

نقش دولت در توزیع امکانات بهداشتی و درمانی در استان همدان^۱

حمید سپهر دوست*

طرح مسئله: بهداشت و درمان نقش مهم و مؤثری را در زندگی اجتماعی- اقتصادی جامعه ایفاء می‌کند. هدف مطالعه حاضر پاسخ‌گویی به این سؤال اساسی است که آیا سیاست‌های بودجه‌ای و برنامه‌ای دولت طی برنامه‌های توسعه اقتصادی- اجتماعی توانسته است در روند توسعه مناطق مختلف کشور از جنبه ارتقای وضعیت بهداشت و درمان و چگونگی توزیع امکانات و تسهیلات مرتبط با آن، تغییرات مؤثری ایجاد نماید؟ برای این منظور سعی شده که ابتدا درجه توسعه یافتگی استان‌های کشور بر حسب برخورداری از توزیع شاخص‌های مهم بهداشتی- درمانی را اندازه‌گیری و پس از تعیین جایگاه واقعی استان همدان در این زمینه، به مقایسه عملکرد برنامه‌ای دولت در ارتقاء وضعیت بهداشتی- درمانی استان مورد نظر طی دو مقطع ابتدایی و انتهایی برنامه سوم توسعه - یعنی سال‌های ۱۳۷۸ و ۱۳۸۳ - بپردازیم.

روش: مدل به کار گرفته شده در این تحقیق به گونه‌ای است که از روش تاکسونومی عددی برای همگن سازی و سنجش سطح توسعه یافتگی مناطق، از روش ضریب اختلاف و ویلیمسون برای مقایسه ضریب نسبی تغییرات و همچنین از روش تحلیل عاملی برای کاهش عوامل و استخراج فاکتورهای مؤثر بر عدم توازن منطقه‌ای استفاده شد. جهت سنجش درجه توسعه‌یافتگی و بررسی عوامل مؤثر بر آن، داده‌های اطلاعاتی مرتبط با ۱۸ شاخص مهم بهداشت و درمان از وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، شبکه‌های بهداشت، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و مرکز آمار ایران برای سالهای ۱۳۸۳ و پس از آن جمع‌آوری شدند.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل عاملی بر روی داده‌های استانی، از طریق استخراج پنج عامل اصلی و تأثیرگذار نشان داد که پنج مؤلفه اولیه به طور تجمعی، حدود ۷۶ درصد از واریانس تفاوت‌های بین استانی از جنبه برخورداری از تسهیلات بهداشتی- درمانی را تبیین می‌کنند. این عوامل اصلی و مؤثر در ایجاد تفاوت‌های شدید بین استانی به ترتیب عبارتند از وجود پزشک متخصص، مراکز بهداشتی - درمانی شهری، مراکز بهداشتی - درمانی روستایی، خانه‌های بهداشت و انشعابات فاضلاب شهری در استان‌ها.

نتایج: نتایج گویای این واقعیت است که در دوره مورد بررسی (۱۳۷۸-۱۳۸۳)، اگر چه اتخاذ سیاست‌های برنامه‌ای دولت در ارتباط با رشد و توسعه بخش بهداشت و درمان استان با نابرابری توزیع امکانات و تسهیلات همراه بوده، اما مقایسه ضریب اختلافات طی دوره مورد مطالعه - یعنی ابتدا و انتهای برنامه سوم توسعه - نشان می‌دهد که این برنامه اثرات مثبت و معنا داری بر روی توزیع متعادل‌تر شاخص‌های مهم بهداشتی - درمانی در بین شهرستان‌های استان همدان داشته است.

کلید واژه‌ها: بهداشت و درمان، توسعه، تاکسونومی عددی، تحلیل عاملی

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۹/۳/۱۸

تاریخ دریافت مقاله: ۸۶/۱۱/۱۲

۱- این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۲۳۵۷-۳۲ می‌باشد که توسط دانشگاه بوعلی سینا همدان حمایت شده است.

* دکتر اقتصاد بخش عمومی، دانشگاه بوعلی سینا <hamidbasu1340@gmail.com>

مقدمه

در یک نظام کارآمد اقتصادی - اجتماعی توجه داشتن به اصول اولیه، پایبندی به قوانین دستگاه‌های دولتی و اصلاح زیرساخت‌ها از جمله وظایف اساسی دولت و مسئولین اجرایی آن نظام محسوب می‌گردد. در این رابطه مسئله بهداشت و درمان از جمله مباحث مربوط به امور اجتماعی است که در قالب برنامه‌های بهداشت عمومی، بهداشت محیط، آموزش بهداشت و درمان تحت نظارت دستگاه‌های اجرایی از جمله وزارتخانه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شبکه‌های بهداشت و درمان، سازمان بهزیستی، تأمین اجتماعی و وزارت رفاه، قابل طرح می‌باشد. امروزه در کشورهای پیشرفته از بخش بهداشت و درمان علاوه بر رعایت استانداردهای لازم بهداشتی و تندرستی، انتظارات تولیدی نظیر؛ فراهم‌آوری فرصت‌های شغلی، کسب درآمد و سودآوری (وجود بیمارستان‌ها و موسسات درمانی) و همچنین بسترسازی مناسب اجتماعی را دارند. با توجه به اثر متقابل بهداشت و زندگی اقتصادی - اجتماعی جامعه، در واقع سلامت انسان، یک سرمایه در کنار سایر دارایی‌ها محسوب می‌گردد و امور بهداشتی و درمانی با عملکرد خود به افزایش سطح سلامت انسان‌ها (سرمایه‌گذاری خالص) و یا به جایگزین کردن سلامت از دست رفته به دلیل بروز بیماری و یا حوادث (سرمایه‌گذاری جایگزین) می‌پردازد. (امینی، یداله‌ی و اینانلو، ۱۳۸۵)

