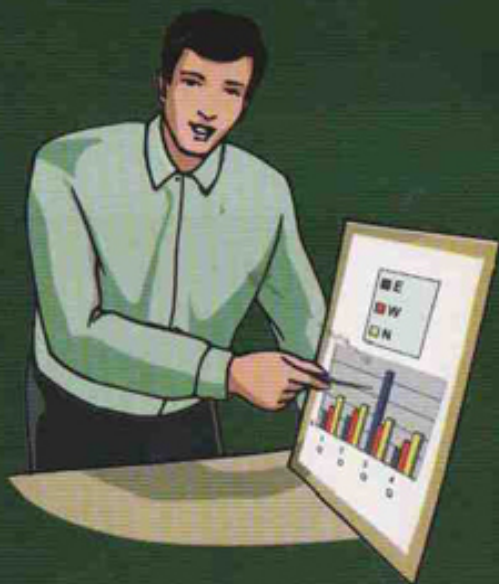


شناخت‌های سلامتی

در
جمهوری اسلامی ایران

گذشته ، حال ، آینده
موفقیت ها ، چالش ها



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

شاخص‌های سلامتی در جمهوری اسلامی ایران

گذشته، حال، آینده

موفقیت‌ها، چالش‌ها

از: دکتر محمد اسماعیل اکبری
معاون سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

نام اثر: شاخص‌های سلامتی در جمهوری اسلامی ایران

تاریخ انتشار: تابستان ۱۳۸۲

ناشر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - اداره کل روابط

عمومی با همکاری معاونت سلامت

شمارگان: ۳۵۰۰

کلیه حقوق این اثر متعلق به ناشر است.

پیشگفتار

در راستای برنامه‌های توسعه دولت جمهوری اسلامی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، متولی تأمین حفظ و ارتقاء سلامت جامعه از طریق تربیت نیروی انسانی، سیاستگذاری و برنامه ریزی تأمین و توزیع تجهیزات پزشکی و امکانات و فراهم کردن سرمایه کافی برای رسیدن به این هدف انسانی است. به منظور تحقق این هدف وزارت متبوع در طی سالهای گذشته با تدوین سیاستها و برنامه‌های خود و علیرغم مواجهه بودن با نارسایی‌ها و چالش‌های فراوان، به دستاوردها و موفقیت‌های عظیم نایل آمده است که تحت‌الشعاع بعضی کمبودهای بخش سلامت قرار گرفته و کمرنگ جلوه داده شده است. براین اساس، ضرورت برنامه ریزی برای آگاهی و داشتن اطلاعات از عملکرد وزارت متبوع براساس شاخص، آمار و ارقام و ارائه آن به مردم، مسئولان و نمایندگان محترم مردم در مجلس شورای اسلامی، نهادها و سازمانها جدی به نظر می‌رسد. به همین منظور اداره کل روابط عمومی، مجموعه‌ای را که در پیش روی شماست، با هدف اطلاع‌رسانی

فعالیت‌های صورت گرفته منتشر می‌کند و لازم است از جناب آقای دکتر «محمداسماعیل اکبری» معاون محترم سلامت که زحمت نگارش این مجموعه را متقبل شده‌اند، قدردانی شود. امید است این اثر مورد توجه و استفاده همگان قرار گرفته و نمایه مناسبی از عملکرد همکاران و کارکنان وزارت متبوع را در نزد افکار عمومی ارائه کند.

