

تعدد و تنوع سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت در کشور: سردرگمی و تبعیض یا رقابت برای کیفیت؟

ابراهیم جعفری پویان^۱، آیدا اصغری^{۲*}، مریم بابایی آقبلاغ^۲، فرنوش عزیزی^۲

۱-استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
 ۲- دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول: آیدا اصغری، خیابان انقلاب، خیابان قدس، خیابان پورسینا، دانشکده بهداشت. شماره تلفن: ۰۹۱۲۸۱۷۸۷۴۸. Aida.asghary@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۳۰

چکیده

سلامت حق اساسی تمامی انسان‌هاست که دولت‌ها مسئول حفظ و ارتقای آن هستند. ارائه خدمات سلامت نیز یکی از وظایف نظام سلامت هر کشور است. در کشور ما سازمان‌های متعددی در ارائه خدمات سلامت نقش دارند. سوال این است که آیا این تعدد و تنوع باعث بهبود در ارائه خدمات می‌شود یا اینکه ممکن است بیشتر به سردرگمی و تشدید نابرابری منجر شود. در هر صورت این مسئله می‌تواند چالش‌هایی را در بخش سلامت ایجاد کند که باید مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: تنوع، سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات، نظام سلامت

بخش دولتی و به ویژه سازمان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی، در این زمینه از سهم بیشتری برخوردار هستند. بخش اعظم ارائه خدمات درمانی در سازمان‌های مختلف مربوط به بیمارستان‌هاست. سهم سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات از نظر مالکیت بیمارستان‌ها در کشور به این شرح است: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دانشگاه‌های علوم پزشکی) ۶۳/۴۴ درصد، بخش خصوصی ۱۶/۹۹ درصد، سازمان تامین اجتماعی ۷/۶۳ درصد، سازمان‌های خیریه ۳/۸۷ درصد، بنیاد شهید و امور ایثارگران ۱/۰۸ درصد، شرکت نفت ۰/۹۷ درصد، دانشگاه آزاد ۰/۷۵ و سایر سازمان‌ها ۰/۵۴ درصد از بیمارستان‌ها را در اختیار دارند [۲].

تعدد و تنوع سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی در کشور که بعضاً در بخش‌های مختلف با ماهیت، اهداف و روش‌های متفاوت به ارائه خدمات می‌پردازند، در کنار مزایایی چون ایجاد فضای رقابتی، ممکن است چالش‌هایی را برای بخش سلامت ایجاد کند. از جمله مهم‌ترین این چالش‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- چالش‌های بین مراکز درمانی و نهادهای تولیدی؛ ناشی از

سلامت به عنوان یک حق اساسی و دارایی و سرمایه ارزشمندی برای تمامی انسان‌ها در هر سطح و طبقه اجتماعی است. تقریباً تمام کشورها از سلامت به عنوان اساسی‌ترین حق مردم خود نام برده‌اند و دولت‌ها همیشه مسئول حفظ و ارتقای آن هستند [۱]. سازمان جهانی بهداشت نظام سلامت را اینگونه تعریف می‌کند: «نظام سلامت مجموعه‌ای است از مردم، سازمان‌ها و منابع که بر اساس سیاست‌ها و قوانین ملی در کنار هم قرار می‌گیرند تا سلامت جامعه تحت پوشش را ارتقا دهند». همچنین نظام سلامت شامل تمامی سازمان‌ها، گروه‌ها، مؤسسات و افرادی است که در بخش دولتی و غیردولتی به سیاست‌گذاری، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت با هدف بازیابی، حفظ و ارتقای سلامتی مردم می‌پردازند [۲]. بنابراین، نظام سلامت یک کشور در برگیرنده سازمان‌ها و مؤسساتی است که در بخش دولتی و غیردولتی به ارائه خدمات سلامت فردی و عمومی با هدف ارتقا، بازیابی و حفظ سلامتی می‌پردازند [۱].

