

ارزیابی تجربه برون سپاری خدمات بهداشتی در شهر: امکانات و خدمات ارائه شده در پایگاه‌های بهداشتی دولتی و برون سپاری شده تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران

محمد رضا سلمانی^۱، آرش رشیدیان^{۲*}، فرید ابوالحسنی^۴، سیدرضا مجدزاده^۵

۱- شبکه بهداشت ری، معاونت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۳- مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۴- مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۵- گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نویسنده مسؤول: تهران، خیابان ایالتی، شماره ۷۸، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران. تلفن: ۰۲۱-۸۸۹۹۱۱۱۲. نمابر: ۰۲۱-۸۸۹۹۱۱۱۳. پست الکترونیک: arashidian@tums.ac.ir

دریافت: ۹۱/۳/۱۵ پذیرش: ۹۱/۱۲/۲۴

چکیده

مقدمه: گسترش بخش دولتی برای ارائه خدمات بهداشتی در شهرها به دلیل ممنوعیت ایجاد واحدهای جدید، نبودن منابع برای تملک، احداث یا خرید ساختمان و استخدام نیرو، دشوار است. خرید خدمت از بخش غیردولتی (برون سپاری خدمت) می‌تواند بستر لازم را برای بهره‌مندی جمعیت از خدمات استاندارد فراهم کند. هدف این مطالعه مقایسه امکانات ارائه خدمت در پایگاه‌های برون سپاری شده و پایگاه‌های دولتی بود.

روش کار: در این مطالعه مقطعی، در دی ماه ۱۳۸۸ کلیه پایگاه‌های بهداشتی تحت پوشش دانشگاه بررسی شدند. پرسشنامه‌ای با ۲۶ سؤال با حضور فرد جمع‌آوری کننده در پایگاه تکمیل شد. پس از ورود داده‌ها به نرم‌افزار، تحلیل‌های آماری تک متغیره صورت گرفت.

یافته‌ها: از مجموع ۷۴ پایگاه موجود، ۴۸ پایگاه برون سپاری شده و ۲۶ پایگاه دولتی بودند. در ۴۳/۷٪ پایگاه‌های برون سپاری، مسؤلیت با پزشک و در ۴۵/۸٪ با ماما بود. ۷۳٪ پایگاه‌های دولتی توسط ماما و ۲۳٪ توسط کارشناس بهداشتی مدیریت می‌شدند. ۶۱/۵٪ پایگاه‌های دولتی و ۷۷/۱٪ پایگاه‌های برون سپاری شده در ساختمان مناسب مستقر بودند. ۹۲/۵٪ از مراجعان، مسیر منزل تا پایگاه را پیاده طی می‌کردند. میانگین جمعیت تحت پوشش پایگاه‌های دولتی ۸۹۵۴ نفر و پایگاه‌های برون سپاری شده ۱۲۱۵۸ نفر بود. بین دانش برنامه‌ای پرسنل پایگاه‌های دولتی و برون سپاری شده اختلاف معناداری وجود نداشت. نتیجه‌گیری: نحوه نظارت و استانداردهای نظارتی بر رفتار بخش خصوصی تأثیر مستقیم دارد. از آن جایی که ناظران، بیشتر به ساختار فیزیکی و استانداردهای تجهیزاتی اهمیت داده‌اند، بخش خصوصی نیز آن را رعایت کرده است. پایگاه‌ها وظایف ذاتی شبکه بهداشت را مانند بخش دولتی انجام داده بودند.

کل واژگان: پایگاه بهداشت، برون سپاری، واگذاری، جمعیت تحت پوشش، نظارت، ساختار فیزیکی

مقدمه

می‌شود شامل: تنظیم خانواده، سلامت مادران باردار، کودکان و سالمندان، بهداشت دهان و دندان، بهداشت مدارس، مبارزه با بیماری‌ها و آموزش بهداشت است. این خدمات توسط یک کارشناس مامایی و دو نفر کارداران یا کارشناس بهداشتی زن ارائه می‌گردد. هر مرکز بهداشتی درمانی شهری که نقش

