

Depiction of Health

2017; 7(4): 1-6

<http://dohweb.tbzmed.ac.ir>

Studying the Distribution of Outpatient Services in Health Care System in East Azerbaijan

Ali Jannati¹, Ali Imani², Hassan Almaspoor Khangah^{*3}

Article Info:

Article History:

Received: 2016/09/23

Accepted: 2016/11/09

Published: 2017/03/17

Keywords:

Outpatient Services
Health Care System
Iran

Abstract

Background and Objectives: 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 was aimed to investigate the distribution of outpatient services in East Azerbaijan province.

Material and Methods: This research was a descriptive, cross-sectional study. In this study, the data from all functional health sectors, including hospitals, health centers, and all clinics and private offices (public, private, charitable, military, social security and NGOs sectors) in 2014 were studied. The relevant performance data were collected according to pre-determined format (researcher-made check list) approved by five professionals and experts in health services management (content validity). The study was conducted in different sites including Deputy of Treatment, health section of University of Medical Sciences, Social Security Organization, Iran Health Insurance, Imam Khomeini Relief Committee, Welfare Organization and healthcare organizations of the oil industry. In order to analyze the data, SPSS 18 software was used.

Results: The information and data were collected according to pre-determined format (researcher-made check list) approved by five professionals and experts in health services management (content validity and reliability). In general, the highest and the lowest outpatient services, have been provided in the private sector (53.6%) and the charitable sector (0.6%), respectively. Social security with 27.7% and public sector with 13.4% are the largest providers of outpatient services after private sector in this province.

Conclusion: The results showed that the private sector in comparison with public sector is at the forefront of outpatient services. So, policies and decisions should be aimed to protecting and reinforcing these sectors.

Citation: Jannati A, Imani A, Almaspoor H. Studying the Distribution of Outpatient Services in Health Care System in East Azerbaijan. *Depiction of Health* 2017; 7(4): 1-6.

1. Associate Professor, Department of Health Services Management, Iranian Center of Excellence in Health Management, School of Health Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran
2. Assistant Professor, Department of Health Services Management, Iranian Center of Excellence in Health Management, School of Health Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran
3. M.Sc. Student of Health Services Management, Department of Health Services Management, Iranian Center of Excellence in Health Management, School of Health Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran
(Email: halmaspoor@gmail.com)



مطالعه توزیع خدمات سرپایی در نظام مراقبت‌های بهداشتی درمانی در استان آذربایجان شرقی

علی جنتی^۱، علی ایمانی^۲، حسن الماس پور خانقاه^{۳*}

چکیده

زمینه: برای شناسایی مشکلات پیچیده نظام سلامت لازم است که اطلاعات و آمار ابعاد مختلف سلامت تولید شوند. لذا مطالعه فوق با هدف تعیین توزیع خدمات سرپایی در استان آذربایجان شرقی انجام شد.

روش کار: مطالعه انجام شده یک مطالعه توصیفی- مقطعی می‌باشد. نمونه و جامعه آماری مطالعه فوق شامل همه بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی و درمانی، کلینیک‌ها، مطب‌ها و درمانگاه‌های وابسته به همه بخش‌های ارائه‌دهنده (دولتی، خصوصی، خیریه، نظامی، تأمین اجتماعی و شبه‌دولتی) که خدمات سرپایی در سطح استان آذربایجان شرقی ارائه می‌دادند بود. روش نمونه‌گیری و جمع‌آوری داده‌ها به وسیله فرم محقق ساخته (researcher-built checklist) انجام شد. روایی محتوایی فرم محقق ساخته توسط پنج نفر متخصص مدیریت سلامت در دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی علوم پزشکی تبریز تأیید شد. داده‌های مورد نیاز از معاونت‌های درمان و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز، سازمان تأمین اجتماعی، بیمه سلامت ایران، سازمان بهزیستی، بهداشت و درمان صنعت نفت، کمیته امداد امام خمینی (ره) جمع‌آوری گردید. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 18 تحلیل شد.

