشور ایران طی دوره زمانی (۱۳۸۰-۱۳۹۴) ۲۰۰۰ - ۲۰۱۵ همواره بالای ۵۰ درصد بوده که البته در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ به دلیل شروع تحریم‌های شدید و استفاده کم‌تر مردم از خدمات سلامت شروع به کاهش نموده و به حدود ۴۵ درصد رسیده است. همچنین مقایسه توزیع منابع فیزیکی و بهره‌مندی استان‌های مختلف در خصوص خدمات سلامت نشان می‌دهند نابرابری‌هایی در دسترسی به خدمات وجود دارد که این نابرابری به ضرر استان‌ها و دهک‌های اقتصادی محروم‌تر می‌باشد. مقایسه شاخص‌های مرگ و میر طی سال‌های مختلف در مناطق شهری و روستائی نیز حاکی از آن است که آمار مرگ و میر در مناطق روستائی بسیار بیش‌تر از مناطق شهری بوده است که این خود نشانی بر ناعادلانه بودن مؤلفه‌های سلامتی در مناطق شهری و روستائی می‌باشد. بررسی مقادیر شاخص‌های مربوط به مرگ و میر کودکان در ۱۰۰۰ تولد زنده به تفکیک گروه‌های اقتصادی و اجتماعی نشان می‌دهد که روند تغییرات سه شاخص مرگ و میر نوزادان، مرگ و میر کودکان زیر یک سال و مرگ و میر کودکان زیر پنج سال بین گروه‌ها تقریباً مشابه است اما شدت تغییرات متفاوت می‌باشد. در واقع روند در هر سه شاخص سهمی گونه است. بدین معنی که در ابتدا مقدار شاخص بالا بوده و سپس مقداری پایین می‌آید و در نهایت باز هم که مربوط به شهرستان‌های ضعیف‌تر است افزایش پیدا می‌کند. از لحاظ مقدار عددی نیز در هر سه شاخص سه سطح نخست وضعیت اقتصادی - اجتماعی مشابهت بالایی دارند و سطح چهارم میزان مرگ و میر بالاتری نسبت به این سه گروه را نشان داده است. در این بین بیش‌ترین تغییر بین سطح سوم و چهارم را در زمینه مرگ و میر زیر پنج سال شاهد هستیم. به عنوان یک نتیجه می‌توان گفت در زمینه مرگ و میر کودکان، شاخص مرگ و میر زیر پنج سال بیش‌ترین نابرابری را نشان داده است. به همین سبب این شاخص از یک سو به عنوان شاخص مناسب جهت بررسی در مطالعات و از سوی دیگر به عنوان یک نشانگر جهت طراحی مداخلات حوزه نابرابری سلامت مطرح می‌شود.

فصل سوم با عنوان "مرور شواهد نابرابری‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران" به مرور هدفمند و تحلیل نظام‌مند نتایج مطالعات و شواهد مرتبط با نابرابری‌های سلامت پرداخته است تا بتواند تصویر مناسبی از وضعیت عدالت در سلامت و نظام سلامت، علل نابرابری‌ها و راهکارهای ارتقای سلامت و رفاه اجتماعی از طریق کاهش نابرابری‌ها ارائه دهد. در این فصل ۱۵۰ مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند که ۵۰ درصد این مطالعات در سطح ملی انجام شده بود. عمده مطالعات انجام شده مربوط به حوزه عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت قرار داشتند. بر اساس یافته‌های این بررسی، وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانوارها، سن و وضعیت تحصیلات سرپرست خانوارها، پوشش بیمه‌ای، استان‌های محل سکونت، عوامل سیاسی و سیاست‌های اجتماعی و عمومی، عوامل فرهنگی و ارزش‌های اجتماعی، عوامل جمعیتی، عوامل رفتاری، روانی و بیولوژیکی، عوامل حاکمیتی، بین‌المللی، حوادث و حتی خود نظام سلامت به عنوان اصلی‌ترین عوامل موثر بر نابرابری‌های سلامت می‌باشند. همچنین مشاهده شد که دهک‌های اقتصادی پایین‌تر در مقایسه با دهک‌های بالا بخش بیش‌تری از ظرفیت خود را برای پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی سرپایی و بستری و پیش‌پرداخت هزینه می‌کنند؛ همچنین در توزیع تسهیلات، امکانات و نیروی انسانی بخش سلامت نابرابری‌هایی بین مناطق جغرافیایی و استان‌های کشور، به ضرر استان‌های محروم وجود دارد که این موضوع خود بروز نابرابری در پیامدهای سلامت را به دنبال دارد.

"نابرابری‌های سلامت؛ مقایسه‌های بین‌المللی"، عنوان فصل چهارم می‌باشد که به بررسی شاخص‌های سلامت در سه بعد مشارکت مالی عادلانه، دسترسی به خدمات سلامت و پیامدهای سلامت در ایران در مقایسه با میانگین‌های جهانی و کشورهای منطقه می‌پردازد تا نابرابری‌های موجود شناسایی شوند. بر این اساس وضعیت کشور ما در مقایسه با میانگین‌های جهانی در شاخص نسبت جمعیتی که به خاطر هزینه‌های سلامت زیر خط فقر کشیده می‌شوند در وضعیت نامطلوبی به سر می‌برد. در حالی که ۱۱/۳ درصد از خانوارهای ایرانی ۱۰ درصد از درآمد خود را صرف هزینه‌های سلامت می‌کنند، در سطح دنیا، به‌طور میانگین خانوارها ۷/۷ درصد از درآمد خود را صرف هزینه‌های سلامت می‌نمایند. میزان مرگ و میر مادران در ایران ۲۵ در صد هزار مورد است که میان کشورهای منطقه در رتبه نهم قرار دارد. شاخص مرگ و میر کودکان زیر پنج سال و مرگ و میر نوزادان در ایران به ترتیب ۱۵/۱ و ۹/۶ مورد در هزار تولد زنده است و نسبت به سایر کشورهای منطقه، ایران از هر دو شاخص در رتبه نهم قرار دارد. کشورهای بحرین و امارات، به عنوان کشورهای پیشرو منطقه در هر دو شاخص مذکور دارای ۷/۶ و ۷/۷ مرگ کودک زیر پنج سال و به ترتیب ۳/۱ و ۴ مرگ نوزاد به‌ازای هزار تولد زنده می‌باشند.

در فصل پنجم، تحت عنوان "سیاست‌های مرتبط با عدالت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران" که هدف آن تحلیل جامع سیاست‌های نظام سلامت کشور و شناسایی نقاط قوت و ضعف سیاست‌های ادوار مختلف است، مطالعه‌ای با تمرکز بر عدالت در سلامت و تحلیل محتوای سیاست‌های مرتبط با کاهش بی‌عدالتی در سلامت با توجه به ابعاد قابل سنجش عدالت در سلامت، شامل عدالت در تأمین منابع مالی، عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت و عدالت در پیامدهای سلامت انجام شد. طی این مطالعه، تحلیل جامعی از محتوای سیاست‌های کاهش نابرابری‌ها در سلامت ارائه شد؛ جهت اجرای این مطالعه، ابتدا فرآیند شناسایی سیاست‌هایی که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر عدالت در سلامت تأثیرگذار بودند، آغاز شد. جامعه پژوهش شامل سیاست‌های مصوب ارکان مختلف دولت از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ وزارت تعاون، رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان بهزیستی در خصوص کاهش نابرابری‌های موجود در سلامت بود. طی شناسایی و غربالگری سیاست‌های مرتبط با عدالت در سلامت، در مجموع ۱۰۴ سیاست مورد بررسی قرار گرفت. بیش‌ترین سیاست‌های عدالت در سلامت در حوزه دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت بودند و در ادامه به ترتیب بیش‌ترین تعداد سیاست‌ها مربوط به حوزه‌های تأمین مالی و در نهایت عدالت در پیامدهای سلامت بودند. از لحاظ میزان اجرایی شدن سیاست‌ها، مشخص شد که درصد بالایی از سیاست‌ها به صورت ناقص اجرا شده‌اند. در زمینه ارتقای عدالت در سلامت، سیاست‌های متعددی تدوین شده است که به صورت همه‌جانبه کلیه ابعاد عدالت در سلامت را پوشش می‌دهند. ایجاد زمینه و زیرساخت‌های لازم به منظور اجرایی نمودن سیاست‌ها و همچنین ایجاد یک زبان مشترک بین سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران کلان نظام سلامت به منظور ایجاد تعامل و همکاری بیش‌تر در راستای اجرای سیاست‌های مذکور از الزامات تحقق عدالت در سلامت می‌باشد.

فصل ششم کتاب با عنوان "مهم‌ترین علل نابرابری‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران" تدوین شد. در این فصل به بررسی علل و ریشه‌های نابرابری‌های موجود در سلامت پرداخته شده است. این علل با توجه به لایه‌های مختلف اثر عوامل اجتماعی - اقتصادی تعیین‌کننده سلامت بر سلامت افراد ذیل چهارده موضوع: سیاست‌های کلان بالادستی؛ وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی کشور؛ بیکاری؛ شغل؛ فقر و نابرابری درآمدی؛ سطح تحصیلات؛ محرومیت جغرافیایی؛ نظام سلامت؛ حوادث و سوانح ترافیکی؛ تغذیه؛ محیط زیست؛ سرمایه اجتماعی/ سلامت اجتماعی؛ تکامل کودکان در سال‌های اولیه زندگی؛ گروه‌های آسیب‌پذیر و سبک زندگی مورد تحلیل قرار گرفتند. بر اساس یافته‌های این فصل، بی‌عدالتی در سلامت صرفاً نتیجه عملکرد نامناسب و ناعادلانه نظام‌های سلامت نیست، بلکه علت اصلی ایجاد نابرابری‌های نظام‌های سلامت را باید در عواملی که ریشه در خارج از بخش سلامت دارند جست‌وجو نمود. میزان تولید ناخالص داخلی، سطح اقتصادی خانوار، تورم و تورم بخش سلامت، عواملی هستند که بر توانایی کشور در گسترش عدالت و پوشش خدمات سلامت و پوشش خانوارها برای خرید و دسترسی خدمات سلامت مؤثرند. فقر یک عامل اصلی در بروز پیامدهای

سلامتی ضعیف است. افراد بی‌بضاعت امید به زندگی پایین‌تر، شیوع بیماری‌های مزمن بیش‌تر و نیازهای سلامتی برآورده نشده بیش‌تری نسبت به گروه‌های با درآمد متوسط و بالا دارند. در بین استان‌های کشور، بالاترین نرخ سواد به استان تهران و پایین‌ترین به استان سیستان و بلوچستان اختصاص دارد که این امر شکاف ۱۸/۹ درصدی در میزان بهره‌مندی از سواد را در بین بهترین و محروم‌ترین استان در کشور نشان می‌دهد. عدم وجود یک رویکرد نظام‌مند جهت جمع‌آوری منابع به منظور بازتوزیع عادلانه منابع مالی، عدم مشارکت افراد دارای شغل‌های غیررسمی در پرداخت حق بیمه، عدم شناسایی درست افراد دارای توان مالی و عدم انجام سیاست‌گذاری‌های بلند مدت و آینده‌نگرانه در خصوص روش پوشش عادلانه خدمات سلامت از علل مشارکت مالی ناعادلانه در نظام سلامت می‌باشند. از جمله علل نابرابری در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت عبارت‌اند از: عدم وجود سطح‌بندی در خدمات تخصصی و فوق تخصصی به‌منظور بهره‌مندی اقشار مختلف، نامتوازن بودن تعداد و نسبت تخت‌های بیمارستانی به‌ویژه تخت‌های ویژه و تخصصی، عدم تدوین و اجرای سیاست‌های ارائه خدمت بر اساس نیازمندی‌های هر منطقه (ارائه خدمات سلامت، به ویژه خدمات بهداشتی تخصصی بر اساس چالش‌های بهداشتی هر منطقه صورت نمی‌گیرد). سال‌های اولیه زندگی مهم‌ترین سال‌های حیات هستند که سلامت افراد از کودکی تا بزرگسالی را تعیین می‌کنند؛ تکامل دوران اولیه کودکی تحت تأثیر وضعیت اجتماعی - اقتصادی خانواده است و محرومیت اجتماعی - اقتصادی به پیامدهای ناگوار در رشد و تکامل اولیه یک کودک منجر می‌شود.

"راهکارها و گزینه‌های سیاستی بهبود عدالت در سلامت کشور" عنوان فصل هفتم کتاب می‌باشد. هدف از تدوین این فصل، ارائه راهکارها و گزینه‌های سیاستی در جهت بهبود عدالت در نظام سلامت کشور می‌باشد. با توجه به گسترده بودن عواملی که بر روی سلامت و عدالت در سلامت تأثیرگذار هستند، راهکارهای ارائه شده نیز عمدتاً گسترده و وسیع هستند؛ در واقع در فصل هفتم برای بهبود هر یک از عوامل تأثیرگذار بر عدالت در سلامت راهکارهایی ارائه شده است که قطعا عمده آن‌ها در خارج از نظام سلامت موضوعیت پیدا می‌کنند. راهکارهای اصلاحی در این فصل ذیل مجموعه ۱۶ موضوع: نظام سلامت؛ بهبود نابرابری‌های اقتصادی؛ توزیع درآمد؛ امنیت شغلی؛ حمایت اجتماعی؛ سلامت اجتماعی / رفاه اجتماعی؛ تکامل کودکان در سال‌های اولیه زندگی؛ بهبود سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر؛ سبک زندگی؛ تغذیه سالم؛ سلامت عمومی؛ سلامت روان؛ سلامت معنوی؛ محیط زیست؛ کاهش آمار مرگ و میر ناشی از بلایای طبیعی و کاهش آمار مرگ و میر ناشی از حمل و نقل و ترافیک، حوادث و سوانح جاده‌ای ارائه شده‌اند. بر اساس یافته‌های این فصل، اقدام برای مداخله در حیطه ارتقای عدالت در سلامت و حذف یا کاهش نابرابری‌ها یک فرآیند چند بخشی است و دربرگیرنده اقدامات آنی و درازمدت دولتی‌ها در تمام بخش‌ها می‌باشد که نیازمند همکاری فعالان دولتی و غیردولتی، تشکیلات اجتماعی، سازمان‌های خصوصی و بین‌المللی و کارکنان بخش سلامت و نهایتاً خود شهروندان است. با توجه به مطالب پیش‌گفت که تصریح می‌نماید سلامت از عوامل گسترده تعیین‌کننده سلامت متأثر می‌باشد، اقداماتی که باید برای بهبود عدالت در سلامت در کشور صورت گیرند، فراتر از نظام سلامت می‌باشند. بررسی گزینه‌های سیاستی پیشنهاد شده نیز واضح می‌نماید که این راهکارها عمدتاً قابل اجرا در دستگاه‌های خارج از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هستند. اما این وزارتخانه با توجه به وظیفه تولیتی خود دارای نقش‌هایی است که می‌تواند به واسطه آن‌ها ارتقای عدالت در سلامت در ارتباط با سایر دستگاه‌ها را راهبری کند. این نقش‌ها عبارت‌اند از: کنترل و پایش وضعیت عدالت در سلامت، هشدار دادن در خصوص نابرابری‌های موجود در سلامت با جمع‌آوری شواهد مرتبط، بسیج و رهبری اقدامات و ایجاد حمایت‌طلبی در راستای قرار دادن سلامت و عدالت در سلامت در همه سیاست‌ها. جهت اجرای هر چه مؤثرتر این نقش‌ها، بهتر است که شبکه‌های بهداشت و درمان با رویکرد عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت فعالیت نمایند. فعال شدن دبیرخانه شورای سلامت و امنیت غذایی استان‌ها زیر نظر استاندار و به تبع آن فعال شدن این دبیرخانه‌ها در قالب کارگروه‌های سلامت در شهرستان‌ها به اجرای اثربخش‌تر نقش‌های پیش‌گفت کمک می‌نماید.

فهرست اصطلاحات و اختصارات انگلیسی

Access to Essential medicine	دسترسی به داروهای ضروری
Accessibility	دسترسی
Advocacy	حمایت‌طلبی
Alarming	هشدار دادن
Assistive Technologies (AT)	فناوری‌های کمکی
Catastrophic Health Expenditure (CHE)	هزینه‌های کمرشکن سلامت
Cause of Causes	علت‌العلل
Child Development Index (CDI)	شاخص توسعه کودکان
Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)	میزان مرگ ناشی از بیماری‌های مزمن تنفسی
Concentration Index	شاخص تمرکز
Cultural Accessibility	دسترسی فرهنگی و مقبولیت اجتماعی
Current Health Expenditure (CHE) per Capita in PPP (in consent ppp)	سرانه مخارج سلامت
Day Clinic	مراکز درمان روزانه
Density of Dentistry Personnel x (per 1000 population)	تراکم دندانپزشک به ازای هر ۱۰۰۰ نفر
Density of Pharmaceutical Personnel x (per 1000 population)	تراکم داروساز به ازای هر ۱۰۰۰ نفر
Density of Nursing and Midwifery Personnel x (per 1000 population)	تراکم پرستار و ماما به ازای هر ۱۰۰۰ نفر
Density of Physicians x (per 1000 population)	تراکم پزشک به ازای هر ۱۰۰۰ نفر
Density of Spatial Health Workers x (per 1000 population)	تراکم نیروی انسانی بخش سلامت به ازای هر ۱۰۰۰ نفر
Diabetes Mortality Rate	میزان مرگ ناشی از دیابت
Disability	ناتوانی
Disability, Incapability	معلولیت
Domestic General Government Health Expenditure (GGHE)	مخارج عمومی سلامت دولت
Early Childhood Development (ECD)	تکامل دوران اولیه کودکی
Egalitarianism	مساوات‌گرایی
Equity in Health Care Utilization	عدالت در بهره‌مندی از خدمات و مراقبت‌های سلامت
Equity in Health Financing	عدالت در تأمین منابع مالی سلامت
Equity in Health Outcome	عدالت در پیامدهای سلامت
Fair Financing Contribution Index (FFCI)	شاخص مشارکت مالی عادلانه
Financial Accessibility	دسترسی مالی و پوشش بیمه‌ای
Food Safety	ایمنی مواد غذایی
Gini Coefficient	ضریب جینی
Global Health Observatory WHO (2016)	دیده بان سلامت جهانی WHO

Gross Domestic Product (GDP)	تولید ناخالص داخلی
Health Financing	تأمین منابع مالی
Health Information System	فناوری اطلاعات سلامت
Health Insurance Coverage (No., %)	پوشش بیمه سلامت
Health Sector	بخش سلامت
Health Services Delivery	تدارک و ارائه خدمات سلامت
Health System	نظام سلامت
Health Workforce	نیروی انسانی بخش سلامت
High Income	درآمد بالا
Horizontal Equity	عدالت افقی
Hospital Beds (per 10 000 population)	تخت بیمارستان به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر
Human Development Index (HDI)	شاخص توسعه انسانی
Impoverishment Health Expenditure	هزینه‌های فقرزای سلامت
Inequity	بی‌عدالتی
Infant Mortality Rate, IMR (per 1000 live births)	میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال
Informal Settlements	سکونت‌گاه‌های غیررسمی
Inpatient Care Utilization (%)	بهره‌مندی از خدمات بستری
Iran's Multiple Indicator Demographic and Health Survey	شاخص‌های سلامت و بررسی جمعیت ایران
Kakwanis Progressivity Index	شاخص کاکوانی
Liberalism	آزادی‌خواهی
Liberty	آزادی
Life Expectancy at Birth (years)	امید به زندگی
Life Style	سبک زندگی
Lorenz Curve	منحنی تجمعی
Low Income	درآمد پایین
Maternal Mortality Ratio (per 100 000 live births)	نسبت مرگ مادران باردار
Measuring & Monitoring	سنجش و پایش
Middle Income	درآمد متوسط
Misconception	ادراک غلط
Mortality Ratio (per 100 000 population) (Women, Men) (Cause of mortality) (Age category)	نسبت مرگ و میر در زنان و مردان (به تفکیک علت مرگ / گروه‌های سنی)
Mortality Ratio Due to Injuries (per 100 000 population)	نسبت مرگ و میر ناشی از حوادث و سوانح
Mortality Ratio Due to Communicable, Maternal, Neonatal, and Nutritional Diseases (per 100 000 population)	نسبت مرگ و میر ناشی از بیماری‌های واگیر، مادران، نوزادان و تغذیه‌ای
Mortality Ratio Due to Non-Communicable Diseases (per 100 000 population)	نسبت مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر
Neonatal Mortality Rate (NMR)	میزان مرگ و میر نوزادان
Neonatal Mortality Rate (per 1000 live births)	میزان مرگ و میر نوزادان (به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده)
Non-Communicable Disease (NCD)	بیماری‌های غیرواگیر
Number of Hospitals (No.)	تعداد بیمارستان‌ها
Number of Primary Health Services Centers (No.)	تعداد مراکز جامع خدمات سلامت
Out-of-Pocket (OOPS) as % of Current Health Expenditure (CHE)	سهم پرداخت مستقیم از جیب از هزینه‌های جاری سلامت

Out-of-Pocket (OOPS) as % of Total Health Expenditure (THE)	سهام پرداخت مستقیم از جیب از کل هزینه‌های سلامت
Outpatient Care Utilization (%)	بهره‌مندی از خدمات سرپایی
Physical Accessibility	دسترسی فیزیکی و جغرافیایی
Population Pushed Below the \$3.25 a Day Poverty Line by Household Health Expenditures (%)	نسبت جمعیتی که به خاطر هزینه‌های سلامت زیر خط فقر (حد آستانه کم‌تر از ۳/۲۵ دلار PPP) کشیده می‌شوند (٪)
Population Pushed Below the \$3.10 a Day Poverty Line by Household Health Expenditures (%)	نسبت جمعیتی که به خاطر هزینه‌های سلامت زیر خط فقر (حد آستانه کم‌تر از ۳/۱ دلار PPP) کشیده می‌شوند (٪)
Primary Health Care Network	شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت
Primary Health Care	مراقبت‌های اولیه سلامت
Primary Health Care Utilization (%)	بهره‌مندی از خدمات مراقبت‌های اولیه
Road Traffic Mortality Rate (per 100 000 population)	میزان مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی
Robin Hood Index	شاخص رابین هود
Safe Roads Day	روز جاده‌های سالم
Six Building Blocks	شش کارکرد ساختار نظام‌های سلامت
Slum	زاغه
Social Capital	سرمایه اجتماعی
Social Coherence	انسجام اجتماعی
Social Determinants of Health	عوامل اجتماعی موثر بر سلامت
Social Health	سلامت اجتماعی
Social Protection Policies	سیاست‌های حمایت اجتماعی
Social Solidarity	همبستگی اجتماعی
South-East Asia	آسیای جنوب شرقی
Spiritual Care	مراقبت معنوی
Spiritual Health	سلامت معنوی
Stewardship	تولیت
Stratifies	طبقه‌بندی‌ها
Sustainable Development Goals (SDG)	اهداف توسعه پایدار
The Cancer Mortality Rate	میزان مرگ ناشی از سرطان
The Cardiovascular Mortality Rate	میزان مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی
The Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)	کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی
Total Health Expenditure as GDP (%)	سهام سلامت از تولید ناخالص داخلی
Under-five Mortality Rate (per 1000 live births)	میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال (به‌ازای ۱۰۰۰ تولد زنده)
Unemployed	بیکار
Universal Health Coverage (UHC)	پوشش همگانی سلامت
Upper Middle Income	درآمد متوسط رو به بالا
Urbanization and Health	شهرنشینی و سلامت
Utilization	بهره‌مندی
Vertical Equity	عدالت عمودی
Vulnerable Group	گروه‌های آسیب‌پذیر
Western Pacific	غرب اقیانوس آرام
World Health Organization	سازمان جهانی سلامت

فهرست مطالب

۷	مقدمه رئیس دانشگاه.....
۸	مقدمه نویسندگان.....
۱۲	درباره محتوا.....
۱۳	خلاصه اجرایی.....
۱۷	فهرست اصطلاحات و اختصارات انگلیسی.....
فصل ۱: بیان مفاهیم.....	
۱	تعریف عدالت و بی‌عدالتی در سلامت.....
۲	بی‌عدالتی در مراقبت‌های سلامت.....
۲	تفاوت نابرابری و بی‌عدالتی.....
۳	مفهوم عدالت از دیدگاه تئوری‌های اخلاقی پایه.....
۴	لیبرالیسم.....
۵	تئوری سودگرایی کلاسیک.....
۶	تئوری تساوی‌گرایی یا مساوات‌گرایی.....
۶	عوامل اجتماعی موثر بر سلامت.....
۹	نقش عدالت در سلامت در تحقق اهداف توسعه پایدار: چرا عدالت در سلامت اهمیت دارد؟.....
۱۰	عدالت در مراقبت‌های سلامت از دیدگاه کاربردی.....
۱۲	ابعاد عدالت در سلامت و مراقبت‌های سلامت.....
۱۲	ابعاد قابل سنجش عدالت در سلامت.....
۱۲	عدالت در تأمین منابع مالی نظام سلامت.....
۱۴	عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت.....
۱۵	عدالت در پیامدهای سلامت.....
۱۶	جمع‌بندی.....
۱۹	منابع فصل اول.....
فصل ۲: مروری بر اقدامات انجام‌شده و تبیین وضع موجود.....	
۲۱	پیام‌های اصلی.....
۲۲	مقدمه.....
۲۷	وضعیت عدالت در شاخص‌های مشارکت مالی عادلانه.....
۲۸	سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی.....
۳۰	میزان پرداخت از جیب.....
۳۱	شاخص هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت.....
۳۳	شاخص هزینه‌های فقرزای سلامت.....

۳۴	شاخص کاکوانی و شاخص ضریب جینی
۳۵	وضعیت پوشش بیمه سلامت
۳۹	وضعیت عدالت در شاخص‌های دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت
۳۹	شاخص تخت‌های فعال بیمارستانی
۴۱	شاخص‌های نیروی انسانی بخش سلامت
۴۳	مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت
۴۸	بهره‌مندی از خدمات سلامت
۴۸	بهره‌مندی از خدمات بستری
۵۲	بهره‌مندی از خدمات سرپایی
۵۵	بهره‌مندی از مراقبت‌های اولیه سلامت
۵۵	عدالت در پیامدهای سلامت
۵۶	امید به زندگی در بدو تولد
۵۹	میزان مرگ‌ومیر در بین زنان و مردان (به تفکیک علت مرگ/ گروه‌های سنی)
۶۴	میزان مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های واگیر، مادران، نوزادان و تغذیه‌ای
۶۶	میزان مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر
۶۸	میزان مرگ‌ومیر ناشی از حوادث و سوانح ترافیکی
۷۰	میزان مرگ ناشی از سرطان برحسب شهرستان‌های کشور
۷۲	میزان مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی برحسب شهرستان‌های کشور
۷۳	میزان مرگ ناشی از دیابت برحسب شهرستان‌های کشور
۷۴	میزان مرگ ناشی از بیماری‌های مزمن تنفسی برحسب شهرستان‌های کشور
۷۶	میزان مرگ‌ومیر کودکان در هر هزار تولد زنده
۷۷	میزان مرگ‌ومیر نوزادان (صفر تا ۲۸ روز) برحسب شهرستان‌های کشور
۷۸	میزان مرگ کودکان کمتر از یک سال برحسب شهرستان‌های کشور
۷۹	میزان مرگ کودکان کمتر از پنج‌ساله برحسب شهرستان‌های کشور
۸۰	مرگ‌ومیر کودکان بر اساس گروه‌های وضعیت اجتماعی و اقتصادی
۸۱	میزان مرگ‌ومیر مادران باردار
۸۳	جمع‌بندی
۸۶	منابع فصل دوم

فصل ۳: مرور شواهد نابرابری‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران

۸۹	پیام‌های اصلی
۹۰	مقدمه
۹۸	شواهد مطالعاتی مشارکت مالی عادلانه
۹۹	هزینه‌های کمرشکن
۱۰۰	شاخص مشارکت مالی عادلانه
۱۰۱	سایر متغیرها
۱۰۹	شواهد مطالعاتی مربوط به عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت
۱۱۰	توزیع نیروی انسانی
۱۱۱	توزیع منابع و تسهیلات فیزیکی مراقبت‌های سلامت

۱۱۲.....	بهره‌مندی از خدمات سلامت.....
۱۲۴.....	شواهد مطالعاتی مربوط به عدالت در پیامدهای سلامت.....
۱۲۴.....	امید به زندگی.....
۱۲۵.....	مرگ‌ومیر کودکان.....
۱۲۷.....	مرگ‌ومیر مادران باردار.....
۱۲۸.....	بیماری‌های غیر واگیر (بار بیماری و بار مرگ‌ومیر).....
۱۳۷.....	جمع‌بندی.....
۱۴۱.....	منابع فصل سوم.....

فصل ۴: نابرابری‌های سلامت؛ مقایسه‌های بین‌المللی..... ۱۵۷

۱۵۷.....	پیام‌های اصلی.....
۱۵۹.....	مقدمه.....
۱۶۴.....	شاخص‌های مشارکت مالی عادلانه.....
۱۷۴.....	مقایسه شاخص‌های مشارکت مالی عادلانه جمهوری اسلامی ایران با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی.....
۱۷۷.....	مقایسه شاخص‌های مشارکت مالی عادلانه جمهوری اسلامی ایران با کشورهای منتخب.....
۱۸۰.....	شاخص‌های دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت.....
۱۸۵.....	مقایسه شاخص‌های دسترسی جمهوری اسلامی ایران با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی.....
۱۸۸.....	مقایسه شاخص‌های دسترسی جمهوری اسلامی ایران با کشورهای منتخب.....
۱۹۰.....	شاخص‌های پیامدی سلامت.....
۱۹۹.....	مقایسه شاخص‌های پیامدهای سلامت جمهوری اسلامی ایران با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی.....
۲۰۳.....	مقایسه شاخص‌های پیامدهای سلامت جمهوری اسلامی ایران با کشورهای منتخب.....
۲۰۶.....	جمع‌بندی.....
۲۰۹.....	منابع فصل چهارم.....

فصل ۵: سیاست‌های مرتبط با عدالت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران..... ۲۱۱

۲۱۱.....	پیام‌های اصلی.....
۲۱۲.....	مقدمه.....
۲۱۵.....	سیاست‌های مرتبط با عدالت در سلامت.....
۲۳۵.....	جمع‌بندی.....
۲۳۹.....	منابع فصل پنجم.....

فصل ۶: مهم‌ترین علل نابرابری‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران..... ۲۴۱

۲۴۱.....	پیام‌های اصلی.....
۲۴۴.....	مقدمه.....
۲۴۸.....	سیاست‌های کلان بالادستی، وضعیت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی کشور.....
۲۵۳.....	بیکاری، شغل.....
۲۵۷.....	فقر و نابرابری درآمدی.....
۲۵۸.....	نابرابری در سلامت بر اساس سطح درآمد.....
۲۶۵.....	محرومیت جغرافیایی و حاشیه‌نشینی.....

۲۷۲.....	نظام سلامت (دسترسی، بهره‌مندی، مشارکت مالی)
۲۸۷.....	محیط زیست، آب، هوا، خاک
۲۹۹.....	تکامل کودکان در سال‌های اولیه زندگی
۳۰۸.....	عوامل خطر تأثیرگذار بر تکامل کودکان در سال‌های اولیه زندگی
۳۱۲.....	گروه‌های آسیب‌پذیر
۳۲۱.....	سبک زندگی
۳۲۴.....	جمع‌بندی
۳۲۸.....	منابع فصل ششم

فصل ۷: راهکارها و گزینه‌های سیاستی بهبود عدالت در سلامت کشور ۳۴۱

۳۴۱.....	پیام‌های اصلی
۳۴۳.....	مقدمه
۳۴۵.....	نظام سلامت
۳۵۲.....	حمایت اجتماعی
۳۷۳.....	نقش نظام سلامت در ارتقای عدالت در سلامت در ارتباط با سایر دستگاه‌ها
۳۷۶.....	جمع‌بندی
۳۸۱.....	منابع فصل هفتم

پیوست: نتیجه‌گیری ۳۸۵

بیان مفاهیم

نویسندگان: علیرضا اولیایی منش، عفت محمدی، اعظم رئوفی

عدالت در سلامت یکی از مهم‌ترین مباحث مرتبط با اخلاق در مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت است و به عنوان مشکل اساسی در عرصه سلامت همگانی و نابرابری اجتماعی مطرح می‌باشد. متخصصان سلامت و علوم اجتماعی از تعابیر زیر برای توضیح عدالت در سلامت و بی‌عدالتی در سلامت استفاده نموده‌اند:

تعریف عدالت و بی‌عدالتی در سلامت

انجمن بین‌المللی عدالت در سلامت، این مفهوم را این‌گونه بیان می‌نماید: عدالت در سلامت یعنی "فقدان تفاوت‌های نظام‌مند و بالقوه قابل برطرف کردن در یک یا چند جنبه از سلامت در یک جمعیت و زیرگروه‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و جغرافیایی آن".

هرگاه تفاوت در پیامدهای سلامت ناشی از عدم توازن قابل جبران در توزیع امکانات و در دسترسی گروه‌های مختلف اجتماعی و یا جوامع مختلف به امکانات باشد، بی‌عدالتی در سلامت رخ داده است. به عبارت دیگر عدالت در سلامت در شرایط ایده‌آل وقتی رخ می‌دهد که همه آحاد جامعه بتوانند سلامت کامل خود را حفظ کنند و وضعیت اقتصادی و اجتماعی آن‌ها در میزان سلامت آن‌ها تأثیری

نداشته باشد. عدالت در سلامت تأکید می‌کند که هر فرد باید فرصت مناسب برای دستیابی به سلامت کامل بالقوه‌اش را دارا باشد و هیچ کس نباید از دستیابی به این پتانسیل محروم باشد.

عدالت در سلامت به معنی برخورداری آحاد مردم فارغ از سن و جنس و نژاد و قومیت و منطقه زندگی و سطح درآمدی از حداکثر سلامت جسمی، روانی، روحی و اجتماعی است (۱-۳).

بی‌عدالتی در مراقبت‌های سلامت

گاهاً موضوع عدالت در سلامت در حوزه عملکرد نظام سلامت مورد بررسی قرار می‌گیرد که منظور از عدالت در مراقبت‌های سلامت، برخورداری از دسترسی یکسان به خدمات سلامت یا امکان استفاده و بهره‌مندی تک‌تک افراد جامعه از خدمات سلامت در صورت احتیاج و به میزان مورد نیاز است. عدالت در مراقبت‌های سلامت را در تعریفی دیگر می‌توان به صورت "دسترسی به خدمات سلامت بر اساس نیاز و بدون وابستگی به توان مالی افراد" نیز تعریف نمود.

تفاوت نابرابری و بی‌عدالتی

در ابتدای بحث باید اشاره کرد که نابرابری^۱ در سلامت با بی‌عدالتی^۲ در سلامت متفاوت است. نابرابری در سلامت اصطلاح کلی است که برای نشان دادن اختلاف‌ها، تغییرات و ناهمسانی‌های موجود در سلامت افراد و یا در دسترسی به خدمات سلامت توسط افراد یا گروه‌ها از آن استفاده می‌شود. در حالی که بی‌عدالتی در سلامت به آن دسته از نابرابری‌هایی اشاره دارد که به نظر می‌رسد ناعادلانه باشند و یا به دلیل برخی خطاها یا سیاست‌های نادرست ایجاد شده باشند. بنابراین همه ناهمسانی‌ها در سلامت، بی‌عدالتی محسوب نمی‌شوند. برای نمونه، افراد جوان‌تر از پیرها سالم‌ترند و این نابرابری به هیچ وجه بی‌عدالتی نمی‌باشد. پس، تمایز بین دو واژه بی‌عدالتی و نابرابری مهم است. نابرابری در سلامت بر توزیع منابع و فرایندهایی تمرکز دارد که سبب ایجاد بی‌عدالتی در سلامت می‌شوند (۴).

1. Inequality
2. Inequity

از طرفی عدالت و بی‌عدالتی مفاهیم غیر قابل اندازه‌گیری و نیازمند قضاوت هستند و چون ما قادر به اندازه‌گیری بی‌عدالتی و عدالت نیستیم و فقط می‌توانیم نابرابری‌ها را اندازه بگیریم، در این گزارش هر دو عبارت به عنوان یک مفهوم در نظر گرفته می‌شوند و به جای یکدیگر مورد استفاده قرار می‌گیرند، یعنی نابرابری به مفهوم بی‌عدالتی و برابری به مفهوم عدالت. گرچه طبق معمول‌ترین و متداول‌ترین تعریفی که ارائه شده است، بی‌عدالتی در سلامت عبارت است از: "آن دسته از نابرابری‌های اجتناب‌پذیر و غیرضروری سلامت که به صورت غیرمنصفانه و ناروا ایجاد شده‌اند" (۵).

مفهوم عدالت از دیدگاه تئوری‌های اخلاقی پایه

بحث عدالت در اسلام با مقوله‌های حقوق و استحقاق عجین شده است. نگاه اسلام به انسان، تمامی وجوه و شئون زندگی فردی و اجتماعی او را شامل می‌شود. همان‌طور که قبلاً گفته شد سلامت به عنوان حق انسان‌ها به‌طور اخص، مورد توجه اسلام و تعالیم آسمانی آن قرار گرفته است. اهمیت و جایگاه والای عدالت در اسلام از یک سو و وابستگی تحقق آن به ابزارهای حکومتی از سوی دیگر، مؤکد آن است که حکومت دینی ناگزیر است که عدالت را به عنوان یکی از اهداف اساسی خود برگزیند و در این بین، عدالت در سلامت یکی از مهم‌ترین ابعاد و جلوه‌های عدالت در جامعه اسلامی می‌باشد که باید مورد توجه نظام اسلامی قرار گیرد. گرچه با جستجو در متون دینی، موضوع عدالت در سلامت به‌طور اختصاصی مورد بحث قرار نگرفته است و لازم است دانشمندان علوم دینی و علوم اجتماعی در جامعه اسلامی، از منظر تعالیم اسلامی به موضوع عدالت در سلامت ورود کرده و زیربنای تئوریک برای حرکت نظام سلامت در کشورمان به سمت عدالت در سلامت را فراهم کنند (۶-۸).

از این رو در این قسمت ابتدا به معرفی تئوری‌های اخلاقی پایه مرتبط با عدالت در سلامت و تخصیص منابع سلامت در جهان می‌پردازیم. منظور از «تئوری‌های اخلاقی پایه»، مبانی و اندیشه‌های فلسفی پایدار است که در فلسفه‌ی اخلاق مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند. به‌طور کلی در متون و منابع جهانی، چهار مفهوم مدرن از عدالت در سلامت وجود دارد:

لیبرالیسم

واژه لیبرالیسم^۱ به معنای آزادی خواهی، از واژه انگلیسی لیبرتی^۲ به معنای آزادی گرفته شده است. لیبرالیسم «مجموعه‌ی روش‌ها، سیاست‌ها و ایدئولوژی‌هایی است که هدفشان فراهم کردن آزادی هرچه بیش‌تر برای فرد است». هواداران و پیروان این عقاید و سیاست‌ها را معمولاً آزادی خواه (لیبرال) می‌گویند. یکی از اصول بسیار اساسی لیبرالیسم (آزادی خواهی)، هواداری از آزادی فعالانه است. یعنی این آرمان که فرد، فرصت آن را داشته باشد که با پرورش آزادانه‌ی توانمندی‌های خود و همچنین بازگویی آزادانه عقاید خود موجبات رشد و کمال خود را فراهم آورد و از این راه برای کل جامعه مفید باشد.

از این‌رو در ظاهر، از برابری حقوقی، آزادی‌ها، برافتادن انحصارها، از میان رفتن امتیازهای اشرافی و از حکومت قانون متکی بر اصول عقلی هواداری می‌کنند. اصل "دولت محدود" در این نظریه اشاره به دولتی دارد که مسئولیت‌های آن به‌طور چشم‌گیری اندک بوده، تا جایی که اجازه می‌دهد شهروندان رأساً مسئولیت‌های فردی یا اجتماعی خود را انتخاب و اعمال کنند. لیبرالیسم در زمینه‌ی اقتصادی از بازار آزاد اقتصادی و در زمینه‌ی قدرت سیاسی به چندجانبه‌گرایی و کثرت‌گرایی اعتقاد دارد؛ از این رو مباحث عدالت و تخصیص منابع به بخش‌های مختلف، از جمله بخش سلامت، بر اساس سازوکارهای بازار و بخش خصوصی شکل می‌گیرد. بر اساس این نظریه، توزیع درآمد و منابع باید منصفانه صورت گیرد، مراقبت‌های سلامت آزادانه خرید شود و اینکه سلامت فرقی با سایر کالاها و خدمات مثل لباس و غذا ندارد (۹، ۱۰).

در این نظریه، نقش دولت تنها در مقام تنظیم روابط سایر ذی‌نفعان فعال در نظام سلامت مانند پزشکان، شرکت‌های دارویی، سهام‌داران بیمارستان‌ها، بیماران، و... با استفاده از ابزارهای تنظیم مقررات و البته در چهارچوب اصول لیبرال است. در این رویکرد تأکید بر آزادی‌های فردی و دفاع از روندهای منصفانه مثل کسب درآمد قانونی نمی‌تواند با روشی مثل افزایش مالیات ثروتمندان حتی برای ارائه خدمات سلامت به همه مردم محدود شود.

1. Liberalism
2. Liberty

در خصوص نظام‌های سلامت در کشورهای لیبرال، می‌توان نظام سلامت ایالات متحده را مثال زد؛ در این کشور نظام سلامت به سمت بخش خصوصی گرایش دارد و دولت مرکزی به جز در موارد محدود (برای افراد ناتوان و زیر خط فقر) مسئولیتی در قبال ارائه خدمات سلامت ندارد، به‌گونه‌ای که خود مردم و سازمان‌هایی که به آن‌ها وابسته‌اند موظف هستند تحت پوشش یکی از بیمه‌های خصوصی سلامت قرار بگیرند، در غیر این صورت برای دریافت خدمات سلامت به صورت آزاد باید هزینه‌های هنگفتی بپردازند. ایالات متحده آمریکا در بین کشورهای ثروتمند جهان یا به اصطلاح کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی^۱، به استناد آمار و ارقام و شواهد معتبر جهانی، یکی از ضعیف‌ترین و پر نقدترین نظام‌های سلامت در دنیا را داشته و از جنبه عدالت در سلامت نیز عملکرد بسیار نامناسبی دارد.

تئوری سودگرایی کلاسیک

سودگرایی کلاسیک بیش‌تر بر مبنای بیشینه کردن خیر رشد کرده بود اما با توجه به کلیت و ابهام مفهوم خیر و اشکال در کمی کردن آن سودگرایی جدید بیش‌تر بر مفهوم بیشینه کردن رفاه جامعه تمرکز دارد.

بر اساس نظریه سودگرایی، عدالت در سلامت و تخصیص منابع سلامت باید به گونه‌ای صورت گیرد که حداکثر سود و منفعت را در پی داشته باشد. به همین دلیل از معیارهای هزینه منفعت، هزینه اثربخشی و دیگر فاکتورهای اقتصادی جهت تصمیم‌گیری و تخصیص منابع بهره می‌گیرد. اقتصاددانان این چارچوب تحلیلی را یک قدم جلوتر می‌برند. آن‌ها طرفدار استفاده از تحلیل هزینه - فایده برای تعیین اقدامی هستند که بیشترین مطلوبیت کلی را ایجاد می‌کنند. اقتصاددانان به این منظور، منافع را با هزینه‌ها مقایسه می‌کنند که در واقع هزینه‌های یک برنامه، نشان‌دهنده منفعی هستند که ما در جای دیگری از دست می‌دهیم تا بتوانیم این برنامه را اجرا کنیم. به این منافع از دست رفته، هزینه - فرصت می‌گوییم (۱۱). به‌عنوان مثال سیاست‌گذاران در این رویکرد فکری، ممکن است تصمیم‌گیری در خصوص تخصیص منابع مالی برای برنامه واکسینه کردن کودکان زیر یک سال را با تخصیص بودجه برای احداث یک پل و

1. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)

یا یک تونل مقایسه کنند. در این صورت محاسبه می‌کنند که کدام برنامه می‌تواند هزینه - فایده بیش‌تری برای جامعه داشته باشد و بر اساس آن انتخاب و تصمیم‌گیری می‌کنند. این نظریه اگرچه بهره‌وری منابع مالی حوزه سلامت را افزایش می‌دهد، اما اگر به تنهایی مبنای توزیع منابع قرار گیرد می‌تواند سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر مانند بیماران صعب‌العلاج را تحت تاثیر قرار دهد.

تئوری تساوی‌گرایی یا مساوات‌گرایی

نظریه تساوی‌گرایی^۱ در حال حاضر قوی‌ترین نظریه اخلاقی در مورد عدالت در سلامت است و بر اساس نظریه عدالت راولز بنا نهاده شده و توسط فیلسوفانی مانند نورمن دانیلز در حوزه سلامت تبیین شده است. در واقع این نظریه مبنای رویکرد پوشش همگانی سلامت^۲ است. این نظریه مبتنی بر کرامت انسانی همه انسان‌ها است. در حالی که برخی نامساواتی‌ها را می‌پذیرد بر مساوات در مسائل اصلی تکیه دارد. در این نظریه حاکمیت مسئولیت دارد به شکل فعال موانع بالقوه دست یافتن افراد به موقعیت‌های مساوی را برطرف کند و چون بیماری و ناتوانی چنین محدودیتی ایجاد می‌کنند، وظیفه حاکمیت است که با کمک به سلامت افراد، موقعیت آن‌ها را برای داشتن موقعیت‌های مساوی در جامعه حفظ کند. به نظر می‌رسد این نظریه با رویکرد اسلامی قرابت بیش‌تری داشته باشد. جبران محرومیت‌های گذشته در این رویکرد فلسفی از اهمیت برخوردار است (۱۲).

عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

در تعریف جدید سازمان جهانی سلامت، سلامت نه تنها به معنای عاری بودن انسان از امراض گوناگون یا همان سلامت جسمی است، بلکه سلامت روانی، اجتماعی و معنوی را نیز شامل می‌شود. در سال‌های اخیر توجه ویژه‌ای به عوامل تهدیدکننده سلامت توسط کشورها و سازمان‌های جهانی معطوف گشته است. رویکرد جدید که تحت عنوان عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت^۳ می‌باشد بیان می‌کند که شرایطی که مردم در

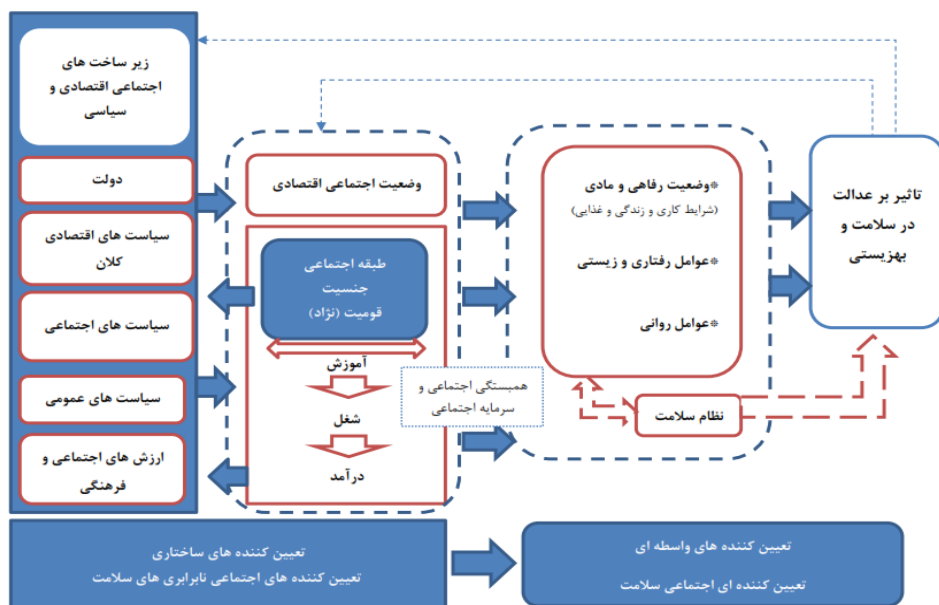
1. Egalitarianism
2. Universal Health Coverage (UHC)
3. Social Determinants of Health

آن متولد شده، رشد کرده، زندگی و کار می‌کنند همگی بر وضعیت سلامت آنها تأثیرگذار هستند. بر این اساس، عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت به شرایط اجتماعی و اقتصادی انسان‌ها در طول چرخه حیاتشان توجه دارد. در واقع صحیح است که مراقبت‌های پزشکی می‌توانند باعث طول عمر و یا بهبودی از یک بیماری جدی شوند ولی آن چیزی که برای سلامت جمعیت مهم است، شرایط اجتماعی - اقتصادی است که باعث می‌شود مردم بیمار شوند و یا نیاز به مراقبت پزشکی داشته باشند. بدین معنا که تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت مانند میزان درآمد، سطح تحصیلات، شغل، طبقه اجتماعی، آب و هوا، مسکن و تغذیه، بسیار بیش‌تر از عواملی مانند عوامل بیولوژیک و ارثی سبب ابتلا به بیماری‌ها می‌شوند و در سلامت انسان نقش بسزایی دارند که اگر نادیده گرفته شوند رسیدن به اهداف سلامتی و برقراری عدالت در سلامت را محال می‌نمایند (۱۳).

در واقع تأثیر این عوامل بیرونی وقتی مهم‌تر می‌شود که بدانیم این عوامل، سلامت طبقات پایین‌تر جوامع را بیش‌تر از سلامت طبقات بالاتر جوامع تهدید می‌کنند و به همین دلیل، عوامل اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر سلامت منجر به تشدید بی‌عدالتی در سلامت می‌شوند. از این‌رو، برای تحقق عدالت در سلامت، ضروری است با آن دسته از تهدیدکننده‌های سلامتی که خارج از وجود انسان هستند مبارزه نمود. در واقع نابرابری‌ها و بی‌عدالتی‌های اجتماعی منجر به نابرابری و بی‌عدالتی در پیامدهای سلامتی می‌شوند. به عنوان مثال، محل زندگی، فقر و شرایط نامساعد منتج از آن، نقش تعیین‌کننده‌ای در میزان مرگ و میر مادران باردار افغانستانی (از هر ۸ مادر باردار یک نفر می‌میرد) در مقایسه با مادران باردار سوئدی (از هر ۱۷۴۰۰ مادر باردار یک نفر می‌میرد) دارد. این نابرابری گاهاً در شرایط منطقه‌ای یکسان و داخل یک کشور نیز مصداق دارد. به عنوان مثال یک مرد بومی استرالیایی به‌طور متوسط ۱۷ سال کم‌تر از سایر مردان غیربومی همان کشور طول عمر دارد و مرگ مادران در میان زنان فقیر اندونزی چهار برابر بیش‌تر از زنان ثروتمند همان کشور است (۱۳، ۱۴). در واقع می‌توان گفت ترکیب ناهمگونی از سیاست‌ها، مسائل اقتصادی و سیاسی داخلی و نظامات ناعادلانه بین‌المللی در مقیاس وسیع، مسئولیت این پدیده را به عهده داشته و منجر می‌شوند تا عده کثیری از مردم از سلامت مناسب برخوردار نباشند.

اگرچه سیاست‌های کلان در هر کشور و قلمروی بر عوامل مختلف اجتماعی - اقتصادی و نظام سلامت اثر گذارند، ولی در عمل بر برخی از آن‌ها اثرات بیش‌تری اعمال می‌کنند. دولت‌ها از طریق "تصمیم در چگونگی فراهم بودن"، بر دسترسی و کیفیت خدمات سلامت در مناطقی که فقرا زندگی می‌کنند اثر می‌گذارند، از طریق "تصمیم بر چگونگی تأمین مالی و تولید منابع"، بر بهای خدمات سلامت، و معافیت هزینه‌ای فقرا، اثر گذاشته و در نهایت از طریق "فعالیت‌های تولی‌گری" بر بخش خصوصی و غیر دولتی سلامت اثر می‌گذارند (۱۵-۱۷).

در تصویر ۱-۱ چارچوب مفهومی و شیوه عمل عوامل اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر سلامت توسط سازمان جهانی سلامت تبیین شده است (۱۷). طبق این چهارچوب مفهومی، سیاست‌های کلان هر کشوری بر وضعیت اقتصادی - اجتماعی و در نتیجه‌ی آن بر شرایط زندگی، کاری و تغذیه‌ای افراد جامعه تأثیر می‌گذارند. این عوامل که رفتارهای افراد را می‌سازند و سلامت آنها را تحت تأثیر قرار داده و در نهایت عدالت یا بی‌عدالتی در سلامت ایجاد می‌شود (۱۶، ۱۵).



تصویر ۱-۱: چارچوب مفهومی عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت (از چپ به راست)

خوشبختانه اکثریت قریب به اتفاق این نابرابری‌ها در سلامت، چه در بین و چه در داخل کشورها، قابل اجتناب هستند. موفقیت در عرصه بهبود سلامت و کاهش این بی‌عدالتی‌ها به توجه جدی به علل اجتماعی و اقتصادی زمینه‌ای آن در سطح محلی، منطقه‌ای، استانی، ملی و حتی جهانی بستگی دارد. در واقع توجه به عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت به حیطه‌های کاری وسیع‌تر و اقدامات پایدارتر و همکاری‌های بیش‌تری نیاز دارد (۱۷).

نقش عدالت در سلامت در تحقق اهداف توسعه پایدار: چرا عدالت در سلامت اهمیت دارد؟

بخش‌های متعددی از اهداف توسعه پایدار^۱ در مورد سلامتی صحبت می‌کنند و خواستار اقداماتی در جهت کاهش مرگ‌ومیر کودکان، بهبود سلامت مادران و مبارزه با اچ‌آی‌وی / ایدز، مالاریا و سایر بیماری‌ها می‌باشند.

نقش عدالت در سلامت در اهداف توسعه پایدار که ریشه آن دستیابی به اصل عدالت اجتماعی می‌باشد، بدیهی است. اهداف مربوط به مراقبت‌های سلامت در هدف سوم (SDG 3) آمده است: "زندگی سالم و ترویج رفاه برای همه و در همه سنین". این جمله به‌طور مستقیم در مورد نیاز به عدالت در سلامت صحبت می‌کند: "برای همه در هر سنی". کاهش نابرابری در هدف دهم توسعه پایدار (SDG 10) نیز به صراحت بیان شده است، تا نابرابری در داخل و در بین کشورها کاهش یابد، و در هدف اول آن (SDG 1) نیز مشهود است که در جهت پایان دادن به فقر می‌باشد. هدف چهارم توسعه پایدار (SDG 4)، برای اطمینان از آموزش با کیفیت و فراگیر و عادلانه؛ می‌باشد. همه این موضوعات در چارچوب عدالت، پذیرفته شده و با ملاحظات سلامتی درهم‌تنیده شده‌اند.

با مشاهده دقیق ۱۶۹ هدف توسعه پایدار، مشخص می‌شود که تقریباً کلیه اهداف به‌طور مستقیم و یا غیرمستقیم، به نوعی به عدالت در سلامت مرتبط می‌شوند یا برای رسیدن به یک هدف، رابطه علت و معلولی دو طرفه‌ای وجود دارد که عدالت در سلامت در دستیابی به آن کمک‌کننده می‌باشد. برای ارتباط و درک اهمیت عدالت در سلامت

1. Sustainable Development Goals (SDG)

در تحقق اهداف توسعه پایدار و به عنوان بخشی از آن، این مفهوم را باید به صورت جامع نگاه کرد و نه صرفاً در قالب دسترسی فیزیکی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و مقرون به صرفه بودن اقتصادی از نظر فرصت‌های سالم بودن (۱۸،۱۹).

عدالت در مراقبت‌های سلامت از دیدگاه کاربردی

صرف‌نظر از دیدگاه‌های تئوریک، به لحاظ کاربردی باید معلوم شود که چگونه می‌توان در موضوع مراقبت‌های سلامت به عدالت دست پیدا کرد. در ادبیات اجتماعی، اصل عدالت به دو بخش افقی و عمودی تقسیم می‌شود. این عبارت برای اولین بار توسط ارسطو در یونان قدیم بیان شده است، به تعبیر او عدالت افقی و عمودی به صورت زیر تعریف می‌شود (۲۰):

- ❖ عدالت افقی^۱: با برابرها باید برابر رفتار شود.
- ❖ عدالت عمودی^۲: با نابرابرها باید نابرابر رفتار شود.

تعریف عدالت افقی و عمودی در مراقبت‌های سلامت نیز برگرفته از نظر ارسطو به شرح ذیل است:

عدالت افقی در مراقبت‌های سلامت

از منظر عملیاتی، عدالت افقی عبارت است از دسترسی به خدمات یا بهره‌مندی از خدمات و یا درمان برابر برای نیاز یکسان و برابر؛ منظور از نیاز در اینجا نیاز به خدمات سلامت و یا بیماری می‌باشد.

به عنوان مثال اگر شهروند "الف" با درآمد ماهیانه ۴۰۰ هزار تومان دچار سکت قلبی شد، همان خدمتی را دریافت کند که شهروند "ب" با درآمد ماهیانه ۲۰ میلیون تومان اگر دچار سکت قلبی شود، دریافت خواهد کرد (۲۱).

عدالت عمودی در مراقبت‌های سلامت

عدالت عمودی به این مهم می‌پردازد که افراد نابرابر در جامعه باید به روش‌های متفاوت و نابرابر درمان شوند که البته روش مورد قبولی در طب است؛ به این معنا که

1. Horizontal Equity
2. Vertical Equity

افراد با بیماری‌های متفاوت، با توجه به نوع بیماری به خدمات سلامت مورد نیاز برای درمان‌های متفاوت دسترسی داشته باشند؛ چرا که درمان درد گوش با درمان دیابت متفاوت است. از جنبه نیاز مالی در عدالت عمودی تأکید بر این است که افرادی که نیازهای بیش‌تری دارند، خدمات و حمایت‌های بیش‌تری دریافت کنند. در مثال قبل، شهروند "الف" که فقیر است برای درمان سکته قلبی خود باید مبلغ کم‌تری از شهروند "ب" که ثروتمند است برای درمان همان بیماری بپردازد و به هیچ وجه فقر مالی وی نباید مانع دریافت خدمت برابر با فرد ثروتمند شود. این همان مفهومی است که به زبانی دیگر در بیانات چند سال قبل رهبر معظم انقلاب خطاب به مسئولین گوشزد شد و آن اینکه (کاری کنید فرد بیمار به جز رنج بیماری دغدغه دیگری نداشته باشد) و عملیاتی شدن این فرمایش یعنی اجرای عدالت کامل در مراقبت‌های سلامت (۲۱).

به‌طور خلاصه عدالت در مراقبت‌های سلامت وقتی استقرار می‌یابد که هم‌زمان عدالت افقی و عمودی پیاده شود. البته عدالت افقی در دریافت خدمت و عدالت عمودی در مشارکت مالی و پرداخت. بدین معنی که افراد بیمار با نیازهای یکسان بدون توجه به استطاعت مالی آن‌ها باید خدمات یکسان دریافت کنند و مشارکت مالی افراد در نظام سلامت باید بر حسب توان مالی آن‌ها باشد و هر چه توان مالی فرد بیش‌تر باشد باید سهم بیش‌تری بپردازد و برعکس هر چه توان مالی فرد کم‌تر باشد باید سهم کم‌تری بپردازد بدون اینکه از کمیت و کیفیت خدمت دریافتی وی چیزی کم شود.

تعریف عدالت در مراقبت‌های سلامت به صورت عملیاتی برای مدیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت، به معنای دستیابی به وضعیتی در نظام سلامت است که حاکمیت، با بهره‌گیری از امکانات موجود، دسترسی همه آحاد جامعه را به یک سطح قابل قبول از خدمات سلامت تضمین نماید. بر این اساس، دسترسی هیچ یک از مردم نباید پایین‌تر از این سطح باشد و در عین حال فراهم کردن خدمات در بالای سطح مورد توافق می‌تواند در بسترهای دیگری (خارج از تکلیف حاکمیت) از جمله بخش خصوصی و... انجام شود.

ابعاد عدالت در سلامت و مراقبت‌های سلامت

با توجه به مطالب پیش‌گفت، عدالت در سلامت در پی ایجاد فرصت‌های مناسب برای دستیابی به سلامت بالقوه برای همه افراد می‌باشد، به‌گونه‌ای که به‌طور عملی هیچ فردی از آن محروم نشود.

در واقع هدف عدالت در سلامت، حذف تمامی اختلافات در سلامت افراد و به یک سطح و یک کیفیت رساندن آن نیست، بلکه باید عواملی کاهش یافته و یا حذف شوند که قابل پرهیز و یا نامناسب هستند.

با این نگاه عدالت در مراقبت‌های سلامت سه حیطه کلی را در بر می‌گیرد:

- ❖ مشارکت مالی عادلانه در تأمین هزینه‌های سلامت توسط افراد
 - ❖ دسترسی برابر به مراقبت‌های با کیفیت برای نیازهای برابر
 - ❖ بهره‌مندی برابر از خدمات سلامت با کیفیت برای نیازهای برابر
- منظور از نیاز در تعاریف بالا بیماری یا هر مشکل سلامتی است که نیاز به دریافت خدمات سلامت دارد (۲۲).

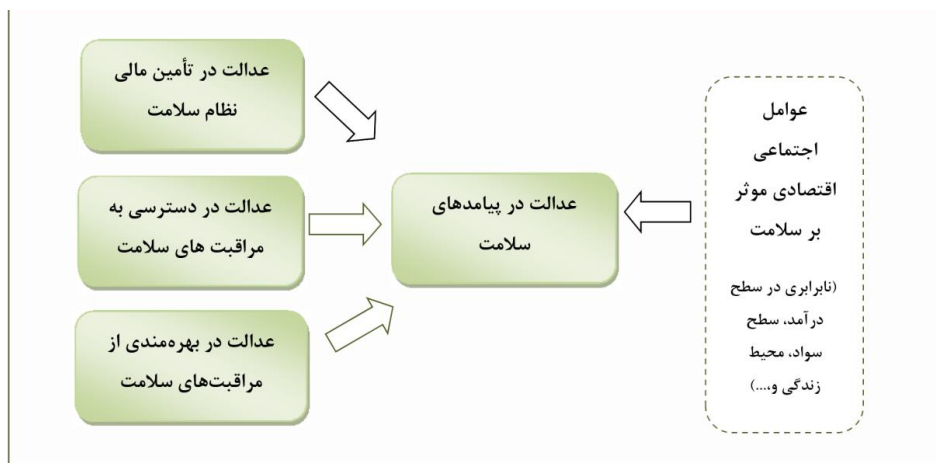
ابعاد قابل سنجش عدالت در سلامت

- به‌طور خلاصه عدالت در موضوع سلامت از جنبه‌های زیر قابل بررسی است (تصویر ۱-۲):
- ❖ عدالت در تأمین منابع مالی نظام سلامت^۱
 - ❖ عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات و مراقبت‌های سلامت^۲
 - ❖ عدالت در پیامدهای سلامت^۳ (۲۳).

عدالت در تأمین منابع مالی نظام سلامت

مفهوم عدالت در تأمین مالی نظام سلامت به معنی حمایت از خانوارها در مقابل وقوع و تحمیل هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت است. در دنیای امروز به دلیل پیشرفت فناوری‌های مرتبط با سلامت، پرداخت هزینه‌های مرتبط با این خدمات،

1. Equity in Health Financing
2. Equity in Health Care Utilization
3. Equity in Health Outcome



تصویر ۱-۲: الگوی شماتیک جنبه‌های قابل سنجش عدالت در سلامت

یکی از بزرگ‌ترین مشکلات اجتماعی، سیاسی و اقتصادی جوامع است. مشارکت عادلانه در تأمین مالی هزینه‌های سلامت، از اهداف اصلی همه نظام‌های سلامتی است که به دنبال حمایت جامعه از مخاطرات مالی می‌باشند. منظور از مشارکت عادلانه در تأمین مالی نظام سلامت، میزان مشارکت خانوار در تأمین مالی نظام سلامت به عنوان "درصدی از درآمد بالاتر از حداقل معاش است که به سلامت اختصاص داده شده است" (۲۴-۲۶). برای اندازه‌گیری میزان موفقیت در نیل به هدف مشارکت عادلانه در تأمین مالی نظام سلامت چندین شاخص تعریف شده است. از جمله این شاخص‌ها می‌توان میزان پرداخت از جیب خانوار برای هزینه‌های سلامت، هزینه‌های اسفبار و کمرشکن سلامت، هزینه‌های فقرزای سلامت و شاخص مشارکت مالی عادلانه را نام برد. نظام سلامتی عادلانه‌تر است که درصد کم‌تری از منابع آن مستقیماً از جیب مردم تأمین شود. از این‌رو، هرچه تعداد خانوارهایی که هزینه پرداختی آن‌ها برای سلامتی بیش از ۴۰ درصد توان پرداخت خانوار است کم‌تر باشد، تعداد کم‌تری از خانواده‌ها در اثر پرداخت هزینه‌های سلامت زیر خط فقر می‌روند.

عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت

دسترسی^۱ به معنی فراهم بودن خدمات و مراقبت‌های سلامت است. دسترسی گاهی به معنای دسترسی فیزیکی یا جغرافیایی، گاهی به لحاظ استطاعت مالی و گاهی مقبولیت یا دسترسی فرهنگی در نظر گرفته می‌شود (۲۷).

ایجاد زیرساخت‌های سلامت توسط حاکمیت دسترسی بالقوه برای مردم ایجاد می‌نماید و بالفعل شدن این دسترسی، مستلزم فراهم شدن هر سه بعد دسترسی به‌طور همزمان می‌باشد (شامل: دسترسی فیزیکی و جغرافیایی^۲، دسترسی فرهنگی و مقبولیت اجتماعی^۳ و دسترسی مالی و پوشش بیمه‌ای^۴).

دریافت و مصرف خدمات مراقبت سلامت را بهره‌مندی^۵ از خدمات سلامت می‌نامند که مرحله بعد از دسترسی است. بهره‌مندی از خدمات سلامت کلیه‌ی موضوعاتی را شامل می‌شود که در زمینه‌ی موجودیت، دسترسی و استفاده از خدمات سلامت می‌باشند. پرداختن به این موضوع به جهت این‌که نشان‌دهنده‌ی سیاست‌های توزیع منابع در کشور است حائز اهمیت می‌باشد. بررسی میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت در کشور، نابرابری‌ها و عمق آن‌ها در گروه‌های جمعیتی مختلف و به تفکیک مناطق جغرافیایی را نشان می‌دهد و می‌تواند بر بازتوزیع منابع جهت افزایش عدالت در دسترسی به خدمات تأثیر داشته باشد.

قطعاً همانند دسترسی به خدمات، مصرف خدمات به تنهایی شاخص کاملی جهت اندازه‌گیری عدالت در نظام سلامت نیست. اگرچه بی‌عدالتی‌های ساختاری، الگوهای نامتعارف مصرف را به وجود می‌آورد، ولی الگوهای نامتعارف مصرف می‌تواند به دلایل دیگری نیز به وجود بیاید و همه این الگوها به دلیل عدالت یا بی‌عدالتی نیست. بعضی از خدمات ممکن است به سمت افراد با توانایی مالی بیش‌تر منحرف شوند، زیرا رواج بعضی از بیماری‌ها و یا شرایط خاص سلامتی در گروه‌های ثروتمندتر بیش‌تر است. برعکس استفاده از بعضی خدمات دیگر می‌تواند به سمت افراد فقیر

-
1. Accessibility
 2. Physical Accessibility
 3. Cultural Accessibility
 4. Financial Accessibility
 5. Utilization

منحرف شود یعنی افراد فقیر بیش تر از این خدمات استفاده کنند چون برخی بیماری‌ها در این گروه بیش تر است (۲۷).

شاخص‌های مربوط به دسترسی به خدمات سلامت از طریق بررسی میزان و توزیع عادلانه امکانات سلامت مانند تعداد تخت بیمارستانی و تعداد پزشک و پرستار در مناطق جغرافیایی و یا به ازای میزان مشخصی از جمعیت به دست می‌آید. شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات سلامت توسط بررسی میزان مراجعه به پزشک و یا به مراکز درمانی توسط افراد جامعه در یک بازه زمانی خاص مثلا میزان مراجعه هر فرد از یک جامعه به مراکز سرپایی و یا مراکز بستری و بیمارستان‌ها در هر ماه یا سال اندازه‌گیری می‌شوند.

عدالت در پیامدهای سلامت

هدف اصلی و نهایی از همه تلاش‌ها برای ایجاد عدالت در سلامت، دستیابی به عدالت در پیامدهای سلامت در جامعه می‌باشد. همان‌گونه که بیان شد هرگاه تفاوت در پیامدهای سلامت ناشی از عدم توازن قابل جبران در توزیع امکانات و در دسترسی گروه‌های مختلف اجتماعی به منابع باشد، بی‌عدالتی رخ داده است.

بررسی فاکتورهای تأثیرگذار عدالت بر پیامدهای سلامت، یکی از مهم‌ترین موضوعات برای سیاست‌گذاران نظام سلامت می‌باشد. بر مبنای شواهد علمی جهانی، عمده‌ترین علل نابرابری‌های غیر قابل توجیه یا همان بی‌عدالتی در پیامدهای سلامت، عواملی خارج از حوزه اختیارات نظام‌های سلامت می‌باشند که با عنوان عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت شناخته می‌شوند. مطالعات نشان داده‌اند که نظام‌های سلامت حداکثر ۲۵ درصد در تأمین سلامت مردم تأثیر دارند و بیش‌ترین اثر بر پیامدهای سلامت و بر عدالت در سلامت، مربوط به عواملی خارج از نظام‌های سلامت می‌باشند که برخی مربوط به خود مردم مانند سبک زندگی است و برخی مربوط به سیاست‌های دولت‌ها و حکومت‌ها است مانند فقر و سواد و امنیت اقتصادی و فرهنگ و... که در نظر گرفتن این عوامل در چشم‌اندازهای نظام سلامت مهم می‌باشد (۲۸).

برای بررسی وضعیت پیامدهای سلامت در یک منطقه، معمولا شاخص‌هایی مانند امید به زندگی، مرگ‌ومیرها در سنین و گروه‌های مختلف جامعه (مانند مرگ و میر

کودکان و مرگ و میر مادران باردار)، کیفیت زندگی، و شیوع و بروز بیماری‌ها و اختلالات سلامتی (اعم از روانی و جسمی) مورد بررسی قرار می‌گیرند. به منظور بررسی نابرابری یا بی‌عدالتی در پیامدهای سلامت، تفاوت در شاخص‌های ذکر شده به تفکیک گروه‌های سنی و جنسی و درآمدی و مناطق جغرافیایی مورد بررسی قرار می‌گیرند. مثلاً بررسی تفاوت در میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال به تفکیک استان‌های مختلف یا در بین گروه‌ها و دهک‌های درآمدی جامعه. یکی از بهترین روش‌های تبیین نابرابری، تبیین تفاوت در شاخص‌های پیامدی سلامتی فوق به تفکیک دهک‌های درآمدی است، مثلاً بررسی تفاوت در میزان مرگ مادران باردار در بین دهک یکم و دهم درآمدی جامعه، که در کشورهای پیشرفته عمدتاً از این روش استفاده می‌شود (۲۸).

در کشورهای در حال توسعه و کم‌تر توسعه‌یافته، به دلیل نقص در داده‌های آماری و مقاومت مردم در مقابل دسترسی دولت‌ها به اطلاعات درآمدی آنها، این روش در سطح ملی قابل انجام نمی‌باشد چون اطلاعات کل جمعیت این کشورها به تفکیک دهک‌های درآمدی وجود ندارد و معلوم نیست هر فردی در چه دهک درآمدی در این جوامع قرار می‌گیرد که متأسفانه کشور ما نیز از این مقوله مستثنی نیست. در حالی که در کشورهای توسعه‌یافته این اطلاعات برای تک‌تک افراد جامعه در دسترس است. به این دلیل، در کشورهای غیر توسعه‌یافته، به جای مقایسه بین دهک‌های درآمدی، عمدتاً از شاخص‌های جغرافیایی برای تبیین نابرابری یا بی‌عدالتی در سلامت استفاده می‌شود (۲۸).

جمع‌بندی

جمع‌بندی این فصل که به بیان مفاهیم و ابعاد عدالت در سلامت اختصاص داشت، در قالب یک جدول به صورت زیر ارائه شده است (جدول ۱-۱).

جدول ۱-۱: جمع‌بندی مفاهیم مطرح شده در فصل یک

مفهوم	تعریف
عدالت	عدالت یعنی در شرایط مساوی، همه افراد امکان برخورداری یکسان از امکانات را بیابند و همه بتوانند استعداد‌های خود را شکوفا نمایند. در حقیقت اجرای عدالت را می‌توان موقوف به سه اصل: قوانین عادلانه، اجرای عادلانه و آگاهی از حقوق خود دانست.
عدالت در سلامت	فقدان تفاوت‌های سیستماتیک و بالقوه قابل برطرف کردن در یک یا چند جنبه از سلامت در یک جمعیت و زیرگروه‌های اقتصادی، اجتماعی، دموگرافیک و جغرافیایی آن است.
تئوری‌های اخلاقی پایه	منظور از «تئوری‌های اخلاقی پایه»، مبانی و اندیشه‌های فلسفی پایدار است که در فلسفه‌ی اخلاق مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند و به عنوان زیر بنای تئوریک عملکرد نظام‌های سلامت می‌باشد.
لیبرالیسم	به معنای آزادی‌خواهی، از واژه انگلیسی لیبرتی به معنای آزادی گرفته شده است. لیبرالیسم "مجموعه روش‌ها، سیاست‌ها و ایدئولوژی‌هایی است که هدف‌شان فراهم آوردن آزادی هرچه بیشتر برای فرد است".
سودگرایی کلاسیک	سودگرایی کلاسیک بیش‌تر بر مبنای بیشینه کردن خیر رشد کرده بود اما با توجه به کلیت و ابهام مفهوم خیر و اشکال در کمی کردن آن سودگرایی جدید بیش‌تر بر مفهوم بیشینه کردن رفاه جامعه تمرکز دارد.
تساوی‌گرایی	در این نظریه حاکمیت مسئولیت دارد به شکل فعال موانع بالقوه دست یافتن افراد به موقعیت‌های مساوی را برطرف کند و چون بیماری و ناتوانی چنین محدودیتی ایجاد می‌کنند، وظیفه حاکمیت است که با کمک به سلامت افراد، موقعیت آن‌ها را برای داشتن موقعیت‌های مساوی در جامعه حفظ کند.
ابعاد قابل سنجش عدالت در سلامت	عدالت در موضوع سلامت از سه جنبه زیر قابل بررسی می‌باشد: عدالت در تأمین منابع مالی نظام سلامت، عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت، عدالت در پیامدهای سلامت.
عدالت در مراقبت‌های سلامت از دیدگاه کاربردی	در ادبیات اجتماعی، اصل عدالت به دو بخش افقی و عمودی تقسیم می‌شود که برای اولین بار توسط ارسطو در یونان قدیم بیان شده است.
عدالت افقی	از منظر عملیاتی عدالت افقی عبارت است از درمان برابر برای شرایط برابر؛ و در واقع درمان برابر برای نیازهای سلامتی برابر.

ادامه دارد

جدول ۱-۱: جمع‌بندی مفاهیم مطرح شده در فصل یک – ادامه

مفهوم	تعریف
عدالت عمودی	عدالت عمودی به این مهم می‌پردازد که افراد نابرابر در جامعه باید به روش‌های متفاوت درمان شوند که البته روش مورد قبولی در طب باشد، چرا که درمان نزدیک‌بینی با درمان دیابت متفاوت است. از جنبه نیاز مالی، در عدالت عمودی تأکید بر این است که افرادی که نیازهای بیش‌تری دارند، خدمات و حمایت‌های بیش‌تری دریافت کنند.
عوامل اجتماعی موثر بر سلامت	مراقبت‌های پزشکی می‌توانند باعث طول عمر و یا بهبودی از یک بیماری جدی شوند ولی آن چیزی که برای سلامت جمعیت مهم است، شرایط اجتماعی، اقتصادی است که باعث می‌شود مردم بیمار شوند و یا نیاز به مراقبت پزشکی داشته باشند. بدین معنا که تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، مانند میزان درآمد، سطح تحصیلات، شغل، تغذیه، طبقه اجتماعی، بسیار بیش‌تر از عواملی مانند عوامل بیولوژیک سبب ابتلا به بیماری‌ها می‌شوند و در سلامت انسان نقش به‌سزایی دارند که اگر نادیده گرفته شوند رسیدن به اهداف سلامتی و برقراری عدالت در سلامت را محال می‌نمایند.

منابع فصل اول

1. Mohammadbeigi A, Hassanzadeh J, Eshrati B, Rezaianzadeh A. Decomposition of inequity determinants of healthcare utilization, Iran. *Public Health*. 2013;127 (7):661-7.
2. Hassanzadeh Ali. Theoretical foundations of justice in health. *Social Security Quarterly* 9 (28): 2007. (In Persian).
3. Farshad Ali Asghar. Justice in Health; Iranian Occupational Health Quarterly. 6 (1); 2009 (In Persian).
4. Razavi Seyed. Justice in financial participation in the health system. Andishmand Publishing: 2005 (In Persian).
5. Rezapour A, Arabloo J, Tofighi S, Alipour V, Sepandy M, Mokhtari P, et al. Determining Equity in Household's Health Care Payments in Hamedan Province, Iran. *Archives of Iranian Medicine (AIM)*. 2016;19 (7).
6. Motahari. Morteza, Justice of God. Qom, Islamic Publications Office, 2003 (In Persian).
7. Tabatabai, Mohammad Hossein, Tafsir al-Mizan, Qom, Islamic Publications Office, 2003. (In Persian).
8. Hamidreza Safi Kh. Health from the perspective of Islam. *Social Security*. 1386; 1386 (In Persian).
9. Liberalism, its meaning and history, John Salvin Shapiro, translated by Mohammad Saeed Hanaei, Markaz Publishing, Tehran, 2001, pp. 9 and 10, from the translator's note, and Haim's English to Persian culture, under the word "Liberalism" (In Persian).
10. Assyrian Darius, Political Encyclopedia, 1397, Morvarid Publications (In Persian).
11. Mill JS. Utilitarianism. *Seven masterpieces of philosophy*: Routledge; 2016. p. 337-83.
12. Daniels N. Just health: meeting health needs fairly. Cambridge University Press; 2007 Oct 22.
13. Davari M, Kheyri M, Nourbakhsh SMK, Khadivi R. Socioeconomic status and catastrophic health expenditure evaluation in IR Iran: A comparative study in 2004 and 2011. *Social Determinants of Health*. 2015;1 (2):48-59.
14. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Commission on Social Determinants of Health (2008) Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 372 (9650):1661-1669.

15. Beheshtian M, Olyae Manesh A, Bonakdar SH, Afzali HM, Larijani B, Hosseini L, Zakeri M, Dastgerdi MV. Intersectoral collaboration to develop health equity indicators in Iran. *Iranian journal of public health*. 2013;42 (Supple1):31.
16. Motlagh Mohammad Ismail, Olyae Manesh Alireza, Beheshtian Maryam, Social Determinant of Health; The Main Strategy for Promoting Justice in Health and Creating a Fair Opportunity for All
17. Olyae Manesh A, Haghdoost AA, Beheshtian M, Tehrani BA, Motlagh M. Progress towards health equity in IR of Iran through last three decades.
18. Dhaliwal LK. Health Equity and Sustainable Development Goals: Role and the Complexity. *Good Health and Well-Being*. 2020:316-24.
19. Tangcharoensathien V, Mills A, Palu T (2015) Accelerating health equity: the key role of universal health coverage in the sustainable development goals. *BMS Medicine* 13 (1):101. <https://doi.org/10.1186/s12916015-0342-3>.
20. Carey G, Crammond B, De Leeuw E. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. *International journal for equity in health*. 2015 Dec;14 (1):81.
21. Veisani Y, Delpisheh A. Decomposing of socioeconomic inequality in mental health: a cross-sectional study into female-headed households. *Journal of research in health sciences*. 2015;15 (4):218-22.
22. Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2004 Aug 1;58 (8):655-8.
23. O'donnell O, Van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation. *The World Bank*; 2007 Oct 27.
24. Zare H, Trujillo AJ, Driessen J, Ghasemi M, Gallego G. Health inequalities and development plans in Iran; an analysis of the past three decades (1984–2010). *International journal for equity in health*. 2014;13 (1):42.
25. Kiadaliri AA, Najafi B, Haghparast-Bidgoli H. Geographic distribution of need and access to health care in rural population: an ecological study in Iran. *International journal for equity in health*. 2011;10 (1):39.
26. Davari M, Maracy MR, Aslani A, Bakhshizadeh Z, Khorasani E. Evaluation of equity in access to pharmaceutical services in selected cites of Isfahan Province, Iran. *Journal of Pharmacoeconomics and Pharmaceutical Management*. 2017;2 (1/2):25-9.
27. Mahoney M, Simpson S, Harris E, Aldrich R, Stewart-Williams J. Equity-focused health impact assessment framework.
28. An Introduction to Health Justice; Health Policy Research Center; Shiraz Medical Sciences Education Studies and Development Center; 2010 (In Persian)

مروری بر اقدامات انجام شده و تبیین وضع موجود

نویسندگان: عفت محمدی، علیرضا اولیایی منش، اعظم رئوفی، امیرحسین تکیان

پیام‌های اصلی

- ❖ سهم پرداخت مستقیم از جیب از کل هزینه‌های جاری سلامت در کشور ایران طی دوره زمانی (۱۳۸۰-۱۳۹۴) ۲۰۰۰-۲۰۱۵ همواره بالای ۵۰ درصد بوده است که البته در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ به دلیل شروع تحریم‌های شدید و استفاده کم‌تر مردم از خدمات سلامت شروع به کاهش نموده و به حدود ۴۵ درصد رسیده است.
- ❖ روند ۲۰ ساله درصد خانوارهای مواجهه‌یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت، نشان می‌دهد این روند به‌طور متناوب در حال افزایش یا کاهش بوده است.
- ❖ مقایسه توزیع تخت‌های بیمارستانی در استان‌های مختلف در سال ۱۳۹۶ نشان می‌دهد سرانه تخت فعال به جمعیت در استان یزد بیش‌ترین (۲/۴۸) و در استان‌های سیستان و بلوچستان و البرز کم‌ترین (۰/۹۸) میزان را داشته است.
- ❖ توزیع نیروی کار سلامت در مناطق مختلف جغرافیایی کشور یکسان نیست و شاخص دسترسی به نیروی کار سلامت به نسبت جمعیت در استان‌های کشور و در رشته‌های مختلف متفاوت و تا حدودی نامتوازن است.

- ❖ مطالعه توزیع مراکز ارائه‌دهنده خدمات جامع سلامت در مناطق شهری و روستایی در سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۶ نشان می‌دهد خدمات مراقبت‌های اولیه به طور تقریباً همگن در مناطق شهری و روستایی ارائه می‌شود. همچنین دسترسی به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه در مناطق روستایی از زیر پنج درصد در سال ۱۳۵۷ به حدود ۹۸ درصد در سال ۱۳۹۷ رسیده است.
- ❖ مقایسه مرگ و میر ناشی از بیماری‌های واگیر، مادران، نوزادان و تغذیه‌ای در استان‌های مختلف کشور نشان می‌دهد که بیش‌ترین تعداد مرگ در استان آذربایجان شرقی بوده است (۱۲۵ در هر صد هزار نفر جمعیت) و کم‌ترین میزان در استان قم و کرمانشاه به ترتیب ۲۵ و ۲۹ در هر صد هزار نفر جمعیت.
- ❖ دامنه تغییرات میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر بین استان‌های کشور در سال ۱۳۹۵، ۲۹۷ مورد مرگ می‌باشد که کم‌ترین آن در استان کهگیلویه و بویر احمد (۲۰۶ مرگ در هر صد هزار نفر جمعیت) و بیش‌ترین آن در استان گلستان می‌باشد (۵۰۳ مرگ در هر صد هزار نفر جمعیت).
- ❖ مقایسه شاخص‌های مرگ و میر طی سال‌های مختلف در مناطق شهری و روستایی حاکی از آن است که آمار مرگ و میر در مناطق روستایی بسیار بیش‌تر از مناطق شهری بوده است که این خود نشانی بر ناعادلانه بودن مؤلفه‌های سلامتی در مناطق شهری و روستایی می‌باشد.
- ❖ توزیع مرگ و میر مادر در استان‌های مختلف در سال ۱۳۹۴ نشان می‌دهد که این توزیع در استان‌های کشور بسیار متفاوت می‌باشد و طیفی بین زیر یک مرگ در هر صد هزار نفر تا بیش از هشت مرگ را نشان می‌دهد.
- ❖ توزیع شاخص مرگ کودکان در کشور و در بین استان‌ها متفاوت است و ارتباط زیادی با وضعیت اقتصادی - اجتماعی شهرستان‌های کشور دارد.

مقدمه

جهت تبیین وضعیت عدالت در سلامت کشور، شاخص‌های ذیل در حوزه‌های مختلف دسترسی، بهره‌مندی، مشارکت مالی و پیامدهای نهایی سلامت مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند. پس از بررسی متون و مستندات، شاخص‌ها بر اساس ملاک‌های انتخاب زیر شامل (دارا بودن تعریف استاندارد، مشخص بودن نحوه محاسبه، داشتن کاربرد و

امکان مقایسه در سطح ملی و یا بین‌المللی، مشخص بودن دوره زمانی، قابل اطمینان و معتبر بودن و قدرت شاخص در اندازه‌گیری نابرابری‌ها)، شاخص‌های اولیه انتخاب شدند. سپس این شاخص‌ها جهت بررسی بیش‌تر در کمیته راهبردی مرتبط با تدوین این کتاب مورد بحث قرار گرفتند. در نهایت شاخص‌های جدول ۱-۲ جهت بررسی وضعیت موجود نابرابری‌های سلامت در کشور ارائه شدند.

جدول ۱-۲؛ شاخص‌های مورد بررسی در فصل دوم، به تفکیک ابعاد عدالت در سلامت

ابعاد	عنوان شاخص	معادل انگلیسی	تعریف
مشارکت مالی عادلانه	سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی	Total Health Expenditure as GDP (%)	این شاخص بدین معنا است که چند درصد از تولید ناخالص داخلی هر کشور در حوزه سلامت هزینه می‌شود.
	میزان پرداخت از جیب (درصد)	Out-of-pocket (OOP) as % of Total Health Expenditure (THE)	این شاخص نشان می‌دهد که چند درصد کل هزینه‌های جاری نظام سلامت، به‌طور مستقیم و در محل دریافت خدمت مستقیماً از جیب بیماران پرداخت می‌شود. (الزام به کم‌تر از ۳۰ درصد برای این شاخص در برنامه‌های توسعه به‌خصوص برنامه چهارم و پنجم و ششم توسعه ذکر شده است)(۱).
	شاخص هزینه‌های کمرشکن یا فاجعه بار سلامت	Catastrophic Health Expenditure	این شاخص درصدی از خانوارها را نشان می‌دهد که بیش از ۴۰ درصد از توان پرداخت خود (طبق تعریف بیش از ۴۰ درصد هزینه پرداختی برای اقلام غیر معاش خانوار) در یک ماه را برای سلامت صرف کند. کاهش هرچه بیش‌تر این شاخص نیز مثبت ارزیابی شده و به عنوان یک ضرورت در برنامه‌های توسعه بخصوص برنامه چهارم توسعه ذکر شده است (الزام کاهش نسبت خانوارهای مواجه با هزینه‌های فاجعه بار سلامت به کم‌تر از یک درصد)(۲).

ادامه دارد

جدول ۱-۲؛ شاخص‌های مورد بررسی در فصل دوم، به تفکیک ابعاد عدالت در سلامت - ا/د/مه

ابعاد	عنوان شاخص	معادل انگلیسی	تعریف
مشارکت مالی عادلانه	شاخص هزینه‌های فقرزای سلامت	Impoverishment Health Expenditure	این شاخص درصدی از خانوارها را نشان می‌دهد که از نظر درآمدی پس از کسر پرداخت برای خدمات سلامت زیر خط فقر قرار می‌گیرند به عبارتی فقر ناشی از هزینه‌های درمانی را تجربه می‌کنند (۳).
	شاخص ضریب جینی	Gini Coefficient	معروف‌ترین شاخصی که از طریق آن نحوه توزیع منابع و شکاف طبقاتی را در جوامع مختلف می‌سنجند ضریب جینی می‌باشد. ضریب جینی یک واحد اندازه‌گیری پراکندگی آماری است که معمولاً برای سنجش میزان نابرابری در توزیع درآمد یا ثروت در یک جامعه آماری استفاده می‌شود. این ضریب با نسبتی تعریف می‌شود که ارزشی بین صفر و یک دارد. یک ضریب جینی نزدیک به صفر، برابری بیشتر در توزیع درآمد یا ثروت را نشان می‌دهد در حالی که ضریب جینی بالاتر و نزدیک‌تر به یک، توزیع نابرابر را مشخص می‌کند. ضریب جینی صفر یعنی همه افراد درآمد و ثروت یکسان دارند (برابری مطلق) و ضریب جینی یک یعنی (نابرابری مطلق) به گونه‌ای که ثروت تنها در دست یک نفر است و مابقی هیچ درآمدی ندارد (۴).
	شاخص کاکوانی	Kakwanis Progressivity Index	شاخص کاکوانی یکی از با ارزش‌ترین شاخص‌های موجود در سنجش میزان عدالت در تأمین مالی می‌باشد. این شاخص میزان تصاعدی بودن مشارکت مالی افراد در تأمین مالی نظام سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد که رابطه مستقیم با میزان عادلانه بودن مشارکت مردم دارد. پیش فرض مشارکت مالی عادلانه این است که سهم مردم از هزینه‌های سلامت باید برای افراد کم‌درآمد نسبت به افراد ثروتمند کم‌تر باشد؛ و هر چه درآمد افراد بالاتر می‌رود باید مشارکت بیش‌تری داشته باشند.

جدول ۲-۱؛ شاخص‌های مورد بررسی در فصل دوم، به تفکیک ابعاد عدالت در سلامت _ ادامه

ابعاد	عنوان شاخص	معادل انگلیسی	تعریف
مشارکت مالی عادلانه	وضعیت پوشش بیمه سلامت	Health Insurance Coverage (N/%)	به بیان دیگر مشارکت افراد باید تصاعدی و به نسبت درآمد آنان باشد. این عادلانه‌ترین نوع دریافت حق بیمه و مشارکت مالی افراد محسوب می‌شود (۵).
	تخت بیمارستان به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	Hospital Beds (per 10 000 population)	تعداد تخت‌های بیمارستانی در هر ۱۰۰۰۰ نفر در یک جمعیت مشخص.
دسترسی و بهره‌مندی	تراکم شاخص‌های نیروی بخش انسانی سلامت به ازای هر ۱۰۰۰ نفر	Density of Spatial Health Workers (per 1000 population)	شامل تعداد کل پزشکان عمومی، پزشکان متخصص، پرستاران و ماما و ... در هر هزار نفر جمعیت می‌باشند.
	تعداد بیمارستان‌ها	Number of Hospitals (N)	این شاخص تعداد بیمارستان‌ها را به تفکیک هریک از مناطق جغرافیایی گزارش می‌دهد.
	تعداد مراکز جامع خدمات سلامت	Number of Primary Health Services Centers (N)	این شاخص تعداد مراکز جامع خدمات سلامت را به تفکیک خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های بهداشتی و مراکز خدمات بهداشتی درمانی شهری/روستایی به تفکیک مناطق شهری و روستایی گزارش می‌دهد.
	بهره‌مندی از خدمات بستری	Inpatient Care Utilization (%)	نشان‌دهنده درصدی از افراد می‌باشد که به مراقبت‌های بستری در بیمارستان نیاز داشته‌اند و این خدمات را در زمان لازم دریافت نموده‌اند.
	بهره‌مندی از خدمات سرپایی	Outpatient Care Utilization (%)	نشان‌دهنده درصدی از افراد می‌باشد که به مراقبت‌های سرپایی نیاز داشته‌اند و این خدمات را در زمان لازم دریافت نموده‌اند.

ادامه دارد

جدول ۱-۲؛ شاخص‌های مورد بررسی در فصل دوم، به تفکیک ابعاد عدالت در سلامت _ ادامه

ابعاد	عنوان شاخص	معادل انگلیسی	تعریف
دسترسی و بهره‌مندی	بهره‌مندی از خدمات مراقبت‌های اولیه	Primary Health Care Utilization (%)	مراقبت‌های اولیه سلامت، شامل کلیه خدماتی است که در سطح اول ارائه خدمت و در مراکز بهداشتی و مراکز جامع خدمات سلامت ارائه می‌شوند، نشان‌دهنده درصدی از افراد می‌باشد که به مراقبت‌های اولیه سلامت نیاز داشته‌اند و این خدمات را در زمان لازم دریافت نموده‌اند.
	میزان امید به زندگی	Life Expectancy at Birth (years)	میانگین سال‌هایی که یک نوزاد می‌تواند انتظار داشته باشد عمر کند.
پیامدهای سلامت	میزان مرگ و میر در زنان و مردان (به تفکیک علت مرگ / گروه‌های سنی)	Mortality Ratio (per 100,000 population)(Women, Men)(Cause of mortality / Age category)	تعداد مرگ در زنان و مردان در هر صد هزار نفر جمعیت به تفکیک علل ناشی از مرگ (بیماری‌های واگیر، بیماری‌های غیرواگیر و حوادث و سوانح) و در هر یک از گروه‌های سنی افراد غیر کودک (۵ تا ۱۴ سال، ۱۵ تا ۴۹ سال، ۵۰ تا ۶۹ سال و بالای ۷۰ سال)
	میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های واگیر، مادران و نوزادان و تغذیه‌ای	Mortality Ratio Due to Communicable, Maternal, Neonatal, and Nutritional Diseases (per 100,000 population)	تعداد مرگ ناشی از بیماری‌های واگیر، مادران، نوزادان و علل تغذیه‌ای در هر صد هزار نفر جمعیت
	میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر	Mortality Ratio due to Non-communicable Diseases (per 100,000 population)	تعداد مرگ ناشی از بیماری‌های غیرواگیر در هر صد هزار نفر جمعیت مانند بیماری‌های قلبی - عروقی و ...
	میزان مرگ و میر ناشی از حوادث و سوانح	Mortality Ratio Due to Injuries (per 100 000 population)	تعداد مرگ ناشی از حوادث و سوانح در هر صد هزار نفر جمعیت
	میزان مرگ و میر نوزادان	Neonatal Mortality Rate (per 1000 live births)	تعداد مرگ‌ومیر نوزادان (۱ تا ۲۸ روزه) در یک دوره مشخص به ازای هر هزار تولد زنده در همان دوره.

ادامه دارد

جدول ۲-۱؛ شاخص‌های مورد بررسی در فصل دوم، به تفکیک ابعاد عدالت در سلامت - د/امه

ابعاد	عنوان شاخص	معادل انگلیسی	تعریف
سلامت‌های مادران	میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال	Infant Mortality Rate (per 1000 live births)	تعداد مرگ‌ومیر کودکان زیر یک سال در یک دوره مشخص به ازای هر هزار تولد زنده در همان دوره.
	میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال	Under-five Mortality Rate (per 1000 live births)	تعداد مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال در یک دوره مشخص به ازای هر هزار تولد زنده در همان دوره.
	میزان مرگ و میر مادران	Maternal Mortality Ratio (per 100,000 live births)	مرگ در دوران حاملگی تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری، صرف‌نظر از مدت و محل حاملگی به هر علتی مرتبط با بارداری، تشدید شده در بارداری، یا به علت مراقبت‌های ارائه شده طی آن، اما نه به علت حادثه و تصادف می‌باشد.

وضعیت عدالت در شاخص‌های مشارکت مالی عادلانه

تأمین مالی نظام سلامت در ایران همواره از موضوعات مهم بحث شده سیاست‌گذاران، صاحب‌نظران و کارشناسان سلامت و اقتصاد بوده است و افزایش هزینه‌های سلامت و چگونگی مقابله با آن، یکی از مهم‌ترین مباحث و چالش‌های سیاستگذاران و برنامه‌ریزان در بخش سلامت بوده است. از این‌رو آنان همواره به دنبال راهکار برای برون‌رفت از مسائل حوزه مالی هستند.

به‌طور کلی سه منبع عمده تأمین مالی نظام‌های سلامت عبارتند از:

- ❖ بخش عمومی؛ شامل دولت‌ها و زیرمجموعه‌های آن و صندوق‌های بیمه تأمین اجتماعی کشورها است.
- ❖ بخش خصوصی؛ نیز شامل پرداخت از جیب خانوارها و شرکت‌های بیمه تکمیلی، مؤسسات غیرانتفاعی می‌باشد.
- ❖ منابع مالی خارجی؛ بخش عمده تأمین مالی نظام سلامت برخی از کشورهای فقیر جهان از این محل تأمین می‌شود که در کشور ما و بسیاری از کشورهای دیگر مصداق نمی‌یابد.

براساس میزان مشارکت مالی هریک از عاملین فوق و با توجه به رشد اقتصادی کشورها، نظام‌های تأمین مالی سلامت به سه دسته عمده تقسیم می‌شود:

۱. تأمین مالی سلامت عمدتاً از طریق بخش خصوصی به ویژه خانوارها (پرداخت از جیب) در کشورهای با اقتصاد ضعیف؛

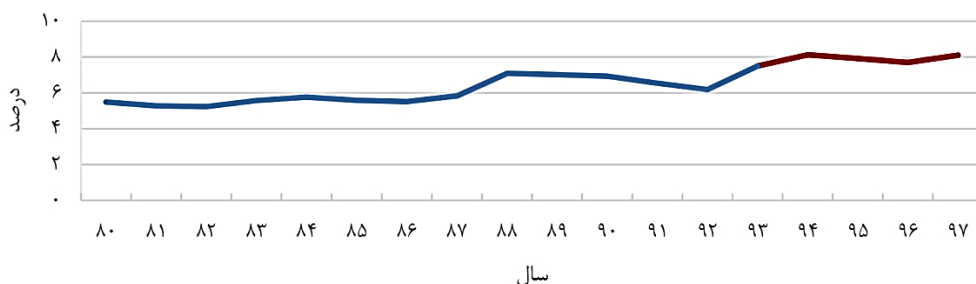
۲. تأمین مالی سلامت عمدتاً از طریق بخش عمومی در کشورهای دارای اقتصاد قوی؛

۳. تأمین مالی سلامت از طریق ترکیبی از بخش عمومی (دولت و بیمه) و بخش خصوصی (پرداخت از جیب خانوار)؛ در کشورهای متوسط

به‌طور کلی هر چه تأمین مالی سلامت بیش‌تر از طریق بخش عمومی یعنی دولت و بیمه‌های اجتماعی باشد سیستم عادلانه‌تر و هرچه بیش‌تر از طریق بخش خصوصی یعنی پرداخت از جیب خانوارها در هنگام دریافت خدمت باشد غیر عادلانه‌تر است. بدیهی است مردم از طریق پرداخت مالیات و حق بیمه در تأمین منابع عمومی مشارکت می‌کنند. در حال حاضر در ایران ترکیبی از تأمین منابع عمومی و خصوصی در بخش سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد. با توجه به شاخص‌های معرفی شده در فصل قبل که وضعیت عدالت در تأمین مالی نظام سلامت را نشان می‌دهند، در ادامه به بررسی وضعیت این شاخص‌ها در کشور می‌پردازیم.

سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی

وضعیت سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی همواره به‌عنوان یک شاخص بین‌المللی و مهم شناخته شده در نظام‌های سلامت است که گاهی بر اساس این شاخص، کشورها رتبه‌بندی می‌شوند، بدین معنا که چند درصد از تولید ناخالص داخلی هر کشور در حوزه سلامت هزینه می‌شود. شواهد و آمار نشان می‌دهند نظام سلامت ایران نیز همانند سایر نظام‌های سلامت، در طول سال‌های گذشته با روند رو به رشد مخارج حوزه سلامت روبرو بوده است و این روند کماکان نیز ادامه‌دار می‌باشد. بررسی روند این شاخص نشان می‌دهد که همزمان با رشد کلی اقتصاد و افزایش میزان سرانه هزینه‌های جاری سلامت، سهم هزینه‌های کل سلامت از تولید ناخالص داخلی نیز با رشد مواجه بوده است به‌طوری‌که میزان آن از پنج درصد در سال ۱۳۸۴ (۲۰۰۵) به هشت درصد



نمودار ۱-۲؛ درصد سهم هزینه‌های کل سلامت (THE) از تولید ناخالص داخلی در ایران (منبع: حساب‌های ملی سلامت)

در سال ۱۳۹۴ (۲۰۱۵) رسیده است، یعنی رشدی معادل ۶۰ درصد (به‌طور متوسط شش درصد در سال) (نمودار ۱-۲). همان‌گونه که در این نمودار مشهود است این شاخص در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ کاهش چشم‌گیری را نشان می‌دهد که شاید بتوان علت آن را به افزایش وسعت تحریم‌های اقتصادی، افزایش نرخ ارز، افزایش تورم و در نتیجه کاهش سرمایه‌گذاری اقتصادی دولت در حوزه سلامت در آن دوران نسبت داد (۱۲-۶).

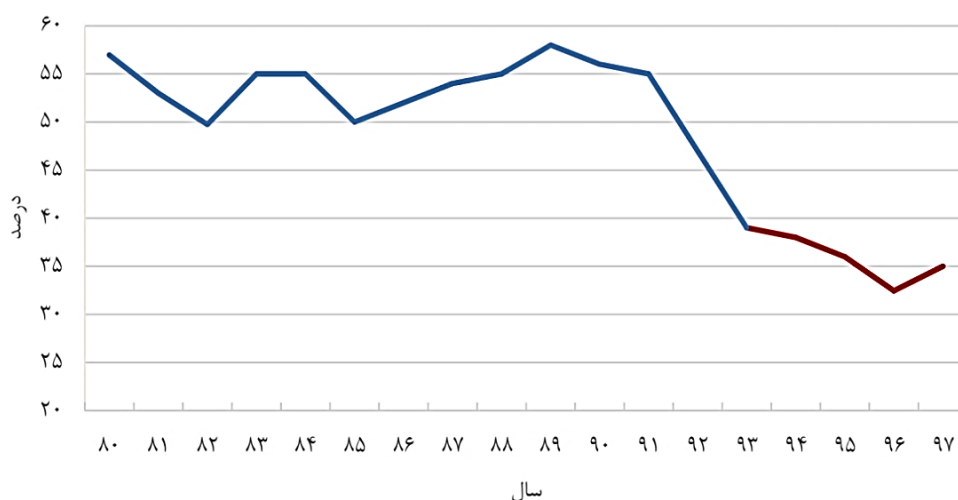
در حالی که در سال ۲۰۱۹، میانگین جهانی سرانه سلامت ۱۵۸۵/۸۶ دلار است (جدول ۲-۴)، این میانگین در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی ۱۲۰۱/۱۰ دلار (جدول ۳-۴)، در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا ۱۰۳۶/۶۸ دلار (جدول ۴-۴) می‌باشد؛ اگرچه در سطح جهانی هیچ معیار متقنی برای تعیین میزان مطلوب سرانه سلامت (بخشی از تولید ناخالص داخلی که صرف سلامت می‌شود) وجود ندارد، آنچه می‌دانیم این است که اولاً هزینه برای سلامت کمتر از پنج درصد تولید ناخالص داخلی^۱ نامناسب است و دوم این که بسیاری کشورهای مشابه ایران سرانه بهداشت و درمان در حد ۵-۷ درصد تولید ناخالص داخلی دارند. پس اگر سرانه کل هزینه بهداشت و درمان کشور (نه فقط بودجه دولت) در حدود هفت درصد تولید ناخالص داخلی باقی بماند مشابه با کشورهای گروه درآمدی ایران می‌باشد و اگر از هفت درصد به میزان زیادی بیش‌تر شود می‌توان گفت که جمهوری اسلامی ایران به جرگه

1. Gross Domestic Product (GDP)

کشورهای با هزینه نسبتاً بالا در بخش بهداشت و درمان وارد شده است و کم‌تر از پنج درصد نیز هزینه کم‌تر از حد مورد نیاز در این بخش است.

میزان پرداخت از جیب

سهم پرداخت مستقیم از جیب از کل هزینه‌های جاری سلامت^۱ در کشور ایران طی دوره زمانی (۱۳۸۰-۱۳۹۴) ۲۰۰۰-۲۰۱۵ همواره بالای ۵۰ درصد بوده است که البته در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ به دلیل شروع تحریم‌های شدید و استفاده کم‌تر مردم از خدمات سلامت شروع به کاهش نموده و به حدود ۴۵ درصد رسیده است. آمار ملی و مطالعه حساب‌های ملی سلامت نشان می‌دهند که درصد مشارکت خانوارهای ایرانی از کل هزینه‌های سلامت یا همان سرانه پرداخت از جیب مجدداً طی سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۶ کاهش داشته است که این کاهش به دلیل اجرای طرح تحول نظام سلامت و بیش‌تر مربوط به مناطق روستایی می‌باشد (نمودار ۲-۲). در این خصوص باید توجه داشت که هدف برنامه ششم توسعه رساندن درصد پرداخت



نمودار ۲-۲؛ روند تغییرات درصد مشارکت خانوارها (پرداخت از جیب) از کل هزینه‌های سلامت (منبع: حساب‌های ملی سلامت)

1. Out-of-Pocket (OOP) as % of Total Health Expenditure (THE)

از جیب به عدد ۲۵ درصد است در حالی که این رقم در کمترین میزان خود در سال ۱۳۹۶ یا ۲۰۱۷ معادل ۳۲/۴۶ درصد بوده است (۶-۱۰).

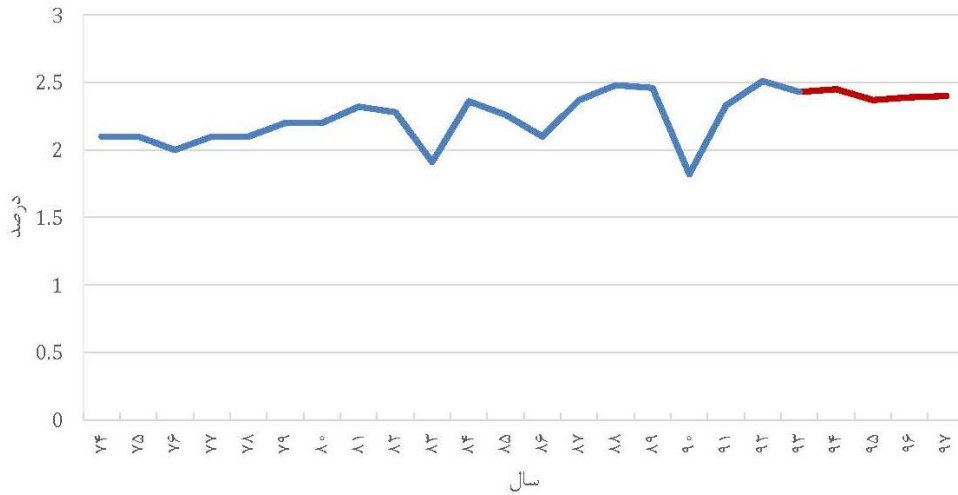
اگرچه پرداخت از جیب به عنوان شاخصی برای تأمین مالی عادلانه استفاده می‌شود، به طوری که هر قدر مقدار آن بالاتر باشد، میزان بی‌عدالتی بالاتری را نشان می‌دهد، اما باید با دقت بیشتری این شاخص را مورد تحلیل و تفسیر قرار داد. در نظر گرفتن این نکته مهم است که چه کسی و برای چه نوع خدمتی از جیب پرداخت می‌کند. به عنوان مثال اگر برای جراحی زیبایی پرداخت از جیب انجام شود، ممکن است جای نگرانی نباشد. همچنین ثابت ماندن پرداخت از جیب در شرایط اقتصادی بحرانی، ممکن است حاکی از عدم دریافت خدمت مورد نیاز برای افرادی باشد که به آن خدمت نیاز دارند؛ بنابراین باید دانست که تفسیر این شاخص نیازمند دقت و تحلیل‌های عمیق‌تری است.

شاخص هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت

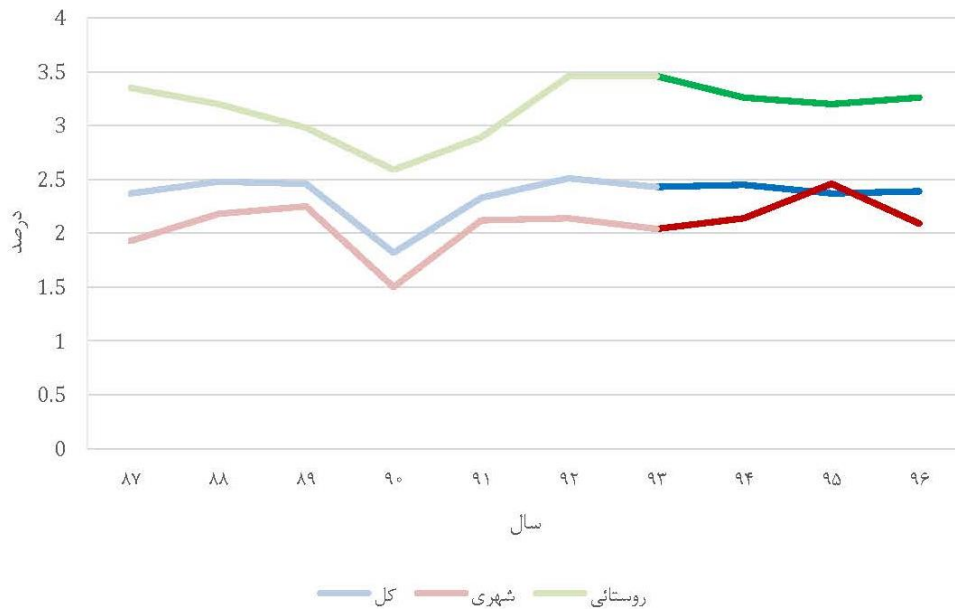
روند ۲۰ ساله درصد خانوارهای مواجه‌یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت^۱ با احتساب صرف ۴۰ درصد از درآمد غیر خوراکی خانوار برای سلامت، نشان می‌دهد این روند به طور متناوب در حال افزایش یا کاهش بوده است. به طور کلی این شاخص از سال ۱۳۷۴ تا ۱۳۹۷ حدود ۰/۳ درصد افزایش داشته است، اگرچه با آغاز طرح تحول سلامت، سالیانه روند کاهشی را طی کرده و از ۲/۵۱ درصد در سال ۱۳۹۲ (یک سال پیش از شروع طرح تحول سلامت) به ۲/۴ درصد در سال ۱۳۹۷ رسیده است. این در حالی است که مقایسه ده ساله این تغییرات برحسب منطقه جغرافیایی خانوارها نشان می‌دهد که خانوارهای روستایی بیش‌تر از خانوارهای شهری با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه داشته‌اند (نمودار ۲-۳؛ نمودار ۲-۴) (۱۳ و ۱۴).

لازم به ذکر است کاهش این شاخص در سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۹۱ می‌تواند به دلیل استفاده کم‌تر خانوارها از خدمات سلامت در این سال‌ها به دلیل مشکلات اقتصادی و تحریم باشد و نه اجرای سیاست‌های مثبت جهت کاهش این شاخص توسط دولت.

1. Catastrophic Health Expenditure



نمودار ۲-۳؛ درصد خانوارهای مواجه‌یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت (۴۰٪ درآمد خانوار) (منبع: ۱۴)

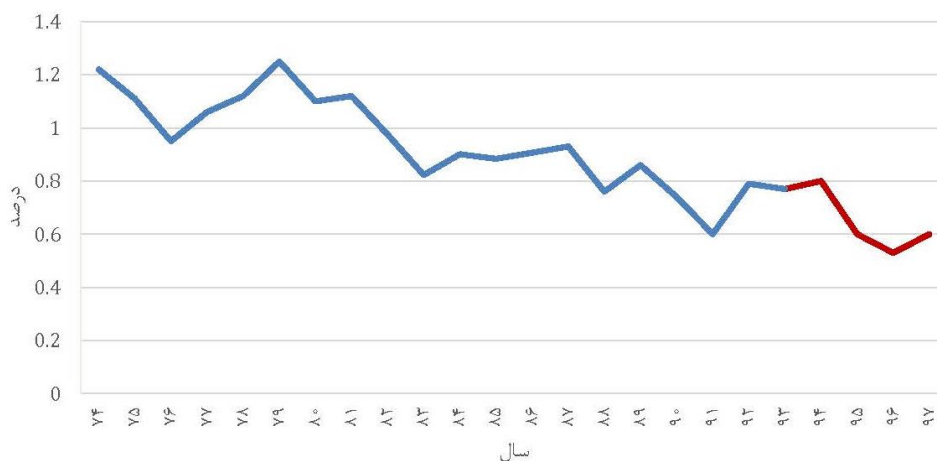


نمودار ۲-۴؛ درصد خانوارهای مواجه‌یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت براساس محل سکونت (۴۰٪ درآمد خانوار) (منبع: ۱۴)

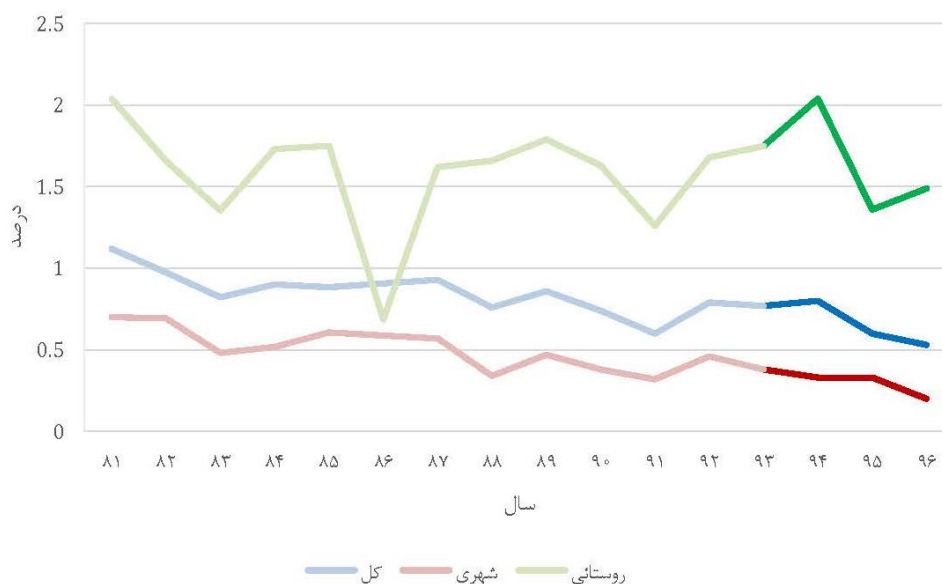
شاخص هزینه‌های فقرزای سلامت

نتایج به دست آمده از مطالعات ملی نشان‌دهنده روند کاهشی درصد خانوارهای مواجه‌یافته با هزینه‌های فقرزای سلامت^۱ از سال ۱۳۷۴ تا سال ۱۳۹۷ می‌باشد. اگرچه در این فاصله زمانی دوره‌های تناوبی افزایشی نیز مشاهده می‌شود، به‌ویژه در فاصله‌ی سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۷۹ که درصد مواجه‌یافته از ۰/۹۵ درصد به ۱/۲۵ درصد افزایش داشته است. در ایران درصد خانوارهای مواجهه‌یافته با هزینه‌های فقرزای سلامت در مقایسه با میانگین جهانی کم‌تر می‌باشد (نمودار ۲-۵).

در حالی که مطالعه برحسب منطقه جغرافیایی خانوارها حاکی از آن است که خانوارهای روستایی بسیار بیش‌تر از خانوارهای شهری در اثر پرداخت هزینه سلامت دچار فقر شده‌اند، به‌ویژه در سال ۱۳۹۴ که ۰/۳۳ درصد از خانوارهای شهری و ۲/۰۴ درصد از خانوارهای روستایی با هزینه‌های فقرزای سلامت مواجه شده‌اند که نشانه بی‌عدالتی جغرافیایی است (نمودار ۲-۶)(۱۴).



نمودار ۲-۵؛ درصد خانوارهای مواجه‌یافته با هزینه‌های فقرزای سلامت (منبع: ۱۴)



نمودار ۶-۲؛ درصد خانوارهای مواجه شده با هزینه‌های فقرزای سلامت براساس محل سکونت (منبع: ۱۴)

شاخص کاکوانی و شاخص ضریب جینی

طبق مطالعات انجام شده در سال‌های ۱۳۶۳ تا ۱۳۸۹، وضعیت سرانه ضریب جینی^۱ و شاخص کاکوانی^۲ برای کل هزینه‌های سلامت در مناطق شهری و روستایی ایران به‌طور کلی تغییر چندانی نداشته است. سرانه ضریب جینی برای کل هزینه‌های سلامت در سال ۱۳۸۹ برای مناطق شهری حدود ۰/۷۴ و برای مناطق روستایی حدود ۰/۷۲ می‌باشد. با توجه به اینکه میزان مطلوب ضریب جینی صفر می‌باشد (مقدار ضریب جینی عددی است بین صفر تا یک) که نشان‌دهنده برابری مطلق در جامعه می‌باشد، این ارقام نشان می‌دهند که اختلاف طبقاتی نسبتاً زیاد در مشارکت مالی خانوارها در تأمین هزینه سلامتشان در هر دو منطقه شهری و روستایی وجود دارد.

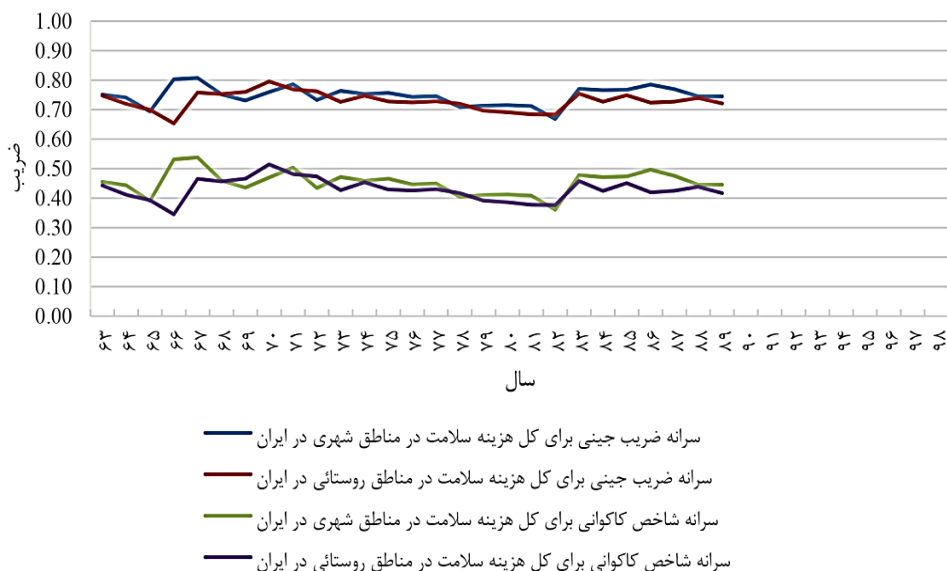
1. Gini Coefficient

2. Kakwanis Progressivity Index

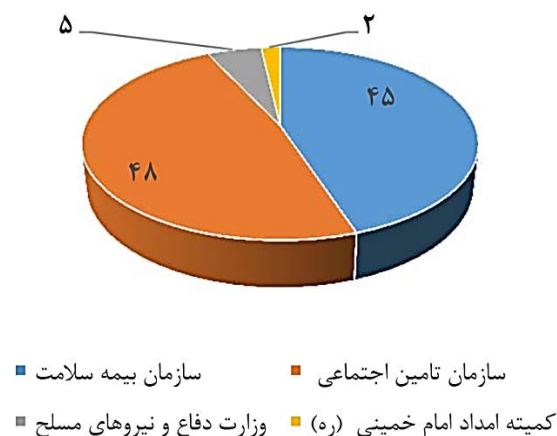
شاخص کاکوانی که نشان‌دهنده عدالت عمودی می‌باشد، عددی است بین (۱- تا +۱). همان‌طور که در فصل قبل توضیح داده شد، زمانی که این شاخص بزرگ‌تر از صفر است، تأمین مالی پیشرونده و به سمت عدالت است و زمانی که کم‌تر از صفر باشد، با روش تأمین مالی پسرونده مواجه هستیم. تغییرات مثبت شاخص کاکوانی در این بازه زمانی در هر دو منطقه شهری و روستایی بیانگر تصاعدی بودن مشارکت مالی خانوارها در هر دو منطقه می‌باشد. به این ترتیب، در هر دو منطقه شهری و روستایی، افراد ثروتمندتر مشارکت بیش‌تری در پرداخت‌های نظام سلامت دارند که منطبق با اهداف عدالت در سلامت می‌باشد (نمودار ۲-۷) (۱۵).

وضعیت پوشش بیمه سلامت

یکی از مهم‌ترین روش‌های تأمین مالی نظام‌های سلامت در دنیا، تأمین مالی از طریق سازوکارهای بیمه‌ای می‌باشد که در کشور ما نیز با توجه به ساختار نظام سلامت، سازمان‌های بیمه‌گر پایه نقش اساسی در تأمین مالی نظام سلامت دارند.



نمودار ۲-۷؛ سرانه ضریب جینی و شاخص کاکوانی برای کل هزینه سلامت براساس محل سکونت (منبع: ۱۵)



نمودار ۸-۲؛ جمعیت تحت پوشش سازمان‌های بیمه گر پایه سلامت کشور (درصد) حساب‌های ملی سلامت (NHA)؛ ۱۳۹۶

بیمه‌های پایه سلامت کشور حدود ۹۰ درصد جمعیت را تحت پوشش خود دارند؛ توزیع این جمعیت بین سازمان‌های بیمه‌گر پایه در نمودار ۸-۲ نشان داده شده است. بیمه‌گران اجتماعی خدمات سلامت در ایران شامل سازمان بیمه سلامت ایران (گروه اصلی بیمه‌شدگان شامل کارکنان دولت و روستاییان و وابستگان آنان)، سازمان تأمین اجتماعی (گروه اصلی بیمه‌شدگان شامل کارگران و کارکنان مشمول قانون کار و وابستگان آنان) و سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح (کارکنان نیروهای مسلح و وابستگان آنان) می‌باشند. حق بیمه عمدتاً از حقوق کارکنان به صورت ماهانه برداشت می‌شود و کارفرما سهم بزرگ‌تری می‌پردازد. صندوق‌های بیمه‌ای متعددی تحت پوشش این سازمان‌ها قرار دارند. یکی از صندوق‌های بزرگ بیمه اجتماعی سلامت، صندوق بیمه روستایی (تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران) است که از سال ۱۳۸۴ تاسیس شده و تمامی ساکنین مناطق روستایی و شهرهای کوچک (زیر ۲۰ هزار نفر) را پوشش می‌دهد. صندوق بیمه درمان کمیته امداد امام خمینی (ره) نیز از سال‌ها قبل، پوشش بیمه‌ای اقشار محروم جامعه را بر عهده داشته است که اخیراً بر اساس مصوبه مجلس شورای اسلامی، در سازمان بیمه سلامت ایران ادغام شده است. در جدول ۲-۲، درصد و نوع پوشش بیمه‌ای افراد به تفکیک استان‌های کشور ارائه شده است. لازم به ذکر است از طریق بیمه، مهم‌ترین بازدارنده‌ی

جدول ۲-۲؛ توزیع استانی پوشش بیمه پایه و مکمل سلامت در هر صد نفر جمعیت در سال ۱۳۹۴

نام استان	درصد جمعیت تحت پوشش بیمه پایه		وضعیت بیمه پایه ^۱					درصد جمعیت تحت پوشش بیمه مکمل	
	بیمه پایه	خدمات درمانی (غیر از بیمه روستایی)	خدمات درمانی (بیمه روستایی)	تأمین اجتماعی	نیروهای مسلح	کمیته امداد	سایر بیمه‌ها	نمی‌داند	فائده بیمه
آذربایجان شرقی	۹۴/۱۶	۲۳/۷۴	۱۷/۰۸	۵۰/۷۶	۲/۷۱	۰/۹۳	۴/۷۹	۰/۵۸	۵/۲۷
آذربایجان غربی	۹۵/۲۲	۲۲/۳۴	۳۲/۶۷	۳۲/۱۵	۵/۴۱	۱/۳۳	۶/۱۰	۰/۵۰	۴/۲۷
اردبیل	۹۵/۲۸	۲۷/۴۶	۳۱/۰۴	۳۷/۵۵	۲/۰۵	۱/۱۱	۵/۸۱	۰/۵۰	۴/۷۷
اصفهان	۸۹/۶۱	۱۹/۹۲	۸/۶۵	۶۲/۰۹	۳/۱۰	۰/۰۷	۶/۱۶	۰/۷۷	۹/۶۲
البرز	۸۶/۸۰	۱۹/۳۷	۷/۴۳	۶۴/۳۷	۵/۳۱	۰/۳۶	۳/۱۵	۱/۱۶	۱۲/۰۶
ایلام	۹۰/۰۹	۲۰/۱۳	۳۷/۱۵	۳۳/۶۲	۴/۳۰	۲/۱۶	۲/۳۳	۰/۱۴	۹/۷۴
بوشهر	۸۹/۴۹	۱۰/۷۱	۲۰/۴۸	۵۶/۵۶	۵/۹۱	۰/۶۶	۵/۶۹	۰/۲۳	۱۰/۲۸
تهران	۸۴/۵۹	۱۵/۷۴	۱/۵۸	۷۰/۲۲	۵/۹۹	۰/۲۳	۶/۲۵	۰/۳۷	۱۵/۰۴
چهارمحال و بختیاری	۹۵/۱۲	۱۷/۵۳	۳۵/۱۶	۴۰/۵۷	۳/۶۰	۰/۷۶	۱/۱۸	۰/۴۴	۴/۹۲
خراسان جنوبی	۹۶/۹۸	۱۹/۲۰	۴۶/۸۴	۲۸/۴۲	۳/۶۰	۰/۷۶	۱/۱۸	۰/۴۴	۲/۵۵
خراسان رضوی	۸۹/۱۹	۳۷/۶۷	۲۴/۸۹	۴۱/۹۵	۳/۴۸	۰/۶۸	۱/۴۳	۰/۵۵	۱۰/۳۶
خراسان شمالی	۹۶/۹۳	۱۸/۸۵	۵۰/۹۶	۲۴/۰۵	۳/۳۵	۱/۳۳	۱/۵۷	۰/۱۳	۲/۹۳
خوزستان	۹۳/۹۴	۳۳/۴۵	۱۸/۵۳	۴۹/۷۷	۲/۹۸	۰/۳۲	۴/۹۵	۰/۱۷	۵/۸۸
زنجان	۹۴/۹۱	۲۷/۴۳	۴۰/۷۲	۴۰/۷۲	۴/۴۶	۰/۵۶	۳/۵۳	۰/۲۵	۴/۸۴
سمنان	۹۵/۲۷	۱۳/۶۹	۱۲/۵۸	۶۴/۹۴	۶/۱۲	۰/۳۹	۲/۲۹	۰/۰۰	۴/۶۶
سیستان و بلوچستان	۹۶/۲۵	۲۴/۷۹	۴۹/۰۱	۲۱/۶۰	۲/۲۷	۱/۹۸	۱/۹۸	۰/۶۹	۳/۰۷
فارس	۹۴/۹۲	۲۰/۹۲	۳۱/۲۹	۳۸/۵۲	۲/۵۱	۱/۰۲	۵/۷۴	۰/۳۱	۴/۷۴
قزوین	۹۲/۷۲	۱۷/۲۷	۱۶/۸۳	۶۰/۹۲	۳/۸۴	۰/۷۰	۰/۴۵	۰/۳۲	۶/۹۳
قم	۸۴/۲۳	۳۵/۱۹	۶/۱۴	۵۰/۷۹	۳/۳۱	۱/۵۰	۳/۰۷	۰/۴۴	۱۵/۳۵
کردستان	۹۲/۹۱	۳۱/۵۹	۳۱/۰۳	۳۰/۲۶	۴/۲۲	۱/۴۴	۱/۴۶	۰/۵۴	۶/۵۶
کرمان	۸۹/۹۶	۱۴/۱۵	۴۲/۹۲	۳۳/۰۷	۲/۵۵	۱/۳۰	۶/۰۰	۰/۲۶	۹/۷۶
کرمانشاه	۹۳/۸۸	۱۶/۰۹	۳۷/۷۱	۳۳/۲۵	۷/۲۱	۳/۱۵	۱۲/۶۰	۰/۱۳	۶/۰۱
کهگیلویه و بویراحمد	۹۷/۰۶	۱۹/۰۶	۳۸/۰۶	۳۴/۰۴	۵/۳۷	۰/۶۶	۲/۸۱	۰/۱۴	۲/۵۶
گلستان	۹۳/۳۱	۱۶/۸۳	۳۵/۵۸	۴۰/۴۲	۴/۹۷	۰/۵۱	۱/۶۹	۰/۰۰	۶/۶۵
گیلان	۹۲/۵۴	۱۷/۴۴	۳۱/۵۹	۴۴/۳۵	۵/۱۸	۰/۴۹	۰/۹۵	۰/۵۳	۶/۹۲
لرستان	۹۳/۲۹	۱۸/۸۱	۳۹/۰۰	۳۵/۴۶	۳/۱۳	۲/۲۰	۱/۴۱	۰/۱۳	۶/۵۹
مازندران	۹۲/۳۵	۱۴/۷۴	۲۲/۴۱	۵۶/۴۴	۲/۶۳	۰/۰۹	۶/۶۸	۰/۱۷	۷/۴۷
مرکزی	۹۴/۴۹	۱۶/۵۴	۱۹/۸۸	۵۸/۴۵	۲/۱۵	۰/۶۰	۲/۳۷	۰/۰۹	۵/۴۱
هرمزگان	۹۵/۹۰	۱۶/۸۶	۴۳/۵۹	۳۶/۰۸	۱/۶۵	۰/۸۸	۰/۹۴	۰/۸۱	۳/۳۴
همدان	۹۴/۸۵	۲۳/۹۸	۳۶/۶۰	۳۵/۳۶	۲/۶۴	۰/۵۴	۰/۸۷	۰/۱۸	۴/۹۹
یزد	۹۱/۱۰	۱۲/۸۱	۹/۶۷	۷۲/۸۷	۱/۹۸	۰/۰۰	۲/۶۸	۰/۳۲	۸/۵۷
کل کشور	۹۱/۲۷	۲۰/۱۸	۲۲/۸۲	۴۸/۱۸	۳/۹۰	۰/۷۲	۴/۲۱	۰/۴۰	۸/۳۳

۱ تعداد افراد تحت پوشش بیمه پایه به تفکیک انواع بیمه در هر صد نفر جمعیت تحت پوشش بیمه پایه؛ **تعداد افراد تحت پوشش بیمه مکمل در هر صد نفر جمعیت تحت پوشش بیمه پایه منبع: مطالعه بهره‌مندی، موسسه ملی تحقیقات سلامت، ۱۳۹۴.

بهره‌مندی از خدمات سلامت (نداشتن استطاعت مالی) برطرف می‌شود؛ منوط به آنکه روش‌های موثر و مقرون به صرفه‌ی تشخیصی و درمانی برای مهم‌ترین بیماری‌های مردم، تحت پوشش حمایت‌های بیمه‌ای قرار گیرد. مفهوم پوشش همگانی سلامت که در سالیان اخیر مورد توجه سازمان جهانی سلامت بوده است به این موضوع تاکید دارد که نظام‌های سلامت باید پوشش حداکثری خدمات سلامت را از سه جنبه حداکثر میزان جمعیت تحت پوشش، بیش‌ترین تعداد خدمت تحت پوشش و بیش‌ترین قیمت خدمات تحت پوشش تضمین نمایند. این مهم در برخی از

کشورها که از نظام بیمه‌ای سلامت برخوردار هستند به عهده سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد. گسترش بیمه همگانی از وظایف اصلی دولت‌ها است؛ به همین دلیل دولت‌ها موظف هستند به‌طور منظم پوشش بیمه‌ای جمعیت را بررسی نموده، مناطق و افرادی را که از پوشش بیمه‌ای مناسب برخوردار نیستند شناسایی و برای برطرف کردن موانع این پوشش اقدام نمایند (۱۶). ضمن این‌که لازم است در محاسبات مربوط به پوشش بیمه‌ای، موضوع پوشش بیمه‌ای مهاجرین و پناهندگان افغان که درصد قابل توجهی از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند، مد نظر قرار گیرد.

در کشورهایی مانند ایران، که دارای نظام بیمه سلامت می‌باشد، داشتن بیمه پایه با پوشش کامل جمعیتی و با بیش‌ترین تعداد خدمت تحت پوشش و بیش‌ترین قیمت تحت پوشش، نشانه حفاظت مالی مردم به‌خصوص طبقات محروم در مقابل هزینه‌های سلامت است. هر چه این پوشش بیش‌تر باشد وضعیت شاخص‌های عدالت در سلامت بهتر خواهد بود و هرچه این پوشش کم‌تر باشد نشانه عدم حفاظت مالی مردم در مقابل هزینه‌های سلامت و در حقیقت پرداخت از جیب بالاتر و حرکت در جهت مخالف عدالت در سلامت است. البته باید بدانیم که به‌دلیل کمبود منابع لازم برای تحقق پوشش همگانی سلامت، سازمان‌های بیمه‌گر پایه در کشور ما همواره در سالیان متمادی دچار مشکلات مالی زیادی بوده‌اند به نحوی که عملکرد مطلوب آنان را متاثر ساخته است.

به همین دلیل، بیمه‌های تکمیلی خصوصی و دولتی و نیمه دولتی متعددی در کشور شکل گرفته است تا بخشی از نقایص عملکرد سازمان‌های بیمه‌گر پایه را پوشش دهند. اما همین سازمان‌های بیمه تکمیلی، که عمدتاً نقش پوشش اضافی هزینه‌های خدمات ضروری در بسته بیمه پایه را به عهده دارند، به‌دلیل اینکه اشخاص به صورت انفرادی نمی‌توانند از این بیمه‌ها استفاده کنند و فقط کارمندان دولت و نهادها و سازمان‌ها و شرکت‌های دولتی و خصوصی می‌توانند مشمول این بیمه‌ها باشند، خود تبدیل به یک عامل بی‌عدالتی در کشور ما شده‌اند. داده‌های مربوط به درصد جمعیت تحت پوشش بیمه پایه در استان‌های کشور نشان می‌دهد که در استان کهگیلویه و بویراحمد بالاترین میزان پوشش بیمه پایه وجود دارد (۹۷/۰۶ درصد). بعد از آن استان‌های سیستان و بلوچستان، خراسان شمالی و خراسان جنوبی بالاترین پوشش بیمه‌ای را دارند (۹۶ درصد). پایین‌ترین پوشش بیمه پایه نیز مربوط به استان‌های

تهران و قم می‌باشد (۸۴ درصد). بعد از آن‌ها نیز، استان‌های خراسان رضوی، کرمان، بوشهر و اصفهان قرار دارند (۸۹ درصد). درصد پوشش بیمه مکمل در استان‌های مختلف متفاوت می‌باشد. بالاترین میزان پوشش بیمه مکمل در استان‌های تهران، اصفهان و سمنان (۳۱ درصد) و کم‌ترین پوشش بیمه مکمل سلامت در استان‌های سیستان و بلوچستان و کردستان (هفت درصد) و چهارمحال و بختیاری و همدان (هشت درصد) هستند (جدول ۲-۲)(۱۶).

