

چالش‌های برون‌سپاری در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران و ارائه راهکار

الهه احمدی‌زاده^۱، مریم تاجور^۲، اکبر احمدی^۳، بتول احمدی^{۴*}

• پذیرش مقاله: ۹۷/۳/۹

• دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۷/۳/۷

• دریافت مقاله: ۹۶/۱۲/۴



چکیده

مقدمه: گزارش‌های مختلف در دانشگاه علوم پزشکی تهران مبین عدم موفقیت نسبی راهبرد برون‌سپاری در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف شناسایی چالش‌های برون‌سپاری و ارائه راهکارها در جهت بهینه‌سازی اجرای آن در بیمارستان‌های دانشگاه انجام گردید.

روش بررسی: مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی بود که با رویکرد پدیدارشناختی در ۱۰ بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی تهران که دارای واحد برون‌سپاری بودند، انجام شد. داده‌های مطالعه از طریق انجام ۳۲ مصاحبه نیمه ساختار یافته با افراد مطلع جمع‌آوری شدند. داده‌ها به روش تحلیل محتوایی و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۱ تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این مطالعه، ۴ کد اصلی شامل چالش‌های مرتبط با بیمارستان، بخش خصوصی، امور مالی و هزینه‌ها و نیروی انسانی و همچنین ۱۸ کد فرعی به دست آمد. در بخش ارائه راهکارهایی برای ارتقاء برون‌سپاری نیز ۳ کد اصلی شامل آماده‌سازی، اجرا، کنترل و نظارت و ۱۱ کد فرعی شناسایی و استخراج گردیدند.

بحث و نتیجه‌گیری: وزارت بهداشت به عنوان متولی اصلی سلامت افراد جامعه بایستی از ظرفیت‌های خود در جهت افزایش بهره‌وری از توان بخش‌های خصوصی استفاده کند و در سیاست‌های آینده خود هم جایگاه مشخصی برای مشارکت با بخش خصوصی از جمله برون‌سپاری قرار دهد. این امر نیازمند شفاف‌سازی مفاهیم، بازنگری در شرح وظایف و روشن شدن نقش افراد مختلف در روند برون‌سپاری می‌باشد.

واژگان کلیدی: برون‌سپاری، چالش، راهکار، بیمارستان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

ارجاع: احمدی‌زاده الهه، تاجور مریم، احمدی اکبر، احمدی بتول. چالش‌های برون‌سپاری در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران و ارائه راهکار. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۷؛ ۴(۱): ۹۳-۷۷.

۱. کارشناس ارشد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲. استادیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳. کارشناس، معاون اداری و مالی، دانشکده فناوری‌های نوین، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴. دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: تهران، خیابان قدس، خیابان پورسینا، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

Email: ahmadiba@tums.ac.ir

تلفن: ۰۲۱۴۲۹۳۳۱۷۰

مقدمه

طی سال‌های اخیر مسائلی چون شتاب تحولات محیطی، عدم اطمینان به آینده، افزایش هزینه‌ها، بزرگ شدن بی‌اندازه سازمان‌ها و نیز محدودیت‌های قانونی سبب شده است سازمان‌ها در الگوی فکری خود تجدید نظر کنند. آن‌ها ناگزیرند برای دستیابی به مزیت رقابتی در دنیای کنونی کسب و کار به استراتژی‌های نوین روی آورند.

در این میان بیمارستان‌ها به عنوان مهم‌ترین مؤسسات بهداشتی و درمانی نقش مهمی در ارتقای سلامت جامعه داشته و عملکرد هماهنگ آن‌ها با مجموعه‌ای از عوامل سیاسی، اجتماعی و فرهنگی منجر به تأمین سلامت مردم می‌شود (۱). از آنجا که این بخش مصرف‌کننده قسمت اعظم بودجه بهداشت و درمان هر کشور می‌باشد، توجه کامل به عملکرد و هزینه‌های آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۲).

در حالی که سالیانه مبالغ بسیار هنگفتی صرف احداث، نگهداری و یا بازسازی بیمارستان‌ها در سراسر جهان می‌گردد، با این حال شواهد مناسب از دستیابی به منافع موردانتظار از هزینه‌های انجام شده محدود می‌باشد. طبق برآوردهای انجام شده در آمریکا سالانه بیش از یک سوم بودجه‌ای که به سلامت اختصاص پیدا می‌کند به هدر می‌رود و از این‌رو اهمیت مصرف بهینه منابع و مدیریت صحیح آن‌ها روزبه‌روز بیشتر می‌شود (۳).

از طرف دیگر مدیران سازمان‌های سلامت به ویژه بیمارستان‌ها همچنان در محیط‌های به سرعت در حال تحول با چالش‌های عدیده‌ای از جمله رشد فناوری، انفجار دانش، تقاضای فزاینده‌ی مشتریان و سیاست‌مداران و تغییر سیمای بیماری‌ها مواجه بوده و در پاسخ به فشارهای فزاینده به خصوص کمبود منابع

مالی و رسیدن به بهره‌وری بالا به دنبال یافتن راهکارهای جدیدی می‌باشد (۲). برای رویارویی با این مشکلات بسیاری از کشورهای جهان تغییرات عمده و مداومی را در نظام سلامت خود طراحی و اجرا می‌کنند (۳). دولت‌ها در راستای مهار هزینه‌های مربوط به نظام سلامت و در بخش بیمارستانی، از استراتژی‌های گوناگونی استفاده کرده‌اند از جمله گذر از تأمین مالی از طریق مالیات عمومی به پرداخت‌های مبتنی بر بیمه سلامت، مرتبط نمودن تأمین مالی بیمارستان‌ها به ستاده‌ها و کارایی آن، افزایش خودگردانی و انگیزه‌های مدیران و در نهایت کاهش تخت‌های بیمارستانی (۴).

در همین راستا تعدادی از کشورها برای کاهش هزینه‌ها به موازات بهبود کیفیت خدمات، اقدام به بکارگیری گزینه‌های مشارکت بخش دولتی-خصوصی در بیمارستان‌های دولتی کرده‌اند (۱). اولین تجربه مشارکت بخش دولتی-خصوصی در اوایل ۱۹۸۰ و در کشور انگلستان آغاز گردید (۵) و هم‌اکنون این استراتژی در کشورهای استرالیا، کانادا، آلمان، چین، هند و آمریکای لاتین به فراوانی به کار می‌رود (۱). مشارکت بخش دولتی-خصوصی، تسهیل ریسک بین بخش‌های دولتی و خصوصی با هدف دستیابی به نتایج مدنظر بخش دولتی تعریف شده است (۶). از مزایای عمومی مشارکت بخش دولتی-خصوصی می‌توان موارد زیر را برشمرد: کاستن از وظایف دولتی و افزودن به توان دولت برای برنامه‌ریزی، تنظیم استانداردها، تأمین مالی و قانون‌گذاری، برداشتن مسئولیت تأمین مالی سرمایه‌گذاری‌ها از دوش دولت، استفاده از عنصر رقابت برای افزایش کارایی و اثربخشی، افزایش خودگردانی مدیریت و تمرکززدایی تصمیم‌گیری به مدیران

اجرائی (۶،۷). بررسی تجربیات کشورهای مختلف در خصوص استفاده از گزینه‌های مختلف مشارکت بخش دولتی-خصوصی، گویای تأثیرات این گزینه‌ها بر هزینه‌های ارائه خدمت، میزان بهره‌برداری، دسترسی جمعیت تحت پوشش و سایر شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌های دولتی است (۸).

