

روستایان چقدر به خدمات بهداشتی و درمانی دسترسی دارند؟

نویسنده: حمیدرضا زرنگار

اشاره

دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی و درمانی یکی از مؤلفه های اساسی توسعه اجتماعی، ارتقای کیفیت زندگی و کاهش نابرابری های منطقه ای محسوب می شود. در ایران معاصر گسترش خدمات بهداشتی و درمانی در مناطق روستایی همواره یکی از حوزه های مهم سیاستگذاری سلامت بوده است. استقرار شبکه مراقبت های اولیه سلامت^۱ از دهه ۱۳۶۰، توسعه خانه های بهداشت، تربیت بهورزان و ایجاد مراکز جامع سلامت، تحولی اساسی در گسترش خدمات سلامت در مناطق روستایی ایجاد کرد.

هدف این مطالعه، بررسی وضعیت دسترسی روستاهای ایران به خدمات بهداشتی و درمانی، تحلیل دستاوردهای شبکه مراقبت های اولیه سلامت و شناسایی مهم ترین چالش های پیش روی تحقق عدالت سلامت در مناطق روستایی است. روش مطالعه در اینجا، هم توصیفی - تحلیلی و هم آماری-توصیفی مبتنی بر مطالعه اسنادی است که با استفاده از گزارش های رسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان جهانی بهداشت، داده های آماری کشور، مقالات علمی و مطالعات پژوهشی داخلی و خارجی انجام شده است.

مقدمه

دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی و درمانی، یکی از مؤلفه های مهم توسعه انسانی و عدالت اجتماعی است. این موضوع در مناطق روستایی اهمیت بیش تری دارد؛ زیرا پراکندگی سکونتگاه ها، فاصله از مراکز شهری، محدودیت زیرساخت های ارتباطی و شرایط اقتصادی خانوارهای روستایی می تواند موانع بیش تری در بهره مندی از خدمات سلامت ایجاد کند. در بسیاری کشور های جهان، جمعیت روستایی همچنان با چالش هایی مانند کمبود نیروی انسانی سلامت، ضعف نظام ارجاع، محدودیت خدمات تخصصی و هزینه های بالای دسترسی مواجه است.

توسعه شبکه مراقبت های اولیه سلامت در ایران از دهه ۱۳۶۰، یکی از مهم ترین سیاست های اجتماعی برای کاهش شکاف سلامت میان مناطق شهری و روستایی بوده است. ایجاد خانه های بهداشت، تربیت بهورزان

^۱ Primary Health Care: PHC

بومی و استقرار خدمات مراقبتی در نزدیک ترین سطح به محل زندگی مردم، موجب شد بخش قابل توجهی از جمعیت روستایی برای نخستین بار به یک نظام سازمان یافته ارائه خدمات سلامت دسترسی پیدا کند.

یکی از مهم ترین نقاط عطف در ادبیات سلامت جهانی، شکل گیری رویکرد مراقبت های اولیه سلامت پس از بیانیه آلماتا در سال ۱۹۷۸ است. این بیانیه، سلامت را به عنوان یک حق انسانی معرفی کرد و بر ضرورت ارائه خدمات اولیه، قابل دسترس و مبتنی بر مشارکت جامعه تأکید نمود (World Health Organization ۱۹۷۸).

در ادامه این رویکرد، پژوهش های متعددی به بررسی نقش نظام های مراقبت اولیه در کاهش نابرابری های سلامت پرداختند. استارفیلد، شی و مکینکو در یک مطالعه مروری گسترده نشان دادند که نظام های سلامت مبتنی بر مراقبت اولیه قوی، به طور معمول با پیامد های بهتر سلامت، عدالت بیش تر و هزینه های پایین تر همراه هستند. آنان تأکید کردند که وجود یک نظام مراقبت اولیه سازمان یافته، یکی از مهم ترین عوامل کاهش شکاف سلامت میان گروه های مختلف جمعیتی است (Starfield, Shi and Macinko ۲۰۰۵).

از منظر مفهومی، یکی از مهم ترین مطالعات در باره مفهوم دسترسی، پژوهش پنچانسکی و توماس است. این پژوهشگران دسترسی را مفهومی چند بُعدی دانستند و آن را شامل پنج مؤلفه «وجود خدمت»، «دسترسى جغرافیایی»، «تناسب سازمانی»، «توان اقتصادی» و «پذیرش اجتماعی» تعریف کردند. این چارچوب بعدها به یکی از مبانی اصلی سنجش دسترسی در مطالعات سلامت تبدیل شد (Penchansky and Thomas ۱۹۸۱).

در سال های اخیر، ادبیات جهانی سلامت از مفهوم «پوشش خدمات» به سمت مفهوم «پوشش همگانی سلامت مؤثر» حرکت کرده است. گزارش های سازمان جهانی بهداشت تأکید می کنند که برخورداری از خدمات سلامت تنها زمانی معنا پیدا می کند که خدمات با کیفیت مناسب، در زمان مناسب و بدون ایجاد فشار مالی برای مردم قابل دریافت باشد (World Health Organization ۲۰۲۱). همچنین، سازمان جهانی بهداشت و یونسف در چارچوب عملیاتی مراقبت های اولیه سلامت، تأکید کرده اند که نظام های سلامت آینده باید علاوه بر توسعه زیرساخت، بر مشارکت جامعه، کیفیت خدمات، فناوری های نوین و هماهنگی میان سطوح مختلف ارائه خدمت تمرکز کنند (World Health Organization and UNICEF ۲۰۲۰).

پیش از ورود به بحث چگونگی دسترسی روستاییان به خدمات بهداشتی و درمانی لازم است که مهم ترین مفاهیم در این خصوص به اختصار توضیح داده شوند. نخست مفهوم دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی که در رویکردهای جدید، دسترسی به معنای فراهم بودن شرایطی است که افراد بتوانند در زمان مناسب، با کیفیت مطلوب، بدون تحمل هزینه های غیرمنصفانه و متناسب با نیاز خود، از خدمات سلامت بهره مند شوند. بر همین اساس، در این بررسی، دسترسی به خدمات سلامت در مناطق روستایی ایران تنها به وجود خانه بهداشت یا مرکز جامع سلامت

محدود نمی شود، بلکه کیفیت خدمات، امکان استفاده واقعی، استمرار ارائه خدمت، کارآمدی نظام ارجاع، توان مالی خانوارها و عدالت در توزیع منابع نیز بخشی از مفهوم دسترسی تلقی می شود.

مراقبت های اولیه سلامت به عنوان دومین مفهوم^۲، راهبردی است که نخستین بار در بیانیه آلماتا (۱۹۷۸) به عنوان محور اصلی تحقق «سلامت برای همه» مطرح شد. بر اساس این رویکرد، خدمات سلامت باید در نزدیک ترین سطح ممکن به محل زندگی مردم، با مشارکت جامعه، عدالت در دسترسی و تأکید بر پیشگیری و ارتقای سلامت ارائه شود.

مفهوم سوم، تفاوت میان «پوشش سلامت»^۲ و «دسترسی مؤثر»^۳ است. به طور معمول پوشش سلامت به میزان جمعیتی اشاره دارد که از نظر رسمی تحت پوشش یک برنامه، بیمه یا شبکه ارائه خدمات قرار گرفته اند، اما دسترسی مؤثر زمانی تحقق می یابد که افراد بتوانند در زمان مناسب، با کیفیت مطلوب، بدون مواجهه با موانع اقتصادی، اجتماعی یا جغرافیایی، خدمات بهداشتی مورد نیاز خود را دریافت کنند (World Health Organization ۲۰۲۱).

و مفهوم چهارم عدالت سلامت و نابرابری فضایی است. عدالت سلامت به معنای برخورداری برابر همه افراد از فرصت دستیابی به سلامت و خدمات مورد نیاز، بدون تبعیض ناشی از محل سکونت، وضعیت اقتصادی یا ویژگی های اجتماعی است. در این دیدگاه، تفاوت های قابل پیشگیری و غیرمنصفانه در وضعیت سلامت یا دسترسی به خدمات، مصداق نابرابری سلامت تلقی می شود (World Health Organization ۲۰۲۱). در مناطق روستایی ایران، نابرابری سلامت به شکل عمده در قالب تفاوت میان استان های برخوردار و کم برخوردار، مناطق مرکزی و مرزی، روستاهای نزدیک و دور از مراکز شهری و نیز گروه های آسیب پذیر اجتماعی بروز می یابد. از این روی، بررسی دسترسی روستاییان به خدمات سلامت، در واقع سنجشی از میزان تحقق عدالت فضایی در نظام سلامت کشور نیز به شمار می آید.