هم زمان با سایر بخش‌های فعالیتی جامعه، بخش رسمی بهداشت و درمان ایران به منظور تأمین و ارتقای سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی جامعه با توجه به سیاست‌ها و خط‌مشی‌های تعیین شده، مجموعه‌ای نظام یافته از فعالیت‌ها و عملیات اجرایی است که مهم‌ترین آن‌ها شامل آموزش بهداشت، پیش‌گیری و ایمن‌سازی علیه بیماری‌های واگیر، بهداشت خانواده و مدارس، بهداشت و سالم‌سازی محیط زیست، مبارزه با بیماری‌ها و تأمین و تدارک داروهای اساسی، تغذیه، ارائه خدمات درمان سرپایی و بستری، تأمین و آموزش نیروی انسانی پزشکی و پیراپزشکی در زمینه‌های مختلف

می‌باشد. از اهداف اولیه این تحقیق، به کارگیری سه گروه از معیارهای بهداشتی - درمانی شامل وضعیت سلامت جامعه، وضعیت بهداشت محیط و چگونگی ارائه خدمات بهداشتی جهت بررسی وضعیت نابرابری استان‌های مختلف کشور با تأکید موردی بر استان همدان از نظر برخورداری از تسهیلات بهداشتی - درمانی و سنجش سطوح توسعه یافتگی آن‌ها می‌باشد.

چارچوب نظری

سنجش و مقایسه سطح توسعه یافتگی در یک کشور (بین استان‌های مختلف) و همچنین داخل یک استان (بین شهرستان‌های مختلف)، از اهمیت به سزایی برخوردار بوده که همواره مورد توجه مدیران و کارشناسان امور اقتصادی و اجتماعی قرار گرفته است. مبنای نظری این گونه از مطالعات اولین بار توسط اقتصاددان معروف توسعه هیرشمن (Hirschman) تحت عنوان تئوری رشد نامتوازن اقتصادی^۱ بیان شد. تئوری مزبور بر اساس محدودیت امکانات و توانمندی‌های مناطق و بخش‌های مختلف اقتصادی بنا نهاده شده است. طرفداران این تئوری بر این باورند که کشورهای در حال توسعه به دلیل فقدان منابع مالی و توان فن‌آوری لازم، امکان برخورداری از رشد اقتصادی - اجتماعی لازم و هم‌زمان در تمامی بخش‌های مختلف اقتصادی و مناطق را نداشته و بهتر است که با استفاده از مزیت‌های نسبی موجود، از فرآیند نشر^۲ آثار توسعه‌ای بخش‌های پیشرو و مناطق توسعه یافته به سمت دیگر بخش‌ها و مناطق کم‌تر توسعه یافته بهره‌مند شوند. روند مطالعه حاضر با توجه به ماهیت تحلیلی - توصیفی آن بر اساس مراحل زیر صورت پذیرفت:

الف- هدف گذاری و تدوین طرح تحقیق

ب- شناسایی سطح مطالعه یا فضای مورد بررسی

1. unbalanced economic growth
2. leakage

ج- تبیین روش کار و چگونگی جمع‌آوری اطلاعات آماری
د- تعیین شاخص‌های توسعه، که در این تحقیق برای سنجش درجه توسعه یافتگی استان‌ها سه گروه از معیارهای بهداشتی، درمانی شامل وضعیت سلامت جامعه، وضعیت بهداشت محیط و چگونگی ارائه خدمات بهداشتی مورد استفاده قرار گرفته است.

پیشینه مطالعه

لازم به ذکر است که به دلیل افزایش روز افزون اهمیت بهداشت و سلامت و همچنین تأثیر آن بر عملکرد فعالیت‌های اجتماعی، اقتصادی جامعه، مطالعات بسیار زیادی در دهه‌های گذشته بر روی این مقوله از امور اجتماعی جوامع صورت پذیرفته است. در این مطالعات تأمین و ارتقای سلامت افراد به صورت دو مقوله جداگانه اما کاملاً مرتبط با هم دیده شده‌اند. این دو مقوله هدفمند که نیازمند توجه هر چه بیش‌تر برای امر سیاست‌گذاری هستند عبارتند از:

الف - بهبود شیوه زندگی^۱

ب - مراقبت از بیماری‌ها^۲

برنامه ریزان همچنین برای دستیابی به اهداف یاد شده بالا، دو راهبرد مهم را مد نظر قرار داده‌اند که اولی شامل سیاست‌های مربوط به توانمندسازی مردم جهت تأمین و ارتقای سلامت جامعه و دیگری شامل سیاست‌های جلب همکاری‌های بین بخشی جامعه می‌باشد. در این رابطه برای اولین بار در اجلاس سلامت (۱۹۷۷)، راهبرد مراقبتهای اولیه سلامت توسط سازمان جهانی بهداشت تدوین و به دنبال آن بیانیه آلماتا (Almata) در سال ۱۹۷۸، با تأکید بر روی حفظ سلامت جامعه، پیگیری فعالیت‌های آموزش بهداشت، کنترل بیماری‌ها، تغذیه مناسب آب سالم، فاضلاب مناسب، مراقبت از سلامت مادر و کودک،

1. Life Style
2. Health Care

تنظیم خانواده و مراقبت‌های اولیه بهداشتی را برای دولت‌ها ضروری دانست (World Bank, 2000).

شادپور (۱۳۸۳) در مقاله‌ای تحت عنوان «اصلاح بخش بهداشت»، به بررسی چگونگی عرضه خدمات بهداشت و درمان در کشورهای در حال توسعه و ضرورت اصلاح این بخش از جامعه پرداخت. در این مقاله آمده است علیرغم آن که اصلاح بخش بهداشت در دهه گذشته موضوع مورد علاقه جهان بوده است اما در کشورهای در حال توسعه این مقوله با چند تناقض از جمله عدم کارایی و کفایت بخش دولتی در عرضه خدمات بهداشتی - درمانی، عدم شفافیت‌های فنی - مدیریتی و تدابیر راهبردی لازم در راستای اصلاح بخش بهداشت و همچنین رفع تمرکزگرایی در ساختار قدرت مدیریتی از بالا به پایین مواجه بوده است (شادپور، ۱۳۸۳: ۵۶۰).

