

درجه‌ی برخورداری و نحوه‌ی توزیع امکانات سلامت در شهرستان‌های استان اصفهان

عبدالعلی منصف^۱، ابوالفضل شاه محمدی مهرجردی^۲

۱-دانشیار و عضو هیات علمی، گروه اقتصاد، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران-۲-دانشجوی دکتری اقتصاد توسعه و برنامه ریزی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و حسابداری، دانشگاه یزد، یزد، ایران.

*نویسنده مسئول: اصفهان، بزرگراه خرازی، خیابان شهیدیان، دانشگاه پیام نور اصفهان. صندوق پستی: ۸۱۸۷۶۹۴۴۳، شماره تماس: ۰۹۱۳۳۲۶۱۵۲۶
پست الکترونیک: Monsefali@yahoo.com

دریافت: ۹۷/۸/۱۰ پذیرش: ۹۷/۱۰/۲۸

چکیده

مقدمه: بررسی وضعیت سلامت مناطق مختلف ایران، گامی مهم در جهت تخصیص بهینه‌ی منابع سلامت میان مناطق مختلف کشور است. هدف مطالعه‌ی حاضر، تعیین درجه‌ی برخورداری و میزان نابرابری در توزیع امکانات سلامت میان شهرستان‌های استان اصفهان طی برنامه پنجم توسعه بود.

روش کار: براین اساس، نخست با روش تاپسیس، درجات برخورداری از امکانات سلامت محاسبه و سپس با بهره‌گیری از شاخص ضریب جینی، نحوه‌ی توزیع آن‌ها میان ۲۳ شهرستان استان اصفهان طی سال‌های ۹۴-۱۳۹۰ (برنامه‌ی پنجم توسعه) تعیین گردید. داده‌های این پژوهش از سال‌نامه‌های آماری استان در بازه‌ی زمانی تحت مطالعه استخراج گردید.

یافته‌ها: نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که شهرستان‌های استان اصفهان درجه‌ی برخورداری یکسانی ندارند. روند کلی ضریب جینی برخورداری از امکانات سلامت طی برنامه‌ی پنجم توسعه سیر صعودی داشته‌است. براساس ضرایب جینی محاسباتی، نابرابری در توزیع امکانات سلامت در سال پایانی نسبت به سال ابتدایی برنامه، تقریباً ۳۸ درصد افزایش داشته؛ به طوری که در سال ابتدایی برنامه، ضریب جینی برابر ۰/۲۵۵ بوده و در سال ۱۳۹۴ به ۰/۳۵۳ تغییر یافته‌است.

نتیجه‌گیری: افزایش نابرابری در توزیع امکانات سلامت، به نفع شهرستان‌های بیشتر برخوردار و به ضرر شهرستان‌های کمتر برخوردار، حاکی از آن است که رفاه شهرستان‌های کمتر برخوردار در مقایسه با شهرستان‌های بیشتر برخوردار طی برنامه‌ی پنجم توسعه کاهش یافته‌است. با توجه به تشدید نابرابری، به ویژه در سال پایانی برنامه، جبران این نابرابری‌ها می‌تواند در دستورکار برنامه‌ریزان سلامت استان قرار گیرد.

کل واژگان: استان اصفهان، توزیع امکانات سلامت، روش تاپسیس، ضریب جینی

مقدمه

جهانی^۱، برنامه‌ریزی با هدف بهبود سطح سلامت جهانی است (۲). از طرف دیگر، سلامت از جمله مقوله‌های رفاه اجتماعی و توسعه‌ی اقتصادی است که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم تحت تاثیر عدالت توزیعی قرار دارد. در حقیقت، مهم‌ترین رویکرد در دستیابی به عدالت توزیعی، کاهش نابرابری‌های درآمدی و فقرزایی است. از آن‌جا که سیاست‌های بازتوزیعی توسط دولت اعمال می‌شود و منابع حاصل از آن در اختیار دولت قرار دارد، نحوه‌ی مصرف آن منابع در کاهش نابرابری درآمدی موثر است. سرمایه‌گذاری در نظام بهداشت و درمان کشور، یکی از حوزه‌هایی است که این مهم می‌تواند از طریق آن محقق شود. از این‌رو، میزان سلامت فردی و اجتماعی نمایان‌گر میزان توفیق دولت‌ها در توزیع عادلانه‌ی منابع سلامت است (۳).

آن‌چه در چند دهه‌ی اخیر توجه اقتصاددانان را به خود جلب کرده، سرمایه‌ی انسانی و تاثیر این متغیر بر رشد و توسعه‌ی اقتصادی کشورها است. در این راستا، سلامت به‌عنوان یکی از ابعاد مهم سرمایه‌ی انسانی، در کنار آموزش از نمود بیشتری برخوردار بوده‌است. چه آن‌که سلامت هم از لحاظ جسمانی و هم از نظر روانی موجب ارتقای سطح سرمایه‌ی انسانی می‌شود (۱). از این‌رو، برنامه‌ریزی در جهت ارتقای سلامت افراد از اهمیت دوچندانی برخوردار است. جایگاه ویژه‌ی برنامه‌ریزی برای سلامت افراد، زمانی نمود بیشتری می‌یابد که اسناد و قوانین بین‌المللی و ملی با موضوع سلامت مورد مطالعه قرار گیرند، به طوری که نقطه‌ی مشترک همه‌ی این اسناد، بازگوکننده‌ی یک مساله باشد: «سلامتی حق مردم است». برای مثال، یکی از اهداف سازمان بهداشت

¹ World Health Organization (WHO)

منطقه از کشور را فراهم‌نماید. با چنین رویکردی، مطالب این مقاله در شش بخش، به‌صورت زیر تنظیم شده‌است: پس از مقدمه، روش تحقیق بیان‌شده و در قسمت سوم، یافته‌های پژوهش ارائه شده‌است. بخش چهارم به بحث درباره‌ی یافته‌های تحقیق پرداخته و سپس، مهم‌ترین نتایج مطالعه‌ی حاضر در قسمت نتیجه‌گیری ارائه گردیده‌است. قسمت پایانی مقاله نیز به سیاست‌های پیش‌نهادی اختصاص یافته‌است.

روش کار

مطالعه‌ی حاضر برای تعیین درجه‌ی برخورداری و نحوه‌ی توزیع امکانات سلامت در شهرستان‌های استان اصفهان در دو مرحله انجام شد. در گام نخست، ابتدا از روش آنترپی شانون^۲ برای وزن‌دهی هر نماگر^۳ بهره‌گیری شد و سپس، از روش تاپسیس^۴ برای تعیین درجات برخورداری استفاده گردید. در مطالعه‌ی حاضر از داده‌های ۱۳ نماگر برای ۲۳ شهرستان استان استفاده شد؛ لازم به ذکر است، این داده‌ها از سال‌نامه‌های آماری استان طی سال‌های ۹۴-۱۳۹۰ استخراج گردید. در گام دوم، از منحنی لورنز^۵ و ضریب جینی^۶ برای تعیین نحوه‌ی توزیع امکانات سلامت در شهرستان‌های استان استفاده شد. در ادامه، برای پرهیز از اطاله کلام، روش‌های فوق مورد بررسی قرار گرفت.

