

## تحلیلی بر مدل‌های مشارکت عمومی - خصوصی در مدیریت بیمارستانی: مرور دامنه‌ای

حسین مینایی<sup>۱</sup> / محمد پیکان پور<sup>۲</sup> / علی ذاکری نژاد<sup>۳</sup> / نوشین شیرزاد<sup>۴</sup> / فرزاد پیرویان<sup>۵</sup>

چکیده

**مقدمه:** روند فزاینده مخارج درمانی، محدودیت‌های مالی، کیفیت و کارایی پایین خدمات بیمارستان‌های دولتی و انتظارات روزافزون، نظام‌های سلامت را ملزم به استفاده از ظرفیت‌های بخش خصوصی نموده است. مشارکت عمومی - خصوصی به عنوان راه حلی که مزایای هر دو بخش را جمع کرده و معایب آنها را به حداقل می‌رساند در سیاست‌گذاری نظام سلامت مطرح می‌شود. هدف مطالعه حاضر، بررسی مدل‌های مشارکت عمومی - خصوصی در حوزه بیمارستانی و ارائه پیشنهادهای جهت انتخاب مدل بهینه در شرایط گوناگون است.

**روش پژوهش:** در این پژوهش پس از ساختاربندی پرسش و تعیین دامنه مطالعه، مقالات منتخب ارزیابی عمیق شده و تعاریف، مزایا و معایب انواع مدل‌های مشارکت بکار رفته در مدیریت بیمارستانی بررسی و این مدلها از نظر شاخص‌های کیفیت - اثربخشی، دسترسی، کارایی مالی و میزان تسهیم ریسک مقایسه شدند.

**یافته‌ها:** با مرور دامنه‌ای ۳۲ مقاله، انواع مدل‌های مشارکت در قالب ارائه خدمات، تامین مالی و اصلاح زیرساخت‌ها و سطح ترکیبی تحلیل شدند. برهمن مینا مدل‌های "برون‌سپاری بالینی" و "قرارداد مدیریت" بالاترین سطح دسترسی و کیفیت - اثربخشی را به خود اختصاص داده و مدل‌های "DBFO"، "BOO" و "برون‌سپاری بالینی" بالاترین سطح کارایی مالی را در پی داشتند. همچنین "قرارداد خدمت" و "خصوصی سازی کامل" در دو سر طیف تسهیم ریسک قرار گرفتند. در نهایت، جهت ارتقای بهره‌وری بیمارستان‌های دولتی، قراردادهای "برون‌سپاری"، "مدیریت" و "اجاره" و جهت افزایش تعداد تخت‌های بیمارستانی، مدل‌های "BOO"، "BOT" و "DBFO" توصیه گردیدند.

**نتیجه‌گیری:** با لحاظ چالش‌های مدیریت بیمارستانی و همچنین ویژگی‌های اختصاصی اقتصاد سلامت در عدم تبعیت از فروض اقتصاد هنجاری، بکارگیری مدل‌های مشارکت عمومی - خصوصی، امری ضروری در راستای تحقق اهداف نظام سلامت است.

**کلید واژه‌ها:** "مشارکت عمومی - خصوصی، تامین مالی خصوصی، بیمارستان دولتی.

- ۱- دکتری حرفه‌ای داروسازی، دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۲- دستیار گروه اقتصاد و مدیریت دارو، دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۳- دکتری حرفه‌ای داروسازی، دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۴- کارشناسی فیزیوتراپی، دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۵- استادیار، گروه اقتصاد مدیریت دارو، دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: Peiravianfarzad@gmail.com

## مقدمه

امروزه کنترل روند فزاینده هزینه‌های نظام سلامت جزء دغدغه‌های اساسی دولت‌ها است که ورود تکنولوژی‌های نوین، پیشرفت دانش پزشکی، افزایش آگاهی مشتریان، نیازهای تغییر شکل یافته و تغییرات اپیدمیولوژیک از جمله عوامل آن است [۱]. با این حال مراقبت سلامت کالایی عمومی بوده و دولت‌ها موظف بر تامین سطح قابل قبولی از آن برای شهروندان هستند؛ هرچند ارایه خدمات عمومی لزوماً به معنای این نیست که دولت تولید کننده این خدمات باشد، بلکه دولت می‌تواند خدمات مورد نیاز مردم را از بخش خصوصی خریداری کند و از این راه به تامین سلامتی شهروندان کمک نماید [۲].

محدودیت‌های بودجه‌ای در بخش دولتی، توزیع برابر منابع بین خدمت گیرندگان بدون توجه به عدالت عمودی و درصد بالاتر پرداخت از جیب دهک‌های پایین درآمدی، عدم کارایی بخش دولتی و پایین بودن سطح کیفیت خدمات، موجب شد تا سیاست‌گذاران به دنبال راه‌حلی برای بهبود وضعیت ارایه خدمت در بخش دولتی باشند. بهره‌وری پایین بیمارستان‌های دولتی و سرانه پایین تخت‌های بیمارستانی از جمله نمونه‌های ضعف خدمات رسانی در مراقبت‌های بستری ایران هستند که در این مقاله سعی شده است راهکارهایی برای بهبود وضعیت این بخش از نظام مراقبت سلامت ارائه شود.

طبق گزارش بانک جهانی، سرانه تعداد تخت بستری به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ایران معادل ۱٫۷ بوده و کمتر از میانگین جهانی (۲/۹) است [۳]. بررسی توزیع کشوری این شاخص نشان می‌دهد که وضعیت بسیاری از شهرها از میانگین کشورهای ضعیف هم کمتر است [۴]. این شاخص در انگلستان، ترکیه، اردن و مجموع کشورهای OECD به ترتیب معادل ۲/۶، ۲/۷، ۱/۸ و ۳/۷ گزارش شده است [۳].

بر اساس قانون برنامه ششم توسعه سرانه تخت‌های بیمارستانی در ایران بایستی به ۲/۶ به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت برسد که مستلزم احداث شصت هزار تخت

جدید است. از سوی دیگر نیمی از تخت‌های فعال نیز فرسوده و نیازمند بهسازی هستند [۵]. هزینه‌های بالای ایجاد تخت‌های جدید و نیاز رو به افزایش به مراقبت‌های بستری به دلیل پیرتر شدن جمعیت و تغییرات سبک زندگی، اهمیت یافتن راه حل مناسبی از سوی سیاست‌گذاران را برای تامین مالی پایدار دو چندان می‌کند؛ چرا که بیش از ۶۰ درصد تخت‌های بستری متعلق به دانشگاه‌های علوم پزشکی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و ۱۷ درصد تخت‌های بیمارستانی تحت تملک بخش خصوصی و ۷ درصد آن در بیمارستان‌های تامین اجتماعی است [۴]. بدیهی است که تحول در این حوزه نیازمند نگاه مدیریت کلان در راستای فعال سازی منابع غیر فعال بخش خصوصی است.