پوررضا (۱۳۸۳) در مطالعه‌ای تحت عنوان «اقتصاد بهداشت»، به بررسی موضوعی بهداشت و درمان و ارتباط آن با اقتصاد و بهره‌وری در جامعه پرداخت. در این مقاله تأکید شده که به دلیل اهمیت روز افزون بهداشت و درمان در زندگی اقتصادی - اجتماعی مردم، ناگزیر از انتخاب محور گونه این بخش و سرمایه‌گذاری در زمینه‌های به خصوص آن هستیم. بهداشت معمولاً با پیشگیری از بروز بیماری‌ها با فن‌آوری ساده و ارزان برای گروه‌های جمعی با تأثیر درازمدت تعریف می‌شود، در حالی که درمان با متوقف کردن پیشرفت بیماری، با فن‌آوری پیچیده برای افراد عمدتاً خصوصی با تأثیرات بلافاصله مشخص می‌شود. نویسنده مقاله نتیجه می‌گیرد که در بسیاری از موارد صرف هزینه‌های کلان و سرمایه‌گذاری بیش‌تر در عرصه خدمات بهداشتی - درمانی به اشتباه به تأمین برابری در دسترسی تعبیر می‌شود (پوررضا، ۱۳۸۳: ۵۴۴).

رئیس دانا (۱۳۸۳) در مقاله‌ای تحت عنوان «الگوی ارزیابی برابری کارآمدی در اقتصاد بهداشت»، بیان می‌کند که توسعه بهداشت و خدمات پزشکی بخشی از حقوق اجتماعی و فردی است و به این سبب خواست و نیاز اکثریت قاطع را با خود دارد. تأمین این حق

فردی و اجتماعی از راه گسترش خدمات درمانی همگانی تا حد زیادی موقوف به فرآیند توسعه اقتصادی است. در این مطالعه کوشش شده است که ضمن آشنا شدن با کلیات روش‌های اندازه‌گیری سطح بهداشت ملی، الگوهای موسوم به «بهداشت ملی با تعدیل برابری» معرفی گردد (رئیس دانا، ۱۳۸۳).

مجتهد و جوادی پور (۱۳۸۳) در مطالعه‌ای تحت عنوان «بررسی اثر مخارج بهداشتی بر رشد اقتصادی؛ مطالعه موردی کشورهای منتخب در حال توسعه»، ضمن مروری بر ادبیات بهداشت و رشد اقتصادی با معرفی مفهوم جدید سرمایه بهداشتی و استفاده از الگوی گسترش یافته سولو (Solo) و داده‌های آماری ۳۳ کشور در حال توسعه، اثر مخارج بهداشتی بر رشد اقتصادی را با استفاده از رهیافت مطالعات بین‌کشوری مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند. الگوی نظری این مطالعه براساس تابع تولید زیر قرار داشته که ابتدا توسط سولو در سال ۱۹۵۶ ارائه و سپس توسط رومر (Romer) در سال ۱۹۹۲ گسترش یافت.

$$y(t) = k(t)^\alpha E(t)^B H(t)^\eta (A(t)L(t))^\mu$$

$$\mu = 1 - \alpha - B - \eta \quad \alpha, B, \eta > 0 \quad 0 < \mu < 1$$

در این الگو Y نشان دهنده محصول کل، k حجم سرمایه فیزیکی، E سطح سرمایه انسانی، H سطح سرمایه بهداشتی، A سطح فن‌آوری و l تعداد نیروی کار فعال است (مجتهد و جوادی پور، ۱۳۸۳).

در مطالعه پراشانان ردی (۲۰۰۴) تحت عنوان «عدم توزان منطقه‌ای در استان آندراپرادش هند»، وی با اشاره به ضرورت از میان بردن تفاوت‌های منطقه‌ای به عنوان پایه و اساس رشد و توسعه بیان می‌کند که کاهش نابرابری‌های منطقه‌ای در ایالت آندراپرادش شامل سه منطقه ساحلی آندرا، ریالاسیما و تلانگانا، طی ۵۰ سال اخیر، موجبات رشد و توسعه بیش‌تری را فراهم آورده است که از آن جمله می‌توان به گسترش فن‌آوری اطلاعات بین این مناطق و کاهش سطح فقر روستایی اشاره نمود (Reddy, 2004).

در مطالعه شیکری، بلاچ و همکاران (۲۰۰۴)، تحت عنوان «شاخص‌ها و نماگرهای بهداشت در تونس، روند تفاوت‌های منطقه‌ای طی سی سال گذشته»، آن‌ها به اندازه‌گیری شاخص‌های بهداشت در سطح مناطق پرداختند. در این مطالعه ۷ شاخص عمده جهت بررسی تفاوت‌های منطقه‌ای مورد استفاده قرار گرفت که این شاخص‌ها براساس طبقه‌بندی‌های انجام شده توسط سازمان بهداشت جهانی انتخاب شدند. نتایج حاصل از مطالعه، حاکی از یک روند کاهشی در اختلافات منطقه‌ای طی سال‌های اخیر در ارتباط با شاخص‌های انتخابی بود. مطالعه مزبور این امکان را ایجاد نمود که محققین بتوانند اهداف اجرایی خود را برای ترقی و توزیع عادلانه امکانات بهداشتی در بین مناطق شناسایی نمایند (Shikri, 2004).

همچنین شرینیواسان (۲۰۰۶) طی یک بررسی تحت عنوان «بهداشت و درمان در هند، چشم‌انداز ۲۰۲۰»، به جایگاه بهداشت در سال ۲۰۲۰ اشاره می‌کند و علیرغم قبول این مسئله که پیش بینی آینده بهداشت افراد و مردم غیر حتمی و با ریسک همراه است، آینده بهداشت و درمان در هند را منوط به تحول اساسی در زمینه‌های اقتصاد سیاسی کشور و اهداف بلند پایه کاهش فقر در بین اقشار ضعیف و همچنین کاهش نابرابری‌های مربوط به خدمات بهداشتی، درمانی در مناطق مختلف و تأثیر آن بر روی اشتغال مفید و کسب درآمد می‌داند (Srinivasan, 2006).

