

برون‌سپاری خدمات بیمارستانی: درس‌های یک تجربه

حسین جودکی^{۱*}، محمود حیدری^۲، بیژن گرایلی^۳

• پذیرش مقاله: ۹۴/۴/۱۰

• دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۴/۲/۲۰

• دریافت مقاله: ۹۳/۱۰/۱۴



چکیده

مقدمه: با شروع اجرای برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور در سال ۱۳۷۹، سیاست برون‌سپاری خدمات بیمارستانی به شکل گسترده‌ای استفاده شد. از سال ۱۳۸۴ به بعد رویه معکوسی آغاز شد. شرکت‌های خصوصی لغو قرارداد شدند و غالب کارگران آن‌ها به استخدام وزارت بهداشت درآمدند. بدین ترتیب، سیاست برون‌سپاری به اهداف اولیه خود مبنی بر کوچک‌سازی ساختار نظام سلامت و بهبود کارایی دست پیدا نکرد. هدف پژوهش حاضر، بیان درس‌های این تجربه بود.

روش بررسی: این مطالعه، یک مطالعه کیفی بود که داده‌های آن با بررسی اسناد (قراردادهای) بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران و همچنین مشاهده و انجام مصاحبه با ده نفر از افراد مطلع اعم از رؤساء و مدیران بیمارستان‌ها، کارشناسان ستادی، پیمانکاران و کارگران جمع‌آوری شد. داده‌ها از طریق روش کیفی "تحلیل چهارچوب"، جمع‌بندی و تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: دلایل عدم موفقیت سیاست برون‌سپاری در چهار موضوع اصلی و هشت زیرموضوع به شرح زیر خلاصه گردیدند:

- ۱- دلایل مرتبط با کارفرما (بیمارستان): ضعف در طراحی، تنظیم و نظارت بر قراردادهای و دخالت در امور اجرایی پیمانکار ۲- دلایل مرتبط با بخش خصوصی (پیمانکاران): ضعف توان مدیریتی و تخصصی و توجه به منافع کوتاه مدت ۳- دلایل مرتبط با کارگران: اعتراضات کارگری ۴- دلایل مرتبط با فضای سیاست‌گذاری: تفاوت بسیار زیاد شرایط کاری کارکنان رسمی و کارکنان شرکتی و مشکلات مربوط به مدیریت
- بحث و نتیجه‌گیری:** عدم موفقیت سیاست برون‌سپاری به دلایلی برمی‌گردد که همه آن‌ها کم و بیش معلول ضعف نظام مدیریت دولتی هستند. در واقع توان و کارایی بخش خصوصی هنگام ورود به بخش دولتی با قید محدودیت پتانسیل مدیریت دولتی مواجه می‌شود. برای کسب نتایج بهتر در برون‌سپاری، قبل از واگذاری فعالیت‌ها یا همزمان با آن باید به فکر تحول نظام مدیریت دولتی بود.

واژگان کلیدی: برون‌سپاری، بخش خصوصی، خرید خدمت، عقد قرارداد، بیمارستان

ارجاع: جودکی حسین، حیدری محمود، گرایلی بیژن. برون‌سپاری خدمات بیمارستانی: درس‌های یک تجربه. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۴؛ ۱(۱): ۲۳-۱۳.

۱. دکتر، گروه اقتصاد درمان و برنامه‌ریزی، سازمان تأمین اجتماعی، تهران، ایران

۲. کارشناس، مرکز طبی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳. دانشجوی دکتر، گروه مدیریت آموزشی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسؤول: تهران، خیابان آزادی، پلاک ۳۴۵، سازمان تأمین اجتماعی، معاونت درمان، گروه اقتصاد درمان و برنامه‌ریزی

Email: hjooodaki@alumnus.tums.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۲۸۰۷۰۹۱۳

مقدمه

در دهه‌های اخیر، اصلاحات نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه عموماً حول یکی از محورهای زیر بوده است: شیوه تأمین مالی خدمات سلامت، تخصیص منابع در کل نظام سلامت، نحوه رایه (عرضه) خدمات و عدالت. در همه این موارد ترکیب بخش خصوصی و عمومی و تغییر تعادل بین این دو بخش یک عامل تعیین‌کننده بوده است (۱).

اصلاحات در نحوه رایه (عرضه) خدمات سلامت غالباً از طریق سیاستی انجام گرفته که به طور کلی از آن تحت عنوان تمرکززدایی (Decentralization) یاد می‌شود. تمرکززدایی عبارت است از انتقال قدرت و کارکردها از مرکز به محیط. تمرکززدایی به اشکال و انگیزه‌های مختلفی اجرا می‌شود و هدف آن عموماً افزایش اثربخشی و پاسخگویی در ارائه خدمات است (۱).

مهم‌ترین انواع تمرکززدایی عبارتند از: تراکم‌زدایی (-Deconcentration)، تفویض (Devolution)، واگذاری (Delegation) و خصوصی‌سازی (Privatization) (۲). بعضی از صاحب‌نظران خصوصی‌سازی را "تمرکززدایی اقتصادی" نام نهاده‌اند و آن را کامل‌ترین نوع تمرکززدایی از دیدگاه دولت دانسته‌اند (۱).

