

بررسی توزیع امکانات بهداشت و درمان در کشور



۱- وجود افراد سالم در روستاها باعث بالا رفتن فعالیت و افزایش تولید می‌باشد (کمک به خود کفائی).

۲- باعث کاهش مصرف دارو و کمک به عدم خروج ارز.

۳- میزان مراجعین به پزشک کمتر می‌شود (با توجه به کمبود پزشک).

۴- آمار مرگ و میر پائین آمده و تعداد روز کمتری تخت‌های بیمارستانها اشغال می‌گردد. البته بنظر ما تامین بهداشت روستاها نباید تنها به دلایل فوق بوده و ارزش حیاتی یک فرد روستائی تابعی از میزان قدرت تولیدی او نمی‌تواند باشد و براساس فرهنگ اسلامی‌مان تامین بهداشت و درمان روستاها در درجه اول یک وظیفه تلقی می‌شود اما بهر حال در بعد اقتصادی دلایل فوق نیز مطرح می‌باشند. حال برای اینکه بینیم وضعیت بهداشت و درمان در کشورمان از چه قرار است، این مسئله را در حد مقدرات و تحت عناوین زیر بررسی خواهیم کرد. لازم بتذکر است که هر کدام از این عناوین بحث مستقلی را دنبال نموده ولی

جمعیت رسیده (در سال ۱۳۵۶، ۶/۶ برابر بیشتر از سهمیه آماری خود در آسیا) و وقتیکه بیمار (بخصوص روستائیان) مجدداً به محل زندگی آلوده خود برمی‌گردد، دوباره در معرض بیماری قرار دارد.

در بررسی این مسئله امکانات موجود بهداشت و درمان در روستاهای کشورمان، بسیار کمتر از امکانات موجود در شهرها بوده و این خلوت یکی از عوامل مهاجرت زاست. همچنین از آنجا که روستاهای کشور، بعنوان محور استقلال و خود کفائی مطرح می‌باشد، لذا سعی ما بر این خواهد بود که مسئله تامین بهداشت و درمان را با تاکید بروضعیت روستاها پیگیری نمائیم.

ارتقاء سطح بهداشت روستاها اولاً طویل‌المدت بوده (مثل درمان که با یک نسخه خوب بشود نیست) و با سطح آگاهی و فرهنگ، اعتقادات، رسوم، وضع اقتصادی و میزان تولید و... کاملاً بستگی داشته، ثانیاً بسیار گران هم تمام می‌شود، اما از نظر اقتصادی مقرون به صرفه می‌باشد زیرا:

بهداشت و درمان بعنوان یکی از نیازهای مبرم جامعه روستائی و شهری کشورمان مورد توجه قرار داشته و بر خورداری از آن یکی از حقوق مسلم و اولیه افراد جامعه است.

بهداشت و درمان در عین حالیکه دو جزء تشکیل دهنده بهداشتی می‌باشند، ولی از اهمیت یکسانی برخوردار نیستند. در این زمینه تاکید اصلی بر رعایت مسائل بهداشتی بوده و درمان در مرحله بعد قرار دارد.

اولویت فوق به این خاطر است که عوامل ابتدائی بیماریها در محیط غیر بهداشتی وجود داشته و پیشگیری آن از ابتلا و شیوع بیماریها جلوگیری خواهد نمود. متأسفانه از آنجائی که تاکید بر مسائل بهداشتی در جامعه ما از طرف مسئولین مربوطه، آنطور که باید عمل و اجرا نگردیده و در واقع امر بهداشتی به درمان تبدیل شده است، ملاحظه می‌شود که مصرف دارو به چندین برابر سهمیه میزان

در مجموع پیوستگی کلی با یکدیگر دارند:

۱- محیط زیست بهداشتی روستا و هزینه‌های مربوط.

۲- بررسی نحوه تمرکز امکانات بهداشت و درمان در کشور.

۳- نگاهی به برنامه پنجساله اول دولت در زمینه بهداشت و درمان.

۴- نظرات و دیدگاه‌های وزارت بهداشتی و جهاد سازندگی.

* مسلماً آموزش بهداشت روستائی در درجه خاصی از اهمیت قرار دارد که با کمترین سرمایه گذاری بیشترین بازده را خواهد داشت.

محیط زیست بهداشتی روستا و هزینه‌های مربوط

تأمین بهداشت و درمان روستا نتایج اقتصادی، روانشناسی و اجتماعی متعددی بجا میگذارد که از جمله آن تغییر شرایط بدنی، احساس تأمین از نظر روانشناسی، ایجاد روابط عاطفی مطلوب بین افراد و بالاخره رضامندی ناشی از اقدامات محیط بهداشتی میباشد.

مسلم این است که سرمایه‌گذاری بهداشتی در سطح روستا نیز یک نوع سرمایه‌گذاری نیروی انسانی بحساب می‌آید که نتایج اقتصادی آن نیز غیرقابل انکار خواهد بود. بهمین دلیل است که این نوع سرمایه‌گذاری‌ها در کشورهای در حال توسعه هم رو با افزایش گذارده و در سطح شهر و روستای ایران نیز مورد استقبال قرار میگیرد.

عیب عمده این نحوه برداشت در این است که حیات انسانی را بخواهند تحت‌الشعاع ارزش‌گذاری تولیدی قرار دهند که این امر با روح قوانین اسلامی تطبیقی نمیکند، معهذا باید گفت مسلماً سرمایه‌گذاری برای بهداشت و درمان روستائی بهر انگیزه‌ای که باشد خود یک نوع ارزش‌گذاری بر حیات انسانها است که مورد تأیید جمهوری اسلامی میباشد.

متوسط هزینه بهداشت و درمان خانواده روستائی ایران:

آمارگیری از بودجه خانوار روستائی از سال ۱۳۴۲ توسط آمار عمومی سابق (مرکز آمار فعلی ایران) آغاز گردید. بعد از پیروزی انقلاب اسلامی ایران، مسئولین بانک مرکزی ایران موافقت نمودند که از سال ۱۳۵۹ اجرای این طرح نیز منحصرأ توسط مرکز آمار ایران صورت گیرد.

از نظر تعریف خانوار عبارت است از یک یا چند نفر که باهم در یک اقامتگاه معمولی و ثابت زندگی کرده و با یکدیگر هم خرجند.

