

تعیین کننده های اقتصادی اجتماعی سلامت؛ عدالت در سلامت



دیرخانه شبکه تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت برگزار می کند:

دومین کارگاه ملی توانمندسازی مراکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت
شناسایی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت
در استان های کشور

سه شنبه ۲۰ تیر ماه ۱۴۰۲

محورهای نشست:

۸ الی ۱۶

- معرفی پروتکل اجرایی شیوه شناسایی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در استان
- تدوین و روا سازی نقشه راه شبکه تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در ایران

بلوار کشاورز، ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی تهران، طبقه هشتم، سالن حکیم





WHO/Anna Kari

Hidden cities is a joint WHO / UN-HABITAT report about urbanization and global health issues. Photo stories from around the world reflect the hidden realities urban dwellers are facing, and highlight some health inequities.

مقدمه

□ کشور عزیزمان ایران در طی چهار دهه پس از انقلاب اسلامی، موفقیت های چشمگیری در زمینه افزایش سلامت، افزایش امید به زندگی، کیفیت زندگی، ارتقای زیر ساختها و خدمات از جمله در حوزه سلامت به ویژه در مناطق محروم و کم برخوردار بدست آورده است.

□ اگر چه هنوز با چشم انداز ایده آل مورد انتظار فاصله زیادی داریم.

□ به منظور کاهش نابرابری ها و افزایش عدالت در سلامت و خدمات سلامت لازم است ابتدا وضعیت سلامت و شاخصهای آن جمعیت بر اساس تفکیک کننده های مختلف شامل تحصیلات، شغل، درآمد، مصرف/هزینه، سرمایه/ دارایی، جنسیت، گروه های قومیتی، محل سکونت؛ شهر و روستا... سنجیده شود که این خود نیازمند محاسبه شاخص های سلامت و ترویج این گونه تحقیقات مرتبط است.

□ بدین لحاظ پایش نابرابری در سلامت و گردآوری شواهد در زمینه بی عدالتی و نابرابری و علل ایجاد کننده آنها بسیار ضروری بوده و می تواند دیدگاه مناسبی را به جهت سیاست گذاری و شناسایی نقاط ضعف و قوت سیاست های اعمال شده فراهم آورد.

عدالت (Inequity)

عدالت در سلامت یعنی:

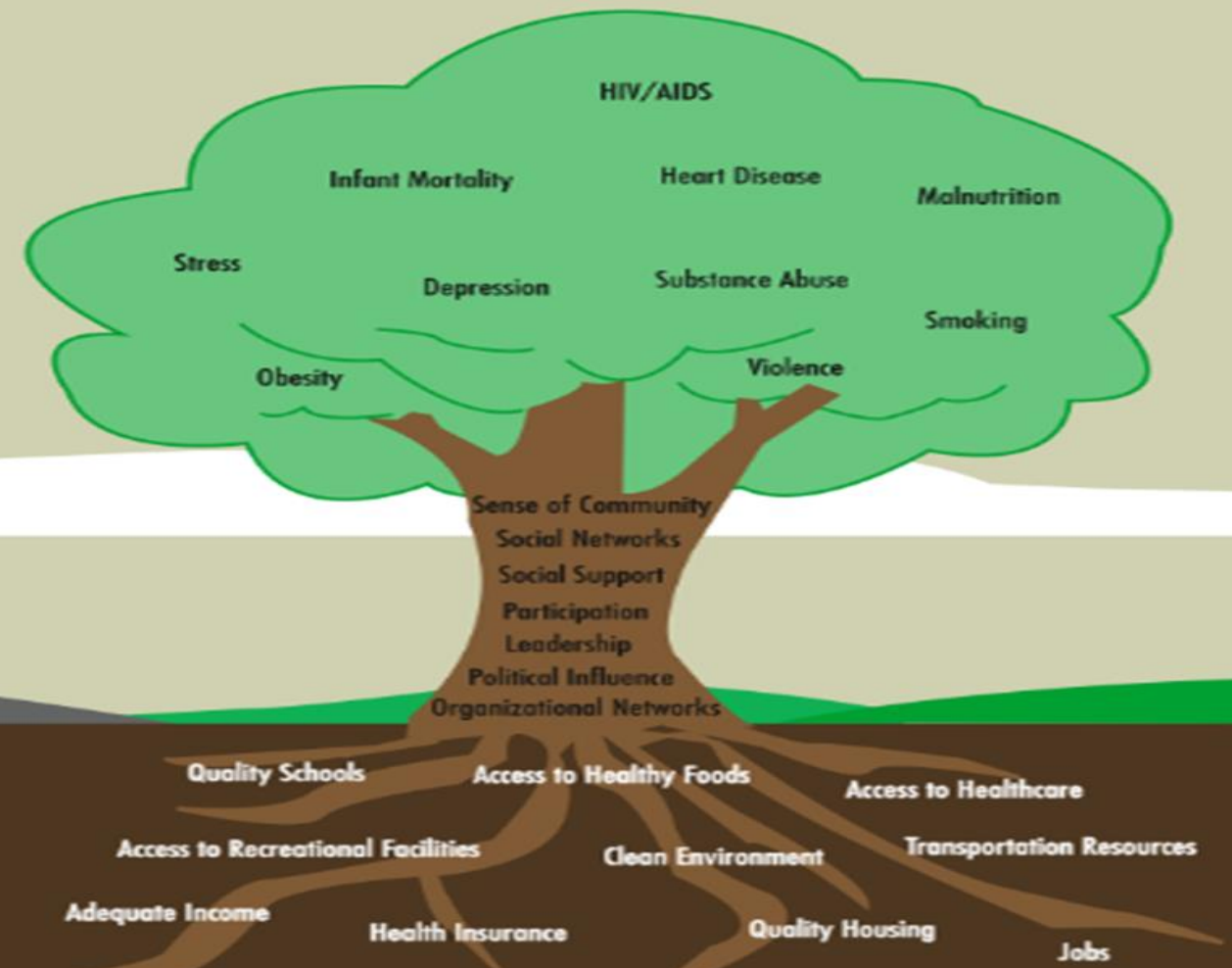
- "فقدان تفاوت‌های نظام مند و بالقوه قابل برطرف کردن در یک یا چند جنبه از سلامت در یک جمعیت و زیرگروه‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و جغرافیایی آن".
- هرگاه تفاوت در پیامدهای سلامت ناشی از عدم توازن قابل جبران در توزیع امکانات و در دسترسی گروه‌های مختلف اجتماعی و یا جوامع مختلف به امکانات باشد، بی عدالتی در سلامت رخ داده است.
- عدالت در سلامت تأکید می‌کند که هر فرد باید از فرصت مناسب برای دستیابی به سلامت کامل بالقوه اش دارا بوده 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.

Our environments cultivate our communities and our communities nurture our health.