صرف‌نظر از تعریف سنتی خصوصی‌سازی که خصوصی‌سازی را انتقال مالکیت قانونی یک مؤسسه دولتی به بخش خصوصی تعریف می‌کند، می‌توان خصوصی‌سازی را در معنای وسیع‌تری تعریف کرد: انطباق مدیریت دولتی با قوانین بازار. با این تعریف خصوصی‌سازی صرفاً انتقال مالکیت نیست بلکه می‌تواند در حوزه رفتار مدیریت، اهداف و انگیزه‌های مؤسسه رخ دهد (۳). خصوصی‌سازی مدیریت، آن

چیزی است که عموماً از آن تحت عنوان برون‌سپاری یاد می‌شود. در این روش، مالکیت کل یا بخشی از یک مرکز درمانی واگذار نمی‌شود، اما مدیریت آن به بخش خصوصی واگذار می‌شود یا این که مرکز درمانی به جای تولید خدمت خاصی، آن را از بخش خصوصی خرید می‌کند (۱، ۳). دلیل روی آوردن به برون‌سپاری آن است که مزایای مدیریت بخش خصوصی (مانند توجه به کارایی و رضایت مشتریان) به بخش دولتی وارد شود و در عین حال از معایب آن (مانند عدم توجه به عدالت و مسئولیت اجتماعی) اجتناب گردد. این امر منجر به ایجاد بازارهای داخلی (Internal Market) یا شبه بازار (Quasi-Market) در درون بخش دولتی می‌گردد. منظور از شبه‌بازار یا بازار داخلی، ترویج رقابت بازارگونه در درون بخش دولتی با هدف حصول توأم ویژگی‌های مثبت هر دو بخش عمومی و خصوصی است. در این حالت سیاستگذاری و نظارت در اختیار دولت باقی مانده و امور اجرایی و تصدی‌گری به بخش خصوصی واگذار می‌شود. دولت در نقش خریدار خدمت ظاهر شده و به کارایی تخصیص توجه خواهد کرد و بخش خصوصی در نقش رایه دهنده خدمات ظاهر شده و به کارایی فنی توجه خواهد کرد (۵-۱).

اما در عمل آنچه اتفاق می‌افتد ممکن است با تئوری که شرح داده شد همخوانی نداشته باشد و به نظر می‌رسد ایران یک مثال خوب در این زمینه باشد.

در ایران، برون‌سپاری خدمات در نظام سلامت در برنامه‌های توسعه پنج ساله به خصوص در ماده ۱۹۲ برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۸۳-۱۳۷۹)، قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۱۳۸۰/۱۱/۲۷ مجلس شورای اسلامی و بخشنامه‌های صادره از سوی سازمان

تدریج لغو نمود (که البته آمار دقیق آن مشخص نیست) و کارگران (منظور از کارگران، افرادی بودند که تحت مدیریت شرکت‌های خصوصی در بخش‌های درمانی یا پشتیبانی به کار گرفته شدند و تحت شمول قانون کار قرار داشتند) شرکت‌های خصوصی طرف قرارداد را به استخدام خود درآورد. بدین ترتیب، سیاست برون‌سپاری به اهداف اولیه خود مبنی بر کوچک‌سازی ساختار نظام سلامت و بهبود کارایی دست پیدا نکرد. از این موضوع می‌توان تحت عنوان شکست سیاست برون‌سپاری یاد کرد. هدف پژوهش حاضر بررسی علل این شکست و بیان درس‌های این تجربه بود.

روش بررسی

این مطالعه، یک مطالعه کیفی بود که داده‌های آن از چند روش مختلف گردآوری شد. معیارهای با ارزش بودن (Trustworthiness)، پژوهش‌های کیفی شامل قابل باور بودن (Credibility)، قابل تکرار بودن (Dependability)، قابل تأیید بودن (Transferability)، (Conformability) (۱۴-۱۳) به شرحی که در ادامه عنوان می‌شود در انجام پژوهش لحاظ گردید. داده‌ها از بررسی اسناد، مشاهده و مصاحبه به دست آمد. اسناد بررسی شده شامل قراردادهای منعقد شده، صورتجلسات و گزارش‌های مربوط به بازدید بیمارستان‌ها و سایر مکاتبات مرتبط با برون‌سپاری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران (۱۸ بیمارستان) بود. مشاهدات ناشی از حضور یکی از پژوهشگران در واحدهای ستادی مرتبط با موضوع بود که فرصت مشارکت مستقیم در جلسه‌های تصمیم‌گیری، بازرسی از بیمارستان‌ها و ثبت وقایع را

مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و شورای عالی اداری مورد تأکید قرار گرفت. در اجرای این قوانین، برون‌سپاری خدمات سلامت نه تنها در مورد خدمات پشتیبانی مانند انژری، تغذیه، نظافت، امنیت، نقلیه و...، بلکه در مورد خدمات بهداشتی، درمانی و پاراکلینیک نیز به کار گرفته شد (۶). در برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، دولت مؤظف شد سالانه ۳ درصد از تصدی‌گری و ۵ درصد از تعداد کارکنان خود کم کند، هر چند این برنامه مشخص نمود میزان کاهش تصدی‌گری چگونه باید اندازه‌گیری شود (۷). در متن قانون برنامه پنجم توسعه کشور، سیاست‌های قبلی نفی نشد اما مشابه برنامه سوم توسعه، مواد قانونی خاصی به برون‌سپاری خدمات سلامت اختصاص داده نشد.

