

مقایسه عملکرد مراکز بهداشتی درمانی تعاونی و دولتی

مصطفی فرج بخش^۱, علیرضا نیک نیاز^۲, جعفر صادق تبریزی^۳, اکرم ذاکری^۴

۱. پژوهش عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۱۲/۸

۲. استادیار پژوهش خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۱/۲۵

۳. استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، دانشکده بهداشت و تغذیه

۴. کارشناس بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی

چکیده

زمینه و هدف: تعاونی‌های بهداشتی درمانی در چارچوب ساختار شبکه بهداشت و درمان کشور، مراقبت‌های بهداشت را با نظارت بخش دولتی به جمعیت تعریف شده ارائه می‌نمایند.

مواد و روش کار: این پژوهش در قالب یک مطالعه تحلیلی مقطعی، ۲ گروه از مراکز بهداشتی درمانی با مدیریت دولتی و تعاونی را از نظر شاخص‌های عملکردی مقایسه نمود.

یافته‌ها: رضایت‌گیرنده‌گان خدمت در مقیاس پنج امتیازی لیکرت در مراکز بهداشتی درمانی تعاونی ۴/۱۴ و در مراکز بهداشتی درمانی دولتی ۳/۹ بود. میانگین تعداد کل مراقبت انجام شده در روز در مراکز دولتی ۸۵/۱ و در مراکز تعاونی ۱۱۰/۸ بود.

نتیجه‌گیری: تعاونی‌های بهداشتی راهکار مناسبی برای کوچک سازی دولت در حیطه سلامت است. [۱]۱۷-۱۲۱؛ [۲]۱۳۹۱؛ [۳]۱۴؛ [۴]۱۱۷-۱۲۱]

کلیدواژه‌ها: مراکز بهداشتی، مشارکت دولتی، مشارکت خصوصی، ایران

مقدمه

روش کار

این پژوهش به صورت یک مطالعه تحلیلی مقطعی برای ارزشیابی و مقایسه عملکرد تعاونی‌های بهداشتی درمانی با مراکز بهداشتی درمانی دولتی در سال ۱۳۸۲ اجرا شد. در این بررسی دو گروه از مراکز بهداشتی درمانی با مدیریت دولتی و تعاونی از نظر عملکرد مراقبت‌های اولیه بهداشتی، رفاره‌های بهداشتی جمیعت تحت پوشش، سطح رضایت‌گیرنده‌گان خدمت، نگرش کارکنان در رابطه با نحوه مدیریت مرکز بهداشتی درمانی، سطح رضایت ارائه دهنده‌گان خدمات و هزینه تمام شده خدمات ارائه شده مقایسه شدند. تمام تعاونی‌های بهداشتی درمانی (۹ مرکز) طرف قرارداد با مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی و ۱۸ مرکز بهداشتی درمانی دولتی (برای هر تعاونی بهداشتی درمانی دو مرکز بهداشتی درمانی دولتی) برای مطالعه انتخاب شدند. مراکز بهداشتی درمانی با لحاظ نمودن معیارهای تشابه منطقه تحت پوشش از نظر فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی (ترکیب سنی جمیعت، میزان تحصیلات، خدمات قبل ارائه و منطقه جغرافیایی) با مناطق تحت پوشش تعاونی‌های بهداشتی درمانی، به روش سهمیه‌ای انتخاب شدند. برای مطالعه اثربخشی، ۴۰۰ خانوار در جمیعت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی تعاونی و ۶۰۰ خانوار در جمیعت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی دولتی به روش نمونه‌گیری خوش‌آی (خوش ۵ خانوار) انتخاب و با زنان خانه با یک پرسشنامه محقق ساخته مصاحبه شد. برای تعیین سواد سلامتی ۱۰ سوال آگاهی طراحی و درصد زنانی که همه آن‌ها را می‌دانستند، محاسبه شد. برای بررسی عملکرد فرایندهای بهداشتی درمانی از داده‌های ثبت شده در دفاتر، پرونده‌ها و آمار ماهانه مراکز بهداشتی درمانی در طول یک سال استفاده شد. برای تعیین رضایت مشتری، در هر مرکز بهداشتی درمانی با ۲۰ گیرنده خدمت در ۵ روز

