

# طراحی الگوی مدیریت برون سپاری خدمات غیر بالینی بیمارستان‌های دولتی ایران

شکوفه مرآتی، امیراشکان نصیری‌پور\*، لیلا ریاحی، کامران حاجی‌نبی

<sup>۱</sup>گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

تاریخ وصول: ۱۴۰۰/۰۷/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۱۵

## چکیده

**زمینه و هدف:** به موازات پیچیده‌تر شدن و محدود شدن منابع مالی و مادی در سازمان‌های بهداشتی و درمانی، برون سپاری و مدیریت صحیح آن اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. لذا هدف این مقاله تعیین و بررسی ابعاد مدیریت و طراحی الگویی برای مدیریت برون سپاری خدمات غیربالینی در بیمارستان‌های دولتی بود.

**روش بررسی:** این مطالعه کاربردی که از نوع مطالعه توصیفی - تحلیلی می‌باشد، در سال ۱۴۰۰ انجام شد. جامعه پژوهش شامل سیاست‌گذاران نظام سلامت، کارشناسان خبره در امور برون‌سپاری و مدیران بیمارستان‌های دولتی بود. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه ۲۸ سئوالی محقق ساخته استفاده گردید که متغیرهای آن از پژوهش‌های تطبیقی کشورهای منتخب استخراج گردیده است. روایی سازه با قضاوت خبرگان ارزیابی شد و در خصوص سنجش پایایی آن ضریب آلفای کرونباخ به میزان ۰/۸۵ تعیین گردید. جهت کسب نتایج قابل اعتماد پرسشنامه نهایی بین ۳۰۸ نفر از جامعه پژوهش توزیع گردید و برای نمونه‌گیری از روش طبقه‌ای استفاده و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری تحلیل عاملی انجام و الگوی نهایی استخراج شده است.

**یافته‌ها:** طبق الگوی نهایی ۶ عامل اصلی و مؤثر بر مدیریت برون سپاری شناخته شدند که به ترتیب شامل؛ برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری، مدیریت عملکرد، قرارداد، ارتباطات و مدیریت دانش بودند. عوامل برنامه‌ریزی با ضرایب ۰/۹۴ بیشترین تأثیر و مدیریت دانش کمترین تأثیر را با ضریب ۰/۳۴ در مدیریت برون سپاری خدمات غیربالینی بیمارستان‌های ایران داشتند.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس الگوی حاصله عوامل مختلفی در مدیریت مؤثر هستند که ابعاد مرتبط با برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند و لازم است در زمان برون سپاری خدمات غیربالینی در بیمارستان‌های دولتی بیشتر مورد توجه قرار گیرند.

**واژه‌های کلیدی:** برون سپاری، بیمارستان، خدمات غیربالینی، مدیریت

---

\*نویسنده مسئول: امیراشکان نصیری‌پور، تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی  
Email: nasiripour@srbiau.ac.ir

## مقدمه

برون سپاری خدمات، یکی از مداخلات کلیدی است که جهت بهبود عملکرد و اصلاح نظام مالی بخش سلامت به خصوص بیمارستان‌ها، همواره مورد توجه سیاست‌گذاران قرار دارد. برون سپاری عمل انتقال برخی از فعالیت‌های داخلی سازمان و مسئولیت تصمیم‌گیری به پیمانکاران بر اساس قرارداد می‌باشد (۱).

برون سپاری با ایجاد رقابت در میان تأمین کنندگان خدمات و ایجاد محرک‌های اقتصادی، باعث بهبود عملکرد ارایه خدمات و ارتقای اهداف نظام سلامت می‌گردد (۲). برون سپاری خدمات به عنوان یک راه حل بهبود هزینه - اثربخشی در نظام سلامت بسیاری از کشورهای دنیا مطرح است (۳). با تصویب ماده ۱۴۴ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران کلیه دستگاه‌های دولتی از جمله دانشگاه‌های علوم پزشکی مکلف شدند ۲۰ درصد از فعالیت‌های خود را در قالب قیمت تمام شده به انجام برسانند و نسبت به برآورد هزینه واحدها و محصولات خود اقدام نمایند. از این رو برون سپاری خدمات به عنوان رویکردی جهت بهبود عملکرد و کاهش هزینه‌ها مورد توجه قرار گرفت (۴). مدیریت صحیح و موفق در برون‌سپاری بسیار مهم است، زیرا قرارداد برون‌سپاری ناموفق می‌تواند صدمات جبران ناپذیری بر بدنه نظام سلامت وارد آورد و سازمان‌ها را با چالش‌های قابل

ملاحظه‌ای از نظر اقتصادی، ساختاری، نیروی انسانی،

مسئولیت و پاسخگویی رو به رو سازد (۵).

مدیریت برون سپاری ابعاد برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری و نظام ارزیابی را در بر می‌گیرد (۶-۸). در بعد برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری مدیران بیمارستان‌ها باید بر اساس تحلیل واقعی از وضعیت و ظرفیت‌های جاری و تعیین اهداف، به برون‌سپاری اقدام نمایند (۹). تا بتوانند سازمان خود را از مزایایی همچون افزایش کیفیت خدمات، تعدیل سازمانی و افزایش سود بهره‌مند سازند (۱۰). پویایی محیط و عدم اطمینان ناشی از تغییرات محیطی، بر ضرورت انکارناپذیر برنامه‌ریزی می‌افزاید (۱۱). غیر از اموری که جزء رسالت و از شایستگی‌های اصلی سازمان باشد سایر وظایف را می‌توان برون سپاری کرد (۱۲). برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری هر دو بعدی هستند که قبل از برون‌سپاری به صورت هم‌زمان مورد بررسی قرار می‌گیرند و نوع نگاه کارکنان می‌تواند در پیشبرد و موفقیت آن تأثیرگذار باشد (۱۳). در بعد ارزیابی، سازمان‌ها با بهره‌جستن از مدیریت عملکرد می‌توانند موقعیت مناسبی کسب نمایند (۱۴). و با برون‌سپاری صحیح موجب کنترل هزینه و افزایش عملکرد شوند (۱۵ و ۱۶). پس از اجرای برون‌سپاری، در طی فرآیند انتقال، کارمندان با ارایه همکاری و پشتیبانی لازم، می‌توانند دانش را به کارکنان پیمانکار آموزش و انتقال دهند (۱۷). این انتقال دانش می‌تواند به صورت دو طرفه از پیمانکار به کارفرما و یا بالعکس از کارفرما به پیمانکار صورت گیرد. مسئله مستندسازی

و انتقال دانش به عنوان یکی از معیارهای انتخاب و ارزیابی تأمین‌کنندگان در نظر گرفته می‌شود(۱۸).