مشارکت بخش دولتی-خصوصی دارای مدل‌های مختلف می‌باشد که عمدتاً در ۷ دسته شامل برون‌سپاری خدمات، قراردادهای خدمت، قراردادهای مدیریت، قراردادهای اجاره، قراردادهای ابتکار مالی خصوصی در طراحی، ساخت، تأمین مالی و بهره‌برداری، قراردادهای امتیاز انحصاری، محرومیت بخش دولتی و خصوصی‌سازی کامل طبقه‌بندی می‌شود (۹). یکی از این مدل‌های رایج، «برون‌سپاری خدمات» می‌باشد. برون‌سپاری عبارت است از واگذاری برخی از فعالیت‌های داخلی یک سازمان به تأمین‌کننده آن در بیرون از سازمان و واگذاری حق تصمیم‌گیری به تأمین‌کننده بیرونی براساس قرارداد (۱۰). در واقع در برون‌سپاری علاوه بر واگذاری فعالیت‌ها، عوامل تولید (کارکنان، تسهیلات، تجهیزات، فناوری و سایر دارائی‌ها) و اختیار تصمیم‌گیری (مسئولیت و حق تصمیم‌گیری در مورد فعالیت‌ها) نیز در اغلب موارد واگذار می‌گردد (۱۰). برون‌سپاری در بسیاری از سازمان‌های امروزی از امری غیرعادی و عجیب به فعالیتی متداول تبدیل شده است. از مزایای عمده این استراتژی می‌توان به این موارد اشاره کرد: افزایش اثربخشی با تمرکز بر فعالیت‌های محوری که سازمان در آن تخصص دارد، بهبود خدمات ارائه شده به مشتری، بهبود مدیریت ریسک از طریق شریک شدن با یک واحد دیگر در محیط تجاری نامطمئن، کاهش

و کنترل هزینه به واسطه دستیابی به تأمین‌کنندگان با عملکرد بهتر و هزینه پایین‌تر، بهره‌مندی از تخصص و مهارت نیروی انسانی متعلق به تأمین‌کنندگان (۱۱). کوچک‌سازی سازمان‌ها به عنوان راهکاری شایع و رو به تزاید در سراسر جهان در آمده است (۱۲) و می‌توان آن را استراتژی مناسبی برای بخش‌های مختلف بیمارستانی در کشور در بستر موجود پیش آمده از ناحیه تلاش دولت در اجرای گسترده اصل ۴۴ قانون اساسی و متون برنامه‌های ملی توسعه چهارم و پنجم قلمداد نمود (۱). از طرفی به کارگیری هر مکانیزم جدید در نظام سلامت نیازمند بررسی و تطبیق با شرایط محلی بوده و چنین اصلاحاتی نمی‌توانند از یک فرمول واحد جهانی تبعیت کند بلکه باید با کسب اطلاعات کافی و ابزار مناسب نسبت به طراحی اصلاحات اقدام نمود (۱۳).

با این وجود در عرصه جهانی، علیرغم واگذاری‌های گسترده‌ای که انجام شده است، مطالعاتی که نشان‌دهنده تأثیر برون‌سپاری باشند کافی نیست. در کشور ما هم اکثر پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام شده، به منافع ریالی قراردادهای منعقد شده توجه نموده‌اند (۱۷-۱۴) و مطالعاتی که بر روی اثربخشی این سیاست انجام شده باشد اندک است (۴). مطالعات انجام شده در ایران توسط تورانی و همکاران (۱۲)، پارسا معین و نصیری‌پور و فردوسی و همکاران در خصوص تأثیر برون‌سپاری بر کیفیت رضایت در بیمارستان‌ها، حاکی از موفق بودن این سیاست بوده است (۲۵، ۲۳، ۱۲). با این حال مطالعه محقق و همکاران نشان داد، بنا به دلایل مربوط به نیروی انسانی و مشاوره ناکافی، میزان رضایت مراجعین از داروخانه‌های برون‌سپاری شده، نسبت به داروخانه بیمارستان‌های دولتی کمتر است (۲۴).

همچنین در مورد تأثیر برون‌سپاری بر کارایی و عملکرد بیمارستان‌ها، یافته‌های مطالعه‌های براتی و همکاران، رحیمی اسبویی و همکاران و ابوالقاسم گرجی و همکاران نشان داد که کارایی بیمارستان‌ها پس از برون‌سپاری رو به بهبودی بوده است (۱۱،۲۶،۲۷). فرودسی و همکاران نیز در یافته‌های خود بیان می‌دارد که برون‌سپاری منجر به کاهش چشمگیر کسورات بیمه‌ای و همچنین کاهش هزینه‌های واحد شده است (۲۳).

با وجود نتایج مثبت اغلب مطالعات فوق، بررسی‌های اولیه و گزارش‌های منتشر شده توسط دانشگاه علوم پزشکی تهران مبین این است که راهبرد برون‌سپاری در اغلب بخش‌های بیمارستانی با چالش‌های جدی مواجه بوده است. با عنایت به این مسئله و از سوی دیگر با توجه به اهمیت برون‌سپاری و مشکلات مرتبط در این حوزه، مطالعه حاضر با هدف شناسایی چالش‌های برون‌سپاری و ارائه راهکارها در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گردید.

روش بررسی

این مطالعه کیفی با رویکرد پدیدارشناختی از نوع تفسیری بود که به منظور شناسایی و تحلیل چالش‌های برون‌سپاری در بیمارستان‌های تحت پوشش علوم پزشکی تهران بر اساس تجربیات افرادی که به نوعی در فرآیند برون‌سپاری مشارکت داشتند، انجام شد. جامعه پژوهش، واحدهای برون‌سپاری شده در کلیه بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران که ۱۴ بیمارستان و همگی هم آموزشی هستند، می‌باشد. از بین بیمارستان‌های دانشگاه، ۲ بیمارستان واحد برون‌سپاری شده نداشتند و ۲

بیمارستان نیز از شرکت در مطالعه امتناع کردند؛ بنابراین ۱۰ بیمارستان باقی‌مانده مورد مطالعه قرار گرفتند.

جهت جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه از روش مصاحبه نیمه ساختار یافته با افراد مطلع جهت شناسایی چالش‌های استراتژی برون‌سپاری و به دست آوردن راهکارهای ارتقای آن در بیمارستان‌ها استفاده شد. شرکت‌کنندگان در این مطالعه شامل متخصصین امر برون‌سپاری در ستاد مرکزی دانشگاه، مسئولین برون‌سپاری در بیمارستان‌ها (مدیران بیمارستان و پیمانکاران برون‌سپاری)، مسئولین امور قراردادهای و شاغلین در واحدهای برون‌سپاری شده بیمارستان‌های دانشگاه بودند. برای انتخاب افراد مطلع، از روش نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی استفاده شد. برای انجام این مطالعه کیفی ابتدا متناسب با اهداف و سؤالات پژوهش راهنمای مصاحبه به کمک اساتید راهنما و مشاور و راهنمایی واحد برون‌سپاری ستاد دانشگاه علوم پزشکی تهران تنظیم شد. سپس مصاحبه‌ها به صورت نیمه ساختاریافته و بر اساس راهنمای مصاحبه انجام شد و تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. بر همین اساس تعداد ۳۲ مصاحبه انجام شد. اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان شامل سن، جنسیت، سابقه کار و مدرک تحصیلی در ابتدای مصاحبه اخذ شد. محل انجام مصاحبه‌ها، محل کار شرکت‌کنندگان بود و با کسب اجازه و دریافت وقت قبلی با حضور محقق انجام شد. میانگین زمان مصاحبه‌ها بین ۱۱ دقیقه تا دو ساعت بود. قبل از انجام مصاحبه، اجازه ضبط صدا و یادداشت‌برداری در صحنه از شرکت‌کنندگان در مطالعه اخذ و به همه افراد اطمینان داده شد که اسامی آن‌ها محرمانه مانده و از اطلاعات فقط در