- تعیین وزن متغیرها: روش آنترپی شانون

پیش از استفاده از روش‌های فوق و پس از جمع‌آوری داده‌های مربوط به نماگرهای تعیین‌شده برای شهرستان‌های هدف از سال‌نامه‌های آماری استان اصفهان، ماتریس تصمیم ترسیم شد. سطرهای این ماتریس (i) را شهرستان‌های مورد نظر و ستون‌های آن (j) را داده‌های مربوط به نماگرهای معرفی شده در جدول ۱ برای هر شهرستان تشکیل دادند. ایده‌ی اصلی روش آنترپی شانون بر این فرض استوار است که هرچه پراکندگی در مقادیر یک نماگر بیشتر باشد، آن نماگر از اهمیت بیشتری برخوردار است. بنابراین، برای محاسبه اوزان نماگرها به‌صورت زیر عمل شد:

$$p_{ij} = \frac{a_{ij}}{\sum_{i=1}^m a_{ij}}; i = 1, 2, \dots, m; j = 1, 2, \dots, n \quad (1)$$

در عبارت فوق m نشان دهنده‌ی تعداد شهرستان‌ها و n بیان‌گر تعداد نماگرهای مورد استفاده است. a_{ij} نمایان‌گر هر عضو از ماتریس تصمیم و مربوط به مقدار نماگر j ام

² Shannon Entropy

در این پژوهش، نماگر معادل کلمه Indicator بوده و این درحالی است که شاخص (Index) از ترکیب چند نماگر حاصل می‌شود.

⁴ TOPSIS

⁵ Lorenz Curve

⁶ Gini-Coefficient

می‌حث سلامت در تمامی اسناد بالادستی جمهوری اسلامی ایران و برنامه‌های توسعه مورد توجه بوده‌است؛ به‌عنوان مثال، اصول سوم، بیست‌ونهم، چهل‌وسوم و صدم به‌طور صریح به بخش بهداشت اشاره‌دارند. از این میان، مطابق با اصل «بیست‌ونهم» همین قانون، «برخورداری از تأمین اجتماعی، از جمله نیاز به خدمات بهداشتی-درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره»، حقی همگانی است (۴). از سوی دیگر، در سند چشم‌انداز بیست ساله‌ی ایران نیز از سلامت به‌عنوان اولین و بارزترین مشخصه‌ی رفاه ملی سخن به‌میان آمده‌است (۵). علاوه‌براین، در قوانین برنامه‌های توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور نیز به موضوع سلامت توجه ویژه‌ای شده‌است. این موضوع، به‌ویژه در برنامه‌ی سوم توسعه (۱۳۸۳-۱۳۷۹)، با اختصاص فصلی جداگانه به بحث بهداشت، خط‌مشی‌های لازم را برای برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران حوزه سلامت کشور تعیین نموده‌است. در این راستا، فصل ۲۵ قانون برنامه‌ی سوم به بحث بهداشت و درمان اختصاص یافته که شامل مواد ۱۹۲ تا ۱۹۷ می‌باشد (۶). همچنین، فصل هفتم از برنامه‌ی چهارم توسعه (۸۸-۱۳۸۴) نیز به ارائه‌ی رهیافت‌هایی جهت اتخاذ تصمیم به‌منظور ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی اختصاص یافته‌است (۷). علاوه‌براین، فصل سوم برنامه‌ی پنجم توسعه‌ی اقتصادی (۱۳۹۴-۱۳۹۰) به مسائل اجتماعی پرداخته که سلامت از اهم آن است (۸). جایگاه بخش بهداشت در سیاست‌های کلی برنامه‌ی ششم توسعه‌ی اقتصادی به‌وضوح مشهود است. بخش امور اقتصادی آن شامل مواد ۳۹ تا ۵۱ است که از این میان، مواد ۴۳-۳۹ به برنامه‌ریزی در حوزه سلامت اختصاص یافته‌است (۹). در مجموع، اهمیت موضوع سلامت در اسناد و قوانین بالادستی و پایین‌دستی ایران به‌طور صریح قابل‌مشاهده است. با این وجود، ارائه‌ی رهیافت‌ها، دورنماها و تجسم چشم‌اندازهایی با افق کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت در حوزه‌ی سلامت به تنهایی موجب تحول و بازآرایی اقتصاد ملی به‌منظور دستیابی به وضعیت مطلوب سلامت نشده و این مساله جز با شناخت دقیق از میزان برخورداری و درجه‌ی برخورداری مناطق مختلف کشور، محقق نخواهد شد؛ چه‌آن‌که پیش‌نیاز هرگونه برنامه‌ریزی هدف‌مند و کارا، حصول شناخت از وضعیت موجود به‌منظور نشانه‌روی برای دستیابی به موقعیت مطلوب تلقی می‌شود. براین‌اساس، مطالعه‌ی حاضر کوشیده تا با تعیین درجه‌ی برخورداری شهرستان‌های استان اصفهان از لحاظ وضعیت سلامت، موجبات برنامه‌ریزی بخش سلامت و توسعه‌ی متوازن این

$$V = ND \times W_{n \times n} = \begin{vmatrix} V_{11} & V_{12} & \dots & V_{1n} \\ V_{21} & V_{22} & \dots & V_{2n} \\ \vdots & \vdots & \dots & \vdots \\ V_{m1} & V_{m2} & \dots & V_{mn} \end{vmatrix}$$

در این ماتریس، V یک ماتریس بی‌مقیاس موزون و $W_{n \times n}$ یک ماتریس قطری از وزن‌های به‌دست آمده برای نماگرها در روش آنتروپی شانون است. مرحله سوم، مشخص نمودن راه حل ایده‌آل مثبت و منفی: با استفاده از فرمول‌های ۶ و ۷، گزینه‌های ایده‌آل مثبت و منفی مشخص شدند. با توجه به این‌که تمامی نماگرهای معرفی شده در قسمت ویژگی داده‌ها، ارتباط مستقیمی با توسعه‌ی سطح سلامت شهرستان‌های استان دارند، در این روابط «بهترین مقادیر» برای این نماگرها، بزرگ‌ترین مقادیر و «بدترین مقادیر» برای آن‌ها، کوچک‌ترین مقادیر است.

$$A^+ = \{(\max_{Ij \in J} V_{ij}), (\min_{Ij \in J} V_{ij})\}, \quad (6)$$

$$A^- = \{(\min_{Ij \in J} V_{ij}), (\max_{Ij \in J} V_{ij})\} \quad (7)$$

$$A^+ = \{V_1^+, V_2^+, \dots, V_N^+\} \quad A^- = \{V_1^-, V_2^-, \dots, V_N^-\} \quad (8)$$

مرحله چهارم، محاسبه‌ی فاصله‌ی گزینه‌ها از گزینه‌های ایده‌آل مثبت و منفی با استفاده از روابط زیر:

$$d_i^+ = (\sum_{j=1}^n (V_{ij} - V_j^+)^2)^{\frac{1}{2}} \quad d_i^- = (\sum_{j=1}^n (V_{ij} - V_j^-)^2)^{\frac{1}{2}} \quad (9)$$

مرحله پنجم، محاسبه‌ی نزدیکی نسبی:

$$Cl_{i+} = \frac{d_i^-}{d_i^+ + d_i^-} \quad (10)$$

با توجه جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر، عبارت فوق برای ۲۳ شهرستان استان طی سال‌های ۹۴-۱۳۹۰ محاسبه گردید.