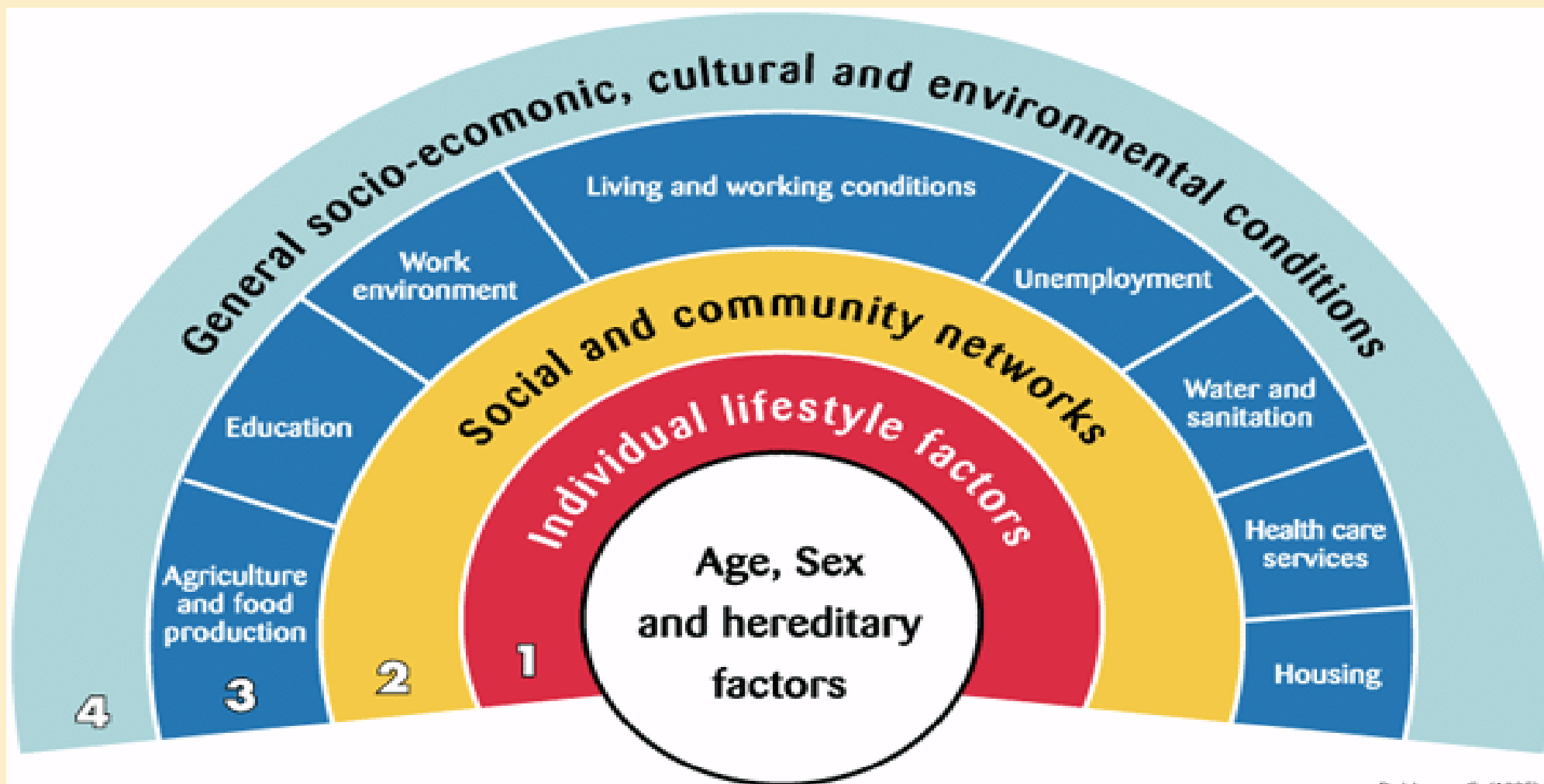
When inequities are high and community assets are low, health outcomes are worst.



When inequities are low and community assets are high, health outcomes are best.



لایه های مختلف اثر عوامل اجتماعی - اقتصادی تعیین کننده سلامت بر سلامت



مهمترین علل نابرابری در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

- بی عدالتی در سلامت صرفاً نتیجه عملکرد نامناسب و ناعادلانه نظام های سلامت نیست، بلکه علت اصلی را باید در عواملی که ریشه در خارج از بخش سلامت دارند هم جست و جو نمود.
- **سرمایه اجتماعی** با اثر گذاری مستقیم بر سلامت عوامل استرس زا و خطرشان را در زندگی کاهش می دهد؛ مولفه های آن از قبیل اعتماد، تعاون و احساس تعلق اجتماعی باعث نوعی نشاط و شادابی می شوند در نتیجه هر چه سرمایه اجتماعی بالاتر باشد وضعیت سلامت بهتر و هرچه کمتر شود اقشار مختلف جامعه -بخصوص طبقات محروم- حمایت کمتری از اجتماع خود دریافت خواهند کرد.
- **میزان تولید ناخالص داخلی، سطح اقتصادی خانوار، تورم عمومی و تورم بخش سلامت**، عواملی هستند که بر توانایی کشور در گسترش عدالت و پوشش خدمات سلامت و خانوارها برای دسترسی و خرید خدمات موثرند.
- در کشور ما، یکی از مهمترین عوامل بین المللی بر بروز نابرابری های سلامت، **تاثیر تحریم های ناعادلانه اقتصادی** علیه کشور در سالهای اخیر میباشد.
- **شفاف نبودن ارزش های مرجع** در تصمیم گیری در بسیاری از موارد، عدالت در سلامت را تحت تاثیر قرار میدهد

مهمترین علل نابرابری در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

❑ فقر یک عامل اصلی در پیامدهای سلامتی ضعیف بوده و بین فقر، بیکاری و عدالت در سلامت رابطه منفی و معناداری وجود دارد. افراد بی بضاعت - نسبت به گروه های با درآمد متوسط و بالا- امید به زندگی پایین تر، شیوع بیماری های مزمن، معلولیت و نیازهای سلامتی برآورده نشده بیشتری دارند زیرا در شرایط فقر خانوارها مجبورند از هزینه های ضروری خود مانند بهداشت، خوراک، پوشاک و... بکاهند.

❑ نشات گرفتن بیش از یک ششم بیماری ها در جهان (حتی در مناطقی تا یک سوم) از سوء تغذیه نشان از نابرابری گسترده دارد و از علل ریشه ای نابرابری در سلامت است.

❑ در ایران حوادث ترافیک جاده ای یکی از مشکلات مهم سلامت عمومی و از دلایل عمده مرگ است که در گزارش سازمان جهانی بهداشت به آن اشاره شده است. وضعیت این شاخص ها نشان میدهد طبقات پایین بدلائل متعدد (از جمله استفاده از وسایل نقلیه نا امن) بیشتر در معرض خطر قرار دارند که این خود به تعمیق و تشدید بی عدالتی در سلامت کمک میکند.

مهمترین علل نابرابری در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

❑ **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 میشوند و معمولاً برگشت ناپذیرند. فقر و محرومیت اقتصادی سالهای پیری را سخت تر و بیماریهای این دوره را تشدید نموده و در نهایت منجر به نابرابری در سلامت سالمندان بی بضاعت میشود.

❑ با وجود شیوع بیشتر بیماری ها و عوارض ثانویه در افراد ناتوان و **معلول**، این افراد خدمات سلامت را متناسب با نیازشان دریافت نکرده و میزان نیازهای برآورده نشده در این گروه در مقایسه با جمعیت عمومی بیشتر است.

❑ **زنان سرپرست خانوار** هم از حیث مادی، روانی و عاطفی دارای مشکل بوده و استرس و اضطراب بیشتری را نسبت به سایر زنان تجربه می کنند و هم احتمال ابتلا به بیماری های جسمی و روانی در زنانی که طلاق گرفته اند و سرپرستی خانواده را نیز بر عهده دارند از متاهلین و کسانی که با خانواده زندگی می کنند بیشتر است.

مهمترین علل نابرابری در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

□ از جمله علل مشارکت مالی ناعادلانه در نظام سلامت شامل: عدم وجود رویکردی نظاممند جهت جمع‌آوری منابع برای بازتوزیع عادلانه، عدم مشارکت شاغلین مشاغل غیررسمی در پرداخت حق بیمه، عدم شناسایی افراد با توان مالی و عدم وجود سیاست‌های بلند مدت و آینده‌نگر در خصوص روش پوشش عادلانه خدمات سلامت می‌باشد.

□ پوشش کامل بیمه همگانی، عامل مهمی است که در افزایش عدالت در دسترسی مالی افراد به خدمات سلامت نقش دارد اما در پوشش بیمه مشاغل مختلف نابرابری‌هایی وجود دارد.

مهمترین علل نابرابری در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

- ارتباط معنادار و منفی میان نرخ شهرنشینی و عدالت در سلامت وجود دارد؛ یعنی در مناطق شهری و حاشیه شهرها نابرابری در سلامت بیشتر از مناطق روستایی کشور است.
- **حاشیه شهرها** در ایران از نظر امکانات اولیه زندگی (شامل آب آشامیدنی و فاضلاب) ناسالم اند که موجب انتشار بیماری می شود، جمعیت متراکمی دارند، از تسهیلات و امکانات برخوردار نبوده و مساکن آنها برای زندگی مناسب نیستند.
- زیستن در یک **محیط زیست سالم** و دسترسی عادلانه به فضاهای سالم شهری از جمله مولفه های اصلی عدالت فضای زندگی و عدالت محیط زیستی در شهر به حساب می آیند.
- **آلودگی هوا** عامل تشدید بیماری های قلبی، تنفسی، نازایی، سقط جنین و سرطان است؛ تاثیر بیشتر این مهم بر طبقات محروم نابرابری های سلامت را تشدید کرده و یکی از چالش های اصلی سلامتی در زندگی شهری است.