شبکه بهداشت در شهرها خدمات خود را در قالب پایگاه‌های بهداشت شهری ارائه می‌کند. هر پایگاه بهداشت حدود ۱۲۵۰۰ نفر جمعیت ساکن در محدوده شهری را تحت پوشش دارد و سه تا پنج پایگاه بهداشت شهری، تحت پوشش یک مرکز بهداشتی درمانی شهری هستند. خدماتی که در پایگاه بهداشت ارائه

منتهی به سال ۸۴، معاونت سلامت^۱ دانشگاه علوم پزشکی تهران در مناطق جنوب تهران، شهرستان اسلامشهر و شهر ری ۴۹ پایگاه بهداشت، برابر ۳۳٪ پایگاه‌های پیش‌بینی شده در طرح گسترش را از طریق بخش دولتی راه‌اندازی کرده بود که بیشتر این پایگاه‌ها نیز در واحدهای خیریه و نیمه‌دولتی مستقر بودند و صرفاً خدمات واکسیناسیون ارایه می‌کردند. بررسی‌های پوشش مراقبت‌های اولیه بهداشتی در سال ۸۴ حاکی از آن است که حدود ۳۰٪ جمعیت، خدمات مورد نیاز خود را از واحدهای دولتی دریافت می‌کردند (۲). اطلاعات طرح IMES نیز نشان می‌دهد بیشتر جمعیت تحت پوشش دانشگاه، خدمات خود را از بخش خصوصی دریافت می‌کنند. البته پوشش خدمات پایه در تهران بالا بوده است (۷). از سوی دیگر دریافت مراقبت‌های اولیه بهداشتی از واحدهایی که ملزم به رعایت استانداردهای وزارت بهداشت نیستند، ممکن است سبب شود که مردم از خدمات با کیفیت مورد نظر وزارت بهداشت بهره‌مند نشوند. برای بهره‌مند کردن جمعیت از خدمات با کیفیت، یا باید بخش غیردولتی را ملزم به رعایت استانداردهای مراقبت‌های اولیه بهداشتی کرد، یا سهم واحدهای دولتی را در ارایه خدمت افزایش داد. چالش دیگر آن است که به رغم آن که بخش دولتی ملزم به رعایت استانداردهای خدمات است، کارکنان بخش دولتی برای اعتدالی عملکرد واحدهای ارایه خدمت، افزایش حجم خدمات، پاسخگویی به گیرنده خدمت و جلب رضایت او و کنترل هزینه‌ها انگیزه کافی ندارند (۲). افزایش سهم بخش دولتی در ارایه خدمات از طریق راه‌اندازی واحدهای جدید نیز به دلیل ممنوعیت ایجاد واحدهای جدید ارایه خدمت در نقاط شهری، نبودن منابع لازم برای تملک زمین، احداث یا خرید ساختمان و عدم امکان استخدام نیروهای مورد نیاز امکان‌پذیر نیست (۲). بنابراین سیاست اتخاذ شده در دانشگاه علوم پزشکی تهران مبنی بر خرید خدمت از بخش غیر دولتی، از آن جهت که هم با قانون برنامه‌های مختلف توسعه سازگار است و هم بستر لازم را برای بهره‌مند کردن جمعیت از خدمات استاندارد فراهم می‌کند، رویکردی مناسب به نظر می‌رسید.

هدف از این مطالعه، مقایسه ساختار ارایه خدمت در پایگاه‌های برون‌سپاری شده به بخش خصوصی و دولتی است تا نقاط قوت و ضعف رویکرد برون‌سپاری به عنوان راهی برای توسعه واحدهای ارایه خدمت شناخته شوند.

