

## بررسی فرآیند برون سپاری واحدهای پاراکلینیک بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۴۰۳

ثنا شعبان<sup>۱</sup> ID، حامد دهنوی<sup>۱</sup> ID، سعید غلامزاده<sup>۲</sup> ID، فرید زایری<sup>۳،۴</sup> ID، احسان زارعی<sup>۱</sup> ID، امیر مسعود آزاد<sup>۵</sup> ID، عباس دانش‌کهن<sup>۱\*</sup> ID

<sup>۱</sup> گروه مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.  
<sup>۲</sup> مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی، تهران، ایران.  
<sup>۳</sup> مرکز تحقیقات پروتئومیکس، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.  
<sup>۴</sup> گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.  
<sup>۵</sup> گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد سمنان، سمنان، ایران.

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**زمینه و اهداف:** برون‌سپاری خدمات سلامت راهکاری برای افزایش کارایی و بهبود رضایتمندی گیرندگان خدمت است. این مطالعه با هدف تعیین وضعیت فرآیند برون‌سپاری واحدهای پاراکلینیک در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بر اساس الگوی بانک جهانی انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه‌ای توصیفی-مقطعی با مشارکت ۳۰۱ نفر از کارکنان و ۱۵ پیمانکار واحدهای پاراکلینیک برون‌سپاری شده در سال ۱۴۰۳ انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها دو پرسشنامه معتبر برگرفته از چک لیست الگوی بانک جهانی بود. تحلیل داده‌ها با آمار توصیفی و نیز آزمون‌های آماری یو-من-ویتنی، کروسکال والیس و تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. این پژوهش با پایبندی کامل به اصول اخلاقی انجام شد.

**یافته‌ها:** در گروه کارکنان، عدم توجه کافی به دغدغه‌ها در طراحی قرارداد (۴۳/۸ درصد)؛ آگاهی محدود درباره فرآیند پایش و ارزیابی عملکرد (۴۲ درصد)؛ برگزاری نامنظم جلسات کاری (۴۳/۳ درصد) و تأخیر در پرداخت حقوق و مزایا (۳۴/۸ درصد) از جمله مشکلات اصلی بودند. در میان پیمانکاران، به مواردی چون آگاهی ناکافی از معیارهای انتخاب (۵۳/۳ درصد) و حمایت محدود کارفرما برای ارتقای توانمندی نیروی انسانی (۳۳/۳ درصد) اشاره شد. کارکنان داروخانه نیز به طور معناداری فرآیند برون‌سپاری را همسوتر با الگوی بانک جهانی در مقایسه با سایر بخش‌ها ارزیابی کردند.

**نتیجه‌گیری:** توجه به دغدغه‌های ذینفعان و مشارکت دادن آنان در طراحی فرایندهای برون‌سپاری، آموزش مستمر، تقویت نظام پایش و ارزشیابی و طراحی مشوق‌های عادلانه می‌تواند به بهبود کیفیت خدمات و افزایش رضایتمندی گیرندگان خدمت کمک کند.

**کلید واژه‌ها:** برون‌سپاری؛ انعقاد قرارداد؛ خدمات پاراکلینیک؛ بیمارستان.

**Please cite this article as:** Shaban S, Dehnavi H, Gholamzadeh S, Zayeri F, Zarei E, Azad AM, et al. Investigating the outsourcing process of paraclinical units in selected hospitals affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Science in 2024. Journal of Health in the Field 2025; 13(3):69-81. **Doi:** <https://doi.org/10.22037/jhf.v13i3.49980>.

\*نویسنده مسئول: گروه مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

Email: [daneshkohan@sbmu.ac.ir](mailto:daneshkohan@sbmu.ac.ir)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۵/۲۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۵/۰۱/۰۶

## مقدمه

مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های سلامت از جمله بیمارستان‌ها نقشی حیاتی در نظام ارائه خدمات باکیفیت دارند. بهبود عملکرد بیمارستان‌ها مستلزم توجه به ابعاد سازمانی است که بر پاسخگویی، کارایی، کیفیت، برابری و پایداری و انعطاف‌پذیری تأثیر می‌گذارد [۱،۲]. با توجه به رشد تکنولوژی، محدودیت منابع مالی و دولتی، تغییر سیمای بیماری‌ها و افزایش روز افزون تقاضا برای خدمات سلامت، مشارکت بخش دولتی با بخش خصوصی به عنوان راهبردی کلیدی برای تحقق این اهداف در بسیاری از نظام‌های سلامت جهان مطرح شده است. برون سپاری یکی از رایج‌ترین اشکال این مشارکت در حوزه سلامت است [۳-۵].

برون سپاری بنا بر تعریف سازمان جهانی بهداشت، فرایندی است که در آن بخش دولتی یا شرکت‌های خصوصی از یک کارگزار خارجی (پیمانکار) برای انجام برخی وظایف خاص استفاده و آن را تأمین مالی می‌کنند، بجای آنکه خودشان آن وظایف را مدیریت کنند [۶،۷]. انعقاد قرارداد، هسته اصلی برون سپاری و سازوکاری شامل خرید مجموعه‌ای مشخص از خدمات توسط نهادهای تأمین مالی از ارائه‌دهندگان غیر دولتی با اهداف، کیفیت، هزینه و زمان‌بندی معین است [۸].

دلایل مهم گرایش جهانی به برون سپاری می‌تواند ادغام مزایای بخش خصوصی مانند کاهش هزینه، ارتقای کارایی، رضایت گیرندگان خدمت در بخش دولتی، تمرکز بر فرآیندهای اصلی، بهبود مهارت‌ها، کاهش مدت زمان ارائه خدمات و افزایش مزیت رقابتی باشد، همچنین معایب بخش خصوصی مانند بی‌توجهی به عدالت و مسئولیت با برون سپاری کاهش می‌یابد. این موارد در نهایت می‌تواند منجر به ایجاد بازار داخلی یا شبه بازار در بخش دولتی شود که رقابت را ترویج می‌نماید [۹،۱۰،۱۱]. انعقاد قرارداد با تعیین نقش‌ها و مسئولیت‌ها، برون‌داده‌ها و نتایج و نیز روابط بین خریداران خدمات و ارائه‌دهندگان آن‌ها، به افزایش انعطاف‌پذیری در ارائه مراقبت‌ها، کاهش بوروکراسی، کاستن از وظایف بخش دولتی و در مقابل افزایش توان آن برای اقداماتی نظیر برنامه‌ریزی، تنظیم استانداردها، تأمین مالی و قانون‌گذاری کمک می‌کند [۸،۱۱]. امروزه بخش بزرگی از خدمات سلامت نظیر رادیولوژی، آزمایشگاه و داروخانه به بخش خصوصی واگذار می‌شوند [۱۲]. بازار جهانی برون سپاری سلامت در سال ۲۰۲۴ به ۶/۱۲ میلیارد دلار رسیده و تا سال ۲۰۳۲ با رشد سالانه ۸/۱۹ درصد به ۱۱/۵ میلیارد دلار خواهد رسید [۱۳]. با وجود این علی‌رغم تمام مزایای برون سپاری در مراقبت‌های سلامت، اجرای موفقیت‌آمیز این سیاست به دلیل عدم شناخت صحیح چالش‌ها و موانع موجود در طول فرآیند آن با مشکلات متعددی مواجه شده است و نگرانی قابل توجهی ناشی از عدم توانایی دولت‌ها در مدیریت موثر قراردادها در جهان به وجود آورده است [۴]. سازمان جهانی بهداشت در سند منتشر شده سال ۲۰۲۰ برخی از مهم‌ترین مخاطرات حاصل از ضعف‌های موجود در فرآیند انعقاد قرارداد

را اینگونه فهرست می‌کند: قراردادهایی که به اندازه کافی جامع نیستند و منجر به ایجاد شکاف در ارائه خدمات به بیماران می‌شوند، تأخیر در پرداخت‌ها که می‌تواند عدالت، کیفیت و تداوم ارائه خدمات را کاهش دهد، انعقاد قراردادها با ارائه‌دهندگان «اشتباه» (مثلاً با ارائه‌دهندگان فاقد صلاحیت یا ناکارآمد)، قراردادهایی که پیش‌نویس ضعیفی دارند و غیرقابل اجرا هستند، فساد و دزدی و سازوکارهای ناکارآمد نظارت بر قرارداد و حل اختلاف [۱۴]. در مقاله‌ای که این سازمان در مورد تجربه برون سپاری خدمات بهداشتی در ۱۰ کشور منطقه مدیترانه شرقی منتشر کرده است، مکانیسم‌های ضعیف پایش و ارزشیابی به عنوان یکی از خطرات مهم این فرآیند ذکر شده است. همچنین این مقاله خاطرنشان می‌سازد که مدیران دولتی و خصوصی بخش سلامت ایران فاقد مهارت‌های انعقاد و مدیریت قرارداد هستند و بخش خصوصی در این مورد رفتار فرصت‌طلبانه‌ای از خود نشان داده است [۱۵]. نتایج مطالعه محقق و همکاران [۱۶] در مورد تأثیر برون سپاری خدمات دارویی مراکز بهداشتی درمانی روستایی بر رضایتمندی بیماران حاکی از آن بود که رضایتمندی بیماران از خدمات داروخانه‌های برون سپاری شده کمتر از خدمات داروخانه‌های دولتی است و پیشنهاد شده است که قراردادها باید از وضوح و شفافیت لازم برخوردار باشند و بطور موثر مورد نظارت و ارزشیابی قرار گیرند. کاهش کنترل کیفی، افزایش خطاهای پزشکی و نارضایتی بیماران از دیگر مشکلات مشخص شده در این زمینه هستند [۱۷].