در اغلب کشورها به ویژه در کشورهای در حال توسعه، مراقبت‌های اولیه بهداشتی توسط بخش دولتی ارائه می‌گردد.^۱ در حالی که نسبت بزرگی از بیماران با مشکلات عمده سلامتی مراقبت‌های خود را در بخش خصوصی جستجو می‌کنند.^۲ البته در برخی کشورها بخش خصوصی در حیطه ارائه خدمات بهداشتی و پیشگیری نیز فعالانه عمل می‌نماید.^۳ نقش بخش دولتی و خصوصی در ارائه خدمات سلامت در اغلب کشورها موضوع روز است.^۴ بخش خصوصی شامل تمام ارائه کننده‌گان خدمات سلامت است که در خارج از بخش دولتی بوده و هدف خیریه و یا انتفاعی داشته و در درمان و پیشگیری از بیماری‌ها فعالیت می‌نمایند.^۵ با شکست مکانیزم بازار در ارائه خدمات سلامت، مشارکت بخش دولتی و خصوصی (Public private partnership) یک تفکر نوین و خلاق در ارتقای سلامت محسوب می‌شود.^۶ مشارکت بخش خصوصی و دولتی ترکیبی از سازمان‌های دولتی و خصوصی است که برای تأمین منابع مالی و ارائه خدمات جهت افزایش کارآمدی و تأمین سلامت بیشتر ایجاد شدند.^۷ تعاونی‌های بهداشتی درمانی موجود در کانادا و آمریکای لاتین می‌تواند مدلی از مشارکت بخش خصوصی و دولتی باشد.^۸ تجزیه تبریز در خصوص مشارکت بخش خصوصی در ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی از جهات ویژه است که از آن جمله می‌توان به تمرکز بیشتر بر خدمات پیشگیری، تشابه ساختاری با مراکز بهداشتی درمانی دولتی، نقش تعریف شده برای تک تک افراد تشکیل دهنده تعاونی در ایجاد آن، نظارت مستمر توسط بخش دولتی، نظام پرداخت تعريف شده و نظام ارزشیابی معین اشاره نمود. این مطالعه برای مقایسه عملکرد تعاونی‌های بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی دولتی در زمینه مراقبت‌های اولیه بهداشتی طراحی و اجرا شد.

تامین به موقع و کافی وسائل مصرفی (۷۲/۳٪)، استفاده از نظرات مشتری‌ها در تصمیم‌گیری (۷۰/۴٪) و تامین به موقع تجهیزات (۶۹/۴٪) نگرش مثبت داشتند. بیشترین رضایت ارائه دهنده‌گان خدمت در مراکز بهداشتی درمانی دولتی به ترتیب از ارتباط خوب کارکنان با یکدیگر (۸۲٪) و در مراکز بهداشتی درمانی تعاضی احساس غرور و افتخار به کار (۷۷/۲٪) بود. بین سطح رضایت ارائه دهنده‌گان خدمت در مقیاس ۵ امتیازی لیکرت در مراکز بهداشتی درمانی تعاضی معنی دار آماری وجود دارد. از دیدگاه کارکنان شاغل در بخش دولتی مهم‌ترین نقاط ضعف واگذاری مراقبت‌های اولیه بهداشتی روش تقسیم سود به دست آمده، درآمد حاصله و حمایت سیاستگزاران کلان نظام سلامت بود. از دیدگاه آن‌ها مهم‌ترین نقاط قوت آن استقبال مردم، تامین اقلام بهداشتی، ارتقای رضایت گیرندگان خدمت، پوشش بالای خدمات قابل ارائه در تعاضی بهداشتی درمانی و ساعت‌کار تعاضی اولیه بهداشتی درمانی بود. از دیدگاه کارکنان تعاضی‌های بهداشتی درمانی مهم‌ترین نقاط ضعف واگذاری مراقبت‌های اولیه بهداشتی مقدار سرانه، روش پرداخت، حمایت سیاستگزاران کلان سلامت، روش محاسبه مقدار پرداخت به تعاضی، نحوه عقد قرارداد و روش تقسیم سود به دست آمده و مهم‌ترین نقاط قوت آن استقبال مردم، ارتقای رضایت گیرندگان خدمت، کیفیت بالای خدمات ارائه شده، پوشش بالای خدمات قابل ارائه در تعاضی بهداشتی درمانی و دسترسی جمعیت تحت پوشش بود.