پشتیبان و محل ارجاع چند پایگاه بهداشت است دارای تیم کارشناسی و پزشک عمومی، دندانپزشک، آزمایشگاه و داروخانه است (۱). توسعه زیرساخت‌های ارایه خدمت در شهرهای بزرگ به دلیل گرانی زمین و سختی تملک دارایی سرمایه‌ای همواره با مشکل روبرو بوده است به نحوی که در عمل امکان توسعه هماهنگ با نیاز جمعیت وجود نداشته و پوشش فعال جمعیت شهری به عنوان یکی از نقاط ضعف سیستم سلامت بوده است (۲)؛ در حالی که بخش روستایی گسترش جدی شبکه را شاهد بوده است (۳). در عین حال، حضور فعال بخش خصوصی در مناطق شهری، احساس نیاز به پایگاه‌های شهری را کم‌تر به وجود آورده و در طول زمان این پایگاه‌ها کم‌تر گسترش یافته‌اند. در چارچوب بحث اصلاحات نظام سلامت، برون‌سپاری به عنوان یکی از راهبردهایی که می‌تواند به ارتقای کارایی نظام سلامت کمک کند در نظر گرفته می‌شود. برون‌سپاری در واحدهایی که خدمات تعریف شده و کاملاً استاندارد ارایه می‌کنند کاربرد می‌یابد و در آن، روش پرداخت به صورتی اصلاح می‌شود که باعث رقابت در ارایه خدمات تعریف شده، افزایش کارایی واحدهای ارایه خدمات سلامت و جلب رضایت گیرندگان خدمت شود (۲). با کمک برون‌سپاری، سازمان‌های تخصصی بهتر می‌توانند بر فعالیت‌هایی که ارزش افزوده بیشتری دارند تمرکز کرده و اثربخشی فعالیت‌های خود را بیشتر کنند (۴). در بررسی انجام گرفته در کشورهای در حال توسعه موانع برون‌سپاری به بخش خصوصی شامل کم بودن موارد مشخص قابل برون‌سپاری، نبود اعتماد بین برون‌سپار و مجری، نبود منابع کنترل اطلاعات و نبود قوانین لازم است. سیستم نظارتی باید به صورت خود تنظیم باشد و هدف از برون‌سپاری نباید خصوصی کردن منابع تأمین مالی باشد (۵). یک نظام سلامت کارآمد نظامی است که به نسبت منابعی که مصرف می‌کند دستاوردهای بیشتری کسب کند. نظام سلامت ناکارآمد حتی اگر دستاورد زیادی داشته باشد به نسبت آن منابع را هدر می‌دهد و ارزیابی عملکرد نظام سلامت ضروری است (۶).

خدمات سلامت در استان تهران، با وسعت ۲۵۱۴ کیلومتر مربع و جمعیتی معادل ۱۳۵۰۰۰۰۰ نفر توسط دو دانشگاه علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی اداره می‌شود. محدوده تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران در برگیرنده جنوب تهران (در محدوده خیابان‌های انقلاب و آزادی از شمال، حافظ از شرق و استاد معین از غرب)، اسلامشهر و شهرستان ری است و جمعیتی بالغ بر ۲۷۱۰۰۰۰ نفر را در خود جای می‌دهد. در طول سال‌های

^۱ لازم به ذکر است که از مهر ماه سال ۱۳۸۳ تا خرداد ماه سال ۱۳۸۹ معاونت‌های بهداشت و درمان دانشگاه ادغام و به عنوان معاونت سلامت فعالیت می‌کردند و مجدد در خرداد ۱۳۸۹ از هم جدا شدند.

روش کار

این مطالعه به صورت پیمایشی مقطعی بر پایگاه‌های بهداشتی برون‌سپاری شده و دولتی صورت گرفت. تمامی پایگاه‌های بهداشتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران در دی ماه ۱۳۸۸ مطالعه شدند. در نتیجه داده‌های مورد نیاز از ۲۶ پایگاه دولتی و ۴۸ واحد برون‌سپاری شده فعال تحت پوشش دانشگاه جمع‌آوری شدند. برای این پژوهش از پرسشنامه‌ای استفاده شد که شامل ۲۶ سؤال بود و در آن از مشخصات مسؤول و کارکنان پایگاه، امکانات فیزیکی پایگاه، جمعیت تحت پوشش، خدمات در حال ارایه و آگاهی کارکنان درباره بعضی خدمات عمومی در حال ارایه پرسیده می‌شد. خدمات عمومی پرسیده شده خدماتی بودند که به جمعیت هدف خاصی ارایه نمی‌شود و به طور مرتب در پرونده خانوار ثبت نمی‌شوند. پرسشنامه با بهره‌گیری از استانداردهای ارایه خدمت در پایگاه طراحی و پیش‌آزمون شد. کلیه داده‌ها توسط پرسشگر در هنگام حضور در پایگاه جمع‌آوری شدند. اطلاعات جمع‌آوری شده پس از ثبت در نرم‌افزار با استفاده از روش‌های آماری مربع‌کا برای مقایسه نسبت و آزمون تی برای مقایسه میانگین تحلیل شدند.