مهمترین علل نابرابری در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

- یکی از بزرگ ترین مشکلاتی که روند برنامه‌ها و فعالیت‌های رشد و تکامل کودکان خردسال را در ایران کند می‌کند، بی توجهی، نقص در اجرا و نبود برنامه ای ملی در برنامه های توسعه برای دوره جنینی تا ۸ سالگی است.
- معضل کودکان کار یکی از نمادهای واضح نابرابری های اجتماعی است که به نابرابری های سلامت منجر می شود. وضعیت سلامت کودکان کار در هر سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی بدتر از همسالان آنهاست.
- **باسوادی** از دو منظر: بهبود وضعیت اقتصادی خانواده و سواد سلامت در حوزه بهداشت و درمان قابل ذکر است. به عنوان مثال ۲۰ الی ۸۰ درصد از تغییرات شاخص ناسالمی کودک توسط تحصیلات پایین والدین تبیین می شود.
- در بین استان های کشور، بالاترین نرخ سواد به استان تهران (بهترین استان) و پایین ترین به استان سیستان و بلوچستان (محرومترین استان) با شکافی ۱۸.۹٪ اختصاص دارد.

مهمترین علل نابرابری در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

از جمله علل نابرابری در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت عبارتند از:

○ عدم تدوین و اجرای سیاست‌های ارائه خدمات بر اساس نیازمندی‌های هر منطقه (ارائه خدمات سلامت، به ویژه خدمات درمانی تخصصی بر اساس چالش‌های سلامت هر منطقه صورت نمی‌گیرد)؛

○ ناکارایی در مصرف منابع سلامت مانند: عدم انجام مطالعات ارزیابی اقتصادی قبل از ورود فناوریهای گران‌قیمت به نظام سلامت؛

○ کمبود توجه به کارآمدی مدیریتی در انتخاب مدیران نظام سلامت؛

○ وجود انواع مختلف تعارض منافع و فساد در بخشهای مدیریتی و بخشهای ارائه خدمات نظام سلامت.

○ درمان محوری به جای پیشگیری و بهداشت؛

○ عدم وجود پزشک خانواده و سیستم ارجاع و سطح بندی در خدمات تخصصی و فوق تخصصی به منظور بهره‌مندی اقشار مختلف؛

○ توزیع نامناسب نیروی انسانی تخصصی و امکانات در مناطق محروم مانند: عدم توازن تعداد و نسبت تخت‌های بیمارستانی در بین مناطق مختلف کشور، به ویژه تخت‌های ویژه و تخصص

○ دادن مجوز ورود و استفاده از دارو ها و ملزومات بسیار گران قیمت به جای استفاده از فناوری‌های ارزان و در دسترس همه اقشار و مصرف منابع محدود سلامت در این تکنولوژی‌ها؛

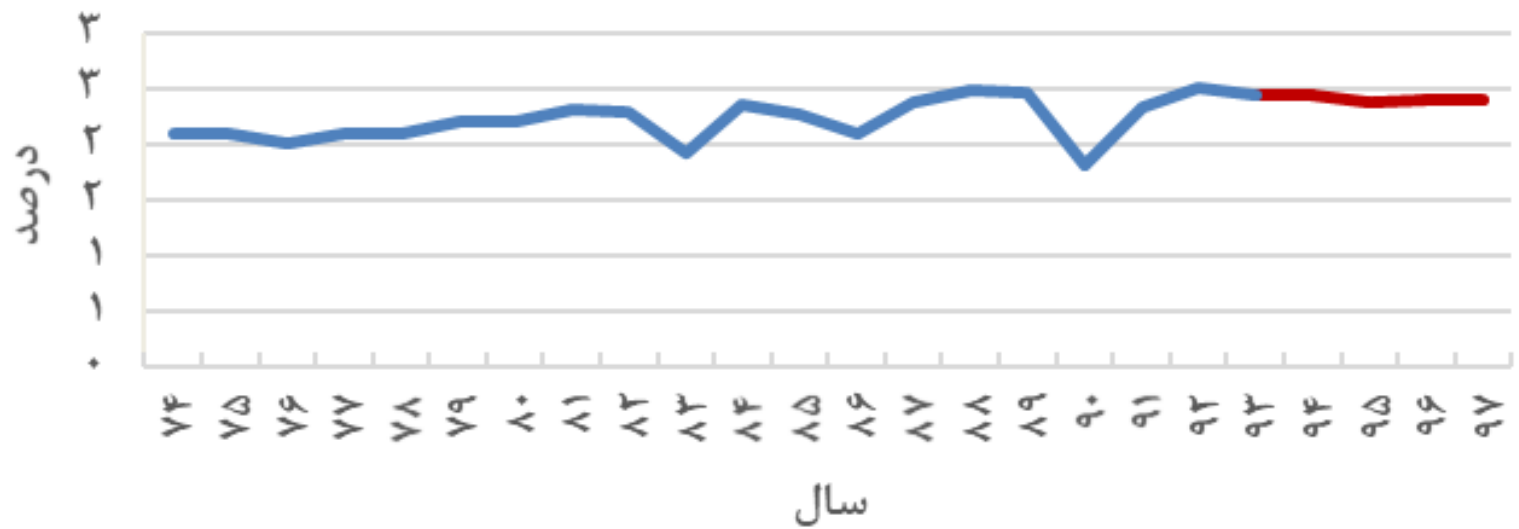
مهمترین علل نابرابری در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

◦ به طور کلی اینکه چگونه می‌توان سلامت بود و سلامت ماند تا حد زیادی بستگی به سبک زندگی انسان‌ها دارد. سازمان جهانی بهداشت 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.

◦ نهایتاً آنچه سلامت بشر را تهدید میکند دوری از **آموزه های معنوی** با انتخاب سبک زندگی غیر منطبق بر فطرت پاک بشری و آموزه های الهی، و وجود نابرابری در توزیع و استفاده از منابع خدا دادی و رسیدگی به محرومان جوامع به علت حرص و طمع انسانی و قدرتهای استکباری و بر خلاف دستورات خداوند و عدم هماهنگی بین دستگاهها و همکاری و تعاون بین خود مردم با هدف تامین سلامت مردم بخصوص اقشار محروم و مستضعف جوامع میباشد. تنها راه علاج نیز بازگشت به قوانین موضوعه خلقت هم در زندگی فردی و هم در زندگی اجتماعی میباشد.

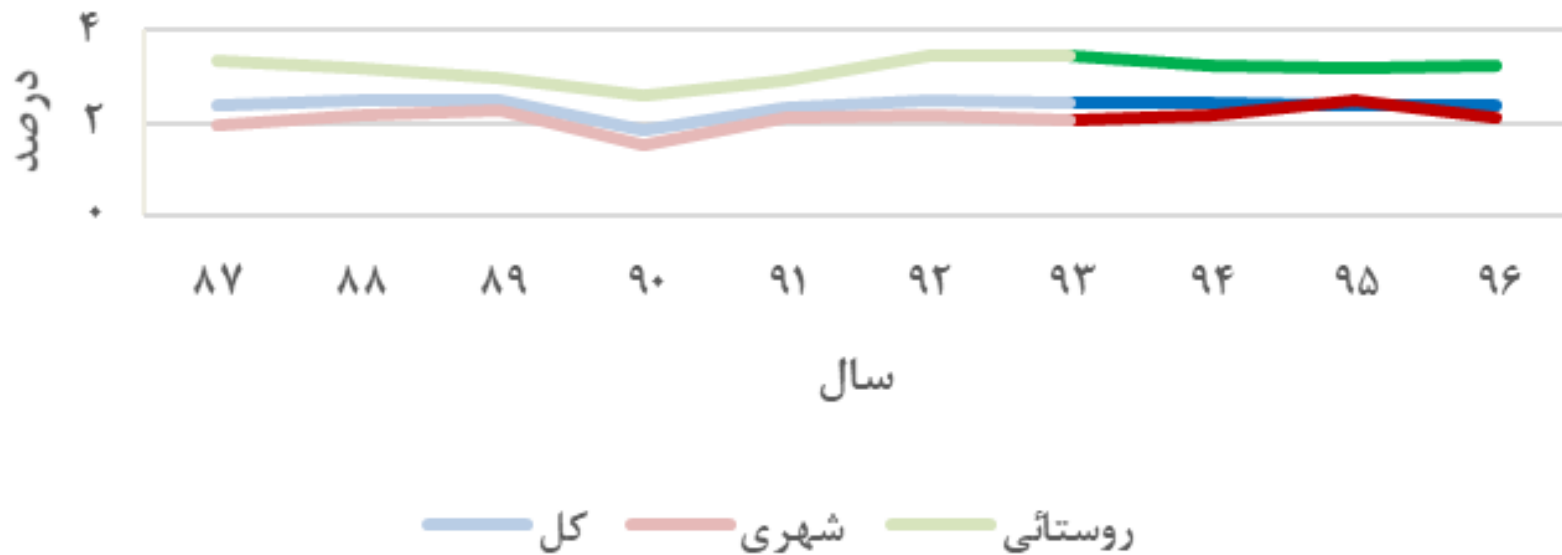
مروری بر اقدامات انجام شده و تبیین وضع موجود





