

---

بررسی وضعیت دسترسی به شاخص های خدمات بهداشتی و درمانی استان هرمزگان در مقایسه با استان  
تهران در سال ۱۳۹۷  
مریم رسولی

---

### چکیده

بهداشت و درمان یکی از حوزه های مهم سیاست گذاری در هر جامعه ای است که کیفیت وضعیت آن در امر توسعه ی جوامع نقش بسزایی دارد. هدف این گزارش بررسی وضعیت بهداشت و درمان در استان هرمزگان بر اساس شاخص های دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی به ویژه در سال ۱۳۹۷ می باشد که نشان می دهد این منطقه به لحاظ دسترسی به خدمات بهداشت و درمان از چه وضعیتی برخوردار است و یافته های این استان را با داده های در دست استان تهران مقایسه میکنیم و تا حدودی به این سوال که آیا استان هرمزگان از نظر دسترسی به خدمات بهداشتی و درمان استانی محروم محسوب می شود یا خیر، پاسخ می دهیم. روش تحقیق ما، روش کتابخانه ای است که با استفاده از داده های از پیش تهیه شده در سایر اسناد به پیشبردن مقاله مان می پردازیم. در بخش بحث و نتیجه گیری پاسخ می دهیم که این استان در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی نسبت به استان تهران به مثابه ی یکی از استان های توسعه یافته در این حوزه، از وضعیت بسیار بدی برخوردار نیست که محروم تلقی بشود و تنها در دو مورد تعداد بیمارستان و تعداد داروخانه در سطح دو استان شکافی دیده می شود که در همان بخش تحقیق به علت این شکاف تا حدودی پرداخته شده است.

**کلمات کلیدی:** بهداشت و درمان، سلامت، دسترسی خدمات بهداشت، بهداشت هرمزگان، بهداشت تهران، شاخص دسترسی بهداشت

## . مقدمه و بیان مسئله

بهداشت و بهداشت عمومی به عنوان یکی از مفاهیم گسترده، در کنار سایر مفاهیم اجتماعی چون عدالت عمومی و امنیت ملی و.. دارای اهمیت است و همانطور که این مفاهیم نیز مستلزم سیاست گذاری هایی می باشد، بهداشت و درمان نیز مستثنی از این قاعده نیستند و برای توسعه کشور ضروری است. سیاست گذاری در این حوزه نیز متأثر از عوامل متعددی چون عوامل فرهنگی و جغرافیایی و اقتصادی و اجتماعی می باشد. در کنار تمام عوامل مهم تاثیر گذار بر شرایط زندگی افراد، مسئله ی بهداشت و درمان از اهمیت بیشتری برخوردار است، زیرا سلامت جسم و روح افراد در اولویت سایر شرایط برای نمایش برخورداری از رفاه افراد است. همانطور که قبل نیز گفته شد بهداشت و درمان یکی از ارکان اساسی جامعه می باشد که با توسعه ی آن، پیشرفت جوامع نیز هموار تر می شود زیرا برای ارتقای جامعه نیاز به افراد سالمی از نظر جسمی و روحی داریم و توسعه ی جوامع با افرادی که دچار بیماری های جسمی و روحی یا معلولیت هستند امکان پذیر نیست. سلامت به عنوان یک کالای عمومی در جوامع تلقی می شود که همه ی افراد حق برخورداری از آن را دارا هستند و هر نوع دلیلی برای برخوردار نشدن آحاد جامعه از خدمات بهداشتی و درمانی نوعی بی عدالتی تلقی می شود و در این امر دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی نیز باید همگی افراد به یک اندازه و از یک نوع کیفیت خدمات بهره ببرند. یعنی به گونه ای نباشد که عده ای افراد به دلایلی چون قومیت، نژاد، وضعیت مالی و... از کیفیت بهتری برخوردار باشند یا برعکس به همین دلایل، از کیفیت خوب خدمات بهره مند نشوند. دو عنصر اصلی توسعه ی سلامت یکی میزان دسترسی افراد جامعه به خدمات بهداشتی و درمانی است و دیگری کیفیت دسترسی به این نوع خدمات می باشد. ما می دانیم برای هرگونه سیاست گذاری در وهله ی اول نیازمند ارزیابی وضع موجود از مسئله در منطقه ی خاص مورد بررسی هستیم. استان هرمزگان به عنوان یکی از استان های جنوب کشور و حائز اهمیت در عرصه ی تجارت و اقتصاد کشور، مستلزم توسعه در تمام حوزه ها می باشد علی الخصوص در حوزه ی بهداشت و درمان. چندی پیش مقاله ای با عنوان «هرمزگان؛ محرومترین استان از نظر شاخص های بهداشتی» چاپ و منتشر شد که مورد انتقاد شدید دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هرمزگان قرار گرفت. سؤالاتی که در این مقاله تلاش می شود به آن پاسخ داده شود عبارتند از اینکه: شاخص های سنجش وضعیت کیفیت بهداشت در استان چه شاخص هایی هستند؟ با توجه به شاخص های بهداشتی وضعیت استان در چه شرایطی است؟ براساس شاخص های مشخص شده و میزان فراوانی و سرانه ی شاخص ها در راستای عنوان مقاله ی «هرمزگان؛ محرومترین استان از نظر شاخص های بهداشتی» نشان می دهیم که تفاوت میزان دسترسی استان هرمزگان به خدمات بهداشتی و درمانی نسبت به استان تهران به مثابه ی یکی از استان های توسعه یافته در این حوزه چه میزان است.

در این گزارش سعی می کنیم با تعریف و توصیف مفاهیم زمینه ای در حوزه دسترسی به خدمات بهداشتی از طریق شاخص هایی چون میزان فراوانی پایگاه های بهداشتی و مراکز بهداشتی و مراکز اورژانس، تعداد تخت های بیمارستان و سرانه ی آنها و تعداد پزشکان عمومی و متخصص و فوق تخصص و.. همچنین سرانه ی آنها، به مقایسه بین استان هرمزگان و استان تهران بپردازیم.

این پژوهش با استفاده از روش کتابخانه ای انجام شده است و هدف آن مرور پژوهش هایی است که تاکنون در زمینه ی بهداشت و سلامت استان هرمزگان صورت گرفته است و همچنین در این مقاله مرور پژوهش هایی در زمینه ی شاخص های استاندارد توسعه یافتگی در حوزه ی بهداشت و سلامت کشور و جهان را مورد توجه قرار داده ایم که از این طریق شاخص های مربوط به توسعه یافتگی یا نیافتگی استان را از لحاظ بهداشت و درمان، از طریق میزان دسترسی به چنین خدماتی شناسایی کنیم و با استفاده از روش مقایسه ای بین یکی از استان های پیشرفته به لحاظ بهداشتی و استان هرمزگان به توصیف وضعیت بهداشت و درمان استان هرمزگان بپردازیم.

به منظور جستجوهای صورت گرفته برای این پژوهش، پایگاه های اطلاعاتی مگ ایران، ایران داک، نورمگز، سیویلیکا و پرتال جامع علوم انسانی مورد استفاده قرار گرفتند.

برای جستجو و گردآوری اطلاعات از پایگاه های اطلاعاتی برای جامعیت بخشیدن به پژوهش حاضر، هیچ گونه محدودیت زمانی اعمال نشد. شروع جستجو از اواسط فروردین سال ۱۴۰۰ آغاز شد. در ابتدای جستجو منابع رایگان کمی در دسترس بود که متون آن کامل باشد اما پیوسته با پیشروی در تحقیق و مشخص تر شدن مسیر تحقیق، منابع مورد نیاز روشن تر شد و به دنبال آن منابع نیز بازیابی شدند. در مجموع بالغ بر ۶ منبع که شامل مقاله، پایان نامه یا گزارش های چاپی منتشر شده بودند مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده ها به شیوه ی توصیفی و با تامل بر رویکردها و گونه های مختلف مطالعات صورت گرفته و دسته بندی آن ها انجام گرفته است. مبنای دسته بندی این مطالعات بر اساس انواع منابع تحلیل شده در این پژوهش است. ابزار جمع آوری اطلاعات در این گزارش، اسناد و مدارک و منابع موجود در این زمینه است. جامعه ی هدف ما شهرستان های استان هرمزگان می باشد که وضعیت دسترسی به خدمات بهداشتی آنها را بر اساس معیارها و شاخص های توسعه می سنجیم و با استان پیشرفته ی تهران در این زمینه مقایسه می کنیم.

