

مقایسه تعاونی های بهداشتی بخش خصوصی و مراکز بهداشتی، درمانی دولتی در زمینه مراقبت از بیماری های غیر واگیر و رضایت بیماران؛ تبریز ۱۳۸۱

علیرضایک نیاز^۱ / مصطفی فرح بخش^۲ / جعفر صادق تبریزی^۳ / جواد فرحی شاهگلی^۴ / علیرضا حسن زاده^۵ / حسن جهان بین^۶
چکیده

مقدمه: در اغلب کشورها به ویژه در کشورهای در حال توسعه، مراقبت های اولیه بهداشتی توسط دولت ارائه می شود. محدودیت منابع، بالا بودن هزینه ها و پایین بودن کیفیت خدمات دولتمردان و سیاستگذاران عرصه سلامت را ناچار به تحول و شروع اصلاحات ساخته است که از جمله آنها می توان به آغاز مشارکت فعالانه بخش خصوصی در ارائه خدمات بهداشتی، درمانی اولیه اشاره نمود. این مطالعه با هدف مقایسه وضعیت بیماریابی و مراقبت غیر واگیر و رضایت بیمار در تعاونی های بهداشتی، درمانی و مراکز بهداشتی، درمانی دولتی انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه تحلیلی است که در آن دو گروه از مراکز بهداشتی، درمانی با مدیریت دولتی (۱۸ مرکز) و تعاونی (۹ مرکز) از نظر بیماریابی و مراقبت بیماری های غیر واگیر مورد مقایسه قرار گرفتند. داده ها با استفاده از چک لیست و بررسی و مشاهده پرونده ها و دفاتر پیگیری بیماران جمع آوری شد و با استفاده از آزمون های t-test و χ^2 و نرم افزارهای EPI INFO و SPSS تحلیل شد.

یافته ها: این مطالعه نشان داد که نسبت جمعیت معاینه شده در زمان مطالعه در تعاونی های بهداشتی، درمانی و مراکز بهداشتی، درمانی دولتی به ترتیب ۵۳/۸ و ۲۲/۲ درصد و نسبت بیماریابی در جمعیت معاینه شده به ترتیب ۱۰/۳ و ۱۵/۹ درصد بود. میانگین مراقبت از بیماران دیابت در تعاونی های بهداشتی ۶/۵ و در مراکز بهداشتی، درمانی دولتی ۶/۸ بار در سال بود. **نتیجه گیری:** نتایج پژوهش نشان دهنده این واقعیت است که با مشارکت بخش خصوصی در ارائه مراقبت های اولیه بهداشتی و نظارت مستمر بخش دولتی بر این فعالیت ها می توان یک نظام ارائه خدمات اثربخش ایجاد نمود. **کلیدواژه ها:** تعاونی بهداشتی، مشارکت بخش دولتی و خصوصی، بیماری غیر واگیر، رضایت بیمار

◇ وصول مقاله: ۸۶/۳/۱۳، اصلاح نهایی: ۸۶/۵/۸، پذیرش نهایی: ۸۷/۹/۲۴

- ۱- استاد گروه بیماری های کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- ۲- مدیر آمار و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، نویسنده مسئول (farahbakhsh@tbzmed.ac.ir)
- ۳- استادیار گروه بهداشت، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- ۴- کارشناس بهداشت، مرکز بهداشت استان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- ۵- پزشک عمومی، کارشناس دارویی، مرکز بهداشت استان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- ۶- پزشک عمومی، کارشناس مسئول آموزش مداوم، مرکز بهداشت استان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه

نظام‌های سلامت برای تأمین و ارتقای سلامتی مردم و جامعه به وجود آمده و با بهره‌مندی از منابع مشخص و با تکیه بر مشارکت‌های مردمی و سایر بخش‌ها نسبت به انجام وظیفه خطیر خود اقدام می‌نمایند. در اغلب کشورهای به ویژه در کشورهای در حال توسعه، مراقبت‌های اولیه بهداشتی توسط بخش دولتی ارائه می‌شود. در نتیجه محدودیت منابع، بالا بودن هزینه‌ها، پایین بودن کیفیت خدمات ارائه شده دولتمردان و سیاستگذاران عرصه سلامت را ناچار به تحول و شروع اصلاحات ساخته است که از جمله آنها می‌توان به آغاز مشارکت فعالانه بخش خصوصی در ارائه خدمات بهداشتی، درمانی اولیه اشاره نمود. [۱، ۲] نقش پروژه‌های مشارکت بخش خصوصی و دولتی در ارائه خدمات سلامت موضوع بحث و مشاجره در اغلب کشورهاست. [۱۰-۳]

اوگاندا در ۱۹۹۴ پروژه اصلاحات در نظام سلامت را انجام داد و ارائه خدمات به بخش خصوصی و سازمان‌های محلی واگذار گردید. در ارزشیابی به عمل آمده نه تنها این اصلاحات منجر به تغییرات مثبت نشده بلکه در جاهایی وضعیت را بدتر هم نمود. با توجه به تجربه اوگاندا می‌توان نتیجه گرفت که خصوصی سازی کامل در زمینه سلامت مؤثر نبوده و بایستی دولت‌ها مراقبت‌های اولیه را تضمین نمایند. [۱۱]