یافته‌ها: روایی محتوایی و پایایی اطلاعات و داده‌های مطالعه توسط چک‌لیست توسط متخصصان مدیریت سلامت تأیید گردید. در مجموع یافته‌های مطالعه فوق نشان داد که بیشترین ارائه خدمات سرپایی توسط بخش خصوصی با ۵۳.۶٪ می‌باشد و بخش خیریه با ۰.۶٪ کمترین ارائه‌دهنده خدمات سرپایی می‌باشد. در این بین تأمین اجتماعی با ۲۷.۷٪ و بخش دولتی با ۱۳.۴٪ بعد از بخش خصوصی بیشترین ارائه‌دهندگان خدمات سرپایی در استان می‌باشند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه نشان داد که بخش‌های خصوصی در مقایسه با بخش‌های دیگر در خط مقدم ارائه خدمات سرپایی می‌باشند؛ بنابراین سیاست‌گذاری‌ها و تصمیمات مدیران ارشد باید در راستای حمایت و تقویت این بخش‌ها باشد.

کلیدواژه‌ها: خدمات سرپایی، نظام مراقبت‌های بهداشتی درمانی، ایران

جنتی ع، ایمانی ع، الماس پور ح. مطالعه توزیع خدمات سرپایی در نظام مراقبت‌های بهداشتی درمانی در استان آذربایجان شرقی. تصویر سلامت ۱۳۹۵؛ ۷(۴): ۱-۶.

۱. دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، قطب علمی آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

۲. دکترای مدیریت اقتصاد دارو، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، قطب علمی آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، قطب علمی آموزشی مدیریت سلامت ایران، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران (Email: halmaspoor@gmail.com)

نویسنده (نویسندگان). این اثر به عنوان یک مقاله دسترسی آزاد تحت مجوز Creative Commons Attribution License توسط تصویر سلامت منتشر گردیده است. استفاده‌های غیر تجاری از این اثر به شرط ارجاع صحیح به اثر اصلی مجاز است.



مقدمه

سلامتی به عنوان یکی از حقوق عمده انسانی تلقی می‌شود و در نتیجه همه مردم باید به منابع موردنیاز برای تأمین سلامتی دسترسی داشته باشند. عوامل اثرگذار بر سلامتی عبارتند از: عوامل اقتصادی، اجتماعی، محیط فیزیکی، شیوه‌های زندگی و عوامل ژنتیکی و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی (۱). یکی از مشکلات کنونی در خصوص سلامت عمومی که دغدغه سیاست‌گذاران نظام‌های سلامت شده است، نابرابری‌های موجود در وضعیت سلامت مردم است (۲). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد؛ 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 (۳و ۴). مطالعه تجربیات جهانی در این حوزه نیز نشان از آن دارد که در کل نظام مدیریت سلامت و رفاه اجتماعی در اکثر کشورهای توسعه‌یافته دارای برنامه‌ریزی متمرکز است، اما در مقام اجرا از یک نظام کاملاً غیرمتمرکز پیروی می‌کنند (۵). در حقیقت، برای اینکه مشکلات سلامت مردم که روزبه‌روز 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 مورداستفاده قرار می‌گیرند (۲و ۳-۸). علی‌رغم دستاوردهای مهمی که نظام سلامت ایران در حیطه مراقبت‌های بهداشتی اولیه داشته است ولی دسترسی مردم به خدمات سطح دو و سه همواره با مشکلات زیادی مواجه بوده است که یکی از دلایل مهم آن نبود رویکرد سلامت‌محور و توجه به پیشگیری در مقایسه با درمان در مجموعه نظام سلامت کشور ایران بوده و متأسفانه این مشکل در بین مردم به‌صورت فرهنگ درآمده که با اولین احساس درد به متخصص یا فوق تخصص مراجعه نمایند؛ در صورتی که این وضعیت در اکثر کشورها خصوصاً کشورهای توسعه‌یافته وجود ندارد (۹). نظام بهداشتی درمانی ایران همانند بسیاری از کشورهای درحال توسعه از نوع تعاون همگانی می‌باشد. در این نوع نظام‌های سلامت همه بخش‌های مختلف در ارائه خدمات سلامت نقش دارند (۱۰). بر اساس پژوهشی که در سال ۱۳۷۳ انجام گرفته است در کشور ایران بخش دولتی و خصوصی در کنار هم ارائه خدمات مختلف بهداشتی و درمانی را به عهده‌دارند ولی عمدتاً بخش دولتی و به‌ویژه 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 سهم هر یک از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت اشاره کرده باشد در دسترس نبود. در استان آذربایجان شرقی نیز طی جستجو و پرسش‌های به‌عمل آمده از دانشگاه علوم پزشکی و سایر نهادهای مرتبط اطلاعاتی، سهم هر یک

ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در دست نبود. لذا مطالعه فوق با هدف تعیین توزیع خدمات سرپایی در استان آذربایجان شرقی انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه انجام‌شده یک مطالعه توصیفی - مقطعی می‌باشد. نمونه و جامعه آماری مطالعه فوق شامل ۴۱ بیمارستان، ۶۹ مرکز بهداشتی و درمانی، ۵۲۶ داروخانه، ۳۶۸ کلینیک، مطب و درمانگاه‌های وابسته به همه بخش‌های ارائه‌دهنده (دولتی، خصوصی، خیریه، نظامی، تأمین اجتماعی و شبه‌دولتی) که خدمات سرپایی در سطح استان آذربایجان شرقی ارائه می‌دادند بود. روش نمونه‌گیری و جمع‌آوری داده‌ها به‌وسیله فرم محقق ساخته (researcher-built checklist) انجام شد. لازم به ذکر است که فرم محقق ساخته با توجه به بررسی و مراجعه اولیه پژوهشگران به مکان‌های دارای اطلاعات، طراحی و در مرحله جمع‌آوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفت. محتوای اطلاعات فرم محقق ساخته شامل تعداد اطلاعات خدمات ارائه‌شده توسط همه بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی و درمانی، کلینیک‌ها، مطب‌ها و درمانگاه‌های وابسته به همه بخش‌های ارائه‌دهنده (دولتی، خصوصی، خیریه، نظامی، تأمین اجتماعی و شبه‌دولتی) بود. روایی محتوایی فرم محقق ساخته توسط پنج نفر متخصص مدیریت سلامت در دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تأیید شد. در روایی محتوایی کارهای آماری صورت نمی‌گیرد؛ بلکه چند نفر متخصص نظر می‌دهند که سؤالات آزمون به‌طور کامل حیطه مورد نظر را در برمی‌گیرد یا خیر (آزمونی که روایی دارد پایایی هم دارد) (۱۱). داده‌های مربوط به اطلاعات خدمات ارائه‌شده سرپایی همه بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی و درمانی، کلینیک‌ها، مطب‌ها و درمانگاه‌های وابسته به همه بخش‌های ارائه‌دهنده به‌وسیله مشاهده اسناد و اطلاعات طبق فرم تهیه شده از معاونت‌های درمان و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز، سازمان تأمین اجتماعی، بیمه سلامت ایران، سازمان بهزیستی، بهداشت و درمان صنعت نفت، کمیته امداد امام خمینی و سایر ارگان‌هایی که به نوعی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی نقشی داشتند جمع‌آوری گردید. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین، درصد هر یک از بخش‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت) استفاده شد. آمار و اطلاعات مربوط به بیمه‌های تکمیلی و آمار و اطلاعات مربوط به خدمات غیر بیمه‌ای مطب‌ها و کلینیک‌ها و درمانگاه‌های خصوصی جزء معیارهای خروج مطالعه بود. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 18 تحلیل شد.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه فوق نشان داد که بیشترین ارائه خدمات سرپایی توسط بخش خصوصی با ۵۳/۶٪ می‌باشد و بخش خیریه با ۰/۶٪ کمترین ارائه‌دهنده خدمات سرپایی می‌باشد. در این بین تأمین اجتماعی با ۲۷/۷٪ و بخش دولتی با ۱۳/۴٪ بعد از بخش خصوصی بیشترین ارائه‌دهندگان خدمات سرپایی در استان می‌باشند (جدول ۱).

