

## چالش‌های مشارکت عمومی - خصوصی در تأسیس بیمارستان

### یک مطالعه موردی

مسعود اعتمادیان<sup>۱</sup>، علی محمد مصدق‌راد<sup>۲</sup>، محمود رضا محقق دولت‌آبادی<sup>۳</sup>، حامد دهنوی<sup>۴</sup>\*

تاریخ دریافت: ۹۸/۱/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۹/۳/۱

#### چکیده:

**زمینه و هدف:** مشارکت بخش دولتی و خصوصی در تأسیس و راه‌اندازی بیمارستان، استراتژی مناسبی برای ارائه خدمات با کیفیت سلامت به مردم با هزینه کم برای دولت است. با وجود این، چالش‌هایی در مسیر مشارکت بخش دولتی و خصوصی در تأسیس و راه‌اندازی بیمارستان‌های ایران وجود دارد. این پژوهش با هدف شناسایی و تبیین چالش‌های تأسیس و تجهیز بیمارستان جامع زنان محب یاس انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه کیفی با منطق استقرایی و به صورت مورد پژوهی با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته و بررسی اسناد در سال ۱۳۹۷ انجام شد. تعداد ۲۴ نفر از ذی‌نفعان کلیدی، مدیران و کارکنان مشارکت‌کننده در تأسیس و تجهیز بیمارستان جامع زنان محب یاس به صورت هدفمند و گلوله برفی انتخاب شدند. از روش تحلیل موضوعی برای تحلیل داده‌های پژوهش استفاده شد.

**نتایج:** چالش‌های مشارکت عمومی - خصوصی در ساخت و تجهیز بیمارستان جامع زنان محب یاس عبارت بودند از مدل نامناسب مشارکت عمومی - خصوصی، فراهم نبودن بستر مشارکت عمومی - خصوصی، اعتماد کم به بخش خصوصی، مشکلات تأمین مالی پروژه ساخت بیمارستان، تخریب ساختمان نیمه‌ساخته بیمارستان، افزایش هزینه ساخت بیمارستان، ادغام و انتزاع دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران، مشکلات دریافت پروانه تأسیس بیمارستان، ادغام بیمارستان محب یاس با بیمارستان میرزا کوچک خان، تغییر کاربری بیمارستان و مشکلات تأمین و مدیریت تجهیزات و کارکنان بیمارستان.

**نتیجه‌گیری:** اگرچه مشارکت عمومی - خصوصی مزایایی برای نظام سلامت به دنبال دارد. ولیکن، به دلیل اهداف، انگیزه‌ها و سبک مدیریت متفاوت بخش دولتی و خصوصی با چالش‌های متعددی همراه است. نتایج این پژوهش اطلاعات ارزشمندی را در اختیار سیاست‌گذاران و مدیران ارشد نظام سلامت در مورد عوامل کلیدی موفقیت و موانع اجرایی مشارکت بخش دولتی و خصوصی در بخش سلامت ارائه می‌کند.

**کلمات کلیدی:** مشارکت عمومی - خصوصی، بیمارستان، تأسیس، چالش‌ها، مطالعه موردی

۱- دانشیار، گروه اورولوژی، بیمارستان شهید هاشمی‌نژاد، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲- دانشیار، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- استادیار، گروه بیهوشی، بیمارستان شهید هاشمی‌نژاد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۴- کارشناس ارشد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران (\*نویسنده مسئول)،

آدرس الکترونیکی: Hamedehnavi@gmail.com

## مقدمه

سرمایه انسانی نقش مهمی در رشد و توسعه اقتصادی کشور دارد. رشد سرمایه انسانی منجر به افزایش بهره‌وری کارکنان می‌شود. سلامتی از طریق افزایش مطلوبیت و فراهم آوردن زمان کاری بیشتر، منجر به رشد سرمایه انسانی می‌شود (۱). بنابراین، منابع مالی کافی باید برای ارائه خدمات سلامت با کیفیت، اثربخش و کارآمد تأمین شود.

در نظام سلامت ایران، دولت سهم زیادی در حوزه‌های تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت دارد. همچنین، دولت نقش پررنگی در ارائه خدمات بیمه سلامت پایه دارد. از طرف دیگر، تغییرات جمعیتی، اپیدمیولوژی و فناوری منجر به افزایش هزینه‌های بخش سلامت شده است. در نتیجه، فشار مالی زیادی به دولت در زمینه تأمین مالی نظام سلامت کشور وارد می‌شود. بنابراین، دولت برای تأمین مالی بخش سلامت باید به دنبال روش‌هایی مانند افزایش سهم بودجه وزارت بهداشت از بودجه عمومی دولت، ارائه خدمات ارزان و هزینه - اثربخش سلامت، وضع مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان به سلامت و استفاده از سایر منابع تأمین مالی باشد. مشارکت بخش‌های عمومی و خصوصی جامعه در نظام سلامت یک راهکار پایدار برای کاهش هزینه‌های دولت و افزایش بهره‌وری سازمان‌های بهداشتی و درمانی کشور است.

سازمان‌ها و نهادهای عمومی تحت مالکیت دولت بوده، از طریق مالیات و درآمدهای عمومی تأمین مالی شده و توسط نیروهای سیاسی کنترل می‌شوند. در مقابل، سازمان‌های خصوصی تحت مالکیت اشخاص و سهامداران بوده، از طریق مبالغ دریافتی از مشتریان خود، تأمین مالی شده و توسط نیروهای بازار کنترل می‌شوند (۲). مشارکت بخش خصوصی در سال‌های اخیر در نظام سلامت ایران افزایش یافته است. به عنوان مثال، در بازه زمانی ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۷، تعداد بیمارستان‌های خصوصی با ۳۳/۶ درصد افزایش به ۱۷۵ بیمارستان و تعداد تخت‌های فعال بیمارستانی با ۵۷/۱ درصد افزایش به ۱۷،۸۴۹ تخت رسید (۳). بخش خصوصی از کیفیت، کارایی و پاسخگویی بیشتری نسبت به بخش عمومی برخوردار است. بیمارستان‌های خصوصی بهبود کیفیت خدمات سلامت و کاهش هزینه‌های تولید را مورد توجه جدی قرار می‌دهند (۴).

دولتی یا خصوصی کردن نظام سلامت همواره مورد بحث بوده است. به عنوان مثال، عده‌ای اعتقاد دارند که نظام سلامت خصوصی نظیر آنچه در آمریکا وجود دارد، منجر به افزایش رقابت و کارایی می‌شود. در مقابل، طرفداران نظام سلامت دولتی نظیر آنچه در انگلستان وجود دارد، به شکست بازار سلامت اشاره می‌کنند و مداخله دولت را ضروری می‌دانند (۵).

با وجود این، با توجه به نارسایی‌های بازار سلامت، خصوصی‌سازی کامل خدمات سلامت کشور از طریق افزایش بیمارستان‌های خصوصی، منجر به افزایش هزینه‌های نظام سلامت و کاهش دسترسی مردم با درآمد کم و متوسط به خدمات سلامت خواهد شد.

با توجه به محدودیت منابع و کارایی پایین بخش دولتی، از دهه ۱۹۸۰ میلادی با ظهور مدیریت نوین دولتی بر مشارکت بخش‌های دولتی و خصوصی در ارائه خدمات عمومی و استفاده از تجارب مدیریتی بخش خصوصی، در سازمان‌های دولتی تأکید زیادی شده است. مشارکت عمومی - خصوصی استراتژی مناسبی برای استفاده بهتر از ظرفیت‌ها و سرمایه بخش‌های دولتی و خصوصی است که در نهایت، منجر به ارائه خدمات با صرفه از نظر اقتصادی و پر منفعت از نظر اجتماعی می‌شود. در مشارکت عمومی - خصوصی نقش دولت از سرمایه‌گذاری، اجرا و بهره‌برداری از پروژه‌های عمومی زیربنایی به خریدار بلند مدت خدمات عمومی از بخش خصوصی تغییر می‌کند. در نتیجه، خدمات عمومی با کیفیت بالا و با قیمت تمام شده کمتر برای دولت به مردم ارائه خواهد شد. میلتنون فریدمن در دهه ۱۹۷۰ میلادی اعتقاد داشت که تنها مسئولیت یک شرکت، ایجاد سود برای سهامدارانش است (۶). این تصور امروزه تغییر کرد و مدیران شرکت‌های خصوصی مسئولیت‌های اجتماعی برای شرکت‌های خود تعریف می‌کنند و برای رفع نیازها و چالش‌های جامعه تلاش می‌کنند و از این طریق به سود هم می‌رسند.

مشارکت عمومی - خصوصی نوعی قرارداد بلندمدت بین بخش دولتی و بخش خصوصی است که بر اساس آن، بخش دولتی کمیت و کیفیت خدمات عمومی را تعیین نموده و بخش خصوصی تأمین مالی، ساخت تسهیلات عمومی و ارائه خدمات عمومی را بر عهده خواهد داشت. هزینه ستاده تولید شده را طرف دولتی یا مشتری نهایی خدمات عمومی به بخش خصوصی پرداخت می‌کند. تسهیلات عمومی در مشارکت عمومی - خصوصی در تملک بخش دولتی باقی خواهد ماند و یا در انتهای مدت قرارداد مشارکت، به مالکیت بخش دولتی در خواهد آمد (۷). قرارداد مشارکت عمومی - خصوصی بیشتر در پروژه‌های زیربنایی عمومی بزرگ نظیر ساخت سد، تونل، پل، فرودگاه، جاده، بیمارستان، شبکه‌های حمل و نقل عمومی و انرژی (آب، برق و گاز) به خاطر پیچیدگی و هزینه زیاد ساخت آنها بکار می‌روند (۸).

قرارداد مشارکت عمومی - خصوصی معمولاً طولانی بوده و برای بیش از ۱۵ سال در نظر گرفته می‌شود (۹) و بخش

<sup>1</sup> New Public Management (NPM)

<sup>2</sup> Public Private Partnership

بخش خصوصی در این قرارداد همکاری بهتر می‌تواند ریسک را مدیریت کند و خدمات عمومی بهتری را به مردم جامعه ارائه دهد. بنابراین، با استفاده از ظرفیت بخش خصوصی، فشار مالی از بخش دولتی کاسته می‌شود و فعالیت‌های دولت بیشتر صرف سیاستگذاری، قانون‌گذاری، برنامه‌ریزی، تنظیم استانداردها و نظارت بر کمیت و کیفیت کالاها و خدمات تولید شده می‌شود (۱۱). بخش خصوصی نیز با توجه به خرید تضمینی دولت یا دسترسی به تعداد زیاد مشتریان از مشارکت عمومی - خصوصی منفعت می‌برد. دولت‌ها در بسیاری از کشورها حدود ۴ دهه است که با روش مشارکت عمومی - خصوصی، بسیاری از خدمات عمومی را به مردم ارائه می‌دهند. در حالی که، اگر آنها می‌خواستند با ظرفیت و بودجه دولتی چینی کاری را انجام دهند، با چالش‌های زیادی مواجه می‌شدند (۱۲).