کمیسیون بهداشت و سلامت کارولینای شمالی (۲۰۰۶) در مطالعه تحقیقاتی خود تحت عنوان «راهکارهای از بین بردن تفاوت‌های منطقه‌ای»، ابتدا به بررسی اهمیت بهداشت و سلامتی در جامعه پرداخته و سپس با معرفی منابع مهم مالی از تمامی کسانی که بتوانند پروژه‌های پیشنهادی خود را در زمینه کاهش اختلافات و نابرابری‌های منطقه‌ای در زمینه توزیع امکانات بهداشتی ارائه دهند دعوت به همکاری و ارائه پروژه می‌نماید. از دیدگاه صندوق حمایت از سلامتی و بهداشت کارولینای شمالی، عوامل مختلفی بر روی وجود نابرابری‌های بالقوه و بالفعل در زمینه بهداشت گروه‌های قومی، نژادی و اقتصادی-

اجتماعی تأثیر گذارند. این عوامل شامل مسائل فرهنگی، بنیادی، سیاسی و ساختاری شده که فقط متوجه بعضی گروه‌های خاص و آسیب پذیر در جامعه می‌گردد. در این رابطه صندوق کمیسیون بهداشت، یکسری آرمان‌ها و راهکارهایی به شرح زیر جهت بهبودی پیشنهادات اعلان می‌نماید (Trust fund commission, 2006).

آرمان ۱- کاهش نرخ مرگ و میر ناشی از بیماری دیابت

آرمان ۲- کاهش نرخ مرگ و میر ناشی از سرطان با تأکید بر روی سرطان پروستات و

سینه

آرمان ۳- کاهش نرخ مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی

روش مطالعه

در مطالعه حاضر سعی شد که برخلاف مطالعات انجام شده قبلی که عمدتاً بر پایه شاخص‌های کم‌تر (۶ تا ۱۲ متغیر) و صرفاً منحصر به بهداشت و درمان صورت گرفته، از شاخص‌های گسترده‌تری (۱۸ متغیر) شامل اطلاعات بهداشت و درمان و همچنین بهداشت محیط استفاده شود. لازم به اشاره است که بهداشت محیط عبارت است از کنترل آن سری از عواملی که مربوط به محیط زندگی، نظیر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی انسان، کنترل مواد غذایی، کنترل فاضلاب، زیاله، هوا، منابع آلوده کننده، دفع بهداشتی زیاله در مناطق، بهسازی و بهداشت مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی، آب آشامیدنی و که به گونه ای بر روی تأثیر می گذارند. البته به دلیل رعایت تعادل بخشی بین تعداد متغیرها فقط از ۴ شاخص بهداشت محیط یعنی طول شبکه جمع‌آوری فاضلاب در نقاط شهری (کیلومتر) به ازای هر هزار نفر جمعیت شهری، تعداد انشعاب فاضلاب در نقاط شهری به ازای هر هزار نفر جمعیت شهری، تعداد انشعاب آب در نقاط شهری به ازای هر یکصد نفر جمعیت شهری و تعداد انشعاب آب در نقاط روستایی ازای یکصد نفر جمعیت روستایی در کنار ۱۴ شاخص کلی برای سنجش درجه توسعه یافتگی استان‌ها استفاده شده

است. قابل ذکر است که انتخاب شاخص‌ها عمدتاً بر اساس مطالعات انجام شده در قبل و استانداردهای جهانی مربوط به شاخص‌های توسعه نیروی انسانی در زمینه بهداشت و سلامت صورت پذیرفته است. بنابراین نوع تحقیق کاربردی- توسعه‌ای بوده و جامعه آماری به صورت گسترده مجموعه استان‌های کشور را در بر می‌گیرد. در ارتباط با شاخص‌های بهداشت و درمان جهت بررسی مقایسه‌ای استان‌ها، اطلاعات بهداشتی- درمانی استان‌ها از طریق اسناد مکتوب منتشر شده (سال ۱۳۸۳ به بعد) و سایت‌های اینترنتی وزارت بهداشت و درمان، شبکه بهداشت استان‌ها و مرکز آمار کل کشور (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵) جمع‌آوری شده و توسط نرم افزارهای Minitab و Spss مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند. در مجموع ۱۸ شاخص مورد بررسی انتخاب و توسط متغیرهای (X_{18} , X_1 , X_2 , X_3 ,) به شرح جدول ۱ تعریف شده‌اند.

جدول ۱ - متغیرهای مورد بررسی در سنجش مقایسه‌ای استان‌ها

| متغیر | تعریف عملیاتی متغیرها |
|-------|---|
| X1 | تعداد پزشک عمومی به ازای هر ده هزار نفر جمعیت |
| X2 | تعداد پزشک متخصص به ازای هر ده هزار نفر جمعیت |
| X3 | تعداد پیراپزشکان به ازای هر هزار نفر جمعیت |
| X4 | تعداد دندانپزشک به ازای هر یکصد هزار نفر جمعیت |
| X5 | تعداد دارو ساز به ازای هر یکصد هزار نفر جمعیت |
| X6 | تعداد مراکز بهداشتی - درمانی شهری به ازای هر ده هزار نفر جمعیت شهری |
| X7 | تعداد مراکز بهداشتی - درمانی روستایی به ازای هر ده هزار نفر جمعیت روستایی |
| X8 | تعداد موسسات بهداشتی - درمانی به ازای هر یکصد هزار نفر جمعیت |
| X9 | تعداد تخت بیمارستانی به ازای هر ده هزار نفر جمعیت |
| X10 | تعداد خانه بهداشت فعال به ازای هر ده هزار نفر جمعیت روستایی |
| X11 | تعداد بهورزان به ازای هر ده هزار جمعیت روستایی |
| X12 | تعداد آزمایشگاه‌های تشخیص پزشکی به ازای هر یکصد هزار نفر جمعیت |

| متغیر | تعریف عملیاتی متغیرها |
|-------|--|
| X13 | تعداد داروخانه به ازای هر یکصد هزار نفر جمعیت |
| X14 | طول شبکه جمع‌آوری فاضلاب در نقاط شهری (کیلومتر) به ازای هر هزار نفر جمعیت شهری |
| X15 | تعداد انشعاب فاضلاب در نقاط شهری به ازای هر هزار نفر جمعیت شهری |
| X16 | تعداد انشعاب آب در نقاط شهری به ازای هر یکصد نفر جمعیت شهری |
| X17 | تعداد انشعاب آب در نقاط روستایی ازای یکصد نفر جمعیت روستایی |
| X18 | معکوس تعداد معلولین به ازای هر یکصد هزار نفر جمعیت |