مسئله دیگر آن که مدیریت ناکارآمد تخت‌های موجود و بهره‌وری پایین آنها نیز از عمده دلایل اتلاف منابع مربوطه بوده و مانع از تحقق حداکثری اهداف نظام سلامت می‌گردد [۶]. در سال‌های گذشته طرح‌هایی هم‌چون هیئت امنایی کردن بیمارستان‌ها و واگذاری مدیریت بیمارستان به شهرداری‌ها برای بهبود دادن این شاخص مطرح شده‌اند که مطالعات جامعی در ارتباط با پیش بینی خروجی‌های مورد انتظار این راهکارها صورت نگرفته است. خصوصی سازی کامل از دیگر مسیرهای ممکن است که گرچه می‌تواند مشکلات اعتبارات دولتی و تامین مالی مربوطه را مرتفع کند و با رقابتی که ایجاد می‌شود قیمت و کیفیت مناسب خدمات را محقق کند اما باید این نکته را هم در نظر گرفت که اقتصاد سلامت از مصادیق اقتصاد غیر هنجاری است و به دلیل وجود ویژگی‌هایی چون عدم تقارن اطلاعات و اکسترنالیتی‌های متفاوت، خصوصی‌سازی کامل در آن منجر به شکست بازار می‌شود [۷]. بنابر این بر اساس تجارب سایر کشورها، مشارکت عمومی - خصوصی به عنوان راه حل نسبتاً جامعی که مزایای هر دو بخش دولتی و خصوصی را یکجا دارد و معایب آنها را کنار زده است در سیاستگذاری نظام سلامت مطرح می‌شود.

ریسک‌های مختلف شامل هزینه‌های عملیاتی، ریسک عملکردی، ارتباط میان صنایع و تطابق با قوانین و مقررات را پیگیری نماید[۸].

در خلال مشارکت صورت گرفته، هر دو بخش خصوصی و دولتی می‌توانند به منافع دو طرفه برسند. طبق نظر Pongsiri منافع بخش دولتی از مشارکت عبارتند از بهبود شاخص‌های عملکردی، ارتقا شاخص‌های هزینه اثربخشی، کیفیت بهتر ارائه خدمات و توزیع مناسب ریسک و پاسخگویی[۱۲]. طبق بیان Scharle منافع مشارکت برای بخش خصوصی شامل حصول سود منطقی، فرصت مناسب سرمایه گذاری و فراهم آمدن امکان توسعه کسب و کار و افزایش سهم بازار است[۱۳]. اما به اذعان Chong نتیجه نهایی مشارکت‌های عمومی - خصوصی در صورت وجود فضای رقابتی در بین فعالان بخش خصوصی، افزایش انگیزه برای کاهش هزینه‌ها و قیمت خدمات، ارتقا کیفی خدمات و کاهش احتمال شکست بازار است که در خصوصی‌سازی کامل در اقتصاد هنجاری رخ می‌دهد[۱۴]. بنابر مقدمات طرح شده، هدف از انجام این مطالعه، بررسی مدل‌های مشارکت عمومی - خصوصی در تامین و مدیریت زیرساخت‌های سلامت بویژه در حوزه بیمارستانی و ارائه پیشنهادهایی جهت انتخاب بهینه این مدل‌ها در شرایط گوناگون است.

### روش پژوهش

مرور دامنه‌ای یکی از روش‌های شناخته شده برای شناسایی، انتخاب و تحلیل اطلاعات منتشر شده و ارائه تصویری یکپارچه از تحقیقات منتخب گذشته است[۱۵]. در این مسیر امکان خلق دانش بر اساس شواهد جمع‌آوری شده وجود داشته و در شناسایی و انتخاب مقالات، جامعیت مرور سیستماتیک را دارد، اما کیفیت مقالات مورد ارزیابی دقیق قرار نمی‌گیرد. در این روش مقالات مرتبط با موضوع انتخاب و در پاسخ به سؤالاتی از پیش تعیین شده، تحلیل می‌شوند[۱۶]. متدولوژی این پژوهش مبتنی بر پنج گام تعریف شده توسط Denyer and Tranfield است. (نمودار ۱)

مشارکت به معنای توافق بین دو یا بیش از دو بازیگر است که جنبه رسمی و قانونی خواهد داشت؛ توافق صورت گرفته به صورت مکتوب بوده و در آن می‌بایست به حقوق طرفین مشارکت و وظیفه هر یک در قبال دیگری، هدف و نحوه مدیریت مشارکت به صورت شفاف و دقیق اشاره شود[۸]. مشارکت عمومی - خصوصی از سال ۱۹۹۰ میلادی به عنوان عنصری کلیدی در سیاست‌گذاری عمومی شکل گرفت و تاکنون تعاریف متعددی از آن مطرح شده است. طبق نظر Heilman and Johnston (1992) مشارکت عمومی - خصوصی عبارت است از ترکیب نیازهای بخش دولتی با منابع و ظرفیت‌های بخش خصوصی برای ایجاد یک فضای کسب و کار که در آن نیاز بخش دولتی و انتفاع بخش خصوصی محقق شود[۹]. طبق Jeffers et al مشارکت عمومی - خصوصی قراردادی است که به بخش خصوصی اجازه نقش آفرینی بیش تری می‌دهد. این موافقت نامه طیفی از بازسازی، احداث، راه اندازی، نگهداشت و مدیریت زیرساخت‌ها و سیستم‌ها را شامل می‌شود[۱۰]. Reich تعریف دیگری را ارائه نموده و در آن الزامات سه گانه‌ای را برای مشارکت عمومی - خصوصی بر شمرده که در قسمت نخست این مشارکت باید بین حداقل یک طرف خصوصی انتفاعی و یک طرف دولتی یا عمومی غیرانتفاعی باشد؛ در قسمت دوم طرفین می‌بایست یکسری اهداف عینی و مشترک پیرامون ارزش‌های اجتماعی و یا پشتیبانی از طبقات محروم جامعه داشته باشند و در الزام سوم طرفین می‌بایست در مورد اشتراک ریسک‌ها و منافع مشارکت با هم توافق کنند[۱۱].

مدیریت در بخش خصوصی نسبت به دولتی، با دقت و مهارت بالاتری در جریان است، چرا که بخش خصوصی به دنبال انتفاع مالی و کاهش هزینه‌های مدیریتی است و این ویژگی در بخش خصوصی موجب می‌شود تا در خلال مشارکت، انتقال ریسک از بخش دولتی به خصوصی صورت گیرد. در حقیقت دولت باید در خلال قرارداد با بخش خصوصی، درجاتی از انتقال

مقاله باقی مانده که مورد ارزیابی و مطالعه عمیق قرار گرفتند. نمودار ۲ نشان دهنده فلوجارت تعداد مقالات وارد و خارج شده و پروسه انتخاب مقالات است.

### یافته‌ها

بیمارستان به عنوان یکی از مراکز اصلی ارائه‌دهنده خدمات درمانی حساسیت و اهمیت ویژه‌ای در اقتصاد سلامت داشته، به شکلی که حدود ۵۰ تا ۸۰ درصد بودجه بخش بهداشت و درمان را به خود اختصاص می‌دهند؛ لذا مدیریت صحیح هزینه‌های آن، خصوصاً در کشورهای در حال توسعه که آسیب پذیری بیشتری در برابر ریسک‌های مختلف اقتصادی دارند، اهمیتی دو چندان می‌یابد [۱۷]. دولت‌ها در راستای مهار هزینه‌های مربوط به نظام سلامت و در بخش بیمارستانی، از استراتژی‌های گوناگونی از جمله گذار از تامین مالی از طریق مالیات عمومی به پرداخت‌های مبتنی بر بیمه سلامت، مرتبط نمودن تامین مالی بیمارستان به کارایی آن، افزایش خودگردانی و ارتقا انگیزه‌های مدیران و در نهایت کاهش تخت‌های بیمارستانی استفاده می‌کنند [۱۸]. امروزه یکی از راهکارهای کاهش هزینه‌ها به موازات بهبود کیفیت خدمات در بیمارستان‌های دولتی، بهره‌گیری از مدل‌های مشارکت عمومی - خصوصی است [۱۹]. با بهره مندی از تخصص، کارایی، نوآوری، دید تجاری، تسهیم ریسک، تامین مالی و فوایدی که بخش خصوصی در پروژه‌های عمومی دارد، کیفیت خدمات و تسهیلات عمومی‌رو به افزایش می‌نهد. اولین تجربه مشارکت عمومی - خصوصی در اوایل دهه ۱۹۸۰ و در کشور انگلستان آغاز گردید [۲۰] و هم اکنون این استراتژی در کشورهای استرالیا، کانادا، آلمان، چین، هند و آمریکای لاتین به فراوانی به کار می‌رود [۲۱]. بر این مبنا انواع مدل‌های رایج مشارکت عمومی - خصوصی در حوزه بیمارستان خلاصه گردیده است. (جدول ۱)

