



جمهوری اسلامی ایران
وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
معاونت رفاه اجتماعی

مجموعه گزارش‌های فقر چند بعدی

۳. فقر بهداشت و سلامت در ایران

بسم الله الرحمن الرحيم

مجموعه گزارش های فقر چند بعدی

۳. فقر بهداشت و سلامت در ایران

تهیه شده در:

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

معاونت رفاه اجتماعی

دفتر مطالعات رفاه اجتماعی

تابستان ۱۴۰۰

اللَّهُ اللَّهُ فِي الطَّبَقَةِ السُّفْلَى مِنَ الَّذِينَ لَا حِيلَةَ لَهُمْ، خدا را خدا را در طبقه پایین اجتماع، از آنان که راه چاره ندارند، مِنَ الْمَسَاكِينِ وَالْمُحْتَاجِينَ وَأَهْلِ الْبُؤْسَى وَالزُّمْنَى، و از کارافتادگان و نیازمندان و دچارشدگان به زیان و سختی و صاحبان امراضی که از پا درآمده‌اند، فَإِنَّ فِي هَذِهِ الطَّبَقَةِ قَائِعًا وَمُعْتَرًا. در میان اینان کسانی هستند که روی سؤال و اظهار حاجت دارند و کسانی که عفت نفسشان مانع از سؤال است. وَأُحْفَظُ لِلَّهِ مَا اسْتَحْفَظَكَ مِنْ حَقِّهِ فِيهِمْ. بنابراین آنچه را که خداوند در مورد آنان از حفظ حقوق از تو خواسته به حفظ آن پرداز. امام علی (ع) (فرازهایی از نامه ۵۳ نهج البلاغه)
--

۳. فقر بهداشت و سلامت در ایران

معاونت رفاه اجتماعی دفتر مطالعات رفاه اجتماعی نویسنده: زهرا غریب نواز ناظر علمی: سیدهادی موسوی نیک، زهرا کاویانی ناظر اجرایی: مریم واحدی صفحه آرا: پیمان مقدم ویراستار: مریم یوسفی واژه‌های کلیدی: فقر چندبعدی، نابرابری، فقر بهداشت و سلامت، وضعیت سلامت، عوامل خطر، کیفیت نظام سلامت، پوشش خدمات بهداشتی و درمانی تابستان ۱۴۰۰
تمام حقوق اثر برای وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی محفوظ است. نشانی: خیابان آزادی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، معاونت رفاه اجتماعی، دفتر مطالعات رفاه اجتماعی تلفن: ۶۴۴۹۲۸۴۳ فاکس: ۶۴۴۹۲۶۳۷

فهرست

خلاصه مدیریتی	۹
۱. مقدمه	۱۲
۲. مفهوم فقر در حوزه بهداشت و سلامت	۱۳
۳. شاخص‌های فقر بهداشت و سلامت	۱۴
۴. تصویر فقر بهداشت و سلامت در ایران	۱۶
۱-۴. وضعیت سلامت	۱۶
۱-۱-۴. میزان مرگ و میر نوزادان (زیر یک ماه)	۱۶
۲-۱-۴. نرخ مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال	۱۷
۳-۱-۴. نسبت مرگ و میر مادران از عوارض بارداری و زایمان	۱۸
۴-۱-۴. امید به زندگی در بدو تولد	۱۹
۵-۱-۴. جمع‌بندی بخش وضعیت سلامت	۲۰
۲-۴. عوامل خطر	۲۱
۱-۲-۴. نوزادان دارای کم‌وزنی (وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم)	۲۱
۲-۲-۴. میزان شیوع سوءتغذیه در کودکان زیر ۵ سال	۲۲
۳-۲-۴. دسترسی به آب آشامیدنی سالم و پایدار	۲۵
۴-۲-۴. دسترسی به شبکه فاضلاب بهداشتی	۲۷
۵-۲-۴. جمع‌بندی بخش عوامل خطر	۲۹
۳-۴. کیفیت نظام سلامت	۳۰
۱-۳-۴. پرداخت از جیب (هزینه‌های درمانی)	۳۰
۲-۳-۴. هزینه‌های سلامت منجر به فقر	۳۱
۳-۳-۴. هزینه‌های کمرشکن سلامت	۳۲
۴-۳-۴. هزینه کمرشکن سلامت ناشی از عمل جراحی	۳۵
۵-۳-۴. پوشش بیمه پایه درمانی	۳۶

۳۹	۶-۳-۴. تعداد پزشك (شاغل) به ازای هر صد هزار نفر جمعیت
۴۱	۷-۳-۴. تعداد پیراپزشك به ازای هر ده هزار نفر جمعیت
۴۲	۸-۳-۴. سرانه تخت بیمارستانی فعال به ازای هر هزار نفر
۴۴	۹-۳-۴. سرانه مراکز ارائه دهنده مراقبت های اولیه بهداشتی
۴۶	۴-۴. پوشش خدمات بهداشتی و درمانی
۴۶	۱-۴-۴. پوشش واکسیناسیون در کودکان زیر یک سال
۴۸	۵. جمع بندی از وضعیت موجود
۵۰	۶. ضعف ها و خلأهای سنجش میزان و توزیع فقر بهداشت و سلامت
۵۰	۱-۶. نحوه تولید داده های مرتبط با بخش بهداشت و سلامت
۵۰	۲-۶. نحوه انتشار و رصد مهم ترین داده های مرتبط با سنجش فقر بهداشت و سلامت به تفکیک های کشوری
۵۱	۷. پیشنهادات
۵۳	منابع
۵۳	وبسایت ها
۵۵	پیوست ها
۵۵	پیوست ۱. توضیحاتی در خصوص منابع شاخص های بخش بهداشت و سلامت
۶۰	پیوست ۲. نقشه های استانی بر اساس شاخص های فقر بهداشت و سلامت

فهرست جداول

۱۴	جدول ۱. شاخص های فقر بهداشت و سلامت
۲۱	جدول ۲. جمع بندی شاخص های وضعیت سلامت
۲۹	جدول ۳. جمع بندی شاخص های عوامل خطر
۴۵	جدول ۴. جمع بندی شاخص های کیفیت نظام سلامت
۴۶	جدول ۵. لیست واکسن های مورد نیاز کودکان تا یک سالگی

فهرست نمودارها

- نمودار ۱: شاخص‌های وضعیت سلامت (مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال (برحسب ۱۰۰۰ نفر)، در سطح استان، سال ۱۳۹۷) ۱۷.....
- نمودار ۲: شاخص‌های وضعیت سلامت (مرگ‌ومیر مادران از عوارض بارداری و زایمان (برحسب ۱۰۰ هزار نفر)، در سطح استان، سال ۱۳۹۷) ۱۹...
- نمودار ۳: شاخص‌های وضعیت سلامت (روند امید به زندگی در بدو تولد در ایران، طی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۹۸) ۲۰.....
- نمودار ۴: روند برخی از شاخص‌های وضعیت سلامت در ایران، طی سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۹۷ ۲۰.....
- نمودار ۵: شاخص‌های عوامل خطر (روند نوزادان دارای کم‌وزنی هنگام تولد در ایران (درصد)، طی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۹۷) ۲۲.....
- نمودار ۶: شاخص‌های عوامل خطر (درصد شیوع سوءتغذیه در کودکان زیر ۶ سال، در سطح استان، سال ۱۳۹۹) ۲۳.....
- نمودار ۷: شاخص‌های عوامل خطر (مقدار شیوع سوءتغذیه در کودکان زیر ۶ سال، در سطح استان، سال ۱۳۹۹) ۲۳.....
- نمودار ۸: میانه کالری سرانه دریافتی ایرانیان در روز، طی سال‌های ۱۳۹۰ - ۱۳۹۸ ۲۴.....
- نمودار ۹: شاخص‌های عوامل خطر (درصد شیوع سوءتغذیه در کودکان زیر ۶ سال، در سطح شهرستان، سال ۱۳۹۹) ۲۴.....
- نمودار ۱۰: شاخص‌های عوامل خطر (مقدار شیوع سوءتغذیه در کودکان زیر ۶ سال، در سطح شهرستان، سال ۱۳۹۹) ۲۵.....
- نمودار ۱۱: شاخص‌های عوامل خطر (درصد جمعیت تحت پوشش تأسیسات آب شهری، سال ۱۳۹۸) ۲۶.....
- نمودار ۱۲: شاخص‌های عوامل خطر (درصد جمعیت تحت پوشش تأسیسات آب روستایی، در سطح استان، سال ۱۳۹۸) ۲۷.....
- نمودار ۱۳: شاخص‌های عوامل خطر (درصد جمعیت تحت پوشش تأسیسات فاضلاب شهری بهداشتی، سال ۱۳۹۸) ۲۸.....
- نمودار ۱۴: شاخص‌های عوامل خطر (درصد جمعیت تحت پوشش تأسیسات فاضلاب روستایی بهداشتی، سال ۱۳۹۸) ۲۹.....
- نمودار ۱۵: شاخص کیفیت نظام سلامت (روند پرداخت از جیب هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارها (درصد)، طی سال‌های ۱۳۷۹-۱۳۹۷) ۳۰.....
- نمودار ۱۶: شاخص کیفیت نظام سلامت (توزیع استانی هزینه‌های بهداشتی و درمانی خانوارها، در سطح استان، سال ۱۳۹۸) ۳۱.....
- نمودار ۱۷: شاخص کیفیت نظام سلامت (شاخص هزینه‌های کمرشکن سلامت، در سطح استان، سال ۱۳۹۸) ۳۳.....
- نمودار ۱۸: نسبتی از خانوارها که بیش از ۱۰ درصد از هزینه‌های خانوار را صرف هزینه‌های بهداشتی می‌کنند ۳۴.....
- نمودار ۱۹: نسبتی از خانوارها که بیش از ۲۵ درصد از هزینه‌های خانوار را صرف هزینه‌های بهداشتی می‌کنند ۳۴.....
- نمودار ۲۰: شاخص کیفیت نظام سلامت (شاخص هزینه‌های کمرشکن سلامت ناشی از هزینه‌های جراحی، سال ۱۳۹۹) ۳۵.....
- نمودار ۲۱: شاخص‌های کیفیت نظام سلامت (درصد جمعیت تحت پوشش بیمه پایه درمانی (در سطح استان)، سال ۱۳۹۹) ۳۶.....
- نمودار ۲۲: شاخص‌های کیفیت نظام سلامت (درصد جمعیت تحت پوشش بیمه پایه درمانی (در سطح شهرستان)، سال ۱۳۹۹) ۳۷..
- نمودار ۲۳: شاخص‌های کیفیت نظام سلامت (درصد جمعیت تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی (در سطح استان)، سال ۱۳۹۹) ۳۷.
- نمودار ۲۴: شاخص‌های کیفیت نظام سلامت (درصد جمعیت تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی (در سطح شهرستان)، سال ۱۳۹۹) ۳۸.....
- نمودار ۲۵: شاخص‌های کیفیت نظام سلامت (درصد جمعیت تحت پوشش بیمه سلامت (در سطح استان)، سال ۱۳۹۹) ۳۸.....
- نمودار ۲۶: شاخص‌های کیفیت نظام سلامت (درصد جمعیت تحت پوشش بیمه سلامت (در سطح شهرستان)، سال ۱۳۹۹) ۳۹.....

نمودار ۲۷ : شاخص های کیفیت نظام سلامت (تعداد پزشك (شاغل) به ازای هر صد هزار نفر جمعیت، سال ۱۳۹۸) ۴۰.....

نمودار ۲۸: شاخص های کیفیت نظام سلامت (تعداد پزشك به ازای هر صد هزار نفر جمعیت، به تفکیک شهرستان، سال ۱۳۹۷) ۴۰....

نمودار ۲۹: شاخص های کیفیت نظام سلامت (تعداد پیراپزشکان به ازای هر ده هزار نفر جمعیت (در سطح استان)، سال ۱۳۹۸) ۴۱.....

نمودار ۳۰: شاخص های کیفیت نظام سلامت (تعداد پیراپزشکان به تفکیک شهرستان به ازای هر ده هزار نفر جمعیت، در سال ۱۳۹۷) ۴۲.....

نمودار ۳۱: شاخص های کیفیت نظام سلامت (سرانه تخت بیمارستانی فعال (به ازای هر هزار نفر) در سال ۱۳۹۸) ۴۳.....

نمودار ۳۲: شاخص های کیفیت نظام سلامت (سرانه تخت بیمارستانی فعال (به ازای هر هزار نفر) به تفکیک شهرستان، سال ۱۳۹۷) ۴۳.....

نمودار ۳۳: شاخص های کیفیت نظام سلامت (سرانه مراکز ارائه دهنده مراقبت های اولیه بهداشتی (در سطح استان) سال ۱۳۹۸) ۴۴.....

نمودار ۳۴: شاخص پوشش خدمات بهداشتی و درمانی (مقایسه پوشش واکسیناسیون کودکان زیر یک سال در ایران و جهان در سال ۱۳۹۸) ۴۷....

فهرست شکل ها

شکل ۱. محروم ترین استان های کشور بر اساس شاخص های بخش بهداشت و سلامت ۴۸.....

شکل ۲. شاخص های وضعیت سلامت (مرگ ومیر کودکان زیر ۵ سال (برحسب ۱۰۰۰ نفر)، سال ۱۳۹۷) ۶۰.....

شکل ۳. شاخص های وضعیت سلامت (مرگ ومیر مادران از عوارض بارداری و زایمان (برحسب ۱۰۰ هزار نفر)، سال ۱۳۹۷) ۶۰.....

شکل ۴. شاخص های عوامل خطر (درصد شیوع سوء تغذیه در کودکان زیر ۶ سال، سال ۱۳۹۹) ۶۱.....

شکل ۵. شاخص های عوامل خطر (درصد جمعیت تحت پوشش تأسیسات آب شهری، سال ۱۳۹۸) ۶۱.....

شکل ۶. شاخص های عوامل خطر (درصد جمعیت تحت پوشش تأسیسات آب روستایی، سال ۱۳۹۸) ۶۲.....

شکل ۷. شاخص های عوامل خطر (درصد جمعیت تحت پوشش تأسیسات فاضلاب شهری بهداشتی، سال ۱۳۹۸) ۶۲.....

شکل ۸. شاخص های عوامل خطر (درصد جمعیت تحت پوشش تأسیسات فاضلاب روستایی، سال ۱۳۹۸) ۶۳.....

شکل ۹. شاخص کیفیت نظام سلامت (توزیع استانی هزینه های بهداشتی و درمانی خانوارها، سال ۱۳۹۸) ۶۳.....

شکل ۱۰. شاخص کیفیت نظام سلامت (شاخص هزینه های کمرشکن سلامت، سال ۱۳۹۸) ۶۴.....

شکل ۱۱. شاخص های کیفیت نظام سلامت (درصد جمعیت تحت پوشش بیمه پایه درمانی، سال ۱۳۹۹) ۶۴.....

شکل ۱۲. شاخص های کیفیت نظام سلامت (درصد جمعیت تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی، سال ۱۳۹۹) ۶۵.....

شکل ۱۳. شاخص های کیفیت نظام سلامت (درصد جمعیت تحت پوشش بیمه سلامت، سال ۱۳۹۹) ۶۵.....

شکل ۱۴. شاخص های کیفیت نظام سلامت (تعداد پزشکان (شاغل) به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت، سال ۱۳۹۸) ۶۶.....

شکل ۱۵. شاخص کیفیت نظام سلامت (تعداد پیراپزشکان به ازای هر ده هزار نفر جمعیت، سال ۱۳۹۸) ۶۶.....

شکل ۱۶. شاخص های کیفیت نظام سلامت (سرانه تخت بیمارستانی فعال به ازای هر هزار نفر جمعیت، سال ۱۳۹۸) ۶۷.....

شکل ۱۷: شاخص های کیفیت نظام سلامت (نسبت مراکز ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی و درمانی (به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت)، سال ۱۳۹۸) ۶۷.....

خلاصه مدیریتی

بررسی فقر بهداشت و سلامت به عنوان یکی از مهم‌ترین و پایه‌ای‌ترین ارکان توسعه، از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. بررسی وضعیت بهداشت و سلامت در ایران نشان می‌دهد که هرچند ایران به لحاظ درآمدی در بین کشورهای با درآمد بالاتر از متوسط قرار دارد، اما تقریباً به لحاظ همه شاخص‌های بخش سلامت وضعیت بدتری از این گروه کشورها دارد. به‌طور کلی، بهداشت و سلامت هم از جهت میزان بهره‌مندی از آن و هم به لحاظ هزینه‌ای که برای آن پرداخت می‌شود، ارتباط بسیار مهمی با موضوع فقر داشته و از این رو، این مطالعه به طور خلاصه به بررسی وضعیت فقر بهداشت و سلامت در ایران می‌پردازد. دستیابی همه مردم جهان به سطحی از سلامتی (در ابعاد جسمی، روحی، روانی و معنوی) که امکان برخورداری از یک زندگی مؤثر و مولد را برای آنان فراهم آورد، حق همه افراد کره زمین بوده و کشورها موظفند برای رسیدن به این حق تلاش کنند.^۱ رسیدن به زندگی مؤثر و مولد از طریق: افزایش پوشش خدمات بهداشتی و درمانی، افزایش کیفیت نظام سلامت، کاهش عوامل خطر سلامت و در نتیجه بهبود وضعیت سلامت میسر است. در این مطالعه، عدم دسترسی به سطح مطلوبی از سلامتی را فقر بهداشت و سلامت نامیده و برای سنجش آن از شاخص‌های بین‌المللی و داخلی با تأکید بر گروه‌های آسیب‌پذیر (کودکان و مادران باردار) استفاده می‌شود. این شاخص‌ها در چهار دسته کلی قرار می‌گیرند که عبارتند از: وضعیت سلامت، عوامل خطر، کیفیت نظام سلامت و پوشش خدمات بهداشتی و درمانی.

به‌طور کلی، وضعیت ایران از نظر عمده شاخص‌های بهداشت و سلامت بهتر از متوسط جهانی و بدتر از متوسط کشورهای با درآمد بالاتر از متوسط (که ایران در رده این کشورها طبقه‌بندی می‌شود) است. از میان چهار دسته شاخص‌های حوزه سلامت و بهداشت، وضعیت ایران از نظر شاخص‌های وضعیت سلامت نظیر: امید به زندگی، مرگ و میر مادران ناشی از عوارض بارداری و زایمان، وضعیت مطلوب و از نظر شاخص‌های: مرگ و میر نوزادان و کودکان، نیازمند تداوم روند رشد فعلی است. از نظر دسته دوم شاخص‌ها یعنی عوامل خطر وضعیت کم‌وزنی نوزادان و دسترسی به آب آشامیدنی قابل قبول و وضعیت سوء تغذیه کودکان با بیش از ۲٫۶ درصد از کل کودکان و روند افزایشی آن هشداردهنده است. همچنین وضعیت دسترسی به شبکه آب و فاضلاب به خصوص در مناطق روستایی با کمتر از ۵۰ درصد بسیار نامطلوب تلقی می‌شود.

با این حال، مشکل اصلی حوزه سلامت و بهداشت ایران در دسته سوم شاخص‌ها، یعنی شاخص‌های کیفیت نظام سلامت خود را نشان می‌دهد که در آن پرداخت از جیب شهروندان بابت هزینه‌های سلامت با حدود ۳۵٫۸ درصد در رده ۱۱۶ از ۱۸۷ کشور جهان قرار دارد. همچنین بر اساس محاسبات، در حدود ۳۰ درصد از جمعیت ایران در صورتی که با عمل جراحی مواجه شوند، باید بیش از ده درصد درآمد خود را برای آن بپردازند. رتبه ایران در این شاخص که از آن تحت عنوان هزینه‌های کمرشکن ناشی از عمل جراحی نام برده می‌شود، ۹۳ در بین ۱۳۲ است. سرانه امکانات نظیر پزشک،

۱- براساس بیانیه رسمی سومین مجمع جهانی بهداشت (بیانیه آلماتا) در سال ۱۹۷۷ و نیز کنفرانس مراقبت‌های اولیه بهداشتی در آلماتا (مرکز جمهوری قزاقستان) در سال ۱۹۷۸.

پیراپزشک و تخت بیمارستانی، نه تنها کمتر از کشورهای با درآمد بالاتر از متوسط بلکه حتی از متوسط‌های جهانی که با وجود کشورهای بسیار فقیر محاسبه شده است، نیز پایین‌تر است. نکته آخر مربوط به مشکل نابرابری در توزیع امکانات در استان‌ها و شهرستان‌های کشور مربوط است، به طوری که استان سیستان و بلوچستان از مجموع ۱۳ شاخص در ۱۰ شاخص وضعیت بدتر از متوسط کل کشور دارد.

در ادامه به بررسی با جزئیات بیشتر هر یک از شاخص‌های حوزه سلامت و بهداشت (وضعیت سلامت، عوامل خطر، کیفیت نظام سلامت و پوشش خدمات بهداشتی و درمانی) پرداخته می‌شود:

وضعیت سلامت: وضعیت سلامت در ایران بر اساس چهار شاخص: میزان مرگ و میر نوزادان (زیر یک ماه، از هر هزار تولد زنده)، نرخ مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال (از هر هزار تولد زنده)، نسبت مرگ و میر مادران از عوارض بارداری و زایمان (از هر ۱۰۰ هزار تولد زنده) و امید به زندگی در بدو تولد مورد بررسی قرار می‌گیرد.

در طی سال‌های گذشته، ایران در همه شاخص‌های وضعیت سلامت، روند رو به رشدی داشته و بالاتر از میانگین جهانی قرار دارد، اما این موضوع نمی‌تواند نشانگر عملکرد مطلوب ایران در این زمینه باشد، زیرا اولاً ایران به لحاظ درآمدی و در تقسیم‌بندی بانک جهانی، در رده کشورهای با «درآمد بالاتر از متوسط» قرار دارد و به لحاظ شاخص‌های بخش بهداشت باید با گروه کشورهای متناسب با خود بررسی شود و ثانیاً، عملکرد بسیار ضعیف کشورهای با درآمد پایین در بخش بهداشت باعث کاهش میانگین جهانی شده است؛ در حالی که ایران در برخی شاخص‌ها بسیار بالاتر از میانگین جهانی است، اما در رتبه‌های میانی کشورها قرار دارد. نرخ مرگ و میر نوزادان زیر یک ماه و کودکان زیر ۵ سال در ایران از هر هزار تولد نوزاد/کودک به ترتیب ۹ و ۱۴ رویداد است که هر دو بالاتر از متوسط کشورهای با درآمد بالا یعنی ۷ و ۱۳ رویداد قرار دارد. در طرف مقابل، در شاخص مرگ و میر مادران از عوارض بارداری و زایمان از هر ۱۰۰ هزار تولد، ایران با ۱۶ رویداد، در وضعیت بهتری از کشورهای با درآمد بالاتر از متوسط (۵۷ رویداد) قرار دارد.

عوامل خطر: نوزادان دارای کم‌وزنی هنگام تولد (وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم)، شیوع سوءتغذیه در کودکان زیر ۵ سال، دسترسی به آب آشامیدنی سالم و پایدار و دسترسی به شبکه فاضلاب بهداشتی، ۴ شاخص تحت بررسی در بخش عوامل خطر هستند. به جز شاخص آب آشامیدنی سالم، وضعیت سایر شاخص‌های «عوامل خطر» در ایران نگران‌کننده است. درصد نوزادان دارای کم‌وزنی (به جز کاهش در سال ۱۳۹۷) همواره روند رو به رشد داشته، هرچند که در مقایسه جهانی در وضعیت مطلوبی قرار دارد. شیوع سوءتغذیه در کودکان زیر ۵ سال با ۲٫۶ درصد در ایران نگران‌کننده و با اختلاف بسیار زیادی نسبت به کشورهای با درآمد بالا قرار داشته و از گروه کشورهای با درآمد بالاتر از متوسط نیز که مقدار ۲٫۴ درصد دارند، بالاتر است. در برخی از استان‌ها مانند کهگیلویه و بویراحمد و سیستان و بلوچستان به ترتیب با ۱۵٫۷۸ و ۱۳٫۲۹ درصد، این شاخص حتی بالاتر از میانگین جهانی آن یعنی ۱۲٫۶ درصد بوده و به نظر می‌رسد وضعیت بحرانی است.

کاهش کالری دریافتی ایرانیان به خصوص در سال‌های ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ و افزایش سوءتغذیه در کودکان، پیامدهای بسیار منفی در ضریب هوشی کودکان در آینده خواهد داشت. همچنین، شاخص وضعیت تأسیسات فاضلاب شهری و روستایی نیز در مقیاس جهانی، دارای وضعیت نامطلوبی است.

کیفیت نظام سلامت: شاخص‌های پرداخت از جیب هزینه‌های درمانی، هزینه‌های سلامت منجر به فقر، هزینه‌های کمرشکن سلامت، پوشش بیمه پایه درمانی، سرانه پزشکان (به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت) و سرانه پیراپزشکان (به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت)، سرانه تخت بیمارستانی فعال (به ازای هر هزار نفر جمعیت) و سرانه مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه بهداشتی (به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت) کیفیت نظام سلامت را بررسی می‌کنند. در مجموع، شاخص‌های کیفیت نظام سلامت، به دو دسته کلی قابل تقسیم است:

۱- دسترسی: شاخص‌هایی که میزان دسترسی خانوار را به نظام سلامت را مشخص می‌کند که با سرانه پزشک، تخت بیمارستانی و مانند آن قابل اندازه‌گیری است. دسترسی به امکانات بهداشت و درمان از قبیل پزشک و بیمارستان، فاصله زیادی با کشورهای با درآمد بالا و حتی در برخی موارد با میانگین جهانی دارد. به طوری که گسترش امکانات پزشکی و به خصوص سرانه تخت بیمارستانی فعال و پزشک ضروری است. لازم به ذکر است که کمبود سرانه پزشک در ایران (که بخش زیادی از آن ناشی از انحصار در رشته پزشکی و عدم افزایش ظرفیت دانشگاهی این رشته است) در مواردی مانند بیماری‌های همه‌گیر می‌تواند شرایط را به شدت بحرانی کند.

۲- بهره‌مندی: شاخص‌هایی که میزان بهره‌مندی از سیستم سلامت را مشخص می‌کند. به این معنا که خانوار تا چه حد می‌تواند از امکانات موجود بهره‌مند شود که با شاخص‌هایی نظیر پوشش بیمه، پرداخت از جیب، هزینه‌های کمرشکن و مانند آن اندازه‌گیری می‌شود؛ هم به لحاظ فراهم‌آوری امکانات بهداشتی و هم به لحاظ افزایش پوشش بیمه (پوشش جمعیتی و پوشش هزینه‌های درمان) نیازمند اقدامات جدی هستیم. چرا که حدود ۱۵ درصد از ایرانیان فاقد بیمه‌های درمانی هستند. بهره‌مندی از امکانات بهداشت و سلامت در ایران نامناسب بوده و پرداخت از جیب در ایران بسیار بالا (۳۵ درصد) است و با میانگین‌های جهانی بسیار فاصله دارد. همچنین در هزینه‌های کمرشکن ناشی از عمل جراحی ایران (عمل جراحی برای ۳۰ درصد از جمعیت ایران کمرشکن است) وضعیت بسیار نامناسبی در مقایسه با میانگین جهانی (رتبه ۹۳ در بین ۱۳۲ کشور) دارد. در سال ۱۳۹۸ در حدود دو میلیون و پانصد هزار نفر از جمعیت کشور، تنها به علت هزینه‌های بهداشت و درمان، زیر خط فقر قرار گرفته‌اند. بیمه سلامت، نقش قابل قبولی در افزایش پوشش بیمه و کاهش سهم پرداخت از جیب داشته است. پوشش خدمات بهداشتی و درمانی: پوشش واکسیناسیون در کودکان زیر یک سال تنها شاخص این بخش است که در تمام واکسن‌های مورد نظر پوشش واکسیناسیون در ایران بسیار بالاتر از متوسط جهانی است، لذا وضعیت ایران از این جهت مطلوب‌تر از متوسط جهانی است. در سال ۱۳۹۹، پوشش واکسیناسیون در ایران ۹۹ درصد بوده است. بنا به هدف‌گذاری اهداف توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰، پوشش واکسیناسیون باید برای همه باشد و ایران تا رسیدن به هدف فاصله اندکی دارد.

۱. مقدمه

تصویر عمومی از فقر، تصویری از شخصی است که غذای کافی برای خوردن ندارد، در یک خانه محقر زندگی می‌کند یا اصلاً خانه‌ای ندارد، یا افرادی که توانایی خرید کالاها و خدمات معمولی را ندارند. این تصور از فقر تصویر درستی است، اما کامل و جامع نیست و نمی‌تواند تمام پیچیدگی‌های مفهوم فقر را در خود بگنجاند. فقر تنها در مورد نداشتن درآمد یا پول کافی برای ادامه زندگی نیست بلکه شامل مواردی از جمله دسترسی به خدمات مانند مراقبت‌های بهداشتی و آموزشی، حاشیه‌نشینی و محرومیت نیز می‌شود.

تانسند^۲ در دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ اعتقاد داشت که افراد، خانوارها و گروه‌های جمعیتی را زمانی می‌توان فقیر به حساب آورد که با فقدان منابع برای کسب انواع رژیم‌های غذایی، مشارکت در فعالیت‌ها و شرایط و امکانات معمول زندگی مواجه باشند. آمارتیا سن^۳ (نوبلیست اقتصاد) در سال ۱۹۸۱ اشاره کرده است که فقر را باید به صورت محرومیت از قابلیت‌های اساسی در نظر گرفت و نه صرفاً پایین بودن درآمدها که ضابطه متعارف شناسایی فقر است. البته محرومیت، خود مفهومی نسبی است که ممکن است در مکان‌ها و زمان‌های مختلف، تعاریف متفاوتی داشته باشد. به اعتقاد وی، استفاده از مفهوم فقر مطلق برای کشورهای در حال توسعه که همچنان گرفتار گرسنگی هستند و به کارگیری مفهوم فقر نسبی برای کشورهای توسعه یافته که فقر مطلق را پشت سر گذاشته‌اند، مناسب است.

سازمان ملل متحد در توصیف فقر چنین بیان داشته است که «فقر در شکل‌های مختلف از قبیل کمبود درآمد برای معیشت پایدار، گرسنگی و سوء تغذیه، بیماری و مرگ و میر ناشی از آن، بی‌خانمانی، ناامنی، محرومیت و تبعیض اجتماعی نمود پیدا می‌کند. این پدیده همچنین خود را به شکل عدم توانایی برای مشارکت در فرایندهای تصمیم‌گیری در عرصه‌های فرهنگی، اجتماعی و مدنی نشان می‌دهد» (گزارش اقتصاد به زبان ساده، ۱۳۹۷).

هدف از تبیین این گزارش پرداختن به تمامی ابعاد و گستردگی معنایی فقر نیست بلکه هدف، تبیین یک بعد از فقر، فقر در حوزه بهداشت و سلامت و به طور خاص، فقر دسترسی به امکانات و خدمات بهداشتی است. داشتن دسترسی به امکانات و خدمات بهداشتی در کنار عوامل اقتصادی، اجتماعی، محیط فیزیکی، شیوه‌های زندگی و عوامل ژنتیکی، از مهم‌ترین عوامل مؤثر در سلامت^۴ افراد جامعه است.

به این منظور در بخش اول از این گزارش، به تعریف فقر بهداشت و سلامت پرداخته می‌شود. در بخش دوم شاخص‌های اندازه‌گیری آن ذکر می‌شود. در بخش بعدی تصویر فقر بهداشت و سلامت در ایران و جمع‌بندی از وضعیت موجود بیان می‌شود؛ در انتها نیز به نکات ضعف پرداخته شده و پیشنهاداتی ارائه می‌شود.

2 - Townsend

3 - Amartya Kumar Sen

۴- سلامت به معنی برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و تنها نبود بیماری، معلولیت و ناتوانی نیست. سلامت به عنوان یکی از عمده‌ترین حقوق انسانی تلقی می‌شود و در نتیجه همه مردم باید به منابع مورد نیاز برای تأمین سلامت دسترسی داشته باشند (سیاری و بلادیان، ۱۳۹۸).

۲. مفهوم فقر در حوزه بهداشت و سلامت

بررسی‌ها نشان می‌دهد که تعریف دقیقی برای فقر بهداشت و سلامت وجود ندارد. اکثر مطالعات صورت گرفته در این حوزه بر تبیین رابطه میان فقر و بهداشت و سلامت، اثرات متقابل سلامت بر فقر، فقر بر سلامت و تضاد منافع در نظام سلامت تأکید دارد.