علیرغم واگذاری‌های گسترده، مطالعاتی که نشان دهند تأثیر برون‌سپاری بر شاخص‌های کارایی، کیفیت، عدالت و پاسخگویی (در سطح خرد و کلان) چه بوده است، بسیار کم است (۶)، البته در عرصه جهانی نیز وضع به همین منوال است و مطالعات مربوط به اثرات برون‌سپاری بسیار کم است (۸). پژوهش‌هایی که در این زمینه در کشور انجام شده‌اند فارغ از اثرات کوتاه‌مدت و بلندمدت برون‌سپاری، غالباً به منافع ریالی قراردادهای منعقد شده توجه نموده‌اند (۹-۱۲).

در سال پایانی اجرای برنامه چهارم توسعه کشور و با روی کار آمدن دولت جدید در سال ۱۳۸۴، سیاست برون‌سپاری که در برنامه‌های پنج ساله توسعه کشور و برنامه‌های اصلاحی مرتبط با خصوصی‌سازی و کوچک‌سازی دولت دنبال می‌شد، عملاً متوقف گردید. دولت جدید که یکی از مهم‌ترین شعارهای آن "عدالت" بود، قراردادهای برون‌سپاری را به

مباحثه بین پژوهشگران، بارها بازبینی شد به نحوی که به بهترین حالت منعکس‌کننده جمیع نظرات مصاحبه‌شوندگان و مشاهدات باشد. این چهارچوب در مرحله چهارم و با اضافه کردن زیرموضوع‌ها نهایی گردید. مرحله نمایه‌کردن که عبارت است از مرتبط نمودن داده‌ها با موضوعات، از طریق استفاده از نرم‌افزار Word انجام شد. در نهایت چهار موضوع اصلی و هشت زیرموضوع شناسایی و گزارش گردید.

یافته‌ها

دلایل عدم موفقیت سیاست برون‌سپاری خدمات بیمارستانی در نظام سلامت کشور، تحت چهار موضوع اصلی و هشت زیر موضوع به شرح زیر طبقه‌بندی شدند (جدول ۱).
موضوعات اصلی نشان‌دهنده بازیگران اصلی بودند و زیرموضوعات نشان دادند که تعامل این بازیگران چگونه منجر به بروز مشکلات و در نهایت عدم موفقیت برون‌سپاری گردیده است.

برای وی فراهم آورد. همچنین برای فهم و تبیین داده‌های حاصل از مشاهدات، یکی دیگر از پژوهشگران با ده نفر از افراد مطلع اعم از رؤساء و مدیران بیمارستان‌ها، کارشناسان ستادی، پیمانکاران بخش خصوصی و کارگران مصاحبه ساختار نیافته انجام داد. جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به نقطه اشباع ادامه داشت. از آنجا که داده‌ها به صورت موازی و از منابع مختلف جمع‌آوری شد سوگیری در انجام پژوهش به حداقل رسید. گزارش‌های حاصل از مصاحبه‌شوندگان قرار گرفت و صحت نتایج گزارش شده به تأیید آن‌ها رسید.

داده‌ها از طریق روش کیفی تحلیل چهارچوب (Framework Analysis) جمع‌بندی شدند (۱۵-۱۴). این روش شامل پنج مرحله آشنا شدن با داده‌ها، شناسایی چهارچوب موضوعات اصلی، نمایه‌کردن، ترسیم جداول و کشیدن نقشه و تفسیر آن است (۱۵-۱۴). چهارچوب موضوعات اصلی که در مرحله دوم شکل گرفت، با استفاده از مرور داده‌های مختلف و

جدول ۱: موضوعات اصلی و زیرموضوعات مرتبط با دلایل عدم موفقیت سیاست برون‌سپاری خدمات پشتیبانی و درمانی بیمارستان‌ها

موضوعات اصلی	زیرموضوعات
دلایل مرتبط با کارفرما (بیمارستان)	- ضعف در طراحی و تنظیم قراردادها - ضعف نظارت بر قراردادها - دخالت در امور اجرایی پیمانکار
دلایل مرتبط با بخش خصوصی (پیمانکاران)	- ضعف دانش و توان مدیریتی و تخصصی - توجه به منافع کوتاه‌مدت
دلایل مرتبط با کارگران	- اعتراضات کارگری
دلایل مرتبط با فضای سیاست‌گذاری (سطوح بالاتر از بیمارستان)	- تفاوت بسیار زیاد شرایط کاری کارکنان رسمی و کارکنان شرکتی - مشکلات مربوط به مدیریت

زیر موضوع اول: ضعف در طراحی و تنظیم قراردادها
گاهی مسئولین بیمارستان با انگیزه بهبود قرارداد،

موضوع اصلی یک: دلایل مرتبط با کارفرما (بیمارستان)
دلایل مرتبط با کارفرما، در سه زیرموضوع خلاصه شد:

مواردی از هزینه‌ها توجه نگردیده بود مثلاً کارگران شرکت‌ها عملاً از بسیاری از امور رفاهی بیمارستان نظیر سرویس ایاب و ذهاب، تغذیه، امور درمانی و ... استفاده می‌کردند که هزینه این خدمات در قراردادها لحاظ نشده بود. گاهی این خدمات در قرارداد به عهده پیمانکار گذاشته شده بود ولی در عمل توسط بیمارستان ارایه می‌گردید.