### مروری بر مفاهیم بهداشت و سلامت

در گذشته عدم وجود بیماری در فرد را دال بر سلامتی می دانستند، سلامتی ارزشی است در زندگی بسیار ارزشمندتر از سایر اهداف زیرا بدون سلامتی راه رسیدن به اهداف سخت خواهد بود.

کامل ترین تعریف از سلامتی را سازمان جهانی بهداشت ارائه داده است که سلامتی را «حالت کامل رفاه جسمی، روحی، اجتماعی و نه فقط عدم بیماری یا ناتوانی» می داند.

سلامت به عنوان یک کالای عمومی و رفاهی برای رفاه جسمی، روانی و اجتماعی تعریف می شود که نه تنها به رفاه جسمی فرد توجه دارد بلکه به رفاه اجتماعی، عاطفی، روحی و فرهنگی تمام افراد جامعه می پردازد (عالمی، ۱۳۹۰: ۷).

بهداشت به معنای علم جلوگیری و پیشگیری از بیماری هاست به گونه ای که هدف آن سلامت افراد است گرچه این دو مقوله ممکن است جدا از هم انگاشته شود اما پیوستگی بسیاری با یکدیگر دارند و بهداشت به عنوان وسیله، ابزاری برای تحقق سلامت افراد جامعه می باشد (اسلامی تبار، واعظ، سلیمانی، ۱۳۸۱: ۱۷۳).

بهداشت عمومی علاوه بر اینکه موجب پیشگیری از بیماری ها می شود موجبات افزایش طول عمر، ارتقای سلامتی به همراه تلاش های سازمان یافته و منظم جامعه را فراهم می کند. بهداشت عمومی به عنوان یک میانجی از ابزاری چون بهسازی محیط و آموزش بهداشت استفاده می کند برای تشخیص بیماری ها، کنترل بیماری های همه گیر و در نهایت به درمان بیماری ها می پردازد. مسئله ی حائز اهمیت در بهداشت عمومی تاکید آن بر تندرستی اجتماعی است که هدف کلی آن تامین شرایط لازم جهت رفاه فردی و اجتماعی است و بخش اعظمی از کارکرد آن جهت پیشگیری و درمان است و نهایتاً بهداشت خوب اساس پیشرفت های اجتماعی می باشد (اسلامی تبار، واعظ، سلیمانی، ۱۳۸۱: ۱۷۴).

در تعاریف دیگر بهداشت عمومی را مجموعه دانشی می دانند برای پیشگیری از بیماری ها و تامین و حفظ و ارتقای تندرستی و توانایی بشر که با استفاده از تلاش دسته جمعی که منجر به توسعه جامعه می شود این مفهوم در زندگی افراد جوامع گسترش می یابد و ضامن سلامت فرد و جامعه می شود (حاتمی، صفوی، بهادر، ۱۳۸۷: ۴).

حق برخورداری از بالاترین سطح استاندارد سلامت قابل دسترس برای انسان ها در نظام نامه سازمان بهداشت جهانی گرامی داشته است اما مقدار بهره مندی افراد در جوامع مختلف، متفاوت است (عالمی، ۱۳۹۰: ۸).

اسناد بین المللی حقوق بشر دسترسی به مراقبت های پزشکی و بهداشتی و همچنین گسترش بهداشت عمومی را در زمره ی حقوق انسانی به شمار آورده اند همچنین اعلامیه جهانی حقوق بشر به صورت کلی و به عنوان یکی از مصادیق حق بر معیشت در حد معیار، در کنار دیگر امکانات معیشتی چون غذا و لباس، حق بر بهداشت را مورد تاکید قرار می دهد (قاری سیدفاطمی، ۱۳۹۸: ۳۰۱).

از تعاریفی که در بالا ارائه شد اینگونه می توان برداشت کرد که سلامتی از آن جهت دارای اعتبار و اهمیت است که بدون آن راه رسیدن به اهداف دیگر همچون دستیابی به توسعه ی پایدار دشوار خواهد بود. همچنین سلامتی تنها به مبتلا نشدن به بیماری ها اطلاق نمی شود بلکه بسیاری از عوامل تاثیر گذار دیگر نیز در این امر دخیل هستند مثل عوامل و بیماری های موروثی یا بیماری هایی که بر اثر شرایط زندگی به وجود می آید برای مثال بیماری های عصبی یا فشار خون یا قند خون یا بیماری های معده و.. که متاثر از سبک زندگی افراد و فشار های روحی زندگی آن ها می باشد. سلامتی کالایی عمومی برای همگان، برای رفاه فردی و اجتماعی است و بهداشت وسیله ی تحقق سلامت جسمی و روانی افراد در جوامع است.

### یافته های تحقیق

استان هرمزگان به عنوان جنوبی ترین استان کشور ایران، دارای ۱۳ شهرستان، ۴۶ شهر، ۳۳ بخش و ۷۱ دهستان می باشد که در جدول شماره ۱-۱ اسامی شهرستان های استان هرمزگان را با تعداد جمعیت آن نشان می دهیم.

#### جدول شماره ۱-۱

شهرستان استان هرمزگان	جمعیت
-----------------------	-------

۶۸۰۳۳۶	بندرعباس	۱
۱۵۹۳۵۸	بندرلنگه	۲
۲۵۹۲۲۱	میناب	۳
۱۴۸۹۹۳	قشم	۴
۷۴۰۲	ابوموسی	۵
۵۸۸۸۴	جاسک	۶
۱۲۴۵۵۲	رودان	۷
۶۹۶۲۵	حاجی آباد	۸
۸۰۴۹۲	بستک	۹
۵۰۵۹۶	پارسیان	۱۰
۵۶۱۴۸	خمیر	۱۱
۴۵۷۲۳	سیریک	۱۲
۳۵۰۸۵	بشاگرد	۱۳
۱۷۷۶۴۱۵	جمعیت کل	

ماخذ: سالنامه آماری سال ۱۳۹۷

۲-۱- نقشه تقسیمات کشوری استان هرمزگان به تفکیک شهرستان



### ماخذ: مرکز آمار ایران

شاخص هایی که ما در این گزارش برای تحلیل و مقایسه از آن استفاده میکنیم شامل مواردی از قبیل: تعداد مراکز اورژانس پیش بیمارستانی (شهری\_جاده ای)، تعداد بیمارستان های فعال و تخت های ثابت موجود بر حسب نوع وابستگی، تعداد داروخانه های مستقر در استان، تعداد کارکنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی\_درمانی بر حسب گروه شغلی، تعداد پزشکان شاغل در دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی\_درمانی بر حسب رشته و نوع تخصص، تعداد پیراپزشکان شاغل در دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی\_درمانی بر حسب رشته و نوع تخصص، تعداد تخت های فعال بخش های بیمارستانی، تعداد مراکز ارائه دهنده مراقبت های اولیه بهداشتی (مراکز بهداشتی شهری\_روستایی، پایگاه های بهداشتی شهری\_روستایی، تسهیلات زایمانی، خانه های بهداشت فعال) می باشد که در جدول ۱-۲ الی ۱-۹ به میزان فراوانی آن ها پرداخته ایم.

