

## Expanding the health care in deprived areas in Iran: policies and challenges

Soltan Ali Mir <sup>1</sup>, Saeid Khosravi <sup>2</sup>, Mahdi Mansouri Bidkani <sup>3</sup>, Ahmad Ali Khosravi <sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> Academic Member of Islamic Education Group, Islamic Azad University, Zahedan branch, Zahedan, Iran

<sup>2</sup> Ph.D. student in Political Science, Islamic Azad University, South Tehran branch, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Ph.D. student in Economics, Collage Economics and Ecouning, Islamic Azad University, Central Tehran branch, Tehran, Iran

Received: 5 August 2019 Accepted: 17 September 2019

### Abstract

Health is the axis of the social, economic, political and cultural development of all human societies and has particular importance in the development of the infrastructure of different sections of society. The final goal of any country's health care system is to improve the health of its people. Equal access to health services and equitable distribution of health resources is one of the main goals of health sector planners and policymakers in each country. Inequality in the distribution of health sector resources is more severe in developing countries such as Iran than in developed countries. Inadequate and poor budget allocation to the health sector, lack of proper and long-term planning are the main reasons for these inequalities.

Reducing inequality between different regions in accessing health resources is one of the most important goals of health policy makers in Iran. One of the main ways to achieve this goal is the balanced distribution of health facilities and resources across different geographical areas according to people's health needs and population levels. In this regard, the first step is awareness of the status of access to health services in different areas. There are numerous measures to bring about justice in the field of health and to expand health services in deprived areas such as: equipping various hospitals with modern facilities, acquiring specialist doctors and providing specialized services, and, especially, improving community nutrition. In recent years, military organizations have also played an influential role in expanding health services in deprived areas. All these efforts have extended health services to the lowest levels of the deprived community and strata for human dignity and increased attention on deprived areas. However, there is still a lack of justice in the health field that requires more careful planning and comprehensive efforts. In the meantime, the realization of health justice and the expansion of health services in deprived areas are effective factors in enhancing the efficiency of the Islamic republic system.

**Keywords:** Health Services, Development, Social Justice, Poverty Areas, Efficiency.

\*Corresponding author: Ahmad Ali Khosravi, Email: [ahmad.torab@gmail.com](mailto:ahmad.torab@gmail.com)

## گسترش خدمات درمانی در مناطق محروم در ایران: سیاستها و چالشها

سلطانعلی میرا<sup>۱</sup>، سعید خسروی<sup>۲</sup>، مهدی منصوری بیدکانی<sup>۳</sup>، احمد علی خسروی<sup>۱\*</sup><sup>۱</sup> عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زاهدان، زاهدان، ایران<sup>۲</sup> دانشجوی دکترا علوم سیاسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، ایران<sup>۳</sup> دانشجوی دکترا گروه اقتصاد، دانشکده اقتصاد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، ایران

## چکیده

سلامتی، محور توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و اهمیت ویژه ای در توسعه زیرساخت بخشهای مختلف جامعه دارد. هدف نهایی نظام ارایه خدمات بهداشتی و درمانی هر کشور، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم است. دسترسی عادلانه به خدمات درمانی و توزیع برابر منابع سلامت یکی از اهداف اصلی برنامه‌ریزان و سیاستگذاران بخش سلامت در هر کشوری است. بی‌عدالتی در توزیع منابع بخش سلامت در کشورهای در حال توسعه مانند ایران در مقایسه با کشورهای توسعه یافته دارای شدت بیشتری است. تخصیص نامناسب و کم بودجه به بخش سلامت، نبود برنامه‌ریزی مناسب و بلندمدت از دلایل عمده این نابرابری‌ها است.

کاهش نابرابری بین مناطق مختلف، در زمینه دسترسی به منابع بهداشت و درمان از مهمترین اهداف سیاستگذاران بخش سلامت در ایران است. یکی از راههای اصلی رسیدن به این هدف، توزیع متعادل امکانات و منابع سلامت در مناطق جغرافیایی مختلف با توجه به نیازهای سلامتی مردم و سطح جمعیت می‌باشد. در این راستا، اولین گام، آگاهی از وضعیت دسترسی به خدمات سلامت در مناطق مختلف است. در راستای برقراری عدالت در حوزه سلامت، در جهت گسترش خدمات درمانی در مناطق محروم اقدامات متعددی همچون تجهیز و راه اندازی بیمارستانهای مختلف در مناطق محروم با استفاده از امکانات روز، حضور پزشکان متخصص و ارائه خدمات تخصصی در مناطق محروم، بهبود تغذیه جامعه بویژه در مناطق محروم انجام گرفته است. در سالهای اخیر، سازمانهای نظامی نیز در جهت گسترش خدمات درمانی در مناطق محروم نقش تاثیرگذار داشته اند. همه این تلاشها در جهت گسترش خدمات درمانی به پائین‌ترین سطوح جامعه و قشر محروم در راستای کرامت انسانی و توجه به مناطق محروم صورت گرفته است. با این وجود هنوز جای خالی عدالت در حوزه سلامت احساس می‌شود و نیاز بیشتری به برنامه‌ریزی‌های دقیق و تلاشهای همه جانبه دارد. ضمن اینکه تحقق عدالت سلامت و گسترش خدمات درمانی در مناطق محروم، عامل موثری برای اثبات کارآمدی نظام و امیدوار کردن مردم در مقابل القای یاس و ناامیدی از طرف معاندین در تقابل با انقلاب می‌باشد.

**کلیدواژه‌ها:** خدمات درمانی، توسعه، عدالت اجتماعی، مناطق محروم، کارآمدی.

\*نویسنده مسئول: احمد علی خسروی. پست الکترونیک: [ahmad.torab@gmail.com](mailto:ahmad.torab@gmail.com)

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۵/۱۴ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۶/۲۶

## مقدمه

انسان سالم، محور توسعه پایدار است و توجه به سلامتی انسان و تلاش برای حفظ، ارتقا و گسترش آن، همواره یک اولویت محسوب می‌شود. در دنیای امروز و در همه جوامع، خدمات سلامت، پیش نیاز توسعه پایدار و همچنین زمینه ساز سلامت جسمی و روانی افراد است؛ لازمه این کار، دسترسی متوازن و متعادل به امکانات و خدمات بخش سلامت در نواحی مختلف جغرافیایی می‌باشد. منابع بهداشتی و خدمات مربوط به آن بایستی به صورت یکنواخت و منصفانه در اختیار همه مردم قرار گیرد، اما توزیع ناعادلانه ثروت و حقوق اجتماعی نابرابر، مانع از آن شده که اکثریت جامعه بتوانند از امکانات موجود بهداشتی و درمانی متناسب با نیازهای خود بهره جویند. برقراری عدالت اجتماعی در سیستم خدمات درمانی و مراقبت‌های بهداشتی و تخصیص عادلانه منابع در جامعه، امری ضروری است. این موضوع هم در اولویت بندی تخصیص منابع در سطح جامعه و هم در سهمیه بندی‌ها و انتخاب افراد و گروه‌ها برای خدمات، مورد بحث است و عدالت باید در تمامی مراحل مراقبت‌های بهداشتی رعایت شود (۱).

وضعیت خدمات بهداشتی در کشورهای توسعه یافته تا حدود زیادی رضایت بخش می‌باشد، اما در کشورهای در حال توسعه به دلایل مختلف از قبیل فقدان برنامه‌ریزی بهداشت ملی، سیستم نادرست خدمات بهداشت و درمان و کم اهمیت قلمداد کردن بخش بهداشت، سهم کمتری از امکانات و منابع خود را در اختیار این بخش قرار می‌دهند و بدین لحاظ شکاف عمیقی بین کشورهای در حال توسعه و پیشرفته مشاهده می‌شود. تجربه بررسی‌های مناطق در کشورهای مختلف مبین آن است که برخی مناطق در مقایسه با سایر مناطق یک کشور، عملکرد بهتری داشته در نتیجه از رشد و توسعه مطلوب‌تری برخوردار بوده اند (۲). در ایران نیز مانند اکثر کشورهای در حال توسعه در زمینه اقتصادی و اجتماعی آن یک یا چند منطقه دارای مسؤلیت اصلی در زمینه ایجاد درآمد و تولید ملی و برخوردار از خدمات عمومی و بالطبع شکوفایی اقتصادی اجتماعی بوده که به قیمت عقب نگهداشتن مناطق دیگر بوده است (۳).