بررسی تحولات مربوط به هزینه‌های بهداشت و درمان خانوار روستائی در دو مقطع زمانی قبل و بعد از انقلاب برای سالهای ۱۳۳۵ و مقایسه آن با سال ۱۳۵۸ حاوی نکاتی بشرح زیر میباشد:

۱- در سال ۱۳۵۵ متوسط هزینه‌های یک خانوار روستائی ۱۲۶۷۸ ریال اعلام گردید که فقط ۴۲۸ ریال و یا حدود ۳/۴ درصد کل هزینه‌های خانوار روستائی بمصرف بهداشت و درمان میرسیده است. نکته قابل توجه اینکه بهبود بهداشتی روستاهای ایران، انهم در شرایطی که وسائل و تجهیزات بهداشتی و درمانی آنچنانکه باید توسعه نیافته است با تحول فرهنگی بمراتب آسانتر است.

مسلماً آموزش بهداشت روستائی در درجه خاصی از اهمیت قرار دارد که با کمترین سرمایه‌گذاری بیشترین بازده را خواهد داشت. اگر بمردم روستائی آموزش دهیم که چطور میتوان از آلودگی آب جلوگیری کرد و یا مسکن را تمیز نگهداشت بازده و یا کارائی تحول فرهنگی مربوط بمراتب بیش از ایجاد بیمارستان لوکس در یک روستا خواهد بود.

یکی از سخنرانان سمینار بین‌المللی پزشکی در ایران (اول آذر ۱۳۶۲) براساس تحقیقات خود اعلام کرد که برخی از بیماریهای عفونی و بسیاری از بیماریهای ناشی از سرماخوردگی تا میزان ۸۰ درصد از طریق آموزش خانوارهای روستائی به اینگونه از مواد غذایی و حتی چای استفاده کنند بکنند



وبا کمترین هزینه درمانی قابل درمان است باین ترتیب دامنه فعالیت و میزان مسئولیت سازمانهایی که در جهت آموزش بهداشت روستائی نقش آفرین خواهند بود مشخص میگردد. بهرحال هزینه‌های بهداشت و درمان خانوار روستائی در ایران بعد از انقلاب در سال ۱۳۵۸ رو به افزایش گذارده و تا بیش از دو برابر سال ۱۳۵۵ (۹۳۸ ریال) افزایش یافته که حدود ۴ درصد از کل هزینه خانوار روستائی را تشکیل میداده است:

۲- نسبت متوسط هزینه بهداشت و درمان یک خانوار روستائی در مقایسه با خانوار شهری بعد از انقلاب (۱۳۵۹) تفاوت چندانی نداشته و ۱۹۳۰ ریال هزینه بهداشت و درمان خانوار شهری حدود ۴/۳ درصد متوسط کلیه هزینه‌های یک خانوار شهری محاسبه گردیده است. از جهت بهداشت اجتماعی تذکر این نکته ضرورست که در کشور ما همچون کشورهای در حال توسعه زندگی مردم شهری و روستائی از نظر طبقات اجتماعی نیز حائز اهمیت است و این امر نیز مسلم گردیده که بسیاری از بیماریها از قبیل بیماریهای سرطان، دیابت یا بیماریهای روانی عمدتاً در شهرها رایج است در حالیکه نارسائیهای تغذیه‌ای و محیط زیست روستاها خود موجب اشاعه دسته دیگری از بیماریها از قبیل روماتیسم، وبا، مالاریا وغیره میگردد که این خود جای سوال است که آیا هزینه بهداشت و درمان سالیانه یک خانوار روستائی جوابگوی عدم مساعدت محیط زیست او خواهد بود؟ بخصوص که مصرف هزینه‌های بهداشتی و

درمانی در خانوار روستائی در سال ۱۳۵۸ حدود ۹۳۸ ریال بود که نسبت به هزینه‌های مربوط در خانوار شهری (۱۹۳۰ ریال در سال ۱۳۵۹) کمتر از نصف گزارش گردیده است. ۳- اگر مصرف هزینه‌های شخصی هر خانوار در سطح کشور را توأمأ با سرمایه گذاریهای بخش عمومی مورد مطالعه قرار دهیم نکاتی بشرح زیر قابل توجه میباشد:

الف- طی سالهای ۱۳۴۵ تا ۱۳۵۲ که حدود ۱۱۷ درصد بودجه سرانه کشور اضافه گردید، بودجه سرانه بهداشت و درمان فقط ۲۰ درصد اضافه گردیده است، در حالیکه طی سالهای ۵۵ تا ۶۲ (قبل و بعد از انقلاب اسلامی ایران) با ۵۴ درصد افزایش بودجه سرانه کشور میزان افزایش اعتبار سرانه بهداشت و درمان به حدود ۱۶۷ درصد رسیده است که این امر خود حاکی از توجه بیشتر به پیش بینی‌های لازم جهت تأمین بهداشت کشور میباشد که لازم بود صرفاً با احتساب جمعیت روستائی کشور نیز سهم مربوط به مصرف میرسید.

ب- طی ۷ سال اخیر سرمایه گذاریهای بهداشت و درمان هم بصورت جاری وهم

بصورت عمرانی رو به افزایش گذارده و در مدت ۷ سال قبل وبعد از انقلاب (۵۵ تا ۶۲) از ۲/۲۸ درصد به ۵/۸۲ بالغ گردیده که در سال جاری با در نظر گرفتن جاذبه‌های روستائی مورد نظر جمهوری اسلامی لااقل حدود ۳ درصد کل بودجه کشور میبایستی بمصرف بهداشت و درمان روستاهای کشور می‌رسید.

ج- با وجودیکه بموجب سرشماری ایران ۵۳ درصد از جمعیت سال ۱۳۵۵ روستائی بحساب آمده (کمتر از پنجهزار نفر) و بسیاری از شهر کهای ایران با تعریفی که از روستانشینی داشتیم سیمای روستائی دارند؛ هم اکنون حدود ۵۰ درصد از جمعیت کشور را میتوان روستا نشین فرض نموده و براین اساس،

اگر بیش از نیمی از سرمایه‌گذاریهای بهداشتی و درمانی در نواحی روستائی کشور بمصرف رسد زمینه‌های مهاجرت روستائیان بسوی شهرها کاهش مییابد.

باین ترتیب در سال جاری میبایستی حدود ۱۰۲ میلیارد ریال از اعتبارات بهداشتی در سطح روستاهای کشور بمصرف رسیده و اگر متوسط بعد خانوار روستائی نیز ۵ نفر فرض شود و سهم سرانه هر فرد روستائی ۲۴۹۲ ریال محاسبه گردد مجموعه سرمایه‌گذاری بهداشتی و درمانی هر خانوار روستائی با احتساب هزینه بهداشتی خانوار سال ۱۳۵۸ (۹۳۸ ریال) بطور متوسط ۱۳۳۹۸ ریال خواهد بود.