همان‌گونه که مشاهده می‌شود هم در پوشش بیمه‌های پایه و هم تکمیلی، تفاوت زیادی بین استان‌های کشور وجود دارد که این تفاوت‌ها در خصوص پوشش استانی بیمه‌های تکمیلی محسوس‌تر است.

وضعیت عدالت در شاخص‌های دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت

سرمایه‌گذاری جهت ساخت، تجهیز و نگهداری منابع فیزیکی بخش سلامت به شکل متعادل با توزیع عادلانه در نقاط مختلف جغرافیایی در ارائه مراقبت‌های سلامت موثر ضروری می‌باشد. در این قسمت برخی از شاخص‌های مهم جهت بررسی وضعیت دسترسی به منابع و بهره‌مندی از خدمات سلامت به تفکیک تخت بیمارستانی، نیروهای انسانی در مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت و بهره‌مندی از خدمات بستری، سرپایی و مراقبت‌های اولیه سلامت ارائه می‌شود.

شاخص تخت‌های فعال بیمارستانی

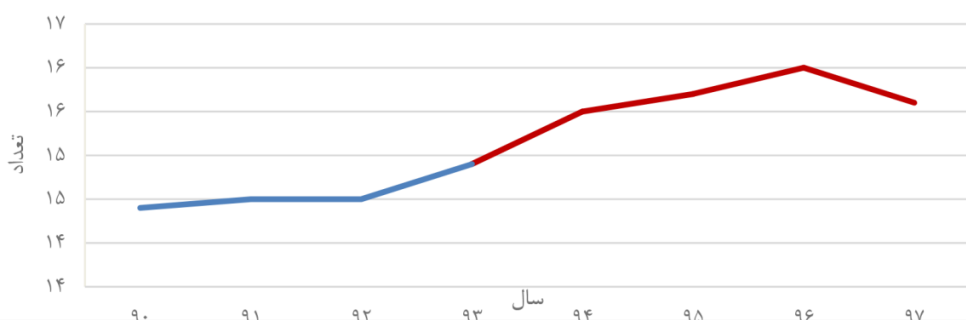
در سالیان اخیر و به دنبال اجرای طرح تحول سلامت، دولت هزینه‌های زیادی را در حوزه زیرساخت‌های نظام سلامت صرف کرده است که در نتیجه این هزینه‌های صرف شده، شاخص‌های این حوزه بهبود نسبی یافته‌اند. یکی از این شاخص‌ها، تعداد تخت‌های فعال بیمارستانی است که معمولاً به ازای ۱۰ هزار نفر جمعیت محاسبه می‌شود. منظور از تخت‌های فعال، تعداد تخت‌های قابل استفاده است که براساس استاندارد دارای امکانات تشخیصی، درمانی، پشتیبانی، خدماتی و پرسنلی بوده و آماده جهت بستری و مراقبت از بیمار می‌باشد.

پس از طرح تحول سلامت و در سال ۱۳۹۶ تعداد کل تخت‌های فعال ایران به ۱۲۹۶۰۴ رسید. مقایسه تعداد تخت‌های بیمارستانی ایران قبل و بعد از طرح تحول

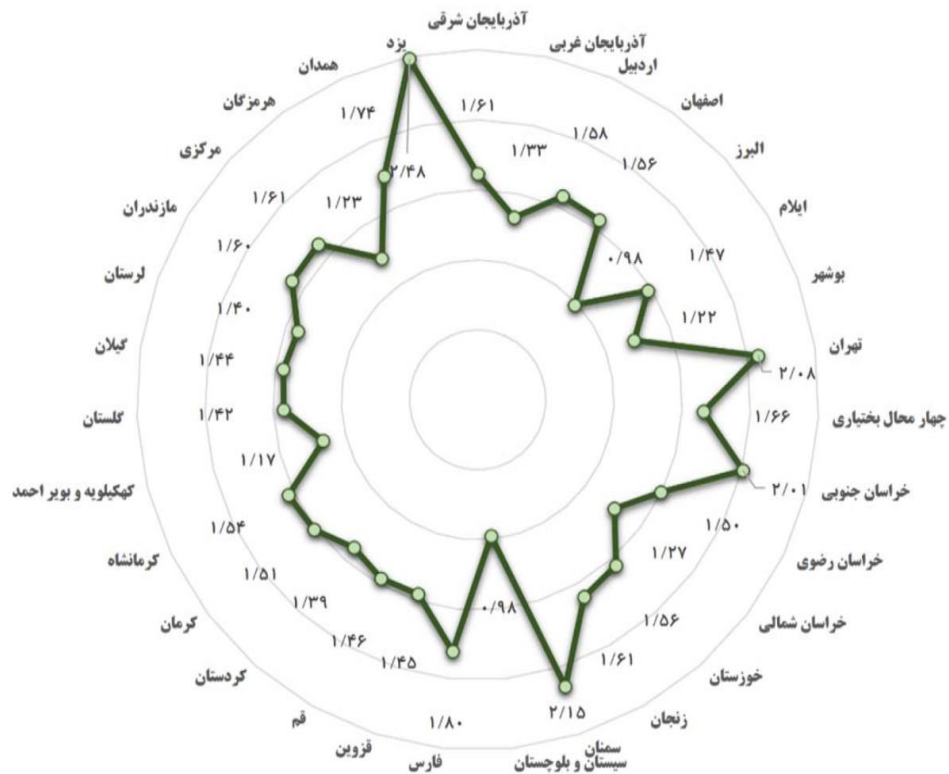
سلامت نشان می‌دهد که تعداد تخت‌های بیمارستانی از ۱۴/۵ به ازای ده هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۲ (یک سال پیش از آغاز طرح تحول سلامت) به ۱۸ به ازای ده هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۶ افزایش یافته است. لازم به ذکر است، براساس اطلاعات ارائه شده در سامانه آمار و اطلاعات بیمارستانی (آواب)، توزیع تخت‌های این سال‌ها بیش‌تر از مقدار گزارش شده بوده که تعدادی از آن‌ها جایگزین تخت‌های مستهلک قبلی شده و تعدادی به دلیل عدم جذب نیروی انسانی هنوز فعال نشده‌اند (نمودار ۲-۹).

مقایسه توزیع تخت‌های بیمارستانی در استان‌های مختلف در سال ۱۳۹۶ نشان می‌دهد سرانه تخت فعال به جمعیت در استان یزد بیش‌ترین (۲/۴۸) و در استان‌های سیستان بلوچستان و البرز کم‌ترین (۰/۹۸) میزان را داشته است. پس از استان یزد، به ترتیب استان سمنان (۲/۱۵) و استان تهران (۲/۰۸) بالاترین و استان‌های کهگیلویه و بویر احمد (۱/۱۷) و بوشهر (۱/۲۲) کم‌ترین سرانه تخت فعال به جمعیت را داشتند (نمودار ۲-۱۰).

این تفاوت‌های فاحش در سرانه تخت بیمارستانی خود نشان‌دهنده تفاوت در دسترسی به خدمات سلامت در کشور است که در حقیقت بستر ایجاد بی‌عدالتی در سلامت می‌باشد. البته باید توجه داشت مراکز درمانی و بیمارستان‌های مستقر در استان‌های بزرگ مانند تهران معمولاً پذیرای بیماران اعزامی از شهرستان‌ها و استان‌های کوچک می‌باشند و این موضوع باید در محاسبات لحاظ شود.



نمودار ۲-۹: تعداد تخت‌های بیمارستانی به ازای ۱۰ هزار نفر جمعیت (منبع: سامانه اطلاعات بیمارستانی؛ آواب)



نمودار ۲-۱۰؛ سرانه تخت فعال به جمعیت در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۶ (منبع: سامانه اطلاعات بیمارستانی؛ آواب)

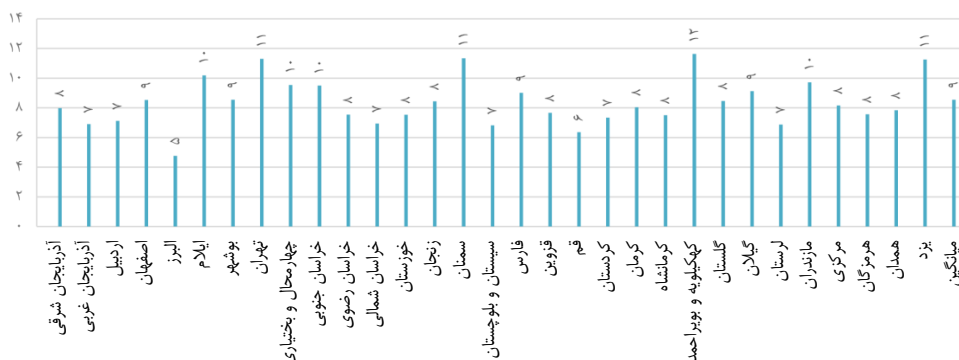
شاخص‌های نیروی انسانی بخش سلامت

طبق گزارش دیده‌بانی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، در سال ۱۳۹۴ به ازای هر ۱۲۰ نفر از جمعیت کشور، یک نیروی کار سلامت وجود داشته که از این میان حدود ۴۱ درصد از پزشکان عمومی، ۵۲ درصد از پزشکان متخصص و فوق تخصص، ۱۸ درصد از دندانپزشکان، ۲۶ درصد از داروسازان و ۸۸ درصد از پرستاران در بخش عمومی مشغول به کار بوده‌اند. از مجموع نیروی کار سلامت، ۵۲ درصد در بیمارستان‌ها، ۴۰ درصد در مراکز سرپایی و مابقی در ستادها یا دانشکده‌های مرتبط با حوزه سلامت کار می‌کردند. همچنین، توزیع گروه‌های مختلف شغلی بین بخش

عمومی و خصوصی در رشته‌های مختلف متفاوت است (گزارش دیده‌بانی نظام سلامت ج.ا.ا. ۱۳۹۴). نکته حائز اهمیت در خصوص نیروی انسانی سلامت عدم توازن در توزیع نیروی کار سلامت در استان‌ها و شهرستان‌های مختلف است. همین امر سبب شده است که در برخی از مناطق به دلیل کمبود نیروی انسانی سلامت، سایر کارکنان ساعات بیش‌تری صرف کار نمایند، به‌طوری‌که شاخص معادل تمام وقتی بسیاری از گروه‌های سلامت بیش از یک می‌باشد (۱۷).

توزیع نیروی کار سلامت در مناطق مختلف جغرافیایی کشور یکسان نیست و شاخص دسترسی به نیروی کار سلامت به نسبت جمعیت در استان‌های کشور و در رشته‌های مختلف متفاوت و تا حدودی نامتوازن است. به طور مثال در سال ۱۳۹۴ این شاخص به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت در استان کهگیلویه و بویر احمد بیش‌ترین میزان بوده است (۱۱/۶۳)؛ بعد از آن استان‌های تهران، سمنان و یزد قرار دارند (۱۱/۳). کم‌ترین میزان این شاخص در استان البرز می‌باشد (۴/۷۶)؛ همچنین استان‌های آذربایجان غربی، خراسان شمالی، قم، سیستان و بلوچستان جز استان‌هایی هستند که در آن‌ها تعداد نیروی انسانی بخش سلامت به هزار نفر جمعیت نسبت به سایر استان‌ها کم‌تر می‌باشد (نمودار ۲-۱۱)(۱۷).

تفاوت در سرانه نیروی انسانی سلامت می‌تواند باعث ایجاد تفاوت در دسترسی به خدمات سلامت شود. از طرف دیگر این تفاوت، کیفیت خدمات سلامت را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد که خود عامل تشدید نابرابری‌های سلامت می‌باشد.



نمودار ۲-۱۱: تعداد نیروی انسانی بخش سلامت به هزار نفر جمعیت در استان‌های مختلف ایران در سال ۱۳۹۴ (منبع: ۱۷)

مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت

ارائه خدمات سلامت در ایران به دو سطح کلی تقسیم می‌شود: سطح اول ارائه خدمت و سطوح بالاتر شامل سطح دوم و سوم. مراقبت‌های بهداشتی اولیه، که سطح اول ارائه خدمت در کشور را تشکیل می‌دهد با تشکیل گروه‌های سیار مبارزه با مالاریا، سل، آبله و ... در سال‌های پس از جنگ جهانی دوم آغاز شد. بعدها، طرح‌های «سپاه بهداشت» و «تربیت بهدار» اجرا شد. در اولین سال‌های پس از پیروزی انقلاب اسلامی، سیاست‌های اساسی بهداشت و درمان کشور تدوین شد. طی سال‌های ۱۳۶۱-۱۳۶۲، طرح اجرایی شبکه بهداشتی - درمانی کشور تهیه و در نهایت در سال ۱۳۶۳ برنامه اجرایی «گسترش شبکه بهداشتی - درمانی کشور» به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید. خط‌مشی‌های اصلی مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران عبارت بودند از:

- ❖ محوریت ارائه خدمات بهداشتی اولیه.
- ❖ اولویت مناطق محروم و روستاها بر مناطق برخوردار و شهرها.
- ❖ اولویت پیشگیری بر درمان.
- ❖ اولویت درمان سرپایی بر درمان بستری (۱۸).

خدمات قابل ارائه در سطح اول ارائه خدمت

در نظام سلامت کشور ما، خدمات مراقبت‌های اولیه کاملاً توسط دولت هدایت می‌شود، به این مفهوم که تا قبل از طرح تحول سلامت کاملاً دولتی بود و پس از آن، برای پوشش آحاد جامعه به خصوص در نواحی شهری و حاشیه شهرها، تا حدودی مشارکت بخش خصوصی جلب شده است. در نوع جدید ارائه خدمات مراقبت اولیه سلامت، براساس شاخص‌های معینی، عملکرد بخش خصوصی توسط ناظرین وزارت بهداشت مشخص و براساس سرانه تحقق پوشش و عملکرد، به آن‌ها پرداخت مالی صورت می‌گیرد. اما، در خدمات تخصصی نقش بخش خصوصی پررنگ‌تر است. به‌ویژه این‌که بخش خصوصی سلامت، ارائه عمده خدمات مربوط به بخش سرپایی را برعهده دارد و این موضوع در کلان شهرها نیز پررنگ‌تر است (۱۸).

خدمات قابل ارائه در سطح دوم و سوم ارائه خدمت

براساس ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو شامل خدمات پزشکی اورژانس، عمومی و تخصصی (سرپایی و بستری) که انجام و ارائه آن در نظام بیمه خدمات درمانی به عهده سازمان‌های بیمه‌گر، قرار می‌گیرد و لیست خدمات فوق تخصصی که مشمول بیمه‌های مضاعف (مکمل) می‌باشد؛ باید به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید شورای عالی بیمه به تصویب هیأت وزیران برسد. خدمات قابل ارائه در سطوح دوم و سوم یعنی خدمات تخصصی بستری عمدتاً در بیمارستان‌های کشور و درمانگاه‌های منتسب به آن‌ها ارائه می‌شوند (۱۸).

بیمارستان‌ها

بیمارستان‌ها؛ مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت در سطح دوم و سوم خدمات می‌باشند. بر اساس سامانه اطلاعات بیمارستان‌های کشور (آواب) در سال ۱۳۹۵، تعداد ۹۲۱ بیمارستان در کشور وجود دارد. بیش از ۵۵ درصد این بیمارستان‌ها از نظر مالکیت، وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌ها و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی هستند. بعد از بیمارستان‌های دانشگاهی، بخش خصوصی مالکیت تعداد زیادی از بیمارستان‌ها را در کشور دارا می‌باشد (۱۶/۷ درصد). سازمان تأمین اجتماعی و نیروهای مسلح کشور نیز به ترتیب ۸ درصد و ۵/۶ درصد از بیمارستان‌های کشور را به خود اختصاص داده‌اند (جدول ۲-۳).

توزیع بیمارستان‌ها در کشور، یکی از مصادیق نشان‌دهنده بی‌عدالتی در توزیع منابع می‌باشد، البته باید توجه داشت که این توزیع باید با لحاظ نمودن جمعیت هر استان و نیازمندی‌های موجود آن مقایسه و تحلیل شود. در بین استان‌های کشور، بیش‌ترین بیمارستان‌ها در استان تهران قرار گرفته‌اند (۱۶۳ بیمارستان). البته با توجه به این‌که بسیاری از بیمارستان‌های تک تخصصی که در سطح سوم سطح بندی خدمات (خدمات تخصصی)، در این استان به ارائه خدمت می‌پردازند و همچنین جمعیت بالای این استان، وجود این تعداد بیمارستان دور از ذهن نمی‌باشد. بعد از استان تهران، استان‌های فارس، اصفهان، خراسان رضوی و خوزستان بیش‌ترین تعداد بیمارستان‌ها را دارند (جدول ۲-۴). در هر حال به منظور قضاوت درست در خصوص

جدول ۲-۳؛ تعداد و مالکیت بیمارستان‌های کشور

ردیف	مالکیت بیمارستان‌ها	تعداد
۱	دانشگاه‌های علوم پزشکی (وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)	۵۶۸
۲	خصوصی	۱۵۴
۳	تأمین اجتماعی	۷۴
۴	نیروهای مسلح	۵۲
۵	خیریه	۳۰
۶	بنیاد شهید و امور ایثارگران	۱۱
۷	دانشگاه آزاد اسلامی	۱۰
۸	وزارت نفت	۹
۹	کمیته امداد امام خمینی (ره)	۲
۱۰	بانک‌ها	۱
۱۱	وزارت آموزش و پرورش	۱
۱۲	سایر	۱۲
	جمع	۹۲۱

* منبع: سامانه اطلاعات بیمارستان‌های کشور - سال ۱۳۹۵

دسترسی عادلانه به خدمات بیمارستانی، انجام مطالعات دقیق‌تر در خصوص توزیع بیمارستان‌ها در کشور ضروری به نظر می‌رسد.

بر اساس یافته‌های این مطالعه، در استان قزوین کم‌ترین تعداد بیمارستان دانشگاهی وجود دارد (هفت بیمارستان) و از نظر کل بیمارستان‌ها، استان‌های چهارمحال بختیاری و کهگیلویه و بویراحمد کم‌ترین تعداد بیمارستان‌ها را دارند (تعداد نه بیمارستان) (جدول ۲-۴).

لازم به ذکر است برای قضاوت در مورد دسترسی عادلانه به خدمات بیمارستانی، ترکیبی از شاخص‌ها مانند تعداد بیمارستان، تعداد تخت فعال به جمعیت، پراکندگی جمعیتی و جغرافیایی و وسعت استان‌ها باید مد نظر قرار گیرند.

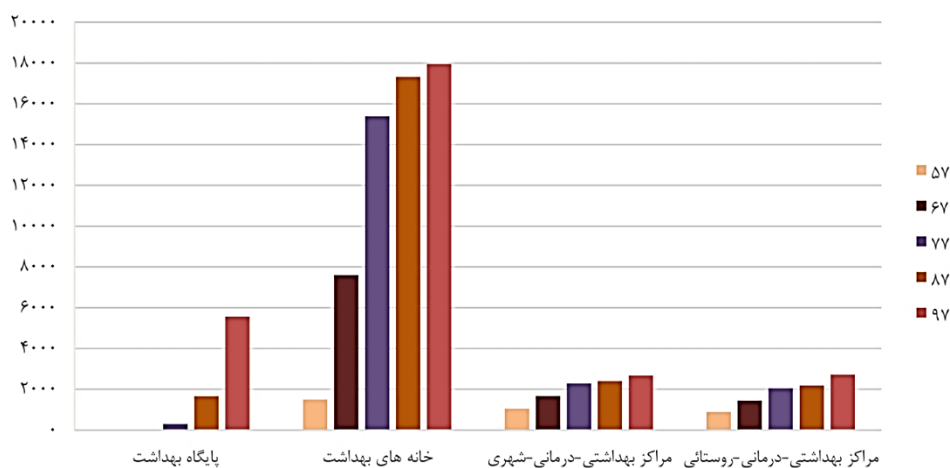
مراکز جامع خدمات سلامت

مراکز جامع خدمات سلامت که پیش از این با نام "مرکز بهداشتی درمانی (شهری/روستایی)" مطرح بودند، مراکزی هستند که خدمات بهداشتی اولیه در سطح شهرها و روستاها ارائه می‌دهند. آمار مقایسه‌ای نشان می‌دهد تعداد مراکز جامع خدمات

جدول ۲-۴؛ توزیع بیمارستان‌ها در استان‌های کشور

استان‌ها	کل بیمارستان‌ها	بیمارستان‌های دانشگاهی
آذربایجان شرقی	۴۴	۳۱
آذربایجان غربی	۳۱	۲۵
اردبیل	۱۵	۱۰
اصفهان	۶۲	۴۲
البرز	۱۶	۱۰
ایلام	۱۱	۹
بوشهر	۱۶	۹
تهران	۱۶۳	۵۱
چهارمحال بختیاری	۹	۸
خراسان جنوبی	۱۰	۸
خراسان رضوی	۵۶	۳۴
خراسان شمالی	۱۱	۹
خوزستان	۵۵	۳۱
زنجان	۱۳	۹
سمنان	۱۱	۹
سیستان و بلوچستان	۱۸	۱۶
فارس	۷۱	۵۰
قزوین	۱۴	۷
قم	۱۰	۶
کردستان	۱۶	۱۲
کرمان	۳۱	۱۹
کرمانشاه	۲۳	۱۷
کهگیلویه و بویر احمد	۹	۵
گلستان	۲۳	۱۵
گیلان	۳۴	۲۵
لرستان	۲۴	۱۴
مازندران	۴۳	۳۰
مرکزی	۱۹	۱۴
هرمزگان	۲۳	۱۶
همدان	۲۱	۱۵
یزد	۱۹	۱۲
جمع	۹۲۱	۵۶۸

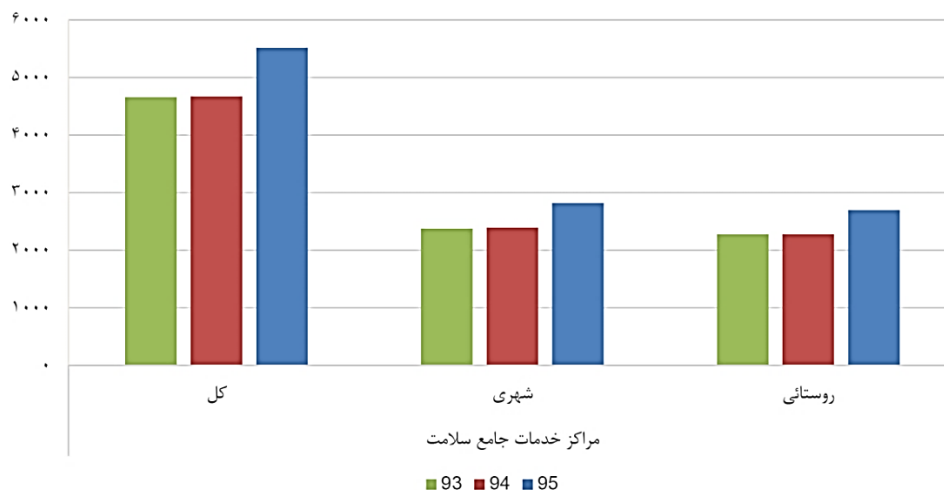
* منبع: سامانه اطلاعات بیمارستان‌های کشور - سال ۱۳۹۵



نمودار ۲-۱۲؛ تعداد مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت در سال‌های مختلف (منبع: ۱۷)

سلامت، شامل مراکز بهداشتی درمانی روستایی، مراکز بهداشتی درمانی شهری، پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت، طی ۴۰ سال گذشته افزایش چشم‌گیری هم در مناطق شهری و هم در مناطق روستایی داشته است، اگرچه توزیع آن‌ها در مناطق شهری بیش‌تر از مناطق روستایی بوده است. نمودار ۲-۱۲، افزایش دسترسی به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در مناطق روستایی را نشان می‌دهد. به‌طوری‌که دسترسی به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه در مناطق روستایی از زیر پنج درصد در سال ۱۳۵۷ به حدود ۹۸ درصد در سال ۱۳۹۷ رسیده است (۱۹).

مطالعه توزیع مراکز ارائه‌دهنده خدمات جامع سلامت در مناطق شهری و روستایی در سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۶ نشان می‌دهد خدمات مراقبت‌های اولیه به‌طور تقریباً همگن در مناطق شهری و روستایی ارائه می‌شود. در مناطق روستایی در قالب خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی و در مناطق شهری در قالب پایگاه‌های بهداشتی و مراکز خدمات جامع سلامت شهری. اگرچه این اختلاف در مورد مراکز خدمات جامع سلامت بسیار کم است (نمودار ۲-۱۳)(۱۹).



نمودار ۲-۱۳؛ تعداد مراکز خدمات جامع سلامت براساس محل سکونت در سال‌های ۱۳۹۳، ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ (منبع: ۱۸)

بهره‌مندی از خدمات سلامت

با توجه به اهمیت کاهش نابرابری در دریافت خدمات سلامت بین گروه‌های مختلف جامعه و لزوم برقراری دسترسی همگانی به خدمات سلامت، ارائه مناسب‌ترین خدمات با در نظر گرفتن شرایط و امکانات موجود در نظام سلامت حائز اهمیت است. از این رو شناخت عوامل تاثیرگذار بر استفاده افراد از خدمات سلامت ضروری است. در این قسمت به ارائه برخی از آمار و شاخص‌های مربوط به بهره‌مندی افراد از خدمات سلامت پرداخته شده است. لازم به ذکر است که بهره‌مندی از خدمات وقتی حاصل می‌شود که دسترسی جغرافیایی و فرهنگی و دسترسی مالی یا همان استطاعت مالی واقع شده باشد.

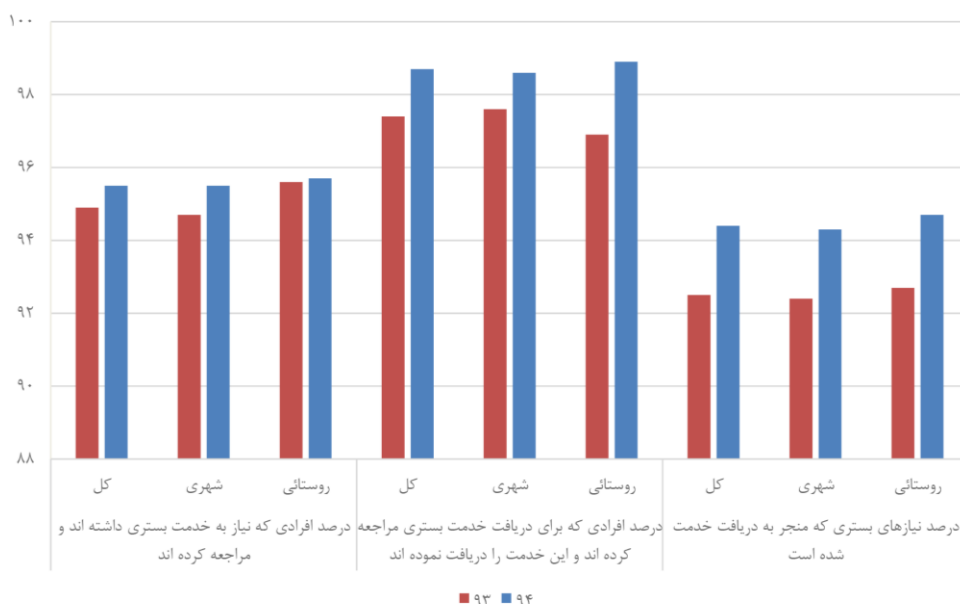
بهره‌مندی از خدمات بستری

در خصوص بهره‌مندی از خدمات سلامت، مطالعات محدودی در کشور وجود دارد. در این گزارش، آخرین مطالعه بهره‌مندی کشور مربوط به سال ۱۳۹۴ بوده است. لازم به ذکر است در طی دهه اخیر، بیش‌ترین بهره‌مندی از خدمات را به دلیل اجرای طرح

تحول سلامت و ایجاد فرصت استفاده از خدمات سلامت برای مردم در این طرح در سال‌های ۹۳ و ۹۴ و ۹۵ داشته‌ایم و قطعاً در سال‌های قبل و بعد از طرح تحول سلامت، میزان بهره‌مندی مردم از خدمات سلامت کم‌تر از سال‌های مذکور بوده است و آخرین مطالعه موجود بهره‌مندی مربوط به دوره طرح تحول سلامت می‌باشد که دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت در این دوران به میزان زیادی رشد داشته است.

بر طبق نتایج مطالعه ملی بهره‌مندی که مرکز آمار ایران به سفارش مؤسسه ملی تحقیقات سلامت انجام داده است، در سال ۱۳۹۴، به‌طور متوسط حدود ۹۵ درصد از افرادی که به خدمات بستری نیاز داشتند، برای دریافت خدمت خود مراجعه نموده‌اند، اما از میان افرادی که برای دریافت خدمات بستری مراجعه نموده‌اند، به‌طور میانگین حدود ۹۸ درصد خدمت را دریافت کرده و دو درصد نتوانسته‌اند بعد از مراجعه خدمت بستری را دریافت نمایند. بدین ترتیب، از کل نیازهای بستری تقریباً ۹۳ درصد آن‌ها منجر به دریافت خدمت شده است. مقایسه مناطق جغرافیایی نشان می‌دهد در سال ۱۳۹۳ در مناطق روستایی، درصد بیشتری از افرادی که به خدمات بستری نیاز داشتند برای دریافت این خدمت مراجعه کرده‌اند در حالی که درصد کم‌تری از افراد مراجعه‌کننده خدمت را دریافت نموده‌اند. اما در سال ۱۳۹۴ اختلاف چندانی بین مناطق شهری و روستایی وجود نداشت. در مجموع درصد دسترسی و بهره‌مندی افراد از خدمات بستری در سال ۱۳۹۴ نسبت به سال ۱۳۹۳ افزایش داشته است (نمودار ۲-۱۴)(۱۸،۱۹).

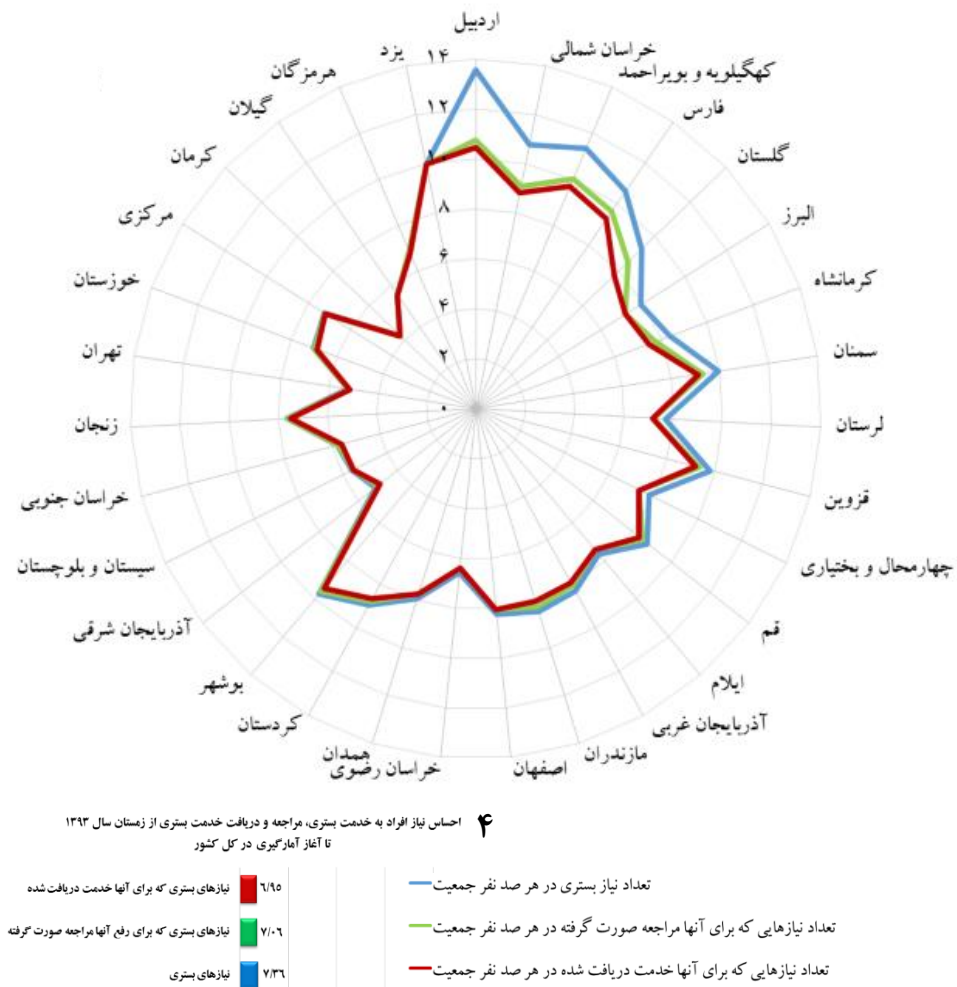
مقایسه احساس نیاز، اقدام برای دریافت خدمت و توفیق در دریافت خدمات بستری به تفکیک استان‌ها نشان می‌دهد که در بیش‌تر استان‌ها، نیاز به دریافت خدمات بستری با نیازهای بستری که برای آن‌ها خدمت دریافت شده مطابقت دارد. در استان‌های اردبیل، خراسان شمالی و کهگیلویه و بویر احمد بین نیازهای بستری و نیازهای برآورده شده فاصله بیش‌تری وجود دارد؛ به این معنا که بیش‌تر نیازهایی که برای دریافت خدمات بستری در استان‌های مختلف وجود داشت، برآورده شده است اما در استان‌های مذکور تفاوت بیش‌تری وجود داشته است. به‌طور میانگین در کشور ۷/۲۶ نفر در هر صد نفر جمعیت احساس نیاز به دریافت خدمات بستری داشته‌اند که از این میزان ۷/۰۶ نفر برای دریافت خدمات مورد نیاز به مراکز ارائه‌دهنده خدمات



نمودار ۲-۱۴؛ مقایسه درصد بهره‌مندی از خدمات بستری براساس محل سکونت در سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ (منبع: ۱۷)

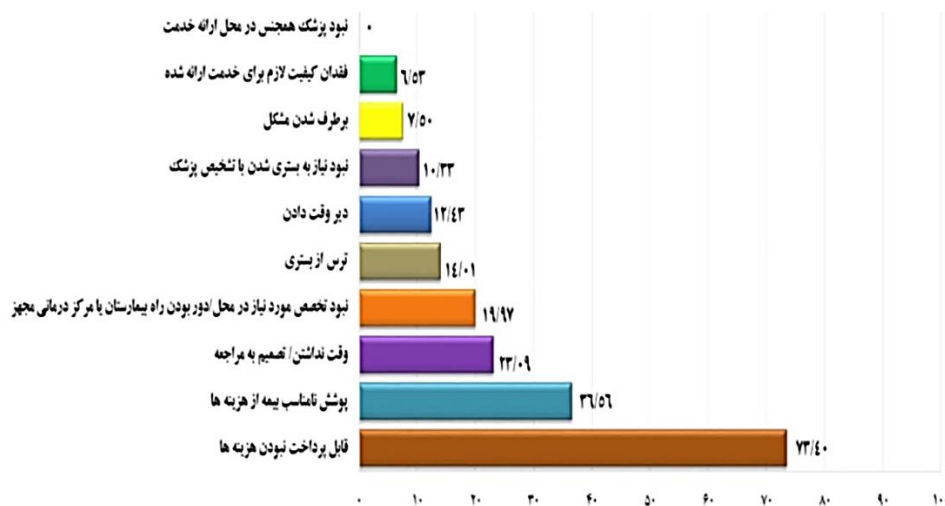
سلامت مراجعه کرده‌اند و در نهایت ۶/۹۵ نفر خدمات مورد نیاز خود را دریافت کرده‌اند (نمودار ۲-۱۵)(۱۶).

در ادامه به بررسی فراوانی افراد بر حسب دلایل ذکر شده برای عدم مراجعه جهت دریافت خدمات بستری در هر ۱۰۰ نفری که احساس نیاز به خدمات بستری داشته‌اند اما برای بستری شدن اقدام نکرده‌اند، می‌پردازیم. بر اساس مطالعه بهره‌مندی موسسه ملی تحقیقات سلامت در سال ۱۳۹۴، قابل پرداخت نبودن هزینه‌ها، پوشش نامناسب بیمه‌ها از هزینه‌ها و وقت نداشتن برای مراجعه یا عدم تصمیم به مراجعه به ترتیب از مهم‌ترین دلایل عدم مراجعه جهت دریافت خدمت بستری علی‌رغم وجود احساس نیاز به خدمات بستری در کل کشور به شمار می‌رود. شایان ذکر است که این شاخص به دلیل کمی حجم نمونه، به تفکیک استانی قابل محاسبه نبود و این شاخص تنها برای کل کشور گزارش شده است (نمودار ۲-۱۶)(۱۶).



نمودار ۲-۱۵؛ مقایسه احساس نیاز، اقدام برای دریافت خدمت و توفیق در دریافت خدمات بستری

(منبع: مطالعه بهره‌مندی موسسه ملی تحقیقات سلامت، ۱۳۹۴)

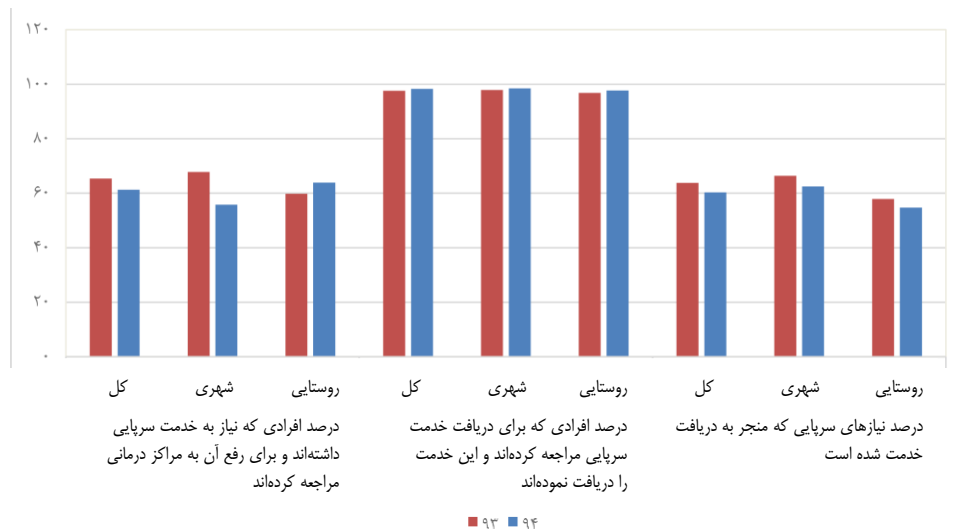


نمودار ۲-۱۶؛ دلایل ذکر شده برای عدم مراجعه جهت دریافت خدمات بستری علی‌رغم مراجعه جهت دریافت خدمت (درصد) (منبع: مطالعه بهره‌مندی موسسه ملی تحقیقات سلامت، ۱۳۹۴)

بهره‌مندی از خدمات سرپایی

خدمات سرپایی شامل آن دسته از خدمات بهداشتی-درمانی است که به‌وسیله ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به افرادی که برای بستری پذیرش نشده‌اند، ارائه می‌شود. مراکز ارائه‌دهنده خدمات سرپایی شامل مراکز بهداشتی-درمانی، مطب‌ها، پلی‌کلینیک‌ها، واحدهای سرپایی بیمارستان‌ها، بخش اورژانس بیمارستان‌ها، کلینیک‌های بهداشتی-درمانی در صنایع مختلف مثل مدارس، کارخانجات و غیره می‌باشد.

بر اساس مطالعه بهره‌مندی سال ۱۳۹۴، در سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ به‌طور میانگین حدود ۶۳ درصد از افرادی که به خدمات سرپایی نیاز داشتند برای دریافت آن مراجعه کرده‌اند که از این میان ۹۸ درصد از افراد، این خدمات را دریافت نمودند. به این ترتیب، تنها حدود ۶۳ درصد از نیازهای سرپایی منجر به دریافت خدمت شده است. مقایسه آمار برحسب مناطق جغرافیایی نشان می‌دهد در سال ۱۳۹۳ ۱۳ درصد کم‌تری از افراد روستایی با نیاز به دریافت خدمات سرپایی به مراکز درمانی مراجعه نموده‌اند، این درحالی است که آمار مذکور در سال ۱۳۹۴ در مناطق روستایی بیش‌تر

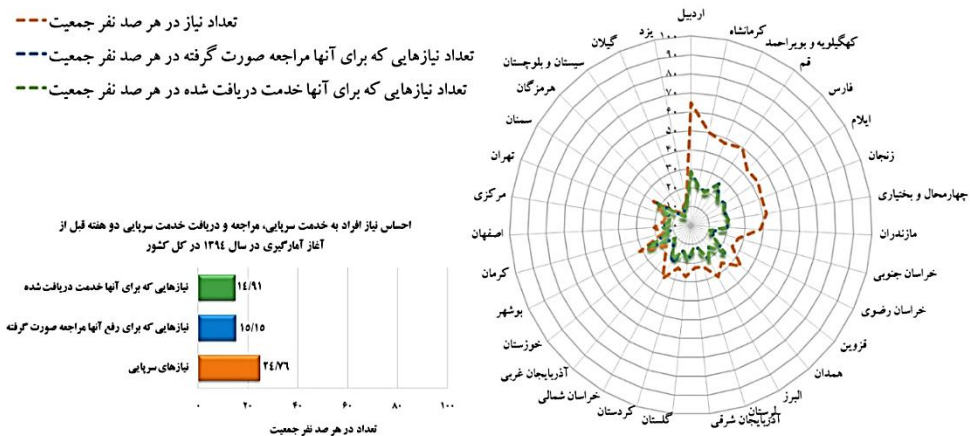


نمودار ۲-۱۷؛ مقایسه درصد بهره‌مندی از خدمات سرپایی براساس محل سکونت در سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ (منبع: ۱۸)

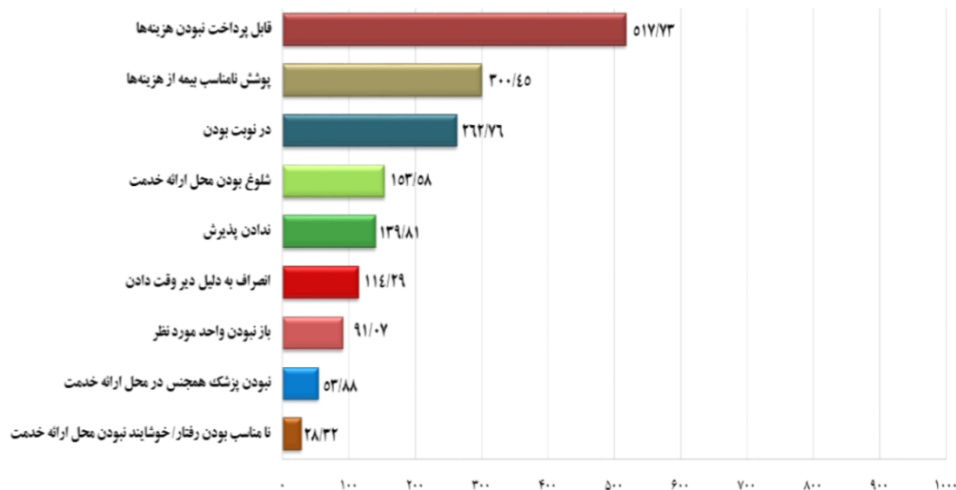
از مناطق شهری بوده است. اما در نهایت در هر دو سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴، درصد کم‌تری از نیازهای سرپایی افراد ساکن در مناطق روستایی منجر به دریافت خدمت شده است. مقایسه کلی این دو سال حاکی از کاهش اندکی در بهره‌مندی از خدمات سرپایی در سال ۱۳۹۴ نسبت به سال ۱۳۹۳ است (نمودار ۲-۱۷) (۱۸، ۱۹).

مقایسه احساس نیاز، اقدام برای دریافت خدمت و توفیق در دریافت خدمات سرپایی به تفکیک استان‌های کشور نشان می‌دهد که، نیاز به دریافت خدمات سرپایی در هر صد نفر جمعیت در استان اردبیل بیش‌تر از سایر استان‌ها بوده است و به تبع آن بیش‌ترین فاصله بین احساس نیاز و نیازهایی که برای آن‌ها خدمت دریافت شده بود، وجود دارد. کم‌ترین فاصله بین احساس نیاز و نیازهای پاسخ داده شده یا همان بهره‌مندی نیز در استان یزد وجود دارد (نمودار ۲-۱۸) (۱۶).

مهم‌ترین دلایل ذکر شده جهت عدم دریافت خدمت سرپایی علی‌رغم مراجعه جهت دریافت خدمت در کل کشور، قابل پرداخت نبودن هزینه‌های خدمات، پوشش نامناسب بیمه از هزینه‌ها و در نوبت بودن به شمار می‌رود. شایان ذکر است که این شاخص به دلیل کمی حجم نمونه، به تفکیک استانی قابل محاسبه نبود و این شاخص تنها برای کل کشور گزارش شده است (نمودار ۲-۱۹) (۱۶).



نمودار ۲-۱۸؛ مقایسه احساس نیاز، اقدام برای دریافت خدمت و توفیق در دریافت خدمات سرپایی (منبع: مطالعه بهره‌مندی موسسه ملی تحقیقات سلامت، ۱۳۹۴)



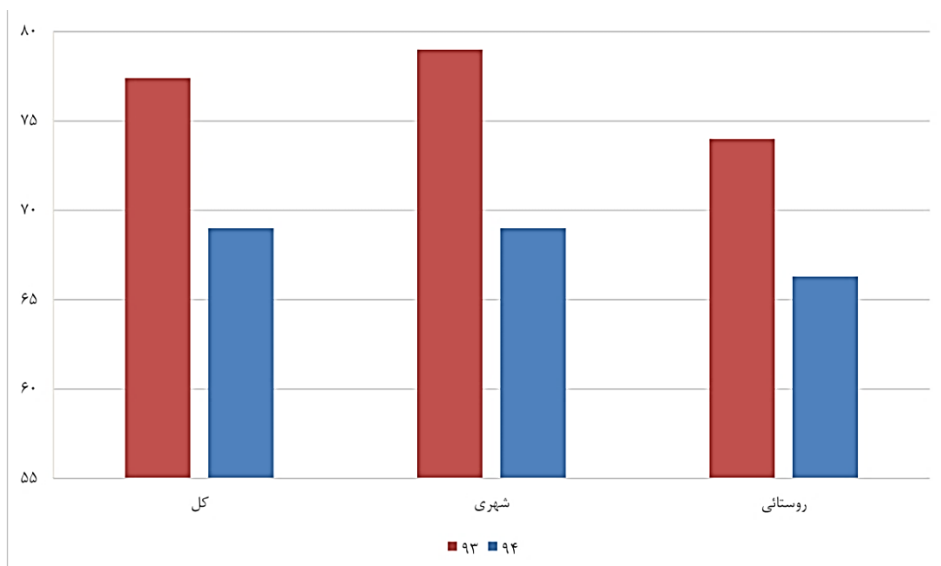
نمودار ۲-۱۹؛ دلایل ذکر شده جهت عدم دریافت خدمت سرپایی علی‌رغم مراجعه جهت دریافت خدمت (درصد) (منبع: مطالعه بهره‌مندی موسسه ملی تحقیقات سلامت، ۱۳۹۴)

بهره‌مندی از مراقبت‌های اولیه سلامت

مراقبت‌های اولیه سلامت، شامل کلیه خدماتی است که در سطح اول ارائه خدمت و در مراکز جامع خدمات سلامت ارائه می‌شوند، از جمله این خدمات می‌توان به واکسیناسیون و خدمات آموزش بهداشت اشاره نمود. بهره‌مندی از خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت در سال ۱۳۹۴ نسبت به سال ۱۳۹۳ کاهش را نشان می‌دهد، در حالی که در هر دو سال درصد کم‌تری از ساکنین مناطق روستایی در مقایسه با ساکنین مناطق شهری از این خدمات بهره‌مند شده‌اند، به نظر می‌رسد دلیل بهره‌مندی بیش‌تر مناطق شهری از خدمات مراقبت اولیه سلامت، دسترسی بیش‌تر ایشان به این نوع خدمات و بالاتر بودن سرانه تعداد مراکز جامع خدمات سلامت در مناطق شهری نسبت به مناطق روستایی باشد (نمودار ۲-۲۰) (۱۸، ۱۹).

عدالت در پیامدهای سلامت

گردآوری کامل و دقیق و محاسبه شاخص‌های مرتبط با پیامد سلامتی در ارزشیابی و برنامه‌ریزی مداخلات سلامتی عدالت محور نقش مهمی دارد. با بررسی فاکتورهای تاثیرگذار عدالت بر پیامدهای سلامت می‌توان سیاست‌گذاری صحیحی در جهت ارتقای عدالت در توزیع عادلانه منابع انجام داد. کلیه‌ی موضوعاتی که در زمینه‌ی امید به زندگی، مرگ و میرها، کیفیت زندگی، شیوع و بروز بیماری‌ها و اختلالات سلامت (اعم از روانی و جسمی) بحث می‌شوند در مقوله پیامدهای سلامت می‌گنجد. بر اساس داده‌های موجود، در این قسمت برخی از مهم‌ترین شاخص‌های مرتبط با پیامدهای سلامت که نتیجه تأثیر نهایی مداخلات، سیاست‌ها و برنامه‌ها هستند ارائه می‌شود.



نمودار ۲-۲۰؛ مقایسه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی براساس محل سکونت در سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ (منبع: ۱۸)

این شاخص‌ها شامل امید به زندگی در بدو تولد، امید به زندگی با سال‌های همراه با سلامتی، مرگ و میزان نوزادان، مرگ و میر کودکان زیر پنج سال، مرگ و میر مادران باردار، مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی، مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی، مرگ و میر ناشی از بیماری‌های روانی و مرگ و میر ناشی از چهار بیماری غیرواگیر (بیماری‌های قلبی - عروقی، سرطان، دیابت و بیماری‌های تنفسی مزمن) و درصد شیوع برخی از مهم‌ترین بیماری‌های غیرواگیر از جمله دیابت و فشارخون، می‌باشند. شناخت این متغیرها و تحلیل دقیق تغییرات آن‌ها می‌تواند در ارائه راهکارهای موثر برای کاهش بی‌عدالتی کمک‌کننده باشد.

امید به زندگی در بدو تولد

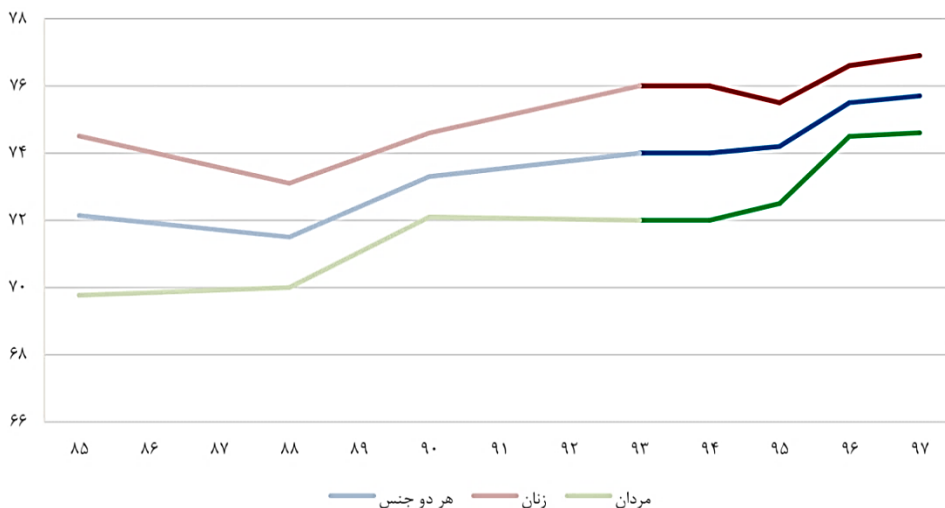
امید به زندگی در بدو تولد^۱ یکی از شاخص‌های آماری است که نشان می‌دهد هر فرد در جامعه چقدر می‌تواند توقع حیات داشته باشد. این شاخص ارتباط مستقیم با شاخص‌های سلامتی دارد. به طوری که با ارتقای شاخص‌های سلامتی در یک جامعه،

1. Life Expectancy at Birth

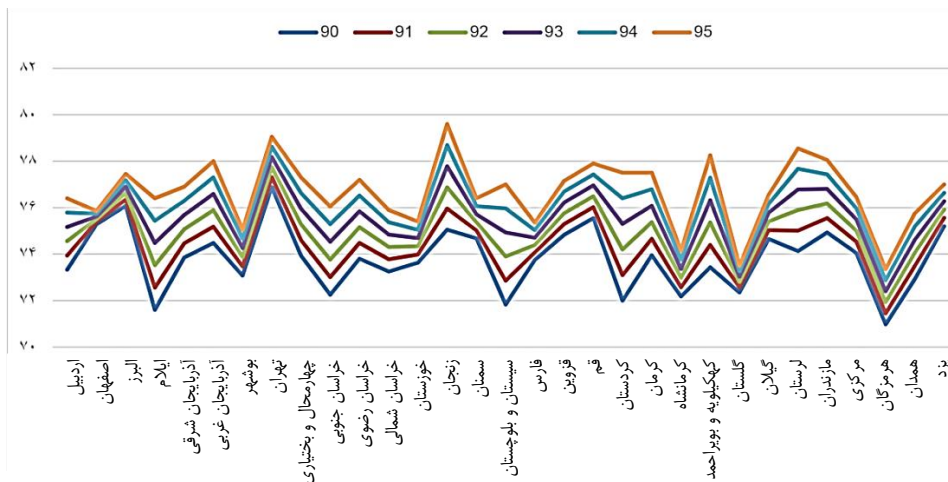
امید به زندگی در بدو تولد در آن جامعه نیز افزایش می‌یابد. از این‌رو، این شاخص به عنوان یکی از شاخص‌های توسعه‌یافتگی جوامع نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. امید به زندگی در بدو تولد عبارت است از متوسط سال‌هایی که در صورت ثابت بودن شرایط زندگی و مرگ و میر در یک جامعه انتظار می‌رود یک فرد در هر سن خاص، عمر کند.

روند شاخص کلیدی امید به زندگی در بدو تولد در کشور در ۱۳ سال گذشته به‌طور کلی روند صعودی را در هر دو جنس نشان می‌دهد. این شاخص در سال ۱۳۶۵ حدود ۵۸/۹ سال بود و در سال ۱۳۹۷ به حدود ۷۵/۷ سال رسید، با این حال دو دوره تنزل به‌خصوص در خانم‌ها در سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۹۵ قابل رؤیت است. کاهش این شاخص در سال ۱۳۸۸ تا حدی بوده که بر روی برآیند کلی امید به زندگی کشور نیز اثر کاهنده به جای گذاشته است (نمودار ۲-۲۱) (۲۰).

مقایسه امید به زندگی بدو تولد در استان‌های مختلف ایران نشان می‌دهد در سال ۱۳۹۰ کم‌ترین امید به زندگی در استان هرمزگان (۷۰/۹۸) و بیش‌ترین در استان تهران (۷۶/۸۸) بود؛ در حالی که در سال ۱۳۹۵ امید به زندگی در استان زنجان (۷۹/۶) بیش‌ترین مقدار و در استان هرمزگان (۷۳/۳۵) همچنان کم‌ترین مقدار را نشان

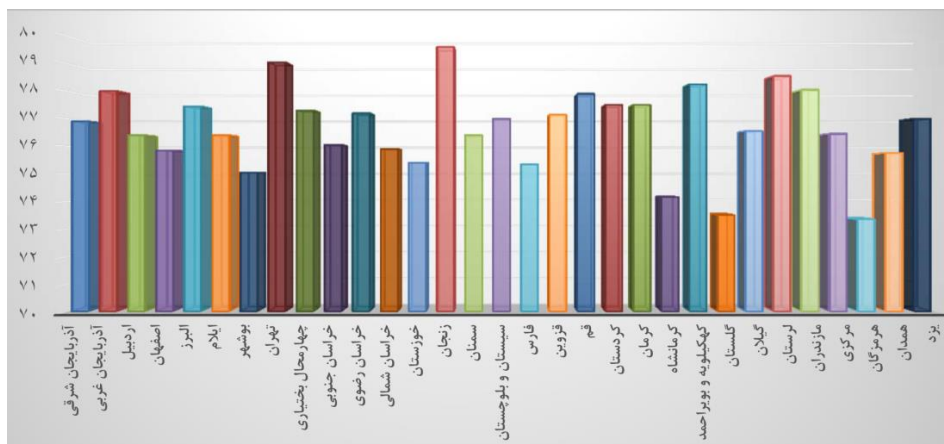


نمودار ۲-۲۱؛ امید به زندگی در بدو تولد طی سیزده سال گذشته (منبع: مرکز آمار ایران)



نمودار ۲-۲۲؛ امید به زندگی در بدو تولد به تفکیک استان در فاصله سال‌های ۱۳۹۰ الی ۱۳۹۵ (منبع: مرکز آمار ایران)

می‌دهد. به‌طور کلی، مقایسه امید به زندگی بدو تولد در استان‌های مختلف ایران بیش‌ترین امید به زندگی در سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۳ را در استان تهران و در سال‌های ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ را در استان زنجان نشان می‌دهد درحالی‌که استان هرمزگان همواره کم‌ترین امید به زندگی را داشته است (نمودارهای ۲-۲۲ و ۲-۲۳). البته استان‌های ایلام و سیستان و بلوچستان نیز بعد از هرمزگان کم‌ترین امید به زندگی را



نمودار ۲-۲۳؛ امید به زندگی در بدو تولد به تفکیک استان در سال ۱۳۹۵ (منبع: مرکز آمار ایران)

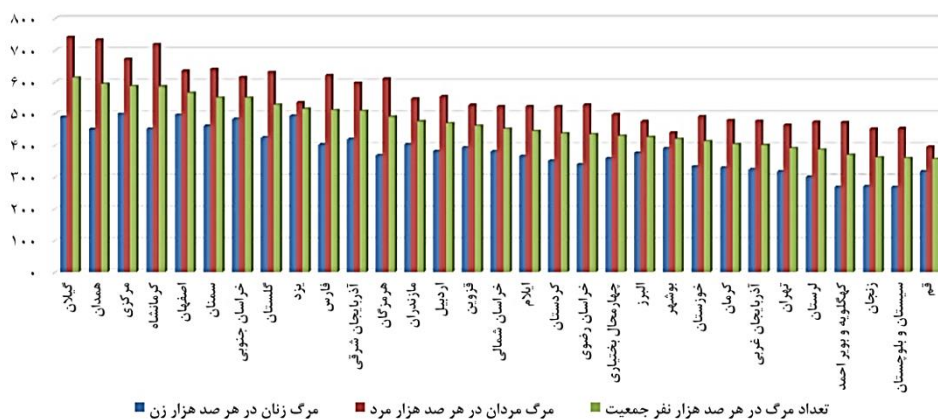
در این سال‌ها داشته‌اند. از آنجا این شاخص نشان از توسعه‌یافتگی دارد، می‌توان گفت به احتمال زیاد استان‌های ایلام، هرمزگان و سیستان و بلوچستان از محرومیت بیش‌تری نسبت به بقیه استان‌های کشور برخوردار هستند.

میزان مرگ و میر در بین زنان و مردان (به تفکیک علت مرگ/ گروه‌های سنی)

مقایسه کلی تعداد مرگ در استان‌های مختلف حاکی از آن است که استان قم (۳۵۷/۵ مرگ در صد هزار نفر)، استان سیستان و بلوچستان (۳۶۰/۲ مرگ در صد هزار نفر) و استان زنجان (۳۶۲/۱ مرگ در صد هزار نفر) به ترتیب در رتبه‌های یک تا سه از نظر کم‌ترین میزان مرگ و میر در صد هزار نفر و استان مرکزی (۵۸۷/۵ مرگ در صد هزار نفر)، استان همدان (۵۹۳/۵ مرگ در صد هزار نفر) و استان گیلان (۶۱۴/۷ مرگ در صد هزار نفر) به ترتیب در رتبه‌های ۲۹ تا ۳۰ از نظر بیش‌ترین میزان مرگ و میر در صد هزار نفر قرار دارند. همچنین، مقایسه آمار مرگ و میر در استان‌های مختلف به تفکیک جنسیت نشان می‌دهد استان کهگیلویه و بویراحمد با ۲۶۸/۶ مرگ در صد هزار نفر دارای کم‌ترین میزان مرگ و میر در میان زنان و استان قم با ۳۹۵/۷ مرگ در صد هزار نفر دارای کم‌ترین میزان مرگ و میر در میان مردان هستند. علاوه بر این، بیش‌ترین میزان مرگ و میر در میان مردان در استان گیلان (۷۴۲/۱ مرگ در صد هزار نفر) و در میان زنان در استان مرکزی (۴۹۹/۸ مرگ در صد هزار نفر) گزارش شده است.

مقایسه داده‌ها در دو جنس نشان می‌دهد به‌طور کلی میزان مرگ و میر در مردان بیش‌تر از این میزان در زنان است (نمودار ۲-۲۴).

مقایسه آمار مرگ و میر در استان‌های مختلف حاکی از آن است که در میان زنان، استان زنجان با ۱۷ مورد مرگ در صد هزار نفر کم‌ترین و استان هرمزگان با ۶۹/۲ مورد مرگ در صد هزار نفر بیش‌ترین میزان مرگ ناشی از بیماری‌های واگیر، مادران، نوزادان و تغذیه‌ای را دارند. این در حالی است که در مردان، استان مازندران با ۲۹/۲ مرگ در صد هزار نفر کم‌ترین و استان هرمزگان با ۱۷۹/۶ مرگ در صد هزار نفر



نمودار ۲-۲۴؛ میزان مرگ و میر در هر صد هزار نفر جمعیت در استان‌های کشور (منبع: مطالعه نسباد ۲۰۱۵)

بیش‌ترین میزان مرگ ناشی از بیماری‌های واگیر، مادران، نوزادان و تغذیه‌ای را نشان می‌دهند. همان‌گونه که مشاهده می‌شود تفاوت چشم‌گیری در شاخص فوق در بین استان‌های مختلف کشور وجود دارد که نیازمند بررسی و رسیدگی می‌باشد.

در خصوص مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، آمار مقایسه‌ای استان‌های مختلف به تفکیک جنسیت حاکی از آن است که استان سیستان و بلوچستان کم‌ترین میزان مرگ در هر دو جنس را دارد (۱۸۹/۹ مرگ در صد هزار نفر در میان زنان و ۲۲۳/۲ مرگ در صد هزار نفر در میان مردان). همچنین، بیش‌ترین میزان مرگ ناشی از بیماری‌های غیرواگیر در میان مردان در استان گیلان (۵۷۹/۷ مرگ در صد هزار نفر) و در میان زنان در استان اصفهان (۴۴۲/۳ مرگ در صد هزار نفر) مشاهده می‌شود.

مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر وابستگی زیادی به سبک زندگی افراد دارد و ریسک فاکتورهای اصلی آن مانند تغذیه و فعالیت فیزیکی نامناسب و استعمال دخانیات و داشتن استرس، عمدتاً فردی می‌باشند.

استان تهران کم‌ترین میزان مرگ و میر ناشی از حوادث و سوانح در میان زنان (۱۴ مرگ در صد هزار نفر) و استان البرز کم‌ترین میزان مرگ و میر ناشی از حوادث و سوانح در میان مردان (۴۸/۲ مرگ در صد هزار نفر) را نشان می‌دهند. در حالی‌که

بیشترین میزان مرگ و میر ناشی از حوادث و سوانح در میان زنان در استان خراسان جنوبی (۶۷/۵ مرگ در صد هزار نفر) و در مردان در استان همدان (۱۵۷/۲ مرگ در صد هزار نفر) است (جدول ۲-۵).

شواهد فوق نشان می‌دهد در کلیه علل مرگ و میر شامل بیماری‌های واگیر، غیرواگیر و حوادث و سوانح، تفاوت‌های قابل توجهی در بین استان‌ها و نیز در بین زنان و مردان در کشور وجود دارد که نیازمند بررسی به منظور از بین بردن نابرابری‌های غیرمنصفانه می‌باشند.

مقایسه میزان مرگ و میر در استان‌های مختلف کشور به تفکیک زن و مرد نشان می‌دهد در میان زنان، استان زنجان دارای کمترین میزان مرگ و میر در همه گروه‌های سنی می‌باشد، در حالی که بیشترین میزان مرگ و میر در رده سنی ۵ تا ۱۴ سال در استان هرمزگان (۴۵/۸ مرگ در صد هزار نفر)، در رده سنی ۱۵ تا ۴۹ سال در استان کرمانشاه (۱۳۲/۹ مرگ در صد هزار نفر)، در رده سنی ۵۰ تا ۶۹ سال در استان گلستان (۹۴۴/۸ مرگ در صد هزار نفر) و در رده سنی بالای ۷۰ سال در استان اصفهان قابل مشاهده است. همچنین، در میان مردان کمترین میزان مرگ و میر در استان قم در رده سنی ۵ تا ۱۴ سال (۲۷/۴ مرگ در صد هزار نفر) و ۱۵ تا ۴۹ سال (۱۲۱/۸ مرگ در صد هزار نفر)، در استان کهگیلویه و بویراحمد در رده سنی ۵۰ تا ۶۹ سال (۶۶۶/۱ مرگ در صد هزار نفر) و در استان تهران در رده سنی بالای ۷۰ سال (۴۵۹۰ مرگ در صد هزار نفر) گزارش شده است. این در حالی است که استان هرمزگان با ۷۴/۸ مرگ در صد هزار نفر در رده سنی پنج تا ۱۴ سال، استان کرمانشاه با ۳۶۸/۱ مرگ در صد هزار نفر در رده سنی ۱۵ تا ۴۹ سال، استان گلستان با ۱۵۲۷/۶ مرگ در صد هزار نفر در رده سنی ۵۰ تا ۶۹ سال، و استان اصفهان با ۸۳۳۵/۴ مرگ در صد هزار نفر در رده سنی بالای ۷۰ سال، بیشترین میزان مرگ و میر در میان آقایان را دارند (جدول ۲-۶).

مقایسه آمارهای مرگ و میر در رده‌های سنی مختلف نیز تفاوت‌های جغرافیایی مهمی را نشان می‌دهد که به مداخلات جدی توسط حاکمیت نیاز دارد.

جدول ۲-۵: میزان مرگ و میر در زنان و مردان به تفکیک علت مرگ در استان‌های کشور

استان	زن			مرد		
	بیماری‌های واگیر، مادران، نوزادان و تغذیه‌ای	بیماری‌های غیرواگیر	حوادث و سوانح	بیماری‌های واگیر، مادران، نوزادان و تغذیه‌ای	بیماری‌های غیرواگیر	حوادث و سوانح
آذربایجان شرقی	۲۶.۶	۳۶۴.۱	۲۹.۰	۴۱.۴	۴۵۷.۴	۹۸.۸
آذربایجان غربی	۲۳.۵	۲۷۳.۷	۲۷.۲	۳۴.۱	۳۵۳.۰	۹۰.۰
اردبیل	۲۰.۴	۳۲۲.۱	۴۰.۰	۳۸.۸	۴۲۱.۸	۹۴.۰
اصفهان	۲۵.۲	۴۴۲.۳	۲۸.۹	۶۰.۳	۴۷۵.۳	۹۹.۳
البرز	۲۸.۷	۳۳۰.۴	۱۸.۲	۷۲.۸	۳۵۵.۰	۴۸.۲
ایلام	۳۶.۵	۲۷۰.۹	۵۹.۰	۴۴.۹	۳۵۵.۲	۱۲۳.۶
بوشهر	۴۷.۳	۲۹۵.۱	۴۸.۸	۱۱۳.۵	۲۴۵.۵	۸۱.۲
تهران	۲۶.۹	۲۷۶.۹	۱۴.۰	۷۵.۵	۳۳۹.۰	۵۰.۲
چهارمحال بختیاری	۳۰.۰	۲۷۹.۹	۵۰.۴	۵۱.۷	۳۳۶.۳	۱۱۰.۲
خراسان جنوبی	۵۳.۸	۳۶۲.۳	۶۷.۵	۸۸.۴	۳۸۵.۹	۱۴۰.۷
خراسان رضوی	۲۸.۴	۲۸۸.۵	۲۴.۰	۶۱.۸	۳۶۵.۲	۱۰۱.۸
خراسان شمالی	۴۱.۹	۲۹۳.۹	۴۴.۹	۴۵.۲	۳۵۰.۰	۱۲۸.۴
خوزستان	۲۹.۲	۲۷۸.۴	۲۶.۰	۶۲.۹	۳۴۴.۶	۸۴.۱
زنجان	۱۷.۰	۲۲۷.۵	۲۶.۲	۳۱.۸	۳۳۱.۳	۸۹.۳
سمنان	۳۱.۷	۳۶۹.۹	۵۹.۶	۶۶.۳	۴۴۳.۶	۱۳۱.۵
سیستان و بلوچستان	۴۳.۳	۱۸۹.۹	۳۵.۷	۱۴۵.۶	۲۲۳.۲	۸۵.۰
فارس	۴۰.۰	۳۲۲.۰	۴۰.۵	۹۱.۶	۳۹۳.۱	۱۳۶.۱
قزوین	۲۴.۱	۳۳۳.۶	۳۶.۶	۵۲.۰	۳۷۹.۲	۹۵.۸
قم	۱۹.۸	۲۶۸.۲	۲۹.۹	۴۸.۳	۲۸۰.۴	۶۷.۰
کردستان	۲۵.۸	۲۹۰.۳	۳۵.۳	۳۶.۷	۳۸۱.۶	۱۰۴.۸
کرمان	۳۹.۸	۲۵۵.۵	۳۴.۲	۴۴.۸	۳۱۴.۶	۱۲۰.۳
کرمانشاه	۳۴.۶	۳۶۶.۲	۵۱.۱	۱۲۵.۸	۴۵۱.۴	۱۴۲.۴
کهگیلویه و بویراحمد	۲۸.۸	۱۹۱.۴	۴۸.۵	۴۰.۶	۳۱۷.۰	۱۱۵.۴
گلستان	۴۸.۷	۳۳۴.۸	۴۱.۲	۱۳۱.۶	۳۹۵.۲	۱۰۴.۸
گیلان	۳۱.۵	۴۲۷.۱	۳۱.۵	۵۶.۴	۵۷۹.۷	۱۰۶.۱
لرستان	۲۶.۸	۲۴۱.۱	۳۲.۲	۳۶.۱	۳۳۵.۶	۱۰۲.۳
مازندران	۳۴.۷	۳۴۳.۶	۲۵.۵	۲۹.۲	۴۱۶.۶	۱۰۱.۸
مرکزی	۳۵.۵	۴۱۵.۳	۴۹.۰	۶۵.۶	۴۷۱.۸	۱۳۵.۵
هرمزگان	۶۹.۲	۲۵۰.۱	۴۹.۴	۱۷۹.۶	۳۰۴.۱	۱۲۶.۶
همدان	۳۷.۶	۳۶۸.۸	۴۴.۸	۷۹.۵	۴۹۶.۸	۱۵۷.۲
یزد	۳۲.۰	۴۱۴.۴	۴۷.۶	۵۳.۳	۳۵۷.۹	۱۲۴.۱

* منبع: مطالعه ملی نسباد در سال ۲۰۱۵

جدول ۲-۶: میزان مرگ‌ومیر در زنان و مردان به تفکیک گروه‌های سنی در استان‌های کشور

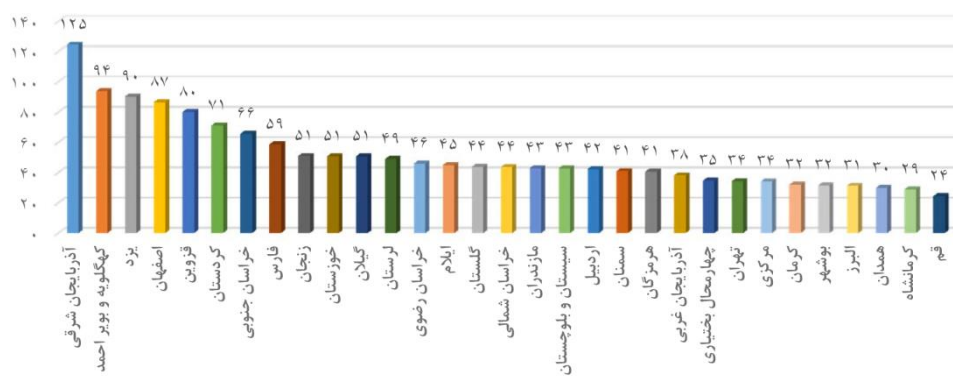
استان	زن				مرد			
	۱۴ تا ۱۵ سال	۱۵ تا ۱۹ سال	۲۰ تا ۲۹ سال	۳۰ تا ۳۹ سال	۱۴ تا ۱۵ سال	۱۵ تا ۱۹ سال	۲۰ تا ۲۹ سال	۳۰ تا ۳۹ سال
آذربایجان شرقی	۲۷.۷	۸۸.۲	۶۱۴.۶	۴,۶۲۳.۷	۳۸.۵	۱۹۵.۷	۱,۱۰۴.۶	۵,۸۷۲.۹
آذربایجان غربی	۲۶.۷	۷۹.۷	۵۴۹.۳	۳,۹۸۷.۴	۳۷.۵	۱۷۳.۳	۹۶۸.۶	۵,۶۵۵.۴
اردبیل	۲۲.۵	۷۰.۴	۵۵۲.۳	۵,۲۴۵.۷	۳۰.۶	۱۵۳.۶	۱,۰۶۶.۳	۶,۹۰۶.۷
اصفهان	۲۶.۱	۷۳.۱	۵۵۸.۱	۶,۹۲۹.۸	۴۵.۶	۱۹۹.۶	۱,۰۰۴.۶	۷,۱۴۰.۵
البرز	۲۱.۷	۷۴.۸	۶۴۰.۰	۶,۷۵۰.۲	۳۲.۱	۱۳۶.۰	۸۸۲.۴	۶,۶۴۵.۸
ایلام	۳۴.۳	۱۱۳.۲	۵۹۴.۲	۵,۸۲۸.۸	۴۳.۲	۲۱۲.۲	۹۵۵.۱	۵,۹۲۶.۸
بوشهر	۳۱.۰	۸۹.۳	۷۴۳.۱	۶,۱۳۲.۲	۴۵.۷	۲۰۰.۵	۱,۰۴۷.۶	۷,۲۰۰.۷
تهران	۲۰.۹	۶۷.۹	۴۶۵.۳	۳,۹۱۴.۴	۲۸.۹	۱۷۰.۸	۸۲۰.۲	۴,۵۹۰.۰
چهارمحال بختیاری	۲۸.۰	۶۵.۳	۵۶۵.۲	۵,۰۶۳.۲	۴۶.۸	۱۹۲.۲	۸۹۴.۶	۶,۰۲۷.۵
خراسان جنوبی	۳۷.۲	۱۰۳.۸	۶۷۱.۵	۵,۰۵۷.۰	۵۳.۲	۲۲۷.۸	۱,۰۲۶.۳	۵,۶۴۶.۱
خراسان رضوی	۲۴.۸	۵۹.۹	۵۶۲.۳	۴,۴۵۱.۳	۴۰.۶	۱۹۸.۷	۱,۱۳۳.۷	۵,۶۳۲.۵
خراسان شمالی	۲۶.۹	۹۴.۱	۷۰۴.۸	۵,۰۴۲.۰	۳۸.۵	۲۲۴.۳	۱,۰۴۳.۱	۵,۶۱۲.۷
خوزستان	۲۶.۹	۸۵.۵	۶۷۹.۶	۵,۴۷۷.۸	۴۲.۱	۲۰۵.۵	۱,۱۰۸.۳	۶,۴۴۹.۳
زنجان	۱۷.۱	۵۲.۷	۳۸۰.۲	۳,۶۵۱.۴	۲۸.۰	۱۸۱.۲	۷۴۸.۰	۴,۸۶۰.۳
سمنان	۲۹.۸	۸۵.۵	۶۸۴.۲	۵,۳۹۴.۳	۴۱.۹	۱۸۱.۳	۱,۱۷۵.۸	۷,۲۰۰.۴
سیستان و بلوچستان	۳۲.۴	۹۷.۷	۶۹۱.۷	۴,۲۸۰.۱	۵۳.۰	۲۴۵.۴	۱,۱۵۲.۲	۵,۶۸۹.۱
فارس	۳۳.۲	۱۱۴.۲	۵۹۹.۰	۴,۹۹۷.۸	۵۳.۴	۲۸۷.۱	۱,۰۶۹.۴	۶,۰۴۸.۱
قزوین	۲۸.۳	۸۳.۷	۵۹۲.۷	۵,۱۶۶.۱	۴۳.۲	۱۹۵.۳	۹۸۸.۷	۶,۱۱۶.۳
قم	۱۸.۱	۶۶.۹	۵۶۳.۰	۵,۴۴۷.۲	۲۷.۴	۱۲۱.۸	۹۲۶.۲	۵,۲۶۵.۵
کردستان	۲۵.۱	۸۸.۱	۵۱۴.۳	۴,۸۰۴.۲	۳۴.۲	۱۹۶.۰	۸۶۵.۰	۶,۰۶۴.۲
کرمان	۳۱.۸	۹۰.۵	۵۷۱.۰	۴,۷۳۴.۲	۴۹.۰	۲۲۵.۴	۹۱۰.۹	۵,۶۴۹.۳
کرمانشاه	۳۷.۷	۱۳۲.۹	۶۸۶.۷	۵,۵۴۱.۷	۵۴.۴	۳۶۸.۱	۱,۱۸۸.۷	۶,۷۵۳.۹
کهگیلویه و بویراحمد	۲۷.۹	۸۱.۷	۴۰۶.۸	۴,۱۵۱.۹	۴۰.۱	۱۸۰.۰	۶۶۶.۱	۵,۶۲۳.۲
گلستان	۳۴.۴	۱۱۷.۰	۹۴۴.۸	۶,۳۴۲.۶	۵۰.۵	۲۵۹.۸	۱,۵۲۷.۶	۸,۳۳۵.۴
گیلان	۲۴.۷	۸۳.۳	۶۵۵.۸	۴,۸۴۱.۲	۴۳.۱	۲۰۷.۰	۱,۰۹۹.۲	۶,۸۲۴.۲
لرستان	۲۱.۶	۷۸.۸	۴۶۵.۵	۳,۸۷۲.۸	۳۲.۸	۲۰۶.۲	۷۷۶.۷	۴,۸۰۵.۸
مازندران	۲۲.۳	۷۹.۷	۶۰۲.۸	۴,۵۸۲.۶	۳۲.۷	۱۷۳.۶	۱,۱۰۳.۸	۵,۱۵۵.۸
مرکزی	۳۲.۱	۹۵.۳	۶۳۰.۸	۵,۱۶۶.۲	۵۳.۳	۲۵۹.۴	۱,۰۷۲.۶	۶,۰۰۳.۱
هرمزگان	۴۵.۸	۱۱۰.۱	۷۶۱.۳	۵,۷۳۰.۷	۷۴.۸	۳۴۱.۴	۱,۲۴۸.۳	۷,۰۱۷.۲
همدان	۳۰.۴	۹۷.۲	۶۳۹.۱	۵,۰۱۰.۴	۴۵.۱	۳۱۵.۵	۱,۲۵۶.۰	۶,۴۱۸.۰
یزد	۲۴.۲	۷۷.۴	۶۰۶.۴	۵,۸۰۲.۰	۴۳.۸	۱۹۴.۹	۱,۰۲۹.۸	۵,۹۸۷.۳

* منبع: مطالعه ملی نسبیاد در سال ۲۰۱۵

میزان مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های واگیر، مادران، نوزادان و تغذیه‌ای

مقایسه مرگ و میر ناشی از بیماری‌های واگیر، مادران، نوزادان و تغذیه‌ای در استان‌های مختلف کشور نشان می‌دهد که بیش‌ترین تعداد مرگ در استان آذربایجان شرقی بوده است (۱۲۵ در هر صد هزار نفر جمعیت) و کم‌ترین میزان در استان قم و کرمانشاه به ترتیب ۲۵ و ۲۹ در هر صد هزار نفر جمعیت (نمودار ۲-۲۵).

مقایسه مرگ و میر ناشی از بیماری‌های واگیر، مادران، نوزادان و تغذیه‌ای در استان‌های مختلف کشور به تفکیک گروه‌های سنی نشان می‌دهد در گروه‌های سنی ۵ تا ۱۴ سال و در گروه‌های سنی ۵۰ تا ۶۹ سال استان زنجان (به ترتیب با ۲/۱ و ۲۳/۳ مرگ در صد هزار نفر) و در گروه‌های سنی ۱۵ تا ۴۹ سال و بالای ۷۰ سال استان آذربایجان غربی (به ترتیب با ۹/۷ و ۱۱۵ مرگ در صد هزار نفر) کم‌ترین میزان مرگ و میر را دارند. همچنین، بیش‌ترین میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های واگیر، مادران، نوزادان و تغذیه‌ای در هر سه گروه سنی ۵ تا ۱۴ سال، ۱۵ تا ۴۹ سال و ۵۰ تا ۶۹ سال در استان هرمزگان (به ترتیب ۱۸/۶ مورد، ۹۸/۹ مورد و ۲۱۵/۱ مورد مرگ در صد هزار نفر) مشاهده می‌شود، در حالی‌که در گروه سنی بالای ۷۰ سال، بیش‌ترین این میزان در استان البرز (۴۸۸/۲ مرگ در صد هزار نفر) است (جدول ۲-۷).



نمودار ۲-۲۵؛ میزان مرگ ناشی از بیماری‌های واگیر، مادران، نوزادان و تغذیه‌ای در استان‌های کشور (منبع: مطالعه ملی نسباد در سال ۲۰۱۵)

جدول ۲-۷؛ میزان مرگ ناشی از بیماری‌های واگیر، مادران، نوزادان و تغذیه‌ای به تفکیک گروه‌های سنی در استان‌های کشور

استان	۵ تا ۱۴ سال	۱۵ تا ۴۹ سال	۵۰ تا ۶۹ سال	بالای ۷۰ سال
آذربایجان شرقی	۳.۳	۱۳.۱	۴۲.۲	۱۶۳.۷
آذربایجان غربی	۳.۵	۹.۷	۲۷.۵	۱۱۵.۰
اردبیل	۲.۹	۱۲.۷	۴۲.۸	۱۶۵.۳
اصفهان	۴.۷	۱۷.۷	۵۷.۰	۲۷۵.۳
البرز	۵.۵	۱۸.۳	۷۶.۳	۴۸۸.۲
ایلام	۶.۳	۲۷.۴	۵۱.۳	۲۰۱.۶
بوشهر	۹.۳	۶۱.۱	۱۸۷.۱	۳۶۵.۵
تهران	۴.۹	۲۰.۱	۶۹.۱	۳۶۹.۴
چهارمحال بختیاری	۵.۶	۲۱.۸	۵۷.۷	۱۸۸.۳
خراسان جنوبی	۸.۵	۳۱.۴	۹۵.۵	۲۳۹.۰
خراسان رضوی	۴.۰	۱۳.۹	۷۱.۴	۲۱۸.۰
خراسان شمالی	۳.۶	۲۱.۸	۵۱.۶	۲۱۵.۹
خوزستان	۴.۶	۱۹.۷	۷۵.۲	۲۲۷.۰
زنجان	۲.۱	۱۱.۱	۲۳.۳	۱۴۱.۴
سمنان	۵.۰	۱۸.۸	۷۸.۹	۳۲۸.۱
سیستان و بلوچستان	۱۳.۴	۶۳.۵	۱۵۷.۶	۲۲۲.۲
فارس	۷.۰	۳۸.۷	۱۰۷.۶	۲۲۴.۶
قزوین	۵.۰	۱۸.۵	۵۶.۴	۲۰۲.۹
قم	۲.۸	۱۲.۴	۶۰.۰	۳۰۱.۹
کردستان	۲.۹	۱۲.۷	۲۶.۴	۱۴۶.۳
کرمان	۴.۴	۲۵.۳	۴۱.۲	۱۹۹.۵
کرمانشاه	۸.۷	۵۵.۷	۱۲۷.۱	۲۸۴.۴
کهگیلویه و بویراحمد	۴.۰	۱۸.۷	۳۳.۳	۱۷۱.۶
گلستان	۱۰.۱	۶۶.۰	۱۹۶.۰	۲۶۹.۱
گیلان	۴.۶	۳۰.۳	۶۳.۴	۱۲۶.۵
لرستان	۳.۳	۲۰.۲	۳۱.۰	۱۲۴.۱
مازندران	۲.۵	۲۵.۰	۳۷.۰	۱۳۴.۴
مرکزی	۵.۶	۲۴.۰	۷۲.۰	۲۳۳.۵
هرمزگان	۱۸.۶	۹۸.۹	۲۱۵.۱	۳۳۵.۸
همدان	۵.۴	۳۶.۹	۸۸.۸	۱۹۷.۹
یزد	۳.۶	۱۴.۵	۶۲.۵	۲۷۸.۶

* منبع: مطالعه ملی نسیب در سال ۲۰۱۵

در مورد این شاخص نیز توجه و بررسی بیش‌تری لازم است تا علل این تفاوت‌ها به‌خصوص در مورد آمارهای مربوط به استان‌هایی مانند استان هرمزگان مشخص شوند.

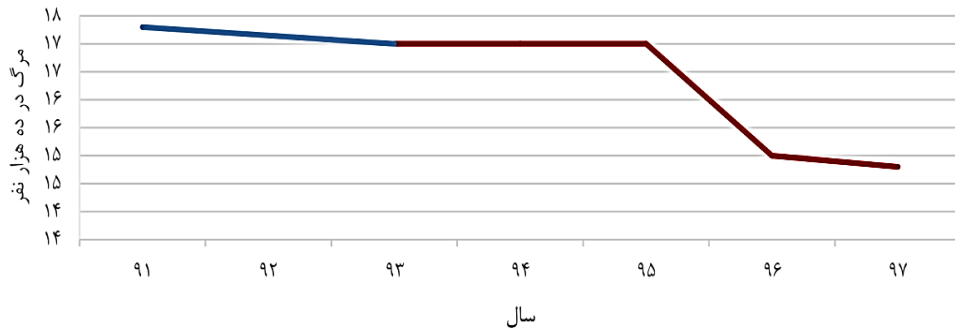
میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر

بیماری‌های غیرواگیر (NCD)^۱ به گونه‌ای از بیماری‌ها گفته می‌شود که به صورت مستقیم از یک فرد به فرد دیگر قابل انتقال نیست. برخی از بیماری‌های غیرواگیر مانند بیماری‌های قلبی - عروقی، بیماری‌های روانی و پارکینسون، بیماری‌های خودایمنی، سکته مغزی، سرطان‌ها، دیابت، بیماری‌های مزمن کلیوی، و پوکی استخوان در جامعه ما به شدت شایع می‌باشند. این بیماری‌ها اکثراً غیر عفونی هستند. بیماری‌های غیرواگیر عامل اصلی مرگ‌ومیر در سراسر جهان محسوب می‌شوند. در سال ۲۰۱۲، ۶۸ درصد آمار فوت در جهان به دلیل ابتلا به این بیماری‌ها بوده است (۳۸ میلیون نفر). از سال ۲۰۰۰ تا زمان ارائه این آمار بیماری‌های غیرواگیر رشدی معادل ۶۰ درصد داشته است. نیمی از این جمعیت سنی مرگ‌ها در جهان، زیر ۷۰ سال دارند. زنان نیز درصد قابل ملاحظه‌ای از مبتلایان را به خود اختصاص داده‌اند. با توجه به داده‌های موجود، در قسمت آخر به ارائه شاخص‌های مرتبط با پیامدهای سلامت در حوزه بیماری‌های غیرواگیر می‌پردازیم.

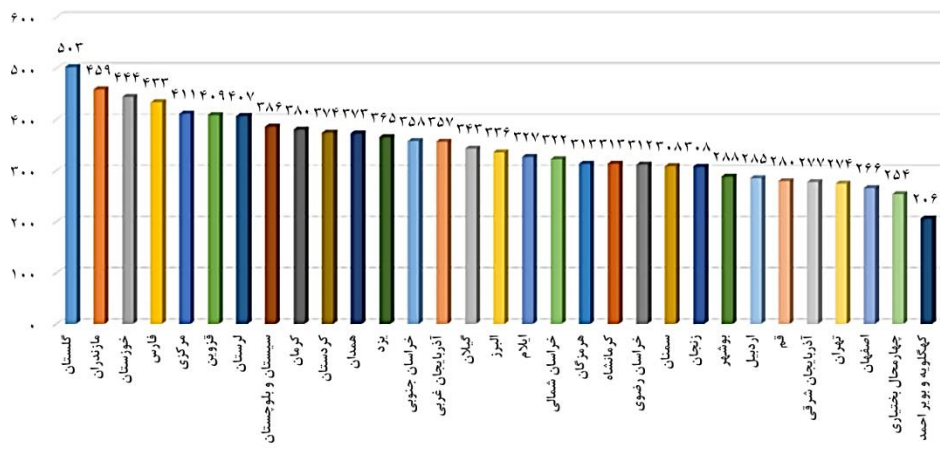
طبق آمار حاصل از اطلس شاخص‌های اساسی سلامت جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۹۸، مرگ و میر ناشی از چهار گروه اصلی بیماری‌های غیرواگیر قلبی - عروقی، سرطان، دیابت و بیماری‌های تنفسی مزمن در میان افراد ۳۰ تا ۷۰ سال از ۱۷/۳ مورد به ازای ۱۰ هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۱ به ۱۴/۸ مورد در سال ۱۳۹۷ کاهش داشته که روندی کاهشی را نشان می‌دهد. این کاهش به‌ویژه در سال ۱۳۹۶ بسیار حائز اهمیت می‌باشد (نمودار ۲-۲۶).

دامنه تغییرات میزان مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر بین استان‌های کشور در سال ۱۳۹۵، ۲۹۷ مورد مرگ می‌باشد که کم‌ترین آن در استان کهگلویه و بویراحمد (۲۰۶ مرگ در هر صد هزار نفر جمعیت) و بیش‌ترین آن در استان گلستان

1. Non-Communicable Disease (NCD)



نمودار ۲-۲۶؛ مرگ و میر افراد ۳۰ تا ۷۰ سال ناشی از چهار بیماری قلبی - عروقی، سرطان، دیابت و بیماری‌های تنفسی مزمن در ۱۰ هزار نفر جمعیت (منبع: اطلس شاخص‌های اساسی سلامت جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۹۸)



نمودار ۲-۲۷؛ میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر در استان‌های کشور (منبع: مطالعه ملی نسب‌در سال ۲۰۱۵)

می‌باشد (۵۰.۳ مرگ در هر صد هزار نفر جمعیت) (نمودار ۲-۲۷). این گونه تفاوت‌ها باید در مطالعات اختصاصی و به‌طور جداگانه بررسی و ریشه‌یابی گردند و علل غیرمنصفانه و قابل اجتناب آن‌ها برطرف شوند.

آمار مقایسه‌ای در استان‌های مختلف در سال ۱۳۹۵، حاکی از آن است که در هر سه گروه سنی ۵ تا ۱۴ سال، ۵۰ تا ۶۹ سال و بالای ۷۰ سال، استان تهران در رتبه اول و استان البرز در رتبه دوم از نظر کم‌ترین میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های

غیرواگیر هستند، تنها در گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ سال، استان البرز رتبه اول (۲۴/۱) مرگ در صد هزار) و استان تهران رتبه دوم (۲۷/۹ مرگ در صد هزار نفر) را دارند. همچنین، بیشترین میزان مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر در گروه سنی پنج تا ۱۴ سال در استان هرمزگان (۳۳۵/۸ مرگ در صد هزار نفر)، گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ سال در استان کرمانشاه (۹۱ مرگ در صد هزار نفر)، گروه سنی ۵۰ تا ۶۹ سال در استان سمنان (۲۰۶/۶ مرگ در صد هزار نفر) و گروه سنی بالای ۷۰ سال در استان ایلام (۶۴۳/۸ مرگ در صد هزار نفر) مشاهده می‌شود (جدول ۲-۸).

میزان مرگ‌ومیر ناشی از حوادث و سوانح ترافیکی

حادثه ترافیکی^۱ حادثه‌ای است که برای یک وسیله نقلیه موتوری متحرک به‌تنهایی و یا برای یک وسیله نقلیه موتوری متحرک با یک یا چند عامل دیگر مثل انسان، حیوان، اشیاء، سایر وسایل موتوری متحرک و غیره به وقوع می‌پیوندد و منجر به خسارت جانی یا مالی یا هر دو می‌شود. مرگ ناشی از حوادث ترافیکی نیز آن دسته از مرگ‌هایی را شامل می‌شود که در هنگام وقوع حادثه ترافیکی و یا تا ۳۰ روز بعد از آن در نتیجه شدت جراحات ناشی از حادثه به وقوع می‌پیوندد.

بر اساس آمارهای ثبت شده در پایگاه‌های اطلاعاتی بین‌المللی^۲ میانگین مرگ‌ومیر ناشی از حوادث و سوانح در کشور در سال ۱۳۹۵ حدود ۳۲ در هر صد هزار نفر جمعیت می‌باشد. بر اساس داده‌های گزارش شده از مطالعه نسبداد، بیشترین این میزان مربوط به استان کردستان (۱۰۴ در هر صد هزار نفر جمعیت) و کمترین آن در استان زنجان می‌باشد (۲۲ در هر صد هزار نفر جمعیت) (نمودار ۲-۲۸).

این تفاوت‌های قابل ملاحظه، توجه جدی مسئولان در بخش‌های مرتبط با حوادث و سوانح ترافیکی را می‌طلبد تا به بررسی علل وقوع حوادث به‌خصوص در مناطق با شیوع بیش‌تر بپردازند.

درخصوص مرگ‌ومیر ناشی از حوادث و سوانح در استان مختلف کشور، در گروه سنی ۵ تا ۱۴ سال، استان قم (۱۲/۸ مرگ در صد هزار نفر)، گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ سال، استان بوشهر (۵۲/۳ مرگ در صد هزار نفر)، گروه سنی ۵۰ تا ۶۹ سال،

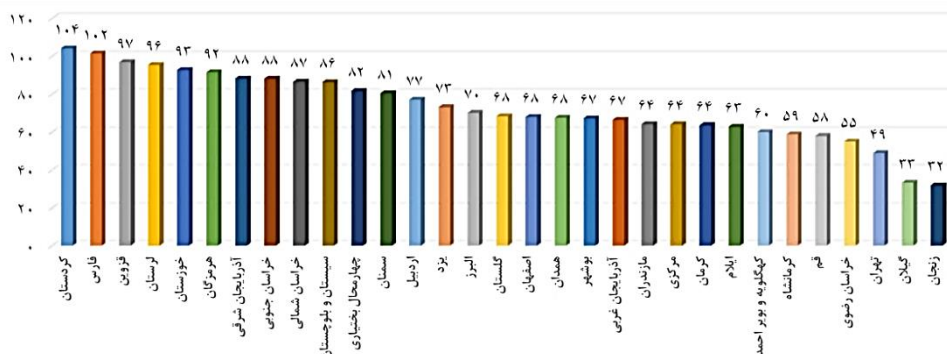
1. Road Traffic Mortality Rate (per 100,000 Population)

2. WHO Global Health Observatory

جدول ۲-۸؛ میزان مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر به تفکیک گروه‌های سنی در استان‌های کشور

استان	۵ تا ۱۴ سال	۱۵ تا ۴۹ سال	۵۰ تا ۶۹ سال	بالای ۷۰ سال
آذربایجان شرقی	۱۷.۷	۷۵.۸	۷۰۶.۵	۴,۸۳۲.۱
آذربایجان غربی	۱۶.۰	۶۷.۳	۶۲۷.۹	۴,۴۴۱.۰
اردبیل	۱۴.۵	۶۱.۰	۶۱۱.۸	۵,۵۲۱.۶
اصفهان	۱۸.۲	۶۹.۴	۶۲۵.۶	۶,۴۷۴.۹
البرز	۱۴.۶	۶۲.۹	۶۲۷.۸	۶,۰۴۶.۹
ایلام	۱۹.۴	۷۴.۶	۵۴۳.۱	۵,۰۳۷.۷
بوشهر	۱۷.۴	۵۲.۳	۵۷۱.۴	۵,۷۱۹.۶
تهران	۱۴.۰	۷۱.۱	۵۲۲.۱	۳,۷۸۵.۵
چهارمحال بختیاری	۱۷.۵	۵۷.۰	۵۰۶.۹	۴,۸۴۶.۴
خراسان جنوبی	۱۹.۱	۶۷.۱	۵۵۱.۷	۴,۶۰۴.۰
خراسان رضوی	۱۵.۷	۶۲.۶	۶۵۶.۷	۴,۵۴۳.۵
خراسان شمالی	۱۶.۲	۷۲.۳	۶۵۵.۴	۴,۶۷۴.۶
خوزستان	۱۷.۴	۷۴.۵	۷۲۶.۴	۵,۵۱۲.۳
زنجان	۱۳.۰	۵۹.۶	۴۳۹.۰	۳,۸۴۸.۶
سمنان	۱۷.۶	۶۳.۹	۶۴۳.۳	۵,۳۴۴.۰
سیستان و بلوچستان	۱۶.۰	۵۷.۷	۶۱۰.۸	۴,۳۶۵.۶
فارس	۱۸.۴	۷۹.۷	۵۹۷.۹	۴,۹۸۶.۵
قزوین	۱۸.۳	۷۱.۷	۶۱۶.۱	۵,۰۶۱.۵
قم	۱۲.۸	۵۳.۸	۵۶۶.۷	۴,۷۲۴.۲
کردستان	۱۵.۹	۷۱.۲	۵۵۶.۵	۴,۹۶۷.۳
کرمان	۱۸.۷	۶۴.۰	۵۶۸.۰	۴,۶۳۳.۲
کرمانشاه	۲۰.۶	۱۰۴.۵	۶۶۷.۹	۵,۴۸۹.۹
کهگیلویه و بویراحمد	۱۶.۲	۵۸.۲	۳۷۲.۶	۴,۱۵۷.۳
گلستان	۱۹.۳	۷۰.۷	۸۷۳.۶	۶,۵۴۰.۳
گیلان	۱۷.۹	۶۶.۴	۶۹۴.۶	۵,۴۰۵.۱
لرستان	۱۳.۵	۶۴.۱	۴۷۷.۱	۳,۹۵۶.۵
مازندران	۱۴.۹	۵۴.۴	۶۸۱.۲	۴,۵۱۰.۱
مرکزی	۲۰.۸	۸۴.۷	۶۲۸.۳	۴,۹۵۱.۰
هرمزگان	۲۳.۲	۶۱.۵	۵۹۶.۶	۵,۴۵۵.۷
همدان	۱۷.۸	۸۷.۷	۶۸۱.۸	۵,۱۱۷.۰
یزد	۱۷.۸	۶۲.۵	۵۸۰.۰	۵,۲۱۲.۶

* منبع: مطالعه ملی نسب‌در سال ۲۰۱۵



نمودار ۲-۲۸؛ میزان مرگ و میر ناشی از حوادث و سوانح در استان‌های کشور (منبع: مطالعه ملی نسباد در سال ۲۰۱۵)

استان کهگیلویه و بویراحمد (۳۷۲/۶ مرگ در صد هزار نفر) و گروه سنی بالای ۷۰ سال، استان تهران (۳۷۸۵/۵ مرگ در صد هزار نفر) کم‌ترین میزان را داشتند. در حالی که بیش‌ترین میزان مرگ و میر ناشی از حوادث و سوانح در گروه سنی ۵ تا ۱۴ سال در استان هرمزگان (۲۳/۲ مرگ در صد هزار نفر)، گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ سال در استان کرمانشاه (۱۰۴/۵ مرگ در صد هزار نفر)، گروه سنی ۵۰ تا ۶۹ سال و بالای ۷۰ سال در استان گلستان (به ترتیب ۸۷۳/۶ و ۶۵۴۰/۳ مرگ در صد هزار نفر) گزارش شده است (جدول ۲-۹).

میزان مرگ ناشی از سرطان برحسب شهرستان‌های کشور

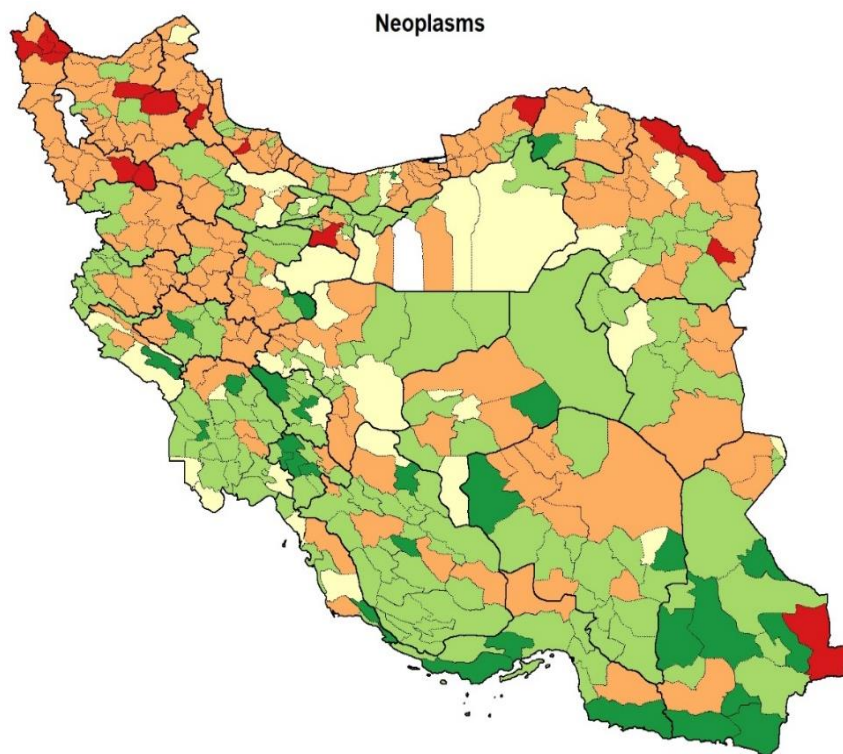
میزان مرگ ناشی از سرطان^۱ در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت برحسب شهرستان‌های کشور برای متوسط سه سال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۷ در تصویر ۲-۱ نشان داده شده است. با توجه به تصویر مذکور سه شهرستان جاسک (۱۲/۴۹)، قصر قند (۱۲/۷۰) و دلگان (۱۴/۶۱) کم‌ترین میزان مرگ ناشی از سرطان را به‌طور متوسط در ۳ سال داشته‌اند. همچنین سه شهرستان خاش (۲۸۳/۴۴)، سیب و سوران (۲۵۷/۹۹) و شادگان (۲۵۶/۵۷) بیش‌ترین میزان مرگ ناشی از سرطان را به‌طور متوسط در ۳ سال داشته‌اند. پراکندگی جغرافیایی میزان‌های مرگ ناشی از سرطان به‌صورت نقشه در تصویر ۲-۱ نشان داده شده است.

1. The Cancer Mortality Rate

جدول ۲-۹، میزان مرگ و میر ناشی از حوادث و سوانح به تفکیک گروه‌های سنی در استان‌های کشور

استان	۵ تا ۱۴ سال	۱۵ تا ۴۹ سال	۵۰ تا ۶۹ سال	بالای ۷۰ سال
آذربایجان شرقی	۱۲.۲	۵۳.۶	۱۰۰.۷	۲۲۸.۳
آذربایجان غربی	۱۲.۶	۵۰.۱	۹۳.۲	۲۰۴.۵
اردبیل	۹.۲	۳۹.۵	۱۴۲.۴	۳۷۷.۲
اصفهان	۱۳.۲	۴۹.۸	۹۵.۶	۲۸۱.۸
البرز	۶.۹	۲۴.۱	۵۵.۷	۱۶۱.۹
ایلام	۱۳.۳	۶۰.۸	۱۷۵.۶	۶۴۳.۸
بوشهر	۱۱.۷	۴۶.۲	۱۴۳.۷	۵۷۴.۹
تهران	۶.۱	۲۷.۹	۴۴.۶	۸۹.۱
چهارمحال بختیاری	۱۴.۴	۵۰.۸	۱۶۱.۸	۴۹۱.۱
خراسان جنوبی	۱۷.۷	۶۸.۵	۱۸۹.۸	۵۰۱.۷
خراسان رضوی	۱۳.۲	۵۲.۹	۱۰۷.۸	۲۴۰.۹
خراسان شمالی	۱۳.۰	۶۵.۴	۱۵۸.۶	۴۳۴.۴
خوزستان	۱۲.۶	۵۱.۰	۸۷.۰	۲۱۸.۰
زنجان	۷.۵	۴۷.۱	۹۳.۴	۲۶۴.۰
سمنان	۱۳.۵	۵۰.۸	۲۰۶.۶	۵۴۸.۶
سیستان و بلوچستان	۱۳.۵	۴۸.۲	۱۴۲.۶	۳۷۸.۹
فارس	۱۸.۱	۸۲.۲	۱۲۱.۵	۳۰۲.۲
قزوین	۱۲.۷	۵۰.۳	۱۱۲.۳	۳۵۲.۵
قم	۷.۲	۲۸.۷	۱۱۸.۴	۳۲۷.۸
کردستان	۱۰.۹	۵۸.۲	۱۰۳.۰	۳۲۰.۸
کرمان	۱۷.۵	۶۸.۷	۱۲۴.۰	۳۴۴.۸
کرمانشاه	۱۶.۹	۹۱.۰	۱۲۹.۲	۳۷۰.۲
کهگیلویه و بویراحمد	۱۴.۰	۵۲.۷	۱۳۱.۱	۶۴۳.۱
گلستان	۱۳.۱	۵۲.۳	۱۵۵.۸	۴۹۷.۶
گیلان	۱۱.۶	۴۸.۱	۱۰۹.۷	۲۵۷.۸
لرستان	۱۰.۶	۵۸.۱	۱۰۵.۵	۲۷۶.۱
مازندران	۱۰.۲	۴۷.۹	۱۲۳.۵	۲۱۲.۷
مرکزی	۱۶.۵	۷۰.۹	۱۴۲.۹	۳۸۳.۰
هرمزگان	۱۸.۸	۶۶.۱	۱۸۶.۴	۵۸۹.۹
همدان	۱۴.۷	۸۳.۹	۱۶۱.۰	۳۹۰.۴
یزد	۱۲.۸	۶۰.۹	۱۷۹.۷	۳۸۸.۶

* منبع: مطالعه ملی نسبیاد در سال ۲۰۱۵



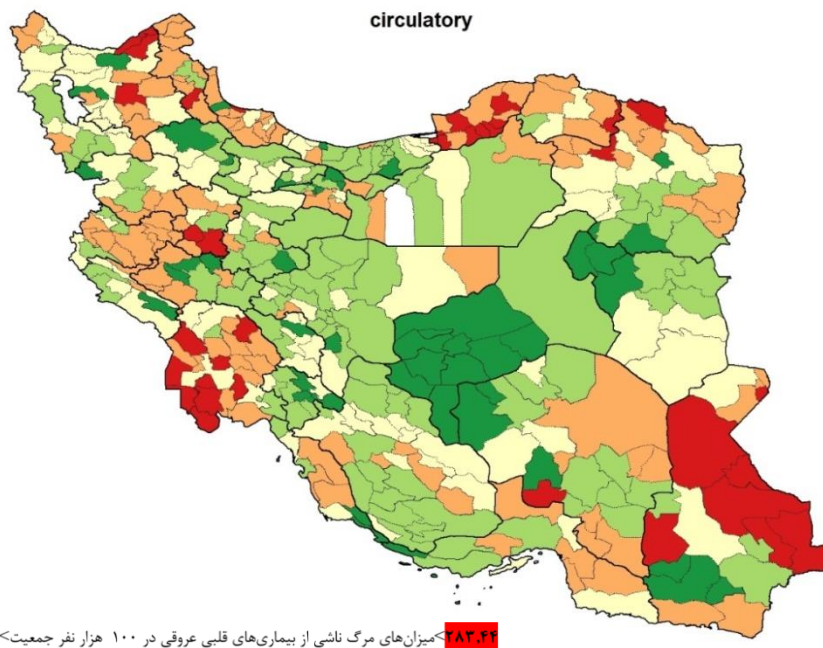
۲۸۳،۴۴ < میزان مرگ ناشی از سرطان در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت < ۱۲،۴۹

تصویر ۱-۲؛ پراکندگی جغرافیایی میزان‌های مرگ ناشی از سرطان به تفکیک شهرستان (منبع: مطالعه اکولوژیک: محاسبه شاخص‌های عدالت در سلامت بر مبنای شاخص‌های مرگ‌ومیر در سطوح شهرستانی؛ مرکز تحقیقات عدالت در سلامت)

میزان مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی برحسب شهرستان‌های کشور

میزان مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی^۱ در ۱۰۰ هزار نفر برحسب شهرستان‌های کشور برای متوسط سه سال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۷ در تصویر ۲-۲ نشان داده شده است. با توجه به تصویر سه شهرستان نیک شهر (۵۳/۹۳)، دوره (۵۹/۸۰) و انار (۶۱/۹۶) کم‌ترین میزان مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی را به‌طور متوسط در

1. The Cardiovascular Mortality Rate

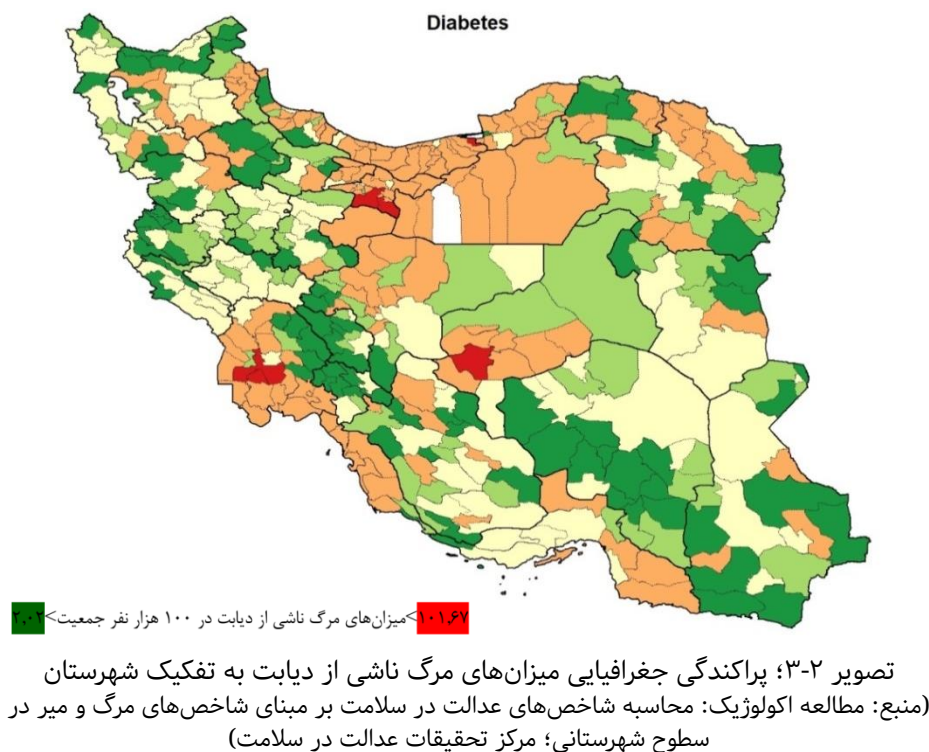


تصویر ۲-۲؛ پراکندگی جغرافیایی میزان مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی به تفکیک شهرستان (منبع: مطالعه اکولوژیک: محاسبه شاخص‌های عدالت در سلامت بر مبنای شاخص‌های مرگ‌ومیر در سطوح شهرستانی؛ مرکز تحقیقات عدالت در سلامت)

۳ سال داشته‌اند. سه شهرستان خاش (۲۸۳/۴۴)، سیب و سوران (۲۵۷/۹۹) و شادگان (۲۵۶/۵۷) نیز کم‌ترین میزان مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی را به‌طور متوسط در ۳ سال داشته‌اند. پراکندگی جغرافیایی میزان مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی به‌صورت نقشه در تصویر ۲-۲ نشان داده شده است.

میزان مرگ ناشی از دیابت برحسب شهرستان‌های کشور

میزان مرگ ناشی از دیابت^۱ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت برحسب شهرستان‌های کشور برای متوسط سه سال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۷ در تصویر ۲-۳ نشان داده شده است. با توجه به تصویر سه شهرستان کهنوج (۴/۷۲)، بيله‌سوار (۴/۶۸) و (۴/۵۷) کم‌ترین میزان

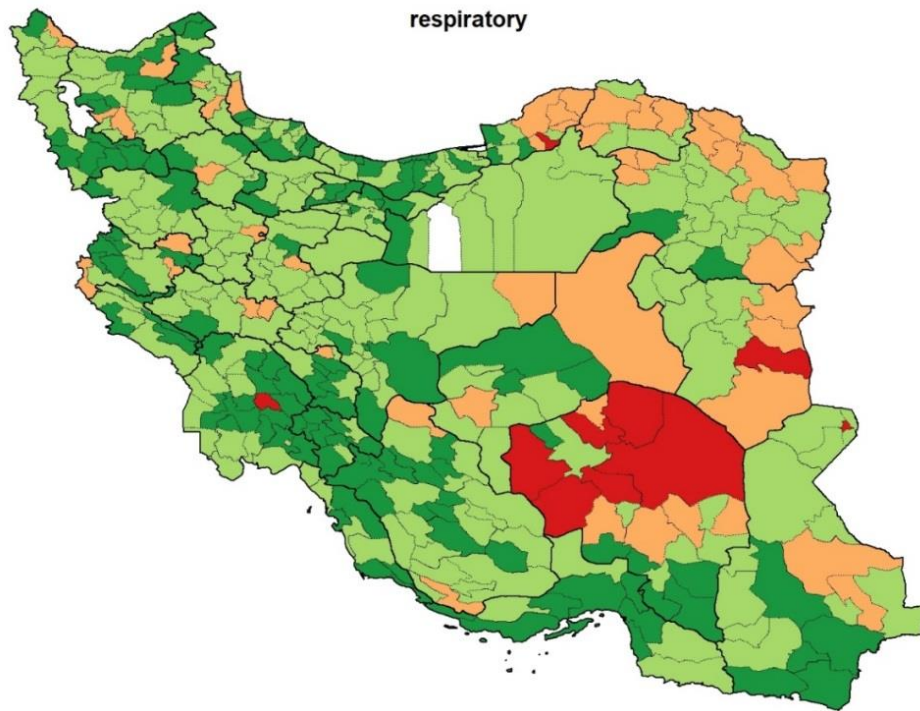


مرگ ناشی از دیابت را به‌طور متوسط در ۳ سال داشته‌اند. سه شهرستان کارون (۱۰۱/۶۷)، گلوگاه (۱۰۱/۰۰) و ری (۷۷/۷۱) نیز بیش‌ترین میزان مرگ ناشی از دیابت را به‌طور متوسط در سه سال مذکور داشته‌اند. پراکندگی جغرافیایی میزان‌های مرگ ناشی از دیابت به‌صورت نقشه در تصویر ۲-۳ نشان داده شده است.

میزان مرگ ناشی از بیماری‌های مزمن تنفسی برحسب شهرستان‌های کشور

میزان مرگ ناشی از بیماری‌های مزمن تنفسی^۱ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت برحسب شهرستان‌های کشور برای متوسط سه سال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۷ در تصویر ۲-۴ نشان داده شده است. با توجه به تصویر سه شهرستان کازرون (۲/۳۱)، پارس آباد (۲/۵۴)

1. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)



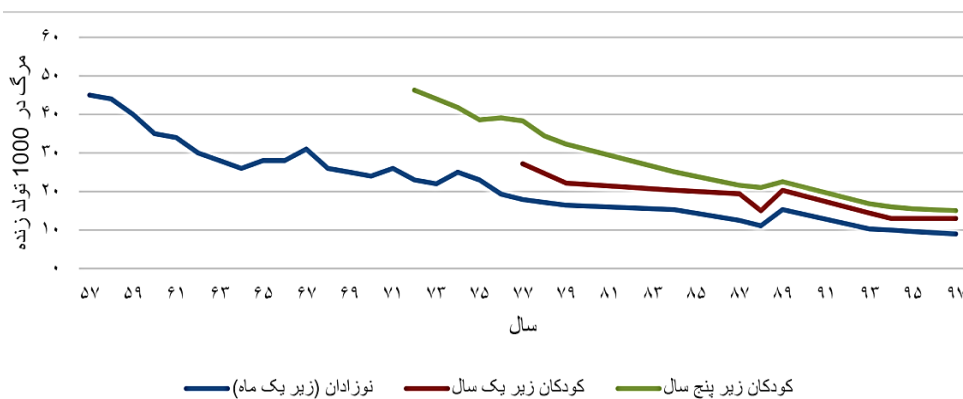
۷۰،۳۵ < میزان مرگ ناشی از بیماری‌های مزمن تنفسی در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت > ۲

تصویر ۲-۴؛ پراکندگی جغرافیایی میزان‌های مرگ ناشی از بیماری‌های مزمن تنفسی به تفکیک شهرستان (منبع: مطالعه اکولوژیک: محاسبه شاخص‌های عدالت در سلامت بر مبنای شاخص‌های مرگ‌ومیر در سطوح شهرستانی؛ مرکز تحقیقات عدالت در سلامت)

و سرباز (۲/۶۷) کم‌ترین میزان مرگ ناشی از بیماری‌های مزمن تنفسی را به‌طور متوسط در ۳ سال داشته‌اند. همچنین سه شهرستان هفتگل (۷۰/۳۵)، زابل (۶۹/۶۴) و زرنند (۶۳/۱۶) بیش‌ترین میزان مرگ ناشی از بیماری‌های مزمن تنفسی را به‌طور متوسط در ۳ سال مذکور داشته‌اند. پراکندگی جغرافیایی میزان‌های مرگ ناشی از بیماری‌های مزمن تنفسی به‌صورت نقشه در تصویر ۲-۴ نشان داده شده است.

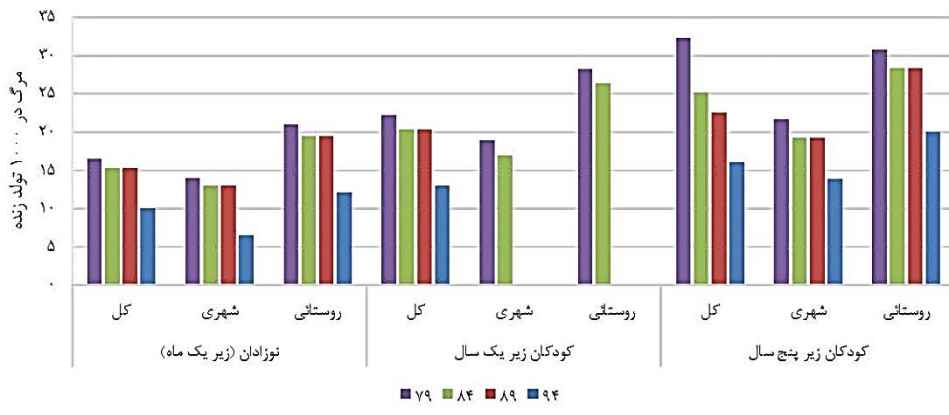
میزان مرگ و میر کودکان در هر هزار تولد زنده

به طور کلی، مطالعه آمار مرگ و میر طی ۴۰ سال گذشته در کشور، کاهش چشمگیری را در میزان مرگ و میر نوزادان^۱، کودکان زیر یک سال^۲ و کودکان زیر پنج سال^۳ نشان می‌دهد، به طوری که مرگ و میر نوزادان از ۴۵ مورد در ۱۰۰۰ تولد زنده در سال ۱۳۵۷ به ۱۷/۹ مورد در سال ۱۳۷۷ و به نه مورد در سال ۱۳۹۷ رسیده است. همچنین، مرگ و میر کودکان زیر یک سال از ۵۸ مورد در ۱۰۰۰ تولد زنده در سال ۱۳۶۷ به ۲۷/۲ مورد در سال ۱۳۷۷ و ۱۳ مورد در سال ۱۳۹۷ کاهش داشته است، اگرچه از سال ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۷ این شاخص ۱۳ مورد در ۱۰۰۰ تولد زنده باقی مانده و کاهش را نشان نمی‌دهد. در نهایت مرگ و میر کودکان زیر پنج سال از ۶۸ مورد در سال ۱۳۶۹ به ۳۸/۳ مورد در سال ۱۳۷۷ و به ۱۵ مورد در سال ۱۳۹۷ رسیده است. صرف نظر از سال ۱۳۸۹ که یک افزایش ناگهانی در هر سه شاخص مشاهده می‌شود (نمودار ۲-۲۹).



نمودار ۲-۲۹؛ مرگ و میر در ۱۰۰۰ تولد زنده (منبع: ۲۰، ۲۱)

1. Neonatal Mortality Rate (NMR)
2. Infant Mortality Rate (IMR)
3. Under 5 Mortality Rate (U5MR)



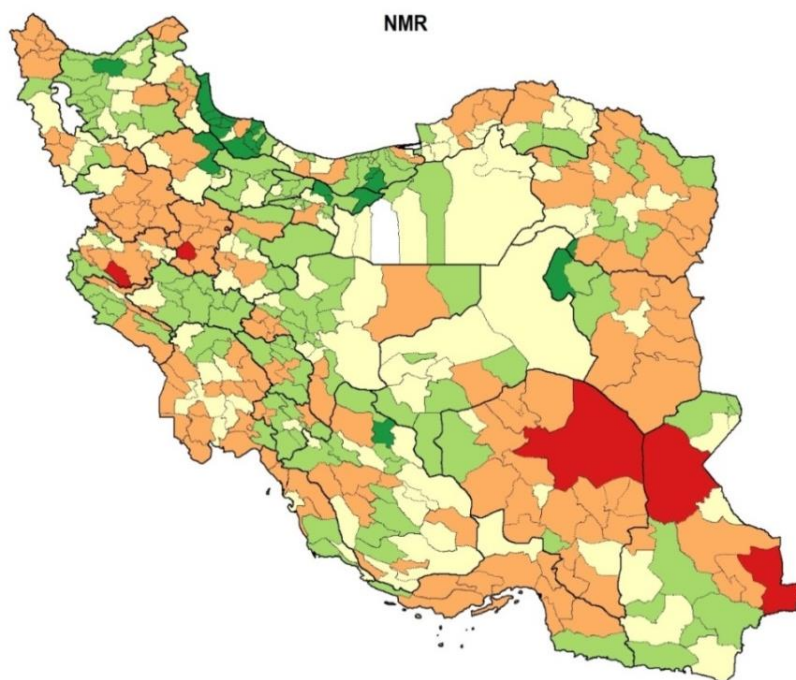
نمودار ۲-۳؛ مرگ و میر در ۱۰۰۰ تولد زنده (منبع: ۲۰،۲۱)

مقایسه شاخص‌های مرگ و میر طی سال‌های مختلف در مناطق شهری و روستایی حاکی از آن است که آمار مرگ و میر در مناطق روستایی بسیار بیش‌تر از مناطق شهری بوده است که این خود نشانی بر ناعادلانه بودن مولفه‌های سلامتی در مناطق شهری و روستایی می‌باشد (نمودار ۲-۳) (۲۰،۲۱).

از بین شاخص‌های مرگ و میر کودکان، شاخص مرگ و میر نوزادان عمدتاً متأثر از دسترسی خانوارها به امکانات و خدمات بخش سلامت و مرگ و میر کودکان زیر پنج سال عمدتاً متأثر از وضعیت اقتصادی و اجتماعی خانوار و وجود رفاه اجتماعی و زیرساخت‌های مناسب در محل زندگی خانوار است.

میزان مرگ و میر نوزادان (صفر تا ۲۸ روز) برحسب شهرستان‌های کشور

تصویر ۲-۵ میزان مرگ نوزادان صفر تا ۲۸ روزه در ۱۰۰۰ تولد زنده را بر اساس متوسط سه سال ۹۵ تا ۹۷ نشان می‌دهد. شهرستان‌های استان‌های گیلان، مازندران، زنجان، خراسان جنوبی و تهران کم‌ترین میزان مرگ نوزادان را داشته‌اند. این میزان بین ۰/۴۲ برای شهرستان ماسال استان گیلان و ۲/۹۲ برای شهرستان پردیس استان تهران متغیر بوده است. استان‌های سیستان و بلوچستان، کرمان، هرمزگان، کردستان، ایلام، کرمانشاه و همدان نیز دارای بالاترین میزان بوده‌اند. این میزان بین ۱۴/۰۴ برای شهرستان خاش استان سیستان و بلوچستان و ۲۱/۸۲ برای شهرستان تویسرکان استان همدان متغیر بوده است (تصویر ۲-۵).

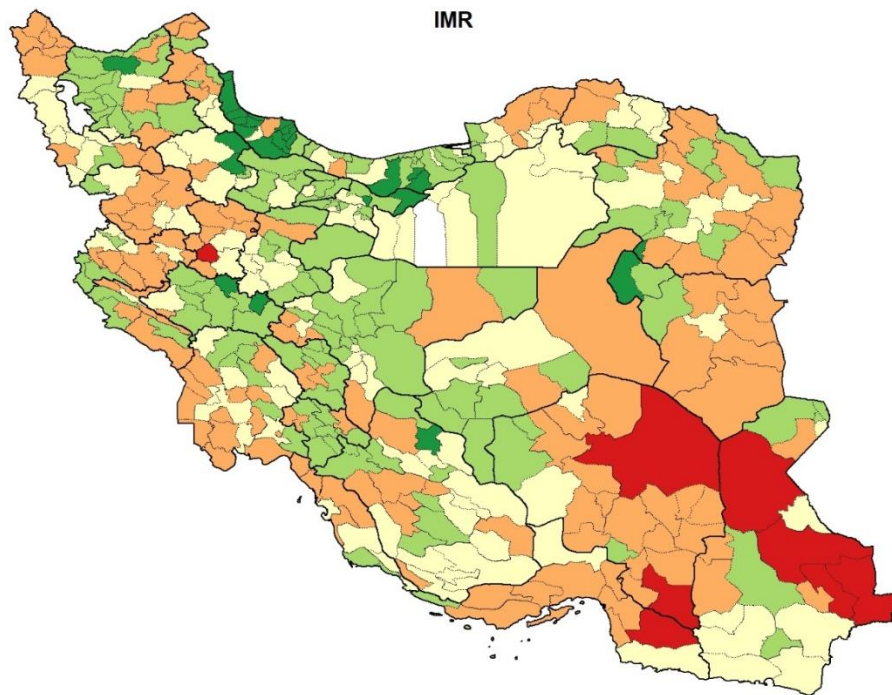


۲۱٫۸۲ < میزان مرگ نوزادان ۰ تا ۲۸ روزه در ۱۰۰۰ تولد زنده < ۰٫۲

تصویر ۲-۵؛ پراکنندگی جغرافیایی مرگ کودکان زیر یک ماه در شهرستان‌های کشور (منبع: مطالعه اکولوژیک: محاسبه شاخص‌های عدالت در سلامت بر مبنای شاخص‌های مرگ‌ومیر در سطوح شهرستانی؛ مرکز تحقیقات عدالت در سلامت)

میزان مرگ کودکان کم‌تر از یک سال برحسب شهرستان‌های کشور

میزان مرگ کودکان کم‌تر از یک سال در ۱۰۰۰ تولد زنده به تفکیک شهرستان‌های کشور در تصویر ۲-۶ نشان داده شده است. استان‌های گیلان، مازندران، زنجان، لرستان و تهران کم‌ترین میزان مرگ نوزادان را داشته‌اند. این میزان بین ۲/۲۸ برای شهرستان بندر انزلی استان گیلان و ۵/۰۷ برای شهرستان آمل استان مازندران متغیر بوده است. استان‌های سیستان و بلوچستان، کرمان، هرمزگان، بوشهر، کرمانشاه، خوزستان، آذربایجان غربی و همدان نیز دارای بالاترین میزان بوده‌اند. این میزان بین ۱۹/۲۱ برای شهرستان منوجان استان کرمان و ۲۶/۹۰ برای شهرستان کرمان استان کرمان متغیر بوده است (تصویر ۲-۶).

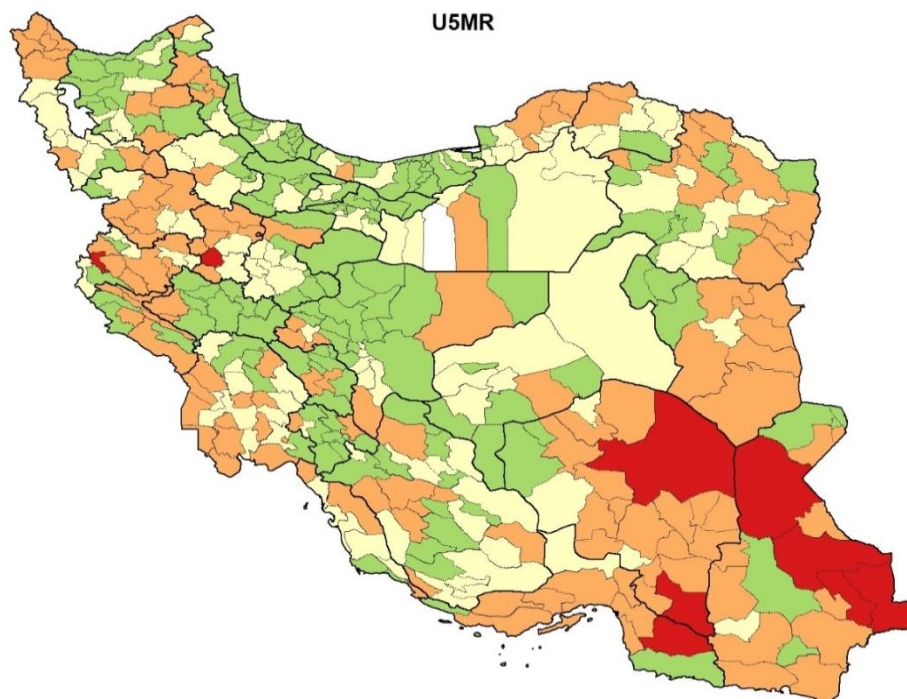


۲۶٫۹ < میزان مرگ کودکان کمتر از یکسال در ۱۰۰۰ تولد زنده < ۲٫۲۸

تصویر ۲-۶؛ پراکنندگی جغرافیایی مرگ کودکان کمتر از یک سال در شهرستان‌های کشور (منبع: مطالعه اکولوژیک: محاسبه شاخص‌های عدالت در سلامت بر مبنای شاخص‌های مرگ‌ومیر در سطوح شهرستانی؛ مرکز تحقیقات عدالت در سلامت)

میزان مرگ کودکان کمتر از پنج‌ساله برحسب شهرستان‌های کشور

میزان مرگ کودکان کمتر از پنج‌ساله در ۱۰۰۰ تولد زنده بر اساس متوسط سه سال ۹۵ تا ۹۷ در تصویر ۲-۷ نشان داده شده است. استان‌های گیلان، مازندران، زنجان، لرستان، یزد، اصفهان و تهران کم‌ترین میزان مرگ کمتر از پنج ساله را داشته‌اند. این میزان بین ۴/۰۵ برای شهرستان بندر انزلی استان گیلان و ۶/۸۰ برای شهرستان بهاباد استان یزد متغیر بوده است. همچنین استان‌های سیستان و بلوچستان، کرمان، هرمزگان، همدان، خوزستان، ایلام و خراسان شمالی دارای بالاترین میزان بوده‌اند. این میزان بین ۲۲/۷۴ برای شهرستان مهرستان استان سیستان و بلوچستان و ۳۲/۲۸ برای شهرستان سراوان استان همان استان متغیر بوده است (تصویر ۲-۷).

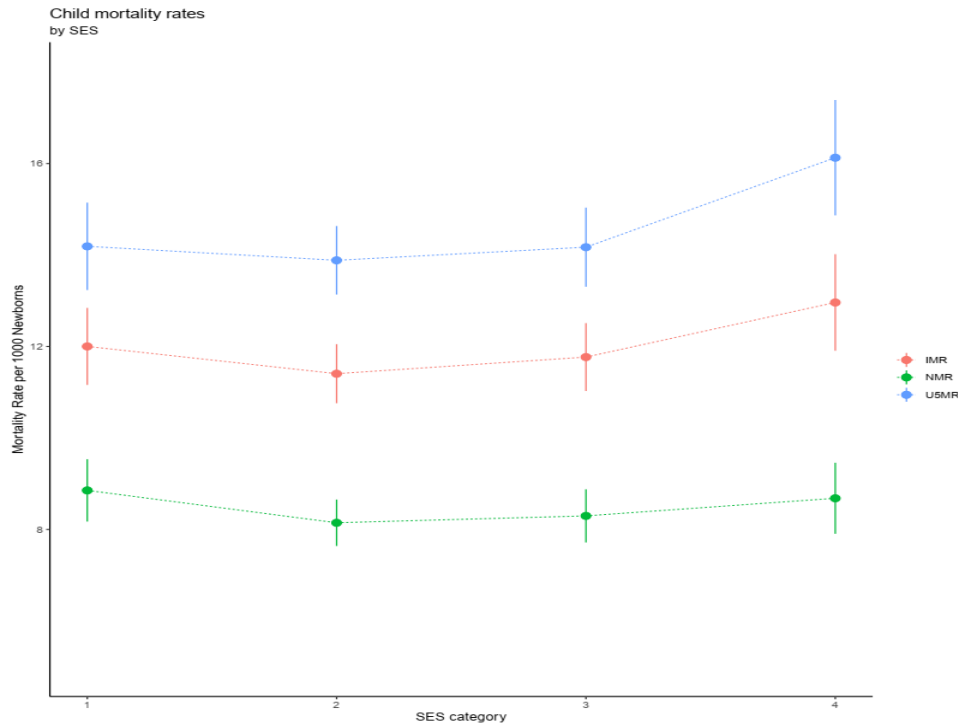


۳۲٫۲۸ < میزان مرگ کودکان کمتر از پنج ساله در ۱۰۰۰ تولد زنده < ۱۰٫۵

تصویر ۲-۷: پراکنندگی جغرافیایی مرگ کودکان زیر پنج سال در شهرستان‌های کشور (منبع: مطالعه اکولوژیک: محاسبه شاخص‌های عدالت در سلامت بر مبنای شاخص‌های مرگ‌ومیر در سطوح شهرستانی؛ مرکز تحقیقات عدالت در سلامت)

مرگ‌ومیر کودکان بر اساس گروه‌های وضعیت اجتماعی و اقتصادی

نمودار ۲-۳۱، مقادیر شاخص‌های مربوط به مرگ‌ومیر کودکان در ۱۰۰۰ تولد زنده به تفکیک گروه‌های اقتصادی و اجتماعی را نشان می‌دهد. همان‌طور که در این نمودار مشخص است روند تغییرات هر سه شاخص بین گروه‌ها تقریباً مشابه است اما شدت تغییرات متفاوتی را شاهد هستیم. در واقع روند در هر سه شاخص سهمی‌گونه است. بدین معنی که در ابتدا مقدار شاخص بالا بوده و سپس مقدار کم می‌شود و در نهایت باز هم در سطح آخر که مربوط به شهرستان‌های ضعیف‌تر است افزایش پیدا می‌کند. از لحاظ مقدار عددی نیز در هر سه شاخص (U5MR، IMR، NMR) سه سطح نخست وضعیت اقتصادی اجتماعی مشابهت بالایی دارند و سطح چهارم میزان

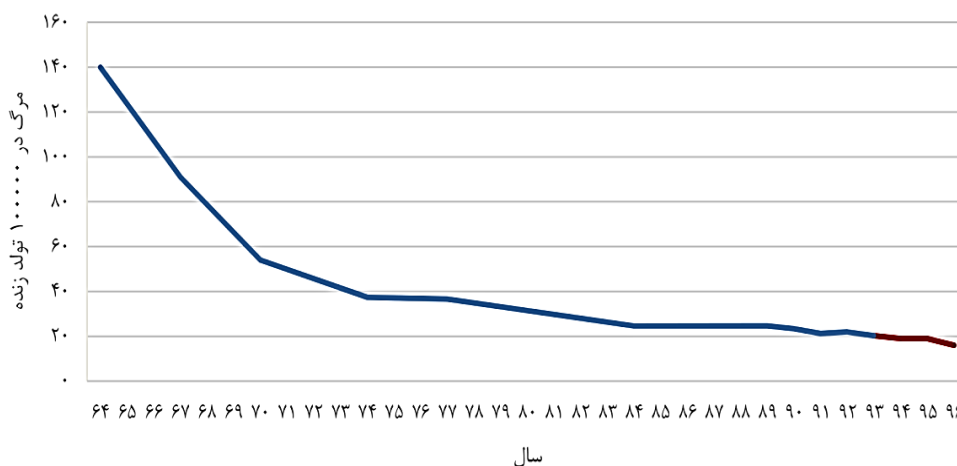


نمودار ۲-۳؛ شاخص‌های مرگ‌ومیر کودکان بر اساس گروه‌های وضعیت اجتماعی و اقتصادی (منبع: مطالعه اکولوژیک: محاسبه شاخص‌های عدالت در سلامت بر مبنای شاخص‌های مرگ و میر در سطوح شهرستانی؛ مرکز تحقیقات عدالت در سلامت)

مرگ‌ومیر بالاتری نسبت به این سه گروه را نشان داده است. در این بین بیش‌ترین تغییر بین سطح سوم و چهارم را در زمینه مرگ و میر زیر پنج سال شاهد هستیم. به عنوان یک نتیجه می‌توان گفت که در زمینه مرگ و میر کودکان شاخص مرگ و میر زیر پنج سال بیش‌ترین نابرابری را نشان داده است. به همین سبب از یک سو به عنوان شاخص مناسب جهت بررسی در مطالعات و از سوی دیگر به عنوان یک کاندید جهت طراحی مداخلات حوزه نابرابری سلامت مطرح می‌شود.

