چالش‌های مشارکت عمومی – خصوصی در بهره‌برداری از بیمارستان: یک مطالعه موردی

مسعود اعتمادیان[1]، علی محمد مصدق راد[2]، محمود رضا محقق دولت آبادی[1]، حامد دهنوی[3*]

۱. بیمارستان شهید هاشمی نژاد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نشریه پایش
سال هجدهم، شماره دوم، فروردین ـ اردیبهشت ۱۳۹۸ صص ۱۴۸-۱۲۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۳/۱۳
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۹خرداد ۹۸]

چکیده

مقدمه: مشارکت عمومی - خصوصی راهبرد مناسبی برای ارائه خدمات سلامت با کیفیت به مردم و با قیمت تمام شده کمتر برای دولت است. با این وجود، چالش‌های متعددی بر سر راه مشارکت عمومی - خصوصی در نظام سلامت ایران وجود دارد. هدف این پژوهش شناسایی و تبیین چالش‌های مشارکت عمومی - خصوصی در بهره‌برداری از بیمارستان است.

مواد و روش کار: مطالعه موردی حاضر با رویکرد کیفی و با استفاده از مصاحبه، تحلیل اسناد و مشاهده در بیمارستان جامع زنان محب یاس وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۷ انجام شد. مصاحبه نیمه ساختاریافته با ۲۴ نفر از ذی‌نفعان کلیدی مشارکت-کننده در تأسیس و بهره‌برداری بیمارستان و مدیران و کارکنان بیمارستان انجام شد. از روش تحلیل محتوا برای تحلیل داده‌های پژوهش استفاده شد.

یافته ها: راهبرد مشارکت عمومی - خصوصی در بهره‌برداری از بیمارستان محب یاس با چالش‌های قانونی، ساختاری، انسانی، فرهنگی و مدیریتی مواجه شد. نوع مدل مبهم و غیر شفاف مشارکت عمومی- خصوصی، تغییرات سیاسی، ضعف قوانین و مقررات، مشکلات طراحی و ساخت بیمارستان، استفاده محدود از ظرفیت بیمارستان، کمبود منابع مالی، امنیت شغلی پایین کارکنان، نابرابری در جبران خدمت کارکنان، تفاوت‌های فرهنگی، ضعف در مدیریت تعارض، بی‌ثباتی مدیران و ضعف مدیریت مشارکتی، منجر به ناکامی مشارکت عمومی - خصوصی در این بیمارستان شد.

بحث و نتیجه گیری: تجربه مشارکت عمومی - خصوصی در بیمارستان جامع زنان محب یاس موفق نبوده است. جدید بودن نوع مشارکت عمومی - خصوصی، تجربه پایین مدیران در این زمینه و نداشتن یک مدل استاندارد آزمون شده برای بکارگیری این مشارکت، چالش‌هایی در ساخت و بهره‌برداری بیمارستان محب یاس ایجاد کرد.

کلیدواژه: مشارکت عمومی - خصوصی، بیمارستان، مدیریت بیمارستان، چالش‌ها، مطالعه موردی

کد اخلاق: IR.TUMS.SPH.REC.1396.4116

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت
E-mail: Hameddehnavi@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-05]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.7.0]

مقدمه

نظام سلامت ایران با چالش‌هایی نظیر افزایش بار بیماری‌های مزمن و غیر واگیر، افزایش جمعیت سالمند نیازمند مراقبت‌های سلامت بیشتر، افزایش انتظارات مردم جامعه و هزینه‌های تصاعدی بخش سلامت مواجه است [۱]. دولت نقش پر رنگی در ارائه خدمات سلامت ایران دارد و با چالش‌هایی نظیر پراکندگی سازمان‌های ارائه خدمات سلامت و کمبود منابع مالی و نیروی انسانی سلامت مواجه است که منجر به افزایش هزینه تولید و کاهش کیفیت خدمات سلامت شده است. بنابراین، تمامی ذینفعان کلیدی در صنعت سلامت با همکاری یکدیگر باید برای ارائه خدمات اثربخش، کارامد، عادلانه و با کیفیت تلاش کنند. به عبارتی، ارائه خدمات سلامت هزینه-اثربخش نیازمند مشارکت بخش‌های عمومی و خصوصی جامعه است.

مهمترین وجه تمایز بخش عمومی و خصوصی در مالکیت آنها است. سازمان‌ها و نهادهای عمومی تحت مالکیت دولت قرار داشته و توسط مالیات و درآمدهای عمومی تأمین مالی می‌شوند. در مقابل، سازمان‌های خصوصی تحت مالکیت اشخاص و سهامداران بوده و از طریق مبالغ دریافتی از مشتریان محصولات خود، تأمین مالی می‌شوند. سازمان‌های عمومی توسط نیروهای سیاسی و سازمان‌های خصوصی توسط نیروهای بازار کنترل می‌شوند. هدف غایی دولت‌ها تضمین رفاه شهروندان است. دولت‌ها باید کالاها و خدمات عمومی را به طور اثربخش و کارامد تولید کنند و در اختیار مردم قرار دهند. با این وجود، تصور عمومی بر این است که بخش دولتی نسبت به بخش خصوصی ذاتاً از کارایی و پاسخگویی کمتری برخوردار است [۲]. در نتیجه، در سال‌های اخیر حضور بخش خصوصی در ارائه خدمات سلامت در کشورهای در حال توسعه با توجه به کمبود منابع دولت و عملکرد ضعیف بخش دولتی در ارائه خدمات سلامت، افزایش چشمگیری داشته است [۳]. تعداد ۱۳۱ بیمارستان خصوصی با ۱۱۳۶۰ تخت فعال در سال ۱۳۹۰ در کشور وجود داشت که به ۱۷۵ بیمارستان با ۱۷۸۴۹ تخت در سال ۱۳۹۷ افزایش یافت. به عبارتی، تخت‌های بیمارستان‌های خصوصی در این بازه زمانی حدود ۵۷ درصد افزایش یافت [۴]. بیمارستان‌های خصوصی منجر به افزایش حق انتخاب بیماران، ارتقای کیفیت خدمات و کاهش هزینه‌های تولید می‌شوند. با این وجود، خصوصی‌سازی کامل و افزایش بیمارستان‌های خصوصی با توجه به نارسایی‌های بازار سلامت، ممکن است منجر به افزایش هزینه‌های نظام سلامت شود و دسترسی مردم به خدمات سلامت را کاهش دهد.

با ظهور مدیریت نوین New Public Management (NPM) در دهه ۱۹۸۰ میلادی بر استفاده از فرآیندها و تجارب مدیریتی بخش خصوصی در سازمان‌های دولتی و مشارکت بخش‌های دولتی و خصوصی در ارائه خدمات عمومی تأکید شده است. محدودیت منابع و کارایی پایین بخش دولتی دو دلیل اصلی توجه به مشارکت عمومی - خصوصی بوده است. مشارکت عمومی - خصوصی راهبرد مناسبی برای استفاده بهینه و مشترک از ظرفیت‌ها و سرمایه‌های بخش‌های دولتی و خصوصی است که منجر به ارائه خدمات با صرفه از نظر اقتصادی و پر منفعت از نظر اجتماعی می‌شود.

مشارکت عمومی - خصوصی مفهوم جدیدی نیست و سابقه طولانی در دنیا دارد. واژه مشارکت عمومی – خصوصی Partnership Partnership (PPP) ابتدا در امریکا برای تأمین مالی برنامه‌های آموزشی، سپس در دهه ۱۹۵۰ میلادی برای تأمین مالی پروژه‌های زیربنایی حوزه انرژی استفاده شد [۵]. در نتیجه، نقش دولت از سرمایه‌گذاری، اجرا و بهره‌برداری از پروژه‌های عمومی زیربنایی و زیرساختی Infrastructure به خریدار بلند مدت خدمات عمومی از بخش خصوصی تغییر یافت. بیش از ۱۳۰۰ قرارداد مشارکت عمومی - خصوصی با ارزش سرمایه‌ای بیش از ۲۵۰ میلیارد یورو در بازه زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۹ میلادی در اتحادیه اروپا امضا شد. انگلستان، اسپانیا، آلمان، ایتالیا، فرانسه و پرتغال بیشترین میزان قراردادهای مشارکتی را داشتند [۶]. استفاده از منابع بخش خصوصی برای تأمین مالی پروژه‌های زیربنایی عمومی در دهه ۲۰۰۰ میلادی افزایش چشمگیری داشته شده است [۷]. پروژه‌های موفق مشارکت عمومی - خصوصی منجر به ارائه خدمات عمومی با کیفیت به مردم و با قیمت تمام شده کمتر برای دولت می‌شود.

سازمان همکاری اقتصادی و توسعه، مشارکت عمومی - خصوصی را مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات و کالاهایی که به‌طور سنتی توسط دولت‌ها ارائه می‌شد، تعریف می‌کند [۸]. در این قرارداد، اهداف ارائه خدمات بخش دولتی با اهداف کسب سود بخش خصوصی مرتبط است. مشارکت عمومی - خصوصی یک قرارداد بلندمدت بین بخش عمومی (دولت و نهادهای حکومتی) و بخش خصوصی است که در آن بخش دولتی کمیت و کیفیت خدمات عمومی را مشخص کرده و بخش خصوصی مسئول تأمین مالی،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-05]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.7.0]

طراحی، ساخت یا بازسازی تسهیلات عمومی و ارائه خدمات عمومی است. پرداخت به بخش خصوصی توسط طرف دولتی یا استفاده کننده نهایی خدمات عمومی بر اساس میزان ستاده تولید شده صورت می‌گیرد. تسهیلات عمومی در مشارکت عمومی - خصوصی در تملک بخش دولتی باقی خواهد ماند و یا در انتهای مدت قرارداد مشارکت، به مالکیت بخش دولتی درخواهد آمد [۹]. در مشارکت عمومی - خصوصی یک قرارداد بلند مدت بین بخش عمومی و بخش خصوصی به‌منظور تسهیم خطر، منافع، هزینه‌ها و مسئولیت‌ها و هم‌افزایی منابع، تجارب و تخصص‌های دو بخش در ارائه خدمات زیربنایی منعقد می‌شود [۱۰]. بنابراین، چهار ویژگی قرارداد بلند مدت، انتقال ریسک از بخش دولتی به بخش خصوصی، پرداخت مبتنی بر ستاده‌ها و مالکیت بخش دولتی در پایان قرارداد، روش قرارداد مشارکت عمومی - خصوصی را از سایر قراردادهای سرمایه‌گذاری بین دو بخش دولتی و خصوصی مجزا می‌کند.

با این توصیف، قرارداد مشارکت عمومی - خصوصی با قراردادهای خرید خدمت از بخش خصوصی Public sector procurement، ابتکار مالی بخش خصوصی Private finance initiative، واگذاری حق امتیاز انحصاری Concession و اجازه بهره‌برداری یا فروش Franchise متفاوت است. بخش دولتی در قرارداد خرید از بخش خصوصی، الزامات و مشخصات تسهیلات زیربنایی را تعیین کرده، به مناقصه می‌گذارد و در نهایت، هزینه ساخت آن را به بخش خصوصی می‌پردازد. نگهداشت و بهره‌برداری این تسهیلات عمومی به طور کلی در دست بخش دولتی خواهد بود و طرف خصوصی تعهدی نسبت به عملکرد بلندمدت آن تسهیلات بعد از زمان گارانتی تعیین شده ندارد. به این روش سرمایه‌گذاری، مدل طراحی، مناقصه و ساخت Design-Bid-Build (DBB) می‌گویند. ولیکن، اگر بخش خصوصی در قالب یک قرارداد بلند مدت، خدمات پشتیبانی و نگهداشت تسهیلات عمومی Design-Build-Maintenance (DBM) و حتی ارائه خدمات عمومی Design-Build-Operate-Maintenance (DBOM) را هم بر عهده گیرد، نوعی مشارکت عمومی- خصوصی خواهد بود. در این صورت، بخش خصوصی به عنوان شریک بخش دولتی، بخشی از ریسک سرمایه‌گذاری را بر عهده گرفته و عملیات طراحی و ساخت را با کیفیت بالاتری انجام خواهد داد. بخش خصوصی در ابتکارات مالی خصوصی وظیفه طراحی، ساخت و بهره‌برداری از تسهیلات عمومی را بر عهده داشته و بخش دولتی وظیفه خرید خدمات عمومی ارائه شده توسط بخش خصوصی را بر عهده دارد. در این روش مالکیت تسهیلات در اختیار بخش خصوصی بوده و انتقال ریسک هم صورت نمی‌گیرد.

بخش خصوصی در قرارداد امتیاز انحصاری، تسهیلات عمومی را می‌سازد و هزینه سرمایه‌گذاری خود را از مصرف کننده نهایی دریافت می‌کند. در صورتی‌که بخش خصوصی تسهیلات عمومی را در قالب یک قرارداد بلند مدت بسازد و بهره‌برداری کند و در پایان قرارداد به طرف دولتی بازگرداند، نوعی مشارکت عمومی- خصوصی صورت گرفته است. بخش خصوصی در قرارداد اجازه بهره‌برداری یا فروش، در قبال پرداخت مبلغی مشخص، تسهیلات عمومی دولتی ساخته شده موجود را خریداری و بهره‌برداری می‌کند و مدیریت آن را بر عهده می‌گیرد. به عنوان مثال، شرکت‌های خصوصی در برخی از کشورها مانند آلمان، فنلاند، سوئد و ایتالیا بیمارستان‌های دولتی با مشکلات مالی را در قالب این نوع قرارداد خریداری می‌کنند. تعرفه پرداختی به این بیمارستان‌ها مانند بیمارستان‌های دولتی و غیر انتفاعی است [۵]. در صورتی‌که بخش خصوصی در قالب یک قرارداد بلند مدت، تسهیلات عمومی دولتی را اجاره کند، به ارائه خدمات عمومی بپردازد و در نهایت، آن را به طرف دولتی بازگرداند، نوعی مشارکت عمومی- خصوصی صورت گرفته است.