محیط زیست بهداشتی روستاهای ایران را غنا بخشیم:

در منطق تولیدی اقتصاددانان سعی میکنند ارزش حیاتی یک فرد را براساس این نکته که اساساً ارزش حیات فرد تابعی از میزان قدرت تولیدی اوست محاسبه و اعلام نمایند و این امریست که آثار غیرانسانیش در شیوع عمل سازمانهایی چون خانه سالمندان در کشورهای غربی و از جمله فرانسه و انگلیس خودنمایی میکند. و چون سالمندان ارزش تولیدی ندارند بابتترین وضع جان سپارند. در دیداری که از خانه سالمندان لندن بعمل آمد معلوم شد که کاربرد دقیق تکنیک در کلیه یک سالمندی که طالب کمک است وقتی مشخص میگردد که در ببقوله انزوای خود بزمین غلطیده و دکمه زنگ بصدا درآمده از اطابق مراقبت کسی بسوی سالمند رفته و ویرا از دست رفته مییابد. در حالیکه غنای فرهنگ اسلامی ما ایجاب میکند که سالمندان در منزل شخصی خود جادهم در نهایت احترام مراقبت نمائیم و در آخرین نفس هم سرش بدمان نزدیکانش باشد بهر حال اگر منطق تولیدی را بپذیریم نه تنها اصالتهای فرهنگ اسلامی ما در مورد سالمندان بخطر میافتد بلکه چون قدرت تولیدی تحت الشعاع عواملی چون سن و جنس، نوع شغل و موقعیت شغلی، طبقه اجتماعی، زندگی شهر و روستائی جامعه پیشرفته یا در حال توسعه و غیره خواهد بود. محیط بهداشتی براساس منطق تولیدی خود مجسم

* قابل توجه اینکه بهبود بهداشتی روستاهای ایران، آنها در شرایطی که وسائل و تجهیزات بهداشتی و درمانی آنچنانکه باید توسعه نیافته است با تحول فرهنگی بمراتب آسانتر است.

کننده فاصله طبقاتی وسیع مردم اجتماع میگردد که در جمهوری اسلامی جانی ندارد. بهر حال صرفنظر از سرمایه‌گذاریهای عمومی دولت برای تامین بهداشت و درمان که همواره تعدیل کننده است از آنجا که یکی از ضوابط فاصله طبقاتی مردم روستاهای کشور نیز گروههای هزینه بمصرف رسیده خانوار میباشد درصد هزینه‌هایی که بنحوی بابهداشت و درمان خانوارهای روستائی ایران در ارتباط است در گروههای هزینه ماهانه (طبقات مختلف) در سال ۱۳۵۸ مورد محاسبه قرار گرفته و نتایجی بشرح زیر قابل توجه میباشد:

۱- هزینه‌های خوراکی که از حیث بهداشت غذایی حائز اهمیت است، و در بین گروهی که کمتر از ۲۵۰۰ ریال هزینه ماهانه داشته‌اند حدود ۵۹ درصد کل هزینه‌های خانوار روستائی را تشکیل داده و این نسبت تا گروهی که هزینه ماهیانه آنها بین ۵۰۰۰ تا ۷۴۹۹ ریال بوده رو به افزایش گذارده (۶۷/۲ درصد) جبران بهداشت غذایی میکرده‌اند که از آن پس نسبت هزینه‌های خوراکی رو به کاهش گذارده در آن گروه از خانوارهای روستائی که بیش از یکصد هزار ریال هزینه ماهانه داشته‌اند به ۱۲/۶ درصد کاهش یافته و خوراکی نسبت به هزینه‌های دیگر رقم ناچیزی را تشکیل میداده است ولی بطور متوسط تمامی گروههای روستائی ۴۶ درصد از هزینه‌ها را صرف مواد خوراکی میکرده‌اند.

۲- هزینه مسکن که کم و کیف آن امر بهداشتی است برای آن دسته از خانوارهای روستائی که کم درآمده‌اند

بوده‌اند تا ۱۹٪ همواره رو به کاهش بوده و برای خانوارهای روستائی پردرآمد به کمتر از نصف (فقط ۸٪) رسیده است.

۳- آب و سوخت و روشنائی که سهم بسزائی در تامین بهداشت دارند در خانوارهای روستائی کم درآمد ۸/۵٪ گزارش شده که تا گروهی که بیشترین هزینه ماهیانه را داشته‌اند همواره کاهش یافته و به حداقل ۱/۶٪ نیز رسیده است.

۴- رقم مربوط بهداشت و درمان تقریباً سیر تصاعدی داشته و از (۱/۵ تا حدود ۶٪) بهر نسبتی که خانوارهای روستائی ایران هزینه ماهیانه بیشتری اعلام کرده‌اند نسبت هزینه‌های بهداشتی و درمانی زیادتری داشته

جدول شماره ۱

مقایسه ارقام بودجه بهداشت و درمان قبل و بعد از انقلاب
شرح

سال ۱۳۵۵ سال ۱۳۶۲

کل بودجه (میلیارد ریال)	سال ۱۳۵۵	سال ۱۳۶۲
درصد سهم بهداشت و درمان	۲	۳/۲
درصد عمرانی بهداشت (از کل عمرانی)	۱/۲۸	۲/۵۷
سهم سرانه بودجه عمومی (ریال)	۹۲۰۰۰	۱۴۱۶۲۰
سهم بهداشت و درمان عمومی (میلیارد ریال)	۶۳	۲۰۴/۷
سهم سرانه بهداشت و درمان (ریال)	۱۸۶۹	۴۹۸۶
میزان روستانشینی	۵۳٪	۵۰٪
سهم بهداشت و درمان روستائیان (میلیارد ریال)	۳۳/۴	۱۰۲/۳۵

* ماخذ: سازمان برنامه- سالنامه آماری کشور.

