

Review Article

Economic Consequences of Outsourcing in Public Hospitals in Iran: A Systematic Review

Ali Sarabi Asiabar¹ , Saber Azami-Aghdash² , Aziz Rezapour³ , Riaz Alaei Kalajahi⁴ , Sanaz Taghizadeh⁵ , Sahar Amuzadeh⁶ , Naser Derakhshani^{7*} 

¹ Vice-chancellor for Administration and resource development, National Medical Emergency Organization, Ministry of Health & Medical Education, Tehran, Iran.

² Assistant Professor, Tabriz Health Services Management Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

³ Associate Professor, Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴ M.Sc. Student, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁵ PhD Student, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁶ M.Sc., Health Services Management, School OF Medicine, Islamic Azad University - Sari, Sari, Iran.

⁷ PhD Student, Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

ARTICLE INFO

Corresponding Author:
Naser Derakhshani
e-mail addresses:
Derakhshani.n@iums.ac.ir

Received: 14/Jan/2021

Modified: 8/Mar/2021

Accepted: 17/Mar/2021

Available online: 15/May/2021

Keywords:

Economic Consequences
Outsourcing
Public Hospitals
Systematic Review

ABSTRACT

Introduction: There are many ambiguities and contradictions in the economic consequences of outsourcing services in public hospitals. Therefore, the aim of the present study was to systematically review the economic consequences of outsourcing in public hospitals in Iran.

Methods: The information required in this systematic review study was collected using relevant keyword searches in the databases of PubMed, ProQuest, Scopus, Web of Knowledge, Google Scholar, SID, and MagIran without time limit. Textual data were analyzed manually by the content analysis method.

Results: Finally, 20 articles were included in the study. Three types of rental outsourcing, managerial, and public-private partnership were reported in the studies. In five studies, the whole hospital was outsourced. None of the studies had a control group. A total of 51 indicators were used, most of which were total revenues, total costs, and personnel costs. The mean study time of the outsourcing effects was 24.2 months. The results of most studies showed the positive effects of outsourcing in economic terms. The most important achievements of outsourcing included reducing costs and increasing profitability, and the most important obstacles included the existence of hidden costs, imposing additional costs on patients, lack of economic stability, and lack of economic evaluation.

Conclusion: The results showed that outsourcing has been economically successful in many wards and services of public hospitals; however, in some cases, outsourcing has led to increased costs. Therefore, more attention should be paid by hospital managers and health policy makers to identify the influencing factors and negative consequences of outsourcing.

پیامدهای اقتصادی تجارب برون‌سپاری در بیمارستان‌های دولتی در ایران:

مرور نظام‌یافته

علی سرابی آسیابار^۱، صابر اعظمی آغداش^۲، عزیز رضاپور^۳، ریاض علائی^۴، ساناز تقی زاده^۵، سحر عموزاده^۶، ناصر درخشانی^{۷*}

^۱معاون توسعه مدیریت و منابع، سازمان اورژانس کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.

^۲استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

^۳دانشیار، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

^۴دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

^۵دانشجوی دکتری تخصصی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

^۶کارشناس ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی - واحد ساری، ساری، ایران.

^۷دانشجوی دکتری تخصصی، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

چکیده

اطلاعات مقاله

مقدمه: در زمینه پیامدهای اقتصادی برون‌سپاری خدمات در بیمارستان‌های دولتی ابهام‌ها و تناقض‌های زیادی وجود دارد. از این رو، مطالعه حاضر با هدف بررسی پیامدهای اقتصادی برون‌سپاری در بیمارستان‌های دولتی در ایران انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه به صورت مرور نظام‌یافته با جستجوی کلیدواژه‌های مرتبط در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی PubMed، ProQuest، Scopus، Web of Science، SID، MagIran و موتور جستجوی Google Scholar بدون محدودیت زمانی انجام شد. پس از حذف موارد تکراری و ارزیابی بر اساس معیار ورود و خروج پژوهش، مطالعات مرتبط انتخاب شدند.

یافته‌ها: از ۸۴۰ مقاله بازایی شده در نهایت ۲۰ مقاله وارد مطالعه شد. سه نوع برون‌سپاری اجاره‌ای، مدیریتی و مشارکت دولتی-خصوصی شناسایی شد. در پنج مطالعه کل بیمارستان برون‌سپاری شده بود. هیچ‌یک از مطالعات کمی دارای گروه کنترل نبودند. در کل از ۵۱ شاخص استفاده شده بود که بیشترین آن‌ها مربوط به درآمد کل، هزینه‌های کل و هزینه‌های پرسنلی بود. میانگین زمان بررسی اثرات برون‌سپاری ۲۴/۲ ماه بود. اکثر مطالعات بیانگر تأثیرات مثبت برون‌سپاری از جنبه‌های اقتصادی بود. مهم‌ترین دستاوردهای برون‌سپاری در این پژوهش می‌توان به کاهش هزینه و افزایش سودآوری و مهم‌ترین موانع به وجود هزینه‌های پنهان، تحمیل هزینه‌های اضافی به بیماران، نبود ثبات اقتصادی و ارزیابی نکردن از لحاظ مالی اشاره کرد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که برون‌سپاری در بسیاری از بخش‌ها و خدمات بیمارستان‌های دولتی موفقیت‌هایی بسیاری از نظر اقتصادی داشته است. اما در برخی از موارد برون‌سپاری‌ها سبب افزایش هزینه‌ها شده است. بنابراین، بررسی وسیع‌تر جهت شناسایی عوامل تأثیرگذار و پیامدهای منفی برون‌سپاری و راهکارهای مقابله با آن باید مورد توجه مدیران بیمارستان و سیاست‌گذاران سلامت قرار گیرد.

نویسنده مسئول:

ناصر درخشانی

رایانامه:

Derakhshani.mhc@gmail.com

وصول مقاله: ۹۹/۱۰/۲۵

اصلاح نهایی: ۹۹/۱۲/۱۸

پذیرش نهایی: ۹۹/۱۲/۲۷

انتشار آنلاین: ۱۴۰۰/۰۲/۲۵

واژه‌های کلیدی:

پیامدهای اقتصادی

برون‌سپاری

بیمارستان‌های دولتی

مرور نظام‌مند

افزایش یافته است. [۷] بخش خصوصی، برون‌سپاری را یک راه‌حل و فرصت مناسب برای رشد بازار و کسب سود بیان می‌کند که باعث فراهم آمدن امکانات مناسب و مدیریت نوآورانه برای بخش دولتی می‌شود. [۶۸] از مهم‌ترین کارکردهایی که می‌توان برای برون‌سپاری عنوان کرد استفاده از آن به عنوان ابزاری جهت حمایت از دولت‌ها در انجام فعالیت‌های خود و تغییردهنده نقش دولت از ارائه‌دهنده به مدیریت خدمات و هماهنگ‌کننده می‌باشد. [۷،۹] برون‌سپاری خدمات نظام سلامت در ایران جزو برنامه‌های پنج‌ساله به‌خصوص در ماده ۱۹۲ برنامه سوم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی بوده است و به عنوان قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب سال ۱۳۸۰ و سایر اسناد بالادستی قرار گرفته است. در این اسناد برون‌سپاری خدمات سلامت نه تنها در مورد خدمات پشتیبانی مانند انرژی، تغذیه، نظافت، امنیت و نقلیه اشاره شده بلکه در مورد خدمات بهداشتی، درمانی و پاراکلینیک نیز توصیه شده است. در این مسیر با شروع اجرای برنامه سوم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در سال ۱۳۷۹، سیاست برون‌سپاری خدمات بیمارستانی به شکل گسترده‌ای استفاده شده است. [۱۰] در ایران نیز همانند بسیاری از کشورهای دیگر دنیا در نظام سلامت، پروژه‌های زیادی در راستای برون‌سپاری مراقبت‌های بهداشتی درمانی صورت گرفته است. بررسی نتایج مرور متون نشان داد که در مطالعات مختلفی پروژه‌های برون‌سپاری از ابعاد مختلفی مانند کیفیت و افزایش دسترسی به خدمات، رضایت‌مندی از ارائه خدمات و جنبه‌های اقتصادی و مالی بررسی شده است. [۱۱-۱۳] نتایج مطالعات منتشر شده بیانگر این مطلب است که هنوز در خصوص اثر برون‌سپاری در نظام سلامت و پیامدهای اقتصادی آن در این حوزه ابهاماتی وجود دارد. همچنین، شواهدی از تحلیل جنبه‌های اقتصادی برون‌سپاری در حوزه مراقبت سلامت وجود ندارد تا بتوان از نتایج آن برای تصمیم‌گیری‌های مناسب و جلوگیری از هدر رفت منابع استفاده شود. لذا، در این راستا مطالعه حاضر با هدف مروری

