

مقایسه عملکرد مراکز بهداشتی درمانی تعاونی و دولتی

مصطفی فرح‌بخش^۱، علیرضا نیک‌نیا^۲، جعفر صادق تبریزی^۳، اکرم ذاکری^۴

۱. پزشک، رئیس گروه مدیریت فناوری داده‌های سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی
۲. استاد بیماری‌های کودکان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، مرکز آموزشی درمانی کودکان
۳. استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، دانشکده بهداشت و تغذیه
۴. کارشناسی 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 بهداشتی را با نظارت بخش دولتی به جمعیت تعریف شده ارائه می‌نمایند.

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

یافته‌ها: رضایت گیرندگان 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. [م ت ع پ ز، () -]
کلیدواژه‌ها: تعاونی بهداشتی، مشارکت دولتی و خصوصی، ایران

مقدمه

در اغلب کشورها به‌ویژه 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،۴} نقش بخش دولتی و خصوصی در ارائه خدمات سلامت در اغلب کشورها موضوع روز است.^{۵،۶} بخش خصوصی شامل تمام ارائه‌کنندگان 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.^۷ 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.^۸ مشارکت بخش خصوصی و دولتی ترکیبی از سازمان‌های دولتی و خصوصی است که برای تأمین منابع مالی و ارائه خدمات جهت افزایش کارایی و تأمین سلامت بیشتر ایجاد شدند.^۹ تعاونی‌های بهداشتی درمانی موجود در کانادا و آمریکای لاتین می‌تواند مدلی از مشارکت بخش خصوصی و دولتی باشد.^{۱۰} تجربه تبریز در خصوص مشارکت بخش خصوصی در ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی از جهاتی 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 تعریف 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.

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، رفتارهای بهداشتی جمعیت تحت پوشش، سطح رضایت گیرندگان خدمت، نگرش کارکنان در رابطه با نحوه مدیریت مرکز بهداشتی درمانی، سطح رضایت ارائه‌دهندگان خدمت 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 جمعیت، میزان تحصیلات، خدمات قابل ارائه و منطقه جغرافیایی) با مناطق تحت پوشش تعاونی‌های بهداشتی درمانی، به روش سهمیه‌ای انتخاب شدند. برای مطالعه اثربخشی، ۴۰۰ خانوار در جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی تعاونی و ۶۰۰ خانوار در جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی دولتی به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای (خوشه پنج خانوار) انتخاب و با زنان خانه با یک پرسشنامه محقق ساخته مصاحبه شد. برای تعیین سواد سلامتی ده 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 بیست گیرنده خدمت در پنج

تامین به موقع و کافی وسایل مصرفی (۷۲/۳٪)، استفاده از نظرات مشتری‌ها در تصمیم‌گیری (۷۰/۴٪) و تامین به موقع تجهیزات (۶۹/۴٪) نگرش مثبت داشتند. بیشترین رضایت ارائه دهندگان خدمت در مراکز بهداشتی درمانی دولتی به ترتیب از ارتباط خوب کارکنان با یکدیگر (۸۲٪) و در مراکز بهداشتی درمانی تعاونی احساس غرور و افتخار به کار (۷۲/۲٪) بود. بین سطح رضایت ارائه دهندگان خدمت در مقیاس پنج امتیازی لیکرت در مراکز بهداشتی درمانی تعاونی و دولتی اختلاف معنی‌دار 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 سیاست‌گذاران 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 تعاونی بهداشتی درمانی و ساعات کار تعاونی بهداشتی درمانی بود. از دیدگاه کارکنان تعاونی‌های بهداشتی درمانی مهم‌ترین نقاط ضعف واگذاری مراقبت‌های اولیه بهداشتی مقدار سرانه، روش پرداخت، حمایت سیاست‌گذاران کلان سلامت، روش محاسبه مقدار پرداخت به تعاونی، 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 تعاونی بهداشتی درمانی و دسترسی جمعیت تحت پوشش بود.