جدول شماره ۲ متوسط هزینه‌های بهداشت، مسکن، توزیع و خدمات در مجموع هزینه‌های خانوار روستایی سال ۱۳۵۸ بر حسب گروههای هزینه ماهانه به ریال

متوسط کل	کمتر از ۲۵۰۰	تا ۲۵۰۰	تا ۷۵۰۰	تا ۱۵۰۰۰	تا ۱۴۹۹۹	تا ۱۵۰۰۰	تا ۲۹۹۹۹	تا ۳۰۰۰۰	تا ۴۹۹۹۹	تا ۵۰۰۰۰	بیشتر
کل هزینه	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
درصد هزینه‌های خوراکی	۶۷/۱	۵۹/۲	۶۶/۵	۶۷/۲	۶۵/۱	۶۳/۳	۵۹/۶	۵۷/۶	۴۷/۱	۴۰/۴	۱۲/۶
درصد هزینه‌های مسکن	۸/۷	۱۸/۹	۱۲/۳	۱۰/۶	۹/۱	۸/۵	۸/۱	۷/۵	۸/۲	۱۱/۵	—
درصد آب، سوخت و روشنایی	۳/۴	۸/۹	۷/۷	۶/۸	۶/۲	۵/۲	۴/۶	۳/۵	۳	۲/۸	۱/۶
درصد بهداشت و درمان	۳/۹	۱/۵	۲/۷	۲/۲	۳/۴	۳/۷	۴/۳	۴/۳	۵	۵/۹	۲/۱
درصد دیگر هزینه‌ها	۳۷/۹	۱۱/۹	۱۲	۱۳/۲	۱۶/۹	۱۹/۶	۲۴	۲۶/۶	۳۶/۷	۴۰/۱	۷۵/۷

«بررسی نحوه تمرکز امکانات بهداشت و درمان در کشور»

قبل از آنکه آمارهایی در این زمینه مورد بررسی قرار گیرند، لازم است که ابتدا تعریفی از تمرکز امکانات موجود داشته باشیم. منظور از تمرکز این است که توزیع نامتعادل امکانات در مناطق مختلف کشور که بر اساس مصالحی در برنامهریزی کشور اعمال می‌شود، باعث متمرکز شدن امکانات در بعضی از مناطق و در نتیجه محروم ماندن سایر مناطق از آن می‌شود. از آنجائی که این مسئله تأثیرات قطعی بر وضعیت اقتصادی اجتماعی جامعه داشته و مهاجرت به شهرها یکی از اثرات مشهود آن می‌باشد، لازم است که این مسئله ریشه‌یابی شده تا لاقلاً از پی آمدها و عوارض آینده جلوگیری شود. در این رابطه آمارهای موجود نشان خواهند داد که بیشترین میزان تمرکز امکانات بهداشت و درمان کشور در استان تهران وجود داشته و در اکثر موارد، سایر مناطق با فاصله زیادی از آن به لحاظ میزان تمرکز قرار دارند.

اولین آمارى که در این زمینه ارائه خواهد شد، مربوط به تعداد تخت و جمعیت در سال ۶۲ است (۱)

*** آمارهای موجود نشان خواهند داد که بیشترین میزان تمرکز امکانات بهداشت و درمان کشور در استان تهران وجود داشته و در اکثر موارد، سایر مناطق با فاصله زیادی از آن به لحاظ میزان تمرکز قرار دارند.**

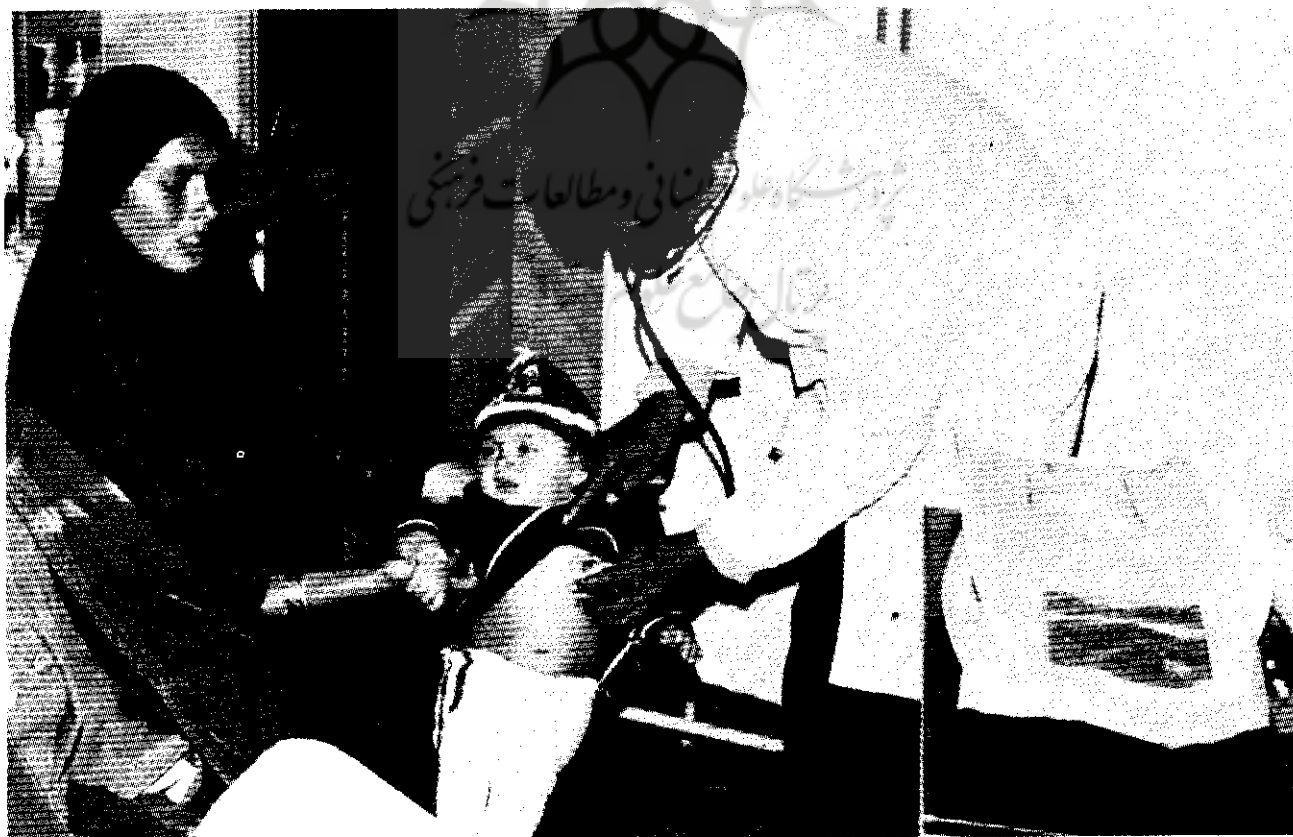


که این امر خود نشان دهنده خلاء عمده خدماتی بهداشتی است که در این زمینه مشهود می‌گردد.

