

ارزشیابی راهبرد کاهش تصدی در خدمات پشتیبانی بیمارستان های تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سید جمال الدین طبیبی^۱ / محمد جمیل کاخانی^۲ / الهام احسانی چیمه^۳

چکیده

مقدمه: باگذشت بیش از دو سال از اجرای راهبرد کاهش تصدی در خدمات پشتیبانی بیمارستان های تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سنجش میزان دستیابی به اهداف این راهبرد و ارزیابی عملکرد آن ضروری به نظر می رسد. هدف از این مطالعه ارزیابی استقرار راهبرد مذکور و نتایج حاصل از آن می باشد.

روش بررسی: پژوهش حاضر، مطالعه ای توصیفی، مقطعی و کاربردی بوده که به ارزیابی راهبرد کاهش تصدی در خدمات پشتیبانی بر روی سه فعالیت تغذیه، نظافت، لاندری در بیمارستان های مجری این راهبرد (یک بیمارستان از هر دانشگاه علوم پزشکی) در طی سال های ۸۵-۱۳۸۳ پرداخته است.

یافته ها: در طی سال های ۸۵-۱۳۸۳ به صورت میانگین، ۸۶/۲۹ درصد از خدمات تغذیه، نظافت و رختشوی خانه بیمارستان های مورد مطالعه واگذار و برای واگذاری این خدمات ۶۲/۸۹ درصد مناقصه برگزار گردیده است. واگذاری فعالیت های مورد مطالعه به طور میانگین به میزان ۹۴/۰۵ درصد از طریق انعقاد قراردادهای حجمی و میزان مشارکت پیمانکار در تامین مواد مصرفی، تجهیزات و تعمیر آن در این واگذاری ها ۴۶/۵۱ درصد بوده است. متوسط میزان رضایت مندی حاصل از خدمات واگذار شده نیز در طی این سال ها ۷۶/۸۹ درصد و پرداخت به پیمانکاران بر اساس واریسی نامه های نظارتی نیز به طور میانگین ۷۸/۷۱ درصد بوده است. متوسط بهای هر وعده غذا در این سال ها ۵۳۴۱ ریال، بهای نظافت هر مترمربع ۱۲۰۷۸ ریال و بهای شستشوی هر کیلوگرم لباس یا ملحفه ۲۹۵۹ ریال بوده و رشد بهای واحد خدمات در بعضی از خدمات و در بعضی از سال ها با نرخ افزایش قیمت محاسبه شده، مغایرت داشته است. میان وضعیت برگزاری مناقصات و میزان رضایت مندی و پرداخت بر مبنای واریسی نامه های نظارتی و میزان رضایت مندی نیز همبستگی معنادار وجود ندارد. ولی نتایج مطالعه، وجود همبستگی نسبی میان مبلغ قرارداد ماهیانه و نیروی انسانی شاغل در قرارداد و نیروی انسانی شاغل و حجم کار ماهیانه را نشان داد. همچنین میان بهای واحد خدمات و میزان رضایت مندی همبستگی وجود نداشته است. همچنین رابطه معنادار میان نحوه تامین مواد مصرفی، تجهیزات و تعمیر آن و میزان رضایت مندی وجود داشت.

نتیجه گیری: به نظر می رسد که واگذاری خدمات می تواند به ارتقاء کارایی بیمارستان و افزایش رضایت بیماران و کارکنان منتهی گردد.

کلید واژه ها: کاهش تصدی، برون سپاری، خدمات پشتیبانی، بیمارستان

◇ وصول مقاله: ۸۶/۸/۱۹، اصلاح نهایی: ۸۶/۱۰/۳، پذیرش مقاله: ۸۶/۱۰/۱۱

مقدمه

عقد قرارداد با بیرون از سازمان یک مکانیسم خرید است که به وسیله آن یک خدمت خاص معین، مقدار و کیفیت آن تعریف و در مورد قیمت آن توافق حاصل می شود، سپس برای یک دوره زمانی مشخص از یک تدارک کننده مشخص بیرونی خریداری می شود [۱]. از دهه ۱۸۳۰ این اقدام که به دلیل مزایای زیادی که داشت، در صنعت نساجی انگلیس آغاز شد [۲]، با ایجاد رقابت میان پیمانکاران باعث افزایش کارایی و کیفیت خدمات شد و با حفظ نقش دولت در هدایت و سیاستگذاری، توان برنامه ریزی و نظارت مدیران را افزایش داده و از هدر رفتن منابع بر اثر درگیری بیش از حد مدیران در جزئیات اجراء جلوگیری می نمود. [۳] از دیگر دستاوردهای بیرون سپاری می توان به آزادسازی منابع مالی و انسانی با هدف اختصاص این منابع به اهداف اصلی سازمان اشاره نمود. لذا طی چند دهه اخیر بیرون سپاری یا کاهش تصدی گری از یک تکنیک ساده کارآیی، به یک استراتژی مدیریت که بر بازدهی سازمان متمرکز است، تغییر شکل داده [۴] و در همه عرصه ها از جمله صنعت کشاورزی، خدمات، فرهنگ و ...، بکار گرفته شده است. [۵]