مرحله ششم، رتبه‌بندی شهرستان‌ها به لحاظ میزان برخورداری از امکانات سلامت: شهرستان‌های با Cl_i بزرگ‌تر، توسعه یافته‌تر بودند. به‌عبارت دیگر، در رتبه‌بندی شهرستان‌های مورد نظر، Cl_i بزرگ‌تر، نشان‌دهنده‌ی رتبه‌ی بالاتر شهرستان مربوطه بود (۱۰).

- تعیین نحوه‌ی توزیع امکانات سلامت: منحنی لورنز و ضریب جینی

اگرچه تعیین میزان برخورداری از امکانات سلامت با استفاده از روش تاپسیس می‌تواند در تعیین جایگاه شهرستان‌های استان به لحاظ توسعه‌یافتگی مفید باشد، این محاسبات امکان مطالعه‌ی نحوه‌ی توزیع امکانات سلامت را نیز فراهم‌نمود؛ موضوعی که در کمتر

تابستان ۹۸، دوره بیست‌ودوم، شماره دوم، پیاپی ۸۵

برای شهرستان نام است. سپس، مقدار آنتروپی نماگر نام (E_j) به‌صورت زیر محاسبه شد:

$$E_j = -K \sum_{i=1}^m [p_{ij} \ln p_{ij}] ; K = \frac{1}{\ln(m)} \quad (2)$$

در گام بعدی، میزان انحراف یا عدم‌اطمینان (d_j) برای هر نماگر محاسبه شد. این کار با استفاده از رابطه‌ی زیر انجام گردید:

$$d_j = 1 - E_j \quad (3)$$

پس از آن نوبت به تعیین وزن (W_j) هر یک از نماگرهای موردنظر به‌صورت زیر رسید:

$$W_j = \frac{d_j}{\sum_{j=1}^n d_j} \quad (4)$$

با توجه به توضیحات فوق، درجه‌ی اهمیت یا وزن هر یک از نماگرهای سیزده‌گانه‌ی این پژوهش در سال‌های ۹۴-۱۳۹۰ محاسبه گردید. در ادامه مراحل روش تاپسیس آمده‌است (۱۰).

- محاسبه‌ی درجات برخورداری از امکانات سلامت: روش تاپسیس

براساس روش تاپسیس، m شهرستان با توجه به n نماگر رتبه‌بندی شدند ($n=13$). حل مسئله به روش تاپسیس شامل ۶ مرحله به شرح زیر بود: مرحله‌ی اول، تبدیل ماتریس تصمیم به ماتریس بی‌مقیاس: در این مرحله برای رتبه‌بندی شهرستان‌های مورد نظر، ابتدا باید داده‌های ماتریس تصمیم، بی‌مقیاس شوند. این کار با استفاده از رابطه‌ی ۵ صورت گرفت:

$$n_{ij} = \frac{a_{ij}}{\sqrt{\sum_{i=1}^m a_{ij}^2}} \quad j = 1, 2, \dots, n \quad (5)$$

در این معادله، i نشان‌دهنده‌ی هر گزینه، j نشان‌دهنده هر نماگر و n_{ij} نیز نمایان‌گر عنصر استانداردشده‌ی ماتریس تصمیم بود. ماتریس به‌دست آمده، ماتریس استاندارد یا ND نام دارد که به‌صورت زیر نشان داده شد:

$$ND = \begin{vmatrix} n_{11} & n_{12} & \dots & n_{1n} \\ n_{21} & n_{22} & \dots & n_{2n} \\ \vdots & \vdots & \dots & \vdots \\ n_{m1} & n_{m2} & \dots & n_{mn} \end{vmatrix}$$

مرحله‌ی دوم، تشکیل ماتریس بی‌مقیاس موزون: ممکن است برخی از نماگرهای مورد استفاده در پژوهش نسبت به نماگرهای دیگر از اهمیت بیشتری برخوردار باشند. بنابراین، می‌بایست وزن هر نماگر تعیین شده و ماتریس جدیدی با توجه به وزن نماگرها به‌صورت زیر تشکیل شود:

بررسی، n تعداد شهرستان‌ها و y_i مقدار تجمعی درجات برخورداری از امکانات سلامت است. با توجه به توضیحات ارائه شده، ابتدا مقادیر تجمعی برای درجات برخورداری محاسبه و سپس، منحنی لورنز برای سال‌های برنامه‌ی پنجم توسعه (۹۴-۱۳۹۰) ترسیم و پس از آن، میزان ضریب جینی محاسبه گردید (۱۲).

اگرچه در پژوهش حاضر، سنجش توزیع درجات برخورداری از امکانات سلامت با استفاده از منحنی لورنز و ضریب جینی انجام شد، این دو معیار دارای نواقصی نیز می‌باشند. ضعف منحنی لورنز آن است که چون به شکل هندسی است، معیار دقیقی به دست نمی‌دهد. از آنجایی که ضریب جینی، متوسطی از وضعیت کلی توزیع درجات برخورداری است، ممکن است دو منحنی متفاوت دارای ضریب جینی یکسانی باشند؛ همچنین نمی‌توان تشخیص داد در کدام دهک‌ها نابرابری در توزیع بیش‌تر است. از این رو، برای پرهیز از رویارویی با مشکل فوق می‌توان تمام استان‌ها را به ۵ گروه ۲۰ درصدی تقسیم نمود و سپس، نسبت درجات برخورداری از امکانات سلامت را برای ۲۰ درصد بالا و پایین محاسبه نمود و پس از آن، این مقادیر را با یکدیگر مقایسه کرد.