درصد خانوارهای مواجه یافته با هزینه‌های
 کمرشکن سلامت (۴۰٪ درآمد خانوار)
 (منبع: حسابهای ملی سلامت)

درصد خانوارهای مواجه یافته با
 هزینه‌های کمرشکن سلامت براساس
 محل سکونت
 (۴۰٪ درآمد خانوار)
 (منبع: حسابهای ملی سلامت)



وضعیت عدالت در شاخص های دسترسی و بهره مندی از خدمات سلامت

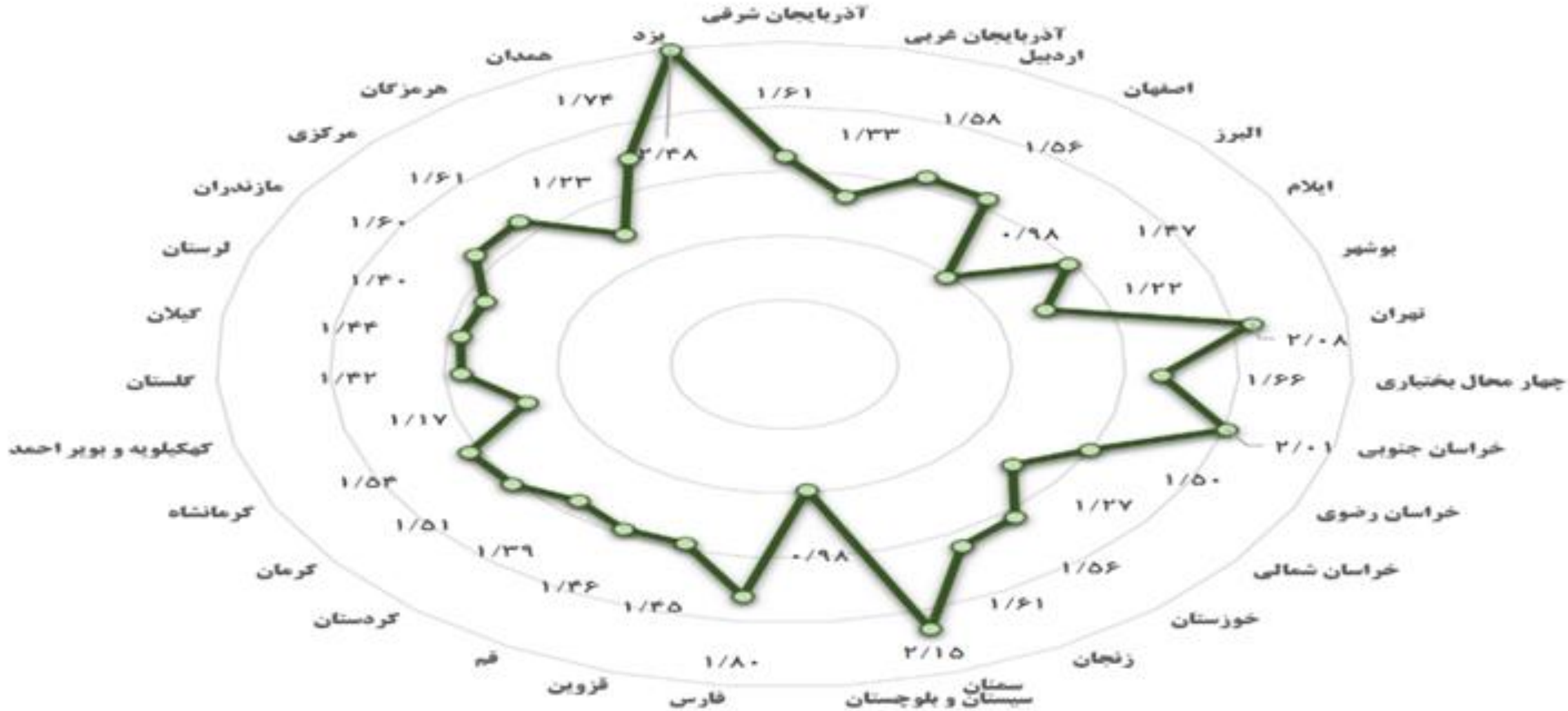
□ دسترسی به تخت بیمارستان، از مصادیق دسترسی به خدمات سلامت می باشد.

□ مقایسه توزیع تخت های بیمارستانی در استان های مختلف در سال ۱۳۹۶ نشان می دهد سرانه تخت فعال به جمعیت در استان یزد بیشترین (۲.۴۸) و در استان های سیستان بلوچستان و البرز کمترین (۰.۹۸) میزان را داشته است.

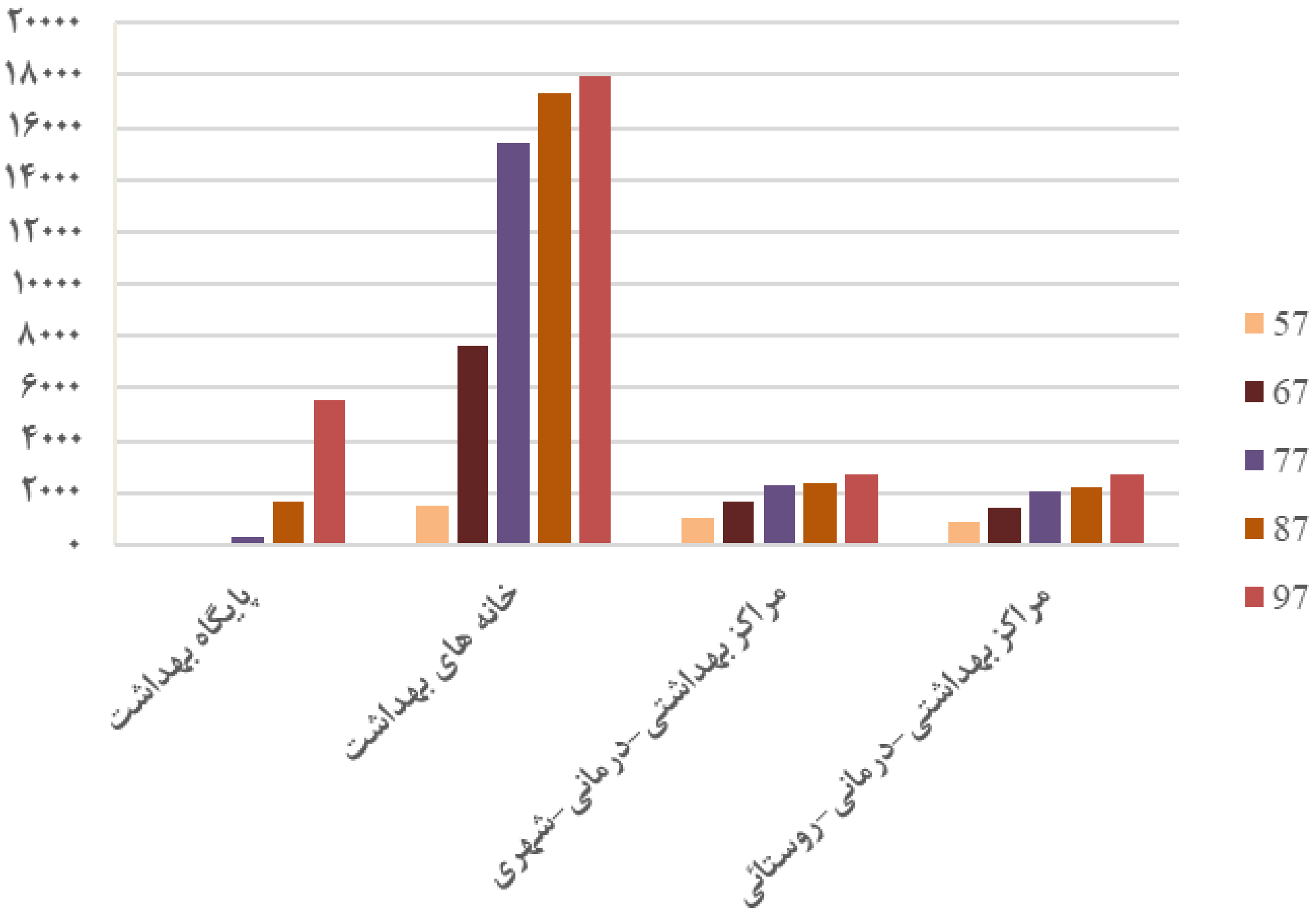
□ تفاوت های فاحش در سرانه تخت بیمارستانی نشان از تفاوت در دسترسی به خدمات سلامت در سطح کشور است که در حقیقت بستر ایجاد بی عدالتی در سلامت را محیا می کند. مراکز درمانی و بیمارستان های مستقر در استان های بزرگ مانند تهران معمولاً پذیرای بیماران اعزامی از شهرستانها و استان های کوچک اتد و این موضوع در محاسبات باید لحاظ گردد.