در کلیه بخش ها خدمات پشتیبانی در صدر واحدهای واگذار شده به بخش غیر دولتی قرار گرفته است تا بارها شدن سازمان از انجام امور پشتیبانی، منابع در جهت رسالت و اهداف اصلی سازمان ها صرف گردند. بنابراین واضح است که با عنایت به مشکلات بخش بهداشت و درمان و رسالت خطیر بیمارستان ها و تکالیف متعدد قانونی به خصوص قانون برنامه های سوم [۶] و چهارم [۷] توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور و نیز ماده ۸۸ تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت [۸] و مصوبات هیات محترم وزیران و شورای عالی اداری کشور (بخشنامه شماره ۱۴/۴۶/دش اداری کشور [۱۰]؛ تصویب نامه شماره ۳۱۴۲۶/ت هیات محترم وزیران [۱۱])، این موسسات نیز به این امر اقدام نمایند که تعیین نتایج حاصل از بیرون سپاری واحدهای پشتیبانی بیمارستان ها با توجه به پیچیدگی این سازمان ها از دو جنبه مهم پاسخگو بودن در مورد وظایف بهداشتی و درمانی که با

جان و سلامت افراد جامعه سر و کار دارد و پاسخگویی در برابر مسائل اقتصاد پزشکی حائز اهمیت به نظر می رسد. [۱۲] لذا استراتژی کاهش تصدی گری در خدمات پشتیبانی یکی از استراتژی های ۶ گانه طرح اصلاح ساختار نظام اقتصادی و مدیریتی بیمارستان ها که در اجلاس ۴۸ روسای دانشگاه ها / دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی کشور در مردادماه ۱۳۸۲ به تصویب رسید، بود با برنامه ریزی های به عمل آمده و توافق هایی که در این اجلاس صورت پذیرفت، دانشگاه های علوم پزشکی موظف گردیدند در بیمارستان های منتخب دانشگاه ها که امور مربوط به پنج فعالیت تغذیه، نظافت، لاندری، باغبانی و واحد استریلیزاسیون مرکزی را از بیرون سازمان تامین نمایند.

دانشگاه های علوم پزشکی و بیمارستان ها با الگوبرداری و استفاده از تجارب و راهکارهای کارگروه کاهش تصدی در ستاد مرکزی وزارت بهداشت در نحوه واگذاری امور فوق الذکر، مانند شرایط مناقصه ها و قراردادهای و چک لیست های تهیه شده برای هر یک از فعالیت ها ضمن لحاظ نمودن شرایط و ویژگی های خاص هر محل (شرایط محیطی) به اجرای استراتژی کاهش تصدی در خدمات پشتیبانی پرداختند و خدمات مربوط به تغذیه، نظافت، لاندری، باغبانی و واحد استریلیزاسیون مرکزی را از بیرون سازمان تامین نمودند. [۱۳] حال با گذشت بیش از ۲ سال از اجرای استراتژی کاهش تصدی در خدمات پشتیبانی در ۴۱ بیمارستان منتخب ۴۱ بیمارستان منتخب طرح، طرح اصلاح ساختار اقتصادی و مدیریتی بیمارستان ها و اقدامات انجام یافته توسط کارگروه کاهش تصدی ستاد مرکزی وزارت بهداشت، تعیین میزان دستیابی به اهداف و شاخص های تعیین شده برای استقرار طرح کاهش تصدی ضروری می نماید. مقاله حاضر به ارزیابی استقرار این طرح و نتایج حاصل از آن پرداخته و با پژوهشی علمی، شواهدی را برای گسترش یا عدم گسترش و بهبود اجرای طرح مذکور ارائه داده است.

روش پژوهش

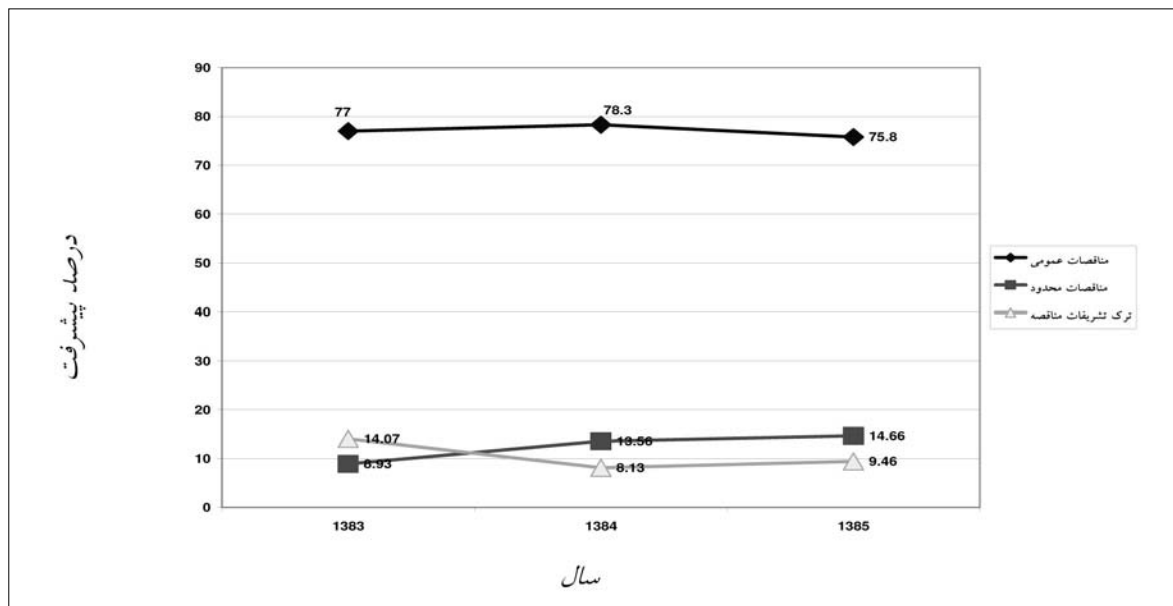
پژوهش حاضر از نوع توصیفی، مقطعی و کاربردی است و جامعه پژوهش منطبق بر نمونه پژوهش و شامل ۴۱ بیمارستان

