

مطالعه‌ی توزیع خدمات بستره در بیمارستان‌های استان آذربایجان شرقی

دکتر علی جنتی^۱، دکتر علی ایمانی^۱، حسن الماس پور خانقاہ^۲

چکیده

زمینه و هدف: برای شناسایی مشکلات پیچیده‌ی نظام سلامت لازم است که اطلاعات و آمار ابعاد مختلف سلامت تولید شوند. بنابراین هدف این مطالعه بررسی توزیع خدمات بستره در بیمارستان‌های استان آذربایجان شرقی بود.

روش بررسی: مطالعه‌ی انجام شده یک مطالعه‌ی توصیفی- مقطعی است که با هدف بررسی توزیع خدمات بستره در بیمارستان‌های استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۲ انجام شده است. جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش همه ارایه‌کنندگان خدمات سلامت شامل بخش‌های 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 نمونه‌ی از پیش تعیین شده (چک لیست محقق ساخته) که روابط محتوایی آن توسط پنج متخصص مدیریت سلامت تایید شده بود، به وسیله‌ی مشاهده‌ی اسناد و اطلاعات از معاونت‌های درمان دانشگاه علوم پزشکی، سازمان تامین اجتماعی، بیمه سلامت ایران جمع آوری گردید.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه نشان داد که بیشترین اعمال جراحی انجام شده مربوط به بخش دولتی (۶۳٪) و کمترین مربوط به بخش‌های غیر دولتی (بیمارستان‌های واپسیه به هلال احمر و دانشگاه آزاد اسلامی) (۳٪) بود. بخش دولتی (۷۱٪) بیشترین و بخش غیردولتی (۱۰٪) کمترین بخش‌های ارایه دهنده خدمات بستره بودند.

نتیجه گیری: با توجه به یافته‌های مطالعه باید سیاست گذاری‌ها در راستای ایجاد تعادل و هماهنگی در ارایه خدمات توسط تمامی بخش‌های ارایه دهنده باشد.

واژه‌های کلیدی: خدمات بستره، بیمارستان، بخش‌های دولتی و غیردولتی، استان آذربایجان شرقی، ایران

دربافت مقاله: آبان ۱۳۹۵
پذیرش مقاله: اسفند ۱۳۹۵

*نویسنده مسئول:
حسن الماس پور خانقاہ؛
قطب علمی آموزشی مدیریت سلامت
ایران دانشگاه علوم پزشکی تبریز

Email:
halmaspoor@gmail.com

^۱ 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

^۲ 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 می باشد. در این نوع نظام های سلامت همه‌ی بخش‌های مختلف در ارایه خدمات سلامت نقش دارند^(۱۰). براساس پژوهشی که در سال ۱۳۸۶ انجام گرفته در کشور ایران بخش دولتی و خصوصی در کنار هم ارایه خدمات مختلف بهداشتی و درمانی را به عهده دارند ولی عمدتاً بخش دولتی و به وزیره وزارت بهداشت، درمان و آموزش پژوهشی در این زمینه از سهم بیشتری برخوردار است^(۱۰). بعد از این مطالعه، آمار و اطلاعاتی که به بررسی توزیع خدمات بستره هر یک از ارایه دهنگان 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 ارایه کنندگان خدمات سلامت در دسترس نبود. بنابراین مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی و تعیین توزیع خدمات بستره در بیمارستان‌های استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۲ انجام شد و از آنجایی که برای برنامه ریزی و سیاست گذاری و طراحی مجدد برنامه‌ها به اطلاعات و آمار مبنی بر شواهد نیاز است اطلاعات و اعداد و ارقام به دست آمده از این مطالعه می‌تواند برای سیاست گذاران نظام سلامت سودمند واقع گردد.

روش بررسی

مطالعه‌ی انجام شده یک مطالعه‌ی توصیفی - مقطوعی است که با هدف بررسی و تعیین توزیع خدمات بستره در بیمارستان‌های استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۲ انجام شده است. جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش همه‌ی ارایه کنندگان 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.