برون سپاری وقتی به درستی انجام می‌شود که همه افراد در مورد نقش‌ها و مسئولیت‌های واضح و روشن خود کاملاً آگاهی داشته باشند و به طور مرتب با یکدیگر ارتباط برقرار کرده و در تعامل باشند. این تعامل و بررسی منظم عملکرد برای انجام اقدامات اصلاحی در طول پروژه امری ضروری است(۱۹). اگر رابطه محکم و پایدار باشد، آینده پروژه امن است. با تغییر شرایط کسب و کار و تغییر الزامات نظارتی، ممکن است قرارداد مجدداً مورد مذاکره قرار بگیرد، که این امر کاملاً متداول است و گاهی اوقات، وضعیت ممکن است به حدی بدتر شود که جدایی اجتناب ناپذیر شود و در این صورت است که استراتژی خروج مناسب باید بخشی از هر قرارداد باشد(۲۰). در حوزه‌ی مدیریت قرارداد، مذاکره خوب منجر به یک قرارداد خوب می‌گردد. از جمله نکات مهم در امر مدیریت قرارداد مستندسازی دقیق جلسات مذاکره است. هیچ قراردادی کامل نیست و هر دو طرف باید عمل‌گرا و انعطاف‌پذیر باشند تا در تغییر شرایط شغلی پاسخگو باشند(۲۱). سیاست برون سپاری به دلیل عدم وجود الگوی مناسب برون سپاری و ضعف مدیریت دولتی نمی‌تواند به اهداف خود از جمله بهبود کارایی دست پیدا کند(۲۲).

از جمله نتایج منفی برخی از واگذاری‌ها، افزایش هزینه‌های هماهنگی، ضعف پایش و کنترل و

برون سپاری شایستگی های اصلی بیمارستان‌ها عنوان شده است(۱۱).

به واسطه نداشتن الگوی مناسب و بی‌توجهی به اصول علمی، بسیاری از واگذاری‌ها در بیمارستان‌های دولتی به اهداف از پیش تعیین شده دست نیافته و گاه آنها را تا مرز بازگرداندن دوباره فعالیت به بیمارستان پیش می‌برد(۱۴).

در دو دهه گذشته پژوهش‌های متعددی در زمینه برون سپاری انجام شده است. این پژوهش‌ها هر کدام تصویری از یک منطقه از کشور و یا یک بعد از ابعاد مدیریت را نشان می‌دهند، پراکندگی بررسی‌ها و پژوهش‌های انجام شده می‌تواند منجر به محدودیت و عدم استقبال زیاد از سوی مدیران بهداشت و درمان گردد، لذا هدف این مطالعه تعیین و بررسی ابعاد مدیریت و طراحی الگویی برای مدیریت برون سپاری خدمات غیربالینی در بیمارستان‌های دولتی بود.

### روش بررسی

این مطالعه کاربردی که از نوع مطالعه توصیفی تحلیلی می باشد در سال ۱۴۰۰ انجام شد، جامعه پژوهش شامل سیاست‌گذاران نظام سلامت، کارشناسان خبره در امور برون‌سپاری و مدیران بیمارستان‌های دولتی بود. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه ۲۸ سوالی محقق ساخته استفاده گردید که متغیرهای آن از پژوهش‌های تطبیقی الگوهای برون سپاری کشورهای موفق مانند آمریکا، انگلیس و ترکیه استخراج شده است.

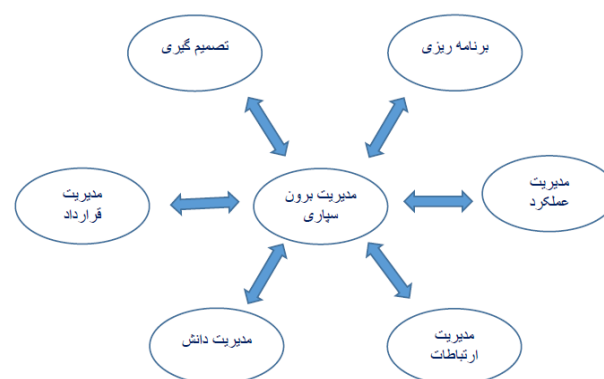
بانک‌های اطلاعاتی فارسی و انگلیسی شامل اس.آی.دی، ایران مدکس، مگ ایران، مدلاین، پابمد، الزویر، امرالد و موتورهای جستجوگر Google و Google Scholar بررسی شدند. به منظور جستجوی مقالات از واژه‌های کلیدی برون‌سپاری، بیمارستان و خدمات به زبان فارسی و انگلیسی استفاده شد. سپس با استفاده از یک چک لیست ۱۵ امتیازی تمامی مقالات ارزشیابی کیفیتی شدند (۲۳). در نهایت، مقالات منتخب زیربنای ترسیم الگوی مفهومی اولیه به شکل ۱ شد.

سئوالات پرسشنامه با مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت امتیازبندی شده، به طوری که به اهمیت خیلی کم امتیاز ۱ و به اهمیت خیلی زیاد امتیاز ۵ داده شد. روایی پرسشنامه با استفاده از فرمول‌های CVI (شاخص روایی محتوا) و CVR (نسبت روایی محتوا) با قضاوت تعداد ۳۰ نفر خبرگان به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۶۱ ارزیابی شد و سنجش پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ به میزان ۰/۸۵ تعیین گردید.

برای نمونه‌گیری از نمونه‌گیری طبقه‌ای استفاده گردید. به این صورت که ابتدا کل دانشگاه‌های

علوم پزشکی سراسر کشور بر اساس منطقه جغرافیایی، در پنج منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز در کشور طبقه‌بندی و به طور تصادفی دانشگاه علوم پزشکی در هر منطقه انتخاب شده و با توجه به تعداد بیمارستان‌های دولتی در هر دانشگاه به تناسب پرسشنامه‌ها بین افراد جامعه پژوهش شامل؛ کارشناسان امور برون‌سپاری، کارشناسان بهبود کیفیت، مدیران میانی و مدیران ارشد بیمارستان‌های دولتی به روش‌های مختلف حضوری و غیر حضوری (تلفن و ایمیل) به نسبت بیش از ده برابر متغیرها یعنی تعداد ۳۰۸ پرسشنامه در بین جامعه پژوهش توزیع گردید. از پرسشنامه‌های توزیع شده، تعداد ۲۹۱ پرسشنامه تکمیل و جمع‌آوری و پس از حذف ۶ پرسشنامه ناقص در نهایت ۲۸۵ پرسشنامه جهت تحلیل به مطالعه راه یافتند.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و لیزرل و آزمون‌های آماری تحلیل عاملی تجزیه و تحلیل شدند.



شکل ۱: الگوی مفهومی مدیریت برون سپاری خدمات غیر بالینی بیمارستان‌های دولتی ایران

## یافته‌ها

در این مطالعه ۲۸۵ نفر پرسشنامه‌ها را به صورت کامل پاسخ داده بودند. بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی جدول ۱ بیشترین فراوانی پاسخ دهندگان مربوط به زنان با ۷۳/۳۳ درصد می‌باشد.