نکته مورد توجه در خصوص به کارگیری مدل‌های مختلف مشارکت، تعیین شاخص‌های عملکردی مورد انتظار بخش دولتی از بخش خصوصی در تنظیم قراردادها و اندازه‌گیری دستیابی به آنها در طول مدت قرارداد

در این مطالعه سعی شده است ناظر به مسائل مطرح شده در مقدمه به پرسش‌های ذیل پاسخ داده شود:

۱- انواع مدل‌های مشارکت عمومی - خصوصی قابل بکارگیری در بیمارستان چه بوده و چه تفاوت‌هایی با هم دارند؟

۲- با توجه به محدودیت‌های مالی دولت و هزینه بر بودن ساخت بیمارستان، چگونه می‌توان از مشارکت عمومی - خصوصی برای جبران ارتقا بهره‌وری بیمارستان‌های دولتی و کمبود تخت‌های بیمارستانی در کشور بهره برد؟

جستجوی اولیه مقالات در پایگاه‌های داده "PubMed"، "Elsevier"، "Google scholar" و "SID" در August سال ۲۰۱۷ انجام گرفت. واژگان کلیدی بر طبق "Medical Subject Headings 2017" مشتمل بر عبارات "Public Private Partnerships"، "Public Private Cooperation"، "Public Private Finance Initiative" و "Hospital" بوده و در پایگاه داده "SID" کلید واژه‌های "مشارکت عمومی - خصوصی"، "تامین مالی خصوصی" و "بیمارستان دولتی" بررسی شدند.

معیارهای ورودی مطالعات مشتمل بر انتشار مطالعات به زبان فارسی یا انگلیسی؛ ارتباط و غنای مفهومی مطالعات در بیان مفاهیم مشارکت عمومی و خصوصی و سازه‌های آن؛ و پرداختن مطالعه به انواع مدل‌های مشارکت در سطح بیمارستان بودند. هم‌چنین معیارهای خروجی مطالعات مشتمل بر داشتن زبانی غیر از فارسی یا انگلیسی؛ بررسی مفهوم مشارکت در خارج از حوزه نظام سلامت؛ و عدم تمرکز بر حوزه بیمارستانی در بیان سازوکار مشارکت بودند. حاصل جستجوی فوق تعداد ۱۰۹ مقاله بود. در مرحله اول بخش چکیده و نتیجه‌گیری مقالات مقالات مورد بررسی قرار گرفت و تعداد ۳۵ مقاله به دلیل غیر مرتبط بودن و ۱۲ مقاله به دلیل تکراری بودن از دور خارج شدند. در مرحله بعد مطالعه مستقل متن مقالات صورت گرفت و در این مرحله نیز تعداد ۳۰ مقاله به دلیل عدم اشاره به مشارکت دولتی و خصوصی در حوزه بیمارستانی حذف شده و در نهایت ۳۲

به عنوان نخستین نمونه، در ترکیه، معضل فرسودگی و کمبود تخت‌های بیمارستانی، سبب شد تا قانون جامع مشارکت عمومی - خصوصی در نظام سلامت این کشور تصویب شود [۲۹]. بر اساس این قانون تا سال ۲۰۲۳ این کشور به ۹۰ هزار تخت جدید بیمارستانی نیاز دارد که تا پایان سال ۲۰۱۵ کار تامین مالی ۲۹۰۰ تخت به پایان رسیده است [۳۰]. مجموعه بیمارستانی آدانا با ظرفیت ۱۵۵۰ تخت یکی از این موارد بوده که مدل DBFO را بکار بسته است. کنسرسیوم خصوصی متعهد به طراحی، ساخت، تامین مالی، بهره برداری و مدیریت بیمارستان برای یک دوره ۲۵ ساله شده و در طول مدت قرار داد، ارائه خدمات بالینی بر عهده بخش دولتی است [۲۹]. نمونه دیگر بکارگیری مدل DBFO در بیمارستان سلطنتی ساحل شمالی سیدنی (تاسیس ۱۸۸۵) است که یکی از بیمارستان‌های مهم آموزشی دولتی در سیدنی استرالیا است. در سال ۲۰۰۸ قرارداد مشارکتی به ارزش ۹۵۰ میلیون دلار توسط این مرکز امضا شد که طی این قرارداد ۲۸ ساله، بخش خصوصی مسئولیت تامین مالی، طراحی، ساخت و بهره‌برداری (به غیر از ارائه خدمات بالینی)، تعمیرات و نگهداری از امکانات بیمارستان را بر عهده می‌گرفت. بیمارستان در زمان مناقصه کمتر از ۶۰۰ تخت داشت که بعد از قرارداد شاهد افزایش ۲۰ درصدی تعداد تخت‌ها بود. توسعه مجدد بیمارستان سبب ارائه خدمات تشخیصی پیشرفته‌تر، افزایش کارایی مالی (با صرفه جویی ۱۳/۴ میلیون دلاری) و افزایش کیفیت خدمات گردید [۳۱].

بیمارستان Queen'Mamohato Memorial در لسوتو با ۴۲۵ تخت در زمین یک بیمارستان فرسوده و قدیمی نمونه‌ای از کاربرد مدل BOT در قاره آفریقا می‌باشد. بخش خصوصی وظیفه طراحی، ساخت، تجهیز، مدیریت و ارائه خدمات سلامت را در طول ۱۸ سال بر عهده داشته و پس از اتمام موعد قرارداد بیمارستان به دولت واگذار می‌شود. بیمارستان تمامی خدمات را با تعرفه دولتی ارائه می‌دهد و برای جبران سود بخش خصوصی، دولت سالانه مبلغی را به عنوان بودجه در اختیار بخش خصوصی قرار داده که هر

می‌باشد [۲۲]. آنچه در ادامه در قالب نمودارهای ۳ تا ۵ ارائه شده است، مقایسه الگوهای مشارکت عمومی - خصوصی از منظر شاخص‌های عملکردی در بیمارستان است [۲۳، ۲۴]. (نمودار ۴-۲)

لازم به ذکر است که کیفیت اثر بخشی شامل شاخص‌های میزان عفونت بیمارستانی به تفکیک بخش و تشخیص و پروسیجر، میزان شیوع حوادث بیمارستانی، میزان خالص مرگ و میر بیمارستانی و درصد رضایت بیماران می‌باشد [۲۵]. قابل اشاره است که معیار دسترسی شامل شاخص‌های متوسط زمان انتظار بیماران بستری و متوسط زمان انتظار بیماران سرپایی می‌باشد [۲۶]. لازم به ذکر است که کارایی مالی شامل شاخص‌های نسبت اشغال تخت، نسبت درآمد اختصاصی به کل هزینه‌های بیمارستان و متوسط زمان بستری در بیمارستان است [۲۳].