مشارکت بخش خصوصی به طرق متفاوتی می‌تواند صورت پذیرد که از جمله آنها می‌توان به واگذاری خدمات به بخش خصوصی، عقد قرارداد با بخش خصوصی، مشارکت فعالانه بخش دولتی و خصوصی در قالب قرارداد و غیره اشاره نمود. مشارکت بخش دولتی و خصوصی نوعی خصوصی سازی است که در آن بر خلاف خصوصی سازی کامل، مشارکت بخش دولتی در ارائه خدمات ادامه دارد. به نظر می‌رسد، مکانیزم قرارداد در جلب مشارکت بخش خصوصی به همراه برنامه تضمین کیفیت باعث ارتقاء کیفیت خدمات و نیز رضایت مراجعه کننده می‌شود. اغلب سازمان‌های

دولتی در کشورهای در حال توسعه با بخش خصوصی برای ارائه خدمات سلامت قرارداد می‌بندند. [۱۲] باید توجه نمود که تولید خدمات سلامت توسط ارائه کنندگان مختلف با مهارت‌های متفاوت بدون هماهنگی ممکن نیست و این اهمیت مشارکت دولتی - خصوصی (Public-private Mix) را مشخص می‌سازد. [۱۳] مشارکت بخش دولتی و خصوصی بسته به ارزش‌ها در میان مردم متفاوت است و در صورت بهره‌مندی از اهداف مشترک کارا خواهد بود. [۱۴]

در ارزیابی کیفیت خدمات معمولاً رضایت بیمار از خدمت دریافت شده نیز سنجیده می‌شود. [۱۷-۱۵] ارائه خدمات با کیفیت بالا و بهبودی، رضایت بیماران را بالا می‌برد. تحقیقات علمی نشان داده است که رضایت بالای بیماران منجر به پیامدهای مطلوب سلامتی می‌گردد. بیماران راضی، درمان و توصیه‌ها را به راحتی می‌پذیرند [۱۸، ۱۹] و هزینه‌ها را به آسانی پرداخت می‌نمایند. [۲۰] پاسخ به خدمت مورد انتظار بیمار، تأثیر زیادی در رضایت وی دارد و یک پیشگویی کننده خوب است. [۲۱]

اندازه‌گیری رضایت گیرندگان خدمت، فرصت مناسبی برای درگیر نمودن مشتری‌ها در فرایند ارزشیابی برنامه‌های تندرستی بوده و معمولاً پاسخگویی خدمات، احترام ارائه دهندگان خدمت، محرمانه ماندن خدمت و اطلاعات و خدمت استاندارد را اندازه‌گیری می‌نماید. [۲۲]

در اغلب کشورهای ارتباط بخش دولتی با سازمان‌های غیردولتی و بخش خصوصی غیرانتفاعی در ارائه خدمات بهداشتی وجود داشته است. ولی تا سال‌های اخیر این ارتباط را با بخش خصوصی انتفاعی ناممکن می‌دانستند. [۲۳] به دنبال توافق انجام یافته بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون در دی ماه ۱۳۷۶، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تبریز در نیمه دوم سال ۱۳۷۷ با همکاری اداره تعاون در سطح استان اقدام به ایجاد تعاونی‌های بهداشتی نمود. در این طرح ارائه خدمات به

روش بررسی

این پژوهش به صورت تحلیلی انجام شد. دو گروه از مراکز بهداشتی، درمانی با مدیریت دولتی و تعاونی از نظر مراقبت بیماری‌های غیرواگیر و رضایت گیرندگان خدمت مورد مقایسه قرار گرفتند. برای این منظور تمام مراکز بهداشتی، درمانی تعاونی موجود در استان آذربایجان شرقی که با مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی قرارداد داشتند، انتخاب شدند. از مراکز بهداشتی، درمانی دولتی شهری نیز ۱۸ مرکز بهداشتی، درمانی با لحاظ نمودن معیار تشابه منطقه تحت پوشش از نظر فرهنگی و اقتصادی و اجتماعی با مناطق تحت پوشش مراکز بهداشتی، درمانی تعاونی، انتخاب شدند. در اطراف هر تعاونی بهداشتی، درمانی دو مرکز بهداشتی، درمانی انتخاب گردید. برای بررسی وضعیت مراقبت بیماری‌های غیرواگیر شاخص‌های نسبت بیماریابی، نسبت معاینه دوره‌ای و نسبت ارجاع در مدارس و جمعیت تحت پوشش و بار مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا و دیابت در سال و نیز میزان تأخیر در معاینه نسبت به زمان تعیین شده به روز انتخاب شد. داده‌های بیماریابی و ویزیت دوره‌ای با استفاده از چک لیست و مطالعه دفاتر ثبت داده‌های مراقبت و نیز پرونده بیماران تحت پوشش جمع‌آوری گردید.