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی از سال ۱۳۹۶ برون سپاری خدمات پاراکلینیکی در بیمارستان‌های تابعه را آغاز کرده و در حال حاضر بخش زیادی از این خدمات توسط بخش خصوصی ارائه می‌شود. با این حال به نظر می‌رسد واحدهای برون سپاری شده با چالش‌هایی در اجرای مؤثر و پایدار مواجه‌اند و بهره‌گیری کامل از ظرفیت برون سپاری، مستلزم ارزیابی دقیق و نظام‌مند این فرایندها بر اساس الگوهای معتبر جهانی است. بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که در ایران بیشتر مطالعات به ارزیابی نتایج و پیامدهای حاصل از برون سپاری خدمات؛ شناسایی چالش‌ها، راهکارها، مزایا و معایب برون سپاری؛ ارائه مدل، چارچوب و الگو برای برون سپاری به ویژه تصمیم‌گیری برون سپاری خدمات پرداخته‌اند و در مطالعات محدودی به بررسی فرایندهای برون سپاری خدمات سلامت به طور کلی و خدمات پاراکلینیکی به طور اختصاصی بر اساس الگوهای معتبر جهانی پرداخته شده است. این پژوهش با هدف بررسی وضعیت برون سپاری واحدهای پاراکلینیک بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با استفاده از الگوی بانک جهانی انجام شد.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- مقطعی و از نوع کاربردی بوده که در بازه زمانی اول خرداد تا پایان شهریور سال ۱۴۰۳ انجام شد. محیط پژوهش شامل ۲۰ بیمارستان آموزشی- درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود که حداقل یکی از واحدهای پاراکلینیک آزمایشگاه، داروخانه یا رادیولوژی خود را به بخش خصوصی واگذار کرده بودند. جامعه پژوهش شامل کلیه کارکنان (۱۰۱۵ نفر) شاغل در واحدهای پاراکلینیک برون سپاری شده و پیمانکاران (۱۵ نفر) در بیمارستان‌های مذکور بود. انتخاب بیمارستان‌ها (۸ بیمارستان) به روش نمونه‌گیری هدفمند و با در نظر گرفتن معیارهایی نظیر نوع بیمارستان (آموزشی، درمانی، تک تخصصی) و اولویت‌های کارگروه واگذاری و مدیریت بهره‌وری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی صورت پذیرفت. به دلیل کم بودن تعداد پیمانکاران، آنها بصورت تمام شماری وارد مطالعه شدند. برای تعیین حجم نمونه کارکنان، از جدول مورگان استفاده گردید که حداقل حجم نمونه لازم ۲۸۵ نفر برآورد شد.

سپس با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب با حجم (Random Sampling Stratified)، سهم نمونه کارکنان از هر یک از سه واحد پاراکلینیک (آزمایشگاه، داروخانه و رادیولوژی) مشخص گردید. معیار ورود برای کارکنان شامل داشتن حداقل مدرک تحصیلی فوق دیپلم، حداقل یک سال سابقه کار در واحد پاراکلینیک برون سپاری شده فعلی و تمایل به شرکت در مطالعه بود. معیار ورود برای پیمانکاران نیز داشتن حداقل یک سال سابقه همکاری با دانشگاه در زمینه واحد برون سپاری شده مربوطه بود. به منظور بررسی فرآیند برون سپاری از الگوی شناخته شده بانک جهانی استفاده شد. بانک جهانی سندی با نام «انعقاد قرارداد مبتنی بر عملکرد خدمات سلامت در کشورهای در حال توسعه» را در سال ۲۰۰۸ ارائه کرده است. در این سند الگوی انعقاد قرارداد شامل هفت مرحله کلیدی شامل مذاکره با ذینفعان، تعریف دقیق خدمات سلامت، طراحی نظام پایش و ارزشیابی، انتخاب شفاف پیمانکار، در نظر گرفتن تمهیدات مدیریت اثربخش قرارداد، تهیه پیش‌نویس قرارداد و اسناد مناقصه و در نهایت اجرای موفق فرآیند مناقصه و مدیریت قرارداد است که هر مرحله با رویکردی عملی و کاربردی تدوین شده است [۸]. ابزار گردآوری داده‌های این مطالعه شامل دو پرسشنامه برای کارکنان و پیمانکاران بود که توسط تیم پژوهش بر اساس چک لیست استاندارد انعقاد قرارداد ارائه شده در سند بانک جهانی اقتباس و طراحی شد. در این چک لیست تمام کارهایی که باید در ۷ مرحله فرآیند برون سپاری انجام شود مشخص شده است. تیم پژوهش با مطالعه دقیق چک لیست و نیز توضیحات هر کدام از مراحل در متن سند، مواردی را که برای بررسی وضعیت برون سپاری باید از کارکنان واحدهای تحت قرارداد و نیز پیمانکاران پرسیده شود استخراج نمود. در مرحله بعد همانطور که در متن سند ذکر شده این راهنما باید متناسب با شرایط

کشوری و محلی مورد استفاده قرار می‌گرفت، در نتیجه موارد استخراج شده در طی جلسه‌ای با شرکت مدیران، کارشناسان ستادی و اجرایی مجرب در حوزه برون سپاری و تیم پژوهش بررسی و متناسب با محیط پژوهش یعنی واحدهای پاراکلینیک برون سپاری شده بیمارستان‌ها به ترتیب به صورت ۱۵ و ۲۲ گویه قابل سنجش نوشته شدند. روایی این پرسشنامه‌ها از طریق روایی محتوا (به روش کیفی) و بررسی پایایی آن نیز با روش آلفای کرونباخ جهت تعیین همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفت. در بررسی روایی محتوا، از ۱۵ نفر از متخصصین، مدیران و صاحب‌نظران حوزه برون سپاری و امور قراردادهای در ستاد دانشگاه و ۵ نفر از کارکنان واحدهای برون سپاری شده به عنوان خبرگان استفاده شد. از این افراد خواسته شد گویه‌های پرسشنامه را از نظر ضرورت، تناسب، وضوح و شفافیت بررسی کرده و نظرات اصلاحی خود را ارائه دهند. اصلاحات پیشنهادی شامل ویرایش ادبی، شفاف‌سازی مفاهیم و ادغام یا حذف برخی گویه‌ها بود که در دو مرحله انجام و پرسشنامه تأیید شد. پایایی پرسشنامه‌ها با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ جهت تعیین همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفت و با مقدار ۰/۸۹ در پرسشنامه کارکنان و ۰/۸۰ در پرسشنامه پیمانکاران تأیید شد. در نهایت پرسشنامه‌هایی با ۲ بخش و دو پرسش باز طراحی شد: بخش اول شامل ۷ سوال در مورد اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان یعنی جنسیت، سن، وضعیت تاهل، شغل، واحد محل خدمت، سابقه کاری و تحصیلات بود. در بخش دوم، سوالات بسته استخراج شده از سند الگوی بانک جهانی مطرح شد. تعداد این دسته از سوالات در پرسشنامه کارکنان ۱۵ گویه و در پرسشنامه پیمانکاران ۲۲ گویه بود. برای پاسخ به گویه‌ها ۳ گزینه در نظر گرفته شد که دارای گزینه‌های «بله، تا حدودی، خیر» بودند و نمره گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۰/۵ و ۰ بود. بعنوان مثال برای بررسی مرحله اول ۳ پرسش از کارکنان پرسیده شد که عبارتند از: «آیا قبل از انعقاد قرارداد با شما جلساتی برای توضیح کار و یا دریافت نظرات شما برگزار شده است؟»، «آیا برای شما هدف از برون سپاری واحدی که در آن مشغول به کار هستید، توضیح داده شده است؟»، «آیا به دغدغه‌های شما (مانند نگرانی ناشی از کاهش دریافتی‌ها و مزایا) در هنگام طراحی قرارداد و فرآیندهای آن توجه شده است؟» به منظور تعیین درصد انطباق هر گویه با الزامات ذکر شده در سند تعداد پاسخ‌های بله در عدد یک، پاسخ‌های تا حدودی در عدد نیم و پاسخ‌های خیر در عدد صفر ضرب شده و مجموع آن‌ها بر کل تعداد پاسخ تقسیم و در ۱۰۰ ضرب شد. در انتهای این پرسشنامه‌ها دو پرسش باز یعنی مهم‌ترین چالش‌ها و مسائلی که در انجام وظایف و عملکرد خود با آن‌ها مواجه هستید کدامند؟ چه پیشنهادها و راهکارهایی برای ارتقای عملکرد واحد کاری خودتان پیشنهاد می‌دهید؟ نیز مطرح شد. به منظور جمع‌آوری داده‌ها، پژوهشگر پس از اخذ مجوزهای لازم و هماهنگی با مسئولین بیمارستان‌های منتخب، به صورت حضوری به این مراکز مراجعه نمود. پرسشنامه‌ها در

بیمارستان‌ها توزیع و با حضور پژوهشگر تکمیل گردید تا ضمن ارائه توضیحات لازم به مشارکت‌کنندگان در خصوص اهداف طرح و نحوه تکمیل گویه‌ها، از کیفیت تکمیل پرسشنامه‌ها اطمینان حاصل شود. از بین ۳۴۵ پرسشنامه توزیع شده در این مراکز ۳۱۶ پرسشنامه تکمیل شده جمع‌آوری شد که نرخ پاسخگویی ۹۱/۵ درصد بود.

