

چالش‌های مدل مشارکت عمومی - خصوصی در بیمارستان‌های دولتی شهر یزد

مسلم محسن بیگی^۱، محمد زارع زاده^{۲*}، خدیجه نصیریانی^۳، محمد رنجبر^۴، محمدرضا وفایی نسب^۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱/۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۳/۳۰

چکیده:

زمینه و هدف: با وجود چالش‌های متعدد، مشارکت عمومی-خصوصی در بیمارستان‌ها به عنوان یکی از جذاب‌ترین بسترهای سرمایه‌گذاری برای بخش خصوصی شناخته می‌شود. پژوهش حاضر با هدف تبیین چالش‌های مشارکت بخش خصوصی با بیمارستان‌های دولتی با استفاده از مدل مشارکت دولتی-خصوصی در بیمارستان‌های دولتی شهر یزد انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش کیفی حاضر در سال ۱۴۰۰ انجام شد. دیدگاه ۱۵ نفر از اعضای هیئت‌علمی، روسا، مدیران و کارشناسان عملیاتی در خصوص مشارکت بخش‌های خصوصی و امور مرتبط با واگذاری و انعقاد قراردادهای و طرفین بخش خصوصی از طریق راهنمای مصاحبه کیفی نیمه ساختاریافته استخراج و با روش تحلیل محتوا در سه مرحله کدگذاری تحلیل شد.

نتایج: در مجموع ۱۰ طبقه اصلی شامل مشکلات اقتصادی و سیاست‌گذاری، آمادگی ناکافی نیروی انسانی، کمبود مرجع پشتیبان، ضعف قوانین در زمینه مشارکت، کمبود دانش و تجربه در مدیران در زمینه مشارکت، کمبود شفافیت مالی، تعارض منافع، ضعف هماهنگی، کمبود آمادگی فرهنگی و اعتمادسازی و کمبود برنامه و نظارت در زمینه مشارکت و ۲۸ زیر طبقه استخراج شد.

نتیجه‌گیری: چالش‌های مرتبط با مسائل سیاستی و عدم ثبات ناشی از آن، ناهماهنگی واحدهای مختلف، عدم آمادگی نیروی انسانی و جزئیات قرارداد در به‌کارگیری مدل‌های مختلف مشارکت عمومی خصوصی در بیمارستان‌ها وجود داشته که در این زمینه استفاده از رویه‌های یکسان، شفاف‌سازی شرایط و الزامات بخش خصوصی جهت مشارکت و تدوین قوانین و قراردادهای عاری از هرگونه کاستی و ضعف که به زیان بخش دولتی منجر شود توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: مشارکت عمومی-خصوصی، چالش، بیمارستان، یزد

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، مرکز تحقیقات مدیریت و سیاستگذاری سلامت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران

^۲ استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت و سیاستگذاری سلامت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران (* نویسنده مسئول). آدرس الکترونیکی: zamomehdi@gmail.com ، تلفن: ۰۳۵-۳۸۲۰۹۱۰۰

^۳ دانشکده پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت مادر و نوزاد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران

^۴ دانشیار سیاستگذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت و سیاستگذاری سلامت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

^۵ دانشیار گروه طب فیزیکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

مقدمه

مشارکت عمومی-خصوصی (PPP) یک قرارداد همکاری معمولاً بلندمدت بین دو یا چند بخش دولتی و خصوصی است (۱) که برای به اشتراک گذاشتن فعالیت‌ها و مزایای آن با یکدیگر همکاری می‌کنند (۲). علاوه بر بیمارستان، از این رویکرد در حوزه‌های مختلف سلامت نظیر دارو (۳)، و سلامت عمومی (۵، ۶) نیز استفاده شده است. مشارکت عمومی-خصوصی در بیمارستان‌ها، با در نظر گرفتن کارکرد بیمارستان و هزینه‌های آن و ناتوانی دولت‌ها در تأمین منابع لازم و سرمایه‌گذاری‌های توسعه‌ای، رویکردی پرطرفدار ارزیابی می‌گردد (۷) و در کشورهای زیادی به کار گرفته شده است (۸، ۹). مشارکت عمومی-خصوصی، از دیدگاه بخش خصوصی به عنوان یک راه‌حل و فرصت مناسب برای رشد اقتصادی و کسب سود و از دیدگاه دولت‌ها، به عنوان مکانیسمی کارآمد و مقرون به صرفه در اجرای اهداف و سیاست‌ها معرفی می‌گردد (۱۰). به طور کلی مراقبت‌های سلامت در سراسر جهان به عنوان یکی از جذاب‌ترین بسترهای سرمایه‌گذاری برای توسعه مشارکت عمومی-خصوصی شناخته شده است (۱۱).

برخی مزایای مشارکت عمومی-خصوصی نشان می‌دهد این رویکرد منجر به صرفه‌جویی ۲۰-۱۷ درصدی در هزینه‌ها، اتمام به موقع پروژه‌ها، راندمان و عملکرد بهتر بیمارستان‌ها از نظر گردش تخت، اشغال تخت، طول مدت اقامت و مرگ‌ومیر و کاهش زمان انتظار برای خدمات شده است (۷). علاوه بر وجود تمایل به تسهیل مشارکت عمومی-خصوصی، در نظر گرفتن رویکرد برد-برد و کسب سود مالی مشارکت‌کنندگان خصوصی، تضمین کیفیت بایستی وجود داشته باشد و قربانی نگردد (۱۲).

با این حال، مشارکت عمومی-خصوصی در حوزه بیمارستانی دارای چالش‌هایی است (۱۳). انبیاهی و همکاران (۲۰۱۴)، ناپایداری سیاست‌های دولتی، نظارت ضعیف، از دست رفتن شغل برخی کارکنان و سوءاستفاده مالی را چالش‌های مشارکت عمومی-خصوصی در کشورهای در حال توسعه عنوان کرده‌اند (۱۴). از دست رفتن تمرکز بخش دولتی، دیگر چالش به‌کارگیری مشارکت عمومی-خصوصی در حوزه سلامت است (۱۵). نوهو و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان دادند چندین چالش

ارائه خدمات سلامت را از طریق مشارکت عمومی-خصوصی تهدید می‌کند که این چالش‌ها، نظارت و ارزیابی ناکارآمد و مذاکرات ناکافی بین طرفین برای تعیین جزئیات مشارکت هستند (۱۶). طبق بررسی کشورهای مختلف مهم‌ترین نتایج و پیامدهای مثبت استفاده از مدل مشارکت دولتی-خصوصی، کاهش وظایف دولت برای تأمین مالی هزینه‌های بیمارستان‌ها، افزایش تمرکز دولت برای برنامه‌ریزی، قانون‌گذاری و تنظیم استانداردها، کاهش هزینه‌های ارائه خدمات گزارش شده است. همچنین می‌تواند افزایش کارایی و اثربخشی ارائه خدمات با استفاده از ایجاد رقابت، افزایش دسترسی جمعیت تحت پوشش، افزایش خودگردانی مدیریت و تمرکززدایی تصمیم‌گیری به مدیران اجرایی، انتقال ریسک و بهبود شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌های دولتی به دنبال داشته باشد (۷، ۱۷-۱۹). علیرغم تجارب مختلف و مثبتی که در کشورهای نظیر کانادا، اسپانیا، انگلیس، ترکیه، نیوزلند، ایتالیا، استرالیا، پرتغال وجود دارد (۲۰-۲۳)، الگوی جهان‌شمول و یکسان از الگوی مشارکت دولتی-خصوصی که تمام اهداف نظام سلامت را تأمین نماید، وجود ندارد. مشخص شده است که موفقیت الگوهای مشارکت دولتی-خصوصی در همه‌جا یکسان نیست؛ بنابراین در این خصوص باید به نمونه‌ها و تجارب موفق و ناموفق آن در کشورها توجه نمود (۲۴).

