

## مقاله پژوهشی

# شاخص‌های عدالت در سلامت و تعیین کننده‌های اجتماعی آن

حسین ملک‌افضلی<sup>۱\*</sup>، بهاره ملک‌افضلی<sup>۲</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** رسیدن به هدف سلامت برای همه یا پوشش همگانی سلامت بدون تحقق عدالت در سلامت میسر نیست. عدالت در سلامت به معنی کاهش یا حذف آن دسته از نابرابری‌های سلامت است که قابل اجتناب می‌باشند و در واقع این عوامل در بین اشاره جامعه به صورت ناعادلانه توزیع شده‌اند. در این مقاله، مهم‌ترین عوامل مرتبط با عدالت در سلامت و نیز شاخص‌های آن ارائه می‌شود.

**روش:** ۶۹ شاخص که با همکاری نهادهای مرتبط تبیین شده و به تأیید ریاست محترم جمهور رسیده‌اند، معرفی شده‌اند.

**یافته‌ها:** مهم‌ترین این عوامل عبارتند از: فقر، تبعیض، نداشتن شغل مناسب، نداشتن درآمد کافی، بی‌سودایی و کم‌سودایی، نداشتن مسکن و محل کار مناسب، عدم برخورداری از محیط زیست پاک و ایمن، عدم برخورداری از خدمات سلامت کارآمد و قابل تحمل از نظر هزینه، عدم مراعات اخلاق حرفة ای و اسلامی و پاسخگویی در فرآیند دریافت خدمات سلامت، حکمرانی نامناسب در نظام سلامت، عدم برخورداری از امنیت و ایمنی غذایی، عدم برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و عدم برخورداری از امکان استفاده از حمل و نقل مناسب.

بدین ترتیب در ارزیابی عدالت در سلامت و از آن مهم‌تر اقدام برای کاهش یا رفع بی‌عدالتی لازم است شاخص‌های اندازه‌گیری عدالت در سلامت علاوه بر عرصه سلامت، عرصه‌های تعیین کننده‌های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی را نیز شامل شود و به تفکیک متغیرهایی چون جنس، محل سکونت، گروه‌های اقتصادی و اجتماعی و غیره بیان شوند تا با مشارکت مردم و همکاری سایر نهادهای دولتی و غیردولتی بتوان به کاهش یا رفع آن اقدام کرد.

**نتیجه‌گیری:** از ۶۹ شاخص مصوب، ۳۸ شاخص مربوط به حیطه سلامت، ۱۲ شاخص مربوط به حیطه محیط فیزیکی و زیرساخت، ۱۰ شاخص مربوط به توسعه اجتماعی و انسانی، ۴ شاخص مربوط به توسعه اقتصادی و ۵ شاخص در ارتباط با حکمرانی مناسب می‌باشد. به امید به کارگیری این شاخص‌ها در سطح شهرستان و کاهش نابرابری‌ها در سلامت ضمن ارتقای مستمر آن‌ها.

**کلید واژه‌ها:** تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، شاخص‌های بهداشت و تندرستی، عدالت اجتماعی، عدالت در سلامت

### مقدمه

مداخلات هدفمند و اثربخش به رفع این نابرابری‌ها همت گماشت.

برای نیل به این هدف نباید به بیان شاخص‌ها برای کل جمعیت اکتفا کرد؛ بلکه باید آن‌ها را به تفکیک عواملی که می‌توانند منشأ نابرابری در سلامت باشند، بیان کرد. عمدۀ این عوامل عبارتند از:

- فقر
- تبعیض در قوانین و باورهای فرهنگی و عملکرد نامناسب با وجود وجود قوانین مطلوب
- نداشتن شغل مناسب

پیشرفت تکنولوژی، شهرنشینی، تغییرات دموگرافیک، تغییر سیمای اپیدمیولوژی بیماری‌ها و حکمرانی نامناسب نظام سلامت موجب گران شدن خدمات و در نتیجه نابرابری در بهره‌مندی از خدمات سلامت شده است. این تفاوت را می‌توان با اندازه‌گیری شاخص‌های وضعیت سلامت جوامع و هم‌چنین اندازه‌گیری شاخص‌هایی از عوامل اجتماعی اقتصادی به نام تعیین کننده‌های سلامت، وضعیت بی‌عدالتی در سلامت را شناخت و تحلیل کرد و در واقع ریشه اصلی این بی‌عدالتی را مشخص کرد و با

۱. نویسنده مسئول: عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

۲. استادیار دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران

تلاش شد تا در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با همکاری مردم و سایر نهادهای مردمی و دولتی اجرایی شود. لیکن با تغییرات در وزارت‌خانه این امر به تعویق افتاد.

بعد از تشکیل معاونت اجتماعی در وزارت بهداشت مقرر شد تکمیل و اجرایی شدن شاخص‌ها در معاونت اجتماعی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور دنبال شود تا در شکل‌گیری شاخص‌ها سازمان‌ها و وزارت‌خانه‌های دیگر به همراه وزارت بهداشت روان‌تر در گیر شوند و در نتیجه شناسن به کارگیری آن‌ها برای کاهش نابرابری بیشتر شود(۲).