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و وضعیت برون‌سپاری از دیدگاه کارکنان و پیمانکاران، از آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. به منظور بررسی ارتباط بین میزان انطباق کل گویه‌ها و متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنسیت، وضعیت تأهل، سن، سطح تحصیلات، سابقه کار و محل کار) از آزمون‌های آماری استنباطی شامل آزمون من-وینتی یو، کروسکال والیس و تحلیل واریانس یک‌طرفه (ANOVA) به همراه آزمون تعقیبی مناسب استفاده شد. سطح معناداری در این آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. جمع‌آوری داده‌ها با دریافت معرفی‌نامه و اجازه کتبی از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و مدیران بیمارستان‌های مورد پژوهش انجام شد. اهداف پژوهش به طور کامل در ابتدای پرسشنامه‌ها ذکر شده و همچنین به طور واضح به شرکت‌کنندگان در پژوهش توضیح داده شدند. پیش از شروع جمع‌آوری داده‌ها، رضایت آگاهانه از تمامی شرکت‌کنندگان اخذ و بر محرمانگی اطلاعات و استفاده از داده‌ها صرفاً در راستای اهداف پژوهش تأکید گردید.

### یافته‌ها

در این مطالعه ۳۱۶ نفر شامل ۳۰۱ نفر از کارکنان و ۱۵ نفر از پیمانکاران واحدهای پاراکلینیکی برون‌سپاری شده (داروخانه، آزمایشگاه و رادیولوژی) مشارکت کردند. در گروه کارکنان، ۲۰۵ نفر از شرکت‌کنندگان (۶۸/۱ درصد) زن، ۱۸۷ نفر (۶۲/۱ درصد) مجرد، ۱۸۴ نفر (۶۱/۱ درصد) دارای مدرک کارشناسی، ۱۴۸ نفر (۴۹/۲ درصد) با سابقه کاری کمتر از ۵ سال و ۱۶۴ نفر (۵۴/۵ درصد) از بخش آزمایشگاه بودند. در گروه پیمانکاران، تمامی افراد مرد و ۱۴ نفر از آنها (۹۳/۳ درصد) متأهل، ۹ نفر (۶۰ درصد) دارای تخصص پزشکی، ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) با سابقه کاری ۱۰ تا ۲۰ سال و به طور مساوی ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) در هر واحد (از سه واحد کاری آزمایشگاه، داروخانه و رادیولوژی) بودند. میانگین و انحراف معیار سن و سابقه کاری کارکنان به ترتیب  $31/3 \pm 7/3$  و  $6/1 \pm 5/2$  و برای پیمانکاران به ترتیب  $45/9 \pm 11/9$  و  $16/8 \pm 9/7$  بود (جدول شماره ۱). نتایج مطالعه نشان داد که ۷۴ نفر از کارکنان (۲۴/۶ درصد) گزارش دادند که قبل از انعقاد قرارداد، جلساتی برای توضیح کار یا دریافت نظراتشان برگزار نشده بود، برای ۱۱۱ نفر از آنها (۳۶/۹ درصد) هدف از برون‌سپاری خدمات توضیح داده نشده بود و ۱۳۱ نفر (۴۳/۸ درصد) بیان کردند که به دغدغه‌های آنها در هنگام

طراحی قرارداد توجه نشده بود. ۱۴۱ نفر از آنان (۴۷ درصد) نمی‌دانستند که در چه صورت علاوه بر حقوق و دریافتی‌های معمول پاداش دریافت می‌کنند. اگرچه ۲۷۷ نفر از کارکنان (۹۲/۳ درصد) از نوع خدماتی که باید ارائه دهند و نحوه انجام کار در واحد خود اطلاع کافی داشتند، در مقابل فقط ۱۲۶ نفر آنها (حدود ۴۲ درصد) از چگونگی پایش و ارزشیابی عملکرد خود اطلاع کامل داشتند. ۱۵۲ نفر از کارکنان (۵۰/۵ درصد) اظهار داشتند که از متن قرارداد اصلی بین پیمانکار و بیمارستان بی‌اطلاع بودند. حقوق و مزایای ۱۰۴ نفر از کارکنان (۳۴/۸ درصد) به موقع پرداخت نمی‌شد و ۱۲۶ نفر (۴۲/۶ درصد) بیان کردند که این پرداخت‌ها به طور عادلانه انجام نمی‌شود. ۱۵۴ نفر (۵۱ درصد) اظهار کردند که حتی اگر مطابق با اهداف تعیین شده عمل کرده باشند، مبلغی به عنوان پاداش مبتنی بر عملکرد برایشان در نظر گرفته نمی‌شود. همچنین ۱۳۰ نفر از کارکنان (۴۳/۳ درصد) گزارش دادند که جلسات منظم و مداوم برای بررسی روند پیشرفت کار برای آنها برگزار نمی‌شد (جدول شماره ۲). یافته‌های حاصل از پرسشنامه پیمانکاران نشان داد که برای ۱۳ نفر از آنان (۸۶/۷ درصد) هدف از برون‌سپاری واحد و شاخص‌های ارزیابی عملکرد توضیح داده شده بود، در حالی که ۹ نفر (۶۰ درصد) بیان کردند که به دغدغه‌های آنان هنگام طراحی قرارداد تا حدودی توجه شده است. ۹ نفر از پیمانکاران (۶۴ درصد) نمی‌دانستند در چه صورت علاوه بر مبلغ قرارداد به آن‌ها پاداش تعلق می‌گیرد. فقط ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) معتقد بودند که کارفرما بطور منظم وضعیت نشانگرهای عملکردی را پیگیری و در این مورد با آنها بحث و گفتگو می‌کند. ۸ نفر آنان (۵۳/۳ درصد) از معیارهای انتخاب خود بطور کامل اطلاع نداشتند. ۱۴ نفر (۹۳/۳ درصد) از اختیارات مدیریتی لازم برای استخدام نیرو برخوردار بودند در حالی که ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) گزارش دادند که اختیاری جهت اختصاص دادن مبلغی مبتنی بر عملکرد به کارکنان بر اساس پایش عملکردشان ندارند. در زمینه توانمندسازی نیز ۵ نفر پیمانکاران (۳۳/۳ درصد) بیان کردند که کارفرما به آنان کمک نمی‌کند تا توانمندی و مهارت کارکنان خود را بهبود بخشند. همچنین فقط برای ۳ نفر آنها (۲۰ درصد) برنامه‌ای برای آموزش وجود داشت. فقط ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) گزارش دادند که جلسات منظم و مداوم برای بررسی روند پیشرفت کار بین آنها و کارفرما برگزار می‌شود و فقط از نظر ۶ نفر از پیمانکاران (۴۰ درصد) کارفرما به تعهدات خود در طول قرارداد عمل کرده است (جدول شماره ۳).

بیشتر کارکنان در پاسخ به سؤالات باز، مهم‌ترین چالش‌های خود را شامل بار کاری بالا و نیروی انسانی ناکافی، پایین بودن حقوق و مزایا، بی‌نظمی و تأخیر در پرداخت‌ها، نظارت ناکافی بر واحدهای برون‌سپاری شده، کمبود تجهیزات و امکانات رفاهی مناسب، فقدان امنیت شغلی و تبعیض بین پرسنل رسمی و قراردادی عنوان کردند.

پیمانکاران هم به مسائلی همچون عدم مشارکت در تدوین محتوای قرارداد، تأخیر در پرداخت مطالبات بیمه‌ای، نبود شفافیت در انتظارات

کارفرما، فقدان برنامه‌های توانمندسازی و ناکافی بودن حمایت مدیران اشاره کردند.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

Table 1- Demographic characteristics of the study participants

متغیر	رده	فراوانی کارکنان (n=۳۰۱)	درصد کارکنان	فراوانی پیمانکاران (n=۱۵)	درصد پیمانکاران	کل (درصد) (N=۳۱۶)
جنسیت	زن	۲۰۵	۶۸/۱	۰	۰	۲۰۵ (۶۴/۹)
	مرد	۹۶	۳۱/۹	۱۵	۱۰۰	۱۱۱ (۳۵/۱)
گروه سنی	کمتر از ۳۰ سال	۱۳۷	۴۵/۵	۰	۰	۱۳۷ (۴۳/۳)
	۳۰ تا ۳۹ سال	۱۲۱	۴۰/۲	۵	۳۳/۳	۱۲۶ (۳۹/۹)
	۴۰ تا ۴۹ سال	۳۶	۱۲/۰	۵	۳۳/۳	۴۱ (۱۳/۰)
	۵۰ سال و بالاتر	۷	۲/۳	۵	۳۳/۳	۱۲ (۳/۸)
وضعیت تاهل	مجرد	۱۸۷	۶۲/۱	۱	۶/۷	۱۸۸ (۵۹/۵)
	متاهل	۱۱۴	۳۷/۹	۱۴	۹۳/۳	۱۲۸ (۴۰/۵)
تحصیلات	فوق دیپلم	۷۰	۲۳/۳	۰	۰	۷۰ (۲۲/۲)
	کارشناسی	۱۸۴	۶۱/۱	۰	۰	۱۸۴ (۵۸/۲)
	کارشناسی ارشد	۴۲	۱۴/۰	۲	۱۳/۳	۴۴ (۱۳/۹)
	دکتری	۵	۱/۶	۴	۲۶/۷	۹ (۲/۸)
	متخصص پزشکی	۰	۰	۹	۶۰	۹ (۲/۸)
سابقه کاری	کمتر از ۵ سال	۱۴۸	۴۹/۲	-	-	۱۴۸ (۴۶/۸)
	۵ تا ۱۰ سال	۸۵	۲۸/۲	۲	۱۳/۳	۸۷ (۲۷/۵)
	۱۰ تا ۲۰ سال	۶۱	۲۰/۳	۸	۵۳/۳	۶۹ (۲۱/۸)
	بیشتر از ۲۰ سال	۷	۲/۳	۵	۳۳/۳	۱۲ (۳/۸)
واحد کاری	داروخانه	۵۱	۱۶/۹	۵	۳۳/۳	۵۶ (۱۷/۷)
	آزمایشگاه	۱۶۴	۵۴/۵	۵	۳۳/۳	۱۶۹ (۵۳/۵)
	رادیولوژی	۸۶	۲۸/۶	۵	۳۳/۳	۹۱ (۲۸/۸)