۵- دیگر هزینه‌های ماهیانه یا متفرقه که از حیث حیاتی نقش عمده‌ای نداشته‌اند برای گروههای کم‌درآمد روستایی کمتر از ۱۲٪ و برای خانوارهای روستایی پردرآمد تا ۷۵/۷٪ نیز رسیده است.

بطور متوسط هزینه بهداشت و درمان به تنهایی ۳/۴٪ و با ملحقات آن ۶۲٪ از کل هزینه‌ها را تشکیل داده و هزینه بهداشت روستائیان کم‌درآمد ۱/۵٪ و روستائیان پردرآمد حدود ۶٪ اعلام گردیده است. مسئله عمده‌ای که در اینجا مطرح می‌گردد اینست که هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارهای روستایی ایران که معمولاً از طریق تشخیص هر یک از خانوارهای روستایی بمصرف میرسد زیرا کمتر امکان ارشاد بهداشتی یافته‌اند، آنچنانکه باید مؤثر واقع نمی‌شود. بعبارت دیگر اگر برنامه‌های بهداشت ارشادی از طریق مؤسسات سازمان یافته دولتی و با همین اعتبارات محدود خانوارهای روستایی تنظیم و به مورد اجرا گذارده شود بازده بسیار مطلوب‌تری بجا خواهد گذاشت چه‌رسد به اینکه به برنامه‌های بهداشت روستایی اولویت دهند چه با سرمایه‌گذاریهای محدود تحولی شگرف در سیمای بهداشت روستاهای ایران پدیدار خواهد شد که این امر بنوبه خود نقش فعالی در ابقاء روستائیان و زایل ساختن انگیزه‌های مهاجرتی مربوط خواهد داشت.

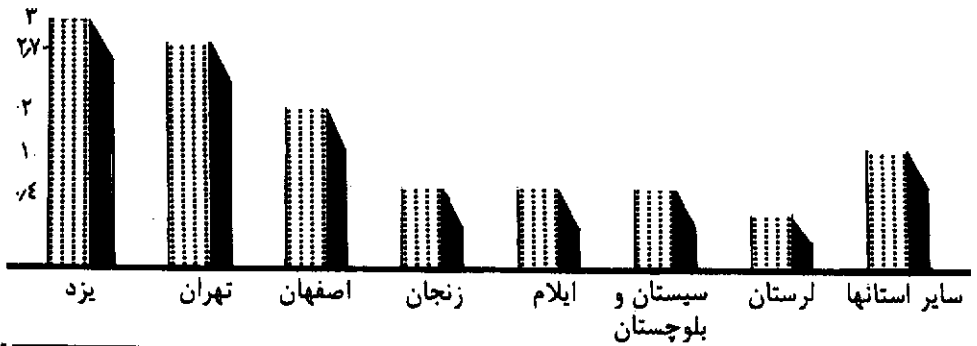
نسبت جمعیت به تخت	تخت موجود	جمعیت سال ۶۲	استان
استان تهران از نظر نسبت جمعیت به تخت	۲۳۵۵۶	۷۱۶۸۰۷۰	تهران
کمترین مقدار را داراست یعنی به ازای هر	۲۰۶۰	۱۲۷۹۵۷۳	مرکزی
۳۰۴ نفر یک تخت در موسسات درمانی وجود	۲۰۶۱	۱۸۲۰۸۹۹	گیلان
دارد و مورد بعدی مربوط به استانهای یزد	۳۶۰۹	۲۸۵۸۶۵۸	مازندران
و اصفهان است. در مقابل بیشترین مقدار نسبت	۵۳۱۷	۳۶۶۰۵۸۷	آذربایجان شرقی
جمعیت به تخت مربوط به استان لرستان است	۱۴۹۵	۱۶۸۶۵۷۳	آذربایجان غربی
که به ازای هر ۱۸۹۰ نفر جمعیت منطقه، یک	۱۴۶۵	۱۲۱۱۱۳۱	باختران
تخت در موسسات درمانی آن استان وجود	۲۴۶۵	۲۶۰۱۷۳۲	خوزستان
دارد و نیز مقادیر بعدی از نظر محرومیت	۴۰۹۸	۲۴۲۶۸۲۱	فارس
امکانات بترتیباً مربوط به استانهای ایلام،	۱۶۸۵	۱۳۰۸۲۴۹	کرمان
سیستان و بلوچستان و کردستان است.	۵۷۱۴	۳۹۱۱۹۲۹	خراسان
نکته دیگری که قابل توجه است اینکه،	۵۸۱۵	۲۷۲۵۶۳۹	اصفهان
استان تهران در حالیکه مطابق آمار ۱۷/۵٪	۵۳۲	۸۰۷۴۹۳	سیستان و بلوچستان
از جمعیت کشور را به خود اختصاص داده،	۶۸۰	۹۲۱۱۷۰	کردستان
مقدار ۳۴/۷٪ از تخت بیمارستانهای کل کشور	۱۱۸۰	۱۲۵۲۴۲۲	همدان
را در اختیار دارد.	۳۷۵	۴۷۶۰۵۱	چهارمحال و بختیاری
در مقابل استان لرستان با دارا بودن ۲/۶٪	۵۶۷	۱۰۷۱۶۱۷	لرستان
از جمعیت کل کشور، فقط ۸٪ از تخت	۱۴۹	۲۷۲۰۴۳	ایلام
بیمارستانهای کشور را در اختیار دارد. ضمناً	۲۲۹	۲۹۰۸۶۳	کهگیلویه و بویراحمد
تذکر این نکته ضروریست که استانداردها	۳۳۵	۴۲۷۵۲۹	بوشهر
جهانی برای هر ۲۵۰ نفر یک تخت می باشد	۹۸۱	۱۳۰۹۰۲۱	زنجان
که مطابق آمار حتی استان تهران نیز به سطح	۵۶۶	۳۲۰۱۲۱	سمنان
استاندارد جهانی نرسیده است.	۱۲۶۳	۴۲۱۶۵۴	یزد
حال برای اینکه دیدبازتری راجع به این	۵۳۷	۵۶۲۲۱۶	هرمزگان
مسئله پیدا شود، تخت موجود در موسسات	۶۷۷۳۴	۴۰۷۹۲۰۶۱	جمع کل