مشارکت عمومی - خصوصی در بخش سلامت موجب ارائه خدمات سلامت در مناطق محروم (۱۳)، ارائه خدمات جدید (۱۴)، افزایش خلاقیت و نوآوری (۱۵)، بهبود کیفیت خدمات (۱۶)، کاهش هزینه ارائه خدمات (۱۱) و افزایش کارایی و بهره‌وری (۱۷-۱۸) و هدایت منابع عمومی دولت به سایر حوزه‌های مهم می‌شود (۱۹). قراردادهای مشارکت عمومی - خصوصی جایگزین مناسبی برای خصوصی‌سازی کامل است و ارزش بیشتری از سرمایه‌گذاری‌ها ارائه می‌کند. مشارکت عمومی - خصوصی در دو دهه گذشته در بخش سلامت رشد زیادی داشته است. به عنوان مثال، فقط در سال ۲۰۱۰ میلادی قراردادهای مشارکت عمومی - خصوصی با ارزش حدود ۴ میلیارد دلار آمریکا در دنیا در بخش سلامت منعقد شد (۲۰).

با وجود این، مشارکت عمومی - خصوصی با چالش‌هایی همراه است. مشارکت عمومی - خصوصی در نهایت، ممکن است منجر به سرمایه‌گذاری بیشتر دولت شود. بخش خصوصی با توجه به طولانی بودن زمان بازگشت سود، ممکن است خدمات بیشتری ارائه کند که در نهایت، مردم، شرکت‌های بیمه و دولت باید هزینه‌ها را بپردازند. همچنین، رقابت کم به دلیل تعداد کم شرکت‌های خصوصی مایل به همکاری، تسهیم نامتناسب ریسک، و مشکلات ارتباطی بین دو طرف دولتی و خصوصی از معایب مشارکت عمومی - خصوصی است (۲۲-۲۱). اگر مشارکت عمومی - خصوصی به خوبی مدیریت نشود، مشکلاتی مانند افزایش هزینه‌ها، کیفیت پایین خدمات، ناهماهنگی بین سازمان‌های خدمات بهداشتی و درمانی و خدمات ارائه شده را در نظام سلامت ایجاد می‌کند (۲۳-۲۴). مطالعات انجام شده شواهدی از عدم موفقیت مشارکت عمومی - خصوصی در دستیابی به نتایج مورد انتظار در کشورهای اسپانیا، تونس، اردن و لبنان نشان داده است (۲۴-۲۶).

خصوصی باید تا حد زیادی مسئولیت ریسک و مدیریت پروژه را بر عهده گیرد. بنابراین، قرارداد بلند مدت، انتقال ریسک از بخش دولتی به بخش خصوصی، پرداخت مبتنی بر ستاده و مالکیت بخش دولتی در پایان قرارداد، چهار ویژگی اصلی قرارداد مشارکت عمومی - خصوصی محسوب می‌شوند (۲).

انواع مختلفی از قراردادهای مشارکت عمومی - خصوصی برای تأمین مالی، طراحی، ساخت و نگهداری تسهیلات عمومی و ارائه خدمات عمومی وجود دارد. بخش خصوصی در قرارداد ساخت، بهره‌برداری و واگذاری<sup>۱</sup>، وظیفه ساخت تسهیلات عمومی و ارائه خدمات عمومی و در قرارداد نوسازی، بهره‌برداری و واگذاری<sup>۲</sup>، وظیفه نوسازی و بهره‌برداری از تسهیلات عمومی را بر عهده دارد. بخش خصوصی در قرارداد Design-Build-Finance (DBF) وظیفه تأمین مالی، طراحی و ساخت تسهیلات عمومی و در قرارداد طراحی، ساخت، تأمین مالی و بهره‌برداری<sup>۳</sup>، وظیفه تأمین مالی، طراحی و ساخت تسهیلات عمومی و ارائه خدمات عمومی را بر عهده دارد. بخش خصوصی تسهیلات عمومی را در قرارداد ساخت، تأمین مالی و واگذاری<sup>۴</sup> ساخته و به بخش دولتی واگذار کرده و سپس، از دولت برای یک مدت مشخص برای بهره‌برداری و ارائه خدمات عمومی اجاره می‌کند. بخش خصوصی، وظیفه طراحی و ساخت تسهیلات عمومی و بهره‌برداری و ارائه خدمات عمومی را در قرارداد ساخت، مالکیت، بهره‌برداری و واگذاری Build-Own-Operate-Transfer (BOOT) برای یک مدت مشخصی بر عهده دارد. قراردادهای طراحی، ساخت و نگهداری Design-Build-Maintain (DBM)، اجاره، بهره‌برداری و نگهداری Lease-Operate-Maintain (LOM) و طراحی، ساخت، بهره‌برداری و نگهداری Design-Build-Operate-Maintain (DBOM) نیز انواع دیگری از قراردادهای مشارکت عمومی - خصوصی هستند (۲). تسهیلات عمومی در پایان مدت قراردادهای مشارکت عمومی - خصوصی به دولت بازگردانده می‌شود.

طرفین قرارداد مشارکت عمومی - خصوصی با تبادل منابع و اطلاعات و پشتیبانی از یکدیگر به اهداف مشترک دست می‌یابند. مشارکت عمومی - خصوصی منجر به استفاده بهینه از منابع، روش‌های انجام کار، دانش، مهارت‌ها و توانایی‌های دو طرف دولتی و خصوصی می‌شود (۱۰). دولت در این روش به جای خرید خدمت از بخش خصوصی، از سرمایه بخش خصوصی استفاده می‌کند و همچنین، ریسک ساخت تسهیلات عمومی و ارائه خدمات را به بخش خصوصی واگذار می‌کند.

<sup>1</sup> Build-Operate-Transfer (BOT)

<sup>2</sup> Renovation-Operate-Transfer (ROT)

<sup>3</sup> Design-Build-Finance-Operate (DBFO)

<sup>4</sup> Build-Transfer-Operate (BTO)

مرتبط با «چگونگی» و «چرایی» موضوع مطالعه است، نمی‌تواند رفتار افراد درگیر در مطالعه را تغییر دهد، موضوع پیچیده مورد مطالعه را در محیط طبیعی آن بررسی می‌کند و به مطالعه عوامل زمینه‌ای و محیطی مرتبط با موضوع پژوهش هم می‌پردازد تا منجر به فهم بیشتر و درک عمیق‌تری از آن موضوع شود (۲۸).

با توجه به اینکه مطالعه مورد پژوهشی، موضوع پژوهش را در بستر محیط طبیعی آن مورد بررسی قرار می‌دهد، از نوع مطالعات طبیعی است و با مطالعات آزمایشی نظیر کار آزمایشی تصادفی کنترل شده، فرق دارد که در آن، پژوهشگر بر روی متغیرهای پژوهش کنترل داشته و آنها را دستکاری می‌کند. در مطالعه موردی، پژوهشگر با استفاده از روش‌های متنوع مشاهده، مصاحبه، پرسشنامه و داده‌های آرشیوی، متغیرهای مختلف مرتبط با موضوع را به طور عمیق مورد مطالعه قرار می‌دهد.

از روش مورد پژوهی در حوزه‌های علوم اجتماعی، انسانی، روان‌شناسی و اقتصاد زیاد استفاده می‌شود. مطالعات موردی موجب فهم بهتر موضوعات پیچیده می‌شوند. بنابراین، مطالعه موردی، روش مناسبی برای جمع‌آوری داده‌های عمیق در مورد مشارکت عمومی - خصوصی در سازمان‌های بسیار پیچیده بهداشتی و درمانی است. «مشارکت عمومی - خصوصی در تأسیس بیمارستان» واحد مطالعه این پژوهش بود که در بیمارستان جامع زنان محب یاس تهران اتفاق افتاد و چالش‌های تأسیس آن با رویکرد اکتشافی و تبیینی مورد بررسی قرار گرفت.

با توجه به ماهیت اکتشافی این پژوهش از روش مصاحبه نیمه ساختار یافته برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. جامعه پژوهش شامل مدیران و کارکنان بیمارستان و ذی‌نفعان مشارکت‌کننده در تأسیس و تجهیز بیمارستان جامع زنان محب یاس بود. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی و با حداکثر تنوع استفاده شد. داده‌های پژوهش از طریق مصاحبه‌ی فردی و بررسی مستندات و سوابق مرتبط جمع‌آوری شد. راهنمای سؤالات مصاحبه با توجه به اهداف پژوهش و مرور مطالعات قبلی طراحی شد و شامل سوالاتی در زمینه چالش‌ها و موانع به وجود آمده به هنگام ساخت و تجهیز بیمارستان محب یاس بود. مصاحبه با افراد تا دستیابی به غنای اطلاعاتی ادامه یافت (۲۴ نفر). تعداد هفت نفر از مدیران بنیانگذار بیمارستان محب یاس (وابسته به موسسه محب)، ۱۵ نفر از مدیران و کارکنان بیمارستان جامع زنان محب یاس و دانشگاه علوم پزشکی تهران و دو نفر از مدیران ارشد بانکی مشارکت داشتند. بیشتر مصاحبه‌شوندگان، زن (۵۴/۲ درصد) و دارای تحصیلات کارشناسی ارشد (۴۵/۸ درصد)

سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت با توجه به مشکلات اقتصادی کشور و تحریم‌های سیاسی و اقتصادی، باید به استراتژی مشارکت عمومی - خصوصی به عنوان فرصت مناسبی برای استفاده بهینه از ظرفیت بخش خصوصی برای توسعه و مدرن‌سازی سازمان‌های بهداشتی و درمانی توجه کنند. یک نوع مشارکت عمومی - خصوصی در قالب هم‌مکانی<sup>۱</sup> با مشارکت بخش دولتی و مؤسسه غیر انتفاعی محب در دهه گذشته در ایران شکل گرفت. در این نوع قرارداد همکاری، بخش خصوصی یک بیمارستان خصوصی کامل را در محوطه بیمارستان دولتی ساخته، به بیماران جامعه خدمات سلامت ارائه می‌دهد و در پایان قرارداد، بیمارستان را به طرف دولتی واگذار می‌کند. مؤسسه غیرانتفاعی حمایت از بیماران نیازمند «محب»، با رویکرد همکاری بخش دولتی و خصوصی در سال ۱۳۸۳ تأسیس شد. مؤسسه محب با این روش بیمارستان ۱۵۰ تختخوابی محب مهر را در ۱۳۰۰ متر مربع بنا و در ۱۱ طبقه در سال ۱۳۸۸ در حیاط بیمارستان هاشمی‌نژاد، بیمارستان ۲۰۰ تختخوابی محب کوثر را در زمینی به وسعت ۳۷۰۰ متر مربع در ۱۱ طبقه در حیاط بیمارستان حضرت فاطمه (س) در سال ۱۳۹۲ و بیمارستان ۲۵۰ تختخوابی محب یاس را در زمینی به مساحت ۴۲۰۰ متر مربع در ۱۰ طبقه در حیاط بیمارستان میرزا کوچک خان در سال ۱۳۹۳ ساخت (۲).