برای تبدیل شاخص‌های مجرد با مقیاس‌های اندازه‌گیری متفاوت به شاخص‌های ترکیبی بی‌مقیاس از مدل‌های آماری متنوعی استفاده شد. در روش استاندارد کردن (Standardized Score) ابتدا کد استاندارد شده Z از تقسیم انحرافات از میانگین بر روی انحراف معیار مقادیر محاسبه و سپس شاخص ترکیبی (CI) از جمع جبری مقادیر استاندارد شده جهت رتبه‌بندی بدست آمد. در روش شاخص‌بندی (Indexing)، با در نظرگیری بیشترین مقدار هر شاخص به عنوان عدد پایه ۱۰۰، بقیه مقادیر نسبت به عدد پایه ارزش گذاری شدند. در روش ضریب محرومیت (Deprivation Score) که توسط سازمان ملل بخش توسعه برنامه‌ها (UNDUP) برای محاسبه شاخص توسعه انسانی پیشنهاد شده ابتدا دامنه نوسان مقادیر برای هر شاخص در مناطق مختلف محاسبه و سپس شاخص ضریب محرومیت از تقسیم اختلافات مقادیر واقعی از مقدار حداکثر شاخص بر روی دامنه نوسان مقادیر به دست آمد (کلانتری، ۱۳۸۰). در روش تاکسونومی عددی (Numerical Taxonomy)، پس از مشخص شدن ماتریس برداری حاصل از فواصل شاخص‌های استاندارد شده از بیش‌ترین مقدار ستونی همان شاخص، ابتدا میانگین و انحراف معیار فواصل محاسبه و سپس از شاخص حد بالای سرمشق (CO) برای سنجش درجه توسعه‌یافتگی استفاده شد.

یافته‌ها

۱- با توجه به ماتریس فواصل به دست آمده در تحلیل تاکسونومی جهت همگن سازی مناطق، ملاحظه گردید که همه استان‌ها در فاصله اطمینان ۰/۶۶ الی ۶/۴۶ قرار داشته و بنابراین به دلیل همگن بودن نیازی به حذف استان غیر همگن دیده نشد (جدول ۲).

جدول ۲ - تعیین حدود اطمینان فواصل برای همگن سازی مناطق

| | |
|-------------|-------------------------|
| ۳/۵۶ | میانگین فواصل (di) |
| ۱/۴۵ | انحراف معیار فواصل (Sd) |
| ۰/۶۶ - ۶/۴۶ | حدود اطمینان فواصل |
| ۱۳/۲۳ | میانگین (Cio) |
| ۱/۹۴ | انحراف معیار (Cio) |
| ۱۷/۱۳ | سرمشق استان (CO) |

۲- از میانگین رتبه‌های به دست آمده در به‌کارگیری چهار مدل آماری جهت تعیین وضعیت و رتبه‌بندی استان‌ها از نظر برخورداری از تسهیلات بهداشتی - درمان استفاده شد که نتیجه آن در جدول ۳ آمده است. در این رابطه به ترتیب ۴۰ درصد از استان‌های برتر در وضعیت توسعه یافته، ۳۰ درصد استان‌ها در وضعیت نسبتاً توسعه یافته، ۲۰ درصد آن‌ها در وضعیت کم‌تر توسعه یافته و ۱۰ درصد از استان‌ها در وضعیت توسعه نیافته طبقه‌بندی شدند. ملاحظه می‌گردد که با توجه به شاخص‌های در نظر گرفته شده در بخش بهداشت و درمان، استان‌های یزد، سمنان و اصفهان جزو استان‌های برتر از نظر درجه توسعه یافتگی و استان‌های سیستان و بلوچستان، کهگیلویه و بویراحمد و لرستان در زمره استان‌هایی با درجه توسعه یافتگی بسیار پایین قرار گرفتند (جدول ۳). گستردگی فاصله اطمینان (۶/۴۶ - ۰/۶۶) در مقایسه با انحراف

معیار فواصل به دست آمده (۱/۴۵)، نشان‌گر تفاوت‌های شدید بین استانی در برخورداری از امکانات و تسهیلات بهداشتی - درمانی می‌باشد.

جدول ۳- وضعیت بهداشت و درمان استان‌های کشور

| استان‌ها | وضعیت | استان‌ها | وضعیت |
|--------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|
| یزد | نسبتاً توسعه یافته | خراسان | نسبتاً توسعه یافته |
| سمنان | | فارس | |
| اصفهان | | کرمان | |
| گیلان | | قزوین | |
| مازندران | | آذربایجان غربی | |
| تهران | | گلستان | کم‌تر توسعه یافته |
| قم | | آذربایجان شرقی | |
| همدان | | خوزستان | |
| مرکزی | | اردبیل | |
| ایلام | | هرمزگان | |
| زنجان | | کردستان | فوق سعه یافته |
| چهارمحال و بختیاری | کهکلوپه و بویراحمد | | |
| بوشهر | لرستان | | |
| کرمانشاه | سیستان و بلوچستان | | |

۳- در این مطالعه جهت کاهش عوامل هیجده (۱۸) گانه به حداقل موارد و استخراج مؤلفه‌های اصلی در ایجاد تفاوت‌های منطقه‌ای از تجزیه و تحلیل عاملی (Factor Analysis) استفاده شد. این روش عمدتاً در مواقعی توصیه می‌شود که در درون هر یک از زیر گروه‌ها همبستگی درونی بالایی وجود داشته، اما همبستگی بین گروه‌ها کم‌تر باشد. در این حالت خاص می‌توان از طریق تحلیل عاملی به محاسبه اولین، دومین، سومین و