پس از پیروزی انقلاب شکوهمند اسلامی، توجه ویژه ای به بخش سلامت در ایران صورت گرفته و قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران حداقل در سه اصل، تأمین بهداشت و درمان را جز نیازهای اساسی تعریف کرده و دولت را موظف به بسیج امکانات خود نموده تا سلامت آحاد ملت را تأمین نماید، اما هم اکنون کشور از نظر برخورداری از شاخصهای مختلف توسعه دارای اختلافات زیادی می‌باشد و همانند دیگر کشورهای در حال توسعه است. چنین وضعیتی در اکثر مناطق و استانهای کشور صادق می‌باشد. شایان ذکر است که قبل از تدوین برنامه‌ها و انجام اقدامات مناسب برای زدودن نابرابری‌های موجود در بخش سلامت، لازم است برنامه، بزان و سیاست‌گذاران در خصوص شاخصهای مختلف مربوط

به این بخش و کیفیت دسترسی به انواع امکانات و خدمات در مناطق مختلف یک کشور آگاهی کافی داشته باشند (۴).

## نابرابری منابع سلامت در دنیا

بی‌عدالتی در توزیع منابع بخش سلامت مختص ایران و دیگر کشورهای در حال توسعه نیست و در کشورهای توسعه یافته نیز دیده می‌شود، با این تفاوت که این بی‌عدالتی در کشورهای در حال توسعه در مقایسه با کشورهای توسعه یافته دارای شدت بیشتری است. نیمی از مردم جهان در حال حاضر در مناطق روستایی و دور افتاده زندگی می‌کنند، اما این مناطق تنها ۳۸ درصد از کل نیروی کار پرستاری و کمتر از یک چهارم مجموع نیروی کار پزشک را در اختیار دارند. این وضعیت در ۵۷ کشور جهان که با کمبود اساسی کارکنان آموزش دیده در حوزه سلامت مواجه هستند، شدت می‌یابد، به صورتی که حدود یک میلیارد نفر به خدمات ضروری در حوزه بهداشت و سلامت دسترسی ندارند (۵).

حتی در کشورهای با درآمد بالا، کمبود کارکنان بهداشتی در مناطق دورافتاده و روستایی وجود دارد. در ایالات متحده، ۹٪ از پزشکان در مناطق روستایی فعالیت دارند که در آن مناطق حدود ۲۰٪ جمعیت زندگی می‌کنند (۶). فرانسه دارای نابرابری‌های زیادی در تراکم پزشکان عمومی است، به این ترتیب که تراکم پزشکان بیشتر در جنوب و پایتخت در مقایسه با مرکز و شمال فرانسه است (۷). در کانادا تنها ۹/۳٪ از پزشکان در مناطق دورافتاده و روستایی کار می‌کنند که ۲۴ درصد جمعیت در آنجا زندگی می‌کنند (۸).

نتایج مطالعه Mullen و همکاران در سال ۲۰۱۴ نشان داد که نابرابری جغرافیایی زیادی در دسترسی به مراکز اولیه سکتور در آمریکا وجود دارد و مناطق روستایی دارای محدودیت دسترسی بیشتری نسبت به مناطق شهری هستند. در شهرهای کوچکتر که وضعیت درآمد کمتر، سطح سواد پایین‌تر و تعداد بیمه نشده بیشتری دارند میزان استفاده از خدمات و منابع بخش سلامت در مقایسه با سایر شهرهای دیگر کمتر است (۹).

در انگلیس نیز در حالی که دسترسی عادلانه به منابع سلامت برای همگان در سال ۱۹۴۸ در مرکز خدمات ملی انگلستان در دستور کار قرار داشته اما همچنان نابرابری‌های دسترسی به هر یک از پنج حوزه خدمات درمانی شامل مشاوره عمومی پزشکان، مراقبت‌های پزشکی اورژانسی، خدمات بهداشت روانی، پیشگیری و ارتقاء سلامت، و مراقبت‌های بهداشتی درازمدت مشهود است (۱۰).

بر اساس نتایج مطالعه Pallikadavath و همکاران در سال ۲۰۱۳ گرچه تعداد کافی منابع انسانی در کشور هند وجود دارد ولی توزیع آنها در بین ایالتها بسیار نابرابر بوده و دسترسی فیزیکی یکسان به این منابع در همه ایالتها وجود ندارد (۱۱).

## توزیع برابر منابع سلامت

شکل مطلوب‌تری انجام شود، اما هنوز اهداف عدالت در سلامت به ویژه در مناطق محروم به شکل مطلوبی حاصل نشده است. در ادامه به برخی از اقدامات صورت گرفته در جهت گسترش خدمات درمانی در مناطق محروم در راستای تامین اهداف عدالت در حوزه سلامت اشاره می‌گردد.

#### ارائه خدمات درمانی در مناطق محروم

خدمات رسانی به مردم مناطق محروم یکی از اولویت‌های اصلی وزارت بهداشت و درمان است و در راستای تحقق اهداف نظام جمهوری اسلامی مبنی بر محرومیت زدایی از مناطق محروم تلاش می‌شود که در نزدیک ترین مکان به محل زندگی افراد به آنان خدمات درمانی ارائه گردد. ارائه خدمات بهداشتی و درمانی با سطح بندی به مردم مناطق محروم و در قالب سیستم ارجاع از خانه‌های بهداشت در روستاها شروع شده و به بیمارستان‌های تخصصی در شهرهای بزرگ ختم می‌شود. گسترش خدمات درمانی به پائین‌ترین سطوح جامعه و قشر محروم در راستای کرامت انسانی و توجه به مناطق محروم صورت می‌گیرد که باید تلاش‌های بیشتر و مستمری در دستور کار باشد (۱۵).

#### گسترش مراکز درمانی در مناطق محروم

توجه ویژه و گسترش مراکز درمانی در مناطق محروم و ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات درمانی از جمله برنامه‌های وزارت بهداشت در نظام جمهوری اسلامی ایران است. تأسیس بیمارستان‌های مختلف و تربیت بومی پزشک متخصص نشان از خدمات انقلاب اسلامی در عمر ۴۰ ساله خود دارد و اثبات‌کننده توجه به نقاط محروم و روستاها در نظام اسلامی است. تجهیز و راه‌اندازی بیمارستان‌های مختلف در مناطق محروم با استفاده از امکانات روز باعث بهبود فرایند خدمات دهی شده است. اگرچه ناپایداری منابع مالی نظام سلامت از مهمترین دغدغه‌های وزارت بهداشت بوده که بایستی پایداری منابع مالی نظام سلامت به روش‌های مختلف پیگیری و هزینه‌ها کاهش یابد و در این راستا منابع جدیدی خلق شود (۱۶).

در حالت مطلوب باید دسترسی همه افراد جامعه در دورافتاده‌ترین و محرومترین مناطق کشور، به خدمات بهداشتی و درمانی میسر گردد، اما برخی از خدمات، ماهیت ویژه و تخصصی دارند که ایجاد آنها فقط در شهرهای بزرگ، مقدور و میسر است. صرف نظر از این نوع خدمات، از آنجا که سطح آستانه توزیع خدمات گوناگون، با یکدیگر متفاوت است، در مراکز کم جمعیت یکی از موانع در ارائه خدمات، آستانه جمعیتی است. بنابراین بایستی بعضی از خدمات به صورت سیار یا در روزهای خاصی از هفته در مناطق محروم ارائه گردد. علاوه بر این از آنجایی که قیمت‌ها نیز در توزیع منابع نقش بسزایی ایفا می‌کنند، لازم است برای رفع مسایل و مشکلات ناشی از توزیع نابرابر امکانات و تسهیلات بهداشتی- درمانی، گام‌های موثری در زمینه‌های پایین نگه‌داشتن نرخ‌های