جدول ۱: توزیع فراوانی شاخصهای عملکردی نظام سلامت در دو گروه مرکز

بهداشتی درمانی دولتی و تعاونی در استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۸۲

نوع مدیریت مرکز بهداشتی	شاخص های محاسبه شده		حیطه سنجش
	درمانی تعاونی	دولتی	
قیمت تمام شده یک خدمت به ریال	۵۶۷۴	۶۷۴۸	حیطه سنجش
نیروی انسانی به ده هزار نفر جمعیت	۵/۳۵	۶/۶	کارآیی
تعداد خدمت روزانه به ازای هر نفر نیروی انسانی	۸/۷	۷/۷	
تعداد نقص در فرایند مراقبت زن باردار	۴/۹	۵/۲	کیفیت خدمت
تعداد نقص در فرایند زنجیره سرد	۳/۶	۴/۳	
درصد رسم روند رشد کودک در منحنی رشد	۶۹/۴	۵۹	اثربخشی
سطح سواد سلامتی زنان مصاحبه شده	۳۰/۲	۳۰	
درصد زنانی که در سه سال گذشته از آنها نمونه پاپ اسمیر گرفتند.	۴۹/۳	۳۸	دسترسی
درصد مشتریانی که در زمان نیاز به مراقبت بهداشتی دسترسی دارند.	۹۵/۷	۷۶	
استمرار دریافت خدمت : درصد زنان باردار با دو بار مراجعه متوالی به یک مرکز بهداشتی	۸۲/۲	۶۷/۵	مشارکت جامعه
تعداد جلسه آموزش رابطن در ماه	۴/۹	۴/۳	
تعداد جلسه بین بخشی در ماه	۰/۷	۰/۱۴	رضایت گیرنده
درصد پاسخ موافق در مورد آیتم : مراجعه مجدد برای دریافت خدمت	۹۰/۳	۷۹/۳	

روز متوالی با پرسشنامه ده سوالی مبتنی بر مقیاس لیکرت مصاحبه شد. برای بررسی نگرش کارکنان در رابطه با نحوه مدیریت مرکز بهداشتی درمانی و سطح رضایت ارائه دهندگان خدمت، کلیه پزشکان و کارشناسان بهداشتی شاغل در مراکز بهداشتی درمانی دولتی و تعاونی، پرسشنامه ۲۵ سوالی با دو قسمت نگرش کارکنان در مورد رویکرد مدیریت مراکز بهداشتی درمانی (۱۵ سوال) و رضایت شغلی ارائه دهندگان خدمات سلامت (۱۰ سوال) را تکمیل نمودند. برای محاسبه هزینه‌ها بر اساس چک لیستی هزینه‌ها و درآمدهای مراکز بهداشتی درمانی در طول سال مالی مشخص جمع‌آوری 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 برون سپاری مراقبت‌های اولیه بهداشتی از دیدگاه سیاست‌گذاران، مدیران و ارائه دهندگان مراقبت‌های اولیه بهداشتی مطالعه شد. برای ارزیابی متغیرهای اساسی، پرسشنامه ۲۸ سوالی با مقیاس ده 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 تعاونی‌های بهداشتی درمانی قرار گرفت. برای تعیین روایی، هر دو پرسشنامه تعیین رضایت مشتری و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به پنج نفر از متخصصان حیطه پژوهش ارسال و تغییرات لازم بر اساس نظر آن‌ها داده شد. برای محاسبه پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است. در پرسشنامه نهایی، ضریب پایایی $\alpha = 0/8$ 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 تعاونی به ترتیب ۸۵/۱ و ۱۱۰/۸ بود و بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌دار وجود داشت ($p=0/02$). هزینه سالانه بر اساس سرانه جمعیت تحت پوشش در مراکز دولتی ۱۴۲۷۹ و در تعاونی‌های بهداشتی ۱۲۷۸۴ ریال می‌باشد (جدول ۱). میانگین پزشک به ازای ده هزار نفر جمعیت تحت پوشش در مراکز بهداشتی درمانی دولتی و تعاونی 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 تعاونی ۴/۱۴، با انحراف معیار ۰/۶ و در مراکز بهداشتی درمانی دولتی ۳/۹، با انحراف معیار ۰/۶۳ بود و بین دو گروه اختلاف معنی‌دار 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٪) و در تعاونی‌ها به ترتیب در معیارهای برخورد خوب با مشتری‌ها (۹۱/۶٪)، انجام کارها به صورت تیمی (۷۹/۲٪)،