نتایج

این مطالعه در دی ماه سال ۱۳۸۸ انجام شد. کلیه پایگاه‌های بهداشتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران بررسی شدند. از مجموع ۷۴ پایگاه موجود، ۴۸ پایگاه (۶۴/۹٪) از نوع برون‌سپاری شده و ۲۶ پایگاه (۳۵/۱٪) از نوع دولتی بودند. شهری با ۲۳ پایگاه برون‌سپاری شده در برابر ۷ پایگاه دولتی، بالاترین آمار برون‌سپاری را داشت و اسلام‌شهر، با ۱۰ پایگاه برون‌سپاری شده در برابر ۱۲ پایگاه دولتی، کم‌ترین میزان برون‌سپاری را داشت. مرکز بهداشت جنوب تهران دارای ۱۵ پایگاه برون‌سپاری شده و ۷ پایگاه دولتی بود. ۸۸/۴٪ پایگاه‌های دولتی در ساختمان اختصاصی پایگاه مستقر بودند. سه پایگاه دولتی در درمانگاه‌های خیریه مستقر بودند و توسط پرسنل دولتی به خدمت‌دهی مشغول بودند. ۲۷ مورد (۵۶/۳٪) از پایگاه‌های برون‌سپاری شده در مکان اختصاصی برای پایگاه واقع بودند، ۱۴/۶٪ در مطب پزشکان، ۲۷/۱٪ در درمانگاه‌های خصوصی و یک مورد در مطب مامایی قرار داشتند. در ۴۳/۷٪ پایگاه‌های برون‌سپاری شده، مسؤولیت با پزشک بود و ۴۵/۸٪ پایگاه‌های برون‌سپاری شده توسط ماما مدیریت می‌شدند. ۷۳٪ از پایگاه‌های دولتی توسط کارشناس مامایی و ۲۳٪ توسط کارشناس بهداشتی مدیریت می‌شد. بین مدارک تحصیلی مسؤولان پایگاه‌ها اختلاف معناداری بین دو نوع پایگاه وجود داشت (جدول ۱).

مجله پژوهشی حکیم

جدول ۱- فراوانی نسبی و مطلق مدرک تحصیلی مسؤولان پایگاه‌های بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران در پایان سال ۱۳۸۸

مدرک مسؤول پایگاه	دولتی		برون‌سپاری شده		جمع کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
پزشک	۱	۴	۲۱	۴۳/۷	۲۲	۲۹/۷
ماما	۱۹	۷۳	۲۲	۴۵/۸	۴۱	۵۵/۴
کارشناس بهداشتی	۶	۲۳	۰	۰	۶	۸/۱
مؤسس واحد بهداشتی	۰	۰	۵	۱۰/۵	۵	۶/۸
جمع کل	۲۶	۱۰۰	۴۸	۱۰۰	۷۴	۱۰۰

ساختمان پایگاه‌های بهداشتی از نظر متراژ و کیفیت به چهار تیپ زیر تقسیم شدند: تیپ ۱ دارای متراژ بالای ۱۰۰ متر، دو اتاق کار مناسب و فضای پذیرایی کافی؛ تیپ ۲ دارای متراژ بین ۸۰ تا ۱۰۰ متر، دو اتاق کار مناسب و فضای پذیرایی نسبتاً مناسب؛ تیپ ۳ دارای متراژ بالای ۷۰ تا ۸۰ متر، دو اتاق کار مناسب و فضای پذیرایی کوچک؛ تیپ ۴ دارای متراژ زیر ۷۰ متر، دو اتاق کار مناسب و فضای پذیرایی ناکافی.

