

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۴ / گفتار ۱۰ / دکتر حسین ملک افضلی - دکتر الهام الهی

اجتماعی شدن نظام سلامت

فهرست مطالب

اهداف درس	۳۰۶۷
مقدمه	۳۰۶۷
مفهوم اجتماعی شدن سلامت	۳۰۶۸
دلایل اغنا کننده برای مفید بودن رویکرد اجتماعی به نظام سلامت	۳۰۷۰
راهکارهای اجتماعی شدن سلامت	۳۰۷۱
راهکارهای اجتماعی شدن سلامت در حوزه بهداشت	۳۰۷۲
ساختار تشکیلاتی مجمع ملی سلامت	۳۰۷۲
شاخص‌های عدالت در سلامت	۳۰۷۴
فرآیند شکل‌گیری شاخص‌ها در دولت یازدهم	۳۰۷۵
ضوابط و معیارهای مورد تاکید در بازنگری شاخص‌های عدالت	۳۰۷۵
انتظار می‌رود این ابزار بتواند مسبب تغییرات زیر گردد:	۳۰۷۷
مداخلاتی که برای اجتماعی شدن، در بخش بهداشت باید صورت گیرد	۳۰۷۷
راهکارهای اجتماعی شدن سلامت در حوزه درمان:	۳۰۷۷
راهکارهای اجتماعی شدن سلامت در حوزه آموزش:	۳۰۷۸
راهکارهای اجتماعی شدن سلامت در حوزه پژوهش:	۳۰۷۸
پیوست ۱ - شاخص‌های عدالت در سلامت	۳۰۷۹
منابع:	۳۱۰۳

اجتماعی شدن نظام سلامت Socialization of the health system

دکتر حسین ملک افضلی، دکتر الهام الهی
* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

اهداف درس

پس از یادگیری این مبحث، فراگیرنده قادر خواهد بود:

- مفهوم اجتماعی شدن نظام سلامت را بیان کند
- لزوم توجه و برنامه ریزی جهت اجتماعی شدن سلامت را متذکر شود
- اهداف اجتماعی شدن سلامت را توضیح دهد
- پتانسیل‌های خفته مرتبط با اجتماعی شدن سلامت را شرح دهد
- راهکارهای اجتماعی شدن سلامت را بیان کند
- ارتباط اجتماعی شدن نظام سلامت و استفاده به جا از فن آوری اطلاعات را یادآور شود
- تفاوت و مزایای دانشگاه‌های نسل چهارم، نسبت به سایر دانشگاه‌ها را توضیح دهد.

مقدمه

لازم است دو واژه Health Sector یا بخش سلامت و Health System یا نظام سلامت از یکدیگر

تفکیک شوند:

وقتی می‌گوییم Health Sector یعنی وزارت بهداشت که محل کار افرادی است، که دارای مهارت‌های تخصصی خاصی می‌باشند؛ مثل پزشک، پرستار، کارشناس، کاردان، بهورز و غیره که در سازمانی به نام وزارت بهداشت، وظایفی را به عهده دارند. برای اینکه وظایف، درست انجام شود ساختار آن همراه با شرح وظایفی در نظر گرفته شده است که شامل خانه بهداشت، مراکز بهداشتی - درمانی روستایی و شهری، کلینیک سرپایی، بیمارستان‌های

عمومی و تخصصی و پایگاه‌های مدیریتی مثل شبکه و مرکز بهداشت شهرستان و استان، ستاد دانشگاه و ستاد وزارت بهداشت و ... که شامل بخش سلامت می‌باشد. در کنار واژه Health Sector واژه دیگری بنام Health System وجود دارد که مفهوم گسترده‌ای دارد. در مفهوم آن علاوه بر Health Sector، دو پایه دیگر هم وجود دارد: مردم که شامل جامعه مدنی و سازمان‌های مردم نهاد، است و نهادهای دولتی و خصوصی.

در این تعریف، کلیه نهادهای دولتی قرار می‌گیرد چرا که مثلاً وزارت بازرگانی می‌تواند با اتخاذ سیاست‌های درست، در جهت ارتقاء سلامت جامعه نقش داشته باشد یا آموزش و پرورش می‌تواند با آموزش درست در جهت ارتقاء سلامت جامعه نقش مهمی ایفا کند یا صدا و سیما با ارائه برنامه‌های مناسب و یا وزارت صنایع، بسته به این که خودروها را با چه کیفیتی تولید می‌کند، می‌تواند روی تصادفات جاده‌ای، نقش موثری ایفا کند. بخش خصوصی هم می‌تواند در فرآیند خرید و فروش، طوری عمل کند که به سلامت جامعه صدمه وارد نکند مثلاً از خرید و فروش سیگار، خودداری کند. به عبارت دیگر در رابطه با فعالیت‌های خود، مسولیت اجتماعی داشته باشد.

خود مردم هم می‌توانند نقش داشته باشند که از خود و خانواده خود مراقبت کنند تا سلامتی خود را حفظ کنند و بیمار نشوند و در صورت بیماری، آگاهی داشته باشند که به کجا مراجعه کنند و در این ارتباط، توقع و تقاضای منطقی از مسولین داشته باشند و فراتر از آن می‌توانند داوطلبانه در نهادهای رسمی مثل سَمَن‌ها (سازمان‌های مردم نهاد) شرکت کنند.

سازمان‌های بین‌المللی مثل سازمان جهانی بهداشت، یونیسف و نیز می‌توانند نقش مهمی در ارتقای سلامت مردم کشورها داشته باشند.

مفهوم اجتماعی شدن سلامت

وقتی از اجتماعی شدن نظام سلامت، سخن می‌گوییم منظور این است که علاوه بر افراد حرفه‌ای Health Sector، از پتانسیل‌های پیرامون بخش سلامت که به برخی از آن‌ها اشاره شد، نیز استفاده شود تا بتوانیم سلامت مردم را به صورت جامع یعنی در تمامی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تامین کنیم. نکته مهم این که استفاده از همه این‌ها عمدتاً باید در جهت ارتقا سلامت باشد یعنی اولویت اصلی باید ارتقای سلامت و پیشگیری باشد و نه صرفاً درمان و توانبخشی. بنابراین منظور از اجتماعی شدن نظام سلامت این است که:

- ۱ - پتانسیل‌های خارج از بخش سلامت را شناسایی کنیم.
- ۲ - به سازماندهی این پتانسیل‌ها مثل خیرین نظام سلامت، سَمَن‌ها، یا حتی رابطین بهداشت و رضاکاران که در کشور ما کم و بیش سازمان یافته می‌باشند، بپردازیم.
- ۳ - توانمند کردن افراد از طریق آموزش و کسب مهارت‌های لازم را مورد توجه قرار دهیم.
- ۴ - ارتقاء و پیشگیری، همواره در اولویت باشند.

علاوه بر اولویت ارتقاء و پیشگیری باید به اصل عدالت نیز توجه شود. یعنی از منابع موجود به نفع محرومین، استفاده شود. بنابراین اجتماعی شدن نظام سلامت، فرآیندی است که از شناخت، شروع می‌شود و تا مرحله به‌کارگیری به پیش می‌رود و در این فرآیند، باید همواره به Health Promotion و Health Prevention با پندار،

گفتار و کرداری عدالت‌محور و به دور از تعصبات قومی - قبیله‌ای، جناحی، سیاسی و مذهبی و اجتناب از عوامل مخرب دیگر، توجه داشته باشیم.

زمانی که این دو مقوله را وارد نظام سلامت کنیم؛ نظام سلامت، اجتماعی شده است. ولی تا زمانی که به کارهای تخصصی و نیروهای حرفه‌ای، اکتفا کنیم و منابع عظیم پیش‌گفت را به کار نگیریم این مشکلات سلامت به قوت خود باقی است و حتی تشدید هم خواهد شد. به عنوان مثال، بیماری که در بیمارستان بستری است اگر بعد از ترخیص، مسائل خانوادگی و اجتماعی او در نظر گرفته نشود امکان بازگشت بیماری او هست و عوامل ایجاد بیماری فرد، به قوت خود باقی خواهد بود و بیماری او عود خواهد کرد. در حالی که اگر بیمارستان، اجتماعی باشد بعد از ترخیص، با پیگیری‌های بعدی و حتی ویزیت در منزل، با کمک نهادهای اجتماعی و عمومی می‌توان از بیمار، حمایت اجتماعی هم کرد.

واحدهایی مثل خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های بهداشتی که در محیط، قرار دارند و با مردم از نزدیک سروکار دارند، می‌توانند نقش زیادی در بالا بردن سواد سلامت مردم داشته باشند و در همراه کردن شهرداری و سایر سازمان‌های برون‌بخشی برای فراهمی شرایط محیط زیست سالم، موثر باشند و در جهت توانمندسازی مردم برای داشتن تغذیه مناسب و سایر مداخلات قابل انجام برای داشتن شیوه زندگی سالم را فراهم کنند. بنابراین ما انتظارمان اینست که این مفهوم به شکل برنامه‌های اجرایی درآمده و در همه سطوح نظام سلامت، ادغام شود. یعنی اگر تا امروز در خانه بهداشت بر PHC، در مراکز بهداشتی درمانی به درمان سرپایی یا در بیمارستان‌ها به درمان‌های بستری، تاکید داشتیم حال به همه این‌ها اقدامات، جز پیشگیری کننده و ارتقا دهنده را بیفزاییم. از طرف دیگر با نفوذ در نزد افراد سیاستگذار و تصمیم‌گیر، بتوانیم قوانین و مقررات لازم را برای کمک به این مهم را، فراهم کنیم.

امروزه اکثر مردم می‌دانند که باید ورزش کنند ولی جایی برای ورزش کردن ندارند؟! مردم می‌دانند که روغن‌هایی که چربی ترانس ندارد باید مصرف کنند ولی به آن دسترسی ندارند؟! برای عملیاتی کردن این موضوع باید سازو کار لازم در محیط، فراهم شود و مردم نیز با حقوق شهروندی خود، اعم از حقوق بهداشتی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، آشنا شده و در این خصوص، توانمند شوند تا با تعامل این دو نیرو، یعنی مردم و سازمان‌های دولتی بر مشکلات، فائق آیند.