دسترسی عادلانه به خدمات و توزیع برابر منابع سلامت یکی از اهداف اصلی برنامه ریزان و سیاستگذاران بخش سلامت در هر کشوری است. تخصیص نامناسب و کم بودجه به بخش سلامت، نبود برنامه ریزی مناسب و بلندمدت از دلایل عمده بی‌عدالتی در توزیع منابع بخش سلامت در کشورهای در حال توسعه است. دسترسی به خدمات سلامت یک مفهوم چندبعدی است که هم شامل دسترسی فیزیکی و هم شامل دسترسی مالی می‌باشد. دسترسی فیزیکی معمولاً به عنوان توزیع جغرافیایی منابع و امکانات بخش بهداشت و درمان در شهرستان‌های یک استان یا استان‌های یک کشور تعریف می‌شود. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد توزیع منابع بین مناطق مختلف در بخش سلامت دارای وضعیت نامناسب و نابرابری است و شکاف زیادی در دسترسی فیزیکی به منابع بخش سلامت بین مناطق مختلف وجود دارد. مطالعات پیشین نشان می‌دهد که بین مراکز استان‌های ایران و شهرستان‌های آنها از نظر دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، اختلاف و شکاف زیادی وجود دارد. به طوری که شهر تهران بسیار برخوردار، تعداد محدودی از شهرستان‌های بزرگ برخوردار و تا حدی برخوردار و بقیه شهرستان‌ها دارای وضعیت محروم هستند. بررسی وضعیت دسترسی و توزیع یکسان و بهینه منابع سلامت در هر کشوری از اهمیت اساسی برخوردار است چرا که یکی از راه‌های مؤثر و تأثیرگذار در ارتقاء سطح سلامت در هر کشوری می‌باشد. کاهش نابرابری بین مناطق مختلف، خصوصاً در زمینه دسترسی به منابع بهداشت و درمان یکی از مهمترین اهداف سیاستگذاران بخش سلامت در ایران است. یکی از راه‌های اصلی رسیدن به این هدف، توزیع متعادل امکانات و منابع سلامت در مناطق جغرافیایی مختلف با توجه به نیازهای سلامتی مردم و سطح جمعیت می‌باشد. در همین راستا، اولین گام در کاهش نابرابری بالقوه، آگاهی از وضعیت دسترسی به خدمات سلامت در مناطق مختلف است (۱۲، ۱۳).

#### اقدامات صورت گرفته در جهت گسترش خدمات درمانی در مناطق محروم

سیاست کشور در شرایط فعلی بر اساس رفع نیازهای حوزه سلامت بویژه در مناطق محروم بوده است. در حال حاضر پوشش شبکه بهداشت و درمان در کشور بسیار متحول و گسترده شده است. پوشش واکسیناسیون در کشور هم اکنون به ۱۰۰ درصد رسیده و ۱۸ هزار خانه بهداشت در نقاط روستایی راه اندازی شده که از این نظر در ۲۶ کشور شرق مدیترانه، رتبه اول مربوط به ایران است (۱۴).

دو دیدگاه راهبردی در حوزه بهداشت و درمان داخل کشور وجود دارد، ارائه خدمات درمانی به آسیب پذیرترین اقشار (عمدتاً در مناطق محروم) و ارائه خدمات پیشگیرانه در حوزه بیماری‌های واگیردار و غیرواگیر می‌باشد. از سویی دیگر اگرچه در سال‌های پس از انقلاب پیشرفت‌های فناوری و علم پزشکی در کشور رشد چشمگیری داشته و این پیشرفت‌ها موجب شده درمان بیماران به

مناطق محروم اجرا می‌شود و بر اساس نیاز استان‌ها خدمات توانبخشی نیز در برخی استان‌ها ارائه می‌گردد. با این وجود هنوز احساس نیاز در این زمینه بسیار مشهود است (۱۹).

### گسترش خدمات توانبخشی معلولان در مناطق محروم شهری

طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه از ۲۰ سال گذشته تاکنون در روستاها و مناطق محروم کشور با همکاری بهزیستی، نظام خدمات بهداشت اولیه، دهیاری‌ها، وزارت کشور، در دست اجراست. در سالهای اخیر، پوشش ۱۰۰ درصدی در بخش توانبخشی مبتنی بر جامعه در بخش روستایی حاصل شده است. اجرای توانبخشی مبتنی بر جامعه در مناطق محروم حاشیه شهرها نیز در دستور کار قرار دارد (۲۰).

### گسترش خدمات ناباروری در مناطق محروم

وزارت بهداشت برای حمایت از زوج‌های نابارور، در تلاش است مراکز درمان ناباروری را در مراکز دانشگاهی راه‌اندازی کند که با تعرفه دولتی به زوجین نابارور خدمات ارائه دهد و زوجین تنها فرانشیز خدمات را پرداخت کنند چرا که خدمات ناباروری به طور کلی تحت پوشش بیمه قرار ندارند. در همین راستا وزارت بهداشت برنامه گسترش خدمات ناباروری در مناطق محروم را در دستور کار دارد و چندین مراکز جدید سطح سه نیز در مناطق محروم در حال ساخت دارد (۲۱).

### اجرای پایش سلامت و ورزش در مناطق محروم

طرح کشوری پایش سلامت و ورزش در مناطق محروم در یکی از استانها اجرا شده و قرار است ماهانه این مناطق مورد پایش قرار بگیرند. در این طرح مشکلات حرکتی و فیزیولوژیکی افراد مورد بررسی قرار گرفته و اگر فرد دچار بیماری باشد، به مراکز درمانی جهت ادامه درمان بصورت رایگان معرفی شوند. کودکان و نوجوانان توسط تیم پزشکی ماهر شامل کارشناسان فیزیولوژی، روانشناسی، ورزشی و فرهنگی پایش سلامت می‌شوند. طرح پایش سلامت علاوه بر اینکه موجب گسترش و اشاعه فرهنگ بسیجی می‌شود، می‌تواند در خدمت‌رسانی به مناطق محروم نقش خوبی ایفا کند (۲۲).

### حضور پزشکان متخصص در مناطق محروم

اگرچه تولید نیروی انسانی متخصص در حیطه سلامت در سالهای اخیر رو به افزایش بوده و در حال حاضر ۶۶ دانشگاه و دانشکده علوم پزشکی در کشور فعالیت دارند، اما توزیع نیروی انسانی متخصص از مدل علمی و کارآمد در حوزه سلامت پیروی نمی‌کند. کمبود کادر پزشکی در شهرها، بخشها و روستاهای دورافتاده کشور و تراکم فارغ‌التحصیلان این رشته‌ها در کلانشهر پایتخت، سایر کلانشهرها و مراکز استانها همواره باعث ایجاد اختلال در ارائه خدمات تشخیصی و درمانی به ساکنین مناطق محروم و نیازمند کشور شده است. از این رو، جهت رفع معضل کمبود کادر درمانی، در سال ۱۳۶۷ قانون مربوط به خدمت پزشکان و پیراپزشکان به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید و به موجب

رسمی آرایه خدمات درمانی، توزیع مناسب منابع انسانی بخش سلامت و توزیع متوازن منابع فیزیکی برداشته شود (۱۶).

برای دسترسی همه مردم باید خدمات به صورت سطح‌بندی ارائه شود تا اقصاء مختلف از خدمات مورد نیاز برخوردار شوند. برای ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی به بیماران نیازمند که توان مالی ندارند، برنامه‌ریزی دقیق الزامی است و تلاشهای بیشتری باید انجام شود.

### راه‌اندازی پلی کلینیک های درمانی در مناطق محروم

افزایش تعرفه‌های ویزیت، اقصاء متوسط یا طبقات پایین جامعه را برای گرفتن خدمت از بخش خصوصی دچار مشکل می‌کند (۱۷)، به همین منظور وزارت بهداشت راه‌اندازی کلینیک‌های ویژه جدید را در دستور کار قرار داده است. وزارت بهداشت برای اینکه بتواند دسترسی مردم را در مناطق مختلف کشور بویژه مناطق محروم به خدمات ویزیت استاندارد و ارزان قیمت فراهم کند پلی کلینیک‌های جدید راه‌اندازی کرده است. سیاست وزارت بهداشت استانداردسازی خدمات و ارزان بودن آن برای طبقات متوسط و محروم جامعه است. این خدمات از طریق پوشش بیمه‌ای در اختیار طبقات متوسط و محروم جامعه قرار می‌گیرد.

### افزایش تعداد و نسبت تخت‌های بیمارستانی در مناطق محروم

پس از پیروزی انقلاب اسلامی تخصیص تخت‌های بیمارستانی به ویژه در مراکز درمانی دولتی به سمت مناطق محروم و کم برخوردارتر رفته و تخت‌های زیادی در این مناطق محروم احداث شده است. با این وجود، بهره برداری از تخت‌های بیمارستانی در مناطق محروم به میزان کافی انجام نگرفته است.