راستای اهداف پژوهش استفاده خواهد گردید. مصاحبه‌ها بعد از ضبط، کلمه به کلمه پیاده شدند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوایی استفاده شد، به این ترتیب که عبارات و مفاهیم مهم شناسایی و کدگذاری شدند و به دنبال آن کدهای مشابه در دسته‌های مشخص قرار گرفتند و کدهای فرعی استخراج شدند. برای این منظور ابتدا با استفاده از چهارچوب مفهومی پژوهش یک تصویر کلی از ابعاد اصلی موضوع مورد مطالعه ایجاد شد و بعد از آن کدگذاری و طبقه‌بندی داده‌های مطالعه بر اساس آن ابعاد صورت گرفت و یافته‌های مطالعه در چهارچوب مذکور جای‌گذاری گردیدند. کدگذاری و تحلیل داده‌ها به صورت هم‌زمان و از آغاز اولین مصاحبه انجام شد. پس از ایجاد کدهای اولیه، هر یک از کدها از لحاظ مفهومی با سایر کدها مقایسه گردید و کدهایی که مفاهیم مشترک داشتند در قالب طبقات فرعی قرار گرفتند. این روند در سایر مصاحبه‌ها تکرار گردید تا مجموعه‌ای از طبقات فرعی شکل گرفت. پس از ایجاد طبقات فرعی، این طبقات از لحاظ مفهومی و موضوعی به دقت بررسی و به طور مداوم با سایر طبقه‌ها مقایسه گردیدند و طبقاتی که به لحاظ مفهومی به موضوع مشابهی اشاره داشتند در کنار یکدیگر قرار گرفتند. تعیین کدهای اصلی و فرعی توسط دو نفر جهت اطمینان از انتخاب درست مفاهیم و اصلی و فرعی بودن آن‌ها انجام شد و در صورت عدم توافق بین این دو فرد، نظر نفر سوم هم گرفته شد و پس از بحث و تبادل نظر توافق حاصل گردید. در کدگذاری و طبقه‌بندی داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۱ استفاده شد. برای صحت و دقت مطالعه علاوه بر استفاده از دو نفر در کدگذاری داده‌ها، از معیارهای چهارگانه

Guba و Lincoln نظیر مقبولیت، همسانی، تأییدپذیری، انتقال‌پذیری که از معیارهای تأیید پایایی مطالعات کیفی هستند، استفاده شد (۲۹) و نتایج حکایت از پایا بودن سؤالات مصاحبه داشت. به طوری که در انجام مصاحبه‌های کیفی و تحلیل یافته‌ها اقدامات ذیل صورت گرفت: اختصاص مکان مناسب و زمان کافی به جمع‌آوری داده‌ها، حسن ارتباط با شرکت‌کنندگان، دست‌نویس کردن خط به خط مصاحبه‌ها، استفاده از نظرات تکمیلی همکاران، بازنگری توسط مشارکت‌کنندگان و بررسی داده‌ها توسط سایر محققان برای افزایش مقبولیت داده‌ها. برای اطمینان از صحت یافته‌ها، محققین زمان کافی را به جمع‌آوری داده‌ها اختصاص و با مرور چند باره آن‌ها وسعت و عمق اطلاعات را افزایش دادند. در انجام این مطالعه، ملاحظات اخلاقی پژوهش از جمله کسب مجوزهای مربوطه از دانشگاه، اخذ رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، رعایت اصل رازداری و پرهیز از سوگیری، حق خروج از پژوهش، محفوظ ماندن هویت فردی مشارکت‌کنندگان، عدم مطالب گفته شده بدون ذکر نام مصاحبه شونده رعایت شد.

یافته‌ها

در این مطالعه کیفی ۳۲ نفر در مصاحبه‌ها شرکت کردند. مردان با حدود ۶۹ درصد و افراد دارای گروه سنی ۴۶-۵۰ سال با ۴۱ درصد بیشترین افراد مصاحبه شونده را به خود اختصاص دادند. بیشتر مصاحبه‌شوندگان دارای مدرک کارشناسی با ۳۴ درصد فراوانی و حدود ۴۴ درصد افراد دارای سابقه خدمت بین ۱۶ تا ۲۵ سال بودند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک مصاحبه‌شوندگان

ویژگی‌های دموگرافیکی	آماره توصیفی	تعداد (درصد)
جنسیت	زن	۱۰ (۳۱/۳)
	مرد	۲۲ (۶۸/۷)
گروه سنی	۴۰-۳۵	۹ (۲۸/۱)
	۴۵-۴۱	۱۰ (۳۱/۳)
	۵۰-۴۶	۱۳ (۴۰/۶)
مدرک تحصیلی	دیپلم	۲ (۶/۲)
	کاردانی	۲ (۶/۲)
	کارشناسی	۱۱ (۳۴/۴)
	کارشناسی ارشد	۸ (۲۵)
	دکترای بالاتر	۹ (۲۸/۲)
	کمتر از ۵ سال	۴ (۱۲/۶)
	۶-۱۰ سال	۶ (۱۸/۸)
سابقه خدمت	۱۱-۱۵ سال	۸ (۲۵)
	۱۶-۲۵ سال	۱۴ (۴۳/۶)

الف) یافته‌های مطالعه در خصوص چالش‌های برون‌سپاری موضوعات اصلی، در خصوص چالش‌های راهبرد در بیمارستان‌ها پس از تجزیه و تحلیل داده‌های مطالعه و استخراج استخراج گردیدند (جدول ۲).

جدول ۲: کدهای اصلی و فرعی چالش‌های برون‌سپاری در بیمارستان‌های مورد مطالعه

کدهای اصلی	کدهای فرعی
چالش‌های مرتبط با بیمارستان	ضعف در پرداخت به پیمانکاران ضعف در درک مفهوم و فرهنگ برون‌سپاری در سطح بیمارستان انتخاب مجری ناتوان هم از نظر مالی هم از نظر تخصص داشتن رویکرد برد-باخت در انعقاد قرارداد به جای در نظر گرفتن منافع مشترک ضعف در همکاری تیمی ضعف در هماهنگی و سازمان دهی درگیری ذینفعان در افزایش منافع سیاسی و اقتصادی خود ضعف در تنظیم قرارداد ضعف در نظارت بر اجرای قراردادها
چالش‌های مرتبط با بخش خصوصی	عدم وجود استانداردها و شاخص‌های دقیق برای اجرای امور ضعف در دانش و توان مدیریتی بروز فساد استفاده از لوازم و تجهیزات بی کیفیت و ناایمن عدم انگیزه کافی برای ادامه کار با بخش دولتی توجه به منافع و سود خود
چالش‌های مرتبط با امور مالی و هزینه‌ها	هزینه بر بودن اجرای مستندات جدید
چالش‌های مرتبط با نیروی انسانی	تفاوت بسیار زیاد شرایط کاری کارکنان رسمی و شرکتی عدم وجود امنیت شغلی

کد اصلی اول-چالش‌های مرتبط با بیمارستان

ضعف در پرداخت به پیمانکاران: بسیاری از مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند عدم پرداخت به موقع مطالبات پیمانکاران توسط بیمارستان عواقب بدی برای بیمارستان‌ها داشته است.

«هر بیمارستانی برید متوجه می‌شید در طول زمان کیفیت کار پیمانکار چقدر عوض شده است این تنها دلیلش بدقولی بخش دولتی در پرداخت به موقع به آن‌هاست.» (م. ۲۱).

ضعف در درک مفهوم و فرهنگ برون‌سپاری در سطح بیمارستان: شرکت‌کنندگان معتقد بودند که بسیاری از بیمارستان‌های ما هنوز مفهوم برون‌سپاری را درک نکردند چون مطالعه‌ای در این خصوص نداشتند. از نظر آن‌ها برون‌سپاری یعنی وقتی واحدی واگذار می‌شود سیستم احساس می‌کند که واگذار شده و هیچ مسئولیتی در قبالش ندارد.

«متأسفانه نقطه ضعف اصلی آن است که وقتی بیمارستان واگذار می‌کند بی‌خیال می‌شود. اینجا آسیب‌ها شروع می‌شود و همه می‌گویند ناراضی هستیم.» (م. ۱۰).

انتخاب مجری ناتوان هم از نظر مالی هم از نظر تخصص: مصاحبه‌شوندگان بیان کردند که یکی از مهم‌ترین دلایل شکست پروژه‌های برون‌سپاری، انتخاب پیمانکار نامناسب می‌باشد. یک پیمانکار مناسب باید توانایی برطرف کردن نیازهای فعلی و آینده بیمارستان را داشته باشد.