مدل‌های مختلفی برای مشارکت عمومی - خصوصی وجود دارد [۵]. در قرارداد ساخت، بهره‌برداری و واگذاری Build, Operate, Transfer (BOT)، بخش خصوصی، وظیفه طراحی و ساخت تسهیلات عمومی و ارائه خدمات عمومی را بر عهده داشته و پس از پایان مدت قرارداد، تسهیلات عمومی را به دولت باز می‌گرداند. بخش دولتی مالک تسهیلات عمومی بوده و هزینه ساخت و بهره‌برداری را به بخش خصوصی می‌پردازد. قرارداد نوسازی، بهره‌برداری و واگذاری Renovation, Operate, Transfer (ROT) هم مشارکت عمومی- خصوصی تلقی می‌شود. در صورتی‌که، بخش خصوصی وظیفه تأمین مالی طراحی و ساخت تسهیلات عمومی را بر عهده گیرد، قرارداد از نوع Design-Build-Finance- (DBF) و اگر علاوه بر تأمین مالی طراحی و ساخت تسهیلات عمومی به ارائه خدمات عمومی هم بپردازد، قرارداد از نوع طراحی، ساخت، تأمین مالی و بهره‌برداری Design-Build-Finance-Operate (DBFO) خواهد بود. ولیکن، قرارداد ساخت، بهره‌برداری و مالکیت Build, Operate, Own (BOO)، که در آن بخش خصوصی پس از ساخت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.7.0]

تسهیلات عمومی، مالک آن بوده و تعهدی به بازگرداندن آن به بخش دولتی ندارد، مشارکت عمومی- خصوصی محسوب نمی‌شود.
در قرارداد ساخت، واگذاری و بهره‌برداری Build-Transfer-Operate (BTO) بخش خصوصی تسهیلات عمومی را ساخته و به بخش دولتی واگذار می‌کند. سپس، طرف دولتی تسهیلات عمومی را به بخش خصوصی برای یک مدت مشخص برای بهره‌برداری و ارائه خدمات عمومی اجاره می‌دهد. در قرارداد ساخت، مالکیت، بهره‌برداری و واگذاری (BOOT) Build, Own, Operate, Transfer ، بخش خصوصی، وظیفه طراحی و ساخت تسهیلات عمومی و بهره‌برداری و ارائه خدمات عمومی را برای یک مدت مشخصی بر عهده دارد. بخش دولتی خدمات را از بخش خصوصی خریداری می‌کند و بعد از آن مالکیت تسهیلات عمومی در اختیار بخش دولتی خواهد بود. بیمارستان اصلی کیپ تاون Cape Town با این مدل مشارکت بخش دولتی و خصوصی ساخته شد. مدت قرارد اد ۱۰ سال بود. بخش خصوصی کارکنان پرستاری و کمکی و پشتیبانی و طرف دولتی کارکنان پزشکی را تأمین می‌کرد. بیمارستان در پایان قرارداد به طرف دولتی بر می‌گردد. طرف دولتی به طرف خصوصی برای هر بیمار روزانه مبلغی به طرف خصوصی می‌پردازد [۱۱].
نوعی مشارکت عمومی – خصوصی که بیشتر در بخش سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد، هم مکانی Co-location PPP نام دارد که به دو صورت امکان پذیر است. در حالت اول یک بیمارستان خصوصی کامل در محوطه بیمارستان دولتی ساخته شده و بر اساس قرارداد بلند مدت خدماتی را به صورت مشترک با بیمارستان دولتی به بیماران جامعه ارائه می‌دهد. مالکیت بیمارستان خصوصی در پایان قرارداد، به بیمارستان دولتی واگذار می‌شود. در نوع دوم، طرف خصوصی بخش‌هایی را در ساختمان بیمارستان دولتی ساخته و تجهیز می‌کند و به ارائه خدمات درمانی می‌پردازد. آن بخش‌ها در پایان قرارداد، به مالکیت طرف دولتی در می‌آید.
قراردادهای همکاری عمومی - خصوصی به خاطر پیچیدگی و هزینه‌های زیاد آنها در پروژه‌های زیربنایی بزرگ نظیر ساخت سد، تونل، پل، فرودگاه، جاده و بیمارستان بکار می‌روند و مناسب سرمایه‌گذاری‌های کوچک نیستند. عملیات ساخت این پروژه‌های زیربنایی پیچیده است [۱۲]. زیرساخت‌های عمومی، تأسیسات و تسهیلاتی هستند که برای کارکرد صحیح اقتصاد و جامعه ضروری هستند. این زیر ساخت‌ها به دو دسته زیرساخت‌های اقتصادی و زیرساخت‌های اجتماعی تقسیم می‌شوند. زیرساخت‌های اقتصادی نظیر شبکه‌های حمل و نقل عمومی و انرژی (آب، برق و گاز) برای انجام فعالیت‌های روزانه اقتصادی کشور ضروری هستند. در مقابل، زیرساخت‌های اجتماعی مانند مدارس، بیمارستان‌ها، کتابخانه‌ها و زندان‌ها برای تقویت ساختار اجتماعی کشور ضروری هستند [۵].
دو عامل رقابت پذیری و قابلیت اندازه‌گیری نتایج باید در موضوع مشارکت عمومی - خصوصی مورد توجه قرار گیرد. در مواردی‌که رقابت برای ارائه خدمت عمومی در بخش خصوصی کم است و سنجش نتایج و عملکرد پروژه مشارکت مشکل است، بهتر است که دولت به ارائه خدمات عمومی بپردازد. در مقابل، زمانی‌که اندازه‌گیری عملکرد به راحتی قابل انجام بوده و ارائه خدمات بسیار رقابتی است، دولت می‌تواند از مشارکت بخش خصوصی برای ارائه خدمات عمومی استفاده کند [۱۳].
از راهبرد مشارکت عمومی - خصوصی در ۳۰ سال اخیر در دنیا در حوزه‌های بهداشت و درمان و آموزش زیاد استفاده شده است [۸]. شراکت راهبردی بین بخش دولتی و خصوصی منجر به استفاده بهینه از مهارت‌ها، منابع و روش‌های انجام کار و توسعه خلاقیت و نواوری می‌شود. طرفین قرارداد در همکاری عمومی- خصوصی، به طور متقابل از مزیت‌های نسبی یکدیگر در زمینه‌های فن‌آوری، دانش، مهارت و توانایی مدیریتی استفاده می‌کنند [۱۴]. استفاده از ظرفیت مالی بخش خصوصی موجب می‌شود که ضمن افزایش ارائه خدمات به مردم جامعه، فشار مالی از بخش دولتی کاسته و صرف سیاستگذاری، قانون‌گذاری، برنامه‌ریزی، تنظیم استانداردها و نظارت بر کمیت، کیفیت، ایمنی و کارایی کالاها و خدمات تولید شده شود [۷]. مشارکت بخش دولتی و خصوصی نقش مهمی در افزایش ظرفیت نظام سلامت برای تأمین نیازهای سلامتی مردم دارد.
مشارکت عمومی - خصوصی در بخش سلامت منجر به ارتقای کیفیت خدمات سلامت، کاهش هزینه ارائه خدمات، هدایت منابع عمومی دولت به سایر حوزه‌های مهم زیربنایی، کاهش خدمات موازی، ارائه خدمات سلامت در مناطق محروم و افزایش تعهد بخش خصوصی می‌شود [۱۵ و ۱۶]. مشارکت عمومی - خصوصی می‌تواند منجر به تولید ارزش بیشتر حاصل از سرمایه‌گذاری و افزایش کارایی، نوآوری، کیفیت، مسئولیت‌پذیری و دسترسی در نظام سلامت شود.
در ایران نوعی مشارکت عمومی – خصوصی در قالب هم مکانی در دهه گذشته با مشارکت بخش دولتی و مؤسسه غیر انتفاعی محب

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.7.0]

شکل گرفت. مؤسسه غیرانتفاعی حمایت از بیماران نیازمند «محب»، در سال ۱۳۸۳ با رویکرد همکاری بخش دولتی و خصوصی تأسیس شد. یک بخش بستری ویژه غیر دولتی در یکی از فضاهای بلا استفاده بیمارستان هاشمی نژاد تهران وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران در اواخر سال ۱۳۸۳ ساخته شد. این بخش با نام محب (مؤسسه حمایت از بیماران) با ۱۶ تخت برای درمان سه گروه از بیماران دارای بیمه مکمل، بیماران متقاضی درمان خارج از چرخه آموزش بیمارستان و بیماران خارجی تأسیس شد. کیفیت مطلوب خدمات ارائه شده و هزینه‌های منطقی بخش محب بیمارستان هاشمی نژاد با استقبال بیماران مواجه شد. در نتیجه، هیأت مدیره بیمارستان یکی دیگر از قسمت‌های بلا استفاده بیمارستان هاشمی نژاد را برای دومین بخش محب اختصاص داد و تعداد تخت‌ها به ۳۲ تخت افزایش یافت. روند سیر صعودی بیماران ادامه داشت تا اینکه پس از اخذ مجوز لازم در خرداد ۱۳۸۷، در حیاط بیمارستان که پیش از این به عنوان پارکینگ و انبار مواد زائد بیمارستانی استفاده می‌شد، عملیات ساخت بیمارستان محب مهر در ۱۳۰۰ متر مربع بنا و در ۱۱ طبقه شامل ۴ طبقه پارکینگ و ۷ طبقه درمانی با متراژ حدود ۱۳۰۰۰ متر مربع شروع و پس از ۱۸ ماه در تاریخ ۱۳۸۸/۸/۸ افتتاح شد. ساخت این مرکز با سرمایه‌گذاری مؤسسه محب انجام شد.

به دنبال آن، بیمارستان محب کوثر در سال ۱۳۹۲ با ظرفیت ۲۰۰ تخت در زمینی به وسعت ۳۷۰۰ متر مربع در ۱۱ طبقه در منطقه یوسف آباد تهران و در حیاط بیمارستان حضرت فاطمه (س) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران تأسیس شد. این بیمارستان دارای ۱۲۸ تخت بستری، ۳۲ تخت ویژه، ۱۲ اتاق عمل و واحدهای تشخیصی و بازتوانی است. نوع مشارکت در پروژه محب کوثر از نوع ساخت، بهره‌برداری و واگذاری میان مؤسسه محب و دانشگاه علوم پزشکی ایران بوده است.

همزمان با پروژه بیمارستان محب کوثر، ساخت بیمارستان جامع زنان محب یاس در حیاط بیمارستان میرزا کوچک خان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران شروع شد. پس از ساخت بیمارستان، همزمان با روی کارآمدن دولت جدید در سال ۱۳۹۲ به دلیل عدم شفافیت مدل همکاری دو بخش دولتی و خصوصی و فرسودگی بیمارستان میرزا کوچک خان، موضوع انتقال آن به بیمارستان تازه ساخته شده محب یاس مطرح شد. در نهایت، بیمارستان محب یاس در آذر ماه ۱۳۹۳ افتتاح شد و کارکنان و تجهیزات بیمارستان میرزا کوچک خان به آن بیمارستان منتقل شدند. وجود مشکلات درونی و ناتوانی در تحقق درآمد مورد انتظار برای باز پرداخت اقساط تسهیلات بانکی بیمارستان موجب شد که دانشگاه علوم پزشکی تهران پرداخت بدهی‌های تسهیلات بانکی ساخت و تجهیز بیمارستان محب یاس را تقبل کند و بیمارستان را تحویل بگیرد.

مشارکت عمومی-خصوصی منافع بالقوه‌ای برای هر دو طرف دولتی و خصوصی دارد. با این وجود، دستیابی به این منافع بدون چالش نیست. هدف این مطالعه تبیین چالش‌های مشارکت عمومی - خصوصی در بهره‌برداری از بیمارستان محب یاس است. نتایج این پژوهش، اطلاعات ارزشمندی را در اختیار سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت برای تقویت مشارکت عمومی – خصوصی در بخش سلامت کشور قرار می‌دهد.

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه موردی بود که به صورت اکتشافی و توضیحی انجام شد. مطالعه موردی نوعی پژوهش کیفی است که به بررسی متمرکز، جامع و عمیق یک فرد، گروه، رویداد، اجتماع و سازمان می‌پردازد. در این روش، موضوع مورد مطالعه در بستر پژوهش خود بررسی می‌شود. این روش زمانی مناسب است که پژوهشگر به دنبال پاسخ سؤالات «چگونه» و «چرا» است، رفتار افراد درگیر در مطالعه را نمی‌تواند تغییر دهد و تمایل به کشف شرایط محیطی و زمینه‌ای مرتبط با موضوع مورد مطالعه دارد [۱۷]. مطالعات موردی به دلیل بررسی عمیق موضوع مورد نظر و اکتشاف و توضیح پدیده‌های جدید، توان تولید فرضیه و نظریه را دارند [۱۸].

واحد مطالعه در این پژوهش، مشارکت عمومی-خصوصی بود که در بستر بیمارستان محب یاس اتفاق افتاد. هدف این پژوهش تبیین چرایی و چگونگی شکست مشارکت عمومی- خصوصی در بیمارستان محب یاس بود. پژوهشگر در مطالعه موردی برای فهم یا تبیین یک پدیده، از منابع اطلاعاتی متعدد برای بررسی نظام‌مند مورد تحت مطالعه خود استفاده می‌کند. داده‌های پژوهش حاضر از طریق مصاحبه‌ی فردی، بررسی اسناد، داده‌های آرشیوی و مشاهده مستقیم جمع‌آوری شد تا منجر به افزایش اعتبار نتایج پژوهش شود. با توجه به ماهیت اکتشافی و توضیحی این پژوهش از مصاحبه نیمه ساختار یافته با استفاده از یک راهنمای سوالات مصاحبه استفاده شد. با توجه به ماهیت اکتشافی و توضیحی پژوهش،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.7.0]

سؤالات مصاحبه به صورت «چه کسی»، «چه چیزی»، «چه زمانی»، «در چه مکانی»، «چگونه» و «چرا» طراحی شد تا اطلاعات جامع و عمیقی از فرایند مشارکت عمومی- خصوصی در بیمارستان محب یاس و چالش‌های آن بدست آید. جامعه پژوهش شامل مدیران و کارکنان بیمارستان و ذی‌نفعان مشارکت‌کننده در تأسیس، بهره‌برداری و اداره بیمارستان زنان محب یاس بود. از روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع برای انتخاب مصاحبه‌شوندگان استفاده شد. مصاحبه با افراد تا رسیدن به غنای اطلاعاتی ادامه یافت (۲۴ نفر). مصاحبه‌ها با تعیین وقت قبلی و در محل کار افراد صورت گرفت. تمامی مصاحبه‌ها ضبط شده و به دنبال آن پیاده-سازی و تایپ شدند. میانگین مدت زمان مصاحبه‌های انجام شده ۵۳ دقیقه (حداقل ۳۳ و ۱۱۶ دقیقه) بود. مصاحبه شوندگان با حرف «م» در این مقاله مشخص شدند. متن تایپ شده مصاحبه‌ها در صورت تمایل مصاحبه شوندگان، برای آنها ارسال شد تا ضمن تأیید، مطالبی را اضافه یا کم کنند.

به منظور افزایش جامعیت و اعتبار یافته‌های پژوهش، مستندات مرتبط با تأسیس و بهره‌برداری از بیمارستان محب یاس جمع‌آوری شد. در مجموع تعداد ۱۸ سند شامل اساسنامه‌ها، تفاهم‌نامه‌ها و صورت‌جلسات دانشگاه و مؤسسه محب، قراردادهای میان دانشگاه، وزارت بهداشت و مؤسسه محب و مکاتبات مرتبط با تأسیس بیمارستان جمع‌آوری شد.