گاهی قراردادها به گونه‌ای منعقد شده بود که سود پیمانکار با افزایش تعداد کارگران افزایش می‌یافت (مثلاً الزام پیمانکار به داشتن تعداد مشخصی نیروی پرستاری یا نیروی فنی تأسیسات در هر شیفت کاری)، بنابراین پیمانکار بدون توجه به کارایی، نیروهای خود را افزایش داده بود.

زیرموضوع دوم: ضعف نظارت بر قراردادها

علیرغم این که بعضی قراردادها سختگیرانه نوشته شده بودند اما در عمل قابلیت اجرای آن‌ها با چالش مواجه بود. نظارت بر اجرای قراردادها مبتنی بر شاخص‌های دقیق و مورد اجماع طرفین نبود و بعضاً توان علمی و تخصصی برای تعیین شاخص‌های نظارتی مؤثر وجود نداشت. "چطور می‌توانم بر قرارداد تأسیسات نظارت کنم در حالی که کارشناس تأسیسات من یک دیپلم برق است و از مکانیک سر در نمی‌آورد" (م ۳) گاهی مسئولین بیمارستان از خود تمایل یا توانایی برخورد با موارد عدول از قرارداد را نشان نمی‌دادند. گاهی به دلیل ضعف در تنظیم قرارداد (مثلاً لحاظ نکردن بعضی هزینه‌ها)، از موارد خطای بعدی پیمانکار چشم‌پوشی شده بود. برخی مسئولین بخش‌ها معتقد بودند عدم برخورد مناسب با پیمانکاران خطاکار باعث گردیده بود پیمانکاران در مناقصه‌های بعدی مفاد مندرج در شرایط مناقصه را خیلی جدی نگرفته و به دنبال راهی برای دور زدن آن‌ها باشند. گاهی عدم توانایی بیمارستان در نظارت قوی و مؤثر،

بندهای سختگیرانه (و البته غیر عملی) به آن اضافه کرده بودند و این باعث محدود شدن فضای عمل بخش خصوصی گردیده بود. تقریباً در همه قراردادها، پیش‌نویس قرارداد که به مزایده/مناقصه گذاشته شده بود، بدون نظرخواهی از پیمانکاران بالقوه تهیه گردیده بود. "تاکنون نشنیده‌ام یک بیمارستان برای نوشتن شرایط قرارداد یا پیش‌نویس آن از پیمانکاران نیز دعوت کرده باشد و نظرات آن‌ها را نیز شنیده باشد" (م ۱). (در قسمت یافته‌ها هر جا به گفته‌های مصاحبه‌شوندگان استناد شده است، از علامت گیومه "...." استفاده شد. حرف "م" اختصار کلمه "مصاحبه‌شونده" و شماره داخل پرانتز، شماره فرد مصاحبه شده می‌باشد).

اعلام شرایط بسیار سخت‌گیرانه باعث می‌شد برخی پیمانکاران واجد صلاحیت در مناقصه شرکت نکرده و رقابت را به پیمانکارانی بسپارند که صرفاً به دنبال برنده شدن در مناقصه و پس از آن جبران هزینه‌های خود به هر طریق ممکن بودند. "اگر کسی واقعاً بخواهد شرایط این قرارداد را اجرا کند باید میلیون‌ها تومان بیشتر از آنچه فکر می‌کنید خرج کند. هر کس بگوید من این قرارداد را اجرا می‌کنم دروغ می‌گوید" (م ۲). در بعضی مواقع، اسناد مناقصه و موضوع مورد مناقصه (مثلاً راهبری تأسیسات) غیرشفاف بودند (مثلاً مشخص نبود دقیقاً چه خدماتی در تعهد بخش خصوصی و چه خدماتی در تعهد بیمارستان می‌باشد). کارکنان اداری که دست‌اندرکار تهیه اسناد مناقصه، تعریف دقیق موضوع مورد مناقصه (حجم و کیفیت کار) و تنظیم قرارداد بودند آموزش تخصصی مرتبط با موضوع طی نکرده بودند.

در برخی قراردادها، تعیین مدت زمان یک ساله برای قرارداد و جابه‌جایی زود هنگام شرکت‌ها باعث می‌شد پیمانکاران به فکر منافع بلندمدت نبوده و بیشتر به سود کوتاه مدت فکر کنند. هنگام عقد بعضی قراردادها به