فرآیند برون‌سپاری با استانداردهای الگوی بانک جهانی را به طور معناداری بهتر ارزیابی کردند. ارتباط میان سطح تحصیلات کارکنان و انطباق از الگوی خطی تبعیت نمی‌کرد؛ بالاترین میزان انطباق در میان دارندگان مدارک دکتری (۶۹/۳۳ درصد) و فوق‌دیپلم (۶۶ درصد) مشاهده شد، در حالی که این مقدار برای مدارک کارشناسی (۵۵/۴۱ درصد) و کارشناسی ارشد (۵۴/۱۴ درصد) پایین‌تر بود. متغیرهای سن، سابقه کار، جنسیت و وضعیت تأهل با میزان انطباق رابطه معناداری نداشتند (جدول شماره ۴).

در بخش پیشنهادها نیز برگزاری جلسات منظم مدیران با کارکنان و پیمانکاران، ارتقای شرایط کاری به ویژه از طریق افزایش نیروی انسانی توانمند، بهبود وضعیت قراردادهای، پرداخت به موقع حقوق و مزایا و برگزاری آموزش‌های کاربردی و بهبود کیفیت پایش و ارزشیابی از درخواست‌های مشترک دو گروه بود. نتایج آزمون‌های آماری در گروه کارکنان نشان داد که متغیرهای سطح تحصیلات و واحد کاری با میزان انطباق کل رابطه معناداری دارند (به ترتیب  $P=0/011$  و  $P=0/001$ ). کارکنان داروخانه با میزان انطباق ۷۵/۵ درصد نسبت به کارکنان آزمایشگاه (۵۶/۱ درصد) و رادیولوژی (۵۲/۵ درصد) وضعیت مطابقت

جدول ۲- توزیع فراوانی پاسخ‌های کارکنان واحدهای برون‌سپاری شده به سوالات پرسشنامه

Table 2- Frequency distribution of responses of staff in outsourced units to the questionnaire items

میزان انطباق گویه (درصد)	فراوانی (درصد)	پاسخ	گویه
۶۵	۱۶۴ (۵۴/۵) ۶۳ (۲۰/۹) ۷۴ (۲۴/۶)	بله تاحدودی خیر	آیا قبل از انعقاد قرارداد با شما جلساتی برای توضیح کار و یا دریافت نظرات شما برگزار شده است؟
۵۱	۱۱۷ (۳۸/۹) ۷۳ (۲۴/۲) ۱۱۱ (۳۶/۹)	بله تاحدودی خیر	آیا برای شما هدف از برون‌سپاری واحدی که در آن مشغول به کار هستید توضیح داده شده است؟
۴۴	۹۴ (۳۱/۵) ۷۶ (۲۴/۷) ۱۳۱ (۴۳/۸)	بله تاحدودی خیر	آیا به دغدغه‌های شما (مانند نگرانی ناشی از کاهش دریافتی‌ها و مزایا) در هنگام طراحی قرارداد و فرآیندهای آن توجه شده است؟
۴۱	۸۷ (۲۸/۸) ۷۳ (۲۴/۲) ۱۴۱ (۴۷)	بله تاحدودی خیر	آیا می‌دانید که در چه صورت به شما پاداش (علاوه بر حقوق و دریافتی‌های معمول) تعلق می‌گیرد؟
۶۵	۱۵۶ (۵۱/۹) ۷۹ (۲۶/۲) ۶۶ (۲۱/۹)	بله تاحدودی خیر	آیا دقیقاً میدانید که اگر نتوانید به معیارهای عملکرد دست یابید، با چه خطر مالی (مانند دریافتی کمتر) مواجه می‌شوید؟
۹۰	۲۵۲ (۸۴) ۳۸ (۱۲/۳) ۱۱ (۳/۷)	بله تاحدودی خیر	آیا در مورد نوع کار در واحد پاراکلینیکی مورد نظر و نحوه انجام آن اطلاع کافی دارید؟
۹۵	۲۷۷ (۹۲/۳) ۱۷ (۵/۴) ۷ (۲/۳)	بله تاحدودی خیر	آیا در مورد نوع خدماتی که باید ارائه دهید، اطلاع دارید؟
۶۰	۱۲۶ (۴۱/۹) ۱۰۸ (۳۵/۸) ۶۷ (۲۲/۳)	بله تاحدودی خیر	آیا دقیقاً می‌دانید عملکرد شما چگونه پایش و ارزشیابی میشود؟
۴۰	۸۸ (۲۹/۴) ۶۱ (۲۰/۱) ۱۵۲ (۵۰/۵)	بله تاحدودی خیر	آیا از متن قرارداد بین پیمانکار و بیمارستان اطلاع دارید؟
۸۷	۲۴۷ (۸۲/۶) ۲۷ (۸/۷) ۲۷ (۸/۷)	بله تاحدودی خیر	آیا بین شما و پیمانکار قراردادی برای کار در واحد پاراکلینیکی مورد نظر منعقد شده است؟
۵۱	۱۰۷ (۳۵/۸) ۹۵ (۳۱/۱) ۹۹ (۳۳/۱)	بله تاحدودی خیر	آیا زمان و نحوه پرداخت حقوق و مزایای شما صراحتاً و به طور کامل تشریح شده است؟
۵۱	۱۱۰ (۳۶/۸) ۸۷ (۲۸/۴) ۱۰۴ (۳۴/۸)	بله تاحدودی خیر	آیا حقوق و مزایای شما به موقع پرداخت می‌شود؟
۴۵	۹۸ (۳۲/۴) ۷۷ (۲۵) ۱۲۶ (۴۲/۶)	بله تاحدودی خیر	آیا حقوق و مزایای شما بطور عادلانه (بر اساس حجم و کیفیت کار و در مقایسه با سایر کارکنان) پرداخت می‌شود؟
۳۹	۸۵ (۲۸/۵) ۶۲ (۲۰/۵) ۱۵۴ (۵۱)	بله تاحدودی خیر	آیا در صورتی که مطابق با اهداف تعیین شده عمل کرده باشید، مبلغی به عنوان پاداش (مبتنی بر عملکرد) برای شما در نظر گرفته می‌شود؟
۴۵	۱۰۱ (۳۳/۷) ۷۰ (۲۳) ۱۳۰ (۴۳/۳)	بله تاحدودی خیر	آیا جلسات منظم و مداوم (هر یک یا دو ماه) جهت بررسی روند پیشرفت کار برای شما برگزار می‌شود؟
۵۸			انطباق کل

جدول ۳- توزیع فراوانی پاسخ‌های پیمانکاران واحدهای برونسپاری شده به سوالات پرسشنامه

Table 3- Frequency distribution of responses of contractors in outsourced units to the questionnaire items

