

## مطالعه ی توزیع خدمات بستری در بیمارستان های استان آذربایجان شرقی

دکتر علی جنتی<sup>۱</sup>، دکتر علی ایمانی<sup>۱</sup>، حسن الماس پور خانقاه<sup>۲</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** برای شناسایی مشکلات پیچیده ی نظام سلامت لازم است که اطلاعات و آمار ابعاد مختلف سلامت تولید شوند. بنابراین هدف این مطالعه بررسی توزیع خدمات بستری در بیمارستان های استان آذربایجان شرقی بود.

**روش بررسی:** مطالعه ی انجام شده یک مطالعه ی توصیفی- مقطعی است که با هدف بررسی توزیع خدمات بستری در بیمارستان های استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۲ انجام شده است. جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش همه ارایه کنندگان خدمات سلامت شامل بخش های دولتی، خصوصی، تامین اجتماعی، نظامی، خیریه و غیر دولتی در سطح استان آذربایجان شرقی در طی سال ۱۳۹۲ بودند. آمار و اطلاعات، طبق فرم و نمونه ی از پیش تعیین شده (چک لیست محقق ساخته) که روایی محتوایی آن توسط پنج متخصص مدیریت سلامت تایید شده بود، به وسیله ی مشاهده ی اسناد و اطلاعات از معاونت های درمان دانشگاه علوم پزشکی، سازمان تامین اجتماعی، بیمه سلامت ایران جمع آوری گردید.

**یافته ها:** یافته های مطالعه نشان داد که بیشترین اعمال جراحی انجام شده مربوط به بخش دولتی با (۶۳/۱٪) و کمترین مربوط به بخش های غیر دولتی (بیمارستان های وابسته به هلال احمر و دانشگاه آزاد اسلامی) با (۰/۳٪) بود. بخش دولتی با (۷۱/۹٪) بیشترین و بخش غیردولتی با (۱/۲٪) کمترین بخش های ارایه دهنده ی خدمات بستری بودند.

**نتیجه گیری:** با توجه به یافته های مطالعه باید سیاست گذاری ها در راستای ایجاد تعادل و هماهنگی در ارایه خدمات توسط تمامی بخش های ارایه دهنده باشد.

**واژه های کلیدی:** خدمات بستری، بیمارستان، بخش های دولتی و غیردولتی، استان آذربایجان شرقی، ایران

دریافت مقاله: آبان ۱۳۹۵

پذیرش مقاله: اسفند ۱۳۹۵

\*نویسنده مسئول:

حسن الماس پور خانقاه:

قطب علمی آموزشی مدیریت سلامت

ایران دانشگاه علوم پزشکی تبریز

Email:

halmaspoo@gmail.com

<sup>۱</sup> دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، قطب علمی آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

## مقدمه

همانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه از نوع تعاون همگانی می‌باشد. در این نوع نظام‌های سلامت همه‌ی بخش‌های مختلف در ارائه خدمات سلامت نقش دارند (۱۰). براساس پژوهشی که در سال ۱۳۸۶ انجام گرفته در کشور ایران بخش دولتی و خصوصی در کنار هم ارائه خدمات مختلف بهداشتی و درمانی را به عهده دارند ولی عمدتاً بخش دولتی و به ویژه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این زمینه از سهم بیشتری برخوردار است (۱۰). بعد از این مطالعه، آمار و اطلاعاتی که به بررسی توزیع خدمات بستری هر یک از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت اشاره کرده باشد در دسترس نبود. در استان آذربایجان شرقی نیز طی جستجو و پرسش‌ها از دانشگاه علوم پزشکی و سایر نهادهای مرتبط، اطلاعاتی مبنی بر سهم هر یک از ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در دسترس نبود. بنابراین مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی و تعیین توزیع خدمات بستری در بیمارستان‌های استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۲ انجام شد و از آنجایی که برای برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری و طراحی مجدد برنامه‌ها به اطلاعات و آمار مبتنی بر شواهد نیاز است اطلاعات و اعداد و ارقام به دست آمده از این مطالعه می‌تواند برای سیاست‌گذاران نظام سلامت سودمند واقع گردد.

## روش بررسی

مطالعه‌ی انجام شده یک مطالعه‌ی توصیفی-مقطعی است که با هدف بررسی و تعیین توزیع خدمات بستری در بیمارستان‌های استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۲ انجام شده است. جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش همه‌ی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت شامل بخش‌های دولتی [بیمارستان‌های دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی (آموزشی و غیر آموزشی)]، خصوصی (بیمارستان‌های خصوصی)، خیریه (بیمارستان‌های وابسته به بخش خیریه)، نظامی (بیمارستان‌های وابسته به نیروهای مسلح)، تامین اجتماعی (بیمارستان‌های وابسته به سازمان تامین اجتماعی) و غیر دولتی (بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی) در سطح استان آذربایجان شرقی بودند.