یافته‌های مطالعه فوق در مجموع شامل اطلاعات ۴۱ بیمارستان، ۴۶۹ مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی، ۵۲۶ داروخانه و ۳۶۸ مطب و درمانگاه‌های عمومی و تخصصی و فوق تخصصی می‌باشد.

جدول ۱. وضعیت ارائه خدمات سرپایی استان آذربایجان شرقی به تفکیک بخش‌های مختلف ارائه‌دهنده خدمت در سال ۱۳۹۲

بخش‌های مختلف ارائه‌کننده خدمات	تعداد کل خدمات سرپایی	درصد هر یک از بخش‌ها
خصوصی	۴۵۰۶۲۱۴	۵۳/۶٪
تأمین اجتماعی	۲۳۲۹۹۴۳	۲۷/۷٪
دولتی	۱۱۲۸۸۸۱	۱۳/۴٪
شبه‌دولتی	۲۶۴۴۶۱	۳/۱٪
مؤسسات نظامی	۱۳۱۵۸۲	۱/۶٪
خیریه	۵۳۶۷۲	۰/۶٪
جمع	۸۴۱۴۷۵۳	۱۰۰٪

۴۴/۳٪ ویزیت دندانپزشک در بخش‌های خصوصی ۳۱/۷٪ مربوط به مطب‌ها، کلینیک‌ها و درمانگاه‌های خصوصی مربوط بوده و حدود ۱۲/۶٪ به بیمارستان‌های خصوصی مربوط می‌باشد. از مجموع ۵۰/۹٪ خدمات داروخانه‌ای مربوط به بخش‌های خصوصی ۴۵/۱٪ مربوط به داروخانه‌ها خصوصی سطح شهر می‌باشد و حدود ۵/۸٪ مربوط به بیمارستان‌های خصوصی می‌باشد (جدول ۲).

همچنین یافته‌های هدف اختصاصی سوم نشان داد که از مجموع ۴۴٪ ویزیت پزشک عمومی در بخش‌های خصوصی، ۳۳/۸٪ به مطب‌ها، کلینیک‌ها و درمانگاه‌های خصوصی مربوط می‌شود؛ و ۱۰/۲٪ به بیمارستان‌های خصوصی مربوط می‌باشد. همچنین از مجموع ۶۵/۹٪ ویزیت پزشک متخصص و فوق تخصص در بخش‌های خصوصی ۵۷٪ مربوط به مطب‌ها، کلینیک‌ها و درمانگاه‌های خصوصی مربوط می‌شود و حدود ۸/۹٪ به بیمارستان‌های خصوصی مربوط هست. از مجموع

جدول ۲. وضعیت ارائه خدمات سرپایی استان آذربایجان شرقی به تفکیک بخش‌های مختلف ارائه‌دهنده خدمت در سال ۱۳۹۲