میزان انطباق گویه (درصد)	فراوانی (درصد)	سطوح	گویه
۸۰	۱۲ (۸۰)	بله تاحدودی	آیا قبل از انعقاد قرارداد با شما مذاکراتی جهت توضیح کار و یا دریافت نظرات شما انجام شده است؟
	۳ (۲۰)	خیر	
۸۷	۱۳ (۸۶/۷)	بله تاحدودی	آیا هدف از برون‌سپاری واحد کاری و شاخص‌های مربوط به ارزیابی عملکرد این واحد برای شما توضیح داده شده است؟
	۲ (۱۳/۳)	خیر	
۸۷	۱۳ (۸۶/۷)	بله تاحدودی	آیا قبل از انعقاد قرارداد پیش‌نویس آن در اختیار شما قرار گرفته است؟
	۲ (۱۳/۳)	خیر	
۵۷	۴ (۲۷)	بله تاحدودی	آیا به دغدغه‌های شما (مانند نگرانی ناشی از عدم اطلاع کامل از معیارهای انتخاب پیمانکاران) توجه شده است؟
	۹ (۶۰)	خیر	
۳۷	۵ (۲۹)	بله تاحدودی	آیا می‌دانید که در چه صورت به شما پاداش (علاوه بر مبلغ قرارداد) تعلق می‌گیرد؟
	۱ (۷)	خیر	
۵۳	۶ (۴۰)	بله تاحدودی	آیا در صورت عدم انجام تعهدات توسط کارفرما، یک فرآیند روشن برای لغو قرارداد و انجام جریمه‌های دیگر وجود دارد؟
	۴ (۲۷)	خیر	
۸۳	۱۱ (۷۳)	بله تاحدودی	آیا دقیقاً میدانید که اگر نتوانید به معیارهای عملکرد دست یابید، با چه خطر مالی (مانند دریافتی کمتر) مواجه می‌شوید؟
	۳ (۲۰)	خیر	
۷۷	۹ (۶۰)	بله تاحدودی	آیا در صورت عدم انجام تعهدات توسط شما (پیمانکار)، یک فرآیند روشن برای لغو قرارداد و انجام جریمه‌های دیگر وجود دارد؟
	۵ (۳۳)	خیر	
۶۰	۵ (۳۳/۳)	بله تاحدودی	آیا کارفرما به طور منظم در مورد وضعیت نشانگرها با شما بحث و گفتگو می‌کند؟
	۸ (۵۲/۳)	خیر	
۷۷	۸ (۵۲/۳)	بله تاحدودی	آیا ناظران قرارداد در زمان بازدید از واحد درباره شاخص‌های عملکرد (مانند کیفیت و حجم خدمات ارائه شده) به شما بازخورد می‌دهند و گفتگو می‌کنند؟
	۷ (۴۶/۷)	خیر	
۷۰	۹ (۶۰)	بله تاحدودی	آیا میدانید که حجم خدمات ارائه شده در واحد شما در زمان شروع قرارداد به چه میزان بوده است؟
	۳ (۲۰)	خیر	
۶۳	۷ (۴۶/۷)	بله تاحدودی	آیا میدانید که حجم خدمات ارائه شده در واحد شما پس از گذشت یک سال کاری به چه میزان باید برسد؟
	۵ (۳۳/۳)	خیر	
۸۷	۱۱ (۷۳/۳)	بله تاحدودی	آیا موضوع قرارداد و چگونگی تعیین میزان موفقیت شما در انجام قرارداد مشخص است؟
	۴ (۲۶/۷)	خیر	
۷۷	۹ (۶۰)	بله تاحدودی	آیا در مورد فرآیند پایش و ارزشیابی فعالیت‌ها و عملکرد واحد کاری خود و نحوه انجام آن اطلاع دارید؟
	۵ (۳۳/۳)	خیر	
۷۳	۷ (۴۶/۷)	بله تاحدودی	آیا از معیارهای انتخاب پیمانکاران بطور کامل اطلاع دارید؟
	۸ (۵۲/۳)	خیر	
۹۷	۱۴ (۹۳/۳)	بله تاحدودی	آیا در مورد استخدام نیرو و سایر مسائل مربوط به آنها اختیار تام مدیریتی (البته با در نظر گرفتن شرایط و ضوابط تعیین شده) به شما داده شده است؟
	۱ (۶/۷)	خیر	

ادامه جدول ۳- توزیع فراوانی پاسخ‌های پیمانکاران واحدهای برونسپاری شده به سوالات پرسشنامه

Table 3 -Continue frequency distribution of responses of contractors in outsourced units to the questionnaire items

میزان انطباق گویه (درصد)	فراوانی (درصد)	سطوح	گویه
۵۰	۷ (۴۶/۷)	بله	آیا در مورد اختصاص دادن مبلغی مبتنی بر عملکرد به کارکنان بر اساس پایش عملکردشان به شما اختیار داده شده است؟
	۱ (۶/۶)	تاحدودی	
	۷ (۴۶/۷)	خیر	
۵۳	۶ (۴۰)	بله	آیا کارفرما به شما کمک میکند تا توانمندی و مهارت کارکنان خود را بهبود بخشید؟
	۴ (۲۶/۷)	تاحدودی	
	۵ (۳۳/۳)	خیر	
۵۰	۳ (۲۰)	بله	آیا برنامه‌ای برای آموزش شما وجود دارد؟
	۹ (۶۰)	تاحدودی	
	۳ (۲۰)	خیر	
۸۳	۲ (۶۶/۷)	بله	اگر پاسخ مثبت است آیا مستنداتی که نشان دهنده آن باشد دارید؟
	۱ (۳۳/۳)	تاحدودی	
	۰	خیر	
۵۳	۴ (۲۶/۷)	بله	آیا جلسات منظم و مداوم (هر یک یا دو ماه) جهت بررسی روند پیشرفت کار بین واحد مدیریت قرارداد (کارفرما) و شما برگزار می شود؟
	۸ (۵۳/۳)	تاحدودی	
	۳ (۲۰)	خیر	
۶۰	۶ (۴۰)	بله	آیا کارفرما در طول مدت قرارداد به تعهدات خود عمل کرده است؟
	۶ (۴۰)	تاحدودی	
	۳ (۲۰)	خیر	
۶۹			انطباق کل

جدول ۴- ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناختی کارکنان با میزان انطباق با الگوی بانک جهانی

Table 4- Association between staff demographic variables and the level of compliance with the World Bank model

P-value	مقدار آماره آزمون	گروه	متغیر
۰/۰۱۱	H = ۱۳/۰۲۱	کارکنان	تحصیلات
۰/۴۴۸	F = ۰/۸۵۹	پیمانکاران	
۰/۰۰۱	H = ۳۹/۳۷۰	کارکنان	واحد کاری
۰/۲۰۶	F = ۱/۸۱۰	پیمانکاران	
۰/۱۲۳	H = ۵/۷۷۵	کارکنان	سن
۰/۰۰۷	F = ۷/۷۰۵	پیمانکاران	
۰/۸۰۷	H = ۰/۹۷۷	کارکنان	سابقه کار
۰/۳۹۵	F = ۱/۰۸۶	پیمانکاران	
۰/۳۸۷	U = ۹۲۳۲	کارکنان	جنسیت
۰/۰۷۰	U = ۹۳۳۲	کارکنان	وضعیت تاهل

## بحث

را به خود اختصاص داد. یافته‌ها نشان داد که ۴۳/۸ درصد از کارکنان بیان کردند که به دغدغه‌های آن‌ها در هنگام طراحی قرارداد توجه نشده بود و ۲۴/۶ درصد از عدم برگزاری جلسات برای توضیح کار یا دریافت نظراتشان پیش از عقد قرارداد خبر دادند. مطالعات کاهویی و همکاران [۱۸] و مطالعه نیکنام و همکاران [۱۹] نشان داد که نادیده گرفته شدن کارکنان در فرآیند تصمیم‌گیری موجب بی‌اعتمادی، نگرانی شغلی و افت انگیزه آنها شده و عدم برگزاری جلسات منظم و مشارکت ناکافی کارکنان در تنظیم مفاد قرارداد، اجرای مؤثر قرارداد را با چالش مواجه

مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت برون‌سپاری خدمات پاراکلینیکی از منظر کارکنان و پیمانکاران انجام شد. در میان کارکنان، بیشترین موارد پاسخ منفی یا عدم اطلاع مربوط به دریافت پاداش مبتنی بر عملکرد، نحوه پایش و ارزشیابی عملکرد، برگزاری جلسات منظم با کارفرما و پرداخت به موقع و عادلانه حقوق و مزایا بود. در گروه پیمانکاران نیز آگاهی از نحوه تعلق پاداش، وجود برنامه توانمندسازی و استمرار جلسات ارزیابی از سوی کارفرما، بیشترین سهم پاسخ‌های منفی

منصفانه، بدون تبعیض و همراه با مشوق‌های عملکردی باشد. همچنین حقوق عادلانه متناسب با مهارت‌ها و عملکرد کارکنان و نیز پرداخت بموقع و منظم آن، همواره به عنوان یک اصل اساسی برای عملکرد بهینه و بهبود کیفیت زندگی کاری آنها مورد تاکید است [۲۸، ۲۹]. پرداخت با تاخیر حقوق موجب تضعیف انگیزه‌های کارکنان و مشکلات روان شناختی از قبیل استرس یا ترس از عدم امنیت شغلی می‌شود و رفاه روان شناختی آنها را مختل می‌کند [۳۰، ۳۱]. حقوق و مزایای پایین نیز می‌تواند منجر به تأثیرات منفی بر سلامت روانی و جسمی، نرخ بالای استرس، فرسودگی شغلی، کاهش اعتماد و انسجام اجتماعی در میان کارکنان شود [۳۲، ۳۳]. ۵۱ درصد کارکنان اظهار کردند که حتی اگر مطابق با اهداف تعیین شده عمل کرده باشند، مبلغی به عنوان پاداش مبتنی بر عملکرد برایشان در نظر گرفته نمی‌شود. در پژوهش Petersen و همکاران [۳۴] اشاره شده است که پیمانکاران با هدف کاهش هزینه، پرداخت مزایا و پاداش کارکنان را محدود می‌کنند. یافته‌های مطالعه Kiwanuka و همکاران [۳۵] نشان می‌دهد که نبود شفافیت و انسجام در تخصیص مشوق‌ها، باعث تضعیف انگیزش کارکنان می‌شود. راثی و همکاران [۳۶] نیز نادیده گرفتن سنوات خدمت کارکنان قراردادی در پرداخت پاداش و مزایا را به‌عنوان یکی از چالش‌های مهم منابع انسانی ذکر کرده‌اند. مشوق‌ها می‌توانند در جذب کارکنان جدید، بهبود انگیزش و عملکرد کارکنان موجود و کاهش میزان ترک شغل آنان کمک کنند. مطالعات نشان می‌دهد که طرح‌های تشویقی موثر منوط به تحقق اهداف واضح، عادلانه و شفاف، بر اساس نیازها و ترجیحات کارکنان و ترکیبی از مشوق‌های مالی و غیرمالی هستند. نابرابری واقعی یا ادراک شده در طراحی و اجرای مشوق‌ها، به‌طور مکرر به عنوان یکی از منابع اصلی بی‌انگیزگی در میان کارکنان سلامت شناخته می‌شود؛ مسئله‌ای که نه تنها عملکرد فردی و سازمانی را تحت تأثیر منفی قرار می‌دهد، بلکه می‌تواند به تشدید مهاجرت کارکنان سلامت نیز منجر شود [۳۷]. یافته‌ها نشان داد که کارکنان داروخانه نسبت به کارکنان آزمایشگاه و رادیولوژی مطابقت فرآیند برون سپاری را با استانداردهای الگوی بانک جهانی بطور معنی‌داری بیشتر ارزیابی کردند. وجود تجربه‌های برون سپاری بیشتر، فرآیندهای نسبتاً پایدار، استانداردهای قابل‌اندازه‌گیری و تعامل شفاف‌تر با زنجیره تأمین در داروخانه‌ها ممکن است درک مثبت‌تری از این فرآیند ایجاد کرده باشد. همچنین مطالعه رجایی و همکاران [۳۸] نشان داد که مسئولان بالینی وضعیت داروخانه‌ها را پس از واگذاری بهتر از گذشته ارزیابی کرده‌اند و در تمامی شاخص‌ها حداقل ۸۰ درصد کارکنان رضایت داشتند. مطالعه موسوی و همکاران [۳۹] کاهش تعهد سازمانی کارکنان رادیولوژی را پس از برون سپاری گزارش کرده است. در مطالعه دیگری نارضایتی و خروج کارکنان هیئت‌علمی در نتیجه واگذاری آزمایشگاه گزارش شده است [۴۰].

کرده است. در مطالعات Basiru و همکاران [۲۰] و Maluka و همکاران [۲۱] تأکید شده است که نبود توازن در قدرت مذاکره، فقدان شفافیت در مسئولیت‌ها و مشارکت ناکافی ارائه‌دهندگان خدمات در جلسات برنامه‌ریزی، از عوامل اصلی بروز تعارض، کاهش اعتماد و اختلال در اجرای قراردادهای بوده است. طراحی و اجرای مؤثر قراردادهای نیازمند مشورت نزدیک با کارکنان سلامت و سایر ذی‌نفعان است و وجود یک فرآیند مشورتی در مرحله طراحی می‌تواند از بروز مشکلات در مرحله اجرا جلوگیری کند [۸]. نبود گفتگوی ساختار یافته بین بخش‌های دولتی و خصوصی، نه تنها شفافیت فرآیند برون‌سپاری را تضعیف می‌کند، بلکه احتمال شکست در ارائه خدمات را افزایش می‌دهد [۱۴].

یافته‌های این مطالعه نشان داد که فقط حدود ۴۲ درصد کارکنان از چگونگی پایش و ارزشیابی عملکرد خود اطلاع کامل داشتند و ۴۳/۳ درصد آنها اظهار داشتند که جلسات منظم جهت بررسی روند پیشرفت کار برای آنها برگزار نمی‌شود. در پاسخ به سوال باز نیز نظارت ضعیف و ناکافی بر واحدهای برون سپاری شده را بعنوان یک چالش مطرح کردند. بررسی Muhjazi و همکاران [۲۲] در پاکستان نشان داد که فقط ۲۳ درصد از ارائه‌دهندگان خصوصی عملکردشان توسط نهادهای دولتی پایش شده است. مطالعه رئیسی و همکاران [۲۳] در بیمارستان‌های تهران نشان داد که ضعف در طراحی نشانگرهای پایش و دشواری در ارزشیابی عملکرد پیمانکار، یکی از چالش‌های جدی در مدیریت برون سپاری بوده است. پایش و ارزشیابی یک ساز و کار کلیدی برای بهبود تحقق نتایج در قراردادهای برون سپاری خدمات سلامت است و به‌عنوان تنها منبع جهت‌دهی عملکرد پیمانکاران عمل می‌کند. حتی اگر قرارداد به خوبی تعریف شده باشد، در صورت نبود نظام مؤثر پایش، بیمارستان ابزارهای لازم برای انگیزش عملکرد در چارچوب قرارداد را ندارد [۱۴، ۲۴]. بطور کلی کارکنان باید بدانند چه وظایفی از آنان انتظار می‌رود و بازخوردی دریافت کنند که به بهبود عملکردشان کمک کند. نظارت محور این امر مهم است و در حل مسائل، بهبود کیفیت مراقبت‌ها و حمایت از کارکنان نقش اساسی ایفا می‌نماید [۲۵]. ۳۴/۸ درصد از کارکنان از عدم پرداخت به موقع حقوق و مزایا خبر دادند و ۴۲/۶ درصد نیز این پرداخت‌ها را ناعادلانه ارزیابی کردند. همچنین در پاسخ به سوال باز پایین بودن حقوق و مزایا یکی از چالش‌های پرتکرار کارکنان بود. این یافته با مطالعه Zuberi [۲۶] که به کاهش حقوق، نبود مشوق مالی و فشار اقتصادی بر کارکنان بیمارستانی برون سپاری شده در کانادا اشاره دارد هم‌راستا است. همچنین مطالعه خسروی و همکاران [۲۷] تأخیر در پرداخت حقوق کارکنان در واحدهای برون سپاری شده را یکی از عوامل اصلی نارضایتی شغلی و افت بهره‌وری دانسته است. این وضعیت ممکن است در نبود تعهد قانونی پیمانکاران به استانداردهای پرداخت و تمرکز آنها بر سودآوری ایجاد شود. استراتژی جهانی نیروی کار سلامت تأکید می‌کند که نظام پرداخت باید شفاف،

که به دلیل عدم انتقال کافی دانش، سیستم اطلاعات مدیریت به تدریج از کار افتاد و نهاد مسئول آن را کنار گذاشت [۴۷].

از نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان به استفاده از یک الگوی بین‌المللی معتبر (بانک جهانی) برای طراحی ابزار، پوشش هم‌زمان دو گروه مهم ذینفع (کارکنان و پیمانکاران) و انجام پژوهش در بستر بیمارستان‌ها اشاره کرد که یافته‌ها را از حیث کاربرد عملی غنی می‌سازد. در عین حال این مطالعه با محدودیت‌هایی همراه بود که تفسیر نتایج آن را نیازمند احتیاط می‌سازد. به دلیل ازدحام و حجم کاری بالا در در واحدهای پاراکلینیکی، احتمال وجود خطا یا نقص در تکمیل پرسشنامه‌ها توسط برخی از پاسخگویان وجود داشت. برای کاهش اثر این محدودیت، پژوهشگر به صورت حضوری در محل جمع‌آوری داده‌ها حضور داشت و با ارائه توضیحات لازم، بر فرآیند تکمیل پرسشنامه‌ها نظارت مستقیم داشته است. علاوه بر این، احتمال بروز خطای یادآوری نیز وجود داشت؛ به‌گونه‌ای که برخی شرکت‌کنندگان ممکن است اطلاعاتی را فراموش کرده باشند. از سویی ممکن است با توجه به مقطع زمانی انجام مطالعه، بالا یا پایین بودن حجم کار بر پاسخ‌ها تاثیر گذاشته باشد. همچنین از آنجا که در این مطالعه فقط از روش‌های کمی استفاده شد، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده جهت رفع این خطاهای احتمالی، از رویکرد ترکیبی (کمی - کیفی) بهره گرفته شود.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد، فرایند برون‌سپاری واحدهای پاراکلینیکی در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در بسیاری از ابعاد مهم با الزامات الگوهای بین‌المللی به‌ویژه الگوی بانک جهانی، انطباق کامل ندارد. برای ارتقای این فرآیند، لازم است. در طراحی قراردادهای شاخص‌های عملکردی شفاف و قابل سنجش لحاظ شده و مبنای پرداخت‌ها، چک‌لیست‌های ارزیابی دقیق و یکپارچه‌ای باشد که توسط واحدهای تخصصی دانشگاه طراحی و نظارت می‌شود. استفاده از سامانه‌های الکترونیکی مدیریت قرارداد، ارائه بازخوردهای مستمر، اجرای آموزش‌های هدفمند برای کارکنان، پیمانکاران و مدیران و استقرار نظام پرداخت عادلانه و شفاف نیز از الزامات تحقق اهداف کیفی این سیاست است. تقویت تعاملات ساختارمند میان پیمانکاران و خریداران خدمت، به ویژه از طریق جلسات منظم بازنگری و اصلاح فرآیندها به ارتقای اثربخشی کمک می‌کند. همچنین افزایش شفافیت در انتخاب پیمانکار با اعلام معیارهای رسمی و برگزاری نشست‌های توجیهی، به بهبود اعتماد و عدالت در اجرا منجر خواهد شد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، ضمن بهره‌گیری از روش‌های کیفی برای تحلیل تجربه ذینفعان، شاخص‌هایی نظیر رضایت‌گیرندگان خدمت، کیفیت واقعی خدمات و نقش فناوری‌های نوین در ارتقای عملکرد پیمانکاران نیز مورد ارزیابی قرار گیرد.

در مقابل، یافته‌های خدادوست و همکاران در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی نشان داد که سطح رضایت در داروخانه‌های واگذار شده نیز کمتر از حد مطلوب بوده است [۴۱] که ممکن است ناشی از تفاوت در نوع خدمت، شرایط اجرایی، میزان تعامل با ذی‌نفعان یا نهاد پیمانکار باشد. سازمان جهانی بهداشت هم بر ضرورت بهبود ارائه خدمات از طریق هم‌راستاسازی و هماهنگ‌سازی فرآیندها و اطلاعات میان خدمات مختلف تاکید دارد [۴۲]. طراحی ناهماهنگ یا تفاوت‌های غیرمنطقی در اجرای خدمات می‌تواند موجب نارضایتی و کاهش اثربخشی برنامه گردد [۸].

در این پژوهش، ۵۳/۳ درصد پیمانکاران از معیارهای انتخاب خود بطور کامل اطلاع نداشتند. این یافته می‌تواند ناشی از ضعف ارتباط سازمانی، نبود فرآیند آموزش و عدم الزام قانونی به شفاف‌سازی معیارها باشد. نتایج پایان‌نامه Theeranon [۴۳] نشان داده است که پیمانکاران بدون شناخت کافی و صرفاً بر اساس بهای پیشنهادی خدمات انتخاب شدند که موجب تأخیر و نارضایتی شد.

مطالعات دیگر به عدم آشنایی شرکت‌های خصوصی با قالب قرارداد، قراردادهای پیچیده و غیرشفاف و نبود مکانیزم نظارت اشاره دارد که از موانع برون‌سپاری موفق هستند [۲۷، ۴۴]. مطالعه خسروی‌زاده و همکاران نیز هشدار می‌دهد که بی‌توجهی به شاخص‌های کیفی موجب تصمیم‌گیری‌های ضعیف می‌شود [۴۵]. بانک جهانی تأکید می‌کند که معیارهای انتخاب باید صریح، واقعی و پیش از آغاز فرایند برای همه شفاف باشد در غیر این صورت یافتن پیمانکار مناسب دشوار می‌شود [۸]. سازمان جهانی بهداشت نیز هشدار می‌دهد که نبود شفافیت منجر به سوگیری و کاهش کیفیت خدمات خواهد شد [۱۴]. فقط ۲۰ درصد پیمانکاران از وجود برنامه مشخصی از طرف کارفرما برای توانمندسازی خود را گزارش کردند و ۳۳/۳ درصد بیان کردند که کارفرما به آنان کمک نمی‌کند تا توانمندی و مهارت کارکنان خود را بهبود بخشند. یافته حاضر با نتایج مطالعه کریمی و همکاران [۴۶] که در آن عدم توانمندسازی بخش خصوصی به عنوان یکی از موانع اصلی موفقیت در واگذاری‌ها شناسایی شده است همخوانی دارد. مطالعه Mrak و همکاران [۴۰] در آمریکا نشان داد که برون‌سپاری خدمات آزمایشگاه موجب بروز اختلال در برنامه‌های آموزشی و تضعیف جایگاه اعضای هیئت‌علمی آموزش‌دهنده شد. در همین راستا، Berry و همکاران [۱۷] توصیه می‌کنند که کارکنان پیمانکار باید در برنامه‌های آموزشی، جلسات حرفه‌ای و فعالیت‌های سازمانی مشارکت داده شوند تا احساس تعلق بیشتری شکل گیرد. بانک جهانی نیز تأکید دارد که مدیر قرارداد در ایجاد توانمندی برای تحقق الزامات قراردادی به پیمانکار کمک کند و برنامه انتقال دانش و توسعه ظرفیت باید با توافق پیمانکار در قرارداد گنجانده و با در نظر گرفتن کارکنان مرتبط برای تداوم این فرایند برنامه‌ریزی شود. در یک نمونه مطالعه موردی در همین سند اشاره شده

## تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در دانشکده بهداشت و ایمنی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است. نویسندگان از تمامی روسا و مدیران، کارکنان و پیمانکاران محترم که در این پژوهش مشارکت داشتند و تمامی افراد و سازمان‌هایی که در انجام پژوهش، گردآوری مطالب و تدوین مقاله همکاری داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌نماید.

## تضاد منافع نویسندگان

نویسندگان اعلام می‌دارند هیچگونه تضاد یا تعارض منافی ندارند.

## تامین مالی مطالعه

پژوهش حاضر حامی مالی ندارد.

## ملاحظات اخلاقی

این پژوهش حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد با کد اخلاق IR.SBMU.PHNS.REC.1402.1690 مصوب کمیته اخلاق

publications/i/item/9789240018327. Accessed Dec 7, 2020.

6- WHO. Analysing disrupted health sectors: A modular manual / enrico pavignani and sandro colombo. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/44299>. Accessed Dec 12, 2009.

7- WHO. World Health Organization health systems strengthening glossary. Available from: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-systems-strengthening-glossary.pdf>. Accessed Jul 19, 2025.

8- WBG. Performance-based contracting for health services in developing countries: A toolkit. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/f9d1dc78-6228-58b6-bb1e-fc9def8e796a> Accessed May 18, 2008.

9- Akhavan S. Iranian healthcare system and raising wave of privatization: A literature review. *Health Scope* 2021; 10(3):e111545. Doi: 10.5812/jhealthscope.111545.

10- Kavosi Z, Rahimi H, Khanian S, Farhadi P, Kharazmi E. Factors influencing decision making for healthcare services outsourcing: A review and Delphi study. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* 2018; 32:56. Doi: 10.14196/mjiri.32.56.

11-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 (In Persian).

دانشکده بهداشت و مرکز تحقیقات علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است.

## مشارکت نویسندگان

ایده و طراحی مطالعه: ثنا شعبان، عباس دانش کهن  
جمع‌آوری داده‌ها: ثنا شعبان، حامد دهنوی  
تحلیل و تفسیر داده‌ها: ثنا شعبان، عباس دانش کهن  
نگارش پیش‌نویس مقاله: ثنا شعبان

بازبینی انتقادی مقاله از نظر محتوای علمی: عباس دانش کهن، حامد دهنوی، سعید غلامزاده  
تجزیه و تحلیل آماری: فرید زابیری  
حمایت‌های اداری، فنی و پشتیبانی محتوا: حامد دهنوی، سعید غلامزاده، احسان زارعی  
نظارت بر مطالعه: عباس دانش کهن

## استفاده از هوش مصنوعی

در تدوین این مقاله از هوش مصنوعی استفاده نشده است.

## References

- 1- WHO. Regional action framework on improving hospital planning and management in the Western Pacific. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789290618935>. Accessed Apr 16, 2020.
- 2- Marzban S, Anisi S, Salahi R, Kalte EA, Bay V. Comprehensive organizational diagnosis of Imam Hussein Hospital (Shahid Beheshti University of Medical Sciences- affiliated) based on Weisbord model in 2015. *Journal of Health in the Field* 2016; 4(3):1-8 (In Persian).
- 3- Barati O, Najibi M, Yusefi AR, Dehghan H, Delavari S. Outsourcing in Shiraz University of Medical Sciences; a before and after study. *Journal of the Egyptian Public Health Association* 2019; 94(13). Doi:10.1186/s42506-019-0010-0.
- 4- Hatami H, Moridani MA, Heidarzadeh A, Kazemi S. Evaluating the impact of outsourcing commercial and passenger healthcare services at the border from Astara on the quantity and quality of IHR implementation. *Journal of Health in the Field* 2023; 11(1):17-22 (In Persian).
- 5- WHO. Engaging the private health service delivery sector through governance in mixed health systems: Strategy report of the WHO advisory group on the governance of the private sector for universal health coverage. Available from: <https://www.who.int/>