میزان مرگ‌ومیر مادران باردار

بر اساس گزارش سازمان جهانی سلامت، روزانه حدود ۸۰۰ مادر در دنیا بر اثر عوارض قابل پیشگیری مرتبط با بارداری، جان خود را از دست می‌دهند. برای همه جوامع،



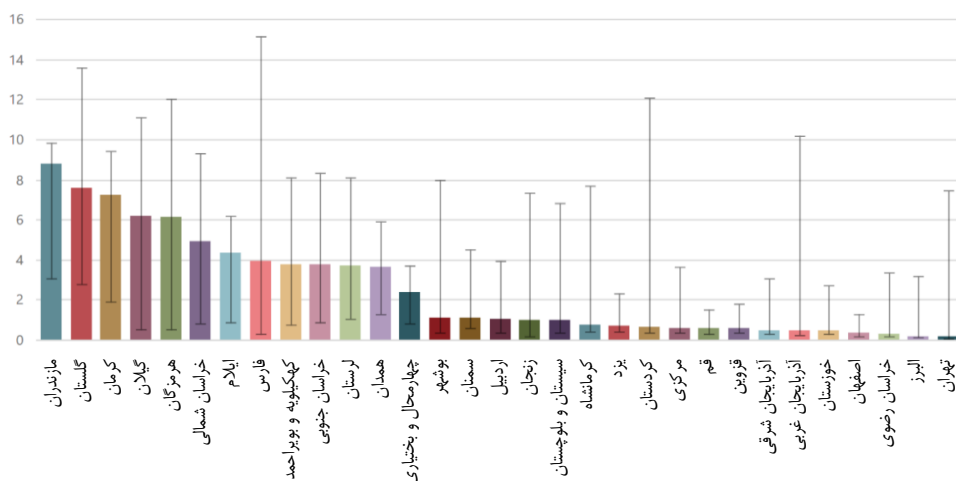
نمودار ۲-۳۲؛ مرگ‌ومیر مادر در ۱۰۰ هزار تولد زنده (منبع: مطالعه نسبیاد ۲۰۱۵)

مرگ مادر یک واقعه ناگوار و غیر قابل قبول است. همبستگی شدید مرگ مادر با توسعه‌یافتگی کشورها سبب شده است که این شاخص به عنوان یکی از شاخص‌های توسعه‌یافتگی در نظر گرفته شود. برای اندازه‌گیری مرگ مادر از شاخصی به نام نسبت مرگ مادران باردار^۱ استفاده می‌شود که شامل تعداد مرگ مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان به ازای صد هزار تولد زنده است.

بر اساس داده‌های ثبت شده در داشبورد سازمان جهانی سلامت، روند شاخص مرگ‌ومیر مادر در صد هزار تولد زنده در کشور ما نشانگر کاهش چشمگیر آن بوده است. به طوری که این شاخص از ۱۴۰ مورد مرگ در سال ۱۳۶۴ به ۱۶ مورد در سال ۱۳۹۶ کاهش یافته است (نمودار ۲-۳۲).

بر اساس مطالعه ملی نسبیاد در خصوص شاخص‌های سلامت، توزیع مرگ‌ومیر مادر در استان‌های مختلف در سال ۱۳۹۴ نشان می‌دهد که این توزیع در استان‌های کشور بسیار متفاوت می‌باشد و طیفی بین زیر یک مرگ در هر صد هزار نفر تا بیش از هشت مرگ را نشان می‌دهد. بیش‌ترین میزان مرگ‌ومیر در استان مازندران (۸/۷۸) و کم‌ترین میزان آن در استان تهران (۰/۱۵) بوده است (نمودار ۲-۳۳).

1. Maternal Mortality Ratio (per 100,000 Live Births)



با توجه به اهمیت محوری وجود مادر در خانوار و لزوم پیشگیری از وقوع حتی یک مورد آن، این میزان تفاوت در میزان مرگ مادران باردار در سطح استان‌های مختلف کشور نیازمند بررسی علل و مداخله جدی به منظور کاهش میزان‌ها به‌خصوص در مناطق با شیوع بالاتر دارد.

جمع‌بندی

همان‌طور که در مقدمات بحث بیان شد، برای نشان دادن نابرابری‌ها باید شاخص‌های سلامت به‌خصوص شاخص‌های پیامدی سلامت به تفکیک سن و جنس و تحصیلات و قومیت و نژاد و به‌ویژه به تفکیک مناطق جغرافیایی و دهک‌های درآمدی نشان داده شود. در این گزارش با توجه به در دسترس نبودن اطلاعات، عمدتاً شاخص‌های سلامت به تفکیک مناطق جغرافیایی یعنی شهری و روستایی و استان‌های کشور نشان داده شده است که البته در جای خود ارزشمند است. اما برای بررسی و پایش دقیق‌تر نابرابری‌ها لازم است در مطالعات آینده، این نابرابری‌ها در شاخص‌های سلامت به‌خصوص در سطح ملی، استانی و حتی شهرستان‌های کشور به‌خصوص به تفکیک دهک‌های درآمدی نشان داده شود. مرکز تحقیقات عدالت در سلامت سعی نمود تا با اجرای مطالعه اکولوژیک محاسبه شاخص‌های عدالت در سلامت بر مبنای شاخص‌های مرگ‌ومیر در سطوح شهرستانی با بهره‌گیری از داده‌های ثانویه

نابرابری‌های مرگ و میر را در سطح شهرستانی و دهک‌های اقتصادی - اجتماعی نشان دهد. در این مطالعه داده‌های ثبتی حاصل از نظام ثبت و طبقه‌بندی علل مرگ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۷ مورد استفاده قرار گرفت و میزان‌های مرگ ناشی از بیماری‌های غیرواگیر محاسبه شدند. نتایج تحلیل میزان مرگ کودکان نشان داد که توزیع شاخص مرگ کودکان شامل (نوزادان، شیرخواران و زیر پنج ساله) در کشور و در بین استان‌ها متفاوت است و ارتباط زیادی با وضعیت اقتصادی اجتماعی شهرستان‌های کشور دارد. به عنوان مثال شهرستان‌های استان‌های گیلان و مازندران میزان مرگ کودکان پایین می‌باشد ولی در شهرستان‌های استان‌های کرمان و هرمزگان و سیستان و بلوچستان میزان مرگ کودکان بالا است. ضمناً شهرستان‌های برخی از استان‌ها از جمله لرستان دارای کم شماری می‌باشند و این امر باعث شده است که میزان‌های مرگ کودکان در برخی از شهرستان‌های این استان پایین برآورد شود.

در مورد نابرابری‌های مرتبط با مرگ‌ومیر ناشی از NCDs در داخل کشور در سطوح کم درآمد و متوسط شناخته کم‌تری وجود دارد و اینکه چگونه نابرابری‌ها در رابطه با مرحله توسعه اقتصادی و اپیدمیولوژیک در این گروه متفاوت می‌شود. نتایج نشان داد میزان‌های مرگ ناشی از این بیماری‌ها در شهرستان‌های برخی از استان‌ها توزیع متفاوتی دارد که این امر ممکن است مربوط به وضعیت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در آن شهرستان باشد. همچنین کیفیت تشخیص‌نویسی علل فوت و صدور گواهی فوت نیز ممکن است موثر باشد.

با مرور منابع و مطالعاتی که به‌صورت موردی توسط محققین کشور در مورد موضوعات عدالت و بی‌عدالتی در سلامت در کشور انجام شده است، کاملاً واضح است که نابرابری‌های سلامت بین دهک‌های درآمدی، سطوح تحصیلی متفاوت، جنسیت و سایر تفکیک‌کننده‌ها در هر سه بعد عدالت در سلامت وجود دارد، در این فصل سعی شد تا با استناد به پیمایش‌های ملی و داده‌های ثبتی این نابرابری‌ها نشان داده شود. در فصل بعدی شواهد حاصل از مطالعاتی که پژوهشگران کشور به صورت موردی در خصوص نابرابری‌های سلامت انجام داده‌اند، ارائه خواهد شد.

به طور خلاصه در این فصل تلاش شد تا با استفاده از بهترین داده‌های آماری موجود در کشور، وجوهی از بی‌عدالتی در سلامت با استفاده از شاخص‌های سه جنبه

بی‌عدالتی در سلامت شامل تأمین مالی سلامت، دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت، و پیامدهای سلامت نشان داده شود. اگرچه این یافته‌ها، نابرابری‌های سلامت متعددی را در سطح شهر و روستا و نیز بین استان‌های کشور نشان می‌دهد، سیاست‌گذاری برای از بین بردن این نابرابری‌ها و طراحی اقدام و مداخله در آنها، نیازمند مطالعات عمیق‌تر از علل ریشه‌ای این نابرابری‌ها و طراحی مداخلات مختص هر منطقه و هر قومیت با توجه به سبک زندگی و مقتضیات بومی و زیرساخت‌ها و وضع اجتماعی و اقتصادی هر استان و هر منطقه از کشور می‌باشد. در این کتاب تنها سعی شده است که با بهترین دانش و یافته‌های مطالعات موجود در کشور، بخشی از نابرابری‌ها نشان داده شده و زمینه برای مطالعات بعدی و طراحی مداخلات موثر به منظور ارتقای سلامت جامعه و رفع بی‌عدالتی در سلامت فراهم شود.

منابع فصل دوم

1. Van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Akkazieva B, Garg CC, Harbianto D, Herrin AN, Huq MN, Ibragimova S. Paying out-of-pocket for health care in Asia: Catastrophic and poverty impact. Erasmus University, Rotterdam and IPS, Colombo. 2005 May.
2. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The lancet*. 2003 Jul 12;362 (9378):111-7.
3. Mendola M, Bredenkamp C, Gragnolati M. The impoverishing effect of adverse health events: Evidence from the Western Balkans. *The World Bank*; 2008 Jan 4.
4. Yitzhaki S. Relative deprivation and the Gini coefficient. *The quarterly journal of economics*. 1979 May 1:321-4.
5. Rad EH, Khodaparast M. Inequity in Health Care Financing in Iran: Progressive or Regressive Mechanism? *The Eurasian journal of medicine*. 2016;48 (2):112.
6. Fleischmann A, Bertolote JM, De Leo D, Botega N, Phillips M, Sisask M, et al. Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low- and middle-income countries. *Psychological Medicine*. 2005;35 (10):1467-74.
7. Ayoola OO, Adeyemo AA, Osinusi K. Predictors of bacteraemia among febrile infants in Ibadan, Nigeria. *Journal of Health Population and Nutrition*. 2002;20 (3):223-9.
8. Organization WH. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. 2017.
9. Fact Sheet: The status of informal payments for health services in Iranian households in 2016 and 2016. Tehran: National Institute for Health Research; 2018.
10. Mousavi SM, Sadeghifar J. Universal health coverage in Iran. *The Lancet Global Health*. 2016;4 (5):e305-e6.
11. McManus J. Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and challenges. An independent assessment of the first 10 years (2001-2010). Synthesis report. 2012.
12. Rashidian A. Equity in health expenditure: A Review of Policies and Challenges of Reducing Out of Pocket expenditure of Household in the Country. Tehran: National Institute for Health Research; 2013.
13. Crisinel PA, Verga ME, Kouame KAS, Pittet A, Rey-Bellet Gasser C, Olivier F, et al. Demonstration of the effectiveness of zinc in diarrhea of children aged 2 months to 5 years in Lausanne Childhood Hospital. *Swiss Medical Weekly*. 2014;144:19S.

14. Rashidian A. Is per capita health spending adequate level? Tehran Tehran University of Medical Sciences; [Available from: <https://www.tums.ac.ir/faculties/arashidian?lang=fa&pageid=75&tknfv=030A1A42EHA3KIJ4HRKBQAREBHJBCB4>].
15. Organization WH. The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization; 2000.
16. Younespour, Abolhassani et al. Benefit Study, National Institute of Health Research, 2015 (In Persion).
17. Ehsani Elham. The situation of human resources in the health sector in the report of the Islamic Republic of Iran's health monitoring system. National Institute of Health Research of the Islamic Republic of Iran. 1395 (In Persion).
18. Majdzadeh Kuh-e-Banani Seyed Reza, Ahmadnejad Elham, Abdi Jaleh. Evaluation of Health Transformation Plan: Monitoring and Evaluation Results in Achieving Universal Health Coverage. 2014 to 2016 Iran. National Institute of Health Research of the Islamic Republic of Iran. 1396 (In Persion).
19. National Institute of Health Research I.R. Iran. Health Transformation Plan (HTP) towards Universal Health Coverage (UHC) in the I.R. Iran. Comprehensive Report. May (2014) - March (2017). NIHR I.R. Iran, 2019.
20. World Health Organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Luxembourg: World Health Organization, 2018.
21. Mapping burden of Diseases in the Country; Death rates, life expectancy and specific causes of death (1990 to 2015); Non-Communicable Diseases Research Center. Tehran University of Medical Science.

مرور شواهد نابرابری‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران

نویسندگان: حسام قیاسوند، محمدمهدی کیانی، علیرضا اولیایی‌منش، امیرحسین تکیان، عفت محمدی

پیام‌های اصلی

- ❖ بر اساس مطالعات انجام شده هزینه‌های کمرشکن در گروه بیماری‌ها مختلف، متفاوت است؛ به صورتی که درصد آن در خانوارهایی که دارای بیمار مزمن و خاص می‌باشند خیلی بیشتر است.
- ❖ میانگین نسبت جمعیت مواجه با هزینه کمرشکن به فقر برای خانوارهای روستایی بیش‌تر از خانوارهای شهری می‌باشد.
- ❖ مقدار شاخص مشارکت مالی عادلانه میزانی بین ۰/۵ تا ۰/۸۵ محاسبه شده است که این میزان در سال‌های مختلف و به تبع اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های مختلف در کشور متفاوت می‌باشد.
- ❖ دهک‌های اقتصادی پایین‌تر در مقایسه با دهک‌های بالا بخش بیش‌تری از ظرفیت خود را برای پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی سرپایی و بستری و پیش‌پرداخت هزینه می‌کنند.
- ❖ در توزیع نیروی انسانی بخش سلامت اعم از پزشک، پرستار، ماما، تکنسین‌ها، دندانپزشکان و داروسازان به‌طور کلی نابرابری‌هایی وجود دارد.

- ❖ در توزیع منابع و تسهیلات مربوط به ارائه خدمات سلامت در استان‌های مختلف و بر اساس نوع تسهیلات نابرابری وجود دارد، به طوری که این نابرابری‌ها در ارائه خدمات تخصصی بیش‌تر مشاهده می‌شود. همچنین نابرابری در دسترسی به این تسهیلات بین گروه‌های مختلف درآمدی وجود دارد.
- ❖ ارتباط نزدیکی بین امید زندگی در بدو تولد با عوامل اجتماعی موثر بر سلامت وجود دارد. در کنار شاخص‌های مرگ و میر، امید زندگی از شاخص‌های مهمی است که بیانگر وضعیت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و بهداشتی جامعه است.
- ❖ بیش‌تر موارد مرگ مادر در استان‌های محروم‌تر به ویژه در افراد فقیر و آسیب‌پذیر رخ می‌دهد. بدین معنا که مرگ مادر یکی از مؤلفه‌های نابرابری سلامت بین اقشار فقیر و ثروتمند در کشور است.
- ❖ براساس آمار سازمان جهانی بهداشت، ۶۱ درصد از موارد مرگ و میر در دنیا ناشی از بیماری‌های غیرواگیر بوده است.
- ❖ وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانوارها، سن و وضعیت تحصیلات سرپرست خانوارها، پوشش بیمه‌ای، استان‌های محل سکونت، عوامل سیاسی و سیاست‌های اجتماعی و عمومی، عوامل فرهنگی و ارزش‌های اجتماعی، عوامل جمعیتی، عوامل رفتاری، روانی و بیولوژیکی، عوامل حاکمیتی، بین‌المللی، حوادث و حتی خود نظام سلامت به عنوان اصلی‌ترین عوامل موثر نابرابری‌های سلامت می‌باشند.

مقدمه

تحقق عدالت در سلامت در بین گروه‌های مختلف اجتماعی - اقتصادی از اهداف مهم سیاست‌گذاری بخش سلامت محسوب می‌شود که طی دو دهه‌ی گذشته به عنوان یکی از مسائل بحث برانگیز بین برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران خدمات سلامت مطرح بوده است.

از زمان انتشار اولین گزارش "وضعیت عدالت در سلامت در انگلستان" در سال ۱۹۸۰ مطالعات زیادی پیرامون تأثیر عوامل اجتماعی - اقتصادی بر وضعیت سلامت جامعه انجام شده است. با این وجود نابرابری‌های قابل ملاحظه در بخش سلامت

به‌عنوان یکی از نگرانی‌های سیاست‌گذاران نظام سلامت، هم در کشورهای توسعه‌یافته و صنعتی و هم در کشورهای در حال توسعه مطرح می‌باشد. این نابرابری‌ها در حوزه‌های مختلف سلامت شامل پیامدهای سلامت، بهره‌مندی از خدمات سلامت و تأمین مالی و مشارکت مالی عادلانه در نظام سلامت وجود دارد.

با توجه به اهمیت بحث عدالت و نقش کلیدی آن در ارتقای سطح سلامت جامعه، سازمان‌های بین‌المللی و ملی تلاش‌های فراوانی در جهت بهبود وضعیت سلامت فقرا و اقشار آسیب‌پذیر و نیز کاهش نابرابری‌های سلامت بین این گروه‌ها با گروه‌های غنی جامعه داشته‌اند. از جمله‌ی این سازمان‌ها می‌توان به سازمان جهانی سلامت و یونیسف اشاره نمود که به تشکیل گروه‌ها، کمیسیون‌ها و مراکز پژوهشی و اجرایی با محوریت عدالت در سلامت اهتمام داشته‌اند. در سطح ملی نیز مقوله تأمین سلامت مردم با محوریت برابری در برخورداری از خدمات سلامت مورد تأکید برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران در سطح کلان مملکتی بوده است.

عدالت در سلامت یکی از حوزه‌هایی است که به صورت فزاینده‌ای مورد اقبال عمومی برای مطالعه و پژوهش طی ۲۵ سال گذشته بوده است. تا سال ۱۹۸۰، تنها ۳۳ مقاله با موضوع عدالت در پایگاه اطلاعاتی مدلاین منتشر شده بود. اما پس از پررنگ شده موضوع عدالت در سلامت و تأثیر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و نابرابری‌های سلامت، تعداد این مطالعات افزایش یافت. در ایران در سال‌های اخیر بررسی‌های مختلفی در زمینه عدالت در پیامدهای سلامت، عدالت در دسترسی به خدمات سلامت، عدالت در بهره‌مندی از خدمات سلامت و سایر ابعاد عدالت در سلامت و نظام سلامت انجام شده است. مرور هدفمند و تحلیل نظام‌مند نتایج این مطالعات می‌تواند تصویر مناسبی از وضعیت عدالت در سلامت و نظام سلامت، علل نابرابری‌ها و راهکارهای ارتقای سلامت و رفاه اجتماعی از طریق کاهش نابرابری‌ها ارائه دهد که هدف اصلی این گزارش می‌باشد.

تدوین فصل حاضر از نوع مرور نظام‌مند شواهد موجود در زمینه‌ی عدالت در سلامت در ایران، تا تاریخ ۱۳۹۹/۰۱/۳۰ به دو زبان فارسی و انگلیسی در پایگاه اطلاعاتی بین‌المللی PubMed/MedLine و نیز موتور جستجوی Google Scholar و پایگاه اطلاعاتی جهاد دانشگاهی (SID) بوده است.

به منظور جستجوی انگلیسی ابتدا هم خانواده‌های مناسب Health Equity و

Health Inequality از طریق جستجو در سرعنوان‌های پزشکی (MeSH) موجود در PubMed بازیافت شدند. در این مرحله اصطلاحات زیر بازیافت شدند:

Health Care Equality, Health Care Fairness, Health Care Utilization, Health Care Accessibility, Health Care Availability, Health Care Affordability, Horizontal Equity in Health Care, Vertical Equity in Health Care, Health Services Equality, Health Services Fairness, Health Services Accessibility, Health Services Availability, Health Services Affordability, Horizontal Equity in Health Services, Vertical Equity in Health Services, Inequality in Health, Disparity, Healthcare, Health Care Inequalities, Health Care Inequality, Inequalities, Health Care, Inequality, Health Care, Healthcare Disparity, Healthcare Inequalities, Healthcare Inequality, Inequalities, Healthcare, Inequality, Healthcare, Disparities, Healthcare, Health Care Disparities, Disparities, Health Care, Disparity, Health Care, Health Care Disparity, Financial Protection in Health, Catastrophic and Impoverishing in Health Services, Fairness in Financial Contribution in Health, Gender Inequality in Health.

تنها مطالعاتی وارد شدند که روی جمعیت، و یا نمونه‌ای خاص از جمعیت درون مرزهای ایران مطالعه‌ای را انجام داده‌اند. بنابراین؛ حتی مطالعاتی که بخشی از جمعیت مهاجران ایرانی ساکن سایر کشورها را مورد مطالعه قرار داده‌اند از روند تحلیل حذف و در مقابل مهاجرینی که در ایران سکونت داشته‌اند (مانند افغانستانی‌ها و ...) وارد فرایند تحلیل قرار گرفته‌اند. همچنین کلیدی مطالعاتی که روی افراد و خانوارهای ایرانی سالم (عموم جمعیت) و یا بیماران (مبتلایان به بیماری‌های مختلف) خاص انجام شده بودند، بدون در نظر گرفتن شرط سنی و جنسی وارد مطالعه شده‌اند. مطالعات در مقیاس‌های ملی، منطقه‌ای، ناحیه‌ای و یا نمونه‌های محدود بدون توجه به طراحی آنها (طولی، مقطعی، هم‌گروهی، و ...) مورد توجه قرار گرفته‌اند. از نظر مفهوم عدالت یا برابری نیز کلیدی مطالعاتی که جنبه‌های مختلف نابرابری‌های اجتماعی - اقتصادی در قالب ضرایب رگرسیونی و یا محاسبه‌ی شاخص‌های نابرابری را در تحلیل داده‌های خود بکار برده‌اند و مطالعات با ساختار کیفی واجد شرایط ورود به مطالعه بوده‌اند. البته مطالعاتی که به شکل پروتکل بودند، وارد فاز نهایی نشدند.

همچنین مطالعاتی که پیامدهای سلامت (میزان‌های مرگ‌ومیر، ابتلا، کیفیت زندگی، شاخص‌های زیست‌شناختی مانند فشار خون، چاقی و اختلالات متابولیک؛

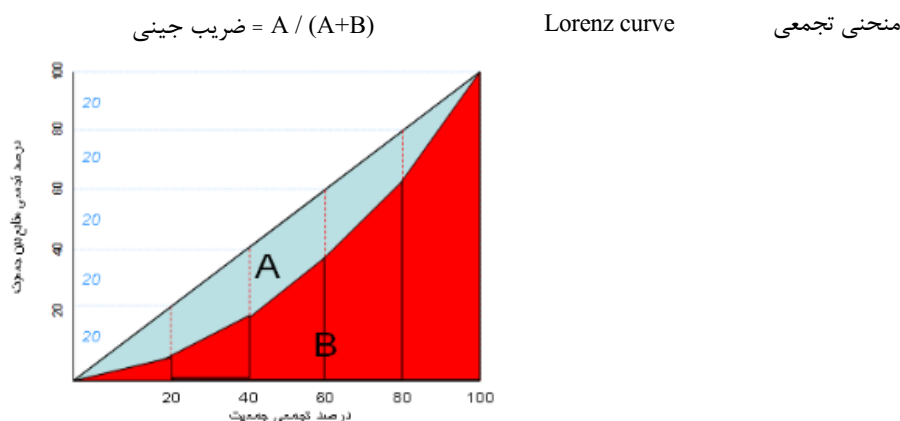
سلامت جسمی، روانی و اجتماعی؛ موجودیت، دسترسی و بهره‌مندی (به‌عنوان شاخص‌های فرایندی در مباحث عدالت در سلامت)؛ هزینه‌ها و پرداخت‌ها و مشارکت‌های افراد و خانوارها در پرداخت‌های سلامت؛ شاخص‌های درون‌دادی (توزیع نیروی انسانی، تخت، دارو و امکانات سلامت) و در نهایت سیاست‌های دولت (به‌عنوان مداخله‌های سلامت محور مانند هدفمندسازی یارانه‌ها و طرح تحول سلامت)، وارد فازهای تحلیلی مطالعه شده‌اند. علاوه بر مقالات سعی بر آن بود که گزارش مطالعات انجام شده توسط افراد حقیقی و حقوقی خاص نیز مورد توجه قرار گیرند.

در مطالعات بررسی شده از یک سری روش‌ها و شاخص‌های نشان‌دهنده عدالت در سلامت بهره گرفته شده است که تیم پژوهش سعی نمود با ارائه تفسیر شفاف از هریک از آن‌ها در گزارش مطالعات، وضعیت نابرابری را برای خوانندگان محترم شفاف نماید. علاوه بر این در جدول ۳-۱ تعریف و تفسیر هریک از این روش‌ها و شاخص‌ها ارائه شده است (جدول ۳-۱).

در جستجوی این مطالعه، مجموع مطالعات بازیافت شده در پایگاه‌های اطلاعاتی علمی ۱۶۷۵۹۴ مورد بودند. در این میان پس از انجام غربالگری اولیه مشخص شد، تعداد قابل توجهی از موارد مذکور، به‌ویژه در جستجوی انگلیسی در مورد ایران نبوده‌اند، همچنین بسیاری از موارد بازیافت شده در قالب مقالات مروری، روی ایرانیان خارج از کشور، و یا به‌صورت گزارشات کوتاهی بودند که شکل مقالات علمی و کلاسیک را نداشته و بنابراین از روند مطالعه حذف شدند. بعلاوه در برخی دیگر از موارد از عبارت و یا اصطلاح عدالت، نابرابری و یا انصاف به‌عنوان یک واژه کلیدی در مقدمه و یا نتیجه‌گیری چکیده مقاله در مورد حیطه‌های مختلف سلامت اسم برده شده بودند و اینها در واقع هدف نهایی و اصلی پژوهشگر(ان) نبودند. البته در برخی از موارد بازیافت شده نیز، نابرابری‌ها در حوزه‌های دیگر مطرح شده بودند، مانند نابرابری درآمدی، نابرابری جنسیتی، قومی و نابرابری در آموزش. نهایتاً ۱۵۰ مطالعه وارد فاز تحلیل شدند؛ روند، غربالگری اولیه و کیفی مطالعات وارد شده به فاز نهایی در تصویر ۳-۱ ارائه شده است:

جدول ۳-۱؛ معرفی، تعریف و تفسیر شاخص‌های مورد بررسی در فصل سوم

عنوان شاخص / روش	معادل انگلیسی	تعریف / تفسیر
شاخص هزینه‌های کمرشکن یا فاجعه بار سلامت	Catastrophic Health Expenditure (CHE)	این شاخص درصدی از خانوارها را نشان می‌دهد که بیش از ۴۰ درصد از توان پرداخت خود (طبق تعریف بیش از ۴۰ درصد هزینه پرداختی برای اقلام غیر معاش خانوار) در یک ماه را برای سلامت صرف کند. کاهش هرچه بیش تر این شاخص نیز مثبت ارزیابی شده و به عنوان یک ضرورت در برنامه‌های توسعه بخصوص برنامه چهارم توسعه ذکر شده است (الزام کاهش نسبت خانوارهای مواجه با هزینه‌های فاجعه بار سلامت به کم‌تر از یک درصد)(۲).



منحنی لرنز، درصد تجمعی متغیر سلامت (محور عمودی) را برحسب درصد تجمعی جمعیت طبقه بندی شده برحسب وضعیت اجتماعی - اقتصادی از فقیرترین به ثروتمندترین (محور افقی) رسم می‌کند. اگر افراد صرف نظر از وضعیت اجتماعی - اقتصادی‌شان، از سطح یکسانی در رابطه با متغیر سلامت برخوردار باشند، به عبارتی وضعیت فقرا و اغنیا در رابطه با متغیر سلامت یکسان باشد منحنی تجمعی همان خط ۴۵ درجه خواهد بود که از سمت چپ گوشه پایین تا سمت راست گوشه بالا امتداد می‌یابد. به این خط، خط برابری گفته می‌شود. در مقابل، اگر مقدار متغیر سلامت در بین فقرا بیش تر (کم‌تر) باشد، منحنی تجمعی بالا (پایین) خط برابری می‌افتد. هرچقدر منحنی تجمعی از خط برابری دورتر باشد، توزیع متغیر سلامت نابرابرتر است.

ادامه دارد

جدول ۳-۱؛ معرفی، تعریف و تفسیر شاخص‌های مورد بررسی در فصل سوم – ادامه

عنوان شاخص / روش	معادل انگلیسی	تعریف / تفسیر
شاخص ضریب جینی	Gini Coefficient	شاخص جینی یا ضریب جینی شاخصی اقتصادی برای محاسبه توزیع ثروت در میان مردم است. بالا بودن این ضریب در یک کشور معمولاً به عنوان شاخصی از بالا بودن اختلاف طبقاتی و نابرابری درآمدی در این کشور در نظر گرفته می‌شود. به منظور بررسی و تحلیل سطح نابرابری توزیع درآمد روش‌های متعددی توسط آمارشناسان و اقتصاددانان معرفی شده است که یکی از مناسب‌ترین آن‌ها محاسبه ضریب جینی می‌باشد. کمیتی که مقداری بین صفر (حداقل نابرابری) و یک (حداکثر نابرابری) داشته، مستقل از میانگین بوده و متقارن می‌باشد. به این معنا که اگر افراد درآمدهایشان را دو به دو معاوضه کنند تغییری در ضریب جینی حاصل نمی‌شود. (در این شاخص انتقال درآمد از افراد غنی به افراد فقیر جامعه باعث کاهش شاخص شده و مقدار آن، به توزیع درآمد در گروه‌های میانی جامعه حساس می‌باشد.
شاخص تمرکز	Concentration Index	شاخص تمرکز برابر است با دو برابر فضای بین منحنی تجمعی و خط برابری (خط ۴۵ درجه). بنابراین در مواردی که نابرابری اجتماعی-اقتصادی وجود ندارد مقدار شاخص تمرکز برابر با صفر است. اگر منحنی تجمعی بالای خط برابری قرار گیرد، مقدار شاخص تمرکز منفی می‌شود و متغیر سلامت در فقرا بیش‌تر تجمع یافته است و برعکس اگر منحنی تجمعی پایین خط برابری قرار گیرد مقدار شاخص تمرکز مثبت می‌شود و متغیر سلامت در ثروتمندان بیش‌تر تجمع یافته است. مقدار شاخص تمرکز بین -۱ تا +۱ است. این شاخص ارتباط بین متغیر سلامت و وضعیت اقتصادی را نشان می‌دهد، علامت آن جهت این ارتباط و مقدارش هم قوت این رابطه و هم درجه تغییرپذیری در متغیر سلامت را نشان می‌دهد.
شاخص کاکوانی	Kakwanis Progressivity Index	شاخص کاکوانی یکی از باارزش‌ترین شاخص‌های موجود در سنجش میزان عدالت در تأمین مالی می‌باشد. این شاخص میزان تصاعدی بودن پرداخت‌ها برای نظام سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد. به عبارتی عدالت افقی در زمینه تأمین مالی نظام سلامت از طریق این شاخص آزمون می‌شود. اگر مقدار شاخص کاکوانی مثبت باشد، تصاعد در مشارکت‌ها وجود دارد، همچنین مقدار منفی این شاخص بیان‌گر تنازلی بودن مشارکت‌ها است.

ادامه دارد

جدول ۳-۱؛ معرفی، تفسیر و شاخص‌های مورد بررسی در فصل سوم - ادامه

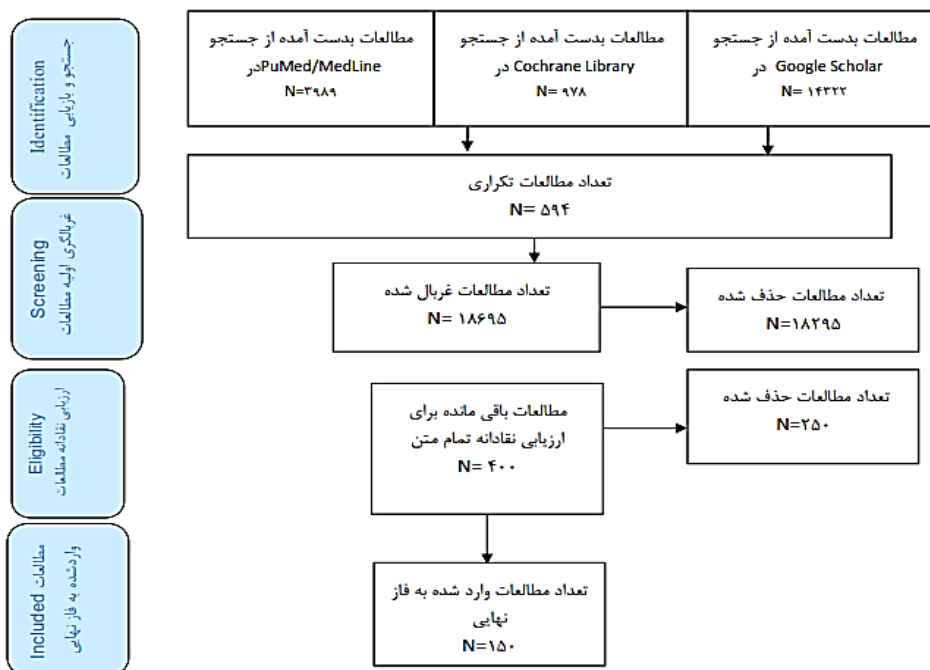
عنوان شاخص / روش	معادل انگلیسی	تعریف / تفسیر
		<p>شاخص پیش‌رونده کاکوانی در نظام تأمین مالی مراقبت‌های سلامت نشان می‌دهد که با افزایش درآمد افراد جامعه، توزیع پرداخت‌ها برای مراقبت‌های سلامت چگونه افزایش می‌یابد. برای محاسبه این شاخص، اندازه‌گیری تفاوت بین منحنی لورنز براساس توزیع درآمد خانوارها و منحنی تمرکز براساس پرداخت خانوارها برای مراقبت‌های سلامت و یا توزیع بودجه دولتی سلامت به عنوان متغیر درآمد جبرانی خانوار، مهم می‌باشد.</p> <p>شاخص کاکوانی دامنه بین +۱ تا -۲ را شامل می‌شود. زمانی که مقدار شاخص منفی (مثبت) محاسبه شود، این شاخص نشان‌دهنده پس‌رونده بودن (پیش‌رونده بودن) پرداخت‌ها برای مراقبت‌های سلامت یا توزیع بودجه دولتی سلامت می‌باشد. پس‌رونده بودن نظام تأمین مالی به معنای آن است که با افزایش توانایی پرداخت افراد یا افزایش درآمد خانوارها، پرداخت این گروه از افراد برای مراقبت‌های سلامت کاهش یابد. برای توزیع بودجه نیز می‌توان گفت که با افزایش توانایی پرداخت افراد یا درآمد خانوارها، بودجه سلامت بیشتری توزیع شود و برعکس، اگر با افزایش توانایی پرداخت افراد یا افزایش درآمد خانوارها، پرداخت‌های آن‌ها برای مراقبت‌های سلامت افزایش یابد و یا بودجه سلامت کمتری توزیع شود، نظام تأمین مالی پیش‌رونده را نشان می‌دهد. همچنین مقدار صفر برای این شاخص نشان از متناسب بودن پرداخت‌ها برای مراقبت‌های سلامت با توجه به درآمد افراد می‌باشد.</p> <p>-۱ : نزولی بودن مشارکت و پرداخت که غیرعادلانه است. +۱ : تصاعدی بودن پرداخت‌ها که عادلانه است • : تناسبی بودن پرداخت‌ها</p>
شاخص مشارکت مالی عادلانه	Fair Financing Contribution Index (FFCI)	<p>یک نظام بهداشتی درمانی در صورتی به طور عادلانه تأمین مالی می‌شود که مجموع مشارکت مالی هر خانوار از طریق تمام مکانیسم‌های پرداخت متناسب با توانایی پرداخت آن خانوار بوده و تمام خانوارها سهم یکسانی از توانایی پرداخت خود را بدون توجه به وضعیت سلامتی یا استفاده از خدمات، اختصاص دهند. شاخص FFCI برای اندازه‌گیری مشارکت مالی عادلانه نظام سلامت توسط WHO تعریف شده است. این شاخص، توزیع</p>

ادامه دارد

جدول ۳-۱؛ معرفی، تفسیر و شاخص‌های مورد بررسی در فصل سوم – ادامه

عنوان شاخص / روش	معادل انگلیسی	تعریف / تفسیر
شاخص رابین‌هود	Robin Hood Index	در علم اقتصاد، شاخصی به اسم شاخص رابین‌هود یا شاخص هورور وجود دارد که میزان عادلانه بودن توزیع ثروت در یک جامعه را نشان می‌دهد. این شاخص به صورت زیر تعریف می‌شود: درصدی از درآمد کل جامعه که لازم است مجدداً توزیع شود یعنی از بخش ثروتمندتر جمعیت گرفته شود و به بخش فقیر داده شود، تا وضعیت برابری کامل در توزیع درآمدی جامعه محقق شود. این شاخص از صفر شروع می‌شود و به صد ختم می‌شود و هرچه پایین‌تر باشد، نشانه کم‌تر بودن شکاف طبقاتی و عادلانه‌تر بودن توزیع ثروت است و فی‌المثل اگر صد باشد، به معنی این است که تمام ثروت یک جامعه در دست یک نفر است.

فصل سوم: مرور شواهد نابرابری‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران



تصویر ۳-۱: روند غربالگری مطالعات باز یافت شده عدالت در سلامت در ایران

جدول ۳-۲؛ توزیع مطالعات باز یافت شده در خصوص ابعاد نابرابری و سطح اجرای مطالعه

تعداد (درصد)	ویژگی‌های مورد بررسی	
۴۶ (۳۰/۶)	مشارکت مالی عادلانه	ابعاد عدالت در سلامت
۵۴ (۳۶)	عدالت در دسترسی و بهره‌مندی	
۵۰ (۳۳/۳)	عدالت در پیامدهای سلامت	
۷۶ (۵۰/۶)	ملی	سطح اجرای مطالعه
۳۷ (۲۴/۶)	استانی	
۳۷ (۲۴/۶)	شهری	
۱۵۰ (۱۰۰)	جمع	

مطالعات وارد شده به فاز نهایی، از نظر هدف و نوع ورود به مسئله ی نابرابری (عدالت در پیامدها، عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت و عدالت در پرداخت‌ها (تأمین مالی خدمات سلامت)، روش‌شناسی سنجش عدالت در سلامت (محاسبه‌ی شاخص‌های نابرابری از قبیل: ضریب جینی، شاخص تمرکز، شاخص کاکوانی و ...، نابرابری‌های جغرافیایی، جنسیتی، اجتماعی - اقتصادی (تعیین عوامل موثر بر پیامدهای خاصی از سلامت با تکیه بر پایگاه اجتماعی - اقتصادی افراد یا خانوارها، داده‌های مورد استفاده (ملی، استانی و شهری)، سال چاپ، مورد تحلیل قرار می‌گیرند. در این بین سهم مقالات مرتبط با عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت از کل مقالات باز یافت شده بیش‌تر بود (۳۶ درصد). همچنین بیش‌تر مطالعات در سطح ملی انجام شده بودند (۷۶ درصد) (جدول ۳-۲).

شواهد مطالعاتی مشارکت مالی عادلانه

در مورد تأمین مالی بخش سلامت، نگرانی به‌طور معمول در خصوص نابرابری در مشارکت مالی، یا به‌طور دقیق نابرابری بین فقرا و افراد ثروتمندتر است. همان‌طور که در فصول قبلی بیان شد، یکی از مفاهیم عدالت در سلامت کشورها حمایت از خانوارها در مقابل وقوع و تحمیل هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت است. در دنیای امروز به دلیل پیشرفت فناوری‌های بازیابی سلامت و تأمین پایدار تندرستی، پرداخت هزینه‌های

مرتبط با این خدمات، یکی از بزرگ‌ترین مشکلات اجتماعی، سیاسی و اقتصادی جوامع بشری است. مشارکت مالی عادلانه در نظام سلامت در نظر دارد پرداخت‌ها به‌گونه‌ای باشد که به صورت پیش‌رونده باشند؛ یعنی با افزایش درآمد افراد سهم ایشان در تأمین مالی نظام سلامت بیش‌تر شود تا از بروز پرداخت‌های فاجعه‌بار و هزینه‌های کمرشکن یا بروز پرداخت‌های فقرزا (مواردی که باعث می‌شود یک خانواده از خط فقر عبور کند) پیشگیری شود. یافته‌های این گزارش نشان می‌دهند که ۳۰/۶ درصد از مطالعات به موضوع عدالت در تأمین مالی سلامت پرداخته‌اند. بیش‌تر مطالعاتی که در این خصوص بودند در خصوص درصد هزینه‌های کمرشکن بودند. بر اساس موضوع مطالعات، ما خلاصه یافته‌های این بخش را ذیل سه عنوان هزینه‌های کمرشکن، شاخص مشارکت مالی عادلانه و سایر متغیرها ارائه می‌نماییم.

هزینه‌های کمرشکن

بر اساس مطالعات انجام شده، هزینه‌های کمرشکن در گروه بیماری‌های مختلف، متفاوت است. به صورتی که درصد آن در خانوارهایی که دارای بیمار مزمن می‌باشند خیلی بیش‌تر است؛ به‌ویژه در بیماران سرطانی. این مطالعات نشان می‌دهند که قبل از طرح تحول نظام سلامت درصد هزینه‌های کمرشکن به‌طور میانگین بین ۴ تا ۵ درصد بود که بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت در سال ۱۳۹۳، این درصد کاهش داشته است. این در حالی است که مرور این مطالعات طی سال‌های مختلف نشان می‌دهد که درصد خانوارهای مواجهه‌یافته با هزینه‌های کمرشکن با افت و خیزهای متعددی همراه بوده است (۴-۱).

حداقل میزان هزینه‌های کمرشکن در این مطالعات ۱/۳ درصد بوده (۵) و بیش‌ترین میزان ثبت شده ۴۲/۶ درصد بوده است (۶).

البته هزینه‌های کمرشکن برای گروه بیماران خاص بیش‌تر می‌باشد؛ تاجایی که این رقم برای بیماران سرطانی ۶۷/۹ درصد محاسبه شده است (۷). عمده مطالعات بررسی شده میزان هزینه‌های کمرشکن را بین سه تا شش درصد گزارش داده‌اند (۱۱-۸، ۲، ۱). در واقع اکثریت افرادی که با هزینه‌های بالا مواجه هستند، با هزینه‌های کمرشکن نیز مواجه می‌باشند به این معنی که حمایت مالی بیمه‌ها جهت عدم مواجهه با هزینه‌های بالا و به دنبال آن هزینه‌های کمرشکن باید به سمت

کارایی بیشتر پیش رود (۹). بیش‌ترین میزان پرداخت از جیب در فقیرترین چارک بوده است (۱۲). این نتایج نشان می‌دهد که شکاف عمیقی در نابرابری‌های سلامت وجود دارد که در برنامه‌های توسعه چهارم و پنجم نیز به آن‌ها اشاره شده است؛ بنابراین اصلاح سیاست‌های مالی، بیمه‌ای و ساختاری بسیار مهم است (۱۳).

در مطالعاتی که به مقایسه میزان هزینه‌های کمرشکن در خانوارهای شهری و روستایی پرداخته بودند، میانگین نسبت جمعیت مواجه با هزینه کمرشکن به فقر برای خانوارهای روستایی بیش‌تر از خانوارهای شهری بود (۵)، البته برخی از مطالعات نشان دادند که این تفاوت بعد از اجرای سیاست ایجاد صندوق روستاییان ذیل مجموعه سازمان بیمه سلامت و استقرار پزشک خانواده در مناطق زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت کم‌تر شده است. به نظر می‌رسد که اجرای این برنامه‌ها در مناطق روستایی با مراقبت‌های اولیه بیش‌تر از بستری شدن در بیمارستان جلوگیری کرده است. این امر برای پنجک‌های فقیر قابل توجه بود و منجر به حمایت مالی از خانوارهای روستایی شده است (۱۴).

بررسی تعیین‌کننده‌های هزینه‌ی کمرشکن نشان می‌دهد که متغیرهای مهمی از قبیل وضعیت اجتماعی - اقتصادی خانوار، جنس سرپرست خانوار، تحصیلات سرپرست خانوار و وجود فرد بالای ۶۵ سال در مواجهه‌شدگی خانوار، بهره‌مندی از خدمات سلامت، وضعیت بیمه‌ی سلامت، داشتن عضو سالمند و استفاده از خدمات بستری، توانبخشی و دندانپزشکی بیش‌ترین تاثیر را در مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن داشته‌اند (۲۱-۱۵، ۶).

شاخص مشارکت مالی عادلانه

بررسی مطالعات نشان می‌دهند که برای شاخص مشارکت مالی عادلانه میزانی بین ۰/۵ تا ۰/۸۵ محاسبه شده است، که این میزان در سال‌های مختلف و به تبع اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های مختلف در کشور متفاوت می‌باشد. در سال ۱۳۸۰، ۰/۸۴۱ بوده است که این میزان در سال ۱۳۸۸ به ۰/۸۲۷ در سال کاهش یافته است. به عبارتی طی این سال‌ها وضعیت شاخص‌های مشارکت مالی عادلانه در کشور، نامطلوب برآورد شده است (۴). علاوه براین در سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ مقدار این شاخص هم در مناطق روستایی و هم در مناطق شهری و به تبع آن در کل کشور

روند کاهشی داشته است. این مطالعه نشان می‌دهد توسعه بیمه‌های درمان، طرح تحول اقتصادی در سال ۱۳۸۸ و طرح تحول سلامت در سال ۱۳۹۳ نتوانسته است موجب تحقق اهداف برنامه توسعه ملی در عدالت تأمین مالی در نظام سلامت شود و اختلاف قابل توجهی به‌ویژه در مناطق روستایی با هدف تعیین شده دارد (۲۲). همچنین سنجش عدالت در پرداخت‌های سلامت خانوار تهران در سال ۱۳۸۸ حاکی از آن است که مقدار شاخص مشارکت مالی عادلانه برابر با ۰/۶۸ است؛ به عبارتی شاخص‌های عدالت در تأمین مالی مراقبت‌های سلامت، نابرابری و روند نزولی در سیستم تأمین مالی مراقبت‌های سلامت را نشان می‌دهد. این یافته‌ها به وضوح نشان می‌دهند که تدوین سیاست گذاری آگاهانه در تأمین بودجه سلامت توسط مقامات سلامت در سطح ملی و حمایت از خانواده‌های کم درآمد در برابر هزینه‌های سلامت، برای بهبود عدالت در سلامت لازم است (۲۳).

سایر متغیرها

بررسی میزان پرداخت‌های خانوارهای ایرانی برای هزینه‌های خوراکی و پرداخت از جیب سلامت بین سال‌های ۱۳۷۱ تا ۱۳۸۶ حاکی از آن است که میانگین ضریب جینی برای هزینه‌های مصرفی خانوارهای روستایی و شهری برابر با ۰/۴۸، میانگین شاخص تمرکز برای هزینه‌های سلامت روستایی و شهری به ترتیب برابر با ۰/۵۱ و ۰/۵ بوده است. مقادیر شاخص کاکوانی برابر با ۰/۰۰۵- و ۰/۰۱۸- برای خانوارهای روستایی و شهری بوده است. بر این اساس مشخص می‌شود در سال‌های انجام این بررسی، نابرابری نسبتاً بالایی در پرداخت‌های خانوارهای ایرانی و میزان پرداخت از جیب به خاطر هزینه‌های سلامت وجود دارد (۲۴). همچنین مقادیر شاخص تمرکز برای خدمات بستری، سرپایی و کل هزینه‌های سلامت در سال ۱۳۹۲ به ترتیب ۰/۱۳، ۰/۱- و ۰/۱۱- بوده است. بر اساس یافته‌های این مطالعات، فقیران در مقایسه با ثروتمندان بخش بیش‌تری از ظرفیت خود را برای پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی سرپایی و بستری و پیش پرداخت هزینه می‌کنند. بنابراین، حمایت از اقشار آسیب پذیر جامعه برای کاهش پرداخت‌های خارج از جیب و افزایش ظرفیت خانه برای پرداخت از طریق حمایت دولت به منظور بهبود پتانسیل اقتصادی خانواده، باید بسیار مهم تلقی شود (۲۵). موانع مالی در دسترسی به خدمات سلامت در چهار

موضوع دسته‌بندی می‌شوند: موارد مربوط به بیمه سلامت (یعنی عدم پوشش بیمه برای خدماتی مانند دندان‌پزشکی، کاردرمانی و گفتاردرمانی)، قیمت مقرون به صرفه (درآمد کم برای افراد معلول و خانواده آنها)، پشتیبانی مالی (به‌عنوان مثال پایین بودن حقوق بازنشستگی برای افراد معلول) و هزینه حمل‌ونقل (هزینه بالای حمل و نقل برای دستیابی به مراکز درمانی برای افراد معلول)(۲۶).

بررسی اثرات اصلاحات اقتصادی ایران بر برابری در تأمین بودجه اجتماعی و بهداشت و درمان در سال ۱۳۸۹ نشان می‌دهد قانون هدفمندی یارانه‌ها منجر به کاهش قابل توجه نابرابری درآمدی خانوارها شده است (کاهش ضریب جینی)(۲۷). بر اساس داده‌های پیمایش هزینه - درآمد خانوار مرکز آمار ایران، طی سه دهه گذشته (از سال ۱۳۶۲ تا ۱۳۸۸) شاخص کاکوانی برای مخارج سلامت به‌طور متوسط ۰/۴۳ برای خانوارهای شهری و ۰/۴۷ برای خانوارهای روستایی بوده است. این اعداد نشان می‌دهند که مشارکت افراد و خانوارها در هزینه‌های سلامت به صورت تصاعدی بوده است؛ یعنی به نسبت افزایش توان پرداخت و درآمد افراد، سهم مشارکت در مخارج سلامت کم‌تر شده است (۲۸).

بررسی تاثیر گسترش پوشش بیمه‌ی سلامت به افراد بیمه نشده بر تأمین مالی عادلانه نظام سلامت نشان می‌دهد که چنین مداخلاتی تأمین مالی عادلانه مراقبت‌های سلامت را بهبود نبخشیده است (۲۹). دشواری‌های نیل به گسترش پوشش بیمه‌ی سلامت عبارت‌اند از: عدم اطلاع از نرخ بیمه شدگی در کشور، نزولی بودن و عدم شفافیت جریان‌های مالی، نظام بیمه‌ای چندبخشی و غیراجباری، بسته‌ی مزایای غیرعلمی، نظام درمان محوری و گران، تقاضای کنترل نشده، و ضعف و ناکارآمدی اداری و اجرایی (۳۰). همچنین در بررسی موانع نیل به حفاظت مالی در نظام سلامت بیان شده است که دستیابی به حمایت مالی به عنوان یک هدف بلند مدت باید در بین سیاست‌گذاران ایران به عنوان اولویت در نظر گرفته شود که نیاز به همکاری بین‌بخشی با یک نهاد مشخص تعریف شده دارد. سیاست‌گذاران سلامت در ایران باید بسته جامع خدمات سلامت را برای بیماری‌ها و شرایط بهداشتی با پیامدهای فاجعه‌بار تهیه کنند. آن‌ها همچنین باید طرحی را برای پوشش دادن به افراد فقیر تهیه کنند (۳۱).

در ادامه خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با مشارکت مالی عادلانه در قالب جدول ارائه شده است (جدول ۳-۳).

جدول ۳-۳؛ خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با مشارکت مالی عادلانه

منبع	یافته اصلی	هدف مطالعه
(۵)	میزان مواجهه با هزینه های کمرشکن کاهش یافته به طوری که از ۶/۷ در سال ۱۳۹۱ به ۴/۳۴ در سال ۱۳۹۴ رسیده است و شاخص توزیع عادلانه مالی (FFCI) از ۰/۶۶ به ۰/۷۴ به دلیل کاهش هزینه های بهداشتی افزایش یافته است.	عدالت در تأمین مالی سلامت قبل و بعد از معرفی طرح تحول سلامت با روش نمونه گیری خوشه ای در استان لرستان
(۸)	شاخص تمرکز برای ظرفیت پرداخت خانوارها ۰/۱۲۸ و برای هزینه های سلامت ۰/۳۷۵ بوده است. حدود ۴/۸۳ درصد از خانوارهای استفاده کننده از خدمات سلامت با هزینه ی کمرشکن مواجه شده اند.	تاثیرات پرداخت از جیب بر خانوارهای ایران؛ هزینه های کمرشکن و فقرزای سلامت؛
(۱۵)	۴/۸ درصد از خانوارها با هزینه ی کمرشکن مواجه شدند و وضعیت اقتصادی خانوار، داشتن عضو سالمند و استفاده از خدمات بستری و توانبخشی مهم ترین تعیین کننده های مواجهه ی با هزینه ی کمرشکن بودند.	بررسی هزینه ی کمرشکن سلامت پس از پیاده سازی طرح تحول سلامت
(۳۲)	تعداد فزاینده ای از ایرانیان در طول دوره مطالعه در مناطق روستایی و شهری در معرض هزینه های کمرشکن مراقبت های بهداشتی بوده اند، به طوری که هزینه های کمرشکن از ۲/۵۷ در سال ۱۳۸۸ به ۳/۲۵ درصد در سال ۱۳۹۴ رسید و این به این معنی است که نظام سلامت ایران نتوانسته است هدف برنامه پنج ساله توسعه ملی را در مورد میزان مواجهه با هزینه های کمرشکن (کاهش هزینه های کمرشکن به یک درصد؛ طبق برنامه) تحقق بخشد.	شیوع و شدت هزینه کمرشکن (CHE) مراقبت های بهداشتی در سال ۱۳۹۷
(۲)	مواجهه با هزینه کمرشکن در خانوارهای ایرانی ۵/۲۶ درصد در سال ۱۳۹۷ بوده است از آن جایی که شاخص تمرکز ۰/۱۷ - ۰/۱۹ - تا ۰/۱۳ - است حاکی از آن می باشد که هزینه کمرشکن در خانوارهای با اوضاع اقتصادی و اجتماعی ضعیف وجود دارد (CHE به طور نامتناسب در خانواده های فقیر متمرکز شده است).	بررسی مواجهه با هزینه های کمرشکن (CHE) در ایران
(۳۳)	نشان می دهد که در سال ۱۳۹۴، ۲۹/۹ درصد خانوارها دچار هزینه کمرشکن شده اند که این میزان در سال های ۱۳۸۲ و ۱۳۸۷ به ترتیب به ترتیب ۱۲/۶ و ۱۱/۸ درصد بوده است. در سال ۱۳۹۴ میزان قرار گرفتن در معرض خانوارهای مورد مطالعه نسبت به CHE قابل توجه بود و در مقایسه با نتایج مطالعات قبلی افزایش یافته است.	مواجهه با هزینه کمرشکن (CHE)

جدول ۳-۳؛ خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با مشارکت مالی عادلانه - ادامه

منبع	یافته اصلی	هدف مطالعه
(۴)	مقدار شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی سلامت از ۰/۸۴۱ در سال ۱۳۸۲ به ۰/۸۲۷ در سال ۱۳۸۸ کاهش یافته است. همچنین میزان مواجهه‌ی با هزینه‌ی کمرشکن سلامت از ۲/۳ درصد به ۳/۱ درصد افزایش یافته است. به عبارتی طی این سال‌ها وضعیت شاخص‌های مشارکت مالی عادلانه در کشور، نامطلوب بوده‌اند.	بررسی عدالت در تأمین مالی نظام سلامت ایران
(۹)	درصد مواجهه با هزینه‌های کمرشکن در نظام سلامت ایران بین ۲/۵ تا ۵/۷۲ برآورد شده است. در واقع اکثریت افرادی که با هزینه‌های بالا مواجه هستند، با هزینه‌های کمرشکن نیز مواجه می‌باشند.	هزینه‌های کمرشکن در نظام سلامت ایران: ۱۳۹۶
(۱۰)	۲/۴ درصد از کل خانوارها به علت پرداخت از جیب بابت خدمات مراقبت سلامت به زیر خط فقر سقوط کرده اند و ۶/۷ درصد از خانوارهایی که پرداخت از جیب داشته اند و ۳/۸ درصد از کل خانوارها به علت پرداخت از جیب بابت دریافت خدمات مراقبت سلامت با هزینه‌های کمرشکن مواجه شده‌اند.	بررسی هزینه‌های کمرشکن و منجر به فقر سلامت در جمعیت شهری تهران
(۱۲)	درصد خانوارها با هزینه‌های کمرشکن مواجه شده‌اند. ۲/۸ درصد از خانوارها دچار هزینه‌های فقرزای سلامت شده‌اند. بیشترین میزان پرداخت از جیب در فقیرترین چارک بوده است.	بررسی برابری در پرداخت‌های سلامت خانوار در استان همدان
(۳۴)	۲۴ درصد خانوارها با هزینه‌ی کمرشکن مواجه شده که بیش‌ترین تاثیر در مواجهه را خدمات دندانپزشکی داشته است.	مواجهه‌ی خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت در شهر فردوس
(۳۵)	مقدار شاخص FFCI ۶۰ درصد (بهترین حالت شاخص FFCI، ۱۰۰ درصد می‌باشد) و میزان مواجهه‌ی با هزینه‌ی کمرشکن را ۱۴/۲ درصد گزارش کرده‌اند.	بررسی مشارکت مالی خانوارها در نظام سلامت
(۳۶)	FFCI معادل ۰/۵۷ و نسبت خانوارهای مواجه شده با هزینه‌ی کمرشکن ۲۲/۲ درصد می‌باشد.	ارزیابی هزینه‌های کمرشکن سلامت در سال ۱۳۹۰ در کرمانشاه
(۱۳)	نابرابری در توزیع هزینه‌های سلامت در مناطق ۲۲ گانه تهران در سال ۱۳۹۵ برابر با ۰/۵۷ بود (شاخص FFCI=0.57)، مقادیر شاخص تمرکز برای خدمات سرپایی ۰/۱۰۵-، خدمات بستری ۰/۱۰۵ و کل هزینه‌های سلامت برابر با ۰/۰۴۴- بوده است. حدود ۷/۲ درصد خانوارها با هزینه‌ی کمرشکن مواجه شده‌اند.	نابرابری در توزیع هزینه‌های سلامت در مناطق ۲۲ گانه تهران

ادامه دارد

جدول ۳-۳؛ خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با مشارکت مالی عادلانه – ادامه

منبع	یافته اصلی	هدف مطالعه
(۱۶)	خانوارهای مبتلا به بیماری مزمن با شیوع و شدت هزینه‌های کمرشکن ارتباط داشتند. وضعیت اقتصادی پایین، پایین بودن اندازه خانوار و استفاده زیاد از مراقبت‌های بهداشتی با بروز هزینه‌های کمرشکن و شدت آن در خانواده‌های دارای بیماری‌های غیرواگیر همراه است.	بررسی تعیین‌کننده‌های هزینه‌ی کمرشکن ناشی از بیماری‌های مزمن در استان همدان
(۳۷)	متغیرهای مهمی از قبیل وضعیت اقتصادی خانوار، جنس سرپرست خانوار، تحصیلات سرپرست خانوار و وجود فرد بالای ۶۵ سال در مواجهه‌شدگی خانوار با هزینه‌های منجر به فقر سلامت نقش کلیدی دارند. شاخص تمرکز در مواجهه با هزینه‌های منجر به فقر سلامت برابر با ۰/۶۹ - می‌باشد که نشان‌دهنده تمرکز نامناسب مواجهه با هزینه‌های منجر به فقر سلامت به سمت فقرا می‌باشد.	نابرابری در مخارج سلامت و اثرات فقرزایی ناشی از آن در جمعیت شهری کرمان
(۱۱)	به طور متوسط ۶/۴ درصد خانوارهای شهری و در ۶/۳۵ درصد خانوارهای روستایی از هزینه‌های خانوار صرف هزینه‌های سلامت شده است.	تعیین‌کننده‌های هزینه‌های کمرشکن سلامت در ایران
(۱۴)	میزان مواجهه‌ی خانوارهای روستایی با هزینه‌های کمرشکن در سال ۱۳۸۳ به‌طور میانگین دو درصد بوده است که این میزان در دهک‌های فقیرتر بیشتر بوده است و بین گروه‌های درآمدی نابرابری وجود داشت، این مطالعه بیان می‌کند که در سال ۱۳۹۱، هیچ خانواده روستایی با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجهه نداشتند.	هزینه‌های کمرشکن سلامت در ایران
(۳۸)	هزینه‌ی کمرشکن بین ۰/۵ درصد تا ۱۴/۳ درصد در خانوارهای روستایی و بین ۰/۴۸ درصد تا ۱۳/۲۷ درصد در خانوارهای شهری بوده است.	بررسی میزان هزینه‌های کمرشکن سلامت در خانوارهای روستایی و شهری ایران در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳
(۷)	مخارج کمرشکن سلامت در بیماران سرطانی که در سال ۱۳۹۳ به بیمارستان نمازی شیراز مراجعه کردند، ۶۷/۹ درصد می‌باشد.	مخارج کمرشکن سلامت در بیماران سرطانی
(۱۷)	مقدار مواجهه‌ی با هزینه‌ی کمرشکن در دو سال مذکور به ترتیب برابر با ۱۲/۶ درصد و ۱۱/۸ درصد بوده است. مهم‌ترین عوامل موثر بر مواجهه با هزینه‌ی کمرشکن، بهره‌مندی از خدمات سلامت، وضعیت بیمه‌ی سلامت، و وضعیت اجتماعی - اقتصادی است.	هزینه‌ی کمرشکن سلامت در کشور که در دو مقطع ۱۳۸۲ و ۱۳۸۸

ادامه دارد

جدول ۳-۳؛ خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با مشارکت مالی عادلانه - ادامه

منبع	یافته اصلی	هدف مطالعه
(۳۹)	۳۷ درصد خانوارهایی که یکی از افراد آن‌ها به بیماری MS مبتلا می‌باشد، با هزینه‌های کمرشکن مواجه می‌شوند.	بررسی بیماری MS و هزینه‌های کمرشکن سلامت در سال ۱۳۹۳
(۱۸)	هزینه‌های کمرشکن خدمات بیمارستانی در طبقات پایین اجتماعی - اقتصادی متمرکز است.	بررسی میزان پرداخت از جیب برای خدمات بیمارستانی
(۴۰)	۴/۸ درصد از بیماران بستری با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه شدند که عمده‌ی عوامل آن عبارت بوده‌اند از هزینه‌ی جراحی، بیماری مزمن، اندازه خانوار و وضعیت اجتماعی - اقتصادی آنها.	اندازه‌گیری حفاظت مالی در بیماران بستری در سال ۱۳۹۷
(۱۹)	مقدار مواجهه‌ی با هزینه‌ی کمرشکن برابر با ۳/۹۱ درصد بوده است و استفاده از خدمات بستری سرپایی، دندانپزشکی و ... مهم‌ترین عوامل موثر بر بروز هزینه‌های کمرشکن بوده‌اند.	میزان و عوامل موثر بر بروز هزینه‌های کمرشکن سلامت
(۲۰)	۲۸ درصد از خانوارها با هزینه‌های کمرشکن مواجه شدند و استفاده از خدمات اورژانسی، بیمارستانی، داروهای ترک اعتیاد، و سزارین فاکتورهای موثر بر بروز هزینه‌های کمرشکن بودند.	بررسی هزینه‌های کمرشکن خانوارها
(۶)	۴۲/۶ درصد از بیماران بستری با هزینه‌های فاجعه بار روبرو بوده‌اند. علاوه بر این، ۱۱/۲ درصد از خانوارها با هزینه‌های فاجعه بار مواجه بودند علاوه بر این، ۱۱/۲ درصد از خانوارها با هزینه‌های فاجعه بار مواجه بودند. بر اساس این مطالعه کمبود پول مهم‌ترین علت مراقبت از افراد بی‌پناه است.	بررسی هزینه‌های سلامت و هزینه‌های کمرشکن برای خدمات بستری در سال ۱۳۹۳
(۲۱)	حدود ۱۵/۰۵ درصد از بیماران با هزینه‌های کمرشکن مواجه شده‌اند، سطح تحصيلات سرپرست خانوار، تعداد دفعات بستری، جنسیت سرپرست خانوار، پرداخت‌های بیرون از بیمارستان برای خدمات سرپایی و دارو و تجهیزات برای همان بیماری و سطح درآمد با احتمال مواجهه با هزینه‌ی کمرشکن ارتباط معنادار داشته است. همچنین ضریب جینی برای توزیع هزینه‌های کمرشکن ۰/۸ بوده است.	ارزیابی میزان بستری شدن در بیمارستان و پرداخت‌های کمرشکن پزشکی در تهران
(۲۷)	قانون هدفمندی یارانه‌ها منجر به کاهش قابل توجه نابرابری درآمدی خانوارها شده است (کاهش ضریب جینی)، اما این اصلاحات بر حقوق صاحبان سهام در تأمین بودجه مراقبت‌های بهداشتی (عدالت در تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی) تأثیری ندارد.	بررسی اثرات اصلاحات اقتصادی ایران بر برابری در تأمین بودجه اجتماعی و بهداشت و درمان در سال ۱۳۸۹

جدول ۳-۳؛ خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با مشارکت مالی عادلانه — ادامه

منبع	یافته اصلی	هدف مطالعه
(۴۱)	برنامه هدفمندی یارانه‌ها در حمایت از فقرا و مراکز بهداشتی درمانی نتوانسته به هدف خود برسد و سهم فقرا در پرداخت‌های بهداشتی افزایش یافته است (شاخص کاکوانی منفی).	تأثیر برنامه هدفمندی یارانه‌ها بر برابری در تأمین بودجه مراقبت‌های بهداشتی
(۲۸)	طی سه دهه گذشته (از سال ۱۳۶۲ تا ۱۳۸۸) شاخص کاکوانی برای مخارج سلامت به طور متوسط ۰/۴۳ برای خانوارهای شهری و ۰/۴۷ برای خانوارهای روستایی بوده است. این اعداد نشان می‌دهند که مشارکت افراد و خانوارها در هزینه‌های سلامت به صورت تصاعدی بوده است.	بررسی نابرابری‌ها در سلامت طی برنامه‌های توسعه در ایران
(۲۹)	مداخلاتی نیز گسترش پوشش بیمه‌ای تأمین مالی عادلانه مراقبت‌های سلامت را بهبود بخشیده است. برای تأمین اعتبار مراقبت‌های بهداشتی و اجرای چنین برنامه‌هایی در کشورهای کم-درآمد و با درآمد متوسط، نیاز به احتیاط و برنامه‌ریزی‌های پیش‌تری می‌باشد.	بررسی تأثیر گسترش پوشش بیمه‌ی سلامت به افراد بیمه‌نشده بر تأمین مالی عادلانه نظام سلامت
(۳۰)	عدم اطلاع از نرخ بیمه‌شدگی در کشور، نزولی بودن و عدم شفافیت جریان‌های مالی، نظام بیمه‌ای چندبخشی و غیراجباری، بسته‌ی مزایای غیرعلمی، نظام درمان محوری و گران، تقاضای کنترل نشده، و ضعف و ناکارآمدی اداری و اجرایی، از جمله موانع دستیابی به پوشش همگانی سلامت در کشور می‌باشند.	دشواری‌های نیل به پوشش فراگیر پایدار بیمه‌ی سلامت
(۳۱)	سیاست‌گذاران سلامت در ایران باید بسته جامع خدمات سلامت را برای بیماری‌ها و شرایط بهداشتی با پیامدهای فاجعه‌بار تهیه کنند. آن‌ها همچنین باید طرحی را برای پوشش دادن به افراد فقیر تهیه کنند. دستیابی به حمایت مالی به عنوان یک هدف بلندمدت باید در بین سیاست‌گذاران ایران به عنوان اولویت در نظر گرفته شود که نیاز به همکاری بین‌بخشی با یک نهاد مشخص تعریف شده دارد.	بررسی موانع نیل به حفاظت مالی در نظام سلامت
(۲۶)	چهار دسته موانع مالی در دسترسی به خدمات درمانی شامل موارد ذیل بودند: مربوط به بیمه درمانی (یعنی عدم پوشش بیمه برای خدماتی مانند دندانپزشکی، کاردرمانی و گفتاردرمانی)، قیمت مقرون به صرفه (درآمد کم برای افراد معلول و خانواده آنها)، پشتیبانی مالی (به عنوان مثال پایین بودن حقوق بازنشستگی برای افراد معلول) و هزینه حمل و نقل (هزینه بالای حمل و نقل برای دستیابی به مراکز درمانی برای افراد معلول).	بررسی موانع مالی در دسترسی به خدمات درمانی برای بزرگسالان معلول در سال ۱۳۹۸

جدول ۳-۳؛ خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با مشارکت مالی عادلانه – ادامه

منبع	یافته اصلی	هدف مطالعه
(۲۲)	شاخص مشارکت مالی عادلانه به‌طور متوسط برای کل دوره در مناطق شهری، روستایی و کل کشور به‌ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۲ و ۰/۸۳ بوده است. علاوه بر این در سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ مقدار شاخص FFC هم در مناطق روستایی و هم در مناطق شهری و به‌تبع آن در کل کشور روند کاهشی داشته است. این مطالعه نشان می‌دهد توسعه بیمه‌های درمان، طرح تحول اقتصادی در سال ۱۳۸۸ و طرح تحول سلامت در سال ۱۳۹۳ نتوانسته است موجب تحقق اهداف برنامه توسعه ملی در عدالت تأمین مالی در نظام سلامت شود و اختلاف قابل توجهی به ویژه در مناطق روستایی، با هدف تعیین شده دارد.	بررسی ارزیابی وضعیت شاخص مشارکت مالی عادلانه در نظام سلامت ایران در سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۹۵
(۲۴)	میانگین ضریب جینی برای هزینه‌های مصرفی خانوارهای روستایی و شهری برابر با ۰/۴۸، میانگین شاخص تمرکز برای هزینه‌های سلامت روستایی و شهری به ترتیب برابر با ۰/۵۱ و ۰/۵ بوده است. مقادیر شاخص کاکوانی برابر با ۰/۰۵- و ۰/۰۱۸- برای خانوارهای روستایی و شهری بوده است. بر این اساس مشخص می‌شود در سال‌های انجام این بررسی، نابرابری نسبتاً بالایی در پرداخت‌های خانوارهای ایرانی و میزان پرداخت از جیب به خاطر هزینه‌های سلامت وجود دارد.	بررسی میزان پرداخت‌های خانوارهای ایرانی برای هزینه‌های خوراکی و پرداخت از جیب سلامت
(۴۲)	بررسی هزینه‌های سلامت خانوار و فقرزایی در سال ۱۳۹۱ در شیراز نشان داد که ۷/۱ درصد از خانوارها با هزینه‌ی فقرزای سلامت مواجه شده‌اند. در این بین چارک اول به احتمال بیش‌تری نسبت به دیگر چارک‌ها با هزینه‌ی فقرزای سلامت مواجه می‌شوند. این یافته‌ها حاکی از آن هستند که پوشش بیمه‌ی پایه تأثیری در جلوگیری از مواجهه با هزینه‌ی فقرزای سلامت نداشته است. سکونت در روستا از عوامل مثبت موثر بر مواجهه‌ی با هزینه‌های مذکور بود.	بررسی هزینه‌های سلامت خانوار و فقرزایی در سال ۱۳۹۱ در شیراز
(۲۵)	در سال ۱۳۹۲ مقادیر شاخص تمرکز برای خدمات بستری، سرپایی و کل هزینه‌های سلامت به ترتیب ۰/۱۳، ۰/۱- و ۰/۱۱- بوده است. شاخص تمرکز برای ظرفیت پرداخت ۰/۱۱ محاسبه شد. براساس این مطالعه، فقیران در مقایسه با ثروتمندان بخش بیش‌تری از ظرفیت خود را برای پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی سرپایی و بستری و پیش پرداخت هزینه می‌کنند.	ارزیابی نابرابری در ظرفیت پرداخت برای هزینه‌های سلامت در تهران

جدول ۳-۳؛ خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با مشارکت مالی عادلانه – ادامه

منبع	یافته اصلی	هدف مطالعه
(۲۳)	مقدار FFCI برابر با ۰/۶۸ (عدد یک مشارکت مالی عادلانه را نشان می‌دهد که فاصله از آن نشان‌دهنده بی‌عدالتی در مشارکت‌های مالی می‌باشد) و مقدار شاخص کاکوانی برابر با ۰/۰۱۲۵- است؛ به‌عبارتی شاخص‌های عدالت در تأمین مالی مراقبت‌های سلامت، بی‌عدالتی و روند نزولی در سیستم تأمین مالی مراقبت‌های سلامت را نشان می‌دهد.	سنجش عدالت در پرداخت‌های سلامت خانوار تهران در سال ۱۳۸۸
(۴۳)	در حالی که ساز و کار اخذ مالیات صعودی بوده، در مقابل ساز و کار مشارکت در حق بیمه‌های سلامت به شدت نزولی بوده است یعنی هر چه درآمد بیش‌تر مشارکت در تأمین هزینه‌های سلامت کم‌تر و بالعکس.	نابرابری در تأمین مالی سلامت در ایران

شواهد مطالعاتی مربوط به عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت

بر اساس یافته‌های این مطالعه، ۳۶ درصد از مقالات مورد تحلیل، موضوع بهره‌مندی از خدمات سلامت را مورد بررسی قرار داده بودند. مطالعات بهره‌مندی از خدمات سلامت کلیه‌ی مقالاتی را شامل می‌شود که در زمینه‌ی موجودیت، دسترسی و استفاده از خدمات سلامت می‌باشند؛ مواردی مانند توزیع و سنجش نابرابری منابع سلامت (تخت و نیروی انسانی)، دسترسی به خدمات سلامت. پرداختن به این موضوع به جهت اینکه نشان‌دهنده سیاست‌های توزیع منابع در کشور می‌باشد حائز اهمیت هستند. یافته‌های حاصل از این مطالعات نابرابری و عمق آن را در گروه‌های جمعیتی مختلف و به تفکیک مناطق جغرافیایی را نشان می‌دهد و می‌تواند در بازتوزیع منابع جهت افزایش عدالت در دسترسی به خدمات تاثیرگذار باشد. در ادامه به ارائه یافته‌های این دسته از مطالعات در قالب سه موضوع توزیع نیروی انسانی، توزیع منابع و تسهیلات فیزیکی مراقبت‌های سلامت و بهره‌مندی از خدمات سلامت می‌پردازیم.

توزیع نیروی انسانی

بررسی مطالعاتی که در خصوص توزیع نیروی انسانی بخش سلامت اعم از پزشک، پرستار، ماما، تکنسین‌ها، دندانپزشکان و داروسازان انجام شده است نشان می‌دهد که به‌طور کلی در توزیع این منابع، نابرابری‌هایی وجود دارد. ارزیابی روند نابرابری‌های جغرافیایی در توزیع نیروی انسانی سلامت نشان داد که بیش‌ترین مقدار ضریب جینی مربوط به پرستاران بود (۰/۲۹۱) و کم‌ترین میزان نابرابری نیز مربوط به بهورز و پرستار بود (۰/۲۹۸)؛ به این معنی که توزیع پرستاران و بهورزان به صورت نسبتاً برابری نسبت به سایر منابع انسانی بخش سلامت صورت گرفته است. بررسی شاخص‌های توزیع جغرافیایی پزشکان عمومی، ماماها، متخصصین اطفال و زنان در بخش دولتی ایران که بر اساس جمعیت، تولد، نیاز تعدیل‌شده به مرگ و میر، بین سال‌های ۱۳۸۹ و ۱۳۹۱ محاسبه شد، نشان داد که ضریب جینی برای پزشکان عمومی و متخصصین اطفال کاهش یافته است و به عبارتی نابرابری کم‌تر شده است، ولی برای متخصصین زنان افزایش و سپس کاهش یافته است (۴۴-۴۶). بررسی روند نابرابری‌های جغرافیایی در توزیع نیروی انسانی در یک دهه گذشته (۱۳۸۵-۱۳۹۴) در سال ۱۳۹۷ نشان می‌دهد کم‌ترین ضریب جینی مربوط به بهورز (۰/۲۳) بوده است. در سایر شاخص‌های منابع انسانی، نابرابری طی سال‌های مورد بررسی کاهش یافته است (از ۰/۵۷ تا ۰/۲۷) (۴۷). مطالعات نشان می‌دهند که با گذشت زمان، نابرابری در توزیع منابع در بخش سلامت رو به افزایش است. با توسعه بخش خصوصی و در نظر گرفتن روند این بخش برای فعالیت در مناطق توسعه‌یافته، سیاست‌گذاران سلامت باید به‌طور مستمر توزیع نیروی انسانی را ارزیابی کنند و آن‌ها باید برنامه خاصی را برای تخصیص نیروی انسانی در بخش سلامت ترتیب دهند (۴۸). محاسبات نشان می‌دهند که مجوزهای استخدامی به‌طور عادلانه در وزارت بهداشت و وزارت رفاه ایران توزیع می‌شود. اما بخشی از مجوزهای استخدامی باید برای دستیابی به توزیع مساوی کامل بین کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران توزیع مجدد شود (۴۹).

توزیع منابع و تسهیلات فیزیکی مراقبت‌های سلامت

بررسی مطالعات انجام شده در خصوص توزیع منابع و تسهیلات مربوط به ارائه خدمات سلامت نشان می‌دهد که نابرابری‌هایی در استان‌های مختلف و بر اساس نوع تسهیلات وجود دارد، به طوری که نابرابری در ارائه خدمات تخصصی بیش‌تر مشاهده می‌شود. ضریب جینی ثبت شده در این مطالعات از کم‌تر از ۰/۱ تا ۰/۵ محاسبه شده است (۵۱-۵۰، ۴۷).

بررسی روند نابرابری‌های جغرافیایی در توزیع تسهیلات بهداشتی-درمانی در بخش سلامت در یک دهه گذشته (۱۳۹۴-۱۳۸۵) نشان می‌دهد که بیشترین ضریب جینی مربوط به مراکز پرتونگاری (۰/۶۱) بوده است. از میان شاخص‌های تسهیلات، ضریب جینی مراکز بهداشتی درمانی شهری، موسسات بهداشتی درمانی، تخت و مراکز پرتونگاری، کاهش نابرابری نشان داده شده است (کاهش ضریب جینی از ۰/۴۵ به ۰/۳۰) (۴۷). بررسی نابرابری جغرافیایی در منابع فیزیکی بخش سلامت در سال ۱۳۹۴ نشان داد که میانگین ضریب جینی برای خانه‌های بهداشت، تخت بیمارستان، داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها و مراکز توانبخشی و رادیولوژی‌ها برابر با ۰/۱۷۸، بوده است. بر این اساس نابرابری کمی در توزیع منابع فیزیکی بخش سلامت وجود دارد (۵۰). این داده‌ها نشان می‌دهند که نابرابری در توزیع منابع بین مناطق جغرافیایی وجود دارد. اما این نابرابری عمیق نمی‌باشد (۵۱).

ارزیابی نابرابری در توزیع تخت‌های مراقبت‌های ویژه در ایران نشان می‌دهد که ضریب جینی برای تخت‌های CCU در سال ۱۳۹۰ برابر با ۰/۰۴ برای ICU برابر با ۰/۰۵ و برای NICU برابر با ۰/۰۳ بوده است. این اعداد بیانگر نابرابری فاحش در توزیع تخت‌های مراقبت ویژه در کشور می‌باشند (۵۲). همچنین تعداد این تخت‌ها به ازای هر جمعیت کم‌تر از سایر کشورها است (۵۳). ارزیابی نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت و تخت‌های بیمارستانی قلبی و عروقی دولتی نشان از کمبود توزیع خدمات بهداشتی و قلبی و عروقی کبدی در ایران می‌دهد. اما ضریب جینی نابرابری معنی‌دار را نشان نمی‌دهد (مقدار ضریب جینی ۰/۱۲۹ محاسبه شد)؛ با این حال، توزیع برابر تخت‌های CCU و متخصصان قلبی و عروقی به این معنی نیست که آن‌ها به اندازه کافی در ایران در دسترس هستند (۵۴). ارزیابی توزیع تخت‌های سوختگی

در سال ۱۳۹۱ نشان می‌دهد که استان‌های اصفهان و خراسان رضوی به ترتیب تقریباً ۱۱ و ۱۰/۴ درصد از تخت‌های سوختگی کشور را در اختیار داشتند. ضریب جینی تخت‌های سوختگی نسبت به جمعیت و بار سوختگی به ترتیب ۰/۰۹ و ۱۶ درصد محاسبه شد؛ به این معنی که در توزیع تخت‌های سوختگی در کشور نابرابری‌هایی وجود دارد (۵۵). بررسی نابرابری در توزیع تخت‌های همودیالیز و نفرولوژیست در سال ۱۳۹۲ نشان داد که ضریب جینی برای تخت همودیالیز و نفرولوژیست برابر با ۰/۰۲ و ۰/۳۸ بوده است. این نتایج حاکی از آن است که گرچه تخت‌های همودیالیز در ایران در ارتباط با نیاز جمعیت توزیع شده است، توزیع نفرولوژیست‌ها به اندازه تخت‌های همودیالیز برابر نیست و این عدم تعادل در منابع مکمل، می‌تواند هم کارایی و هم بر دسترسی عادلانه به خدمات برای جمعیت تأثیر بگذارد (۵۶).

بررسی توزیع منابع مراقبت‌های پیش‌بیمارستانی و تأثیر آن بر صدمات ترافیک جاده‌ای در کشور نشان می‌دهد که توزیع مرگ و میر و توزیع صدمات ناشی از حوادث ترافیکی و همچنین توزیع مراکز ارائه‌دهنده خدمات پیش‌بیمارستانی بین استان‌های کشور نابرابر بود و البته بین تعداد مراکز خدمات پیش‌بیمارستانی و میزان مرگ و میر و صدمات ناشی از حوادث ترافیکی ارتباط معناداری وجود نداشت. محققین این مطالعه مقدار ضریب جینی برای آمبولانس ۰/۱۹، برای جایگاه‌های اورژانس پیش‌بیمارستانی ۰/۲۱، برای کارکنان ۰/۲۰، برای توزیع مرگ و میر و نیز توزیع آسیب‌ها و صدمات ۰/۱۸ برآورد کردند. با توجه به این مقادیر، آمبولانس‌ها نسبت به سایر تسهیلات به صورت برابر بین استان‌های کشور توزیع شده‌اند (۵۷).

بهره‌مندی از خدمات سلامت

بررسی برابری و عدالت در بهره‌مندی از خدمات سلامت ایران نشان می‌دهد که در بهره‌مندی از تمامی خدمات سلامت به جز خدمات پزشکی خانواده، خانه‌های بهداشت، خدمات دندانپزشکی و خدمات ارائه شده در کلینیک‌های بخش خصوصی نابرابری اندکی بین گروه‌های مختلف درآمدی وجود دارد. از این رو انتظار است که گروه‌های درآمدی بالاتر از خدمات سلامت نیز بیش‌تر استفاده نمایند. بر همین اساس نتایج تخمین پس از استانداردسازی نابرابری و محاسبه بی‌عدالتی نشان می‌دهد که، توزیع بهره‌مندی از خدمات سلامت به‌ویژه خدمات سرپایی به نفع

گروه‌های ثروتمند می‌باشد و بی‌عدالتی افقی به نفع این گروه درآمدی وجود دارد (۵۸). افراد با درآمد بالا بیش‌تر از خدمات تخصصی استفاده می‌کردند و افراد با درآمد کم‌تر از کارکنان سلامت کم‌تر بهره می‌گیرند. در بررسی این مطالعات مشخص شده است که شاخص تمرکز برای بهره‌مندی از کل خدمات ۰/۰۵ (۰/۰۶۹- تا ۰/۱۶۵)، برای زیرگروه‌های خدمات عمومی سلامت ۰/۱۱ (۰/۰۹ تا ۰/۱۲)، برای مراقبت‌های اولیه سلامت ۰/۰۶۵ (۰/۰۸- تا ۰/۰۵-) بوده است. اگرچه میزان بهره‌مندی از دهک‌های فقیر به ثروتمند افزایش یافته است، اما نابرابری در بهره‌مندی از خدمات در رابطه با جنس و محل زندگی بسیار کم و بی‌معنی می‌باشد (۵۹).

بررسی نابرابری در بهره‌مندی از ویزیت پزشکان عمومی و متخصصان نشان می‌دهد که نابرابری در ویزیت متخصصان بیش‌تر از پزشکان عمومی می‌باشد؛ همچنین کسانی که بیمه تکمیلی دارند بیش‌تر از ویزیت پزشکان متخصص بهره‌مند می‌شوند که این موضوع نشان می‌دهد که پوشش بیمه تکمیلی باعث افزایش بهره‌مندی از خدمات سلامت می‌شود (۶۰).

در بررسی‌های انجام شده مشخص شده است که نابرابری اجتماعی - اقتصادی در استفاده از خدمات دندانپزشکی، چشم پزشکی و دسترسی و استفاده از انواع دارو در بین خانواده‌هایی که وجود دارد، به این ترتیب که خانوارهایی که وضعیت اجتماعی - اقتصادی بهتری دارند بهره‌مندی آن‌ها از این خدمات بیش‌تر است. نتایج این مطالعات حاکی از آن است که وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانوارها، سن و وضعیت تحصیلات سرپرست خانوارها، پوشش بیمه‌ای و استان‌های محل سکونت به عنوان اصلی‌ترین عوامل موثر در تمرکز استفاده از خدمات دندانپزشکی در بین خانواده‌های ثروتمند است (۶۹-۶۱).

مطالعات نشان می‌دهند که افزایش پوشش بیمه سلامت در کل باعث بهره‌مندی افراد فاقد بیمه از خدمات سلامت شده است. (۷۰). اما همچنان عواملی از قبیل وضعیت اجتماعی - اقتصادی خانوار، زنان خانه دار/بازنشسته، محل سکونت (شهری/روستایی)، گروه سنی، تحصیلات، وضعیت تأهل مهم‌ترین عوامل نابرابری در بهره‌مندی از خدمات سلامت می‌باشند (۷۵-۷۱). در ادامه خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت در قالب جدول ارائه شده است (جدول ۳-۴).

جدول ۳-۴؛ خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت

منبع	یافته اصلی	هدف مطالعه
(۴۸)	به طور کلی در توزیع این منابع، نابرابری‌هایی وجود دارد. ارزیابی روند نابرابری‌های جغرافیایی در توزیع نیروی انسانی سلامت نشان داد که در سال ۱۳۸۶ بیش‌ترین مقدار ضریب جینی مربوط به پرستاران بود (۰/۲۹۱) و کم‌ترین میزان نابرابری در سال‌های ۱۳۸۷ و ۸۸ نیز مربوط به بهورز و پرستار بود (۰/۲۹۸).	توزیع نیروی انسانی بخش سلامت اعم از پزشک، پرستار، ماما، تکنسین‌ها، دندانپزشکان و داروسازان
(۴۹)	بین سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۸، به طور میانگین مقدار ضریب جینی ۰/۱۶۷ و رابین هود ۱۱ درصد بوده است (به این معنی که به طور کلی ۱۱ درصد منابع انسانی باید بازتوزیع شود تا برابری کامل حاصل شود). محاسبات نشان می‌دهند که مجوزهای استخدامی به طور عادلانه در وزارت بهداشت و وزارت کار ایران توزیع می‌شود.	بررسی توزیع منابع انسانی بخش سلامت
(۴۴)	ضریب جینی برای پزشکان عمومی و متخصصین اطفال کاهش یافته است و به عبارتی نابرابری کم تر شده است، ولی برای متخصصین زنان افزایش و سپس کاهش یافته است.	بررسی شاخص‌های توزیع جغرافیایی پزشکان عمومی، ماماها، متخصصین اطفال و زنان در بخش دولتی ایران
(۴۵)	توزیع متخصصان زنان در مناطق مختلف این استان نابرابری وجود دارد (میانگین ضریب جینی طی سال‌های مورد بررسی ۰/۵ بوده است)، همچنین در توزیع ماماها نیز نابرابری وجود دارد، اما نسبت به متخصصین زنان، این نابرابری کم‌تر است (میانگین ضریب جینی توزیع ماما طی سال‌های مورد بررسی ۰/۲ بوده است).	توزیع جغرافیایی متخصصین زنان و زایمان و ماماها در استان کرمانشاه که بین سال‌های ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۲
(۴۶)	در نیروی انسانی مربوط به سلامت مادران و کودکان نابرابری وجود دارد به طوری که ضریب جینی متخصص کودکان، متخصص زنان و زایمان و ماماها در دوره مورد مطالعه به ترتیب ۰/۲۵، ۰/۳۲ و ۰/۳۶ بود.	بررسی عدالت در توزیع ارائه‌دهندگان مراقبت از مادر و کودک در بخش عمومی استان لرستان
(۵۸)	در بهره‌مندی از تمامی خدمات سلامت به‌جز خدمات پزشک خانواده، خانه‌های بهداشت، خدمات دندانپزشکی و خدمات ارائه شده در کلینیک‌های بخش خصوصی نابرابری اندکی بین گروه‌های مختلف درآمدی وجود دارد. این در حالی است که شاخص نیاز انتظاری نشان‌دهنده تمرکز نیاز بین فقرا می‌باشد.	برابری و عدالت در بهره‌مندی از خدمات سلامت ایران

جدول ۳-۴؛ خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت - ادامه

منبع	یافته اصلی	هدف مطالعه
(۵۹)	۶۶/۴ درصد از مردم از خدمات مختلف سلامت بهره‌مند شده‌اند. بهره‌مندی از خدمات پزشکی عمومی ۲۱/۴ درصد و بهره‌مندی از مراقبت‌های ویژه و تخصصی ۲۱/۶ درصد و بهره‌مندی از کارکنان سلامت (کارشناسان بهداشت، ماماها، تکنسین‌ها، و...) ۲۱/۸ درصد بوده است. شاخص تمرکز برای کل خدمات ۰/۰۵ (۰/۰۶۹- تا ۰/۱۶۵)، برای زیرگروه‌های خدمات عمومی سلامت ۰/۱۱ (۰/۰۹ تا ۰/۱۲)، برای مراقبت‌های اولیه سلامت ۰/۰۶۵- (۰/۰۸- تا ۰/۰۵-) بوده است.	نابرابری اجتماعی - اقتصادی در بهره‌مندی از خدمات سلامت در ایران
(۴۷)	بیشترین ضریب جینی مربوط به مراکز پرتونگاری (۶۱/۰) و کمترین آن مربوط به بهورز (۰/۲۳) بوده است. در شاخص‌های منابع انسانی، نابرابری طی سال‌های مورد بررسی کاهش یافته بود (از ۰/۵۷ تا ۰/۲۷) اما در شاخص بهورز نابرابری کمی افزایش نشان داد (از ۰/۲۴ به ۰/۲۶). از میان شاخص‌های تسهیلات، ضریب جینی مراکز بهداشتی درمانی شهری، مؤسسات بهداشتی درمانی، تخت و مراکز پرتونگاری، کاهش نشان داد (۰/۴۵ به ۰/۳۰).	بررسی روند نابرابری‌های جغرافیایی در توزیع نیروی انسانی و تسهیلات بهداشتی - درمانی
(۵۰)	میانگین ضریب جینی برای خانه‌های بهداشت، تخت بیمارستان، داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها و مراکز توانبخشی و رادیولوژی‌ها برابر با ۰/۱۷۸، بوده است. بر این اساس نابرابری کمی در توزیع منابع فیزیکی بخش سلامت وجود داشت.	بررسی نابرابری جغرافیایی در منابع فیزیکی بخش سلامت
(۷۶)	ضرایب جینی برای نیروی انسانی، مراکز درمانی و تخت بیمارستان به ترتیب ۰/۱۳۷۹۷، ۰/۱۹۹۸۰ و ۰/۱۴۹۹۹ بود با توجه به ضرایب توزیع منابع بهداشتی بین استان‌های ایران نسبتاً مساوی بود.	نابرابری در توزیع منابع مراقبت‌های بهداشتی: منابع انسانی، مراکز درمانی و تخت بیمارستان در استان‌های ایران در سال ۱۳۹۳
(۷۷)	تفاوت زیادی میان استان‌ها از نظر تعداد افراد پیراپزشک، دندانپزشک، داروساز، تعداد کلینیک‌های پزشکی و تخت بیمارستان وجود دارد و این اختلافات پس از طرح تحول کاهش چشم‌گیری نداشته است.	ارزیابی و رتبه‌بندی زیرساخت‌های ارائه‌دهنده خدمات در استان‌های کشور به‌عنوان شاخص عدالت قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت

ادامه دارد

جدول ۳-۴؛ خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت _ ادامه

منبع	یافته اصلی	هدف مطالعه
(۵۱)	مقادیر شاخص جینی برای توزیع پزشکان ۰/۴۷، توزیع پاراکلینیک کاران ۰/۳۹ و برای تخت بیمارستانی ۰/۵۸ بوده‌اند. این داده‌ها نشان می‌دهند که نابرابری در توزیع منابع بین مناطق جغرافیایی وجود دارد. اما این نابرابری عمیق نمی‌باشد.	بررسی روند نابرابری در توزیع منابع خدمات سلامت در ایران در سال ۱۳۹۵
(۷۸)	بیش تر افراد فقیر از خدمات بستری بیمارستان دولتی استفاده می‌کنند ویزیت‌های پزشکان عمومی در بخش خصوصی به نفع افراد فقیر تغییر کرده است. شاخص تمرکز برای پزشک خانواده و ویزیت پزشکان عمومی در بخش‌های دولتی و خصوصی، و همچنین ویزیت متخصصین در بخش‌های دولتی و خصوصی به ترتیب ۰/۰۸۹، ۰/۰۸۶، ۰/۰۱۰، ۰/۰۲۵ و ۰/۰۱۸ - بوده است که نابرابری در این خدمات در بخش‌های خصوص و دولتی را نشان می‌دهد.	بررسی نابرابری در استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی در یک سیستم بهداشت و درمان خصوصی و دولتی در سال ۱۳۹۹
(۷۵)	۹۱/۲ درصد افرادی که به خدمات بستری نیاز داشتند، به خدمات مورد نیاز خود دسترسی داشتند. بر اساس یافته‌ها، عوامل مختلفی از جمله گروه سنی، تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اقتصاد خانوار در استفاده از مراقبت‌های بستری نقش بسزایی دارند. علاوه بر این، گروه سنی و وضعیت اقتصادی خانواده تأثیر بسزایی در استفاده از خدمات سرپایی دارد.	بررسی میزان نابرابری‌های اقتصادی - اجتماعی در بهره‌مندی از خدمات درمانی بعد از طرح تحول سلامت که در سال ۱۳۹۷
(۵۲)	ضریب جینی برای تخت‌های CCU در سال ۱۳۹۰ برابر با ۰/۰۴ برای ICU برابر با ۰/۰۵ و برای NICU برابر با ۰/۰۳ بوده است. این اعداد بیان‌گر نابرابری فاحش در توزیع تخت‌های مراقبت ویژه در کشور می‌باشند.	ارزیابی نابرابری در توزیع تخت‌های مراقبت‌های ویژه
(۵۳)	مقدار ضریب جینی برای تخت ICU برابر با ۰/۱۷، برای تخت PostICU برابر با ۰/۱۵ و برای NICU برابر با ۰/۲۳ می‌باشد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که، با توجه به ضرایب جینی، در توزیع جغرافیایی تخت‌های مراقبت‌های ویژه نابرابری کمی در سراسر کشور وجود دارد.	نابرابری در توزیع جغرافیایی تخت‌های مراقبت‌های ویژه در سال ۱۳۹۰
(۵۴)	کمبود توزیع خدمات بهداشتی و قلبی - عروقی کبدی در ایران وجود دارد اما ضریب جینی نابرابری معنی دار را نشان نمی‌دهد (مقدار ضریب جینی ۰/۱۲۹ محاسبه شد)؛ با این حال، توزیع برابر تخت‌های CCU و متخصصان قلبی - عروقی به این معنی نیست که آن‌ها به اندازه کافی در ایران در دسترس هستند.	ارزیابی نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت قلبی و عروقی دولتی

جدول ۳-۴؛ خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت _ ادامه

منبع	یافته اصلی	هدف مطالعه
(۵۵)	استان‌های اصفهان و خراسان رضوی به ترتیب تقریباً ۱۱ و ۱۰/۴ درصد از تخت‌های سوختگی کشور را در اختیار داشتند. استان‌هایی که بیش‌ترین میزان سال‌های عمر همراه با ناتوانی را داشتند (DALY) را داشتند به ترتیب سیستان بلوچستان، فارس و کرمان با ۱۰/۷۵ درصد، ۱۰/۳۴ درصد و ۹/۵۴ درصد بودند.	ارزیابی توزیع تخت‌های سوختگی در سال ۱۳۹۱
(۵۶)	ضریب جینی برای تخت همودیالیز و نفرولوژیست برابر با ۰/۳۸ و ۰/۰۲ بوده است. این نتایج حاکی از آن است که گرچه تخت‌های همودیالیز در ایران در ارتباط با نیاز جمعیت توزیع شده است، توزیع نفرولوژیست‌ها به اندازه تخت‌های همودیالیز برابر نیست و این عدم تعادل در منابع مکمل، می‌تواند هم‌کارایی و هم‌بر دسترسی عادلانه به خدمات برای جمعیت تأثیر بگذارد.	بررسی نابرابری در توزیع تخت‌های همودیالیز و نفرولوژیست در سال ۱۳۹۲
(۷۹)	مقدار ضریب جینی به‌صورت خام برابر با ۰/۶۸ و بر اساس تراکم جمعیت حدود ۰/۷ بوده است. اگرچه تعداد کل تخت‌های بیمارستانی در شیراز معقول بود، اما توزیع این منابع عادلانه نبود و نابرابری در توزیع آن‌ها بین نُه منطقه شیراز مشاهده شد.	ارزیابی برابری در تخت‌های بیمارستانی در شیراز
(۸۰)	نابرابری زیادی در توزیع تخت‌های بیمارستانی و توزیع جغرافیایی بیمارستان‌ها وجود دارد به‌طوری‌که شاخص‌های جینی برای تخت‌های بیمارستان بیش‌تر از ۰/۵۵ بود. شاخص‌های تمرکز جمع برای تخت‌های بیمارستانی عمومی و خصوصی به ترتیب ۰/۳۳ و ۰/۴۹ بود. GIS نشان داد که ۲۱۶ بیمارستان (۷۰/۶ درصد) در مناطقی با وضعیت اقتصادی-اجتماعی بهتر مستقر هستند.	بررسی نابرابری در توزیع جغرافیایی بیمارستان‌ها و تخت‌های بیمارستانی در کلان‌شهرهای پرجمعیت ایران در سال ۱۳۹۸
(۶۶)	بین وضعیت اجتماعی - اقتصادی و تراکم تخت بیمارستانی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد؛ به‌طوری‌که در مناطق با سطح اجتماعی - اقتصادی بالاتر تعداد تخت‌های بیمارستانی (اعم از دولتی و خصوصی) بیش‌تر است. در این میان مقدار ضریب جینی برای توزیع تخت‌های دولتی ۰/۱۶ و برای تخت‌های خصوصی ۰/۱۸ بوده است.	بررسی روند زمانی توزیع جغرافیایی بیمارستان‌ها در تهران که در سال ۱۳۹۶

جدول ۳-۴؛ خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت _ ادامه

منبع	یافته اصلی	هدف مطالعه
(۸۱)	شاخص تمرکز برای کیفیت مراقبت‌های سلامت معنی دار، ۰/۱۲۸ بود که نشان‌دهنده کیفیت بهتر خدمات برای افراد دارای وضعیت اقتصادی بهتر از دیدگاه بیماران است، همچنین، شاخص جینی (فاصله اطمینان ۹۵ درصد) برای نمره اعتباری بیمارستان ها ۰/۱۶۱۶ بود، بدین معنی که از نظر متخصصان نابرابری در کیفیت خدمات بیمارستانی وجود دارد.	برابری در کیفیت خدمات بیمارستانی در ایران در سال ۱۳۹۶
(۵۷)	توزیع مرگ و میر و توزیع صدمات ناشی از حوادث ترافیکی و همچنین توزیع مراکز ارائه‌دهنده خدمات پیش بیمارستانی بین استان های کشور نابرابر بود و البته بین تعداد مراکز خدمات پیش بیمارستانی و میزان مرگ و میر و صدمات ناشی از حوادث ترافیکی ارتباط معناداری وجود نداشت.	بررسی توزیع منابع مراقبت‌های پیش‌بیمارستانی و تاثیر آن بر صدمات ترافیکی جاده‌ای در کشور
(۸۲)	توزیع مراقبت‌های اورژانسی و پذیرش بیمارستان در جهت اغنیا است. مهم‌ترین فاکتورهای تعیین‌کننده در تجزیه‌ی نابرابری عبارت بودند از شاخص ثروت، بیمه سلامت، و منطقه‌ی سکونت.	توزیع مراقبت‌های اورژانسی و پذیرش بیمارستان
(۸۳)	بین میزان درآمد، نوع فعالیت، میزان تحصیلات، نوع بیمه، وضعیت زناشویی و محل سکونت (شهری / روستایی) با عدم دریافت خدمات سرپایی ارتباط آماری معنی داری وجود داشت و همچنین حاضر رابطه معنی دار بین ویژگی‌های اقتصادی - اجتماعی و دلیل برطرف نشدن نیاز به استفاده از خدمات سرپایی در ایران بوده است.	تاثیر عوامل اقتصادی، اجتماعی و نیازهای برطرف- نشده در دریافت خدمات سرپایی در ایران در سال ۱۳۹۸
(۸۴)	از ۴۲/۵ درصد (۲۳۸) نفر که به خدمات سرپایی نیاز داشتند. ۲۱ درصد (۱۱۸) از آن‌ها قادر به استفاده از آن‌ها بودند. علاوه بر این، در بین خانواده‌هایی که طی یک ماه گذشته به خدمات سرپایی نیاز داشتند، ۱۵ درصد (۳۸) قادر بودند حداقل یک بار از این خدمات استفاده کنند. در مورد خدمات بستری، ۶۲ درصد (۳۴۹) از افراد نیاز به بستری داشتند که از این تعداد ۳۱ درصد (۱۷۵) قادر به بستری در بیمارستان بود.	بررسی استفاده از خدمات درمانی در بین زاغه‌نشینان
(۸۵)	نابرابری محسوسی در دسترسی به خدمات سلامت بین گروه‌های مختلف، وجود ندارد. به‌نظر می‌رسد که یارانه بالا برای مراقبت‌های سلامت توسط دولت در بخش دولتی، پوشش بیمه بالا، پایین بودن قیمت خدمات درمانی در بخش دولتی، از جمله دلایل برابری در دسترسی به خدمات سرپایی در بخش دولتی باشند.	نابرابری افقی در دسترسی به خدمات سرپایی در ساکنین شهر شیراز در بیمارستان‌های دولتی

جدول ۳-۴؛ خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت _ ادامه

منبع	یافته اصلی	هدف مطالعه
(۶۰)	نابرابری در ویزیت متخصصان بیش‌تر از پزشکان عمومی می‌باشد؛ همچنین کسانی که بیمه تکمیلی داشتند بیش‌تر از ویزیت پزشکان متخصص بهره‌مند شده‌اند که این موضوع نشان می‌دهد که پوشش بیمه تکمیلی باعث افزایش بهره‌مندی از خدمات سلامت می‌شود.	بررسی نابرابری در بهره‌مندی از ویزیت پزشکان عمومی و متخصصان و تعیین‌کننده‌های آن در ایران در سال ۱۳۹۴
(۸۶)	مقادیر ضریب جینی طی این سال‌ها برابر با ۰/۲۷، ۰/۲۳، ۰/۲۳، ۰/۲۳، ۰/۲۳ و ۰/۲۵ بوده است. این نتایج حاکی از آن هستند که در توزیع متخصصین اطفال نابرابری وجود دارد و بیش‌تر این متخصصین در استان‌های توسعه‌یافته قرار دارند.	بررسی نابرابری و روند دسترسی جغرافیایی به متخصصین کودکان بین سال‌های ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۲
(۸۷)	بهره‌مندی از این خدمات در ثروتمندان بیش‌تر از فقرا است به طوری که نسبت شانس استفاده از خدمات سرپایی در افراد ثروتمند به فقرا ۱/۱۴ می‌باشد.	بررسی نابرابری اقتصادی در استفاده از خدمات بهداشت و درمان سرپایی سال ۱۳۹۷
(۶۱)	نتایج این مطالعه حاکی از آن است که وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانوارها، سن و وضعیت تحصیلات سرپرست خانوارها و استان‌های محل سکونت به‌عنوان اصلی‌ترین عوامل موثر در تمرکز استفاده از خدمات دندانپزشکی در بین خانواده‌های ثروتمند است.	نابرابری اجتماعی - اقتصادی در استفاده از خدمات دندانپزشکی
(۶۲)	بر اساس ارزیابی بسیاری از والدین برای دسترسی به خدمات دندانپزشکی کودکان در مراکز درمانی شهر تهران، موانعی وجود دارد. پوشش ناکافی خدمات بیمه، اتلاف وقت زیاد در اتاق انتظار و هزینه بالای درمان، از شایع‌ترین این موانع است.	ارزیابی والدین از دسترسی و موانع دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان در کودکان مراجعه‌کننده به مراکز دندانپزشکی شهر تهران در سال ۱۳۹۷
(۶۳)	مقدار شاخص تمرکز ۰/۱۹ و درآمد ارتباط معنادار آماری با بهره‌مندی از خدمات دندان داشت. این مطالعه پیشنهاد می‌کند که سیاست‌گذاران برای کاهش نابرابری در استفاده از خدمات دندانپزشکی باید راهکارهایی مانند افزایش پوشش بیمه دندانپزشکی را پیدا کنند.	بررسی نابرابری اقتصادی در بهره‌مندی از مراقبت‌های دندانی در شیراز

جدول ۳-۴؛ خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت _ ادامه

منبع	یافته اصلی	هدف مطالعه
(۶۴)	مقدار شاخص تمرکز برای تحصیلات پدر در متغیر دسترسی ۰/۰۵۵ و در متغیر بهره‌مندی ۰/۰۹۶؛ برای تحصیلات مادر در متغیر دسترسی ۰/۰۸۶ و در متغیر بهره‌مندی ۰/۰۹۰۸ بوده است. شواهدی از تفاوت جنسی در دسترسی و استفاده از خدمات بهداشت دهان در کودکان ایرانی مشاهده نشد.	بررسی نابرابری مرتبط با تحصیلات در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات بهداشت دهان
(۶۵)	نابرابری افقی در استفاده از مراقبت از چشم در یک جمعیت میان‌سال ایرانی مثبت و معنی‌دار است (نابرابری افقی: ۰/۱۹) به این معنی است که استفاده از خدمات در بین بیماران با وضعیت مالی بهتر متمرکز شده است. علاوه بر این، تجزیه و تحلیل نشان داد که سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی بیش‌ترین سهم (به ترتیب ۵۴/۱ درصد و ۴۱/۱ درصد) را در مقایسه با سایر متغیرها داشته است.	ارزیابی نابرابری افقی در استفاده از مراقبت از چشم در جمعیت میان‌سال ایران در سال ۱۳۹۶
(۶۶)	تحصیلات و جنسیت مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده‌ی شکاف بین گروه‌های پایین و بالای اقتصادی در بهره‌مندی از خدمات چشم پزشکی می‌باشند.	بررسی نابرابری اقتصادی در بهره‌مندی از خدمات چشم پزشکی و تعیین‌کننده‌های آن در سال ۱۳۹۳
(۶۷)	مقدار شاخص تمرکز برای جراحی کاتاراکت ۰/۱۹۶ بوده است. در راستای چشم‌انداز ۱۴۰۰، برای از بین بردن نابینایی آب مروارید، بیش از ۷۰ درصد مناطق جغرافیایی در ایران امکانات لازم را دریافت کرده‌اند. با این حال، هنوز شکاف بزرگی در کم‌تر از ۳۰ درصد مناطق وجود دارد که عمدتاً به وضعیت اقتصادی منسوب است.	توزیع عمل جراحی کاتاراکت و نابرابری اقتصادی مرتبط با آن در جمعیت بالای ۵۰ سال استان‌های کشور
(۸۸)	شاخص تمرکز (CI) برای دسترسی به خدمات دارویی در استان اصفهان ۰/۰۲۹ بود و بنابراین دسترسی عادلانه به خدمات دارویی در این استان حدود ۹۷ درصد تخمین زده شده است. بر اساس این یافته‌ها، الگوی دستیابی بین شهرها با شاخص‌های مختلف توسعه تفاوت معناداری ندارد که این موضوع می‌تواند به عنوان یکی از ویژگی‌های مثبت سیاست دارویی در ایران در نظر گرفته شود.	ارزیابی عدالت در دسترسی به خدمات دارویی شهرهای منتخب استان اصفهان

ادامه دارد

جدول ۳-۴؛ خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت _ ادامه

منبع	یافته اصلی	هدف مطالعه
(۶۸)	۴۵ درصد خانوارها در روزهای عادی در فاصله قابل قبول و استاندارد از نظر پیاده‌روی با داروخانه‌ها دارند.	ارزیابی دسترسی جغرافیایی به داروخانه در قم
(۶۹)	کم‌ترین مقدار ضریب جینی برای داروساز ۰/۷۵، و کم‌ترین برای پاراکلینیک‌ها یک بود. نابرابری در توزیع منابع مراقبت‌های بهداشتی در پایان دوره مطالعه پایین‌تر بود، اگرچه پتانسیل توزیع عادلانه‌تر داروسازان، متخصصان، خانه‌های بهداشت و تخت‌های بیمارستانی وجود داشت.	ارزیابی نابرابری نسبی در توزیع جغرافیایی منابع سلامت در کرمانشاه بین سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰
(۸۶)	تفاوت زیادی بین نسبت خانه‌های بهداشت به جمعیت، میزان‌های خام تولد و مرگ و میر وجود دارد؛ تغییرات نابرابری در میزان تولد و میزان مرگ و میر، در روستاها کم‌تر شده است، اما نابرابری در دسترسی به مراکز بهداشتی درمانی روستایی و خانه‌های بهداشت بیشتر شده است.	توزیع جغرافیایی نیاز و دسترسی به خدمات سلامت در جمعیت روستایی
(۸۹)	واکسیناسیون به موقع برای ایرانیان ۷۰ درصد و برای غیر ایرانیان ۵۰ درصد بود. کودکانی که در شهر زندگی می‌کردند، به نسبت، ۲۹ درصد بیش‌تر از کودکان روستایی به واکسیناسیون به موقع دسترسی داشتند. واکسیناسیون به موقع MMR در کودکان ایرانی بیش‌تر از کودکان غیر ایرانی است.	بررسی نابرابری در زمان‌بندی واکسیناسیون MMR کودکان در حواشی شهرهای ایران
(۹۰)	شاخص تمرکز برای محل مناسب زایمان (۰/۱۱۱)، زایمان طبیعی (۰/۱۰۰) و زایمان توسط افراد آموزش دیده (۰/۰۹۵) می‌باشد. این اعداد نشان می‌دهند که برابری در دسترسی به زایمان توسط افراد آموزش دیده بیش‌تر می‌باشد.	بررسی برابری در زایمان ایمن و تعیین‌کننده‌های آن
(۹۱)	۵۴ درصد از نابرابری‌های مربوط به بهره‌مندی از برنامه‌های سوزن و سرنگ است که در این میان درک افراد از خطر ابتلا به HIV حدود ۳۸ درصد و دانش آن‌ها در مورد HIV، حدود ۲۶ درصد بود.	مطالعه نابرابری اقتصادی در برنامه‌های بهره‌مندی از سوزن و سرنگ و تعیین‌کننده‌های آن در مردان تزریقی در تهران
(۹۲)	عدم دسترسی به برنامه‌های کاهش آسیب بزرگ‌ترین عاملی بود که به نابرابری اقتصادی در رابطه جنسی محافظت‌نشده مرتبط می‌شد. در شیوع رابطه جنسی محافظت‌نشده بین گروه‌های پردرآمد و کم‌درآمد ۲۵ درصد اختلاف بود.	نابرابری اقتصادی در رفتارهای پرخطر جنسی در معنادان تزریقی تهران که مربوط به سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶

ادامه دارد

جدول ۳-۴؛ خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت - ادامه

منبع	یافته اصلی	هدف مطالعه
(۹۳)	توزیع مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت در بندرعباس با میزان جمعیت ارتباطی نداشتند.	دسترسی به خدمات سلامت شهری در شهر بندرعباس
(۹۴)	نسبت جمعیت با دسترسی نامطلوب به مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت از ۴۷/۳ درصد در سال ۱۳۷۶ به ۵۸/۴ درصد در سال ۱۳۹۱ رسیده است. میانگین نقشه و فاصله نقشه استاندارد نشان داد که توزیع مکانی مراکز درمانی در کرمانشاه برای تغییر در توزیع جمعیت نیاز به تعدیل دارد.	ارزیابی دسترسی جغرافیایی جمعیت به مراکز بهداشت در کرمانشاه
(۹۵)	افراد فقیر از خدمات سرپایی و بستری بخش دولتی بیش‌تر استفاده می‌کنند میزان استفاده از خدمات سرپایی و سرپایی در شهر کرمانشاه به ترتیب ۴۷/۷ و ۱۸/۷ درصد بود.	بررسی میزان نابرابری‌های اقتصادی - اجتماعی در بهره‌مندی از خدمات بهداشت دولتی در کرمانشاه
(۹۶)	۱۸/۵ درصد از خانوارهای زاغه‌نشین و ۶/۴ درصد از خانوارهای تبریز پوشش بیمه‌ای ندارند. کیفیت خدمات ۴۰ درصد از خانواده‌ها متوسط و بد ارزیابی شده است.	بهره‌برداری و پاسخگویی به خدمات بهداشتی و درمانی: مقایسه مناطق زاغه‌نشین و غیرزاغه‌نشین در تبریز
(۷۰)	بیمه سلامت ایران در کل باعث بهره‌مندی افراد فاقد بیمه از خدمات سلامت شده است. بهره‌مندی از خدمات بستری به علت تحت پوشش قرار دادن خدمات بستری توسط بیمه سلامت، بیش‌تر از خدمات سرپایی است.	میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت در میان بیمه‌شدگان جدید بیمه سلامت ایران پس از طرح تحول سلامت در شهر تبریز
(۹۷)	پس از تعدیل متغیرهای وضعیت درآمدی، تحصیلات و وضعیت بیمه‌ای، مادران افغان به میزان کم‌تری از خدمات بارداری برخوردار شده‌اند. مادران افغان در مراقبت از زایمان با نابرابری روبرو بودند.	ارزیابی میزان دسترسی مهاجران افغان به خدمات سلامت
(۹۸)	پوشش خدماتی کاربری درمانی در شهر اردبیل مناسب نبوده و پراکنش و توزیع مناسبی بین کاربری‌های درمانی در سطح شهر وجود ندارد. به طوری که نواحی مرکزی و غربی شهر دسترسی مناسبی به مراکز درمانی دارند. اما نواحی شرقی و جنوب شرقی و حاشیه‌های فاقد مراکز درمانی می‌باشند. همچنین توزیع مراکز بهداشتی نیز پراکنش مطلوبی نداشته و این مراکز در محلات حاشیه‌ای دارای عملکرد مناسب نیستند.	بررسی عدالت در سلامت با هدف دستیابی به دسترسی یکسان شهروندان به مراکز بهداشتی - درمانی در شهر اردبیل

ادامه دارد

جدول ۳-۴؛ خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت _ ادامه

منبع	یافته اصلی	هدف مطالعه
(۷۱)	مهم‌ترین عوامل نابرابری در بهره‌مندی از خدمات سلامت (خدمات سلامت عمومی، تخصصی و نیز مراقبت‌های اولیه سلامت) عبارت‌اند از: وضعیت اقتصادی خانوار (۴۱/۴ درصد)، زنان خانه‌دار/ بازنشسته (۸/۳۲ درصد) و ساکنین مناطق شهری ۴۷ درصد). همچنین شاخص تمرکز برای مراقبت‌های تخصصی بالاترین و برای مراقبت‌های بهداشتی کم‌ترین مقدار را داشت.	تجزیه و تحلیل علل نابرابری و تعیین‌کننده‌های بهره‌مندی از خدمات سلامت
(۷۲)	یک شکاف قابل ملاحظه از نظر دسترسی به امکانات سلامت در استان مرکزی وجود داشته است.	ارزیابی نابرابری‌های سلامت در استان مرکزی که با تمرکز بر توزیع امکانات سلامت
(۷۳)	نابرابری در استفاده از خدمات برای بیماران بستری و سرپایی در گروه‌های مختلف اقتصادی و اجتماعی معنادار بود به این معنی که دریافت خدمات در گروه‌های ثروتمندتر جامعه اتفاق افتاده است و خوددرمانی در تجمع فقیرتر تجمع بیش‌تری دارد.	نابرابری اجتماعی - اقتصادی در استفاده از خدمات درمانی: مطالعه بهره‌مندی خدمات در یزد
(۱۰۱)	اختلاف و عدم عدالت را تأیید می‌کند به طوری که استان تهران با امتیاز نهایی ۰/۰۱۸۴ (بسیار برخوردار) و استان قزوین با امتیاز نهایی (۰/۰۸۵۹) محروم می‌باشد.	تحلیل و سنجش میزان توسعه‌یافتگی استان‌های منطقه البرز جنوبی در بخش بهداشت و درمان
(۹۹)	برنامه پزشک خانواده منجر به کاهش چشم‌گیر تعداد ویزیت‌های تخصصی، تصویربرداری و آزمایشگاه‌ها در کوتاه مدت و تعداد خدمات رادیولوژی، آزمایشگاهی و بستری شدن در دراز مدت شده است. در مقابل، طرح تحول سلامت در کوتاه مدت به طور معنی‌داری باعث افزایش استفاده از خدمات رادیولوژی و آزمایشگاهی شد.	تأثیر دو اصلاح عمده بهداشتی (برنامه پزشک خانواده و برنامه تحول سلامت) بر هزینه خدمات درمانی و استفاده در استان فارس در سال ۱۳۹۹
(۷۴)	وضعیت اجتماعی - اقتصادی، مکان زندگی مانند خانه و یکپارچگی اجتماعی تأثیر بیش‌تری بر افزایش نابرابری‌های سلامت داشتند.	اولویت‌گذاری تعیین‌کننده‌های نابرابری اجتماعی سلامت

شواهد مطالعاتی مربوط به عدالت در پیامدهای سلامت

فاکتورهای تاثیرگذار عدالت بر پیامدهای سلامت یکی از مهم‌ترین موضوعات در مقاله‌های مورد بررسی در خصوص عدالت در سلامت بود. کلیه‌ی مقالاتی که در زمینه‌ی امید به زندگی، مرگ و میرها، کیفیت زندگی، شیوع و بروز بیماری‌ها و اختلالات سلامت (اعم از روانی و جسمی) کار کرده‌اند در این دسته قرار می‌گیرند. بر اساس یافته‌ها ۵۰ مقاله از ۱۵۰ مقاله مورد بررسی در خصوص پیامدهای سلامت بود (۳۳/۳ درصد). در این مطالعات عمدتاً تاثیر طبقه‌های اجتماعی - اقتصادی و تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت بر یکی از پیامدهای سلامت سنجیده شده است و نتیجه‌گیری می‌شود که توجه به نابرابری در طبقه‌بندی‌های^۱ جمعیتی می‌تواند بر پیامدهای سلامت و ایجاد عدالت تاثیرگذار باشد که این می‌تواند برای سیاست‌گذاران و در نظر گرفتن این عوامل در چشم‌اندازهای نظام سلامت مهم باشد. در ادامه به ارائه یافته‌های این مطالعات می‌پردازیم. جمع‌بندی یافته‌های این گروه از مطالعات در قالب چهار موضوع: امید زندگی، مرگ و میر کودکان، مرگ و میر مادران، بیماری‌های غیرواگیر (بار بیماری و بار مرگ و میر) ارائه شده‌اند.

امید به زندگی

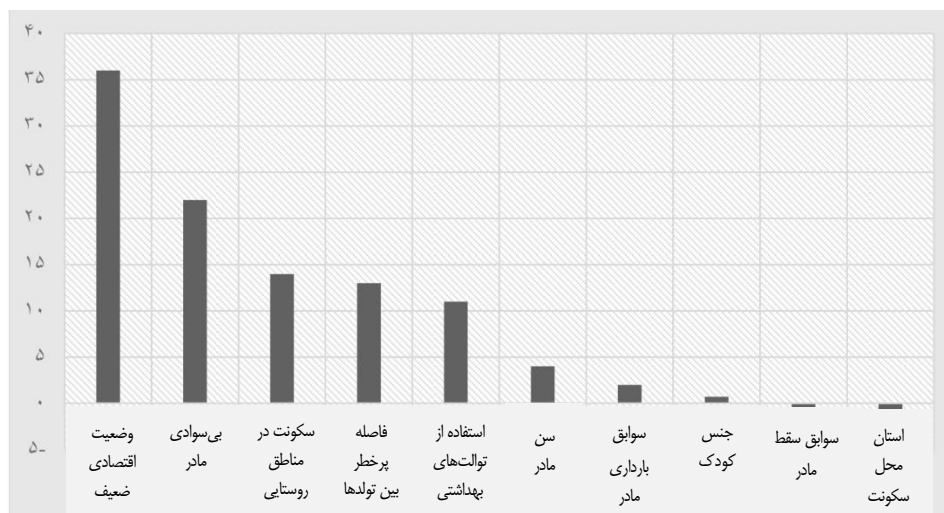
مطالعات مختلف ارتباط نزدیکی بین امید زندگی در بدو تولد با عوامل اجتماعی موثر بر سلامت را نشان می‌دهند. در کنار شاخص‌های مرگ و میر، امید زندگی از شاخص‌های مهمی است که بیانگر وضعیت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و بهداشتی جامعه است. تاجایی که در بسیاری از موارد، تغییر در امید زندگی به عنوان یکی از نشان‌گرهای بی‌عدالتی در سلامت در جوامع مختلفی شناخته می‌شود (۱۰۰). بررسی‌های مطالعات اخیر در کشور نشان می‌دهد، امید زندگی در بدو تولد براساس جنسیت افراد و منطقه جغرافیایی (استان محل سکونت) آن‌ها متفاوت است. که می‌تواند ناشی از تفاوت در سطح اقتصادی-اجتماعی در استان‌های مختلف باشد. بیش‌تر بودن امید زندگی در زنان نسبت به مردان، به‌ویژه در دهه‌های اخیر، مورد

1. Stratifiers

توجه بسیاری از نظریه‌پردازان جنسیت قرار گرفته است. از مهم‌ترین دلایل این مسئله می‌توان به کاهش باروری، کاهش مرگ‌ومیر مادران در حین زایمان و افزایش سطح تحصیلات زنان اشاره کرد (۱۰۱). اختلاف امید زندگی در گروه‌های مختلف اقتصادی-اجتماعی و در مناطق مختلف جغرافیایی در ایران در مطالعات دیگر نیز به تایید رسیده است (۱۰۲، ۱۰۳). بر اساس این مطالعات و بررسی‌های انجام‌شده، امید زندگی بطور معناداری با جنسیت، بعد خانوار، سرانه هزینه و هزینه‌های غیر خوراکی خانوار، سطح تحصیلات، منطقه جغرافیایی محل سکونت و زیرگروه اقتصادی - اجتماعی ارتباط دارد. همچنین نابرابری در برآوردهای امید زندگی به‌ویژه بین مناطق مرفه و محروم شهرها قابل توجه و بارز می‌باشد (۱۰۰). به‌طور کلی نتایج این مطالعات حاکی از آن بود که علی‌رغم کاهش میزان‌های مرگ‌ومیر در نواحی مختلف، سرعت و میزان این کاهش در مناطق دارای سطح اجتماعی - اقتصادی بالاتر بیشتر بوده است (۱۰۴). سطح تحصیلات، عامل اجتماعی دیگری است که در بسیاری از مطالعات ارتباط آن با امید به زندگی تأیید شده است (۱۰۰). همچنین اثرگذاری سطح تحصیلات بر امید زندگی با گذر زمان تقویت می‌شود (۱۰۱).

مرگ‌ومیر کودکان

بررسی‌های ما از مطالعات کشور حاکی از کاهش روند مرگ‌ومیر کودک در هزار تولد زنده در ایران است. اگرچه این روند در مناطق روستایی همواره بیش‌تر از مناطق شهری بوده است که خود حاکی از نابرابری در پیامدهای سلامتی بین مناطق شهری و روستایی است. تحلیل یافته‌های مطالعات نشان دادند که وضعیت اقتصادی خانوار اصلی‌ترین مؤلفه‌های مؤثر بر مرگ و میر کودکان زیر یک سال می‌باشد. سایر عوامل مؤثر شامل بی‌سوادی مادر، سکونت در مناطق روستایی، فاصله پرخطر بین تولدها است. استان محل سکونت نیز از عوامل با تأثیر کم‌تر شناخته شده بود (نمودار ۳-۱) (۱۰۶، ۱۰۵). همچنین مرگ و میر کودکان زیر یک سال بسته به شرایط اقتصادی خانوارها در دورن هر استان متفاوت است. در عین حال این تفاوت بین استان‌های مختلف نیز متفاوت می‌باشد. به‌عنوان مثال میزان مرگ و میر کودک زیر یک سال در استان‌های سیستان و بلوچستان، اردبیل، زنجان و آذربایجان شرقی بیش از حد متوسط است، درحالی‌که نابرابری در درون استان‌های سیستان و بلوچستان و اردبیل



نمودار ۱-۳؛ مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر مرگ‌ومیر کودکان زیر یک سال

زیاد نیست اما این نابرابری در درون استان‌های زنجان و آذربایجان شرقی زیاد است و این تفاوت‌ها بررسی‌های عمیق‌تری را در آینده نیاز دارد (۱۰۷).

بررسی نابرابری‌های اجتماعی - اقتصادی در مرگ و میر نوزادان و دوره بعد از نوزادی در مناطق روستایی نشان می‌دهد که شاخص تمرکز برای مرگ و میر نوزادی حدود $0/05-$ و برای مرگ و میر پس از نوزادی از $0/09-$ می‌باشد. این مقادیر حاکی از آن هستند که در مناطق روستایی نابرابری در پیامدهای سلامت نوزادان وجود دارد. زایمان در بیمارستان و نیز تحصیلات مادر در نابرابری در پیامدهای مذکور مؤثر بوده‌اند (۱۰۸، ۱۰۹).

بررسی شاخص تمرکز در میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در دهه گذشته در ایران نشان می‌دهد که میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در دهه گذشته به‌طور نابرابر تقسیم شده است. در سال ۱۳۸۰ این شاخص برابر $0/1311-$ و در سال ۱۳۸۹ برابر $0/1367-$ می‌باشد. از طرفی مطالعات نشان می‌دهند که این دستاوردهایی نیز داشته است (تغییر نسبی در میانگین از $29/5$ درصد به $25/8$ درصد کاهش یافته است)؛ اما این دستاورد بیش‌تر به دلیل کاهش در میانگین میزان مرگ و میر است نه در توزیع برابر (۱۱۰).

بررسی نابرابری اجتماعی - اقتصادی در سوء تغذیه کودکان زیر پنج سال در سال ۱۳۸۹ نشان داد که مقدار شاخص تمرکز برای کوتاهی قد ۰/۱۷۷-، برای کم وزنی ۰/۰۹۲- و برای کم وزنی شدید ۰/۰۳۱- می‌باشد. این مطالعه نشان داد که نمی‌توان سطح متوسط سوء تغذیه را در سطح ملی بدون آگاهی از توزیع سوء تغذیه در بین گروه‌های اقتصادی و اجتماعی ارزیابی کرد. این اعداد بیانگر این است که در شاخص‌های سلامت مادر و کودک نابرابری وجود دارد و این نابرابری بیش‌تر در شاخص‌ها کم وزنی شدید نوزادان مشاهده می‌شود؛ به عبارتی نابرابری در تولد نوزاد با کم وزنی شدید در افراد فقیرتر بیش‌تر است (۱۱۱). نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی قابل توجهی در سوء تغذیه و کمبود وزن در سطح ملی و در مناطق شهری و روستایی مشاهده شد. با توجه به تأثیر تغذیه بر سلامتی و رفاه اقتصادی کودکان در سن پیش دبستانی، لازم است دولت برای اتخاذ تدابیر هدفمند جهت کاهش سوء تغذیه متمرکز شود و به گروه‌های فقیرتر در جامعه توجه کند که بار بیش‌تری از سوء تغذیه را تحمل می‌کنند (۱۱۲).

مرگ و میر مادران باردار

تفاوت در مرگ و میر مادر باردار در استان‌های مختلف ایران، علی‌رغم کاهش کلی روند مرگ و میر مادر، در مطالعه حاضر نشان دهنده وجود نابرابری در استان‌های مختلف است. لذا لازم است برنامه ریزی‌های توسعه بهداشتی با تمرکز بر مناطق کم‌تر توسعه یافته و به ویژه مناطق روستایی در جهت کاهش میزان‌های مرگ و میر انجام شود (۱۱۳).

مطالعات حاکی از آن است که بیش‌تر موارد مرگ مادر در استان‌های محروم‌تر به ویژه در افراد فقیر و آسیب‌پذیر رخ می‌دهد. بدین معنا که مرگ مادر یکی از مولفه‌های نابرابری سلامت بین اقشار فقیر و ثروتمند در کشور است (۱۱۴). در مواردی که مرگ مادر بین ۵۰ تا ۲۵۰ مورد در صدهزار باشد، بیش‌تر به کیفیت مراقبت‌ها مرتبط می‌شود، اما در مواردی که مرگ مادر بیش از ۲۵۰ مورد در صد هزار باشد، علت آن بیش‌تر به کمبود دسترسی به خدمات سلامت مربوط می‌شود (۱۱۵). البته در استان‌های محروم نقش علل فرهنگی در عدم مراجعه زنان به زایشگاه جهت انجام زایمان در مرگ و میر ایشان موثر می‌باشد (۱۱۶).

نابرابری در توزیع نیروی انسانی از دیگر علل تفاوت در مرگ و میر مادران در مناطق مختلف است. در ایران حدود ۴۵ درصد زنان ساکن در مناطق روستایی استان سیستان و بلوچستان به کمک نیروهای آموزش ندیده زایمان می‌کنند (۱۱۷). علاوه بر دسترسی به کارکنان دوره دیده خدمات سلامت، کیفیت خدمات ارائه شده توسط مراقبین سلامت نیز نقش مهمی در مرگ و میر مادر نقش ایفا می‌کند (۱۱۸). در برخی از مطالعات، تأثیر مسائل مدیریتی و توزیع مناسب خدمات بر مرگ و میر مادر را مهم‌تر از درآمد سرانه ناخالص ملی شناخته و سه استراتژی دسترسی به مشاوره، خدمات و وسایل بهداشت باروری؛ دسترسی به مراقبت با کیفیت در دوران بارداری و حضور افراد آموزش دیده به هنگام زایمان و تجهیز مراکز به امکانات و فوریت‌های مامایی و زایمان؛ و دسترسی به خدمات سقط ایمن در صورت قانونی بودن آن را برای بهبود سلامت مادران و بهداشت باروری ضروری می‌دانند. در این مطالعات تفاوت در نسبت مرگ و میر مادر در داخل کشور را مطرح کننده؛ نقش عوامل اجتماعی مثل عدالت در درآمد، آموزش زنان، پوشش زایمان‌ها توسط مراقبین حرفه‌ای، نابرابری‌های جنسیتی، نظام سلامت ناعادلانه، توزیع نامتناسب نیروی انسانی، سیاست‌گذاری نادرست و در نظر گرفتن اولویت کم‌تر برای سلامت در مقایسه با سایر بخش‌ها، توزیع ناعادلانه امکانات و بودجه که اقلیت حاشیه نشین را محروم می‌کند، هنجارهای فرهنگی، وضعیت اجتماعی زنان، به‌کارگیری روش‌های بهداشتی سنتی، ثبات سیاسی، جنگ و بحران‌های نظامی، اراده و تعهد سیاسی دولت‌ها و عملکرد موثر دولت‌ها می‌دانند (۱۱۴).

بیماری‌های غیر واگیر (بار بیماری و بار مرگ و میر)

براساس آمار سازمان جهانی بهداشت، ۶۱ درصد از موارد مرگ و میر در دنیا در سال ناشی از بیماری‌های غیرواگیر بوده است (۱۱۳). وراثت، نژاد، جنس، تغذیه، شیوه زندگی، عوامل اجتماعی - اقتصادی (مسکن، شغل، سواد، دسترسی به خدمات سلامت و امکانات، سازمان‌های حمایتی)، عوامل زیست محیطی (آب سالم، بیولوژیک (اختلال قند خون ناشتا)، عوامل سیاسی - اجتماعی (جنگ و بحران اجتماعی) بلایا و حوادث طبیعی و غیره از عوامل موثر در مرگ و میر هستند. مطالعات نشان می‌دهند که بین مرگ و میر و شاخص‌های اقتصادی و اجتماعی در کل استان‌های ایران رابطه وجود

دارد، به طوری که در استان‌های محروم‌تر میزان مرگ و میر بیش‌تر است. همچنین بین عوامل خطر عروق کرونر قلب (دیابت و کلسترول بالا) با عوامل اقتصادی و اجتماعی ارتباط معنی‌داری وجود دارد، به طوری که در استان‌های مرفه‌تر، عوامل خطر بیش‌تر است. در مطالعه‌ای در میان متغیرهای اقتصادی-اجتماعی، بعد خانوار بیش‌ترین تاثیر را در فشار خون افراد داشت (۱۱۹).