□ افزایش دسترسی به ارائه دهندگان مراقبت های اولیه در مناطق روستائی از زیر ۵٪ در سال ۱۳۵۷ به حدود ۹۸٪ در سال ۱۳۹۷ رسیده است.

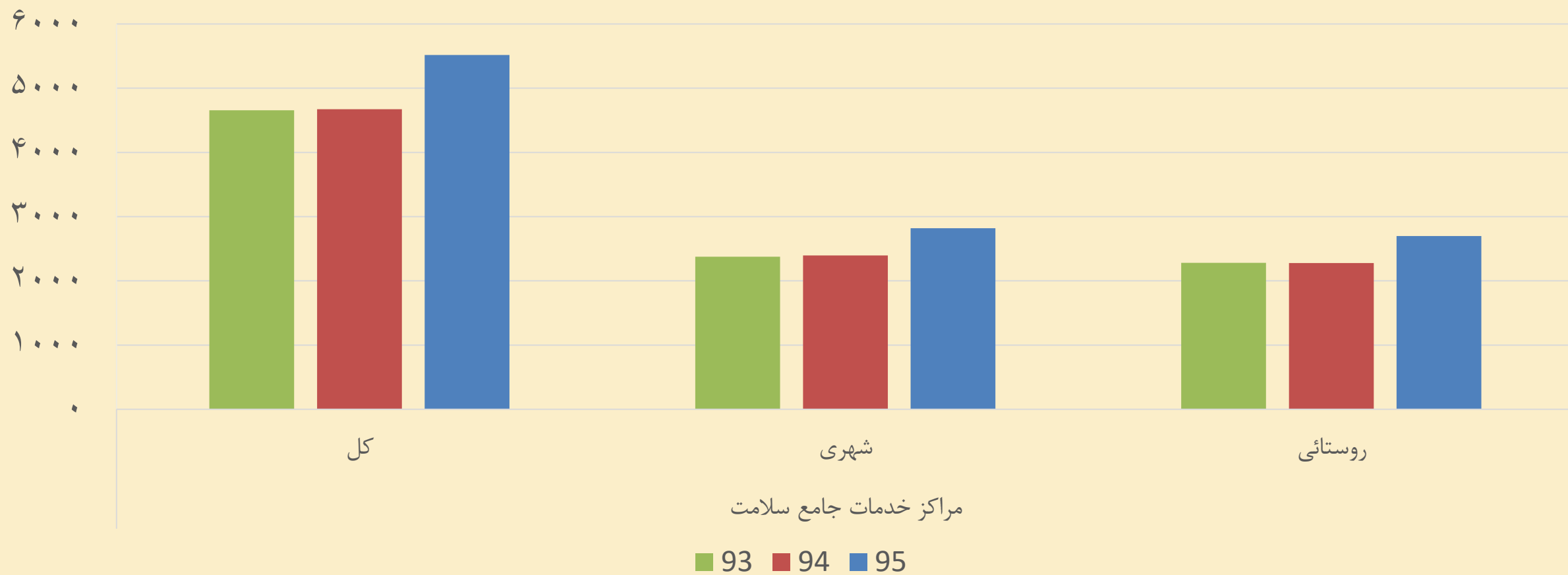
سرانه تخت فعال به جمعیت در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۶ (منبع: سامانه اطلاعات بیمارستانی؛ آواب)



تعداد مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت در سالهای مختلف

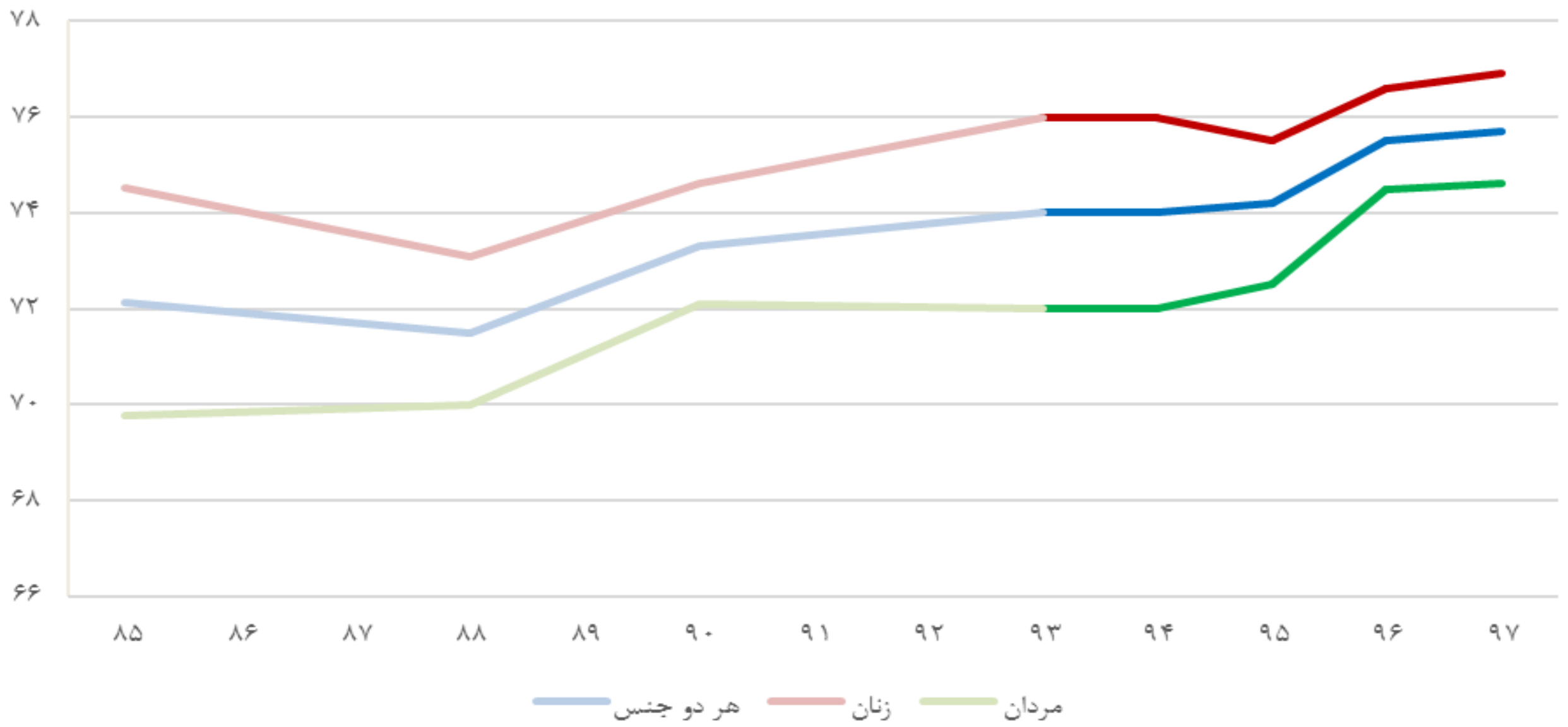


توزیع مراکز ارائه دهنده خدمات جامع سلامت در مناطق شهری و روستائی



وضعیت عدالت در پیامدهای سلامت

- به طور کلی روند شاخص کلیدی "امید زندگی در بدو تولد" در کشور در سیزده سال گذشته در هر دو جنس صعودیست.
- این شاخص در سال ۱۳۶۵ حدود ۵۸.۹ سال و در سال ۱۳۹۷ به حدود ۷۵.۷ سال رسید،
- دو دوره تنزل_بخصوص در خانمها_ در سالهای ۱۳۸۸ و ۱۳۹۵ در شاخص امید زندگی قابل رویت است.
- کاهش این شاخص در سال ۱۳۸۸ تا حدی بوده که بر روی برآیند کلی امید به زندگی کشور نیز اثر کاهنده ای به جای گذاشته است.