این فرآیند با همکاری نهادها و سازمان‌های زیر:

- کمیته امداد حضرت امام (ره)
  - مرکز آمار ایران
  - وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
  - وزارت راه و شهرسازی
  - سازمان آب و فاضلاب کشور
  - سازمان بهزیستی
  - سازمان بیمه سلامت ایران
  - سازمان حفاظت محیط زیست
  - سازمان اوقاف و امور خیریه
  - سازمان پژوهشی قانونی
  - شرکت مهندسی آب و فاضلاب
  - معاونت اجتماعی قوه قضائیه
  - بیمه مرکزی
  - سازمان بیمه تأمین اجتماعی
  - وزارت جهاد کشاورزی
  - وزارت کشور
  - شهرداری تهران
  - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- تشکیل گردید و بعد از بحث و تبادل نظر در جلسات متعدد تعداد شاخص‌ها از ۵۲ شاخص به ۶۹ شاخص افزایش یافت و مجدداً به تأیید شورای عالی سلامت و امنیت غذایی رسید و توسط ریاست محترم جمهور ابلاغ گردید. لیکن باز هم به دلایل مختلف تاکنون اقدام عملی در جهت اجرای آن به عمل نیامده است.

### بیان شاخص‌ها

جدول زیر ۶۹ شاخص عدالت در سلامت را به تفکیک در حیطه‌های سلامت (۳۸ شاخص)، محیط فیزیکی و زیست‌ساخت (۱۲ شاخص)، توسعه اجتماعی و انسانی (۱۰ شاخص)، توسعه اقتصادی (۴ شاخص)، و حکمرانی (۵ شاخص) بیان می‌دارد:

- عدم برخورداری از سعادت کافی به خصوص سعادت سلامت، حقوق و مسئولیت‌های شهروندی
- نداشتن درآمد کافی
- نداشتن مسکن و محل کار مناسب
- عدم برخورداری از محیط زیست پاک و ایمن
- عدم برخورداری از خدمات و مراقبت‌های سلامت جامع، با کیفیت، با صرفه (بهره‌ور) و قابل تحمل از نظر هزینه به خصوص در سال‌های ابتدایی و پایانی عمر
- عدم برخورداری از اخلاق حرفه‌ای و اسلامی در فرآیند دریافت خدمات سلامت
- عدم ابراز رضایت آگاهانه از خدمات دریافت شده
- حکمرانی نامناسب و به کار نبستن فرازهای مرتبط به عدالت در سیاست‌های کلی سلامت
- عدم برخورداری از امنیت و ایمنی غذایی
- عدم برخورداری از حمایت‌های اجتماعی
- عدم امکان استفاده از حمل و نقل مناسب در تعیین این شاخص‌ها علاوه بر نکته فوق یعنی بیان آن بر حسب متغیرهای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی به حساس بودن شاخص به عدالت در سلامت، دسترسی آسان به داده‌های لازم برای محاسبه شاخص و از همه مهم‌تر امکان مداخله برای کاهش نابرابری توجه کرد.
- متأسفانه در بیشتر موارد صرفاً به بیان شاخص‌ها بستنده می‌شود و کمتر به اقدام عملی برای رفع نابرابری اقدام می‌شود.
- نکته مهم این که: هدف از سیاست‌ها و راهبردهای عدالت در سلامت حذف همه تفاوت‌ها نیست به نحوی که همه افراد اندازه و کیفیت یکسان سلامت داشته باشند؛ بلکه هدف کاهش یا حذف آن دسته از تفاوت‌هایی است که از عواملی نشأت گرفته‌اند که هم قابل اجتناب می‌باشند و هم به صورت ناعادلانه بین اقسام مختلف جامعه توزیع شده‌اند.

### روش‌شناسی

جمهوری اسلامی ایران از سال ۱۳۸۷ با همت شهرداری تهران اقدام به تبیین شاخص‌های عدالت در سلامت و اجرای آن در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران نمود(۵). حاصل این تلاش بیان ۵۲ شاخص و احصای آن در بیش از ۳۵۰ محله شهر تهران بود (۱، ۳، ۴). از این شاخص‌ها در تخصیص منابع برای رفع نابرابری بین مناطق نیز استفاده شد در سال‌های بعد شاخص‌های ۵۲ گانه مورد توجه وزارت بهداشت قرار گرفت. و حتی در شورای عالی سلامت و امنیت غذا تصویب و

