

## بررسی موانع و تسهیل‌کننده‌های ارائه خدمات در پایگاه‌های سلامت مشارکتی و دولتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران: یک مطالعه کیفی

محمد رضا قیوم زاده<sup>۱</sup>، آرش رشیدیان<sup>۲</sup>، فرید ابوالحسنی<sup>۳</sup>، الهام رشیدیان<sup>۴\*</sup>، محمدرضا سلمانی<sup>۵</sup>، سپیده صمیمی<sup>۶</sup>

۱-پزشک، مرکز بهداشت جنوب تهران، معاونت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۲-استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۳-هیئت علمی، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۴-کارشناسی ارشد، مرکز بهداشت جنوب تهران، معاونت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۵-پزشک، شبکه بهداشت و درمان اسلامشهر معاونت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۶-کارشناس، دانشکده پزشکی پردیس بین الملل، دانشگاه علوم پزشکی تهران

\*نویسنده مسئول: تهران، خیابان وصال شیرازی، کوچه شفیعی، مرکز بهداشت جنوب تهران، طبقه اول، واحد آزمایشگاه. تلفن: ۰۲۱-۶۶۴۷۷۱۸۸-۶۶۴۷۷۱۸۸. نمابر: ۰۲۱-۶۶۴۷۷۱۸۸-۶۶۴۷۷۱۸۸  
پست الکترونیک: e-rashidian@farabi.tums.ac.ir

دریافت: ۹۶/۸/۳ پذیرش: ۹۶/۱۲/۲۰

### چکیده

**مقدمه:** مطالعه کیفی حاضر با هدف شناسایی موانع و تسهیل‌کننده‌های ارائه خدمات در پایگاه‌های سلامت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران به‌انجام رسید.

**روش مطالعه:** برای انجام این مطالعه با کارشناسان مصاحبه به عمل آمد، پیاده‌سازی انجام شد، و نمایه‌سازی<sup>۱</sup> روی تمامی مصاحبه‌ها صورت گرفت. تمامی افراد و موضوعات کدگذاری شده و متعاقباً، جدول مربوط به نمودارها<sup>۲</sup> تکمیل گردید. سپس بر اساس فرم ساختار مفهومی، نمایه‌سازی انجام، و داده‌ها تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** دیدگاه شرکت‌کنندگان نسبت به تجربه مثبت بود. مهم‌ترین تسهیل‌کننده‌ها، استقبال بخش خصوصی، اشتغال‌زایی، دستورالعمل‌های شفاف، اعتبارات مشخص جهت پرداخت، و تجربیات سایر کشورها بود. عمده‌ترین موانع، نامناسب بودن فضای فیزیکی، کمبود نیروی انسانی، عدم استقرار پزشک، فرسوده بودن تجهیزات، تاخیر در پرداخت به موسسین، حقوق ناکافی پرسنل، نظارت‌های سختگیرانه ناظران ستادی، توجه به کمیت به جای کیفیت خدمات، قوانین دست و پاگیر بیمه، و مالیات بود.

**نتیجه‌گیری:** سیاست کوچک کردن دولت، واگذاری خدمات به بخش خصوصی، و نظارت سیستم دولتی سبب شکل‌گیری نگرش مثبت در مدیران نسبت به پایگاه‌های مشارکتی شده، و از سویی دیگر عدم کارایی پرسنل دولتی به راه‌اندازی موفقیت‌آمیز پایگاه‌های مشارکتی انجامیده است. محدودیت‌های مالی و اداری در خرید، ساخت، و تعمیر ساختمان‌های دولتی و نیز کاهش ظرفیت استخدامی از دلایل واگذاری پایگاه‌های مشارکتی است. همچنین، نیروهای شاغل در پایگاه‌ها از عدم امنیت شغلی و حقوق پایین شکایت داشتند.

**واژگان کلیدی:** برون‌سپاری، پایگاه مشارکتی، موانع ارائه خدمات، تسهیل‌کننده‌های ارائه خدمات

### مقدمه

در ایران نیز از سال‌ها پیش ضرورت تسهیل دسترسی مردم به نیازهای اولیه بهداشتی-درمانی احساس شده بود. مشکلات سال‌های پیش، از جمله وجود بیش از ۶۰,۰۰۰ روستای پراکنده در مناطق دورافتاده، کمبود امکانات و منابع مالی و انسانی، مشکلات ترابری، و غیره، مسئولان سلامت و بهداشت کشور را برآن داشت که برای تسهیل دسترسی مردم به نیازهای اولیه بهداشتی دست به اجرای طرح‌های مختلفی بزنند، و سرانجام بر مبنای سیاست‌ها و خط‌مشی‌های تعیین شده، با استفاده از تجارب پیشین، و براساس طرزفکر مراقبت‌های اولیه، و خدمات بهداشتی اولیه که حاصل اجلاس آلماتا بود، نظام روشنی برای ارائه خدمات بهداشتی-درمانی در کل کشور طراحی شود. این اقدامات با گسترش خدمات پزشک خانواده در روستاها در سال‌های اخیر به اوج رسید (۵). به رغم

هدف اصلی نظام سلامت، ارائه خدمات بهداشتی-درمانی به گروه‌های مختلف اقتصادی-اجتماعی جامعه است. موفقیت این نظام به دو عامل بستگی دارد: کیفیت خدمات و بهره‌مندی مردم از خدمات ارائه شده (۱). خدمات بهداشتی اولیه در کشورهای معدودی دارای چنین ویژگی‌هایی است. شواهد نشان می‌دهد که خدمات بهداشتی اولیه با کارکرد بهداشت عمومی، مزایای اساسی در بردارند؛ به عنوان مثال، اصلاح پیامدهای حاصل از مراقبت‌های بهداشتی (۲-۳) و کاهش هزینه‌ها (۴).

شواهد فراوان پیرامون نابرابری‌های سلامت و ارائه مراقبت‌های سلامتی در تقریباً همه کشورهای گوسزدکننده دشواری اصلاح خدمات بهداشتی اولیه<sup>۳</sup> است (۱).

<sup>1</sup> Indexing

<sup>2</sup> Charting

<sup>3</sup> PHC

بنابر اعلام سازمان جهانی بهداشت، واگذاری به نیت بهبود ارائه خدمات سلامتی انجام شده و معادل خصوصی‌سازی نمی‌باشد (۱۳). برون‌سپاری از راهبردهای کوچک‌سازی دولت است و بر خلاف خصوصی‌سازی، که مبتنی بر انتقال مالکیت از بخش دولتی به بخش خصوصی است، برون‌سپاری تحقق منابع و خدمات مورد نیاز بخش دولتی را از طریق بخش خصوصی، و بدون انتقال مالکیت، به این بخش پیگیری می‌نماید (۱۶). پژوهش دیگری نیز نشان می‌دهد که بیشتر جمعیت تحت پوشش دانشگاه، خدمات خود را از بخش خصوصی دریافت می‌کنند؛ هرچند پوشش خدمات پایه در تهران بالا بوده است (۱۷). به رغم به‌کارگیری برون‌سپاری خدمات در کشور، مطالعات کمی در این خصوص انجام گرفته است؛ به عنوان مثال، در سال ۱۳۹۳ مطالعه‌ای توسط ریاحی و همکاران انجام گرفت که نتایج آن نشان‌داد رضایت‌مندی مراجعین پایگاه‌های بهداشتی واکذار شده در سه بخش مراقبت از کودک، واکسیناسیون، و مراقبت از مادر به طور معنی‌داری بیشتر از پایگاه‌های بهداشتی دولتی بود (۱۸). همچنین، مطالعه سلمانی در سال ۸۸ تجربه برون‌سپاری خدمات بهداشتی را در دانشگاه علوم پزشکی تهران ارزیابی نموده (۱۹)؛ با توجه به گستردگی اجرای برنامه و ضرورت ارزیابی این تجربه، که منجر به گسترش خدمات پایگاه بهداشتی شهری شده، دیدگاه‌ها و تجربیات ذینفعان را مورد بررسی قرار داده است. هدف مقاله حاضر بررسی موانع و تسهیل‌کننده‌های ارائه خدمات بهداشتی از طریق پایگاه‌های بهداشتی دولتی و خصوصی، و شناسایی راه‌های تقویت مزایا و کاهش موانع ارائه خدمات در راستای ارتقا کیفیت ارائه خدمات در پایگاه‌های مشارکتی است