اداره کل روابط عمومی

تابستان ۱۳۸۲

شاخص‌های سلامت و روند آن‌ها

- کاهش ضریب رشد جمعیت از $3/2$ درصد در سال ۱۳۵۷ به $1/2$ درصد در سال ۱۳۸۱.
- تغییر ضریب باروری کلی جمعیت (Total Fertility Rate = TFR) = (تعداد بچه‌هایی که بطور متوسط از یک زن در طول دوره باروری به دنیا می‌آیند). از ۶ در سال ۱۳۵۳ به ۲ در سال ۱۳۸۱. مقایسه دو عدد فوق‌الذکر علاوه بر اینکه معرف کاهش رشد جمعیت است، معرف افزایش سلامت در حفظ کودکان متولد شده می‌باشد.
- کاهش مرگ مادران ناشی از عوارض باروری (Maternal Mortality Rate = MMR) که نه تنها یک شاخص بهداشتی، بلکه یک شاخص توسعه است و ارزیابی کشورها توسط آن انجام می‌شود از ۲۳۷ در یکصد هزار تولد زنده در سال ۱۳۵۵ به قریب ۳۷ در سال ۱۳۸۰.
- افزایش نسبت با سوادی در زنان ۶ ساله و بالاتر که یک شاخص مربوط به توسعه است از $17/4$ درصد در سال ۱۳۴۶ و حدود ۳۵ درصد در سال ۱۳۵۶ به ۸۲ درصد در سال

۱۳۸۱. که همچون نگینی بر تارک جمهوری اسلامی ایران می‌درخشد و زمینه‌ساز رشد شاخص‌های بهداشتی است.
- افزایش شاخص امید به زندگی از حدود ۶۰ سال در سال ۱۳۶۰ به حدود ۷۰ سال در سال ۱۳۸۰.
 - کاهش مرگ کودکان زیر یکسال در یک هزار تولد زنده (Infant Mortality Rate = IMR) از ۱۱۱ در سال ۱۳۵۶ به حدود ۲۶ در سال ۱۳۸۱.
 - کاهش مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه از ۷۹ در یک هزار تولد زنده در سال ۱۳۵۷ به ۱۳/۵ در سال ۱۳۸۰ و کاهش این رقم در کودکان روستایی از ۸۴ به ۱۴.
 - کاهش مرکز نوزادان (از بدو تولد یا یک ماهگی)، از ۴۰ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۵۷ به حدود ۱۸/۵ در سال ۱۳۸۰. لازم به ذکر است که این روند در طول ده سال گذشته بین ۲۲ - ۱۸ متغیر بوده و بهبودی مناسبی نداشته است.
 - حذف بیماری‌های ناشی از کمبود ید که به صورت‌های مختلف اعم از اختلالات ذهنی، رشدی تا گواتر خودنمایی

می‌کرد با برنامه تامین نمک‌های یددار در سراسر کشور به طوریکه امروز بیش از ۹۵ درصد مردم از نمک یددار استفاده می‌کنند.

- جدول مقایسه‌ای زیر به طور خلاصه تغییرات علل مرگ را در کشور در طی ۳۰ سال گذشته (۱۳۵۰ در مقایسه با ۱۳۸۰) نشان می‌دهد.

میزان مرگ در یکصد هزار نفر جمعیت		نوع بیماری
سال ۱۳۸۰	سال ۱۳۵۰	
۵/۴	۶۲	عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی
۰/۷	۴۶	اسهال و استفراغ
۱	۱۲	مننژیت‌ها و انسفالیت‌ها
۰/۹	۱۰	سل (ریوی و غیر ریوی)
۰/۰۳	۵	سرخک
۰/۰۳	۲/۵	کزاز (همه سنین)
صفر	۲/۵	آبله
۰/۰۱	۱	دیفتری
۱۰۵	۴۲	حوادث قلبی و عروقی
۵۸/۱	۵۱	حوادث عمدی و غیر عمدی

- با اجرای برنامه پیشگیری از تالاسمی از سال ۱۳۷۶ تا سال ۱۳۸۱ حداقل از ازدواج ۵۰۰۰ زوج مبتلا به تالاسمی جلوگیری کرده‌ایم و اینک که زمینه‌های مذهبی، اجتماعی آن آماده شده است برای تشخیص موارد بیماری در قبل از تولد اقدام کرده‌ایم که بسیار موفقیت‌آمیز بوده است. در حال حاضر دوره‌های آموزشی فوق تخصصی برای این امر در دانشگاه‌های کشور دایر کرده‌ایم. مشاورین بین‌المللی سازمان جهانی بهداشت در این مورد گفته‌اند: «برنامه تالاسمی در ایران منحصر بفرد است، مقامات ایرانی مشکل تالاسمی را شناخته‌اند و توانسته‌اند برای آن برنامه ریزی کنند»
- پوشش بیمه همگانی به بیش از ۹۵ درصد جمعیت بالغ شده و دولت زمینه‌های پوشش ۱۰۰ درصد را فراهم کرده است. این در حالی است که به عنوان مثال در آمریکا بیش از ۲۰ میلیون نفر تحت پوشش هیچ بیمه‌ای نیستند.
- برنامه ریزی استراتژیک ما برای مهار ایدز به عنوان بهترین برنامه در منطقه شناخته شد و برنده جایزه ۱۵/۷۰۰/۰۰۰ دلاری سازمان ملل متحد شد.