نحوه مدیریت آن‌ها به وجود نمی‌آمد. گاهی اوقات تحمیل نیرو به پیمانکار با انگیزه‌های منفی صورت می‌گرفت. برخی از مصاحبه‌شوندگان عنوان نمودند که در مواردی افراد فامیل، آشنا یا سفارش شده از طرف مدیران یا کارکنان به پیمانکار تحمیل شده بود. انگیزه‌های دیگری نیز وجود داشت. گاهی افراد بی‌بضاعت، معلول، مسن و مانند این‌ها با انگیزه دلسوزی از سوی مقامات به پیمانکار تحمیل می‌شدند. گاهی نیز مدیران به اسم شرکت‌های طرف قرارداد افرادی را جذب می‌کردند و آن‌ها را در مشاغل اداری- مالی یا سایر مشاغل غیرمرتبط با موضوع قرارداد به کار می‌گماردند و بدین ترتیب کمبودهای پرسنلی خود را جبران می‌کردند. با عوض شدن مدیریت و یا تغییر نیاز، چنین نیروهایی حاضر نبودند کارهای مدنظر مدیریت شرکت طرف قرارداد را انجام دهند (مثلاً کار خدمتگزاری یا تأسیسات و غیره). به هر حال تحمیل نیرو به پیمانکار با انگیزه‌های مختلف باعث تداخل وظایف و نقش‌ها شده و باعث گردیده بود در موارد زیادی پیمانکاران از زیر نتایج کار شانه خالی کنند. "بالاخره من نفهمیدم اینها کارگران من هستند یا کارگران مسئول خدمات بیمارستان؟" (م ۵). دخالت در امور اجرایی پیمانکار محدود به تحمیل نیرو نبود بلکه اغلب اوقات بیمارستان‌ها در چیدمان نیرو، میزان پراخت به آن‌ها، تشویق و تنبیه آنها و سایر مسایل مشابه دخالت می‌کردند.

موضوع اصلی دوم: دلایل مرتبط با بخش خصوصی (پیمانکاران)

دلایل مرتبط با پیمانکار در دو زیرموضوع دسته‌بندی شد: زیرموضوع اول: ضعف دانش و توان مدیریتی و تخصصی بخش خصوصی (پیمانکاران)
در بعضی زمینه‌ها مانند تأسیسات، شرکت‌های خصوصی از توان و دانش تخصصی کافی برای اداره امور برخوردار

به ضعف کلی بیمارستان در اجرای بندهایی از قرارداد برمی‌گشت که خود متعهد به اجرای آن بود. مثلاً عدم پرداخت به موقع مطالبات پیمانکار یا عدم تهیه به موقع مواد اولیه مورد نیاز پیمانکار باعث شده بود بیمارستان نتواند انتظارات خود را با جدیت از پیمانکار مطالبه نماید. "بیمارستان نمی‌تواند به من بگوید میزان گوشت غذا کمتر از میزان قرارداد است چون با این گرانی گوشت، پول من را چهار ماه است که نداده" (م ۴). پیمانکاران، یکی از دلایل کاهش کیفیت کار در طی زمان را، عدم پرداخت به موقع مبلغ قرارداد می‌دانستند که باعث می‌گردید حقوق کارگران با تأخیر پرداخت شده و بر کارگر و پیمانکار فشار مالی وارد شود. همچنین عدم پرداخت به موقع مطالبات پیمانکاران از سوی بیمارستان‌ها باعث شده بود پیمانکاران با داشتن این سابقه ذهنی، مبلغ پیشنهادی در مناقصه‌های بعدی را افزایش داده تا این ضرر را جبران نمایند.

زیر موضوع سوم: دخالت در امور اجرایی پیمانکار

مدیران در مورد میزان نظارت بر پیمانکار سلیقه‌های گوناگون داشتند. بعضی سعی داشتند در امور اجرایی پیمانکار و روابط پیمانکار با کارگر دخالت نکرده و هیچ مسؤولیتی در این زمینه قبول نکنند (حتی در مواقعی که پیمانکار آشکارا حقوق قانونی کارگران را زیر پا می‌گذاشت) و عده‌ای دیگر در کوچک‌ترین مسایل پیمانکار دخالت کرده و این کار را تا آنجا ادامه می‌دادند که عملاً وارد حیطه مدیریت کارگران شده و از شرکت جزء نامی باقی نمی‌گذاشتند. گاهی مسئولین بیمارستان تمایل داشتند کارگران فعلی را به دلیل کسب آموزش و تجربه و همچنین نگرانی بابت امنیت شغلی و معاش آن‌ها حفظ کنند، بنابراین کارگران فعلی را به برنده مناقصه بعدی تحمیل می‌کردند در نتیجه با انجام مناقصه فقط نام شرکت عوض شده و تغییر محسوسی در تعداد کارگران و

شکایت کنیم چون پیمانکار از ما چک تضمین گرفته است" (م ۸). حتی در مواقعی که حقوق قانونی کارگران توسط پیمانکار رعایت شده بود، باز هم آنها خود را با کارمندان رسمی مقایسه می‌کردند و شرایط مشابه ایشان را خواستار بودند. امنیت شغلی و دستمزدهای منصفانه دو خواسته اصلی کارگران بود.

به دلیل شکایات زیاد از عملکرد پیمانکاران این تلقی به وجود آمده بود که واگذاری امور به بخش خصوصی موجب پایمال شدن حقوق کارگران و افزایش بی‌عدالتی شده، لذا گرایش به استخدام مستقیم کارگران یا حداقل بستن دست‌وپای پیمانکار در تعیین میزان پرداخت به کارگران، به عنوان یک خواسته کارگران و بعضاً مسؤولین بیمارستان‌ها مطرح بود. "درست است ما در مورد خدمات نظافت راحت شده‌ایم و دیگر جر و بحثی با کارگران خدماتی نداریم اما شرکت هم واقعاً در حق آنها ظلم می‌کند" (م ۹).