سلامت به عنوان یکی از حقوق عمده‌ی انسانی تلقی می‌شود و در نتیجه همه‌ی مردم باید به منابع مورد نیاز برای تأمین سلامت دسترسی داشته باشند. عوامل اثر گذار 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 نظام های 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 ارایه خدمات بهداشتی درمانی در کشورهای مختلف همه‌ی کشورها با چالش‌های تقریباً مشابهی روبرو بوده اند که پاسخ‌های واردہ به این چالش‌ها در کشورهای مختلف متأثر از شرایط مختلف تاریخی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی می‌باشد^{(۴) و (۳)}. 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 برنامه ریزی مرکزی 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 اندازه گیری شوند، لازم است که اطلاعات و آمار ابعاد مختلف سلامت تولید شوند. آمار و اطلاعات سلامت در مراحل مختلف برنامه ریزی و سیاستگذاری سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرند^(۲-۸). 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 متساقنه 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

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

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



۱	بیمارستان های خیریه
۱	بیمارستان های غیر دولتی(دانشگاه آزاد اسلامی و ...)

خدمات بسترهای جراحی به وسیله‌ی چک لیست محقق ساخته و با مشاهده‌ی استناد و اطلاعات مربوط از معاونت درمان، سازمان تامین اجتماعی و بیمه سلامت ایران جمع آوری گردید. آمار و اطلاعات خدمات ارایه شده زیر پوشش بیمه‌های تکمیلی و همچنین آمار و اطلاعات مربوط به خدمات ارایه شده غیر بیمه‌ای (آزاد) بیمارستان‌ها و مراکز درمانی جزو معیارهای خروج مطالعه بودند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها 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 سازمان‌های مربوط انجام شد.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه‌ی ما در مجموع، شامل اطلاعات ۴۱ بیمارستان در سطح استان آذربایجان شرقی می‌باشد که در جدول ۱ به مشخصات آنها اشاره شده است. تعداد بیمارستان‌های دولتی [وابسته به دانشگاه علوم پزشکی (آموزشی و غیر آموزشی)]، بیمارستان‌های خصوصی، بیمارستان‌های وابسته به سازمان تامین اجتماعی، بیمارستان‌های نظامی، خیریه و غیر دولتی (دانشگاه آزاد) به ترتیب ۳۰، ۲۵، ۲، ۱، ۱ می‌باشد.

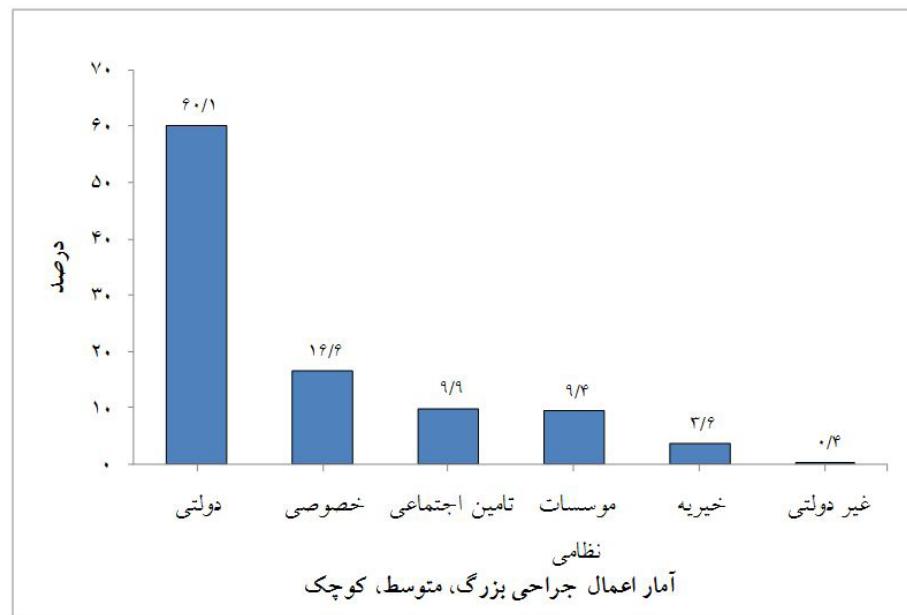
در این پژوهش آمار و اطلاعات همه بیمارستان‌های سطح استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۲ مطالعه شده است (جدول ۱). جمع آوری داده‌ها به وسیله‌ی چک لیست محقق ساخته انجام شد. چک لیست محقق ساخته با توجه به اهداف مطالعه و پژوهش انجام شده به سال ۱۳۸۶ (۱۰) و مراجعه‌ی اولیه محققان به مکان‌های دارای اطلاعات و ضمن مشخص شدن حیطه‌های خدمات بسترهای شامل خدمات بسترهای مختلف و بسترهای مربوط به اعمال جراحی، طراحی شده و در مرحله جمع آوری اطلاعات استفاده گردید. محتواهای چک لیست محقق ساخته شامل نوع و تعداد خدمات ارایه شده بسترهای و جراحی توسط همه‌ی بیمارستان‌های استان آذربایجان شرقی بود. روایی محتواهای چک لیست محقق ساخته توسط پنج نفر متخصص مدیریت سلامت در دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تایید شد. روایی محتواهای 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 اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تایید شد (۱۱ و ۱۲). با استفاده از روش‌های ذکر شده و فرمول‌های "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. داده‌های مربوط به اطلاعات