بخش‌های مختلف ارائه‌کننده خدمات	ویزیت پزشک عمومی		ویزیت پزشک متخصص و فوق تخصص		ویزیت دندانپزشک		داروخانه	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
مؤسسات دولتی [*]	۵۳۷۸۲۷	۳۲/۴٪	۳۴۰۱۴۹	۱۵/۳٪	۳۶۳۲۷	۴۰/۷٪	۲۱۴۵۷۸	۴/۸٪
مؤسسات خصوصی ^{**}	۷۳۸۱۸۰	۴۴/۴٪	۱۴۶۷۴۸۹	۶۵/۹٪	۳۹۵۸۲	۴۴/۳٪	۲۲۶۰۹۶۳	۵۰/۹٪
مؤسسات وابسته به تأمین اجتماعی	۲۹۵۸۳۶	۱۷/۷٪	۳۰۲۴۳۶	۱۳/۶٪	۵۵۱۳	۶/۳٪	۱۷۲۶۱۵۸	۳۸/۹٪
مؤسسات نظامی	۴۰۸۱۹	۲/۵٪	۵۳۶۵۵	۲/۴٪	۲۸۱۱	۳/۱٪	۳۴۲۹۷	۰/۸٪
مؤسسات خیریه	۱۹۴۰۶	۱/۲٪	۱۲۵۱۹	۰/۶٪	۱۶۴۴	۱/۸٪	۲۰۱۰۳	۰/۵٪
مؤسسات شبه‌دولتی ^{***}	۲۹۲۰۷	۱/۸٪	۴۹۳۶۲	۲/۲٪	۳۳۷۴	۳/۸٪	۱۸۲۵۱۸	۴/۱٪
جمع	۱۳۹۵۲۷۵	۱۰۰٪	۲۲۲۵۶۱۰	۱۰۰٪	۸۹۲۵۱	۱۰۰٪	۴۴۳۸۶۱۷	۱۰۰٪

* (بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی، کلینیک‌ها، درمانگاه‌ها)

** (بیمارستان‌های خصوصی، مطب‌ها، کلینیک‌ها و درمانگاه‌های خصوصی)

*** (هلال‌احمر، دانشگاه آزاد)

بحث

محدود) بدون نیاز به بستری و به‌صورت سرپایی به بیمه‌شدگان ارائه گردیده و سازمان‌های بیمه‌گر در چهارچوب نظام بیمه‌های کشور و با پذیرش اسناد مثبت موظف به پرداخت سهم سازمان آن خدمت در وجه پزشک ارائه‌دهنده و یا مراکز و مؤسسات طرف قرارداد خواهند بود (۱۲). یافته‌های مطالعه فوق نشان داد که بیشترین ارائه خدمات سرپایی توسط بخش خصوصی با

خدمات سرپایی شامل آن دسته از خدماتی است که عمدتاً جنبه تشخیصی و یا درمانی داشته و رأساً توسط پزشک معالج اعم از عمومی و یا متخصص و بسته به مجوزهای صادره از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مراکز و مؤسسات درمانی (مطب، درمانگاه، بیمارستان، مرکز جراحی

تنها بخش کوچکی از هزینه را در نظام بیمه‌ای پرداخت می‌کنند و البته این سهم پرداخت نیز دارای سقف مشخصی است که در مورد کودکان و افراد کم‌درآمد از مقدار مشخصی تجاوز نمی‌کند (۱۷ و ۱۶). گزارش‌های مربوط به کشورهای مدیترانه شرقی حاکی از آن است که بخش خصوصی یک شریک فعال در توسعه بهداشت بوده است و در بسیاری از کشورها، نسبت پزشکان و دندان‌پزشکان در مطب و همچنین داروخانه‌های خصوصی نسبت به جمعیت تحت پوشش در حال افزایش است (۱۸). همچنین در یک مطالعه که به بررسی ۴۰ کشور در حال توسعه پرداخته بود؛ یافته‌ها نشان داد که به‌طور متوسط ۵۵٪ پزشکان در بخش‌های خصوصی فعالیت می‌کنند (۱۹). در مجموع ارائه خدمات سرپایی در ایران نیز مانند سایر کشورهای مشابه و حتی توسعه‌یافته بیشتر توسط بخش‌های خصوصی ارائه می‌شود هرچند باز با تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری‌های بهتر می‌توان در ارائه خدمات سرپایی در بخش دولتی نیز با خرید خدمت و برون‌سپاری به بخش‌های خصوصی وضعیت کنونی را هم بهبود بخشید.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه در مجموع نشان داد که بخش‌های خصوصی به دلیل گستردگی مطب‌ها و کلینیک‌ها و درمانگاه‌ها در مقایسه با سایر بخش‌های ارائه‌دهنده خدمات سرپایی پیش‌تاز بودند؛ بنابراین با تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری‌های بهتر در حوزه خدمات سرپایی و استفاده بهینه و بهتر از امکانات و تسهیلات بخش‌های خصوصی (رسمی و غیررسمی) می‌توان وضعیت کنونی را بهبود بخشید. همچنین تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری مدیران ارشد باید در راستای حمایت و تقویت بخش‌های خصوصی (رسمی و غیررسمی) در این نوع خدمات باشد و همچنین با سیاست‌ها و تصمیماتی چون برون‌سپاری این خدمات از بخش دولتی به بخش‌های خصوصی از بار مراجعات اضافی به بخش‌های دولتی کاسته و در نتیجه بخش دولتی در این بخش‌ها بیشتر جنبه نظارتی و حمایتی را مدنظر داشته باشد.