در بیانیه رسمی سومین مجمع جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۷ که به بیانیه آلماتا معروف است، اعلام گردید که در دهه‌های آینده هدف اجتماعی و اصلی دولت‌ها و سازمان جهانی بهداشت باید دستیابی همه مردم جهان در سال ۲۰۰۰ میلادی به سطحی از سلامتی (در ابعاد مختلف) باشد که امکان برخورداری از یک زندگی مؤثر و مولد را برای آنان فراهم آورد. منظور از رسیدن به زندگی مؤثر و مولد از طرق: افزایش پوشش خدمات بهداشتی و درمانی، افزایش کیفیت نظام سلامت، کاهش عوامل خطر سلامت و در نتیجه بهبود وضعیت سلامت است. در این مطالعه، با استفاده از مفاهیم تعریف شده در بیانیه فوق، فقر بهداشت و سلامت را در این مطالعه به صورت زیر تعریف می‌کنیم:

جعبه توضیحات ۱. تعریف فقر بهداشت و سلامت

تعریف فقر بهداشت و سلامت

دستیابی همه مردم جهان به سطحی از سلامتی (در ابعاد جسمی، روحی، روانی و معنوی) که امکان برخورداری از یک زندگی مؤثر و مولد را برای آنان فراهم آورد، حق همه افراد کره زمین بوده و کشورها موظفند برای رسیدن به این حق تلاش کنند. رسیدن به زندگی مؤثر و مولد از طرق: افزایش پوشش خدمات بهداشتی و درمانی، افزایش کیفیت نظام سلامت، کاهش عوامل خطر سلامت و در نتیجه بهبود وضعیت سلامت میسر است.

در این مطالعه، عدم دسترسی به سطح مطلوبی از سلامتی را فقر بهداشت و سلامت نامیده و برای سنجش آن از شاخص‌های بین‌المللی و داخلی با تأکید بر گروه‌های آسیب‌پذیر (کودکان و مادران باردار) استفاده می‌شود. این شاخص‌ها در چهار دسته کلی قرار می‌گیرند که عبارتند از: وضعیت سلامت، عوامل خطر، کیفیت نظام سلامت و پوشش خدمات بهداشتی و درمانی.

در بخش بعدی با استفاده از این تعریف، شاخص‌های سنجش در هر بخش معرفی شده و تصویر فقر بهداشت و سلامت در ایران ارائه می‌شود.

۳. شاخص‌های فقر بهداشت و سلامت

بخش بهداشت و سلامت شاخص‌های بسیار زیادی دارد که توسط مراجع متفاوتی انتشار داده می‌شود. در این مطالعه با استفاده از تعریف ارائه شده برای فقر بهداشت و سلامت از بین تعداد کثیر شاخص‌های موجود در این حوزه، مهم‌ترین شاخص‌ها ذیل ۴ دسته اصلی و با تأکید بر گروه‌های آسیب‌پذیر (کودکان و مادران باردار) انتخاب گردید.

جدول ۱. شاخص‌های فقر بهداشت و سلامت

ردیف	دسته	شاخص	متولی انتشار	توالی انتشار
۱	وضعیت سلامت	میزان مرگ‌ومیر نوزادان (زیر یک ماه، به ازای هر هزار نفر)	سازمان ثبت‌احوال کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دفتر سلامت جمعیت، خانواده، مدارس و مرکز مدیریت شبکه).	سالیانه
۲		نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال (به ازای هر هزار نفر)	سازمان ثبت‌احوال کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دفتر سلامت جمعیت، خانواده، مدارس و مرکز مدیریت شبکه).	سالیانه
۳		نسبت مرگ‌ومیر مادران از عوارض بارداری و زایمان (به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر)	سازمان ثبت‌احوال کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دفتر سلامت جمعیت، خانواده، مدارس و مرکز مدیریت شبکه).	سالیانه
۴		امید به زندگی در بدو تولد	سازمان ثبت‌احوال کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مرکز آمار ایران.	سالیانه
۵	عوامل خطر	نوزادان دارای کم‌وزنی (وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم)	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (اداره نوزادان و دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی معاونت درمان).	سالیانه
۶		شیوع سوء تغذیه در کودکان زیر ۵ سال	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (اداره کودکان معاونت بهداشتی - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس - دفتر بهبود تغذیه).	سالیانه
۷		دسترسی به آب آشامیدنی سالم و پایدار	شرکت آب و فاضلاب کشور، وزارت نیرو و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.	سالیانه
۸		دسترسی به شبکه فاضلاب بهداشتی	شرکت آب و فاضلاب کشور، وزارت نیرو و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.	سالیانه

ردیف	دسته	شاخص	متولی انتشار	توالی انتشار
۹	کیفیت نظام سلامت	پرداخت از جیب هزینه های درمانی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مرکز آمار ایران.	سالیانه
۱۰		هزینه های سلامت منجر به فقر	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مرکز آمار ایران (هزینه و درآمد خانوار).	سالیانه
۱۱		هزینه های کمرشکن سلامت	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مرکز آمار ایران (هزینه و درآمد خانوار).	سالیانه
۱۲		هزینه های کمرشکن سلامت ناشی از عمل جراحی	بانک جهانی (براساس محاسبات).	سالیانه
۱۳		پوشش بیمه پایه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز آمار ایران، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی.	سالیانه
۱۴		تعداد پزشک شاغل (به ازای هر صد هزار نفر جمعیت)	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (واحد تابعه: معاونت توسعه مدیریت و منابع، مرکز تحقیقات و مطالعات منابع انسانی سلامت)	سالیانه
۱۵		تعداد پیراپزشکان (به ازای هر ده هزار نفر جمعیت)	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (واحد تابعه: معاونت توسعه مدیریت و منابع، مرکز تحقیقات و مطالعات منابع انسانی سلامت).	سالیانه
۱۶		سرنانه تخت بیمارستانی فعال (به ازای هر هزار نفر)	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (واحد تابعه: دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی - گروه مدیریت آمار و برنامه های امور درمان).	سالیانه
۱۷		نسبت مراکز ارائه دهنده مراقبت های اولیه بهداشتی (به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت)	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مرکز آمار ایران.	سالیانه
۱۸	پوشش خدمات بهداشتی درمانی	پوشش واکسیناسیون در کودکان زیر یک سال	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.	سالیانه

توضیحات بیشتر در خصوص منابع اصلی شاخص های بخش بهداشت و سلامت در پیوست آمده است.

۴. تصویر فقر بهداشت و سلامت در ایران

در این بخش، ضمن توضیحات ابتدایی در مورد هریک از شاخص‌ها، وضعیت موجود آن‌ها را شرح خواهیم داد. همچنین، به منظور روشن‌تر کردن تصویر فقر بهداشت و سلامت در ایران، مقادیر هر شاخص را با مقادیر متوسط جهانی و کشورهای با درآمد بالاتر از متوسط مقایسه خواهیم کرد چرا که ایران به لحاظ درآمدی در گروه کشورهای با درآمد بالاتر از متوسط قرار دارد.

۴-۱. وضعیت سلامت

۴-۱-۱. میزان مرگ‌ومیر نوزادان (زیر یک ماه)

همه ساله، تعدادی از نوزادان قبل از رسیدن به یک ماهگی به دلایلی چون نارس بودن، کم‌وزنی بدو تولد، بیماری‌ها و نقص‌های مادرزادی، ضعف مراقبت‌های بهداشتی حین بارداری و زایمان، تغذیه نامناسب مادر هنگام بارداری و شیردهی، عدم آگاهی و عدم وجود امکانات مناسب برای حفظ بهداشت محیط و بهداشت فردی، جان خود را از دست می‌دهند. این شاخص «میزان مرگ‌ومیر نوزادان (زیر یک ماه)» به صورت احتمال مرگ نوزاد از زمان تولد تا دقیقاً ۲۸ روزگی عمر گفته شده که برحسب ۱۰۰۰ تولد زنده بیان می‌شود و به صورت زیر محاسبه می‌شود:

$$(۱) \quad ۱۰۰۰ \times \frac{\text{تعداد مرگ نوزادان ۲۸ روز در یک سال معین}}{\text{موالید زنده همان سال}}$$

- منابع استخراج صورت کسر: داده‌های حاصل از گواهی فوت و فرم‌های کالبدشکافی (داده‌های ثبتی)
- منابع استخراج مخرج کسر: داده‌های حاصل از گواهی ولادت (داده‌های ثبتی)

خوشبختانه، روند این شاخص در ایران نزولی بوده است. بنا به گزارش بانک جهانی از ۱۴/۹ نفر در هر ۱۰۰۰ تولد زنده در سال ۱۳۸۵ به ۸/۶ نفر در هر ۱۰۰۰ تولد زنده در سال ۱۳۹۸^۵ رسیده است. در سال ۱۳۹۸، رتبه ایران در این شاخص، ۸۷ (در بین ۱۹۳ کشور) می‌باشد. کشورها براساس کمترین میزان مرگ‌ومیر دسته‌بندی شده‌اند و رتبه کمتر مطلوب‌تر است. بنا به هدف‌گذاری اهداف توسعه پایدار جهان تا سال ۲۰۳۰، باید مرگ‌ومیر نوزادان به حداقل ۱۲ رویداد به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده برسد که ایران به این هدف دست یافته است، اما متأسفانه، آمار استانی این شاخص در دسترس نیست؛ لذا نمی‌توان نسبت به تفاوت‌های استانی برای این شاخص اظهار نظر کرد.

۵- <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT>

۶- سران دولت‌ها در سپتامبر سال ۲۰۱۵، برای اقدامی مشترک با عنوان «برای مردم، زمین و شکوفایی» به سوی توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰، توافق کردند. آرمان‌ها و اهداف توسعه پایدار جهانی مصوب، حاوی ۱۷ آرمان و ۱۶۹ هدف عملیاتی کمی در ابعاد اجتماعی، اقتصادی و محیط زیستی است.

۴-۲. نرخ مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال

در مناطق محروم و به خصوص در میان اقشار فقیر، به علت کمبود امکانات بهداشتی و شیوع بیماری‌های واگیر یا بیماری‌های ناشی از آلودگی‌های محیطی (نظیر اسهال)، کودکان دچار بیماری شده و جان خود را از دست می‌دهند. تغذیه ضعیف و نامناسب نیز می‌تواند در مرگ و میر این کودکان مزید بر علت باشد. به طور دقیق، این شاخص به صورت احتمال مرگ کودک زنده متولد شده در فاصله تولد تا سن ۵۹ ماه و ۲۹ روز که برحسب ۱۰۰۰ تولد زنده تعریف می‌شود، که به صورت زیر محاسبه می‌شود:

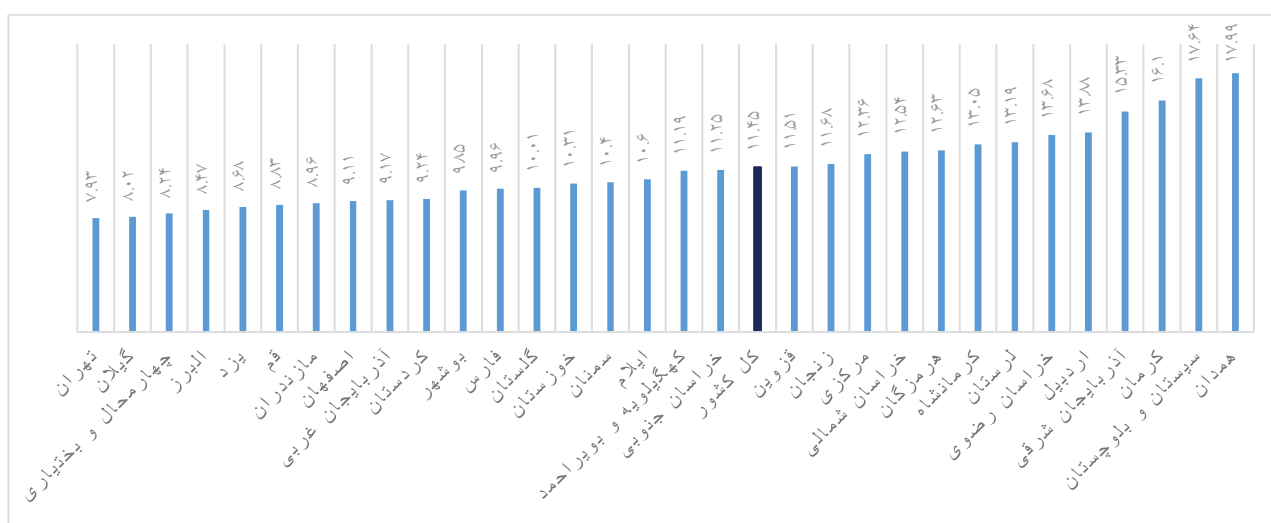
$$(۲) \quad ۱۰۰۰ \times \frac{\text{تعداد مرگ کودکان زیر ۵ سال در یک سال معین}}{\text{مولید زنده در همان سال}}$$

● منابع استخراج صورت کسر: داده‌های حاصل از گواهی فوت و فرم‌های کالبدشکافی (داده‌های ثبتی)

● منابع استخراج مخرج کسر: داده‌های حاصل از گواهی ولادت (داده‌های ثبتی)

بنا به گزارش بانک جهانی، در سال ۱۳۹۸، میزان این شاخص در ایران ۱۴ رویداد بوده است، متوسط جهانی این شاخص، ۳۸ رویداد و رتبه ایران در بین ۱۹۳ کشور، ۸۳^۷ بوده است. کشورها براساس کمترین میزان مرگ و میر دسته‌بندی شده‌اند، رتبه کمتر مطلوب‌تر است. در سال ۱۳۹۷، در سطح استانی، بیشترین میزان شاخص متعلق به استان‌های همدان (۱۷٫۹۹ رویداد) و سیستان و بلوچستان (۱۷٫۶۴ رویداد) و کمترین متعلق به استان‌های تهران (۷٫۹۳ رویداد) و گیلان (۸٫۰۲ رویداد) است. بنا به هدف‌گذاری اهداف توسعه پایدار جهان تا سال ۲۰۳۰، باید مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال به حداقل ۲۵ رویداد به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده باشد، که تمام استان‌های ایران به این هدف رسیده‌اند.

نمودار: شاخص‌های وضعیت سلامت (مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال (برحسب ۱۰۰۰ نفر)، در سطح استان، سال ۱۳۹۷)



منبع: محاسبات تحقیق با استفاده از داده‌های سالنامه آماری ثبت‌احوال و مرکز آمار ایران

استان‌هایی که در داخل کادر مشخص شده‌اند، استان‌هایی هستند که وضعیت آن‌ها در شاخص مورد نظر بدتر از وضعیت گروه کشورهای با درآمد بالاتر از متوسط است.

۳-۱-۴. نسبت مرگ‌ومیر مادران از عوارض بارداری و زایمان

نوعاً مراقبت‌های حین بارداری و زایمان در مناطق محروم و فقیرنشین که سطح آگاهی، سواد و بهداشت پایین‌تر است، کمتر است. زایمان توسط افراد دوره ندیده و در شرایط محیطی آلوده و عدم مراقبت کافی مانند عدم کنترل مرتب ضربان قلب و فشارخون، انجام نشدن آزمایش‌ها و عدم آگاهی از وجود عفونت در بدن زن، می‌تواند یک تهدید جدی برای سلامت مادران باردار باشد.

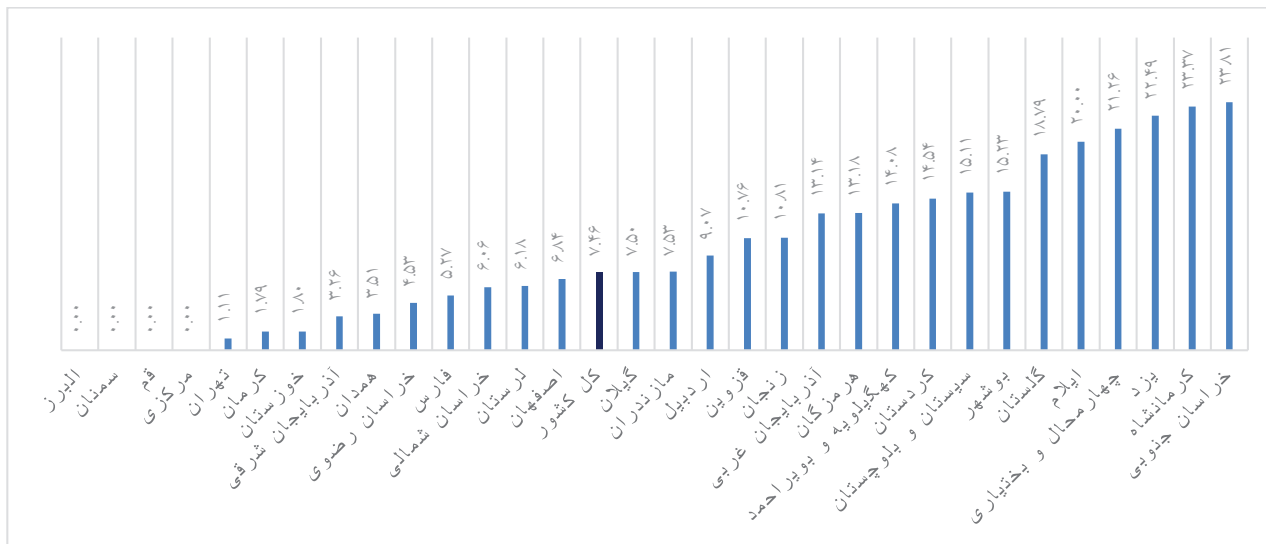
منظور از این شاخص، مرگ هنگام حاملگی تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری، صرف نظر از مدت و محل حاملگی به هر علتی مرتبط با بارداری، تشدید شده در بارداری، یا به علت مراقبت‌های ارائه شده طی آن، اما نه به علت حادثه یا تصادف به ازای ۱۰۰ هزار تولد زنده است که به صورت زیر محاسبه می‌شود.

$$(۳) \quad ۱۰۰۰۰۰ \times \frac{\text{تعداد مرگ مادران به علت عوارض حاملگی و زایمان در یک سال}}{\text{تعداد کل تولدهای زنده در همان سال}}$$

- منابع استخراج صورت کسر: داده‌های حاصل از گواهی فوت و جدول و فرم‌های مجموعه نظام کشوری مراقبت مرگ‌مادری، نظام ثبت مرگ، زیج حیاتی در روستا (داده‌های ثبتی)
- منابع استخراج مخرج کسر: داده‌های حاصل از گواهی ولادت (داده‌های ثبتی)

بنا به گزارش بانک جهانی در سال ۱۳۹۸، میزان این شاخص در ایران، ۱۶ رویداد و رتبه ایران، ۵۰ (در بین ۱۸۵ کشور)^۸ است. کشورها براساس کمترین میزان مرگ‌ومیر دسته‌بندی شده‌اند و رتبه کمتر مطلوب‌تر است. در سال ۱۳۹۷، سطح استانی بیشترین میزان مرگ‌ومیر مادران از عوارض زایمان و بارداری متعلق به استان‌های خراسان جنوبی (۲۳/۸۱ رویداد) و کرمانشاه (۲۳/۳۷ رویداد) و کمترین میزان مرگ‌ومیر متعلق به استان‌های قم، مرکزی، سمنان و البرز (همگی صفر رویداد) بوده است. بنا به هدف‌گذاری اهداف توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰، مرگ‌ومیر مادران از عوارض بارداری و زایمان را باید به کمتر از ۷۰ رویداد به ازای هر ۱۰۰ هزار تولد زنده رسیده باشد که تمام استان‌های ایران به این هدف رسیده‌اند.

نمودار ۲: شاخص‌های وضعیت سلامت (مرگ‌ومیر مادران از عوارض بارداری و زایمان) (برحسب ۱۰۰ هزار نفر)، در سطح استان، سال ۱۳۹۷



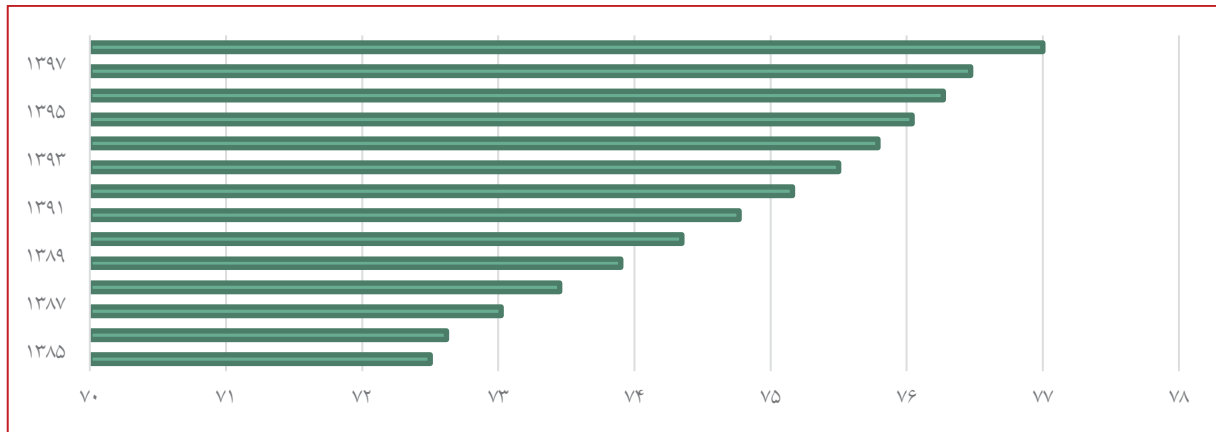
منبع: محاسبات تحقیق با استفاده از داده‌های سالنامه آماری ثبت احوال و مرکز آمار ایران، گزارش عملکرد و دستاوردهای نظام کشوری مراقبت مرگ‌مادر در سال ۱۳۹۷ (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، اداره سلامت مادران)

۴-۱-۴. امید به زندگی در بدو تولد

منظور از امید به زندگی در بدو تولد، تعداد سال‌هایی است که یک کودک تازه به دنیا آمده زندگی خواهد کرد، در صورتی که الگوهای شایع میزان‌های مرگ اختصاصی سن در زمان تولد، در تمام طول زندگی کودک به همان صورت باقی مانده باشند. برای محاسبه امید به زندگی در بدو تولد، از جدول عمر با اطلاعات جمعیت و مرگ‌ومیر استفاده خواهد شد. بنا به گزارش بانک جهانی، این شاخص در ایران روند صعودی داشته است و از ۷۲٫۵ سال در سال ۱۳۸۵، به ۷۷ سال در سال ۱۳۹۸ رسیده است. در همان سال، رتبه ایران در این شاخص، ۷۳ (در بین ۱۹۸ کشور)^۹ می‌باشد.

9 - <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>

نمودار ۳: شاخص‌های وضعیت سلامت (روند امید به زندگی در بدو تولد در ایران، طی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۹۸)

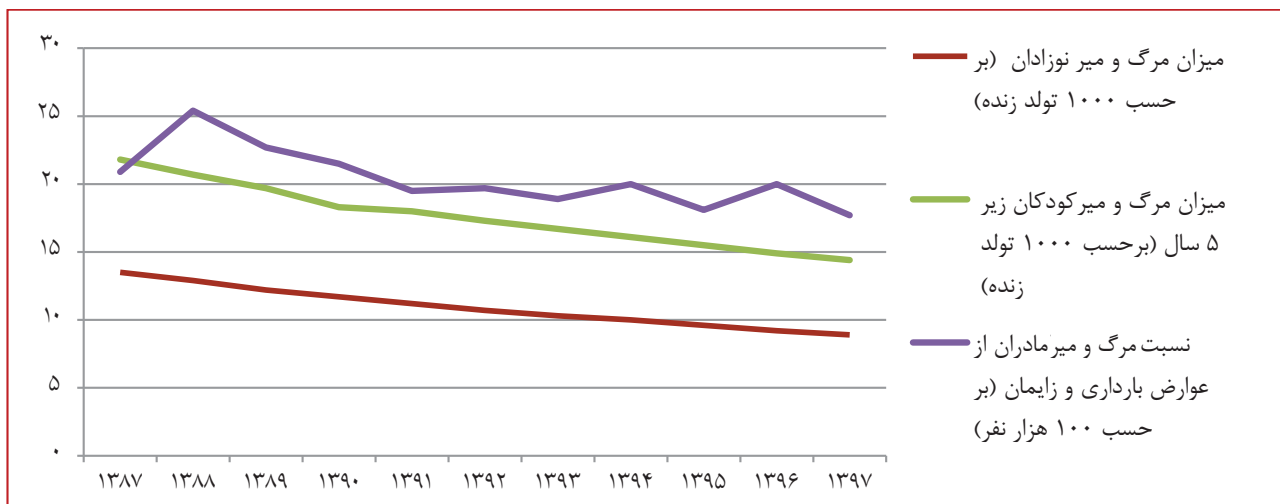


منبع: بانک جهانی

۴-۵. جمع‌بندی بخش وضعیت سلامت

همان‌طور که نمودار ۴ نشان می‌دهد، خوشبختانه در تمام شاخص‌های مرگ و میر طی سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۹۷ در ایران روند نزولی را شاهد بوده‌ایم.

نمودار ۴: روند برخی از شاخص‌های وضعیت سلامت در ایران، طی سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۹۷



منبع: بانک جهانی

جدول ۲. جمع بندی شاخص های وضعیت سلامت

شاخص	ایران	هدف SDGs تا سال ۲۰۳۰	متوسط جهان	کشورهای با درآمد بالا	کشورهای با درآمد بالاتر از متوسط	کشورهای با درآمد متوسط	کشورهای با درآمد پایین
میزان مرگ و میر نوزادان (برحسب ۱۰۰۰ تولد زنده)	۹ رویداد (۸۷ بین ۱۹۳ کشور)	۱۲ رویداد	۱۸ رویداد	۳ رویداد	۷ رویداد	۱۷ رویداد	۲۷ رویداد
میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال (برحسب ۱۰۰۰ نفر)	۱۴ رویداد (۸۳ بین ۱۹۳ کشور)	۲۵ رویداد	۳۸ رویداد	۵ رویداد	۱۳ رویداد	۳۵ رویداد	۶۸ رویداد
میزان مرگ و میر مادران از عوارض زایمان و بارداری (برحسب ۱۰۰ هزار نفر)	۱۶ رویداد (۵۰ بین ۱۸۵ کشور)	۷۰ رویداد	۲۱۱ رویداد	۱۱ رویداد	۵۷ رویداد	۱۸۳ رویداد	۴۵۵ رویداد
امید به زندگی در بدو تولد	۷۷ سال (۷۳ بین ۱۹۸ کشور)	-	۷۳ سال	۸۱ سال	۷۵ سال	۷۲ سال	۶۳ سال

منبع: بانک جهانی

داده ها مربوط به سال ۲۰۱۹ می باشد.
خانه های هاشور زده وضعیت نامطلوب تری نسبت به متوسط کشورهای با درآمد بالاتر از متوسط دارد.

در مجموع، در خصوص شاخص های وضعیت سلامت می توان گفت که ایران در همه شاخص های وضعیت سلامت، روند رو به رشدی داشته و بالاتر از میانگین جهانی قرار دارد، اما همچنان در مقایسه با کشورهای با درآمد بالاتر از متوسط، عملکرد مطلوبی ندارد (جدول ۲) و در رتبه های میانی کشورها قرار دارد، به خصوص در دو شاخص نرخ مرگ و میر نوزادان زیر یک ماه و کودکان زیر ۵ سال از هر هزار تولد نوزاد/کودک، که به ترتیب ۹ و ۱۴ رویداد است که هر دو بالاتر از متوسط کشورهای با درآمد بالا یعنی ۷ و ۱۳ رویداد قرار دارد.

۲-۴. عوامل خطر

۲-۴-۱. نوزادان دارای کم وزنی (وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم)

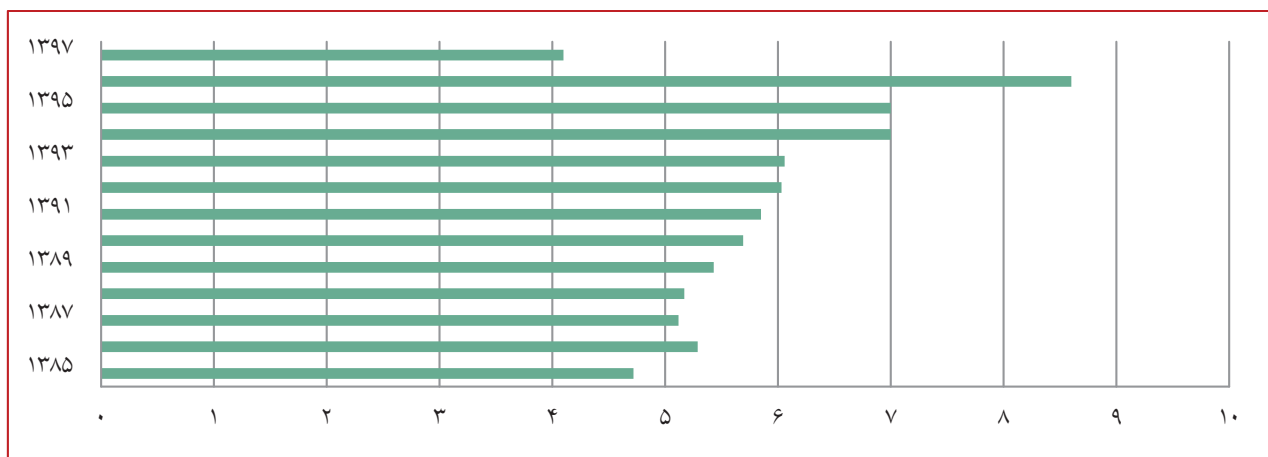
تولد زود هنگام، اعتیاد مادر به مواد مخدر و الکل، تغذیه نامناسب مادر، ضعف بدنی یا بیماری مادر از شایع ترین علل کم وزنی کودکان هنگام تولد هستند. از این بین، تغذیه نامناسب مادر، ضعف بدنی یا بیماری مادر ارتباط مستقیم با فقر دارند. تعریف این شاخص به صورت درصد نوزادانی که هنگام تولد وزن آن ها کمتر از ۲۵۰۰ گرم است که از فرمول زیر محاسبه می شود:

$$(۴) \times ۱۰۰ = \frac{\text{تعداد نوزادان با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم در یک سال معین}}{\text{تعداد کل موالید زنده در همان سال}}$$

- منابع استخراج صورت کسر: گواهی ولادت (داده های ثبتی)
- منابع استخراج مخرج کسر: اطلاعات ثبت احوال - دفتر جمعیت و سلامت معاونت بهداشت (داده های ثبتی)

بنا به گزارش بانک جهانی، روند این شاخص در ایران به جز سال ۱۳۹۷ صعودی بوده و از ۴٫۷۲ کودک دارای کم‌وزنی در بدو تولد در سال ۱۳۸۵ این آمار به میزان ۸٫۶ در سال ۱۳۹۶ رسیده است. بنا به آخرین اطلاعات موجود در بانک جهانی، در سال ۲۰۱۵، رتبه ایران در این شاخص، ۴۰ در میان ۱۴۶ کشور دنیا و هم‌سطح گروه کشورهای درآمد بالاتر از متوسط است.

نمودار ۵: شاخص‌های عوامل خطر (روند نوزادان دارای کم‌وزنی هنگام تولد در ایران (درصد)، طی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۹۷)



منبع: بانک جهانی. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.BRTW.ZS>

۲-۲-۴. میزان شیوع سوء تغذیه در کودکان زیر ۵ سال

شیوع سوء تغذیه در کودکان به درصد کودکان زیر ۵ سال که وزن برای سن آن‌ها کمتر از ۲ - انحراف معیار از میانگین استاندارد است، اطلاق می‌شود.

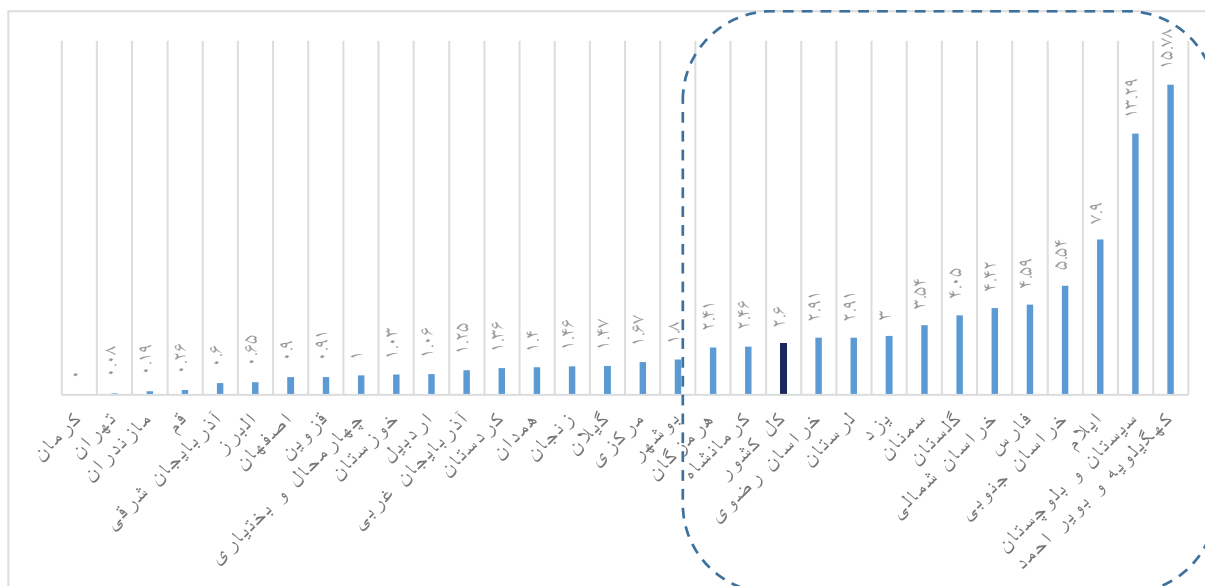
$$\frac{\text{تعداد کودکان زیر ۵ سالی که وزن برای آنها کمتر از } Score_{2Z} \text{ است}}{\text{تعداد کل کودکان زیر ۵ سال مراجعه کننده}} \times 100 \quad (۵)$$

در ایران این شاخص برای کودکان زیر ۶ سال محاسبه می‌شود.