بر این اساس، مسئله اصلی این مطالعه آن است که آیا توسعه کمی شبکه سلامت روستایی ایران توانسته است به تحقق دسترسی عادلانه و مؤثر به خدمات سلامت منجر شود یا همچنان شکاف هایی میان پوشش رسمی و دسترسی واقعی وجود دارد؟

این بررسی از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، یک مطالعه مروری - تحلیلی و آماری - توصیفی است که با بهره گیری از روش مطالعه اسنادی، به بررسی وضعیت دسترسی روستاهای ایران به خدمات بهداشتی و درمانی می پردازد. رویکرد مروری - تحلیلی این امکان را فراهم می کند که ضمن بهره گیری از یافته های پژوهش های

^۲ Health Coverage

^۳ Effective Access

پیشین، گزارش های رسمی و اسناد معتبر، تصویری جامع از وضعیت موجود ارائه و روندهای اصلی و چالش های نظام سلامت روستایی تحلیل شود. چارچوب تحلیلی این گزارش بر این فرض استوار است که میزان دسترسی واقعی روستاییان به خدمات سلامت، حاصل تعامل چهار مؤلفه اصلی است:

(الف) زیرساخت های سلامت (خانه های بهداشت، مراکز جامع سلامت، تجهیزات و امکانات).

(ب) منابع انسانی سلامت (بهورزان، پزشکان، ماماها و سایر کارکنان سلامت).

(ج) شرایط فضایی، اقتصادی و اجتماعی (فاصله جغرافیایی، وضعیت اقتصادی، پراکندگی سکونتگاه ها و ویژگی های جمعیتی).

(د) کارآمدی نظام ارائه خدمت (نظام ارجاع، کیفیت خدمات، استمرار مراقبت و مدیریت نظام سلامت).

یافته ها و تحلیل

در چهار دهه اخیر کاهش نابرابری میان مناطق شهری و روستایی در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی از جمله مهم ترین اهداف سیاستگذاری سلامت در ایران بوده است. پیش از استقرار شبکه مراقبت های اولیه سلامت، بخش قابل توجهی از جمعیت روستایی کشور به دلیل پراکندگی سکونتگاه ها، کمبود مراکز درمانی، محدودیت نیروی انسانی متخصص و ضعف زیرساخت های ارتباطی، از دسترسی مناسب به خدمات سلامت محروم بودند. در چنین شرایطی، توسعه شبکه مراقبت های اولیه سلامت با محوریت خانه های بهداشت و بهورزان به عنوان راهبرد اصلی نظام سلامت برای کاهش این شکاف طراحی و اجرا شد.

اکنون، پس از گذشت بیش از چهار دهه، این پرسش مطرح است که این سیاست تا چه اندازه توانسته است اهداف اولیه خود را محقق کند و آیا موفقیت های حاصل شده تنها در گسترش کمی خدمات بوده یا ارتقای کیفیت و دسترسی مؤثر را نیز در بر گرفته است.

پیشرفت های کمی و کیفی در پوشش خدمات سلامت روستایی ایران

گزارش های رسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نشان می دهد که توسعه شبکه مراقبت های اولیه سلامت موجب شکل گیری گسترده ترین نظام ارائه خدمات سلامت در مناطق روستایی کشور شده است. استقرار خانه های بهداشت، مراکز جامع سلامت، تربیت بهورزان و اجرای برنامه پزشک خانواده، زمینه دسترسی بخش عمده ای از جمعیت روستایی به خدمات پایه سلامت را فراهم کرده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۴۰۳).

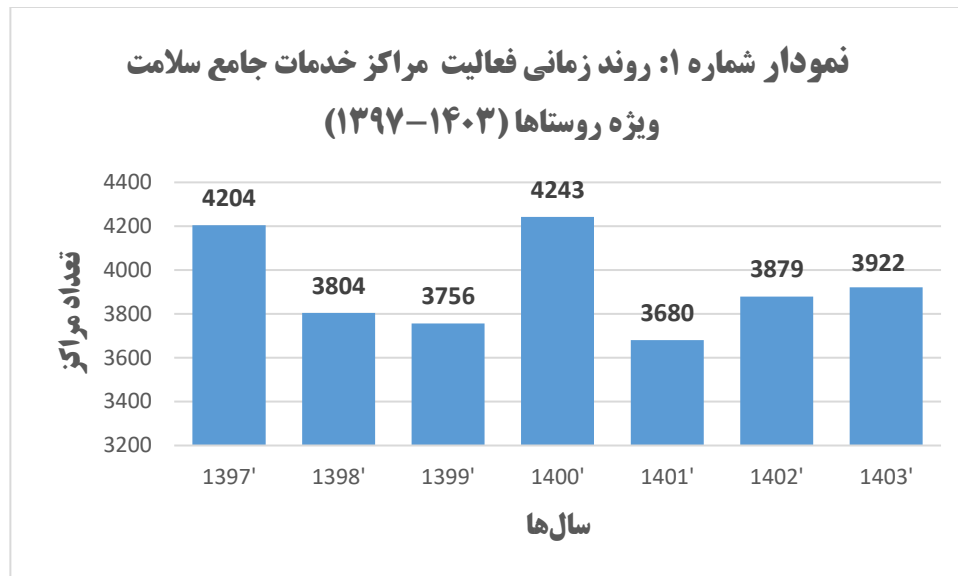
بر اساس آمار موجود تا سال ۱۴۰۳ تعداد ۳۹۲۲ مرکز خدمات جامع سلامت از انواع روستایی و شهری روستایی، مناطق روستایی کشور را تحت پوشش داشته‌اند. در همان حال ۱۷۹۷۵ خانه بهداشت فعال در کشور وجود داشته که می‌توانند حدود ۳۰ تا ۳۲ میلیون نفر از جمعیت کشور را تحت پوشش قرار دهند. همچنین صدها پایگاه سلامت روستایی وابسته، خدمات پیشگیری و نظارت بر امر سلامت را ارائه می‌کنند. نمونه‌ای از ارقام موجود در این خصوص در سال‌های ۱۳۹۷ تا ۱۴۰۳ در جدول شماره ۱ نقل گردیده است.

**جدول شماره ۱: روند زمانی فعالیت مراکز ارائه خدمات بهداشتی و سلامت
و بهورزان در سال‌های مختلف (۱۳۹۷-۱۴۰۳)**

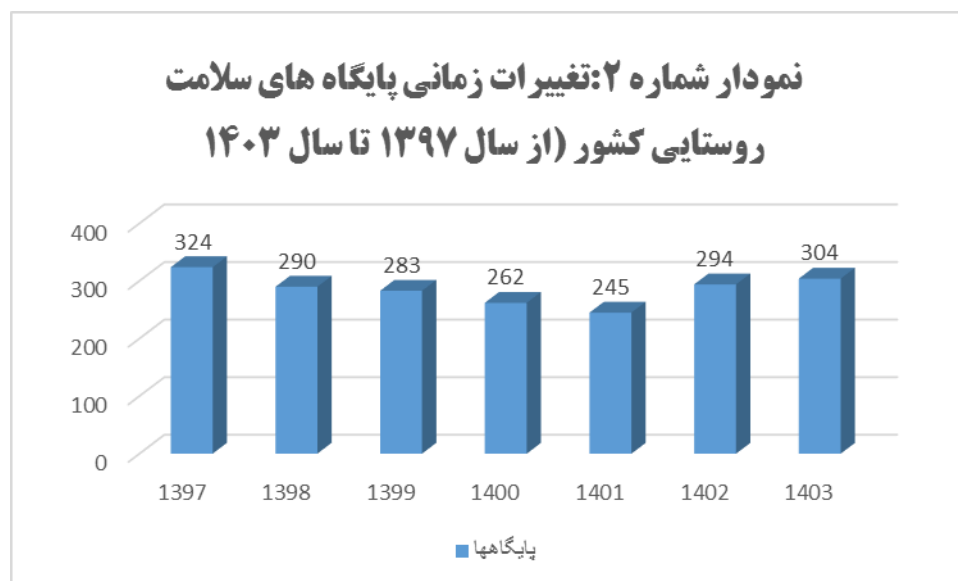
سال	مراکز خدمات جامع سلامت			پایگاه سلامت روستایی	خانه‌های بهداشت فعال	بهورز
	جمع	روستایی	شهری روستایی			
۱۳۹۷	4204	2645	1559	324	17746	30259
۱۳۹۸	3804	2668	1136	290	17635	۳۰۰۹۰
۱۳۹۹	3756	2671	1085	283	17499	۲۸۱۲۴
۱۴۰۰	4243	2745	1498	262	17821	28735
۱۴۰۱	3680	2637	1043	245	17048	27263
۱۴۰۲	3879	2783	1096	294	17835	26843
۱۴۰۳	3922	۲۸۱۵	۱۱۰۷	۳۰۴	۱۷۹۷۵	۲۷۶۰۰