در این تقسیم‌بندی، تیپ ۱ و ۲ به عنوان الگوی استاندارد و دو تیپ دیگر به عنوان غیراستاندارد در نظر گرفته می‌شود. ۶۱/۵٪ پایگاه‌های دولتی و ۷۷/۱٪ پایگاه‌های برون‌سپاری شده در ساختمان مناسب مستقر بودند. از نظر سابقه کار ماماها شاغل در واحدها به عنوان مسؤول فنی، با در نظر گرفتن مجموع سوابق خدمتی، حداقل سابقه کار ۶ ماه، و حداکثر ۱۹ سال (میانگین ۷۲/۶ ماه) گزارش می‌کردند. در مجموع، میانگین سابقه کار مسؤولان فنی شاغل در پایگاه‌های دولتی (میانگین ۸۷ ماه) بیش‌تر از برون‌سپاری بود (میانگین ۵۴ ماه)؛ اما در آزمون آماری سابقه کار تفاوت معناداری نشان نداد ($p=0/162$). چنین تفاوت‌هایی میان نفر دوم و سوم پایگاه‌ها نیز ملاحظه شد. یکی از اهداف اصلی برون‌سپاری، افزایش پوشش جمعیتی بوده است. بر این اساس وضعیت شاخص‌های پوشش جمعیت در پایگاه‌های بهداشتی به شرح جدول ۲ بوده است. میانگین جمعیت تحت پوشش پایگاه‌های دولتی ۸۹۵۴ نفر و پایگاه‌های برون‌سپاری شده ۱۲۱۵۸ نفر بود که نشانگر تأثیر نحوه پرداخت به پایگاه برون‌سپاری شده بر جمعیت تحت پوشش است.

جدول ۲- فراوانی پوشش جمعیتی در پایگاه‌های بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران در دی ماه سال ۱۳۸۸

ردیف	عنوان شاخص	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
۱	جمعیت تحت پوشش	۲۵۲۹	۱۴۴۱۴	۱۱۰۳۲	۲۴۲۵
۲	خانوار تحت پوشش	۶۹۹	۴۶۵۹	۲۹۲۳	۸۰۷/۶
۳	زنان ۱۵ تا ۴۵ سال	۵۰۰	۳۱۱۳	۲۰۵۴	۵۵۹/۵
۴	کودکان زیر یکسال	۲۰	۴۲۶	۱۷۱	۷۶/۶
۵	کودکان ۱ تا ۴ ساله	۱۷۳	۱۲۶۹	۶۷۰	۲۴۵
۶	زنان باردار	۶	۶۸۳	۹۰	۸۶
۷	افراد بالای ۶۵ سال	۵۶	۱۳۳۵	۴۰۵	۲۵۷
۸	موارد مرگ گزارش شده	۰	۴۶	۱۳/۳	۹/۷

می‌گیرد، بعضی اقدامات مورد بررسی قرار گرفتند که در جدول ۴ آمده است. بر مبنای این یافته‌ها بین دانش کارکنان در دو نوع پایگاه اختلاف معناداری وجود ندارد.

جدول ۴- مقایسه دانش کارکنان پایگاه‌های بهداشتی درباره خدمات بهداشتی بدون جمعیت هدف (بهداشت عمومی)

اطلاعات کارکنان بهداشتی	دولتی		برون‌سپاری	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بهداشت خانواده	۷۵	۹۶	۳	۳/۸
پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها	۷۱	۹۱	۷	۹
بهداشت دهان و دندان	۷۳	۹۴	۵	۶/۴
بهداشت مدارس	۷۸	۱۰۰	۰	۰
تغذیه	۷۸	۱۰۰	۰	۰
مشاوره	۷۴	۹۵	۴	۵
دارو و درمان سرپایی	۷۰	۹۰	۸	۱۰

بحث

در این مطالعه، شاخص‌های مهم ساختاری و برنامه‌ای در عملکرد پایگاه‌ها بین پایگاه‌های برون‌سپاری شده و دولتی مورد مقایسه قرار گرفتند. در مجموع تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین دو نوع پایگاه در بیشتر شاخص‌ها یافت نشد. این امر می‌تواند نشان از موفقیت در اجرای برنامه برون‌سپاری باشد.