جدول ۲: وضعیت کلی اعمال جراحی انجام شده استان آذربایجان شرقی به تفکیک بخش‌های مختلف ارایه دهنده‌ی فدمت در سال ۱۳۹۲

بخش‌های مختلف ارایه کننده خدمات	تعداد کل اعمال جراحی در صد هر یک از بخش‌ها	دولتی
%۳۲/۱	۱۵۴۱۸۴	دولتی
%۱۴/۳	۳۴۹۳۰	خصوصی
%۸/۹	۲۱۷۶۳	تامین اجتماعی
%۱۰/۳	۲۴۹۳۰	موسسه‌های نظامی
%۳/۱	۷۶۷۴	خیریه
%۰/۳	۷۸۰	غیر دولتی

غیر دولتی با (۰/۳٪) می‌باشد (جدول ۲).

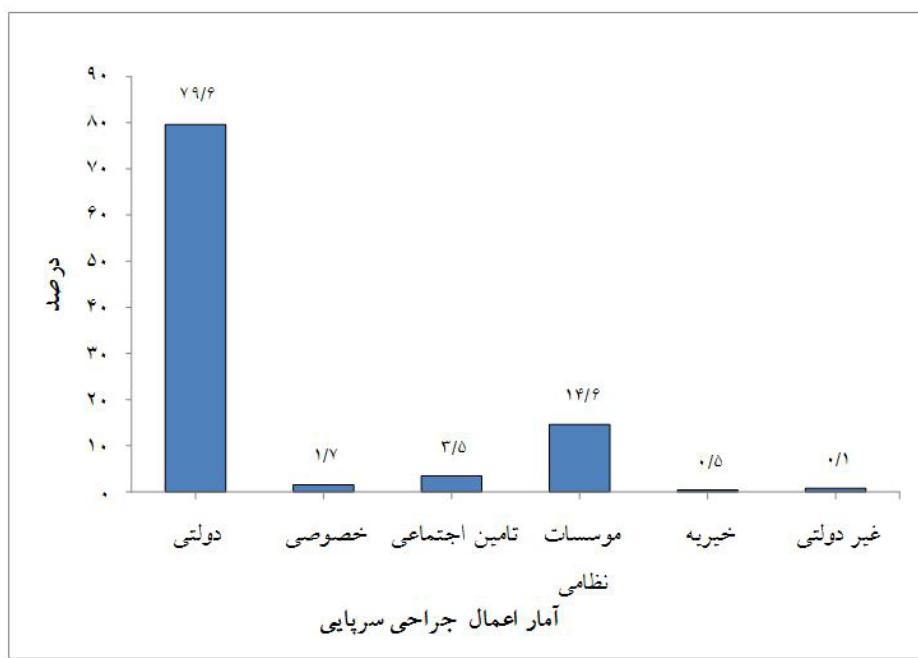
یافته‌های مطالعه نشان داد که بیشترین اعمال جراحی انجام شده مربوط به بخش دولتی با (۳۲٪) و کمترین مربوط به بخش‌های



نمودار ۱: وضاحت اعمال جراحی(بزرگ، متوسط و کوچک) انجام شده استان آذربایجان شرقی به تفکیک بخش‌های مختلف ارایه دهنده‌ی خدمات در سال ۱۳۹۲

تنها(۱۶/۶٪) اعمال جراحی را به خود اختصاص داده است(نمودار ۱).