درصد، ۱۰۰ درصد، ۸۰ درصد و در سال ۱۳۸۵، ۸۶/۶۷ درصد، ۱۰۰ درصد و ۸۰ درصد بوده است. روند واگذاری فعالیت‌های مذکور به صورت کلی روندی صعودی داشته است و بیشترین میزان موفقیت در واگذاری مربوط به فعالیت نظافت و کمترین میزان آن مربوط به بخش لاندری بوده است. بررسی روند برگزاری مناقصات واگذاری سه بخش مورد مطالعه در نمودار نشان داده شده است، همان‌طور که در این نمودار نیز مشخص است، روند واگذاری امور فوق از طریق برگزاری مناقصه عمومی به صورت کلی در فاصله سال اول و سوم اجرای طرح، روندی نزولی داشته و واگذاری بخش نظافت، بیش از دو بخش دیگر از طریق مناقصه عمومی انجام شده است. روند واگذاری فعالیت‌های مذکور از طریق برگزاری مناقصه محدود نیز در بین سه سال اجرای طرح، روندی صعودی داشته و واگذاری واحد لاندری از طریق برگزاری مناقصه محدود بیش از دو فعالیت دیگر بوده است. روند واگذاری بخش‌های مورد مطالعه از طریق ترک تشریفات مناقصه نیز در بین سال‌های اول و سوم اجرای طرح به صورت کلی نزولی بوده و واگذاری بخش تغذیه، بیش از دو فعالیت دیگر بدین صورت واگذار شده است.

منتخب طرح اصلاح ساختار نظام اقتصادی و مدیریتی بیمارستان‌ها (از هر دانشگاه علوم پزشکی یک بیمارستان منتخب) بوده است. دامنه فعالیت‌های مورد مطالعه شامل سه فعالیت تغذیه، نظافت و لاندری بوده است. شاخص‌های مورد ارزیابی در این پژوهش با استفاده از اهداف اولیه طرح، مواد قانونی برنامه‌های سوم و چهارم توسعه و بخشنامه‌ها و تصویب‌نامه‌های مربوطه طراحی شد و برای اطمینان از دقت، صحت و اعتبار آنها از مشاوران علمی و آماری و متخصصان نظرخواهی گردید. روش گردآوری داده‌های پژوهش نیز از طریق بررسی مستندات و مدارک مربوط به واگذاری‌ها (قراردادها، صورتجلسات کمیسیون مناقصه، شرایط مناقصات، گزارش‌ها و ...) و ارسال پرسشنامه و مصاحبه با روسا، مدیران و کارشناسان بیمارستان‌ها صورت پذیرفت و در نهایت نیز داده‌ها با استفاده از نرم افزارهای SPSS و Excel مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میزان موفقیت بیمارستان‌ها در واگذاری فعالیت‌های تغذیه، نظافت و لاندری در سال ۱۳۸۳ به ترتیب به میزان ۸۲/۳۳ درصد، ۹۳/۳۳ درصد و ۷۰ درصد و در سال ۱۳۸۴، ۸۲/۳۳



نمودار ۱: روند برگزاری مناقصات واگذاری سه فعالیت تغذیه، نظافت و لاندری در طی سال‌های ۸۵-۱۳۸۳



میزان رضایت مندی بیماران و پرسنل از فعالیت های تغذیه، نظافت و لانداری در سال ۱۳۸۳ به ترتیب ۷۳/۸۳ درصد، ۷۶/۳۷ درصد و ۷۰/۴۷ درصد بوده است. این در حالی است که در سال ۱۳۸۴ این میزان به ۷۷/۱۲ درصد، ۷۹/۵۲ درصد، ۸۲/۱۲ درصد، ۸۰/۹ درصد و ۷۵/۹۱ درصد بوده است. به طور کلی می توان گفت که روند میزان رضایت مندی حاصل از فعالیت های مذکور در طی سال های اول تا سوم اجرای طرح صعودی بوده است.

بررسی نحوه پرداخت به پیمانکاران نشان داد که بر اساس چک لیست های نظارتی پرداخت به پیمانکاران بخش های تغذیه، نظافت و لانداری در سال ۱۳۸۳ به ترتیب ۸۷/۸۱ درصد، ۸۸ درصد، ۷۶/۴۷ درصد، در سال ۱۳۸۴، ۸۷/۵۰ درصد، ۸۶/۲۰ درصد، ۸۶/۹۵ درصد و در سال ۱۳۸۵، ۸۷/۸۸ درصد، ۸۵/۷۱ درصد بوده است. به طور کلی می توان گفت که روند پرداخت به پیمانکاران بر اساس چک لیست های نظارتی در بین سال های اول تا سوم اجرای طرح، صعودی بوده است و پرداخت به پیمانکاران بخش نظافت بیش از دو بخش دیگر بر اساس چک لیست های نظارتی صورت گرفته است.

متوسط بهای هر واحد خدمت و نرخ رشد آن در بیمارستان ها و همچنین نرخ رشد محاسبه شده با توجه به افزایش حقوق پرسنل، مواد و تجهیزات مورد استفاده در

نتایج حاصل از بررسی وضعیت قراردادهای منعقد شده برای واگذاری بخش های تغذیه، نظافت و لانداری نشان داد که در سال ۱۳۸۳، به ترتیب ۱۰۰ درصد، ۹۲/۹ درصد، ۹۴/۷ درصد از قراردادهای واگذاری خدمات مذکور حجمی و باقی این قراردادها به صورت نفر-روز منعقد شده اند. در سال ۱۳۸۴، به ترتیب ۱۰۰ درصد، ۸۹/۷ درصد، ۹۱/۳ درصد و در سال ۱۳۸۵ نیز به ترتیب ۹۶/۲ درصد، ۹۰ درصد و ۹۱/۷ درصد از قراردادهای واگذاری این خدمات حجمی و باقی این قراردادهای به صورت نفر-روز منعقد شده اند. به طور کلی روند انعقاد قراردادهای حجمی در بین سه سال اجرای طرح نزولی بوده است و قراردادهای واگذاری بخش تغذیه بیشتر از دو بخش دیگر به صورت حجمی منعقد گردیده است. روند انعقاد قراردادهای نفر-روز نیز در طی سال های پژوهش صعودی ارزیابی گردیده است و بخش نظافت بیشترین قراردادهای واگذاری به صورت نفر-روز را نسبت به دو فعالیت دیگر داشته است. همچنین میزان مشارکت پیمانکار در تامین مواد مصرفی، تجهیزات و تعمیر آن در بخش های مختلف به شرح جدول ۱ مشخص گردید و به طور کلی ارزیابی روند مشارکت پیمانکار در طی سال های پژوهش صعودی است. همچنین نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که در بین بخش های مورد مطالعه پیمانکاران بخش تغذیه بیشترین مشارکت را در تامین مواد و تجهیزات و تعمیر آن، در میان فعالیت های دیگر داشته اند.

جدول ۱: میزان مشارکت پیمانکار در تامین مواد، تجهیزات و تعمیر آن در طی سال های مطالعه

| شاخص | فعالیت | | | تغذیه | | | نظافت | | | لانداری | | |
|---|--------|------|------|-------|------|------|-------|------|------|---------|------|------|
| | ۱۳۸۳ | ۱۳۸۴ | ۱۳۸۵ | ۱۳۸۳ | ۱۳۸۴ | ۱۳۸۵ | ۱۳۸۳ | ۱۳۸۴ | ۱۳۸۵ | ۱۳۸۳ | ۱۳۸۴ | ۱۳۸۵ |
| تامین مواد مصرفی (برحسب درصد) | ۷۶ | ۸۳/۳ | ۷۳/۱ | ۶۴/۳ | ۶۲/۱ | ۶۲/۱ | | | | | | ۶۵/۲ |
| تامین تجهیزات مورد استفاده در فعالیت (برحسب درصد) | ۱۲ | ۲۰/۸ | ۱۹/۲ | ۴۶/۴ | ۴۸/۳ | ۴۸/۳ | | | | | | ۴/۲ |
| تعمیر تجهیزات مورد استفاده در فعالیت (برحسب درصد) | ۶۸ | ۷۲ | ۶۵/۴ | ۴۲/۹ | ۴۸/۳ | ۴۸/۳ | | | | | | ۳۷۰۵ |

بررسی ضریب همبستگی پیرسون بین نیروی انسانی شاغل در قرارداد ماهیانه نشان داد که میان نیروی انسانی شاغل در قراردادهای ماهیانه تا حدود ۷۰ الی ۸۵ درصد از موارد همبستگی وجود دارد ($P \text{ value} = 0/50$). همچنین بررسی این ضریب همبستگی نسبی میان نیروی انسانی شاغل و حجم کار ماهیانه وجود دارد ($P \text{ value} = 0/50$). این در حالی است که (برخلاف تصور اولیه) با بررسی ضریب همبستگی پیرسون میان بهای واحد خدمات و میزان رضایت مندی، عدم وجود یک رابطه منسجم و خطی میان ۲ پارامتر مذکور اثبات گردید ($P \text{ value} = 0/57$). با بررسی میانگین دو جامعه (تحلیل آماری پارامتریک) و آزمون من ویتنی (تحلیل آماری ناپارامتریک) عدم وجود رابطه معنادار میان نحوه تامین مواد مصرفی و تجهیزات و تعمیر آن (توسط پیمانکار یا کارفرما) با میزان رضایت مندی به اثبات رسید ($P \text{ value from a Gaussian approximation} = 0/9$).

بحث و نتیجه گیری

با توجه به واگذاری بیش از ۸۰ درصد از فعالیت های مورد مطالعه می توان نتیجه گرفت که این میزان موفقیت یا به دلیل مزایای زیاد برون سپاری فعالیت های پشتیبانی بوده و یا این

فعالیت و تعمیرات آن و نرخ استهلاک با توجه به آمارهای وزارت کار و امور اجتماعی، بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران و دفتر برنامه ریزی منابع مالی و بودجه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جدول ۲ آمده است.

بررسی شرکت های ابقاء شده نشان داد که در سال ۱۳۸۴، ۱۷۸۴ درصد از پیمانکاران سال ۱۳۸۳ و در سال ۱۳۸۵، ۱۷۵۸ درصد از پیمانکاران سال ۱۳۸۳ و ۱۵/۸۵ درصد از پیمانکاران سال ۱۳۸۴، ابقاء شده اند.