این پژوهش نشان داد که بخش خصوصی در تأمین فضای فیزیکی و تجهیزات اداری استاندارد وضعیت مطلوب‌تری دارد. یکی از مشکلاتی که دانشگاه را به برون‌سپاری واحدهای بهداشتی ترغیب کرد، تملک ساختمان بود؛ بنابراین شرایط ساختمانی پایگاه‌ها معیار مهمی در موفق بودن یا نبودن اجرای برون‌سپاری است. هر چند استقرار پایگاه‌های برون‌سپاری شده در کلینیک‌ها و مطب‌ها، با توجه به عدم تعیین خدمات مشخص پزشکی در پایگاه بهداشتی می‌تواند منجر به القای نیاز کاذب به خدمات پزشکی در مراجعان شود. اگر چه میزان استقرار پایگاه‌های برون‌سپاری شده در محیط مناسب بیشتر از پایگاه‌های دولتی است، استقرار ۲۳/۹٪ پایگاه‌های برون‌سپاری شده در فضای نامناسب نیازمند دقت بیشتری است.

در مطالعه‌ای که پیشتر انجام شده بود رضایت مردم از شرایط فیزیکی، تجهیزات و نحوه برخورد پایگاه‌های برون‌سپاری شده، مطلوب‌تر از پایگاه‌های دولتی ارزیابی شده بود (۸). همچنین گزارش شده است که آرایه‌کنندگان خدمات سلامت خصوصی در تهران از واحدهای دولتی پاسخگوتر هستند (۹). در مورد مستندسازی و ثبت اطلاعات، پایگاه‌های برون‌سپاری شده مطلوب‌تر از پایگاه‌های دولتی هستند. به عبارتی در زمینه‌هایی که ناظران شبکه بهداشت برای ارزیابی و نمره‌دهی پایگاه اهمیت بیشتری داده‌اند، پایگاه‌های برون‌سپاری شده نیز

بهار ۹۲، دوره شانزدهم، شماره اول

در مقوله جمعیت یکی از شاخص‌های مهم، شناسایی و به روز بودن اطلاعات جمعیتی است؛ در این مورد، انتظار سیاست‌گذاران سلامت، سرشماری کامل جمعیت هر ۵ سال یک بار و لکه‌گیری سالانه جمعیت تحت پوشش است. در ۵۰٪ پایگاه‌های دولتی و ۸/۳٪ پایگاه‌های برون‌سپاری شده بیش از ۵ سال است که سرشماری انجام نشده است؛ اما به علت عمر کم‌تر پایگاه‌های برون‌سپاری شده این نسبت قابل مقایسه نیست. از مجموع ۴۸ پایگاه برون‌سپاری شده، ۱۷ مورد بالای ۵ سال سابقه تأسیس دارند و تمامی پایگاه‌های دولتی سابقه بالای ۵ سال دارند. از نظر دسترسی جغرافیایی تفاوت قابل ملاحظه‌ای دیده نشد و ۹۲/۵٪ از مراجعان، مسیر منزل تا پایگاه را پیاده طی می‌کردند (۹۲/۷٪ در پایگاه دولتی و ۹۲/۴٪ پایگاه برون‌سپاری شده).

شاخص‌های جمعیتی نیز بین پایگاه‌های مختلف تفاوت‌هایی دارد و این شاخص‌ها در مقایسه با شاخص کشوری در جدول ۳ آمده است. در مقایسه گزارش شاخص مولید و مرگ در جمعیت تحت پوشش پایگاه‌های بهداشتی، میزان گزارش مولید در پایگاه‌های دولتی بیشتر (۹۸٪) از پایگاه‌های برون‌سپاری شده (۸۸٪) بود و گزارش موارد مرگ در پایگاه دولتی ۴۱٪ و در پایگاه برون‌سپاری شده ۶۸/۵٪ بود.

جدول ۳- مقایسه شاخص‌های جمعیت تحت پوشش پایگاه‌های بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران با شاخص کشوری در دی ماه سال ۱۳۸۸

عنوان شاخص	دولتی	برون‌سپاری	کلید پایگاه‌ها	شاخص کشوری*
جمعیت تحت پوشش	۲۳۳۷۹۰	۵۸۲۵۶۴	۸۱۶۲۵۴	۱۹۹۹۸۶۴۲
بعد خانوار	۴	۳/۷	۳/۸	۴/۱
درصد جمعیت زیر یکسال	۱/۴۵	۱/۵۹	۱/۵۶	۱/۸۳
درصد جمعیت بالای ۶۵ سال	۲/۲	۲/۹	۳/۷	۶/۵
تعداد موارد مرگ گزارش شده	۱۷۵	۸۰۷	۹۸۲	۹۸۵۹۳
میزان مرگ خام	۰/۷۵	۱/۴	۱/۲	۴/۹۳
پوشش مدرن تنظیم خانواده	۵۵	۴۳/۶	۳۷	۶۷