موضوع اصلی چهارم: دلایل مرتبط با فضای سیاست-گذاری (سطوح بالاتر از بیمارستان)

زیرموضوع اول: تفاوت بسیار زیاد شرایط کاری کارکنان رسمی و کارکنان شرکتی

نظام استخدام رسمی برای کارکنان رسمی، امنیت شغلی، پرداخت بیشتر و شرایط کاری بهتر فراهم آورده بود در حالی که استخدام قراردادی توسط شرکت‌های واسطه خصوصی، برای کارگران عدم امنیت، دریافتی کمتر و شرایط کاری دشوارتر به همراه داشت. "من پرستار هستم. همان کاری را انجام می‌دهم که پرستارهای بخش‌های دیگر انجام می‌دهند، اما دریافتی من نصف دریافتی آنها هم نیست" (م ۱۰). این تلقی وجود داشت که مرتبط کردن عملکرد فرد با پرداخت و تداوم شغل، تنها برای کارگران که از کمترین قدرت برخوردار بودند اجرا گردیده است. برای کاستن از این تفاوت‌ها تمایلی به

نبودند حتی در مورد امور کمتر تخصصی نظیر کاخ‌داری (نظافت) نیز ضرورت داشت کارگران برای کار در واحدهایی نظیر اتاق عمل یا بخش‌های بستری آموزش ببینند. در این گونه موارد بیمارستان مجبور به تحمل پیمانکار تا موعد قرارداد بعدی بود. "اگر بخواهم قرارداد پیمانکار را لغو کنم دوباره در پیچ‌وخم اداری برای عقد قرارداد جدید می‌افتم و در آخر هم معلوم نیست شرکت بعدی بهتر از این باشد" (م ۶).

زیرموضوع دوم: توجه به منافع کوتاه‌مدت

با توجه به این که در غالب موارد بیمارستان‌ها هر ساله موضوع قراردادها را به مناقصه می‌گذاشتند، بنابراین پیمانکاران تضمینی برای ماندن در سال‌های بعد نداشتند. در چنین شرایطی آنها به منافع کوتاه‌مدت خود توجه بیشتری می‌کردند. "من چطور به فکر آوردن دستگاه جدید برای آزمایشگاه باشم در حالی که معلوم نیست سال بعد هم اینجا هستم یا خیر؟" (م ۷).

در موارد بسیاری، پیمانکاران حقوق تعریف شده در قانون کار نظیر حق اضافه‌کاری، حق شیفت، حق لباس و غیره را به کارگران پرداخت نمی‌کردند. کارگران فاقد نهادهای صنفی قوی برای پیگیری حقوق خود بودند و شکایات خود را با مسؤولین بیمارستان مطرح می‌نمودند و مسؤولین بیمارستان سعی می‌کردند با دخالت در کار پیمانکار، حقوق کارگران را تضمین نمایند.

موضوع اصلی سوم: دلایل مرتبط با کارگران

زیرموضوع اول: اعتراضات کارگری

کارگران به دلیل رفتارهای غیرقانونی پیمانکاران، حقوق پایین، شرایط کاری سخت و عدم امنیت شغلی، احساس بی‌عدالتی داشتند، لذا با شکایات فراوان به مراجع مختلف باعث فراهم شدن زمینه مناسب برای دخالت بیشتر مسؤولین بیمارستان در امور اجرایی پیمانکاران را فراهم می‌نمودند. "به ما حتی فیش حقوقی نمی‌دهند، نمی‌توانیم

تبدیل وضعیت کارکنان و مدیران دولتی از وضعیت استخدام رسمی به وضعیت قراردادی وجود نداشت، بلکه مشاهدات نشان می‌داد که مدیران تمایل داشتند وضعیت استخدامی کارکنان قراردادی به چیزی شبیه وضعیت کارکنان رسمی تبدیل شود. "برای ایجاد عدالت دو راه بیشتر وجود ندارد: یا پرسنل رسمی را شرکتی کنیم و یا پرسنل شرکتی را رسمی کنیم که مطمئناً راه حل دوم قابل اجرا است" (م ۶)، بنابراین گرایش به دولتی کردن بخش خصوصی وجود داشت.

زیرموضوع دوم: مشکلات مربوط به مدیریت

عدم ثبات مدیریت، کمبود اختیارات مدیران اجرایی، عدم آشنایی کافی آنها با روش‌های واگذاری خدمات به بخش خصوصی، تداخل وظایف صف و ستاد، تعدد افراد و واحدهایی که در تنظیم قرارداد و نظارت بر آن دخالت می‌کردند، کندی تصمیم‌گیری و در بعضی مواقع عدم تعهد مدیران سطوح مختلف (ارشد، میانی، اجرایی) به استفاده از بخش خصوصی، از دیگر دلایل عدم موفقیت سیاست برون‌سپاری بود. "قرارداد را ستاد نوشته و ما با بسیاری از بندهای آن مخالفیم" (م ۹). اگر بخواهم قرارداد پیمانکار را لغو کنم دوباره در پیچ‌وخم اداری برای عقد قرارداد جدید می‌افتم و در آخر هم معلوم نیست شرکت بعدی بهتر از این باشد" (م ۶).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه ما عدم موفقیت سیاست برون‌سپاری را بر اساس اندازه‌گیری تأثیر اجرای سیاست برون‌سپاری بر اهداف نهایی نظام سلامت (وضعیت سلامت، رضایت مشتریان، حفاظت در برابر خطر مالی) (۴، ۱۶) یا اهداف میانی نظام سلامت (کارایی، کیفیت و دسترسی) (۴، ۱۶) ارزیابی ننموده است، بلکه هدف این بود که نشان داده شود اجرای سیاست برون‌سپاری صرف‌نظر از نتایج آن، با چه