ردیف	حیطه	نحوه محاسبه شاخص			تعریف	نام شاخص	
		صورت کسر	مخرج کسر و صرب	مخرج کسر			
۱	سلامت	میزان مرگ نوزادان زنده به تعداد مرگ نوزادان زنده به دشمنه که بر هکام مرگ سین آنها هسته با کمتر است در مدت یکسال	احتمال مرگ نوزاده دینه از زمان تولد تا ۴ هفتگی	میزان مرگ نوزادان	-	میزان مرگ نوزادان	
۲	سلامت	میزان مرگ اطفال زنده به تعداد مرگ کودکان زنده به سال در مدت یکسال	احتمال مرگ کودک زنده مولده شده از بدو تولد تا ۴ سالگی	میزان مرگ اطفال زنده یکسال	۱	سلامت	
۳	سلامت	میزان مرگ کودکان زنده به تعداد مرگ کودکان زنده در فاضله تولد تا ۵ سالگی	احتمال مرگ کودک زنده مولده شده در تولد تا ۵ سالگی	میزان مرگ کودکان زنده یکسال	۲	سلامت	
۴	سلامت	میزان مرگ مادران به دلیل زصلان و ۳۰ روز اول پس از زایمان که ناشی از علی مرتب باشد و انتشار شده به ویشه حاملکی پیش	احتمال مرگ مادران در زمان بازداری، جین زصلان و ۳۰ روز اول پس از زایمان که ناشی از علی مرتب باشد و انتشار شده به ویشه حاملکی پیش	میزان مرگ مادران به دلیل حملکی و عورض آن	۳	سلامت	
۵	سلامت	میزان مرگ در گروه سنی ۰-۷ سالگی به دلیل چهار علت اصلی (دیابت، قلبی ذلیل چهار گروه پیماری دلیلت-قلی عورقی، سرطان و پیماری‌های مرضی عرضی، سرطان و پیماری‌های مرضی عرضی تنسی)	تعداد مرد مرگ به دلیل چهار گروه پیماری دلیلت-قلی ذلیل چهار گروه پیماری دلیلت-قلی عورقی، سرطان و پیماری‌های مرضی عرضی، سرطان و پیماری‌های مرضی عرضی تنسی	میزان مرگ در گروه سنی ۰-۷ سالگی به دلیل چهار علت اصلی (دیابت، قلبی ذلیل چهار گروه پیماری دلیلت-قلی عورقی، سرطان و پیماری‌های مرضی عرضی، سرطان و پیماری‌های مرضی عرضی تنسی)	۰	سلامت	
۶	سلامت	تعداد هالهای که کی کودک زنده به دنبی آمده زندگی خواهد کرد در میتوانی که میزان های مرگ اختصاصی سنی در زمان تولد در تمام طول زندگی کودک به همان صورت فایلی باقی مانده باشدند	تعداد هالهای که کی کودک زنده به دنبی آمده زندگی خواهد کرد در میتوانی که میزان های مرگ اختصاصی سنی در زمان تولد در تمام طول زندگی کودک به همان صورت فایلی باقی مانده باشدند	میزان مرگ در گروه سنی ۰-۷ سالگی به دلیل چهار علت اصلی (دیابت، قلبی ذلیل چهار گروه پیماری دلیلت-قلی عورقی، سرطان و پیماری‌های مرضی عرضی، سرطان و پیماری‌های مرضی عرضی تنسی)	۰	سلامت	
۷	سلامت	میزان مردوز دلیلت	مواد جدید دلیلت یک سال مشده نه طول سال	جمعیت وسط سال کشور در همان سال *۱۰۰	جمعیت جدول طول عمر براساس اطلاعات جمعیتی و مرگ‌وبر	جنس، سطوح اقتصادی، تحلیلات، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیررسمی و روتا) برحسب استان	سلامت
۸	سلامت	میزان مردوز دلیلت	مواد جدید دلیلت یک سال مشده نه طول سال	جمعیت وسط سال کشور در همان سال *۱۰۰	تکمیل جدول طول عمر براساس اطلاعات جمعیتی و مرگ‌وبر	جنس، سطوح اقتصادی، تحلیلات، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیررسمی و روتا) برحسب شهرستان و استان	سلامت