آمار پزشکان شامل پزشک عمومی، دندانپزشک، داروساز، دکترای علوم آزمایشگاهی، دکترای تخصصی، پزشک متخصص و پزشک فوق تخصص می باشد. تعداد کل پزشکان عمومی در استان هرمزگان ۴۹۶ نفر است و این در حالیست که بر اساس سطح استاندارد WHO اعلام کرده است به ازای هر ۲۰۰۰ نفر جمعیت باید ۱ پزشک عمومی باشد

یعنی به ازای ۱/۷۷۶/۴۱۵ نفر جمعیت استان هرمزگان باید ۸۸۸ پزشک عمومی وجود داشته باشد تعداد پزشکان عمومی استان هرمزگان ۱۱۷۹٪ از سطح استاندارد فاصله دارد و پایین تر است. تعداد دندانپزشکان ۱۲۵ نفر در کل استان هرمزگان در صورتی که میزان استاندارد آن باید ۳۵۵ دندانپزشک در سطح استان باشد یعنی به ازای هر ۵۰۰۰ نفر جمعیت ۱ دندانپزشک باشد و تفاوت با سطح استاندارد حدود ۲۸۴٪ پایین تر از سطح استاندارد است. تعداد دکترای علوم آزمایشگاهی ۹ نفر، تعداد داروسازان استان ۱۵ نفر، تعداد پزشک متخصص ۲۸۳، پزشک فوق تخصص ۴۷ نفر و دکترای تخصصی استان ۸۳ نفر است. (سالنامه آماری استان هرمزگان، ۱۳۹۷، ص. ۵۵۷). (جدول ۱-۲)

### ۲-۱- پزشکان شاغل در دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی بر حسب رشته و نوع تخصص ۱۳۹۷ استان هرمزگان

شهرستانها	پزشک عمومی	دندانپزشک	دکترای علوم آزمایشگاهی	داروساز	پزشک متخصص	پزشک فوق تخصص	دکترای تخصصی	جمع کل
بندرعباس	۱۴۷	۵۴	۹	۱۱	۱۱۵	۴۷	۸۳	۴۶۶
بندرلنگه	۳۵	۱۰	۰	۲	۲۵	۰	۰	۷۲
میناب	۶۹	۱۸	۰	۰	۳۹	۰	۰	۱۲۶
قشم	۴۰	۸	۰	۰	۳۳	۰	۰	۸۱
ابوموسی	۸	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۱۰
جاسک	۲۶	۳	۰	۱	۱۳	۰	۰	۳۴
رودان	۳۵	۵	۰	۰	۱۸	۰	۰	۵۸
حاجی آباد	۲۲	۴	۰	۰	۱۴	۰	۰	۴۰
بستک	۳۷	۷	۰	۰	۱۳	۰	۰	۵۷
پارسیان	۲۱	۶	۰	۱	۱۳	۰	۰	۴۱
خمیر	۱۹	۴	۰	۰	۵	۰	۰	۲۸
سیریک	۱۸	۳	۰	۰	۲	۰	۰	۲۳
بشاگرد	۱۹	۲	۰	۰	۱	۰	۰	۲۲
کل	۴۹۶	۱۲۵	۹	۱۵	۲۸۳	۴۷	۸۳	۱۰۵۸

ماخذ: سالنامه آماری استان هرمزگان ۱۳۹۷

پیراپزشکان همچون پرستاران، تکنسین ها، بهیارها، بهورزا و ماما. در استان هرمزگان تعداد پرستاران حرفه ای ۱۵۶۳، پرستار کاردان ۰۴، کاردان تکنسین اتاق عمل ۶۵، کاردان تکنسین بیهوشی ۴۰، بهیار ۳۳۵، بهورز ۱۰۰۵، ماما ۵۶۲ نفر است. (سالنامه آماری استان هرمزگان، ۱۳۹۷، ص. ۵۵۷). (جدول ۱-۳)

۳-۱- پیراپزشکان شاغل در دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی\_درمانی برحسب رشته و نوع تخصص ۱۳۹۷ استان هرمزگان

شهرستان	پرستار حرفه ای	پرستار	کاردان یا تکنسین اتاق عمل	تکنسین بی هوشی	بهبیار	بهورز	ماما	سایر پیراپزشکان	جمع کل
بندرعباس	۷۲۵	۳	۲۷	۱۳	۱۷۱	۱۷۷	۱۲۲	۱۲۳۳	۲۴۷۱
بندرلنگه	۱۰۶	۱	۳	۴	۱۴	۸۳	۵۲	۳۷۵	۶۳۸
میناب	۱۵۵	۰	۸	۵	۶۴	۱۹۴	۷۷	۲۹۵	۷۹۸
قشم	۱۱۵	۰	۶	۴۱	۳	۸۰	۶۲	۱۸۸	۴۶۸
ابوموسی	۱۳	۰	۱	۰	۳	۲	۴	۱۹	۴۲
جاسک	۵۷	۰	۰	۳	۸	۵۰	۳۰	۱۷۴	۳۲۲
رودان	۱۰۷	۰	۳	۳	۲۳	۷۴	۵۴	۲۱۰	۴۷۴
حاجی آباد	۵۴	۰	۴	۲	۱۳	۸۱	۳۳	۱۷۱	۳۵۸
بستک	۸۸	۰	۴	۱	۲	۷۸	۵۰	۲۴۴	۴۶۷
پارسیان	۷۹	۰	۸	۴	۴	۳۵	۳۲	۱۲۵	۲۸۷
خمیر	۳۲	۰	۱	۱	۷	۵۱	۲۵	۱۰۷	۲۲۴
سیریک	۲۰	۰	۰	۰	۹	۵۳	۱۶	۸۴	۱۸۲
بشاگرد	۱۲	۰	۰	۰	۴	۴۷	۵	۱۲۵	۱۹۳
کل	۱۵۶۳	۴	۶۵	۴۰	۳۳۵	۱۰۰۵	۵۶۲	۳۳۵۰	۶۹۲۴

ماخذ: سالنامه آماری استان هرمزگان ۱۳۹۷

تعداد تخت های ثابت استان هرمزگان ۲۲۱۳ تخت است اما سطح استاندارد جهانی تعداد تخت به ازای هر ۱۰۰۰ نفر را ۱۰ تخت لازم دانسته است، حدود ۸۰٪ مابه تفاوت آنچه تخت وجود دارد با آنچه باید باشد است و بر اساس سطح استاندارد باید ۱۷/۷۶۴ تخت وجود داشته باشد. (سالنامه آماری استان هرمزگان، ۱۳۹۷، ص. ۵۵۷). (جدول ۱-۴)

بیمارستان به دو نوع بیمارستان عمومی و تخصصی تقسیم می شود. تعداد بیمارستان های استان هرمزگان ۲۱ بیمارستان است اما به ازای هر ۴۵۰۰۰ نفر باید ۱ بیمارستان باشد یعنی در مجموع در سطح استان هرمزگان باید ۳۹ بیمارستان مستقر باشد اما نرخ کنونی بیمارستان های موجود در استان نزدیک به ۱۸۵٪ پایین تر از سطح استاندارد است. (سالنامه آماری استان هرمزگان، ۱۳۹۷، ص. ۵۵۷). (جدول ۱-۴)

۴-۱- تعداد بیمارستان های فعال و تخت های ثابت موجود بر حسب نوع وابستگی ۱۳۹۷ استان هرمزگان

جمع		دولتی				شهرستان
تخت ثابت	بیمارستان فعال	تامین اجتماعی		دانشگاه علوم پزشکی		
		تخت ثابت	بیمارستان فعال	تخت ثابت	بیمارستان فعال	
۱۳۲۸	۸	۳۰۰	۱	۶۰۴	۲	بندرعباس
۲۰۴	۲	۰	۰	۱۴۰	۱	بندرلنگه
۱۱۶	۱	۰	۰	۱۱۶	۱	میناب
۱۲۸	۱	۰	۰	۱۲۸	۱	قشم
۵۰	۱	۰	۰	۵۰	۱	ابوموسی
۳۶	۱	۰	۰	۳۶	۱	جاسک
۴۰	۱	۰	۰	۴۰	۱	رودان
۶۶	۱	۰	۰	۶۶	۱	حاجی آباد
۶۴	۱	۰	۰	۶۴	۱	بستک
۶۸	۱	۰	۰	۶۸	۱	پارسیان
۴۹	۱	۰	۰	۴۹	۱	خمیر
۳۲	۱	۰	۰	۳۲	۱	سیریک
۳۲	۱	۰	۰	۳۲	۱	بشاگرد
۲۲۱۳	۲۱	۳۰۰	۱	۱۴۲۵	۱۴	کل

ماخذ: سالنامه آماری استان هرمزگان ۱۳۹۷

۱-۴- تعداد بیمارستان های فعال و تخت های ثابت موجود بر حسب نوع وابستگی ۱۳۹۷ استان هرمزگان (دنباله)

