

## ارزیابی عملکرد نظام سلامت در تخصیص منابع بهداشتی، درمانی و تامین اجتماعی (مطالعه موردی)\*

ی‌عقوب زارعی<sup>۱</sup>، مهدی رحمانیان کوشکی<sup>۲</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** توزیع عادلانه منابع و خدمات بهداشتی- درمانی در جهت تامین و حفظ سلامت آحاد جامعه، از دیرباز بعنوان دغدغه همیشگی سیاستگذاران مطرح بوده و موجب گردیده مدیریت و تخصیص منابع در نظام سلامت از اهمیت بسزایی برخوردار گردد. اگرچه در راستای کاهش عدم تعادل فضایی، توجه به مناطق محروم پس از انقلاب نقطه عطفی است که نظام جمهوری اسلامی در دستور کار خود قرار داده است اما باید اذعان داشت که نبود توازن در جریان توسعه و توزیع نابرابر شاخص‌های بهداشتی، درمانی و تامین اجتماعی در گستره فضایی موجب ایجاد شکاف و نابرابری‌های منطقه‌ای بعنوان اصلی‌ترین مانع در مسیر توسعه گردیده است. مطالعه نابرابری‌های منطقه‌ای، تلاش برای رفع نابرابری و دسترسی به استانداردهای یکی از اقدامات ضروری متولیان امر جهت تحقق عدالت اجتماعی و نیل به توسعه پایدار است. در همین راستا این پژوهش با هدف تبیین و سنجش عملکرد نظام سلامت در تخصیص خدمات بهداشتی- درمانی و تامین اجتماعی در استان بوشهر انجام گردید.

**روش بررسی:** پژوهش بنیادی و نوع مطالعه توصیفی- تحلیلی بوده است. جامعه آماری شهرستان‌های استان بوشهر (تعداد نه شهرستان) و روش گردآوری اطلاعات از نوع کتابخانه‌ای و ابزار جمع‌آوری با توجه به نوع اسناد و اهداف پژوهش جداول و فرم‌های مبتنی بر داده‌های آمارنامه سال ۱۳۹۰ خورشیدی استان بوشهر بوده است که طی آن نوزده شاخص بهداشتی- درمانی استخراج و به شیوه کمی با استفاده از فرایند تحلیل سلسله مراتبی و بهره جستن از تکنیک بهینه‌سازی چندمعیاره و حل سازشی (VlseKriterijumska Optimizacija I Kompromisno Resenje) و بهره‌گیری از نرم افزارهای Expert Choice و SPSS تحلیل سطوح درجه توسعه‌یافتگی شهرستان‌های استان بوشهر به انجام رسید.

**یافته‌ها:** یافته‌ها طی مقطع زمانی ۱۳۹۰ خورشیدی نشان از شکاف منطقه‌ای و توسعه نامتوازن و ناهمگون استان بوشهر در حوزه سلامت دارد. به طوری که روند تخصیص منابع نیز حاکی از آن است که شهرستان بوشهر دارای بیشترین توسعه و شهرستان گناوه محروم‌ترین شهرستان در ابعاد بهداشتی، درمانی و تامین اجتماعی بوده است. شواهد همچنین مبین این مطلب است که شهرستان دشتستان دارای توسعه نسبتاً مطلوب، شهرستان‌های جم، تنگستان و دشتی توسعه متوسط و شهرستان‌های دیر، کنگان و دیلم در زمره مناطق نسبتاً محروم قرار داشته است.

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان می‌دهد توسعه نظام سلامت در مناطق استان بوشهر مستلزم بازنگری در سیستم مدیریتی، برنامه‌ریزی، تخصیص منابع و امکانات بهداشتی- درمانی، توزیع برابر فرصت‌ها و ارتقای کیفی خدمات در مناطق دورافتاده با هدف آمایش سرزمین می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** نظام‌های مراقبت سلامت؛ تامین اجتماعی؛ درمان؛ ارزیابی عملکرد

پذیرش مقاله: ۹۴/۰۳/۹

اصلاح نهایی: ۹۴/۰۲/۱۴

دریافت مقاله: ۹۳/۰۸/۲۰

**ارجاع:** زارعی یعقوب، رحمانیان کوشکی مهدی. ارزیابی عملکرد نظام سلامت در تخصیص منابع بهداشتی، درمانی و تامین اجتماعی (مطالعه موردی). مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۴؛ ۱۲(۴): ۵۰۶-۵۱۸.

\*- این مقاله حاصل مطالعه مستقل بدون کمک مالی است.

۱- دانشجوی دکتری، جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: yaghoub.zarei@yahoo.com

۲- دانشجوی دکتری، جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران

## مقدمه

بخش سلامت امروزه از مهم‌ترین بخش‌های خدماتی و یکی از شاخص‌های توسعه و رفاه اجتماعی است (۱). به گونه‌ای که یکی از بزرگترین بخش‌های اقتصاد جهان را تشکیل می‌دهند و هزینه‌های جهانی مراقبت‌های بهداشتی تقریباً ۸ درصد تولید ناخالص داخلی را تشکیل می‌دهد (۲). هر چند در اغلب کشورهای در حال توسعه حدود ۵ الی ۱۰ درصد هزینه‌های دولت به بخش سلامت اختصاص یافته است (۳). مسائل مربوط به سلامتی یا سیاست‌های آن موضوع تازه‌ای نیست و سال‌هاست که دولت به کمک سازمان‌های کمک‌کننده در صدد حل آن‌ها هستند. اهمیت موضوع سلامتی بعنوان اصلی‌ترین محور توسعه پایدار موجب گردید تا از اواخر نیمه اول قرن بیستم سه نسل اصلاحات در نظام سلامت انجام پذیرد. اولین نسل اصلاحات در دهه‌های چهل و پنجاه میلادی، موجب استقرار نظام ملی مراقبت‌های بهداشتی- درمانی در کشورهای جهان شد. دومین نسل اصلاحات «مراقبت‌های بهداشتی اولیه» را بعنوان یکی از حقوق اساسی همه مردم جهان، مطرح کرد و سومین نسل اصلاحات از نیمه دوم دهه هشتاد میلادی با اهداف بهبود وضعیت کلی سلامتی، رضایت‌مندی دریافت‌کنندگان خدمات، کارایی فنی تخصیص منابع و همچنین برابری در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی- درمانی، پدید آمد. اما علی‌رغم توقیفات اولیه، این اصلاحات توقعات عمومی از کیفیت خدمات عمومی، پاسخگویی و مسؤولیت‌پذیری را برآورده نساخت (۴). تا جایی که توزیع عادلانه منابع و خدمات بهداشتی- درمانی در جهت تامین و حفظ سلامت آحاد جامعه، همچنان بعنوان دغدغه اصلی سیاستگذاران مطرح بوده و باعث گردیده مدیریت و تخصیص منابع در نظام سلامت از اهمیت بسزایی برخوردار گردد. بر همین اساس اگرچه توجه به توده مردم، بویژه مناطق محروم پس از انقلاب نقطه عطفی است که نظام جمهوری اسلامی در دستور کار خود قرار داده است، اما باید اذعان داشت علیرغم تلاش‌های بی‌دریغ نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران در راستای کاهش عدم تعادل

فضایی، متأسفانه عدم نبود توازن در جریان توسعه و توزیع نابرابر شاخص‌های بهداشتی در گستره فضایی موجب ایجاد شکاف و نابرابری‌های منطقه‌ای بعنوان اصلی‌ترین مانع در مسیر توسعه گردیده است.