(مرکز آمار ایران، ۱۴۰۵)

در همان حال تعداد ۴۲۰۴ مرکز خدمات جامع سلامت ویژه روستاها (از نوع روستایی و شهری- روستایی) خدمات مراقبتی و درمانی اولیه را برای نواحی روستایی و حومه‌های دارای سکنه فراهم می‌کرده‌اند. همچنین در پایان شش ساله مذکور ۳۰۴ مورد از این پایگاه‌ها در نواحی روستایی و مجاور روستاها فعال بوده‌اند و شمار آن‌ها نیز در طول این سال‌ها همواره متغیر بوده است. در همین سال‌ها، شمار بهورزان نیز به تناوب از ۳۰۲۵۹ نفر سال ۱۳۹۷ به ۲۷۶۰۰ نفر در سال ۱۴۰۱ کاهش یافته است (مرکز آمار ایران، ۱۴۰۵). از سال ۱۴۰۰ روند فعالیت بهورزان در قیاس با سال پایه در این بررسی (۱۳۹۷) رو به کاستی نهاده است. به هر روی این گروه همچنان ستون اصلی شبکه سلامت روستایی محسوب می‌شوند و نقش اساسی در مراقبت‌های مادر و کودک، واکسیناسیون، کنترل بیماری‌های واگیردار و غیر واگیر، آموزش سلامت و شناسایی بیماران ایفا می‌کنند.

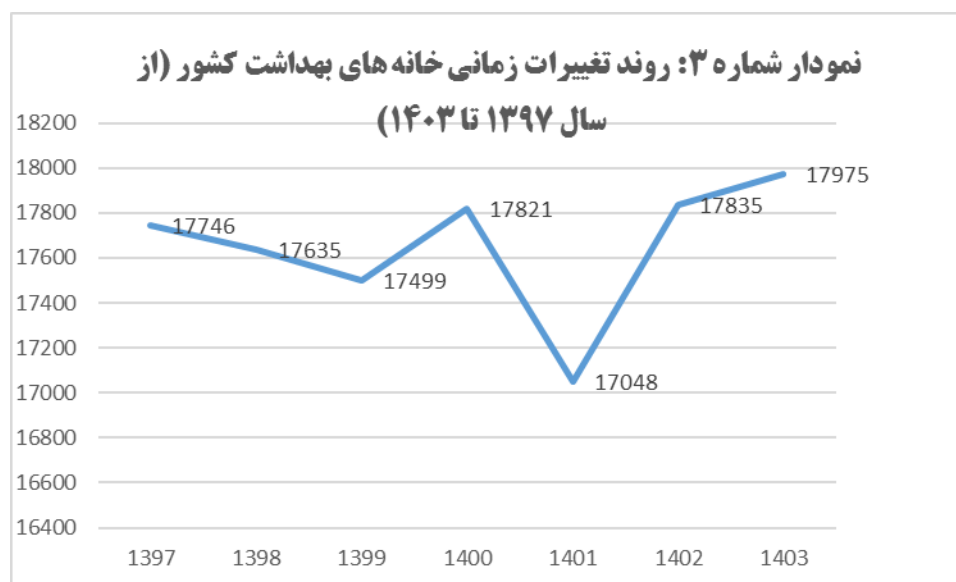


در نمودار شماره ۱ بار دیگر روندهای زمانی فعالیت مراکز خدمات جامع سلامت ویژه روستاها در قالب ارقام نشان داده شده است. بر مبنای داده‌های نمودار، سال‌های ۱۳۹۷ و ۱۴۰۰ در زمره سال‌های دارای بیش‌ترین فراوانی از این مراکز در کشور بوده‌اند. کم‌ترین فراوانی در شمار این مراکز در طول این سال‌ها مربوط به سال ۱۴۰۰ (با تعداد ۳۶۸۰ مرکز) است. متوسط تعداد مراکز خدمات جامع سلامت ویژه روستاها در این سال‌های در حدود ۳۹۲۷ واحد بوده است. شمار این مراکز در هنگام ثبت آمار در پایان دوره شش ساله مذکور نسبت به آغاز دوره ۶.۷۱ درصد کاهش را نشان می‌دهد.



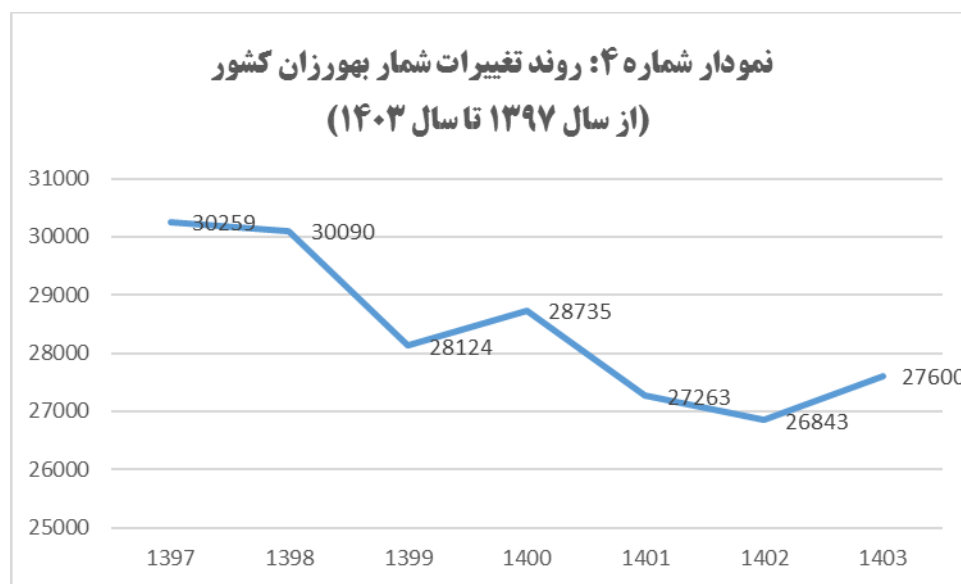
نمودار شماره ۲ در مورد تعداد پایگاه‌های سلامت روستایی کشور در فاصله سال‌های ۱۳۹۷ تا ۱۴۰۳، یک روند کاهشی تا سال ۱۴۰۱ و سپس روندی افزایشی را نشان می‌دهد. شمار پایگاه‌ها از ۳۲۴ پایگاه در سال ۱۳۹۷ به‌طور پیوسته کاهش یافت و در سال ۱۴۰۱ به کم‌ترین شمار دوره، یعنی ۲۴۵ پایگاه رسید. پس از این نقطه، روند تغییر کرده و تعداد پایگاه‌ها در سال ۱۴۰۲ به ۲۹۴ و در سال ۱۴۰۳ به ۳۰۴ پایگاه افزایش یافت. بنابراین، در نیمه نخست دوره، شاهد کاهش تدریجی ظرفیت پایگاه‌های سلامت روستایی هستیم؛ اما از سال ۱۴۰۲ روند معکوس شده و طی دو سال متوالی افزایش قابل توجهی رخ داد. با وجود این بهبود، شمار پایگاه‌ها در سال ۱۴۰۳ هنوز به سطح سال ۱۳۹۷ نرسیده بود.

در مجموع، تا سال ۱۴۰۳ تعداد پایگاه‌های سلامت روستایی از ۳۲۴ به ۳۰۴ پایگاه رسید که نشان‌دهنده کاهش خالص ۲۰ پایگاه، معادل حدود ۶.۲ درصد در کل دوره ۱۳۹۷ تا ۱۴۰۳ است. در عین حال، فاصله بین کم‌ترین تعداد دوره (۲۴۵ در سال ۱۴۰۱) و تعداد سال ۱۴۰۳ نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از کاهش سال‌های قبل در دو سال پایانی جبران شده بود.