در کشور ما بخش دولتی و خصوصی در کنار هم ارائه خدمات مختلف بهداشتی و درمانی را برعهده دارند اما عمدتاً

احتمال تبعیض در برخورد‌های نظارتی، توزیع منابع

- چالش‌های ارتباطی بین کارکنان مراکز درمانی با مالکیت متفاوت و بیماران؛ ناشی از کیفیت متفاوت ارتباطات بین آنها
- چالش‌های بین کارکنان مراکز درمانی با مالکیت متفاوت؛ ناشی از مقایسه مزایای مالی و غیرمالی و حجم کار در آن مراکز توسط کارکنان
- چالش‌های بین مراکز درمانی و سازمان‌های بیمه‌گر؛ ناشی از وجود تنوع جمعیت تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر، مقررات و شیوه‌های بیمه‌گری متفاوت

با اینکه بیشترین تعداد مراکز ارائه‌دهنده خدمات دولتی هستند، تنوع مالکیت‌ها، مسئله‌ای است که تاثیر آن باید بر تحقق ارزش‌های حاکم بر حوزه سلامت از قبیل عدالت، کیفیت و اثربخشی مورد بررسی و تفکر قرار گیرد. علاوه بر این، تفاوت در سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت، ممکن است چالش‌ها و ملاحظات عدیده‌ای را از نظر نظارت و پایش و دسترسی به خدمات ایجاد کند. به‌طور مثال، برخی سازمان‌های غیردولتی مانند بهزیستی، وزارت نفت و نیروهای مسلح معمولاً به افراد تحت پوشش خود تسهیلات بیشتری ارائه می‌دهند. همچنین این افراد تحت پوشش بهزیستی، وزارت نفت، نیروهای مسلح و سایر سازمان‌ها، علاوه بر استفاده از امکانات این سازمان‌ها، از امکانات بخش دولتی و خصوصی نیز می‌توانند بهره‌مند شوند که به نوعی می‌تواند به نابرابری در دسترسی اشاره داشته باشد. همین‌طور شائبه تبعیض در نظارت‌ها باتوجه به هویت دولتی اغلب سازمان‌های ناظر در بخش سلامت و سهم بیشتر سازمان‌های دولتی ارائه‌کننده خدمات در مقایسه با سایر ارائه‌کنندگان، می‌تواند در ذهن ارائه‌کنندگان غیردولتی نیز به میزان پررنگی وجود داشته باشد که یکی از چالش‌های نظارت و اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی در کشور است. تعدد و تنوع سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات ممکن است باعث افزایش هزینه‌ها و هدررفت منابع ناشی از تفاوت در اصول و قابلیت‌های مدیریتی و اجرایی شود. احتمال وجود توانمندی‌های ناکافی مرتبط با مدیریت سلامت در بخش غیردولتی، به‌دلیل ناآشنایی، بی‌اعتقادی به مدیریت علمی/ تخصصی در حوزه سلامت و یا فقدان چنین افرادی به‌ویژه در بخش خصوصی و خیریه نیز به‌عنوان یک دغدغه جدی می‌تواند مطرح باشد. زیرا در نهایت امر، در کنار هزینه‌های

تحمیل شده بر این بخش‌ها به‌دلیل چالش‌های مدیریتی که خود می‌تواند به احتمال کاهش در کیفیت خدمات نیز منجر شود، وزارت بهداشت هر کشور متولی سلامت مردم به‌شمار می‌رود و نظارت بر کیفیت خدمات ارائه شده به‌عنوان نگرانی اصلی این نهاد وجود دارد. از طرف دیگر، از آنجا که مرکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی، قسمت اعظم مخارج نظام سلامت را به خود اختصاص می‌دهد، توجه کامل به عملکرد و هزینه‌های آن اهمیت ویژه‌ای دارد. برای افزایش کارایی، سیاست‌های مختلفی می‌توان به کار برد که استراتژی ادغام و تمرکز خدمات در مراکز درمانی از جمله این موارد است [۴]. امروز بیمارستان‌های زیر ۲۰۰ تخت از کارایی لازم برخوردار نیستند، در حالی که بیمارستان‌های بزرگ‌تر از طریق بهره‌برداری از صرفه‌های اقتصادی مقیاس (Economy of scale) می‌توانند هزینه‌های متوسط کمتر و نتایج بالینی بهتری داشته باشند. در سطح کشور ۷۷۲ بیمارستان که معادل ۸۳ درصد از کل بیمارستان‌های کشور است، دارای تعداد تخت کمتر از ۲۰۰ است [۲،۵]. بنابراین، سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی ممکن است استراتژی تمرکز خدمات را برای دستیابی به بهبود دسترسی، کاهش هزینه‌ها، سرعتبخشی به تصمیم‌گیری‌ها و ارائه خدمات درمانی، استفاده بهینه از امکانات و تجهیزات محدود و گرانیقیمت درمانی و افزایش بهره‌وری کارکنان و تجهیزات اعمال کنند. همچنین، استراتژی ایجاد بیمارستان‌های زنجیره‌ای به‌دلیل تمرکز تجارب اندوخته سازمانی، تشکیلاتی و اجرایی می‌تواند در مجامع علمی به‌عنوان یک راهکار دیگر به‌شمار رود [۴].

