

Public-Private Partnership in the Development of Iranian Hospital Services: Lessons Learned from Experience

Ahmad Sadeghi ¹, Peivand Bastani ², Omid Barati ^{2,3*}

¹ Department of Public Health, Esfarayen Faculty of Medical Sciences, Esfarayen, Iran

² Health Human Resources Research Center, School of Management & Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

³ Health School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 22 August 2017 Accepted: 4 August 2018

Abstract

Background and Aim: Public-Private Partnerships (PPPs) have been constructively considered in recent years to reform health sectors in many countries. This study was conducted to survey the only example of experience for PPP implementation in the hospital sector in Iran (Moheb).

Methods: This is a qualitative study conducted in 2015–2016. A semi-structured interview was used to collect data. To this end, 18 experts and professionals working in the health system, and individual's familiar with the partnership models and involved in the development of this model in hospital services participated. For data analysis and classification, content analysis methods and MAXQDA10 software were used.

Results: In the current study three main categories including: goals and reasons for the formation of Moheb, achievements and consequences of Moheb, and challenges of Moheb, along with 9 subthemes and 28 themes were identified.

Conclusion: Implementation of PPP and experiences such as this example in Moheb experience are fundamental to overcoming that the need to provide optimal and quality treatment with reasonable costs in Iran. The localization of this model and its adaptation to conditions in Iran, development in the health sector can be achieved. This model can be developed and promoted across the country.

Keywords: Public- Private Partnership, Hospital Services, Qualitative Study

*Corresponding author: Omid Barati, Email: omidbarati40@gmail.com

مشارکت دولتی - خصوصی در توسعه خدمات بیمارستانی کشور: درس های یک تجربه

احمد صادقی^۱، پیوند باستانی^۲، امید براتی^{۳*}

^۱گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی اسفراین، اسفراین، ایران

^۲مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و منابع انسانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

^۳دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: مشارکت های دولتی - خصوصی (PPP) در سال های اخیر برای اصلاحات سازنده بخش بهداشت و درمان در بسیاری از کشورها به کار گرفته شده است. در پژوهش حاضر، تنها تجربه اجرایی شدن الگوی PPP در توسعه خدمات بیمارستانی کشور (تجربه محب) مورد بررسی قرار گرفته است.

روش ها: پژوهش حاضر بصورت کیفی و در سال ۹۵-۹۴ انجام شده است. برای جمع آوری داده ها از روش مصاحبه نیمه ساختارمند استفاده گردید. بدین منظور ۱۸ نفر از خبرگان و متخصصان نظام سلامت و افرادی که به نحوی با الگوهای مشارکتی آشنا بوده و در توسعه این مدل در خدمات بیمارستانی ایران نقش داشته اند، در این مصاحبه ها شرکت نمودند. برای تحلیل داده ها از روش تحلیل محتوا و برای طبقه بندی آنها از نرم افزار MAXQDA₁₀ استفاده گردید.

یافته ها: در این مطالعه، ۳ طبقه اصلی شامل اهداف و دلایل شکل گیری محب، دستاوردها و پیامدهای اجرای محب، و چالش ها و مشکلات پیش روی محب به همراه ۹ زیر طبقه و ۲۸ تم شناسایی گردید.

نتیجه گیری: اجرای الگوی PPP و انتخاب رویکردهایی از قبیل تجربه محب یکی از راه حل های اساسی برای مرتفع سازی معضل درمان کشور بوده که تامین درمان مطلوب، با کیفیت و با هزینه پرداخت منطقی را در جامعه فراهم می سازد که بایستی بیش از پیش مورد توجه مسئولین و سیاست گذاران قرار بگیرد. با بومی سازی این مدل و تطبیق با شرایط کشور می توان تحول خوبی در بخش سلامت ایجاد کرده و زمینه را برای توسعه و ارتقاء این مدل در سرتاسر کشور فراهم نمود.

کلیدواژه ها: مشارکت دولتی - خصوصی، خدمات بیمارستانی، مطالعه کیفی.

*نویسنده مسئول: امید براتی. پست الکترونیک: omidbarati40@gmail.com

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۵/۳۱ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۵/۱۳

مقدمه

زیاد و بودجه‌های بیش از حد به انجام رسیده بود؛ با اجرای این مدل، ۷۵ درصد از پروژه‌ها به موقع و متناسب با بودجه تخصیص داده شده، تکمیل گردید (۱۰). بررسی تجارب برخی کشورهای منتخب (انگلیس، استرالیا، اسپانیا، کانادا، لسوتو، ترکیه) در خصوص استفاده از گزینه‌های مختلف PPP بیانگر اثرات و دستاوردهای مثبت این گزینه‌ها بر هزینه‌های ارائه خدمات، میزان بهره‌برداری، دسترسی جمعیت تحت پوشش و سایر شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌های دولتی بوده است (۱۱).

در زمینه اجرای الگوی PPP در توسعه خدمات بیمارستانی کشور، شاهد سه الگوی متفاوت هستیم که با مشارکت وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی تابعه (تهران و ایران) و مؤسسه خصوصی غیرانتفاعی محب در شهر تهران ایجاد گردیده که شبکه‌ای از بیمارستان‌های زنجیره‌ای را شکل داده‌اند؛ در یکی از این مراکز، در زمین آورده دولتی، بخش خصوصی ساخت، تجهیز، تصدی و بهره‌برداری از بیمارستان را برعهده گرفته اما در قالب قرارداد اجاره‌ای ۱۲ ساله قابل تمدید، به نوعی مالکیت این مرکز در اختیار بخش دولتی است. هر دو بیمارستان دولتی و خصوصی (شهید هاشمی نژاد و محب مهر) هم‌جوار به صورت مجزا فعالیت نموده اما در برخی از موارد از خدمات متقابل یکدیگر همانند خدمات پشتیبانی مشترک استفاده می‌نمایند. در یکی دیگر از این مراکز، دو بیمارستان دولتی و خصوصی (حضرت فاطمه (س) و محب کوثر) هم‌جوار با یکدیگر ادغام شده‌اند، بدین معنی که مدیریت و تصدی و بهره‌برداری از دو بیمارستان به بخش خصوصی سپرده شده و عملاً یک بیمارستان با نامی واحد البته در دو ساختمان مجزا شکل گرفته است. در این مدل فعالیت‌های آموزشی بیمارستان دولتی همچنان پابرجا مانده و حقوق پرسنل رسمی از بودجه دولتی تأمین شده و بخش خصوصی بازسازی ساختمان فرسوده بیمارستان دولتی را تعهد نموده است. در آخرین مرکز این زنجیره، بخش خصوصی ساخت و تجهیز بیمارستان جدید (محب یاس) را عهده‌دار شده و کلیه نیروی انسانی و اعضای هیئت‌علمی بیمارستان فرسوده مجاور (میرزا کوچک خان) به این بیمارستان جدیدالتأسیس نقل مکان نموده‌اند (۱۲).

با توجه به الزام‌های قانونی سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی مبنی بر تعامل بیشتر با بخش خصوصی (ماده ۱۳۶) و با عنایت به اینکه مبانی این مدل در قانون برنامه پنجم و ششم توسعه و سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری تعریف شده، و با توجه به اینکه الگوی محب تنها تجربه مشارکت بخش دولتی - خصوصی در توسعه خدمات بیمارستانی کشور بوده، محققین بر آن شدند تا این تجربه را از دیدگاه خبرگان این حوزه مورد تحلیل قرار دهند. نتایج این مطالعه می‌تواند گامی موثر در راستاری توسعه مشارکت بخش غیردولتی در ارائه خدمات بیمارستانی، بویژه بیمارستان‌های نظامی که با تنگناهای مالی و بودجه‌ای روبرو هستند، باشد.