محدودیت مطالعه: از جمله محدودیت‌های مطالعه فوق می‌توان به عدم بررسی متغیرهایی مثل کیفیت مراقبت‌های سلامت، هزینه‌های پرداخت‌شده، کارایی، رضایت‌مندی و سایر متغیرها به دلیل عدم همکاری برخی از سازمان‌های مورد مطالعه اشاره کرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود با توجه به یافته‌های مطالعه فوق مطالعات دیگری نیز با متغیرهای دیگر انجام گیرد.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

۵۳٪ انجام می‌گیرد و بخش خیریه با ۰/۶٪ کمترین ارائه‌دهنده خدمات سرپایی می‌باشد. در واقع دلیل بالا بودن سهم بخش خصوصی در این حیطه به خاطر گستردگی مطب‌ها و درمانگاه‌ها و کلینیک‌های خصوصی در سطح استان می‌باشد. همچنین از مجموع ۵۰/۹٪ خدمات داروخانه‌ای مربوط به بخش‌های خصوصی ۴۵/۱٪ مربوط به داروخانه‌های خصوصی سطح شهر می‌باشد و حدود ۵/۸٪ به بیمارستان‌های خصوصی مربوط می‌باشد. در واقع دلیل بالا بودن سهم بخش خصوصی در این حیطه به خاطر گستردگی مطب‌ها و درمانگاه‌ها و کلینیک‌های بخش‌های خصوصی در سطح استان بوده و به طبع دسترسی مراجعه‌کنندگان نیز به دلیل گستردگی این مراکز بیشتر و در نتیجه به بالا رفتن سهم بخش‌های خصوصی در حیطه خدمات سرپایی منجر شده است. بر اساس پژوهش انجام‌گرفته در سال ۱۳۷۳ 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 به‌ویژه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این زمینه از سهم بیشتری برخوردار بوده است (۱۰). ولی در این مطالعه عظیم و گسترده به آمار و درصد‌های کلی اشاره شده و به جزئیات سهم هر یک از بخش‌های مختلف ارائه‌دهنده خدمات سلامت اشاره نشده است که این امکان را فراهم سازد تا با مطالعه فوق مقایسه گردد. یافته‌های مطالعه سال ۱۳۷۳ نشان داد که ۷۰/۹٪ خدمات توسط بخش‌های دولتی و به‌ویژه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارائه‌شده و حدود ۱۸/۸٪ خدمات توسط بخش‌های خصوصی ارائه و ۱۰/۳٪ دیگر نیز توسط بخش‌های دیگر مثل تأمین اجتماعی، مؤسسات نظامی، خیریه و مؤسسات شبه‌دولتی و غیردولتی ارائه‌شده است و به جزئیات بیشتری اشاره نشده که قابل مقایسه با مطالعه فوق باشد. لازم به ذکر می‌باشد مطالعات داخلی غیر از مطالعه سال ۱۳۷۳ برای مقایسه با اطلاعات و داده‌های مطالعه فوق وجود نداشت. یافته‌ها و تجزیات مطالعات جهانی نشان از آن دارد که نقش بخش خصوصی به‌عنوان یک ارائه‌دهنده خدمات سلامت به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای در دو دهه گذشته در جهان افزایش داشته است. با این حال دخالت بخش خصوصی در ارائه خدمات بهداشتی عمومی محدود می‌باشد (۱۳). در دانمارک، شهرداری‌های محلی مسئول برنامه‌ریزی و پیشبرد اهداف نظام تأمین اجتماعی مانند خدمات سرپایی، پرستاری در منزل، بهداشت عمومی و مراقبت‌های بهداشت همگانی می‌باشد (۱۴ و ۱۵). همچنین در آلمان، بین خدمات سرپایی (مطب و درمانگاه‌ها) و خدمات بستری (بیمارستان‌ها) تمایز کلی وجود دارد. بیمارستان‌ها خدمات سرپایی انجام نمی‌دهند، پزشکان نیز بیماران را برای خدمات عمومی سرپایی به بیمارستان ارجاع نمی‌دهند. بنابراین عمده پزشکان در محل کار خود تجهیزات مربوط به خدمات سرپایی را فراهم کرده‌اند که بدین طریق هزینه زیادی به علت تکرار تشخیص‌ها به بودجه عمومی تحمیل شده است. بیماران