مؤلفه‌های اصلی (Principal Components) پرداخت که به طور خطی با متغیرهای اصلی مرتبط بوده و بیش‌ترین مجموع مجذور همبستگی با متغیرها را دارا هستند. مزیت تحلیل عاملی کاهش تعداد عامل‌ها (در مقایسه با تعداد نماگرها) و نیز کسب اطمینان از عدم وجود همبستگی بین متغیرها است. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل عاملی با استخراج پنج عامل اصلی و تأثیر گذار در جدول ۴ نشان می‌دهد که این پنج مؤلفه اولیه استخراجی به صورت تجمعی حدود ۷۶ درصد از واریانس تفاوت‌های بین استانی از جنبه برخورداری از تسهیلات بهداشتی - درمانی را تبیین می‌کنند. همانطوری که در جدول فوق ملاحظه می‌گردد، مؤلفه‌های یک الی پنج به دلیل دارا بودن مقادیر ویژه بزرگتر از واحد (> 1 Eigenvalues) دارای اهمیت بوده و مؤلفه‌های ششم به بعد به دلیل دارا بودن مقادیر ویژه کمتر از واحد (< 1 Eigenvalues) از اهمیت قابل ملاحظه‌ای برخوردار نیستند. جهت پیدا کردن عوامل مؤثر در ایجاد عدم توازن منطقه‌ای، نتایج حاصل از ماتریس چرخش داده شده (Rotated) در جدول ۵ نشان می‌دهد که عوامل اصلی و مؤثر در ایجاد تفاوت‌های شدید بین استانی عبارتند از وجود پزشک متخصص (۰/۷۴۹)، وجود مراکز بهداشتی درمانی شهری (۰/۶۱۲)، وجود مراکز بهداشتی درمانی روستایی (۰/۸۵۳)، تعداد انشعابات فاضلاب شهری (۰/۷۴۲) و تعداد خانه‌های بهداشت (۰/۶۰۵) در استان‌های کشور. همچنین ترسیم نمودار درصد واریانس تجمعی عوامل (Scree Plot) نیز تأیید کننده این مورد است به طوری که نمودار مزبور بعد از مؤلفه پنجم به افت شدید خود نزدیک شده در مراحل بعدی به صفر نزدیک می‌شود (نمودار ۱). به کار بستن تجزیه تحلیل عاملی و استخراج عوامل مؤثر در ایجاد عدم توازن منطقه‌ای باعث گردید که مطالعه حاضر جنبه کاربردی پیدا کرده و نشان دهد که در آینده می‌بایست جهت کاهش تفاوت‌های بین استانی در زمینه توزیع امکانات و تسهیلات بهداشتی - درمانی بر روی چه عواملی تأکید بیش‌تر گردد. منظور از عوامل مؤثر همان مؤلفه‌های استخراج شده در

جدول ۵ هستند که بیشترین تأثیر را در تفاوت‌های بین استانی داشته‌اند. این گونه تجزیه تحلیل در مطالعات قبلی دیده نشده است.

جدول ۴ - استخراج مجموع مجذور واریانس بار شده توسط مؤلفه‌های اصلی

Total Variance Explained

| Extraction Sums of Squared Loadings | | | Initial Eigenvalues | | | Component مؤلفه |
|-------------------------------------|---------------|-------------|----------------------------|---------------|-------------|-----------------|
| Cumulative % واریانس تجمعی | % of Variance | Total مجموع | Cumulative % واریانس تجمعی | % of Variance | Total مجموع | |
| ۳۳/۴۱۳ | ۳۳/۴۱۳ | ۶/۰۱۴ | ۳۳/۴۱۳ | ۳۳/۴۱۳ | ۶/۰۱۴ | ۱ |
| ۴۹/۹۰۷ | ۱۶/۴۹۴ | ۲/۹۶۹ | ۴۹/۹۰۷ | ۱۶/۴۹۴ | ۲/۹۶۹ | ۲ |
| ۲۸۲/۶۲ | ۱۲/۳۷۵ | ۲/۲۲۷ | ۲۸۲/۶۲ | ۱۲/۳۷۵ | ۲/۲۲۷ | ۳ |
| ۶۹/۹۳۸ | ۷/۶۵۶ | ۱/۳۷۸ | ۶۹/۹۳۸ | ۷/۶۵۶ | ۱/۳۷۸ | ۴ |
| ۷۶/۰۶۷ | ۶/۱۲۹ | ۱/۱۰۳ | ۷۶/۰۶۷ | ۶/۱۲۹ | ۱/۱۰۳ | ۵ |
| | | | ۸۰/۷۲۱ | ۴/۶۵۴ | ۰/۸۳۸ | ۶ |
| | | | ۸۴/۳۸۵ | ۳/۶۶۳ | ۰/۶۵۹ | ۷ |
| | | | | | | |
| | | | ۱۰۰/۰۰ | ۰/۰۹۳ | ۰/۰۱۵ | ۱۸ |

Extraction Method: Principal Component Analysis. روش استخراج: تحلیل مؤلفه‌های اصلی

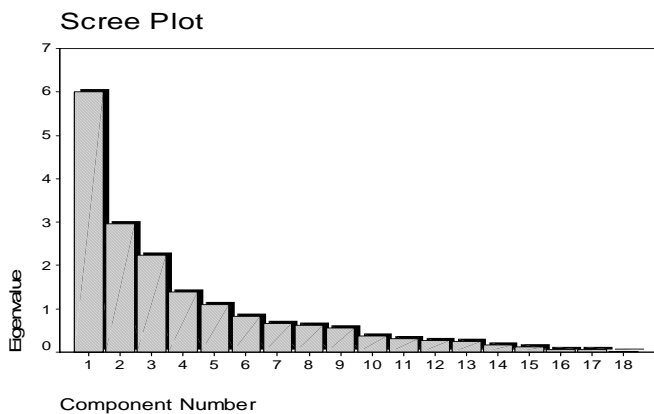
جدول ۵ - ماتریس مؤلفه‌های استخراج شده

Component Matrix

| Component مؤلفه | | | | | Variable |
|-----------------|--------|--------|--------|-------|----------|
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | |
| ۰/۰ | ۰/۴۹۷ | ۰/۰ | ۰/۰ | ۰/۵۳۸ | X1 |
| ۰/۷۴۹ | -۰/۱۷۳ | -۰/۲۴۵ | -۰/۲۲۱ | ۰/۳۱۴ | X2 |
| ۰/۰ | ۰/۲۶۹ | ۰/۲۱۲ | ۰/۴۱۱ | ۰/۶۹۴ | X3 |
| -۰/۳۹۰ | ۰/۰ | ۰/۰ | -۰/۴۲۴ | ۰/۶۲۳ | X4 |
| ۰/۰ | ۰/۳۵۷ | ۰/۱۶۰ | -۰/۵۳۹ | ۰/۵۰۳ | X5 |
| -۰/۱۳۶ | ۰/۶۱۲ | -۰/۳۲۸ | ۰/۰ | ۰/۴۰۲ | X6 |
| ۰/۰ | -۰/۱۰۶ | -۰/۱۰۷ | ۰/۱۴۴ | ۰/۸۵۳ | X7 |

