

مورد پژوهی ایجاد بیمارستان غیردولتی در بخش دولتی؛ ارائه مدلی برای توسعه بخش غیردولتی نظام سلامت

مسعود اعتمادیان^۱، حسین شاهرخ^۲، آیدین آرین خصال^{۳*}

تاریخ دریافت: ۹۸/۳/۸

تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۲/۱۹

چکیده:

زمینه و هدف: این مطالعه با هدف تبیین فرایند ایجاد بیمارستان غیردولتی و غیرانتفاعی محب مهر به عنوان یک بیمارستان شرکتی و ارائه مدلی برای ایجاد بیمارستانهای مستقل و شرکتی انجام شد.

مواد و روش ها: مطالعه از نوع کیفی و موردی بود. داده ها با مصاحبه با بنیانگذاران بیمارستان محب مهر، کارکنان و برخی مسئولان دانشگاه و سازمانهای خیریه جمع آوری شد. روش تحلیل داده ها تئوری بنیادی بود و داده ها در سه مرحله باز، محوری و انتخابی کدگذاری شدند.

نتایج: عوامل اولیه ایجاد بیمارستان محب مهر پایین بودن پرداختی پزشکان و اشتغال همزمان پزشکان در بخش دولتی و خصوصی بود. وجود فضاهای مرده در بیمارستان هاشمی نژاد و امکان قرارداد با بیمه های تکمیلی عوامل ثانویه بودند. واکنشها شامل استقبال پزشکان بیمارستان و مخالفت دولت و وزارت بهداشت بود. به دلیل پایین تر بودن تعرفه ها نسبت به بخش خصوصی و پذیرش بیمه های پایه و تکمیلی، دسترسی خوبی برای بیماران ایجاد شد. نظرات منفی دولت و وزارت بهداشت به تدریج تعدیل شد.

نتیجه گیری: بهتر است به جای تبدیل بیمارستان های دولتی به مستقل یا شرکتی، آنها را از نو به شکل مستقل یا شرکتی ایجاد کرد. قبل از هرگونه اقدام تمرکز زدایی، باید ثبات مالی و مدیریتی در سازمانها ایجاد شود. برای تمرکز زدایی در سیستم اداره بیمارستانها، منافع کارکنان باید حفظ شود. بهتر است به جای دریافت اعتبارات دولتی، از ظرفیت اوقاف و دریافت وام های بانکی استفاده شود.

کلمات کلیدی: بیمارستان شرکتی، بیمارستان غیر انتفاعی، تمرکز زدایی

۱- دانشیار مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲- استادیار بخش اورولوژی، مرکز آموزشی درمانی شهید هاشمی نژاد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۳- دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. (*نویسنده مسئول)

آدرس: تهران، خیابان ولی عصر، خیابان رشید یاسمی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، ایمیل: aryankhesal.a@iums.ac.ir

تلفن: ۰۲۱-۸۸۷۷۲۰۸۶، نمابر: ۰۲۱-۸۸۷۹۳۳۳۴

مقدمه

هاردینگ (۵)، تغییرات در عرصه خصوصی سازی باید تدریجی و طی گامهایی صورت گیرد (نمودار ۱). طبق این الگو برای کاهش تصدی گری دولت و دادن استقلال به بیمارستانها، ابتدا باید بیمارستانهای دولتی که بودجه دولتی دریافت می نمایند با دریافت برخی اختیارات به بیمارستانهای مستقل تبدیل شوند. گام بعدی شرکتی سازی این بیمارستانهاست، بدین معنی که بیمارستانها، در عین تملک دولتی، برای ارائه برخی خدمات خاص و دستیابی به اهداف مشخص با دولت قرارداد داشته باشند. در نهایت گام بعدی نیز خصوصی سازی است که طی آن مالکیت بیمارستان نیز به بخش خصوصی واگذار می شود.

سازمانهای دولتی به طور سنتی و تاریخی به بی انگیزگی و پایین بودن عملکرد از سطح ایده آل معروف بوده اند (۱)، (۲) و بیمارستانهای دولتی نیز از این قاعده مستثنی نیستند. به دنبال ایجاد تفکر مدیریت دولتی نوین^۱، تغییرات اساسی در ساختار بیمارستانهای دولتی و تمایل برای ایجاد ماهیتی مستقل از دولت در آنها از اواخر دهه ۱۹۸۰ و اوایل دهه ۱۹۹۰ میلادی در جهان و به ویژه اروپا آغاز شد (۳) و حتی در کشورهایی با سابقه تسلط بخش دولتی، بیمارستانها به سمت افزایش استقلال در سیاستگذاری ها و تصمیم گیری ها سوق داده شدند. (۴) بر اساس الگوهای ارائه شده، از جمله الگوی پره کر و



شکل ۱. گامهای تدریجی در جهت خصوصی سازی در سازمانها، بر اساس الگوی هاردینگ و پره کر [۵]

بنابراین اغلب مطالعات انجام شده به بررسی موانع و مشکلات ایجاد بیمارستانهای مستقل یا شرکتی پرداخته اند و کمتر مطالعه ای به بررسی استقرار موفق طرح های استقلال بیمارستانها و فرایند آن پرداخته است. با توجه به مطالب پیشگفت و تلاشهای ناموفق یا ناتمام پیشین کشور در ارتباط با ایجاد ساختارهای جدید بیمارستانی مانند بیمارستانهای هیات امنایی و بیمارستانهای مستقل؛ نتایج این مطالعه می تواند راهگشای اقدامات دولت در خصوص تمرکززدایی و کاهش نقش دولت در تصدی گری در بخش سلامت باشد.

معرفی یک مورد موفق از ایجاد بیمارستانهای غیر دولتی در بخش دولتی (شرکتی)

بیمارستان محب مهر به عنوان یک بیمارستان غیردولتی غیرانتفاعی یکی از اولین بیمارستانهای ایران در نوع خود می باشد. این بیمارستان ابتدا به صورت یک بخش غیردولتی غیرانتفاعی در داخل بیمارستان هاشمی نژاد در سال ۱۳۸۳ افتتاح شد. این بخش با تجمیع فضاهای مرده اداری و پشتیبانی بیمارستان هاشمی نژاد ایجاد شد. بدین ترتیب که ابتدا این فضاها به موسسه (خیریه) محب اجاره داده شد. برای احداث و تجهیز این بخش نیاز به اخذ مجوز وجود داشت، اما دانشگاه علوم پزشکی به لحاظ قانونی نمی توانست این مجوز را صادر نماید. با این حال امکان اخذ مجوز از اداره اوقاف هم وجود داشت که مسئولان بیمارستان این مسیر را برای اخذ مجوز انتخاب کردند. هزینه احداث بخش از محل دریافت وام بانکی تامین شد. بدین ترتیب این بخش با ۱۶ تخت و به