در نمودار شماره ۳، روند تغییرات زمانی خانه‌های بهداشت در سال‌های ۱۳۹۷ تا ۱۴۰۳ نشان‌دهنده یک روند نوسانی، اما در مجموع بالنسبه پایدار است. تعداد خانه‌های بهداشت از ۱۷,۷۴۶ مورد در سال ۱۳۹۷ آغاز شده و در سال ۱۳۹۹ به ۱۷,۴۹۹ مورد کاهش یافته است. سپس در سال ۱۴۰۰ افزایش یافته و به ۱۷,۸۲۱ مورد رسید. در سال ۱۴۰۱ تعداد خانه‌های بهداشت با کاهش قابل توجهی به ۱۷,۰۴۸ مورد می‌رسد که کم‌ترین مقدار طی دوره مورد بررسی است. پس از آن، روند دوباره صعودی شده و شمار خانه‌های بهداشت در سال‌های ۱۴۰۲ و ۱۴۰۳ به ترتیب به ۱۷,۸۳۵ و ۱۷,۹۷۵ مورد افزایش یافت. بنابراین، سال ۱۴۰۳ بالاترین مقدار ثبت‌شده در این دوره را نشان داد.

در مجموع، تعداد خانه‌های بهداشت از ۱۷,۷۴۶ مورد در سال ۱۳۹۷ به ۱۷,۹۷۵ مورد در سال ۱۴۰۳ رسید که بیانگر افزایش خالص ۲۲۹ واحد، معادل حدود ۱٫۳ درصد است. بنابراین، اگرچه در طول دوره نوسانات و یک افت محسوس در سال ۱۴۰۱ مشاهده می‌شود، اما در پایان دوره تعداد خانه‌های بهداشت نسبت به سال آغازین اندکی افزایش یافته و روند دو سال پایانی نیز کاملاً صعودی بوده است.



نمودار شماره ۴ در مجموع بیانگر روند کاهشی همراه با نوسان تعداد بهورزان کشور در فاصله سال‌های ۱۳۹۷ تا ۱۴۰۳ است. تعداد بهورزان از ۳۰,۲۵۹ نفر در سال ۱۳۹۷ تا سال ۱۴۰۳ به ۲۷,۶۰۰ نفر رسید. بنابراین، با

وجود افزایش مشاهده شده در سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۳، شمار بهورزان در پایان دوره همچنان پایین‌تر از سال آغازین است.

بیش‌ترین کاهش در فاصله ۱۳۹۸ تا ۱۳۹۹ رخ داده و شمار بهورزان از ۳۰,۰۹۰ به ۲۸,۱۲۴ نفر کاهش یافت. پس از آن، در سال ۱۴۰۰ یک افزایش موقت مشاهده می‌شود و تعداد بهورزان به ۲۸,۷۳۵ نفر می‌رسد. روند کاهشی در سال‌های ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ دوباره ادامه یافته و تعداد بهورزان در سال ۱۴۰۲ به کم‌ترین مقدار دوره، یعنی ۲۶,۸۴۳ نفر می‌رسد. در سال ۱۴۰۳ نیز روند با یک بهبود نسبی معکوس شده و تعداد بهورزان به ۲۷,۶۰۰ نفر افزایش می‌یابد.

در مجموع، تعداد بهورزان طی این هفت سال ۲,۶۵۹ نفر، معادل حدود ۸.۸ درصد، کاهش یافت. بنابراین، شکل کلی نمودار را می‌توان به صورت «روند نزولی، همراه با دو دوره افزایش موقت در سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۳» توصیف کرد.

بررسی روندهای آماری گردآوری شده نشان می‌دهد که توسعه شبکه سلامت در همه دوره‌ها با آهنگ یکسان پیش نرفته است. در سال‌های نخست، تمرکز اصلی بر افزایش تعداد واحدهای ارائه خدمت و گسترش پوشش جغرافیایی بود؛ اما در سال‌های اخیر، با تغییر ساختار جمعیتی روستاها، افزایش سالمندی، رشد بیماری‌های غیر واگیر و محدودیت منابع انسانی، سرعت توسعه کمی کاهش یافته و ضرورت ارتقای کیفیت خدمات بیش از گذشته آشکار شده است.

اگرچه ظرفیت فیزیکی شبکه سلامت همچنان گسترده است، اما برخی شاخص‌ها مانند تراکم پزشک، ماندگاری نیروی انسانی، دسترسی به خدمات تخصصی و امکانات تشخیصی در برخی استان‌ها با نوسانات و حتی افت نسبی همراه بوده‌اند. بنابراین مسیر تحول نظام سلامت روستایی را باید در دو مرحله متمایز تحلیل کرد: مرحله نخست، گسترش زیرساخت و پوشش خدمات؛ و مرحله دوم، ارتقای کیفیت، کارآمدی و عدالت در بهره‌مندی.

روند تحولات مراکز سلامت در روستاها از خانه‌های بهداشت تا مراکز جامع سلامت با به خدمت گرفتن طیفی از کارکنان سلامت از بهورزان بومی تا پزشکان معنا می‌یابد. به عنوان نمونه حافظی و همکارانش (۲۰۰۹) با بررسی عملکرد پزشکان خانواده در استان یزد نشان می‌دهند که استقرار برنامه پزشک خانواده، به عنوان یکی از مراحل تکامل شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت، گامی مهم در توسعه خدمات سلامت روستایی بوده است؛ با این حال، پژوهش تأکید می‌کند که تحقق اهداف این برنامه مستلزم استقرار نظام مؤثر پایش و ارزیابی عملکرد است و تنها ایجاد ساختار، موفقیت برنامه را تضمین نمی‌کند. خسروی و همکارانش (۲۰۱۲) نیز در بررسی توسعه فیزیکی برنامه پزشک خانواده وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان متوجه می‌شوند که تنها استقرار ساختار پزشک خانواده برای کارآمدی شبکه کافی نیست و کیفیت ارتباط و تبادل اطلاعات میان سطوح مختلف ارائه خدمات نیز اهمیت

دارد؛ موضوعی که می‌تواند به کاهش استفاده غیرضروری از خدمات سطوح بالاتر و هزینه‌های مرتبط با آن منجر شود. بررسی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در کرمان نشان داد که بازخورد نتایج عملکرد به پزشکان خانواده می‌تواند در بهبود فرایند ارجاع مؤثر باشد. آگاهی پزشکان از نتایج ارجاع و بازخورد دریافتی، زمینه را برای تصمیم‌گیری مناسب‌تر در سطح اول فراهم می‌کند و می‌تواند از ارجاع‌های غیرضروری به سطوح بالاتر جلوگیری کند (خسروی و همکاران، ۲۰۱۲، ۱۳-۱۴).

به این ترتیب هر دو مطالعه بر این نکته تأکید دارند که پس از استقرار برنامه پزشک خانواده، چالش اصلی از گسترش زیرساخت‌ها به ارتقای کیفیت عملکرد تغییر یافت.

بخشی و همکاران (۱۳۹۸) در مطالعه‌ای میدانی در یک مرکز جامع سلامت روستایی و خانه‌های بهداشت تابعه، رابطه کیفیت خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه با کیفیت زندگی دریافت‌کنندگان خدمات را بررسی کردند. نتایج نشان داد بین کیفیت خدمات بهداشتی اولیه و برخی ابعاد کیفیت زندگی، از جمله درد، سلامت عمومی و سلامت جسمی، رابطه معنی‌داری وجود دارد و کیفیت خدمات با کیفیت زندگی دریافت‌کنندگان خدمات همبستگی دارد. این پژوهش یادآور می‌شود که ارزیابی موفقیت شبکه نباید تنها بر شاخص‌های کمی استوار باشد. کیفیت خدمات، رضایت دریافت‌کنندگان و تأثیر خدمات بر کیفیت زندگی نیز از شاخص‌های اساسی در سنجش عملکرد نظام مراقبت‌های اولیه سلامت به شمار می‌آیند (بخشی و همکاران، ۱۳۹۸).

مرور شواهد نشان می‌دهد که توسعه شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت، یکی از موفق‌ترین برنامه‌های توسعه اجتماعی در ایران بوده است. با این حال، بررسی مطالعات داخلی و بین‌المللی نشان می‌دهد که موفقیت این تجربه را نباید تنها با شاخص‌های کمی، مانند تعداد خانه‌های بهداشت ارزیابی کرد. در شرایط کنونی، معیار اصلی ارزیابی، میزان دسترسی مؤثر مردم به خدمات، کیفیت مراقبت، پایداری نیروی انسانی، کارآمدی نظام ارجاع و رضایت دریافت‌کنندگان خدمات است. به بیان دیگر، نظام سلامت روستایی ایران مرحله توسعه کمی را تا حد زیادی پشت سر گذاشته و اکنون در آستانه مرحله‌ای قرار دارد که در آن ارتقای کیفیت، عدالت فضایی و پاسخگویی به نیازهای جدید سلامت، مهم‌ترین شاخص‌های موفقیت خواهند بود. در چهارگوش شماره ۱ سیر تحولات نظام سلامت روستایی کشور به اختصار توصیف شده است.