«بعضی وقتا می‌بینیم واگذار کردیم؛ ولی موفق نبودیم برای اینکه فرد اصلح رو انتخاب نکردیم و...» (م. ۵). داشتن رویکرد برد-باخت در انعقاد قرارداد به جای برد-برد (چه از نظر کارفرما چه از نظر پیمانکار): شرکت‌کنندگان بر این باور بودند که مشکل اصلی برون‌سپاری الان ما این است که بیمارستان و پیمانکار

هر کدام به دنبال درصد سود بالاتر خود هستند و هنگام انعقاد قرارداد فقط بندهای مالی را مدنظر قرار می‌دهند و به تأمین منافع مشترک توجهی ندارند.

«بیمارستان دنبال درصد و اجاره خود و پیمانکار دنبال دستیابی به منفعت بیشتر خود است در حالی که فراموش کردند رسالت اصلی این قرارداد و توافق، ارائه خدمات بهتر به بیمار است.» (م. ۲۰).

ضعف در همکاری تیمی: شرکت‌کنندگان معتقد بودند که یکی از مسائل پیش رو در عدم اجرا و شکست سیاست برون‌سپاری در بیمارستان‌ها، ضعف در کارگروهی و تیمی بین بیمارستان و بخش خصوصی است.

«که در کار تیمی چون منافع بین افراد مختلف تقسیم می‌شود و سهم یک سازمان و یا فرد در آن منافع کمتر می‌شود، خیلی تمایلی برای انجام چنین کارهایی وجود ندارد.» (م. ۲۱).

ضعف در هماهنگی و سازمان‌دهی: عدم هماهنگی بین بخش خصوصی و دولتی در برنامه‌ریزی‌ها و اجرای استانداردها و برنامه‌ها از جمله مسائل بعد از واگذاری بود که در طول مصاحبه‌ها از جانب برخی بدان اشاره گردید. آن‌ها بیان می‌کردند که هماهنگی‌های بین بخشی بیشتر بین بخشی در سیاست‌گذاری و اجرای سیاست‌ها نیاز است تا بیشتر مورد توجه قرار گیرد.

«... هماهنگی‌های بین چند تا سازمان که باید یک کار مشترک انجام بدن خیلی دشواره حتی گاهی اوقات یک جلسه بخوان برگزار کنند. گاهی اوقات حتی ۶ ماه هم طول می‌کشد تا یک جلسه تشکیل بدن.» (م. ۱۵).

درگیری ذی‌نفعان در افزایش منافع سیاسی و اقتصادی خود: مصاحبه‌شوندگان در طول مصاحبه‌ها به دفعات اشاره کردند که درگیری سازمان‌ها و نهادها و ذی‌نفعان در افزایش منافع سیاسی و اقتصادی خود، مانع انجام

می‌کرد... این خود عامل تأثیرگذاری در عدم موفقیت سیاست برون‌سپاری می‌باشد.» (م. ۳۰).

ضعف در دانش و توان مدیریتی: شرکت‌کنندگان بیان می‌کردند که عدم آشنایی مدیران با علم مدیریت و نداشتن سوابق علمی و اجرایی مناسب در حوزه سلامت موجب شده است تا برنامه‌ریزی‌های مؤثری نیز برای ارتقای دسترسی افراد دارای ناتوانی به خدمات سلامت صورت نگیرد.

«در بعضی موارد پیمانکار دانش و توان مدیریت بخش‌های بیمارستان را نداشته، شاید دلیل آن هم این است که فضای بیمارستان را با فضای کسب و کار اشتباه گرفته است.» (م. ۱۷).

بروز فساد: مصاحبه‌شوندگان بیان کردند که کسب منفعت، نیازمند افزایش درآمد و کاهش هزینه‌ها می‌باشد که در بعضی موارد که دلیل اصلی آن نبود منابع مالی است، بخش خصوصی با کم‌کاری سعی در تحقق اهداف خود دارد. واگذاری انجام امور به نیروی کار ارزان و کمتر آموزش دیده، پایین آوردن کیفیت، کمیت و سهل‌انگاری در ارائه خدمات از مواردی است که در بیشتر واگذاری‌ها دیده می‌شود.

«فرآیند خصوصی سازی بستر بسیار مناسبی را برای بروز انواع فساد همچون زیر میزی، پیشنهادات و سوسه آمیز و چشم پوشی از مسئولیت اصلی فراهم می‌کند و...» (م. ۱۷).

استفاده از لوازم و تجهیزات بی‌کیفیت و نایمن: مصاحبه‌شوندگان بیان کردند که سازمان استاندارد و گمرک جمهوری اسلامی ایران نظارت دقیق و مداومی بر کیفیت این تجهیزات ندارد و به همین دلیل واردکنندگان بدون ایجاد مزاحمت و مداخله‌ای از سوی نهادی نظارتی به واردات این تجهیزات اقدام می‌ورزند.

بسیاری از همکاری‌های تیمی برای رسیدن به اهداف از پیش تعیین شده می‌شود.

«پیمانکار ما کارهای نادرست خود رو با بندبازی و روابط خود به راحتی می‌پوشونه.» (م. ۱۹).

ضعف در تنظیم قرارداد: مصاحبه‌شوندگان بیان کردند که تنظیم قراردادهای برون‌سپاری هم دارای ضعف‌هایی می‌باشد که در بسیاری موارد، زمینه‌ای برای شکست برون‌سپاری فراهم می‌کند.

«واحد شنوایی‌سنجی بیمارستان رو ما می‌خواستیم برون‌سپاری کنیم. روند انعقاد قرارداد این قدر طولانیه که پشیمون شدیم.» (م. ۱۰).

ضعف در نظارت بر اجرای قراردادها: بسیاری از مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند که عدم وجود شاخص‌های مشخص و تعریف شده برای ارزیابی کار پیمانکاران، نداشتن تیم متخصص و حرفه‌ای در نظارت بر کار پیمانکاران در سطح بیمارستان‌ها، عدم برخورد با پیمانکاران متخلف از جمله مشکلات نظارت بر اجرای قراردادها هستند.

«تیم ارزیابی باید از همه تخصص‌ها داشته باشه نه این که ارزیاب پزشکی هسته‌ای، کارشناس بهداشت باشه.» (م. ۱۹).

کد اصلی دوم- چالش‌های مرتبط با بخش خصوصی

عدم وجود استانداردها و شاخص‌های دقیق برای اجرای امور: مصاحبه‌شوندگان بیان کردند که یکی از مهم‌ترین مشکلاتی که امروزه در امر واگذاری وجود دارد، نبود شاخص‌های دقیق و تعریف شده برای ارزیابی عملکرد است.

«بخش خصوصی زمانی که وارد بیمارستان شد از همان ابتدا باید برای تمام اهداف خود شاخص تعیین

«الان مسئولین چند بار اعلام کردن که توی گمرک سخت‌گیری بکنند که این کالاهای بی‌کیفیت وارد نکنن....» (م.۱۸).

عدم انگیزه کافی برای ادامه کار با بخش دولتی: عدم پرداخت‌های به موقع به پیمانکاران، دخالت ندادن آن‌ها در بسیاری از تصمیمات اتخاذ شده برای بخش‌های برون‌سپاری شده، تحمیل کردن بسیاری از نیروهای ناکارآمد بیمارستان به بخش خصوصی، انگیزه پیمانکاران را برای ادامه کار با بیمارستان‌ها کاهش داده است.

«هر روز که میام بیمارستان مدیر و رئیس یه برنامه اتخاذ کردن برا بخش من.» (م.۸).

توجه به منافع و سود خود: اکثر قراردادهای برون‌سپاری دانشگاه یک‌ساله است. طول مدت کوتاه این قراردادها باعث شده است که پیمانکار طی این مدت زمان کم به هر قیمتی به سود مدنظر خود برسد. «یک سال قرارداد کاری نمی‌تونن انجام بدن نتیجه آن می‌شه از کار میزنه، از کیفیت میزنه درصد خطا میره بالا.» (م.۱۸).