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی به شماره ۲۳۵/الف/م بوده و توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز حمایت مالی شده است. نویسندگان

بر خود لازم می‌دانند از تمامی سازمان‌ها و ارگان‌ها به دلیل در اختیار گذاشتن داده‌ها و اطلاعات موردنیاز تشکر و قدردانی نمایند.

References

1. WHO. A summary of the World Health Organization: The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever), 2008: 1-16.
2. Murrey C J I. Towards good practice for health statistics: Lessons from the Millennium Development Goal health Indicators. *Lancet* 2007; 369(9564): 862-73. [PMID:17350457]
3. Ravi P, Rannan-Eliya, et al. The distribution of health care resources in Egypt: Implications for equity, An analysis using a National Health Accounts Framework, United States Agency for International Development Cooperative Agreement, 2012.
4. Bahensky JA, Roe J, R. B and Sigma L. Will It Work for Healthcare? *Journal of Healthcare Information Management*. 2005; 19(1): 39-44. [PMID:15682675]
5. Masoudi I, Nosrati Nejad F, Akhavan A, Mousavi M. 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.[In Persian]
6. Theo L, Rainer S, Claude B. Designing and implementation of health information systems. World health Organization, Geneva,2000.
7. World Health Organization. Health Information System in Support of Health System Performance Assessment. Regional Office for South-East Asia, 2001.
8. Boerma JT, Stansfield SK. Health statistic now: Are we making the right investment. *Lancet* 2007; 369(9575):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. [In Persian]
10. Asefzadeh S, Rezapoor A. Health Management. Publications of Qazvin University of Medical Science of and today tradition. 2nd edition, Chapter 5, 2008: 77-101. [In Persian]
11. Khalatbari J. Statistic and research method. Publications of Pardazesh. chapter 5. 2010:9-177. [In Persian]
12. The definition of Outpatient services. Medical Diagnostic Services Tariffs Book. Outpatient Service:Supreme Council Resolutions Health Insurance and the Honorable Ministers. Publications of Rah Avard. First Edition, Chapter 1, 2013:12. [In Persian]
13. Arrieta A, García-Prado A, Guillén J. The Private Health Care Sector and the Provision of Prenatal Care Services in Latin America. "World Development" Elsevier. 2011;39(4):579-87. [doi:10.1016/j.worlddev.2010.09.006]
14. Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C. Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2012, 14(2):1 – 192
15. OECD Reviews of Health Systems: Danish, OECD, World Health Organization, 2013: 28-36.
16. Busse R, Blümel M. Germany: health system review. *Health Systems in Transition*, 2014, 16(2):1–296.
17. OECD Reviews of Health Systems: German, OECD, World Health Organization, 2013: 57-65.
18. Country statistical tables. The work of WHO in the Eastern Mediterranean Region. Annual report of the Regional Director. Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean Region, 2009.
19. Figueras J et al. Effective purchasing for health gain. Buckingham, Open University Press, (European Observatory on Health Care Systems Series); 2005.