چهارگوش شماره ۱: سیر تحولات نظام سلامت روستایی ایران در چند دهه اخیر

- پیش از دهه ۱۳۶۰ ارائه‌دهنده خدمات سلامت روستایی وابستگی به مراکز شهری، کمبود نیروی انسانی، ضعف خدمات پیشگیرانه پوشش محدود و نابرابری گسترده در دسترسی
- دهه ۱۳۶۰ تا ۱۳۷۰ ایجاد شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC) تأسیس خانه‌های بهداشت، تربیت بهورزان، استقرار خدمات در سطح روستا، افزایش دسترسی اولیه و کاهش فاصله روستا با نظام سلامت
- دهه ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۰ تثبیت شبکه سلامت روستایی، گسترش واکسیناسیون، مراقبت مادر و کودک، کنترل بیماری‌های واگیردار، بهبود شاخص‌های پایه سلامت
- دهه ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۰ توسعه برنامه پزشک خانواده روستایی و نظام ارجاع ارتباط سطح اول خدمات با سطوح تخصصی حرکت به سمت خدمات سازمان‌یافته‌تر
- دهه ۱۳۹۰ تاکنون توسعه مراکز جامع سلامت و خدمات نوین سلامت مراقبت بیماری‌های غیر واگیر، سلامت روان، مراقبت سالمندان، پرونده سلامت، گذار از پوشش کمی به سمت کیفیت و عدالت در سلامت

وضعیت دسترسی روستاهای ایران به خدمات سلامت بر اساس شاخص‌های کمی

پیش از این گفته شد که یکی از متداول‌ترین روش‌های ارزیابی عملکرد نظام‌های سلامت، استفاده از شاخص‌های کمی مانند تعداد مراکز ارائه خدمت، میزان پوشش جمعیت، تعداد کارکنان سلامت و توزیع زیرساخت‌های درمانی است. این شاخص‌ها تصویری از ظرفیت ظاهری نظام سلامت ارائه می‌کنند و امکان مقایسه روند توسعه خدمات را در طول زمان فراهم می‌سازند. همچنین متذکر شدیم که تجربه کشورهای مختلف نشان داده است که افزایش این شاخص‌ها، اگر با توزیع عادلانه منابع و ارتقای کیفیت خدمات همراه نباشد، به بهبود دسترسی واقعی منجر نخواهد شد. از این روی، بررسی شاخص‌های کمی باید مقدمه‌ای برای تحلیل عمیق‌تر عدالت و کارآمدی نظام سلامت باشد.

بر اساس گزارش‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در چهار دهه گذشته شبکه بهداشت و درمان روستایی ایران از نظر تعداد خانه‌های بهداشت، مراکز جامع سلامت و جمعیت تحت پوشش، رشد چشمگیری داشته است. این توسعه موجب شده است که بخش عمده‌ای از روستاییان به خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت دسترسی پیدا کنند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۴۰۳).

داده‌های منتشر شده از سوی مرکز آمار ایران نیز نشان می‌دهد که توسعه زیرساخت‌های سلامت همگام با توسعه سایر شاخص‌های اجتماعی در بسیاری از مناطق روستایی پیش رفته است، هرچند سرعت این توسعه در همه

استان‌ها یکسان نیست (مرکز آمار ایران، سال‌های مختلف). در جدول شماره ۲ وضعیت استان‌ها در دسترسی به مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی و سلامت در روستاها در سال ۱۴۰۳ آمده است.

**جدول شماره ۲: پراکندگی مراکز ارائه خدمات بهداشتی و سلامت
در کشور (۱۴۰۳)**

استان	مراکز خدمات جامع سلامت			پایگاه‌های سلامت روستایی	خانه‌های بهداشت فعال
	جمع	روستایی	شهری روستایی		
آذربایجان شرقی	216	۱۵۸	۵۸	۲۱	۹۷۸
آذربایجان غربی	180	۱۲۵	۵۵	۲۱	۱۰۰۷
اردبیل	111	۶۹	۴۲	-	۵۶۷
اصفهان	164	۹۷	۶۷	۹	۵۲۷
البرز	20	۱۴	۶	۱۱	۸۰
ایلام	56	۲۹	۲۷	۳	۲۰۲
بوشهر	62	۳۰	۳۲	۱	۲۲۴
تهران	93	۶۷	۲۶	۵۴	۲۰۷
چهارمحال و بختیاری	95	۷۰	۲۵	۴	۳۰۸
خراسان جنوبی	80	۶۱	۱۹	۵	۳۳۲
خراسان رضوی	313	۲۵۲	۶۱	۲۶	۱۴۵۴
خراسان شمالی	85	۶۸	۱۷	۶	۳۸۷
خوزستان	211	۱۳۶	۷۵	۱۸	۹۷۶
زنجان	78	۶۷	۱۱	-	۴۶۳
سمنان	58	۳۸	۲۰	۳	۲۰۰
سیستان و بلوچستان	157	۱۴۳	۱۴	۱۹	۸۵۳
فارس	309	۲۰۸	۱۰۱	۲۳	۱۱۲۰
قزوین	52	۴۳	۹	۹	۲۶۱
قم	11	۹	۲	۱	۶۱
کردستان	105	۷۰	۳۵	-	۶۳۴
کرمان	203	۱۵۱	۵۲	۶	۹۷۳
کرمانشاه	98	۶۳	۳۵	۱	۶۳۱
کهگیلویه و بویراحمد	70	۵۱	۱۹	۶	۳۳۲
گلستان	135	۱۰۰	۳۵	۲۱	۵۹۵
گیلان	158	۹۵	۶۳	۵	۹۶۱
لرستان	121	۸۷	۳۴	۱۴	۶۳۰

استان	مراکز خدمات جامع سلامت			پایگاه های سلامت روستایی	خانه های بهداشت فعال
	جمع	روستایی	شهری روستایی		
مازندران	237	۲۱۳	۲۴	۵	۱۲۶۷
مرکزی	105	۶۷	۳۸	۲	۳۹۰
هرمزگان	151	۱۰۷	۴۴	۹	۶۴۱
همدان	138	۸۷	۵۱	۱۰	۵۴۲
یزد	47	۳۷	۱۰	۰	۱۷۲

(مرکز آمار ایران، ۱۴۰۵)

بر اساس داده‌های جدول شماره ۲ می‌توان استان‌های کشور را از نقطه نظر توزیع مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی به سه طبقه بالا، متوسط و پایین تقسیم نمود. نخست در مورد مراکز خدمات جامع سلامت که سه طبقه چشمگیر از استان‌های برخوردار از این مراکز وجود دارند: استان‌های با شمار زیر ۸۵ مرکز شامل البرز، ایلام، بوشهر، خراسان جنوبی، زنجان، سمنان، قزوین، قم، کهگیلویه و بویراحمد و یزد که برخی شاید به دلیل کاهش شمار روستاها و نزدیکی به مراکز شهری فراوانی چنین مراکزی در مناطق روستایی آن‌ها بلا موضوع باشد (نظیر استان‌های البرز و قم) و شاید در مورد برخی دیگر (نظیر استان بوشهر) در اصل بتوان کمبودهایی از نقطه نظر فراگیر بودن این مراکز مشاهده نمود. دو گروه دیگر برخوردار از مراکز خدمات جامع سلامت روستایی عبارتند از استان‌های با رتبه متوسط از حیث میزبانی این مراکز دارای ۸۵ مرکز تا ۱۵۷ مرکز شامل اردبیل، تهران، چهارمحال و بختیاری، خراسان شمالی، کردستان، کرمانشاه، گلستان، لرستان، مرکزی، هرمزگان و همدان و استان‌های دارای رتبه بالا شامل ده استان آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، اصفهان، خراسان رضوی، خوزستان، سیستان و بلوچستان، فارس، کرمان، گیلان و مازندران.

در مورد پایگاه‌های سلامت روستایی نیز سه گروه استان‌ها از نقطه نظر میزبانی این پایگاه‌ها عبارتند از: استان‌های با زیر ۱۰ پایگاه شامل اصفهان، ایلام، بوشهر، چهارمحال و بختیاری، خراسان جنوبی، خراسان شمالی، سمنان، قزوین، قم، کرمان، کرمانشاه، کهگیلویه و بویراحمد، گیلان، مازندران، مرکزی و هرمزگان؛ استان‌های با ۱۰ تا ۱۹ پایگاه شامل البرز، خوزستان، سیستان و بلوچستان، لرستان و همدان؛ استان‌های با تعداد بیش‌تری از این پایگاه‌ها شامل آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، تهران، خراسان رضوی، فارس و گلستان. در مورد برخی استان‌ها در سال ۱۴۰۳ آماری ذکر نشده، نظیر استان‌های اردبیل، زنجان، کردستان و یزد.