روش بیماریابی به این صورت است که بر اساس برنامه بیماریابی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مراکز بهداشتی، درمانی برای جمعیت تعریف شده اقدام به تشکیل پرونده خانوار نموده و در یک دوره سه ساله کلیه افراد خانوار را از نظر بیماری‌های اولویت دار که بر اساس معیارهای کشوری و منطقه‌ای از طرف معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تعیین شده‌اند، بررسی نموده و در صورت مواجهه با بیماری متناسب با بیماری‌های حاد و مزمن نیازمند مراقبت برای هر یک از آنان پرونده مراقبت و پیگیری تشکیل داده و متناسب با وضعیت بیمار و بیماری در مقاطع زمانی مختلف به طرق گوناگون پیگیری شده و تحت مراقبت قرار گرفته و نتایج آن در فرم‌ها و دفاتری که بدین منظور طراحی و تدوین

عهده بخش خصوصی و نظارت و ارزشیابی در اختیار بخش دولتی قرار گرفت.

نحوه ارائه خدمات توسط تعاونی‌های بهداشتی، درمانی به این صورت است که تعاونی‌های بهداشتی، درمانی معمولاً ۹ الی ۱۷ هزار نفر جمعیت را تحت پوشش قرار داده و خدمات بهداشتی درمانی اولیه و خدمات درمانی سرپائی را به مراجعین ارائه می‌دهند و این کار را با سرشماری خانوارهای تحت پوشش و انجام معاینات دوره‌ای و مراقبت آنها با استفاده از پروتکل‌های بهداشتی، درمانی انجام می‌دهند. ارائه خدمات براساس بسته خدمتی معین می‌باشد که شامل مراقبت کودکان زیر ۶ سال، واکسیناسیون، تغذیه، مراقبت مادران باردار، تنظیم خانواده، مراقبت دانش‌آموزان مدارس، کنترل بهداشت محیط منطقه، تحت پوشش قرار دادن و کنترل بیماری‌های روانی و غیره است. مراکز سلامتی در مقابل ارائه خدمات تعریف شده در بسته خدمات، از مردم وجهی دریافت نمی‌کنند. تأمین هزینه خدمات به عهده دولت است که طی قراردادی به روش سرانه (capitation) به مراکز سلامتی پرداخت می‌شود. مقدار پرداخت به ازای هر نفر تحت پوشش با توجه به ارزشیابی و میزان موفقیت در اجرای بسته خدمتی تعیین می‌شود. پرداخت‌ها هر سه ماه یک بار صورت می‌گیرد و ارزشیابی نیز به صورت شش ماهه و توسط کارشناسان استانی و شهرستانی انجام می‌شود. تمام مخارج مراکز به غیر از فرم‌های آماری، واکسن و تعدادی از اقلام و داروهای بهداشتی، به عهده خود مراکز است و اگر محل خدمت نیز به آنها واگذار شود وجه آن از مقدار پرداختی به مراکز سلامتی کسر می‌شود. ولی در مقابل خدمات تعریف نشده، طبق تعرفه‌های دولتی هزینه خدمات را از بیمه یا مستقیماً از مردم دریافت می‌کنند.

این مطالعه با هدف مقایسه وضعیت بیماریابی و مراقبت غیرواگیر و رضایت بیمار در تعاونی‌های بهداشتی، درمانی و مراکز بهداشتی، درمانی دولتی انجام گرفت.

در پرسشنامه نهایی، ضریب پایایی $a = 0/8$ بود. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار تحلیلی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای EPI INFO و SPSS مورد تحلیل قرار گرفت. برای مقایسه دو گروه از t -test و X^2 استفاده گردید.

یافته‌ها

نسبت جمعیت ویزیت شده در زمان مطالعه در تعاونی‌های بهداشتی، درمانی و مراکز بهداشتی، درمانی دولتی به ترتیب $53/8$ و $23/2$ درصد بود. به طوری که بین دو گروه اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده شد. نسبت بیماریابی در جمعیت معاینه شده در مراکز بهداشتی، درمانی تعاونی و دولتی به ترتیب $10/3$ و $15/9$ درصد بود. بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌دار وجود نداشت (جدول ۱).

براساس برنامه معاینه و بیماریابی دانش‌آموزان در مراکز بهداشتی، درمانی تعاونی و دولتی نسبت دانش‌آموزان ویزیت شده به ترتیب $99/7$ و $88/7$ درصد و نسبت بیماریابی در دانش‌آموزان ویزیت شده به ترتیب 8 و 9 درصد بود (جدول ۲). نسبت معاینه و بیماریابی و مراقبت بیماران دارای

شده است، ثبت می‌گردد. در مدارس نیز در سه سطح سوم ابتدایی، اول راهنمایی و اول دبیرستان این معاینات انجام می‌گیرد.