بیمارستانهای مستقل و نیمه مستقل در کشورهای توسعه یافته مفهوم شکل یافته تری دارند و بر اساس آن تصمیم گیری در زمینه ابعاد سازمانی مانند تعیین نوع خدمات و استخدام نیروی انسانی، تصمیم گیری در مورد تخصیص منابع به برنامه ها و نیز پاسخگویی هیات مدیره به مطالبات جامعه و سازمانهای ارزیاب بر عهده بیمارستانها است. (۶) شواهد نشان دهنده موفقیت این اقدامات در برخی از کشورهای توسعه یافته (۷) یا حداقل موفقیت در استقرار آنهاست. (۸) همچنین برخی از مطالعات انجام شده حاکی از تاثیر مثبت شرکتی شدن بیمارستانها بر کارایی آنها دارد. (۹) با این حال تجربه بیشتر کشورهای در حال توسعه کمی متفاوت بوده است. مطالعات متعددی حکایت از مشکلات بیمارستانهای بودجه ای در تبدیل به بیمارستانهای هیات امنایی یا مستقل داشته اند. در ایران تا کنون تلاشهای زیادی برای ایجاد بیمارستانهای هیات امنایی شده است اما اغلب این تلاشها به نتیجه لازم نرسیده اند. پیش از این وزارت بهداشت ایران علاقه زیادی به پیاده کردن مدل هاردینگ و پره کر در بیمارستانهای دولتی نشان داد و طی چندین سال در صدد تبدیل بیمارستانهای بودجه ای خود به بیمارستانهای هیات امنایی داشت که به مشکلات متعددی برخورد کرد. (۱۰، ۱۱) همینطور تجربه کشورهای در حال توسعه دیگر نشان می دهد زمینه ایجاد بیمارستانهای هیات امنایی چندان موفقیت آمیز نبوده است. (۱۲-۱۴)

¹ New Public Management

در روش تحلیل داده ها از رویکرد تئوری بنیادی استفاده شد، بدین ترتیب که کدگذاری ها در سه مرحله کدگذاری باز^۱، کدگذاری محوری^۲ و کدگذاری انتخابی^۳ انجام شدند. (۱۶) در کدگذاری باز، ابتدا واحدهای معنایی مرتبط با سوال اصلی مطالعه شناسایی شدند و بر اساس معانی کدگذاری شدند و کدهای مشابه هم در قالب طبقه های مشترک دسته بندی شدند. در کدگذاری محوری، طبقه ها بر اساس تقدم و تاخر زمانی و روابط علی-معلولی پشت سر هم قرار گرفتند و مثلا مشخص شد عوامل اولیه و ثانویه و پیامدها چه مواردی هستند. در نهایت طی کدگذاری انتخابی، طبقه ها و روابط علی-معلولی تبیین کننده تئوری انتخاب شدند و سایر عناصر غیرمرتبط حذف شدند. در کدگذاری مصاحبه ها از نرم افزار MAXQDA، نسخه ۱۰، جهت دسته بندی کدها و تسهیل خلاصه سازی مفاهیم استفاده شد. پس از تحلیل یافته ها، برای بررسی صحت تفسیرها و انطباق آنها با نظرات مصاحبه شوندگان، خلاصه یافته ها و نتیجه گیری با این افراد مرور شد و برخی اصلاحات جزئی صورت گرفت. کدها و مضامین استخراج شده به صورت یک فرایند که روند شکل گیری بیمارستان محب مهر را به عنوان یک بیمارستان شرکتی تبیین می نمود شکل داده شدند.

برای شکل دهی مدل توسعه بیمارستانهای بخش غیر دولتی، درس آموخته های بیمارستان محب مهر از سوی تیم پژوهش مورد مرور قرار گرفتند و با مقایسه با مطالعات پیشین در کشور و سایر کشورهای در حال توسعه اغلب با شکست روبرو شده بودند و نیز در نظر گرفتن تجربیات موفق ایجاد بیمارستانهای زنجیره محب، شامل محب یاس، محب کوثر، محب کاشان و تا حدودی مهدی کلینیک، مدل تجویزی توسعه بخش غیردولتی در قسمت بحث ارائه شد.

یافته ها

مشخصات افراد مصاحبه شده در جدول شماره ۱ نمایش توصیف شده اند. یافته های اصلی این مطالعه نیز در قالب فرایند شکل گیری بیمارستان محب مهر در شکل ۲ خلاصه شده اند. اجزاء این فرایند عبارتند از عوامل اولیه یا پیدایش بیمارستان، عوامل ثانویه یا تشویق کننده، پدیده که همان افتتاح بخش محب (اولین بخش بیمارستان محب مهر) می باشد، کنشها و واکنشها نسبت به تاسیس بخش محب، و سرانجام، پیامدها.

عنوان بخش VIP شروع به کار کرد. (۱۵) در هیات مدیره این بخش مقرر شد پزشکان بتوانند بجز این بخش فقط در یک بیمارستان دولتی دیگر کار کنند، یعنی یک بیمارستان دولتی (هاشمی نژاد) و بخش همجوار خصوصی آن یعنی محب مهر. بعد ها این بخش با کسب درآمد و خرید زمینهای خالی اطراف توسعه پیدا کرد و در سال ۱۳۸۵ بیمارستان ۱۷۴ تختی محب مهر تاسیس شد. این بیمارستان به صورت هیات مدیره ای (از نوع شرکتی غیرانتفاعی) اداره می شود و با توجه به عملکرد مناسب این بیمارستان، درآمدهای حاصله، بعد از پرداخت حق الزحمه کارکنان، صرف توسعه بیمارستان شد. با توجه به توضیحات فوق می توان احداث این بیمارستان را به عنوان یک مورد موفق از ایجاد بیمارستان های غیر دولتی قلمداد کرد و الگوهای به کار رفته در ایجاد این بیمارستان را برای ایجاد بیمارستانهای خودگردان، مستقل یا شرکتی به کار برد.

این مطالعه با هدف بررسی فرایند پیدایش بیمارستان محب مهر و استخراج تجربیات آن به صورت یک مدل برای توسعه بخش غیردولتی و کاهش تصدی گری دولت در بخش سلامت انجام گرفت.