غیر دولتی		دولتی		شهرستان		
خصوصی		خیریه		سایر نهادها و ارگان های دولتی		
تخت ثابت	بیمارستان فعال	تخت ثابت	بیمارستان فعال	تخت ثابت	بیمارستان فعال	
۱۲۴	۲	۰	۰	۳۰۰	۳	بندرعباس
۰	۰	۰	۰	۶۴	۱	بندرلنگه
۰	۰	۰	۰	۰	۰	میناب
۰	۰	۰	۰	۰	۰	قشم
۰	۰	۰	۰	۰	۰	ابوموسی
۰	۰	۰	۰	۰	۰	جاسک
۰	۰	۰	۰	۰	۰	رودان
۰	۰	۰	۰	۰	۰	حاجی آباد
۰	۰	۰	۰	۰	۰	بستک
۰	۰	۰	۰	۰	۰	پارسیان
۰	۰	۰	۰	۰	۰	خمیر
۰	۰	۰	۰	۰	۰	سیریک
۰	۰	۰	۰	۰	۰	بشاگرد
۱۲۴	۲	۰	۰	۳۶۴	۴	کل

ماخذ: سالنامه آماری استان هرمزگان ۱۳۹۷

پرسنل پایگاه های بهداشتی شامل ماما، کاردان بهداشتی زن، کاردان بهداشتی مرد و خدمتگزار است. تعداد کل پایگاه های بهداشت شهر و روستایی در استان هرمزگان ۱۲۱ پایگاه می باشد. (سالنامه آماری استان هرمزگان، ۱۳۹۷، ص. ۵۵۷). (جدول ۵-۱)

مراکز بهداشتی نیز شامل درمانگاه، کلینیک، پلی کلینیک و مرکز بهداشت است. فعالیت مرکز بهداشت عموماً انجام واکسیناسیون و در مواردی توأم با خدمات درمانی است. تعداد کل مراکز بهداشتی شهر و روستایی استان هرمزگان در سال ۱۳۹۷، ۱۹۲ مرکز است. (سالنامه آماری استان هرمزگان، ۱۳۹۷، ص. ۵۵۷). (جدول ۵-۱)

تعداد تسهیلات زایمان استان در سال ۱۳۹۷، ۱۹ بوده است. (سالنامه آماری استان هرمزگان، ۱۳۹۷، ص. ۵۵۸). (جدول ۵-۱)

بهورزان زن و مرد کارکنان خانه بهداشت هستند که یا باید بومی باشند یا در آن روستا ساکن باشند. تعداد خانه های بهداشت مستقر در استان هرمزگان در سال ۱۳۹۷، ۵۹۱ است. (سالنامه آماری استان هرمزگان، ۱۳۹۷، ص. ۵۵۸). (جدول ۵-۱)

#### ۵-۱- مراکز ارائه دهنده مراقبت های اولیه بهداشتی ۱۳۹۷ استان هرمزگان

خانه های بهداشت فعال	تسهیلات زایمانی	پایگاه بهداشت			مراکز بهداشتی و درمانی			شهرستان
		جمع	روستایی	شهری	جمع	روستایی	شهری	
۱۰۵	۳	۵۱	۱	۵۰	۴۶	۱۹	۲۷	بندرعباس
۴۶	۳	۱۳	۱	۱۲	۱۷	۱۰	۷	بندرلنگه
۱۱۱	۲	۱۲	۱	۱۱	۲۸	۲۳	۵	میناب
۳۷	۵	۹	۴	۵	۱۶	۱۳	۳	قشم
۱	۰	۱	۰	۱	۲	۱	۱	ابوموسی
۳۹	۱	۲	۰	۲	۸	۷	۱	جاسک
۵۷	۲	۷	۱	۶	۱۶	۱۳	۳	رودان
۵۲	۱	۵	۰	۵	۱۲	۹	۳	حاجی آباد
۴۲	۱	۵	۰	۵	۱۷	۱۳	۴	بستک
۲۱	۰	۵	۰	۵	۷	۴	۳	پارسیان
۲۵	۱	۵	۱	۴	۷	۵	۲	خمیر
۲۸	۰	۴	۰	۴	۹	۶	۳	سیریک
۲۷	۰	۲	۰	۲	۷	۵	۲	بشاگرد
۵۹۱	۱۹	۱۲۱	۹	۱۱۲	۱۹۲	۱۲۸	۶۴	کل

ماخذ: سالنامه آماری استان هرمزگان سال ۱۳۹۷

تعداد کل آزمایشگاه های تشخیص پزشکی در استان هرمزگان در سال ۱۳۹۷، ۱۲۲ بوده است. (سالنامه آماری استان هرمزگان، ۱۳۹۷، ص. ۵۵۸). (جدول ۱\_۶)

۱-۶- آزمایشگاه تشخیص طبی بر حسب نوع وابستگی ۱۳۹۷ استان هرمزگان

جمع	غیر دولتی		دولتی			شهرستان
	خصوصی	خیریه	سایر نهادها و ارگان های دولتی	تامین اجتماعی	دانشگاه علوم پزشکی	
۴۳	۲۱	۰	۸	۳	۱۱	بندرعباس
۱۴	۱	۰	۳	۱	۹	بندرلنگه
۱۰	۳	۰	۰	۰	۷	میناب
۹	۱	۰	۱	۰	۷	قشم
۱	۰	۰	۰	۰	۱	ابوموسی
۳	۰	۰	۰	۰	۳	جاسک
۷	۰	۱	۰	۰	۶	رودان
۵	۱	۰	۰	۰	۴	حاجی آباد
۱۲	۰	۰	۰	۰	۱۲	بستک
۷	۰	۰	۰	۰	۷	پارسیان
۶	۰	۰	۰	۰	۶	خمیر
۳	۰	۰	۰	۰	۳	سیریک
۲	۰	۰	۰	۰	۲	بشاگرد
۱۲۲	۲۷	۱	۱۲	۴	۷۸	کل

ماخذ: سالنامه آماری استان هرمزگان ۱۳۹۷

موسسات تشخیص درمانی، هسته ای در استان هرمزگان در سال ۱۳۹۷ به تعداد ۷۲ موسسه وجود داشته است. (سالنامه آماری استان هرمزگان، ۱۳۹۷، ص. ۵۵۸). (جدول ۱-۷)

۱-۷- موسسات تشخیص - درمانی هسته ای ۱۳۹۷ استان هرمزگان

جمع	غیر دولتی		دولتی			شهرستان
	خصوصی	خیریه	سایر نهادها و ارگان های دولتی	تامین اجتماعی	دانشگاه علوم پزشکی	
۴۳	۲۲	۰	۶	۳	۱۲	بندرعباس
۴	۱	۰	۱	۱	۱	بندرلنگه
۳	۲	۰	۰	۰	۱	میناب
۵	۲	۰	۱	۰	۲	قشم
۱	۰	۰	۰	۰	۱	ابوموسی
۱	۰	۰	۰	۰	۱	جاسک
۱	۰	۰	۰	۰	۱	رودان
۲	۱	۰	۰	۰	۱	حاجی آباد
۶	۱	۰	۰	۰	۵	بستک

۲	۰	۰	۰	۰	۲	پارسیان
۲	۰	۰	۰	۰	۲	خمیر
۱	۰	۰	۰	۰	۱	سیریک
۱	۰	۰	۰	۰	۱	بشاگرد
۷۲	۲۹	۰	۸	۴	۳۱	کل

ماخذ: سالنامه آماری استان هرمزگان ۱۳۹۷

در مراکز توانبخشی کارهایی همچون فیزیوتراپی، گفتار درمانی، شنوایی سنجی . بینایی سنجی و.. انجام میدهند که ۸۰ مرکز توانبخشی در استان هرمزگان در سال ۱۳۹۷ وجود داشته است. (سالنامه آماری استان هرمزگان، ۱۳۹۷، ص.۵۵۹). (جدول ۱-۸)

۸-۱- مراکز توانبخشی بر حسب نوع وابستگی ۱۳۹۷ استان هرمزگان

جمع	غیر دولتی		دولتی			شهرستان
	خصوصی	خیریه	سایر نهادها و ارگان های دولتی	تامین اجتماعی	دانشگاه علوم پزشکی	
۵۲	۴۳	۰	۴	۱	۴	بندرعباس
۶	۵	۰	۱	۰	۰	بندرلنگه
۵	۳	۰	۱	۰	۱	میناب
۵	۱	۰	۱	۰	۳	قشم
۰	۰	۰	۰	۰	۰	ابوموسی
۱	۰	۰	۱	۰	۰	جاسک
۲	۱	۰	۱	۰	۰	رودان
۱	۱	۰	۰	۰	۰	حاجی آباد