داده‌های مربوط به رضایت بیماران به صورت مقطعی جمع‌آوری گردید. برای تعیین تعداد نمونه لازم از فرمول مقایسه نسبت‌ها استفاده شد. در هر گروه حداقل 160 نمونه برآورد شد و با توجه به تعداد بالای مراکز بهداشتی، درمانی دولتی تعداد نمونه لازم $1/5$ برابر انتخاب شد. برای جمع‌آوری داده‌ها در هر مرکز بهداشتی، درمانی در چهار روز مختلف در فاصله بهمن 1381 تا فروردین 1382 ، 20 - 15 گیرنده خدمت مورد مصاحبه قرار گرفت. انتخاب گیرندگان خدمت در هر روز به صورت نمونه‌گیری آسان صورت گرفت. داده‌ها با استفاده از مصاحبه با مشتری‌ها و براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت به دست آمد. بعضی از سوالات سنجش رضایت مشتری مورد استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد انتخاب شده و بعضی دیگر با توجه به نظرات محققین طراحی و پس از انجام پیش‌آزمون و بهبود روایی به روش محتوایی و پایایی به صورت سؤال اصلی در پرسشنامه قرار داده شدند. برای محاسبه پایایی پرسشنامه از روش a کرونباخ استفاده شده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی نسبی (درصد) معاینات دوره‌ای و بیماریابی جمعیت تحت پوشش در مراکز بهداشتی، درمانی تعاونی و دولتی، آذربایجان شرقی - ۱۳۸۱

گروه سنی	نسبت جمعیت ویزیت‌شده		میزان بیماریابی به درصد در جمعیت ویزیت‌شده	
	تعاونی	دولتی	P value	تعاونی
زیر ۶ سال	۸۷/۷	۵۱/۴	۰/۰۰۰۷	۴/۳
زنان ۱۰ - ۴۹ سال	۷۴	۳۲/۳	۰/۰۰۰۱	۱۲/۶
مردان سالمند	۲۸/۸	۱۱/۵	۰/۰۰۶	۴۵/۷
زنان سالمند	۴۸/۸	۲۴/۴	۰/۰۰۳	۴۵/۱
کل سالمندان	۳۹/۸	۱۷/۸	۰/۰۰۱	۴۹/۲
سایر افراد	۳۷/۲	۱۶/۴	۰/۰۰۹	۶/۱
کل	۵۳/۸	۲۳/۲	۰/۰۰۰۰۴	۱۰/۳

جدول ۲: توزیع فراوانی نسبی (درصد) معاینات دوره‌ای و بیماریابی دانش آموزان تحت پوشش به تفکیک مقاطع تحصیلی در مراکز بهداشتی، درمانی تعاونی و دولتی، آذربایجان شرقی - ۱۳۸۱

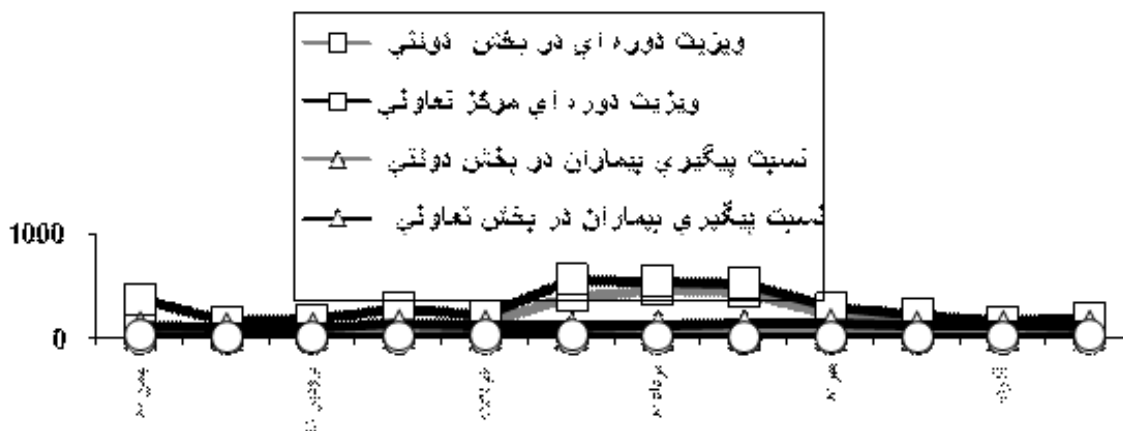
P Value	مرکز بهداشتی، درمانی دولتی	مرکز بهداشتی، درمانی تعاونی	شاخص بیماریابی	مقطع تحصیلی
۰/۲	۹۱/۷	۹۹/۲	درصد ویزیت دوره‌ای	
۰/۰۳	۱۵/۵	۱۰/۳	درصد موارد ارجاع	سوم ابتدایی
۰/۰۸	۸	۸/۷	درصد بیماریابی به ویزیت شده	
۰/۰۴	۸۷	۹۸/۵	درصد ویزیت دوره‌ای	
۰/۵	۱۲/۶	۱۰/۴	درصد موارد ارجاع	اول راهنمایی
۰/۷	۹/۴	۸/۲	درصد بیماریابی به ویزیت شده	
۰/۱۳	۸۳	۹۴/۴	درصد ویزیت دوره‌ای	
۰/۴	۱۶/۵	۱۱/۷	درصد موارد ارجاع	اول دبیرستان
۰/۳	۱۰/۳	۷/۱	درصد بیماریابی به ویزیت شده	
۰/۰۶	۸۸/۷	۹۹/۷	درصد ویزیت دوره‌ای	
۰/۳	۱۴/۸	۱۰/۴	درصد موارد ارجاع	کل
۰/۷	۹	۸	درصد بیماریابی به ویزیت شده	