کد اصلی سوم- چالش‌های مرتبط با امور مالی و هزینه‌ها

هزینه‌بر بودن اجرای مستندات جدید: در بسیاری از موارد تصور می‌شود که خصوصی‌سازی حتماً باعث کاهش هزینه‌ها می‌شود؛ اما لزوماً چنین نیست و گاهی خصوصی‌سازی باعث افزایش هزینه‌ها (هزینه‌های پنهان) می‌گردد.

«خود تغییر دادن وضعیت عملکرد بخش‌ها یک پروسه هزینه‌بر است چون باید از صفر تا صد، خودت تغییرش بدی تا بشه اون چیزی که مدنظر تو هست.» (م.۱۵).

کد اصلی چهارم - چالش‌های مرتبط با نیروی انسانی

تفاوت بسیار زیاد شرایط کاری کارکنان رسمی و شرکتی: اکثر نیروهای طرف قرارداد بخش خصوصی اظهار داشتند که تفاوت بسیار زیادی بین شرایط کاری و پرداختی آن‌ها با کارکنان رسمی بیمارستان وجود دارد و این تفاوت‌ها در بیشتر موارد باعث کم کاری و عدم انگیزه کارکنان بخش خصوصی در واحدهای برون‌سپاری شده می‌شود.

«کارمندان رسمی بیمارستان هم بار کار کمتری دارند هم دریافتی بیشتری نسبت به ما.» (م.۱۸).

«کارانه کارمند رسمی بیمارستان اندازه حقوق دریافتی ماهانه من است.» (م.۲۶).

عدم وجود امنیت شغلی: کوتاه بودن طول مدت قراردادهای برون‌سپاری دانشگاه علوم پزشکی تهران که اکثراً یک‌ساله است و از طرفی سخت بودن شرایط و پروسه تمدید قرارداد با پیمانکاران باعث شده است که اکثر پیمانکاران در فضایی کار کنند که هم خودشان و هم پرسنل‌شان احساس امنیت شغلی ندارند.

«نمی‌دانیم تا چه وقت با کارمند خود قرارداد بنویسم و اکثر نیروهای متخصص خود را به راحتی از دست می‌دهیم.» (م.۱۴).

ب) یافته‌های مطالعه در خصوص راهکارهایی برای ارتقاء وضعیت برون‌سپاری در بیمارستان‌ها

پس از تجزیه و تحلیل داده‌های مطالعه و استخراج موضوعات اصلی، در بخش راهکارهای لازم برای ارتقاء برون‌سپاری ۳ کد اصلی و ۱۱ کد فرعی شناسایی و استخراج گردید (جدول ۳).

جدول ۳: کدهای اصلی و فرعی مربوط به راهکارهایی برای ارتقاء وضعیت برون‌سپاری

کدهای اصلی	کدهای فرعی
آماده‌سازی	بسترسازی مناسب جهت واگذاری در سطح بیمارستان زیر ساخت‌های علمی و آموزشی
اجرا	ارزیابی دقیق پیشنهادهای ارائه شده توسط شرکت‌ها برای عقد قرارداد انتخاب مجری (تأمین‌کننده) اصلح پیگیری‌های لازم برای عقد قرارداد با پیمانکار توسط بیمارستان بستن قرارداد جامع و دقیق با بخش خصوصی تبلیغات افزایش طول مدت قراردادهای برون‌سپاری
کنترل و نظارت	تشکیل کمیته بازنگری و برنامه ریزی تهیه راهکارهای عملی جهت بهبود مستمر واگذاری استمرار در نظارت‌ها

کد اصلی اول-آماده‌سازی

بسترسازی مناسب جهت واگذاری در سطح بیمارستان: بسترسازی مناسب از قبیل بسترسازی در زمینه قانونی و حقوقی، فرهنگی، اقتصادی از مواردی بود که توسط مصاحبه‌شوندگان بیان گردید.

«واحدی واگذار شود که خوب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته باشد، اهدافش معلوم باشد و کارهای مقدماتی آن را درست انجام داده باشیم واگذاری این واحد خوبه.» (م. ۱۸).

زیر ساخت‌های علمی و آموزشی: بسیاری از مصاحبه‌شوندگان بیان کردند که نبود زیر ساخت‌های علمی و آموزشی نیز باعث شده است تا اجرای سیاست‌ها با مشکل مواجه شود.

«برگزاری دوره‌های آموزشی در جهت آگاهی مدیران و توجه به حساسیت آن یکی از مهم‌ترین اقدامات مداخله‌ای سیاست‌گذاران در آینده باشد.» (م. ۳۰).

کد اصلی دوم- اجرا

ارزیابی دقیق پیشنهادهای ارائه شده توسط شرکت‌ها برای عقد قرارداد: مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند

بیشتر اوقات این بررسی اولیه فقط از بعد مالی مورد بررسی قرار می‌گیرد و به بقیه موارد توجهی نمی‌شود. «دانشگاه اصلاً نباید با شرکت‌هایی که ۵ سال بیشتر سابقه کار ندارند برای درمان وارد مذاکره نشود.» (م. ۱۷).

انتخاب مجری (تأمین‌کننده) اصلح: بعضی از مصاحبه‌شوندگان اشاره داشتند که بیشتر افراد درگیر در امر مناقصه هیچ عملکردی در بعد درمان ندارند و متوجه حساسیت امر درمان نیستند این خود عامل مهمی در عدم انتخاب درست پیمانکار می‌شود. راهکاری که در این زمینه ارائه شد این بود که در مراحل تدوین و برگزاری مناقصات از نمایندگان بیمارستانی هم استفاده شود چرا که این خود نقش به سزایی در انتخاب درست تأمین‌کننده (بخش خصوصی) دارد.

«متأسفانه در بعضی موارد بیمارستان‌های ما گرفتار پیمانکارانی شدند که وضعیت را به بحران نزدیک‌تر کرده تا باعث بهبود آن شود و تنها دلیل آن هم عدم بررسی دقیق و درست پیمانکار می‌باشد.» (م. ۱۶).

پیگیری‌های لازم برای عقد قرارداد با پیمانکار توسط بیمارستان: بسیاری از شرکت‌کنندگان بیان کردند که بیمارستان‌های ما در این خصوص پیگیری‌های لازم را انجام می‌دهند تا در موقع مقرر قرارداد بسته شود چون این تأخیر خود به ضرر بیمارستان است و در نهایت به ضرر بیمار.

«بعضی اظهار داشتند بیمارستان‌ها در این مرحله تنبلی می‌کنند و دیر ابلاغ می‌زنند این خود باعث می‌شود قرارداد خود به خود ابطال شود از سوی دانشگاه و بیمارستان‌ها این جاست که فقط اعتراض دارند در حالی که کوتاهی از خود بیمارستان بوده است نه دانشگاه» (م. ۲۰).

بستن قرارداد جامع و دقیق با بخش خصوصی: حال زمانی که مجری و تأمین کننده اصلح انتخاب شد و مکاتبات لازم انجام گرفت نوبت به بستن قرارداد است. از نظر مصاحبه‌شوندگان در زمان عقد قرارداد بهتر است به مواردی نظیر تجهیزات وارداتی به بخش، زمان شروع به فعالیت، پرسنل و تخصص‌های آن‌ها، مشخص بودن میزان پرداختی و بیمه پرسنل و مشخص بودن میزان درصد بیمارستان و پیمانکار) پرداخته شود.

«پیمانکار دقیق بگه رسالتش چیه، آینده چه برنامه‌ای داره برای منفعت بیمارستان. بیمارستان هم انتظارات خود را به طور دقیق بیان کند» (م. ۳۰).