- 12- Moslehi S, Atefimanesh P, Asiabar AS, Ahmadzadeh N, Kafaeimehr M, Emamgholizadeh S. Does outsourcing paramedical departments of teaching hospitals affect educational status of the students?. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* 2016; 30:404. PMID:27683645.
- 13- Kinjoll D. *Global Healthcare Regulatory Affairs Outsourcing Market Overview*. New York: Market Research Future; 2025.
- 14- WHO. A guide to contracting for health services during the Covid-19 pandemic. Available from: <https://documents.worldbank.org/pt/publication/documents-reports/documentdetail/298081621305271626>. Accessed May 18, 2021.
- 15- Siddiqi S, Masud TI, Sabri B. Contracting but not without caution: experience with outsourcing of health services in countries of the Eastern Mediterranean Region. *Bulletin of the World Health Organization* 2006; 84:867–75.
- 16- Bahram M, Mohsen A, Ahmad Barati M, Mehdi B. The impact of outsourcing the pharmaceutical services on outpatients1 satisfaction in Lorestan rural health centers. 2011; 10(3):79-88 (in Persian).
- 17- Berry LL, Letchuman S, Ramani N, Barach P. The high stakes of outsourcing in health care. In: *Mayo Clinic Proceedings* 2021; 96(11):2879-90.
- 18- Kahouei M, Farrokhi M, Abadi ZN, Karimi A. Concerns and hopes about outsourcing decisions regarding health information management services at two teaching hospitals in Semnan, Iran. *Health Information Management Journal* 2016; 45(1):36–44.
- 19- Niknam N, Gorji HA, Langarizadeh M. The challenge of outsourcing of hospital services in Iran: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion* 2020; 30(9):294.
- 20- Basiru JO, Ejiofor CL, Onukwulu EC, Attah RU. The impact of contract negotiations on supplier relationships: A review of key theories and frameworks for organizational efficiency *International Journal of Multidisciplinary Research and Growth Evaluation* 2023; 4(1):788–802.
- 21- Maluka S. Contracting out non-state providers to provide primary healthcare services in Tanzania: Perceptions of stakeholders. *International Journal of Health Policy and Management* 2018; 7(10):910. Doi: 10.15171/ijhpm.2018.46.
- 22- Muhjazi G, Idrees N, Salah H, Asghar MN, Shirazi A, Hutin Y. Engagement of private health sector in communicable disease and immunization programmes in Pakistan. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2024; 30(1).
- 23- Raeissi P, Sokhanvar M, Kakemam E. Outsourcing in Iranian hospitals: Findings from a qualitative study. *The International Journal of Health Planning and Management* 2018; 33(4):e1250–e61.
- 24- Kusek JZ, Rist RC. Ten steps to a results-based monitoring and evaluation system: A handbook for development practitioners: World Bank Publications. 2nd ed. USA: Washington; 2004.
- 25- Kok MC, Vallières F, Tulloch O, Kumar MB, Kea AZ, Karuga R, et al. Does supportive supervision enhance community health worker motivation? A mixed-methods study in four African countries. *Health Policy and Planning* 2018; 33(9):988–98.
- 26- Zuberi D. Contracting out hospital support jobs: The effects of poverty wages, excessive workload, and job insecurity on work and family life. *American Behavioral Scientist* 2011; 55(7):920–40.
- 27- Khosravi M, Barati O, Zare Z, Izadi R. Challenges and solutions in the outsourcing process of healthcare units: A thematic analysis of a scoping review. *International Journal of Healthcare Management* 2023; 17(4): 691–701.
- 28- WHO. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>. Accessed July 7, 2020.
- 29- Zarei E, Najafi M, Rajaei R. The relationship between working life quality and turnover intention among hospital staff. *Journal of Health in the Field* 2014; 2(3):25–31 (In Persian).
- 30- Ancheta GJ, Capagalan SM, Ortega RMG, Blanco J, Evangelista CBS, Balading J, et al. Farmer's Life: The psychological well-being, lived experiences, and challenges. *Psychology and Education: A Multidisciplinary Journal* 2023; 7(1):189-201.
- 31- WHO. Weekly epidemiological update on COVID-19 -1 June 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---1-june-2021>. Accessed June 1, 2021.
- 32- Driver N. What do we owe health care workers who earn low wages?. *American Medical Association Journal of Ethics* 2022; 24(9):819–21.
- 33- International Labour Organization. *Inequalities and the world of work*. Geneva, Switzerland: ILO;2021 Nov 19. Available from: <https://www.ilo.org/resource/conference-paper/ilc/109/inequalities-and-world-work>. Accessed June 7, 2025.
- 34- Petersen OH, Andersen LB, Bhatti Y, Houlberg K. Competition, ownership, and the impact of government outsourcing on employees. *Journal of Public Administration Research and Theory* 2022; 32(2):398–415.
- 35- Kiwanuka SN, Babirye Z, Kabwama SN, Tsubira AK, Kizito S, Ndejjo R, et al. Health workforce incentives

- and dis-incentives during the COVID-19 pandemic: Experiences from Democratic Republic of Congo, Nigeria, Senegal, and Uganda. *BMC Health Services Research* 2024; 24(1):422. Doi: 10.1186/s12913-024-10822-6.
- 36- Rasi V, Doosty F, Reihani Yasavoli A. The challenges of outsourcing health services to the private sector from the viewpoint of employees of Mashhad University of Medical Sciences: A qualitative study. *Social Security Journal* 2018; 14(3):117–34 (In Persian).
- 37- Weller B. Guidelines: Incentives for Health Professionals. World Health Organization, Global Health Workforce Alliance; 2008. Available from: [https://www.whpa.org/sites/default/files/2018-11/WHPA-positive\\_practice\\_environments-guidelines-EN.pdf](https://www.whpa.org/sites/default/files/2018-11/WHPA-positive_practice_environments-guidelines-EN.pdf). Accessed Jul 10, 2025.
- 38- Rajaei R, Marzban S, Zarei E. Evaluating conditions of outsourced pharmacies in teaching hospitals of Alborz University of Medical Sciences: A cross-sectional study. *Evidence Based Health Policy, Management and Economics* 2022; 6(4):251-61.
- 39- Mousavi SH, Nasiripour AA, Riahi L. The effect of radiology services outsourcing on efficiency and effectiveness of hospitals' radiology in Tehran. *Journal of Medicine and Life* 2015; 8(Spec Iss 3):31-35.
- 40- Mrak RE, Parslow TG, Tomaszewski JE. Outsourcing of academic clinical laboratories: Experiences and lessons from the association of pathology chairs laboratory outsourcing survey. *Academic Pathology* 2018; 5:2374289518765435. Doi: 10.1177/2374289518765435.
- 41- Sohrabi S, Gohar M, Pourhamidi R, Gholamzadeh S, Khounraz F, Parvani N, et al. Evaluation of outsourced imaging centers and pharmacies affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. *Payesh (Health Monitor)* 2024; 23(5):751–58 (In Persian).
- 42- WHO. Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: Report by the secretariat. Available from: <https://iris.who.int/items/3e5cd7f4-c676-4303-ae45-a06a5049f804>. Accessed Jul 19, 2016.
- 43- Theeranon T-O. Contractor selection through value judgment method: a case study of a private hospital [Thesis]. Martin de Tours School of Management. Assumption University Bangkok, Thailand .2012.
- 44- Shaarbafchizadeh N, Aghdak P, Sahebi M. Outsourcing in health facilities: Challenges in Medical University of Isfahan in focus. *International Journal of Preventive Medicine* 2020; 11(1):172.
- 45- Khosravizadeh O, Maleki A, Ahadinezhad B, Shahsavari S, Amerzadeh M, Tazekand NM. Developing decision model for the outsourcing of medical service delivery in the public hospitals. *BMC Health Services Research* 2022; 22(1):135.
- 46- Karimi S, Yaghoubi M, Agharahimi Z, Hayati A, Mohammadi B. The viewpoints of managers about advantages and barriers in health care outsourcing in Isfahan. *Health Information Management* 2011; 8(5):725 (In Persian).
- 47- World Bank. Contract Management Practice. Washington, DC: World Bank; 2024. Available from: <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/91fb360c22051e5c09809215cb32f1170290012024/original/Contract-Management-Practice-Procurement-Guidance-June-2024.pdf>. Accessed Aug 25, 2025.



Journal homepage: <https://journals.sbmu.ac.ir/jhf>

Journal of  
Behdasht dar Arseh  
(i.e., Health in the Field)



Shahid Beheshti University of Medical Sciences  
School of Public Health and Safety

Vol.13, No.3, Autumn 2025

## Investigating the outsourcing process of paraclinical units in selected hospitals affiliated with Shahid Beheshti University of Medical science in 2024

Sana Shaban<sup>1</sup>, Hamed Dehnavi<sup>1</sup>, Saeid Gholamzadeh<sup>2</sup>, Farid Zayeri<sup>3,4</sup>, Ehsan Zarei<sup>1</sup>,  
Amir Massoud Azad<sup>5</sup>, Abbas Daneshkohan<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> Department of Health Management and Policy, School of Public Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>2</sup> Legal Medicine research Center, Legal Medicine Organization of Iran, Tehran, Iran.

<sup>3</sup> Proteomics Research Center, School of Allied Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>4</sup> Department of Biostatistics, School of Allied Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>5</sup> Department of Health Services Management, Faculty of Medical Sciences, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

### Abstract

**Background and Aim:** Outsourcing of health services is considered a strategy for increasing efficiency and improving service recipients' satisfaction. This study was conducted to determine the status of the outsourcing process of paraclinical units in hospitals affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Sciences based on the World Bank model.

**Materials and Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted in 2024 with the participation of 301 staff members and 15 contractors from outsourced paraclinical units. Data were collected using two valid questionnaires derived from the World Bank framework checklist. Data analysis was performed using descriptive statistics as well as the Mann–Whitney U test, Kruskal–Wallis test, and one-way analysis of variance (ANOVA) in SPSS software version 26. This study was conducted in full compliance with ethical principles.

**Results:** Among the staff, the main reported problems included insufficient attention to their concerns in contract design (43.8%), limited awareness of the monitoring and performance evaluation process (42%), irregular work meetings (43.3%), and delays in salary and benefits payments (34.8%). Among the contractors, issues such as inadequate awareness of the contractor selection criteria (53.3%) and limited employer support for enhancing workforce capacity (33.3%) were reported. Furthermore, pharmacy staff also evaluated the outsourcing process as significantly more aligned with the World Bank framework compared to other departments.

**Conclusions:** Paying attention to stakeholders' concerns and involving them in the design of outsourcing processes, providing continuous training, strengthening monitoring and evaluation systems, and developing fair incentive mechanisms can contribute to improving service quality and increasing service recipients' satisfaction.

**Keywords:** Outsourcing; Contracting; Paraclinical services; Hospital.

**Please cite this article as:** Shaban S, Dehnavi H, Gholamzadeh S, Zayeri F, Zarei E, Azad AM, et al. Investigating the outsourcing process of paraclinical units in selected hospitals affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Science in 2024. *Journal of Health in the Field* 2025; 13(3):69-81. **Doi:** <https://doi.org/10.22037/jhf.v13i3.49980>.

**Corresponding Author:** Department of Health Management and Policy, School of Public Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**Corresponding Author:** Department of Health Management and Policy, School of Public Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**Email:** daneshkohan@sbmu.ac.ir

**Received:** 20 August 2025

**Accepted:** 29 March 2026