بنابراین منظور ما از اجتماعی شدن نظام سلامت این است که تمام پتانسیل‌هایی موجود در کشور، در سطح جامعه و یا در سازمان‌های مختلف را برای تامین سلامت مردم به کار گیریم. تاکنون تا آنجایی که توانسته‌ایم در حوزه سلامت اقدام کرده و موفق هم شده‌ایم، ولی بیشتر اقدامات انجام شده از نوع اقدامات پزشکی بوده حتی در PHC نیز اگر واکسن زدیم و یا برای مبارزه با بیماری‌های اسهالی به لوله کشی آب آشامیدنی پرداخته و آب آشامیدنی سالم به دست مردم رساندیم و یا سایر اقداماتی که در راستای حفظ و ارتقای سلامتی مردم، انجام داده‌ایم، همگی با استفاده از فناوری‌های مختلف بوده است. اگرچه در کنار آن آموزش هم بوده است ولی عمدتاً جنبه پزشکی داشته است. اما هم اکنون قصد داریم در نظام سلامت کشور، پتانسیل‌های خفته را بیدار کرده و راهبردهای اجتماعی را در کنار راهبردهای پزشکی، به کار گیریم و از آن‌ها استفاده کنیم.

دلایل اغنا کننده برای مفید بودن رویکرد اجتماعی به نظام سلامت

- ۱ - اجتماعی شدن نظام سلامت به ارتقای سواد سلامت مردم می‌انجامد.
- ۲ - امروزه بسیاری از بیماری‌های واگیردار، تا حد زیادی کنترل شده‌اند و در حال حاضر، گرفتار بیماری‌های غیرواگیر و آسیب‌های اجتماعی هستیم که پایه بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات هستند و از طرفی استرس و گرفتاری‌های موجود، نبود امکانات و محیط زیست نامناسب مثل آلودگی هوا، سموم میوه‌ها و غذاهای حاضری موسوم به فست فود و ... سبب شده که سبک زندگی ما در شهرها بگونه‌ای باشد که ما را در معرض بیماری‌های غیرواگیر جدی همچون بیماری‌های قلبی، عروقی و سرطان‌ها و سوانح و حوادث، مشکلات روانی و بیماری‌های مزمن تنفسی، قرار دهد. در حالی که درمان این بیماری‌ها هزینه‌بر و طولانی مدت است! در این شرایط، اجتماعی شدن نظام سلامت در پیشگیری از بیماری‌ها و حتی کاهش هزینه‌های درمان موثر خواهد بود، چرا که وقتی مردم آگاه باشند هم دیرتر بیمار می‌شوند و هم اگر بیمار شدند می‌توانند از خود مراقبت کنند. پس یکی از دلایل نیاز به اجتماعی شدن سلامت، این است که پروفایل بیماری‌های زمان حال با گذشته متفاوت شده است.
- ۳ - تکنولوژی‌ها قبلاً ساده بود و امروزه در حال توسعه یافتن و گران شدن است. با پیشرفت و توسعه تکنولوژی و کمپانی‌ها که دستگاه‌های خود را به کشورهای جهان سوم می‌فروشد و وجود عده‌ای که سرمایه و نفوذ دارند و این تکنولوژی‌ها را تهیه می‌کنند، نظام سلامت، دچار فقر مالی می‌شود زیرا بودجه موجود را صرف خرید دستگاه‌های پرهزینه کرده و از مراقبت‌های اولیه ارزان و تاثیرگذار، غافل می‌شود و نهایتاً در سیکل حاضر، مردم محروم، محروم‌تر می‌شوند و بی‌عدالتی حاصل می‌گردد. چنانچه سلامت را اجتماعی کنیم با توجه به این که از خود مراقبت می‌کنیم نیاز به این تکنولوژی‌ها کاهش می‌یابد.
- ۴ - توسعه فناوری اطلاعات، مانند شمشیر دو لبه است! اگر سواد سلامت مردم بالا باشد این فناوری‌های مفید، مؤثر واقع می‌شود، اما اگر سواد سلامت، ناچیز باشد تأثیر مخرب خواهد داشت! این در حالی است که اجتماعی شدن نظام سلامت، موجب افزایش سواد سلامت جامعه و استفاده به جا از فناوری اطلاعات خواهد شد.
- ۵ - برنامه‌های تحول نظام سلامت اگر با سازماندهی و توانمندسازی مردم، توأم نباشد پایداری منابع با مشکل مواجه خواهد شد. آنچه باعث پایداری منابع طرح تحول سلامت می‌شود این است که مردم باید پای کار باشند. در غیر این صورت صرفاً با داشتن منابع مالی، تکنولوژی یا نیروهای تخصصی به نتیجه نمی‌رسیم. بنابراین برای ایجاد هر نوع تغییر و تحولی باید روی تعامل و همکاری و توانمندسازی مردم، حساب کنیم که این مهم نیز در قالب اجتماعی شدن نظام سلامت تحقق می‌یابد.
- ۶ - دانشگاه‌های نسل چهارم، دانشگاه‌هایی هستند که دیوار پیرامون خود را برداشته و با جامعه در ارتباطند و پاسخگوی نیازها و مسائل کشور خود می‌باشند. این مهم نیز در سایه اجتماعی شدن نظام سلامت در کشور ما صورت می‌گیرد که خود مفردی است برای اینکه آموزش‌ها در دانشگاه‌ها برخاسته از نیازهای جامعه و مردم باشد. چرا که در اینصورت جامعه خود فیلد آموزشی محسوب می‌شود و دانشجویان در این فیلد، آموزش‌های لازم را می‌بینند.
- ۷ - با اجتماعی شدن نظام سلامت، مردم سالاری و بخصوص مردم سالاری مبتنی بر اخلاق و معنویت، شکل می‌گیرد. به دلیل این که آگاهی مردم بالا می‌رود و تعامل و همبستگی بین جامعه ایجاد می‌شود از جرم و جنایت و

خسونت، کاسته می‌شود و اگر اخلاق درست شود مشکلات اجتماعی هم کاهش می‌یابد. یعنی اجتماعی شدن، قدم بزرگی است در جهت مردم سالاری و توسعه اخلاق دینی و فرهنگ ایرانی و این چیزی است که در سیاست‌های کلی نظام هم پیش‌بینی و ابلاغ شده است.

۸ - در اهداف توسعه پایدار (SDG) به سلامت، توجه زیادی شده است. برای دستیابی به آنچه که توسعه پایدار نامیده شده است، باید انسان سالم و پای کار داشته باشیم. اجتماعی شدن نظام سلامت نیز در واقع به حساب آوردن مردم و توانمند کردن آنان در جهت توسعه پایدار است.

۹ - هر گاه در ساختار سلامت، مردم را درگیر می‌کنیم انگیزه کارکنان ما نیز بالا می‌رود! رضایت و تشکر از طرف جامعه، انرژی فراوانی به پرسنل منتقل می‌کند.

۱۰ - در فرآیند اجتماعی شدن سلامت، پاسخگویی سازمان‌های دولتی بهبود می‌یابد. مثلاً در این فرآیند مردم صرفاً برای منافع شخصی به شهرداری‌ها مراجعه نمی‌کنند بلکه برای منافع جمعی، چنین اقدامی صورت می‌گیرد. اگر گروهی که دارای وجهه اجتماعی هستند و در راستای منافع جامعه فعالیت می‌کنند با مسولین ذیربط، وارد گفت و گو شوند به درخواست آنان توجه می‌شود. به عبارتی فشار اجتماعی، مسولین را به پاسخگویی تشویق میکند.

۱۱ - اگر قصد اصلاح شیوه‌های زندگی را داریم - که در سیاست‌های کلی نظام آورده شده است - باید حرکت جمعی انجام شود. وقتی در فضایی قرار می‌گیریم که همه همکاری می‌کنند و فعالیت آن‌ها مرتبط و مکمل با یکدیگر است، مجبوریم تغییر پیدا کنیم. یکی از شیوه‌های اصلاح زندگی این است که تغییرات باید جمعی باشد. هرچند تغییرات فردی، به مفهوم خودسازی، خودآگاهی و خودمراقبتی، لازمه تغییرات جمعی هستند ولی خصوصاً در جوانان و نوجوانان، به تنهایی، کارایی ندارند و این همان واقعیت معنوی و اجتماعی‌ای است که در کلام الهی نیز به چشم می‌خورد: **”تا از درون، تغییر نکنید آمادگی تغییرات گروهی و دسته‌جمعی را کسب نخواهید کرد و خداوند، سرنوشت هیچ جمعیتی را تغییر نخواهد داد مگر اینکه تک‌تک آن‌ها از درون تغییر کنند”**^۱.

در نهایت باید گفت اگر نظام سلامت کشور، خواهان داشتن یک جهش و نقطه عطف است باید بر روی اجتماعی شدن نظام سلامت، سرمایه‌گذاری نماید تا به توفیق برسد. بنابراین اجتماعی شدن نظام سلامت از فلسفه‌ای بسیار قوی برخوردار است و راهبردهای بسیار اساسی و شاخص‌های مشخصی دارد که در این گفتار به آن‌ها اشاره خواهد شد.

راهکارهای اجتماعی شدن سلامت

راهکارها باید در واقع در چهار حوزه بررسی شود:

۱ - حوزه بهداشت

۲ - حوزه درمان

۳ - حوزه آموزش

۴ - حوزه پژوهش

راهکارهای اجتماعی شدن سلامت در حوزه بهداشت:

- برای این که مفهوم اجتماعی شدن نظام سلامت جا بیافتد در ارائه خدمات نباید تنها به محتوای PHC اکتفا کنیم. در کنفرانس آلماتا برای مراقبت‌های بهداشتی اولیه ۸ جزء بیان کرده‌اند که شامل:
- ۱ - آموزش بهداشت
 - ۲ - تغذیه و غذای کافی
 - ۳ - بهداشت محیط و آب آشامیدنی سالم
 - ۴ - حمایت از خانواده و مراقبت‌های مادر و کودک
 - ۵ - واکسیناسیون
 - ۶ - درمان بیماری‌های شایع مثل اسهال و بیماری‌های حاد تنفسی
 - ۷ - مبارزه با همه‌گیری‌هایها
 - ۸ - تامین داروهای اساسی برای مراقبت‌های بهداشتی اولیه