در بین بخش‌های مختلف بیشترین اعمال جراحی(بزرگ و متوسط) انجام شده مربوط به بخش دولتی می باشد و بخش خصوصی



نمودار ۲: وضاحت اعمال جراحی سرپایی انجام شده استان آذربایجان شرقی به تفکیک بخش‌های مختلف ارایه دهنده‌ی خدمات در سال ۱۳۹۲

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

همچنین بیشترین اعمال جراحی‌های سرپایی مربوط به بخش دولتی با(79/6٪) بوده است و در بین بخش‌های دیگر ارایه دهنده‌ی خدمت موسسات نظامی بیشترین سهم را در جراحی سرپایی با(14/6٪) به خود اختصاص داده است(نمودار ۲). همچنین در بین بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز بیشترین



جدول ۱۳: وضاحت ارایه خدمات بسترهای از جمله آذربایجان شرقی به تفکیک بخش‌های مختلف ارایه دهنده ای خدمات در سال ۱۳۹۶

بخش‌های مختلف ارایه کننده ای خدمات	تعداد کل خدمات بسترهای ارایه دهنده ای که یک از بخش‌ها	درصد
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

بسترهای می باشد و بخش خصوصی هم تنها (%۹/۸) در ارایه خدمات بسترهای در سطح استان سهم داشته است(جدول ۳).

یافته های مطالعه نشان داد که بخش دولتی با (%۷۱/۹) بیشترین و بخش غیر دولتی با (%۱/۲) کمترین بخش های ارایه دهنده ای خدمات

جدول ۱۴: وضاحت ارایه خدمات بسترهای از جمله آذربایجان شرقی به تفکیک بخش‌های مختلف ارایه دهنده ای خدمات در سال ۱۳۹۶

بخش‌های مختلف ارایه کننده ای خدمات	بسترهای بخش‌های جراحی		بسترهای بخش‌های داخلی		بسترهای بخش‌های ویژه
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۷۶۶۷۶	%۸۸/۵	۲۳۶۱۷۵	%۶۸/۲	۳۲۸۷۵	%۶۷/۵
۸۰۸	%۰/۹	۴۳۶۵۲	%۱۲/۶	۲۹۵۱	%۶/۱
۳۸۷۱	%۴/۳	۲۴۹۴۵	%۷/۲	۹۳۶۷	%۱۹/۲
۵۶۳۷	%۶/۳	۲۵۶۷۴	%۷/۴	۲۳۴۹	%۴/۸
۰	۰	۱۰۰۲۳	%۲/۹	۱۱۷۵	%۲/۴
۰	۰	۶۰۴۲	%۱/۷	۰	۰

*بیمارستان های دولتی آموزشی و غیر آموزشی

**بیمارستان های خصوصی

***دانشگاه آزاد اسلامی

و بیمارستان شفا کمترین بسترهای 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 بسترهای کنندگان بخش های ویژه را به خود اختصاص داده بودند. در بین بیمارستان های خصوصی هم بیمارستان های نورنجات و شمس بیشترین بسترهای کنندگان بخش های ویژه را به خود اختصاص داده بودند.

یافته های نشان داد که بخش دولتی در هر سه بخش بسترهای 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 بسترهای کنندگان بخش های داخلی را داشتند. در بین موسسات و بیمارستان های خصوصی (%۰/۹) بسترهای 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 استاد شهریار بستان آباد، هادی شهر جلفا و امام خمینی(ره) اسکو کمترین بسترهای کنندگان بخش های جراحی را به خود اختصاص داده بودند. همچنین در بین بیمارستان های خصوصی بیمارستان شمس بیشترین

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 مطالعه‌ی حاضر با هدف دستیابی به سهم هر یک از ارایه دهنده‌گان خدمات سلامت، اطلاعات خدمات بسترهای ارایه شده توسط تمامی



انجمنهای بهداشتی منطقه‌ای برای مراقبت‌های جسمی و روانی بیماران بستره پاسخگو می‌باشند. همچنین در این کشور مراقبت‌های بستره و پرستاری بلندمدت و در منزل، ارتقای بهداشتی، طب پیشگیری، مراقبت‌های اورژانسی و خدمات توانبخشی باید توسط شهرداری انجام گردد(۱۴ و ۱۳). همچنین مشابه با این نتایج، در کشور عربستان بیش از (۶٪) از خدمات بهداشتی و درمانی برای بستره 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٪) تخت‌های بیمارستانی متعلق به بخش دولتی و (۳۳٪) مربوط به بخش خصوصی بودند(۱۹ و ۱۸). 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 اشاره‌جامعه و همچنین کمتر بودن هزینه‌های بستره 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 دهنده قرار داشتند و بخش‌های دیگر نقش کمتری را به خود اختصاص داده بودند. حال بعد از گذشت ۲۰ سال هنوز در حیطه‌ی خدمات بستره 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 سیاست گذاران دیگر نمی‌توانند از نقش بخش‌های خصوصی در ارایه خدمات سلامت چشم پوشی کنند و باید برای دستیابی به اهداف سلامت گزینه‌ی 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 دست اندکاران لحظه شود؛ چون مطالعه‌ی مروری Eggleston و همکاران نشان داد که مشکلات به وجود آمده در نظام سلامت چین با تغییر مالکیت به بخش خصوصی و یا تشویق ارایه دهنده‌ی 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 برخلاف آنچه که ادعای شود در حیطه‌ی مراقبت‌های پزشکی کارآمدتر، پاسخگوتر و موثرتر نمی‌باشد(۲۵).