فزونی خانه‌های بهداشت در برخی استان‌ها نسبت به برخی دیگر می‌تواند تابع عواملی مانند وسعت و پراکنده بودن نواحی روستایی باشد (نظیر استان‌های سیستان و بلوچستان و فارس). برخی استان‌ها علیرغم وسعت کم‌تر شاید به دلیل برخورداری بیش‌تر در کنار فزونی روستاها و تراکم جمعیتی بالا دارای خانه‌های بهداشت

بیش تری باشند (نظیر استان‌های آذربایجان شرقی و مازندران). الگوی توزیع (به نسبت کم) خانه‌های بهداشت فعال در استان‌های البرز، بوشهر، سمنان، قم و یزد با الگوی توزیع مراکز خدمات جامع سلامت که پیش از این توصیف شد دارای مشابهت است. استان‌های یزد، البرز و قم در زمره استان‌های با شمار کم خانه‌های بهداشت فعال اند. در مورد تفاوت‌های استان‌ها در توزیع خانه‌های بهداشت نیز می‌توان سه گروه از استان‌ها را متمایز نمود: گروه استان‌های با شمار زیر ۳۳۲ خانه بهداشت فعال شامل البرز، ایلام، بوشهر، تهران، چهارمحال و بختیاری، سمنان، قزوین، قم و یزد (توزیع پایین)؛ گروه استان‌های با تعداد بالای ۳۳۲ تا ۶۳۴ خانه بهداشت (۱۲ استان) شامل اردبیل، اصفهان، خراسان جنوبی، خراسان شمالی، زنجان، کردستان، کرمانشاه، کهگیلویه و بویراحمد، گلستان، لرستان، مرکزی و همدان و سرانجام استان‌های دارای بیش از ۶۳۴ خانه بهداشت (توزیع بالا) شامل استان‌های آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، خراسان رضوی، خوزستان، سیستان و بلوچستان، فارس، کرمان، گیلان، مازندران، و هرمزگان. استان‌های خراسان رضوی با ۱۴۵۴، فارس با ۱۱۲۰ و مازندران با ۱۲۶۷ خانه بهداشت فعال در زمره بالاترین رتبه‌ها در میزبانی از خانه‌های بهداشت‌اند.

در جدول شماره ۳ دربرگیری جمعیت بهره‌مندان از خدمات مراکز ارائه خدمات درمانی (ویژه روستاها) در قالب شاخص بار جمعیتی در ۳۱ استان کشور (در مورد دو ارائه دهنده اصلی خدمات درمانی مختص روستاها^۴ یعنی مراکز خدمات جامع سلامت و همچنین خانه‌های بهداشت فعال) در سال ۱۴۰۳ بررسی شده است.

جدول شماره ۳: بار جمعیتی مراکز ارائه خدمات درمانی (ویژه روستاها)

در کشور (نفر) (۱۴۰۳)

استان	مراکز خدمات جامع سلامت ویژه روستاها	خانه‌های بهداشت فعال	جمعیت روستایی (هزار نفر)	بار جمعیتی مراکز خدمات جامع سلامت روستایی (نفر)	بار جمعیتی خانه‌های بهداشت (نفر)
آذربایجان شرقی	216	۹۷۸	1048	4852	107۲
آذربایجان غربی	180	۱۰۰۷	1135	6306	1127
اردبیل	111	۵۶۷	359	3234	633
اصفهان	164	۵۲۷	559	3409	106۱
البرز	20	۸۰	197	9850	246۳
ایلام	56	۲۰۲	167	2982	82۷
بوشهر	62	۲۲۴	311	5016	1388
تهران	93	۲۰۷	750	8065	3623

۴ در این آمار پایگاه‌های سلامت روستایی به دلیل وظیفه‌مندی متفاوت آن‌ها که کارهای درمانی را شامل نمی‌گردد لحاظ نشده‌اند.

استان	مراکز خدمات جامع سلامت ویژه روستاها	خانه های بهداشت فعال	جمعیت روستایی (هزار نفر)	بار جمعیتی مراکز خدمات جامع سلامت روستایی (نفر)	بار جمعیتی خانه های بهداشت (نفر)
چهار محال و بختیاری	95	۳۰۸	322	3389	104۶
خراسان جنوبی	80	۳۳۲	308	3850	92۸
خراسان رضوی	313	۱۴۵۴	1762	5629	121۲
خراسان شمالی	85	۳۸۷	338	3976	873
خوزستان	211	۹۷۶	1028	4872	1053
زنجان	78	۴۶۳	337	4321	72۸
سمنان	58	۲۰۰	136	2345	680
سیستان و بلوچستان	157	۸۵۳	1499	9548	1757
فارس	309	۱۱۲۰	1377	4456	12۳۰
قزوین	52	۲۶۱	273	5250	104۶
قم	11	۶۱	59	5364	967
کردستان	105	۶۳۴	416	3962	656
کرمان	203	۹۷۳	1246	6138	128۱
کرمانشاه	98	۶۳۱	381	3888	۶۰۴
کهگیلویه و بویراحمد	70	۳۳۲	317	4529	95۵
گلستان	135	۵۹۵	841	6230	141۴
گیلان	158	۹۶۱	832	5266	86۶
لرستان	121	۶۳۰	581	4802	922
مازندران	237	۱۲۶۷	1311	5532	103۵
مرکزی	105	۳۹۰	292	2781	74۹
هرمزگان	151	۶۴۱	821	5437	128۱
همدان	138	۵۴۲	583	4225	107۶
یزد	47	۱۷۲	169	3596	98۳

منبع: (مرکز آمار ایران، ۱۴۰۵)

در برخی استان‌ها شمار مراکز خدمات جامع سلامت کم‌تر است، در همان حال که شاخص بار جمعیتی نیز در آن‌ها بالاست، نظیر استان‌های البرز و قم که می‌تواند بیانگر فشار کاری نسبتاً بالا بر آن‌ها باشد. در مورد استان‌های کوچکی که دارای روستاهایی در حاشیه و مجاور شهرهای خود هستند، ممکن است بخشی از فشار کاری متوجه مراکز درمانی داخل شهرها شود. برخی استان‌ها دارای شمار کم‌تری از مراکز خدمات جامع سلامت ویژه مناطق روستایی هستند، اما شاخص بار جمعیتی از ناحیه روستاهای پیرامون در آن‌ها در مقایسه با برخی دیگر از استان‌ها مناسب‌تر است. استان‌های ایلام و سمنان و یزد از آن جمله‌اند. در میان استان‌های دارای شمار متوسطی از

مراکز جامع سلامت ویژه روستاها هستند استان‌هایی که علیرغم شمار بیش‌تری از مراکز مزبور بار جمعیتی قابل توجهی را متحمل می‌شوند. استان‌هایی همچون آذربایجان غربی، تهران، سیستان و بلوچستان و گلستان در این دسته از استان‌ها قرار می‌گیرند. در میان استان‌های با شمار بیش‌تری از مراکز خدمات جامع سلامت نیز هم می‌توان از انواع با بار جمعیتی بالا نظیر آذربایجان غربی، سیستان و بلوچستان، خراسان رضوی و کرمان و هم از انواع با بار جمعیتی مناسب‌تر و کم‌تر نظیر اصفهان و فارس سراغ گرفت.

استان‌های با بالاترین مقادیر شاخص بار جمعیتی در بهره‌مندی از مراکز جامع سلامت ویژه روستاها شامل استان‌های آذربایجان غربی، البرز، تهران، خراسان رضوی، سیستان و بلوچستان، هرمزگان، مازندران، کرمان، گلستان و قم است. در مقابل، استان‌هایی همچون اردبیل، اصفهان، ایلام، چهارمحال و بختیاری، خراسان جنوبی، سمنان، کردستان، کرمانشاه، مرکزی و یزد هستند که علیرغم پاره‌ای تمایزات در شمار مراکز مذکور، در زمره استان‌های با شاخص بار جمعیتی مناسب‌تر و منطبق با استانداردهای این مراکز قرار می‌گیرند. استان‌های آذربایجان شرقی، بوشهر، خراسان شمالی، خوزستان، زنجان، فارس، قزوین، کهگیلویه و بویراحمد، گیلان، لرستان و همدان نیز به عنوان استان‌های با بار جمعیتی متوسط در میان این دو طبقه از استان‌ها قرار می‌گیرند. حداکثر بار جمعیتی در مورد مراکز خدمات جامع سلامت ویژه روستاها در این طبقه متعلق به قزوین با رقم ۵۲۵۰ نفر به ازای هر مرکز و حداقل آن معادل ۴۳۲۱ نفر به ازای هر مرکز از آن استان زنجان است.