- پوشش مراقبت از سل (TB) به ۱۰۰ درصد رسید و به همین دلیل حتی در ۲ سال گذشته میزان بروز آن از ۲۴ در یکصد هزار نفر جمعیت به ۱۳ در یکصد هزار نفر جمعیت رسید. مسئول سل در سازمان جهانی بهداشت با اعلام این رقم اعلام کرد: «... ایرانی‌ها معجزه کرده‌اند»
- با وجودی که در بدترین نقطه جهان از نظر آلودگی برای بیماری‌های واگیر قرار داریم و کشورهای همسایه ما بدترین آمار را در دنیا دارند، اما بیش از ۳ سال است که چرخه ویروس وحشی فلج اطفال (Poliomyelitis) در کشور قطع شده است.
- رقم ابتلا به مالاریا از بیش از یکصد هزار نفر در سال قبل به رقم حدود ۱۴ هزار نفر در سال ۸۱ رسید که ۵۵ درصد آنها را افراد تبعه کشورهای بیگانه تشکیل می‌دادند.
- به حول و قوه الهی با بسیج عمومی واکسیناسیون سرخک و سرخجه در سال جاری این ۲ بیماری را در کشور حذف خواهیم کرد چرا که دولت امکانات این بسیج چهل میلیونی را فراهم کرده است.

- تعداد بیمارستان‌ها از ۳۸۷ عدد در سال ۱۳۵۷ به ۷۶۵ واحد در سال ۱۳۸۱ رسیده است و نسبت تخت به ازای یک هزار نفر جمعیت با وجود دوبرابر شدن جمعیت از ۱/۲ به ۱/۶ افزایش یافته است. نکته مهم در توزیع تخت‌های بیمارستانی است که عدالت به طور کامل در آن رعایت شده است که می‌تواند یکی از مولفه‌های تبیین عدالت اجتماعی در کشور باشد. این امر اگرچه با هزینه‌های سرباری زیادی همراه است اما دولت جمهوری اسلامی آن را پذیرفته و تامین کرده است.
- افزایش شهرهای دارای بیمارستان از ۳۷ درصد در سال ۱۳۵۷ به ۹۲ درصد در سال ۱۳۸۱.
- وجود بخش‌های تخصصی و فوق تخصصی مناسب در شهرهای بزرگ به عنوان مثال بخش‌های CCU و ICU در سال ۵۷ در ۱۵ درصد بیمارستان‌ها وجود داشت و در سال ۱۳۸۱ در ۵۸ درصد آنها و یا در سال ۵۷ تنها ۹ بخش جراحی اعصاب موجود بود، اما امروز به ۶۵ بخش رسیده است.
- امروزه در تمامی شهرها رشته‌های تخصصی ۴ گانه (داخلی، جراحی، اطفال، زنان) وجود دارد و برنامه آینده حضور این

رشته‌ها در بخش‌ها و تامین رشته‌های تک تخصصی برای شهرستان‌هاست، که مقایسه آن با سال ۱۳۵۷ که حتی در شهرهای بزرگ هم اثری از متخصصین ایرانی نبود حیرت‌انگیز است.

- درصد اشغال تخت در بخش‌های دولتی که از سال ۱۳۷۷ سیر نزولی داشت و در سال ۱۳۷۹ به ۴۷/۱ درصد رسیده بود در سال ۱۳۸۰ به ۶۱/۳۴ درصد در سال ۱۳۸۱ به ۶۳ درصد رسیده است.