مطالعات داخلی بیان می‌کنند که از نظر مرگ و میر ناشی از خودکشی، یک نابرابری قابل توجه و مداومی در کل کشور وجود داشته، که نسبت آن در مردان ۲/۳۴ برابر زنان بوده است. همچنین مطالعات نشان دادند که علاوه بر نابرابری جنسیتی، نابرابری اجتماعی نیز در توزیع مرگ و میر ناشی از خودکشی در استان‌های مختلف وجود دارد. بدین صورت که مردان در استان‌های با وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین‌تر بیش‌تر در معرض خطر مرگ ناشی از خودکشی هستند (۱۲۰-۱۲۳).

برخلاف بیماری‌های روانی، بیش‌ترین علت زندگی توأم با ناتوانی در مردان به حوادث ترافیکی مربوط می‌شود. این میزان در مردان ۲۵ درصد و در زنان ۷ درصد است. به طور کلی حوادث ترافیکی در مردان بیش‌تر از زنان است، زیرا از یک طرف مردان بیش‌تر از زنان در معرض ترافیک‌های جاده‌ای هستند و از طرف دیگر به دلیل ریسک‌پذیری بیش‌تر در مردان، رانندگی‌های پرخطرتری دارند (۱۱۷). توزیع جغرافیایی مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی در استان‌های مختلف ایران در بررسی‌ها نشان می‌دهد که در سال ۱۳۹۴ استان فارس بیش‌ترین و استان قم کم‌ترین میزان را داشتند.

بررسی نابرابری جنسیتی و اجتماعی در بروز سرطان در ایران بین سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۹ نشان می‌دهد که نابرابری نسبی در زنان و مردان مبتلا به سرطان وجود ندارد (۱۲۴). بررسی، نابرابری‌های اقتصادی - اجتماعی در متاستاز، عود، مرحله و درجه سرطان در سال ۱۳۹۸ نشان می‌دهد که بین نابرابری‌های اقتصادی - اجتماعی با پوشش بیمه، جراحی، درجه، مرحله، عود و متاستاز در بیماران سرطانی رابطه معنی‌داری وجود دارد (۱۲۵). بررسی نابرابری اجتماعی در سرطان بین استان‌های مختلف نشان می‌دهد که نابرابری‌های اجتماعی به نفع استان‌هایی بوده است که سطح توسعه‌ی انسانی پایین‌تری داشته است. همچنین بین میزان وقوع سرطان‌ها و استان‌های با رتبه اجتماعی پایین‌تر ارتباط مثبت وجود دارد (۱۲۶، ۱۲۷).

بر اساس مطالعات متعددی که در خصوص عوامل مؤثر بر نابرابری در پیامدهای سلامت انجام شده‌اند، مشخص شده است که عوامل اقتصادی و درآمدی، عوامل سیاسی و سیاست‌های اجتماعی و عمومی، عوامل فرهنگی و ارزش‌های اجتماعی، عوامل اجتماعی و جمعیتی، عوامل رفتاری، روانی و بیولوژیکی، عوامل حاکمیتی، بین‌المللی، انسجام اجتماعی، حوادث و حتی خود نظام سلامت در نابرابری در پیامدهای سلامت دخیل بوده‌اند (۱۲۸). در ادامه خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با عدالت در پیامدهای سلامت در قالب جدول ارائه شده است (جدول ۳-۵).

جدول ۳-۵؛ خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با عدالت در پیامدهای سلامت

منبع	یافته اصلی	هدف مطالعه
(۱۰۵)	تغییرات در نابرابری اجتماعی - اقتصادی در مرگ و میر نوزادان در ایران بین سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۰ از منظر شاخص تمرکز از ۰/۱۴۹- به ۰/۱۲۵- رسیده است که نشان‌دهنده کم‌تر شدن نابرابری بین گروه‌های اقتصادی مختلف می‌باشد.	تغییرات در نابرابری اجتماعی - اقتصادی در مرگ و میر نوزادان در ایران بین سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۰
(۱۰۸)	شاخص تمرکز در ابتدای دوره برای مرگ و میر نوزادی حدود ۰/۰۶۲- و در انتهای آن ۰/۰۴۷- و برای مرگ و میر پس از نوزادی از ۰/۰۹۸- به ۰/۰۸۳- رسیده است. این مقادیر حاکی از آن هستند که در مناطق روستایی نابرابری در پیامدهای سلامت نوزادان وجود دارد. زایمان در بیمارستان و نیز تحصیلات مادر در نابرابری در پیامدهای مذکور مؤثر بوده‌اند.	بررسی نابرابری‌های اجتماعی - اقتصادی در مرگ و میر نوزادان و دوره بعد از نوزادی در مناطق روستایی
(۱۰۶)	بیش‌ترین سهم در توجیه نابرابری مربوط به وضعیت اقتصادی خانوارها (۳۶/۲ درصد)، تحصیلات مادر (۲۰/۹ درصد)، سکونت در روستا (۱۳/۹ درصد)، فاصله‌ی بین تولدها (۱۳ درصد) و وضعیت بهداشتی (۱۱/۹ درصد) بوده است.	تجزیه‌ی نابرابری در مرگ و میر نوزادان در ایران در سال ۱۳۸۴
(۱۲۹)	نابرابری در توزیع مرگ و میر نوزادان ایرانی در قشر فقیر بالا می‌باشد.	محاسبه نابرابری اجتماعی - اقتصادی در مرگ و میر نوزادان در ایران و در استان‌ها
(۱۳۰)	در مورد شاخص مرگ و میر نوزادان مقادیر شاخص نابرابری بین ۱۹ تا ۳۲ درصد متغیر بوده است و برای شاخص مرگ و میر مادران بین ۱۲۰ تا ۱۴۳ درصد متغیر بوده است.	بررسی روند نابرابری جغرافیایی در شاخص‌های مرگ و میر کودکان و مادران در جنوب غربی ایران

جدول ۳-۵: خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با عدالت در پیامدهای سلامت — ادامه

منبع	یافته اصلی	هدف مطالعه
(۱۱۰)	میزان مرگ و میر زیر پنج سال در دهه گذشته به‌طور نابرابر تقسیم شده است در سال ۱۳۸۰ این شاخص برابر ۰/۱۳۱۱- و در سال ۱۳۸۹ برابر ۰/۱۳۶۷- می‌باشد.	شاخص تمرکز در مطالعه‌ی بررسی عدالت و کارآیی در میزان مرگ و میرهای زیر پنج سال در دهه گذشته در ایران
(۱۰۹)	به‌استثنای مرگ و میر خام که روندی افزایشی داشته است، شاخص های مرگ و میر مادران، نوزادان و کودکان زیر پنج سال روندی کاهشی داشته و تفاوت بین مناطق مختلف کشور نیز کاهش نشان داده است. در مورد بهبود شاخص های مرگ و میر کودکان زیر یک سال و کودکان زیر پنج سال علاوه بر بهبود در سطح متوسط ملی، اختلافات جغرافیایی نیز کاهش یافته است.	بررسی نابرابری جغرافیایی در مرگ و میر کودکان در نواحی روستایی ایران طی یک روند ۱۶ ساله
(۱۳۱)	مقدار شاخص تمرکز برای مرگ و میر زیر پنج سال ۰/۱۹۷- و به تفکیک استان‌ها از ۰/۱۳- تا ۰/۴۸۷- متغیر بوده است؛ این اعداد مبین این است که در این شاخص‌ها نابرابری وجود دارد، به ویژه در اقشار فقیرتر جامعه.	بررسی نابرابری در مرگ و میر زیر پنج سال در ایران
(۱۳۲)	میزان مرگ و میر نوزادان به‌طور معنی‌داری با تعداد پرسنل پرستار و ماما و متخصصین زنان و زایمان ارتباط دارد. یعنی در مکان‌هایی که دسترسی بیش‌تر باشد، تعداد مرگ و میر نوزادان به‌طور معنی‌داری کاهش پیدا می‌کند.	بررسی ارتباط بین نابرابری جغرافیایی و خدمات زنان و زایمان با مرگ و میر کودکان و نوزادان در سال ۱۳۹۵
(۱۳۳)	مقدار شاخص تمرکز برابر با ۰/۱۲۱- (۰/۲۳۵- تا ۰/۰۰۲-) می‌باشد و مهم‌ترین عوامل موثر بر این نابرابری در تجزیه آن عبارت بودند از: سطح تحصیلات مادر (۵۰ درصد)، اشتغال مادر (۳۰ درصد)، وضعیت اقتصادی (۲۶ درصد) و سن پدر (۱۲ درصد).	شناسایی تعیین‌کننده‌های توزیع نابرابر مرده‌زایی در تهران
(۱۳۴)	برای شاخص‌های آموزش، و کم‌وزنی در کودکان زیر پنج سال در تمامی استان‌ها برابری وجود دارد. البته، شاخص آگاهی و اطلاع از بیماری‌های ملایم روانی نشان‌دهنده‌ی نابرابری به نفع مردان بود (نابرابری در بیماری‌های روان در مردان بیش‌تر بود). شاخص‌های مرگ و میر زیر پنج سال، مرگ و میر خام، مواد مخدر، و سیگار به نفع زنان بود. در مقابل شاخص‌های بروز سل، بیماری‌های شدید روانی، و پوشش بیمه‌ی پایه و تکمیلی در تمامی استان‌ها برابر بود.	بررسی برابری جنسیتی در سلامت

ادامه دارد

جدول ۳-۵: خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با عدالت در پیامدهای سلامت _ ادامه

منبع	یافته اصلی	هدف مطالعه
(۱۳۵)	در سال ۱۹۵۶ نسبت جنسیتی برای گروه سنی ۲۵-۳۴ سال (male: female=۰۰۹۸) برابر با ۰/۹۸ بوده (نسبت مردان به زنان ۰/۹۸ بوده است). در حالی که در سرشماری ۱۰ سال بعد (۱۹۶۶) این نسبت به ۱۲۱ برای گروه سنی ۳۹-۴۴ رسیده است. این روند نامتوازن رشد نسبت جمعیتی به نفع مردان در سرشماری‌های بعدی نیز افزایش یافته است. شاید بحران اقتصادی دهه ی ۴۰ میلادی در ایران، موجب شده است که زنان در سن باروری به طور استثنایی نسبت به مخاطرات سلامت، ضعیف‌تر شوند.	بررسی سلامت زنان: روند نسبت جنسیتی در ایران طی نیم قرن گذشته
(۱۲۰)	یک روند ثابت نابرابری در سطح کشور مشاهده می‌شود. نسبت مرد به زن ۲/۳۴ و همچنین نابرابری اجتماعی در خودکشی به نفع استان‌های توسعه‌یافته‌تر وجود دارد.	بررسی نابرابری کلی، جنسیتی و اجتماعی در مرگ و میر مربوط به خودکشی در ایران
(۱۳۶)	میانگین ضریب جینی برای هزینه‌های خوراکی روستایی و شهری به ترتیب برابر با ۰/۱۳۷ و ۰/۲۱ و برای هزینه‌های سلامت ۰/۲۶ و ۰/۳۱ بوده است. سیاست‌گذاران باید نابرابری هزینه‌های بهداشت و درمان روستایی را در نظر بگیرند و برای اتخاذ سیاست‌های مؤثرتر و برنامه‌ریزی برای کاهش آن تلاش کنند.	بررسی ارتباط بین نابرابری هزینه‌های خوراکی و سلامت با پیامدهای سلامت
(۱۳۷)	بین دهک‌های درآمدی نابرابری در وضعیت سلامت وجود دارد که این نابرابری در دهک‌های پایین (فقیرتر جامعه) بیش‌تر است (شاخص تمرکز ۰/۲۹-). در این مطالعه بیش‌ترین عوامل مؤثر در نابرابری به ترتیب عبارت بودند از: وضعیت اقتصادی (۴۷/۸ درصد)، سطح تحصیل (۲۹/۲ درصد) و سن (۲۳ درصد).	برآورد نابرابری سلامت بین گروه‌های مختلف اجتماعی - اقتصادی و تعیین‌کننده‌های آن در تهران
(۱۱۲)	مقدار شاخص تمرکز برای کوتاهی قد ۰/۱۷۷-، برای کم وزنی ۰/۰۹۲- و برای کم وزنی شدید ۰/۰۳۱- می‌باشد. این مطالعه نشان داد که می‌توان سطح متوسط سوء تغذیه را در سطح ملی بدون آگاهی از توزیع سوء تغذیه در بین گروه‌های اقتصادی و اجتماعی ارزیابی کرد.	بررسی نابرابری اجتماعی - اقتصادی در سوء تغذیه کودکان زیر پنج سال در سال ۱۳۸۹
(۱۳۸)	بین دانش‌آموزان نه تا ۱۴ ساله، در شاخص‌های سلامت نابرابری وجود دارد که در این خصوص شاخص تمرکز برابر با ۰/۰۸۶- می‌باشد. شاخص تمرکز در این مطالعه برای سوء درمان جسمی، روانی و یا قصور به ترتیب برابر با ۰/۱۵۵-، ۰/۰۹۸- و ۰/۱۳۹- بود که این اعداد نشان‌دهنده وجود نابرابری به‌سمت فقرا می‌باشد.	بررسی نابرابری اجتماعی - اقتصادی در درمان صحیح کودکان در مدارس ایران

جدول ۳-۵: خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با عدالت در پیامدهای سلامت - ادامه

منبع	یافته اصلی	هدف مطالعه
(۱۳۹)	مقدار شاخص تمرکز ۰/۱۹۳ - می‌باشد و تحصیلات مادر ۷۰ درصد در تبیین نابرابری سهم داشته است. در کودکان مورد مطالعه نابرابری اقتصادی و اجتماعی قابل توجهی وجود داشت. اگر آموزش مادر در همه گروه‌های مختلف جامعه ایران به‌طور مساوی توزیع شود، می‌توان انتظار داشت ۷۰ درصد نابرابری‌های اقتصادی - اجتماعی را از بین ببرد.	بررسی تاثیر تحصیلات مادر در نابرابری اجتماعی - اقتصادی - کوتاهی قد کودکان
(۱۱۱)	مقادیر شاخص تمرکز برای تولد زود هنگام برابر با ۰/۰۲ (۰/۱۵) - تا ۰/۲، کم وزنی زمان تولد ۰/۰۱ - (۰/۱۷ - تا ۰/۱۴)، کم وزنی شدید ۰/۱۴ - (۰/۳۲ - تا ۰/۰۳) و کوتاهی قد ۰/۰۳ (۰/۲۲) - تا ۰/۱۵ بوده است. این اعداد بیان‌گر این است که در شاخص‌های سلامت مادر و کودک نابرابری وجود دارد و این نابرابری بیش‌تر در شاخص‌ها کم وزنی شدید نوزادان مشاهده می‌شود.	تحلیل نابرابری در سلامت مرتبط با وضعیت اجتماعی - اقتصادی در مادران و کودکان
(۱۲۴)	نابرابری نسبی در زنان و مردان مبتلا به سرطان مری وجود ندارد.	بررسی نابرابری جنسیتی و اجتماعی در بروز سرطان مری در ایران بین سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۹
(۱۲۵)	بین نابرابری‌های اقتصادی - اجتماعی با، بیمه، جراحی، درجه، مرحله، عود و متاستاز در بیماران سرطان پستان رابطه معنی‌داری وجود دارد.	بررسی، نابرابری‌های اقتصادی - اجتماعی در متاستاز، عود، مرحله و درجه سرطان پستان
(۱۲۶)	نابرابری‌های اجتماعی به نفع استان‌هایی بوده است که سطح توسعه‌ی انسانی پایین‌تری داشته است. نتایج نشان داد که شیوع سرطان سینه و تخمدان طی سال‌های مورد بررسی افزایش یافته است. همچنین بین میزان وقوع این سرطان‌ها و استان‌های با رتبه اجتماعی پایین‌تر ارتباط مثبت وجود دارد.	بررسی نابرابری اجتماعی در سرطان سینه و تخمدان بین سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۸
(۱۲۷)	مقدار مثبت شاخص تمرکز نسبی و مطلق برای مناطق تهران نشان‌دهنده تمرکز سرطان در مناطق با وضعیت اقتصادی بالاتر می‌باشد. همچنین مقدار شاخص‌ها برای زنان از مردان بیش‌تر بود.	سنجش نابرابری اجتماعی - اقتصادی در بروز سرطان در تهران در سال ۱۳۸۷
(۱۲۱)	نابرابری در سلامت روان در افراد فقیر و دهک‌های پایین درآمدی بیش‌تر وجود دارد.	تعیین‌کننده‌های اجتماعی - اقتصادی نابرابری در سلامت روان در تهران

ادامه دارد

جدول ۳-۵: خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با عدالت در پیامدهای سلامت _ ادامه

منبع	یافته اصلی	هدف مطالعه
(۱۲۲)	بین دهک‌های مختلف درآمدی نابرابری در سلامت روان وجود دارد، به گونه‌ای که افراد فقیرتر مبتلا به بیماری‌های روان می‌شوند. متغیر سن و سپس وضعیت ضعیف اقتصادی بیشترین سهم را در تبیین نابرابری داشته‌اند.	تجزیه‌ی نابرابری اجتماعی - اقتصادی در سلامت روان: مطالعه‌ی مقطعی روی خانوارهای با سرپرست زن
(۱۳۴)	نابرابری در اختلالات اعتیاد و روانی که در استان ایلام و بین سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۹ انجام شد، بسیار بالا بوده است؛ شاخص تمرکز برای اعتیاد ۰/۲۳۳- و برای اختلالات روانی ۰/۰۰۰۶ بوده و مهم‌ترین عوامل موثر بر نابرابری در اقدام به خودکشی عبارت بوده‌اند از گروه سنی، سطح اجتماعی - اقتصادی و وضعیت تاهل.	نابرابری در اختلالات اعتیاد و روانی که در استان ایلام و بین سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۹
(۱۴۰)	نابرابری اجتماعی - اقتصادی در وضعیت سلامت دهان و دندان کودکان شش تا هشت سال در مناطق شهری و روستایی مدرسه‌ای در ایران وجود دارد.	ارزیابی نابرابری اجتماعی - اقتصادی در بهداشت دهان و دندان در کودکان
(۱۴۱)	نابرابری در وضعیت بهداشت دهان در گروه‌های فقیرتر وجود دارد.	بررسی نابرابری‌های اجتماعی - اقتصادی در بهداشت دهان در بالغین تهران در سال ۱۳۹۰
(۱۴۲)	وضعیت اجتماعی - اقتصادی تاثیر شگرفی در وضعیت سلامت دهان و دندان در جامعه دارد؛ از این‌رو، پیشنهاد می‌شود با اتخاذ سیاست‌های مناسب از جمله ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان به گروه‌های فقیرتر و پوشش این‌گونه خدمات در برنامه‌های بیمه، نابرابری در وضعیت سلامت دهان و دندان کاهش یابد.	ارزیابی نابرابری‌های اجتماعی - اقتصادی در سلامت دهان افراد ۱۵ تا ۴۰ ساله در استان کردستان
(۱۴۳)	اختلال نزدیک بینی در ۱۸/۲ درصد از جمعیت وجود دارد. میزان شیوع در جمعیت با وضعیت اقتصادی پایین ۱۱/۷ درصد و در جمعیت با وضعیت اقتصادی بالا ۲۸/۵ درصد بود. متغیرهای سن و تحصیلات بیشترین سهم را در تبیین نابرابری بین گروه‌های اقتصادی پایین و بالا داشتند.	بررسی نابرابری‌های اقتصادی در ابتلا به نزدیک بینی
(۱۴۴)	سن و تحصیلات بیشترین سهم را در تبیین نابرابری داشته است.	بررسی شکاف‌های موجود در نقص‌های بینایی در گروه‌های اقتصادی شهرستان شاهرود

ادامه دارد

جدول ۳-۵: خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با عدالت در پیامدهای سلامت _ ادامه

منبع	یافته اصلی	هدف مطالعه
(۱۴۵)	سطح تحصیلات نیمی از تفاوت بین دو گروه فقیر و غیرفقیر را در این زمینه توجیه می‌کند.	بررسی نیاز برآورده نشده عیوب انکساری چشم و تعیین کننده آن در شاهرود
(۱۴۶)	مقدار شاخص تمرکز ۰/۲۴۵- (۰/۲۷۸- تا ۰/۲۱۲-) و شکاف برابر با ۰/۰۷۰۵ به نفع گروه‌های بالاتر اقتصادی بود. تحصیلات، وضعیت اقتصادی و سن مهم‌ترین عوامل در نابرابری است.	بررسی نابرابری اقتصادی در بینایی
(۱۴۷)	نابرابری در توزیع سواد سلامت در ایران وجود دارد و افراد با وضعیت اقتصادی بالاتر در ایران از سطح سواد سلامتی بهتری برخوردار هستند.	تجزیه نابرابری اجتماعی - اقتصادی در سواد سلامت در ایران در سال ۱۳۹۸
(۱۴۸)	گرچه سطح سواد سلامت باروری در مردان ایرانی و افغانی کم است ولی افغان‌ها به‌طور معناداری امتیازات کم‌تری کسب کرده و میزان دسترسی در هر دو گروه یکسان بود.	ارزیابی سواد سلامت باروری، نگرش‌ها و اقدامات مردان ایرانی و افغان در استان تهران
(۱۴۹)	نابرابری‌های اندکی در ابتلا به فشار خون وجود دارد که مهم‌ترین عوامل مرتبط با نابرابری در آن به ترتیب سن، سطح تحصیلات، جنسیت و محل سکونت بوده‌اند.	نابرابری اجتماعی - اقتصادی در فشار خون در سال ۲۰۰۵
(۱۵۰)	در سال ۱۳۸۸ حدود ۶۷ درصد از نابرابری به‌دلیل وضعیت اجتماعی - اقتصادی بوده است. شیوع بیماری دیابت به‌طور معنی‌داری افزایش یافته و نابرابری بیماری دیابت از افراد فقیر به گروه‌هایی با وضعیت اجتماعی - اقتصادی بهتر منتقل شده است. افزایش شیوع دیابت در این افراد، ممکن است به دلیل پاسخ بهتر آن‌ها به برنامه‌های کنترل و آگاهی از دیابت یا به دلیل نوع خدمات ارائه‌شده در طی این سال‌ها باشد.	وضعیت نابرابری اجتماعی - اقتصادی دیابت در استان کردستان
(۱۵۱)	دیابت در زنان، گروه‌های سنی بالای ۵۰ سال، جمعیت بی‌سواد، بازنشستگان، بیکاران، شهرنشینان، و افراد با سطح اقتصادی پایین‌تر، شیوع بیشتری دارد.	نابرابری اجتماعی - اقتصادی و دیابت
(۱۵۲)	شیوع کلی آسم در بزرگسالان ۷/۸ درصد بود. شیوع آسم در زنان و افراد دارای وزن بیش‌تر، زمینه آلرژیک، افراد سیگاری، بیکار و افرادی که در مناطق حومه شهر زندگی می‌کنند، به‌طور قابل توجهی بیش‌تر بود به‌طوری‌که نسبت شانس (odds ratio) برای افرادی که در حومه‌ی شهر زندگی می‌کردند برابر ۱/۷۳۵ و برای افراد بیکار ۲/۲۵۶ بود.	تعیین ارتباط شیوع آسم و عوامل اقتصادی و اجتماعی

جدول ۳-۵: خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با عدالت در پیامدهای سلامت _ ادامه

منبع	یافته اصلی	هدف مطالعه
(۱۵۳)	مقدار شاخص تمرکز برای ناتوانی ناشی از لپروسی برابر با ۰/۰۷۸۲- و به نفع گروه‌های اقتصادی بالاتر بوده است؛ شکاف قابل توجهی بین ثروتمندان و فقیران (نابرابری) در مورد ناتوانی ناشی از لپروسی وجود دارد.	بررسی نابرابری در ناتوانی ناشی از لپروسی (جذام)
(۱۵۴)	فشار خون بالا، مصرف ناکافی میوه و سبزیجات، مصرف چربی و روغن ناسالم و مصرف ناکافی ماهی در بین گروه‌های فقیر شیوع بیشتری دارد. در توزیع سیگار، وزن بیش از حد و فشار خون، هیچ نابرابری اقتصادی و اجتماعی معنی‌داری مشاهده نشد. عدم تحرک جسمی در بین گروه‌های ثروتمند جامعه در سال ۱۳۸۸ شیوع بیشتری داشت.	بررسی نابرابری اجتماعی - اقتصادی در ریسک فاکتورهای بیماری‌های غیر واگیر در ساکنین کردستان
(۱۵۵)	شاخص تمرکز برای اضافه وزن، چاقی عمومی و چاقی شکمی مثبت بود که نشان‌دهنده نابرابری به نفع گروه‌های دارای وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین می‌باشد و محل سکونت، سابقه‌ی خانوادگی چاقی و سن بیش‌ترین عوامل در نابرابری شیوع چاقی است.	بررسی نابرابری اقتصادی - اجتماعی در چاقی کودکان و عوامل تعیین‌کننده آن
(۱۵۶)	نابرابری در چاقی به ضرر فقرا می‌باشد، به عبارتی افراد فقیرتر بیش‌تر دچار چاقی می‌شوند (CI=-0.13). در این مطالعه، مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده شکاف بین گروه‌های اجتماعی - اقتصادی عبارت بودند از: سن، جنسیت، وضعیت تاهل به‌طوری که افراد مسن‌تر، زنان و افراد متاهل بیش‌تر دچار چاقی می‌شوند.	وضعیت نابرابری در چاقی و تعیین‌کننده‌های اجتماعی - اقتصادی آن
(۱۵۷)	نابرابری به نفع افراد تحصیل کرده بوده است، به عبارتی ارتباط معکوس بین آموزش و چاقی مشاهده شد. برای کاهش نابرابری‌های آموزشی در تهران، اولویت باید به زنان جوان و افراد مسن اختصاص یابد و البته تجزیه و تحلیل‌های بیش‌تر برای توضیح این نابرابری‌ها لازم است.	نابرابری‌های مطلق و نسبی آموزشی در چاقی در بالغین تهرانی
(۱۵۸)	مقدار کلی شاخص تمرکز برای اضافه وزن و چاقی به ترتیب عبارت‌اند از ۰/۰۳۱ و ۰/۰۴۱؛ همان‌طور که در مطالعات پیشین در کشورهای درحال توسعه نیز مشاهده شده بود، یافته‌ها از رابطه مستقیم بین وضعیت اجتماعی - اقتصادی و چاقی در زنان حمایت می‌کند.	ارزیابی نابرابری اجتماعی - اقتصادی اضافه وزن و چاقی در سالمندان بالای ۶۰ سال در بوشهر

ادامه دارد

جدول ۳-۵: خلاصه مطالعات و شواهد مرتبط با عدالت در پیامدهای سلامت _ ادامه

منبع	یافته اصلی	هدف مطالعه
(۱۵۹)	بیماری‌های عفونی و روند رو به رشد مهاجرت به عنوان یکی از تهدیدات قابل توجه برای جمعیت کشور مطرح شده‌اند، لذا پرداختن به ایجاد دسترسی به خدمات ضروری سلامت برای جمعیت مهاجر، به پیشگیری و ارتقای سلامت جامعه کمک می‌نماید.	بررسی سلامت مهاجران در ایران از دیدگاه عدالت اجتماعی
(۱۲۸)	عوامل مؤثر بر نابرابری های سلامت شناسایی شده عبارت بودند از: ۱- عوامل اقتصادی و درآمدی ۲- عوامل سیاسی و سیاست های اجتماعی و عمومی ۳- عوامل فرهنگی و ارزش های اجتماعی ۴- عوامل اجتماعی و جمعیتی ۵- عوامل رفتاری، روانی و بیولوژیکی. البته عوامل دیگر مثل عوامل حاکمیتی، بین‌المللی، انسجام اجتماعی، حوادث و حتی خود نظام سلامت نیز در نابرابری های سلامت دخیل بوده است.	عوامل مؤثر بر نابرابری های سلامت

جمع‌بندی

تعداد ۱۵۰ مطالعه‌ی وارد شده به فاز نهایی در مطالعات بررسی شده در این فصل، نشان‌دهنده‌ی این است که تا زمان کنونی، چه مطالعاتی، با چه هدفی، بر مبنای چه داده‌هایی و با چه روش‌هایی انجام شده‌اند. آنچه که مشخص است این است که بیش‌تر مطالعات انجام شده به‌دنبال سنجش نابرابری در توزیع منابع (انسانی، تخت، امکانات و تجهیزات و در نهایت مالی) با استفاده از شاخص‌های رایج (ضریب جینی، شاخص تمرکز، شاخص کاکوانی، ایندکس نابرابری و ...) بوده‌اند. جمع‌بندی این دست مطالعات نشان‌دهنده‌ی این است که بیش‌ترین تعداد آن‌ها صرفاً به بررسی وضعیت توزیع منابع پرداخته و به عبارت دیگر موجودیت منابع بیش‌ترین توجه پژوهش‌گران ایرانی را در این زمینه به خود معطوف داشته است. این امر اکثراً با استفاده از داده‌های کلان و در سطح کلی (مانند داده‌های سالنامه‌ی آماری مرکز آمار و یا داده‌های ثبت شده در وزارت بهداشت) انجام شده است. نتایج به‌دست آمده در این زمینه به‌صورت کلی و توصیفی می‌باشد و واکاوی تحلیلی در قالب مدل‌های رایج آماری (آزمون‌های فرض، رگرسیون و تحلیل مسیر و ...) اکثراً مورد توجه و تحلیل

نبوده‌اند. اینکه وضعیت کنونی توزیع منابع سلامت در کشور به چه صورتی است، در واقع اولین گام در جهت تحلیل وضعیت موجود و نیز برنامه‌ریزی راهبردی برای رفع نابرابری است. اما اینکه چگونه می‌توان به فرمولاسیونی برای تخصیص عادلانه‌ی منابع با توجه به نیازهای جمعیت و زیرگروه‌های جمعیتی دست یافت اقدام مهم‌تری است. بنابراین انجام مطالعات تحلیل نابرابری در توزیع منابع سلامت با در نظر گرفتن راهکارهایی برای تخصیص عادلانه‌ی منابع به صورت کمی و کیفی و ترکیبی ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. شاید در نظر گرفتن بار بیماری‌ها به تفکیک جمعیت کشور و زیرگروه‌های مربوطه در این زمینه بتواند راهگشا باشد. البته تحلیل وضعیت نابرابری در توزیع بار بیماری‌ها نیز از دیگر اهداف پژوهشی است که تا کنون بصورت مدون و هدفمند مورد تحلیل قرار نگرفته است. بنابراین با توجه به ملاحظات مربوط به بار بیماری و نابرابری در توزیع آن و سپس تحلیل توزیع منابع با در نظر گرفتن آن می‌تواند راه را برای انجام مطالعات اولویت‌بندی برای سیاست‌گذاران جهت کاهش نابرابری در توزیع منابع هموارتر نماید.

از دیگر جنبه‌هایی که در مطالعات وارد شده به فاز نهایی مورد توجه پژوهش‌گران عدالت در سلامت در ایران بوده است، می‌توان به دسترسی و عدالت در آن اشاره نمود. مطالعات در زمینه دسترسی به خدمات سرپایی و بستری به صورت کلی چندان مورد اقبال و توجه واقع نشده است. در این زمینه چند مطالعه از طریق پرداختن به نابرابری در متغیرهای پیامدی سلامت شامل مرگ و میرها در سطح ملی و تجزیه آن برای تعیین سهم عوامل مختلف در توجیه نابرابری انجام شده است. این متغیرهای کلان عمده‌تاً مربوط به مرگ و میرهای مادران، کودکان و نیز شاخص‌های مربوط به زایمان می‌باشد که عمده‌تاً ناظر بر سطح اول ارائه‌ی خدمات سلامت (مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت) بوده‌اند. در مقابل در سطح تخصصی و فوق تخصصی نیز مطالعاتی به صورت پراکنده در زمینه‌ی برخی از بیماری‌ها شامل سلامت روان، بیماری‌های چشم و چاقی پرداخته و اکثر بیماری‌های واگیردار (عفونی) و غیرواگیر از جمله سکتها، تصادفات، عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی که بار عمده‌ی چالش‌های سلامت در کشور را تشکیل می‌دهند، مغفول مانده است. در این زمینه شاخص‌های ثانویه‌ی ناشی از انجام مداخلات سلامتی از جمله امید به زندگی سالم، میزان بقا و کیفیت زندگی چندان مورد توجه نبوده‌اند. بنابراین انجام مطالعات تحلیل

نابرابری با توجه به گستره‌ای از بیماری‌های واگیر و غیرواگیر که بار اصلی بیماری‌های کشور را تشکیل می‌دهند بر اساس پیامدهای اولیه و ثانویه سلامت ضروری به نظر می‌رسد. البته در خصوص بیماری‌های غیرواگیر، لاجرم بحث ریسک فاکتورها (عوامل خطرزای سلامت) از جمله عدم تحرک، چاقی، فشار خون، مصرف دخانیات و مصرف قند و چربی نیز از مقولاتی است که باید از نظر نابرابری مورد تحلیل قرار گیرند. مطالعات مرتبط با سنجش نابرابری در انواع مرگ و میر نسبت به سایر مطالعات بیش‌تر مورد توجه قرار گرفته است اما نقطه ضعفی که وجود دارد عمده این مطالعات به صورت موردی بوده‌اند که تفکیک‌های اقتصادی - اجتماعی به صورت ملی در آن‌ها وجود ندارد؛ لذا ضرورت پرداختن به این نوع مطالعات نیز ضروری می‌باشد.

توجه به مسائل اجتماعی موثر بر سلامت و نیز داشتن این رویکرد در تحلیل علل ریشه‌ای نابرابری‌های سلامت از جمله دیگر کمبودهایی است که در مطالعات مذکور چندان مورد توجه و اقبال پژوهش‌گران نبوده است. طیف وسیعی از چالش‌های اجتماعی شامل بیکاری، طلاق، کودکان کار و خیابانی، کپرنشین‌ها، و در نهایت افراد بی‌خانمان که به نوعی قربانیان نابرابری‌های اجتماعی نیز محسوب می‌شوند، باید در تحلیل‌های نابرابری در سلامت مورد توجه قرار گیرند.

شیوع و وفور قابل ملاحظه‌ی رفتارهای پرخطر از دیگر عواملی است که در دنیای امروز در تمامی کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه، به یک معضل برای سلامتی بشر تبدیل شده است. در همین راستا ضرورت بررسی وضعیت توزیع و نابرابری این دست متغیرها که طیف قابل ملاحظه‌ای (اعتیاد، الکلیسم، رفتارهای جنسی، رانندگی پرخطر، مصرف روان‌گردان‌ها) را در برمی‌گیرند از دیگر مسائلی است که می‌تواند به عنوان علل و ریشه نابرابری‌ها مورد تحلیل قرار گیرد.

و اما در نهایت، تحلیل محتوای سیاست‌های عدالت محور در سلامت و یا طراحی و پیاده‌سازی سیاست‌ها و برنامه‌های رفاه اجتماعی و یا سلامت مستلزم تحلیل‌های کیفی از دیدگاه ذی‌نفعان به‌ویژه مردم می‌باشند که در همین راستا، نیازمند توجه جدی و مطالعات جدید می‌باشد.

سخن آخر اینکه، در حال حاضر از دیدگاه عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت، اکثر مطالعات انجام شده در زمینه‌ی نابرابری در سلامت در ایران، ناظر بر نظام

سلامت بوده و سایر عوامل موثر بر سلامت از جمله ژنتیک و بیولوژیک، غذا و تغذیه، عوامل محیطی و اجتماعی و حتی تأثیر سیاست‌های کلان اجتماعی و اقتصادی دولت‌ها بر سلامت و بر نابرابری‌های سلامت چندان مورد توجه نبوده است. بنابراین به نظر می‌رسد که اجرای یک برنامه‌ی مطالعاتی جامع با تأکید بر ابعاد مختلف موثر بر سلامت در حوزه‌ی عدالت در سلامت از ضروریات است. البته بخش عمده‌ای از این نقیصه نیز مرتبط با نبود پایگاه‌های اطلاعاتی و نیز داده‌ای معتبر و موثق و جامع جهت استفاده در مطالعات عدالت محور در سلامت می‌باشد. شاید در حال حاضر یکی از ضروریات برای انجام مطالعات عدالت محور در حوزه‌ی سلامت کشور، طراحی و پیاده‌سازی یک نظام داده‌های جامع، کامل و طولی باشد.

منابع فصل سوم

۱. پرست آ، یزدلی مر، زندیان ح، مهریزی عاح. هزینه‌های کمرشکن در نظام سلامت ایران: مروری نظامند بر شواهد موجود. پایش. ۱۶؛۲۰:۱۵ (۱) ۷-۱۷.
۲. سعید ب، محمد ع، مسعود ر، عزیز ر، حسین ب، فرید ع. مطالعه هزینه‌های کمرشکن و منجر به فقر سلامت در جمعیت شهری تهران.
۳. نعمانی، فاروق، توفیقی، دیزج ی، جعفر، لاری ص، و همکاران. ارزیابی وضعیت شاخص مشارکت مالی عادلانه در نظام سلامت ایران: دوره مطالعاتی ۱۳۸۶-۱۳۹۵. سازمان بیمه سلامت ایران. ۲۰۱۹؛ ۲ (۱): ۱-۶.
۴. رضاپور، عزیز، باقی، احمد، ادهم، داود، و همکاران. نابرابری در مخارج سلامت و اثرات فقرزایی ناشی از آن در جمعیت شهری کرمان. مجله سلامت و بهداشت. ۱۶؛ ۲۰: ۷ (۲): ۱۴۶-۵۷.
۵. وحید یفا، محمدحسین م، سجاد خ. بررسی روند نابرابری‌های جغرافیایی در توزیع نیروی انسانی و تسهیلات بهداشتی-درمانی در بخش سلامت ایران در یک دهه گذشته.
۶. برنجدک. بررسی عدالت در سلامت با هدف دستیابی به دسترسی یکسان شهروندان به مراکز بهداشتی-درمانی (مطالعه موردی: شهر اردبیل). مطالعات برنامه‌ریزی سکونتگاه‌های انسانی (چشم انداز جغرافیایی). ۱۲ (۴): ۹۷۳-۸۳.
۷. سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی. شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. کارگروه مشترک اجتماعی-اداری. ویرایش هشتم. ۱۳۸۸.
۸. مسعود ص، زهرا ق. علل عدم مراجعه‌ی زنان ساکن شهر زاهدان به زایشگاه جهت انجام زایمان.

9. Motlagh SN, Darvishi B, Haghghatfard P, Imani-Nasab M-H. Fairness of health financing before and after introduction of iranian health sector evolution plan: A case study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2018;12 (6):IC10-IC5.
10. Rezaei S, Hajizadeh M. Measuring and decomposing socioeconomic inequality in catastrophic healthcare expenditures in Iran. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2019;52 (4):214.
11. Kheibari MJ, Esmacili R, Kazemian M. Impacts of Health Reform Plan in Iran on Health Payments Distributions and Catastrophic Expenditure. *Iranian Journal of Public Health*. 2019;48 (10):1861.
12. Fazaali AA, Seyedin H, Moghaddam AV, Delavari A, Salimzadeh H, Varmazyar H, et al. Fairness of financial contribution in Iranian health system: Trend analysis

- of national household income and expenditure, 2003-2010. *Global journal of health science*. 2015;7 (5):260.
13. Ghiasvand H, Olyaeemanesh A, Majdzadeh R, Abdi Z, Mobinizadeh M. Has the financial protection been materialized in Iranian health system? Analyzing household income and expenditure survey 2003-2014. *Journal of Research in Health Sciences*. 2018;18 (1):404.
 14. Anbari Z, Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N, Ebrazeh A. Health expenditure and catastrophic costs for inpatient-and out-patient care in Iran. *International journal of preventive medicine*. 2014;5 (8):1023.
 15. Kavosi Z, Delavari H, Keshtkaran A, Setoudehzadeh F. Catastrophic health expenditures and coping strategies in households with cancer patients in Shiraz Namazi hospital. 2014.
 16. Rezapour A, Ghaderi H, Azar FE, Larijani B, Gohari MR. Effects of Health Out-of-Pocket Payment on HouseHolds in Iran; Catastrophic and Impoverishment: Population Based Study in Tehran (2012). *issues*. 2013;12:13.
 17. Abolhallaje M, Hasani S, Bastani P, Ramezani M, Kazemian M. Determinants of catastrophic health expenditure in Iran. *Iranian journal of public health*. 2013;42 (Supple1):155.
 18. Rezapour A, Arabloo J, Tofighi S, Alipour V, Sepandy M, Mokhtari P, et al. Determining Equity in Household's Health Care Payments in Hamedan Province, Iran. *Archives of Iranian Medicine (AIM)*. 2016;19 (7).
 19. Ghafoori MH, Azar FE, Arab M, Mahmoodi M, Zadeh NY, Rezapour A. Inequality in the Distribution of Health Expenditures in 22 Districts of Tehran. *Journal of Community Health Research*. 2014;3 (2):132-144.
 20. Davari M, Kheyri M, Nourbakhsh SMK, Khadivi R. Socioeconomic status and catastrophic health expenditure evaluation in IR Iran: A comparative study in 2004 and 2011. *Social Determinants of Health*. 2015;1 (2): 48-59.
 21. Piroozi B, Moradi G, Nouri B, Bolbanabad AM, Safari H. Catastrophic health expenditure after the implementation of health sector evolution plan: a case study in the west of Iran. *International journal of health policy and management*. 2016;5 (7): 417.
 22. Rezapour A, Vahedi S, Khiavi FF, Esmaeilzadeh F, Javan-Noughabi J, Rajabi A. Catastrophic health expenditure of chronic diseases: Evidence from Hamadan, Iran. *International journal of preventive medicine*. 2017;8.
 23. Kavosi Z, Rashidian A, Pourreza A, Majdzadeh R, Pourmalek F, Hosseinpour AR, et al. Inequality in household catastrophic health care expenditure in a low-income

society of Iran. Health policy and planning. 2012;27 (7):613-23.

24. Hajizadeh M, Nghiem HS. Out-of-pocket expenditures for hospital care in Iran: who is at risk of incurring catastrophic payments? International journal of health care finance and economics. 2011;11 (4):267.
25. Ghorbanian A, Rashidian A, Lankarani KB, Kavosi Z. The Prevalence and Determinants of Catastrophic Health Expenditures in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. Health Scope. 2017 (In Press).
26. Moghadam MN, Banshi M, Javar MA, Amiresmaili M, Ganjavi S. Iranian household financial protection against catastrophic health care expenditures. Iranian journal of public health. 2012;41 (9):62.
27. Ghiasvand H, Sha'baninejad H, Arab M, Rashidian A. Hospitalization and catastrophic medical payment: evidence from hospitals located in Tehran. Archives of Iranian Medicine (AIM). 2014;17 (7).
28. Rezapour A, Azar FE, Aghdash SA, Tanoomand A, Shokouh SMH, Yousefzadeh N, et al. Measuring equity in household's health care payments (Tehran-Iran 2013): technical points for health policy decision makers. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2015;29:246.
29. Ghiasvand H, Naghdi S, Abolhassani N, Shaarbafchizadeh N, Moghri J. Iranian Households' Payments on Food and Health Out-of-Pocket Expenditures: Evidence of Inequality. Iranian journal of public health. 2015;44 (8):1103.
30. Rezapour A, Azar FE, Aghdash SA, Tanoomand A, Ahmadzadeh N, Asiabar AS. Inequity in household's capacity to pay and health payments in Tehran-Iran-2013. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2015;29:245.
31. Soltani S, Takian A, SARI AA, Majdzadeh R, Kamali M. Financial Barriers to Access to Health Services for Adult People with Disability in Iran: The Challenges for Universal Health Coverage. Iranian Journal of Public Health. 2019;48 (3):508.
32. Zandian H, Takian A, Rashidian A, Bayati M, Moghadam TZ, Rezaei S, et al. Effects of Iranian economic reforms on equity in social and healthcare financing: a segmented regression analysis. Journal of Preventive Medicine and Public Health. 2018;51 (2):83.
33. Zare H, Trujillo AJ, Driessen J, Ghasemi M, Gallego G. Health inequalities and development plans in Iran; an analysis of the past three decades. 2010. 19-84. International journal for equity in health. 2014;13 (1):42.
34. Hajizadeh M, Connelly LB. Equity of health care financing in Iran: the effect of extending health insurance to the uninsured. Oxford Development Studies. 2010;38 (4):461-76.

35. Ibrahimipour H, Maleki M-R, Brown R, Gohari M, Karimi I, Dehnavieh R. A qualitative study of the difficulties in reaching sustainable universal health insurance coverage in Iran. *Health policy and planning*. 2011;26 (6):485-95.
36. Naghdi S, Moradi T, Tavangar F, Bahrami G, Shahboulaghi M, Ghiasvand H. The barriers to achieve financial protection in Iranian health system: a qualitative study in a developing country. *Ethiopian journal of health sciences*. 2017;27 (5):491-500.
37. Yazdi-Feyzabadi V, Bahrampour M, Rashidian A, Haghdoost A-A, Javar MA, Mehroolhassani MH. Prevalence and intensity of catastrophic health care expenditures in Iran from 2008 to 2015: a study on Iranian household income and expenditure survey. *International journal for equity in health*. 2018. 17(1):44.
38. Kazemi-Galougahi MH, Dadgar E, Kavosi Z, Majdzadeh R. Increase of catastrophic health expenditure while it does not have socio-economic anymore; finding from a district on Tehran after recent extensive health sector reform. *BMC health services research*. 2019;19 (1):569.
39. Ghoddoosinejad J, Jannati A, Gholipour K, Baghestan EB. Households encountering with catastrophic health expenditures in Ferdows, Iran. *The Journal Of The Egyptian Public Health Association*. 2014;89 (2):81-4.
40. Kavosi Z, Keshtkaran A, Hayati R, Ravangard R, Khammarnia M. Household financial contribution to the health System in Shiraz, Iran in 2012. *International journal of health policy and management*. 2014;3 (5):243.
41. Daneshkohan A, Karami M, Najafi F, Matin BK. Household catastrophic health expenditure. *Iranian journal of public health*. 2011;40 (1):94.
42. Ghiasvand H, Gorji HA, Maleki M, Hadian M. Catastrophic health expenditure among Iranian rural and urban households, 2013-2014. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2015;17(9).
43. Juyani Y, Hamed D, Jebeli SSH, Qasham M. Multiple Sclerosis and Catastrophic Health Expenditure in Iran. *Global journal of health science*. 2016;8 (9):194.
44. Reshadat S, Najafi F, Karami-Matin B, Soofi M, Barfar E, Rajabi-Gilan N, et al. Measuring Financial Protection in Hospitalized Patients after the Health Sector Evolution Plan in Iran. *Health Scope*. 2017 (In Press).
45. Dizaj JY, Anbari Z, Karyani AK, Mohammadzade Y. Targeted subsidy plan and Kakwani index in Iran health system. *Journal of education and health promotion*. 2019;8.
46. Khammarnia M, Keshtkaran A, Kavosi Z, Hayati R. The Household Health Spending and Impoverishment: Findings from the Households Survey in Shiraz, Iran. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin*. 2015;40 (2):58-62.

47. Rad EH, Khodaparast M. Inequity in Health Care Financing in Iran: Progressive or Regressive Mechanism? *The Eurasian journal of medicine*. 2016;48 (2):112.
48. Honarmand R, Mozhdehifard M, Kavosi Z. Geographic distribution indices of general practitioners, midwives, pediatricians, and gynecologists in the public sector of Iran. *Electronic physician*. 2017;9 (6):4584.
49. Karyani AK, Azami SR, Rezaei S, Shaahmadi F, Ghazanfari S. Geographical distribution of gynecologists and midwives in Kermanshah province (2008-2013). *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci)*. 2015;19 (5):294-302.
50. Abbasi-Shakaram S, Imani-Nasab MH, Asadi Piri Z, Yusefzadeh H, Lotfi F, Nouraei Motlagh S. Equality in the Distribution of Maternal and Child Care Providers in the Public Sector of Lorestan Province, Iran. *Shiraz E-Medical Journal*. 2020;21 (1).
51. Sefiddashti SE, Arab M, Ghazanfari S, Kazemi Z, Rezaei S, Karyani AK. Trends of geographic inequalities in the distribution of human resources in healthcare system: the case of Iran. *Electronic physician*. 2016; 8(7):2607.
52. Mobaraki H, Hassani A, Kashkalani T, Khalilnejad R, Chimeh EE. Equality in distribution of human resources: the case of Iran's Ministry of Health and Medical Education. *Iranian journal of public health*. 2013;42 (Supple1):161.
53. Sari AA, Rezaei S, Rad EH, Dehghanian N, Chavehpour Y. Regional disparity in physical resources in the health sector in Iran: a comparison of Two time periods. *Iranian journal of public health*. 2015;44 (6):848.
54. Ramandi SD, Niakan L, Aboutorabi M, Noghabi JJ, Khammarnia M, Sadeghi A. Trend of Inequality in the Distribution of Health Care Resources in Iran. *Galen Medical Journal*. 2016;5(3):122-130.
55. Meskarpour-Amiri M, Mehdizadeh P, Barouni M, Dopeykar N, Ramezani M. Assessment the trend of inequality in the distribution of intensive care beds in Iran: using GINI index. *Global journal of health science*. 2014;6 (6):28.
56. Ameryoun A, Meskarpour-Amiri M, Dezfuli-Nejad ML, Khoddami-Vishteh H, Tofighi S. The assessment of inequality on geographical distribution of Non-cardiac intensive care beds in Iran. *Iranian journal of public health*. 2011;40 (2):25.
57. Meskarpour-Amiri M, Dopeykar N, Ameryoun A, Tavana AM. Assessment inequality in access to public cardiovascular health services in Iran. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2016;30:420.
58. Geravandi S, Najafi M, Rajae R, Mahmoudi S, Pakdaman M. The Assessment of Inequality in the Geographical Distribution of Burn Beds in Iran. *Electronic*

- physician. 2015;7 (6):1407.
59. Omrani-Khoo H, Lotfi F, Safari H, Jame SZB, Moghri J, Shafii M. Equity in distribution of health care resources; assessment of need and access, using three practical indicators. *Iranian journal of public health*. 2013;42 (11):1299.
 60. Bidgoli HH, Bogg L, Hasselberg M. Pre-hospital trauma care resources for road traffic injuries in a middle-income country—A province based study on need and access in Iran. *Injury*. 2011;42 (9):879-84.
 61. Nikravan A, Ahmadi AM. Equality and equity in utilization of health services in Iran; indirect standardization approach. *Hakim Research Journal*. 2018;21 (1):28-40.
 62. Mohammadbeigi A, Hassanzadeh J, Eshrati B, Rezaianzadeh A. Socioeconomic inequity in health care utilization, Iran. *Journal of epidemiology and global health*. 2013;3 (3):139-46.
 63. Homaie Rad E, Ghaisi A, Arefnezhad M, Bayati M. Inequalities of general physicians and specialists visits' utilization and its determinants in Iran: a population based study. *International Journal of Human Rights in Healthcare*. 2015;8 (3):125-31.
 64. Rezaei S, Hajizadeh M, Irandoost SF, Salimi Y. Socioeconomic inequality in dental care utilization in Iran: a decomposition approach. *International journal for equity in health*. 2019;18 (1):161.
 65. Montazeri R, Sadeghi F, Heidari A. Parental Assessment of Access and Barriers to Access to Oral and Dental Health Services in Children Referring to Dentistry Centers in Tehran City, 2018, (Iran). 2019.
 66. Rad EH, Kavosi Z, Arefnezhad M. Economic inequalities in dental care utilizations in Iran: Evidence from an urban region. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2016;30:383.
 67. Mohammadbeigi A, Arsangjang S, Mohammadsalehi N, Anbari Z, Ghaderi E. Education-related inequity in access and utilization of oral health care in Iran. *Journal of family medicine and primary care*. 2015;4 (1):35.
 68. Raznahan M, Emamian MH, Hashemi H, Zeraati H, Fotouhi A. Assessment of horizontal inequity in eye care utilization in the Iranian middle-aged population. *Journal of ophthalmic & vision research*. 2018;13 (3):284.
 69. Emamian MH, Zeraati H, Majdzadeh R, Shariati M, Hashemi H, Fotouhi A. Economic inequality in eye care utilization and its determinants: a Blinder–Oaxaca decomposition. *International journal of health policy and management*. 2014;3 (6):307.

70. Hashemi H, Rezvan F, Fotouhi A, Khabazkhoob M, Gilasi H, Etemad K, et al. Distribution of cataract surgical rate and its economic inequality in Iran. *Optometry & Vision Science*. 2015;92 (6):707-13.
71. Meshkini AH, Kebriaeezadeh A, Janghorban MR, Keshavarz K, Nikfar S. Assessment of geographic accessibility to pharmacy in Qom, Iran: A geographic information system analysis. *Thrita*. 2014;3 (1).
72. Rezaei S, Karyani A, Fallah R, Matin B. Relative inequalities in geographic distribution of health care resources in Kermanshah province, Islamic Republic of Iran/Inégalités relatives dans la répartition géographique des ressources en soins de santé dans la province de Kermânchâh (République islamique d'Iran). *Eastern Mediterranean health journal*. 2016;22 (1):20.
73. Shami E. The Effect of Iranian Health Insurance on the health services utilization in Tabriz, Iran 2015: Tabriz University of Medical Sciences, School of Management and Medical; 2019.
74. Mohammadbeigi A, Hassanzadeh J, Eshrati B, Rezaianzadeh A. Decomposition of inequity determinants of healthcare utilization, Iran. *Public Health*. 2013;127 (7):661-7.
75. Abolhallaje M, Mousavi SM, Anjomshoa M, Nasiri AB, Seyedin H, Sadeghifar J, et al. Assessing health inequalities in Iran: a focus on the distribution of health care facilities. *Global journal of health science*. 2014;6 (4):285.
76. Baghian N, Tayefi E, Ranjbar M, Eftekhari A. Socioeconomic inequality in health care utilization: A study of service utilization in Yazd, Iran. *Evidence Based Health Policy, Management and Economics*. 2017;1 (1):2-8.
77. Zaboli R, Tourani S, Seyedin SH, Manesh AO. Prioritizing the determinants of social-health inequality in Iran: a multiple attribute decision making application. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2014;16 (4).
78. Abouie A, Majdzadeh R, Khabiri R, Hamed-Shahraki S, Emami Razavi SH, Yekaninejad MS. Socioeconomic inequities in health services' utilization following the Health Transformation Plan initiative in Iran. *Health policy and planning*. 2018;33 (10):1065-72.
79. Lotfi F, Bayati M, Yusefi AR, Ghaderi S, Barati O. Inequality in distribution of health care resources in Iran: human resources, health centers and hospital beds. *Shiraz E-Medical Journal*. 2018;19 (6).
80. Shojaei P, Ghanbarzadegan A, Najibi M, Bastani P. Ranking of Iranian provinces based on healthcare infrastructures: before and after implementation of Health Transformation Plan. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2020;18 (1):4.

81. Lankarani K. Health Care Utilization Inequality in a Mixed Public-Private Health Care System: An Insight from the National Survey in Iran. *Health Scope*. (In Press)
82. Hatam N, Zakeri M, Sadeghi A, Ramandi SD, Hayati R, Siavashi E. Equity analysis of hospital beds distribution in Shiraz, Iran 2014. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2016;30:393.
83. Chavehpour Y, Rashidian A, Woldemichael A, Takian A. Inequality in geographical distribution of hospitals and hospital beds in densely populated metropolitan cities of Iran. *BMC health services research*. 2019;19 (1):614.
84. Jamshidi L, Ramezani M, Razavi SS, Ghalichi L. Equity in the quality of hospital services in Iran. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2017;31:109.
85. Hajizadeh M, Connelly LB, Butler JR, Khosravi A. Unmet need and met unneed in health care utilisation in Iran. *International Journal of Social Economics*. 2012;39 (6):400-22.
86. Safari F, Nikravan A. The effect of Socioeconomic factors and unmet needs on outpatient services in Iran. *Journal of Health Administration*. 2019;22 (1):91-102.
87. Amiresmaili M, Yazdi-Feyzabadi V, Heidarijamebozorgi M. Health services utilization among slum dwellers: An experience from Iran. *Journal of Education and Health Promotion*. 2019;8.
88. Kavosi Z, Mohammadbeigi A, Ramezani-Doroh V, Hatam N, Jafari A, Firoozjahantighi A. Horizontal inequity in access to outpatient services among Shiraz City residents, Iran. *Journal of research in health sciences*. 2015;15 (1):37-41.
89. Kazemi Karyani A, Kazemi Z, Shaahmadi F, Arefi Z, Ghazanfari S. Determining Inequality and Trend of Geographic Accessibility to Pediatricians in Iran: 2007-2013. *International Journal of Pediatrics*. 2015;3 (2.1):51-8.
90. Vahedi S, Rezapour A, Mohammadbeig A, Khosravi A. Economic inequality in outpatient healthcare utilization: the case of Iran. *Journal of research in health sciences*. 2018;18 (3):e00424.
91. Davari M, Maracy MR, Aslani A, Bakhshizadeh Z, Khorasani E. Evaluation of equity in access to pharmaceutical services in selected cities of Isfahan Province, Iran. *Journal of Pharmacoconomics and Pharmaceutical Management*. 2017;2 (1/2):25-9.
92. Jadidi R, Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N, Ansari H, Ghaderi E. Inequity in timeliness of MMR vaccination in children living in the suburbs of Iranian cities. *International journal of biomedical science: IJBS*. 2015;11 (2):93.
93. Moradi-Lakeh M, Ramezani M, Naghavi M. Equality in safe delivery and its

- determinants in Iran. *Arch Iran Med.* 2007;10 (4):446-51.
94. Noroozi M, Rahimi E, Ghisvand H, Qorbani M, Sharifi H, Noroozi A, et al. Decomposition of Economic Inequality in Needle and Syringe Programs Utilization to its Determinants among Men Who Inject Drugs in Tehran using Blinder–Oaxaca Decomposition Method. *Substance use & misuse.* 2017:1-7.
95. Noroozi M, Sharifi H, Noroozi A, Rezaei F, Bazrafshan MR, Armoon B. Decomposing economic disparities in risky sexual behaviors among people who inject drugs in Tehran: Blinder-Oaxaca decomposition analysis. *Epidemiology and health.* 2017;39.
96. Masoodi M, Rahimzadeh M. Measuring access to urban health services using Geographical Information System (GIS): a case study of health service management in Bandar Abbas, Iran. *International journal of health policy and management.* 2015;4 (7):439.
97. Reshadat S, Saedi S, Zangeneh A, Ghasemi S, Gilan N, Karbasi A, et al. Spatial accessibility of the population to urban health centres in Kermanshah, Islamic Republic of Iran: a geographic information systems analysis. *Eastern Mediterranean health journal.* 2015;21 (6):389.
98. Rezaeian S, Hajizadeh M, Rezaei S, Ahmadi S, Karyani AK, Salimi Y. Measuring and explaining socioeconomic inequalities in public healthcare utilization in Western Iran: Evidence from a cross-sectional survey. *Journal of research in health sciences.* 2018;18 (2):415.
99. Tabrizi JS, Farahbakhsh M, Bazargani HS, Saadati M, Golestani M, Zakeri A. Health services utilization and responsiveness: a comparison of slum and Non-slum regions in Tabriz, Iran. *Medical Science.* 2018;22:577-82.
100. Mohammadi S, Gargari SS, Fallahian M, Källestål C, Ziaei S, Essén B. Afghan migrants face more suboptimal care than natives: a maternal near-miss audit study at university hospitals in Tehran, Iran. *BMC pregnancy and childbirth.* 2017;17 (1):64.
101. Bayati M, Keshavarz K, Lotfi F, KebriaeeZadeh A, Barati O, Zareian S, et al. Effect of two major health reforms on health care cost and utilization in Fars Province of Iran: family physician program and health transformation plan. *BMC Health Services Research.* 2020;20:1-9.
102. Fereshtehnejad SM, Asadi LM, Moradi LM, Vaez MMR, Motevalian SA, Eshagh AM. [Estimation of life expectancy and its association with social determinants of health (sdh) in urban population of different districts of tehran in 2008 (Urban HEART study)]. *Teb Va Tazkieh.* 2010 (77):25-40.

103. Meara ER, Richards S, Cutler DM. The gap gets bigger: changes in mortality and life expectancy, by education, 1981-2000. *Health affairs (Project Hope)*. 2008 Mar-Apr;27 (2):350-60. PubMed PMID: 18332489. eng.
104. World Health Organization. *World Health Report 2006: working together for health*. Geneva: World Health Organization; 2006.
105. Khosravi A, Taylor R, Naghavi M, Lopez AD. Mortality in the Islamic Republic of Iran, 1964-2004. *Bulletin of the World Health Organization*. 2007 Aug;85 (8):607-14. PubMed PMID: 17768519. Pubmed Central PMCID: PMC2636375. Epub 2007/09/05. eng.
106. Leyland AH. Increasing inequalities in premature mortality in Great Britain. *J Epidemiol Community Health*. 2004 Apr;58 (4):296-302. PubMed PMID: 15026442. Pubmed Central PMCID: PMC1732731. Epub 2004/03/18. eng.
107. Rarani MA, Rashidian A, Khosravi A, Arab M, Abbasian E, Morasae EK. Changes in socio-economic inequality in neonatal mortality in Iran between 1995-2000 and 2005-2010: an Oaxaca decomposition analysis. *International journal of health policy and management*. 2017;6 (4):219.
108. Hosseinpour AR, Van Doorslaer E, Speybroeck N, Naghavi M, Mohammad K, Majdzadeh R, et al. Decomposing socioeconomic inequality in infant mortality in Iran. *International journal of epidemiology*. 2006;35 (5):1211-9.
109. Hosseinpour AR, Mohammad K, Majdzadeh R, Naghavi M, Abolhassani F, Sousa A, et al. Socioeconomic inequality in infant mortality in Iran and across its provinces. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005;83:837-44.
110. Khajavi A, Pishgar F, Dehghani M, Naderimaghani S. Socioeconomic inequalities in neonatal and postneonatal mortality: Evidence from rural Iran, 1998-2013. *International journal for equity in health*. 2017;16 (1):83.
111. Moradi-Lakeh M, Bijari B, Namiranian N, Olyaeemanesh A-R, Khosravi A. Geographical disparities in child mortality in the rural areas of Iran: 16-years trend. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67 (4):346-9.
112. Rarani M, Shadi Y, Rashedi V, Morasae E. What has Iran achieved in under-five mortality in terms of equity and efficiency in the past decades? *public health*. 2019;166:128-39.
113. Amirian H, Poorolajal J, Roshanaei G, Esmailnasab N, Moradi G. Analyzing socioeconomic related health inequality in mothers and children using the concentration index. *Epidemiology, Biostatistics and Public Health*. 2014;11 (3).
114. Almasian Kia A, Rezapour A, Khosravi A, Afzali Abarghouei V. Socioeconomic Inequality in Malnutrition in Under-5 Children in Iran: Evidence From the

- Multiple Indicator Demographic and Health Survey, 2010. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2017;50 (3):201-9.
115. Nourizadeh R, Danesh Kohan A, Bakhtari Aghdam F. Women's rights in pregnancy and child birth. *Medical Law*. 2012;6 (21):171-86.
116. Campbell O, Filippi V, Koblinsky M, Marshall T, Mortimer J, Pittrof R, et al. Lessons learnt; a decade of measuring the impact of safe motherhood programmes. 1997.
117. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Building the knowledge base on the social determinants of health: review of seven countries in the Eastern Mediterranean Region. Cairo: WHO, EMRO Publications; 2008. 86 p.
118. Harvey SA, Blandón YCW, McCaw-Binns A, Sandino I, Urbina L, Rodríguez C, et al. Are skilled birth attendants really skilled? A measurement method, some disturbing results and a potential way forward. *Bulletin of the World Health Organization*. 2007;85:783-90.
119. Babaie MH. Inequities in health and health care between provinces of Iran: promoting equitable health care resource allocation. UK: University of Salford; 2014.
120. Kiadaliri AA, Saadat S, Shahnavaizi H, Haghparast-Bidgoli H. Overall, gender and social inequalities in suicide mortality in Iran, 2006–2010: a time trend province-level study. *BMJ open*. 2014;4 (8):e005227.
121. Morasae EK, Forouzan AS, Majdzadeh R, Asadi-Lari M, Noorbala AA, Hosseinpour AR. Understanding determinants of socioeconomic inequality in mental health in Iran's capital, Tehran: a concentration index decomposition approach. *International journal for equity in health*. 2012;11 (1):18.
122. Veisani Y, Delpisheh A. Decomposing of socioeconomic inequality in mental health: a cross-sectional study into female-headed households. *Journal of research in health sciences*. 2015;15 (4):218-22.
123. Veisani Y, Delpisheh A, Moradi G, Hassanzadeh J, Sayehmiri K. Inequality in addiction and mental disorders in 6818 suicide attempts: determine of positive contribution of determinants by decomposition method. *Iranian journal of public health*. 2017;46 (6):796.
124. Kiadaliri AA. Gender and social disparities in esophagus cancer incidence in Iran, 2003-2009: a time trend province-level study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15 (2):623-7.

125. Taheri M, Tavakol M, Akbari M, Anoshirvani A, Aghabozorgi R, Almasi-Hashiani A, et al. Socioeconomic inequalities in metastasis, recurrence, stage and grade of breast cancer: a hospital-based retrospective cohort study. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*. 2019; 6:(30) E262.
126. Kiadaliri AA. Social disparity in breast and ovarian cancer incidence in Iran, 2003-2009: a time trend province-level study. *Journal of breast cancer*. 2013;16 (4): 372-7.
127. Rohani-Rasaf M, Moradi-Lakeh M, Ramezani R, Asadi-Lari M. Measuring socioeconomic disparities in cancer incidence in Tehran, 2008. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2012;13 (6):2955-60.
128. Khanghah HA, Janati A, Derakhshani N. A Review of Factors Influencing Health Inequalities. *Depiction of Health*. 2019;6 (3):54-62.
129. Hosseinpoor AR, Mohammad K, Majdzadeh R, Naghavi M, Abolhassani F, Sousa A, et al. Socioeconomic inequality in infant mortality in Iran and across its provinces. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005;83 (11):837-44.
130. Alizadeh M, Laghousi D. Trend of geographical disparities in child and maternal mortality indicators in Northwest Iran. *Social Determinants of Health*. 2015;1 (4):132-40.
131. Rarani MA, Rashidian A, Arab M, Khosravi A, Abbasian E. Inequality in under-five mortality in Iran: a national and subnational survey data analysis. *Global Journal of Health Science*. 2016;9 (3):215.
132. Tourani S, Zarezadeh M, Raadabadi M, Pourshariati F. Association of regional disparity of obstetrics and gynecologic services with children and infants mortality rates: A cross-sectional study. *International Journal of Reproductive BioMedicine*. 2017;15 (3):147.
133. Almasi-Hashiani A, Sepidarkish M, Safiri S, Morasae EK, Shadi Y, Omani-Samani R. Understanding determinants of unequal distribution of stillbirth in Tehran, Iran: a concentration index decomposition approach. *BMJ open*. 2017;7 (5):e013644.
134. Hosseini M, Olyaeemanesh A, Ahmadi B, Nedjat S, Farzadi F, Arab M, et al. Gender equity in health: A secondary analysis of data in Iran. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2016;30:344.
135. Farzadi F, Ahmadi B, Shariati B, Alimohamadian M, Mohamad K. Women's health: Explaining the trend in gender ratio in Iran over half a century (1956-2006). *Public health*. 2010;124 (2):86-9.

136. Naghdi S, Ghiasvand H, Zadeh NS, Azami S, Moradi T. Association of health and food expenditures inequality with health outcomes: a case study on Iranian rural households. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2014;16 (3).
137. Nedjat S, Hosseinpour AR, Forouzanfar MH, Golestan B, Majdzadeh R. Decomposing socioeconomic inequality in self-rated health in Tehran. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66 (6):495-500.
138. Hosseinkhani Z, Nedjat S, Aflatouni A, Mahram M, Majdzadeh R. Socioeconomic inequality and child maltreatment in Iranian schoolchildren/Inégalités socioéconomiques et maltraitance de l'enfant chez des écoliers iraniens. *Eastern Mediterranean health journal*. 2015;21 (11):819.
139. Emamian MH, Fateh M, Gorgani N, Fotouhi A. Mother's education is the most important factor in socio-economic inequality of child stunting in Iran. *Public health nutrition*. 2014;17 (9):2010-5.
140. Safiri S, Kelishadi R, Heshmat R, Rahimi A, Djalalinia S, Ghasemian A, et al. Socioeconomic inequality in oral health behavior in Iranian children and adolescents by the Oaxaca-Blinder decomposition method: the CASPIAN-IV study. *International journal for equity in health*. 2016;15 (1):143.
141. Ghorbani Z, Ahmady AE, Ghasemi E, Zwi A. Socioeconomic inequalities in oral health among adults in Tehran, Iran. *Community dental health*. 2015;32 (1):26-31.
142. Moradi G, Moinefar A, Adabi H, Sharafi M, Mostafavi F, Bolbanabad AM. Socioeconomic Inequalities in the Oral Health of People Aged 15-40 Years in Kurdistan, Iran in 2015: A Cross-sectional Study. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2017;50 (5):303.
143. Emamian MH, Zeraati H, Majdzadeh R, Shariati M, Hashemi H, Jafarzadehpur E, et al. Economic inequality in presenting near vision acuity in a middle-aged population: a Blinder-Oaxaca decomposition. *British Journal of Ophthalmology*. 2013;97 (9):1100-3.
144. Emamian MH, Zeraati H, Majdzadeh R, Shariati M, Hashemi H, Fotouhi A. The gap of visual impairment between economic groups in Shahroud, Iran: a Blinder-Oaxaca decomposition. *American journal of epidemiology*. 2011;173 (12):1463-7.
145. Emamian MH, Zeraati H, Majdzadeh R, Shariati M, Hashemi H, Fotouhi A. Unmet refractive need and its determinants in Shahroud, Iran. *International ophthalmology*. 2012;32 (4):329-36.
146. Mansouri A, Emamian MH, Zeraati H, Hashemi H, Fotouhi A. Economic inequality in presenting vision in Shahroud, Iran: two decomposition methods. *International journal of health policy and management*. 2018;7 (1):59.

147. Almasi-Hashiani A, Abbasi M, Tavakol M, Baigi V, Mohammadi M, Nazari J, et al. Decomposing socioeconomic inequality in health literacy in Iran: A concentration index approach. *International Journal of Preventive Medicine*. 2019;10.
148. Sadeghipour Roudsari H, Sherafat Kazemzadeh R, Rezaeie M, Derakhshan M. Reproductive health knowledge, attitudes and practices of Iranian and Afghan men in Tehran province. 2006.
149. Fateh M, Emamian MH, Asgari F, Alami A, Fotouhi A. Socioeconomic inequality in hypertension in Iran. *Journal of hypertension*. 2014;32(9):1782-8.
150. Moradi G, Majdzadeh R, Mohammad K, Malekafzali H, Jafari S, Holakouie-Naieni K. Is the status of diabetes socioeconomic inequality changing in Kurdistan province, west of Iran? A comparison of two surveys. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2016;30:375.
151. Peykari N, Djalalinia S, Qorbani M, Sobhani S, Farzadfar F, Larijani B. Socioeconomic inequalities and diabetes: A systematic review from Iran. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2015;14 (1):8.
152. Masoompour SM, Mahdaviyazad H, Ghayumi SMA. Asthma and its related socioeconomic factors: the Shiraz adult respiratory disease study 2015. *The clinical respiratory journal*. 2018;12 (6):2110-6.
153. Entezarmahdi R, Majdzadeh R, Foroushani AR, Nasehi M, Lameei A, Naieni KH. Inequality of leprosy disability in Iran, clinical or socio-economic inequality: an extended concentration index decomposition approach. *International journal of preventive medicine*. 2014;5 (4):414.
154. Moradi G, Mohammad K, Majdzadeh R, Ardakani HM, Naieni KH. Socioeconomic inequality of non-communicable risk factors among people living in Kurdistan Province, Islamic Republic of Iran. *International journal of preventive medicine*. 2013;4 (6):671.
155. Kelishadi R, Qorbani M, Heshmat R, Djalalinia S, Sheidaei A, Safiri S, et al. Socioeconomic inequality in childhood obesity and its determinants: a Blinder-Oaxaca decomposition. *Jornal de Pediatria (Versão em Português)*. 2018;94 (2):131-9.
156. Emamian MH, Fateh M, Hosseinpoor AR, Alami A, Fotouhi A. Obesity and its socioeconomic determinants in Iran. *Economics & Human Biology*. 2017;26:144-50.
157. Kiadaliri AA, Asadi-Lari M, Kalantari N, Jafari M, Mahdavi MRV, Faghihzadeh S. Absolute and relative educational inequalities in obesity among adults in

Tehran: Findings from the Urban HEART study-2. Obesity research & clinical practice. 2016;10:S57-S63.

158. Raeisi A, Mehboudi M, Darabi H, Nabipour I, Larijani B, Mehrdad N, et al. Socioeconomic inequality of overweight and obesity of the elderly in Iran: Bushehr Elderly Health (BEH) Program. BMC public health. 2017;17 (1):72.
159. Gooshki ES, Rezaei R, Wild V. Migrants' Health in Iran from the Perspective of Social Justice: a Systematic Literature Review. Archives of Iranian Medicine (AIM). 2016;19 (10).

نابرابری‌های سلامت؛ مقایسه‌های بین‌المللی

نویسندگان: اعظم رثوفی، علیرضا اولیایی‌منش، امیرحسین تکیان، عفت محمدی

پیام‌های اصلی

- ❖ مقایسه شاخص‌های مشارکت مالی عادلانه در سطح منطقه مدیترانه شرقی نشان می‌دهد با وجود اینکه سهم مخارج سلامت دولت در ایران نسبت به سایر کشورها در منطقه بالاتر است اما میزان پرداخت از جیب در ایران علی‌رغم کاهش در سال‌های اخیر به دلیل اجرای طرح تحول سلامت، همچنان نسبت به کشورهای توسعه‌یافته که زیر ۲۰ درصد می‌باشد، نسبتاً بالا بوده و ایران از نظر این شاخص در وضعیت مطلوبی قرار ندارد.
- ❖ در سال ۲۰۱۹، سرانه مخارج سلامت ج.ا.ایران ۸۶۸/۱۸ دلار (تعدیل شده بر اساس قدرت خرید) بوده است که نزدیک به نصف میانگین جهانی بوده است.
- ❖ در کل، سرانه مخارج سلامت در کشورهای منطقه اروپا و همچنین کشورهای با درآمد بالا بیش‌تر از سایر مناطق است. کم‌ترین میزان این شاخص مربوط به جمهوری دموکراتیک کنگو و ۴۰/۶۱ دلار می‌باشد و بیش‌ترین میزان این شاخص ۱۰۹۲۱/۰۱ دلار و مربوط به ایالات متحده آمریکا می‌باشد.

- ❖ شاخص‌های بین‌المللی نشان می‌دهند که ۴۹/۵ درصد هزینه‌های نظام سلامت در کشور ما در سال ۲۰۱۹ توسط دولت تأمین مالی می‌شود که نسبت به میانگین جهانی و میانگین منطقه مدیترانه شرقی^۱ نسبتاً پایین است.
- ❖ در سال ۲۰۱۷، تعداد تخت‌های بیمارستانی به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت در ایران از میان ۱۴ کشور مورد بررسی در منطقه مدیترانه شرقی در رتبه پنجم قرار دارد که نشان می‌دهد وضعیت ایران از نظر این شاخص در منطقه چندان مطلوب نیست.
- ❖ تعداد تخت‌های فعال بیمارستانی در ایران (۱۵/۶۰ تخت در هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت) نسبت به میانگین این شاخص در جهان (۳۲/۹۱ تخت در هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت) و نیز نسبت به میانگین کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا^۲ (۳۸/۸۹ تخت به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت) پایین‌تر بوده است.
- ❖ در خصوص نیروی انسانی سلامت، ایران در سال ۲۰۱۸ دارای ۱۵/۸۴ پزشک (رتبه پنجم منطقه)، ۲۰/۷۷ پرستار و ماما (رتبه ششم منطقه)، ۴/۴۷ دندانپزشک (رتبه پنجم منطقه) و ۲/۹۳ داروساز (رتبه ششم منطقه) به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت است.
- ❖ در سال ۲۰۱۹، میانگین امید به زندگی در ایران (۷۷/۳۵ سال) است که از میانگین جهانی و همچنین منطقه مدیترانه شرقی بیش‌تر می‌باشد. در کشور ما در سال ۲۰۱۹ میانگین امید به زندگی در زنان ۷۹/۰۹ سال و در مردان ۷۵/۶۹ سال می‌باشد.
- ❖ در سال ۲۰۱۷، میزان مرگ و میر مادران در ایران ۱۶ در صد هزار تولد زنده بوده است که میان ۱۴ کشور مورد بررسی در منطقه در رتبه‌ی دهم قرار دارد.
- ❖ در سال ۲۰۲۰، شاخص مرگ و میر کودکان زیر پنج سال و مرگ و میر نوزادان در ایران به ترتیب ۱۲/۹۴ و ۸/۲۶ مورد در هزار تولد زنده است و نسبت به سایر کشورهای منطقه، ایران از هر دو شاخص در رتبه هشتم قرار دارد. از نظر شاخص

۱. کشورهای منطقه مدیترانه شرقی (Eastern Mediterranean Region, EMR) عبارتند از: افغانستان، بحرین، جیبوتی، مصر، ایران، عراق، اردن، کویت، لبنان، لیبی، مراکش، فلسطین اشغالی، عمان، پاکستان، قطر، عربستان سعودی، سومالی، سودان، سوریه، تونس، امارات، یمن.

۲. در سال ۲۰۱۷ در تقسیم‌بندی بانک جهانی ایران در دسته کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا قرار داشت.

مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال، کشور قطر (۵/۷۶) و از نظر شاخص مرگ‌ومیر نوزادان، کشور بحرین (۲/۸۸) بهترین وضعیت در میان کشورهای منطقه مدیترانه شرقی را دارا می‌باشند.

❖ در بین کشورهای منطقه مدیترانه شرقی، از نظر شاخص میزان مرگ‌ومیر ناشی از حوادث ترافیکی در سال ۲۰۱۹، ایران پس از سودان و جیبوتی در رتبه سوم قرار دارد، که نشان‌دهنده وضعیت نامطلوب کشور در این شاخص است.

مقدمه

مطالعه آمارهای بین‌المللی نشان می‌دهد که نابرابری‌های عمیق در شاخص‌های سلامتی در جهان وجود دارد. در سال ۲۰۱۵، تخمین زده شده است که از تعداد ۶/۳ میلیون مرگ کودک زیر پنج سال، ۲/۹ میلیون نفر از آن‌ها در آفریقا جان خود را از دست دادند. به عبارتی در هر دقیقه، بیش از پنج کودک فقط در آفریقا جان خود را از دست داده‌اند (حدوداً هر ۱۰ ثانیه یک کودک). دو سوم این مرگ و میرها را می‌توان به علل قابل پیشگیری نسبت داد. در حالی که میانگین امید به زندگی در کشورهای جهان ۷۳/۳ سال است، کشورهای وجود دارند که امید به زندگی در آن‌ها کم‌تر از ۵۵ سال می‌باشد و در برخی دیگر از کشورهای برخوردار، امید به زندگی به بیش از ۸۴ سال می‌رسد.

هدف نخست از آرمان سوم توسعه پایدار (اطمینان از سلامت و ارتقا نیک‌بودی برای همه در همه سنین) به کاهش مرگ و میر مادران باردار به کم‌تر از ۷۰ در هر صد هزار تولد زنده می‌پردازد؛ در حالی که بسیاری از کشورها به این هدف دست یافته‌اند و کم‌ترین میزان آن در بین کشورها دو در صد هزار تولد زنده می‌باشد، کشورهای وجود دارند که این شاخص بیش‌تر از ۱۰۰۰ در هر صد هزار می‌باشد. یعنی میزان مرگ مادران باردار در برخی کشورهای فقیر و دچار بحران نزدیک به ۵۰۰ برابر برخی کشورهای برخوردار است.

جدیدترین گزارش سازمان ملل درباره امنیت غذایی و تغذیه در جهان حاکی از این است که در سال ۲۰۲۰، حدود ۷۶۸ میلیون نفر در جهان دچار سوء تغذیه بوده‌اند که از این تعداد ۴۱۸ میلیون نفر در آسیا، ۲۸۲ میلیون نفر در آفریقا و ۶۰ میلیون نفر در آمریکای لاتین و منطقه کارائیب زندگی می‌کرده‌اند.

این آمار و ارقام نشان می‌دهد که با تأمین حداقل مایحتاج اولیه زندگی و برطرف نمودن گرسنگی و نیز ارائه خدمات بهداشتی اولیه به مناطق کم برخوردار در جهان، به ویژه کشورهای آفریقایی و کشورهای پرجمعیت آسیایی، می‌توان تا حدود زیادی آمار مرگ و میر در کودکان و مادران باردار را کاهش داد و با کمک به افزایش جمعیت سالم و مولد، از ایجاد فقر در این کشورها پیشگیری نمود؛ که این خود مستلزم تلاشی جهانی با تولیتی بین‌المللی می‌باشد.

در این فصل سعی شده است تا وضعیت سلامت در جمهوری اسلامی ایران با سایر کشورها و میانگین‌های جهانی مورد مقایسه قرار گیرد. این مقایسه‌ها در سه بخش به تفکیک ابعاد عدالت در سلامت (مشارکت مالی عادلانه، دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت و پیامدهای سلامت) ارائه شده و در سه سطح زیر صورت می‌گیرد:

- ❖ مقایسه شاخص‌های سلامت ج.ا.ایران با میانگین‌های جهانی، مناطق شش گانه سازمان جهانی سلامت و میانگین کشورها به تفکیک تقسیم‌بندی از لحاظ درآمد؛
- ❖ مقایسه شاخص‌های سلامت ج.ا.ایران با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی^۱ که شامل کشورهای خاورمیانه و شمال آفریقا است؛
- ❖ مقایسه شاخص‌های سلامت ج.ا.ایران با کشورهای منتخب.

جهت مقایسه تطبیقی شاخص‌ها در ایران با کشورهای منتخب، کشورهای فرانسه، آلمان، مالزی، سوئد، ترکیه و انگلیس انتخاب شدند. این کشورها بر اساس نظرات اعضای کمیته راهبردی و کشورهای ذکر شده در سند چشم‌انداز کشور انتخاب شدند. در کلیه بخش‌ها، شاخص‌های منتخب در هر یک از ابعاد مشارکت مالی عادلانه، دسترسی و بهره‌مندی و همچنین شاخص‌های پیامدی سلامت بررسی خواهند شد. در جدول ۴-۱ شاخص‌های مورد بررسی در این فصل، معادل انگلیسی و تعریف آن‌ها ذکر شده است.

مقایسه‌های بین‌المللی ضمن نشان دادن فاصله کشور ما با دیگر کشورها، گاه‌ها می‌توانند به مشکلی که خط مشی دولت‌ها دنبال نموده‌اند، توجه بیش‌تری نشان دهند، هرچند که تأثیر متغیرهای ساختاری، فرهنگی و اجتماعی کشورهای مختلف

۱. اطلاعات هشت کشور از این مجموعه به دلیل عدم گزارش داده در بیشتر شاخص‌های مورد بررسی، در نظر گرفته نشدند.

که حوزه سلامت متأثر از آنها است را به سختی می‌توان تفسیر کرد. با این وجود، از آنجا که موفقیت سایر کشورها (چه در افزایش درآمد و چه در ارتقای سلامت و کاهش مرگ و میر کودکان و بزرگسالان) معیار غیرقابل انکاری است که با استفاده از آن، عملکرد ملی هر کشور سنجیده می‌شود، تلاش برای درک این موفقیت‌ها، یک منبع اساسی برای تجزیه و تحلیل است.

داده‌های مورد استفاده در این فصل از پایگاه‌های بین‌المللی استخراج شده‌اند (۱-۹). تاریخ گزارش‌گیری از داشبور اطلاعاتی در اکتبر ۲۰۲۲ انجام گرفت. آخرین سال به‌روزرسانی در داشبوردهای اطلاعاتی بین‌المللی برای هر شاخص مدنظر قرار گرفت و بر اساس آن تحلیل و گزارش تدوین شده است.

جدول ۴-۱؛ شاخص‌های مورد بررسی در فصل چهارم، به تفکیک ابعاد عدالت در سلامت

ابعاد	عنوان شاخص	معادل انگلیسی	تعریف
مشارکت مالی عادلانه	سرانه مخارج سلامت	Current Health Expenditure (CHE) per Capita in Power Purchasing Parity (PPP)	این شاخص میانگین هزینه‌های بهداشت و درمان برای هر فرد را به ارز قابل مقایسه از جمله قدرت خرید ارزهای ملی در برابر دلار محاسبه می‌کند. این شاخص کمک می‌کند تا هزینه‌های سلامت را با توجه به جمعیت مختلف کشورها، به صورت بین‌المللی مقایسه نماییم.
	مخارج سلامت دولت به عنوان درصدی از هزینه‌های جاری سلامت (درصد)	Domestic General Government Health Expenditure (GGHE) as percentage of current health expenditure (CHE) (%)	سهم هزینه‌های جاری سلامت که از منابع عمومی دولت تامین می‌شود.
	میزان پرداخت از جیب به عنوان درصدی از هزینه‌های جاری سلامت (درصد)	Out-of-pocket (OOP) as % of Current Health Expenditure (CHE)	این شاخص نشان می‌دهد که چند درصد کل هزینه‌های جاری نظام سلامت، به‌طور مستقیم از جیب بیماران در محل دریافت خدمت پرداخت می‌شود.

ادامه دارد

جدول ۴-۱؛ شاخص‌های مورد بررسی در فصل چهارم، به تفکیک ابعاد عدالت در سلامت _ ادامه

ابعاد	عنوان شاخص	معادل انگلیسی	تعریف
مشارکت مالی عادلانه	جمعیتی که مخارج سلامت خانوار آنها بیش از ۱۰٪ کل هزینه یا درآمد خانوار است (درصد)	Population with household health expenditures greater than 10% of total household expenditure or income (%)	نسبت جمعیتی که مخارج خانوار آنها برای سلامتی از ۱۰ درصد کل هزینه یا درآمد خانوار آنها بیشتر است. این شاخص به صورت درصد ارائه می‌شود.
	نسبت جمعیتی که به خاطر هزینه‌های سلامت زیر خط فقر (حد آستانه روزانه کم‌تر از ۱/۹۰ دلار PPP) کشیده می‌شوند که به صورت درصد بیان می‌شود. این شاخص نشان می‌دهد که چند درصد خانوارها به خاطر هزینه‌های سلامت فقیر می‌شوند (درصد)	Population pushed below the \$1.90 a day poverty line by household health expenditures (%)	نسبت جمعیتی که به خاطر هزینه‌های سلامت زیر خط فقر (حد آستانه روزانه کم‌تر از ۱/۹۰ دلار PPP) کشیده می‌شوند (درصد)
دسترسی و بهره‌مندی	تخت بیمارستان به‌ازای هر نفر	Hospital Beds (per 10000 population)	تعداد تخت‌های بیمارستانی به‌ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر در یک جمعیت مشخص.
	تراکم پزشک به‌ازای هر نفر	Density of Physicians (per 10000 population)	شامل تعداد کل پزشکان عمومی و پزشکان متخصص در هر ده هزار نفر جمعیت می‌باشند.
	تراکم پرستار و ماما به‌ازای هر نفر	Density of Nursing and Midwifery Personnel (per 10000 population)	شامل تعداد کل کارشناسان پرستار و ماما که در بخش بالینی فعالیت دارند در هر ده هزار نفر جمعیت می‌باشد.
	تراکم دندانپزشک به‌ازای هر نفر	Density of Dentistry Personnel (per 10000 population)	شامل تعداد کل دندانپزشکان عمومی و متخصص در هر ده هزار نفر جمعیت می‌باشد.
پیامدهای سلامت	تراکم داروساز به‌ازای هر نفر	Density of Pharmaceutical Personnel (per 10 000population)	شامل تعداد داروسازان در هر ده هزار نفر جمعیت می‌باشد.
	میزان امید به زندگی	Life Expectancy at Birth (years)	میانگین سال‌هایی که یک نوزاد می‌تواند انتظار داشته باشد عمر کند.

ادامه دارد

جدول ۴-۱؛ شاخص‌های مورد بررسی در فصل چهارم، به تفکیک ابعاد عدالت در سلامت _ ادامه

ابعاد	عنوان شاخص	معادل انگلیسی	تعریف
تندرستی و سلامت	جمعیتی که مخارج سلامت خانوار آنها بیش از ۱۰٪ کل هزینه یا درآمد خانوار است (درصد)	Population with household health expenditures greater than 10% of total household expenditure or income (%)	نسبت جمعیتی که مخارج خانوار آنها برای سلامتی از ۱۰ درصد کل هزینه یا درآمد خانوار آنها بیشتر است. این شاخص به صورت درصد ارائه می‌شود.
	نسبت جمعیتی که به خاطر هزینه‌های سلامت زیر خط فقر (حد آستانه روزانه کم‌تر از ۱/۹۰ دلار PPP) کشیده می‌شوند که به صورت درصد بیان می‌شود. این شاخص نشان می‌دهد که چند درصد خانوارها به خاطر هزینه‌های سلامت فقیر می‌شوند (درصد)	Population pushed below the \$1.90 a day poverty line by household health expenditures (%)	نسبت جمعیتی که به خاطر هزینه‌های سلامت زیر خط فقر (حد آستانه روزانه کم‌تر از ۱/۹۰ دلار PPP) کشیده می‌شوند (درصد)
	میزان مرگ و میر مادران (به ازای ۱۰۰۰۰۰ زنده)	Maternal Mortality Ratio (per 100000 live births)	مرگ‌های در دوران حاملگی تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری، صرف نظر از مدت و محل حاملگی به هر علتی مرتبط با بارداری، تشدید شده در بارداری، یا به علت مراقبت‌های ارائه شده طی آن، اما نه به علت حادثه و تصادف می‌باشد.
	میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال (به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده)	Under-five Mortality Rate (per 1000 live births)	تعداد مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در یک دوره مشخص به ازای هر هزار تولد زنده در همان دوره.
	میزان مرگ و میر نوزادان (به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده)	Neonatal Mortality Rate (per 1000 live births)	تعداد مرگ و میر نوزادان (یک تا ۲۸ روزه) در یک دوره مشخص به ازای هر هزار تولد زنده در همان دوره.
	میزان مرگ ناشی از حوادث ترافیکی (به ازای ۱۰۰۰۰۰ نفر)	Road Traffic Death Rate (per 100000 population)	مرگ‌هایی که در هنگام وقوع حادثه ترافیکی یا در ظرف ۳۰ روز پس از حادثه به علت آسیب ناشی از حادثه بروز می‌کنند.

شاخص‌های مشارکت مالی عادلانه

مقایسه شاخص‌های مشارکت مالی عادلانه ج.ا.ایران با میانگین‌های جهانی

یکی از شاخص‌های مهمی که در سطح بین‌المللی برای بررسی تعهد دولت‌ها به سلامت استفاده می‌شود، سرانه مخارج سلامت در هر کشور است.^۱ از این شاخص، که معمولاً به صورت دلار بیان می‌شود، در رتبه‌بندی کشورها نیز بهره گرفته می‌شود. البته این شاخص خود، ترکیبی از هزینه‌هایی است که مردم و دولت و بیمه‌ها می‌پردازند. در این ترکیب، هرچه سهم بیمه‌ها و دولت‌ها بیشتر باشد بهتر است چون سهم پرداخت از جیب مردم کم می‌شود که نشانه عدالت در تأمین مالی سلامت است و برعکس، هرچه سهم پرداخت از جیب مردم بیشتر باشد، سهم دولت و بیمه‌ها کم‌تر است و نشان می‌دهد که تأمین مالی سلامت نا عادلانه‌تر است.

در سال ۲۰۱۹، سرانه مخارج سلامت ج.ا.ایران ۸۶۸/۱۸ دلار (تعدیل شده بر اساس قدرت خرید) بوده است که حدود ۵۵/۴۶ درصد میانگین جهانی است. در کل، سرانه مخارج سلامت در کشورهای منطقه اروپا و همچنین کشورهای با درآمد بالا بیش‌تر از سایر مناطق است. کم‌ترین میزان این شاخص مربوط به جمهوری دموکراتیک کنگو و معادل ۴۰/۶۱ دلار می‌باشد و بیش‌ترین میزان این شاخص ۱۰۹۲۱/۰۱ دلار بوده که متعلق به ایالات متحده آمریکا است (جداول ۴-۲ تا ۴-۴؛ نمودارهای ۴-۱، ۴-۵ و ۴-۹).

شاخص‌های بین‌المللی نشان می‌دهند که ۴۹/۵ درصد هزینه‌های نظام سلامت در کشور ما در سال ۲۰۱۹ توسط دولت تأمین مالی می‌شود که از میانگین جهانی، میانگین منطقه مدیترانه شرقی و میانگین کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا^۲ کمتر است؛ که نشان می‌دهد ایران از نظر این شاخص در وضعیت مطلوبی قرار ندارد (جداول ۴-۲ تا ۴-۴؛ نمودارهای ۴-۲، ۴-۶ و ۴-۱۰).

شاخص دیگر مشارکت مالی عادلانه، شاخص پرداخت از جیب^۳ می‌باشد. آمارهای ملی و مطالعه حساب‌های ملی سلامت نشان می‌دهند که در

1. Current Health Expenditure (CHE) per Capita in PPP (in Consent PPP)

۲. براساس تقسیم‌بندی بانک جهانی در سال ۲۰۱۹، ایران در دسته کشورهای با درآمد متوسط رو بالا قرار داشت.

3. Out-of-pocket (OOP) as % of Current Health Expenditure (CHE)

سال‌های اخیر، درصد مشارکت خانوارهای ایرانی از کل هزینه‌های سلامت روند ثابتی نداشته و قبض و بسط‌های متعددی در آن مشاهده می‌شود. این روند به ویژه از سال ۱۳۹۶، با تشدید تحریم‌های اقتصادی بین‌المللی علیه ج.ا. ایران، روند افزایشی را طی نموده است، به طوری که از ۳۲/۴۶ درصد در سال ۱۳۹۶ به ۳۹/۴۹ درصد در سال ۱۳۹۸ (یا همان ۲۰۱۹ میلادی) رسیده است (نمودار ۲-۲). در حالی که حداقل در سه برنامه توسعه پنج ساله اخیر کشور، التزام به کاهش پرداخت از جیب مردم به زیر ۳۰ درصد مورد تاکید بوده است. این عدد در کشورهای توسعه‌یافته همواره و به‌طور ثابت زیر ۲۰ درصد می‌باشد. اگرچه در سه سال اول اجرای طرح تحول سلامت بنا بر اعلام مرکز آمار ایران، مردم کم‌تر از ۴۰ درصد از کل هزینه‌های بخش سلامت را به‌طور مستقیم از جیب خود پرداخت کرده‌اند، ولی به‌دلیل ناپایدار بودن منابع سلامت که توسط دولت و بیمه‌ها پرداخت می‌شود، این دستاورد نیز به نظر ناپایدار می‌رسد و با رسیدن به سال‌های کمبود منابع و تحریم، مجدداً باید منتظر افزایش سهم مردم در تأمین هزینه‌های سلامت بود. در یک دهه اخیر، ج.ا. ایران در مقایسه با میانگین جهان، میانگین منطقه مدیترانه شرقی و همچنین میانگین کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا در این شاخص وضعیت ضعیف‌تری داشته است، که به‌نظر می‌رسد کاهش پایدار این شاخص باید در دستور کار سیاست‌گذاران قرار گیرد (جداول ۴-۲ تا ۴-۴؛ نمودارهای ۴-۳، ۴-۷ و ۴-۱۱).

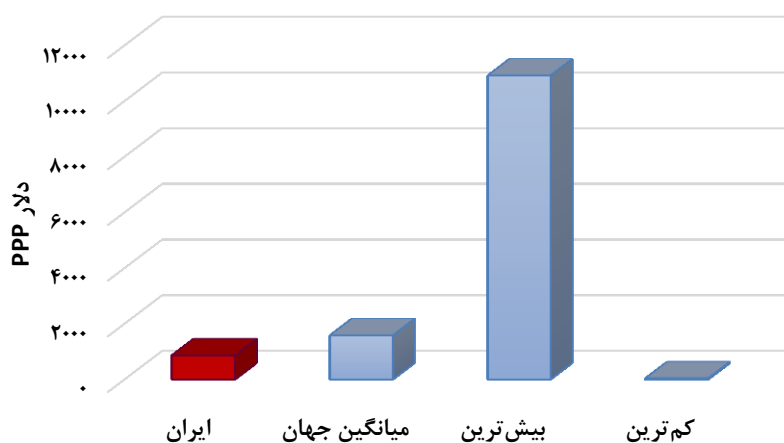
از دیگر شاخص‌هایی که برای نشان دادن وضعیت مشارکت مالی عادلانه در هزینه‌های سلامت استفاده می‌شود، شاخص‌های مرتبط با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت است. سازمان جهانی سلامت اعلام نموده است که حدود ۹۳۰ میلیون نفر (۱۲/۷ درصد از جمعیت جهان) به دلیل اینکه حداقل ۱۰ درصد از بودجه خانوار خود را برای پرداخت از جیب هزینه‌های سلامت صرف می‌کنند، متحمل هزینه‌های کمرشکن سلامت می‌شوند. همچنین، حدود ۹۰ میلیون نفر (۱/۲ درصد از جمعیت جهان) به دلیل پرداخت از جیب هزینه‌های سلامت (حد آستانه روزانه ۱/۹۰ دلار)، به «فقر شدید» سوق داده می‌شوند. متأسفانه وضعیت کشور ما در مقایسه با میانگین

جدول ۴-۲؛ مقایسه شاخص‌های مشارکت مالی عادلانه ج.ا.ایران با میانگین‌های جهانی؛ ۲۰۱۷ / ۲۰۱۹

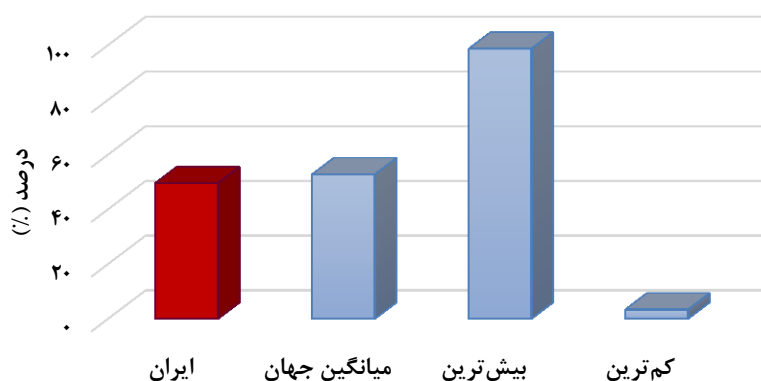
عنوان شاخص	سال	ایران	میانگین جهان	بیش‌ترین	کم‌ترین
سرانه مخارج سلامت (دلار)	۲۰۱۹	۸۶۸/۱۸	۱۵۸۵/۸۶	۱۰۹۲۱/۰۱	۴۰/۶۱
مخارج سلامت دولت به عنوان درصدی از هزینه‌های جاری سلامت (درصد)	۲۰۱۹	۴۹/۵	۵۲/۷۲	۹۸/۶۶	۳/۳۵
میزان پرداخت از جیب به‌عنوان درصدی از هزینه‌های جاری سلامت (درصد)	۲۰۱۹	۳۹/۴۹	۳۰/۸۲	۸۴/۷۹	۰/۱۰
جمعیتی که مخارج سلامت خانوار آنها بیش از ۱۰٪ کل هزینه یا درآمد خانوار است (درصد)	۲۰۱۷	۱۶/۸۶	۱۳/۲۱	۳۱/۲۱	۰/۱۳
نسبت جمعیتی که به‌خاطر هزینه‌های سلامت زیر خط فقر (حد آستانه کم‌تر از ۱/۹۰ دلار PPP) کشیده می‌شوند (درصد)	۲۰۱۷	۰/۰۵	۰/۹۴	۵/۴	۰۰/۰

جهان و میانگین منطقه مدیترانه شرقی، از نظر هزینه‌های کمرشکن سلامت در وضعیت نامطلوبی به‌سر می‌برد. در حالی که ۱۶/۸۶ درصد از خانوارهای ما حداقل ۱۰ درصد از درآمد خود را صرف هزینه‌های سلامت می‌کنند، در سطح دنیا، به‌طور میانگین خانوارها ۱۳/۲۱ درصد از درآمد خود را صرف هزینه‌های سلامت می‌نمایند. این میانگین در کشورهای مناطق تقسیم‌بندی سازمان جهانی سلامت، به‌جز منطقه غرب اقیانوس آرام (۲۰/۲۲ درصد) کم‌تر از این میزان و در منطقه مدیترانه شرقی ۱۲/۵۵ درصد است. در مقایسه با تقسیم‌بندی کشورها به تفکیک سطح درآمد، این شاخص در ایران تقریباً با میانگین کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا (۱۶/۶۷) برابر می‌باشد. البته ذکر این نکته خالی از لطف نیست که بالا بودن هزینه‌های صرف شده درآمد خانوارها در بخش سلامت الزاماً به معنای ایجاد هزینه‌های کمرشکن برای ایشان نمی‌باشد؛ به عنوان مثال اگر این هزینه‌ها صرف خدمات لوکس و غیرضروری مانند خدمات زیبایی شوند که خارج از بسته بیمه پایه سلامت هستند، طبیعتاً این شاخص بالا نشان داده می‌شود. جهت شفاف شدن این موضوع، نیاز است که الگوی مصرف خدمات سلامت و تحلیل هزینه‌ها در این بخش با دقت بیشتری صورت گیرد. با این تفسیر، به‌نظر می‌رسد در کشور ما علت بالا بودن

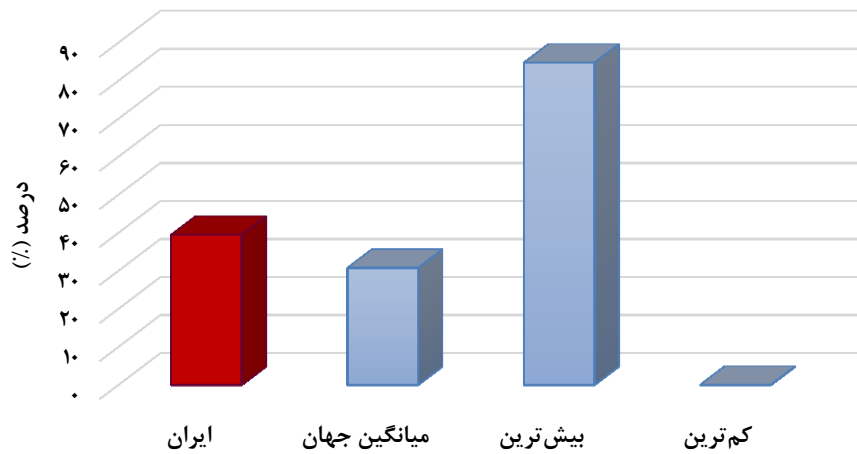
این درصد شیوع بالای خدمات زیبایی مانند عمل جراحی بینی نسبت به سایر کشورها باشد. در خصوص هزینه‌های فقرزای سلامت، ایران در مقایسه با میانگین‌های بین‌المللی در وضعیت نسبتاً مطلوبی به سر می‌برد. در حالی که در ایران ۰/۰۵ درصد از خانوارهای ایرانی به دلیل پرداخت از جیب هزینه‌های سلامت زیر خط فقر قرار می‌گیرند، میانگین این شاخص در جهان ۰/۹۴ درصد، در منطقه مدیترانه شرقی ۰/۷ درصد و در میان کشورهای با درآمد متوسط رو بالا ۱/۲۴ درصد است (جداول ۲-۴ تا ۴-۴؛ نمودارهای ۴-۴، ۴-۴ و ۸-۴ و ۱۲-۴).



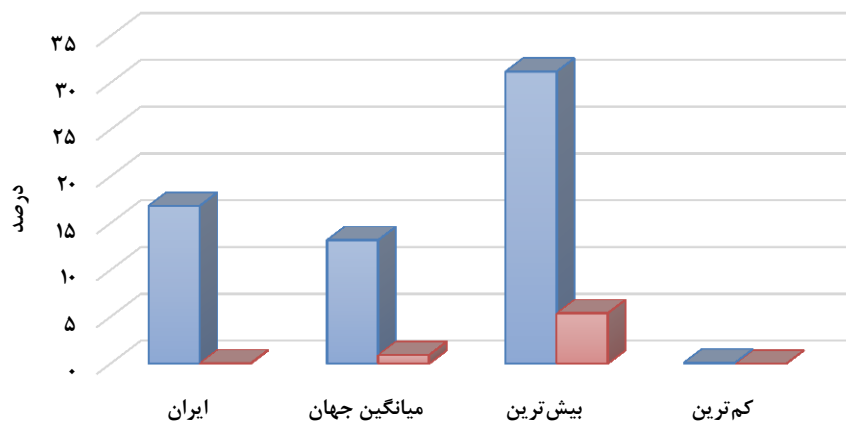
نمودار ۱-۴؛ مقایسه سرانه مخارج سلامت ایران با میانگین‌های جهانی؛ ۲۰۱۹



نمودار ۲-۴؛ مقایسه درصد سهم دولت از مخارج سلامت در ایران با میانگین‌های جهانی؛ ۲۰۱۹



نمودار ۴-۳؛ مقایسه میزان پرداخت از جیب در ایران با میانگین‌های جهانی؛ ۲۰۱۹



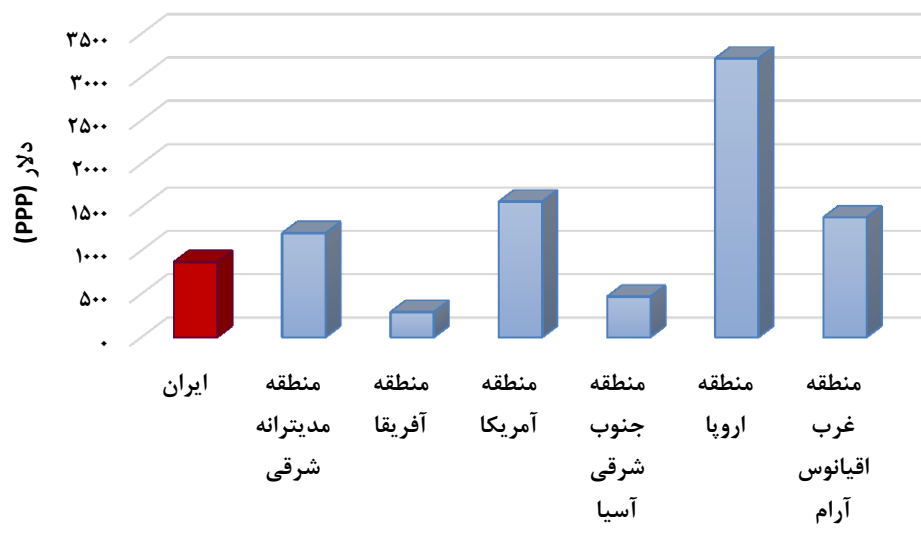
■ جمعیتی که مخارج سلامت خانوار آنها بیش از ۱۰٪ کل هزینه یا درآمد خانوار است (درصد)

■ نسبت جمعیتی که به خاطر هزینه‌های سلامت زیر خط فقر (حد آستانه کم‌تر از ۱/۹۰ دلار PPP کشیده می‌شوند) (درصد)

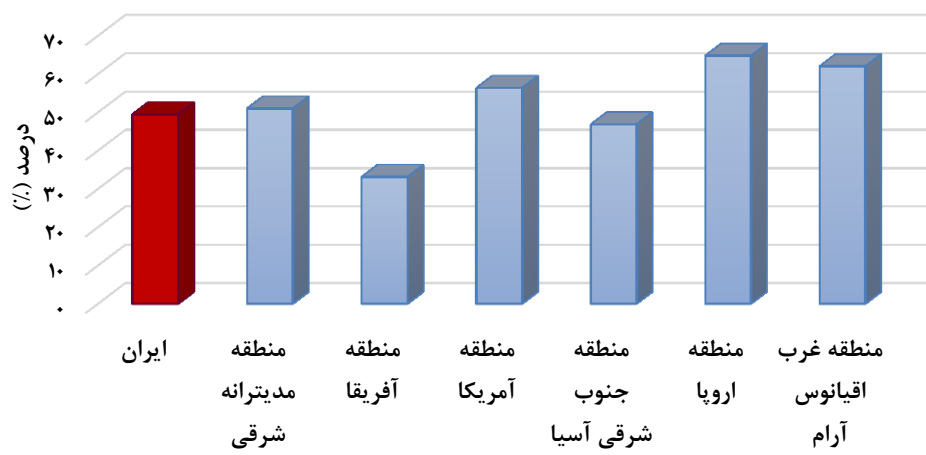
نمودار ۴-۴؛ مقایسه درصد خانوارهای مواجه یافته با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت در ایران با میانگین‌های جهانی؛ ۲۰۱۷

جدول ۴-۳ مقایسه شاخص‌های مشارکت مالی عادلانه ج‌الایران با میانگین مناطق سازمان جهانی سلامت؛ ۲۰۱۷ / ۲۰۱۹

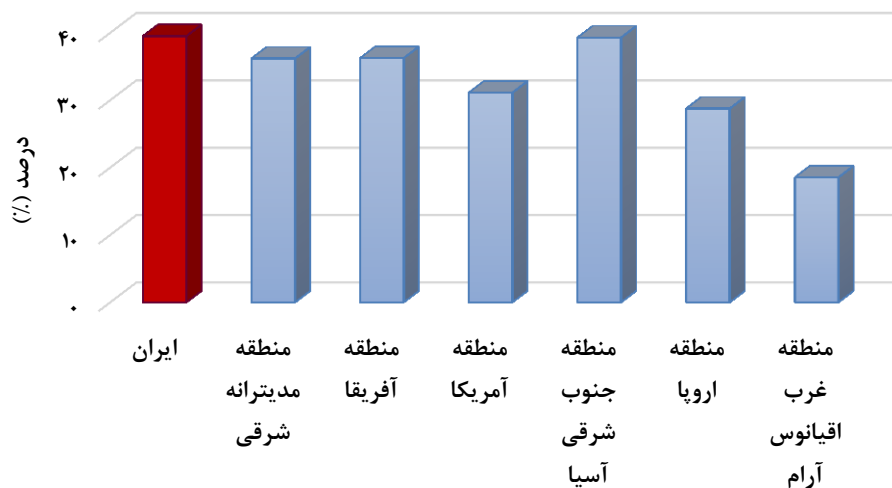
عنوان شاخص	سال	ایران	منطقه آفریقا	منطقه آمریکا	منطقه جنوب شرقی آسیا	منطقه اروپا	منطقه مدیترانه شرقی	منطقه غرب اقیانوس آرام
سرانه مخارج سلامت (دلار)	۲۰۱۹	۸۶۸/۱۸	۲۹۱/۶۳	۱۵۶۵/۴۳	۴۶۸/۹۵	۳۲۱۵/۲۲	۱۲۰/۱۰	۱۳۸۳/۱۸
مخارج سلامت دولت به عنوان درصدی از هزینه‌های جاری سلامت (درصد)	۲۰۱۹	۴۹/۵	۳۳/۱۶	۵۶/۳۸	۴۶/۸۶	۶۴/۷۹	۵۱/۰۱	۶۲/۰۳
میزان پرداخت از جیب به عنوان درصدی از هزینه‌های جاری سلامت (درصد)	۲۰۱۹	۳۹/۴۹	۳۶/۳۳	۳۱/۱۰	۳۹/۲۸	۲۸/۷۵	۳۶/۱۸	۱۸/۵۳
جمعیتی که مخارج سلامت خانوار آنها بیش از ۱۰٪ کل هزینه یا درآمد خانوار است (درصد)	۲۰۱۷	۱۶/۸۶	۱۳/۵۵	۸/۴۴	۷/۱	۱۵/۲۵	۶/۸۸	۲۰/۲۲
نسبت جمعیتی که به خاطر هزینه‌های سلامت زیر خط فقر (حد آستانه کمتر از ۱/۹۰ دلار PPP) کشیده می‌شوند (درصد)	۲۰۱۷	۰/۰۵	۰/۷	۱/۴۳	۰/۱۳	۱/۲۴	۰/۰۳	۱/۳۳



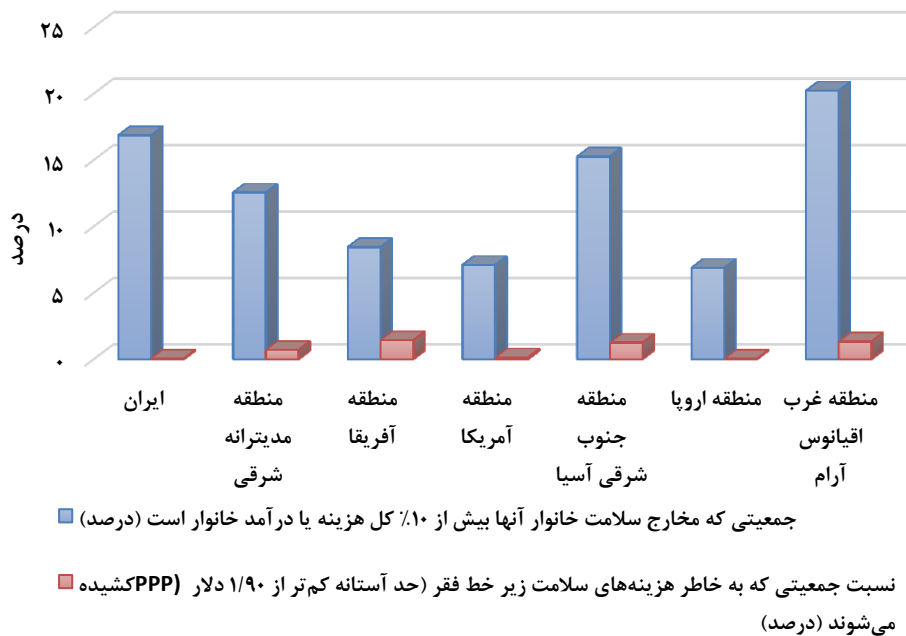
نمودار ۴-۵؛ مقایسه سرانه مخارج سلامت ایران با میانگین مناطق سازمان جهانی سلامت؛ ۲۰۱۹



نمودار ۴-۶؛ مقایسه سهم دولت از مخارج سلامت در ایران با میانگین مناطق سازمان جهانی سلامت؛ ۲۰۱۹



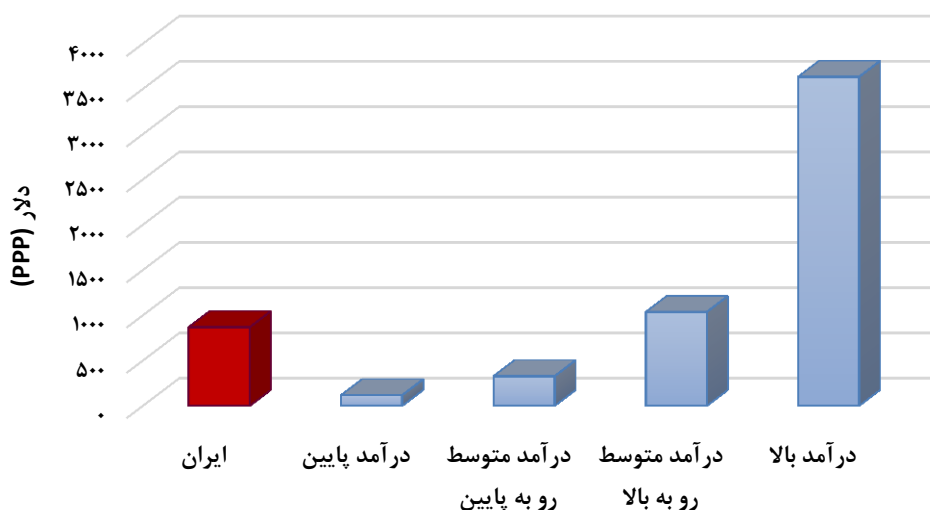
نمودار ۴-۷؛ مقایسه میزان پرداخت از جیب در ایران با میانگین مناطق سازمان جهانی سلامت؛ ۲۰۱۹



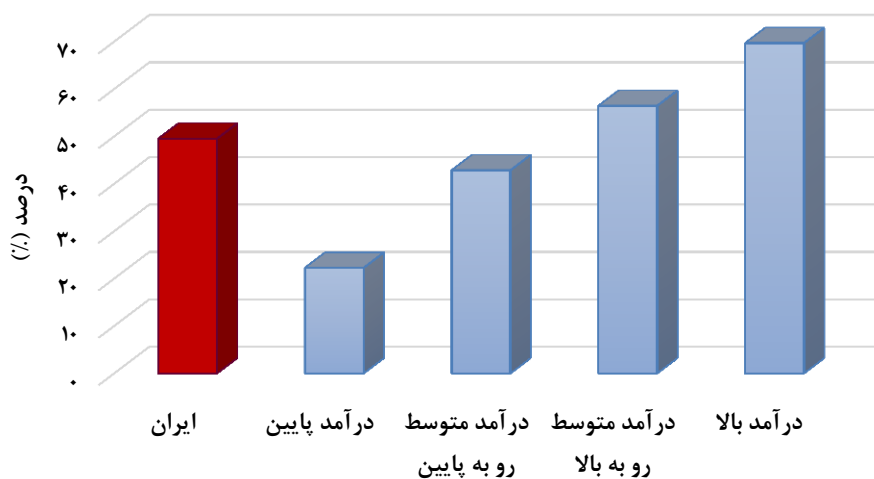
نمودار ۴-۸؛ مقایسه درصد خانوارهای مواجه یافته با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت در ایران با میانگین مناطق سازمان جهانی سلامت؛ ۲۰۱۷

جدول ۴-۴؛ مقایسه شاخص‌های مشارکت مالی عادلانه ج.ا.ایران با میانگین‌های تقسیم‌بندی کشورها از لحاظ درآمد؛ ۲۰۱۷ / ۲۰۱۹

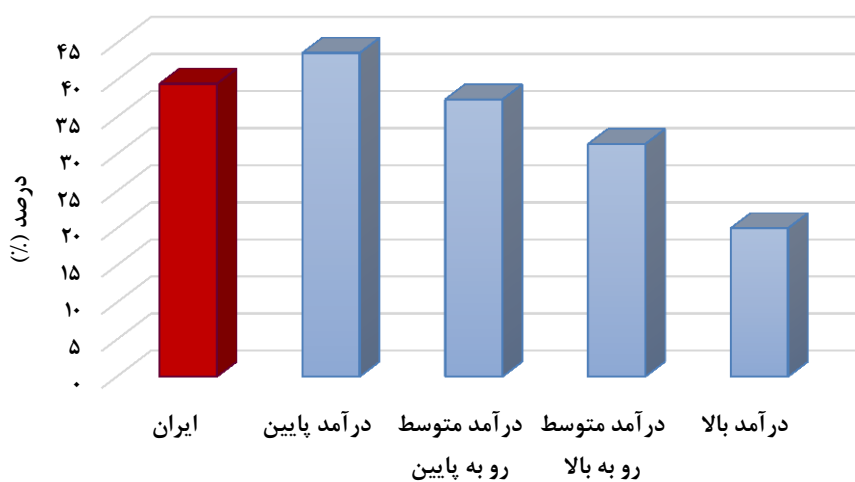
عنوان شاخص	سال	ایران	درآمد پایین	درآمد متوسط	درآمد متوسط رو به بالا	درآمد بالا
سرانه مخارج سلامت (دلار)	۲۰۱۹	۸۶۸/۱۸	۱۱۷/۴۹	۳۲۷/۹۶	۱۰۳۶/۶۸	۳۶۳۲/۶۹
مخارج سلامت دولت به عنوان درصدی از هزینه‌های جاری سلامت (درصد)	۲۰۱۹	۴۹/۵	۲۲/۲۶	۴۲/۸۴	۵۶/۴۴	۶۹/۶۸
میزان پرداخت از جیب به عنوان درصدی از هزینه‌های جاری سلامت (درصد)	۲۰۱۹	۳۹/۴۹	۴۳/۶۵	۳۷/۳۸	۳۱/۳۶	۲۰/۰۱
جمعیتی که مخارج سلامت خانوار آنها بیش از ۱۰٪ کل هزینه یا درآمد خانوار است (درصد)	۲۰۱۷	۱۶/۸۶	۷/۶	۱۴/۲۲	۱۶/۶۷	۱۵/۸
نسبت جمعیتی که به خاطر هزینه‌های سلامت زیر خط فقر (حد آستانه کم‌تر از ۱/۹۰ دلار PPP) کشیده می‌شوند (درصد)	۲۰۱۷	۰/۰۵	۱/۰۳	۱/۲۴	۰/۹۹	۰/۰۵



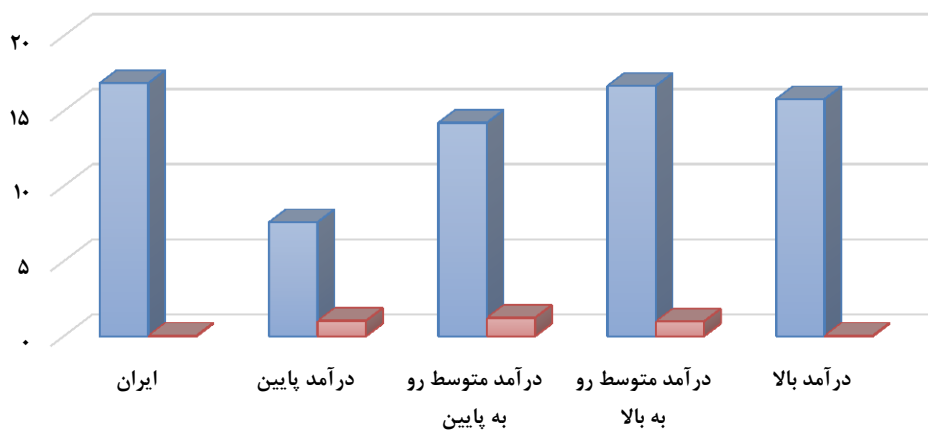
نمودار ۴-۹؛ مقایسه سرانه مخارج سلامت در ایران با میانگین‌های تقسیم‌بندی کشورها از لحاظ درآمد؛ ۲۰۱۹



نمودار ۴-۱۰؛ مقایسه سهم دولت از مخارج سلامت در ایران با میانگین‌های تقسیم‌بندی کشورها از لحاظ درآمد؛ ۲۰۱۹



نمودار ۴-۱۱؛ مقایسه میزان پرداخت از جیب در ایران با میانگین‌های تقسیم‌بندی کشورها از لحاظ درآمد؛ ۲۰۱۹



■ جمعیتی که مخارج سلامت خانوار آنها بیش از ۱۰٪ کل هزینه یا درآمد خانوار است (درصد)
 ■ نسبت جمعیتی که به خاطر هزینه‌های سلامت زیر خط فقر (حد آستانه کم‌تر از ۱/۹۰ دلار PPP کشیده می‌شوند)

نمودار ۴-۱۲: مقایسه درصد خانوارهای مواجه یافته با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت در ایران با میانگین‌های تقسیم‌بندی کشورها از لحاظ درآمد؛ ۲۰۱۷

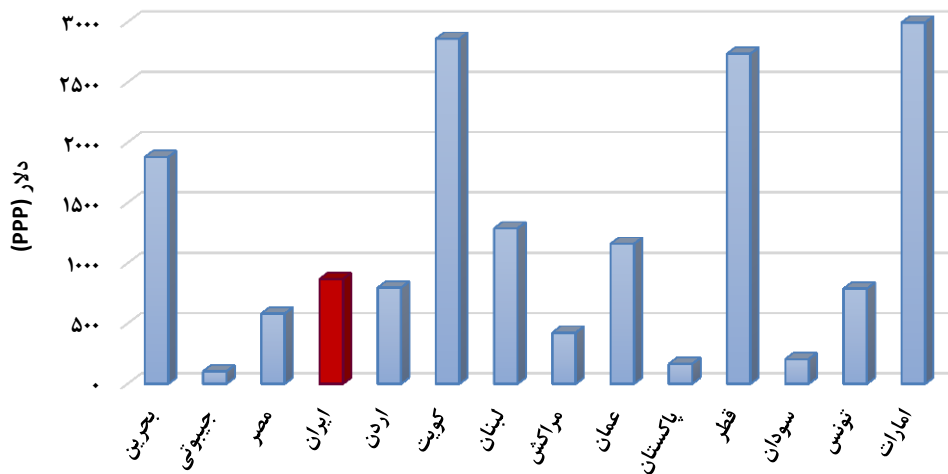
مقایسه شاخص‌های مشارکت مالی عادلانه جمهوری اسلامی ایران با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی

مقایسه شاخص‌ها در سطح منطقه مدیترانه شرقی نشان می‌دهد، در میان ۱۴ کشور مورد مقایسه در مطالعه حاضر، ایران در سه شاخص سرانه مخارج سلامت، سهم دولت از هزینه‌های سلامت و میزان پرداخت از جیب به ترتیب در جایگاه هفتم، نهم و پنجم قرار دارد که نشان‌دهنده وضعیت نامطلوب کشور از نظر هر سه شاخص است. این وضعیت نشان‌دهنده لزوم تمرکز تامین مالی نظام سلامت کشور بر منابع پایدار از جمله مالیات بر مواد زیان‌آور و آسیب‌رسان مثل سیگار و نیز بر افزایش پوشش بیمه‌های اجتماعی است (جدول ۴-۵؛ نمودارهای ۴-۱۳ تا ۴-۱۵). به لحاظ هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت، از آنجا که آخرین داده‌های موجود از کشورهای مختلف به سال‌های متفاوتی مربوط می‌شود رتبه و مقایسه وضعیت کشور از نظر این شاخص‌ها جای سوال دارد. از این رو، آخرین داده‌های موجود از هر کشور تنها در جدول ۴-۵ ارائه شده‌اند.

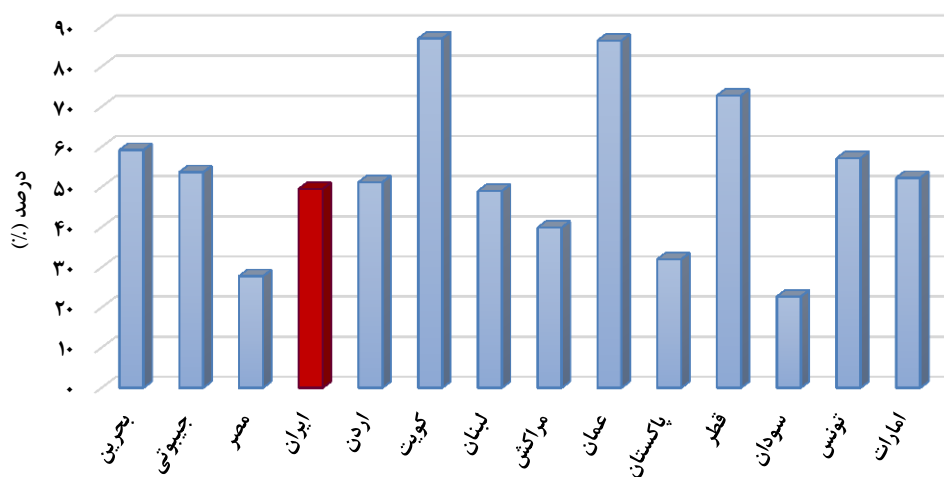
جدول ۴-۵۵ مقایسه شاخص‌های مشارکت مالی عادلانه ج.ا.ایران با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی؛ ۲۰۱۹ - ۲۰۰۸

عنوان شاخص	بهرین	چینونی	مصر	ایران	اردن	کویت	لبنان	مراکش	عمان	پاکستان	قطر	سودان	تونس	امارات
سرانه مخارج سلامت (دلار)	۱۸۰۵۸	۱۰۴۱۴	۵۸۲۳۳	۸۶۸۱۸	۷۹۷۴۵	۲۸۶۱۱۹	۱۷۸۸۸۱	۴۴۱۵۰	۱۱۶۰۷۸	۱۶۵۵۵	۲۷۳۶۸۲	۲۰۴۵۴	۷۸۹۰۵	۲۹۹۶۳۶
مخارج سلامت دولت به‌عنوان درصدی از هزینه‌های جاری سلامت (درصد)	۵۹/۲	۵۳/۶۷	۲۷/۷۸	۴۹/۵	۵۱/۱۸	۸۶/۹۶	۴۸/۹۸	۳۹/۸۸	۸۶/۴۴	۳۱/۹۸	۷۲/۷۶	۲۲/۶۹	۵۷/۱۴	۵۲/۳
میزان پرداخت از جیب به‌عنوان درصدی از هزینه‌های جاری سلامت (درصد)	۲۹/۳۳	۲۴/۱۵	۶۲/۷۵	۳۹/۳۹	۲۰/۲۹	۱۱/۷۰	۳۳/۵۴	۴۶/۸۱	۶۵/۵۶	۵۳/۸۱	۱۲۳۳	۶۷/۳۸	۳۷/۹۴	۱۲/۵۱
جمعیتی که مخارج سلامت خانوار آنها بیش از ۱۰٪ کل هزینه یا درآمد خانوار است (درصد)*	—	۴/۸۸	۱۴/۷	۳۱/۴	۱۵/۳۵	۱۷/۲	—	۲۶/۶	۲۰/۵۴	—	۴/۴۷	—	۱۸/۳۶	۱۶/۷۴
نسبت جمعیتی که به خاطر هزینه‌های سلامت زیر خط فقر (حد آستانه کمتر از ۱/۹۰ دلار PPP) کشیده می‌شوند (درصد)*	—	—	۰/۵	۲/۳۶	۰/۱۳	۰/۲	—	—	—	—	۰/۶۸	—	۲/۸۵	۰/۰۶

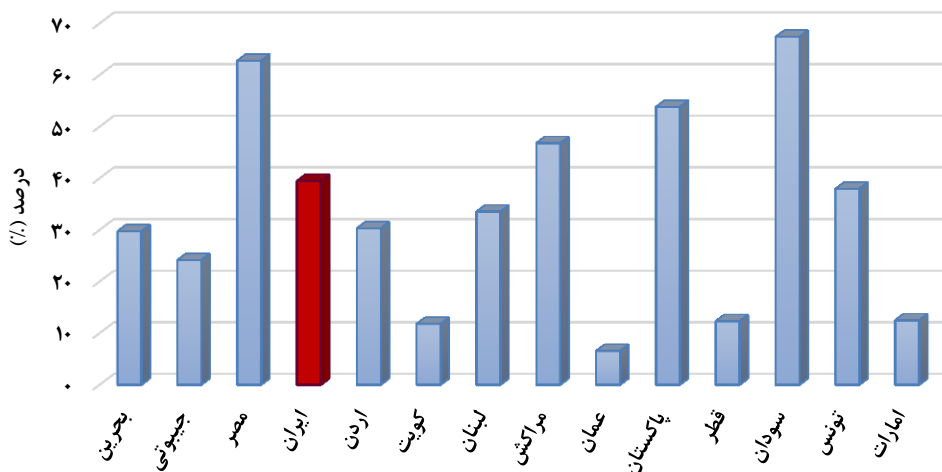
* از آخرین داده‌های موجود استفاده شده است. سال‌های اخذ داده‌های هر کشور داخل پرانتز مربوط به هر کشور قید شده است.



نمودار ۴-۱۳؛ مقایسه سرانه مخارج سلامت کشور ایران با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی، ۲۰۱۹



نمودار ۴-۱۴؛ مقایسه سهم مخارج سلامت توسط دولت در کشور ایران با کشورهای مدیترانه شرقی، ۲۰۱۹



نمودار ۴-۱۵؛ مقایسه میزان پرداخت از جیب کشور ایران با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی، ۲۰۱۹

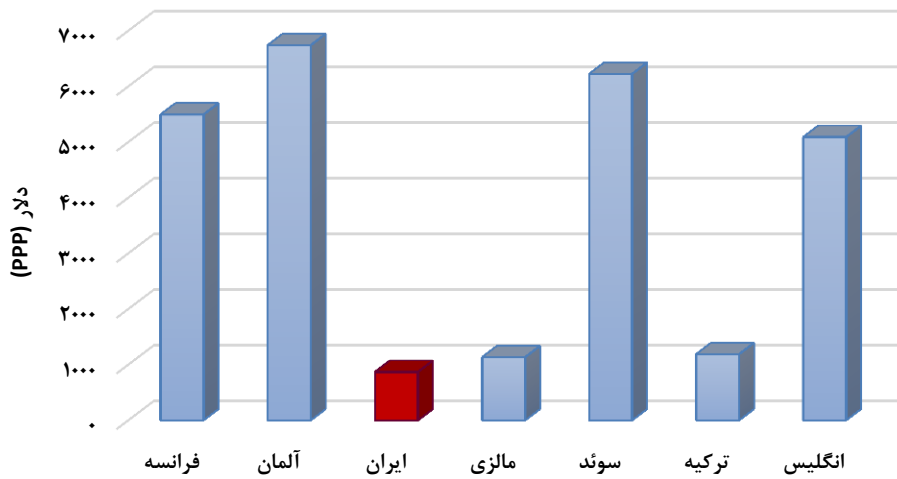
مقایسه شاخص‌های مشارکت مالی عادلانه ج.ا.ایران با کشورهای منتخب

در بین کشورهای منتخب، سرانه مخارج سلامت در کشور آلمان بیش‌تر از سایر کشورها است و کم‌ترین سرانه سلامت مربوط به کشور ایران می‌باشد. همچنین سهم دولت از مخارج سلامت در کشور ایران در مقایسه با سایر کشورهای منتخب در پایین‌ترین سطح قرار دارد؛ این در حالی است که سهم خانوار از مخارج سلامت (پرداخت از جیب) در ایران نسبت به کشورهای منتخب در بالاترین سطح جای دارد (جدول ۴-۶؛ نمودارهای ۴-۱۶ تا ۴-۱۸). همچنین، بررسی روندها نشان می‌دهد در ج.ا. ایران، سهم دولت از هزینه‌های سلامت همواره پایین بوده است. ضمن اینکه میزان سهم دولت به تنهایی گویای همه واقعیت در تأمین مالی عادلانه کشورها نمی‌باشد بلکه سهم دولت و بیمه‌ها در تأمین مالی سلامت وضعیت عدالت در تأمین مالی را نشان می‌دهد و برای مقایسه‌های بین‌المللی مهم است.