برخورد مؤدبانه کارکنان، مطلوب بودن نظافت مرکز و مهارت خوب کارکنان در ارائه خدمت؛ و در مراکز بهداشتی، درمانی تعاونی به ترتیب از مطلوب بودن نظافت مرکز، برخورد مؤدبانه کارکنان و خصوصی و امن بودن محل ارائه خدمت بود. بیشترین عوامل نارضایتی گیرندگان خدمت در مراکز بهداشتی، درمانی دولتی به ترتیب کامل نبودن وسایل معاینه، ارائه آموزش نامناسب و ناکافی در زمان ارائه خدمت، عدم اختصاص زمان کافی برای ارائه خدمت؛ و در مراکز بهداشتی، درمانی تعاونی به ترتیب زمان انتظار طولانی، ارائه آموزش نامناسب و ناکافی، ندادن فرصت کافی برای بیان مشکلات بوده است (جدول ۳).

بحث و نتیجه گیری

بخش قابل توجهی از خدمات سلامت در بسیاری کشورها توسط بخش خصوصی ارائه می شود. هرچند

پرونده بهداشتی در جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی، درمانی در مراکز تعاونی نسبت به مراکز دولتی در طول سال از عملکرد نسبتاً پایایی برخوردار بوده که در نمودار ۱ نشان داده شده است. میانگین مراقبت بیماران مبتلا به فشار خون در بخش تعاونی $7 \pm 0/9$ و در بخش دولتی $8/6 \pm 0/6$ بار در سال بود. بین دو گروه اختلاف معنی دار وجود نداشت. میانگین مراقبت بیماران مبتلا به دیابت در بخش تعاونی $6/5 \pm 0/9$ و در بخش دولتی $6/8 \pm 0/8$ بار در سال بود. بین دو گروه اختلاف معنی دار وجود نداشت. در تعاونی های بهداشتی تأخیر نسبت به زمان تعیین شده در مراقبت بیماران دارای پرونده $17/5 \pm 2/2$ و در مراکز بهداشتی، درمانی دولتی $24/2 \pm 5/2$ روز بود. بین دو گروه اختلاف آماری معنی دار وجود داشت ($P \text{ value} = 0/005$). نتایج نشان داد که بیشترین رضایت گیرندگان خدمت در مراکز بهداشتی، درمانی دولتی به ترتیب از



نمودار ۱: روند خطی نسبت جمعیت ویزیت شده، بیماریابی و مراقبت بیماران تحت پوشش در مراکز بهداشتی، درمانی تعاونی و دولتی در طول یک سال در استان آذربایجان شرقی - ۱۳۸۱

است. این تفاوت در کلیه گروه‌های سنی مشهود می‌باشد، به ویژه در گروه‌های پر خطر مانند افراد سالمند، عملکرد تعاونی‌ها در مقایسه با مرکز دولتی مطلوب‌تر می‌باشد. با توجه به اینکه در انتخاب مراکز همسان‌سازی صورت گرفته و فاکتورهای مخدوش‌کننده به حداقل رسیده است و ساختار جمعیتی در هر دو گروه مطالعه تقریباً مشابه هم بودند، لذا با در نظر گرفتن اینکه مراکز دولتی و تعاونی از جمعیت تحت پوشش و منابع و تجهیزات مشابهی برخوردار بودند، می‌توان ادعان نمود که تفاوت در میزان پوشش ویزیت دوره‌ای از تفاوت در عملکرد این دو بخش ناشی می‌گردد.

از نکات جالب در این بررسی درصد بیماریابی در جمعیت تحت پوشش است که در مراکز دولتی بالاتر است. به نظر می‌رسد که قضاوت در مورد میزان بیماریابی با افزایش پوشش ویزیت ادواری به واقعیت نزدیکتر خواهد بود. زیرا در پوشش کمتر بیماریابی شاید فقط افراد بیمار به دلیل نیاز به خدمات بیشتر بیماریابی شده باشند و در نتیجه میزان بیماریابی بالاتر خواهد بود ولی در صورت توسعه و افزایش پوشش ویزیت ادواری بیماریابی و توزیع آن در جمعیت به واقعیت نزدیک‌تر خواهد بود. قضاوت اساسی در این مورد نیازمند بررسی‌های بیشتری با در نظر گرفتن میزان شیوع بیماری‌های تعریف شده می‌باشد.

نمود بیشتر این خدمات در حوزه درمان بوده و در حوزه خدمات بهداشتی پیشگیری بخش خصوصی نقش ضعیف‌تری ایفا می‌کنند ولی بسیاری از کشورها از جمله آمریکا، هند و بنگلادش تجربه موفقی از واگذاری بخشی از خدمات پیشگیری به واحدهای خصوصی داشته‌اند. [۲۴-۲۶]

در خصوص ارائه خدمات سلامت توسط تعاونی‌های بهداشتی، درمانی نیز تجربیاتی وجود دارد ولی تجربه ایران در خصوص تعاونی‌های بهداشتی، درمانی از جهاتی ویژه است که از آن جمله می‌توان به تمرکز بیشتر بر خدمات پیشگیری، تشابه ساختاری با مراکز بهداشتی، درمانی دولتی، نقش تعریف شده برای تک‌تک افراد تشکیل‌دهنده تعاونی در ایجاد آن، نوع اعمال یارانه و نوع سیستم پرداختی و نظارتی اشاره نمود. هر چند تعاونی‌های خدمات بهداشتی، درمانی از نظر ساختار ارائه خدمات مشابه با مراکز بهداشتی، درمانی بوده و در واقع از آنها الگو برداری شده است اما از نقطه نظر مدیریت کاملاً با مراکز بهداشتی، درمانی دولتی متفاوت بوده و در آن از الگوی بخش خصوصی استفاده شده است.