با بررسی رابطه میان وضعیت برگزاری مناقصه (عمومی، محدود و ترک تشریفات مناقصه) و میزان رضایت مندی با استفاده از آزمون ناپارامتریک من ویتنی (mann-whitny U) و آماره آزمون Z حاکی از آن است که میان وضعیت برگزاری مناقصات با میزان رضایت مندی حاصل از فعالیت رابطه معناداری وجود ندارد ($P \text{ value from a Gaussian approximation} = 0/58$).

بررسی معناداری رابطه میان نحوه پرداخت به پیمانکاران و میزان رضایت مندی با استفاده از آزمون ناپارامتریک من ویتنی و آماره آزمون Z نمایانگر عدم وجود رابطه معنادار میان پرداخت به پیمانکاران براساس چک لیست های نظارتی و میزان رضایت مندی بود ($P \text{ value from a Gaussian approximation} = 0/38$).

جدول ۲: بهای واحد خدمات و نرخ رشد آن: ۱۳۸۳-۸۵

| نرخ رشد بهای واحد خدمات در سال ۸۴ نسبت به ۸۳ (درصد) | | نرخ رشد بهای واحد خدمات در سال ۸۵ نسبت به ۸۴ (درصد) | | میانگین بهای واحد خدمات (ریال) | | | |
|---|-------------------------------|---|-------------------------------|--------------------------------|--------|--------|------------|
| نرخ رشد محاسبه شده | نرخ رشد قیمت های بیمارستان ها | نرخ رشد محاسبه شده | نرخ رشد قیمت های بیمارستان ها | ۱۳۸۵ | ۱۳۸۴ | ۱۳۸۳ | |
| ۲۲/۳۰ | ۱۳/۷ | ۱۰/۰۸ | ۲۵/۴ | ۲۱۲۸ | ۱۹۸۳/۱ | ۱۸۷۹/۴ | پرس صبحانه |
| ۱۴/۳۹ | ۱۲/۸ | ۱۷/۷۳ | ۲۲/۳ | ۸۸۵۴ | ۷۴۰۸ | ۷۱۱۰/۴ | پرس ناهار |
| ۱۶/۰۴ | ۱۲/۸ | ۱۹/۵۰ | ۲۲/۲ | ۷۲۳۰ | ۵۹۵۰/۷ | ۵۵۲۶/۸ | پرس شام |
| ۲۱/۶۰ | ۱۵/۰۳ | ۵۸/۸۸ | ۳۷/۶ | ۱۷۱۶۳ | ۱۰۶۷۳ | ۸۴۰۰ | مترمربع |
| | | | | ۱۹۸۱۳ | ۱۳۹۸۱ | ۱۲۳۸۰ | ساعت |
| ۱۸/۱۰ | ۱۴/۰۲ | ۱۷/۲۳ | ۳۵/۸۴ | ۳۰۴۴ | ۲۶۳۲ | ۳۲۰۱ | کیلوگرم |
| | | | | ۲۳۲۹۳ | ۱۵۴۴۵ | ۱۴۲۷۹ | ساعت |
| | | | | ۸۴۳۰ | ۲۲۸۹ | ۱۱۱۹ | عدد |



می‌گردد و وجود پیش‌نیازها و ساختارهایی برای واگذاری خدمات در سازمان‌ها مورد نیاز است.

با بررسی نرخ رشد بهای واحد خدمات و مقایسه آن با شاخص افزایش قیمت محاسبه شده و همچنین انحراف معیار زیاد در بهای واحد خدمات در سطح کشور، می‌توان این‌طور استنباط نمود که تا حدود بسیار زیادی این عدم انطباق به علت عدم توانایی بیمارستان‌ها در تعیین بهای واحد خدمات به روش بهای تمام شده می‌باشد. با توجه به اینکه نرخ رشد قیمت‌ها در اکثر موارد از نرخ رشد محاسبه شده پایین‌تر بوده می‌توان گفت که طرح در جهت هدف خود که افزایش کارایی است، حرکت کرده است. اما با توجه به پایین بودن قیمت بیمارستان‌ها نسبت به قیمت واقعی می‌توان گفت که اولین معیار در ارزیابی پیمانکاران، قیمت پایین بوده که این خود می‌تواند هشدار برای توجه به کیفیت باشد. پیشنهاد می‌گردد برای کیفیت خدمات نیز در شرایط مناقصه بسته‌ای تعیین گردد و بهای واحد بر مبنای آن صورت گیرد تا قیمت‌های غیر واقعی و پایین‌تر از آن حذف گردند.

روند صعودی میزان رضایت مندی از فعالیت‌های مورد مطالعه می‌تواند نشانی از مثبت بودن نتایج حاصل از واگذاری خدمات به بخش غیردولتی باشد.

روند صعودی میزان رضایت مندی و همچنین روند طرح در جهت افزایش کارایی با نتایج حاصل از پژوهش گروه کارشناسان ایران به نقل از گریفن کوهن (۲۰۰۱) با عنوان "آیا مقایسه کارکنان پشتیبانی بیمارستان و کارکنان هتلداری معنادار است" که بیان می‌کند "برون سپاری خدمات پشتیبانی بیمارستان‌های ایالات متحده آمریکا و تورنتو منجر به افزایش هزینه‌ها و کاهش میزان رضایت مندی شده است"، مغایرت دارد. همچنین روند صعودی میزان رضایت مندی با نتایج حاصل از پژوهش خلعتبری [۱۷] با عنوان "ارزیابی اثرات خصوصی سازی واحدهای خدماتی در ستاد شرکت ملی صنایع پتروشیمی" را که تاثیر خصوصی سازی واحدهای خدماتی را در میزان رضایت مندی منفی می‌داند، مغایرت دارد. این نتایج با پژوهش جانفدا [۱۸] با عنوان "سنجش نگرش مدیریت بیمارستان‌های دولتی استان یزد در زمینه واگذاری کار به صورت خرید خدمت به پیمانکاران بخش خصوصی"

واگذاری‌ها بنا به اجبار طرح و جهت‌گیری دولت هشتم و تصویب نامه‌های وقت صورت گرفته و یا به دلیل منع جذب نیرو در مشاغل پشتیبانی، بیمارستان‌ها ناچار به واگذاری امور پشتیبانی خود به بخش غیردولتی شده‌اند. نتایج حاصل از پژوهش شرکت خدماتی UNICCO [۱۴] با عنوان "بررسی برون سپاری خدمات دانشگاه‌ها و مدارس" نمایانگر این می‌باشد که مشابه روند صعودی واگذاری فعالیت‌ها که در آن درصد دانشگاه‌هایی که حداقل یک خدمت را واگذار کرده‌اند از ۸۲ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۹۱ درصد در سال ۲۰۰۲ رسیده است. از دیگر نتایج حاصل از پژوهش شرکت خدماتی UNICCO، موفقیت در واگذاری تغذیه بیش از سایر فعالیت‌ها است که این نیز خود نتایج حاصل از پژوهش حاضر را تایید می‌کند. همچنین موفقیت بیشتر در واگذاری بخش تغذیه می‌تواند به نوعی تاییدی بر نتایج حاصل از پژوهش ندائی و جودی [۱۵] با عنوان "طرح واگذاری امورات پخت و پز و آشپزخانه بیمارستان‌ها با مصالح (مواد اولیه)" باشد.

روند نزولی برگزاری مناقصات عمومی و ترک تشریفات و روند صعودی برگزاری مناقصات محدود می‌تواند نشانی از فقدان پیمانکاران توانمند در سطح کشور باشد. همچنین یکی دیگر از دلایل حجم بالای مناقصات عمومی و محدود می‌تواند وجود الزامات قانونی برای برگزاری مناقصه و عدم ترک تشریفات آن باشد. روند نزولی واگذاری خدمات مورد مطالعه به صورت حجمی می‌تواند نشانگر یکی از موارد زیر باشد:

- ۱- عدم تمایل بیمارستان‌ها به انعقاد قرارداد حجمی به دلیل دشواری‌های موجود در تغییر شیوه واگذاری؛
- ۲- عدم توجه بیمارستان‌ها و نیز عدم وجود دلایل کافی برای اثبات مفیدتر بودن قراردادهای حجمی؛ و
- ۳- عدم توانایی بیمارستان‌ها در تعیین واحد خدمت، حجم فعالیت و تعیین بهای واحد خدمت.

این روند نزولی خواه به علت هر یک از موارد بالا که باشد، تاییدی بر نتایج حاصل از پژوهش گروه کارشناسان ایران [۱۶] با عنوان "بررسی شیوه‌ها و مبانی نظری کاهش تصدی‌گری در خدمات پشتیبانی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور" است که عنوان می‌کند که تفاوت در میان سازمان‌های واگذارکننده منجر به تاثیر در روند واگذاری خدمات و شیوه انتخابی



شده توسط دولت فدرال آمریکا این است که ۵۰ درصد از کلیه قراردادهای خود را تا سال ۲۰۰۵ به قرارداد مبتنی بر عملکرد تبدیل نماید" باشد. [۲۲]

عدم وجود رابطه میان وضعیت برگزاری مناقصات و میزان رضایت مندی در صورتی که به دلایل زیر اتفاق نیفتاده باشد، می تواند نشان دهنده این مسئله باشد که میان این دو رابطه ای وجود ندارد و نمی توان با تغییر وضعیت برگزاری مناقصات میزان رضایت مندی را بهبود بخشید.

۱- عدم وجود پیمانکاران توانمند در سطح منطقه؛ ۲- ناتوانی بیمارستان ها در شناسایی و انتخاب پیمانکاران توانمند؛ ۳- نحوه نادرست سنجش میزان رضایت مندی (اعم از نحوه نمونه گیری، طراحی پرسشنامه و شیوه تکمیل آن و محاسبه نتایج حاصل از پرسشنامه ها و ...).

عدم وجود رابطه میان بهای واحد خدمات و میزان رضایت مندی نیز می تواند نشان دهنده فقدان یک ساختار تعریف شده برای برآورد قیمت تمام شده خدمات و نیز عوامل و ابزارهای نظارتی و کنترل کیفی است. همچنین این مسئله می تواند ناشی از ضعف در نحوه سنجش میزان رضایت مندی هم باشد. در این زمینه می توان چنین نتیجه گرفت که در صورتی که علت این عدم همبستگی هیچ یک از دلایل مذکور نباشد می توان گفت که افزایش بهای واحد خدمات نمی تواند منجر به افزایش کیفیت و میزان رضایت مندی گردد.

وجود همبستگی میان حجم کار ماهیانه و نیروی انسانی شاغل خود بیانگر انجام کارسنجی برای اجرای طرح است و همچنین وجود این همبستگی میان نیروی انسانی شاغل در قرارداد و مبلغ قرارداد ماهیانه خود نشان دهنده افزایش مبلغ قرارداد با افزایش نیروی انسانی شاغل در آن است.

عدم وجود رابطه معنادار میان نحوه تامین مواد مصرفی، تجهیزات و تعمیر آن (توسط کارفرما یا پیمانکار) و میزان رضایت مندی نیز اگر به علت یکی از دلایل زیر اتفاق نیفتاده باشد، نشانگر این مسئله است که نحوه تامین مواد مصرفی، تجهیزات و تعمیر آن تأثیری بر میزان رضایت مندی ندارد و نمی توان با گردش تامین این اقلام به سمت پیمانکار، میزان رضایت مندی را افزایش داد. همچنین می توان این طور نتیجه گیری نمود که بیمارستان ها می توانند راساً بر اساس

که خصوصی سازی را منجر به تنزل کمیت و کیفیت خدمات می داند، مغایر است. اما نتایج حاصل از پژوهش ربانی [۱۹] را که تأثیر خصوصی سازی واحدهای خدماتی را بر میزان رضایت مندی شرکت ملی صنایع مس ایران مثبت ارزیابی می کند، تأیید می نماید.

حرکت طرح در جهت کنترل هزینه ها می تواند صحنه ای بر نتایج پژوهش موسسه CAPSE [۲۰] با عنوان "برون سپاری راهکاری برای دستاوردهای باثبات رقابتی" که دلیل اصلی واگذاری را در ۸۰ درصد از شرکت های مورد مطالعه خود کاهش هزینه ها می داند، باشد. همچنین نتایج حاصل از این پژوهش بر نتایج حاصل از مطالعه Domberger [۲۱] با عنوان "بررسی انعقاد قرارداد در ایالت نیوساوت و الز استرالیا در طی سال های ۱۹۹۳ تا ۱۹۹۶" که دلیل عقد قرارداد ۹۰ درصد از موسسات مورد مطالعه را افزایش کارایی و اثربخشی می داند، نیز منطبق است.

روند صعودی پرداخت بر مبنای چک لیست های نظارتی نشانگر این مسئله است که پرداخت به پیمانکاران بر اساس عملکردشان بر روی کیفیت خدماتشان تأثیر مثبت می گذارد و از این طریق می توان کیفیت خدمات را ارتقاء داد. از طریق بکارگیری یک کارشناس ناظر قرارداد با تحصیلات مرتبط و تدوین چک لیست های نظارتی کامل و دقت در تکمیل آنها می توان اثربخشی این شیوه از پرداخت را بیشتر کرد. همچنین عدم وجود رابطه معنادار میان پرداخت بر مبنای چک لیست های نظارتی و میزان رضایت مندی در صورتی که به علت یکی از دلایل زیر نباشد، نشان دهنده این مسئله است که میان نحوه پرداخت به پیمانکاران و میزان رضایت مندی رابطه ای وجود ندارد و نمی توان میزان رضایت مندی و کیفیت را با توجه به نحوه پرداخت به پیمانکاران بهبود بخشید.

۱- نظارت بر خدمات ارائه شده دقیق نیست، چک لیست ها به دقت تکمیل نمی گردند، ناظر بر قرارداد یا وجود ندارد و یا به درستی نظارت نمی کند؛ ۲- نحوه محاسبه میزان رضایت مندی اشکال دارد (دقت لازم در نمونه گیری به عمل نیامده، پرسشنامه ایراد دارد و یا شیوه تکمیل و محاسبه نتایج آن اشتباه است).

روند صعودی پرداخت بر مبنای چک لیست های نظارتی می تواند تأییدی بر گفته Martin که عنوان می کند "هدف تعیین



۹. بخشنامه شماره ۵۴۳۵/دش شورایعالی اداری کشور، ۱۳۷۳.

۱۰. بخشنامه شماره ۱۴/۴۶ شورایعالی اداری کشور، ۱۳۷۹.

۱۱. تصویب نامه شماره ۳۱۴۲۶/ت هیات وزیران، ۱۳۸۱.

۱۲. صدقیانی ابراهیم. سازمان و مدیریت بیمارستان. چاپ اول، جلد اول، انتشارات جهان رایانه، تهران، ۱۳۷۷.

۱۳. گزارش اجلاس ۵۱ رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی: اصلاح ساختار اقتصادی-مدیریتی بیمارستان. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت توسعه مدیریت و منابع، تهران، ۱۳۸۲.

14. UNICCO Service Company. College and university outsourcing survey (NACUBO). UNICCO Service Company, 2002.

۱۵. ندائی جبرائیل، جودی کرامت. طرح واگذاری امورات و پخت و پز آشپزخانه بیمارستان‌ها با مصالح (مواد اولیه)، اولین همایش کشوری مدیریت منابع در بیمارستان، معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ۱۳۸۱.

۱۶. گروه کارشناسان ایران. بررسی شیوه‌ها و مبانی نظری کاهش تصدی‌گری خدمات پشتیبانی دانشگاه‌های علوم پزشکی. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت توسعه مدیریت و منابع، دبیرخانه تحقیقات کاربردی، تهران، ۱۳۸۳.

۱۷. خلعتبری محمد. ارزیابی اثرات اجرایی خصوصی سازی واحدهای خدماتی در ستاد شرکت ملی صنایع پتروشیمی. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت صنعتی، تهران: مرکز آموزش مدیریت دولتی، ۱۳۷۶.

۱۸. جانفدا حسن. سنجش نگرش مدیریت بیمارستان‌های دولتی استان یزد در زمینه واگذاری کار به صورت خرید خدمت به پیمانکاران بخش خصوصی. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، تهران: دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، ۱۳۷۶.

۱۹. ربانی احمد. بررسی تاثیر واگذاری واحدهای خدماتی به بخش خصوصی در شرکت ملی صنایع مس ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت دولتی، تهران: مرکز آموزش مدیریت دولتی، ۱۳۷۹.

20. CAPS Center. Outsourcing cost reduction. Available fom: www.blackenterprise.com. 2005. Accessed: Dec. 2006.

21. Domberger R, Hall J. Outsourcing in New South Wales and Victoria, NSW Treasury, New South Wales: Australia, 1997.

22. Martin L. Performance-based contracting for human services: A review of the literature. Florida, 2003.

شرایط سازمانی خود و شرایطی که در آن قیمت تمام شده واحد خدمات به شرط ثابت بودن کیفیت آن پایین تر است، در مورد شیوه تامین این اقلام تصمیم‌گیری نمایند.

۱- عدم نظارت دقیق بر کار پیمانکار و مواد و تجهیزاتی که وی فراهم می‌کند؛ ۲- نحوه نادرست سنجش میزان رضایت مندی (اعم از نحوه نمونه‌گیری، طراحی پرسشنامه و شیوه تکمیل آن و محاسبه نتایج حاصل از پرسشنامه‌ها و ...).

به طور کلی به نظر می‌رسد که طرح کاهش تصدی در خدمات پشتیبانی در اکثریت موارد به اهدافش دست یافته است و با توجه به مستندات قانونی موجود به شرطی که تمام پیش نیازهای مذکور (ارزیابی مفید بودن واگذاری، بهای واحد خدمات، ثبت عملکرد قراردادها، نظارت بر کیفیت خدمات ارائه شده و ...) فراهم گردد می‌تواند از حالت پایلوت خارج شده و به تمامی بیمارستان‌ها و سایر خدمات پشتیبانی گسترش یابد. همچنین می‌توان عنوان کرد که واگذاری خدمات پشتیبانی منجر به ارتقاء کارایی و افزایش میزان رضایت مندی پرسنل و بیماران می‌گردد. ♦

فهرست منابع

1. World Bank. Contracting. Available fom: www.worldbank.org/hnp/hsd/. 2003. Accessed: Feb. 2005.
2. Kelly T. A brief history of outsourcing, Available fom: www.Globaleinvision.org. 2004. Accessed: Dec. 2006.
3. Witter S, Ensor T, Jowett M, Thompson, R. Health economics for developing countries. 1ed, London: Macmillan Education LTD, 2000.
4. Martin R, and et al. The Impact of outsourcing and privatization on library services and management, A Study for the American Library Association, Texas Woman's University, School of Library and Information Studies, 2000.
۵. گزارش اجلاس ۴۸ رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی: اصلاح ساختار اقتصادی-مدیریتی بیمارستان. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت توسعه مدیریت و منابع، تهران، ۱۳۸۲.
۶. بر نامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، ۱۳۸۴.
۷. بر نامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، ۱۳۸۴.
۸. قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، ۱۳۸۳.



An evaluation of the outsourcing strategy in supportive services in the hospitals affiliated to the Ministry of Health and Medical Education

Tabibi S.J.¹ / Kakhani M.J.² / Ehsani Chimeh E.³

Abstract

Introduction: After more than two years of the implementation of outsourcing support services strategy in hospitals affiliated to the Ministry of Health & Medical Education, an assessment for the attainment of objectives and the evaluating this strategy was very necessary. This study is aimed to evaluating of above mention strategy, and its results.

Methods: This is a descriptive, cross-sectional, and applied study for evaluating outsourcing support services strategy in three supportive services (catering, cleaning & laundry) in pilot hospitals (one hospital from each Medical Universities) during 2005-2007.

Results: During the years 2005-2007 on the average 86.29% of caterings, cleaning & laundry services of the hospitals have been outsourced, 89.62% of these hospitals have put out these services to tender. The activities that were outsourced during this time and the average were 94.05% through holding volume contracts and participation of contractors in supplying the consumable goods, equipment and maintenance repairing these equipments was 46.51%. The mean satisfaction rate of outsourced services was 76.89% and the payment average to the contractors based on the assessment controlling check-lists was a mean 78.71%. The mean price for each meal in these years was 5341.15 Rials. The cleaning price for each square meter was 12078.66, and for washing each kilogram of clothes or bed sheets was 2929 Rials. The increase of price for the basic services during some years differed from the priced rise of the estimated price. There is no significant correlation between the situation of tenders and satisfaction rate; which was in the case of paying based on the assessment controlling checklists and the rate of satisfaction. But there was a correlation between the amount of monthly contract and human resources working in the contract. Also there was a correlation between the human resources and monthly volume of the work. There was no correlation between the basic price of services and the rate of satisfaction. Also there was no significant correlation between condition of supplying the usage materials, equipments and maintenance these equipments, and satisfaction rate.

Conclusion: It seems that outsourcing the services can lead to improvement of hospital efficacy and enhancing the patients and personnel's satisfaction.

Keywords: *Outsourcing, Supportive services, Hospital*

1. Professor, School of Management and Medical Information Sciences, Iran University of Medical Sciences
2. Assistant professor, Unit of Sciences and Research, Islamic Azad University
3. Ms in Healt Service Management, Islamic Azad University