اگرچه مشارکت عمومی - خصوصی منافع بالقوه‌ای برای هر دو طرف دولتی و خصوصی به همراه دارد، ولیکن، چالش‌های بسیار زیادی در شکل‌گیری و تکامل مشارکت عمومی - خصوصی به ویژه در کشورهای در حال توسعه وجود دارد. بنابراین، هدف این مطالعه شناسایی و تبیین چالش‌های مشارکت عمومی - خصوصی در ساخت بیمارستان محب یاس است. نتایج این مطالعه، اطلاعات ارزشمندی را در اختیار سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت برای تقویت مشارکت عمومی - خصوصی در بخش سلامت کشور قرار می‌دهد.

## مواد و روش‌ها

مطالعه کیفی حاضر با منطق استقرایی و به صورت مورد پژوهی در بازه زمانی فروردین تا خرداد ۱۳۹۷ در بیمارستان جامع زنان محب یاس تهران انجام شد. پژوهشگر در مطالعه موردی با بررسی متمرکز، عمیق و جامع یک فرد، گروه، رویداد، اجتماع و سازمان، به اکتشاف و توضیح پدیده‌های جدید و تولید فرضیه می‌پردازد (۲۷). مطالعه مورد پژوهی زمانی مناسب است که پژوهشگر به دنبال یافتن پاسخ سوالات

<sup>۱</sup> Co-location PPP

اطلاعات شخصی مصاحبه‌شوندگان و عدم دخالت نظرات شخصی پژوهشگران در مراحل جمع‌آوری، تحلیل و گزارش داده‌ها در این پژوهش رعایت شد.

### یافته‌ها

چالش‌های مشارکت عمومی - خصوصی در تأسیس و تجهیز بیمارستان جامع زنان محب یاس در دو تم اصلی و ۱۲ تم فرعی دسته‌بندی شدند (جدول ۱).

#### جدول ۱: چالش‌های مشارکت عمومی - خصوصی در تأسیس و

##### تجهیز بیمارستان محب یاس در سال ۱۳۹۷

تم‌های اصلی	تم‌های فرعی
ساخت بیمارستان	مدل نامناسب مشارکت عمومی - خصوصی، فراهم نبودن بستر مشارکت عمومی - خصوصی، اعتماد کم به بخش خصوصی، مشکلات تأمین مالی پروژه ساخت بیمارستان، تخریب ساختمان نیمه‌ساخته بیمارستان، افزایش هزینه ساخت بیمارستان، ادغام و انتزاع دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران، مشکلات دریافت پروانه تأسیس بیمارستان، ادغام بیمارستان میرزا کوچک خان با بیمارستان محب یاس و تغییر کاربری بیمارستان
تجهیز بیمارستان	مشکلات تأمین تجهیزات بیمارستان و مشکلات تأمین و مدیریت کارکنان بیمارستان

#### چالش‌های ساخت بیمارستان جامع زنان محب یاس

چالش‌های ساخت بیمارستان جامع زنان محب یاس عبارت بودند از مدل نامناسب مشارکت عمومی - خصوصی، فراهم نبودن بستر مشارکت عمومی - خصوصی، اعتماد کم طرف دولتی به بخش خصوصی، مشکلات تأمین مالی پروژه ساخت بیمارستان، تخریب ساختمان نیمه‌ساخته بیمارستان، افزایش هزینه ساخت بیمارستان، ادغام و انتزاع دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران، مشکلات دریافت پروانه تأسیس بیمارستان، ادغام بیمارستان محب یاس با بیمارستان میرزا کوچک خان و تغییر کاربری بیمارستان.

#### مدل نامناسب مشارکت عمومی - خصوصی

سه قرارداد همکاری بین موسسه محب (طرف خصوصی) و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران (طرف دولتی) تا زمان بهره‌برداری از بیمارستان منعقد شد. در قرارداد اول در مرداد ۱۳۹۰، مدل هم‌مکانی مشارکت عمومی - خصوصی بکار گرفته شد و دانشگاه به عنوان موجر و موسسه محب به عنوان مستأجر معرفی شدند. موضوع قرارداد اجاره

بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۴۳ سال بود و به طور متوسط ۱۹ سال سابقه کاری داشتند.

مصاحبه‌ها با تعیین وقت قبلی و در محل کار افراد صورت گرفت. تمامی مصاحبه‌ها ضبط شده و به دنبال آن تایپ شدند. میانگین مدت زمان مصاحبه‌های انجام شده ۵۳ (حداقل ۳۳ و حداکثر ۱۱۶) دقیقه بود. علاوه بر مصاحبه‌ها به منظور افزایش اعتبار و جامعیت پژوهش، اسناد مرتبط با تأسیس بیمارستان شامل اساسنامه شرکت، تفاهم‌نامه‌ها، صورت‌جلسات، قراردادها و نامه‌ها جمع‌آوری شد (در مجموع ۱۵ سند).

روش تحلیل موضوعی شش مرحله‌ای براون و کلارک<sup>۱</sup> برای تحلیل داده‌های کیفی پژوهش مورد استفاده قرار گرفت که عبارتند از "آشنایی با داده‌ها، شناسایی کدهای اولیه، جستجو برای تم‌ها، مرور تم‌ها، تعریف تم‌ها و در نهایت، تهیه گزارش" (۲۹). محتوای مصاحبه‌ها چند بار مرور شد تا شناخت کاملی نسبت به جوانب مختلف داده‌ها بدست آید. کدهای اولیه در متن مصاحبه‌ها شناسایی و استخراج شد. کدهای مشابه و دارای معنای نزدیک در تم‌های فرعی و در نهایت، در تم‌های اصلی جای‌گذاری شدند. تم‌های اصلی و فرعی چند بار مرور و در صورت نیاز ترکیب، تعدیل و تفکیک شدند تا یک نقشه موضوعی منطقی از روابط بین تم‌های اصلی و فرعی ایجاد شود. سپس، تم‌های اصلی و فرعی نام‌گذاری و تعریف عملیاتی شدند. در نهایت، با توجه به سوال پژوهش، تم‌های اصلی و فرعی با استفاده از کدهای شناسایی شده و نقل قول‌های مرتبط مصاحبه‌شوندگان در قالب یک داستان هدفمند به صورت گزارش آماده شد. از نسخه ۱۱ نرم افزار MAXQDA برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، بررسی موضوع از زوایای مختلف، انجام مصاحبه‌های پایلوت، صرف زمان کافی برای مصاحبه‌ها، شرح دقیق روش انجام مصاحبه، استفاده از منابع داده‌ای مختلف (مصاحبه و اسناد)، جمع‌آوری هرچه بیشتر اطلاعات و شواهد، مقایسه دائم بین اطلاعات به دست آمده، استفاده از دو کدگذار برای کدگذاری چند نمونه از مصاحبه‌ها، ارسال یافته‌ها برای نمونه‌ای از مصاحبه‌شوندگان، تبادل نظر با هم‌تایان و شرح دقیق محیط پژوهش و مراحل انجام پژوهش از جمله اقداماتی بودند که برای افزایش روایی و پایایی این پژوهش به کار گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی نظیر اخذ کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه، اخذ رضایت آگاهانه، حق کناره‌گیری مصاحبه‌شوندگان از مطالعه در طول مصاحبه، ضبط مصاحبه‌ها با اجازه شرکت‌کنندگان در پژوهش، محرمانه تلقی کردن

<sup>1</sup> Braun & Clarke

متعهد به ارائه خدمت با کیفیت مطلوب به بیماران در ۷۰ درصد ظرفیت عملی بیمارستان با تعرفه مصوب مراکز دولتی و تا ۳۰ درصد با بیمه‌های مکمل و توریست درمانی شد. رییس قبلی بیمارستان درباره روش جدید گفت «این قرارداد می‌گفت که دو بیمارستان به ۷۰ درصد مریض‌ها با تعرفه دولتی و ۳۰ درصد [مریض‌ها] با تعرفه بیمه مکمل ارائه خدمت کند و مدیریت دو مجموعه یکسان باشد. البته تعریف دقیقی از این تقسیم‌بندی ارائه نشد و بعداً عملاً مدل موفق نشد.» (م ۱۰) یکی دیگر از مدیران بیمارستان گفت: «یک ایده‌ای در وزارت بهداشت شکل گرفت که اینجا را به صورت مشارکتی دولتی - خصوصی اداره کنیم و ۳۰ درصد تخت‌های بیمارستان را برای پرداخت وام به صورت خصوصی و ۷۰ درصد مابقی را به صورت دولتی اداره کنیم» (م ۸).

بیمارستان محب یاس در آذر ۱۳۹۳ آماده بهره‌برداری شد و کارکنان و تجهیزات بیمارستان میرزا کوچک خان به آن بیمارستان منتقل شدند. مدل پیشنهادی کارکرد بیمارستان با ۷۰ درصد تعرفه دولتی و ۳۰ درصد تعرفه خصوصی در عمل به دلیل عدم موافقت بیمه‌های سلامت اجرایی نشد و بیمارستان با مشکلاتی برای بازپرداخت اقساط بانکی مواجه شد. یکی از مدیران قبلی بیمارستان در این زمینه چنین گفت: «قرار شد تعرفه خصوصی برای پرداخت اقساط [بانک] باشد و تعرفه دولتی برای بخش دولتی و دولت مابه‌التفاوت تعرفه بخش دولتی را طبق قرارداد، یارانه دهد تا بشود اقساط را پرداخت کنیم. بیمه‌ها می‌گفتند ما نمی‌فهمیم این چه نوع سازمانی است. ما بیمارستان مشارکتی نمی‌دانیم. بیمارستان شما خصوصی است یا دولتی؟» (م ۹) مدیر قبلی بیمارستان هم گفت: «نزدیک افتتاح بیمارستان بود که جلساتی برگزار شد و موضوع فعالیت به صورت ۷۰ درصد دولتی و ۳۰ درصد خصوصی مطرح شد. مشخص بود که این شکل کار راحت نخواهد بود. چالشی که وجود داشت این بود که نمی‌شد یک دفعه بیمارستان دولتی [میرزا کوچک خان] را خصوصی کرد. بیمارستان [میرزا کوچک خان] بیماران زیادی داشت که اغلب از حاشیه تهران می‌آمدند و نمی‌شد تعرفه را یک‌دفعه تغییر داد.» (م ۱۱)

در نهایت، قراردادهای قبلی فسخ و قرارداد جدیدی در آذر ۱۳۹۴ بسته شد که مالکیت و مدیریت بیمارستان جامع زنان محب یاس به دانشگاه علوم پزشکی تهران واگذار شد. در این خصوص معاون پژوهشی بیمارستان اشاره کرد که «بعد از آن به دلیل مشکلات عدیده‌ای که به وجود آمد، کارشناسی کردند و دیدند که نمی‌شود این مشکلات را حل کرد، از همه بدتر هم مشکل مالی بود. آمدند جلساتی گذاشتند و قرار شد که بیمارستان به دانشگاه واگذار شود.» (م ۳) در این مرحله،

قسمتی از عرصه بیمارستان میرزا کوچک خان برای احداث بیمارستان جامع زنان محب یاس بود. مقرر شد که احداث بیمارستان به طور کامل با هزینه موسسه غیرانتفاعی محب انجام شود و پس از احداث، مستأجر (موسسه محب) حق مدیریت و بهره‌برداری از بیمارستان را در اختیار خواهد داشت. مدت اجاره با احتساب دوره ساخت در کل ۱۲ سال شمسی تعیین شد که پس از پایان مدت اجاره، عرصه و اعیان در اختیار دانشگاه قرار گیرد. در ماده هفت این قرارداد آمده است که «مستأجر ملزم است پس از احداث اعیانی و تملک و ثبت آن به نام موسسه محب و پس از طی دوره ساخت و بهره‌برداری و پرداخت بدهی‌ها، اعیانی احداثی را به نام دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران وقف کند». طبق قرارداد مستأجر با مسئولیت خود حق استفاده از تسهیلات بانکی در مدت اجاره را برای اعیانی احداثی و راه‌اندازی و تجهیز داشت. همچنین، مستأجر متعهد شد که علاوه بر مفاد قرارداد در جهت توسعه و تجهیز بیمارستان قدیمی همجوار (میرزا کوچک خان) با دانشگاه مساعدت و همکاری نماید. در تعهدات موجر همکاری با مستأجر برای اخذ تسهیلات بانکی، نظارت عالی بر حسن اجرای پروژه و پیگیری صدور پروانه تأسیس و بهره‌برداری بیمارستان احداثی در نظر گرفته شد.

پس از ساخت بیمارستان در مرحله بهره‌برداری که همزمان با روی کار آمدن دولت جدید در سال ۱۳۹۲ بود، موضوع انتقال بیمارستان میرزا کوچک خان به دلیل فرسوده بودن به بیمارستان تازه تأسیس جامع زنان محب یاس مطرح شد. در این زمان بحث نوع تعرفه دولتی یا خصوصی بیمارستان جدید مطرح شد. یکی از مدیران موسسه محب در این راستا چنین گفت: «به مدت پنج شش ماه جلسات مکرر و مداوم روی این موضوع داشتیم که راه‌حل چیست که هم نظر دانشگاه و وزارتخانه تأمین شود و هم مسائل مربوط به سرمایه‌گذاری موسسه حل شود. سرانجام به این نتیجه رسیدیم که قرارداد تجدید نظر شود.» (م ۹) در نتیجه، قرارداد دوم در شهریور ۱۳۹۳ به امضا رسید. در این قرارداد مدل مشارکت به صورت طراحی، ساخت و تجهیز، تأمین مالی، اجاره و بهره‌برداری (DBFLO) تعریف شد. در مدل جدید همکاری، موسسه محب متعهد شد که با استفاده از نیروهای موجود در بیمارستان و به کارگیری نیروهای مورد نیاز، بیمارستان را با تعرفه دولتی و بیمه تکمیلی اداره کند. در این قرارداد، دانشگاه علوم پزشکی تهران با انتقال بیمارستان میرزا کوچک خان و اشتغال حدود ۹۰ درصد اعضای هیات علمی و حداقل ۸۰ درصد از کارکنان آن در بیمارستان جدید محب یاس موافقت کرد. موسسه محب

### مشکلات تأمین مالی پروژه ساخت و تجهیز بیمارستان

تأمین مالی پروژه ساخت و تجهیز بیمارستان محب یاس با استفاده از تسهیلات بانکی بود. یکی از مدیران موسسه محب در این زمینه چنین گفت: «*قای احمدی نژاد* [رئیس جمهور] از بیمارستان محب مهر بازدید کردند و گفتند ما به شما وام می‌دهیم تا ۲۰ بیمارستان مثل این [بیمارستان محب مهر] درست کنید. ما گفتیم قصد داریم وام بانکی بگیریم؛ چون پول بانک به آدم حرکت می‌دهد، اما پول دولت هزار تا مدعی پیدا می‌کند. بانک شریک تجاری شما است و کمک می‌کند تا کار تمام شود؛ اما، دولت ممکن است بودجه را قطع کند.» (م ۱۲)

طبق ماده یک قرارداد شهریور ۱۳۹۳ موسسه محب موظف شد که منابع مالی لازم برای احداث بیمارستان را از محل ۳۰٪ آورده نقدی سرمایه‌گذاری و ۷۰٪ تسهیلات بانکی تأمین نماید. یکی از مدیران موسسه محب در این زمینه گفت: «*ین پروژه*، بدون یک ریال تحمیل هزینه به دولت بود. [موسسه] محب خصوصی نیست و یک نفر سهامدار هم ندارد. سودی که جمع می‌شود به جیب شخص نمی‌رود و صرف توسعه خود مجموعه محب می‌شود.» (م ۱)

طرح توجیهی قابل دفاعی باید به بانک برای دریافت تسهیلات بانکی ارائه می‌شد. به گفته مدیر عامل قبلی بانک ملت «*و موضوع مهم و کلیدی برای بانک در سرمایه‌گذاری وجود دارد: اول اینکه آیا پروژه سودآور است یا خیر؟ بسیاری از پیشنهادهایی که تهیه می‌شوند، جذاب نوشته می‌شوند؛ ولی بانک اعتماد نمی‌کند، چون قرار است که ریسک کند. در نتیجه خود بانک هم باید بررسی کند. موضوع دوم برای بانک تضامین و وثایق است. ما در این طرح به طرح‌های ملی رجوع کردیم. ما در طرح‌های ملی، هیچ وقت وثیقه نمی‌خواهیم.» (م ۱۷) با توجه به ماهیت اجتماعی پروژه ساخت بیمارستان جامع زنان محب یاس و تمایل مدیران بانکی به همکاری در این پروژه، موضوع سودآوری آن در اولویت دوم قرار گرفت. با این وجود، بانک برای اطمینان بیشتر از سرمایه‌گذاری در این پروژه، تعدادی از املاک شخصی مدیران موسسه محب را به عنوان وثیقه دریافت کرد تا انگیزه‌ای برای تسریع تکمیل پروژه شود.*

### تخریب ساختمان نیمه‌ساخته بیمارستان

طرح ساخت یک بیمارستان در کنار بیمارستان میرزا کوچک خان در سال ۱۳۷۴ به تصویب رسید. ولیکن، به دلیل محدودیت منابع دولتی فقط اسکلت ۳ طبقه آن ساخته شد و پروژه متوقف شد. طرفین مشارکت عمومی - خصوصی در ابتدا تصمیم گرفتند که بیمارستان محب یاس با تکمیل این پروژه نیمه‌کاره ساخته شود. معاون پژوهشی بیمارستان در این رابطه گفت: «*در کنار بیمارستان میرزا کوچک خان یک زمین با مساحت حدود ۴۰۰۰ متر بود که شاید نزدیک*

موضوع در شورای معاونین وزارت بهداشت مطرح و مقرر شد که دانشگاه علوم پزشکی تهران، مشروط به پرداخت بدهی‌ها، بیمارستان را تحویل بگیرد. در خصوص کیفیت واگذاری بیمارستان به دانشگاه باور یکی از مدیران موسسه محب این بود که «*در یک کلام، بیمارستان به دانشگاه هبه شد.*» (م ۱)

### فراهم نبودن بستر مشارکت دولتی و خصوصی

اختلاف عقاید مدیران دولتی و خصوصی مانعی در شکل‌گیری مشارکت عمومی - خصوصی است. دیدگاه مدیر قبلی بیمارستان (طرف خصوصی) این بود که «*در نگاه دولتی، مدیر هر جا مشارکت کند، فکر می‌کند که دارد می‌بازد و اقتدارش کاهش می‌یابد. در نتیجه، قراردادی که می‌بندد سعی می‌کند آنقدر محکم باشد که چهار میخ بکند. این قابل عملیاتی شدن نیست. نگاه مدیر دولتی این است که اگر به بخش خصوصی میدان دهد، بخش خصوصی می‌آید و قوی می‌شود. پس، از این کار جلوگیری می‌کند.*» (م ۱۱) یکی از مدیران فعلی بیمارستان (طرف دولتی) هم معتقد بود که «*ساساً دیدگاهی که در اینجا وجود داشت، دیدگاه خصوصی بود.*» (م ۲)

به عقیده برخی از شرکت‌کنندگان در این پژوهش، بستر و فضای مناسبی برای مشارکت عمومی-خصوصی در کشور ایجاد نشده است. یکی از مدیران بانکی اشاره کرد «*هن فکر می‌کنم کشور ما ظرفیت زیادی برای استفاده از مشارکت دولتی - خصوصی دارد. ما امکانات زیادی در اختیار دولت داریم که خوب استفاده نمی‌شود. بخش خصوصی می‌تواند خوب از این امکانات استفاده کند. ما مدل مناسبی برای اجاره امکانات دولتی در کشور نداریم.*» (م ۱۷)

### اعتماد کم طرف دولتی به بخش خصوصی

با توجه به اینکه مدیران موسسه محب به دنبال مدل جدیدی در ارائه خدمات سلامت در کشور بودند، همواره حواشی و شایعاتی در مورد فعالیت‌های آنها وجود داشت. یکی از مدیران موسسه محب چنین گفت: «*شروع کار، بسیار سخت بود. می‌گفتند اینها فیلم است، دارند می‌خورند، حیاط خلوت است و پشت پرده، خبرهایی است.*» (م ۱۲) یکی دیگر از مدیران محب گفت: «*بن تفکر، با ۱۶ تخت شروع به کار کرد و حالا به بیش از هزار تخت رسیده است. چالش‌های قانونی را به هر طریق ممکن مرتفع کردیم؛ اما، حریف چالش‌های حاشیه‌ای نشدیم. مرتب می‌گویند یک خبری هست، شفاف نیست. درباره اینکه چه کسی سهام دارد، همیشه سوال می‌شود.*» (م ۸) این مسائل فعالیت‌های موسسه محب را تحت شعاع قرار داده است: «*ما از روز اول برای کاستن از این نگرانی‌ها و ایجاد اطمینان درباره سلامت عملکرد خودمان، حسابرس دانشگاه را آوردیم و گذاشتیم بالای سر کار.*» (م ۱۲)

دانشگاه علوم پزشکی ایران از دانشگاه علوم پزشکی تهران چالش‌هایی در ساخت و بهره‌برداری از بیمارستان محب یاس ایجاد کرد. به قول رئیس قبلی بیمارستان «انتخاب بیمارستان‌ها برای مشارکت همزمان شد با ادغام دو دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران. در نهایت، دو بیمارستان محب کوثر و محب یاس انتخاب شدند. وقتی بیمارستان محب یاس آماده شد، دانشگاه ایران از تهران منفک شد. کسانی که باعث این انفکاک شدند، در [موسسه] محب نقش عمده‌ای داشتند. چون بیمارستان محب کوثر در دانشگاه ایران بود، این مشکلات در آن کمتر بود، اما، بیمارستان محب یاس که در دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار داشت، دچار مشکل شد. از این مقطع به بعد سنگ‌اندازی‌های زیادی درون بیمارستان و بیرون بیمارستان اتفاق افتاد. در عمل همکاری بین دانشگاه‌ها که اول ادغام شدند و سپس جدا شدند، صورت نگرفت. در نتیجه بهره‌برداری از پروژه‌ها با مشکل مواجه شد.» (۱۰م) همچنین، در سال ۱۳۹۲ با تغییر دولت، مدیران ارشد دانشگاه‌ها هم تغییر کردند. تغییرات سیاسی و جابجایی مدیران موانعی بر سر راه پیشرفت مشارکت عمومی - خصوصی ایجاد کرد. تا جایی که یکی از مدیران موسسه محب به این نتیجه رسید که «من در آینده دیگر جرئت نمی‌کنم با دولت همکاری کنم. وقتی دولت عوض می‌شود، همه چیز عوض می‌شود.» (۱۲م)

#### مشکلات دریافت پروانه تأسیس بیمارستان

دریافت مجوزهای قانونی بیمارستان طبق قرارداد اولیه، بر عهده موسسه محب بود. انتزاع دانشگاه علوم پزشکی ایران از دانشگاه علوم پزشکی تهران با توجه به اینکه تیم اصلی موسسه محب در دانشگاه علوم پزشکی ایران کار می‌کردند، مشکلاتی در دریافت پروانه تأسیس بیمارستان ایجاد کرد. یکی از مدیران موسسه محب گفت: «برای گرفتن پایان کار و مجوزها قدری مشکل ایجاد شد و همکاری لازم را انجام ندادند.» (۹م) در نهایت، با توافقاتی که در قرارداد مشهد در شهریور ۱۳۹۳ انجام شد، پروانه تأسیس بیمارستان با مداخله وزیر بهداشت صادر شد. به گفته یکی از روسای قبلی بیمارستان «در عمل با مداخله وزیر بهداشت و جلسه مفصلی که با حضور طرفین انجام شد، راه حلی برای بهره‌برداری بیمارستان پیشنهاد شد که بشود این گره را باز کرد.» (۱۹م)

#### ادغام بیمارستان محب یاس با بیمارستان میرزا کوچک خان

سرانجام بیمارستان محب یاس در آذر ۱۳۹۳ آماده بهره‌برداری شد. در زمان بهره‌برداری به دلیل فرسوده بودن ساختمان بیمارستان میرزا کوچک خان، تصمیم بر این شد که بیمارستان میرزا کوچک خان همراه با کارکنان و تجهیزات به

به ۳۰ سال از خرید آن می‌گذشت. به علت این که این بیمارستان یک مرکز تک‌تخصصی است و سال‌ها از عمر ساختمان می‌گذرد، قرار بود بیمارستان نو و مجهز در کنار آن ایجاد شود که برای آموزش و پژوهش در کنار بیمارستان میرزا کوچک خان فعالیت کند.» (۳م)

با این وجود، طرفین مشارکت با بررسی‌های انجام شده، به این نتیجه رسیدند که ساختمان نیمه‌ساخته، استحکام لازم را ندارد و در نتیجه، کار تخریب آن در دستور کار قرار گرفت. مهندس ساختمان در این زمینه چنین گفت: «ابتدا قرار بود که ساختمان بتنی تقویت شود. دفتر فنی دانشگاه نمونه‌گیری کردند و دیدند که بتن پوک است، بعد، دستور تخریب داده شد. حدود یک ماه تخریب کل ساختمان طول کشید. با تجهیزات کامل هر شب ۱۵۰ تا ۲۰۰ ماشین نخاله جابجا شد. در این فاصله طراحی بیمارستان جدید انجام شد.» (۱۳م) مدیر قبلی بیمارستان هم این موضوع را تأیید کرد: «تخریب ساختمان نیمه‌ساخته و بازسازی بیمارستان چند ماه پیشرفت پروژه را با وقفه همراه کرد. اما، در عوض این اطمینان برای طرفین مشارکت، ایجاد شد که همه چیز طبق اصول و استاندارد، مجدداً طراحی و ساخته شود.» (۲۰م)

#### افزایش هزینه‌های ساخت

مدت ۳ سال برای طراحی، ساخت و تجهیز بیمارستان طبق قرارداد در نظر گرفته شده بود. از زمان توافق اولیه برای ساخت بیمارستان (بهمن ۱۳۸۹) تا زمان تأسیس بیمارستان (آذر ۱۳۹۳) مدت ۴۶ ماه و از زمان شروع به ساخت بیمارستان (مرداد ۱۳۹۰) تا تأسیس آن نیز ۴۰ ماه سپری شد. تخریب ساختمان نیمه‌کاره و افزایش هزینه‌های ساخت از دلایل اصلی این تأخیر بودند. افزایش نرخ ارز به ویژه در بازه زمانی ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۲ اثر منفی بر پیشرفت بسیاری از پروژه‌های عمرانی کشور گذاشت. به گفته یکی از مدیران موسسه محب «در طول مدت ساخت بیمارستان، با توجه تغییرات نرخ ارز و نوسانات بازار، تأمین بودجه و مصالح لازم برای ساخت بیمارستان با مشکلاتی مواجه شد و بر روند پیشرفت پروژه تأثیر منفی داشت.» (۱۲م) رئیس قبلی بیمارستان هم چنین گفت: «پروژه بیمارستان یاس بنا به مشکلاتی که به خاطر تغییر دلار و بالا رفتن هزینه‌ها ایجاد شد، با مشکلات مالی مواجه شد.» (۱۰م) با این وجود، با توجه به زمانبندی فشرده‌ای که برای ساخت بیمارستان در نظر گرفته شده بود، به هر ترتیب، بودجه مورد نیاز تکمیل پروژه تأمین شد و کار ساخت بیمارستان به اتمام رسید.

#### ادغام و انتزاع دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران

دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۸۹ با دانشگاه علوم پزشکی تهران ادغام و در سال ۱۳۹۲ دوباره احیا شد. انتزاع



مناسب نباشد کار آموزش خوب پیش نمی‌رود. ما اینجا برای رزیدنت‌ها پلویون نداریم.» (۱۴م) مدیر بهبود کیفیت بیمارستان هم چنین گفت: «در اینجا بستر آموزشی پیش-بینی نشده است. مجبور شدیم یکی از بخش‌های بستری را تبدیل به پلویون کنیم. فضاهای درمانی ما با ساختار آموزشی ساخته نشده است. حریم خصوصی بیمار را نمی‌توانیم رعایت کنیم. چند بیمار باید در یک فضای محدود بنشینند و خدمات دریافت کنند.» (۷م)

بنابراین، مدیران ارشد بیمارستان با اعمال تغییرات ساختاری تا حدودی سعی کردند که نیازهای آموزشی بیمارستان را تأمین کنند. رئیس بیمارستان در این زمینه چنین گفت: «درمانگاه‌های اینجا و فضاهای آموزشی دیگر مثل کتابخانه و سالن اجتماعات، به صورت آموزشی دیده نشده است. یک بیمارستان خصوصی شاید خیلی نیازی به کتابخانه نداشته باشد که رزیدنت بنشیند برای خورد بخواند؛ یا این که سالن آموزشی آن به گونه‌ای باشد که هر روز گزارش صبحگاهی در آن برگزار شود. اینها الان در این بیمارستان وجود دارد، ولی خیلی کامل و جامع نیست و برای این کار طراحی نشده است.» (۵م)

**چالش‌های تجهیز بیمارستان جامع زنان محب یاس**  
تأمین تجهیزات و کارکنان بیمارستان از جمله چالش‌های مشارکت عمومی - خصوصی به هنگام تجهیز بیمارستان جامع زنان محب یاس بودند.

#### مشکلات تأمین تجهیزات بیمارستان

بخشی از تجهیزات مورد نیاز بیمارستان توسط موسسه محب خریداری و در بیمارستان نصب شد. با ادغام دو بیمارستان قرار شد که تجهیزات بیمارستان میرزا کوچک خان نیز به بیمارستان محب یاس منتقل شوند. به گفته مسئول تجهیزات پزشکی بیمارستان «قسمت عمده‌ای از تجهیزات به بیمارستان جدید منتقل شد. یک لیست تهیه شد و دانشگاه طبق قراردادی اینها را به بیمارستان محب واگذار کرد.» (۶م) این جابجایی چون با عجله انجام شد، منجر به آسیب تجهیزات شد. مسئول تجهیزات پزشکی بیمارستان معتقد بود که «نبارش تجهیزات، خوب نبود. بخشی از تجهیزات به این بیمارستان منتقل شد. بخشی که نیامد، بعد از یکی دو سال که در حیاط بیمارستان بودند، کار اسقاط آنها انجام شد. به نظر می‌آید که برنامه‌ریزی خیلی درستی نبود. برنامه‌ریزی یهویی بود و خیلی از تجهیزات از بین رفتند.» (۶م) یکی از کارکنان قدیمی بیمارستان هم گفت: «چون مکان برای انبار کردن تجهیزات نبود و همه جا پر از خاک و خل بود، خیلی از تجهیزات خراب شد. خیلی مهم است که تجهیزات پزشکی در جای تمیزی نگهداری شوند» (۲۲م).

بیمارستان تازه تأسیس محب یاس منتقل شود. رئیس بیمارستان اشاره کرد که «بیمارستان [میرزا کوچک خان] در زمان شوروی قدیم، قبل از انقلاب، ساخته شد و فرسوده بود. در مجموع دیدند که [بیمارستان] دوام کافی ندارد و آن بیمارستان را [به این ساختمان منتقل کردند.]» (۵م) رئیس قبلی بیمارستان هم چنین گفت: «نگاه آن موقع این بود که اگر بیمارستان خصوصی راه بیفتد، این بیمارستان فرسوده از پا در می‌آید و توجه ندارد که کنار بیمارستان فرسوده، کاخ بسازیم. پس، به این نتیجه رسیدند که آن بیمارستان [میرزا کوچک خان] باید داخل این بیمارستان [محب یاس] و بعد ببینیم آن بیمارستان قدیمی را چه بکنیم.» (۱۰م)

انتقال مجموعه بیمارستان میرزا کوچک خان به بیمارستان تازه تأسیس محب یاس مزایایی برای طرف دولتی و مردم به دنبال داشته است. به قول مترون بیمارستان: «چون آن ساختمان [بیمارستان] میرزا کوچک خان فرسوده بود و قدمت زیادی داشت، فرصتی ایجاد شد که دانشگاه تهران بتواند از یک ساختمان نو برای مریض‌هایی که با دفترچه مراجعه می‌کنند و توان هزینه‌های بیمارستان خصوصی را ندارند، استفاده کند.» (۴م)

از نظر مدیران فعلی بیمارستان روند انتقال بیمارستان میرزا کوچک خان به بیمارستان محب یاس با شتاب و عجله انجام شد. به گفته مترون بیمارستان «به محض اینکه اینجا [بیمارستان محب یاس] آماده بهره‌برداری شد، ما به این ساختمان اثاث‌کشی کردیم؛ یعنی ما یک بیمارستان زنده را با همه تجهیزات و بیماران به اینجا منتقل کردیم. البته گفتن این حرف خیلی آسان است، ولی، واقعاً کار خیلی خیلی سختی بود.» (۴م) معاون درمان بیمارستان هم این موضوع را تأیید کرد: «روند انتقال به نظر من خیلی ایراد داشت؛ به خاطر اینکه ما خیلی با عجله به این طرف منتقل شدیم و خیلی چیزها آماده نبود. این جابه‌جایی اصلاً تجربه خوبی نبود؛ فقط بار اقتصادی و مالی ایجاد نکرد، بلکه بار روحی روانی آن هم زیاد بود.» (۲م)

#### تغییر کاربری بیمارستان محب یاس به آموزشی و درمانی

بیمارستان محب یاس به صورت یک بیمارستان عمومی با کاربری درمانی برای زنان طراحی و ساخته شد. پس از تصمیم به ادغام دو «بیمارستان محب یاس» و «میرزا کوچک خان»، با توجه به آموزشی بودن بیمارستان میرزا کوچک خان، باید خدمات آموزشی نیز در بیمارستان محب یاس ارائه می‌شد که چالش‌های زیادی ایجاد کرد. رئیس قبلی بیمارستان گفت: «اینجا [بیمارستان محب یاس] بخش-های خوبی دارد، اتاق عمل خوبی دارد، اما فضای آموزشی با توجه به حجم بالای رزیدنت و فلوشیپ کافی نیست. اگر فضا

## مشکلات تأمین و مدیریت کارکنان بیمارستان

موسسه محب موظف بود که زمینه اشتغال حداقل ۹۰ درصد از اعضای هیات علمی و حداقل ۸۰ درصد از کارکنان بیمارستان میرزا کوچک خان را در بیمارستان جدید فراهم آورد. طبق گفته یکی از مدیران عملیاتی بیمارستان «استفاده از نیروهای موجود در عمل نمی‌توانست انتظارات مدیران بیمارستان را که قصد داشتند عملکرد آن را در سطح بالایی نگه دارند، برآورده کند. در نتیجه تصمیم گرفتند که بخشی از نیروها را جایگزین کنند» (م ۲۱). برای این منظور فراخوان جذب نیروی انسانی داده شد و تعدادی انتخاب و پس از آموزش‌های بدو خدمت، در بیمارستان مشغول به کار شدند. مدیر قبلی بیمارستان هم این موضوع را تأیید کرد: «تا زمان قرارداد مشهد، در کنار تجهیز بیمارستان، موضوع جذب نیرو را هم داشتیم. من می‌دانستم که با نیروی خدماتی فرسوده نمی‌شود کار کرد؛ چون سن بسیار بالایی داشتند» (م ۱۱).

اختلافات فرهنگی کارکنان بیمارستان دولتی میرزا کوچک خان و کارکنان تازه استخدام شده برای کار در بخش خصوصی محب یاس، چالش‌هایی در بیمارستان ایجاد کرد. به عنوان مثال، یکی از مدیران قبلی بیمارستان تضاد فرهنگی را این‌گونه بیان کرد: «یجاد بینش مشتری‌محوری و بیمارمحوری در برخی از کارکنان بیمارستان میرزا کوچک خان مشکل بود. ما به نیروهای خودمان آموزش زیادی درباره کد رفتاری برای برخورد با بیمار و پزشکان می‌دادیم. به عنوان مثال، ما در نگرانی موضوع نشستن نداریم. نگرانی باید بایستند. با این وجود، نگرانیان آنها [بیمارستان میرزا کوچک خان] می‌نشستند و به ارباب رجوع محل نمی‌گذاشتند. اینها خوشرو بودند، ولی آنها با تحکم صحبت می‌کردند. اینها لباس شیک و نو می‌پوشیدند، ولی آنها لباس‌های دولتی داشتند. این دوگانگی‌ها باعث بروز مسائلی شد.» (م ۱۱)

## بحث

این پژوهش با هدف بررسی چالش‌های مشارکت عمومی - خصوصی در تأسیس بیمارستان جامع زنان محب یاس تهران انجام شد. قرارداد مشارکت عمومی - خصوصی در تأسیس و راه‌اندازی بیمارستان جامع زنان محب یاس با مزایایی همراه بوده است. بیمارستان محب یاس در زمان حدود ۴۰ ماه مطابق با استانداردهای ملی و بین‌المللی ساخته شد و ارائه خدمات با کیفیت را به جامعه تحت پوشش شروع کرد. این زمان به طور میانگین کمتر از پروژه‌های مشابه دولتی است. استراتژی مشارکت عمومی - خصوصی جایگزین مناسبی برای خصوصی سازی کامل بیمارستان‌ها است و با استفاده از نقاط قوت دو بخش دولتی و خصوصی می‌توان به نتایج بهتری در زمان کمتری دست یافت.

با وجود این، این قرارداد مشارکت عمومی - خصوصی بعد از یک سال از فعالیت بیمارستان جامع زنان محب یاس به دلایل چالش‌های متعددی فسخ شد و بیمارستان به طرف دولتی واگذار شد. چالش‌های مشارکت عمومی - خصوصی در ساخت و تجهیز بیمارستان جامع زنان محب یاس عبارت بودند از مدل نامناسب مشارکت عمومی - خصوصی، فراهم نبودن بستر مشارکت عمومی - خصوصی، اعتماد کم به بخش خصوصی، مشکلات تأمین مالی پروژه ساخت بیمارستان، تخریب ساختمان نیمه‌ساخته بیمارستان، افزایش هزینه ساخت بیمارستان، ادغام و انتزاع دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران، مشکلات دریافت پروانه تأسیس بیمارستان، ادغام بیمارستان محب یاس با بیمارستان میرزا کوچک خان، تغییر کاربری بیمارستان و مشکلات تأمین تجهیزات و کارکنان بیمارستان. این چالش‌ها موجب عدم پایداری این مشارکت عمومی - خصوصی شد و در نهایت، بیمارستان قبل از موعد تعیین شده در قرارداد اولیه به دانشگاه (طرف دولتی) واگذار شد.

در پژوهش‌های قبلی نیز به قرارداد غیر شفاف و مبهم مشارکت، پیچیدگی فرایند مشارکت عمومی - خصوصی، ظرفیت و مهارت پایین بخش دولتی برای مدیریت پروژه‌های مشارکتی، کمبود قوانین و مقررات حمایتی، دشواری در تأمین منابع مالی و پر نکردن شکاف مالی توسط دولت، لغو قراردادهای مشارکت با تغییر دولت‌ها، نظارت ناکافی طرف دولتی، عادلانه نبودن روند رسیدگی به شکایات مشارکت بخش عمومی - خصوصی، به عنوان چالش‌های مشارکت عمومی - خصوصی اشاره شده است (۲ و ۳۳-۳۰).

مدل نامناسب قرارداد همکاری، چالشی بزرگ بر سر راه مشارکت عمومی - خصوصی است (۳۴). مدل هم‌مکانی مشارکت عمومی - خصوصی در مورد بیمارستان جامع زنان محب یاس بکار گرفته شد. این پژوهش نشان داد که این مدل مشارکت عمومی - خصوصی با توجه به قدرت زیاد طرف دولتی، تجربه پایین مدیران در این زمینه و جابجایی بالای مدیران بخش دولتی، موجب ایجاد چالش‌هایی در ساخت و تجهیز بیمارستان محب یاس شد که در نهایت، منجر به شکست آن گردید.

قدرت دولت در کشورهای در حال توسعه بسیار زیاد است. قدرت نابرابر بخش دولتی و خصوصی تداوم مشارکت عمومی - خصوصی را با مشکل مواجه می‌سازد (۳۵). طرف دولتی باید رویکرد برد-برد را در مشارکت عمومی - خصوصی بکارگیرد و ارتباط خوبی با طرف خصوصی برقرار کند. تعهد سیاسی دولت‌ها از پیش نیازهای بسیار مهم مشارکت عمومی - خصوصی است (۳۶). این پژوهش هم نشان داد که با تغییر دولت و تغییر مدیران ارشد دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و

رفتند. از طرف دیگر، با توجه به متفاوت بودن فرهنگ سازمانی کارکنان دو بیمارستان، چالش‌های زیادی برای مدیران در زمینه مدیریت کارکنان در بیمارستان ایجاد شد.

مشارکت عمومی - خصوصی یک استراتژی طلایی برای حل مشکلات بخش دولتی نیست. مشارکت عمومی - خصوصی شامل یک فرایند پیچیده‌ای است که از طریق همکاری و شراکت بخش دولتی و خصوصی، خدمات عمومی به مردم جامعه ارائه می‌شود. طرف دولتی برای دستیابی به نتایج بهتر باید پیش نیازهایی را فراهم کند. قرارداد مشارکت عمومی - خصوصی باید با رویکرد بُرد-بُرد تنظیم شود. قرارداد همکاری باید برای دو طرف دولتی و خصوصی منفعت داشته باشد. اگر یک طرف احساس زیان کند، در نهایت، این همکاری با چالش‌های زیادی مواجه خواهد شد. موفقیت مشارکت عمومی - خصوصی به داشتن یک دورنمای مشترک برای شراکت، همکاری اثربخش و تعهد دو طرف نسبت به اهداف مشارکت، مسئولیت‌پذیری مشترک و داشتن منابع، دانش و مهارت‌های لازم مکمل یکدیگر برای رفع مشکلات احتمالی بستگی دارد. اعتماد، شفافیت و انصاف، پایه و اساس موفقیت مشارکت عمومی - خصوصی است. اعتماد متقابل باید بین دو شریک دولتی و خصوصی ایجاد شود تا بر اساس آن یک دورنمای مشترک شکل گیرد. انتظارات دو طرف باید به طور واضح در متن قرارداد بیان شود. مواردی نظیر هدف مشارکت، اهداف و مقاصد مورد انتظار، حدود مشارکت، ساختار هزینه، درآمد و سود، نحوه ارزشیابی و گزارش‌دهی عملکرد، باید در قرارداد همکاری مشخص شوند (۲). طرف دولتی باید اهداف مشارکت عمومی - خصوصی را به وضوح در قرارداد مشخص کند و درآمد بخش خصوصی را به نوعی به دستیابی به این اهداف مرتبط کند و با استفاده از یک سیستم نظارت و ارزشیابی مناسب از دستیابی به اهداف مورد نظر اطمینان حاصل کند (۳۹). وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی باید از شاخص‌های نتیجه‌ای مانند میزان ابتلاء به بیماری، مرگ و میر، کیفیت خدمات و رضایت بیماران برای ارزشیابی پروژه‌های مشارکت عمومی - خصوصی استفاده کنند و پرداخت به طرف خصوصی را مبتنی بر دستیابی به این نتایج نمایند. دولت‌ها در کشورهای در حال توسعه معمولاً این توانایی‌ها را ندارند.

پژوهش حاضر بیانگر این واقعیت است که ظرفیت ساختاری و قانونی مورد نیاز برای مشارکت عمومی - خصوصی در نظام سلامت ایران ایجاد نشده است. دولت باید دارای ساختار و مکانیسمی برای تقویت مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات عمومی باشد. در صورتی که مدیران سازمان‌های دولتی از دانش، مهارت و تجربه لازم برای مدیریت پروژه‌های

ایران، اولویت‌های سازمان‌های دولتی تغییر یافت و در نتیجه، مشارکت عمومی - خصوصی در پروژه بیمارستان جامع زنان محب یاس تضعیف شد. قرارداد همکاری عمومی - خصوصی باید به گونه‌ای تنظیم شود که با تغییر دولت یا جابجایی مدیران ارشد سازمان دولتی طرف قرارداد، هر دو طرف دولتی و خصوصی نسبت به مفاد قرارداد متعهد باشند.

ساخت، تجهیز و بهره‌برداری از بیمارستان‌ها به دلیل تغییرات سیاسی، اقتصادی، اجتماعی با عدم اطمینان و ریسک بالایی مواجه است (۳۷). این پژوهش هم نشان داد که تغییرات نرخ ارز و افزایش هزینه‌ها، منجر به تأخیر در ساخت و تجهیز بیمارستان جامع زنان محب یاس شد. پژوهشی در دانمارک هم افزایش هزینه بیش از میزان پیش‌بینی شده را در ۸۶ درصد پروژه‌های مشارکتی گزارش کرد. میزان افزایش هزینه حدود ۲۷/۶ درصد بود (۳۸). بنابراین، قراردادهای مشارکت عمومی - خصوصی در کشورهای در حال توسعه باید با انعطاف‌پذیری بیشتری نوشته شود تا با تغییرات اقتصادی با چالش زیادی مواجه نشوند. مشارکت عمومی - خصوصی در نظام سلامت ایران باید با احتیاط انجام شود. مطالعات امکان‌سنجی و ارزشیابی اقتصادی پروژه مشارکت عمومی - خصوصی برای تعیین ریسک‌های فعلی و آتی مشارکت ضروری است. ریسک تا حدی باید به طرف خصوصی منتقل شود که موجب افزایش کارایی شود. تحمیل ریسک زیاد به طرف خصوصی کاهش کیفیت خدمات و حتی شکست قرارداد مشارکت عمومی - خصوصی را به دنبال خواهد داشت (۲).

انتزاع دانشگاه علوم پزشکی ایران از دانشگاه علوم پزشکی تهران، تغییر دولت و تعویض مدیران ارشد دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و ایران نیز منجر به ایجاد چالش‌هایی در پیشرفت مشارکت عمومی - خصوصی بیمارستان جامع زنان محب یاس شد. قراردادهای مشارکت عمومی - خصوصی با توجه به اینکه در پروژه‌های زیربنایی بکار گرفته می‌شوند، باید انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند تا با تغییرات سیاسی، طرف خصوصی متحمل ریسک بیشتری نشود.

ادغام بیمارستان محب یاس با بیمارستان میرزا کوچک خان و تغییر کاربری آن به بیمارستان آموزشی - درمانی یکی دیگر از چالش‌های ساخت و تجهیز این بیمارستان بود. بیمارستان محب یاس از ابتدا به صورت یک بیمارستان عمومی با کاربری درمانی طراحی و ساخته شد. پس از تصمیم به ادغام دو بیمارستان باید خدمات آموزشی هم در این بیمارستان ارائه می‌شد که منجر به اعمال تغییرات ساختاری در بیمارستان جدید شد. همچنین، با ادغام دو بیمارستان، کارکنان و تجهیزات بیمارستان میرزا کوچک خان، به بیمارستان محب یاس منتقل شدند. برخی از تجهیزات در این جابجایی‌ها از بین

مزایای پروژه‌های مشارکت عمومی - خصوصی از لحاظ کیفیت، کارایی و بهره‌وری اشاره کردند، ولیکن، این منافع به راحتی حاصل نمی‌شوند. اگر مشارکت عمومی - خصوصی به خوبی مدیریت نشود، منجر به شکست پروژه خواهد شد و در نهایت، هزینه سرمایه‌گذاری دولت را افزایش خواهد داد. بیمارستان جامع زنان محب یاس که در قالب مدل هم‌مکانی مشارکت عمومی - خصوصی تأسیس شد، به دلایل چالش‌های متعددی بعد از یک سال فعالیت، به طرف دولتی واگذار شد. از مهمترین چالش‌های مشارکت عمومی - خصوصی در تأسیس و تجهیز بیمارستان جامع زنان محب یاس می‌توان به مدل نامناسب مشارکت عمومی - خصوصی، فراهم نبودن بستر مشارکت عمومی - خصوصی، اعتماد کم طرف دولتی به بخش خصوصی، انتزاع دانشگاه علوم پزشکی ایران از تهران، تغییر دولت، جابجایی مدیران ارشد دانشگاه و ادغام بیمارستان محب یاس با بیمارستان میرزا کوچک خان اشاره کرد.

این پژوهش کیفی به شناسایی و تبیین چالش‌های مشارکت عمومی در ساخت و تجهیز بیمارستان جامع زنان محب یاس تهران پرداخت. همچنین، راهکارهای رفع این چالش‌ها هم بیان شدند. با این وجود، با توجه به اینکه این مطالعه مورد پژوهی فقط در یک بیمارستان انجام شد، یافته‌ها باید با احتیاط تفسیر شوند. بیمارستان‌های بسیار محدودی در کشور به صورت قرارداد مشارکت عمومی - خصوصی فعالیت می‌کنند. انجام مطالعات مشابه به شناخت چالش‌های بیشتر مشارکت عمومی - خصوصی کمک می‌کند. همچنین، پژوهشگران می‌توانند با انجام مطالعات کمی به ارزشیابی پروژه‌های مشارکت عمومی - خصوصی در نظام سلامت ایران بپردازند. در نهایت، پژوهشگران با استفاده از مطالعات ترکیبی می‌توانند به توسعه یک مدل مناسب مشارکت عمومی - خصوصی برای نظام سلامت ایران اقدام کنند.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله لازم می‌دانند از همکاری افراد شرکت‌کننده در این پژوهش قدردانی کنند. همچنین نویسندگان از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناسی خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، صمیمانه تشکر می‌کنند.

مشارکت عمومی - خصوصی برخوردار نباشند، چنین پروژه‌هایی با چالش‌های بسیار زیادی مواجه خواهند شد و در نهایت، با شکست مواجه می‌شوند (۴۰). بنابراین، سازمان‌های دولتی باید دارای واحد مدیریت مشارکت عمومی - خصوصی برای تعیین پروژه‌های مناسب برای همکاری با بخش خصوصی، شناسایی شرکای احتمالی در بخش خصوصی برای همکاری، ارزشیابی ظرفیت و توانایی شرکای خصوصی بالقوه و انتخاب بهترین آنها برای همکاری، مذاکره با طرف خصوصی انتخاب شده و تنظیم قرارداد همکاری، تعیین دقیق ریسک‌های پروژه و تسهیم منصفانه ریسک‌ها بین بخش دولتی و خصوصی، اجرای پروژه مشارکتی و نظارت بر عملکرد پروژه‌ها باشد (۲ و ۴۰).