نگاهی به ادبیات منتشرشده نشان می‌دهد بطور کلی رویکردهای مربوط به سلامت تا قرن نوزده میلادی مبتنی بر بهداشت عمومی بوده است. پس از آن و در سال‌های دهه ۱۹۵۰ میلادی تأکید بر فناوری و بیماری‌های خاص و محور قرار دادن نگرش توسعه عمودی به سلامت (تجهیز مراکز شهری به فناوری‌های بیمارستانی مجهز و عدم توجه به توده مردم بویژه در مناطق روستایی) حاکم گردید. در سال‌های ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰ میلادی راهکارهای جامعه‌نگر به سلامت پدیدار شد که تأکید بر توسعه افقی سلامت (توجه به توده مردم مناطق روستایی و شهری) بصورت توأمان داشت. در سال‌های دهه ۱۹۸۰ و اوایل دهه ۱۹۹۰ میلادی، نگرش بر سلامت بیشتر بر جریانات مقطعی. بصورت برنامه‌های خاصی درآمد. قرن بیست و یکم شاهد تحول در نقش سازمان جهانی بهداشت در جهت ارتقاء عملکردها پیرامون عدالت در بهداشت و سلامت و ابعاد اجتماعی آن بود. از این رو اصول اساسی مراقبت‌های بهداشتی اولیه در دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی، مشارکت عمومی و راهکارهای بین‌بخشی برای بهبود وضعیت بهداشت و سلامت مطرح و مورد تأکید قرار گرفت (۵) و از همین رو در برنامه‌های توسعه هزاره سوم، مقوله سلامت از شاخص‌های اصلی توسعه یافتگی جوامع شمرده می‌شود. سازمان بهداشت جهانی نیز در سال ۲۰۰۷ میلادی، به منظور جلب توجه جهانی و ضرورت سرمایه‌گذاری و توجه بیش تر مردم و دولت‌ها به موضوع امنیت بین‌المللی سلامت، شعار سرمایه‌گذاری در سلامت را مطرح کرد (۶). چراکه در وضعیت کنونی، سلامتی مهم‌ترین عامل پیشرفت و توسعه جامعه است. همچنین در منشور سازمان بهداشت جهانی، بهره‌مندی از بیش ترین استاندارد سلامتی از حقوق بنیادی هر انسان، بدون توجه به تفاوت‌های نژادی، مذهبی، اعتقاد سیاسی و وضعیت اقتصادی یا اجتماعی مطرح

شاخص‌های کلی سلامت را مانند بهزیستی توسعه ارتقا دهد (۱۴). از آنجا که امروزه در بررسی ابعاد و شاخص‌های اساسی توسعه انسانی و اجتماعی هر جامعه‌ای، چگونگی ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و همچنین میزان دسترسی افراد آن جامعه به این خدمات مدنظر قرار می‌گیرد و شناخت وضع موجود جوامع در برنامه‌ریزی توسعه پایدار به عنوان ابتدایی‌ترین و اساسی‌ترین نیازهای هر جامعه سالم به شمار می‌آید (۱۵) و لازم است برنامه‌ریزان و سیاستگذاران قبل از تدوین برنامه‌ها و انجام اقدامات مناسب برای زدودن نابرابری‌های موجود در بخش سلامت، 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 (۱۶). بر همین اساس پژوهش حاضر با بهره‌گیری از شاخص‌های مدنظر، به دنبال سنجش وضع توزیع و توسعه خدمات بهداشتی درمانی در شهرستان‌های این استان و مشخص کردن میزان اختلاف توسعه در بین آن‌ها و نیز متوجه ساختن مسئولان به توجه بیشتر به شهرستان‌های محروم و توسعه نیافته بوده است.

### روش بررسی

پژوهش حاضر بنیادی و نوع مطالعه تحلیلی است که طی آن سطوح توسعه یافتگی شهرستان‌های استان بوشهر (تعداد نه شهرستان بعنوان جامعه آماری) در سال ۱۳۹۰ خورشیدی از نظر شاخص‌های توسعه بخش خدمات اجتماعی و درمانی - بهداشتی پس از مطالعه منابع آماری مورد اطمینان، مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت. جهت تحلیل سطوح درجه توسعه یافتگی در بخش خدمات اجتماعی، بهداشتی - درمانی، ابتدا نوزده شاخص مورد بررسی از طریق فرآیند تحلیل سلسله مراتبی با استفاده از نرم افزار Expert Choice یا EC وزن‌دهی و از تکنیک بهینه‌سازی چند معیاره و حل سازشی (VlseKriterijumska Optimizacija I Kompromisno Resenje) که به اختصار به تکنیک VIKOR معروف است (۱۷) بهره گرفته شد. وایکور یکی از روش‌های تصمیم‌گیری چند معیاره توافقی است که بر مبنای روش ال پی متریک

شد (۷). در این میان برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی با هدف ارتقا و حفظ و تأمین سلامت افراد، از ارکان مهم پیشرفت سلامت در هر جامعه است. در کشور نیز در اصول سوم و بیست و نهم و چهل و سوم قانون اساسی، به ضرورت تأمین بهداشت و درمان به عنوان نیازهای اساسی مردم تأکید شده است (۸) و نمود عینی این ضرورت و حساسیت را می‌توان در آثار پژوهشی نگاشته شده در ابعاد مختلف موضوع سلامت به ضوح دریافت. به عنوان نمونه: نتایج حاصل از یک مطالعه درباره شاخص‌های دسترسی به مراقبت‌های درمانی و بهداشتی استان‌های ایران بین سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۵ خورشیدی نشان می‌دهد از نظر شاخص‌های بهداشتی و درمانی بیشترین برخورداری مربوط به استان تهران و کمترین برخورداری یا بیشترین محرومیت متعلق به استان‌های محروم نظیر کهگیلویه و بویر احمد، ایلام، بوشهر بوده است (۹). گزارش سازمان بهداشت جهانی در خصوص عملکرد کشورهای مختلف از نظر ارائه خدمات بهداشتی و درمانی سطح سلامت نشان می‌دهد که ایران از نظر خدمات بهداشتی درمانی از بین ۱۹۱ کشور جهان در رتبه پنجاه و هشت و از نظر سطح سلامت در ردیف نود و سه قرار دارد (۱۰). در پژوهشی دیگر نویسندگان پراکنش خدمات بهداشتی درمانی را در سطح شهرستان‌های کشور بررسی کرده و به این نتیجه رسیده‌اند که اختلاف زیادی بین شهرستان‌های کشور از نظر میزان برخورداری از شاخص‌های بهداشتی و درمانی وجود دارد (۱۱). در آثار خارجی نیز سلامت مفهوم وسیعی دارد و تعریف آن تحت تأثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با موقعیت‌های گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می‌گیرد (۱۲). بنابراین طراحی و تدبیر و اجرای برنامه‌های بهداشتی، بیش از هر چیز به زیربنا و ساختار نظری و روشن شدن دیدگاه‌ها درباره مفاهیم اصولی همچون سلامت نیازمند است (۱۳) تا بتواند سلامت را به عنوان حقوق اولیه انسانی در قالب سیستم‌های بهداشتی و رفاهی برای شهروندان از هدف‌گذاری برای مراقبت‌های بهداشتی به سمت «ایجاد جامعه سالم» ارتقا داده و سطح

در این گام، به منظور حذف تأثیر واحدهای متفاوت و امکان ساختن انجام عملیات جبری روی شاخص‌ها، ماتریس داده‌های تشکیل شده در مرحله قبلی استاندارد می‌شود. تشکیل ماتریس استاندارد را می‌توان با استفاده از رابطه (۱) و تشکیل ماتریس استاندارد اجرا کرد (شکل ۲).

$$F_{ij} = \frac{a_{ij}}{\sqrt{\sum_{m=1}^m a_{mj}^2}}$$

$$F_{ij} = \begin{bmatrix} f_{11} & f_{12} & \dots & f_{1n} \\ f_{21} & f_{22} & \dots & f_{2n} \\ \vdots & \vdots & & \vdots \\ f_{m1} & f_{m2} & & f_{mn} \end{bmatrix}$$

شکل ۲: ماتریس استاندارد شده

**گام سوم: تعیین بهترین و بدترین مقدار برای همه توابع معیارها**  
اگر تابع معیار نشان دهنده سود (مثبت) باشد، بهترین و بدترین مقادیر بر اساس رابطه ۲ محاسبه می‌شود:  
رابطه (۲)

$$f_i^+ = \min_j f_{ij} \quad \text{و} \quad f_i^- = \max_j f_{ij}$$

**گام چهارم: تعیین وزن و درجه اهمیت خصوصیات**  
از آنجائی که معمولاً شاخص‌های مورد استفاده دارای ارزش و اهمیت یکسانی نیستند، لذا برای از بین بردن این تفاوت‌ها می‌بایست به محاسبه وزنی برای شاخص‌های مورد نظر اقدام کرد. به منظور اعمال وزن‌دهی به شاخص‌ها می‌توان از روش‌های متفاوتی همچون روش پنل متخصصین و کارشناسان، آنتروپی شانون، بردار ویژه، فرایند تحلیل سلسله مراتبی و غیره بهره گرفت (۲۳).