نظر به چالش‌های اجرا و به‌کارگیری مشارکت عمومی-خصوصی، به نظر می‌رسد بستر لازم برای ورود بخش خصوصی جهت همکاری با بخش دولتی در جهت اهداف توسعه نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه، فراهم نشده است و در مسیر این راه چالش‌های زیادی وجود دارد که نیاز است گام‌های مهمی برای شناسایی و برطرف کردن این چالش‌ها برداشته شود؛ بنابراین این پژوهش با هدف تبیین چالش‌های مشارکت بخش خصوصی در احداث، تجهیز و بهره‌برداری بیمارستان‌های دولتی با استفاده از مدل مشارکت بخش دولتی و خصوصی در بیمارستان‌های دولتی شهر یزد انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش کیفی حاضر جهت شناسایی چالش‌های مؤثر بر مشارکت دولتی-خصوصی در بیمارستان‌های دولتی شهر یزد به صورت تحلیل محتوای قراردادی در بازه

استخراج‌شده در اختیار برخی از مشارکت‌کنندگان فراهم شد.

فرایند تحلیل داده‌ها و طبقه‌بندی کدها توسط سه نفر از متخصصین با تجربه در زمینه تحلیل محتوا به طور دقیق مورد بررسی قرار گرفت. در پژوهش حاضر جهت رسیدن به این معیار، تمامی مراحل انجام پژوهش به ویژه مراحل تحلیل داده‌ها در تمام مسیر به صورت مشروح ثبت شد. همچنین برای تسهیل قابلیت انتقال یافته‌ها، توصیفی آشکار از زمینه، نحوه انتخاب، ویژگی‌های شرکت‌کنندگان، فرآیند جمع‌آوری و فرآیند تحلیل داده‌ها ارائه گردید و با توضیح موانع و محدودیت‌ها، شرایط استفاده از یافته‌ها در دیگر بافت‌ها نیز برای خوانندگان فراهم شد.

داده‌ها به روش کیفی و هم‌زمان با جمع‌آوری آن‌ها و از طریق تحلیل محتوا تجزیه و تحلیل شد. تحلیل محتوای قراردادی در مطالعاتی به کار می‌رود که هدفش توصیف پدیده باشد؛ طبقات از پیش تعیین شده وجود نداشته باشد و نظریه یا متون در مورد آن پدیده اندک و محدود باشد (۲۵). به منظور استخراج کدها، داده‌ها کلمه به کلمه خوانده شد و کلمات برجسته متن مشخص و با یادداشت نویسی در حاشیه متن، کدگذاری صورت گرفت. برای کدگذاری اولیه از کلمات خود مشارکت‌کنندگان و برداشت‌های پژوهشگر از گفته‌ها استفاده شد. با کدگذاری، واحدهای معنایی از میان گفته‌های مشارکت‌کنندگان استخراج و سپس کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها طبقه‌بندی و با مقایسه آن‌ها، طبقات اصلی حاصل شد.

یافته‌ها

از مجموع ۱۵ نفر از خبرگان مورد مطالعه همگی مرد بودند. اکثریت (۴۰٪) دارای تحصیلات دکتری تخصصی و سابقه کاری بین ۱۱ تا ۲۰ سال (۵۴٪) داشتند. همچنین اکثریت دارای سابقه مدیریتی (۷۳٪) و عضو غیر هیئت‌علمی (۷۳٪) بودند (جدول ۱).

زمانی شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰ در دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد انجام گرفت. جامعه و نمونه پژوهش شامل ۱۵ نفر از اعضای هیئت‌علمی، روسا و مدیران بیمارستان‌ها، کارشناسان امور قراردادها در ستاد مرکزی دانشگاه و همچنین بیمارستان‌ها، مسئول امور قراردادهای دانشگاه، نماینده رئیس دانشگاه در کمیسیون مناقصات و طرفین بخش خصوصی بودند. مصاحبه‌ها در نفرات ۱۱ و ۱۲ به اشباع رسید با این حال تعداد مصاحبه تا ۱۵ نفر ادامه یافت. معیار انتخاب مشارکت‌کنندگان داشتن تجربه در زمینه‌ی مشارکت بخش دولتی - خصوصی بوده و توانایی ارائه تجربیات و تمایل بودن به شرکت در پژوهش بودند.

جهت گردآوری داده‌ها از راهنمای نیمه ساختاریافته استفاده شد. پرسش‌ها از روند کلی مانند شما که تجربه مشارکت بخش دولتی - خصوصی دارید، چه چالش‌هایی در این راه وجود داشت؟ و همچنین سؤالات اختصاصی‌تر با عنوان چالش‌های احداث، تجهیز و بهره‌برداری چیست؟ شروع گردید و بنا بر پاسخ شرکت‌کنندگان در راستای هدف اصلی پژوهش، ادامه یافت. تمامی مصاحبه‌ها به صورت چهره به چهره انجام و صحبت‌ها توسط رکورد ضبط گردید. از صحبت‌های شرکت‌کنندگان در حین مصاحبه نت برداری انجام گرفت. صوت افراد نیز حداکثر ۲۴ ساعت پس از انجام مصاحبه پیاده‌سازی شد. مصاحبه با افراد تا رسیدن به مرحله اشباع داده‌ها ادامه داشت.

مقبولیت داده‌ها با مرور صحت عبارات بیان شده توسط مشارکت‌کنندگان در دست‌نوشته‌ها، درگیری طولانی‌مدت با حضور در واحدهای امور قراردادها و حسن برقراری ارتباط با مشارکت‌کنندگان و جلب اعتماد آن‌ها توسط پژوهشگر میسر شد. قابلیت تأیید یافته‌ها با بازنگری ناظرین انجام شد، بدین صورت که بخش‌هایی از متن مصاحبه‌ها و کدهای مربوطه به افرادی که جریان تجزیه و تحلیل بوده‌اند، ارسال و از نظرات تکمیلی آن‌ها استفاده شد. اطمینان یافته‌ها با پیاده‌سازی مصاحبه‌ها در اسرع وقت و قرار دادن متن مصاحبه‌ها و کدهای