مواد و روش ها

این مطالعه از نظر رویکرد یک مطالعه کیفی بود که به صورت مطالعات موردی، یا مورد پژوهی، انجام گرفت. پیدایش بیمارستان غیر دولتی و غیر انتفاعی محب مهر و فرایند آن، به جهت منحصر به فرد بودن تجربه در کشور، مورد مطالعه قرار گرفت. جامعه پژوهش بنیان گذاران، اعضای هیات مدیره و مسئولان پیشین و حال بیمارستان و نیز کارکنان آن بودند که مورد مصاحبه قرار گرفتند. همچنین با برخی از مسئولان دانشگاه علوم پزشکی که بیمارستان در حوزه نظارتی آنان قرار داشت مصاحبه شد. برخی از اعضای انجمن خیریه محب و مسئولان بانکی که برای ساخت بیمارستان وام پرداختند نیز مورد مصاحبه قرار گرفتند. نمونه گیری از نوع هدفمند بود و معیار انتخاب، داشتن تجربه کار بالینی یا مدیریتی از سالهای پیش از تاسیس بیمارستان و آشنایی کامل با فرایند تاسیس بیمارستان محب مهر بود. مصاحبه ها تا زمان رسیدن به اشباع داده ای ادامه پیدا کرد و این امر پس از انجام ۱۷ مصاحبه حاصل شد. زمان مصاحبه ها بین ۴۰ تا ۹۵ دقیقه متغیر بود. هر مصاحبه پس از معرفی مطالعه و اهداف آن و نیز ذکر محرمانه نگه داشتن هویت افراد و داوطلبانه بودن آن و اجازه افراد شروع می شد. مصاحبه ها در صورت رضایت افراد ضبط شدند و مصاحبه های ضبط شده پس از پیاده سازی کدگذاری شدند.

¹ Open coding

² Axial coding

³ Selective coding

جدول ۱. مشخصات مصاحبه شوندگان در مطالعه

| شماره مصاحبه | سمت | جنسیت | مدت مصاحبه (دقیقه) |
|--------------|------------------------|-------|--------------------|
| ۱ | عضو هیات مدیره/جراح | مرد | ۶۶ |
| ۲ | معاون اجرایی/جراح | مرد | ۹۵ |
| ۳ | عضو هیات مدیره/جراح | مرد | ۴۳ |
| ۴ | عضو هیات مدیره/جراح | مرد | ۵۱ |
| ۵ | عضو هیات مدیره/مدیر | مرد | ۵۸ |
| ۶ | پرستار | زن | ۵۵ |
| ۷ | عضو انجمن خیریه | مرد | ۶۴ |
| ۸ | مسئول دفتر بهبود کیفیت | زن | ۶۹ |
| ۹ | سرپرستار | زن | ۶۱ |
| ۱۰ | مسئول امور مالی | مرد | ۴۷ |
| ۱۱ | جراح | مرد | ۴۰ |
| ۱۲ | مسئول سابق دانشگاه | مرد | ۷۲ |
| ۱۳ | مسئول سابق دانشگاه | مرد | ۶۲ |
| ۱۴ | مسئول امور اداری | مرد | ۴۸ |
| ۱۵ | مسئول امور مالی | مرد | ۴۱ |
| ۱۶ | مسئول اعتبارات بانک | مرد | ۶۰ |
| ۱۷ | عضو هیات مدیره | مرد | ۸۶ |

| پایامدها | کنشها و واکنشها | پدیده | عامل ثانویه | عوامل اولیه |
|---|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> دسترسی خوب بیماران به پزشکان در مرکز و بخش نقش بافر مرکز و بخش با یکدیگر ایجاد انتخاب برای خدمات لوکس برای بیماران مرکز استفاده از درآمد محب برای توسعه بیمارستانهای غیرانتفاعی بیشتر رضایت دولت پس از ساخت بیمارستان محب | <ul style="list-style-type: none"> مثبت: استقبال پزشکان مرکز منفی: مقاومت وزارت و بخش خصوصی، واکنش منفی رسانه ملی | <ul style="list-style-type: none"> افتتاح بخش محب | <ul style="list-style-type: none"> وجود فضاهاى مرده اداری در بیمارستان فرصت قرارداد با بیمه های مکمل | <ul style="list-style-type: none"> نارضایتی پزشکان از پرداختها اشتغال همزمان پزشکان در بخش خصوصی |

عوامل زمینه ای:

- عدم سخت گیری در زمینه اشتغال همزمان کارکنان بیمارستان در بخش دولتی و خصوصی
- وجود چندین متولی موازی برای گسترش بیمارستانها
- تشدید شرایط بد مالی بیمارستانها با طرح خودگردانی
- تشدید شرایط بد مالی بیمارستانها با گسترش بیمه های تکمیلی
- پایین بودن مقبولیت خدمات بیمارستانهای دولتی

شکل ۲. فرایند شکل گیری بیمارستان غیردولتی و غیر انتفاعی محب مهر

تحولات هاشمی نژاد به سری از این فضاها آزاد شد و این ایده شکل گرفت که اگر در کنار این مرکز دولتی، که اون موقع ها مساله PPP بود و حالا دیگه به اون شکل نیست، اگر یک جایی باشه که مرضیای مکمل و یا مرضیایی که دوست ندارن تو مرکز آموزشی بستری بشن که رزیدنت بخواد کاراشونو انجام بده اونها هم بتونن از این فضا و امکانات استفاده کنن. اونجا بود که این فضا که یک فضای غیردرمانی بود اونجا موسسه ای تشکیل شد به نام محب و این فضا واگذار شد به صورت اجاره به محب و یک بخش ۱۶ تخته ساخته شد "مصاحبه ۳"

عوامل زمینه ای

در کنار عوامل اولیه و ثانویه موثر در ایجاد بیمارستان محب مهر شرایط زمینه ای متعددی هم وجود داشتند که در این فرایند نقش داشتند و بدون توجه به آنها نمی توان ماهیت شکل گیری بیمارستان را درک کرد. این موارد به شرح ذیل هستند:

عدم سخت گیری در زمینه اشتغال همزمان کارکنان بیمارستان در بخش دولتی و خصوصی: وزارت بهداشت به طور سنتی و تاریخی هیچگاه در مقابل اشتغال همزمان در بخش دولتی و خصوصی سخت گیری نکرده است. بسیاری از کارکنان بخش سلامت به ویژه بیمارستانها باید به صورت تمام وقت در بخش دولتی کار کنند اما اشتغال همزمان در بخش دولتی و خصوصی، به ویژه میان پزشکان متخصص، کاملا معمول است. بدین ترتیب ایجاد یک بیمارستان غیردولتی با تکیه بر استفاده از کارکنان بخش دولتی مورد انتقاد قرار نگرفت.

"خود وزیر می گوید بیشتر از دو جا کار نکنید. من هم همین اعتقاد را دارم. جراح بیمارستان دولتی فقط باید در یک بیمارستان خصوصی دیگر کار کند." مصاحبه ۵

وجود چندین متولی موازی برای توسعه و بازسازی بیمارستانها: بسیاری از بیمارستانهای دولتی شهر تهران موقوفه هستند، بدین معنی که زمین یا کل ساختمان آنها از سوی افراد خیر وقف شده است و در اختیار سازمان اوقاف و امور خیریه هستند. بدین ترتیب در مورد تغییرات ساختمانی در بیمارستانهای دولتی موقوفه می توانند اعلام نظر نمایند. از سوی دیگر بیمارستانهای دانشگاهی زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی هستند. بنابراین در زمینه تغییرات ساختمانی نظارت بر توسعه فیزیکی بیمارستانها دو متولی موازی وجود دارد. این امر موجب شد بیمارستان هاشمی نژاد بتواند ایجاد بخش غیردولتی را از طریق یکی از این سازمانها انجام دهد.