دولت جمهوری اسلامی ایران با توجه به تجارب چندین ساله عملکرد شرکت‌های دولتی در اقتصاد کشور و شرکت‌هایی که قبلاً در بخش خصوصی ایجاد و سازمان‌دهی شده‌اند، با اجرای سیاست واگذاری شرکت‌های دولتی تصمیم گرفته است فقدان کارایی‌های گذشته را جبران نماید تا با کاهش تصدی‌گری خود، از فرصت‌ها و نیروهای موجود به نحو مطلوب‌تری در جهت افزایش سطح رفاه و تعدیل پراکندگی توزیع درآمد در جامعه استفاده نماید. [۱] در این راستا ابلاغ سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی از سوی مقام معظم رهبری، در حقیقت بیانگر نوع نگرش نظام به فعالیت‌های اقتصادی کشور بوده است. هدف اصلی از ابلاغ این سیاست‌ها، تبدیل اقتصاد فعلی کشور به یک اقتصاد پویا، توسعه‌ای و رقابتی است که با کاهش تصدی‌گری دولت و توسعه فعالیت‌های بخش خصوصی امکان‌پذیر خواهد بود. [۲] بر اساس این اصل، نظام اقتصادی جمهوری اسلامی ایران بر پایه سه بخش دولتی، تعاونی و خصوصی با برنامه‌ریزی منظم و صحیح استوار است. بعد از ابلاغ سیاست‌های اصل ۴۴ در خرداد سال ۱۳۸۴، توجه فعالان بخش خصوصی به بخش سلامت افزایش پیدا کرده است. [۳-۵] یکی از رایج‌ترین شیوه‌های مشارکت بخش خصوصی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی درمانی، برون‌سپاری می‌باشد. برون‌سپاری در بخش دولتی، قراردادی است که میان یک سازمان دولتی با یک سازمان یا شرکت خصوصی بسته می‌شود تا بخشی از وظایف یا فرآیند کاری که قرار بود توسط سازمان دولتی صورت پذیرد در مدت‌زمان مشخصی به بخش خصوصی واگذار شود. به‌بیان‌دیگر بخش خصوصی به نیابت از دولت در برخی از وظایف و مسئولیت‌های تأمین این خدمات نقش‌آفرینی می‌نماید. [۶] در حال حاضر تمایل دولت‌ها برای مشارکت با بخش خصوصی در نظام سلامت با توجه به الگوهای متنوعی مانند تقسیم مخاطرات، واگذاری مسئولیت، مدیریت، فراهم آوردن فرصت‌هایی در زمینه تأمین منابع مالی، ارائه خدمات و فعالیت‌هایی در زمینه طراحی، ساخت و نگهداری تأسیسات مراقبت‌های بهداشتی

(Healthcare Exploitation (EAGLE))
Management Information Consortium
System for Information on Grey و (HMIC))
(Literature in Europe Regional (SIGLE))
جستجو شد.

- معیارهای ورود و خروج
در این پژوهش تمامی مطالعات منتشرشده در خصوص پیامدهای اقتصادی برون‌سپاری خدمات و مراقبت‌ها در بیمارستان‌های دولتی ایران به زبان‌های فارسی و انگلیسی بود که بدون محدودیت زمانی بررسی شدند. بنابراین، مقالات پژوهشی اصیل و مروری، نامه به سردبیر، پایان‌نامه‌ها و گزارش‌ها وارد مطالعه شد. مقالات ارائه‌شده در کنفرانس‌ها و مطالعات غیر مرتبط با جنبه‌های اقتصادی (مانند مطالعات رضایت‌سنجی و تأثیر بر کیفیت) و حوزه‌هایی غیر از بیمارستان‌های دولتی و نظام سلامت بودند از پژوهش خارج شدند. به دلیل اینکه اعضای پژوهش تنها به دو زبان فارسی و انگلیسی مسلط بودند. بنابراین، مقالات منتشرشده به سایر زبان‌ها از مطالعه حذف شدند.

- غربالگری و انتخاب مطالعات
بعد از بازیابی منابع براساس استراتژی جستجو، مطالعات تکراری با استفاده از نرم‌افزار اندنوت نسخه X8 حذف شد. سپس، عناوین و چکیده تمامی مطالعات براساس معیار ورود و خروج پژوهش بررسی شد و موارد غیرمرتبط از پژوهش حذف شد. در مرحله بعدی متن کامل مطالعات بررسی شد و در صورتی که مطابق با معیارهای پژوهش نبودند از مطالعه خارج شد. تمامی مراحل انتخاب و غربالگری مطالعات توسط دو نفر از اعضای پژوهش به صورت مستقل از هم انجام گرفت. در صورت موارد اختلاف در مرحله اول با بحث و گفتگو حل شد. در دو مورد از منابع به دلیل اختلاف نظر در غربالگری مطالعات، به فرد سوم ارجاع داده شد که دارای دانش و تجارب بیشتری بود.

- استخراج داده‌ها

بر پیامدهای اقتصادی تجارب برون‌سپاری در بیمارستان‌های دولتی در ایران انجام شده است.

روش‌ها

این مطالعه با روش مرور نظام‌یافته در خصوص پیامدهای اقتصادی (کسب سود و کاهش هزینه‌ها) برون‌سپاری در بیمارستان‌های دولتی ایران در سال ۲۰۲۰ انجام شد که برای گزارش دهی نتایج از دستورالعمل پریسا (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)) استفاده شد. [۱۴] پژوهش حاضر در پنج مرحله انجام گرفته است که شامل راهبرد جستجو و شناسایی مطالعات مرتبط، غربالگری و انتخاب مطالعات براساس معیار ورود و خروج، استخراج داده، خلاصه‌سازی، تحلیل و سنتز نتایج بود.

- راهبرد جستجو
جستجوی داده‌ها با استفاده از کلیدواژه‌های outsourcing، contracting، corporate، private، financing، economic، cost، privatization، hospital، health care، healthcare، funding، medical در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی Web of ، Scopus، ProQuest، PubMed، Science، SID، Magiran و موتور جستجوی Google Scholar انجام شد که از عملگرهای بولین مانند AND و OR و جستجوی عبارتی (علامت گیومه " ") برای جستجو استفاده شد. (نمونه استراتژی جستجو در PubMed در پیوست یک نشان داده شده است). برای شناسایی و پوشش بیشتر مقالات منتشرشده بعد از جستجوی پایگاه‌های اطلاعاتی مورد نظر، تعدادی از مجلات معتبر در این زمینه نیز به صورت دستی و جداگانه جستجو شدند. برای مقالات انتخاب‌شده در Google Scholar میزان استناد به آن مقاله و فهرست منابع نیز بررسی شد. همچنین، برای انجام جستجوی منابع منتشرنشده نظیر ادبیات خاکستری (Grey literature) نیز پایگاه‌های داده‌ای (European Association for Grey Literature

بود. همچنین، در این پژوهش برای تحلیل داده‌هایی که مستخرج از مطالعات کمی بودند، داده‌ها با استفاده از آمارهای توصیفی در نرم‌افزار اکسل نسخه ۲۰۱۶ انجام شد. برای محاسبه اثربخشی نتایج برون‌سپاری براساس تعداد شاخص‌ها و نتایج هر کدام از آن‌ها، ابتدا دو نفر از اعضای تحقیق به صورت جداگانه هر یک از مطالعات را بررسی کردند. سپس، هر مطالعه در یکی از چارک‌های اول (۱۰۰-۷۵ درصد به معنی اثربخشی بالای ۷۵ درصدی شاخص‌های گزارش شده در مطالعه (به‌عنوان مثال مثبت بودن نتایج چهار شاخص از پنج شاخص گزارش شده در مطالعه))، چارک دوم (۷۵-۵۰ درصد به معنی اثربخشی ۵۰ تا ۷۵ درصدی شاخص‌های گزارش شده در مطالعه)، چارک سوم (۵۰-۲۵ درصد به معنی اثربخشی ۲۵ تا ۵۰ درصدی شاخص‌های گزارش شده در مطالعه) و چارک چهارم (۲۵-۰ درصد به معنی اثربخشی صفر تا ۲۵ درصدی شاخص‌های گزارش شده در مطالعه) قرار گرفتند. در مرحله دوم در یک جلسه مشترک در مورد چارک‌های مطالعات با بحث و گفتگو به توافق و جمع‌بندی رسیدند. در مورد دو مطالعه توافق حاصل نشد که مستندات به فرد سوم جهت تصمیم‌گیری نهایی ارسال گردید. در این مطالعه محققین سعی کردند در هر یک از مراحل جستجوی منابع، غربالگری مطالعات، استخراج داده، تحلیل و تفسیر داده‌ها و انتشار نتایج سوء گیری نداشته باشند.