دشواری‌هایی روبه‌رو بوده است. نتایج پژوهش، دلایل متعدد شکست اجرای سیاست برون‌سپاری در نظام سلامت کشور را نشان داد. دلایل عدم موفقیت سیاست برون‌سپاری خدمات بیمارستانی تحت چهار موضوع اصلی و هشت زیرموضوع ارایه گردیدند. به دلیل این که مدیران اجرایی بسیاری از دلایل را به سطوح بالاتر از خود و فضای تصمیم‌گیری حاکم بر بخش دولتی نسبت می‌دادند، ما بیمارستان (کارفرما) را مساوی با دولت در نظر نگرفتیم و بعضی دلایل را تحت عنوان دلایل مرتبط با فضای سیاستگذاری ذکر نمودیم. اما با نگاه جامع به قضیه، دلایلی که برشمردیم کم و بیش همگی معلول ضعف نظام مدیریت دولتی بودند. در همین رابطه مطالعات دیگری نیز به عوامل زمینه‌ساز موفقیت یا عدم موفقیت برون‌سپاری اشاره داشته‌اند. یک مطالعه که در مورد برون‌سپاری آزمایشگاه‌ها انجام شده است، توصیه نموده مراکز درمانی قبل از برون‌سپاری موارد زیر را بررسی نمایند: تضاد منافع بازیگران این عرصه، توانایی مرکز درمانی برای پایش عملکرد پیمانکاران، میزان در دسترس بودن، قابل اعتماد بودن و ثبات داشتن پیمانکاران بخش خصوصی، هزینه نسبی ارایه خدمت در درون مرکز درمانی و توسط بخش خصوصی و در نهایت تغییراتی که باید در قوانین داده شود (۱۷). مطالعه دیگری یک چهارچوب مفهومی برای نشان دادن تأثیر برون‌سپاری بر عملکرد نظام سلامت ترسیم نموده است. در این چهارچوب بر نحوه اجرای برون‌سپاری و عوامل تعیین‌کننده موفقیت آن تأکید شده است. این مطالعه بیان نموده است که بدون توجه به شرایطی که در آن برون‌سپاری به اجرا گذاشته می‌شود صحبت از تأثیر مثبت یا منفی آن گمراه‌کننده است (۸).

استفاده از توان بخش خصوصی به ظرفیت و توانایی بخش دولتی برای استفاده بردن بستگی دارد. واگذاری

از نظام سلامت شکل گرفت. از آنجا که پژوهش حاضر بر اسناد خرید (قراردادهای برون‌سپاری) و مدیران اجرایی (نه سیاست‌گذاران) تمرکز داشته است ممکن است دلایل ریشه‌ای تر و خارج از ساختار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مغفول مانده باشد.

پیشنهادها

برای اجرای موفق برون‌سپاری در نظام سلامت، قبل از واگذاری فعالیت‌ها و همزمان با آن باید به فکر بهبود نظام مدیریت بخش دولتی و ایجاد ظرفیت‌های لازم در مدیریت نظام سلامت بود. افزایش اختیارات مدیران اجرایی، بهبود مهارت‌های انعقاد قرارداد، رفع تداخل وظایف صف و ستاد و ... از جمله اقدامات ظرفیت‌ساز جهت اجرای برون‌سپاری هستند.

سیاسگذاری

نویسندگان از تمام عزیزانی که جهت انجام پژوهش مورد مصاحبه یا مشورت قرار گرفته‌اند، تشکر می‌نمایند. این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی با عنوان «اندازه‌گیری میزان و نحوه برون‌سپاری خدمات بیمارستانی در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران» مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران در سال ۱۳۸۷ با کد ۱۳۲/۹۸۳ است و با حمایت این دانشگاه انجام شده است که صمیمانه تشکر می‌شود.

فعالیت‌ها نتوانسته (و نباید هم) راه‌حلی برای فرار از مشکلات بخش دولتی باشد. به این مسأله در ادبیات موضوع برون‌سپاری اشاره شده است (۱،۱۸). پریکر و همکاران در گزارش‌های خود به این نکته اشاره نموده‌اند 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 (۲۰-۱۹).

انجام این پژوهش با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود. مصاحبه‌شوندگان اجازه ضبط مصاحبه‌ها را ندادند و گفته‌های ایشان صرفاً یادداشت‌برداری شد. پژوهش در محیط بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد که ممکن است به طور کامل معرف بیمارستان‌های تابعه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور نباشد.