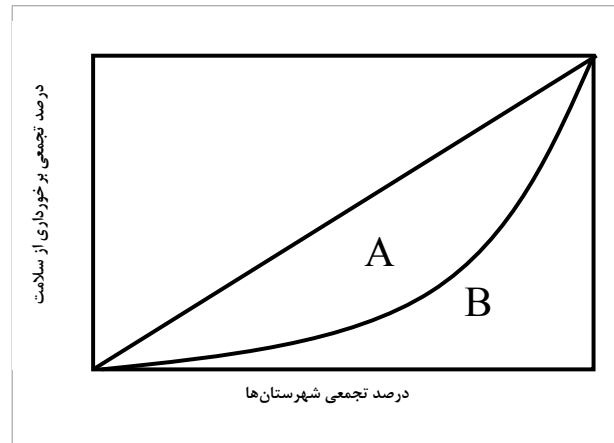
همچنین، براساس درجات برخورداری محاسبه شده از طریق روش تاپسیس می‌توان شهرستان‌های استان را به گروه‌های مختلف تقسیم‌بندی نمود. این تقسیم‌بندی براساس درجه‌ی برخورداری هر شهرستان و نحوه‌ی تغییرات آن برای هر شهرستان در هر دوره انجام خواهد گرفت.

یافته‌ها

با توجه به مطالب ارائه شده در روش تحقیق، در بخش حاضر، جایگاه شهرستان‌های استان اصفهان از حیث میزان برخورداری از امکانات سلامت مورد بررسی قرار گرفت. بدین منظور، ابتدا درجه‌ی اهمیت یا وزن نماگرهای معرفی شده با بهره‌گیری از روش آنتروپی شانون برای سال‌های ۹۴-۱۳۹۰ ارزیابی گردید. از میان معیارهای مورد بررسی، نماگرهایی نظیر سرانه‌ی بیمارستان، سرانه‌ی تخت بیمارستان، سرانه‌ی خانه‌ی بهداشت فعال و سرانه‌ی تعداد داروساز از درجه‌ی اهمیت بالاتری در دوره‌ی زمانی مورد بررسی برخوردار بود. اختلاف درجه‌ی اهمیت نماگرهای مذکور با نماگرهای دیگر، نمایان‌گر پراکندگی بیشتر در داده‌های آن‌ها نسبت به نماگرهای دیگر است. پس از آن، درجات توسعه یافتگی و میزان برخورداری از امکانات سلامت نیز برای شهرستان‌های مورد نظر محاسبه گردید. نتایج برآوردهای فوق در جداول ۱ و ۲ به‌تصویر کشیده شده است.

مطالعه‌ای در حوزه بهداشت در ایران مورد توجه قرار گرفته است. این مطالعه کوشید تا از این فرصت و مزیت در جهت مطالعه‌ی بیشتر وضعیت سلامت شهرستان‌های مورد نظر طی برنامه‌ی پنجم توسعه بهره‌گیری نماید. براساس اطلاعات به دست آمده حاصل از محاسبه‌ی درجه‌ی برخورداری سلامت شهرستان‌ها، منحنی لورنز رسم شد (شکل ۱):

شکل ۱. منحنی لورنز توزیع برخورداری از امکانات سلامت



با استفاده از منحنی فوق، میزان نابرابری امکانات سلامت در شهرستان‌های مورد نظر، از طریق ضریب جینی مشخص شد. ضریب جینی عبارت است از نسبت ناحیه‌ی میان منحنی لورنز و خط ۴۵ درجه‌ی A به کل ناحیه‌ی زیرخط ۴۵ درجه یا خطی برابر $A+B$ ، درواقع، ضریب جینی برابر است با:

$$G = \frac{A}{A+B}$$

براساس نسبت فوق، ارزش ضریب جینی بین صفر و یک است. ارزش صفر در حالتی است که برابری کامل وجود دارد و همه‌ی جمعیت، سهم یکسانی از منابع را در اختیار دارند. همچنین، عدد ۱ مربوط به نابرابری کامل است (۱۱). هر چند محاسبه‌ی ضریب جینی از روش‌های مختلفی امکان پذیر است، در ادامه به‌طور اجمالی به آن پرداخته می‌شود. یکی از روش‌های محاسبه‌ی ضریب جینی، استفاده از معیار میانگین نسبی قدرمطلق اختلاف‌ها^۷ است که در این روش، مقدار ضریب جینی با استفاده از رابطه‌ی ۱۱ محاسبه می‌شود.

$$G(S) = 1 - \frac{2}{n-1} \left(n - \frac{\sum_{i=1}^n iy_i}{\sum_{i=1}^n y_i} \right) \quad (11)$$

که در آن $G(S)$ معرف ضریب جینی برای نمونه‌ی مورد

⁷ Relative Mean of Absolute Differences

جدول ۱. برآورد درجه‌ی اهمیت نماگرهای پژوهش (به ازای هر ۱۰۰۰ نفر)

ردیف	نماگر	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴
۱	سرانه‌ی تعداد بیمارستان	۰/۱۲۱	۰/۱۳۰	۰/۰۶۸	۰/۱۲۸	۰/۱۱۸
۲	سرانه‌ی تعداد تخت	۰/۱۴۳	۰/۱۴۲	۰/۰۸۶	۰/۱۱۳	۰/۱۰۳
۳	سرانه‌ی مراکز بهداشتی-درمانی	۰/۰۱۴	۰/۰۱۳	۰/۰۱۲	۰/۰۶۰	۰/۰۵۵
۴	سرانه‌ی خانگی بهداشت فعال	۰/۱۳۲	۰/۱۲۵	۰/۰۷۸	۰/۱۵۴	۰/۱۴۶
۵	سرانه‌ی آزمایشگاه تشخیص طبی	۰/۰۴۳	۰/۰۳۸	۰/۰۳۸	۰/۰۴۴	۰/۰۴۲
۶	سرانه‌ی داروخانه	۰/۰۲۲	۰/۰۲۴	۰/۰۱۴	۰/۰۲۵	۰/۰۳۰
۷	سرانه‌ی مراکز توان‌بخشی	۰/۰۶۵	۰/۰۶۱	۰/۱۲۳	۰/۰۹۰	۰/۰۸۸
۸	سرانه‌ی پیرایش‌ساز	۰/۰۳۹	۰/۰۳۲	۰/۰۱۸	۰/۰۳۸	۰/۰۳۵
۹	سرانه‌ی کارکنان شاغل	۰/۰۵۹	۰/۰۴۷	۰/۰۲۷	۰/۰۴۳	۰/۰۳۹
۱۰	سرانه‌ی پزشک عمومی	۰/۰۵۴	۰/۰۴۰	۰/۰۲۲	۰/۰۴۹	۰/۰۵۶
۱۱	سرانه‌ی دندان‌پزشک	۰/۰۹۰	۰/۰۶۴	۰/۰۴۰	۰/۱۰۲	۰/۱۲۲
۱۲	سرانه‌ی تعداد داروساز	۰/۱۸۱	۰/۲۵۸	۰/۱۱۳	۰/۱۲۰	۰/۱۳۴
۱۳	سرانه‌ی کل پزشکان	۰/۰۳۵	۰/۰۲۵	۰/۰۱۵	۰/۰۳۲	۰/۰۳۱