۲	۲	۰	۰	۰	۰	بستک
۴	۴	۰	۰	۰	۰	پارسیان
۲	۱	۰	۰	۰	۱	خمیر
۰	۰	۰	۰	۰	۰	سیریک
۰	۰	۰	۰	۰	۰	بشاگرد
۸۰	۶۱	۰	۹	۱	۹	کل

ماخذ: سالنامه آماری استان هرمزگان سال ۱۳۹۷

تعداد کل داروخانه های موجود در سطح شهرستان های استان هرمزگان در سال ۱۳۹۷، ۱۵۴ داروخانه بوده است با سطح استاندارد ۱۶۴٪. فاصله دارد و تعداد داروخانه ها باید به ۲۵۳ داروخانه در سطح استان برسد یعنی به ازای هر ۷۰۰۰ نفر ۱ داروخانه. (سالنامه آماری استان هرمزگان، ۱۳۹۷، ص. ۵۵۹). (جدول ۱-۸)

۱-۸- داروخانه بر حسب نوع وابستگی ۱۳۹۷ استان هرمزگان

جمع	غیر دولتی		دولتی			شهرستان
	خصوصی	خیریه	سایر نهادها و ارگان های دولتی	تامین اجتماعی	دانشگاه علوم پزشکی	
۸۶	۶۹	۰	۸	۳	۶	بندرعباس
۱۷	۱۱	۰	۳	۰	۳	بندرلنگه
۱۱	۱۱	۰	۰	۰	۰	میناب
۹	۷	۰	۰	۰	۲	قشم
۱	۰	۰	۰	۰	۱	ابوموسی

۴	۴	۰	۰	۰	۰	جاسک
۷	۶	۱	۰	۰	۰	رودان
۴	۴	۰	۰	۰	۰	حاجی آباد
۱	۴	۰	۰	۰	۱	بستک
۳	۲	۰	۰	۰	۱	پارسیان
۴	۴	۰	۰	۰	۰	خمیر
۲	۱	۰	۰	۰	۱	سیریک
۱	۱	۰	۰	۰	۰	بشاگرد
۱۵۴	۱۲۴	۱	۱۱	۳	۱۵	کل

ماخذ: سالنامه آماری استان هرمزگان ۱۳۹۷

تعداد پایگاه های اورژانس پیش بیمارستانی ۱۱۵ معادل ۸۷ پایگاه می باشد که ۳۷/۹ درصد آن شهری و ۶۲/۱ درصد روستایی هستند. (جدول ۱-۹)

۹-۱- تعداد پایگاه های اورژانس پیش بیمارستانی ۱۳۹۷ استان هرمزگان

شهرستان	شهری	جاده ای	جمع
بندرعباس	۱۲	۶	۱۸
بندرلنگه	۴	۶	۱۰
میناب	۳	۵	۸
قشم	۳	۴	۷
ابوموسی	۱	۰	۱

۸	۷	۱	جاسک
۴	۲	۲	رودان
۱۰	۹	۱	حاجی آباد
۶	۴	۲	بستک
۴	۳	۱	پارسیان
۶	۵	۱	خمیر
۴	۲	۲	سیریک
۱	۱	۰	بشاگرد
۸۷	۵۴	۳۳	کل

#### ماخذ: سالنامه آماری استان هرمزگان ۱۳۹۷

استان تهران به عنوان پایتخت ایران از دوران قاجار تا کنون به عنوان توسعه یافته ترین استان ها در حوزه بهداشت و درمان است که دارای ۱۶ شهرستان، ۴۵ شهر و ۷۸ دهستان است. در جدول ۱-۱۰ به تفکیک شهرستان های استان به همراه جمعیت آن می پردازیم.

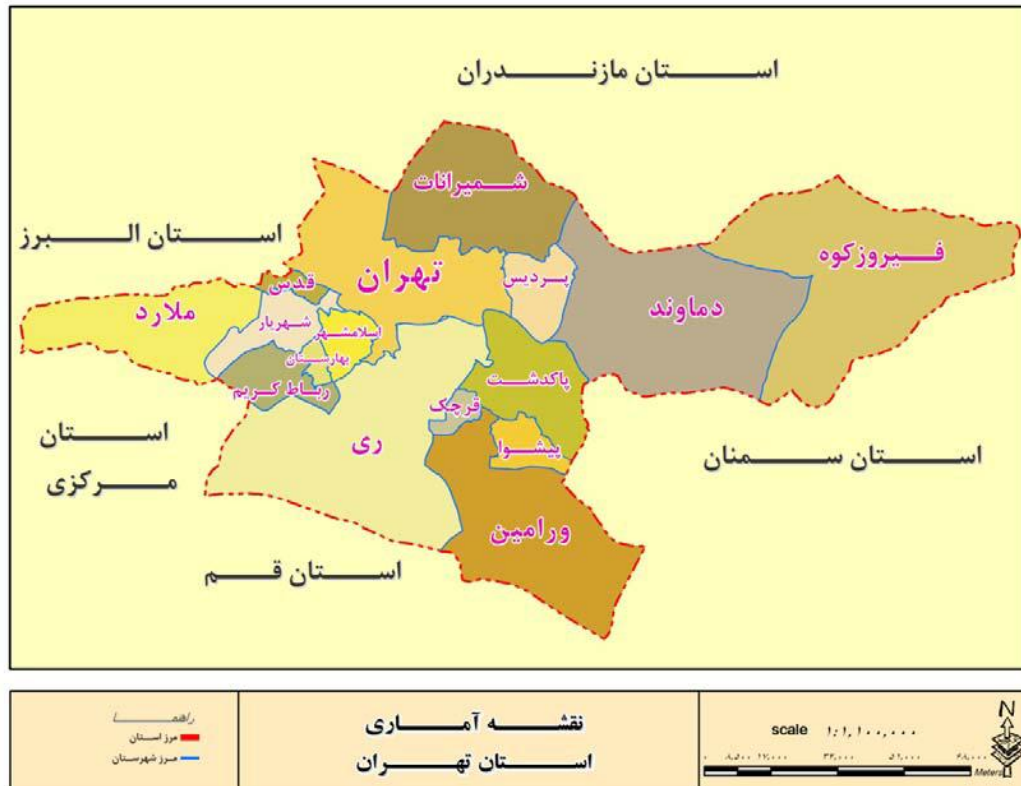
#### ۱-۱۰- شهرستان های استان تهران و جمعیت آنها در سال ۱۳۹۷

شهرستان های استان تهران	جمعیت
۱ اسلامشهر	۵۴۸۶۲۰
۲ بهارستان	۵۲۳۶۳۶
۳ پاکدشت	۷۵۰۹۹۶
۴ پردیس	۲۶۹۰۶۰
۵ پیشوا	۷۵۷۵۰
۶ تهران	۸۷۳۷۵۱۰
۷ دماوند	۱۲۵۴۸۰
۸ رباط کریم	۱۹۵۹۱۷
۹ ری	۳۴۹۷۰۰
۱۰ شمیرانات	۴۷۲۷۹
۱۱ شهریار	۷۴۴۲۱۰

۶۶۳۲۹۰	قدس	۱۲
۳۰۰۰۰	قرچک	۱۳
۳۳۵۸۸	فیروزکوه	۱۴
۳۷۷۲۹۲	ملارد	۱۵
۴۶۸۳۴۹	ورامین	۱۶
۸۶۹۳۷۰۶	جمعیت کل	

ماخذ: سالنامه آماری استان تهران ۱۳۹۷

۲-۴- نقشه استان تهران به تفکیک شهرستان ها ۱۳۹۷



ماخذ: سالنامه آماری سال ۱۳۹۵ تهران

در این بخش از گزارش در جدول های ۱-۱۱ و ۱-۱۲ به مقایسه ی سرانه ی شاخص های دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی استان هرمزگان در سال ۱۳۹۷ با میزان دسترسی استان تهران به خدمات بهداشتی و درمانی در سال ۱۳۹۷ به ازای هر ده هزار نفر و مقایسه ی میزان فراوانی شاخص ها در دو استان در سال ۱۳۹۷ می پردازیم.