بیشتر افراد در گروه سنی ۴۱-۵۰ سال با ۴۶/۳۱ درصد و تحصیلات کارشناسی ارشد با ۴۰/۷۰ درصد، پست سازمانی کارشناس با ۴۰/۳۵ درصد و سابقه کار ۱۱-۲۰ سال با ۴۰/۷۰ بیشترین درصد فراوانی را تشکیل دادند.

قبل از اقدام به تحلیل عاملی، باید معنی‌داری متغیرها جهت تحلیل عاملی سنجش شود. یکی از روش‌های سنجش معنی‌داری متغیرها محاسبه KMO (شاخص ارزیابی کفایت نمونه) است. چنانچه مقدار این آماره بیش از ۰/۷ باشد همبستگی‌های موجود برای تحلیل عامل بسیار مناسب است. چنانچه بین ۰/۵ و ۰/۶۹ باشد باید دقت زیادی به خرج داد و اگر کمتر از ۰/۵ باشد، برای تحلیل عاملی مناسب نیست.

بر اساس نتایج جدول ۲ مقدار کفایت نمونه برابر با ۰/۷۳۶ است و بالا بودن این آزمون میزان قابلیت داده‌ها را برای دسته‌بندی نشان می‌دهد و آزمون بارتلت و سطح معنی‌داری متناظر با آن نشان می‌دهد که انجام تحلیل عاملی بر روی متغیرها (عوامل مؤثر بر مدیریت برون سپاری) امکان پذیر می‌باشد.

با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی، از روش مؤلفه‌های اصلی توأم با چرخش تعداد ۶ عامل یا بعد زیربنایی از مجموع ۲۸ شاخص مقیاس عوامل مؤثر

بر مدیریت برون سپاری استخراج یا شناسایی شده است. شش عامل به دست آمده می‌توانند حدود ۶۵/۰۳۶ درصد واریانس تمام شاخص‌ها را تبیین نمایند. سپس میزان اشتراکات هر گویه با سایر گویه‌ها مورد بررسی قرار گرفت و بارهای عاملی بیشتر از ۰/۳ به عنوان بارهای قابل قبول در نظر گرفته شد. پس از مشخص شدن عامل‌ها از میان مجموعه عوامل، متغیرهایی که بیشترین همبستگی را بین سئوالات به هم داشته و یا از لحاظ مفهوم نظری، نزدیکی بیشتری به هم داشتند، در یک گروه قرار گرفتند. این عامل‌ها به شرح زیر نام‌گذاری شدند؛ عامل اول: شامل متغیرهایی مانند تعریف و آموزش اهداف بیمارستان، صداقت در گزارش عملکرد و هزینه‌های مالی، انتخاب یک سبک واحد در ارایه پروپوزال، تشکیل تیم پروژه، ارزیابی وضعیت منابع پروپوزال، تدوین لیست نواقص، برآورد آماری نیازهای بیمارستان به صورت مدون چه در زمان عادی و چه در زمان بحران می‌باشد. با توجه به این که این متغیرها بیشترین همبستگی را بین سئوالات به هم داشته‌اند و از لحاظ مفهوم نظری نزدیکی بیشتری به هم داشته‌اند تحت عنوان «عامل برنامه‌ریزی» از آن می‌توان نام برد.

عامل دوم: شامل متغیرهایی مانند تعیین معیارهای کمی و کیفی تخصصی، ارزیابی وضعیت سوابق پیمانکار، حصول اطمینان از مستندسازی مداوم، سیستم یکپارچه جمع‌آوری اطلاعات، مشورت با اتحادیه‌ها یا شوراهای کاری، تعریف دقیق امکان

انتقال و جا به جایی کارکنان، لحاظ نمودن قوانین بالا دستی و در دسترس بودن پیمانکار می‌باشد. با توجه به این که این متغیرها بیشترین همبستگی را بین سئوالات به هم داشته‌اند و از لحاظ مفهوم نظری نزدیکی بیشتری به هم داشته‌اند، تحت عنوان «عامل تصمیم‌گیری» از آن می‌توان نام برد.

عامل سوم: شامل متغیرهایی مانند استفاده از ماتریس تحلیل هزینه‌های کیفیت، گزارش نتایج شاخص‌های عملکردی به تیم حاکمیتی، انجام بازدید به صورت میدانی و دوره‌ای به وسیله تیم حاکمیتی، بررسی مداوم سود واقعی و قیمت تمام شده خدمات می‌باشد. با توجه به این که این متغیرها بیشترین همبستگی را بین سئوالات به هم داشته‌اند و از لحاظ مفهوم نظری نزدیکی بیشتری به هم داشته‌اند، تحت عنوان «عامل مدیریت عملکرد» از آن می‌توان نام برد.

عامل چهارم: شامل متغیرهایی مانند تعیین ناظر فنی، نحوه نظارت و پاسخ‌گویی پیمانکار، تعیین مکانیزم‌های جریمه و یا فسخ قرارداد، بازبینی و نظارت مداوم امنیت قرارداد می‌باشد. با توجه به این که این متغیرها بیشترین همبستگی را بین سئوالات به هم داشته و از لحاظ مفهوم نظری نزدیکی بیشتری به هم داشته‌اند، تحت عنوان «عامل مدیریت قرارداد» از آن می‌توان نام برد.

عامل پنجم: شامل متغیرهایی مانند تقویت ارتباط با پیمانکار (تأمین منابع و امکانات)، توجه دقیق به موضوعات پرسنلی و روابط منسجم با افراد، تعهد و ارتباط بلندمدت پیمانکار می‌باشد. با توجه به این

که این متغیرها بیشترین همبستگی را بین سئوالات به هم داشته‌اند و از لحاظ مفهوم نظری نزدیکی بیشتری به هم داشته‌اند، تحت عنوان «عامل مدیریت ارتباطات» از آن می‌توان نام برد.

عامل ششم: شامل متغیرهایی مانند به اشتراک‌گذاری فن‌آوری اطلاعات، به اشتراک‌گذاری دانش فرآیندهای اصلی خدمات مرتبط، آموزش پرسنل پیمانکار (الزامات و استانداردها) می‌باشد. با توجه به این که این متغیرها بیشترین همبستگی را بین سئوالات به هم داشته‌اند و از لحاظ مفهوم نظری نزدیکی بیشتری به هم داشته‌اند، تحت عنوان «عامل مدیریت دانش» از آن می‌توان نام برد.

هدف از انجام تحلیل عاملی تأییدی این است که داده‌ها با الگوی حاصل از تحلیل اکتشافی و الگوی اندازه‌گیری فرض شده مطابقت داشته باشد.

تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول؛ بعد از نام‌گذاری عامل‌های اصلی برای بررسی مدل کلی و همبستگی بین متغیرها و معنی‌دار بودن ارتباط آنها، تحلیل عامل تأییدی انجام گرفته است. جدول ۳ ابعاد مدیریت برون سپاری را در حالت استاندارد و معنی‌داری نشان می‌دهد. هر چه بار عاملی بزرگتر و به عدد ۱ نزدیکتر باشد، یعنی متغیر مشاهده شده بهتر می‌تواند متغیر مستقل را تبیین نماید. اگر بار عاملی کمتر از ۰/۳ باشد، رابطه ضعیف در نظر گرفته شده و از آن صرف‌نظر می‌شود. بار عاملی بین ۰/۳ تا ۰/۶ قابل قبول است و اگر بزرگتر از ۰/۶ باشد، خیلی

مطلوب است. با توجه به این جدول بار عاملی برای همه گویه‌ها بزرگ‌تر از ۰/۵ بوده و همه مقادیر قابل قبول است. پس همبستگی بین متغیرهای قابل مشاهده و سنجش قابل قبول است. پس از شناسایی همبستگی بین متغیرها، باید معنی‌داری همبستگی‌های مشاهده مورد بررسی قرار گیرد. برای بررسی معنی‌دار بودن رابطه متغیرها از آمار تی با سطح خطای ۰/۰۵ استفاده می‌شود. با توجه به جدول ۳ تمام مقادیر بزرگ‌تر از ۱/۹۶ بوده و نشان می‌دهد رابطه بین متغیرها معنی‌دار است.

تحلیل عاملی مرتبه دوم: در این روش علاوه بر بررسی رابطه متغیرهای مشاهده پذیر با متغیرهای پنهان، رابطه متغیرهای پنهان با سازه اصلی خود نیز بررسی می‌شوند. در این مرحله طبق شکل ۲ بار کلی عامل‌های اول تا ششم بین ۰/۳ تا ۰/۶ و مقادیر آن نشان می‌دهد همبستگی بین متغیرهای پنهان قابل قبول است. مقادیر عامل‌های اول، دوم و چهارم بزرگ‌تر از ۰/۶ و خیلی مطلوب است و نشان دهنده قدرت ارتباط این عامل‌ها می‌باشد و عامل ششم متغیر (مدیریت دانش) با بار عاملی ۰/۳۴ ضعیف‌ترین ارتباط را با متغیر اصلی نشان می‌دهد. پس از شناسایی همبستگی متغیرها، باید آزمون معنی‌داری صورت گیرد. برای بررسی معنی‌دار بودن رابطه متغیرها با متغیر اصلی از آماره تی استفاده می‌شود. جدول ۳ آزمون معنی‌دار بودن بین متغیرها را با سطح

خطای ۰/۰۵ نشان می‌دهد. با توجه به آن تمام مقادیر بزرگ‌تر از ۱/۹۶ بوده و نشان می‌دهد رابطه متغیرها با سازه اصلی معنی‌دار است. در این پژوهش همان‌طور که قبلاً اشاره شد از نرم افزار لیزرل استفاده شده است. به منظور دستیابی به الگو، از آزمون‌های آماری مناسب مانند: ریشه میانگین مربعات خطای برآورد، برازش هنجار شده، برازش هنجار نشده، برازش مقاسه ای، باقیمانده جذر میانگین مربعی، نیکویی برازش، شاخص نیکویی برازش اصلاح شده و نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی استفاده شده است. برای این که الگوی مناسب باشد می‌بایستی کای دو نسبی کوچکتر از ۴ بوده و مقادیر نزدیک به ۱ نشان دهنده مناسب بودن الگو می‌باشد و این در حالی است که ریشه میانگین مربعات خطای برآورد باید کمتر از ۰/۰۸ باشد که مورد قبول واقع شود (۲۴) طبق شاخص‌های برازش به دست آمده و مقایسه آن با مقادیر قابل قبول در جدول ۴ مشخص شد که مدل تدوین شده از برازش مناسبی برخوردار می‌باشد.

با توجه به این که هیچ شاخص منفردی جهت بررسی شاخص کلی برازش وجود ندارد، بنابراین لازم است تا مجموعه‌ای از شاخص‌ها در کنار همدیگر مورد تحلیل قرار گیرند (۲۵). در این مطالعه شاخص‌های نیکویی برازش به ما نشان داد که در مجموع شاخص‌های مد نظر از برازش مناسبی برخوردار است.

جدول ۱: توزیع فراوانی نمونه مورد مطالعه بر اساس ویژگی‌های جمعیت‌شناسی (تعداد نمونه = ۲۸۵)

خصوصیات جمعیت شناختی	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت		
زن	۲۰۹	۷۳/۳۳
مرد	۷۶	۲۶/۶۷
سن		
≤۳۰	۲۸	۹/۸۲
۳۱-۴۰	۷۳	۲۵/۶۱
۴۱-۵۰	۱۳۲	۴۶/۳۱
۵۱-۶۰	۳۴	۱۱/۹۲
≥۶۰	۱۸	۶/۳۱
تحصیلات		
فوق دیپلم	۹	۳/۱۵
کارشناسی	۹۸	۳۴/۳۸
کارشناسی ارشد	۱۱۶	۴۰/۷۰
دکتر و بالاتر	۶۲	۲۱/۷۵
پست سازمانی		
مدیر بیمارستان	۴	۱/۴۰
مدیریت (مدیرمیان)	۱۱۲	۳۹/۲۹
کارشناس	۱۶۹	۵۹/۲۹
سابقه کار		
≤۱۰	۴۴	۱۵/۴۳
۱۱-۲۰	۱۱۶	۴۰/۷۰
۲۱-۳۰	۹۸	۳۴/۳۸
≥۳۰	۲۷	۹/۴۷

جدول ۲: آزمون کفایت نمونه گیری و آزمون کروییت بارتلت

آزمون کفایت نمونه (KMO)	آزمون کروییت بارتلت
خی دو	درجه آزادی
۰/۷۳۶	۴۳۵
۵۵۱۷/۴۹	سطح معنی داری *
۰/۰۰۰	