امید به زندگی در بدو تولد طی سیزده سال گذشته (منبع: مرکز آمار ایران)

وضعیت عدالت در پیامدهای سلامت

با مقایسه شاخص "امید به زندگی در بدو تولد" در استان‌های مختلف ایران پی می‌بریم که:

○ در سال ۱۳۹۰ کمترین امید به زندگی در استان هرمزگان (۷۰.۹۸) و بیشترین در استان تهران (۷۶.۸۸) بود؛

○ در سال ۱۳۹۵ امید به زندگی در استان زنجان (۷۹.۶) بیشترین مقدار و در استان هرمزگان (۷۳.۳۵) همچنان کمترین مقدار را نشان می‌دهد.

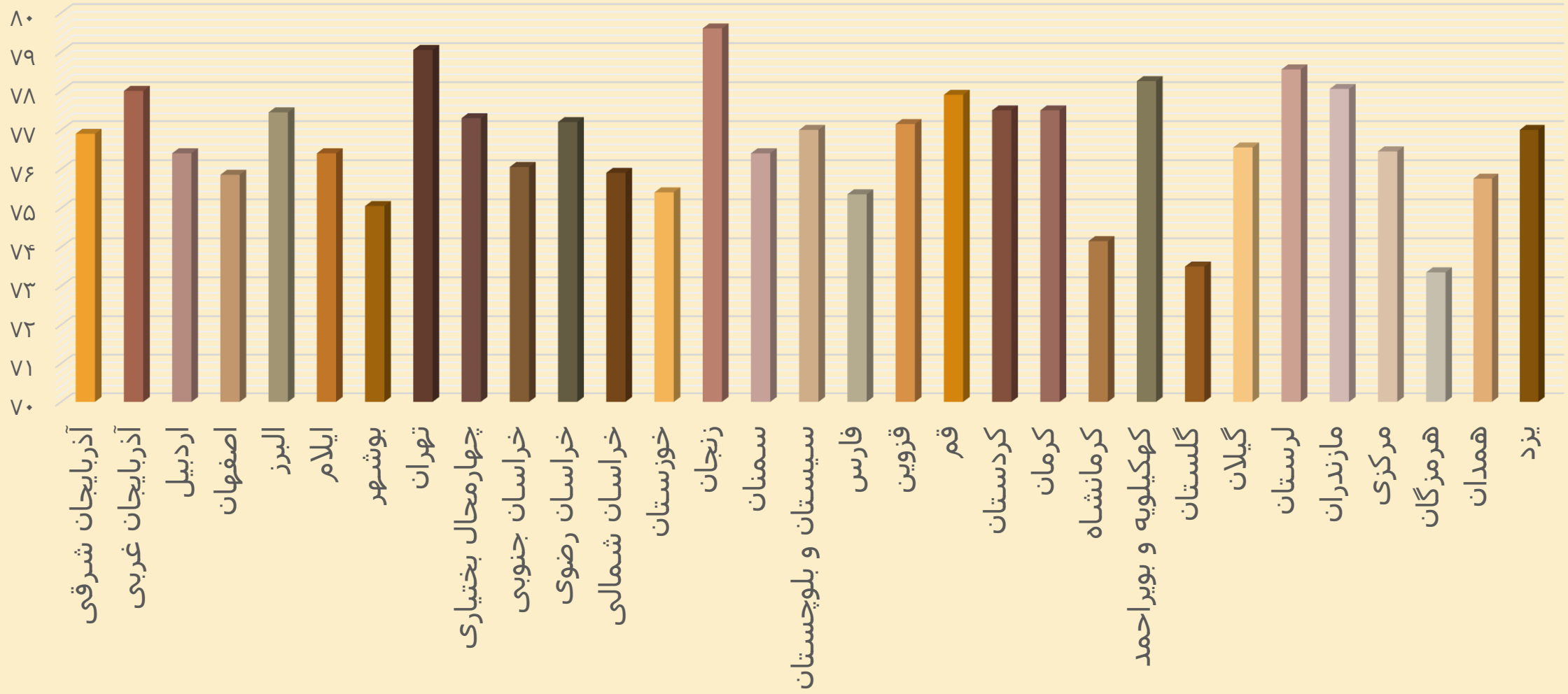
□ مقایسه امید به زندگی در بدو تولد در استان‌های مختلف ایران بیشترین امید به زندگی در سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۳ را در استان تهران و در سال‌های ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ را در استان زنجان نشان می‌دهد.

□ در حالیکه استان هرمزگان همواره کمترین امید به زندگی را داشته است.

□ البته استان‌های ایلام و سیستان و بلوچستان نیز بعد از هرمزگان کمترین امید به زندگی را در این سالها داشته‌اند.

□ از آنجا این شاخص نشان از توسعه یافتگی دارد، میتوان گفت به احتمال زیاد استان‌های ایلام، هرمزگان و سیستان و بلوچستان از محرومیت بیشتری نسبت به بقیه استان‌های کشور برخوردارند.

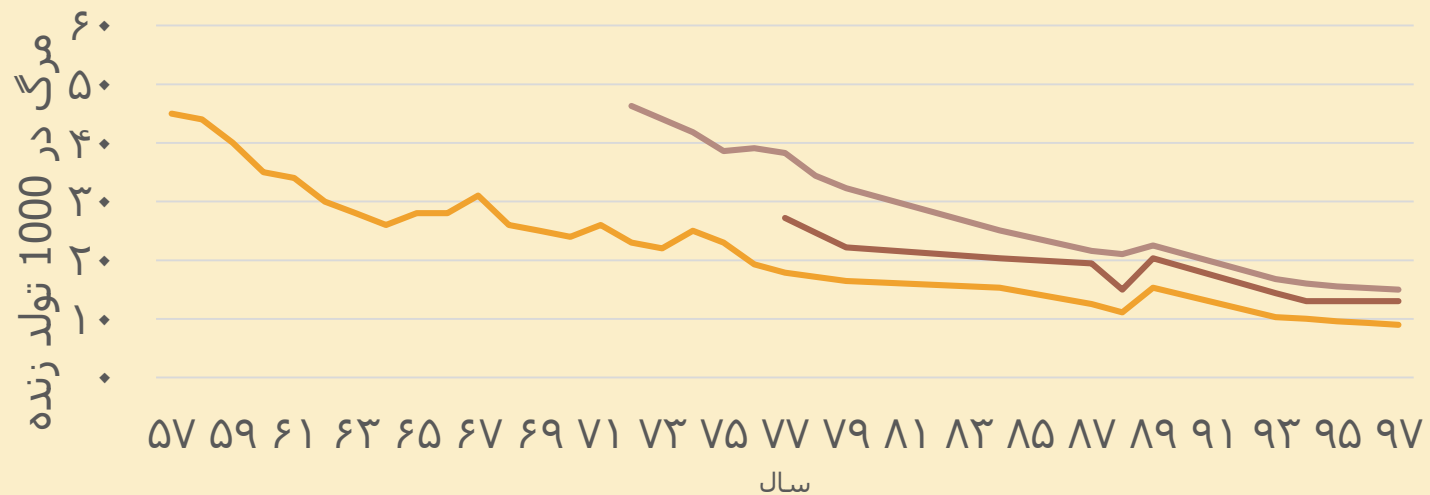
امید به زندگی در بدو تولد به تفکیک استان در سال ۱۳۹۵ (منبع: مرکز آمار ایران)