جدول ۱: توزیع فراوانی شاخص‌های عملکردی نظام سلامت در دو گروه مراکز بهداشتی درمانی دولتی و تعاضی در استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۸۷

متوالی با پرسشنامه ۱۰ سوالی مبتنی بر مقیاس لیکرت مصاحبه شد. برای بررسی نگرش کارکنان در رابطه با نحوه مدیریت مرکز بهداشتی درمانی و سطح رضایت ارائه دهنده‌گان خدمت، کلیه پزشکان و کارشناسان بهداشتی شاغل در مراکز بهداشتی درمانی دولتی و تعاضی، پرسشنامه ۲۵ سوالی با ۲ قسمت نگرش کارکنان در مورد رویکرد مدیریت مراکز بهداشتی درمانی (۱۵ سوال) و رضایت شغلی ارائه دهنده‌گان خدمت سلامت (۱۰ سوال) را تکمیل نمودند. برای محاسبه هزینه‌ها بر اساس چک لیستی هزینه‌ها و درآمدهای مراکز بهداشتی درمانی در طول سال مالی مشخص جمع آوری و نیز تعداد خدمت ارائه شده در همان دوره زمانی محاسبه شد. لازم به تذکر است که در محاسبه هزینه‌های مراکز دولتی هزینه‌های نگهداری فضاهای فیزیکی و نظارت لحاظ نشده است. در مرحله بعد، عملکرد فرایند بروز سپاری مراقبت‌های اولیه بهداشتی از دیدگاه سیاست گذاران، مدیران و ارائه دهنده‌گان مراقبت‌های اولیه بهداشتی مطالعه شد. برای ارزیابی متغیرهای اساسی، پرسشنامه ۲۸ سوالی با مقیاس ۱۰ امتیازی (۱۰ بهترین و ۱ بدترین عملکرد) طراحی و در اختیار تمام مدیران و کارشناسان مرتبط با فرایند واگذاری خدمات بهداشتی در سطح استان و شهرستان و نیز تمام پزشکان و کارشناسان سلامت شاغل (تمام وقت) در تعاضی‌های بهداشتی درمانی قرار گرفت. برای تعیین روایی، هر ۲ پرسشنامه تعیین رضایت مشتری و ارائه‌دهنده‌گان مراقبت‌های بهداشتی به ۵ نفر از متخصصان حیطه پژوهش ارسال و تغییرات لازم بر اساس نظر آن‌ها داده شد. برای محاسبه پایابی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است. در پرسشنامه نهایی، ضریب پایابی $\alpha = 0.8$ بوده است. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و نیز فراوانی مطلق و نسبی ارائه شدند. برای مقایسه متغیرهای کمی بین دو گروه مورد مطالعه از تست t و در مورد متغیرهای کیفی از χ^2 استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین تعداد کل مراقبت بهداشتی انجام شده در روز در مراکز بهداشتی درمانی دولتی و تعاضی به ترتیب $85/۱$ و $۱۱۰/۸$ بود و بین ۲ گروه اختلاف آماری معنی دار وجود داشت ($P=0.02$). هزینه سالانه بر اساس سرانه جمعیت تحت پوشش در مراکز دولتی ۱۲۷۸۴ و در تعاضی‌های بهداشتی درمانی ۱۴۲۷۹ ریال می‌باشد (جدول ۱). میانگین پزشک به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش در مراکز بهداشتی درمانی دولتی و تعاضی به ترتیب $۱/۸$ و $۱/۷$ ، کارشناس مامایی و بهداشت خانواده به ترتیب $۲/۷$ و $۲/۵$ ، کارشناس بهداشت محیط به ترتیب $۱/۸$ و $۱/۱۵$ بود. میانگین امتیاز کلی سطح رضایت گیرندگان خدمت در مقیاس پنج امتیازی لیکرت در مراکز بهداشتی درمانی تعاضی $۴/۱۴$ با انحراف معیار $۰/۰۶$ و در مراکز بهداشتی درمانی دولتی $۳/۹$ با انحراف معیار $۰/۶۳$ بود و بین دو گروه اختلاف معنی دار آماری وجود داشت. در مراکز دولتی، کارکنان به ترتیب در رابطه با معیارهای برخورد خوب با مشتری‌ها ($۹۱/۸\%$)، انجام کارها به صورت تیمی ($۵۹/۶\%$) و برگزاری جلسات هماهنگی ($۵۶/۷\%$) در تعاضی‌ها به ترتیب در معیارهای برخورد خوب با مشتری‌ها ($۹۱/۶\%$)، انجام کارها به صورت تیمی ($۷۹/۷\%$)،