۱۱-۱- مقایسه ی سرانه شاخص های دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی استان هرمزگان در سال ۱۳۹۷ با میزان دسترسی استان تهران به خدمات بهداشتی و درمانی در سال ۱۳۹۷

سرانه ی شاخص ها به ازای هر ده هزار نفر	هرمزگان	تهران	تفاوت
سرانه پرستار(حرفه ای_کاردان)	۸/۸۲	۱۱/۸	+ ۲/۹۸
سرانه تخت ثابت(دولتی_غیردولتی)	۱۲/۴۵	۴۲/۱۹	+ ۲۹/۷۴
سرانه پزشکان عمومی	۲/۷	۱/۰۴	- ۱/۶۶
سرانه دندانپزشک	۰/۷۰	۰/۷۴	+ ۰/۰۴
سرانه پزشک متخصص،فوق تخصص،دکترای تخصصی	۲/۳۲	۵/۷	+ ۳/۳۸
سرانه تخت های فعال بخش روانی بیمارستانی	۰/۶۲	۳/۵۹	+ ۲/۹۷
سرانه تخت های فعال بخش سوختگی بیمارستانی	۰/۰۸۴	۰/۱۵	+ ۰/۰۶۶
سرانه تخت های فعال بخش آی سی یو بیمارستانی	۰/۶۶	۲/۹۲	+ ۲/۲۶
سرانه تخت های فعال بخش سی سی یو بیمارستانی	۰/۶۱	۱/۷۹	+ ۱/۱۸

۱۲-۱- مقایسه تعداد شاخص های دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی استان هرمزگان در سال ۱۳۹۷ با استان تهران در سال ۱۳۹۷

شاخص های دسترسی خدمات بهداشتی و درمانی	هرمزگان	تهران	تفاوت
تعداد بیمارستان فعال(دولتی_غیردولتی)	۲۱	۱۶۸	۱۴۷
تعداد مراکز بهداشت و درمان شهری و روستایی	۱۹۲	۳۴۲	۱۵۰
تعداد پایگاه بهداشت شهری و روستایی	۱۲۱	۸۲۲	۱۲۱
تعداد تسهیلات زایمانی	۱۹	۴	- ۱۵
تعداد خانه های بهداشت فعال	۵۹۱	۲۶۷	- ۳۲۴
تعداد پایگاه های اورژانس پیش بیمارستانی شهری و جاده ای	۸۷	۹۵	۸
تعداد داروخانه های دولتی و غیر دولتی	۱۵۴	۲۷۴۴	۲۵۹۰

## بحث و نتیجه گیری

همانطور که در قسمت یافته های تحقیق به طور مفصل به شاخص های سنجش میزان دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی در استان هرمزگان پرداخته شد برای تکمیل این سوال که در مقدمه ی گزارش ذکر شده است که با سنجش این شاخص ها وضعیت استان هرمزگان چگونه است به صورت کامل در این قسمت به شرح و تفسیر یافته های تحقیق می پردازیم. استان هرمزگان که جنوبی ترین استان ایران است به لحاظ نقش استراتژیک و حساس خود به دلیل قرار گرفتن در حوزه ی خلیج فارس و نقش امنیتی آن برای کشور سال هاست که به عنوان یکی از محروم ترین استان های کشور نام برده می شود. یکی از اهداف این تحقیق پاسخ به این شبهه می باشد که آیا در میزان دسترسی به خدمات بهداشتی نیز چنین محرومیت هایی دیده می شود؟ یا به طور کلی وضعیت دسترسی چگونه است؟ در آخر به مقایسه میزان دسترسی به خدمات بهداشتی و درمان در استان هرمزگان با استان تهران می پردازیم.

طبق یافته های گزارش به ازای هر ده هزار نفر جمعیت در استان هرمزگان در سال ۱۳۹۷، حدود ۹ پرستار حرفه ای و یا کاردان وجود داشته است. و این سرانه در استان تهران نزدیک به ۱۲ پرستار به ازای هر ده هزار نفر بوده است یعنی در واقع ما به تفاوت استان توسعه یافته ی ایران در حوزه پزشکی از نظر سرانه پرستار به ازای هر ده هزار نفر فقط ۳ پرستار است که کاملاً طبیعی به نظر می آید. شاخص دیگر ما سرانه ی تخت های ثابت اعم از دولتی و غیردولتی بوده است که برمبنای یافته ها در استان هرمزگان در سال ۱۳۹۷ به ازای هر ده هزار نفر حدود ۱۲ تخت ثابت را داراست که این نرخ در استان تهران در همان سال نزدیک به ۴۲ تخت ثابت به ازای هر ده هزار نفر است که از این منظر استان تهران حدود ۳/۵ درصد در این شاخص نسبت به استان هرمزگان برتری داشته است و مابه تفاوت آن با استان هرمزگان در ۲۹ تخت ثابت به ازای هر ده هزار نفر است در این شاخص استان هرمزگان حدود ۸۰۲٪ با میزان استاندارد فاصله دارد و استان تهران ۲۳۷٪ فاصله دارد و پایین تر از سطح استاندارد هستند. سرانه ی پزشکان عمومی در سال مورد بررسی در استان هرمزگان در ازای هر ده هزار نفر نزدیک به ۳ پزشک است و در استان تهران در همان سال به ازای هر ده هزار نفر تقریباً ۱ پزشک عمومی وجود دارد در این شاخص استان هرمزگان وضعیت بهتری نسبت به استان تهران دارد بدین صورت که فاصله ی تعداد پزشک عمومی در هرمزگان ۱۷۹٪ با میزان استاندارد تفاوت دارد اما این نرخ و فاصله برای استان تهران حدود ۴۸۲٪ پایین تر از سطح استاندارد است و سرانه ی پزشکان متخصص و فوق تخصص و دکترای تخصصی در استان تهران به ازای هر ده هزار نفر نزدیک به رقم ۶ است و در استان هرمزگان حدود رقم ۲ است و مابه تفاوت سرانه ی آن به ازای هر ده هزار نفر ۴ پزشک متخصص در استان هرمزگان نسبت به استان تهران کمتر است. سرانه ی دندانپزشک در هر دو استان تفاوتی با یکدیگر ندارد و در هر دو استان به ازای هر ده هزار نفر ۷ دندانپزشک وجود دارد و تفاوتشان با سطح استاندارد حدود ۲۷۰ الی ۲۸۴٪ می باشد. همچنین در سرانه ی تخت های فعال در بخش های مختلف چون روانی و سوختگی و آی سی یو و سی سی یو هر دو استان دارای نرخ پایینی از سرانه به ازای هر ده هزار نفر هستند و تفاوت آشکاری در این شاخص نیز با یکدیگر ندارند اما میزان تفاوت کمی که وجود دارد نیز به نفع استان تهران است به گونه ای که در بخش سوختگی تعداد تخت های فعال در استان هرمزگان به ازای هر صد هزار نفر نزدیک به یک تخت است و در استان تهران به ازای هر صد هزار نفر ۱/۵ تخت فعال وجود دارد. در بخش روانی کمی استان تهران از وضعیت بهتری

نسبت به استان هرمزگان برخوردار است به گونه ای که به ازای هر ده هزار نفر نزدیک به ۴ تخت فعال دارد و نرخ سرانه ی این شاخص در استان هرمزگان نزدیک به ۱ تخت فعال در این بخش می باشد. سرانه ی تخت های فعال در دو بخش آی سی یو و سی سی یو در استان تهران به ترتیب نزدیک به ۳ و ۲ است و در استان هرمزگان در این دو بخش سرانه نزدیک به ۱ است یعنی به ازای هر ده هزار نفر ۱ تخت فعال در بخش آی سی یو و سی سی یو وجود دارد.

یکی از فاحش ترین تفاوت هایی که در این دو استان نسبت به یکدیگر وجود دارد از نظر تعداد بیمارستان فعال اعم از دولتی و غیر دولتی است که در کل استان هرمزگان تنها ۲۱ بیمارستان فعال وجود دارد و در استان تهران ۱۶۸ بیمارستان وجود دارد و این یعنی تعداد بیمارستان های موجود در استان تهران ۸ برابر استان هرمزگان است. تفاوت در تعداد بیمارستان بین دو استان ۱۴۷ بیمارستان است، استان هرمزگان فاصله اش با تعداد استاندارد ۱۸۵ و استان تهران ۱۱۴٪ است.