ساختار تشکیلاتی مجمع ملی سلامت

در مراقبت‌های بهداشتی اولیه بر مشارکت مردمی و همکاری‌های بین بخشی و نظام آمار و اطلاعات مناسب تأکید شده بود که تا کنون در سیستم‌های بهداشتی ایران مغفول واقع شده است. حال اگر بخواهیم به این سه تا یعنی مشارکت مردمی، همکاری‌های بین بخشی و نظام آمار، اطلاعات شکل مناسب دهیم همان مفهوم ارتقاء سلامت را خواهد داشت که هدف اصلی بحث ما است. لذا باید به مراقبت‌های بهداشتی اولیه، تعیین کننده‌های اجتماعی را نیز اضافه کنیم یعنی در بهداشت، ساز و کار ادغام تعیین کننده‌های اجتماعی را با مراقبت‌های بهداشتی اولیه، رقم بزنیم. پدیده‌ای که نمونه آن در یزد، در محله ای بنام "اسکان"، پیاده شده است. بدین صورت که جمعیت تحت پوشش یک پایگاه، در حاشیه شهر را به خوشه‌های صد خانواری تقسیم کرده و در هر خوشه‌ای از طریق دموکراتیک، یک مرد و یک زن، انتخاب شدند. این محله ۱۴۰۰۰ نفر جمعیت دارد و اگر بعد خانوار را ۳/۵ در نظر بگیریم ۴۰۰۰ خانوار می‌شود و ۴۰ خوشه با ۴۰ نفر زن و ۴۰ نفر مرد (جمعا ۸۰ نفر) می‌شود و کانون سلامت محله را تشکیل می‌دهد، کار را شروع کردیم. این افراد دوره دیده و توانمند شدند، خصوصاً روش‌های تحقیق کیفی را آموزش دیدند و توانسته‌اند نیازهای خوشه‌های خودشان را با مصاحبه با مردم مشخص و تعیین اولویت کنند. البته نه تنها اولویت بهداشتی، بلکه اولویت توسعه محله را استخراج کردند. بنابراین در آن هر چیزی می‌تواند باشد مثل اقتصاد، مسکن، اشتغال، سواد، فرهنگ و غیره. نمایندگان سایر بخش‌ها مثل شهرداری، آموزش و پرورش، بهداشتی، سمن‌ها (اگر در محل باشند) و افراد سرشناس محل، به این کانون اضافه می‌شوند و این کانون "مجمع سلامت محله" نامیده می‌شود.

پس مجمع سلامت محله در واقع همان نمایندگان مردم (کانون سلامت محله) به اضافه نمایندگان سازمان‌های دولتی و غیردولتی و دانشگاه و افراد ذی نفوذ هستند.

در مجمع سلامت محله یافته‌های استخراج شده از خوشه‌ها، براساس روش‌های علمی اولویت بندی

می‌شوند. مثلاً در یزد ۱۰ اولویت، استخراج کرده‌اند و سپس مردم برای هر اولویتی با سازمان دولتی مربوطه محله یک قرارداد یا به اصطلاح یک پیمان نامه یا عهدنامه تنظیم می‌کنند. به‌طور مثال اگر در محله مشکل جمع‌آوری زباله باشد وظایف و اقدامات مردم و شهرداری مشخص است، اگر بحث امنیت محل باشد مردم با نیروی انتظامی نشست می‌گذارند و پیمان نامه تهیه می‌کنند تا وظایف مردم و نیروی انتظامی برای حفظ امنیت مشخص شود.

نتایج این طرح نشان داد که مردم به صورت فعال در این فرایند حضور پیدا کردند. مثلاً کوچه‌ها را طی صحبتی که با شهرداری داشتند، آسفالت کردند. جمع‌آوری زباله‌ها را سامان دهی کردند که در آن مسئولیت مردم جداسازی زباله‌های تر و خشک و سر ساعت معینی زباله‌ها را در جایگاه مخصوص قراردادن بود و شهرداری هم مسئولیت جمع‌آوری زباله‌ها را برعهده گرفت.

در مورد تهیه فضای سبز برای مردم در روز درختکاری، وظیفه مردم آماده کردن فضا بود و طبق تعهد نهال‌های اهدایی شهرداری را کاشتند و آبیاری آن را به عهده گرفتند و یا اگر در مورد ایستگاه اتوبوس مشکلی وجود داشت با گفتگو با شرکت واحد، مساله را حل کرده‌اند. در مجموع این‌ها نمونه‌هایی از برنامه‌های خیلی موفق بوده است. این رویکرد جدیدی برای PHC است که در آن ما فقط واکسن نمی‌زنیم یا از مادر و کودک مراقبت نمی‌کنیم و یا به درمان بیماری‌های ساده و حاد تنفسی نمی‌پردازیم، بلکه در کنار همه این فعالیت‌ها، با حضور مردم توانمند شده و در تعامل و همکاری نزدیک با سایر بخش‌های مرتبط با سلامت، معضلات سلامت مردم را حل می‌کنیم.

در اساسنامه مجمع سلامت محله پیش‌بینی شده است که اگر مسئله‌ای هست که در سطح محله قابل حل نباشد آن را به سطح بالاتر یعنی **مجمع سلامت شهرستان** - که اختیارات بیشتری دارند- ارجاع می‌دهند و اگر در سطح شهرستان هم مسئله قابل حل نبود به **مجمع سلامت استان** ارجاع می‌شود. در نهایت اگر در استان هم حل نشد باید در **مجمع ملی سلامت** مطرح گردد. این یک سلسله مراتبی است که در محله و جامعه شکل می‌گیرد و آنچه قابل حل باشد حل می‌شود، بعد غربال می‌گردد و به سطح‌های بالاتر می‌آید. البته فعالان نقابسی دارد ولی اگر در آینده به خوبی شکل بگیرد بهترین سیستم دموکراتیک که مردم در آن مداخله می‌کنند، خواهد بود که در آن مشارکت مردم همراه با توانمندی و آگاهی است چون مشارکتی که همراه با توانمندی و آگاهی نباشد ممکن است تقاضاهای غیر منطقی ایجاد کند. باید آگاهی مردم ارتقاء پیدا کند تا بتوانند نیازسنجی کرده و نیازهای استخراج شده را اولویت بندی کنند.

علاوه بر این آگاهی باعث می‌شود که بدینی مردم نسبت به سازمان‌های دولتی نیز از بین برود. وقتی مردم با سازمان‌های دولتی تعامل ندارند، ممکن است تصور کنند سازمان‌ها کم کاری می‌کنند و بودجه فراوانی که در اختیار دارند را تلف می‌کنند اما وقتی تعامل شفاف برقرار شد، خودشان از سازمان‌های دولتی دفاع می‌کنند از آنجا که بیشتر شایعات و سوء تفاهم‌ها به دلیل عدم شفافیت است، برای برطرف کردن سوء تفاهمات، علاوه بر **شفاف سازی**، توانمندی هم لازم است. چون اگر توانمندی نباشد با وجود شفاف سازی، ممکن است منابع در راه درست هزینه نشود. این یک مکانیزم است که به صورت پایلوت در یزد در حال اجرا است. حالا امیدواریم که این پروژه بتواند به همه کشور تعمیم داده شود.

امروزه ۴۰ سال از آغاز اجرای PHC می‌گذرد، آن زمان درمان مشکلات جامعه برقراری همین سیستم بود، چون بیماری‌های واگیردار، از شیوع بالایی برخوردار بودند و مراقبت‌هایی نظیر واکسیناسیون، مبارزه با بیماری‌های اسهالی یا حاد تنفسی تأثیر شگرفی داشته و مرگ و میر مادران و کودکان را به شدت کاهش داده است. ولی با توجه به آسیب‌های اجتماعی و مسائل شهرنشینی و بیماری‌های غیرواگیر و ... ممکن است راه علاج، روش‌های مطرح شده در این بحث باشد که البته قدری پیچیده‌تر هستند. مواردی مثل حفظ محیط زیست، بهبود شیوه‌های زندگی، تغذیه خوب، فعالیت فیزیکی و ... مسائلی هستند که همه باید دست به دست هم بدهیم تا قابل حل باشد و تنها با تکنولوژی نمی‌شود آن‌ها را حل کرد. همان چیزی که در تعریف اجتماعی شدن نظام سلامت، مطرح کردیم.

شاخص‌های عدالت در سلامت

مسئله بعدی که در حال حاضر در حوزه بهداشت مطرح است، مسئله شاخص‌های عدالت در سلامت است. ما نباید شاخص‌هایمان را فقط در حوزه مرگ و میر، بیماری‌ها و ناتوانی ببینیم. بلکه آن‌ها را به حوزه مولفه‌های اجتماعی سلامت (SDH) ببریم. یعنی شاخص‌ها را از مرز بهداشت و درمان سنتی به حوزه‌های مسائل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی برده و برای آن‌ها هم شاخص‌هایی مثل وضعیت اشتغال، سواد، درآمد، مسکن، حمل و نقل، تغذیه، محیط زیست و وضعیت حضور مردم در فعالیت‌های اجتماعی، تعیین کنیم. یعنی باید شاخص‌هایمان را تغییر داده و با همکاری سازمان‌های دیگر آن‌ها را دائماً اندازه‌گیری کرده و پایش نماییم. هر جا دیدیم در قسمتی از شهرستان، استان یا کشور، بی‌عدالتی هست (بی‌عدالتی در یک منطقه یا حتی در یک گروه مثلاً روستا در مقایسه با شهر، زن در مقایسه با مرد، فقرا در مقایسه با اغنیا) باید سمت و سو و جهت برنامه‌ها را به جاهایی که نیاز بیشتری هست سوق دهیم. یعنی باید برنامه‌ها را به سمت استقرار عدالت اجتماعی هدف‌گذاری کنیم و از آن‌پس شاخص‌ها را برحسب مکان و حوزه‌های مختلف، توزیع کرده و تنها به میانگین، اکتفا نکنیم تا مداخلات ما منجر به تعدیل و نهایتاً، حذف بی‌عدالتی شود.