در این مطالعه، برای وزن‌دهی به هر یک از شاخص‌های مورد استفاده از روش فرایند تحلیل سلسله مراتبی استفاده شده است. روش تحلیل سلسله مراتبی، چارچوب مناسبی را برای ارائه و تعیین اولویت‌ها در هر سطحی از سلسله مراتب تصمیم‌گیری با استفاده از مقایسه‌های زوجی فراهم می‌کند. برای انجام مقایسه زوجی شاخص‌های مورد مطالعه، از روش مقایسه نه کمیتی ال

توسعه یافته (۱۸) که برای نخستین بار توسط Opricovic در سال ۱۹۹۸ میلادی و Tzeng در سال ۲۰۰۲ میلادی معرفی گردید (۱۹). بر اساس این روش، راه حل توافقی تعیین کننده راه حل‌هایی موجه است که به راه حل ایده آل نزدیک بوده و در قالب توافقی از طریق اعتبارات ویژه تصمیم‌گیرندگان ایجاد شده است (۲۰). از این‌رو، گزینه‌های نزدیک‌تر به راه حل ایده آل بر گزینه‌های دورتر از آن ارجحیت دارند. معمولاً معیارها بر اساس چند تابع معیار ارزیابی و سپس، رتبه‌بندی می‌شوند. در این روش، تأکید بر رتبه‌بندی و انتخاب از مجموعه‌ای گزینه و تعیین راه‌حل‌های توافقی برای مسئله با معیارهای متضاد است (۲۱). راه‌حل توافقی، گزینه‌ای است که به ایده‌آل نزدیک‌تر باشد. در این روش، ماتریس تصمیم‌گیری و وزن شاخص‌ها، ورودی سیستم هستند (۲۲) و خروجی نیز به صورت رتبه‌بندی گزینه‌ها می‌باشد. بهره‌گیری از این روش، مستلزم اجرای مراحل است که در ادامه ذکر می‌گردد. این تکنیک در هفت گام به تحلیل موضوع پژوهش می‌پردازد:

**گام اول: تشکیل ماتریس داده‌ها بر اساس m گزیدار و n شاخص**

تشکیل ماتریس داده‌ها به ابعاد  $m \times n$ ، به صورتی که m تعداد سطرهای ماتریس و نشان دهنده شهرستان‌های مورد بررسی و n ستون‌های آن به تعداد شاخص‌های مورد نظر می‌باشد. شهرستان‌های مورد نظر و شاخص‌های هر کدام از آن‌ها را می‌توان به صورت زیر تعریف کرد (شکل ۱). هر کدام از شهرستان‌ها (m شهرستان) با توجه به تعداد شاخص (n شاخص) معرفی شده‌اند.

$$A_{ij} = \begin{bmatrix} a_{11} & a_{12} & \dots & a_{1n} \\ a_{21} & a_{22} & \dots & a_{2n} \\ \vdots & \vdots & & \vdots \\ a_{m1} & a_{m2} & & a_{mn} \end{bmatrix}$$

شکل ۱. تشکیل ماتریس اولیه داده‌ها

$$j=1, 2, 3, \dots, m \quad i=1, 2, 3, \dots, n$$

**گام دوم: استاندارد کردن داده‌ها (رفع اختلاف مقیاس) و تشکیل ماتریس استاندارد**

مهم یک فاکتور در مقابل فاکتور دیگر می‌باشد (۲۴). جدول ۱ مقایسه زوجی ارائه شده را نشان می‌دهد.

ساعتی به شرح جدول ۱ استفاده شده است. مقیاس مقایسه در دامنه یک تا نه قرار داده می‌شود؛ به طوری که ارزش یک نشان دهنده اهمیت برابر دو فاکتور و عدد نه نشان‌دهنده اهمیت بسیار

جدول ۱: مقیاس کمی و کیفی مورد استفاده جهت مقایسه زوجی معیارها

در روش تحلیل سلسله مراتبی

مقدار عددی	اهمیت (قضاوت شفاهی)
۹	اهمیت فوق العاده قوی یا کاملاً مهم
۷	ترجیح با اهمیت یا مطلوبیت خیلی قوی
۵	ترجیح با مطلوبیت یا اهمیت قوی
۳	اهمیت متوسط
۲، ۴، ۶، ۸	اهمیت بین فواصل قوی
۱	ترجیح یا اهمیت یا مطلوبیت یکسان

مثبت گزینه  $i$  ام را نشان می‌دهد. به عبارتی  $\left[ \frac{R_i - R^*}{R^- - R^*} \right]$  نشان دهنده فاصله از راه حل ایده‌آل منفی برای گزینه  $i$  ام است. هنگامی که مقدار  $V$  بزرگ‌تر از  $0/5$  باشد، شاخص  $Q_i$  منجر به اکثریت موافق و هنگامی که مقدار آن کمتر از  $0/5$  می‌شود شاخص  $Q_i$  بیانگر نگرش منفی اکثریت است. به طوری که وقتی مقدار  $V$  برابر  $0/5$  باشد، بیانگر نگرش توافقی متخصصان ارزیابی است (۲۶).

**گام هفتم: رتبه‌بندی گزینه‌ها بر اساس مقادیر  $Q_i$ :**

بر اساس مقادیر  $Q_i$  گزینه‌ها که در مرحله ششم محاسبه شد، می‌توان به رتبه بندی گزینه‌ها پرداخت. مقدار  $Q_i$  بین صفر تا یک نوسان دارد و هنگامی که  $Q_i$  برابر صفر باشد، نشان دهنده بالاترین رتبه و در غیر این صورت برابر با یک باشد، کمترین رتبه را نشان می‌دهد.

#### یافته‌ها

این پژوهش، ارزیابی سطوح توسعه یافتگی بخش خدمات اجتماعی و درمانی شهرستان‌های استان بوشهر با بهره‌گیری از نوزده شاخص در این حوزه، مورد تحلیل قرار گرفت (جدول ۲).

در ادامه، نسبت به رفع اختلاف مقیاس شاخص‌ها اقدام نمودیم. روش‌های مختلفی برای رفع اختلاف مقیاس

گام پنجم: محاسبه فاصله گزینه‌ها از راه حل ایده‌آل و غیر ایده‌آل

در این مرحله، فاصله هر گزینه از راه حل ایده‌آل مثبت محاسبه می‌شود و سپس، محاسبه تجمیع آن بر اساس رابطه‌های زیر صورت می‌گیرد (۲۵).

$$S_j = \sum_{i=1}^n \frac{w_i(f_{ij} - f_{ij}^-)}{f_{ij} - f_{ij}^-} \quad (4)$$

$$R_j = \text{Max}_j [w_i(f_{ij}^+ - f_{ij}) / (f_{ij}^+ - f_{ij}^-)] \quad (5)$$

که در آن،  $S_j$  فاصله از گزینه  $i$  نسبت به راه حل ایده‌آل (ترکیب بهترین) و  $R_j$  فاصله گزینه  $i$  از راه حل ایده‌آل منفی (ترکیب بدترین) است.