تبلیغات: از نظر مصاحبه‌شوندگان بعد از عقد قرارداد با بخش خصوصی از جمله عواملی که نقش مهمی در موفقیت برون‌سپاری دارد تبلیغات است. بیمارستان‌ها و بخش‌های خصوصی برای آگاهی بیماران از خدمات ارائه شده نیاز به تبلیغات در سطح گسترده‌ای دارند، امری که متأسفانه مورد توجه قرار نمی‌گیرد. همچنین مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند وقتی بیمار

جذب بیمارستان شود، هم نقش تعیین کننده‌ای در افزایش درآمد داخلی بیمارستان دارد و هم در جذب بیماران خارج از بیمارستان. در صورتی که بیمارستان و بخش خصوصی فرآیند تبلیغات را آگاهانه انجام دهد می‌تواند در پیشبرد اهداف خود از استراتژی برون‌سپاری به درستی استفاده کند.

«وقتی بیمار جذب بیمارستان شود همین بیمار هم نقش تعیین کننده‌ای در افزایش درآمد داخلی بیمارستان دارد و هم جذب بیماران خارج از بیمارستان» (م. ۱۱).

افزایش طول مدت قراردادهای برون‌سپاری: مشارکت‌کنندگان بیان داشتند که وقتی قرارداد بلندمدت باشد، امنیت و دلگرمی برای نیروی کار واحد برون‌سپاری شده فراهم می‌شود.

«اگر قرارداد ۵ تا ۱۰ سال باشد، برنامه‌ریزی بلند مدت عملکرد من رو بهتر می‌کنه چشم انداز برای خودمون تعریف می‌کنیم» (م. ۱۸).

کد اصلی سوم - کنترل و نظارت

تشکیل کمیته بازرنگری و برنامه‌ریزی: برخی از مصاحبه‌شوندگان اشاره داشتند که اهرم نظارت از عوامل مهم و اصلی در موفقیت برون‌سپاری است که متأسفانه آن طور که باید مورد توجه قرار نمی‌گیرد، تشکیل کمیته بازرنگری و برنامه‌ریزی در سطح دانشگاه به منظور نظارت‌های مستمر بر واحدهای برون‌سپاری شده راهکاری بود که در این زمینه مطرح شد.

«کمیته فنی که وظیفه نظارت بر انعقاد و تمدید قراردادهای برون‌سپاری را دارد بهتر است زیر نظر خود نظارت بعد از قرارداد هم از طریق تشکیل کمیته بازرنگری و برنامه‌ریزی نظارت مستمر و دائم را داشته باشد» (م. ۲۲).

تهیه راهکارهای عملی جهت بهبود مستمر واگذاری:

تعریف شاخص‌های درست نظارتی چه در سطح وزارت بهداشت چه در سطح دانشگاه و بیمارستان راهکاری مهم و حیاتی بود که برخی از مصاحبه‌شوندگان برای موفقیت روند برون‌سپاری به آن اشاره کردند.

«پرداختی من به پیمانکار بر اساس میزان دستیابی به هدف تعیین شده باشد اگر ۱۰۰ درصد به هدف رسیده باشد ۱۰۰ درصد پرداختی خواهد داشت اگر ۸۰ درصد به اهداف خود رسیده ما ۸۰٪ به آن پرداخت می‌کنیم. این باعث می‌شود که پیمانکار هر ماه برای بهبود کیفیت کار خود تلاش کند.» (م. ۳۰).

استمرار در نظارت‌ها: از نظر مصاحبه‌شوندگان با توجه به نقش مهم نظارت در امر برون‌سپاری بهتر است تداوم نظارت‌ها بر واحدهای برون‌سپاری شده و بر اساس شاخص‌های تعریف شده نقش مهمی در موفقیت برون‌سپاری خواهد داشت.

«فاصله زمانی تدوین سیاست‌ها تا بازنگری سیاست‌ها برای سیاست‌گذاران ما در طولانی مدت انجام می‌شود و این امر نظارت بر امر برون‌سپاری را با مشکل مواجه کرده است.» (م. ۱۸).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف شناسایی چالش‌های راهبرد برون‌سپاری و ارائه راهکارها در جهت ارتقاء آن در بیمارستان‌های تابعه علوم پزشکی تهران انجام گردید. نتایج این مطالعه نشان داد که پیاده‌سازی راهبرد برون‌سپاری با چالش‌های مهمی از جمله این موارد مواجه است: ضعف در پرداخت به پیمانکاران، ضعف در درک مفهوم و فرهنگ برون‌سپاری در سطح بیمارستان، انتخاب مجری ناتوان هم از نظر مالی هم

از نظر تخصص، داشتن رویکرد برد-باخت هم از طرف کارفرما هم از طرف پیمانکار، ضعف در همکاری تیمی، هماهنگی و سازمان‌دهی، درگیری ذی‌نفعان در افزایش منافع سیاسی و اقتصادی خود و بروز فساد، ضعف در تنظیم قرارداد و نظارت بر اجرای آن، عدم وجود شاخص‌های دقیق برای اجرای امور، ضعف در دانش و توان مدیریتی، استفاده از لوازم و تجهیزات بی‌کیفیت و ناایمن، عدم انگیزه کافی برای ادامه کار با بخش دولتی، هزینه‌بر بودن اجرای مستندات جدید، تفاوت زیاد شرایط کاری کارکنان رسمی و شرکتی و عدم وجود امنیت شغلی؛ بنابراین به نظر می‌رسد استفاده از توان بخش خصوصی در سطح بیمارستان‌ها برای فرار کردن از مشکلات یک راه‌حل نیست، بلکه بیمارستان‌ها و دانشگاه ابتدا باید زمینه‌های لازم برای برون‌سپاری را فراهم کنند و سپس اقدام به استفاده از این راهبرد نمایند.

نتایج این مطالعه عمدتاً بیانگر موفق نبودن راهبرد برون‌سپاری در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد که از این لحاظ با اغلب مطالعات قبلی در تضاد است؛ زیرا که اغلب مطالعات انجام شده قبلی از جمله مطالعه تورانی و همکاران، پارسا معین و نصیری‌پور و فردوسی و همکاران مؤید تأثیرگذاری مثبت این راهبرد در کیفیت خدمات بیمارستانی و رضایت می‌باشند (۱۲، ۲۳، ۲۵). همچنین یافته‌های مطالعات براتی و همکاران، رحیمی اسبویی و همکاران و ابوالقاسم گرجی نیز مؤید تأثیر مثبت برون‌سپاری بر کارایی و عملکرد بیمارستان‌ها می‌باشند (۱۱، ۲۶، ۲۷). از این جهت نتایج این مطالعه در راستای شناخت این چالش‌ها از سویی و راهکارها و پیشنهادات ارائه شده توسط دست‌اندرکاران امر

برون‌سپاری و مسئولین بیمارستان‌ها از سوی دیگر می‌تواند برای مسئولین دانشگاه علوم پزشکی تهران واجد ارزش فراوانی باشد.

با این حال نتایج این مطالعه، در بسیاری از موارد با مطالعات انجام شده قبلی مشابهت داشت. برای مثال، در مطالعه کیفی جودکی و همکاران تحت عنوان «برون‌سپاری درس‌های یک تجربه» آمده است که عدم پرداخت به موقع مطالبات پیمانکاران از سوی بیمارستان‌ها باعث می‌شود که پیمانکاران با داشتن این سابقه ذهنی، مبلغ پیشنهادی در مناقصه‌های بعدی را افزایش داده تا این ضرر را جبران نمایند (۱۴). مطالعه دیگری که یک چارچوب مفهومی برای نشان دادن تأثیر برون‌سپاری بر عملکرد نظام سلامت ترسیم کرده است، به این نتیجه رسید که بدون توجه به شرایطی که در آن برون‌سپاری به اجرا گذاشته می‌شود صحبت از تأثیر مثبت یا منفی آن گمراه کننده است (۱۵). در مطالعه آسف و همکاران تحت عنوان «عوامل مؤثر بر تصمیمات برون‌سپاری خدمات نگهداری در دانشگاه‌های عربستان» دریافتند که مهم‌ترین ابعاد و معیارهای افزایش سرعت در اجرای برون‌سپاری خدمات نگهداری در دانشگاه‌های بخش دولتی عربستان شامل کیفیت، مدیریت و بعد استراتژیک می‌باشد و مهم‌ترین معیارهای مؤثر در برون‌سپاری شامل ارتقاء الزامات کیفی و تسهیم ریسک می‌باشد (۲۲). Preker و همکاران هم در گزارش‌های خود به این نکته اشاره نمودند که قبل از این که دولت‌ها وارد خرید خدمات از بخش خصوصی شوند، وضع مقررات برای تنظیم روابط بخش دولتی و خصوصی و بهبود مهارت‌های انعقاد قراردادهای برون‌سپاری ضروری است (۲۰).