تعداد مراکز بهداشت شهری و روستایی در استان هرمزگان ۱۹۲ مرکز می باشد که نرخ این شاخص در استان تهران نزدیک به دو برابر نرخ شاخص در استان هرمزگان است یعنی ۳۴۲ مرکز بهداشت شهری و روستایی در استان تهران دایر است. تفاوت فاحشی در تعداد پایگاه های بهداشت نیز مشاهده می شود که نرخ این شاخص در استان تهران نزدیک به ۷ برابر بیش از استان هرمزگان است تعداد این شاخص در استان تهران و هرمزگان به ترتیب ۸۲۲ و ۱۲۱ می باشد. نرخ تسهیلات زایمانی در استان هرمزگان ۱۹ و در استان تهران ۴ که نرخ این شاخص به نفع استان هرمزگان است. تعداد خانه های بهداشت فعال در استان تهران ۲۶۷ و در استان هرمزگان ۵۹۱ می باشد که در این بخش نیز نرخ شاخص به نفع استان هرمزگان است. تفاوت تعداد پایگاه های اورژانس پیش بیمارستانی شهری-جاده ای در دو استان ۸ پایگاه است به نفع استان تهران به گونه ای که در استان هرمزگان ۸۷ پایگاه وجود دارد و در استان تهران ۹۵ پایگاه و در آخر تفاوت در تعداد داروخانه های موجود در سطح دو استان می باشد که تفاوت زیادی با یکدیگر دارند که این تفاوت، تفاوتی نزدیک به ۱۸ برابر به نفع استان تهران می باشد که در سطح این استان تعداد ۲۷۴۴ داروخانه وجود دارد که حتی این نرخ وجود داروخانه در استان تهران ۴۵٪ بالاتر از سطح استاندارد است یعنی در سطح استاندارد به ازای هر ۷۰۰۰ نفر جمعیت ۱ داروخانه باید وجود داشته باشد و بر این اساس باید ۱۲۴۱ داروخانه در استان باشد اما نرخ کنونی داروخانه در استان تهران ۲۷۴۴ است و در سطح استان هرمزگان ۱۵۴ داروخانه برقرار است که باید بر اساس سطح استاندارد جهانی به ۲۵۳ داروخانه برسد و از سطح استاندارد ۱۶۴٪ پایین تر است.

براساس شرح تفاوت و مقایسه ی تک به تک شاخص ها با یکدیگر در دو استان متوجه می شویم که میزان دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی در دو استان جز در مواردی همچون تعداد بیمارستان و داروخانه و پایگاه های بهداشتی که به نفع تهران است بسیار نزدیک به هم می باشند و گاهی نیز در مواردی استان هرمزگان در این زمینه پیشی گرفته است یعنی در حوزه ی دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی کل ایران دچار کمی و کاستی نسبت به سایر ملل می باشد یکی از دلایل مشهود آن خصوصی سازی و کالایی کردن بهداشت است به گونه ای که برای مثال در سازمان تامین اجتماعی سطوح مختلف مدیریت را به یک تیم پزشکی سپرده اند و با این کار پزشکان منافع همگانی را قربانی منافع خویش می کنند ما میبینیم که مالکان بیمارستان ها و سرمایه گذاران و سهامداران شرکت های داروسازی و صاحبان

شرکت های انحصاری واردات تجهیزات پزشکی بخش های سیاست گذاری در حوزه ی بهداشت و درمان را تصرف کرده اند و با این تفاسیر منابع عظیم طرح های کارآمد را چون طرح تحول سلامت، در راستای منافع خود به کار گرفتند و این منابع را به شکل بسیار ناکارآمدی مصرف می کنند و یکی از بهترین طرح ها را به چالشی تبدیل کرده اند و منافع گروه و قشر پزشکان را به گونه ای تامین کرده است که اگر درصدد اصلاح طرح برآییم با این صنف در تقابل مواجه خواهیم شد. بنابر مسائل روایت شده می توان نتیجه گرفت که به طور کلی نظام سلامت ایران به واسطه ی تامین منافع اقشار خاص اعم از پزشکان و سرمایه گذاران در این حوزه و بازاری شدن صنعت بهداشت و درمان و کالایی شدن خدمات بهداشتی و درمانی رو به سوی انحطاط هرچه بیشتر برداشته است و عقب نشینی دولت در این حوزه این مسائل را تشدید کرده است.

اما به طور خاص در این گزارش مشاهده کردیم که استان هرمزگان نسبت به استان تهران از وضعیت بحرانی رنج نمی برد گرچه توانایی بالا بردن ظرفیت های خود را در تمام شاخص ها را دارد اما در مقایسه با استان تهران فاجعه بار نیست لاقلاً در حوزه ی دسترسی چنین است و ممکن است در سایر حوزه ها چون کیفیت خدمات رسانی و.. شکاف بیشتری در بین استان ها وجود داشته باشد.

استان تهران به دلیل بودن مرکز سیاسی یعنی پایتخت کشور که سرمایه داران بزرگ را نیز به خود جذب کرده است در تمامی حوزه ها پیشرفت هایی را داشته است فارغ از آنکه این پیشرفت ها بر اساس عوامل توسعه پایدار هستند یا خیر اما به نحوی توسعه یافته است که این توسعه در حوزه ی خدمات بهداشتی و درمانی نیز مشهود است اما اینکه چقدر بتوان مفهوم توسعه را در این زمینه به کار برد کمی پرسش برانگیز است به نظر بنده توسعه هنگامی رخ داده است که طرح اجرایی توسعه به نفع آحاد جامعه باشد و نه به نفع تنها اقشار خاص و از آنجایی که سرمایه گذاران جذب سرمایه گذاری در حوزه ی بهداشت شده اند به موازای آن بیمارستان ها و داروخانه های خصوصی و غیردولتی نیز افزایش می یابند و افزایش چنین مواردی تنها تمایز طبقاتی را تشدید می کند و دسترسی اقشار توانمند را بیشتر می کند و نه تمام افراد جامعه. پس یکی از دلایلی که توانسته است نرخ این شاخص یعنی تعداد بیمارستان ها و داروخانه ها را در دو استان دچار چنین شکافی بکند مسئله ی خصوصی سازی بیمارستان ها و داروخانه ها و سود حاصل از آنهاست که سرمایه گذاران را ترغیب کرده است که در این حوزه نیز سرمایه گذاری بکنند اما به نظر من این اتفاق دخلی به توسعه یافتگی منطقه به دلایلی که بالا ذکر کردم ندارد صرفاً تعداد شاخص ها افزایش پیدا کرده است و کمکی به توسعه ی کشور در جهت عدالت اجتماعی صورت نگرفته است و در واقع عدم ارائه ی طرح های توسعه ای این چنینی ممکن است مفیدتر از ارائه و اجرای آنها باشد به این گونه که اگر برنامه توسعه ای طرح نشد شرایط ثابت باقی بماند اما اگر برنامه و یا طرح بد در این زمینه مطرح و اجرا بشود پیامدهای منفی آن در تمام ابعاد اقتصادی چون مصرف منابع به شیوه ی ناکارآمد را به دنبال دارد که تنها در جهت تامین منافع قشر خاصی است و نه توسعه ی کشور و جامعه، از نظر اجتماعی که افزایش تمایز و شکاف طبقاتی و نابرابری هرچه بیشتر در این حوزه و سلب اعتماد عمومی و کاهش همبستگی های اجتماعی و در نتیجه فرسایش سرمایه ی اجتماعی را در پی خواهد داشت. در وهله ی اول ما باید موضع خود را در نظام بهداشتی مشخص کنیم و به نوعی ابهام زدایی بشود که در نظام به دنبال تحقق چه چیزی هستیم اگر که به دنبال چنین توسعه های ناکارآمد و

بدکارآمدی هستیم، به خوبی عمل می کنیم اما اگر در موضع شفاف باشیم و نظام بهداشت اهداف توسعه ای کارآمد را مشخص سازد قاعدتا با چنین تضادهای منفی پیش رو نخواهیم شد. به طور کلی ایران در این زمینه بسیار عقب مانده است، نه تنها عقب مانده است بلکه آثار و پیامدهای منفی نیز در پی داشته است و برای بهتر کردن اوضاع هر استان نیاز است که نظام بهداشت و درمان موضع خود را مشخص کند و آنمیک ایجاد شده در سطح جامعه را بزدايد و سپس با طرح های کارآمد به تحقق توسعه به نفع آحاد جامعه از طریق طرح ها بپردازد. دولت نباید سیاست های بازار آزاد و بخش خصوصی را بپذیرد زیرا با این کار بخش خصوصی طی مشروعیت هایی که به دست می آورد تنها به فکر منافع خویش می باشد و دولت هم از وظایفش کاسته می شود و ممکن است در وهله ی اول این امر برای دولت خوشایند باشد که وظیفه ی سنگینی از وظایف او برداشته شده است اما پیامدهایی را که به دنبال خواهد شد گاهی تا چندین برابر دولت را متضرر خواهد کرد. دولت در این زمینه به هیچ عنوان نباید عقب نشینی کند و تحت تاثیر سیاست های فریبنده ی کوچک سازی دولت قرار نگیرد.