**گام ششم: محاسبه مقدار  $Q_i$  وایکور برای  $m$ ،  $2$ ،  $i=1$**

مقدار  $Q_i$  از طریق رابطه زیر محاسبه می‌شود:

$$Q_i = V \left[ \frac{S_i - S^*}{S^- - S^*} \right] + (1-V) \left[ \frac{R_i - R^*}{R^- - R^*} \right] \quad (6)$$

که در آن:

$$S^* = \text{Min}_j S_j \quad \text{و} \quad S^- = \text{Max}_j S_j$$

$$R^* = \text{Min}_j R_j \quad \text{و} \quad R^- = \text{Max}_j R_j$$

و  $V$  وزن استراتژی (اکثریت معیارها) یا حداکثر مطلوبیت گروهی است.  $\left[ \frac{S_i - S^*}{S^- - S^*} \right]$  میزان فاصله از راه حل ایده‌آل

مقدار برای همه توابع معیارها پرداخته می‌شود. بر این اساس می‌توان بهترین و بدترین مقادیر را برای معیارها مشخص نمود. برای نمونه در مورد شاخص منفی مرگ و میر کودکان زیر یکسال، بزرگ‌ترین مقدار بدست آمده مقدار ۰/۲۵ و کوچک‌ترین مقدار ۰/۳۸ (برعکس مقادیر معیارهای مثبت) می‌باشد. لذا  $F^*=0/25$  و  $f^*=0/38$  که این مقادیر درج شده است (جدول ۳).

شاخص‌ها وجود دارد که هر یک دارای نقاط قوت و ضعف خاص خود می‌باشند. در این مطالعه، روش مرسوم برای از بین بردن تفاوت مقیاس شاخص‌ها نرمال کردن یا استاندارد کردن مقادیر شاخص‌های مورد استفاده است که این کار با استفاده از رابطه (۱) و تشکیل ماتریس استاندارد امکان پذیر است. حال با عنایت به رابطه (۲) و (۳) به تعیین بهترین و بدترین

جدول ۲: ماتریس اولیه شاخص‌های توسعه بخش خدمات اجتماعی و درمانی

شاخص	شهرستان	تعداد بیمه شدگان اصلی	تعداد بیمه شدگان اجتماعی	تعداد بیمه شدگان خدمات درمانی	تعداد واحدهای توان بخشی	تعداد واحدهای پیشگیری و	تعداد مهد کودک	تعداد پرشک عمومی	تعداد پرشک متخصص و	تعداد دندانپزشک	تعداد توان بخشی	مرگ و میر کودکان زیر ۱۱ سال	کل متولدین	درصد پوشش تنظیم خانواده	تعداد داروخانه	تعداد تخت فعال بیمارستانی	تعداد خانه های بهداشت	تعداد آزمایشگاه	تعداد مراکز بهداشتی شهری	مراکز بهداشتی روستایی	تعداد آمو لانس
بوشهر	۶۹۵۱۷	۷۱۳۵۱	۶	۱۶	۲۸	۱۳۳	۱۷	۱۹	۵۲	۱۳۳	۱۳/۸	۳۹۱۱	۶۵/۸۴	۲۷	۴۰۲	۱۴	۱۷	۱۳	۲۱	۲۳	
تنگستان	۹۱۳۱	۴۵۱۸۳	۱	۳	۲۵	۲۴	۲	۰	۶	۲	۱۷/۱۴	۱۵۱۶	۶۶/۳۸	۲	۱۴	۴۰	۴	۲	۷۷	۱۱	
جم	۵۶۰۸	۲۴۷۹۹	۱	۲	۱۱	۳۸	۳۸	۳	۹	۳۸	۱۱/۶۵	۸۵۷	۶۶/۲۵	۲	۴۹	۱۸	۳	۲	۵۲	۹	
دشتستان	۴۴۴۲۰	۱۴۳۹۴۱	۴	۵	۴۸	۷۸	۴۷	۱۰	۲۹	۲۹	۱۴/۲۲	۴۶۱۰	۶۶	۱۷	۲۳۹	۶۴	۱۷	۱۳	۱۰۱	۲۴	
دشتی	۴۸۱۵	۴۹۲۲۷	۱	۲	۱۹	۲۷	۱۲	۳	۸	۱۲	۱۴/۸۱	۱۵۵۲	۷۱/۶۵	۵	۶۰	۳۱	۶	۴	۵۳	۱۳	
دیر	۷۴۳۰	۳۷۴۷۴	۱	۲	۱۶	۱۷	۰	۰	۸	۰	۱۷/۶۲	۱۰۷۸	۶۹/۵۶	۲	۰	۱۱	۳	۴	۲۴	۷	
دیلم	۷۴۸۷	۲۰۸۹۱	۰	۲	۵	۳۳	۳	۶	۳	۳	۱۶/۲۰	۶۸۰	۶۸/۴۰	۴	۲۵	۱۱	۴	۳	۱۸	۷	
کنگان	۵۴۷۳۴	۴۳۳۷۷	۱	۲	۷	۴۱	۲۰	۴	۱۶	۲۰	۱۷	۲۲۳۵	۶۰/۶۶	۱۰	۹۴	۱۸	۸	۶	۳۰	۱۴	
گناوه	۱۸۷۵۹	۳۲۹۷۶	۳	۳	۸	۴۷	۲۲	۹	۱۳	۲۲	۱۵/۹۳	۱۸۸۲	۶۷/۱۸	۸	۱۱۹	۱۸	۷	۵	۳۲	۸	

جدول ۳: تعیین بهترین و بدترین مقادیر برای توابع معیارها

شاخص	تعداد بیمه شدگان اصلی	تعداد بیمه شدگان اجتماعی	تعداد بیمه شدگان خدمات درمانی	تعداد واحدهای توان بخشی	تعداد واحدهای پیشگیری و	تعداد مهد کودک	تعداد پرشک عمومی	تعداد پرشک متخصص و فوق تخصص	تعداد دندانپزشک	تعداد توان بخشی	مرگ و میر کودکان زیر یکسال	کل متولدین	درصد پوشش تنظیم خانواده	تعداد داروخانه	تعداد تخت فعال بیمارستانی	تعداد خانه های بهداشت	تعداد آزمایشگاه	تعداد مراکز بهداشتی شهری	مراکز بهداشتی روستایی	تعداد آمو لانس
f*	۰/۶۸	۰/۷۶	۰/۰۴	۰/۰۹	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۰۸	۰/۲۵	۰/۶۴	۰/۳۶	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۰۸	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۰۵۶
f-	۰/۰۵	۰/۱۱	۰	۰/۰۱	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۰۷	۰	۰/۰۰۵	۰	۰/۲۸	۰/۰۹	۰/۳۰	۰/۰۶	۰	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۹	۰/۱۱	۰/۰۱۶

f: شاخص مورد استفاده منفی می‌باشد.

میزان برخورداری، بیشترین مقدار  $Q_i$  محاسبه شده به شهرستان‌های دشتستان و بوشهر با ضریب اولویت صفر و  $0/240$  و کمترین اولویت به شهرستان دیر با ضریب اولویت یک مربوط می‌شود. در پایان، برای ساده شدن ارزیابی کلی سیمای بخش سلامت در توزیع خدمات اجتماعی، بهداشتی و درمانی در شهرستان‌های استان بوشهر با توجه به مقدار به دست آمده از  $Q_i$ ، نسبت به خلاصه و طبقه‌بندی گزینه‌ها در سه سطح اقدام گردیده است. سطح اول با میزان توسعه‌یافتگی پائین در بخش توزیع خدمات اجتماعی، بهداشتی و درمانی شهرستان‌های دیر، دیلم، کنگان و گناوه را شامل می‌گردد؛ در حالی که شهرستان‌های جم، تنگستان و دشتی در زمره شهرستان‌هایی با میزان توسعه‌یافتگی متوسط در سطح دوم قرار گرفته‌اند. سطح سوم نیز با میزان توسعه‌یافتگی بالا در این بخش، شهرستان‌های بوشهر و دشتستان را شامل می‌شود (جدول ۵).