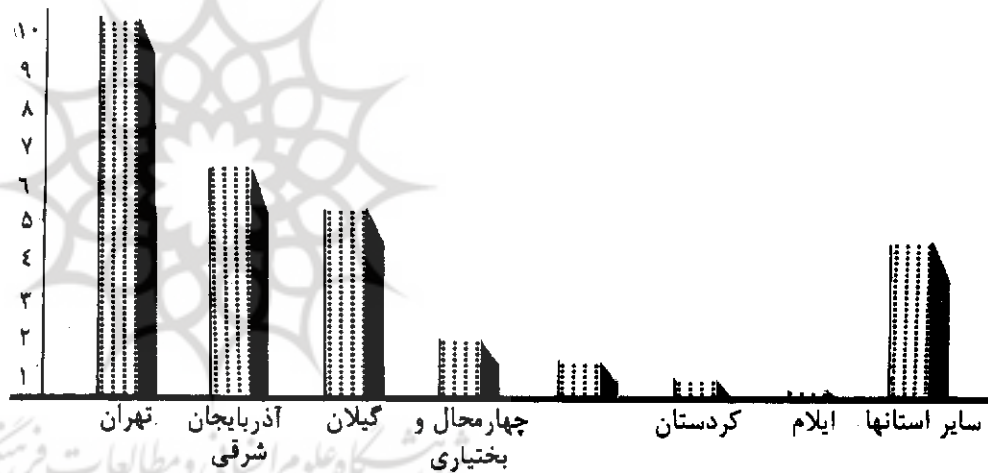
درمانی رابه تفکیک رشته فعالیت عمومی و تخصصی بررسی می‌نمائیم. نمودارهای زیر نسبت در هزار جمعیت به تخت را در رشته مذکور نشان می‌دهند. (۲)



نمودار نسبت در هزار جمعیت به تخت در رشته عمومی در سطح کشور



نمودار نسبت در هزار جمعیت به تخت در رشته تخصصی در سطح کشور



همچنانکه مشاهده می‌شود، از نظر رشته فعالیت عمومی، استان یزد بیشترین مقدار تخت نسبت به جمعیت را دارا بوده (۲/۷) تخت برای هر هزار نفر) و استانهای تهران و اصفهان در مراتب بعدی قرار دارند. در مقابل کمترین مقدار تخت نسبت به جمعیت مربوط به استان لرستان بوده (۰/۴) تخت برای هر هزار نفر) و استانهای سیستان و بلوچستان، ایلام و زنجان در مراتب قبل از آن واقع شده‌اند.

همچنین در رشته فعالیت تخصصی بیشترین مقدار مربوط به استان تهران بوده (۱/۱) تخت برای هر هزار نفر) و مقادیر بعدی مربوط به استانهای آذربایجان شرقی و گیلان است. همانطور که در نمودار مشخص است، رشته فعالیت تخصصی در ایلام وجود نداشته و در ازای جمعیت استان که بالغ بر ۲۷۲۰۴۳ نفر می‌باشد، تختی در این رشته وجود ندارد. ضمناً کمترین مقدار تخت نسبت به جمعیت مربوط به استان کردستان بود (۰/۰۳) تخت برای هر هزار نفر) و استانهای لرستان و چهارمحال و بختیاری در مراتب قبل از آن قرار دارند. در ادامه این بررسی آمار دیگری نیز موجود است که مؤسسات درمانی کشور را بر حسب نوع مؤسسه و تعداد تخت هر کدام تفکیک نموده است که در ذیل مشاهده می‌شود (۳).

در این آمار مشاهده می‌شود که مجموع چهار نوع مؤسسه درمانی در تعدادی از استانها وجود نداشته و تعداد کمتری را دارا هستند. بعبارت بهتر در ۱۳ استان آسایشگاه و در ۴ استان زایشگاه و در ۳ استان بیمارستان و زایشگاه و در یک استان بیمارستان موجود نیست و چیزی که بیش از همه قابل توجه است، اینکه در ۲ استان لرستان و ایلام که مجموعاً جمعیتی بالغ بر ۳۴۴۳۶۶ نفر را دارا می‌باشند، زایشگاه و یا بیمارستان وجود نداشته و در صورت نیاز طبعاً یا باید از دو استان خارج شده و یا اینکه از ماهای محلی استفاده شود. از دیگر نکات قابل توجه اینکه تخت ۳۴٪ از بیمارستانها و ۳۶٪ از بیمارستانها و زایشگاهها و ۱۵٪ از زایشگاهها و ۴۵٪ از آسایشگاههای کل کشور به استان تهران اختصاص دارد.

در زمینه تخت مؤسسات درمانی، آخرین آماری که موجود است، تعداد تخت این مؤسسات را به تفکیک سازمانهای اداره کننده در دو استان نمونه نشان می‌دهد (۴):



آمار تخت مؤسسات درمانی بر حسب سازمان اداره کننده (۱۳۶۲)

سازمان اداره کننده	بهداری		خصوصی		دانشگاه		سایر
	تخت	درصد	تخت	درصد	تخت	درصد	
استان کل کشور	۴۲۱۲۸	۱۰۰	۸۱۱۲	۱۰۰	۱۰۷۵۹	۱۰۰	۶۷۳۵
تهران	۱۱۱۲۲	۲۶/۴	۴۱۹۲	۵۱/۶	۴۹۶۹	۴۶	۳۲۷۳
ایلام	۱۴۹	۰/۳	-	-	-	-	-

از آنجائی که ارائه آمارها به تفکیک کلیه استانهای کشور در اینجا به لحاظ گستردگی مقدور نیست، تنها دو استان بعنوان بیشترین و کمترین مقدار برخوردار از امکانات تخت موجود در سازمانهای اداره کننده، نشان داده شد.