در برخی از مناطق محروم که وزارت بهداشت مجبور است بیمارستان‌های کوچک داشته باشد ضریب اشغال تخت به طور چشمگیری کاهش پیدا کرده است. با توجه به اینکه اداره مراکز درمانی کوچک مطابق با اقتصاد درمان نیست، برای بیمارستان‌هایی که ضریب نیروی انسانی نسبت به تخت پایین بوده، برنامه ریزی خوبی انجام شده است تا مشکلات به ویژه در بخش بستری به سرعت برطرف شود. امروزه نسبت تخت به جمعیت در بیمارستان‌های کشور به طور متوسط ۶/۱ به ازای هر هزار نفر جمعیت است و بر اساس برنامه قرار است این نسبت تا سال ۱۴۰۴ به ۶/۲ تخت برسد که مطابق با استانداردهای دنیا است. سیاست‌های وزارت بهداشت مبنی بر این است که مراقبت‌های سرپایی و مراقبت در منزل نسبت به مراقبت‌های بستری گسترش پیدا کند، زیرا این کار باعث می‌شود تا اقتصاد درمان مقرون به صرفه‌تر شود و کمک بیشتری به سلامت مردم بویژه در مناطق محروم گردد (۱۸).

### گسترش خدمات دیالیز و شیمی‌درمانی در مناطق محروم

سه اولویت کلان، شامل خدمات دیالیز بیماران کلیوی، بخش‌های شیمی‌درمانی (کموترابی) و خدمات تخصصی در مناطق محروم وجود دارد، خدمات تخصصی غالباً و به صورت خاص در



برای خدمت در روستاها با تاکید بر گزینش افراد بومی و پیوند دادن آموزش با سطوح مختلف عرضه خدمات، به همراه فراهم آوردن امکان مشارکت فعال و سازمان یافته مردم در سطوح برنامه‌ریزی و استفاده از استراتژی داوطلبان و سفیران سلامت، از دیگر اهداف شبکه بهداشت کشور بوده است. در همین راستا، توسعه خدمات بهداشت عمومی با تاکید بر آموزش بهداشت عمومی، تامین آب سالم و کافی برای همه، افزایش دسترسی مردم به خدمات پزشکی عمومی و ماما در اقصی نقاط کشور حتی در مناطق مرزی و دور افتاده، تامین خدمات پاراکلینیک برای تمامی جمعیت روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر کشور، تامین و ارتقای سلامت مادر و کودک، نوجوانان و جوانان، میانسالان و سالمندان و مبارزه با بیماری‌های واگیر و غیرواگیر به ویژه دیابت، پرفشاری خون و سرطان‌های شایع، از دیگر اهداف شبکه بهداشت بوده است (۲۶، ۲۷).

اضافه شدن بسته خدمات سلامت دهان و دندان برای گروه‌های هدف مادران باردار و کودکان کمتر از ۱۴ سال، افزایش ۹۵ درصدی دسترسی مردم به خدمات بهداشتی درمانی نوزادان، ترویج تغذیه با شیر مادر در سیستم بهداشتی درمانی کشور، ارائه آموزش‌هایی منطبق بر پروتکل‌های وزارت بهداشت در تمامی مراکز بهداشتی و درمانی و سایر سازمان‌ها به سالمندان و مراقبین سالمند، از جمله مهم‌ترین برنامه‌های حوزه بهداشت کشور است (۲۸).

#### بهبود تغذیه جامعه بویژه در مناطق محروم

تدوین و اجرای سند ملی تغذیه و امنیت غذایی در کشور با تاکید بر مناطق محروم، تدوین و اجرای ساختار و تشکیلات بهبود تغذیه جامعه در سطح استان و شهرستان، تدوین و اجرای برنامه کشوری پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید در کشور، تدوین و اجرای برنامه مداخله‌ای بین بخشی کاهش سوءتغذیه کودکان، از مهمترین برنامه‌های معاونت بهداشت در بهبود تغذیه جامعه بوده است. از تامین و توزیع مکمل‌های ریزمغذی‌ها بطور رایگان برای گروه‌های آسیب پذیر (مادران باردار و شیرده و کودکان، نوجوانان، جوانان، میانسالان و سالمندان) از طریق شبکه‌های بهداشتی درمانی در مناطق شهری، حاشیه شهر و مناطق روستایی کشور، اجرای برنامه مکمل یاری مگادوز ویتامین A در استان‌های مواجه با کمبود شدید شامل سیستان و بلوچستان، کهگیلویه و بویر احمد، کرمان و هرمزگان به منظور پیشگیری و کنترل کمبود ویتامین A، تدوین و اجرای طرح غنی‌سازی شیر با ویتامین D به منظور تامین ویتامین D مورد نیاز آحاد مختلف جامعه و پیشگیری از عوارض و پیامدهای ناشی از کمبود این ویتامین، کاهش میزان قند، نمک و چربی در محصولات غذایی با بازنگری استانداردهای مواد غذایی از ۱۵ تا ۵۰ درصد به منظور پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر مرتبط با تغذیه از جمله دیابت، بیماری‌های

آن فارغ‌التحصیلان رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی مکلف شدند که سالهای اولیه خدمت خود را خارج از تهران و در شهرهای دورافتاده انجام دهند. در همین راستا پیشنهاد می‌شود مدل برنامه‌ریزی نیروی انسانی در نظام سلامت کشور بر مبنای ارتباط بین اجزای مدل مانند اطلاعات پزشکان و متخصصان، خدمات، آموزش و خطمشی‌ها و با استفاده از بازخورد و همپوشانی این حلقه‌ها با یکدیگر به عنوان اجزا یک نظام مراقبت سلامت تدوین و ارائه شود (۲۳).

در دهه چهارم انقلاب سه هزار پزشک متخصص و فوق تخصص در مناطق محروم کشور خدمت می‌کنند و با ایجاد ۵۰۰ کلینیک ویژه و افزودن ۲۰ هزار تخت بیمارستانی به بخش درمان در سال‌های اخیر خدمات بیشتر و بهتری در حوزه سلامت به مردم مناطق محروم ارائه شده است. با این وجود نیاز به تلاشها و برنامه‌ریزی‌های بیشتری در این زمینه احساس می‌شود (۲۴).

#### پزشک خانواده در مناطق محروم

اجرای طرح پزشک خانواده در روستاها با هدف پیشگیری و درمان ساکنین مناطق محروم می‌تواند گامی بسیار موثر باشد به شرطی که طبق استانداردهای جهانی و با نگاهی بومی انجام پذیرد. برنامه پزشک خانواده با محور ارائه بسته خدماتی در حوزه بهداشت و درمان به جمعیت تحت پوشش، مورد تأکید قرار گرفته و این بسته خدماتی نیز در بحث نظام مراقبت، کنترل بیماریها، بیماریابی، غربالگری و به طور کلی خدمات جامع حوزه بهداشت و درمان با اولویت ارایه به موقع این خدمات تعریف شده است. پزشک خانواده موظف به ارایه خدمات با کیفیت، جامع و متناسب با نیاز مردم برای تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت فرد، خانواده و جامعه است و مسئول ارتقاء سلامت جسمی، روانی و اجتماعی جمعیت تحت پوشش خود اعم از سالم یا بیمار و بدون توجه به اختلاف سنی، جنسی، اقتصادی، فرهنگی و نوع بیماری است. پزشک خانواده مسئول ارایه مستمر خدمات سلامت به افراد تحت پوشش خود، از لحظه قبل از تولد تا مرگ است در حقیقت وی موظف به ارایه خدمات با کیفیت، جامع و متناسب با نیاز مردم برای دستیابی به سلامت، حفظ و ارتقاء آن است. یکی از مهمترین چالشهای برنامه پزشک خانواده عدم ماندگاری پزشکان که پایه اصلی طرح پزشک خانواده محسوب می‌شوند، بویژه در مناطق محروم است که می‌بایست برای این چالش، تدابیری اندیشیده شود (۲۵).