ردیف	حیطه	نحوه محاسبه شاخصی		تغییر	نام شاخصی
		مخرج کسر و ضریب	صورت کسر		
۱	سازمان ملی توپیده زمینه‌گردی و پژوهشی	منشی‌های تدقیک‌کننده نابودی		سلامت	نسبت بیماران دیابتی که درجه بیمارانی که برای بروکل تعریف شده در اهداء بهداشتی درمانی تحت مراقت دیابت نسبت بیماران دیابتی که درجه بیمارانی که برای بروکل تعریف شده در اهداء بهداشتی درمانی تحت مراقت دیابت
۲	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطح اقتصادی تحصیلات، محل سکوت (شهر احشیه شهر یا اسکن غیررسمی و روسنا) برحسب شهرستان و استان	کل بیماران *۱۰۰	سلامت	نسبت بیماران دیابتی که درجه بیمارانی که برای بروکل تعریف شده در اهداء بهداشتی درمانی تحت مراقت دیابت
۳	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطح اقتصادی تحصیلات، محل سکوت (شهر احشیه شهر یا اسکن غیررسمی و روسنا) برحسب شهرستان و استان	کل بیماران تحت مراقت *۱۰۰	سلامت	درصد افراد تحت پوشش مرافت از دیابت که در طبق تعریف دیابت آنها کنترل شده است
۴	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطح اقتصادی تحصیلات، محل سکوت (شهر احشیه شهر یا اسکن غیررسمی و روسنا) برحسب شهرستان و استان	کل بیماران تحت مراقت *۱۰۰	سلامت	درصد افراد تحت پوشش مرافت از دیابت که در طبق تعریف دیابت آنها کنترل شده است
۵	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطح اقتصادی تحصیلات، محل سکوت (شهر احشیه شهر یا اسکن غیررسمی و روسنا) برحسب شهرستان و استان	کل بیماران تحت مراقت *۱۰۰	سلامت	درصد افراد تحت پوشش مرافت از دیابت که در طبق تعریف دیابت آنها کنترل شده است
۶	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطح اقتصادی تحصیلات، محل سکوت (شهر احشیه شهر یا اسکن غیررسمی و روسنا) برحسب شهرستان و استان	کل بیماران تحت مراقت *۱۰۰	سلامت	درصد افراد تحت پوشش مرافت از دیابت که در طبق تعریف دیابت آنها کنترل شده است
۷	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطح اقتصادی تحصیلات، محل سکوت (شهر احشیه شهر یا اسکن غیررسمی و روسنا) برحسب شهرستان و استان	کل بیماران تحت مراقت *۱۰۰	سلامت	درصد افراد تحت پوشش مرافت از دیابت که در طبق تعریف دیابت آنها کنترل شده است
۸	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطح اقتصادی تحصیلات، محل سکوت (شهر احشیه شهر یا اسکن غیررسمی و روسنا) برحسب شهرستان و استان	کل بیماران تحت مراقت *۱۰۰	سلامت	درصد افراد تحت پوشش مرافت از دیابت که در طبق تعریف دیابت آنها کنترل شده است
۹	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطح اقتصادی تحصیلات، محل سکوت (شهر احشیه شهر یا اسکن غیررسمی و روسنا) برحسب شهرستان و استان	کل بیماران تحت مراقت *۱۰۰	سلامت	درصد افراد تحت پوشش مرافت از دیابت که در طبق تعریف دیابت آنها کنترل شده است
۱۰	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطح اقتصادی تحصیلات، محل سکوت (شهر احشیه شهر یا اسکن غیررسمی و روسنا) برحسب شهرستان و استان	کل بیماران تحت مراقت *۱۰۰	سلامت	درصد افراد تحت پوشش مرافت از دیابت که در طبق تعریف دیابت آنها کنترل شده است
۱۱	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطح اقتصادی تحصیلات، محل سکوت (شهر احشیه شهر یا اسکن غیررسمی و روسنا) برحسب شهرستان و استان	کل بیماران تحت مراقت *۱۰۰	سلامت	درصد افراد تحت پوشش مرافت از دیابت که در طبق تعریف دیابت آنها کنترل شده است
۱۲	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطح اقتصادی تحصیلات، محل سکوت (شهر احشیه شهر یا اسکن غیررسمی و روسنا) برحسب شهرستان و استان	کل بیماران تحت مراقت *۱۰۰	سلامت	درصد افراد تحت پوشش مرافت از دیابت که در طبق تعریف دیابت آنها کنترل شده است
۱۳	وزارت بهداشت	سن، جنس، تحصیلات، سطح اقتصادی، محل سکونت (شهر احشیه شهر یا اسکن غیررسمی و روسنا) برحسب شهرستان و استان	جمعیت وسط سال کشور در همان سال *۱۰۰۰۰۰	سلامت	درصد افراد تحت پوشش مرافت از دیابت که در طبق تعریف دیابت آنها کنترل شده است
۱۴	وزارت بهداشت	سن، جنس، تحصیلات، سطح اقتصادی، محل سکونت (شهر احشیه شهر یا اسکن غیررسمی و روسنا) برحسب شهرستان و استان	جمعیت وسط سال کشور در همان سال *۱۰۰۰۰۰	سلامت	درصد افراد تحت پوشش مرافت از دیابت که در طبق تعریف دیابت آنها کنترل شده است
۱۵	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطح اقتصادی محل سکونت، محروم‌دانه، داخل شهر و خارج شهر (شهر احشیه شهر یا اسکن غیررسمی و روسنا) برحسب شهرستان و استان	کل جمعیت کشور در همان سال *۱۰۰۰۰۰	سلامت	درصد افراد تحت پوشش مرافت از دیابت که در طبق تعریف دیابت آنها کنترل شده است





ردیف	حیطه	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص
۱۴۷	دوره زمانی تولید و پژوهشسازی	سازمان متنوی تولید شاخص پاسخگو	متغیرهای تفکیک‌کننده نابودی	صورت کسر
۱۸	سالانه	وزارت بهداشت	محل سکوت (شهر / حاشیه شهر / ایامکان غیررسمی و روسنا)، سطوح اقتصادی، جنس و تحصیلات مادر بحسب شهرستان و استان	مخرج کسر و صرب
۱۹	سالانه	وزارت بهداشت	جنس، گروه سنی، سطوح اقتصادی، تحصیلات و محل سکوت (شهر / حاشیه شهر / ایامکان غیررسمی و روسنا) بحسب شهرستان و استان	تعادل کوکان زیر ۵ میل
۲۰	سالانه	وزارت بهداشت	سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر بحسب شهرستان و استان	تعیین کوکان زیر ۵ میل
۲۱	سالانه	وزارت بهداشت	جنس سن سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر / حاشیه شهر و روسنا) بحسب شهرستان و استان	تعیین کوکان زیر ۵ میل
۲۲	سالانه	وزارت بهداشت	جنس سن تحصیلات، سطوح اقتصادی، محل سکوت (شهر و روسنا)، استان	تعیین کوکان زیر ۵ میل
۲۳	سالانه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پژوهشی	درصد زوجهای بارداری وجود ناشی از بارداری	تعیین کوکان زیر ۵ میل