شهرداری تهران از حدود ۱۰ سال پیش روی شاخص‌های عدالت در سلامت، فعالیت خود را آغاز کرده است. در حوزه اجتماعی شهرداری تهران و با حمایت سازمان جهانی بهداشت، پروژه Health Urban HEART (Equity Assessment Response Tools) بعنوان ابزاری برای سنجش بی‌عدالتی اجرا شد. بعدها وزارت بهداشت با همکاری سازمان‌های مختلف، آن را به ۵۲ شاخص تبدیل کرد که در هیات وزیران، تصویب شد. سپس با حمایت سازمان برنامه و بودجه، شاخص‌ها کامل تر شده به ۶۹ شاخص رسید که اخیراً در شورای عالی سلامت غذا (ساغ) نیز تصویب گردید. شایان ذکر است که ۳۸ شاخص از این ۶۹ شاخص در حیطه سلامت است و سایر شاخص‌های آن در حیطه‌های زیر قرار می‌گیرد:

- حیطه توسعه انسانی و اجتماعی
- توسعه اقتصادی
- محیط فیزیکی و زیرساخت
- حیطه حکمرانی

فرآیند شکل‌گیری شاخص‌ها در دولت یازدهم

پس از شکل‌گیری ستاد مولفه‌های اجتماعی موثر بر سلامت، در وزارت بهداشت و سپردن بازنگری و اصلاح شاخص‌های عدالت در سلامت به معاونت اجتماعی سازمان مدیریت و برنامه ریزی، جلسات متعددی با نمایندگان سازمان‌ها و وزارت خانه‌های ذیل برگزار گردید:

وزارت کشور، وزارت آموزش و پرورش، وزارت ورزش و جوانان، وزارت جهاد کشاورزی، وزارت راه و ترابری، معاون اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم ... سازمان حفاظت و محیط زیست، معاونت توسعه امور علمی و فرهنگی، سازمان اوقاف و امور خیریه، سازمان تامین اجتماعی، سازمان ثبت احوال کشور، کمیته امداد امام خمینی(ره)، معاونت درمان، معاونت بهداشت، معاون امور اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های کشور، سازمان پزشکی قانونی کشور، شورای عالی بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران، سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان بهزیستی کشور، مرکز آمار ایران، معاون اجتماعی و امور فرهنگی شهرداری تهران، شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور، مدیر عامل بنیاد برکت. سپس نظرات سازمان‌ها مبنی بر اصلاح شاخص‌ها جمع‌آوری و در نهایت، مقرر گردید کارگروه‌هایی در ۵ حیطه، تشکیل گردد و شاخص‌هایی که از دوره قبل با نظر متخصصان و خبرگان، جمع‌آوری شده بود مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفته تا نسبت به اصلاح، افزایش و یا کاهش شاخص‌های عدالتی اقدام گردد.

در این راستا تاکید گردید در بازنگری شاخص‌های عدالت، ضوابط و معیارهای زیر مد نظر قرار گیرد.

ضوابط و معیارهای مورد تاکید در بازنگری شاخص‌های عدالت

۱. حتی الامکان شاخصی باشد که از نظام متداول جمع‌آوری اطلاعات حاصل شود.
۲. برای شاخص‌های نیازمند به پیمایش، از مواردی استفاده شود که قبلاً سابقه پیمایش داشته اند.
۳. شاخص در سطح جهانی تعریف و قابل مقایسه با شاخص‌های بین‌المللی باشد.
۴. از حساسیت لازم در برابر بی‌عدالتی برخوردار باشد.
۵. شاخص‌های انتخاب شده حتی‌الامکان برای هر شهرستان به تفکیک شهر و روستا و سایر عوامل اجتماعی، قابل احصاء باشد تا بتوان مداخلات لازم را انجام داد

پنج کارگروه ذیل تشکیل گردید:

- ❖ حیطه سلامت
- ❖ حیطه توسعه انسانی و اجتماعی
- ❖ توسعه اقتصادی
- ❖ محیط فیزیکی و زیر ساخت
- ❖ حیطه حکمرانی

حیطه ۱: این دسته شاخص‌ها شامل امید زندگی در بدو تولد، میزان مرگ و میر شیرخواران، میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال، میزان مرگ و میر مادران، علل اختصاصی مرگ و میزان‌های ابتلاء (مثلاً آیدز، سل، دیابت) بر حسب مولفه‌های عدالت از قبیل محل سکونت، جنس، تحصیلات و غیره می‌باشد.

حیطه ۲: شامل نشانگرهایی است که مرتبط با تعیین کننده‌ها در توسعه انسانی و اجتماعی است. این‌ها شامل تحصیلات، تغذیه و امنیت غذایی و سایر خدمات اجتماعی می‌باشند. این نشانگرها عبارتند از: نرخ باسوادی، نسبت زنان سرپرست خانوار که از حمایت‌های اجتماعی طبق تعریف برخوردارند، درصد کودکان زیر پنج سال با کم وزنی متوسط تا شدید، درصد کودکان زیر شش ماه که تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته‌اند، میزان باروری اختصاصی سنی زیر ۱۸ سال، ۱۸ تا ۳۵ و بالای ۳۵ سال و غیره

حیطه ۳: شامل نشانگرهای مرتبط با تعیین کننده‌های اقتصادی از قبیل اشتغال، درآمد، و نرخ بیکاری می‌باشند.

حیطه ۴: محیط فیزیکی و زیرساخت شامل شاخص‌های مربوط به آب و هوا، دفع فضولات و میزان باقی مانده آلاینده‌ها اعم از کود، سم و فلزات در محصولات کشاورزی، نسبت روزهای سال که طبق تعریف هوای سالم دارند.

حیطه ۵: شامل نشانگرهایی مرتبط با تعیین کننده‌ها در ارتباط با حکمرانی، از قبیل فرآیند مشارکت در تصمیم‌گیری و اولویت‌ها، تعداد اعضای فعال در سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه‌ها که در ارتباط با نظام سلامت فعالیت دارند، درصد بودجه نظام سلامت که توسط خیرین بصورت اهدا تامین شده است.

در این راستا و با توجه به حیطه‌های ذکر شده، کارگروه‌ها تعریف شده و نمایندگان دستگاه‌ها برحسب ماموریت‌های دستگاهی خود در کارگروه‌های مرتبط تعیین شدند.

در هر کارگروه مربوط به هر حیطه، جلسات متعددی برگزار و شاخص‌های حیطه مرتبط، مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت و پس از اجماع، شاخص‌ها با تعریف و مسئول مشخص گردید.

ابزار به کار رفته برای این کار ابزاری است که از دو جزء سنجش و پاسخ‌گویی تشکیل شده است. سیاست‌گذاران با استفاده از جزء سنجش می‌توانند حیطه‌های اولویت‌دار مداخلاتی را شناسایی نمایند و از طریق جزء پاسخ‌گویی می‌توانند استراتژی‌هایی برای این حیطه‌ها بسته به نیاز مناطق، تعیین نمایند.

با سنجش شاخص‌های تعیین شده، سیاست‌گذار و تصمیم‌گیران قادر خواهند بود تا وضعیت نشانگرهای سلامت را به نحوی ترسیم نمایند که امکان مقایسه سریع آن‌ها بین شهرها در کشور (و نهایتاً با استانداردهای بین‌المللی) فراهم آید.

در نهایت، مجموعاً ۶۹ شاخص شامل ۳۸ شاخص حیطه سلامت، ۱۲ شاخص در حیطه محیط فیزیکی و زیرساخت، ۱۰ شاخص در حیطه توسعه انسانی و اجتماعی، ۴ شاخص در حیطه توسعه اقتصادی، ۵ شاخص در حیطه حکمرانی مشخص گردید.

۶۹ شاخص پیشنهادی که حاصل تبادل نظر متخصصان و خبرگان بیش از ۲۰ سازمان، وزارتخانه و بیش

از ۲۰ جلسه مجموعاً ۷۰۰ نفر ساعت کارشناسی است در **پیوست شماره ۱** آورده شده است.

انتظار می‌رود این ابزار بتواند مسبب تغییرات زیر گردد:

- بهبود وضعیت اجتماعی و سلامتی مردمانی که در نواحی محروم و فقیر و یا نواحی حاشیه شهر زندگی می‌کنند؛
- بسیج جامعه به منظور ارتقاء عدالت در سلامت؛
- تاکید بر اهمیت تاثیر عوامل اجتماعی بر وضعیت سلامت جهت بهبود وضعیت عدالت در سلامت؛
- ارتقاء همکاری بین بخشی برای عدالت در سلامت؛
- تامین داده‌های قابل مقایسه و تحلیل ارزشمند در زمینه عدالت در سلامت؛
- اولویت بندی استراتژی‌ها/ مداخلات و اقداماتی که باید برنامه ریزی و اجرا شود.

تلاش ما این است تا این پروژه را بعنوان پایلوت در شهرستان ری در سال ۱۳۹۷ پیاده کنیم و الگویی برای تعمیم به کل کشور تهیه نماییم و نشان دهیم که با همکاری سازمان‌های مختلف چگونه می‌شود این شاخص‌ها را اندازه‌گیری کرده و منابع شهرستان را در جهت رفع بی‌عدالتی، هدفمند هزینه نمود.

ملاحظه می‌فرمایید این دو پروژه یعنی ادغام SDH در PHC و یکی هم شاخص‌های عدالت در سلامت، مکمل هم هستند و یک نگاه جامع دارند زیرا فقط به سلامت نگاه نمی‌کنند بلکه به تمامی حوزه‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی توجه دارد و بعد هم این نگاه، نگاه عدالت‌محور است یعنی متوجه محرومین و نیازمندان جامعه می‌شود. بنابراین علاوه بر اینکه یک حرکت توسعه‌ای است یک حرکت معنوی هم هست که خوشبختانه با آموزه‌های دینی و سیاسی ما هماهنگی زیادی دارد. این دو اولویت حوزه بهداشت است که باید به طور جدی مورد توجه قرار گیرد. بنابراین بطور خلاصه، می‌توان گفت در بخش بهداشت برای اجتماعی شدن باید دو مداخله صورت گیرد:

مداخلاتی که برای اجتماعی شدن، در بخش بهداشت باید صورت گیرد

۱ - ادغام تعیین کننده‌های اجتماعی در PHC که نمونه آن تحت عنوان طرح تبسم (توسعه بهینه سلامت محله) در شهر یزد در حال اجراست. در این برنامه جامعه توانمند می‌شود تا اولاً نیازهای خود را نه تنها در عرصه سلامت بلکه در عرصه توسعه، احصا کرده، آن‌ها را اولویت بندی کند و سپس با همکاری سازمان‌های مربوطه مداخلات لازم را انجام دهد و در نهایت برنامه اجرا شده را ارزشیابی کند.

۲ - شاخص‌های عدالت در سلامت که مصوبه هیات وزیران است را از طریق کارگروه سلامت و امنیت غذایی (ساغ) با ریاست فرمانداری شهرستان، اجرا نماید. این شاخص‌ها می‌تواند مبنای مداخلات هدفمند برای رفع بی‌عدالتی در شاخص‌های سلامت و عوامل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی باشد.

راهکارهای اجتماعی شدن سلامت در حوزه درمان:

در حوزه درمان، مداخله مناسب، انجام پروژه HPH (بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت) است. در این پروژه ۴ اقدام عمده باید انجام شود:

- ۱ - اصلاح محیط بیمارستان از نظر ظاهر، دفع زباله بیمارستانی و پیشگیری از عفونت بیمارستانی
- ۲ - آموزش پرسنل بیمارستانی به عنوان الگوی مناسب از نظر سبک زندگی، برای بیماران
- ۳ - ارزیابی بیماران هنگام ترخیص از نظر مراقبت‌های پزشکی و اجتماعی و توانمندسازی آنان و اطرافیان برای مراقبت‌های لازم و در نهایت، حمایت از بیماران از طریق خیرین و سازمان‌های مرتبط مثل کمیته امداد امام خمینی(ره)، چنانچه نیاز به مراقبت‌های اجتماعی وجود داشته باشد.
- ۴ - یک جمعیت تعیین شده حدود ۵۰ هزار نفری را برای اجرای برنامه‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در این گروه هدف به بیمارستان سپرده و از این حوزه جمعیتی برای آموزش در عرصه به دانشجویان علوم پزشکی استفاده کنیم.