پیش‌فرض اصلی که پژوهشگران به لحاظ مفهومی با قبول آن وارد پژوهش شدند این بود که تجربه برون‌سپاری به دلیل برگشت به عقب و لغو قرارداد شرکت‌های خصوصی و استخدام کارگران آنها توسط دولت یک تجربه ناموفق بوده است. در مورد برخی قراردادها هر چند کارگران شرکت خصوصی ناراضی بودند اما مسئولین بیمارستان و شرکت خصوصی طرف قرارداد از فرآیند برون‌سپاری و نتایج آن رضایت داشتند. بعضی مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند سیاست برون‌سپاری به دلایل مدیریتی و فنی متوقف نشد و توقف آن با انگیزه‌های سیاسی و در خارج

References

1. Witter S, Ensor T, Thompson R, Jowett M. Health economics for developing Countries: a practical guide. 1th ed. London: MacMillan Education; 2000.
2. Saltman R, Bankauskaite V, Vrangbaek K. Decentralization in health care: strategies and outcomes. 1th ed. UK: McGraw-Hill Education; 2007.
3. Perrot J. Is contracting a form of privatization? Bull World Health Organ. 2006; 84(11): 910-13.
4. Marc R, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. 1th ed. New York: Oxford University Press; 2004.
5. Perrot J. Different approaches to contracting in

- health systems. *Bull World Health Organ.* 2006; 84(11): 859-66.
6. Barati Marnani A, Gudaki H. Comparative study on privatization of health care provision on contract basis. *J Health Adm.* 2005; 8(21): 105-10.
7. Akbari F, Joudaki H, Mahmoudi M, AkbariSari A, Namazi A. Exploring the extent and nature of outsourcing in public hospitals affiliated with Tehran University of Medical Sciences, Iran. *Health Inf Manag.* 2012; 9(3):397-405.
8. 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.
9. Roeintan A, Geraili B, Joudaki H, Farhadi H, Adavi S. Improving management and utilization of resources by outsourcing health care services to private sector in Aligoodarz Health Network. 2002. In Proceedings of the First Conference of Hospital Resources Management; 2003 Jan 8-9; Tehran, Iran. Ministry of Health and Medical Education, Deputy of management development, resources and Parliament Affairs; 2003. P. 279.
10. 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. *J Health Adm.* 2008; 10(30):59-66. Persian.
11. Omrani MD, Mostafavi H, Khazar S, Ghalami S, Farajzadeh F. Laboratories performance after outsourcing in the hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Med Lab J.* 2013; 7(2): 42-8.
12. Tourani S, Maleki M, Ghodousi-Moghadam S, Gohari MR. Efficiency and effectiveness of the Firoozgar teaching hospital's pharmacy after Outsourcing Tehran, Iran. *J Health Adm.* 2010; 12(38): 59-70. Persian.
13. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *BMJ.* 2000; 320(7226): 50-2.
14. Elo S, Kaariainen M, Kanste O, Polkki T, Utriainen K, Kyngas H. Qualitative content analysis a focus on trustworthiness. *SAGE Open.* 2014; 4(1):1-10.
15. Srivastava A, Thomson SB. Framework analysis: a qualitative methodology for applied policy research. *Journal of Administration & Governance.* 2009; 4(2): 72-9.
16. Reinhardt UE, Cheng TM. The world health report 2000-Health systems: improving performance. *Bull World Health Org.* 2000; 78 (8): 1064.
17. Avery G. Outsourcing public health laboratory services: A blueprint for determining whether to privatize and how. *Public Administration Review.* 2000; 60(4):330-7.
18. Siddiqi S, Masud TI, Sabri B. Contracting but not without caution: experience with outsourcing of health services in countries of the Eastern Mediterranean Region. *Bull World Health Organ.* 2006;84(11):867-75.
19. 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.
20. 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.p.1-23.

Outsourcing of Hospitals Services: Lessons Learned from the Experience

Hossein Joudaki*¹, Mahmood Heidari², Bijan Geraili³

• Received: 04.01. 2015

• Revised: 10.05. 2015

• Accepted: 01.07. 2015



Abstract

Introduction: Outsourcing of hospital care was widely used after the implementation of the Third Socio-economic Development Plan in 2000. A return in policy occurred since 2006. Contracts between private sector and hospitals were cancelled, and the Ministry of Health employed the private sector staff. Outsourcing did not achieve its primary goals of downsizing health sector and improving efficiency. This study aimed to describe the lessons learned from the experience.

Method: We conducted a qualitative study. Data were gathered by documents analysis and observations of the hospitals of medical university in Tehran and ten interviews with stakeholders and key informed persons. These people include hospital managers; headquarter experts, contractors, and hospital staff. "Framework Analysis" is used to understand and analyze data.

Results: We classified the factors related to unsuccessfulness of outsourcing into four categories (themes) and eight subcategories (sub-themes): 1- Factors related to employers (hospitals) including weakness in designing and monitoring contracts and hospital managers' interference with the activities of the other side of the contracts (private administration) 2- Factors related to private firms including low management knowledge and skills and pursuing short time benefits 3- Factor related to workers including workers protests 4- Factors related to policy space (upper level than hospital) including the gap between work status of formal employees and private sector workers and problems related to management.

Conclusion: Unsuccessfulness of outsourcing was related to factors resulted from weak governmental hospital management system. In fact, private sector abilities and efficiency were restricted by weak hospital management potentials in public hospitals. Performing reforms in public management system is essential for successfulness of outsourcing.

Keywords: Outsourcing, Private sector, Purchasing, Contracting, Hospital

• **Citation:** 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.

1. PhD, Department of Health Economics and Planning, Social Security Organization, Tehran, Iran.

2. BSc, Children's Medical Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. PhD Student, Department of Education Management, School of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.

***Correspondence:** Department of Health Economics and Planning, Social Security Organization, Azadi Ave, Tehran, Iran.

Tel: 09128070913

Email: hloodaki@alumnus.tums.ac.ir