سالانه مبالغ هنگفتی صرف احداث، نگهداری و بازسازی بیمارستان‌ها میگردد، با این حال شواهدی که نشان‌دهنده دستیابی به منافع مورد انتظار از هزینه‌های انجام شده باشد، محدود است. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، بیمارستان‌های عمومی نزدیک به ۸۰٪ منابع نظام سلامت را بخود اختصاص میدهند، اما فقط ۲۰٪ از خروجی‌های این بخش را تولید می‌نمایند (۱،۲).

در این میان، اجبار به تأمین مالی از طریق بخش دولتی به همراه افزایش روزافزون هزینه‌ها، بیمارستان‌های دولتی را در تنگنای کاهش هزینه قرار داده است (۳). این عوامل باعث شده تا دولت‌ها به دنبال رویکردهایی برای محدود کردن هزینه‌ها، افزایش سرمایه و دستیابی به پیامدهای سلامتی مطلوب‌تر از طریق مشارکت بیشتر و فعال‌تر بخش خصوصی باشند (۴). برای منفعت بردن از قابلیت‌های بخش دولتی و خصوصی، مدل مشارکت دولتی-خصوصی (Public-Private Partnership) بعنوان یک ابزار سیاسی قوی برای بهبود و تقویت تداوم حیات بیمارستان‌های دولتی و کیفیت خدمات معرفی شد (۵).

علیرغم لزوم یک تعریف جامع از مشارکت دولتی خصوصی، تعریف مورد توافق همگانی وجود ندارد و در هر کشوری با توجه به شرایط اقتصادی و زمینه‌های موردعلاقه، تعاریف متعددی وجود دارد (۶). مطابق یک تعریف، مشارکت دولتی-خصوصی عبارتست از توافقی قراردادی و مشارکتی بلندمدت بین یک نهاد دولتی و بخش خصوصی که بخش خصوصی یک عملکرد سازمانی را انجام داده و یا از دارایی‌ها و تسهیلات دولتی استفاده میکند و ریسک‌های عمده عملیاتی، مالی و تکنولوژیکی را در مراحل طراحی، تأمین مالی، ساخت و بهره‌برداری پروژه در قبال سود معین بر عهده می‌گیرد (۷).

در الگوهای مشارکتی، بخش خصوصی ودولتی به روش‌های مختلف میتوانند در توسعه و ارائه خدمات مشارکت داشته باشند. هریک از این روش‌ها با توجه به طراحی و ساخت بیمارستان، مسئولیت سرمایه‌گذاری کلان (زمین و ساختمان)، مدیریت بیمارستان، انتقال ریسک‌های تقاضا (خطر نوسانات تقاضا)، مالکیت بیمارستان و مدت‌زمان قرارداد، طبقه‌بندی میشوند. این مدل‌ها شامل طیفی هستند که در یک‌سوی آن، بخش دولتی مسئولیت اقدامات تأمین مالی، ساخت، بهره‌برداری و نگهداری بیمارستان را به عهده می‌گیرند و در سوی دیگر با خصوصی‌سازی کامل بیمارستان کلیه موارد فوق به بخش خصوصی انتقال می‌یابد (۸).

ویدوس نشان داد که استفاده از مدل PPP می‌تواند منابع را افزایش داده و هزینه‌های توسعه، بازاریابی و ارائه داروها را برای بیماری‌های گرمسیری بین جمعیت‌های فقیرتر در جهان در مقایسه با مدل حمایت شده توسط دولت، کاهش بیشتری بدهد (۹). گرمسیری به این نتیجه رسید که قبل از اجرای مدل PPP در انگلیس، حدود ۷۵ درصد از پروژه‌های زیرساختی عظیم با تأخیر

روش‌ها

شروع مصاحبه مطرح و بر اساس پاسخ نمونه‌ها روند مصاحبه هدایت شد. مصاحبه‌ها با تعیین وقت قبلی و انتخاب محل از نظر شرکت‌کنندگان و در یک مقطع زمانی ۳ ماهه انجام گرفت. بدین ترتیب پس از هماهنگی انجام شده، تمام مصاحبه‌ها در محل کار مشارکت‌کنندگان انجام گرفت که مدت زمان هر مصاحبه بر حسب شرایط و تمایل شرکت‌کنندگان از ۳۰ تا ۹۰ دقیقه متغیر بود. مصاحبه‌های انجام شده با اجازه شرکت‌کنندگان ضبط و پیاده‌سازی مصاحبه‌ها به منظور آگاهی از زمان اشیاع داده‌ها و نیز افزایش صحت و دقت پیاده‌سازی متون، بلافاصله پس از پایان هر جلسه انجام شد.

استحکام، دقت و صحت داده‌ها (Rigor and Trustworthiness) بر اساس چهار معیار قابل قبول بودن، انتقال‌پذیری، قابلیت اطمینان (همسانی) و تأییدپذیری تعیین گردید (۱۴). برای اطمینان از قابل قبول بودن داده‌ها، از مواردی همچون تلفیق در پژوهش، بازنگری مشارکت‌کنندگان (Member check) و استفاده از نظرات تکمیلی همکاران (Peer debriefing)، تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها و درگیری طولانی‌مدت با داده‌ها لحاظ گردید. قابلیت انتقال تحقیق از طریق مصاحبه با مشارکت‌کنندگان متفاوت از بخش‌های مختلف و توصیف غنی از داده‌ها تأمین شد. برای تأمین معیار قابلیت اطمینان، فرآیند انجام مطالعه در اختیار مشاورین کیفی قرار گرفت و آنها پس از بازنگری فرآیند مطالعه، نتایج پژوهش را تأیید کردند. جهت برآوردن تأییدپذیری که گویای ثبات و پایایی داده‌ها است علاوه بر رعایت بی‌طرفی محققان، از بازنگری خارجی به شکل استفاده از نظرات تکمیلی همکاران (Peer check) و مرور دست‌نوشته‌ها استفاده شد. بدین‌صورت که مصاحبه‌ها، کدبندی‌ها و استخراج طبقات، توسط دو نفر از اعضای تیم پژوهش که دارای هیچ‌گونه تضاد منافع با موضوع پژوهش نبودند، انجام گرفت.

مطالعه حاضر یک پژوهش کیفی بوده که به روش تحلیل محتوا در سال ۹۵-۱۳۹۴ انجام شده است. جامعه مورد مطالعه شامل خبرگان نظام سلامت و افرادی که به نحوی با مدل‌های PPP آشنا بوده و در توسعه آن نقش داشته‌اند، بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تحصیلات حداقل فوق‌لیسانس و یا پزشکی عمومی، حداقل ۵ سال سابقه کار، حداقل دو سال سابقه کار مدیریتی، دارا بودن سوابق اجرایی و یا فعالیت‌های پژوهشی در حوزه PPP و تمایل به شرکت در مصاحبه‌ها بوده است. نمونه‌ها با استفاده از رویکرد نمونه‌گیری هدفمند مورد مصاحبه قرار گرفتند. در این رویکرد، شرکت‌کننده‌ها توسط پژوهشگر دستچین می‌شوند؛ چرا که یا به صورت مشخص دارای ویژگی و یا پدیده مورد نظر بوده یا غنی از اطلاعات در موردی خاص هستند (۱۳).

معیار حجم نمونه در این مطالعه، رسیدن به سطح اشباع اطلاعاتی بود و جایی که کدهای جدیدی به دست نیامد، نمونه‌گیری به پایان رسید. بر این اساس، با ۱۸ نفر از خبرگان نظام سلامت مصاحبه انجام پذیرفت. از بین این افراد، ۹ نفر بعنوان نمایندگان بخش دولتی (وزرات بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و بیمارستان دولتی) و ۹ نفر بعنوان نمایندگان بخش غیردولتی (موسسه غیرانتفاعی محب و بیمارستان محب) وارد مطالعه شدند (جدول-۱).

برای جمع‌آوری اطلاعات، ابتدا راهنمای مصاحبه با توجه به مبانی نظری پژوهش با ۷ سوال تهیه گردید. بمنظور تعیین روایی و اطمینان از معنی‌داری سوالات از نظر پاسخ‌دهندگان، سه مصاحبه پایلوت با افرادی که جزء مشارکت‌کنندگان منتخب نبودند، انجام شد و اصلاحات لازم انجام گردید. در نهایت تعداد ۱۰ سوال بعنوان سوالات نهایی مطرح گردید.

مصاحبه‌ها به صورت نیمه ساختار یافته (Semi-structured interview) انجام شد؛ به این صورت که ابتدا سوالات کلی برای

جدول-۱. مشخصات افراد شرکت‌کننده در مصاحبه

محل خدمت	سن	سابقه کار	محل خدمت	سن	سابقه کار
وزارت بهداشت	۵۶	۲۳	مؤسسه غیرانتفاعی محب	۶۲	۳۵
وزارت بهداشت	۴۳	۲۲	مؤسسه غیرانتفاعی محب	۳۱	۱۰
وزارت بهداشت	۵۹	۳۱	مؤسسه غیرانتفاعی محب	۵۸	۳۴
سازمان تأمین اجتماعی	۳۷	۱۰	مؤسسه غیرانتفاعی محب	۴۲	۱۵
دانشگاه علوم پزشکی تهران	۵۰	۲۲	مؤسسه غیرانتفاعی محب	۴۵	۱۶
دانشگاه علوم پزشکی ایران	۴۷	۲۳	مؤسسه غیرانتفاعی محب	۴۷	۱۹
دانشگاه علوم پزشکی تبریز	۴۵	۲۲	بیمارستان محب یاس	۵۸	۳۵
دانشگاه علوم پزشکی شیراز	۴۸	۲۴	بیمارستان محب مهر	۵۲	۱۷
بیمارستان شهید هاشمی نژاد	۴۱	۱۳	بیمارستان محب کوثر	۴۶	۲۰

که بمنظور تعیین وجود کلمات و مفاهیم معین در متن مورد استفاده قرار می‌گیرد تا داده‌ها خلاصه، توصیف و تفسیر شوند (۱۵). بدین منظور مصاحبه‌گر پس از انجام هر مصاحبه اقدام به پیاده

تجزیه و تحلیل داده‌ها: جهت تحلیل داده‌های هر مرحله، از روش تحلیل محتوا (Content analysis) استفاده گردید. تحلیل محتوای کیفی شیوه‌ای تخصصی در پردازش داده‌های علمی است

صورت اختیاری بوده، اطلاعات آنها به صورت محرمانه نزد پژوهشگر باقی خواهد ماند و افراد در هر مرحله از پژوهش حق کناره گیری از مطالعه را خواهند داشت.

نتایج

همه ۱۸ مصاحبه شونده حاضر مرد بودند و میانگین سنی و سابقه کار آنها به ترتیب $۴۸ \pm ۸/۹$ و $۲۳ \pm ۷/۸$ سال بود. مطابق نتایج مطالعه ۳ طبقه اصلی، ۹ طبقه فرعی و ۲۸ تم در رابطه با تجربه اجرایی شدن مشارکت دولتی خصوصی در ارائه خدمات بیمارستانی ایران (تجربه محب) شناسایی گردید که در جدول ۲- نشان داده شده است.

سازی متون مصاحبه نمود. متن هر مصاحبه چندین بار مطالعه شد تا درک کلی از آنها به دست آید. علاوه بر این، متون پیاده شده هر مصاحبه در اختیار مصاحبه شونده مربوطه قرار گرفت تا نظرات و یا اصلاحات خود را اعمال نماید. در نهایت متون مصاحبه جهت طبقه بندی وارد نرم افزار MAXQDA نسخه ۱۰ شد و کد اولیه استخراج گردید. سپس با همکاری و استفاده از نظرات مصاحبه شوندگان و اعضای تیم پژوهش، کدهای نهایی و تم های مطالعه استخراج گردید و در نهایت، تمها در قالب طبقات و زیرطبقات گروه بندی گردید.

ملاحظات اخلاقی: جهت رعایت اصول اخلاقی در مطالعه، ضمن اخذ رضایت آگاهانه از افراد، به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که شرکت در مطالعه و همچنین ضبط مصاحبه ها به

جدول ۲- طبقات، زیرطبقات و تمهای استخراج شده در رابطه با تجربه اجرای PPP در ارائه خدمات بیمارستانی کشور

طبقات	زیرطبقات	تمها
اهداف و دلایل شکل گیری محب	اصلاح ساختار و فرآیندها	- توسعه تخت‌های بیمارستانی توسط نهادهای غیردولتی در زمان کوتاه تر - ساختار نامناسب و بافت فرسوده بسیاری از بیمارستان‌های دولتی - نهادسازی و ترویج سازمان‌های مردم نهاد - ورود نگرش و رویکرد جدید به مقوله بیمارستان سازی و اداره بیمارستان‌ها - گسترش و توسعه بیمارستان‌های زنجیره‌ای
	ورود سرمایه و جذب منابع	- رونق عمومی سرمایه‌گذاری در بخش سلامت (انباشت سرمایه در بخش درمان) - حل مشکلات محدودیت بودجه‌ای بخش دولتی با ورود سرمایه به این بخش
دستاوردها و پیامدهای محب	اثرات بر نظام سلامت	- بهبود در وضعیت شاخص‌های عملکردی بیمارستان (شریک دولتی) - تجهیز بهتر بیمارستان دولتی، بازسازی و مقاوم‌سازی آن
	اثرات بر مردم و جامعه	- ارائه خدمات درجه یک و باکیفیت به اقشار کم‌درآمد بدون افزایش قیمت - کاهش قیمت تمام شده خدمات
چالش‌ها و مشکلات پیش روی محب	اثرات بر دولت	- کاهش هزینه‌های دولتی از طریق مساعدت بخش خصوصی - ورود سرمایه و مدیریت بخش خصوصی
	چالش‌های فرهنگی و اجتماعی	- استفاده حداکثری از منابع و افزایش قابلیت‌ها و توانمندی‌های خدمت‌رسانی - به رسمیت نشناختن الگوهایی از قبیل محب به دلیل ذهنیت و باورهای منفی - وجود نداشتن عزم ملی و نبود باور و اراده در سطوح بالا برای انجام این کار - مخالفت بخش دولتی به دلیل ترس از کم شدن قدرت، حاکمیت و حیطه کاری - عدم تمایل به توسعه تجربه محب به دلیل عدم حمایت سازمان‌های بالادستی - پاسخگو نبودن سازمان‌ها و نهادهای کشوری (دانشگاه‌ها، وزارت بهداشت و...)
چالش‌های مربوط به حاکمیت	چالش‌های مربوط به حاکمیت	- عدم وجود یک ساختار و چارچوب قانونی - بی‌ثباتی در سیاست‌های دولت
	چالش‌های ساختاری و فرآیندی	- اجرا و عملی کردن بدون فراهم‌سازی زیرساخت‌های اولیه - ضعف در تعرفه گذاری و ساختار بیمه‌ای کشور - نداشتن آیین‌نامه مدون در رابطه با پروژه‌های مشارکتی - قوانین دست و پاگیر و فرایند طولانی اخذ مجوز
چالش‌های مالی و سرمایه‌ای	چالش‌های مالی و سرمایه‌ای	- عدم آشنایی نهادهای سرمایه پذیر با ادبیات سرمایه‌گذاری - نگاه غلط داشتن به سرمایه‌گذار بخش خصوصی - عدم احساس امنیت سرمایه‌گذار

الف). طبقه ۱ - اهداف و دلایل شکل‌گیری محب

در این رابطه ۲ طبقه اصلی "اصلاحات ساختاری و فرآیندی"، و "ورود سرمایه و جذب منابع" به همراه ۷ تم شناسایی گردید. اصلاح ساختار و فرآیندها: یکی از اهداف شکل‌گیری مؤسسه محب، اصلاحات ساختاری و فرآیندی بوده است. در همین رابطه ۵ تم توسعه تخت‌های بیمارستانی توسط نهادهای غیردولتی، ساختار نامناسب و بافت فرسوده بیمارستان‌های دولتی، نهادسازی و ترویج سازمان‌های مردم‌نهاد، ورود نگرش جدید به مقوله بیمارستان‌سازی و گسترش و توسعه بیمارستان‌های زنجیره‌ای شناسایی گردید.

به‌زعم بسیاری از مصاحبه‌شوندگان (حدود ۹۰٪)، یکی از اثرات مهم شکل‌گیری محب و به‌کارگیری PPP در بخش سلامت، حل مشکل کمبود منابع و بخصوص تخت‌های بیمارستانی بوده است. در همین رابطه یکی از مدیران ارشد گفت:

" الان ما به ازای هر ۱۰۰۰ نفر حدود ۱/۵ تخت بیمارستانی داریم که رقم بسیار پایینی است. درواقع، اگر ما بخواهیم به استاندارد ۲/۶ تخت به ازای هر هزار نفر برسیم، که استاندارد خیلی بالایی نیست، نزدیک ۸۰ هزار تخت کم داریم که با توجه به اینکه در سال گذشته توانستیم ۲۰۰۰ تخت به تعداد تخت‌های بستری اضافه نماییم، تقریباً ۴۰ سال زمان می‌خواهد تا تأمین بشه. دولت برای این کار نه بودجه لازم رو داره و نه زمان کافی؛ بنابراین لازمه که این کار از طریق مشارکت بخش خصوصی انجام بشه" (P1).

برخی مشارکت‌کنندگان اعتقاد داشتند که یکی از اهداف اصلی اجرای PPP در بخش بیمارستانی ایران، نهادسازی و ترویج سازمان‌های مردم‌نهاد بوده است. در همین رابطه یکی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بود:

" در حوزه سلامت ایران یک غایب بزرگ وجود دارد و آن هم مؤسسات غیردولتی - غیرانتفاعی و نیز NGOها است. ما در تلاش بودیم با شکل‌گیری محب، نهادهای غیرانتفاعی در حوزه سلامت شکل بگیره" (P17).

در نهایت، گسترش بیمارستان‌های زنجیره‌ای از دیگر اهداف PPP و تأسیس محب بوده است که توانسته یک رویکرد جدیدی را به مقوله بیمارستان‌سازی و اداره بیمارستان‌ها وارد نماید؛ به‌نحوی که برخی از مصاحبه‌شوندگان اعتقاد داشتند:

" به نظرم تجربه محب یک رویکرد جدیدی به مقوله ساخت‌وساز و اداره بیمارستان‌ها داشته. با تبعیت از این الگو شاهد تولد نسل جدیدی از بیمارستان‌ها در کلان‌شهرها خواهیم بود که شکل‌گیری آن از طریق مشارکت امکان‌پذیر خواهد بود. زمانیکه برندی از یک بیمارستان در کار خود موفق بشه، میتونه در شهرها و استان‌های دیگه هم بیمارستان و شعبه‌ای به همان نام تأسیس بکنه" (P2, P6, P11).

ورود سرمایه و جذب منابع: رونق عمومی سرمایه‌گذاری در بخش سلامت و حل مشکلات محدودیت بودجه‌ای بخش دولتی

با ورود سرمایه به این بخش دو مورد از تم‌های استخراج‌شده در رابطه با این زیرطبقه بوده است.

برخی از مشارکت‌کنندگان، توسعه و رونق سرمایه‌گذاری در بخش سلامت را یکی از اهداف شکل‌گیری مؤسسه‌ای از قبیل محب در ایران می‌دانستند. در همین رابطه یکی از مشارکت‌کنندگان و بنیان‌گذاران محب در کشور گفت:

" نرخ انباشت سرمایه در حوزه سلامت در ایران بسیار پائینه و حتی اگر میزان مجموع سرمایه‌گذاری خالص را در نظر بگیریم، در برخی سال‌ها منفیه. بخشی از این وضعیت نامناسب، ناشی از اینه که سود حاصل از سرمایه‌گذاری‌ها در بخش سلامت، توی حوزه‌های دیگه سرمایه‌گذاری میشه. ما به دنبال این بودیم تا در یک چارچوب غیردولتی - غیرانتفاعی، به مدلی مناسب برای بالا بردن نرخ انباشت سرمایه در بخش درمان برسیم" (P6).

ب). طبقه ۲ - پیامدها و دستاوردهای محب

مشارکت بین بیمارستان هاشمی‌نژاد (شریک دولتی) و بیمارستان محب (شریک غیردولتی) مزایای بسیاری را برای بخش دولتی، مردم و بخش بهداشت و درمان به ارمغان آورده است. در این طبقه، ۳ زیرطبقه شامل پیامدها و اثرات PPP بر نظام سلامت، اثرات بر مردم و جامعه و اثرات بر دولت و همچنین ۷ تم شناسایی گردید.

اثرات بر نظام سلامت: بهبود در وضعیت شاخص‌های عملکردی بیمارستان (شریک دولتی) و تجهیز بهتر بیمارستان دولتی و بازسازی و مقاوم‌سازی آن دو مورد از تم‌های شناسایی‌شده مربوط به این زیرطبقه بوده است.

مهم‌ترین دستاورد حاصله که تقریباً تمام مصاحبه‌شوندگان نیز به آن اشاره داشتند، ارتقای شاخص‌های بیمارستانی در بیمارستان هاشمی‌نژاد به دلیل هم‌جواری با بیمارستان محب بوده است. برخی از مصاحبه‌شوندگان این‌گونه بیان کرده بودند که:

" افزایش بهره‌وری، کاهش متوسط اقامت، افزایش ضریب اشغال تخت و کاهش فضاهای اداری از مهم‌ترین دستاوردهای محب توی بیمارستان هاشمی‌نژاد بوده است؛ ضمن اینکه رضایت‌مندی کارکنان و پرسنل نیز به میزان چشمگیری بهبود یافته است." (P2, P3).

اثرات بر مردم و جامعه: ارائه خدمات درجه‌یک و باکیفیت به اقشار کم‌درآمد بدون افزایش قیمت و همچنین کاهش قیمت تمام‌شده خدمات از مهم‌ترین اثرات و دستاوردهای الگوی محب برای مردم و جامعه بوده است.

یکی از مدیران ارشد مؤسسه محب توجیه خود را برای این کاهش قیمت این‌گونه بیان نمود:

" نکته مهمی که ما در مؤسسه محب به آن اهتمام داشتیم، کاهش قیمت تمام‌شده ارائه خدمات درمانی بود. ما این کار رو از طریق صنعتی‌سازی، استفاده از دانش مدیریت بیمارستانی روز دنیا و حذف هزینه مربوط به زمین انجام دادیم. برای حذف هزینه زمین،

توی دولت بایستی ایجاد بشه؛ یعنی دولت بخواد که این کار انجام بشه." (P9).

برخی مصاحبه‌شوندگان اعتقاد داشتند که دلیل مخالفت‌های بخش دولتی برای شکل‌گیری الگوهایی از قبیل محب به خاطر ترس از کم شدن قدرت و حیطه کاری و همچنین از دست رفتن حاکمیت آنها می‌باشد.

"دیوانسالاری دولتی علاقه‌مند نیست که حیطه کار خودش رو محدود بکنه. در بعضی از کشور مثل بنگلادش نشون دادن که مهم‌ترین عاملی که جلوی واگذاری خدمات بهداشتی درمانی رو به بخش خصوصی گرفته، خود مسئولین بهداشت و درمان بودن. چون اینها یک‌جوری بالاخره قدرت خودشون رو میدیدن تحلیل میره، بنابراین با این مخالفت کردن. توی کشور ما هم همین هست احساس میکنند که حاکمیتشون توی بیمارستان داره از دست میره" (P15).

چالش‌های مربوط به حاکمیت: عدم تمایل به توسعه تجربه محب به دلیل حمایت نشدن از سوی سازمان‌های بالادستی، پاسخگو نبودن سازمان‌ها و نهادهای کشوری، عدم وجود ساختار و چارچوب قانونی مشخص و بی‌ثباتی در سیاست‌های دولت، تم‌های مربوط به این زیرطبقه می‌باشند.

تعدادی از مشارکت‌کنندگان بر این عقیده بودند که تجاری از قبیل محب خیلی مورد حمایت مسئولین و سیاست‌گذاران واقع نشده و لذا انگیزه‌ای برای گسترش آن نیز وجود ندارد.

"من تجربه محب رو موفق میدونم ولی خیلی خوش‌بین نیستم؛ خودشون الان تمایل ندارن این رو توسعه بدن؛ چون خسته و سرخورده شدن. برای اینکه ما به‌عنوان دولت و مسئولین دولتی نیومدیم حمایت بکنیم؛ تا تونستیم چوب لای چرخشون گذاشتیم، از مسئولین دانشگاهی گرفته تا سیستم‌های بالاتر. نیومدیم این رو به‌عنوان یک کار مثبت نگاه بکنیم و حمایتش کنیم. اگر حمایت می‌شدند الان اینقدر خسته نبودن. من به این کار خیلی خوش‌بین نیستم چون که خیلی سیاست‌گذاری بالادست رو متمایل به این حوزه نمی‌بینم" (P10).

عدم پاسخ‌گویی سازمان‌ها و نهادهای کشور یکی دیگر از موانع و مشکلات پیش روی محب بوده است. در این رابطه یکی از مشارکت‌کنندگان این‌گونه ابراز نمود: "دلیل اینکه ما خیلی موفق نشدیم (محب) به خاطر اینه که زیرساخت‌ها خوب فراهم نشده بود. برای قوانین هر جا مراجعه می‌کنیم چیزی نیست، برای اجرا چیزی نیست، هیچ‌کسی پاسخگوی مشکلات نیست. باید یک متولی توی رأس باشه و بگه مجری PPP من هستم و اگه مشکلی وجود داشت من باید اقدام بکنم" (P3).

یکی از مشارکت‌کنندگان معتقد بود که در حال حاضر ما یک ساختار قانونی مشخص جهت اجرای PPP در کشور نداریم.

"ما برای اینکه تجربه محب رو توی کشور گسترش بدیم باید اول از همه یک Business plan داشته باشیم که تکلیف همه

ما آن دسته از بیمارستان‌های دولتی را که زمین‌های بلااستفاده وسیعی داشتند هدف گرفتیم و در مقابل در اختیار گرفتن این زمین‌های بلااستفاده برای ساخت یک ساختمان درمانی مجهز جدید، بخشی از سود فعالیت خود را به نوسازی آن بیمارستان اختصاص میدیم" (P6).

یکی از مشارکت‌کنندگان در رابطه با ارتقای سطح کمی و کیفی خدمات اعتقاد داشت:

"در وهله اول در جاهایی که این کار انجام می‌شود کیفیت خدمت و کمیت خدمات افزایش پیدا می‌کند؛ یعنی مردم در ابتدا شاید ارزان شدن این خدمات را احساس نکنند ولی در بلندمدت، طبیعی است که قیمت تمام‌شده به ازای هر خدمت کاهش پیدا میکنه و مردم پرداخت از جیب کمتری خواهند داشت." (P3).

اثرات بر دولت: در رابطه با اثرات PPP بر روی نظام سلامت، ۳ تم کاهش هزینه‌های دولتی از طریق مساعدت بخش خصوصی، ورود سرمایه و مدیریت بخش خصوصی و استفاده حداکثری از منابع و افزایش قابلیت‌ها و توانمندی‌های خدمت‌رسانی شناسایی گردید.

یکی از مصاحبه‌شوندگان در زمینه کاهش هزینه‌های دولت و تحویل پروژه‌های PPP در زمان‌های مقرر این‌گونه ابراز نمود:

"اگه دولت خودش بخواد این کار رو انجام بده تجربه نشون داده که هزینه‌هاش بیشتر از هزینه‌های بخش خصوصی. کنترل خاصی نمیتونه روی هزینه‌هاش داشته باشه. زمانش هم طولانی‌تر خواهد شد. حالا دولت میخواد بیاد یک طرحی رو انجام بده، میاد مشارکت میکنه با بخش خصوصی؛ چه اتفاقی میفته؟ هزینه سرمایه‌گذاری اولیه‌اش مینیمم میشه؛ طول مدتش رو میتونه فیکس بکنه یعنی اگه بیشتر بشه جرئتی برای بخش خصوصی در نظر گرفته میشه برای همین هم بخش خصوصی دنبال اینه که حتماً توی موعده مقرر انجام بده" (P9).

ج. طبقه ۳- چالش‌ها و مشکلات پیش رو محب

در رابطه با چالش‌های پیش روی محب و همچنین توسعه الگوی PPP در کشور، ۱۳ تم شناسایی گردید در قالب ۴ زیرطبقه: چالش‌های فرهنگی و اجتماعی، چالش‌های مربوط به حاکمیت، چالش‌های ساختاری و فرآیندی، و چالش‌های مالی و سرمایه‌ای.

چالش‌های فرهنگی و اجتماعی: در این رابطه ۳ تم شناسایی گردید که عبارتند از: به رسمیت نشناختن الگوهایی از قبیل محب به دلیل ذهنیت و باورهای منفی، وجود نداشتن عزم ملی در سطوح بالا برای انجام این کار، مخالفت‌های بخش دولتی به دلیل ترس از کم شدن قدرت، حاکمیت و حیطه کاری با ورود بخش خصوصی. در همین رابطه یکی از مصاحبه‌شوندگان (نماینده مؤسسه محب) اعتقاد داشت:

"این ذهنیت منفی تو خیلی‌ها هست که خصوصی‌سازی یا واگذاری توی حوزه بهداشت و درمان نباید داشته باشیم. همه دنیا تجربه کردن هیچ مشکلی هم نداشتن. مسئله بعدی اینکه این اراده

پذیر با ادبیات و مفهوم سرمایه‌گذاری، نگاه غلط به سرمایه‌گذار بخش خصوصی داشتن، و عدم احساس امنیت سرمایه‌گذار شناسایی گردید.

یکی از مهم‌ترین صحبت‌های مشارکت‌کنندگان این بود که نهادهای سرمایه‌پذیر در کشور با مفهوم سرمایه‌گذاری آشنایی ندارند.

"سرمایه‌پذیر توی کشور ما فرض کنید دانشگاه علوم پزشکی یا وزارت بهداشته. اینها ادبیات سرمایه‌گذاری رو بلد نیستن. یعنی نمیدونن اگه یک سرمایه‌گذار بیاد، باید یک بسته‌ای بهش بدن توش مدل مالی باشه، مدل حقوقی یا مدل تعاملی یا مدل کنیکال باشه" (P9).

از دیگر چالش‌های مالی و سرمایه‌ای گسترش PPP در کشور این است که برای سرمایه‌گذاران یک محیط امن ایجاد نکرده‌ایم. "امنیت لازم برای این کار هنوز شکل نگرفته. به محض اینکه تعرفه‌ها واقعی بشه، بستر این کار ایجاد بشه، خیلی از این افرادی هم که حتی توی بدنه دولتی هستند شاید راغب باشن برن توی اون سیستم خدمات شون رو ارائه بدن. ولی الان امنیتی بابت این سرمایه‌گذاری‌ها وجود نداره و افرادی هم که به شکل جزیره‌ای حتی در درون یک بیمارستان یا یک دانشگاه یا مرکز بهداشتی وارد میشن اینقدر قوانین ضدونقیض وجود داره که بعد از یک سال دو سال پشیمان شده از مجموعه خارج میشه." (P14).

بحث

بکارگیری PPP در کشورهای مختلف با اهداف، انگیزه‌ها و دلایل مختلفی همراه بوده است. هدف اولیه و اصلی PPP، دسترسی بهتر و ارائه خدمات با کیفیت برای فقیرترین و محروم‌ترین افراد می‌باشد (۱۶). با توجه به اینکه دولت‌ها در کشمکش با افزایش هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی می‌باشند، PPP ها ممکن است در ساخت و بهره‌برداری بیمارستان‌های دولتی، روش‌های نوآورانه‌ای را جهت کنترل هزینه‌ها و بهبود سطح خدمات فراهم نمایند (۱۷). PPP ها با تأکید خاص بر بخش بهداشت و درمان، مدیریت بهتری را در خدمات ارائه‌شده و زیرساختها فراهم می‌کنند (۱۸). مطابق نتایج حاضر، یکی از اهداف و دلایل اصلی حرکت به سمت PPP در ایران، کمبود منابع بخش سلامت و بخصوص تخت‌های بیمارستان بوده است. در شهر برامپتون کانادا نیز به دلیل افزایش جمعیت ناشی از مهاجرت و نیازهای رو به رشد، نیاز برای ساخت بیمارستان جدید و توسعه تخت‌های بیمارستانی با رویکرد PPP احساس گردید (۱۹). در استرالیا، نیوزلند، کانادا و به‌طور معمول اغلب اروپا، سیاست‌مداران مایل به استفاده بیشتری از ظرفیت‌های بخش خصوصی در ارائه خدمات دولتی هستند. در انگلیس این مشارکت‌ها عمدتاً بر اساس اینکه بخش خصوصی کارآتر و هزینه-اثربخش‌تر است، توجیه می‌شود. در یک زمینه بین‌المللی، مفسران استفاده از PPP را به دلیل ارتقای پاسخگویی،

روشن باشه. الان ما همچین چیزی نداریم. الان محیط قانونی برای پروژه‌های PPP وجود نداره. توی قوانین کشور دیده شده ولی محیطش هنوز ایجاد نشده. مثلاً از ظرفیت‌های قانونی استفاده نمی‌کنند، اصلاً کسی بهش هیچ التزامی نداره، تکالیف شون رو انجام نمیدن" (P8, P9).

بی‌ثباتی در سیاست‌های دولت یکی دیگر از مشکلات اجرایی کردن PPP قلمداد شد که در بیشتر مصاحبه‌ها به آن اشاره شده. "ثبات در قوانین نیست؛ با تغییر در دولت‌ها، فکرها هم عوض می‌شوند و همه چیز از صفر شروع می‌شود. با رفتن این دولت احتمال داره یک دولتی بیاد که هیچ اعتقادی به این کار نداشته باشه" (P7, P11).

چالش‌های ساختاری و فرآیندی: مواردی از قبیل عملی کردن بدون فراهم‌سازی زیرساخت‌های اولیه، ضعف در تعرفه‌گذاری و ساختار بیمه‌ای کشور، نداشتن آیین‌نامه مدون در رابطه با پروژه‌های مشارکتی و قوانین دست و پاگیر و فرایند طولانی اخذ مجوز به‌عنوان مهم‌ترین چالش‌های ساختاری و فرآیندی اجرای PPP و توسعه الگوی محب در کشور شناسایی گردید. اجرا و عملی کردن یک الگو بدون فراهم کردن زیرساخت‌های اولیه یکی از چالش‌های مطرح‌شده از دیدگاه برخی بنیان‌گذاران محب در کشور بود:

"ما قبل از اینکه وارد PPP بشیم باید زیرساخت‌ها رو فراهم بکنیم. وارد شدیم و یک نمونه رو اجرا کردیم ولی اون زیرساخت‌ها رو فراهم نکردیم. چون این موارد فراهم نشده این یک کار فرسایشی میشه، هم این گروه خسته میشه و هم گروه‌های دیگه وارد کار نمیشن. ما باید از نمونه‌های پیلوت شروع بکنیم. چون کمک میکنه به بهتر انجام شدن و ایجاد انگیزه میکنه برای بقیه سرمایه‌گذارهای غیردولتی" (P3).

یکی دیگر از چالش‌ها و مشکلاتی که مصاحبه‌شوندگان بدان اشاره داشتند، عدم وجود آیین‌نامه‌ای مدون در زمینه پروژه‌های مشارکتی و از جمله الگوی محب بوده است.

"هنوز نه آیین‌نامه‌ای برای خرید خدمت از بخش خصوصی داریم، نه ماهیت و هویت این مؤسسه‌ها رو تأیید کردیم که این مؤسسه‌ها چی هستن، خصوصی‌اند دولتی‌اند، با چه تعرفه‌ای باید کار بکنند، ساختارشون باید چه شکلی باشه" (P13).

گروهی از مصاحبه‌شوندگان نیز مشکلات و چالش‌های حاصل از اجرای PPP و توسعه الگوی محب در کشور را به مشکلات تعرفه‌گذاری و ساختار بیمه‌ای کشور نسبت داده‌اند.

"چون تعرفه‌ها واقعی نیست ما همش داریم قانون رو دور می‌زنیم. دور زدن‌های قانون سیستم‌های نظارتی رو حساس میکنه و مشکلاتی رو برای دو طرف ایجاد میکنه. درواقع، پائنه آشیل این قضیه همراهی سازمان‌های بیمه‌گر و تعرفه واقعی‌ست" (P14).

چالش‌های مالی و سرمایه‌ای: در رابطه با چالش‌های مالی و سرمایه‌ای اجرای PPP در کشور ۳ تم عدم آشنایی نهادهای سرمایه

تسهیلات و ارائه تجهیزات لازم از دیگر دستاوردهای PPP بوده که در برخی مطالعات به آنها اشاره گردیده است (۲۲، ۲۵، ۲۴). طبق نتایج یک مطالعه مروری نظام‌مند، مهم‌ترین نتایج و پیامدهای استفاده از PPP، برطرف سازی کمبودهای سرمایه‌ای بخش دولتی، ارزش‌آفرینی پولی، ورود کارایی بخش خصوصی و انتقال ریسک معرفی شده است (۲۶).

در نهایت، چالش‌ها و مشکلات پیش روی محب و اجرای الگوی PPP در کشور شناسایی و استخراج گردید. این موارد در قالب ۴ زیرطبقه قرار گرفت: چالش‌های فرهنگی و اجتماعی؛ چالش‌های مربوط به حاکمیت؛ چالش‌های ساختاری و فرآیندی و چالش‌های مالی و سرمایه‌ای. در تمام کشورها، علیرغم اینکه اجرای PPP دستاوردها و پیامدهای زیادی را به همراه داشته است ولی همواره در مسیر اجرای آن چالش‌ها و مشکلات متعددی نیز وجود داشته است. عدم وجود باور و بستر فرهنگی مناسب و دیدگاه منفی نسبت به این نوع مشارکت‌ها از مواردی بوده که در این مطالعه و سایر مطالعات به آن اشاره شده است. در سریلانکا، متقاعد کردن مؤسسات تجاری و بیمارستان‌های دولتی به سمت اجرای PPP به‌عنوان بزرگ‌ترین چالش پیش رو ذکر شده است؛ ضمن اینکه این طرز فکر و ترس وجود داشته که اجرای PPP در بیمارستان‌ها به معنای حرکت به سوی خصوصی‌سازی خدمات عمومی می‌باشد (۲۷). مشکلات و چالش‌های اجرای PPP در بخش سلامت کانادا شامل برداشتهای نادرست از بخش دولتی، مخالفت اتحادیه‌های کارگری و ماهیت طولانی‌مدت قراردادهای PPP ذکر شده است (۲۲). از دیگر محدودیت‌ها و چالش‌های پیش رو در اجرای PPP می‌توان به مواردی از قبیل هماهنگی ضعیف بین بخش‌های مختلف دولتی، مقاومت در نتیجه علائق عمومی، تأخیرهای بیش‌ازحد به دلیل رویه‌های بوروکراسی اداری، سرعت تغییرات در بخش بهداشت و درمان اشاره کرد (۲۲، ۲۸).

نتیجه‌گیری

نتایج حاکی از آن است که هر چند نمونه‌های کوچکی از مدل‌های PPP در بخش سلامت ایران پیاده شده، با توجه به ظرفیت‌های بخش سلامت نیازمند توسعه کامل این مدل در اداره بیمارستان‌ها می‌باشیم. مدل مشارکتی بیمارستان هاشمی‌نژاد و موسسه محب، نمونه‌ای نسبتاً موفق در بیمارستان‌های دولتی ایران می‌باشد. این مدل راه ورود سرمایه را به بخش سلامت باز کرده و با توجه به قوانین و ظرفیت‌های موجود می‌توان در جهت گسترش آن کوشید. ممکن است تجربه سایر کشورها عیناً قابل اجرا در ایران نباشد، ولی با تطبیق آن با شرایط کشور و برطرف کردن نقاط ضعف آن می‌توان تحول خوبی در اداره مراکز آموزشی درمانی ایران من جمله بیمارستان‌های نظامی ایجاد نمود. از آنجایی که بیمارستان‌های نظامی سهم نسبتاً زیادی در ارائه خدمات بیمارستانی در کشور دارند، لذا می‌توان از ظرفیت‌های

برابری و دسترسی در نتیجه این نوع مشارکت‌ها، مورد تأکید قرار داده اند (۲۰). در اسپانیا، کاهش هزینه‌ها و معرفی رویکردهای نوآورانه در ارائه مراقبت‌های بهداشتی و در لسوتو، ارتقای کارایی، کیفیت و دسترسی از جمله دلایل استفاده از PPP در بخش سلامت بوده است (۲۱). در ترکیه محدودیت منابع دولتی برای دستیابی به طرح‌های بلندپروازانه و خلاقانه، هدف اصلی استفاده از PPP بوده است. در فیلیپین نیز بازسازی و تجهیز بیمارستان‌ها و سایر تسهیلات بهداشتی از طریق PPP مطرح گردید (۲۲). این نتایج علاوه بر تأکید بر دلایل و انگیزه‌های مختلف کشورها در پیاده‌سازی PPP، به نحوی بر اهمیت اجرای آن اشاره دارد.

طبق نظرات مشارکت‌کنندگان، تجربه محب و اجرای PPP در کشور دستاوردهای زیادی از قبیل بهبود در وضعیت شاخص‌های عملکردی بیمارستان (شریک دولتی)، تجهیز بهتر بیمارستان دولتی، بازسازی و مقاوم‌سازی آن، ارائه خدمات باکیفیت به اقشار کم‌درآمد بدون افزایش قیمت، کاهش قیمت تمام‌شده خدمات، کاهش هزینه‌های دولتی از طریق مساعدت بخش خصوصی، ورود سرمایه و مدیریت بخش خصوصی و استفاده حداکثری از منابع و افزایش قابلیت‌های خدمت‌رسانی را به همراه داشته است.

طبق نتایج مطالعه حاضر، بهبود در وضعیت شاخص‌های عملکردی بیمارستان و ارائه خدمات با کیفیت از مهم‌ترین دستاوردها و پیامدهای اجرای PPP در ارائه خدمات بیمارستانی ایران بوده است؛ به‌نحوی که پس از اجرای PPP، اثرات مثبتی در شاخص‌های عملکردی بیمارستان مشاهده گردیده است.

صرفه‌جویی در هزینه و زمان تحویل پروژه و تجهیز و نوسازی بیمارستان از دیگر دستاوردها و پیامدهای PPP در ایران بوده است. بدین معنا که با رویکرد PPP بیمارستان محب مهر در زمان خیلی کوتاه (۱۸ ماه) به بهره‌برداری رسیده است. ضمن اینکه، سود حاصل از فعالیت‌های این بیمارستان صرف تجهیز و نوسازی بیمارستان دولتی مجاور آن (هاشمی نژاد) شده است. در برخی مطالعات نیز به مواردی از این قبیل اشاره شده است. برای مثال، برتا و روگرو (۲۰۰۸) در تجزیه و تحلیل شش پروژه PPP در بخش بهداشت و درمان ایتالیا، دریافتند که در اکثر موارد، توسل به یک PPP می‌تواند باصرفه‌تر از تأمین مالی عمومی سنتی باشد، زیرا بخش دولتی فاقد منابع لازم برای انجام سرمایه‌گذاری است (۲۳). با بکارگیری مدل PFI در انگلیس، بیمارستان‌های قدیمی و فرسوده با سرعت بیشتری بازسازی و تجهیز شدند. بین ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۹، تعداد ۱۰۱ پروژه از ۱۳۵ پروژه بیمارستانی جدید در انگلیس تحت PFI تکمیل شده است. نمونه‌های دیگر از به‌کارگیری PPP برای تجهیز و نوسازی زیرساخت‌های مراقبت‌های بهداشتی، در اسپانیا، فرانسه، پرتغال و ایتالیا مشاهده شده است (۲۴). ارتقای کارایی و کیفیت، تسهیم ریسک، ترغیب رویکردهای نوآورانه، توسعه مدل‌های جدید ارائه خدمات، ارائه پروژه‌ها در زمان مشخص و با بودجه مشخص، ورود سرمایه بخش خصوصی برای ساخت

امکان سنجی الگوی PPP در سایر بیمارستان ها و منجمله بیمارستان های نظامی را نیز مورد تحلیل و بررسی قرار داد.

تشکر و قدردانی: این مطالعه بخشی از رساله دکتری مصوب

دانشگاه علوم پزشکی شیراز با کد ۷۵۰۲-۹۴ می باشد. نویسندگان بر خود لازم میدانند تا مراتب سپاسگذاری خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و کلیه افرادی که در انجام مصاحبه ها همکاری داشتند، بعمل آورند.

تضاد منافع: نویسندگان مقاله اعلام می نمایند که هیچ گونه

تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Ferdosi M, Farahabadi ME, Mofid M, Rejalian F, Haghghat M, Naghdi P. Evaluating the Outsourcing of Nursing Services in Kashani Hospital, Isfahan, Iran. *Health Inf Manage*. 2013;9(7):989-96.
2. Jafari Sirizi M, et al. Qualitative assessment of dimensions and degree of autonomy granting to university hospitals. *Hakim Health Systems Research Journal*. 2008;11(2):59-71.
3. WHO. World Health Report 2000. Geneva: 2000.
4. Barrows D, MacDonald HI, Supapol AB, Dalton-Jez O, Harvey-Rioux S. Public-private partnerships in Canadian health care. *OECD Journal on Budgeting*. 2012;12(1):1-14.
5. Taylor R, Blair S. Public Hospitals: Options for reform through public-private partnerships. 2002.
6. Alfen HW, Kalidindi SN, Ogunlana S, Wang S, Abednego MP, Frank-Jungbecker A, et al. Public-Private Partnership in infrastructure development: Case studies from Asia and Europe. 2009.
7. Shuping S, Kabane S. Public-private partnerships: A case study of the Pelonomi and Universitas Hospital co-location project. *South African Health Review*. 2007:151-8.
8. Jabbari Beyrami H, Gholamzadeh Nikjo R, Jannati A, Dadgar E. Introducing Public-Private Partnership Options in Public Hospitals. *Hakim Research Journal*. 2013;16(3):201-10.
9. Widdus R. Public-private partnerships: an overview. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2005;99(Supplement 1):1-8.
10. Grimsey D, Lewis MK, editors. Are Public Private Partnerships value for money?: Evaluating alternative approaches and comparing academic and practitioner views. *Accounting forum*; 2005: Elsevier.
11. Sadeghi A, Barati O, Bastani P, Jafari DD, Etemadian M. Experiences of selected countries in the use of public-private partnership in hospital services provision. *JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2016;66(11):1401.
12. Sadeghi A. Designing a Customized Model of Public- Private Partnership (PPP) and Feasibility of Stabilizing in Hospitals Affiliated to Shiraz

بخش غیردولتی در این حوزه نیز استفاده نمود و زمینه را برای سرمایه گذاری در این حوزه فراهم نمود.

با توجه به اینکه مطالعه حاضر صرفاً با استفاده از رویکرد تحلیل محتوا و از طریق مصاحبه به جمع آوری اطلاعات پرداخته است، پیشنهاد می گردد ضمن بررسی دقیق تر و انجام مطالعه موردی به استخراج مولفه های تاثیرگذار و روند پیاده سازی تجربه و دستاوردهای حاصل از الگوی PPP پرداخته شود. ضمناً با توجه به اینکه یافته های حاضر و مقایسه آن با سایر یافته های بین المللی حکایت از اهمیت حرکت به سمت اجرایی شدن PPP دارد پیشنهاد می گردد قبل از اجرای این مدل در بیمارستان های مستعد کشور، مطالعات اقدام پژوهشی مناسب انجام گیرد. همچنین می توان

University of Medical Sciences. Shiraz: Shiraz University of Medical Sciences; 2017.

13. Boswell C, Cannon s. Introduction to nursing research. 3 ed: Burlington, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2012.

14. Glaser BG. Conceptualization: On theory and theorizing using grounded theory. *International Journal of Qualitative Methods*. 2008;1(2):23-38.

15. Forman J, Damschroder L. Qualitative content analysis. *Empirical Research for Bioethics: A Primer Oxford, UK: Elsevier Publishing*. 2008:39-62.

16. Public-Private Investment Partnerships for Health: An Atlas of Innovation. San Francisco: The Global Health Group, August 2010.

17. Markovic B, Dukic M. Public-Private Partnerships in Regional Hospitals: the Case of Clinical Hospital Osijek. *Interdisciplinary Management Research*. 2008;4:174-98.

18. Rosas JES. Hospital do Subúrbio : a case study of the first Public-Private Partnership in healthcare provision in Brazil: Católica-Lisbon School of Business & Economics; 2015.

19. Macdonald I, Supapol A, Dalton-JEZ O, Harvey-Rioux S. Public Private Partnerships in canadian healthcare: A case study of the brampton civic hospital. prepared for the OECD. March 2011.

20. Field J, Peck E. Public-private partnerships in healthcare: the managers' perspective. *Health & social care in the community*. 2003;11(6):494-501.

21. Sekhri N, Feachem R, Ni A. Public-private integrated partnerships demonstrate the potential to improve health care access, quality, and efficiency. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30(8):1498-507.

22. Hamilton G, Kachkynbaeva M, Wachsmuth I, Masaki E. A preliminary reflection on the best practice in PPP in healthcare sector: A review of different ppp case studies and experiences. *PPPs in Health Manila 2012*; Manila, Philippines 2012.

23. Barretta A, Ruggiero P. Ex-ante evaluation of PFIs within the Italian health-care sector: What is the basis for this PPP? *Health policy*. 2008;88(1):15-24.

24. Barlow J, Roehrich J, Wright S. Europe sees mixed results from public-private partnerships for building and managing health care facilities and

services. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(1):146-54.

25. Liu J, ED Love P, Smith J, Regan M, Sutrisna M. Public-Private Partnerships: a review of theory and practice of performance measurement. *International Journal of Productivity and Performance Management*. 2014;63(4):499-512.

26. Roehrich JK, Lewis MA, George G. Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Soc Sci Med*. 2014;113:110-19.

27. Himalika Narangoda B, Khathibi A. Public Private Partnership in Healthcare Industry in Sri Lanka as an Alternative to Privatization. *International Journal of Management and Business Research*. 2014;4(2):95-106.

28. Nikolic IA, Maikisch H. Public-private partnerships and collaboration in the health sector: an overview with case studies from recent European experience. Washington, DC: The World Bank, 2006.