راهکارهای اجتماعی شدن سلامت در حوزه آموزش:

اجرای مداخله پرسابقه COME (آموزش پزشکی جامعه نگر)، که در آن دانشجوی فرصت می‌یابد در اجتماع حضور یابد و با مشکلات اجتماعی و راه‌های مداخله برای حل آن‌ها آشنا شود. این مهم در کارآموزی و کارورزی بهداشت و همچنین آموزش‌های درمان‌های سرپایی و بستری در رویکرد HPH قابل تحقق است.

راهکارهای اجتماعی شدن سلامت در حوزه پژوهش:

توسعه پژوهش‌های مشارکتی مبتنی بر جامعه (CBPR) است که در آن جامعه توانمند می‌شود و بعنوان همکار پژوهشی کنار تیم پژوهش دانشگاه، پروژه را به صورت مشارکتی اجرا می‌کند. اساس این نوع پژوهش، بر انتخاب موضوع پژوهش بر پایه نیاز جامعه، توانمندسازی جامعه و مداخلات جامع است که مستلزم همکاری بین مردم و سازمان‌های دولتی و خصوصی است. طرح تبسم که در بالا به آن اشاره شد نمونه‌ای از این نوع پژوهش هاست.

اقدام دیگری که میتوان اجتماعی شدن نظام سلامت را تسریع کند، بازنگری در شاخص‌های ارزیابی دانشجویان، اعضای هیات علمی و نهادهای خدماتی است. لازم است که به ملاک‌های ارزشیابی فعلی، شاخص‌هایی که برخاسته از مسئولیت‌های اجتماعی است، اضافه گردد. این شاخص‌ها در دادن پایه‌ها و ارتقا اعضای هیات علمی و ارزشیابی‌های آن‌ها در کنار سایر شاخص‌های متداول قرار گیرند. این مهم از سال ۱۳۹۷ در دانشگاه علوم پزشکی تهران، بعنوان اولین دانشگاه در سطح کشور، آغاز شده است.

منظور از اجتماعی شدن نظام سلامت این است که:

- ۱ - پتانسیل‌های خارج از بخش سلامت را شناسایی کنیم.
- ۲ - به سازماندهی این پتانسیل‌ها مثل خیرین نظام سلامت، سمن‌ها، یا حتی رابطین بهداشت و رضاکاران که شور ما کم و بیش سازمان یافته می‌باشند، بپردازیم.
- ۳ - توانمند کردن افراد از طریق آموزش و کسب مهارت‌های لازم را مورد توجه قرار دهیم.
- ۴ - ارتقاء و پیشگیری، همواره در اولویت باشند.

پیوست ۱ - شاخص‌های عدالت در سلامت

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	حیطه	رتبه
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالانه	سازمان ثبت احوال کشور وزارت بهداشت	جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، سن مادر، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	موالید زنده همان سال* ۱۰۰۰	تعداد مرگ نوزادان زنده به دنیا آمده که در هنگام مرگ سن آن‌ها ۴ هفته یا کمتر است در یکسال	احتمال مرگ نوزادان زنده به دنیا آمده از زمان تولد تا ۴ هفتگی	میزان مرگ نوزادان	سلامت	۱
سالانه	سازمان ثبت احوال کشور وزارت بهداشت	جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، سن مادر، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	موالید زنده همان سال* ۱۰۰۰	تعداد مرگ کودکان زیر یک سال در طی یکسال	احتمال مرگ کودک زنده متولد شده از بدو تولد تا یک سالگی	میزان مرگ اطفال زیر یکسال	سلامت	۱
سالانه	سازمان ثبت احوال کشور وزارت بهداشت	جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، سن مادر، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	موالید زنده در همان سال* ۱۰۰۰	تعداد مرگ کودکان زیر ۵ سال در طی یکسال	احتمال مرگ کودک زنده متولد شده در فاصله تولد تا سن ۵ سالگی	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال	سلامت	۱

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	حیطه	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالیانه	سازمان ثبت احوال وزارت بهداشت	سطوح اقتصادی، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، سن مادر (متوفی)، تحصیلات مادر(متوفی) در استان	موالید زنده همان سال *۱۰۰۰۰۰	تعداد مرگ مادران به علت عوارض حاملگی و طی یک سال	احتمال مرگ مادران در زمان بارداری، حین زایمان و یا ۴۲ روز اول پس از زایمان که ناشی از علل مرتبط با بارداری و یا تشدید شده به وسیله حاملگی باشد در طی یک سال	میزان مرگ مادران به دلیل حاملگی و عوارض آن	سلامت	۴
سالیانه	وزارت بهداشت، سازمان ثبت احوال	سن به فاصله ده سال، جنس، محل سکونت (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، سطوح اقتصادی و تحصیلات بر حسب شهرستان و استان	جمعیت وسط سال برای گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال * ۱۰۰۰۰	تعداد موارد مرگ به دلیل چهار گروه بیماری - دیابت - قلبی و عروقی، سرطان و بیماری‌ها مزمن تنفسی در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال در طی یکسال	میزان مرگ در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال به دلیل چهار گروه بیماری دیابت - قلبی و عروقی، سرطان و بیماری‌های مزمن تنفسی	میزان مرگ در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال به دلیل چهار علت اصلی (دیابت، قلبی، عروقی، سرطان، تنفسی)	سلامت	۵

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	حیطه	رتبه
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالیانه	مرکز آمار ایران سازمان ثبت احوال کشور وزارت بهداشت	جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل سکونت(شهر/حاشه یه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	تکمیل جدول طول عمر بر اساس اطلاعات جمعیتی و مرگ و میر		تعداد سال‌هایی که یک کودک زنده به دنیا آمده زندگی خواهد کرد در صورتی که میزان‌های مرگ اختصاصی سنی در زمان تولد در تمام طول زندگی کودک به همان صورت فعلی باقی مانده باشند	امید زندگی در بدو تولد	سلامت	۶
سالیانه	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	جمعیت وسط سال کشور در همان سال* ۱۰۰	موارد جدید دیابت گزارش شده در طول سال	موارد جدید دیابت در طی یک سال	میزان بروز دیابت	سلامت	۷
سالیانه	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	کل بیماران* ۱۰۰	بیمارانی که در واحدها تحت مراقبت هستند	درصد بیمارانی که برابر پروتکل تعریف شده در واحدهای بهداشتی درمانی تحت مراقبت می‌باشند	نسبت بیماران دیابتیک که تحت مراقبت می‌باشند	سلامت	۸

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	حیطه	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالیانه	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	کل بیماران تحت مراقبت* ۱۰۰	بیمارانی که دیابت آن‌ها کنترل شده است	درصد افراد تحت پوشش مراقبت از دیابت که طبق تعریف دیابت آن‌ها کنترل شده است	اثر بخشی برنامه مراقبت دیابت	سلامت	۹
سالیانه	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	جمعیت وسط سال به ۳۰سال بالا در همان سال* ۱۰۰	تعداد موارد فشار خون بالا در جمعیت ۳۰ سال به بالا	میزان شیوع فشار خون بالا در گروه سنی ۳۰ سال به بالا	میزان شیوع فشار خون بالا	سلامت	۱۰
سالیانه	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	کل بیماران با فشارخون بالا* ۱۰۰	تعداد بیماران با فشار خون بالا تحت پوشش برنامه	درصد بیماران فشار خون بالا در جمعیت ۳۰ سال به بالا که برابر پروتکل تعریف شده در واحدهای بهداشتی درمانی تحت مراقبت می‌باشند.	نسبت بیماران فشارخون بالا که تحت مراقبت می‌باشند	سلامت	۱۱

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	حیطه	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالانه	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل سکو نت(شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و بر حسب شهرستان و استان	کل بیماران تحت پوشش * ۱۰۰	افراد تحت پوشش مراقبت فشارخون که طبق تعریف فشار خون آنها کنترل شده است.	درصد افراد تحت پوشش مراقبت فشارخون که طبق تعریف فشار خون آنها کنترل شده است.	اثر بخشی مراقبت از بیماران فشار خون بالا	سلامت	۱۲
سالانه	وزارت بهداشت	جنس، تحصیلات، سطوح اقتصادی، شغل، محل سکونت(شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	جمعیت وسط سال کشور در همان سال * ۱۰۰۰۰۰	موارد جدید سل گزارش شده در طول سال	موارد جدید سل گزارش شده در جمعیت معین	میزان بروز سل	سلامت	۱۳
سالانه	وزارت بهداشت سازمان پزشکی قانونی کشور	جنس، سن، سطوح اقتصادی، محل سکونت، محور حادثه، داخل شهر و خارج شهر، (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	کل جمعیت کشور در همان سال * ۱۰۰,۰۰۰	تعداد مصدومین ناشی از حوادث ترافیکی به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن در بیمارستان	میزان بروز حوادث ترافیکی به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن در بیمارستان	میزان بروز حوادث ترافیکی(داخل شهر، خارج شهر)	سلامت	۱۴

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	حیطه	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالانه	وزارت بهداشت سازمان پزشکی قانونی کشور	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	کل جمعیت کشور در همان سال* ۱۰۰۰۰۰	تعداد مصدومین ناشی از حوادث غیر ترافیکی، سقوط، سوختگی، نزاع خیابانی و سایر به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن در بیمارستان	بروز حوادث غیر ترافیکی، نزاع خیابانی و سایر به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن در بیمارستان	میزان بروز حوادث غیر ترافیکی و غیر شغلی	سلامت	۱۵
سالانه	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی وزارت بهداشت سازمان پزشکی قانونی کشور	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، نوع کار محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، نوع کار، سابقه کار، سبب (اندازه) محل کار یا سطح محل کار (بر حسب شهرستان و استان)	جمعیت کارگری کارخانجات فوق* ۱۰۰۰۰۰	کارگران آسیب دیده ناشی از کار در کارگاه‌های مشمول قانون کار، به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن در بیمارستان	بروز حوادث ناشی از کار در کارگاه‌های مشمول قانون کار، به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن در بیمارستان	میزان بروز حوادث مرتبط با کار به تفکیک کننده	سلامت	۱۶