در بررسی حاضر نشان داده شد که در گروه‌های مختلف سنی میزان جمعیت ویزیت شده در قالب طرح بیماریابی در تعاونی‌های خدمات بهداشتی، درمانی به مراتب بیشتر از مراکز بهداشتی، درمانی دولتی بوده

جدول ۳: مقایسه سطح رضایت گیرندگان خدمت به تفکیک معیارهای رضایت در مراکز بهداشتی، درمانی تعاونی و دولتی، آذربایجان شرقی - ۱۳۸۱

معیار رضایت	نوع مرکز	کاملاً موافق	موافق	بدون نظر	مخالف	کاملاً مخالف	P
دادن فرصت کافی برای بیان	تعاونی	۶۹ (۳۹/۲)	۷۷ (۴۳/۸)	۱۶ (۹/۱)	۱۳ (۷/۴)	۱ (۰/۶)	۰/۲
	دولتی	۱۰۳ (۳۰)	۱۶۲ (۴۷/۲)	۴۱ (۱۲)	۳۲ (۹/۳)	۵ (۱/۵)	
اختصاص زمان کافی	تعاونی	۶۵ (۳۶/۹)	۸۴ (۴۷/۷)	۱۵ (۸/۵)	۱۲ (۶/۸)	۰ (۰)	۰/۰۰۱
	دولتی	۷۵ (۲۱/۹)	۱۷۴ (۵۰/۷)	۵۰ (۱۴/۶)	۴۱ (۱۲)	۳ (۰/۹)	
مشارکت در تصمیم‌گیری	تعاونی	۵۱ (۲۹)	۸۸ (۵۰)	۲۶ (۱۴/۸)	۱۰ (۵/۷)	۱ (۰/۶)	۰/۱۶
	دولتی	۸۱ (۲۳/۶)	۱۸۲ (۵۳/۱)	۵۰ (۱۴/۶)	۲۴ (۷)	۶ (۱/۷)	
قابل دسترسی در زمان نیاز	تعاونی	۷۰ (۳۹/۸)	۸۰ (۴۵/۵)	۱۵ (۸/۵)	۹ (۵/۱)	۲ (۱/۱)	۰/۰۱۵
	دولتی	۹۱ (۲۶/۵)	۱۷۰ (۴۹/۶)	۳۸ (۱۱/۱)	۳۷ (۱۰/۸)	۷ (۲)	
زمان انتظار مناسب	تعاونی	۵۶ (۳۱/۸)	۶۳ (۳۵/۸)	۲۳ (۱۳/۱)	۲۵ (۱۴/۲)	۹ (۵/۱)	۰/۰۰۲
	دولتی	۶۶ (۱۹/۲)	۱۳۷ (۳۹/۹)	۴۰ (۱۱/۷)	۶۶ (۱۹/۲)	۳۴ (۹/۹)	
خصوصی و امن بودن محل ارائه خدمت	تعاونی	۶۳ (۳۵/۸)	۹۱ (۵۱/۷)	۱۴ (۸)	۷ (۴)	۱ (۰/۶)	۰/۰۰۲
	دولتی	۹۰ (۲۶/۲)	۱۵۷ (۴۵/۸)	۶۴ (۱۸/۷)	۲۳ (۶/۷)	۹ (۲/۶)	
ارائه آموزش مناسب و کافی	تعاونی	۵۱ (۲۹)	۷۲ (۴۰/۹)	۲۵ (۱۴/۳)	۱۸ (۱۰/۲)	۱۰ (۵/۷)	۰/۰۱
	دولتی	۶۵ (۱۹)	۱۹۱ (۵۵/۷)	۳۳ (۹/۶)	۳۴ (۹/۹)	۲۰ (۵/۸)	
کامل بودن وسایل معاینه	تعاونی	۵۹ (۳۳/۵)	۸۷ (۴۹/۴)	۱۸ (۱۰/۲)	۱۱ (۶/۳)	۱ (۰/۶)	<۰/۰۰۵
	دولتی	۶۰ (۱۷/۵)	۱۵۹ (۴۶/۴)	۵۸ (۱۶/۹)	۵۶ (۱۶/۳)	۱۰ (۲/۵)	
رضایت کامل از دریافت خدمت	تعاونی	۸۹ (۵۰/۶)	۶۹ (۳۹/۲)	۱۱ (۶/۳)	۷ (۴)	۰ (۰)	۰/۰۰۳
	دولتی	۱۱۲ (۳۲/۷)	۱۷۷ (۵۱/۶)	۳۱ (۹)	۲۲ (۶/۴)	۱ (۰/۳)	
مطلوب بودن نظافت مرکز	تعاونی	۷۱ (۴۰/۸)	۹۰ (۵۱/۱)	۱۰ (۵/۷)	۴ (۲/۳)	۱ (۰/۶)	۰/۰۴۵
	دولتی	۱۰۳ (۳۰)	۱۹۲ (۵۶)	۱۹ (۵/۵)	۲۳ (۶/۷)	۶ (۱/۷)	
برخورد مؤدبانه کارکنان	تعاونی	۹۶ (۵۴/۵)	۶۲ (۳۵/۲)	۱۳ (۷/۴)	۵ (۲/۸)	۰ (۰)	۰/۰۰۹
	دولتی	۱۳۷ (۳۹/۹)	۱۷۰ (۴۹/۶)	۱۸ (۵/۲)	۱۷ (۵)	۱ (۰/۳)	
دریافت خدمت در دفعات بعدی	تعاونی	۷۲ (۴۰/۹)	۸۷ (۴۹/۴)	۱۴ (۸)	۳ (۱/۷)	۰ (۰)	۰/۰۲
	دولتی	۱۰۹ (۳۱/۸)	۱۶۳ (۴۷/۵)	۵۶ (۱۶/۳)	۱۱ (۳/۲)	۴ (۱/۲)	
وصیه استفاده از خدمات به دوستان	تعاونی	۸۳ (۴۷/۲)	۶۳ (۳۵/۸)	۲۷ (۱۵/۳)	۲ (۱/۱)	۱ (۰/۶)	۰/۰۰۱
	دولتی	۱۰۰ (۲۹/۲)	۱۶۰ (۴۶/۶)	۷۰ (۲۰/۴)	۱۱ (۳/۲)	۲ (۰/۶)	