پایان مقاله

فرایند بررسی و انتخاب مقالات در شکل یک نشان داده شده است. از ۸۴۰ مطالعه بازیابی شده، ۳۸۰ مطالعه به دلیل تکراری بودن در بین پایگاه‌های داده و سایر منابع اطلاعاتی حذف شد. با توجه به معیار ورود و خروج پژوهش ۴۲۵ مطالعه در بررسی عنوان و چکیده و ۱۵ مطالعه نیز در بررسی متن کامل حذف شدند و در نهایت ۲۰ مطالعه وارد پژوهش شد که از بین مطالعات منتخب ۱۶ مطالعه با روش کمی و چهار مطالعه به صورت کیفی بود (مشخصات و نتایج مطالعات در پیوست دو و سه ارائه شده است). شش مطالعه به زبان انگلیسی و ۱۴ مطالعه به زبان فارسی شناسایی شد. [۳۴-۱۹،

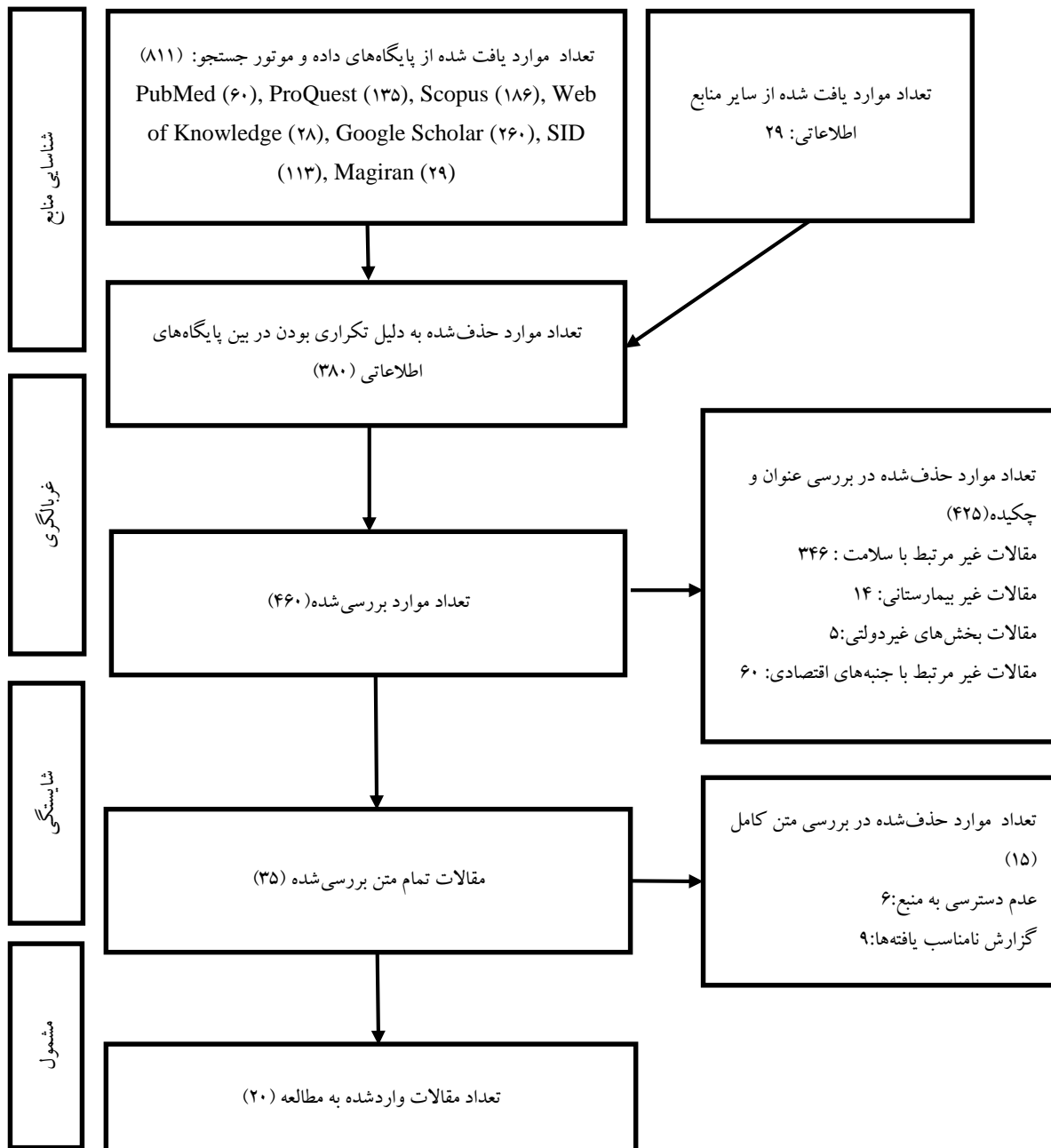
برای استخراج داده‌ها ابتدا دو فرم استخراج داده به صورت دستی در محیط نرم‌افزاری ورد نسخه ۲۰۱۶ طراحی گردید. یکی از جداول برای مطالعات کمی که اثرات اقتصادی برون‌سپاری‌ها را بررسی کرده بودند و جدول دوم برای مطالعات کیفی بود که در مورد جنبه‌های اقتصادی برون‌سپاری‌ها انجام شده بود. ابتدا داده‌های سه مقاله به صورت آزمایشی برای این فرم‌ها استخراج شد و نواقص و مشکلات موجود در فرم اولیه برطرف شد. اطلاعات توسط دو نفر پژوهشگران به صورت مستقل از مطالعات استخراج شد و موارد ابهام با مشورت اعضای پژوهش برطرف گردید. اطلاعات استخراجی در فرم اول (مطالعات مربوط به اثر برون‌سپاری‌ها) شامل: نویسنده، سال، شهر/استان، هدف مطالعه، نوع برون‌سپاری، واحد/بخش، روش جمع‌آوری داده‌ها (شاخص‌ها، منبع داده، مدت‌زمان بررسی بعد از برون‌سپاری)، یافته‌های اصلی، اثربخشی برون‌سپاری‌ها (براساس چارک) و نتیجه‌گیری بود. اطلاعات استخراجی در فرم دوم (مطالعات کیفی) نیز شامل: نویسنده، سال، شهر، هدف مطالعه، شرکت‌کنندگان و حجم نمونه، جمع‌آوری داده‌ها و یافته‌های اصلی در مورد جنبه‌های اقتصادی برون‌سپاری بود.

• خلاصه‌سازی، تحلیل و سنتز نتایج

برای تحلیل داده‌های کیفی از روش تحلیل محتوای کیفی (Content analysis) استفاده شد. تحلیل محتوا روشی است برای شناسایی، تحلیل و گزارش مضامین (تم‌ها) موجود در داخل متن می‌باشد و در تحلیل داده‌های کیفی کاربرد بسیار زیادی دارد. [۱۸-۱۵] دو نفر از محققین کدبندی داده‌ها را به صورت مستقل انجام دادند. مراحل تحلیل و کدبندی داده‌ها شامل آشنایی با متن مقالات (غوطه‌ور شدن در نتایج مطالعات)، شناسایی و استخراج حیطه‌های اولیه (شناسایی و استخراج مطالعات مرتبط با حیطه‌های اولیه)، قراردادن مطالعات در حیطه‌های مشخص شده، بازبینی و تکمیل نتایج و اطمینان از پایایی نتایج استخراج شده در هر حیطه (کسب توافق بین دو کدگذار از طریق بحث و حل موارد اختلاف)

کرمان و لرستان انجام گرفته بود که بیشترین تعداد مطالعات مربوط به استان تهران بوده است.

۱۳، ۱۲، ۱۰] مطابق یافته‌های نمودار یک، مطالعات منتشر شده در زمینه برون‌سپاری خدمات بیمارستانی در میان هشت استان تهران، اصفهان، فارس، آذربایجان شرقی، قزوین، البرز،