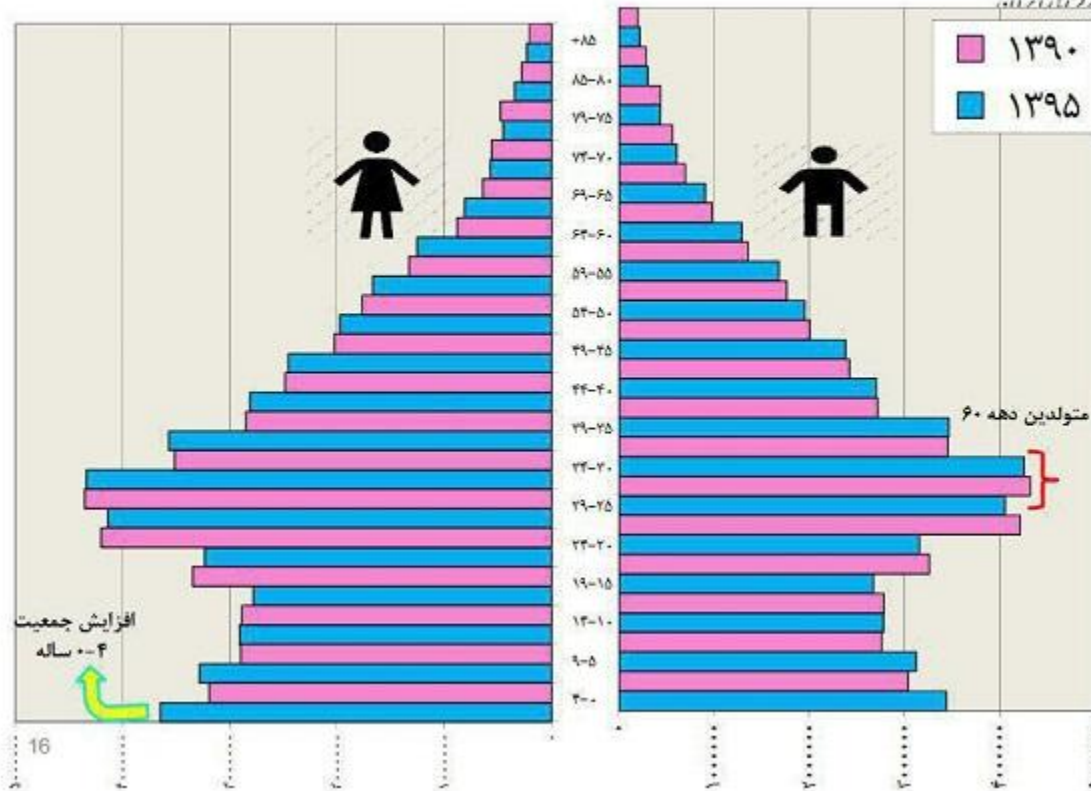
پس طبق هرآنچه می بینیم که در بالاتر ذکر کردم عواملی همچون سیاست های کوچک سازی دولت، خصوصی سازی بخش بهداشت و به تبع آن کالایی شدن خدمات بهداشتی و درمانی و جذب سرمایه گذاران برای سرمایه گذاری در این حوزه، دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی را برای آحاد جامعه دشوار می سازد و دولت نباید در حوزه هایی که نقش مستقیم در توسعه ی کشور دارد عقب نشینی کند و یا حتی با خصوصی سازی کردن بخشی از آن حوزه ها چون بهداشت، نظارت و توجه بیشتری بر مناطق محروم و افراد فقیرتر و ضعیف تر جامعه داشته باشد نه اینکه به طور کامل عقب نشینی کند و کل حوزه را به بخش خصوصی واگذار کند.

استان هرمزگان نیز به مثابه ی یکی از استان های محروم شناخته شده دولت باید توجه بیشتری به توسعه ی این استان معطوف بدارد و بر اساس هرم سنی جمعیت استان هرمزگان طبق سرشماری در سال های ۹۰ و ۹۵ نمی توان آن را جمعیتی جوان دانست بلکه جمعیت که رو به سالخوردگی است به دلیل اینکه از درصد گروه سنی کمتر از ۱۵ سال کاسته شده است اما هنوز درصد گروه سنی بالای ۶۵ سال به حد جمعیت سالخورده نرسیده است در این راستا باید توجه داشت که با برخورد به پیری جمعیت در استان بیشتر نیاز به دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی خواهد بود که این امر باید در دستور کار سیاست گذاران حوزه بهداشت قرار بگیرد. (نمودار ۱-۱)

۱-۱- هرم سنی جمعیت ۱۳۹۰-۱۳۹۵



## هرم سنی جمعیت: ۹۵-۱۳۹۰



ماخذ: مرکز آمار ایران

سیاست هایی که در این حوزه اتخاذ می شوند باید در سه سطح باشند: ۱\_ سطح اول سطح پیشگیری است که در این حوزه دولت باید سیاست های را اتخاذ و به اجرا در آورد، این سیاست ها می تواند از طریق آموزش های حضوری در قالب دوره های پیشگیری باشد، یا از طریق رسانه ها باشد. ۲\_ سطح دوم: سیاست گذاری هایی برای فرهنگسازی بین آحاد جامعه برای مراجعه به موقع به دکتر و پزشک معالج برای تشخیص بیماری است که می تواند از طریق فرهنگسازی بین مردم که هر ۶ ماه یکبار چکاب کامل بشوند و دولت نیز تدابیری بیاندیشد که در حین انجام اینگونه آزمایش ها پرداخت مستقیم از جیب مراجعه کننده را کاهش بدهد، و همچنین حضور دکتر و پزشک برای دسترسی آسان، وجود داشته باشد. ۳\_ در سطح سوم که هدف متوقف کردن بیماری است، هزینه بر تر و زمان بر تر می باشد و بهتر است که در سطح اول و دوم کوشش بیشتری شود تا در سطح سوم کار از کار نگذشته باشد و متوقف کردن بیماری، آسان تر و کم هزینه بر تر باشد.

## فهرست منابع

- سازمان برنامه و بودجه کشور. (۱۳۹۷). سالنامه آماری استان هرمزگان، معاونت آمار و اطلاعات، شماره نشریه ۹۸\_۴۰\_۳۵۴.
- حاتمی، ح.، صفوی، م.، بهادر، ح. (۱۳۸۵). کتاب جامع بهداشت عمومی، سه جلد، جلد اول، چاپ دوم، تهران، انتشارات اندیشه رفیع.
- قاری سید فاطمی، سید محمد. (۱۳۸۹). حقوق بشر در جهان معاصر، دو جلد، جلد دوم، چاپ دوم، تهران، انتشارات شهر دانش.
- اسلامی تبار، ش.، واعظ، ب.، سلیمانی، ا. (۱۳۸۱). نگاهی اجمالی به تحولات بهداشت و جوانان، فصلنامه پژوهشی- کاربردی مطالعات جوانان، شماره اول، ص ۱۷۲-۱۸۸.
- عالمی، علی. (۱۳۹۰). نگاهی به عدالت در سلامت از دیدگاه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، مجله تخصصی پژوهش و سلامت، شمار یک، ۹-۷.
- سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان تهران. (۱۳۹۷). سالنامه آماری استان تهران، معاونت آمار و اطلاعات.