وضعیت عدالت در پیامدهای سلامت

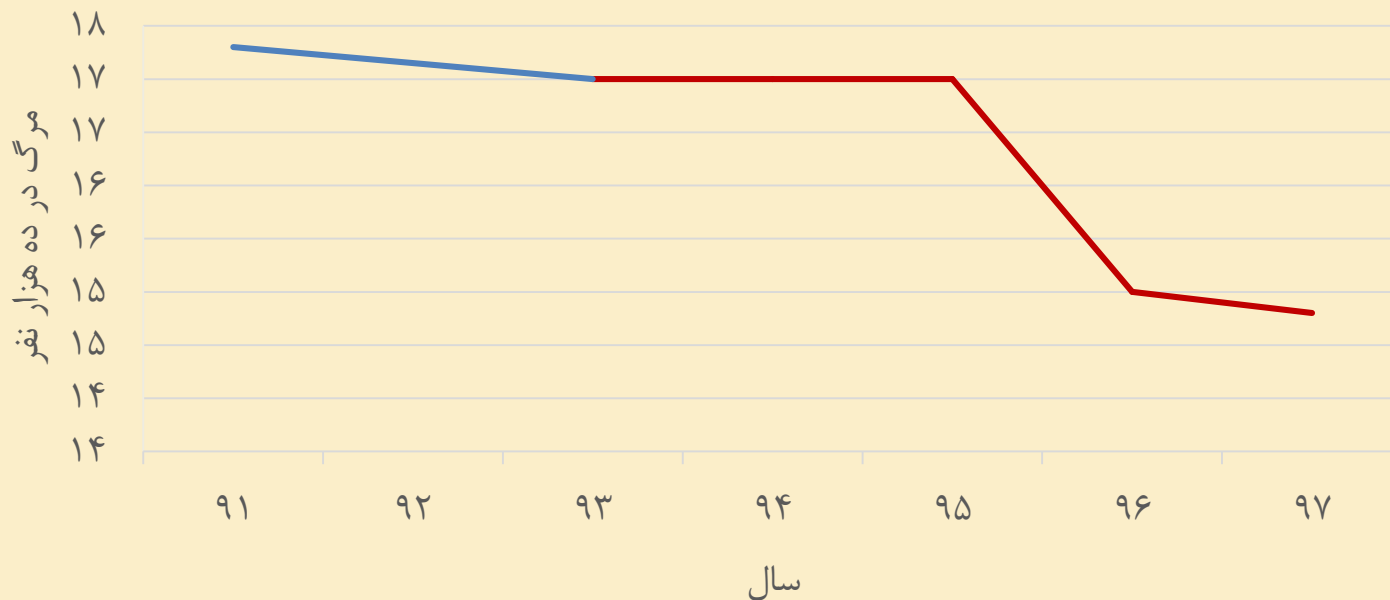
□ استان تهران کمترین میزان مرگ و میر ناشی از حوادث و سوانح در میان زنان (۱۴ مرگ در صد هزار نفر) و استان البرز کمترین میزان مرگ و میر ناشی از حوادث و سوانح در میان مردان (۴۸.۲ مرگ در صد هزار نفر) را نشان می دهند.

□ بر طبق شواهد فوق در کلیه علل مرگ و میر شامل: بیماریهای واگیر، غیر واگیر و حوادث و سوانح، در بین استانها و نیز در بین زن و مرد تفاوتهای قابل توجهی در کشور وجود دارد که نیازمند بررسی به منظور از بین بردن نابرابریهای غیر منصفانه میباشند.



کودکان زیر پنج سال — کودکان زیر یک سال — نوزادان (زیر یک ماه)

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: سامانه ویزیت، پروژه نسباد)



راهکارها و گزینه های سیاستی بهبود عدالت در سلامت کشور



سیاست های مرتبط با عدالت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

□ وجود سیاست های کلان و بالادستی با محوریت عدالت در سلامت، پایه و اساس ارتقای عدالت و کاهش نابرابری های سلامت در یک کشور است.

□ در کشور ما حداقل ۱۰۴ سیاست بالادستی در نظام سلامت وجود دارد که به طور مستقیم یا غیر مستقیم و همه جانبه کلیه ابعاد عدالت را پوشش می دهند. از منظر محتوایی، عمده آنها در حوزه تامین مالی و بعد عدالت در دسترسی و بهره مندی از خدمات سلامت قرار دارند که از دیدگاه خبرگان نظام سلامت، ۱۸ درصد کامل، ۵۱ درصد تا حدودی و ۲۳ درصد از آنها اجرایی نشده اند.

□ ایجاد زمینه لازم به منظور اجرایی نمودن سیاست ها - به عنوان مهمترین زیرساخت های مورد نیاز برای برقراری عدالت در سلامت - باید در دستور کار سیاست گذاران قرار گرفته و برای این امر لازم است یک زبان مشترک بین سیاست گذاران و تصمیم گیران کلان نظام سلامت و کشور به منظور ایجاد تعامل و همکاری بیشتر ایجاد شود.

راهکارها و گزینه های سیاستی بهبود عدالت در سلامت کشور

- ❑ اقدام مداخله ای در حیطه ارتقا، حذف و یا کاهش نابرابری ها یک فرآیند چند بخشی و نیازمند اقدامات آنی، میان مدت و دراز مدت دولت ها و همکاری فعالان دولتی و غیر دولتی، تشکلات اجتماعی، سازمان های خصوصی و بین المللی و کارکنان بخش سلامت و نهایتاً خود شهروندان است.
- ❑ میتوان گفت اولین و مهم ترین قدم در رفع نابرابری -بخصوص نابرابری های سلامت- وجود بانک اطلاعاتی جامع، قابل اعتماد، صحیح و به روز از وضعیت اجتماعی، اقتصادی، سلامت و بیماری کلیه آحاد جامعه بخصوص اقشار آسیب پذیر میباشد.
- ❑ پس از ایجاد بانک اطلاعاتی، دولت میبایست در جهت ایجاد یک نظام جامع حمایت و حفاظت اجتماعی (با اولویت اقشار آسیب پذیر) قدم بردارد و با تقویت ساختار بیمه ای و اطمینان از بیمه بودن تمام طبقات اجتماعی (علی الخصوص طبقات اجتماعی پایین) حمایت هایش را گسترده کند.
- ❑ ارتقای سلامت اقشار آسیب پذیر از مهم ترین اقدامات برای ارتقای عدالت در سلامت است. از جمله اقشار آسیب پذیر میتوان: معلولان و جانبازان عزیز، سالمندان، زنان سرپرست خانوار، افراد دارای بیماریهای نادر و صعب العلاج و مزمین پر هزینه، کودکان بخصوص کودکان کار، مادران باردار بخصوص مادران باردار بی بضاعت را نام برد.

راهکارها و گزینه های سیاستی بهبود عدالت در سلامت کشور

پیگیری اصلاحات درونی در نظام سلامت مهمتر از سایر بخش هاست و شامل اقداماتی در زمینه های تامین مالی عادلانه هزینه ها و ایجاد دسترسی و بهره مندی عادلانه است.

راهکارهای ارتقای عدالت در دسترسی و بهره مندی از خدمات سلامت عبارتند از:

راهکارهای بهبود مشارکت مالی عادلانه و تامین مالی نظام سلامت عبارتند از:

- ایجاد نظام شبکه بهداشتی، سطح بندی و ارجاع،
- طراحی فرآیند مناسب جهت سطح بندی خدمات تخصصی در کشور،
- ارائه خدمت از طریق نظام ارجاع و پزشک خانواده.

- عادلانه نمودن روش های اخذ حق بیمه،
- اصلاح مدیریت تامین مالی،
- اصلاح روش های تدوین بسته خدمات سلامت و اصلاح بسته بیمه پایه،
- اصلاح سیاست های پوشش جمعیتی / بیمه ای.

راهکارها و گزینه های سیاستی بهبود عدالت در سلامت کشور

□ تقویت مشارکت عمومی جامعه؛ آگاهی رسانی به افراد در راستای توجه به اصول "خود-مراقبتی" و "خود-ارزیابی" و اصلاح سبک زندگی (مانند اصلاح رژیم غذایی و رفع کم تحرکی) برای پیشگیری یا کاهش آسیب ناشی از بیماری های غیرواگیر و بهره گیری از ظرفیتهای اجتماعی.

□ جهت بهبود سبک زندگی، توسعه توانمندی ها، سواد سلامتی خانواده ها (بخصوص طبقات محروم جامعه) و ارتقای قابلیت های زیستی، روانی اجتماعی، تدوین و اجرای برنامه های خاص و هدفمند برای اقشار محروم ضروری می باشد.

□ ایجاد هماهنگی بین بخشهای مختلف و جلب همکاری و مشارکت آنها در تأمین امنیت غذا، ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه ای جامعه (بخصوص در مناطق و نواحی محروم کشور) از جمله راهکارهای بهبود امنیت غذایی و رفع سوء تغذیه محسوب می شوند.

□ برای رفع ریشه ای نابرابری ها در سلامت از موثرترین راهکارها بهبود نابرابری های اقتصادی، توزیع درآمد، امنیت شغلی و اقداماتی نظیر کاهش تورم، ایجاد ثبات و امنیت اقتصادی و حمایت از تولید برای رفع استرس و ارتقای سلامت روانی جامعه است که بایستی دولتها نسبت به آن تعهد جدی داشته باشند.

راهکارها و گزینه های سیاستی بهبود عدالت در سلامت کشور

□ سلامت فردی در گرو سلامت اجتماعی است؛ می توان با بسیج اجتماعی، پوشش مردمی (برای کنترل و کاهش آسیبهای اجتماعی و سایر مسایل تاثیر گذار بر سلامتی) در سطح محلات و ایجاد کانونهای اجتماع محور محلی (مرکز توسعه محلی) با استفاده از ظرفیت های استفاده نشده و بالقوه ی مساجد بهبودی در سلامت اجتماعی ایجاد کرد.