پیش از این تفاوت‌های استان‌ها در توزیع خانه‌های بهداشت را در سه گروه از استان‌ها مشخص نمودیم: استان‌های با شمار پایین، استان‌های با شمار متوسط و استان‌های با شمار بالایی از خانه‌های بهداشت. اکنون در پی آنیم که فشار انبوهی جمعیت روستایی پیرامون را بر خانه‌های بهداشت مستقر در روستاها از طریق شاخص بار جمعیتی دریابیم. نخست در استان‌های با شمار زیر ۳۳۲ خانه بهداشت فعال که از میان آن‌ها دو استان ایلام و سمنان از حیث شاخص بار جمعیتی حایز رتبه پایینی هستند، بنابراین دست کم به لحاظ عدد و رقم احتمالاً فشار کم‌تری را از ناحیه انبوهی جمعیت پیرامون متحمل می‌شوند. در مقابل، استان‌های البرز، بوشهر و تهران در طبقه استان‌های با توزیع پایین خانه‌های بهداشت در زمره استان‌های با شاخص بار جمعیتی بالا محسوب می‌شوند و استان‌های چهارمحال و بختیاری، قزوین، قم و یزد در این طبقه در شمار استان‌های با شاخص بار جمعیتی متوسط قرار دارند.

در میان ۱۲ استان با تعداد بالای ۳۳۲ تا ۶۳۴ خانه بهداشت اردبیل، خراسان شمالی، زنجان، کردستان، کرمانشاه، لرستان و مرکزی در زمره استان‌های با شاخص بار جمعیتی پایین و استان‌های اصفهان، خراسان جنوبی، کهگیلویه و بویراحمد و همدان نیز از جمله استان‌های با بار جمعیتی متوسط محسوب می‌شوند. استان گلستان در این طبقه از استان‌ها تنها استان با شاخص بار جمعیتی بالنسبه بالا (۱۴۱۴ نفر) محسوب می‌گردد.

سرانجام استان‌های دارای بیش از ۶۳۴ خانه بهداشت (توزیع بالا) تنها استان گیلان است که بار جمعیتی کم‌تری را متحمل می‌شود. استان‌های آذربایجان غربی، خراسان رضوی، سیستان و بلوچستان، کرمان، مازندران و هرمزگان در این طبقه دارای شاخص بار جمعیتی بالنسبه بالا و بالا و استان‌های آذربایجان شرقی، خوزستان و فارس در زمره بالاترین رتبه‌ها در شاخص بار جمعیتی خانه‌های بهداشت‌اند. بالاترین شاخص بار جمعیتی در ۳۱ استان مورد بررسی از آن استان تهران با رقم ۳۶۲۳ نفر و کم‌ترین بار جمعیتی متعلق به استان اردبیل با رقم ۶۳۳ نفر است. در زمینه منابع انسانی، سعیدی‌فر و همکاران (۱۴۰۳) نشان می‌دهند که اگرچه تعداد کارکنان سلامت افزایش یافته، اما توزیع آنان میان استان‌ها و مناطق روستایی همچنان با نابرابری همراه است. همچنین مطالعه احمدی کیادالری و همکاران (۱۳۹۰) در باره نابرابری‌های منطقه‌ای در شاخص‌های سلامت نشان می‌دهد که از نظر دسترسی به امکانات و نیروی انسانی، وضعیت استان‌های از حیث اقتصادی برخوردارتر نسبت به استان‌های کم‌برخوردار، مطلوب‌تر است.

شاخص‌های کمی را باید نقطه آغاز ارزیابی دانست، نه پایان آن. ارزش واقعی این شاخص‌ها زمانی آشکار می‌شود که همراه با شاخص‌های کیفیت، عدالت فضایی و دسترسی مؤثر تحلیل شوند. این موضوع، زمینه ورود به بحث شکاف میان پوشش رسمی و دسترسی واقعی را فراهم می‌کند. در چهارگوش شماره ۲، نقدهای وارده بر شاخص‌های کمی دسترسی به خدمات سلامت در مناطق روستایی عنوان شده است.

چهارگوش شماره ۲: مهم‌ترین کمبودهای شاخص‌های کمی

ارزیابی دسترسی به خدمات سلامت روستایی

- تعداد خانه‌های بهداشت، سنجش توسعه زیرساخت کیفیت خدمات را نشان نمی‌دهد.
- جمعیت تحت پوشش، اندازه پوشش رسمی دسترسی واقعی را منعکس نمی‌کند.
- تعداد پزشکان و کارکنان سلامت، ظرفیت ارائه خدمت توزیع نامتوازن را پنهان می‌کند.
- شمار مراکز جامع سلامت با توسعه کیفیت عملکرد مراکز خدمات جامع متفاوت است.
- بدون تحلیل فضایی، شاخص سرانه نیروی انسانی برای مقایسه مناطق کافی نیست.

۳-۷. شکاف میان پوشش رسمی و دسترسی واقعی به خدمات سلامت روستایی

یکی از مهم‌ترین تحولات نظری در مطالعات سلامت طی دو دهه اخیر، تمایز میان «پوشش رسمی خدمات» و «دسترسی مؤثر» است. ممکن است یک منطقه از نظر آماری تحت پوشش شبکه سلامت قرار داشته باشد، اما

ساکنان آن به دلیل فاصله جغرافیایی، هزینه های درمان، نبود پزشک، کمبود تجهیزات یا ضعف نظام ارجاع، نتوانند در زمان مناسب از خدمات مورد نیاز بهره مند شوند. بنابراین، ارزیابی عملکرد نظام سلامت تنها بر پایه میزان پوشش رسمی، تصویری کامل از واقعیت ارائه نمی دهد.

مطالعات انجام شده در ایران نشان می دهد که اگرچه شبکه مراقبت های اولیه سلامت توانسته است پوشش خدمات را به میزان قابل توجهی افزایش دهد، اما موانع متعددی همچنان بر دسترسی واقعی روستاییان اثر می گذارد. پژوهش های مرتبط با نظام ارجاع نشان داده اند که ضعف ارتباط میان سطوح مختلف ارائه خدمت، کمبود پزشکان متخصص و نارسایی در هماهنگی خدمات، از مهم ترین عوامل کاهش اثربخشی نظام سلامت روستایی است (Heidarzadeh et al. ۲۰۲۳؛ اسکندری و همکاران. ۱۳۹۱).

مطالعات کیفی در باره تجربه روستاییان نیز بیانگر آن است که کیفیت خدمات، استمرار حضور پزشک، رفتار کارکنان سلامت، هزینه رفت و آمد و فاصله تا مراکز تخصصی، نقش تعیین کننده ای در میزان استفاده واقعی از خدمات دارند. در یک مورد، مطالعه انجام شده در بخش فلارد شهرستان لردگان نیز نشان می دهد که با وجود استقرار شبکه سلامت، فاصله جغرافیایی و محدودیت امکانات تخصصی همچنان بر تجربه سلامت روستاییان تأثیرگذار است (لایقی قلعه سوخته، موسی و همکاران، بهار ۱۴۰۳).

تجربه جهانی نیز همین الگو را تأیید می کند. پنهانسیکی و توماس (۱۹۸۱) دسترسی را مفهومی چند بُعدی می دانند که علاوه بر وجود خدمات، شامل دسترسی جغرافیایی، توان اقتصادی، تناسب سازمانی و پذیرش اجتماعی نیز می شود. گزارش های سازمان جهانی بهداشت نیز تأکید می کند که حرکت به سوی پوشش همگانی سلامت، تنها با افزایش تعداد مراکز درمانی محقق نمی شود؛ بلکه کیفیت خدمات، عدالت در توزیع منابع و کاهش موانع اقتصادی و جغرافیایی، ارکان اصلی دسترسی مؤثر هستند (World Health Organization ۲۰۲۱).

بررسی شواهد نشان می دهد که مهم ترین چالش امروز نظام سلامت روستایی ایران، گذار از «پوشش رسمی» به «دسترسی مؤثر» است. زیرساخت های لازم تا حد زیادی ایجاد شده اند، اما استمرار این موفقیت نیازمند توجه بیش تر به کیفیت خدمات، کارآمدی نظام ارجاع، توزیع عادلانه نیروی انسانی و کاهش هزینه های دسترسی است.