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

بخش تعاونی	بخش خصوصی	بخش دولتی	متغیرهای مدیریت تسهیلات بهداشتی درمانی
دولت	دولت	دولت	سیاست‌گذاری
انتخاب توسط اعضا	انتصاب توسط سرمایه گذار	انتصاب توسط مدیر ارشد	رویکرد انتخاب مدیر
سرانه (Capitation)	به ازای خدمت (Fee For Service)	حقوق (Salary)	روش پرداخت
مبتنی بر عملکرد	بر اساس مکانیزم بازار	بر اساس دستورالعمل کشوری	مقدار پرداخت
سنجش عملکرد در هر سه ماه	نظارت و اعتبار بخشی پراکنده	نظارت بدون برنامه	ارزشیابی
ارتقای سلامت - مراقبت‌های اولیه بهداشتی - معاینه سرپایی	معاینه سرپایی - بستری	ارتقای سلامت - مراقبت‌های اولیه بهداشتی - معاینه سرپایی - بستری	بسته خدمت
قرارداد با شرکت	دریافت مجوز فعالیت	استخدام - قرارداد با فرد	تامین نیروی انسانی
قانون بازآموزی پزشکان	قانون بازآموزی پزشکان	قانون بازآموزی پزشکان	آموزش نیروی انسانی
قانون آموزش مداوم کارکنان	قانون آموزش مداوم کارکنان	قانون آموزش مداوم کارکنان	

مطالعه‌ای در زمینه مراقبت‌های پره ناتال در تانزانیا 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 مراقبت‌های اولیه بهداشتی توسط بخش خصوصی ارائه می‌گردد. با مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات سلامت کارایی و کیفیت خدمات افزایش یافته و رضایت بیماران نیز بالا رفته است.^{۱۶} تعاونی‌های بهداشتی الگوی مراکز بهداشتی درمانی دولتی بوده و با نیروی انسانی مستقل و تبعیت از رویکردهای تعدیل شده بخش خصوصی، خدمات بهداشتی را در قالب قرارداد ارائه می‌نمایند. یکی از ویژگی‌های اصلی تجربه تعاونی‌های بهداشتی تبریژ تفکیک ارائه خدمت و پایش است (جدول ۲). در این تعاونی‌ها مراقبت‌های بهداشتی توسط بخش خصوصی ارائه شده و پایش و نظارت آن‌ها توسط کارشناسان دولتی نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی صورت می‌گیرد. از ویژگی‌های دیگر آن می‌توان به پرداخت مبتنی بر سرانه، اعتبار بخشی تعاونی‌های بهداشتی درمانی و پای بندی به ساختار شبکه بهداشت و درمان کشور اشاره نمود. تجربه تبریژ نشان داد که ساختار خصوصی با نظارت علمی و مستمر بخش دولتی در ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی موفق بوده و با ارتقای کیفیت خدمت و رضایت مراجعین مقوله عدالت را نیز مورد توجه