* شاخص کشوری از داده‌های زیج روستایی استخراج شده است

واکسیناسیون به عنوان شاخص حساس و مورد توجه مردم می‌تواند یکی از ملاک‌های مراقبت مناسب باشد. برای محاسبه این شاخص بر اساس دستور عمل کشوری، واکسن‌های MMR1، سه‌گانه ۳، هپاتیت ۳ و پولیو ۳ به عنوان معیار انتخاب شدند و در زمان مطالعه (سه ماهه چهارم ۱۳۸۸)، تعداد افراد واجد شرایط در سه ماهه قبلی (پاییز ۸۸) به عنوان معیار در نظر گرفته شدند و اطلاعات تزریق از دفاتر و پرونده استخراج شدند. بر این اساس پوشش واکسیناسیون به جز در مورد MMR1 که در پایگاه‌های برون‌سپاری شده ۹۱٪ بود، در سایر موارد بین دو نوع پایگاه یکسان و حدود ۹۵٪ بود. در بررسی فعالیت‌های واحد بهداشتی، که جمعیت هدف نداشته و به صورت عمومی انجام

پایگاه‌ها در مراکز خیریه و درمانگاه‌های خصوصی مستقر شده بودند و به دلیل عدم پرداخت هزینه، با حضور یک نفر نیروی انسانی دولتی فقط خدمات ضروری شامل واکسیناسیون و تحویل اقلام تنظیم خانواده انجام می‌شد. در واقع بعضی از این پایگاه‌ها فاقد جمعیت تحت پوشش بوده و خدمات استاندارد ارایه نمی‌کردند. در پی برون‌سپاری، برخی از این پایگاه‌ها با پایگاه‌های برون‌سپاری شده جایگزین شدند؛ به نحوی که از ۴۹ پایگاه دولتی موجود در سال ۱۳۸۴ فقط ۲۶ پایگاه در زمان مطالعه فعال بودند. به عبارتی این مطالعه نمی‌تواند شرایط پایگاه‌های دولتی پیش از شروع مداخله را با پایگاه‌های برون‌سپاری شده مقایسه کند و فقط به مقایسه پایگاه‌های استاندارد دولتی با پایگاه‌های برون‌سپاری شده می‌پردازد.

نتیجه‌گیری

بر مبنای نتایج مطالعه به نظر می‌رسد که نحوه نظارت و استانداردهای نظارتی تعریف شده بر رفتار بخش خصوصی تأثیر مستقیم دارد. از آن جایی که ناظران بیشتر به ساختار فیزیکی و استانداردهای تجهیزاتی اهمیت داده‌اند، بخش خصوصی نیز آن را بهتر رعایت کرده است. از طرفی موضوعاتی که وظیفه ذاتی شبکه بهداشت بوده و ارایه آن برای دو نوع پایگاه توسط افراد مشابه انجام شده است تفاوتی ندارد. میزان آگاهی پرسنل شاغل در دو نوع پایگاه اختلاف معناداری با هم ندارد و پرسنل در زمینه‌های مختلف آگاهی مناسبی دارند. خدمات ارایه شده در پایگاه‌های برون‌سپاری شده با توجه به شناسایی بهتر جمعیت و پوشش، مناسب‌تر از پایگاه‌های دولتی است.

تشکر و قدردانی

از همکاری مسؤولان پایگاه‌های بهداشتی، مساعدت مدیران شبکه‌های بهداشت تابعه دانشگاه و زحمات پرسشگران تشکر و قدردانی می‌کنیم. همین‌طور از آقای دکتر واثق که طراحی نرم‌افزار ورود داده را انجام دادند و آقای دکتر افشین استوار که در آنالیز داده‌ها مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