ردیف	حیطه	نحوه محاسبه شاخصی			تعریف	نمایش شخصی
		صورت گستر	معیر گسرو و ضرب	مخرج گسرو		
۳۴	دودزمانی توپید و بدوزرسانی	سازمان متولی تولید شاخص (اسنگخو)	متشرهای تغییک کننده پایه ابروی	نرود نوجوانی بالارو که به خدمات درمان نژادی نیازدار که از خدمات درمانی نیازی نیافرست شده‌اند به کل زوج‌های بالارو	نرود نوجوانی بالارو که به خدمات درمان نژادی داشته‌اند و نیازی نیافرست شده‌اند به کل زوج‌های بالارو	سلامت نرود افراد نیافرست که از خدمات بالاروی بهره‌مند شده‌اند
۳۵	سالانه	بیان برکت وزارت بهداشت	جنس، سن، تحقیقات، سطوح اقتصادی، محل سکونت (شهر و روستا)، استان	کل زوج‌های نیافرست در سن بالاروی * ۱۰۰	نرود نوجوانی بالارو که به خدمات درمان نژادی نیازدار که از خدمات درمانی نیازی نیافرست شده‌اند	سلامت نرود افراد نیافرست که از خدمات بالاروی بهره‌مند شده‌اند
۳۶	سالانه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پرورشی	سن تحقیقات، سطوح اقتصادی، مشغل محل سکونت	کل بارادی‌های پر خطر سال * ۱۰۰	نرود بارادی‌های پر خطر در یک سال	سلامت نرود بارادی‌های پر خطر در یک سال
۳۷	سالانه	وزارت بهداشت	سطوح اقتصادی، (شهر/احاشیه شهر/یا اسکان غیررسمی و روستا)	کل خانوارها * ۱۰۰	نرود خانوارهای دارای آمادگی عملکردی مطلوب در پروریدن بازاری	سلامت نرود خانوارهای دارای آمادگی عملکردی مطلوب در پروریدن بازاری
۳۸	سالانه	وزارت بهداشت	جنس، سن، راهی انتقال بر حسب شهرستان و استان	تعداد موارد HIV شناسایی شده	درصد موارد HIV شناسایی شده	پوشش شناسایی HIV
۳۹	سالانه	وزارت بهداشت	جنس، سن، راهی انتقال بر حسب شهرستان و استان	تعداد موارد HIV تحت درمان شده	درصد افراد واحد شرطیت درمان قرار گرفته‌اند	پوشش درمان HIV
۴۰	سالانه	وزارت بهداشت	جنس، سن، راهی انتقال بر حسب شهرستان و استان	مولود واحد شرطیت درمان * ۱۰۰	تعداد موارد HIV تحت درمان شده	محیط فیزیکی و وزیر ساخت نرود خانواری که به شکه عمومی آب آشامندی (داخلی یا دسترسی دارند مناطق شهروی: نرودی از جمیعت کل قلمرو مود نظر که تخف پوشش شرک‌های آب و ویا تخف پوشش شرک‌آب و وقایع می‌باشند چنان‌که منطقه روستایی: درصد جمعیتی که به شکه عمومی آب آشامندی در منزل با خارج از منزل با حداقل نیم ساعت پیاده‌روی دسترسی دارند مناطق شهری: نرودی از جمیعت کل قلمرو مود نظر که تخف پوشش شرک‌های آب و ویا تخف پوشش شرک‌آب و وقایع می‌باشند

ردیف	نام شاخص	تعریف			نحوه محاسبه شاخصی	ردیف
		صورت کمتر	مخرج کسر و صریب	تعداد نمونه با نتیجه مطلوب		
۱۴۹	دوره زمانی تولید و پژوهشانی	متغیرهای تدقیکی کننده نیازپروری سازمان عاملی تولید شاخص (پاسخگو)	سازمان عاملی تولید شاخص (پاسخگو)	تعداد کل نمونه*: ۱۰۰	نسبت موارد مطلوب نمونه‌های آب آشامندی از نظر باکتریولوژیک مطابق استاندارد ملی است.	۶۱
سالانه	اصلی؛ وزارت بهداشت همکاری شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور و مرکز آمار ایران	محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیررسمی و روستا) و شہروستان	محیط فیزیکی و زیر ساخت	تعداد نمونه با نتیجه مطلوب	نسبت موارد مطلوب نمونه‌های آب آشامندی از نظر باکتریولوژیک	۶۲
سالانه	اطی؛ وزارت بهداشت همکاری شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور و مرکز آمار ایران	محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیررسمی و روستا) و شہروستان	محیط فیزیکی و زیر ساخت	تعداد کل نمونه*: ۱۰۰	نسبت موارد مطلوب نمونه‌های آب آشامندی از نظر قرات سکن	۶۳
سالانه	اطی؛ وزارت بهداشت همکاری شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور و مرکز آمار ایران	محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیررسمی و روستا) و نوع منطقه در شهرستان	محیط فیزیکی و زیر ساخت	تعداد نمونه با نتیجه مطلوب	نسبت موارد مطلوب نمونه‌های آب آشامندی از نظر کل جاذبه محلول TDS	
سالانه	اطی؛ وزارت بهداشت همکاری شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور و مرکز آمار ایران	محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیررسمی و روستا) و شہروستان	محیط فیزیکی و زیر ساخت	تعداد نمونه با نتیجه مطلوب	نسبت موارد مطلوب نمونه‌های آب آشامندی از نظر کل جاذبه محلول TDS	
سالانه	وزارت بهداشت مرکز آمار ایران	روستا	محیط فیزیکی و زیر ساخت	تعداد کل خوارهای*: ۱۰۰	نسبت خوارهای که در داخل خوارهای که در داخل خوارهای طبق تعریف می‌باشند	
بنچ ساله	اطی؛ وزارت بهداشت همکاری شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور و مرکز آمار ایران	شهر، روستا و حاشیه شهر	محیط فیزیکی و زیر ساخت	تعداد کل خوارهای*: ۱۰۰	نسبت خوارهای که برای فعالیت خانگی از روش‌های بهداشتی استفاده می‌کنند	