در واقع، اگر مرحله نخست توسعه سلامت روستایی را «گسترش شبکه ارائه خدمت» بدانیم، مرحله دوم بر «کارآمدسازی و عدالت در بهره مندی» استوار خواهد بود. موفقیت آینده نظام سلامت بیش از آن که به ساخت

مراکز جدید وابسته باشد، به توانایی آن در ارتقای کیفیت خدمات، کاهش نابرابری های منطقه ای و پاسخگویی به نیازهای متحول جمعیت روستایی بستگی دارد. در جدول زیر مقایسه ای میان پوشش رسمی خدمات و دسترسی مؤثر به خدمات سلامت صورت گرفته است.

**جدول شماره ۴: مقایسه پوشش رسمی خدمات سلامت
با دسترسی مؤثر به خدمات سلامت**

پوشش رسمی خدمات	دسترسی مؤثر
وجود خانه بهداشت یا مرکز جامع سلامت	امکان دریافت خدمت با کیفیت مناسب
ثبت جمعیت تحت پوشش	بهره مندی واقعی مردم از خدمات
تعداد کارکنان سلامت	حضور مستمر و کارآمد کارکنان
توسعه زیرساخت	عملکرد واقعی نظام ارائه خدمت
شاخص کمی	شاخص کیفی و عدالت محور

جمع بندی و نتیجه گیری

مرور اسناد رسمی، مطالعات داخلی و گزارش های بین المللی نشان داد که توسعه شبکه مراقبت های اولیه سلامت یکی از مهم ترین اصلاحات نهادی نظام سلامت ایران طی چهار دهه گذشته بوده است. ایجاد خانه های بهداشت، تربیت و به کارگیری بهورزان، توسعه مراکز جامع سلامت و اجرای برنامه پزشک خانواده، نقش مهمی در گسترش پوشش خدمات سلامت و بهبود بسیاری از شاخص های بهداشتی، به ویژه در مناطق روستایی ایفا کرده است.

با این حال، ارزیابی موفقیت نظام سلامت روستایی، تنها بر پایه شاخص های کمی مانند تعداد مراکز ارائه خدمت یا میزان جمعیت تحت پوشش نمی تواند تصویر جامعی از وضعیت موجود ارائه دهد. اگرچه پوشش رسمی خدمات در بسیاری از مناطق روستایی توسعه یافته است، اما دسترسی مؤثر و عادلانه به خدمات همچنان تحت تأثیر عواملی مانند توزیع نامتوازن نیروی انسانی، محدودیت تجهیزات تخصصی، ضعف نسبی نظام ارجاع، تفاوت های جغرافیایی و موانع اقتصادی قرار دارد.

مرور مطالعات انجام شده در ایران بیانگر آن است که نظام سلامت روستایی ایران اکنون وارد مرحله ای تازه از توسعه شده است؛ مرحله ای که در آن، حفظ و تعمیق دستاوردهای گذشته بیش از هر چیز به ارتقای کیفیت خدمات، افزایش کارآمدی نظام ارائه خدمت و تحقق عدالت فضایی وابسته است. در این مرحله، تمرکز

سیاستگذاری باید از توسعه صرف زیرساخت‌ها به سوی بهبود کیفیت، اثربخشی، پاسخگویی و رضایت بهره‌مندان تغییر یابد.

بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که آینده نظام سلامت روستایی ایران در گروی عبور از رویکرد «پوشش محور» به رویکرد «دسترسی مؤثر و کیفیت محور» است. تحقق این هدف مستلزم بازنگری در سیاست‌های تخصیص منابع، تقویت نظام ارجاع، افزایش ماندگاری نیروی انسانی در مناطق محروم، توسعه خدمات تخصصی، بهره‌گیری از فناوری‌های نوین سلامت و استقرار نظام‌های مستمر پایش و ارزیابی کیفیت خدمات است. تنها در چنین شرایطی می‌توان انتظار داشت که دستاوردهای ارزشمند شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت، به ارتقای پایدار عدالت سلامت و بهبود کیفیت زندگی جمعیت روستایی کشور منجر شود.

منابع

الف) منابع مورد استناد مستقیم در متن

منابع فارسی

- ۱- احمدی کیادالری، احمد، و همکاران. ۱۳۹۰. «نابرابری‌های منطبق‌های در شاخص‌های سلامت در ایران». مجله پژوهش‌های سلامت، ۱۰(۳): ۱۵۱-۱۶۲.
- ۲- بخشی، ا.، اجاقی، ش.، کلانتری، ر.، و سلیمی، ن. (۱۳۹۸). ارزیابی کیفیت خدمات مراقبت بهداشتی اولیه و تأثیر آن بر کیفیت زندگی دریافت‌کنندگان خدمات: مطالعه موردی در یک مرکز جامع سلامت روستایی. مجله سلامت و بهداشت، ۱۰(۳)، ۳۶۹-۳۷۸.
- ۳- حافظی، ز.، عسگری، ر. و ممیزی، م. (۱۳۸۸). پایش عملکرد پزشکان خانواده در یزد. طلوع بهداشت، ۸(۲-۱)، ۱۶-۲۵.
- ۴- سازمان برنامه و بودجه کشور. سال‌های مختلف. گزارش‌های توسعه اجتماعی و شاخص‌های سلامت. تهران: سازمان برنامه و بودجه کشور.
- ۵- سعیدی‌فر، م.، م. مارینی، ف.، ابراهیم‌زاده، ف.، شایگان، ب.، درویشی‌تلی، و م. بهزادفر. ۱۴۰۳. «چکیده سیاستی: مقابله با کمبود نیروی انسانی در نظام سلامت ایران». تاریخچه پزشکی و اخلاق.

- ۶- لایقی قلعه سوخته، موسی. کلاته ساداتی، احمد. افراسیابی، حسین. صادقیه، سارا. زندگی در روستا و تجربه دسترسی به خدمات سلامت؛ مطالعه ی کیفی روستائینان بخش فلارد لردگان. فصلنامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. سال بیست و دوم، شماره ۱ (پیاپی ۸۵، بهار ۱۴۰۳، صص ۹۹-۱۱۶).
- ۷- مرکز آمار ایران. سال های مختلف. سالنامه آماری کشور. تهران: مرکز آمار ایران.
- ۸- مهدیان، س.، م. امینی رارانی، و ر. رضایتمند. ۱۴۰۴. «درک چالش های تخصیص منابع مالی در مراقبت های اولیه سلامت در ایران». پژوهش سیاست ها و نظام های سلامت.
- ۹- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۴۰۳. گزارش توسعه شبکه مراقبت های اولیه سلامت در جمهوری اسلامی ایران: ساختار مراقبت های اولیه سلامت (PHC)، خانه های بهداشت و مراکز جامع سلامت. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ، درمان و آموزش پزشکی.

English References

- ۱- Eskandari, M., A. Abbaszadeh, and F. Borhani. ۲۰۱۳. "Barriers of Referral System in Rural Family Physician Program in Iran." *International Journal of Health Policy and Management*.
- ۲-Heidarzadeh, M., et al. ۲۰۲۳. "Evaluation of the Rural Family Physician and Referral System in Iran." *BMC Health Services Research*.
- ۳- Khosravi S, Amiresmaeili M, Yazdi Feyzabadi V. Performance evaluation and insurance plans of rural family physicians: case study of Kerman Medical Sciences University. Paper presented at: Proceedings of the Role of Family Physicians in Health Systems Congress; ۲۰۱۲. pp. ۱۳-۱۴.
- ۴-Penchansky, Roy, and J. William Thomas. ۱۹۸۱. "The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction." *Medical Care* ۱۹ (۲): ۱۲۷-۱۴۰.
- ۵-Starfield, Barbara, Leiyu Shi, and James Macinko. ۲۰۰۵. "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health." *The Milbank Quarterly* ۸۳ (۳): ۴۵۷-۵۰۲.
- ۶-World Health Organization. ۱۹۷۸. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care. Geneva: World Health Organization.
- ۷-World Health Organization. ۲۰۲۱. Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage: ۲۰۲۱ Monitoring Report. Geneva: World Health Organization.
- ۸-World Health Organization, and UNICEF. ۲۰۲۰. Operational Framework for Primary Health Care: Transforming Vision into Action. Geneva: World Health Organization.
- ۹-World Health Organization, and World Bank. ۲۰۲۲. Tracking Universal Health Coverage: ۲۰۲۱ Global Monitoring Report. Geneva: World Health Organization.