از جمله محدودیت‌های مطالعه‌ی فوق به عدم امکان

ارایه دهنده‌گان خدمات سلامت در سطح استان آذربایجان شرقی انجام شد. یافته‌های مطالعه‌ی توصیفی - مقطعی حاضر نشان داد که بخش دولتی در خط مقدم ارایه دهنده‌گان خدمات بستره 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٪) و کمترین مربوط به بخش‌های غیر دولتی (بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی) با (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 بستره 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 دارد. بخش دولتی مالک بیمارستان‌ها بوده و برخی از دستورالعمل‌ها را از مقامات بهداشت منطقه‌ای تدوین می‌کنند که همگی بیمارستان‌های دولتی هستند(۱۴ و ۱۳). 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 اگرچه 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 تاکنیکی، وظیفه‌ی بررسی نیازهای شهروندان و اجرای خط مشی‌های 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 بستره و جراحی بیشتر است. یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد که بخش دولتی با (۹٪) بیشترین و بخش غیر دولتی با (۱۲٪) کمترین بخش‌های ارایه دهنده‌ی خدمات بستره بودند و بخش خصوصی هم تنها (۸٪) در ارایه خدمات بستره در سطح استان سهمی ایفا کرده است. علت بالا بودن سهم بخش دولتی علاوه بر داشتن امکانات بیشتر و در دسترس‌تر، کمتر بودن هزینه‌های بستره 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



مراجعةه 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 کننده بتوانند سهم بیشتری از این بخش های مهم از خدمات سلامت را به دست آورند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی به شماره ۱/۲۳۵/م بوده و توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز حمایت مالی شده است. نویسنده‌گان بر خود لازم می‌دانند از تمامی سازمان‌ها و ارگان‌ها به دلیل در اختیار گذاشتن داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز تشکر و قدردانی نمایند.

وارد شدن متغیرهای مهم دیگر به تحقیق به دلیل پیچیدگی آنها، عدم بررسی متغیرهایی مثل کیفیت مراقبت‌های سلامت، هزینه‌های پرداخت شده، کارایی، رضایتمندی و سایر متغیرها به دلیل عدم همکاری برخی از سازمان‌های مورد مطالعه می‌توان اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود با توجه به یافته‌های مطالعه‌ی 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 می‌شود و بخش های دیگر سهم ناچیزی را به خود اختصاص داده اند. با توجه به یافته‌های مطالعه به نظر می‌رسد که سیاست گذاری‌ها باید در راستای ایجاد تعادل و هماهنگی در ارایه خدمات توسط تمامی بخش‌های ارایه دهنده باشد و مدیریت توزیع در مراجعته کنندگان براساس رویکردهای مالی و دسترسی به بخش های دولتی و نیمه خصوصی و خصوصی مدنظر قرار گیرد. نکته‌ی 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

1. 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.
2. Murray CJ. Towards good practice for health statistics: Lessons from the millennium development goal health indicators. *Lancet* 2007; 369(9564): 862-73.
3. 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.
4. Bahensky JA, Roe J & Bolton R. Learn-will it work for healthcare? *Journal of Healthcare Information Management* 2005; 19(1): 39-44.
5. 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].
6. Theo L, Rainer S & Claude B. Design and implementation of health information systems. Available at: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42289>. 2000.
7. Murray CJL & Evans DB. Health systems performance assessment. Available at: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562455.pdf>. 2003.
8. Boerma JT & Stansfield SK .Health statistic now: Are we making the right investment. *Lancet* 2007; 369(9563): 779-86.
9. 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].
10. 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. 2nd 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. Genava: 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 & Biscaya 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, Wadee 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. Egglestone K, Lingb L, Qingyuec M, Lindelowd 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 Ali¹ (Ph.D.) - Imani Ali¹ (Ph.D.) - Almaspoor Khangah
Hassan² (M.S.)

1 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

2 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