ردیف	حیطه	نحوه محاسبه شاخص			نمودار	نمودار
		صورت کسر	مخرج سسو و صربب	نمودار		
۴۵	دوده زمانی تولید و بروزرسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تغییرکننده تابوری	نمودار	نمودار	نمودار
۴۶	سازمانه	استادارها شهرداریها و دهناریها، مرکز آمار ایران	شهر، روستا و حاشیه شهر	نمودار	نمودار	نمودار
۴۷	سازمانه	شهرداریها و دهیاریها، مرکز آمار ایران	شهر، روستا و حاشیه شهر	نمودار	نمودار	نمودار
۴۸	سازمانه	سازمان شهرداریها و دهناریها کشور مرکز آمار ایران	شهر، روستا و حاشیه شهر	نمودار	نمودار	نمودار
۴۹	سازمانه	وزارت بهداشت سده بکاربریه صورت فعلی	شهرهای که استناده سنجش دارند	نمودار	نمودار	نمودار
۵۰	سازمانه	املاخ بنائات وزارت جهاد و کشاورزی و مرکز آمار ایران	شهرها، حاشیه شهر و شهرستان	نمودار	نمودار	نمودار
۵۱	هر ۵ سال	مرکز آمار ایران وزارت بهداشت سازمان ثبت‌حوال کشور	جمعیت زنان آن گروه سنی در تصحیلات مادر (فرد)، ناحیه (شهر / حاشیه شهر) یا المکان غیر رسمی و (روسی)، سطوح اقتصادی برحسب شهروستان و اسلام	نمودار	نمودار	نمودار
۵۲	سازمانه	وزارت آموزش و پرورش مرکز آمار ایران سازمان ثبت‌حوال کشور	جنس، شهر، روستا، سطوح اقتصادی، استان (قلل رشد نداشتن ناتraction جهنوبی)، شهرستان نیست)	نمودار	نمودار	نمودار

ردیف	حیطه	نمایه	نحوه محاسبه شاخصی			تعریف	نام شاخصی
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر	مقدار		
۱	سازمان متوالی تولید تولید و پیداوارسانی	سازمان متوالی تولید شاخص (پاسخگو)	منفی‌های تدقیک‌کننده پایابی	توسعه انسانی و اجتماعی	امید فراست از تحصیل دوره ابتدا و متوسطه برای کودکان و زاده دینسان	درصد از جمعت و زاده دینسان که احتمال دارد در دوره ابتدایی و متوسطه را به پایان پرسانند	نمایه
۲	اصلی: وزارت آموزش و بودروش همکار: پیش‌حوال کشور و مرکز آمار ایران	سازمانه	سی و چشم: محل سکونت، سطح اقتصادی	توسعه انسانی و اجتماعی	امید فراست از تحصیل دوره ابتدا و متوسطه برای کودکان و زاده دینسان	نمایه	نمایه
۳	اصلی: وزارت آموزش و بودروش همکار: سازمان پیش‌حال	سازمانه	جنس، سطح اقتصادی، محل سکونت (شهر و روستا) بر حسب شهرستان و استان	توسعه انسانی و اجتماعی	نمایه	نمایه	نمایه
۴	اصلی: سازمان بهزیستی کشور	سازمانه	جنس، سن، سطح اقتصادی، محل سکونت شهرها حاشیه شهریا اسکان غیررسمی و روستا) در شهرستان سطح شهرستان	توسعه انسانی و اجتماعی	نمایه	نمایه	نمایه
۵	اصلی: سازمان بهزیستی کشور؛ کمیته امداد امام حسینی (ره)؛ سازمان صندوقداری‌نشستگی کشور	سازمانه	جنس، سن، تحلیلات، شدت معلومات شهر شهرستان و استان	توسعه انسانی و اجتماعی	نمایه	نمایه	نمایه
۶	سازمان مهندسی مرکز آمار ایران	سازمانه	جنس، سن، تحلیلات، شدت معلومات، شهر و روستا بر حسب شهرستان و استان	توسعه انسانی و اجتماعی	نمایه	نمایه	نمایه
۷	سازمان بهزیستی کشور	سازمانه	شدت معلومات، شهر و روستا بر حسب ناحیه شهر و روستا، بر حسب شهرستان و استان	توسعه انسانی و اجتماعی	نمایه	نمایه	نمایه
۸	سازمان بهزیستی کشور	سازمانه	تمدن زبان سربرست خانواری که از آزمایش‌های اجتماعی سازمان بهزیستی کشور و کمیته امداد امام حسینی (ره) بهره‌مند می‌باشد	توسعه انسانی و اجتماعی	نمایه	نمایه	نمایه