با این حال، نتایج این مطالعه در زمینه چالش‌های برون‌سپاری، علاوه بر همخوانی با مطالعات قبلی در موارد ذکر شده در بالا، دارای موارد جدیدی بود که در مطالعات قبلی یافت نشده بود. از آن جمله می‌توان به داشتن رویکرد برد-باخت هم از طرف پیمانکار و هم از طرف کارفرما به جای برد-برد و توجه به منافع طرف مقابل در راستای موفق شدن قرارداد برون‌سپاری اشاره کرد. همچنین عدم وجود شاخص‌های دقیق برای اجرای امور، استفاده از لوازم و تجهیزات ناایمن، هزینه‌بر بودن اجرای مستندات جدید، درگیری ذی‌نفعان در افزایش منافع سیاسی و اقتصادی خود و بروز فساد و ضعف در درک مفهوم و فرهنگ برون‌سپاری در سطح بیمارستان نیز مواردی یافت شدند؛ اما در مطالعات قبلی به این موارد اصلاً یا کمتر اشاره شده بود.

در بخش هدف دوم مطالعه که یافتن راهکارهایی برای ارتقاء وضعیت برون‌سپاری بود مطالعات مشابه قبلی چندانی پیدا نشد، تنها مطالعه Lacity و Willcocks تا حدودی با هدف مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۸)؛ لذا هر ۳ کد اصلی شامل آماده‌سازی، اجرا و کنترل و نظارت و همه ۱۱ کد فرعی استخراج شده جدید بوده و می‌تواند به صورت کاربردی مورد استفاده بیمارستان‌ها و واحد برون‌سپاری دانشگاه علوم پزشکی قرار گیرد. به طور کلی نتایج به دست آمده در این پژوهش بر ضرورت ایجاد اصلاحاتی برای بهبود وضعیت استراتژی برون‌سپاری در بیمارستان‌ها تأکید می‌کند. بدان معنا که خطوط سیاست‌گذاری و اجرایی هر یک از سازمان‌ها و نهادهای درگیر و ذی‌نفع در این امر باید مشخص شده و از سوی دیگر باید همکاری و

در انجام این مطالعه محدودیت‌هایی وجود داشت؛ از آن جمله دسترسی محدود به برخی از افراد جامعه آماری پژوهش که با مراجعات مکرر و معرفی افراد دیگر به محقق این مشکل تا حدودی رفع گردید. همچنین برخی افراد حاضر به انجام مصاحبه نبودند که برای رفع آن با اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه اهداف طرح را برای آن‌ها به طور واضح توضیح داده و در هر زمان و مکان که برای آن‌ها مناسب بود جهت مصاحبه مراجعه شد و در موارد عدم همکاری با محقق از افراد خواسته شد تا فرد دیگری را برای مصاحبه به ما معرفی نماید. در نهایت عدم همکاری بعضی از بیمارستان‌ها در این مطالعه باعث حذف آن بیمارستان‌ها از مطالعه گردید.

پیشنهادهای

بر اساس نتایج مطالعات قبلی، با توجه به نقش به‌سزایی که برون‌سپاری در بهبود کارایی و کیفیت خدمات ارائه شده توسط بیمارستان‌ها در سال‌های اخیر داشته است، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی نیز در مورد نتایج عملی این برنامه با در نظر گرفتن شاخص‌های بیمارستانی مانند هزینه، درآمد بیمارستان، رضایت بیماران در واحدهایی که برون‌سپاری را انجام دادند، صورت گیرد. الگو گرفتن از بیمارستان‌هایی که در امر برون‌سپاری موفق بوده‌اند برای بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران پیشنهاد می‌شود. همچنین بایستی مسئولین دانشگاه علوم پزشکی تهران، اقدام به انجام مداخلاتی بر مبنای یافته‌های این مطالعه در خصوص راهکارهای برون رفت از چالش‌های برون‌سپاری به کار گیرند و تأثیر مداخلات خود را اندازه‌گیری نمایند تا در نهایت

هماهنگی دقیقی بین هر یک از این نهادها ایجاد گردد. تدوین شاخص‌ها و استانداردهای دقیق نظارتی، بازبینی در تنظیم قراردادهای برون‌سپاری، بازپرداخت به موقع مطالبات پیمانکاران از مواردی است که متولیان استراتژی برون‌سپاری لازم است مدنظر قرار دهند.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی اصلی سلامت افراد جامعه بایستی از ظرفیت‌های خود در جهت افزایش بهره‌وری هر چه بیشتر از توان بخش‌های خصوصی استفاده کند و در سیاست‌های آینده خود هم جایگاه مشخصی را برای این استراتژی مهم مدنظر قرار دهد که این اقدام پیشاپیش خود نیازمند شفاف‌سازی مفاهیم، بازنگری در شرح وظایف و مسئولیت‌ها و روشن شدن نقش‌های مختلف افراد در روند برون‌سپاری می‌باشد. بهبود وضعیت برون‌سپاری در شرایط کنونی تحت تأثیر عوامل مختلف اقتصادی، سیاسی و فرهنگی قرار دارد؛ بنابراین در انجام برنامه‌ریزی، در نظر قرار دادن یک حوزه بدون توجه به سایر حوزه‌ها می‌تواند فرآیند سیاست‌گذاری را به سرعت از کنترل سیاست‌گذاران خارج کند و دستاوردها را به حداقل برساند. شناسایی و کنترل عوامل مؤثر بر بهبود وضعیت برون‌سپاری وظیفه‌ای نیست که فقط یک بیمارستان یا شرکت خصوصی به تنهایی از عهده آن برآید و این مهم نیازمند تعهد بالاترین مقامات دولتی می‌باشد؛ بنابراین ایجاد یک شورای سیاست‌گذاری و نظارتی در سطح ملی به منظور هماهنگی و پیگیری سیاست‌ها ضروری می‌باشد. این شورا می‌تواند از سیاست‌گذاری‌های یک طرفه جلوگیری کرده و به بهبود وضعیت قراردادهای برون‌سپاری کمک به سزایی کند.

کارشناسی ارشد در رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی است که در سال ۱۳۹۷ انجام شد و دارای
 کد اخلاق با شماره
 IR.TUMS.SPH.REC.1396.3181 از دانشکده
 بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچ تضاد منافی در انجام مطالعه نداشتند.