* تعداد (درصد)

مطالعه سیستماتیک در هندوستان نشان داده است که با پروژه های مشارکت بخش های دولتی و خصوصی موارد کشف شده بیماری سل افزایش یافته ولی کیفیت درمان بیماری تغییر نمی کند. [۲۷] هزینه درمان سل به روش DOTS در پروژه های با مشارکت بخش دولتی و خصوصی (PPM) پایین تر از سیستم های دولتی است. رویکرد PPM در هندوستان یک روش هزینه اثربخش و پاسخگو در کنترل بیماری سل می باشد. [۲۸]

در مطالعه دیگر در استان آذربایجان شرقی در زمینه سلامت مادر و کودک نشان داده شده است که بخش

مطالعه سیستماتیک در هندوستان نشان داده است که با پروژه های مشارکت بخش های دولتی و خصوصی موارد کشف شده بیماری سل افزایش یافته ولی کیفیت درمان بیماری تغییر نمی کند. [۲۷] هزینه درمان سل به روش DOTS در پروژه های با مشارکت بخش دولتی و

فهرست منابع

1. Broomberg J. Managing the health care market in developing countries: prospects and problems. *Health Policy and Planning* 1994; 9(3): 237-251.
2. Buse K, Waxman A. Public-private health partnerships: a strategy for WHO. *Bulletin of the World Health Organization* 2001; 79(8): 748-754.
3. Frenk J. The public/private mix and human resources for health. *Health Policy and Planning* 1993; 8(4):315-326.
4. Jeong H.S, Gunji A. The influence of system factors upon the macro-economic efficiency of health care: implications for the health policies of developing and developed countries. *Health Policy* 1994; 27:113-140.
5. Flood CM, Stabile M, Tuohy C H. The borders of solidarity: how countries determine the public/private mix in spending and the impact on health care. *Health Matrix Clevel* 2002; 12(2):297-356.
6. Richard E. Development for a national health information system in Papua New Guinea, takemi program, Department of International Health, Harvard School of Public Health. available from: www.hsph.harvard.edu/takemi/RP190.pdf. Accessed: JAN 2008.
6. Hunter DJ, Robinson R. The changing public-private mix in health care. *British Journal of Health Care Management* 2002; 8(8):301-304.
7. Matteo LD. The determinants of the public-private mix in Canadian health care expenditures: 1975-1996. *Health Policy* 2000; 52(2):87-112.
8. Anne-Marie B, Diane W, Charlyn B, Robert R. Measuring the performance of primary health care existing capacity and future information needs. available from: www.chspr.ubc.ca/research/phc/measuring. Accessed: JAN 2008.
8. Hyoung-Sun J. Health care reform and change in

تعاونی در این زمینه پایه پای بخش دولتی عمل نموده و در بعضی شاخص‌ها حتی بهتر بوده است و می‌توان ارائه خدمات پیشگیری را با نظارت مستمر به این بخش واگذار نمود. [۲۹]

رضایت گیرندگان خدمت امروزه از شاخص‌های مهم در ارزشیابی خدمات بهداشتی، درمانی محسوب شده و سازمان بهداشت جهانی نیز در بسیاری از برنامه‌های خود بر روی آن تأکید دارد. [۳۰] سطح رضایت گیرندگان خدمت در مراکز بهداشتی، درمانی تعاونی بالاتر از مراکز بهداشتی، درمانی دولتی بود. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که رضایت بیمار در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی تحت تأثیر الگوی ارائه خدمت، برخورد پزشک، در دسترس بودن خدمات در ساعات غیراداری، مهارت پزشک، استمرار خدمت و موجود بودن برنامه‌های غربالگری قرار می‌گیرد. [۳۱-۳۴] نتایج به دست آمده از این پژوهش نیز نشان داد که طول مشاوره، ایجاد محیط خلوت در زمان نیاز به معاینه بالینی، ارائه اطلاعات موردنیاز و آموزش با میزان رضایت رابطه مستقیم دارند.