گام بعد، اعمال اوزان بدست آمده است که در این جا وزن شاخص‌ها با روش تحلیل سلسله‌مراتبی به دست آمده است. بر اساس نتایج تحلیل سلسله‌مراتبی ارائه شده، بیشترین اهمیت درجه توسعه بخش خدمات اجتماعی و درمانی از دیدگاه پانزده نفر از کارشناسان امر و از طریق تحلیل سلسله‌مراتبی در محیط نرم افزار EC محاسبه و به هر شاخص تخصیص داده شده است. بر این اساس سه شاخص مهم از دیدگاه کارشناسان، به ترتیب اولویت عبارتند از مرگ و میر کودکان زیر یکسال (درجه اهمیت  $0/172$ )، تعداد پزشک متخصص و فوق تخصص (درجه اهمیت  $0/140$ ) و تعداد پزشک عمومی (درجه اهمیت  $0/106$ )، به ترتیب در اولویت اول تا سوم قرار گرفته‌اند. اکنون می‌توان از طریق روابط (۴)، (۵) و (۶) معیار فاصله‌ای برای گزینه ایده‌آل مثبت ( $S_i$ ) و گزینه حداقل یا ایده‌آل منفی ( $R_i$ ) به دست آورد. حاصل این روابط نمایش داده شده است (جدول ۴). در ادامه نیز بر اساس

جدول ۴: معیار فاصله‌ای برای گزینه‌های حداقل و حداکثر

شهرستان	فاصله از ایده آل مثبت ( $S_j$ )	فاصله از ایده آل منفی ( $R_j$ )	مقدار $Q_i$	رتبه
بوشهر	۰/۲۰۸۹	۰/۰۶۱۹	۰	۱
دشتستان	۰/۸۶۴۷	۰/۱۵۸۲	۰/۲۴۰	۲
جم	۰/۷۲۲۱	۰/۱۰۹۱	۰/۳۴۵	۳
تنگستان	۰/۲۹۷۰	۰/۱۰۱۷	۰/۵۵۷	۴
دشتی	۰/۷۶۵۶	۰/۱۳۰۲	۰/۶۵۲	۵
دیر	۰/۹۵۷۴	۰/۱۷۲۰	۰/۶۸۲	۶
دیلم	۰/۹۱۰۳	۰/۱۳۷۶	۰/۷۹۷	۷
کنگان	۰/۷۷۴۳	۰/۱۵۴۲	۰/۸۷۵	۸
گناوه	۰/۷۶۷۹	۰/۱۲۳۴	۱	۹

جدول ۵: طبقه‌بندی شهرستان‌های استان بوشهر بر اساس توسعه بخش خدمات اجتماعی و درمانی

شهرستان	درجه توسعه یافتگی بر حسب $Q_i$	سطوح توسعه یافتگی
دیر، دیلم، کنگان و گناوه	بین ۰/۶۶۷-۱	توسعه یافتگی پائین
جم، تنگستان و دشتی	بین ۰/۳۳۴-۰/۶۶۷	توسعه یافتگی متوسط یا بینابینی
بوشهر و دشتستان	کمتر از ۰/۳۳۳	توسعه یافتگی بالا

عوامل بسیاری در ایجاد و تداوم آن نقش ایفا می‌کنند و نتیجه مشارکت تمام دستگاه‌های اجرایی جامعه بوده و تأثیر درخور توجهی بر بخش‌های دیگر جامعه دارد تا جایی که

## بحث

از دیدگاه علمی، سلامت مفهومی نسبی، بنیادین، گسترده، سیال و فردی (۲۷) و فرایندی چندمحوری است که از سویی

خواهد داشت؛ زیرا در این صورت توان کار و فعالیت و در نتیجه، درآمد افراد کاهش می‌یابد یا اینکه بخش چشمگیری از دارایی خانواده‌ها صرف تأمین هزینه‌های درمان خواهد شد.

اگرچه باید اذعان داشت که در سال‌های اخیر، اصلاح سیاست‌های مربوط به ساختار و اجرای برنامه‌های بهداشتی درمانی به طور قابل ملاحظه‌ای مورد تأکید قرار گرفته است. در دهه ۱۹۹۰ میلادی این سیاست‌ها تحت عنوان اصلاح بخش بهداشت و درمان مطرح بود و دست اندرکاران امر توسعه سلامت در سطوح ملی و بین‌المللی را بر آن داشت تا به بحث، تدوین و اجرای برنامه‌های زیادی پیرامون توسعه سلامت و ارتقا سیستم بهداشت و درمان کشورها بپردازند. دولت‌های ملی در راستای اجرای این سیاست‌ها، اقدامات مهمی انجام دادند که از میان آن‌ها می‌توان به این موارد اشاره نمود: فراهم کردن زمینه مشارکت بخش خصوصی، تنوع بخشیدن به سرمایه‌گذاری در بخش بهداشت و درمان، توسعه بیمه‌های درمانی، ایجاد تغییر در ساختار سازمانی و غیره (۳۵). حال آن‌که در ترسیم سند چشم‌انداز توسعه کشور نیز مبحث راهبردی سلامت به جد مورد تأکید قرار گرفته و امروزه بر اهمیت سرمایه‌گذاری در بخش سلامت به عنوان عاملی برای هموار کردن مسیر توسعه اقتصادی تأکید می‌شود و اذعان می‌گردد که تخصیص بودجه بیش‌تر در این بخش، طلیعه افزایش رشد اقتصادی خواهد بود (۳۶). هرچند نخستین گام برای ایجاد برابری عبارت است از تأمین میزان قابل قبولی از نیازهای پایه بهداشتی و درمانی برای همه افراد جامعه (۳۷) اما یکی از مشکلات مهم در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی کشورهای جهان سوم، کمبود امکانات و نیروی انسانی بهداشتی و توزیع نادرست آنها در مناطق شهری و روستایی است. این در حالی است که توسعه بهداشت کشورهای تحت تأثیر عوامل مختلف اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و جمعیتی قرار دارد. در اکثر کشورهای در حال پیشرفت، بویژه در مناطق عقب افتاده‌تر کیفیت زندگی و موازین بهداشتی بسیار پایین‌تر از سطح مورد نیاز برای

امروزه مسئله سلامت برای همه کشورهای از اهمیت به‌سزایی برخوردار است و سازمان بهداشت جهانی درصدد است تا سلامت را در کانون مباحث توسعه پایدار قرار دهد (۲۸). از آن‌جا که ماهیت خدمات بهداشتی درمانی به گونه‌ای است که نیاز به آن‌ها منحصر به گروه خاصی از مردم نمی‌شود و در واقع، همه انسان‌ها در تمامی سکونتگاه‌ها بدان نیازمند می‌باشند. فقدان یا کمبود خدمات بهداشتی و درمانی به ویژه در روستاها، شهرهای کوچک و مناطق محروم، پیامدهای منفی زیادی را به همراه خواهد داشت که مهم‌ترین آن‌ها، اثرات ناگواری است که متوجه زندگی انسان‌هاست. بدیهی است حفظ و ارتقا سطح سلامتی انسان، نیازمند یک نظام سلامت و کارآمد است. نیل به این مهم، مستلزم فراهم آوردن بهترین سطح میانگین خدمات قابل دسترسی و کم‌ترین تفاوت میان افراد و گروه‌ها در این دست‌یابی عادلانه بودن می‌باشد (۲۹). اما نکته قابل تأمل اینجاست که با وجود افزایش نرخ رشد اقتصادی و پیشرفت‌های شگرف مربوط به بخش سلامت در قرن اخیر، نابرابری‌های عظیمی در این بخش بین کشورهای و نیز بین مناطق مختلف یک کشور وجود دارد و این در حالی است که کشورهای در حال توسعه، شدیدتر است (۳۰). بسیاری از مردم کشورهای در حال توسعه از نظر دسترسی به خدمات درمانی و بهداشتی کاملاً محروم و نیازمند هستند. هرچند نامناسب بودن وضعیت سلامت در جامعه، فقر اقتصادی را به دنبال خواهد داشت و مادامیکه توان کار و فعالیت افراد کاهش می‌یابد بخش قابل توجهی از دارایی خانواده‌ها نیز صرف تأمین هزینه‌های درمان خواهد شد (۳۱). از این رو توسعه پایدار بر لزوم سیستم بهداشت و درمان و تأمین سلامت پایدار برای مردم تأکید دارد (۳۲) و دستیابی به توسعه پایدار منوط به رفع نابرابری‌های موجود در زمینه دسترسی به امکانات و خدمات درمانی و بهداشتی است (۳۳). در واقع، دسترسی مطلوب به خدمات و امکانات درمانی یکی از پیش‌نیازهای اساسی برای تحقق توسعه پایدار انسانی به شمار می‌رود (۳۴) و نامناسب بودن وضعیت سلامت در جامعه، فقر اقتصادی را به دنبال