- رضایتمندی بیماران از تخت‌های بیمارستانی که در سال ۷۹ در حد ۳۰ درصد بود در سال ۱۳۸۱ به قریب ۹۰ درصد مطلوب (کاملاً مطلوب ۳۸ درصد، مطلوب ۳۱ درصد، تا حدودی مطلوب ۲۱ درصد) و ۱۰ درصد نامطلوب (نامطلوب ۵ درصد، کاملاً نامطلوب ۵ درصد) رسید.

- رضایتمندی مردم از خدمات اورژانس‌های بیمارستانی که به قریب ۳۰ درصد رسیده بود در دانشگاه‌های مختلف بین ۷۰ تا ۸۵ درصد رشد پیدا کرد.

اما امروز چهره بیماری‌ها و عوارض ناشی از آنها تغییر کرده است، این تغییرات دو وجهه مختلف دارد:

- گذر دموگرافیک بیماری‌ها که به علت تغییرات جمعیتی از نظر سنی، جنسی پیش آمده، به طوریکه با کاهش مرگ کودکان و باروری کشور، جمعیت سالمند روبه فزونی گذاشته است. که بیماری‌های خاص این جمعیت چهرای نمایان کرده است.

- گذر اپیدمیولوژیک بیماری‌ها که به علت مهار بعضی بیماری‌ها و نوپدید و یا بازپدید شدن بیماری‌های دیگر پیدا شده است. این امر منجر به گسترش بیماری‌های مزمن و غیرواگیر شده است.

از عوامل موثر در این گذرها می‌توان به عوامل زیر اشاره کرد:

- افزایش شهرنشینی: که از ۳۱/۴ درصد در سال ۱۳۵۵ به حدود ۶۵ درصد در سال ۱۳۸۰ رسیده است.

- افزایش درآمد: در بعضی از اقشار اجتماعی تاثیر مثبتی در روند بیماری‌ها داشته است.

- صنعتی شدن کشور و بهره‌گیری از امکانات تکنولوژیک جدید وجود انرژی، راه، اتومبیل، مواد سوختی جدید، مواد شیمیایی و ... اگرچه نکات مثبتی دارد، اما روی سلامت تاثیرگذار است.
 - افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی و امکان مهار بیماری‌های قابل پیشگیری و قابل علاج به طوریکه در حال حاضر ۹۵ درصد مردم کشور می‌توانند به خدمات قابل قبول دسترسی پیدا کنند و گاهی سرعت دسترسی آنها به ویژه در مورد بیماری‌های غیروارزاس از بعضی کشورهای اروپایی نیز بیشتر است.
 - تغییرات مثبت امکانات علمی و تجهیزاتی پزشکی برای تشخیص‌های زودرس بیماری‌ها و کنترل آنها. امکانات و تجهیزات پزشکی شمشیر دولبه‌ای هستند که وفور آنها در کشور ما بدلیل عدم رعایت ضوابط اقتصادی، علمی می‌تواند اثرات منفی داشته باشد.
- این توفیقات در پناه همدلی و پشتیبانی سیاست‌گذاران و همت مجریان حاصل شده است به طوری که میزان بودجه مصرفی در

مقایسه با سایر کشورهای جهان برای نیل به این شاخص‌های بهداشتی بسیار اندک بوده است.

لازم به ذکر است که به دلیل گران شدن خدمات بهداشتی درمانی، تورم در حوزه سلامت بسیار بیشتر از متوسط تورم در جامعه است به طوری که آن را حداقل ۲ برابر برآورد می‌کنند، مفهوم این امر این است که اگر متوسط تورم را ۱۵ درصد تلقی کنیم، در بخش سلامت این رقم به حداقل ۳۰ درصد می‌رسد.

یعنی با افزایش بودجه‌ای سالانه ۳۰ درصد به وزارت بهداشت به دلیل افزایش زمینه‌های خدمتی کاهش میزان خدمت پیش خواهد آمد. در حالیکه حداقل در چند سال گذشته هرگز به ۳۰ درصد افزایش بودجه هم نرسیده‌ایم.

جبران این نقصان را همت مجریان، سعه صدر آنها که گاهی در حد شنیدن توهین بالا رفته است جبران نموده است.