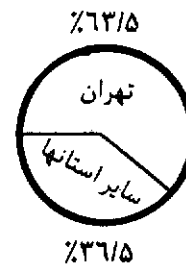
شده‌اند. در این رابطه درصدهای ذکر شده خود گویای میزان تمرکز تخت موجود سازمانهای درمانی در استان تهران می‌باشند. بنابر این از آنجائی که ارائه خدمات درمانی مستلزم وجود تخت در مؤسسات مربوطه می‌باشد (غیر از درمان سرپائی)، عدم وجود تعادل منطقی در توزیع آن در سطح کشور با توجه به جمعیت استانها، توسط سازمانهای اداره کننده بچشم می‌خورد. نیروی انسانی بخش بهداشت و درمان: در مورد نیروی انسانی این بخش نیز مقایسه‌ای بین درصد پزشکان عمومی و تخصصی در استانهای تهران و ایلام بصورت نموداری موجود است که در زیر ملاحظه می‌شود (۵):

*** یکی از سخنرانان سمینار بین‌المللی پزشکی در ایران (اول آذر ۱۳۶۲) براساس تحقیقات خود اعلام کرد که برخی از بیماریهای عفونی و بسیاری از بیماریهای ناشی از سرماخوردگی تا میزان ۸۰٪ از طریق آموزش خانوارهای روستائی مثلا به اینکه چگونه از مواد غذایی استفاده کنند بسادگی وبا کمترین هزینه درمانی قابل درمان است.**

«پزشکان عمومی»



«پزشکان متخصص»



تعداد تخت موسسات درمانی برحسب نوع موسسه در کشور (۱۳۶۲)

تخت و نوع موسسه	تعداد تخت	بیمارستان	بیمارستان و زایشگاه	زایشگاه	آسایشگاه
استان تهران مرکزی	۱۰۴۱۸	۹۲۳۱	۵۲۵	۴۷۵	۳۴۳۲
گیلان	۹۱۸	۵۰۱	۶۸۶	۲۷۲	۳۷۰
مازندران	۲۷۶۸	۹۷۴	۶۸۶	۱۵۵	-
آذربایجان شرقی	۲۸۶۳	۵۱۰	۶۸۶	۳۶۰	۱۱۲۰
آذربایجان غربی	۹۸۵	۳۹۰	۱۵۰	-	-
باختران	۹۲۵	۱۹۹۱	۱۶۸	۱۵۰	-
خوزستان	۱۳۰۶	۱۷۹۶	۱۶۸	۱۶۸	-
فارس	۱۵۹۳	۷۱۵	۹۹	۹۹	۶۱۰
کرمان	۷۷۰	۳۱۹۱	۱۲۵	۱۲۵	۷۵
خراسان	۱۰۳۹	۳۱۸۰	۱۸۴	۱۸۴	۱۳۰۰
اصفهان	۱۸۶۴	۳۰	۳۷۱	۳۷۱	۴۰۰
سیستان و بلوچستان	۴۰۷	۴۳۰	۲۴	۲۴	۷۱
کردستان	۲۲۰	-	۳۰	۳۰	-
همدان	۸۴۲	-	۸۸	۸۸	۲۵۰
چهارمحال و بختیاری	۱۸۰	۱۷۰	۲۵	۲۵	-
لرستان	۵۶۷	-	-	-	-
ایلام	۱۴۹	-	-	-	-
کهگیلویه و بویر احمد	۴۰	۱۵۹	۳۰	۳۰	-
بوشهر	۶۰	۲۷۵	-	-	-
زنجان	۶۸۶	۷۰	۲۲۵	۲۲۵	-
سمنان	۳۴۳	۱۵۳	۷۰	۷۰	-
یزد	۴۹۸	۶۷۵	۶۰	۶۰	۳۰
هرمزگان	-	۴۷۲	۱۵	۱۵	۵۰
جمع کل	۳۰۶۹۳	۲۶۱۲۴	۳۲۰۹	۳۲۰۹	۷۷۰۸

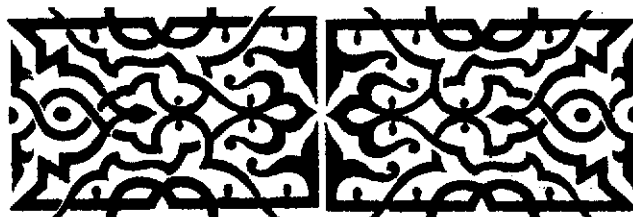
کل پزشکان عمومی و متخصص در کشور ۱۵۹۴۵ نفر است که از این مقدار تعداد ۸۳۵۶ نفر پزشک عمومی و ۷۵۸۰ نفر پزشک متخصص می‌باشند و در حال حاضر بصورتی که نمودار نشان می‌دهد، مشغول خدمت می‌باشند. البته مقدار ۶۳/۵٪ پزشک متخصص که در تهران مشغول فعالیت هستند، تنها نمودار فوق نشانگر تمرکز در این رشته نیست و تابلوهای متعدد ساختمانهای پزشکان نیز نمودارهایی عینی در جهت نشان دادن این تمرکز هستند.

همچنین کمترین درصد پزشکان مربوط به استان ایلام است که در مورد پزشک عمومی ۰/۱٪ و پزشک متخصص ۰/۰۳٪ از کل پزشکان در هر رشته را شامل می‌شود و به لحاظ کوچکی، نشان دادن این مقادیر در نمودار فوق ممکن نبود.

همچنین آمار دندانپزشکان را به لحاظ اهمیتی که از نظر تعداد مراجعه‌کننده دارند، بطور جداگانه مورد بررسی قرار می‌دهیم. در جدول زیر چند استان که بیشترین و کمترین تعداد و درصد پزشکان را دارا هستند، ذکر شده است (۶):

تعداد و درصد دندانپزشکان در چند استان منتخب (۱۳۶۱)

استان	تعداد	درصد
کل کشور	۲۳۴۰	۱۰۰
تهران	۱۳۷۸	۵۸/۵
خراسان	۱۶۹	۷/۲
هرمزگان	۱۲	۰/۵
بوشهر	۱۱	۰/۴
کهگیلویه و بویر احمد	۸	۰/۳
ایلام	۷	۰/۳



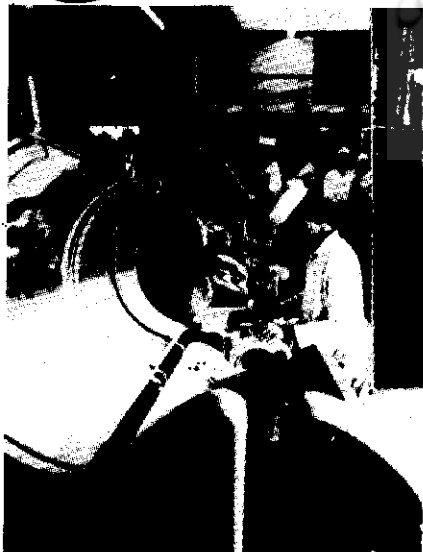
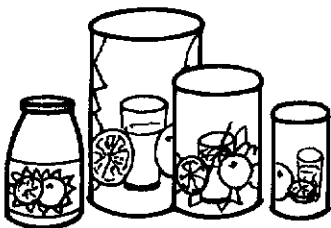
باشند تا بدینوسیله از ناهماهنگیهای احتمالی پیشگیری گردد.