۰/۰۰۱	۶۵/۸	۷۳	درصد پاسخ موافق در مورد آیت: توصیه مرکز به آشنایان
۰/۰۰۳	۸۴/۳	۸۹/۸	درصد پاسخ موافق در مورد آیت: رضایت از خدمت دریافت شده
<۰/۰۰۵	۴۱/۴	۷۲/۳	درصد مراکز که مواد مصرفی مورد نیاز آنها به موقع تامین می‌شود.
ق م ن	(/۱۰۰)۱۸	(/۲۲)۲	تعداد مراکزی که حداقل یک قلم بهداشتی موجودی صفر داشته است.
ق م ن	۹۲	۱۰۰	نسبت تجهیزات مورد نیاز سالم
۰/۳	۶۰/۹	۸۸/۴	درصد پاسخ موافق در مورد آیت: رضایت شغلی
۰/۰۰۴	۴۵	۶۲/۲	درصد پاسخ موافق در مورد آیت: احساس غرور و افتخار از کار
۰/۱۵	۴۷/۸	۵۴/۸	درصد پاسخ موافق در مورد آیت: قدرت کافی در تصمیم گیری
<۰/۰۰۵	۵۰/۷	۶۳/۸	همخوانی داده‌های آماری با دفاتر و پرونده‌ها
۰/۰۳	۷۳۶/۹	۱۱۳۵/۸	زوج حفاظت شده در مقابل بارداری در سال
۰/۳	۸/۶±۰/۶	۷±۰/۹	میانگین تعداد مراقبت یک بیمار مبتلا به هیپرتانسیون در یک سال
۰/۶۵	۶/۸±۰/۸	۶/۵±۰/۹	بار مراقبت در بیمار دیابتی در یکسال
<۰/۰۰۵	۲۴/۲±۵/۲	۱۱/۵±۲/۲	میانگین تاخیر در کل مراقبت‌ها
۰/۲	۱۳/۱	۱۷/۸	تشکیل جلسه آموزش بهداشت در یک ماه
۰/۰۷	۲/۵	۱/۷	میانگین بازدید از یک امکنه تهیه و توزیع مواد غذایی در سال
<۰/۰۰۵	۸/۹±۰/۴۴	۱۰/۸±۰/۴۴	میانگین تعداد مراقبت بهداشتی کودک در زیر یک سالگی
<۰/۰۰۵	۶/۷±۰/۲۷	۹/۳±۰/۷۲	میانگین تعداد مراقبت بهداشتی یک زن باردار در دوران حاملگی

ق م ن: قابل محاسبه نبود.

بحث

بر اساس یافته‌های این پژوهش، سطح رضایت گیرندگان خدمت، رضایت ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، پوشش مراقبت‌های بهداشتی، عملکرد فرایندهای سلامتی و کارایی در تعاونی‌های بهداشتی درمانی نسبت به مراکز بهداشتی درمانی دولتی بالاتر بود. تعاونی‌های بهداشتی به مهارت شخصی و حرفه‌ای کارکنان، ارتباط با مشتری، کار تیمی و تامین به موقع منابع مورد نیاز توجه بیشتری نشان دادند که از نتایج بارز آن، می‌توان به بالا بودن رضایت شغلی کارکنان اشاره نمود. در این مطالعه مهم‌ترین عامل موثر در رضایت شغلی احساس 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 یک‌سال، پوشش مراقبت بارداری در جمعیت تحت پوشش تعاونی‌های بهداشتی درمانی بالاتر از مراکز دولتی بود.^{۱۲} مطالعات زیادی وجود دارد که نشان دهنده نقش موفق بخش خصوصی در ارائه خدمات سلامت است.^{۱۳،۱۴}

سیاسگزاری

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.

قرار می‌دهد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که تعاونی‌های بهداشتی با ایجاد انگیزش کافی در نیروی انسانی و ارتقای کارآیی، راهکار مناسبی برای کوچک سازی دولت در بخش سلامت است. از کاستی های این تحقیق می‌توان به سابقه فعالیت بیشتر مراکز بهداشتی درمانی دولتی نسبت به تعاونی‌های 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. Frenck 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 cooperatives

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

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 methods: 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.

Keywords: Health cooperatives, public sector, private sector, partnership, Iran

1. Director of PHC data management group, 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. Expert of health network, East Azerbaijan province health center, Tabriz University of Medical Sciences and Health services, Tabriz, Iran.