"ما از یک میانبر قانونی برای ایجاد محب استفاده کردیم. اگر به قوانین اشراف نداشتیم نمی توانستیم محب را احداث کنیم چون قانون دانشگاه های علوم پزشکی اجازه نمی داد

هریک از این اجزا ذیلا شرح داده می شوند:

عوامل اولیه تشکیل بخش غیردولتی (مشکلات):

این عوامل عبارت بودند از عللی که اولین جرقه های تفکر برای ایجاد یک بخش غیر دولتی را در کنار و درون بیمارستان دولتی ایجاد نمودند، یعنی (۱) نارضایتی پزشکان از پرداختهای بیمارستان دولتی، و (۲) اشتغال همزمان آنها در بخش خصوصی.

بیمارستان هاشمی نژاد یک بیمارستان دولتی با تخصص کلیه و مجاری ادراری است. یکی از مشکلات اصلی این بیمارستان همانند سایر بیمارستانهای دولتی در دهه های ۷۰ و ۸۰ شمسی پرداختهای ناچیز به پزشکان بود. پرداخت به پزشکان متخصص و جراحان در این بیمارستان بر اساس حقوق ثابت ماهانه انجام می شد و کارانه پرداختی هم مبلغ ناچیزی بود. در این شرایط پزشکان بیمارستان برای کسب درآمد بیشتر همزمان مبادرت به اشتغال در چند مرکز خصوصی دیگر می نمودند. بدین ترتیب تمرکز پزشکان بر کار خود در بیمارستان هاشمی نژاد کمتر می شد و درآمد بیمارستان نیز به واسطه این عارضه باز هم کمتر می شد.

"ما نمی توانستیم پزشکان را مجبور کنیم فقط در بیمارستان ما کار کنند. پرداختها به آنها در مقایسه با بخش خصوصی ناچیز بود و اونها علاقه داشتند عصرها بروند بخش خصوصی کار کنند، اگرچه قانونا تمام وقت بودند و باید در بخش دولتی کار می کردند. اگر هم مجبورشان می کردیم کلا از بیمارستان می رفتند." مصاحبه ۱

عوامل ثانویه تشکیل بخش غیردولتی (تشویق کننده):

عوامل ثانویه در این پژوهش به مواردی اطلاق می شوند که مسئولان بیمارستان دولتی را تشویق کردند تفکر ایجاد بخش غیردولتی را به واقعیت تبدیل نمایند. این عوامل عبارت بودند از (۱) وجود فضاهای اداری و غیربالیینی زیاد در بیمارستان، و (۲) فرصت عقد قرارداد با بیمه های تکمیلی.

مدیران بیمارستان با توجه به وجود فضاهای زیاد اداری و غیربالیینی به این فکر افتادند که با فشردن فضاهای اداری و غیر ضروری که درآمدی برای بیمارستان ایجاد نمی کنند می توانند یک فضای بالیینی ایجاد کنند و آن را به صورت اجاره به یک نهاد غیردولتی، به یک فضای درآمدزا برای بیمارستان تبدیل نمایند. این فضا در صورت تبدیل به یک بخش غیر دولتی این امکان را داشت تا با بیمه های تکمیلی قرارداد داشته باشد، فرصتی که برای بیمارستانهای دولتی فراهم نیست و در صورت انعقاد قرارداد می توانست بیماران دارای بیمه های تکمیلی را به خود جذب نماید.

"در بیمارستان به سری فضاهایی وجود داشت که اینها فضاهای اداری بود، بایگانی بود، انبار بود. در تغییرات و

"همه دانشگاههای ما بیمه مکمل دارن از در این اتاق بگیر تا در پارکینگ همه بیمه تکمیلی داریم. من همیشه میگم معنی این یعنی ما خدمتی که خودمون ارائه میدیم خودمون قبول نداریم. این یعنی اگه یه موقع مریض بشیم میگیم هاشمی نژاد نه. خوب دیگه هستش دیگه." مصاحبه ۱

کنشها و واکنشها

استقبال پزشکان مرکز: پزشکان مرکز هاشمی نژاد از تاسیس بخش غیردولتی استقبال نمودند، چرا که همگی در بیمارستانهای غیردولتی دیگر با مسافت زیاد مشغول بودند. بدین ترتیب اکثر پزشکان و پرستاران هاشمی نژاد در بخش غیردولتی نزدیک به بیمارستان، یعنی بخش و بیمارستان محب، مشغول به کار شدند که به لحاظ بعد مسافت، هماهنگی و رسیدگی به بیماران برایشان در اولویت بود.

"همه پزشکا تمام مدت اینجا بودن هم کارای دولتی‌شون رو انجام میدادن، در وقت غیر دولتی‌شون هم میتونستن مریضایی که از مطب داشتن و مریضای مکمل بودن یا مریضای توریسم بودن رو بیارن تو این بخش ویزیت و عمل کنند." مصاحبه ۲

مقاومت وزارت و بخش خصوصی، واکنش منفی رسانه ملی: خارج از بیمارستان اغلب گروهها با ایجاد بخش غیردولتی در یک مرکز دولتی موافق نبودند و مقاوت نشان می دادند. وزارت بهداشت در چندین نوبت در صدد تعطیل کردن بخش بود، چرا که با هیچ یک از ساختارهای تعریف شده اش مطابقت نداشت. واکنش بخش خصوصی هم به علت ایجاد رقابت مثبت نبود. حتی رسانه ملی هم نسبت به این پدیده واکنش منفی داشت.

"ابتدا که محب افتتاح شد ما ابعاد رسانه ای دادیم. استاندار آمد. در آن زمان لابی بیمارستان هاشمی نژاد در حال بازسازی بود و ما اتاق عمل هاشمی نژاد را طبق استانداردها بازسازی کرده بودیم. ولی سقف لابی را آورده بودیم پایین. آن موقع خبرنگار آمد و وی آی پی را فیلم برداری کردند و گفتند امروز بخش خصوصی بیمارستان هاشمی نژاد برای بیمارانی که توان مالی دارند افتتاح شد ولی سقف بیمارستان هاشمی نژاد را نشان دادند که کابلها آویزان بودند و داشتند کار می کردند و می گفت به امید روزی که همانطور که به بیماران دارا رسیدگی می شود به بیماران ندار هم رسیدگی شود." مصاحبه ۳

پیامدها

دسترسی خوب بیماران به پزشکان در مرکز و بخش: بعد از راه اندازی بخش غیردولتی VIP بیشتر پزشکان بیمارستان هاشمی نژاد دیگر برای کار در بخش خصوصی به بیمارستانهای دیگر نمی رفتند. بدین ترتیب می توانستند

بدون هماهنگی تغییرات ساختمانی در بیمارستان ایجاد کنیم. اما ما می دانستیم که بیمارستان هاشمی نژاد موقوفه است و یک متولی دیگر دارد که اداره اوقاف است. ما سراغ اوقاف رفتیم و اونها مجوز دادند. برای ساخت هم نمی تونستیم از دولت پول بگیریم چون مخالف بودن، بنابراین از بانک وام گرفتیم و علی رغم مخالفت بدنه دانشگاه، محب را ساختیم." مصاحبه ۱۷

تشدید شرایط بد مالی بیمارستانها با طرح خودگردانی: از دهه ۷۰ شمسی طی طرح خودگردانی مصوب وزارت بهداشت بیمارستانها موظف شدند هزینه های خود به غیر از حقوق کارکنان را خود تامین نمایند. بدین ترتیب فشار اقتصادی زیادی به بیمارستانهای دولتی وارد شد، چرا که در این بیمارستانها خدمات باید با تعرفه های دولتی ارائه می شد. درآمد بیمارستانها معمولا برای تامین هزینه مواد مصرفی مانند دارو و ملزومات، غذا، البسه و نیز خرید و نگهداری تجهیزات کافی نبود.

"اون موقع (دهه هفتاد شمسی) طرح خودگردانی باعث شد بیمارستانهای دولتی به همه فروشندگان، از تجهیزات، دارو، مواد غذایی و ... بدهکار بشن. ما در بیمارستان هاشمی نژاد حتی نتونستیم پول برق بیمارستان رو پرداخت کنیم." مصاحبه ۱۵

تشدید شرایط بد مالی بیمارستانها با گسترش بیمه های تکمیلی: گسترش بیمه های تکمیلی باعث شد مردم دسترسی بیشتری به خدمات بیمارستانهای خصوصی پیدا کنند. با توجه به گرایش طبیعی مردم به بخش غیردولتی و خدمات لوکس تر، پیدایش بیمه های تکمیلی به معنی کم شدن مراجعه مردم به بیمارستانهای دولتی و کمتر شدن درآمدهای آنها بود.

"همین منابع مالی هم که وجود داشت، داشت به سمت بیمه های تکمیلی منحرف می شد و بیمه های تکمیلی هم طرف قرار دادشون بیمارستانهای غیردولتی بودن. بنابراین بیمارستانهای دولتی از بیمار و نیروی انسانی خالی می شد، چون بخش خصوصی کشش زیادی ایجاد کرده بود و بنابراین بیمارستانهای دولتی به شدت داشتند به سمت سقوط پیش می رفتند." مصاحبه ۱۰

پایین بودن مقبولیت خدمات بیمارستانهای دولتی: بیمارستانهای دولتی به شکل سنتی به پایین بودن کیفیت خدمات (البته نه کیفیت پایین درمان)، تمیز نبودن، و ازدحام معروف هستند. همچنین شاغل بودن دانشجویان در بیمارستانهای آموزشی نوعی عدم اطمینان در بیماران ایجاد می نماید. بدین ترتیب با توسعه بیمه های تکمیلی مردم برای دریافت خدمات بهتر، البته از منظر خود مردم، به سمت بیمارستانهای غیردولتی متمایل شدند.

دولتی بود و تعرفه های مصوب آن بسیار نزدیک به تعرفه های بیمارستانهای دولتی بود.

"سه ماه بیمارستان تعطیل شد. ولی در نهایت مثبت شدند. یعنی خود رییس جمهور بعدها متقاعد شدند که باید ایجاد شود و گفت در کشور باید ۲۰ بیمارستان مثل محل محب ایجاد شود. خوب خودشون تفاوتها رو می دیدند. کدوم بیمارستان غیردولتی الان بیمه پایه قبول می کنه؟" مصاحبه ۱۲

بحث

شواهد نشان می دهد بیشتر تلاشهای صورت گرفته برای ایجاد بیمارستانهای مستقل در کشورهای در حال توسعه نتوانسته اند موجب کاهش هدر رفت منابع و افزایش کیفیت شوند که علت این امر نداشتن یک نگاه جامع در طراحی این سیاست و اجرای ناقص سیاست مذکور است (۱۷). همچنین در بسیاری موارد، ایفای نقش کارکنان درمانی، به ویژه پزشکان، در مسند مدیریت تغییر و نیز آسیب پذیر بودن اصلاحات بیمارستانهای دولتی در برابر تغییرات سیاسی، همزمان با شکست بازار سلامت منجر به اجرای ناموفق سیاستهای مشابه دامن زده است (۱۸).

در این مطالعه با بررسی تجربه موفق راه اندازی گونه ای نوآورانه از بیمارستانهای شرکتی در کشور (۱۹)، در قالب بررسی فرایند پیدایش بیمارستان محب، به عنوان یک بیمارستان غیردولتی و غیرانتفاعی، سعی شده است درس آموخته ها در قالب یک مدل ارائه شود. همانطور که در یافته ها اشاره شد، نیاز به ایجاد یک بخش غیردولتی و سپس توسعه آن به یک بیمارستان، از نارضایتی پزشکان متخصص در یک مرکز دولتی شروع شد. نارضایتی از سطح پرداختها باعث شد پزشکان دولتی همزمان در بخش خصوصی هم شاغل شوند که خود موجب کم شدن حضور پزشکان در بیمارستان دولتی شد. بدین ترتیب مدیران مرکز هاشمی نژاد تصمیم گرفتند با تبدیل فضاهای غیربالیینی و غیردرآمدزا، یک بخش بالینی غیرانتفاعی ایجاد نمایند و آن را به موسسه محب اجاره دهند تا پزشکان آن مرکز در زمانهای غیراداری بتوانند در این بخش به ارائه خدمات خصوصی بپردازند. وجود بیمه های تکمیلی که می توانستند با بیمارستانهای غیردولتی قرارداد داشته باشند فرصت مناسبی برای این بخش به وجود آورد تا بیماران بخش خصوصی را جذب نماید. این اقدام مورد حمایت پزشکان مرکز هاشمی نژاد قرار گرفت، چرا که پزشکان به جای یک بیمارستان خصوصی دور از مرکز هاشمی نژاد، توانستند فعالیتهای خصوصی خود را در جوار مرکز هاشمی نژاد انجام دهند. با این حال خارج از بیمارستان مقاومتها و مخالفتهای زیادی از جانب دولت، وزارت بهداشت و حتی بخش خصوصی صورت گرفت. در پاسخ به این جبهه گیری، تلاش

زمان بیشتری را صرف بیماران خود در مرکز هاشمی نژاد و نیز بخش محب بکنند.

"ما پزشکا برامون خیلی مهم بود که بخش بیمارستان خصوصیمون نزدیک هاشمی نژاد باشه. با ایجاد محب خیلی هامون اومدیم اینجا و وقت بیشتری برای مریضامون گذاشتیم." مصاحبه ۴

نقش بافر مرکز و بخش با یکدیگر: به علت همجواری مرکز و بخش محب و مشترک بودن کارکنان در بسیاری از مواقع این دو بیمارستان نقش بافر مالی را برای هم داشتند. بدین معنی که گاهی منابع مالی مرکز هاشمی نژاد در اختیار بخش محب قرار می گرفت و گاهی نیز بخش محب در تنگناهای مالی هاشمی نژاد به این مرکز قرض می داد.

"موقعی که محب ۱۶ تخته بود پولی تولید می کرد که خرج تجهیز هاشمی نژاد می شد." مصاحبه ۳

ایجاد انتخاب برای خدمات لوکس برای بیماران مرکز: برای برخی از بیماران مراجعه کننده به مرکز هاشمی نژاد خدمات لوکس در اولویت بود. با توجه به این که این بیمارستان دولتی و دانشگاهی است ارائه این گونه خدمات میسر نبود و بعضا موجب انتقال بیماران به مراکز دیگر می شد. با ایجاد بخش غیردولتی امکان ارائه خدمات لوکس میسر شد و مراجعه به مرکز هاشمی نژاد، به واسطه وجود خدمات لوکس در بخش محب، افزایش یافت.

"بعضی مریضا که میومدن مرکز هاشمی نژاد برای عمل دوست نداشتن به وسیله دانشجو معاینه بشن، یا دوست داشتن اتاق تک تخته داشته باشن، اینطوری با تاسیس بخش غیردولتی میتونستیم اونها رو منتقل کنیم به محب." مصاحبه ۹

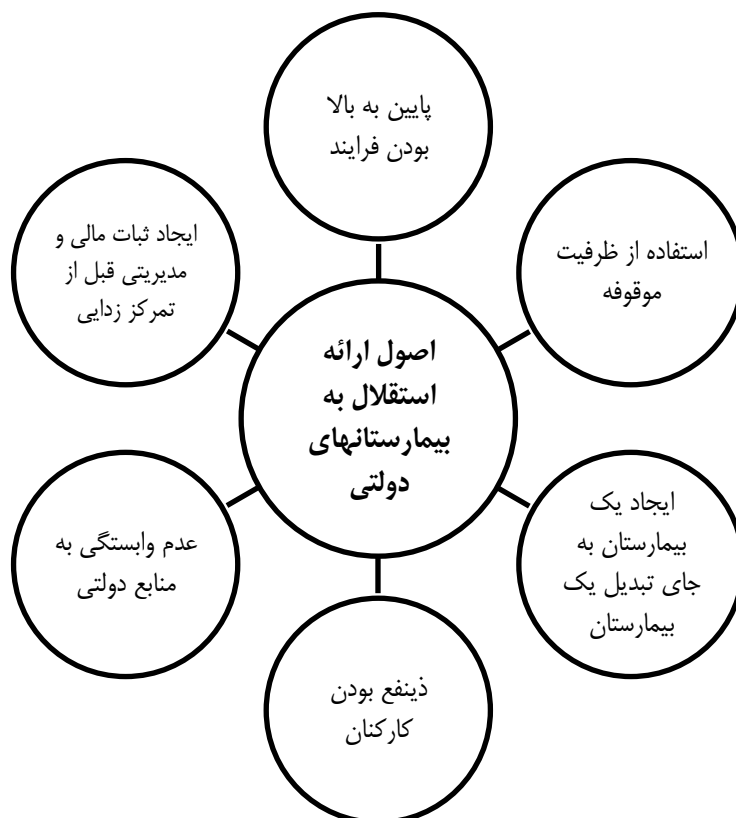
استفاده از درآمد محب برای توسعه بیمارستانهای غیرانتفاعی بیشتر: یکی از پیامدهای ایجاد بخش محب، به علت غیرانتفاعی بودن آن، ایجاد یک منبع مالی برای توسعه بود. با درآمدهای حاصله بخش به یک بیمارستان تبدیل شد و سپس با درآمدهای حاصله بیمارستانهای غیردولتی دیگری به صورت زنجیره ای ایجاد شد.

"ما با درآمدهای حاصله از محب و وام گرفتن از بانک توانستیم ظرف ۱۸ ماه شعبه دوم بیمارستان محب، یعنی محب کوثر را بسازیم." مصاحبه ۱

رضایت دولت پس از ساخت بیمارستان محب: اگرچه دولت و وزارت بهداشت رویکرد خوبی نسبت به افتتاح بخش غیردولتی در مرکز هاشمی نژاد نداشتند، بعد از گسترش بخش غیردولتی و ایجاد بیمارستان محب، بازخورد مثبتی نسبت به بیمارستان محب نشان دادند. علت هم این بود که محب به عنوان یک بیمارستان غیردولتی پذیرای بیمه های

بررسی درس آموخته های ایجاد بیمارستان محب مهر می تواند به عنوان مدلی برای تاسیس بیمارستانهای مستقل یا شرکتی در ایران و کشورهای در حال توسعه مورد استفاده قرار گیرند. شکل ۳ خلاصه ای از این درس آموخته ها را در قالب مدل نشان می دهد. اجزاء این مدل، به همراه بررسی مطالعات مرتبط به هر جزء مدل ذیلا تشریح می شوند.

مدیران مرکز هاشمی نژاد و بخش محب باعث شد نظرات منفی وزارت بهداشت تعدیل شود، چرا که ایجاد این بخش غیرانتفاعی موجب بهبود دسترسی بیماران مختلف به خدمات شده بود و پزشکان نیز تمرکز بیشتری بر بیماران خود داشتند. از همه مهمتر این که ایجاد یک بخش و سپس بیمارستان غیرانتفاعی، موجب شده بود سرمایه های لازم جهت توسعه زنجیره های بیمارستانهای غیرانتفاعی دیگر ایجاد شود.



شکل ۳. مدل ملاحظات لازم برای تاسیس بیمارستانهای مستقل و شرکتی

استفاده از بیمارستانهای موقوفه (دور زدن وزارت بهداشت): با توجه به این که توسعه بیمارستانهای دولتی در ایران و بسیاری از کشورها زیر نظر وزارت بهداشت صورت می گیرند، انتظار می رود تغییرات خودجوش و پایین به بالا در بیمارستانها با مقاومت این نهاد صورت گیرد. در ایران هم این مقاومت وجود داشت اما در مورد مطالعه شده به علت این که بیمارستان موقوفه بود مدیران بیمارستان با علم به مخالفت وزارت بهداشت از اداره اوقاف به عنوان یک جایگزین و البته میانبر استفاده نمودند. دولت و وزارت بهداشت بعدها به این نتیجه رسیدند که می توانند به این گونه تغییرات در بیمارستانهای دولتی مجوز بدهند. شواهد نشان می دهد برای ایجاد تغییرات در بیمارستانها، به ویژه در سیستم های دولتی

پایین به بالا بودن فرایند ایجاد بیمارستان غیردولتی: در حالی که در تمام مدل های قبلی پیاده شده در ایران و بسیاری از کشورهای در حال توسعه، تغییر ساختار در بیمارستانها به صورت یک دستور و تکلیف از سوی دولتها به بیمارستانها اعلام شده اند (۲۰، ۲۱)، نمونه مطالعه شده در این مطالعه به صورت پایین به بالا بود. علت پایین به بالا بودن فرایند تاسیس، شکل گیری نیاز در داخل بیمارستان بود و هیچ اجبار یا دستوری خارج از مجموعه صادر نشده بود. مسلماً در مدل های پایین به بالا نیاز برای ایجاد یک تغییر در جزء جزء سیستم احساس می شود و تیم مدیریت و کارکنان مجموعه آمادگی و تمایل بیشتری برای پیشبرد تغییر خواهند داشت. (۲۲)

گری موجب می شود شرایط مالی نامساعدی ایجاد شود و در چنین مواردی معمولاً اقدامات تفویض اختیار و روی آوردن به بخش خصوصی متداول می شود. اما شواهد نشان می دهد اقداماتی مانند تفویض اختیار و مشارکت بخش دولتی و خصوصی در شرایط ناپایدار موفقیت آمیز نخواهد بود. (۲۵) بدین ترتیب قبل از اقداماتی مانند کاهش تصدی گری دولت و ایجاد مشارکت بین بخش دولتی و خصوصی باید شرایط مالی و مدیریتی پایدار را ایجاد نمود. این ملاحظات قبل از ایجاد بیمارستان محب رعایت شده بودند. به عبارتی مشکلات بیمارستان هاشمی نژاد از نظر مالی، مدیریتی و ساختمانی برطرف شده بود و پس از رسیدن این بیمارستان به شرایط پایدار، بیمارستان محب مهر تاسیس شد.

نتیجه گیری

این مطالعه مدلی را برای نحوه کاهش نقش دولت در اداره بیمارستانهای دولتی، مانند ایجاد بیمارستانهای مستقل یا شرکتی برای کشورهای در حال توسعه ارائه می دهد که می تواند یکی از انواع مشارکت بخش دولتی و خصوصی باشد. با این حال نتایج این مطالعه به معنای تایید تبدیل بیمارستانهای دولتی به بیمارستانهای مستقل یا شرکتی نیست، بلکه پیشنهاد می شود چنانچه دولت تصمیم به کاهش تصدی گری گرفته باشد، باید از مسیر مشخصی و با رعایت اصول تبیین شده در این مطالعه اقدام نماید. در این مطالعه پیشنهاد می شود بیمارستانهای مستقل یا شرکتی از ابتدا ایجاد شوند، نه جایگزین بیمارستانهای پیشین. به ترتیب که دولتها اجازه دهند بیمارستانهای دولتی پیشین باقی بمانند اما به جای تاسیس بیمارستانهای دولتی جدید، تنها اجازه دهند بیمارستانها از ابتدا با ساختار مستقل یا هیات امنایی یا شرکتی تشکیل شوند. همین فرایند نیز باید خودجوش و همراستا با منافع کارکنان باشد و نمی توان امیدوار بود مدل‌های دستوری موفق شوند. در این فرایند، مداخلات دولت باید به حداقل برسد و برخی قوانین خشک در تشکیلات بیمارستانهای دولتی تعدیل شوند. همچنین، اقدامات تمرکز زدایی در بخش دولتی تنها پس از ایجاد ثبات مالی و مدیریتی در سازمانها صورت گیرند.

ملاحظات اخلاقی

رعایت دستورالعمل‌های اخلاقی: این پژوهش با کد اخلاق شماره IR.IUMS.REC.1397.12162 انجام شده است.

حمایت مالی: این پژوهش با حمایت مالی مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی ایران با شماره قرارداد ۵/۹۶/۳۶ انجام شد.

تضاد منافع: در این مطالعه تضاد منافع وجود نداشت.

کشورهای در حال توسعه، باید برخی از مقررات خشک را دور زد. (۲۳)

ایجاد یک بیمارستان به جای تبدیل یک بیمارستان به نمونه های ناموفق پیشین منبنا بر این بود که یک بیمارستان با ساختار دولتی بودجه ای تبدیل به یک بیمارستان هیات امنایی شود که معمولاً ایجاد تضاد منافع برای برخی از گروه های حرفه ای درون بیمارستان یا مجموعه دانشگاه علوم پزشکی می کرد. در ابعاد بزرگتر هم پیامد آن کم شدن اقتدار دولتی بود. بدین ترتیب برخی از سطوح دولت یا دستگاه های دولتی برای از دست ندادن قدرت خویش در برابر این تغییر مقاومت می کردند. (۱۰) در مطالعه فعلی بیمارستان هیات امنایی جایگزین هیچ سازمانی نشد و بنابراین مقاومتی به علت کاهش قدرت در آن صورت نگرفت.

ذینفع بودن کارکنان: در مدل‌های پیشین تبدیل بیمارستان بودجه ای به هیات امنایی، تمام کارکنان باید متعهد می شدند که به طور تمام وقت در بیمارستان کار کنند که بر خلاف منافع آنان بود، چرا که اغلب پزشکان بیمارستانهای دولتی در ایران در بخش خصوصی نیز فعالیت می کنند. با این حال عملاً نظام سلامت ایران نتوانست پزشکان را به صورت تمام وقت در بیمارستانهای دولتی حفظ کند. در مدل ارائه شده در این مطالعه منافع ایجاد شده برای پزشکان به مراتب بیشتر از الگوهای پیشین است چرا که دو بیمارستان، یک مورد دولتی و دیگری غیردولتی در جوار یکدیگر می توانند مورد استفاده پزشکان متخصص قرار گیرند. ایجاد انگیزه های مالی تضمین شده برای پزشکان، نقش مثبتی در پیشبرد سیاستهای مشابه در کشورهای در حال توسعه داشته است (۲۴).

عدم وابستگی به منابع دولتی: در اغلب مدل‌های پیشین تبدیل بیمارستان بودجه ای به هیات امنایی نیازمند کمک دولت بود، چرا که بیمارستانهای هیات امنایی باید پرداخت بیشتری به کارکنان خود انجام می دادند. همچنین بیمارستانها نیازمند مساعدت مالی دولت برای تجهیز خود به عنوان یک بیمارستان هیات امنایی بودند تا مانع از خروج پزشکان خود شوند. بدین ترتیب وابستگی مالی بیمارستان به دولت، زمینه دخالتهای افراد دولتی در بیمارستان را فراهم می کرد و فرایند استقلال یافتن بیمارستانها به یک بازی سیاسی تبدیل می شد. (۱۰، ۱۲) اما در مدل مورد مطالعه مسئولان بیمارستان از وام بانکی برای تامین هزینه های اولیه استفاده نمودند و بدین ترتیب راه نفوذ مقامات دولتی و سیاسی بسته شد.