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	حیطه	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالانه	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل سکونت(شهر/حاش یه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	جمعیت وسط سال* ۱۰۰۰۰۰	موارد سرطان بر حسب نوع سرطان ثبت شده در طول سال	میزان شیوع برای ده سرطان اول به تفکیک نوع سرطان در یکسال	میزان شیوع ده سرطان اول	سلامت	۱۸
سالانه	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل سکونت(شهر/حاش یه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	جمعیت وسط سال* ۱۰۰	تعداد افراد مبتلا به اختلالات روانپزشک ی به تفکیک نوع اختلال	میزان افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی به تفکیک نوع اختلال	میزان شیوع اختلالات روانپزشکی به تفکیک نوع اختلال	سلامت	۱۹
سالانه	وزارت بهداشت	جنس، سن، تاهل، سطح اقتصادی، تحصیلات، شغل، ناحیه(شهر و روستا) بر حسب شهرستان و استان	جمعیت وسط سال* ۱۰۰	تعداد افراد دارای علائم و نشانه های اختلالات روانپزشک ی	درصد افراد دارای علائم و نشانه های اختلالات روانپزشکی	میزان شیوع علائم و نشانه های اختلالات روانپزشکی	سلامت	۲۰

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	حیطه	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالانه	وزارت بهداشت سازمان پزشکی قانونی کشور سازمان بهزیستی کشور	سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل سکونت(شهر/حاشی شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	جمعیت وسط سال* ۱۰۰۰۰۰	تعداد افراد که در بیمارستان بستری شده اند به دلیل اقدام به خودکشی	تعداد افراد بستری شده به دلیل اقدام به خودکشی تعداد افراد فوت شده ناشی از خودکشی	میزان شیوع موارد اقدام و فوت ناشی از خودکشی	سلامت	۲۰
سالانه	وزارت بهداشت وزارت آموزش و پرورش	جنس، سطوح اقتصادی، سطوح تحصیلات مادر یا سرپرست، محل سکونت (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	کل کودکان ۱۲ ساله و ۶ ساله غربالگری شده از نظر سلامت دهان و دندان	تعداد دندان‌های (پوسیده+ پر شده+اف تاده) در کودکان ۱۲ ساله و ۶ ساله	میانگین تعداد دندان‌های آسیب دیده (پوسیده+پر شده+افتاده) در کودکان ۱۲ ساله (پایه ششم ابتدایی) و ۶ ساله(پایه اول ابتدایی)	میانگین DMFT در جمعیت ۱۲ سال و ۶ ساله	سلامت	۲۱

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	طبقه	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالانه	ستاد مبارزه با مواد مخدر وزارت بهداشت و وزارت آموزش و پرورش	به تفکیک طریقه مصرف، نوع ماده سن، جنس، سطوح اقتصادی، محل تحصیلات، محل سکونت س(شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	جمعیت عمومی بالای ۱۲ سال کشور* ۱۰۰۰۰۰	میزان افراد بالای ۱۲ سال به بالا که در طی یکسال گذشته حداقل یک بار مصرف مواد داشته اند بر حسب موارد جدید و تکراری	میزان افراد بالای ۱۲ سال به بالا که در طی یکسال گذشته حداقل یک بار مصرف مواد داشته اند بر حسب موارد جدید و تکراری	بروز و شیوع مصرف مواد در جمعیت ۱۲سال به بالا	سلامت	۱۲
سالانه	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطوح اقتصادی، محل تحصیلات، محل سکونت س(شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	جمعیت بین ۱۵-۶۴ سال* ۱۰۰	افراد بین ۱۵ تا ۶۴ ساله که در طی یکسال گذشته مصرف الکل داشته اند.	درصد افراد بین ۱۵ تا ۶۴ ساله که در طی یکسال گذشته مصرف الکل داشته اند.	میزان شیوع مصرف الکل در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال		۱۳

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	حیطه	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالیانه	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل سکو نت(شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و بر حسب شهرستان و استان	کل مصرف کنندگان بالای ۱۲ سال* ۱۰۰	تعداد مصرف کنندگان بالای ۱۲ سال تحت پوشش برنامه	درصد مصرف کنندگان بالای ۱۲ سال که برابر پروتکل تعریف شده در واحدهای بهداشتی درمانی تحت مراقبت می‌باشند.	درصد مصرف کنندگانی از مواد که طبق پروتکل تحت درمان هستند	سلامت	۱۴
سالیانه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر سازمان بهزیستی	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیل، شغل، محل سکونت(شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، نوع ماده، طریقه مصرف(تزریقی- غیر تزریقی)، نوع درمان، ماده اصلی مورد استفاده بر حسب شهرستان و استان	جمعیت کل بیماران مراجعه کننده به مراکز درمان* ۱۰۰	بیمارانی که بیش از ۱۲ ماه در برنامه درمان باقی می‌ماند.	درصد بیمارانی که بیش از ۱۲ ماه در برنامه درمان باقی مانده اند.	میزان ماندگاری در برنامه‌های درمان و کاهش آسیب اعتیاد	سلامت	۱۵

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	حیطه	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالانه	وزارت بهداشت ستاد مبارزه با مواد مخدر	سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل سکو نت(شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و بر حسب شهرستان و استان	جمعیت گروه سنی در وسط سال* ۱۰۰	تعداد افراد ۱۲ سال و بالاتر که تاکنون حداقل ۱۰۰ نخ سیگار و سیگار یا معادل آن سایر مواد دخانی مصرف کرده اند و در حال حاضر از سیگار یا دیگر دخانی استفاده می کنند	درصد افراد ۱۲ سال و بالاتر که تاکنون حداقل ۱۰۰ نخ سیگار و یا معادل آن سایر مواد دخانی مصرف کرده اند و در حال حاضر از سیگار یا هر فرآورده دیگر دخانی استفاده می کنند	شیوع مصرف مواد دخانی در جمعیت ۱۲ سال و بالاتر	سلامت	۲۶
سالانه	وزارت بهداشت	محل سکونت (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) ، سطوح اقتصادی، جنس و تحصیلات مادر بر حسب شهرستان و استان	تعداد کل کودکان زیر ۵ سال* ۱۰۰	تعداد کودکان زیر ۵ سال دارای کم وزنی در بررسی	درصد کودکان زیر ۵ ساله که وزن برای سن آنها کمتر از منهای ۲ انحراف معیار از میانگین استاندارد می باشد	شیوع کم وزنی در کودکان زیر ۵ سال	سلامت	۲۷

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	حیطه	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالانه	وزارت بهداشت	مجل سکونت (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، سطوح اقتصادی، جنس و تحصیلات مادر بر حسب شهرستان و استان	تعداد کل کودکان زیر ۵ سال* ۱۰۰	تعداد کودکان زیر ۵ سال دارای کوتاه قد بررسی	درصد کودکان زیر ۵ ساله که قد برای سن آنها کمتر از منهای ۲ انحراف معیار از میانگین استاندارد می باشد	شیوع کوتاه قدی در کودکان زیر ۵ سال	سلامت	۷۸
هر ۵ سال	وزارت بهداشت	جنس، گروه سنی، سطوح اقتصادی، تحصیلات و محل سکونت (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	تعداد جمعیت در همان گروه سنی (۱۸ ساله و بیشتر)* ۱۰۰	تعداد افراد ۱۸ ساله و بیشتر دارای اضافه وزن و یا چاق طبق تعریف	درصد افراد ۱۸ ساله ای و بیشتر که طبق تعریف اضافه وزن داشته و یا چاق هستند	شیوع اضافه وزن و یا چاقی در سنین ۱۸ ساله و بیشتر طبق تعریف	سلامت	۷۹
سالانه	وزارت بهداشت	سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، محل سکونت (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، شغل مادر بر حسب شهرستان و استان	تعداد کل کودکان ۶ تا ۱۱ ماهه* ۱۰۰	تعداد کودکان ۶ تا ۱۱ ماهه که منحصراً ۶ ماه با شیر مادر تغذیه شده اند	درصد نوزادانی که ۶ ماه منحصراً از شیر مادر تغذیه شده اند	تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان تا ۶ ماهگی	سلامت	۸۰
سالانه	وزارت بهداشت	سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و بر حسب شهرستان و استان	تعداد کل موالید زنده در همان سال* ۱۰۰	تعداد نوزادان با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم در یک سال معین	درصد نوزادانی که هنگام تولد وزن آنها کمتر از ۲۵۰۰ گرم می باشد	نسبت تولد نوزادان با وزن کم هنگام تولد	سلامت	۸۱

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	حیطه	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالانه	وزارت بهداشت	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر و روستا) بر حسب شهرستان و استان	افراد ۱۵ تا ۶۴ سال مورد بررسی* ۱۰۰	افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله ای که هر هفته ۵ روز و هر روز به مدت ۳۰ دقیقه فعالیت متوسط تا شدید دارند و یا ۱۰ دقیقه فعالیت مربوط به تقویت عضلات دارند	درصد افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله ای که هر هفته ۵ روز و هر روز به مدت ۳۰ دقیقه فعالیت متوسط تا شدید دارند و یا ۱۰ دقیقه فعالیت مربوط به تقویت عضلات دارند	فعالیت فیزیکی	۲۲	سلامت
سالانه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	جنس، سن، تحصیلات، اقتصادی، محل سکونت (شهر- روستا)، استان	جمعیت زوجهای آن گروه سنی در وسط سال* ۱۰۰	تعداد زوجهای نابارور	درصد زوجهایی در سنین باروری که در معرض حامله شدن هستند (از نظر جنسی اکتیو باشند. پیشگیری از بارداری نداشته باشند و در دوران شیردهی هم نباشند) و علیرغم تلاش برای بارداری موفق به بارداری نشدند	نرخ ناباروری	۲۳	سلامت