	نوع مدیریت مرکز <i>p</i>	حیطه ستجش	شاخص‌های محاسبه شده	بهداشتی درمانی دولتی	تعاضی
ق م ن °	۶۷۴۸	قیمت تمام شده یک خدمت به ریال	۵۶۷۴	۶/۶	۶/۶
ق م ن	نیروی انسانی به تعداد خدمت روزانه به ازای هر نفر	۱۰۰۰ نفر جمعیت	۵/۳۵	۷/۷	۸/۷
۰/۰۲	نیروی انسانی	تعداد نقص در فرایند مراقبت زن	۴/۹	۵/۲	۴/۹
۰/۰۶	باردار	تعداد نقص در فرایند زنجیره سرد	۳/۶	۴/۳	۳/۶
۰/۰۳	درصد رسم روند رشد کودک در منحنی رشد	درصد زنانی که در سال گذشته از آنها نمونه پاپ اسپیر گرفتند	۶۹/۴	۵۹	۴۹/۳
ق م ن	سطح سواد سلامتی زنان مصاحبه شده	درصد زنانی که در سال گذشته از آنها نمونه پاپ اسپیر گرفتند	۳۰/۲	۳۰	۴۹/۳
۰/۰۱	دسترسی افریخی	درصد مشربیانی که در زمان نیاز به مراقبت بهداشتی دارند.	۹۵/۷	۷۶	۴۹/۳
۰/۰۱۵	دسترسی	استمرار دریافت خدمت: درصد زنان باردار با دو بار مراجمه متولدی به یک مرکز بهداشتی	۸۲/۲	۶۷/۵	۴۹/۳
۰/۰۷۵	مشارکت	تعداد جلسه آموزش رایزنی در ماه	۴/۹	۴/۳	۰/۱۴
۰/۰۱۵	جامعه	تعداد جلسه بین بخشی در ماه	۰/۷	۰/۷	۹۰/۳
۰/۰۰۲	رضایت	درصد پاسخ موافق در مورد آیتم: مراججه مجدد برای دریافت خدمت	۷۳	۶۵/۸	۷۹/۳
۰/۰۰۱	گیرنده خدمت	درصد پاسخ موافق در مورد آیتم:	۷۳	۷۳	۷۹/۳

**جدول ۲؛ مقایسه متغیرهای مدیریتی تسهیلات بهداشتی درمانی به تفکیک نوع
مدیریت آنها در استان آذربایجان شرقی**

توصیه مرکز به آشنازی						
درصد پاسخ موافق در مورد آیتم :	۸۹/۸	۸۴/۳	۰/۰۰۳	۷۲/۳	۴۱/۴	۰/۰۰۵
رضایت از خدمت دریافت شده						
درصد مرکز که مواد مصرفی مورد نیاز آنها به موقع تامین می شود.						
تعداد مراکزی که حداقل یک قلم بهداشتی موجود صفر داشته است.						
نسبت تجهیزات موردنیاز سالم						
درصد پاسخ موافق در مورد آیتم :	۸۸/۴	۶۰/۹	۰/۰۳	۱۰۰	۹۲	۰/۱۰۰(۱۸)
رضایت شغلی						
درصد پاسخ موافق در مورد آیتم :	۵۴/۸	۴۷/۸	۰/۱۵	۴۷/۸	۴۵	۰/۰۰۴
درصد پاسخ موافق در مورد آیتم :	۶۲/۲	۶۰/۹	۰/۰۳	۶۲/۲	۴۵	۰/۰۰۴
درصد پاسخ موافق در مورد آیتم :	۵۴/۸	۴۷/۸	۰/۱۵	۴۷/۸	۴۵	۰/۰۰۴
درصد پاسخ موافق در مورد آیتم :	۶۳/۸	۵۰/۷	۰/۰۰۵	۶۳/۸	-	
دفاتر و پرونده ها						
زوج حفاظت شده در مقابل بارداری در سال						
میانگین تعداد مراقبت یک بیمار مبتلا به هپیر تاسیسون در ۱ سال						
بار مراقبت در بیمار دیابتی در ۱ سال						
میانگین تاخیر در کل مراقبت ها						
تشکیل جلسه آموزش بهداشت در ۱ ماه						
میانگین بازدید از یک امکان تهیه و توزیع مواد غذایی در سال						
میانگین تعداد مراقبت بهداشتی کودک در زیر ۱ سالگی						
میانگین تعداد مراقبت بهداشتی یک زن باردار در دوران حاملگی						
ق. ن : قابل محاسبه نبود.						