از روش تحلیل محتوایی با کمک نرم‌افزار MAXQDA 11 برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. متن مصاحبه‌ها با دقت توسط نویسندگان مطالعه شد تا با مفاهیم آن آشنایی حاصل شود. متن‌ها به صورت جداگانه کدگذاری شدند و بر اساس آن تم‌های اصلی استخراج شدند. جایگاه نهایی تم‌ها از طریق بحث بین نویسندگان به دست آمد.

اقداماتی نظیر استفاده از منابع داده‌ای مختلف، تماس طولانی با محیط پژوهش، صرف زمان کافی برای مصاحبه‌ها، بررسی موضوع از زوایای مختلف، تأیید فرایند پژوهش توسط متخصصان، استفاده از دو کدگذار برای کدگذاری چند نمونه مصاحبه، ارسال یافته‌ها برای نمونه‌ای از مصاحبه‌شوندگان و تبادل نظر با همتایان برای افزایش روایی و اعتبار داده‌های پژوهش بکار گرفته شد. برای تضمین بی-طرفی در پژوهش، از روش‌هایی مانند انجام مصاحبه‌های پایلوت، شرح دقیق روش انجام مصاحبه، مقایسه دائم بین اطلاعات به دست آمده و جمع‌آوری هر چه بیشتر اطلاعات و شواهد استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی نظیر اخذ رضایت آگاهانه، آزاد بودن مصاحبه‌شوندگان نسبت به شرکت در مصاحبه، کسب اجازه برای ضبط صدا، محرمانه تلقی کردن اطلاعات شخصی آنها و عدم دخالت نظرات شخصی پژوهشگران در مراحل جمع‌آوری، تحلیل و گزارش داده‌ها در این پژوهش رعایت شد.

یافته‌ها

تعداد ۲۴ نفر در مصاحبه های این مطالعه کیفی شرکت کردند. این افراد شامل هفت نفر از مدیران بنیان‌گذار بیمارستان محب یاس، ۱۵ نفر از مدیران و کارکنان بیمارستان جامع زنان محب یاس و دانشگاه علوم پزشکی تهران و دو نفر از مدیران بانکی تأمین‌کننده تسهیلات مالی ساخت و تجهیز بیمارستان بودند. بیشتر مشارکت-کنندگان خانم (۵۴/۲ درصد) و دارای تحصیلات کارشناسی ارشد (۴۵/۸ درصد) بودند. میانگین سنی مشارکت‌کنندگان ۴۳ سال بود و به طور متوسط ۱۹ سال سابقه کاری داشتند (جدول ۱).

چالش‌های بهره‌برداری از بیمارستان جامع زنان محب یاس در پنج درون مایه اصلی چالش‌های قانونی، ساختاری، انسانی، فرهنگی و مدیریتی و ۱۲ درون مایه فرعی دسته‌بندی شدند (جدول ۲).

چالش‌های قانونی: قرارداد مبهم مشارکت عمومی- خصوصی، تغییرات سیاسی و ضعف قوانین مشارکت عمومی- خصوصی از جمله چالش‌های قانونی مشارکت بخش دولتی و خصوصی در بهره‌برداری از بیمارستان جامع زنان محب یاس بودند.

قرارداد مبهم مشارکت عمومی-خصوصی: به‌طور کلی سه قرارداد با ماهیت‌های مختلف میان مؤسسه محب به عنوان طرف خصوصی و دانشگاه علوم پزشکی تهران به عنوان طرف دولتی منعقد شد. در قرارداد اول (مرداد ۱۳۹۰)، دانشگاه به عنوان موجر و مؤسسه محب به عنوان مستأجر معرفی شدند. موضوع قرارداد اجاره قسمتی از عرصه بیمارستان میرزا کوچک خان برای احداث بیمارستان ۱۸۰ تختخوابی جامع زنان محب یاس بود که احداث آن با هزینه مؤسسه غیرانتفاعی محب انجام خواهد شد. پس از احداث، مستأجر با احتساب زمان ساخت، به مدت ۱۲ سال حق مدیریت و بهره‌برداری از آن را خواهد داشت و پس از پایان مدت اجاره، عرصه و اعیان بیمارستان در اختیار دانشگاه قرار خواهد گرفت. در ماده هفت این قرارداد آمده است که «*مستأجر ملزم است پس از احداث اعیانی و تملک و ثبت آن به نام مؤسسه محب و پس از طی دوره ساخت و بهره برداری موضوع ماده ۴ قرارداد و پرداخت بدهی‌ها،*

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.7.0]

اعیانی احداثی را مؤسسه محب کلاً به نام دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران وقف نماید. تولیت بر وقف را هیأت امنای دانشگاه مشخص خواهد نمود».

بنابراین، بیمارستان محب یاس در حیاط بیمارستان میرزا کوچک خان و در مجاورت آن ساخته شد. در این مقطع زمانی که همزمان با انتزاع دانشگاه علوم پزشکی ایران از دانشگاه علوم پزشکی تهران و روی کارآمدن دولت جدید در سال ۱۳۹۲ بود، موضوع نحوه بهره-برداری و مدل همکاری دولتی و خصوصی در بیمارستان بحث بر انگیز شد و به دلیل فرسوده بودن بیمارستان میرزا کوچک خان، موضوع انتقال آن به بیمارستان تازه ساخته شده «محب یاس» مطرح شد. یکی از مدیران بیمارستان محب در این زمینه چنین گفت: *«ابتدا بنا بر این بود که مشابه مدل هاشمی‌نژاد و محب مهر، اینجا* [بیمارستان محب یاس] *برای خودش کار کند و بیمارستان میرزا کوچک خان هم برای خودش کار کند. ولی، چون آن ساختمان* [بیمارستان] *میرزا کوچک خان فرسوده بود، فرصتی ایجاد شد که دانشگاه تهران بتواند از یک ساختمان نو برای مریض-هایی که با دفترچه مراجعه می‌کنند و توان هزینه بیمارستان‌های خصوصی را ندارند، استفاده کند»* (م۴). به گفته یکی دیگر از مدیران بیمارستان: *«آن بیمارستان*[میرزا کوچک خان] *فرسوده بود. ببینید الان بیمارستان هاشمی‌نژاد سرپا است و در کنار آن بیمارستان محب مهر در حال فعالیت است. ساختمان میرزا کوچک خان قبل از انقلاب ساخته شده و فرسوده بود. در مجموع* [مدیران]*دیدند که بیمارستان*[میرزا کوچک خان] *دوام کافی را ندارد و* [آن بیمارستان] *را به این ساختمان منتقل کردند»* (م۵). یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان گفت: *«نگاه آن موقع این بود که اگر بیمارستان خصوصی راه بیفتد، این بیمارستان فرسوده* [بیمارستان میرزا کوچک خان] *از پا در می‌آید. توجیه ندارد که کنار بیمارستان فرسوده، کاخ بسازیم. پس به این نتیجه رسیدند که آن بیمارستان بیاید داخل این بیمارستان و بعد ببینیم آن بیمارستان قدیمی را چه بکنیم»» (م۱۰).*

یکی دیگر از مدیران گفت: *«به مدت پنج شش ماه جلسات مکرر و مداوم روی این موضوع داشتیم که راه حل چیست که هم نظر دانشگاه و وزارتخانه تأمین شود و هم مسائل مربوط به سرمایه-گذاری موسسه حل شود. سرانجام به این نتیجه رسیدیم که قرارداد تجدید نظر شود و منجر شد به قراردادی که در مشهد امضا شد»* (م۹). در نتیجه، قرارداد بهره‌برداری بیمارستان جامع زنان محب یاس (توافق مشهد) در شهریور ۱۳۹۳ به امضا رسید. در این قرارداد مدل مشارکت به صورت طراحی، ساخت و تجهیز، تأمین مالی، اجاره به شرط تملیک و بهره‌برداری تعریف شد. در این قرارداد، دانشگاه با انتقال فعالیت‌ها و مأموریت‌های فعلی بیمارستان «میرزا کوچک خان» به بیمارستان «محب یاس» و اشتغال حدود ۹۰٪ اعضای هیأت علمی و حداقل ۸۰٪ کارکنان شاغل در بیمارستان در بیمارستان جدید محب یاس موافقت می‌کند. مؤسسه محب متعهد به مدیریت بیمارستان محب یاس و ارائه خدمت با کیفیت مطلوب به بیماران در ۷۰٪ ظرفیت بیمارستان با تعرفه مصوب مراکز دولتی و تا ۳۰٪ به بیماران بیمه‌های مکمل و توریست درمانی (با تعرفه خصوصی) می‌شود.

در نهایت، بیمارستان محب یاس در آذر ماه ۱۳۹۳ به بهره‌برداری رسید و کارکنان و تجهیزات بیمارستان میرزا کوچک خان به آن بیمارستان منتقل شدند. اگرچه، در زمان بهره‌برداری، مدل عملکرد بیمارستان به صورت ۷۰ درصد دولتی و ۳۰ درصد خصوصی برای درآمدزایی بیمارستان و پرداخت اقساط تسهیلات بانکی تعیین شد، اما، این مدل بهره‌برداری از بیمارستان امکان اجرایی شدن نداشت. به عنوان مثال، یکی از مدیران 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 ما بقی را به صورت دولتی اداره کنیم »* (م۸). در عمل بیماران خصوصی زیادی در بیمارستان بستری نشدند. طبق قرارداد بنابر این بود که طرف دولتی مابه‌التفاوت درآمد مربوط به ۷۰٪ تخت‌های دولتی را پرداخت کند، اما، این مهم نیز محقق نشد و در نهایت، امکان پرداخت اقساط بانکی به وجود نیامد. به گفته یکی از مدیران قبلی بیمارستان *«قرار شد تعرفه خصوصی برای پرداخت اقساط باشد و تعرفه دولتی برای بخش دولتی و دولت مابه‌التفاوت تعرفه بخش دولتی را طبق قرارداد یارانه دهد تا بشود اقساط را پرداخت کنیم»* (م۹). عدم تحقق درآمد مورد انتظار از تخت‌های خصوصی بیمارستان و عدم پرداخت مابه‌التفاوت تعرفه تخت‌های دولتی مشکلات مالی زیادی برای مدیران بیمارستان ایجاد کرد. به گونه‌ای که یکی از اعضای هیات مدیره قبلی بیمارستان گفت: «قرارداد مشارکت با دانشگاه ۳۰ به ۷۰ اشتباه بود. ما را به این سمت سوق دادند و همین موضوع مشکلاتی را ایجاد کرد» (م۱۲).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-05]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.7.0]

پس از شروع به کار بیمارستان محب یاس با توجه به بی‌سابقه بودن این شکل همکاری میان بخش دولتی و خصوصی، توجه مراجع قانونی هم به عملکرد بیمارستان جلب شد و ایراداتی به شکل همکاری گرفتند. به گفته یکی از مدیران «*این چالش همیشه وجود داشت و تعزیرات، بازرسی و دیوان محاسبات آمدند. ما بازرسی مکرر داریم و زیاد می‌آیند و ما هم جواب می‌دهیم*» (م۹). سازمان‌های بیمه‌ای هم قرارداد ۷۰-۳۰ درصدی بین مؤسسه محب و دانشگاه علوم پزشکی تهران را برای بازپرداخت هزینه بیماران قبول نداشتند. یکی از مدیران در این زمینه گفت: «*بیمه‌ها می‌گفتند ما نمی‌فهمیم این چه نوع سازمانی است. ما بیمارستان مشارکتی نمی‌دانیم. بیمارستان شما خصوصی است یا دولتی؟*» (م۹). بنابراین، بیمارستان در مرحله عملیاتی با مشکلات متعددی مواجه شد. در نهایت، قراردادهای قبلی فسخ و قرارداد جدیدی در آذر ماه ۱۳۹۴ بسته شد که مالکیت و مدیریت بیمارستان جامع زنان محب یاس به دانشگاه علوم پزشکی تهران واگذار شد. پس از واگذاری بیمارستان به دانشگاه با توجه به اینکه تعرفه بیمارستان به طور کامل دولتی شد، نهادهای نظارتی مانند سازمان بازرسی دیگر ایرادی نگرفتند.

از سال ۱۳۹۴ تا کنون این بیمارستان با نام بیمارستان یاس تحت مدیریت دانشگاه علوم پزشکی تهران فعالیت می‌کند. در این خصوص یکی از مدیران گفت «*بعد از آن به دلیل مشکلات عدیده‌ای که به وجود آمد، مدیران 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 منتقل شود*» (م۳). یکی دیگر از مصاحبه شوندگان گفت: «*این موضوع در شورای معاونان وزارتخانه مطرح شد. بالاخره قرار شد که بیمارستان را صلح کنیم با این شرایط که دانشگاه بدهی را بدهد و بیمارستان را تحویل بگیرد. در نتیجه، دو قرارداد اول و دوم فسخ شد و قرارداد جدیدی بسته شد*» (م۹).

بازسازی ساختمان بیمارستان «میرزا کوچک خان» از سال ۱۳۹۴ شروع و در سال ۱۳۹۶ به پایان رسید. در نهایت، در سال ۱۳۹۷ تصمیم بر این شد که دانشگاه علوم پزشکی تهران اداره هر دو بیمارستان را تحت عنوان مجتمع بیمارستانی زنان یاس در اختیار داشته باشد. ساختمان بیمارستان میرزا کوچک خان در بهار ۱۳۹۸ تقریباً آماده شد، کلینیک‌های مجتمع بیمارستانی در آن فعال هستند و بخش‌های بستری هم به تدریج در این ساختمان فعال خواهد شد.

تغییرات سیاسی: پروژه بیمارستان محب یاس در زمان دولت دهم آغاز و در زمان دولت یازدهم به بهره‌برداری رسید. در زمان دولت دهم موضوع مشارکت بخش خصوصی و تقویت نقش آنها در ارائه خدمات پر رنگ شد. اما، در زمان دولت یازدهم با شروع طرح تحول سلامت بر تقویت بخش دولتی در ارائه خدمات تأکید بیشتری شد. به گفته یکی از مدیران فعلی بیمارستان «*آن موقع دانشگاه می‌خواست تا این زمین ساخته شود که پشتیبان بیمارستان اولیه باشد. اما، بعد از آن سیاست‌ها تغییر کرد. متأسفانه سیاست‌ها ثابت نیستند و با تغییر افراد تغییر می‌کنند. بخش خصوصی حساب و کتاب کرده بود که می‌تواند اینجا بیاید و این کارها را انجام دهد*» (م۲). یکی از مدیران مؤسسه محب هم اشاره کرد که «من در آینده دیگر جرئت نمی‌کنم با دولت همکاری کنم. وقتی دولت عوض می‌شود، همه چیز عوض می‌شود» (م۱۰).

از طرف دیگر، ادغام و انتزاع دانشگاه علوم پزشکی ایران و تهران هم بر شروع و پایان پروژه بیمارستان محب یاس تأثیر داشت. دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۸۹ و در دولت دهم با دانشگاه علوم پزشکی تهران ادغام شد و در سال ۱۳۹۲ (در دولت یازدهم) این دو دانشگاه از هم جدا شدند. انتخاب بیمارستان محب یاس در دولت دهم همزمان با ادغام دو دانشگاه انجام شد. در زمان بهره‌برداری از بیمارستان علاوه بر روی کار آمدن دولت جدید، دو دانشگاه تازه از هم جدا شده بودند. یکی از مدیران قبلی بیمارستان این موضوع را از علت‌های زمینه‌ای مشکلات بیمارستان بیان کرد. «*انتخاب بیمارستان‌ها برای مشارکت همزمان شد با ادغام دو دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران و 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 محب نقش عمده‌ای داشتند. بیمارستان محب کوثر در آن زمان چون در دانشگاه ایران بود، این مشکلات در آن کمتر بود. اما، بیمارستان یاس که در دانشگاه تهران قرار داشت، دچار مشکل شد. همکاری بین دو دانشگاه که اول ادغام شدند و سپس جدا شدند، در عمل صورت نگرفت. در نتیجه بهره‌برداری از پروژه‌ها و قرارداد با بیمه‌ها با مشکل مواجه شد*» (م۱۰).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-05]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.7.0]

ضعف قوانین مشارکت عمومی- خصوصی: تعدادی از مدیران سابق و فعلی بیمارستان به نبود پشتوانه‌های قانونی لازم برای مشارکت بخش دولتی و خصوصی در کشور اشاره کردند. مدل مشارکت عمومی - خصوصی و قراردادهای بین دو طرف دولتی و خصوصی، هماهنگ با قوانین و مقررات موجود کشور نبود. یکی از مدیران اشاره کرد که «*ما محدودیت‌های قانونی هم داریم. مجوزهای ما محدود است. معاونت درمان وزارت بهداشت، مجوز بهره‌برداری به یک پلاک ثبتی می‌دهد. این پلاک ثبتی می‌خواهد یک طبقه یا صد طبقه باشد. در این حالت نمی‌توان در یک ساختمان دو مجموعه مستقر شود. نهادهای نظارتی ایراد گرفتند که اینجا* [بیمارستان] *خصوصی است یا دولتی؟ تکلیف را روشن کنید؟ هیچ طرفی هیچ جوابی نداشت. اگر می‌خواستیم بگوییم که* [بیمارستان] *دولتی است، می‌گفتند پس چرا تعرفه شما خصوصی است؟ اگر می‌گفتیم که* [بیمارستان]*خصوصی است، می‌گفتند پس هیأت علمی و پرسنل دانشگاه در اینجا چه کار می‌کنند؟*» (م۵).

سازمان‌های بیمه‌ای هم در خصوص ماهیت بیمارستان مسأله داشتند. به گفته رئیس قبلی بیمارستان «*بیمه‌های پایه می‌گفتند که اگر پزشکی با بیمه‌های مکمل کار کند، ما دیگر آن را ۲ کا پرداخت نمی‌کنیم. خیلی هم نمی‌شود به این حرف ایراد گرفت. ما می‌گفتیم منعی که برای فعالیتش وجود ندارد. درست است که در طرف دولتی یک کا را از دست می‌دهیم ولی در طرف خصوصی ۴ کا به دست می‌آوریم*» (م۱۰). به عبارتی، قوانین و مقررات حمایتی برای تقویت مشارکت عمومی- خصوصی در نظام سلامت کشوربه اندازه کافی تدوین نشده است.

فراهم نبودن بستر و فضای مشارکت عمومی و خصوصی از جمله مواردی بود که بیشتر شرکت‌کنندگان در این مطالعه به آن اشاره کرده بودند. یکی از مدیران بانکی اشاره کرد: «*من فکر می‌کنم کشور ما ظرفیت زیادی برای استفاده از مشارکت دولتی- خصوصی دارد. ما امکانات زیادی در اختیار دولت داریم که خوب استفاده نمی‌شود و بخش خصوصی می‌تواند خوب استفاده کند. ولی، ما مدل مناسبی در کشور برای اجاره امکانات دولتی نداریم. مثلاً همین بیمارستان محب؛ به نظر من مدلی برای اینکه چگونه از زمین‌های دولتی استفاده شود، وجود نداشته است*» (م۱۷). یکی از مدیران قبلی بیمارستان اشاره‌ای به تمایل کشورهای دیگر به سرمایه‌گذاری در بخش بیمارستانی کشور کردند، ولی، با توجه به اینکه هنوز بستر مشارکت برد-برد در این زمینه فراهم نشده است، اقدامی جدی در این زمینه صورت نمی‌گیرد. «*بخش خصوصی الان می‌ترسد جلو بیاید. در سال ۱۳۹۴ گروه‌هایی از چین، کره، بونان و ایتالیا برای مشارکت در بیمارستان آمدند. ولی همه رفتند چون ما تعریفی برای حفظ منافع آنها و چگونگی مشارکت نداشتیم*» (م۱۱). ایشان معتقد بود که دولت برای تغییر این فضا باید پیش‌قدم شود. «*دولت برای مشارکت در درجه اول باید آورده خودش را مشخص کند، آورده طرف مقابل را هم بپذیرد و امنیت و تضمین آن را هم تأمین کند. عده‌ای به ما می‌گفتند که بالاخره آورده دولت چیست؟ مثلاً بخش زمین است، ساخت است، مدیریت است یا همه چیز را با هم می‌خواهد*» (م۱۱).

چالش‌های ساختاری

چالش‌های ساختاری مشارکت بخش دولتی و خصوصی در بهره‌برداری از بیمارستان جامع زنان محب یاس عبارت بودند از مشکلات طراحی و ساخت بیمارستان، استفاده محدود از ظرفیت بیمارستان و کمبود منابع مالی برای بازپرداخت اقساط بانکی.

مشکلات طراحی و ساخت بیمارستان: سازندگان بیمارستان محب یاس معتقد بودند که تلاش شد تا بیمارستان یاس طبق آخرین استانداردهای روز دنیا طراحی و ساخته شود. به گفته مدیر قبلی بیمارستان «*تأسیسات بیمارستان خیلی بزرگ و آینده‌نگر دیده شد. این تأسیسات می‌تواند به دو بیمارستان سرویس دهد*» (م۱۵). با این وجود، طراحی و ساخت بیمارستان محب یاس در عمل مشکلاتی را به هنگام بهره‌برداری ایجاد کرده است. یکی از مشکلاتی که اغلب کارکنان بیمارستان به آن اشاره داشتند، وضعیت تهویه هوای بیمارستان بود. به گفته یکی از کارکنان «*دمنده و مکنده هوا و تنظیم دما در بیمارستان جامع زنان محب یاس وجود ندارد. قرار بود که اینجا سیستم اتوماسیون ساختمان نصب شود که با آن می‌توان دمای مناسبی به طور اتوماتیک در بخش‌های مختلف ایجاد کرد. اما، مسأله تنظیم دما هم اکنون یکی از بزرگ‌ترین مشکلات است*» (م۷). به گفته مدیر قبلی بیمارستان «*در بیمارستان خصوصی چیزی به نام پنجره باز نداریم. پنجره‌ها به خاطر ایمنی بیمار باید بسته باشند. یک سیستم هوای مکنده و دمنده باید وجود داشته باشد*» (م۱۱).

البته طبق گفته مدیران مؤسس بیمارستان مشکل تهویه بیمارستان یاس مربوط به نحوه نگهداشت آن است. یکی از مدیران قبلی بخش پشتیبانی بیمارستان بر مدیریت نگهداشت تأکید زیادی کردند و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.7.0]

دلیل بروز مشکلات را کم توجهی به نگهداشت تأسیسات دانستند: *«با وجود راه‌اندازی سیستم مدیریت ساختمان در برخی بخش‌ها، با تغییرات مدیریتی و عدم آشنایی آنها، این سیستم از مدار خارج شده و اکنون کارایی لازم را ندارد. چه طور است که برای سیستم بیمارستان محب کوثر که همین سیستم با ۲۰۰ میلیون تومان هزینه شده، قرارداد ماهیانه برای نگهداشت بسته شده ولی در* [بیمارستان] *یاس که یک میلیارد تومان هزینه شده، دانشگاه حاضر نیست که ماهیانه ۵۰۰ هزار تومان برای نگهداشت هزینه کند»* (م۱۵). با انتقال بیمارستان میرزا کوچک خان به بیمارستان محب یاس بخش‌هایی از تأسیسات این بیمارستان عملاً امکان راه‌اندازی پیدا نکرد. ناتمام ماندن تأسیسات، مشکلاتی برای بیمارستان به وجود آورد. به گفته یکی از مدیران *«ما در بیمارستان سیستم اعلام حریق داریم، ولی، سیستم اطفاء حریق نداریم. سیستم اطفای حریق بیمارستان به طور کامل راه‌اندازی نشده است. یک سری از تجهیزات و تأسیسات هم انحصاری بوده و شخص دیگری هم نمی‌تواند آنها را سرویس کند»* (م۷).

موقعیت و مکان قرارگیری بخش‌ها در بیمارستان از جمله مواردی بود که مدیران بیمارستان در زمینه طراحی بیمارستان به آن اشاره کردند. به گفته یکی از مدیران بیمارستان *«اورژانس بیمارستان طبقه همکف است، در حالی که اتاق زایمان طبقه چهارم و اتاق عمل طبقه سوم است. حال با توجه به روند فوق اورژانسی که معمولاً مریض‌های زن دارند، بیمار زمانی که در اورژانس است باید سریع به اتاق عمل برود. این نقل و انتقالات و آسانسور و پله مشکل ایجاد می‌کرد. اتاق زایمان و ال‌دی‌آر حتماً باید در یک طبقه قرار داشته باشند. مدیران دانشگاه به ما ایراد می‌گیرند که چرا اورژانس و اتاق زایمان شما یک جا نیست؟ در حالی که من یک تیم دارم و این آدم‌ها باید بین این سه طبقه را رفت و آمد کنند که احتمال آسیب به مریض هم وجود دارد»* (م۲). *مشکل طراحی در بخش پزشکی هسته‌ای بیمارستان هم وجود داشته است. مدیر بهبود کیفیت بیمارستان در مورد این مشکل گفت: «بخش پزشکی هسته‌ای باید در جایی قرار داده شود که در طبقات بالا و پایین آن بیمار زنان و زایمان بستری نشود، چون در معرض پرتو قرار می‌گیرد»* (م۷).

بیمارستان محب یاس با رویکرد استفاده مشترک دو بیمارستان «میرزا کوچک خان» و «محب یاس» از بخش‌های پشتیبانی نظیر آشپزخانه، رختشویخانه، اتاقک پسماند و تصفیه‌خانه فاضلاب ساخته شد. به عنوان مثال، بیمارستان محب یاس به نحوی طراحی شد که بخش تغذیه آن به چند بیمارستان دیگر خدمات ارائه کند و از طرف دیگر خدمات رختشوی‌خانه را از خارج بیمارستان تأمین کند. ولیکن، به دلیل انتقال بیمارستان میرزا کوچک‌خان به بیمارستان محب و بی‌استفاده شدن ساختمان آن عملاً این شرایط به وجود نیامد. این وضعیت بنا به گفته مدیر بهبود کیفیت بیمارستان، مسأله‌ساز شده است. به گفته وی *«بخش لندری* [رختشوی‌خانه] *امتیاز ما را در اعتباربخشی پایین آورد. اگر بیمارستان بخش لندری داشت، می‌توانستیم جمع‌آوری لباس‌های عفونی و تفکیک البسه را انجام دهیم و نمره بالاتری از اعتباربخشی بگیریم. وزارت بهداشت در زمینه لندری گفته است که جابجایی البسه عفونی در معابر شهری ممنوع است. با توجه به اینکه بیمارستان میرزا کوچک خان هنوز بهره‌برداری کامل نشده است، ما مجبوریم این کار را انجام دهیم»* (م۷).

مدیر بهبود کیفیت بیمارستان همچنین گفت: *«این بیمارستان تصفیه‌خانه فاضلاب ندارد؛ در حالی که استانداردهای محیط زیست و شهرداری خیلی مهم است. فاضلاب اینجا* [بیمارستان یاس] *باید به فاضلاب بیمارستان میرزا کوچک‌خان وصل شود. ما در این حوزه مشکلات زیادی داشتیم»* (م۷). البته از نظر مدیران سازنده بیمارستان این شکل کاربری قابل دفاع است. به گفته یکی از مدیران *«ما بسیاری از تفکراتمان برگرفته از بیمارستان‌های خارج از کشور است. همین ایده مشترک بودن بخش‌های پشتیبانی را در آلمان و اتریش داریم و همه بیمارستان‌ها به صورت مجزا* [این بخش‌ها را] *ندارند»* (م۱۰).

بیمارستان محب یاس از ابتدا با کاربری درمانی به صورت یک بیمارستان عمومی طراحی و ساخته شد. پس از تصمیم به ادغام دو بیمارستان باید خدمات آموزشی هم در بیمارستان ارائه می‌شد که این موضوع بنابر گفته تمامی شرکت‌کنندگان از مهم‌ترین چالش‌های ادغام دو بیمارستان بود. یکی از مدیران فعلی بیمارستان گفت *«اینجا بخش‌های خوبی دارد؛ اتاق عمل خوبی دارد. اما، فضای آموزشی آن با توجه به حجم بالای رزیدنت و فلوشیپ کافی نیست. اگر فضا مناسب نباشد کار آموزش خوب پیش نمی‌رود. ما برای رزیدنت‌ها اینجا پاویون نداریم»* (م۱۴). بنابراین، مدیران بیمارستان پس از ادغام بیمارستان آموزشی میرزا کوچک خان در بیمارستان درمانی محب یاس، با تغییر تعدادی از واحدها سعی کردند که نیازهای آموزشی بیمارستان را تا حدی رفع کنند. یکی از مدیران

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.7.0]

در این زمینه گفت: «*در اینجا بستر آموزشی پیش‌بینی نشده است. مجبور شدیم یکی از بخش‌های بستری را تبدیل به پاویون کنیم. فضاهای درمانی ما با ساختار آموزشی ساخته نشده است. حریم خصوصی بیمار را نمی‌توانیم رعایت کنیم؛ چون چند بیمار باید در یک فضای محدود بنشینند و خدمات دریافت کنند*» (م۷). مدیر دیگری گفت: «*درمانگاه‌های اینجا و فضاهای آموزشی دیگر مثل کتابخانه و سالن اجتماعات، به‌صورت آموزشی دیده نشده است. خوب یک بیمارستان خصوصی شاید خیلی نیازی به کتابخانه نداشته باشد که رزیدنت بنشیند برای بورد بخواند؛ یا این‌که 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*» (م۵).

استفاده محدود از ظرفیت بیمارستان: پیچیدگی تخصص زنان و زایمان و وابستگی آن به سایر تخصص‌ها یکی از دلایل انتخاب بیمارستان میرزا کوچک خان برای تأسیس بیمارستانی در مجاورت آن بود. انتظار مدیران دانشگاه این بود که بخش‌های بالینی بیمارستان عمومی محب یاس بتواند نیاز بیمارستان «میرزا کوچک خان» به سایر خدمات تخصصی بالینی را تأمین کند. به گفته معاون پژوهشی بیمارستان «*تک‌تخصصی بودن* [بیمارستان] از *قدیم گرفتاری بزرگی برای ما بوده و در نتیجه درمانگاه‌های مختلف در بیمارستان ایجاد شد. وقتی مریض مشکل پیدا می‌کند، نیاز به تخصص‌های مختلف وجود دارد. وقتی شکم یک مریض باز می‌شود، نیاز به پشتیبانی جراحی دارد. گاهی اوقات به پشتیبانی اورولوژی نیاز دارد. اگر مریض ICU بخواهد، برای تأمین آن باید هزینه زیادی شود و آن متخصص‌ها را استخدام کنند، که بعضاً کمبود نیروهای فوق تخصصی وجود دارد*» (م۵). معاون آموزشی بیمارستان هم گفت: «*مرگ و میر مادران مشکل عمده‌ی بخش‌های زنان ما نبود؛ بلکه نیاز به بخش اورولوژی و جراحی در کنار بخش زنان وجود داشت. بخشی باید در کنار بخش زنان باشد که به موقع جراح و اورولوژیست با تجربه در اختیار بیمار دارای مشکل پیچیده قرار بگیرد*» (م۳).

اگرچه، وجود یک بیمارستان عمومی در کنار بیمارستان تک تخصصی زنان و زایمان فرصتی برای تأمین نیازهای متقابل دو بیمارستان ایجاد می‌کند، ولیکن، با ادغام دو بیمارستان و به‌دلیل غلبه رویکرد تخصص زنان و زایمان در بیمارستان امکان توسعه سایر تخصص‌ها به‌وجود نیامد. به گفته یکی از اعضای قبلی هیات مدیره بیمارستان «*چون بیمارستان در زمان بهره‌برداری عملاً دست متخصصان زنان بود، آنها اجازه ندادند که جامع شود*» (م۱۲). در این شرایط بیمارستان با ظرفیت کمتر از توان در حال فعالیت است. به گفته یکی از مدیران بیمارستان «*مشکلی که وجود دارد این است که بیمارستان* [یاس] *یک بیمارستان عمومی است با ۲۵۰ تخت با تمام امکانات، ولی الان دانشگاه تهران به دلیل محدودیت در جذب منابع و تجهیز و نیروی انسانی از ۱۰۰ تخت آن استفاده می‌کند و بقیه آن خالی است و استفاده نمی‌شود. این یک نقص است*»(م۹). مدیر دیگری گفت: «*ما در این بیمارستان مثل یک کامیون ۱۰ تن هستیم. هزینه‌های کامیون ده تن را داریم، ولی، هفت تن بار می‌بریم. مثلاً یک بخش اینجا، بخش قلب است که از اول برای بخش قلب طراحی شده، ولی این بخش همین‌طور خالی افتاده است و از ظرفیت آن استفاده نمی‌شود. این مثل همان کامیونی است که گفتم چند تن آن خالی مانده است، در حالی که شما همان بنزین، همان راننده و همان استهلاک را دارید*» (م۵). به گفته یکی دیگر از مدیران بیمارستان «*به مدت دو سال تجهیزات بخش سی‌سی‌یو خاک خورد؛ یعنی بخش تجهیز شده بود، ولی کسی نبود که در آن کار کند. همه تجهیزات از گارانتی خارج شدند و مورد استفاده قرار نگرفتند. در نتیجه، راندمان آنها کاهش پیدا کرد و در اثر استفاده نکردن و رطوبت، بردهای* [الکترونیکی] *آنها احتمال آسیب دیدن دارند*» (م۶).

دانشگاه علوم پزشکی تهران در حال حاضر برنامه‌های توسعه‌ای را برای ایجاد درآمد کافی به منظور پرداخت اقساط بیمارستان پیگیری می‌کند. به گفته رئیس بیمارستان «*یکی از برنامه‌های ما راه‌اندازی بخش قلب است. ما همین‌طور در حال راه اندازی بخش اورولوژی هستیم. همچنین، به دنبال راه‌اندازی بخش چشم هستیم. اینها کارهایی است که برای درآمدزایی بیمارستان پیش‌بینی شده است*» (م۷). البته با توجه به اینکه بیمارستان هم اکنون به صورت تک تخصصی زنان فعالیت دارد؛ بنابر نظر تعدادی از مدیران بیمارستان، توسعه این بخش‌ها بیشتر در راستای درآمدزایی است تا پاسخ به نیاز بیماران. به گفته یکی از مدیران بیمارستان «*مدتی آمدند عمل اسپاین راه‌اندازی کردند که تجهیزات و تخصص زیادی می‌خواهد. این نشان میدهد که مدیران بیمارستان به دنبال انجام عمل‌های جراحی هستند که بتوانند مشکلات مالی را حل کنند. اینها به نتیجه نمی‌رسد. اگر قرار باشد بیمارستان تک‌تخصصی به*

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.7.0]

بیمارستان عمومی کوچک تبدیل شود، بخش جراحی و اورولوژی لازم دارد» (م۳).

کمبود منابع مالی: برای ساخت و بهره‌برداری بیمارستان محب یاس از تسهیلات بانکی استفاده شد. مدیران بیمارستان همواره برای بازپرداخت اقساط بانکی تحت فشار بودند. قرارداد مشارکت در سال ۱۳۹۳ به نحوی بود که ۷۰ درصد تخت‌های بیمارستان به بخش دولتی اختصاص داشته باشد و بیمار با تعرفه دولتی بستری شود و ۳۰ درصد تخت‌های بیمارستان به بیماران دارای بیمه تکمیلی خدمات ارائه کند. یکی از مدیران گفت: «*یک ایده‌ای در وزارت بهداشت شکل گرفت که اینجا را به صورت مشارکتی دولتی-خصوصی اداره کنیم. ۳۰ درصد تخت‌های بیمارستان را برای پرداخت وام به صورت خصوصی و ۷۰ درصد ما بقی را به صورت دولتی اداره کنیم* » (م۸).

ولی، در عمل بیمارستان بیمار خصوصی زیادی نداشت. تأسیس و بهره‌برداری از بیمارستان محب یاس با آغاز طرح تحول سلامت همراه شد. طرح تحول سلامت با هدف حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات برای بهبود بخش سلامت کشور از اردیبهشت ۱۳۹۳ آغاز شد. به نظر تعدادی از مدیران قبلی بیمارستان حمایت این طرح از بخش دولتی باعث افزایش جذابیت بیمارستان‌های دولتی برای مردم شد. به گفته یکی از مدیران بیمارستان: «*طرح تحول باعث کاهش پرداخت از جیب بیماران شد. بیماران به بیمارستان‌های دولتی بیشتر مراجعه می‌کردند*» (م۷).

طبق قرارداد به منظور پوشش هزینه‌های بیمارستان به نحوی که امکان پرداخت وام بانکی هم فراهم شود، دانشگاه موظف به پرداخت مابه‌التفاوت تعرفه دولتی و خصوصی برای ۷۰ درصد تخت‌های دولتی بود. ولیکن، در عمل این پرداخت از طرف دانشگاه محقق نشد و به گفته یکی از مدیران «*اگر دانشگاه می‌پذیرفت که اقساط را بدهد یا حقوق کارکنان را بدهد، می‌شد کاری را پیش برد. ولی، دانشگاه این کار را نکرد*» (م۱۱). در نتیجه، بیمارستان با مشکلات مالی زیادی مواجه شد. به گفته یکی از مدیران بیمارستان «*هزینه بیمارستان بسیار بالا و تعرفه دولتی بسیار پایین بود. اقساط بانکی در حال تأخیر و جریمه خوردن بود*» (م۱۰).

در نتیجه، تصمیماتی برای ایجاد درآمد کافی به منظور بازپرداخت اقساط بانکی چه در زمان مشارکت دو بخش دولتی و خصوصی و چه پس از واگذاری بیمارستان به دانشگاه اتخاذ شد. به گفته یک از مدیران بیمارستان «*در آن زمان دکتر عاشق* [اولین رئیس بیمارستان] *به دنبال راه‌اندازی بخش‌های سودآور بودند. متأسفانه، ایشان به دلیل مقاومت‌هایی که درون دانشگاه شکل گرفته بود، نتوانستند آن را عملیاتی کنند و در عمل بیمارستانی که برای بخش خصوصی آماده شده بود، به بیماران با تعرفه دولتی خدمت ارائه می‌کرد و بار اقساط به دوش مؤسسه محب بود*» (م۱۰). یکی دیگر از مدیران مؤسسه محب هم گفت: «*اینجا چند ده میلیارد تومان بدهی دارد.* [بیمارستان] *با تعرفه دولتی نمی‌تواند از پس مخارج برآید. اینها از اول هم با توجه به وامی که گرفته شده بود، مدنظر بود*» (م۹). همچنین، به گفته معاون پژوهشی بیمارستان «*مراکز دولتی چندین ماه از بیمه طلبکار هستند و با درآمدهای خود نمی‌توانند هزینه‌ها را پوشش دهند و حالا این بیمارستان باید دو میلیارد و ۳۰۰ میلیون تومان قسط پرداخت کند. این مبلغ خیلی سنگین است*» (م۳).

چالش‌های انسانی

مدیریت منابع انسانی در بیمارستان‌ها با توجه به تنوع مشاغل و روابط پیچیده میان کارکنان از اهمیت زیادی برخوردار است. چالش‌های انسانی مشارکت بخش دولتی و خصوصی در بهره‌برداری از بیمارستان جامع زنان محب یاس عبارت بودند از احساس عدم امنیت شغلی کارکنان و نابرابری در جبران خدمت کارکنان بیمارستان.

امنیت شغلی پایین کارکنان: همزمان با ساخت بیمارستان محب یاس، کار تأمین نیروی انسانی آن هم شروع شد. یکی از مدیران قبلی بیمارستان گفت «*تا زمان قرارداد مشهد در کنار تجهیز بیمارستان، موضوع جذب نیرو هم داشتیم. من می‌دانستم که با نیروی خدماتی فرسوده نمی‌شود کار کرد؛ چون سن بالایی داشتند*» (م۱۱). وقتی قرار شد که کارکنان بیمارستان میرزا کوچک خان هم به بیمارستان جدید منتقل شوند، باید به نحوی برنامه‌ریزی می‌شد که کارکنان هم تناسب با کار داشته باشند و هم پاسخگوی انتظارات باشند. استفاده از نیروهای موجود در عمل نمی‌توانست انتظارات مدیران بیمارستان را که قصد داشتند تا عملکرد آن را در سطح بالایی نگه دارند، برآورده کند. در نتیجه، مدیران ارشد بیمارستان تصمیم گرفتند که بخشی از کارکنان را جایگزین کنند. برای این منظور فراخوان داده شد و از میان چند صد نفر شرکت کننده، تعدادی انتخاب شدند و پس از آموزش‌های بدو خدمت کافی، در بیمارستان مشغول به کار شدند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-05]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.7.0]

یکی از موضوعاتی که پس از ادغام دو بیمارستان و واگذاری بیمارستان محب یاس به دانشگاه علوم پزشکی تهران همواره ذهن مدیران و کارکنان بیمارستان را مشغول کرده است، نامشخص بودن آینده بیمارستان جامع زنان محب یاس بوده است. پس از انتقال بیمارستان میرزا کوچک خان به بیمارستان محب یاس، بازسازی ساختمان فرسوده بیمارستان میرزا کوچک‌خان آغاز شد. پس از بازسازی بیمارستان قدیمی چند گزینه پیش روی بیمارستان قرار داشت. در حالت اول دو بیمارستان تبدیل به یک بیمارستان دولتی شوند. حالت دوم این بود که هر دو بیمارستان خصوصی شوند. در حالت سوم بیمارستان میرزا کوچک خان به ساختمان قبلی (که هم اکنون بازسازی شده) برگردد و بیمارستان جامع زنان یاس تبدیل به یک بیمارستان خصوصی شده و مجدد احیا شود. به گفته رئیس فعلی بیمارستان *«این که این بیمارستان‌ها یک مجموعه شود به دلیل بدهی چند ده میلیارد تومانی آن تقریباً منتفی است. با تعرفه دولتی نمی‌توان بدهی را پرداخت کرد. اگر سیستم دولتی می‌خواست اینجا را بسازد با توجه به محدودیت منابع بیشتر از ده سال طول می‌کشید. بنابراین، در این که یکی از این دوتا* [بیمارستان] *خصوصی شود تا بتواند بدهی‌های مربوطه را پرداخت کنند، تقریباً دانشگاه تصمیم خودش را گرفته است»* (م۵).

نامشخص بودن و ابهام در این باره باعث به وجود آمدن تنش‌ها و چالش‌هایی در بیمارستان شده است. به گفته رئیس بیمارستان *«هنوز نمی‌دانیم قرار است که به بیمارستان بازسازی شده* [بیمارستان میرزا کوچک خان] *برویم یا خیر. برنامه‌های ما به تصمیمات دانشگاه و وزارتخانه وابسته است. عملاً سیستم مدیریتی اینجا دست و پای ما را بسته است. ما در اولویت‌بندی کارها با مشکل مواجه هستیم. تمام پروژه‌های بیمارستان یاس به کندی پیش می‌رود و تنها دلیل آن این است که این بیمارستان تعیین تکلیف نشده است. خود ما به عنوان مسئولان بیمارستان، تصمیمی که می‌خواهیم بگیریم، اگر یک کم بزرگ باشد، می‌گوییم بگذارید ببینیم به آن ساختمان می‌رویم یا نه»* (م۷). به گفته معاون درمان بیمارستان بلاتکلیفی آینده در امنیت شغلی کارکنان هم تأثیر گذاشته و اعتماد کارکنان به مدیران بیمارستان را کاهش داده است. *«اگر من پزشک بیرون از دانشگاه باشم، نمی‌آیم با بیمارستانی قرارداد ببندم که هنوز تکلیفش معلوم نیست»* (م۲).

کارکنان محب یاس پس از انتقال بیمارستان به دانشگاه، نگران سرنوشت استخدامی خودشان بودند. پس از تبدیل وضعیت استخدامی آنها به شرکتی بخشی از نگرانی‌ها کم شد. اما، نگرانی بزرگ دیگری که وجود داشت در ارتباط با آینده بود. اگر قرار می‌شد بیمارستان میرزا کوچک خان به ساختمان اولیه خودش برگردد، با توجه به اینکه گفته می‌شود مازاد نیرو در بیمارستان وجود دارد، تکلیف آنها چیست؟ به گفته یکی از مدیران *«همه کسانی که* [بیمارستان] *محب یاس به صورت شرکتی آورده بود، احساس عدم امنیت شغلی داشتند. فکر می‌کردند که ممکن است آنها را بیرون کنند و قطعاً روی عملکرد آنها تأثیر گذاشته است. کارکنان دولتی هم نگران جابجایی محل کار خودشان بودند»* (م۲).

نابرابری در جبران خدمت کارکنان: وجود تبعیض و اختلاف در پرداختی و مسائل رفاهی دو گروه کارکنان دولتی و محب موجب بروز مشکلاتی در بیمارستان شد بود. به گفته یکی از مدیران بیمارستان میرزا کوچک خان *«این اختلاف به دلیل این بوده که ما از اول چارت درستی برای انجام امور نداشتیم. انگار همه چیز قاطی شده بود و چارت دولتی آمده بود در ساختار خصوصی قرار گرفته بود. کارکنان دولتی امتیازهایی داشتند که* [مسئولین] *محب نمی توانستند و در توانشان نبود که به کارکنان شرکتی خود پرداخت کنند»* (م۴). به عنوان مثال، به کارکنان دولتی وام پرداخت می‌شد، اما برای کارکنان بیمارستان محب یاس این تسهیلات در آن مقطع زمانی وجود نداشت. نوع قرارداد کارکنان محب پس از انتقال بیمارستان به دانشگاه تبدیل به شرکتی شد. به گفته یکی از مدیران *«در حال حاضر امکانات رفاهی برای کارکنان شرکتی نداریم. مثلاً آنها وام می‌خواهند و ما نمی‌توانیم به آنها بدهیم. دانشگاه به پرسنل خودش وام می‌دهد و این تبعیض‌ها روی عملکرد پرسنل تأثیر گذاشت»* (م۷).

در اوایل فعالیت بیمارستان، کارکنان بیمارستان میرزا کوچک خان شکایت داشتند. پرداخت کارانه یکی از دلایل نارضایتی بود. به گفته یکی از کارکنان بیمارستان *«حدود شش ماه بود که کارانه داده نشد و همیشه اعتراض وجود داشت. کادر درمانی خیلی اعتراض می‌کردند که چرا کارانه‌های ما را نمی‌دهید. بعد از آن اعتراض شد که چرا کارانه‌ها را کم کرده‌اید. کارکنان همیشه مقایسه می‌کردند و ناراحت بودند که چرا کارمند* [بیمارستان] *محب که یک سال است که آمده باید کارانه برابر با کارکنان با تجربه بگیرد»* (م۱۶). به گفته یکی از مدیران بیمارستان میرزا کوچک خان *«آن موقع هر هفته برای کارانه لشگرکشی بود. صبح به صبح نیروهای آزمایشگاه، گروه‌های پرستاری، پاراکلینیک و رزیدنت‌ها می‌آمدند جلوی اتاق*

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.7.0]

مدیریت و اعتراض می‌کردند. در پرداختی‌ها هم تفاوت وجود داشت و به شرکتی‌ها [کارکنان محب] *دیرتر حقوق می‌دادند که باعث نارضایتی این گروه کارکنان شد*» (م۱۶). خود کارکنان بیمارستان محب یاس هم از تبدیل وضعیتشان خیلی راضی نبودند. به گفته یکی از کارکنان «*ما محبی‌ها، شرکتی دانشگاه شدیم و به ضرر ما شد. الان بعد از سه سالی که اینجا دانشگاهی شده من حقوق همان موقع را می‌گیرم*» (م۶).

چالش‌های فرهنگی: فرهنگ سازمانی به‌عنوان مجموعه‌ای از باورها و ارزش‌های مشترک سازمانی، بر رفتار کارکنان اثر می‌گذارد و می‌تواند عملکرد سازمان را تقویت کند یا تبدیل به مانعی در مسیر اهداف آن شود. چالش‌های فرهنگی مشارکت بخش دولتی و خصوصی در بهره‌برداری از بیمارستان جامع زنان محب یاس عبارت بودند از تفاوت‌های فرهنگی و ضعف در مدیریت تعارض.

تفاوت‌های فرهنگی: یکی دیگر از چالش‌های ناشی از کنار هم قرار گرفتن کارکنان دو بیمارستان تضاد فرهنگی میان دو گروه بود. به گفته یکی از مدیران قبلی بیمارستان «*پرداخت به کارکنان در بیمارستان محب به صورت عملکردی بود. کارکنان به ازای کار پول می‌گرفتند. ایجاد چنین بینش مشتری‌محوری و بیمارمحوری در برخی از کارکنان بیمارستان میرزا کوچک خان مشکل بود. با وجود اینکه این ادبیات برای آنها* [کارکنان دانشگاهی] *جذاب بود، ولی،* [آنها] *به خصوص نیروی خدماتی و نگهبانی خیلی مقاومت می‌کردند. ما به نیروهای خودمان آموزش زیادی درباره کد رفتاری برای برخورد با بیمار و پزشکان می‌دادیم. به عنوان مثال، ما در نگهبانی موضوع نشستن نداریم. نگهبان باید بایستد. با این وجود، نگهبانان 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. در نتیجه، مریض هم می‌گفت که چرا اینها فرق دارند؟ دلیل این دوگانگی‌ها چیست؟ این دوگانگی‌ها باعث بروز مسائلی شد*» (م۱۱). این تفاوت فرهنگی تا حدی بود که یکی از مدیران بیمارستان در این باره گفت: «*کلاً مراکز دانشگاه باید زیرمجموعه دانشگاه باشند. دیسیپلین و مقررات دانشگاه جدا است. دانشگاه مسائل خاص خودش را دارد و مدیریت آن با بخش خصوصی فرق دارد و دو چیز جدا از هم هستند*» (م۱۴).

ضعف مدیریت تعارض: کارکنان بیمارستان میرزا کوچک‌خان و کارکنان بیمارستان جامع زنان پس از ادغام دو بیمارستان تحت یک سیستم مدیریت واحد درآمدند. در کنار هم قرار گرفتن کارکنان بیمارستان دولتی و کارکنان استخدام شده برای کار در بخش خصوصی با توجه به تفاوت در فرهنگ آنها زمینه‌ساز بروز دودستگی و اختلاف میان کارکنان شد. به گفته یکی از مدیران بیمارستان «*همکاران دانشگاهی* [بیمارستان میرزا کوچک خان] *که اوایل به این بیمارستان آمده بودند، توسط پرسنل* [محب] *پذیرفته نشدند. یکی از مشکلاتی که داشتیم این بود که دودستگی میان پرسنل به وجود آمده بود و حالت انتقام‌جویی بین پرسنل وجود داشت. این شرایط همدلی در بیمارستان را کمرنگ کرده بود و بیمارستان اعتراضات و اعتصابات متعددی داشت*» (م۷). بروز اختلافات در بیمارستان و علنی شدن اعتراضات، فرایندهای ارائه خدمت را هم در مواردی تحت تأثیر قرار داد. به شکلی که بیماران هم از اختلافات به وجود آمده مطلع شده بودند. با توجه به حجم مسائلی که در بیمارستان وجود داشت توجه مدیران روی مسائل دیگر بود و کمتر روی رفع تعارضات کارکنان تمرکز داشتند.

چالش‌های مدیریتی

مدیریت و رهبری قوی، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد علمی، تعهد عملی مدیران، رهبری مشارکتی، حمایت مدیران از کارکنان و ثبات مدیران نقش قابل توجهی در موفقیت قرارداد همکاری بخش عمومی و خصوصی دارد. چالش‌های مدیریتی مشارکت بخش عمومی و خصوصی در بهره‌برداری از بیمارستان محب یاس عبارت بودند از بی‌ثباتی مدیران و ضعف مدیریت مشارکتی.

بی‌ثباتی مدیران: در مراحل اولیه بهره‌برداری برای اداره بهتر بیمارستان تصمیم بر این شد که هیأت مدیره‌ای تشکیل شود. پنج نفر از مدیران ارشد بیمارستان برای هیأت مدیره انتخاب شدند. با این وجود، با توجه به شرایط بیمارستان، هیأت مدیره نتوانست عملکرد قابل قبولی داشته باشد. به گفته یکی از مدیران بالینی بیمارستان «*هیأت مدیره عملاً کمک زیادی به ما نکرد. هیأت مدیره با قدرتی نبود و کاری نمی‌کرد و تصمیماتی که گرفته می‌شد، شکل ظاهری داشت و نقش راهبردی نداشت*» (م۱۱). سپس، با انتقال بیمارستان به دانشگاه برای بیمارستان رییس و مدیر انتخاب شد. به گفته یکی از مدیران بیمارستان: «*ابتدا بیمارستان به صورت هیأت مدیره‌ای اداره می‌شد که اول آقای دکتر عاشق از طرف دانشگاه بودند و بعد آقای خسروی از محب آمدند. بعد گفتند که اینجا باید دوباره دانشگاهی باشد و در نتیجه کارکنان محب و دانشگاه ادغام شدند*» (م۱۶).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-05]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.7.0]

مدیران ارشد بیمارستان از زمان تأسیس بیمارستان تا کنون چند بار تغییر کردند. جابجایی مدیران چالش‌هایی در بیمارستان ایجاد کرد. یکی از مدیران ارشد بیمارستان اشاره کرد: «*ما در این مدت سه رئیس بیمارستان داشتیم. یک رئیس بیمارستان فقط سه ماه در اینجا مشغول بود. من فکر می‌کنم از قبل، بررسی‌ها و پیش‌بینی های لازم انجام نشده بود*» (م۳). به گفته یکی از مدیران پرستاری بیمارستان: «*تغییر و تحولات در بیمارستان زیاد بود. اوج مشکلات ما در مقطعی بود که بیمارستان از محب به دانشگاه تهران منتقل شد. در آن دوران یک رئیس حدود یک ماه اینجا بود و بعد از آن چهار پنج ماه بیمارستان رئیس نداشت. یک مقطعی رئیس و مدیر نداشتیم و بیمارستان روی هیچ پایه‌ای بند نبود*» (م۶). با توجه به اینکه هر مدیر و رئیس جدیدی در بیمارستان نظرات و اهداف خودش را دارد، در عمل این تغییرات مدیریتی باعث بروز اختلاف-هایی در بیمارستان شد.

ضعف مدیریت مشارکتی: مشارکت محدود مدیران ارشد بیمارستان با کارکنان بیمارستان، باعث دلسردی کارکنان به ویژه کارکنان رده بالا و با تجربه شد. به گفته یکی از معاونان فعلی بیمارستان «*تصمیم‌ها از اتاق‌های در بسته بیرون می‌آمد. بیمارستان تک‌تخصصی زنان بود و ۱۵ هیأت علمی داشت. هیچ کدام از این افراد در جریان تصمیمات قرار نمی‌گرفتند. در اتاق در بسته تصمیم گیری می‌شد که امروز باید این بخش به جای دیگر منتقل شود و این فرد به اینجا منتقل شود. ما هم هرچه می‌پرسیدیم که به چه دلیل باید اینکارها انجام شود، مدیران می‌گفتند که مسئولین تصمیم گرفتند. از افراد باتجربه، کمکی گرفته نمی‌شد*» (م۳). نبود رویکرد مشارکتی و سهیم نبودن کارکنان در تصمیمات سازمان، باعث کاهش انگیزه کارکنان شده بود. نظرخواهی محدود در زمینه بازسازی بیمارستان میرزاکوچک خان یکی دیگر از زمینه‌هایی بود که مدیر پرستاری بیمارستان به آن اشاره کرد: «*الان بیمارستان بازسازی شده اما از ما به عنوان کادر پرستاری نظرخواهی نشده است، در صورتی که کادر پرستاری ریز به ریز مشکلات بیمارستان را می‌داند*» (م۶).

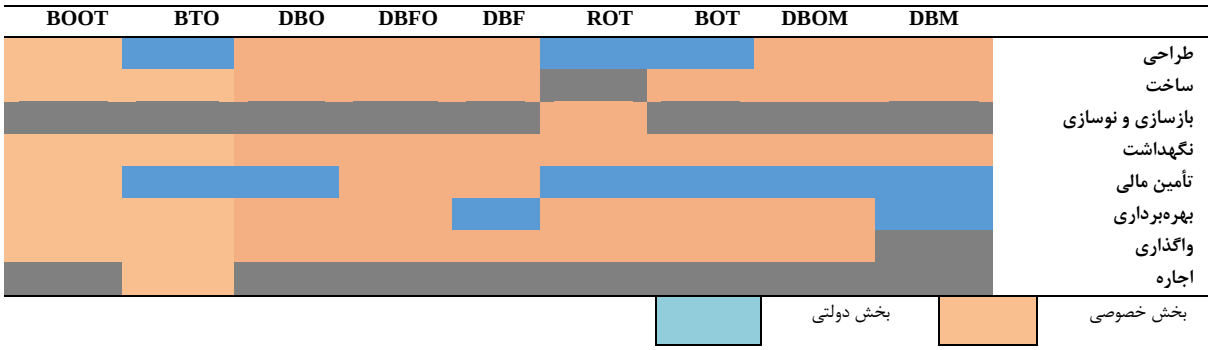
جدول ۱: مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش

جنسیت	فراوانی	درصد	متغیر	فراوانی	درصد
			سن		
زن	۱۳	۵۴/۲	۳۰ تا ۳۹ سال	۷	۲۹/۲
مرد	۱۱	۴۵/۸	۴۰ تا ۴۹ سال	۱۲	۵۰
			۵۰ سال و بالاتر	۵	۲۰/۸
وضعیت تحصیلی			سابقه کاری		
کارشناسی	۵	۲۰/۸	۱۰ تا ۱۹ سال	۱۱	۴۵/۸
کارشناسی ارشد	۱۱	۴۵/۸	۲۰ تا ۲۹ سال	۱۱	۴۵/۸
دکترا	۸	۳۳/۳	۳۰ سال و بیشتر	۲	۸/۳

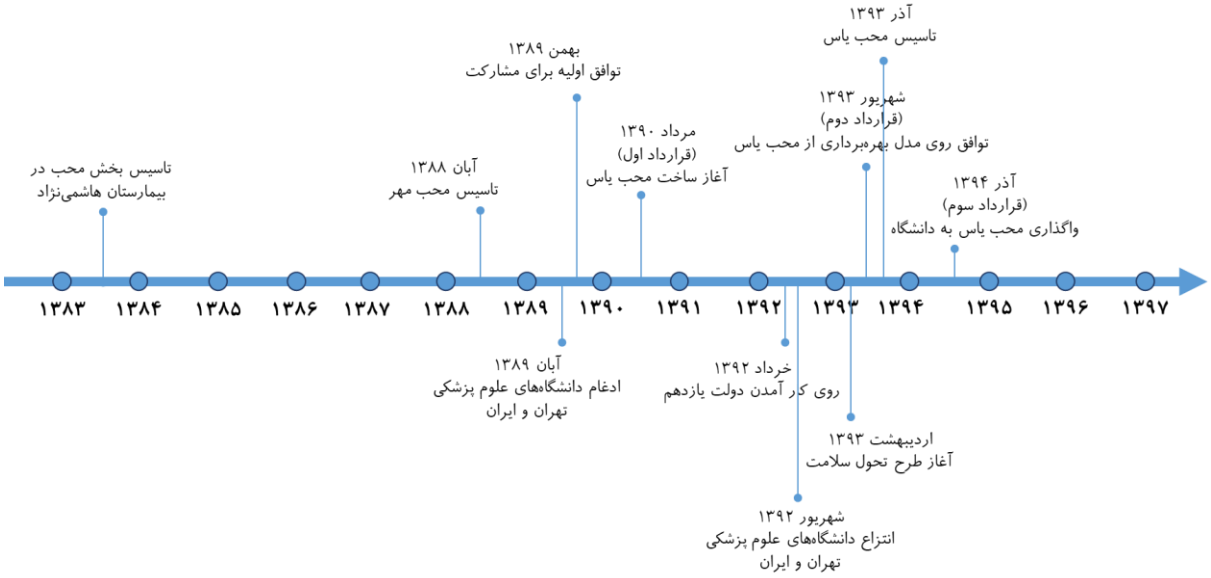
جدول ۲: چالش‌های بهره‌برداری از بیمارستان جامع زنان محب یاس

درون مایه های اصلی	درون مایه های فرعی
چالش‌های قانونی	قرارداد مبهم مشارکت عمومی- خصوصی تغییرات سیاسی ضعف قوانین مشارکت عمومی- خصوصی
چالش‌های ساختاری	مشکلات طراحی و ساخت بیمارستان استفاده محدود از ظرفیت بیمارستان کمبود منابع مالی
چالش‌های انسانی	امنیت شغلی پایین کارکنان نابرابری در جبران خدمت کارکنان
چالش‌های فرهنگی	تفاوت‌های فرهنگی ضعف در مدیریت تعارض
چالش‌های مدیریتی	بی‌ثباتی مدیران ضعف مدیریت مشارکتی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.7.0]



نمودار۱. انواع مدل‌های مشارکت عمومی- خصوصی



نمودار ۲: روند زمانی مشارکت مؤسسه محب با بخش دولتی

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی چالش‌های بهره‌برداری از بیمارستان جامع زنان محب یاس به عنوان یک نمونه مشارکت عمومی - خصوصی در بخش بیمارستانی کشور انجام شد. از ابتدا قرار بر این بود که بیمارستان «محب یاس» به عنوان یک بیمارستان عمومی در حیاط بیمارستان میرزا کوچک خان ساخته شود و ضمن ارائه خدمات با کیفیت به بیماران خصوصی، نیاز بیمارستان تخصصی زنان و زایمان «میرزا کوچک خان» را به سایر خدمات بیمارستانی مرتفع کند. با این وجود، به دلایل مشکلات بوجود آمده، بیمارستان میرزا کوچک خان به بیمارستان محب یاس منتقل و دو بیمارستان تبدیل به یک بیمارستان شدند و راهبرد مشارکت عمومی – خصوصی با شکست مواجه شد.

راهبرد مشارکت عمومی - خصوصی در بهره‌برداری از بیمارستان محب یاس با چالش‌های قانونی، ساختاری، انسانی، فرهنگی و مدیریتی مواجه شد. نوع مدل مبهم و غیر شفاف مشارکت عمومی- خصوصی، تغییرات سیاسی، ضعف قوانین و مقررات، مشکلات طراحی و ساخت بیمارستان، استفاده محدود از ظرفیت بیمارستان، کمبود منابع مالی، امنیت شغلی پایین کارکنان، نابرابری در جبران خدمت کارکنان، تفاوت‌های فرهنگی، ضعف در مدیریت تعارض، بی‌ثباتی مدیران و ضعف مدیریت مشارکتی منجر به ناکامی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.7.0]

مشارکت عمومی - خصوصی در این بیمارستان شد، و در نهایت، بیمارستان محب یاس به دانشگاه علوم پزشکی تهران واگذار شد.

مطالعات قبلی چالش‌های مشارکت عمومی- خصوصی را شامل قرارداد مبهم و غیر شفاف مشارکت، پیچیدگی فرآیند مشارکت، نبود حمایت سیاسی، لغو توافقات در نتیجه تغییر دولت‌ها، کمبود قوانین و مقررات حمایتی، مقبولیت عمومی پایین مشارکت، ظرفیت و مهارت پایین بخش دولتی برای مدیریت پروژه‌های مشارکتی، فقدان افراد متخصص و حرفه‌ای در زمینه مشارکت عمومی- خصوصی، عادلانه نبودن روند رسیدگی به شکایات مشارکت بخش عمومی و خصوصی، فساد در دولت، شرایط نامساعد اقتصادی و تجاری، فقدان نهادهای مالی قدرتمند، دشواری در تأمین منابع مالی و پر نکردن شکاف مالی توسط دولت بیان کردند [۲۱-۱۹].

ادغام بیمارستان «میرزا کوچک خان» در بیمارستان «محب یاس» موجب ایجاد مشکلات ساختاری متعددی شد. قراردادن بخش‌های یک بیمارستان آموزشی تخصصی زنان و زایمان در یک بیمارستان غیر آموزشی عمومی کار دشواری بود و منجر به عدم رعایت برخی استانداردهای ساختاری در بیمارستان شد. از طرف دیگر، واگذاری بیمارستان محب یاس به دانشگاه علوم پزشکی تهران، بکارگیری قوانین و مقررات سازمان‌های دولتی و تغییر مدیران ارشد و میانی بیمارستان منجر به بروز مشکلاتی در نگهداشت تأسیسات بیمارستان شد. در حالی‌که، بخش خصوصی در زمینه نحوه استفاده از منابع و هزینه کرد از اختیارات بیشتری برخوردار است، بخش عمومی تابع مقررات خاصی بوده و با محدودیت‌هایی مواجه است.

انتقال یک بیمارستان دولتی آموزشی تخصصی زنان و زایمان به یک بیمارستان غیر انتفاعی غیر آموزشی عمومی تحت مدیریت بخش عمومی منجر به این شد که بیمارستان جدید با همان رویکرد آموزشی تخصصی زنان و زایمان شکل بگیرد و در عمل، سایر بخش‌های عمومی بیمارستان توسعه نیابد. به عبارتی، فرهنگ بیمارستان تک تخصصی زنان و زایمان بر بیمارستان جدید تسلط یابد. از طرف دیگر، مشکلات اقتصادی و کمبود منابع مالی بخش عمومی مانع از بکارگیری منابع انسانی مورد نیاز سایر بخش‌های عمومی بیمارستان شده بود.

ادغام دو بیمارستان عمومی و خصوصی و تبدیل آنها به یک بیمارستان عمومی منابع مالی بیمارستان را کاهش داد. تعرفه‌های پایین خدمات بیمارستان‌های دولتی، تأخیر در باز پرداخت سازمان‌های بیمه‌ای و افزایش تورم، فشار زیادی به بیمارستان یاس وارد ساخت. مدیران بیمارستان علاوه‌بر تأمین هزینه‌های سرمایه‌ای و جاری بیمارستان، بایستی اقساط تسهیلات بانکی را هم پرداخت می‌کردند که از طریق درامد بیمارستان در شرایط فعلی امکانپذیر نبود. در نتیجه، مدیران بیمارستان با توسعه سایر خدمات تخصصی سعی در افزایش درآمد بیمارستان دارند که آن هم با مقاومت کارکنان و چالش‌های متعددی مواجه است.

دو بیمارستان عمومی و خصوصی مورد بررسی در این پژوهش دارای فرهنگ سازمانی متفاوتی بودند. این اختلاف فرهنگی منجر به نارضایتی بیمارانی که از خدمات بیمارستان استفاده می‌کردند، هم شده بود. فرهنگ سازمانی نقش موثری در موفقیت یا شکست راهبردهای سازمان دارد [۲۲]. یک فرهنگ سازمانی منسجم و خوب منجر به توسعه خلاقیت سازمانی، بهبود روحیه کارگروهی بین کارکنان، ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی و افزایش رضایت بیماران می‌شود [۲۳]. در مقابل فرهنگ سازمانی که بر ساختارهای رسمی، قوانین و مقررات زیاد و خطوط ارتباطی رسمی سازمانی تأکید داشته باشد، منجر به بهره‌وری پایین سازمان می‌شود [۲۴]. مطالعات نشان می‌دهد که خلاقیت و نوآوری در بیمارستان‌های خصوصی به مراتب بیشتر از بیمارستان‌های دولتی است [۲۵].

مدیریت منابع انسانی در دو بیمارستان عمومی و خصوصی متفاوت است. این تفاوت‌ها منجر به نارضایتی کارکنان دو بیمارستان شده بود. کارکنان بیمارستان «میرزا کوچک خان» احساس می‌کردند که کارانه کارکنان بیمارستان «محب یاس» بیشتر است. در مقابل، کارکنان بیمارستان «محب» یاس معتقد بودند که کارکنان رسمی بیمارستان «میرزا کوچک خان» مزایای دیگری دریافت می‌کنند که آنها ندارند. در فرآیند ادغام دو بیمارستان، امنیت شغلی کارکنان بیمارستان محب یاس به مخاطره افتاد و منجر به کاهش انگیزه شغلی آنها شد. ولیکن، با استخدام شرکتی آنها در بیمارستان جدید، مشکل تا حدی کاهش یافت. مشکلات نیروی انسانی پس از ادغام دو بیمارستان هم ادامه داشت و کارکنان شرکتی محب یاس از دریافتی‌های خود راضی نبودند. امنیت شغلی پایین منجر به استرس شغلی و فرسودگی شغلی کارکنان می‌شود [۲۶] که به نوبه خود موجب کاهش کیفیت زندگی کاری [۲۷]، رضایت شغلی [۲۸] و تعهد سازمانی [۲۹] آنها خواهد شد.

مدیریت اثربخش تغییر نیازمند یک مدیر و رهبر توانمند و دارای نفوذ است که بتواند جریان تحولات را به خوبی هدایت کند [۳۰].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-05]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.7.0]

بیمارستان سازمان بروکراتیک بسیار پیچیده‌ای است و استفاده از مدل مشارکت عمومی - خصوصی در آن نیازمند مدیریت حرفه‌ای و برنامه‌ریزی دقیق است. عدم ثبات و جابجایی مدیران یکی از موانع اصلی در موفقیت پروژه‌های تغییر است [۳۱]. این پژوهش نشان داد که عدم ثبات مدیریت و جابجایی مدیران پس از ادغام دو بیمارستان مشکلاتی در بیمارستان جدید ایجاد کرده بود. نامعلوم بودن سرنوشت بیمارستان امکان برنامه‌ریزی راهبردی و بلندمدت را از مدیران ارشد بیمارستان گرفته بود. مدیران ارشد بیمارستان در این شرایط باید با بکارگیری راهبرد مدیریت مشارکتی زمینه همکاری و مشارکت کارکنان، مشتریان و پیمانکاران بیمارستان را در روند تصمیم‌گیری و حل مسائل و مشکلات سازمانی فراهم کنند. به‌کارگیری مدیریت مشارکتی منجر به افزایش بهره‌وری بیمارستان خواهد شد [۳۲].

به‌رغم منافع زیاد مشارکت عمومی - خصوصی در بخش سلامت و تأکید مدیران ارشد کشور بر افزایش نقش بخش خصوصی در ارائه خدمات سلامت، تجربه مشارکت عمومی - خصوصی در بیمارستان جامع زنان محب یاس موفق نبوده است. جدید بودن نوع مشارکت عمومی - خصوصی، تجربه پایین مدیران در این زمینه و نداشتن یک مدل استاندارد آزمون شده برای بکارگیری این شراکت، چالش‌هایی در ساخت و بهره‌برداری بیمارستان محب یاس ایجاد کرد. مطالعه‌ای هم در روسیه به مدل مشارکت عمومی - خصوصی به عنوان مانعی بزرگ بر سر راه همکاری عمومی - خصوصی در بخش سلامت روسیه اشاره کرد [۳۳]. مشارکت عمومی - خصوصی در نظام سلامت ایران باید با احتیاط صورت گیرد و با مطالعات امکان سنجی و ارزشیابی‌های اقتصادی پروژه مشارکت به منظور شناسایی و تبیین خطرات فعلی و آتی مشارکت شروع شود. دولت باید ظرفیت‌های قانونی و مقرراتی را تقویت کند تا منجر به تسهیل مشارکت عمومی - خصوصی شود.

قدرت نابرابر بخش دولتی و خصوصی اثرات منفی بر تداوم مشارکت عمومی - خصوصی خواهد داشت [۳۴]. دولت در کشورهای در حال توسعه از قدرت بسیار زیادی برخوردار است. برای تقویت مشارکت عمومی - خصوصی باید ارتباط بین دولت و شرکت‌های خصوصی ارتقا یابد. سازمان‌های دولتی باید کار تیمی را تقویت کنند و همکاری با بخش خصوصی را با جدیت پیگیری کنند. تعهد سیاسی دولت‌ها یکی از پیش نیازهای مشارکت عمومی - خصوصی است [۸]. مطالعه حاضر نشان داد که تغییر دولت و به دنبال آن تغییر اولویت‌های سازمان‌های دولتی و تغییرات مدیریت دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و ایران منجر به تضعیف مشارکت عمومی و خصوصی در پروژه بیمارستان محب یاس شد. بنابراین، قرارداد فی مابین طرف‌های عمومی و خصوصی باید طوری تنظیم شود که با تعویض دولت‌ها یا مدیران ارشد سازمان دولتی طرف قرارداد، دو طرف نسبت به مفاد قرارداد متعهد باقی بمانند.