پژوهش نشان می‌دهد که ارائه خدمات بهداشتی، درمانی در قالب تعاونی‌های بهداشتی، درمانی که مدلی از ترکیب بخش دولتی و خصوصی است، می‌تواند در مراقبت بیماری‌های غیرواگیر در کنار بخش دولتی و با نظارت مستمر عملکرد آن‌ها نقش مهمی را ایفا نماید.

- TK. Meeting patient expectations of care: the major determinant of satisfaction with out-of-hours primary medical care?. *Fam Pract* 2002; 19(4):333-338.
19. World Health Organization. Health development in a changing world: a call for action. Forty sixth World Health Assembly. Geneva, 3-14 May 1993 (Resolution WHA46.17).
20. Cross C. Partnerships between non-governmental development organizations. *Annals of Tropical Medicine & Parasitology* 1998; 92(Suppl 1):155- 156.
21. Khan MM, Khan SH, Walker D, Fox-Rushby J, Cutts F, Akramuzzaman SM. Cost of delivering child immunization services in urban Bangladesh: a study based on facility-level surveys. *Journal of Health, Population, and Nutrition* 2004; 22(4):404-412.
22. LeBaron CW, Lyons B, Massoudi M, Stevenson J. Childhood vaccination providers in the United States. *American Journal of Public Health* 2002; 92(2):266-270.
23. Peters D H, Yazbeck A S, Sharma R, Ramana G N, Pritchett L H. Better Health Systems for India's Poor. Washington DC: World Bank, 2002.
24. Dewan PK, Lal SS, Lonroth K, Wares F, Uplekar M, Sahu S, et al. Improving tuberculosis control through public-private collaboration in India: literature Review. *BMJ* 2006; 332(7541):574-578.
25. Floyd K, Arora VK, Murthy KJ, Lonroth K, Singla N, Akbar Y, et al. Cost, and cost-effectiveness of PPM-DOTS for tuberculosis control: evidence from India. *Bulletin of the World Health Organization* 2006; 84(6): 437-445.
26. Nikniyaz A, Farahbakhsh M, Ashjaei K, Tabrizi D S, Sadeghi-Bazargani H, Zakeri A. Maternity, and child health care services delivered by public health centers compared to health cooperatives: Iran's experience. *Journal of Medical Sciences* 2006; 6 (3): 352-358.
27. World Health Organization. The world health report Public-private mix of financing: a Korean case. *Health Policy* 2005; 74(2): 133-145.
9. Sam Agatre O. Learning from failed health reform in Uganda. *BMJ* 2004; 329: 1173-1175.
10. Chaulagai CN, Moyo CM, Koot J, Moyo HB, Sambakunsi TC et al. Design and implementation of a health management information system in Malawi: issues, innovations and results. *Health Policy Plan* 2005;20(6):375-384.
10. Perrot J, Carrin G, Sergent F. The contractual approach: new partnerships for health in developing countries. Geneva: WHO, 1997.
11. Ridley RG, Lob-Levyt J, Sachs J, Johns D, Evans T, Bale HE, et al. Round table: a role for public-private partnerships in controlling neglected diseases? *Bulletin of the World Health Organization* 2001; 79 (8):771-777.
12. Fisher AW. Patient's evaluation of outpatient medical care. *Journal of Medical Education* 1971; 46 (3): 238-244.
13. Smith WA. Consumer demand and satisfaction. The hidden key to successful privatization. Washington DC: Academy for Educational Development. *Health COM. Communication for Child Survival*, 1989.
14. Barnett B. Women's views influence choice. *Network* 1995; 16 (1):14-18.
15. Aharony L, Strasser S. Patient satisfaction: What we know about and what we still need to explore. *Medical Care Review* 2003; (50)1:49-79.
16. Lochman J E. Factors related to patients' satisfaction with their medical care. *Journal of Community Health* 1983; (9)2:91-109.
17. Scott A, R Smith. Keeping the customer satisfied: Issues in the interpretation and use of patient satisfaction surveys. *International Journal for Quality in Health Care* 1994; (6)4:353-359.
18. McKinley RK, Stevenson K, Adams S, Manku-Scott

- 2000, Health systems: improving performance. Geneva, 2000.
28. Williams S, Weinman J, Dale J, Newman S. Patient expectations: What do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction?. Family practice 1995; 12(2):193-201.
29. Calnan M et al. Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. Family practice 1994; 11:468-478.
30. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners, and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. British journal of general practice 1996; 46(411): 601-605.
31. Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, et al. General practice care and patients' priorities in Europe: an international comparison. Health policy 1998; 45(3): 175-186.