#### مهم‌ترین اقدامات و خدمات در حوزه بهداشت در مناطق محروم

شبکه بهداشتی ایران، به عنوان الگوی مورد تایید سازمان جهانی بهداشت، از اعتبار ویژه‌ای در منطقه برخوردار است اما همچنان گرفتار مشکلات و چالش‌های زیادی است. شبکه بهداشت کشور با اولویت قراردادن مناطق محروم و روستاها در تخصیص و توزیع منابع و توجه ویژه به گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه مانند کودکان، مادران، سالمندان، داشته است. تربیت نیروی انسانی به‌روز

قلبی عروقی، سرطان‌ها، به عنوان دیگر برنامه‌های این معاونت نام برد.

شناسایی کودکان زیر ۵ سال مبتلا به سوءتغذیه در خانوارهای نیازمند و حمایت تغذیه ای آنها با توزیع سبد غذایی رایگان، ارائه خدمات و مراقبت‌های تغذیه‌ای کودکان، اجرای برنامه آهن یاری هفتگی دختران دانش آموز در کلیه دبیرستان‌های دختران کشور به منظور پیشگیری و کنترل کم خونی فقر آهن در نوجوانان کشور، اجرای برنامه مکمل یاری ماهانه ویتامین D در دبیرستان‌های دخترانه و پسرانه کشور به منظور پیشگیری و کنترل کمبود ویتامین D و عوارض ناشی از آن، اجرای برنامه شیر مدرسه برای دانش‌آموزان در هر سال تحصیلی و توزیع شیر غنی شده در مدارس ۱۴ استان کشور، شناسایی مادران باردار و شیرده مبتلا به سوءتغذیه و ارائه مراقبت‌های ویژه تغذیه ای و حمایت تغذیه ای آنها با توزیع سبد غذایی رایگان، از دیگر اقدامات در جهت ارتقای سلامت تغذیه جامعه بویژه در مناطق محروم بوده است (۳۱-۲۹).

#### ارائه خدمات پزشکی رایگان در مناطق محروم به مناسبت‌های مختلف

در مناسبت‌های مختلف فرهنگی، مذهبی و تاریخی، خدمات بهداشتی درمانی رایگان پیرو منویات رهبر معظم انقلاب مبنی بر اجرای اردوهای جهادی و ارائه خدمات به ویژه در مناطق روستایی و در راستای شعار "سلامت برای همه، همه برای سلامت" (۳۲)، در مناطق محروم انجام می‌گیرد. این طرح‌ها با استقبال بیش از حد مردم مناطق محروم مواجه است و یکی از تاثیرگذارترین طرح‌های محرومیت‌زدایی و کمک به مردم بی‌بضاعت است که هر ساله در ایام مختلف سال در مناسبت‌های مختلف، برگزار می‌گردد. اجرای این گونه طرح‌ها به صورت داوطلبانه و با همکاری و مشارکت پزشکان متخصص انجام می‌شود.

اجرای این گونه برنامه‌ها، جهادی و نشأت گرفته از تفکر بسیجی است و جامعه پزشکی کشور همگام با انقلاب اسلامی تفکر بسیجی و مدیریت جهادی را برای کمک و مساعدت به مردم بویژه در مناطق محروم در سرلوحه کار خود دارد.

#### مشارکت خیرین در گسترش خدمات درمانی در مناطق محروم

گسترش مشارکت و برقراری ارتباط با خیرین جامعه به منظور رفع مشکلات حوزه سلامت بویژه در مناطق محروم از اهمیت زیادی برخوردار است. برای رفع مشکلات و دغدغه‌های نظام سلامت نباید تنها به منابع دولتی اکتفا کرد بلکه باید از راههای دیگر نظیر مشارکت مردم و خیرین بهره برد و به طور حتم استفاده از ظرفیت‌های خیرین در خدمت‌رسانی به مناطق محروم و دورافتاده می‌تواند مشکلات و دغدغه‌های نظام سلامت را در مناطق روستایی و دورافتاده کشور کاهش دهد.

#### طرح تحول سلامت در مناطق محروم

گسترش مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC) در ایران به طور عمده بر اساس اصول بهداشت همگانی کنفرانس آلماتا است. مراقبت‌های اولیه سلامت به طور چشمگیری به بهبود نتایج سلامت و بهداشت به ویژه در مناطق روستایی منجر شده است، با این حال پاسخگوی نیازهای رو به رشد سلامت مردم در چند دهه اخیر نیست. نظام‌های سلامت پیوسته تلاش می‌کنند تا با لحاظ منابع محدود، شاخص‌های دسترسی و عدالت، کیفیت و کارایی را بهبود دهند طرح تحول نظام سلامت ایران (Health System Evaluation Plan -or- Health Transformation Program) با همین رویکرد در ۱۳۹۳ آغاز شد. آثار مثبت طرح، در قالب کاهش پرداخت‌های مردمی در بخش بستری دولتی، کاهش تعداد افراد فاقد بیمه، حفاظت از بیماران آسیب پذیر، توسعه زایمان طبیعی، ارتقای دارایی‌های مشهود حوزه سلامت و بهبود دسترسی به خدمات تخصصی؛ و آثار منفی طرح در قالب افزایش تقاضای القایی، افزایش کل هزینه‌های درمانی، افزایش بار مراجعات مراکز دولتی، افزایش سهم هزینه‌های سلامت از سبد هزینه خانوار، افزایش ناراضی‌ت کادرهای درمانی به دنبال بی‌عدالتی در پرداختها و افزایش اختلالات در زنجیره تامین دارو تحلیل شده است. به علاوه عدم انجام مطالعات امکان‌سنجی، عدم وجود منابع پایدار برای ادامه طرح، مغایرت با سیاست‌های بالادستی، تضادمنافع در سیاست‌گذاری، اولویت درمان بر پیشگیری، مدیریت ناکارآمد منابع انسانی و پایین بودن اثربخشی سیاست‌ها بعنوان چالش‌های اصلی طرح شناسایی شده‌اند. به رغم دستاوردهای طرح، عدم یکپارچگی و عدم برخورداری از منطق صحیح اقتصادی مانع تحقق اهداف نهایی طرح شده و باگذشت زمان برخی از آثار مثبت آن که باصرف منابع زیادی به دست آمده بودند، روند معکوس به خود گرفته که نیاز به بازبینی‌های اساسی دارند (۳۳، ۳۴).

#### نقش سازمان‌های نظامی در گسترش خدمات درمانی در مناطق محروم

دامنه اقدامات غیررزمی نیروهای مسلح، در سال‌های اخیر با شتاب قابل توجهی روبه‌روست. سپاه و ارتش همزمان با تلاش برای ارتقا توان رزمی خود، در انجام فعالیت‌های محرومیت‌زدایی، امدادسانی و خدمت‌رسانی به مردم نیز نقش بی‌بدیلی ایفا می‌کنند. در اصل ۱۴۷ قانون اساسی کشورمان آمده است: «دولت باید در زمان صلح از افراد و تجهیزات فنی ارتش در کارهای امدادی، آموزشی، تولیدی، و جهاد سازندگی، با رعایت کامل موازین عدل اسلامی استفاده کند در حدی که به آمادگی رزمی آسیبی وارد نیاید». شاید بارزترین نمونه کمک نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران به دولت، در ماه‌های اخیر و پس از وقوع سیل و زلزله در استان‌های خوزستان، لرستان، گلستان، کرمانشاه و دیگر مناطق آسیب دیده جلوه کند. امدادسانی گسترده و مستمر سپاه و ارتش به مردم مناطق محروم، با برگزاری رزمایش‌های متعدد بهداشت و درمان سپاه و ارتش و همچنین افتتاح پروژه‌های درمانی محرومیت‌زدایی همراه بوده است. در جریان این رزمایش‌ها، مردم

این محرومیت‌ها، بیماران مناطق روستایی و حتی شهری شهرستان‌ها را مجبور می‌کند که به منظور دریافت خدمات درمانی و پاراکلینیکی تخصصی و فوق تخصصی راهی شهرهای اطراف شوند که این امر با توجه به معضل بیکاری و فقر و محرومیت ساکنان این مناطق موجب تحمیل هزینه‌های فزاینده درمانی به این افراد می‌شود به طوری که گاه دیده می‌شود که در مواردی این افراد با تحمل رنج بیماری از انجام برخی پیگیری‌های تخصصی و فوق تخصصی درمانی خود منصرف می‌شوند. لذا احساس می‌شود که برای ارائه عادلانه خدمت درمانی در مناطق محروم و برقراری عدالت در حوزه سلامت هنوز راهی طولانی در پیش است (۳۷).

### سیاستها و چالش‌ها در گسترش خدمات درمانی در مناطق محروم

سیاست سلامت؛ مجموعه سیاست‌هایی است که دولت برای گسترش سلامت همگانی و ارتقای توانمندی مردم با هدف کاهش نابرابری اجتماعی اتخاذ می‌کند. سلامت از نیازهای پایه‌ای برای توسعه اجتماعی در کشورهای در حال توسعه و نوعی کالای ویژه است که هم ارزش ذاتی و هم ارزش ابزاری دارد (۳۸). یکی از اهداف و وظایف نظام جمهوری اسلامی که در قانون اساسی مطرح شده است حفظ، تأمین و ارتقای سطح سلامت کلیه افراد جامعه می‌باشد. بنابراین بخش بهداشت، سلامت و درمان به منظور تأمین و ارتقای سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی جامعه در چارچوب سیاست‌ها و تعیین خط‌مشی‌های مجموعه نظام یافته‌ای از فعالیت‌ها و عملیات اجرایی را تعیین کرده است. مهم‌ترین این فعالیت‌ها عبارت است از سلامت، پیشگیری و ایمن‌سازی علیه بیماری‌های واگیر، بهداشت خانواده و مدارس، بهداشت و سالم‌سازی محیط زیست، مبارزه با بیماری‌ها، تأمین و تدارک داروهای اساسی، تغذیه، ایجاد و راه‌اندازی مراکز و واحدهای ارائه خدمات درمان سرپایی و بستری، تأمین و سلامت نیروی انسانی پزشکی و پیراپزشکی در زمینه‌های گوناگون. خوشبختانه زیرساخت‌های توسعه‌ای مناطق محروم کشور در سال‌های پس از انقلاب اسلامی به صورت همزمان گسترش یافته‌اند. سوادآموزی و جهاد سازندگی در کنار گسترش شبکه بهداشت و درمان کشور، تأثیری شگرف و مثال‌زدنی در گسترش سلامت عمومی بویژه در مناطق محروم داشته است.

گسترش امکانات و زیرساخت‌های وزارت بهداشت همواره با دشواری‌های ناشی از محدودیت منابع رو به رو بوده است. افزایش، بازسازی و بهسازی تخت‌های بیمارستانی، تأمین دارو و تجهیزات و نظایر آن هزینه‌بر است. تأمین پزشک و پرستار و داروساز و دیگر کارکنان برای مناطق محروم و مهم‌تر از آن حفظ پزشک و پرستار و داروساز و دیگران در آن مناطق، مسأله دیروز و امروز و فردای نظام سلامت است. حتی جایی که پول و نیروی انسانی هست، تمایل جدی به "ماندن در مرکز" و "گریز از پیرامون" دیده می‌شود مگر اینکه تفکر جهادی و بسیجی برای خدمت به مردم مناطق محروم نهادینه شده باشد. گسترش و اشاعه تفکر دینی،

مناطق محروم مورد ویزیت پزشکی رایگان قرار می‌گیرند و از انواع خدمات دندان‌پزشکی نیز، بهره‌مند می‌شوند.

سازمانهای نظامی برای ارائه خدمات درمانی به ساکنان مناطق محروم و روستایی دست به ابتکار زده و به راه‌اندازی بیمارستانهای صحرایی روی آورده‌اند. دایر شدن بیمارستان صحرایی در مناطق محروم، به همت متولیان امر به ویژه بهداری‌های نظامی را می‌توان گامی مهم در خدمات‌رسانی درمانی به ساکنان این مناطق دانست. استقبال مردم از این بیمارستان‌ها و انجام معاینات توسط پزشکان متخصص خود حکایت از تأثیرگذاری این طرح در ارتقا سطح سلامت مردم در این مناطق محروم دارد. بیمارستان صحرایی در روستاهای محروم به صورت رایگان به ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به مردم محروم این مناطق می‌پردازد. همچنین تیم‌های پزشکی شامل پزشک عمومی، پرستار، ماما به وسیله آمبولانس به مناطق محروم و دور افتاده عزیمت نموده و در آنجا اقدام به ارائه خدمات رایگان می‌نمایند و اگر بیماران نیاز به خدمات تخصصی داشته باشند بوسیله آمبولانس به بیمارستان ارجاع داده می‌شوند. با این حال، راه‌اندازی بیمارستان‌های صحرایی، می‌تواند تمرینی برای آمادگی در زمان بحران و حوادث غیرمترقبه باشد تا از این امکانات به شکل بهینه استفاده شود (۳۶، ۳۵).

### جای خالی "عدالت" در خدمات درمانی به مناطق محروم

با همه تلاشهایی که در زمینه گسترش خدمات درمانی در مناطق محروم شده و می‌شود، هنوز هم جای "عدالت" در خدمات درمانی در مناطق محروم خالی است. در برخی مناطق محروم، ماه‌ها بعد از افتتاح تنها بیمارستان آن منطقه، همچنان کمبودهایی وجود دارد که کار خدمات‌رسانی درمانی به بیماران را با مشکل روبرو می‌کند. سوالی که گاهی در ذهن تداعی می‌گردد این است که چرا اگر بیمارستانی آماده بهره‌برداری نبوده افتتاح می‌شود؟!

به نظر می‌رسد وزارت بهداشت و درمان برای تکمیل، تجهیز و حل مشکلات بیمارستان‌ها باید تصمیم تازه‌ای بگیرد، چرا که مردم منتظرند خدمات درمانی و سلامت برای آنها با کیفیت اجرا شود و رنجی جز رنج مراقبت از بیمار خود را نداشته باشند، اما وقتی مسئولان در اجرای مراسم‌های افتتاحیه سخن از عدالت اجتماعی و دسترسی عادلانه مردم کشور به خدمات درمانی به میان می‌آورند، قبول اینکه یک بیمارستان کوچک ماه‌ها درگیر مشکلات زیرساختی، عدم تجهیز و نداشتن نیروی انسانی کافی باشد و یک مسئول، خبری هم از اوضاع بیمارستان نداشته باشد، بسی دشوار است. فقدان یا کمبود جدی برخی زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی علیرغم تلاش‌های انجام گرفته در راستای زودن چهره محرومیت از رخسار مناطق مختلف همچنان موجب مشکلات جدی برای مردم شده به طوری که این مناطق به لحاظ برخورداری از بسیاری خدمات تخصصی و فوق تخصصی درمانی و پاراکلینیکی، محروم و کم‌برخوردار محسوب می‌شود.



## طرحی برای دور زدن محرومیت‌های درمانی در مناطق محروم

در روزگاری که فقر چندبُعدی شده و مقابله با آن دشوارتر از هر زمانی به نظر می‌رسد، اجرای طرح‌هایی که هم کارآمد باشند و هم با هزینه کم قابل اجرا باشند ضروری تلقی می‌شود (۴۰). بسیار واضح است که هر چقدر دامنه امکانات بهداشتی و درمانی، خوارکی و مسکن در مناطق محروم بیشتر شود، در کنار بالا رفتن سطوح سواد و فرهنگ این مناطق، فقر در ابعاد مختلف نیز کنترل می‌شود. از این رو باید اقدامات سازمان‌ها و ارگان‌های حمایتی و مسئول را در جهت افزایش هر کدام از بخش‌های رفاهی و خدماتی قابل تحسین دانست.

افزایش مراکز درمانی‌ای که می‌تواند نیاز بسیاری از انسان‌هایی را برآورده کند که شاید مدهاست داغ بی بهره بودن از چنین امکاناتی بر دلشان مانده است. بدیهی است که این امکانات برای نواحی محروم نویدبخش روزهای خوش خواهد بود. این در حالی است که احداث مراکز درمانی و بیمارستانی در ابعاد تعریف شده می‌تواند باعث رونق فرهنگ سلامت محوری و توسعه بهداشت فردی و اجتماعی هم بشود. با احداث مراکز درمانی احساس نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی نهادینه می‌شود و این گام مهمی در جهت تعمیق فرآیندهای توسعه انسانی خواهد بود. بنابراین هر چه این اقدامات گسترش پیدا کند اثرات اجتماعی و فرهنگی آن در مناطق مورد نظر پدیدار خواهد شد.

بنابراین در نگاه کلی سیاست‌گذاری‌های توسعه سلامت به ویژه در بخش درمانی و بیمارستانی می‌تواند باعث توسعه لایه‌های در هم تنیده اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی شود (۴۱). اقدامی که می‌تواند با سرعت بیشتری انجام شود و از این رو جا دارد در کنار ارگان مسئولی مثل وزارت بهداشت، بخش‌های دیگر نیز به یاری بشتابند تا شاخص توسعه انسانی در مناطق کمتر برخوردار روز به روز افزایش پیدا کند.

در شرایط کنونی که دشمن فشارهای حداکثری را بر کشور وارد کرده، وحدت و انسجام جامعه از اهمیت بسیار برخوردار است. شرایط کنونی وضعیتی نیست که در مقابل هم قرار گیریم و همه باید در راستای تحقق منویات رهبری گام برداریم تا بتوانیم دشمن را به شکست بکشانیم و پیروز میدان باشیم.

## نتیجه‌گیری

بی‌عدالتی در تخصیص منابع باعث می‌شود افرادی که از استطاعت کافی برخوردار نیستند به این منابع دسترسی نداشته و در نتیجه برای درمان و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی با مشکلات عدیده‌ای مواجه شوند. به منظور توزیع عادلانه خدمات بهداشتی درمانی، تدوین یک برنامه جامع هماهنگ برای گذر از مقیاس کلان برنامه ریزی با رویکرد متمرکز و از بالا به پایین و

ایثار و جهاد و شهادت و فرهنگ بسیج در جوامع پزشکی، تلاش در جهت گسترش و ارتقای اخلاق پزشکی و ارائه الگوهای علمی و عملی در بهداشت و سلامت، و مشارکت فعال در ارتقاء سطح سلامت جامعه بویژه در مناطق محروم می‌تواند راهگشا باشد.

وزارت بهداشت برای بسیاری از اقدامات حوزه سلامت نیازمند تعامل با کسانی است که در خارج از این حوزه هستند، نگاهی متفاوت به صورت مسأله دارند و اغلب راه‌حل را دیگر گونه می‌بینند. تلاش‌های سپاه و بسیج برای شناسایی چالش‌های پیش روی نظام سلامت موجبات بهبود و ارتقای نظام بهداشت درمان و آموزش پزشکی خواهد شد چرا که برای اقدام در هر حوزه‌ای نیاز به نقشه راه است تا از موازی کاری و یا طولانی شدن فرآیند و بازده پایین جلوگیری شود. بسیج جامعه پزشکی ایفا کننده نقش نظارتی فعال و روشنگرانه در پایش و حراست از آرمان‌های انقلاب اسلامی بعنوان خواص جامعه، پرچمدار در زمینه جنبش نرم‌افزاری و تولید علم، منبعی پویا جهت تغذیه فکری و معنوی سایر اقشار بسیج، نقطه اتکاء محرومان و مستضعفان در زمینه نیازمندی‌های بهداشتی، درمانی و امدادی، برخوردار از توان لازم جهت ارائه خدمات بهداشتی، درمانی، آموزشی مطلوب با عالی‌ترین شاخص‌های علمی، فنی، با پشتوانه فضیلت‌های اخلاقی، توسعه‌دهنده قابلیت‌های اخلاقی فرهنگی، علمی و تخصصی جامعه پزشکی و دانشگاهی کشور و پیگیر تحقق نیازمندی‌های صنفی ایشان، طراحی و تدوین نظام جامع سلامت کشور، مجری طرح‌های بزرگ ملی در زمینه بهداشت، امداد و درمان کشور و از ارکان امدادرسانی در بحران‌ها و حوادث غیرمترقبه در سطح کشور و جهان، اجرای ماموریت‌های بزرگ ملی و بین‌المللی، موثر در تحقق ماموریت‌های کلان نیروهای مسلح در بخش بهداشت، امداد و درمان است.

در سال‌های اخیر، مدیران ارشد نظام سلامت کشور و وزیران مختلف بهداشت بر اهمیت سیاست‌گذاری‌هایی تأکید کرده‌اند که با توجه به بهترین شواهد و نتایج مطالعات علمی و با توجه به شرایط کشور و دیدگاه صاحب‌نظران و ذی‌نفعان کلیدی شکل گرفته است. علاوه بر فرهنگ‌سازی‌های ذکر شده و گسترش دانش مرتبط با نظام سلامت، ایجاد زیرساخت‌های لازم برای چنین تصمیم‌گیری‌های آگاه از شواهد علمی در نظام سلامت ضرورت دارد. البته به انجام رساندن این ضرورت از چالش‌های حوزه‌های بهداشت و درمان و البته آموزش پزشکی است. بزرگی و پیچیدگی حوزه سلامت سبب می‌شود هماهنگی و تصمیم‌گیری منسجم در درون وزارت بهداشت با چالش مواجه شود. اجرای دقیق برنامه "سلامت در همه سیاست‌ها" و توجه به ارزیابی تأثیر سیاست‌های حوزه عمومی بر سلامت می‌تواند بخشی از پاسخ به این چالش‌ها را شکل دهند (۳۹). ضمن آن که ضرورت می‌یابد فرهنگ همه‌جانبه‌بینی و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در کلان سیاست‌های کشور و برنامه‌ریزی‌های توسعه شهری و روستایی و آمایش سرزمین گسترش یابد.

### نکات بالینی کاربردی برای جوامع نظامی

• دامنه اقدامات غیر رزمی نیروهای مسلح، در سال‌های اخیر با شتاب قابل توجهی روبه‌روست. سپاه و ارتش همزمان با تلاش برای ارتقا توان رزمی خود، در انجام فعالیت‌های محرومیت‌زدایی، امداد رسانی و خدمت‌رسانی به مردم نیز نقش بی‌بدیلی ایفا می‌کنند. است.

• دایر شدن بیمارستان صحرائی در مناطق محروم، به همت متولیان امر به ویژه بهداری‌های نظامی را می‌توان گامی مهم در خدمات رسانی درمانی به ساکنان این مناطق دانست. استقبال مردم از این بیمارستان‌ها و انجام معاینات توسط پزشکان متخصص خود حکایت از تاثیرگذاری این طرح در ارتقا سطح سلامت مردم در این مناطق محروم دارد. با این حال، راه اندازی بیمارستان‌های صحرائی، می‌تواند تمرینی برای آمادگی در زمان بحران و حوادث غیرمترقبه باشد تا از این امکانات به شکل بهینه استفاده شود.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از همه اساتیدی که در پیش‌برد و غنای مطالعه حاضر، نظرات ارزشمندی ارائه دادند، سپاسگزاری و قدردانی می‌گردد.

**تضاد منافع:** نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

### منابع:

1. Wibulpolprasert S, Pengpaibon P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. *Human resources for health*. 2003;1(1):12.
2. Zhang X, Kanbur R. Spatial inequality in education and health care in China. *China Economic Review*. 2005;16(2):189-204.
3. Ghazanfarpour H. Stratification and development ratio of medical service in Kerman province cities by concentration index. *Spa Plan*. 2014;3:1-18.
4. Zarrabi A, Shaykh Baygloo R. Classification of provinces of Iran by health indicators. *Soc Welfare Quart*. 2011;11:107-28.
5. Kumar P, Kumar R. Rural Health Scenario—Role of family medicine: Academy of Family Physicians of India Position Paper. *Journal of family medicine and primary care*. 2018;7(6):1157.
6. The Lancet. Rural health inequities: Data and decisions. *Lancet*. 2015;385:1803.
7. Committee on the Future of Rural Health Care; Institute of Medicine. *Quality through Collaboration: The Future of Rural Health*. Washington, DC: National Academies Press; 2005.
8. Cash R, Ulmann P. *Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé: Le cas de la France [OECD Project on health workforce migration: The case of France]* Paris: OECD; 2008. OECD Health Working Paper no. 36.

رسیدن به یک برنامه ریزی خرد و محلی در فضایی با مقیاس کوچک الزامی به نظر می‌رسد.

فقط یک رویکرد جامع و سیستماتیک می‌تواند این نابرابری‌ها را حل کند. رویکرد کشور باید به صورت منظم و همزمان به پوشش قانونی و حقوقی، کمبود کارکنان سلامت، گسترش مراقبت‌های بهداشتی و کیفیت مراقبت‌های درمانی بپردازد. در این صورت دسترسی عادلانه برای همه می‌تواند به طور کامل به دست آید. اگرچه گسترش مراکز درمانی در مناطق محروم به ارتقا سلامت مردم کمک می‌کند با این وجود عوامل دیگری همچون آموزش و آگاهی مردم، پیروی از درمان‌ها و توصیه‌های پزشکی، پیگیری منظم، دسترسی به داروها، تغذیه و شیوه زندگی مناسب و رفاه اجتماعی و اقتصادی نیز در این امر نقش دارند. لذا نیاز به همکاری و حمایت همه جانبه سازمان‌های ملی و مردم نهاد وجود دارد. نهایت این که هر چند گسترش خدمات درمانی در مناطق محروم و تحقق عدالت پزشکی از آرمان‌های والای انقلاب اسلامی و منطبق با اصول قانون اساسی است، اما به نظر می‌آید تحقق این امر، یکی از بهترین رویکردها موثر برای اثبات کارآمدی نظام و خنثی کردن توطئه‌ها و خباثت‌های شیطان بزرگ و استکبار جهانی در شرایط فشار حداکثری برای القای یاس و ناامیدی و واگرایی مردم با نظام مقدس جمهوری اسلامی می‌باشد.

9. Mullen MT, Wiebe DJ, Bowman A, Wolff CS, Albright KC, Roy J, et al. Disparities in accessibility of certified primary stroke centers. *Stroke*. 2014; 45(11):3381-8.
10. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social science & medicine*. 2001;53(9):1149-62.
11. Pallikadavath S, Singh A, Ogollah R, Dean T, Stones W. Human resource inequalities at the base of India's public health care system. *Health & place*. 2013;23:26-32.
12. Nemati R, Seyedin H, Nemati A, Sadeghifar J, Nasiri AB, Mousavi SM, et al. An analysis of disparities in access to health care in Iran: evidence from Lorestan Province. *Glob J Health Sci*. 2014; 6(5):81-7.
13. Bahadori M, Sanaeinasab H, Ghanei M, Tavana AM, Ravangard R, Karamali M. The social determinants of health (SDH) in Iran: a systematic review article. *Iranian journal of public health*. 2015;44 (6):728.
14. Mirahmadizadeh AR, Zahmatkesh S, Kashfi nezhad MAS, Sayadi M, Tabatabaee HR, Mokhtari AM. Vaccination Coverage in Children of Fars Province, 2017: Achievement of Global Vaccine Action Plan Goals. *Sadra Med Sci J*. 2018; 6(4): 251-260.
15. Sajadi HS, Majdzadeh R. From Primary Health Care to Universal Health Coverage in the Islamic

- Republic of Iran: A Journey of Four Decades. Archives of Iranian Medicine (AIM). 2019;22(5).
16. Eskandari M, Abbaszadeh A, Borhani F. Barriers of referral system to health care provision in rural societies in Iran. Journal of caring sciences. 2013;2(3):229.
  17. Gorji HA, Mousavi SM, Shojaei A, Keshavarzi A, Zare H. The challenges of strategic purchasing of healthcare services in Iran Health Insurance Organization: a qualitative study. Electronic physician. 2018;10(2):6299.
  18. Hashjin AA, Kringos DS, Manoochehri J, Aryankhesal A, Klazinga NS. Development and impact of the Iranian hospital performance measurement program. BMC health services research. 2014;14(1):448.
  19. Mohagheghi SM, Mousavi JS, Malekzadeh R, Parkin M. Cancer incidence in Tehran metropolis: the first report from the Tehran Population-based Cancer Registry, 1998–2001.
  20. Shirazikhah M, Mirabzadeh A, Sajadi H, Joghataei MT, Biglarian A, Mousavi T, et al. National survey of availability of physical rehabilitation services in Iran: A mixed methods study. Electronic physician. 2017;9(11):5778.
  21. Haghdoost AA, Safari-Faramani R, Baneshi MR, Dehnavieh R, Dehghan M. Exploring perceptions of policymakers about main strategies to enhance fertility rate: A qualitative study in Iran. Electronic physician. 2017;9(10):5568.
  22. Aghamolaei T, Tavafian SS. Health behaviors of a sample of adolescents in Bandar Abbas, Iran. International journal of high risk behaviors & addiction. 2013;2(1):34.
  23. Alla-Eddini F, Fatemi R, Ranjbaran Jahromi H, Asghari E, Eskandari SH, et al. Iranian physicians' willingness to work in underserved areas and related factors in 2001. Razi Journal of Medical Sciences. 2004;11(40):247-55.
  24. Moradi-Lakeh M, Vosoogh-Moghaddam A. Health sector evolution plan in Iran; equity and sustainability concerns. International journal of health policy and management. 2015;4(10):637.
  25. Janati A, Maleki MR, Gholizadeh M, Narimani MR. Assessing the Strengths & Weaknesses of Family Physician Program. Knowledge & Health Journal. 2010; 4(4): 39-44.
  26. Jahanmehr N, Rashidian A, Khosravi A, Farzadfar F, Shariati M, Majdzadeh R, et al. A conceptual framework for evaluation of public health and primary care system performance in Iran. Global journal of health science. 2015;7(4):341.
  27. Joulaei H, Maharlouei N, Razzaghi A, Akbari M. Narrative review of women's health in Iran: challenges and successes. International journal for equity in health. 2016;15(1):25.
  28. Noroozian M. The elderly population in Iran: an ever growing concern in the health system. Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences. 2012; 6(2):1.
  29. Namakin K, Sharifzade G, Majnane H, Firouzi F, Latifi M. Prevalence of malnutrition in students of deprived areas in South Khorasan. Knowl Health. 2011;6:38-42.
  30. Hajjan K. A study of nutritional status of the primary school children at 6-11 year age based on the anthropometric measurements in Babol. Daneshvar 2000;29(8):55-60
  31. Kia AA, Rezapour A, Khosravi A, Abarghouei VA. Socioeconomic inequality in malnutrition in under-5 children in Iran: evidence from the multiple indicator demographic and health survey, 2010. Journal of Preventive Medicine and Public Health. 2017;50(3):201.
  32. Garrett L, Chowdhury AM, Pablos-Méndez A. All for universal health coverage. The Lancet. 2009; 374 (9697):1294-9.
  33. Peikanpour M, Esmaeli S, Yousefi N, Aryaeinezhad A, Rasekh H. A review of achievements and challenges of Iran's health transformation plan. Payesh. 2018;17(5):481-494.
  34. Sajadi HS, Zaboli R. An assessment of the positive effects of health reform plan implementation from the perspective of hospital directors. Health Information Management 2016; 13:55-60.
  35. Chaghary M, Tofighi S, Aghighi A. Organizational requirements for Iran military med against military treats: qualitative study. Nurse and Physician Within War. 2016;3(9):15-26.
  36. Irajian M, Faridaalae G. Establishing a Field Hospital; a Report on a Disaster Maneuver. Iranian Journal of Emergency Medicine. 2016;3(3):115-8.
  37. Collins J, Koplan JP. Health impact assessment: a step toward health in all policies. JAMA 2009; 302 (3): 315-317.
  38. Leppo K, Ollila E, Pena S, Wismar M, Cook S. Health in all policies: seizing opportunities, implementing policies. Finland, Ministry of Social Affairs and Health; 2013.
  39. Pirooz B, Rashidian A, Moradi G, Takian A, Ghasri H, Ghadimi T. Out-of-pocket and informal payment before and after the health transformation plan in Iran: evidence from hospitals located in Kurdistan, Iran. International journal of health policy and management. 2017;6(10):573.
  40. Yazdi-Feyzabadi V, Bahrapour M, Rashidian A, Haghdoost AA, Javar MA, Mehrolhassani MH. Prevalence and intensity of catastrophic health care expenditures in Iran from 2008 to 2015: a study on Iranian household income and expenditure survey. International journal for equity in health. 2018; 17(1):44.
  41. Zare H, Trujillo AJ, Driessen J, Ghasemi M, Gallego G. Health inequalities and development plans in Iran; an analysis of the past three decades (1984–2010). International journal for equity in health. 2014; 13(1):42.