منبع: یافته‌های تحقیق

جدول ۲. جایگاه شهرستان‌های استان اصفهان از لحاظ برخورداری از امکانات سلامت

شهرستان	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴
آران و بیدگل	رتبه (Cli) ۱۴ (۰/۲۸)	رتبه (Cli) ۷ (۰/۳۱)	رتبه (Cli) ۲ (۰/۵۶)	رتبه (Cli) ۱۲ (۰/۳۸)	رتبه (Cli) ۵ (۰/۵۵)
اردستان	رتبه (Cli) ۳ (۰/۵۳)	رتبه (Cli) ۳ (۰/۶۲)	رتبه (Cli) ۶ (۰/۳۱)	رتبه (Cli) ۱ (۰/۵۷)	رتبه (Cli) ۸ (۰/۵۰)
اصفهان	رتبه (Cli) ۵ (۰/۵۰)	رتبه (Cli) ۴ (۰/۵۲)	رتبه (Cli) ۳ (۰/۴۵)	رتبه (Cli) ۹ (۰/۴۱)	رتبه (Cli) ۹ (۰/۴۹)
برخوار	رتبه (Cli) ۲۲ (۰/۱۲)	رتبه (Cli) ۲۲ (۰/۱۱)	رتبه (Cli) ۲۳ (۰/۰۲)	رتبه (Cli) ۲۳ (۰/۵۰)	رتبه (Cli) ۲۳ (۰/۰۰۱)
تیران و کرون	رتبه (Cli) ۱۰ (۰/۳۳)	رتبه (Cli) ۱۴ (۰/۲۰)	رتبه (Cli) ۱۸ (۰/۱۱)	رتبه (Cli) ۱۰ (۰/۴۰)	رتبه (Cli) ۱۶ (۰/۲۶)
چادگان	رتبه (Cli) ۷ (۰/۴۰)	رتبه (Cli) ۱۳ (۰/۲۱)	رتبه (Cli) ۲۲ (۰/۰۵)	رتبه (Cli) ۸ (۰/۴۳)	رتبه (Cli) ۲۲ (۰/۰۰۱)
خمینی شهر	رتبه (Cli) ۲۳ (۰/۱۱)	رتبه (Cli) ۲۳ (۰/۰۹)	رتبه (Cli) ۲۱ (۰/۰۹)	رتبه (Cli) ۲۲ (۰/۱۷)	رتبه (Cli) ۱۹ (۰/۱۷)
خوانسار	رتبه (Cli) ۲ (۰/۵۸)	رتبه (Cli) ۱ (۰/۷۲)	رتبه (Cli) ۵ (۰/۳۶)	رتبه (Cli) ۲ (۰/۵۶)	رتبه (Cli) ۲ (۰/۶۵)
خوروبابانک	رتبه (Cli) ۸ (۰/۳۶)	رتبه (Cli) ۱۲ (۰/۲۱)	رتبه (Cli) ۱۵ (۰/۲۰)	رتبه (Cli) ۴ (۰/۵۰)	رتبه (Cli) ۲۱ (۰/۰۰۱)
دهاقان	رتبه (Cli) ۲۰ (۰/۱۹)	رتبه (Cli) ۲۱ (۰/۱۲)	رتبه (Cli) ۱۴ (۰/۲۰)	رتبه (Cli) ۱۱ (۰/۳۹)	رتبه (Cli) ۷ (۰/۵۱)
سمیرم	رتبه (Cli) ۱۲ (۰/۳۱)	رتبه (Cli) ۱۱ (۰/۲۲)	رتبه (Cli) ۱۶ (۰/۱۹)	رتبه (Cli) ۱۴ (۰/۳۶)	رتبه (Cli) ۱۳ (۰/۳۲)
شاهین شهر و میمه	رتبه (Cli) ۱۵ (۰/۲۷)	رتبه (Cli) ۱۸ (۰/۱۶)	رتبه (Cli) ۱۹ (۰/۱۱)	رتبه (Cli) ۲۱ (۰/۱۹)	رتبه (Cli) ۱۷ (۰/۲۰)
شهرضا	رتبه (Cli) ۱۱ (۰/۳۲)	رتبه (Cli) ۱۵ (۰/۱۹)	رتبه (Cli) ۱۰ (۰/۲۲)	رتبه (Cli) ۱۸ (۰/۲۵)	رتبه (Cli) ۱۰ (۰/۳۴)
فریدن	رتبه (Cli) ۱۳ (۰/۳۰)	رتبه (Cli) ۱۰ (۰/۲۳)	رتبه (Cli) ۹ (۰/۲۳)	رتبه (Cli) ۱۵ (۰/۳۴)	رتبه (Cli) ۱۱ (۰/۳۴)
فریدونشهر	رتبه (Cli) ۹ (۰/۳۵)	رتبه (Cli) ۸ (۰/۲۸)	رتبه (Cli) ۱۲ (۰/۲۰۶)	رتبه (Cli) ۶ (۰/۴۸)	رتبه (Cli) ۴ (۰/۵۶)
فلاورجان	رتبه (Cli) ۱۸ (۰/۲۰)	رتبه (Cli) ۲۰ (۰/۱۴)	رتبه (Cli) ۲۰ (۰/۱۰۷)	رتبه (Cli) ۲۰ (۰/۲۰)	رتبه (Cli) ۱۸ (۰/۱۹)
کاشان	رتبه (Cli) ۱ (۰/۶۸)	رتبه (Cli) ۲ (۰/۶۶)	رتبه (Cli) ۱ (۰/۸۴)	رتبه (Cli) ۵ (۰/۴۹)	رتبه (Cli) ۳ (۰/۶۰)
گلیانگان	رتبه (Cli) ۱۷ (۰/۲۳)	رتبه (Cli) ۱۷ (۰/۱۷)	رتبه (Cli) ۱۱ (۰/۲۱)	رتبه (Cli) ۱۳ (۰/۳۷)	رتبه (Cli) ۱۴ (۰/۳۱)
لنجان	رتبه (Cli) ۱۹ (۰/۱۹)	رتبه (Cli) ۱۶ (۰/۱۸)	رتبه (Cli) ۱۳ (۰/۲۰۴)	رتبه (Cli) ۱۶ (۰/۲۸)	رتبه (Cli) ۱۲ (۰/۳۲)
مبارکه	رتبه (Cli) ۲۱ (۰/۱۸)	رتبه (Cli) ۱۹ (۰/۱۵)	رتبه (Cli) ۱۷ (۰/۱۲)	رتبه (Cli) ۱۹ (۰/۲۱)	رتبه (Cli) ۲۰ (۰/۱۶)
نابین	رتبه (Cli) ۴ (۰/۵۰)	رتبه (Cli) ۶ (۰/۴۳)	رتبه (Cli) ۷ (۰/۲۸)	رتبه (Cli) ۷ (۰/۴۶)	رتبه (Cli) ۶ (۰/۵۳)
نجف‌آباد	رتبه (Cli) ۱۶ (۰/۲۶)	رتبه (Cli) ۹ (۰/۲۶)	رتبه (Cli) ۸ (۰/۲۷)	رتبه (Cli) ۱۷ (۰/۲۶)	رتبه (Cli) ۱۵ (۰/۲۸)
نطنز	رتبه (Cli) ۶ (۰/۴۴)	رتبه (Cli) ۵ (۰/۴۵)	رتبه (Cli) ۴ (۰/۳۸)	رتبه (Cli) ۳ (۰/۵۵)	رتبه (Cli) ۱ (۰/۷۸)