| Component مؤلفه | | | | | Variable |
|-----------------|--------|--------|--------|-------|----------|
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | |
| ۰/۰ | -۰/۱۷۶ | ۰/۲۵۶ | -۰/۱۴۳ | ۰/۷۷۴ | X8 |
| ۰/۰ | -۰/۱۷۵ | ۰/۵۴۱ | -۰/۵۶۹ | ۰/۴۸۶ | X9 |
| -۰/۲۹۷ | -۰/۳۰۷ | ۰/۰ | ۰/۶۰۵ | ۰/۵۱۹ | X10 |
| -۰/۲۸۸ | -۰/۳۱۸ | ۰/۰ | ۰/۴۳۵ | ۰/۷۳۴ | X11 |
| ۰/۲۵۶ | ۰/۰ | ۰/۰ | ۰/۰ | ۰/۸۳۵ | X12 |
| -۰/۱۲۸ | -۰/۱۳۴ | ۰/۵۳۴ | -۰/۶۸۰ | ۰/۰ | X13 |
| ۰/۲۳۸ | ۰/۰ | ۰/۶۶۸ | ۰/۵۷۲ | ۰/۰ | X14 |
| ۰/۱۸۹ | ۰/۰ | ۰/۷۴۲ | ۰/۵۵۰ | ۰/۰ | X15 |
| ۰/۱۲۶ | ۰/۱۳۵ | -۰/۱۷۸ | ۰/۰ | ۰/۷۷۳ | X16 |
| ۰/۰ | -۰/۴۲۸ | -۰/۲۶۰ | -۰/۳۲۴ | ۰/۶۱۱ | X17 |
| ۰/۰ | -۰/۱۲۲ | -۰/۴۷۲ | ۰/۳۸۸ | ۰/۵۳۱ | X18 |

xtraction Method: Principal Component Analysis. تحلیل مؤلفه‌های اصلی



نمودار ۱- روند نموداری مقادیر ویژه فاکتورهای استخراجی

۴- برای تعیین جایگاه استان همدان و اثبات یا رد این ادعا که «آیا استان همدان از نظر وضعیت بهداشت و درمان می‌تواند در ردیف ۴۰ درصد از استان‌های برخوردار قرار گیرد یا خیر؟»، از آزمون فرضیه صفر ($P \leq 0/4$) و مفهوم مترادف آن یعنی آزمون فرضیه میانگین رتبه‌ای ($\mu \leq 11/2$) در بین ۲۸ استان استفاده شد. از آن‌جا که مقدار آماره آزمون ($p\text{-value} = 0/002$)، کم‌تر از مقدار سطح معنی‌دار جدول یعنی ($\alpha/2 = .005$) بدست آمد نتیجه گرفته شد که با ضریب اطمینان ۹۹ درصد شواهد و دلایل کافی برای رد فرضیه صفر وجود ندارد. یعنی این‌که استان همدان در بین ۲۸ استان جزو ۴۰ درصد استان‌های برخوردار از نظر وضعیت بهداشتی درمانی قرار می‌گیرد.

۵- با توجه به شاخص‌های در نظر گرفته شده جهت سنجش درجه توسعه یافتگی شهرستان‌های استان همدان در بهداشت و درمان، مشخص گردید که شهرستان تویسرکان با درجه توسعه یافتگی ۰/۵۲۹، از بالاترین رتبه و شهرستان بهار با درجه توسعه یافتگی ۰/۹۰۸ از پایین‌ترین رتبه برخوردار بوده است (جدول ۶). فاصله همگنی شهرستان‌ها در این بخش بین $3/793 \leq d_i \leq 0/915$ به دست آمد که با توجه به سایر مواد، تمامی مناطق در این فاصله قرار داشته و منطقه نا همگنی جهت حذف وجود نداشت. همچنین جهت بررسی عملکرد برنامه‌ای دولت در ارتقاء وضعیت بهداشتی و درمانی استان همدان طی دو مقطع ابتدایی و انتهایی برنامه سوم توسعه از طریق مقایسه ضریب تغییرات درجه همگنی (C.V) برای سال‌های ۱۳۷۸ (ابتدای برنامه توسعه) و ۱۳۸۳ (پایان برنامه توسعه)، کوچک‌تر بودن این ضریب برای پایان برنامه (۳۰/۵۶۳ درصد) نسبت به ابتدای برنامه (۳۳/۰۱۹ درصد)، نشان داد که برنامه سوم توسعه دارای اثرات مثبت بر روی توزیع متعادل‌تر امکانات و تسهیلات بهداشتی - درمانی در بین شهرستان‌های استان همدان بوده است (جدول ۷).

جدول ۶ - رتبه‌بندی و درجه توسعه یافتگی شهرستان‌های استان همدان-۱۳۸۳
در برخورداری از امکانات و تسهیلات بهداشتی - درمانی

| رتبه | درجه توسعه یافتگی | شهرستان |
|-------|-------------------|-----------|
| اول | ۰/۵۲۹ | تویسرکان |
| دوم | ۰/۶۱۴ | همدان |
| سوم | ۰/۶۷۵ | ملایر |
| چهارم | ۰/۷۳۷ | نهایند |
| پنجم | ۰/۷۳۹ | اسدآباد |
| ششم | ۰/۷۸۹ | رزن |
| هفتم | ۰/۹۰۲ | کبودرآهنگ |
| هشتم | ۰/۹۰۸ | بهار |

جدول ۷ - مقایسه نتایج سنجش درجه توسعه یافتگی شهرستان‌های استان همدان
در برخورداری از امکانات و تسهیلات بهداشتی - درمانی (۱۳۷۸-۱۳۸۳)

| | | |
|------------|------------------------------------|--|
| ۳۳/۰۱۹ | ضریب تغییرات درجه همگنی (درصد) C.V | جدول همگن سازی مناطق و تعیین درجه توسعه یافتگی ۱۳۷۸ |
| ۱/۵۲-۶/۴۶ | فاصله همگنی | |
| ۱۳/۶۲۸ | ایده آل شاخص استاندارد شده C_0 | |
| ۳۰/۵۶۳ | ضریب تغییرات درجه همگنی (درصد) C.V | جدول همگن سازی مناطق و تعیین درجه توسعه یافتگی ۱۳۸۳ |
| ۰/۹۱۵-۳/۷۹ | فاصله همگنی | |
| ۷/۶۶۸ | ایده آل شاخص استاندارد شده C_0 | |

نتیجه گیری

- از آن جایی که بهداشت و درمان نقش مهمی را در سیاست‌گذاری‌های دولت در بخش عمومی جامعه ایفاء می‌نماید، همواره این ادعا وجود داشته که سلامت مردم، سلامت اقتصاد جامعه را نیز با خود به همراه می‌آورد. بنابراین ارتقای سلامت و نقش مؤثر کنترل

عوامل محیطی در آن از چالش‌های اساسی هر نظام اقتصادی - اجتماعی محسوب می‌شود. در این راستا ارائه برنامه‌های پیشنهادی در زمینه ریشه‌کن کردن فقر و دستیابی به رشد و توسعه متوازن منطقه‌ای یعنی توزیع فراگیر امکانات و تسهیلات بهداشتی درمانی به نقاط مختلف کشور ضروری به نظر می‌رسد. بدیهی است که با پیگیری و اجرای اصل ۴۴ قانون اساسی در آینده، وظیفه کنترلی و نظارتی دولت در توزیع مناسب‌تر خدمات بهداشتی - درمانی، مهم‌تر از وظیفه ارائه مستقیم خدمات ناشی از وظیفه تصدی‌گری او خواهد بود.

- در مباحث توسعه اقتصادی مناطق استانی کشور، لازم است که سیاست‌های مرتبط با تمرکز زدایی در زمینه‌های برنامه‌ریزی منطقه‌ای، بودجه‌ریزی و تخصیص اعتبارات ملی و محلی به معنای واگذاری بخشی از امور به مناطق، کاهش فعالیت‌های دولتی و سپردن آن به بخش خصوصی به منظور افزایش کارایی از طریق مشارکت مردمی در فضایی رقابتی، به طور جدی پیگیری شود. به تجربه ثابت شده و داده‌های اطلاعاتی نیز نشان می‌دهند که اتخاذ سیاست‌های تمرکز زدایی و افزایش میزان مشارکت افراد محلی در توسعه اقتصادی می‌تواند ابزار مهمی در جهت افزایش نرخ رشد اقتصادی، کاهش بیکاری، شناخت توانایی‌ها و به کارگیری آن‌ها در سطحی فراگیر و توزیع بهتر درآمدها محسوب شود زیرا اگر توسعه به معنی بهبود رفاه مردم به ویژه قشر تولیدی و نیروی انسانی فعال و مشارکت جو است فعالیت‌های هدفمند آن نیز باید معطوف به برآورد نمودن نیازهای اساسی این قشر گردد.

- علیرغم تلاش مسئولین بهداشت و درمان استان همدان در فراگیر نمودن آثار توسعه‌ای برنامه‌های اقتصادی - اجتماعی، لازم است برای رفع مسائل و مشکلات منطقه‌ای ناشی از توزیع نابرابر امکانات و تسهیلات بهداشتی - درمانی در شهرستانهای مختلف استان گام‌های مؤثری در زمینه‌های پایین نگه داشتن نرخ‌های رسمی ارائه خدمات درمانی، توزیع منابع انسانی بخش سلامت خاصه پزشکان متخصص در بین شهرستان‌های

مختلف استان، توزیع بقیه منابع انسانی و همچنین منابع فیزیکی مانند، بیمارستان‌ها، مراکز توانبخشی، مراکز پرتونگاری، خانه‌های بهداشت، داروخانه‌ها برداشته شود که این امر نیازمند توجه بیش‌تر مسئولان این بخش در استان همدان می‌باشد.

- پوررضا، ابوالقاسم. (۱۳۸۳)، *اقتصاد بهداشت*، کتاب جامع بهداشت عمومی، تهران، انتشارات ارجمند.
- حسین زاده دلیر، کریم. (۱۳۸۱)، *برنامه ریزی ناحیه‌ای*، تهران، انتشارات سمت.
- رئیس دانا، فریبرز. (۱۳۸۳)، *الگوی ارزیابی برابری- کارآمدی در اقتصاد بهداشت*، فصلنامه تأمین اجتماعی، شماره اول.
- شادپور، کامل (۱۳۸۳)، *اصلاح بخش بهداشت*، کتاب جامع بهداشت عمومی، تهران، انتشارات ارجمند.
- کلاتری، خلیل. (۱۳۸۰)، *برنامه ریزی و توسعه منطقه‌ای، تئوریا و تکنیک‌ها*، تهران، انتشارات خوشبین.
- مجتهد، احمد و جوادی پور، سعید. (۱۳۸۳)، *بررسی اثر مخارج بهداشتی بر رشد اقتصادی؛ مطالعه موردی کشورهای منتخب در حال توسعه*، فصلنامه پژوهش‌های اقتصادی ایران، شماره ۱۹.
- مرکز آمار ایران. (۱۳۸۵)، *نتایج سرشماری ۱۳۸۵*، سالنامه آماری ایران، بخش بهداشت
- North Carolina Health and wellness Trust fund commission (2006), "Eliminating Health Disparities", **Journal of Health and wellness**, USA.
- Reddy Prashant, Ch. (2004), "Regional disparities on decline in AP a case study", **Journal of Business line**, India.
- Shikri, H., Belloaj R. and others.(2004), "Health indicators in Tunisia; Trends in regional disparities over the last thirty years", **National library of medicine, pub. Med. journal**
- Srinivasan, R. (2006), "Health care in India, vision 2020, issues and prospects", **planning commission Journal**, India.
- World Bank (2000), "International studies on health and economic development", USA.