طبق نظر شورای کانادایی مشارکت عمومی - خصوصی و همچنین دپارتمان اقتصاد و سرمایه‌گذاری بانک جهانی، می‌توان سهم هر یک از دو بخش عمومی و خصوصی را در پذیرش ریسک‌های موجود، بسته به نوع مدل انتخابی، همانند آنچه در نمودار ۶ ارائه شده، مورد مقایسه قرار داد [۲۷، ۲۸]. (نمودار ۵)

ویژگی‌های اختصاصی اقتصاد سلامت در عدم تبعیت کامل از فروض و الگوهای اقتصاد هنجاری، موجب توسعه انواع مدل‌های مشارکتی بین دو بخش عمومی و خصوصی گردیده که در شرایط مختلف و بنا به اقتضائات و الزامات حاکم، برای رسیدن به نتایج و خروجی‌های بهتر، انتخاب می‌گردد. بر این اساس شناسایی تفاوت‌ها، مزایا و معایب این مدل‌ها، برای انعقاد قراردادهای شفاف و جامع امری انکارناپذیر برای متولیان حوزه سلامت و تصمیم‌گیرندگان مربوطه است. جدول شماره ۲ به بررسی مزایا و معایب هر یک از این مدل‌ها می‌پردازد. (جدول ۲)

پس از آن که انواع مدل‌های مشارکت عمومی - خصوصی مورد بررسی قرار گرفت و مزایا و معایب هر مدل سنجیده شد، به چند نمونه از تجربیات دیگر کشورها در این خصوص اشاره می‌گردد.

برنامه‌های توسعه، دستورالعمل نظام نوین اداره بیمارستان‌ها و طرح جامع اصلاح ساختار مدیریتی اقتصادی بیمارستان‌های کشور، بر تمرکز زدایی در نظام سلامت و کوچک کردن بدنه بخش دولتی تاکید دارند[۳۵]. در همین راستا، مدل مشارکت عمومی - خصوصی در بخش بهداشت و درمان برای نخستین بار در بیمارستان شهیدهاشمی نژاد به کار گرفته شد. بخش خصوصی مشارکت کننده در این طرح، موسسه پزشکی محب بوده و در این مشارکت از مدل Co-Location الگو برداری شده است، بدین ترتیب که بخش خصوصی در زمین بیمارستان دولتی اقدام به ساخت، تجهیز، تصدی و بهره برداری از بیمارستان خصوصی با ۱۰۰ تخت بستری کرده است. در این مدل هر دو بیمارستان دولتی و خصوصی در مجاور هم بوده و بیمار می‌تواند برای دریافت خدمت یکی از آن دو را انتخاب کند. تعرفه‌ها در این مرکز چیزی بین تعرفه دولتی و خصوصی است و بنابراین نسبت به بیمارستان‌های خصوصی، بیشتر مورد استقبال بیماران است. هر دو بیمارستان دولتی و خصوصی هم‌جوار به صورت مجزا از یکدیگر فعالیت نموده، اما در برخی از موارد از خدمات متقابل یکدیگر همانند خدمات پشتیبانی مشترک استفاده می‌نمایند. موسسه محب از سود حاصل از ارائه خدمات جهت نوسازی و ارتقا بیمارستان‌هاشمی نژاد استفاده کرده[۳۶] و طی قرارداد اجاره ای ۱۵ ساله قابل تمدید بهره برداری از بیمارستان جدید را در اختیار دارد اما مالکیت هر دو بیمارستان بر عهده بخش دولتی است[۳۷].

### بحث و نتیجه‌گیری

سلامت به عنوان یک کالای عمومی است و نمی‌توان الگوها و فروض علم اقتصاد نظیر حداکثر کردن سود، همگن بودن کالا، تقارن اطلاعات و ورود و خروج آزاد را به طور کامل برای آن متصور شد. بنابراین شرایط این بخش متفاوت از سایر بخش‌ها بوده و تقاضا برای مراقبت سلامت را باید از نقطه نظر اقتصاد سلامت و شرایط خاص این بخش پاسخ داد. بر همین اساس

ساله با نرخ تورم به روز رسانی می‌شود. سقف ارائه خدمت در این بیمارستان با توجه به جمعیت دو میلیون نفری این کشور، شامل ۲۰ هزار بیمار بستری و ۳۱۰ هزار بیمار سرپایی در سال است[۳۲]. در نمونه ای دیگر می‌توان به مرکز دیالیز Braun در هند اشاره کرد که شمار رو به افزایش بیماران، کمبود تجهیزات و تخت‌های بستری و عدم توانایی مرکز فوق در پاسخگویی مناسب، باعث شد که این بیمارستان از طریق قراردادی ۷ ساله و در غالب مدل BOT به یک شرکت خصوصی آلمانی واگذار گردد. این قرارداد موجب افزایش دسترسی از طریق ساخت ۱۱ مرکز جدید و افزودن ۱۱۱ دستگاه دیالیز، افزایش کارایی مالی و ارتقا کیفیت و اثر بخشی خدمات مرکز شد[۳۱]. از دیگر نمونه‌های بکارگیری مدل‌های مشارکت عمومی - خصوصی می‌توان به استفاده از مدل PFI در جزایر Turks and Caicos در انگلستان اشاره کرد. پراکندگی این جزایر و کمبود زیرساخت‌های سلامت موجب شده بود تا قیمت تمام شده خدمات برای دولت و مردم بسیار گران تمام شود. لذا تصمیم گرفته شد تا در قالب مدل PFI سیستم درمانی جدیدی در آنجا راه اندازی شده، که بخش خصوصی مسئولیت تامین مالی، ساخت و ارائه خدمت را طی یک دوره ۲۵ ساله در بیمارستان‌های جدید عهده دار شد. مدیریت این بیمارستان‌ها در طی این دوره خصوصی اما تحت مقررات دولتی است. با این مشارکت رشد سالانه هزینه‌های دولت برای سلامت آن منطقه از ۱۴٪ به ۵٫۴٪ رسید[۳۳]. بیمارستانی با ۲۴۰ تخت بستری در استکهلم سوئد با هدف کاهش هزینه‌ها، افزایش کیفیت خدمات و رقابت در مقایسه با سایر بیمارستان‌ها به بخش خصوصی اجازه (Lease contract) داده شد. این قرارداد موجب کاهش ۳۰ درصدی هزینه‌های بیمارستان شد، به گونه ای که بیمارستان قادر است با همان منابع قبلی سالانه به ۱۰۰ هزار بیمار بیشتری خدمت ارائه کند[۳۴]. در ایران نیز وجه مشترک بسیاری از قوانین بالادستی و دستورالعمل‌های حوزه سلامت، از جمله سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی، سیاست‌های کلی سلامت،

مسئولیت‌های بخش خصوصی تلاش کند که این امر در نهایت به نفع هر دو طرف خواهد بود. از طرفی انتخاب شرکت‌کنندگان در مناقصه‌ها می‌بایست بر اساس فرآیندی شفاف، بی‌طرفانه و غیر تبعیض‌آمیز صورت گرفته تا باعث افزایش رقابت شده و تعادلی میان الزام زمان کاهش پروژه و کاهش هزینه فرآیند مناقصه و همچنین یافتن بهترین طرح پیشنهادی برقرار کند. با هرگونه فساد در این تعاملات می‌بایست با ابزارهای تنبیهی بازدارنده برخورد شود. فرآیند مشارکت عمومی - خصوصی می‌بایست اصول توسعه پایدار و سیاست‌های بالادستی را توأماً در نظر داشته و از طریق افزایش شفافیت و پاسخ‌گویی در پروژه‌ها، مردم را در اولویت قرار داده و از این طریق درمان و سلامت مردم را بهبود بخشد.