یافتن تکنیکهای جدید تبدیل و تکمیل محصولات.

برنامه ریزی:

برنامه ریزی امری است که اجرای آن مقدم بر همه مسائل می باشد. برنامه ریزی ساخت صنایع تبدیلی نباید از دیگر برنامه ریزیها جدا باشد بلکه بایست در کنار برنامه ریزیهای دیگر و همگی آنها بدنبال یک هدف که آن رسیدن به استقلال واقعی است باشد. در برنامه ریزی باید تمامی جوانب امر در نظر گرفته شود مسائلی چون وضعیت جغرافیائی منطقه، فرهنگ مردم و سطح معلومات آنان، نوع کشت محصولات، میزان پراکندگی جمعیت روستائی و... که با توجه به تمام گفته های مذکور، می توان در جهت ایجاد چه نوع صناعی و محل استقرار آنها برنامه ریزی

نمود. مسلماً بعد از برنامه ریزی دقیق باید طرحها مورد آزمایش قرار گیرند تا اثرات سوء هر کدام مشخص گردد و بالاخره بهترین آنها را برای هر منطقه اجرا نماید.



البته در آمار فوق فقط دندانپزشکانی که مورد تأیید نظام پزشکی هستند، ذکر شده اند و در مناطق مختلف کشور بجز این مقدار طبعاً تعدادی دندانساز تجربی هم وجود دارند که در آمار ذکر نمی شوند.

بهرحال، همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود، استان تهران با دارا بودن ۵۸/۵٪ از دندانپزشکان کل کشور بیشترین مقدار را به خود اختصاص داده و استان خراسان در مرتبه دوم با فاصله بسیار زیادی از تهران (۷/۲٪) قرار دارد.

در مقابل کمترین درصد مربوط به استانهای ایلام و کهگیلویه و بویراحمد بوده (۰/۳٪) و استانهای بوشهر و هرمزگان در مراتب قبل از آن قرار دارند.

در مورد پزشکان خارجی نیز طبق آمار (۷) در کل کشور ۲۲۴۴ نفر موجود است که بیشترین مقدار آن در استان کرمان (۱۵۰ نفر) و کمترین مقدار در استان ایلام (۵۰ نفر) مشغول فعالیت هستند (۸).

بنابراین آمارهای ارائه شده همگی گویای یک مطلب هستند و آن اینکه امکانات موجود بهداشت و درمان از نظر تخت و پزشک با درصد بالائی در استان تهران متمرکز شده و مابقی استانها با اختلاف درصد زیاد و یا بعضاً غیرقابل مقایسه ای از امکانات موجود برخوردار هستند.

و مشخص است که در این رابطه نیازهای مناطق با توجه به جمعیت هر کدام در نظر گرفته نشده است.

بدیهی است اگر شیوه متمرکز توزیع امکانات بهداشت و درمان اصلاح نشده همچنان ادامه داشته باشد، این مسئله در درجه اول نشانگر ناچیز شمردن ارزشهای انسانی و معنوی بوده، ثانیاً بعنوان یکی از عوامل جاذب در مهاجرت به شهرها و خصوصاً تهران تأثیرات جدی و دراز مدت بجای خواهد گذاشت.

- ۱- وزارت بهداشتی - دفتر امور جمعیت و بررسیهای آماری و برنامه ریزی ماشینی (سال ۱۳۶۲)
- ۲- همان ماخذ.
- ۳- همان ماخذ.
- ۴- همان ماخذ.
- ۵- مرکز آمار ایران - سالنامه آماری ۱۳۶۱.
- ۶- همان ماخذ.
- ۷- همان ماخذ.
- ۸- در مورد پزشکان خارجی در قسمتهای بعد بیشتر صحبت خواهد شد.



برای خاطر عدم سوددهی اراضی، آنها را راه می کنند و به مراکز مشاغل کاذب سرازیر می شوند را وادار به کشت مجدد اراضیشان می گرداند و بطور خلاصه این صنایع نقش اساسی را در توسعه اقتصاد کشاورزی ایفا خواهند نمود.

چگونگی تشکیل و استقرار صنایع تبدیلی:

اینک که مسئله ایجاد صنایع تبدیلی مطرح می باشد، لزوم توجه به چگونگی تشکیل و استقرار آن بوجود می آید که در این رابطه بسایند به نکات

زیر توجه داشت:

- طراحی این صنایع باید بصورتی باشد که بتواند درآمد قابل توجهی برای روستائینان در برداشته باشد. این مسئله مهمترین مسئله ساخت این صنایع را شامل میشود. چرا که با جذب سرمایه همانطور که گفته شد مسائل عدیده اساسی نیز حل خواهند گردید.

- نیروی انسانی زیادی را جذب نماید. که باین کار از سرمایه گذاری بیشتر در جهت ساخت صنایع بیشتر جلوگیری می شود.

- ساخت آن باعث وابستگی نبوده و تمام قطعات آن حتی الامکان در داخل ساخته شود.

- به مواد اولیه غیر موجود در روستاها کمتر محتاج باشد.

- به سرمایه گذاری زیادی احتیاج نداشته باشد و در صورت توانائی اهالی روستاها با خود یاری آنان تاسیس شده و در غیر اینصورت بسته به نوع صنایع و همچنین چگونگی وضعیت جغرافیائی منطقه بمعهد دولت یا بخش خصوصی باشد.

در صورت امکان تولیدات آن را محصولات اساسی شامل گردد و در صورت عدم امکان و یا عدم سود دهی محصولات غیر اساسی نیز اشکالی بوجود نخواهد آورد (با توجه به اینکه هدف جذب سرمایه و ایجاد اشتغال است).

- کیفیت و کمیت محصولات بالا بوده و قابل رقابت با محصولات مشابه خارجی باشد.

- محل مناسبی برای استقرار داشته باشد. با توجه به این مسئله که بعضی از صنایع به مواد اولیه احتیاج دارند تا به سود دهم برسند بنابراین نمی توان آنها را در روستاها بنا کرد بلکه می باید در مراکز دهستان بنا شوند و بالعکس صناعی نیز با مواد اولیه موجود در روستا می توانند به بهره دهی برسند بنا بر این مبنای آنها در روستاها اشکالی را ایجاد نمی کند.

- مدیریت مطلوب یا نظارت دولت داشته