- روش تولید صورت کسر: تعداد کودکان کم‌وزن (زیر ۶ سال، داده‌های ثبتی) است.
- روش تولید مخرج کسر: تعداد کودکان (زیر ۶ سال، سرشماری) است.

در سال ۱۳۹۹، ۲٫۶ درصد از کودکان در ایران دچار سوء تغذیه بودند. استان‌های سیستان و بلوچستان (۱۳٫۲۹ درصد) و کهگیلویه و بویراحمد (۱۵٫۷۸ درصد) با بیشترین میزان سوء تغذیه در کودکان مواجه‌اند (بیشتر از متوسط جهانی) و کمترین میزان سوء تغذیه متعلق به استان‌های تهران (۰٫۰۸ درصد) و کرمان (صفر درصد) است. کاهش کالری دریافتی ایرانیان و شیوع سوء تغذیه در میان کودکان از موارد بسیار نگران‌کننده در ایران بوده و لزوم برنامه‌های حمایتی با تأکید بر تأمین کالری و تغذیه را می‌رساند.

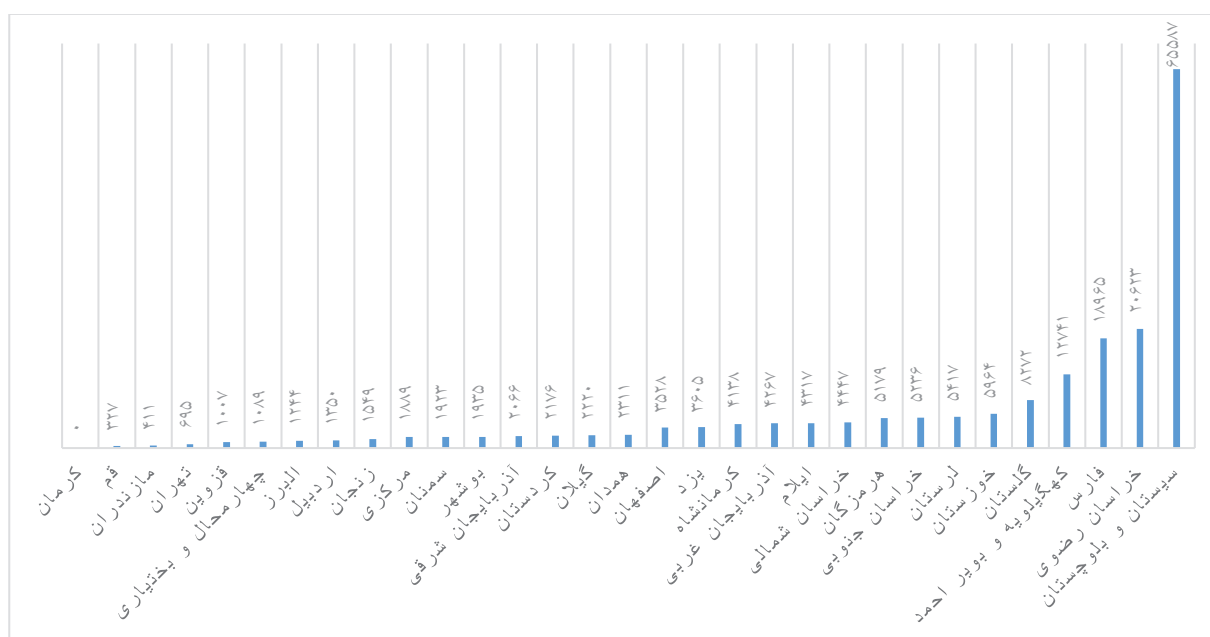
نمودار ۶: شاخص‌های عوامل خطر (درصد شیوع سوءتغذیه در کودکان زیر ۶ سال، در سطح استان، سال ۱۳۹۹)



منبع: پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان

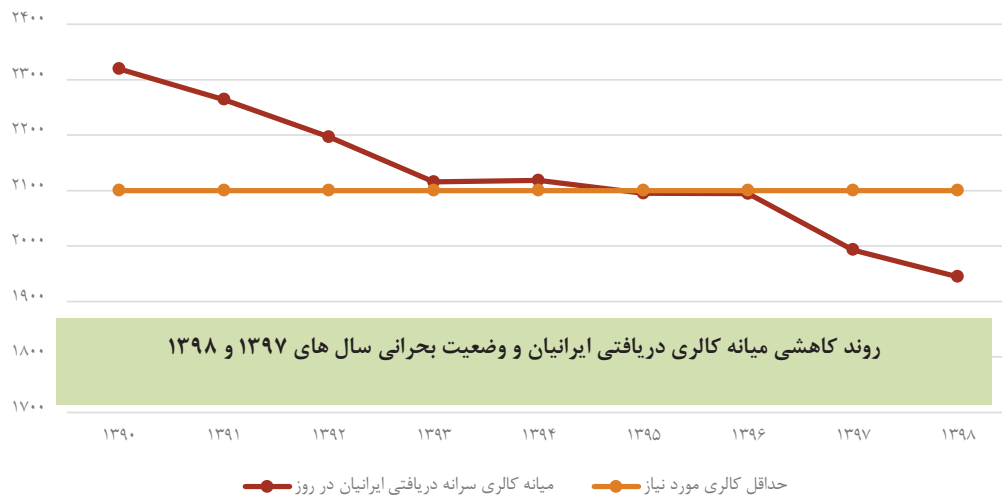
بر اساس نمودار ۷، از جهت تعداد کودکان مواجه با سوءتغذیه، استان سیستان و بلوچستان (۶۵۵۸۷ نفر) بیشترین تعداد را دارا است و در مقابل استان کرمان قرار دارد که هیچ کودک دارای سوءتغذیه در این استان گزارش نشده است.

نمودار ۷: شاخص‌های عوامل خطر (مقدار شیوع سوءتغذیه در کودکان زیر ۶ سال، در سطح استان، سال ۱۳۹۹)



منبع: پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان

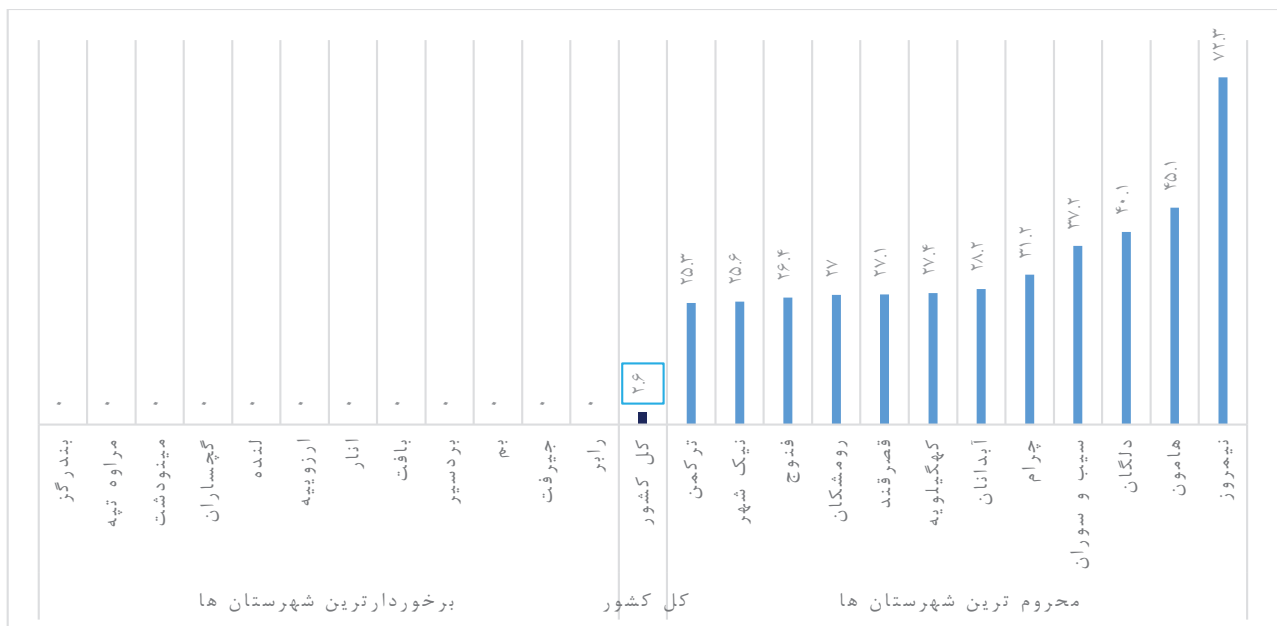
نمودار ۸: میانه کالری سرانه دریافتی ایرانیان در روز، طی سال‌های ۱۳۹۰ - ۱۳۹۸



منبع: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی گزارش در دست انتشار براساس داده‌های هزینه و درآمد خانوار مرکز آمار ایران

نمودار ۸ نشان می‌دهد که کالری دریافتی ایرانیان از سال ۱۳۹۰ تا سال ۱۳۹۸ روند کاهشی داشته است و در دو سال ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ این روند بحرانی شده است و میزان متوسط کالری دریافتی ایرانیان به مقداری پایین‌تر از حداقل کالری مورد نیاز (۲۱۰۰ کیلوکالری در روز) رسیده است.

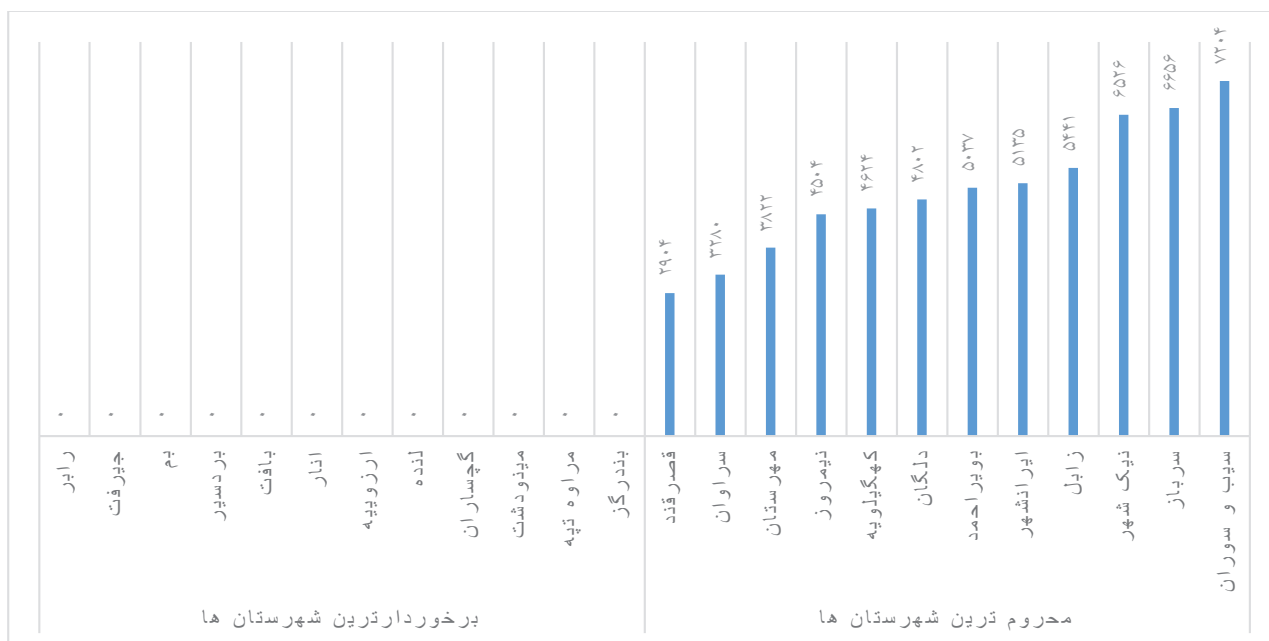
نمودار ۹: شاخص‌های عوامل خطر (درصد شیوع سوءتغذیه در کودکان زیر ۶ سال، در سطح شهرستان، سال ۱۳۹۹)



منبع: پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان

نمودار ۹ نشان می‌دهد که شهرستان‌های نیمروز (۷۲٫۳ درصد)، هامون (۴۵٫۱ درصد) و دلگان (۴۰٫۱ درصد) به ترتیب محروم‌ترین شهرستان‌های کشور به لحاظ سوء تغذیه کودکان هستند. آمار سوء تغذیه کودکان در این شهرستان‌ها به بالای ۴۰ درصد می‌رسد. از طرف دیگر، در شهرستان‌های رابر، جیرفت، بم، بردسیر، بافت، انار، ارزویی، لنده، گچساران، مینودشت، مراوه تپه و بندرگز موردی برای سوء تغذیه کودکان گزارش نشده است.

نمودار ۱۰: شاخص‌های عوامل خطر (مقدار شیوع سوء تغذیه در کودکان زیر ۶ سال، در سطح شهرستان، سال ۱۳۹۹)



منبع: پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان

نمودار ۱۰ نشان می‌دهد که بیشترین تعداد کودکان دچار سوء تغذیه در شهرستان‌های سیب و سوران (۷۲٫۰۴ نفر)، سرباز (۶۶٫۵۶ نفر) و نیک شهر (۶۵٫۲۶ نفر) هستند.

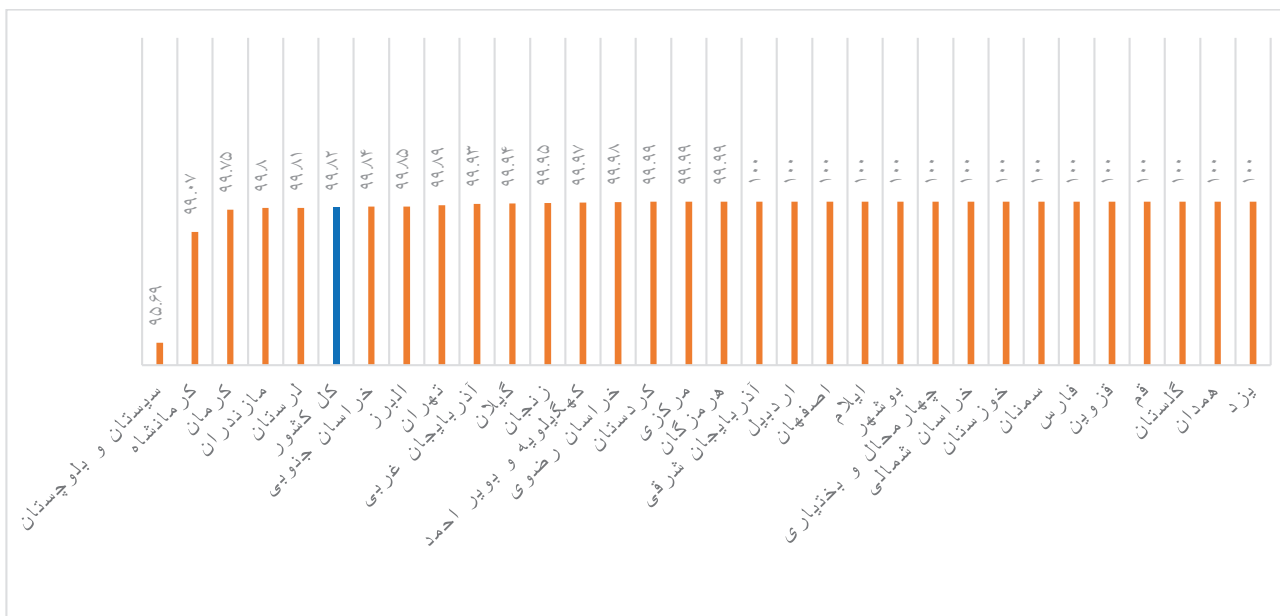
۴-۲-۳. دسترسی به آب آشامیدنی سالم و پایدار

آب آشامیدنی سالم یکی از مهم‌ترین فاکتورها برای حفظ سلامتی است و به همین منظور دولت‌ها تلاش می‌کنند تا آب را به صورت تصفیه شده و از طریق لوله‌کشی به همه مردم جامعه برسانند. بسیاری از بیماری‌های انگلی و عفونی از طریق آب ناسالم وارد بدن می‌شوند که موجب بیماری در افراد و به خصوص کودکان می‌شود. منظور از آب آشامیدنی سالم، آب شرب از منبع بهبود یافته‌ای است که در محل قابل دسترسی بوده، در موقع نیاز موجود و بدون آلودگی میکروبی و شیمیایی باشد. این شاخص به صورت زیر محاسبه می‌شود:

$$(۶) \quad \text{نرخ دسترسی به آب آشامیدنی سالم} = ۱۰۰ \times \frac{\text{افرادی که به آب آشامیدنی سالم و پایدار دسترسی دارند}}{\text{جمعیت}}$$

بنا به هدف‌گذاری اهداف هزاره^{۱۰} تا سال ۲۰۱۵، جمعیت فاقد دسترسی پایدار به آب آشامیدنی سالم باید به نصف رسانده شود و بنا به هدف‌گذاری اهداف توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰، جمعیت فاقد دسترسی پایدار به آب آشامیدنی سالم باید به صفر رسانده شود. ایران تا رسیدن به این هدف فاصله چندانی ندارد. در خصوص رتبه ایران در جهان، به دلیل آن که تعداد کشورهایی که این شاخص را منتشر کرده اند، اندک است، امکان رتبه‌بندی وجود ندارد اما می‌توان اظهار کرد که تمام استان‌های ایران در این شاخص وضعیت مطلوب‌تری از متوسط جهانی دارند.

نمودار ۱۱: شاخص‌های عوامل خطر (درصد جمعیت تحت پوشش تأسیسات آب شهری، سال ۱۳۹۸)



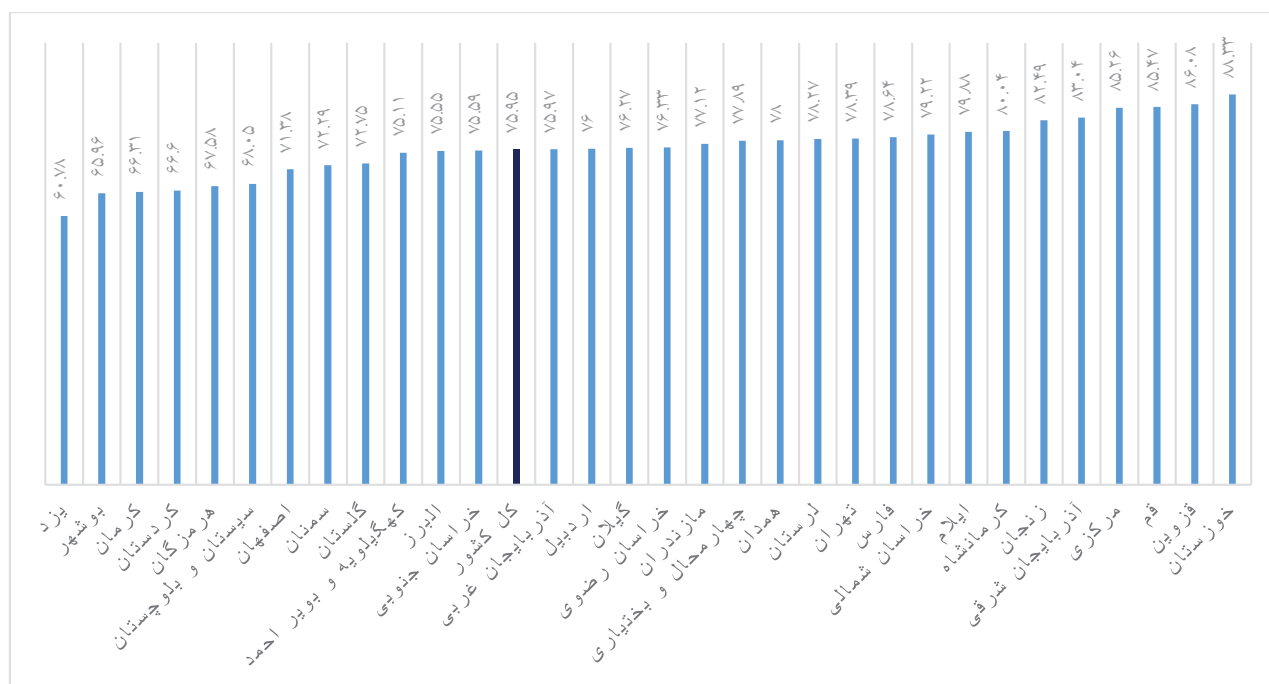
منبع: سالنامه آماری سال ۹۸، صنعت آب و فاضلاب

مطابق با سالنامه ۱۳۹۸ شرکت آبفا، بیش‌تر از ۹۹ درصد نقاط شهری ایران دسترسی به آب آشامیدنی سالم دارند. نقاط شهری در ۱۵ استان کشور دسترسی صد درصدی به آب آشامیدنی سالم دارند. استان سیستان و بلوچستان با پوشش ۹۵ درصدی دسترسی آب آشامیدنی سالم در نقاط شهری، محروم‌ترین استان کشور از این جهت است. در مناطق روستایی، استان‌های یزد (۶۰٫۷۸ درصد) و بوشهر (۶۵٫۹۶ درصد) در پایین‌ترین رتبه بهره‌مندی از آب شرب سالم قرار داشته و در طرف مقابل خوزستان (۸۸٫۳۳ درصد) و قزوین (۸۶٫۰۸ درصد) بوده و بهترین وضعیت بهره‌مندی از آب

۱۰- در سپتامبر سال ۲۰۰۰، از ۱۸۹ کشور عضو سازمان ملل متحد برای اجلاس هزاره (بزرگ‌ترین گردهمایی رهبران جهان در تاریخ بشر تا آن روز) در مقر سازمان ملل در نیویورک گرد هم آمدند. آن‌ها توافق کردند که تا سال ۲۰۱۵ به این اهداف مورد توافق در این اجلاس، برسند. توسعه هزاره شامل ۸ آرمان و ۱۸ هدف و بالغ بر ۴۰ شاخص است.

شرب سالم را دارند. در نهایت، در یک تصویر کلی می‌توان گفت که در هیچ یک از استان‌های کشور پوشش ۱۰۰ درصدی آب آشامیدنی سالم در مناطق روستایی وجود ندارد.

نمودار ۱۲: شاخص‌های عوامل خطر (درصد جمعیت تحت پوشش تأسیسات آب روستایی، در سطح استان، سال ۱۳۹۸)



منبع: سالنامه آماری سال ۹۸، صنعت آب و فاضلاب

۴-۲-۴. دسترسی به شبکه فاضلاب بهداشتی

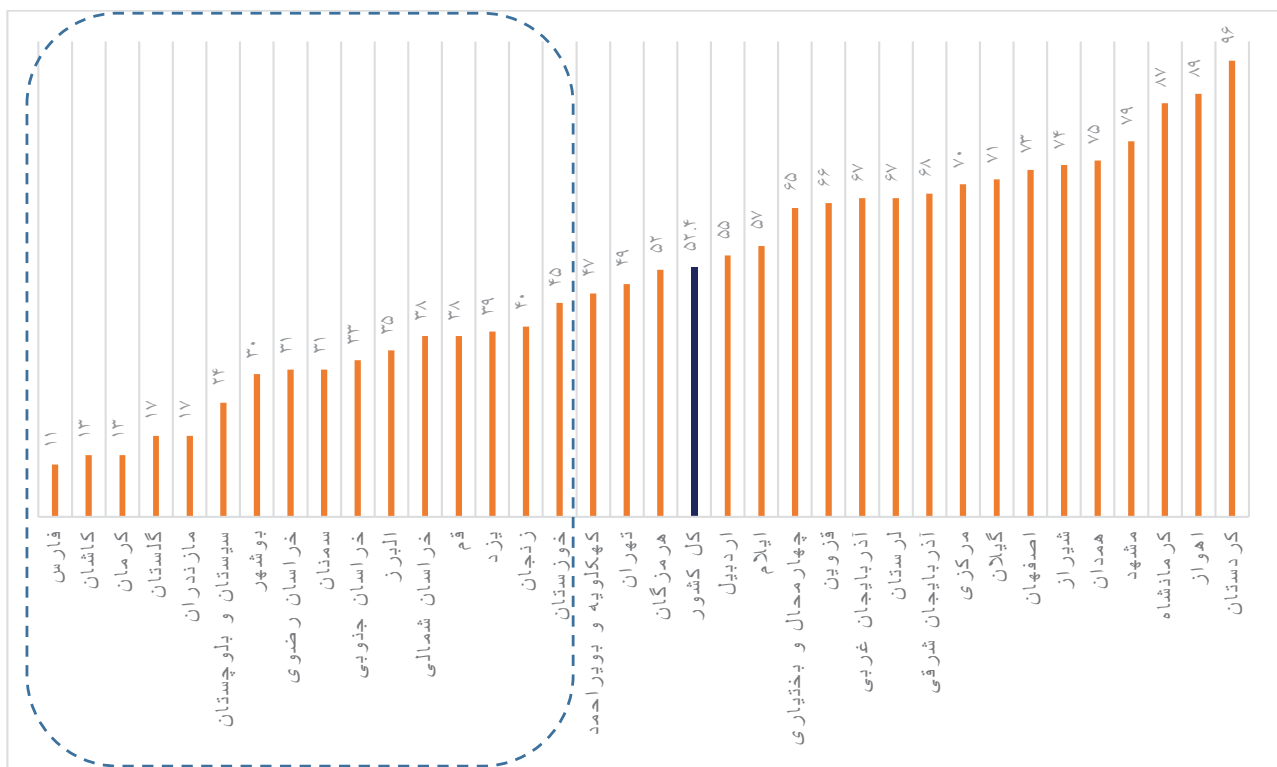
منظور سیستم فاضلاب بهبود یافته‌ای است که به صورت اشتراکی با سایر خانوارها استفاده نشود. همچنین فضولات تولید شده از محل دفع شده و یا به تصفیه‌خانه منتقل و تصفیه شود. این شاخص به صورت زیر محاسبه می‌شود:

$$(۷) \quad ۱۰۰ \times \frac{\text{جمعیت تحت پوشش تأسیسات فاضلاب بهداشتی}}{\text{جمعیت}}$$

مطابق با سالنامه ۱۳۹۸ شرکت آبفا، میانگین کشوری جمعیت تحت پوشش شبکه جمع‌آوری فاضلاب کشوری در پایان سال ۱۳۹۸، برابر با ۵۲٫۴۸ درصد بوده که نسبت به سال قبل ۱٫۶۸ درصد افزایش داشته است. میانگین دسترسی به فاضلاب شهری در ایران (۴۸٫۹۵ درصد) بالاتر از میانگین دنیا (۴۷ درصد) است؛ اما دسترسی به فاضلاب روستایی (۴۵٫۷ درصد) بسیار پایین‌تر از میانگین دنیا (۴۳ درصد) است. در خصوص رتبه ایران در جهان، به دلیل تعداد اندک کشورهایی که این شاخص را ارائه کرده‌اند، امکان مقایسه و رتبه‌بندی جهانی وجود ندارد.

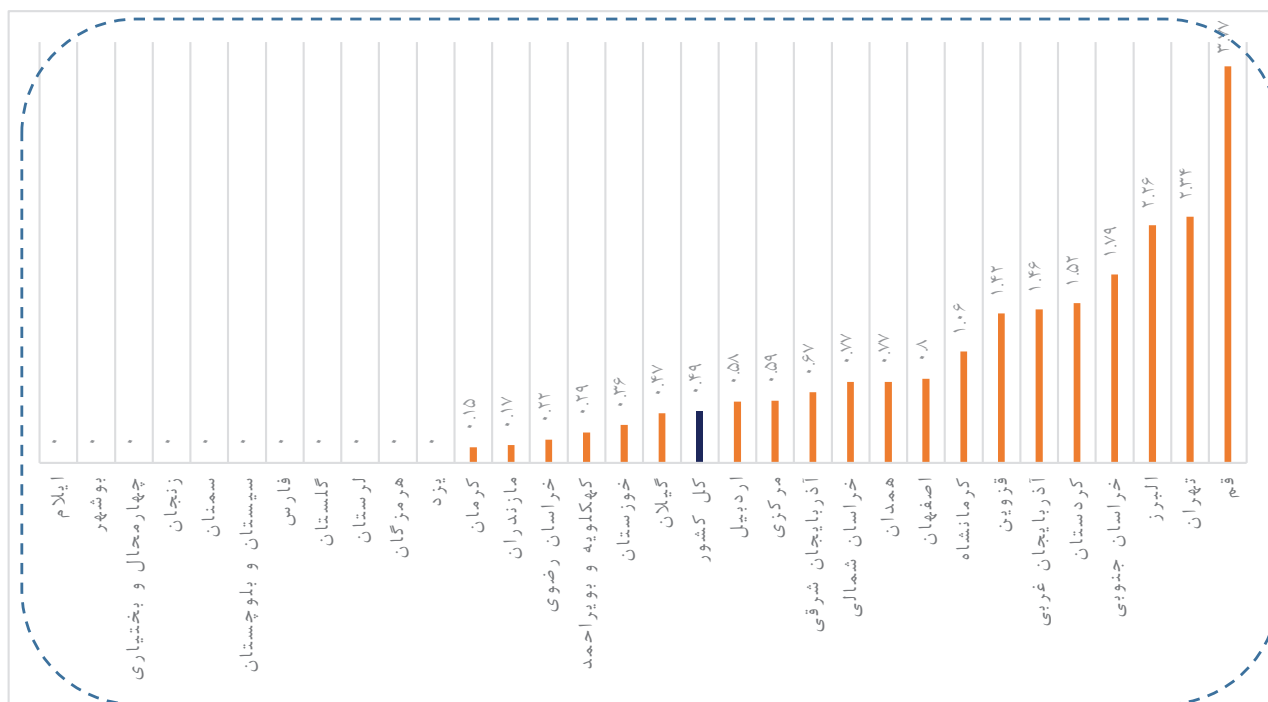
در سال ۱۳۹۸، برخوردارترین نقاط شهری متعلق به استان کردستان (۹۶ درصد) و کرمانشاه (۸۷ درصد) و کم برخوردارترین نقاط شهری متعلق به استان فارس (۱۱ درصد) و کرمان (۱۳ درصد) هستند. همچنین، برخوردارترین نقاط روستایی در استان قم (۳،۷۷ درصد) و تهران (۲،۳۴ درصد) و کم برخوردارترین نقاط روستایی در استان های ایلام، بوشهر، چهارمحال و بختیاری، زنجان، سمنان، سیستان و بلوچستان، فارس، گلستان، لرستان، هرمزگان و یزد (همگی صفر درصد) هستند.

نمودار ۱۳: شاخص های عوامل خطر (درصد جمعیت تحت پوشش تأسیسات فاضلاب شهری بهداشتی، سال ۱۳۹۸)



منبع: سالنامه آماری سال ۹۸، صنعت آب و فاضلاب

نمودار ۱۴: شاخص های عوامل خطر (درصد جمعیت تحت پوشش تأسیسات فاضلاب روستایی بهداشتی، سال ۱۳۹۸)



منبع: سالنامه آماری سال ۹۸، صنعت آب و فاضلاب

۴-۲-۵. جمع بندی بخش عوامل خطر

جدول ۳: جمع بندی شاخص های عوامل خطر

شاخص	ایران	هدف SDGs تا سال ۲۰۳۰	متوسط جهان	کشورهای با درآمد بالا	کشورهای با درآمد متوسط	کشورهای با درآمد متوسط
نوزادان دارای کم وزنی هنگام تولد (۱۳۹۴)	۷ درصد (۴۰ در میان ۱۴۶ کشور)	-	۱۴ درصد	۸ درصد	۷ درصد	۱۱ درصد
میزان سوء تغذیه در کودکان زیر ۵ سال (۱۳۹۹)	۲.۶ درصد (*)	-	۱۲.۶ درصد	۰.۹ درصد	۲.۴ درصد	۱۲.۷ درصد
دسترسی به آب آشامیدنی سالم و پایدار شهری (۱۳۹۶)	۹۹.۰۶ درصد (**)	۱۰۰ درصد	۸۵.۱۴ درصد	۹۹ درصد	۹۱ درصد	-
دسترسی به آب آشامیدنی سالم و پایدار روستایی (۱۳۹۶)	۷۵.۹۵ درصد (**)	۱۰۰ درصد	۵۳ درصد	-	-	-
دسترسی به فاضلاب بهداشتی شهری (۱۳۹۶)	۴۸.۹ درصد (**)	-	۴۷ درصد	۸۸ درصد	۶۳ درصد	-
دسترسی به فاضلاب بهداشتی روستایی (۱۳۹۶)	۰.۴۵ درصد (**)	-	۴۳ درصد	۶۱ درصد	۵۳ درصد	-

منبع: WHO, UNISF, World Bank و پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان

علامت * به معنای عدم امکان رتبه بندی، به دلیل تفاوت تعریف سوء تغذیه در ایران و جهان و متفاوت بودن منابع اخذ داده است.

علامت ** به معنای عدم امکان رتبه بندی، به دلیل کم بودن کشورهای منتشرکننده داده است.

درمجموع می‌توان گفت که تصویر وضعیت عوامل خطر در ایران که می‌تواند در آینده وضعیت سلامت را بیشتر از قبل مورد تهدید قرار دهد، شرایط مطلوبی را نشان نمی‌دهد؛ به جز شاخص آب آشامیدنی سالم، وضعیت سایر شاخص‌های «عوامل خطر» در ایران نگران‌کننده است. درصد نوزادان دارای کم‌وزنی (به جز کاهش در سال ۱۳۹۷) همواره روند رو به رشد داشته، هرچند که در مقایسه جهانی در وضعیت مطلوبی قرار دارد (جدول ۳). شیوع سوءتغذیه در کودکان در ایران نگران‌کننده و با اختلاف بسیار زیادی نسبت به کشورهای با درآمد بالا قرار دارد. در برخی از استان‌ها مانند سیستان و بلوچستان و کهگیلویه و بویراحمد، این شاخص حتی بالاتر از میانگین جهانی بوده و به نظر می‌رسد وضعیت بحرانی است. شاخص وضعیت تأسیسات فاضلاب شهری و روستایی نیز در مقیاس جهانی، دارای وضعیت نامطلوبی است.

۳-۴. کیفیت نظام سلامت

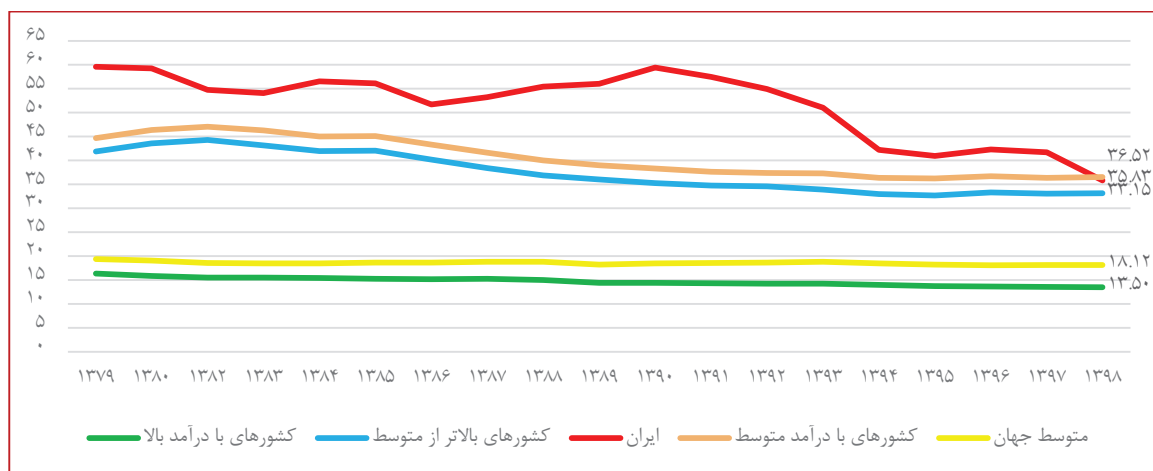
۳-۴-۱. پرداخت از جیب (هزینه‌های درمانی)

منظور از پرداخت از جیب، نسبت پرداخت از جیب از کل هزینه‌های بهداشتی جاری است. پرداخت از جیب مستقیماً از جیب خانوارها برای هزینه‌های درمانی صورت می‌گیرد. این شاخص به صورت زیر محاسبه می‌گردد.

$$\text{پرداخت از جیب} \times 100 = \frac{\text{پرداخت از جیب}}{\text{کل هزینه های بهداشتی جاری}} \quad (۸)$$

بنا به گزارش بانک جهانی، پرداخت از جیب خانوارهای ایرانی برای هزینه‌های درمانی در سال ۱۳۹۷، ۳۵ درصد است که این میزان بسیار بیشتر از متوسط جهانی این شاخص (۱۸ درصد) بوده است. رتبه ایران در جهان در همان سال، ۱۱۶ در بین ۱۸۷ کشور بوده است.

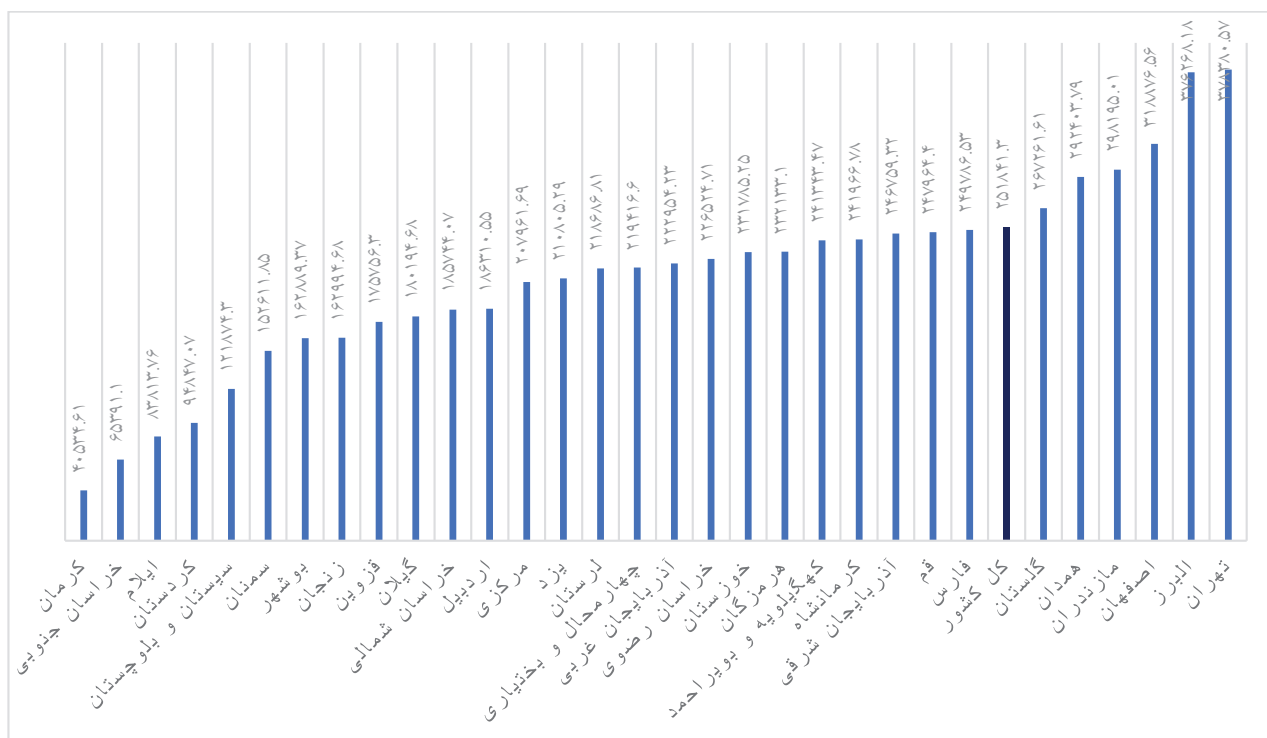
نمودار ۱۵: شاخص کیفیت نظام سلامت (روند پرداخت از جیب هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارها (درصد)، طی سال‌های ۱۳۷۹-۱۳۹۷)



منبع: بانک جهانی

صورت کسر فرمول ۸، میزان پرداخت از جیب خانوارها برای هزینه‌های درمانی است که به دلیل در دسترس نبودن داده‌های کل هزینه‌های بهداشتی جاری، امکان محاسبه شاخص پرداخت از جیب هزینه‌های بهداشت و درمان به تفکیک استان وجود ندارد و تنها این بخش در نمودار ۱۶ به تفکیک استان نشان داده شده است.

نمودار ۱۶: شاخص کیفیت نظام سلامت (توزیع استانی هزینه‌های بهداشتی و درمانی خانوارها، در سطح استان، سال ۱۳۹۸)



منبع: محاسبات براساس داده‌های هزینه و درآمد خانوار مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۸

نمودار ۱۶ نشان می‌دهد استان‌هایی که به لحاظ درآمدی جایگاه مطلوب‌تری دارند، بیش از میانگین کشوری برای هزینه‌های بهداشتی و درمانی خود هزینه می‌کنند. بیشترین هزینه مربوط به استان تهران (۳۷۸۳۸۰٫۵۷ تومان) و کمترین مقدار مربوط به استان کرمان (۴۰۵۳۴٫۶۱ تومان) می‌باشد.

۴-۳-۲. هزینه‌های سلامت منجر به فقر

هزینه‌های سلامت منجر به فقر، حدی است که خانواده در حالت عادی بالای خط فقر است، اما پس از پرداخت هزینه‌های بهداشتی از جیب به زیر خط فقر می‌رسد. به بیان دیگر فقر ناشی از درمان را تجربه می‌کند. در حال حاضر داده‌ای برای این شاخص منتشر نشده است، با این حال با استفاده از داده‌های هزینه و درآمد خانوار در سطح شهری و روستایی می‌توان یک برآورد اولیه به دست آورد.

برای محاسبه این شاخص نسبت تعداد خانوارهایی که کل هزینه‌های مصرفی آنان (شامل هزینه‌های بهداشت و درمان خانوار) بزرگ‌تر از خط فقر است، اما کل هزینه‌های مصرفی خانوار (به جز هزینه‌های بهداشت و درمان خانوار) کمتر از خط فقر است به کل تعداد خانوارها را در نظر می‌گیریم. در سال ۱۳۹۸، میزان شاخص در سطح کشوری (۲٫۸۴ درصد)، روستایی (۲٫۸ درصد) و شهری (۲٫۸۵ درصد) بوده است. به این معنا که ۲٫۸ درصد از جمعیت کشور، یعنی در حدود دو میلیون و سیصد و هشتاد هزار نفر در سال ۱۳۹۸ به واسطه هزینه‌های بهداشت و درمان به زیر خط فقر رفته‌اند.

۴-۳-۳. هزینه‌های کمرشکن سلامت

منظور از هزینه‌های کمرشکن، کل هزینه‌های سلامتی پرداخت شده از جیب خانوار است که برابر یا بیش از ۴۰ درصد ظرفیت پرداخت خانوار یا مخارج معیشتی (مخارج غیر خوراکی) او باشد.

● اگر (کل هزینه‌های سلامت پرداخت شده از جیب خانوار) $\leq$ (ظرفیت پرداخت خانوار) * ۰٫۴ $\leftarrow$ هزینه کمرشکن سلامت (۱)

● در غیر این صورت $\leftarrow$ هزینه غیر کمرشکن سلامت (۰)

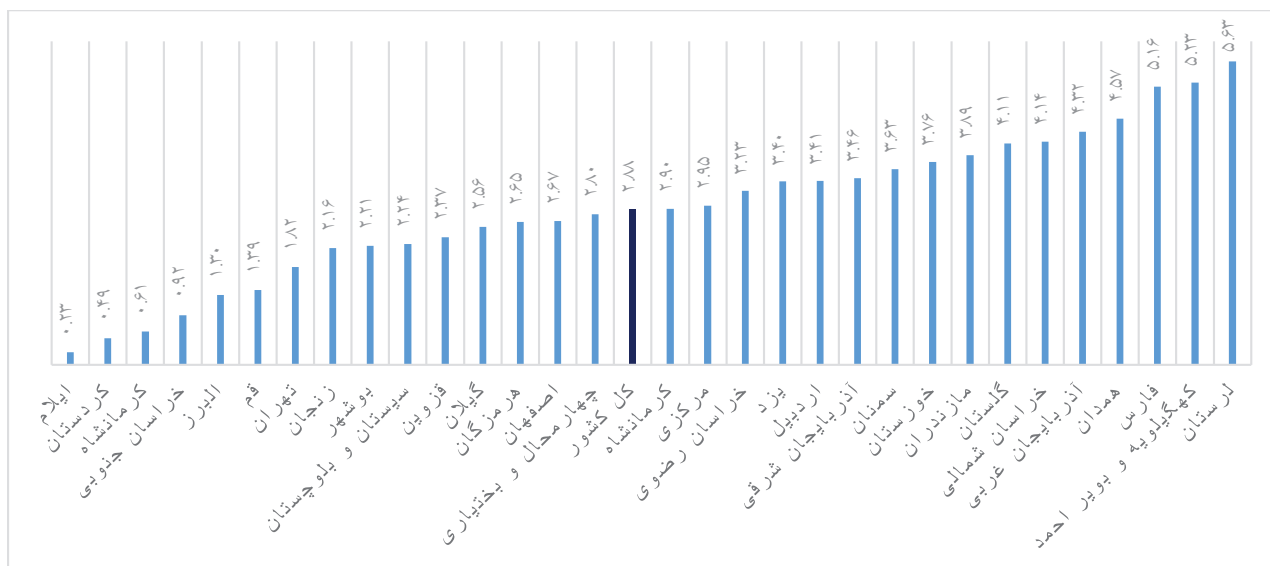
سپس تعداد کل خانوارهایی که مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت هستند، شمارش شده و از فرمول زیر شاخص محاسبه می‌گردد.

$$\frac{\text{تعداد خانوارهای مواجه با هزینه های کمرشکن سلامت}}{\text{تعداد کل خانوارها}}$$

(۹)

داده‌ای در این خصوص به صورت رسمی ارائه نمی‌شود. بنا به محاسبات براساس داده‌های هزینه و درآمد خانوار در سال ۱۳۹۸، حدود ۲٫۸۸ درصد خانوارهای کشور با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه هستند و میزان این شاخص در استان‌های لرستان (۵٫۶۳ درصد)، کهگیلویه و بویراحمد (۵٫۲۲ درصد) و فارس (۵٫۱۵ درصد) به بیش از ۵ درصد نیز می‌رسد. از طرف دیگر استان‌های ایلام (۰٫۲۳ درصد) و کردستان (۰٫۴۹ درصد) با کمترین میزان هزینه‌های کمرشکن سلامت روبه‌رو می‌باشند.

نمودار ۱۷: شاخص کیفیت نظام سلامت (شاخص هزینه‌های کمرشکن سلامت، در سطح استان، سال ۱۳۹۸)



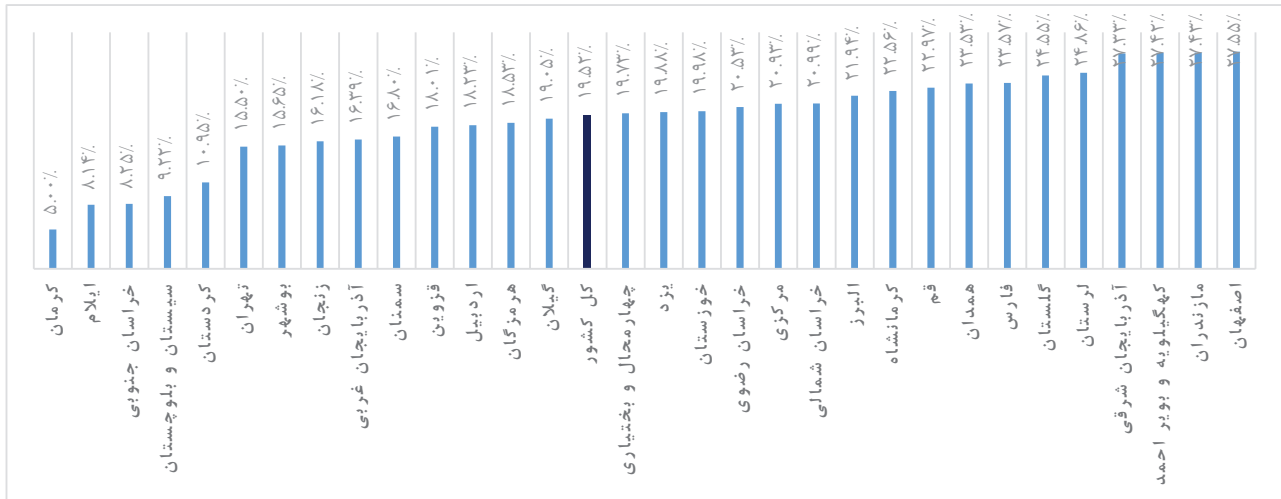
منبع: محاسبات براساس داده‌های هزینه و درآمد خانوار مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۸

هزینه‌های کمرشکن خانوار به دو شیوه دیگر نیز قابل محاسبه کردن است. در اهداف توسعه پایدار جهانی (هدف ۳٫۸٫۲)، دو شاخص برای هزینه‌های کمرشکن معرفی می‌گردد:

- نسبتی از خانوارها که بیش از ۱۰ درصد از هزینه‌های خانوار را صرف هزینه‌های بهداشتی می‌کنند.
- نسبتی از خانوارها که بیش از ۲۵ درصد از هزینه‌های خانوار را صرف هزینه‌های بهداشتی می‌کنند.

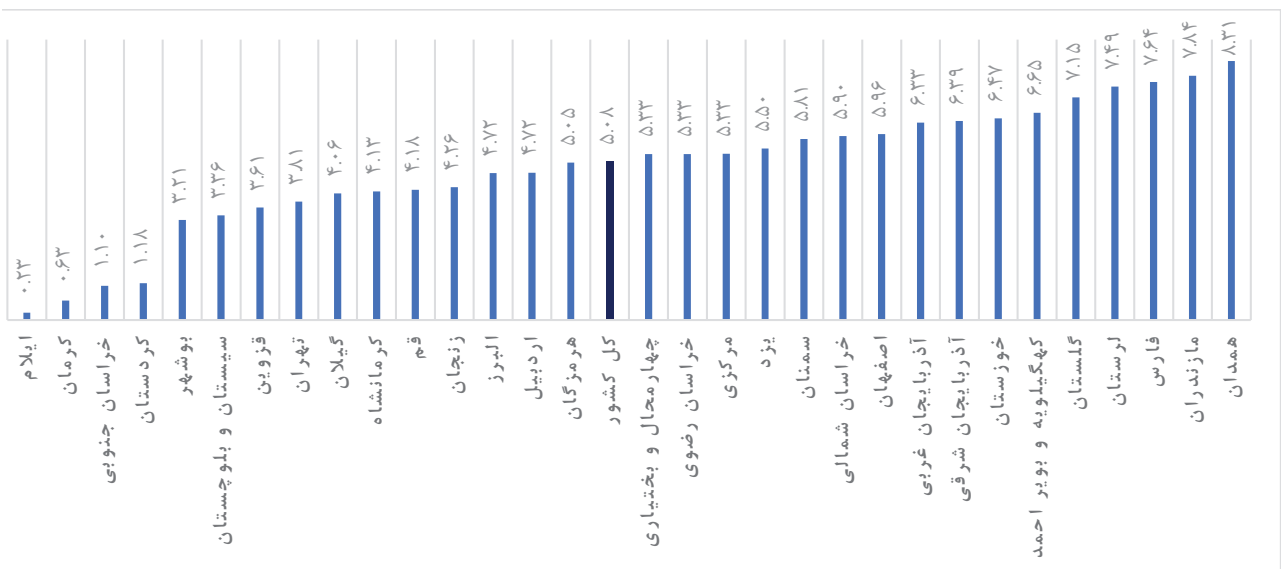
با استفاده از داده‌های هزینه و درآمد خانوار محاسبات شاخص‌های فوق در سطح استانی صورت گرفت که توزیع استانی آن به صورت زیر است:

نمودار ۱۸: نسبتی از خانوارها که بیش از ۱۰ درصد از هزینه‌های خانوار را صرف هزینه‌های بهداشتی می‌کنند.



منبع: محاسبات براساس داده‌های هزینه و درآمد خانوار مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۸

نمودار ۱۹: نسبتی از خانوارها که بیش از ۲۵ درصد از هزینه‌های خانوار را صرف هزینه‌های بهداشتی می‌کنند.



منبع: محاسبات براساس داده‌های هزینه و درآمد خانوار مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۸

۴-۳-۴. هزینه کمرشکن سلامت ناشی از عمل جراحی

منظور از هزینه‌های کمرشکن سلامت ناشی از عمل جراحی، به نسبتی از خانوار گفته می‌شود که زمانی که نیاز به عمل جراحی دارند، احتمال این وجود دارد که با هزینه‌های کمرشکن مواجه شوند. هزینه‌های کمرشکن در اینجا کل هزینه‌های صورت گرفته برای عمل جراحی پرداخت شده از جیب خانوار است که برابر یا بیش از ۱۰ درصد درآمد خانوار باشد.

● اگر (کل هزینه‌های ناشی از عمل جراحی پرداخت شده از جیب خانوارها) $\leq$ (درآمد خانوار) * ۰٫۱ هزینه کمرشکن

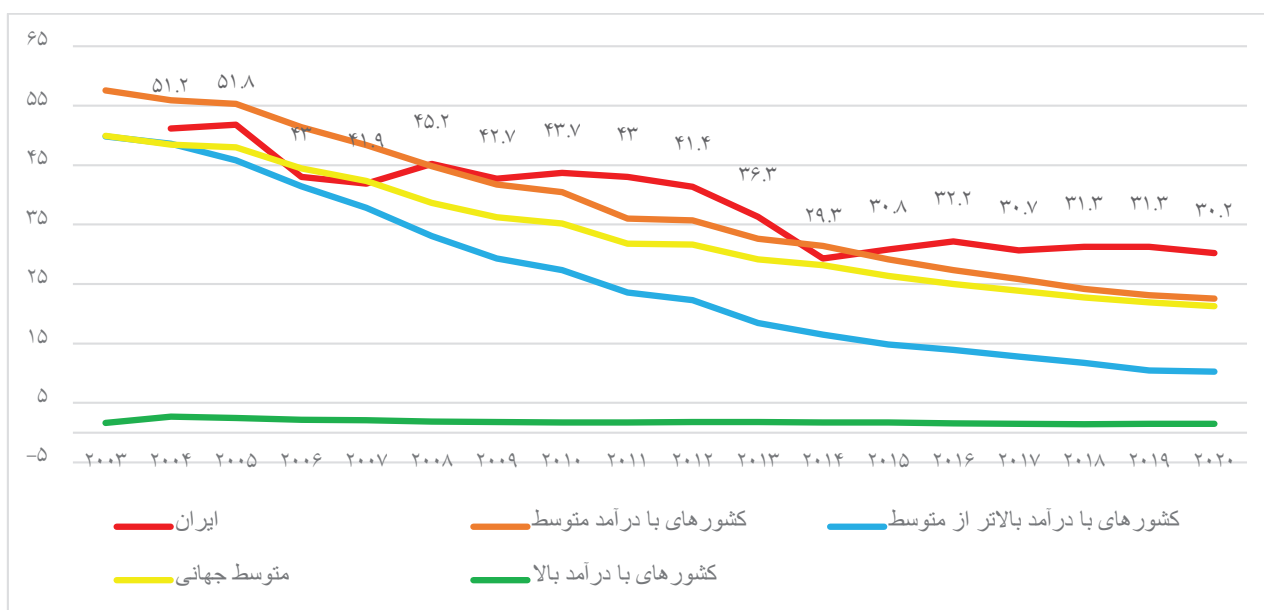
سلامت ناشی از عمل جراحی (۱)

● در غیر این صورت هزینه غیر کمرشکن سلامت ناشی از عمل جراحی (۰)

سپس تعداد کل خانوارهایی که مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت ناشی از عمل جراحی هستند، شمارش شده و تقسیم بر تعداد کل خانوارها می‌شود.

از سال ۲۰۰۳ تا سال ۲۰۲۰، بانک جهانی این شاخص را برای تعدادی از کشورها منتشر کرده است. در سال ۲۰۲۰ (۱۳۹۹) متوسط این شاخص در ایران ۳۰٫۲ درصد محاسبه شده است، در حالی که متوسط جهانی برای این شاخص، ۲۱ درصد محاسبه شده است. رتبه ایران در بین ۱۳۲ کشوری که این شاخص برای آن‌ها محاسبه شده ۹۳ است که حکایت از جایگاه نامطلوب ایران در این شاخص دارد. لازم به ذکر است که علی‌رغم روند نسبتاً نزولی این شاخص در ایران طی سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۲۰، وضعیت ایران در مقایسه با گروه کشورهای با درآمد بالاتر از متوسط (۱۰ درصد) بسیار نامطلوب‌تر است.

نمودار ۲۰: شاخص کیفیت نظام سلامت (شاخص هزینه‌های کمرشکن سلامت ناشی از هزینه‌های جراحی، سال ۱۳۹۹)



منبع: بانک جهانی

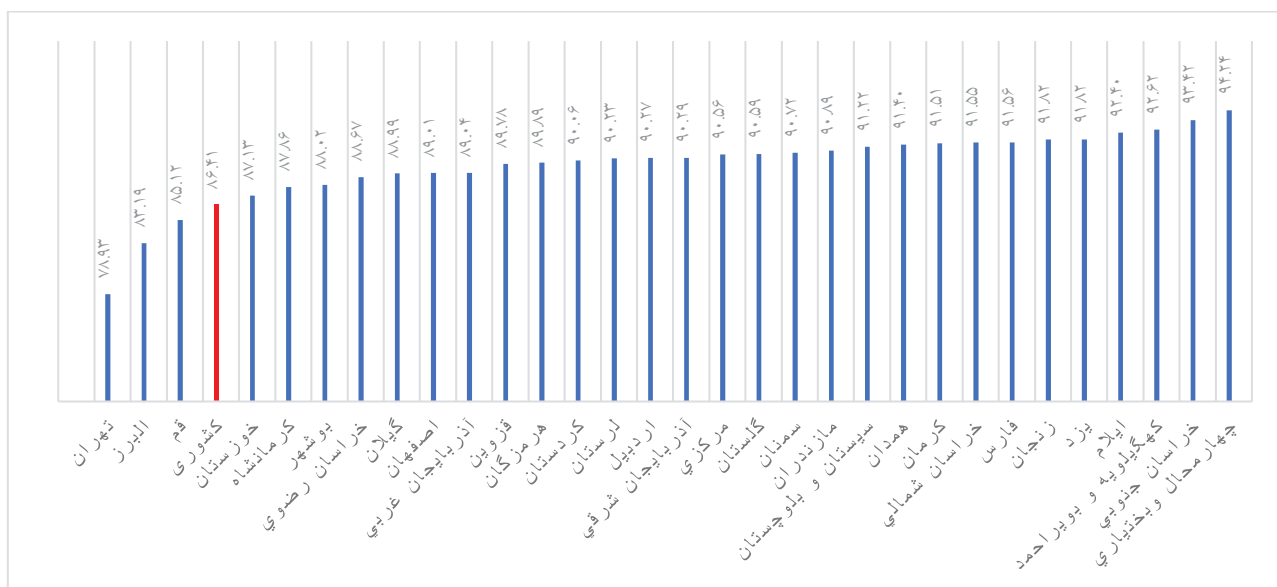
۴-۳-۵. پوشش بیمه پایه درمانی

منظور نسبت افراد تحت پوشش بیمه‌های پایه درمانی شامل (کارمندان دولت، بیمه شاغلان بنادر، بیمه کارمندان فولاد، بیمه تأمین اجتماعی (اختیاری، اجباری، بیمه‌شدگان خاص، کارگر ساختمانی، کارفرما)، بیمه روستاییان و عشایر و بیمه سلامت) به کل جمعیت است. این شاخص از فرمول زیر محاسبه می‌شود:

$$(۱۰) \quad \frac{\text{کل افراد تحت پوشش بیمه های پایه درمانی}}{\text{جمعیت}} \times ۱۰۰$$

در محاسبه داده پوشش بیمه پایه درمانی، اگر یک عضو از خانوار بیمه بوده است، معادل بیمه درمان همه اعضای خانوار در نظر گرفته شده است. روش تولید تعداد افراد تحت پوشش بیمه پایه: روش ثبتي، و روش تولید تعداد کل جمعیت، سرشماری است. در سال ۱۳۹۹، پوشش بیمه پایه درمانی کل کشور ۸۶ درصد است. برخوردارترین استان کشور، چهارمحال و بختیاری (۹۴٫۲۴ درصد) و کم برخوردارترین استان تهران (۷۸٫۹۳ درصد) است. از بین بیمه‌های موجود، بیشترین جمعیت تحت پوشش بیمه‌های تأمین اجتماعی و بیمه سلامت هستند.

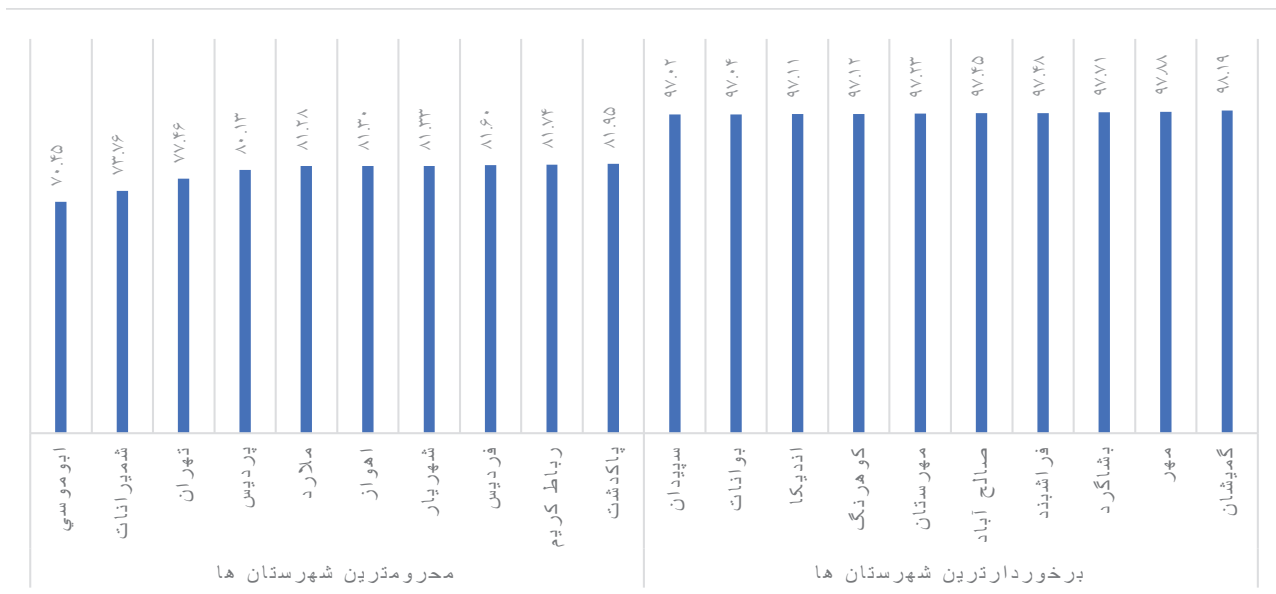
نمودار ۲۱: شاخص‌های کیفیت نظام سلامت (درصد جمعیت تحت پوشش بیمه پایه درمانی (در سطح استان)، سال ۱۳۹۹)



منبع: پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان

نمودار ۲۲، درصد جمعیت تحت پوشش بیمه پایه درمانی در سطح شهرستان در سال ۱۳۹۹ را نشان می‌دهد. در این شاخص، شهرستان گمیشان (۹۸٫۱۹ درصد) برخوردارترین شهرستان کشور و شهرستان ابوموسی (۷۰٫۴۵ درصد) کم برخوردارترین شهرستان کشور است.

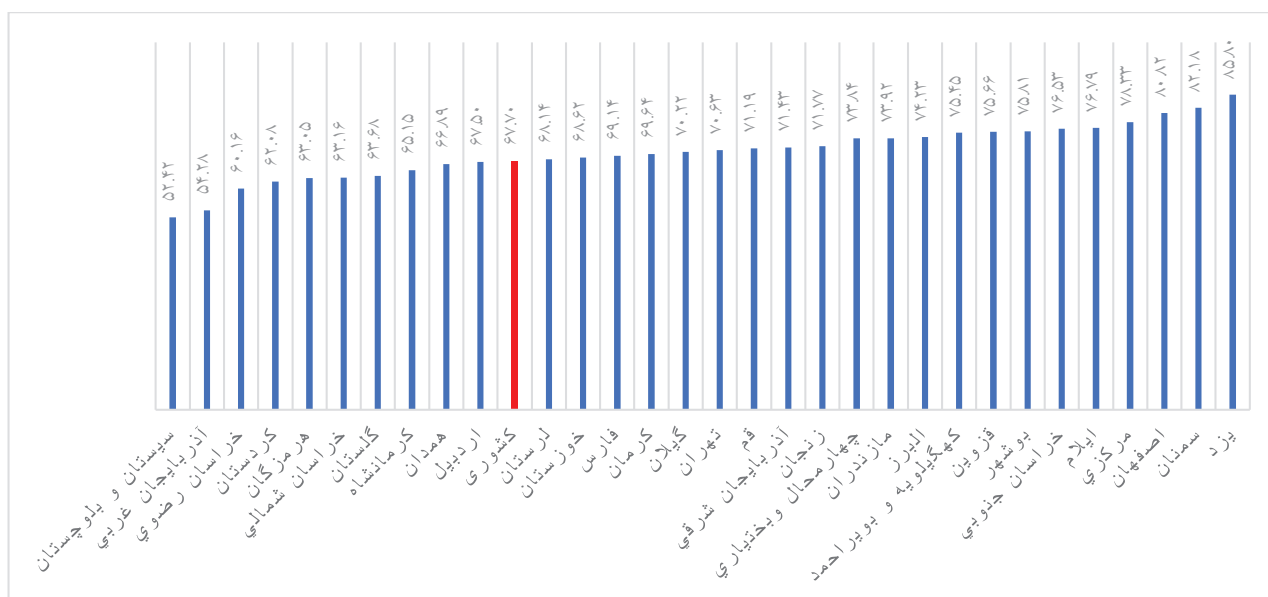
نمودار ۲۲: شاخص‌های کیفیت نظام سلامت (درصد جمعیت تحت پوشش بیمه پایه درمانی (در سطح شهرستان)، سال ۱۳۹۹)



منبع: پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان

نمودار ۲۳، درصد جمعیت تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی در سال ۱۳۹۹ را نشان می‌دهد. در این شاخص، استان یزد (۸۵,۸۰ درصد) برخوردارترین استان کشور و در مقابل استان سیستان و بلوچستان (۵۲,۴۲ درصد) کم برخوردارترین استان کشور است.

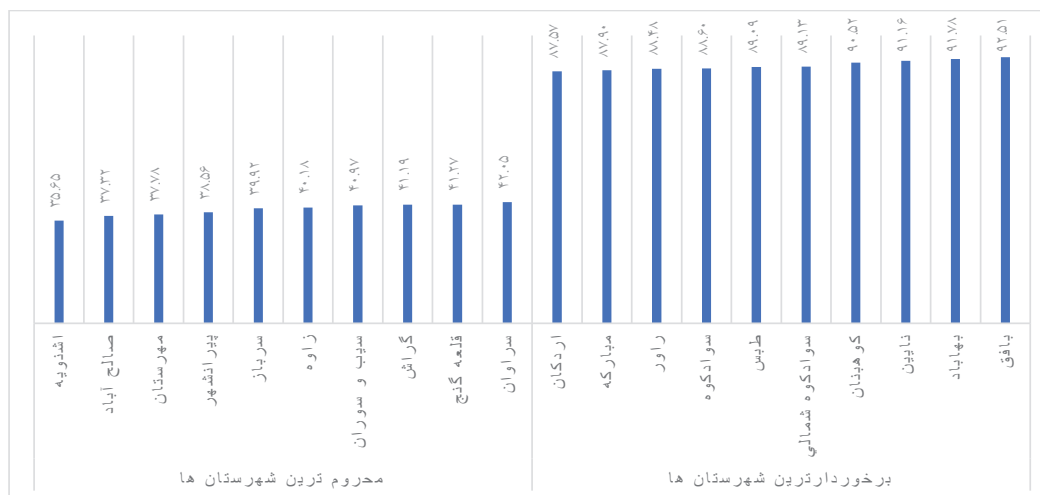
نمودار ۲۳: شاخص‌های کیفیت نظام سلامت (درصد جمعیت تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی (در سطح استان)، سال ۱۳۹۹)



منبع: پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان

نمودار ۲۴، درصد جمعیت تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی در سطح شهرستان در سال ۱۳۹۹ را نشان می‌دهد. در این شاخص، شهرستان بافق (۹۲٫۵۱ درصد) برخوردارترین شهرستان کشور و در مقابل شهرستان اشنوبه (۳۵٫۶۵ درصد) کم برخوردارترین شهرستان کشور است.

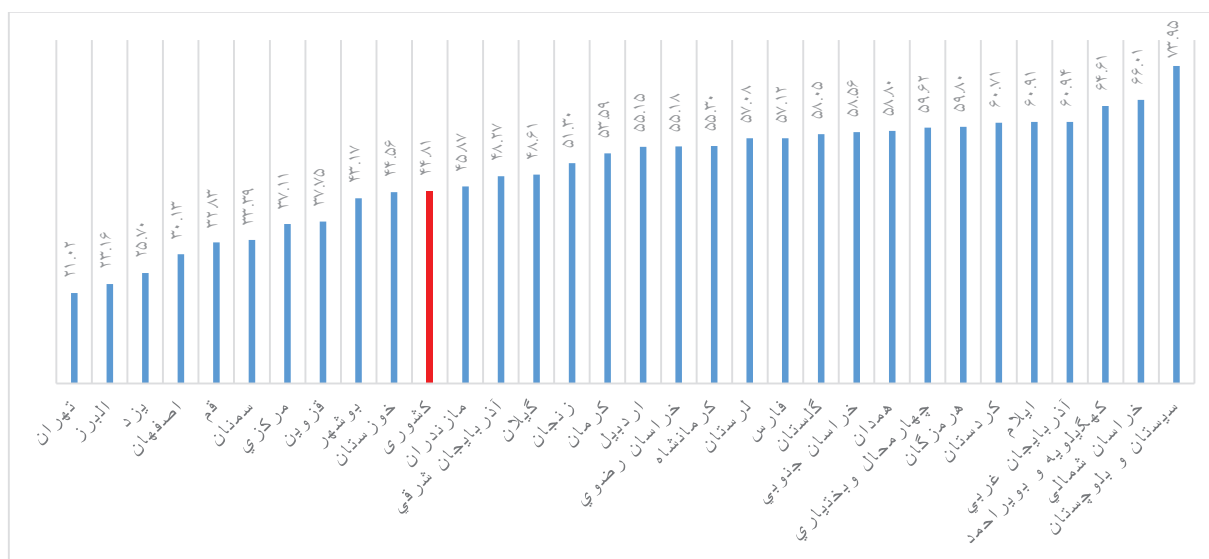
نمودار ۲۴: شاخص‌های کیفیت نظام سلامت (درصد جمعیت تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی (در سطح شهرستان)، سال ۱۳۹۹)



منبع: پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان

نمودار ۲۵، درصد جمعیت تحت پوشش بیمه سلامت در سال ۱۳۹۹ را نشان می‌دهد. در این شاخص، استان سیستان و بلوچستان (۷۳٫۹۵ درصد) برخوردارترین استان کشور و استان تهران (۲۱٫۰۲ درصد) کم برخوردارترین استان کشور است.

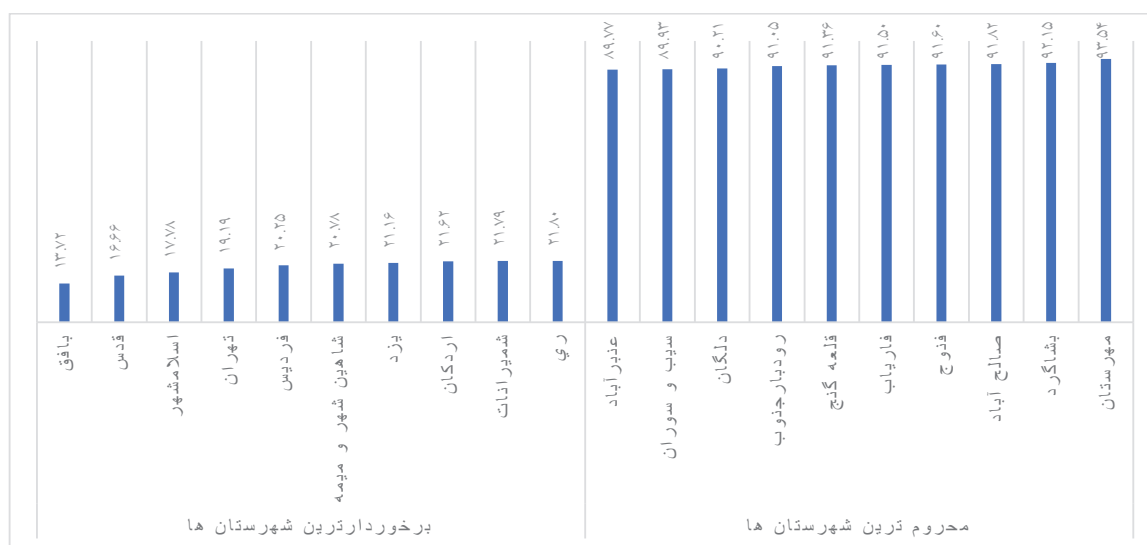
نمودار ۲۵: شاخص‌های کیفیت نظام سلامت (درصد جمعیت تحت پوشش بیمه سلامت (در سطح استان)، سال ۱۳۹۹)



منبع: پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان

نمودار ۲۶، درصد جمعیت تحت پوشش بیمه سلامت در سطح شهرستان در سال ۱۳۹۹ را نشان می‌دهد. در این شاخص، شهرستان بافق (۱۳٫۷۲ درصد) کم‌برخوردارترین شهرستان کشور و شهرستان مهرستان (۹۳٫۵۴ درصد) برخوردارترین شهرستان کشور است.

نمودار ۲۶: شاخص‌های کیفیت نظام سلامت (درصد جمعیت تحت پوشش بیمه سلامت (در سطح شهرستان)، سال ۱۳۹۹)



منبع: پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان

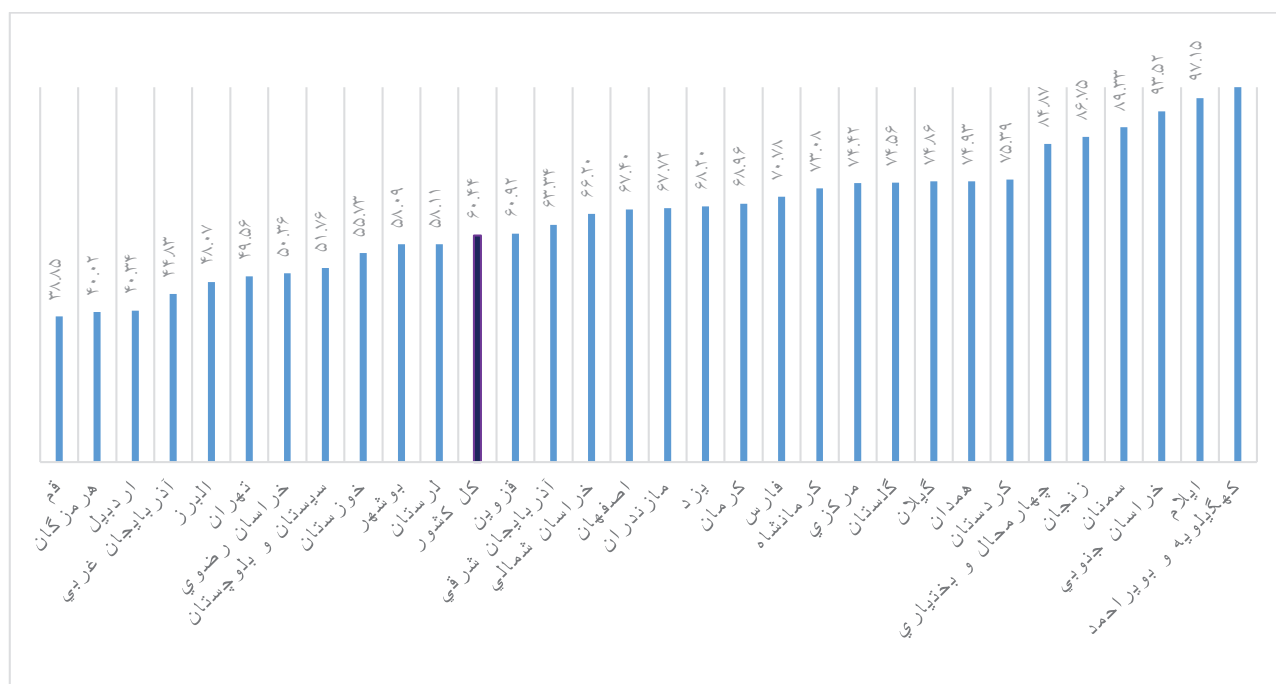
۴-۳-۶. تعداد پزشک (شاغل) به ازای هر صد هزار نفر جمعیت

ایران در سال ۱۳۹۸، حدوداً به ازای هر هزار نفر جمعیت، ۱٫۶ پزشک داشت که این میزان برابر با میانگین تعداد پزشک در دنیا است.^{۱۱} در سال ۱۳۹۸، استان‌های کهگیلویه و بویراحمد (۱۰۶٫۸۹) و ایلام (۹۷٫۱۵) بالاترین تعداد پزشکان به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت، را دارا بوده‌اند و کمترین میزان سرانه پزشکان در استان‌های هرمزگان (۴۰٫۰۲) و قم (۳۸٫۸۵) است. این شاخص از فرمول زیر محاسبه می‌شود:

$$\frac{\text{تعداد پزشکان}}{\text{جمعیت}} \times ۱۰۰۰۰۰ \quad (۱۱)$$

روش تولید تعداد پزشکان از طریق داده‌های ثبتی و روش تولید جمعیت از طریق سرشماری است.

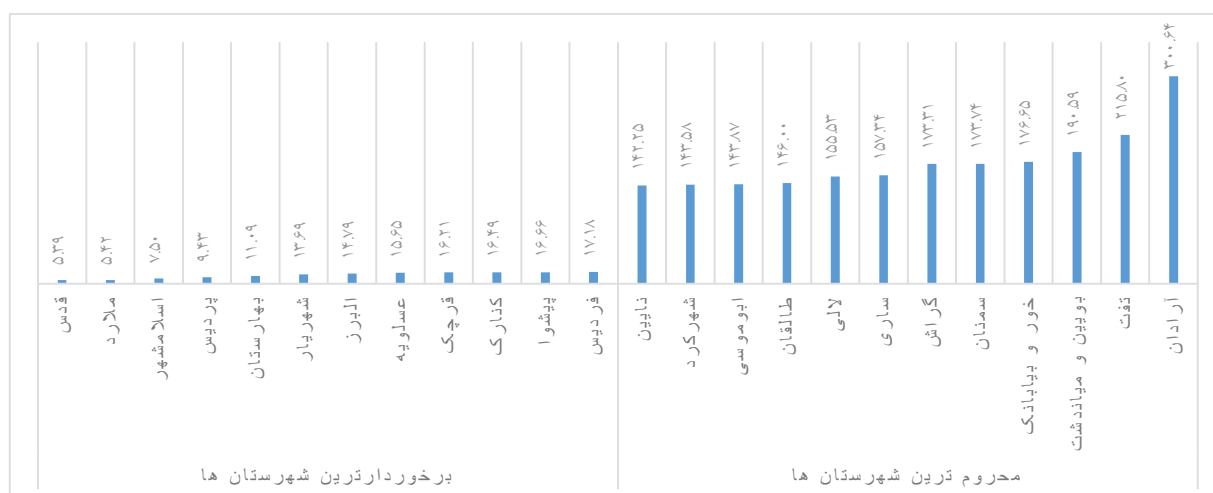
نمودار ۲۷: شاخص‌های کیفیت نظام سلامت (تعداد پزشک (شاغل) به ازای هر صد هزار نفر جمعیت، سال ۱۳۹۸)



منبع: سالنامه‌های آماری مرکز آمار ایران

نمودار ۲۸: سرانه پزشک به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر را به تفکیک شهرستان در سال ۱۳۹۷، نشان می‌دهد. شهرستان آرادان به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر بالای ۳۰۰ پزشک دارد و در مقابل، شهرستان قدس به عنوان محروم‌ترین شهرستان کشور به لحاظ سرانه پزشک با تعداد ۵٫۳۹ پزشک به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت است.

نمودار ۲۸: شاخص‌های کیفیت نظام سلامت (تعداد پزشک به ازای هر صد هزار نفر جمعیت، به تفکیک شهرستان، سال ۱۳۹۷)



منبع: سالنامه آماری مرکز آمار ایران

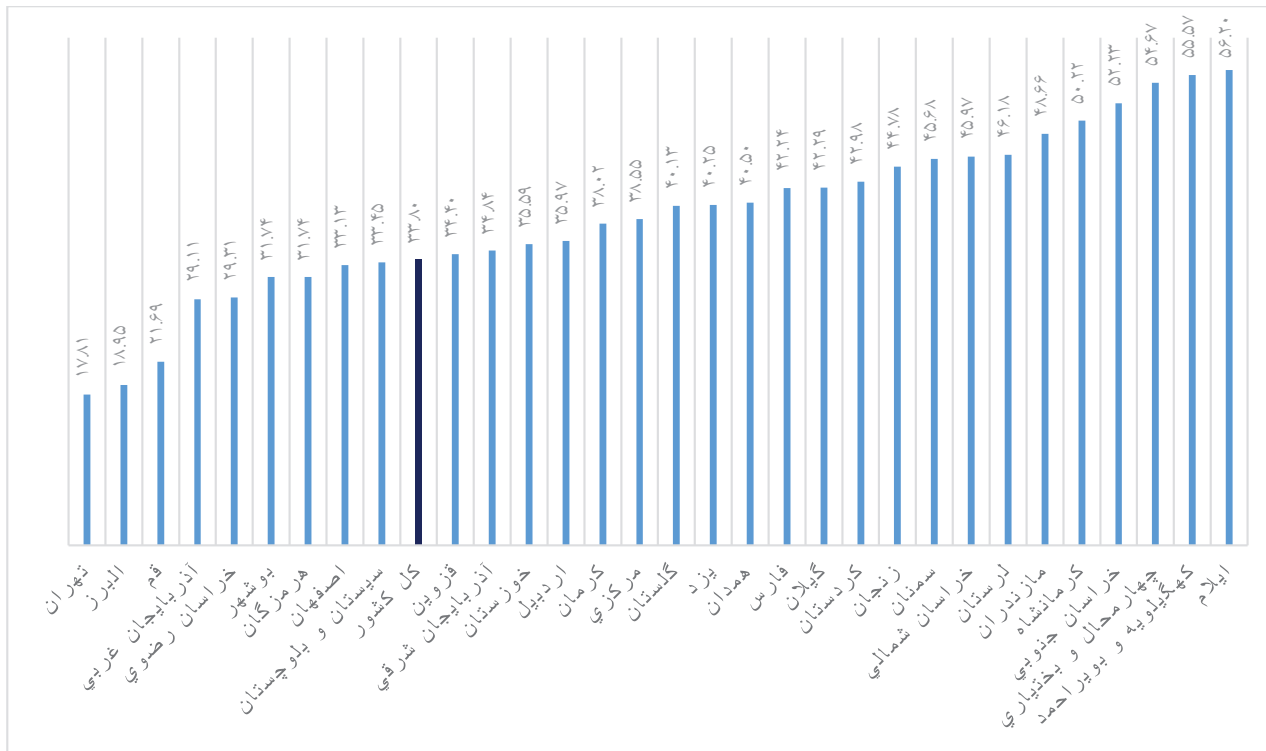
۴-۳-۷. تعداد پیراپزشک به ازای هر ده هزار نفر جمعیت

منظور از پیراپزشک، به غیر پزشکی که در زمینه بهداشت و درمان فعالیت داشته باشد، اطلاق می‌شود. کادر درمانی شامل: پرستاران، پرستاران حرفه‌ای، بهیاران، بهورزان، تکنسین‌های اتاق عمل و تکنسین‌های بیهوشی می‌گردد. این شاخص به صورت زیر محاسبه می‌شود:

$$(۱۲) \quad \frac{\text{تعداد پیراپزشکان}}{\text{جمعیت}} \times ۱۰۰۰۰$$

روش تولید تعداد پیراپزشکان، ثبتي و روش تولید جمعیت، سرشماری است. براساس آخرین داده موجود سال ۱۳۹۸، متوسط کشوری تعداد پیراپزشکان در ایران ۳۳ نفر به ازای هر ده هزار نفر جمعیت بوده است. بیشترین تعداد پیراپزشک به جمعیت متعلق به استان‌های ایلام (۵۶٫۲) و کهگیلویه و بویراحمد (۵۵٫۵۷) و کمترین تعداد پیراپزشکان متعلق به استان‌های البرز (۱۸٫۹۵) و تهران (۱۷٫۸۱) است. بنا به داده‌های منتشر شده توسط بانک جهانی در سال ۲۰۱۳، در مورد تعداد پرستاران، پرستاران حرفه‌ای، ماماها، ماماها حرفه‌ای و پرستاران کمکی (به عنوان اصلی‌ترین عناصر موجود در تعریف پیراپزشکان)، میانگین در ایران ۲٫۶ (در هر ۱۰۰۰ نفر) است که به نسبت میانگین دنیا ۳٫۸ (در هر ۱۰۰۰ نفر) کمتر است.

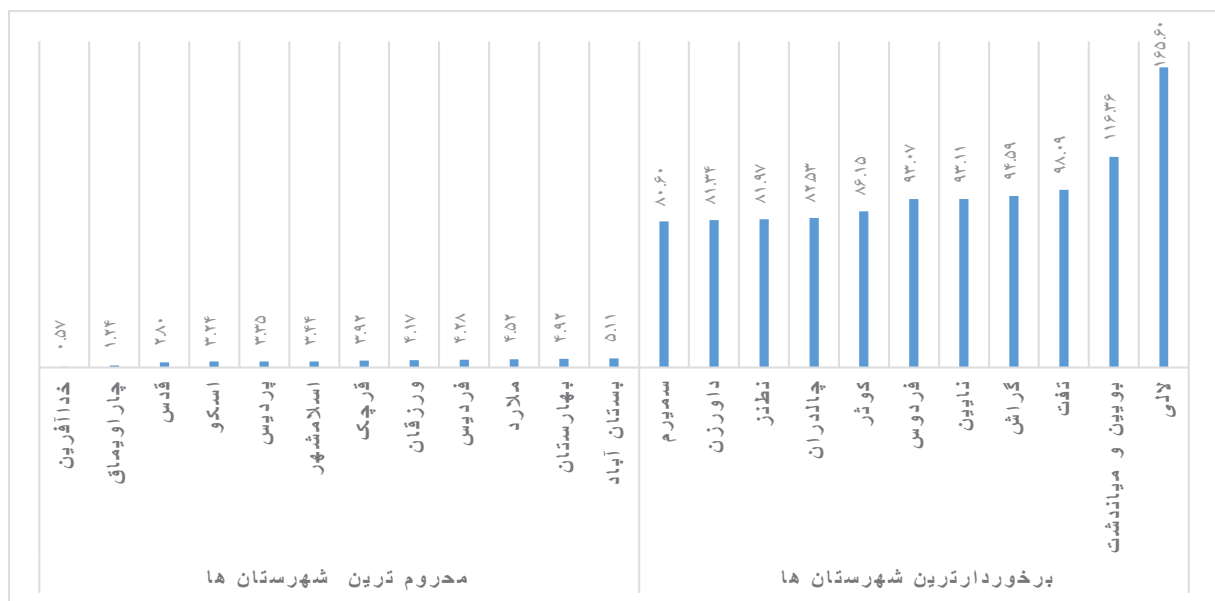
نمودار ۲۹: شاخص‌های کیفیت نظام سلامت (تعداد پیراپزشکان به ازای هر ده هزار نفر جمعیت (در سطح استان)، سال ۱۳۹۸)



منبع: سالنامه آماری مرکز آمار ایران

براساس نمودار ۳۰، در سال ۱۳۹۷، شهرستان خداآفرین محروم‌ترین شهرستان کشور است که به ازای هر ده هزار نفر جمعیت، کمتر از یک (۰/۵۷) پیراپزشک دارد. در مقابل شهرستان لالی، برخوردارترین شهرستان کشور است که به ازای هر ده هزار نفر جمعیت، ۱۶۵/۶۰ پیراپزشک دارد.

نمودار ۳۰: شاخص‌های کیفیت نظام سلامت (تعداد پیراپزشکان به تفکیک شهرستان به ازای هر ده هزار نفر جمعیت، در سال ۱۳۹۷)



منبع: سالنامه آماری مرکز آمار ایران

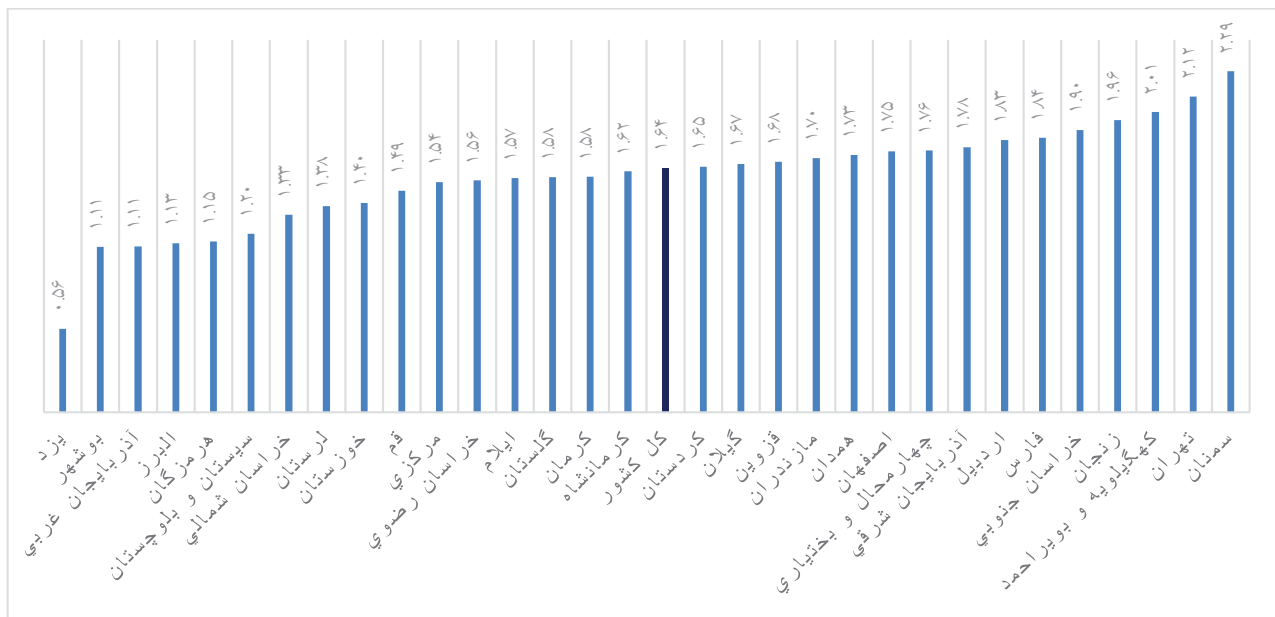
۴-۳-۸. سرانه تخت بیمارستانی فعال به ازای هر هزار نفر

سرانه تخت بیمارستانی فعال را نسبت تخت بیمارستانی فعال به جمعیت (به ازای هر ۱۰۰۰ نفر) گویند که از فرمول زیر محاسبه می‌شود:

$$\frac{\text{تعداد تخت فعال در منطقه در یک دوره زمانی}}{\text{جمعیت تحت پوشش منطقه در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰۰ \quad (۱۳)$$

روش تولید تعداد تخت فعال، ثبتی و روش تولید جمعیت، سرشماری است. بنا به آمار موجود در سالنامه‌های آماری مرکز آمار ایران، روند این شاخص در کشور صعودی است. در سال ۱۳۹۸، در بیشتر استان‌ها، سرانه تخت بیمارستانی بیش از ۱ است، یعنی به ازای هر هزار نفر، بیش از یک تخت بیمارستانی فعال وجود دارد. تنها در استان یزد (۰/۵۶)، سرانه تخت بیمارستانی کمتر از یک است. همچنین در استان‌های سمنان (۲/۲۹) و تهران (۲/۱۲)، سرانه تخت بیمارستانی فعال بیشترین است. بنا به گزارش بانک جهانی، میانگین سرانه تخت فعال در سال ۱۳۹۶، در ایران ۱/۶ است که به نسبت میانگین دنیا (۲/۹) کمتر است.

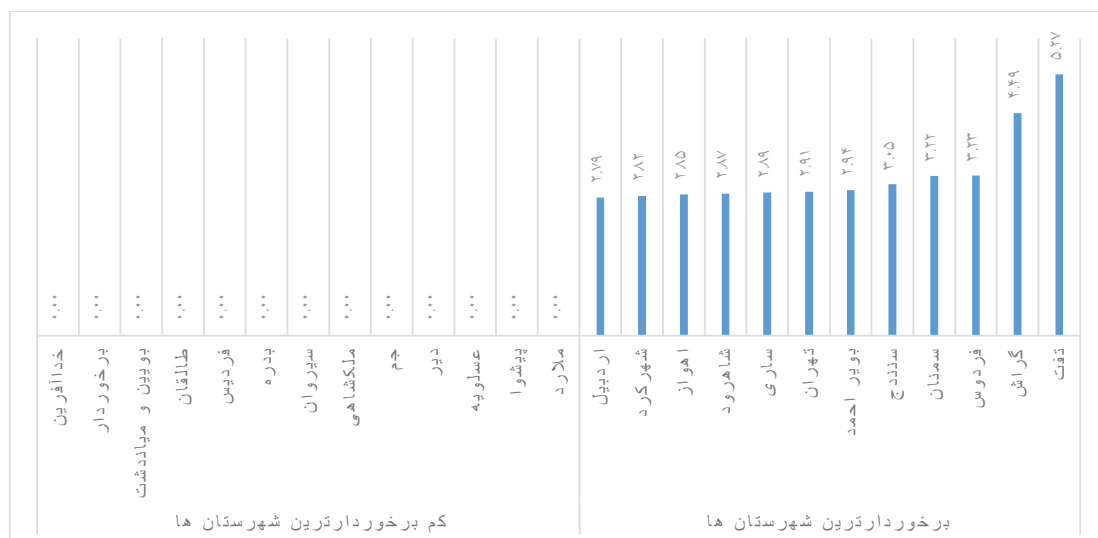
نمودار ۳۱: شاخص های کیفیت نظام سلامت (سرانه تخت بیمارستانی فعال (به ازای هر هزار نفر) در سال ۱۳۹۸)



منبع: سالنامه آماری مرکز آمار ایران

نمودار ۳۲ نشان می دهد که در تعداد زیادی از شهرستان های کشور از جمله شهرستان های خداآفرین، برخوردار، طالقان، فردیس و... هیچ تخت فعال بیمارستانی وجود ندارد. در مقابل، شهرستان تفت، برخوردارترین شهرستان کشور از نظر این شاخص است که تعداد تخت های فعال بیمارستانی آن به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت بالای ۵ عدد است.

نمودار ۳۲: شاخص های کیفیت نظام سلامت (سرانه تخت بیمارستانی فعال (به ازای هر هزار نفر) به تفکیک شهرستان، سال ۱۳۹۷)



منبع: سالنامه آماری مرکز آمار ایران

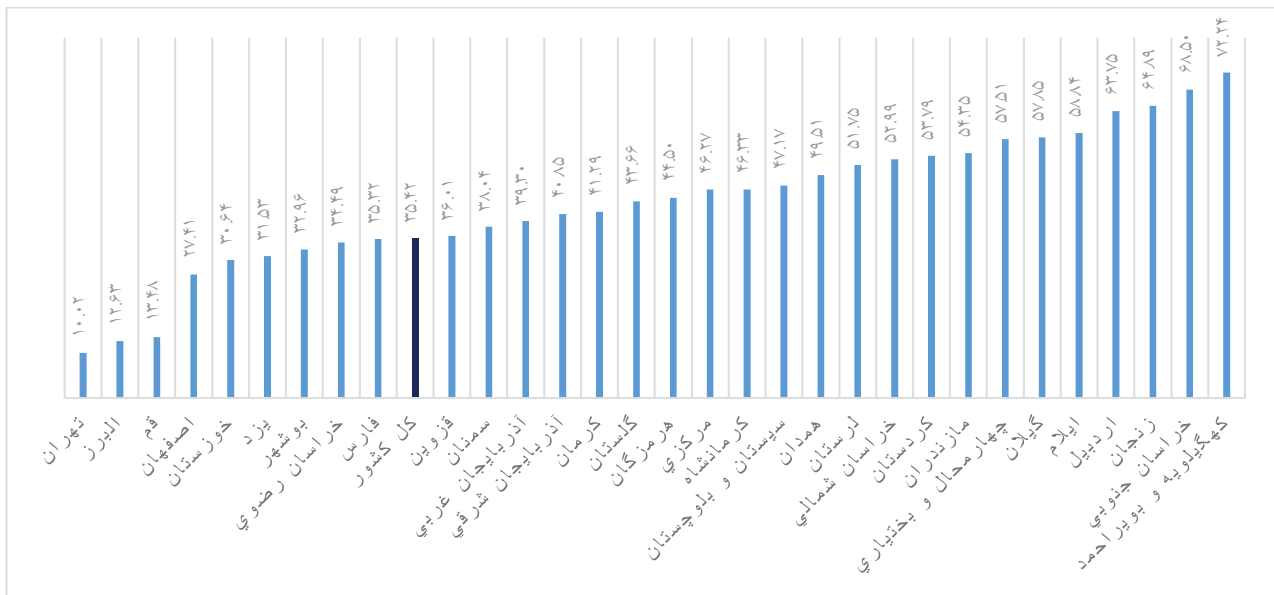
۴-۳-۹. سرانه مراکز ارائه دهنده مراقبت های اولیه بهداشتی

منظور نسبت مراکز ارائه دهنده مراقبت های اولیه بهداشتی شامل مراکز بهداشتی و درمانی، پایگاه بهداشت، تسهیلات زایمانی و خانه های بهداشت به کل جمعیت (به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت) است. این شاخص از طریق فرمول ۱۴ محاسبه می گردد:

$$\frac{\text{مراکز ارائه دهنده مراقبت های اولیه بهداشتی}}{\text{جمعیت}} \times ۱۰۰۰۰۰ \quad (۱۴)$$

مطابق اطلاعات مرکز آمار ایران، در سال ۱۳۹۸، نسبت کل مراکز ارائه دهنده مراقبت های اولیه بهداشتی به جمعیت در استان های کهگیلویه و بویر احمد (۷۲,۲۴ عدد) و خراسان جنوبی (۶۸,۰۵ عدد) بیشترین و در استان های تهران (۱۰,۰۲ عدد) و البرز (۱۲,۶۳ عدد) کمترین است. متوسط کشوری در سال ۱۳۹۸، تعداد ۳۵ مرکز ارائه دهنده مراقبت های اولیه بهداشتی به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت بوده است. در همان سال، تعداد این مراکز در استان های تهران، البرز، قم، اصفهان، خوزستان، یزد، بوشهر، خراسان رضوی و فارس کمتر از میانگین کشوری بوده است.

نمودار ۳۳: شاخص های کیفیت نظام سلامت (سرانه مراکز ارائه دهنده مراقبت های اولیه بهداشتی (در سطح استان) سال ۱۳۹۸)



منبع: سالنامه آماری مرکز آمار ایران

جدول ۴: جمع بندی شاخص های کیفیت نظام سلامت

شاخص	ایران	متوسط جهانی	کشورهای با درآمد بالا	کشورهای با درآمد بالاتر از متوسط	کشورهای با درآمد متوسط	کشورهای با درآمد پایین
پرداخت از جیب خانوار (۱۳۹۷)	۳۵,۸۳ درصد (۱۱۶ در بین ۱۸۷)	۱۸ درصد	۱۳,۵ درصد	۳۳,۱۵ درصد	۳۶ درصد	۴۴ درصد
هزینه های سلامت منجر به فقر (۱۳۹۸)	۲,۸۴ درصد	-	-	-	-	-
هزینه های کمرشکن خانوار ناشی از هزینه های جراحی (۱۳۹۹)	۳۰,۲ درصد (۹۳ در بین ۱۳۲ کشور)	۲۱ درصد	۲ درصد	۱۰ درصد	۲۳ درصد	-
پوشش بیمه پایه درمانی (۱۳۹۹)	۸۶ درصد	-	-	-	-	-
سرانه پزشکان (به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت، ۱۳۹۷)	۱,۶ (۲۹ در بین ۶۲ کشور)	۱,۶	۳,۱	۲,۰	۱,۴	۰,۳۴
سرانه پیراپزشکان (به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت، ۱۳۹۷)	۲,۶ (*)	۳,۸	۱۰,۹	۳,۵	۲,۷	۰,۹۱
سرانه تخت بیمارستانی فعال (به ازای هر هزار نفر، ۱۳۹۶)	۱,۶ (۷۰ در بین ۸۸ کشور)	۲,۹	۵,۳	۳,۵	۲,۳	-
سرانه مراکز ارائه دهنده مراقبت های اولیه بهداشتی (به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر، ۱۳۹۸)	۳۵,۴۱	-	-	-	-	-

منبع: محاسبات تحقیق براساس داده های هزینه و درآمد خانوار مرکز آمار ایران و بانک جهانی

همان طور که از جدول ۴ قابل مشاهده است، در خصوص شاخص هایی که میزان دسترسی خانوار را به نظام سلامت را مشخص می کند (دسترسی به امکانات بهداشت و درمان از قبیل پزشک و بیمارستان)، فاصله زیادی با کشورهای با درآمد بالا و حتی در برخی موارد با میانگین جهانی دارد؛ به طوری که گسترش امکانات پزشکی و به خصوص سرانه تخت بیمارستانی فعال و پزشک ضروری است. همچنین در مورد شاخص هایی که میزان بهره مندی از سیستم سلامت را مشخص می کند (پوشش بیمه، پرداخت از جیب، هزینه های کمرشکن و مانند آن) هم به لحاظ فراهم آوری امکانات بهداشتی و هم به لحاظ افزایش پوشش بیمه (پوشش جمعیتی و پوشش هزینه های درمان) نیازمند اقدامات جدی هستیم، چرا که حدود ۱۵ درصد از ایرانیان فاقد بیمه های درمانی هستند. بهره مندی از امکانات بهداشت و سلامت در ایران نامناسب بوده و پرداخت از جیب و هزینه های کمرشکن درمان در ایران بسیار بالا (۳۵ درصد) است و با میانگین های جهانی بسیار فاصله دارد. همچنین در هزینه های کمرشکن ناشی از عمل جراحی ایران (عمل جراحی برای ۳۰ درصد از جمعیت ایران کمرشکن است) در مقایسه با میانگین جهانی وضعیت بسیار نامناسبی (رتبه ۹۳ در بین ۱۳۲ کشور) دارد. در سال ۱۳۹۸ در حدود دو میلیون و پانصد هزار نفر از جمعیت کشور، تنها به علت هزینه های درمان، زیر خط فقر قرار گرفته اند. بیمه سلامت، نقش قابل قبولی در افزایش پوشش بیمه و کاهش سهم پرداخت از جیب داشته است.

۴-۴. پوشش خدمات بهداشتی و درمانی

۴-۴-۱. پوشش واکسیناسیون در کودکان زیر یک سال

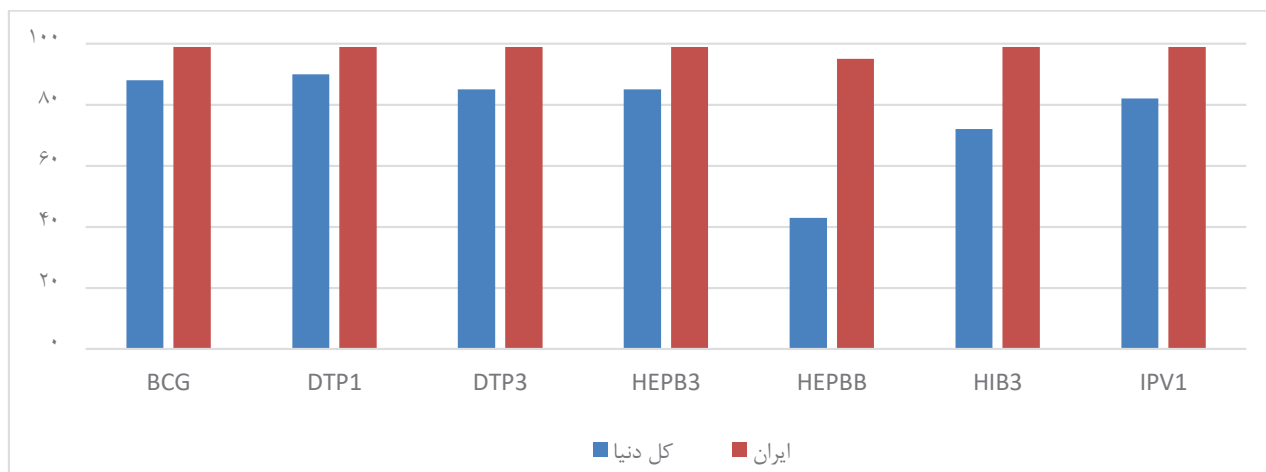
در شاخص پوشش واکسیناسیون در کودکان زیر یک سال، نسبت کودکان زیر یک سال که واکسن‌های ب ث ژ (BCG)، فلج اطفال نوبت سوم (OPV, IPV)، واکسن سرخک، سرخچه و اوریون (MMR) نوبت اول، MMR نوبت دوم، ثلاث نوبت اول (DTP1)، ثلاث نوبت سوم (DTP3) و هپاتیت B نوبت سوم را دریافت کرده‌اند، به کل موالید زنده را در نظر می‌گیریم.

جدول ۵: لیست واکسن‌های مورد نیاز کودکان تا یک سالگی

سن	نوع واکسن
بعد از تولد و قبل از مرخص شدن از بیمارستان	واکسن ب ث ژ (BCG) واکسن خوراکی فلج اطفال (OPV) واکسن تزریقی هپاتیت B (اولین تزریق) (HEPB)
دوماهگی	واکسن سه‌گانه یا ثلاث (دیفتری، کزاز و سیاه‌سرفه) DTP واکسن خوراکی فلج اطفال (OPV) واکسن تزریقی هپاتیت B (دومین تزریق) (HEPB)
چهارماهگی	واکسن سه‌گانه یا ثلاث (دیفتری، کزاز و سیاه‌سرفه) DTP واکسن خوراکی فلج اطفال (IPV, OPV)
شش‌ماهگی	واکسن سه‌گانه یا ثلاث (دیفتری، کزاز و سیاه‌سرفه) DTP واکسن خوراکی فلج اطفال (OPV, IPV) واکسن تزریقی هپاتیت B (سومین تزریق) (HEPB3)
۱۲ ماهگی	واکسن تزریقی سرخک، سرخچه و اوریون (MMR)

علاوه بر واکسن‌های فوق واکسن هیب Hib وجود دارد که این واکسن برای محافظت در برابر هموفیلوس آنفلوانزای نوع B (که می‌تواند به مننژیت، ذات‌الریه و التهاب اپیگلوت منجر شود) است و طی چند نوبت به شکل زیر تزریق می‌شود: در دوماهگی، به عنوان بخشی از واکسن پنج‌گانه، در چهارماهگی، در شش‌ماهگی و بین ۱۲ و ۱۵ ماهگی.

نمودار ۳۴: شاخص پوشش خدمات بهداشتی و درمانی (مقایسه پوشش واکسیناسیون کودکان زیر یک سال در ایران و جهان در سال ۱۳۹۸)



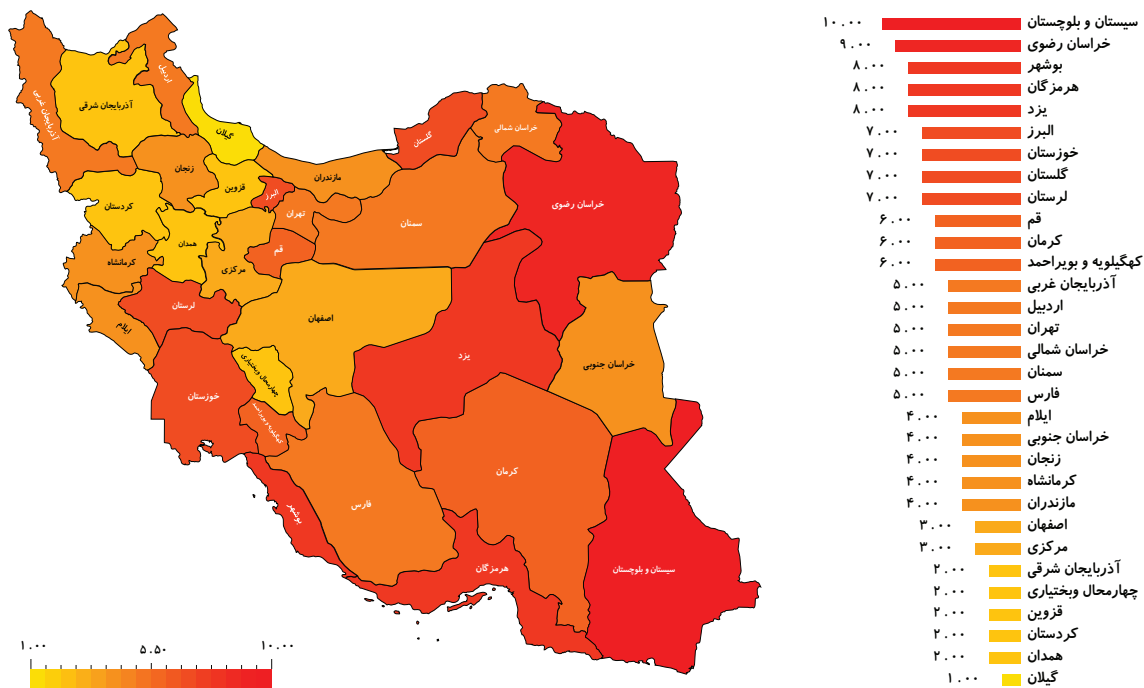
منبع: گزارش یونیسف در سال ۱۳۹۸ (۲۰۱۹). [/https://data.unicef.org/topic/child-health/immunization](https://data.unicef.org/topic/child-health/immunization)

بنا به هدف‌گذاری SDGs تا سال ۲۰۳۰، پوشش واکسیناسیون باید برای همه باشد که پوشش واکسیناسیون در ایران ۹۹ درصد است. لازم به ذکر است که در تمام واکسن‌های مورد نظر پوشش واکسیناسیون در ایران بسیار بالاتر از متوسط جهانی است، لذا وضعیت ایران از این جهت، مطلوب‌تر از متوسط جهانی است. به تفکیک کد ملی آمار افرادی که واکسن در کشور دریافت می‌کنند ثبت می‌شود، اما داده‌ها به صورت رسمی منتشر نمی‌شوند.

۵. جمع بندی از وضعیت موجود

در ۱۳ شاخصی (۱. سرانه پزشک به ازای ۱۰۰ هزار نفر، ۲. سرانه پیراپزشک به ازای ۱۰ هزار نفر، ۳. سرانه تخت فعال بیمارستانی به ازای ۱۰ هزار نفر، ۴. سرانه مراکز مراقب اولیه بهداشتی به ازای ۱۰۰ هزار نفر، ۵. میزان پوشش فاضلاب بهداشتی شهری، ۶. میزان پوشش فاضلاب بهداشتی روستایی، ۷. نرخ مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال برحسب هزار تولد زنده، ۸. نرخ مرگ و میر مادران از عوارض بارداری و زایمان برحسب ۱۰۰ هزار تولد زنده، ۹. نرخ پوشش آب شهری، ۱۰. نرخ پوشش آب روستایی، ۱۱. پوشش بیمه پایه کل درمانی، ۱۲. نرخ سو تغذیه در کودکان زیر ۶ سال، ۱۳. هزینه های کمرشکن سلامت) که داده های آن ها به تفکیک استان وجود داشت، میانگین کشوری محاسبه شد و تعداد دفعاتی که هر استان در شاخص های مورد بررسی از متوسط کشوری محروم تر است، بررسی شده و استان ها بر اساس محرومیت دسترسی به خدمات و امکانات بهداشتی رتبه بندی شدند. استان سیستان و بلوچستان رتبه اول را در محرومیت خدمات بهداشتی و درمانی داشته است (در ۱۰ شاخص وضعیت بدتر از میانگین کشوری دارد)؛ پس از آن استان خراسان رضوی (در ۹ شاخص وضعیت بدتر از میانگین کشوری دارد)، قرار دارد. از طرف دیگر، استان گیلان (تنها در یک شاخص وضعیت بدتر از میانگین کشوری داشته است) و برخوردارترین استان کشور به لحاظ امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی بوده است. رتبه سایر استان ها در شکل ۱ قابل رؤیت است.

شکل ۱. محروم ترین استان های کشور بر اساس شاخص های بخش بهداشت و سلامت



منبع: محاسبات تحقیق

به طور کلی می توان گفت:

- وضعیت سلامت در ایران بهتر از میانگین جهانی و با فاصله زیاد از کشورهای با درآمد بالا و حتی کشورهای با درآمد بالاتر از متوسط (که گروه کشوری ایران به لحاظ طبقه بندی بانک جهانی است) قرار دارد.
- کاهش کالری دریافتی ایران و شیوع سوء تغذیه در میان کودکان از موارد بسیار نگران کننده در ایران بوده و لزوم برنامه های حمایتی با تأکید بر تأمین کالری و تغذیه را می رساند.
- دسترسی به امکانات بهداشت و درمان از قبیل پزشک و بیمارستان، فاصله زیادی با کشورهای با درآمد بالا و حتی در برخی موارد با میانگین جهانی دارد؛ به طوری که گسترش امکانات پزشکی و به خصوص سرانه تخت بیمارستانی فعال و پزشک ضروری است.
- کمبود سرانه پزشک در ایران (که بخش زیادی از آن ناشی از انحصار در رشته ی پزشکی و عدم افزایش ظرفیت دانشگاهی این رشته است) در مواردی مانند بیماری های همه گیر می تواند شرایط را به شدت بحرانی کند.
- بهره مندی از امکانات بهداشت و سلامت در ایران نامناسب بوده و پرداخت از جیب بسیار بالا (۳۵ درصد) است. همچنین در حدود ۳۰٫۲ درصد از جمعیت کشور در خطر مواجه با هزینه های کمر شکن ناشی از عمل جراحی قرار دارند.
- هم به لحاظ فراهم آوری امکانات بهداشتی و هم به لحاظ افزایش پوشش بیمه (پوشش جمعیتی و پوشش هزینه های درمان) نیازمند اقدامات جدی هستیم.

۶. ضعف‌ها و خلأهای سنجش میزان و توزیع فقر بهداشت و سلامت

۶-۱. نحوه تولید داده‌های مرتبط با بخش بهداشت و سلامت

- عدم اندازه‌گیری و رصد فقر بهداشت و سلامت در ایران به صورت رسمی
- عدم وجود یک وحدت رویه در انتشار داده‌های بخش بهداشت و سلامت
- عدم محاسبه شاخص امید به زندگی در بدو تولد به تفکیک استان و شهرستان
- عدم محاسبه شاخص پرداخت از جیب هزینه‌های درمانی خانوارها به تفکیک استان و شهرستان و سایر داده‌های مالی
- عدم محاسبه شاخص هزینه‌های کمرشکن ناشی از عمل جراحی به تفکیک استان و شهرستان

۶-۲. نحوه انتشار و رصد مهم‌ترین داده‌های مرتبط با سنجش فقر بهداشت و سلامت به تفکیک‌های کشوری

- در داده‌های بخش بهداشت و سلامت، اطلاع از وضعیت سلامت افراد حتی به تفکیک کد ملی، ضروری است؛ بنابراین لازم است تا شاخص‌های زیر به تفکیک‌های ذکر شده، منتشر شوند:
- نرخ مرگ‌ومیر نوزادان (زیر یک ماه) به تفکیک شهر و شهرستان
 - نرخ مرگ‌ومیر کودکان (زیر پنج سال) به تفکیک شهر و شهرستان
 - نرخ مرگ‌ومیر مادران از عوارض بارداری و زایمان به تفکیک شهر و شهرستان
 - نرخ نوزادان دارای کم‌وزنی در بدو تولد به تفکیک شهر و شهرستان
 - نقاط عدم برخورداری از آب آشامیدنی سالم و پایدار به تفکیک شهر، شهرستان و آبادی
 - نقاط عدم برخورداری از تأسیسات فاضلاب بهداشتی به تفکیک شهر، شهرستان و آبادی
 - سرانه پزشکان به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت، به تفکیک شهر و شهرستان
 - پیراپزشکان به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت، به تفکیک شهر و شهرستان
 - سرانه مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه بهداشتی به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت، به تفکیک شهرها، دهستان و آبادی‌ها
 - پوشش واکسیناسیون در کودکان به تفکیک کد ملی

۷. پیشنهادات

با توجه به ضعف‌های شناسایی شده، اقدامات زیر ضروری است:

- ارائه یک برنامه مشخص از سوی وزارت بهداشت برای افزایش دستیابی و بهره‌مندی ایرانیان از امکانات بهداشتی و درمانی
- بازنگری در شاخص‌های اعلامی توسط دستگاه‌های مرتبط با بهداشت و سلامت و اعلام یک وحدت رویه در ارائه داده‌ها و شاخص‌ها.
- بازنگری در اهداف ابلاغی سازمان اداری و استخدامی در جهت تعیین اهداف به تفکیک نرخ و برش‌های جغرافیایی.
- ارائه گزارش براساس شاخص‌های بین‌المللی حوزه بهداشت و سلامت.
- لزوم محاسبه و انتشار تمامی شاخص‌های اصلی «لیست مرجع جهانی سلامت» حداقل در سطح ملی و به صورت سالیانه.
- غنی‌سازی پایگاه‌های الکترونیک پرونده‌های سلامت خانوارها.
- جمع‌آوری داده‌های مرتبط با فقر بهداشت و سلامت در پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان به منظور شناسایی فقرای بهداشت و سلامت و اولویت‌بندی سیاست‌های حمایتی.
- ایجاد تفاهم‌نامه همکاری و تبادل اطلاعات میان وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به موجب هموارسازی رسیدن به اهداف توسعه پایدار جهانی.

با استناد به بند ب و ط و م ماده ۱۶ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی: از اختیارات وزارت رفاه

- ب: ایجاد هماهنگی و تعامل برنامه‌های نظام جامع تأمین اجتماعی با برنامه‌های جامع قلمروهای اشتغال، بهداشت و درمان، آموزش و پرورش، مسکن و سایر بخش‌های مرتبط.
- ط: ساماندهی و مدیریت اجرایی نظام هدفمند یارانه‌های اجتماعی و جهت‌دهی آن به سوی افراد و خانواده‌های نیازمند با رویکرد خوداتکائی و اشتغال در چارچوب قانون و سیاست‌های کلی نظام.
- م: تشکیل پایگاه اطلاعاتی نظام جامع تأمین اجتماعی به منظور جمع‌آوری و پردازش اطلاعات مربوط و تعیین شاخص‌های ذی‌ربط در حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی.

با استناد به تبصره ۱ ماده ۱۱ قانون ساختار جامع رفاه و تأمین اجتماعی:

هرگونه استفاده از منابع نظام تأمین اجتماعی اعم از منابع عمومی و یارانه‌ها در حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی برای

دستگاه‌های اجرایی دولتی، عمومی، صندوق‌ها و نهادهای غیردولتی، خارج از قلمرو این نظام تحت هر عنوان و برای هر منظور ممنوع است و استفاده از این منابع مستلزم پذیرش نظارت و راهبری کلان وزارت رفاه و تأمین اجتماعی است.

مصوبه پیشنهادی: به منظور رصد سالیانه و به تفکیک مناطق جغرافیایی فقر بهداشت و سلامت در کشور و همچنین لزوم رعایت سهم دهک‌های پایین درآمدی از سیاست‌های بخشی، کمیته‌ای متشکل از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان اداری و استخدامی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و مرکز آمار ایران ذیل شورای عالی رفاه تشکیل می‌گردد. وظایف این کمیته به شرح زیر است:

۱. تعیین شاخص‌های فقر بهداشت و سلامت و ابلاغ از سوی سازمان اداری استخدامی و طرح شهید رجایی جهت احصای فقر در حوزه بهداشت و سلامت.

۲. تعیین شاخص‌هایی به منظور پایش مستمر سهم گروه‌های مختلف از سیاست‌های حوزه بهداشت و سلامت. تبصره ۱: مرکز آمار ایران موظف است هر ۵ سال یک بار داده‌های مرتبط با شاخص‌های تعیین شده در این کمیته را براساس سرشماری تولید کرده و به تفکیک جزئی‌ترین سطح موجود در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی قرار دهد.

تبصره ۲: اختصاص هرگونه منابع حمایتی به بخش بهداشت و سلامت تنها به منظور صرف برای بهبود یک یا چند شاخص سنجش فقر بهداشت و سلامت مصوب کمیته فوق امکان‌پذیر خواهد بود.

پیشنهاد عقد تفاهم‌نامه بین وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور رصد مستمر وضعیت فقر بهداشت و سلامت در کشور و خانوارهای دچار فقر بهداشت و سلامت، استفاده از وضعیت میزان برخورداری خانوار از خدمات بهداشت و سلامت در اولویت‌بندی گروه‌های هدف سیاست‌های حمایتی، تفاهم‌نامه همکاری بین دو وزارتخانه به شرح زیر عقد خواهد شد:

- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است داده‌ها و اطلاعات درخواستی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در خصوص شاخص‌های سنجش فقر بهداشت و سلامت را به تفکیکی کد ملی در اختیار وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی قرار دهد.

- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است سالیانه با استفاده از پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان، اقدام به شناسایی وضعیت درآمدی دهک‌های پایین درآمدی کرده و گروه‌های دارای اولویت به لحاظ حمایت در بخش بهداشت و سلامت را در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار دهد.

منابع

- شرکت آب و فاضلاب ایران (سال ۱۳۹۸). سالنامه‌های آماری شرکت آب و فاضلاب ایران /
- سیاری، ع و بلادیان، س (۱۳۹۸). کتاب جامع بهداشت عمومی، سیمای سلامت در جهان و ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- معاونت اقتصادی (۱۳۹۷). گزارش اقتصاد به زبان ساده (فقر)، شماره ۳۷، معاونت اقتصادی مرکز تحقیقات و بررسی‌های اقتصادی.
- معاونت بهداشتی (۱۳۹۱). گزارش شاخص‌های عدالت در سلامت وزارت بهداشت، معاونت بهداشتی درمان و آموزش پزشکی. قابل دسترس در پایگاه:
<http://health.sbm.ac.ir/uploads/edalat.pdf>
- دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس (۱۳۹۷). گزارش عملکرد و دستاوردهای نظام کشوری مراقبت مرگ مادری در سال ۱۳۹۷، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، اداره سلامت مادران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- Alkire, Sabina, Roche, Jos, Manuel, Santos, Maria Emma & Suman Seth (2011). "Multidimensional Poverty Index 2011: Brief Methodological Note", Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI), Oxford Department of International Development, Queen Elizabeth House (QEH), University of Oxford.
- Global Reference List of 100 Core Health Indicators (2015). World Health Organization. , <https://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/>
- Sen A. (2003). Development as Capability Expansion: Readings in Human Development. 2nd. New Delhi and New York: Oxford University Press.
- Townsend, R. Jobson, A. George, M. & SLTs, A. A. D. (1961). Townsend. J. Fluid Mech, 1961, 11-97.
- World Bank. (2018). Inside the Household: Poor Children, Women, and Men.

وبسایت‌ها

- پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان
- وبسایت ثبت احوال ایران، قسمت سالنامه‌های آماری ثبت احوال ایران، به نشانی: <https://www.sabteahval.ir>
- وبسایت سازمان اداری و استخدامی کشور، بخش جشنواره شهید رجایی، قسمت شاخص‌های اختصاص ۱۳۹۸، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: <https://www.aro.gov.ir>
- وبسایت مرکز آمار ایران، قسمت سالنامه‌های آماری مرکز آمار ایران: <https://www.amar.org.ir>

- وبسایت مرکز آمار ایران، قسمت شاخص‌های توسعه، بخش شاخص‌های برنامه ششم توسعه، گزارش شاخص‌های رصد برنامه ششم (۱۳۹۸): <https://www.amar.org.ir>
- وبسایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، قسمت مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات، بخش شاخص‌های ملی سلامت (۱۳۸۷):
<https://itc.nkums.ac.ir/Category/6888>
- <https://data.unicef.org/topic/child-health/immunization>
- <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>
- <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT>
- <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT>
- <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.NUMW.P3>
- <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS>
- <https://data.worldbank.org/indicator/SH.SGR.CRSK.ZS>
- <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.BRTW.ZS>
- <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT>
- <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT.NE?locations=IR>
- <https://ourworldindata.org/vaccination>
- <https://www.un.org/millenniumgoals>
- <https://www.who.int/health-topics/sustainable-development-goals>

پیوست‌ها

پیوست ۱. توضیحاتی در خصوص منابع شاخص‌های بخش بهداشت و سلامت

آنچه کار در حوزه سلامت را با دشواری روبه‌رو می‌سازد، این موضوع است که شاخص‌هایی که تعیین‌کننده وضعیت سلامت و بهداشت، نظام سلامت و دسترسی به امکانات و خدمات بهداشتی هستند، از گستردگی فراوانی برخوردارند و طبیعتاً رصد جامع شاخص‌های سلامت و بهداشت و به تبع آن شاخص یا شاخص‌هایی که بتواند معرف فقر بهداشت و سلامت باشند، یا حتی به طور خاص نشان‌دهنده فقر دسترسی به امکانات و خدمات بهداشتی باشند، به راحتی میسر نیست. با بیان این مقدمه، در ادامه اصلی‌ترین منابع داخلی و بین‌المللی شاخص‌ها معرفی خواهند شد:

۱. شاخص‌های بین‌المللی

۱-۱. شاخص فقر چندبعدی^{۱۳}

شاخص فقر چندبعدی در سال ۲۰۰۷ برای اولین بار توسط آکایو و فاستربری ۱۰۹ کشور در جهان محاسبه شد و سپس در سال ۲۰۱۰ توسط طرح مبارزه با فقر و توسعه انسانی موسسه آکسفورد (OPHI) و برنامه توسعه سازمان ملل گسترش یافت؛ دارای سه بعد سلامت، آموزش و استاندارد زندگی است که در بعد سلامت به تغذیه و مرگ کودکان تأکید دارد^{۱۴}.

۲-۱. شاخص‌های توسعه هزاره^{۱۵}

در سپتامبر سال ۲۰۰۰، از ۱۸۹ کشور عضو سازمان ملل متحد برای اجلاس هزاره (بزرگ‌ترین گردهمایی رهبران جهان در تاریخ بشر تا آن روز) در مقر سازمان ملل در نیویورک گرد هم آمدند. آن‌ها توافق کردند که تا سال ۲۰۱۵ به این اهداف مورد توافق در این اجلاس، برسند. توسعه هزاره شامل ۸ آرمان و ۱۸ هدف و بالغ بر ۴۰ شاخص است. گرچه اهداف مربوط به همه انواع بشر است، اما در درجه اول آن‌ها در مورد کودکان هستند. شش هدف از هشت هدف مستقیماً به کودکان مربوط است و دستیابی به حداقل دو مورد از این اهداف می‌تواند باعث پیشرفت‌های اساسی در زندگی آن‌ها خواهد شد. رسیدن به این اهداف برای کودکان بسیار مهم است. کودکان بیشتر در معرض آسیب قرار می‌گیرند، در حالی که مردم از موارد ضروری مانند غذا، آب و سرویس بهداشتی برخوردار نیستند. آن‌ها در صورت برآورده نشدن نیازهای اساسی اولین کسانی هستند که می‌میرند. کودکان دارای حقوقی هستند. هر کودکی با حق بقا، غذا و تغذیه، بهداشت و سرپناه، تحصیلات و مشارکت، برابری و حمایت متولد می‌شود. بر اساس حقوقی که در معاهده بین‌المللی حقوق بشر ۱۹۸۹ کنوانسیون حقوق

13 - MPI (Multidimensional Poverty Index)

۱۴- برای مطالعه بیشتر به موسسه فقر و توسعه انسانی آکسفورد (OPHI) مراجعه کنید.