ردیف	حیطه	نحوه محاسبه شاخصون		نحوه	نمایش
		مخرج کسر و خوبی	صوت کسر		
۵۷	دودز عالی نویلدو پدروزرسانی	منابعی تئوریک کننده نایابی سازمان منقول تولید شاخص (پیشخوا)	سازمان اوقاف و امور خیریه سازمان تبلیغات اسلامی	توسعه انسانی و اجتماعی	توسعه انسانی و اجتماعی
۵۸	سالنه	شروع رو سنا	تمام مساجد، نکارا و شهرستان	جمعیت	نیت تعداد مساجد، نکارا و حضرتینها برای ۱۰۰۰ انفر جمعیت
۵۹	بنیج ساله	اصی: آموزش و پرورش - سازمان نهضت مساجد امیری همکاری با جوان کشور و مرکز آمار ایران شهرستان	تمام مساجد، نکارا و شهرستان	توسعه انسانی و اجتماعی	تعداد مساجد، نکارا و حضرتینها می‌بود در شهرستان طبق تعریف برای ۱۰۰۰ انفر جمعیت
۶۰	سالنه	بنیج ساله	بنیج ساله، استان جهان، اسلام جمهیت	توسعه انسانی و اجتماعی	نیت باسوانی (حدائق سعاد حضرتین و نوشن) در گروه سنی ۱۰ تا ۴۹
۶۱	بنیج ساله	بنیج ساله	کل جمعیت ۱۰ تا ۴۹ ساله ۱۰۰	توسعه اقتصادی	درصد جمعیت ۱۰ تا ۴۹ ساله که حدائق ساده خواهند و نوشتند از ساده خواهند و نوشتند از
۶۲	بنیج ساله	بنیج ساله	بنیج ساله، استان جهان، اسلام جمهیت	بنیج بیکاری	بنیج تعریف وزارت کار
۶۳	وزارت بهداشت (موسسه ملی تحقیقات سلامت) مرکز آمار ایران	بنیج ساله	کل همینهای غیرخواهی خواهار ۱۰۰	توسعه اقتصادی	درصد همینهای سلامت در همینهای غیرخواهی خواهار
۶۴	وزارت رفاه و تأمین اجتماعی - دفتر مطالعات اجتماعی و فرزندانی مرکز آمار ایران	بنیج ساله	سلط اقتصادی شهر روسا بر حسب شهرستان و استان بنیج ساله	توسعه اقتصادی	سهم همینهای سلامت در همینهای غیرخواهی خواهار
۶۵	وزارت رفاه و تأمین اجتماعی - دفتر مطالعات اجتماعی و فرزندانی مرکز آمار ایران	بنیج ساله	کل جمعیت کشور ۱۰۰	توسعه اقتصادی	درصد از جمعیت که طبق تعریف کشوری کشوری نزد خط قصر مطلق زندگی می‌کنند
۶۶	وزارت رفاه و تأمین اجتماعی - دفتر مطالعات اجتماعی و فرزندانی مرکز آمار ایران استان تقدیمه	بنیج ساله	سن سویست، جنس سویست، تمهیلات سرپرست خواهار ناچیه برحسب شهرستان و استان	توسعه اقتصادی	درصد از جمعیت که بطور تعریف کشوری کشوری نزد خط قصر مطلق زندگی می‌کنند
۶۷	بنیج ساله	بنیج ساله	کل جمعیت کشور ۱۰۰	توسعه اقتصادی	بنیج قصر مطلق خط قصر شدید
۶۸	بنیج ساله	بنیج ساله	کل جمعیت کشور ۱۰۰	توسعه اقتصادی	بنیج قصر شدید زندگی می‌کنند

ردیف	حیطه	نام شناخت	تعویض مقدار محسوبه شناخت		
			صورت کسر	مخرج کسر و ضریب	تعویض
۶۵	حکمرانی	پوشش پیمه پایه	تماد جمعیت تحت پوشش پیمه پایه	تماد جمعیت تحت پوشش پیمه پایه	تماد جمعیت تحت پوشش پیمه پایه
۶۶	حکمرانی	پوشش پیمه مکمل	تماد جمعیت کشوری بالا و کمتر از ۱۰٪	تماد جمعیت کشوری بالا و کمتر از ۱۰٪	تماد جمعیت کشوری بالا و کمتر از ۱۰٪
۶۷	حکمرانی	تماد اعضا فعال در سازمانی مردم نهاد و خبردها که در ارتباط با نظام سلامت فعالیت دارند به از هزار نفر جمعیت ۱۸ سال به بالا عضو فعال عضو است که در سال آمارگیری ۱۳۹۰ شناسنامه و تأثیف خود را اعلام نداد بالا از ۱۸ سال در سازمانی مردم نهاد و خبردها که در ارتباط با نظام سلامت فعالیت دارند	تماد اعضا فعال در سازمانی مردم نهاد و خبردها که در ارتباط با نظام سلامت فعالیت دارند	تماد اعضا فعال در سازمانی مردم نهاد و خبردها که در ارتباط با نظام سلامت فعالیت دارند	تماد اعضا فعال در سازمانی مردم نهاد و خبردها که در ارتباط با نظام سلامت فعالیت دارند
۶۸	حکمرانی	تصویب خبرنی به صورت اهدا تأمین شده است	تصویب خبرنی به صورت اهدا تأمین شده است	تصویب خبرنی به صورت اهدا تأمین شده است	تصویب خبرنی به صورت اهدا تأمین شده است
۶۹	حکمرانی	نسبت خواهاری تحت پوشش مراکز بهداشتی به تعداد راضیین بهداشت این مراکز که در سال بررسی شناختی ماه فعالیت داشته‌اند	نمایه شماری در مراکز بهداشتی به تعداد راضیین بهداشت این مراکز که در سال بررسی شناختی ماه فعالیت داشته‌اند	نمایه شماری در مراکز بهداشتی به تعداد راضیین بهداشت این مراکز که در سال بررسی شناختی ماه فعالیت داشته‌اند	نمایه شماری در مراکز بهداشتی به تعداد راضیین بهداشت این مراکز که در سال بررسی شناختی ماه فعالیت داشته‌اند