بحث

بر اساس یافته های این پژوهش، سطح رضایت گیرندگان خدمت، رضایت ارائه دهنده گان مراقبت های بهداشتی، پوشش مراقبت های بهداشتی، عملکرد فرایندهای سلامتی و کارآیی در تعاوینی های بهداشتی درمانی نسبت به مرکز بهداشتی درمانی دولتی بالاتر بود. تعاوینی های بهداشتی به مهارت شخصی و حرفة ای کارکنان، ارتباط با مشتری، کار تیمی و تامین به موقع منابع موردنیاز توجه بیشتری نشان دادند که از نتایج بارز آن، می توان به بالا بودن رضایت شغلی کارکنان اشاره نمود. در این مطالعه مهم ترین عامل موثر در رضایت شغلی احسان مالکیت بود. Winter-Collins در مطالعه خویش به ارتباط معنی دار بین حس تعلق و رضایت شغلی اشاره کرده است.^{۱۱}

در یک مطالعه در شهرستان تبریز نشان دادند پوشش تنظیم خانواده، پوشش مراقبت کودکان زیر ۱ سال، پوشش مراقبت بارداری در جمعیت تحت پوشش تعاوینی های بهداشتی درمانی بالاتر از مرکز دولتی بود.^{۱۲} مطالعات زیادی وجود دارد که نشان دهنده نقش موفق بخش خصوصی در ارائه خدمات سلامت است.^{۱۳,۱۴}

مطالعه ای در زمینه مراقبت های پره ناتال در تازرایا نشان داد در زمینه مشاوره خوب، احترام به حریم خصوصی و رازداری، رعایت استانداردهای تشخیصی و معاینه فیزیکی بخش خصوصی بهتر عمل نموده است و در تجویز اقلام دارویی و آموزش بهداشت، بخش دولتی خوب عمل نموده است.^{۱۵}

بعد از اصلاحات اساسی در نظام سلامت سنگاپور در حال حاضر ۸۰ درصد مراقبت های اولیه بهداشتی توسط بخش خصوصی ارائه می گردد. با مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات سلامت کارایی و کیفیت خدمات افزایش یافته و رضایت بیماران نیز بالا رفته است.^{۱۶}

تعاوینی های بهداشتی الگوی مرکز بهداشتی درمانی دولتی بوده و با نیروی انسانی مستقل و تعیین از رویکردهای تعديل شده بخش خصوصی، خدمات بهداشتی را در قالب قرارداد ارائه می نمایند. یکی از ویژگی های اصلی تجربه تعاوینی های بهداشتی تبریز تفکیک ارائه خدمات و پایش است (جدول ۲). در این تعاوینی های مراقبت های بهداشتی توسعه بخش خصوصی ارائه شده و پایش و نظارت آنها توسط کارشناسان دولتی نظام مراقبت های اولیه بهداشتی صورت می گیرد. از ویژگی های دیگر آن می توان به پرداخت مبتنی بر سرانه، اعتبار بخشی تعاوینی های بهداشتی درمانی و پای بندی به ساختار شبکه بهداشت و درمان کشور اشاره نمود.

تجربه تبریز نشان داد که ساختار خصوصی با نظارت علمی و مستمر بخش دولتی در ارائه مراقبت های اولیه بهداشتی موفق بوده و با ارتقای کیفیت خدمات و رضایت مراجعین مقوله عدالت را نیز مورد توجه قرار می دهد.

سپاسگزاری

این پژوهش با شماره ۳۱۳۰۳۲۵۸ در سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تصویب شد. از کلیه عزیزانی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که تعاوینی‌های بهداشتی با ایجاد انگیزش کافی در نیروی انسانی و ارتقای کارآیی، راهکار مناسبی برای کوچک سازی دولت در بخش سلامت است. از کاستی‌های این تحقیق می‌توان به سابقه فعالیت بیشتر مراکز بهداشتی درمانی دولتی نسبت به تعاوینی‌های بهداشتی درمانی اشاره نمود.

