

بازطراحی مدل کارآمد برون‌سپاری مراکز جامع سلامت حاشیه شهر مبتنی بر نظریه داده بنیاد، مطالعه موردی یک کلان شهر

محمد علی عزیزی^۱، شقایق وحدت^۲، سعاد محفوظ پور^۳، سمیه حسام^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: اجرای رویکرد برون‌سپاری در نظام سلامت به عنوان راهبرد بهبود، کارایی و عدالت در ارائه خدمات در مراکز جامع سلامت حاشیه شهر با چالش‌ها و فرصت‌هایی مواجه بوده و نیازمند بررسی نظام‌مند است. این مطالعه در کلان شهر مشهد و به منظور ارائه الگویی برای اجرای کارآمد مبتنی بر داده‌های تجربی انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه با رویکرد نظریه داده بنیاد و با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته با متخصصین حوزه سلامت انجام شد. داده‌ها از طریق کدگذاری باز، محوری و انتخابی در نرم افزار مکس کیو دا ۲۰ تحلیل گردید. در کدگذاری انتخابی، عنصر مرکزی نظریه استخراج شد. این مقوله در تعامل با شرایط علی، زمینه‌ای، مداخله‌گر، راهبرد و پیامد، روایت نهایی نظریه را شکل داد.

یافته‌ها: شش طبقه مفهومی از جمله سه طبقه (و هفت زیر طبقه) چالش شامل محدودیت منابع مالی، ضعف نظام نظارت و پایین بودن سطح اعتماد جامعه و سه طبقه (و شش زیر طبقه) فرصت شامل دسترسی به ارائه‌دهندگان خصوصی محلی، مشارکت فعال جامعه و حمایت سیاستی، از تحلیل داده‌ها آشکار گردید.

نتیجه‌گیری: مقوله‌ی «پرداخت و انگیزه مالی» به عنوان محور ارتباطی سایر عوامل ساختاری، زمینه‌ای و مداخله‌گر شناسایی شد. این یافته بیانگر آن است که هرگونه اصلاح در سیاست‌های برون‌سپاری خدمات سلامت باید با تمرکز بر بازطراحی نظام‌های پرداخت، شفاف‌سازی قراردادهای تقویت زیرساخت‌های نظارتی و فناوری صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی: برون‌سپاری؛ خدمات سلامت؛ مراکز جامع سلامت؛ حاشیه شهر؛ نظریه پردازی مبنایی؛ سیاست گذاری سلامت؛ ارائه خدمات

پیام کلیدی: راهبرد مالی اصلاح ساختارهایی قراردادی ناپایدار و تعرفه گذاری منطقی به عنوان اقدام موثر بین هزینه خدمات و توان پرداخت در طراحی مداخلات اجرایی شناخته می‌شود و همچنین تقویت زیرساخت‌های دیجیتال و نظارت چند لایه بر قراردادهای برون‌سپاری می‌تواند به این مداخلات و سیاست‌ها کمک نماید.

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۴/۱۰

پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۴/۵

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۲/۳

ارجاع: عزیزی محمد علی؛ وحدت شقایق؛ محفوظ پور سعاد؛ حسام سمیه. بازطراحی مدل کارآمد برون‌سپاری مراکز جامع سلامت حاشیه شهر مبتنی بر نظریه داده بنیاد، مطالعه موردی یک کلان شهر. مدیریت اطلاعات سلامت ۲۲: (۲) ۸۲-۷۴.

مقدمه

نظام سلامت یکی از ارکان بنیادین توسعه پایدار است و نقشی اساسی در ارتقای کیفیت زندگی و کاهش نابرابری‌های اجتماعی ایفا می‌کند. مراقبت‌های بهداشتی اولیه به عنوان نخستین سطح تماس جامعه با نظام سلامت، مسئولیت ارائه خدمات پیشگیرانه، ارتقای و درمانی پایه را بر عهده دارد (۱) این خدمات اغلب از طریق برنامه پزشک خانواده انجام می‌شود و موفقیت آن نیازمند زیرساخت‌های فنی و مدیریتی کارآمد برای تضمین کیفیت و پیوستگی خدمات است (۲) ارتقای کارایی و ایمنی در این سطح نیازمند زیرساخت‌ها و نظام‌های سازمانی مستحکم است تا کیفیت بالای مراقبت تضمین شود (۳).

در این شرایط، رشد سریع سکونتگاه‌های غیررسمی در کلان شهرهای ایران به یکی از چالش‌های اصلی در تحقق عدالت سلامت تبدیل شده است. این مناطق که در نتیجه شهرنشینی بی‌برنامه و ضعف سیاست‌گذاری شهری شکل گرفته‌اند، با محدودیت در دسترسی به خدمات اولیه، شرایط زیست محیطی نامناسب و محرومیت اجتماعی گسترده مواجه‌اند (۴) در ایران، بیش از ۱۰ میلیون نفر در این سکونت‌گاه‌ها زندگی می‌کنند و در معرض خطرات بهداشتی قابل توجهی قرار دارند (۵) شواهد

نشان می‌دهد ساکنان مناطق حاشیه‌نشین نسبت به سایر اقشار جامعه از پوشش ناکافی خدمات سلامت رنج می‌برند (۶).

از این‌رو، برون‌سپاری به عنوان یک راهبرد مدیریتی در نظام سلامت مطرح است که با هدف افزایش کارایی، کاهش هزینه‌ها و بهبود کیفیت خدمات، بخشی از فعالیت‌ها را به ارائه‌دهندگان غیردولتی واگذار می‌کند (۷) در حوزه سلامت، برون‌سپاری می‌تواند به ارتقای کیفیت، کاهش هزینه‌ها، افزایش رقابت، و بهبود کارایی عملیاتی کمک کند (۸) با این حال، اجرای این سیاست در ایران با چالش‌هایی مانند چارچوب‌های نامشخص، ضعف نظارت، نگرانی درباره امنیت شغلی کارکنان، و مسایل مرتبط با عدالت اجتماعی، اجرای موثر آن را با موانع جدی مواجه کرده است (۹). در پاسخ به این چالش، اصلاحات اقتصادی از جمله سیاست‌های خصوصی‌سازی و اصل ۴۴ قانون اساسی، ضرورت بازنگری در مدل‌های ارائه خدمات بهداشتی را دو چندان کرده‌اند (۱۰)

۱. گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

نویسنده طرف مکاتبه: شقایق وحدت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

Email: sha_vahdat@yahoo.com

و متخصصان حوزه سلامت گردآوری شد. در نهایت با ۱۲ نفر از این افراد با تنوع نهادی و حرفه‌ای مصاحبه شد. نمونه‌گیری تا زمان اشباع نظری ادامه یافت. سوالات مصاحبه، باز و مرتبط با سوابق حرفه‌ای، تجربه‌های اجرایی در برون‌سپاری، و دیدگاه‌های مشارکت کنندگان درباره پیامدهای سیاست‌ها طراحی شده بود. هر مصاحبه ۴۰ تا ۷۰ دقیقه به طول انجامید، با رضایت آگاهانه صورت گرفت و بطور کامل رونویسی شد (۱۴). تحلیل داده‌ها بر اساس فرآیند سه‌مرحله‌ای کدگذاری در نظریه‌پردازی داده بنیاد در نرم افزار مکس کیودا ۲۰ انجام شد:

کدگذاری باز: متن مصاحبه‌ها خط به خط بررسی و مفاهیم اولیه استخراج شدند. کدگذاری محوری: مفاهیم استخراج شده مقایسه و در مقوله‌های سطح بالاتر دسته‌بندی شدند.

کدگذاری انتخابی: مقوله‌ها و ابعاد آن‌ها یکپارچه شده و در نهایت یک مقوله محوری به عنوان محور مرکزی مدل مفهومی نوظهور شناسایی شد (۱۵).

برای اطمینان از اعتبار و پایایی پژوهش، سوالات مصاحبه به تأیید چند متخصص حوزه سلامت و روش تحقیق رسید. همچنین، برای افزایش اعتمادپذیری، تحلیل داده‌ها به صورت هم‌زمان با گردآوری انجام و جهت تأییدپذیری، نحوه کدگذاری توسط پژوهشگر دوم بررسی شد تا از سلیقه‌ای بودن تحلیل جلوگیری شود. مطابق با معیارهای لینکلن و گوبا (۱۹۸۵) در ارزیابی مطالعات کیفی، معیارهای اعتمادپذیری، باورپذیری، انتقال‌پذیری و تأییدپذیری در این پژوهش رعایت شد. از جمله اقدامات انجام شده در این زمینه می‌توان به بازبینی نتایج تحلیل توسط مشارکت‌کنندگان و تأیید برداشت‌های پژوهشگر اشاره کرد که به دلیل ماهیت تخصصی جامعه پژوهش، امکان‌پذیر بود.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۲ نفر از اعضای هیات علمی و مدیران دانشگاه علوم پزشکی مشهد؛ با بیش از ۸ سال تجربه در نظام سلامت، شرکت داشتند که شامل معاون بهداشتی دانشگاه، مدیران اجرایی در معاونت‌های بهداشت و توسعه و مراکز سلامت، کارشناسان امور حقوقی، مددکاری، اعضای هیات علمی و متخصصان اقتصاد سلامت و مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، و متخصص پزشکی اجتماعی بودند. شرکت‌کنندگان دیدگاه‌ها و تجربه‌های خود را درباره اجرای برنامه پزشکی خانواده، نظام ارجاع، چالش‌های زیرساختی، برون‌سپاری خدمات سلامت، هماهنگی بین‌بخشی و نظارت به اشتراک گذاشتند.

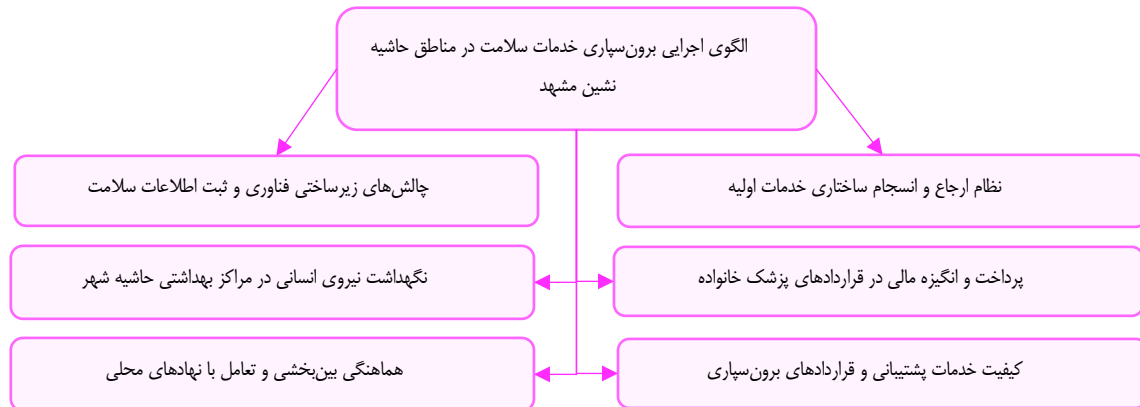
داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها با نظریه داده بنیاد تحلیل شد. در مرحله کدگذاری باز، مفاهیم اولیه از متن مصاحبه‌ها استخراج گردید. سپس در مرحله کدگذاری محوری، این مفاهیم در قالب ۶ محور مفهومی دسته‌بندی شدند (۱۶) در نهایت، طبقات نظری حول محور مرکزی پژوهش یعنی «بازطراحی الگوی برون‌سپاری خدمات سطح یک سلامت در مناطق حاشیه نشین مشهد» ایجاد و ساختار نظری اولیه شکل گرفت (شکل ۱).

از طرفی با وجود پژوهش‌های متعدد در زمینه برون‌سپاری در حوزه سلامت، مطالعات اندکی به‌صورت داده محور به بررسی شرایط مناطق حاشیه‌ای ایران و طراحی مدل‌های بومی اجرایی پرداخته‌اند. بنابراین، هنوز چارچوبی بومی و نظام‌مند برای تعیین نوع خدمات قابل واگذاری، انتخاب پیمانکاران، و نظارت بر اجرای قراردادهای مناطق حاشیه‌نشین ایران وجود ندارد (۱۱). در پاسخ به این خلا، پژوهش حاضر با رویکرد نظریه داده بنیاد تلاش می‌کند تا با بهره‌گیری از داده‌های میدانی و تجربه مدیران نظام سلامت، مدلی بومی و علمی برای برون‌سپاری خدمات سطح یک سلامت در مناطق حاشیه‌نشین شهری ایران طراحی کند، که ضمن ارتقای کارایی و عدالت، با شرایط اجتماعی و سازمانی این مناطق انطباق داشته باشد. در راستای نوآوری، این پژوهش با تمرکز بر شرایط واقعی مراکز سلامت شهری، شکاف میان سیاست‌های کلان و اجرای میدانی را تبیین کرده و مسیر بهینه‌سازی مدل‌های مشارکت و قراردادهای عملکردمحور را ارائه می‌دهد.

روش بررسی

این مطالعه با استفاده از یک طرح کیفی اکتشافی به بررسی چالش‌ها، ظرفیت‌ها و پیامدهای مرتبط با برون‌سپاری خدمات بهداشتی اولیه در مراکز بهداشتی مستقر در مناطق حاشیه‌نشین مشهد پرداخت (۱۲). چارچوب نظری پژوهش بر مبنای نظریه نهادی و تحلیل سیاست عمومی بنا شد که امکان ارزیابی جامع ابعاد مختلف سیاست‌های برون‌سپاری را فراهم ساخت. برای انتخاب افراد مصاحبه شونده؛ با توجه به عدم همکاری برخی از مصاحبه شوندگان، از روش نمونه‌گیری گلوله برفی، در دسترس و هدفمند استفاده شد. تلاش شد از افراد گروه‌های مختلف و مرتبط در جهت غنا بخشیدن به یافته‌ها در مصاحبه‌ها استفاده شود. حجم نمونه در حین کار مشخص گردید و تا رسیدن به اشباع اطلاعات، مصاحبه با هر گروه از افراد ادامه پیدا کرد، بدین معنا که محقق برای دستیابی به نقطه اشباع، مصاحبه‌ها را تا مقوله جدیدی از داده‌ها ادامه داد و زمانی که واریس کامل داده‌ها انجام شد و مطالب جدیدی وجود نداشت مصاحبه‌ها متوقف گردید. از آنجا که هدف، بازطراحی مدل برون‌سپاری بر اساس تشکیلات بود، با نگاه به ذینقشان و متخصصان درگیر این حوزه و کشف نیازهای مردم، دانشگاه و پیمانکاران، نسبت به نمونه‌گیری اقدام گردید. معیارهای انتخاب مصاحبه شوندگان شامل: سن بالاتر از ۴۰ سال، سابقه اجرایی بیشتر از ۸ سال، داشتن زمینه کاری و تخصص مرتبط و کسانی که حق مصاحبه و ارجاع داشتند، بود.

داده‌ها با استفاده از تحلیل تماتیک بر اساس رویکرد Braun و Clarke مورد تحلیل قرار گرفت (۱۳) برخلاف رویکردهای کمی، این روش نیازمند فرضیه‌های از پیش تعریف شده نیست؛ بلکه مفاهیم و مقولات به صورت استقرایی از طریق تعامل مستمر با داده‌ها شکل می‌گیرد. در نظریه‌پردازی داده بنیاد، مرور ادبیات در آغاز الزامی نیست و تمرکز اصلی بر داده‌های میدانی و تحلیل تکرار شونده است. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با جمعیتی هدفمند از کارشناسان



شکل ۱. طبقات مفهومی از مفاهیم زیربنایی

برای تبیین مفاهیم اصلی و ارایه پشتوانه برای یافته های نظری، نقل قول های مستقیم از مصاحبه شوندگان ارایه شده است. این بخش ها به شفاف تر شدن مقوله های مفهومی کمک کرده اعتبار و شفافیت تحلیل را افزایش می دهد. در ادامه، هر یک از مقوله های شناسایی شده به تفصیل مورد بحث و بررسی قرار خواهند گرفت.

تحلیل چندسطحی نشان داد که اجرای موفق الگوهای برون سپاری خدمات بهداشتی اولیه تحت تاثیر مجموعه ای از عوامل به هم پیوسته قرار دارد. نتایج حاکی است که در مقایسه با رویکردهای متداول، برون سپاری مستلزم بازتعریف نقش نهادهای محلی، تقویت ظرفیت های نظارتی، و بازنگری در ترتیبات قراردادی است (۱۷).

جدول ۱: نمونه های نظام ارجاع

کد	مصادیق
P-10	«ارجاع بیماران به سطوح بالاتر به درستی انجام نمی شود و انسجام کافی وجود ندارد»
P-9	«تبود یک ساختار منسجم باعث سردرگمی بیماران در دریافت خدمات اولیه شده است»

می تواند به تکرار فعالیت ها، استفاده ناکارآمد از منابع و کاهش رضایت بیماران منجر شود. این یافته ها ضرورت بازطراحی مسیرهای ارجاع و تقویت ارتباط و یکپارچگی میان مراکز ارایه خدمات را برجسته می سازد (جدول ۱).

شواهد نشان می دهد که گسستگی در نظام مراقبت های اولیه منجر به سردرگمی بیماران و کاهش اثربخشی شبکه ارجاع شده است. مصاحبه شوندگان بر وجود شکاف در هماهنگی بین سطوح مختلف خدمات تاکید داشتند. مساله ای که

جدول ۲: نمونه های چالش فناوری

کد	مصادیق
P-10	«سیستم ثبت اطلاعات سلامت به طور مکرر دچار قطعی می شود و قابل اعتماد نیست»
P-9	«اینترنت با سرعت نا مطلوب در مراکز بهداشتی که مانع ثبت دقیق اطلاعات بیماران شده است»

ناکافی کارکنان در استفاده از سامانه ها را گزارش دادند؛ مسایلی که روند ثبت و مدیریت اطلاعات سلامت را مختل می کند. این کاستی ها کیفیت داده ها را کاهش داده و تصمیم گیری مبتنی بر شواهد را با مانع مواجه می سازد (جدول ۲).

مصاحبه ها نشان داد که غالباً زیرساخت های فناوری اطلاعات؛ به ویژه در مراکز جامع سلامت که به مناطق حاشیه ای خدمت رسانی می کنند، ناکافی است. مشارکت کنندگان قطعی های مکرر سیستم، ناپایداری اتصال اینترنت، و آموزش

جدول ۳: نمونه‌های مشوق‌های مالی

کد	مصادیق
P-11	«پرداخت‌ها با تاخیر انجام می‌شود و انگیزه مالی پزشکان و سایر نیروهای خرید خدمت کاهش یافته است.»
P-9	«عدم شفافیت در قراردادهای باعث بی‌اعتمادی پزشکان و پیمانکار نسبت به کارفرما شده است.»

جدول ۴: نمونه‌های نگهداشت منابع انسانی مشارکت‌کنندگان

کد	مصادیق
P-1	«شرایط کاری سخت و نبود امکانات باعث ترک خدمت کارکنان در مراکز بهداشتی حاشیه شهر شده است.»
P-8	«جذب نیرو در مناطق حاشیه‌نشین دشوار است و پایداری نیروی انسانی پایین است.»

شواهد نشان می‌دهد که شرایط کاری دشوار، امکانات رفاهی ناکافی، تاخیر در پرداخت‌ها و حمایت محدود سازمانی، از عوامل اصلی ترک خدمت کارکنان در مراکز بهداشتی حاشیه شهر هستند. مشارکت‌کنندگان بر اهمیت مشوق‌های غیرمالی، تقویت امنیت شغلی و بهبود زیرساخت‌های محیط کار تاکید کردند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که حفظ نیروی انسانی سلامت نیازمند یک راهبرد چندبعدی است که عدالت منطقه‌ای را نیز در نظر بگیرد (جدول ۴، ۳).

جدول ۵: نمونه‌های کیفیت خدمات پشتیبانی

کد	مصادیق
P-3	«قراردادهای برون‌سپاری فاقد شاخص‌های کیفی استاندارد هستند.»
P-6	«خدمات پشتیبانی مانند اجاره محل، حمل‌ونقل و تامین دارو به‌درستی مدیریت نمی‌شود.»

مصاحبه‌ها نشان داد که خدمات پشتیبانی، از جمله حمل و نقل، تامین دارو و تجهیزات، به‌طور ناکافی مدیریت می‌شوند. نبود شاخص‌های استاندارد کیفیت در قراردادهای برون‌سپاری، پاسخگویی را کاهش و کیفیت خدمات را تحت تاثیر قرار داده است (۱۸) این یافته‌ها ضرورت تدوین استانداردهای نظارتی و طراحی قراردادهایی با شاخص‌های عملکردی مبتنی بر کیفیت را برجسته می‌سازد (جدول ۵).

جدول ۶: نمونه‌های هماهنگی بین‌بخشی

کد	مصادیق
P-2	«عدم هماهنگی با شهرداری‌ها باعث تاخیر در اجرای برنامه‌های سلامت شده است.»
P-12	«تعامل ضعیف با نهادهای محلی مانع اجرای موثر طرح‌های بهداشتی شده است.»

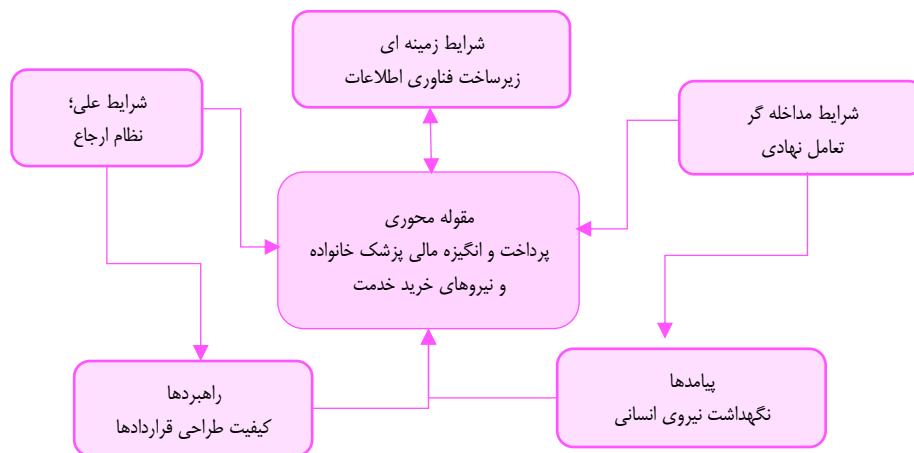
مشارکت‌کنندگان بر ضعف‌های موجود در تعامل با نهادهای محلی، از جمله شهرداری‌ها، فرمانداری‌ها و سازمان‌های غیردولتی تاکید کردند. این کمبود هماهنگی باعث تاخیر در اجرای برنامه‌های بهداشتی، کاهش اثربخشی مداخلات و ناسازگاری در تخصیص منابع می‌شود (جدول ۶). یافته‌ها نشان می‌دهد که موفقیت برنامه‌های سلامت، مانند حفظ و تقویت برنامه پزشک خانواده و سایر کارکنان خرید خدمت شده، با پوشش تمامی صندوق‌های بیمه‌ای از جمله تامین اجتماعی، نیازمند رویکرد بین‌بخشی مبتنی بر ظرفیت‌های محلی است. اقدامات کلیدی شامل ایجاد مکانیزم‌های رسمی برای همکاری بین‌سازمانی، تدوین توافق‌نامه‌های همکاری و تقویت نقش نهادهای محلی در سیاست‌گذاری سلامت است. پس از شناسایی مقوله‌ها، مرحله بعدی ساخت مقوله‌های نظری اصلی است. (جدول ۷)

جدول ۷: تعیین مقوله‌های محوری

طبقه اصلی	مفهوم	طبقات فرعی
مدل برون سپاری خدمات سلامت در مناطق حاشیه نشین شهر مشهد	نظام ارجاع و انسجام ساختاری خدمات اولیه	انسجام فرایند ارجاع چالش های اجرایی ارجاع ضعف زیرساخت دیجیتال اختلال در ثبت داده ها
	پرداخت و انگیزه مالی پزشک خانواده و نیروهای خرید خدمت و تعرفه پایین دولتی خدمات سلامت	مدل های پرداخت رضایت شغلی انگیزه مالی
	نگهداشت نیروی انسانی در مراکز بهداشتی حاشیه شهر	مشوق های نگهداشت چالش های محیط کار
	کیفیت خدمات پشتیبانی و طراحی قراردادها	طراحی قرارداد نظارت محور عملکرد پشتیبانی مشارکت نهادی محلی راهبردهای بین بخشی
	تعامل بین بخشی	

- پیوند دادن مقوله‌ها به زیرمقوله‌های آن‌ها از طریق گزاره‌هایی که روابط متقابل آن‌ها را روشن می‌سازد.
 - جستجوی شواهد در داده‌ها که نشان‌دهنده ارتباطات بالقوه میان مقوله‌های محوری باشد.
- در این مرحله، پژوهشگر یک مقوله از مرحله کدگذاری باز را به‌عنوان پدیده مرکزی انتخاب می‌کند. سپس سایر مقوله‌ها، از جمله شرایط علی، راهبردها، شرایط زمینه‌ای و مداخله‌ای، و پیامدها، به آن متصل می‌شوند. این فرآیند در نهایت منجر به ایجاد نمودار پارادایم (شکل ۲) می‌شود که به‌طور بصری روابط میان مقوله محوری و مقوله‌های فرعی را نشان می‌دهد (۲۰).

- هدف از کدگذاری محوری، برقراری روابط میان مقوله‌هایی است که در مرحله کدگذاری باز ایجاد شده‌اند. این فرآیند که با راهنمایی مدل پارادایم انجام می‌شود، به پژوهشگر امکان می‌دهد نظریه‌ای داده‌بنیاد را به‌طور نظام‌مند توسعه دهد (۱۹) پایه کدگذاری محوری بر گسترش و تشریح یک مقوله محوری قرار دارد.
- اقدامات کلیدی در این مرحله، بر اساس رویه‌های استراوس، شامل موارد زیر است:
- توصیف ویژگی‌ها و ابعاد هر مقوله که از مرحله کدگذاری باز آغاز می‌شود.
 - شناسایی شرایط مرتبط، اقدامات و پیامدهای مرتبط با یک پدیده.



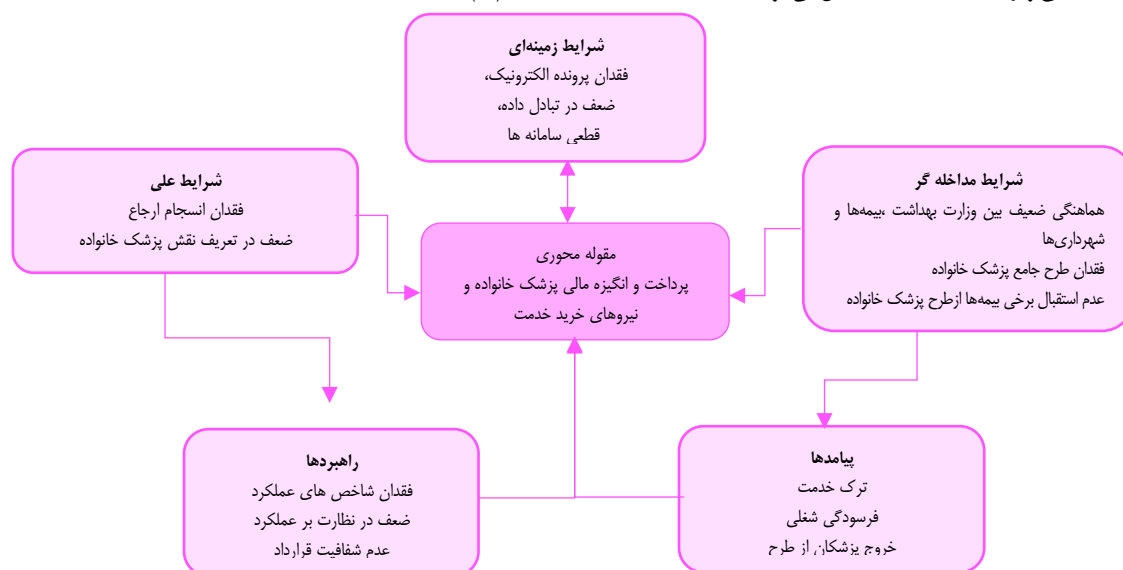
شکل (۲): عوامل اصلی مدل پارادایمی

• پیامدها: حفظ نیروی انسانی در مراکز جامع سلامت، که موفقیت نسبی یا ناکامی سیاست در ارتقای عدالت سلامت را نشان می‌دهد.

در این چارچوب، پرداخت و مشوق‌های مالی نه تنها عملکرد پزشکان و کارکنان قراردادی را بطور مستقیم تحت تأثیر قرار می‌دهند، بلکه با راهبردها، عوامل زمینه‌ای و شرایط مداخله‌ای تعامل داشته نتایج را شکل می‌دهند. به‌عنوان مقوله محوری، این مقوله همه مفاهیم را در یک شبکه منسجم ادغام نموده فرآیند را از شرایط علی تا پیامدهای نهایی هدایت می‌نماید (۲۲،۲۳).

در طول کدگذاری انتخابی، مقوله محوری به‌طور نظام‌مند با سایر مقوله‌ها مرتبط شد تا روایت نظری نهایی شکل گیرد. ضعف‌ها در نظام ارجاع و گسستگی ساختاری به‌عنوان محرک‌های علی ایجاد نیاز به مشوق‌های مالی شدند، در حالی که زیرساخت ناکافی

فناوری اطلاعات و همکاری محدود بین‌سازمانی به‌عنوان موانع زمینه‌ای و مداخله‌ای عمل نموده اجرای موثر قراردادهای مبتنی بر عملکرد را محدود کردند (۲۳).



شکل (۳): مدل پارادایمی

تحلیل شرایط علی و زمینه‌ای: شرایط علی، به‌ویژه ناکارآمدی نظام ارجاع و فقدان انسجام ساختاری در خدمات اولیه، به‌عنوان محرک‌های اصلی نیاز به اصلاحات در برون‌سپاری خدمات سلامت شناسایی شدند. مشارکت‌کنندگان به‌طور مکرر به سردرگمی بیماران، دوباره‌کاری و کاهش اثربخشی خدمات به دلیل ضعف هماهنگی بین سطوح مختلف اشاره کردند. این نتایج با پژوهش‌های انجام‌شده در ایران (۲۴) و مطالعات بین‌المللی (۲۵) هم‌راستا است که نشان می‌دهند انسجام ناکافی در نظام ارجاع می‌تواند مانع تحقق اهداف برنامه پزشک خانواده شود. علاوه بر این، زیرساخت‌های ناکارآمد فناوری اطلاعات، به‌عنوان یک شرط زمینه‌ای کلیدی، ثبت

در مرحله کدگذاری انتخابی «پرداخت و مشوق‌های مالی برای پزشکان خانواده و سایر کارکنان قراردادی سلامت» به‌عنوان مقوله محوری و مرکزی که سایر مفاهیم را به یکدیگر متصل می‌کند، عمل نمود (۲۱) (شکل ۳). این مقوله نقش محوری در شکل‌دهی، اجرا و تعیین نتایج سیاست برون‌سپاری خدمات بهداشتی اولیه در مناطق حاشیه‌ای مشهد ایفا می‌کند.

مفاهیم مرتبط به شرح زیر سازمان‌دهی شدند:

- شرایط علی: ناکارآمدی در نظام ارجاع و گسستگی ساختاری خدمات مراقبت‌های اولیه که نیاز به اصلاحات ساختاری و برون‌سپاری را ایجاد کرد.
- شرایط زمینه‌ای: زیرساخت فناوری اطلاعات سلامت و ثبت داده، که پایه فنی اجرای سیاست را فراهم کرده و اثربخشی آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد.
- شرایط مداخله‌ای: همکاری و تعامل بین‌بخشی که می‌تواند اجرای سیاست را تسهیل یا محدود کند.
- راهبردها: کیفیت خدمات پشتیبانی و طراحی قرارداد، که برای رفع چالش‌های عملیاتی و ارتقای کیفیت خدمات اعمال می‌شوند.

بحث

این مطالعه با بهره‌گیری از نظریه داده بنیاد چارچوبی مفهومی برای درک پیچیدگی‌های برون‌سپاری خدمات سلامت سطح یک در مناطق حاشیه‌نشین شهر مشهد ارائه می‌کند. مقوله محوری «پرداخت و انگیزه مالی پزشک خانواده» به‌عنوان هسته مرکزی مدل پارادایمی شناسایی شده که سایر طبقات مفهومی شامل شرایط علی، زمینه‌ای، مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها، حول آن سازمان‌یافته‌اند. این یافته با مطالعات پیشین همخوانی دارد که بر نقش محوری انگیزه‌های مالی و غیرمالی در پایداری نیروی انسانی و ارتقای کیفیت خدمات سلامت تأکید کرده اند.

و مدیریت داده‌های سلامت را مختل کرده و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد را با چالش مواجه ساخته است. مصاحبه‌ها نشان داد که قطعی‌های مکرر سیستم‌ها و نبود اینترنت پایدار در مناطق حاشیه‌نشین، کیفیت خدمات را تحت تأثیر قرار داده است. این یافته با مطالعات جهانی همخوانی داشته بر ضرورت زیرساخت‌های دیجیتال قابل اعتماد برای اجرای مؤثر سیاست‌های سلامت تأکید کرده‌اند (۲۶).

در این میان مقوله محوری «پرداخت و انگیزه مالی» به عنوان عاملی تعیین کننده عمل می‌کند، زیرا ناکارآمدی‌های ساختاری و زیرساختی، با کاهش شفافیت مالی و تأخیر در پرداخت‌ها، انگیزه پزشکان را تضعیف و بی‌اعتمادی به نظام سلامت را تشدید کرده است (۲۷).

تأثیر شرایط مداخله‌گر و راهبردها: شرایط مداخله‌گر، از جمله تعامل ناکارآمد بین‌بخشی و ضعف همکاری با نهادهای محلی مانند شهرداری‌ها، اجرای سیاست‌های برون‌سپاری را با موانع جدی مواجه کرده است. مشارکت‌کنندگان به تأخیر در اجرای برنامه‌ها و تخصیص غیر بهینه منابع به دلیل نبود هماهنگی بین‌سازمانی اشاره کردند. این نتایج با پژوهش‌های پیشین (۲۸، ۲۹) همخوانی دارد که بر اهمیت رویکردهای مشارکتی و تقویت تعاملات بین‌بخشی برای موفقیت سیاست‌های سلامت تأکید کرده‌اند. در پاسخ به این چالش‌ها، راهبردهایی نظیر طراحی قراردادهای شفاف و مبتنی بر شاخص‌های عملکرد پیشنهاد شده‌اند. این قراردادها می‌تواند با افزایش پاسخ‌گویی و شفافیت، اعتماد پزشکان و کارکنان بهداشتی را تقویت کرده کیفیت خدمات را بهبود بخشند. مطالعات بین‌المللی (۳۰) نشان داده‌اند که قراردادهای مبتنی بر عملکرد، در صورت طراحی مناسب، می‌تواند انگیزه‌های مالی و حرفه‌ای را هم‌راستا کرده پایداری نیروی انسانی را تضمین نمایند. علاوه بر این، بهبود خدمات پشتیبانی، مانند تامین به موقع دارو و تجهیزات، به عنوان راهبردی مکمل برای کاهش فشار بر کارکنان و ارتقای اثربخشی خدمات پیشنهاد شده است.

پيامدها و دلالت‌های سیاستی: پيامدهای شناسایی شده این مطالعه، به ویژه در زمینه نگهداشت نیروی انسانی و کیفیت خدمات، نشان‌دهنده پیوند عمیق بین مقوله محوری و نتایج سیاست‌های برون‌سپاری است. شرایط کاری دشوار، نبود امکانات رفاهی و عدم حمایت سازمانی در مناطق حاشیه‌نشین، به ترک خدمت و کاهش پایداری نیروی انسانی منجر شده است.

این یافته با مطالعات پیشین (۳۱، ۳۲) هم‌راستا می‌باشد که نشان می‌دهند مشوق‌های غیرمالی، مانند بهبود محیط کار و امنیت شغلی، به اندازه انگیزه‌های مالی در نگهداشت نیروی انسانی مؤثرند.

نظریه نهایی مطالعه پیشنهاد می‌دهد که پرداخت منصفانه و انگیزه‌های مالی، به‌عنوان هسته مرکزی مدل برون‌سپاری، نه تنها بر عملکرد پزشکان تأثیر مستقیم دارد، بلکه در تعامل با شرایط زمینه‌ای (زیرساخت‌های فناوری) و مداخله‌گر (هماهنگی بین‌بخشی)، پیامدهای عدالت محور نظام سلامت را شکل می‌دهد. برای موفقیت برون‌سپاری خدمات سلامت در مناطق حاشیه‌نشین، سیاست‌گذاران باید ترکیبی از اصلاحات ساختاری، تقویت زیرساخت‌های دیجیتال، و طراحی قراردادهای مبتنی بر

عملکرد را در اولویت قرار دهند. علاوه بر این، ایجاد ساز و کارهای رسمی برای تعامل با نهادهای محلی و تقویت نظارت بر قراردادهای برون‌سپاری، می‌تواند به پایداری و اثربخشی این سیاست‌ها کمک کند.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که پرداخت به موقع و ایجاد نظام منسجم مشوق‌های مالی برای پزشکان خانواده و سایر کارکنان قراردادی، از عوامل کلیدی رضایت شغلی و پایداری نظام سلامت است. تأخیر در پرداخت‌ها، ابهام در قراردادهای و نظام ارزیابی غیرشفاف از مهم‌ترین چالش‌هایی است که سبب کاهش تعهد شغلی و ترک خدمت نیروهای خرید خدمت می‌شدند.

در این مطالعه، مقوله‌ی «پرداخت و انگیزه مالی» به‌عنوان محور ارتباطی سایر عوامل ساختاری، زمینه‌ای و مداخله‌گر شناسایی شد. این یافته بیانگر آن است که هر گونه اصلاح در سیاست‌های برون‌سپاری خدمات سلامت باید با تمرکز بر بازطراحی نظام‌های پرداخت، شفاف‌سازی قراردادهای و تقویت زیرساخت‌های نظارتی و فناوری صورت گیرد. اجرای صحیح این اقدامات می‌تواند به بهبود کیفیت خدمات، ماندگاری نیروهای انسانی و ارتقای عدالت در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی در مناطق حاشیه‌نشین منجر شود.

به‌طور کلی، الگوی ارائه شده در این پژوهش چارچوبی بومی و کاربردی برای مدیریت برون‌سپاری خدمات سلامت در ایران فراهم می‌سازد. این مدل می‌تواند مبنای تصمیم‌گیری سیاست‌گذاران در تدوین قراردادهای عملکردمحور، طراحی نظام‌های پرداخت انگیزشی و ایجاد ساز و کارهای نظارت مؤثر بر پیمانکاران قرار گیرد و روشی مؤثر در ارتقای عدالت سلامت باشد. این مطالعه گرچه چارچوبی برای فهم برون‌سپاری خدمات سلامت ارائه کرده است؛ به دلیل تمرکز بر مناطق حاشیه‌نشین شهر مشهد، ممکن است قابلیت تعمیم‌پذیری محدودی داشته باشد. با توجه به اینکه این مطالعه بر ادبیات فارسی و انگلیسی متمرکز بوده ممکن است برخی مطالعات مؤثر و با کیفیت بالا را شامل نشده باشد.

پیشنهادهای

تحقیقات آینده می‌تواند با بررسی مناطق جغرافیایی متنوع و در نظر گرفتن دیدگاه‌های بیماران و سایر ذی‌نفعان، این مدل را تکمیل نماید. همچنین، ارزیابی اثربخشی راهبردهای پیشنهادی، مانند قراردادهای عملکرد محور، در مطالعات بعدی می‌تواند به اعتبار بیشتر این یافته‌ها کمک کند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل رساله دکترا با کد ۱۶۲۷۶۹۸۳۷ از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب می‌باشد. نویسندگان از تمام کسانی که در این پژوهش همکاری داشتند، کمال تشکر را دارند.

تضاد منافع

در انجام پژوهش حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشتند.

References

1. Khosravi M, Barati O, Zare Z, Izadi R. Challenges and solutions in the outsourcing process of healthcare units: A thematic analysis of findings from a scoping review. *Int J Healthc Manag*. 17(4):691–701.
2. Shaarbafchizadeh N, Aghdak P, Sahebi M. Outsourcing in health facilities: Challenges in Medical University of Isfahan in focus. *Int J Prev Med*. 11(1):172.
3. Sperka L, Enright E. The outsourcing of health and physical education: A scoping review. *Eur Phy Educ Rev*. 24(3):349–71.
4. Girth AM, Hefetz A, Johnston JM, Warner ME. Outsourcing public service delivery: Management responses in noncompetitive markets. *Public Adm Rev*. 72(6):887–900.
5. Akbari M, Hopkins J. The changing business landscape in Iran: Establishing outsourcing best practices. *Operations and Supply Chain Management: An International Journal*. 9(3):184–97.
6. Amiresmaili M, Yazdi-Feyzabadi V, Heidarijamebozorgi M. Health services utilization among slum dwellers: An experience from Iran. *J Educ Health Promot*. 8:210.
7. Evanson K. The challenges facing the implementation of outsourcing strategy at the Kenyatta National Hospital.
8. Marvi A, Kokabisaghi F, Tabatabaee SS, Moallem E, Moghri J. Evaluation of the primary health care expansion program with public-private partnership in slum areas from the perspective of stakeholders: A qualitative study. *BMC Primary Care*. 25(1):67.
9. Yin S. Exploring alternative care options for children in China: Recent developments and challenges. *J Public Child Welf*. 19(3):634–58.
10. Bakhtiari A, Takian A, Sayari AA, Bairami F, Tabrizi JS, Mohammadi A. Design and deployment of health complexes in line with universal health coverage by focusing on the marginalized population in Tabriz. Iran;
11. 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*. 45(1):36–44.
12. Turner C, Astin F. Grounded theory: What makes a grounded theory study? *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 20(3):285–9.
13. Braun V, Clarke V. Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and becoming a knowing researcher. *Int J Transgend Health*. 24(1):1–6.
14. Mwita K. Factors influencing data saturation in qualitative studies [Internet]. Available from: <https://ssrn.com/abstract=4889752>
15. Conlon C, Timonen V, Elliott-O'Dare C, O'Keefe S, Foley G. Confused about theoretical sampling? Engaging theoretical sampling in diverse grounded theory studies. *Qual Health Res*. 30(6):947–59.
16. Sloutsky VM, Deng W. Categories, concepts, and conceptual development. *Lang Cogn Neurosci*. 34(10):1284–97.
17. Bingham AJ. From data management to actionable findings: A five-phase process of qualitative data analysis. *Int J Qual Methods*. 22:16094069231183620.
18. Engler S, Stausberg M. *The Routledge handbook of research methods in the study of religion*. Routledge; 2021.
19. Qureshi HA, Ünlü Z. Beyond the paradigm conflicts: A four-step coding instrument for grounded theory. *Int J Qual Methods*. 19:1609406920928188.
20. Makri C, Neely A. Grounded theory: A guide for exploratory studies in management research. *Int J Qual Methods*. 20:16094069211013654.
21. Williams M, Moser T. The art of coding and thematic exploration in qualitative research. *International Management Review*. 15(1):45–55.
22. Belgrave LL, Seide K. Coding for grounded theory. In: *The SAGE handbook of current developments in grounded theory*. SAGE; p. 167–85.
23. Mohajan D, Mohajan H. Exploration of coding in qualitative data analysis: Grounded theory perspective.
24. Bayat R, Barzegari J, Abolhasani Shahreza F. Challenges of the referral system in family medicine program in Iran: A scoping review. *Iran J Public Health*. 48(9):1692–701.
25. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: A systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 13:65. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-65>
26. Kruse CS, Karem P, Shifflett K, Vegi L, Ravi K, Brooks M. Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide: A systematic review. *J Telemed Telecare* [Internet]. 24(1):4–12. Available from: <https://doi.org/10.1177/1357633X16674087>
27. Liu X, Mills A, Chen W. Evaluating payment mechanisms for health providers in China: What lessons for health system reform? *Health Policy (New York)* [Internet]. 80(2):153–62. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.03.013>
28. Exworthy M, Peckham S. Access, choice and travel: Implications for health policy. *Soc Policy Adm* [Internet]. 40(3):267–87. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2006.00489.x>
29. Gilson L, Elloker S, Olckers P, Lehmann U. Advancing the application of systems thinking in health: South African examples of a leadership of sensemaking for primary health care. *Health Res Policy Syst* [Internet]. 9:39. Available from: <https://doi.org/10.1186/1478-4505-9-39>
30. Eichler R, Levine R, Group PBIW. Performance incentives for global health: Potential and pitfalls. Center for Global Development [Internet]. Available from: <https://www.cgdev.org/publication/9781933286297-performance-incentives-global-health-potential-and-pitfalls>
31. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 8:19. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-19>
32. Willis-Shattuck M, Bidwell P, Thomas S, Wyness L, Blaauw D, Ditlopo P. Motivation and retention of health workers in developing countries: A systematic review. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 8:247. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-247>

Redesigning an Efficient Outsourcing Model for Urban Fringe Comprehensive Health Centers of Based on Grounded Theory:a Case Study of a Metropolis

Mohammad Ali Azizi¹, Shaghayegh Vahdat², Soad Mahfoozpour³, Somayeh Hessam⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Implementation of outsourcing strategies within the health system has been introduced as a managerial approach to enhance efficiency and equity in service delivery at urban fringe comprehensive health centers; however, it faces multiple challenges and opportunities that require systematic investigation. This study was conducted in the metropolitan area of Mashhad with the aim of developing an evidence based, data driven model for effective outsourcing implementation.

Methods: Employing the Grounded Theory approach, this qualitative research utilized semi structured interviews with health system experts. Data were analyzed through open, axial, and selective coding using MAXQDA 20. During selective coding, the core category was extracted, which interacted with causal, contextual, intervening, strategic, and consequential conditions to formulate the final theoretical narrative.

Results: Six conceptual categories emerged from the data analysis, including three categories (and seven subcategories) of challenges namely, limited financial resources, weak monitoring systems, and low public trust and three categories (and six subcategories) of opportunities including access to local private providers, active community participation, and policy support.

Conclusion: The category of “payment and financial incentives” was identified as the central connecting axis among other structural, contextual, and intervening factors. This finding suggests that any reform in health service outsourcing policies should focus on redesigning payment systems, enhancing contract transparency, and strengthening monitoring and technological infrastructures.

Keywords: Outsourcing; Health services; Comprehensive health centers; Urban periphery; Grounded theory; Health policy; Service delivery

Received: 23 Apr; 2025

Accepted: 26 Jun; 2025

Published: 1 Apr; 2025

Citation: Azizi MA, Vahdat Sh, Mahfoozpour S, Hessam S. **Redesigning an Efficient Outsourcing Model for Urban Fringe Comprehensive Health Centers of Based on Grounded Theory:a Case Study of a Metropolis.** Health Inf Manage 2025; 22(2): 74-82.

This article resulted from a Msc thesis with No 23075138.

1.MSc, Medical Information Technology, Faculty of Intelligent Systems, School of Interdisciplinary Sciences and Technologies, University of Tehran, Tehran, Iran
2. Associate Professor, Department of Data Science and Technology, Faculty of Intelligent Systems, Interdisciplinary Faculties of Science and Technology, University of Tehran, Tehran, Iran

Corresponding Author: Mohammad Khansari; Associate Professor, Department of Data Science and Technology, Faculty of Intelligent Systems, Interdisciplinary Faculties of Science and Technology, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: Esmailzadeh@vru.ac.ir