



صد و نوزدهمین جلسه گروه سلامت اجتماعی فرهنگستان علوم پزشکی

سه‌شنبه ۱۴۰۲/۹/۷

حاضرین در جلسه:

دکتر سید حسن امامی رضوی - دکتر حسین باهر - دکتر عباس پسندیده - دکتر ابوالقاسم پوررضا - دکتر نرگس تبریزی - دکتر سید محمدحسین جوادی - دکتر علی رمضانخانی - دکتر مریم رهبری - دکتر محمد سبزی خوشنامی - دکتر علیرضا شریفی یزدی - دکتر الهام شکیبازاده - دکتر مجید صفاری‌نیا - دکتر مهرداد فرخی - دکتر محمدجواد کبیر - دکتر حبیب اله مسعودی فرید - دکتر عباسعلی ناصحی - دکتر فرهاد نصرتی‌نژاد - دکتر عباس وثوق مقدم

دستور جلسه:

- ارائه استاد محترم جناب آقای دکتر فرهاد نصرتی‌نژاد با مشارکت جناب آقای دکتر سبزی با عنوان "بندهای مرتبط با سلامت اجتماعی در برنامه هفتم توسعه مصوب مجلس شورای اسلامی"

خلاصه (چکیده):

مقدمتاً و قبل از ورود به بحث اصلی، پیرامون فراگیرتر نمودن کنترل شده جلسات گروه با گروههای مرتبط آموزشی، همکاری با سازمان نظام پزشکی برای انتقال مفاهیم اجتماعی مؤثر در سلامت و آموزش آنها به پزشکان، برنامه سال بعد گروه و ضرورت نقش آفرینی بیشتر فرهنگستان در حل بحران‌های موجود در کشور نکاتی مطرح گردید. سپس دو سخنران اصلی مطالب تفصیلی پیرامون جایگاه سلامت اجتماعی در برنامه هفتم توسعه را ارائه نمودند. محورهای اصلی مطرح شده عبارت بودند از:

۱- مغایرت با سیاست‌های کلی برنامه و سیاستهای کلی نظام در حوزه‌های مرتبط

۲- ارزیابی محتوای مواد و بندهای مرتبط با سلامت اجتماعی

سپس اعضای محترم به بیان نکات تکمیلی پرداختند.

رئوس نتایج مذاکرات در جلسه:

- برنامه‌های تدوین شده برای ارتقاء سلامت اجتماعی، هیچ برنامه‌ای برای یکی از مهمترین آسیب‌های اجتماعی سالهای اخیر یعنی مهاجرت (داخلی و خارجی) و آسیب‌های دیگری همچون نزاع، خودکشی، سرقت و دگرگشتی که در سند پشتیبان لایحه به عنوان آسیبهای اولویت دارد عنوان شده در نظر نگرفته است.
- در بخش اهداف کمی فصل ارتقاء سلامت اجتماعی برای آسیب‌هایی مثل فساد و حاشینه نشینی که در سیاستهای ابلاغی برنامه مورد تأکید قرار گرفته‌اند، هدف کمی در نظر گرفته نشده است.

- قوه قضائیه متولی کاهش جرم و جنایت است و تولید امنیت به نهادهای آموزشی (آموزش و پرورش و وزارت علوم و... و نهادهای اقتصادی) وابسته است. نگهداشت امنیت با پلیس و وزارت اطلاعات و... است و عدم رعایت دقیق نقش‌ها می‌تواند آسیب‌زا باشد.
- ناهمزمانی دولت و مجلس مشکلاتی در اجرای برنامه‌ها ایجاد می‌کند، و عرصه سلامت اجتماعی، متولی روشنی ندارد. حکمرانی سلامت باید این وظیفه را تعریف کند. باضافه این که نگاه حاکم به برنامه در این خصوص، عمدتاً ناظر به آسیب‌های اجتماعی و نه ارتقاء سلامت اجتماعی است و محله‌ها هم که می‌توانند بالقوه نقش آفرینی در این زمینه داشته باشند، مورد عنایت نبوده‌اند.
- سندهای بالادستی بسیار آرمان‌گرایانه نوشته شده‌اند و تعارض بین مقننه و مجریه، بویژه از برنامه چهارم به بعد، عدم هماهنگی در حاکمیت را به نمایش گذاشته و پاسخگویی در سطح کلان را دچار اختلال نموده است.
- خلاء نقش خانواده در سلامت اجتماعی، در برنامه هفتم آشکار است و به سرمایه اجتماعی که شاخص مهم سلامت اجتماعی است و به نوعی کل آسیب‌های اجتماعی ناشی از فقدان سرمایه اجتماعی است، پرداخته نشده است.
- برنامه‌های توسعه باید ارزشیابی شوند. نسبت جرم به جمعیت در کشور ما بیشتر از هند است که حدود ۱۵ برابر ما جمعیت دارد. سازمان‌های حمایتی بهتر است یکپارچه شوند تا مدیریت آنها ساده‌تر و پاسخگویی‌شان عملی‌تر باشد و برای سالمندان به عنوان جمعیتی رو به رشد و اثرگذار در ساختارهای اساسی کشور در آینده باید سیاست‌های مشخصی تدوین و اجرا شود.

توصیه‌های مطرح شده برای پیگیری:

ارتباط با سازمان‌ها و نهادهای موثر در سلامت اجتماعی از جمله صدا و سیما، وزارت کشور و... و تلاش برای کاهش فاصله بین نظام و مردم، برای حفظ سلامت اجتماعی و آرامش اجتماعی. ضرورت اتخاذ تدابیری برای پیشگیری از مشکلات احتمالا رو به تزاید با توجه به شرایط اقتصادی و...