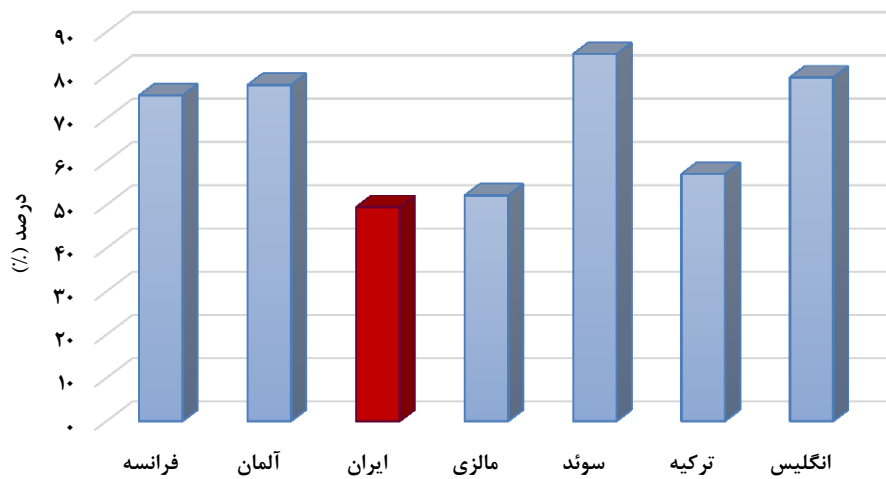
جدول ۴-۶؛ مقایسه شاخص‌های مشارکت مالی عادلانه ج.ا.ایران با کشورهای منتخب؛ ۲۰۱۹ - ۲۰۱۰

عنوان شاخص	سال	فرانسه	آلمان	ایران	مالزی	سوئد	ترکیه	انگلینس
سرنانه مخارج سلامت (دلار)	۲۰۱۹	۵۴۹۲/۳۳	۶۷۳۸/۶۷	۸۶۸/۱۸	۱۱۳۲/۹۹	۶۲۲۲/۶۶	۱۱۸۶/۷۴	۵۰۸۷/۳۸
مخارج سلامت دولت به عنوان درصدی از هزینه‌های جاری سلامت (درصد)	۲۰۱۹	۷۵/۳۱	۷۷/۷۳	۴۹/۵	۵۲/۲	۸۴/۸۸	۵۷/۱۴	۷۹/۴۷
میان پرداخت از جیب به عنوان درصدی از هزینه‌های جاری سلامت (درصد)	۲۰۱۹	۹/۲۶	۱۲/۸۲	۳۹/۴۹	۳۴/۵۷	۱۳/۸۸	۱۶/۸۹	۱۷/۰۷
جمعیتی که مخارج سلامت خانوار آنها بیش از ۱۰٪ کل هزینه یا درآمد خانوار است (درصد)*	---	---	۱/۵۳ (۲۰۱۰)	۱۵/۳۵ (۲۰۱۹)	۱/۵۲ (۲۰۱۹)	---	۳/۱۹ (۲۰۱۶)	۲/۳۷ (۲۰۱۸)
نسبت جمعیتی که به خاطر هزینه‌های سلامت زیر خط فقر (حد آستانه کمتر از ۱/۹۰ دلار PPP) کشیده می‌شوند (درصد)*	---	---	۰/۰۲ (۲۰۱۰)	۰/۱۳ (۲۰۱۹)	۰/۰۰ (۲۰۱۹)	---	۰/۰۲ (۲۰۱۶)	۰/۰۰ (۲۰۱۸)

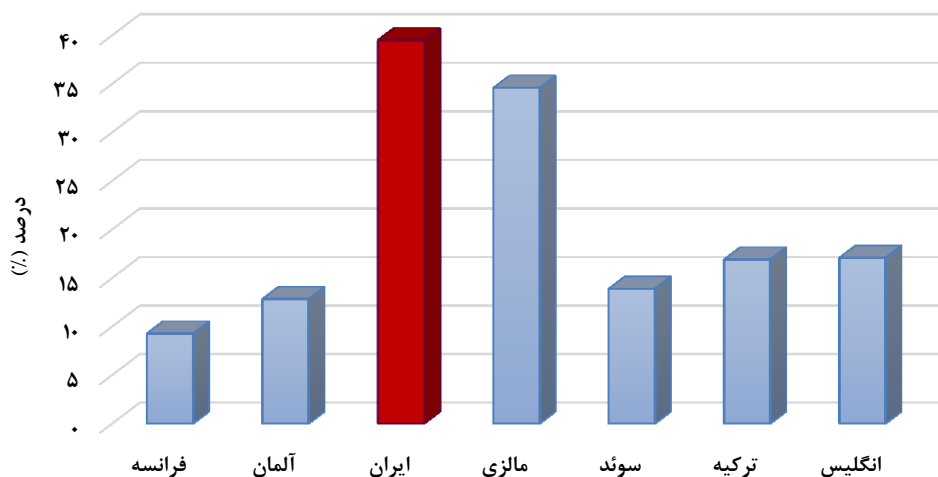
* از آخرین داده‌های موجود استفاده شده است. سال‌های اخذ داده‌های هر کشور داخل پراکنش مربوط به هر کشور قید شده است.



نمودار ۴-۱۶؛ مقایسه سرانه مخارج سلامت کشور ایران با کشورهای منتخب، ۲۰۱۹



نمودار ۴-۱۷؛ مقایسه سهم مخارج سلامت توسط دولت در کشور ایران با کشورهای منتخب، ۲۰۱۹



نمودار ۴-۱۸؛ مقایسه میزان پرداخت از جیب کشور ایران با کشورهای منتخب، ۲۰۱۹

شاخص‌های دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت

مقایسه شاخص‌های دسترسی ج.ا.ایران با میانگین‌های جهانی

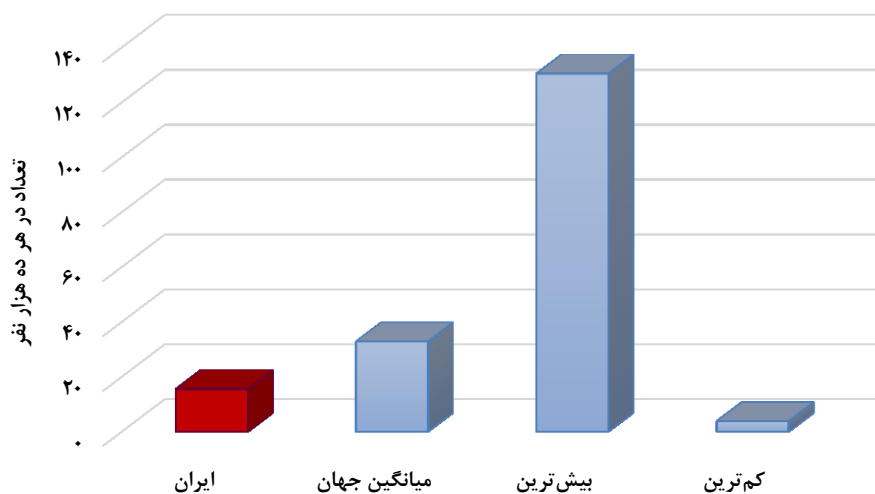
طبق آخرین گزارش‌ها در سال ۲۰۱۷، تعداد تخت‌های فعال بیمارستانی در ایران (۱۵/۶) تخت در هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت) نسبت به میانگین این شاخص در جهان (۳۲/۹۱) تخت در هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت) و نیز نسبت به میانگین کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا (۳۸/۸۹) تخت به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت) پایین بوده است، در حالی از میانگین منطقه مدیترانه شرقی (۱۴/۸۳) تخت به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت) بالاتر است (جدول ۴-۷ تا ۴-۹؛ نمودار ۴-۱۹، ۴-۲۱، ۴-۲۳).

مقایسه آخرین داده‌های جهانی از نیروی انسانی سلامت نشان می‌دهد، در سال ۲۰۱۸، تراکم پزشک (۱۵/۸۴)، پرستار و ماما (۲۰/۷۷) و داروساز (۲/۹۳) به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت در ایران در مقایسه با میانگین جهانی و در مقایسه با منطقه مدیترانه شرقی در همان سال در وضعیت مطلوبی به سر نمی‌برد. تنها از نظر تراکم دندانپزشک به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت ایران (۴/۴۷) در سطحی بالاتر از میانگین جهان و میانگین منطقه مدیترانه شرقی قرار دارد که نشان‌دهنده وضعیت مطلوب کشور از نظر این شاخص است (جدول ۴-۷ و ۴-۸؛ نمودارهای ۴-۲۰ و ۴-۲۲).

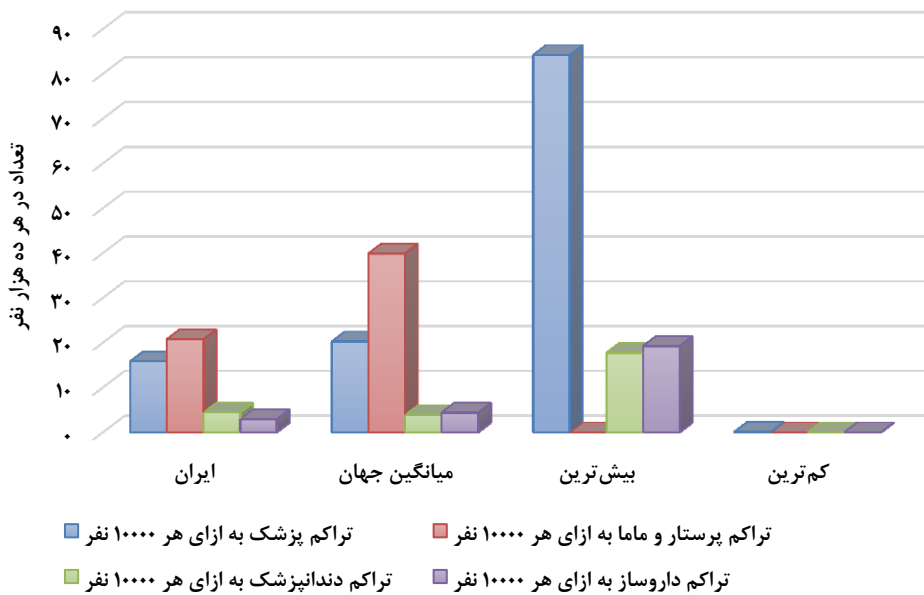
جدول ۴-۷؛ مقایسه شاخص‌های دسترسی ج.ا.ایران با میانگین‌های جهانی؛ ۲۰۱۷ / ۲۰۱۸

عنوان شاخص	سال	ایران	میانگین جهان	بیشترین	کمترین
تخت بیمارستان به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	۲۰۱۷	۱۵/۶۰	۳۲/۹۱	۱۳۰/۵۰	۳/۹۰
تراکم پزشک به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	۲۰۱۸	۱۵/۸۴	۲۰/۲۵	۸۴/۲۰	۰/۱۶
تراکم پرستار و ماما به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	۲۰۱۸	۲۰/۷۷	۳۹/۸۹	۲۲۹/۵	۴/۴۶
تراکم دندانپزشک به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	۲۰۱۸	۴/۴۷	۳/۸۹	۱۷/۷۵	۰/۰۰۲
تراکم داروساز به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	۲۰۱۸	۲/۹۳	۴/۴۰	۱۹/۲۵	۰/۰۱

همچنین طبق آخرین داده‌های موجود در بانک جهانی، مقایسه ایران با میانگین کشورها به تفکیک درآمد در سال ۲۰۱۷ نشان می‌دهد هم از نظر تراکم پزشک و هم از نظر تراکم پرستار و ماما به ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت، ایران در مقایسه با میانگین کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا نیز در وضعیت نامطلوبی به سر می‌برد (جدول ۴-۹؛ نمودارهای ۴-۲۴).



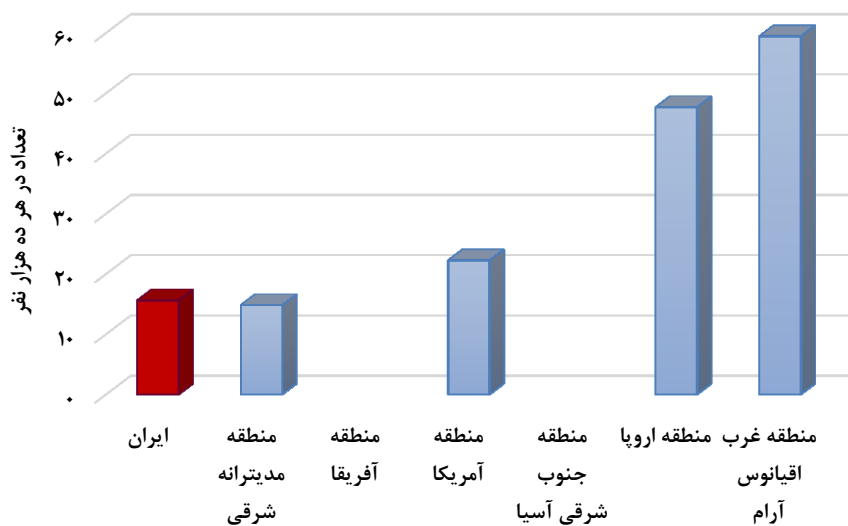
نمودار ۴-۱۹؛ مقایسه تراکم تخت بیمارستانی در ایران با میانگین‌های جهانی؛ ۲۰۱۷



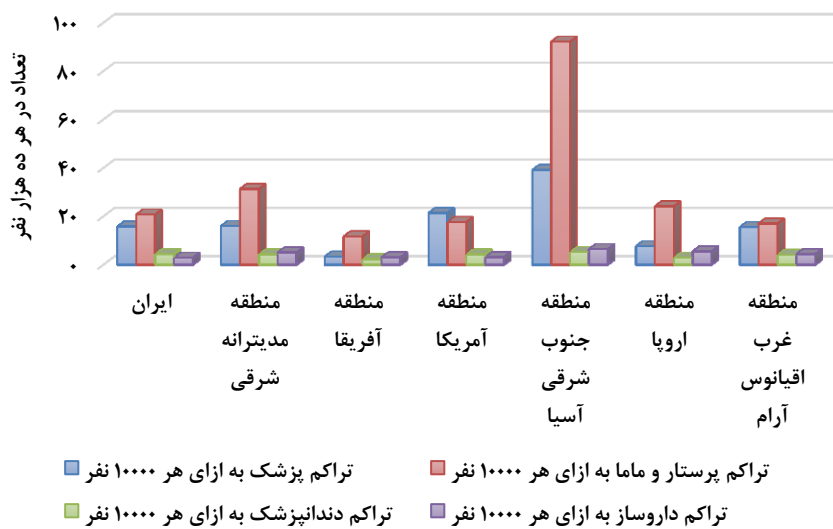
نمودار ۴-۲۰؛ مقایسه تراکم کارکنان سلامت در ایران با میانگین‌های جهانی؛ ۲۰۱۸

جدول ۴-۸؛ مقایسه شاخص‌های دسترسی ج.ا.ایران با میانگین‌های مناطق سازمان جهانی سلامت؛ ۲۰۱۷ / ۲۰۱۸

عنوان شاخص	سال	ایران	منطقه				منطقه غرب اقیانوس آرام
			مدیترانه شرقی	منطقه آفریقا	منطقه آمریکا	منطقه جنوب شرقی آسیا	
تخت بیمارستان به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	۲۰۱۷	۱۵/۶۰	۱۴/۸۳	—	۲۲/۲۸	—	۵۹/۴۷
تراکم پزشک به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	۲۰۱۸	۱۵/۸۴	۱۶/۰۷	۳/۴۴	۲۱/۴۶	۳۹/۱۹	۷/۷۸
تراکم پرستار و ماما به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	۲۰۱۸	۲۰/۷۷	۳۱/۳۵	۱۱/۷۸	۱۷/۷۳	۹۲/۲۲	۲۴/۲۳
تراکم دندانپزشک به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	۲۰۱۸	۴/۴۷	۴/۴۰	۲/۴۴	۴/۳۹	۵/۳۲	۲/۹۹
تراکم داروساز به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	۲۰۱۸	۲/۹۳	۵/۱۰	۳/۱۰	۳/۲۵	۶/۵۰	۵/۶۱



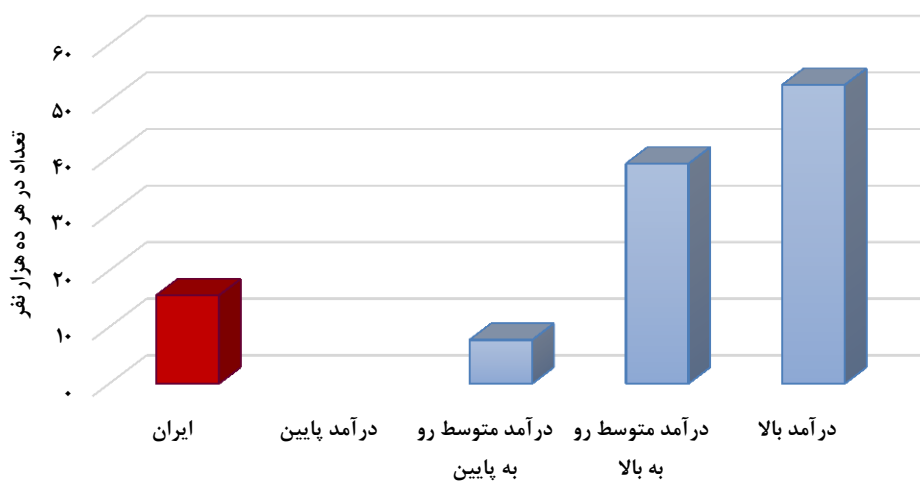
نمودار ۴-۲۱؛ مقایسه تراکم تخت بیمارستانی در ایران با میانگین‌های مناطق سازمان جهانی سلامت؛ ۲۰۱۷ (در زمان جمع‌آوری داده، از دو منطقه آفریقا و جنوب شرقی آسیا داده‌ای در دسترس نبود)



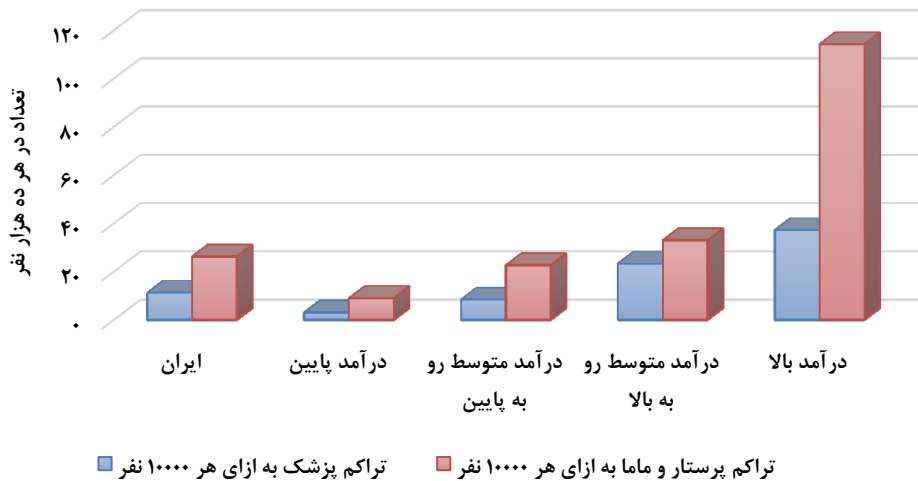
نمودار ۴-۲۲؛ مقایسه تراکم کارکنان سلامت در ایران با میانگین‌های مناطق سازمان جهانی سلامت؛ ۲۰۱۸

جدول ۴-۹: مقایسه شاخص‌های دسترسی ج.ا.ایران با میانگین تقسیم‌بندی کشورها از لحاظ درآمد؛ ۲۰۱۷

تعداد در هر ده هزار نفر	سال	ایران	درآمد پایین	درآمد متوسط	درآمد متوسط رو به بالا	درآمد بالا
تخت بیمارستان به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	۲۰۱۷	۱۵/۶۰	—	۷/۷۲	۳۸/۸۹	۵۲/۸۲
تراکم پزشک به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	۲۰۱۷	۱۱/۲۳	۳/۱۵	۸/۴۵	۲۳/۳۸	۳۷/۲۹
تراکم پرستار و ماما به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	۲۰۱۷	۲۶/۲۹	۹/۰۶	۲۲/۷۰	۳۳/۰۳	۱۱۴/۲۹
تراکم دندانپزشک به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	—	—	—	—	—	—
تراکم داروساز به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	—	—	—	—	—	—



نمودار ۴-۲۳؛ مقایسه تراکم تخت بیمارستانی در ایران با میانگین تقسیم‌بندی کشورها از لحاظ درآمد؛ ۲۰۱۷ (در زمان جمع‌آوری داده، از میانگین کشورهای با درآمد پایین داده‌ای در دسترس نبود)



نمودار ۴-۲۴؛ مقایسه کارکنان سلامت در ایران با میانگین تقسیم بندی کشورها از لحاظ درآمد؛ ۲۰۱۸ (در زمان جمع‌آوری داده، اطلاعات دندانپزشک و داورساز در دسترس نبود)

مقایسه شاخص‌های دسترسی ج.ا.ایران با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی

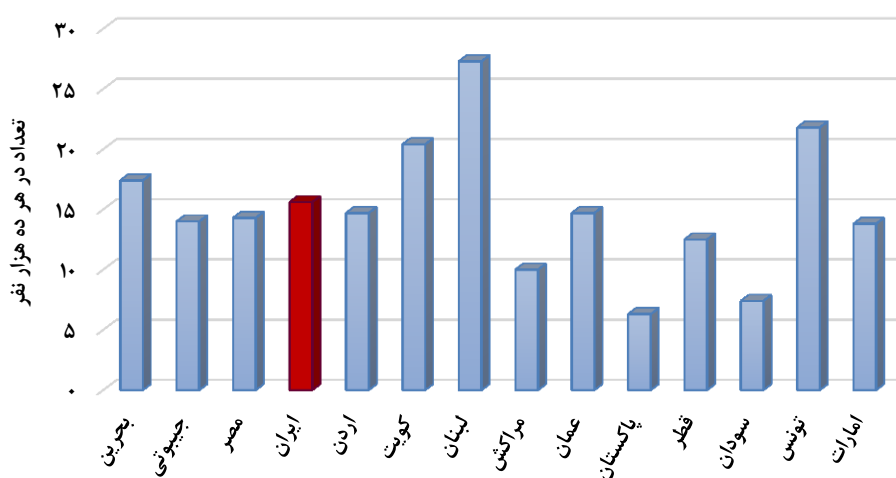
در میان ۱۴ کشور مورد بررسی در منطقه مدیترانه شرقی، کشور ایران از نظر تعداد تخت‌های بیمارستانی به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت در رتبه پنجم قرار دارد که نشان می‌دهد وضعیت ایران از نظر این شاخص در منطقه چندان مطلوب نیست. بهترین کشور منطقه از نظر تعداد تخت‌های بیمارستانی کشور لبنان است که ۲۷/۳۰ تخت فعال به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت دارد. پایین‌ترین مقدار این شاخص نیز متعلق به کشور پاکستان است که ۶/۳۰ تخت فعال بیمارستانی به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت دارد (جدول ۴-۱۰ و نمودار ۴-۲۵).

در خصوص نیروی انسانی سلامت نیز از میان آن دسته از کشورهای مورد بررسی که اطلاعات مربوطه در زمان جمع‌آوری داده موجود بود، در سال ۲۰۱۸، از نظر تراکم پزشک و دندانپزشک ایران در رتبه پنجم منطقه و از نظر تراکم پرستار و ماما و داورساز ایران در رتبه ششم منطقه قرار دارد. بهترین کشورهای منطقه از نظر این شاخص‌ها کشور امارات متحده عربی با ۲۵/۲۸ پزشک به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت،

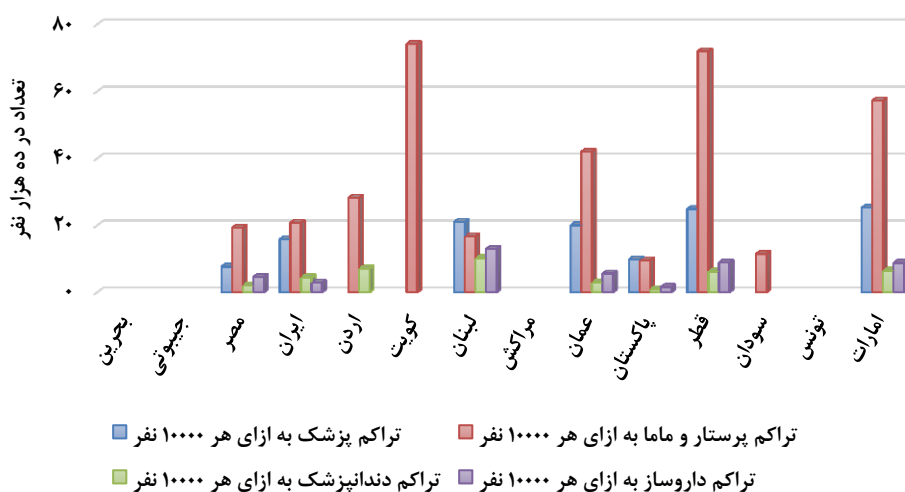
جدول ۴-۱۰: مقایسه شاخص‌های دسترسی ج.ا.ایران با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی؛ ۲۰۱۷ / ۲۰۱۸

عنوان شاخص	سال	بحرین	جیبوتی	مصر	ایران	اردن	کویت	لبنان	مراکش	عمان	پاکستان	قطر	سودان	تونس	امارات
تخت بیمارستان به‌ازای هر نفر ۱۰۰۰۰	۲۰۱۷	۱۷/۴۰	۱۴/۰۰	۱۴/۳۰	۱۵/۶۰	۱۴/۷۰	۲۰/۴۰	۲۷/۳۰	۱۰/۰۰	۱۴/۷۰	۶/۳۰	۱۲/۵۰	۷/۴۰	۲۱/۸۰	۱۳/۸۰
تراکم پزشک به‌ازای هر نفر ۱۰۰۰۰	۲۰۱۸	—	—	۷/۶۹	۱۵/۸۴	—	—	۲۱/۰۴	—	۲۰/۰۳	۹/۸۰	۲۴/۸۵	—	—	۲۵/۲۸
تراکم پرستار و ماما به‌ازای هر نفر ۱۰۰۰۰	۲۰۱۸	—	—	۱۹/۲۶	۲۰/۷۷	۲۸/۲۱	۲۴/۱۵	۱۶/۷۴	—	۴۱/۹۷	۹/۵۷	۷۱/۹۷	۱۱/۴۶	—	۵۷/۲۷
تراکم دندانپزشک به‌ازای هر نفر ۱۰۰۰۰	۲۰۱۸	—	—	۲/۰۱	۴/۴۷	۷/۱۳	—	۱۰/۳۱	—	۲/۹۸	۰/۹۶	۶/۲۶	—	—	۶/۵۱
تراکم داروساز به‌ازای هر نفر ۱۰۰۰۰	۲۰۱۸	—	—	۴/۵۷	۲/۹۳	—	—	۱۲/۹۳	—	۵/۵۷	۱/۵۸	۸/۸۹	—	—	۸/۷۹

کشور کویت با ۷۴/۱۵ پرستار و ماما به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت، کشور لبنان با ۱۰/۲۱ دندانپزشک و ۱۲/۹۳ داروساز به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت هستند (جدول ۴-۱۰؛ نمودار ۴-۲۶).



نمودار ۴-۲۵؛ مقایسه تراکم تخت بیمارستانی در ایران با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی؛ ۲۰۱۷



نمودار ۴-۲۶؛ مقایسه تراکم کارکنان سلامت در ایران با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی؛ ۲۰۱۸ (در زمان جمع‌آوری داده، برخی اطلاعات از برخی کشورها در دسترس نبود)

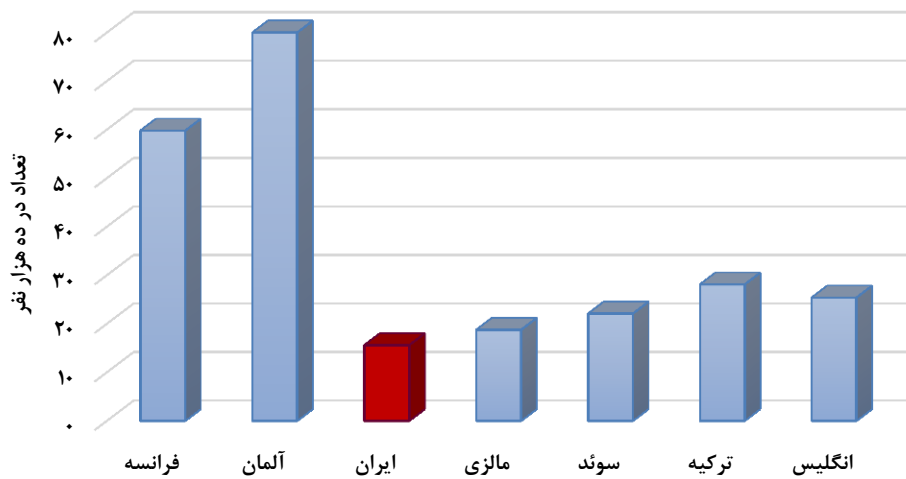
مقایسه شاخص‌های دسترسی ج.ا.ایران با کشورهای منتخب

از نظر تعداد تخت بیمارستانی به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت، ایران (۱۵/۶۰) نسبت به کشورهای منتخب در پایین‌ترین رتبه قرار دارد، درحالی‌که بیش‌ترین تعداد تخت بیمارستانی به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت در کشور آلمان وجود دارد (۸۰) تخت در هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت) (جدول ۴-۱۱؛ نمودار ۴-۲۷).

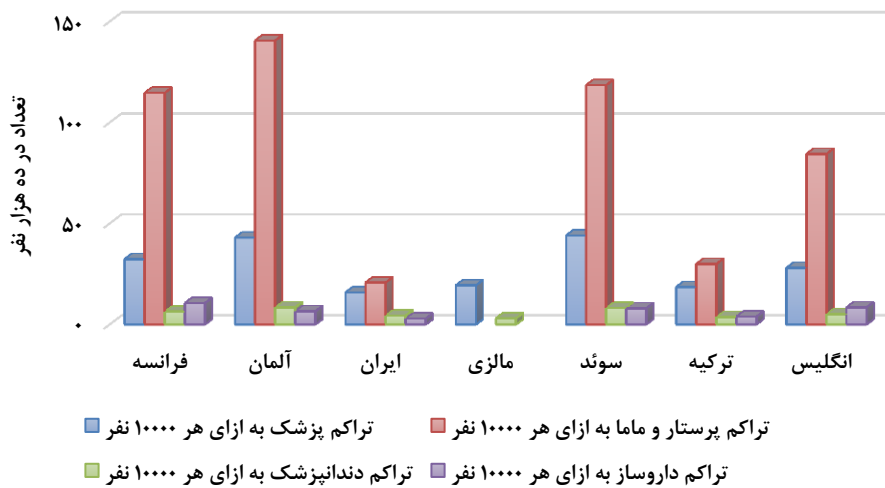
در میان شاخص‌های مرتبط با نیروی انسانی سلامت، نیز ایران از نظر تراکم پزشک به ازای ۱۰۰۰۰ جمعیت پایین‌ترین وضعیت (۱۵/۸۴) را نسبت به کشورهای منتخب دارد، درحالی‌که کشور سوئد از نظر این شاخص (۴۴/۰۶) در رتبه اول قرار دارد. از نظر تراکم پرستار و ماما و تراکم داروساز به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت نیز ایران در پایین‌ترین (به ترتیب ۲۰/۷۷ و ۹۳/۲) رتبه در میان کشورهای منتخب قرار دارد. بیش‌ترین تراکم پرستار و ماما به ازای ۱۰۰۰۰ جمعیت در کشور آلمان (۱۴۰/۶۰) و بیش‌ترین تراکم داروساز به ازای ۱۰۰۰۰ جمعیت در کشور فرانسه (۱۰/۶۲) است. درخصوص شاخص تراکم دندانپزشک به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت، پایین‌ترین رتبه در میان کشورهای منتخب متعلق به مالزی (۳/۰۸) و بالاترین رتبه مربوط به کشور آلمان (۸/۵۵) است. ایران از نظر این شاخص در میان هفت کشور مورد مقایسه، با داشتن ۴/۴۷ دندانپزشک به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت در رتبه پنجم قرار دارد (جدول ۴-۱۱؛ نمودار ۴-۲۸).

جدول ۴-۱۱؛ مقایسه شاخص‌های دسترسی ج.ا.ایران با کشورهای منتخب؛ ۲۰۱۷ / ۲۰۱۸

عنوان شاخص	سال	فرانسه	آلمان	ایران	مالزی	سوئد	ترکیه	انگلیس
تخت بیمارستان به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	۲۰۱۷	۵۹/۸۰	۸۰/۰۰	۱۵/۶۰	۱۸/۷۷	۲۲/۱۰	۲۸/۱۰	۲۵/۴۰
تراکم پزشک به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	۲۰۱۸	۳۲/۴۰	۴۳/۰۰	۱۵/۸۴	۱۹/۴۰	۴۴/۰۶	۱۸/۶۰	۲۸/۰۴
تراکم پرستار و ماما به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	۲۰۱۸	۱۱۴/۷۰	۱۴۰/۶۰	۲۰/۷۷	—	۱۱۸/۵۰	۲۹/۹۸	۸۴/۴۸
تراکم دندانپزشک به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	۲۰۱۸	۶/۴۴	۸/۵۵	۴/۴۷	۳/۰۸	۸/۲۴	۳/۷۲	۵/۲۱
تراکم داروساز به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	۲۰۱۸	۱۰/۶۲	۶/۵۶	۲/۹۳	—	۸/۰۳	۳/۸۹	۸/۵۲



نمودار ۴-۲۷؛ مقایسه تراکم تخت بیمارستانی در ایران با کشورهای منتخب؛ ۲۰۱۷



نمودار ۴-۲۸؛ مقایسه تراکم کارکنان سلامت در ایران با کشورهای منتخب؛ ۲۰۱۸

شاخص‌های پیامدی سلامت

مقایسه شاخص‌های پیامدهای سلامت ج.ا.ایران با میانگین‌های جهانی

بر اساس آمار سالیانه گزارش‌های سازمان جهانی سلامت، در سال ۲۰۱۹، بالاترین میزان امید به زندگی^۱ در کشورهای دنیا، ۸۴/۲۶ سال و در کشور ژاپن می‌باشد، در حالی که کم‌ترین آن ۵۰/۷ سال و در کشور لسوتو^۲ است. در میان مناطق سازمان جهانی سلامت، امید به زندگی در بین کشورهای منطقه آفریقا در پایین‌ترین میزان (۶۴/۵ سال) قرار دارد. همچنین، در گروه‌بندی درآمدی کشورها، میانگین این شاخص در کشورهای با درآمد پایین در کم‌ترین میزان (۶۵/۱ سال) در مقایسه با سایر گروه‌ها است. میانگین امید به زندگی در ایران ۷۷/۳۵ سال است که از میانگین جهانی، میانگین منطقه مدیترانه شرقی و همچنین میانگین کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا بیش‌تر می‌باشد. در کشور ما در سال ۲۰۱۹ میانگین امید به زندگی در زنان ۷۹/۰۹ سال و در مردان ۷۵/۶۹ سال است (جداول ۴-۱۲ تا ۴-۱۴؛ نمودارهای ۴-۲۹، ۴-۳۳، ۴-۳۷).

طبق آخرین داده‌های موجود در سازمان جهانی سلامت در سال ۲۰۱۷، میزان مرگ‌ومیر مادران باردار در ایران ۱۶ نفر در هر صد هزار تولد زنده است که نسبت به میانگین جهان، میانگین منطقه مدیترانه شرقی و میانگین کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا، وضعیت قابل قبولی دارد در حالی که در مقایسه با بهترین عملکرد (دو مرگ در هر صد هزار تولد زنده) فاصله زیادی دارد. در بین مناطق سازمان جهانی سلامت، بیش‌ترین میزان مرگ و میر مادر در منطقه آفریقا (۵۲۵) در هر صد هزار تولد زنده) و کمترین میزان در منطقه اروپا (۱۳) در هر صد هزار تولد زنده) رخ می‌دهد (جداول ۴-۱۲ تا ۴-۱۴؛ نمودارهای ۴-۳۰، ۴-۳۴، ۴-۳۸).

در سال ۲۰۲۰، پایین‌ترین میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال به سرزمین سان‌مارینو^۳ (۱/۷۶ مرگ در هر هزار تولد زنده) و کشور ایسلند (۱/۹۳ مرگ در هر

1. Life Expectancy at Birth (Years)

۲. لسوتو (Lesotho) کشوری است در جنوب قاره آفریقا به مساحت ۳۰۳۵۵ کیلومتر مربع که طبق آخرین برآورد در سال ۲۰۲۱، جمعیت آن ۲۲۸۱۴۵۴ نفر است.

۳. سان‌مارینو (San Marino) منطقه‌ای است در جنوب اروپا که در کشور ایتالیا واقع شده است. سان‌مارینو ۶۱/۲ کیلومتر مربع مساحت داشته و طبق آخرین برآورد در سال ۲۰۲۱ جمعیت آن ۳۳۶۰۰ نفر است.

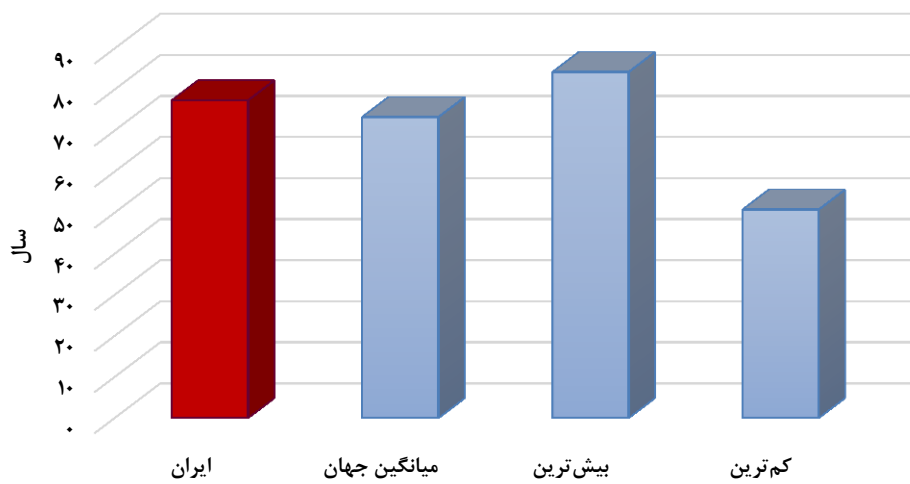
هزار تولد زنده) مربوط می‌شود و بیش‌ترین میزان آن ۱۱۴/۶۰ مرگ در هر هزار تولد زنده است که در کشور سومالی به وقوع می‌پیوندد. ترتیب این شاخص از کم‌ترین به بیش‌ترین در مناطق سازمان جهانی سلامت عبارت است از: اروپا، غرب اقیانوس آرام، آمریکا، جنوب شرقی آسیا، مدیترانه شرقی و آفریقا. در گروه‌بندی کشورها بر اساس درآمد نیز این میزان با افزایش سطح درآمدی مناطق بهبود می‌یابد. در سال ۲۰۲۰، میزان مرگ و میر کودک زیر پنج سال در هر هزار تولد زنده در ایران، ۱۲/۹۴ مورد بوده است که نسبت به میانگین جهانی و میانگین منطقه مدیترانه شرقی وضعیت مطلوبی دارد (جداول ۴-۱۲ تا ۴-۱۴؛ نمودارهای ۴-۳۱، ۴-۳۵، ۴-۳۹).

در سال ۲۰۲۰، کم‌ترین میزان مرگ و میر نوزادان ۰/۷۹ مرگ در هر هزار تولد زنده و در کشور سنگاپور می‌باشد. همچنین، بیش‌ترین میزان این شاخص ۴۴/۲۶ مرگ در هر هزار تولد زنده و در کشور لسوتو بوده است. ترتیب این شاخص از کم‌ترین به بیش‌ترین در مناطق سازمان جهانی سلامت عبارت است از: اروپا، غرب اقیانوس آرام، آمریکا، جنوب شرقی آسیا، مدیترانه شرقی و آفریقا. در گروه‌بندی کشورها بر اساس درآمد، این میزان به ترتیب با افزایش سطح درآمدی بهبود می‌یابد. این شاخص در کشور ایران ۸/۲۶ مرگ نوزاد در هر هزار تولد زنده است که اگرچه در مقایسه با میانگین جهان و میانگین منطقه مدیترانه شرقی در وضعیت مطلوبی قرار دارد، اما در مقایسه با میانگین کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا (۵/۷ مرگ در هر هزار تولد زنده) وضعیت مطلوبی ندارد (جداول ۴-۱۲ تا ۴-۱۴؛ نمودارهای ۴-۳۱، ۴-۳۵، ۴-۳۹).

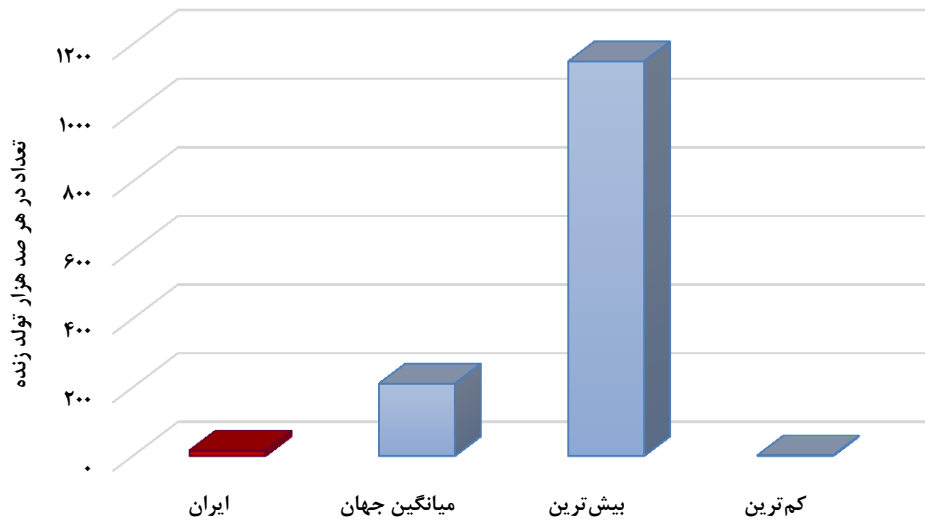
از نظر میزان مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی نیز ایران در سال ۲۰۱۹ در مقایسه‌های بین‌المللی در وضعیت نامطلوبی قرار دارد (۲۱/۴۷ در هر صد هزار نفر جمعیت). میانگین جهانی این شاخص ۱۶/۷۰، میانگین منطقه مدیترانه شرقی ۱۷/۸۲ و میانگین کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا ۱۶/۸۲ در هر صد هزار نفر جمعیت می‌باشد. کم‌ترین میزان این شاخص در کشورهای منطقه اروپا قرار دارد (میانگین ۷/۴ مرگ در هر صد هزار نفر جمعیت) (جداول ۴-۱۲ تا ۴-۱۴؛ نمودارهای ۴-۳۲، ۴-۳۶، ۴-۴۰).

جدول ۴-۱۲؛ مقایسه شاخص‌های پیامدهای سلامت ج.ا.ایران با میانگین‌های جهانی؛ ۲۰۱۷ / ۲۰۱۹ / ۲۰۲۰

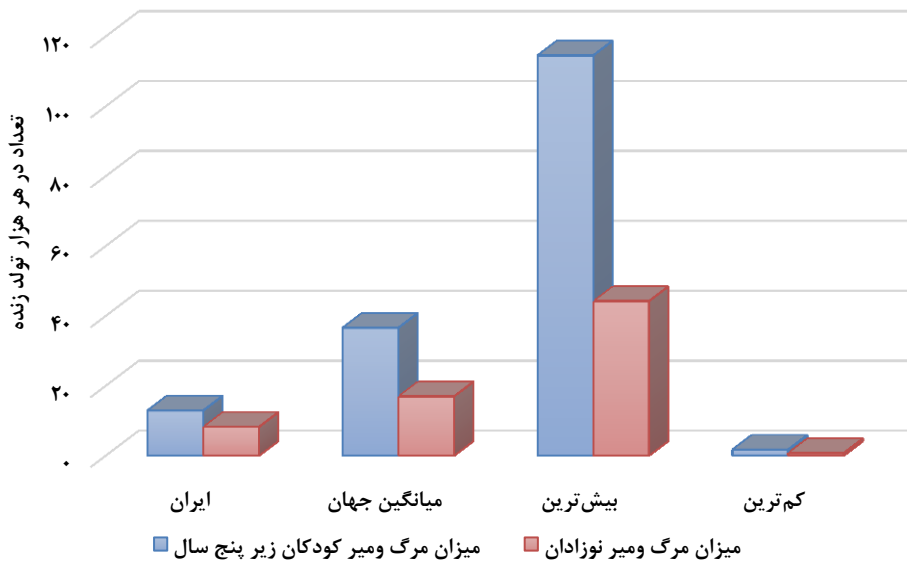
عنوان شاخص	سال	ایران	میانگین جهان	بیش‌ترین	کم‌ترین
میزان امید به زندگی	۲۰۱۹	۷۷/۳۵	۷۳/۳	۸۴/۲۶	۵۰/۷۵
میزان مرگ‌ومیر مادران	۲۰۱۷	۱۶	۲۱۱	۱۱۵۰	۲
میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال	۲۰۲۰	۱۲/۹۴	۳۶/۶۳	۱۱۴/۶۰	۱/۷۶
میزان مرگ‌ومیر نوزادان	۲۰۲۰	۸/۲۶	۱۷/۰۰	۴۴/۲۶	۰/۷۹
میزان مرگ‌ومیر ناشی از حوادث ترافیکی	۲۰۱۹	۲۱/۴۷	۱۶/۷۰	۶۴/۶۰	۰/۰۰



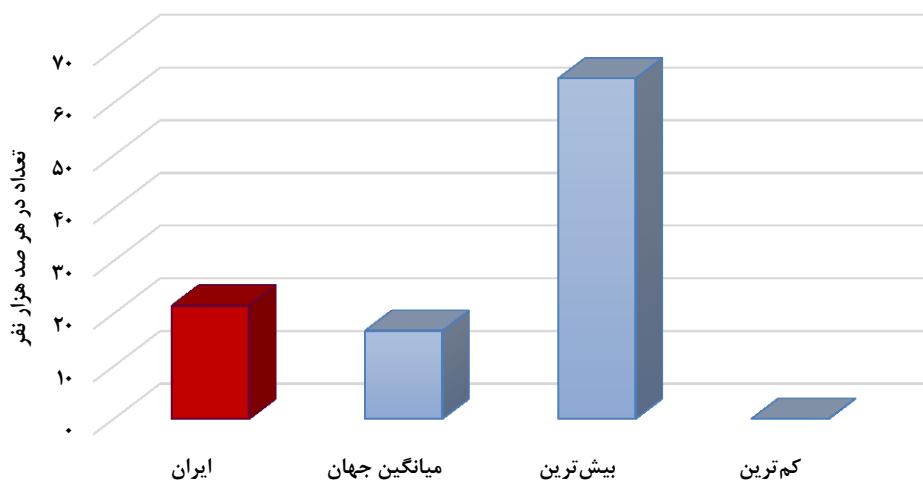
نمودار ۴-۲۹؛ مقایسه امید به زندگی در ایران با میانگین‌های جهانی؛ ۲۰۱۹



نمودار ۴-۳۰؛ مقایسه میزان مرگ مادران در ایران با میانگین های جهانی؛ ۲۰۱۷



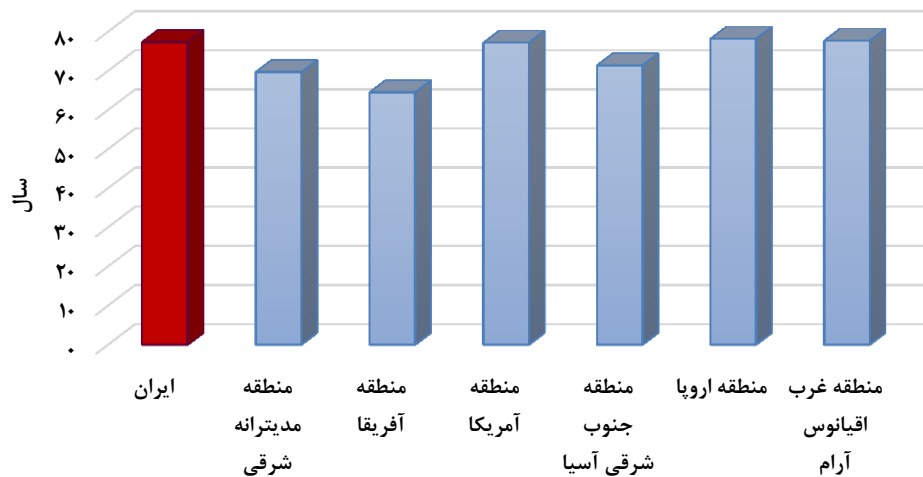
نمودار ۴-۳۱؛ مقایسه میزان مرگ نوزادان و کودکان زیر پنج سال در ایران با میانگین های جهانی؛ ۲۰۲۰



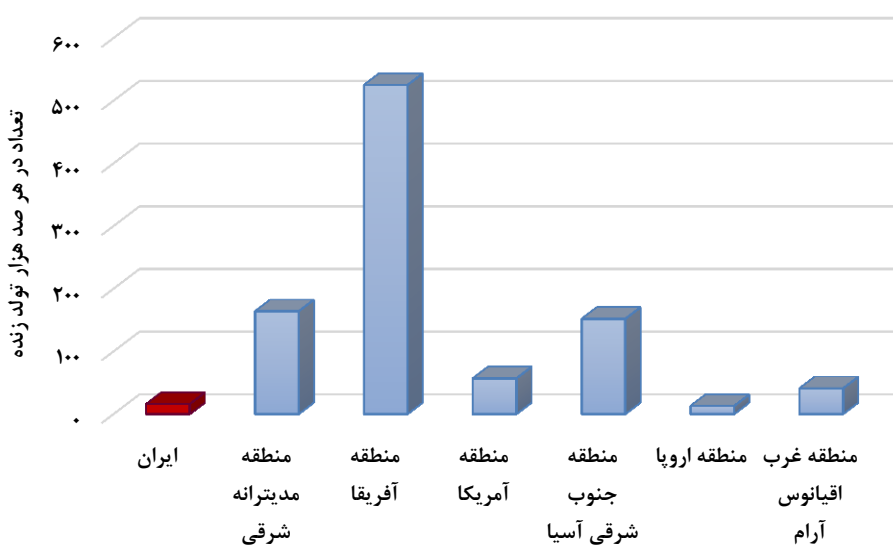
نمودار ۴-۳۲؛ مقایسه میزان مرگ ناشی از حوادث و سوانح در ایران با میانگین‌های جهانی؛ ۲۰۱۹

جدول ۴-۱۳؛ مقایسه شاخص‌های پیامدهای سلامت ج.ا.ایران با میانگین مناطق سازمان جهانی سلامت؛ ۲۰۲۰ / ۲۰۱۹ / ۲۰۱۷

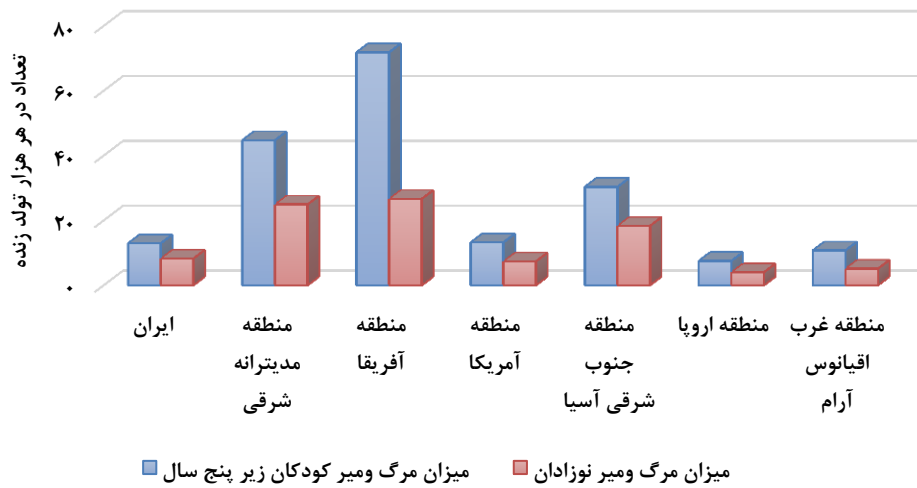
عنوان شاخص	سال	ایران	منطقه				منطقه غرب اقیانوس آرام
			مدیترانه شرقی	منطقه آفریقا	منطقه آمریکا	منطقه جنوب شرقی آسیا	
میزان امید به زندگی	۲۰۱۹	۷۷/۳۵	۶۹/۷	۶۴/۵	۷۷/۲	۷۱/۴	۷۸/۲
میزان مرگ و میر مادران	۲۰۱۷	۱۶	۱۶۴	۵۲۵	۵۷	۱۵۲	۱۳
میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال	۲۰۲۰	۱۲/۹۴	۴۴/۷۴	۷۱/۸۶	۱۳/۲۳	۳۰/۳۵	۷/۵۳
میزان مرگ و میر نوزادان	۲۰۲۰	۸/۲۶	۲۴/۹۵	۲۶/۶۸	۷/۳۸	۱۸/۳۳	۴/۰۲
میزان مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی	۲۰۱۹	۲۱/۴۷	۱۷/۸۲	۲۷/۲۱	۱۵/۳۳	۱۵/۸۴	۷/۴



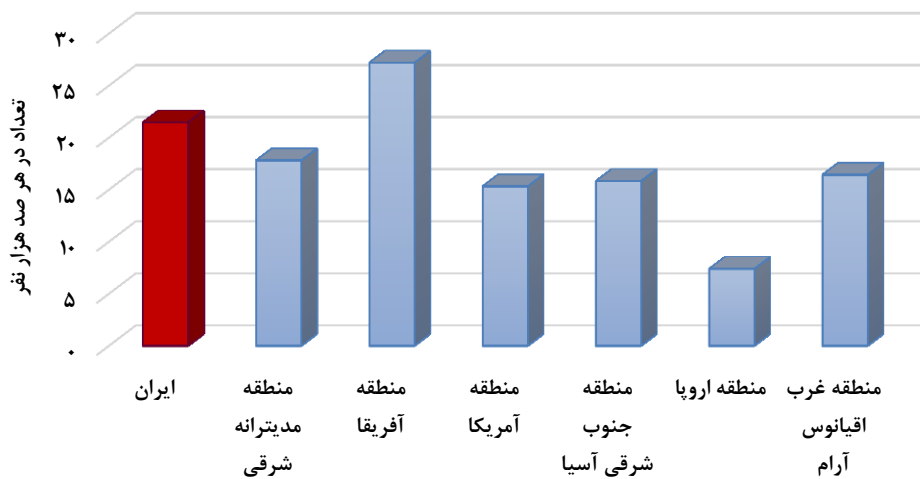
نمودار ۳۳-۴: مقایسه امید به زندگی در ایران با میانگین مناطق سازمان جهانی سلامت؛ ۲۰۱۹



نمودار ۳۴-۴: مقایسه میزان مرگ مادران در ایران با میانگین مناطق سازمان جهانی سلامت؛ ۲۰۱۷



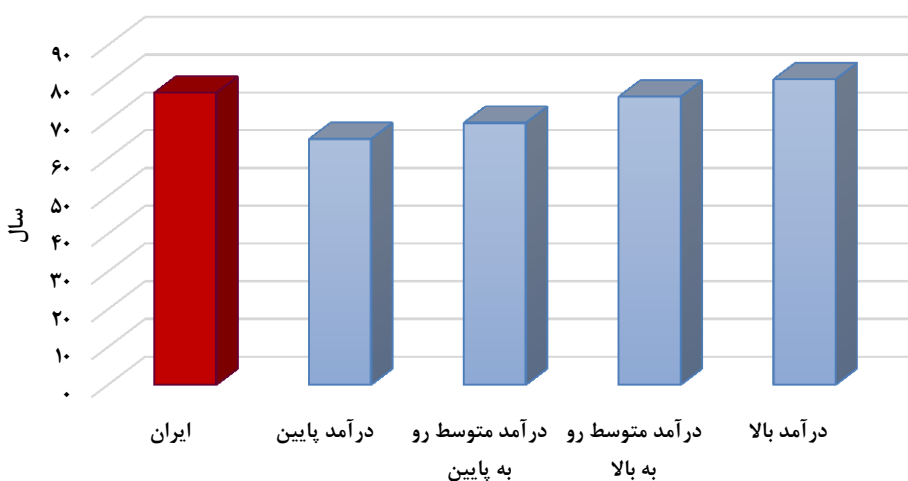
نمودار ۴-۳۵؛ مقایسه میزان مرگ نوزادان و کودکان زیر یک سال در ایران با میانگین مناطق سازمان جهانی سلامت؛ ۲۰۲۰



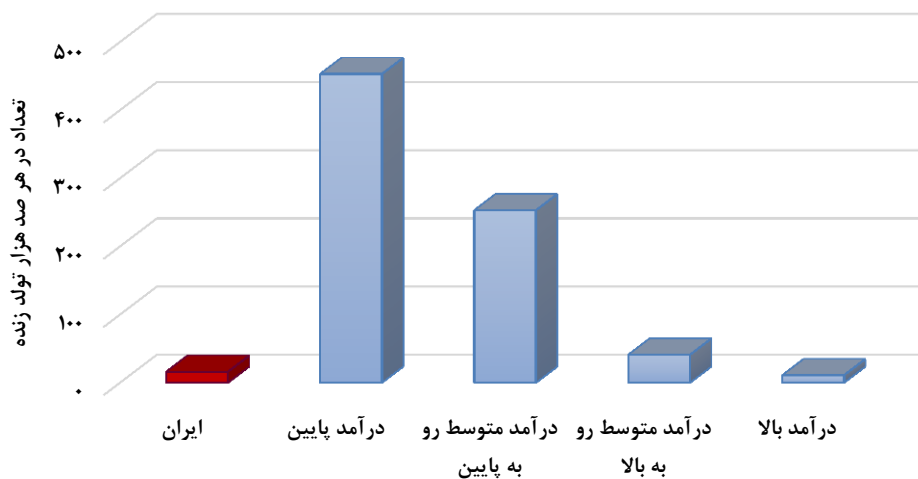
نمودار ۴-۳۶؛ مقایسه میزان مرگ ناشی از حوادث و سوانح در ایران با میانگین مناطق سازمان جهانی سلامت؛ ۲۰۱۹

جدول ۴-۱۴؛ مقایسه شاخص‌های پیامدهای سلامت ج.ا.ایران با میانگین تقسیم‌بندی کشورها از لحاظ درآمد؛ ۲۰۲۰ / ۲۰۱۹ / ۲۰۱۷

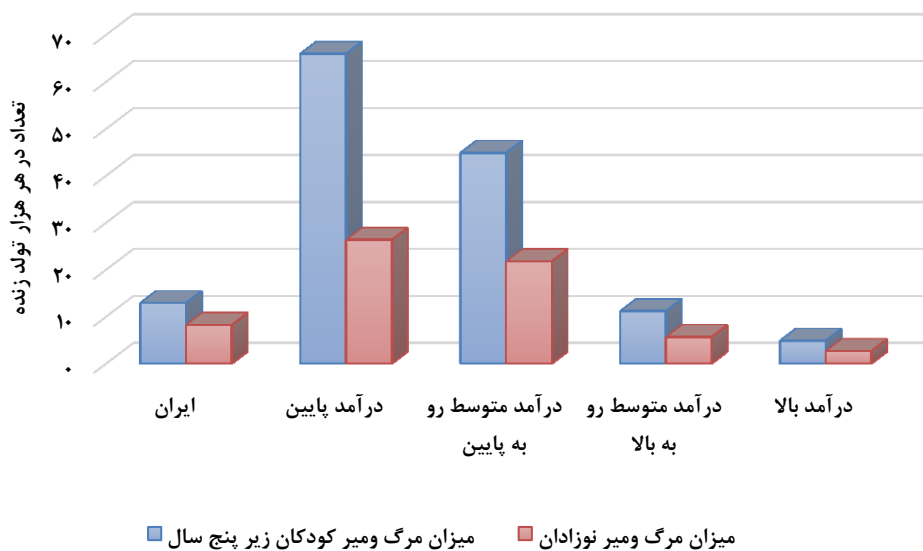
تعداد در هر ده هزار نفر	سال	ایران	درآمد پایین	درآمد متوسط رو به پایین	درآمد متوسط رو به بالا	درآمد بالا
میزان امید به زندگی	۲۰۱۹	۷۷/۳۵	۶۵/۱	۶۹/۴	۷۶/۳	۸۰/۹
میزان مرگ و میر مادران	۲۰۱۷	۱۶	۴۵۳	۲۵۳	۴۱	۱۱
میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال	۲۰۲۰	۱۲/۹۴	۶۶	۴۴/۹	۱۱/۲	۴/۹
میزان مرگ و میر نوزادان	۲۰۲۰	۸/۲۶	۲۶/۴	۲۱/۸	۵/۷	۲/۷
میزان مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی	۲۰۱۹	۲۱/۴۷	۲۸/۳۴	۱۷/۳۳	۱۶/۸۲	۸/۳۹



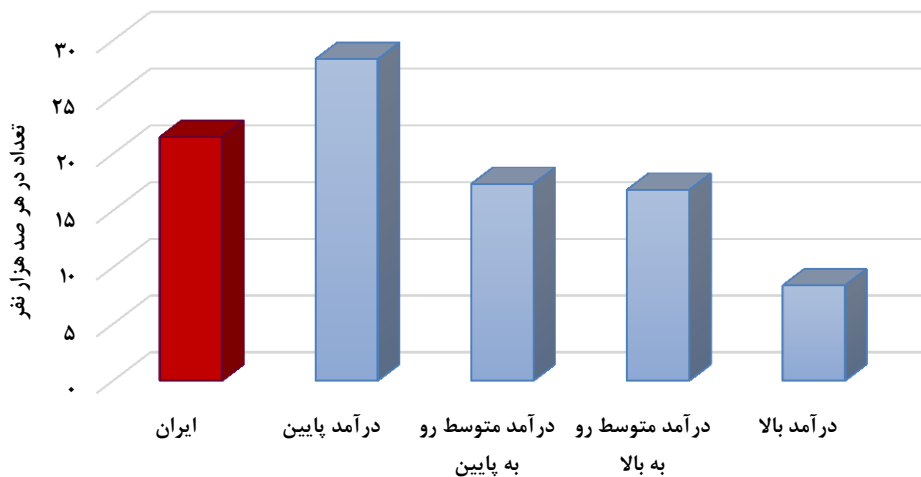
نمودار ۴-۳۷؛ مقایسه میزان امید به زندگی در ایران با میانگین تقسیم‌بندی کشورها از لحاظ درآمد؛ ۲۰۱۹



نمودار ۴-۳۸؛ مقایسه میزان مرگ مادران در ایران با میانگین تقسیم بندی کشورها از لحاظ درآمد؛ ۲۰۱۷



نمودار ۴-۳۹؛ مقایسه میزان مرگ نوزادان و کودکان زیر پنج سال در ایران با میانگین تقسیم بندی کشورها از لحاظ درآمد؛ ۲۰۲۰



نمودار ۴-۴؛ مقایسه میزان مرگ ناشی از حوادث و سوانح در ایران با میانگین تقسیم‌بندی کشورها از لحاظ درآمد؛ ۲۰۱۹

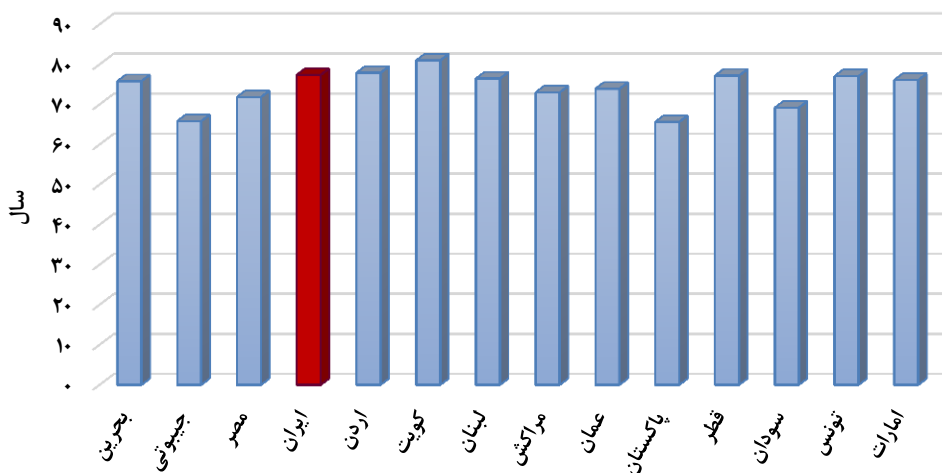
مقایسه شاخص‌های پیامدهای سلامت ج.ا.ایران با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی

شاخص امید به زندگی در ایران ۷۷/۳۵ سال است که در مقایسه با سایر کشورهای منطقه مدیترانه شرقی بعد از کویت (۸۰/۹۷) و اردن (۷۷/۸۷)، در جایگاه سوم قرار دارد. کشور پاکستان با ۶۵/۶۱ سال کم‌ترین امید به زندگی در منطقه را دارد (جدول ۴-۱۵؛ نمودار ۴-۴۱).

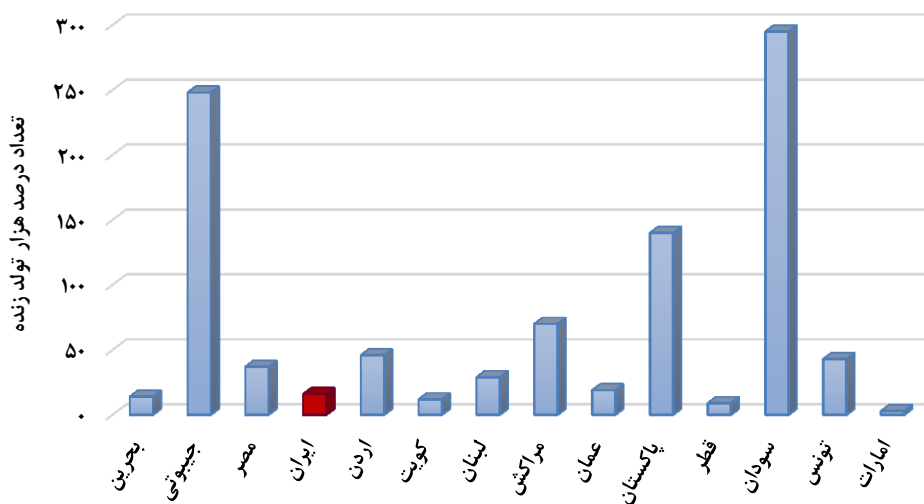
از نظر شاخص‌های مرگ و میر، میزان مرگ و میر مادران در ایران ۱۶ در صد هزار تولد زنده است که میان ۱۴ کشور مورد بررسی در منطقه، در رتبه پنجم قرار دارد. کم‌ترین میزان مرگ و میر مادران در منطقه در کشور امارات متحده عربی مشاهده می‌شود که سه مورد در صد هزار تولد زنده است و بیش‌ترین میزان در کشور سودان مشاهده می‌شود که ۲۹۵ مورد در صد هزار تولد زنده است (جدول ۴-۱۵؛ نمودار ۴-۴۲).

جدول ۴-۱۵؛ مقایسه شاخص‌های پیامدهای سلامت ج.ا.ایران با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی؛ ۲۰۱۷/۲۰۱۹ / ۲۰۲۰

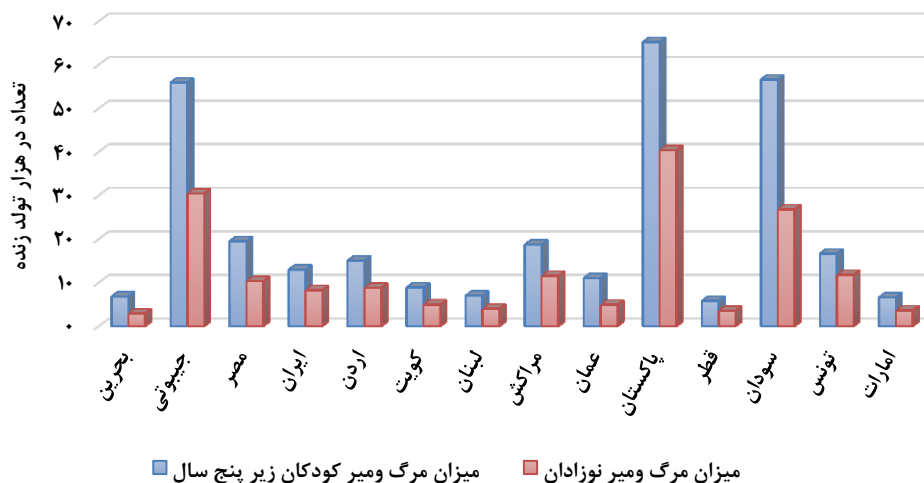
عنوان شاخص	سال	بحرین	جیبوتی	مصر	ایران	اردن	کویت	لبنان	مراکش	عمان	پاکستان	قطر	سودان	تونس	امارات
میزان امید به زندگی	۲۰۱۹	۷۵/۸۱	۶۵/۸۱	۷۱/۸۲	۷۷/۳۵	۷۷/۸۷	۸۰/۹۷	۷۶/۴۴	۷۲/۹۹	۷۲/۹	۶۵/۶۱	۷۷/۱۷	۶۹/۱۵	۷۷/۰۴	۷۶/۰۸
میزان مرگ و میر مادران	۲۰۱۷	۱۴	۲۴۸	۳۷	۱۶	۴۶	۱۲	۲۹	۷۰	۱۹	۱۴۰	۹	۲۹۵	۴۳	۳
میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال	۲۰۲۰	۶/۷۶	۵۵/۸۸	۱۹/۴۶	۱۲/۹۴	۱۵/۰۲	۸/۸۶	۶/۹۸	۱۸/۶۹	۱۱/۰۱	۶۵/۱۸	۵/۷۶	۵۶/۵۸	۱۶/۶۲	۶/۵۷
میزان مرگ و میر نوزادان	۲۰۲۰	۲/۸۸	۳۰/۴۴	۱۰/۳۱	۸/۲۶	۸/۸۱	۴/۹۶	۳/۹۹	۱۱/۵۲	۴/۹۰	۴۰/۳۹	۳/۵۳	۲۶/۱۷	۱۱/۷۷	۳/۶۰
میزان مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی	۲۰۱۹	۵/۱۸	۲۳/۵۰	۱۰/۱۰	۲۱/۴۷	۱۷/۰۰	۱۵/۴۳	۱۶/۴۴	۱۶/۹۶	۱۰/۵۹	۱۳/۰۱	۷/۲۷	۲۶/۷۶	۱۶/۴۹	۸/۹۱



نمودار ۴-۴۱؛ مقایسه امید به زندگی در ایران با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی؛ ۲۰۱۹



نمودار ۴-۴۲؛ مقایسه میزان مرگ مادران در ایران با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی؛ ۲۰۱۷

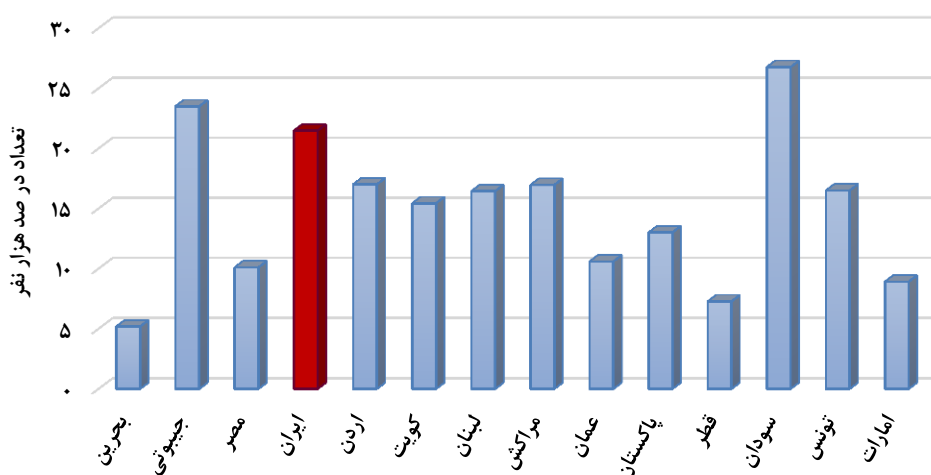


نمودار ۴-۴۳؛ مقایسه میزان مرگ نوزادان و کودکان زیر پنج سال در ایران با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی؛ ۲۰۲۰

شاخص مرگ و میر کودکان زیر پنج سال و مرگ و میر نوزادان در ایران به ترتیب ۱۲/۹۴ و ۸/۲۶ مرگ در هزار تولد زنده است و نسبت به سایر کشورهای منطقه، ایران به ترتیب در رتبه‌های هشتم و هفتم قرار دارد. کمترین میزان مرگ و میر کودک زیر پنج سال در کشور قطر (۵/۷۶ مرگ در هزار تولد زنده) و کمترین میزان مرگ و میر نوزادان نیز در کشور بحرین (۲/۸۸ مرگ در هزار تولد زنده) به وقوع می‌پیوندد. همچنین، این دو شاخص در کشور پاکستان نسبت به سایر کشورهای منطقه در بدترین وضعیت مشاهده می‌شود؛ به طوری که در این کشور ۶۵/۱۸ مرگ کودک زیر پنج سال و ۴۰/۳۹ مرگ نوزاد به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده در سال ۲۰۲۰ برای این کشور ثبت شده است (جدول ۴-۱۵؛ نمودار ۴-۴۳).

در بین کشورهای منطقه مدیترانه شرقی، ایران از نظر شاخص میزان مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی با ۲۱/۴۷ مرگ به ازای صد هزار نفر جمعیت در رتبه سوم قرار دارد. به نظر می‌رسد که این موضوع نیاز به افزایش همکاری‌های بین‌بخشی و سیاست‌گذاری همه جانبه در بخش‌های مختلف کشور (اعم از پلیس راه، وزارت بهداشت، وزارت راه و ...) داشته باشد. بیش‌ترین میزان مرگ و میر بر اثر حوادث ترافیکی در کشور سودان (۲۶/۷۶ در هر صد هزار نفر جمعیت) و کم‌ترین میزان

متعلق به کشور بحرین (۵/۱۸ در هر صد هزار نفر جمعیت) می‌باشد (جدول ۴-۱۵؛ نمودار ۴-۴۴).



نمودار ۴-۴۴؛ مقایسه میزان مرگ ناشی از حوادث و سوانح در ایران با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی؛ ۲۰۱۹

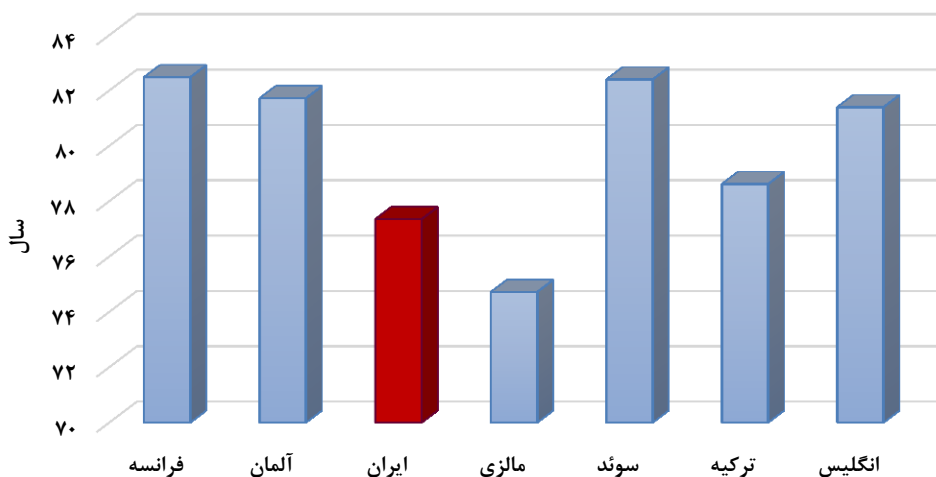
مقایسه شاخص‌های پیامدهای سلامت ج.ا.ایران با کشورهای منتخب

مقایسه شاخص امید به زندگی در ایران با برخی کشورهای منتخب نشان می‌دهد پس از مالزی (۷۴/۷۲ سال) ایران کم‌ترین امید به زندگی را دارد. بیش‌ترین امید به زندگی نیز در کشور فرانسه مشاهده می‌شود که معادل ۸۲/۴۸ سال است (جدول ۴-۱۶؛ نمودار ۴-۴۵).

در سال ۲۰۱۷، بیش‌ترین میزان مرگ و میر مادران در کشور مالزی (۲۹ مرگ به‌ازای صد هزار تولد زنده) و کم‌ترین میزان آن در کشور سوئد (چهار مرگ به‌ازای صد هزار تولد زنده) گزارش شده است. کشور ایران با دارا بودن ۱۶ مرگ به‌ازای صد هزار تولد زنده، در بین هفت کشور منتخب در رتبه پنجم قرار دارد که حاکی از وضعیت نامطلوب کشور از نظر این شاخص است (جدول ۴-۱۶؛ نمودار ۴-۴۶).

جدول ۴-۱۶؛ مقایسه شاخص‌های پیامدهای سلامت ج.ا.ایران با کشورهای منتخب؛ ۲۰۱۷ / ۲۰۱۹ / ۲۰۲۰

عنوان شاخص	سال	فرانسه	آلمان	ایران	مالزی	سوئد	ترکیه	انگلیس
میزان امید به زندگی	۲۰۱۹	۸۲/۴۸	۸۱/۷۲	۷۷/۳۵	۷۴/۷۲	۸۲/۴	۷۸/۶۲	۸۱/۴
میزان مرگ و میر مادران	۲۰۱۷	۸	۷	۱۶	۲۹	۴	۱۷	۷
میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال	۲۰۲۰	۴/۳۷	۳/۶۵	۱۲/۹۴	۸/۶۲	۲/۶۴	۹/۴۹	۴/۲۱
میزان مرگ و میر نوزادان	۲۰۲۰	۲/۵۶	۲/۲۵	۸/۲۶	۴/۶۴	۱/۴۵	۵/۰۴	۲/۷۴
میزان مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی	۲۰۱۹	۵/۱۳	۳/۷۸	۲۱/۴۷	۲۲/۴۸	۳/۱۴	۶/۶۸	۳/۲۱

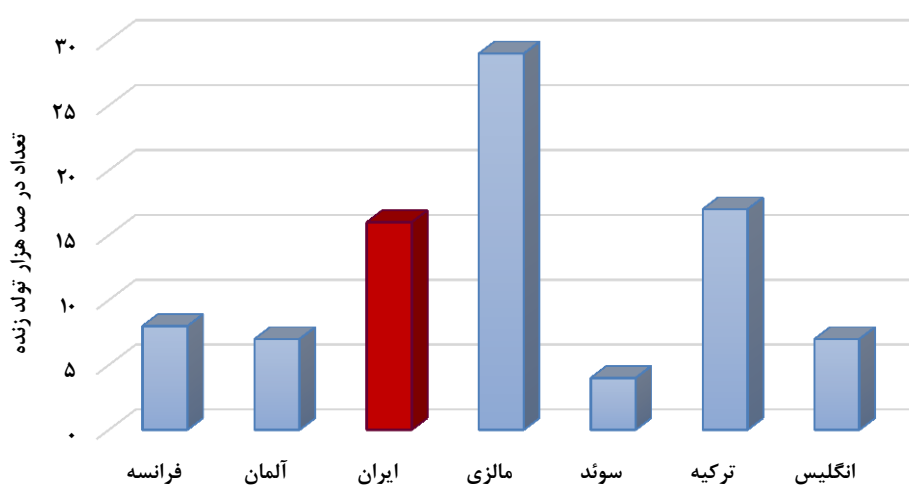


نمودار ۴-۱۶؛ مقایسه امید به زندگی در ایران با کشورهای منتخب؛ ۲۰۱۹

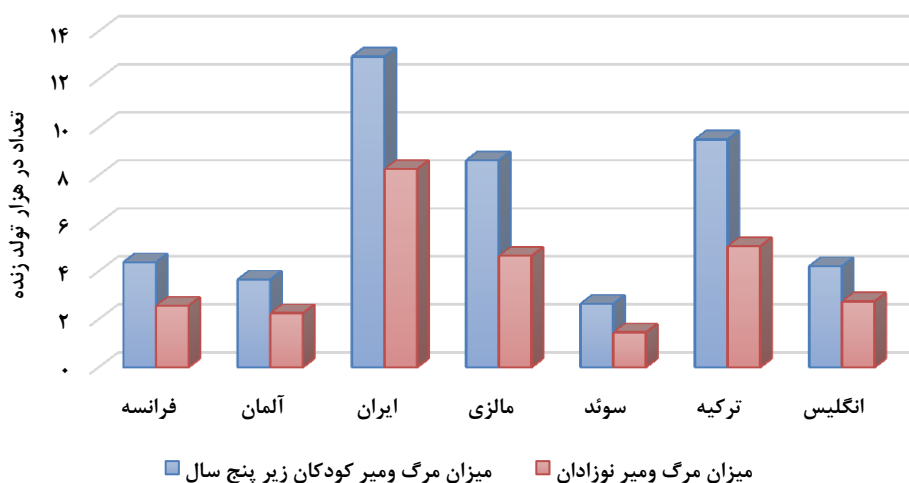
از نظر شاخص مرگ و میر کودکان زیر پنج سال و مرگ و میر نوزادان، ایران نسبت به سایر کشورهای منتخب در پایین‌ترین وضعیت قرار دارد، درحالی‌که کم‌ترین میزان این شاخص‌ها در کشور سوئد است که ۲/۶۴ مرگ کودک زیر پنج سال و ۱/۴۵ مرگ نوزاد به ازای هزار تولد زنده را دارد (جدول ۴-۱۶؛ نمودار ۴-۱۶).

همچنین، مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی در ایران ۲۱/۴۷ مورد به ازای صد هزار نفر جمعیت در سال ۲۰۱۹ گزارش شده است که در مقایسه با سایر کشورهای منتخب، بعد از مالزی (۲۲/۴۸ مرگ به ازای صد هزار نفر جمعیت) در بیش‌ترین

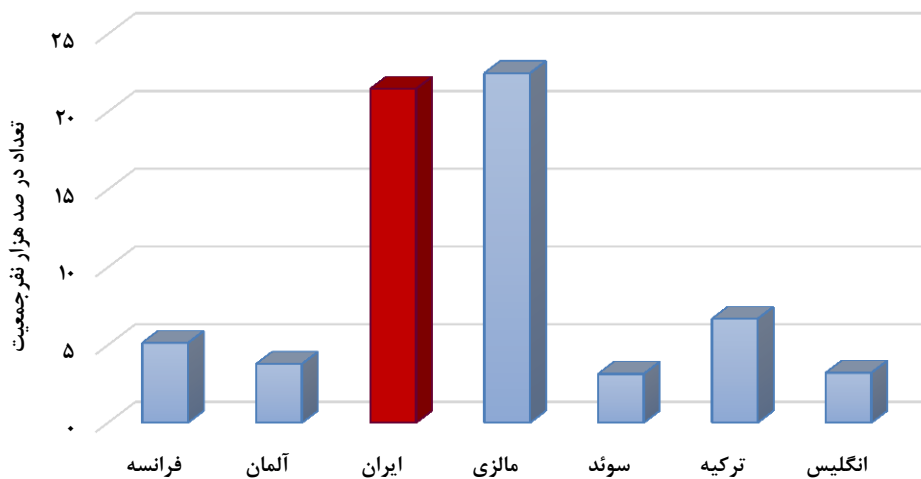
میزان قرار دارد. کشور سوئد از نظر این شاخص با اختلاف بسیار زیادی نسبت به ایران، در بهترین وضعیت میان کشورهای منتخب قرار دارد که میزان آن ۳/۱۴ مرگ به ازای صد هزار نفر جمعیت است (جدول ۴-۱۶؛ نمودار ۴-۴۸).



نمودار ۴-۴۶؛ مقایسه میزان مرگ مادر در ایران با کشورهای منتخب؛ ۲۰۱۷



نمودار ۴-۴۷؛ مقایسه میزان مرگ نوزادان و کودکان زیر پنج سال در ایران با کشورهای منتخب؛ ۲۰۲۰



نمودار ۴-۴۸؛ مقایسه میزان مرگ ناشی از حوادث و سوانح در ایران با کشورهای منتخب؛ ۲۰۱۹

جمع‌بندی

مقایسه‌های بین‌المللی فوق، حاکی از بی‌عدالتی‌های عمیق در شاخص‌های سلامت در بین کشورهای فقیر و غنی و مناطق مختلف جهان می‌باشد. البته همان‌طور که در فصل قبل بیان شد جهت مقایسه بهتر نابرابری‌های سلامت در سطح ملی و بین‌المللی لازم است کل جمعیت کشور به دهک‌های درآمدی تقسیم شوند؛ تنها در این صورت است که می‌توان شاخص‌های نابرابری در سلامت کشورمان را با میزان‌های جهانی این شاخص‌ها مقایسه کرد و جایگاه جمهوری اسلامی ایران را از جنبه عدالت در سلامت سنجید.

بر اساس یافته‌های این فصل، در سال ۲۰۱۹، سرانه مخارج سلامت ج.ا.ایران، ۸۶۸/۱۸ دلار (تعدیل شده بر اساس قدرت خرید) بوده است که نسبت به میانگین جهان، میانگین منطقه مدیترانه شرقی و میانگین کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا پایین‌تر است. بطور کلی، سرانه مخارج سلامت در کشورهای منطقه اروپا و همچنین کشورهای با درآمد بالا بیش‌تر از سایر مناطق است. کم‌ترین میزان این شاخص مربوط به جمهوری دموکراتیک کنگو و معادل ۴۰/۶۱ دلار می‌باشد و

بیشترین میزان این شاخص ۱۰۹۲۱/۰۱ دلار و مربوط به ایالات متحده آمریکا می باشد. شاخص های بین المللی نشان می دهند که ۴۹/۵ درصد از هزینه های نظام سلامت در کشور ما در سال ۲۰۱۹ توسط دولت تأمین مالی می شود که نسبت به میانگین جهانی و میانگین منطقه مدیترانه شرقی وضعیت بهتری را نشان می دهد.

در مورد دسترسی و بهره مندی از خدمات سلامت، در سال ۲۰۱۷، تعداد تخت های فعال بیمارستانی در ایران (۱۵/۶۰ تخت در هر ده هزار نفر جمعیت) نسبت به میانگین این شاخص در جهان (۳۲/۹۱ تخت در هر ده هزار نفر جمعیت) و نیز نسبت به میانگین کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا (۳۸/۸۹ تخت به ازای هر ده هزار نفر جمعیت) پایین تر بوده است. در خصوص نیروی انسانی سلامت، در سال ۲۰۱۸ ایران دارای ۱۵/۸۴ پزشک (رتبه پنجم منطقه)، ۲۰/۷۷ پرستار و ماما (رتبه ششم منطقه)، ۴/۴۷ دندانپزشک (رتبه پنجم منطقه) و ۲/۹۳ داروساز (رتبه ششم منطقه) به ازای ده هزار نفر جمعیت است. به استثنای تراکم دندانپزشک به ازای ده هزار نفر جمعیت، در سایر شاخص های نیروی انسانی سلامت ایران در مقایسه با میانگین های جهانی و میانگین های منطقه در کمترین میزان قرار دارد.

در کشور ما میانگین کشوری شاخص های مرتبط با پیامدهای سلامت در وضعیت نسبتاً مناسبی قرار دارد. اما لازم است که به میانگین کشوری اکتفا ننموده و نابرابری های موجود در کشور را بر طرف نماییم. برطرف نمودن ناعدالتی در دسترسی و کیفیت اطلاعات سلامت و خدمات مرتبط با سلامت جنسی، مادران و کودکان تازه متولد شده، شناسایی تمام مسائل مرتبط با مرگ و میر و ناتوانی های مرتبط، تضمین پوشش همگانی سلامت، تقویت نظام سلامت برای پاسخ به نیازها و اولویت های بیماران در استان های مختلف، تضمین پاسخگویی به منظور بهبود کیفیت مراقبت و عدالت و تخصیص منابع مالی کافی، پیگیری بیماری گروه های پرخطر در سطوح خارج بیمارستانی، ارتقای سلامت و آموزش بهداشت و جلب همکاری های درون بخشی (اورژانس، هلال احمر، استانداری و...) و بین بخشی (وزارت کشور، وزارت آموزش و پرورش، وزارت راه و...) می تواند در جهت بهتر شدن این شاخص ها موثر باشد.

در این فصل با توجه به کمبود شاخص های قابل مقایسه بین المللی عدالت در سلامت کشور بخصوص شاخص های عدالت در پیامدهای سلامت، در برخی موارد، به مقایسه متوسط برخی شاخص های سلامت با سایر کشورها پرداخته شد.

اطلاعات مربوط به جمهوری اسلامی ایران به عنوان یک کشور با درآمد متوسط رو به بالا در این مقایسه‌ها نشان می‌دهد که در برخی شاخص‌های سلامت کشور ما در مقایسه با میانگین‌های جهانی (از نظر تقسیم‌بندی درآمدی و مناطق سازمان جهانی) در وضعیت مطلوب و در برخی دیگر از شاخص‌ها در وضعیت نامطلوبی قرار دارد که در این موارد، نیازمند بررسی علل موفقیت و عدم موفقیت در این شاخص‌ها می‌باشیم تا بتوانیم با سیاست‌گذاری درست و آگاه از شواهد به هدف اصلی نظام سلامت که همان دستیابی به حداکثر سلامت برای همه آحاد جامعه است، دست یابیم.

منابع فصل چهارم

1. World Health Organization. (2018). World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272596>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
2. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.nHE-1540?lang=en>
3. <https://apps.who.int/nha/database>
4. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/>
5. <https://data.worldbank.org/indicator/>
6. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-11/Nutrition%20in%20the%20WHO%20African%20Region%202017_0.pdf
7. <https://www.afro.who.int/health-topics/child-health>
8. https://www.who.int/health-topics/financial-protection#tab=tab_1
9. <https://www.un.org/en/global-issues/food>

سیاست‌های مرتبط با عدالت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

نویسندگان: آیدین آرین خصال، نگار یوسف‌زاده، طیبه مرادی،
علیرضا اولیایی‌منش، امیرحسین تکیان

پیام‌های اصلی

- ❖ وجود سیاست‌های کلان و بالادستی با محوریت عدالت در سلامت، پایه و اساس ارتقای عدالت و کاهش نابرابری‌های سلامت در یک کشور می‌باشد.
- ❖ در زمینه ارتقای عدالت در سلامت، سیاست‌های متعددی تدوین شده است که به صورت همه جانبه کلیه ابعاد عدالت را پوشش می‌دهند.
- ❖ در کشور ما ۱۰۴ سیاست بالادستی در نظام سلامت وجود دارد که به‌طور مستقیم یا غیر مستقیم به ارتقای عدالت در سلامت پرداخته‌اند.
- ❖ از منظر مرتبط بودن سیاست‌های عدالت در سلامت با کارکردهای نظام سلامت، عمده آن‌ها در حوزه تأمین قرار دارند.
- ❖ سیاست‌های شناسایی شده از این منظر که به کدام‌یک از ابعاد عدالت در سلامت مرتبط، بیش‌تر آن‌ها به ارتقای عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت مرتبط بودند.

- ❖ ۱۸ درصد سیاست‌های مرتبط با عدالت در سلامت اجرایی شده‌اند، ۵۱ درصد از آن سیاست‌ها تا حدودی اجرایی شده‌اند و ۲۳ درصد از آن‌ها اجرایی نشده‌اند.
- ❖ ایجاد زمینه لازم به منظور اجرایی نمودن سیاست‌ها و مهم‌ترین زیرساخت‌های مورد نیاز برای برقراری عدالت در سلامت باید در دستور کار سیاست‌گذاران قرار گیرد.
- ❖ لازم است یک زبان مشترک بین سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران کلان نظام سلامت به منظور ایجاد تعامل و همکاری بیش‌تر در راستای اجرای سیاست‌های عدالت در سلامت ایجاد شود.

مقدمه

یکی از اهداف مهم نظام‌های اجتماعی هر کشور عدالت و گسترش آن می‌باشد. سلامت نیز به عنوان بخشی از نظام اجتماعی هر کشور، پرداختن به عدالت و ارتقای سلامت عادلانه را یکی از اهداف خود می‌داند. نظام‌های سلامت با شش کارکرد اصلی تولید^۱، تأمین منابع مالی^۲ (جمع‌آوری منابع مالی، انباشت سرمایه و خرید راهبردی) تدارک و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی^۳، نیروی انسانی بخش سلامت^۴، ایجاد دسترسی به داروهای ضروری^۵ و فناوری اطلاعات سلامت^۶ به وجود آمده‌اند که هدف نهایی این کارکردها، بهره‌مندی افراد جامعه از خدمات سلامت کارا و عادلانه می‌باشد (۱). کارایی خدمات سلامت نیز به مدیریت صحیح منابع نظام سلامت برمی‌گردد و بخشی از عادلانه بودن آن به سیاست‌های تدوین شده در این حوزه بستگی دارد. بنابراین سیاست‌هایی که برای تولید این مقوله تدوین می‌شود، شاخص عمده‌ای است که تعیین می‌نماید آیا در جامعه دسترسی عادلانه به مراقبت پایه سلامت برای افراد وجود دارد یا خیر و اینکه سهم مردم و دولت در تأمین مالی نظام به چه میزان است و به چه میزان باید باشد (۲).

1. Stewardship
2. Health Financing
3. Health Services Delivery
4. Health Workforce
5. Access to Essential Medicines
6. Health Information System

در حال حاضر دیدگاه‌های سلامت چشم‌اندازی وسیع‌تر پیدا کرده‌اند و بنا به ضرورت، به تعیین‌کننده‌های غیرطبی سلامت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت که پیشتر به آن‌ها پرداخته شد، توجهی ویژه معطوف شده است. هر یک از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، مانند شیوه‌ی زندگی، محیط زیست، وضع اقتصادی-اجتماعی و غیره به خودی خود و یا از طریق تاثیر بر یکدیگر می‌توانند وضع سلامت را به شدت تحت تأثیر قرار داده و سبب بروز بی‌عدالتی‌هایی در وضع سلامت شوند (۳). بنابراین تحلیل جامع سیاست‌های نظام سلامت کشور می‌تواند نقاط قوت و ضعف سیاست‌های ادوار مختلف را به تصویر بکشد. از این رو بر آن شدیم تا با توجه به مطالب پیش گفت مطالعه‌ای با تمرکز بر روی عدالت در سلامت و تحلیل محتوای سیاست‌های مرتبط با کاهش بی‌عدالتی در سلامت با توجه به ابعاد قابل سنجش در عدالت در سلامت: عدالت در تأمین منابع مالی^۱، عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت^۲ و عدالت در پیامدهای سلامت^۳ انجام دهیم. شایان ذکر است این ابعاد به عنوان مولفه‌های تاثیرگذار بر تحقق عدالت در جامعه عنوان شده‌اند. به این معنا که همه نابرابری‌های سلامت ناعادلانه نیستند و بی‌عدالتی زمانی معنا می‌یابد که در هر یک از سه بعد ذکر شده نابرابری‌های قابل اجتناب، اجتناب نشده باشند و در نتیجه این امر، تفاوت‌های نظام‌مند در سلامت بین گروه‌های مختلف اجتماعی ایجاد نموده و سلامت گروه‌های اجتماعی محروم را تضعیف نماید. در واقع عدالت تنها امری در محدوده عملکرد یک وزارتخانه در نظر گرفته نمی‌شود و امری بین‌بخشی و اجتماعی شمرده می‌شود که موجب تحکیم و یکپارچگی اجتماعی و توسعه مدنی می‌شود و دربرگیرنده برآورد عادلانه نیازهای سلامت، توزیع مطلوب فرصت‌ها، توزیع تمام جنبه‌های مراقبت سلامتی از قبیل مالی، دسترسی، پاسخ‌گویی، کیفیت و نتایج می‌باشد (۴).

فصل حاضر با استفاده از روش تحلیل کیفی مستندات و به صورت مقطعی انجام شده است. جهت اجرای این مطالعه، ابتدا فرآیند شناسایی سیاست‌هایی که به‌طور مستقیم و غیر مستقیم بر عدالت در سلامت تاثیرگذار بودند، آغاز شد. جامعه پژوهش

1. Equity in Health Financing
2. Equity in Health Care Utilization
3. Equity in Health Outcome

شامل سیاست‌های مصوب دولت و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان بهزیستی در خصوص کاهش نابرابری‌های موجود در سلامت بود. طی شناسایی سیاست‌ها، اسناد سیاستی منتشره در پایگاه‌های معتبر علمی و درگاه الکترونیکی سازمان جهانی سلامت، اسناد بالادستی شامل قانون اساسی، سند چشم‌انداز ۲۰ ساله، برنامه‌های پنج ساله سوم، چهارم، پنجم و ششم توسعه کشور، سند تحول در نظام سلامت، نقشه علمی نظام سلامت، نقشه سلامت ایران در برنامه پنجم توسعه، مستندات و اسناد سیاستی داخل کشور، دستورالعمل‌ها و مصوبات مربوط به کاهش نابرابری‌ها در نظام سلامت کشور، گزارش‌های منتشره از وزارتخانه‌ها و سازمان‌های فوق مورد جستجو و بررسی قرار گرفتند.

برای تدوین این فصل، ابتدا با جستجو در وب سایت‌های داخل کشور و در درگاه الکترونیک وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان بهزیستی و سایر سازمان‌های مرتبط، کتابخانه‌ها، مدارک سیاستی موجود و گزارش‌های رسمی منتشره از وزارتخانه‌ها و سازمان‌های داخلی و بین‌المللی و همچنین با مراجعه مستقیم محقق به سازمان‌ها و ارگان‌های کشوری، قوانین و مقررات کشوری تصویب شده مربوط به کاهش نابرابری‌ها و بی‌عدالتی‌ها در نظام سلامت به عنوان سیاست‌های مصوب شناسایی جمع آوری شدند. سپس این سیاست‌ها و برنامه‌ها مورد مطالعه قرار گرفتند تا متون و بندهایی که به‌طور مستقیم و غیر مستقیم به مباحث عدالت در سلامت مرتبط می‌شد شناسایی و استخراج شود. در بررسی مستندات سعی شد تا سیاست‌هایی مدنظر قرار بگیرند که در حیطه نظام سلامت بودند و اگر مستندات در مورد سیاست‌های عمومی بودند، وارد مطالعه نشدند.

با مراجعه به مستندات سیاستی مصوب موجود سیاست‌های مرتبط با کاهش نابرابری‌ها و بی‌عدالتی‌ها در نظام سلامت در حیطه‌های مذکور مورد شناسایی و تحلیل قرار گرفتند. در این گام از اطلاعات به دست آمده از اسناد، به صورت مستقیم و تفسیری برای تولید یافته‌های مطالعه بهره گرفته شد. اگرچه اصطلاح سیاست می‌تواند شامل نیت و اقدامات نانوشته و غیر صریح باشد اما تمرکز ما در این بررسی بر سیاست‌های رسمی تعریف شده بوده که به وسیله یک بیانیه مشخص و با اهداف و راهکارهای مشخص جهت اجرای سیاست و دستیابی به اهداف اعلام شده بود.

پس از شناسایی و لیست نمودن سیاست‌های مرتبط، کلیه سیاست‌ها توسط سه نفر از اعضای تیم پژوهش به صورت عمیق مطالعه و تحلیل شدند. طی این تحلیل سیاست‌ها از مناظر زیر دسته بندی شدند:

- ❖ عنوان و تاریخ تصویب سیاست
- ❖ ارتباط سیاست با کارکردهای نظام سلامت
- ❖ منظر ابعاد عدالت (دسترسی، تأمین مالی و نتایج)
- ❖ وضعیت اجرا (اجرا شده، در حال اجرا، اجرا نشده)
- ❖ تحقق و نیل به اهداف

سیاست‌های مرتبط با عدالت در سلامت

به منظور تحلیل سیاست‌های مرتبط با کاهش بی‌عدالتی در نظام سلامت، مقرر گردید، با توجه به اینکه این سیاست‌ها عمدتاً در جهت بهبود یکی از سه بعد عدالت در سلامت هستند: بعد عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت، تأمین مالی نظام سلامت و عدالت در پیامدهای سلامت، سیاست‌هایی که به‌طور مستقیم و یا غیر مستقیم به ابعاد مورد اشاره پرداخته بودند مورد توجه و بررسی قرار گیرند. با توجه به گسترده بودن سیاست‌ها، موارد زیر در پژوهش وارد نگردیده است:

- ❖ مصوبات مرتبط هیات وزیران
- ❖ آیین‌نامه‌ها و مصوبات داخلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ❖ آیین‌نامه‌ها و مصوبات داخلی سازمان تأمین اجتماعی
- ❖ آیین‌نامه‌ها و مصوبات داخلی سازمان بیمه سلامت ایران
- ❖ آیین‌نامه‌ها و مصوبات داخلی مرتبط کمیته امداد و سازمان بهزیستی
- ❖ آیین‌نامه‌ها و مصوبات داخلی بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح
- ❖ مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور
- ❖ در نهایت ۱۰۴ سیاست شناسایی و محتوای آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت. مجموعه ۱۰۴ گانه اسناد احصاء شده، که مورد تحلیل قرار گرفتند دارای چند ویژگی زیر بودند:

- ✓ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسئول اصلی اجرای آن سیاست بود.
- ✓ از زمان تصویب آن سیاست، اقداماتی برای اجرای آن سیاست صورت گرفته بود.

در نتیجه موارد فوق، قانون اساسی کشور، سیاست‌های کلی سلامت، سند توسعه درمان و سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ به‌عنوان اسناد پشتیبان در تحلیل محتوای سیاست‌های کاهش بی‌عدالتی نظام سلامت در نظر گرفته شد.

۱۰۴ سیاست‌شناسایی شده در تحلیل سیاست‌های نظام سلامت راستای ایجاد عدالت یا کاهش بی‌عدالتی، از منظر ارتباط سیاست‌ها با کارکردهای نظام سلامت، ابعاد سه‌گانه عدالت و وضعیت پیاده‌سازی سیاست توسط تیم پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. خلاصه نتایج حاصل از تحلیل محتوای سیاست‌های شناسایی شده در ادامه ارائه شده است (جدول ۵-۱).

جدول ۵-۱: سیاست‌های عدالت در سلامت به تفکیک ارتباط با کارکردهای نظام سلامت، ابعاد عدالت و وضعیت پیاده‌سازی آنها

درصد	تعداد	
۶۳٫۴	۶۶	اهداف مرتبط با کارکردهای نظام سلامت
۴۱٫۳	۴۳	تأمین مالی
۳۸٫۴	۴۰	حاکمیت و رهبری
۲۸٫۸	۳۰	ارائه خدمات
۱۴٫۴	۱۵	دسترسی به داروهای ضروری
۴٫۸	۵	نیروی انسانی
۶۰٫۵	۶۳	فناوری اطلاعات
۵۶٫۷	۵۹	اهداف عدالت در سلامت
۳۸٫۴	۴۰	دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت
۵۱	۵۳	تأمین مالی سلامت
۲۳	۲۴	پیامدهای سلامت
۱۸	۱۹	وضعیت پیاده‌سازی سیاست
		تا حدودی
		خیر
		بلی

* با توجه به اینکه هر یک از سیاست‌های بررسی شده به بیش از یک کارکرد نظام سلامت و بیش از یک بعد عدالت در سلامت مرتبط بودند، مجموع تعداد سیاست‌ها بیش از ۱۰۴ سیاست و مجموع درصدها در هر گروه بیش از ۱۰۰ می‌باشد.

شش کارکرد نظام‌های سلامت سازمان جهانی بهداشت^۱ به شرح زیر، به عنوان چارچوب مورد استفاده برای ارائه سیاست‌ها و تحلیل جامع آن‌ها مورد استفاده قرار گرفتند:

- ❖ ارائه خدمات
- ❖ نیروی انسانی سلامت
- ❖ سیستم اطلاعات سلامت
- ❖ دسترسی به تکنولوژی، محصولات و داروهای ضروری
- ❖ تأمین مالی
- ❖ حاکمیت/ رهبری

پس از بررسی سیاست‌ها، برخی از آن‌ها به بیش از یک حوزه تعلق داشتند؛ که در بررسی سیاست‌ها در همه حوزه‌ها مورد شمارش قرار گرفته است.

براساس یافته‌های به دست آمده، بیش‌ترین سیاست‌های عدالت در سلامت در حوزه تأمین مالی قرار دارند (۶۳/۴ درصد) و در ادامه به ترتیب بیش‌ترین تعداد سیاست‌ها مربوط به حوزه‌های حاکمیت و رهبری، ارائه خدمات، دسترسی به محصولات و داروهای ضروری و نیروی انسانی می‌باشد و حوزه سیستم اطلاعات سلامت کم‌ترین تعداد سیاست‌ها را به خود اختصاص داده است (۴/۸ درصد) (جدول ۵-۱).

همان‌طور که در قسمت روش کار توضیح داده شد، سیاست‌های شناسایی شده از این منظر که به کدام‌یک از ابعاد عدالت در سلامت مرتبط هستند نیز مورد بررسی قرار گرفتند. همان‌گونه که در جدول ۵-۱ مشاهده می‌شود، بیش‌تر سیاست‌های شناسایی شده به ارتقای عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت مرتبط بودند (۶۰/۵ درصد) و سیاست‌هایی که هدف اصلی آن‌ها ایجاد عدالت در پیامدهای سلامت بود، کم‌ترین تعداد را داشتند (۳۸/۴ درصد).

یافته‌ها نشان می‌دهند که حدود ۱۸ درصد سیاست‌های مرتبط با عدالت در سلامت اجرایی شده‌اند، ۵۱ درصد از آن سیاست‌ها تا حدودی اجرایی شده‌اند و ۲۳ درصد از آن‌ها اجرایی نشده‌اند (جدول ۵-۱).

سپس محتوای سیاست‌ها از منظرهای زیر مورد بررسی قرار گرفتند:

- ❖ عنوان سیاست (آدرس در قوانین و اسناد بالادستی و ...)
 - ❖ وضعیت پیاده‌سازی سیاست (بله- تاحدودی- خیر)
 - ❖ ارتباط سیاست با کارکردهای نظام سلامت
 - ❖ عنوان گروه سیاست
 - ❖ ارتباط سیاست با ابعاد عدالت در سلامت (دسترسی، تأمین مالی و پیامد)
 - ❖ سطح اجرای سیاست (ملی یا منطقه‌ای)
 - ❖ تاریخ تصویب (سال تصویب)
 - ❖ ارزشیابی سیاست (بررسی اینکه آیا سیاست نیل به هدف داشته یا عدم تحقق سیاست)
- در ادامه یافته‌های مرتبط با تحلیل محتوای این سیاست‌ها از مناظر بررسی شده ارائه خواهد شد (جدول ۵-۲).

جدول ۵-۲: یافته‌های مرتبط با تحلیل محتوای این سیاست‌ها

ردیف	عنوان سیاست (آدرس در قوانین و اسناد بالادستی و...)	پیاده‌سازی (بله، تاحدودی، خیر)	کارکردهای نظام سلامت	ابعاد عدالت در سلامت (دسترسی، تأمین مالی و پیامد)	سطح سیاست (ملی یا منطقه‌ای)	تاریخ تصویب (سال تصویب)	ارزشیابی سیاست (نیل به هدف یا عدم تحقق سیاست)
۱	ماده ۹ قانون بیمه همگانی	بله	تأمین مالی	تأمین مالی	ملی	۱۳۷۳	عدم تحقق اصل سیاست
۲	ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی	تاحدودی	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری، تأمین مالی	دسترسی، تأمین مالی	ملی	۱۳۷۳	عدم تحقق اصل سیاست
۳	ماده ۱۱ قانون بیمه همگانی	تاحدودی	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری، تأمین مالی	تأمین مالی	ملی	۱۳۷۳	نیل به هدف
۴	ماده ۱۲ قانون بیمه همگانی	تاحدودی	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری، تأمین مالی	دسترسی	ملی	۱۳۷۳	عدم تحقق اصل سیاست

ادامه دارد

جدول ۵-۲: یافته‌های مرتبط با تحلیل محتوای این سیاست‌ها _ ادامه

ردیف	عنوان سیاست (آدرس در قوانین و اسناد بالادستی و...)	پایه‌سازی (بله، تاحدودی، خیر)	کارکردهای نظام سلامت	ابعاد عدالت در سلامت (دسترسی، تأمین مالی و پیامد)	سطح سیاست (ملی یا منطقه‌ای)	تاریخ تصویب (نیل به هدف یا عدم تحقق سیاست)	ارزشیابی سیاست
۵	تبصره ماده ۱۲ قانون بیمه همگانی	تا حدودی	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری، تأمین مالی	تأمین مالی	ملی	۱۳۷۳	عدم تحقق اصل سیاست
۶	ماده ۱۳ قانون بیمه همگانی	بله	تأمین مالی	تأمین مالی	ملی	۱۳۷۳	نیل به هدف
۷	ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی	تا حدودی	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری، حاکمیت و رهبری	دسترسی	ملی	۱۳۷۳	عدم تحقق اصل سیاست
۸	بند ۲-۸ سیاست‌های کلی سلامت	تا حدودی	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری، حاکمیت و رهبری	نتایج	ملی	۱۳۹۳	عدم تحقق سیاست
۹	بند ۳-۹ سیاست‌های کلی سلامت	تا حدودی	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری	دسترسی نتایج	ملی	۱۳۹۳	عدم تحقق سیاست
۱۰	ماده ۱۰ آیین‌نامه اجرایی ماده ۸ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	تا حدودی	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری، حاکمیت و رهبری	دسترسی	ملی	۱۳۶۵	
۱۱	بند ۶ ذیل بخش ب قسمت یکم قانون برنامه اول توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	بله	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری، تأمین مالی	دسترسی	ملی	۱۳۷۲	عدم تحقق کامل
۱۲	ماده ۱۹۳ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	خیر	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری، نیروی انسانی، تأمین مالی، حاکمیت و رهبری	دسترسی	ملی	۱۳۸۶	عدم تحقق کامل سیاست؛ چرا که سطح‌بندی براساس بیمارپذیری تعدیل شده صورت می‌پذیرد نه بیماردهی.

ادامه دارد

جدول ۵-۲: یافته‌های مرتبط با تحلیل محتوای این سیاست‌ها - ادامه

ردیف	عنوان سیاست (آدرس در قوانین و اسناد بالادستی و...)	پایه‌سازی (بله، تاحدودی، خیر)	کارکردهای نظام سلامت	ابعاد عدالت در سلامت (دسترسی، تأمین مالی و پیامد)	سطح سیاست (ملی یا منطقه‌ای)	تاریخ تصویب (سال)	ارزشیابی سیاست (نیل به هدف یا عدم تحقق سیاست)
۱۳	بخش الف ماده ۱۹۳ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	تا حدودی	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری، نیروی انسانی، تأمین مالی، حاکمیت و رهبری	دسترسی تأمین مالی نتایج	ملی	۱۳۸۶	
۱۴	بسته اول طرح تحول سلامت	بله	تأمین مالی، حاکمیت و رهبری	تأمین مالی	ملی	۱۳۹۳	نیل به هدف کاهش میزان OOP به توجه به توانایی پرداخت افراد
۱۵	بسته دوم طرح تحول سلامت	بله	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری، نیروی انسانی، تأمین مالی، حاکمیت و رهبری	دسترسی	ملی	۱۳۹۳	نیل به هدف ماندگاری پزشکان در مناطق محروم؛ اما کمیت توزیع و کیفیت حضور آنها باید با امار مورد بررسی قرار گیرد.
۱۶	بسته سوم طرح تحول سلامت	بله	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری، نیروی انسانی، تأمین مالی، حاکمیت و رهبری	دسترسی	ملی	۱۳۹۳	نیل به هدف حضور پزشکان متخصص در بیمارستان‌های دولتی؛ اما کمیت توزیع و کیفیت حضور آنها باید با امار مورد بررسی قرار گیرد.
۱۷	بسته چهارم طرح تحول سلامت	بله	ارائه خدمت، تأمین مالی، حاکمیت و رهبری	نتایج	ملی	۱۳۹۳	نیل به هدف بستگی به شاخص‌های سنجش و ارتقای ویزیت خدمات دارد.
۱۸	بسته اول طرح تحول سلامت	تا حدودی	تأمین مالی	دسترسی	ملی	۱۳۹۳	نامشخص
۱۹	تبصره ۴ ماده ۴ قانون تأمین اجتماعی	بله	تأمین مالی	دسترسی تأمین مالی نتایج	ملی	۱۳۵۴	نامشخص

ادامه دارد

جدول ۵-۲: یافته‌های مرتبط با تحلیل محتوای این سیاست‌ها _ ا/د/مه

ردیف	عنوان سیاست (آدرس در قوانین و اسناد بالادستی و...)	پایه‌سازی (بله، تا حدودی، خیر)	کارکردهای نظام سلامت	ابعاد عدالت در سلامت (دسترسی، تأمین مالی و پیامد)	سطح سیاست (ملی یا منطقه‌ای)	تاریخ تصویب (نیل به هدف یا عدم تحقق سیاست)	ارزشیابی سیاست
۲۰	ماده ۱۱ قانون تأمین اجتماعی	تا حدودی	ارائه خدمت، تأمین مالی، حاکمیت و رهبری	دسترسی نتایج	ملی	۱۳۵۴	نامشخص
۲۱	ماده ۵۴ قانون تأمین اجتماعی	تا حدودی	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری، تأمین مالی	دسترسی نتایج	ملی	۱۳۵۴	نامشخص
۲۲	ماده ۵۵ قانون تأمین اجتماعی	بله	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری، تأمین مالی	دسترسی نتایج	ملی	۱۳۵۴	نامشخص
۲۳	ماده ۵۷ قانون تأمین اجتماعی	تا حدودی	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری، تأمین مالی	دسترسی نتایج	ملی	۱۳۵۴	نامشخص
۲۴	ماده ۵۹ قانون تأمین اجتماعی	بله	تأمین مالی، حاکمیت و رهبری	دسترسی نتایج	ملی		نامشخص
۲۵	بند ۵ ذیل ماده ۶۲ قانون تأمین اجتماعی	تا حدودی، خیر	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری، تأمین مالی	دسترسی تأمین مالی نتایج	ملی		نامشخص
۲۶	ماده ۶۴ قانون تأمین اجتماعی	تا حدودی	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری، تأمین مالی	دسترسی تأمین مالی	ملی		نامشخص
۲۷	ماده ۸۹ قانون تأمین اجتماعی	تا حدودی	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری، تأمین مالی	تأمین مالی	ملی		نامشخص
۲۸	ماده ۱۱۰ قانون تأمین اجتماعی	تا حدودی	تأمین مالی	دسترسی	ملی		نامشخص
۲۹	بسته پنجم طرح تحول سلامت	تا حدودی	ارائه خدمت، حاکمیت و رهبری	نتایج	ملی	۱۳۹۳	در سطح قطب، دانشگاه قطب و در سطح کشوری، تیم

ادامه دارد

جدول ۵-۲: یافته‌های مرتبط با تحلیل محتوای این سیاست‌ها _ ا/د/مه

ردیف	عنوان سیاست (آدرس در قوانین و اسناد بالادستی و...)	پایه‌سازی (بله، تاحدودی، خیر)	کارکردهای نظام سلامت	ابعاد عدالت در سلامت (دسترسی، تأمین مالی و پیامد)	سطح سیاست (ملی یا منطقه‌ای)	تاریخ تصویب (سال)	ارزشیابی سیاست (نیل به هدف یا عدم تحقق سیاست)
	ارزیابی ستاد اجرایی کشوری مسئول ارزشیابی آن هستند.						
۳۰	بسته ششم طرح تحول سلامت	تاحدودی	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری، حاکمیت و رهبری تأمین مالی	تأمین مالی	ملی	۱۳۹۳	در سطح قطب، دانشگاه قطب و در سطح کشوری، وزارت بهداشت مسئول ارزشیابی آن هستند.
۳۱	بسته هفتم طرح تحول سلامت	تاحدودی	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری، حاکمیت و رهبری تأمین مالی	تأمین مالی نتایج	ملی	۱۳۹۳	در سطح قطب، دانشگاه قطب و در سطح کشوری، وزارت بهداشت مسئول ارزشیابی آن هستند.
۳۲	بسته هشتم طرح تحول سلامت	تاحدودی	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری، حاکمیت و رهبری تأمین مالی	دسترسی	ملی	۱۳۹۳	در سطح قطب، دانشگاه قطب و در سطح کشوری، وزارت بهداشت مسئول ارزشیابی آن هستند.
۳۳	ماده ۳۲ بند ج؛ برنامه پنجم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	خیر	فناوری اطلاعات، سلامت، ارائه خدمت، نیروی انسانی، دسترسی به داروهای ضروری، تأمین مالی حاکمیت و رهبری	دسترسی تأمین مالی نتایج	ملی	۱۳۸۹	سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور به منظور ارزیابی میزان پیشرفت کشور در چارچوب سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور به منظور ارزیابی میزان پیشرفت کشور در چارچوب موازین برنامه چشم‌انداز و سیاست‌های کلی

ادامه دارد

جدول ۵-۲: یافته‌های مرتبط با تحلیل محتوای این سیاست‌ها _ ادامه

ردیف	عنوان سیاست (آدرس در قوانین و اسناد بالادستی و...)	پایه‌سازی (بله، تاحدودی، خیر)	کارکردهای نظام سلامت	ابعاد عدالت در سلامت (دسترسی، تأمین مالی و پیامد)	سطح سیاست (ملی یا منطقه‌ای)	تاریخ تصویب (سال)	ارزشیابی سیاست (نیل به هدف یا عدم تحقق سیاست)
	<p>نظام، شاخص‌های مربوط را متناسب با شاخص‌های بین‌المللی تنظیم و مقایسه و در تیرماه هر سال نتایج حاصل از اندازه‌گیری شاخص‌های مذکور را به همراه نقاط قوت و ضعف و پیشنهادهای مؤثر برای بهبود وضعیت کشور به مقام معظم رهبری، دولت و مجلس شورای اسلامی تقدیم می‌نماید.</p>						
۳۴	ماده ۳۴ برنامه پنجم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	خیر	ارائه خدمت، نیروی انسانی، تأمین مالی، حاکمیت و رهبری	تأمین مالی	ملی	۱۳۸۹	سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور به منظور ارزیابی میزان پیشرفت کشور در چارچوب موازین برنامه چشم‌انداز و سیاست‌های کلی نظام، شاخص‌های مربوط را متناسب با شاخص‌های بین‌المللی تنظیم و مقایسه و در تیرماه هر سال نتایج حاصل از اندازه‌گیری شاخص‌های مذکور را به همراه نقاط قوت و ضعف و پیشنهادهای مؤثر برای بهبود وضعیت کشور به مقام معظم رهبری، دولت و مجلس شورای اسلامی تقدیم می‌نماید.

جدول ۵-۲: یافته‌های مرتبط با تحلیل محتوای این سیاست‌ها _ ا/د/مه

ردیف	عنوان سیاست (آدرس در قوانین و اسناد بالادستی و...)	پایه‌سازی (بله، تاحدودی، خیر)	کارکردهای نظام سلامت	ابعاد عدالت در سلامت (دسترسی، تأمین مالی و پیامد)	سطح سیاست (ملی یا منطقه‌ای)	تاریخ تصویب (سال)	ارزشیابی سیاست (نیل به هدف یا عدم تحقق سیاست)
۳۵	بند ج ماده ۳۴ برنامه پنجم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	تاحدودی	نیروی انسانی	دسترسی	ملی	۱۳۸۹	سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور به منظور ارزیابی میزان پیشرفت کشور در چارچوب موازین برنامه چشم‌انداز و سیاست‌های کلی نظام، شاخص‌های مربوط را متناسب با شاخص‌های بین‌المللی تنظیم و مقایسه و در تیرماه هر سال نتایج حاصل از اندازه‌گیری شاخص‌های مذکور را به همراه نقاط قوت و ضعف و پیشنهاد‌های مؤثر برای بهبود وضعیت کشور به مقام معظم رهبری، دولت و مجلس شورای اسلامی تقدیم می‌نماید.
۳۶	بند ث ماده ۷۰ برنامه ششم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	تاحدودی	ارائه خدمت، نیروی انسانی، دسترسی به داروهای ضروری، تأمین مالی	تأمین مالی	ملی	۱۳۹۵	سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور به منظور ارزیابی میزان پیشرفت کشور در چارچوب موازین برنامه چشم‌انداز و سیاست‌های کلی نظام، شاخص‌های مربوط را متناسب با شاخص‌های بین‌المللی تنظیم و مقایسه و در تیرماه

ادامه دارد

جدول ۵-۲: یافته‌های مرتبط با تحلیل محتوای این سیاست‌ها _ ادامه

ردیف	عنوان سیاست (آدرس در قوانین و اسناد بالادستی و...)	پایه‌سازی (بله، تاحدودی، خیر)	کارکردهای نظام سلامت	ابعاد عدالت در سلامت (دسترسی، تأمین مالی و پیامد)	سطح سیاست (ملی یا منطقه‌ای)	تاریخ تصویب (سال)	ارزشیابی سیاست (نیل به هدف یا عدم تحقق سیاست)
	هر سال نتایج حاصل از اندازه‌گیری شاخص‌های مذکور را به همراه نقاط قوت و ضعف و پیشنهادهای مؤثر برای بهبود وضعیت کشور به مقام معظم رهبری، دولت و مجلس شورای اسلامی تقدیم می‌نماید.						
۳۷	بند ج ماده ۷۰ برنامه ششم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	خیر	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری	تأمین مالی	ملی	۱۳۹۵	سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور به منظور ارزیابی میزان پیشرفت کشور در چارچوب موازین برنامه چشم انداز و سیاست‌های کلی نظام، شاخص‌های مربوط را متناسب با شاخص‌های بین‌المللی تنظیم و مقایسه و در تیرماه هر سال نتایج حاصل از اندازه‌گیری شاخص‌های مذکور را به همراه نقاط قوت و ضعف و پیشنهادهای مؤثر برای بهبود وضعیت کشور به مقام معظم رهبری، دولت و مجلس شورای اسلامی تقدیم می‌نماید.

جدول ۵-۲: یافته‌های مرتبط با تحلیل محتوای این سیاست‌ها _ ا/د/مه

ردیف	عنوان سیاست (آدرس در قوانین و اسناد بالادستی و...)	پایه‌سازی (بله، تاحدودی، خیر)	کارکردهای نظام سلامت	ابعاد عدالت در سلامت (دسترسی، تأمین مالی و پیامد)	سطح سیاست (ملی یا منطقه‌ای)	تاریخ تصویب (سال)	ارزشیابی سیاست (نیل به هدف یا عدم تحقق سیاست)
۳۸	ماده ۷۸ برنامه ششم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	خیر	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری، تأمین مالی	دسترسی، تأمین مالی، نتایج	ملی	۱۳۹۵	سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور به منظور ارزیابی میزان پیشرفت کشور در چارچوب موازین برنامه چشم‌انداز و سیاست‌های کلی نظام، شاخص‌های مربوط را متناسب با شاخص‌های بین‌المللی تنظیم و مقایسه و در تیرماه هر سال نتایج حاصل از اندازه‌گیری شاخص‌های مذکور را به همراه نقاط قوت و ضعف و پیشنهادها برای بهبود وضعیت کشور به مقام معظم رهبری، دولت و مجلس شورای اسلامی تقدیم می‌نماید.
۳۹	بند پ ماده ۷۲ برنامه ششم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	خیر	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری	تأمین مالی، دسترسی	ملی	۱۳۸۹	سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور به منظور ارزیابی میزان پیشرفت کشور در چارچوب موازین برنامه چشم‌انداز و سیاست‌های کلی نظام، شاخص‌های مربوط را متناسب با شاخص‌های بین‌المللی تنظیم و مقایسه و در تیرماه

ادامه دارد

جدول ۵-۲: یافته‌های مرتبط با تحلیل محتوای این سیاست‌ها _ ا/د/مه

ردیف	عنوان سیاست (آدرس در قوانین و اسناد بالادستی و...)	پایه‌سازی (بله، تاحدودی، خیر)	کارکردهای نظام سلامت	ابعاد عدالت در سلامت (دسترسی، تأمین مالی و پیامد)	سطح سیاست (ملی یا منطقه‌ای)	تاریخ تصویب (سال)	ارزشیابی سیاست (نیل به هدف یا عدم تحقق سیاست)
	هر سال نتایج حاصل از اندازه‌گیری شاخص‌های مذکور را به همراه نقاط قوت و ضعف و پیشنهادهای مؤثر برای بهبود وضعیت کشور به مقام معظم رهبری، دولت و مجلس شورای اسلامی تقدیم می‌نماید.						
۴۰	ماده ۴ قانون بیمه همگانی	تاحدودی	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری، نیروی انسانی، تأمین مالی، حاکمیت و رهبری	دسترسی تأمین مالی	ملی	۱۳۷۸	نامشخص
۴۱	تبصره ۲ ماده ۷ قانون بیمه همگانی	بله	تأمین مالی، حاکمیت و رهبری	دسترسی تأمین مالی	ملی	۱۳۷۸	نامشخص
۴۲	ماده ۱۴ قانون بیمه همگانی	تاحدودی	تأمین مالی، حاکمیت و رهبری	تأمین مالی	ملی	۱۳۷۳	نامشخص
۴۳	تبصره ۱ ماده ۱۴ قانون بیمه همگانی	خیر	تأمین مالی، حاکمیت و رهبری	تأمین مالی	ملی	۱۳۷۳	نامشخص
۴۴	ماده ۱۵ قانون بیمه همگانی	بله	ارائه خدمت، دسترسی به داروهای ضروری، تأمین مالی	تأمین مالی	ملی	۱۳۷۳	نامشخص
۴۵	ماده ۱ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی	تاحدودی	تأمین مالی	دسترسی تأمین مالی نتایج	ملی	۱۳۸۳	نامشخص

ادامه دارد

جدول ۵-۲: یافته‌های مرتبط با تحلیل محتوای این سیاست‌ها _ ا/د مه

ردیف	عنوان سیاست (آدرس در قوانین و اسناد بالادستی و...)	پایه‌سازی (بله، تاحدودی، خیر)	کارکردهای نظام سلامت	ابعاد عدالت در سلامت (دسترسی، تأمین مالی و پیامد)	سطح سیاست (ملی یا منطقه‌ای)	تاریخ تصویب (سال)	ارزشیابی سیاست (نیل به هدف یا عدم تحقق سیاست)
۴۶	تبصره ۱ ماده ۱ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی	تاحدودی	حاکمیت و رهبری	دسترسی تأمین مالی نتایج	ملی	۱۳۸۳	نامشخص
۴۷	تبصره ۳ ماده ۱ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی	تاحدودی	حاکمیت و رهبری	دسترسی تأمین مالی نتایج	بین‌المللی	۱۳۸۳	نامشخص
۴۸	ماده ۳ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی	بله	تأمین مالی، حاکمیت و رهبری	دسترسی تأمین مالی نتایج	ملی	۱۳۸۳	نامشخص
۴۹	تبصره ۲ ماده ۳ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی	تاحدودی	حاکمیت و رهبری	دسترسی تأمین مالی نتایج	ملی	۱۳۸۳	نامشخص
۵۰	بندهای ۱، ۲ و ۳ ذیل بندی ماده ۶ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی	بله	تأمین مالی	تأمین مالی	ملی	۱۳۸۳	نامشخص
۵۱	بندهای الف، ب و ج ذیل ماده ۹ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی	تاحدودی	تأمین مالی، حاکمیت و رهبری	دسترسی تأمین مالی نتایج	ملی	۱۳۸۳	نامشخص
۵۲	بند ط ذیل ماده ۹ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی	بله	تأمین مالی	تأمین مالی	ملی	۱۳۸۳	نامشخص
۵۳	ماده ۱۰ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی	تاحدودی	تأمین مالی	تأمین مالی	ملی	۱۳۸۳	نامشخص

ادامه دارد

جدول ۵-۲: یافته‌های مرتبط با تحلیل محتوای این سیاست‌ها - ادامه

ردیف	عنوان سیاست (آدرس در قوانین و اسناد بالادستی و...)	پایه‌سازی (بله، تا حدودی، خیر)	کارکردهای نظام سلامت	ابعاد عدالت در سلامت (دسترسی، تأمین مالی و پیامد)	سطح سیاست (ملی یا منطقه‌ای)	تاریخ تصویب (سال)	ارزشیابی سیاست (نیل به هدف یا عدم تحقق سیاست)
۵۴	بند ۶ سیاست‌های کلی سلامت	تا حدودی	ارائه خدمت	دسترسی تأمین مالی نتایج	ملی	۱۳۹۳	نامشخص
۵۵	بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت	تا حدودی	ارائه خدمت، تأمین مالی، حاکمیت و رهبری	دسترسی تأمین مالی نتایج	ملی	۱۳۹۳	نامشخص
۵۶	بند ۸ سیاست‌های کلی سلامت	تا حدودی	فناوری اطلاعات سلامت، ارائه خدمت، تأمین مالی، حاکمیت و رهبری	دسترسی تأمین مالی نتایج	ملی	۱۳۹۳	نامشخص
۵۷	بند ۱-۸ سیاست‌های کلی سلامت	تا حدودی	فناوری اطلاعات سلامت، ارائه خدمت، نیروی انسانی	نتایج	ملی	۱۳۹۳	نامشخص
۵۸	بند ۳-۸ سیاست‌های کلی سلامت	خیر	فناوری اطلاعات سلامت، ارائه خدمت، نیروی انسانی، دسترسی به داروهای ضروری، تأمین مالی حاکمیت و رهبری	دسترسی نتایج	ملی	۱۳۹۳	نامشخص
۵۹	بند ۱ و ۹ سیاست‌های کلی سلامت	تا حدودی	تأمین مالی	دسترسی نتایج تأمین مالی	ملی	۱۳۹۳	نامشخص
۶۰	بند ۲-۹ سیاست‌های کلی سلامت		تأمین مالی	دسترسی تأمین مالی	ملی	۱۳۹۳	نامشخص
۶۱	بند ۷-۹ سیاست‌های کلی سلامت		ارائه خدمت، نیروی انسانی، تأمین مالی	دسترسی تأمین مالی نتایج	ملی	۱۳۹۳	نامشخص
۶۲	بند ۴-۱۰ سیاست‌های کلی سلامت	تا حدودی	تأمین مالی	تأمین مالی	ملی	۱۳۹۳	نامشخص

جدول ۵-۲: یافته‌های مرتبط با تحلیل محتوای این سیاست‌ها _ ادامه

ردیف	عنوان سیاست (آدرس در قوانین و اسناد بالادستی و...)	پایه‌سازی (بله، تا حدودی، خیر)	کارکردهای نظام سلامت	ابعاد عدالت در سلامت (دسترسی، تأمین مالی و پیامد)	سطح سیاست (ملی یا منطقه‌ای)	تاریخ تصویب (سال)	ارزشیابی سیاست (نیل به هدف یا عدم تحقق سیاست)
۶۳	بند ۱۳ سیاست‌های کلی سلامت	تا حدودی	نیروی انسانی	نتایج	ملی	۱۳۹۳	نامشخص
۶۴	ماده ۴ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور	تا حدودی	تأمین مالی	دسترسی تأمین مالی	بین‌المللی	۱۳۹۵	نامشخص
۶۵	تبصره ذیل بند ۱ بند ج ماده ۳۸ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور	خیر	حاکمیت و رهبری	دسترسی نتایج	ملی	۱۳۹۵	نامشخص
۶۶	بند الف ماده ۵۷ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور	تا حدودی	تأمین مالی، حاکمیت و رهبری	دسترسی تأمین مالی نتایج	ملی	۱۳۹۵	نامشخص
۶۷	تبصره ۱ ذیل بند الف ماده ۵۷ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور	تا حدودی	تأمین مالی	تأمین مالی	ملی	۱۳۹۵	نامشخص
۶۸	بندهای ۲، ۳ و ۴ ذیل بخش‌های کلی سیاست‌های کلی قانون برنامه اول توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	تا حدودی	ارائه خدمات، تأمین مالی	دسترسی تأمین مالی	ملی	۱۳۶۸	نامشخص
۶۹	بندهای ۵، ۶، ۷ و ۹ ذیل بخش خط-مشی‌های اساسی قانون برنامه دوم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	تا حدودی	حاکمیت و رهبری	تأمین مالی	ملی	۱۳۷۵	نامشخص

ادامه دارد

جدول ۵-۲: یافته‌های مرتبط با تحلیل محتوای این سیاست‌ها _ ادامه

ردیف	عنوان سیاست (آدرس در قوانین و اسناد بالادستی و...)	پایه‌سازی (بله، تاحدودی، خیر)	کارکردهای نظام سلامت	ابعاد عدالت در سلامت (دسترسی، تأمین مالی و پیامد)	سطح سیاست (ملی یا منطقه‌ای)	تاریخ تصویب (سال)	ارزشیابی سیاست (نیل به هدف یا عدم تحقق سیاست)
۷۰	تبصره ۹۴ قانون برنامه دوم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	تاحدودی	نیروی انسانی، تأمین مالی، حاکمیت و رهبری	دسترسی	ملی	۱۳۷۵	نامشخص
۷۱	ماده ۳۶ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	بله	حاکمیت و رهبری	دسترسی تأمین مالی	ملی	۱۳۸۶	نامشخص
۷۲	بندهای ۱ و ۲ ذیل ماده ۳۸ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	تاحدودی	تأمین مالی		ملی	۱۳۸۶	نامشخص
۷۳	بندهای ۱ تا ۵ ذیل بخش الف ماده ۱۹۲ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	تاحدودی	ارائه خدمت، تأمین مالی، حاکمیت و رهبری	دسترسی	ملی	۱۳۸۶	نامشخص
۷۴	بخش ب ماده ۱۹۲ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	تاحدودی	نیروی انسانی، تأمین مالی	تأمین مالی نتایج	ملی	۱۳۸۶	نامشخص
۷۵	بخش ب ماده ۱۹۳ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	تاحدودی	حاکمیت و رهبری	دسترسی	ملی	۱۳۸۶	نامشخص

ادامه دارد

جدول ۵-۲: یافته‌های مرتبط با تحلیل محتوای این سیاست‌ها _ ادامه

ردیف	عنوان سیاست (آدرس در قوانین و اسناد بالادستی و...)	پایه‌سازی (بله، تا حدودی، خیر)	کارکردهای نظام سلامت	ابعاد عدالت در سلامت (دسترسی، تأمین مالی و پیامد)	سطح سیاست (ملی یا منطقه‌ای)	تاریخ تصویب (سال)	ارزشیابی سیاست (نیل به هدف یا عدم تحقق سیاست)
۷۶	بخش ج ماده ۱۹۳ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	خیر	ارائه خدمات، حاکمیت و رهبری	دسترسی تأمین مالی	ملی	۱۳۸۶	نامشخص
۷۷	بند ج ماده ۱۹۷ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	تا حدودی	تأمین مالی	تأمین مالی	ملی	۱۳۸۶	نامشخص
۷۸	بند ۱ ذیل بخش ب ماده ۷ قانون هدفمند نمودن یارانه‌ها	بله	تأمین مالی	تأمین مالی	ملی	۱۳۸۸	نامشخص
۷۹	اصل ۳ قانون اساسی	خیر	ارائه خدمات، مالی، حاکمیت و رهبری	دسترسی تأمین مالی نتایج	ملی	۱۳۵۸	نامشخص
۸۰	اصل ۲۹ قانون اساسی	تا حدودی	تأمین مالی، حاکمیت و رهبری	دسترسی تأمین مالی نتایج	ملی	۱۳۵۸	نامشخص
۸۱	بند ۱ در اصل ۴۳ قانون اساسی	خیر		دسترسی تأمین مالی نتایج	ملی	۱۳۵۸	نامشخص
۸۲	ماده ۳۸ برنامه پنجم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	بله	تأمین مالی	تأمین مالی دسترسی	ملی	۱۳۸۹	نامشخص
۸۳	ماده ۱۸۱ برنامه پنجم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	تا حدودی	حاکمیت و رهبری	دسترسی	ملی	۱۳۸۹	نامشخص

ادامه دارد

جدول ۵-۲: یافته‌های مرتبط با تحلیل محتوای این سیاست‌ها _ ادامه

ردیف	عنوان سیاست (آدرس در قوانین و اسناد بالادستی و...)	پایه‌سازی (بله، تا حدودی، خیر)	کارکردهای نظام سلامت	ابعاد عدالت در سلامت (دسترسی، تأمین مالی و پیامد)	سطح سیاست (ملی یا منطقه‌ای)	تاریخ تصویب (سال)	ارزشیابی سیاست (نیل به هدف یا عدم تحقق سیاست)
۸۴	ماده ۲۵ بند الف برنامه ششم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	تا حدودی	حاکمیت و رهبری	دسترسی تأمین مالی نتایج	ملی	۱۳۹۵	نامشخص
۸۵	ماده ۲۶ برنامه ششم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	تا حدودی	تأمین مالی	دسترسی	ملی	۱۳۹۵	نامشخص
۸۶	بند ب ماده ۷۰ برنامه ششم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی		تأمین مالی، حاکمیت و رهبری	تأمین مالی	ملی	۱۳۹۵	نامشخص
۸۷	بند الف ماده ۷۲ برنامه ششم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	بله	حاکمیت و رهبری	دسترسی تأمین مالی نتایج	ملی	۱۳۹۵	نامشخص
۸۸	ماده ۷۴ برنامه ششم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	خیر	فناوری اطلاعات سلامت	دسترسی	ملی	۱۳۹۵	نامشخص
۸۹	بند ۱ و ۴ ماده ۳ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	تا حدودی	ارائه خدمت، تأمین مالی	دسترسی	ملی	۱۳۸۳	نامشخص
۹۰	ماده ۹۰ برنامه چهارم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	خیر	تأمین مالی	تأمین مالی	ملی	۱۳۸۳	نامشخص

ادامه دارد

جدول ۵-۲: یافته‌های مرتبط با تحلیل محتوای این سیاست‌ها - ا/د/مه

ردیف	عنوان سیاست (آدرس در قوانین و اسناد بالادستی و...)	پایه‌سازی (بله، تاحدودی، خیر)	کارکردهای نظام سلامت	ابعاد عدالت در سلامت (دسترسی، تأمین مالی و پیامد)	سطح سیاست (ملی یا منطقه‌ای)	تاریخ تصویب (سال)	ارزشیابی سیاست (نیل به هدف یا عدم تحقق سیاست)
۹۱	ماده ۹۱ برنامه چهارم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی	تاحدودی	ارائه خدمات، تأمین مالی	دسترسی تأمین مالی	ملی	۱۳۸۳	نامشخص
۹۲	ماده ۹۵ برنامه چهارم توسعه	تاحدودی	حاکمیت و رهبری	تأمین مالی	ملی	۱۳۸۳	نامشخص
۹۳	نقشه جامع علمی سلامت کشور	تاحدودی	حاکمیت و رهبری	دسترسی تأمین مالی نتایج	ملی	۱۳۸۹	نامشخص
۹۴	نقشه جامع علمی سلامت کشور	تاحدودی	حاکمیت و رهبری	دسترسی تأمین مالی نتایج	ملی	۱۳۸۹	نامشخص
۹۵	ضوابط ملی آمایش سرزمین	خیر	حاکمیت و رهبری، نیروی انسانی	دسترسی	ملی	۱۳۷۳	نیازمند بررسی در بلندمدت می‌باشد
۹۶	ضوابط ملی آمایش سرزمین	خیر	حاکمیت و رهبری، نیروی انسانی	نتایج	ملی	۱۳۷۳	نیازمند بررسی در بلندمدت می‌باشد
۹۷	ضوابط ملی آمایش سرزمین	خیر	دسترسی به داروهای ضروری، حاکمیت و رهبری	دسترسی	ملی	۱۳۷۳	نیازمند بررسی در بلندمدت می‌باشد
۹۸	ضوابط ملی آمایش سرزمین	خیر	حاکمیت و رهبری	تأمین مالی، دسترسی، نتایج	ملی	۱۳۷۳	نیازمند بررسی در بلندمدت می‌باشد
۹۹	بسته تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی	خیر	حاکمیت و رهبری، نیروی انسانی	عدالت در دسترسی و نتایج	ملی	۱۳۷۳	نیازمند بررسی در بلندمدت می‌باشد
۱۰۰	بسته تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی	خیر	حاکمیت و رهبری	عدالت در دسترسی و نتایج	ملی	۱۳۷۳	نیازمند بررسی در بلندمدت می‌باشد
۱۰۱	بسته تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی	تاحدودی	حاکمیت و رهبری، نیروی انسانی	عدالت در دسترسی و نتایج	ملی	۱۳۷۳	نیازمند بررسی در بلندمدت می‌باشد

ادامه دارد

جدول ۵-۲: یافته‌های مرتبط با تحلیل محتوای این سیاست‌ها _ ا/د/مه

ردیف	عنوان سیاست (آدرس در قوانین و اسناد بالادستی و...)	پایه‌سازی (بله، تاحدودی، خیر)	کارکردهای نظام سلامت	ابعاد عدالت در سلامت (دسترسی، تأمین مالی و پیامد)	سطح سیاست (ملی یا منطقه‌ای)	تاریخ تصویب (سال)	ارزشیابی سیاست (نیل به هدف یا عدم تحقق سیاست)
۱۰۲	بسته تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی	خیر	حاکمیت و رهبری، نیروی انسانی	عدالت در دسترسی و نتایج	ملی	۱۳۷۳	نیازمند بررسی در بلندمدت می‌باشد
۱۰۳	بسته تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی	خیر	حاکمیت و رهبری	عدالت در دسترسی و نتایج و تأمین مالی	ملی	۱۳۷۳	نیازمند بررسی در بلندمدت می‌باشد
۱۰۴	بسته تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی	خیر	حاکمیت و رهبری	دسترسی و نتایج	ملی	۱۳۷۳	نیازمند بررسی در بلندمدت می‌باشد

جمع‌بندی

امروزه با توجه به وجود چالش‌های عمده و مشکلات فراوان در برطرف ساختن نیازهای سلامت جمعیت، ایجاد دسترسی به خدمات سلامت برای آحاد جامعه و تأمین مالی خدمات سلامت به شیوه‌ای عادلانه، دولت‌ها نقش مرکزی‌تری در سیاست‌گذاری اجتماعی و مراقبت سلامت پیدا کرده‌اند. مشارکت و دخالت آن‌ها در هر دو زمینه عدالت و کارآیی، ضروری است؛ زیرا در بسیاری از کشورها بخش اعظمی از تهی‌دستان هنوز هیچ‌گونه دسترسی به مراقبت‌های پایه و اثربخش ندارند (۵). بررسی سیاست‌های مرتبط با عدالت در سلامت در هریک از ابعاد سه‌گانه بررسی شده در دوره‌های مختلف نشان می‌دهد که تغییر دولتها در شکل‌گیری سیاست‌ها موثر بودند و در واقع با تغییر مکتب اخلاقی حاکم در هر زمان، نوع نگاه‌ها در راستای برقراری عدالت در سلامت و ایجاد دسترسی به خدمات سلامت برای مردم متفاوت بوده است.

بر اساس بررسی انجام شده در خصوص شناسایی و تحلیل اسناد و سیاست‌های مرتبط با عدالت در سلامت، بیش‌تر سیاست‌های تدوین شده که به‌طور مستقیم و

غیرمستقیم به عدالت در سلامت ارتباط داشتند، با مضامین ایجاد دسترسی به خدمات سلامت برای مردم و ارتقای بهره‌مندی از این خدمات بودند. به نظر می‌رسد که این بعد از عدالت برای سیاست‌گذاران اهمیت بیش‌تری داشته است چرا که ارائه خدمت و دسترسی به آن به عنوان یکی از ورودی‌های نظام سلامت محسوب می‌شود که لازمه ارتقای سلامت می‌باشد؛ به عبارتی شرط لازم برای ارتقا عدالت در پیامدهای سلامت، ابتدا بهبود عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت می‌باشد.

در سیاست‌های مرتبط با ارتقای دسترسی به خدمات سلامت، عمدتاً به موضوعات پزشک خانواده، نظام ارجاع، سطح بندی و شبکه پرداخته شده است. آمارهای رسمی و مطالعات متعدد نشان می‌دهند که ایجاد سطح بندی و شبکه خدمات سلامت، به ویژه در مراقبت‌های اولیه سلامت تاثیر شگرفی در بهبود عدالت در دسترسی و پیامدهای سلامت، به ویژه در مناطق روستایی داشته است (۷،۶). در خصوص سیاست‌های برنامه پزشک خانواده، باید عنوان کرد که اگرچه برنامه پزشک خانواده یک قانون کشوری است و ارائه خدمات یکپارچه سلامت با محوریت عدالت بر مبنای نظام سطح بندی و ارجاع در قالب این برنامه در بند هشت سیاست‌های ابلاغی سال ۹۳، بند "ج" و "د" ماده ۳۲، بند "ج" ماده ۳۴، بند "الف" ماده ۳۵ در برنامه پنجم توسعه و بند "ث" ماده ۷۸ برنامه ششم توسعه و در بسیاری قوانین دیگر تاکید شده است. در مورد عدم اجرایی شدن این سیاست در کلیه شهرهای کشور، توجه به این نکته ضروری است که اجرای کامل این برنامه تنها وابسته به تعهد کامل وزارت بهداشت نیست و با میزان منابع، اختیارات و امکاناتی که از طرف مجلس به آن اعطا می‌شود نیز ارتباط مستقیم دارد. حتی با وجود تلاش و نظارت وزارت بهداشت، گاهی وجود تعارض منافع در ذینفعان و تلاش برای حفظ منافی که فکر می‌کنند با اجرای این طرح از دست می‌دهند، می‌تواند در جلوگیری از اجرای کامل طرح موثر باشد.

در زمان تدوین سیاست‌های مرتبط با مشارکت مالی عادلانه در خدمات سلامت، تعداد قابل توجهی از افراد در جامعه نیازمند حمایت برای دریافت خدمات سلامت بودند و در همین زمان نیز افرادی که درآمدهای بالاتر داشتند به‌طور برابر و در تساوی با افراد با درآمدهای پایین‌تر از کمکه‌های مالی دولت استفاده نمودند؛ چرا که توان مالی و وسع افراد هیچ نقشی در میزان و نحو برقراری آن‌ها از حمایت‌های مالی

دولت نداشت؛ این موضوع یکی از چالش‌های مهم نظام سلامت در برقراری عدالت در تأمین منابع مالی نظام سلامت می‌باشد که به نظر می‌رسد باید توسط سیاست‌گذاران مورد توجه قرار گیرد. با توجه به یافته‌های این مطالعه و تحلیل سیاست‌های مرتبط با عدالت در مشارکت مالی در هزینه‌های سلامت، انتظار می‌رود برای اینکه محتوای سیاست‌های منتخب بتوانند در راستای تحقق عدالت در سلامت قرار بگیرند، می‌بایست به‌طور مشخص و دقیق به بیان نحوه مشارکت افراد و میزان آن پردازند و در واقع مبانی محاسبه میزان مشارکت را به صورت کاملاً علمی و مستدل بیان نمایند و صراحتاً میزان مشارکت افراد را به توان مالی آن در پرداخت هزینه‌های سلامت و نه میزان استفاده آن‌ها از خدمات سلامت متصل نمایند. اما نکته دیگر وجود تناقض در محتوای یک سیاست واحد است که باعث می‌شود در عمل همپوشانی‌هایی در اجرای سیاست‌ها و میزان برخورداری مردم از کمک‌های مالی دولت را ایجاد نماید، که نمونه بارز آن تناقض بین ماده ۱۳ و ۱۴ قانون بیمه همگانی در مورد پرداخت حق بیمه روستاییان و افراد فاقد توان پرداخت است.

بررسی و تحلیل متن سیاست‌هایی که به بعد ارتقای عدالت در پیامدهای سلامت مرتبط بودند، نشان می‌دهند که بیش‌تر آن‌ها لزوم بهبود کیفیت در ارائه خدمات سلامت را مد نظر قرار داده‌اند، در واقع سیاست‌های کلان بررسی شده به‌طور مستقیم به ارتقای عدالت در پیامدهای سلامت را هدف قرار ندادند، بلکه در این سیاست‌ها لزوم ایجاد دسترسی به خدمات سلامت مطرح شده است یا کاهش مرگ‌ومیر و سایر پیامدهای سلامت به صورت کلی بیان شده‌اند. سیاست‌هایی که به‌طور اختصاصی راجع به بهبود پیامدهای سلامت به صورت عادلانه وجود دارند، غالباً به‌صورت دستورالعمل‌های اجرایی هستند که به دنبال اجرای سیاست‌های کلان تدوین می‌شوند. همانطور که پیش از این نیز بیان شد، تمرکز سیاست‌ها بر ایجاد درون داده‌ها می‌باشد با این پیش فرض که ایجاد زیر ساخت‌ها و دسترسی به خدمات سلامت، مهم‌ترین عامل تاثیر گذار بر ارتقای عدالت در پیامدهای سلامت می‌باشد.

بر اساس بررسی انجام شده در این فصل، نتیجه گرفته می‌شود که در زمینه ارتقای عدالت در سلامت، سیاست‌های متعددی تدوین شده است که به صورت همه‌جانبه کلیه ابعاد عدالت را پوشش می‌دهند. چیزی که باید بیش‌تر مورد توجه قرار گیرد ایجاد زمینه لازم به منظور اجرایی نمودن سیاست‌ها و مهم‌ترین

زیرساخت‌های مورد نیاز برای برقراری عدالت در سلامت می‌باشد. ایجاد یک زبان مشترک بین سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران کلان نظام سلامت به منظور ایجاد تعامل و همکاری بیش‌تر در راستای اجرای سیاست‌های مذکور نیز یکی دیگر از الزامات می‌باشد. این هم‌زمانی یا زبان مشترک می‌تواند از طریق افزایش آگاهی و مهارت افراد به واسطه آموزش و کسب تجربه ایجاد شود و می‌تواند منجر به ایجاد یک نگاه جامع و چندجانبه در افراد و در نتیجه فرآیند سیاست‌گذاری شود.

اکنون با اتمام فصول اول تا پنجم به ارائه تصویری شفاف از وضعیت موجود عدالت در نظام سلامت کشور و همچنین اهمیت این موضوع در اسناد و سیاست‌های کلان دست یافته‌ایم. در فصل بعدی (فصل ششم) به بررسی علل و ریشه‌های نابرابری‌های سلامت در کشور می‌پردازیم و سعی خواهیم کرد با شناسایی این علل به تفکیک هر یک از عوامل اجتماعی موثر بر سلامت به تبیین این موضوع بپردازیم که این علل چگونه بر عدالت در سلامت تاثیر می‌گذارند.

1. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization; 2000.
2. Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annu. Rev. Public Health*. 2006 Apr 21;27:167-94.
3. Marmot M, Wilkinson R, editors. *Social determinants of health*. OUP Oxford; 2005 Oct 13.
4. Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. 2007.
5. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The lancet*. 2012 Sep 15;380 (9846):1011-29.
6. Shadpour K. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 6 (4), 822-825, 2000. 2000.
7. Takian A, Doshmangir L, Rashidian A. Implementing family physician programme in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care network. *Family practice*. 2013 Oct 1;30 (5):551-9.

مهم‌ترین علل نابرابری‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران

نویسندگان: علیرضا اولیایی منش، عفت محمدی
محمد مهدی تدین، منال اعتمادی

پیام‌های اصلی

- ❖ بی‌عدالتی در سلامت صرفاً نتیجه عملکرد نامناسب و ناعادلانه نظام‌های سلامت نیست، بلکه علت اصلی ایجاد نابرابری‌های نظام‌های سلامت را باید در عواملی که ریشه در خارج از بخش سلامت قرار دارند جست و جو نمود.
- ❖ نقش عوامل اجتماعی در سلامت افراد و جوامع هم به‌صورت مستقیم و هم به‌صورت غیرمستقیم از طریق تاثیر بر محیط، رفتار و میزان دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت است.
- ❖ در کشور ما، مهم‌ترین عوامل بین‌المللی بروز نابرابری‌های سلامت، تاثیر تحریم‌های ناعادلانه اقتصادی علیه کشور بوده است.
- ❖ میزان تولید ناخالص داخلی، سطح اقتصادی خانوار، تورم کلی و تورم بخش سلامت، عواملی هستند که بر توانایی کشور در گسترش عدالت و پوشش خدمات سلامت و حمایت مالی خانوارها برای خرید و دسترسی به خدمات سلامت موثر می‌باشند.

- ❖ شفاف نبودن ارزش‌های مرجع در تصمیم‌گیری‌ها در بسیاری از موارد عدالت در سلامت را تحت تاثیر قرار می‌دهد.
- ❖ بین فقر و عدالت در سلامت رابطه منفی و معناداری وجود دارد. این رابطه گویای آن است که در شرایط فقر، خانوارها مجبورند از هزینه‌های ضروری خود مانند بهداشت، خوراک، پوشاک و... بکاهند.
- ❖ فقر عاملی اصلی در به‌وجود آمدن پیامدهای سلامتی ضعیف است. افراد بی‌بضاعت امید به زندگی پایین‌تر، شیوع بیماری‌های مزمن بیش‌تر و نیازهای سلامتی برآورده نشده بیش‌تری نسبت به گروه‌های با درآمد متوسط و بالا دارند.
- ❖ باسوادی از دو منظر در حوزه بهداشت و درمان دارای اهمیت می‌باشد نخست در بهبود وضعیت اقتصادی خانواده و دوم در سواد سلامت.
- ❖ ارتباط معنادار و منفی میان نرخ شهرنشینی و عدالت در سلامت وجود دارد.
- ❖ بی‌عدالتی چشمگیری در وضعیت سلامت به‌ویژه بر حسب میانگین امید به زندگی و تعداد مرگ‌ومیر افراد متعلق به گروه‌های اجتماعی - اقتصادی ساکنین استان‌های مختلف کشور وجود دارد.
- ❖ مناطق حاشیه‌ای در ایران جمعیت متراکمی دارند، از تسهیلات و امکانات کافی برخوردار نیستند و مسکن آنها برای زندگی مناسب نیستند. امکانات اولیه زندگی شامل آب آشامیدنی و فاضلاب ناسالم اند و موجب انتشار بیماری‌ها می‌شوند.
- ❖ پوشش بیمه همگانی عامل مهمی است که در افزایش عدالت در دسترسی مالی افراد به خدمات سلامت نقش دارد.
- ❖ از جمله علل مشارکت مالی ناعادلانه در نظام سلامت، عدم وجود یک رویکرد نظام‌مند جهت جمع‌آوری منابع به منظور بازتوزیع عادلانه منابع مالی، عدم مشارکت افراد دارای شغل‌های غیررسمی در پرداخت حق بیمه؛ عدم شناسایی افراد دارای توان مالی و عدم انجام سیاست‌گذاری‌های بلندمدت و آینده‌نگرانه در خصوص روش پوشش عادلانه خدمات سلامت می‌باشد.
- ❖ از جمله علل نابرابری‌ها در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت عبارتند از: عدم وجود سطح‌بندی در خدمات تخصصی و فوق تخصصی به منظور بهره‌مندی اقشار مختلف، نامتوازن بودن تعداد و نسبت تخت‌های بیمارستانی؛ به‌ویژه تخت‌های ویژه و تخصصی، عدم تدوین و اجرای سیاست‌های ارائه خدمت

- بر اساس نیازمندی‌های هر منطقه (ارائه خدمات سلامت، به ویژه خدمات بهداشتی تخصصی بر اساس چالش‌های بهداشتی هر منطقه صورت نمی‌گیرد).
- ❖ بیش از یک ششم بیماری‌ها در جهان ناشی از سوء تغذیه است، که این رقم در برخی از مناطق محروم ممکن است به یک‌سوم نیز برسد که خود نشان از نابرابری گسترده دارد.
 - ❖ آلودگی هوا عامل تشدید بیماری‌های قلبی، تنفسی، نازایی، سقط جنین و سرطان است؛ این مهم یکی از چالش‌های اصلی سلامتی در زندگی شهرنشینی است.
 - ❖ آب آشامیدنی ناکافی و ناسالم بودن آن به خصوص در مناطق کم درآمد از عوامل مهم و خطر ساز بهداشتی و نابرابری‌های سلامت محسوب می‌شوند.
 - ❖ حقوق بین‌المللی، دسترسی تمامی ملل بدون در نظر گرفتن سن، جنس، نژاد و یا قومیت به آب آشامیدنی سالم با قیمت مناسب را به رسمیت شناخته است.
 - ❖ زیستن در یک محیط زیست سالم و دسترسی عادلانه به فضاهای سالم شهری از جمله مولفه‌های اصلی عدالت فضایی و عدالت محیط زیستی در شهر به حساب می‌آید.
 - ❖ سرمایه اجتماعی بر سلامت تأثیر مستقیم دارد و مولفه‌های آن از قبیل اعتماد، تعاون و احساس تعلق اجتماعی باعث نوعی نشاط و شادابی می‌شوند؛ سرمایه اجتماعی، عوامل استرس‌زا را در زندگی کاهش داده و خطر این عوامل را کم می‌کند.
 - ❖ تکامل دوران اولیه کودکی تحت تاثیر وضعیت اجتماعی - اقتصادی خانواده است و محرومیت اجتماعی - اقتصادی به پیامدهای ناگوار در رشد و تکامل اولیه یک کودک منجر می‌شود.
 - ❖ یکی از بزرگ‌ترین مشکلاتی که روند برنامه‌ها و فعالیت‌های رشد و تکامل کودکان خردسال را در ایران کند می‌کند، نبود برنامه ملی برای این دوره سنی و نقص در اجرای برنامه‌های مقطعی موجود است به طوری که در هیچ یک از برنامه‌های توسعه قبلی، توجه ویژه‌ای به این حوزه نشده است.
 - ❖ معضل کودکان کار یکی از نمادهای واضح نابرابری‌های اجتماعی است که منجر به نابرابری‌های سلامت می‌شود. وضعیت سلامت کودکان کار در هر سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی بدتر از همسالان آنها است.

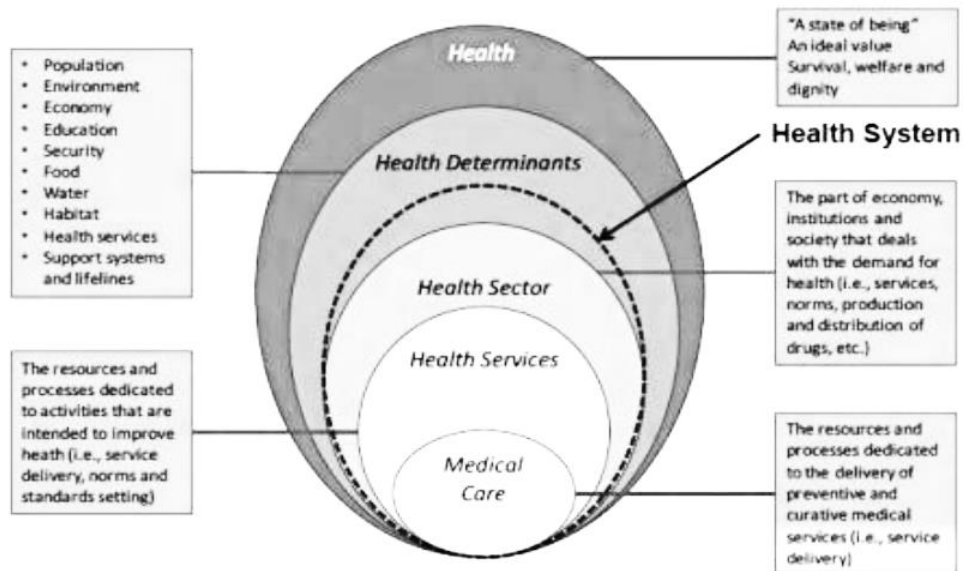
- ❖ فرایند سالمندی می‌تواند به اضمحلال ذهنی، جسمی و کاهش سال‌های فعال مورد انتظار و سالم زندگی منجر شود. تغییرات وضعیت سلامت با افزایش سن، بیشتر مزمن و پیشرونده هستند تا برگشت‌پذیر.
- ❖ با وجود شیوع بیش‌تر بیماری‌ها و عوارض ثانویه در افراد ناتوان، این افراد خدمات سلامت مورد نیاز خود را به‌طور متناسب دریافت نمی‌کنند و به همین دلیل میزان نیازهای مراقبت سلامت برآورده نشده در این گروه بیش‌تر از جمعیت عمومی است.
- ❖ زنان سرپرست خانوار از نظر مادی، روانی و عاطفی دارای مشکل بوده و استرس و اضطراب بیش‌تری را نسبت به سایر زنان تجربه می‌کنند و احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی در زنانی که طلاق گرفته‌اند و سرپرستی خانواده را نیز بر عهده دارند از متاهلین و کسانی که تنها زندگی می‌کنند بیش‌تر است.

مقدمه

در فصول قبل بیان شد که بی‌عدالتی در سلامت صرفاً نتیجه عملکرد نامناسب و ناعادلانه نظام‌های سلامت نیست، بلکه علت اصلی ایجاد نابرابری‌های نظام‌های سلامت را باید در عواملی که ریشه در خارج از بخش سلامت قرار دارند جست‌وجو نمود. کشورهای مختلف اقدامات سیاستی متعددی را در همه ابعاد عدالت در سلامت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت^۱ در نظر می‌گیرند تا بتوانند نابرابری‌های سلامت را کاهش و دسترسی عادلانه به خدمات سلامت را با یک مشارکت مالی عادلانه در جهت تحقق عدالت در پیامدهای سلامت ایجاد نمایند. این اقدامات که عموماً با تولیت وزارت بهداشت هر کشور صورت می‌گیرند، مشارکت همه سازمان‌ها و بخش‌های مختلف کشور را جلب می‌نماید تا بتوانند با مدیریت صحیح بر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و اقدامات خارج از بخش سلامت، در حیطه نظام سلامت و SDH، به بهبود عدالت در سلامت بپردازند. یک نظام سلامت^۲ متشکل از کلیه سازمان‌ها، موسسات، منابع و افرادی است که هدف اصلی آن‌ها بهبود سلامت است. اقدامات این نظام شامل تلاش برای تأثیر بر SDH و همچنین فعالیت‌های مستقیم‌تر

1. Social Determinant of Health (SDH)
2. Health System

برای بهبود سلامت است. نظام سلامت از طریق ترکیبی از اقدامات بهداشت عمومی و خدمات درمانی توسط بازیگران دولتی و غیر دولتی، مداخلات پیشگیرانه، درمانی و توان‌بخشی را ارائه می‌دهد. در نظام سلامت، هر عنصر به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم به هر عنصر دیگری متصل می‌شود. "بخش سلامت" حوزه کوچکتري از یک نظام سلامت است. بخش سلامت شامل سیاست‌ها و تولید اصلی سلامت در کشور می‌باشد. عوامل اجتماعی موثر بر سلامت نیز به شرایطی اطلاق می‌شود که افراد در آن به دنیا می‌آیند، رشد می‌کنند، کار می‌کنند، زندگی می‌کنند و می‌میرند که این عوامل بر سلامتی و کیفیت زندگی شان تأثیر می‌گذارد (۱، ۲). شواهد حاکی از آن است که هرچه فرد در شرایط اقتصادی-اجتماعی پایین‌تری باشد، وضعیت سلامتی نامطلوب‌تری نیز خواهد داشت (۲). نقش عوامل اجتماعی در سلامت افراد و جوامع هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم از طریق تأثیر بر محیط، رفتار و میزان دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت مشخص می‌شود (تصویر ۱-۶) (۳).



تصویر ۱-۶؛ جایگاه بخش سلامت، نظام سلامت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در ارتقای سلامت عادلانه

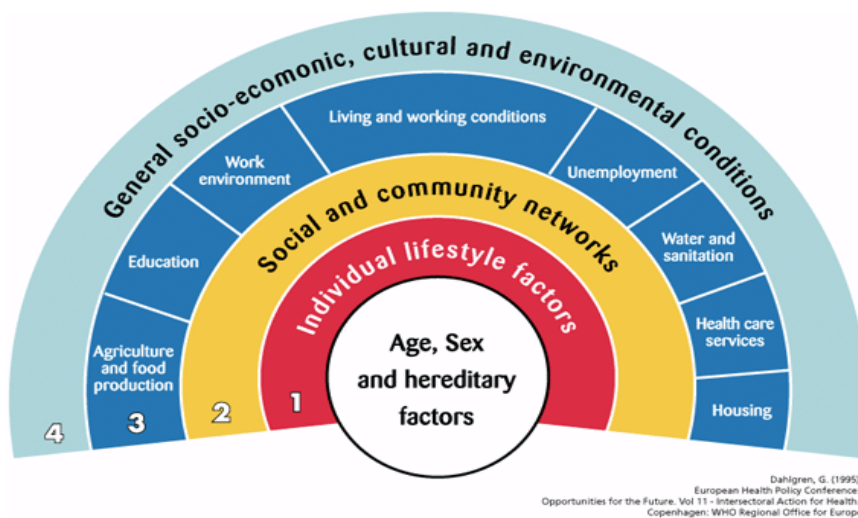
با توجه به توضیحات ارائه شده، دستیابی به عدالت در سلامت نیازمند تلاش اجتماعی برای رفع بی‌عدالتی‌های قابل اجتناب و نابرابری در خدمات سلامت می‌باشد (۴). عوامل اجتماعی سلامت به عنوان علت‌العلل^۱ سلامتی یا فقدان سلامتی مطرح می‌شوند. لذا، توجه به این عوامل موثرترین گلوگاه برای کاهش بار فزاینده مرگ و میر و بیماری‌ها، به ویژه بیماری‌های مزمن، و رفع بی‌عدالتی در سلامت است (۵). تاثیر مولفه‌های اجتماعی بر سلامت نشان می‌دهد راه حل‌های نابرابری‌های سلامت هم در درون و هم در خارج از نظام سلامت جای دارد. به عبارتی دیگر، عدالت در سلامت تنها از مجرای نظام سلامت دست‌یافتنی نیست، بلکه به حمایت و همکاری همه حوزه‌ها نیاز دارد (۱).

پیش‌تر تشریح شد که هدف عدالت در سلامت حذف همه تفاوت‌ها در وضعیت سلامتی جامعه نیست، بلکه حذف بی‌عدالتی در توزیع شرایط اقتصادی-اجتماعی، فیزیکی و قانونی است که به مراتب بر پیامد و رفتار سلامتی افراد تاثیرگذار است (۶). روشن است که در جوامع، تفاوت زیادی در وضعیت سلامت گروه‌های مختلف، جمعیت شهری و روستایی، مناطق مختلف جغرافیایی، گروه‌های مختلف اجتماعی وجود دارد. اگرچه تمام این اختلافات بی‌عدالتی محسوب نمی‌شوند، اما برخی می‌توانند به‌عنوان منشا بی‌عدالتی در سلامت در نظر گرفته شوند (۲). به همین دلیل بهترین استراتژی‌ها برای پیشرفت عدالت در سلامت، راهکارهایی هستند که عوامل اجتماعی موثر بر سلامت را هدف قرار می‌دهند (۷).

حدود چهار دهه است که عدالت در سلامت به‌عنوان یکی از اولویت‌های سازمان جهانی سلامت مطرح است. به‌طوری‌که در سال ۲۰۰۵، سازمان جهانی سلامت، کمیسیونی برای بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، و شناخت و اولویت بندی نقاط مداخله‌ای تشکیل داد که به بررسی تاثیر فاکتورهایی همچون فقر، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، مسکن، سواد و غیره بر سلامت انسان‌ها پردازد. در نتیجه این کمیسیون، برای تقویت نقش حمایتی خود در رفع اثر نامطلوب مولفه‌های اجتماعی موثر بر سلامت، فراخوان همکاری بین‌بخشی در نظام سلامت جهت اطمینان از شرایط اجتماعی عادلانه برای تضمین پیشرفت‌های موثر و پایدار سلامتی را صادر کرد (۵، ۸، ۹).

1. Cause of Causes

در فصل حاضر به بررسی علل و ریشه‌های نابرابری‌های موجود در سلامت خواهیم پرداخت. با توجه به تعریف جدید سازمان جهانی سلامت در خصوص تعریف سلامت که بیان می‌کند "سلامت نه تنها به معنای عاری بودن انسان از امراض گوناگون یا همان سلامت جسمی نیست بلکه سلامت روانی و اجتماعی و معنوی را نیز شامل می‌شود"، در سال‌های اخیر توجه ویژه‌ای به عوامل تهدید کننده سلامت توسط کشورها و سازمانهای جهانی معطوف گشته است؛ این عوامل در سلامت انسان نقش به‌سزایی دارند که اگر نادیده گرفته شوند رسیدن به اهداف سلامتی و برقراری عدالت در سلامت را محال می‌نمایند. لذا در این فصل بر اساس تصویر ۶-۲ که نشان‌دهنده لایه‌های مختلف اثر عوامل اجتماعی - اقتصادی تعیین‌کننده سلامت بر سلامت افراد می‌باشد، به معرفی علل و ریشه‌های نابرابری‌های سلامت در ج.ا. ایران خواهیم پرداخت و تبیین می‌نماییم که این عوامل چگونه بر سلامت و عدالت در سلامت تاثیرگذار هستند. این فصل ذیل مجموعه چهارده موضوع: سیاست‌های کلان بالادستی، وضعیت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی کشور، بیکاری، شغل، فقر و نابرابری درآمدی، سطح تحصیلات، محرومیت جغرافیایی، نظام سلامت، حوادث و سوانح ترافیکی، تغذیه، محیط زیست، سرمایه اجتماعی / سلامت اجتماعی، تکامل کودکان در سال‌های اولیه زندگی، گروه‌های آسیب‌پذیر، سبک زندگی ارائه خواهد شد.



تصویر ۶-۲؛ لایه‌های مختلف اثر عوامل اجتماعی - اقتصادی تعیین‌کننده سلامت بر سلامت فرد

سیاست‌های کلان بالادستی، وضعیت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی کشور

بر مبنای آنچه در تصویر ۶-۲ مشاهده می‌شود بیرونی‌ترین عواملی که بر سلامت افراد یک جامعه اثر می‌گذارند و باعث بی‌عدالتی در سلامت می‌شوند، سیاست‌های کلان بالادستی شامل سیاست‌های اقتصادی اجتماعی و فرهنگی در هر جامعه می‌باشد. این سیاست‌ها خود شرایط زندگی اجتماعی افراد یک جامعه از جمله شغل و شرایط کاری، شرایط زندگی، مسکن، غذا و کشاورزی و آموزش و ... را تحت تاثیر قرار داده و شکل می‌دهند. هنجارها و فرهنگ عمومی مردم و سیاست‌های فرهنگی نیز شبکه‌های اجتماعی یک جامعه و به نحوی انسجام اجتماعی جوامع را شکل می‌دهند. مجموع این عوامل بالا دستی بر سبک زندگی فرد و نهایتاً بر سلامت فرد موثرند. البته بیرونی‌تر از بقیه عوامل، سیاست‌ها و نظام‌های ناعادلانه جهانی است که بر سلامت نوع بشر موثر است و بسیاری از سیاست‌های داخلی کشورها تحت تاثیر و منتج از این نظام‌های ناعادلانه بین‌المللی مانند جنگ‌ها و تحریم و ... می‌باشد.

سیاست‌ها در یک واقعیت چند وجهی تدوین می‌شوند. تدوین و اجرای سیاست در زمینه ای روی می‌دهد که معنای تاریخی و توصیفی را برای این سیاست مشخص می‌کند. به عبارت دیگر، یک سیاست خاص تدوین شده در یک زمینه خاص بطور قطع به معنای ارتباط با زمینه آن و ایجاد برخی اثرات روی آن است. در نتیجه، وجود این سیاست‌ها، تعیین کننده بسیاری از زیر ساخت‌های بی‌عدالتی یا رفع بی‌عدالتی در سلامت هستند (۱۰).

به‌طور کلی، بررسی‌های صورت گرفته در راستای تاثیر سیاست‌های کلان کشور و وضعیت اقتصادی اجتماعی کلی بر عدالت در سلامت، نشان داده است که سیاست‌های متعدد و جامع در این خصوص وجود دارد؛ اما با وجود تعداد زیاد سیاست‌ها، می‌توان تناقض یا ابهاماتی در محتوای سیاست‌ها مشاهده نمود. احتمالاً این موضوع، در اجرای موفقیت آمیز این گروه از سیاست‌ها نیز موثر بوده است. لذا می‌توان نتیجه گرفت که احتمالاً بین اجرای موفق سیاست‌های منجر به افزایش یا کاهش بی‌عدالتی در نظام سلامت و تعداد آن‌ها ارتباط معناداری وجود ندارد. موضوعات مهم‌تری نظیر زمان مناسب برای در دستور کار قرار گرفتن، تدوین صحیح و تصویب سیاست، اجرا و ارزشیابی آن‌ها وزن بیش‌تری را در موفقیت سیاست‌ها و

تحقق عدالت در سلامت دارند. در ادامه به بررسی مهم‌ترین فاکتورهای کلان تاثیر گذار بر عدالت در سلامت طی چهار مقوله عوامل بین‌المللی، عوامل سیاسی، عوامل اقتصادی و عوامل اجتماعی- فرهنگی در کشور خواهیم پرداخت.

عوامل بین‌المللی

فاکتورهای بین‌المللی یکی از عوامل مهم تاثیر گذار بر عدالت در سلامت می‌باشند. فاکتورهای بین‌المللی به دلیل تاثیرگذاری کشورهای ثروتمند و پرچمدار باصطلاح حقوق بشر در دنیا بر دسترسی به خدمات سلامت و اعطای کمک‌های بین‌المللی در کشورهای جهان سوم مهم می‌باشند.

در کشور ما، مهم‌ترین عوامل بین‌المللی بروز نابرابری‌های سلامت، تاثیر تحریم‌های ناعادلانه اقتصادی علیه کشور بوده است. بررسی سال‌های تحریم (به ویژه در سال‌های ۸۵ تا ۹۲ و از سال‌های ۹۴ تا کنون) نشان می‌دهد دسترسی به خدمات ضروری سلامت، داروها به ویژه داروهای بیماران نادر کاملاً از این تحریم‌ها متاثر شده و در نتیجه نابرابری‌های سلامت بین مناطق جغرافیایی مختلف و طبقه‌های اقتصادی اجتماعی ضعیف‌تر تشدید شده است (۱۱، ۱۲). بر اساس مطالعات انجام شده، تحریم‌های اقتصادی عوامل اجتماعی سلامت را به خطر می‌اندازد، این تحریم‌ها نابرابری اقتصادی و شکاف سلامت را به ویژه در میان جمعیت‌های آسیب‌پذیر افزایش می‌دهند (۱۳).

عوامل سیاسی

منظور از بعد سیاسی، مسائل مربوط به حکومت به‌طور اعم و دولت به‌طور اخص است. بنابراین ابعاد سیاسی در کشور مربوط به قدرت و اراده سیاسی و قوای سه‌گانه می‌باشد. از موارد مهم تاثیرگذار بر سیاست‌گذاری‌های کلان کشور در هر موضوعی عوامل سیاسی می‌باشند، تحلیل مطالعات مختلف نشان می‌دهند که نخستین عامل سیاسی تاثیر گذار بر اجرای سیاست‌های سلامت، ساختار سیاسی قدرت است. به این معنی که قدرت یکپارچه نیست و از بخش‌های مختلفی صادر می‌شود و علاوه بر این تصمیم‌گیری برای تدوین برنامه‌ها و سیاست‌های کلان و بین‌بخشی سلامت، فرایندی طولانی را بین دستگاه‌های مختلف طی می‌کند (۱۴).

فقدان اراده سیاسی وزیر بهداشت برای اجرای سیاست‌ها یکی دیگر از عوامل سیاسی تأثیرگذار بر اجرای برنامه‌ها می‌باشد. بی‌ثباتی داخلی و نبود محیط آرام و بی‌تلاطم، تحریم‌ها و تنش در روابط خارجی، منافع پنهان قانون‌گذاران، مجریان و ناظران و درنهایت عدم مشارکت مجریان در تدوین برنامه‌ها، جزو عوامل سیاسی هستند که باعث عدم اجرای سیاست‌های نظام سلامت می‌شوند (۱۴). در فصل گذشته نیز مشاهده شد که سیاست‌های متعددی در این خصوص وجود دارد که به دلیل عوامل مختلف، درصد بالایی از آن‌ها اجرا نشده‌اند (۱۱).

یافته‌ها نشان می‌دهند که اگرچه سیستم کلان سیاسی کشور ما پایدار می‌باشد، سیستم‌های مدیریتی به شدت ناپایدار می‌باشند که این موضوع هم سیاست‌گذاری و هم اجرای قوانین و سیاست‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. وجود این زمینه یعنی ناپایداری مدیریتی در کشور توجیه کننده عدم اجرای برخی قوانین و سیاست‌ها در راستای ارتقای عدالت در سلامت می‌باشد، از جمله قوانین مرتبط با برنامه‌های توسعه کشور.

عوامل اقتصادی

یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر نابرابری‌های موجود در سلامت، فاکتورهای اقتصادی کلان، منابع مالی و پول می‌باشد. اگرچه تأثیر و تحلیل فاکتورهای اقتصادی بر عدالت در سلامت پیچیده می‌باشد، لیکن به‌طور کلی نتیجه مطالعات نشان‌دهنده تأثیر مثبت مستقیم بهبود وضعیت اقتصاد کشور بر عدالت در سلامت می‌باشد؛ به این معنا که در شرایط رونق اقتصادی، اقبال به گسترش عدالت بیش‌تر بوده است و بالعکس.

میزان تولید ناخالص داخلی (GDP)^۱، سطح اقتصادی خانوار، تورم و تورم بخش سلامت، عواملی هستند که بر توانایی کشور در گسترش عدالت و پوشش خدمات سلامت و پوشش خانوارها برای خرید و دسترسی خدمات سلامت موثر می‌باشند. به عنوان مثال، سیاست‌گذاران در صورت مشاهده سطح اقتصادی پایین خانوار و وضعیت کلان اقتصادی مناسب ممکن است به فکر افزایش تعهدات مشمول بیمه پایه بيفتند، چنانچه این اتفاق در برنامه تحول نظام سلامت رخ داد (۱۵). میزان تورم در

1. Gross Domestic Production (GDP)

کشور یکی از مهم‌ترین شاخص‌های اقتصادی می‌باشد، گفته می‌شود تورم مالیات فقرا است به نفع اغنیا. وجود تورم به تشدید بی‌عدالتی در کشور بخصوص بی‌عدالتی در سلامت کمک می‌کند.

بر اساس نتایج به دست آمده، میان تورم عمومی کشور و همچنین تورم در حوزه بهداشت و درمان با عدالت در سلامت رابطه منفی و معنادار وجود دارد و بالعکس، میان تورم با فقر رابطه چند بعدی مثبت وجود دارد یعنی تورم بالا به ایجاد فقر کمک می‌کند و موجب آسیب به عدالت می‌شود. در تبیین نتایج حاصله می‌توان اشاره کرد نرخ تورم بالا در حوزه سلامت در دو حوزه عرضه (کیفیت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی) و تقاضای بخش سلامت تأثیرگذار است، به طوری که با روند روبه رشد تورم، تقاضا برای خدمات سلامت کاهش می‌یابد و سلامت افراد به دلیل سرکوب نیازهای درمانی با خطر رو به رو می‌شود، به ویژه درمورد در مان‌های اساسی که هزینه بر است. در حوزه عرضه نیز ارائه‌دهندگان خدمت به علت وجود تورم و ناکافی بودن دستمزدها از کیفیت و کمیت خدمات خود می‌کاهند و در نتیجه به طور همزمان از اثربخشی و کیفیت خدمات و مراقبت‌های پزشکی کاسته خواهد شد (۱۶).

همچنین با بروز تورم شدید و افزایش نرخ ارز، خانوارها سالانه مبالغ قابل ملاحظه‌ای بابت جبران تورم یا افزایش بهای دارو و خدمات پرداخت می‌کنند و بسیاری از خانوارهای فقیر ترجیح می‌دهند به جای فقیرتر شدن از استفاده از خدمات درمانی اجتناب کنند. بنابراین بهبود متغیرهای اقتصادی اثرگذار، می‌تواند در کاهش نابرابری‌های استفاده از مراقبت‌های سلامت مؤثر باشد. از طرفی دیگر دسترسی کافی به مراقبت سلامت به‌عنوان هدف بسیار مهم سیاست‌گذاری سلامت محسوب می‌شود که اثرات فقر را محدود کرده و نابرابری‌ها را تقلیل می‌دهد (۱۷).

عوامل اجتماعی - فرهنگی

عدالت در سلامت و سیاست‌های مرتبط با آن، علاوه بر اینکه مسئله‌ای سیاستی می‌باشد، دارای بعد فرهنگی نیز می‌باشد. سطوح اجتماعی - فرهنگی مختلف، و مردمی با فرهنگ‌های بسیار متفاوت در کشور بر وضعیت نابرابری‌ها تأثیرگذار می‌باشند. مثلاً تفاوت در اعتقاد به استفاده یا عدم استفاده از خدمات در بین برخی اقوام کشور. از طرف دیگر سطح انتظارات مردم کشور با این تفکر که کشور ما دارای

ذخایر نفتی و ثروتمند است، بالا می‌باشد و انتظار دارند دسترسی به همه خدمات قابل ارائه در نظام سلامت برای آن‌ها وجود داشته باشد، این مسئله باعث می‌شود سیاست‌گذاران تلاش خود را در جهت افزایش تعهدات بنمایند، به طوری که صرفاً دسترسی به خدمات را افزایش دهند.

شفاف نبودن ارزش‌های مرجع در تصمیم‌گیری در بسیاری از موارد عدالت در سلامت را تحت تاثیر قرار می‌دهد. اخلاقیات و پشتوانه‌های تئوریک هر نظام سلامت بر عملکرد و رفتار آن نظام تاثیر دارد و این جایی است که تناقض و تضاد بین کارایی و عدالت اتفاق می‌افتد. نظام‌های سلامت بسیاری اوقات در دو راهی کارایی و عدالت قرار می‌گیرند و مجبورند یکی را انتخاب کنند مثلاً هزینه منابع برای بیماران سرطانی که تعداد کمی در هر جامعه هستند و درمان آن‌ها بسیار گران و غیراثربخش است و یا هزینه همان منابع محدود برای مداخلاتی مانند واکسیناسیون جمعی که جمعیت بیش‌تری را تحت پوشش قرار می‌دهد و موثرتر می‌باشد که خود این موضوع می‌تواند نابرابری بین گروه‌های مختلف بیماران، از نظر تخصیص عادلانه منابع، ایجاد نماید (۱۱).

به‌طور خلاصه بررسی‌های انجام‌شده در این فصل نشان می‌دهد:

- ❖ بسیاری از قوانین که به‌طور مستقیم به برقراری عدالت در سلامت اشاره دارند در چهار دهه اخیر در کشور تدوین شده‌اند.
- ❖ برخی قوانین و سیاست‌ها که با اجرای آنها می‌توانستیم شاهد اثرات مطلوب بر عدالت در سلامت باشیم، متأسفانه اجرا نشده است.
- ❖ در قوانین و اسناد بالادستی نشانه‌هایی از تعارض در قوانین سلامت و عملکردهای نظام سلامت در راستای برقراری عدالت در سلامت دیده شده است.
- ❖ یکی از الزامات مهم برای نیل به عدالت در سلامت، بررسی قوانین و سیاست‌ها با اصول و چارچوب عدالت در سلامت قبل از ابلاغ برای اجرا از سوی کارشناسان و متخصصان این حوزه است.
- ❖ حذف تعارض منافع لازمه برقراری عدالت در سلامت در نظام سلامت خصوصاً در سطح کلان و حاکمیت نظام سلامت است.

- ❖ نگرش‌ها و نگاه‌های بخشی و موضوعی در برقراری عدالت در سلامت به جای نگاه کلان‌گشاها مشاهده می‌شود.
- ❖ کمبود دانش مطلوب در سطح سیاست‌گذاران، تصمیم‌گیرندگان و مدیران ارشد نظام سلامت کشور از مفهوم عدالت در سلامت و راه‌های شکل‌گیری آن مشاهده می‌شود.
- ❖ عدم وجود نهادهای نظارتی به منظور پایش و رصد اثرات سیاست‌ها و اقدامات نهادها و سازمان‌ها بر عدالت در سلامت به اجرای درست قوانین آسیب زده است.

بیکاری، شغل

بر اساس نتایج مطالعات بررسی شده، رابطه منفی و معناداری بین بیکاری و عدالت در سلامت وجود دارد. در تبیین این رابطه می‌توان اشاره کرد آنچه برای جمعیت کشور به عنوان یک چالش در ایجاد نابرابری در سلامت مطرح شود، وجود بیکاری و نداشتن درآمد در گروه سنی فعال و متعاقب آن ناتوانی در خرید خدمات سلامت است به طوری که افرادی که به مدت طولانی در معرض بیکاری و به تبع آن محدودیت‌های اقتصادی قرار می‌گیرند متحمل آسیب‌پذیری بیش‌تری از شرایط محیطی و اجتماعی و اقتصادی می‌شوند و این موضوع عامل مهمی در کاهش توان اقتصادی افراد جهت خرید خدمات بهداشتی و درمانی است، علاوه بر آن بیکاری یک عامل بالقوه در ایجاد بیماری‌های روانی و قرار گرفتن در معرض آسیب‌های اجتماعی محسوب می‌شود که می‌تواند حوزه سلامت را متأثر کند. در تبیین این رابطه می‌توان به نظریه‌های موقعیتی و ساختاری فقر اشاره داشت؛ همچنین، بر اساس یافته‌های مطالعه، رابطه میان اشتغال و عدالت مثبت بوده و رابطه میان بیکاری و عدالت منفی می‌باشد؛ این بدان معناست که با افزایش اشتغال، عدالت در سلامت نیز افزایش می‌یابد. اشتغال موجب می‌شود قدرت خرید خدمات بهداشتی و درمان خانوار افزایش یابد و دسترسی بیش‌تر برای رفع نیازها مهیا شود (۱۸). در ادامه تاثیر بیکاری و شغل بر سلامت و نابرابری‌های سلامت را در سه مقوله بیکاری، نابرابری به دلیل تفاوت پوشش بیمه‌های سلامت برحسب اشتغال و نابرابری‌ها در افراد دارای مشاغل غیررسمی ارائه خواهیم داد.

بیکاری

بیکار^۱ در اقتصاد به فردی گفته می‌شود که در سن کار (۱۵ تا ۶۵ سال) و جویای کار باشد، تمام خصوصیات کار کردن را داشته باشد، اما شغل یا منبع درآمدی پیدا نکند. بیکاری مهم‌ترین علت افزایش بزه‌کاری‌های اجتماعی و مادر بسیاری از معضلات اجتماعی است و عاملی برای از دست رفتن مهارت‌ها، کاهش سطح سلامت، درآمد و افزایش ریسک فقر در بلندمدت است. در برخی مطالعات بیش از ۴۰ ناهنجاری اجتماعی به بیکاری نسبت داده شده است و ریشه‌کنی بیکاری باعث رفع این ناهنجاری‌ها می‌شود. آنچه باعث اشتغال می‌شود تولید است و تاکید بر تولید که شعار سال‌های اخیر کشور توسط مقام معظم رهبری بوده است، راهکار اساسی رفع ناهنجاری‌ها و نابرابری‌های اجتماعی و مقابله با تحریم‌های ظالمانه است. نخستین تأثیر بیکاری، کاهش درآمد خانوار است، با کاهش درآمد خانوارها ناشی از بیکاری، بسیاری از نیازهای بهداشتی و درمانی مرتفع نخواهد شد و کاهش رفاه خانوار از دیگر تبعات سوء بیکاری در عرصه اجتماع است به طوری که این معضل اجتماعی نه فقط یک خانوار، بلکه کل جامعه را می‌تواند تحت تأثیر قرار دهد. بیکاری و سلامت دارای رابطه علیت دوطرفه هستند، بدین معنی که سلامت تأثیر منفی و معنی‌دار بر بیکاری و بیکاری تأثیر منفی و معنی‌دار بر سلامت دارد. تأثیر منفی بیکاری بر سلامت جامعه ایرانی شامل مخاطرات روانی، مخاطرات جسمی، مشکلات خانوادگی و مخاطرات اجتماعی - اقتصادی است. مخاطرات روانی ناشی از بیکاری در ایران شامل کاهش سلامت روان، افزایش نرخ خودکشی و خودسوزی، استرس در افراد بیکار، ننگ بیکاری و فقدان اعتماد به نفس و مخاطرات جسمی شامل بروز بیماری‌های مزمن، سرطان خون و کاهش شاخص‌های سلامت در جمعیت است. احساس حقارت، افزایش استرس و کاهش سطح زندگی خانوار، مشکلات خانوادگی ناشی از بیکاری و ایجاد نابرابری و بی‌عدالتی، سوءمصرف مواد مخدر، انزوای اجتماعی و کاهش سلامت اجتماعی مخاطرات اجتماعی - اقتصادی آن است (۱۹).

نابرابری به دلیل تفاوت پوشش بیمه‌های سلامت بر حسب اشتغال

نظام بیمه سلامت کشور در ابتدای فعالیت خود مبتنی بر بازار نیروی کار بود. قانون تأمین اجتماعی در سال ۱۳۳۱ توسط مجلس تصویب و در سال ۱۳۵۴ اصلاح شد

1. Unemployed

که به موجب آن دریافت پوشش بیمه اجتماعی از سازمان تأمین اجتماعی برای تمام کارگران (شامل کارگران رسمی بخش خصوصی و کارکنان قراردادی دولت) اجباری شد. در سالیان بعد پوشش سازمان تأمین اجتماعی به خویش فرمایان (افرادى که کارگرانی را در استخدام خود دارند یا توسط سازمان تأمین اجتماعی به عنوان شاغل تایید شده‌اند و تحت پوشش قوانین حمایتی ویژه قرار ندارند، افراد پاره وقت شاغل مثلاً مغازه‌داران، خیاط‌ها و پیرایشگران)، افراد فاقد دستمزد (افرادى که در حال حاضر استخدام نیستند اما مشمول دریافت مزایا هستند، بیش از ۵۵ سال ندارند و دارای سابقه ۳۰ روزه پرداخت مشارکت هستند) و سایر افراد دستمزد بگیر (رانندگان، خدمتگزاران مساجد، افراد محروم و نیازمند تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی، سرایداران، مشمولان طرح خویش فرمایان و اشتغال آفرینان تحت پوشش بنیاد شهید، نویسندگان و هنرمندان) گسترش یافت.

با عنایت به موارد فوق، شکل‌های نابرابری در بیمه‌شدگان سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر مختلف، به صورت زیر می‌باشد:

- ❖ عدم برخورداری خویش فرمایان سازمان تأمین اجتماعی از مزیت رایگان بودن مراکز ملکی سازمان برخلاف سایر بیمه‌شدگان این سازمان؛
- ❖ مزیت اشتغال در سازمان‌ها یا وزارتخانه‌های دارای منابع مالی غنی‌تر: ۱۷ صندوق کوچک توسط کارفرمایان دولتی (مانند شرکت‌های نفتی دولتی، بانک‌های دولتی، شرکت‌های حمل و نقل، صدا و سیما، تعاونی‌ها و مجلس شورای اسلامی) وجود دارد که پوشش بیمه‌ای برای کارکنان خود و اعضای خانواده آن‌ها ارائه می‌دهند و دارای منابع مالی کافی برای ارائه بسته بیمه غنی‌تر هستند (۲۰).
- ❖ تفاوت در امکان مراجعه به ارائه‌دهندگان خدمات بر حسب نوع اشتغال یا دسترسی به فرصت اشتغال؛
- ❖ تفاوت در نوع نظام ارائه خدمت بر حسب دسترسی به فرصت اشتغال؛
- ❖ برخورداری از حمایت دولت در پرداخت حق بیمه بر حسب وضعیت اشتغال؛
- ❖ امکان برخورداری از خدمات بیمه مکمل وابسته به اشتغال: درآمد بالا، وضعیت بازار کار، معافیت‌های شغلی از پرداخت حق بیمه و سایر متغیرهای اقتصادی، مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های برخورداری از بیمه تکمیلی در ایران است (۲۱).

به‌طور کلی ارتباط بین مشارکت‌های دستمزد- محور و استحقاق دریافت خدمات سلامت منجر به بروز شکاف‌هایی در مورد افرادی می‌شود که در بازار کار حضور ندارند. این مشکل را می‌توان از طریق اتکای بیش‌تر به درآمدهای بودجه‌ای عمومی ایجاد شده از طریق مالیات‌های مستقیم و غیرمستقیم برطرف کرد، تا تضمین شود که افراد شاغل فاقد حقوق منظم از خدمات سلامت بهره‌مند می‌شوند (۲۲). بیمه سلامت در ایران عمدتاً بر اساس شغل تعریف شده است. بیمه کارکنان دولت، بیمه کارگران، بیمه نیروهای مسلح. اما در مورد صندوق روستایی، روستایی بودن شغل نیست. سازوکار پوشش صندوق روستایی مبتنی بر منطقه جغرافیایی است بنابراین یک فرد روستایی می‌تواند کارمند دولت یا تحت پوشش تأمین اجتماعی باشد. راه چاره این است که صندوق بزرگ بیمه سلامت ملی در کشور با ادغام صندوق‌های غیرمبتنی بر شغل شکل داده شود. یعنی صرف‌نظر از اینکه فرد در روستا یا شهر زندگی کند، هر کس شغل غیررسمی دارد و کارفرما ندارد به این شکل تحت پوشش قرار گیرد.

نابرابری‌ها در افراد دارای مشاغل غیررسمی

نسبت نیروی کار غیرحاضر در برنامه تأمین اجتماعی در کشور ۶۵/۸ درصد و نسبت خویش‌فرمایی به کل اشتغال در حد فاصل سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۶، ۴۶/۸ درصد بوده است که نشان دهنده نرخ بالای اقتصاد غیررسمی در کشور است (۲۳). بخش غیررسمی اشتغال شامل کارکنان خویش‌فرما می‌باشد که در نظام مشاغل طبقه‌بندی شده در بیمه‌های اجتماعی، در گروه کارکنان بدون کارگاه ثبت شده یا بدون یک کارفرمای حقوقی فعالیت دارند. مقررات حاکم بر فعالیت‌های اقتصادی، راهبردهای اقتصادی نامناسب، رشد شهرنشینی، رشد بالای جمعیت، مکانیزه شدن کشاورزی و مهاجرت نیروی کار از روستا به شهر از عوامل موثر بر رشد بخش غیررسمی اشتغال هستند. این افراد اغلب تحت پوشش قرار ندارند و تنها در زمان نیاز به خدمات بستری، متقاضی دریافت خدمات بیمه درمانی می‌شوند. وضعیت نامناسب بهداشتی در محیط کار و شرایط زندگی این گروه از جمعیت و خانوار تحت پوشش آن‌ها و برخورد با عوامل خطر ساز بیماری و سوء تغذیه، موجب شده است که این جمعیت بیش از سایر گروه‌ها، نیازمند استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی باشند. این

مشکل نیز موجب می‌شود که این جمعیت در زمان بیماری بخش زیادی از درآمد خود را صرف هزینه‌های سلامت نمایند. کارکنان کم درآمد یا بیکار در بخش غیر رسمی اشتغال، اغلب با محرومیت از ایمنی شغلی و خدمات سلامت، نسبت به شاغلین در بخش رسمی با مشکلات بیش‌تری روبرو هستند و به این دلیل، همیشه نیاز ارضا نشده‌ای به خدمات و مراقبت‌های سلامت دارند.

نرخ رشد سالانه هزینه‌های سلامت خانوارهای کم درآمد در سه دهک اول شهری که جمعیت فعال آن‌ها شاغل در بخش غیررسمی هستند و جزو جمعیت بازمانده از پوشش مستمر بیمه‌های اجتماعی درمان می‌باشند، از نرخ رشد سالانه هزینه‌های مصرفی آن‌ها بالاتر است. به ازای ۱۰ درصد افزایش در نرخ بیکاری در جمعیت سه دهک اول فعال شهری، نوسان در تغییرات هزینه سلامت این خانوارها ۰/۱ درصد کاهش می‌یابد.

اجباری نبودن بیمه اجتماعی درمان در بخش غیررسمی اشتغال و جمعیت کم درآمد، باعث می‌شود پوشش بیمه درمانی آنان به صورت توافقی، انتخابی و غیرمستمر باشد و بنابراین مزایای بیمه درمان آن‌ها کم‌تر از کارکنان مزد و حقوق‌بگیر است (۲۴). اشتغال به مشاغل کاذب و مرتبط با جرم و جنایت، فقدان حرفه ایمن و سالم، عدم امنیت شغلی و استرس شغلی از مهم‌ترین مشکلات مرتبط با اشتغال افراد زاغه نشین است. این افراد از سطح بالایی از استرس به واسطه خطر بالای کارشان رنج می‌برند، منزوی شده و برای رهایی از شرایط بد اقتصادی و اجتماعی خود به اعتیاد گرایش پیدا می‌کنند (۲۵).

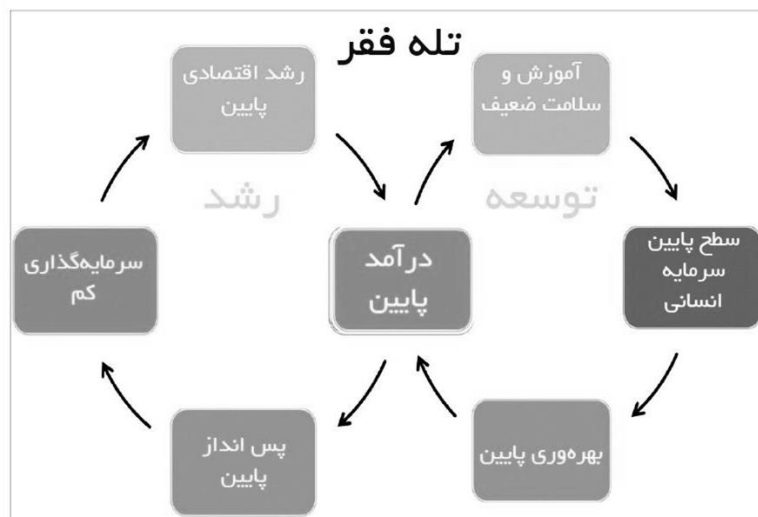
فقر و نابرابری درآمدی

یافته‌های مطالعات متعدد نشان می‌دهند بین فقر و عدالت در سلامت رابطه منفی و معناداری وجود دارد. این رابطه گویای آن است که در شرایط فقر خانوارها مجبورند از هزینه‌های ضروری خود مانند بهداشت، خوراک، پوشاک و... بکاهند. در این وضعیت فقر عامل اصلی برآورده نشدن نیازهای سلامت افراد فقیر است و گاهی خانوارها جهت تأمین هزینه‌های سلامت، اقدام به فروش دارایی و یا استقراض می‌کنند و تأمین هزینه‌های سلامت عامل ایجاد فقر خانوار محسوب می‌شود. در برخی مطالعات، استمرار فقر طی سال‌های مورد بررسی منجر شده افراد در خرید

برخی از کالاهای مصرفی و خدمات بهداشتی و درمانی صرفه‌جویی کنند. این رابطه لزوم پرداختن به مسئله "فقر" و "محرومیت اجتماعی" که دو مفهوم مرتبط با هم هستند، را نشان می‌دهد که افراد فقیر به‌طور سیستماتیک از فرصت‌ها و منابع جامعه که برای افراد قابل دسترسی است، محروم هستند و بخشی از افراد جامعه توانایی وارد شدن در چرخه رفع نیاز سلامت را نداشته و سلامت آن‌ها نیز در معرض خطر قرار می‌گیرد و سایه سنگین عدم توازن در توزیع امکانات باعث می‌شود مناطق برخوردار، کم برخوردار و محروم در پهنه کشور شکل گیرند (تصویر ۶-۳) (۱۸). در ادامه به چگونگی تاثیر فقر و نابرابری درآمدی طی سه مقوله: نابرابری در سلامت بر اساس سطح درآمد، ضریب جینی و مسکن می‌پردازیم.

نابرابری در سلامت بر اساس سطح درآمد

فقر مهم‌ترین علت بیماری و ناتوانی قابل پیشگیری است. گروه‌های فقیر نه تنها بار بیماری بیش‌تری دارند، بلکه شیوع بیماری‌های مزمن و معلولیت در آنان در سنین جوان‌تری اتفاق می‌افتد. فقرا بیش‌ترین بار بیماری را به دوش می‌کشند ولی سهم کم‌تری از مراقبت‌های سلامت دارند که از آن تحت عنوان مراقبت‌های معکوس (۲۳)



تصویر ۶-۳؛ رابطه فقر، توسعه اقتصادی و سلامت

نام برده می‌شود (۲۶). فقرا نه تنها با موانع مالی برای دسترسی به خدمات سلامت مناسب مواجه‌اند بلکه نسبت به هزینه‌های بالای مشکلات سلامت آسیب‌پذیرترند که آن‌ها را به فقر بیش‌تر می‌کشاند (۲۷).

فقر یک عامل اصلی در پیامدهای سلامتی ضعیف است. افراد بی‌بضاعت امید به زندگی پایین‌تر، شیوع بیماری‌های مزمن بیش‌تر و نیازهای سلامتی برآورده نشده بیش‌تری نسبت به گروه‌های با درآمد متوسط و بالا دارند. عوامل مرتبط با درآمد پایین مانند سواد پایین، سکونت در مناطقی با سطوح بالای آلودگی نیز در سلامت ضعیف نقش دارد. رابطه علیتی بین فقر و سلامت نامناسب یک‌طرفه نیست. سلامت ضعیف یک عامل درآمد کم و فقر است. افراد مبتلا به شرایط مزمن عمدتاً فقیرند، زیرا نمی‌توانند کار کنند و افرادی که به‌طور ناگهانی دچار بیماری می‌شوند بعد از از دست دادن شغل خود اغلب فقیر می‌شوند. به علاوه افراد با بیماری‌های مزمن اغلب به سختی به مراقب‌های پزشکی دسترسی پیدا می‌کنند، زیرا به اندازه کافی به خود توجه نمی‌کنند، ارائه‌دهندگان خدمات بسیار کمی در اطرافشان وجود دارد و فقیر می‌مانند چون نمی‌توانند کار کنند (۲۸).

بررسی‌ها نشان می‌دهد که دهک‌های بالای درآمدی شهرنشین در ایران بیش از ۱۰ برابر دهک‌های پایین، خرج خانوار خود در بخش بهداشت و درمان کردند. همچنین پردرآمدهای روستایی ۱/۸ برابر فقرا برای بهداشت و درمان خانوارهای خود هزینه کردند (۲۹). میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت در کشور با درآمد رابطه مستقیم دارد و در گروه‌های بی‌بضاعت به میزان قابل توجهی کم‌تر از سایرین است (۳۰، ۳۱).

بر طبق شواهد، شیوع مواجهه با هزینه‌های کمرشکن در گروه‌های آسیب‌پذیری همچون سالمندان بالاست (۱۱ درصد) و درآمد پایین خانوار با احتمال بالاتر آسیب ناشی از هزینه‌های کمرشکن مرتبط است، به‌طوری که بیش‌ترین فراوانی مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در دهک اول و دوم درآمدی مشاهده شده و نداشتن بیمه مکمل نیز عامل مهم دیگر در بروز فاجعه مالی برای خانوار است (۳۲). مطالعه داده‌های هزینه-درآمد خانوار در سال ۱۳۹۶ نشان داده است که هزینه‌های کمرشکن سلامت در خانوارهای بی‌بضاعت اجتماعی - اقتصادی متمرکز است و ۷۱/۷ درصد از تمرکز هزینه‌های کمرشکن سلامت در ایران در بین فقراست (۳۳).

ضریب جینی

شاخص‌های نابرابری توزیع درآمد از جمله ضریب جینی، آماره‌هایی هستند که شدت نسبی میزان پراکندگی مقادیر درآمد در الگوی توزیع را اندازه‌گیری می‌کنند. اهمیت این شاخص در حوزه سلامت از آنجاست که بیش‌ترین هزینه اجتماعی نابرابری درآمدی، بی‌عدالتی و نابرابری در وضعیت سلامت افراد یک جامعه است. پیامد نابرابری در توزیع درآمد به گونه‌ای است که سلامت کلیه اعضای جامعه را صرف نظر از سطوح درآمدها تحت تأثیر قرار می‌دهد و در شکل ساده‌تر آن، سلامت فقیرترین افراد جامعه را متأثر می‌سازد. به‌طوری‌که دهک‌های بالای درآمدی به دلیل دسترسی به کالا و خدماتی مانند مراقبت‌های سلامت، تغذیه و مسکن بهتر، از سلامتی بیش‌تری برخوردار هستند.

بر اساس آمار منتشره مرکز آمار ایران، ضریب جینی در دوره زمانی ۹۴-۹۰ در مناطق شهری و روستایی و به تبع آن در کل کشور نوساناتی داشته است در مناطق شهری بالاترین مقدار شاخص مربوط به سال ۱۳۹۴ (۰/۳۷۰) و کم‌ترین مقدار مربوط به سال ۱۳۹۲ (۰/۳۵۱) بوده است. در مناطق روستایی نیز بالاترین مقدار مربوط به سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ (۰/۳۴۰) و کم‌ترین مقدار مربوط به سال ۱۳۹۲ (۰/۳۲۴) است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰ الی ۱۳۹۵). افزایش ضریب جینی در سال ۱۳۹۳ یکی از پیامدهای تورم بالا و رکود عمیق می‌باشد، به‌طوری‌که تا سال ۱۳۹۲ پرداخت یارانه نقدی (۴۵ هزار و ۵۰۰ تومانی) به‌طور مساوی بین همه گروه‌های درآمدی صرف نظر از چگونگی وضعیت درآمدی خانوارها به همه ایرانیان پرداخت می‌شد که این خود یکی دیگر از دلایل تغییرات ضریب جینی است. از آنجایی که این میزان یارانه نقدی برای دهک اول نسبت به دهک دهم درصد بالاتری از میزان درآمد بود، بنابراین میزان هزینه دهک اول را بیش‌تر نسبت به دهک دهم بالا برده و به‌طور موقت وضعیت توزیع درآمد را بهبود بخشیده است و باعث تقویت قدرت خرید طبقات پایین جامعه گردیده و موجب ایجاد نوعی عدالت نسبی در اقشار مختلف جامعه شده است. ولی از سال‌های ۱۳۹۳ به بعد تورم باعث کم‌رنگ شدن تأثیر هدفمندی بر روی ضریب جینی شده است (۱۸).

مسکن

مسکن یک مکان فیزیکی است و به‌عنوان سرپناه نیاز اولیه و اساسی خانوار به حساب می‌آید. در این سر پناه برخی از نیازهای اولیه خانواده یا فرد مانند خوراک، استراحت و حفاظت در برابر شرایط جوی تأمین می‌شود. مسکن از دیرباز حق بنیادی انسان بوده و به‌عنوان یک عامل تعیین‌کننده در سلامت و کیفیت زندگی نقش داشته است. شرایط مسکن نامناسب باعث ایجاد نابرابری‌های سلامت از طریق دو مسیر اصلی می‌شود:

❖ اپیدمیولوژی زیستی محیطی، شرایط مسکن مانند کیفیت هوای داخل ساختمان، سروصدا و رطوبت می‌تواند به‌عنوان یک مولفه محیطی موثر بر سلامت افراد ساکن خانه تاثیرگذار باشد.

❖ شاخصی برای معیارهای اجتماعی - اقتصادی باشد: شرایط مسکن فقرا ناشی از وضعیت نامساعد است. قیمت مسکن به نسبت تغییر جغرافیایی متفاوت است و در نتیجه کیفیت مسکن و محیط محلی آن هر دو به‌طور مستقیم و غیرمستقیم با درآمد ارتباط دارد.

نابرابری درآمدی، نابرابری شرایط زندگی و مسکن را در پی خواهد داشت به گونه‌ای که افراد با درآمد پایین در مسکن‌هایی با معیارهای نازل رفاهی سکنی می‌گزینند. شرایط زندگی بر سلامت جسمی و روانی افراد تاثیرگذار است. نابرابری‌های محیطی مسکن در سطوح مختلف رخ می‌دهد. سطح فردی مانند درآمد شخصی و خانوادگی و وجود خانه‌های زیرخط استاندارد است. در سطح جغرافیایی یا زیست محیطی مانند درآمد متوسط افراد ساکن در محله و یا نسبت ناکافی افراد ساکن در یک محیط به تعداد خانه‌ها در محله است. ارتباط بین اثرات محیط زیستی درون منزل از جمله رطوبت و انواع بیماری‌های تنفسی مانند آسم، عفونت‌های ریوی و آلرژی‌ها به اثبات رسیده است. خانه‌های مرطوب، محیطی مناسب برای پرورش علف‌های هرز، قارچ‌ها و ویروس‌های تنفسی و عوامل ناشناخته‌ی دیگر است که نقش مهمی در پاتوژنز بیماری‌های تنفسی ایفا می‌کنند و جریان ضعیف هوای داخل خانه راه افزایش مشکلات تنفسی است. همچنین سکونت در منازل با سیستم‌های دمایی پایین و غیربهداشتی با بیماری‌های قلبی عروقی مرتبط است. ارتباط بین مسکن‌های

مستهلك با راندمان ضعيف حرارتى و ميزان مرگ و مير بيش از حد در زمستان و تابستان مستند شده است. خانه‌هاى افراد كم‌درآمد به علت عايق‌بندى نامناسب و عدم تهويه مطبوع بيش از حد سرد و يا گرم هستند. داده‌هاى جمع‌آورى شده توسط سازمان جهانى سلامت در هشت كشور اروپايى نشان مى‌دهد كه شرايط نامناسب مسكن با ميزان مواجهه افراد ساكن با عوامل خطر بيمارى‌ها و يا وجود بيش از حد جمعيت، به‌ويژه در خانواده‌هاى كم درآمد مرتبط است. همچنين مطالعات مداخله‌اى متعدد، بهبود وضعيت بيمارى افراد را بعد از بهتر شدن شرايط مسكن شان گزارش کرده است. در يك مطالعه مداخله‌اى در امور مسكن كه با هدف ايجاد آرامش حرارتى انجام شد، نقش ايجاد شرايط بهتر زندگى بر سلامت روانى و اجتماعى افراد به‌طور قابل توجهى مشاهده گرديد.

كيفيت مسكن عمومى يا اجتماعى كه مورد استفاده افراد كم درآمد است پايين بوده و گاهى فاقد توالت فلش دار بوده و حتى از توالت‌هاى عمومى استفاده مى‌شود. عدم دسترسى به توالت در خانه، افراد را وادار به دفع در معرض هواى آزاد و يا استفاده از امكانات غيربهداشتى مى‌نمايد. از طرفى عدم وجود حمام يا دوش در خانه، بهداشت شخصى و داخلى را مختل مى‌كند. شستشو در يك منبع آب آزاد در خارج از خانه مانند رودخانه، درياچه و يا جريان‌هاى آب نزديك منزل به اين علت كه كيفيت آب اين منابع براى استفاده انسانى آلوده و ناسالم است، امرى خطرناك است. اگر اعضاى خانواده مجبور به جمع‌آورى آب براى استفاده در منزل شوند، فاصله و زمان مانع استفاده بر پايه اصول بهداشتى مى‌شود. همچنين ذخيره‌سازى آب در خانه منجر به آلودگى ثانويه آب مى‌شود. افراد بدون حمام/ دوش در خانه بيش‌ترين خطر ابتلا به بيمارى‌هاى مرتبط با بهداشت و درمان غيرمتعارف را دارا هستند.

خانه پرجمعيت يك عامل مهم و تاثيرگذار در سلامت شناخته شده است. در بين زيرگروه‌هاى جمعيتى، گروه‌هاى اقليت قومى و مهاجران و و پناهندگان بيش‌ترين خطر زندگى پرجمعيت را متحمل مى‌شوند كه ناشى از خانه‌هاى پرجمعيتى است كه به‌عنوان اقامتگاه موقت توسط تازه واردان به يك شهر به‌ويژه اقليت‌هاى قومى انتخاب مى‌شود (۳۴). به‌طور خلاصه افراد در جامعه به‌طور مساوى و عادلانه از مسكن‌هاى متعارف از لحاظ استانداردهاى بهداشتى برخوردار نمى‌شوند و اين موضوع گروه‌هاى محروم جامعه را به‌طور نامناسب تحت تاثير قرار مى‌دهد. حتى در برخى موارد، افراد

مجبور به انتخاب بین داشتن غذای کافی یا برخورداری از مسکن مناسب برای زندگی هستند.

سطح تحصیلات

باسوادى از دو منظر در حوزه بهداشت و درمان اثرگذار مى باشد نخست در بهبود وضعیت اقتصادى خانواده و دوم در سواد سلامت. به طوری که باسوادى عاملی برای ارتقای کیفیت زندگى است و در کاهش هزینه‌هاى درمانى نیز مؤثر است. سواد سلامت ظرفیت انجام کار، پردازش و درک اطلاعات اساسى و خدمات مورد نیاز برای تصمیم‌گیرى‌هاى مناسب در زمینه سلامت را شامل مى شود. سازمان جهانی سلامت، سواد را به عنوان یکى از بزرگترین تعیین‌کننده‌هاى سلامت در حوزه اجتماعى معرفی کرده است. همچنین بر اساس نتایج، متغیر آموزش با عدالت در سلامت داراى رابطه مثبت و با فقر داراى رابطه منفى و از جنبه آمارى نیز معنادار است؛ افزایش سطح تحصیلات منجر به افزایش دانش و آگاهى افراد در حوزه بهداشت و سلامت، شناخت روشهاى بهتر مراقبت‌هاى بهداشتى، شناخت انواع بیماری‌ها و روش‌هاى پیشگیرى از ابتلا به بیماری مى شود.

باسوادى نه تنها در حوزه اقتصاد خانواده و افزایش قدرت خرید خدمات تأثیر دارد بلکه با خود سواد سلامت را به همراه دارد. سازمان جهانی سلامت، سواد سلامت را به صورت مهارت‌هاى شناختى و اجتماعى که تعیین‌کننده انگیزه و قابلیت افراد در دستیابى، درک و به کارگیرى اطلاعات به طریقى که منجر به حفظ و ارتقای سلامت آنها شود، معرفی کرده است. بر اساس مطالعات صورت گرفته، سطح تحصیلات مادران نیز ارتباط مستقیمی با میزان مرگ و میر مادران باردار، نوزادان، کودکان زیر یک سال و کودکان زیر پنج سال دارد؛ به گونه‌اى که در اقشار با میانگین تحصیلات بالاتر، این میزان‌ها بسیار کم‌تر مى‌باشد (۱۸). در ادامه این موضوع ذیل مجموعه دو مقوله: بی‌عدالتى آموزشى و تحصیلات والدین مورد بررسی قرار مى‌گیرد.

بی‌عدالتى آموزشى

عدالت آموزشى، حذف یا کاهش تبعیض در دسترسی به آموزش بین افراد از لحاظ جنسیت، نژاد، وضعیت جسمانى، سنى، زبانى و طبقه اجتماعى بوده و در قالب

رویکرد برابری در حق آموزش، برابری در برخورداری و روش آموزش و برابری در فرصت و ثمرات آموزش تعریف می‌شود. آموزش و پرورش رایگان و همگانی و اجباری بودن آموزش تا پایان متوسطه به عنوان یک اصل در قانون اساسی کشور پذیرفته شده است. بررسی شاخص‌های آموزش در کشور نشان از بهره‌مندی بیش‌تر مردان نسبت به زنان در میزان برخورداری از سواد دارد. بر اساس آمار، بیش‌ترین تفاوت بین نرخ باسوادی مردان و زنان در استان آذربایجان غربی و کم‌ترین تفاوت در استان بوشهر بوده است (۱۳۹۰). نرخ باسوادی زنان در استان‌های محروم، تفاوت زیادی با متوسط کشور دارد. در بین استان‌های کشور، بالاترین نرخ سواد به استان تهران و پایین‌ترین به استان سیستان و بلوچستان اختصاص دارد که این امر شکاف ۱۸/۹ درصد در میزان بهره‌مندی از سواد را در بین بهترین و محروم‌ترین استان در کشور نشان می‌دهد.

شاخص نسبت دانش آموز به معلم در سال ۱۳۹۰ برای کل کشور برابر با ۲۲/۹ بوده که بهترین وضعیت مربوط به استان ایلام و بدترین وضعیت متعلق به استان تهران که به دلیل تراکم جمعیت در این استان می‌باشد. شاخص تراکم دانش آموز در کلاس در استان کهگیلویه و بویراحمد بهترین وضعیت و در استان تهران بدترین وضعیت بوده است. در مجموع تراکم دانش آموز در کلاس و تراکم دانش آموز به معلم در مناطق و استان‌های محروم، کم‌تر از استان‌های توسعه یافته کشور است که خود می‌تواند نشان‌دهنده مهاجرت از استان‌های محروم به استان‌های برخوردار و افزایش حاشیه‌نشینی در اطراف شهرهای بزرگ باشد (۳۵).

تحصیلات والدین

شانس بقای یک کودک ارتباط نزدیکی با تحصیلات مادر دارد و در همه کشورها بدترین میزان بقا مربوط به کودکان متولد شده از مادران بی سواد است. نقش تحصیلات والدین در ناسلامتی کودک در ایران نیز ثابت شده است و بی‌سوادی والدین و نداشتن تحصیلات دانشگاهی مادر هر دو در مرگ و میر و بیماری بیش‌تر در کودکان نقش داشته‌اند. تحصیلات پایین والدین با شرایط بد محل زندگی و ناسلامتی مادر همبستگی دارد و سواد و سلامت مادران و شرایط محل زندگی در سلامت کودکان تاثیرگذار است (۳۶). بر اساس مطالعات صورت گرفته، سطح

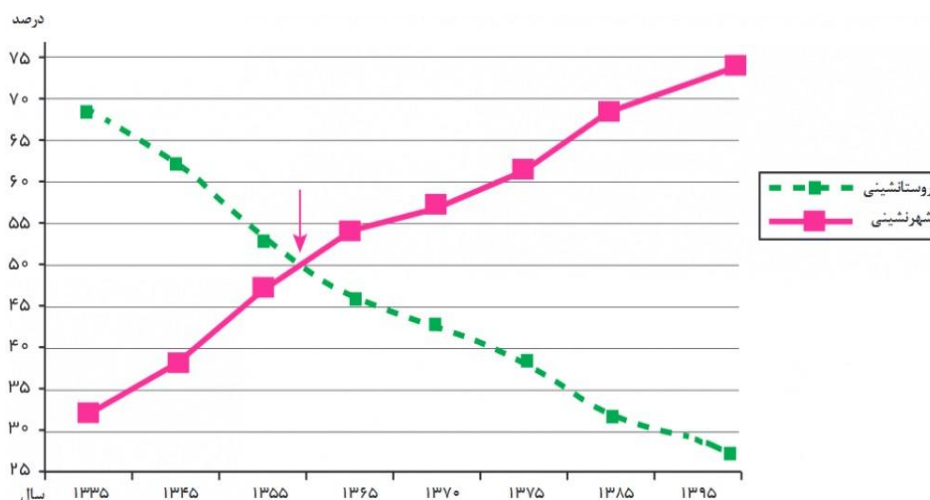
تحصیلات مادران نیز ارتباط مستقیمی با میزان مرگ و میر مادران باردار، نوزادان، کودکان زیر یک سال و کودکان زیر پنج سال دارد؛ به گونه‌ای که در اقبال با میانگین تحصیلات بالاتر، این میزان‌ها بسیار کم‌تر می‌باشد (۱۸). بر اساس مطالعات انجام شده، ۲۰ الی ۸۰ درصد از تغییرات شاخص ناسلامت کودک توسط تحصیلات پایین تبیین می‌شود. لذا اهمیت سرمایه گذاری برای بهبود و ارتقای تحصیلات والدین در جهت ارتقای سلامت کودکان ضروری می‌باشد (۳۷).

محرومیت جغرافیایی و حاشیه‌نشینی

بحث نابرابری توسعه نواحی از موضوعاتی است که اخیراً در فرهنگ برنامه ریزی منطقه ای مطرح شده است. در ایران جریان سریع شهرنشینی در چندین سال گذشته، حاشیه نشینی و به تبع آن محرومیت‌های جغرافیایی را ایجاد نموده است که این موارد در حال رشد، مشکلات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، امنیتی و زیست محیطی فراوانی را در اغلب مناطق ایران به وجود آورده است و همه این مسائل سلامت جسمی و روانی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهند (۳۸). موضوع محرومیت جغرافیایی از جنبه‌های مختلفی قابل بررسی است؛ از طرفی تفاوت‌های جغرافیایی بین استان‌های مختلف و تاثیر این تفاوت‌ها بر سلامت و امید زندگی ایشان مطرح می‌باشد و از طرفی تفاوت‌های بین منطق شهری و روستایی؛ حاشیه نشینی و منطق خاص جغرافیایی می‌باشد و این موضوع ذیل چهار مقوله شهرنشینی، نابرابری در مناطق جغرافیایی و استان‌ها، مرزنشینی و حاشیه‌نشینی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

شهرنشینی

بررسی وضعیت شهرنشینی طی شش دهه گذشته در کشور ما نشان می‌دهد، ایران به‌عنوان کشوری در حال توسعه طی دهه‌های گذشته به‌شدت متأثر از روند شهرنشینی بوده است. بررسی روند شهرنشینی بر مبنای سرشماری‌های عمومی نفوس و مسکن ۱۳۳۵-۱۳۹۵ بیانگر رشد شتابان شهرنشینی در کشور است، همان‌طور که در تصویر ۴-۶ نیز به وضوح مشخص است در دوره شصت ساله مورد بررسی به صورت مداوم، شهرنشینی در حال افزایش و در مقابل از سهم روستانشینی کشور کاسته شده است، چنانکه سهم جمعیت شهرنشین کشور طی روندی مستمر از



تصویر ۴-۶؛ تغییرات نسبت شهرنشینی به روستائیشینی در ۶۰ سال اخیر

۳۱/۴ درصد در سال ۱۳۳۵ به ۷۴ درصد کل جمعیت کشور در سال ۱۳۹۵ رسیده است. به نظر می‌رسد رشد سریع شهرنشینی در ایران بیش از هر چیز متأثر از جریان مداوم مهاجرت از مناطق روستایی به مناطق شهری است (۳۹).

نتایج مطالعات انجام شده نشان دهنده آن است که ارتباط معنی دار و منفی میان نرخ شهرنشینی و عدالت در سلامت وجود دارد. توجه و اهتمام بیش‌تر به حوزه بهداشت و سلامت یکی از علائم بهبود رفتارهای اجتماعی افراد در قالب شهرنشینی است که دسترسی بیش‌تر و بهتر به امکانات، تجهیزات و مراقبت‌های بهداشتی در شهرها را برای افراد هموار می‌سازد. البته شاید شهرنشینی در تئوری بتواند با فراهم آوردن امکانات اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، شرایط بهتر سلامت را برای شهرنشینان همراه داشته باشد، اما در عمل شهرنشینی با افزایش هزینه‌های زندگی، اثراتی منفی برای سلامت افراد پدید آورده است و سلامت آن‌ها تا حد زیادی تحت تأثیر وضعیت اجتماعی و اقتصادی قرار دارد.

سازمان جهانی سلامت سال ۲۰۱۰ میلادی را "شهرنشینی و سلامت" نامگذاری کرده است که در آن موضوعاتی مانند عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت، سلامت

محیط، سلامت جاده‌ای، شیوه‌های زندگی سالم، امنیت و سلامت غذا مورد تأکید قرار گرفته است. شعار سال روز جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰ میلادی، معطوف به توسعه شهری و سلامت و پیام کلیدی آن در اولویت قرار دادن سلامت در سیاست‌گذاری‌های شهری است.

شهرنشینی افراد را در معرض عوامل بیماری‌زای متعددی قرار می‌دهد که سلامتی آن‌ها را به خطر می‌اندازد؛ به عنوان مثال ۳۰ درصد مردم تهران به دلیل ترافیک دچار افسردگی و اضطراب شده‌اند، شهروندان تهرانی که هر روز ناچار هستند ساعات زیادی را در ترافیک معطل شوند قطعاً دچار کسالت و خستگی می‌شوند.

آلودگی هوا یکی دیگر از چالش‌های سلامتی در شهرنشینی می‌باشد؛ سازمان جهانی سلامت از تاثیر آلودگی هوا بر سلامت روانی مردم به صورت افسردگی با عنوان «اپیدمی خاموش» نام می‌برد. آلودگی هوا عامل تشدید بیماری‌های قلبی، تنفسی، نازایی، سقط جنین و سرطان است و در صورت بالاتر بودن غلظت آلاینده‌های هوا از یک حد معین، می‌تواند منجر به مرگ آنی افراد شود. یکی دیگر از آسیب‌های سلامتی در شهرنشینی آلودگی صوتی می‌باشد. آلودگی صوتی نیز پیامدهای منفی و زیانباری بر سلامتی افراد برجای می‌گذارد. در بخش "محیط زیست، آب، هوا و خاک" به چگونگی تاثیر این عوامل بر سلامتی بیش‌تر پرداخته می‌شود.

شهرهای بزرگ ایران با چالش‌های متعددی از جمله تراکم جمعیت، مسکن، استقرار صنایع بزرگ، استقرار واحدهای عمده تهیه و توزیع کالا، آلودگی هوا و شرایط زیست‌محیطی نامناسب، کمبود امکانات و تأسیسات جمع‌آوری و تصفیه پسماندها، بیکاری، اعتیاد، ترافیک روبه‌رو هستند که این مسئله ضرورت بازنگری در سیاست‌گذاری مدیریت کلانشهرها و توجه جدی به سلامت شهری را گوشزد می‌کند (۴۰، ۴۱).

نابرابری در مناطق جغرافیایی و استان‌ها

بی‌عدالتی چشمگیری در وضعیت سلامت به ویژه بر حسب میانگین امید به زندگی و تعداد مرگ و میر افراد متعلق به گروه‌های اجتماعی - اقتصادی ساکنین استان‌های مختلف کشور وجود دارد. به عنوان مثال، امید به زندگی در استان سیستان و بلوچستان، ۶ تا ۱۲ درصد کم‌تر از تهران است. تعداد مراکز بهداشت نیز در مناطق

روستایی دور افتاده کافی نیست. بیش از ۵۰ درصد از مرگ مادران در مناطق محروم قابل پیشگیری است (۴۲).

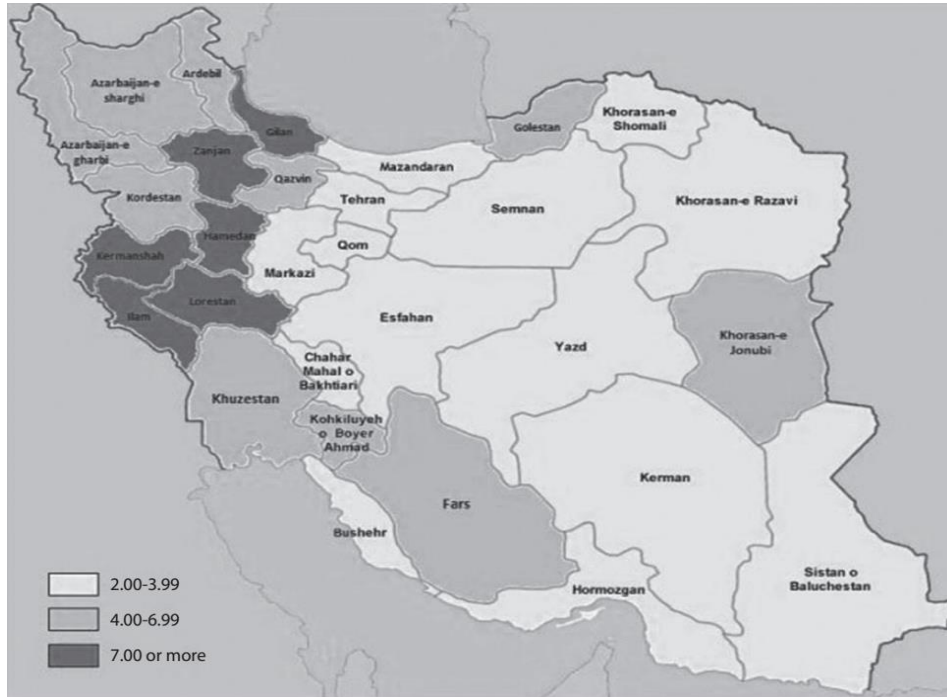
شواهد گویای آن است که بی‌عدالتی جنسیتی و اجتماعی در توزیع مرگ و میر ناشی از خودکشی در بین استان‌ها وجود دارد و رابطه معکوس بین رتبه اجتماعی استان بر اساس شاخص توسعه انسانی^۱ و مرگ و میر در اثر خودکشی در ایران وجود دارد. بی‌عدالتی اجتماعی به نفع افراد ساکن در استان‌های مرفه تر است و مردان در استان‌های با وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین در معرض خطر بالاتر مرگ و میر ناشی از خودکشی هستند. بیشترین نرخ خودکشی در صدهزار نفر بین سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹ برای استان‌های ایلام (۱۹/۵۳)، کرمانشاه (۱۰/۶۴)، لرستان (۱۰/۶۴)، همدان (۹/۵۹) و کمترین مربوط به هرمزگان (۲/۲۱) بوده است. این چهار استان غربی هم مرز یا نزدیک کشور عراق، که بالاترین نرخ خودکشی را در کشور دارند، بالاترین نرخ بیکاری، پایین‌ترین رتبه شاخص توسعه انسانی و وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایینی دارند و همزمان گرفتار موضوعات فرهنگی مانند ساختار طائفه‌ای و تعصب شدید و تعارض بین سنت و مدرنیته هستند (۴۴/۴۳). استان‌های در رتبه پایین تر اجتماعی، سلامت روان کم‌تر، دسترسی کم‌تر به خدمات روانپزشکی و مراکز سلامت دارند و این عوامل تبیین کننده نرخ بالاتر خودکشی در این استانها است. نرخ بالای طلاق در این استانها (به جز ایلام) نیز یک عامل تبیین کننده است، زیرا طلاق یک عامل خطر مرگ و میر ناشی از خودکشی است (۴۳). تصویر ۶-۵ تفاوت در نرخ خودکشی در بین استان‌های کشور را نمایش می‌دهد (۲۸).

با توجه به مطالب پیش‌گفت مشخص می‌شود که تفاوت‌های جغرافیایی و استانی که عمدتاً ناشی از محرومیت می‌باشد بر نابرابری‌های سلامت تاثیرگذار هستند و به‌عنوان یکی از مهم‌ترین علل کاهش عدالت در سلامت در کشور محسوب می‌شود.

مرز نشینی

در تعریف «مرز» آمده است که مرز خطی است قراردادی میان دو یا چند کشور که محدوده حاکمیتی هر کشور را تعیین می‌کند. با همین تعریف، افرادی که مجاورت مناطق مرزی سکونت می‌کنند، در تعریف علمی یا حقوقی، «مرز نشین» دانسته

1. Human Development Index (HDI)



تصویر ۶-۵؛ نرخ خودکشی به ازای هر صد هزار نفر به تفکیک استان ها در سال ۲۰۱۵ (کاظمی و همکاران)

می شود. مناطق و استان های مرزی اغلب دارای مسائل و مشکلات خاصی هستند که سایر استان های غیرمرزی با آن مشکلات روبرو نیستند. از همین رو است که همواره توصیه می شود تا مسوولان و مدیران سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و نظامی و امنیتی کشور، توجه خاصی را به این مناطق مرزی مبذول نمایند. این مسائل و مشکلات در صورت عدم نظارت و رسیدگی نه تنها خود استان های مرزی که کل کشور را در معرض تهدید قرار می دهند و می تواند زمینه ساز سایر مشکلات شود. در ایران سیاست های غیراصولی گذشته در مکان یابی های صنعتی و خدماتی در قطب های رشد و روند تمرکززدایی در تک شهر مسلط و مادرشهر ناحیه ای، موجبات اصلی نابرابری های بین مناطق بوده است. وجود این نابرابری ها سبب شده که شکاف توسعه بین نواحی مرکزی و مرزی روز به روز بیش تر شده و عدالت اقتصادی اجتماعی مفهوم خود را از دست بدهد. وجود این محرومیت ها و چالش ها از جهات مختلف بر

سلامت مرزنشینان تاثیر گذار است؛ چراکه علاوه بر کمبود دسترسی به تسهیلات بهداشتی و درمانی، نیروی انسانی بخش سلامت از جمله پزشکان، پرستاران، ماماها و... کم‌تر تمایل دارند در این مناطق خدمت نمایند و در نتیجه بهره‌مندی ایشان از خدمات سلامت کم می‌شود. همچنین دوری از مناطق مرکزی باعث می‌شود تا ساکنان مناطق مرزی، دسترسی کم‌تری به امکانات بیمارستانی، درمانی، آموزشی، دانشگاهی، تجاری و اداری داشته باشند. رساندن خدمات شبکه ملی آب، برق، گاز و مخابرات به مناطق مرزی همواره دشوارتر از مناطق مرکزی است (۴۵).

سطح‌بندی درجه توسعه‌یافتگی ۱۶ استان مرزی کشور بر اساس ۱۱ شاخص آموزشی، بهداشتی - درمانی، سیاسی - اداری، فرهنگی ورزشی، بازرگانی - خدماتی، مذهبی، زیربنایی، حمل و نقل - ارتباطات، تعداد شاغلان، تعداد باسوادان و تعداد واحد مسکونی نشان داده است که خراسان رضوی توسعه‌یافته‌ترین استان مرزی کشور و ایلام محروم‌ترین استان مرزی است (جدول ۶-۱) (۴۶).

حاشیه‌نشینی

سکونت‌گاه‌های غیررسمی^۱، یکی از مشخصه‌های فقر شهری در شهر یا نزدیک شهرها به‌ویژه در شهرهای بزرگ محسوب می‌شود که به صورت خود سازماندهی و بدون مجوز رسمی برنامه‌ریزی و ساخت‌وساز شهری شکل می‌یابند. این مناطق تجمع‌گاه گروه‌های کم‌درآمد با کیفیت زندگی پایین است و سبک زندگی متفاوتی از استانداردهای زندگی

جدول ۶-۱: سطح‌بندی استان‌های مرزی کشور بر اساس درجه توسعه‌یافتگی

ردیف	وضعیت توسعه	استان	تعداد	درصد جمعیت از کل
۱	توسعه‌یافته	خراسان رضوی و مازندران	۲	۷۸/۲۴
۲	نیمه‌توسعه‌یافته	آذربایجان شرقی و غربی، گیلان، خوزستان، سیستان و بلوچستان	۵	۴۴/۶۹
۳	کم‌تر توسعه‌یافته	هرمزگان، گلستان، کرمانشاه، کردستان	۴	۱۸/۵۷
۴	محروم	اردبیل، خراسان جنوبی، خراسان شمالی، بوشهر، ایلام	۵	۱۱/۴۹

1. Informal Settlements

شهری را دارا هستند که به نام مناطق حاشیه‌ای و یا سکونت‌گاه‌های رسمی شناخته می‌شوند. سکونت‌گاه‌های غیررسمی به‌طور ثابت رشد یافته و امروزه بخش بزرگی از شهرهای ایران توسط سکونت‌گاه‌های غیررسمی شکل یافته‌اند.

مناطق حاشیه در ایران جمعیت متراکمی دارند، از تسهیلات و امکانات برخوردار نیستند و مسکن آن برای زندگی مناسب نیستند. امکانات اولیه زندگی شامل آب آشامیدنی و فاضلاب ناسالم‌اند و موجب انتشار بیماری می‌شوند. در این مناطق فقر عیان است و نرخ تولد، مرگ نوزادان، جرم و جنایت، ابتلا و مرگ و میر کلی بالا است. فقر اقتصادی بالا در این مناطق، منجر به فقدان مهارت‌های اشتغال و دانش اندک به واسطه تحصیلات کم شده و موجب افزایش مشاغل غیررسمی همچون دستفروشی، قاچاق و دلالی می‌شود. نرخ سواد در این مناطق از سایر مناطق شهری به ویژه در زنان و افراد بالای ۴۰ سال کم‌تر است. هسته اصلی پیدایش و توسعه سکونت‌گاه‌های غیررسمی حاشیه‌ای بر پایه روابط قومی قبیله‌ای و خویشاوندی است که موجب ایجاد حس امنیت و حمایت اقتصادی در افراد می‌شوند. اقتصاد مهم‌ترین مولفه کاهش کیفیت زندگی در این مناطق است که به نوبه خود موجب پدید آمدن مشکلات مسکن، سلامت و تفریح می‌شود (۴۷).

زندگی در سکونت‌گاه‌های غیررسمی یکی از تعاریف زاغه^۱ است که نشان‌دهنده مدیریت ضعیف اقتصاد است. پدیده زاغه‌نشینی در ایران فقط منحصر به تهران و شهرهای بزرگ نیست بلکه اکثر شهرها با این مساله و رشد سکونت‌گاه‌های شهری مواجه بوده‌اند. مطالعه دسترسی به خدمات سلامت زاغه‌نشینان در استان فارس که بیش از ۱۰ درصد جمعیت این استان را تشکیل می‌دهند (۱/۷ میلیون نفر) نشان داده است که ۲۱ درصد این خانوارها دسترسی فیزیکی به مراکز سلامت نداشته‌اند و ۳۴ درصد زنان باردار، مراقبت‌های دوران بارداری را به واسطه فقدان دسترسی به مراکز دریافت نکرده‌اند. دسترسی محدود به خدمات سلامت توأم با دانش ناکافی زاغه‌نشینان در خصوص مراقبت‌های سلامت مهم‌ترین موانع بهره‌مندی از خدمات سلامت در زاغه شهرها است. علی‌رغم پیشرفت‌های چشم‌گیر در توسعه مناطق محروم شامل سیستم توزیع آب آشامیدنی بهداشتی، مراقبت اولیه سلامت، و خدمات اجتماعی در ایران، کشور هنوز

1. Slum

از هدف کاهش شکاف بین زاغه‌ها و شهرها فاصله‌ای طولانی دارد. سطح فقر، نرخ بیکاری، نرخ مرگ و میر مادران و نوزادان در مناطق زاغه بالاتر از مناطق شهری است. رفتارهای پرخطر مانند تزریق داخل عروقی مواد مخدر در این مناطق در مقایسه با سایر مناطق، ساکنین را در برابر بیماری‌های واگیر همچون ایدز، هپاتیت بی و سی و سایر بیماری‌های منتقله از راه جنسی مستعد می‌سازد. ایدز و سالک پوستی و احشایی دو بیماری عفونی شایع در بین زاغه‌نشینان هستند (۴۸).

کودکان ضعیف‌ترین و بی‌دفاع‌ترین قربانیان زاغه‌ها هستند و بیش‌ترین رنج را از زاغه‌نشینی می‌برند. رشد دوران کودکی و کار کودک مهم‌ترین مسائل سلامت زاغه‌نشینان است. یکی از مهم‌ترین مسائل در رابطه با زاغه‌نشینان، بی‌توجهی والدین به مراقبت از کودکان است که منجر به سوءاستفاده از آنها می‌شود. نتایج مطالعه وضعیت نیازهای سلامت زاغه‌نشینان در کرمان نشان داده است که تجاوز به پسر بچه‌ها در زاغه‌ها بیش‌تر از دختران است که این مساله هم سلامت روان و هم سلامت جسمی آن‌ها را تهدید می‌کند (۲۵، ۴۹).

مهم‌ترین دلایل عدم مراجعه زاغه‌نشینان برای دریافت خدمات سرپایی، داشتن دارو در منزل و خود درمانی، عدم بضاعت مالی و خدمات گران‌قیمت و برطرف شدن مشکل جسمی به مرور زمان عنوان شده است. اگرچه در مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامت در زاغه‌نشینان کرمان، افراد کم‌درآمدتر، خدمات بیش‌تری دریافت کرده‌اند و سطح درآمد تأثیری بر استفاده از خدمات نداشته است که به وضعیت سلامت بدتر آن‌ها به واسطه محرومیت شدید ایشان قابل انتساب است (۵۰).

نظام سلامت (دسترسی، بهره‌مندی، مشارکت مالی)

نظام‌های سلامت با کارکردهای مشخص به وجود آمده‌اند تا به اهداف نهایی سلامت شامل ارتقای سلامت عادلانه، مشارکت مالی عادلانه و پاسخ‌گویی به انتظارات غیرپزشکی مردم دست یابند. عادلانه بودن نظام سلامت به سیاست تأمین مالی، ایجاد دسترسی به خدمات سلامت و توزیع عادلانه منابع نظام سلامت مربوط می‌شود (۵۱). در دهه‌های اخیر، افزایش هزینه‌های خدمات سلامت ناشی از توسعه و تکامل تکنولوژی از یک سو و افزایش سطح آگاهی و انتظارات بهداشتی افراد از سوی دیگر، مشکلاتی در زمینه دسترسی به خدمات و تأمین مالی هزینه‌های سلامت برای افراد

جامعه به وجود آورده است. برخی از تبعات حاکم بودن شرایط غیرعادلانه در نظام سلامت، وجود نقیصه‌هایی در نظام تأمین مالی مخارج سلامت است که منجر به بروز مواردی نظیر هزینه‌های اسفبار یا کمرشکن برای خانوارها می‌شود، و می‌تواند عامل زایش فقر آبی و یا پایدار باشد (۵۲). با توجه به اهمیت و نقش نظام سلامت در برقراری عدالت در سلامت بخش حاضر به چگونگی تاثیر نظام سلامت بر عدالت در سلامت و تبیین علل و ریشه‌های آن اختصاص داده شده است که این موضوع در دو مقوله نابرابری در مشارکت در تأمین مالی سلامت و نابرابری در دسترسی، بهره‌مندی و توزیع خدمات سلامت مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

نابرابری در مشارکت در تأمین مالی سلامت

مشارکت عادلانه در تأمین مالی هزینه‌های سلامت، از اهداف اصلی همه نظام‌های سلامتی است که به دنبال حمایت جامعه از مخاطرات مالی می‌باشند. تقریباً همه بر این باورند که پرداخت هزینه‌های فاجعه بار سلامت، نامطلوب و ناعادلانه است. یک تأمین مالی نظام سلامت زمانی عادلانه تلقی می‌شود که سهم کل مشارکت در تأمین مالی از ظرفیت پرداخت خانوارها، برای همه یکسان و مستقل از ظرفیت پرداخت خانوار باشد (۵۳). اندازه‌گیری میزان موفقیت در نیل به هدف مشارکت عادلانه در تأمین مالی نظام سلامت براساس شاخص‌های مختلفی سنجیده می‌شود، ازجمله ضریب جینی و شاخص کاکوانی.

نتایج مطالعات اخیر نشان می‌دهد، هیچ‌یک از گروه‌های اقتصادی-اجتماعی از قرار گرفتن در معرض هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت مصون نیستند. حتی ثروتمندترین افراد جامعه نیز ممکن است در معرض این خطر قرار گیرند. نکته قابل مقایسه بین طبقات اقتصادی-اجتماعی مختلف، کانون هزینه‌ها است که برای خانوار مشکل ایجاد می‌کند. کانون هزینه‌ها در خانواده‌های با وضعیت اقتصادی-اجتماعی ضعیف معمولاً هزینه‌های بستری است و برای خانواده‌های با وضعیت اقتصادی-اجتماعی بالاتر معمولاً هزینه‌های دارو است. تجویز داروهای گران قیمت که عمدتاً برای درمان سرطان مورد استفاده قرار می‌گیرند و بعضاً اصل اثربخشی آن‌ها مورد ابهام است، می‌توانند هزینه‌های غیرقابل تحملی را حتی برای طبقه ثروتمند جامعه ایجاد کند. خانواده‌های فقیرتر عمدتاً وارد این جرگه نمی‌شوند، اما این خانواده‌ها در

معرض خطر هزینه‌های فاجعه بار سلامت ناشی از خدمات بستری قرار می‌گیرند. اگرچه تعرفه‌های پایین در بیمارستان‌های دولتی و تلاش برای پوشش بیمه همگانی، به‌ویژه بعد از طرح تحول سلامت، امکان بهره‌مندی از خدمات بستری ارزان را فراهم کرده است، اما به دلیل عدم اعتماد به بیمارستان‌های دولتی در زمان بیماری‌های شدید، بسیاری از خانوارها به بیمارستان‌های خصوصی با تعرفه چند برابری مراجعه کرده و دچار هزینه‌های فاجعه بار سلامت می‌شوند (۵). وجود فردی با بیماری مزمن در خانواده نیز از دلایل مهم بروز هزینه‌های کمرشکن برای خانواده‌ها می‌باشد که این مهم خود نشان دهنده لزوم توجه به سیاست‌گذاری‌های مناسب در خصوص پوشش خدمات و دارو این بیماران می‌باشد.

بر اساس شواهدی که در فصل چهارم مرور شد، توزیع هزینه‌های سلامت در بین دهک‌های هزینه‌ای خانوارهای کشور دارای عدم تناسب شدیدی می‌باشد. با حرکت از دهک‌های پایین هزینه‌ای به دهک‌های بالاتر، شاهد افزایش شاخص‌های سهم پرداخت از جیب بابت درمان در کل هزینه‌ها، و بالتبع، در هزینه‌های غیرخوراکی و غیره می‌باشیم. همچنین مقایسه این شاخص‌ها در مناطق شهری و روستایی نشان می‌دهد شاخص سهم پرداخت از جیب بابت درمان در کل هزینه‌ها در مناطق روستایی بیش‌تر از مناطق شهری است. همچنین نتایج مطالعات نشان داد پرداخت هزینه‌های درمانی سبب افزایش خانوارهای زیر خط فقر شده است، به‌طوری‌که حدود ۱۱ درصد از روستاییانی که زیر خط فقر بودند، صرفاً به دلیل تحمل هزینه‌های درمانی در زیر خط فقر قرار گرفته‌اند. همچنین برخی از عوامل اجتماعی مانند، سن، جنس، محل سکونت (شهری یا روستایی)، میزان تحصیلات، اشتغال و بعد خانوار نیز بر قرار گرفتن خانوارها در محدوده هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت تاثیر دارد (۵۳).

در مطالعه‌ای که اخیراً با هدف اولویت‌بندی شاخص‌های تاثیرگذار بر تأمین مالی عادلانه منتشر شده است، شاخص نسبت پرداخت از جیب خانوارها از کل هزینه‌های سلامت بیش‌ترین تاثیر را در تأمین مالی عادلانه نظام سلامت دارد. در تعیین شاخص‌های چارچوب ارزیابی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت نیز نسبت پرداخت از جیب یکی از ۴۲ شاخص اصلی عدالت معرفی شده است (۵۴). این درحالی است که در معرفی شاخص‌های الگوی ارزشیابی عملکرد نظام سلامت ایران، سهم دولت از هزینه‌های سلامت به عنوان مهم‌ترین شاخص تأمین مالی انتخاب شده است، که

شاید به این دلیل باشد که افزایش سهم دولت باعث کاهش سهم مردم یعنی کاهش پرداخت از جیب می‌شود.

پوشش بیمه همگانی نکته عامل مهمی است که در افزایش عدالت در دسترسی مالی افراد به خدمات سلامت نقش دارد. در حالی که نتایج مطالعه حاضر که در فصل دوم ارائه شد، نشان‌دهنده عدم رعایت عدالت در پوشش بیمه پایه در استان‌های مختلف ایران است.

اصلاحات در نظام تأمین مالی سلامت، از اولویت‌های اصلاحات نظام سلامت است. این اصلاحات باید به گونه‌ای باشند که ضمن ایجاد منابع با ثبات میان‌مدت و طولانی‌مدت برای نظام سلامت، سبب کاهش پرداخت از جیب مردم، رفع موانع اقتصادی؛ دسترسی و بهره‌مندی از خدمات، عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات، توجه به کارایی و بهره‌وری در تخصیص منابع و تأمین کیفیت خدمات نیز بشوند (۵).

در ادامه به مهم‌ترین علل و ریشه‌های نابرابری از نگاه خبرگان بخش سلامت در مشارکت مالی عادلانه در نظام سلامت پرداخته می‌شود (جدول ۶-۲).

نابرابری در دسترسی، بهره‌مندی و توزیع خدمات سلامت

بر اساس مقایسه‌های بین استانی و منطقه‌ای که در فصل دوم انجام شد و همچنین شواهدی که در فصل چهارم مرور شد، نابرابری‌هایی در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت در نقاط مختلف کشور وجود دارد؛ به عنوان مثال در توزیع نیروی انسانی بخش سلامت اعم از پزشک، پرستار، ماما، تکنسین‌ها، دندانپزشکان و داروسازان، نابرابری‌هایی در مناطق مختلف کشور وجود دارد، همچنین نابرابری در توزیع زیرساخت‌های فیزیکی از قبیل بیمارستان و تخت وجود دارد، این نابرابری در توزیع تخت‌های مراقبت ویژه بسیار زیاد و محسوس می‌باشد.

عدالت در دسترسی، بهره‌مندی و توزیع خدمات سلامت از دو بعد خدمات بهداشتی و خدمات درمانی (بستری و سرپایی) قابل بررسی است. استقرار نظام شبکه از جمله اقداماتی بود که با هدف بهبود عدالت در دسترسی و بهره‌مندی افراد از خدمات بهداشتی ایجاد شد. در این برنامه خدمات بهداشتی سطح اول به صورت رایگان به کلیه آحاد جامعه (شهری و روستایی) ارائه می‌شود تا با سهولت دسترسی

جدول ۶-۲؛ علل و ریشه‌های نابرابری در مشارکت مالی خدمات سلامت

حیطه	علل / ریشه‌ها
پوشش هزینه خدمات	عدم وجود یک رویکرد نظام‌مند جهت جمع‌آوری منابع به منظور بازتوزیع عادلانه منابع مالی
	ارتباط کم میزان حق بیمه با توان مالی بیمه شده‌ها؛ نزولی بودن دریافت حق بیمه
	عدم شفاف بودن درآمدها
	به روز نشدن روش‌های اخذ حق بیمه
	عدم وجود سیاست‌های حمایتی جهت تغییر سیستم اخذ حق بیمه در سازمان‌های بیمه‌گر پایه
	عدم مشارکت افراد دارای شغل‌های غیررسمی در پرداخت حق بیمه؛ افراد دارای توان مالی به خوبی شناسایی نمی‌شوند
	عدم وجود سیاست‌های حمایتی جهت تغییر سیستم اخذ حق بیمه در سازمان‌های بیمه‌گر پایه
	وجود صندوق‌های چندگانه و عدم انباشت ریسک؛ هر سازمان به فراخور نیاز خود اقدام به تاسیس صندوق‌های کوچک نموده است که این مساله ایجاد نابرابری در افراد بیمه شده را موجب می‌شود
	متکی بودن اقتصاد به فروش نفت که با کاهش قیمت نفت امکان تداوم منابع وجود ندارد. نا مناسب بودن منابع برای اجرای اصلاحات و برنامه‌ها؛ منابع یا اغلب پیش‌بینی نشده است و یا تخصیص نیافته است
	ناپایداری منابع مالی و عدم تحقق و تخصیص اعتبارات مصوب
پوشش خدمات سلامت	عدم بررسی و اطلاع از تاثیر سیاست‌ها بر سلامت مردم
	عدم انجام سیاست‌گذاری‌های بلندمدت و آینده‌نگرانه در خصوص روش پوشش عادلانه خدمات سلامت
	عدم وجود پروتکل‌های شفاف در خصوص پوشش خدمات و داروی بیماری‌های نادر
	عدم وجود پروتکل شفاف در خصوص تعارض بین عدالت و کارایی
	عدم وجود معیارهای مشخص برای ورود خدمات به بسته بیمه پایه کشور
	عدم لحاظ نمودن سیمای مرگ و اپیدمیولوژی کشور جهت اثربخش نمودن مداخلات بسته
	عدم به‌کارگیری شواهد علمی و عینی پشتیبان جهت درخواست‌های ورود خدمت به بسته
	عدم به‌کارگیری مطالعات HTA در تصمیم‌گیری ورود خدمات به بسته
	عدم در نظر گرفتن ملاحظات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی در تدوین بسته
	وجود چالش در کفایت منابع مورد نیاز پوشش بسته بیمه
وجود تعارض منافع در سیاست‌گذاری‌های بسته خدمات بیمه پایه	
رویکرد مقاومتی سازمان‌های بیمه‌گر در خصوص ورود خدمات به بسته بیمه پایه	

ادامه دارد

جدول ۶-۲؛ علل و ریشه‌های نابرابری در مشارکت مالی خدمات سلامت – ادامه

حیطه	علل / ریشه‌ها
	<p>در نظر نگرفتن ترجیحات و علاقه‌مندی مردم در ترکیب و محتوای بسته بیمه پایه سلامت به عنوان یکی از مهم‌ترین ذینفع‌ها</p> <p>غیر اثربخش بودن کارکرد و بسته بیمه‌های تکمیلی سلامت در کشور</p> <p>ناپایداری در منابع مالی مورد نیاز بسته</p> <p>عدم وجود اطلاعات مبنی بر بار و الگوی بیماری‌ها در کشور</p> <p>عدم وجود افراد و موسسات رسمی مستقل و متخصص برای ارزیابی فناوری سلامت در کشور</p>
پوشش جمعیت	<p>محدود بودن تنوع صندوق‌های بیمه‌ای بر اساس دهک‌های درآمدی و گروه‌های بیماری</p> <p>شفاف نبودن مرز بین پوشش جمعیت بیمه‌های پایه و تکمیلی</p> <p>هدف‌مند نبودن پوشش جمعیت بیمه شده</p> <p>عدم ارتباط بین سرانه بیمه افراد در استان‌های مختلف، بر اساس نیازهای بیماری</p> <p>عدم شناسایی و پوشش جمعیت بیماران نادر در مناطق دور افتاده</p>
علل مرتبط با حاکمیت و سیاست‌گذاری	<p>علی‌رغم تعدد نهادهای نظارتی، کیفیت نظارت‌ها بسیار پایین است</p> <p>نظارت بر اجرای قوانین یا اغلب به خوبی دنبال نمی‌شود یا بسیار کم‌رنگ است.</p> <p>نظارت‌ها با هم همگرایی کافی ندارد</p> <p>نظارت بر خرید راهبردی به‌طور مستقل تقریباً وجود ندارد</p> <p>از آنجا که سازمان‌های متعدد نظارتی با مسئولیت متفاوت، وجود دارند؛ حدود اختیارات خریداران شفاف نیست</p> <p>مردم و گروه‌های بیماران به‌طور مستقیم در نهادهای نظارتی نماینده ندارند</p> <p>احاله وظیفه نظارت بر نهاد ارائه‌دهنده و خریدار به صورت همزمان به یک وزارت با وجود تعدد متولی، عملاً بخش‌های بسیاری از مواد قانونی اجرایی نمی‌شود</p> <p>علت عدم اجرا را می‌توان در همراستایی نامناسب مجلس شورای اسلامی، سازمان برنامه و بودجه کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر در تدوین و اجرای مقررات مرتبط با خرید راهبردی دانست.</p> <p>شورای عالی بیمه سلامت به عنوان عالی‌ترین نهاد قانونی تنظیم‌کننده روابط خریدار - ارائه‌کننده به علل مختلف نقش خود را به خوبی ایفا ننموده است.</p> <p>قوانین و مقررات اغلب متناقض و متعدد است</p> <p>تعریف نشدن مسئولیت و اختیارات متناسب با مأموریت نهادهای درگیر در زمینه خرید راهبردی</p> <p>عدم تفکیک نقش ارائه‌کننده از تولید، فقدان قدرت خرید^۱ و استقلال^۲ نهادهای خریدار</p>

فصل ششم: مهم‌ترین علل نابرابری‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران

افراد به خدمات بهداشتی اولیه موجب کاهش نابرابری در دسترسی به این خدمات شود. با این وجود مطالعه بهره‌مندی سال ۹۳ و ۹۴ نشان داد که در هر دو سال، خانوارهای روستایی نسبت به خانوارهای شهری، کم‌تر از این خدمات رایگان بهره‌مند شدند. این نتایج حاکی از تاثیر عوامل دیگری از جمله دسترسی فیزیکی یا فرهنگی است که هر دوی آن‌ها ریشه در عوامل اجتماعی دارد. همچنین مشخص شده است که عوامل مالی کم‌ترین و عوامل ساختاری بیش‌ترین تاثیر را در دسترسی و بهره‌مندی افراد از خدمات بهداشتی داشتند. کمیت تجهیزات و امکانات مراکز بهداشتی از موانع موجود جهت دسترسی به خدمات بهداشتی شناخته شده است (۵۵) که این خود می‌تواند ریشه در بی‌عدالتی در توزیع منابع داشته باشد.

در خصوص دسترسی، بهره‌مندی و توزیع خدمات درمانی (بستری و سرپایی)، مقایسه توزیع بیمارستان‌ها در استان‌های مختلف کشور، مقایسه سرانه تعداد تخت‌های بیمارستانی و مقایسه تعداد نیروی انسانی بخش سلامت در استان‌های مختلف ایران در مطالعه حاضر حاکی از بی‌عدالتی میان استان‌های مختلف است. بر اساس شواهد موجود، توزیع بیمارستان‌ها و مراکز درمانی در مناطق مختلف جغرافیایی از نظر خبرگان ناعادلانه بیان شده است. بر این اساس در مناطق روستایی با اینکه نیاز به دریافت خدمات درمانی بیش‌تر از مناطق شهری است، اما در عمل نسبت به مناطق شهری دسترسی کم‌تری به این خدمات دارند. همچنین اکثر مراکز تخصصی و فوق تخصصی در مراکز استان‌ها متمرکز شده‌اند که سبب ایجاد شکاف در دسترسی عموم مردم به این خدمات شده است (۵۶). برخی مطالعات داخلی و خارجی، نظام‌های سلامت متمرکز را به عنوان یکی از عوامل بی‌عدالتی در دسترسی، بهره‌مندی و توزیع منابع معرفی کرده‌اند و چنین استدلال نموده‌اند که در نظام‌های غیرمتمرکز، مقامات محلی با داشتن اطلاعات کامل‌تر در مورد نیازهای محلی، قادر خواهند بود تمرکز بیش‌تری بر گروه‌های آسیب‌پذیر داشته باشند (۵۷-۶۱). بر اساس مطالعات انجام شده، دسترسی به تخت‌های بیمارستانی در مناطق غیرمتمرکز ۴,۶ برابر مناطق متمرکز بوده است (۶۰).

بررسی اطلاعات بهره‌مندی از خدمات بستری و سرپایی در فصل دوم این گزارش، نشان از وجود نابرابری در بهره‌مندی از خدمات بستری و سرپایی برای افرادی که نیاز به دریافت خدمت داشتند، دارد. در سال ۹۴ اصلی‌ترین علت برای عدم استفاده از هر

دو گروه این خدمات نداشتن توان پرداخت و پوشش نامناسب بیمه از هزینه‌ها بود. در چندین مطالعه دیگر نیز وضعیت اقتصادی و پوشش بیمه‌ای خانوار دو عامل اصلی در عدم بهره‌مندی و دسترسی خانوارها به خدمات بستری و سرپایی بودند. سایر عوامل موثر در دسترسی و بهره‌مندی شامل تحصیلات و درآمد سرپرست خانوار، شغل سرپرست خانوار، جنس و وضعیت تاهل، وجود فرد معلول در خانواده، وجود فرد بالای ۶۵ سال ذکر شده بود. (۶۲).

به‌طور کلی، با وجود اینکه دسترسی کافی به خدمات سلامت به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های موثر در کاهش فقر و نابرابری محسوب می‌شود، از طرف دیگر، نابرابری در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت خود حاصل نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی است و بهبود این متغیرها می‌تواند در کاهش نابرابری‌های بهره‌مندی از خدمات سلامت موثر باشد.

در ادامه به مهم‌ترین علل و ریشه‌های نابرابری در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت از دیدگاه خبرگان سلامت می‌پردازیم (جدول ۶-۳).

حوادث و سوانح ترافیکی

امروزه شهرها به عنوان مهم‌ترین خاستگاه زیستی انسان‌ها، با پدیده‌های ترافیکی بسیاری مانند تراکم ترافیکی، رانندگی مخاطره‌آمیز، تصادف، آلودگی هوا، آلودگی صوتی و مانده‌های آن مواجه هستند که البته ناشی از پیامدهای ورود به دنیای مدرن و صنعتی می‌باشد. از بین این مخاطره‌ها، مسئله تصادف‌های جاده‌ای به علت تعداد زیاد قربانیان و خسارت‌های قابل توجه ناشی از آن به سادگی قابل گذشت نیست. علاوه بر هزینه‌های مستقیم، هزینه وقت‌های تلف شده و ساعت‌های کاری ازدست‌رفته نیز از هزینه‌هایی است که به علت تصادف‌های رانندگی بر جامعه تحمیل می‌شود (۶۳). براساس گزارشی که سازمان جهانی سلامت در سال ۲۰۰۴ میلادی منتشر کرده است، سالانه ۱/۲ میلیون نفر در اثر حوادث جاده‌ای جان خود را از دست می‌دهند و بیش از ۵۰ میلیون نفر مجروح یا معلول می‌شوند (۶۴). از این تعداد ۴۰۰۰۰۰ هزار نفر از مرگ‌ها و بیش از چهار میلیون نفر از مجروحان فقط در آسیا رخ می‌دهد. در مقایسه کشورهای با درآمد بالا و کشورهای با درآمد متوسط و کم نیز مشاهده می‌شود، ۸۵ درصد مرگ‌ها و ۹۰ درصد ناتوانی‌ها در کشورهای با

جدول ۶-۴؛ علل و ریشه‌های نابرابری در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت

حیطه	علل / ریشه‌ها
دلایل مرتبط با نظام سلامت	عدم توزیع عادلانه خدمات در مناطقی که مشمول آستانه جمعیتی می‌شوند (مناطق کم جمعیت) قیمت‌ها نیز در توزیع منابع نقش به‌سزایی ایفا می‌کنند، بالا رفتن قیمت‌ها و نرخ‌های رسمی به نابرابری کمک می‌کند. عدم وجود سطح‌بندی در خدمات تخصصی و فوق تخصصی به منظور بهره‌مندی اقشار مختلف نا متوازن بودن تعداد و نسبت تخت‌های بیمارستانی؛ به‌ویژه تخت‌های ویژه و تخصصی کمبود طرح‌های پایش سلامت فعال در کشور، به‌ویژه در مناطق محروم عدم توزیع برابر امکانات برای ارائه خدمات دیالیز بیماران کلیوی، بخش‌های شیمی درمانی (کموتراپی) و خدمات تخصصی، به‌ویژه در مناطق محروم توزیع نابرابر پزشکان، به‌ویژه پزشکان متخصص در استان‌های کشور عدم تدوین و اجرای سیاست‌های ارائه خدمت بر اساس نیازمندی‌های هر منطقه (ارائه خدمات سلامت، به‌ویژه خدمات بهداشتی تخصصی بر اساس چالش‌های بهداشتی هر منطقه صورت نمی‌گیرد).
وضعیت اجتماعی - اقتصادی خانواده‌ها	تحصیلات و درآمد سرپرست و اعضای خانوار شغل سرپرست خانوار جنس وضعیت تاهل وجود فرد معلول و فرد مبتلا به یک بیماری مزمن در خانواده پوشش بیمه پایه و تکمیلی

درآمد متوسط و کم اتفاق می‌افتد. تعداد تصادف‌ها در سراسر جهان دائماً در حال افزایش است، به‌طوری‌که در سال ۱۹۹۰ میلادی مرگ و میر ناشی از تصادف‌های جاده‌ای رتبه نهم را بین علل شایع مرگ داشت، اما بر اساس روند رو به بالایی که داشت، پیش‌بینی شده بود که این رتبه تا سال ۲۰۲۰ میلادی به رتبه سوم علل مرگ و میر خواهد رسید (۶۵). اهمیت موضوع حوادث جاده‌ای و ترافیکی در حدی است که سازمان جهانی سلامت در سال ۲۰۰۴ میلادی روز جهانی بهداشت را "روز جاده‌های سالم"^۱ نام‌گذاری کرده است و کاهش تصادفات و حوادث جزء اهداف ۲۱

1. Safe Roads Day

گانه‌ای است که برای خود تا سال ۲۰۲۰ میلادی در نظر گرفته است (۶۶). در ایران تصادف‌های رانندگی در جاده‌های برون شهری و محورهای درون شهری همه ساله باعث خسارت‌های مالی و جانی بسیاری شده و هزینه‌های بالایی را بر اقتصاد کشور تحمیل می‌کند. خسارت‌های فوتی مهم‌ترین بخش ناشی از تصادف‌هایی است که سنگین‌ترین هزینه‌ها را به لحاظ اجتماعی، اقتصادی و حتی سیاسی به دنبال دارد (۶۷).

بررسی مطالعات نشان می‌دهد که وضعیت ایران در شاخص‌های مرگ و میر ناشی از سوانح جاده‌ای مناسب نیست. در ایران حوادث ترافیک جاده‌ای یکی از مشکلات مهم سلامت عمومی و از دلایل عمده مرگ است که در گزارش سازمان جهانی سلامت در سال ۲۰۱۵ میزان مرگ و میر آن، ۳۲ در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت برآورد شده است. بیش‌ترین میزان مرگ و میر تصادفات و سوانح جاده‌ای به ترتیب مربوط به سرنشینان خودروهای چهار چرخ و وسایل نقلیه سبک (۲۴ درصد)، عابرین پیاده (۲۳ درصد)، رانندگان خودروهای دو چرخ و وسایل نقلیه سبک (۱۷ درصد) می‌باشد. در رابطه با خسارت‌های اقتصادی، تصادفات جاده‌ای حدود شش درصد از تولید ناخالص ملی را به خود اختصاص می‌دهد (۸).

عوامل خطر مرتبط با سوانح ترافیکی به سه حیطه فرد، وسیله نقلیه و محیط مربوط می‌شود. عوامل خطر مرتبط با فرد شامل سن و جنسیت، وضعیت اقتصادی، مصرف الکل، سرعت بالا، عدم استفاده از کمربند ایمنی و کلاه ایمنی، اختلال خواب و خستگی راننده، استفاده از تلفن همراه، دید ناکافی و عدم رویت کاربران آسیب‌پذیر راه می‌باشد. بیش از نیمی از کل موارد مرگ ناشی از مصدومیت‌های ترافیکی در گروه جنسی ۱۵-۴۴ سال رخ می‌دهد. همچنین خانواده‌ها و افرادی که در مناطق محروم‌تر اقتصادی - اجتماعی زندگی می‌کنند بیش‌تر از سایر افراد در معرض خطر سوانح ترافیکی هستند. عوامل مرتبط با خودور یا وسایل نقلیه نیز می‌تواند شامل عدم تناسب ابعادی و وزنی وسایط نقلیه تصادف کننده، استانداردهای ناکافی وسیله نقلیه، اندازه، شکل و رنگ خودرو و ایمنی آن شامل ترمز، کیسه هوا و وسایل محافظتی باشد. تصادفات جاده‌ای در سراسر شبکه راه‌ها از توزیع یکسان برخوردار نیست. ممکن است در یک مکان یا در بخش‌های خاصی از راه ایجاد شود و یا در مناطقی که محرومیت اجتماعی بیش‌تر است توزیع شده باشند. از آنجایی که مهندسی جاده و اصلاح راه‌ها

نقش مهمی در کاهش فراوانی و شدت حوادث جاده‌ای دارد، این امر را باید در بررسی تصادفات مدنظر قرار داد (۶۸).

به‌طور کلی حوادث ترافیکی پیامدهای پیچیده‌ای هستند که ناشی از عوامل خطر انسانی، تکنیکی و شرایط وابسته محیطی هستند. طراحی جاده‌ها، علائم و نشانه‌های اخطاردهنده و همچنین قانون‌گذاری درخصوص ساختار حمل و نقل ترافیکی، همگی عواملی هستند که بر تعداد و شدت حوادث رخ داده در حومه و درون شهرها تأثیرگذار هستند که این آسیب‌های جاده‌ای یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی و عامل مهم مرگ و میر و آسیب در سراسر جهان است.

اگر روند فعلی در ایران بدون هیچ‌گونه مداخله‌ای ادامه پیدا کند، آسیب‌های جاده‌ای به‌طور چشم‌گیری افزایش می‌یابد و بیش‌ترین صدمه، متوجه آسیب‌پذیرترین افراد جامعه می‌شود. بنابراین اقدامات فوری، مناسب و هدف‌مند جهت ارتقای سلامت و عدالت در سلامت ضروری است.

تغذیه

گذار تغذیه‌ای در زمینه تغییر سریع دموگرافیک، شهرنشینی و توسعه اجتماعی در کشور ایران و بسیاری از کشورهای منطقه، طی سال‌های اخیر، تغییراتی را در وضع سلامت مردم ایجاد کرده است. تغییر سنت‌های گذشته و شیوه‌های جدید زندگی منجر به تغییر در الگوهای غذایی از جمله افزایش دریافت چربی‌های اشباع و کاهش دریافت میوه و سبزی شده، که این امر موجب افزایش شیوع بیماری‌های غیرواگیر نظیر بیماری‌های قلبی - عروقی، سرطان، دیابت و... شده است (۶۹).

بیش از یک ششم بیماری‌ها در جهان ناشی از سوء تغذیه است، که این رقم در برخی از مناطق محروم ممکن است به یک سوم نیز برسد که خود نشان از نابرابری گسترده دارد. علل پدیدآورنده و عوامل کمک‌کننده به پیدایش سوء تغذیه به‌طور کلی عبارتند از: مصرف غذای ناکافی، عادت‌های نادرست غذایی، بیماری‌های عفونی و انگلی، کمبود آب سالم و سطح پایین بهداشت محیط در برخی مناطق، بارداری‌های مکرر و کم فاصله، روش‌های نادرست تغذیه کودکان و زنان، فعالیت‌های بدنی محدود و ضایعات مواد غذایی (۷۰). البته باید عنوان کرد که سوء تغذیه‌ای که از کمبود یا زیادی مواد مغذی نشأت بگیرد آسیب‌زا است و می‌تواند بستر مخرب و زنجیره‌ای از

معضلات سلامتی را رقم بزند که علاوه بر کاهش کیفیت زیست و عمر مفید فرد، هزینه‌های سربار در حوزه سلامت را سبب شود (۷۱).

سوء تغذیه مولود نامبارک برهم خوردن تعادل نیازهای غذایی در بدن است که در صورت فقر و یا رسیدن ناکافی مواد غذایی، کم‌خواری و با دریافت کالری بالا و بدخوری، اضافه وزن و چاقی را رقم می‌زند. در حال حاضر، گروه‌هایی از جمعیت کشور ما دچار سوء تغذیه هستند. مسائل ناشی از کم غذایی عبارت‌اند از: سوء تغذیه پروتئین - انرژی، کم خونی، فقر آهن، اختلالات ناشی از کمبود ید، کمبود روی، کلسیم، کمبود ویتامین‌های A، B₂ و D. بخش‌هایی از جمعیت نیز از مشکلات ناشی از اضافه مصرف یا مصرف رژیم غذایی نامتعادل - چاقی، دیابت و بیماری‌های قلب و عروق - رنج می‌برند.

گزارش‌های موجود حاکی از آن است که حداقل شش میلیون نفر از جمعیت کشور دچار پوکی استخوان هستند. شیوع کم خونی در کودکان زیر دو سال کشور (۴۰ درصد) قابل ملاحظه است. ۱۱ درصد کودکان زیر پنج سال کشور دچار کم وزنی متوسط و شدید و ۱۵ درصد آنان دچار کوتاه قدی تغذیه‌ای متوسط و شدید هستند (۷۰). بسیاری از کشورهای دیگر جهان نیز دست به گریبان سوء تغذیه هستند. در ادامه بحث تاثیر تغذیه بر سلامت و نابرابری‌های سلامت در دو مقوله رابطه درآمد و تغذیه و تغذیه کودکان مورد بررسی دقیق‌تر قرار خواهد گرفت.

رابطه درآمد و تغذیه

افزایش متوسط هزینه غذا در طول دهه‌های گذشته منجر به کاهش کالری دریافتی در مناطق روستایی به‌ویژه در میان دهک‌های کم درآمد و افزایش کالری در بین دهک‌های پردرآمد در مناطق شهری است که هر دو این عوامل اثرات جانبی ناشی از تغذیه کم و زیاد را در جامعه به دنبال دارد. شیوع سوءتغذیه کودکان در مناطق محروم سه برابر بیش‌تر از میانگین کشوری است (۷۲). نا امنی غذایی به معنی دسترسی محدود به غذای کافی و ایمن یا ناتوانی در دسترسی به غذا است. وضعیت اقتصادی مهم‌ترین تعیین‌کننده امنیت غذایی است. در برخی مطالعات، شیوع نا امنی غذایی در ایران در میان خانوارها ۴۹ درصد، در کودکان ۶۷ درصد، در مادران ۶۱ درصد، در بزرگسالان ۴۹ درصد و در سالمندان ۶۵ درصد تخمین زده شده است (۷۳).

فقر یکی از عوامل مهم ایجاد سوء تغذیه و در عین حال یکی از عواقب آن است. به سخن دیگر، فقر سبب ایجاد سوء تغذیه و ناتوانی جسمی و ذهنی می‌شود که به نوبه خود فقر بیشتری را به دنبال خواهد داشت. با این حال نباید فراموش کرد که فقر تنها علت سوء تغذیه نیست و عوامل فرهنگی، اجتماعی و بهداشتی و سلامت عمومی جامعه در ایجاد سوء تغذیه نقش دارند.

کمبود آهن، کلسیم، روی، ویتامین A، B و D در افراد جامعه به عنوان یک مشکل عمده مطرح است. کمبود ریز مغذی‌ها مثل مس و سلنیوم با عوارض متعدد از جمله اختلال رشد جسمی و تکامل مغزی و کاهش بهره هوشی، کاهش قدرت یادگیری و افت تحصیلی، افزایش موارد ابتلا به بیماری‌ها و پوکی استخوان و نهایتاً کاهش توانمندی‌های ذهنی و جسمی افراد، توسعه اجتماعی، اقتصادی مناطق و کشورها را به مخاطره می‌اندازد. به‌طور کلی انواع سوء تغذیه توانمندی و کارایی کشورها را کاهش می‌دهد و به همین دلیل موجب فقر می‌شود و فقر نیز سوء تغذیه را تشدید می‌کند. گذشته از دسترسی به غذای ناکافی و ابتلا به عفونت‌ها که به عنوان دلایل اولیه بروز سوء تغذیه محسوب می‌شوند، ناامنی غذایی خانوار، دسترسی ناکافی به خدمات بهداشتی - درمانی و مشکلات بهداشتی موجود در محیط زندگی و همچنین ساختار اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه در سطوح ملی و محلی بعنوان دلایل پایه ای بروز و گسترش سوء تغذیه در یک جامعه محسوب می‌شوند. در حقیقت شدت و گستره سوء تغذیه پروتئین - کالری و کمبود ریز مغذی‌ها در جوامع ارتباط نزدیکی با وضعیت اقتصادی - اجتماعی، سطح آموزش و سواد، وضعیت اقلیمی، تولیدات غذایی، دسترسی به آب سالم، پوشش و کیفیت خدمات بهداشتی درمانی دارد. تعیین وضعیت شاخص‌های تن سنجی کودکان زیر شش سال و زنان باردار، همچنین وضعیت دسترسی ایشان به خدمات بهداشتی درمانی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های تعیین وضعیت امنیت غذایی یک منطقه محسوب می‌شود و در تحلیل نیازهای مداخلاتی نظیر اجرای برنامه‌های حمایتی تغذیه‌ای کودکان و زنان کاربرد ویژه‌ای دارد.

تغذیه کودکان

سوء تغذیه در سال‌های نخست زندگی باعث کندی رشد بدن، کوتاهی قد و واپس ماندگی تکامل ذهنی کودکان شده و ابتلا به عفونت‌های مکرر و مقاومت در

برابر درمان و کاهش فعالیت فیزیکی را به همراه دارد. در کودکان مبتلا به سوءتغذیه علاوه بر عقب‌ماندگی رشد جسمانی، شیوع اختلالات روانی، عدم پیشرفت تحصیلی و کاهش بازده کاری بسیار رایج است و این کودکان در دوره‌های بعدی زندگی نمی‌توانند به توانایی‌های بدنی و ذهنی مناسب سن خود برسند. در گزارش بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۵ سوءتغذیه، علت همراه مرگ و میر ناشی از بیماری‌های کودکان از جمله اسهال و عفونت‌های تنفسی و سرخک اعلام شده است؛ به طوری که بیش از ۵۳ درصد از موارد مرگ و میر کودکان زیر پنج سال به طور غیرمستقیم با سوءتغذیه همراه بوده است. برآورد بار بیماری‌ها در سال ۲۰۰۱ نشان می‌دهد که در کل کشورها، حدود ۱۵ میلیون سال عمر یا به علت مرگ زودرس و یا به علت ناتوانی ناشی از سوء تغذیه پروتئین انرژی به‌هدر رفته است. در حال حاضر حدود ۱۶۴ میلیون کودک زیر پنج سال در دنیا دچار کوتاه قدی هستند (از هر سه کودک یک کودک). پیش‌بینی شده است که شیوع کوتاه قدی تغذیه‌ای در کودکان در کشورهای در حال توسعه از ۲۹/۸ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۱۶/۳ درصد در سال ۲۰۲۰ کاهش یابد (۵). در این دوره زمانی در کشورهای آفریقایی روند کاهش کوتاه قدی تغذیه‌ای آهسته‌تر بوده و از ۳۴/۹ درصد به ۳۱/۱ درصد می‌رسد که علت آن افزایش تعداد کودکان از ۴۴ میلیون به ۴۸ میلیون نفر برآورد شده است. در آسیا و آمریکای لاتین ادامه روند کاهشی در تعداد کودکان و شیوع کوتاه‌قدی تغذیه‌ای در همین دوره زمانی انتظار می‌رود (۵) در بین تمام جوامع، کشورهای نواحی جنوبی آسیا بیشترین موفقیت را در کاهش شیوع کوتاه قدی تغذیه‌ای در کودکان زیر پنج سال کسب نموده‌اند. اما با این حال هنوز با توجه به جمعیت این ناحیه از جهان، تعداد زیادی از کودکان به کوتاه قدی دچار هستند. کاهش شیوع کوتاه قدی، کم‌وزنی و لاغری در کشورهای مختلف را می‌توان به بهبود کیفیت آب آشامیدنی، افزایش میزان دسترسی به غذای سالم، امنیت غذایی، افزایش سطح آگاهی و تحصیلات به خصوص در بین زنان و واکسیناسیون به موقع کودکان نسبت داد. با این وجود روند کاهش، بسیار تدریجی بوده و نیاز به طراحی و اجرای مداخلات بیشتری در این زمینه وجود دارد (۷۴).

بر اساس آمارهای منتشره وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۲۰ درصد کودکان زیر دو سال ایرانی چاق هستند و ۳۰ درصد کودکان به‌طور کلی در پهنه

استان‌ها از اضافه وزن رنج می‌برند. همچنین ۲۰ درصد دانش آموزان ۷ تا ۱۸ ساله کشور، چاقی دور شکمی دارند که این مهم یکی از دلایل اصلی در بروز بیماری‌های غیرواگیر به ویژه امراض قلبی و عروقی و دیابت در بزرگسالی است. این درحالی است که آمار اختلالات وزن و کوتاه قدی کودکان ناشی از کم‌خواری نیز حائز اهمیت است.

بروز و استمرار سوء تغذیه از سنین نونهالی عامل بیماری‌ها و اختلال در سیستم ایمنی و گوارش بدن است و متابولیسم بدن شخص را با معضل جدی مواجه می‌کند. بسیاری از بیماری‌های مزمن و غیرواگیر در سنین بزرگسالی منشاء سوء تغذیه و الگوی غذایی نامتعادل را دارند و از این رو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رصد و مداخله در برنامه غذایی خانوار به‌ویژه کودکان زیر ۶ سال را در برنامه دارد.

سوء تغذیه ممکن است بر اثر عدم دسترسی به غذای کافی، استفاده ناکافی از مواد غذایی مورد نیاز، مثل رژیم‌های غذایی یا وعده‌های خوراکی بی‌وقت و بالاخره جذب نشدن مواد غذایی مصرف شده، با وجود برخی از بیماری‌های روده‌ای و گوارشی رخ دهد و از سوی دیگر اضافه خوری نیز روی دیگر این ماجراست که به شدت صدمه زننده است. سوء تغذیه و فقر غذایی در کودکان باعث بروز بیماری‌های گوناگون، اختلال رشد جسمی و روانی کودک، وقفه در سیر تکاملی، پیدایش اختلالات گوارشی و کبدی، قلبی-عروقی و دستگاه عصبی می‌شود و شناسایی زودهنگام موارد آن کمک بزرگی به سلامت این قشر از جامعه است.

رشد ناکافی در دوره جنینی، اختلالات جسمی و ذهنی، تولد زودرس یا نارس و وزن اندک در موقع تولد از جمله مسائلی است که در سوء تغذیه کودکان طبقه‌بندی می‌شود و از این رو باید در دوران بارداری میزان کافی از برخی مواد به بدن برسد و بعضی دیگر از مواد کمتر خورده شود یا در خوردنشان پرهیز و احتیاط بیش‌تری رعایت شود و پس از تولد نوزاد نیز رصد الگوی رشد آن امری ضروری است (۷۵).

البته باید توجه داشت که معضل سوء تغذیه همیشه به فقر خانواده برنمی‌گردد بلکه چینش گروه‌های غذایی، کیفیت مواد خوراکی دریافتی، ساعات مصرف و گرایش به غذاهای آماده و فاقد مواد مغذی لازم امروز سهم بالایی را در سوء تغذیه کودکان زیر ۹ سال دارد.

محیط زیست، آب، هوا، خاک

در عصر حاضر با وجود افزایش جمعیت، پیشرفت صنعت، توسعه علم و فناوری و البته زیاده خواهی انسان ها، نیازهای مادی انسان از طبیعت افزایش چشم گیری داشته است. نیاز به آب سالم، هوای سالم، زمین پاک، غذایی سالم و متنوع، زندگی بهتر و بسیاری نیازهای دیگر، انسان را به بهره برداری بیش تر از طبیعت و محیط زیست وادار کرده است. در این میان بسیاری از فعالیت های انسانی در جهت افزایش سودرسانی به خود و تخریب محیط زیست صورت می گیرد، به طوری که در صنایع مختلف، کشاورزی، شهرسازی و سایر فعالیت های انسانی فقط زمان حال در نظر گرفته شده و اثری از آینده نگری و دوراندیشی برای نسل های آینده به چشم نمی آید. دوری انسان از طبیعت بکر و سالم و تخریب محیط زیست جهت رسیدن به دنیای متمدن صنعتی، سبب بروز انواع بیماری های جسمی و روحی روانی در انسان شده است. بیماری هایی مانند دیابت، بیماری های قلبی عروقی، انواع سرطان ها، بیماری هایی تنفسی و گوارشی و ... ناشی از صنعتی شدن جوامع انسانی می باشند. برخی مشکلات محیطی و یا محرومیت ها که مختص مناطق جغرافیایی خاص در کشور هستند و یک عامل خطر ابتلا به بیماری های خاص برای ساکنین به شمار می روند و بومیان منطقه را نسبت به ابتلا و مرگ و میر نسبت به ساکنین سایر مناطق مستعدتر می سازند شامل عوامل زیست محیطی و وضعیت آب و هوا و خاک آن مناطق می باشند. آلودگی های محیط زیست، شامل آلودگی هوا، آلودگی صوتی و ... می باشند که در ادامه به طی هفت مقوله: آلودگی هوا، پدیده گرد و غبار، نابرابری های استفاده از آب سالم، نابرابری های محیطی، آلودگی صوتی، دسترسی به مناطق سبز و تفریحی و در دسترس نبودن سوخت پاک و استفاده از سوخت جامد خواهیم پرداخت.

آلودگی هوا

همان طور که در قسمت "شهرنشینی" عنوان شد، آلودگی هوا یکی از مهم ترین چالش های سلامتی در شهرنشینی می باشد؛ آلودگی هوا عامل تشدید بیماری های قلبی، تنفسی، نازایی، سقط جنین و سرطان است. گذشته از غبار و ذرات ریز، در هوای آلوده مقدار زیادی مواد سمی دیگر مانند دی اکسید کربن و دی اکسید نیتروژن هم وجود دارد که باعث ایجاد مسمومیت در بدن انسان می شوند. اثرات سوء

آلودگی هوا بر سلامتی انسان به صورت اختلال در بینایی، تار دیدن، خستگی، سردرد و خواب‌آلودگی بروز می‌کند و باعث ایجاد تغییر در عملکرد قلب و ریه می‌شود. آلودگی هوا همچنین باعث کاهش وزن نوزاد می‌شود و بر میزان مرگ‌ومیر کودکان تأثیر می‌گذارد.

ابتلای کودکان به سرطان خون نخستین پیامد زندگی در خیابان‌های کلان‌شهرها می‌باشد، آلودگی هوا همچنین یکی از علل مرده‌زایی است. در بعضی کشورها تعداد افرادی که در اثر همین عامل جان خود را از دست می‌دهند بیش‌تر از قربانیان سوانح رانندگی است. این مرگ‌ومیر به‌طور خاص مربوط به آسم، برونشیت، تنگی نفس و حملات قلبی و آلرژی‌های مختلف تنفسی است.

حتی انسان‌های سالم نیز می‌توانند فشار بر روی سلامت که به دلیل آلودگی هوا به وجود می‌آید، مانند؛ ناراحتی و سوزش سیستم تنفسی و مشکلات تنفسی را در هنگام فعالیت‌های بیرون از خانه، تجربه کنند. آلودگی هوا نه تنها سلامت جسم را تهدید می‌کند بلکه در ایجاد افسردگی، پرخاشگری، خواب‌آلودگی، بیش‌فعالی کودکان و دیگر اختلالات روانی نیز موثر است.

قرار گرفتن طولانی مدت در معرض هوای آلوده می‌تواند موجب اثرات دائمی بر روی سلامت افراد شود؛ سرعت بخشیدن بر پیری ریه‌ها، از دست دادن ظرفیت ریه‌ها و کاهش عملکرد آن‌ها، پیشرفت بیماری‌هایی مانند آسم، برونشیت، آمفیزم (نوعی بیماری ریوی) و حتی سرطان و کوتاه شدن دوره‌ی زندگی از جمله این اثرات هستند.

سرب موجود در هوای آلوده علاوه بر تأثیری که بر سلامت افراد دارد باعث ابتلا به سرطان و سقط جنین و بیماری‌های روانی نیز می‌شود به‌طورمثال با تأثیر منفی بر عملکرد سیستم عصبی باعث بروز سردردهای شدید و کم شدن حافظه می‌شود. آلودگی هوا به‌ویژه سربی که به علت سوخت نامناسب خودروها به وجود می‌آید احتمال تولد کودکان مبتلا به نقص عضو، اوتیسم و بیش‌فعالی را افزایش می‌دهد. همچنین مسمومیت ناشی از سرب باعث افزایش اختلالات ذهنی، فراموشی‌های دائم، بیماری‌های لرزشی و جنون می‌شود. در کودکان هم مسمومیت با سرب باعث ایجاد آنمی می‌شود.

یکی از آثار آلودگی هوا کمبود اکسیژن است که باعث بی‌حوصلگی و عدم کنترل خشم می‌شود. همچنین آلودگی هوا با کاهش انرژی و ایجاد خواب‌آلودگی می‌تواند

باعث پرخاشگری افراد شود. اختلالاتی مانند پرخاشگری و افسردگی، اختلال در تمرکز و کند شدن عملکرد ذهنی در نتیجه کاهش اکسیژن رسانی به مغز اتفاق می‌افتد که همه این عوامل سبب به وجود آمدن مشکل در موقعیت‌های اجتماعی و شغلی می‌شوند (۷۶).

آلودگی هوا تاثیر فراوانی در شخصیت افراد دارد و می‌تواند یک فرد برون‌گرا را به یک فرد درون‌گرا تبدیل کند. افراد افسرده همیشه زندگی را غبار آلوده می‌بینند و مانند گذشته اشان نمی‌توانند اجتماعی و سر زنده باشند. کاهش اکسیژن به علت هوای آلوده اختلال در عملکرد مغز ایجاد می‌کند به طوری که فرد با از دست دادن مهارت‌های اجتماعی خود مدام دچار فراموشی می‌شود و در سنین سالمندی و میانسالی دچار بیماری آلزایمر می‌شود. آلودگی هوا باعث تضعیف قدرت تصمیم‌گیری افراد افسرده می‌شود و در نتیجه افسردگی فرد را تشدید می‌کند و فرد احساس بی‌انرژی بودن، بی‌حوصله و خسته بودن می‌کند. آلودگی هوا اوضاع افراد مضطرب و افسرده را وخیم‌تر می‌کند، به طوری که فرد علاوه بر استرس دچار تپش قلب و تنگی نفس نیز خواهند شد. آلودگی هوا تاثیر منفی بر علائم بیماران وسواس دارند و باعث می‌شود آن‌ها دچار نگرانی‌های مضاعفی شوند و همواره احساس بیماری کنند و به بیماری دیگری به نام «خود بیمار انگاری» نیز دچار شوند (۷۶).

بیش‌ترین آسیب آلودگی هوا به افراد آسیب‌پذیر شامل موارد زیر است: زنان باردار، کارگرانی که در محیط باز کار می‌کنند، بزرگسالان با سن بیش‌تر و سالمندان، کودکان زیر ۱۴ سال، ورزشکاران و افرادی با قدرت بدنی خوب که در محیط خارج از خانه تمرین یا کار بدنی سخت انجام می‌دهند. افرادی که در گروه‌های بالا قرار دارند، حتی با تماس کم‌تر با هوای آلوده نیز مشکلات سلامتی را تجربه می‌کنند و یا ممکن است شدت مشکلات در آن‌ها بیش‌تر و شدیدتر باشد.

به‌طور کلی ثابت شده است آلودگی محیط زیست آسیب‌تری به سلامتی طبقات محروم جامعه و اقشار آسیب‌پذیر وارد می‌کند تا اقشار طبقات برخوردار (۷۶).

پدیده گرد و غبار

یکی از بارزترین آلوده‌کننده‌های هوایی، ذرات ریز گرد و غبار می‌باشند. گرد و غبار یکی از پدیده‌های جوی است که پیامدهای زیست محیطی نامطلوبی بر جای

می‌گذارد. یافته‌های جدید پژوهشگران طی سال‌های اخیر نشان می‌دهد که ذرات گرد و غبار، سلامت عمومی را به خطر می‌اندازد. نمونه‌برداری و بررسی ترکیب فیزیکی و شیمیایی گرد و غبارها نشان داده است که علاوه بر دانه‌های خاک، شن و ماسه و نمک عناصری چون فلزات سنگین، فلزات قلیایی خاکی، سیلیس، کربن، کلسیم، پتاسیم، و برخی عناصر آلی در ترکیب آن وجود دارد که همه این عناصر تاثیر سوئی بر سلامت انسان می‌گذارد. متأسفانه برخی استان‌های کشور شدیدتر از سایر استان‌ها در معرض آلودگی هوا و سموم مربوطه هستند و ادامه این وضعیت باعث تشدید بی‌عدالتی جغرافیایی در سلامت افراد جامعه خواهد شد.

مانند برخی مناطق دیگر کشور، توسعه بیابان‌ها در غرب خوزستان و عراق، کاهش حجم جریان آب رودخانه‌ها، تالاب‌ها و مراتع استان و خشکسالی‌های اخیر، موجب تقویت پدیده غبار در استان خوزستان شده است. پدیده غبار، عامل ۷/۱ درصد افزایش در نرخ مرگ و میر است و آثار کوتاه مدتی چون عفونت دستگاه تنفسی، سردرد، تهوع و واکنش‌های آلرژیک و اثرات بلندمدتی چون بیماری مزمن قلبی و ریوی، سرطان ریه و مرگ دارد (۷۷).

نابرابری‌های استفاده از آب سالم

آب آشامیدنی ناکافی و ناسالم بودن آن به خصوص در مناطق کم درآمد از عوامل مهم تاثیر گذار بر سلامت و نابرابری‌های سلامت محسوب می‌شوند. طبق گزارش سازمان جهانی سلامت و یونیسف در سال ۲۰۱۱ حدود ۷۶۸ میلیون نفر از آب ناسالمی که حاوی میزان بالایی از عوامل بیماری‌زا است استفاده کردند. در برخی موارد، بعضی مناطق از آب‌هایی که جزو آب‌های بهبودیافته طبقه‌بندی شده‌اند ولی سالم نیستند، استفاده می‌کنند و بیش از ۲/۵ میلیون نفر فاقد دسترسی به آب سالم هستند. زیرساخت‌های آب و فاضلاب در بسیاری از کشورها در یک وضعیت بحرانی و در حال بدتر شدن است، که اغلب تهدیدی برای سلامت انسان است. با این حال، اکثر کشورها، کنوانسیون‌های سازمان ملل متحد را امضا یا تصویب کرده‌اند، و بسیاری از معاهدات منطقه‌ای حق آب را به رسمیت شناخته‌اند. حقوق بین‌المللی، دسترسی تمامی ملل بدون در نظر گرفتن سن، جنس، نژاد و یا قومیت به آب آشامیدنی سالم با قیمت مناسب را به رسمیت شناخته است. طبق تعریف سازمان جهانی سلامت، آب

سالم آبی است که فاقد عوامل بیماری زا و عوامل شیمیایی خطرناک برای سلامتی باشد. بزرگ ترین خطر در ارتباط با آب آشامیدنی، آلودگی با فاضلاب است. همچنین اعلامیه سازمان ملل در ادامه می افزاید: "استفاده از آب سالم برای گروه های حاشیه نشین و آسیب پذیر که معمولاً از نظر اجتماعی محروم هستند تاکید می شود". در این راستا، سازمان جهانی سلامت، در مورد شیوه های مناسب برای اطمینان از دسترسی عادلانه به آب و بهداشت در نتیجه گیری های خود به سه بعد عمده دسترسی عادلانه به آب و بهداشت اشاره می کنند که شامل نابرابری های جغرافیایی در ارائه خدمات، تبعیض یا محرومیت در دسترسی به خدمات توسط گروه های آسیب پذیر و حاشیه نشین و قابلیت دسترسی مالی توسط استفاده کنندگان می باشد. همچنین فلوراید با غلظت بالا یکی از شایع ترین آلاینده های شیمیایی آب آشامیدنی در سطح دنیاست و منجر به آسیب به بافت های اسکلتی، ایجاد فلوروزیس دندان و استخوانی می شود. مصرف طولانی مدت آب با غلظت بالای فلوراید سبب آسیب رسانی به بافت اسکلتی می شود. غلظت فلوراید بالاتر از حد آستانه در آب آشامیدنی در ۱۰ استان کشور مشاهده شده است و حدود ۹۴ درصد بار بیماری و مرگومیر منتسب به آب آلوده در چهار استان فارس، بوشهر، آذربایجان غربی و هرمزگان به ثبت رسیده است که این خود نابرابری جغرافیایی را می رساند.

نابرابری های محیطی

زیستن در یک محیط زیست سالم و دسترسی عادلانه به فضاهای سالم شهری از جمله مولفه های اصلی عدالت فضایی و عدالت محیط زیستی در شهر به حساب می آید. امروزه همراه با افزایش دگرگونی در فضاهای شهری و رشد ناهماهنگ و ضد محیط زیستی کلان شهرها و محیط های مختلف، فرصت های نابرابر جهت زندگی در فضاهای سالم شهری نیز به وجود آمده است و به نوعی عدالت در شهر را از این منظر با چالش روبه رو ساخته است. تقریباً یک چهارم بیماری های جهانی و بیش از یک سوم بیماری ها در میان کودکان، از عوامل محیطی ناشی می شوند که شامل خطرات فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیکی است. در کشورهای توسعه یافته بیشترین بیماری های مرتبط با محیط، بیماری های غیر عفونی است. مطالعه زیست محیطی در نه کشور اروپایی نشان داد که ۷-۳ درصد از بار بیماری ها با انتخاب محیط های سالم و بدون

استرس کاهش یافت. در میان عوامل محیطی تنش‌زا، آلودگی هوا بیش‌ترین تاثیر را داشته و به دنبال آن سرو صدای ترافیکی قرار دارد (۷۸). نتایج مطالعه‌ای که در شهر تهران انجام شده بود نشان داد که بین نواحی شهری کلان شهر تهران از نظر شاخص‌های سلامت محیط زیست شهری نابرابری وجود دارد و این نابرابری از الگوی خوشه‌ای پیروی می‌کند به طوری که نواحی شمال و شمال غربی از نظر شاخص‌های سلامت دارای وضعیت بهتری نسبت به نواحی مرکزی و جنوب غربی کلان‌شهر تهران هستند. همچنین نتایج نشان می‌دهد که بین شاخص‌های اقتصادی - اجتماعی، محیطی - فضایی و شاخص سلامت محیط زیست شهری همبستگی قوی وجود دارد و این نشان می‌دهد که هرگونه اقدام جهت ارتقای سلامت شهری بدون توجه به شاخص‌های مربوطه امکان‌پذیر نیست و نیازمند یک برنامه‌ریزی یکپارچه توسعه شهری است. رفع این مشکلات به ارتقای عدالت در سلامت کمک خواهد کرد (۷۹).

آلودگی صوتی

سرو صدای محیطی به عنوان سرو صدایی از همه منابع به جز محل کار صنعتی تعریف شده است و یک مشکل مهم سلامت عمومی است. اصلی‌ترین علت آن، قرار گرفتن در معرض سرو صدای ترافیک جاده است. اختلال و ناراحتی در خواب، ناشی از سرو صدای ترافیک، جزو مسائل بهداشتی است. آمار نشان می‌دهد که سالانه، حداقل یک میلیون سال زندگی سالم به علت سرو صدای مربوط به ترافیک از بین می‌رود. در این میان، به دلیل فقدان داده‌های مرتبط با سرو صدای اوقات فراغت و همسایه‌ها، این نوع سرو صداها ارزیابی نگشته است. علاوه بر این، مواجهه جنسیت‌های متفاوت، گروه‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی و همچنین بار اضافی در میان زیر گروه‌های بالقوه آسیب‌پذیر، در نظر گرفته نمی‌شود (۷۸).

تراز صوتی یکی از چهار مولفه آلودگی صوتی است که حدود مجاز برای آن در نظر گرفته شده است به گونه‌ای که برای شب ۴۵ دسی بل و برای روز ۵۵ دسی بل در نظر گرفته شده است. البته در اشکالی از صدا ۴۵ دسی بل پایین‌تر هم می‌تواند آلودگی صوتی تلقی شود. بنابراین به زمان و مکان‌ها و ترکیب صدا بستگی دارد. آلودگی صوتی بسته به مکان و زمان و سطح صدا، اثرات متعددی بر سلامت افراد از جمله اثر مستقیم روی سیستم شنوایی دارد.

آلودگی صوتی بر سیستم قلب و عروق و فشار خون گرفته تا سیستم گوارش نیز تاثیر می گذارد و حتی اثرات روانی نیز در پی دارد. از جمله این اثرات می توان به پرخاشگری، استرس و اضطراب اشاره کرد. درواقع جایی که سر و صدا بیش تر است افراد از نظر روانی بیش تر تحت تاثیر قرار می گیرند.

صدا روی کیفیت خواب و زمان به خواب رفتن می تواند تاثیر بگذارد. براساس بیش تر منابع اختلال در خواب به طور مستقیم می تواند اثرات روانی و به صورت غیرمستقیم اثرات جسمانی داشته باشد چراکه فقدان خواب کافی می تواند اثرات فراوانی در طول روز بعد بر فرد بگذارد که از جمله آن ها می توان به بی حالی و بی حسی اشاره کرد (۸۰).

آلودگی صوتی علاوه بر اثرات مخرب بر سلامتی انسان، متناسب با حجم آلودگی هزینه هایی را نیز برای دولت ها به همراه دارد. در اکثر کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به مسئله آلودگی صوتی توجه شده و نسبت به تدوین و اجرای قوانین کاهش یا رفع آلودگی اقدامات زیادی صورت گرفته است. تعیین سطح آلودگی صوتی و الگوی تغییرات آن در یک ناحیه از منظرهای مختلفی مورد توجه است. در شهرسازی، مطالعه سطح تراز صوتی می تواند در مکان یابی و استقرار کاربری های جدید یا حساس مورد توجه باشد. کاهش بازدهی افراد در کاربری های آموزشی، ایجاد مزاحمت برای ساکنان نواحی مسکونی، تاثیر بر سلامت و سطح شنوایی افراد ساکن یا شاغل و بسیاری موارد مشابه، لزوم مطالعه و ارزیابی سطح تراز صوتی در یک ناحیه از نقطه نظر سلامت و بهداشت را یادآور می شود. براساس مطالعات انجام شده، در قسمت های مختلف شهرها، آلودگی صوتی متفاوت می باشد. افراد ساکن در مرکز شهرها بیش تر مواجه با آلودگی صوتی ناشی از ترافیک می باشند و افراد ساکن در حاشیه شهرها با آلودگی صوتی کارخانه ها و کارگاه ها مواجه می شوند. الگوی تردد افراد به یک منطقه در طی ساعات مختلف یا روزهای هفته بر سطح ترازهای صوتی مؤثر و می تواند لزوم اصلاح زیرساخت های لازم برای کنترل این معضل را در پی داشته باشد (۸۱).

دسترسی به مناطق سبز و تفریحی

فضای سبز می تواند سلامت جسمی و روحی را تحت تاثیر قرار دهد. تماس و زندگی مداوم در فضای سبز بر روی خصوصیات سلامتی افراد تاثیرگذار است. از طرفی

طراحی و ساخت فضاهای سبز بر حس زندگی و افزایش فعالیت بدنی موثر است. داده‌های گزارش شده از مناطق اروپایی نشان می‌دهد که افراد مضطرب، اغلب در مکان‌هایی با دسترسی کم‌تر به فضای سبز عمومی زندگی می‌کنند. برای مثال با در نظر گرفتن نقش فضای سبز در روحیه و سلامت افراد در بریتانیا، در مناطق محروم، فضاهای سبز بزرگتری در نظر گرفته شده است که در مقایسه با نوع کوچک آن، در سلامت مردم تاثیر بیش‌تری مشاهده شده است. از طرف دیگر حتی اگر دسترسی برابر به فضای سبز وجود داشته باشد، صرف نظر از موقعیت اجتماعی، کیفیت فضای سبز ممکن است بسته به ویژگی‌های اجتماعی محل سکونت متفاوت باشد. یکی دیگر از مطالعات در بریتانیا نشان می‌دهد که نابرابری‌های بهداشتی مربوط به افراد با درآمد پایین در جمعیت‌هایی که در مناطق سرسبزتر زندگی می‌کنند، نسبت به کسانی که در معرض فضای سبز کم‌تر قرار دارند، وجود دارد (۷۸). در کشور ما نیز مطالعات متعددی در خصوص تحلیل دسترسی به بوستان‌های شهری با رویکرد عدالت محیطی صورت گرفته است که یافته‌های این مطالعات اکثرا بیان می‌کنند که توزیع فضایی و توسعه پارک‌ها و فضاهای سبز در مناطق مختلف عادلانه نبوده است و در اکثر قسمت‌ها دسترسی متوسط رو به ضعیفی به پارک‌ها وجود دارد (۸۲-۸۴).

در دسترس نبودن سوخت پاک و استفاده از سوخت جامد

مهم‌ترین عامل آلودگی هوای داخل ساختمان، استفاده از سوخت جامد همچون چوب، فضولات دامی، مواد زائد کشاورزی، زغال چوب و زغال سنگ جهت پخت و پز، گرمایش، تهیه آب گرم و روشنایی است. احتراق ناقص سوخت جامد در اجاق‌های غیراستاندارد به همراه تهویه ناکافی موجب انتشار مقدار زیادی آلاینده‌های مختلف از جمله ذرات معلق می‌شود که کیفیت هوای داخل ساختمان و هوای آزاد را کاهش داده و از این طریق سلامت مردم را به شدت تهدید می‌کند. پیامدها شامل بیماری‌های ایسکمیک قلبی، بیماری مزمن انسداد ریوی، سکتة مغزی هموراژیک، عفونت دستگاه تنفسی تحتانی، سکتة مغزی ایسکمیک، سرطان ریه و آب مروارید است. در مناطق محروم، روستاهای دور افتاده و بعضا حاشیه شهرها، عدم دسترسی به شبکه گازرسانی کشور و امکان استفاده از سوخت پاک عامل استفاده از این سوخت‌ها است. بیش‌ترین بار بیماری و مرگ و میر در اثر این عامل به ترتیب در

کهگیلویه و بویراحمد، چهارمحال و بختیاری، لرستان، خوزستان و هرمزگان بوده‌اند. نابرابری مکانی در بار بیماری‌های ناشی از مصرف سوخت جامد در طول دو دهه بیش‌تر شده و ضریب جینی وزن دهی شده با جمعیت افزایش یافته است.

نبود سرمایه اجتماعی / فقدان سلامت اجتماعی

با تولید مفاهیم جدید از فرد، اعتماد و انسجام اجتماعی^۱، بحث سرمایه اجتماعی^۲ در سال ۱۹۱۶ برای نخستین بار مطرح شد. سرمایه اجتماعی به شیوه‌های مختلفی توسط پژوهشگران تعریف شده است. سرمایه اجتماعی مجموعه‌ای از هنجارها، شبکه‌ها و اعتماد اجتماعی موجود در یک نظام است که کل نظام و عناصر آن را به هم مرتبط می‌سازد و از طریق تسهیل همیاری بین گروه‌ها و کاهش هزینه‌های مبادله منجر به تقویت رفتارهای همیارانه، نشر دانش و نوآوری و توسعه مسئولیت‌پذیری می‌شود (۸۵). سرمایه اجتماعی اگر چه مفهومی نوین و نوپا در عرصه مطالعات اجتماعی است، اما این مفهوم ریشه در روابط اجتماعی نوع بشر دارد. از اولین تحقیقاتی که به بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت پرداخته، مطالعه دورکیم در مورد خودکشی و میزان همبستگی اجتماعی^۳ است. این مطالعه، تغییر در ویژگی‌های جمعیتی کشورها، تغییر در میزان خودکشی بین آن‌ها کشورها را تبیین می‌کند (۸۶). جامعه‌شناسان بر این اعتقاد هستند که سرمایه اجتماعی، در قالب اعتماد اجتماعی (که یکی از پایه‌ای‌ترین سازه‌های سرمایه اجتماعی است) موجبات شکوفایی سلامت فردی را فراهم می‌کند و اعتماد اجتماعی و سرمایه اجتماعی می‌تواند عدالت توزیعی را در حوزه سلامت و توزیع منابع سلامت را در سطح جغرافیای ملی به دنبال داشته باشد.

هرچه در جامعه سطح سرمایه اجتماعی بالا باشد، قاعدتاً نوعی همبستگی و همدلی و وفاق در آن وجود دارد که آرامش جامعه را به دنبال می‌آورد. در بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت، نظریه‌های گوناگونی مطرح است. عده‌ای اعتقاد دارند سرمایه اجتماعی بر سلامت تأثیر مستقیم دارد و مولفه‌های آن از قبیل اعتماد، تعاون و احساس تعلق اجتماعی باعث نوعی نشاط و شادابی می‌شوند. از سوی دیگر،

1. Social Coherence
2. Social Capita
3. Social Solidarity

عده‌ای معتقدند سرمایه اجتماعی بر سلامت تأثیر غیرمستقیم دارد و همانند یک تعدیل‌کننده، مانع و سد راه عوامل فشار عصبی می‌شود. رشد و گسترش توجه به عوامل اجتماعی و نقش آن‌ها در سلامت افراد جامعه، همزمان با رشد و توسعه سرمایه اجتماعی بوده است (۸۷). همچنین بررسی‌های اپیدمیولوژیک روابط اجتماعی نشان می‌دهد که خطر مرگ در افرادی که ارتباطات اجتماعی ندارند دو تا سه برابر بیش‌تر از افرادی است که ارتباطات اجتماعی خوبی دارند (۸۸).

سرمایه اجتماعی، عوامل استرس‌زا را در زندگی کاهش داده و خطر این عوامل را کم می‌کند؛ همچنین سرمایه اجتماعی می‌تواند حوادث منفی زندگی همچون از دست دادن شغل را کاهش دهد (۸۷). عواملی چون بی‌عدالتی‌ها، سرخوردگی‌ها و بی‌احترامی‌ها ناشی از عوامل اجتماعی هستند که سلامت افراد را به خطر می‌اندازند. تأثیرات روان‌شناختی سرمایه اجتماعی در مورد سلامت، به‌طور فزاینده‌ای با سطوح درآمد توزیع شده مرتبط است (۸۹). رابطه روشنی بین سرمایه اجتماعی، شبکه‌های اجتماعی و حمایت وجود دارد؛ سرمایه اجتماعی قسمتی از ساختار اجتماعی است و پتانسیل سرمایه اجتماعی، توانایی تأثیر دیرپا در سلامت افراد دارد. محققین بین ابعاد سرمایه اجتماعی و کاهش مرگ و میر رابطه مثبتی یافتند؛ سرمایه اجتماعی از طریق همسایگی، به سه شیوه: اطلاع‌رسانی در مورد سلامت، افزایش هنجارهای سلامت مانند فعالیت بدنی و نیز حمایت‌های عاطفی از سوی همسایگان بر سلامت افراد تأثیر می‌گذارد (۹۰).

سرمایه اجتماعی می‌تواند به عنوان یک عامل زمینه‌ای موثر بر سلامت ایفای نقش کند؛ محققان دریافتند مردان و زنانی که فعالیت اجتماعی ندارند در مقایسه با افرادی که با شبکه‌های بزرگ اجتماعی در ارتباط هستند، بیش‌تر در معرض خطر ابتلا به دیابت قرار دارند. یافته‌های محققان دانشگاه ماستریخت هلند نشان داد فقدان مشارکت اجتماعی با افزایش ۶۰ درصدی احتمال ابتلا به مشکلات پیش‌دیابت و ۱۱۲ درصدی احتمال ابتلا به دیابت نوع ۲ در زنان در ارتباط است. همچنین مردانی که حضور کم‌تری در محافل اجتماعی دارند ۴۲ درصد بیش‌تر در معرض ابتلا به دیابت نوع ۲ قرار دارند، درحالی‌که این خطر برای مردانی که تنها زندگی می‌کنند ۹۴ درصد بیش‌تر بود (۶) در مطالعه‌ای دیگر به رابطه مثبت بین سرمایه اجتماعی و پرفشاری خون در مردان دست یافتند (۹۱). مطالعات نشان می‌دهد که افزایش یک

درصدی در عدم اعتماد با افزایش ۴/۵- مرگ در صد هزار مرگ همراه خواهد بود. همچنین تغییرات در سطح اعتماد ۵۸ درصد تغییرات در مرگ‌ومیر را توضیح می‌دهد. سطوح پایین‌تر اعتماد با نرخ بالای علل عمده مرگ‌ومیر، شامل بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان‌ها، سکته مغزی، آسیب ناخواسته و مرگ‌ومیر نوزادان همراه است (۹۲). رسیدن به توسعه جامعه با مشارکت بالا و بستر مناسب برای زندگی اجتماعی، با وجود سرمایه اجتماعی شکل می‌گیرد. کشورهای جهان سوم جوامعی در حال گذر، با چالش‌هایی جدید هستند که این چالش‌ها تغییرات و دگرگونی‌هایی را در جامعه ایجاد می‌کنند و تاثیرات مستقیمی بر سرمایه اجتماعی دارند.

از آنجایی که شخصیت‌های افراد تحت تاثیر کیفیت و کمیت روابط میان فردی است، فقدان حمایت‌های اجتماعی ممکن است به اختلالات فراوانی منجر شود. زیرا حمایت‌هایی که فرد از خانواده، دوستان یا جامعه دریافت می‌کند مستقیماً سلامت او را تحت تاثیر قرار می‌دهند (۹۳). تحقیقات دهه‌های اخیر حاکی از این امر است که سلامت جوامع، با عواملی نظیر میزان نابرابری و تبعیض طبقاتی و سطح اعتماد افراد به یکدیگر و به جامعه، همبستگی آماری معناداری دارد. نتایج حاصل از تحقیقات اولیه نشان داده است ابعاد سرمایه اجتماعی (شبکه‌ها، مشارکت اجتماعی، اعتماد و روابط متقابل)، به‌طور مثبت و چشم‌گیری در حفظ و بهبود سلامت تاثیر دارد (۹۰، ۹۴).

در ایران چند سالی است که به نقش سرمایه اجتماعی به عنوان یکی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و یک متغیر غیراقتصادی برای رسیدن به جامعه‌ای سالم توجه شده است به‌طوری‌که طبق ماده ۹۸ برنامه چهارم توسعه، ماده ۴۱ برنامه پنجم توسعه و در بخش پانزدهم برنامه ششم توسعه، سند بیماری‌های غیرواگیر، سیاست‌های کلی جمعیت ابلاغی مقام معظم رهبری (تحکیم بنیان خانواده و حمایت از سالمندان و ارتقای وفاق و همگرایی) و سند چشم‌انداز بیست ساله در افق ۱۴۰۴ هجری شمسی نیز به روحیه تعاون و سازگاری اجتماعی اشاره شده است و دولت مکلف است به سرمایه اجتماعی ایرانیان و احصای علل و عوامل موثر بر آن اهتمام ورزد.

طبق آمار لگاتوم (۲۰۱۷)، کشور ایران از نظر شاخص سرمایه اجتماعی در بین ۱۴۹ کشور در رتبه ۱۲۹ می‌باشد. در بین کشورها نروژ در رتبه نخست و یمن در رتبه ۱۴۹ قرار دارد. در این رتبه‌بندی کشور نروژ، دانمارک و ایسلند در جایگاه اول تا سوم می‌باشند (جدول ۶-۴).

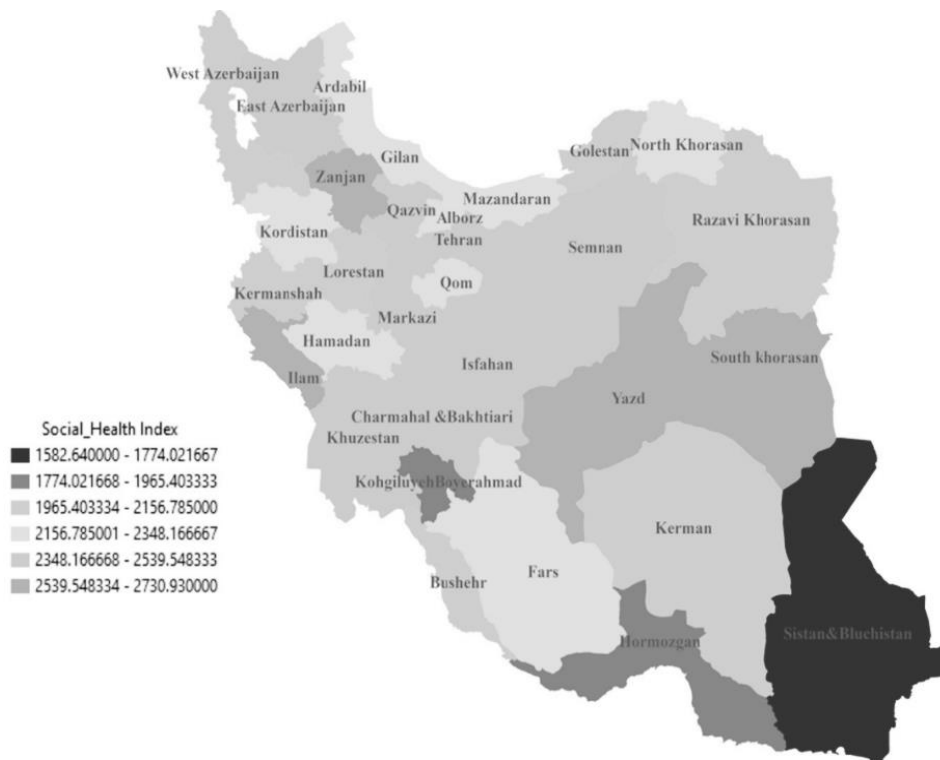
جدول ۶-۴؛ رتبه‌بندی کشورها از منظر سرمایه اجتماعی

رتبه سرمایه اجتماعی	کشور
۱	نروژ
۲	دانمارک
۳	ایسلند
۴	فنلاند
۵	اندونزی
۶	هلند
۷	نیوزلند
۸	سوئیس
۹	سوئد
۱۰	کانادا
۱۲۹	ایران

* منبع: www.prosperity.com

محاسبه شاخص سلامت اجتماعی^۱ در سال ۲۰۱۹ بر اساس ۳۹ شاخص که مهم‌ترین آن‌ها اعتیاد، کار کودکان، طلاق، بیکاری فارغ‌التحصیلان و سوءاستفاده از کودکان است، نشان داده است که استان یزد، خراسان جنوبی و ایلام به ترتیب بالاترین و استان سیستان و بلوچستان، کهگیلویه و بویراحمد و هرمزگان کم‌ترین میزان شاخص سلامت اجتماعی را به خود اختصاص داده‌اند. محاسبه شاخص سلامت اجتماعی در سال ۲۰۱۰ و بر اساس شش شاخص رشد جمعیت، فقر، پوشش بیمه، سواد، قتل و بیکاری، استان‌های تهران، سمنان و اصفهان بالاترین و سه استان استان سیستان و بلوچستان، لرستان و ایلام کم‌ترین میزان را دارا بوده‌اند. بهترین وضعیت سلامت اجتماعی در استان‌های شمال و شرق کشور و بدترین در استان‌های جنوبی بوده است به طوری که شش استان از ده استان انتهایی جدول استان‌های جنوبی هستند که نشان از نابرابری جغرافیایی در وضعیت سلامت اجتماعی در بین استان‌های کشور دارد و مطالعات عمیق‌تری برای بررسی علل این تفاوت‌ها و رفع آسیب‌ها لازم است (تصویر ۶-۶) (۹۵).

1. Social Health



تصویر ۶-۶؛ شاخص سلامت اجتماعی به تفکیک استان‌ها (زمانخانی و همکاران)

تکامل کودکان در سال‌های اولیه زندگی

سال‌های اولیه زندگی مهم‌ترین سال‌های حیات هستند که سلامت افراد از کودکی تا بزرگسالی را تعیین می‌کنند و تجربه این سال‌ها، پایه‌ای برای زندگی آینده هر انسان است. آنچه در طول ماه‌ها و سال‌های اول زندگی یا حتی قبل از تولد اتفاق می‌افتد بر کل زندگی اثرگذار است و اثرات مثبت یا منفی این حوادث وابسته به نوع مراقبت اولیه‌ای است که در طول سال‌های اولیه زندگی دریافت شده است. اگر نیازها و مسائل رشد و نمو کودکان در این سال‌ها به درستی پاسخ داده نشود، سلامت آن‌ها در معرض خطر قرار می‌گیرد و توانایی ذهنی و فکری و مهارت‌های اجتماعی و احساسی کم‌تری خواهند داشت. به عنوان مثال سوءتغذیه مادر در دوران بارداری، رشد جنین را مختل می‌کند و این مساله تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (۴۹).

تکامل حرکتی، شناختی و اجتماعی از زمان تولد تا هشت سالگی به عنوان تکامل دوران اولیه کودکی^۱ تعریف می‌شود. بررسی‌های متعدد مشخص نموده‌اند که بسیاری از مشکلات دوران بزرگسالی ریشه در دوران ابتدای کودکی دارند. محیطی که کودک در آن زندگی کرده، رشد می‌نماید و می‌آموزد، تاثیر بسیار زیادی بر تکامل، خصوصا تکامل مغزی، وی دارد. سریع‌ترین دوره تکامل مغز در طی دو سال ابتدای زندگی اتفاق خواهد افتاد که این خود پایه‌ای برای عملکرد هوشی، هیجانی عاطفی، فیزیکی/ایمونولوژیکی و اجتماعی کودک می‌شود. تجارب کودک از دوران دو تا پنج سالگی زیر بنای یادگیری‌های بعدی و تحصیلات رسمی و مهارت‌های اجتماعی وی خواهد بود. ضریب هوشی کودکی که از شیر مادر محروم شود، هشت درجه؛ کودکی که با کمبود آهن روبه‌رو باشد، پنج درجه و کودکی که با کمبود ید مواجه است، ۱۳ درجه نسبت به آن‌ها که از این غفلت‌ها مصون مانده‌اند، کمتر است. سوءتغذیه دوران جنینی می‌تواند سلامت تمام دوران حیات را به مخاطره اندازد (۹۶).

بی‌توجهی به این مساله در سیاست‌های کلان و فقدان ملاحظات سلامت در سیاست‌های بالادستی توسعه اجتماعی، بی‌توجهی به حذف بی‌عدالتی و فقدان مداخلات و برنامه‌های موثر با توجه به بستر اجتماعی استان‌ها برای بهبود رشد دوران کودکی و غفلت پایدار از سیاست‌های توسعه‌ای برای کودکان سه تا هشت سال، از مهم‌ترین چالش‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در حوزه تکامل دوران اولیه کودکی در ایران است. تمرکز باید از توجه صرف به رشد فیزیکی به مبارزه با کمبود در چرخه تکامل کودکان شامل جنبه‌های حرکتی، روانی، اجتماعی، عاطفی، شناختی و معنوی آن‌ها معطوف شود. یک دلیل برای بی‌عدالتی در شاخص‌های سلامت مادر و کودک در مناطق مختلف در کشور، سیاست‌گذاری متمرکز و بی‌توجهی به تفاوت‌های منطقه‌ای است. یک اصل مهم برنامه‌های رشد دوران اولیه کودکی، ارتقای عادلانه سلامت کودکان است و بنابراین این برنامه‌ها ترکیبی از سلامت، مراقبت، آموزش و حمایت از کودکان است. سیاست‌های بازتوزیعی سلامت برای ارتقای توزیع خدمات سلامت بین فقرا، شکاف بین فقرا و اغنیا را در مرگ و میر زیر پنج سال کاهش می‌دهد. خدمات سلامت ضروری برای کودکان باید کودکان فقیر را هدف قرار دهد (۹۷).

1. Early Childhood Development (ECD)

تکامل دوران اولیه کودکی تحت تاثیر وضعیت اجتماعی - اقتصادی خانواده است و محرومیت اجتماعی - اقتصادی به پیامدهای ناگوار در رشد و تکامل اولیه یک کودک منجر می شود. بی عدالتی به نفع خانوارهای ثروتمندان و کودکان غنی تر در تکامل دوران اولیه کودکی در ایران گزارش شده است و در بین استان ها هم به طور متناسبی توزیع نشده است. سمنان، تهران و یزد به ترتیب بالاترین و سیستان و بلوچستان، کهگیلویه و بویر احمد و آذربایجان غربی پایین ترین میانگین تکامل دوران اولیه کودکی را دارند. تمرکز این شاخص در همه استان ها در بین کودکان خانوارهای غنی است.

شاخص تمرکز که نشان دهنده این است که بی عدالتی در این متغیر به طور نامتناسب بین خانوارهای غنی و فقیر توزیع شده است (هرچه به صفر نزدیک تر باشد عادلانه تر است)، در بوشهر کم ترین مقدار (عادلانه تر) و در زنجان، کرمان و خوزستان بالاترین مقدار است (توزیع بی عدالتی در خانوارهای فقیر). استان ها در چهار گروه بر اساس میانگین تکامل دوران ابتدایی کودکی و توزیع بی عدالتی آن تقسیم می شوند:

❖ میانگین بالای تکامل دوران اولیه کودکی علی رغم بی عدالتی بالا در توزیع آن: استان زنجان

❖ میانگین بالای تکامل دوران اولیه کودکی و بی عدالتی کم در توزیع آن: ایلام، اصفهان، سمنان، یزد، چهارمحال و بختیاری

❖ میانگین پایین تکامل دوران اولیه کودکی علی رغم بی عدالتی بالا در توزیع آن: کرمان، خوزستان و خراسان شمالی

❖ میانگین پایین تکامل دوران اولیه کودکی و بی عدالتی کم در توزیع آن: سیستان و بلوچستان، بوشهر، گلستان و اردبیل

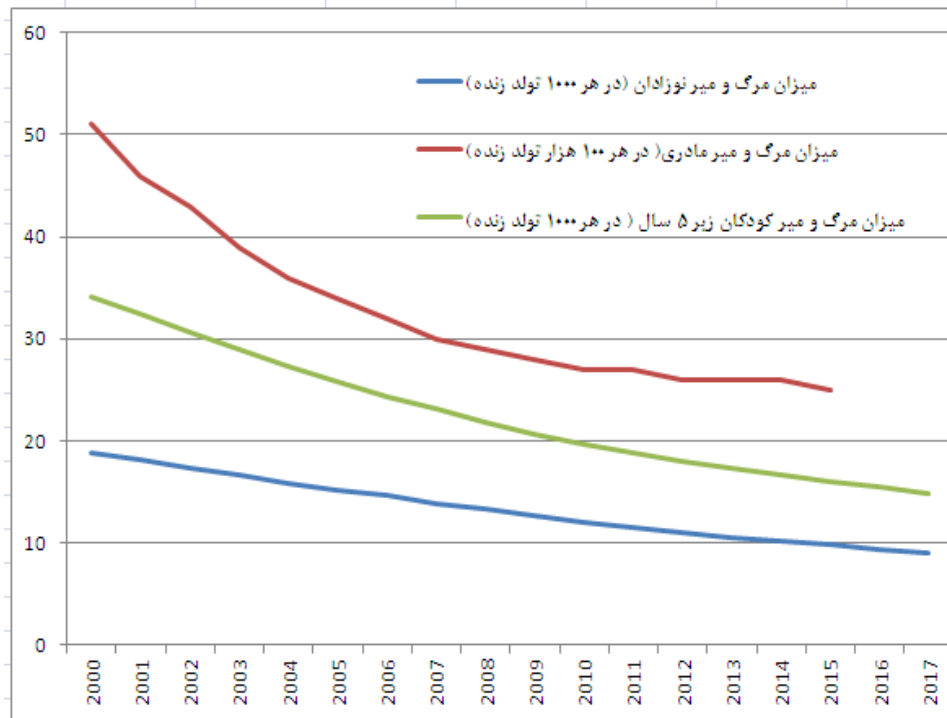
با توجه به الگوی استانی فوق، طراحی سیاست های عدالت محور متمرکز بر افراد آسیب پذیر ساکن در استان های دارای به بی عدالتی بالا و نیز سیاست های کارایی محور برای بهبود سطح تکامل دوران اولیه در استان های دارای مقادیر کم این شاخص، راه توسعه تکامل کودکی در کشور است (۹۸، ۹۹). شکست کودکان در تحقق پتانسیل تکاملی خود، نقش مهمی در انتقال بین نسلی فقر ایفا می نماید (۱۰۰). امروزه تحقیقات نشان می دهند که بسیاری از چالش های موجود در جامعه بزرگسالان مانند

مشکلات سلامت روانی، چاقی، کوتاه قدی، بیماری‌های قلبی، جنایت‌کاری، عدم صلاحیت و توانایی در سواد آموزی، ریشه در دوران ابتدای کودکی دارند (۱۰۱). بنابراین برنامه‌هایی که کمبودهای حیاتی دوران ابتدای کودکی را اصلاح می‌کنند، نه تنها اساسی برای موفقیت‌های هر کودک بلکه برای موفقیت‌های جامعه به عنوان یک کل نیز محسوب می‌شوند (۱۰۲). تمامی موارد فوق‌الذکر و ده‌ها مورد دیگر، نشان‌دهنده‌ی اهمیت روز افزون توجه به تکامل دوران ابتدای کودکی می‌باشند.

نکته دیگر اینکه در دوران ابتدای کودکی، بخش سلامت نقشی محوری بازی می‌نماید. چرا که در ابتدا بیش‌ترین ارتباط مادر و کودک با این بخش می‌باشد و به عنوان دروازه‌ای برای سایر خدمات در دوران ابتدای کودکی، می‌تواند به کار برده شود اما برای ایفای مؤثر این نقش نیاز است که خدمات در همه سطوح به‌گونه‌ای بهتر هماهنگ شوند و با خانواده و جامعه به‌گونه‌ای که کودکان در مرکز خدمات واقع شوند، همسو شوند (۱۰۱).

اگر چه طی سال‌های اخیر فعالیت‌های مهمی در زمینه بهداشت و سلامت جامعه، به‌ویژه کودکان در کشور ما انجام شده است، همچنان که صاحب‌نظران و مسئولین اجرایی حوزه کودکان به اجماع رسیده‌اند، وضع کنونی جامعه ایرانی در ارتباط با تکامل طبیعی کودکان و فعالیت‌های مرتبط با آن، با چالش‌های زیادی رو به رو است (۱۰۳). و پاره‌ای از مشکلات مربوط به توسعه در ایران مانع از دستیابی کامل کودکان به حقوق خود شده است. یکی از مهم‌ترین چالش‌ها در این زمینه، عدم وجود نگاه همه‌جانبه به تکامل کودکان و پایین بودن آگاهی اجتماعی می‌باشد (۱۰۴).

با نگاهی به شاخص‌های هفت‌گانه جهت ارزیابی وضعیت فقر و رفاه کودکان به‌نظر می‌رسد که در حوزه‌ی سلامت کاهش چشم‌گیری در میزان مرگ و میر کودکان و مادران رخ داده است (۱۰۵). همان‌طور که در تصویر ۶-۷ ملاحظه می‌شود، کاهش روند میزان‌های مرگ و میر نوزادان، کودکان زیر پنج سال و مرگ و میر مادری نشان داده شده است. همچنین امید به زندگی از بدو تولد افزایش داشته است به‌گونه‌ای که میزان آن از ۶۳/۸۲ سال در سال ۱۹۹۰ به ۷۶/۱۵ سال در سال ۲۰۱۷ ارتقای یافته است. علاوه بر این، میزان زایمان‌های ایمن افزایش یافته است اما میزان آسیب و مرگ و میر کودکان در اثر حوادث افزایش داشته است. در جدول ۶-۵، میزان مرگ و میر کودکان بر اثر حوادث، قابل ملاحظه می‌باشد (۱۰۵).



تصویر ۶-۷: روند مرگ و میر نوزادان، مادری و کودکان زیر پنج سال بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷ (منبع: <https://data.worldbank.org/country/iran-islamic-rep>)

جدول ۶-۵: درصد مرگ کودکان یک تا ۵۹ ماهه به علت سوانح و حوادث طی سال‌های ۹۶-۱۳۹۳

سال	درصد مرگ کودکان یک تا ۵۹ ماهه به علت سوانح و حوادث
۱۳۹۳	۱۹/۳
۱۳۹۴	۲۰/۲
۱۳۹۵	۱۸/۳
۱۳۹۶	۱۹/۴

* منبع: اداره سلامت کودکان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۹۸

در ارتباط با وضعیت سوء تغذیه کودکان نیز، با وجود این‌که بر اساس گزارش سیمای تغذیه کودکان در استان‌ها (انیس یک و انیس دو)، میزان کم وزنی و کوتاه قدی در کودکان زیر پنج سال از ۱۰/۹ درصد و ۱۵/۴ درصد در سال ۱۳۷۷ به ۴/۷ درصد و ۳/۷ درصد در سال ۱۳۸۳ کاهش یافته است و در بررسی شاخص‌های سلامت و جمعیت^۱ در سال ۱۳۸۹ نیز میزان کم وزنی و کوتاه قدی در کودکان ۴/۸ درصد و ۶/۸۳ درصد گزارش شده است. به دلیل توزیع ناهمگن این مشکل در سطح ملی و شیوع بالای آن در استان‌های محروم، همچنان این مسأله به عنوان یکی از اولویت‌های سلامت و بی‌عدالتی در سلامت در سطح ملی مطرح است (۱۰۶).

همچنین بر اساس پیمایش ملی بررسی شاخص‌های تن سنجی در کودکان زیر پنج سال، که در سال ۱۳۹۶ انجام شده است، اطلاعاتی در مورد وضعیت تن‌سنجی، شاخص‌های تغذیه‌ای و رشد و تکامل کودکان، در جدول‌های ۶-۶ و ۶-۷ ارائه شده

جدول ۶-۶؛ وجود هرگونه سوء تغذیه (مجموع کم وزنی و کوتاه قدی و لاغری) در کودکان زیر پنج سال به تفکیک منطقه، جنسیت و وضعیت اقتصادی-اجتماعی

درصد سوء تغذیه		
۷٫۳	شهری	مناطق
۱۲٫۳	روستایی	
۹٫۲	حاشیه شهر	
۹٫۳	کشور	
۹٫۴	دختر	جنسیت
۹٫۲	پسر	
۱۳٫۴	پایین	وضعیت اقتصادی - اجتماعی
۱۰٫۷	متوسط پایین	
۸٫۵	متوسط	
۷٫۵	متوسط بالا	
۶٫۶	بالا	

* منبع: مطالعه CANDS_IR1396

جدول ۶-۷؛ شیوع سوء تغذیه در کودکان زیر پنج سال

درصد کم‌وزنی	درصد کم‌وزنی شدید	درصد کوتاه‌قدی	درصد کوتاه‌قدی شدید	درصد لاغری	درصد لاغری شدید	
۴٫۳	۰٫۶	۴٫۸	۱٫۰	۴٫۳	۰٫۹	کل کشور
۳٫۱	۰٫۴	۳٫۱	۰٫۷	۳٫۸	۰٫۷	شهری
۵٫۸	۰٫۹	۷٫۶	۱٫۶	۴٫۶	۱٫۰	روستایی
۴٫۰	۰٫۶	۴٫۹	۱٫۱	۴٫۴	۱٫۱	پسر
۴٫۶	۰٫۶	۴٫۸	۰٫۹	۴٫۱	۰٫۶	دختر

* منبع: مطالعه CANDS_IR1396

است. لازم به ذکر است که در این مطالعه، حجم نمونه، ۶۰۰ کودک برای هر استان در نظر گرفته شده است و به روش تصادفی از داده‌های نرم افزار سیب استفاده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، بر اساس این مطالعه، درصد کم‌وزنی و کوتاه‌قدی ۴/۳ و ۴/۸ گزارش شده است و بین مناطق شهری و روستایی تفاوت قابل توجهی مشاهده می‌شود. همچنین بر اساس جدول ۶-۸ شاخص تکامل کودک (درصد کودکان ۳۶ تا ۵۹ ماهه که در حداقل سه حوزه از چهار حوزه تکلم - شمارش، حرکتی، اجتماعی - عاطفی و آموزشی، وضعیت مناسب دارند)، ۵۳ درصد گزارش شده است (۱۰۶).

در حوزه‌ی آموزش نیز، میزان مهدهای کودک و مراکز پیش دبستانی نیاز به توسعه‌ی بیش‌تری دارند، کیفیت و محتوای برنامه‌های آموزش مدارس باید بهبود یابد، هنوز تعدادی از کودکان به ویژه در مناطق دورافتاده و کمتر توسعه‌یافته از نعمت تحصیل محروم هستند. همچنین در تعدادی از کلاس‌های پیش دبستانی، مهدهای کودک و روستامهدها، فضای سرانه و استانداردهای سازمان توسعه و تجهیز مدارس رعایت نمی‌شود و در موارد دیگری نیاز به بهسازی و یا بازسازی این فضاها وجود دارد. تعداد زیادی از کودکان با نیازهای ویژه در دوران ابتدای کودکی تحت پوشش آموزش و پرورش و مراقبت‌های ضروری قرار ندارند. از سویی دیگر کیفیت خدمات مراقبتی، توانبخشی، آموزشی و پرورشی که در حال حاضر به این کودکان ارائه می‌شود نیز مطابق با استانداردها و شاخص‌های بین‌المللی نمی‌باشد.

جدول ۶-۸؛ شاخص‌های تکامل کودکان ۳۶ تا ۵۹ ماهه به تفکیک مناطق، جنسیت و وضعیت اقتصادی - اجتماعی

شاخص تکامل کودک	آموزشی	اجتماعی - عاطفی	حرکتی	تکلم - شمارش		
۵۶٫۴	۹۹٫۳	۴۳٫۰	۹۹٫۷	۲۳٫۲	شهری	مناطق
۵۱٫۷	۹۸٫۴	۴۴٫۳	۹۹٫۶	۱۵٫۶	روستایی	
۴۱٫۸	۹۸٫۹	۳۳٫۳	۹۹٫۶	۱۵٫۷	حاشیه	
۵۳٫۰	۹۸٫۹	۴۲٫۵	۹۹٫۷	۱۹٫۴	کشور	جنسیت
۵۷٫۹	۹۹٫۱	۴۶٫۷	۹۹٫۸	۲۱٫۱	دختر	
۴۸٫۵	۹۸٫۶	۳۸٫۶	۹۹٫۶	۱۷٫۹	پسر	وضعیت اقتصادی - اجتماعی
۴۸٫۳	۹۷٫۸	۳۷٫۷	۹۹٫۳	۱۷٫۰	پایین	
۵۱٫۵	۹۸٫۸	۴۲٫۲	۹۹٫۷	۱۸٫۳	متوسط	
۵۴٫۰	۹۸٫۶	۴۳٫۶	۹۹٫۶	۱۹٫۳	متوسط	
۵۳٫۲	۹۹٫۵	۴۲٫۵	۹۹٫۸	۲۱٫۴	متوسط	
۵۸٫۷	۹۹٫۸	۴۷٫۳	۱۰۰٫۰	۲۱٫۶	بالا	

* منبع: مطالعه CANDS_IR1396

در خصوص مسکن مناسب و فضای اختصاص داده شده در محل سکونت نیز نیاز به رعایت بیش‌تر استانداردها وجود دارد (۱۰۷). به‌طور کلی علی‌رغم بهبود قابل ملاحظه در برخی از ابعاد مرتبط با فقر باید بیان داشت که مسئله‌ی نابرابری‌ها در توسعه و تکامل دوران ابتدایی کودک که عمدتاً از جنینی تا هشت سالگی را شامل می‌شود، هنوز در کشور وجود دارد و باید مورد توجه جدی قرار گیرد (۱۰۴).

همچنین با توجه به در دسترس نبودن نمایه واحد و ادغام یافته‌ی وضعیت رشد و تکامل کودکان خردسال در ایران، به‌ناچار وضعیت رشد و تکاملی کودکان با استفاده از متغیرهای مجزای مرتبط با رشد فیزیکی (میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال، شاخص‌های تن‌سنجی، شاخص‌های تغذیه‌ای، شاخص‌های تغذیه با شیرمادر، شاخص‌های ایمن‌سازی و شاخص‌های مرتبط با سلامت مادران)، متغیرهای غیرمستقیم مرتبط با آموزش (میزان خام ورود کودکان لازم‌التعلیم به مدرسه و...) و مراقبت‌های قبل از دوره پیش‌دبستانی (نرخ ثبت نام در مهدهای کودک و...) مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. البته در این زمینه شاخصی بین‌المللی نیز به نام

شاخص توسعه کودکان^۱ وجود دارد. این شاخص حاصل عملیاتی بر روی سه شاخص اصلی مرگ و میر کودکان زیر پنج سال، سوء تغذیه (کم‌وزنی) کودکان هم‌میزان گروه سنی و درصد عدم ورود به مدرسه کودکان است. نکته مهم در مورد این شاخص این است که پس از محاسبه این شاخص، هرچه مقدار آن کمتر باشد، کشور وضع بهتری خواهد داشت. در گزارش سال ۲۰۱۲ صندوق حفاظت کودکان یونیسف میزان این شاخص برای کشور ایران ۷/۹۳ با رتبه ۶۰ در بین کشورهای دنیا گزارش شده است (۱۰۸).

در حوزه بازی نیز اگرچه آمار رسمی و دقیقی از وضعیت به‌کارگیری اسباب‌بازی‌ها و بازی کودکان در دسترس نیست ولی با استناد به میزان هزینه سرانه سالانه برای بازی/اسباب بازی می‌توان نتیجه گرفت که این آمار برای کودکان ایرانی (پنج دلار در سال) در مقایسه با میانگین جهانی (۳۴ دلار) در وضعیت مطلوبی نیست. از سوی دیگر سواد متوسط یا کم مردم و متولیان در خصوص بازی‌های کودکان، کمبود فضاهای دوست‌دار کودک و تسهیلات مناسب برای بازی کودک در سطح کشوری و با شدت بیش‌تر در مناطق محروم، کمبود آیین‌نامه‌های اجرایی و نظارتی بر تولیدات و واردات اسباب بازی و عدم اجرای کامل این آیین‌نامه‌ها، این مشکل را تشدید می‌کنند. این عوامل همگی مانع انگیزش عاطفی، اجتماعی، شناختی و شادابی بهینه کودکان شده است. این در حالی است که بازی‌های حاصل از اسباب بازی‌های غربی و یا بازی‌های رایانه‌ای عموماً مسبب ترویج نوع زندگی و ریزه‌کاری‌های فرهنگ غربی خواهد بود و برای ارتقای تکامل کودکان مضر می‌باشند (۱۰۸).

همچنین روند رو به گسترش شهرنشینی، کوچک شدن بعد خانوار به عنوان هسته اصلی جامعه، تشدید اختلاف طبقاتی در ابعاد اقتصادی و اجتماعی، افزایش میزان طلاق، متارکه و سستی بنیان خانواده‌ها، میزان بزهکاری، اعتیاد، کودک‌آزاری، کودکان خیابانی و کار کودکان از جمله موارد اجتماعی هستند که بر سلامت و تکامل کودکان خردسال تاثیرگذار خواهند بود. در چنین شرایطی علی‌رغم توجه به زیرساخت‌ها و توسعه‌ی آنها، هنوز شاهد کمبودها و مهم‌تر از آن نابرابری‌هایی در سطح کشور هستیم (۱۰۷).

1. Child Development Index (CDI)

علاوه بر این، یکی دیگر از بزرگ‌ترین مشکلاتی که روند برنامه‌ها و فعالیت‌های رشد و تکامل کودکان خردسال را در ایران کند می‌کند، نبود برنامه ملی برای این دوره سنی و نقص در اجرا است. به طوری که در هیچ‌یک از برنامه‌های توسعه قبلی، توجه ویژه‌ای به این حوزه نشده است. در نتیجه سازمان‌های دولتی، برنامه و یا دستورالعمل خاصی برای این فعالیت نداشته و ندارند (۱۰۳).

عوامل خطر تأثیرگذار بر تکامل کودکان در سال‌های اولیه زندگی

در مطالعات مختلف، توجه ویژه‌ای به شناسایی ریسک فاکتورهای مربوط به تکامل دوران ابتدایی کودکی و پژوهش در زمینه تأثیر ریسک فاکتورهایی مانند استرس، افسردگی مادر، فقر، سموم محیطی، بیماری‌های عفونی در زنان باردار و کودکان و... بر روی پیامدهای تکاملی کودکان شده است (۱۰۹). در زیر به‌طور مختصر به این ریسک فاکتورها و نقش آن‌ها در تکامل کودکان پرداخته شده است.

فقر

فقر به‌طور وسیعی به عنوان علت ریشه‌ای تکامل ضعیف کودکان شناخته شده است (۱۱۰-۱۱۳). وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین یک پیش‌بینی‌کننده کلیدی از تکامل کودکان در سال‌های اولیه زندگی می‌باشد (۱۱۴). فقر تجمعی و مداوم و در معرض سختی قرار گرفتن در سال‌های اولیه زندگی، تأثیری مضر بر روی عملکرد شناختی با تأثیر قوی‌تر بر روی مهارت‌های زبانی در مقایسه با مهارت‌های غیر زبانی دارد (۱۱۵).

سوء تغذیه

سوء تغذیه کودک و نوزاد خصوصاً در دوره جنینی تا سن دو سالگی، می‌تواند منجر به تأخیرات تکاملی و کوتاه‌قدی و در نتیجه تکامل شناختی ضعیف شود. نهایتاً، عملکرد آموزشی و به‌دست آوردن شغل را منجر می‌شود (۱۱۶). تغذیه ناکافی یا نامناسب مادر مانند فقدان فولیک اسید در دوره بارداری می‌تواند باعث آسیب ساختاری قابل توجهی به جنین در رحم شود. کوتاه‌قدی (قد کم نسبت به وزن)، شکلی از سوء تغذیه مزمن است که به نوبه خود پیش‌بینی‌کننده تکامل زبانی و شناختی

ضعیف می‌باشد (۱۱۷). حتی اگر کودکان عقب افتادگی از لحاظ قد را جبران کنند، تأثیر حیاتی کوتاه‌قدی بر روی تکامل مغز در دوران اولیه، ممکن است دائمی باشد (۱۱۸). به‌طور متوسط، کودکانی که تا سن دو سالگی کوتاه‌قد هستند، به سال‌های کم‌تری از تحصیل دسترسی داشته، عملکرد ضعیف‌تری در مدرسه دارند و در بزرگسالی درآمد کم‌تری خواهند داشت (۱۱۹). همچنین کودکان با وزن کم‌تر از ۲۵۰۰ گرم در خطر بیش‌تر بیماری قلبی، دیابت و اختلالات یادگیری در تمام طول زندگی خود می‌باشند (۱۱۴).

بیماری‌های عفونی در زنان باردار، نوزادان و کودکان

عفونت‌های پیش از زایمان در زنان باردار مانند سیفلیس و سرخجه همچنین وجود بیماری‌ها در نوزادان و خردسالان مانند سرخک، اسهال، عفونت‌های انگلی و ایدز ممکن است اثر منفی بر روی تکامل شناختی و فیزیکی کودک بر جای بگذارند (۱۱۷).

سموم محیطی

قرار گرفتن در معرض سموم محیطی پیش و بعد از تولد مانند الکل، مواد مخدر، مواد شیمیایی و سموم می‌تواند باعث آسیب جدی به تکامل مغز و در نتیجه تکامل شناختی، حرکتی، احساسی و اجتماعی جنین در حال رشد و خردسالان شود (۱۲۰).

استرس

در غیاب یک مراقب حمایت‌کننده برای حمایت از کودکان در مقابل استرس وارد شده از طریق عواملی مانند سوء استفاده و غفلت، افسردگی شدید مادر، اعتیاد والدین، خشونت خانوادگی و فقر شدید، به‌طور معمول، استرس قابل تحمل به سم تبدیل خواهد شد. استرس سمی می‌تواند منجر به آسیب‌شناختی، رفتارهای آسیب‌زننده به سلامت و سبک زندگی مضر در بزرگسالی همچنین آسیب‌پذیری بیش‌تر در سراسر دوران کودکی و بیماری‌های جسمی در دوران بزرگسالی مانند بیماری‌های قلبی، چاقی، دیابت و سایر موارد شود. همچنین می‌تواند منجر به مشکلات سلامت روانی مانند افسردگی، اضطراب و اعتیاد شود (۱۱۴).

مواجهه با خشونت

تکامل احساسی و اجتماعی نوزادان و خردسالانی که در جوامع و خانواده‌های خود در معرض خشونت می‌باشند (از جمله تنبیه بدنی) و از حامی قوی و مراقبان حمایت‌کننده برخوردار نیستند، به خطر خواهد افتاد. این کودکان، در معرض خطر بیش‌تری از لحاظ تعلقات متزلزل، مشکلات رفتاری، کاهش توانایی برقراری روابط اجتماعی، افزایش رفتار خشونت‌آمیز و ناتوانی برای تنظیم احساسات خود می‌باشند (۱۲۰).

خطرات روانی اجتماعی

افسردگی مادر، خطر قابل توجهی برای تکامل احساسی، اجتماعی، حرکتی و شناختی کودک محسوب می‌شود چرا که افسردگی مادر اغلب منجر به مراقبت غیرپاسخ‌گو می‌شود. هر چند ارتباط بین افسردگی مادر و تکامل اوایل دوران کودکی چند سطحی و تجمعی است به دلیل اینکه فقر، تحصیلات پایین، استرس بالا، فقدان توانمندی و حمایت اجتماعی ضعیف نیز عوامل خطر برای تکامل کودکان محسوب می‌شوند (۱۲۱).

مراقبت مختل، فقدان والدین، والدین بیمار، واگذاری و ترک

اختلالات مراقبتی ناشی از والدین به دلیل بیماری یا مرگ یا رها نمودن کودک و قبول نقش مراقبت دهنده توسط فردی غیر از پدر و مادر، خطر مشکلات رفتاری و احساسی، سلامت روانی و سوء استفاده در خردسالان را ایجاد می‌نماید (۱۱۷). کودکانی که با والدین بیولوژیکی خود زندگی نمی‌کنند، به‌طور ویژه در معرض این خطر هستند که مراقبت ضروری برای رفاه روانی - اجتماعی و فیزیکی شان نادیده گرفته شود (۱۲۲).

ناتوانی‌ها و تأخیرات تکاملی

تقریباً ۲۳ درصد کودکان بین سنین صفر تا نه سال در کشورهای با درآمد پایین و متوسط در معرض خطر ناتوانی و معلولیت‌های ذهنی در درجات مختلف می‌باشند. علاوه بر این، کودکان دارای ناتوانی در معرض این خطرات هستند که دسترسی کم‌تری به خدمات تکامل ابتدایی کودک و دریافت مراقبت با کیفیت داشته باشند

(۱۱۷). کودکان دچار ناتوانی، در میان کودکانی که بیش‌ترین انگ به آن‌ها زده شده و طرد می‌شوند، قرار دارند. دانش محدود در مورد ناتوانی و نگرش‌های منفی مرتبط با آن، می‌تواند منجر به حاشیه رانده شدن این کودکان در خانواده، مدرسه و جامعه شود (۱۲۳). در فرهنگ‌هایی که تولد یک کودک دچار ناتوانی همراه با احساس گناه، شرم و ترس می‌باشد، این کودکان اغلب از نظرها پنهان شده، به صورت ضعیف درمان می‌شوند و از فعالیت‌هایی که برای تکامل آن‌ها حیاتی می‌باشند، حذف می‌شوند (۱۲۴). در نتیجه این تبعیض، کودکان دچار ناتوانی ممکن است پیامدهای سلامتی و آموزشی ضعیفی داشته باشند. آن‌ها ممکن است عزت نفس پایینی داشته و تعاملات محدودی با دیگران داشته باشند و همچنین در ریسک بالاتری برای خشونت، سوء استفاده، غفلت و استثمار قرار گیرند. در مقایسه با سایر کودکان، کودکان دچار ناتوانی کم‌تر احتمال دارد که وارد مدرسه شوند و میزان بالاتری از ترک تحصیل را دارند (۱۱۱، ۱۲۵). تخمین زده می‌شود که یک سوم تمامی کودکان بازمانده از تحصیل در سنین ابتدایی، کودکان دچار ناتوانی می‌باشند (۱۲۶). آن‌هایی هم که به مدرسه می‌روند، اغلب در محیط مدرسه با محرومیت‌هایی مواجه می‌شوند، با سایر هم‌سالان در گروه‌های سنی خود قرار داده نمی‌شوند و فرصت‌های یادگیری با کیفیت ضعیف دریافت می‌کنند. همچنین، بسیاری از این کودکان نیاز به دسترسی به فرصت‌های یادگیری اضافی و خدمات تخصصی مانند بازتوانی به منظور حداکثرسازی پتانسیل تکاملی خود دارند (۱۲۷-۱۲۹).

در ایران در سال‌های اخیر، افزایش مشارکت گروه‌های مختلف دولتی و غیردولتی در موضوع کودکان خردسال موجب شد که تلاش‌هایی برای تدوین یک سند ملی جهت هماهنگ کردن تمامی فعالیت‌ها و در عین حال اجرای برنامه‌ای مشترک و سازمان‌یافته در حمایت از کودکان خردسال، صورت پذیرد. ابتدا طی سال ۱۳۸۷ با توجه به ضرورت توجه به جایگاه کودکان و کاستی‌های موجود در کشور، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیشنهاد اولیه برای نگارش سند ملی رشد و تکامل همه جانبه دوران ابتدای کودکی مطرح شد. در این راه مبادرت به برنامه‌ریزی و جلب همکاری نهادهایی از جمله وزارت آموزش و پرورش و سازمان بهزیستی کشور شد و تیم پروژه اولیه متشکل از کارشناسان زبده این سه حوزه و تعدادی از متخصصین و صاحب‌نظران بنام کشور تشکیل شد. نهایتاً در شهریورماه ۱۳۸۸ تدوین پیش‌نویس

اولیه سند به مرکز تحقیقات رشد و تکامل کودکان دانشگاه علوم پزشکی تهران سپرده شد. سند پیش‌نویس رشد و تکامل همه جانبه کودکان حدود سه سال و در سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۱ آماده شده است و مصوبه ابتدایی آن نیز در سال ۱۳۹۲ از شورای عالی سلامت و امنیت غذایی گرفته شده است. این سند، اخیراً در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، برای تصویب نهایی ارائه شده است که امید است بعد از آن در سطح ملی اجرایی شود (۱۰۷). نکته‌ی مهم در تداوم این فعالیت، حساس کردن دوباره مراکز قانون‌گذار و سیاست‌گذار در حمایت رسمی از برنامه‌های رشد و تکامل کودکان خردسال و چگونگی اجرای این برنامه‌ها می‌باشد.

گروه‌های آسیب‌پذیر

افرادی که در مقابل بیماری، آسیب‌های روانی و اقتصادی، اجتماعی نسبت به بقیه افراد جامعه حساس‌تر می‌باشند در گروه‌های آسیب‌پذیر^۱ جامعه قرار دارند. لذا حمایت و شناسایی گروه‌های آسیب‌پذیر با هدف رسیدگی و فراهم نمودن امکانات مناسب برای ایشان جهت حفظ سلامت ایشان ضروری می‌باشد. هر عاملی که این خطر سلامت و آسیب را افزایش دهد می‌تواند فرد را جزو گروه آسیب‌پذیر قرار دهد. اهمیت تعیین گروه‌های آسیب‌پذیر به دلیل آنکه فراهم کردن کلیه خدمات برای تمام افراد جامعه میسر نیست باید مشخص شود که در موقعیت‌های خاص کدام افراد یا گروه‌های خاص نیاز به کمک بیش‌تری دارند. سپس با استفاده از امکانات موجود چه از نظر منابع مالی و چه نیروی انسانی خدمات مورد نظر آنان را ارائه کرده و از پیامدهای آسیب‌پذیری تا حدودی در این گروه‌ها پیشگیری کرد. جوامعی که دچار فقر اقتصادی شدید و بالا بودن تعداد سالمندان، بالا بودن نسبت مادران باردار، بالا بودن تعداد کودکان هستند در معرض خطر محسوب می‌شوند. خانواده‌های پرمشکل نیز که دچار مسائل بهداشتی و اقتصادی و اجتماعی هستند جزو گروه‌های در معرض خطر محسوب می‌شوند. آسیب‌پذیری با رفتار غیربهداشتی و مخاطره‌آمیز همراه است. خود درمانی، مراجعات مکرر به مطب پزشکان، خرید بی‌مورد داروها و استفاده بی‌رویه از آن‌ها خود از عواملی هستند که سلامت را تهدید کرده و گروه‌های متعدد

1. Vulnerable Group

را در معرض خطر قرار می‌دهند (۱۳۰). در ادامه این موضوع ذیل پنج مقوله: کودکان کار، پناهندگان، کودکان/ سالمندان، معلولان و ناتوانی‌های جسمی-ذهنی، زنان سرپرست خانوار مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

کودکان کار

معضل کودکان کار یکی از نمادهای واضح نابرابری‌های اجتماعی است که منجر به نابرابری‌های سلامت می‌شود. وضعیت سلامت کودکان کار در هر سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی بدتر از همسالان آنها است و سه گروه بیماری‌های واگیر، غیرواگیر و مشکلات عاطفی سلامتشان را تهدید می‌کند. شیوع آلودگی به اچ آی وی در میان آنها ۴۵ برابر جمعیت عادی است و بیماری‌های واگیر مثل هیپاتیت، عفونت‌های انگلی روده و کچلی‌ها در میان این کودکان شایع است. سلامت روانی آنها در سال‌های آغازین عمر آسیب جدی می‌بینند، سطوح متفاوتی از اضطراب را تجربه می‌کنند، خشونت فیزیکی و قربانی تجاوز و سوءاستفاده جنسی شدن کودکان در نتیجه رها شدگی در محیط پرمخاطره و آسیب‌زای خیابان یا پستوی اماکن و کارگاه‌ها، تجربه مشترک بسیاری از آنها است (۱۳۱). بیماری‌هایی همچون نقص توجه، اختلال اجتماعی، مشکلات چشم، پوست و قلب مثال‌هایی از صدمات فیزیکی به کودکان کار است (۱۳۲). مطالعات نشان داده‌اند که شیوع عفونت‌های ویروسی شامل ایدز، هیپاتیت B و C در کودکان کار در ایران بسیار بیش‌تر از جمعیت عمومی است. ۴/۵ درصد کودکان کار مبتلا به عفونت ایدز، ۱/۷ درصد هیپاتیت B و ۲/۶ درصد هیپاتیت C مثبت بوده‌اند (۱۳۳). میزان آلودگی به هیپاتیت A در این کودکان، نه برابر جمعیت هم سن و سال است (۱۳۴).

مطالعه شاخص‌های تغذیه‌ای و آنتروپومتری در کودکان کار در کرمانشاه نشان داده است که متوسط قد و وزن کودکان کار ۳/۷ سانتی‌متر و ۵/۷ کیلوگرم کم‌تر از کودکان غیرشاغل است. شیوع کمبود آهن در کودکان کار بیش از دو برابر از سایر کودکان است و غلظت هموگلوبین آنها به‌طور چشم‌گیری کم‌تر از سایرین است. مصرف همه گروه‌های غذایی به‌جز نان و غلات در کودکان کار کم‌تر از کودکان غیرشاغل است و این کودکان در معرض آنمی و سوءتغذیه (۱۳۵)، بیماری‌های دستگاه گوارش و سل هستند (۱۳۶). مرگ و میر کودکان کار ۹ تا ۳۱ برابر حد

انتظار بر اساس سن و جنس تخمین زده شده است. شیوع مصرف سیگار و الکل در کودکان خیابانی ۱۳ و ۵/۳ درصد بوده و ۵۱/۲ درصد کودکان خیابانی افسرده گزارش شده است (۱۳۴).

بر طبق شواهد، ۱۴ درصد کودکان ایرانی وادار به انجام کار تحت شرایط خطرناک و ناسالم هستند و مراقبت سلامت فردی، جسمی و جنسی ندارند (۱۳۶). در مطالعه‌ای دیگر ده‌ها هزار کارگاه بافندگی که برخی از آن‌ها بدون مجوز فعالیت می‌کنند، کودکان ۱۰ ساله را برای بافندگی فرش استخدام می‌کنند و کودکان مجبورند ۱۴ ساعت در روز در بدترین شرایط سلامتی کار کنند (۱۳۶).

پناهندگان

مهاجرین و پناهندگان نیز از مصادیق نابرابری در سلامت بوده در معرض خطر بالاتر ابتلا به بیماری‌های خاص هستند. مهاجرین در مناطق فقیر سکنی دارند یا به واسطه جنگ و حوادث طبیعی ناگزیر به جابه‌جایی شده‌اند و به این دلیل در معرض خطر بالاتر پیامدهای نامناسب سلامت هستند. پناهندگان در معرض خطر بالاتر ابتلا به سل مرتبط با وضعیت تغذیه‌ای و بهداشتی نامناسب، زندگی در مناطق پرجمعیت، دسترسی ناکافی به مراقبت‌ها، آموزش و اطلاعات و دیگر بیماری‌های همزمان هستند. افغانستانی‌ها در مقایسه با جمعیت ایرانی، با شیوع بالاتر اغلب بیماری‌ها مواجهند. مطالعات مختلف، شیوع بالای سل (۵۶ درصد)، مالاریا (۴۰ درصد)، تب خونریزی‌دهنده کریمه-کنگو (۲۵ درصد)، هپاتیت بی (۱۴ درصد)، وبا (۸ درصد)، لیشمانیوز (۷ درصد) و ایدز در بین مهاجرین افغانستانی در ایران را گزارش داده‌اند. سل مقاوم به دارو و مالاریا، شایع‌ترین بیماری‌های عفونی در بین مهاجرین افغانستانی در ایران شناخته شده‌اند، درحالی‌که ایران هر دو بیماری را در بین مردم خود ریشه‌کن ساخته است.

دولت و کمیساریای عالی سازمان ملل در امور پناهندگان، مراقبت اولیه سلامت را در ۱۵ سکونت‌گاه، کمپ و ۲۹ منطقه شهری ارائه می‌دهند. همچنین در سال ۱۳۹۳ کمیساریای عالی سازمان ملل در امور پناهندگان، طی تفاهم‌نامه‌ای با عالی سازمان ملل در امور پناهندگان، دفتر امور مهاجرین وزارت کشور و وزارت بهداشت، پوشش بیمه درمان برای ارائه خدمات درمانی بستری به پناهندگان جمعی را تصویب

نمود (۱۳۷). حمایت کمیساریای عالی به عنوان مکمل اقدامات دولت و مشارکت‌های مالی پناهندگان انجام می‌شود و در پرداخت سهم هزینه پناهندگان آسیب‌پذیر مشارکت دارد. هزینه پناهندگان رسمی غیرآسیب‌پذیر به صورت ترکیبی از مشارکت دولت ایران و خود پناهندگان انجام می‌شود (۱۳۸).

مهاجرین غیررسمی در دریافت خدمات موردنیاز با مشکلات مالی مواجه هستند. پناهندگان و مهاجرین غیررسمی بی‌بضاعت در کشور به خدمات سلامت دسترسی مالی ندارند و باید کل هزینه را از جیب بپردازند. بسیاری از آن‌ها از ترس هزینه‌های درمان مشکلات سلامتی خود را پیگیری نکرده و به مراکز درمانی مراجعه نمی‌کنند (۱۳۹)، درحالی‌که به واسطه شرایط معیشت خود در معرض مشکلات سلامت روان هستند. عدم توانایی پرداخت و بیمه جامع منجر به مراجعه دیر هنگام مهاجرین یا پناهندگان برای دریافت خدمات سلامت در زمانی است که بیماری به مراحل پیشرفته خود رسیده است.

ارائه مراقبت سلامت به مهاجرین و پناهندگان از چند جنبه حیاتی به نظر می‌رسد: نخست آنکه مهاجرین خطر بالقوه انتشار بیماری‌های عفونی در بین افراد بومی را افزایش می‌دهند. مهاجرت غیرقانونی، برنامه حذف مالاریا در ایران را در معرض خط جدی قرار داده است. دولت بیش از ۱۰۰ هزار دلار در سال برای درمان مهاجرین افغانستانی مبتلا به سل هزینه می‌کند و دوم تاکید بر عدالت در تعالیم اسلامی و قوانین الهی و تعهد کشور و نظام جمهوری اسلامی ایران به عنوان منادی عدالت در جهان و بر اجرای قوانین الهی است که دسترسی کافی و عادلانه مهاجرین به خدمات سلامت را مورد تاکید قرار می‌دهد.

مشکلات مالی و فقدان بیمه سلامت قابل تأمین با پوشش کافی و عدم دسترسی مالی به تست‌های تشخیصی و غربالگری شامل تست‌های آزمایشگاهی و سونوگرافی در دوران بارداری، موضوعات فرهنگی شامل امتناع از دریافت خدمت دوران بارداری یا تاخیر در دریافت آن به علت عدم حضور پزشکان خانم در مراکز بهداشتی یا جلوگیری از مراجعات مادر باردار توسط مردان خانواده، رفتار پرسنل شامل نقد رفتار، انگ و تبعیض، هزینه‌های حمل و نقل به‌ویژه برای اتباع ساکن در مناطق دورافتاده و ترس از اخراج شدن و عودت داده شدن به وطن از موانع دریافت خدمات دوران بارداری در مادران باردار افغانستانی در ایران گزارش شده است (۱۴۰).

کودکان / سالمندان

کودکان در مقابل فقر و نابرابری بسیار آسیب‌پذیرتر از سایر افراد و گروه‌های جامعه هستند اما ما با بی توجهی به ابعاد وسیع‌تر فقر و نابرابری علیه کودکان در کشور مواجهیم و فقر کودکان مساوی فقر کلی لحاظ شده است. میزان آسیب و مرگ و میر کودکان در اثر حوادث افزایش داشته است و هنوز تعدادی از کودکان به ویژه در مناطق دورافتاده و کم‌تر توسعه یافته از نعمت تحصیل محروم هستند (۱۴۱).

سالمندی احتمالاً مهم‌ترین پدیده مردم شناختی اواخر قرن بیستم و شروع قرن بیست و یکم می باشد. بر اساس تعریفی که افراد بالای ۶۵ سال را سالمند محسوب می کند، سالمندی در حال حاضر دارای رشد ۲/۴ درصد در مقایسه با ۱/۷ درصد برای رشد کل جمعیت می باشد و انتظار می رود که این رشد به ۳/۱ درصد در سال‌های آتی افزایش پیدا کند. جمعیت سالمندان از ۶۰۰ میلیون در سال ۲۰۰۰ به یک میلیارد و دویست میلیون یعنی دو برابر در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید. فرایند سالمندی می تواند به اضمحلال ذهنی، جسمی و کاهش سال‌های فعال مورد انتظار و سالم زندگی منجر شود. تغییرات وضعیت سلامت با افزایش سن، بیشتر مزمن و پیشرونده هستند تا برگشت پذیر. ضمن اینکه سلامتی یک روند پویا است و با گذشت زمان مفهوم آن تغییر خواهد کرد، برای افراد مختلف نیز معانی گوناگونی دارد و حتی یک فرد هم در طول زندگی خود ممکن است تعاریف مختلفی از سلامتی داشته باشد. چنان که اولویت‌ها و انتظارات مربوط به مفهوم سلامتی در یک انسان ۷۰ ساله با آنچه او در ۳۰ سالگی فکر می کرده حتما متفاوت خواهد بود. همچنین همراه با پویایی و تحولات سریع در جوامع، تحولات تکنولوژیکی، و تغییرات فضای زندگی انسان و عوامل تاثیرگذار بر آن، سلامت سالمندان نیز دچار تغییر می شود و نیاز به بازنگری در درک مفهوم با انجام پژوهش‌های کیفی احساس شده و برای بررسی وضعیت سلامت آنان به ابزاری متناسب با این تغییرات نیاز است (۱۴۲).

طبق گزارش سازمان جهانی سلامت، جهان به سرعت در حال پیرشدن است. پیش‌بینی می شود، بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۵۰ میلادی تعداد افراد ۶۰ ساله و مسن‌تر در جهان، دو برابر خواهد شد که تقریباً از این تعداد ۴۰۰ میلیون افراد ۸۰ ساله و مسن‌تر خواهند بود و ۸۰ درصد آن‌ها در کشورهای در حال توسعه (با درآمد پایین و متوسط) زندگی خواهند کرد. بررسی جمعیتی در ایران نیز حاکی از روند

پیر شدن جمعیت در کشور است. طبق سرشماری سال ۱۳۳۵، حدود ۵ درصد جمعیت کشور را افراد ۶۰ ساله و مسن‌تر تشکیل می‌دادند و این در حالی است که این میزان در سال ۱۳۹۰ به ۸/۲ درصد و در سال ۱۳۹۵ به ۹/۳ درصد افزایش یافته است.

جمعیت سالمندی فرصت‌ها و چالش‌هایی را به وجود می‌آورد، از جمله اینکه نیاز به مراقبت‌های اولیه سلامتی و دیگر خدمات را افزایش می‌دهد. به دلیل افزایش شیوع بیماری‌های مزمن، مانند دیابت و بیماری‌های قلبی عروقی در سالمندان، این افراد بیش از دیگر شهروندان جامعه نیاز به مراقبت‌های سلامتی و اجتماعی دارند. بر اساس گزارشات، ۸۰ درصد افراد بالای ۶۵ سال حداقل یک اختلال یا بیماری مزمن دارند. به‌طور کلی ۲۳ درصد از کل بار بیماری‌ها به اختلالات افراد ۶۰ ساله و مسن‌تر مربوط می‌شود (۱۴۳). تحقیقات انجام‌شده در زمینه سالمندان حاکی از این است که وضعیت کلی سلامت این گروه سنی، در سطح ضعیف تا متوسط است و برای بسیاری از آنان کاهش روابط و محدود شدن شبکه‌های اجتماعی، از دست‌دادن همسر و نزدیکان، فقر، تنهایی و منزوی شدن که از آسیب‌های اجتماعی رایج در میان سالمندان است، حفظ سبک زندگی سالم را به چالشی بزرگ تبدیل کرده است (۱۴۳). به دلایل فوق‌الذکر سالمندان به میزان بالاتری از سایر آحاد جامعه در معرض نابرابری‌های سلامت می‌باشند.

معلولان و ناتوانی‌های جسمی - ذهنی

اصولاً ناتوانی‌ها، ناهنجاری‌ها و نارسایی‌هایی که برای یک انسان به عنوان یک موجود زنده به وجود می‌آید خود را در سه قالب نمایان می‌سازد:

- ❖ بیماری‌ها: که به‌وسیله اتخاذ تدابیر کلینیکی، دارویی و یا احتمالاً از طریق حرکت درمانی معالجه شده و از بین می‌روند.
- ❖ ضعف‌ها: مانند ضعف‌های نگهداری، ضعف‌های ارگانی و یا ضعف‌های هماهنگی که به‌وسیله حرکات اصلاحی برطرف می‌شوند.
- ❖ معلولیت‌ها: که نه قابل معالجه و نه قابل برطرف کردن هستند.

بنابراین معلولیت^۱ یا ناتوانی^۲ دایمی عبارت است از هر نوع ناتوانی، ناهنجاری و یا نارسایی که قابل برطرف کردن و یا معالجه نباشد.

و به عبارت دیگر معلول کسی است که دارای ناتوانی، ناهنجاری و یا نارسایی بوده که قابل برطرف کردن و یا معالجه نباشد.

تعریفی دیگر از معلول و معلولیت بیان می‌کند که، معلولیت عبارت است از محدودیت‌های دائمی در زمینه‌های مختلف جسمی، حسی یا ذهنی - روانی که شخص مبتلا به آن را در زندگی روزمره در مقایسه با سایر افراد جامعه دچار مشکل یا محدودیت سازد.

اشخاص معلول، انسان‌هایی هستند که عملکرد جسمانی، توانایی‌های ذهنی و یا سلامتی روانی آن‌ها به احتمال قریب به یقین به مدت بیش از شش ماه از آنچه استاندارد سن آنها است انحراف داشته و به همین دلیل برای آنان در زندگی روزمره مشکلاتی را به وجود می‌آورد. به این دلایل، این افراد در معرض بی‌عدالتی‌های شدید سلامت هستند (۱۴۴).

سطح سلامت افراد ناتوان در مقایسه با جمعیت عمومی کم‌تر و آسیب‌پذیری آن‌ها در برابر عوارض ثانویه قابل پیشگیری بیش‌تر است. احتمال دچار شدن افراد ناتوان به چندین بیماری مزمن به صورت همزمان در مقایسه با افراد بدون ناتوانی بیش‌تر است و این احتمال با تشدید ناتوانی یا تعداد آن افزایش می‌یابد. شیوع بیماری‌های پوکی استخوان، جراحی‌ها، دیابت، آرتریت، آسم، بیماری‌های قلبی - عروقی، فشارخون و کلسترول بالا در افرادی که ناتوانی فیزیکی و شناختی دارند بیش‌تر از جمعیت عمومی است. از طرفی وجود رفتارهای پرخطر مانند سیگار کشیدن، رژیم غذایی نامناسب، نداشتن فعالیت فیزیکی و قرارگیری در معرض خشونت در این افراد بیش‌تر است.

با وجود شیوع بیش‌تر بیماری‌ها و عوارض ثانویه در افراد ناتوان، این افراد خدمات سلامت موردنیاز خود را به‌طور متناسب دریافت نمی‌کنند و به همین دلیل میزان نیازهای مراقبت سلامت برآورده نشده در این گروه بیش‌تر از جمعیت عمومی است. نبود پوشش بیمه‌ای برای نیازهای ویژه درمانی و توانبخشی، دسترسی فیزیکی

1. Disability, Incapability
2. Disability

نامناسب به مراکز بهداشتی و درمانی، زیاد بودن هزینه‌های مستقیم خدمات درمانی و توانبخشی، ارائه نشدن خدمات توانبخشی و درمانی ویژه در بسیاری از مراکز درمانی، برخورد‌های نامناسب ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، بالا بودن هزینه تجهیزات توانبخشی و نبود دسترسی مناسب به سیستم حمل و نقل عمومی، نشان می‌دهد نظام سلامت نتوانسته است مفاد قوانین موجود در حمایت از حقوق معلولین را عملیاتی نماید. در طرح تحول سلامت از بخش عظیمی از نیازهای سلامت افراد ناتوان خدمات توانبخشی، تجهیزات توانبخشی و مراقبت‌های پرستاری که توسط بخش خصوصی ارائه می‌شود غفلت شد. نبود پوشش‌های بیمه‌ای برای خدمات و تجهیزات توانبخشی یا مراقبت‌های دهان و دندان، بخشی از نیازهای پیچیده سلامت افراد ناتوان است که بیمه‌های سلامت تاکنون نسبت به آن‌ها بی‌توجه بوده‌اند (۱۴۵).

افراد دارای معلولیت با موانع مالی بیش‌تری در دسترسی به خدمات سلامت مواجه هستند. چهار مانع مالی مهم اثرگذار بر دسترسی ایشان به خدمات سلامت موارد ذیل می‌باشند: شامل بیمه سلامت (فقدان پوشش بیمه‌ای دندانپزشکی، کاردرمانی، گفتاردرمانی)، استطاعت‌پذیری (درآمد کم معلولین)، حمایت‌های مالی (سطح پایین مستمری برای معلولین) و هزینه‌های حمل و نقل برای مراجعه به مراکز درمانی. تعرفه یارانه‌ای در مراکز وابسته به سازمان بهزیستی بر حسب شدت معلولیت و وضعیت اجتماعی - اقتصادی معلولین، تخصیص نیافته است و معلولین فقیر و غنی به یک اندازه می‌توانند از خدمات بهره‌مند شوند که با توجه به ظرفیت محدود مراکز، منافع معلولین فقیر در دسترسی عادلانه به خدمات توانبخشی تضمین نمی‌شود. همچنین فرانشیز بالا و صف انتظار طولانی برای دریافت هزینه خدمات و نیز فقدان شفافیت در مورد معیارهای بازپرداخت هزینه توسط سازمان بهزیستی، مانع مالی مهم دیگری برای معلولین است. فقدان دسترسی به فناوری‌های کمکی^۱ اثرات منفی بر وضعیت سلامت و مشارکت اجتماعی معلولین دارد. غالب معلولین بیکار یا کارگر کم‌مزد هستند که منجر به فقر و دسترسی مالی کم‌تر به مراقبت‌های سلامت آنها می‌شود. موانع محیطی و فیزیکی همچون خیابان‌ها، پیاده‌روها و ساختمان‌های نامناسب مهم‌ترین موانع استخدام معلولین در ایران است. این عوامل منجر به استرس

1. Assistive Technologies (AT)

شغلی در معلولین می‌شود. فقر و معلولیت رابطه پیچیده چندبعدی با هم دارند: ناتوانی، نیازهای سلامت، نرخ بیکاری و خطر فقر را به صورت توأمان افزایش می‌دهد که این قشر از جامعه را به شدت مستعد نابرابری در سلامت می‌نماید (۱۴۶).

همچنین عوامل فرهنگی شامل جنسیت، تحصیلات، سواد سلامت و ادراک غلط^۱ نقش مهمی در محدود کردن دسترسی به خدمات سلامت در بین معلولین دارند. موانع فرهنگی دسترسی به خدمات سلامت در معلولین در سه سطح قابل ذکر است: موانع فرهنگی سطح ارائه‌دهنده شامل بی‌احترامی و عدم تمایل به ارائه خدمت به معلولین، در سطح معلولین شامل انکار ناتوانی، انتظارت غیرمعقول، شرم و حمایت اجتماعی فرهنگی ناکافی و در سطح سیاست‌گذاری شامل فقدان دغدغه معلولین در مسئولان، توجه اندک به فرهنگ معلولیت، ادراک غلط (معلولین بار مالی برای جامعه دارند و ناکارآمدند) و تبعیض. افراد با معلولیت ژنتیکی یا تصادفات (به جز معلولین دفاع مقدس) همانند سایر شهروندان باید هزینه خدمات سلامت را پرداخت کنند (۱۴۷).

نوع و شدت معلولیت دسترسی به خدمات سلامت را محدود می‌کند. دسترسی افراد دارای معلولیت ذهنی به‌طور چشم‌گیری کم‌تر از معلولین جسمی حرکتی است. تفاوت‌های جنسیتی در دسترسی معلولین به خدمات سلامت در دولت‌های اسلامی همچون ایران موضوع مهمی است و نشان داده شده است که زنان دارای معلولیت از مشورت با پزشکان برای مشکلات سلامت خود احساس شرم دارند (۱۴۸).

زنان سرپرست خانوار

تحقیقات صورت گرفته نشان می‌دهد که امروزه ۶۰ درصد زنان جهان نان‌آور خانه هستند و حدود ۳۷/۵ درصد آنان سرپرستی خانواده را نیز بر عهده دارند. شاخص‌های آماری نشان می‌دهد که تعداد زنان سرپرست خانوار در کشور ما نیز رو به افزایش است. در طول دهه‌های گذشته در سال‌های ۱۳۶۵، ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ خانوارهای زن سرپرست به ترتیب ۴/۷، ۷/۷ و ۹/۴ درصد از کل خانوارهای ایرانی را تشکیل داده‌اند و این نسبت در سال ۱۳۹۰ به ۱۲ درصد رسیده است. روان‌شناسان معتقدند که زنان سرپرست خانوار هم از حیث مادی، روانی و عاطفی دارای مشکل بوده و استرس و اضطراب بیش‌تری را نسبت به سایر زنان تجربه می‌کنند و احتمال ابتلا به

1. Misconception

بیماری‌های روانی در زنانی که طلاق گرفته‌اند و سرپرستی خانواده را نیز بر عهده دارند از متأهلین و کسانی که تنها زندگی می‌کنند بیش‌تر است. در پژوهشی که به‌منظور بررسی سلامت عمومی زنان سرپرست در تهران انجام شده بود، ۷۲ درصد از شرکت‌کنندگان از سلامت عمومی کامل برخوردار نبودند که این درصد بسیار بیش‌تر از مطالعه‌ای است که بر روی جمعیت بالای ۱۵ سال انجام شده است. به همین دلیل توجه به سلامت عمومی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان‌های حمایتی و غیر تحت پوشش آن‌ها کاملاً ضروری به نظر می‌رسد و می‌تواند کمک شایانی به سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان عرصه‌های حمایتی و اجتماعی جهت برنامه‌ریزی‌های منسجم و پربار جهت بهبود وضعیت این گروه آسیب‌پذیر و کاهش نابرابری‌های سلامت بنماید (۱۴۹).

سبک زندگی

"سبک زندگی"، مجموعه‌ای نسبتاً هماهنگ از همه فعالیت‌ها و رفتارهای یک فرد معین در جریان زندگی روزمره است که مستلزم مجموعه‌ای از عادات‌ها و جهت‌گیری‌ها و بنابراین، برخورداری از نوعی وحدت است. طبق تعریف سازمان جهانی سلامت، سبک زندگی ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی در سراسر زندگی شامل تغذیه، تحرک بدنی، استرس، مصرف دخانیات و کیفیت خواب است که در پی اجتماعی شدن بوجود آمده است. شیوه زندگی پدیده‌ای چند وجهی است که تمام جنبه‌های زندگی روزمره، خواب، غذا، بهداشت، آداب و رسوم، کار، بازی، سرگرمی، وقت‌گذرانی، روابط اجتماعی، طرز تفکر، رفتار، احساسات و عواطف را شامل می‌شود. سبک‌های زندگی مجموعه‌ای از طرز تلقی‌ها، ارزش‌ها، شیوه‌های رفتار، حالت‌ها و سلیقه‌ها در هر چیزی را در برمی‌گیرد. موسیقی عامه، تلویزیون، و آگهی‌ها همگی تصویرها و تصویرهایی بالقوه از سبک زندگی فراهم می‌کنند. در بیش‌تر مواقع مجموعه عناصر سبک زندگی در یک‌جا جمع می‌شوند و افراد در یک سبک زندگی مشترک می‌شوند. به نوعی گروه‌های اجتماعی اغلب مالک یک نوع سبک زندگی شده و یک سبک خاص را تشکیل می‌دهند. سبکی شدن زندگی با

شکل‌گیری فرهنگ مردم رابطه نزدیک دارد. مثلاً می‌توان شناخت لازم از افراد جامعه را از سبک زندگی افراد آن جامعه به دست آورد (۱۵۰).

همه ما به صورت روزمره نگران سلامتی خود هستیم و راه‌کارهایی برای آزمودن صحت تندرستی و سلامت خود به کار می‌گیریم مانند مراجعه به دکتر یا انجام آزمایش‌های تشخیصی؛ اما فارغ از این هستیم که یکی از عوامل مهم ایجاد بیماری‌های انسان، سبک زندگی می‌باشد. اصلاح سبک زندگی به مفهوم کلی خود از لحاظ روانی و فیزیکی می‌تواند یکی از بهترین راه‌های پیشگیری از بروز بیماری‌های مختلف در انسان باشد.

اینکه چگونه می‌توان سالم بود و سلامت ماند تا حد زیادی بستگی به سبک زندگی انسان‌ها دارد. سبک زندگی چیزی نیست که یک‌شبه ایجاد شده باشد. اگر مردم یک کشور اهل ورزش کردن نیستند، دلایل متعددی دارد. در طول زمان‌های طولانی افراد عادت کرده‌اند که ورزش و تحرک داشته باشند یا نداشته باشند (۱۵۱). سازمان جهانی سلامت استعمال دخانیات، مصرف الکل، تغذیه ناسالم و عدم فعالیت فیزیکی را چهار رفتار اصلی مرگ و میر در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال می‌داند. وجود امکانات ورزش و تحرک در محیط زندگی پیرامونی مردم، وضعیت اشتغال آن‌ها و اینکه مثلاً باید صبح زود عازم محل کار شوند یا به موقع به سمت آنجا حرکت کنند، بر سلامت آن‌ها مؤثر است. زندگی شهری، سبک زندگی شهری را به مردم تحمیل می‌کند. سبکی که در آن تحرک به کم‌ترین وضعیت خود درمی‌آید، دیگر محیط کافی برای تحرک کودکان و نوجوانان وجود ندارد و چنین نوجوانی دارای استخوان‌هایی آسیب‌پذیر در آینده خواهد بود.

شلوغی بیمارستان‌های کشور ارتباط نزدیک با سبک زندگی مردم در دهه‌های گذشته دارد. محدودیت‌های محیطی برای جنسیت‌های مختلف نیز سبک زندگی آن‌ها را دگرگون می‌کند. کم‌تحرکی مضاعف زنان نیز باعث شده تا مشکلات وسیع عضلانی و اسکلتی گریبان‌گیر جامعه زنان در سنین میانسالی و سالمندی شود (۱۵۰).

نوع مصرف مواد غذایی و سبک مصرف این مواد نیز عامل دیگری در حفظ سلامت افراد به شمار می‌رود. رویکرد به غذاهای آماده، مصرف غذاهای با چربی بالا و گرسنگی پنهان افراد به دلیل عدم رعایت الگوهای تغذیه سالم نیز باعث شده تا

انبوهی از بیماری‌های رنگارنگ به سراغ جامعه ما بیاید که نام برخی از آن‌ها نیز برای ما تازگی دارد.

پایین آمدن سن ابتلا به بیماری‌هایی همچون فشار خون، سکته و اختلالات سیستم قلبی - عروقی، پایین آمدن سن سکته‌های مغزی و بالا رفتن میزان ابتلای افراد به انواع و اقسام سرطان‌ها، نشانه‌های هشداردهنده‌ای هستند که به نظام سلامت کشور ارسال می‌شود. معنا و مفهوم این هشدارها این است که در دو دهه گذشته به سبک زندگی مردم توجه چندانی نشده است. اقدامات درمانی کنونی تنها می‌تواند مشکلات نسل فعلی را تا حدی رفع کند؛ تازه اگر به فرض همه این اقدامات در سطح وسیع انجام شده و به نتایج مورد نظر دست یابد. اما برای درمان دردهای نسل آینده، اکنون باید سبک زندگی مردم تغییر کند. بخشی از این تغییر سبک زندگی می‌تواند توسط نهادهای دست‌اندرکار برنامه‌ریزی شود. بخش دیگری از این تغییر رویه وابسته به اراده خود مردم است (۱۵۱).

در گذشته بیماری‌های انگلی و عفونی و ناتوانی انسان در درمان آن عامل اصلی مرگ و میر به شمار می‌آمد. اما در حال حاضر بیماری‌های غیرواگیر عامل مرگ و میر انسان شده است. بیماری‌های که حاصل شیوه زندگی غلط و کم تحرکی است. در جوامع سنتی مردم از مواد غذایی کاملاً طبیعی استفاده می‌کردند. بین غذای دریافتی و انرژی مصرفی هم تعادل وجود داشت. این تعادل توسط فعالیت فیزیکی ایجاد می‌شد. اما زندگی امروزه شیوه کاملاً متفاوتی به خود گرفته و بسیار راحت و آسان شده است. هر چند که دسترسی به انواع مواد غذایی بسیار آسان شده اما ارزش کالری، ارزش غذایی، میزان انرژی دریافتی از این غذاها و در کنار آن نقل و انتقالات مکانیکی که موجب کاهش فعالیت انسان شده تأثیر منفی بر سلامت انسان گذاشته است. در حالی که در سبک زندگی انسان امروزه نیاز کمی به مصرف انرژی است، اما فرآورده‌های مدرن غذایی در بسته‌بندی‌های پر زرق و برق مردم را به مصرف بیش‌تر تشویق می‌کند. این امر باعث بی‌تعادلی میان انرژی دریافتی و مصرفی شده که نتیجه آن چاقی و بیماری‌ها دیگری است.

گذشته از این موارد، ما حتی باید بیش‌تر از خودمان نگران نسل‌های آینده باشیم. زندگی آپارتمان‌نشینی، تلویزیون و انواع وسایل و بازی‌های کامپیوتری و نشستن‌های طولانی مدت که همگی موجب کاهش انگیزه نسبت به تحرک و فعالیت می‌شوند. ما

کودکان را در کلاس درس می‌نشانیم، با کلاس‌های تقویتی و خارج از برنامه مدرسه مانع فعالیت فیزیکی آنان طی ۱۰ تا ۱۵ سال می‌شویم، در نهایت آن‌ها با سواد می‌شوند ولی عادت به سبک و شیوه زندگی کرده‌اند که نتیجه آن بالغین چاقی خواهند بود که از درجه فعالیت کم‌تری برخوردارند (۱۵۱).

گرچه شیوه زندگی نشسته و کم تحرک ۲۳ درصد از موارد مرگ و میر را شامل می‌شود، ولی محدودیت در فعالیت فیزیکی موجب چاقی و عامل بیش‌تر مرگ‌های ناشی از چاقی، بالا بودن کلسترول خون و پرفشاری است. لذا به عنوان یک عامل سببی، مسئول بیش از یک سوم مرگ‌های ناشی از بیماری‌های کرونری قلب، سرطان روده بزرگ و دیابت شناخته شده است.

به‌طور کلی از منظر جامعه‌شناختی، بیماری و سلامت پدیده‌هایی اجتماعی و طبقاتی هستند که خاصیت نابرابر و چند لایه جوامع بشری را با خود به همراه دارند. از این رو هر چه قدر نابرابری‌های اجتماعی در جامعه‌ای حادث‌تر باشد به همان نسبت، توزیع سلامت نیز نابرابر خواهد بود (۱۵۰).

جمع‌بندی

سازمان جهانی سلامت، وضعیت سلامتی مردم جهان را تا حد زیادی ناشی از بهبود در مولفه‌های اجتماعی می‌داند. از جمله این مولفه‌ها: ۱- افزایش دسترسی به خدمات سلامت؛ ۲- افزایش دسترسی به آب سالم؛ ۳- افزایش سطح سواد؛ ۴- کاهش فقر؛ ۵- کاهش فقر غذایی هستند. با این حال سازمان جهانی سلامت تفاوت در وضعیت سلامتی مردم در مناطق مختلف را ناشی از بی‌عدالتی در مولفه‌های اجتماعی می‌داند. عدم وجود امنیت در مناطق دورافتاده خود عاملی است برای پایین بودن وضعیت سلامتی و توسعه محدود اجتماعی. همچنان که در کشور ما به‌ویژه در استان‌های مرزی با مشکلاتی چون مهاجرت غیرقانونی و قاچاق مواد مخدر و اسلحه مواجه هستیم (۱۵۲). نتایج بررسی‌های گروه تدوین این گزارش نشان می‌دهد در کشور ما عدم تعادل مناطق شهری و روستایی همچنان ادامه داشته و نیاز به اصلاح دارد. به‌طوری‌که سیاست‌ها باید به مداخلات اجتماعی و سلامتی جهت بهبود وضعیت سلامتی در مناطق روستایی معطوف شوند. در پایان، یادآور می‌شود، باوجود سیاست‌ها و برنامه‌های متعدد دولت‌ها در کشور ما جهت برقراری عدالت در سلامت، تا زمانی که پوشش

همگانی سلامت اجرا نشود، بی‌عدالتی نسبی در برخی مناطق کشور و بی‌توجهی به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت همچنان ادامه خواهد داشت (۵۶).

به‌طور کلی نتایج مختلف حاکی از تاثیر عوامل اجتماعی مهم مانند تفاوت در سواد، درآمد، دسترسی به تسهیلات زندگی و تغذیه سالم بر مرگ و میر و ابتلای بیش‌تر به بیماری‌ها است. از این‌رو، لازم است برای افزایش عدالت در سلامت با رویکرد تاثیر مولفه‌های اجتماعی موثر بر سلامت، اقدامات برنامه‌ریزی شده‌ای را به عمل آورد.

بی‌عدالتی در تخصیص منابع باعث می‌شود افرادی که از استطاعت کافی برخوردار نیستند به این منابع دسترسی نداشته و در نتیجه برای درمان و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی با مشکلات عدیده‌ای مواجه شوند.

بحران‌های سلامتی مانند همه‌گیری کووید-۱۹ نیز می‌تواند باعث تشدید و نمایان شدن بیش‌تر نابرابری‌های سلامت شوند چون دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت برای همه مردم یکسان نیست و نابرابری‌های جغرافیایی در توزیع امکانات در بحران‌ها بیش‌تر خود را بروز می‌دهد. مطالعات آتی در کشور ما باید به بررسی اثر بحران‌هایی مانند کووید-۱۹ در تشدید نابرابری‌های سلامت پردازند.

در پایان این بخش به ارائه خلاصه‌ای از علل و ریشه‌های نابرابری در سلامت مردم کشور خواهیم پرداخت (جدول ۶-۹).

جدول ۶-۹؛ خلاصه‌ای از علل و ریشه‌های نابرابری در سلامت مردم کشور جمهوری اسلامی ایران

سیاست‌های کلان بالادستی، وضعیت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی کشور
عوامل بین‌المللی، تحریم، عوامل سیاسی، تعارض منافع، عدم اجرایی شدن سیاست‌ها، عدم وجود برنامه‌ها و سیاست‌های بلندمدت، عوامل اقتصادی، تورم عمومی، تورم بخش سلامت
بیکاری، شغل
بیکاری، تفاوت پوشش بیمه‌ای بر حسب اشتغال، مشاغل غیررسمی
فقر و نابرابری درآمدی
نابرابری در سلامت بر اساس سطح درآمد، ضریب جینی، مسکن، محرومیت اجتماعی
سطح تحصیلات
بی‌عدالتی آموزشی، تحصیلات والدین

ادامه دارد

جدول ۶-۹؛ خلاصه‌ای از علل و ریشه‌های نابرابری در سلامت مردم کشور جمهوری اسلامی ایران - ادامه

محرومیت جغرافیایی
شهرنشینی، نابرابری در مناطق جغرافیایی و استان‌ها، مرزنشینی، حاشیه نشینی
نظام سلامت
نابرابری در مشارکت مالی، هزینه‌های کمرشکن سلامت، هزینه‌های فقرزای سلامت، پرداخت از جیب بالا، سیاست‌های نامناسب در خصوص پوشش خدمات سلامت، سیاست‌های نامناسب در خصوص پوشش جمعیت بیمه‌شده، سیاست‌های نامناسب در خصوص پوشش هزینه خدمات سلامت، نابرابری در دسترسی، بهره‌مندی و توزیع خدمات سلامت، عدم توزیع عادلانه خدمات، توزیع مناسب منابع انسانی بخش سلامت، نامتوازن بودن تعداد و نسبت تخت‌های بیمارستانی، عدم توزیع برابر امکانات تخصصی سلامت
حوادث و سوانح ترافیکی
<ul style="list-style-type: none"> • عوامل خطر مرتبط با فرد، شامل: سن و جنسیت، وضعیت اقتصادی، مصرف الکل، سرعت بالا، عدم استفاده از کمر بند ایمنی و کلاه ایمنی، اختلال خواب و خستگی راننده، استفاده از تلفن همراه، دید ناکافی و عدم رویت کاربران. • عوامل مرتبط با خودرو یا وسایل نقلیه، شامل: عدم تناسب ابعادی و وزنی وسایط نقلیه تصادف‌کننده، استانداردهای ناکافی وسیله نقلیه، اندازه، شکل و رنگ خودرو و ایمنی آن شامل ترمز، کیسه هوا و وسایل محافظتی • عوامل محیطی، شامل: کیفیت راه‌ها، دسترسی به خدمات فوریت‌های پزشکی، نشانه‌های اخطاردهنده، قانون‌گذاری در خصوص ساختار حمل و نقل ترافیکی
تغذیه
تغذیه، محرومیت، فقر، تغذیه کودکان، مصرف غذای ناکافی، عادت‌های نادرست غذایی، بیماری‌های عفونی و انگلی، کمبود آب سالم و سطح پایین بهداشت محیط در برخی مناطق، بارداری‌های کم فاصله، روش‌های نادرست تغذیه کودکان و زنان، فعالیت‌های بدنی محدود و ضایعات مواد غذایی
محیط زیست
آلودگی هوا، پدیده گرد و غبار، نابرابری‌های استفاده از آب سالم، نابرابری‌های محیطی، آلودگی صوتی، دسترسی به مناطق سبز و تفریحی، در دسترس نبودن سوخت پاک و استفاده از سوخت جامد
نبود سرمایه اجتماعی / فقدان سلامت اجتماعی
اعتماد، تعاون و احساس تعلق اجتماعی باعث نوعی نشاط و شادابی
تکامل کودکان در سال‌های اولیه زندگی
فقر، سوءتغذیه، بیماری‌های عفونی در زنان باردار، نوزادان و کودکان، سموم محیطی، استرس، مواجهه با خشونت، خطرات روانی اجتماعی، مراقبت مختل، فقدان والدین، والدین بیمار، واگذاری و ترک، ناتوانی‌ها و تأخیرات تکاملی
گروه‌های آسیب‌پذیر
کودکان کار، پناهندگان، کودکان / سالمندان، معلولان و ناتوانی‌های جسمی - ذهنی، زنان سرپرست خانوار
سبک زندگی
فرآیند اجتماعی شدن، تغذیه تحرک بدنی، استرس، مصرف دخانیات و کیفیت خواب، بهداشت، آداب و رسوم، کار، بازی، سرگرمی، وقت‌گذرانی، روابط اجتماعی، طرز تفکر، رفتار، احساسات و عواطف، طرز تلقی‌ها، ارزش‌ها

در فصلی که گذشت به بررسی علل و ریشه‌های نابرابری‌های سلامت در کشور پرداختیم و تبیین نمودیم که مهم‌ترین علل و ریشه‌های نابرابری در سلامت را باید در خارج از نظام سلامت و با بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت جستجو نمود، ما این عوامل را شناسایی کردیم و به این موضوع پرداختیم که این علل چگونه بر سلامت و عدالت در سلامت تاثیر می‌گذارند. در فصل پیش رو (فصل هفتم) با توجه به وضعیت موجود بررسی شده و علل و ریشه‌های شناسایی شده، به ارائه راه‌کارهایی جهت بهبود عدالت در سلامت کشور خواهیم پرداخت.

منابع فصل ششم

1. Lathrop B. Moving Toward Health Equity by Addressing Social Determinants of Health. *Nursing for women's health*. 2020 Feb;24 (1):36-44. PubMed PMID: 31911097. Epub 2020/01/09. eng.
۲. مطلق محمد اسماعیل، اولیایی منش علیرضا، بهشتیان مریم. سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن؛ راهکار اصلی گسترش عدالت در سلامت و ایجاد فرصتی منصفانه برای همه. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و ترویج عدالت در سلامت. ۱۳۸۷.
3. Bank W. *Private Health Policy Toolkit*. 2013
4. *Healthy People 2020. Disparities*. USA: Department of Health and Human Services; 2014 [cited 2020 Feb 25]. Available from: <https://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Disparities>.
5. Defechereux T, Paolucci F, Mirelman A, Youngkong S, Botten G, Hagen TP. Health care priority setting in Norway a multicriteria decision analysis. *BMC Health Serv Res*. 2012 2012//;12.
6. Braveman P. What are health disparities and health equity? We need to be clear. *Public health reports* (Washington, DC : 1974). 2014 Jan-Feb;129 Suppl 2:5-8. PubMed PMID: 24385658. Pubmed Central PMCID: PMC3863701. Epub 2014/01/05. eng.
7. Narain K, Zimmerman F. Advancing Health Equity: Facilitating Action on the Social Determinants of Health Among Public Health Departments. *American journal of public health*. 2018 Jun;108 (6):737-8. PubMed PMID: 29741953. Epub 2018/05/10. eng.
8. Ostlin P, Braveman P, Dachs N. Priorities for research to take forward the health equity policy agenda. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005 Dec;83 (12):948-53. PubMed PMID: 16462988. Pubmed Central PMCID: PMC2626494. Epub 2006/02/08. eng.
9. Fereshtehnejad SM, Asadi LM, Moradi LM, Vaez MMR, Motevalian SA, Eshagh AM. [Estimation of life expectancy and its association with social determinants of health (sdh) in urban population of different districts of tehran in 2008 (Urban HEART study)]. *Teb Va Tazkieh*. 2010 (77):25-40.
10. Collins C, Green A, Hunter D. Health sector reform and the interpretation of policy context. *Health policy*. 1999;47 (1):69-83.

11. Mohamadi E, Takian A, Olyaeemanesh A, Rashidian A, Hassanzadeh A, Razavi M, et al. Health insurance benefit package in Iran: a qualitative policy process analysis. *BMC Health Services Research*. 2020;20 (1):1-13.
12. Alekajbaf H, Ansariyan M. Impact of unilateral and multilateral sanctions on Iran Perspective on the health rights of the citizens of Iran. *Iranian Journal of Medical Law*. 2014;8 (29):11-50.
13. Aloosh M, Salavati A, Aloosh A. Economic sanctions threaten population health: the case of Iran. *Public health*. 2019;169:10-3.
۱۴. اشتریان، جوبنه ک، احمدی ح. بررسی تاثیر عوامل سیاسی بر اجرای برنامه پنجم توسعه مطالعه موردی در حوزه سلامت. پژوهشنامه علوم سیاسی. ۲۰۱۴؛ ۹ (۴):۷-۲۲.
15. Beheshtian M, Manesh AO, Bonakdar S, Afzali HM, Larijani B, Hosseini L, et al. Intersectoral collaboration to develop health equity indicators in Iran. *Iranian Journal of Public Health*. 2013;42 (Supple1):31.
16. Tejada CAO, Triaca LM, Liermann NH, Ewerling F, Costa JC. Economic crises, child mortality and the protective role of public health expenditure. *Ciencia & saude coletiva*. 2019;24:4395-404.
17. Jusot F, Tubeuf S. Equality of opportunity in health and healthcare. *Oxford Research Encyclopedia of Economics and Finance* 2019.
18. ESLAMIAN A, TAKAFFOLI M, MUSAVI MT, ARSHI M. ANALYSIS OF SOCIO-ECONOMIC FACTORS AFFECTING POVERTY AND HEALTH INEQUALITIES DURING THE YEARS 2011-2015. 2018.
19. Isfahani P, CoraniBahador R, Tourani S, Afshari M, Mirghaed MT. Impact of unemployment on health in Iran: A scoping review of 15 years of research *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2020;10 (1):1986-97. eng.
20. Bazyar M, Rashidian A, Kane S, Mahdavi MRV, Sari AA, Doshmangir L. Policy options to reduce fragmentation in the pooling of health insurance funds in Iran. *International Journal of Health Policy and Management*. 2016;5 (4):253-8.
21. Ayoubian A. Necessity to improve the status of complementary group and individual treatment insurance in the health system. *J Iran Health Insur*. 2018;1 (3):48-9.
22. Hsu J, Majdzadeh R, Harirchi I, Soucat A. Health system transformation in the Islamic Republic of Iran: an assessment of key health financing and governance issues. Geneva: World Health Organization; 2019.
23. Gatti R, Angel-Urdinola DF, Silva J, Bodor A. Striving for better jobs: the challenge of informality in the Middle East and North Africa: The World Bank; 2014.

24. Kazemiyan M, Javadi-Nasab H. Socio-economic determinants of health expenditure for low-income households in the informal sector. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2014;21 (2):151-61.
25. Nekoei-Moghadam M, Heidari N, Amiresmaeili M, Heidarijamebozorgi M. Identifying the health problems of slum residents using social determinants of health: Kerman, Iran. *International Journal of Health Planning and Management*. 2019;34 (2):e1179-e87.
26. Hasanzadeh A. Theoretical foundations of health equity, investigate equity in health in Iran. *Journal of Social Security*. 2008;9 (28):11-42.
27. Marek T, Eichler R, Schnabl P. Resource allocation and purchasing in Africa: What is effective in improving the health of the poor: Africa Region, World Bank; 2004.
28. Swartz K. Health care for the poor: For whom, what care, and whose responsibility? *Changing Poverty, Changing Policies*. 2009;26 (2):69-74.
29. Health Care Expenditure of Rich People is Tenfold Versus Poor. *Health Insurance*. 2013:76.
30. Hassanzadeh J, Mohammadbeigi A, Eshrati B, Rezaianzadeh A, Rajaeefard A. Determinants of inequity in health care services utilization in Markazi province of Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2013;15 (5):363-70.
31. Motlagh SN, Sabermahani A, Lari MA, Hadian M, Mahdavi MRV, Gorji HA. Factors affecting health care utilization in Tehran. *Global Journal of Health Science*. 2015;7 (6):240-9.
32. Mobaraki H, Rezapour A, Rahiminia R, Asadi H, Ghavamiyazad Z, Jooyani Y. Catastrophic Health Expenditure and its Determinants in Older Adults in Tehran, Iran. *Caspian Journal of Health Research*. 2018;3 (3):69-74. eng.
33. Rezaei S, Hajizadeh M. Measuring and decomposing socioeconomic inequality in catastrophic healthcare expenditures in Iran. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2019;52 (4):214-33.
34. Ali Zazouli M, Kalankesh L. Indicators and causes of environmental health inequalities. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2018;27 (158):218-29.
35. Image of education justice in the upstream documents and its indicators status in Iran. Department of Research & Production Policies, 2016.
36. Vameghi M, Sajadi H, Rafiey H, Qaedamini Q. The role of parental education and intermediary determinants on children's health in Iran. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2016;23 (147):18-34.

۳۷. مروئه و، حمیرا س، حسن ر، غلامرضا ق. نقش تحصیلات والدین و تعیین کننده های واسطه ای بر سلامت جسمی کودکان در ایران.
۳۸. رسول رخ، عفت السادات، حمیدرضا و، محمدرضا ح. بررسی عوامل موثر بر شکل گیری مساله حاشیه نشینی و پیامدهای اجتماعی آن در شهر اهواز.
39. Ghassemi-Ardahaee HMA. Internal Migration and Urbanization in I.R. Iran United National Population Found. 2014.
40. City BL, Assessment E. Urbanization and health. Bulletin of the World Health Organization. 2010;88 (4):245-6.
41. Yarahmadi S, Etemad K, Hazaveh AM, Azhang N. Urbanization and non-communicable risk factors in the capital city of 6 big provinces of Iran. Iranian journal of public health. 2013;42 (Supple1):113.
42. Kokabisaghi F. Women's right to health in Iran: Domestic implementation of international human rights law. The International journal of health planning and management. 2019;34 (2):501-9.
43. Kiadaliri AA, Saadat S, Shahnavazi H, Haghparast-Bidgoli H. Overall, gender and social inequalities in suicide mortality in Iran, 2006-2010: A time trend province-level study. BMJ Open. 2014;4 (8).
44. Snowdon J, Saberi SM, Moazen-Zadeh E. A comparison between the age patterns and rates of suicide in the Islamic Republic of Iran and Australia. Eastern Mediterranean health journal. 2020;26 (6):748-54.
۴۵. ذکایی، سعید م، نوری، آرام. زندگی در مناطق مرزی: مطالعه پدیدارشناختی مرزنشینان شهر نوسود. جامعه پژوهی فرهنگی. ۲۰۱۶؛ ۶ (۴): ۱۰۵-۲۸.
46. Sajadian N, ekrami n. Assessing the Degree of Development in the Country's Border Provinces Using Development Indicators through Numerical Taxonomy and TOPSIS Models. Scientific Journal Management System. 2018;11 (41):47-70.
47. Zakerhaghighi K, Khanian M, Gheitarani N. Subjective Quality of Life; Assessment of Residents of Informal Settlements in Iran (A Case Study of Hesar Imam Khomeini, Hamedan). Applied Research in Quality of Life. 2015;10 (3):419-34.
48. Joulaei H, Bhuiyan AR, Sayadi M, Morady F, Afsar Kazerooni P. Slums' access to and coverage of primary health care services: A cross-sectional study in Shiraz, a metropolis in southern Iran. Iranian Journal of Medical Sciences. 2014;39 (2 SUPPL.):184-90.
49. Nekoei-Moghadam M, Heidari N, Amiresmaeili M, Heidarijamebozorgi M. Prioritizing the health problems of slum residents using social determinants of

- health: A case study in a developing country. *International Journal of Health Planning and Management*. 2019;34 (2):e1323-e33.
50. Amiresmaili M, Yazdi-Feyzabadi V, Heidarijamebozorgi M. Health services utilization among slum dwellers: An experience from Iran. *Journal of Education and Health Promotion*. 2019;8 (1):210-.
 51. Mangione CM, Reynolds E. Disparities in health and health care. *Journal of general internal medicine*. 2001;16 (4):276-80.
 52. Phelan JC LB, Tehranifar P. Social conditions as fundamental Causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *J Health Soc Behav*. 2010;51 (1_suppl):S28-40.
 53. Mohammadalizadeh Hanjani H, Fazaeli A. Estimation of Fair Financial Contribution in Health System of IRAN. *Social Welfare*. 2006;5 (19):279-300. eng.
 54. Pedrana L, Pamponet M, Walker R, Costa F, Rasella D. Scoping review: national monitoring frameworks for social determinants of health and health equity. *Global health action*. 2016;9:28831. PubMed PMID: 26853896. Pubmed Central PMCID: PMC4744868. Epub 2016/02/09. eng.
 55. Khayatan M, Nasiri Pour A, Amini M, Mohamad Nejad S. [The Effective factors on receivers' access to health care services in urban health care centers]. *Journal of Payavard Salamat*. 2011;4 (3):18-27.
 56. Rashidian A, Arab M, Mostafavi H. [Freedom and equity in Iranian Health system: a qualitative study]. *Payesh*. 2017;6:747-57.
 57. Bilinski A, Birru E, Peckarsky M, Herce M, Kalanga N, Neumann C, et al. Distance to care, enrollment and loss to follow-up of HIV patients during decentralization of antiretroviral therapy in Neno District, Malawi: A retrospective cohort study. *PLoS One*. 2017;12 (10).
 58. Couttolenc BF. Decentralization and Governance in the Ghana Health Sector.
 59. Cavalieri M, Ferrante L. Does fiscal decentralization improve health outcomes? Evidence from infant mortality in Italy. *Social Science & Medicine*. 2016 2016/09/01/;164:74-88.
 60. Rashidian A, Joudaki H, Khodayari-Moez E, Omranikhoo H, Geraili B, Arab M. The impact of rural health system reform on hospitalization rates in the Islamic Republic of Iran: an interrupted time series. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91:942-9.
 61. Emamgholipour S, Zamandi M. Analysis of Health System Decentralization Outcomes on Governance and Justice in Health: Updating Regular Review Studies. *Health Research Journal*. 2018;3 (4):211-24.