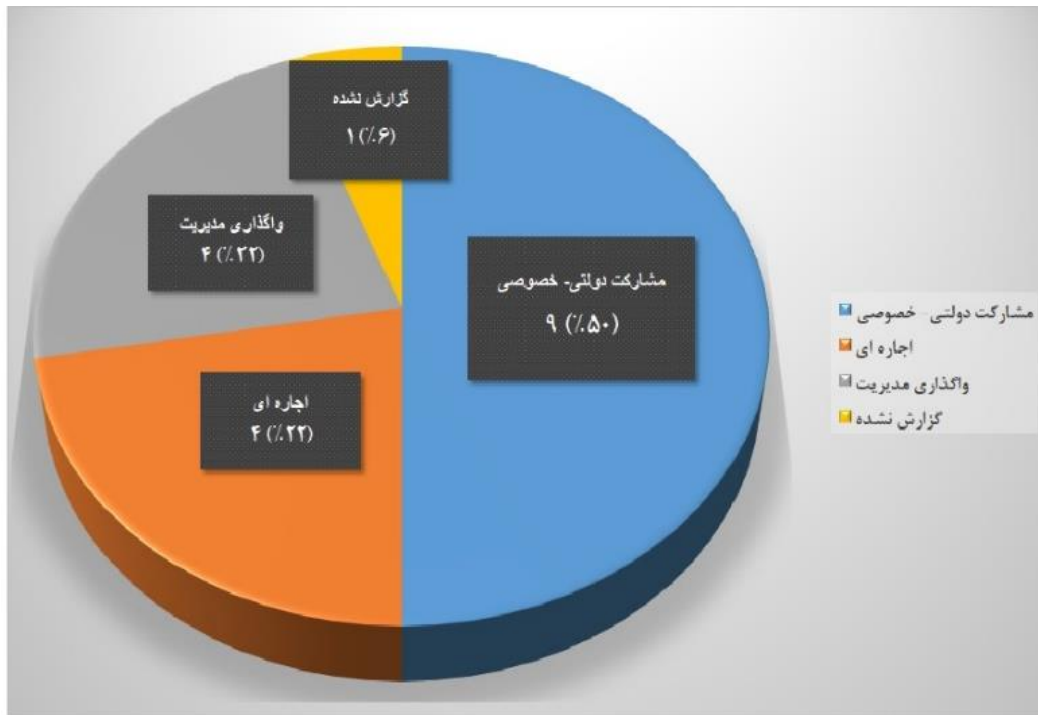
شکل ۱: فرایند بررسی و انتخاب مقالات



نمودار ۱: انجام مطالعات برون‌سپاری خدمات بیمارستانی در استان‌های ایران

(یک مطالعه، شش درصد) در مطالعات گزارش شده بود. از میان مطالعات بررسی شده نه مطالعه (۵۰ درصد) به نوع برون‌سپاری اشاره نشده بود (نمودار دو).

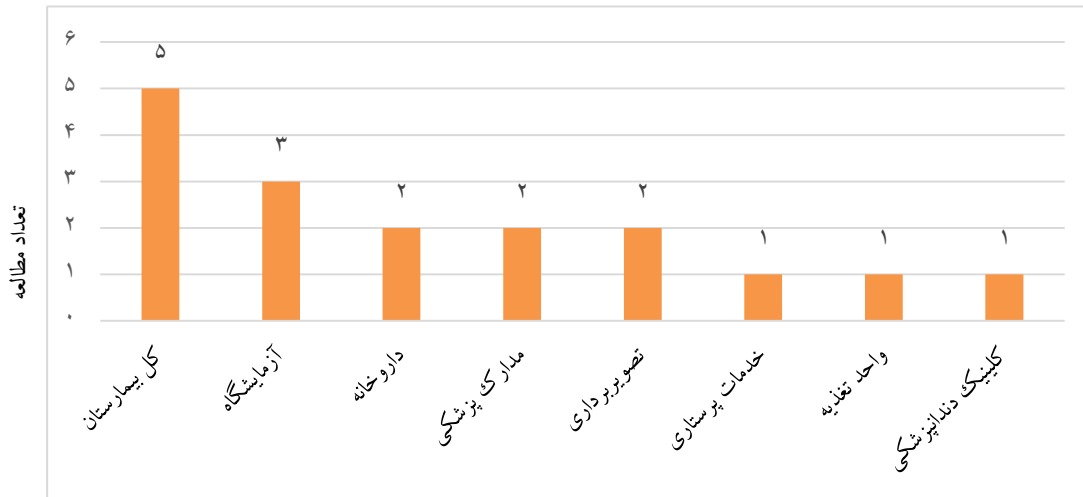
براساس یافته‌های حاصل از نمودار دو، به‌طور کلی سه نوع برون‌سپاری در مطالعات منتشر شده شناسایی شدند که شامل برون‌سپاری اجاره‌ای (چهار مطالعه، ۲۲ درصد)، مدیریتی (چهار مطالعه، ۲۲ درصد) و مشارکت دولتی-خصوصی



نمودار ۲: نوع برون‌سپاری در بیمارستان‌های دولتی ایران

برون‌سپاری انجام شده بود که بیشترین آن‌ها مربوط به واحد آزمایشگاه بوده است (نمودار سه).

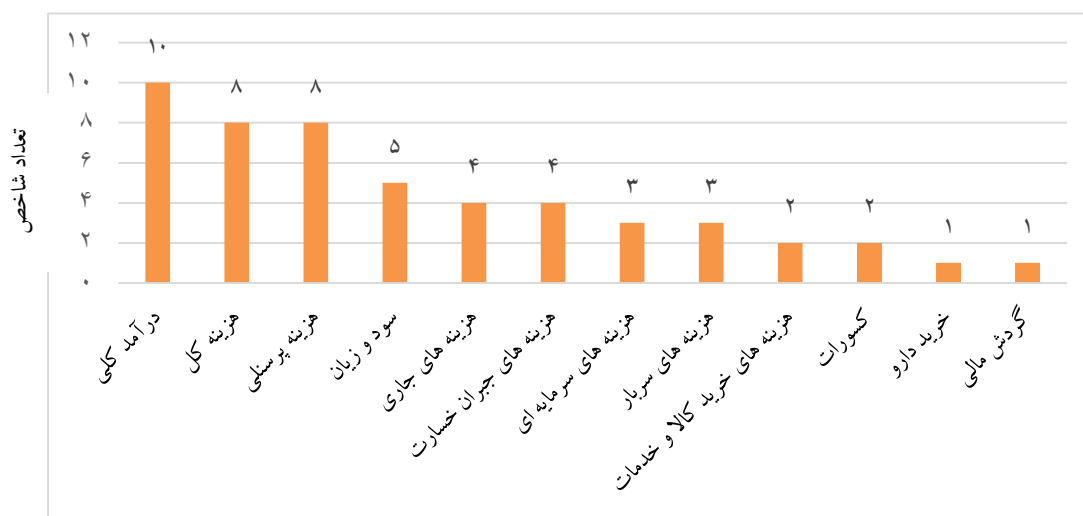
از ۱۶ مطالعه‌ای که اثرات برون‌سپاری را بررسی کرده بودند، در پنج مطالعه کل بخش‌ها یا واحدهای بیمارستان برون‌سپاری شده بود. در سایر مطالعات هفت واحد یا بخش



نمودار ۳: بخش‌ها یا واحدهای برون‌سپاری شده در بیمارستان‌های دولتی ایران

صاحب‌نظران و ذی‌نفعان) و یک مطالعه به صورت توصیفی وضعیت ابعاد مختلف و اقتصادی برون‌سپاری‌ها را بررسی کرده بودند. به‌طور کلی در مطالعات با روش کمی از ۵۱ شاخص برای ارزیابی اثرات برون‌سپاری استفاده شده بود که بیشترین شاخص‌ها متعلق به درآمد کل، هزینه‌های کل و هزینه‌های پرسنلی بود (نمودار چهار).

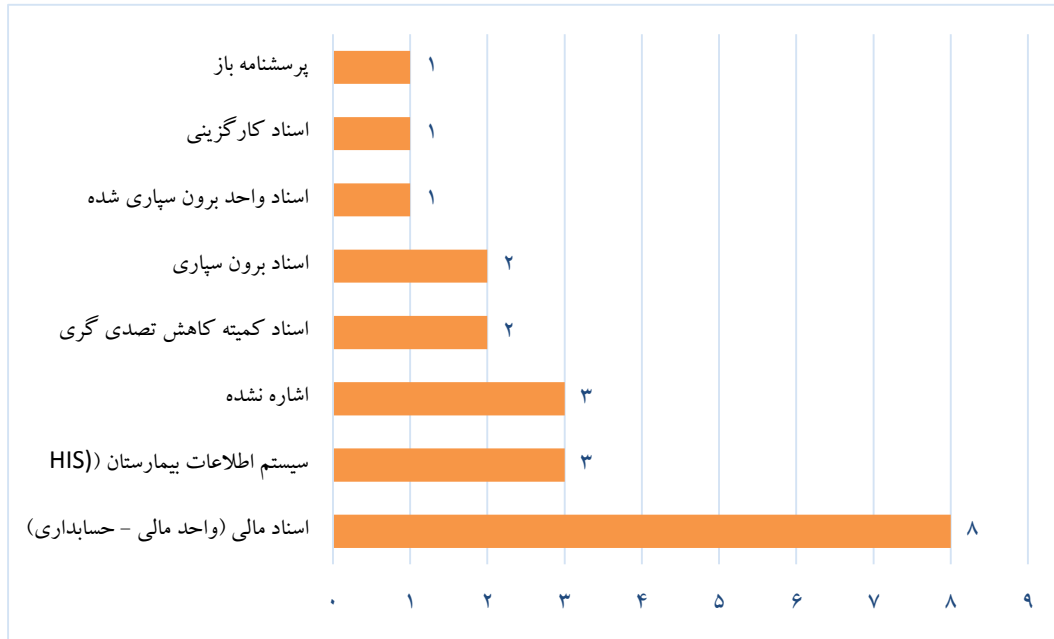
تمامی ۱۶ مطالعه‌ای که اثرات برون‌سپاری را بررسی کرده بودند، به صورت توصیفی-مقطعی تأثیرات برون‌سپاری را در دو مقطع قبل و بعد از برون‌سپاری بررسی کرده بودند. هیچ‌یک از مطالعات دارای گروه کنترل (مقایسه با بخش‌هایی که واگذاری انجام نشده) نبودند. همچنین، سه مطالعه به صورت کیفی (بحث گروهی متمرکز و مصاحبه با



نمودار ۴: انواع شاخص‌های استفاده شده در مطالعات ارزیابی اثرات اقتصادی برون‌سپاری‌ها در بیمارستان‌های دولتی ایران

حسابداری بیمارستان‌ها بود و در سه مطالعه نیز به منبع اطلاعات اشاره نشده بود (قابل استخراج نبود) (نمودار پنج).

در حالت کلی در مطالعات بررسی شده، از هشت منبع مختلف برای استخراج اطلاعات استفاده شده بود که بیشترین آن‌ها اسناد و مستندات مالی موجود در بخش‌های مالی و



نمودار ۵: نوع منبع استخراج داده در مطالعات ارزیابی اثرات اقتصادی برون‌سپاری‌ها در بیمارستان‌های دولتی ایران

بود، اثربخشی برون‌سپاری‌ها براساس چارک‌ها نیز بررسی شد. نتایج نشان داد که در روش برون‌سپاری اجاره‌ای (چهار مطالعه)، سه مطالعه در چارک اول و یک مطالعه در چارک چهارم قرار دارند. در روش واگذاری مدیریت (چهار مطالعه)، سه مطالعه در چارک دوم و یک مطالعه در چارک چهارم قرار گرفته است. یک مطالعه در روش مشارکت دولتی - خصوصی از نظر اثربخشی برون‌سپاری در چارک اول قرار داشته است. در چهار مطالعه‌ای که جنبه‌های اقتصادی برون‌سپاری به صورت کیفی توصیف شده بود، دیدگاه ۱۵۱ نفر از افراد شرکت‌کننده شامل مدیران بیمارستان‌ها، مدیران مالی بیمارستان‌ها و صاحب‌نظران در زمینه برون‌سپاری بررسی شد. کاهش هزینه‌ها و افزایش سودآوری از دیدگاه مشارکت‌کنندگان جزو مهم‌ترین دستاوردها و دلایل برون‌سپاری خدمات یا بخش‌های بیمارستانی در بُعد اقتصادی بوده است. همچنین، از دیدگاه صاحب‌نظران مهم‌ترین موانع

بیشترین زمان بررسی اثرات برون‌سپاری ۶۰ ماه و کمترین زمان شش ماه بود. میانه زمان بررسی اثرات برون‌سپاری ۲۱ ماه و میانگین آن ۲۴/۲ ماه بود. در دو مطالعه نیز به مدت زمان تأثیر برون‌سپاری اشاره نشده بود (قابل استخراج نبود).

نتایج اکثر مطالعات انجام گرفته بیانگر تأثیرات مثبت برون‌سپاری بخش‌ها و خدمات در بیمارستان‌های دولتی از جنبه‌های اقتصادی بود. با این وجود در برخی از مطالعات نیز برون‌سپاری‌ها نتایج مثبتی نداشته و باعث افزایش هزینه‌ها شده است. نتایج حاصل از دسته‌بندی مطالعات در چارک اول تا چهارم از نظر اثربخشی برون‌سپاری در بیمارستان‌های دولتی نشان داده است که از ۱۶ مطالعه بررسی شده از نوع کمی، هشت مطالعه در چارک اول قرار داشته است. همچنین، پنج مطالعه در چارک دوم، یک مطالعه در چارک سوم و دو مطالعه در چارک چهارم براساس تعداد شاخص‌ها قرار گرفتند. در نه مطالعه‌ای که به نوع برون‌سپاری‌ها اشاره شده

است. اجاره ای (leases contract) با پرداخت مبلغی به دولت، مرکز ارائه خدمات سلامت دولتی را اجاره نموده و مسئولیت اداره مرکز و ارائه خدمات را بر عهده می‌گیرد. مدت زمان این قراردادها ده تا پانزده سال بوده و موسسه خصوصی حق جمع‌آوری درآمد را براساس عملکرد خود دارد و کلیه مخاطرات تجاری به موسسه خصوصی برمی‌گردد؛ اما مسئولیت هزینه برای سرمایه‌گذاری بر عهده دولت است. زمانی که مرکز ارائه خدمات سلامت نیاز به کارایی در عملیات و بهره‌برداری دارد گزینه مناسبی به شمار می‌رود ولی به سرمایه‌گذاری جدیدی نیاز ندارد. [۳۸]

درحالی‌که در قراردادهای مدیریتی (management contract) دولت به یک موسسه خصوصی مبلغی را برای مدیریت بیمارستان دولتی پرداخت می‌نماید تا یک یا چند بخش ویژه از یک مرکز ارائه خدمات سلامت را مدیریت نماید و کلیه خدمات موردنیاز را فراهم نماید. تصمیمات مربوط به استخدام نیروی تخصصی بهداشتی درمانی، تدارکات، خرید دارو و لوازم پزشکی بر عهده موسسه خصوصی خواهد بود. [۳۹،۴۰] در این نوع برون‌سپاری مخاطرات کسب‌وکار و مسئولیت سرمایه‌گذاری‌های کلان و تأمین مالی بر عهده دولت است و کمترین میزان تهدید به بخش خصوصی منتقل می‌شود. قراردادهای مدیریتی زمانی مفید است که هدف اصلی از انعقاد این نوع قراردادها، بهبود سریع کارایی و تجارب بخش دولتی و یا کسب آمادگی برای ورود به سطوح بالای مشارکت دولتی-خصوصی باشد. مدت زمان این نوع قراردادها از سه تا پنج سال متغیر بوده و منجر به حصول کارایی در مدیریت می‌شوند. [۴۱] اما نوع دیگر برون‌سپاری به مشارکت بخش دولتی - خصوصی (Public-Private Partnership) اشاره دارد که در آن بخش عمومی (دولت و سایر نهادهای حکومتی) به منظور تأمین خدمات زیربنایی (اعم از آب و فاضلاب، حمل‌ونقل، سلامت، آموزش) از ظرفیت‌های بخش خصوصی (اعم از دانش، تجربه و منابع مالی) استفاده می‌نماید. به بیان دیگر بخش خصوصی به نیابت از دولت در برخی از وظایف و

اقتصادی برون‌سپاری به وجود هزینه‌های پنهان، تحمیل هزینه‌های اضافی به بیماران، نبود.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که نتایج برون‌سپاری فقط در هشت استان منتشر شده است. درحالی‌که قوانین و مقررات برون‌سپاری خدمات سلامت در ایران به‌ویژه در بیمارستان‌های دولتی سابقه نسبتاً طولانی داشته است. به طوری که در برنامه‌های توسعه پنج‌ساله به‌خصوص در ماده ۱۹۲ به این موضوع توجه ویژه‌ای شده است. در این راستا بسیاری از بیمارستان‌ها و سایر سازمان‌های بهداشتی درمانی از این موقعیت استفاده کرده و نسبت به برون‌سپاری خدمات اقداماتی انجام شده است. [۳۵] از طرفی نتایج حاصل از مرور مطالعات نشان داده است که تعداد بسیار محدودی از این برون‌سپاری‌ها در قالب پژوهش‌های علمی مورد واکاوی قرار گرفته و نتایج آن‌ها منتشر شده است. بنابراین، با توجه به ابهامات و تناقضات نسبتاً زیاد در مورد نتایج و دستاوردهای برون‌سپاری‌ها در کشور پیشنهاد می‌شود که تجارب و موارد برون‌سپاری‌ها در مناطق مختلف کشور به‌صورت جامع ارزیابی شود و نتایج آن در اختیار مدیران نظام سلامت و سیاست‌گذاران قرار گیرد تا تصمیمات مناسبی در مورد ضرورت برون‌سپاری در این حوزه اخذ شود. نکته قابل توجه این است که اکثر مطالعات منتشر شده نیز در کلان‌شهرها انجام گرفته است درحالی‌که با توجه به شرایط متفاوت در شهرهای کوچک‌تر و مناطق محروم در مقایسه با کلان‌شهرها لازم است که بررسی و ارزیابی بیشتری از پروژه‌های برون‌سپاری شده در این مناطق به عمل آید. براساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر در کل سه نوع برون‌سپاری اجاره‌ای، مدیریتی و مشارکت دولتی-خصوصی در مطالعات گزارش شده است. در بسیاری از متون معتبر و تأیید شده خود برون‌سپاری نوعی از مشارکت دولتی-خصوصی بیان شده است. ولی در بسیاری از متون این سه مفهوم جدا از هم تعریف شده‌اند. [۳۶،۳۷] موسسه خصوصی ثبات اقتصادی و ارزیابی نکردن نتایج از لحاظ مالی اشاره شده

مسئولیت‌های تأمین این خدمات نقش‌آفرینی می‌نماید. در مشارکت عمومی - خصوصی قراردادی بین بخش عمومی و بخش خصوصی به‌منظور تسهیم خطر، مسئولیت، منافع و هم‌افزایی منابع و تخصص هر دو بخش در ارائه خدمات زیربنایی منعقد می‌گردد. در این نوع برون‌سپاری نقش دولت از اجراکننده پروژه‌ها و برنامه به سیاست‌گذاری و نظارت بر اجرای برنامه‌ها تبدیل می‌شود. [۴۲] بنابراین، نیاز است که در مرحله اول یک زبان مشترک و اتفاق نظر در مورد مفاهیم و اصول بین محققین و تصمیم‌گیران ایجاد شود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که در نیمی از مطالعات به نوع برون‌سپاری (به‌غیر از درست یا نادرست بودن) اشاره نشده است که این امر ضرورت انجام تحقیقات بیشتر را می‌طلبد. تمامی مطالعات از نوع کمی جنبه‌های اقتصادی برون‌سپاری‌ها را به‌صورت قبل و بعد بررسی کرده بودند؛ اما نداشتن گروه کنترل یکی از اصلی‌ترین نقاط ضعف مطالعات منتشر شده بود. یکی از مهم‌ترین مسائل موجود در زمینه مطالعات قبل و بعد می‌توان به عدم دسترسی به اطلاعات معتبر و قابل‌اعتماد برای مرحله قبل از برون‌سپاری‌ها اشاره کرد که این موضوع می‌تواند دقت و اعتبار مطالعات را با مشکل مواجه سازد. یکی دیگر از مشکلات و چالش‌های جدی در این زمینه، یکسان نبودن شرایط در زمان قبل و بعد از برون‌سپاری است که امکان کنترل و یا کاهش تأثیرات متغیرهای مخدوش‌گر برای محققین میسر نخواهد بود. لذا، برای رفع این مشکلات و ارائه نتایج قابل‌اعتماد و قابل‌استنادتر، توصیه می‌گردد محققین در انجام مطالعات خود در این زمینه از گروه‌های کنترل نیز استفاده کنند. براساس نتایج پژوهش حاضر درآمد کل، هزینه‌های کل و هزینه‌های پرسنلی بیشترین شاخص‌های استفاده‌شده برای ارزیابی اثرات برون‌سپاری بودند. هرچند این شاخص‌ها در بررسی اولیه برای ارزیابی اقتصادی برون‌سپاری‌ها مناسب و جامع به نظر می‌رسد؛ اما بهتر است محققین در زمینه ارزیابی اقتصادی برون‌سپاری‌ها از شاخص‌های بیشتر و مهم‌تری استفاده کنند. یکی از مهم‌ترین شاخص‌ها می‌تواند افزایش یا کاهش هزینه‌های تحمیل‌شده به دریافت‌کنندگان خدمات باشد. همچنین، تغییرات در هزینه‌های عمومی (هزینه‌های تحمیل‌شده در خارج از بیمارستان یا نظام سلامت) شاخص مهم دیگری است که باید بدان بیشتر توجه شود. حیطه مهم دیگر قابل‌پیشنهاد در این زمینه تحلیل نسبت‌های مالی است که می‌تواند ابزار مفیدی برای ارزیابی سودآوری، نقدینگی، پایداری مالی و خلاصه‌سازی داده‌های مالی یک سازمان - باشد. [۴۳، ۴۴] نتایج مطالعات از جنبه اقتصادی نشان داد که برون‌سپاری بخش‌ها و خدمات در بیمارستان‌های دولتی، هرچند دستاوردها و موفقیت‌هایی به دنبال داشته و در موارد زیادی باعث کاهش هزینه‌ها و افزایش درآمد شده است که در کل باعث سودآوری بیمارستان شده است؛ اما در برخی از موارد اجرای برون‌سپاری‌ها تأثیر معکوس داشته است و سبب افزایش هزینه‌ها شده و پیامد مطلوب و خوبی از جنبه اقتصادی برای بیمارستان نداشته است. در حالت کلی در سایر کشورهای دنیا نیز تقریباً چنین روندی (بدون توجه به جزئیات، شرایط و نوع برون‌سپاری و سایر عوامل) وجود دارد؛ یعنی در بسیاری از کشورهای دنیا که سیاست برون‌سپاری را در بیمارستان‌های خود تجربه کرده‌اند تا حد زیادی دستاوردها و پیامدهای مثبت اقتصادی وجود داشته است؛ اما در تمامی تجارب و برون‌سپاری‌ها این قضیه صادق نبوده و مثال‌هایی از بدتر شدن اوضاع نیز وجود دارد. به‌عنوان مثال، در حوزه سلامت برون‌سپاری فعالیت‌ها در بیمارستان‌های دولتی کشورهای تایوان، یونان، هندوستان و ترکیه فواید اقتصادی زیادی را به دنبال داشته است. [۴۹-۴۵] در مطالعه موردی با عنوان «تحلیل مدیریت مالی برون‌سپاری خدمات بیمارستان هند برای کاهش هزینه‌ها و افزایش کارایی» به مقایسه بیمارستان‌هایی پرداخته شد که در آن مراکز برون‌سپاری اجرا شده و در مقابل بیمارستان‌هایی که از این شیوه بهره‌نبرده بودند. نتایج پژوهش مذکور نشان داد که با استفاده از برون‌سپاری هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم تا حدود ۴۰ درصد کاهش داشته است. [۴۶] نتایج مطالعه انجام شده در یونان (بررسی میزان برون‌سپاری

مسئولیت‌های تأمین این خدمات نقش‌آفرینی می‌نماید. در مشارکت عمومی - خصوصی قراردادی بین بخش عمومی و بخش خصوصی به‌منظور تسهیم خطر، مسئولیت، منافع و هم‌افزایی منابع و تخصص هر دو بخش در ارائه خدمات زیربنایی منعقد می‌گردد. در این نوع برون‌سپاری نقش دولت از اجراکننده پروژه‌ها و برنامه به سیاست‌گذاری و نظارت بر اجرای برنامه‌ها تبدیل می‌شود. [۴۲] بنابراین، نیاز است که در مرحله اول یک زبان مشترک و اتفاق نظر در مورد مفاهیم و اصول بین محققین و تصمیم‌گیران ایجاد شود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که در نیمی از مطالعات به نوع برون‌سپاری (به‌غیر از درست یا نادرست بودن) اشاره نشده است که این امر ضرورت انجام تحقیقات بیشتر را می‌طلبد. تمامی مطالعات از نوع کمی جنبه‌های اقتصادی برون‌سپاری‌ها را به‌صورت قبل و بعد بررسی کرده بودند؛ اما نداشتن گروه کنترل یکی از اصلی‌ترین نقاط ضعف مطالعات منتشر شده بود. یکی از مهم‌ترین مسائل موجود در زمینه مطالعات قبل و بعد می‌توان به عدم دسترسی به اطلاعات معتبر و قابل‌اعتماد برای مرحله قبل از برون‌سپاری‌ها اشاره کرد که این موضوع می‌تواند دقت و اعتبار مطالعات را با مشکل مواجه سازد. یکی دیگر از مشکلات و چالش‌های جدی در این زمینه، یکسان نبودن شرایط در زمان قبل و بعد از برون‌سپاری است که امکان کنترل و یا کاهش تأثیرات متغیرهای مخدوش‌گر برای محققین میسر نخواهد بود. لذا، برای رفع این مشکلات و ارائه نتایج قابل‌اعتماد و قابل‌استنادتر، توصیه می‌گردد محققین در انجام مطالعات خود در این زمینه از گروه‌های کنترل نیز استفاده کنند. براساس نتایج پژوهش حاضر درآمد کل، هزینه‌های کل و هزینه‌های پرسنلی بیشترین شاخص‌های استفاده‌شده برای ارزیابی اثرات برون‌سپاری بودند. هرچند این شاخص‌ها در بررسی اولیه برای ارزیابی اقتصادی برون‌سپاری‌ها مناسب و جامع به نظر می‌رسد؛ اما بهتر است محققین در زمینه ارزیابی اقتصادی برون‌سپاری‌ها از شاخص‌های بیشتر و مهم‌تری استفاده کنند. یکی از مهم‌ترین شاخص‌ها می‌تواند افزایش یا کاهش

بیش از سودآوری اولویت می‌دهند. [۵۹] در مورد عملکرد مالی بیمارستان‌های ایران، در طی سالیان اخیر با درک شرایط و مشکلات کمبود منابع، برخی از محققین سعی کردند تا شاخص‌های اختصاصی ارزیابی عملکرد مالی بیمارستان‌ها را تدوین کنند. همچنین، در این زمینه در مطالعه‌ای ۵۲ شاخص اختصاصی برای ارزیابی عملکرد مالی بیمارستان‌ها ارائه گردید. [۶۰] در مطالعه دیگر نیز نه حیطة و ۲۹ شاخص با استفاده از روش‌های مختلف از جمله مرور متون، نظرخواهی از صاحب‌نظران، هم‌اندیشی خبرگان و تحلیل سلسله مراتبی شناسایی و اولویت‌بندی شد. [۶۱] بنابراین، در بررسی‌ها و تصمیم‌گیری‌های آتی در مورد نتایج برون‌سپاری‌ها باید در کنار جنبه‌های اقتصادی به سایر جنبه‌های برون‌سپاری مانند کیفیت خدمات، رضایت مشتریان و بحث‌های عدالت توجه شود. ضمن بررسی دقیق و جامع نتایج برون‌سپاری‌ها در بیمارستان‌های کشور نیاز است که تجارب مشابه سایر کشورها در این زمینه نیز مدنظر قرار گیرد. درس گرفتن از دستاوردها و پیامدهای مثبت اقتصادی همراه با تحلیل دقیق و موشکافانه ناشی از افزایش هزینه‌ها و دلایل نتایج منفی برون‌سپاری باید مورد توجه مسئولان ذی‌ربط واقع شود تا بتوانند راهکارهای مناسب و سیاست‌های عملی برای رفع آن‌ها اتخاذ نمایند. هرچند براساس نتایج جستجوی متون و اطلاعات محققین، مطالعه حاضر برای اولین بار به‌صورت اختصاصی و مرور جامع، اثرات اقتصادی برون‌سپاری بخش‌ها و خدمات در بیمارستان‌های دولتی ایران را تحلیل کرده و اطلاعات وسیع و کاربردی برای مدیران و تصمیم‌گیران فراهم ساخته است. ولی انجام این مطالعه با چندین محدودیت مواجه بوده است. یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر امکان انجام فراتحلیل به دلیل نوع داده‌ها و گزارش آن‌ها در مطالعات میسر نبود. محدودیت دیگر پژوهش حاضر مربوط به تعداد کم مطالعات منتشرشده در خصوص نتایج اقتصادی برون‌سپاری بود که مانع از تحلیل‌های بیشتر و دقیق‌تر می‌شد. محدودیت دیگر مطالعه حاضر دسترسی نداشتن به برخی از

در بیمارستان‌های دولتی و تأثیر آن بر فرآیند تصمیم‌گیری) نشان داد که صرفه‌جویی در هزینه‌ها و رضایت مشتری مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار برای تصمیم به برون‌سپاری بوده است. به‌طوری‌که همکاری با طرف قرارداد منجر به بهبود چشمگیر در کیفیت خدمات و کسب رضایت اغلب مشتریان از عملکرد شرکت شده است. بنابراین، برون‌سپاری در واحد بهداشت و درمان دولتی یونان دارای پتانسیل مناسب برای گسترش بیشتر داشته است. [۴۸] ذکر این نکته ضروری است که تمرکز این مطالعه فقط بر جنبه‌های اقتصادی برون‌سپاری بوده است. زیرا عمده‌ترین مشکلی که ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت به‌ویژه بیمارستان‌های دولتی با آن مواجه‌اند، مشکل اقتصادی است. [۵۰-۵۲] در این میان بیمارستان‌ها به عنوان بزرگ‌ترین و مهم‌ترین نهاد ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از حساسیت قابل‌توجهی برخوردارند، به‌طوری‌که سازمان‌دهی آن‌ها به‌صورت غیرکارا، سبب کاهش اثر مثبت پتانسیل کلی نظام سلامت جمعیت خواهد شد. [۵۳] از طرف دیگر، باور بیماران در مورد کیفیت خدمات نیز با عملکرد مالی بیمارستان رابطه مثبت دارد. همچنین، گرایش اخیر به استفاده از شاخص‌های مالی در ارزشیابی مدیران بیمارستان‌ها نیز قابل‌توجه بوده است. [۵۴] بنابراین، جمع‌آوری و استفاده از شاخص‌های مالی نه تنها به عنوان یک ابزار مدیریت داخلی برای بیمارستان عمل می‌کند، بلکه اطلاعات موردنیاز ذی‌نفعان خارجی را نیز فراهم کرده و می‌تواند موجب جذب منابع مالی به سازمان شود. به‌علاوه بیمارستان‌ها را قادر می‌سازد که روندهای مالی خود را در یک دوره زمانی شناسایی نمایند و یا عملکرد خود را با بیمارستان‌های مشابه مقایسه کنند. به‌این‌ترتیب می‌توانند نقاط قوت و ضعف خود را به‌خوبی شناسایی نمایند. [۵۵-۵۸] به‌علاوه باید توجه داشت که سازمان‌های مختلف هر یک بر عناصر متفاوتی از عملکرد و پاسخگویی تأکید می‌نمایند. به‌عنوان مثال، یک سازمان انتفاعی به‌سنجه‌های سودآوری توجه ویژه دارد درحالی‌که، سازمان‌های غیرانتفاعی به تمرکز بر رسالت خود

حمایت مالی: این پژوهش با حمایت مالی مرکز علوم تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام گرفت.

تضاد منافع: نویسندگان اظهار داشتند که تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: با توجه به اینکه مطالعه حاضر یک مطالعه مروری بوده و از نتایج مطالعات دیگران استفاده شده است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند تا از تمامی افرادی که از مطالعات آن‌ها در این پژوهش بهره برده شده تقدیر و تشکر به عمل آورند.

منابع مانند پایان‌نامه‌ها و گزارش‌های منتشر شده با وجود تلاش و پیگیری‌های زیاد نویسندگان پژوهش بود.

دستورات اخلاقی

رعایت دستورالعمل‌های اخلاقی: این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی با عنوان مرور نظام‌مند پیامدهای اقتصادی تجارب برون‌سپاری در بیمارستان‌های دولتی در ایران، مصوب دانشگاه علوم پزشکی ایران، در سال ۱۳۹۹ با کد اخلاق به شماره IR.IUMS.REC.1399.497 اخذ شده از کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی است.

References

1. Sedighikamal L, Talebnia G. A review of privatization in Iran. International Journal of Management, Accounting and Economics. 2014; 1(1):81-92.
2. Jalaee Esfand Abadi SA, Samimi S. Study of the barriers to private sector investment in Iran (in accordance with Iran's Communicated general policies). Journal of the Macro and Strategic Policies. 2014; 2(7): 89-109. [In Persian]
3. Davari M, Haycox A, Walley T. Health care financing in Iran; is privatization a good solution? Iran J Public Health. 2012; 41 (7):14-23.
4. Kalhor R, Tajnesaei M, Kakemam E, Keykaleh MS, Kalhor L. Perceived hospital managerial competency in Tehran, Iran: is there a difference between public and private hospitals? J Egypt Public Health Assoc. 2016; 91(4):157-62.
5. Sadeghi A, Barati O, Bastani P, Daneshjafari D, Etemadian M. Strategies to develop and promote public-private partnerships (PPPs) in the provision of hospital services in Iran: A qualitative study. Electron physician. 2016; 8(4): 2208-14.
6. Davies P. The role of the private sector in the context of aid effectiveness. Paris: Organization for Cooperation and Development. 2011 Feb 22. Report No: 47088121.
7. Ghobadian A, O'Regan N, Gallear D, Viney H. Private-public partnerships: Policy and experience. United Kingdom: Palgrave Macmillan; 2004.
8. Vian T, McIntosh N, Grabowski A, Nkabane-Nkholongo EL, Jack BW. Hospital public-private partnerships in low resource settings: Perceptions of how the Lesotho PPP transformed management systems and performance. Health Systems & Reform. 2015; 1(2):155-66.
9. Government of India Planning Commission. Report of the PPP sub-group on social sector: Public private partnership. New Delhi: Ministry of Finance, Government of India; 2004 Nov.
10. Joudaki H, Heidari M, Geraili B. Outsourcing of hospitals services: Lessons learned from the experience. Health_Based Research. 2015; 1(1):13-23. [In Persian]
11. Akbari MR. Factors affecting outsourcing decisions in Iranian industries [PhD thesis]. Melbourne Australia: Victoria University; 2013.
12. Raeissi P, Sokhanvar M, Kakemam E. Outsourcing in Iranian hospitals: Findings from a qualitative study. Int J Health Plann Manage. 2018; 33(4): e1250-e61.

13. Tourani S, Maleki M, Ghodousi-Moghadam S, Gohari M. Efficiency and effectiveness of the firoozgar teaching hospital's pharmacy after outsourcing, Tehran, Iran. *Journal of Health Administration*. 2010; 12(38): 59-70. [In Persian]
14. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev*. 2015; 4(1):1.
15. Campos CJ. Content analysis: A qualitative data analysis tool in health care. *Rev Bras Enferm*. 2007; 57(5): 611-40.
16. Liamputtong P. Qualitative data analysis: Conceptual and practical considerations. *Health Promot J Austr*. 2009; 20(2):133-9.
17. Seers K. Qualitative data analysis. *Evid Based Nurs*. 2012; 15 (1):1.
18. Smith J, Firth J. Qualitative data analysis: The framework approach. *Nurse Res*. 2011; 18(2):52-62.
19. Barati O, Dehghan H, Yusefi A, Najibi M. A study of the status before and after outsourced pharmacies of Shiraz University of medical sciences in 2014: A short report. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2017; 16(7): 691-700. [In Persian]
20. Barati O, Najibi M, Yusefi AR, Dehghan H, Delavari S. Outsourcing in Shiraz university of medical sciences; A before and after study. *J Egypt Public Health Assoc*. 2019; 94(1):13.
21. Barati O, Sadeghi A, Bahrami M. The Effect of management contract implementation on public hospitals' performance: A case study in Iran. *Evidence Based Health Policy, Management and Economics*. 2019; 3(3): 212-21.
22. Gorji HA, Raeissi P, Delgoshaei B, Nazari M, Abbasimani Z, mohseni M. A comparison of efficiency and effectiveness of Karaj Shahid Rajaie hospital before and after decentralization: 2012. *Journal of Health Administration*. 2015; 18(59): 19-28. [In Persian]
23. Khalilifar O, Nejati Zarnaghi B, Bakhtiari Aliabad M, Valadkhani A. Survey role of outsourcing in nutrition unit: Comparison of selected hospitals with military selected hospitals in Tehran. *Hospital*. 2015; 13(4): 105-13. [In Persian]
24. Khosravizadeh O, Shahsavari S, Baghian N, Maleki A, Hossienpour F, Jozyari B. Do medical records outsourcing affect insurance deductions? An interrupted time series in Qazvin's trauma center. *Journal of Surgery and Trauma*. 2019; 7(4):152-60.
25. Ferdosi M, Farahabadi E, Jandagheian M, Haghghat M, Naghdi P. Outsourcing effectiveness of admission units of imaging centers in Ayat o Allah Kashani hospital to non-governmental sector. *Hospital*. 2011; 10(3): 52-61. [In Persian]
26. Ferdosi M, Farahabadi S, Mofid M, Rejalian F, Haghghat M, Naghdi P. Evaluating the outsourcing of nursing services in Kashani hospital, Isfahan. *Health Inf Manage*. 2013; 9(7):989-96. [In Persian]
27. Ferdosi M, Farahabadi SME, Rejalian F, Haghghat M. Outsourcing of medical records services unit: Ayat O Allah Kashani hospital case assessment. *Health Information Management*. 2011; 7:658-68. [In Persian]
28. Nasiripour A-A, Najafi B. The effect of management empowerment regarding Iran development plan-article 144-on financial performance of a pilot hospital. *Journal of Management and Medical Informatics School*. 2013; 1(1): 47-56. [In Persian]
29. Omrani MD, Mostafavi H, Khazar S, Ghalami S, Farajzadeh F. Laboratories performance after outsourcing in the hospitals of Shahid Beheshti university of medical sciences. *Medical Laboratory Journal*. 2013; 7(2): 37-41. [In Persian]
30. Rahmani F, Rezaeizadeh M, Falah Shams Lyalstany M. Investigating the effect of transferring services to the private sector on the performance of Shahid Bahonar hospital [MSc thesis]. Tehran: Islamic Azad University; 2013. [In Persian]

31. Roointan AR. Editor Management improvement and use of resources with outsourcing to private sector in Aligoodarz health care grid. Proceedings of 1st National Conference of Resource Management in Hospitals; 2002 Apr 21-22; Tehran.
32. Jannati A, Mousazadeh Y, Jabbari Beyrami H. Experts opinions of Tabriz university of medical sciences about outsourcing of hospitals at Iran: A qualitative study. *Journal of Clinical Research & Governance*. 2016; 5(1). 1-7.
33. Karimi S, Agharahimi Z, Yaghoubi M. Impacts of outsourcing in educational hospitals in Iran: A study on Isfahan University of medical sciences-2010. *J Educ Health Promot*. 2012; 1: 25.
34. Mousazadeh Y, Jabaribeirami H, Janati A, AsghariJafarabadi M. Identifying and prioritizing hospital's units for outsourcing based on related indicators: A qualitative study. *Journal of Health*. 2013; 4(2):122-33. [In Persian]
35. Barati Marnani A, Gudaki H. Comparative study on privatization of health care provision on contract basis. *Journal of Health Administration*. 2005; 8(21): 105-10. [In Persian]
36. Jabbari Beyrami H, Gholamzadeh Nikjoo R, Jannati A, Dadgar E. Introducing public-private partnership options in public hospitals. *Hakim Health Systems Research Journal*. 2013; 16(3): 201-10. [In Persian]
37. Shaarbafchizadeh N, Rezayatmand MR, Etemadi G. The impact of public-private partnerships on hospital performance: A review study. *Manage Strat Health Syst*. 2019; 4(3):265-76. [In Persian]
38. Monson DW. The conceptual framework and accounting for leases. *Accounting Horizons*. 2001;15(3):275-87.
39. Carey K, Dor A. Trends in contract management: The hidden evolution in hospital organization. *Health Affairs*. 2004; 23(6): 192-9.
40. Vatankhah S, Barati O, Maleki M, Tofighi S, Rafii S. Driving to contract management in health care institutes of developing countries. *Iran Red Crescent Med J*. 2012; 14(4): 235-9.
41. Roehrich J, Barlow JG, Wright S. Delivering European healthcare infrastructure through public-private partnerships: The theory and practice of contracting and bundling. In: Professor Das, TK. 2013.
42. 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; 11:1-17.
43. Glynn JJ, Murphy MP, Perrin J, Abraham A. *Accounting for managers*. 3rd ed. Melbourne: Thomson Learning; 2003.
44. Imani A, Janati A, Moghimi M, Golestani M, Doshmangir L. Identification of indicators for evaluating the financial and economic performance of the pharmacy: A systematic review. *Pharma Pharm Sci*. 2015; 21(2):111-24.
45. Akbulut Y, Terekli G, Yıldırım T. Outsourcing in Turkish hospitals: A systematic review. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2012; 11:25-33.
46. Chandra H. Financial management analysis of outsourcing of the hospital services for cost containment and efficiency: Case study of Sanjay Gandhi post-graduate institute of medical sciences, Lucknow, India. *Journal of Financial Management & Analysis*. 2007; 20(1):82.
47. Hsiao C-T, Pai J-Y, Chiu H. The study on the outsourcing of Taiwan's hospitals: A questionnaire survey research. *BMC Health Serv Res*. 2009; 9(1):78.
48. Moschuris SJ, Kondylis MN. Outsourcing in public hospitals: A Greek perspective. *J Health Organ Manag*. 2006; 20(1):4-14.
49. Yigit V, Tengilimoglu D, Kisa A, Younis MZ. Outsourcing and its implications for hospital organizations in Turkey. *J Health Care Finance*. 2007; 33(4): 86-92.
50. Gapenski LC, Pink GH. *Understanding healthcare financial management*. 5th ed. Chicago: Health Administration Press; 2007.

51. Rezapour A, Khalaj M. Economic behavior of general hospitals - Iran University of medical sciences during the years 1997 to 2004. *J Shahrekord Univ Med Scis*. 2006; 8(3):6-11. [In Persian]
52. Tabrizi JS, Alidoost S, Mashhadi Abdolahi H. A qualitative study of bottlenecks and causes of fractions for dedicated incomes of health centers and solutions for their reduction. *Global Journal of Health Science*. 2016; 8(9):58-65.
53. Karimi S, Sajadi H, Karami M, Torkzadeh L, Bidram R. Efficiency estimation in general hospitals of Isfahan university of medical sciences during 2005-2006 by data envelopment analysis. *Journal of Health Administration*. 2009; 12(36): 39-46. [In Persian]
54. Pizzini MJ. The relation between cost-system design, managers' evaluations of the relevance and usefulness of cost data, and financial performance: An empirical study of US hospitals. *Accounting, Organizations and Society*. 2006; 31(2): 179-210.
55. Gruen R, Howarth A. *Financial management in health services*. NewYork: McGrawHill; 2005.
56. Novick LF, Mays G, Morrow C. *Public health administration: Principles for population-based management*. 2nd ed. Burlington: Jones & Bartlett; 2008.
57. Saadati M, Rezapour R, Derakhshani N, Naghshi M. Comparative study of fair financing in the health insurance. *Journal of Healthcare Management*. 2017; 7(4):65-73. [In Persian]
58. Suarez V, Lesneski C, Denison D. Making the case for using financial indicators in local public health agencies. *Am J Public Health*. 2001; 101(3): 419-25.
59. Horngren CT, Rajan MV, Datar SM, Yagan S. *Cost accounting: A managerial emphasis*. 14th ed. New York: Pearson Education; 2013.
60. Janati A, Valizadeh S, Asghari Jafarabadi M. Development of financial indicators of hospital performance. *Journal of Clinical Research & Governance*. 2014; 3:92-8.
61. Mirzaei A, Tabibi S, Nasiripour A, Riahi L. Prioritizing the use of financial indicators in order to evaluate the financial performance of hospitals in Iran. *Navid*. 2015;17(59):54-9.