15 - MDGs (Millennium Development Goals)

کودک مورد توافق قرار گرفت. برای تحقق این حقوق اساسی بشر باید اهداف توسعه هزاره محقق شود.^{۱۶}

۳-۱. شاخص‌های سلامت سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۵)^{۱۷}

سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۵، یک لیست تحت عنوان «لیست مرجع جهانی» را منتشر کرده است که شامل ۱۰۰ شاخص اصلی سلامت و ۸۴ شاخص فرعی سلامت (ذیل ۴ دسته اصلی: شاخص‌های وضعیت سلامت، شاخص‌های عوامل خطر، شاخص‌های پوشش خدمات و شاخص‌های کیفیت نظام سلامت) می‌باشد. هدف کلی از انتشار این لیست، تهیه و ارائه یک راهنما برای انتخاب شاخص‌های استاندارد و تعاریفشان است که کشورها بتوانند از آن استفاده کنند و از طریق آن اولویت‌های سلامت و ظرفیت‌های سلامتی خود را نظارت و شناسایی کنند. اصلی‌ترین اهداف تهیه این لیست به شرح زیر می‌باشند:

- راهنمایی برای انتخاب شاخص‌های اولویت‌دار برای بخش بهداشت و سلامت ملی، برنامه‌ها و استراتژی‌ها.
- نظارت بر اولویت‌های سلامت و اهداف در سطوح ملی و استانی (یا ایالتی).
- تسهیل سرمایه‌گذاری‌های داخلی و خارجی در سیستم‌های داده کشورها و ظرفیت تحلیلی اطلاعات موجود.
- فراهم آوردن یک بستر برای منطقی‌سازی (توجیه عقلانی) و تنظیم الزامات گزارش‌دهی بر نتایج توسط شرکای بین‌المللی.
- کمک و مشارکت در افزایش کیفیت بالاتر نتایج بهداشت و سلامت پایگاه‌های داده‌ای منطقه‌ای و جهانی.
- انعکاس اولویت‌های اصلی سلامت عمومی که به طور منظم به روز شوند و نگهداری شوند.

به طور خلاصه می‌توان بیان کرد که:

- **شاخص‌های وضعیت سلامت** شامل شاخص‌های اصلی است، از جمله مرگ‌ومیر براساس سن، جنسیت و علت (که شامل ۱۶ شاخص مربوط به مرگ‌ومیر از SDG‌های مربوط به بهداشت و سلامت، شاخص‌های اصلی بیماری و شاخص‌های باروری است).
- **شاخص‌های عوامل خطر** شامل شاخص‌های مربوط به تغذیه، آسیب‌های زیست محیطی، رفتاری و خشونت می‌گردد.
- **شاخص‌های پوشش خدمات در سراسر طیف خدمات بهداشتی** از جمله تولیدمثل، مادران، نوزادان، کودکان و نوجوانان، ایمن‌سازی، اچ‌آی وی، سل، مالاریا، بیماری‌های گرمسیری، بیماری‌های غیرواگیر، بهداشت روح و روان و سوء مصرف مواد اولویت‌ها را منعکس می‌کنند.
- **شاخص‌های نظام سلامت:** شامل شاخص‌هایی که ورودی‌ها و خروجی‌های سیستم بهداشتی و سلامت

۱۶- برای مطالعه بیشتر مراجعه کنید به: <https://www.un.org/millenniumgoals/>

۱۷- (Global Reference List of 100 Core Health Indicators, 2015), <https://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/>

مانند تراکم و توزیع مرکز بهداشت، نیروی کار بخش سلامت، اطلاعات بخش بهداشت و سلامت، کیفیت و ایمنی مراقبت بهداشتی و ظرفیت ایمنی بهداشت و سلامت هستند.

علاوه بر صد شاخص فوق، سازمان بهداشت جهانی یک لیست ۸۴ موردی از شاخص‌های سلامت را ارائه می‌دهد که به لیست «شاخص‌های اضافی» معروف است. تفاوت این لیست با لیست پیشین در این است که شاخص‌های اضافی شاخص‌هایی هستند که مناسب و مطلوب در نظر گرفته می‌شوند، اما تمام معیارهای لیست مرجع جهانی ۱۰۰ شاخص اصلی سلامت را ندارند و همچنین در حال حاضر با چالش‌های جدی اندازه‌گیری مواجه‌اند.

۴-۱. شاخص‌های توسعه پایدار^{۱۸}

سران دولت‌ها در سپتامبر سال ۲۰۱۵، برای اقدامی مشترک با عنوان «برای مردم، زمین و شکوفایی» به سوی توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰، توافق کردند. آرمان‌ها و اهداف توسعه پایدار جهانی مصوب، حاوی ۱۷ آرمان و ۱۶۹ هدف عملیاتی کمی در ابعاد اجتماعی، اقتصادی و محیط زیستی است. لازم به ذکر است که این آرمان‌ها، جایگزین اهداف توسعه هزاره بوده‌اند.^{۱۹}

۵-۱. شاخص‌های سلامت سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۸)

شاخص‌های سلامت سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۸) نسخه به روز شده لیست مرجع جهانی سلامت ارائه شده توسط بانک جهانی در سال ۲۰۱۵ براساس اهداف و آرمان‌های توسعه پایدار جهانی می‌باشد.

۲. شاخص‌های داخلی

۱-۲. شاخص‌های ملی سلامت

شاخص‌های سلامت ارائه شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران: در سال ۱۳۸۷، پس از بررسی بیش از ۲۵۰۰ شاخص توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران، تعداد ۳۸۵ شاخص واجد استانداردهای لازم انتخاب و مجموعه به عنوان فهرست «شاخص‌های ملی سلامت» تهیه گردید. با توجه به ضرورت امر، تقاضای و سفارش سازمان‌های بین‌المللی و داخلی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران تصمیم گرفت که نسبت به جمع‌آوری و تعیین فهرست شاخص‌های ملی اقدام نماید. از سال ۱۳۸۱ کمیته تعیین شاخص‌های سلامت در وزارت متبوع تشکیل و نسبت به بررسی، تعیین و استاندارد نمودن شاخص‌های مورد نیاز اقدام نمود که اولین مجموعه در سال ۱۳۸۵ به چاپ رسید. نظر به تغییراتی که در طول زمان برای شاخص‌های مورد نیاز به وجود می‌آید، امر بازنگری شاخص‌ها در سال ۱۳۸۷ به تصویب کمیته رسید و در طول سال این مسئله به انجام رسید. چنانچه اشاره شد، پس از بررسی بیش از ۲۵۰۰ شاخص توسط وزارت بهداشت، درمان و

18-SDGs (Sustainable Development Goal)

۱۹- برای مطالعه بیشتر به پایگاه زیر مراجعه کنید: <https://www.who.int/health-topics/sustainable-development-goals>

آموزش پزشکی ایران، تعداد ۳۸۵ شاخص واجد استانداردهای لازم انتخاب و مجموعه به عنوان فهرست «شاخص های ملی سلامت» تهیه گردید و مجموعه حاضر تحت عنوان «ویرایش دوم» تدوین و منتشر گردید (گزارش شاخص های ملی سلامت، ۱۳۸۷).

۲-۲. شاخص های عدالت در سلامت

در سال ۱۳۹۱، با همکاری کارشناسان و متخصصان در بخش سلامت و سایر بخش های دولت، ۵۲ شاخص «عدالت در سلامت» در کشور تعیین شده است که به تصویب هیئت محترم وزیران نیز رسیده است. با توجه به این که یکی از رسالت های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارائه مراقبت های اولیه بر اساس ۴ رکن اساسی عدالت، همکاری بین بخشی، مشارکت مردمی و استفاده از تکنولوژی مناسب شکل گرفته است، در این راستا معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور جلب حمایت و همکاری سایر وزارتخانه ها و سازمان ها اقدام به استخراج ۵۲ شاخص عدالت در سلامت و متغیرهای تفکیک کننده نابرابری در ۵ حیطه سلامت، حیطه فیزیکی، محیطی و زیرساخت، حیطه اجتماعی و انسانی، حیطه توسعه اقتصادی، حیطه حکمرانی نموده است.

۲-۳. شاخص های رصد برنامه ششم توسعه

با توجه به اعلام نیازهای آماری روزافزون کاربران رده های مدیریتی و نمایندگان محترم مجلس شورای اسلامی در رابطه با شاخص های مختلف، پیرامون ابعاد توسعه و برنامه ریزی در کشور، ترتیبی اتخاذ شده است تا به استناد بند ج ماده ۶ برنامه ملی توسعه آمار کشور موضوع بند ب ماده ۱۰ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور، مرکز آمار ایران مکلف شده است با همکاری دستگاه های اجرایی، شاخص های آماری مورد نیاز برای تهیه و رصد برنامه های توسعه کشور را شناسایی، تهیه و در قالب شناسنامه های آماری منتشر نماید.

در این راستا، مرکز آمار ایران با استفاده از تجربیات به دست آمده از فرآیند تدوین شاخص های آماری برنامه پنجم توسعه (ماده ۶۸) و همچنین مکاتبه با کلیه کمیته های آمار بخشی دستگاه های اجرایی، اقدام به تهیه و انتشار ویراست نخست شناسنامه شاخص های آماری مورد نیاز برنامه ششم توسعه کشور نموده است.

فصل سوم این نشریه منتشر شده توسط مرکز آمار ایران، مربوط به شاخص های علمی، فرهنگی و اجتماعی است که زیرفصل چهارم آن «سلامت، رفاه و تأمین اجتماعی» نام دارد. ۷۰ شاخص مستقیماً مربوط به حوزه سلامت است و متولی آن ها وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد^{۲۰}.

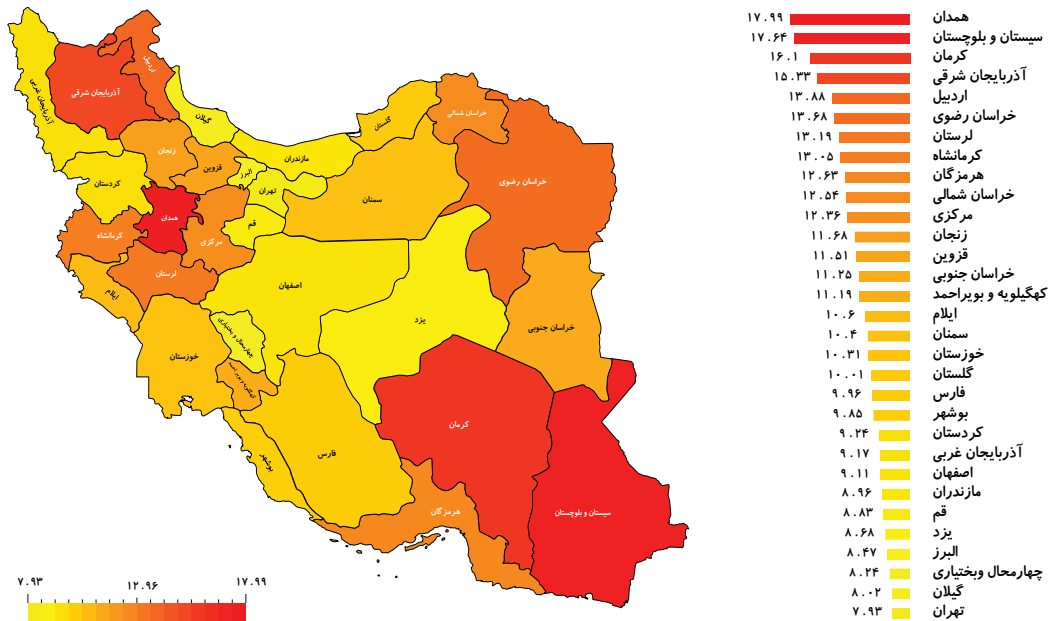
۲۰- برای مطالعه بیشتر به وبسایت مرکز آمار ایران، قسمت شاخص های توسعه، بخش شاخص های برنامه ششم توسعه، گزارش شاخص های رصد برنامه ششم (۱۳۹۸) به نشانی زیر مراجعه کنید: <https://www.amar.org.ir>

۴-۲. شاخص‌های اختصاصی ارزیابی عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سازمان اداری و استخدامی کشور)

سازمان اداری و استخدامی کشور به استناد فصل ۱۱ قانون مدیریت خدمات کشوری (آیین‌نامه اجرایی مواد ۸۱ و ۸۲ قانون مدیریت خدمات کشوری به شماره ۴۴۳۲۷/۴۲۲۵ تاریخ ۱۳۸۹/۱/۱۴) در دو بعد شاخص‌های عمومی و اختصاصی، عملکرد دستگاه‌های اجرایی کشور را از طریق سامانه جامع مدیریت عملکرد دولت مورد ارزیابی قرار می‌دهد و هم‌زمان با هفته دولت در جشنواره شهید رجایی که با حضور ریاست محترم جمهور و دیگر مقامات کشوری و لشکری، برگزار می‌شود، از دستگاه‌های برتر تقدیر به عمل می‌آورد. از این‌روی سازمان، در راستای شفاف‌سازی و آگاهی بخشی نسبت به حقوق و تکالیف متقابل مردم و نظام اداری با تأکید بر دسترسی آسان و ضابطه‌مند مردم به اطلاعات صحیح به منظور افزایش اعتماد عمومی و در اجرای تکالیف قانونی خود در چارچوب اسناد بالادستی موجود همچون بند ۱۸ سیاست‌های کلی نظام اداری ابلاغی مقام معظم رهبری، قانون انتشار و دسترسی آزاد به اطلاعات، ماده ۳۰ منشور حقوق شهروندی، بندهای ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۲۰ اولویت‌های تخصصی ابلاغی رئیس جمهور محترم در حکم رئیس محترم سازمان اداری و استخدامی کشور و هم‌چنین اقدام «تدوین و استقرار نظام نظارت مردم و تشکل‌ها بر عملکرد و خدمات دولتی و ارائه گزارش سالانه» از برنامه دهم برنامه جامع اصلاح نظام اداری - دوره دوم (۱۳۹۷-۱۳۹۹) اقدام به انتشار «گزارش عملکرد سال ۱۳۹۸ دستگاه‌های اجرایی کشور» در قالب سامانه نتایج ارزیابی عملکرد دولت، نموده است.

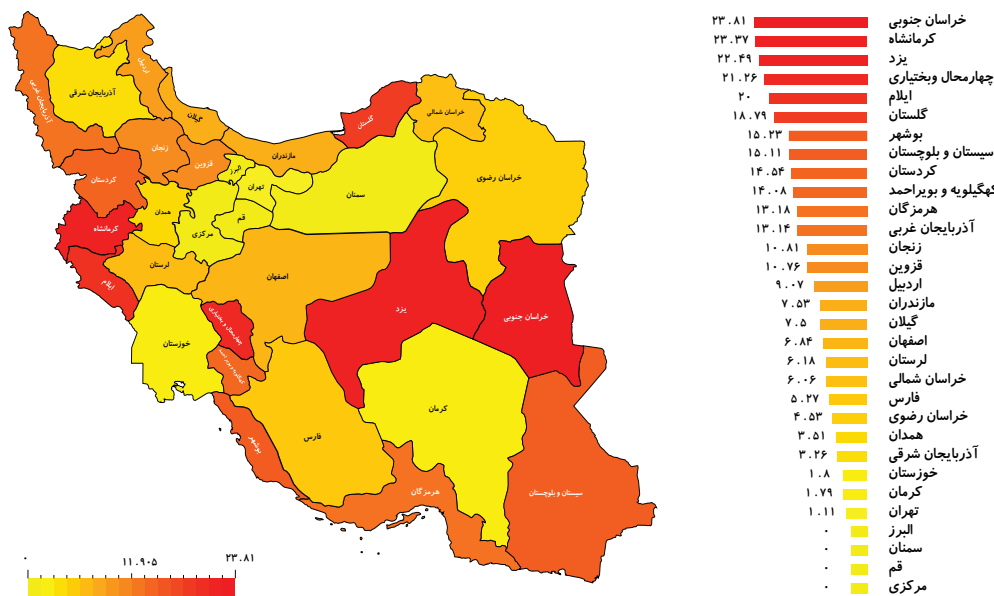
پیوست ۲. نقشه‌های استانی براساس شاخص‌های فقر بهداشت و سلامت

شکل ۲. شاخص‌های وضعیت سلامت (مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال (برحسب ۱۰۰۰ نفر)، سال ۱۳۹۷)



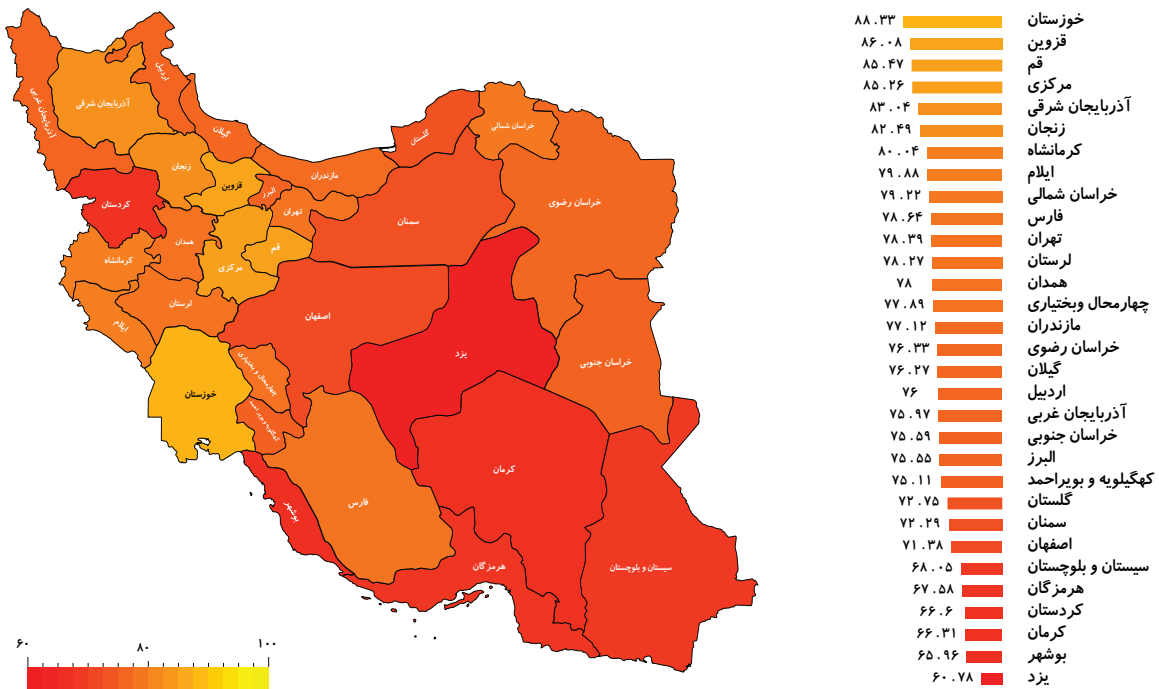
منبع: محاسبات تحقیق با استفاده از داده‌های سالنامه آماری ثبت‌احوال و مرکز آمار ایران

شکل ۳. شاخص‌های وضعیت سلامت (مرگ‌ومیر مادران از عوارض بارداری و زایمان (برحسب ۱۰۰ هزار نفر)، سال ۱۳۹۷)



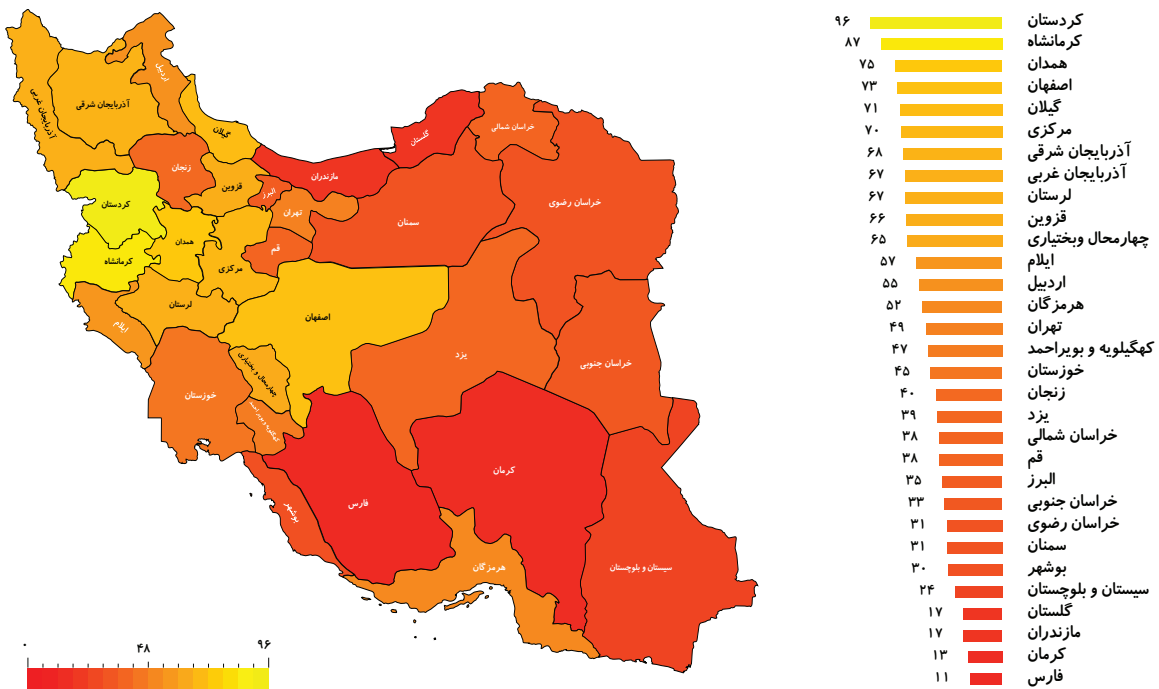
منبع: محاسبات تحقیق با استفاده از داده‌های سالنامه آماری ثبت‌احوال و مرکز آمار ایران، گزارش عملکرد و دستوردهای نظام کشوری مراقبت مرگ‌مادری در سال ۱۳۹۷ (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، اداره سلامت مادران)

شکل ۶. شاخص‌های عوامل خطر (درصد جمعیت تحت پوشش تأسیسات آب روستایی، سال ۱۳۹۸)



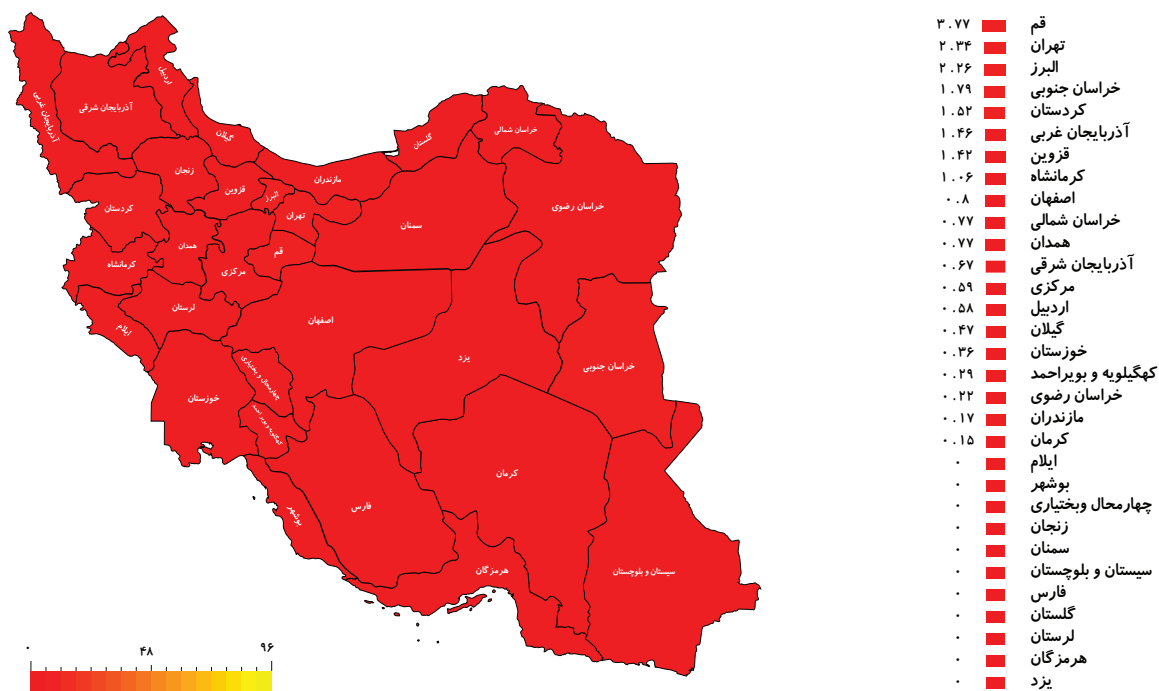
منبع: سالنامه آماری سال ۹۸، صنعت آب و فاضلاب

شکل ۷. شاخص‌های عوامل خطر (درصد جمعیت تحت پوشش تأسیسات فاضلاب شهری بهداشتی، سال ۱۳۹۸)



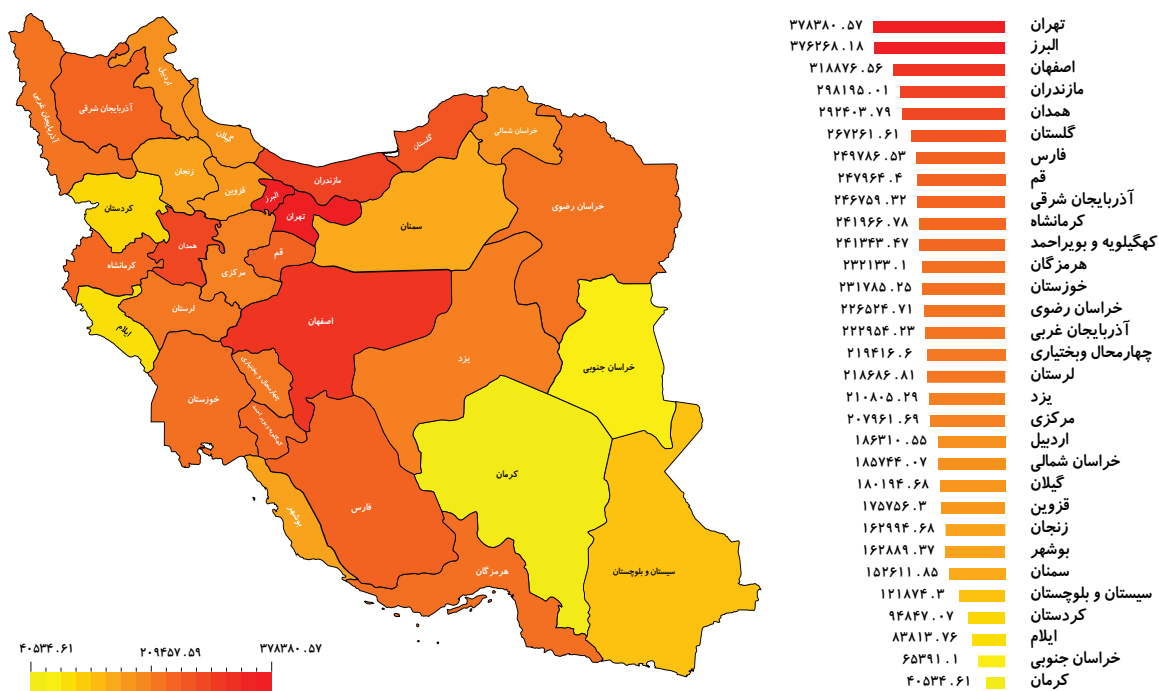
منبع: سالنامه آماری سال ۹۸، صنعت آب و فاضلاب

شکل ۸. شاخص‌های عوامل خطر (درصد جمعیت تحت پوشش تأسیسات فاضلاب روستایی، سال ۱۳۹۸)



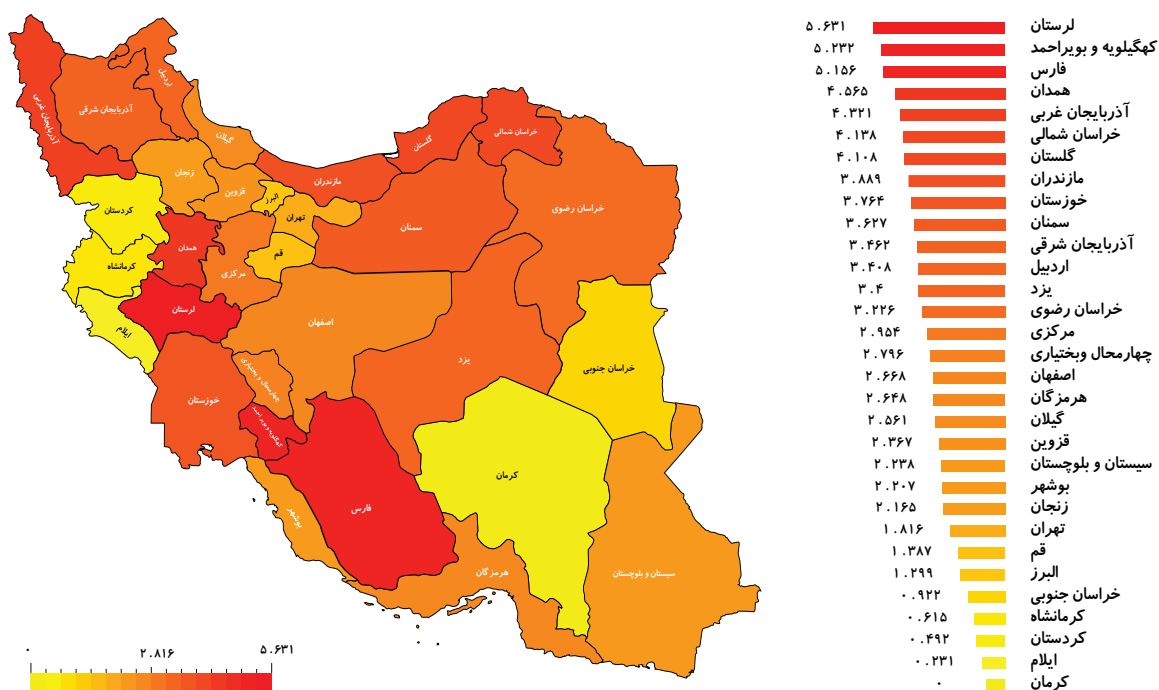
منبع: سالنامه آماری سال ۹۸، صنعت آب و فاضلاب

شکل ۹. شاخص کیفیت نظام سلامت (توزیع استانی هزینه‌های بهداشتی و درمانی خانوارها، سال ۱۳۹۸)



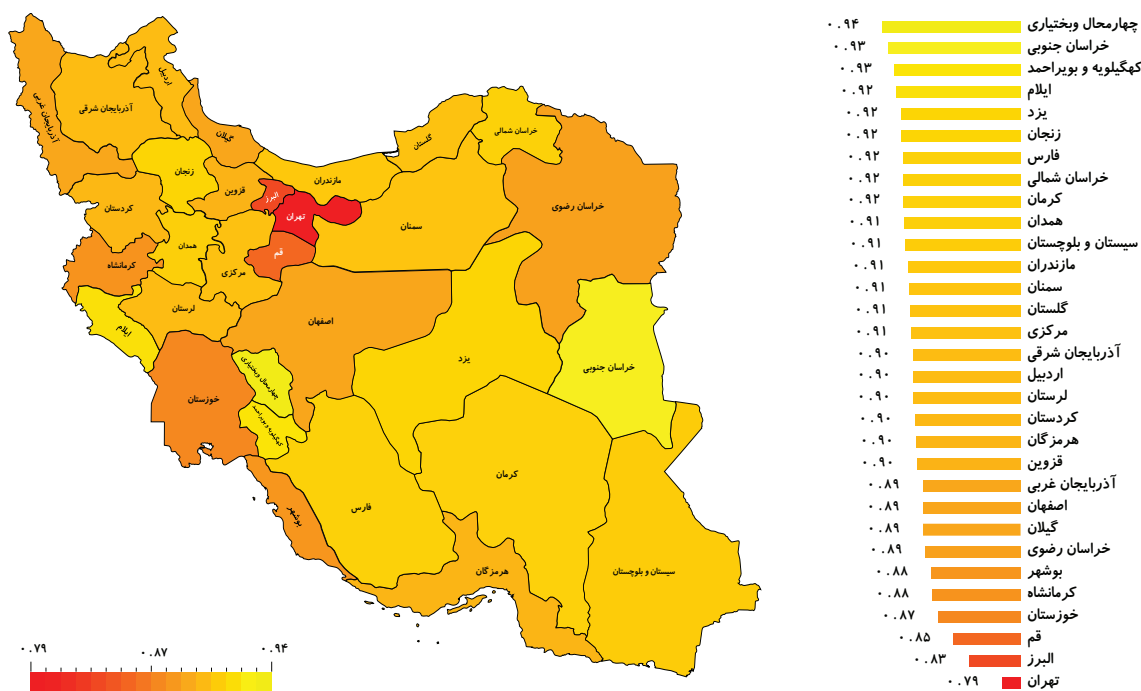
منبع: محاسبات براساس داده‌های هزینه و درآمد خانوار مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۸

شکل ۱۰. شاخص کیفیت نظام سلامت (شاخص هزینه‌های کمرشکن سلامت، سال ۱۳۹۸)