منبع: یافته‌های تحقیق

رتبه قرار داشتند. نتایج بررسی در سال ۱۳۹۱ نیز نمایان‌گر آن است که کماکان به ترتیب شهرستان‌های خوانسار، کاشان و اردستان در جایگاه نخست قرار داشته و پس آن، شهرستان اصفهان حائز رتبه‌ی چهارم به لحاظ درجه برخورداری از امکانات سلامت است. همچنین در

تابستان ۹۸، دوره بیست‌ودوم، شماره دوم، پیاپی ۸۵

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در سال ۱۳۹۰ به ترتیب شهرستان‌های کاشان، خوانسار و اردستان در جایگاه‌های اول تا سوم از لحاظ میزان دسترسی به امکانات سلامت قرار داشتند؛ این در حالی است که شهرستان‌های خمینی‌شهر، برخوار و مبارکه در پایین‌ترین

براساس محاسبات صورت گرفته، نسبت ۲۰ درصد بالا به پایین به ترتیب برای سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ برابر $۳/۷۶$ ، $۵/۴۵$ ، $۸/۲۱$ ، $۳/۳۳$ و $۱۵/۱۶$ برآورد گردید. این نسبت‌ها نشان داد که رفته‌رفته، توزیع امکانات سلامت به نفع شهرستان‌های بیشتر برخوردار تغییر کرده‌است. این نابرابری، به‌ویژه در سال پایانی برنامه، به میزان حداکثر و تقریباً ۵ برابر سال ابتدایی برنامه رسیده‌است. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، اگرچه برای مثال، میزان ضریب جینی سال انتهایی و میانی برنامه اختلاف کمتری نسبت به سال‌های دیگر دوره‌ی مورد بررسی داشته و حتی تا اندازه‌ای ضریب جینی سال میانی برنامه بیشتر از سال پایانی است، نابرابری در توزیع امکانات سلامت در سال پایانی به شدت به ضرر استان‌های کمتر برخوردار که در پایین‌ترین سطح برخورداری قرار داشتند، افزایش داشته‌است. با این اوصاف، علاوه‌بر کاهش رفاه ناشی از برخورداری از امکانات سلامت براساس ضرایب جینی محاسبه‌شده، افزایش نابرابری به نفع شهرستان‌هایی که در بالاترین سطح و به ضرر شهرستان‌هایی که در پایین‌ترین سطح برخورداری قرار داشتند، کاملاً مشهود است. موضوعی که می‌توان آن را ناشی از عدم وجود برنامه‌ریزی صحیح در تخصیص بهینه و عادلانه‌ی امکانات میان شهرستان‌های استان بر مبنای امکانات آن قلمداد نمود.

نتیجه‌گیری

در برنامه‌ریزی‌های کلان توسعه‌ی اقتصادی کشور، سلامت همواره در کانون توجه قرار داشته است. به‌طوری‌که برخورداری از سلامت، یکی از مهم‌ترین شاخصه‌های رفاه ملی است. این مسأله، به‌ویژه با اختصاص بخش‌های جداگانه در برنامه‌های توسعه اقتصادی کشور به سلامت، نمود بیشتری یافته است. در این راستا، مطالعه حاضر کوشید تا میزان برخورداری از امکانات سلامت را میان شهرستان‌های استان اصفهان طی سال‌های ۹۴-۱۳۹۰ (برنامه پنجم توسعه) تعیین نماید. از این رو، ابتدا ۱۳ شاخص بخش سلامت تعیین و داده‌های مورد نیاز برای محاسبه آن‌ها، از سال‌نامه‌های آماری استان اصفهان استخراج گردید. براین اساس، رتبه‌بندی شهرستان‌های مختلف استان از حیث مذکور در دو مرحله صورت گرفت. در مرحله اول، درجه‌ی اهمیت یا وزن شاخص‌های مورد نظر با استفاده از روش آنتروپی شانون تعیین گردید. تقریباً در تمامی مقاطع زمانی مورد نظر، شاخص‌های سرانه‌ی بیمارستان، سرانه‌ی تعداد تخت بیمارستان، سرانه‌ی موسسات درمانی، سرانه‌ی خانه‌های بهداشت فعال و سرانه‌ی تعداد داروساز از بالاترین درجه‌ی اهمیت برخوردار بودند. در گام دوم، شهرستان‌های مورد نظر با استفاده از روش تاپسیس به لحاظ وضعیت سلامت رتبه‌بندی شده، درجه‌ی برخورداری از امکانات

سال ۱۳۹۲، به‌عنوان سال میانی دوره‌ی مورد بررسی، شهرستان کاشان با فاصله‌ی بسیار زیاد نسبت به شهرستان‌های دیگر در رتبه‌ی نخست جای گرفته و پس از آن شهرستان‌های آران و بیدگل و اصفهان به ترتیب در جایگاه دوم و سوم قرار دارند؛ این در حالی است که در طیف دیگر، شهرستان‌های برخوار، چادگان و خمینی‌شهر کمترین درجه‌ی برخورداری را به خود اختصاص دادند. در سال ۱۳۹۳ نیز شهرستان‌های اردستان، خوانسار و نطنز به ترتیب رتبه‌های اول تا سوم را به خود اختصاص دادند. شهرستان اصفهان نیز با تنزل رتبه نسبت به سال قبل، به جایگاه نهم انتقال یافت. از طرف دیگر، شهرستان کاشان که در سه سال پیشین در رتبه‌های نخست قرار داشت، به جایگاه پنجم منتقل شد. همچنین، شهرستان‌های برخوار، خمینی‌شهر، شاهین‌شهر و میمه در پایین‌ترین رتبه‌ها قرار داشتند. نتایج سال ۱۳۹۴ (سال پایانی پژوهش) نشان داد که نطنز، خوانسار و کاشان توسعه‌یافته‌ترین شهرستان‌های استان اصفهان بودند؛ این در حالی است که شهرستان‌های برخوار، چادگان و خوروبابانک در زمره‌ی شهرستان‌های توسعه نیافته بودند.