ایجاد ثبات مالی و مدیریتی قبل از تمرکز زدایی: یکی از انگیزه های اصلی دولت برای ایجاد مشارکت با بخش خصوصی، بهبود شرایط نامساعد مالی است. در بسیاری از موارد ناکارآمدی بخش دولتی و سردرگمی دولت در تصدی

References

1. Baldwin JN. Are we really lazy. Review of Public Personnel Administration. 1984;4(2):80-9.
2. Haufler V. A public role for the private sector: Industry self-regulation in a global economy: Carnegie Endowment; 2013.
3. Saltman RB, Figueras J. European health care reform: analysis of current strategies. World Health Organization. 1997.
4. Pollock AM. NHS plc: the privatisation of our health care. BMJ. 2004;329:862.
5. Preker AS, Harding AL. Private participation in health services: The World Bank; 2003.
6. Saltman RB, Durán A, Dubois HF. Governing public hospitals. Copenhagen: WHO. 2011.
7. Saltman RB, Duran A. Governance, government, and the search for new provider models. International journal of health policy and management. 2016;5(1):33.
8. Verzulli R, Jacobs R, Goddard M. Autonomy and performance in the public sector: the experience of English NHS hospitals. The European Journal of Health Economics. 2018;19(4):607-26.
9. Lindlbauer I WV, Schreyögg J. Antecedents and consequences of corporatization :An empirical analysis of German public hospitals. Journal of Public Administration Research and Theory. 2015;26(2):309-26.
10. Markazi-Moghaddam N, Aryankhesal A, Arab M. The first stages of liberalization of public hospitals in Iran: Establishment of autonomous hospitals and the barriers. Iranian journal of public health. 2014;43(12):1640.
11. Jafari M, Rashidian A, Abolhasani F, Mohammad K, Yazdani S, Parkerton P, et al. Space or no space for managing public hospitals; a qualitative study of hospital autonomy in Iran. The International journal of health planning and management. 2011;26(3):e121-e37.
12. Saeed A. Understanding Policy Making and Implementation in Pakistan: A Case of Hospital Autonomy Reforms. Pub Pol Admin Res. 2013;3:23-32.
13. Lieberman SS, Capuno JJ, Van Minh H. Decentralizing health: lessons from Indonesia, the Philippines, and Vietnam. East Asia decentralizes: Making local government work. 2005:155-78.
14. De Geyndt W. Does autonomy for public hospitals in developing countries increase performance? Evidence-based case studies. Social Science & Medicine. 2017;179:74-80.
15. Etemadian M, Shadpour P, Soleimani MJ, Biglar M, Hadi Radfar M, Jarrahi M. Iranian-Islamic Model of Public-Private Partnership in Hospital Management: Introducing Moheb Hospital Model. International Journal of Hospital Research. 2013;2(2):95-8.
16. Charmaz K, Belgrave L. Qualitative interviewing and grounded theory analysis. The SAGE handbook of interview research: The complexity of the craft. 2012;2:347-65.
17. Ravaghi H, Foroughi Z, Nemati A, Bélorgeot VD. A holistic view on implementing hospital autonomy reforms in developing countries: a systematic review. Health policy and planning. 2018;33(10):1118-27.
18. Saltman RB, Chanturidze T. Why Is Reform of Hospitals So Difficult? Understanding Hospitals in Changing Health Systems: Springer; 2020. p. 167-92.
19. Miremadi M, Goudarzi K. Developing an innovative business model for hospital services in Iran: a case study of Moheb Hospitals. Leadership in Health Services. 2019;32(1):129-47.
20. Doshmangir L, Rashidian A, Jafari M, Takian A, Ravaghi H. Opening the Black Box: The Experiences and Lessons From the Public Hospitals Autonomy Policy in Iran. Archives of Iranian Medicine (AIM). 2015;18.(۷)
21. Collins CD, Omar M, Tarin E. Decentralization, health care and policy process in the Punjab, Pakistan in the 1990s. The International journal of health planning and management. 2002;17(2):123-46.
22. Kuipers BS, Higgs M, Kickert W, Tummers L, Grandia J, Van der Voet J. The management of change in public organizations: A literature review. Public administration. 2014;92(1):1-20.
23. Caulfield JL. The politics of bureau reform in sub-Saharan Africa. Public Administration and Development: The International Journal of Management Research and Practice. 2006;26(1):15-26.
24. Vö MTH, Löfgren K. An institutional analysis of the fiscal autonomy of public hospitals in Vietnam. Asia & the Pacific Policy Studies. 2019;6(1):90-107.
25. Jütting JP, Kauffmann C, McDonnell I, Osterrieder H, Pinaud N, Wegner L. Decentralization and poverty in developing countries: exploring the impact. 2004.

A case study on the process of creating the nongovernmental hospital of Moheb Mehr in public sector; providing a model for the development of the nongovernmental sector of health system

Masoud Etemadian¹, Hossein Shahrokh², Aidin Aryankhesal^{3*}

Submitted: 2019.5.29

Accepted: 2020.3.9

Abstract

Background: This study aimed to explore the process of establishing a non-governmental and nonprofit hospital, as a corporate infantry, and a model for the establishment of autonomous and corporate hospitals.

Materials and Methods: This was a qualitative case study. The data were collected by interviewing the founders of Moheb Mehr Hospital, staff and some university officials and charity organizations. The data analysis was conducted based on grounded theory principles and data were coded in three stages of open, axial and selective coding.

Results: The primary factors behind the establishment of Moheb Hospital were the low level of physicians' fees and the physicians' dual practice in the public and private sectors. The existence of unused spaces at Hashemi-Nejad Hospital and the possibility of contracting supplementary insurance were the secondary factors. The reaction included welcoming from hospital physicians and opposition from the government and the Ministry of Health. A good patient access was created due to the lower charges, in comparison to the private sector, and having contract with the supplementary insurance. The negative comments from the government and the Ministry were gradually adjusted.

Conclusion: Instead of turning government hospitals into independent or corporate, it is better to re-establish them in an autonomous or corporate form. Also, before any decentralization action, financial and managerial stability must be created in the organizations. Moreover, employee benefits must be preserved. Instead of receiving government funding, it is better to use the capacity of the endowment and receive bank loans.

Keywords: Corporate hospital, Nonprofit hospital, Decentralization.

¹ Associate Professor of Hospital Management Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

² Assistant Professor of Urology Department, Hasheminejad Kidney Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ Associate Professor of Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding author)

Corresponding author's address: School of Health Management and Information Sciences, Rashid Yasemi St., Vali Asr Ave., Tehran, Iran. Email: aryankhesal.a@iums.ac.ir, Phone: +98-21-88772086, Fax: +98-21-88793334.