**نتیجه**

نظام سلامت کم‌هزینه و کارآمد (تکنولوژی مناسب)، توانمندسازی مردم برای مسئولیت‌پذیری برای تأمین سلامت خود، خانواده و جامعه و همچنین مشارکت در فرآیند مدیریت سلامت (مشارکت جامعه) و بالاخره همکاری همه نهادها اعم از دولتی و غیردولتی (همکاری بین‌بخشی) و در رأس همه تعهد سیاسی برای اجرای PHC+ یعنی PHC به امید تحقق اراده سیاسی برای اجرای SDH (SDH).

**تأمين عدالت در سلامت با به کارگیری اصول مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC)** یعنی تکنولوژی مناسب، مشارکت مردم و همکاری بین‌بخشی همراه با شاخص‌های حساس به عدالت، معتبر، عملی، به روز و بالاخره تعهد سیاسی و اقدام همگان برای رفع بی‌عدالتی میسر است. زیرا برای تحقق این امر مهم تنها محاسبه شاخص‌ها و احیاناً نشر چند مقاله علمی کافی نیست؛ بلکه باید با حکمرانی مطلوب یعنی داشتن

## Indicators of Equity in Health and its Social Determinants

Hossein Malekafzali<sup>1\*</sup>, Bahareh Malekafzali<sup>2</sup>

### Abstract

**Background:** Achieving universal health is not possible without achieving equity. Equity in health means reducing or eliminating those factors that are the cause of health inequalities. Inequalities that can be avoided, and are actually unfairly distributed among different sections of society. In this article, the most important factors related to equity in health and its related indicators are presented.

**Methods:** This article describes 69 indicators developed in collaboration with related institutions and approved by the honorable office of the President of the Islamic Republic.

**Results:** Thirty eight of these indicators are related to health, 12 are related to physical environment and infrastructure, 10 are related to social and human development, 4 are related to economic development and 5 are related to proper governance. The most important of these indicators are: poverty, discrimination, lack of jobs, inadequate income, low literacy, illiteracy, inadequate housing and employment, lack of clean and safe environment, lack of efficient affordable services, low professional ethics in the health system, lack of security and food safety, lack of social support and inadequate to proper transportation .

**Conclusion:** In assessing equity in health and, more importantly, developing and execution of strategies to reduce or eliminate inequities, it is necessary to define indicators specifically for monitoring and measuring various aspects of health equity in the areas of social, cultural, economic and political determinants in addition to the common measures in the field of health and safety. Such “health equity indicators” must be measured and expressed with regard to common demographic variables (such as gender, place of residence, economic and social groups, etc”) to be an effective tool to reduce or eliminate inequalities. It requires effective participation and close collaboration of people, governmental institutions, and non-governmental organizations.

It is expected that by using these indicators and evaluating their effectiveness, one can begin to reduce inequalities .

**Keywords:** Health Equity, Social Determinants of Health, Social Equity, Status Indicators

### منابع

1. Torkaman Nejad S. Nasiripour AA. maleki MR. riahi l. assessment of health equity indicators in iran. journal of healthcare management (journal of health system) 2012; 4: 21-31.
2. Ravaghi H. Goshtaei M. Olyae Manesh A. Abolhassani N. Arabloo J. Stakeholders' perspective on health equity and its indicators in Iran. Medical Journal of The Islamic Republic of Iran (MJIRI) 2015; 29: 713-723.
3. Beheshtian M. Khosravi A. Olyaeemanesh A. Malekafzali H. Bonakdar Esfahani SH. Hosseini Ghavamabad L, et al. Developing a household survey tool for health equity: A practical guide in Islamic Republic of Iran. Medical Journal of The Islamic Republic of Iran (MJIRI) 2015; 29: 1236-1248.
4. Beheshtian M, Olyae Manesh A. Bonakdar SH. Malek Afzali H. Larijani B. Hosseini L, et al. Intersectoral Collaboration to Develop Health Equity Indicators in Iran. Iranian Journal of public Health 2013; 42: 31-35.
5. Asadi-Lari M, Vaez-Mahdavi M R, Faghizadeh S, Montazeri A, Farshad A A, Kalantari N, et al . The application of urban health equity assessment and response tool (Urban HEART) in Tehran concepts and framework. Med J Islam Repub Iran 2010; 24: 175-185.

1 \* Corresponding Author: Permanent Member of Academy of Medical Sciences, Islamic Republic of Iran

2. Assistant Professor. Islamic Azad University of Medical Sciences, Tehran Branch