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	حیطه	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالانه	بنیاد برکت وزارت بهداشت	جنس، سن، تحصیلات، ت، سطوح اقتصادی، محل سکونت (شهر- روستا)، استان	کل زوجهای نابارور در سن باروری* ۱۰۰	زوجهای نابارور که از خدمات درمان نازایی بهره مند شده اند	درصد زوجهای نابارور که به خدمات درمان نازایی دسترسی داشته اند و بهره مند شده اند به کل زوجهای نابارور	درصد افراد ناباروری که از خدمات باروری بهره مند شده اند	سلامت	۲۴
سالانه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	سن، تحصیلات، سطوح اقتصادی، شغل، محل سکونت	کل بارداریها در یک سال* ۱۰۰	تعداد بارداریهای تحت مراقبت در یکسال	در صد بارداریهای نیازمند مراقبتهای ویژه در یکسال	درصد بارداریهای نیازمند مراقبتهای ویژه	سلامت	۲۵
سالانه	وزارت بهداشت	سطوح اقتصادی، (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)	کل خانوارها * ۱۰۰	خانوارهای دارای عملکردی مطلوب در برابر بلایا	در صد خانوارهای دارای آمادگی عملکردی مطلوب در برابر بلایا	نسبت خانوارهای دارای عملکردی مطلوب در برابر بلایا	سلامت	۲۶
سالانه	وزارت بهداشت	جنس - سن - راههای انتقال بر حسب شهرستان و استان	تخمین موارد اچ آی وی * ۱۰۰	تعداد موارد اچ آی وی شناسایی شده	درصد موارد اچ آی وی مثبت شناسایی شده	پوشش شناسایی اچ آی وی	سلامت	۲۷
سالانه	وزارت بهداشت	جنس - سن - راههای انتقال بر حسب شهرستان و استان	موارد اچ آی وی واجد شرایط درمان* ۱۰۰	تعداد موارد اچ آی وی تحت درمان	درصد افراد واجد شرایط درمان که تحت درمان قرار گرفته اند	پوشش درمان اچ آی وی	سلامت	۲۸

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	حیطه	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالانه	اصلی: وزارت نیرو، شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور همکار: وزارت بهداشت مرکز آمار ایران	ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	تعداد کل خانوار* ۱۰۰	تعداد خانوارهای دارای دسترسی به شبکه آب آشامیدنی لوله کشی با حدکثر نیم ساعت پیاده روی و یا تحت پوشش شرکت آب و فاضلاب	مناطق روستایی: درصد جمعیتی که به شبکه عمومی آب آشامیدنی در منزل یا خارج از منزل با حداکثر نیم ساعت پیاده روی دسترسی دارند مناطق شهری: درصدی از جمعیت کل قلمرو مورد نظر که تحت پوشش شرکت های آب و فاضلاب می باشند	درصد خانوارهایی که به شبکه عمومی آب آشامیدنی (داخل یا خارج منزل) دسترسی دارند	محیط فیزیکی و زیر ساخت	۳۹
سالانه	اصلی: وزارت بهداشت همکار: شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور و مرکز آمار ایران	محل سکو نت (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	تعداد کل نمونه* ۱۰۰	تعداد نمونه با نتیجه مطلوب	درصد مواردی که در نمونه برداری از آب در شبکه توزیع و یا مخازن ذخیره نتیجه آزمون باکتریولوژیک مطابق استاندارد ملی است .	نسبت موارد مطلوب نمونه های آب آشامیدنی از نظر باکتریوژیک	محیط فیزیکی و زیر ساخت	۴۰
سالانه	اصلی: وزارت بهداشت همکار: شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور و مرکز آمار ایران	محل سکونت (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	تعداد کل نمونه* ۱۰۰	تعداد نمونه با نتیجه مطلوب (نیترات کمتر از ۵۰ میلی گرم در لیتر)	درصد تعداد مواردی که نتیجه نمونه برداری و آزمون نیترات در شبکه توزیع آب شرب کمتر از ۵۰ میلی گرم در لیتر باشد	نسبت موارد مطلوب نمونه های آب آشامیدنی از نظر نیترات	محیط فیزیکی و زیر ساخت	۴۱

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	حیطه	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالیانه	اصلی: وزارت بهداشت همکار: شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور و مرکز آمار ایران	محل سکونت (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و نوع منطقه در شهرستان	تعداد کل نمونه* ۱۰۰	تعداد نمونه برداشت شده با نتیجه مطلوب از نظر عوامل فلزات سنگین	درصد تعداد مواردی که نتیجه نمونه برداری و آزمون عامل‌های سنگین در شبکه توزیع آب شرب کمتر از حد مشخص شده در استاندارد ملی ایران باشد	نسبت موارد مطلوب نمونه‌های آب آشامیدنی از نظر فلزات سنگین	محیط فیزیکی و زیر ساخت	۴۲
سالیانه	اصلی: وزارت بهداشت همکار: شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور و مرکز آمار ایران	محل سکونت (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	تعداد کل نمونه* ۱۰۰	تعداد نمونه برداشت شده با نتیجه مطلوب	درصد نمونه‌های برداشت شده از شبکه آب آشامیدنی از نظر شاخص کل جامدات محلول کمتر از ۱۰۰۰ میلی گرم در لیتر (حد مطلوب مندرج در استاندارد ملی ایران)	نسبت موارد مطلوب نمونه‌های آب آشامیدنی از نظر کل جامدات محلول TDS	محیط فیزیکی و زیر ساخت	۴۳
سالیانه	وزارت بهداشت مرکز آمار ایران	روستا	تعداد کل خانوارها* ۱۰۰	تعداد خانوارهایی که توالی بهداشتی طبق تعریف دارند	درصد خانوارهایی که در داخل خانوار دارای توالی بهداشتی طبق تعریف می‌باشند	نسبت خانوارهایی که در داخل خانوار دارای توالی بهداشتی، طبق تعریف می‌باشند	محیط فیزیکی و زیر ساخت	۴۴

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	حیطه	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
پنج ساله	اصلی: وزارت بهداشت همکار: وزارت نیرو شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور و مرکز آمار ایران	شهر، روستا و حاشیه شهر	تعداد کل خانوارها* ۱۰۰	تعداد خانوارهایی که دارای سیستم دفع بهداشتی فاضلاب طبق تعریف هستند تعداد خانوارهایی که به شبکه جمع آوری دفع بهداشتی فاضلاب خانگی متصل هستند	الف- درصد خانوارهایی که برای دفع فاضلاب خانگی از چاه جذبی استفاده می کنند. ب- درصد خانوارهایی که برای دفع فاضلاب خانگی از مخزن مدفوع (سپتیک تانک) استفاده می کنند و یا به شبکه جمع آوری فاضلاب وصل هستند.	نسبت خانوارهایی که برای دفع فاضلاب خانگی از روش های بهداشتی استفاده می کنند	۴۵	محیط فیزیکی و زیر ساخت
سالانه	استاندارد ریها، شهرداریها و دهیاری ها، مرکز آمار ایران	شهر، روستا و حاشیه شهر	تعداد کل خانوارها* ۱۰۰	تعداد خانوارهایی که تحت پوشش سیستم جمع آوری پسماندهای عادی می باشند	درصد خانوارهایی که تحت پوشش سیستم جمع آوری پسماندهای عادی استفاده می کنند.	نسبت خانوارهایی که تحت پوشش سیستم جمع آوری پسماندهای عادی (خانگی) می باشند.	۴۶	محیط فیزیکی و زیر ساخت

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	حیطه	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سه ماه یکبار به صورت فصلی	وزارت بهداشت سازمان حفاظت محیط زیست سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های کشور	شهرهایی که ایستگاه سنجش دارند	تعداد روزهای که در دوره گزارش دهی (سه ماهه) سنجش آلاینده‌های هوا انجام شده است	تعداد روزهای دوره گزارش دهی (سه ماهه) که شاخص کیفیت هوا برای آلاینده‌ها ی در محدوده پاک باشد	درصد از روزهای سال که کیفیت هوا در شهرهای هدف سنجش شده و مقادیر محاسبه شده در گزارش‌های روزانه طبق تعریف در محدوده هوای پاک و هوای سالم قرار دارند	نسبت روزهای سال که طبق تعریف هوا سالم است	محیط فیزیکی و زیر ساخت	۴۹
سالانه	اصلاح نباتات و وزارت جهاد و کشاورزی و مرکز آمار ایران	شهر/ حاشیه شهر و شهرستان	تعداد کل نمونه* ۱۰۰	تعداد نمونه برداشت شده با نتیجه نامطلوب	درصد نمونه‌های برداشت شده از محصولات کشاورزی تازه خوری و میوه باغی ، زراعی و گلخانه ای که از نظر شاخص بالاتر از حد مجاز تعریف شده سموم ، نیترات و یا فلزات سنگین باشند	میزان باقی مانده آلاینده‌ها اعم از کود ، سم و فلزات در محصولات کشاورزی	محیط فیزیکی و زیر ساخت	۵۰
هر ۵ سال	مرکز آمار ایران وزارت بهداشت سازمان ثبت احوال کشور	تحصیلات مادر(فرد)، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، سطوح اقتصادی بر حسب شهرستان و استان	جمعیت زنان آن گروه سنی در وسط سال	تعداد موالید زنده در گروه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال و ۳۵ تا ۳۵ سال و بالای ۳۵ سال در یکسال	میزان باروری اختصاصی سنی زیر ۱۸ سال، ۱۸ تا ۳۵ سال	میزان باروری اختصاصی سنی زیر ۱۸ سال، ۱۸ تا ۳۵ سال	توسعه اجتماعی و انسانی	۵۱

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	حیطه	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالیانه	وزارت آموزش و پرورش مرکز آمار ایران سازمان ثبت احوال کشور	جنس، شهر، روستا، سطوح اقتصادی، استان (قابل ریز شدن تا سطح شهرستان نیست)	تعداد جمعیت کودکان ۶ ساله در سال تحصیلی	تعداد دانش آموزان ۶ سال تمام پایه اول در سال تحصیلی	نسبتی از جمعیت ۶ سال تمام که در پایه اول ثبت نام کرده باشند	نرخ جذب خالص پایه اول ابتدایی (۶ سال تمام)	توسعه انسانی و اجتماعی	۵۲
سالیانه	اصلی: وزارت آموزش و پرورش همکار: ثبت احوال کشور و مرکز آمار ایران	سن و جنس، محل سکونت، سطوح اقتصادی		با استفاده از جدول طول عمر محاسبه شود	درصدی از جمعیت ورود به دبستان که احتمالی دارد دوره ابتدایی و متوسطه را به پایان برسانند	امید فراغت از تحصیل دوره ابتدایی و متوسطه برای کودکان ورود به دبستان	توسعه انسانی و اجتماعی	۵۳
سالیانه	اصلی: وزارت آموزش و پرورش همکار: سازمان ثبت احوال	جنس، سطوح اقتصادی، محل سکونت (شهر و روستا) بر حسب شهرستان و استان	تعداد کودکان که در کلاس اول دبستان ثبت نام کرده اند* ۱۰۰	تعداد کودکان که در کلاس اول دبستان ثبت نام کرده اند و قبلاً دوره پیش دبستان را گذرانده اند	درصد کودکانی که در کلاس اول دبستان ثبت نام کرده اند و قبلاً دوره پیش دبستان را گذرانده اند	درصد کلاس اولی‌های با تجربه پیش دبستانی	توسعه انسانی و اجتماعی	۵۴