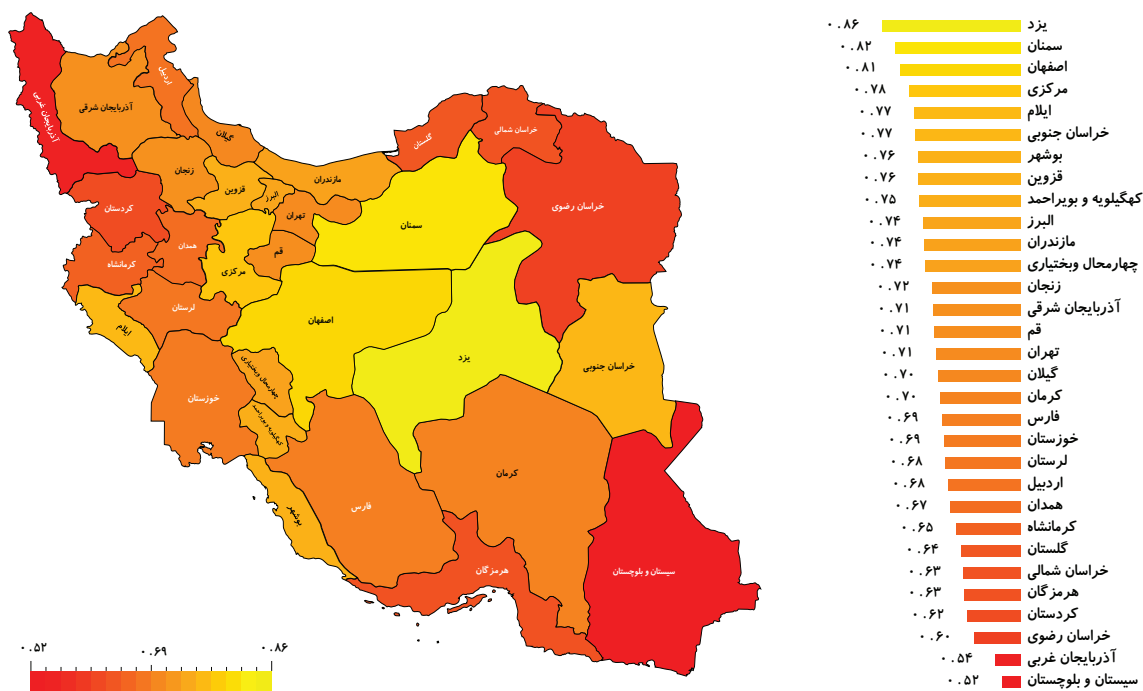
منبع: محاسبات براساس داده‌های هزینه و درآمد خانوار مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۸

شکل ۱۱. شاخص‌های کیفیت نظام سلامت (درصد جمعیت تحت پوشش بیمه پایه درمانی، سال ۱۳۹۹)



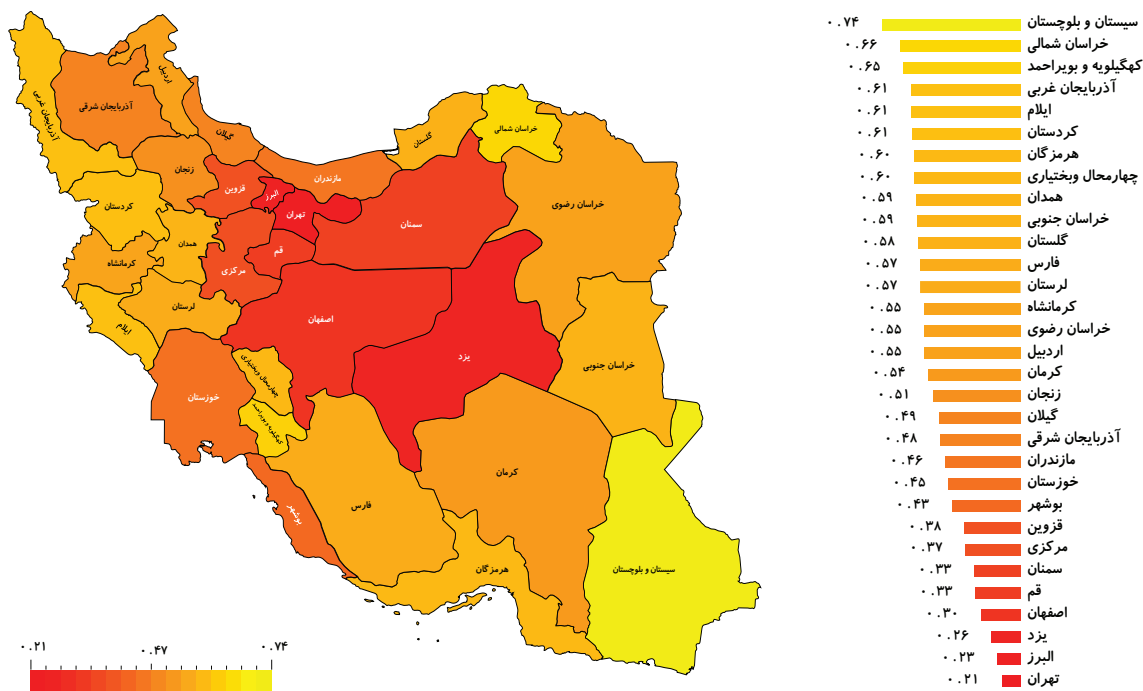
منبع: پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان

شکل ۱۲. شاخص‌های کیفیت نظام سلامت (درصد جمعیت تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی، سال ۱۳۹۹)



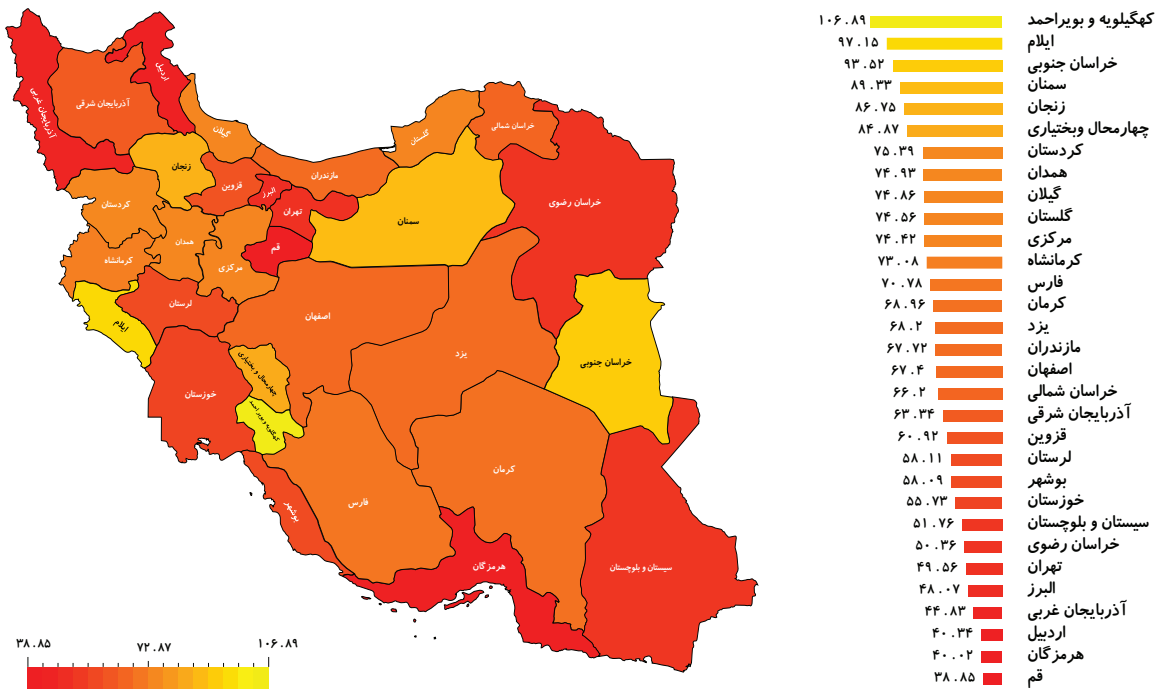
منبع: پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان

شکل ۱۳. شاخص‌های کیفیت نظام سلامت (درصد جمعیت تحت پوشش بیمه سلامت، سال ۱۳۹۹)



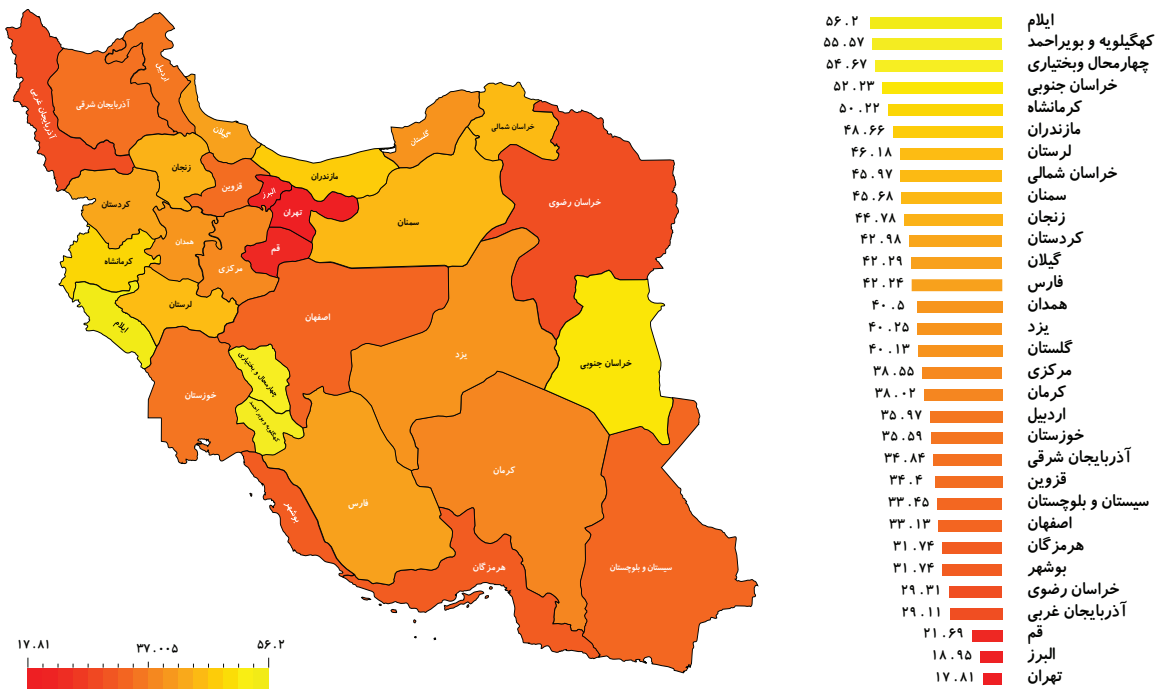
منبع: پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان

شکل ۱۴. شاخص‌های کیفیت نظام سلامت (تعداد پزشکان (شاغل) به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت، سال ۱۳۹۸)



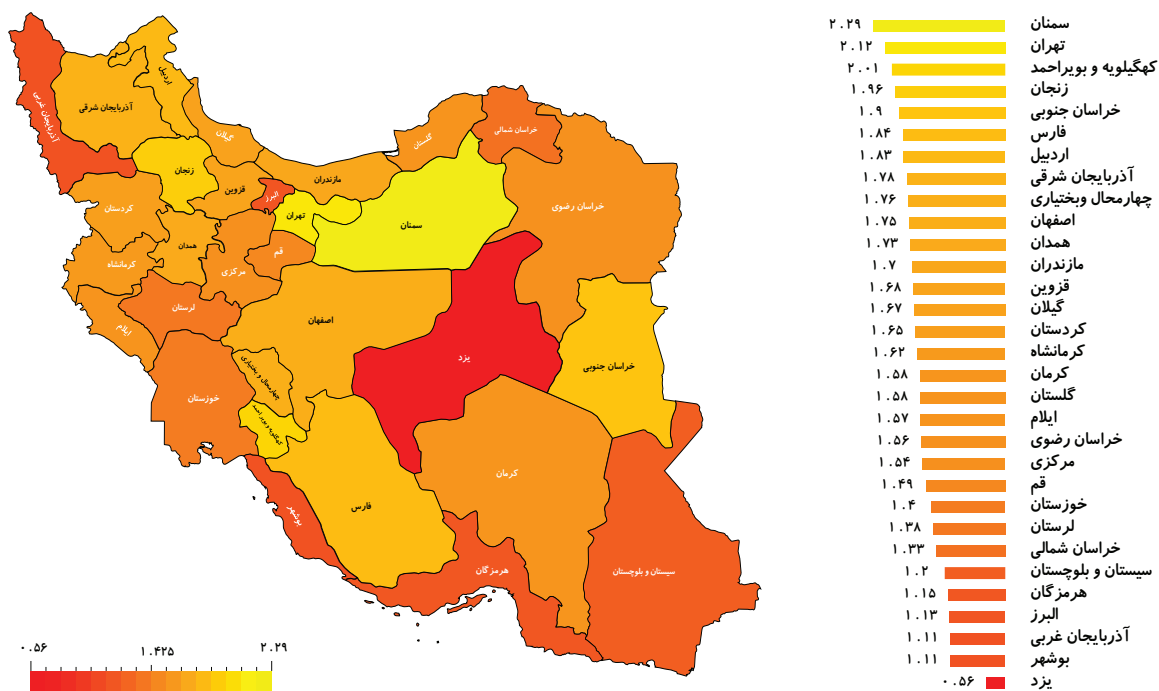
منبع: سالنامه‌های آماری مرکز آمار ایران

شکل ۱۵. شاخص کیفیت نظام سلامت (تعداد پیراپزشکان به ازای هر ده هزار نفر جمعیت، سال ۱۳۹۸)



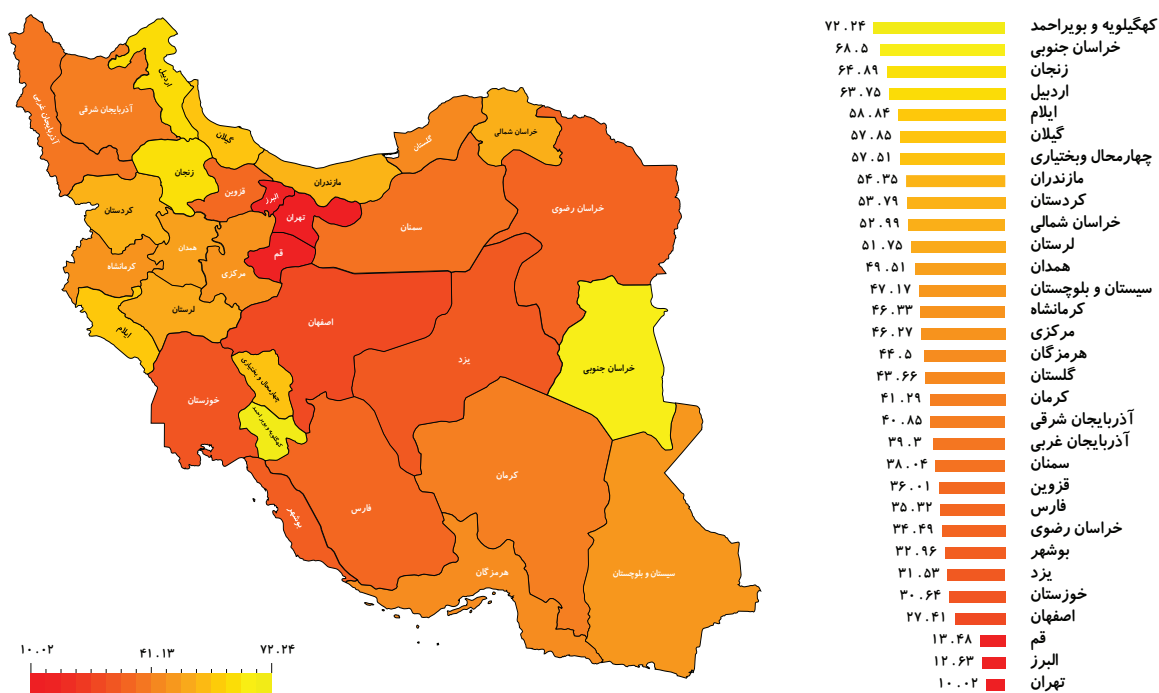
منبع: سالنامه‌های آماری مرکز آمار ایران

شکل ۱۶. شاخص‌های کیفیت نظام سلامت (سرانه تخت بیمارستانی فعال به ازای هر هزار نفر جمعیت، سال ۱۳۹۸)



منبع: سالنامه‌های آماری مرکز آمار ایران

شکل ۱۷. شاخص کیفیت نظام سلامت (نسبت مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه بهداشتی و درمانی (به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت)، سال ۱۳۹۸)



منبع: سالنامه‌های آماری مرکز آمار ایران

گزارش‌های منتشر شده معاونت رفاه اجتماعی

۱. وضعیت فقر و نابرابری در ایران در دوره ۸ ساله ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۱؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (آذرماه ۹۲)
۲. نقدی بر واگذاری بیمه‌های درمان به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ (دفتر بیمه‌های سلامت) (آذرماه ۹۲)
۳. نقدی بر ادغام سازمان‌های بیمه‌گر در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ تجربه سایر کشورها؛ (دفتر بیمه‌های سلامت) (آذرماه ۹۲)
۴. نقد و بررسی داده‌های سالنامه آماری در حوزه آسیب‌های اجتماعی؛ (دفتر امور آسیب‌های اجتماعی) (دیماه ۹۲)
۵. تحلیل محتوای اخبار آسیب‌های اجتماعی در رسانه‌ها؛ (دفتر امور آسیب‌های اجتماعی) (دیماه ۹۲)
۶. بررسی وضعیت طلاق در کشور بین سال‌های ۸۴ و ۹۱؛ (دفتر امور آسیب‌های اجتماعی) (دیماه ۹۲)
۷. نگاهی به گفتمان رهبر معظم انقلاب پیرامون سبک زندگی، تعاون و اقتصاد مقاومتی؛ (دفتر امور آسیب‌های اجتماعی) (دی‌ماه ۹۲)
۸. توانمندسازی خانوارهای ساکن در محله‌های فقیرنشین همگام با هدفمندسازی یارانه‌ها؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (بهمن‌ماه ۹۲)
۹. برنامه راهبردی کاهش فقر در ایران؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (اسفند ۹۲)
۱۰. طرح جامع ظرفیت‌سازی سازمان‌های مردم‌نهاد در حوزه رفاه و تأمین اجتماعی؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (اسفند ۹۲)
۱۱. برنامه یارانه خوراک در آمریکا (SNAP)؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (اسفند ۹۲)
۱۲. مشروط‌سازی دریافت یارانه نقدی به انجام آزمایشات رایگان پزشکی؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (اردیبهشت‌ماه ۹۳)
۱۳. پتانسیل تحقق نیافته ایران، مخزن استعداد‌های بهره‌بردار نشده؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (خرداد‌ماه ۹۳)
۱۴. نگاهی به پدیده سوء مصرف مواد مخدر در ایران؛ (دفتر امور آسیب‌های اجتماعی) (خرداد‌ماه ۹۳)
۱۵. شکل‌گیری دولت رفاه و سرمایه‌داری هماهنگ در ژاپن و آلمان؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (تیرماه ۹۳)
۱۶. مشارکت اجتماعات محلی در شناسایی فقر؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (تیرماه ۹۳)
۱۷. نگاهی به شاخص جهانی گرسنگی و وضعیت ایران؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (تیرماه ۹۳)
۱۸. طراحی پرسشنامه برای شناسایی خانوارهای فقیر؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (مرداد‌ماه ۹۳)
۱۹. شاخص رشد و تکامل کودک ۲۰۱۲: پیشرفت‌ها، چالش‌ها و نابرابری؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (مرداد‌ماه ۹۳)
۲۰. بررسی پدیده خودکشی در ایران؛ (دفتر امور آسیب‌های اجتماعی) (شهریورماه ۹۳)
۲۱. شاخص امنیت غذایی جهانی سال ۲۰۱۴؛ (معاونت رفاه اجتماعی) (شهریورماه ۹۳)
۲۲. برنامه‌های حمایت اجتماعی در ترکیه؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (مهرماه ۹۳)
۲۳. اندازه‌گیری وسعت و اجزای فقر کودکان با روش فقر چند بعدی؛ (معاونت رفاه اجتماعی با همکاری سازمان بهزیستی کشور) (آبان‌ماه ۹۳)
۲۴. نقش سازمان اشتغال در خارج از کشور فیلیپین و مقررات استخدام و اشتغال کارگران در خارج از کشور؛ (معاونت رفاه اجتماعی با همکاری معاونت اشتغال و کارآفرینی) (آذرماه ۹۴)
۲۵. رتبه‌بندی سازمان بهزیستی از نظر شاخص‌های توانمندی زنان سرپرست خانوار کشور؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (مرداد‌ماه ۹۳)
۲۶. اشتغال عمومی؛ راهکار مقابله با بیکاری در شرایط رکود تورمی؛ (معاونت رفاه اجتماعی با همکاری معاونت اشتغال و کارآفرینی) (اردیبهشت‌ماه ۹۴)

۲۷. برنامه مشاغل عمومی در آفریقای جنوبی؛ (معاونت رفاه اجتماعی) (خرداد ماه ۹۴)
۲۸. حمایت اجتماعی در جهان؛ حمایت اجتماعی از کودکان؛ (دفتر بیمه های اجتماعی) (تیرماه ۹۴)
۲۹. بررسی شاخص موفقیت لگاتوم در سال ۲۰۱۴ و مقایسه وضعیت ایران با کشورهای منطقه؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (مهرماه ۹۴)
۳۰. بررسی شاخص پیشرفت اجتماعی در سال ۲۰۱۴؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (آبان ماه ۹۴)
۳۱. الزامات تدوین برنامه ششم توسعه؛ (دفتر بیمه های سلامت) (آبان ماه ۹۴)
۳۲. گزارش جهانی نشاط در سال ۲۰۱۳؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (دی ماه ۹۴)
۳۳. گزارش شاخص کیفیت زندگی در جهان در سال ۲۰۱۶؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (شهریور ماه ۹۵)
۳۴. گزارش شاخص جهانی گرسنگی و وضعیت ایران در سال ۲۰۱۵؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (مهرماه ۹۵)
۳۵. تاریخچه ادغام و انتزاع بیمه ها از وزارت بهداشت؛ (دفتر بیمه های سلامت) (مهرماه ۹۵)
۳۶. بررسی اثرات اعمال معافیت های حق بیمه سهم کارفرمایی و نقد جایگاه آن در برنامه های توسعه؛ (دفتر بیمه های اجتماعی) (خردادماه ۹۵)
۳۷. شاخص توسعه کودک ۲۰۱۵؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (آذرماه ۹۵)
۳۸. گزارش توسعه زیرساخت های رفاهی در ایران طی سال های ۲۰۱۶-۲۰۱۴؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (دی ماه ۹۵)
۳۹. طبقه بندی استاندارد رفاه اجتماعی؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (آذرماه ۹۶)
۴۰. نظام نهادی تور ایمنی اجتماعی؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (آذرماه ۹۶)
۴۱. سند راهبرد کاهش فقر پاکستان؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (خرداد ۱۳۹۷)
۴۲. چشم انداز اقتصادی جهان در سال ۲۰۲۰، خلاصه گزارش صندوق بین المللی پول، منتشر شده در آوریل ۲۰۲۰ (اردیبهشت ۱۳۹۹)
۴۳. وضعیت رفاه و مصرف خانوارهای ایرانی در سال ۱۳۹۸ و ضرورت اصلاحات اقتصادی؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (اسفند ۱۳۹۸)
۴۴. تبیین و تحلیل فقر و نابرابری در بخش مالی؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (مهرماه ۱۳۹۹)
۴۵. عدالت آموزشی در ایران؛ (معاونت رفاه اجتماعی) (بهار ۱۳۹۹)
۴۶. تحلیل سیاست گذاری آموزش در ایران با تأکید بر عدالت آموزشی؛ (معاونت رفاه اجتماعی) (بهار ۱۳۹۹)
۴۷. کتاب راهنمای برنامه ملی کسب و کار؛ (معاونت رفاه اجتماعی) (خرداد ۱۳۹۹)
۴۸. پول های محلی؛ ابزاری برای توانمندسازی و مقابله با رکود و نابرابری منطقه ای؛ (معاونت رفاه اجتماعی) (خرداد ۱۳۹۹)
۴۹. برنامه دولت کانادا برای مقابله با تبعات بیماری کرونا (برنامه پاسخگویی اقتصادی کووید-۱۹ کانادا: حمایت از شهروندان و مشاغل) (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (بهار ۱۳۹۹)
۵۰. سیاست های اتخاذ شده در کشورهای مختلف برای مقابله با کرونا؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (بهار ۱۳۹۹)
۵۱. مداخله دولت های عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD) در بازار اجاره مسکن؛ (معاونت رفاه اجتماعی) (خرداد ۱۳۹۹)
۵۲. جزئیات بسته کمک ۲ تریلیون دلاری سنای آمریکا برای مقابله با کرونا؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (بهار ۱۳۹۹)
۵۳. فقر و نابرابری در آموزش و پرورش ایران؛ بررسی شاخص ها، ریشه یابی و برخی راهکارها با تأکید بر مسئله تعارض منافع؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (مهرماه ۱۳۹۹)

۵۴. چگونگی جایگزینی کارت‌های اعتباری خرید مواد غذایی با توزیع مستقیم برنج یارانه‌ای؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (تیرماه ۱۳۹۹)
۵۵. حمایت اجتماعی و مواجهه مشاغل با کووید-۱۹: یک بررسی بهنگام از اقدامات کشورها؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (تیرماه ۱۳۹۹)
۵۶. گزارش عملیاتی و پیش‌بینی برنامه‌های آتی معاونت رفاه اجتماعی (ویرایش اول)؛ (معاونت رفاه اجتماعی) (تابستان ۱۳۹۹)
۵۷. برنامه اجرایی مدیریت حمله‌های سوداگرانه و تامین مالی بنگاه‌ها؛ (معاونت رفاه اجتماعی) (شهریور ۱۳۹۷)
۵۸. برنامه جبران خسارت شهروندان پاکستان (مطالعه موردی، ژوئن ۲۰۱۳)؛ (معاونت رفاه اجتماعی) (تابستان ۱۳۹۹)
۵۹. مطالعه ساختار حکمرانی داده محور باهدف بهبود بهره‌برداری از پایگاه رفاه ایرانیان؛ (شهریور ۱۳۹۹)
۶۰. بررسی تجربیات جهانی در زمینه استفاده از کارت اعتباری به‌عنوان ابزار حمایتی؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (شهریور ۱۳۹۹)
۶۱. الگوی نوین سازمان و مدیریت حوزه رفاه و تأمین اجتماعی کشور؛ (معاونت رفاه اجتماعی) (شهریور ۱۳۹۹)
۶۲. تشریح فرآیند اجرایی کردن بند ح تبصره ۱۷ قانون بودجه توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی؛ (معاونت رفاه اجتماعی) (شهریور ۱۳۹۹)
۶۳. ارائه کالا برگ و راه‌اندازی سیستم فاکتور الکترونیک در حمایت از خانوار در شرایط کرونا؛ (معاونت رفاه اجتماعی) (مرداد ۱۳۹۹)
۶۴. مقایسه دسترسی خانوارها به اعتبار و تسهیلات بانکی در ایران و جهان؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (مهر ۱۳۹۹)
۶۵. فقر و نابرابری در دسترسی به زیرساخت‌ها: مسکن؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (مهر ۱۳۹۹)
۶۶. نظام حمایت و رفاه اجتماعی در ایران؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (مهر ۱۳۹۹)
۶۷. بررسی نظام حمایت اجتماعی کشورها: ۱. پیاده‌سازی نظام‌های رفاهی مبتنی بر استطاعت در ایالات متحده آمریکا؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (مهر ۱۳۹۹)
۶۸. مقایسه تطبیقی ایران با کشورهای منطقه براساس سند چشم‌انداز بیست‌ساله کشور در سال ۲۰۱۹: ۱. شاخص‌های اقتصادی؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (مهر ۱۳۹۹)
۶۹. عملکرد دفتر مطالعات رفاه اجتماعی: شش ماهه اول سال ۱۳۹۹؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (مهر ۱۳۹۹)
۷۰. تغییرات رفاه و مصرف ایرانیان و سیاست پیشنهادی حمایت غذایی؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (مهر ۱۳۹۹)
۷۱. مقایسه تطبیقی ایران با کشورهای منطقه براساس سند چشم‌انداز بیست‌ساله کشور در سال ۲۰۱۹: ۲. شاخص‌های بهداشتی؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (آذر ۱۳۹۹)
۷۲. مقایسه تطبیقی ایران با کشورهای منطقه براساس سند چشم‌انداز بیست‌ساله کشور در سال ۲۰۱۹: ۳. شاخص‌های آموزشی؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (آذر ۱۳۹۹)
۷۳. نظام طبقه‌بندی خدمات رفاه اجتماعی براساس استانداردهای اتحادیه اروپا؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (آذر ۱۳۹۹)
۷۴. مجموعه گزارش‌های فقر، نابرابری و تعارض منافع: ۴. بررسی وضعیت فقر انرژی، ناکارایی در تخصیص منابع و عوامل اثرگذار؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (دی ۱۳۹۹)

۷۵. مقایسه تطبیقی ایران با کشورهای منطقه براساس سند چشم‌انداز بیست‌ساله کشور در سال ۲۰۱۹؛ ۴. شاخص‌های رفاهی؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (دی ۱۳۹۹)
۷۶. مجموعه گزارش‌های فقر، نابرابری و تعارض منافع؛ ۵. فقر و نابرابری در حوزه بهداشت و سلامت؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (بهمن ۱۳۹۹)
۷۷. مجموعه گزارش‌های اسناد پشتیبان تدوین برنامه هفتم توسعه، حوزه رفاه اجتماعی؛ ۲. تصویر ابعاد فقر در ایران؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (زمستان ۱۳۹۹)
۷۸. تصویر مصرف و رفاه خانوارهای ایرانی و سیاست‌های حمایتی پیشنهادی؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (زمستان ۱۳۹۹)
۷۹. بررسی نظام حمایت اجتماعی کشورها؛ ۲. طراحی و پیاده‌سازی سامانه‌های هدف‌گیری خانوار: درس‌هایی از آمریکای لاتین و ایالات متحده؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (اسفند ۱۳۹۸)
۸۰. الگوی نوین سازمان و مدیریت حوزه رفاه و تأمین اجتماعی کشور؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (زمستان ۱۳۹۹)
۸۱. اقدامات معاونت رفاه اجتماعی در مواجهه با کرونا؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (فروردین ۱۴۰۰)
۸۲. چه تعداد از کودکان و نوجوانان در خانه به اینترنت دسترسی دارند؟؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (فروردین ۱۴۰۰)
۸۳. مجموعه گزارش‌های فقر چند بعدی: ۱. فقر مسکن؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (تابستان ۱۴۰۰)
۸۴. خلاصه گزارشات تخصصی منتشرشده توسط معاونت رفاه اجتماعی در بازه زمانی ۱۴۰۰-۱۳۹۲؛ (معاونت رفاه اجتماعی) (تابستان ۱۴۰۰)
۸۵. مجموعه گزارش‌های فقر چند بعدی: ۲. فقر آموزشی در ایران؛ (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی) (تابستان ۱۴۰۰)



۳. فقر بهداشت و سلامت در ایران

دستیابی همه مردم جهان به سطحی از سلامتی که امکان برخورداری از يك زندگی مؤثر و مولد را برای آنان فراهم آورد، حق همه افراد کره زمین بوده است. بهداشت و سلامت هم از جهت میزان بهره‌مندی از آن و هم به لحاظ هزینه‌ای که برای آن پرداخت می‌شود، ارتباط بسیار مهمی با موضوع فقر داشته است؛ لذا بررسی فقر بهداشت و سلامت به عنوان یکی از مهم‌ترین ارکان توسعه، از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. بررسی وضعیت بهداشت و سلامت در ایران نشان می‌دهد که هرچند ایران به لحاظ درآمدی در بین کشورهای با درآمد بالاتر از متوسط قرار دارد، اما تقریباً به لحاظ همه شاخص‌های بخش سلامت وضعیت بدتری از این گروه کشورها دارد. پرداخت از جیب خانوارها برای دریافت امکانات و خدمات بهداشتی از مهم‌ترین چالش‌های بخش بهداشت و سلامت در ایران است. همچنین در برخی از شاخص‌ها مثل: سرانه پزشک، سرانه تخت بیمارستانی فعال و سوء تغذیه وضعیت کاملاً نگران‌کننده است. در سطح ملی نیز توزیع نابرابر امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی در میان استان‌های کشور کاملاً محسوس است.