پروژه‌های سرمایه‌ای بزرگ با طول عمر بالای ۳۰ سال نظیر بیمارستان‌ها با توجه به تغییرات محیط سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فناوری و زیست محیطی با عدم اطمینان و ریسک بالایی همراه هستند. این عدم اطمینان به خاطر تغییرات شرایط محیط زیست، تغییرات بازار (نرخ تبادل ارز، نرخ تورم و نرخ سود سرمایه)، تغییرات سیاسی و قوانین و مقررات، تغییرات صنعت (عرضه، تقاضا و رقابت) و تغییرات فنی (ساخت و مدیریت پروژه) روی می‌دهد [۳۵]. به عنوان مثال، مطالعه‌ای در دانمارک نشان داد که افزایش هزینه بیش از میزان پیش بینی شده در ۸۶ درصد پروژه‌های مشارکتی اتفاق افتاده و میزان افزایش هزینه هم حدود ۲۷/۶ درصد بوده است [۳۶]. بنابراین، قراردادهای مشارکت عمومی - خصوصی باید از انعطاف پذیری بالایی برخوردار باشد تا مدیران بیمارستان‌ها با توجه به تغییرات محیطی بتوانند خدمات اثربخش و کارآمد را به جامعه ارائه دهند. عدم انعطاف‌پذیری قراردادهای همکاری بین دو بخش عمومی و خصوصی منجر به این خواهد شد که مدیران به منظور حفظ کارایی به هنگام تغییرات شدید محیطی از کیفیت خدمات ارائه شده بکاهند. انتقال خطر ارائه خدمت به بخش خصوصی باید با احتیاط صورت گیرد. خطر باید تا حدی به بخش خصوصی منتقل شود که موجب افزایش کارایی شود. تحمیل خطر زیاد به بخش خصوصی موجب کاهش کیفیت خدمات ارائه شده و حتی شکست قرارداد مشارکت عمومی - خصوصی خواهد شد. مشارکت عمومی - خصوصی توأم با خطر زیادی برای طرف خصوصی قرارداد است. بخش خصوصی با خطرهای مالی، عملکردی و مسئولیت پذیری و خطر از دست دادن شهرت مواجه است. هرگونه اشتباه توسط طرف دولتی منجر به شکست قرارداد مشارکتی خواهد شد.

این مطالعه نشان داد که ظرفیت قانونی و ساختاری مورد نیاز برای مشارکت عمومی- خصوصی در نظام سلامت ایران وجود ندارد. دولت باید سازوکاری برای تقویت مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات عمومی ایجاد کند. دولت در مرحله اول باید چارچوب

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.7.0]

سیاسی و قانونی مشارکت عمومی - خصوصی را تعیین کند و چالش‌های سیاسی و قانونی موجود را از طریق تدوین قوانین، مقررات، بخشنامه‌ها و آیین نامه‌ها بر طرف کند. ایجاد یک چارچوب قانونی شفاف و منصفانه نقش بسزایی در تقویت مشارکت عمومی - خصوصی دارد. قوانین و مقررات لازم باید در زمینه‌های نحوه همکاری دو طرف، تسهیم سود و زیان، احترام به مفاد قرارداد و حل مشکلات ایجاد شده تدوین شوند. بخش خصوصی در صورتی‌که قوانین و مقررات حمایت از حقوق بخش خصوصی وجود نداشته باشد، انگیزه‌ای برای مشارکت نخواهد داشت. قوانین و مقررات منصفانه حمایتی منجر به حصول اطمینان از همکاری اثربخش و کارآمد دو بخش عمومی - خصوصی در استفاده بهینه از منابع مشترک می‌شود که در نهایت، به نفع طرف دولتی هم است.

ظرفیت و ساختارهای لازم برای شناسایی، ارزشیابی و مذاکره با شرکت‌های خصوصی علاقمند به مشارکت در ارائه خدمات عمومی، در بخش دولتی باید ایجاد شود تا در صورت بروز موانعی به صورت سیستمی به رفع آنها اقدام شود و خطر مشارکت فقط به بخش خصوصی تحمیل نشود. مدیران سازمان‌های دولتی ممکن است از دانش، مهارت و تجربه لازم برای مدیریت پروژه‌های مشارکت با بخش خصوصی برخوردار نباشند. در نتیجه، عمر چنین پروژه‌هایی کوتاه خواهد شد و منجر به کاهش انگیزه بخش خصوصی در همکاری با بخش دولتی در پروژه‌های آتی خواهد شد. برای این منظور پیشنهاد می‌شود که دستگاه‌های دولتی دارای واحدی مستقل و حرفه‌ای برای برنامه‌ریزی، هماهنگی، هدایت و ارزشیابی پروژه‌های مشارکتی عمومی - خصوصی باشند. چنین واحدی به عنوان یک مرکز تخصصی در زمینه تعیین پروژه‌های مناسب برای همکاری با بخش خصوصی، تحلیل و ارزشیابی پروژه‌ها برای تنظیم مفاد قرارداد همکاری، شناسایی شرکای احتمالی در بخش خصوصی، مذاکره با آنها، تنظیم قرارداد همکاری، اجرای پروژه‌های مشارکتی، نظارت بر عملکرد پروژه‌ها و تقویت اعتماد فی مابین عمل می‌کند. ایجاد چنین واحدی در دستگاه‌های دولتی منجر به تسریع فرایند مشارکت عمومی – خصوصی و رضایت بیشتر طرف خصوصی خواهد شد.

همچنین، پیشنهاد می‌شود که سازمانی در دولت در سطح کلان این مسئولیت را بر عهده گیرد و ظرفیت قانونی، اداری و کارشناسی لازم را برای تقویت مشارکت دولتی و خصوصی در وزارتخانه‌های مختلف دولت بر عهده گیرد. با احیای سازمان برنامه و بودجه کشور و توجه ویژه مجلس و دولت به برون سپاری وظایف غیر حاکمیتی و مشارکت بخش غیر دولتی در پروژه‌های جدید، نیمه تمام و آماده بهره‌برداری، بخش توسعه مشارکت عمومی - خصوصی در سازمان برنامه و بودجه کشور ایجاد شد تا متولی این امر در کشور شود. این بخش باید تقویت و توسعه یابد. چنین سازمانی باید وظیفه سیاستگذاری و تدوین مقررات و بخشنامه‌های مرتبط با مشارکت عمومی - خصوصی، تعیین استانداردهای عملکردی و ملاحظات بودجه‌ای پروژه‌ها، تضمین تعهد سیاسی، تقویت اعتماد بین عمومی - خصوصی، الزام شفافیت کارکردی و عملکردی پروژه‌های مشارکتی، تعیین کدهای اخلاقی و آموزش مدیران واحدهای مدیریت پروژه‌های مشارکتی دستگاه‌های دولتی را بر عهده داشته باشد. موفقیت مشارکت عمومی - خصوصی به داشتن یک دورنمای مشترک برای شراکت، همکاری اثربخش و تعهد دو طرف نسبت به اهداف مشارکت، مسئولیت پذیری مشترک و داشتن منابع، دانش و مهارت‌های لازم مکمل یکدیگر برای رفع مشکلات احتمالی بستگی دارد. قرارداد همکاری باید برای دو طرف دولتی و خصوصی منفعت داشته باشد. اگر یک طرف احساس زیان کند، در نهایت، این همکاری با چالش‌های بسیاری مواجه خواهد شد. 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 فی مابین بیان شود. مواردی نظیر هدف مشارکت، اهداف و مقاصد مورد انتظار، ساختار هزینه، درآمد و سود، حدود مشارکت، نحوه ارزشیابی عملکرد و نحوه گزارش‌دهی، باید مشخص شوند.

این پژوهش مورد پژوهی با رویکرد اکتشافی و توضیحی کیفی به شناسایی و تبیین چالش‌های بهره‌برداری از بیمارستان جامع زنان محب یاس به عنوان یک نمونه مشارکت عمومی - خصوصی در بخش بیمارستانی ایران پرداخت. همچنین، راهکارهایی برای موفقیت مشارکت عمومی – خصوصی در نظام سلامت ایران ارائه شد. مدل مناسب مشارکت عمومی- خصوصی یکی از عوامل مؤثر بر موفقیت مشارکت دو بخش دولتی و خصوصی در ارائه خدمات عمومی است. پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران با انجام مطالعات ترکیبی با ارائه یک مدل مناسب مشارکت عمومی- خصوصی برای نظام سلامت ایران به توسعه دانش مربوطه کمک کنند. همچنین، پژوهشگران می‌توانند با انجام مطالعات کمی به تعیین میزان تأثیر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.7.0]

چالش‌های قانونی، ساختاری، انسانی، فرهنگی و مدیریتی بر شکست پروژه‌های مشارکت عمومی- خصوصی بپردازند.

سهم نویسندگان

مسعود اعتمادیان: مجری پژوهش، تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله

علی محمد مصدق‌راد: مجری پژوهش، طراحی پژوهشی، تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله

محمود رضا محقق دولت آبادی: همکار پژوهش، تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله

حامد دهنوی: مجری پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله لازم می‌دانند از همکاری کلیه افراد شرکت کننده در این پژوهش تشکر و 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.

منابع

1. Mosadeghrad, A., Essentials of healthcare organisation and management. Dibagran Tehran, 2015. [Book in Persian]

2. Ouchi WG. Markets, bureaucracies, and clans. Administrative science quarterly 1980; 25:129-41

3. Lim MK. Transforming Singapore health care: public-private partnership. Annals-Academy of MedicineSingapore 2005; 34: 461-467

4. 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 [Access date 30/04/2019]

5. Yescombe ER. Public-private partnerships: principles of policy and finance. UK: London; Elsevier; 2011

6. Colverson S, Perera O. Harnessing the Power of Public-Private Partnerships: The role of hybrid financing strategies in sustainable development. 1st Edition, Winnipeg: International Institute for Sustainable Development: Uk, 2012

7. 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; 32:146–154

8.OECD Publishing. Dedicated public-private partnership units: A survey of institutional and governance structures. 1st Edition, OECD Pub: Uk, 2010

9. Pollock A, & Price D. Privatising primary care. British Journal of General Practice 2006; 56: 565-567

10. Koppenjan JF, & Enserink B. Public–private partnerships in urban infrastructures: reconciling private sector participation and sustainability. Public Administration Review 2009; 69: 284-296

11. Farlam P. Working together: assessing public-private partnerships in Africa. Johannesburg, SA: South African Institute of International Affairs, University of the Witwatersrand, 2005. Available at: https://www.africaportal.org/publications/working-together-assessing-public-private-partnerships-in-africa/ [Access date 09/06/2019]

12. Zavadskas EK, Turskis Z, Tamošaitien J. Risk assessment of construction projects. Journal of Civil Engineering and Management 2010; 16 : 33-46

13. Preker AS. and Harding A. Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals. 1 st Edition, The World Bank: Uk, 2003

14. Pollitt C. and Bouckaert G. Public management reform: A comparative analysis. 1 st Edition, Oxford University Press: USA,2004

15. 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: 15-33

16. Hellowell M. Are public–private partnerships the future of healthcare delivery in sub-Saharan Africa? Lessons from Lesotho. BMJ Glob Health 2019;4: 001217

17. Yin RK. Case study research: Design and methods. 3 th Edition,Thousand Oaks, CA: Sage: UK,2003

18. Stake RE. The art of case study research. Thousand 1 st Edition,Thousand Oaks, CA: Sage: UK, 1995.

19. Grimsey D, Lewis M. Public private partnerships: The worldwide revolution in infrastructure provision and project finance. 1 st Editon, Edward Elgar Publishing: UK, 2007

20. Liu T, Wilkinson S. Adopting innovative procurement techniques: obstacles and drivers for adopting public private partnerships in New Zealand. Construction Innovation 2011;11:452-69

21. 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: 371-381

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-05]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.7.0]

22. Mosadeghrad AM. The impact of organisational culture on the successful implementation of total quality management. TQM Journal 2006; 18: 606 - 625
23. Gregory BT, Harris SG, Armenakis AA, Shook CL. Organizational culture and effectiveness: A study of values, attitudes, and organizational outcomes. Journal of Business Research 2009;62:673-9
24. Mosadeghrad AM, Saadati M. Relationship between managers' leadership style and organisational structure and culture of Qazvin hospitals. Journal of Health in the Field 2018; 6: 36-45 [in Persian]
25. Mosadeghrad AM & Sokhanvar M. Organizational culture of selected teaching hospitals of Tehran. Journal of Health in the Field 2018; 5: 26-38 [in Persian]
26. Mosadeghrad AM, Occupational stress and its consequences: Implications for health policy and management. Leadership in Health Services Journal, 2014; 27: 224 - 239
27. Mosadeghrad AM. Ferlie E. & Rosenberg D, (2011). A study of relationship between job stress, quality of working life and turnover intention among hospital employees. Health Services Management Research Journal 24: 170-181
28. Mosadeghrad AM. Quality of working life: Antecedents to employee's turnover intentions. International Journal of Health Policy and Management2013; 1: 49-58
29. Mosadeghrad AM. Ferlie E. & Rosenberg D . A study of relationship between job satisfaction, organisational commitment and turnover intention among hospital employees. Health Services Management Research 2008; 21: 211-227
30. Todnem By R. Organisational change management: A critical review. Journal of change management 2005;5:369-80
31. Mosadeghrad AM, & Ansarian M. Why do organizational change programs fail? International Journal of Strategic Change Management 2014; 5: 189-218
32. Mosadeghrad AM. The impact of employee suggestion scheme on hospital effectiveness & efficiency. Research in Medical Sciences 2003; 8: 85-89 [in Persian]
33. Molchanova M. Public-Private Partnership in the System of Regional Healthcare Financing. Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast, 2016; 2: 114-132
34. 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
35. Lessard DR, Miller R. The strategic management of large engineering projects: shaping institutions, risks and governance. 1 st Editon, MIT Press: Cambridge, MA, 2001
36. Flyvbjerg B, Holm M, Buhl S, 2003. How common and how large are cost overruns in transport infrastructure projects? Transport Reviews 23 : 71–88

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.7.0]

ABSTRACT

The challenges of public private partnership in hospital operations: A case study

Masoud Etemadian [1], Ali Mohammad Mosadeghrad [2], Mahmoud Reza Mohaghegh Dolatabadi[3], Hamed Dehnavi [4*]

1. Hasheminejad Kidney Center, Hospital Management Research Center, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran
2. School of public health, Health information management research centre, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. School of public health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2019; 18(2): 127- 148
Accepted for publication: 3June 2019
[EPub a head of print-9 June 2019]

Objective (s): Public private partnership (PPP) is a good strategy to increase the capacity and efficiency of the public sector and to deliver high quality healthcare services to the community at a lower price for the government. However, there are several challenges related to PPP in Iranian health sector. Moheb-Yas hospital is one of the few hospitals built with the PPP method in Iran. The purpose of this study is to identify, explore, and explain the challenges of PPP in Moheb Yas hospital operations.

Methods This case study was carried out in 2018 using semi-structured interviews, documentation, archival records, and direct observation. Twenty-four key stakeholders involved in the establishment and operations of the hospital were purposefully selected and interviewed. Content analysis was used for data analysis.

Results: Moheb-Yas hospital PPP faced legal, structural, human related, cultural and managerial challenges. These challenges include vague and unclear model of partnership, political changes, insufficient supportive regulations and rules, design and built problems, limited utilization of the hospital capacity, lack of long term funding, employees' low job security, unequal employees' compensation, cultural differences, insufficient conflict management and resolution, management turnover and lack of participative management.

Conclusion: The PPP experience in Moheb-Yas hospital was unsuccessful. Political support, stable economic condition, establishing a PPP unit, strong leadership, proper planning, trust and mutual responsibility are necessary for the success of PPP in the health sector.

Key Words: Public private partnership, Hospital, Hospital management, Challenges, case study

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-05]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.7.0]

* Corresponding author: School of public health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
E-mail: Hamedehvavi@gmail.com