همچنین، پیشنهاد می‌شود که سازمانی در دولت ظرفیت اداری، کارشناسی و قانونی لازم را برای تقویت مشارکت عمومی - خصوصی در وزارتخانه‌های مختلف ایجاد کند. در حال حاضر، بخش توسعه مشارکت عمومی - خصوصی در سازمان برنامه و بودجه کشور چنین وظیفه‌ای را بر عهده دارد. این بخش باید وظایف سیاست‌گذاری و تدوین سیاست‌ها و مقررات مرتبط با مشارکت عمومی - خصوصی، تعیین استانداردهای عملکردی و ملاحظات بودجه‌ای پروژه‌ها، تقویت اعتماد بین بخش‌های عمومی - خصوصی، تضمین تعهد سیاسی، الزام شفافیت کارکردی و عملکردی پروژه‌های مشارکتی، تعیین کدهای اخلاقی و آموزش مدیران واحدهای مدیریت پروژه‌های مشارکتی سازمان‌های دولتی را بر عهده داشته باشد (۲). تدوین قوانین و مقررات شفاف و منصفانه در زمینه‌های نحوه همکاری دو طرف، تسهیم منصفانه سود و زیان، احترام به مفاد قرارداد و حل مشکلات ایجاد شده، نقش بسزایی در تقویت مشارکت عمومی - خصوصی خواهد داشت. بنابراین، قانونی باید در زمینه مشارکت عمومی - خصوصی در بخش سلامت و نحوه خرید خدمات از بخش خصوصی مجلس به تصویب برسد.

### نتیجه‌گیری

مشارکت عمومی - خصوصی یک نوع قرارداد بلند مدت است که بر اساس آن دولت با استفاده از ظرفیت بخش خصوصی به ارائه خدمات عمومی به مردم می‌پردازد. اگرچه مطالعاتی به

## References

- Grossman M: The demand for health: A theoretical and empirical investigation. New York: Columbia University Press; 1972.
- Etemadian M, Mosadeghrad AM, Mohaghegh Dolatabadi MR, Dehnavi H. The challenges of public private partnership in hospital operations: A case study. *Payesh*. 2019; 18 (2): 127-148. [in Persian]
- Iran Ministry of Health, Hospital beds statistics. Ministry of Health, Treatment deputy. 2018. Available at: [http://avab.behdasht.gov.ir/rbp2/Rbp2/default/Default\\_body.asp](http://avab.behdasht.gov.ir/rbp2/Rbp2/default/Default_body.asp) [Access date 30/04/2019]
- Mosadeghrad AM & Sokhanvar M. An evaluation of quality of services in Tehran hospitals using HEALTHQUAL model. *J Medical Council Journal*, 2017; 35 (1): 9-19. [in Persian]
- Mills A. Leopard or chameleon? The changing character of international health economics. *Tropical Medicine and International Health* , 1997; 2 (10): 963-977.
- Friedman M. The social responsibility of business is to increase its profits. In *Corporate ethics and corporate governance 2007* (pp. 173-178). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Pollock A, & Price D. Privatising primary care. *British Journal of General Practice*, 2006; 56 (529): 565-567.
- Zavadskas EK, Turskis Z, Tamošaitien J. Risk assessment of construction projects. *Journal of Civil Engineering and Management*, 2010; 16 (1), 33-46.
- Iossa E, Martimort D. Risk allocation and the costs and benefits of public-private partnerships. *The RAND Journal of Economics*. 2012;43(3):442-74.
- Pollitt C. and Bouckaert G. *Public management reform: A comparative analysis*. 2004: Oxford University Press, USA.
- Barlow J, Roehrich J, and Wright S. Europe sees mixed results from public-private partnerships for building and managing health care facilities and services. *Health Affairs*, 2013; 32 (1):146-154.
- Nishtar S. Public private partnerships in health—a global call to action. *Health research policy and systems*. 2004;2(1):5.
- Hellowell M. Are public-private partnerships the future of healthcare delivery in sub-Saharan Africa? Lessons from Lesotho. *BMJ global health*. 2019;4(2):e001217.
- Zaidi S, Saligram P, Ahmed S, Sonderp E, Sheikh K. Expanding access to healthcare in South Asia. *bmj*. 2017;357:j1645.
- Panasiuk A, Ostańska P. Public-Private Partnership as an Instrument for Stimulating Public Sector Innovation, as Exemplified by Projects Implemented in the Health Sector in Poland. *International Journal of European Studies*. 2019;3(1):8-14.
- Kivleniece I, Quelin BV. Creating and capturing value in public-private ties: A private actor's perspective. *Academy of Management Review*. 2012 Apr;37(2):272-99.
- Kruse FM, Stadhouders NW, Adang EM, Groenewoud S, Jeurissen PP. Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review. *The International journal of health planning and management*. 2018;33(2):e434-53.
- Herr A, Schmitz H, Augurzky B. Profit efficiency and ownership of German hospitals. *Health Economics*. 2011;20(6):660-74.
- Ngoma S, Mundia M, & Kaliba C. Benefits, Constraints and Risks in Infrastructure Development via Public-Private Partnerships in Zambia. *Journal of Construction in Developing Countries*, 2014; 19(1): 15-33.
- Roehrich JK, Lewis MA, George G. Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Social science & medicine*. 2014;113:110-119.
- Ball R, Heafey M, King D. Risk transfer and value for money in PFI projects. *Public Management Review*. 2003;5(2):279-90.
- Akintoye A, Hardcastle C, Beck M, Chinyio E, Asenova D. Achieving best value in private finance initiative project procurement. *Construction management and economics*. 2003;21(5):461-70.
- Ssengooba F, McPake B, Palmer N. Why performance-based contracting failed in Uganda—an “open-box” evaluation of a complex health system intervention. *Social science & medicine*. 2012 Jul 1;75(2):377-83.
- Palmer N, Strong L, Wali A, Sondorp E. Contracting out health services in fragile states. *BMJ* 2006; 332(7543):718-21.
- Tanzil S, Zahidie A, Ahsan A, Kazi A, Shaikh BT. A case study of outsourced primary healthcare services in Sindh, Pakistan: is this a real reform?. *BMC health services research*. 2014 Dec 1;14(1):277.
- Comendeiro-Maaløe M, Ridaio-López M, Gorgemans S, Bernal-Delgado E. A comparative performance analysis of a renowned Public Private Partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015. *Health Policy*. 2019;123(4):412-8.
- Stake RE. Case studies In Denzin N.K. Lincoln Y.S. (Editors), *Strategies of qualitative inquiry*. Thousand Oaks, CA: Sage 1998; 86-109
- Yin RK. *Case study research: Design and methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage, 2003; 16
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. *Qualitative Research in Psychology* 2006; 3:77-101.
- Khan NN, Puthussery S. Stakeholder perspectives on public-private partnership in health service delivery in Sindh province of Pakistan: A qualitative study. *Public health*. 2019;170:1-9.
- Grimsey D, Lewis M. *Public private partnerships: The worldwide revolution in infrastructure provision and project finance*. 1<sup>st</sup> edition, UK: Edward Elgar Publishing; 2007.
- Liu T, Wilkinson S. Adopting innovative procurement techniques: obstacles and drivers for adopting public private partnerships in New Zealand. *Construction Innovation*. 2011;11(4):452-69.
- Sadeghi A, Bastani P, Barat O. Public-private partnership in the development of Iranian hospital services: Lessons learned from experience. *Journal of Military Medicine* 2018, 20 (4): 371-381.
- Molchanova M. Public-Private Partnership in the System of Regional Healthcare Financing. *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*, 2016; 2(44), 114-132.
- Wong EL, Yeoh EK, Chau PY, Yam CH, Cheung AW, Fung H. How shall we examine and learn about public-private partnerships (PPPs) in the health sector? Realist evaluation of PPPs in Hong Kong. *Social Science & Medicine*. 2015;147:261-9.
- OECD Publishing. *Dedicated public-private partnership units: A survey of institutional and governance structures*. 1<sup>st</sup> edition, OECD Pub.; 2010.
- Miller R. & Lessard DR., *The strategic management of large engineering projects: shaping institutions, risks and governance*. US: MIT Press, 2001.
- Flyvbjerg, B., Holm, M., Buhl, S., 2003. How common and how large are cost overruns in transport infrastructure projects? *Transport Reviews* 23 (1), 71-88.
- Hellowell M. Are public-private partnerships the future of healthcare delivery in sub-Saharan Africa? Lessons from Lesotho. *BMJ Glob Health* 2019;4:e001217.
- Kwak YH, Chih Y, Ibbs CW. Towards a comprehensive understanding of public private partnerships for infrastructure development. *California management review*. 2009;51(2):51-78.

# The challenges of public-private partnership in hospital construction

## A case study

Masoud Etemadian<sup>1</sup>, Ali Mohammad Mosadeghrad<sup>2</sup>, Mahmoud Reza Mohaghegh Dolatabadi<sup>3</sup>,  
Hamed Dehnavi<sup>4\*</sup>

Submitted: 2019.3.21

Accepted: 2020.5.21

### Abstract

**Background:** Public-private partnership (PPP) in constructing and operating hospitals is a good strategy to provide high quality services to people at lower cost for the government. However, PPP is facing several challenges. The objective of this research was to identify and explore the PPP challenges in building Moheb Yas hospital in Tehran, Iran.

**Materials and Methods:** A qualitative approach was used for this case study in 2018. In-depth semi-structured interviews were conducted with 24 key stakeholders, managers and employees who were involved in PPP initiative implementation using purposive and snowball sampling methods. Thematic analysis approach was used for data analysis.

**Results:** Moheb Yas hospital was built in the yard of a public hospital (Co-location PPP) by the private entity. Then, the public hospital was moved into the private hospital. The new hospital was transferred to the government after one year owing to some challenges. These challenges include an inappropriate PPP model, low government capacity and competency in PPP, low trust in private partner, difficulty in funding the project, demolishing the old building, applying for hospital licences, merging two public and private hospitals, and difficulties in equipping the new hospital with human and physical resources.

**Conclusion:** The PPP was not successful in this case. Although PPP initiatives have benefits for the health system, but, it comes with numerous challenges especially in developing countries owing to disparate goals, incentives, and management practices of public and private sectors. The research findings provide useful insights for policy makers and senior managers in health systems in similar countries about the main barriers of PPP initiatives in the health sectors.

**Keywords:** Public-private partnership, Hospital, Construction, Challenges, Case study

---

1 - Associate Professor, Urology department, Hasheminejad Kidney Center, Hospital Management Research Center, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran

2 - Associate Professor, School of public health, Health information management research centre, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3 - Assistant Professor, Anesthesiology department, Hasheminejad Kidney Center, Hospital Management Research Center, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran

4 - M.Sc.in health care management, School of public health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, (\*Corresponding author), Email: [Hamedehnavi@gmail.com](mailto:Hamedehnavi@gmail.com)