بحث

نحوه‌ی توزیع امکانات سلامت براساس درجات برخورداری از امکانات سلامت، وجه‌تمایز مطالعه‌ی حاضر با مطالعات پیشین است و برای این منظور، از معیار ضریب جینی بهره‌گیری شد. همان‌طور که از ضریب جینی محاسبه‌شده برای سال‌های ۹۴-۱۳۹۰ مشهود است، در سال ابتدایی برنامه ضریب جینی برابر $۰/۲۵۵$ بود. پس از آن مقدار ضریب جینی روندی صعودی داشته و در سال ۱۳۹۲ (سال میانی برنامه پنجم) به $۰/۳۷۶$ و بالاترین میزان در کل دوره‌ی مورد بررسی رسید که نشان‌گر کاهش رفاه مردم در میزان برخورداری از امکانات سلامت است. با این وجود، در سال ۱۳۹۴ میزان ضریب جینی $۰/۳۵۳$ برآورد گردید که اندکی نسبت به سال میانی برنامه تنزل یافته و رفاه بهبود یافته است. در مجموع، روند کلی ضریب جینی طی دوره‌ی برنامه‌ی پنجم توسعه، صعودی همراه با کاهش رفاه بوده است. بنابراین، نابرابری در توزیع امکانات سلامت در سال پایانی دوره نسبت به سال ابتدایی آن، تقریباً ۳۸ درصد افزایش داشته است. نتایج این محاسبات در جدول ۳ آورده شده‌است.

جدول ۳. نتایج برآورد ضریب جینی

سال	ضریب جینی
۱۳۹۰	۰/۲۵۵
۱۳۹۱	۰/۳۴۳
۱۳۹۲	۰/۳۷۶
۱۳۹۳	۰/۲۱۷
۱۳۹۴	۰/۳۵۳

منبع: یافته‌های تحقیق

و سطح توسعه‌یافتگی شهرستان‌ها و نیز پایش تغییرات این مقادیر، نتایج مفیدی را از وضعیت و تغییرات سطح برخورداری شهرستان‌ها ارائه نمود، مطالعه‌ی نحوه‌ی توزیع امکانات سلامت با استفاده از درجات برخورداری محاسبه‌شده، بر غنای آن افزود. موضوعی که به‌عنوان نقطه‌ی عطف مطالعه‌ی حاضر، در کمتر مطالعه‌ای مطمح نظر قرار گرفته است. برای دستیابی به این مهم و تعیین میزان نابرابری در امکانات سلامت، با استفاده از منحنی لورنز درجات برخورداری ترسیم و سپس، ضریب جینی آن برای شهرستان‌های استان اصفهان طی برنامه‌ی پنجم توسعه محاسبه گردید. مشاهده روند تغییرات ضریب جینی نمایان‌گر این مطلب بود که نابرابری در امکانات سلامت افزایش داشته‌است. این نابرابری همواره به نفع شهرستان‌های بیشتر برخوردار و به ضرر شهرستان‌های کمتر برخوردار رو به افزایش بوده‌است. به‌طوری‌که در سال پایانی برنامه‌ی پنجم توسعه نسبت به سال ابتدایی آن، رفاه شهرستان‌های کمتر برخوردار در مقایسه با شهرستان‌های بیشتر برخوردار تقریباً پنج برابر کاهش داشته‌است. بنابراین، با توجه به نتایج این مطالعه و از حیث سیاست‌گذاری می‌توان موارد ذیل را پیش‌نهاد نمود:

۱- با توجه به تفاوت قابل توجه شهرستان‌های استان اصفهان از نظر درجه‌ی برخورداری از امکانات سلامت، میزان تخصیص بودجه و سرمایه‌گذاری‌های بخش سلامت باید با توجه به معیارهای بخش سلامت و براساس درجه‌ی برخورداری مناطق مختلف استان صورت گیرد. از این رو لازم است تا سیاست‌گذاران بخش سلامت استان، به‌منظور تعدیل و یا رفع تمایزات منطقه‌ای شهرستان‌های استان اصفهان از حیث امکانات سلامت، موضوع درجه‌ی برخورداری و توسعه‌یافتگی سلامت هر یک از شهرستان‌ها را مورد توجه قرار دهند. این موضوع به‌ویژه برای مناطقی که از این حیث در سطح پایینی قرار دارند از اهمیت مضاعفی برخوردار است.

۲- براساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، روند نابرابری در توزیع امکانات سلامت طی دوره‌ی برنامه‌ی پنجم توسعه همواره به ضرر شهرستان‌های کمتر برخوردار استان اصفهان رو به افزایش بوده و در سال پایانی برنامه نیز به‌شدت تشدید شده‌است. بنابراین، جبران این نابرابری‌ها می‌تواند در دستورکار برنامه‌ریزان سلامت استان قرار گیرد.

۳- لازم است در برنامه‌ریزی‌های بخش سلامت، درجه‌ی برخورداری هر شهرستان به‌عنوان مبنای معیار تخصیص بودجه سلامت در نظر گرفته شود و در کنار آن، میزان کارایی هر شهرستان از حیث نحوه‌ی استفاده از امکانات و بودجه بخش سلامت نیز مورد ارزیابی قرار گیرد. از این رو، تعیین میزان کارایی نظام سلامت هر

تابستان ۹۸، دوره بیست‌ودوم، شماره دوم، پیاپی ۸۵

سلامت آن‌ها تعیین گردید. نتایج این رتبه‌بندی نشان داد که شهرستان‌های استان اصفهان از حیث روند تغییرات در میزان برخورداری از امکانات سلامت به پنج گروه قابل تقسیم هستند:

- گروه اول در برگیرنده‌ی شهرستان‌هایی است که طی دوره‌ی بررسی همواره در جایگاه شهرستان‌های بیشتر توسعه‌یافته بودند. از این میان، می‌توان به شهرستان‌های خوانسار، نطنز، کاشان، اردستان، نایین و اصفهان اشاره نمود. شهرستان خوانسار در سال ۱۳۹۱ در رتبه‌ی اول قرار داشت و در سال پایانی، به رتبه دوم تنزل یافت. بالاترین رتبه‌ی شهرستان اصفهان مربوط به جایگاه سومی در سال ۱۳۹۲ بود که پس از آن به برای دو سال متوالی به رتبه‌ی نهم انتقال یافت.

- گروه دوم در برگیرنده‌ی شهرستان‌های دهقان، فریدون‌شهر و لنجان است که طی دوره بررسی با ارتقای جایگاه روبرو بودند. شهرستان دهقان با تغییری چشمگیر در رتبه‌ی توسعه‌یافتگی روبرو بود؛ این در حالی است که این شهرستان از رتبه‌ی بیستم در سال ابتدایی پژوهش به رتبه هفتم در سال ۱۳۹۴ ارتقا یافت. روند رو به رشد شهرستان‌های فریدون‌شهر و لنجان نیز قابل توجه بوده؛ به‌طوری‌که این شهرستان‌ها ابتدا به ترتیب دارای رتبه‌های نهم و نوزدهم بوده و در پایان دوره‌ی مورد بررسی، به ترتیب حائز جایگاه‌های چهارم و دوازدهم شدند.