سن ازدواج بالا رفته است به طوری که در سال ۱۳۵۰ در مردان حدود ۲۲ سال (۲۱ سال روستایی، ۲۳ سال شهری) و در زنان حدود ۱۶ سال (۱۵ سال و ۱۶/۵ سال) و در سال ۱۳۵۷ نیز در مردان حدود ۲۲ سال و در زنان ۱۷/۵ سال و در سال ۱۳۸۰ در مردان شهری ۲۶ سال،

مردان روستایی ۲۴ سال، و در زنان شهری ۲۱/۵ سال، و زنان روستایی ۱۹/۵ سال شده است. بالارفتن سن ازدواج از عوامل موثر بر سلامت و تغییر چهره بیماری‌ها می‌باشد.

- میانه سن جمعیت در ایران کاملاً تغییر کرده است، در سال ۱۳۴۵، ۱۶/۹ سال، در سال ۱۳۵۵، ۱۷/۴ سال، در سال ۱۳۶۵، ۱۷ سال، در سال ۱۳۷۵، ۱۹/۴ سال و در سال ۱۳۷۹، ۲۱/۷ سال و در سال ۱۳۸۱ قریب ۲۲ سال است. این در حالی است که در حال حاضر ۶/۵ درصد جمعیت را سالمندان بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند، با بالا رفتن درصد این جمعیت در ده سال آینده که به حدود ۱۰ درصد می‌رسد. میانه سن از مرز ۳۰ سالگی هم خواهد گذشت و کشور دچار افزایش سنی می‌شود که امروز کشورهای غربی به آن گرفتار هستند، بدیهی است چهره بیماری‌ها در این سنین کاملاً متفاوت خواهد شد. اعتیاد چهره دیگری از بیماری است که هم راساً و هم به دلیل ارتباط مستقیم با بیماری‌های رفتاری دیگر چون ایدز، هیپاتیت‌ها، قتل، خودکشی و ... مورد عنایت جدی مسئولین نظام و دولت قرار

- گرفته است. بعضی از ارقام زیر حاکی از چهره این فاجعه در کشور می‌باشند:
- در ایران قریب ۱/۵ میلیون معتاد وجود دارد که با تعریف مشابه این رقم در آمریکا بیش از ۲/۸ میلیون، در تایلند ۱/۲۷ میلیون در پاکستان ۳ میلیون نفر است.
 - در ایران ۹۴ درصد معتادان را مردان تشکیل می‌دهند و ۱۰٪ معتادان تمام عمر مواد مصرف می‌کنند ولی این رقم در آمریکا حدود ۵۷/۵ درصد است. با بالا رفتن میزان مواد در ایران نسبت استفاده از مواد تا پایان عمر بالا می‌رود.
 - در آمریکا حدود ۵۰۰ هزار و در ایران حدود ۳۰۰ هزار معتاد آلوده به هرئین وجود دارد.
 - نسبت معتادین تزریقی به کل معتادان در ایران ۱۴ درصد، در آمریکا ۹/۸ درصد در پاکستان ۲ درصد، و در تایلند بیشتر از ۶۶ درصد است.
 - میانگین سن تزریق در ایران ۴,۳۱ سال ($\pm ۸/۷$) و غیر تزریقی ۳۳/۵ سال ($\pm ۱۰/۹$) می‌باشد.

- میانگین سن شروع مصرف در معتادان تزریقی ۱۹/۶ سال و در غیرتزریقی ۲۳/۱۱ سال است.
- ۶۷ درصد مبتلایان به ویروس ایدز (HIV) از بین معتادین تزریقی هستند. این چهره اعتیاد نیازمند حرکتی جامع‌تر، علمی‌تر و همکاری بین بخشی منسجم‌تر در کشور می‌باشد.
- موضوع بهداشت روانی از اهم مسایلی است که باید سیاست‌گذاران و مجریان به آن توجه ویژه کنند. منظور از بهداشت روانی تنها مراقبت از بیماران روانی نیست که در این زمینه قدم‌های مثبت و درستی برداشته شده است. بلکه منظور بهره‌گیری از توان علمی کشور برای مهار فجایعی است که در پس پرده آنها مداخله‌های روان شناختی تاثیر دارد. بعضی از این فجایع عبارتند از:
 - اعتیاد با چهره‌ای که در حد مختصر نمایانده شد.
 - طلاق
 - خودکشی (روزانه حداقل ۱۱ نفر با میانگین سن ۲۹ سال خودکشی می‌کنند)
 - قتل (روزانه حداقل ۷ نفر با میانگین سن ۳۱/۲ سال به عمد کشته می‌شوند)

اگرچه تعدادی از کشته‌شدگان سوختگی و سقوط می‌تواند در زمره قتل و خودکشی قرار گیرد.