#### شرایط محیط مطالعه<sup>۴</sup>

در سال‌های اخیر کلان‌شهرها، با توجه به هزینه‌های قابل توجه تامین بنا و محدودیت استخدام در بخش دولتی، با عدم توسعه بخش بهداشت دولتی مواجه بوده‌اند. به عنوان روشی جایگزین، دانشگاه علوم پزشکی تهران اقدام به واگذاری خدمات بهداشتی در قالب پایگاه بهداشت شهری نمود. در زمان مطالعه، ۱۲۱ پایگاه بهداشت در نقاط مختلف شهری تحت پوشش در شهرستان اسلامشهر، ری، و جنوب شهر تهران خدمات سطح اول را ارائه می‌دادند، که بخشی از پایگاه‌های بهداشت قید شده به صورت برون‌سپاری (واگذاری خدمات بهداشتی-درمانی) توسط بخش خصوصی اداره می‌شدند. در این راه چالش‌ها، موانع، و تسهیل‌کننده‌هایی وجود داشت که با گذشت چهار سال از اجرای برنامه، بخشی از آنها رفع شده و در مقابل، موانع جدیدی ظهور یافتند. در این تحقیق، با بهره‌گیری از دانش عوامل اجرایی مراکز

دشواری‌های فروان در اجرای این برنامه‌ها (۶)، مطالعات نشان داده‌اند که خدمات ارائه شده در روستاها، پیامدها و دسترسی مردم به سطوح بالاتر را نیز بهبود قابل توجهی بخشیده‌اند (۷،۸).

نظام بهداشتی-درمانی کشور برای سه سطح شهرستان، استان، و ملی طراحی شده است. این نظام برای گسترش واحدهای بهداشتی-درمانی و ارائه بهتر خدمات، اصول و ضوابط بنیانی را مدنظر قرار داده که همچنان مورد استفاده می‌باشند (۹). اما در شهرهای بزرگ، پیاده‌سازی برنامه‌های منسجم ارائه خدمات اولیه سلامت و نظام ارجاع با مشکلات فراوانی روبرو بوده‌اند و در شهری مانند تهران، بسیاری از انتظارات برنامه هرگز اجرایی نشدند. از سوی دیگر، گسترش بخش خصوصی در این مناطق، ضرورت سرمایه‌گذاری مجدد بخش دولتی برای ارائه خدمات را غیرضروری نشان می‌داد. بنابراین، به‌کارگیری بخش خصوصی برای ارائه خدمات در کلان‌شهرها به عنوان یک راه حل مدنظر بوده؛ هرچند، مثال‌های موفق در کشور انگشت‌شمار بوده‌اند. نیک‌نیاز و همکاران در تبریز مراقبت از بیماران غیرواگیر را بین مراکز بهداشتی-درمانی دولتی و تعاونی‌های بهداشتی که مدلی از ترکیب بخش خصوصی و دولتی است مقایسه کرده و نشان دادند که ارائه خدمات به بیماران غیرواگیر در این مراکز، در کنار بخش دولتی و با نظارت مستقیم آنها، می‌تواند نظام ارائه خدمت اثربخشی ایجاد کند (۱۰). همچنین، در مطالعه دیگری پیرامون نحوه ارائه خدمات بهداشتی به کودکان زیر یک سال در تبریز، چنین گزارش شد که این خدمات در بیشتر موارد در مراکز دولتی متوسط و در تعاونی‌های بهداشتی خوب ارزیابی شده‌اند (۱۱).

امروزه مسایلی چون فشارهای رقابتی، دشواری‌های کسب و کار، محدودیت منابع، پیچیدگی‌های تکنولوژیک، و افزایش هزینه‌ها سبب شده سازمان‌ها در الگوی مدیریتی خود تجدید نظر کرده، و برای دستیابی به مزیت‌های رقابتی در دنیای کنونی کسب و کار، به استراتژی‌های جدیدی روی آورند. یکی از این استراتژی‌ها، تمرکز بر شایستگی‌های اصلی و واگذاری بسیاری از فعالیت‌ها به منابع خارج سازمانی (برون‌سپاری) است (۱۲). در بسیاری از کشورها، واگذاری به دنبال نبود ساختار جایگزین مناسب برای ارائه خدمات به وجود آمده است. علت واگذاری در افغانستان، توسعه سریع‌تر منابع ارائه خدمات، و در تونس کاهش هزینه‌ها عنوان شده است (۱۳). در هند، واگذاری صرفاً به منظور دریافت بودجه از سازمان جهانی بهداشت انجام شده است (۱۴). واگذاری خدمات سلامت به عنوان یک مهم و راه حل هزینه-اثربخش در بسیاری از کشورهای دنیا مطرح بوده، خدمات سلامت مطلوب و با کیفیتی برای بیماران فراهم آورده است (۱۵).

<sup>4</sup> Setting

نمودارسازی تکمیل گردید. سپس بر اساس فرم ساختار مفهومی، نمایه‌سازی انجام شده و داده‌ها تجزیه و تحلیل شد. کسب اجازه جهت ضبط صدای مصاحبه‌شوندگان، محرمانه ماندن اطلاعات، و عدم الزام مصاحبه‌شوندگان به شرکت در مصاحبه به عنوان ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

بر اساس مطالب مطرح‌شده در جلسات گروهی، موضوعات به دو دسته موانع و تسهیل‌کننده‌ها تقسیم شد. اما در ادامه مشخص شد که تعدادی از زیرموضوع‌ها در هر دو گروه تسهیل‌کننده‌ها و موانع قرار دارند که برای رفع مشکل، همه مطالب فهرست شده، و در نهایت در خصوص موانع و تسهیل‌کننده‌های ارائه خدمات در پایگاه‌های مشارکتی، ۱۱ موضوع و ۵۹ زیر موضوع شناسایی گردید.

### موضوع<sup>۸</sup> یک: فضای فیزیکی پایگاه‌های بهداشت

درخصوص فضای فیزیکی پایگاه‌های بهداشت، مدیران اجرایی به کلیه موارد دسترسی نامناسب، استیجاری بودن پایگاه‌ها، محدودیت در انتخاب مکان مناسب، و نامناسب بودن فضای فیزیکی اشاره کردند. یکی از مدیران افزود: «مشکل مکانی و جابجایی، و تحت فشاربودن به دلیل استیجاری بودن مکان تهدیدکننده سیستم است.» (M5). مدیر دیگر نیز اظهارداشت: «اینها [مکان فعلی پایگاه‌ها] مطابق استانداردهای ارائه خدمت نبودند؛ مثلاً، طبقات بالا یا پایین بخشی از درمانگاه‌ها یا واحدهای مسکونی پایگاه شده‌است. اما ما انتظاراتی داریم؛ مثل فضا برای آموزش رابطین و غیره.» (M3).

اما عدم دسترسی مناسب جمعیت تحت پوشش به پایگاه بیشترین مورد متذکرشده توسط مدیران است که می‌تواند از موانع مهم ارائه خدمات در یک پایگاه تلقی گردد.

ناظرین ستادی، محدودیت در انتخاب مکان مناسب و نامناسب بودن فضای فیزیکی انتخاب‌شده توسط موسس پایگاه را مهمترین مانع ارائه خدمات در پایگاه‌ها معرفی کردند. یکی از ناظرین ستادی اظهارداشت: «جا پیدا کردن گاهی برای موسسین مشکل است.» (S13). البته استیجاری بودن پایگاه، لزوم جابجایی‌های مکرر، و یا دسترسی نامناسب مردم منطقه را نیز مهم دانستند. یکی از کارشناسان ناظر ستادی افزود: «از نظر فضای فیزیکی، اکثراً جایشان اجاره‌ای است. در آینده تکلیف مردم چه خواهد بود؟» (S5).

پرسنل رسمی شاغل در پایگاه‌های دولتی، از نامناسب بودن فضای پایگاه شکایت داشتند.

واگذارشده و افراد کلیدی، به استخراج و تجزیه و تحلیل چالش‌ها، موانع، و تسهیل‌کننده‌های ارائه خدمات در پایگاه‌ها پرداخته شد.