- گروه سوم شامل شهرستان‌هایی است که از نظر جایگاه همواره دارای نوسان بوده‌اند. این شهرستان‌ها شامل آران و بیدگل، تیران و کرون، چادگان، سمیرم، شاهین‌شهر و میمه، شهرضا، فریدن، گلپایگان و نجف‌آباد می‌باشند. جایگاه شهرستان آران و بیدگل اگرچه در طول دوره مورد بررسی با نوسان همراه بوده، اما در پایان این شهرستان از رتبه چهاردهم در سال ۱۳۹۰ به رتبه پنجم در سال پایانی پژوهش ارتقا یافت.

- گروه چهارم نیز در برگیرنده‌ی شهرستان‌هایی است که وضعیت برخورداری آن‌ها نسبت به سال‌های ابتدایی دوره مورد بررسی به‌شدت رو به افول بوده است. شهرستان چادگان علی‌رغم عدم ثبات درجه‌ی برخورداری، با تنزل قابل توجه رتبه در سال پایانی پژوهش نسبت به سال ابتدایی روبرو بوده است. همچنین، خورویابانک نیز از رتبه‌ی هشتم در سال ابتدایی پژوهش به رتبه‌ی بیست‌ویکم در سال ۱۳۹۴ انتقال یافت.

- گروه پنجم نیز شامل شهرستان‌های برخوار، خمینی‌شهر، فلاورجان و مبارکه بوده که همواره در پایین‌ترین سطح برخورداری از امکانات سلامت قرار داشته‌اند.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

اگرچه محاسبه‌ی درجات برخورداری از امکانات سلامت

بهداشت و درمان شهرستان‌های استان اصفهان طی دوره ۱۳۹۰-۱۳۹۴» مصوب دانشگاه پیام‌نور در سال ۱۳۹۶ با کد اخلاق IR.PNU.REC.1398.028 می‌باشد. نویسندگان این مقاله بر خود می‌دانند تا از حمایت معاونت پژوهشی این دانشگاه تشکر و قدردانی نمایند.

یک از شهرستان‌های استان، موضوعی است که می‌تواند در مطالعات آتی نیز مطمح نظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

مقاله‌ی در دست حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی شماره ۰۳/۳۷۵۰ با عنوان «تعیین درجه‌ی توسعه‌یافتگی بخش

References

- 1- Emadzadeh M. *Education Economics*. 21th ed. Isfahan: Jihad Daneshgahi of Isfahan University; 2004: 44. (in Persian)
- 2- Babakhani M, Ghasemi SR, Rafiei H, Raghfar H, Biglarian A. Relationship between Distributional Equality and Health in Iran. *Journal of Social Welfare*, 2011. 12(46): 259-278. (in Persian)
- 3- World Health Organization (WHO). *Constitution of the World Health Organization*. WHO: USA, New York. 2006: 1-18.
- 4- Islamic Consultative Assembly. *Constitution of the Islamic Republic of Iran*. 2th ed. Islamic Consultative Assembly: Public Relations and Cultural Affairs Department; 1989: 9. (in Persian)
- 5- Islamic Parliament Research Center of the Islamic Republic of Iran. *The Future Outlook of the Islamic Republic of Iran in the Horizon 1404*. [Cited 2003 November 4]. Available from: <http://rc.majlis.ir>.
- 6- Islamic Parliament Research Center of the Islamic Republic of Iran. *Third economic, social and cultural development plan of Iran*. [Cited 2000 April 5]. Available from: <http://rc.majlis.ir>.
- 7- Islamic Parliament Research Center of the Islamic Republic of Iran. *Forth economic, social and cultural development plan of Iran*. [Cited 2004 September 1]. Available from: <http://rc.majlis.ir>.
- 8- Islamic Parliament Research Center of the Islamic Republic of Iran. *Fifth economic, social and cultural development plan of Iran*. [Cited 2010 December 31]. Available from: <http://rc.majlis.ir>.
- 9- *Sixth economic, social and cultural development plan of Iran*. [cited 2017 March 4]. Available from: <http://rc.majlis.ir>.
- 10- Azar A, Rajab Zadeh A. *Applied Decision Making (M.A.D.M Approach)*. 3th ed. Tehran: Negahe Danesh; 2009: 126-30. (in Persian)
- 11- Pazhoyan J. *Public Finance and Determining the Policies of Governments*. 12th ed. Tehran: Payame Noor Publications; 2011: 54-6. (in Persian)
- 12- Bellu LG. *Inequality Analysis: The Gini Index*. A report to FAO, Agricultural Policy Support Service: Italy, Rome. 2006: 1-25.

Enjoyment Level and Distribution of Health Facilities in Counties of Isfahan Province

Abdalali Monsef^{1,*}, Abolfazl Shahmohamadi Mehrjardi²

¹Department of Economics, Payame Noor University, Tehran, Iran

²Department of Economics, Yazd University, Yazd, Iran

Abstract

Background: The study of the health status in different regions of Iran is a basic step toward the optimal allocation of health resources to different regions. This study tried to determine the enjoyment level and equality in the distribution of health facilities in the counties of Isfahan province during the 5th development plan of Iran.

Methods: First, the enjoyment level of Isfahan counties was determined using the TOPSIS method. Then, the distribution of health facilities was evaluated for 23 counties during 2011 - 2015. The data used in this study were obtained from the statistical yearbook of Isfahan.

Results: The counties of Isfahan province were not homogenous in terms of enjoyment level. The overall trend of the Gini coefficient was upward during the study period. The inequality in the distribution of health facilities increased by 38% from the beginning year of the plan to the last year of the study period so that the Gini coefficient was 0.255 in the first year of the plan and 0.353 in 2015.

Conclusions: The increased inequality in the distribution of health facilities indicated that the welfare of less-favored counties decreased compared to more developed counties during the fifth development plan. Hence, due to the intensification of inequality, especially in the final year of the plan, compensation for these inequalities can be put on the agenda of provincial health planners.

Keywords: Isfahan Province; Distribution of Health Facilities; Gini Coefficient; TOPSIS Method

Please cite this article as follows:

Monsef A*, Shahmohammadi Mehrjardi, A. Enjoyment Level and Distribution of Health Facilities in Counties of Isfahan Province. *Hakim Health Sys Res* 2019; 22(2): 151-159.

*Corresponding Author: Associate Professor, Department of Economics, Payame Noor University, Tehran, Iran. Tel: +98-9132261526, Email: Monsefali@yahoo.com