جدول ۱: تعداد بیمارستان‌های استان آذربایجان شرقی به تفکیک بخش‌های مختلف

تعداد	بیمارستان‌های استان آذربایجان شرقی
۳۰	بیمارستان‌های دولتی (آموزشی و غیر آموزشی)
۵	بیمارستان‌های خصوصی
۲	بیمارستان‌های وابسته به سازمان تامین اجتماعی

سلامت به عنوان یکی از حقوق عمده‌ی انسانی تلقی می‌شود و در نتیجه همه مردم باید به منابع مورد نیاز برای تامین سلامت دسترسی داشته باشند. عوامل اثرگذار بر سلامت عوامل اقتصادی، اجتماعی، محیط فیزیکی، شیوه‌های زندگی و عوامل ژنتیکی و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی است (۱). یکی از مشکلات کنونی در خصوص سلامت عمومی که دغدغه‌ی سیاستگذاران نظام‌های سلامت شده است، نابرابری‌های موجود در وضعیت سلامت مردم است (۲). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که علی‌رغم تفاوت‌های اساسی و مهم در امور مالی، سازماندهی و ارائه خدمات بهداشتی درمانی در کشورهای مختلف همه کشورها با چالش‌های تقریباً مشابهی روبرو بوده‌اند که پاسخ‌های وارده به این چالش‌ها در کشورهای مختلف متأثر از شرایط مختلف تاریخی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی می‌باشد (۳ و ۴). مطالعه‌ی تجربیات جهانی در این حوزه نیز نشان از آن دارد که در کل، نظام مدیریت سلامت و رفاه اجتماعی در اکثر کشورهای توسعه یافته دارای برنامه‌ریزی متمرکز است، اما در مقام اجرا از یک نظام کاملاً غیرمتمرکز پیروی می‌کنند (۵). در حقیقت، برای اینکه مشکلات سلامت مردم که روز به روز پیچیده‌تر می‌شوند، شناخته و اندازه‌گیری شوند، لازم است که اطلاعات و آمار ابعاد مختلف سلامت تولید شوند. آمار و اطلاعات سلامت در مراحل مختلف برنامه‌ریزی و سیاستگذاری سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرند (۸-۲). علی‌رغم دستاوردهای مهمی که نظام سلامت ایران در حیطه‌ی مراقبت‌های بهداشتی اولیه داشته است، دسترسی مردم به خدمات سطح دو و سه همواره با مشکلات زیادی مواجه بوده است که یکی از دلایل مهم آن نبود رویکرد سلامت محور و توجه به پیشگیری در مقایسه با درمان در مجموعه نظام سلامت کشور ایران بوده و متأسفانه این مشکل در بین مردم به صورت فرهنگ در آمده که با اولین احساس درد به متخصص یا فوق تخصص مراجعه نمایند، در صورتی که این وضعیت در اکثر کشورها خصوصاً کشورهای توسعه یافته وجود ندارد (۹). نظام بهداشتی درمانی ایران

۲	بیمارستان های وابسته به نیروهای مسلح
۱	بیمارستان های خیریه
۱	بیمارستان های غیر دولتی (دانشگاه آزاد اسلامی و ...)

خدمات بستری و جراحی به وسیله ی چک لیست محقق ساخته و با مشاهده ی اسناد و اطلاعات مربوط از معاونت درمان، سازمان تامین اجتماعی و بیمه سلامت ایران جمع آوری گردید. آمار و اطلاعات خدمات ارایه شده زیر پوشش بیمه های تکمیلی و همچنین آمار و اطلاعات مربوط به خدمات ارایه شده غیر بیمه ای (آزاد) بیمارستان ها و مراکز درمانی جزو معیارهای خروج مطالعه بودند. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS 18 و آمار توصیفی استفاده گردید. مسایل اخلاقی این مطالعه شامل کسب اجازه از معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز و رعایت کامل اصول اخلاقی در استفاده از اطلاعات دریافتی از سازمان های مربوط انجام شد.

### یافته ها

یافته های مطالعه ی ما در مجموع، شامل اطلاعات ۴۱ بیمارستان در سطح استان آذربایجان شرقی می باشد که در جدول ۱ به مشخصات آنها اشاره شده است. تعداد بیمارستان های دولتی [وابسته به دانشگاه علوم پزشکی (آموزشی و غیر آموزشی)]، بیمارستان های خصوصی، بیمارستان های وابسته به سازمان تامین اجتماعی، بیمارستان های نظامی، خیریه و غیر دولتی (دانشگاه آزاد) به ترتیب ۳۰، ۵، ۲، ۱، ۱ می باشد.