### روش کار

در مطالعه کیفی حاضر، پس از اخذ مجوزهای اداری، ابتدا مراکز و پایگاه‌های مورد مطالعه تعیین شدند. سپس، جهت انجام جلسات بحث گروهی و به منظور تهیه فرم جلسات، مذاکرات متعددی با اساتید و مشاور طرح انجام و نهایتاً فرم مربوطه تهیه گردید. سپس، یک جلسه مصاحبه<sup>۵</sup> آزمایشی با حضور تعدادی از ناظرین پایگاه‌ها برگزار، و سرانجام فرم برگزاری جلسات نهایی گردید (ضمیمه یک). پس از آن، از میان جامعه آماری تحت مطالعه، که همانا پایگاه‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران بود، تعداد یکصد صاحب‌نظر با هماهنگی سه شبکه ری، اسلامشهر، و جنوب تهران انتخاب شد. این افراد که شامل ناظران ستادی شبکه‌ها، مسئولین پایگاه مشارکتی، پرسنل پایگاه مشارکتی، پرسنل پایگاه دولتی، و مدیران بودند، در قالب دوازده گروه به شرح زیر تحت مصاحبه قرار گرفتند: دو گروه ناظرین ستادی شبکه‌ها، دو گروه پرسنل پایگاه‌های دولتی، سه گروه پرسنل پایگاه‌های مشارکتی، دو گروه موسسین پایگاه‌های مشارکتی، دو گروه مدیران دانشگاه، و یک گروه ترکیبی از شرکت‌کنندگان. سپس، طبق برنامه زمان‌بندی شده و با دعوت قبلی جلسات مصاحبه برگزار گردید. بدین ترتیب که پرسش‌ها و مسیر مصاحبه توسط پژوهشگر تعیین شد. این مسیرها شامل موانع ناشی از کمبود نیروی انسانی، خدمات پشتیبانی، فضای فیزیکی، رعایت قوانین کار، آموزش پرسنل، و تغییر مکرر پرسنل بود. همچنین، بخش دیگری از مسیر مصاحبه مربوط به تاثیر بروکراسی اداری در شیوه پرداخت‌ها، تامین تجهیزات و فضای فیزیکی، و همچنین تاثیر واگذاری پایگاه‌های بهداشتی در جذب نیروی انسانی بود. محتوای جلسات، علاوه بر یادداشت‌برداری، ضبط گردید. پس از اتمام جلسات، تمامی مصاحبه‌ها پیاده‌سازی، ویرایش، و نهایی شد. جدول اولیه ساختار مفهومی تحلیل موانع و تسهیل‌کننده‌های ارائه خدمت در پایگاه‌ها تهیه شده، و سپس در یکی از جلسات پیاده‌سازی، آزمایش و در انتها نمایه‌سازی<sup>۶</sup> شد. نسخه نهایی جدول ساختار مفهومی در ضمیمه دو ارائه شده‌است. مرحله نمایه‌سازی برای تمامی جلسات مصاحبه انجام گردید در مرحله بعدی، فرم مربوط به نمودارسازی<sup>۷</sup> در برنامه اکسل طراحی گردید. برای تمامی افراد شرکت‌کننده، موضوعات و زیر موضوع‌ها کد گذاری شد و جدول مربوط به

<sup>5</sup> FGD

<sup>6</sup> Indexing

<sup>7</sup> Charting

<sup>8</sup> Theme

در پایگاه از موانع ارائه خدمت است: «از طرفی می‌گوییم در پایگاه پزشک نباشد؛ پس ارجاع کم‌شده و دوگانگی و چندگانگی پیش می‌آید که مانع است.» (M6).

ناظرین ستادی شبکه‌ها، ناآشنایی بخش خصوصی برنده در مناقصه به امور بهداشتی و پروسه کار در پایگاه‌های بهداشت را از دیگر موانع ارائه خدمت برشمردند. یکی از ایشان معتقد بود: «افرادی که در مناقصه برنده می‌شوند، در خصوص ارائه خدمات بهداشتی توجیه نیستند.» (S5).

البته عدم حضور پزشک در پایگاه و آموزش فشرده و زمان‌بر نیروهای مشارکتی نیز از جمله موارد نارضایتی ایشان بود. نمونه‌هایی از اظهارات ناظرین به شرح زیر می‌باشد:

«در اینها [پایگاه‌ها] آیت‌هایی وجود دارد که پزشک را می‌خواهد؛ اما پزشک نباید در پایگاه باشد.» (S6)  
«برخی نیروهای پایگاه‌های مشارکتی تجربه کافی ندارند.» (S14)

ایشان همچنین به اشتغال‌زایی و جابجایی پرسنل اشاره کردند: «چون اشتغال‌زایی و بهبود کیفیت را همراه رضایت‌مندی داریم.» (S12). ناظرین ستادی، عدم امنیت شغلی نیروها در پایگاه‌های مشارکتی و حقوق پایین ایشان را نیز یادآوری نمودند: «امنیت شغلی موجود نیست و حقوق ایشان نیز کم است.» (S4).

ناظرین خود اذعان داشتند که نظارت بر پایگاه‌های دولتی و مشارکتی تفاوت است.

پرسنل رسمی شاغل در پایگاه‌های دولتی نیز همچون پرسنل مشارکتی از عدم اطمینان نسبت به آینده شغلی و نیز حقوق پایین شکایت داشتند: «حقوق ایشان کم است و نگران امنیت شغلی شان هستند.» (P5). این گروه نبود پزشک در پایگاه، که موجب نارسایی خدمات مادر و کودک و سالمند می‌گردد، را از موانع دانستند.

این گروه همچنین به تاخیر در پرداخت حقوق پرسنل و اشتغال‌زایی برای نیروهای تحصیل کرده نیز اشاره کردند.

پرسنل شاغل در پایگاه‌های مشارکتی از حقوق پایین شکایت داشته، خواهان رفع تبعیض میان نیروهای دولتی و مشارکتی بودند. یکی از ایشان افزود: «پرسنل مشارکتی حقوق پایه تامین اجتماعی را هم نمی‌گیرند.» (CP15).

پرسنل شاغل در پایگاه‌های مشارکتی به منظور حفظ انگیزه کاری بر رفع تبعیض شبکه‌ها میان آنها و نیروهای استخدای تاکید بسیاری کردند. عدم امنیت شغلی و ماندگاری در پایگاه به هر دلیل -مثلا درخواست موسس- به علاوه فشار کار و حقوق کم از جمله مواردی بودند که این دسته نیروها نسبت به آنها ابراز نگرانی نمودند. ایشان بر این باور بودند که عدم حضور پزشک می‌تواند در ارائه کامل خدمات وقفه ایجاد کند.

حتی پرسنل پایگاه‌های مشارکتی نیز در این خصوص هم‌رای بودند؛ هرچند ایشان به موارد دیگری نیز به عنوان مانع ارائه خدمت اشاره کردند. یکی از آنها چنین بیان کرد: «از نظر فضای فیزیکی، چون ما زیرمجموعه بخش خصوصی هستیم، موسس جای خوبی را اجاره نمی‌کند، چون باید اجاره بیشتری بدهد.» (CP3).

یکی دیگر از پرسنل پایگاه‌های مشارکتی نیز افزود: «سرپرستان برای کم‌کردن اجاره بها، می‌گردند ساختمانی فرسوده و کهنه یا زیرزمین یا طبقات بالا را پیدا می‌کنند.» (CP22).

در مورد فضای فیزیکی پایگاه بهداشت، موسسین پایگاه‌های مشارکتی بیشتر به استیجاری بودن فضا و محدودیت در انتخاب مکان پایگاه به‌عنوان موانع خدمت‌رسانی اعتقاد داشتند. یکی از آنها باورداشت: «در حاشیه مسکونی، واحد اجاره نمی‌دهند؛ صاحبخانه هم از این اوضاع سوء استفاده کرده، اجاره را بالا می‌برد.» (CM3).

### موضوع دو: نیروی انسانی پایگاه‌ها

مدیران اجرایی، امنیت شغلی پرسنل پایگاه‌های مشارکتی را از موانع ارائه خدمت مناسب برشمردند. یکی از مدیران در این‌باره اظهارداشت: «اگر دو نفر را در شرایط مساوی قرار دهیم، هر دو تمایل دارند به پایگاه‌های دولتی بروند و آن هم به دلیل عدم امنیت شغلی در پایگاه‌های غیردولتی است.» (M6). در مقابل، نگرانی پرسنل از بیکارشدن باعث می‌شود همواره مطیع باشند. جابجایی پرسنل و آموزش ضمن و بدو خدمت پرسنل نیز به نظر مدیران اجرایی از جمله مواردی است که اگر ساختارمند نباشد مانع ارائه خدمت می‌شود؛ اما در صورت هدفمند و برنامه‌دار بودن، از تسهیل‌کننده‌های ارائه خدمات بهداشتی در پایگاه‌هاست. یکی از مدیران افزود: «نیروها در حال تغییر هستند و این تغییر باعث می‌شود تجربه، آموزش، و منابع هدر رود.» (M4).