با توجه به کمبود تجربیات فراگیر در بکارگیری انواع مدل‌های مشارکت عمومی - خصوصی در بخش سلامت، ابتدا باید زمینه‌های حقوقی و قانونی آن مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گیرد. از جمله این موارد قراردادهای باید به گونه‌ای باشند تا به بخش خصوصی اجازه ندهند صرفاً به سمت خدمات لوکس و تجاری حرکت کند. به عبارت دیگر باید تضمین‌هایی جهت ارایه خدمات پایه و عمومی همچون داخلی، زنان، جراحی و کودکان در نظر گرفته شود. در اینجا پوشش مناسب همه رشته‌های پزشکی مد نظر است تا نیاز مردم منطقه مرتفع شود. همچنین بخش خصوصی به دلیل ماهیت انتفاعی خود تمایل دارد در پروژه‌های شهرهای بزرگ مشارکت کند چرا که در این مناطق انباشت تقاضا و تقاضا برای خدمات گران وجود دارد. اما دولتمردان باید ضمن آگاهی از این نکته، مذاکرات را به سمتی ببرند که مناطق کمتر برخوردار هم از مشارکت منتفع بشوند. ایجاد مشوق‌های خاص و یا اعطای امتیاز در شهرهای بزرگ به شرط مشارکت در مناطق کمتر برخوردار می‌تواند راه حل مناسبی برای ترغیب بخش خصوصی به سرمایه‌گذاری در مناطق کمتر برخوردار باشد. از طرفی مدیریت و یا مالکیت خصوصی بیمارستان نباید منجر به این شود که دولت نتواند اختیارات حاکمیتی خود از جمله در

جهت ارتقا کارایی و ورود سرمایه‌های جدید، خصوصی سازی نظام سلامت در یک فضای رقابتی و با رعایت الزامات اقتصاد سلامت توصیه شده است. بنا بر تجربیات موفق صورت گرفته، یکی از راه‌حل‌های مناسب برای حل برخی از معضلات حوزه سلامت ایران، خصوصاً در بخش خدمات بستری بیمارستان‌ها، استفاده از مدل مشارکت‌های عمومی - خصوصی است. در این مدل‌ها ملاحظات مربوط به تعرفه و دسترسی خدمات از یک سو و ملاحظات کیفیت و رضایتمندی بیماران از سوی دیگر مورد توجه قرار می‌گیرد. بر این مینا می‌توان جمع‌بندی کرد که فرآیند مشارکت عمومی - خصوصی نیازمند سیاست‌های یکپارچه‌ای است که اصولی صریح، دامنه و حوزه‌هایی مشخص، مجموعه اهداف واقع‌بینانه و ابزارهای لازم برای دستیابی به آنها را با هدف کلی موفقیت در حمایت از مردم در رویکرد مشارکت عمومی - خصوصی تعیین نماید.

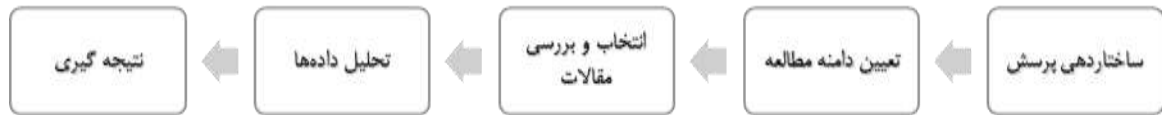
مشارکت‌های عمومی - خصوصی به واسطه دارا بودن ساختارهای پیچیده نیازمند مهارت‌های جدید هستند. وزارت بهداشت می‌تواند ظرفیت‌های لازم را با اتخاذ یک رویکرد ترکیبی ایجاد نمایند، رویکردی که نیازمند دیدگاه بین‌رشته‌ای است. این امر سبب خواهد شد که با تحلیل تمامی ذینفعان، الگوی جامع مشارکت‌های عمومی - خصوصی در حوزه سلامت تبیین و دستورالعمل‌های لازم تنظیم گردد. همچنین سرمایه‌گذاران خصوصی در قراردادهای مشارکت‌های عمومی - خصوصی نیاز به قابلیت پیش‌بینی و امنیت در چارچوب قانونی دارند که به معنی قوانین کمتر، ساده‌تر و بهتر است. علاوه بر این، چارچوب قانونی می‌بایست ذینفعان را در نظر گرفته و به آن‌ها جهت شرکت در فرآیندهای قانونی، حفظ حقوقشان و تضمین مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها اختیار بدهد.

قراردادهای مشارکت عمومی - خصوصی این امر را میسر می‌سازد که ریسک‌ها توسط بخش‌های خصوصی کنترل شوند. با این وجود، وزارت بهداشت نیز باید مسئولیت مربوط به خود را قبول نموده و برای کاهش

بحث تعرفه خدمات را در آن بیمارستان اعمال نمایید. بنابراین در تدوین قراردادها باید به این موارد توجه ویژه کرد و مشخصا در اجرای موفق این مدل‌ها در سایر کشورها داشتن مکانیسم نظارتی منظم و منسجم است. با این حال به نظر می‌رسد یکی از موانع ورود بخش خصوصی در مشارکت با بخش دولتی، تفاوت قابل ملاحظه تعرفه‌های این دو بخش است و در این شرایط احداث بیمارستان کاملا خصوصی برای بخش خصوصی مقرون به صرفه تر است.

با توجه به شرایط فرهنگی و دینی ایران، سنت حسنه وقف و توجه به سلامت در آموزه‌های دینی می‌تواند خارج از الگوهای رایج مشارکت از ظرفیت مناسب بخش خیریه که ماهیت غیر انتفاعی دارد نیز استفاده نمود. بدین صورت که از طریق کمک‌های خیریه، بیمارستان ساخته و تجهیز شود و تحویل بخش دولتی گردد. بخش دولتی میتواند خود مدیریت آن را بر عهده گرفته و یا مدیریت را به بخش خصوصی واگذار کرده و

بخش خصوصی در ازای ارائه خدمات با تعرفه دولتی و کسب درآمد از محل سود بیمارستان، متعهد به نوسازی یک واحد ارائه خدمت فرسوده شود (مانند بیمارستان امام حسین در محمد شهر کرج). در نهایت جهت تسهیل بهره برداری سیاست‌گذاران از نتایج مرور صورت گرفته و با توجه به یافته‌های جدول شماره ۲، پیشنهاد می‌گردد که جهت ارتقای بهره‌وری بیمارستان‌های دولتی از قراردادهای برون‌سپاری، مدیریت و اجاره و جهت افزایش تعداد تخت‌های بیمارستانی از مدل‌های BOO، BOT و DBFO استفاده گردد. دو مطالعه مجزای دیگر که در ایران انجام گرفته نیز داده‌های این مطالعه را تایید می‌کنند [۲۳، ۳۸]. به بیان دیگر، انتخاب هر یک از مدل‌های مشارکت، وابسته به علاقه مندی سیاست‌گذاران نظام سلامت به ارتقای هر یک از شاخص‌های عملکردی و یا میزان ریسک منتقل شده به بخش خصوصی است.