- کودک آزاری
- آزارهای جنسی
- دزدی و جنایت
- مردم آزاری
- بخل و حسد
- کبر و غرور
- و....

برای همه اینها می‌توان برنامه ریزی علمی و اجرایی کرد. شرط اولیه آن اعتقاد سیاست‌گذاران و سیاستمداران است. شرط بعدی تامین بودجه در حداقل نیاز، در سال ۱۳۸۱ سهم هر ایرانی از بودجه بهداشت روانی ۱۳ ریال و در سال ۱۳۸۲ قریب ۱۵ ریال است. به دلیل این تغییرات امروز چهره مرگ و بیماری در کشور تغییر کرده است به طوریکه:

- روزانه ۸۵۰ - ۸۰۰ نفر می‌میرند.
- ۸۹ درصد آنها به ۵ علت زیر از بین می‌روند.

۴۶ درصد به علت بیماری‌های قلبی و عروقی با میانگین سن ۶۸ سال. ۱۷/۵ درصد به علت سوانح و حوادث با میانگین سنی ۳۵/۳ سال که نیمی از آنها منحصراً حوادث ترافیکی هستند.

۱۴ درصد به علت سرطان‌ها با میانگین سنی ۵۹/۷ سال.

۶ درصد به علت بیماری‌های حول تولد با میانگین سنی ۰/۱ سال.

۶ درصد به علت بیماری‌های تنفسی با میانگین سنی ۵۸ سال.

از میان عوارض جدید منجر به مرگ تابلو حوادث ترافیکی را تا حدودی تعقیب می‌کنیم:

- ۱۷/۵ درصد از آنها به علت حوادث و سوانح از بین می‌روند (سالانه ۴۵۸۰۰ نفر)

- سوانح و حوادث دومین عامل مرگ در کشور و اولین عامل در تعداد سالهای عمر از دست رفته است.

- میانگین سن کشته‌شدگان از سوانح و حوادث ۳۵/۳ سال است.

- روزانه ۶۲ نفر به علت حوادث ترافیکی از بین می‌روند (در سال ۱۳۷۹، ۱۹۱۰۰ نفر، که در سال ۱۳۸۰ به ۲۰۸۰۰ نفر افزایش یافته است).

- مرگ به علت حوادث ترافیکی در سال ۸۰ نسبت به سال ۱۳۷۹، ۸ درصد رشد داشته است.
- در ۵۰ درصد مرگ‌های ناشی از حوادث ترافیکی مرگ در محل حادثه اتفاق می‌افتد.
- در سال ۱۳۷۹، علاوه بر ۱۹۱۰۰ مورد مرگ ۳۷۵۰۰۰ مورد بستری ناشی از حوادث ترافیکی در کشور رخ داده است.
- سالانه در جهان ۵۰۰ میلیارد دلار خسارت ناشی از حوادث ترافیکی وجود دارد در ایران این رقم بیش از ۱/۲ میلیارد دلار یا معادل هزار میلیارد تومان می‌شود.
- به ازای هر ۱۰۵ مورد حادثه ترافیکی در سال ۱۳۷۹ یک مورد مرگ، ۲۰ مورد بستری و ۴۵ مورد مجروح سرپایی توام با محدودیت فعالیت گذرا وجود داشته است. ۲ میلیون حادثه ترافیکی منجر به جرح در همان سال در ایران رخ داده است.
- میزان بروز حوادث ترافیکی در ایران از متوسط میزان بروز آن در جهان و در منطقه مدیترانه شرقی بیشتر است.