References

- 1- Pileroudi, S. District primary health care network. Tehran: Nashr-e Jahad; 1997. (in Persian)
- 2- Abolhassani F. Outsourcing health services. Tehran: Pooneh; 2009. (in Persian)
- 3- Takian Amir H, Rashidian Arash, Kabir Mohammad J. Expediency and coincidence in reengineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran. Health Policy and Planning 2011; 26(2):163-73.
- 4- Shahraki MR. Outsourcing as a tool for position and entrepreneurship. Proceedings of the 2nd Conference on Logistics and Supply Chain, 2006. (in Persian)
- 5- Siddiqi S, Masud TI, Sabri B. Contracting but not without caution: experience with outsourcing of health services in countries of the Eastern Mediterranean Region. Bulletin of the World Health Organization 2006; 84(11): 867-875.
- 6- Rashidian A, Jahanmehr N, Pourreza A, Majdzadeh SR, Godarzi G. Evaluating performance of medical universities

- in Iran during 2002 to 2007: a technical efficiency study. *Hakim Research Journal* 2010; 13(1): 58- 68. (in Persian)
- 7- Rashidian A, Khosravi A, Khabiri R, Khodayari-Moez E, Elahi E, Arab M, et al. Islamic Republic of Iran's Multiple Indicator Demographic and Health Survey (IrMIDHS) 2010. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2012. (in Persian)
- 8- Esmaili M. (dissertation). Assessing the relationship between outsourcing and user satisfaction in the outsourced health posts of the Tehran University of Medical Sciences. Tehran: Payam-e Noor University; 2010. (in Persian)
- 9- Rashidian A, Kavosi Z, Majdzadeh R, Pourreza A, Pourmalek F, Arab M, et al. Assessing health system responsiveness: a household survey in 17th District of Tehran. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2011; 13(5): 302-308.
- 10- Arshi S, Majdzadeh SR, Sadeghi Bazargan H, Sezavar SH, Tahmasian Z, Amanati L et al. Assessing the competency of staff in Ardebil Province in completing and presenting statistical charts in 2001. *Journal of Ardebil University of Medical Sciences* 2006; 6(1): 53-60 (in Persian)

Assessing Experiences of Outsourcing Urban Health Posts: Facilities and Services Offered in Publicly Owned and Outsourced Health Posts in Tehran University of Medical Sciences

Salmani MR¹ (MD, MPH), Rashidian A^{2,3*} (MD, PhD), Abolhassani F⁴ (MD), Majdzadeh R^{3,5} (PhD)

¹ *Rey Health Network, Deputy for Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

² *Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

³ *Knowledge Utilization Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

⁴ *National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

⁵ *Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Received: 4 Jun 2012, Accepted: 14 Mar 2013

Abstract

Introduction: The expansion of public sector capacity in public health is difficult due to legal limitations and limited financial and staff resources. Outsourcing services to the private sector provides opportunity to provide health services to public. This study aimed to assess and compare the capacity and services in publicly run and outsourced urban health posts.

Methods: This cross-sectional study was carried out in all health posts affiliated to the university. Data were collected using a 26-items questionnaire and were analyzed using the univariate analyses.

Results: Among 74 health posts, 48 health posts (64.9%) were outsourced and 26 (35.1%) were managed by the public sector. Medical doctors managed 43.7% and midwives 45.8% of the outsourced health posts. Midwives managed 73.0% and health officers 23.0% of the public sector posts. 61.5% and 77.1% of the outsourced and publically managed health posts were located in appropriately structured buildings. Over 92% of the clients walked to the health posts. On average, public health posts covered 8954 individuals and outsourced health posts covered 12158 individuals. No differences were observed in health program related knowledge of the staff in two centers.

Conclusion: Supervision approaches has a direct effect on behaviors of the private sector. Since the supervisors mostly noted the physical structure and standards of equipments, these had adequate standards. There were no differences between public and private health posts in health care indices and those services that had been provided by similar staff from the two health post groups.

Key words: ambulatory health center, primary health care, supervision, standards

Please cite this article as follows:

Salmani MR, Rashidian A, Abolhassani F, Majdzadeh R. Assessing Experiences of Outsourcing Urban Health Posts: Facilities and Services Offered in Publicly Owned and Outsourced Health Posts in Tehran University of Medical Sciences. *Hakim Research Journal* 2013; 16(1): 28- 34.

*Corresponding Author: National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences. Tel: +98- 21- 88991112, Fax: +98- 21- 88991113, E-mail: arashidian@tums.ac.ir