جدول ۱: مشخصات دموگرافیکی مصاحبه‌شوندگان

کد مصاحبه‌شونده	جنس		حوزه کاری			مدرک تحصیلی			سابقه کاری			سابقه مدیریت		وضعیت استخدامی	
	مرد	زن	وزارت بهداشت	دانشگاه	بیمارستان	دکترای تخصصی	دکترای حرفه‌ای	کارشناسی ارشد	۱۰ تا ۵ سال	۱۱ تا ۲۰ سال	۲۱ تا ۳۰ سال	دارد	ندارد	هیئت علمی	غیر هیئت علمی
مصاحبه‌شونده ۱	+			+			+				+	+			+
مصاحبه‌شونده ۲	+		+	+			+			+		+		+	
مصاحبه‌شونده ۳	+			+			+			+		+			+
مصاحبه‌شونده ۴	+			+	+		+			+		+			+
مصاحبه‌شونده ۵	+			+	+			+			+		+		+
مصاحبه‌شونده ۶	+			+			+			+		+			+
مصاحبه‌شونده ۷	+				+		+				+		+		+
مصاحبه‌شونده ۸	+			+			+			+		+			+
مصاحبه‌شونده ۹	+		+	+			+			+		+			+
مصاحبه‌شونده ۱۰	+							+	+			+			+
مصاحبه‌شونده ۱۱	+			+				+			+		+		+
مصاحبه‌شونده ۱۲	+			+			+			+		+			+
مصاحبه‌شونده ۱۳	+			+	+			+		+		+			+
مصاحبه‌شونده ۱۴	+			+				+	+			+			+
مصاحبه‌شونده ۱۵	+						+				+		+		+

طبقه)، ۴-ضعف قوانین در زمینه مشارکت (دو زیر طبقه)، ۵- کمبود دانش و تجربه در مدیران در زمینه مشارکت (دو زیر طبقه)، ۶-کمبود شفافیت مالی (دو زیر طبقه)، ۷-تعارض منافع (سه زیر طبقه)، ۸-ضعف هماهنگی (دو زیر طبقه)، ۹- کمبود آمادگی فرهنگی و اعتمادسازی (سه زیر طبقه) و ۱۰- کمبود برنامه و نظارت در زمینه مشارکت (سه زیر طبقه) استخراج شد (جدول ۲).

در مجموع ۵۰۲ کد باز بدون احتساب هم‌پوشانی و ۱۵۵ کد پس از حذف موارد تکراری در مرحله اول کدگذاری، در مرحله دوم و بر اساس تشابه، تطابق و تناسب به ۳۲ زیر طبقه اولیه تبدیل گردید. پس از مرحله سوم، در نهایت ۱۰ طبقه اصلی و ۲۸ زیر طبقه شامل ۱- مشکلات اقتصادی و سیاست‌گذاری (سه زیر طبقه)، ۲-آمادگی ناکافی نیروی انسانی (چهار زیر طبقه)، ۳-کمبود مرجع پشتیبان (چهار زیر

جدول ۲: طبقات اصلی و زیر طبقات مستخرج از مصاحبه

ردیف	طبقات اصلی	نام زیر طبقه
۱	مشکلات اقتصادی و سیاست‌گذاری	عدم ثبات اقتصادی در کشور
		توان پایین اقتصادی مردم
		چالش‌های سیاست‌گذاری
۲	آمادگی ناکافی نیروی انسانی	مقاومت پرسنل دولتی در مقابل واگذاری
		نامشخص بودن وضعیت پرسنل دولتی بخش‌های واگذار شده
		استقلال ناکافی مدیران در تصمیم‌گیری
		وجود نیروهای ناکارآمد در بخش دولتی
۳	کمبود مرجع پشتیبان	نبود واحد توانمند برای کمک در واگذاری‌ها
		چالش قراردادهای
		چالش قرارداد نویسی
		کمبود مرجع شناسایی ظرفیت‌ها
۴	ضعف قوانین در زمینه مشارکت	چالش‌های قوانین
		نقص قوانین و مقررات در مشارکت‌ها
۵	کمبود دانش و تجربه در مدیران در زمینه مشارکت	ناآشنایی با مشارکت خصوصی دولتی
		وجود تجربه مدیریت ضعیف در واگذاری‌ها
		چالش تعرفه‌گذاری خدمات سلامت
۶	عدم شفافیت مالی	هزینه اثربخشی نامناسب نظام سلامت
		تعارض منافع پزشکان در نظام سلامت
		تضاد منافع مدیران
۷	تعارض منافع	تمایل به حفظ قلمرو مدیریتی مدیران دولتی
		کمبود هماهنگی درون‌سازمانی
		عدم هماهنگی بین‌سازمانی
۸	ضعف هماهنگی	عدم وجود اعتماد دوطرفه در واگذاری
		نبود فرهنگ سرمایه‌گذاری و سودآوری
		چالش‌های فرهنگی
۹	کمبود آمادگی فرهنگی و اعتمادسازی	عدم برنامه نحوه مشارکت بخش خصوصی در نظام سلامت
		نظارت ناکافی واگذاری‌ها
		نقص در برنامه‌ریزی
۱۰	کمبود برنامه و نظارت در زمینه مشارکت	نقص در برنامه‌ریزی

۱- مشکلات اقتصادی و سیاست‌گذاری:

مشارکت‌کنندگان در زمینه زیر طبقه عدم ثبات اقتصادی در کشور به مواردی همچون انگیزه کم بخش خصوصی برای مشارکت به دلیل عدم ثبات اقتصادی در کشور اشاره می‌کنند: " ... بزرگ‌ترین مشکل در طی این چند سال گذشته مشکلات اقتصادی بود و در هر صورت بخش خصوصی مثلاً می‌خواهد برای ۱۰ سال یک پیش‌بینی انجام بدهد ولی به دلیل عدم ثبات اقتصادی نمی‌شود... " (م ۳). در زمینه زیر طبقه توان پایین اقتصادی مردم به موضوع پایین بودن قدرت خرید مردم

در جامعه اشاره شد: "... باید بگن نرخ تمام شده قیمت تمام شده خدمات این است ممکنه ۵ درصد ان را دولت بتواند بدهد بقیه آن را باید بخش خصوصی بدهد، اما چون قدرت خرید مردم کاهش پیدا کرده و تورم افزایش یافته و سبد مردم روز به روز کوچکتر می‌شه، اول از درمان می‌زنند ... حالا شما می‌خواهید یک بخش خصوصی لوکس بزنید... " (م ۱). در زیر طبقه چالش‌های سیاست‌گذاری، تغییر مداوم سیاست‌ها در سطح کلان کشور، تغییر سیاست‌ها از دولتی به دولت دیگر مطرح گردید: "... ما ثبات سیاسی نداریم مثلاً فردا رئیس

مدون در مشارکت‌ها نداریم و نیاز سنجی انجام نشده." (م ۱۱).

۴- ضعف قوانین در زمینه مشارکت: از دو زیر طبقه چالش‌های قوانین و نقص قوانین و مقررات در مشارکت‌ها بدست آمد و شرکت‌کنندگان به مواردی از قبیل قوانین سختگیرانه و دست و پاگیر برای مشارکت و نقص قوانین به دلیل عدم شفافیت اشاره نمودند: "چالشی که وجود دارد قانون‌های دست و پاگیری است که خودمون برای خودمون می‌زاییم از بابت نیروهاش از بابت عملکردشون و کلا قانون‌های من درآوردی که اگه در بخش خصوصی بره کار کنه هیچ کدوم از این قانونا را نباید داشته باشه، نیروش کوتاه بوده، نیروش بلند بوده، پیر بوده جون بوده و...". (م ۱۳). "وقتی که قوانین شفاف نباشه طبیعی است که امکان داره که سوء استفاده در آن صورت بگیره خب این نشان دهنده این است که واقعا اینکه واگذاری در کشور ما درست انجام نمیشود همش برمی‌گرده به همون قوانین بالا دستی که همه چیز در اون هست یعنی هم واگذاری‌های غلط و هم سوء استفاده افراد و همین که وقتی واگذاری انجام می‌شود هم واگذاری به معنای دقیق کلمه نیست..." (م ۱۵).

۵- طبقه اصلی کمبود دانش و تجربه در مدیران در زمینه مشارکت: مشارکت‌کنندگان به عدم درک درست سازمانهای نظارتی از سرمایه‌گذاری بخش خصوصی و نبود تجربه کامل اشاره نمودند: "... یک چالش موجود عدم درک درست سازمان‌های نظارتی از موضوع سرمایه‌گذاری در سرمایه‌گذاری خصوصی در بخش دولتی است... وقتی میخواهی با آن قرارداد بلند مدت ببندی اینکه میگم عدم درک صحیح سازمان‌های نظارتی سیستم را دچار چالش می‌کند نمی‌زازه یا طرف متوجه نیست که وقتی شما میخواهید قرارداد ۱۰ ساله ببندید چرا باید قرارداد ۱۰ ساله ببندید و در نوع قرارداد بستن مجموعه را دچار چالش میکند..." (م ۸). "... ما تا حالا هیچ نوع قراردادی که بخش خصوصی بیاد صفر تا ۱۰۰ انجام بده نداشتیم فقط برای خدمات‌ها داریم این کار را انجام می‌دیم" (م ۹).

۶- کمبود شفافیت مالی: از دو زیر طبقه چالش تعرفه‌گذاری خدمات سلامت و هزینه‌های اثربخشی نامناسب نظام سلامت استخراج گردید. شرکت‌کنندگان به مواردی از قبیل دو نرخی شدن تعرفه در یک محل در مشارکت دولتی - خصوصی و عدم وجود بازده اقتصادی مناسب در کارهای واگذار شده اشاره نمودند: "... چالشی که وجود دارد رعایت تعرفه است: رعایت تعرفه بخش خصوصی در داخل بخش دولتی؛ مثلا افراد می‌آیند مراجعه می‌کنند به ام‌ار آی دکتر سبحان بهش میگن این بخش خصوصی است و خودش اقدام

جمهور عوض بشه همه چی عوض می‌شود" (م ۹). "تغییر سیاستهای دولت‌ها، یک دولت میگه واگذار کنیم یکی دیگر میاد میگه نه در واقع ما ثبات سیاسی حداقل در این زمینه نداریم..." (م ۱۲).

۲- آمادگی ناکافی نیروی انسانی: مشارکت‌کنندگان چالش‌هایی همچون مقاومت پرسنل دولتی در مقابل واگذاری، نامشخص بودن وضعیت پرسنل دولتی بخش‌های واگذار شده، استقلال ناکافی مدیران در تصمیم‌گیری و وجود نیروهای ناکارآمد در بخش دولتی را مطرح نمودند: "... وقتی بخش خصوصی می‌آید و سرمایه‌گذاری می‌کند در بیمارستان، دیگه جزء درآمد بیمارستان محسوب نمی‌شود درآمد اون بخش، درآمد اون بخش مال خودشه... خب وقتی به بخش خصوصی واگذار شد دیگه کارانه در کار نیست و این موضوع باعث مقاومت پرسنل موجود در مقابل واگذاری می‌شود..." (م ۸). "... اول باید برای منابع انسانی یک فکری انجام بشه و اول برابری نیرو انجام بدیم با دریافتی یکسان و حقوق و مزایای یکسان نه یکی شرکتی یکی رسمی و عناوین دیگر کار یکسان و دریافتی متفاوت این اشکال به وجود آورده است..." (م ۱۰). "... بارها دانشگاه رفته مثلا آزمایشگاه مرکزی را میخواست بده با تعرفه دولتی... یک عده رفتند استانداری و یک عده رفتند فلان جا فشار آوردن که نشه" (م ۹). "... وقتی بخش خصوصی آمد یک نیروی مازادش را کم می‌کند، دستش باز می‌شود و نیروهایی که کار نمی‌کنند می‌ریزه بیرون. دومین کاری که انجام می‌دهد مارکتینگ خودش را بهتر جلوه می‌دهد و میرود به سمتی که بازاریابی انجام بدهد میرود به طرف اینکه مشتری پادشاه است" (م ۲). **۳- کمبود مرجع پشتیبان:** مشارکت‌کنندگان در این زمینه به مواردی همچون نبود نیروی آموزش دیده در امور قراردادهای، عدم ثبات در قرارداد، عدم شناسایی ظرفیت‌ها و مشخص نبودن شرایط واگذاری اشاره شد: "... چالش دیگه که داریم واقعا امور قراردادهای دانشگاه الان یک مقدار فعال تر شده ولی هنوز شاید اونا خودشون جلوتر از ما نباشند یعنی نیاز به کسانی باشد که بالاتر از اینکه دنبال قرارداد باشند و پیگیر اینکه قرارداد فلان قسمت در حال اتمام است و اونا فعلا در حد پیگیری قراردادهای موجود هستند..." (م ۵). "... ما در قراردادهامون ثبات نداریم راحت طرف را کله پا می‌کنیم و بخش خصوصی می‌ترسه جلو بیاد مثلا همین که بهش بگید فعلا صبر کن ببینیم چی میشه خدش باعث ترس می‌شود..." (م ۲). "... از ظرفیت‌های بهداشت و درمان کسی بتواند استفاده کند و بگن این ظرفیت‌ها بیشتر میشه از اون استفاده کرد نیست" (م ۷). "... هنوز ما یک دستور مشخص و

۷). "... بخش دولتی می‌خواهد با همکاری بخش خصوصی یک ظرفیت را بهره‌برداری کند شهرداری می‌گه برای ساخت و ساز و... من باید پولمو بگیرم اما مصوبه بشه که شهردار تو در خصوص بخش درمان این کار را نکن. مسکن و شهرسازی می‌گه من سهمم را می‌خواهم و باید بگیرم مصوبه بشه مسکن و شهرسازی از بخش درمان بگیر " (م ۴). "... مشکل ما جزیره ای عمل کردن واحدها در امور واگذاری ها است که هر واحد یا مدیریتی ساز خودش را می‌زند مثلا نیروی انسانی یک حرفی میزند، امور قراردادها یک حرفی، دفتر فنی یک حرفی، امور مالی همینطور و... و هماهنگی بین این واحدهامون وجود ندارد " (م ۱۲).

۹- کمبود آمادگی فرهنگی و اعتماد سازی:

مشارکت‌کنندگان به مواردی از قبیل تسهیم ریسک از دیدگاه فرهنگی و عدم اعتماد بخش خصوصی به سیاستهای بخش دولتی و برعکس اشاره نمودند: "اگر مثلاً قانونی برایش درست کنیم که بتوانیم این ضرر را بهش تعدیل بدیم مشکلی پیش نمی‌آید و تعدیل هم چون هرچه باشد دست خودمون به عنوان بخش دولتی است و ما یک پا می‌ایستیم و اون مقدار واقعی را قبول نمی‌کنیم و برای همین بخش خصوصی جرات و اعتماد نمی‌کند..." (م ۲). "... اگر بخواهیم کاری را واگذار کنیم باید کار برای اون طرف جذابیت داشته باشد و نکته ای که خیلی مهم است این است که فردی که می‌آید سرمایه گذاری می‌کند در واقع اعتماد میکند و من باید طوری برای آن برنامه‌ریزی کرده باشم که اعتمادش جلب بشه نه اینکه پا پس بکشه..." (م ۴). "... چند تا قرارداد BOT فراخوان دادیم که پیمانکارها به دانشگاه اعتماد ندارند چون وحدت مدیریت در اون نیست و چند تا BOT که زمان ما مناقصه گذاشتیم متقاضی نداشت " (م ۱۰).

۱۰- کمبود برنامه و نظارت در زمینه مشارکت:

مشارکت‌کنندگان در این خصوص مواردی از قبیل ضعیف شدن بخش خصوصی به دلیل عدم برنامه‌ریزی مدیران دولتی برای توانمند کردن بخش خصوصی، نبود نظارت دقیق در وزارت بهداشت و دانشگاه، کمبود وجود سازکار دقیق برای مشارکت با بخش خصوصی اشاره نمودند: "یکی از کارهایی که بخش دولتی وظیفه داره انجام بده اینه که بیاد بخش های خصوصی را توانمند کنه ... خب این در سیستم های ما وجود نداره و ما بخش خصوصی را به عنوان یک رقیب نگاه میکنیم و به عنوان یک بخشی که همراه و کمک ماست و بازوی اجرایی ما می‌تواند باشد نگاه نمی‌کنیم " (م ۸). "... ما یک چیز مغلطه ای در سیستم امدیم قاطی پاتی کردیم و برنامه هم نداریم برای کل سیستم و... برنامه مدون نداریم و ما مشکلی که در سیستم داریم این است که انهایی که سیاست

به دریافت پول از مراجعه کننده می‌کند در واقع دو نرخ می‌شدن در یک محل اتفاق می‌افتد که مردم دچار ابهام می‌شوند ، صورت ظاهر بخش دولتی است ولی در باطن بخش خصوصی است که تعرفه بخش خصوصی در یک بخش دولتی اجرا می‌شود..." (م ۱). "مثلاً فرد میاد سرمایه گذاری می‌کند و برای خودش برآورد می‌کند و یا خود دانشگاه برآورد می‌کند و می‌گه پنج ساله باید سرمایه برگرده و میبیند که به صرفش نیست..." (م ۵).

۷- **تعارض منافع:** مشارکت‌کنندگان به موضوعاتی از قبیل تضاد منافع ذاتی که می‌تواند در بخش سلامت وجود داشته باشد، ذینفع بودن پزشکان در ارائه خدمات تشخیصی و واگذاری به افراد زیرنظر دانشگاه اشاره کردند: "... سرمایه گذاری بخش خصوصی در سیستم دولتی یکی از چالش‌هایی که در سیستم درمان وجود دارد هر چند که به نظر من برای سیستم کلا مزیت هست ولی با توجه به اینکه قوانین شفافیتی برایش وجود ندارد توی این نوع قراردادها این برای بیشتر اون مجموعه‌ی خصوصی که می‌خواهد بیاید سرمایه گذاری کند چالش ایجاد می‌کند " (م ۸). "... چالشی که هست در مورد سهامی است که افراد به خصوص پزشکان متعهد با هم تیبانی می‌کنند مثلاً آزمایشگاه، داروخانه، رادیولوژی، ام‌ار‌آی و ... به تیبانی نانوشته ای، مثلاً مریض مراجعه می‌کند پزشک بهش می‌گه برو همین پایین بهتره داروخانه فلانی " (م ۱۴). "... به طور کلی یکی از معضلات ما معضل نیروی انسانی است که عملاً واگذاری هامون مدیریتش با خود دانشگاه است و عملاً اختیار به بخش خصوصی ندادیم برای اینکه اشتباهی حاکمیت در مدیریت حوزه سلامت بالا است . در واقع این یک مشکل کشوری است و هنوز نتوانستند این مشکل را حل کنند..." (م ۳).

۸- **ضعف هماهنگی:** در طبقه اصلی ضعف هماهنگی مشارکت‌کنندگان به مواردی همچون عدم هماهنگی بین بخشی در واحدهای دانشگاه، عدم هماهنگی بین بخشی در ساختار دولتی و جزیره‌ای عمل کردن اشاره نمودند: "... عدم هماهنگی بین بخشی و سازمانی و تفکری که وجود دارد یک نفر مثلاً می‌گه وای چه دیدید که مثلاً بیمارستان افشار فلان بخشش را واگذار می‌کند از فردا بیاید ببینید چه خبره میره و چون در کارشون اونا هماهنگی وجود ندارد این مسئله باعث می‌شود که در حقیقت شما نتوانید به عنوان یک گروهی که با هم دارید کار می‌کنید در استان موفق باشید..." (م ۱۱). "... ما امدیم در سه تا بیمارستانی که آشپزخانه داشتیم گفتیم به جای اینکه در هر بیمارستان یک آشپزخانه داشته باشیم بیایم و یک جا پخت انجام بدهیم ... ولی از طرفی بخش بهداشت آمده می‌گه شما اجازه ندارید آشپزخانه را متمرکز کنید " (م ۳).

گذار این سیستم هستند اینها هم در واقع یک برنامه درستی در بهداشت و درمان ندارند... " (م ۲). "درسته آزمایشگاه واگذار می شود یا نیروی خدمات یک بیمارستان واگذار می شود ولی خب نظارت درست وجود ندارد که ببینن اون بخش خصوصی چقدر داره درست کار میکنه در پرداختی به پرسنل ، بیمه پرسنل و... ما در بحث نظارتی خیلی ضعیف عمل می کنیم ما فقط واگذار می کنیم" (م ۱۲).

بحث

یافته‌های پژوهش چالش‌های مشارکت عمومی-خصوصی در بیمارستان‌های دولتی شهر یزد را در ۱۰ طبقه اصلی و ۲۸ زیر طبقه نشان داد. طبقات اصلی مشکلات اقتصادی و سیاست‌گذاری، قوانین در زمینه مشارکت‌ها، ضعف هماهنگی و کمبود برنامه و نظارت در زمینه مشارکت در یافته‌های پژوهش حاضر، چالش‌هایی هستند که در پژوهش‌های متعددی در داخل و خارج از کشور اشاره شده‌اند. در پژوهش زارعی و همکاران (۱۳۹۷)، پیچیدگی مسئله، ارزیابی و نظارت کیفی ضعیف، نبود شفافیت و عدم هماهنگی کافی (۲۶) و در پژوهش اعتمادیان و همکاران (۱۳۹۹)، مشکلات ساختاری ادغام و انتزاع دو دانشگاه علوم پزشکی و مشکلات دریافت پروانه تأسیس بیمارستان (۲۷) چالش‌های این حوزه بیان شده‌اند که با چالش‌های ساختاری، قانونی و حقوقی در مرور روایتی و یافته‌های بخش کیفی پژوهش حاضر همسو است. در پژوهش دیگری، اعتمادیان و همکاران (۱۳۹۸) بروز چالش‌های قانونی، ساختاری، انسانی، فرهنگی و مدیریتی را به واسطه تغییرات سیاسی، ضعف قوانین و مقررات را که منجر به ناکامی مشارکت عمومی-خصوصی در بیمارستان محب شد را مطرح کرده است (۲۸) که تمامی آن‌ها به نوعی چالش‌های به‌کارگیری مدل‌های مختلف مشارکت عمومی خصوصی اشاره شده در سایر پژوهش‌ها و در یافته‌های پژوهش حاضر نیز هستند. در پژوهش‌های خارجی نیز، به مسائل ساختاری شامل گایدلاین‌های نامشخص و چارچوب‌های تعریف نشده و عدم انعطاف‌پذیری بخش دولتی در پذیرش مدل‌های مختلف مشارکت عمومی-خصوصی اشاره شده است. در پژوهش هاشیم و همکاران (۲۰۱۷) در مالزی (۲۹) و پژوهش پراتیسی و سینگر (۲۰۲۱) (۳۰) در مطالعه موردی در ایتالیا و آمریکا نیز لزوم توجه به همکاری بین بخشی، هماهنگی بین بخشی، مشکلات سیاست‌گذاری در توسعه مشارکت عمومی-خصوصی و مشکلات در زمینه مسئله مالکیت پروژه‌های انجام گرفته در پژوهش روهریخ و همکاران (۲۰۱۴) (۳۱)، مسائل ساختاری و هماهنگی بخش‌های مختلف دولت در به‌کارگیری و فراهم نمودن زمینه‌های قانونی

برای اجرا در پژوهش بیگیناس و سیندیکاس (۲۰۱۵) در یونان (۳۲) و همچنین پژوهش باتجارگال و یانگ (۲۰۲۱) (۳۳) که بصورت مروری انجام شده از جمله چالش‌های به‌کارگیری مشارکت عمومی خصوصی می‌باشند که در اغلب پژوهش‌ها به آن‌ها اشاره شده است و همسویی یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های مذکور را نشان می‌دهد. این اجماع در وجود چالش‌های ساختاری، قانونی و حقوقی در ادبیات پژوهش نشانگر این است که ورود بخش خصوصی به سلامت با در نظر گرفتن حساسیت‌های آن به سادگی نبوده و نیازمند عزم همه‌جانبه است.

دیگر یافته‌های پژوهش، مسئله تنظیم قراردادهای چالش مهمی شناسایی نموده است که در پژوهش‌های متعدد داخلی و خارجی نیز به ضرورت و اهمیت توجه به قراردادهای اشاره شده است. یافته‌های پژوهش عرب و همکاران (۱۳۹۵) (۳۴)، مینایی و همکاران (۱۳۹۸) (۳۵) و جباری بیرامی و همکاران (۱۳۹۲) (۳۶) در داخل ایران و پژوهش‌های الملکی و الهناوی (۲۰۱۸) در عربستان (۳۷)، یانگ و همکاران (۲۰۲۰) در چین (۳۸)، سیلاقی و سارکار (۲۰۲۱) (۳۹) و هلوول (۲۰۱۹) در لسوتو (۴۰) از جمله پژوهش‌هایی هستند که به مسئله چالش‌های قراردادهای تنظیم شده یا پیچیدگی در تنظیم قرارداد اشاره نموده‌اند. به طور کلی، مدت زمان قرارداد، تعهدات طرفین، انتقال ریسک و سایر زمینه‌ها در قرارداد منعقد شده بین بخش دولتی و خصوصی همواره چالش‌برانگیز بوده و با توجه به مدل‌های مختلف مشارکت عمومی-خصوصی، هر کدام می‌تواند عامل موفقیت یا شکست پروژه‌های مشارکت عمومی-خصوصی باشد. از طرفی، با توجه به این که این مسائل در حوزه فنی و حقوقی قرار می‌گیرند، پژوهش‌ها عمدتاً با جزئیات به این مسائل نپرداخته‌اند.

دیگر یافته‌های پژوهش نشان داد که نیروی انسانی در فرآیند به‌کارگیری مشارکت عمومی خصوصی در سطح وزارت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و بیمارستان‌ها گروه مهمی هستند که می‌توانند منشأ و منبع چالش باشند. سه طبقه اصلی آمادگی نیروی انسانی، کمبود دانش و تجربه در مدیران در زمینه مشارکت و وجود تعارض منافع نشان می‌دهد که در صورت عدم توجه به مسائل نیروی انسانی، موفقیت چشمگیری در این پروژه‌ها نمی‌توان متصور بود. در پژوهش زارعی و همکاران (۱۳۹۷) (۳۹) کمبود تجربه و دسترسی به دانش اجرایی در افراد تصمیم‌گیر و عدم مشارکت کافی ذی‌نفعان شامل گروه‌های مختلف سیاست‌گذار، بخش خصوصی و منابع انسانی بیمارستان‌ها به عنوان چالشی اساسی در دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده مشارکت عمومی و خصوصی معرفی شده است (۲۶). در دیگر پژوهشی که به مسئله نیروی

مشارکت بخش خصوصی-دولتی و درگیر بودن محقق با این گونه قراردادهای به صورت اجرایی می‌باشد.

نتیجه‌گیری

مهم‌ترین یافته‌های پژوهش نشان داد که چالش‌های مرتبط با مسائل سیاستی و عدم ثبات ناشی از آن، ناهماهنگی واحدهای مختلف، عدم آمادگی نیروی انسانی و جزئیات قرارداد در به‌کارگیری مدل‌های مختلف مشارکت عمومی خصوصی در بیمارستان‌ها وجود داشته که در این زمینه استفاده از رویه‌های یکسان، شفاف‌سازی شرایط و الزامات بخش خصوصی جهت مشارکت و تدوین قوانین و قراردادهای عاری از هرگونه کاستی و ضعف که به زیان بخش دولتی منجر شود از طریق ایجاد ساختارهای اداری مناسب در سطوح تصمیم‌گیری دولت، مجلس شورای اسلامی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر ذی‌نفعان می‌تواند عملی گردد. با در نظر گرفتن عدم شفافیت در مدل‌های مشارکت عمومی خصوصی، پیشنهاد می‌شود چارچوب قانونی و حقوقی مناسب برای استفاده از انواع قراردادهای مشارکت عمومی خصوصی از طریق مجلس شورای اسلامی، هیئت دولت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش و هیئت‌امنا دانشگاه‌های علوم پزشکی شفاف گردد و با توجه به ناآشنایی نیروی انسانی حوزه‌های مدیریتی و مراقبین سلامت با تغییراتی که در اثر اجرای مدل‌های عمومی خصوصی ایجاد می‌گردد، پیشنهاد می‌شود ظرفیت‌سازی در نیروی انسانی از نظر سیاست‌گذاری، اجرا و ارزشیابی پروژه‌های مشارکت عمومی خصوصی با در نظر گرفتن ذی‌نفعان کلیدی پروژه‌ها انجام گیرد. در حوزه دانشگاه‌ها نیز آموزش کارکنان واحدهای امور قراردادها و حقوقی دانشگاه و تدوین چهارچوب یکسان برای واحدهای مختلف دانشگاه برای انواع قراردادهای و مدل‌های واگذاری می‌تواند مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد در رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد با کد اخلاق IR.SSU.SPH.REC.1399.128 می‌باشد. بدین‌وسیله نویسندگان مطالعه از کلیه مشارکت‌کنندگان در تحقیق تشکر و قدردانی می‌نمایند.

انسانی پرداخته شده است، اعتمادیان و همکاران (۱۳۹۸) بروز چالش‌های انسانی و فرهنگی به واسطه آموزشی بودن بیمارستان و عدم تعیین تکلیف دانشگاه علوم پزشکی تهران در این زمینه را مطرح نموده است (۲۸) که به نوعی همسو با یافته‌های پژوهش حاضر هستند و می‌تواند به دلیل ماهیت آموزشی بودن برخی مراکز بیمارستانی منجر به تعارض منافع نیز گردد به طوری که در پژوهش جینادو و همکاران (۲۰۲۰) در نیجریه و در بیمارستان‌های آموزشی این کشور، ادامه رسالت آموزشی و انجام انواع برنامه‌های تحقیقاتی حمایت شده و به طور کلی تغییر در ماهیت آموزشی پزشکان و دیگر کارکنان بهداشتی چالش‌های مشارکت عمومی-خصوصی مرتبط با بیمارستان‌های آموزشی عنوان شده‌اند (۴۱) که می‌تواند اهداف آموزشی بیمارستان را تغییر داده و تعارضاتی در نقش درمانگری و نقش آموزشی پزشکان در قالب استاد دانشگاه به وجود آورد.

فراهم نبودن بستر مشارکت عمومی خصوصی دیگر یافته پژوهش حاضر بود. در این زمینه، وونگ و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش خود نشان دادند که در کشورهای در حال توسعه، قدرت دولت بسیار بالاست و این نابرابری قدرت یک چالش اساسی در موفقیت پروژه‌های مشارکت عمومی خصوصی به شمار می‌آید به نحوی که منافع بخش خصوصی در ارائه خدمات را تا حدی در نظر نگرفته و بی‌اعتمادی را تقویت می‌کند (۴۲). از طرف دیگر، نبود اعتماد دوطرفه که در یافته‌های پژوهش حاضر در تم اصلی کمبود آمادگی فرهنگی و اعتمادسازی آورده شده است، همواره مورد چالش بوده است. به عقیده اعتمادیان و همکاران (۱۳۹۹)، با وجود مشخص بودن نحوه فعالیت و عملکرد موسسه محب، بروز چالش‌های حاشیه‌ای در اعتماد طرف دولتی به موسسه محب به عنوان موسسه‌ای که دارای سوابق متعددی در زمینه مشارکت عمومی خصوصی است، تأثیرگذار بوده است (۲۷).

با توجه به اینکه نمونه‌های مورد مطالعه جزء افراد کلیدی هر یک از واحدها بودند، لذا هماهنگی و دریافت وقت جهت مصاحبه از جمله محدودیت‌های مطالعه محسوب می‌شد و جهت رفع آن سعی شد تا از چند روز قبل از آن‌ها وقت مصاحبه دریافت شود. همچنین در مواردی نمونه‌های تحقیق از بیان برخی چالش‌های موجود در نظام اداری هراس داشتند که به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد که هویت افراد محرمانه خواهد ماند. از جمله نقاط قوت تحلیل حاضر نیز انجام این مطالعه به روش کیفی جهت آسیب‌شناسی چالش‌های

References

- Lousada I. The Amyloidosis Forum: a public private partnership to advance drug development in AL amyloidosis. *Orphanet journal of rare diseases*. 2020;15(1):268.
- Strasser S, Stauer C, Shrivastava R, Riley P, O'Quin K. Collective insights of public-private partnership impacts and sustainability: A qualitative analysis. *PLoS one*. 2021;16(7):e0254495.
- Gottwald M, Becker A, Bahr I, Mueller-Fahrnow A. Public-Private Partnerships in Lead Discovery: Overview and Case Studies. *Archiv der Pharmazie*. 2016;349(9):692-7.
- Yildirim O, Gottwald M, Schüler P, Michel MC. Opportunities and Challenges for Drug Development: Public-Private Partnerships, Adaptive Designs and Big Data. *Frontiers in pharmacology*. 2016;7:461.
- Lee Y, Yun L, Kim ML, Washington M. A Qualitative Systematic Review of Public-Private Partnership in Promoting Physical Activity. *Evaluation & the health professions*. 2020;43(2):90-104.
- Shelby PW, Lia MP, Israel A. Collaborative public-private initiatives targeting multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) supported by the Lilly MDR-TB Partnership: experiences in 2012-2016. *Journal of healthcare leadership*. 2017;9:47-57.
- Sadeghi A, Barati O, Bastani P, Jafari DD, Etemadian M. Experiences of selected countries in the use of public-private partnership in hospital services provision. *JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2016;66(11):1401-6.
- Liman HM, Sakajiki AM, Makusidi MA, Isah IB, Ahmed FU, Galadima M, et al. Public-private partnership in hemodialysis in Nigeria: A comparative analysis of renal centers across three Northwestern states. *Annals of African medicine*. 2021;20(2):121-6.
- Azami-Aghdash S, Sadeghi-Bazargani H, Saadati M, Mohseni M, Gharaee H. Experts' perspectives on the application of public-private partnership policy in prevention of road traffic injuries. *Chinese journal of traumatology = Zhonghua chuang shang za zhi*. 2020;23(3):152-8.
- Tabrizi JS, Azami-Aghdash S, Gharaee H. Public-Private Partnership Policy in Primary Health Care: A Scoping Review. *Journal of primary care & community health*. 2020;11:2150132720943769.
- Abubakirov AS, Zudin AB, Snegireva YY. [The public-private partnership in medical services market]. *Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniia i istorii meditsiny*. 2019;27(6):953-8.
- Baniasadi A, Sari AA, Foroushani AR, Sirizi MJ, Jaafari-pooyan E. Real-Life Incentives Driving Public-Private Partnership in Diagnostic Services. *Ethiopian journal of health sciences*. 2020;30(3):409-16.
- Borshch VI, Y IM, Truba VI, Tokarchuk LM. Public-private partnership as an investment and innovation tool for medical facilities: a case of ukrainian healthcare. *Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland : 1960)*. 2019;72(11 cz 1):2155-60.
- Anyaehe U, Nwakoby B, Chikwendu C, Dim C, Uguru N, Oluka C, et al. Constraints, challenges and prospects of public-private partnership in health-care delivery in a developing economy. *Annals of medical and health sciences research*. 2014;4(1):61-6.
- Demotes-Mainard J, Canet E, Segard L. Public-private partnership models in France and in Europe. *Therapie*. 2006;61(4):325-34, 13-23.
- Nuhu S, Mpambije CJ, Ngussa K. Challenges in health service delivery under public-private partnership in Tanzania: stakeholders' views from Dar es Salaam region. *BMC health services research*. 2020;20(1):765.
- Alfen HW, Kalidindi SN, Ogunlana S, Wang S, Abednego MP, Frank-Jungbecker A, et al. Public-private partnership in infrastructure development: case studies from Asia and Europe. Weimar: Verlag der Bauhaus-Universität; 2009.
- JABBARI BH, GHOLAMZADEH NR, Jannati A, Dadgar E. Introducing public-private partnership options in public hospitals. 2013.
- Barretta A, Ruggiero P. Ex-ante evaluation of PFIs within the Italian health-care sector: What is the basis for this PPP? *Health policy*. 2008;88(1):15-24.
- MACDONALD I, SUPAPOL A, DALTON-JEZ O, HARVEY-RIoux S. PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIPS IN CANADIAN HEALTHCARE A CASE STUDY OF THE BRAMPTON CIVIC HOSPITAL PREPARED FOR THE OECD MARCH 2011 PROFESSOR DAVID BARROWS. 2011.
- Field J, Peck E. Public-private partnerships in healthcare: the managers' perspective. *Health & social care in the community*. 2003;11(6):494-501.
- Sekhri N, Feachem R, Ni A. Public-private integrated partnerships demonstrate the potential to improve health care access, quality, and efficiency. *Health affairs*. 2011;30(8):1498-507.
- Barlow J, Roehrich J, Wright S. Europe sees mixed results from public-private partnerships for building and managing health care facilities and services. *Health Affairs*. 2013;32(1):146-54.
- Europe UNECF. Guidebook on promoting good governance in public-private partnerships: United Nations Publications; 2008.
- Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*. 2005;15(9):1277-88.
- Zarei E, Moghaddasfar T, Eidkhani V. Challenges and Problems of Public Private Partnership in Health System: A Review Study. *Community Health (Salāmat-i ijtīmāi)*. 2018;5(4):386-402.
- Etemadian M, Mosadeghrad AM, Mohaghegh Dolatabadi MR, Dehnavi H. The challenges of public-private partnership in hospital construction A case study. *Journal of Hospital*. 2020;19(1):27-40.
- Etemadian M, Mosadeghrad AM, Mohaghegh Dolatabadi MR, Dehnavi H. The challenges of public private partnership in hospital operations: A case study. *Payesh (Health Monitor)*. 2019;18(2):127-48.
- Hashim H, Che-Ani A, Ismail K, editors. Review of issues and challenges for public private partnership (PPP) project performance in Malaysia. AIP Conference Proceedings; 2017: AIP Publishing LLC.
- Pratici L, Singer PM. Public-private partnership in health care organizations. How to cope with complexity