- هر هفته معادل مسافران ۲ هواپیمای فوکر، مرگ ناشی از حوادث ترافیکی داریم.
 - در سوئد به ازای هر ۱۰ هزار اتومبیل ۰/۰۴ نفر، در ژاپن ۴ نفر و در ایران ۳۳ نفر مرگ ناشی از حوادث ترافیکی داریم.
 - در سوئد با ۹ میلیون نفر جمعیت ۵/۵ میلیون اتومبیل داریم در کشور ما با قریب ۶۵ میلیون نفر جمعیت ۶ میلیون اتومبیل داریم.
 - در سوئد در سال ۲۰۰۱ فقط ۲۵ نفر از حوادث ترافیکی جان دادند در ایران بیش از ۲۰ هزار نفر.
 - در سوئد و همه کشورهای اروپایی فقط با ۳ حرکت اصولی در کوتاه‌ترین زمان ممکن ۵۰ درصد سانحه منجر به مرگ را کاهش دادند.
- الف: کنترل سرعت با قانونمندی.
- ب: جداسازی فضاهای ترافیکی، برای عابر پیاده، اتومبیل‌ها، سیکلت‌ها، حیوانات و ... که باید تعیین تکلیف کرد.
- ج: کنترل مصرف الکل، که ما می‌توانیم به جای آن افزایش ضریب دقت را مدنظر قرار دهیم.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آمادگی دارد و می‌تواند در جایگاه دبیرخانه اپیدمیولوژی حوادث، وظیفه اطلاع‌رسانی و هماهنگی را انجام دهد و دیگران هم می‌توانند تنها با توجه به مسئله آن را حل کنند.

این تغییرات دموگرافیک و اپیدمیولوژیک بیماری‌ها نیازمند یک پیش‌نیاز اساسی است.

قبول واقعیت و پشتیبانی سیاست‌گذاران و سیاست‌مداران در هریک از موارد ذکر شده تا این اتفاق نیافتد، مشکل مرتفع نمی‌شود.

سپس دو حرکت اساسی لازم دارد:

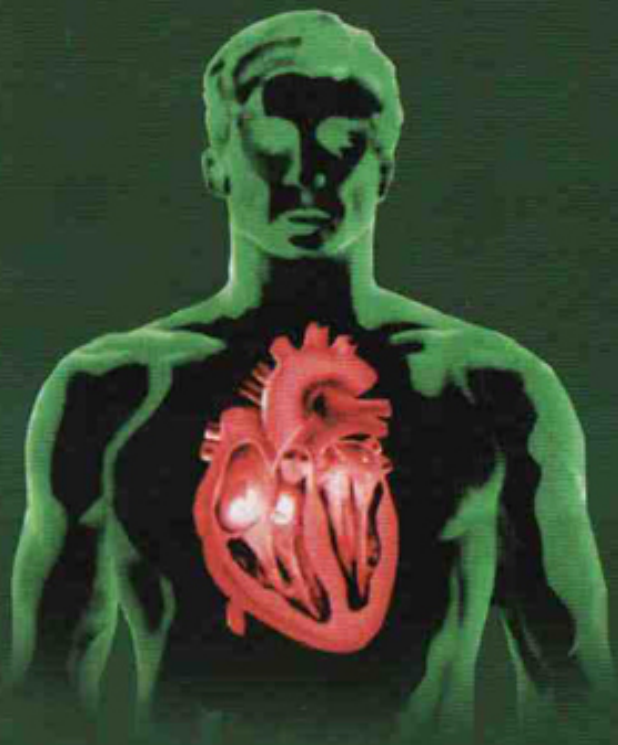
- توانمندسازی مردم و مشارکت آنها در حل مسایل.

- همکاری بین‌بخشی در قالب فرایندهای منجر به عارضه.

اگر ۳ مولفه فوق‌الذکر اتفاق افتد، آنچه همه جا از آن به عنوان موضوع اصلی یاد می‌شود یعنی «بودجه» از اولویت خواهد افتاد.

ما می‌توانیم با بهره‌گیری از توان دولت، نظام، ملت بازهم در سلامت معجزه کنیم.

"انسان سالم"؛ محور توسعه پایدار



اداره کل روابط عمومی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی