

شناسایی و اولویت‌بندی واحدهای بیمارستانی قابل برون‌سپاری بر اساس شاخص‌های مرتبط: یک مطالعه کیفی

یلدا موسی زاده^۱، حسین جباری بیرامی^{۲*}، علی جنتی^۳، محمد اصغری جعفرآبادی^۴

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران ۲. دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران ۳. دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران ۴. استادیار آمار زیستی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۴۱۱ ۳۳۶۴۶۷۳ فکس: ۰۴۱۱ ۳۳۶۴۶۶۸ ایمیل: hosseinhosseinj@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: وزارت بهداشت در جهت تقویت نظام پاسخ‌گویی و کارآمد نمودن عرضه خدمات سلامت، استفاده از برون‌سپاری را در ارائه خدمات سلامت مجاز شمرده است. این مطالعه با هدف بهره‌گیری از نظرات خبرگان سلامت و به منظور شناسایی و اولویت‌بندی واحدهای بیمارستانی قابل برون‌سپاری و شاخص‌های مدنظر برای اجرایی نمودن این استراتژی طراحی و اجرا شده است.

روش کار: مطالعه‌ی حاضر یک پژوهش کیفی، از نوع کاربردی و سه مرحله‌ای می‌باشد. مرحله اول شامل بررسی میانی نظری و مرحله دوم شامل برگزاری ۳ جلسه بحث گروهی متمرکز به منظور شناسایی واحدهای بیمارستانی قابل برون‌سپاری و شاخص‌های مدنظر برای اجرایی نمودن این استراتژی بود. در مرحله سوم با تهیه پرسشنامه دلفی بر اساس مقیاس لیکرت، شاخص‌ها و واحدهای بیمارستانی اولویت‌بندی شدند.

یافته‌ها: در مجموع ۹ شاخص و ۲۹ واحد بیمارستانی طی مباحث گروهی متمرکز شناسایی و وارد نظرسنجی دلفی شدند. طی سه مرحله دلفی در مورد هر ۹ شاخص و ۲۶ واحد از ۲۹ واحد اجماع حاصل گردید. شاخص کیفیت با توافق (۱۰۰٪) با اهمیت‌ترین شاخص و شاخص بار کاری پرسنل با توافق (۷۶/۱٪) کم اهمیت‌ترین شاخص مدنظر بود. بخش‌های پشتیبانی و پاراکلینیک نیز به ترتیب بیشترین پتانسیل را برای برون‌سپاری داشتند. ریاست، مدیریت و امور مالی هم بخش‌هایی بودند که استفاده از برون‌سپاری در موردشان تایید نشد.

نتیجه‌گیری: استفاده از برون‌سپاری به منظور مدیریت کارآمد منابع، افزایش کیفیت و رضایت ذی‌نفعان است. با توجه به وجود قابلیت برون‌سپاری در میان بسیاری از بخش‌های بیمارستانی می‌توان از آن در اداره بیمارستان‌ها بهره برد و با تعریف شاخص‌های مشخص میزان موفقیت را سنجید.

واژه‌های کلیدی: بیمارستان، برون‌سپاری، تکنیک دلفی، بحث گروهی متمرکز، مدیریت منابع

پذیرش: ۹۲/۱/۲۴

دریافت: ۹۱/۷/۲۳

درمانی و اولین سطح ارجاع به‌شدت تحت تأثیر تحولات جهانی بوده و هر روز به ویژگی‌های نوینی دست می‌یابند که با خصوصیات دیروز آنها متفاوت

مقدمه

بیمارستان به‌عنوان مهم‌ترین موسسه بهداشتی درمانی و بازاری مهم ارائه خدمات بهداشتی و

شرکت، ایجاد حس رقابت در قسمت‌های مختلف سازمان بیان می‌نماید (۵).

واگذاری برخی از فعالیت‌های بیمارستانی، عقد قراردادهای طولانی مدت با ارائه کنندگان غیردولتی مثل واگذاری واحد نگهداری از تجهیزات پزشکی در تایلند، خدمات مدیریتی در آفریقای جنوبی و خدمات تغذیه، رختشویی و نگهبانی در بمبئی، برنامه‌های کنترل مالاریا و تغذیه در سنگال و برنامه‌های بهداشت باروری در بنگلادش همراه با افزایش قابل توجه در خودگردانی و خصوصی‌سازی پزشکان عمومی، دندان‌پزشکان، داروسازان و سایر کارکنان مراقبت سرپائی سلامت در اروپای مرکزی و شرقی از موارد بارز کاهش تصدی‌گری دولتی در بخش بهداشت و درمان است (۶).

لاسیر^۲ در نتایج پژوهش خود اشاره می‌کند که با استفاده از روش‌های کاهش تصدی‌گری، شاهد بروز مقررات زدایی، کاهش طبقات شغلی و سلسله مراتب مافوق و مادون و در نتیجه استفاده درست از منابع و نظارت به‌موقع و افزایش کارایی خواهیم بود. مدیریت سازمان‌های دولتی با واگذاری امور اجرایی به بخش غیر دولتی، از درگیر شدن در جزئیات فارغ شده و فرصت بیشتری را جهت طراحی و اصلاح فرآیندها که فواید آن به عموم برمی‌گردد، صرف می‌نمایند (۳).

بلنچینی^۳ و همکاران در مطالعه خود به این مقوله اشاره می‌کنند که بیشتر بیمارستان‌های ایالات متحده (نزدیک به ۸۰ درصد آنان)، بر اساس مصوبه انجمن خدمات واگذاری اطلاعات سلامت^۴، ارائه اطلاعات پزشکی خود را به ارائه‌کنندگان خدمات تخصصی واگذار کرده‌اند، تا بدین وسیله منجر به کاهش بار امور اجرایی شوند. کاستن از روند افزایش سالانه تخت‌های بیماران روانی در ایالات شرقی آمریکا در

است (۱). روند دگرگونی هزینه‌ها و کاهش منابع پیوسته در حال افزایش بوده و شکاف بین منابع قابل حصول و مورد نیاز روز به روز گسترده‌تر می‌گردد. علاوه بر این بیمارستان‌های دولتی، خصوصاً در کشورهای در حال توسعه، که مستقیماً توسط بخش دولتی اداره می‌شوند، عملکردی ضعیف داشته و تلاش‌های صورت گرفته در راستای بهبود عملکرد با بکارگیری اصلاحات مدیریت داخلی، چندان اثربخش نبوده‌اند (۲). بنابراین به نظر می‌رسد که تلاش در راستای عملکرد کارآمد این سازمان بسیار بدیهی است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همچون سایر عرصه‌ها، در جهت منطقی نمودن اندازه دولت، تقویت نظام پاسخ‌گویی و کارآمد نمودن عرضه خدمات سلامت و در راستای تبصره ۵ ماده‌ی ۲ ضوابط اجرایی بودجه ۱۳۸۲ و قانون سوم توسعه، استراتژی تامین منابع خارج از سازمان را در دستور کار خود قرار داده است که نموده‌هایی از کاهش حضور دولت و افزایش حضور مردم در عرصه‌های اجتماعی می‌باشد (۳). اقدامات انجام شده توسط وزارت بهداشت در قالب برون‌سپاری^۱ تعریف می‌شود.

برون‌سپاری عبارت است از واگذاری برخی از فعالیت‌های داخلی یک سازمان به تامین‌کننده آن در بیرون از سازمان و واگذاری حق تصمیم‌گیری به بیرون از سازمان بر اساس قرارداد. در واقع در برون‌سپاری علاوه بر فعالیت‌ها، عوامل تولید (نیروی انسانی، تجهیزات، تسهیلات، فناوری‌ها و سایر دارایی‌ها) و اختیار تصمیم‌گیری در اکثر موارد واگذار می‌شود (۴). الوانی منافع حاصل از برون‌سپاری را عامل کاهش هزینه‌ها، تمرکز سازمان بر روی فعالیت اصلی خود، صرفه‌جویی در وقت برای انجام فرآیندهای داخلی سازمان، کاهش ریسک از طریق شریک شدن با یک واحد دیگر در محیط تجاری نامطمئن، بهبود خدمات مشتری، کاهش کارکنان

² Lussier

³ Bellenghi

⁴ AHIOS

¹ Outsourcing

بیمارستانی است که قابلیت برون‌سپاری دارند. مشخص نمودن شاخص‌هایی همچون هزینه که قبل و بعد از انجام برون‌سپاری قابل اندازه‌گیری باشد، برای نشان دادن میزان موفقیت این استراتژی مفید به نظر می‌رسد. لذا این مطالعه با هدف بهره‌گیری از نظرات خبرگان سلامت با استفاده از بحث گروهی متمرکز و تکنیک دلفی و به منظور شناسایی و اولویت‌بندی واحدهای بیمارستانی قابل برون‌سپاری و شاخص‌های مدنظر برای اجرایی نمودن این استراتژی طراحی و اجرا شده است.

روش کار

مطالعه‌ی حاضر یک پژوهش کیفی و از نوع کاربردی می‌باشد، که طی ۳ مرحله کلی طراحی و اجرا گردید. **مرحله‌ی اول** شامل بررسی مبانی و مفاهیم نظری بود که طی این مرحله پژوهشگران با بررسی متون مختلف به جمع‌آوری لیستی از واحدهای بیمارستانی که برون‌سپاری در مورد آنها اعمال شده بود و شاخص‌های مدنظر برای اجرایی نمودن این استراتژی پرداختند (منظور از شاخص‌های مدنظر در این مطالعه، عواملی هستند که برون‌سپاری بر روی آنها تاثیر می‌گذارد و قبل و بعد از اجرای ادغام برای بررسی میزان موفقیت برون‌سپاری مورد استفاده قرار می‌گیرد). در طی این مرحله با بررسی منابع، چهارچوب اولیه‌ای برای استفاده در جلسات بحث گروهی متمرکز^۱ طراحی گردید.

مرحله دوم مطالعه شامل جمع‌آوری اطلاعات از دیدگاه متخصصین و صاحب‌نظرانی بود که معیارهای لازم برای ورود به مطالعه را داشتند. این افراد شامل مدیران بیمارستان‌ها، کارشناسان ارشد امور بیمارستانی معاونت‌های درمان و پشتیبانی دانشگاه، اساتید رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشجویان مقطع دکترای رشته فوق، اساتید مرکز

سال ۲۰۱۰ با ایجاد محدودیت جغرافیایی برای پذیرش بیماران سایر ایالات و بهره‌گیری از توان بخش خصوصی در ارائه خدمات سرپایی به بیماران روانی همراه بود که منجر به ۲/۶ میلیون دلار صرفه‌جویی در هزینه‌ها شد (۷). بررسی و ارزیابی برون‌سپاری در بیمارستان‌های تایوان نشان داد که در حوزه غیر بالینی بیشترین میزان برون‌سپاری مربوط به دفع زباله (۹۴/۶٪) و کم‌ترین میزان مربوط به نگهداری تجهیزات (۱۲/۵٪) بود. در حوزه بالینی بیشترین برون‌سپاری مربوط به خدمات آمبولانس (۵۱/۴٪) و مراکز همودیالیز (۵۰٪) و کمترین میزان برون‌سپاری مربوط به تغذیه، داروخانه و خدمات پرستاری (۳٪) بود (۸).

بررسی نتایج برون‌سپاری داروخانه بیمارستان فیروزگر تهران نشان داد که برون‌سپاری میزان هزینه‌ها را به صفر کاهش داده و ماهانه ۱۰۰ میلیون ریال از اجاره محل داروخانه عاید بیمارستان شده است. تعداد پرسنل پس از واگذاری از ۹ نفر به ۱۴ نفر افزایش و میزان نسخ پیچیده شده دو برابر شد (۹). در تجربه دیگری در ایران، فردوسی و همکاران به بررسی نتایج برون‌سپاری مدارک پزشکی بیمارستان کاشانی اصفهان پرداختند. یافته‌ها حاکی از ۴/۵٪ کاهش در هزینه تمام شده هر پرونده پزشکی، ۳۷/۲٪ کاهش در نواقص پرونده‌های پزشکی، ۷۶/۲٪ بهبود در فرایندهای پزشکی، ۵۹٪ افزایش در رضایت مشتریان داخلی، و ۷۰٪ تطابق با الزامات قانونی بود (۳).

کشور ما در زمینه استفاده از استراتژی برون‌سپاری در ابتدای راه است و اطلاعات دقیقی از آنچه به وقوع می‌پیوندد، در دسترس نیست. بنابراین باید روش متناسبی را برگزید و برنامه‌ای عملیاتی برای این مهم تدوین نمود؛ چرا که این استراتژی برای رفع مشکلات روزافزون سیستم سلامت کشورمان به‌ویژه افزایش هزینه پیشنهاد شده است (۱۰). یکی از گام‌های اصلی برنامه‌ریزی، شناسایی واحدهای

¹ Focus Group Discussion

خلاصه‌ای از یادداشت‌ها و برداشت‌های خود را برای اظهار نظر به شرکت کنندگان برمی‌گرداند (۱۱) در پایان این مرحله لیستی تهیه شد که شامل مجموعه‌ای از شاخص‌های مد نظر برای برون‌سپاری و واحدهای قابل برون‌سپاری بود که توسط شرکت‌کنندگان پیشنهاد شده بود.

در مرحله سوم به منظور اولویت‌بندی شاخص‌های مدنظر برای انجام برون‌سپاری، و واحدها و خدمات بیمارستانی قابل برون‌سپاری، از تکنیک دلفی استفاده گردید. تکنیک دلفی به عنوان روشی اثربخش برای دستیابی به اجماع یا پیش‌بینی رویدادهای آینده شناخته می‌شود (۱۲). این تکنیک به صورت «یک فن تسهیل گروهی که با استفاده از پرسشنامه در صدد به دست آوردن نظر خبرگان است» تعریف شده است. در این روش از اطلاعات به‌دست آمده در هر مرحله برای مراحل بعدی استفاده می‌شود و این فرایند تا دستیابی به اجماع خبرگان ادامه می‌یابد. برای این منظور ارسال پرسشنامه و اخذ نظرات از خبرگان حداقل در ۲ یا ۳ مرحله^۲ صورت می‌گیرد (۱۳). منظور از اجماع، رسیدن به توافق شرکت‌کنندگان در دلفی درباره نظرات، گزینه‌ها یا مفاهیمی است که به‌صورت نمره‌ای یا طبقه‌ای درجه‌بندی شده‌اند (۱۴).

روش کار بدین صورت بود که ابتدا پرسشنامه بی‌نام با استفاده از مقیاس لیکرت طراحی گردید. در این مقیاس از ۵ گزینه (بسیار زیاد (۱)، زیاد (۲)، نظری ندارم (۳)، کم (۴) و هیچ (۵)) استفاده شد. به‌علاوه مقرر گردید شاخص‌ها و واحدهایی که ۱۵ درصد توافق در مورد اضافه شدنشان به پرسشنامه حاضر وجود دارد، در راند بعد دلفی در پرسشنامه وارد شوند. با استفاده از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف ۲۴ نفر از صاحب نظران و متخصصین حوزه سلامت انتخاب شدند. افراد صاحب نظر را مدیران بیمارستان‌ها، کارشناسان ارشد امور بیمارستانی

تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی بودند که اولاً سابقه کار بیش از یک سال، تحصیلات مرتبط در زمینه بهداشت و درمان و از همه مهمتر تجربه عملی و اجرایی واگذاری امور به بخش خصوصی را در واحد خود داشتند. روش جمع‌آوری اطلاعات روش بحث گروهی متمرکز بود. دلیل استفاده از بحث گروهی متمرکز این بود که پویایی گروه بر کمیت و کیفیت اطلاعات بیفزاید (۱۱). رویکرد مطالعه در این مرحله از نوع پدیدارشناسی تفسیری است. پدیدارشناسی تفسیری به بررسی معانی و روابط دانش و زمینه آن با یکدیگر می‌پردازد و اساساً عبارت است از تفسیر پدیده‌هایی که بصورت نوشته درآمده‌اند (۱۱). شرکت‌کنندگان در پژوهش با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. در این روش محقق بر اساس هدف پژوهش و سودمندی بیشتر نمونه‌ها کسانی را انتخاب می‌کند که بتوانند به سوالات پژوهش پاسخ دهند (۱۱). این نمونه‌گیری تا جایی ادامه پیدا می‌کند که اطلاعات به اشباع برسند و داده‌های مورد نیاز تکراری نباشند. در مجموع با حضور ۲ گروه ۷ نفره و یک گروه ۶ نفره، ۳ جلسه بحث گروهی برگزار شد. شرکت در جلسات کاملاً اختیاری بود و در ابتدای جلسات فرم رضایت آگاهانه در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. هر جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه به طول انجامید. کلیه بحث‌های گروهی متمرکز ضبط شده و سپس کلمه کلمه پیاده و تایپ شد تا به روش درون‌مایه‌ای مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. برای این منظور فایل‌های ضبط شده در چند نوبت به دقت گوش داده شده و متن پیاده شده چندین بار مرور و با یادداشت‌های محقق تطبیق داده شد. کلیه متون پیاده شده چند بار مطالعه شده و مفهوم قابل درک استخراج گردید. برای افزایش قوام و درستی داده‌ها از روش بازبینی توسط شرکت‌کننده‌ها^۱ استفاده گردید. روند بازبینی بدین ترتیب بود که محقق

^۱ Respondent Validation

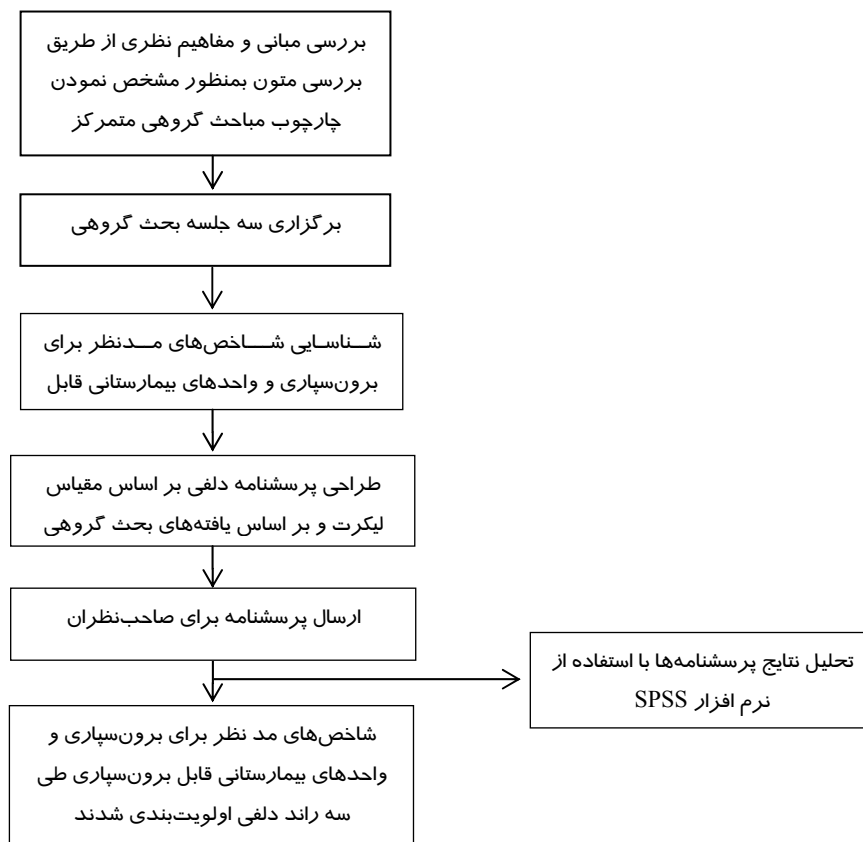
^۲ Round

از ۶۰ درصد داشتند انتخاب شدند، واحدها و شاخص‌هایی که میانگین توافقتشان کمتر از ۳۰ درصد بود، حذف گردیدند. واحدها و شاخص‌هایی که میانگین درصد توافق بین آنها ۳۰ تا ۶۰ درصد بود، وارد مرحله دوم دلفی شده و مورد نظرسنجی قرار گرفتند. در مرحله دوم دلفی نیز همین مراحل طی شد. لازم به ذکر است که سطح استاندارد برای اجماع وجود ندارد و در نتایج مطالعات محدوده متفاوتی بین ۵۱ تا ۱۰۰ درصد گزارش شده است (۱۵). در پایان مرحله دوم دلفی لیستی از شاخص‌های مدنظر و واحدهای قابل برون‌سپاری (بر اساس اولویت) به دست آمد. در مرحله سوم دلفی این لیست برای اعلام نظر نهایی در خصوص تناقضات احتمالی در اختیار ۱۰ نفر از صاحب نظران قرار گرفت و لیست مذکور نهایی شد. مسیر کلی مطالعه در نمودار ۱ ارائه شده است.

معاونت‌های درمان و پشتیبانی دانشگاه، اساتید رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشجویان مقطع دکترای رشته فوق، اساتید مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی تشکیل می‌دادند که اکثراً تجربه علمی و اجرایی برون‌سپاری فعالیت‌ها را در واحد خود داشتند.

قبل از ارسال پرسشنامه، ابتدا از پنج تن از صاحب‌نظران خواسته شد که با مطالعه و پاسخ دهی به سوالات، ابهامات احتمالی در سوالات را برطرف و مدت زمان لازم برای تکمیل پرسشنامه را برآورد نمایند. طبق نظر این افراد مدت پاسخ‌گویی دو هفته تعیین شد. تکنیک دلفی تا سه مرحله ادامه یافت. در مرحله اول پس از تکمیل و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها وارد نرم افزار SPSS-13 شده و بر اساس روش‌های آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. واحدها و شاخص‌هایی که میانگین توافق بیش

نمودار ۱. مسیر مطالعه



یافته‌ها

در مطالعه حاضر در مجموع، سه جلسه بحث گروهی با حضور ۲۰ نفر شرکت کننده برگزار گردید. از این تعداد، ۱۷ نفر مرد و ۳ نفر زن بودند. از نظر سن، ۳ نفر ۲۹-۲۰ ساله، ۴ نفر ۳۹-۳۰ ساله، ۱۲ نفر ۴۹-۴۰ ساله و ۱ نفر ۵۰ ساله و بیشتر بود. از نظر تخصص، ۵ نفر دارای تحصیلات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، ۱۰ نفر پزشک عمومی و ۵ نفر نیز دارای تحصیلات پرستاری بودند.

در مجموع نیز ۹ شاخص و ۲۹ واحد بیمارستانی قابل برون‌سپاری در جلسات مطرح و در پرسشنامه دلفی وارد شدند. ۹ شاخص مطرح شده شامل هزینه، کیفیت، توان نظارتی، پاسخ‌گویی، رضایت ذی‌نفعان، بار کاری پرسنل، دسترسی به خدمت، موازی کاری و اثربخشی خدمت بودند. ۲۹ واحد بیمارستانی اشاره شده نیز عبارت بودند از: مدیریت، ریاست، کارگزینی، دبیرخانه، امورمالی، پذیرش، ترخیص، مدارک پزشکی، داروخانه، آزمایشگاه، سونوگرافی، رادیولوژی، سی تی اسکن، ام آر آی، فیزیوتراپی، اکوکاردیوگرافی، لنزری، تاسیسات، انبار، تلفن‌خانه، نقلیه، استریلیزاسیون، تغذیه، نگهبانی، نیروهای خدماتی، دفع زباله، اورژانس، درمانگاه‌ها و بخش‌های بستری.

پرسشنامه مذکور برای ۲۴ نفر از صاحب‌نظران ارسال شد که در مجموع ۲۱ نفر به این پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. مشخصات مربوط به این افراد در جدول شماره ۱ ارائه گردیده است.

۹ شاخص وارد نظرسنجی دلفی شده و در همان مرحله اول دلفی نهایی شدند (توافق بسیار زیاد و زیاد حاصل شد). درصد توافق و اولویت شاخص‌ها در جدول ارائه شده است. شاخص‌های کیفیت با توافق (۱۰۰٪) و شاخص رضایت ذی‌نفعان با توافق (۹۵/۲٪) با اهمیت‌ترین شاخص‌ها و شاخص بار کاری پرسنل با توافق (۷۶/۱٪) کم اهمیت‌ترین شاخص مدنظر بود.

جدول ۱. مشخصات شرکت‌کنندگان در نظر سنجی دلفی

متغیر	تعداد	درصد
جنسیت	مونث	۶
	مذکر	۱۵
	بدون پاسخ	۰
سن	۲۰-۲۹	۴
	۳۰-۳۹	۵
	۴۰-۴۹	۱۰
	>۵۰	۱
	بدون پاسخ	۱
سابقه کار	<۱۰	۴
	۱۰-۲۰	۱۲
	>۲۰	۵
زمینه کاری	عضو هیئت علمی با تخصص مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۳
	دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۴
	مدیر بیمارستان	۴
	کارشناس امور بیمارستان	۲
	حوزه معاونت درمان و معاونت پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز	۶
	مرکز تحقیقات مدیریت سلامت	۲
	بدون پاسخ	۰
	دکتر	۹
	کارشناسی ارشد	۸
	کارشناسی	۷
تجربه عملی در برون‌سپاری	۱۳	
بلی	۷	
خیر	۷	
بدون پاسخ	۱	

واحدهای قابل برون‌سپاری طی سه مرحله دلفی نهایی شده و بر اساس شاخص‌های مدنظر (جدول ۲) اولویت بندی شدند. از میان ۲۹ واحد در خصوص ۲۶ واحد (۸۹/۶۵٪) اجماع نظر حاصل شد. ۲۲ واحد (۸۴/۶۱٪) طی مرحله اول دلفی و ۴ واحد (۱۵/۳۹٪) طی مرحله دوم دلفی نهایی شدند. در مورد برون‌سپاری ۲۳ واحد (۸۶/۴۶٪) توافق بسیار زیاد و

بعدی قرار گرفتند. این واحدها شامل داروخانه، آزمایشگاه، سونوگرافی، رادیولوژی، سی تی اسکن، ام آر ای، فیزیوتراپی و اکوکاردیوگرافی بودند. به طور کلی نیز رادیولوژی، سونوگرافی، فیزیوتراپی و لنزری با ۱۰۰ درصد توافق بسیار زیاد و زیاد اصلاح‌ترین گزینه‌ها برای برون‌سپاری بودند. ریاست، مدیریت و امور مالی هم بخش‌هایی بودند که استفاده از برون‌سپاری در موردشان تایید نشد.

زیاد و در مورد ۳ واحد (۱۳/۵۴٪) توافق کم و هیچ به‌دست آمد. از مجموع ۲۶ واحد بیمارستانی، واحدهای پشتیبانی با اجماع در مورد ۹ واحد، بیشترین پتانسیل را برای برون‌سپاری داشتند. این واحدها شامل نیروهای خدماتی، لنزری، تغذیه، دفع زباله، تاسیسات، استرلیزاسیون، نقلیه، تلفن‌خانه و انبار بودند. واحدهای پاراکلینیکی نیز با ۸ مورد توافق در رده

جدول ۲. درصد توافق و اولویت شاخص‌های برون‌سپاری

اولویت	درصد توافق	بدون پاسخ	هیچ	کم	نظری ندارم	زیاد	بسیار زیاد	میزان توافق	
								شاخص	هزینه
۵	۸۵/۷	-	-	۳	-	۸	۱۰	هزینه	۱۰
۱	۱۰۰	-	-	-	-	۷	۱۴	کیفیت	۱۴
۶	۸۱	-	۱	۳	-	۶	۱۱	توان نظارتی	۱۱
۳	۹۰/۵	-	-	۱	۱	۸	۱۱	پاسخ گویی	۱۱
۲	۹۵/۲	-	۱	-	-	۸	۱۲	رضایت ذی نفعان	۱۲
۸	۷۶/۱	۱	-	۳	-	۴	۱۲	بار کاری پرسنل	۱۲
۷	۷۶/۲	۱	-	۳	۱	۸	۸	دسترسی به خدمت	۸
۷	۷۶/۲	۱	-	۳	۱	۵	۱۱	موازی کاری	۱۱
۴	۹۰/۴	۱	-	-	۱	۶	۱۳	اثر بخشی خدمت	۱۳

* برای محاسبه درصد توافق در این جدول، مقیاس‌های بسیار زیاد و زیاد و مقیاس‌های کم و هیچ در هم ادغام شده‌اند.

دو مرحله دلفی بود. لیست مذکور در نهایت مورد تایید این افراد قرار گرفت. در جدول ۳ درصد توافق و اولویت واحدها برای برون‌سپاری ارائه شده است.