\* معنی دار در سطح معنی داری ۰/۰۵  $p <$ 

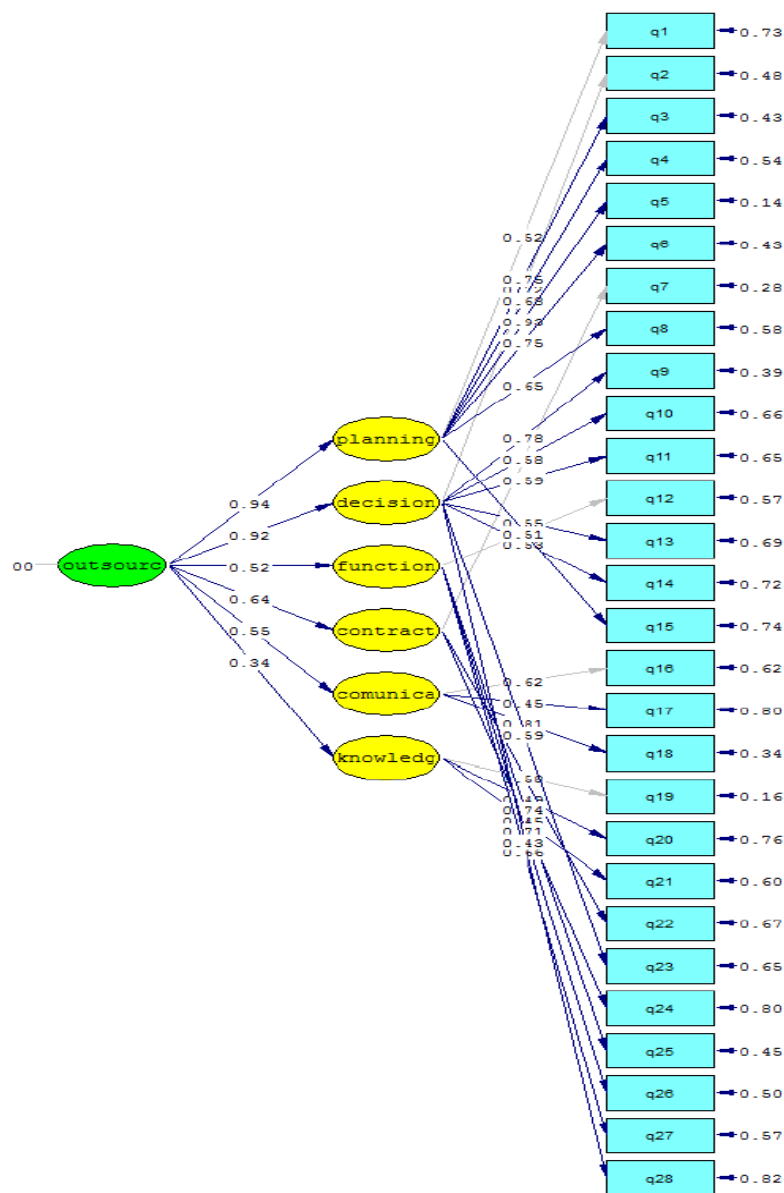
جدول ۴-۱۲- کل واریانس تبیین شده ۲۸ متغیر در ۶ عامل اکتشافی

مقادیر ویژه عوامل استخراجی با چرخش	درصد	کل	درصد	تجمعی	مقادیر ویژه عوامل استخراجی بدون چرخش	درصد	کل	درصد	تجمعی	مقادیر ویژه اولیه	درصد	کل	مولفه ها
۱	۱۴/۲۹۱	۴/۰۰۱	۲۸/۹۹۳	۲۸/۹۹۳	۲۸/۹۹۳	۲۸/۹۹۳	۲۸/۹۹۳	۲۸/۹۹۳	۲۸/۹۹۳	۲۸/۹۹۳	۲۸/۹۹۳	۸/۱۱۸	۱
۲	۲۸/۳۰۰	۳/۹۲۲	۳۸/۶۰۹	۳۸/۶۰۹	۳۸/۶۰۹	۳۸/۶۰۹	۳۸/۶۰۹	۳۸/۶۰۹	۳۸/۶۰۹	۹/۶۱۷	۹/۶۱۷	۲/۶۹۳	۲
۳	۴۰/۰۸۹	۱۱/۷۸۹	۴۷/۰۹۶	۴۷/۰۹۶	۴۷/۰۹۶	۴۷/۰۹۶	۴۷/۰۹۶	۴۷/۰۹۶	۴۷/۰۹۶	۸/۴۸۶	۸/۴۸۶	۲/۳۷۶	۳
۴	۴۸/۷۲۳	۸/۶۳۴	۵۴/۴۵۳	۵۴/۴۵۳	۵۴/۴۵۳	۵۴/۴۵۳	۵۴/۴۵۳	۵۴/۴۵۳	۵۴/۴۵۳	۷/۳۵۸	۷/۳۵۸	۲/۰۶۰	۴
۵	۵۷/۲۷۴	۸/۵۵۱	۶۰/۳۲۱	۶۰/۳۲۱	۶۰/۳۲۱	۶۰/۳۲۱	۶۰/۳۲۱	۶۰/۳۲۱	۶۰/۳۲۱	۶/۸۶۷	۶/۸۶۷	۱/۶۴۳	۵
۶	۶۵/۰۳۶	۷/۷۶۱	۶۵/۰۳۶	۶۵/۰۳۶	۶۵/۰۳۶	۶۵/۰۳۶	۶۵/۰۳۶	۶۵/۰۳۶	۶۵/۰۳۶	۴/۷۱۵	۴/۷۱۵	۱/۳۲۰	۶