62. Rezapoor A, Roumiani Y, Ebadi Fard Azar F, Ghazanfari S, Mirzaei S, Sarabi Asiabar A, et al. [Effective factors on utilization and access to health care: a population-based study in Kerman]. *Journal of Health Administration (JHA)*. 2015;18 (60):24-36.
63. Bishai D, Quresh A, James P, Ghaffar A. National road casualties and economic development. *Health economics*. 2006;15 (1):65-81.
64. Peden M, Scurfield R, Sleet D, Hyder AA, Mathers C, Jarawan E, et al. *World report on road traffic injury prevention*: World Health Organization; 2004.
65. Hu G, Wen M, Baker TD, Baker SP. Road-traffic deaths in China, 1985–2005: threat and opportunity. *Injury Prevention*. 2008;14 (3):149-53.
66. Organization WH. *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*: World Health Organization; 2002.
67. Ghadirzadeh M, Shojaei A, Khademi A, Khodadoost M, Kandi M, Alaeddini F, et al. Status and trend of deaths due to traffic accidents from 2001 to 2010 in Iran. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2015;11 (2):13-22.
68. Yavari P. *Epidemiology textbook of prevalent diseases in Iran*. Rasht: Gap; 2014.
۶۹. جزایری، ابوالقاسم س. برنامه اجرایی غذا و تغذیه کشور گامی در جهت فقرزدایی تغذیه‌ای. فصلنامه برنامه‌ریزی و بودجه. ۱۹۹۶؛ ۱(۲):۷۳-۸۴.
۷۰. سید مسعود ک، مرجان ب. فقر و سوء تغذیه در ایران.
71. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clinical nutrition*. 2008;27 (1):5-15.
72. Damari B, Abdollahi Z, Hajifaraji M, Rezazadeh A. Nutrition and food security policy in the Islamic Republic of Iran: situation analysis and roadmap towards 2021. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*. 2018;24 (02):177-88.
73. Behzadifar M, Behzadifar M, Abdi S, Malekzadeh R, Salmani MA, Ghoreishinia G, et al. Prevalence of food insecurity in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Iranian medicine*. 2016;19 (4):288-94.
۷۴. ربابه شا، محسن ن، زهرا ع، میترا ز، ساناز و، فرزانه صقآ، و همکاران. وضعیت کنونی و روند ده ساله شاخص‌های سوء تغذیه کودکان زیر پنج سال در ایران.
75. Enzi G, Sergi G, Coin A, Inelmen E, Busetto L, Pisent C, et al. Clinical aspects of malnutrition. *JOURNAL OF NUTRITION HEALTH AND AGING*. 2001;5 (4):284-7.
76. Naddafi K, Hassanvand MS, Yunesian M, Momeniha F, Nabizadeh R, Faridi S, et al. Health impact assessment of air pollution in megacity of Tehran, Iran. *Iranian*

- journal of environmental health science & engineering. 2012;9 (1):28.
77. Geravandi S, Yari AR, Jafari M, Goudarzi G, Vosoughi M, Dastoorpoor M, et al. Effects of dust phenomenon and impacts with emphasis on dust problems and present solutions in Khuzestan (Iran). Archives of Hygiene Sciences. 2018;7 (2):134-8.
78. Zazouli MA, Kalankesh LR. Indicators and causes of environmental health inequalities. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2018;27 (158):218-29.
79. Aliakbari E. Spatial analysis of physical characteristics of urban housing with emphasis on inequality within the region (Case study: 22 metropolitan areas of Tehran). فصلنامه علمی - پژوهشی پژوهش و برنامه‌ریزی شهری. ۲۰۲۰ (مقالات آماده انتشار).
80. Basner M, Babisch W, Davis A, Brink M, Clark C, Janssen S, et al. Auditory and non-auditory effects of noise on health. The lancet. 2014;383 (9925):1325-32.
۸۱. توکلی آزاده، بیژنی نصر آبادی نازنین، خسروی یونس، جباری محمدکاظم. ارزیابی سطح تراز و توزیع آلودگی صوتی با استفاده از سیستم اطلاعات جغرافیایی (GIS) در ناحیه یک منطقه شش تهران در سال ۹۶-۱۳۹۵: گزارش مورد. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۱۳۹۷؛ ۱۷ (۱۱): ۱۰۷۷-۱۰۹۲.
۸۲. محمودزاده حسن، عسکرزاد رقیه، رضازاده زهرا. تحلیل توزیع فضای سبز شهری با رویکرد عدالت فضایی (مطالعه موردی: شهر اردبیل). پژوهش‌های جغرافیای برنامه‌ریزی شهری. ۱۳۹۵؛ ۴ (۴): ۶۹۱-۷۱۵.
۸۳. فصیحی حبیب‌اله، پرزادی طاهر، حمیدی محسن. تحلیل دسترسی به بوستان‌های شهری با رویکرد عدالت محیطی (مورد مطالعه: اسلامشهر). مطالعات ساختار و کارکرد شهری. ۱۳۹۸؛ ۶ (۲۱): ۳۹-۵۸.
۸۴. احمدی فرزانه، علوی سید علی. مدلسازی کمی دسترسی به پارک‌های شهری با رویکرد عدالت فضایی، پارک‌های منطقه ۶ کلانشهر تهران. تحقیقات کاربردی علوم جغرافیایی. ۱۳۹۳؛ ۱۴ (۳۴): ۶۹-۸۹.
85. Piran P, Rafiiyan M, Rezaei M, Dehghfan H. Identification of factors affecting the creation of social institutions in better management of neighborhoods; Case study: Localities located in Ferdowsi city - Shahriar city. Journal of Research and Urban Planning. 2016;7 (25):1-22.
86. d'Hombres B, Rocco L, Suhreke M, McKee M. Does social capital determine health? Evidence from eight transition countries. Health economics. 2010;19 (1):56-74.

87. Harpham T. Urbanization and mental health in developing countries: a research role for social scientists, public health professionals and social psychiatrists. *Social science & medicine*. 1994;39 (2):233-45.
88. Kawachi I, Colditz GA, Ascherio A, Rimm EB, Giovannucci E, Stampfer MJ, et al. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1996;50 (3):245-51.
89. Wilkinson RG. Income inequality, social cohesion, and health: clarifying the theory—a reply to Muntaner and Lynch. *International Journal of health services*. 1999;29 (3):525-43.
90. Kawachi I, Kennedy BP. Income inequality and health: pathways and mechanisms. *Health services research*. 1999;34 (1 Pt 2):215.
91. Oksanen T, Kawachi I, Jokela M, Kouvonen A, Suzuki E, Takao S, et al. Workplace social capital and risk of chronic and severe hypertension: a cohort study. *Journal of hypertension*. 2012;30 (6):1129-36.
92. Lochner K, Kawachi I, Kennedy BP. Social capital: a guide to its measurement. *Health & place*. 1999;5 (4):259-70.
93. Feghhi Farahmand N, Zanjani S. The relationship between social security and the components of social capital and social welfare. *Quarterly of the Science Discipline of East Azarbaijan* 2013;2 (8):128-51. Epub 151.
94. Morgan A, Swann C. *Social capital for health: issues of definition, measurement and links to health*: Health Development Agency; 2004.
95. Zamankhani F, Abachizadeh K, Omidnia S, Abadi A, Hiedarnia MA. Composite social health index: Development and assessment in provinces of Iran. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2019;33 (1).
96. Early childhood development: an fair begining for guarantee children furure. 2019.
97. Atashbahar O, Sari AA, Takian A, Olyaeemanesh A, Barakati SH. Perceived gaps in early childhood development-related health policies in Iran: Findings from a qualitative exploratory study. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2019;33:146.
98. Rarani MA, Nosratabadi M, Moeeni M. Early childhood development in Iran and its provinces: Inequality versus average. *The International journal of health planning and management*. 2018;33 (4):1136-45.
99. Irwin L G SA, Hertzman C. . Early child development: a powerful Equalizer. Final report for the world health organization's commission on the social determinants of health. *HELP*; 2007.

100. McGregor S G CYB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B and et al. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet* 2007; ;369:60–70.
101. R. SA. Incorporating indigenous knowledge and practice into ECCE: a comparison of programs in the Gambia, Senegal and Mali. *Current issues in comparative education* 2009;11:15-23. .
102. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman G. Early child development: a powerful equalizer: *Human Early Learning Partnership (HELP) Vancouver, BC; 2007.*
103. Vameghi R MA, Sajedi F, Soleymani F, Shahshahanipour S, Hatamizadeh N. . Strategic analysis of the situation in Iran regarding the development of young children (analysis swot) and proposed strategies and activities. . *Journal of Social Welfare*. 2010; ;9 (35):379- 412. (origin persian).
104. Buse K, Mays N, Walt G. *Making health policy: McGraw-hill education (UK)2012* 2012//.
105. Sajedi F, ahmadi Doulabi M, Vameghi R, Baghban AA, Mazaheri MA, Mahmudi Z, et al. Development of children in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Global journal of health science*. 2016;8 (8):145.
106. Poustchi H, Eghtesad S, Kamangar F, Etemadi A, Keshtkar A-A, Hekmatdoost A, et al. Prospective epidemiological research studies in Iran (the PERSIAN Cohort Study): rationale, objectives, and design. *American journal of epidemiology*. 2018;187 (4):647-55.
107. National Secretariat of the comprehensive development of children. National document on early child development; 2013. (origin persian).
108. Kelishadi R, Haghdoost A-A, Sadeghirad B, Khajehkazemi R. Trend in the prevalence of obesity and overweight among Iranian children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Nutrition*. 2014;30 (4):393-400.
109. B. D. Draft early childhood development policy. Department of social development 2015; 204.
110. Engle P FL, Alderman H, Behrman J, O’Gara C, Yousafzai A and et al. Strategies for Reducing Inequalities and Improving Developmental Outcomes for Young Children in Low-income and Middle-income Countries. *The Lancet*. 2011; ;378:1339-53.
111. World Health Organization, World Bank. *World report on disability*. Geneva, World Health Organization. 2011.
[http:// www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/index](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/index).
112. Barron T NJ. *Poverty and disability*. . London, Leonard Cheshire Disability. 2010.

113. Department for International Development. Disability, poverty and development: DFID issues document. London, Department for International Development 2000. <http://www.handicap-international>.
114. Center on the developing child. Experiences build brain architecture. Cambridge: Harvard University; 2011. <http://developingchild.harvard.edu>.
115. Schoon I JE, Cheng H, Maughan B. . Family hardship, family instability, and cognitive development. . J Epidemiol Community Health 2012; ;66:716-22.
116. Evans D KK. Early child education. Making programs work for Brazil's most important generation. Washington, DC: The World Bank; . 2012.
117. Walker S P WTD, Grantham-McGregor S, Black M M, Nelson C A, Huffman S L and et al. . Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. Lancet. 2011; ;378:1325-38.
118. Adair LA FC, Osmond CO, Stein AD, Martorell R, Ramirez-Zea M and et al. Associations of linear growth and relative weight gain during early life with adult health and human capital in countries of low and middle income: findings from five birth cohort studies. The Lancet 2013; ;382:525-34. .
119. Victora CG AL, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L and et al. . Maternal and child under nutrition: consequences for adult health and human capital. The Lancet 2008; ;371:340-57.
120. Dlamini S. Practical Theories of Teaching in Peripheral Contexts: Messages from Schools in Swaziland. Experiences of Second Language Teacher Education: Springer; 2015. p. 63-86.
121. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S, Black MM, Nelson CA, Huffman SL, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. The lancet. 2011;378 (9799):1325-38.
122. UNICEF (2012). The state of the world's children. . United Nations Children's Fund (UNICEF); 2012. www.unicef.org.
123. United Nations .Children with disabilities: ending discrimination and promoting participation, development, and inclusion. . New York, United Nations Children's Fund, 2007.
124. UNICEF. Promoting the rights of children with disabilities. 2007; Florence, United Nations Children's Fund, Innocenti Research Centre.
125. D. F. Disability, poverty, and schooling in developing countries: results from 14 household surveys. The World Bank Economic Review 2008;22:141-63.
126. UNESCO Policy Brief on Early Childhood. Inclusion of Children with Disabilities.

- The Early Childhood Imperative. 2009. <http://unesdoc.unesco.org>.
127. World Health Organization and UNICEF. Early childhood development and disability: A discussion paper. World Health Organization and UNICEF; 2012.
128. McConachie H HS, Munir S, Kamrunnahar, Akhter N, Ferdous S, Khan NZ. . Difficulties for mothers in using an early intervention service for children with cerebral palsy in Bangladesh. *Child: Care, Health and Development* 2001.;27:1-12.
129. Vargas-Barón E JU, Mufel N. . Early childhood intervention, special education and inclusion: focus on Belarus. UNICEF Regional Office for CEE/CIS Geneva, United Nations Children's Fund 2008.
130. Drew N, Faydi E, Freeman M, Funk M. Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group: World Health Organization; 2010.
131. Kazemi S. The Labour Children: In a World They Never Made! *SALAMAT IJTIMAI (Community Health)*. 2017;4 (2):76-8.
132. Zaheri M, Kameli E. Problems of Street Working Children in Iran and Preventive Crime Policy. *Journal of US-China Public Administration*. 2018;15 (2):93-103.
133. Ibrahim A, Abdalla SM, Jafer M, Abdelgadir J, de Vries N. Child labor and health: a systematic literature review of the impacts of child labor on child's health in low- and middle-income countries. *Journal of Public Health*. 2019;41 (1):18-26.
134. Ramezankhani A, Yazdkhasti m, Abdi f. Policy on health of street children: Challenges and solutions. *azi Journal of Medical Sciences* 2016;23 (145):88-98.
135. Pasdar Y, Darbandi M, Nachvak SM. Nutritional Status of Working Children as a Neglected Group in Kermanshah West of Iran. *Journal of Community Health Research*. 2014;3 (2):124-31.
136. Abdi F, Saeieh SE, Roozbeh N, Yazdkhasti M. Health policy making for street children: challenges and strategies. *International journal of adolescent medicine and health*. 2017;31 (1).
137. Divkolaye NSH, Burkle Jr FM. The Enduring Health Challenges of Afghan Immigrants and Refugees in Iran: A Systematic Review. *PLOS Currents Disasters*. 2017.
138. UNHCR. Solutions Strategy for Afghan Refugees, to support Voluntary Repatriation, Sustainable Integration and Assistance to Host Countries: Islamic Republic of Iran. 2016.
139. Etemadi M. Developing a financial support policy model for access of the poor to health services in Iran. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2018.
140. Dadras O, Taghizade Z, Dadras F, Alizade L, Seyedalinalaghi S, Ono-Kihara M, et al.

"it is good, but i can't afford it ..." potential barriers to adequate prenatal care among Afghan women in Iran: A qualitative study in South Tehran. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020;20 (1).

141. National document of comprehensive early child development and evolution Tehran: Ministry of Health and Medical Education (MOHME); 2013.
142. Alhani F, Peyrovi H. The concept of health in elderly people: A literature review. *Iran Journal of Nursing*. 2012;25 (78):62-71.
143. Ghasemi S, Keshavarz Mohammadi N, Mohammadi Shahboulaghi F, Ramezankhani A, Mehrabi Y. Physical Health Status and Frailty Index in Community Dwelling Older Adults in Tehran. *Iranian Journal of Ageing*. 2019;13 (5):652-65.
144. Kaplan D. The definition of disability: Perspective of the disability community. *J Health Care L & Pol'y*. 1999;3:352.
145. Soltani S, Takian A, Sari AA, Kamali M, Majdzadeh SR, Matin BK. Disregarded Health Problems of People With Disabilities: A Qualitative Study of Policymakers' Perspective. *Archives of Rehabilitation*. 2019;20 (2):136-48.
146. Soltani S, Takian A, SARI AA, Majdzadeh R, Kamali M. Financial Barriers to Access to Health Services for Adult People with Disability in Iran: The Challenges for Universal Health Coverage. *Iranian Journal of Public Health*. 2019;48 (3):508.
147. Soltani S, Takian A, Sari AA, Majdzadeh R, Kamali M. Cultural barriers in access to healthcare services for people with disability in Iran: A qualitative study. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2017;31:51.
148. Matin BK, Kamali M, Williamson HJ, Moradi F, Solatni S. The predictors of access to health services for people with disabilities: A cross sectional study in Iranian context. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2019;33:125.
149. Shahbazi N, Veisani Y, Delpisheh A, Sayehmiri K, Naderi Z, Sohrabnejad A, et al. Relationship between Socioeconomic Status and General Health in the Female-headed Households. *scientific journal of ilam university of medical sciences*. 2015;23 (1):56-62.
150. Farhud DD. Impact of lifestyle on health. *Iranian journal of public health*. 2015;44 (11):1442.
151. Farhud D, Aryan Z. Circadian rhythm, lifestyle and health: a narrative review. *Iranian journal of public health*. 2018;47 (8):1068.
152. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Building the knowledge base on the social determinants of health: review of seven countries in the Eastern Mediterranean Region. Cairo: WHO, EMRO Publications; 2008. 86 p.

راهکارها و گزینه‌های سیاستی بهبود عدالت در سلامت کشور

نویسندگان: علیرضا اولیایی‌منش، عفت محمدی، امیرحسین تکیان

پیام‌های اصلی

- ❖ اقدام برای مداخله در حیطه ارتقای عدالت در سلامت و حذف یا کاهش نابرابری‌ها یک فرآیند چند بخشی است و دربرگیرنده اقدامات آنی و درازمدت دولت‌ها در تمام بخش‌ها می‌باشد که نیازمند همکاری فعالان دولتی و غیردولتی، تشکیلات اجتماعی، سازمان‌های خصوصی و بین‌المللی و کارکنان بخش سلامت و نهایتاً خود شهروندان است.
- ❖ راهکارهای بهبود مشارکت مالی عادلانه و تأمین مالی نظام سلامت عبارت‌اند از: عادلانه نمودن روش‌های اخذ حق بیمه، بهبود مدیریت تأمین مالی، بهبود روش‌های تدوین بسته خدمات سلامت، بهبود سیاست‌های پوشش جمعیتی/ بیمه‌ای
- ❖ طراحی فرآیند مناسب جهت سطح‌بندی، ادغام خدمات و ارائه خدمت از طریق نظام ارجاع و پزشک خانواده که دارای اهمیت بالایی است؛ نظام شبکه، سطح‌بندی و ارجاع، بهترین راه عادلانه رسیدن به سطح قابل قبولی از سلامتی

- است تا افراد بتوانند با سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی، محور توسعه اقتصادی و اجتماعی در جامعه خود باشند.
- ❖ مشارکت عمومی جامعه و آگاهی‌رسانی به افراد در راستای توجه به اصول "خود-مراقبتی"، "خود-ارزیابی" و اصلاح سبک زندگی و مواردی از قبیل رژیم غذایی، کم‌حرکی و غیره به منظور پیشگیری یا کاهش آسیب ناشی از بیماری‌های غیرواگیر و بهره‌گیری از ظرفیت‌های اجتماعی باید تقویت شود.
 - ❖ بهبود نابرابری‌های اقتصادی، توزیع درآمد، امنیت شغلی یکی از مهم‌ترین راهکارهای ریشه‌ای رفع نابرابری‌های سلامت بوده و اصلاح آن اثر چشم‌گیری در رفع بی‌عدالتی‌های سلامت خواهد داشت.
 - ❖ حمایت اجتماعی در کشور می‌بایست با تقویت ساختار بیمه‌ای و اطمینان از بیمه بودن تمام طبقات اجتماعی به‌خصوص طبقات اجتماعی پایین جامعه گسترده شود.
 - ❖ از جمله راهکارهای بهبود سلامت اجتماعی در کشور، بسیج اجتماعی و پوشش مردمی برای کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی و سایر مسائل تاثیرگذار بر سلامتی در سطح محلات و ترویج و حمایت از شکل‌گیری کانون‌های توسعه اجتماع محور محلی (مرکز توسعه محلی) می‌باشد.
 - ❖ مراقبت و تکامل کودکان بر اساس شاخص‌های موجود و تدوین راهکارهای ایجاد فرصت‌های عادلانه در زمینه ارتقای رشد، مراقبت و تکامل کودکان با تاکید ویژه بر کودکان اقشار و مناطق محروم باید صورت گیرد.
 - ❖ ساختار اجرایی کارآمد ملی به منظور بهره‌گیری از حداکثر توان دستگاه‌های اجرائی و عملیاتی نمودن برنامه‌ها و فعالیت‌های مبتنی بر ارتقای سلامت و تکامل همه جانبه کودکان با اولویت مصرف منابع عمومی در مناطق محروم و برای اقشار محروم جامعه ایجاد شود.
 - ❖ ارتقای سلامت کودکان کار، ارتقای سلامت پناهندگان، ارتقای سلامت سالمندان، ارتقای سلامت معلولان و ناتوانی‌های جسمی-ذهنی، ارتقای سلامت زنان سرپرست خانوار صورت گیرد.
 - ❖ جهت بهبود سبک زندگی، توسعه توانمندی‌ها و سواد سلامتی خانواده‌ها به‌خصوص طبقات محروم جامعه و ارتقای قابلیت‌های زیستی، روانی و اجتماعی ایرانیان با برنامه خاص برای اقشار محروم ضروری می‌باشد.

- ❖ ایجاد هماهنگی بین بخش‌های مختلف و جلب همکاری و مشارکت آن‌ها در تأمین امنیت غذا و تغذیه بخصوص برای اقشار محروم کشور و ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای جامعه بخصوص در مناطق و نواحی محروم کشور از جمله راهکارهای بهبود تغذیه محسوب می‌شوند.
- ❖ ارائه مراقبت معنوی برای حصول بالاترین سطح کیفیت زندگی ضروری است؛ اعتلا و عمق بخشیدن به معرفت و بصیرت دینی بر پایه قرآن و مکتب اهل بیت در راستا اثربخش می‌باشد.
- ❖ افزایش اهتمام جامعه به سلامت محیط زیست از طریق آموزش‌های عمومی و فرهنگ‌سازی گسترده و افزایش احساس کارآمدی جامعه در خصوص کنترل آلودگی‌ها در جهت بهبود محیط زیست باید صورت گیرد.
- ❖ جهت کاهش آمار مرگ و میر ناشی از حمل و نقل و ترافیک، حوادث و سوانح جاده‌ای، بهبود ایمنی و وضعیت راه‌ها، بهبود ایمنی وسایل نقلیه، بهبود خدمات اورژانس پیش بیمارستانی و بیمارستانی و اهتمام به سیاست‌های بین‌بخشی باید در دستور کار قرار گیرد.

مقدمه

با توجه به فصول قبل و مطالعات و شواهد بررسی شده، به نظر می‌رسد شرایطی که شهروندان در آن رشد، زندگی و کار می‌کنند، بالنده می‌شوند و به سنین سالمندی وارد می‌شوند، همگی بر وضعیت سلامت آن‌ها تاثیر دارند. وجود نابرابری در این شرایط؛ نابرابری در ابعاد و مراحل مختلف زندگی، منجر به نابرابری‌های سلامت نیز می‌شود. در واقع اقدام برای مداخله در حیطه ارتقای عدالت در سلامت و حذف یا کاهش نابرابری‌ها یک فرآیند چند بخشی است و در برگیرنده اقدامات آنی و دراز مدت دولت‌ها در تمام بخش‌ها می‌باشد که نیازمند همکاری فعالان دولتی و غیردولتی، تشکیلات اجتماعی، سازمان‌های خصوصی و بین‌المللی و کارکنان بخش سلامت و نهایتاً خود شهروندان است. مسئولیت برآورده ساختن اهداف عدالت در سلامت باید میان نهادها و سازمان‌های مختلف و سطوح جامعه تقسیم شود.

بر اساس مطالعات انجام شده، نابرابری‌های سلامت علاوه بر اینکه بین کشورهای مختلف وجود دارد، بین مناطق مختلف یک کشور نیز مشاهده می‌شود؛ خواه کشور

فقیر باشد خواه غنی، خواه وضعیت سلامت کلی آن مطلوب یا نامطلوب باشد، در واقع این نشان‌دهنده آن است که فرصت‌های سلامت زیستن بسیار نامساوی توزیع شده‌اند. حفظ یا ارتقای میانگین شاخص‌های سلامت یک جمعیت، همیشه رضایت‌بخش و قابل قبول نیست، به ویژه چنانچه به‌طور هم‌زمان باعث تشدید نابرابری شود.

در این راستا لازم است مجدداً تفاوت میان نابرابری در سلامت و بی‌عدالتی در سلامت را بازخوانی و به آن توجه نماییم. در واقع، نابرابری در سلامت توصیفی است از تفاوت‌های وضعیت سلامت در بین گروه‌های مختلف بدون هیچ‌گونه ارزیابی از منصفانه بودن آن، اما بی‌عدالتی در سلامت اشاره به مجموعه‌ای از نابرابری‌ها دارد که نامنصفانه ارزیابی می‌شوند. در حقیقت بی‌عدالتی در سلامت یعنی تفاوت‌های سلامت که به دلیل مسائل اجتماعی ایجاد شده است. به عبارت دیگر این توزیع، نظام‌مند و لیکن ناعادلانه است. نابرابری‌های سلامت که در بین گروه‌های اقتصادی - اجتماعی، بین گروه‌های قومیتی، بین مردمی که در مناطق جغرافیایی مختلف زندگی می‌کنند و نیز در بین زنان و مردان پیدا می‌شوند، بر خلاف هدف "سلامت برای همه" و هدف غایی نظام‌های سلامت که "عدالت در سلامت" است می‌باشند. این وظیفه نظام‌های سلامت است که برای دستیابی به اهداف اصلی خود؛ یعنی حفظ، ارتقا و بازگرداندن سلامت و نیز عدالت در سلامت، به عوامل اجتماعی که منشأ وضعیت سلامت نامطلوب و نیز بی‌عدالتی‌های سلامت هستند، توجه کافی نمایند و توجه همه ارکان حکومتی را به این موضوع جلب نموده و از آن‌ها حمایت‌طلبی نمایند.

امروزه فرصتی بی‌سابقه برای از میان بردن ریشه‌ای بیماری‌ها و مرگ‌های قابل پیشگیری خصوصاً در جوامع فقیر و آسیب‌پذیر دنیا فراهم آمده است (هرچند بروز برخی بیماری‌های واگیردار مانند کووید-۱۹ و شرایطی که به تبع اپیدمی ناشی از آن‌ها بروز می‌کند، ممکن است بسیاری فرصت‌ها را از بین ببرد). اغلب نابرابری‌های سلامت و عمده درد و رنج‌های بشر، ریشه اجتماعی دارند یعنی عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت. بسیاری از نابرابری‌های سلامت به واسطه نابرابری‌های اجتماعی مورد توجه واقع می‌شوند، که این موضوع به خودی خود نیازی در زمینه ایجاد برابری و تعادل در میان گروه‌های مختلف اجتماعی را مطرح می‌کند. هم‌زمان، کشف راه‌هایی که از آن طریق تعیین‌کننده‌های اجتماعی بر سلامت تاثیر می‌گذارند می‌تواند مبنایی از شواهد به منظور توسعه سیاست‌های اجتماعی و سلامتی در جهت

بهبود وضعیت محروم‌ترین افراد را ارائه کند. در این قبیل سیاست‌های توسعه‌یافته همه افراد باید لحاظ شوند و گروه یا دسته‌ای از مردم مستثنی نشوند.

از آنجا که عدالت در دین مبین اسلام جایگاه ویژه‌ای داشته و ریشه عمیق این مفهوم در مبانی و اصول دینی و نیز برنامه‌ها و سیاست‌های حکومتی کشور ما به‌خوبی مشهود بوده و هست، سازمان‌دهی، تلاش‌ها و حرکت‌ها در راستای ارتقای عادلانه سلامت، که از ابتدای انقلاب اسلامی آغاز شده است، همچنان نیز تداوم دارد و خود به‌عنوان یک وظیفه ملی محسوب می‌شود. جمهوری اسلامی ایران به عنوان کشور اسلامی در زمینه عدالت در سلامت می‌تواند پیشرو و الگوی سایر کشورهای مسلمان باشد.

در فصل حاضر با توجه به بررسی‌هایی که در خصوص وضعیت نابرابری‌های سلامت در کشور انجام شد، مقایسات بین‌المللی، شواهد مطالعاتی و نهایتاً شناسایی علل و ریشه‌های نابرابری در سلامت، به ارائه راهکارها و گزینه‌های سیاستی در جهت بهبود عدالت در نظام سلامت کشور خواهیم پرداخت. با توجه به گسترده بودن عواملی که بر روی سلامت و عدالت در سلامت تأثیرگذار هستند، راهکارهای ارائه شده نیز عمدتاً گسترده و وسیع هستند؛ در واقع در این فصل برای بهبود هر یک از عوامل تأثیرگذار بر عدالت در سلامت راهکار ارائه شده است که قطعاً عمده آن‌ها در خارج از نظام سلامت موضوعیت پیدا می‌کنند، لذا این فصل راهکارهای اصلاحی را ذیل مجموعه چهارده موضوع: نظام سلامت، بهبود نابرابری‌های اقتصادی، توزیع درآمد، امنیت شغلی، حمایت اجتماعی، سلامت اجتماعی / رفاه اجتماعی، تکامل کودکان در سال‌های اولیه زندگی، بهبود سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر، سبک زندگی، تغذیه سالم، سلامت عمومی، سلامت روان، سلامت معنوی، محیط زیست، کاهش آمار مرگ و میر ناشی از بلایای طبیعی و کاهش آمار مرگ و میر ناشی از حمل و نقل و ترافیک، حوادث و سوانح جاده‌ای ارائه نموده است سپس در موضوع آخر، نقش نظام سلامت در ارتقا عدالت در سلامت در ارتباط با سایر دستگاه‌ها، به چگونگی تأثیرگذاری نظام سلامت بر عوامل گسترده تعیین‌کننده سلامت و ارتباط با دستگاه‌های اجرایی در جهت بهبود عدالت در سلامت می‌پردازد.

نظام سلامت

برای کاهش نابرابری در حوزه سلامت، دولت‌ها باید یک رویکرد چند بعدی را در پیش بگیرند. سیاست‌های مرتبط با عدالت در سلامت که باید با رویکردی بین‌بخشی

و نه به صورت مجزا تدوین شوند (عدالت در همه سیاست‌ها) اگر به درستی تدوین، ترکیب و اجرا شوند، کمک شایانی به بهبود دسترسی افراد در گروه‌های اجتماعی-اقتصادی و جغرافیایی مختلف به خدمات سلامت با کیفیت در راستای ارتقای سطح سلامت عمومی خواهند کرد. پیشنهادات و راهکارهای مرتبط با "نظام سلامت" به تفکیک راهکارهای بهبود "مشارکت مالی عادلانه" و "بهبود دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت"، در ادامه ارائه خواهند شد.

بهبود مشارکت مالی عادلانه و تأمین مالی نظام سلامت

عادلانه نمودن روش‌های اخذ حق بیمه

- ❖ اصلاح مبنای محاسبه حق بیمه و سایر روش‌های مشارکت مالی نظیر پرداخت از جیب براساس اصول علمی حاکم در این زمینه
- ❖ فراهم‌آوری مکانیسمی صحیح برای شناسایی توان مالی افراد و به دنبال آن شناسایی فقرا به منظور تعیین میزان مشارکت مالی افراد در هزینه‌های سلامت از طریق گسترش زیر ساخت‌های فناوری اطلاعات
- ❖ افزایش حق بیمه متناسب با توان مالی مردم و یافتن منابع مالی پایدار مانند اضافه کردن مالیات بر ارزش افزوده و رهایی وابستگی به منابع حاصل از فروش نفت
- ❖ یکپارچه شدن مبانی دریافت حق بیمه برای کل جمعیت
- ❖ ایجاد سامانه پیش پرداخت برای کسانی که درآمد دارند نظیر بیمه یا مالیات
- ❖ افزایش اعتبارات و تأمین منابع مالی پایدار و افزایش تعهدات مبتنی بر مطالعات محاسبه ریسک بیماران (میزان درآمد به میزان تعهدات)
- ❖ بهبود مدیریت تأمین مالی نظام سلامت
- ❖ اصلاح و بازنگری در قوانین موجود در زمینه تأمین مالی سلامت به منظور حذف تعارضات در قانون و در نظر گرفتن ضمانت اجرایی در کلیه قوانین مربوطه
- ❖ اصلاح ساختارها، فرآیندها و نهادهای تأمین‌کننده منابع مالی سلامت در کشور به منظور اخذ و هزینه کرد صحیح منابع مالی مورد نیاز
- ❖ اجرای صحیح و به موقع قوانین و نظارت بر اجرای سیاست‌های مشارکت مالی عادلانه

- ❖ تقویت بیمه همگانی رایگان برای جمعیت فقیر از طریق مشارکت مالی بیمه شده متناسب با درآمد و توان پرداخت
- ❖ توسعه زیرساخت‌های فناوری اطلاعات به منظور تسهیل فرایندهای نظارتی و خدمت‌رسانی
- ❖ تجمیع بودجه‌های مجزا جهت پوشش خدمات (بیماران خاص، سوختگی و ...) در سازمان‌های بیمه‌گر پایه، جهت سامان‌دهی بودجه‌های تأمین‌کننده مالی خدمات قابل ارائه در کشور برای گروه‌های مختلف و کاهش موازی‌کاری و تجمیع صندوق‌های مالی مختلف به‌طوری که منابع مالی تأمین‌کننده برای پوشش بیماران مانند بیماران خاص جزیره‌ای نباشند.
- ❖ دستیابی به پوشش همگانی و تقویت شبکه‌های حمایتی برای گروه‌های در معرض خطر
- ❖ پایش و ارزشیابی عملکرد به صورت مداوم در نظام سلامت و ارتباط دادن آن با نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت
- ❖ تضمین پوشش همگانی خدمات سلامت با هدف نه فقط دسترسی بلکه اطمینان از بهره‌مندی از خدمت توسط همه اقشار بخصوص محرومین

بهبود روش‌های تدوین بسته خدمات سلامت

- ❖ ایجاد رویکرد پیشگیری محور در بسته‌های خدمات سلامت کشور، به صورتی که عملاً در میزان پوشش خدمات سطح یک (خدمات عمومی سلامت) و دو (خدمات تخصصی سلامت) نمود پیدا کند
- ❖ بازنگری بسته بیمه پایه فعلی با روش علمی و استفاده از مطالعات ارزیابی اقتصادی برای پوشش یا عدم پوشش خدمات سلامت، دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی
- ❖ ارتقای پوشش خدمات بسته بیمه پایه سلامت با تدوین راهنماهای بالینی و استاندارد ارائه خدمت (به عبارتی محدود نمودن پوشش خدمات به افراد واجدالشرایط ارائه یک خدمت) و ارائه خدمات سطح‌بندی شده
- ❖ هدفمند نمودن پوشش جمعیت بیمه‌شده و پوشش بسته خدمات سلامت بر اساس دهک‌های درآمدی و گروه‌های بیماری

- ❖ هدفمند نمودن تعیین سرانه بیمه افراد در استان‌های مختلف، براساس نیازهای بیماری
- ❖ تثبیت منابع مالی مورد نیاز برای برنامه‌های اولویت‌دار نظام سلامت
- ❖ امکان خرید خدمت به صورت هدفمند برای تأمین سلامت بر اساس نیازهای واقعی نه خواسته‌های غیرضروری

بهبود سیاست‌های پوشش جمعیتی/ بیمه‌ای

- ❖ ایجاد سامانه یکپارچه و جامع ایرانیان در کشور به عنوان مهم‌ترین زیرساخت مورد نیاز برای برقراری پوشش جمعیتی بیمه در راستای تحقق عدالت در سلامت؛ این سامانه یا پایگاه می‌تواند زیرساخت لازم برای دسترسی و بهره‌مندی عادلانه به خدمات سلامت را فراهم نماید.
- ❖ تضمین منابع مالی مورد نیاز برای اجرای کامل سیاست‌های پوشش جمعیتی بیمه سلامت
- ❖ برنامه مشخص برای حمایت مالی از فقرا در نظام بیمه سلامت چندلایه برای تعیین برخورداری از حمایت دولت.

بهبود دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت با رویکرد عدالت در سلامت

- ❖ گسترش و تکمیل نظام شبکه خدمات بهداشتی و اولیه سلامت، استقرار پزشک خانواده و ارجاع و سطح‌بندی خدمات، بهترین راه عادلانه رسیدن به سطح قابل قبولی از سلامتی است تا افراد بتوانند با سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی، محور توسعه اقتصادی و اجتماعی در جامعه خود باشند. نظام ارجاع با توجه به وسعت خاک، تنوع شرایط اقلیمی و قومی، پراکندگی جمعیت و غیره، خدمات سلامت را در قالب یک زنجیره یکپارچه ارتقا می‌بخشد و به‌طور گسترده با بازتوزیع امکانات و تسهیلات بهداشتی - درمانی، عدالت در توزیع و دسترسی به منابع و خدمات را افزایش داده و تداوم و استمرار خدمات سلامت را میسر می‌سازد.
- ❖ تغییر رویکردهای کلان از سمت و سوی خدمات به سمت بیماری‌ها؛ ارائه خدمات سلامت با توجه به الگوی بیماری‌ها در هر منطقه از کشور
- ❖ نظام‌مند کردن تمامی حرکات پزشکان، مراقبین و ارائه دهندگان خدمات سلامت و بیماران در نظام سلامت بر مبنای یک نظام جامع الکترونیک

- ❖ تقویت رویکرد پیشگیری و اولویت سیاست‌گذاری‌های بهداشتی بر درمان به‌عنوان سرمایه‌گذاری بلندمدت
- ❖ عدم تبعیض در سیاست‌گذاری و اجرای سیاست‌های منطقه‌ای سلامت
- ❖ ارائه خدمات سلامت در مناطق محروم و دور افتاده کشور و تضمین ننگه داشت نیروی انسانی سلامت در این مناطق از طریق بومی‌گزینی و ایجاد انگیزه‌های مالی و غیرمالی
- ❖ تدوین برنامه‌های مشخص برای حمایت مالی از فقرا جهت ارتقای دسترسی و بهره‌مندی ایشان از خدمات سلامت
- ❖ استفاده از شواهد اثربخشی و هزینه - اثربخشی در مدیریت مصرف دارو و تجهیزات پزشکی و ایجاد پوشش بیمه‌ای و به‌کارگیری پروتکل‌ها و استانداردهای موجود جهت ارتقای بهره‌وری از منابع و توزیع عادلانه منابع
- ❖ تعیین شاخص‌های مناسب در تعریف مناطق محروم و کم‌برخوردار از منظر دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت و به‌طور کلی بخش سلامت

سیاست‌گذاری‌های مناسب در خصوص بیماران خاص و نادر

- ❖ راه‌اندازی سامانه شناسایی بیماران دارای بیماری‌های مزمن پرهزینه و صعب‌العلاج و نادر
- ❖ ایجاد حفاظت مالی کامل در مقابل هزینه‌های سلامت برای بیماران خاص، نادر و صعب‌العلاج و جلوگیری از ایجاد هزینه‌های کمرشکن و فقرزا برای بیماران و خانواده‌های آنها
- ❖ توجه عمیق به رویکردهای عدالت محور در توزیع منابع بین این بیماران بر مبنای روش‌های سنجش استطاعت، آزمون وسع و اولویت‌بندی بیماران و بیماری
- ❖ حمایت‌طلبی از کلیه نهادهای اجتماعی و عمومی، سازمان‌های خصوصی، مردم نهاد و خیریه جهت همراهی با سازمان‌های دولتی در راستای گسترش بسته‌های حمایتی بیماران خاص، نادر و صعب‌العلاج
- ❖ تبیین نقش خانواده‌ها در مراقبت از بیماران خاص، نادر و صعب‌العلاج و توجه به رویکردهایی از قبیل ارائه مراقبت در منزل به این بیماران با تقویت زیرساخت‌های لازم و درنظر گرفتن خدمت حمایتی همه جانبه جهت خانواده‌های بیماران به‌ویژه در بعد مالی، اجتماعی و روانی

- ❖ توجه به انواع روش‌های مدیریت و کاهش هزینه داروها و تجهیزات و ملزومات پزشکی بیماران خاص، نادر و صعب‌العلاج
- ❖ ایجاد مراکز اختصاصی برای خدمت‌دهی به این بیماران
- ❖ آموزش‌های اجتماعی جهت بیماران، خانواده‌هایشان و عموم جامعه در خصوص عوامل ایجادکننده بیماری‌های خاص، نادر و صعب‌العلاج شامل عوامل ژنتیکی، سبک زندگی و غیره جهت کاهش و کنترل آسیب

ارتقای آگاهی و سواد سلامت مردم

- ❖ توجه به لزوم بهره‌گیری از رسانه‌های جمعی و انواع وسایل ارتباطی در افزایش آگاهی مردم و ایجاد نگرش و رفتار پایدار
- ❖ تقویت مشارکت عمومی جامعه و آگاهی‌رسانی به افراد در راستای توجه به اصول "خود-مراقبتی"، "خود-ارزیابی" و اصلاح سبک زندگی و اصلاح مواردی از قبیل رژیم غذایی، کم‌حرکی و غیره به منظور پیشگیری یا کاهش آسیب ناشی از بیماری‌های غیرواگیر و بهره‌گیری از ظرفیت‌های اجتماعی

توسعه زیرساخت‌های اطلاعات و ارتباطات

- ❖ ایجاد نظام پایش و ارزیابی عدالت در سلامت و فراهم نمودن داشبورد از شاخص‌های عدالت در سلامت برای مدیران ارشد و مسئولین ستادی و اجرایی نظام سلامت تا بتوانند شاخص‌های نشانگر وضع موجود و شاخص‌های ارزشیابی برنامه‌ها و مداخلات را با استفاده از داده‌های به‌روز و معتبر محاسبه و تحلیل نمایند و بر اساس بررسی وضعیت شاخص‌ها و روند آن‌ها تصمیم‌گیری در خصوص بازبینی و اصلاح احتمالی برنامه‌ها و مداخلات را انجام دهند.
- ❖ ایجاد امکان دسترسی به اطلاعات سایر دستگاه‌ها و فعالیت‌های ایشان که بر سلامت تاثیرگذار هستند، جهت ایفای نقش پایش وزارت بهداشت در ارتقای عدالت در سلامت
- ❖ توسعه هرچه بیش‌تر نظام مدیریت الکترونیک اطلاعات سلامت، ایجاد پایگاه‌های داده‌ای جامع و سامانه‌های جامع اطلاعاتی جهت افزایش شفافیت و تسهیل امور خدمت‌رسانی به بیماران

- ❖ توسعه نظام اطلاعاتی و سامانه‌های الکترونیک از قبیل پرونده الکترونیک سلامت برای تک‌تک افراد تحت پوشش
- ❖ افزایش مشارکت و همکاری‌های بین‌بخشی و درون‌بخشی در تمامی سطوح با استناد به داده‌های سیستم پایش عدالت در سلامت

بهبود نابرابری‌های اقتصادی، توزیع درآمد، امنیت شغلی

این عامل یکی از مهم‌ترین عوامل ریشه‌ای نابرابری‌های سلامت به‌شمار می‌رود که اصلاح آن می‌تواند اثر چشم‌گیری در رفع بی‌عدالتی‌های سلامت به ارمغان بیاورد. از جمله اقدامات جهت اصلاح نابرابری‌های اقتصادی و ایجاد امنیت اقتصادی، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ❖ کنترل تورم؛ با توجه به اینکه این متغیر تاثیر منفی بر عادلانه‌تر شدن توزیع درآمد دارد، یکی از راه‌های برون رفت از نابرابری‌های اقتصادی، کنترل تورم می‌باشد
- ❖ ترسیم نقشه‌ی ناامنی شغلی در کشور
- ❖ افزایش اشتغال و فرصت‌های شغلی و کاهش نرخ بیکاری؛ با توجه به اینکه این متغیر تاثیر منفی بر عادلانه‌تر شدن توزیع درآمد دارد، یکی از راه‌های برون رفت از نابرابری‌های اقتصادی، کاهش نرخ بیکاری می‌باشد
- ❖ شناسایی عوامل موثر بر توزیع ناعادلانه درآمد در جهت مرتفع نمودن آنها
- ❖ عادلانه نمودن دریافت مالیات‌ها (مالیات‌های تصاعدی، مالیات بر مجموع درآمد، و...)
- ❖ تأمین مالی حمایت از دهک‌های پایین از طریق بازتوزیع متکی به مالیات
- ❖ بازتوزیع درآمد از طریق سیاست‌های پولی و مالی؛ این سیاست‌ها برای افزایش سرمایه اجتماعی و وحدت ملی نیز با اهمیت هستند
- ❖ ترکیب سیاست‌های پولی و مالی در جهت رفع پایدار فقر
- ❖ ارتقا توسعه و رشد اقتصادی؛ با توجه به اینکه این متغیر تاثیر مثبت بر عادلانه‌تر شدن توزیع درآمد دارد، یکی از راه‌های برون رفت از نابرابری‌های اقتصادی، توسعه اقتصادی متوازن می‌باشد

- ❖ افزایش نرخ باسوادی؛ این متغیر بر بهبود وضعیت توزیع درآمد تاثیر مثبت دارد
- ❖ کنترل استرس‌های شغلی با ایجاد امنیت شغلی و محیط‌های کاری سالم
- ❖ ایجاد نظام مراقبت عوامل خطر شغلی واحدهای تولیدی
- ❖ حمایت از برنامه افزایش ایمنی و بهداشت واحدهای تولیدی
- ❖ راه‌اندازی نظام‌های آماری ثبت عوامل و پیامدهای منفی مخاطرات شغلی
- ❖ حمایت از برنامه‌های مدیریت ساختارمند رابطه کارفرما - کارگر
- ❖ آگاه‌سازی کارفرما و کارگر از قوانین ضد آزار جنسی در محیط‌های کاری
- ❖ برقراری استانداردهای اجباری فاصله‌گذاری شیفت‌های پی در پی کاری
- ❖ ایجاد فرصت‌های برابر برای مردم جهت استفاده از مهارت‌هایشان و دسترسی برابر به فرصت‌های شغلی
- ❖ ایجاد اختیارات و پاسخ‌گویی مناسب در تصمیم‌گیری‌های محیط کار

حمایت اجتماعی

سیاست‌های حمایت اجتماعی^۱ نقش اساسی در احقاق حقوق انسان در جهت تأمین اجتماعی برای همه، کاهش فقر و نابرابری و حمایت از رشد فراگیر (افزایش سرمایه انسانی و بهره‌وری، حمایت از تقاضای داخلی و تسهیل تحول ساختاری اقتصاد ملی) دارد. سیاست‌های حمایت اجتماعی با اطمینان از برخورداری مردم از امنیت درآمد، دسترسی مردم به مراقبت‌های سلامت و سایر خدمات اجتماعی و داشتن قدرت استفاده از فرصت‌های اقتصادی، به رشد اقتصادی و اجتماعی در کوتاه‌مدت و بلندمدت کمک می‌کند. چنین سیاست‌هایی نقش اساسی در افزایش تقاضای داخلی، حمایت از تحول ساختاری اقتصاد ملی، ارتقای کار مناسب و پرورش رشد فراگیر و پایدار دارد.

راهکارهای سیاستی ارتقای حمایت اجتماعی

- ❖ افزایش دسترسی به خدمات سلامت چندجانبه در سطوح پیشگیری، درمانی و بازتوانی با گسترده نمودن طرح‌های بهداشتی، خدمات اجتماعی و بیمه با هدف

1. Social Protection Policies

اطمینان از دسترسی به سلامت و سایر خدمات اجتماعی برای کاهش مواجهه با عدم اطمینان‌ها و تأثیرات آن بر رفاه.

❖ دادن مستمری و پول؛ اقدامات حمایت اجتماعی با هدف تأمین درآمد زندگی اساسی (به عنوان مثال سرپناه، غذا) در جاهایی که افراد بی بضاعت هستند یا از بین رفتن درآمد آن‌ها زندگی را تهدید می‌کند.

❖ تقویت ساختار بیمه ای و اطمینان از بیمه بودن تمام طبقات اجتماعی به خصوص طبقات اجتماعی پایین

❖ تقویت روحیه همکاری و تعاون و استفاده حداکثری از ظرفیت‌های خیرین

❖ تشکیل گروه‌های حمایتی از بیماران بخصوص بیماران خاص

❖ گسترش سطوح و عمق طرح های بیمه بیکاری و حمایت از مشاغل و به کارگیری استانداردهای بین‌المللی مرتبط با آن

❖ ایجاد انجمن‌های حمایت از کودکان کار و جلوگیری از به کارگیری آن‌ها

❖ تأمین حمایت ملموس (با ارائه خدمات مراقبتی و اجرای پروتکل درمان) و حمایت اطلاعاتی (توصیه و راهنمایی لازم در خصوص مراقبت های مناسب برای بیماران توسط کادر درمان)

در کشور ما لایحه شماره ۲۲۵۵۹ مورخ ۱۳۸۱/۵/۱۶ دولت در خصوص ساختار سازمانی نظام تأمین اجتماعی کشور، در اجرای اصل یکصد و بیست و سوم (۱۲۳) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در جهت ایجاد حمایت اجتماعی از مردم به تصویب رسیده است. بر اساس این قانون:

ماده ۱- 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 تأمین اجتماعی با رعایت شرایط و مفاد این قانون و از جمله برای امور ذیل برقرار می‌شود:

✓ بازنشستگی، از کارافتادگی و فوت

✓ بیکاری

✓ پیری

- ✓ در راه ماندگی، بی‌سرپرستی 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 بی‌سرپرست
- ✓ ایجاد بیمه خاص بیوگان، زنان سال‌خورده و خودسرپرست
- ✓ کاهش نابرابری و فقر

با توجه به وجود چنین سیاست‌های کلانی، محرز می‌شود که چالش‌های موجود در زمینه حمایت اجتماعی در کشور، به دلیل عدم اجرایی شدن این سیاست‌ها و نقص در اجرا و ارزشیابی این سیاست‌ها می‌باشد.

سلامت اجتماعی/ رفاه اجتماعی

جهت ارتقای سلامت اجتماعی، سیاست‌های ذیل با تکیه بر فرهنگ بومی ایرانی اسلامی و با استفاده از ظرفیت‌های فرهنگی جامعه ایرانی باید اجرایی شوند. اولویت این مداخلات باید اقشار محروم و مناطق غیر برخوردار باشد:

- ❖ حمایت از سیاست‌های رفاهی و خدماتی جامعه محور
- ❖ گسترش خدمات جامع سلامت به محلات به خصوص محلات محروم به کمک بخش خصوصی
- ❖ راه‌اندازی نظام پایش عوامل خطر مبتنی بر جامعه
- ❖ مدیریت و ارتقای فرهنگ اجتماعی شدن کودکان و نوجوانان در سطح جامعه
- ❖ ایجاد زیرساخت‌های اجتماعی و فیزیکی برای تدارک خدمات حداقلی و اولیه شهری برای ساکنین مبتنی بر رویکرد توسعه تدریجی و منطقه‌محور/ محل‌محور
- ❖ معاضدت قانونی از شکل‌گیری و فعالیت نهادهای اجتماعی و مشارکت مردم
- ❖ بسیج اجتماعی و پویش مردمی برای کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی و سایر مسائل تاثیرگذار بر سلامتی در سطح محلات
- ❖ ترویج و حمایت از شکل‌گیری کانون‌های توسعه اجتماع محور محلی (مرکز توسعه محلی)

- ❖ برنامه استفاده از سازمان‌های مردم‌نهاد در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی
- ❖ تدوین و اجرای برنامه توسعه گروه‌های خودیار، همیار و هم‌سال حامی سلامت
- ❖ تدوین و اجرای برنامه توسعه ائتلاف‌ها، اتحادیه‌ها، شبکه‌های حقیقی و مجازی حامی سلامت
- ❖ گسترش و تعمیق روحیه تعاون و مشارکت عمومی
- ❖ تقویت و کارآمدی نظام بازرسی و نظارت
- ❖ توجه به نقش نیروهای مردمی در استقرار امنیت
- ❖ توسعه نظم و امنیت عمومی از طریق هماهنگی دستگاه‌های مربوط
- ❖ ارتقای سطح زندگی و درآمد روستاییان
- ❖ هم‌افزایی و گسترش فعالیت‌های اقتصادی با توجه به مزیت‌های نسبی
- ❖ تثبیت قضای اطمینان‌بخش برای سرمایه‌گذاران و فعالان اقتصادی
- ❖ توجه به مشارکت مردم در فعالیت‌های اقتصادی
- ❖ تقویت نهاد خانواده و جایگاه زن
- ❖ به‌کارگیری و تقویت جایگاه مددکاران اجتماعی با تشخیص منابع حمایت اجتماعی و شبکه‌های ارتباطی در تأمین حمایت‌های ملموس (کمک‌های مالی و خدماتی)، حمایت‌های اطلاعاتی (از طریق آموزش جامعه محور، آموزش مهارت‌های اجتماعی و آگاه‌سازی در خصوص منابع اجتماعی موجود) و حمایت عاطفی

تکامل کودکان در سال‌های اولیه زندگی

سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط با تکامل دوران اوان کودکی باید با هدف قرار دادن مؤلفه‌های اجتماعی سلامت به عنوان بستری برای بروز نابرابری در وضعیت تکاملی کودکان، سعی در ارائه الگوهایی جامع در جهت تأثیرگذاری بر این مؤلفه‌ها و متعاقب آن کاستن نابرابری‌های موجود بین طبقات مختلف جامعه نماید به نحوی که موجب ارتقای شرایط تکاملی کودکان شود. عواملی مانند وضعیت آموزشی خانواده‌ها، نوع شغل سرپرست خانواده، وضعیت تغذیه‌ای آن‌ها، وضعیت بهداشت و محیط زیست، نژاد و مذهب که در زمره مؤلفه‌های اجتماعی به‌شمار می‌روند، علاوه بر تأثیرگذاری منفرد هر کدام از آن‌ها به صورت جداگانه، برآیند بر هم کنشی آن‌ها تأثیر زیادی بر

وضعیت رشد و تکامل کودکان دارد. این تاثیر در آنجا تاسف برانگیز خواهد بود که بدانیم مؤلفه‌های مذکور موجبات شکاف و نابرابری‌هایی در جامعه می‌شوند. این شکاف علاوه بر اینکه پیامد حد واسط و اجتناب‌ناپذیری است، خود باعث نامطلوب‌تر شدن وضعیت رشد و تکامل کودکان شده و پیامدهای نامناسب آن دیر یا زود گریبان‌گیر کشور خواهد شد. در ادامه به ارائه راهکارها و گزینه‌های سیاستی در خصوص بهبود تکامل کودکان در سال‌های اولیه زندگی می‌پردازیم.

- ❖ تعیین چارچوب مفهومی رشد، مراقبت و تکامل ابتدای کودکی با نگاه ویژه به تکامل صفر تا شش سالگی و شاخص‌های مرتبط به آن
- ❖ توصیف و تحلیل وضعیت رشد، مراقبت و تکامل کودکان بر اساس شاخص‌های موجود و تدوین راهکارهای ایجاد فرصت‌های عادلانه در زمینه ارتقای رشد، مراقبت و تکامل کودکان با تاکید ویژه بر کودکان اقشار و مناطق محروم
- ❖ تحلیل عملکرد سیاست‌های موجود رشد، مراقبت و تکامل کودکان
- ❖ تعیین مداخلات برای مشکلات رشد، مراقبت و تکامل کودکان و توانمندسازی خانواده و جامعه به‌خصوص خانوارهای محروم
- ❖ تقویت سیستم‌های مراقبت سلامتی، آموزشی و پرورشی بر مبنای نیازهای تکاملی کودکان، با توجه ویژه به آموزه‌های دینی و فرهنگ ملی و همچنین حمایت و آموزش مراقبین کودکان بخصوص برای اقشار محروم
- ❖ جلب حمایت جامعه و سیاست‌گذاران برای مراقبت و تکامل ابتدای کودکی و نیز ترویج توسعه جامعه بر اساس توجه به کودک
- ❖ بسیج منابع و استفاده از ظرفیت‌های ملی در جهت اجرایی نمودن برنامه
- ❖ ایجاد ساختار اجرایی کارآمد ملی به منظور بهره‌گیری از حداکثر توان دستگاه‌های اجرائی و عملیاتی نمودن برنامه‌ها و فعالیت‌های مبتنی بر ارتقای سلامت و تکامل همه جانبه کودکان با اولویت مصرف منابع عمومی در مناطق محروم و برای اقشار محروم جامعه

بهبود سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر

به منظور ارتقای عدالت در کشور از طریق اقدام در جهت ارتقای سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر، برنامه‌های زیر باید عملیاتی شوند:

❖ ارتقای سلامت کودکان کار از طریق:

- ✓ آگاهی و اخذ آمار دقیق از تعداد کودکان کار و وضعیت اقتصادی خانواده‌های آنان
- ✓ سامان‌دهی کودکان کار به‌طور مداوم در سطح جامعه از جمله در کلان‌شهرها
- ✓ انجام امور حمایتی به‌طور مستمر از کودکان کار و انجام حمایت مالی در مورد والدین کودکان بی‌بضاعت در جهت تحصیل و آموزش این کودکان
- ✓ ارائه خدمات بهداشتی و واکسیناسیون به کودکان کار
- ✓ تأسیس مراکزی برای نگهداری آن گروه از کودکان خیابانی که خانواده‌ای ندارند
- ✓ انجام اقداماتی به منظور ارتقای سطح آگاهی این کودکان نسبت به حرفه‌آموزی و اشتغال، سوادآموزی و ارائه آموزش‌های بهداشتی و تربیتی تا به‌عنوان یک شهروند فعال و مفید در خدمت جامعه باشند
- ✓ پرداختن به جنبه تبلیغاتی؛ یعنی باید به‌گونه‌ای تبلیغ شود تا تمام نهادهای دولتی و غیردولتی هر یک به سهم خود حامی این کودکان باشند

❖ ارتقای سلامت پناهندگان از طریق:

- ✓ اجرای برنامه‌های فعال بیماریابی و سنجش سلامت در جمعیت‌های پناهنده در کشور، به‌ویژه در نقاط مرزی
- ✓ بهره‌گیری از منابع مالی از جمله دفتر نمایندگی کمیساریای عالی سازمان ملل در امور پناهندگان و سازمان‌های غیردولتی بین‌المللی در جهت ارائه خدمات سلامت به پناهندگان
- ✓ شناسایی جمعیت پناهنده در جهت چگونگی دسترسی ایشان به خدمات سلامت
- ✓ ارائه خدمات به پناهندگان در نهایت حفظ کرامت به عنوان یک انسان

❖ ارتقای سلامت سالمندان از طریق:

- ✓ ایجاد دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت
- ✓ قرارداد حمایت‌های اجتماعی از سالمندان در مرکز برنامه‌های توسعه
- ✓ قرارداد پوشش‌های بیمه‌ای مناسب و خدمات متنوع پوشش خدمات برای سالمندان

- ✓ ایجاد جهت‌گیری راهبردی و روابط بین‌بخشی در جهت اجرای مستمر سیاست‌های موجود در زمینه سلامت سالمندان
- ❖ ارتقای سلامت معلولان و ناتوانی‌های جسمی - ذهنی از طریق:
 - ✓ شناسایی افراد معلول در همان سنین طفولیت و فراهم آوردن بسترهای مناسب تربیتی و رشد برای آن‌ها به صورت مدیریت حساب شده خصوصاً تشکیل کلاس‌های ویژه آموزش مهارت‌های اجتماعی و تزریق روحیه امید و نشاط
 - ✓ بهره‌گیری حداکثری از باقی‌مانده توانمندی‌های جسمی در جهت توانمندسازی و ارتقای سلامت روان با مباحث مناسب‌سازی اماکن، تهیه ابزارهای مناسب توانبخشی
 - ✓ ایجاد دسترسی به عصا، سمعک، ویلچر و امکان تردد در مکان‌های عمومی برای معلولان
 - ✓ فرهنگ‌سازی در مورد نگرش مثبت و بدون قید و شرط جامعه در قبال معلولین از طریق رسانه‌های جمعی خصوصاً صدا و سیما، روزنامه‌ها و بالاخص تریبون‌های نماز جمعه می‌باشد چراکه با مدیریت می‌توان به تدریج نگرش‌های منفی را از بین برد و در عوض دیدگاه‌های مثبت را جایگزین آن‌ها نمود.
 - ✓ ایجاد پوشش بیمه‌ای مناسب و هدفمند برای معلولین و ناتوان‌های جسمی و ذهنی به گونه‌ای که برای هر نوع از معلولیت خدمات مورد نیاز ایشان پوشش کامل داده شود
 - ✓ برقراری حمایت‌های مالی و اجتماعی از خانواده‌های دارای معلول و ناتوان جسمی و ذهنی به ویژه خانواده‌های محروم و کم‌درآمد در جهت پیشگیری از بروز هزینه‌های کمرشکن برای ایشان
 - ✓ برقراری خدمات توان‌بخشی برای والدین کودک معلول و ناتوان جسمی و ذهنی در جهت تأمین سلامت روانی خانواده‌های دارای فرزند معلول
 - ✓ ایجاد زمینه‌های اشتغال برای معلولین
 - ✓ احترام به کرامت انسانی و شایستگی فردی، از جمله آزادی انتخاب و استقلال فرد معلول

❖ ارتقای سلامت زنان سرپرست خانوار از طریق:

- ✓ برنامه‌ریزی مناسب جهت دسترسی به خدمات و حمایت‌های ویژه مورد نیاز سلامت برای دختران و زنان آسیب‌پذیر، زنان سرپرست خانوار، خودسرپرست و دارای معلولیت‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی توسط دستگاه‌های ذی‌ربط از قبیل سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی و بنیاد شهید و ایثارگران
- ✓ ارتقای مهارت‌های زندگی به عنوان پیش‌نیاز بهبود کیفیت زندگی در جهت سلامت روان زنان سرپرست خانوار
- ✓ آموزش مهارت‌هایی همچون خودآگاهی، مهارت‌های ارتباطی، ارتباط بین‌فردی، همدلی، مهارت حل مسئله، مقابله با هیجانات، مهارت تفکر خلاق، مهارت تصمیم‌گیری، تفکر انتقادی و مقابله با استرس در جهت ارتقای ابعاد مختلف سلامت روان، سلامت اجتماعی، سلامت جسمانی و سلامت محیطی
- ✓ ارتقای حمایت‌های اجتماعی برای زنان سرپرست خانوار که ابتدا از طریق شناسایی مستمر آنان صورت می‌گیرد.
- ✓ توانمندسازی زنان سرپرست خانوار در جهت استقلال مالی و بهبود وضعیت اقتصادی ایشان

بهبود سبک زندگی

شیوه زندگی سالم منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تاثیر مشکلات بهداشتی و ارتقای سلامت، تطابق با عوامل استرس‌زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی است. تغییر در شیوه زندگی و سازگار نمودن آن با محیط زیست می‌تواند به بهبود سبک زندگی و سلامتی افراد کمک کند و این امر همچنین یک پیشرفت عمده برای محیط اطراف محسوب می‌شود. عدم استفاده از مواد شیمیایی، غذاهای ناسالم و ترک عادات بد می‌تواند سلامت جسم و روان را به طور کلی بهبود ببخشد، همچنین محیط زیست و اکوسیستم را نیز تقویت می‌کند. در ادامه به راهکارهایی جهت بهبود سبک زندگی خواهیم پرداخت.

- ❖ توسعه توانمندی‌ها و سواد سلامتی خانواده‌ها به خصوص طبقات محروم جامعه
- ❖ حمایت از مشارکت مردم در تأمین و ارتقای سلامت

- ❖ ارتقای قابلیت‌های زیستی، روانی و اجتماعی ایرانیان با برنامه خاص برای اقشار محروم
- ❖ ارتقای تنظیم هیجانی جامعه ایرانی با تمرکز بر مناطق و اقشار غیر برخوردار
- ❖ آموزش فراگیر سلامت به جامعه به‌خصوص طبقات متوسط به پایین
- ❖ ارتقای سواد تغذیه‌ای جامعه به‌خصوص طبقات متوسط به پایین
- ❖ حمایت از ارتقای سواد مالی جامعه به‌خصوص طبقات متوسط به پایین
- ❖ تدوین و اجرای برنامه یک سفیر سلامت در هر خانواده با تمرکز بر خانوارهای غیربرخوردار
- ❖ افزایش توانمندی‌های انتخاب و مهارت‌های زندگی سالم در جوانان به‌خصوص در مناطق و نواحی محروم کشور
- ❖ افزایش امکانات و انتخاب‌های زندگی سالم با تمرکز بر خانواده‌های غیربرخوردار
- ❖ ارتقای مهارت‌های اجتماعی با برنامه خاص برای اقشار محروم
- ❖ افزایش مهارت جوانان در پیشبرد و اداره زندگی شغلی مولد و شرافتمندانه با اولویت اقشار محروم
- ❖ حمایت از تقویت محیط، محتوا و عوامل آموزش دوره ابتدایی و متوسطه در جهت امید، نشاط و سلامت به‌خصوص در مدارس دولتی
- ❖ افزایش مهارت تاب‌آوری، خویش‌داری و استقامت جوانان در برابر کمبودها، بحران‌ها، ناملایمات و عوامل خطر رفتاری بخصوص برای مناطق و طبقات محروم کشور
- ❖ افزایش مهارت جوانان در پیشبرد و اداره زندگی فردی به‌خصوص برای مناطق و طبقات محروم کشور
- ❖ حمایت از توسعه فضای امید و نشاط در جامعه به‌خصوص در بین اقشار محروم
- ❖ حمایت از توسعه ظرفیت‌های عزت‌آفرین جامعه به‌خصوص در بین اقشار محروم
- ❖ حمایت از توسعه غذا و مواد غذایی سالم و پرکیفیت به‌خصوص در مناطق و نواحی محروم کشور
- ❖ حمایت از ایجاد تسهیلات عمومی تحرک فیزیکی با اولویت مناطق و نواحی محروم کشور

- ❖ توسعه تغذیه رایگان در مدارس به خصوص در مناطق و نواحی محروم کشور
- ❖ رعایت کرامت و ارزشمندی ایرانیان در تمامی خدمات و فرآیندهای نظام سلامت به خصوص در مناطق و نواحی محروم کشور
- ❖ بازطراحی فرآیندها و خدمات نظام سلامت مبتنی بر رعایت کرامت و ارزشمندی انسان‌ها و مراجعین
- ❖ حمایت از نظام حمل و نقل ایمن به خصوص جهت ساکنین مناطق و نواحی محروم کشور

تغذیه سالم

در جامعه امروز بروز بیماری‌ها که اکثراً به عنوان بیماری‌های مزمن هستند حتی سرطان، بیماری‌های قلبی - عروقی که بیش‌ترین عامل مرگ و میر در جامعه هستند یک بخش مهمی از آن مربوط به تغذیه و بخش دیگری از آن هم با عدم تحرک ارتباط دارد. تغذیه نامناسب عامل بسیاری از بیماری می‌باشد و البته بخشی هم مربوط به اضافه وزن و چاقی است؛ یکی از دلایل مهم چاقی تغذیه نامناسب است که شامل استفاده از مواد غذایی پرکالری و به‌ویژه فست فودها که تهی از ریزمغذی‌ها هستند و کالری بسیاری نیز دارند و درصد بالای نمک موجود در آنها می‌تواند موجب پرفشاری خون شود که در واقع می‌توان گفت دیابت و پرفشاری خون به‌عنوان بیماری‌های زمینه‌ای هستند که سلامتی را به خطر می‌اندازند. با توجه به بروز این مشکلات که تغذیه در آن نقش مهمی را دارد اگر جوامع بتوانند با سیاست‌گذاری‌های مناسب الگوی تغذیه سالم را جایگزین تغذیه‌های نامناسب کنند، می‌توان گفت یک قدم مهمی را جهت سلامتی برداشته‌اند. در ادامه به عمده راهکارهای مهم در زمینه بهبود وضعیت تغذیه سالم در کشور و عادلانه نمودن آن در جهت کاهش نابرابری‌های پیامدی سلامت می‌پردازیم.

- ❖ ایجاد هماهنگی بین بخش‌های مختلف و جلب همکاری و مشارکت آن‌ها در تأمین امنیت غذا و تغذیه به خصوص برای اقشار محروم کشور
- ❖ ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای جامعه به خصوص در مناطق و نواحی محروم کشور
- ❖ ارائه یارانه‌های غذایی و نیز طرح‌های تغذیه در مدارس که راهکارهای مؤثری برای بهبود وضعیت تغذیه خانوارهای کم‌درآمد به‌شمار می‌روند

- ❖ ارتقای بهداشت و ایمنی مواد غذایی^۱ از مزرعه تا سفره به‌خصوص جهت طبقات و مناطق محروم کشور
- ❖ جلب مشارکت سازمان‌های حمایتی برای ارائه کمک غذایی به اقشار فقیر و کم‌درآمد
- ❖ توانمندسازی در سطح محله، خانوار و فرد با اولویت مناطق و اقشار کم درآمد
- ❖ توسعه خدمات بهداشتی درمانی جهت ارتقای سطح سلامت مردم و پیشگیری از انواع سوءتغذیه با اولویت مناطق محروم کشور
- ❖ پایش مستمر وضعیت غذا و تغذیه جامعه به‌خصوص برای طبقات فقیر و محروم جامعه
- ❖ آموزش فعال تغذیه سالم، به‌ویژه برای مادران و کودکان در مراکز جامع خدمات سلامت
- ❖ سرمایه‌گذاری برای گسترش دسترسی به آب آشامیدنی سالم و شبکه‌های فاضلاب در مناطق محروم و دورافتاده

سلامت روان

سلامت روان شامل توانایی فرد برای لذت بردن از زندگی برای رسیدن به تعادل بین فعالیت‌های زندگی و تالش برای دستیابی به انعطاف‌پذیری روحی هم می‌شود. جدا از تعریف سلامت، با توجه به ارتباط نزدیک این بخش از سلامت با بهداشت عمومی و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، می‌توان گفت بدون سلامت روان، دستیابی به بخش‌های دیگر سلامت امکان‌ناپذیر است. در ادامه به ارائه راهکارهایی جهت بهبود سلامت روان در جامعه خواهیم پرداخت.

- ❖ راهبردهای اختصاصی پیشگیری سطح نخست سلامت روان:
 - ✓ انجام بررسی‌های دوره‌ای نیازسنجی با هدف به‌روز کردن اولویت‌های ارتقای سلامت روان جامعه، به‌خصوص در مناطق روستایی و محروم
 - ✓ آموزش و آگاه‌سازی تمام مردم در مورد سلامت روان با اولویت طبقات محروم
 - ✓ تقویت مهارت‌های مرتبط با سلامت روان، مانند مهارت‌های زندگی،

1. Food Safety

- ✓ مهارت‌های فرزندپروری، مهارت‌های شغلی و مهارت‌های زندگی سالم، با اولویت آموزش مهارت‌ها به اقشار غیر برخوردار
 - ✓ ایجاد و تقویت سامانه‌های حمایت اجتماعی
 - ✓ مداخله‌های اجتماعی با اولویت اقشار محروم با هدف کاهش استرس و ارتقای سلامت روان و تاب‌آوری فردی
 - ✓ تقویت شبکه‌های ارتباطی محله‌ای، مشارکت شهروندان و فعالیت‌های محله‌ای
 - ✓ توانمندسازی اجتماعی بخصوص توانمندسازی محرومین جامعه
 - ✓ مداخله در بحران برای وضعیت‌هایی مانند طلاق، جدایی، بلایا و آسیب‌های دیگر،
 - ✓ کنترل عوامل خطر شناخته‌شده برخی مشکلات و بیماری‌ها مانند خودکشی، خشونت، اعتیاد، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و... بخصوص در مناطق محروم
 - ✓ پیشگیری از کودک‌آزاری و دیگر خشونت‌های خانگی، از طریق آموزش بخصوص آموزش طبقات کم درآمد و فقیر
 - ✓ اجرای برنامه‌های مرتبط با سلامت روان، پیشگیری از بروز تنش‌های خانوادگی و اجتماعی و مدیریت علمی در موارد بروز آنها و پایش، ارزشیابی و انجام پژوهش‌های ضروری مرتبط.
- ❖ راهبردهای اختصاصی پیشگیری سطح دوم سلامت روان:
- ✓ گسترش کمی و کیفی طرح ادغام بهداشت روان در سامانه مراقبت‌های بهداشتی اولیه^۱ در روستاها با هدف تشخیص، ارجاع، درمان و پیگیری فعال بیماران روانی
 - ✓ گسترش کمی و کیفی طرح بهداشت روان شهرها به‌وسیله رابطان بهداشتی
 - ✓ گسترش کمی و کیفی مراکز ارائه خدمات سرپایی و بستری بیماران روان‌پزشکی با اولویت مناطق محروم
 - ✓ پوشش بیمه‌ای (دولتی، خصوصی و تکمیلی) خدمات روان‌پزشکی سرپایی و بستری بخصوص برای طبقات محروم
 - ✓ عزم عمومی و ملی برای انگ زدایی از اختلال‌های روانی و بیماران روانی

- ✓ اجرایی کردن اختصاص ۱۰ درصد تخت‌های بیمارستان‌های عمومی به بیماران روانی و گسترش روان‌پزشکی رابط - مشاور به‌خصوص در مناطق محروم کشور
 - ✓ تأمین دارو و تجهیزات به‌روز مورد نیاز ارائه خدمات روان‌پزشکی
 - ✓ افزایش سهم اعتباری بودجه بهداشت روان از بودجه بهداشت و درمان کل کشور با اولویت مناطق محروم کشور
 - ✓ تأمین نیروی انسانی مورد نیاز گروه بهداشت روان در سطوح گوناگون تخصصی تا رسیدن به استاندارد جهانی با اولویت تأمین نیرو جهت مناطق محروم کشور
 - ✓ سامان‌دهی خدمات روان‌شناختی و مشاوره با هماهنگی مراجع مرتبط
 - ✓ بهبود کمی و کیفی آموزش روان‌پزشکی و علوم رفتاری در دوره دانشجویی، کارورزی و تخصصی و پزشکی
 - ✓ انجام بررسی‌های دوره‌ای مربوط به بروز و شیوع اختلال‌های روانی و اعلام روند شیوع و بروز این اختلال‌ها به‌صورت مستمر به مسئولان و مردم.
- ❖ راهبردهای اختصاصی پیشگیری سطح سوم سلامت روان:
- ✓ ایجاد و گسترش مراکز درمان روزانه^۱ برای بیماران روانی مزمن
 - ✓ گسترش ارائه خدمات ویزیت در منزل برای بیماران روانی مزمن
 - ✓ گسترش خدمات توان‌بخشی و کاردرمانی برای بیماران روانی مزمن
 - ✓ آموزش و حمایت مادی و معنوی خانواده‌های بیماران روانی با اولویت خانواده‌های کم‌درآمد و فقیر
 - ✓ تقویت و گسترش سازمان‌های مردم‌نهاد در امر پیش‌گیری، درمان و توان‌بخشی بیماران روانی

وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مورد تأمین، حفظ و ارتقای سلامت روانی - اجتماعی

لازم است وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور تأثیرات جسمی - روانی و حتی اقتصادی عوامل اجتماعی را بر جامعه بررسی نماید، فراز و فرود و سیر عوامل

اجتماعی و تأثیر آنها را به‌طور مداوم بررسی نماید، سهم دستگاه‌ها، نهادها و اشخاص (تقنینی، اجرایی، قضایی، انتظامی، خصوصی و...) برهم‌زننده سلامت اجتماعی را تعیین و به آن‌ها و جامعه اطلاع‌رسانی نماید و با فرهنگ‌سازی دستگاه‌ها، نهادها و اشخاص برهم‌زننده سلامت اجتماعی را از تداوم کار باز دارد.

به بیان دیگر وزارت بهداشت، به همان صورت که به آلودگی‌های زیستی، میکروبی، صوتی و... حساسیت نشان داده، اقدامات به‌جا و لازم انجام می‌دهد، ضرورت دارد نسبت به تنش‌های روانی - اجتماعی و ناهنجاری‌های ارتباطی نیز حساس و چاره‌جو باشد. بنابراین لازم است برای رسیدن به جامعه‌ای آرام و به دور از تنش، برخوردار از تعادل هیجانی، سرشار از سرور و شادی و پرهیز از غم و خشم افراطی و مراعات‌کننده جنبه‌های ارتباطی آحاد افراد بر مبنای اخلاق انسانی و الهی، وزارت بهداشت مشوق، بلکه هدایتگر سیاست‌گذاران، قانون‌گذاران، متولیان اجرایی، قضایی، نظامی، انتظامی، امنیتی و ارشادی باشد. به منظور رفع بی‌عدالتی در سلامت روان، کلیه سیاست‌گذاری‌ها، برنامه ریزی‌ها و مداخلات باید با اولویت مناطق و طبقات محروم جامعه باشد.

سلامت معنوی

سلامت معنوی^۱ به‌عنوان فاکتوری حفاظتی در ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها محسوب می‌شود، ضمن آنکه می‌توان از سلامت معنوی به‌عنوان راهبردی موفق و کمک‌کننده به زندگی انسان در همه‌ی مراحل و حوزه‌های زندگی، شامل موقعیت‌های پر از استرس و بیماری‌ها و حتی مرگ یاد کرد. بر اساس مطالعات انجام شده، سلامت معنوی عامل درمانی مهمی در فرآیند معالجه بیماران محسوب می‌شود. بر اساس مطالعات در حوزه سلامت معنوی، ارتباط عمیق فرد با خود، دیگران و مقدسات موجب تعالی روحی شخص می‌شود. در این میان حمایت‌های روحی افراد و توجه به فعالیت‌های معنوی بسیار کمک‌کننده است. در همین راستا شواهد فراوانی از وجود رابطه قوی بین مذهب و سلامتی وجود دارد که نشان‌دهنده اهمیت سلامت معنوی است.

معنویت و معناگرایی سابقه‌ای به قدمت بشریت دارد؛ این موضوع در سراسر قرون گذشته در جوامع مختلف به‌صورت گوناگون مطرح بوده است؛ در فرهنگ دینی، سلامت واقعی بدون متوجه به معنویت در زندگی قابل تصور نیست. این مفهوم در

1. Spiritual Health

آموزه های اسلامی تحت عباراتی چون «انسان کامل» و «نفس مطمئنه» یا «قلب سلیم» مورد توجه اندیشمندان دینی بوده است.

مقوله «سلامت معنوی» به عنوان مفهومی مستقل در کنار سایر ابعاد جسمی، اجتماعی، ذهنی و روانی سلامت، در دهه های اخیر در کشورهای غربی مورد توجه ویژه قرار گرفته است و از دلایل آن می توان به گرایشات مادی گرایانه در جوامع انسانی خصوصا در غرب پس از رنسانس، فاصله گرفتن انسان از معنویات در برخی جوامع، افراطی گری در نهضت‌هایی همانند اومانیسیم در جهت قطع ارتباط انسان با خداوند، ایجاد بحران های روحی روانی در حوزه های فردی و اجتماعی در جوامع مدرن غربی و نیاز به پرکردن خلاء ارتباط با ملکوت عالم اشاره کرد.

ارائه مراقبت معنوی را برای حصول بالاترین سطح کیفیت زندگی ضروری است؛ مراقبت معنوی^۱ در دیدگاه مصطلح در غرب: جنبه‌ای از مراقبت‌های سلامت است که نیازهای معنوی فرد را در مواردی همچون نگرش معناگرایانه به زندگی و مرگ، آرامش، امید، و احساس خوب بودن پوشش می‌دهد.

سازمان بهداشت جهانی، سلامت را تنها نداشتن بیماری نمی‌داند؛ بلکه تأمین رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی را در تعریف سلامت بیان کرده است. در سال ۱۳۶۲ نماینده کشور نروژ موضوع توجه به سلامت معنوی را با هدف کاهش میزان مصرف الکل، اعتیاد، خودکشی و افسردگی در کشورها، در سازمان بهداشت جهانی مطرح کرد و پس از سال ها تصویب شد که کشورها مطابق با وضعیت فرهنگی و اجتماعی خود از بُعد معنوی تعریف سلامت در جوامع خود بهره مند شوند؛ مطالعات نشان داده‌اند که ارتقای سلامت جسم و روان افراد، شفای بیماران و افزایش امید به زندگی از نتایج حاصل از توجه به سلامت معنوی در کشورها است. همچنین مطالعات ثابت کرده‌اند که میزان "امید به زندگی" در کشورهایی که به سلامت معنوی توجه می‌کنند، هفت سال بیش‌تر از سایر کشورها است.

سلامت معنوی جزئی پایه‌ای در چهارچوب ابعاد سلامت محسوب می‌شود، همانند ابعاد دیگر سلامتی نظیر سلامت جسمی، ذهنی و اجتماعی؛ سلامت معنوی عاملی تعیین‌کننده و اثرگذار است.

تعریف «سلامت معنوی» بسیار وابسته به تعریف ما از «معنویت» می‌باشد و تعریف واحدی از سلامت معنوی ارائه نشده است. به این معنی که این تعریف می‌تواند در جوامع و کشورهای مختلف، متفاوت باشد. این تفاوت‌ها و شباهت‌ها ناشی از شرایط اجتماعی محققین، فرهنگ‌ها و اعتقادات مذهبی یا عدم اعتقاد مذهبی افراد است. با توجه به مشکلات پیش‌روی تحقیق در این حوزه، بایستگی رسیدن به تعریفی جامع و مورد توافق به‌طور جدی احساس می‌شود که امکان مقایسه، تعمیم، توسعه و کاربردی کردن تحقیقات را در این زمینه موجب شود.

سلامت معنوی دارای چهار بعد مبتنی بر نگاه کل‌گرایانه به انسان و جهان است که شامل ابعاد انفسی^۱ و هم ابعاد آفاقی^۲ می‌شود؛ این چهار بعد عبارت‌اند از شخصی، گروهی (جمعی)، محیطی و متعالی. سلامت معنوی شخصی مبتنی بر خود آگاهی، سلامت معنوی جمعی مبتنی بر روابط بین فردی، سلامت معنوی محیطی مبتنی بر اتصال با طبیعت و جهان و ابعاد سلامت معنوی متعالی مبتنی بر ایمان به باری تعالی است.

عدم وجود ابعاد سلامت معنوی تبعاتی دارد که برای مثال عدم وجود سلامت جسمی موجب چاقی، عدم وجود سلامت اجتماعی دوری‌گزینی، عدم وجود سلامت روانی افسردگی و عدم وجود سلامت معنوی موجب آسیب به همه ابعاد دیگر سلامت انسان می‌شود. استراتژی‌های زیر می‌تواند در ایجاد و اعتلای سلامت معنوی مردم که تأثیر بسزایی نیز بر سلامت روان و جسم آن‌ها دارد، مثمر ثمر باشد:

- ❖ اعتلا و عمق بخشیدن به معرفت و بصیرت دینی بر پایه قرآن و مکتب اهل بیت
- ❖ تشویق وجدان کاری و توجه به کیفیت تولید
- ❖ زنده نگاه داشتن اندیشه‌های دینی و سیاسی امام خمینی (ره)
- ❖ تقویت وحدت و هویت ملی بر اساس فرهنگ ایرانی و اسلامی
- ❖ سالم سازی فضای فرهنگی از طریق امر به معروف و نهی از منکر
- ❖ ترویج و گسترش مبانی مردم سالاری دینی و نهادینه کردن آن

1. Subjective
2. Objective

محیط زیست

چندین سال از اجلاس زمین گذشته است و در این مدت گام‌های جدیدی در سطح ملی و جهانی برداشته شده که ضرورت اقدامات مؤثرتر در حوزه بهداشت و محیط را آشکار کرده است. بنابراین، زمان تجزیه و تحلیل در مورد اینکه چگونه ما به عنوان جامعه انسانی با این نیازها برخورد کنیم، چگونه توسعه می‌تواند منابعی برای بهداشت فراهم کند و نیز چگونه چنین توسعه‌ای می‌تواند تهدیدی برای سلامتی یا کاهش منابع طبیعی باشد فرا رسیده است. راهکارهای ارائه شده در مخصوص بهبود محیط زیست عبارت‌اند از:

- ❖ افزایش اهتمام جامعه به سلامت محیط زیست از طریق آموزش‌های عمومی و فرهنگ‌سازی گسترده در جهت گسترش سطح آگاهی، دانش و بینش زیست‌محیطی جامعه
- ❖ حمایت از برنامه‌ها و پویش‌های مردمی حفاظت از محیط زیست
- ❖ برقراری ارتباط مداوم با مردم در خصوص اطلاع‌رسانی موفقیت‌های به‌دست آمده
- ❖ برقراری نظام اطلاع‌گیری از مردم در خصوص آلودگی‌های محیط زیست
- ❖ ارائه بازخورد به خانواده‌های بیماران با منشأ آلودگی‌های محیط زیست
- ❖ طبیعت محور شدن سیاست‌گذاری‌های کلان و تصمیمات مدیریتی
- ❖ شناسایی و تعیین سهم منابع عمده آلاینده هوا
- ❖ تعیین اثر بخشی راهکارها بر میزان کاهش آلودگی هوا
- ❖ تدوین استانداردهای متناسب آلودگی هوا، پیش‌بینی و مدل‌سازی سطح آلودگی هوا
- ❖ پیش‌بینی وقوع و تعیین کانون‌های گرد و غبار جهت کنترل ریزگردها به ویژه در نقاط مرزی کشور
- ❖ کاهش آلاینده‌های محیط زیستی که در زیر مجموعه‌های نظام سلامت (مثل بیمارستان‌ها) تولید می‌شوند از طریق دفع ایمن و بهداشتی زباله‌های عفونی و بیمارستانی و ارائه تسهیلات تصفیه بهداشتی
- ❖ افزایش استانداردهای فضای سبز در مناطق شهری و ایجاد دسترسی برای همه مردم به خصوص اقشار ساکن در مناطق محروم به این فضاها

- ❖ کاهش تولیدات مضر و پسماندهای آلوده کننده
- ❖ مبارزه با تبلیغ کالاها و خدمات آسیب‌رسان سلامت
- ❖ نظارت بر حسن اجرای قوانین وضع شده در خصوص کاهش یا حذف تبلیغات رفتارهای پرخطر و کالاهای آسیب‌رسان
- ❖ عدم صدور مجوز برای محتواهای ضد سلامتی تبلیغات توسط وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی
- ❖ تقویت ممیزی بر رسانه‌ها و برنامه‌ها توسط صدا و سیما و سایر متولیان
- ❖ افزایش نظارت بر مدیریت پسماند
- ❖ راه‌اندازی نظام رصد منطقه محور مدیریت پسماند و پیامدهای بیماری‌زایی آن‌ها
- ❖ حمایت از فناوری‌های سنجش از راه دور آلاینده‌های محیطی
- ❖ جریان سازی سلامت و عملکرد سازمان‌ها در حوزه مدیریت پسماند در رسانه‌ها
- ❖ اجرایی شدن قانون الزام طرح‌های کلان کشور به داشتن پیوست سلامت و پیوست زیست محیطی

کاهش آمار مرگ و میر ناشی از بلایای طبیعی

حوادث در گذشته به عنوان یک واقعه تصادفی و غیر قابل اجتناب شناخته شده بود اما در طی چند دهه این نگرش قدیمی دگرگون شده و درک بهتری از حوادث ایجاد شده است. امروزه هر دو نوع حادثه غیر عمدی و عمدی بعنوان وقایع قابل پیشگیری شناخته می‌شوند. پذیرش این موضوع منجر به توسعه استراتژی‌های پیشگیری و در نتیجه کاهش در تعداد مرگ ناشی از حوادث در بعضی از کشورها شده است. در صورتی که این امر در کشور ما نیز مورد پذیرش سیاست‌گذاران و عامه مردم قرار گیرد شاید بتوان در مراحل قبل، حین و بعد از حادثه از آسیب و مرگ و میر ناشی از بلایای طبیعی که از حوادث غیرعمدی مهم در کشور می‌باشند پیشگیری نمود در ادامه به برخی از راهکارهای مرتبط با مهم‌ترین بلایای طبیعی در کشور می‌پردازیم.

❖ کاهش آمار مرگ و میر ناشی از زلزله

✓ ارتقای میزان آمادگی بیمارستان‌ها برای مقابله با خطرات بلایای طبیعی،
به‌ویژه زلزله

- ✓ بهبود حیطةی مدیریت برنامه‌ی حوادث غیرمترقبه و برنامه‌ریزی کاهش خطرات ساختمانی در سطح سازمان‌ها، به‌ویژه بیمارستان‌ها
 - ✓ اهتمام به برنامه‌های آموزشی کوتاه‌مدت در زمینه‌ی مدیریت بحران و اجرای مداوم آنها
 - ✓ بهبود نظارت بر رعایت کدهای مربوط به ساخت و ساز ساختمان‌ها؛ اولویت قراردادن مقاوم‌سازی سازه‌های بیمارستان‌ها
 - ✓ تربیت و به‌کارگیری نیروی مهندسی لازم و مشارکت بین‌بخشی و بین سازمانی جهت ارتقا کیفیت ساخت و ساز
 - ✓ بهبود استانداردهای دسترسی در ساخت و ساز از جمله: "دسترسی به ساختمان"، "دسترسی به طبقات ساختمان" در زمان کمک‌رسانی در بحران
 - ✓ افزایش اطلاع‌رسانی و بهبود آموزش خانوارها جهت ارتقای آمادگی مقابله با زلزله
 - ✓ اطلاع‌رسانی دقیق به مردم به منظور افزایش سطح آگاهی آن‌ها جهت مقابله با خطرات ناشی از زلزله و کم کردن خسارات ناشی از آن
 - ✓ برگزاری مانورهای آمادگی در افزایش میزان آمادگی
- ❖ کاهش آمار مرگ و میر ناشی از سیل
- ✓ ساخت ساختمان بالاتر از سطح سیل؛ شهرها نیازمند روش‌های خلاقانه در ساختمان‌سازی برای مقابله با سیل هستند. برای مثال می‌توان خانه‌ها را حداقل یک متر بالای سطح زمین بنا کرد. متخصصان مدیریت ریسک سیل و مهندسان عمران باید در ارائه طرح‌های کارآمد پیش‌قدم باشند و می‌توان برای تشویق افراد نخبه در این زمینه، جایزه و بورس‌های مختلفی قرار داد. رعایت موارد ایمنی برای تمام خانه‌ها، حتی خانه‌های احداث شده روی تپه‌ها نیز ضروری است. در این خصوص توجه به مقاوم‌سازی خانه‌ها در مناطق محروم کشور و بخش محروم‌نشین شهرها از اهمیت شایانی برخوردار است.
 - ✓ مقابله با تغییرات اقلیمی؛ اقدامات جدی در این زمینه مانند توافقنامه پاریس و پایبندی به آن می‌تواند تلاشی برای کاهش دمای جهانی و پیشگیری از وقایع

- طبیعی باشد. حفاظت از محیط زیست نیازمند عزم همگانی و مشارکت دولت و مردم است.
- ✓ معرفی سیستم‌های پیشرفته هشداردهنده سیل؛ سیستم‌های هشداردهنده سیل قدم مهمی برای کاهش تلفات سیل است. سیستم‌های هشداردهنده زمان بیش‌تری را در اختیار افراد قرار می‌دهند تا با برنامه‌ریزی و اقدامات ایمنی، میزان تلفات جانی و مالی سیل را کاهش دهند. نصب و راه‌اندازی این سیستم‌ها و ارتباط آن با سیستم مرکزی بسیار موثر است.
 - ✓ حفاظت از تالاب‌ها و معرفی استراتژی‌های طبیعی مانند درختان و پوشش گیاهی؛ حفاظت از تالاب‌ها، جلوگیری از قطع درختان و تخریب پوشش‌های طبیعی و ساختمان‌سازی‌های غیراصولی، ابتدایی‌ترین روش‌های پیشگیری از سیل هستند.
 - ✓ بازگرداندن رودخانه‌ها به روند طبیعی؛ بسیاری از رودخانه‌ها به دلیل بهبود حمل و نقل و ساختمان‌سازی به ناچار تغییر مسیر داده‌اند، بازگرداندن رودخانه‌ها به مسیر و روند طبیعی می‌تواند روشی برای پیشگیری از سیل باشد.
 - ✓ معرفی مناطق سیل‌خیز و جلوگیری از ساختمان‌سازی و سکونت در آن مناطق؛ شناسایی مناطق سیل‌خیز و خطرناک در هر منطقه و جلوگیری از ساخت و ساز و سکونت در آن منطقه، اقدامی ضروری است که باید مدنظر قرار گرفته و اجرا شود.
 - ✓ بهبود شرایط خاک؛ مدیریت خاک یکی از موارد مهمی است که در جذب آب و رطوبت نقش مهمی دارد. کیفیت خاک باید به‌گونه‌ای باشد که مقادیر بالای آب باران را جذب و آن را به سفره‌های زیر زمینی منتقل کند، یا آب را عبور داده و آن را به سطح جلو هدایت کند.
 - ✓ افزایش موانع و سیل‌بند؛ سیل‌بندها می‌توانند موقت یا دائمی باشند و نقش مهمی در حفاظت از مناطق مسکونی دارند.
 - ✓ شناسایی مناطقی که دچار آب گرفتگی می‌شوند؛ هنگام بارندگی، مناطقی در خیابان، کوچه و حیاط وجود دارند که دچار آب گرفتگی می‌شوند. این مناطق به راحتی قابل شناسایی هستند و شیب آن‌ها توسط افراد عادی یا شهرداری می‌تواند اصلاح شود.

کاهش آمار مرگ‌ومیر ناشی از حمل و نقل و ترافیک، حوادث و سوانح جاده‌ای آمارها نشان می‌دهد محرومین جامعه و افراد فقیر و کم‌درآمد، عمده‌ترین و بیش‌ترین قربانیان حوادث جاده‌ای هستند که عمدتاً به دلیل استفاده از وسایل نقلیه غیر ایمن و بدون وسایل حفاظتی می‌باشد. از این‌رو، ضروری است که در زمینه‌های مختلف به منظور کاهش چنین خطراتی اقداماتی صورت گرفته و سرمایه‌گذاری‌های بهینه‌ای در این راستا انجام شود. طرح‌های سرمایه‌گذاری در ارتقای ایمنی و کاهش حوادث و سوانح جاده‌ای، معمولاً مزایایی چون صرفه‌جویی در زمان و کاهش تلفات را به همراه دارند. مداخلات موثر در زمینه ارتقای ایمنی وسایط نقلیه و نیز استفاده از وسایل ایمنی شخصی مانند کلاه ایمنی برای موتورسواران باید در وهله اول به نفع اقشار محروم و در مناطق محروم صورت گیرد. از جمله اقدامات عمومی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

❖ بهبود ایمنی و وضعیت راه‌ها

- ✓ مهندسی جاده و اصلاح راه‌ها نقش مهمی در کاهش فراوانی و شدت حوادث جاده‌ای دارد، این امر را باید در بررسی تصادفات مدنظر قرار داد.
- ✓ افزایش سطح دید رانندگان در جاده‌ها
- ✓ ارائه قوانین و مقررات ترافیکی
- ✓ در نظر گرفتن الگوهای زمانی در مدیریت ترافیک (بیش‌تر تصادف‌ها در روزهای پایانی هفته، تعطیلات و شب اتفاق می‌افتند)

❖ بهبود ایمنی وسایل نقلیه

- ✓ افزایش سطح کیفی طراحی خودروهای ایمن‌تر
- ✓ برقراری و نظارت بر اجرای قوانین مربوط به محدودیت‌های سرعت، مصرف مشروبات الکلی هنگام رانندگی، استفاده از کمربند ایمنی و صندلی ایمنی کودک، استفاده از کلاه ایمنی در موتورسوارها و دوچرخه سوارها

❖ بهبود خدمات اورژانس پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی

- ✓ توسعه مراقبت‌های بعد از سانحه نیز در کاهش تلفات ناشی از تصادفات نقش بسزایی دارد؛ کاهش میانگین زمان پاسخ‌دهی اورژانس پیش‌بیمارستانی، زمان حضور در صحنه وقوع حادثه و زمان انتقال به بیمارستان

✓ افزایش درصد آمبولانس‌های تجهیز شده با دفیبریلاتور خارجی، ونتیلاتور و اسپلینت یک‌بار مصرف و صندلی چرخ‌دار

❖ اهتمام به سیاست‌های بین‌بخشی

✓ همکاری‌های بین‌بخشی بین کلیه سازمان‌ها در جهت کاهش تصادفات و سوانح جاده‌ای (شامل نیروی انتظامی؛ وزارت راه و ترابری؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ وزارت صنایع و معادن؛ وزارت آموزش و پرورش؛ وزارت کشور؛ وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات؛ وزارت امور اقتصادی و دارایی (بیمه مرکزی ایران)؛ سازمان صدا و سیما؛ سازمان پزشکی قانونی کشور و سازمان امداد و نجات جمعیت هلال‌احمر جمهوری اسلامی ایران)

✓ اهتمام به مسائل حمل و نقل و ترافیک با ارتقای سیاست‌های مرتبط با حمل و نقل سالم

✓ توسعه سیاست‌هایی که منجر به استفاده کم‌تر از وسیله نقلیه شخصی و افزایش پیاده‌روی و دوچرخه سواری و گسترش حمل و نقل عمومی می‌شوند

✓ طراحی خوب محیط شهری به‌طوری که محل عبور دوچرخه سواران و عابرین را از محل تردد خودروها جدا نماید

نقش نظام سلامت در ارتقای عدالت در سلامت در ارتباط با سایر دستگاه‌ها

با توجه به مطالب پیش‌گفت که تصریح می‌نماید سلامت از عوامل گسترده تعیین‌کننده سلامت متاثر می‌باشد، اقداماتی که باید در خصوص بهبود عدالت در سلامت در کشور صورت گیرند، فراتر از نظام سلامت هستند (تصاویر ۱-۶، ۲-۶). گزینه‌های سیاستی پیشنهاد شده نیز عمده‌تاً قابل اجرا در دستگاه‌های خارج از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هستند. با این وجود، این وزارتخانه با توجه به وظیفه تولیدی خود وظایف و نقش‌هایی را به عهده دارد که می‌تواند به واسطه آن‌ها ارتقا عدالت در سلامت در ارتباط با سایر دستگاه‌ها را راهبری نماید. در ادامه به ارائه این نقش‌ها و چگونگی اثرگذاری نظام سلامت در این حوزه می‌پردازیم:

کنترل و پایش وضعیت عدالت در سلامت

سنجش و پایش^۱ سالانه شاخص‌های عدالت در سلامت بسیار ضروری بوده و می‌تواند دیدگاه مناسبی را به جهت سیاست‌گذاری و شناسایی نقاط ضعف و قوت سیاست‌های اعمال شده فراهم آورد. وجود سیستمی جامع جهت پایش نابرابری‌ها الزاماتی است که در کشور باید به آن پرداخته شود. نظام سلامت وظیفه این سنجش و پایش را بر عهده دارد؛ البته همکاری سایر دستگاه‌ها با نظام سلامت با در اختیار قرار دادن داده‌های لازم جهت سنجش و پایش شاخص‌های عدالت در سلامت ضروری می‌باشد. سازمان جهانی سلامت برای سنجش و پایش عدالت در سلامت یک چارچوب مفهومی ارائه داده است که می‌تواند راهنمایی برای کشورها در این خصوص باشد (تصویر ۷-۱).

هشدار دادن در مورد نابرابری‌های موجود در سلامت با جمع‌آوری شواهد مرتبط
هشدار دادن^۲ یکی دیگر از وظایف تولیتی نظام سلامت در خصوص بهبود عدالت در سلامت می‌باشد، به این ترتیب که با جمع‌آوری شواهد نابرابری‌های سلامت به تفکیک



تصویر ۷-۱: چارچوب مفهومی پایش بی‌عدالتی در سلامت

1. Measuring & Monitoring
2. Alarming

حیطه‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی و بهره‌گیری از این شواهد می‌تواند به سایر دستگاه‌ها تذکر و هشدار دهد. لازم به ذکر است شواهد بهتر است به‌گونه‌ای تنظیم شوند که نشان‌دهنده تأثیر فعالیت‌ها و عوامل اجتماعی - اقتصادی بر شاخص‌های سلامت و نابرابری‌های ایجاد شده باشند. یکی از ابزارهایی که برای این مهم کمک‌کننده می‌باشد، وجود سیستم سنجش و پایش عدالت در سلامت است که در مقوله قبل به آن اشاره شد.

بسیج و رهبری اقدامات و ایجاد حمایت‌طلبی

رهبری اقدامات و حمایت‌طلبی^۱ از سوی نظام سلامت از دیگر اقدامات مهمی است که باید وزارت بهداشت در جهت ارتقای عدالت در سلامت به آن توجه نماید. جهت اعمال این مهم ابتدا باید قوانینی بین‌بخشی در این خصوص تدوین و اجرایی شود تا وزارت بهداشت بتواند با اختیارات بیش‌تری به حمایت‌طلبی بپردازد. وجود سفیر سلامت در همه دستگاه‌های اجرایی، الزام به وجود پیوست سلامت و پیوست عدالت در همه پروژه‌های کلان و تصویب قوانین بازدارنده از آسیب به سلامت، به‌ویژه سلامت طبقات محروم از جمله موارد مهمی هستند که طی حمایت‌طلبی از سوی نظام سلامت باید انجام شوند.

جهت اجرای هرچه مؤثرتر این نقش‌ها، بهتر است که شبکه‌های بهداشت و درمان با رویکرد مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت فعالیت نمایند، به این ترتیب که هر شبکه به صورت روتین آسیب‌ها و نابرابری‌های سلامت را در منطقه و حوزه‌ی زیر مجموعه‌ی خود مورد پایش و ارزیابی قرار دهد و طی این ارزیابی، مشکلات شناسایی شده را در جلساتی با عنوان "جلسات کارگروه سلامت" مطرح و مورد بررسی قرار دهند. این جلسات که با محوریت شبکه‌ها و با مشارکت مسئولین محلی هر شهرستان (اعم از رؤسای ادارات، فرماندار، شهردار و امام جمعه) برگزار می‌شود به تحلیل مشکلات و چالش‌های مرتبط با سلامت و نابرابری‌های سلامت می‌پردازند و با توجه به علت هر مشکل مشخص می‌نمایند که وظیفه هر یک از نهادها در مرتفع نمودن مسائل موجود چیست و چه اقدامی باید صورت پذیرد. با توجه به اینکه در این جلسات همه ذی‌نقش‌ها حضور دارند، هماهنگی بیش‌تری در جهت رفع مشکلات و بهبود عدالت در سلامت اتفاق خواهد افتاد. فعال شدن دبیرخانه شورای سلامت و

1. Advocacy

امنیت غذایی استان‌ها زیر نظر استاندار و به تبع آن فعال شدن این دبیرخانه‌ها در قالب کارگروه‌های سلامت در شهرستان‌ها به این مهم کمک می‌نماید.

نقش مردم و ارتباط مداوم شبکه بهداشت و درمان با ایشان تأثیر بسزایی در بهبود عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و عدالت در سلامت خواهد داشت، به این ترتیب که مردم یک ارتباط مدام با شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت^۱ داشته باشند؛ همان‌طور که در اصول مراقبت‌های اولیه سلامت نیز مورد تأکید قرار گرفته است.

جمع‌بندی

نقش قطعی عوامل اجتماعی و محیطی که بر سلامت مردم مؤثر هستند، از زمان‌های بسیار قدیم شناسایی شده است. بنابراین لازم است که در سیاست‌گذاری‌ها به همه بخش‌های مرتبط توجه شود و تأثیرات احتمالی سیاست‌ها بر سلامت، خصوصاً بر سلامت آسیب‌پذیرترین گروه‌ها در اجتماع ارزیابی شود و سپس بر اساس آن سیاست‌ها هماهنگ شوند. در زمان برنامه‌ریزی توسط سایر بخش‌ها، سلامت همواره باید مدنظر قرار گیرد. حداقل مزیت این اقدام این است که هنگامی که اهداف سلامت با اهداف سایر بخش‌ها در تضاد است، باید تلاش‌هایی در زمینه پیدا کردن راه‌حلی که تأثیر منفی بر سلامت نداشته باشند صورت پذیرد. گاهی اوقات بعضی سیاست‌گذاران سهواً به مفاهیم و معانی سلامت در برنامه‌های خود واقف نیستند و یا درکی که از سلامت دارند عمدتاً در حد توجه به خدمات پزشکی است و بنابراین ارتباط زیادی بین مسئولیت‌های خود و سلامت نمی‌یابند. در بسیاری از موارد نیز رقابتی بین سازمان‌ها بر سر منابع وجود دارد که این قضیه خود سبب ممانعت از همکاری می‌شود. این قبیل رقابت‌ها، خصوصاً هنگامی که رکود اقتصادی وجود داشته و رشد اقتصادی بسیار مهم باشد، می‌توانند منجر به پایمال شدن اهداف عدالت در سلامت و در اولویت قرار نگرفتن سلامت در سیاست‌ها شوند. بنابراین می‌توان گفت در این زمینه باید آموزش‌ها و بحث‌های تخصصی بیشتری صورت پذیرد تا همکاری‌ها مؤثرتر واقع شوند.

لازم است که نظام سلامت فعالیت‌هایی در زمینه افزایش آگاهی را ترتیب دهد تا وسعت مشکل را به خوبی نمایان ساخته و سبب افزایش درک اثرات سیاست‌های

1. Primary Health Care (PHC)

معکوس بر سلامت خصوصاً بر سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر شود. البته این یک فرایند دوسویه است، زیرا بخش سلامت نیز نیاز دارد که از اقداماتی که در سایر بخش‌ها در جریان است و تأثیر مثبتی بر سلامت دارند نیز مطلع شود. علاوه بر این به منظور تسهیل ایجاد و توسعه سیاست‌های عدالت در سلامت، دولت نیاز به ایجاد ترتیبات اداری در سطوح منطقه‌ای، محلی و ملی دارد تا اقدامات بین‌بخشی را ترغیب نماید.

سیاست‌های لازم در سلامت باید بیش‌تر به سمت قادر نمودن مردم به اتخاذ شیوه‌های زندگی سالم‌تر و کاهش شکاف بین فقیر و غنی هدایت شوند. اصول قادر نمودن مردم به اتخاذ شیوه‌های زندگی سالم‌تر نشان‌دهنده این است که برخی گروه‌ها در اجتماع برای انتخاب شیوه زندگی خود، مثلاً به دلیل درآمد ناکافی که مکان و چگونگی شرایط زندگی فرد را محدود می‌نماید، با محدودیت بیش‌تری نسبت به سایر گروه‌ها مواجه هستند. بنابراین لازم است شیوه‌های زندگی سالم‌تری را ایجاد نماییم که تا حد امکان اتخاذ آن‌ها آسان‌تر باشد. نکته مهم این است که برنامه‌ها و اقدامات باید بر اساس نیازی که مردم احساس می‌کنند تدوین شوند نه بر اساس راه‌حل‌های از بیرون تحمیل شده. همچنین، پروژه‌ها و برنامه‌هایی که نابرابری را کاهش می‌دهند باید توسط مردم تهیه شوند و بنابراین، متخصصان و مدیران باید راهکارهایی را به منظور مشارکت دادن مردم در این قبیل امور فراهم نمایند. همان‌گونه که گفته شد که شرایطی که مردم در آن رشد کرده، زندگی و کار می‌کنند و همچنین سن افراد، همگی بر وضعیت سلامت‌شان تأثیرگذار هستند و نابرابری در این شرایط خود منجر به نابرابری‌های سلامت می‌شود. اکثریت قریب به اتفاق این نابرابری‌ها در سلامت چه در بین و چه در داخل کشورها قابل اجتناب هستند. موفقیت ما در عرصه بهبود سلامت و کاهش این بی‌عدالتی‌ها بستگی به توجه جدی به علل اجتماعی زمینه‌ای آن دارد. راه‌حل‌های فنی در داخل بخش سلامت نیز بسیار مهم هستند اما باید توجه کنیم که این راه‌حل‌ها کافی نیستند. رویکرد عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت به عنوان راه حلی در این خصوص مطرح شده است. در واقع این رویکرد بین دانش فنی و پزشکی و اقدامات اجتماعی ارتباط برقرار می‌نماید. همچنین سعی دارد عدم تعادل بین اقدامات درمانی و پیشگیرانه و مداخلات انفرادی و مبتنی بر جمعیت را کاهش داده و پیامدهای

عدالانه‌تر و پایدارتری را فراهم نماید. توجه به عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت به حیطه‌های کاری وسیع‌تر و اقدامات پایدارتری نیز نیاز دارد.

به منظور توزیع عدالانه خدمات بهداشتی درمانی، تدوین یک برنامه جامع هماهنگ برای گذر از مقیاس کلان برنامه‌ریزی با رویکرد متمرکز و از بالا به پایین و گسترش خدمات درمانی در مناطق محروم در ایران و رسیدن به یک برنامه‌ریزی خرد و محلی در فضایی با مقیاس کوچک الزامی به نظر می‌رسد. فقط یک رویکرد جامع و سیستماتیک می‌تواند این نابرابری‌ها را حل کند. رویکرد کشور باید به صورت منظم و هم‌زمان به پوشش قانونی و حقوقی، رفع کمبود کارکنان سلامت، گسترش مراقبت‌های بهداشتی و کیفیت مراقبت‌های درمانی بپردازد. در این صورت دسترسی عدالانه برای همه می‌تواند به‌طور کامل به دست آید. اگرچه گسترش مراکز درمانی در مناطق محروم به ارتقای سلامت مردم کمک می‌کند با این وجود عوامل دیگری همچون آموزش و آگاهی مردم، پیروی از درمان‌ها و توصیه‌های پزشکی، پیگیری منظم، دسترسی به داروها، تغذیه و شیوه‌ی زندگی مناسب و رفاه اجتماعی و اقتصادی نیز در این امر نقش دارند. لذا نیاز به همکاری و حمایت همه‌جانبه سازمان‌های ملی و مردم‌نهاد وجود دارد. سخن آخر این که هر چند گسترش خدمات درمانی در مناطق محروم و تحقق عدالت در سلامت از آرمان‌های والای انقلاب اسلامی و منطبق با اصول قانون اساسی است، اما به‌نظر می‌آید برای تحقق این امر، یکی از بهترین رویکردهای مؤثر، رفع ریشه‌ای نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی و توجه ویژه به مناطق محروم و محرومین جامعه جهت دستیابی به عدالت در سلامت می‌باشد.

اقدام در زمینه عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت مردم، جوامع و کشورها را توانمند می‌سازد و این توانمند شدن خود مسیری قوی در راه ایجاد تغییرات در ساختار و شرایط اجتماعی را فراهم می‌نماید. مداخلات در حیطه‌ی عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت نیاز به مواجهه با طیف وسیعی از تعیین‌کننده‌های سلامت، از شرایط ساختاری اجتماعی گرفته تا اقداماتی با تأثیر آنی در تمام سطوح و از طریق دولت‌ها دارد. این اقدام یک فرآیند چند بخشی است و در برگیرنده عاملین و فعالان دولتی و غیردولتی، تشکلات مدنی، سازمان‌های خصوصی و بین‌المللی و نیز خود پزشکان و کارکنان بخش سلامت است.

نکته دیگری که در پرداختن به شناسایی مشکلات و ریشه‌های نابرابری و متعاقب آن ارائه راه‌حل‌ها و گزینه‌های سیاستی جهت بهبود وضعیت موجود بسیار تاثیرگذار است، در دسترس بودن داده‌ها و اطلاعات حداقل در سطح شهرستان به تفکیک جمعیت شهری و روستایی هر شهرستان می‌باشد. امروزه کشورهای توسعه‌یافته چنین داده‌هایی را در سطح هر خانوار دارند، لذا تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری‌های مرتبط با ارتقای سلامت به صورت عادلانه بر مبنای وجود چنین داده‌هایی بسیار اثربخش‌تر صورت می‌گیرد. تا زمانی که داشبورد اطلاعاتی در این زمینه ایجاد و تکمیل نشود، راهکارها همچنان به صورت کلی ارائه خواهند شد و پژوهشگران و سیاست‌گذاران قادر به ارائه پیشنهادات دقیق‌تر و اختصاصی‌تر جهت رفع نابرابری‌های سلامت نخواهند بود.

به‌طور خلاصه پیشنهادات زیر برای بهبود وضعیت پیامدهای سلامت جامعه توصیه می‌شود:

- ❖ جمع‌آوری شواهد در زمینه عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت
- ❖ اصلاح نظام سلامت در راستای کاهش هزینه‌های غیرضروری و ناکارآمد و آزادسازی منابع مالی برای اجرای طرح‌های مؤثر در جهت رفع محرومیت‌های مناطق غیر برخوردار
- ❖ مقابله با فساد و اتلاف منابع بخش سلامت و نیز هدایت منابع به سمت خدمات مقرون‌به‌صرفه مانند پیشگیری و مراقبت‌های اولیه و مداخلات و برنامه‌های عدالت‌محور
- ❖ استانداردسازی خدمات بهداشتی و درمانی بر اساس مقررات و دستورالعمل‌های مناسب و هدایت منابع بیش‌تر به سمت مراکز بهداشتی و درمانی مورد استفاده اقشار کم‌درآمد
- ❖ کمک به تصمیم‌گیران برای استفاده از شواهد عوامل اجتماعی تعیین‌کننده به‌منظور فراهم‌آوردن سطح بهتری از سلامت برای همگان
- ❖ تقویت انگیزه در زمینه‌ی اقدام در خصوص عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت و توسعه درک و دیدگاه مشترک از اولویت‌های این برنامه در میان ارگان‌های مرتبط

- ❖ تشویق و ارتقای برنامه‌های جاری که تأثیر مثبت اثبات‌شده‌ای بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامتی و نابرابری دارند
- ❖ اجرای اقدامات جامع اصلاحی به‌منظور در اولویت قرار دادن موضوع سلامتی در سیاست‌های کلی و همکاری‌های بین‌بخشی
- ❖ ایجاد نظام ملی درمان با هدف کاهش بیمه‌گری موازی
- ❖ پوشش بیمه‌ای کلیه خدمات ضروری پزشکی مثل مراقبت از سالمندان در منزل؛
- ❖ افزایش تعهدات بیمه‌ای در خصوص بیماران مزمن روانی
- ❖ توجه به تربیت پزشک خانواده و لزوم اجرای نظام ارجاع
- ❖ تعیین سقف پرداخت برای فقرا و افراد کم‌درآمد به‌خصوص در خدمات سرپایی و دارویی و گسترش نظام ملی بیمه اجتماعی
- ❖ حذف نابرابری در سطح پوشش بیمه‌های درمانی
- ❖ تربیت و جذب کادر متخصص پزشکی و پیراپزشکی براساس استانداردهای موجود جهت خدمت در مناطق محروم
- ❖ معافیت پرداخت برای گروه‌های نیازمند
- ❖ انتشار و تقویت اطلاعات عمومی در مورد اهمیت سلامت در جامعه
- ❖ پرداخت یارانه نقدی سلامت

1. Ahangar A, Ahmadi A, Mozayani A, Faraji S. Key health financing policies with approach risk-sharing to promote health systems in poor and developing countries; Africa and eastern Mediterranean (WHO) regions. *Iran J Health Educ Health Promot.* 2018;6 (2):200–2.
<https://doi.org/10.30699/acadpub.ijhehp.6a.1.168>.
2. Ahmadi AM, Mohammadzadeh Y, Sadeghi H, Hassanzadeh A. Measuring health inequalities and its importance in Total inequities in Iran. *J Basic Appl Sci Res.* 2013;3 (9):392–402.
3. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action.* 2015;8:1–12.
4. Artiga S, Hinton E, Henry J Kaiser Family Foundation. Beyond health care: the role of social determinants in promoting health and health equity. *Health.* 2019;20:10.
5. Balsa AI, Rossi M, Triunfo P. Horizontal inequity in access to health care in four South American cities. *Rev Econ del Rosario.* 2011;14 (1):31–56. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1474425>.
6. Cohen, L. M., Mc Charge, D. E., & Colins, F. L. (2003). *The Health Psychology Handbook.* Sage Publication INC
7. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva, CH: In Final report to the CSDH : World Health Organisation; 2008.
8. Daniel H, Bornstein SS, Kane GC. Addressing social determinants to improve patient care and promote health equity: an American College of Physicians position paper. *Annals of internal medicine.* 2018;168 (8):577-8.
9. Emamgholipour S, Agheli L. Is distribution of health expenditure in Iran pro-poor? *Int J Health Plann Manag.* 2018;33 (3):833–42. <https://doi.org/10.1002/hpm.2542>.
10. Fazaeli AA, Fazaeli AA, Hamidi Y, Moeini B, Valinejadi A. Analysis of Iranian household financial participation in the health system: decomposition of the concentration index approach. *Koomesh.* 2018;20 (2):358–68.
11. Fukuda-Parr S. From the Millennium Development Goals to the Sustainable Development Goals: shifts in purpose, concept, and politics of global goal setting for development. *Gender & Development.* 2016;24 (1):43-52.
12. Galali F., Jafari, A., Bayati, M. et al. Equity in healthcare financing: a case of Iran. *Int J Equity Health* 18, 92 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0963-9>.

13. Ghafoori MH, Ebadifard Azar F, Arab M, Mahmoodi M, Yusef Zadeh N, Rezapour A. Inequality in the distribution of health expenditures in 22 districts of Tehran. *J Community Health Res.* 2014;3 (2):132–44.
14. Greenwood M, de Leeuw S, Lindsay N. Challenges in health equity for Indigenous peoples in Canada. *The Lancet.* 2018;391 (10131):1645-8.
15. Hadian M, Ghorbani A, Ghiasvand H, Naghdi S. Inequality in health and food expenditure, study of Iranian urban and rural households. *J Sabzevar Univ Med Sci.* 2014;20 (4):435–46.
16. Hajizadeh M, Connelly LB, Butler JRG. Health policy and equity of health care financing in Australia: 1973–2010. *Rev Income Wealth.* 2014;60 (2):298–322.
17. Homayi Rad E, Khodaparast M. Inequity in health care financing in Iran: progressive or regressive mechanism? *Eurasian J Med.* 2016;48 (2):112–21.
<https://doi.org/10.5152/eurasianjmed.2015.32>.
18. Hommes F, Drees S, Geffert K, von Philipsborn P, Stratil JM. Representation of social determinants of health in German medical education: protocol of a content analysis study. *BMJ open.* 2018 Aug 1;8 (8):e020696
19. <https://araku.ac.ir/file/download/regulation/1535528677-.pdf>
20. <https://phc.umsu.ac.ir/uploads/sanad-meli.pdf>
21. International Labour Office. World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice. International Labour Office; 2014.
22. Karami M, Aryan Khesal A. Impact of health system reform on patients' formal payment in heart department: case study. *J Health Adm.* 2018;21 (72):90–8.
23. Kazemian M, Abolhalaj M, Nazari H. Assessment of equity in public health care financing in 2013. *J Clin Nurs Midwifery.* 2017;6 (1):64–72.
24. Khodamoradi A, Hassanipour S, Daryabeigi Khotbesara R, Ahmadi B. The trend of population aging and planning of health services for the elderly: A review study. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences.* 2018;6 (3):81-95.
25. Lee J, Schram A, Riley E, Harris P, Baum F, Fisher M, Freeman T, Friel S. Addressing health equity through action on the social determinants of health: a global review of policy outcome evaluation methods. *International journal of health policy and management.* 2018;7 (7):581.
26. Mehrolhassani M, Najafi B, YF V, Abolhalaj M, Ramezani M. A review of the health financing policies towards universal health coverage in Iran. *Iran J Epidemiol.* 2017;12 (5):74–84.

27. Mirzaei S, Safizadeh H, Oroomiei N. Comparative study of social determinants of health models. *Iran J Epidemiol*. 2018;13 (3):224–34.
28. Mousavi M, RaghfarT H, Fazel Z. Analysis equity in financing of household's health in development programs of Iran. *Hakim Res J*. 2018;21 (1):1-12.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17613.54243>.
29. Pedrana L, Pamponet M, Walker R, Costa F, Rasella D. Scoping review: national monitoring frameworks for social determinants of health and health equity. *Global health action*. 2016; 9 (1):28831.
30. Peterman, AH & Fitchett, G& et al, Measuring spiritual wellbeing in people with cancer: the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well - Being Scale; 2002.
31. Ralph M, Steinmann, Spirituality - The Fourth Dimension of Health An Evidence - Based Definition, 20th IUHPE World Conference on Health Promotion. Geneva: Switzerland. 2010; 11-15.
32. Rezapoor A, Baghi A, Adham D, Ebadifard Azar F, Bagheri Faradonbeh S, Orumiei N, et al. Inequality in health expenditure and impoverishment impacts resulting from it in Kerman. *J Health*. 2016;7 (2):146–57.
33. Sanders D, Baum F, Benos A, Legge D. Revitalising primary healthcare requires an equitable global economic system-now more than ever. *J Epidemiol Community*
34. Satcher D, Rachel SA. Promoting mental health equity: The role of integrated care. *Journal of clinical psychology in medical settings*. 2017;24 (3-4):182-6.
35. Seyedfatemi N, Ralii F, Rezaei M, Sajadi Hezaveh M. Effective factors on women heads of household's health promotion: Money, time and energy golden triangle. *Journal of Knowledge & Health* 2016;10 (4):13-22.
36. Sohn EK, Stein LJ, Wolpoff A, Lindberg R, Baum A, McInnis-Simoncelli A, Pollack KM. Avenues of influence: the relationship between health impact assessment and determinants of health and health equity. *Journal of Urban Health*. 2018;95 (5):754-64.
37. Spike EA, Smith MM, Harris MF. Access to primary health care services by community-based asylum seekers. *Med J Aust*. 2011;195:188–91.
38. Spreitzer, Gretchen M. Psychological Empowerment in the Workplace: Dimensions, Measurement, and Validation, *The Academy of Management Journal*. 1995; 38(5):1442-1465.
39. Steinmann R, M, Spiritualität-die vierte Dimension der Gesundheit, Eine Einführung; 2008.

40. Strumpf E, Levesque J-F, Coyle N, Huthcison B, Barnes M, Wedel RJ. Innovative and Diverse strategies toward Primary Care Reform: Lessons learned from the Canadian Experience. *J Am Board Fam Med*. 2012;25 (1):S27-33.
41. Veugelers PJ, Yip AM. Socioeconomic disparities in health care use: Does universal coverage reduce inequalities in health? *J Epidemiol Community Health*. 2003; 57: 424-8.
42. Yousefinezhadi T, Soori H, Mohamadi E. Assessment of Health-Related Sustainable Development Goals (SDG) in Iran, Eastern Mediterranean Region, and the World in 2017. *irje*. 2018; 14 (3) :206-215
43. Zandian H, Takian A, Rashidian A, Bayati M, Moghadam TZ, Rezaei S, et al. Effects of Iranian economic reforms on equity in social and healthcare financing: a segmented regression analysis. *J Prev Med Public Health*. 2018;51 (2):83-91. <https://doi.org/10.3961/jpmph.17.050>.
44. Zarei E, Pouragha B, Khodakarim S. Out of pocket payment by inpatients of public hospitals after health sector evolution plan a cross-sectional study in Tehran City. *Hospital*. 2017;16 (3):9
45. World Health Organization. "National health inequality monitoring: a step-by-step manual." (2017).
۴۶. جلیلیان، ق، امدادی، ش کریمی: م، براتی، م، و غریب‌نواز، ح. (۱۳۹۰). افسردگی در بین دانشجویان بررسی نقش خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان ۱۸، ۶۶-۶.
۴۷. حیدری، س، سلحشوریان، ا، رفیعی، ق، و حسینی، ق. (۱۳۸۷). ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و اندازه شبکه اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان. فصلنامه علمی- پژوهشی فیض، ۱۲، ۸-۱.
۴۸. سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن. دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و ترویج عدالت در سلامت. معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۷.
۴۹. نوربالا، احمدعلی. "سلامت روانی - اجتماعی و راهکارهای بهبود آن." مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران. ۱۷، ۲ (۲۰۱۱): ۱۵۱-۱۵۶.

نتیجه‌گیری

پس از فصل اول این گزارش که به بیان مفاهیم و تعاریف عدالت در سلامت، ابعاد و رویکردهای مختلف به این موضوع پرداخته شد، در فصل دوم و سوم این گزارش تفاوت‌های بین زیر گروه‌های مختلف جامعه با استفاده از مستندات علمی موجود شرح داده شد و سعی شد تا حد امکان به روند نابرابری‌ها سلامت در جامعه پرداخته شود. در این راستا مشخص شد که با وجود نقاط قوت بسیار مهم مانند کاهش تفاوت شاخص‌های مهم در دو جنس و همچنین در ساکنین مناطق شهری و روستایی، هنوز باید به موضوع نابرابری به صورت جدی‌تری در برنامه‌ها توجه شود و سعی شود در جهت ارتقای شاخص‌های اصلی سلامت کل کشور، زیرگروه‌های خاصی فراموش نشوند که در غیر این صورت ممکن است علی‌رغم ارتقای شاخص‌های سلامت کشور، موضوع نابرابری‌ها و تبعیض‌ها به یک چالش اصلی تبدیل شود.

ارتقای سواد جامعه و بهبود وضعیت اقتصادی کلیه آحاد مردم از علائمی است که شاید نشان‌دهنده 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 از 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 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 مدنظر قرار گرفته و در آینده نگاری به آن‌ها پرداخته شود.

سرعت رشد استان‌های مختلف کشور در شاخص‌های سلامت امیدوارکننده است ولی متأسفانه فاصله قابل توجه بین آن‌ها در سال‌های اخیر آن‌گونه که باید کاهش نیافته و کماکان استان‌های محروم از درجه عقب افتادگی تاریخی خود رنج می‌برند. عدم افزایش فاصله بین استان‌ها نشان‌دهنده رشد و توسعه قابل ملاحظه حتی در استان‌های محروم است، ولی برای کاهش این تفاوت‌ها باید توجه بیش‌تری به مناطق محروم شود. روشن است که فراهم نمودن زمینه توسعه در مناطق دور کشور که با مشکلات بسیاری از جمله خشونت طبیعت دست به‌گریبان هستند و موانع توسعه زیادی دارند، کار دشواری است و نیاز به برنامه‌ریزی منسجم و در عین حال هماهنگی قوی و مؤثر بین سازمان‌ها و نهادهای مختلف است.

در فصل چهارم به مقایسه شاخص‌های سلامت در ایران با میانگین‌های بین‌المللی و به تفکیک ابعاد عدالت در سلامت پرداخته شد. مقایسه‌های بین‌المللی در این فصل، حاکی از بی‌عدالتی‌های عمیق در شاخص‌های سلامت در بین کشورهای فقیر و غنی و مناطق مختلف جهان می‌باشد. اطلاعات مربوط به جمهوری اسلامی ایران به عنوان یک کشور با درآمد متوسط رو به بالا در این مقایسه‌ها نشان می‌دهد که برخی شاخص‌های سلامت کشور ما از وضعیت درآمدی و جایگاه جهانی سلامت ما بالاتر و در برخی شاخص‌ها پایین‌تر است که این موارد را در فصل ششم که به بررسی علل و ریشه‌های نابرابری سلامت پرداختیم، مورد تحلیل دقیق قرار دادیم تا بتوانیم با سیاست‌گذاری درست به هدف اصلی نظام سلامت که همان دستیابی به حداکثر سلامت برای همه آحاد جامعه است، دست یابیم.

در فصل پنجم به بررسی زیرساخت‌های قانونی و تشکیلاتی کشور و همچنین سیاست‌های مرتبط با عدالت در سلامت در پیاده‌سازی مفاهیم ارزشمند عدالت در سلامت پرداخته شد. این نتایج نشان می‌دهد که خوشبختانه ظرفیت قانونی بسیار خوبی در کشور وجود دارد که هم مشارکت‌های بین‌سازمانی را تأیید که حتی اجبار

می‌نماید و حتی توجه خاص و جدی به بحث بی‌عدالتی و عوامل ایجادکننده آن شده است. روح قانون اساسی و برنامه‌های بلندمدت و میان‌مدت کشور آن‌گونه نوشته شده که تمامی دولت‌ها را با هر گرایش سیاسی وادار می‌نماید تا برای برقراری عدالت و از میان بردن نابرابری‌ها همت نماید.

در نهایت در فصول ششم و هفتم، به بررسی علل و ریشه‌های نابرابری‌های سلامت و راهکارهای حل آن پرداخته شد. بر این اساس بخش عظیمی از علل نابرابری در سلامت منتسب به عوامل اجتماعی - اقتصادی شدند که بیش‌تر راهکارها و گزینه‌های سیاستی نیز به مرتفع نمودن این عوامل و چالش‌ها اشاره داشتند. بر اساس مطالعات انجام شده، توسعه تولید و ظرفیت‌سازی برای اشتغال بیش‌تر، یکی از مهم‌ترین راه‌ها در جهت کاهش نابرابری‌های اقتصادی و به تبع آن کاهش نابرابری‌های سلامت می‌باشد، همچنین، رفع بی‌عدالتی‌ها که به واسطه نظام سلامت ایجاد شده‌اند دو راه حل اصلی دارد:

❖ اجرای برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده برای رفع نابرابری در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت.

❖ استقرار پوشش بیمه همگانی و اصلاح نظام پرداخت برای رفع نابرابری در تأمین مالی سلامت و ایجاد مشارکت مالی عادلانه

برای رفع نابرابری در پیامدهای سلامت نیز، دو مداخله اصلی عبارت‌اند از:

❖ پیاده‌سازی برنامه تکامل ابتدایی دوران کودکی.

❖ استقرار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی به‌عنوان چتر حمایت اجتماعی.

مشارکت عمومی و استفاده از تمامی ظرفیت‌های موجود برای ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مردم به‌صورت ملموس در نهادها و تشکیلات نظام وجود دارد و در حال حاضر سازمان‌ها و وزارت‌های متعددی مسئولیت‌ها و رسالت‌های مشخصی دارند که استفاده درست و بهینه از این ظرفیت‌ها می‌تواند به شکل مؤثری به جهش در سلامت جامعه بخصوص 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 دستیابی آن‌ها به اهداف سازمانی‌شان مورد بررسی قرار گیرد. در این صورت می‌توان تصویری روشن از عملکردها را نیز به دست آورد و با مقایسه بین رسالت‌ها و

عملکردها به گلوگاه‌ها و نقاط اشکال در عمل دست یافت. پر واضح است که اولین قدم در ارتقای عدالت، شناخت نقاط ایراد و نقاط دارای مشکل است. لذا به عنوان یک توصیه عملی و نتیجه‌گیری نهایی می‌توان بیان نمود که ایجاد عدالت در سلامت و رشد متعادل و همه جانبه سلامت و همچنین دستیابی به اهداف چشم‌انداز، محقق نخواهد شد مگر با مشارکت عمومی بر پایه رویکرد عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت، بهبود حمایت اجتماعی در جامعه و جلوگیری از آسیب سلامت توسط عوامل بیرونی با همکاری بین بخش‌های حکومتی و مشارکت مردمی. رشد شاخص‌ها و کاهش نابرابری‌ها در دهه‌های گذشته امیدوارکننده است ولی حفظ، استمرار و ارتقای آن‌ها تنها با شناخت گلوگاه و اصلاح نقاط ضعف محقق خواهد شد و باید سعی شود 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 نخواهد بود مگر با اصلاحاتی منطبق با شرایط آینده.

نسخه الکترونیکی کتاب "عدالت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران" به همت نویسندگان به عنوان پیشکش علمی و رایگان در اختیار شما قرار می‌گیرد تا امکان استفاده از آن برای تمامی علاقه‌مندان فراهم گردد.

از این که مطالعه‌ی این اثر را توصیه می‌کنید، از شما سپاسگزاریم. جهت دریافت فایل کتاب، به وبسایت مرکز تحقیقات عدالت در سلامت به آدرس herc-tums.com مراجعه نمایید.



دانشگاه علوم پزشکی تهران

سلامت به‌عنوان بنیاد تحقق عدالت اجتماعی، حق ابتدایی، پیش‌شرط، شاخص و خروجی توسعه پایدار جوامع به شمار می‌رود که لازم است از سوی دولت‌ها به رسمیت شناخته شود و باکیفیت مطلوب و حفاظت مالی مؤثر برای همگان تأمین گردد. عدالت در سلامت به‌عنوان یکی از اهداف غایی نظام سلامت، تأثیر قابل‌توجهی در پیامدهای سلامت دارد که به‌کرات در دستور کارهای جهانی و ملی توسط مدیران و تصمیم‌سازان نظام‌های سلامت هدف‌گذاری شده است. علی‌رغم اهمیت درک شده و هدف‌گذاری‌های ملی و جهانی، متأسفانه نظام‌های سلامت، به‌ویژه در بافتار کشورهای با درآمد متوسط و پایین، با چالش‌های بنیادین در زمینه نابرابری‌های سلامت مواجه هستند. به نظر می‌رسد معیارهای ارزیابی‌های جاری در نظام‌های سلامت از نور عدالت محوری به‌عنوان یکی از کهن‌ترین خواسته‌های انسانی و مبتنی بر فطرت الهی بشر که مورد تأکید دین مبین اسلام می‌باشد، بهره‌شایسته را نبرده است. مروری بر نظام‌های سلامت برتر دنیا نشان می‌دهد مفهوم عدالت در ذات پوشش همگانی سلامت گنجانده شده و یکی از پایه‌های دستیابی به آن می‌باشد.

سنجش وضعیت نابرابری‌های غیرمنصفانه سلامت در کشور، به همراه تولید شواهد متقن در ارتباط با دلایل نابرابری‌های موجود در نظام سلامت کشورمان، همواره از نیازهای اساسی مدیران ارشد نظام سلامت بوده است. حرکت معنادار در این راستا، نیازمند تولید شواهد علمی دقیق و نظام‌مند از طریق پژوهش‌های جامع ملی است. مطالعه جامعی که در قالب این کتاب، محتوای آن را مطالعه می‌نمایید در همین جهت و باهدف مروری بر وضعیت عدالت در نظام سلامت کشور تهیه شده است. در این مطالعه ابتدا به تبیین وضعیت موجود هر یک از نابرابری‌های سلامت در کشور، و سپس به شناسایی علل و ریشه‌های نابرابری‌های سلامت پرداخته شده است و در پایان، راهکارها و گزینه‌های سیاستی هدفمند و شواهد محور باهدف ارتقای عدالت و کاهش نابرابری‌های سلامت لیست شده‌اند. امید است گامی کوچک باشد در نیل به عدالت و توسعه پایدار سلامت در ایران عزیز.