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	حیطه	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالانه	اصلی: سازمان بهزیستی کشور همکار: کمیته امداد امام خمینی (ره)، سازمان صندوق بازنشستگی کشور	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، شغل، محل سکونت شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) در شهرستان سطح شهرستان	کل جمعیت سالمندان	تعداد سالمندان ی که از حمایت‌های سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی(ره) و بازنشستگی بهره مند می‌باشند.	نسبت سالمندان که از حمایت‌های اجتماعی طبق تعریف برخوردارند	توسعه انسانی و اجتماعی	۵۵	
سالانه	سازمان بهزیستی مرکز آمار ایران	جنس، سن، تحصیلات، شدت معلولیت، شهر و روستا بر حسب شهرستان و استان	جمعیت وسط سال* ۱۰۰	تعداد معلولین موجود در کشور بر حسب شدت طبق تعریف سازمان بهزیستی	در صد معلولین بر حسب شدت طبق تعریف سازمان بهزیستی	شیوع معلولیت به تفکیک خفیف، متوسط و شدید بر طبق تعریف	توسعه انسانی و اجتماعی	۵۶
سالانه	سازمان بهزیستی کشور	شدت معلولیت، جنس، سن، تحصیلات، سطوح اقتصادی، ناحیه(شهر- روستا)، بر حسب شهرستان و استان	تعداد کل معلولینی که به خدمات توانبخشی نیاز دارند* ۱۰۰	تعداد معلولینی که طبق پروتکل از خدمات توانبخشی استفاده کرده اند	درصدی از معلولین متوسط و شدید که از فرصت‌های لازم جهت دسترسی به امکانات و خدمات توانبخشی، اجتماعی و پیشگیری طبق تعریف در سطح جامعه بهره مند هستند.	بهره مندی معلولین از خدمات توانبخشی	توسعه انسانی و اجتماعی	۵۷

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	حیطه	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالانه	سازمان بهزیستی کشور	جنس، سن، تحصیلات، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر - روستا)، استان	کل زنان سرپرست خانوار نیازمند* ۱۰۰	تعداد زنان سرپرست خانواری که از حمایت‌های اجتماعی سازمان بهزیستی کشور و امداد امام (ره) بهره مند می‌باشند.	درصد زنان سرپرست خانواری که از حمایت‌های اجتماعی سازمان بهزیستی کشور و امداد امام (ره) بهره مند می‌باشند.	نسبت زنان سرپرست خانوار که از حمایت‌های اجتماعی طبق تعریف برخوردارند	توسعه انسانی و اجتماعی	۵۸
سالانه	سازمان اوقاف و امور خیریه سازمان تبلیغات اسلامی	شهر، روستا	جمعیت وسط سال* ۱۰۰۰	تعداد مساجد، تکایا و حسینیه‌های موجود در شهرستان	تعداد مساجد، تکایا و حسینیه‌های موجود در شهرستان طبق تعریف برای ۱۰۰۰ نفر جمعیت	نسبت تعداد مساجد، تکایا و حسینیه‌های برای ۱۰۰۰ نفر جمعیت	توسعه انسانی و اجتماعی	۵۹
پنج ساله مطالعات نمونه ای سالانه تا سطح شهرستان	اصلی: آموزش و پرورش - سازمان نهضت سواد آموزی همکار: ثبت احوال کشور و مرکز آمار ایران	جنس، استان	کل جمعیت ۱۰ تا ۴۹ ساله* ۱۰۰	تعداد جمعیت ۱۰ تا ۴۹ ساله ای که حداقل سواد خواندن و نوشتن دارند	درصد جمعیت ۱۰ تا ۴۹ ساله ای که حداقل سواد خواندن و نوشتن دارند	نرخ باسوادی (حداقل سواد خواندن و نوشتن) در گروه سنی ۱۰ تا ۴۹	توسعه انسانی و اجتماعی	۶۰

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	حیطه	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالانه	طرح آمارگیری نیروی کار سرشماری عمومی نفوس و مسکن	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل زندگی، شهرستان	جمعیت فعال اقتصادی	تعداد افراد بیکار	طبق تعریف وزارت کار	نرخ بیکاری	توسعه اقتصادی	۶۱
پنج ساله	وزارت بهداشت (موسسه ملی تحقیقات سلامت) مرکز آمار ایران	سطوح اقتصادی، شهر / روستا بر حسب شهرستان و استان	کل هزینه های غیر خوراکی خانوار* ۱۰۰	هزینه های سلامت در بودجه خانوار	در صد هزینه های سلامت در هزینه های غیر خوراکی خانوار	سهم هزینه های سلامت در هزینه های غیر خوراکی خانوار	توسعه اقتصادی	۶۲
پنج ساله	وزارت رفاه و تامین اجتماعی - دفتر مطالعات اجتماعی و فقر مرکز آمار ایران	سن سرپرست، جنس سرپرست، تحصیلات سرپرست خانوار، ناحیه، بر حسب شهرستان و استان	کل جمعیت کشور* ۱۰۰	جمعیتی که طبق تعریف کشوری زیر خط فقر مطلق زندگی می کنند	درصدی از جمعیت که طبق تعریف کشوری زیر خط فقر مطلق زندگی می کنند	خط فقر مطلق	توسعه اقتصادی	۶۳
پنج ساله	وزارت رفاه و تامین اجتماعی - دفتر مطالعات اجتماعی و فقر مرکز آمار ایران انستیتو تغذیه	سن سرپرست، جنس سرپرست، تحصیلات سرپرست خانوار، ناحیه (شهر و روستا) بر حسب شهرستان و استان	کل جمعیت کشور* ۱۰۰	جمعیتی که طبق تعریف کشوری زیر خط فقر شدید زندگی می کنند	درصدی از جمعیت که برابر تعریف کشوری زیر خط فقر شدید زندگی می کنند	خط فقر شدید	توسعه اقتصادی	۶۴
سالانه	وزارت رفاه و تامین اجتماعی سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح کمیته امداد امام خمینی (ره)	جنس، سن، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر - روستا) بر حسب شهرستان و استان	کل جمعیت کشور	تعداد جمعیت تحت پوشش بیمه پایه	درصد جمعیت تحت پوشش بیمه پایه	پوشش بیمه پایه	حکمرانی	۶۵

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	حیطه	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالیانه	وزارت رفاه و تامین اجتماعی بیمه مرکزی ایران	جنس، سن، تحصیلات، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر - روستا) بر حسب شهرستان و استان	کل جمعیت کشور	تعداد جمعیت تحت پوشش بیمه مکمل	درصد جمعیت تحت پوشش بیمه مکمل؛ درصدی از جمعیت کشور می باشد که علاوه بر بیمه پایه از مزایای بیمه های تکمیلی نیز برخوردار می باشد	پوشش بیمه مکمل	حکمرانی	۶۶
سالیانه	اصلی: وزارت کشور همکار: وزارت بهداشت	شهر و روستا، شهرستان	کل جمعیت کشور* ۱۰۰۰	تعداد اعضای فعال بالای ۱۸ سال در سازمانها ی مردم نهاد و خیریه ها که در ارتباط با نظام سلامت فعالیت دارند	تعداد اعضای فعال در سازمان های مردم نهاد و خیریه ها که در سال امارگیری برابر اساسنامه وظایف خود را انجام داده باشد.	تعداد اعضای فعال در سازمان های مردم نهاد و خیریه ها که در ارتباط با نظام سلامت فعالیت دارند	حکمرانی	۶۷
سالیانه	وزارت بهداشت وزارت کشور سازمان بهزیستی	شهر و روستا، شهرستان	کل بودجه نظام سلامت	سهم مالی خیرین در تامین بودجه نظام سلامت	درصد بودجه نظام سلامت که توسط مردم و خیرین جهت ساخت تجهیز و... بصورت اهدا تامین شده است	درصد بودجه نظام سلامت که توسط خیرین بصورت اهدا تامین شده است	حکمرانی	۶۸

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	منبع	نوع
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالانه	وزارت بهداشت	شهرستان	تعداد رابطین بهداشت که در سال بر رسی حد اقل ۶ ماه فعال بوده اند	تعداد خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری	خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری به تعداد رابطین بهداشت این مراکز که در سال بررسی شاخص‌ها حداقل ۶ ماه فعالیت داشته اند	نسبت خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری به تعداد رابطین بهداشت این مراکز که در سال بررسی شاخص‌ها حداقل ۶ ماه فعالیت داشته اند	حکومتی	۵۴

منابع:

این گفتار بر پایه مطالعات و تجربیات استاد عالیقدر جناب آقای دکتر ملک افضلی و بازخوردها و نظرات صاحب نظران به مشارالیه، طی مصاحبه سرکار خانم دکتر الهی با استاد، تدوین گردیده است.

جا دارد در انتهای افاضات استاد فرهیخته، در خصوص اجتماعی شدن سلامت و عدالت در سلامت و مداخلاتی که برای اجتماعی شدن، در بخش بهداشت باید صورت گیرد به عدالت عمودی یعنی "دسترسی به خدمات درمانی، براساس نیاز و پرداخت هزینه‌های درمانی، براساس توان و وسع مالی" که در فرهنگ و تمدن هزاران سال قبل ایران به صراحت، مورد توجه و تاکید قرار گرفته است نیز اشاره‌ای بنماییم:

هزاران سال قبل، در کشور ایران، مترقی ترین نوع ارتباط مالی بین پزشک و بیمار، به وضوح در کتاب اوستا (فقره های ۴۱ تا ۴۳) بیان شده است! به گونه ای که "عدالت عمودی" به جای "عدالت افقی" به عنوان یک دستور مکتوب عقیدتی در این خصوص، حکمفرما بوده و طبق نص صریح اوستا در عین حال که کمیت و کیفیت خدمات پزشکی، ربطی به طبقه اجتماعی و میزان درآمد افراد نداشته ولی پرداخت حق العلاج، به طرز کاملا شفاف و قانونمندی، متناسب با میزان درآمد افراد بوده و به عبارت دیگر، دسترسی به خدمات درمانی، براساس نیاز و پرداخت هزینه‌های درمانی، براساس توان و وسع مالی، صورت می‌گرفته است. البته از آنجا که معاملات به صورت پایاپای، انجام می‌شده است و به ازای ارائه خدمات و متناسب و معادل آن‌ها، تامین و دریافت مایحتاجی از قبیل حیوانات سواری، باربر، شیرده و تامین کننده مواد پروتئینی و همچنین، گندم و حبوبات و امثال این‌ها بوده در اسناد باقیمانده از آن زمان نیز همین مرادوات و ارتباطات اقتصادی به وضوح، به چشم می‌خورد.