ضمناً، به نظر مدیران اجرایی دانشگاه، اشتغال‌زایی از محسنات و جاذبه‌های پایگاه‌های مشارکتی است. یکی از مدیران باورداشت: «اشتغال‌زایی بخش خصوصی در رفع بیکاری بسیار موثر بوده، استقبال از این برنامه تسهیل‌کننده است.» (M2). آشنا نبودن بخش خصوصی با بهداشت می‌تواند مانع راه‌اندازی و شکل‌گیری ابتدایی، و حتی ادامه کار پایگاه باشد. «نیروهای ارائه‌دهنده خدمت که جذب بخش خصوصی می‌شوند، ممکن است در مورد نوع و نحوه خدمات توجیه‌نشده و آموزش کافی ندیده باشند، که این نیز از جمله موانع ارائه خدمت است.» (M3).

یکی از مدیران اظهارداشت: «مشکل دیگر، حقوق کم و نبود راه‌هایی برای افزایش حقوق و درآمد پرسنل و موسسین است.» (M6). به نظر بعضی مدیران، عدم حضور پزشک

به نیازهای مشاوره‌ای، آموزش، پشتیبانی، و نظارت بر پایگاه‌ها، که آهنگ راه اندازی تندی داشتند، از دیگر دغدغه‌های مدیران دانشگاه بود.

«بود نیروی کاری کافی جهت نظارت بر مراکز پشتیبان و ستاد نیز از دیگر مشکلات است؛ اگر ناظر از نظارت سودی ببرد، با علاقه بیشتری بازدید می‌کند.» (M2).

به نظر مدیران، چک لیست‌های نفسگیر و زمانبر، که موجب اتلاف وقت کارشناسان ستادی می‌شود، از موانع خدمات رسانی است؛ گاهی کارشناسان ستادی سختگیری‌های بی‌موردی نسبت به پایگاه‌های مشارکتی دارند که می‌تواند موجب کاهش انگیزه نیروهای مشارکتی گردد.

«افزایش پایگاه‌ها، بار کاری ستادی را بالا برده که آمادگی کافی نداشته‌است.» (M1)

«ما سیستم شبکه‌ها کامل نیست. سیستم ارجاع و نظارت تعریف نشده و این می‌تواند مشکل ساز باشد.» (M2) ناظرین ستادی به کمبود نیرو و کارشناس ستادی برای رسیدگی به امور پایگاه‌ها و از همه مهم‌تر نظارت بر آنان، و نیز نبود جاذبه مالی این برنامه برای کارشناسان، که معتقدند کارشان بیش از پیش شده، اشاره نمودند: «جهت پایش و نظارت بر پایگاه‌های مشارکتی، لازم است نیروهای شبکه بیشتر شوند.» (S11) «برای آموزش‌های مداوم و پی در پی نیروها، لازم است انگیزه نیروهای ستادی تقویت شود.» (S20)

ضمناً، ناظرین ستادی معتقد بودند سیستم نظارت و پایش پایگاه‌ها باید برای هر سه شبکه بهداشت و درمان ری، اسلامشهر، و جنوب تهران به‌طور یکسان عمل کند. «پیشنهاد من این است که چارچوب‌ها و قوانین روشن باشند؛ در هر سه شبکه یکسان عمل شود.» (S12)

پرسنل پایگاه‌های دولتی، پشتیبانی نامناسب از پرسنل، به همراه ثبیتات فراوان و حتی تکراری که موجب می‌شود مراجعه‌کننده و ماهیت خدمت هر دو تحت شعاع قرار گیرند، را از جمله مشکلات ارائه خدمات بهداشتی برشمردند. «کنون کمیت کارها بالاست و بالطبع کیفیت‌شان کم است؛ ما درگیر ثبیتات شده‌ایم.» (P8) «اما آنچه که بیشتر حس می‌شود، نبود پزشک در پایگاه و مشکلات ارجاعات است.» (P6)

پرسنل پایگاه‌های مشارکتی، همچون نیروهای دولتی، از نوشتن زیاد و ثبت در دفاتر و فرم‌های گوناگون، و سختگیری ناظرین ستادی به عنوان مانع اشاره کردند. ضمناً، نوع پایش در شبکه‌ها متفاوت است؛ این نظارت صرفاً متوجه مسایل کمی و آمار و ارقام بوده، و نوع و کیفیت خدمت‌رسانی را دربر نمی‌گیرد. «ناظرین که از در وارد می‌شوند، وحشت ما را می‌گیرد؛

در هر حال، اشتغال‌زایی از مزیت‌های پایگاه مشارکتی است که از بیکاری نیروهای تحصیل کرده پس از گذراندن دوره کارورزی جلوگیری می‌کند؛ «اشتغال‌زایی نیروهای تحصیل کرده، از تسهیل‌کننده‌هاست.» (CP16).

موسسین پایگاه‌های مشارکتی، حضور پزشک را در پایگاه به عنوان ناظر و مسئول فنی تیم - به منظور ارائه خدماتی که باید توسط پزشک انجام گیرد الزامی دانستند. ایشان نیز به حقوق پایین پرسنل و عدم امنیت شغلی که موجب کاهش انگیزه آنها می‌گردد اشاره کرده، خواستار رفع تبعیض شبکه‌ها میان نیروهای پایگاهی و دولتی و مشارکتی شدند.

«خیلی خوب است اگر پرداختی‌ها افزایش یافته، تعداد پرسنل زیاد شده، و به ساعات کاری اضافه‌شود.» (CM3)

### موضوع سه : تجهیزات و مواد مصرفی پایگاه‌ها

مدیران همچنین فرسودگی و کمبود تجهیزات در برخی پایگاه‌های مشارکتی را از موانع برشمردند. یکی از مدیران اظهار داشت: «از موانع دیگر، استاندارد تجهیزات نامناسب است.» (M3).

در این خصوص نیز ناظرین ستادی هم عقیده بوده، دقیقاً به همین مسایل اشاره کردند.

موسسین برخی وسایل را تهیه نمی‌کنند، مثل سونی کید؛ یا دست دوم و اسقاطی می‌خرند تا ارزان‌تر تمام‌شود.» (S13)

نیروهای دولتی نیز از فرسودگی و اسقاطی بودن تجهیزات و وسایل پایگاه‌ها شکایت داشتند.

«وسایل در پایگاه کم و کسر باشد، نمی‌توانیم به درستی خدمات بهداشتی را ارائه کنیم.» (P7)

نیروهای مشارکتی به کمبود برخی مواد و یا اسقاطی بودن وسایل پایگاه - که منجر به بروز اختلال در خدمات رسانی می‌شود - اعتراض داشتند. ضمناً، از پشتیبانی به موقع و کافی ستاد در تامین دفاتر و فرم‌های مورد نیاز نیز رضایت کاملی میان نیروها مشاهده نشد.

«ستاد در بازدیدهایی که دارد، توجهی به امکانات رفاهی پرسنل نمی‌کند.» (CP2) «کثر تجهیزات خراب، و یا دست دوم و فرسوده اند.» (CP3)

مسئولین پایگاه‌های مشارکتی و طرف قرارداد با شبکه‌ها همچنین خاطرنشان کردند که مواد مصرفی یا اصلاً از سوی ستاد تامین نمی‌شود یا مقدار ناچیزی تحویل می‌گردد.

### موضوع چهار : نظارت ستادی و مراکز پشتیبان

مدیران اجرایی، نامناسب بودن خدمات مراکز پشتیبان و مشکلات موجود در سیستم ارجاع را به منزله یک چالش برشمردند؛ به‌طوری‌که می‌تواند نارضایتی مردم را نیز به همراه داشته‌باشد. کمبود نیروی ستادی جهت پاسخگویی

در پایگاه را از جمله مشکلات موجود برشمردند. «کاری که ما از مشارکتی‌ها توقع داریم، چندین برابر بیشتر است.» (S7). نیروهای مشارکتی و موسسین پایگاه‌ها نیز حجم کار بالا و طاقت‌فرسای پایگاه‌ها و افزودن مکرر برنامه‌های جدید به فهرست وظایف، در حالی که تعداد نیروها همچنان ثابت است و گاهی امکان پاسخگویی به جمعیت تحت پوشش وجود ندارد، را از دیگر موانع برشمردند. «هزار مسئولیت داریم.» (CP3)

### موضوع هفت: عدم همکاری بعضی سازمان‌های بیرونی

در این خصوص، ناظرین به عدم همکاری برخی ارگان‌ها، همچون شهرداری، به‌منظور جهت ارتقای خدمات بهداشتی منطقه تحت پوشش یک پایگاه بهداشت اشاره نمودند. «تجربه کار با شهرداری، تامین اجتماعی، و سایر ادارات نشان می‌دهد آنها چندان از قوانین ما پیروی نمی‌کنند.» (S5)

نیروهای دولتی و مشارکتی، و نیز موسسین طرف قرارداد شبکه‌ها، عدم تمایل رابطین بهداشت به همکاری و مشارکت در افزایش و بهبود خدمت‌رسانی به مردم را از موانع دانستند. «گر طرح رابطین با ارزش است، چرا هزینه‌ایی برای آن در نظر گرفته نمی‌شود؟» (CM14)

### موضوع هشت: قوانین و مقررات حاکم بر برون‌سپاری

موسسین پایگاه‌ها، در زیر موضوع قوانین بیمه و مالیات، مشکل عمده را اختلاف پرداخت بر اساس ۵ ساعت یا ۸ ساعت کار دانستند؛ مشکلی که می‌تواند منجر به شکایت پرسنل از موسس پایگاه شود. ایشان از اینکه نمی‌توانند از پوشش بیمه بهره‌مند شوند ناراضی بودند. ایشان همچنین باورداشتند چنانچه طبق قرارداد تامین مواد مصرفی با پیمانکار باشد، باید حق بیمه کمتری پرداخت کنند. «ما مشکل مالیاتی هم داریم.» (CM3) «ما خودمان را نمی‌توانیم بیمه کنیم.» (CM12). همچنین در این باره، پرسنل پایگاه‌های مشارکتی اظهارنظرهای متفاوت و فراوانی داشتند: «قوانین مشخص نیست.» (CP17)؛ «به قراردادی که منعقد می‌کنند نیز عمل نمی‌کنند.» (CP22).

### موضوع نه: تقاضای خانواده‌ها

در این باره مدیران ارشد دانشگاه متبوع اشاره به استقبال مردم از پایگاه‌های مشارکتی کردند؛ اینکه مردم اعتماد کرده، جهت دریافت خدمات سلامتی به این پایگاه‌ها مراجعه کردند. «پایگاه‌های مشارکتی عملکرد بهتری دارند؛ چه در وظایفی که برایشان تعریف شده، و چه در خصوص رضایت‌مندی مردم.» (M3)

ناظرین ستادی، کیفیت مناسب‌تر خدمات ارائه شده در پایگاه‌های مشارکتی نسبت به دولتی، و استقبال مردم و اعتمادشان را از موفقیت‌های این برنامه برشمردند. «رضایت‌مندی مردم از پایگاه‌های مشارکتی بیشتر است.»

خیلی سخت‌گیری می‌کنند.» (CP3). «کارهای دفتری و ثبتیات زیاد است؛ به عملکردمان توجهی نمی‌شود.» (CP19). شبکه‌ها نباید سلیقه‌ای عمل کنند. همه جا یک قانون حاکم باشد.» (CP2). ایشان همچنین از عدم کارآیی برخی جلسات ستادی ناراضی بودند: «در ستاد خیلی تلاش نمی‌شود که سطح علمی ما ارتقا یابد؛ چیز جدیدی نمی‌گویند.» (CP5).

پرسنل مشارکتی از نحوه همکاری مرکز بهداشتی-درمانی پشتیبان رضایت نداشتند. موسسین پایگاه‌های مشارکتی، به سخت‌گیری، خشک بودن چک‌لیست‌های ستادی، و عدم تشویق پرسنل از سوی ستاد اشاره نموده، نسبت به تفاوت پایش در سه شبکه معترض بودند. ایشان توقع داشتند به کیفیت توجه بیشتری شود. «بازرسین خیلی سخت می‌گیرند.» (CM5)

«گر یکی از نیروهای من خیلی خوب کار کند، هیچ ابزار تشویقی وجود ندارد؛ به عنوان پیشنهاد، اگر نیرو خوب کار کند، ۱۰٪ به مبلغ قرارداد وی اضافه‌شود.» (CM9)

### موضوع پنج: مکانیسم و نحوه پرداخت به پایگاه‌ها

مدیران معتقدند «تامین اعتبارات باید به موقع باشد.» (M3). «هنوز تمدید قراردادها از نظر قانونی و استمرار مشکل دارد.» (M2). ناظرین ستادی، نامناسب بودن پرداخت در پایگاه‌ها و عدم تعریف نحوه تعیین مبلغ قرارداد را از موانع موجود برشمردند: «مهمترین پشتیبانی، بودجه کافی جهت پرداخت به موقع به پایگاه‌ها یا تامین اقلام موردنیاز آنهاست.» (S15).

در این زمینه نیروهای دولتی صحبتی نکردند، اما نیروهای مشارکتی تاخیر در پرداخت حقوق پرسنل و نامشخص بودن زمان پرداخت و مقدار آن را از دغدغه‌های خود برشمردند. «سرپرست حقوق ما را نمی‌دهد؛ می‌گوید شبکه حق‌الزحمه آنها را پرداخت نکرده است.» (CP4). موسسین پایگاه‌های مشارکتی از شبکه‌ها به سبب کم بودن مبالغ قرارداد و نامتناسب بودن آن با هزینه‌ها -مثلاً، هزینه‌های انرژی که به نرخ تجاری محاسبه می‌شود- و نیز تاخیرهای فصلی در پرداخت حق‌الزحمه شکایت داشتند. «مبلغ قرارداد کم است.» (CP17) «به ما می‌گویند حقوق پرسنل را به موقع پرداخت کنید، اما خودشان به موقع مطالبات ما را پرداخت نمی‌کنند.» (CM11).

در خصوص اختلاف زیاد میان حقوق پرسنل پایگاه‌های دولتی و مشارکتی، که حجم کاری به نسبت مساوی دارند، تمام افراد درگیر اعم از مدیران، ناظرین، و موسسین با پرسنل پایگاه‌های مشارکتی هم‌رای بوده، آن را از جمله مشکلات موجود برشمردند.

### موضوع شش: خدمات قابل ارائه در پایگاه‌ها

در مورد خدمات قابل ارائه در پایگاه، ناظرین ستادی حجم بالای کار و مکفی نبودن نیروها برای کار تعریف‌شده

مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

### موضوع یازده: دستورالعمل‌های برون‌سپاری پایگاه‌ها

در این زمینه مدیران و ناظرین وجود دستورالعمل‌های مشخص، چارچوبی برای ادامه برنامه، و استفاده از تجربیات دیگر کشورها و دانشگاه‌ها را از رموز موفقیت دانستند. «اینکه هر ساله کارهای پایه‌ای مهم و استاندارد انجام شده، و هزینه پروتکل پایگاه محاسبه شود، به صورت ضمنی مطرح شده، اما چندان جانفخته است.» (M6) پرسنل مشارکتی و موسسین نیز در این باره نظراتی داشتند؛ برای مثال: «شایسته است قوانین را در قالب دستورالعمل در اختیار پرسنل و سرپرستان قرار دهند.» (CP17).

### بحث

این مطالعه به بررسی موانع و تسهیل‌کننده‌های ارائه خدمت در پایگاه‌های بهداشتی مشارکتی و دولتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران پرداخته است. از همان ابتدا و در راستای واگذاری پایگاه‌های بهداشت به بخش خصوصی و برگزاری مناقصه، بخش خصوصی از این قضیه استقبال فراوانی نمود که این نشانگر توان و انگیزه بالای ایشان و از رموز موفقیت پایگاه‌های مشارکتی است.

یک نظام سلامت کارآمد، نظامی است که به نسبت منابع مصرف کرده، دستاوردهای بیشتری داشته باشد. نظام سلامت ناکارآمد، حتی اگر دستاوردهای زیادی داشته باشد، به همان نسبت منابع بیشتری را تلف می‌کند؛ بر همین اساس، ارزیابی عملکرد نظام سلامت بسیار ضروری است (۲۰). مقالات و نوشته‌هایی در خصوص موفقیت‌آمیز بودن برون‌سپاری در حوزه‌های مختلف سلامت و درمان منتشر شده است (۲۱-۲۲). بر اساس نتایج مطالعه ای در کشور چاد، علی‌رغم گسترش واحدها، عدم نظارت پاسخگویی را کاهش داده است (۲۳). نتایج تحقیقی که در سال ۱۳۸۹ توسط اسماعیلی در قالب پایان نامه کارشناسی ارشد انجام شده، نشان داد که کیفیت خدمات ارائه شده در پایگاه‌های واگذار شده بالاتر از حد متوسط است (راضی)؛ همچنین، رضایتمندی مراجعان پایگاه‌های خصوصی به‌طور معناداری بالاتر از پایگاه‌های دولتی است (۱۸). در مقاله دیگری گزارش شد که ارائه‌کنندگان خصوصی خدمات سلامت در تهران از واحدهای دولتی پاسخگوتر هستند (۲۴). بنا بر نظر سلمانی و همکاران، چگونگی نظارت و استانداردهای نظارتی تعریف شده بر رفتار بخش خصوصی تأثیر مستقیم دارد و چون ساختار فیزیکی و استانداردهای تجهیزات برای ناظران اهمیت بیشتری داشته، بخش خصوصی این موارد را بهتر رعایت کرده است. خدمات ارائه شده در پایگاه‌های برون‌سپاری شده با توجه به شناسایی و پوشش‌دهی بهتر جمعیت، مناسب‌تر از پایگاه‌های دولتی بوده،

تابستان ۹۷، دوره بیست‌ویکم، شماره دوم، پیاپی ۸۱

(S11). «آموزش‌ها و کارهایشان خوب است.» (S7). نیروهای دولتی نیاز مردم به دریافت این نوع خدمات را از علل استقبال مردم از پایگاه و خدمات آنها برشمردند. پرسنل مشارکتی و موسسین این پایگاه‌ها اذعان داشتند که خدمات با کیفیتی به مردم ارائه می‌دهند و همین موجب اعتماد و رضایت مردم شده است.

### موضوع ده: علت ضرورت تاسیس پایگاه‌های مشارکتی

مدیران محدودیت‌های اداری-مالی دولت در راه اندازی واحدهای دولتی را نیز خاطرنشان کردند. «سیستم دولتی برای راه‌اندازی پایگاه و افزایش پوشش توانمند نبود. اما این روش فرصتی شد برای ارتقای پوشش و افزایش پایگاه‌ها.» (M4) «در چندساله اخیر در سیستم کشوری خبری از استخدام نبوده است.» (M5) «در بحث پایگاه‌های دولتی و در رابطه با مشکل مکان، خیلی اوقات مجبور بودیم از فضاهای موجود استفاده کنیم و این فضاهای موجود، عملاً کاربری در حد پایگاه نداشتند.» (M3)

نیروهای استخدامی دولت احتمالاً به دلیل امنیت شغلی بالا و یا روزمرگی، انگیزه کاری چندانی ندارند؛ اما بخش خصوصی توان و انگیزه بالایی برای راه اندازی پایگاه مشارکتی و همکاری با دولت دارد که همه از عوامل موفقیت پایگاه‌های مشارکتی هستند. «پرزنتیشن در سطح وزارت‌خانه و دیدگاه مثبت دکتر لاریجانی از تسهیل‌کننده‌ها بود.» (M5) «دید مثبت مدیران ارشد نشان داد که از تسهیل‌کننده هاست.» (M7)

ناظرین ستادی، دید مناسب مدیران نسبت به راه‌اندازی پایگاه‌های بهداشت مشارکتی و کاهش کارایی واحدهای دولتی را از تسهیل‌کننده‌ها و عوامل موفقیت برشمردند. «اگر دکتر لاریجانی علاقمند نبود و تفکر سیاسی غالب نیز علیه این قضیه بود، برنامه شکست می‌خورد.» (S1) «شایسته است بحث پایگاه‌های مشارکتی به صورت قانون در مجلس تصویب شود، تا با تغییر مدیران دانشگاه حذف نشود.» (S3)

پرسنل رسمی دولتی، موفقیت پایگاه‌های مشارکتی را ناشی از بی‌انگیزگی نیروهای دولتی و درمقابل، انگیزه بالای نیروهای جویای کار در واحدهای مشارکتی دانستند.

پرسنل و موسسین پایگاه‌های مشارکتی، برخی واحدهای دولتی را بی‌انگیزه و ناکارآمد برشمردند، دلیل خدمت‌رسانی مناسب پایگاه‌های مشارکتی را انگیزه و توان کاری بالای نیروها و نیز علاقه به خدمت‌رسانی به مردم قید کردند؛ ایشان همچنین دیدگاه خوب مدیران را تقدیر کردند. «معمولاً مردم از دولتی‌ها ناراضی هستند.» (CP20)

و واحدهای ارابه‌مراقبت‌های سلامت، تنها از نیمی از توانایی کارکنان سطح اول مراقبت‌های بهداشتی-درمانی اولیه استفاده شده و غنی‌سازی شغلی و شفاف‌سازی فرآیندهای کار می‌تواند نقش مهمی در افزایش بهره‌وری، افزایش کارایی، و بهبود کیفیت خدمات داشته باشد (۲۷). در مطالعه حاضر، نیروهای شاغل در پایگاه‌های بهداشت مشارکتی از عدم امنیت شغلی و حقوق پایین ناراضی بودند. آنان اعتقاد داشتند که کمیت و کیفیت کارشان از واحدهای دولتی بیشتر است. از طرفی، ناآشنا بودن موسسین پایگاه و گاهی کاردان‌ها و کارشناسان با انتظارات نظام و سیستم بهداشتی و تند بودن آهنگ توسعه پایگاه‌ها، بار زیادی به ستاد شبکه‌های بهداشتی-درمانی برای آموزش این افراد وارد کرده است. همچنین، یکی از حلقه‌های مهم زنجیره برنامه‌های مختلف بهداشتی که در پایگاه بهداشت انجام می‌شود، پزشک است و نبود پزشک در پایگاه مشکلاتی به همراه دارد. موسسین پایگاه‌های مشارکتی، مکلف به تهیه تجهیزات برای ارائه خدمات تعریف شده در پایگاه هستند؛ اما گاهی به خاطر مقرون به صرفه بودن و یا دیگر دلایل، مبادرت به تهیه وسایل و تجهیزات دست دوم و فرسوده کرده، و یا موادمصرفی را کمتر از آنچه باید تهیه می‌کنند.

نیروهای پایگاه‌های بهداشت، دولتی و مشارکتی، از نظام ارزشیابی، توجه به کمیت به جای کیفیت، و نبود سازوکارهای تشویقی گله‌مند بوده، از نبود حمایت و کمک در مراکز پشتیبان، ارائه خدمات ناقص، و شرکت در جلسات ناکارآمد ناراضیتی داشتند. به نظر برخی مدیران، تعداد نیروهای ستادی برای نظارت و پشتیبانی و تامین نیاز پایگاه‌ها کم و یا نامطلوب است. موسسین پایگاه‌ها از تداوم کارشان نامطمئن بوده، از اینکه پرداخت‌های فصلی به‌موقع انجام نمی‌شود دغدغه داشتند. استقرار پایگاه بهداشت در واحدهای همکف یا طبقه اول، و بالطبع تملیکی بودن آنها، به جهت استقرار دایم و اجتناب از جابجایی‌های مکرر، از جمله امتیازاتی است که پرسنل پایگاه‌های مشارکتی به آن اشاره کردند.

با توجه به اینکه از جمله اهداف واگذاری پایگاه‌های بهداشتی، کاهش هزینه‌های ایجاد یک واحد دولتی است، نباید در ازای آن بهره‌مندی جمعیت از خدمات مراقبت بهداشتی را دور از ذهن نگه‌داشت؛ لازم است در این باره تلاش بیشتری در جهت ارائه خدمات بهداشتی به جمعیت تحت پوشش در پایگاه‌های واگذار شده صورت گیرد (۱۲).

ثمین صدیقی، در بولتن سازمان بهداشت جهانی، واگذاری را به‌منزله بهبود ارائه خدمات سلامتی دانسته، آن را معادل خصوصی‌سازی نمی‌داند؛ همچنین بنابر این

اختلاف معناداری در میزان آگاهی پرسنل شاغل در دو نوع پایگاه ملاحظه نشده است. همچنین، کیفیت ارائه خدمات مشمول وظایف شبکه بهداشت در دو نوع پایگاه مشابه بوده و تفاوتی نشان نداده است (۱۹).

در مطالعه حاضر، سیاست کوچک کردن دولت، کاهش تصدی‌گری دولت، واگذاری خدمات به بخش خصوصی، و نظارت سیستم دولتی منجر به شکل‌گیری دیدگاهی مناسب و مثبت در مدیران ارشد نسبت به پایگاه‌های مشارکتی شده است؛ همچنین، عدم کارایی و انگیزه پایین پرسنل دولتی، منجر به راه‌اندازی موفق پایگاه‌های مشارکتی شد. محدودیت‌های مالی و اداری برای خرید، ساخت، و تعمیر ساختمان‌های دولتی و کاهش ظرفیت استخدامی از عوامل بالقوه در تسهیل روند واگذاری پایگاه‌های مشارکتی است. جهت راه‌اندازی پایگاه، برندگان مناقصه نیاز به کاردان و کارشناس در رشته‌های مامایی و بهداشت خانواده داشتند که این جذب نیرو منجر به ایجاد فرصت‌های شغلی برای جوانان علاقمند شد. همچنین، نیاز خانواده‌ها به خدمات قابل ارائه در پایگاه بهداشت و کیفیت مناسب این خدمات در پایگاه‌های مشارکتی حس اعتمادی را در مردم ایجاد کرده، منجر به استقبال مردم شده است.

در عین حال، نقاط ضعفی نیز برای برون‌سپاری عنوان شده است. در بررسی انجام گرفته در کشورهای در حال توسعه، موانع برون‌سپاری به بخش خصوصی شامل کم بودن موارد قابل برون‌سپاری، نبود اعتماد میان برون‌سپار و مجری، نبود منابع کنترل اطلاعات، و نبود قوانین لازم است. سیستم نظارتی باید به‌صورت خودتنظیم باشد و هدف از برون‌سپاری نباید خصوصی کردن منابع مالی باشد (۲۵).

با توجه به درصد پایین مراقبت‌های بهداشتی در برخی از فعالیت‌های پایگاه‌های واگذار شده به بخش خصوصی، لازم است پایش و ارزشیابی فعالیت‌های بخش غیردولتی توسط بخش دولتی تقویت شده و واقعی‌تر گردد (۱۲).

اکثر مطالعات، برون‌سپاری را راهکاری موثر برای کاهش هزینه‌ها قلمداد نموده اند؛ اما حسن زاده و زندی با رد این موضوع در مطالعه خود، تحلیلی بر برون‌سپاری خدمات کتابداری داشته و اظهار کرده که مدیریت کتابخانه باید کیفیت خدمات را محور فعالیت‌ها و تصمیمات خود قرار داده، تحت فشار کمبودهای مالی یا کاهش هزینه‌ها تن به برون‌سپاری ندهد و تلاش کند به صورت هدفمند و با ارزیابی موقعیت، از امکانات مراکز بیرون استفاده کند (۲۶).

علی رغم کمبود منابع، خصوصاً نیروی انسانی کارآمد در کلیه سازمان‌ها از جمله دانشگاه‌های علوم پزشکی



چه می‌دانستید؟ با توجه به اینکه مدتی است خدمات سلامت به بخش خصوصی واگذاری شده، در صد برآمدیم برای کمک به سیاست‌گذاری بهتر، نقاط قوت و ضعف این طرح را شناسایی کنیم.

۲- مطالعه حاضر چه اطلاعاتی را به دانش موجود اضافه می‌کند؟ با توجه به اینکه واگذاری خدمات بهداشتی به بخش خصوصی به طور گسترده در دانشگاه‌های علوم پزشکی در حال انجام است، یافته‌های این مطالعه می‌تواند نقش موثری در سیاست‌گذاری‌های مرتبط با آن ایفا کند.

۳- نتایج مطالعه حاضر چگونه می‌تواند بر تصمیم‌سازی‌های مرتبط با سیاست‌گذاری و مدیریت نظام سلامت کشور اثر بگذارد؟ استفاده از نظرات مدیران دانشگاه، و مسئولین و پرسنل پایگاه‌ها پیرامون نقاط قوت و ضعف سیاست‌گذاری‌ها می‌تواند منجر به موفقیت بیشتر این برنامه و اصلاح نقاط ضعف آن گردد.

### پیشنهادات

با توجه به مباحث مطرح شده در جلسات گروهی طرح، پیشنهاد می‌گردد هزینه‌های واقعی پایگاه‌ها برآورد شده، دستورالعمل و قوانین برون‌سپاری به‌صورت کامل و جامع تدوین گردد. همچنین، توصیه می‌شود قوانین حقوقی و آیین‌نامه‌های تشویق و تنبیه پرسنل در پایگاه‌های مشارکتی به‌منظور افزایش انگیزه تنظیم و تدوین شود، جایگاه پزشک در پایگاه‌های بهداشت تعریف گردد، ردیف اعتباری روشن و شفاف به پرداخت‌های پایگاه‌های مشارکتی اختصاص یابد، امنیت شغلی پرسنل خوب با استفاده از قوانین کار تضمین شود، حقوق پرسنل بر اساس حداقل قانون کار (روزانه معادل ۸ ساعت کار) محاسبه شود، و به موسسین جهت خرید مکان پایگاه تسهیلاتی اعطاشود.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله، از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش، به‌ویژه مدیران محترم حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه، موسسین محترم پایگاه‌های مشارکتی، ناظرین محترم ستاد شبکه‌های ری، جنوب تهران، و اسلامشهر، و همچنین پرسنل محترم پایگاه‌های دولتی و مشارکتی که به‌صورت فعال در مباحث مطرح شده در جلسات مصاحبه‌ها شرکت نمودند نهایت تشکر را داریم. این پژوهش بخشی از پایان‌نامه MPH نویسنده اول در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران و همچنین طرح پژوهشی حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران به‌گواهی اخلاق شماره ۸۸-۰۳-۶۵-۹۱۸۳-۱۴۲۱۲۴ بوده است.

بنابراین، هماهنگی و واگذاری با پیشرفت ظرفیت‌ها امری ضروری است. این مطالعه، اندک بودن موارد مشخص قابل واگذاری، نبود اعتماد بین واگذارکننده و ارایه‌کننده خدمت، نبود منابع مستقل بررسی‌کننده اطلاعات، و نبود محیط قانونی و علمی تامین‌کننده اطلاعات را از جمله مشکلات اساسی پیش‌روی واگذاری در کشورهای در حال توسعه دانسته؛ ظرفیت‌های نظارتی را محدود و ناکارآمد خوانده است (۱۳).

آرش رشیدیان و همکاران یک نظام سلامت کارآمد را نظامی معرفی کرده‌اند که به نسبت منابع مصرفی دست‌آوردهای زیادی کسب نماید. اما نظام سلامت ناکارآمد، حتی اگر دست‌آوردهای زیادی داشته‌باشد، به همان نسبت منابع را هدر می‌دهد؛ لذا، ارزیابی عملکرد فعلی نظام سلامت را ضروری دانستند (۲۸).

در راه‌اندازی پایگاه‌های بهداشت مشارکتی، تجربیات تقریباً مشابه دانشگاه‌ها و کشورهای دیگر راهنمای عمل مدیران دانشگاه علوم پزشکی تهران بوده، و منجر به تدوین آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های شفاف و قانونمند به این منظور شده است؛ البته این دستورالعمل‌ها طی این چندسال به بلوغ رسیده و این امر، از آنجا که پویا و هدفمند است، سیر تکاملی را در پیش رو دارد.

### نتیجه‌گیری

مطالعه انجام‌شده بیانگر آن است که سیاست کوچک‌نمودن دولت، کاهش تصدی‌گری دولت، واگذاری خدمات به بخش خصوصی، و نظارت سیستم دولتی منجر به دیدگاه مناسب و مثبت مدیران ارشد نسبت به پایگاه‌های مشارکتی شده است. ازسویی دیگر، عدم کارایی و انگیزه پرسنل دولتی منجر به این شده که راه‌اندازی پایگاه‌های مشارکتی با موفقیت همراه باشد. محدودیت‌های مالی و اداری در راستای خرید، ساخت، و تعمیر ساختمان‌های دولتی و کاهش ظرفیت استخدامی از عمده عوامل تسهیل‌کننده در واگذاری پایگاه‌های مشارکتی است. درعین حال، مطالعه حاضر نشان داد که نیروهای شاغل در پایگاه‌های مشارکتی از امنیت شغلی کم و حقوق پایین ناراضی بودند. یافته‌های مطالعه در دست می‌تواند جهت بهبود شرایط و به‌کارگیری مناسب برون‌سپاری در شبکه‌های شهری بهداشت به‌کار گرفته شود.

### کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری‌ها در نظام سلامت

۱- پیش از انجام این تحقیق، در مورد موضوع مطالعه

## References

- 1- Qajariyeh Sepanlou S, Majdzadeh S, Poor Malek F, Jamshidi E, Shahande k. Study on: Health Per Capita and Inequality in Economic Conditions and Public Services Population Research Center Tehran University of Medical Science [In Persian]. *Journal of Diabetes and Metabolism* 2004;3(1):11-9
- 2- Davis K, Schoen C, Schoenbaum SC. Mirror, Mirror on the Wall: An International Update on the comparative performance of American Healthcare. [may 2007]. Available from: [http://www.commonwealthfund.org/usr\\_doc/1027\\_Davis\\_mirror\\_mirror\\_international\\_update\\_final.pdf](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/1027_Davis_mirror_mirror_international_update_final.pdf)
- 3- Campbell JL. Provision of primary care in different countries. *British Medical Journal* 2007; 334: 1230-1.
- 4- Starfield B, Shi I, Macinko J. Contributions of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly* 2005; 83:457-502.
- 5- Amirhossein Takian, Leila Doshmangir, Arash Rashidian. Implementing family physician programme in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care network. *Family Practice Advance Access* published June 20, 2013: 1-9
- 6- Amirhossein Takian, Arash Rashidian, Mohammad J Kabir. Expediency and coincidence in re-engineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran. *Health Policy and Planning* 2011;26:163-173
- 7- Farzadfar F, Murray CJ, Gakidou E, Bossert T, Namdaritabar H, Alikhani S, et al. Effectiveness of diabetes and hypertension management by rural primary health-care workers (Behvarz workers) in Iran: a nationally representative observational study. *Lancet*. 2012 7;379:47-54.
- 8- Rashidian A, Joudaki H, Khodayari-Moez E, Omranikhoo H, Geraili B, Arab M. The impact of improving access to family physicians plus a social protection scheme on hospitalization rate in rural Iran: an interrupted time series study. *Bulletin of the World Health Organization* 2013 91:942-949.
- 9- Naghavi M. Changes in health in Iran [In Persian]. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2006;1(3):13-25
- 10- Nikniaz A, Farahbakhsh M, Tabrizi JS, Farahi Shahgoli J, Hasanzade A, Jahanbin H. A comparison among private health cooperatives and governmental health centers on non-contagious diseases care and patients, satisfaction [In Persian]. *Journal of Health Administration*. 2006;23(9):7-16
- 11- Sehhati Shafayi F, Nikniyaz A, Koshavar H, Sadeghi H. Comparison of method of providing health services for children under one year in health centers and governmental healthcare capitals of Tabriz [In Persian]. *Journal of Tabriz Nursing and Midwifery*. 2006;4:4-13
- 12- Masoudi-Asl Y, Maleki MR, Imani A. Comparison of the health indicators of the state health sites and health indicators which have been outsourced to private sector health facility south of Tehran [In Persian]. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2012;13(6): 101-108
- 13- Siddiqi S, Imranmasoud T, Sabri B. Contracting but not without caution: experience with outsourcing of health services of the Eastern Mediterranean region. *Bull World Health Organ*. 2006 Nov; 84(11): 867-75.
- 14- Brijesh C. Private initiatives and policy options: recent health system experience in India. *Health Policy Plan*. 2001; 16(1): 87-97.
- 15- Maarse H. The privatization of health care in Europe: an eight-country analysis. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2006; 31(5): 981-1014.
- 16- Mohammadi M. [Devolution of government to be cooperative and willing to be part of the southern province. *J Taavon*. 2009; 212: 115-32.
- 17- Rashidian A, Kavosi Z, Majdzadeh R, Pourreza A, Pourmalek F, Arab M, et al. Assessing health system responsiveness: a household survey in 17th District of Tehran [In Persian]. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2011; 13(5):302-308.
- 18- Riahi L, Rahbar A, Ebraze A, Mohebi S, Gharlipour Z, Keshvari A, et al. Compare Client Satisfaction in the Public Health Posts and Outsourced Health Posts Affiliated to Qom University of Medical Sciences in 2014 [In Persian]. *Arak Medical University Journal*. 2016;19(114):67-77
- 19- Salmani MR, Rashidian A, Abolhassani F, Majdzadeh R. Assessing Experiences of Outsourcing Urban Health Posts: Facilities and Services Offered in Publicly Owned and Outsourced Health Posts in Tehran University of Medical Sciences [In Persian]. *J Hakim*. 2013;16(1): 28-34
- 20- Rashidian A, Jahanmehr N, Pourreza A, Majdzadeh SR, Godarzi G. Godarzi G. Evaluating performance of medical universities in Iran during 2002 to 2007: a technical efficiency study [In Persian]. *Hakim Research Journal* 2010; 13(1): 58-68
- 21- Arastoozadeh F, Torabipour A. Comparison of Services' Quality in Outsourced and Non-Outsourced Clinical Laboratory in Ahvaz University Hospitals 2016 [In Persian]. *Journal of Health Management*. 2016;8(2):87-97
- 22- Torani S, Maleki M. Efficiency and effectiveness of hospital pharmacy Firoozgar before and after outsourcing. *Health Manag Q*. 2008; 136: 27.
- 23- Kadai A, Sall FL, Andriantsara G, Perrot J. The benefits of setting the ground rules and regulating contracting practices. *Bull World Health Organ*. 2006 Nov; 84(11): 897-902.
- 24- Rashidian A, Kavosi Z, Majdzadeh R, Pourreza A, Pourmalek F, Arab M, et al. Assessing health system responsiveness: a household survey in 17th District of Tehran [In Persian]. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2011; 13(5):302-308.
- 25- Siddiqi S, Masud TI, Sabri B. Contracting but not without caution: experience with outsourcing of health services in countries of the Eastern Mediterranean Region [In Persian]. [Bulletin of the World Health Organization]. 2006;84(11):(867-875
- 26- Hassanzadeh M, Zandi F. Analytical management of library and information services outsourcing [In Persian]. *Quarterly book*. 2005; 63:67-74.
- 27- Amiri A, Chaman R, Bagheri H, Sadeghian F, Khosravi A. Cost Analysis and Per capita Performance of the Staff Working in Hygiene Sectors of Shahroud University of Medical Sciences. *J Ofogh-e-Danesh*. 2012;18(2):75-82
- 28- Rashidian A, Jahanmehr N, Pourreza A, Majdzadeh SR, Godarzi G. Evaluating Performance of Medical Universities in Iran during 2002 to 2007: a Technical Efficiency Study [In Persian]. *J Hakim*. 2010;13(1):58-68

## The Study of Barriers and Facilitators of Providing Services in participatory and Public Health Facilities Covered by Tehran University of Medical Sciences: A Qualitative Study

Mohammad Reza Ghayoom Zade <sup>1</sup>, Arash Rashidian <sup>2</sup>, Farid Abolhassani <sup>3</sup>, Elham Rashidian <sup>1\*</sup>, Mohammad Reza Salmani <sup>4</sup>, Sepideh Samimi <sup>5</sup>

<sup>1</sup> South Tehran Health Network, Deputy for Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>3</sup> National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Rey Health Network, Deputy for Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>5</sup> Pardis International School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

### Abstract

**Background:** This study is a qualitative study that was conducted at Tehran University of Medical Sciences with the aim of identifying obstacles and facilitators of providing services at participatory sites covered by Tehran University of Medical Sciences.

**Methods:** Experts were interviewed, the implementation was carried out, and the indexing process was performed on all interviews. All coding subjects and topics as well as the charts table were completed. Then, based on the conceptual structure form, indexing and data analysis were done.

**Results:** The process was positive toward the experience. The most important facilitators were the private sector, job creation, transparent guidelines, specific credits for payments, and experiences from other countries. Some of the main obstacles were inadequate physical space, shortage of manpower, lack of physician placement, weariness of equipment, delayed payments to founders, insufficient salaries for staff, strict supervision of staff oversight and attention to quantity rather than service quality, insurance and taxes.

**Conclusions:** The policy of small government, the privatization of services to the private sector, and supervision by the state system has led to a positive attitude of managers towards participatory bases. In addition, the ineffectiveness of government personnel from other countries has led to the creation of participatory bases successfully. The financial and administrative constraints in purchasing, constructing, and repairing state civil-engineering units and reducing employment capacity are also due to the transfer of participatory bases. Furthermore, bases were dissatisfied with low job security and low salaries.

**Keywords:** Outsourcing; Participatory Basis; Barriers to Service Delivery; Facilitators of Service Delivery

---

#### Please cite this article as follows:

Ghayoom Zade A, Rashidian A, Abolhassani F, Rashidian E, Salmani MR, Samimi S. The study of barriers and facilitators of providing services in participatory and public health facilities covered by Tehran University of Medical Sciences: A qualitative study. *Hakim Research Journal* 2018; 21(2): 89- 99.

---

\*Corresponding Author: M.Sc., South Tehran Health Network, Deputy for Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Tel: +98-216647188, Fax: +98-2166477188, Email: e-rashidian@farabi.tums.ac.ir