□ ارتقای سلامت معنوی به منظور رسیدن به سلامت جسمی، روانی، روحی و حصول بالاترین سطح کیفیت زندگی برای کلیه آحاد جامعه ضروری است؛ اعتلا و عمق بخشیدن به معرفت و بصیرت دینی بر پایه قرآن و مکتب اهل بیت در ارتقای سلامت و رفع نابرابری های سلامت موثر است.

□ داشتن برنامه ملی رشد و تکامل دوران اوایل کودکی یکی از بنیادی ترین اقدامات هر جامعه برای ریشه کنی نابرابری ها و رسیدن به توسعه متوازن است.

□ به این منظور، میبایست ساختار اجرایی کارآمد ملی با بهره گیری از حداکثر توان دستگاههای اجرائی و با اولویت قراردادن مصرف منابع عمومی در مناطق محروم، برای اجرای برنامه های ارتقای سلامت و تکامل همه جانبه ی کودکان ایجاد شود.

راهکارها و گزینه های سیاستی بهبود عدالت در سلامت کشور

- افزایش اهتمام جامعه به سلامت محیط زیست از طریق آموزش های عمومی، فرهنگ سازی گسترده و افزایش احساس کارآمدی جامعه و دولت در خصوص کنترل آلودگی های محیط زیست (اعم از آلودگیهای آب و خاک و هوا و صوتی و امواج) برای بهبود سلامت محیط زیست باید صورت گیرد.
- جهت کاهش آمار مرگ و میر ناشی از حمل و نقل و ترافیک، حوادث و سوانح جاده ای، بهبود ایمنی و وضعیت راه ها، وسایل نقلیه، خدمات اورژانس پیش بیمارستانی و بیمارستانی، اهتمام به سیاست های بین بخشی و از همه مهمتر، آموزش مستمر جامعه باید در دستور کار قرار گیرد.

به طور خلاصه پیشنهادات ذیل برای بهبود وضعیت پیامدهای سلامت جامعه توصیه می شود



به طور خلاصه پیشنهادات ذیل برای بهبود وضعیت پیامدهای سلامت جامعه توصیه می شود

○ اولین مرحله استقرار نظام جامع اطلاعاتی در کشور برای مشخص کردن وضعیت اجتماعی و اقتصادی هر فرد، دریافت صحیح مالیات و پرداخت آن به فقراست. تنها با وجود این سیستم اطلاعاتی میتوان نظام جامع حمایت اجتماعی را در کشور مستقر کرده، اقشار واقعا محروم را شناسایی و چتر حمایت اجتماعی برای آنان ایجاد کرد؛

○ جمع آوری شواهد علمی و واقعی از جامعه در حوضه های نابرابری های سلامت و عوامل ایجاد آنها، عوامل اجتماعی و اقتصادی تهدید کننده سلامت و اقدامات موثر برای رفع آنها.

○ آموزش و ترغیب تصمیم گیران هر استان و شهرستان کشور برای تولید و استفاده از شواهد علمی تا اقدامات برای بهبود سلامت افراد مبتنی بر شرایط بومی هر منطقه باشد؛

○ تقویت انگیزه مدیران و مردم در خصوص اقدامات موثر بر عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و توسعه درک و دیدگاه مشترک از اولویتهای این برنامه در میان آنها؛

○ آموزش سلامت گسترده و تقویت اطلاعات عمومی در مورد اهمیت سلامت در جامعه (به خصوص برای طبقات محروم جامعه)؛

به طور خلاصه پیشنهادات ذیل برای بهبود وضعیت پیامدهای سلامت جامعه توصیه می شود

- اجرای اصلاحات جامع برای در اولویت قرار دادن موضوع سلامتی در سیاست های کلی و همکاری های بین بخشی؛
- تشویق و ارتقای برنامه های موثر در مقابله با نابرابری و مشارکت دادن مردم (بخصوص طبقات محروم) در طراحی و انجام این برنامه ها؛
- اصلاح نظام سلامت برای افزایش کارایی، کاهش هزینه های غیر ضروری و استفاده از منابع مالی صرفه جویی شده در اجرای طرح های مؤثر بر رفع محرومیت های مناطق و اقشار غیر برخوردار؛
- انجام مطالعات ارزیابی اقتصادی قبل از دادن مجوز و سپس مراقبت و نظارت کامل در ورود و استفاده از داروها، تجهیزات و ملزومات گران قیمت؛
- توجه به استقرار پزشک خانواده و سیستم ارجاع در سراسر کشور برای ایجاد دسترسی و بهره مندی عادلانه از خدمات سلامت (بخصوص برای طبقات محروم)؛
- مراقبت هزینه ای از فقرا و افراد کم درآمد - به خصوص در پرداخت هزینه های خدمات سلامت - از طریق گسترش نظام ملی بیمه اجتماعی برای پوشش کلیه خدمات ضروری سلامت، معافیت پرداخت برای گروه های نیازمند و ایجاد پوششی اختصاصی برای بیماریهای نادر، صعب العلاج، مزمن و پر هزینه؛

به طور خلاصه پیشنهادات ذیل برای بهبود وضعیت پیامدهای سلامت جامعه توصیه می شود

- استانداردسازی و نظارت بر خدمات بهداشتی و درمانی بر اساس مقررات و دستورالعمل‌های مناسب جهت جلوگیری از تضییع حقوق بیماران (بخصوص بیماران بی بضاعت و دارای دانش ناچیز)؛
- تربیت و جذب کادر سلامت جهت خدمت در مناطق محروم؛ گرچه ادغام آموزش پزشکی و ارائه خدمت باعث تربیت نیروی انسانی کافی و کاهش نابرابری‌ها شده اما همچنان در توزیع این نیروها (بخصوص نیروی تخصصی پزشکی) و نیز در محتوای آموزشی (عدم وجود آموزشهای سلامت جامعه نگر) اشکالاتی وجود دارد و نیروی انسانی بخش سلامت -بخصوص پزشکان محترم- بیشتر با درمانهای تخصصی و گران آشنا هستند؛
- انتخاب مدیران اصلح؛ آشنا به نظام سلامت، اقتصاد سلامت، مدیریت و سیاستگذاری سلامت؛ و دارای تجارب مدیریتی کافی با طی فرایندی شفاف؛ شاخص‌های مشخص علمی، مدیریتی و فردی؛ برای اداره بخشی با این گستردگی و پیچیدگی؛
- مقابله قاطع و ریشه‌ای با فساد -که در تضاد کامل با عدالت است- در بخشهای مختلف نظام سلامت برای اثر بخشی برنامه‌های مقابله با بی عدالتی در سلامت؛
- شناسایی و مقابله با علل ناکارایی و اتلاف منابع در نظام سلامت و نیز هدایت منابع به سمت خدمات مقرون به صرفه و ارزان مورد استفاده‌ی اقشار کم درآمد (مانند پیشگیری و مراقبت‌های اولیه و مداخلات و برنامه‌های عدالت محور)؛

جمع بندی

برای حرکت بنیادین به سمت توسعه عادلانه در کشور از جمله بخش سلامت، چند اقدام کلیدی لازم است:

✓ تغییرات بنیادین فرهنگی و تربیت افراد کوشا، درستکار و برخوردار از مهارت های مورد نیاز (از جمله توانایی کار تیمی، تعامل با دیگران، خلاقیت و سایر مهارت های فردی و اجتماعی). این آموزش ها و اقدامات تربیتی میبایست از دوران کودکی و توسط وزارت آموزش و پرورش شروع گردد.

✓ رواج شایسته سالاری واقعی در انتصاب مدیران کشور با انتخاب مدیران طی فراخوان رسمی، اعلام شاخص های هر پست مدیریتی و انتخاب افراد از میان شایستگان برای هر پست و مقام. همین اقدام به تنهایی می تواند نسل جدید و جوانان را امیدوار به آینده نماید.

✓ و نهایتاً ترویج پاکدستی و مقابله با فساد از طریق وضع مجازاتهای بسیار سنگین و بازدارنده برای تخلفات و مفاسد.

امید است که با کمک خداوند متعال، شیوه حکمرانی خوب در این کشور که ام القرای مستضعفان و مسلمانان و بخصوص شیعیان جهان میباشد محقق گردد و الگوی اداره کشور به عنوان بهترین الگوی حکومت داری به مردمان نجیب و مومن این سرزمین و سایر ملتها معرفی شده و زمینه را برای حکومت جهانی حضرت بقیه الله الاعظم ارواحنا فداه مهیا نماید.

با تشکر از توجه شما عزیزان