جدول ۳: عوامل شناسایی شده، بارهای عاملی، عدد معنی‌داری و آلفای کرونباخ به تفکیک

عامل اول (برنامه ریزی)					
سئوال	متغیرها	بارعاملی	آماره تی	بار عاملی کلی	آماره تی
۱	تعریف و آموزش اهداف بیمارستان	۰/۵۶	۹/۶۲	۰/۹۴	۸/۷۰
۳	صدافت در گزارش عملکرد و هزینه‌های مالی	۰/۷۸	۱۵/۱۶		۰/۸۴۳
۴	انتخاب یک سبک واحد در ارائه پروپوزال	۰/۶۴	۱۱/۶۵		
۵	تشکیل تیم پروژه	۰/۹۱	۱۹/۱۵		
۶	ارزیابی وضعیت منابع پروپوزال	۰/۷۸	۱۵/۲۵		
۸	تدوین لیست نواقص	۰/۶۴	۱۱/۶۵		
۱۵	برآورد آماری نیازهای بیمارستان به صورت مدون	۰/۵۱	۸/۹۲		
عامل دوم (تصمیم‌گیری)					
سئوال	متغیرها	بارعاملی	آماره تی	بار عاملی کلی	آماره تی
۲	تعیین معیارهای کمی و کیفی تخصصی	۰/۷۲	۱۲/۹۷	۰/۹۲	۱۲/۱۹
۹	ارزیابی وضعیت سوابق پیمانکار	۰/۷۱	۱۲/۶۰		۰/۸۲۱
۱۰	حصول اطمینان از مستند سازی مداوم	۰/۶۴	۱۱/۱۷		
۱۱	سیستم یکپارچه جمع‌آوری اطلاعات	۰/۶۱	۱۰/۵۶		
۱۳	مشورت با اتحادیه‌ها یا شوراهای کاری	۰/۵۸	۹/۸۰		
۱۴	تعریف دقیق امکان انتقال و جابه‌جایی کارکنان	۰/۵۷	۹/۶۷		
۲۳	لحاظ نمودن قوانین بالا دستی	۰/۵۵	۹/۲۷		
۲۸	در دسترس بودن پیمانکار	۰/۴۷	۷/۶۵		
عامل سوم (مدیریت عملکرد)					
سئوال	متغیرها	بارعاملی	آماره تی	بار عاملی کلی	آماره تی
۱۲	استفاده از ماتریس تحلیل هزینه‌های کیفیت	۰/۵۶	۹/۲۱	۰/۵۲	۶/۷۱
۲۵	گزارش نتایج شاخص‌های عملکردی به تیم حاکمیتی	۰/۷۱	۱۲/۲۶		۰/۷۷۸
۲۶	انجام بازدید به صورت میدانی و دوره‌ای به وسیله تیم حاکمیتی	۰/۷۶	۱۳/۱۱		
۲۷	بررسی مداوم سود واقعی و قیمت تمام شده خدمات	۰/۷۲	۱۲/۳۸		
عامل چهارم (مدیریت قرارداد)					
سئوال	متغیرها	بارعاملی	آماره تی	بار عاملی کلی	آماره تی
۷	تعیین ناظر فنی، نحوه نظارت و نپاسخگویی پیمانکار	۰/۶۲	۸/۸۰	۰/۶۴	۹/۳۸
۲۲	تعیین مکانیزم‌های جریمه و یا فسخ قرار داد	۰/۷۸	۱۰/۱۹		۰/۶۸۲
۲۴	بازبینی و نظارت مداوم امنیت قرارداد	۰/۵۴	۷/۹۹		
عامل پنجم (مدیریت ارتباطات)					
سئوال	متغیرها	بارعاملی	آماره تی	بار عاملی کلی	آماره تی
۱۶	تقویت ارتباط با پیمانکار (تامین منابع و امکانات)	۰/۷۲	۹/۴۰	۰/۵۵	۶/۱۹
۱۷	توجه دقیق به موضوعات پرسنلی و روابط منسجم با افراد	۰/۵۰	۷/۳۳		۰/۶۵۲
۱۸	تعهد و ارتباط بلند مدت پیمانکار	۰/۶۹	۹/۱۴		
عامل ششم (مدیریت دانش)					
سئوال	متغیرها	بارعاملی	آماره تی	بار عاملی کلی	آماره تی
۱۹	به اشتراک گذاری فن‌آوری اطلاعات	۰/۷۹	۱۱/۷۸	۰/۳۴	۵/۱۳
۲۰	به اشتراک گذاری دانش فرایندهای اصلی خدمات مرتبط	۰/۵۶	۸/۸۴		۰/۷۷۲
۲۱	آموزش پرسنل پیمانکار (الزامات و استانداردها)	۰/۷۲	۱۰/۹۱		



Chi-Square=53.31, df=20, P-value=0.00007, RMSEA=0.077

شکل ۲: الگوی نهایی عوامل مرتبط با مدیریت برون سپاری (بار عاملی در حالت استاندارد شده)

جدول ۴: نتایج آزمون نیکویی برازش و میزان برازش الگوی به دست آمده

شاخص‌ها	RMSEA	NFI	NNFI	CFI	RMR	GFI	AGFI	$\chi^2/df$	سطح معنی‌داری *
مقادیر به دست آمده	۰/۰۷	۰/۹۵	۰/۹۵	۰/۹۶	۰/۰۲۲	۰/۹۶	۰/۹۲	۲/۶۶	۰/۰۰۰۰۷
مقادیر قابل قبول	>۰/۰۸	>۰/۹	>۰/۹	>۰/۹	<۱	>۰/۹	>۰/۹	<۴	p>۰/۰۵
برآزش الگو	مناسب است	مناسب است	مناسب است	مناسب است	مناسب است	مناسب است	مناسب است	مناسب است	مناسب نیست

\* معنی دار در سطح معنی‌داری  $p>۰/۰۵$

## بحث

فرآیند برون سپاری باید به دقت برنامه ریزی شده و به صورت مداوم مدیریت شود. مراحل اولیه مدل ها مفروضاتی ایجاد می کند که منجر به انتخاب و انجام برون سپاری می گردد و در مراحل بعد به ابزارهای مدیریتی پرداخته می شود (۶). محققان از دیدگاههای مختلف به موضوع مدیریت برون سپاری نزدیک شده اند و بسیاری از چارچوب های این مدل ها از سایر رشته ها مانند ادبیات و روابط بازاریابی برای توضیح مدیریت برون سپاری استفاده می کنند (۷)، لذا هدف از این مطالعه طراحی الگوی یکپارچه برای مدیریت برون سپاری خدمات غیربالینی در بیمارستان های دولتی بود.

این مطالعه ابعاد مهم مدیریت برون سپاری را ارائه نموده است. یکی از اهداف اصلی برون سپاری بهبود عملکرد واحدهای برون سپاری شده است. در بعد مدیریت عملکرد پژوهش های ارسطوزاده، صفار و ژیا رفر به موضوع ارزیابی کیفیت خدمات قبل و بعد از برون سپاری پرداخته شده است. با این مطالعه همخوانی داشته و نتایج مثبتی را از کاهش حجم کاری در بیمارستان ها، افزایش بهره وری پرسنل، ارتقای کیفیت خدمات و کاهش هزینه ها را نشان دادند (۲۸-۲۶). نتایج پژوهش سعید و همکاران با عنوان تصمیم گیری و نتایج اجرای تصمیمات برون سپاری خدمات غیربالینی بر عملکرد مالی ۲۵۴۹ بیمارستان دولتی، خصوصی انتفاعی و غیرانتفاعی اداره برنامه توسعه بهداشت ایالت کالیفرنیا آمریکا نشان داد

مدیریت تصمیمات برون سپاری تأثیرات مثبتی بر روی عملکرد مالی بیمارستان ها به ویژه توسعه برون سپاری خدمات غیربالینی دارد که با نتایج این پژوهش در ابعاد مدیریت تصمیم گیری و مدیریت عملکرد همسو می باشد (۲۹). در نتایج پژوهش جودکی و همکاران در دانشگاه علوم پزشکی تهران یکی از دلایل اصلی عدم موفقیت برون سپاری، ضعف در طراحی، تنظیم و نظارت بر اجرای قراردادها و دخالت در امور اجرای پیمانکاران می باشد که با معیارهای مرتبط با مدیریت قرارداد در این پژوهش هم راستا می باشد (۲۲). در بعد ارتباطات تقی پوریان و همکاران نشان دادند فرهنگ - شرکتی تأثیر مثبتی بر کیفیت روابط کاری در زمان برون سپاری فعالیت ها در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران دارد که این نتایج با معیار توجه دقیق به موضوعات پرسنلی و روابط منسجم با افراد در بعد مدیریت قرارداد یکسان است (۳۰). جهان بخش با بررسی مؤلفه های حقوقی قراردادهای برون سپاری خدمات بخش مدیریت اطلاعات سلامت در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان توجه بیمارستان ها و پیمانکاران به ابعاد حقوقی برون سپاری را از عوامل مهم و مؤثر در مدیریت قرارداد بیان کرد که با معیار توجه به اسناد بالا دستی در معیارهای بعد تصمیم گیری همخوانی داد (۳۱). زیتکین در مدل مدیریت برون سپاری نیروی انسانی، مدیریت برون سپاری را در سه بعد تعریف نموده است. بعد اول برنامه ریزی و تجزیه و تحلیل، بعد دوم تصمیم گیری است که با این پژوهش در این دو بعد همسو می باشد (۶). البرز و

همکاران در مدل ارتباطات برون سپاری تکنولوژی اطلاعات، برای برون سپاری سه مرحله قبل، حین و بعد از قرارداد تعریف نموده است. عوامل مؤثر در موفقیت برون سپاری را در مرحله بعد از عقد قرارداد، پنج مورد ذکر کرده است. عواملی مانند مدیریت قرارداد، مدیریت دانش، مدیریت ارتباطات و مدیریت عملکرد که با نتایج این پژوهش در این چهار بعد یکسان می باشد (۷). حسنین و السعدی در مدل برون سپاری خدمات مدیریت دارایی، برای فرآیند برون سپاری پنج مرحله تدوین نمودند که مرحله پنجم آن مدیریت قرارداد تعریف شده و برای اجرایی نمودن آن معیارهایی چون استانداردها، مقیاس های عملکرد و مقیاس های کنترل کیفیت در نظر گرفته شده است که نتایج آن در این پژوهش با معیارهای مربوط به مدیریت عملکرد هم خوانی دارد نه با مدیریت قرارداد (۸).

از محدودیت های این مطالعه نیز می توان به کمبود پژوهش های علمی قبلی و زمان بر بودن جمع آوری داده ها به علت وسیع بودن دامنه پژوهش اشاره نمود. همچنین این مطالعه در بیمارستان های دولتی ایران صورت گرفته است و در تعمیم نتایج آن به کل بیمارستان های ایران و بیمارستان های خصوصی باید احتیاط شود. پیشنهاد می گردد برای پروژه های آتی طراحی الگوی مدیریت برون سپاری خدمات غیر بالینی بیمارستان های خصوصی انجام شود. همچنین موانع موجود در خصوص به کارگیری ابزارهای مدیریتی مانند مدیریت ارتباطات و مدیریت

دانش مورد بررسی قرار گرفته و راهکارهای به حداقل رساندن این موانع ارائه گردد.

الگوی مدیریت برون سپاری یکی از ابزارهای مدیریتی جهت ارتقاء عملکرد بیمارستان ها در زمان برون سپاری خدمات غیر بالینی بیمارستان های دولتی می باشد، لذا بر اساس مبانی نظری و یافته های پژوهش پیشنهادات در حوزه های ذیل ارائه می گردد؛ در حوزه برنامه ریزی: تشکیل تیم پروژه برون سپاری و استفاده از تفکر گروهی مدیران ارشد سازمان، مشاوران و سازمان های صاحب دانش امری ضروری است تا بر اساس عملکرد و اهداف بلندمدت سازمان، واحدهایی که خدمات آن نیازمند واگذاری به پیمانکار است را شناسایی و بستر سازی لازم برای اجرای فرایند برون سپاری فراهم گردد. در حوزه تصمیم گیری: از استانداردها و اطلاعات پروژه های مرتبط انجام شده در سطح سازمان های کشور در زمان تصمیم گیری استفاده شود. در حوزه مدیریت عملکرد: طراحی ساز و کارهای نظارتی دقیق و قوی با استفاده از نقش ناظرین تخصصی خصوصاً تیم مدیریتی بر اساس دستورالعمل های مدون و جامع از مهم ترین اقدامات این حوزه می باشد. همچنین پیشنهاد می گردد شاخص های ارزیابی عملکرد پیمانکاران متناسب با موضوع فعالیت آنها تدوین گردد، به نحوی که بتوان به راحتی در تصمیم گیری های مرتبط با اقدامات اصلاحی از آنها استفاده نمود. در حوزه مدیریت قرارداد: پیشنهاد می گردد مکانیزم های تشویق و تنبیه مبتنی بر نتایج ارزیابی عملکرد تدوین شده و از جریمه تا فسخ توافق

مدیریت برون سپاری از اولویت و اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند.

### تقدیر و تشکر

این مقاله بر اساس نتایج رساله دکتری رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران و با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1399.051 می‌باشد، که با حمایت مالی این دانشگاه انجام شد. بدین وسیله نویسنده لازم است تا از تمام کسانی که به نوعی در تهیه و اجرای این پژوهش همکاری داشته‌اند، مراتب قدردانی را ابراز نماید.

به صورت مکتوب در متن قرارداد قید شود، درحوزه مدیریت ارتباطات: تقویت ارتباطات رسمی در این بعد نقش اساسی دارد، در حوزه مدیریت دانش: از اقدامات اساسی این حوزه، حمایت مدیران ارشد بیمارستان در زمینه ارایه خدمات آموزشی و فن‌آوری اطلاعات مورد نیاز به پیمانکار است.

از نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان منحصر بودن و همچنین بررسی تمام ابعاد مؤثر در مدیریت برون‌سپاری خدمات اشاره نمود.

### نتیجه‌گیری

بر اساس مدل به دست آمده ۶ عامل اصلی و مؤثر بر مدیریت برون سپاری شناخته شدند که شامل برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری، مدیریت عملکرد، قرارداد، ارتباطات و مدیریت دانش بودند. عوامل برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری به ترتیب با ضرایب ۰/۹۴ و ۰/۹۲ بیشترین تأثیر و مدیریت دانش کمترین تأثیر را با ضریب ۰/۳۴ در مدیریت برون‌سپاری خدمات غیربالینی بیمارستان‌های ایران داشتند. بر اساس الگوی به دست آمده عوامل مختلفی در مدیریت برون سپاری خدمات غیر بالینی بیمارستان‌ها مؤثر هستند که لازم است در زمان برون سپاری خدمات به وسیله مدیران و تصمیم گیرندگان در بیمارستان‌های دولتی مورد توجه قرار گیرند. طبق یافته‌ها می‌توان گفت ابعاد مرتبط با برنامه‌ریزی و به دنبال آن تصمیم‌گیری در

**REFERENCES:**

1. Jacobs FR, Chase RB, Aquilano NJ. Operations management for competitive advantage. Boston: Mc-Graw Hill; 2004; 64:70.
2. Khodaverdi R, Zohreh BE. The advantages, risks and challenges of Outsourcing strategy. Roshd-e-Fanavari 2011; 7(25): 65-71.
3. Parsamoein S, Nasiripour AA. The effect of outsourcing on satisfaction and observance of patients' rights referring to radiology departments of selected hospitals in Tehran. Health Management 2015; 6(1): 51-8.
4. Nasiripour AA, Najafi B. The Impact of Management Transfer Memorandum Article 144 of the Fourth Development Plan Law of Iran on the Financial Performance of a Public Hospital. Journal of Kerman School of Management and Medical Information 2013; 1(1): 47-56.
5. 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.
6. Žitkienė R. The management model for human-resource outsourcing among service companies. Intelektinė Ekonomika 2015; 9(1): 80-9.
7. Alborz S, Seddon P, Scheepers R. A model for studying IT outsourcing relationships. PACIS 2003; 90.
8. Hassanain MA, Al-Saadi S. A framework model for outsourcing asset management services. Facilities 2005; 23(1-2): 73-81.
9. Raeissi P, Sokhanvar M, Kakemam E. Outsourcing in Iranian hospitals: Findings from a qualitative study. Int J Health Plann Mgmt 2018; 33(4): 1250-61.
10. Alizadeh Z, Torabipour A. The obstacles of outsourcing in educational hospitals: a qualitative study. Journal of Qualitative Research in Health Sciences 2020; 7(2): 204-13.
11. Bedeian AG. Contemporary challenges in the study of organizations. Management 1986; 12(2): 185-201.
12. Mackie JJ, Oss ME. The increasing global market for health care: the effect of emerging technologies on global outsourcing & offshoring of health care services. International Business & Economics Research (IBER) 2008; 7(9): 3294
13. Kahouei M, Farrokhi M, Nasr Abadi Z, Karimi A. Concerns and hopes about outsourcing decisions regarding health information management services at two teaching hospitals in Semnan, Iran. Health Inf Manag 2016; 45(1): 36-44.
14. Jiang B, Frazier GV, Prater EL. Outsourcing effects on firms' operational performance: An empirical study. International Journal of Operations & Production Management 2006; 26(12): 1280-300.
15. Alvani M, Ashrafzadeh F. Outsourcing guidance for manager's decision making in service outsourcers. Tehran: Ghaside-Sara publication; 2004.
16. Cheshmberah M, Mortezaei S M. Outsourcing effectiveness management. Tehran: Mehraban publication; 2009.
17. Power MJ, Desouza KC, Bonifazi C. The outsourcing handbook: how to implement a successful outsourcing process. Kogan Page Limited; 2006.
18. Asadi R, Etemadian M, Shadpour P, Semnani F. Provide a model for selecting and evaluating outsourcing service providers based on a hierarchical analysis approach in hospitals. Hospital 2018; 16(4): 10-8.
19. Sayyadi F. Designing a model for outsourcing Job activities in ilam city hospitals MA. Thesis Ilam University, Faculty of Literature and Humanities 2014.
20. McIvor R. The outsourcing process: strategies for evaluation and management: Cambridge University Press; 2005 ISBN: 9780511543425.
21. Halvey JK, Melby BM. Business process outsourcing: Process, strategies, and contracts: Wiley, Hoboken; 2007; 978-0-470-04483-4.
22. Joudaki H, Heidari M, Geraili B. Outsourcing of hospitals services: lessons learned from the experience. Health Research 2015; 1(1): 13-23.
23. Mitton C, Adair CE, McKenzie E, Patten SB & Wayne Perry B. Knowledge transfer and exchange: Review and synthesis of the literature. Journal of Milbank Quarterly 2007; 85(4): 729-68.
24. Barret P. Structural equation modelling: adjudging model fit. Personality and Individual Differences 2007; 42(5): 815-24.
25. Lomax RG, Schumacker RE. A beginner's guide to structural equation modeling. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Psychology press; 2004; 735-6.

26. Arastoozadeh F, Torabipour A. Comparison of services' quality in outsourced and non-outsourced clinical laboratory in ahvaz university hospitals, 2016. *Journal of Healthcare Management* 2017; 8(2): 87-97.
27. Saffar M. Investigating the relationship between outsourcing and productivity of staff in public hospitals in the west of Golestan province. *Proceedings of the 2th Management, Economic, Accounting Conference*; 2016; Kuala Lumpur. Malaysia .
28. Zhiarfar M, Seyedin SH, Tourani S, Khodayari Zarnaq R, Ayoubian A. Impact of outsourcing healthcare services management on the quality of these services. *Hospital Research* 2014; 3(3): 145-8.
29. Said AA, Hassabelnaby HR, Chang K. On the determinants and consequences of hospitals outsourcing decisions – implications of outsourcing non-clinical services on hospitals financial performance. *SSRN Electronic Journal* 2013.
30. TaghiPourian M, Alisadeh B. The Role of Corporate Culture on the Quality of Working Relationships during Outsourcing Activities in Tehran University of Medical Sciences. *jhosp.* 2018; 17 (1):109-119.
31. Jahanbakhsh M, Ehteshami A, Hosseinzehi M. Investigating the legal components of outsourcing contracts for health information management services in the teaching hospitals of Isfahan University of Medical Sciences. *Health Information Management* 2018; 14(4): 150-4.

# Designing a Management Model for Outsourcing Non-Clinical Services in Iranian Public Hospitals

Merati SH, Nasiripour AA\*, Riahi L, Haji Nabi K

Department of Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Received: 16 Oct 2021      Accepted: 06 Mar 2022

## Abstract:

**Background & aim:** As health and financial resources become more complex and limited in health care organizations, outsourcing and proper management become more important. Therefore, the purpose of the present study was to determine the dimensions of management and design a model for outsourcing management of non-clinical services in public hospitals.

**Methods:** The present a descriptive-analytical study was conducted in 2021. The study population included health system policy makers, outsourcing experts and managers of public hospitals. A 28-item questionnaire was used to collect data, the variables of which were extracted from comparative studies of selected countries. The validity of the structure was evaluated by experts and the Cronbach's alpha coefficient was determined to be 0.85. In order to obtain reliable results, the final questionnaire was distributed among 308 people in the research community. For sampling using the stratified method and data analysis, factor analysis was performed using statistical tests and the final model was extracted.

**Results:** According to the final model, 6 main and effective factors on outsourcing management were identified, which included: planning, decision making, performance management, contracting, communication and knowledge management. Planning factors with coefficients of 0.94 had the most impact and knowledge management had the least effect with a coefficient of 0.34 in the outsourcing management of non-clinical services in Iranian hospitals.

**Conclusion:** According to the model, there were various factors in effective management that dimensions related to planning and decision making are of special importance and it is necessary to pay more attention when outsourcing non-clinical services in public hospitals.

**Keywords:** Outsourcing, Hospital, Nonclinical Services, Management

---

**Corresponding Author:** Nasiripour AA, Department of Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran  
**Email:** nasiripour@srbiau.ac.ir

**Please cite this article as follows:** Merati SH, Nasiripour AA, Riahi L, Haji Nabi K. Designing a Management Model for Outsourcing Non-Clinical Services in Iranian Public Hospitals. Armaghane-danesh 2022; 27(1): 97-112.