مرحله سوم دلفی مربوط به نظر نهایی ۱۰ نفر از صاحب نظران در مورد شاخص‌ها و واحدهای بیمارستانی قابل ادغام و برون‌سپاری لیست شده طی

جدول ۳. درصد توافق و اولویت بندی خدمات و واحدهای بیمارستانی قابل برون‌سپاری

اولویت واحدهای قابل برون‌سپاری	دلفی مرحله ۲	دلفی مرحله ۱	درصد توافق		بدون پاسخ	هیچ	کم	نظری ندارم	زیاد	بسیار زیاد	میزان توافق واحد/ خدمات بیمارستانی
			کم و هیچ	بسیار زیاد							
-	-	*	۷۱/۴	-	۱	۷	۸	-	۲	۳	مدیریت
-	-	*	۸۱	-	۱	۱۱	۶	-	۱	۲	ریاست
-	-	*	۷۱/۴	-	-	۹	۶	۱	۱	۴	امور مالی
۵	*	-	-	۸۵/۷	-	-	۳	-	۱۲	۶	کارگزینی
۵	*	-	-	۸۵/۷	۱	-	۲	-	۸	۱۰	دبیرخانه
۶	-	*	-	۷۱/۴	-	۲	۴	-	۸	۷	پذیرش
۴	*	-	-	۹۰/۵	-	-	۲	-	۸	۱۱	ترخیص
۵	*	-	-	۸۵/۷	۱	-	۲	-	۸	۱۰	مدارک پزشکی
۴	-	*	-	۹۰/۵	-	۱	۱	-	۲	۱۷	داروخانه

ادامه جدول ۳.											
۴	-	*	-	۹۰/۵	-	-	۲	-	۵	۱۴	آزمایشگاه
۱	-	*	-	۱۰۰	-	-	-	-	۶	۱۵	سونوگرافی
۱	-	*	-	۱۰۰	۱	-	-	-	۵	۱۵	رادیولوژی
۲	-	*	-	۹۵/۲	-	۱	-	-	۵	۱۵	سی تی اسکن
۲	-	*	-	۹۵/۲	-	۱	-	-	۵	۱۵	ام آر آی
۱	-	*	-	۱۰۰	-	-	-	-	۶	۱۵	فیزیوتراپی
۲	-	*	-	۹۵/۲	-	۱	-	-	۶	۱۴	اکوکاردیوگرافی
۱	-	*	-	۱۰۰	-	-	-	-	۳	۱۸	لنزری
۳	-	*	-	۹۵	-	-	-	۱	۴	۱۶	تاسیسات
۷	-	*	-	۶۱/۹	-	۳	۵	-	۶	۷	انبار
۴	-	*	-	۹۰/۵	-	۲	-	-	۷	۱۲	تلفن خانه
۲	-	*	-	۹۵/۲	-	-	-	۱	۱	۱۹	نقلیه
۴	-	*	-	۹۰/۵	-	۱	-	۱	۷	۱۲	استرلیزاسیون
۴	-	*	-	۹۰/۵	-	۱	۱	-	۱	۱۸	تغذیه
۴	-	*	-	۹۰/۵	-	۱	۱	-	۲	۱۷	نیروهای خدماتی
۵	-	*	-	۸۵/۷	-	۱	-	۲	۴	۱۴	دفع زباله
۵	-	*	-	۸۵/۷	-	۱	۲	-	۱۰	۸	درمانگاه

* برای محاسبه درصد توافق در این جدول، مقیاس‌های بسیار زیاد و زیاد و مقیاس‌های کم و هیچ در هم ادغام شده‌اند.

بحث

هدف این مطالعه بهره‌گیری از نظرات خبرگان سلامت با استفاده از روش‌های کیفی (بحث گروهی متمرکز و تکنیک دلفی)، به منظور شناسایی و اولویت‌بندی واحدهای بیمارستانی قابل برون‌سپاری و شاخص‌های مدنظر برای اجرایی نمودن این استراتژی بود. برایسون^۱ معتقد است برای بررسی موفقیت کاهش تصدی‌گری از طریق برون‌سپاری وجود شاخص‌های ارزیابی ضروری است. از نظر وی این شاخص‌ها عبارتند از: نتایج مطلوب، میزان رضایت مشتری، کارایی و کیفیت خدمات بهداشتی درمانی ارائه‌شده توسط بخش غیردولتی، عدم تمرکز و بوروکراسی پس از انجام واگذاری به بخش غیردولتی، افزایش تحرک و پویایی سازمان و بهبود قدرت تغییر، بهبود تمرکز سازمان بر روی فعالیت‌های اصلی خود و در نتیجه افزایش رضایت‌مندی از وظایف اصلی سازمان (۳).

از میان ۹ شاخص مطرح شده در پرسشنامه دلفی، شاخص‌های کیفیت با توافق (۱۰۰٪) و شاخص رضایت ذی‌نفعان با توافق (۹۵/۲٪) با اهمیت‌ترین شاخص‌ها و شاخص بار کاری پرسنل با توافق (۷۶/۱٪) کم اهمیت‌ترین شاخص مدنظر بود. شاخص‌های مذکور در بسیاری از مطالعات نیز مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. از جمله در تجربه برون‌سپاری مدارک پزشکی بیمارستان آیت‌الله کاشانی (ره) اصفهان کیفیت در بسیاری از جنبه‌ها بهبود یافت، از جمله ۳۷/۲٪ کاهش در نواقص پرونده‌های پزشکی، ۷۶/۲٪ بهبود در فرایندهای پزشکی و ۵۹٪ افزایش در رضایت مشتریان داخلی حاصل شد (۳). تورانی و همکاران نیز نشان دادند که پس از واگذاری داروخانه بیمارستان فیروزگر تهران، میزان رضایت نیز در مواردی چون تحویل همه اقلام درخواست شده، با کیفیت بودن داروها، مناسب بودن کیفیت تجهیزات، پذیرش پیشنهادات و انتقادات، نحوه برخورد پرسنل و... افزایش چشمگیری داشته

¹ Braison

در سال ۲۰۰۵ به ۱۰ میلیون دلار در سال ۲۰۰۸ رسیده است (۱۸). مطالعات رویین تن نیز در خصوص واگذاری واحدهای رادیولوژی و آزمایشگاه بیمارستان امام صادق (ع) الیگودرز نشان داد نتایج مثبتی از باب کاهش هزینه‌ها و افزایش درآمد حاصل شده است (۱۹).

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که واحدهای بسیاری در بیمارستان وجود دارد که جهت ارائه آنها می‌توان از توان بخش خصوصی بهره برد. مرور مطالعات نیز نشان می‌دهند که برون‌سپاری به نتایج مثبتی در خصوص افزایش کیفیت خدمت، رضایت ذی‌نفعان، کاهش هزینه، ایجاد درآمد و... دست یافته‌است. با این حال بکارگیری این استراتژی در کشور ما با چالش‌هایی چون نبود بخش خصوصی قوی و نبود مهارت در مدیران در خصوص عقد قرارداد مواجه است (۲۰).

در پایان پیشنهاد می‌گردد برای انجام موفق برون‌سپاری در بیمارستان‌های کشور موارد زیر مد نظر قرار گیرد:

- قوانین مورد نیاز برای اجرایی نمودن این استراتژی و اعمال نظارت بر بخش خصوصی در سطح وزارت بهداشت تعریف گردد.
- قیمت بسته‌های خدمت مشخص باشد تا مانع از سوء استفاده‌های احتمالی بخش خصوصی و زیان بیماران و مراجعین شود.
- نظارت مناسبی بر فعالیت بخش خصوصی اعمال گردد.
- شاخص‌هایی برای بررسی موفقیت برون‌سپاری تعریف شود.
- و نهایتاً نتایج حاصل از برون‌سپاری واحدهای بیمارستانی در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی به منظور حمایت مسئولین منتشر شود.

است (۹). ماسچوریس^۱ در مقاله‌ای بیان می‌دارد که صرفه‌جویی در هزینه‌ها و رضایت مشتری مهم‌ترین فاکتورهای تاثیرگذار برای تصمیم به برون‌سپاری هستند، و نتیجه‌گیری می‌کند که همکاری با طرف قرارداد منجر به بهبود چشمگیر در کیفیت خدمات شده و اغلب مشتریان از عملکرد شرکت راضی هستند (۱۶). ستاد فونیکس^۲ در آریزونا طی پژوهشی به بررسی تاثیرات برون‌سپاری داروخانه والگرین^۳ در محدوده ماریکوپا^۴ پرداختند. نتایج نشان داد که پس از برون‌سپاری هزینه‌ها کاهش و رضایت پرسنل از ۷۷ درصد در سال ۲۰۰۳ به ۸۶ درصد در سال ۲۰۰۷ رسیده است (۱۷).

از میان ۲۹ واحد بیمارستانی مطرح شده، در خصوص برون‌سپاری ۲۶ واحد اجماع نظر حاصل شد. از مجموع این ۲۶ واحد، واحدهای پشتیبانی با اجماع در مورد ۹ واحد و واحدهای پاراکلینیک نیز با اجماع در مورد ۸ واحد بیشترین پتانسیل را برای برون‌سپاری داشتند. ریاست، مدیریت و امور مالی هم بخش‌هایی بودند که استفاده از برون‌سپاری در موردشان تایید نشد. بررسی و ارزیابی برون‌سپاری در بیمارستان‌های تایوان نشان داد که در حوزه غیر بالینی بیشترین میزان برون‌سپاری مربوط به دفع زباله (۹۴/۶٪) و کمترین میزان برون‌سپاری مربوط به تغذیه، داروخانه و خدمات پرستاری (۳٪) بود. با این حال مقایسه نمره رضایت برای بخش‌های بالینی و غیربالینی برون‌سپاری شده نشان داد نمره رضایت در خدمات بالینی ۳/۸۴ و در خدمات غیربالینی ۳/۴۹ است (۸). مطالعه هاول^۵ نشان داد در نتیجه واگذاری خدمات داروخانه در بیمارستان فالس چرچ^۶ در ایالت اسپن^۷ آمریکا، درآمد بیمارستان از ۲/۴ میلیون دلار

¹ Maschuris

² Phoenix

³ Walgreen's Health Initiatives

⁴ Maricopa

⁵ Howell

⁶ Falls Church

⁷ Aspen

محدودیت‌های پژوهش

از جمله محدودیت‌های پژوهش به تعویق افتادن جلسات بحث گروهی و زمان‌بر بودن تکمیل پرسشنامه‌های دلفی به دلیل مشغله عزیزان شرکت‌کننده در پژوهش بود. پژوهشگران از طریق هماهنگی‌های قبلی و به‌واسطه همکاری صمیمانه صاحب‌نظران بر این مشکل فائق آمدند.

تشکر و قدردانی

مطالعه فوق بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد به شماره الف/۱۲۷ می‌باشد که در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز با شماره ۵/۵۳/۸۹۹۸ به ثبت رسیده است. در ضمن از حمایت مالی معاونت پژوهشی این دانشگاه و شرکت کنندگان در جلسات بحث گروهی و پاسخ دهندگان به پرسشنامه‌ها که علیرغم مشغله‌های فراوان قبول زحمت فرمودند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

References

- 1- Jabari beirami H, Bakhshian F. Decentralization in health system. 1nd. Tabriz, research deputy of Tabriz University of medical sciences; 2007:4 [In Persian].
- 2- Gholamzadehnikjo R. Designing a model of public-private partnership in governmental hospitals. [Dissertation]. Tabriz: Tabriz University of medical sciences; 2012:23 [In Persian].
- 3- Ferdosi M, Farahabadi M, Rejalian F, Haghghat M. Outsourcing of medical record unit services: case assessment of Isfahan's kashani hospital. Health information management 2010; 7: 58-68 [In Persian].
- 4- Khodaverdi R, Zohre E. Outsourcing strategy; benefits, problems and challenges. Expertise journal of parks and growing center 2010; 25(71): 65-72 [In Persian].
- 5- Alvani M, Ashrafzade F. Outsourcing guidance for manager's decision making in service outsourcers. 2nd. Tehran, Ghaside-Sara; 2004: 220 [In Persian].
- 6- Jabari beirami H. Decentralization in American, Asian and European countries and provide model for Iran. [Dissertation]. Tehran: Azad Islamic university; 2005:96 [In Persian].
- 7- Bellenghi GM, Coffey B, Fournier JE, McDavid JP. Release of information: are hospitals taking a hit? Health care Financial Management. 2008; 62: 118-22.
- 8- Tung Hsiao C, Yuan Pai J, Chiu H. The study on the outsourcing of Taiwan's hospitals: a questionnaire survey research survey research. BMC Health Serv Research [serial online] 2009 May; 78(9): Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/78/>. 2009.70-77.
- 9- Torani S, Maleki M, Ghodosimoghadam S, Gohari M. Comperation of efficiency and effectiveness of Firoozgar hospital pharmacy before and after outsourcing. Health management 2009; 38(12): 59-71 [In Persian].
- 10- Motlagh ME, Rahbar MR, Kabir MJ. Decentralization of Health System in Islamic Republic of Iran. Journal of yazd's Shahid Sadoughi University of Medical Sciences 2008; 16(3): 67-72 [In Persian].
- 11- Adib haj bagheri M, Parvizi S, Salsali M. The Qualitative research methods. 1nd. Tabriz, boshra Publications co-published with tohfe publication; 2011: 165 [In Persian].
- 12- Keeney S, Hasson F, McKenna HP. A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. International Journal of nurse studies. 2010; 38: 195-200.
- 13- Zeigler VL, Decker-Walters B. Determining Psychosocial Research Priorities for Adolescents with Implantable Cardioverter Defibrillators Using Delphi Methodology. Journal of Cardiovascular Nurse. 2010; 25:398-404.
- 14- Culley JM. Use of a Computer-Mediated Delphi Process to Validate a Mass Casualty Conceptual Model. CIN: Computers Informatics Nursing. 2011; 29(5): 272-9.
- 15- Ahmadi M. Introduction and critics on Delphi method. Social sciences journal 2009; 22: 25-37 [In Persian].
- 16- Maschuris SJ, Kondylis MN. Outsourcing in public hospitals: A Greek perspective. Journal of Health Organization Management. 2006; 20(1): 4-14.

- 17- Phoenix Outsourcing and Consulting Challenge. Municipality Maricopa County, 2008.
- 18- Howell J. Pharmacy choice. Aspen Valley Hospital. Pharmacy journal. 2008:7.
- 19- Roointan AR, editor. Management improvement and use of resources with outsourcing to private sector in Aligoodarz health care grid. Proceedings of 1st National Conference of Resource Management in Hospitals. 2002; Tehran, Iran:66 [In Persian].
- 20- Gressani D, Saba J, Fetini H, Rutkowski M, Maeda A, Langenbrunner J. Islamic Republic of Iran Health Sector Review: The World Bank Group Human Development Sector Middle East and North Africa; 2007. Report No.: 39970 – IR:93-94.

Identifying and Prioritizing Hospital's Units for Outsourcing Based on Related Indicators: a Qualitative Study

Mousazadeh Y¹, Jabaribeirami H^{*2}, Janati A³, AsghariJafarabadi M⁴

1. Msc student of health care management, student research committee, Health care management group, management and medical information faculty, Tabriz university of medical sciences, Tabriz, Iran
2. PhD of health care management, health care management research center, Associate professor of Social medicine group, Medicine faculty, Tabriz university of medical sciences, Tabriz, Iran
3. PhD of health care management, Assistant professor of health care management group, management and medical information faculty, Tabriz university of medical sciences, Tabriz, Iran
4. Assistant Professor of Biostatistics, Medical Education Research Center, Statistics and Epidemiology group, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

* *Corresponding Author:* Tel: +984113364673 Fax: +984113364668 E-mail: hosseinhosseinj@yahoo.com

Received: 12 Dec 2012 Accepted: 12 Apr 2013

ABSTRACT

Background & Objectives: In order to improve accountability and efficiency of health services' delivery, Ministry of Health has allowed outsourcing of health services' provision. This study aimed to identify and prioritize hospitals' units for outsourcing based on required indicators through experts' prospective and to implement outsourcing strategy.

Methods: The present qualitative and applied study was conducted in three phases. The first phase included a review of fundamental concepts. At the second phase three focus group discussions were held with experts to identify outsourceable units of hospitals and required indicators to implement the outsourcing strategy. In the third phase, Delphi's questionnaire was prepared based on Likert's scale and the indicators and hospital units were prioritized.

Results: In total 9 indicators and 29 hospital units were identified by focus group discussions and entered into Delphi survey. Consensus was achieved on 9 indicators and 26 hospital units during three stages of Delphi. The most and least important indicators were identified as quality (consensus=100%) and workload (consensus=71.4%), respectively. The supportive and paraclinical units have the greatest potential for outsourcing. Chairmanship, management and financial units were not qualified for outsourcing based on the experts' prospective.

Conclusion: Outsourcing is applied to achieve efficient management of resources, quality improvement, and satisfaction of stakeholders. Considering outsourcing capability of several hospital units, it can be used in administration of hospitals and the success rate can be measured based on clearly defined indicators.

Keywords: Hospital; Outsourcing; Delphi Technique; Focus Group Discussions; Resource Management.