نابرابری در حوزه نظام سلامت کشور اشاره نموده‌اند. به عنوان نمونه Fanga و همکارانش در مقاله‌ای که در سال ۲۰۱۰ میلادی نگاشته‌اند تصریح می‌کنند که با وجود پیشرفت‌های شگرف بخش سلامت، همچنان نابرابری‌های عظیمی در این بخش بین کشورها و حتی بین مناطق مختلف یک کشور وجود دارد. هر چند این نابرابری در کشورهای در حال توسعه به مراتب شدیدتر است (۳۱). Smith و همکارانش نیز در اثر خود در سال ۲۰۰۹ میلادی کشورهای در حال توسعه را به سبب میزان دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی کاملاً محروم و نیازمند توصیف می‌کنند (۳۰). در مقالات داخلی نیز احمدی و همکارانش در سال ۱۳۹۳ خورشیدی با هدف تحلیل فضایی برخورداری استان‌های ایران در شاخص سلامت (۴۰)، رضای و همکارانش در سال ۱۳۹۱ خورشیدی با هدف بررسی وضعیت تخصیص منابع در نظام سلامت ایران (۳۹)، ضرابی و شیخ‌بیگلر در سال ۱۳۹۰ خورشیدی با هدف سطح‌بندی شاخص‌های توسعه سلامت استان‌های ایران (۲۹) و تقوایی و شاهپوندی در سال ۱۳۸۹ خورشیدی با هدف سنجش میزان پراکنش خدمات بهداشتی و درمانی در شهرستان‌های ایران (۱۱) همچون پژوهش حاضر همگی بر نابرابری و عدم تخصیص فضایی عادلانه امکانات و خدمات بهداشتی-درمانی صحنه گذاشته‌اند. از سوی دیگر پژوهش‌های دیگری نیز در سطح منطقه‌ای در حوزه سلامت وجود دارند که دستاوردی هم‌راستا و منطبق بر یافته‌های پژوهش حاضر ارائه نموده‌اند. بعنوان مثال: یافته‌های مطالعه زندگی‌آبادی و همکارانش در سال ۱۳۹۲ خورشیدی (۴۱) نشان می‌دهد که شاخص‌های بهداشتی-درمانی در استان آذربایجان شرقی بطور فاحشی نامتوازن توزیع گردیده است. همچنین پژوهش دیگری که توسط محمدی و همکارانش در سال ۱۳۹۱ خورشیدی (۱۵) با هدف تحلیل فضایی توسعه شاخص‌های بهداشتی درمانی در استان آذربایجان غربی انجام پذیرفت گویای این مطلب است که در سطح استان آذربایجان غربی از نظر برخورداری از خدمات بهداشتی-درمانی محرومیتی کلی حکم‌فرماست و توزیع امکانات موجود متناسب

پیشگیری و کنترل بیماری‌های عفونی و حفظ سلامت جسمی و روحی و اجتماعی مردم قرار دارد. در حالی که هدف سیاست‌های بهداشتی در این کشورها، تحت پوشش قرار دادن کل جامعه است؛ ولی تفاوت چشمگیری بین پایتخت و شهرهای بزرگ از یک سو و شهرهای کوچک و بخش‌ها و نواحی روستایی از سوی دیگر مشاهده می‌شود (۳۸). امروزه در نتیجه پیچیده‌تر شدن ابعاد چالش‌های گوناگون توسعه‌ای بسیاری از کشورها، تأمین و حفظ و ارتقای سطح سلامت به دغدغه و چالش فراروی سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران و مردم تبدیل شده است؛ به طوری که در ارزشیابی سیاست‌ها، در شاخص‌سازی برنامه توسعه سازمان ملل، از مؤلفه امنیت بهداشتی سلامت به عنوان ابعاد اصلی ارزشیابی و ماهیت سیاست‌های اجرایی و برنامه‌ریزی و همچنین یکی از ابزارهای سنجش جایگاه کشورها در روند توسعه و پیشرفت بحث شده است. آنچه که قابل ذکر است این است که علیرغم حجم بالای منابع اختصاص یافته به بخش سلامت بین رشد منابع قابل دسترس و منابع مورد نیاز بخش بهداشت شکاف وجود دارد و این مساله ضرورت استفاده اثربخش از منابع را مشخص می‌سازد (۳۹). به طوری که یکی از مشکلات کنونی در خصوص سلامت عمومی که دغدغه سیاست‌گذاران نظام‌های سلامت شده است نابرابری‌های موجود در وضعیت سلامت مردم است. اگرچه سطح کلی سلامت مردم و شاخص‌های مربوط به آن در جوامع مختلف افزایش یافته ولی هنوز بسیاری از جوامع از نابرابری و دسترسی به خدمات سلامتی رنج می‌برند (۴۰). تا جایی که پژوهش حاضر خود مصداق میرهن و واضحی از نابرابری بهداشتی-درمانی در نظام سلامت است و یافته‌های پژوهش وجود یک شکاف منطقه‌ای عمیق در حوزه سلامت استان بوشهر را تایید می‌کند. توسعه‌ای که دستاوردی جز ناهمگونی و دامن زدن به عدم تعادل در مرکز و پیرامون استان بدنبال نداشته است. هر چند این عدم توازن تنها به استان بوشهر ختم نمی‌شود و مطالعات مشابه بسیاری در خارج و داخل کشور را می‌توان نام برد که هر یک به نوعی به ابعاد مختلف

چگونگی توزیع درآمد، میزان فقر و ارائه کالاهای عمومی نظیر خدمات بهداشتی نشان دهنده میزان توجه دولت به عدالت توزیعی است (۴۴) و ارزیابی خدمات مراقبت و سلامت می‌تواند به بهبود تصمیم‌گیری در زمینه تخصیص منابع در بخش نظام سلامت منجر شود (۴۵) و نظام‌های مراقبت سلامت به گونه‌ای سوق یابد که تخصیص منابع بر پایه هزینه‌ها و فایده انجام گیرد و بر مبنای هدف‌های تأمین عدالت، وزن‌دهی شود (۴۶).

### نتیجه‌گیری

بررسی و تحلیل جایگاه نواحی از لحاظ توسعه به عنوان مبنایی برای برنامه‌ریزی‌های آتی دارای اهمیت بسزایی است؛ چرا که تنها با تعیین وضعیت کمی و کیفی شاخص‌های گوناگون در وضع موجود بر پایه قابلیت‌های بنیادین آن‌ها می‌توان به چشم انداز روشنی امیدوار بود. علیرغم موانع و محدودیت‌های اکثر تحقیقات پژوهشی، که بر سر راه این مطالعه نیز قرار داشته است (همچون عدم سهولت در دسترسی به آمار و اطلاعات، فقدان بانک اطلاعاتی کامل، بروز و کارآمد و فقدان توجه به همه فاکتورها در آمارنامه‌های منتشره) این بررسی تلاش نموده است تا با عنایت به نقش حیاتی نظام سلامت در توسعه سرزمینی و خلا یک بررسی جامع در این زمینه از طرق سنجش‌های متعدد به ارائه تصویری جامع و شفاف از وضعیت موجود نظام سلامت در منطقه مورد مطالعه بپردازد. از همین رو در راستای رتبه‌بندی دقیق شهرستان‌های بوشهر به لحاظ توسعه خدمات اجتماعی و بهداشتی - درمانی، ارزیابی حاصل از میزان برخورداری هر یک از شهرستان‌های استان با عنایت به شاخص‌های مورد بررسی، نشان می‌دهد که تنها شهرستان‌های بوشهر و دشتستان به ترتیب با امتیاز صفر و ۰/۲۴۰ از برخورداری نسبی در این باره بهره‌مند هستند و سایر شهرستان‌های استان از کمبود و فقر خدمات اجتماعی و امکانات بهداشتی - درمانی رنج می‌برند و نوعی محرومیت کلی در زمینه برخورداری از شاخص‌های خدمات اجتماعی و بهداشتی - درمانی در حوزه سلامت بر استان حاکم است. در این میان، شدت این

با توان و نیاز جمعیتی شهرستان‌ها انجام نگرفته است. به طوری که شهرستان ارومیه بعنوان مرکز اداری - سیاسی و اقتصادی استان برخوردارترین منطقه تلقی گردیده و اختلاف چشمگیری بسیاری به لحاظ توسعه‌یافتگی با سایر شهرستان‌ها دارد. همچنین بیشتر شهرستان‌های مورد مطالعه نیز در جرگه مناطق نیمه‌برخوردار و محروم قرار دارند. در مطالعه زندگی‌آبادی و همکارانش در سال ۱۳۹۱ خورشیدی (۳۸) نیز که به تحلیل فضایی شاخص‌های توسعه خدمات بهداشت و درمان در استان کردستان پرداخته شده است. ضمن ارائه سیمایی نابرابر از استان کردستان، به وجود اختلاف فاحش در شهرستان‌های این استان اشاره می‌شود. در یک بررسی دیگر نیز که ضرابی و همکارانش در سال ۱۳۸۶ خورشیدی (۴۲) با هدف تحلیل فضایی شاخص‌های توسعه خدمات بهداشت و درمان در استان اصفهان انجام داده‌اند، نویسندگان معتقد به عدم توزیع متوازن و وجود اختلاف چشمگیر بین شهرستان‌ها در گستره جغرافیایی استان اصفهان هستند و باید عنوان نمود که نتایج پژوهش‌های انجام گرفته در حوزه سلامت همچون یافته‌های این پژوهش حکایت از وجود یک نظام مرکز - پیرامون در توزیع امکانات بهداشتی و تخصیص خدمات درمانی در سطح کشور دارد. چنانچه از کل مباحث بر می‌آید، اگر از دو بعد بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی و سلامت اجتماعی و فردی به مقوله سلامت نگریسته شود، روشن خواهد شد که هدف نهایی نظام سلامت هر کشور، ارتقای سلامت مردم و برقراری عدالت بهداشتی در میان آنان است؛ بنابراین شناخت و ارزیابی بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی و سطح سلامت را می‌توان به عنوان شاخصی از عدالت اجتماعی در بخش بهداشت و سلامت تلقی کرد. از آنجا که مطالعه شاخص‌های سلامت و بهداشت جمعیت، از معیارهای اصلی ارزیابی کیفیت عملکرد دولت‌ها در ارائه خدمات بهداشتی درمانی به جمعیت تحت پوشش است (۴۳).

شناخت سطح سلامت فردی و جسمی براساس دسترسی به خدمات بهداشتی، درمانی در هر جامعه‌ای، ضمن تشریح

منابع بهداشتی، توزیع برابر فرصت‌ها و ارتقای کیفی خدمات درمانی در مناطق دورافتاده را با هدف آمایش سرزمین در اهم برنامه‌ها و دستور کار خود قرار دهند. چرا که پیش‌شرط توسعه پایدار داشتن نیروی انسانی سالم و توانمند است و این امر مستلزم اهتمام بیشتر متولیان و مدیریتی مستجمل در سایه برنامه‌ریزی هدفمند و کارا جهت رفع عدم تعادل‌ها می‌باشد.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از دفتر آمار و اطلاعات استانداری بوشهر بعلت همکاری در انجام مطالعه صمیمانه تقدیر و تشکر بعمل می‌آید.

محرومیت در شهرستان‌هایی همچون دیر، دیلم، کنگان و گناوه بیشتر بوده و افراد در این نواحی به خدمات اجتماعی و امکانات بهداشتی - درمانی، یعنی یکی از نیازهای اساسی توسعه انسانی، دسترسی چندانی ندارد. در صورتی که در حالت مطلوب، باید دسترسی همه افراد جامعه به خدمات اجتماعی و بهداشتی - درمانی، حتی در دور افتاده ترین و محروم‌ترین مناطق کشور میسر باشد. بدیهی است جهت دستیابی به توسعه نظام سلامت در سطح منطقه‌ای (استان بوشهر) که اساس توسعه ملی و توسعه پایدار است، برنامه‌ریزان و سیاستگذاران می‌بایست ضمن بازنگری در توزیع امکانات و

### References

1. Tourani S. Study of performance index of public - educational hospitals: the context of Iran University of Medical Sciences. Journal of Health Administration 1997; 1(1): 32-58. [In Persian]
2. World Health Organization .The world Health Report (Health Systems: Improving performance). France: WHO; 2000.
3. New brander W, Howard B, Joseph K. Hospital Economics and Financing in Developing Countries. France: WHO; 1992.
4. Aqlmnd S, Pourrez A. Health reform. Journal of Social Welfare 2004; 4(14): 26-3. [In Persian]
5. Rafiean M, Tajdar V. Regional approach to assess the health situation in the city of Mashhad. Journal of Geography and Regional Development 2008; 6(10): 163 -84. [In Persian]
6. Faraji Sabokbar H, Vazin N. Structural equation model of health with health care. Journal of Social Welfare 2013; 13(48): 44- 27. [In Persian]
7. Barton H, Tsourou C. Healthy Urban Planning. London: Spon Press; 2000.
8. Amini N, Yaddollahi H, Inanloo S. Ranking provinces of health. Social welfare 2006; 5(20): 48- 27. [In Persian]
9. ZahediAsl M. Foundations of Social Welfare. Tehran: Allameh Tabatabai University; 1992. [In Persian]
10. Fadai A, Zahedi M. Comparison of health indicators in the pilot villages based on the basic development needs (BDN) in Chahar Mahal and Bakhtiari. School of Medical Sciences 2006; 8(1): 13-19. [In Persian]
11. Taghvae M, Shahivandi A. Distribution of health services in the cities of Iran. Social welfare since 2010; 10(39): 45- 33. [In Persian]
12. Naidoo J, Wills J. Health Promotion: Foundations for Practice. 2th Ed. USA: Public Health and Health Promotion; 2000: 1-400.
13. Spear Hila K. Adeoles cent health behaviors and related factors: a review study. Public health nursing 2001; 18(2): 82-93.
14. Strobin DG, Minkovitz H, Nthia CY. Charting a course for the future of women's health in the United States: Cencepts, finding and recommendations. Social Science & Medicine 2002; 54(5): 830-48.
15. Mohamadi J, Ahmadian M, Alizadeh J, Jamini D. Spatial analysis of health indicators in West Azerbaijan province. Journal of Social Welfare 2012; 12(47): 153 -80. [In Persian]
16. Lai D, Huang J, Risser J, Kapadi A. Statistical properties of generalized Gini coefficient with application to health inequality measurement. Social Indicators Research 2008; 87(1): 249-58.
17. Opricovic S, Tzeng GH. Compromise solution by MCDM methods: A comparative analysis of VIKOR and TOPSIS. European Journal of Operational Research 2004; 156(2): 445-55.
18. Wei J, Xiangyi L. The Multiple Attribute Decision- Making VIKOR Method and Its Application. 4th International Conference Wireless Communications, Networking and Mobile Computing 2008. Chain: WICOM; 2008.
19. Zarabi A, Izadi M. Analysis of the regional development of the country. Journal of Spatial Planning (Geography) 2013; 3(8): 101-16. [In Persian]

20. Rao RV. A decision making methodology for material selection using an improved compromise ranking method. *Materials and Design* 2008; 29(10): 1949-54.
21. Chen LY, Wang TC. Optimizing partner's choice in IS/IT out sourcing projects: the strategic decision of Fuzzy VIKOR. *International Journal of Production Economics* 2009; 20(1): 232-42.
22. Xia HC, Li DF, Zhou JY, Wang JM. Fuzzy Linmap Method for Multi-Attribute Decision Making under Fuzzy Environments. *Journal of Computer and System Science* 2006; 72(4): 741-59.
23. Malczewski J. *GIS and Multicriteria Decision Analysis*. USA: John Wiley & Sons; 1999.
24. Rezvani M, Sadeghlo T, SajasiGhidari H. Village-level integration of measurements using fuzzy TOPSIS model (case study: Central village Khudabandah County). *Rural Research* 2011; 2(5): 1-32. [In Persian]
25. Chang C, Hsu C. Multi-Criteria analysis via the VIKOR method for prioritizing land-use restraint strategies in the Tseng-Wen reservoir watershed. *Journal of Environmental Management* 2011; 90(11): 3226-30.
26. Chu MT, Shyu J, Tzeng G H, Khosla R. Comparison among three analytical methods for knowledge communities group-decision analysis. *Expert Systems with Applications* 2007; 33(4): 1011-24.
27. Parvizi S, Ghasemzadeh Kakrodi F, Seyedfatemi N, Naseri F. Social determinants of health in women living in Tehran: A qualitative study. *Journal of Nursing Research* 2009; 4(15): 6-15. [In Persian]
28. Schirmding Y. Health and sustainable development: can we rise to the challenge? *Lancet* 2002; 360(9333): 632-7.
29. Zarabi A, Shikhaiglo R. Development of health indicators for the provinces of Iran. *Journal of Social Welfare* 2011; 11(42): 107-28. [In Persian]
30. Fanga P, Donga S, Xiaoc J, Liud C, Fengc X, Wang Y. Regional inequality in health and its determinants: Evidence from China. *Health Policy* 2010; 94(1):14-25.
31. Smith HK, Harper PR, Potts CN, Thyle A. Planning sustainable community health schemes in rural areas of developing countries. *European Journal of Operational Research* 2009; 193(3):768-77.
32. Adshhead F, Thorpea A, Rutter J. Sustainable development and public health: A national perspective. *Public Health* 2006; 120(12): 1102-05.
33. Rae M. Health inequalities-a sustainable development issue. *Public Health* 2006; 120(12):1106-09.
34. Distaso A. Well-being and/or quality of life in EU countries through a multidimensional index of sustainability. *Ecological Economics* 2005; 64(1): 163-80.
35. Collins C, Green AT, Newell JN. The relationship between disease control strategies and health system development: the case of TB. *Health Policy* 2002; 62(2):141-60.
36. John T J, Abel R. Sustainable development and health: an Indian perspective. *Lancet* 2002; 360(9332): 638-9.
37. Braveman P, Tarimo E. Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. *Social Science & Medicine* 2002; 54(11):1621-35.
38. Zangiabadi A, Amirazodi T, Parizadi T. Spatial analysis healthcare in Kurdistan Development Indicators. *Journal of Geography* 2012; 10(32): 199-215. [In Persian]
39. Rezapoor A, Ebadi Fardazar F, Abbasi Brojeni P. The allocation of resources in the health sector. *Hospital Quarterly* 2012; 11(4): 64- 53. [In Persian]
40. Ahmadi S, Saborikhah H, Darvisahi H, Jabari H. Spatial analysis to Provinces in health indices. *Quarterly regional planning* 2014; 4(14). 31-44. [In Persian]
41. Zangiabadi A, Bahari E, Qadri R. Spatial analysis and classification of health indicators using GIS. *Geographical Research* 2013; 28(108): 75-106. [In Persian]
42. Zarabi A, Mohammadi J, Rakhshani Nasab H. Spatial analysis of indicators of health services. *Social Welfare* 2007; 7(27): 213-34. [In Persian]
43. Sadeghi Bazargani H, Edalatkhah H. ndicators of health status in the tribal province of Ardabil. *Ardabil University of Medical Sciences Journal* 2005; 13(48): 150-9. [In Persian]
44. Babakhani M, Ghasemi R, Rafiei H, Raghfar H, Biglerian A. Relationship between distributive justice and health in Iran. *Journal of Social Welfare* 2012; 12(46): 259-78. [In Persian]
45. Babakhani M, Raghfar H. The relationship between income inequality and health in the years 2006- 1976. *Health Management* 2009; 12(37): 16-9. [In Persian]
46. Maynard A, McDaid D. Evaluating health interventions: exploiting the potential. *Health policy* 2003; 63(2): 215-26.

## Evaluation the Performance of Health Systems in Resource Allocation Health, Treatment and Social Security (Case study)

Yaghoub Zarei<sup>1</sup>, Mehdi Rahmanian Koshki<sup>2</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Equitable distribution of resources and health services to provide and maintain the health of the public has long been a perennial concern of policy makers and the management and resource allocation in the health sector have led to the high significance. However, in order to reduce spatial inequality, according to underserved areas after the revolution, the Islamic Republic has been a turning point in their agenda. But it must be admitted that the lack of balance in the development and unequal distribution of health indicators, health and social security The spatial extent and causes of regional disparities and gaps as the main obstacle in the path of development. Study of regional disparities, efforts to eliminate disparities and access to standards is one of custodian's necessary measures to achieve social justice and sustainable development. Accordingly, this study was conducted with the aim of explaining and measuring the performance of health systems the allocation of health care and social security the Bushehr province.

**Methods:** The fundamental aim of the research methods were used in the descriptive analysis. The Society Statistics of the County Bushehr Province (9 County), and collecting information from the type of library and collection tools according to the type of documents and research objectives of forms-based data tables and Statistics 2011 Bushehr Province, Nineteen extraction in which health indicators and quantitative way by using analytic hierarchy process Taking advantage of the technique VIKOR )VlseKriterijumska Optimizacija I Kompromisno Resenje (and using softwares SPSS and Expert Choice, Was to analyze the degree of development of the Counteis of Bushehr.

**Results:** Results During the period 2011 to show the heterogeneity gap and uneven regional development in the health field in Bushehr province. The resource allocation process also suggests that the city of Bushehr has the most developed city in the most deprived city are Genaveh of health and treatment and Social Security. The evidence also shows that the city Dashtestan a relatively favorable development, Jam County, Tangistan and Dashti cities of medium and Dayer, Kangan and Daylam located in a row of relatively deprived areas.

**Conclusion:** The results indicate that the development of health systems in Bushehr province there is need for revision of management systems, planning, resource allocation, and health care facilities, distribution and promotion of equal opportunities and quality services in remote areas for the purpose of land use planning.

**Keywords:** Health Care systems; Social security; Treatment; Performance Assessment

Received: 11 Nov, 2014

Accepted: 30 May, 2015

**Citation:** Zarei Y, Rahmanian Koshki M. **Evaluation the Performance of Health Systems in Resource Allocation Health, Treatment and Social Security (Case study).** Health Inf Manage 2015; 12(4):518.

\*- This article is the result of independent research without financial support.

1- PhD Student, Geography and Rural Planning, Science and Research Branch of Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author)  
Email: yaghoub.zarei@yahoo.com

2- PhD Student, Geography and Rural Planning, Science and Research Branch of Islamic Azad University, Tehran, Iran