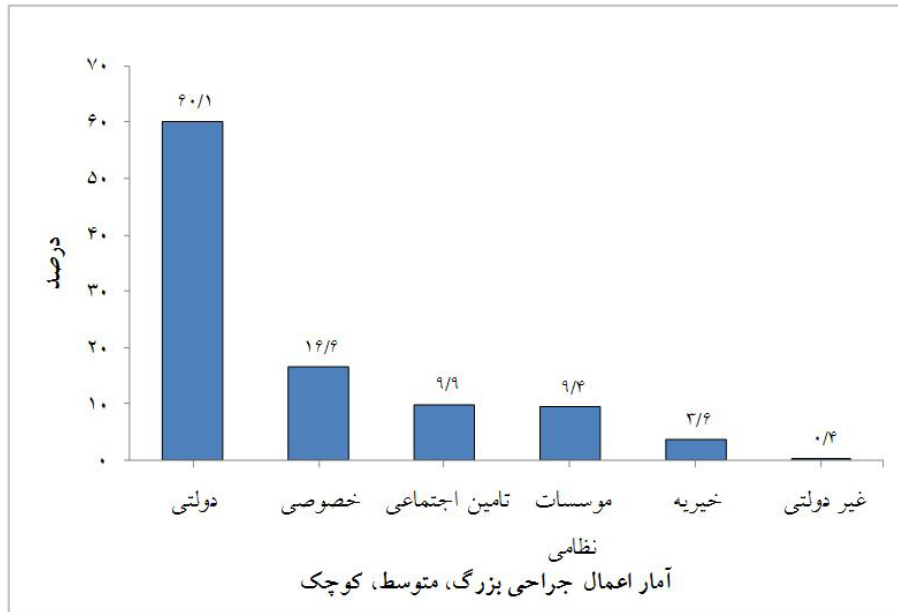
در این پژوهش آمار و اطلاعات همه بیمارستان های سطح استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۲ مطالعه شده است (جدول ۱). جمع آوری داده ها به وسیله ی چک لیست محقق ساخته انجام شد. چک لیست محقق ساخته با توجه به اهداف مطالعه و پژوهش انجام شده به سال ۱۳۸۶ (۱۰) و مراجعه ی اولیه محققان به مکان های دارای اطلاعات و ضمن مشخص شدن حیطه های خدمات بستری که شامل خدمات بستری در بخش های مختلف و بستری های مربوط به اعمال جراحی، طراحی شده و در مرحله جمع آوری اطلاعات استفاده گردید. محتوای چک لیست محقق ساخته شامل نوع و تعداد خدمات ارایه شده بستری و جراحی توسط همه ی بیمارستان های استان آذربایجان شرقی بود. روایی محتوایی چک لیست محقق ساخته توسط پنج نفر متخصص مدیریت سلامت در دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تایید شد. روایی محتوایی فرم محقق ساخته با استفاده از "شاخص روایی محتوا" (Content Validity Index) و "ضریب نسبت روایی محتوا" (Content Validity Ratio) توسط پنج نفر متخصص مدیریت سلامت در دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تایید شد (۱۱ و ۱۲). با استفاده از روش های ذکر شده و فرمول های "شاخص روایی محتوا" و "ضریب نسبت روایی محتوا" به ترتیب ۰/۸ و ۰/۹۹ به دست آمد که نشان از سطح بالایی از موافقت کارشناسان دارد. داده های مربوط به اطلاعات

جدول ۲: وضعیت کلی اعمال جراحی انجام شده استان آذربایجان شرقی به تفکیک بخش های مختلف (ارایه دهنده ی فدمت در سال ۱۳۹۲)

بخش های مختلف ارایه کننده خدمات	تعداد کل اعمال جراحی	درصد هر یک از بخش ها
دولتی	۱۵۴۱۸۴	۶۳/۱٪
خصوصی	۳۴۹۳۰	۱۴/۳٪
تامین اجتماعی	۲۱۷۶۳	۸/۹٪
موسسات نظامی	۲۴۹۳۰	۱۰/۳٪
خیریه	۷۶۷۴	۳/۱٪
غیر دولتی	۷۸۰	۰/۳٪