References

1. Buse K, Waxman A. Public-private health partnerships: A strategy for WHO. Bull World Health Organ 2001; 79(8): 748-754.
2. Brugha R, Zwi A. Improving the quality of private sector delivery of public health services: Challenges and strategies. Health Policy Plan 1998; 13(2): 107-20.
3. Kaufman J, Jing F. Privatization of health services and the reproductive health of rural Chinese women. Reprod Health Matters 2002; 10(20):108-16.
4. Khan MM, Khan SH, Walker D, et al. Cost of delivering child immunization services in urban Bangladesh: A study based on facility-level surveys. J Health Popul Nutr 2004; 22(4): 404-412.
5. Field JE, Peck E. Public-private partnerships in healthcare: The managers' perspective. Health Soc Care Community 2003; 11(6): 494-501.
6. Jeong HS. Health care reform and change in Public-private mix of financing: A Korean case. Health Policy 2005; 74(2): 133-145.
7. Mills A, Brugha R, Hanson K and McPake B. What can be done about the private health sector in low-income countries? Bull World Health Organ 2002; 80(4): 325-330.
8. Michael RR. Public-private partnerships for public health. Harvard series on population and international health. Harvard: Harvard University press; 2002.
9. French J. The public/private mix and human resources for health. Health Policy Plan 1993; 8(4): 315-326.
10. Ferrinho P, Van Lerberghe W, da Cruz Gomes A. Public and private practice: A balancing act for health staff. Bull World Health Organ 1999; 77(3): 209.
11. Winter-Collins A, McDaniel AM. Sense of belonging and new graduate job satisfaction. J Nurses Staff Dev 2000; 16(3): 103-11.
12. Nikniaz A, Farahbakhsh M, Ashjaei K, et al. Maternity and child health care services delivered by public health centers compared to health cooperatives: Iran's experience. J Med Sci 2006; 6(3): 352-358.
13. Meng Q, Liu X, Shi J. Comparing the services and quality of private and public clinics in rural China. Health Policy Plan 2000; 15(4): 349-56.
14. Kaufman J, Jing F. Privatization of health services and the reproductive health of rural Chinese women. Reprod Health Matters 2002; 10(20): 108-116.
15. Michon B, Ron B, Patrick C. Privatization and public health: A report of initiatives and early lessons learned. A public health foundation study supported by The Annie E. Washington DC: Casey Foundation; 1999
16. Lim M. Transforming singapore health care: Public-private partnership. Ann Acad Med Singapore 2005; 34:461-7.

Comparing Performance of Public and Cooperative Health Centers

Mostafa Farahbakhsh,¹ Alireza Nikniaz,² Jafar Sadegh-Tabrizi,³ Akram Zakeri⁴

Received: 27/Feb/2011

Accepted: 14/April/2011

Background: Health cooperatives in similar structure of health network in Iran, give primary health cares to defined population with supervisory of public sector.

Materials and method: This study compares health system performance between public (PHC) and cooperative (CHC) health centers.

Results: Client's satisfaction was 4.14 in CHC and 3.9 in PHC in 5 point Likert scale. The mean for daily health services of CHC and PHC were 110.8 and 85 respectively.

Conclusion: Health cooperatives are appropriate strategy for downsizing of government in health sector. [ZJRMS, 2012; 14(2): 117-121]

Keywords: Health centers, public sector, private sector, Iran

1. General Physician, East Azerbaijan Province Health Center, Tabriz University of Medical Sciences and Health Services, Tabriz, Iran.
2. Professor of pediatrics, Tabriz University of Medical Sciences and Health services, Tabriz, Iran.
3. Assistant Professor of Health Services Management, School of Health and Nutrition, Tabriz University of Medical Sciences and Health services, Tabriz, Iran.
4. General Health, East Azerbaijan Province Health Center, Tabriz University of Medical Sciences and Health Services, Tabriz, Iran.

Please cite this article as: Farahbakhsh M, Nikniaz A, Sadegh-Tabrizi J, Zakeri A. Comparing performance of public and cooperative health centers. Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS) 2012; 14(2): 117-121.