نمودار ۱ - روند اجرای مطالعه طبق الگوی Denyer and Tranfield

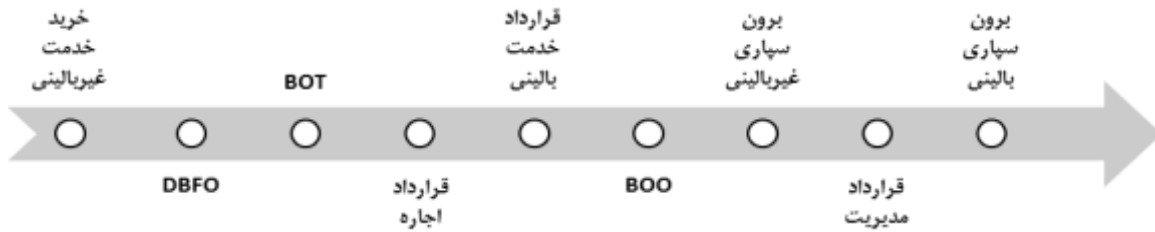
جدول ۱ - مدل‌های متداول مشارکت عمومی - خصوصی در بیمارستان

مثال	تعریف و تبیین	نام مدل	رده مشارکت
بیمارستان سائوپائولو در برزیل (۴۰)؛ در اکثر بیمارستان‌های ایران بویژه برای مشاغل خدماتی	یک موسسه خصوصی در قبال دریافت پول از دولت به ارائه خدمات درمانی یا غیربالیینی در داخل یا خارج بیمارستان‌های دولتی می‌پردازد [۲۸ و ۳۹]	Operating contract قرارداد خدمت	ارائه خدمت
برون سپاری در بیمارستان‌های تایوان (۴۱)؛	مدیریت و ارائه خدمات بالینی یا غیربالیینی بیمارستان به بخش خصوصی سپرده می‌شود. تصمیمات مربوط به تدارک منابع انسانی، فیزیکی و مالی	outsourcing contract	



برون سپاری خدمات بیمارستان‌های دولتی	بر عهده بخش خصوصی است [۲۳].	برون سپاری خدمات	
تجربه موفق در کشور کامبوج (۴۳)؛ بیمارستان امام حسین و کوثر کرج	بخش خصوصی در قبال دریافت پول از دولت، بیمارستان دولتی را مدیریت می‌کند. در این مدل تصمیمات مربوط به استخدام نیروی انسانی، دارو و تجهیزات توسط دولت انجام می‌گیرد [۴۲].	Management contract قرارداد مدیریت	
بیمارستان استکهلم در سوئد (۴۵)	موسسه خصوصی با پرداخت مبلغی به دولت، بیمارستان دولتی یا قسمتی از آن را اجاره می‌کند و مسئولیت اداره مرکز و ارائه خدمات را بر عهده می‌گیرد. در عوض موسسه خصوصی حق جمع آوری درآمد از عملکرد خود را به دست می‌آورد. در این مدل ریسک بیشتری به بخش خصوصی منتقل می‌شود [۴۴].	Leases contract قرارداد اجاره	
تامین مالی خصوصی در انگلستان، فرانسه، اسپانیا (۴۶)	بخش دولتی با بخش خصوصی قراردادی مبنی بر تامین مالی طراحی، ساخت و تجهیز بیمارستان منعقد می‌کند. ارائه خدمات درمانی در این بیمارستان بر عهده بخش دولتی و مالکیت بیمارستان هم دولتی است. بخش خصوصی مسئولیت ارائه خدمات غیربالینی (مثل تغذیه، لباس شویی، حراست، خدمات پارکینگ، تدارکات و ...) را به عهده می‌گیرد (۳۷). در این حالت، مدیریت بیمارستان، در دست بخش خصوصی و تحت مقررات دولتی است [۳۸].	PFI DBFO قراردادهای ابتکار مالی خصوصی	زیرساخت/ تامین مالی
Joondalup Health Campus در استرالیا (۴۷)؛ Queen' Mamohato Memorial در کشور لسوتو (۳۲)؛ بیمارستان میرزا کوچک خان	بخش خصوصی از طریق ساخت بیمارستان جدید یا توسعه بیمارستان‌های فعلی اقدام به افزایش ظرفیت‌های جدید در ارائه خدمت می‌کند. ارائه خدمات درمانی بر عهده بخش خصوصی و با تعرفه مصوب (رایگان یا دارای فرانشیز) است. بیمه‌های اجتماعی و یا بخش دولتی ما به تفاوت تعرفه را بازپرداخت می‌کنند. مدت بهره برداری بخش خصوصی از بیمارستان در مدل BOT محدود است و مالکیت بیمارستان بعد از دوره انقضای مشارکت به بخش دولتی منتقل می‌شود [۳۹، ۳۷].	BOT BOO	ترکیبی از ارائه خدمت و تامین زیرساخت
بیمارستان محب مهر و شهیدهاشمی نژاد (۳۶)	قسمتی از بیمارستان دولتی به بخش خصوصی واگذار می‌شود. بخش خصوصی در این محوطه سرمایه گذاری کرده و به بیمارانی که قصد دریافت خدمت از بخش خصوصی را دارند سرویس می‌دهد. در این مدل دو بیمارستان دولتی و خصوصی در کنار هم قرار گرفته و اشتراک هزینه‌ها، کارکنان و تجهیزات بر اساس قرارداد بین این دو بیمارستان انجام می‌شود. بخش دولتی از سود بخش خصوصی منتفع می‌شود. این مدل در شرایطی که در بخش دولتی محوطه فرسوده و غیرقابل استفاده ای وجود دارد، و در عین حال دولت با محدودیت‌های بودجه‌ای مواجه است، توصیه می‌شود [۴۸].	Co-location	Co-location

- \*PFI: Private finance initiative
- \*DBFO: Design-Build-Finance-Operate
- \*BOO: Build-Own-Operate
- \*BOT: build-operate-transfer

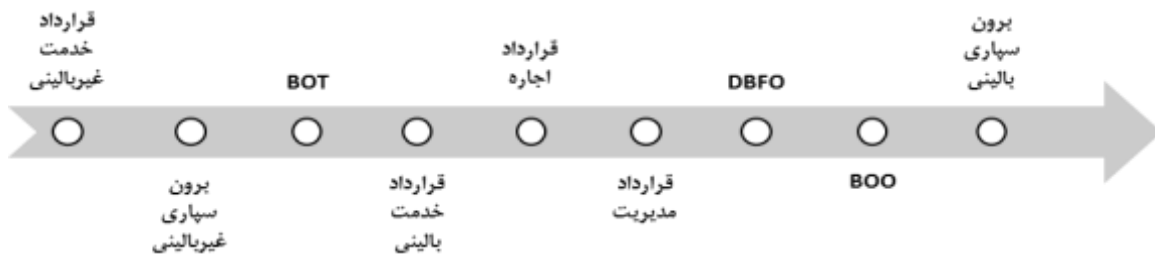


نمودار ۲ - مقایسه میزان کیفیت - اثر بخشی در انواع مدل‌های مشارکت عمومی - خصوصی

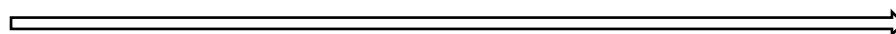
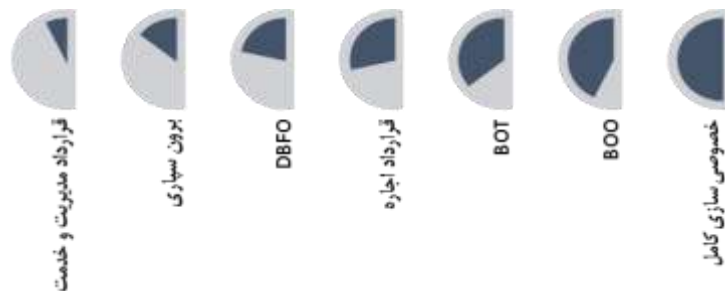


MAX

نمودار ۳ - مقایسه میزان دسترسی در انواع مدل‌های مشارکت عمومی - خصوصی



نمودار ۴ - مقایسه میزان کارایی مالی در انواع مدل‌های مشارکت عمومی - خصوصی



انتقال بیشتر ریسک از بخش عمومی به بخش خصوصی

نمودار ۵ - مقایسه انواع مدل‌های مشارکت عمومی - خصوصی بر اساس میزان مسولیت در پذیرش ریسک

جدول ۲ - بررسی مزایا و معایب مدل‌های مشارکت عمومی - خصوصی

نام مدل	مزایا	معایب
<b>BOO</b>	۱- افزایش تعداد تخت‌های بستری ۲- انتقال ریسک‌های تجاری و سرمایه‌گذاری به بخش خصوصی ۳- کیفیت بالای ارائه خدمات ۴- استفاده از مدیریت کارآمد بخش خصوصی	۱- انتقال مالکیت بیمارستان به بخش خصوصی پس از اتمام مدت قرارداد ۲- پیچیدگی قرارداد و دشواری نظارت ۳- احتمال افزایش تقاضای القایی، تعرفه و پرداخت‌های غیر متعارف ۴- نیاز به جلب حمایت سیاسی گسترده
<b>BOT</b>	۱- افزایش تعداد تخت‌های بستری ۲- انتقال ریسک‌های تجاری و سرمایه‌گذاری به بخش خصوصی ۳- کیفیت بالای ارائه خدمات ۴- استفاده از مدیریت کارآمد بخش خصوصی ۵- انتقال مالکیت در انتهای قرارداد به بخش دولتی	۱- پیچیدگی قرارداد و دشواری نظارت ۲- احتمال افزایش تقاضای القایی، تعرفه و پرداخت‌های غیر متعارف ۳- هزینه‌های استهلاک پس از اتمام قرارداد بر عهده بخش دولتی است ۴- نیاز به جلب حمایت سیاسی گسترده
<b>DBFO</b>	۱- افزایش تعداد تخت‌های بستری ۲- مالکیت بخش دولتی ۳- خدمات غیربالیینی با کیفیت ۴- استفاده از مدیریت کارآمد بخش خصوصی ۵- عدم تقاضای القایی با هدف انتفاع مالی به جهت دولتی بودن بخش بالینی	۱- پیچیدگی قرارداد و دشواری نظارت ۲- احتمال عدم توانایی دولت در بازپرداخت به موقع به بخش خصوصی و تمدید مدت قرارداد ۳- عدم انگیزه بخش خصوصی به دلیل از دست دادن بخش بالینی سود آور
<b>برون سپاری</b>	۱- افزایش کیفیت خدمات ۲- انتقال ریسک‌های مربوط به نیروی کار و تجهیزات به بخش خصوصی ۳- استفاده از توان مدیریتی بخش خصوصی	۱- عدم افزایش تعداد تخت‌های بستری ۲- احتمال افزایش تقاضای القایی، تعرفه و پرداخت‌های غیر متعارف
<b>اجاره</b>	۱- افزایش کیفیت خدمات ۲- انتقال ریسک‌های تجاری به بخش خصوصی	۱- عدم استفاده از توان مالی بخش خصوصی ۲- عدم افزایش تعداد تخت‌های بستری ۳- هزینه‌های استهلاک بر عهده بخش دولتی است ۴- احتمال افزایش تقاضای القایی، تعرفه و پرداخت‌های غیر متعارف
<b>قرارداد مدیریت</b>	۱- افزایش کیفیت خدمات ۲- استفاده از مدیریت کارآمد بخش خصوصی	۱- عدم استفاده از توان مالی بخش خصوصی ۲- عدم افزایش تعداد تخت‌های بستری ۳- هزینه‌های استهلاک بر عهده بخش دولتی است ۴- کلیه ریسک‌ها به عهده بخش دولتی است ۵- احتمال عدم همکاری بخش دولتی در تامین بودجه و نیروی کافی
<b>Co-Location</b>	۱- استفاده از فضاهای اضافی و فاقد کاربری بیمارستان دولتی ۲- نوسازی بخش‌های فرسوده بیمارستان دولتی با بودجه خاص از ارایه خدمت در بخش خصوصی ۳- تمایل پزشکان به فعالیت همزمان در بخش خصوصی را در کنار افزایش دسترسی و راندمان کلی دو بیمارستان تامین می‌کند. ۴- سرشکن کردن هزینه‌ها خصوصا در تجهیزات بسیار گران قیمت و خدمات پشتیبانی	۱- تعرفه‌های خصوصی و یا نزدیک به بخش خصوصی ۲- هزینه‌های استهلاک پس از اتمام دوره قرارداد به بخش دولتی ملحق می‌شود. ۳- غیرقابل استفاده بودن این مدل برای بخش قابل توجهی از بیمارستان‌ها

**Reference:**

- 1- Jafari Sirizi M, Rashidian A, Abolhasani F, Mohammad K, Yazdani Sh PP. Qualitative assessment of dimensions and degree of autonomy granting to university hospitals. *Hakim Res J*, 2008; 11(2): 59–71. [In Persian]
- 2- Desmarais-Tremblay M. On the Definition of Public Goods. Assessing Richard A. Musgrave's contribution; 2014.
- 3- Number of hospital beds per 1000 inhabitants [Internet]. OECD. [cited 2018 Jun 3]. Available from: <https://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm>
- 4- Distribution of Hospital beds and Physiciant in Islamic Republic of Iran [Internet]. Tehran; 1395. Available from: <http://hekmatac.ir>. [In Persian]
- 5- Harirchi.I. About 45% of hospital beds in Iran are exhausted [Internet]. IRIB news agency. Available from: <http://www.iribnews.ir/fa/news/1478009>
- 6- Mohammadkarim B, Jamil S, Pejman H, Seyyed MH, Mostafa N. Combining multiple indicators to assess hospital performance in Iran using the Pabon Lasso Model. *Australas Med J.*, 2011; 4(4): 175. [In Persian]
- 7- Blumenthal D, Hsiao W. Privatization and its discontents—the evolving Chinese health care system. *N Engl J Med*; 2005: 1165–70.
- 8- Raman AV, Björkman JW. Public-private partnerships in health care in India: lessons for developing countries. Routledge; 2008.
- 9- Heilman JG. The politics and economics of privatization: The case of wastewater treatment. University Alabama Press; 1992.
- 10- Jeffers JP, McDavid CL, Broadhurst J V, Grosskopf KR, Jones JJ, Kamnikar EG, et al. Audit Stewardship and Oversight of Large and Innovatively Funded Projects in Europe; 2006.
- 11- Reich MR. Public-private partnerships for public health. *Public-private partnerships for public health*; 2002.
- 12- Pongsiri N. Regulation and public-private partnerships. *Int J Public Sect Manag*, 2002; 15(6): 487–95.
- 13- Scharle P. Public-private partnership (PPP) as a social game. *Innov Eur J Soc Sci Res*, 2002; 15(3): 227–52.
- 14- Chong E, Huet F, Saussier S. Auctions, ex post competition and prices: the efficiency of public-private partnerships. *Ann Public Coop Econ*, 2006; 77(4): 521–54.
- 15- Denyer D, Tranfield D. Producing a systematic review; 2009.
- 16- Rousseau DM, Manning J, Denyer D. 11 evidence in management and organizational science: Assembling the field's full weight of scientific knowledge through syntheses. *Acad Manag Ann*, 2008; 2(1): 475–515.
- 17- Barnum H, Kutzin J. Public hospitals in developing countries: resource use, cost, financing. Johns Hopkins University Press; 1993.
- 18- Bossert TJ, Beauvais JC. Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space. *Health Policy Plan*, 2002; 17(1): 14–31.
- 19- Pessoa A. Public-private partnerships in developing countries: are infrastructures responding to the new ODA strategy? *J Int Dev*, 2008; 20(3): 311–25.
- 20- Sadka E. Public-Private Partnerships--A Public Economics Perspective (EPub). International Monetary Fund; 2006.
- 21- Renda A, Schrefler L. Public-Private Partnerships National Experiences in the European Union. Cent Eur Policy Stud Brussels, 2006;

- 22(5).
- 22- Jonidi N, Sadegi M, Izadi M, Ranjbar R. Compare a Tehran hospital's indicators with National standards. *Military Med*, 2010; 12(4): 223–8. [In Persian]
- 23- Jabari BH, GHolamzadeh NR, Jannati A, Asghari JM, Dadgar E. Prioritization of public hospitals' public-private partnership models based on key performance indicators. *Hakim Res J*, 2014; 16: 262–72. [In Persian]
- 24- Basu A, Howell R, Gopinath D. Clinical performance indicators: intolerance for variety? *Int J Health Care Qual Assur*, 2010; 23(4): 436–49.
- 25- Davies S. Hospital contract cleaning and infection control. *Unison*; 2005.
- 26- Vatankhah S, Maleki M, Tofighi S, Barati O, Rafiet S. The study of management contract conditions in healthcare organizations of selected countries. *Hakim Res J*, 2012; 9: 424–31.
- 27- About PPP Models," The Canadian Council for Public-Private Partnerships" [Internet]. [cited 2015 Feb 6]. Available from: <http://www.pppcouncil.ca/>
- 28- Delmon J. Understanding Options for Public-Private Partnerships in Infrastructure: Sorting Out the Forest from the Trees: Bot, Dbfo, Dcmf, Concession, Lease; 2010.
- 29- IFC. Public-Private Partnership Stories Turkey: Turkish Healthcare PPP Program Adana Hospital Complex.
- 30- Öge H, Ba\cs T. Public--Private Partnership Healthcare Projects in Turkey. *J Bus Sci*, 2016; 4(2): 105–19.
- 31- Hamilton G, Kachkynbaeva M, Wachsmuth I, Masaki E. A Preliminary Reflection on the Best Practice in PPP in Health care Sector: A Review of Different PPP Case Studies and Experiences. In: Conference, PPPs in Health Manila; 2012.
- 32- Coelho CF, O'farrell C, others. Breaking new ground: Lesotho Hospital Public-Private Partnership—a model for integrated health services delivery; 2009.
- 33- Feachem NS, Betts S, McNabb H. The Turks and Caicos Islands: A Public Private Investment Partnership For an Integrated Health System.
- 34- Taylor R, Blair S. Public hospitals: Options for reform through public-private partnerships; 2002.
- 35- Manavi S, Babashahy S, Sari AA. The Extra Cost of Granting Autonomy to Public Hospitals. *J Isfahan Med Sch*, 2012; 29(170). [In Persian]
- 36- Etemadian M, Shadpour P, Soleimani MJ, Biglar M, Hadi Radfar M, Jarrahi M. Iranian-Islamic Model of Public-Private Partnership in Hospital Management: Introducing Moheb Hospital Model. *Int J Hosp Res*, 2013; 2(2): 95–8.
- 37- 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. *J Pak Med Assoc*, 2016; 66: 1401–6.
- 38- Jabbari Beyrami H., GHolamzadeh Nikjoo R., Jannati A. DE. Introducing public-private partnership options in public hospitals. *Hakim Res J*, 2013; 16:201–10. [In Persian]
- 39- Montagu D, Harding A. A zebra or a painted horse? Are hospital PPPs infrastructure partnerships with stripes or a separate species. *World Hosp Heal Serv*, 2012; 48(2): 15.
- 40- La Forgia GM, Harding A. Public-private partnerships and public hospital performance in São Paulo, Brazil. *Health Aff*, 2009; 28(4): 1114–26.
- 41- 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.
- 42- Loevinsohn B, Harding A. Buying

results? Contracting for health service delivery in developing countries. *Lancet*, 2005; 366(9486): 676-81.

43- Soeters R, Griffiths F. Improving government health services through contract management: a case from Cambodia. *Health Policy Plan*, 2003; 18(1): 74-83.

44- English LM. Public private partnerships in Australia: An overview of their nature, purpose, incidence and oversight. *UNSWLJ*, 2006; 29: 250.

45- Hjertqvist J. Swedish health-care reform: from public monopolies to market services. *Montr Econ Inst*; 2001.

46- Barlow J, Roehrich J, Wright S. Europe sees mixed results from public-private partnerships for building and managing health care facilities and services. *Health Aff*, 2013; 32(1): 146-54.

47- Wood S, Zorbas J, others. Joondalup Health Campus. *Medicus*, 2014; 54(10): 37.

48- Brown L, Barnett JR. Is the corporate transformation of hospitals creating a new hybrid health care space? A case study of the impact of co-location of public and private hospitals in Australia. *Soc Sci Med*, 2004; 58(2): 427-44.

## **An Analysis of Public-Private Partnership Models in Hospital Management: A Scoping Review**

Minaei H<sup>1</sup>, Peikanpour M<sup>2</sup>, Zakerinejad A<sup>3</sup>, Shirzad N<sup>4</sup>,  
Peiravian F<sup>5</sup>

### **Abstract**

**Introduction** Growth of health expenditures, financial limitations, low efficiency and quality of service provision in public hospitals and ever-increasing expectations have obligated healthcare systems to utilize private sector's capabilities. According to other countries' experiences, public-private partnership (PPP) is a solution that not only reduces defects of every sectors, but also integrates both sectors' advantages. This study was aimed to review PPP models in hospital management and propose suggestions for best model selecting in different situations.

**Methods:** In this study, after organizing questions as well as determining search strategies, opted articles were assessed deeply; definitions as well as different PPP models' pros and cons in hospitals management were analyzed; and finally, these models were compared according to quality-effectiveness, access, financial efficiency, and risk sharing indicators.

**Results:** By reviewing 32 peer-reviewed articles, PPP models were categorized in service providing, financing as well as developing infrastructures, and compound levels. Based on the results, "clinical outsourcing" and "management contract" have attained high level in access and quality-effectiveness indicators and "BOO", "DBFO", and "clinical outsourcing" models have achieved high level in financial efficiency. Furthermore, "operating contract" and "privatization" are placed in two ends of risk sharing spectrum. Finally, "outsourcing", "management", and "lease" contracts are advised to improve productivity of public hospitals; and "BOO", "BOT", as well as "DBFO" models are advised to develop infrastructures and increase the number of hospitals beds.

**Conclusion:** Considering hospital management challenges and health economics specifications, utilizing public-private partnership models is a vital issue to fulfill the aims of healthcare system.

**Keywords:** Public-private partnership, Private finance initiative, Public hospital.

---

1- Ph.D. in Pharmacy, Department of Pharmacy, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Assistant, Department of Pharmacy and Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Ph.D. in Pharmacy, Department of Pharmacy, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Bachelor of Physical Therapy, Department of Rehabilitation, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5- Assistant Professor, Department of Pharmacy Management, Faculty of Pharmacy, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, (Corresponding Author), Peiravianfarzad@gmail.com