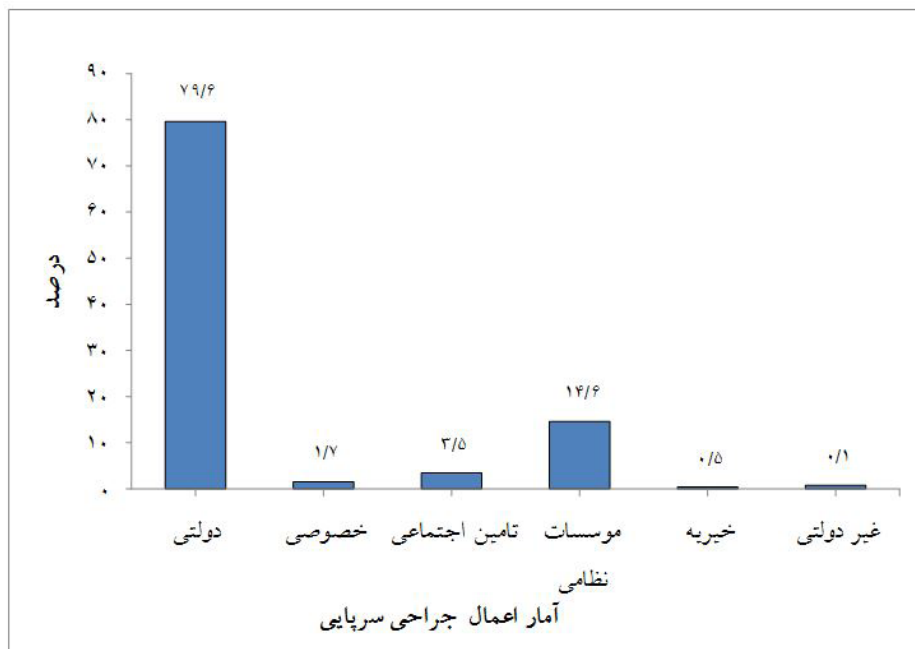
غیر دولتی با (۰/۳٪) می باشد (جدول ۲).

یافته های مطالعه نشان داد که بیشترین اعمال جراحی انجام شده مربوط به بخش دولتی با (۶۳/۱٪) و کمترین مربوط به بخش های



نمودار ۱: وضعیت اعمال جراحی (بزرگ، متوسط و کوچک) انجام شده استان آذربایجان شرقی به تفکیک بخشهای مختلف (ارایه دهنده ی خدمت در سال ۱۳۹۲)

در بین بخش های مختلف بیشترین اعمال جراحی (بزرگ و متوسط) انجام شده مربوط به بخش دولتی می باشد و بخش خصوصی تنها (۱۶/۶٪) اعمال جراحی را به خود اختصاص داده است (نمودار ۱).



نمودار ۲: وضعیت اعمال جراحی سرپایی انجام شده استان آذربایجان شرقی به تفکیک بخش های مختلف (ارایه دهنده ی خدمت در سال ۱۳۹۲)

اعمال جراحی انجام شده مربوط به بیمارستان های امام رضا و شهدا و کمترین مربوط به بیمارستان های کلیبر و اسکو بود. در بین بیمارستان های خصوصی هم بیشترین سهم اعمال جراحی انجام شده مربوط به بیمارستان شمس بود.

همچنین بیشترین اعمال جراحی های سرپایی مربوط به بخش دولتی با (۷۹/۶٪) بوده است و در بین بخش های دیگر ارایه دهنده ی خدمت موسسات نظامی بیشترین سهم را در جراحی سرپایی با (۱۴/۶٪) به خود اختصاص داده است (نمودار ۲). همچنین در بین بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز بیشترین

جدول ۳: وضعیت ارایه خدمات بستری استان آذربایجان شرقی به تفکیک بخش های مختلف ارایه دهنده ی خدمات در سال ۱۳۹۲

بخش های مختلف ارایه کننده ی خدمات	تعداد کل خدمات بستری	درصد هر یک از بخش ها
دولتی	۳۴۸۷۲۶	٪۷۱/۹
خصوصی	۴۷۴۱۱	٪۹/۸
تامین اجتماعی	۳۸۱۸۳	٪۷/۹
موسسات نظامی	۳۳۶۶۰	٪۶/۹
خیریه	۱۱۱۹۸	٪۲/۳
غیر دولتی	۶۰۴۲	٪۱/۲

یافته های مطالعه نشان داد که بخش دولتی با (٪۷۱/۹) بیشترین و بخش غیر دولتی با (٪۱/۲) کمترین بخش های ارایه دهنده ی خدمات بستری می باشد و بخش خصوصی هم تنها (٪۹/۸) در ارایه خدمات بستری در سطح استان سهم داشته است (جدول ۳).

جدول ۴: وضعیت ارایه خدمات بستری استان آذربایجان شرقی به تفکیک بخش های مختلف ارایه دهنده ی خدمات در سال ۱۳۹۲

بخش های مختلف ارایه کننده ی خدمات	بستری بخش های داخلی		بستری بخش های جراحی		بستری بخش های ویژه	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
موسسات دولتی*	۷۶۶۷۶	٪۸۸/۵	۲۳۶۱۷۵	٪۶۸/۲	۳۲۸۷۵	٪۶۷/۵
موسسات خصوصی**	۸۰۸	٪۰/۹	۴۳۶۵۲	٪۱۲/۶	۲۹۵۱	٪۶/۱
موسسات وابسته به تامین اجتماعی	۳۸۷۱	٪۴/۳	۲۴۹۴۵	٪۷/۲	۹۳۶۷	٪۱۹/۲
موسسات نظامی	۵۶۳۷	٪۶/۳	۲۵۶۷۴	٪۷/۴	۲۳۴۹	٪۴/۸
موسسات خیریه	۰	۰	۱۰۰۲۳	٪۲/۹	۱۱۷۵	٪۲/۴
موسسات غیر دولتی***	۰	۰	۶۰۴۲	٪۱/۷	۰	۰

\* بیمارستان های دولتی آموزشی و غیر آموزشی

\*\* بیمارستان های خصوصی

\*\*\* دانشگاه آزاد اسلامی

و بیمارستان شفا کمترین بستری کنندگان بخش های جراحی را به خود اختصاص داده بودند. همچنین در بین بیمارستان های دولتی، بیمارستان های شهید مدنی و امام رضا(ع) تبریز بیشترین بستری کنندگان بخش های ویژه را به خود اختصاص داده بودند. در بین بیمارستان های خصوصی هم بیمارستان های نورنجات و شمس بیشترین بستری کنندگان بخش های ویژه را به خود اختصاص داده بودند.

### بحث

در حقیقت، برای اینکه مشکلات سلامت مردم که روز به روز پیچیده تر می شوند، شناخته و اندازه گیری شوند، لازم است که اطلاعات و آمار ابعاد مختلف سلامت تولید شوند. بنابراین مطالعه ی حاضر با هدف دستیابی به سهم هر یک از ارایه دهندگان خدمات سلامت، اطلاعات خدمات بستری ارایه شده توسط تمامی

یافته ها نشان داد که بخش دولتی در هر سه بخش بستری های داخلی، جراحی و ویژه به ترتیب با (٪۸۸/۵)، (٪۶۸/۲) و (٪۶۷/۵) بیشترین خدمات را ارایه داده است (جدول ۴). همچنین نتایج نشان می دهد که در بین بیمارستان های دولتی، بیمارستان های امام رضا(ع)، بیمارستان کودکان و بیمارستان رازی تبریز به ترتیب بیشترین و بیمارستان های استاد شهریار بستان آباد، هادی شهر جلفا و امام خمینی (ره) اسکو کمترین بستری کنندگان بخش های داخلی را داشتند. در بین موسسات و بیمارستان های خصوصی (٪۰/۹) بستری بخش های داخلی فقط متعلق به دو بیمارستان شمس و نورنجات است (جدول ۴). در بین بیمارستان های دولتی، بیمارستان های امام رضا(ع) و بیمارستان شهدای تبریز به ترتیب بیشترین و بیمارستان های استان شهریار بستان آباد، هادی شهر جلفا و امام خمینی (ره) اسکو کمترین بستری کنندگان بخش های جراحی را به خود اختصاص داده بودند. همچنین در بین بیمارستان های خصوصی بیمارستان شمس بیشترین

ارایه دهندگان خدمات سلامت در سطح استان آذربایجان شرقی انجام شد. یافته‌های مطالعه‌ی توصیفی- مقطعی حاضر نشان داد که بخش دولتی در خط مقدم ارایه دهندگان خدمات بستری قرار دارد و بخش‌های خصوصی (رسمی و غیر رسمی) سهم کمتری را نسبت به بخش دولتی در ارایه خدمات ایفا می‌کنند. یافته‌های مطالعه فوق نشان داد که بیشترین اعمال جراحی انجام شده مربوط به بخش دولتی با (۶۳/۱٪) و کمترین مربوط به بخش‌های غیر دولتی (بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی) با (۰/۳٪) بود. در واقع بالا بودن سهم بخش دولتی در این حیطه بیشتر به خاطر این موضوع بود که اکثر بیمارستان‌های استان در اختیار بخش دولتی می‌باشد و چون در این بخش هزینه‌ها نسبت به بخش خصوصی پایین است، تعداد بستری و جراحی بیشتر است. این نتایج مشابه یافته‌های به دست آمده برای کشور نروژ می‌باشد. در این کشور وزارت بهداشت، درمان و خدمات مراقبتی نقش بسیار برجسته‌ای در مراقبت‌های ثانوی دارند. بخش دولتی مالک بیمارستان‌ها بوده و برخی از دستورات عمل‌ها را از مقامات بهداشت منطقه‌ای تدوین می‌کنند که همگی بیمارستان‌های دولتی هستند (۱۳ و ۱۴). همچنین مشابه با این یافته‌ها، گزارش‌های حاصل از مطالعات در ترکیه هم بیان می‌کند که وزارت بهداشت نیز ارایه دهنده‌ی مراقبت‌های بیمارستانی، مراقبت بهداشتی و تنها ارایه کننده‌ی گزارش‌های خدمات بهداشتی و درمانی است و اگر چه بیمارستان‌های خصوصی نیز خدمات ارایه می‌دهند، ولی ظرفیتشان کم است (۱۵). همچنین این نتایج با نتایج Busse و همکاران مطابقت دارد که تحقیقات خود را در مورد ارایه خدمات سلامت در کشور انگلستان انجام داد و گزارش داد که وزارت بهداشت وظیفه‌ی تعیین سیاست‌های عمومی و تخصیص بودجه؛ ادارات منطقه‌ای وظیفه‌ی برنامه‌ریزی راهبردی، کنترل بر فعالیت واحدهای درمانی؛ ادارات ناحیه‌ای، وظیفه‌ی بررسی نیازهای شهروندان و اجرای خط‌مشی‌های ملی و منطقه‌ای را بر عهده دارند (۱۶). در واقع بالا بودن سهم بخش دولتی در این حیطه بیشتر به خاطر این موضوع بود که اکثریت بیمارستان‌های استان در اختیار بخش دولتی است و چون در این بخش هزینه‌ها نسبت به بخش خصوصی پایین می‌باشد، تعداد بستری و جراحی بیشتر است. یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد که بخش دولتی با (۷۱/۹٪) بیشترین و بخش غیر دولتی با (۱/۲٪) کمترین بخش‌های ارایه دهنده‌ی خدمات بستری بودند و بخش خصوصی هم تنها (۹/۸٪) در ارایه خدمات بستری در سطح استان سهمی ایفا کرده است. علت بالا بودن سهم بخش دولتی علاوه بر داشتن امکانات بیشتر و در دسترس‌تر، کمتر بودن هزینه‌های بستری و نبود یک نظام ارجاع منظم و قانونمند در این حیطه می‌باشد. این نتایج مشابه گزارش‌ها برای کشور نروژ می‌باشد که بخش دولتی از طریق

انجمن‌های بهداشتی منطقه‌ای برای مراقبت‌های جسمی و روانی بیماران بستری پاسخگو می‌باشند. همچنین در این کشور مراقبت‌های بستری و پرستاری بلندمدت و در منزل، ارتقای بهداشتی، طب پیشگیری، مراقبت‌های اورژانسی و خدمات توانبخشی باید توسط شهرداری انجام گردد (۱۳ و ۱۴). همچنین مشابه با این نتایج، در کشور عربستان بیش از (۶۰٪) از خدمات بهداشتی و درمانی برای بستری بیماران توسط وزارت بهداشت و درمان انجام می‌شود (۱۷). همچنین این نتایج مشابه با گزارش‌ها برای کشور استرالیا بود که در این کشور بیشتر از (۶۷٪) تحت‌های بیمارستانی متعلق به بخش دولتی و (۳۳٪) مربوط به بخش خصوصی بودند (۱۸ و ۱۹). همچنین خدمات بیمارستانی در اکثر کشورهای منطقه‌ی خاورمیانه و به خصوص غرب آسیا توسط بیمارستان‌های بزرگ دولتی ارایه می‌شود (۲۰). علت بالا بودن سهم بخش دولتی علاوه بر داشتن امکانات بیشتر و در دسترس‌تر بودن برای تمامی اقشار جامعه و همچنین کمتر بودن هزینه‌های بستری و شاید نبود یک نظام ارجاع منظم و قانونمند در این حیطه طبیعی به نظر برسد. این یافته‌ها با مطالعه‌ی Ferrinho و همکاران که به مطالعه‌ی توزیع خدمات سلامت در ایران پرداخته بودند همخوانی دارد که در آن بخش دولتی و در راس آنها وزارت بهداشت در خط مقدم ارایه دهندگان قرار داشتند و بخش‌های دیگر نقش کمتری را به خود اختصاص داده بودند. حال بعد از گذشت ۲۰ سال هنوز در حیطه‌ی خدمات بستری تفاوت چندانی به چشم نمی‌خورد. در واقع در اینجا برای مشارکت بخش دولتی و خصوصی برای سودمندی هر دو طرف گفت و گوی معقول و موثر مورد نیاز است و نگرش‌ها در مورد بخش خصوصی در حال تغییر می‌باشد (۲۱). در واقع سیاست‌گذاران دیگر نمی‌توانند از نقش بخش‌های خصوصی در ارایه خدمات سلامت چشم‌پوشی کنند و باید برای دستیابی به اهداف سلامت‌گزینه‌ی کار با این بخش‌ها را دنبال کنند (۲۲). در واقع خصوصی‌سازی یا مشارکت‌های دولتی- خصوصی زمانی موفق خواهند بود که از طرف دولت اعمال نظارت دقیق و قوی صورت پذیرد (۲۳). هر چند در مسیر خصوصی‌سازی یا مشارکت با بخش خصوصی هم باید تمام دقت و توجه از طرف دست‌انداران لحاظ شود؛ چون مطالعه‌ی مروری Egglestona و همکاران نشان داد که مشکلات به وجود آمده در نظام سلامت چین با تغییر مالکیت به بخش خصوصی و یا تشویق ارایه دهندگان خصوصی و دولتی به رقابت با یکدیگر برای جذب بیماران حل نشده است (۲۴). همچنین مطالعه‌ی مرور نظام مند Basu و همکاران نشان داد که بخش خصوصی بر خلاف آنچه که ادعا می‌شود در حیطه‌ی مراقبت‌های پزشکی کارآمدتر، پاسخگوتر و موثرتر نمی‌باشد (۲۵). از جمله محدودیت‌های مطالعه‌ی فوق به عدم امکان

مراجعه به بخش دولتی کاسته شده و میزان رضایت مندی نسبت به خدمات ارایه شده توسط بخش دولتی نیز افزایش می یابد. همچنین از سازمان های خصوصی و نیمه خصوصی در راستای توزیع بهتر مراجعان حمایت شود و قوانین و آیین نامه ها طوری ارایه شوند که نگرش رقابت در سیستم سلامت به نگرش همکاری و افزایش خدمات و رضایت به مصرف کننده تغییر یابد؛ و بخش های خصوصی و بخش های غیردولتی با توجه به پتانسیل بالایی که دارند باید سرمایه گذاری های بیشتری در بخش های بستری و جراحی کنند تا بتوانند سهم بیشتری از این بخش های مهم از خدمات سلامت را به دست آورند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه ی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی به شماره ۱/۲۳۵/م بوده و توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز حمایت مالی شده است. نویسندگان بر خود لازم می دانند از تمامی سازمان ها و ارگان ها به دلیل در اختیار گذاشتن داده ها و اطلاعات مورد نیاز تشکر و قدردانی نمایند.

وارد شدن متغیرهای مهم دیگر به تحقیق به دلیل پیچیدگی آنها، عدم بررسی متغیرهایی مثل کیفیت مراقبت های سلامت، هزینه های پرداخت شده، کارایی، رضایتمندی و سایر متغیرها به دلیل عدم همکاری برخی از سازمان های مورد مطالعه می توان اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می شود با توجه به یافته های مطالعه ی فوق مطالعات دیگری نیز با متغیرهای دیگر انجام گیرد.

### نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد که بیشتر خدمات بستری در استان توسط بخش های دولتی ارایه می شود و بخش های دیگر سهم ناچیزی را به خود اختصاص داده اند. با توجه به یافته های مطالعه به نظر می رسد که سیاست گذاری ها باید در راستای ایجاد تعادل و هماهنگی در ارایه خدمات توسط تمامی بخش های ارایه دهنده باشد و مدیریت توزیع در مراجعه کنندگان براساس رویکردهای مالی و دسترسی به بخش های دولتی و نیمه خصوصی و خصوصی مدنظر قرار گیرد. نکته ی مهم دیگر که باید مدنظر سیاست گذاران و مدیران بخش سلامت باشد، رویکرد منفی جامعه نسبت به ارایه خدمات در بخش خصوصی است که در صورت تغییر این رویکرد از حجم ترافیک

### منابع

- Gauld R, Blank R, Burgers J, Cohen AB, Dobrow M, Ikegami N, et al. The world health report 2008 – primary healthcare: How wide is the gap between its agenda and implementation in 12 high-income health systems? *Healthcare Policy* 2012; 7(3): 38-58.
- Murrey CJ. Towards good practice for health statistics: Lessons from the millennium development goal health indicators. *Lancet* 2007; 369(9564): 862-73.
- Rannan-Eliya RP, Blanco-Vidal C & Nandakumar AK. The distribution of health care resources in Egypt: Implications for equity an analysis using a national health accounts framework. Available at: <http://www.eldis.org/document/A11348>. 2012.
- Bahensky JA, Roe J & Bolton R. Learn-will it work for healthcare? *Journal of Healthcare Information Management* 2005; 19(1): 39-44.
- Masoudi Asl I, Nosrati Nejad F, Akhavan Behbahani A & Mousavi Khatat SM. The proposed model for integrating health and social welfare system in Iran based on comparative studies. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research* 2010; 10(1): 115-25[Article in Persian].
- Theo L, Rainer S & Claude B. Design and implementation of health information systems. Available at: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42289>. 2000.
- Murray CJL & Evans DB. Health systems performance assessment. Available at: [whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562455.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562455.pdf). 2003.
- Boerma JT & Stansfield SK. Health statistic now: Are we making the right investment. *Lancet* 2007; 369(9563): 779-86.
- Ghanbari R, Karimi E & Mahmoudi M. Designing competition in the provision of services of public hospitals. *Journal of Health System* 2009; 1(3): 57-68[Article in Persian].
- Asefzadeh S & Rezapoor A. Health management. Qazvin: Publications of Qazvin University of Medical Sciences of Past and Today Tradition; 2008: 77-101[Book in Persian].



11. Yaghmaie F. Content validity and its estimation. *Journal of Medical Education* 2003; 3(1): 25-7.
12. Hajizadeh E & Asghari M. *Statistical methods and analyses in health biosciences*. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: Publications of Jihad-e-Daneshgahi; 2012: 14[Book in Persian].
13. Ringard A, Sagan A, Sperre Saunes I & Lindahl AK. Norway: Health system review. *Health Systems in Transition* 2013; 15(8): 1-162.
14. OECD. *OECD reviews of health care quality: Norway 2014*. Available at: <http://www.oecd.org/publications/oecd-reviews-of-health-care-quality-norway-2014-9789264208469-en.htm>. 2014.
15. Tatar M, Mollahaliloglu S, Sahin B, Aydin S, Maresso A & Hernández-Quevedo C. Turkey. Health system review. *Health Syst Transit* 2011; 13(6): 1-186.
16. Busse R, Dixon A, Healy J, Krasnik A, Leon S, Paris V, et al. Available at: <http://www.cimca.ca/i/m/Health-Care-Systems-in-Eight-Countries-European-Observatory.pdf>. 2002.
17. Mobaraki AE & Söderfeldt B. Gender inequity in Saudi Arabia and its role in public health. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2010; 16(1): 113-8.
18. Healy J, Sharman E & Lokuge B. Australia: Health system review. Geneva: WHO; 2006: 1-158.
19. OECD. *OECD reviews of health care quality: Australia 2015*. Available at: <http://www.oecd.org/australia/oecd-reviews-of-health-care-quality-australia-2015-9789264233836-en.htm>. 2015.
20. Kronfol NM. Delivery of health services in Arab countries: A review. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2012; 18(12): 1229-38.
21. Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipólito F & Biscaia A. Dual practice in the health sector: Review of the evidence. *Human Resources for Health* 2004; 2(1): 14.
22. Propper C & Green K. A larger role for the private sector in financing UK health care: The arguments and the evidence. *Journal of Social Policy* 2001; 30(4): 685-704.
23. Palmer N, Mills A, Wade H, Gilson L & Schneider H. A new face for private providers in developing countries: What implications for public health? *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81(4): 292-7.
24. Eggleston K, Lingb L, Qingyue M, Lindelow M & Wagstaff A. Health service delivery in china: A literature review. *Health Economics* 2008; 17(2): 149-65.
25. Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R & Stuckler D. Comparative performance of private and public healthcare systems in low-and middle-income countries: A systematic review. *Plos Medicine* 2012; 9(6): 1001244.



## Studying the Distribution of Hospitalization Services at Hospitals in East Azerbaijan Province

Janati Ali<sup>1</sup> (Ph.D.) - Imani Ali<sup>1</sup> (Ph.D.) - Almaspoor Khangah Hassan<sup>2</sup> (M.S.)

<sup>1</sup> Associate Professor, Health Services Management Department, School of Management and Medical Informatics, Iranian Center of Excellence in Health Management, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>2</sup> Master of Science in Health Services Management, Student Research Committee, School of Management and Medical Informatics, Iranian Center of Excellence in Health Management, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

### Abstract

Received: Oct 2016

Accepted: Feb 2017

**Background and Aim:** It is necessary that various aspects of health information and statistics are identified and measured since health problems are getting more complex day by day. This study is aimed to investigate the distribution of Hospitalization Services in Hospitals in East Azerbaijan province.

**Materials and Methods:** This research was a descriptive, cross-sectional study, which aimed to determine the share of hospitalization services in different sectors providing healthcare services in East Azerbaijan Province. The study population consisted of all health service providers, including the public sector, private, charity, military, Social Security and NGOs in the province of Eastern Azerbaijan. The data from all functional health sectors, including health centers and hospitals were studied during 2014. The data relevant to performance were collected according to a pre-determined format (researcher-built checklist). Content validity of checklist was approved by five Health Services Management professionals and experts.

**Results:** The study findings showed that the maximum and minimum number of surgeries has been done in the public sector (63.1%) and the non-governmental sectors (3%), respectively. The public sector (71.9%) and non-governmental sectors (Red Crescent and Azad University) (1.2%) provided the maximum and minimum hospitalization services, respectively.

**Conclusion:** According to the study findings, Policies should be aimed to create balance and harmony in the provision of services among all service providers.

**Keywords:** Hospitalization Services, Hospital, Public and Private Sector, East Azerbaijan Province, Iran

\* Corresponding Author:  
Almaspoor Khangah H;  
Email:  
halmaspoor@gmail.com