References

1. Jabari Beirami H, Tabibi SJ, Delgoshaee B, Mahmoody M, Bakhshian F. A comparative study on decentralization mechanisms in provision of health services in health system of selected countries, and presenting a model for Iran. *Journal of Health Administration* 2007;10(27):33-40. Persian
2. Pessoa A. Public-private partnerships in developing countries: are infrastructures responding to the new ODA strategy? *Journal of International Development* 2008; 20(3):311-25. doi: 10.1002/jid.1416
3. Health Affairs. Health Policy Brief: Reducing Waste in Health Care; 2013 [cited 2015 Mar 25]. Available from: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hpb20121213.959735/full/>
4. Ferdosi M, Saberi Nia A, Mahmoudi Meymand F, Nezamdoust F, Shojaei L. The responsiveness of board of trustees hospitals according to the world bank's organizational reform model in Isfahan. *Payavard Salamat* 2013;7(3):228-38. Persian
5. Taylor R, Blair S. Public hospitals: Options for reform through public-private partnerships. 2002.
6. Bastías G, Rada G. Does contracting out services improve access to care in low- and middle-income countries? A Support Summary of a systematic review. [cited 2019 Mar 25]. Available from: [https://www.thelancet.com/cms/10.1016/S0140-6736\(08\)61403-8/attachment/5187f1af-c669-43ae-934c-bf928353fdff/mmc9.pdf](https://www.thelancet.com/cms/10.1016/S0140-6736(08)61403-8/attachment/5187f1af-c669-43ae-934c-bf928353fdff/mmc9.pdf)
7. Mobaraki H, Danesh Dehkardi N, Najafi M. Comprehensive Plan to Reform the System of Hospital Management. Tehran: Ministry of Health; 2005. p. 7-10.
8. Bojovic V. Public private partnership as a last resort for traditional public procurement. *Panoeconomicus* 2006; 53(3):299-

بهترین اقدامات در جهت موفقیت این راهبرد به کار گرفته شود.

سپاسگزاری

نویسندگان این پژوهش بر خود لازم می‌دانند که از همه بزرگوارانی که جهت انجام پژوهش مورد مصاحبه و مشورت قرار گرفته‌اند و وقت گران‌بهای خود را در اختیار پژوهشگران گذاشته‌اند، تشکر و قدردانی نمایند. این مطالعه حاصل پایان‌نامه

311. doi: 10.2298/PAN0603299B

9. Greaver MF. Strategic Outsourcing: A Structured Approach to Outsourcing Decisions and Initiatives. New York: AMACOM; 1999.
10. Lussier RN. Management Concepts, Applications & Skill Development. Cincinnati, Ohio: South-Western College Publishing; 1997.
11. Rahimi-Esboei B, Gholami S, Ghorbani Pasha Kolaei A, Pour Haji Baqer M, Hasannia H, Shaban R, et al. Laboratories performance after outsourcing in the hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Medical Laboratory Journal* 2013;7(2):37-41. Persian
12. Tourani S, Maleki M, Ghodousi-Moghadam S, Gohari M. Efficiency and effectiveness of the firoozgar teaching hospital's pharmacy after outsourcing, Tehran, Iran. *Journal of Health Administration* 2010;12(38):59-70. Persian
13. Tabibi SJ, Kakhani MJ, Ehsani Chimeh E. An evaluation of the outsourcing strategy in supportive services in the hospitals affiliated to the ministry of health and medical education. *Journal of Health Administration* 2008; 10(30):59-66. Persian
14. Chege LW, Rwelamila PD. Private financing of construction projects and procurers: an integrated approach. CIB World Building Congress; 2001 Apr; Wellington, New Zealand: 2001. p. 2-9.
15. Adams J, Young A, Zhihong W. Public private partnerships in China: System, constraints and future prospects. *International Journal of Public Sector Management* 2006; 19(4): 384-96. doi.org/10.1108/09513550610669202
16. Witter S, Ensor T, Thompson R, Jowet M. Health Economics for Developing Countries: A Practical Guide. London: KIT Publishers; 2015.
17. Mousazadeh Y, Jabaribeirami H, Janati A, AsghariJafarabadi M. Identifying and prioritizing hospital's units for outsourcing based on related indicators: a qualitative study. *Journal of Health* 2013;4(2):122-33. Persian

18. Joudaki H, Heidari M, Geraili B. Outsourcing of Hospitals Services: Lessons Learned from the Experience. *Journal of Health-Based Research* 2015;1(1):13-23. Persian
19. Liu X, Hotchkiss DR, Bose S. The impact of contracting-out on health system performance: a conceptual framework. *Health Policy* 2007;82(2):200-11.
20. Preker AS, Harding A, Travis P. "Make or buy" decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory. *Bull World Health Organ* 2000;78(6):779-90.
21. Preker AS, Harding A. The economics of public and private roles in health care: Insights from institutional economics and organizational theory. International Bank for Reconstruction and Development/the World Bank; 2000.
22. Assaf S, Hassanain MA, AlHammad AM, Al-Nehmi A. Factors affecting outsourcing decisions of maintenance services in Saudi Arabian universities. *Property Management* 2011; 29(2): 195-212.
<https://doi.org/10.1108/02637471111122471>
23. Ferdosi M, Farahabadi SM, Mofid M, Rejalian F, Haghighat M, Naghdi P. Evaluating the outsourcing of nursing services in Kashani Hospital, Isfahan, Iran. *Health Inf Manage* 2013; 9(7): 989-96. Persian
24. Mohaghegh B, Asadbaygi M, Baratimarnani A, Birjandi M. The impact of outsourcing the pharmaceutical services on outpatients' satisfaction in lorestan rural health cente. *Hospital* 2011;10(3):79-88. Persian
25. Parsa Moein S, Nasiripour AA. The impact of outsourcing on the satisfaction and rights of patients referred to the radiology departments of Tehran selected hospitals. *Journal of Healthcare Management* 2015;6(1):51-8.
26. Barati O, Dehghan H, Yusefi A, Najibi M. A study of the status before and after outsourced pharmacies of Shiraz University of Medical Sciences in 2014: a short report. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2017;16(7):691-700. Persian
27. Abolghasem Gorji H, Raeissi P, Delgoshaei B, Nazari M, Abbasimani Z, Mohseni M. A Comparison of Efficiency and Effectiveness of Karaj Shahid Rajaie Hospital before and after decentralization: 2012. *Journal of Health Administration* 2015;18(59):19-28. Persian
28. Lacity MC, Willcocks L. *Global Information Technology Outsourcing: in Search of Business Advantage*. Chichester: John Wiley and Sons; 2001.
29. Guba EG, Lincoln YS. *Competing Paradigms in Qualitative Research*. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA, US: Sage; 1994. p. 105-17.

Challenges of Outsourcing in Hospitals Affiliated with Tehran University of Medical Sciences and Suggested Solutions

Ahmadizadeh Elahe¹, Tajvar Maryam², Ahmadi Akbar³, Ahmadi Batoul^{4*}

• Received: 23. 02. 2018

• Revised: 28. 05. 2018

• Accepted: 30. 05. 2018



Abstract

Background & Objectives: The available reports indicate that outsourcing strategy was not successful in hospitals affiliated with Tehran University of Medical Sciences. The present study aimed to identify the reasons behind the failure of this strategy and also to provide solution to overcome the challenges.

Methods: The present study was a phenomenological qualitative study conducted in 10 hospitals with outsourcing units affiliated with Tehran University of Medical Sciences. Data were collected through 32 semi-structured interviews with key informants and were analyzed using content analysis approach and through MAXQDA11 software.

Results: In this study, 4 main codes (reasons related to hospital, private sector, finance& expenses and human resource) and 18 sub-codes were identified for challenges of outsourcing in hospitals. Also, 3 main cods (preparation, implementation, control and monitoring) and 11 sub-codes were identified for the improvement of the outsourcing strategy.

Conclusion: The Ministry of Health, as the main custodian of public health, should improve its capacities to increase the efficiency of private sector and consider a specific place for private-public partnership strategies, in its future policies. This requires clarifying concepts, revising job descriptions, and clarifying the roles of different individuals in the process of outsourcing.

Keywords: Outsourcing, Challenges, Solution, Hospitals, Tehran University of Medical Sciences

•**Citation:** Ahmadizadeh E, Tajvar M, Ahmadi A, Ahmadi B. Challenges of Outsourcing in Hospitals Affiliated with Tehran University of Medical Sciences and Suggested Solutions. Journal of Health Based Research 2018; 4(1): 77-93.

1. MSc, Department of Management Sciences and Health Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Assistant Professor, Department of Management Sciences and Health Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. BSc, Outsourcing Expert and Assistant Administrator and Financial Officer, Faculty of New Technologies, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. Associate Professor, Department of Management Sciences and Health Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

***Correspondence:** School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Poursina St., Qods St., Tehran, Iran

Tel: 00982142933170

Email: ahmadiba@tums.ac.ir