در طول ۳ دهه گذشته، تعداد فزاینده‌ای از سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی کشورهای مختلف، به‌ویژه در ایالات متحده آمریکا و اروپا، تحت ادغام قرار گرفتند. ادغام به‌عنوان ترکیبی از بیمارستان‌های مستقل تعریف می‌شود که یا با انحلال یک بیمارستان و جذب آن توسط بیمارستان دیگر و یا ایجاد یک بیمارستان جدید از انحلال همه بیمارستان‌های شرکت‌کننده تشکیل شده‌اند. ادغام بیمارستان‌ها در آمریکا توسط برخی از سیاست‌های ملی مانند معرفی سیستم پرداخت آینده‌نگر مدیکر و رشد مراقبت‌های مدیریت شده در دهه ۱۹۸۰ در ایالات متحده تشویق شده است. در بریتانیا نیز فرآیند ادغام بیمارستانی تغییرات اساسی را در بازارهای

شکست تجربه ادغام و تجمیع بیمه‌های درمانی، در کوتاه‌مدت بسیار پایین است. علاوه بر این، در صورت نبود تولید و نظارت قوی، حتی با ادغام سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات نیز ممکن است به نتیجه دلخواه دست نیابیم. بنابراین در راستای افزایش برابری در دسترسی به خدمات توسط عموم و همچنین بهبود کارایی و کیفیت خدمات، نخستین راهکار عملیاتی شاید حرکت به سمت یکسان‌سازی شیوه‌نامه‌های اجرایی در همه این سازمان‌های متفاوت در کنار تدوین و اجرای یک سازوکار نظارتی قوی و مستقل باشد.

با این وجود اینکه جواب دادن به این سوال که آیا می‌توان با تمرکزگرایی باعث افزایش کارایی، کیفیت، عدالت و دسترسی در ارائه خدمات بهداشتی درمانی شد، نیازمند انجام پژوهش‌های متعددی است.

References

1. Shahri S, Tabibi S J, Nasiripour A A, Ghaffari F. Effect Functions on Goals of Health System in Iran. *payavard*. 2017; 11 (3):247-258
2. Mosadeghrad A, Janbabaei G, Kalantari B, Darrudi A, Dehnavi H. Equity in distribution of hospital beds in Iran. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2020;24(6):12-36.
3. Mosadeghrad A M, Esfahani P, Afshari M. Strategies to improve hospital efficiency in Iran: A scoping review. *Payesh*. 2019; 18 (1):7-21.
4. Azad A, Begdeli F, Azizi F, Khodamoradi A, Pourmazar R, Fazaeli A. The feasibility of centralization specialized services in health centers of social security in Tehran. *Social Security Quarterly*. 2018;14 (4):89-109.
5. Giancotti M, Guglielmo A, Mauro M. Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search. *PLoS One*. 2017;12(3):1-40.
6. Mariani M, Sisti LG, Isonne C, Nardi A, Mete R, Ricciardi W, Villari P, De Vito C, Damiani G. Impact of hospital mergers: a systematic review focusing on healthcare quality measures. *European journal of public health*. 2022;32(2):191-9.
7. Schmitt M. Do hospital mergers reduce costs? *Journal of health economics*. 2017; 52:74-9.

مراقبت‌ها ایجاد کرده است. در ایالات متحده آمریکا، در سال ۱۹۹۴، بیش از ۱۰ درصد از بیمارستان‌ها ادغام شده‌اند. در ایتالیا، در سال‌های اخیر، سیاست ادغام منجر به کاهش ۳۰ درصدی تعداد بیمارستان‌ها شد: از ۱۴۲ بیمارستان در سال ۲۰۱۱ به ۹۹ بیمارستان در سال ۲۰۱۸ و همچنین در شمال اروپا، کشورهایمانند نروژ و دانمارک فرآیندهای مشابهی را انجام دادند. ادغام بیمارستان‌ها با تأثیر بر سازمان و عملکرد بیمارستان و افزایش تمرکز بازار، می‌تواند به طور بالقوه بر معیارهای کیفیت مراقبت‌ها موثر باشد که بر بیماران و همچنین کارکنان و جوامع تأثیر می‌گذارد [۶]. در هلند نیز اصلاحات بسیاری در نظام سلامت به منظور افزایش کارایی و کاهش هزینه‌ها و مخارج سلامت صورت گرفته که ادغام و تجمیع نقش مهمی در این زمینه داشته است [۵]. افزایش دسترسی، صرفه‌های مقیاس و دامنه، کاهش هدررفت منابع، افزایش نفوذ بازار و مراقبت گسترده و موثرتر از جمله دلایلی هستند که برای ادغام بخش‌های مراقبت سلامت در چند دهه اخیر بیان می‌شوند [۷].

البته ادغام و تجمیع در بخش ارائه خدمات سلامت مزایا و معایبی به همراه دارد، از جمله معایب آن مشکلات سازمانی نظیر دشواری ادغام ارائه‌دهنده‌ها و مسائل مدیریتی و از جمله مزایای آن می‌توان به افزایش هماهنگی، کنترل و نظارت نام برد. زیرا با تعدد سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت، فرآیند نظارت و کنترل با مشکل روبه‌رو می‌شود. در واقع مخالفان ادغام بر این باورند که تمرکزگرایی و ادغام افقی در بازار خدمات سلامت می‌تواند باعث کاهش رقابت و افزایش قیمت‌ها شود، در حالی که طرفداران آن ادعا می‌کنند که علاوه بر کاهش هزینه‌های نظام سلامت و مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات، می‌تواند از طریق بهبود کیفیت خدمات به نفع بیماران و افراد جامعه هم باشد، ضمن اینکه ادغام نمی‌تواند تأثیر زیادی بر قیمت‌ها داشته باشد [۵].

به‌طور خلاصه می‌توان جمع‌بندی کرد که احتمال ادغام و تمرکز در ماهیت سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات با توجه به

Multiplicity and diversity of organizations providing health services in the country: confusion and discrimination or competition for quality

Ebrahim Jafari Pooyan¹, Aida Asghari^{2*}, Maryam Babaei Aghbolagh², Farnoosh Azizi²

1- Professor, Department of Management Sciences and Health Economics, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Doctoral student of Health and Medical Services Management, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Health is generally considered as the basic right in all societies, which governments are entrusted to maintain, restore and promote while facilitating its provision to any single individual. A plethora of organizations play a role in providing health services in this country. The question is whether this multiplicity and diversity will improve the provision of services or it might lead to more confusion and inequity and inequalities. This issue could give a rise to various challenges which need to be addressed.

Keywords: Variety, Providers, Health system

Please cite this article as follows:

Jafari Pooyan E, Babaei Aghbolagh M, Azizi F, Asghari A. Multiplicity and diversity of organizations providing health services in the country: confusion and discrimination or competition for quality . Hakim Health Sys Res.2021;24(3):205-208

*Corresponding Author: Ghods St., Porsina St., Faculty of Health. Phone number: 09128178748. Aida.asghary@yahoo.com