- issues: a comparative case-study between Italy and the US. *International Journal of Organizational Analysis*. 2021.
31. Roehrich JK, Lewis MA, George G. Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Social science & medicine*. 2014;113:110-9.
32. Biginas K, Sindakis S. Innovation through Public-Private Partnerships in the Greek Healthcare Sector: How is it achieved and what is the current situation in Greece? *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*. 2015;20(1):1-11.
33. Batjargal T, Zhang M. Review of key challenges in public-private partnership implementation. *Journal of Infrastructure, Policy and Development*. 2021;5(2):1378.
34. Arab a, Monirabbasi A, Dastyar b. Investigating the Important Criteria for Attraction of Private Section in Construction, Equipping and Operation of Hospitals using Public - Private Partnership Model(A review study). *Hospital*. 2016;15(2):111-22.
35. Minaei H, Peikanpour M, Zakerinejad A, Shirzad N, Peiravian F. An Analysis of Public-Private Partnership Models in Hospital Management: A Scoping Review. *Journal of healthcare management*. 2019;10(1):93-106.
36. Jabbari Beyrami H, Gholamzadeh Nikjoo R, Jannati A, Dadgar E. Introducing Public-Private Partnership Options in Public Hospitals. *Hakim Research Journal*. 2013;16(3):201-10.
37. Almalki A, Al-Hanawi MK. Public private partnerships and collaboration in the health sector in the Kingdom of Saudi Arabia: a qualitative study. *Global J Health Sci*. 2018;10(6):10-20.
38. Yang J, Song L, Yao X, Cheng Q, Cheng Z, Xu K. Evaluating the Intention and Behaviour of Private Sector Participation in Healthcare Service Delivery via Public-Private Partnership: Evidence from China. *Journal of healthcare engineering*. 2020;2020.
39. Silaghi F, Sarkar S. Agency problems in public-private partnerships investment projects. *European Journal of Operational Research*. 2021;290(3):1174-91.
40. Hellowell M. Are public-private partnerships the future of healthcare delivery in sub-Saharan Africa? Lessons from Lesotho. *BMJ global health*. 2019;4(2):e001217.
41. Jinadu FO, Agunloye AM, Adeyomoye AA, Adekoya AO, Obajimi GO. Public-private partnerships in Nigerian teaching hospitals: Potential and challenges. *West African Journal of Radiology*. 2020;27(2):143.
42. 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* (1982). 2015;147:261-9.

Challenges of public-private partnership model in public hospitals in Yazd

Moslem MohsenBeigi¹, Mohammad Zarezadeh^{2*}, Khadijeh Nasiriani³, Mohammad Ranjbar⁴,
Mohammad Reza Vafaeenasab⁵

Submitted: 2022.3.29

Accepted: 2022.6.20

Abstract

Introduction: Despite many challenges, public-private partnership in hospitals is recognized as one of the most attractive investment platforms for the private sector. This study conducted to assess the challenges of private sector partnership with public hospitals using the public-private partnership model in public hospitals in Yazd.

Methods: The present qualitative research conducted in 2021. The viewpoints of 15 faculty members, directors, managers and operational experts on the participation of the private sector, those related to the transfer and contracts and the parties of the private sector are extracted through a semi-structured interview guide and analyzed using content analysis in three stages.

Results: A total of 10 main themes including economic and policymaking problems, insufficient manpower readiness, lack of support authority, weak partnership laws, lack of knowledge and experience of managers in partnership, lack of financial transparency, conflict of interest, poor coordination, lack of cultural readiness and trust-building and lack of plans and supervision in the field of partnership in 28 sub-themes extracted.

Conclusion: There are challenges related to policymaking issues and the resulting instability, incoordination of different units, unpreparedness of manpower and contract details in using different models of public-private partnership in hospitals, in which the use of the same procedures, transparency and the meeting requirements of the private sector are recommended for partnership and the formulation of laws and contracts free from any shortcomings and weaknesses that could lead to the loss of the public sector.

Keywords: Public-Private Partnership, Challenge, Hospital, Yazd

1. MSc Student, health policy and management research center, department of health services management, school of public health, shahid sadoughi university of medical sciences, yazd, iran

2. Assistant Professor, health policy and management research center, department of health services management, school of public health, shahid sadoughi university of medical sciences, yazd, iran

3. Department of Nursing, Research Centre for Nursing and Midwifery Care, Mother and Newborn Health Research Centre, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

4. Associate professor, health policy and management research center, department of health services management, school of public health, shahid sadoughi university of medical sciences, yazd, iran

5. Associate Professor of Physical Medicine and Rehabilitation, School of Medicine, Shahid Sadoughi University of Medical Science, Yazd, Iran

Copyright©2020 Scientific Association of Hospital Affairs, and Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited