معرفی گزینه‌های مشارکت دولتی- خصوصی در بیمارستان‌های دولتی

حسین جباری‌بیرامی[۱و۲]، رعنا غلام‌زاده نیکجو[۳و۴*]، علی جنتی[۲و۳]، الهام دادگر[۳و۴]

۱- گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۲- مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۳- گروه مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۴- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

* نویسنده مسؤول: تبریز، خیابان گلگشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی. تلفن: ۳۳۶۴۶۶۸-۰۴۱۱ نمابر: ۳۳۴۰۶۳۴-۰۴۱۱

پست الکترونیک: r.gholamzade @gmail.com

دریافت: ۹۱/۳/۱۰ پذیرش: ۹۲/۵/۱۰

چکیده

مقدمه: *یکی از گزینه‌های بیمارستان‌های دولتی برای ارتقای کارایی، کیفیت و اثربخشی خدمات، همکاری با بخش خصوصی از طریق تسهیم ریسک‌ها و مسؤولیت‌های دولتی می‌باشد. این مطالعه با هدف معرفی انواع گزینه‌های مشارکت دولتی- خصوصی در بیمارستان‌های دولتی انجام پذیرفت.*

روش کار: *برای انجام این پژوهش، بررسی در پایگاه‌های داده‌ای با اسامی* ***Wiley Inter Science, PubMed, Cochran, Springer Link, Elsevier, Proquest, Scopus, Emerald,*** *و موتور جست و جوی* ***Google Scholar*** *و با استفاده از کلیدواژه‌های* ***Public – Private Partnership, PPP, PFI, Public Hospital, Partnership Models*** *و معادل‌های فارسی آن‌ها انجام گرفت. حاصل این جست و جو ۷۲۳ مقاله بود که بر اساس هدف مطالعه، به صورت مرحله به مرحله به ترتیب با مطالعه عنوان، چکیده و مقاله کامل، پالایش شد و در نهایت ۲۰ مقاله از میان آن‌ها انتخاب و مورد بررسی تکمیلی قرار گرفتند.*

یافته‌ها: *در مطالعه حاضر گزینه‌های مشارکت دولتی- خصوصی به هفت مدل، شامل مدل‌های قرارداد خدمت، قراردادهای برون‌سپاری، قراردادهای مدیریت، قراردادهای اجاره، قراردادهای ابتکار مالی خصوصی، قراردادهای امتیاز انحصاری و قراردادهای محرومیت بخش دولتی تقسیم‌بندی گردیدند.*

نتیجه‌گیری: *هر یک از مدل‌های مشارکت دولتی- خصوصی درجات مختلفی از ریسک و مسؤولیت را به بخش خصوصی انتقال می‌دهند. مقدار ریسک و مسؤولیت انتقال یافته به بخش خصوصی، در قراردادهای خدمت که اولین پله مشارکت دولتی- خصوصی نیز به شمار می‌رود کمترین می‌باشد. به ترتیب با حرکت به سمت قراردادهای محرومیت بخش دولتی بر میزان ریسک و مسؤولیت بخش خصوصی افزوده می‌شود.*

گل‌واژگان: *مشارکت دولتی- خصوصی، بیمارستان دولتی، ریسک، مسؤولیت*

مقدمه

بیمارستان به عنوان یکی از سازمان‌های اصلی ارایه‌دهنده خدمات درمانی حساسیت و اهمیت ویژه‌ای در اقتصاد و بهداشت دارد. این ویژگی به خصوص در کشورهای در حال رشد با توجه به زیرساخت‌های اقتصادی و آسیب‌پذیری شدید آن‌ها در رویارویی با نوسانات بازارهای پول و کالا دو چندان می‌شود. در کشورهای در حال توسعه، بیمارستان‌ها حدود ۸۰ -۵۰٪ بودجه بخش بهداشت و درمان را به خود اختصاص می‌دهد؛ این در حالی است که در کشورهای توسعه یافته، سهم هزینه‌های بیمارستان‌ها از بودجه بهداشت و درمان در بخش دولتی از ۴۰٪ تجاوز نمی‌کند (۱ و ۲). همزمان با ورود تکنولوژی‌های نوین، انفجار دانش، مشتریان آگاه، نیازهای تغییر شکل یافته و گذارهای اپیدمیولوژیک و جمعیتی، بخش دولتی در تأمین هزینه‌های خدمات سلامت با چالش‌های اساسی روبرو شده است (۳). دولت‌ها در راستای مهار هزینه‌های مربوط به نظام

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

سلامت و در بخش بیمارستانی، از استراتژی‌های گوناگونی استفاده کرده‌اند؛ از جمله؛ گذر از تأمین مالی از طریق مالیات عمومی به پرداخت‌های مبتنی بر بیمه سلامت، مرتبط نمودن تأمین مالی بیمارستان‌ها به ستاده‌ها و کارایی آن، افزایش خودگردانی و انگیزه‌های مدیران و در نهایت کاهش تخت‌های بیمارستانی (۴ و ۵). تعدادی از کشورها در راستای کاهش هزینه‌ها به موازات بهبود کیفیت خدمات، اقدام به بکارگیری گزینه‌های مشارکت دولتی- خصوصی[1] در بیمارستان‌های دولتی کرده‌اند (۶). اولین تجربه مشارکت دولتی- خصوصی در اوایل دهه ۱۹۸۰ و در کشور انگلستان آغاز گردید (۷) و هم اکنون این استراتژی در کشورهای استرالیا، کانادا، آلمان، چین، هند و آمریکای لاتین به فراوانی بکار می‌رود (۸). مشارکت دولتی- خصوصی، روابط تسهیم ریسک بین بخش‌های دولتی و خصوصی با هدف دستیابی به نتایج مدنظر بخش دولتی تعریف شده است (۹). کاستن از وظایف دولتی و افزودن به توان دولت برای برنامه‌ریزی، تنظیم استانداردها، تأمین مالی و قانون‌گذاری، برداشتن مسؤولیت تأمین مالی سرمایه‌گذاری‌ها از دوش دولت، استفاده از عنصر رقابت برای افزایش کارایی و اثربخشی، افزایش خودگردانی مدیریت و تمرکززدایی تصمیم‌گیری به مدیران اجرایی، برخی از منافع بهره‌مندی از مشارکت دولتی- خصوصی در بیمارستان‌هاست (۹ و ۱۰). ایالت‌های استرالیا، مشارکت بخش خصوصی در بیمارستان‌ها را در بیش از ۵۰ بیمارستان عمومی با مکانیسم‌های متعدد آغاز کرده‌اند (۵). دولت انگلستان نیز به عنوان پیشگام در بکارگیری استراتژی مشارکت دولتی- خصوصی، آن را در تأمین مالی، ساخت و اداره بیمارستان‌های دولتی خود استفاده می‌کند (۱۱). این کشور با بهره‌گیری از مشارکت بخش خصوصی، ۲۵ -۱۷٪ صرفه‌جویی در هزینه‌ها را تجربه کرده است (۹). بررسی تجارب کشورهای مختلف در خصوص استفاده از گزینه‌های مختلف مشارکت دولتی- خصوصی، گویای تأثیرات این گزینه‌ها بر هزینه‌های ارایه خدمت، میزان بهره‌برداری، دسترسی جمعیت تحت پوشش و سایر شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌های دولتی می‌باشد (۱۲ و ۱۳).

در کشور ایران، اختصاص بیش از نیمی از اعتبارات بخش سلامت به بیمارستان‌ها و از طرفی ضریب اشغال تخت پایین بیمارستان‌ها در مقایسه با بیمارستان‌های کشورهای توسعه یافته، گویای این مطلب است که منابع موجود به درستی مورد بهره‌برداری قرار نمی‌گیرد و لذا بکارگیری شیوه‌های صحیح مدیریت را ضروری می‌سازد (۱۳). بنابراین، سیاست‌گذاران و مسؤولان ارشد به دنبال سیاست‌ها و اقداماتی راه‌گشا برای بهبود وضعیت بیمارستان‌های موجود کشور به ویژه در بخش دولتی می‌باشند؛ از جمله این سیاست‌ها، بهره‌گیری از توان بالقوه بخش خصوصی در نظام بیمارستانی می‌باشد (۱۳). با توجه به الزام‌های قانونی سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی مبنی بر تعامل بهتر با بخش خصوصی (۳)، انجام مطالعه‌ای در خصوص معرفی اشکال مشارکت دولتی- خصوصی در بیمارستان‌های دولتی به منظور بالابردن آگاهی سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت در راستای اخذ تصمیمات و برنامه‌ریزی صحیح ضرورت دارد. این مطالعه با هدف معرفی انواع گزینه‌های مشارکت دولتی- خصوصی در بیمارستان‌های دولتی انجام پذیرفت.

روش کار

مطالعه حاضر یک بررسی مروری می‌باشد که با جست و جو در پایگاه‌های داده‌ای Wiley[2](Inter Science), PubMed[3], Cochran[4], Springer[5], Elsevier[6], Proquest[7], Scopus[8], Emerald[9], و موتور جست و جوی Scholar Google[10] و با استفاده از کلیدواژه‌های Public- Private Partnership, PPP, PFI, Public Hospital, Partnership Models و کلیدواژه‌های فارسی مشارکت دولتی- خصوصی، بیمارستان دولتی، ابتکار مالی خصوصی و مدل‌های مشارکت در پایگاه‌های داده‌ای SID[11] و Iran doc[12]، در بازه زمانی ۲۰۱۰ -۱۹۸۰ و در سال ۱۳۸۹ انجام گرفت. انتخاب کلیدواژه‌ها و پایگاه‌های داده‌ای با استفاده از نظرات متخصصین و مطالعات مشابه انجام گرفت. حاصل جست و جوی فوق، ۷۲۳ مقاله بود که با توجه به معیارهای ورود و خروج، مرتبط‌ترین مقالات در این مطالعه انتخاب شدند. معیار ورود و خروج مقالات در این مطالعه، انگلیسی و فارسی زبان بودن مقالات، بررسی مشارکت دولتی- خصوصی، اشاره به انواع گزینه‌های مشارکت

[1] Public- Private Partnership

[2] http://onlinelibrary.wiley.com/
[3] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
[4] http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html
[5] http://link.springer.com/search?facet-content-type=%22Journal%22&from=SL
[6] http://www.elsevier.com/
[7] http://search.proquest.com/
[8] http://www.scopus.com/home.url
[9] http://www.emeraldinsight.com/
[10] http://scholar.google.com/
[11] پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی به آدرس http://www.sid.ir/
[12] پژوهشگاه علوم و فن‌آوری اطلاعات ایران به آدرس http://www.irandoc.ac.ir/

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

دولتی- خصوصی و ویژگی‌های هریک از انواع گزینه‌های مشارکت دولتی- خصوصی و نوع مقالات بود. اولویت انتخاب، با مقالات مروری سیستماتیک، مرور نقلی و مطالعات توصیفی و مقطعی بود. در مرحله اول، عناوین تمامی مقالات مورد بررسی قرارگرفت و ۵۱۴ مقاله به دلیل عناوین غیرمرتبط با هدف پژوهش و ۷۹ مقاله به علت تکراری بودن، از بررسی خارج شدند. در مرحله دوم، چکیده مقالات باقی‌مانده مورد مطالعه قرار گرفت. در این مرحله نیز ۵۹ مطالعه به علت عدم اشاره به مدل‌های مشارکت دولتی- خصوصی از مطالعه خارج شدند. ۷۱ مقاله باقی‌مانده از نظر نوع مطالعه (مروری و توصیفی بودن) بررسی شدند. در نهایت ۲۰ مقاله مرتبط با هدف مطالعه شناسایی و انتخاب شدند. بیست مقاله انتخاب شده مورد مطالعه و بررسی دقیق قرار گرفتند و مدل‌های مشارکت دولتی- خصوصی از آن‌ها استخراج و در جدول خلاصه‌سازی جمع‌بندی شدند. مدل‌هایی که بیشترین تکرار را در انواع مقالات داشتند به عنوان مدل‌های نهایی انتخاب شدند و با توجه به مسؤولیت‌های طراحی و ساخت بیمارستان، سرمایه‌گذاری‌های کلان، مدیریت بیمارستان، انتقال ریسک‌های تقاضا، مالکیت بیمارستان و مدت زمان قرارداد طبقه‌بندی شدند. این مطالعه در طول ۱۰ ماه و توسط سه نویسنده مقاله صورت گرفت.

نتایج

مقالات انتخاب شده مطالعه شدند و ویژگی‌های مدل‌های مشارکت دولتی- خصوصی از آن‌ها استخراج گردید. مدل‌هایی که ویژگی‌های مشابه ولی نام‌گذاری‌های متفاوت داشتند، با هم ادغام شدند و تحت نامی که بیشتر مورد استفاده قرار گرفته بود، نام‌گذاری شدند. در نهایت مدل‌هایی که بیشترین موارد استفاده را در قراردادهای مشارکت دولتی- خصوصی داشتند برگزیده شدند. در میان تمامی مقالات بررسی شده، مدل‌هایی که بیشترین بحث و تحلیل را به خود اختصاص داده بودند به ترتیب مدل‌های قراردادهای امتیاز انحصاری[13] (ساخت، مالکیت، بهره‌برداری[14] و ساخت، بهره‌برداری، انتقال[15])، قراردادهای مدیریت[16]، قراردادهای ابتکار مالی خصوصی[17]، طراحی، ساخت، تأمین مالی، بهره‌برداری[18]، قراردادهای اجاره[19]، قراردادهای خدمت[20] (بالینی و غیر بالینی)، قراردادهای محرومیت بخش دولتی[21] یا خصوصی‌سازی کامل، قراردادهای برون‌سپاری[22] (برون‌سپاری فعالیت‌های بالینی و غیر بالینی) بودند. مدل‌های انتخابی و فراوانی میزان اشاره در جدول ۱ ذکر شده است.

جدول ۱- مقدار و درصد اشاره به هر یک از مدل‌های مشارکت دولتی- خصوصی در بررسی متون

نام مدل	فراوانی	درصد
قراردادهای امتیاز انحصاری (ساخت، مالکیت، بهره‌برداری و ساخت، بهره‌برداری، انتقال)	۲۶	۴۱/۹۳
قراردادهای مدیریت	۹	۱۴/۵۲
قراردادهای ابتکار مالی خصوصی/ طراحی، ساخت، تأمین مالی، بهره‌برداری	۸	۱۲/۹۰
قراردادهای اجاره	۷	۱۱/۲۹
قراردادهای خدمت (بالینی و غیر بالینی)	۷	۱۱/۲۹
قراردادهای محرومیت بخش دولتی یا خصوصی‌سازی کامل	۳	۴/۸۴
قراردادهای برون‌سپاری (برون‌سپاری فعالیت‌های بالینی و غیر بالینی)	۲	۳/۲۲
مجموع	۶۲	۱۰۰

* برخی مقالات به چندین نوع از انواع مشارکت دولتی- خصوصی اشاره کرده بودند و به همین علت فراوانی مدل‌های اشاره شده در مقالات بیش از ۲۰ خواهد بود.

هر یک از مدل‌های مشارکت دولتی- خصوصی منتخب با توجه به حیطه‌های طراحی و ساخت بیمارستان، مسؤولیت سرمایه‌گذاری‌های کلان (سرمایه‌هایی مثل زمین، ساختمان بیمارستان)، مدیریت بیمارستان، انتقال ریسک‌های تقاضا (خطرات مربوط به نوسانات و افزایش یا کاهش تقاضا)، مالکیت بیمارستان و مدت زمان قرارداد مورد مطالعه اختصاصی قرار گرفتند و با در نظر گرفتن این حیطه‌ها طبقه‌بندی شدند. نتایج این طبقه‌بندی در جدول ۲ ذکر شده است.

بحث

هدف از این مطالعه، معرفی انواع مدل‌های مشارکت دولتی- خصوصی بیمارستان‌های دولتی بود. طبق یافته‌های مطالعه، مدل‌ها در هفت دسته معرفی شدند. در نگاه کلی، این مدل‌ها شبیه طیفی هستند که در یک سوی آن، بخش دولتی مسؤولیت اقدامات تأمین مالی، ساخت، بهره‌برداری و نگهداری بیمارستان را به همراه ریسک‌های مربوطه به عهده می‌گیرد و در سوی دیگر با خصوصی‌سازی کامل بیمارستان دولتی، کلیه موارد فوق به بخش خصوصی انتقال می‌یابد (۱۴). معمولاً مطالعات مختلف، اولین پله ورود به مشارکت دولتی- خصوصی را قراردادهای خدمات (بالینی- غیر بالینی) عنوان می‌نمایند. در این قراردادها، دولت مبلغی را به یک مؤسسه خصوصی پرداخت می‌کند تا وظایف خاصی را انجام دهد. این وظایف ممکن است در درون و یا بیرون از بیمارستان انجام شود.

[13] Concession contract
[14] Build, Own, Operate (BOO) contract
[15] Build, Operate, Transfer (BOT) contract
[16] Management contract
[17] Private Finance Initiative (PFI) contract
[18] Design, Build, Finance, Operate (DBFO) contract
[19] Leases contract
[20] Service contract
[21] Divestiture contract
[22] Out sourcing contract

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

جدول ۲- ویژگی‌های انواع مدل‌های مشارکت دولتی- خصوصی بر اساس مسؤولیت‌های طرفین در قرارداد

حیطه‌ها / انواع مدل‌ها	تعریف گزینه‌های مشارکت دولتی- خصوصی	مسؤولیت طراحی و ساخت بیمارستان	مسؤولیت سرمایه‌گذاری کلان	مدیریت بیمارستان	انتقال ریسک‌های تقاضا	مالکیت بیمارستان	مدت زمان قرارداد
قراردادهای خدمت بالینی	دولت به یک مؤسسه خصوصی مبلغی را پرداخت می‌کند تا وظایف خاصی را انجام دهد. این وظایف ممکن است در درون و یا بیرون از بیمارستان انجام شود.	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی	۶ ماه تا ۲ سال
قراردادهای خدمات غیر بالینی		دولتی	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی	۶ ماه تا ۲ سال
برون‌سپاری خدمات غیر بالینی	دولت به یک مؤسسه خصوصی مبلغی را پرداخت می‌کند تا یک یا چند بخش ویژه از یک بیمارستان را مدیریت کند و کلیه خدمات مورد نیاز را ارایه نماید. در این مدل، تصمیمات مربوط به استخدام نیروی بهداشتی- درمانی، تدارکات و خرید دارو و لوازم پزشکی بر عهده مؤسسه خصوصی خواهد بود.	دولتی	دولتی	دولتی- خصوصی	دولتی- خصوصی (خدمات واگذار شده)	دولتی	۱ تا ۳ سال
برون‌سپاری خدمات بالینی		دولتی	دولتی	دولتی- خصوصی	دولتی- خصوصی (خدمات واگذار شده)	دولتی	۱ تا ۳ سال
قراردادهای مدیریت	در این نوع قراردادها، دولت مبلغی را به یک مؤسسه خصوصی برای مدیریت بیمارستان دولتی پرداخت می‌نماید تا بیمارستان را اداره کند و کلیه خدمات مورد نیاز را ارایه دهد. در این مدل، تصمیمات مربوط به استخدام نیروی تخصصی بهداشتی- درمانی، تدارکات و خرید دارو و لوازم پزشکی توسط دولت انجام می‌گیرد.	دولتی	دولتی	خصوصی	دولتی	دولتی	۳ تا ۵ سال
قراردادهای اجاره	در این قراردادها، مؤسسه خصوصی با پرداخت مبلغی به دولت، بیمارستان دولتی را اجاره نموده و مسؤولیت اداره مرکز و ارایه خدمات را بر عهده می‌گیرد. در عوض مؤسسه خصوصی حق جمع‌آوری درآمد از عملکرد خود را به دست می‌آورد.	دولتی	دولتی	خصوصی	خصوصی	دولتی	۱۰ تا ۱۵ سال
قراردادهای ابتکار مالی خصوصی/ طراحی، ساخت، تأمین مالی، بهره‌برداری	در این قراردادها بخش خصوصی، که اغلب به شکل ائتلاف خصوصی مشاهده می‌شود، مسؤولیت کلیه مراحل پروژه بیمارستان را برای ارایه خدمات دولتی به عهده می‌گیرد. بخش خصوصی برای سرمایه‌گذاری، تأسیس، مدیریت، و ارایه خدمات غیر بالینی مثل (تغذیه، رخت‌شویی، حراست، خدمات پارکینگ، تدارکات و...) مسؤولیت خواهد داشت و ارایه خدمات اصلی بیمارستانی با بخش دولتی خواهد بود. این مدل عموماً توافق امتیاز انحصاری بلندمدت نیز نامیده می‌شود.	خصوصی	خصوصی	خصوصی تحت مقررات دولتی	دولتی- خصوصی	دولتی	۱۵ تا ۲۰ سال
قراردادهای امتیاز انحصاری (BOT)	در قرارداد امتیاز انحصاری، بخش دولتی به ائتلاف خصوصی جواز قانونی اعطا می‌نماید تا این ائتلاف با انعقاد قراردادهای ثانوی تأمین مالی، طراحی، ساخت، بهره‌برداری، و نگهداری بیمارستان را عهده‌دار شود.	خصوصی	خصوصی	خصوصی	دولتی- خصوصی	دولتی- خصوصی	۲۰ تا ۳۰ سال
قراردادهای امتیاز انحصاری (BOO)	ائتلاف بخش خصوصی از تعدادی از سازمان‌ها شامل مدیران تسهیلات، بانک‌ها، سرمایه‌گذاران و حامیان تشکیل شده است. پرداخت به این سازمان‌ها بعد از تکمیل فاز ساخت و ساز و آغاز بهره‌برداری، زمانی که خدمت در دسترس عموم قرار می‌گیرد آغاز می‌شود. در مدت زمان بهره‌برداری از بیمارستان، درآمد ائتلاف از محل ارایه خدمت به مردم حاصل می‌شود	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	دولتی- خصوصی	نامحدود
محرومیت بخش دولتی/ خصوصی‌سازی کامل	تحت قراردادهای خصوصی‌سازی یا محرومیت بخش دولتی، مالکیت، بهره‌برداری و نگهداری و سرمایه‌گذاری‌های کلان و ریسک‌های تجاری بیمارستان دولتی به بخش خصوصی انتقال می‌یابد. مدت زمان این قراردادها نامشخص و یا به وسیله مجوزهایی محدود می‌گردد	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	نامحدود

مدت زمان این قراردادها شش ماه تا دو سال می باشد (۱۵) و مالکیت و مسؤولیت سرمایه‌گذاری‌های بیمارستان با بخش دولتی بوده و هیچ نوع ریسکی عملاً به بخش خصوصی انتقال داده نمی‌شود (۱۶). این نوع قراردادها به دو صورت منعقد می‌شوند:

قراردادهای مبتنی بر کمیت: پرداخت به بخش خصوصی بر اساس هزینه واحد تعریف شده در قرارداد و کمیت اندازه‌گیری شده در محل صورت می‌گیرد.

قراردادهای مبتنی بر عملکرد: تمرکز بر عملکرد پیمانکار بوده و پرداخت بر اساس مبلغ ثابت توافق شده در قرارداد به اضافه میزان بهبود در شاخص‌های عملکردی بیمارستان صورت می‌گیرد (۱۷).

همچنین این قراردادها زمانی گزینه‌های جذابی از مشارکت دولتی- خصوصی هستند که مخالفت اجتماعی و سیاسی قوی علیه مشارکت وسیع بخش خصوصی در بیمارستان‌های دولتی وجود داشته باشد و یا بخش دولتی فقط به دنبال انتقال مسؤولیت و وظایف جزیی به بخش خصوصی باشد (۱۸). چرا که قراردادهای خدمت، جلب توجه منفی کمتری نسبت به سایر گزینه‌های مشارکت دولتی- خصوصی دارند (۱۹). در دومین گام به سوی مشارکت دولتی- خصوصی، قراردادهای برون‌سپاری مورد استفاده قرار می‌گیرند. در این نوع قراردادها، دولت به یک مؤسسه خصوصی مبلغی را پرداخت می‌نماید تا یک یا چند بخش ویژه از یک بیمارستان را مدیریت کند و کلیه خدمات

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

مورد نیاز را ارایه نماید. در این مدل، تصمیمات مربوط به استخدام نیروی بهداشتی- درمانی، تدارکات و خرید دارو و لوازم پزشکی بر عهده مؤسسه خصوصی می‌باشد. این قراردادها، ریسک‌های مربوط به داده‌ها مانند نیروی کار را به مؤسسه خصوصی انتقال می‌دهند؛ ولی مسؤولیت هزینه‌های سرمایه‌ای بر عهده دولت باقی می‌ماند (۱۵). مدت زمان این قراردادها ۳ -۱ سال است (۱۷). در قراردادهای برون‌سپاری، آن چه بسیار ضروری به نظر می‌رسد، تقسیم‌بندی فعالیت‌ها و عملکردهای بیمارستانی به دو دسته فعالیت‌های اصلی و فرعی می‌باشد. فعالیت‌های اصلی، مزایای رقابتی بیمارستان تعریف می‌شوند. فعالیت‌های فرعی، خدمات استاندارد و مشخصی هستند که به شکل گسترده‌ای در بازار خصوصی قابل دسترس هستند. به محض شناسایی فعالیت‌های فرعی بیمارستان، این موارد نامزدهای مناسبی جهت انعقاد قرارداد برون‌سپاری می‌باشند (۲۰). بنابراین، این قراردادها به دو دسته تقسیم می‌شوند:

برون‌سپاری خدمات غیر بالینی: در این نوع برون‌سپاری، خدماتی مثل نظافت، تدارکات، رختشویی، حراست (نگهبانی)، و نگهداری بیمارستان به بخش خصوصی واگذار می‌شود. بخش خصوصی این خدمات را با استخدام کارکنان مورد نیاز خود و یا استفاده از کارکنان موجود بیمارستان (بسته به مفاد توافقات) ارایه می‌نماید.

برون‌سپاری خدمات بالینی: در این نوع قرارداد برون‌سپاری خدماتی مثل (رادیولوژی، آزمایشگاه، لیزر، سنگ‌شکنی و...) به بخش خصوصی واگذار می‌شود (۵).

سومین نوع از مدل‌های مشارکت دولتی- خصوصی شامل قراردادهای مدیریت بخش خصوصی بر بیمارستان دولتی است. در این نوع قراردادها، دولت مبلغی را برای مدیریت بیمارستان دولتی به یک مؤسسه خصوصی پرداخت می‌کند تا بیمارستان را اداره نموده و کلیه خدمات مورد نیاز را ارایه دهد. در این مدل، تصمیمات مربوط به استخدام نیروی تخصصی بهداشتی- درمانی، تدارکات و خرید دارو و لوازم پزشکی توسط دولت انجام می‌گیرد. ریسک‌های تجاری و مسؤولیت هزینه‌های سرمایه‌ای بر عهده دولت باقی می‌ماند (۱۵). عموماً نقش بخش خصوصی، پاسخ به نیازهای روزمره و روتین نگهداری بیمارستان‌ها است که این امور از طریق عقد قرارداد و به نمایندگی از بخش دولتی انجام می‌پذیرد (۶). در این مدل، کنترل و قدرت مدیریتی به منظور بهره‌گیری از تجارب مدیریتی بخش خصوصی به این بخش اعطا می‌شود تا برای بهبود مدیریت بیمارستان از آن‌ها بهره گیرد. پرداخت به بخش خصوصی تحت این نوع قراردادها می‌تواند به صورت پرداخت مبلغ ثابت توافق شده در قرارداد باشد و یا برای افزایش میزان انگیزش بخش خصوصی، از پرداخت‌های مبتنی بر عملکرد که در آن‌ها میزان پرداخت به بخش خصوصی با میزان بهبود در شاخص‌های عمکردی بیمارستان تعیین می‌شود استفاده شود. قسمت عمده بار ریسک (مالی و سرمایه‌ای) نیز توسط بخش دولتی تحمل شده و کمترین میزان ریسک به بخش خصوصی منتقل می‌شود (۱۸ و ۲۱). همچنین مسؤولیت سرمایه‌گذاری‌های کلان و تأمین مالی هزینه‌های سرمایه‌ای نیز نزد بخش دولتی می‌ماند (۲۲). قراردادهای مدیریت زمانی مفید به نظر می‌رسد 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. این قراردادها در مواقعی که هدف اصلی دولت، دستیابی به منابع مالی خصوصی برای سرمایه‌گذاری‌های جدید باشد پیشنهاد نمی‌شوند؛ چرا که در این قراردادها، ریسک‌های مالی الزاماً به بخش خصوصی منتقل نمی‌شود (۱۸). مدت زمان این نوع قراردادها، از ۳ تا ۵ سال متغیر بوده و منجر به دستاوردهای حصول کارایی در مدیریت می‌شوند؛ ولی به دلیل مسؤولیت بخش دولتی برای سرمایه‌گذاری‌ها، به سختی می‌توان روی دستاوردهای بالقوه آن‌ها قضاوت کرد (۶).

چهارمین مدل از مدل‌های مشارکت دولتی- خصوصی مربوط به قراردادهای اجاره می‌باشد که در این قراردادها، مؤسسه خصوصی با پرداخت مبلغی به دولت، بیمارستان دولتی، یا قسمتی از آن را اجاره می‌کند و مسؤولیت اداره مرکز و ارایه خدمات را بر عهده می‌گیرد. در عوض، مؤسسه خصوصی حق جمع‌آوری درآمد از عملکرد خود را به دست می‌آورد. در این حالت کلیه ریسک‌های تجاری به مؤسسه خصوصی بر می‌گردد. مسؤولیت هزینه‌های سرمایه‌ای هنوز بر عهده دولت می‌باشد (۱۵). تحت قراردادهای اجاره، بخش خصوصی با مسؤولیت کامل بهره‌برداری و مسؤولیت محدود سرمایه‌گذاری، بیمارستان دولتی را به اجاره گرفته و مبالغ اجاره را از محل پرداخت‌های مصرف‌کنندگان تأمین می‌نماید. بنابراین پرداخت‌های مصرف‌کنندگان باید هزینه‌های بخش خصوصی با اضافه نرخ بازگشت معقول را پوشش دهند (۱۸). مدت زمان این قراردادها، بین ۱۵ -۱۰ سال می‌باشد. مهم‌ترین مزیت این مدل، انتقال ریسک‌های تجاری به بخش خصوصی می‌باشد که محرک عملکردی نیرومندی به حساب می‌آید (۶). قراردادهای اجاره زمانی گزینه مناسبی به شمار می‌روند که بیمارستان نیاز به

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

کارایی در عملیات و بهره‌برداری دارد ولی نیاز به سرمایه‌گذاری‌های جدیدی ندارد. قراردادهای اجاره، به عنوان سنگ بنای گزینه‌های پیچیده مشارکت دولتی- خصوصی به حساب می‌آیند. پیچیدگی‌های مدیریتی، تأثیر تقاضای مصرف‌کنندگان و موارد کاربرد آن‌ها تقریباً به اندازه قراردادهای امتیاز انحصاری می‌باشد. قراردادهای اجاره در طیف مشارکت دولتی- خصوصی یک گام بالاتر از قراردادهای مدیریت می‌باشند (۱۸).

پنجمین نوع از قراردادهای مشارکت دولتی- خصوصی، قراردادهای ابتکار مالی خصوصی و یا قراردادهای طراحی، ساخت، تأمین مالی، بهره‌برداری می‌باشد. در این قراردادها بخش خصوصی، که اغلب به شکل ائتلاف خصوصی مشاهده می‌شود، مسؤولیت طراحی، ساخت، مدیریت و ارایه خدمات غیر بالینی را به عهده می‌گیرد (۲۲). بخش خصوصی برای سرمایه‌گذاری، تأسیس، مدیریت، و ارایه خدمات غیر بالینی مثل (تغذیه، رختشویی، حراست، خدمات پارکینگ، تدارکات و...) مسؤولیت دارد و ارایه خدمات اصلی بیمارستان با بخش دولتی می‌باشد (۵ و ۲۳). این مدل عموماً توافق امتیاز انحصاری بلندمدت نیز نامیده می‌شود. مالکیت بیمارستان در این مدل با بخش دولتی است (۲۴) و بخش خصوصی برای هزینه‌های سرمایه‌ای و جاری (نگهداری و خدمات)، مبالغ سالانه‌ای را به مدت ۲۰ -۱۵ سال دریافت می‌کند (۵). تفاوت اساسی این مدل با مدل امتیاز انحصاری در این است که در ابتکار مالی خصوصی، منابع مالی خصوصی که برای تسهیلات و وظایف دولتی صرف می‌شود، از طریق دولت و نه از طریق مصرف‌کنندگان نهایی بازپرداخت می‌شود (۲۴). این نوع از مشارکت دولتی- خصوصی برای اولین بار در سال ۱۹۹۲ در کشور انگلستان و تحت عنوان" مدل ابتکار مالی خصوصی" (PFI) به منظور کاهش اثر محدودیت‌های بودجه بر خدمات عمومی آغاز شد. در آن سال، دولت اعلام کرد که هیچ پروژه دولتی را تأمین مالی نخواهد کرد، جز در شرایطی که گزینه ابتکار مالی خصوصی مورد استفاده قرار گیرد. در سال ۱۹۹۸، وزیر بهداشت انگلستان، ابتکار مالی خصوصی را برای بیمارستان‌های دولتی که نیاز به سرمایه جهت بازسازی و جایگزینی داشتند، تنها گزینه ممکن اعلام کرد (۲۵). بعدها این مدل در سایر کشورها مثل کانادا، فرانسه، هلند، پرتغال، ایرلند، نروژ، فنلاند، استرالیا، ژاپن، مالزی، ایالت متحده و سنگاپور تحت عنوان "برنامه اصلاحات وسیع ارایه خدمات دولتی" پذیرفته شد (۲۴).

ششمین مدل از مدل‌های مشارکت دولتی- خصوصی مربوط به قراردادهای امتیاز انحصاری می‌باشد. در قرارداد امتیاز انحصاری، بخش دولتی به ائتلاف خصوصی جواز قانونی اعطا می‌نماید تا این ائتلاف با انعقاد قراردادهای ثانوی تأمین مالی، طراحی، ساخت، بهره‌برداری، و نگهداری بیمارستان را عهده‌دار شود. ائتلاف بخش خصوصی از تعدادی از سازمان‌ها شامل مدیران تسهیلات، بانک‌ها، سرمایه‌گذاران و حامیان تشکیل شده است. پرداخت به این سازمان‌ها بعد از تکمیل فاز ساخت و ساز و آغاز بهره‌برداری، زمانی که خدمت در دسترس عموم قرار می‌گیرد آغاز می‌شود. در مدت زمان بهره‌برداری از بیمارستان، درآمد ائتلاف از محل ارایه خدمت به مردم حاصل می‌شود (۲۶). در این مدل، مسؤولیت کامل ساخت و تأمین مالی بیمارستان جدید و یا توسعه بیمارستان موجود و حق بهره‌برداری از بیمارستان برای مدت زمان مشخص به بخش خصوصی واگذار می‌شود. بعد از اتمام مدت زمان قرارداد، امتیاز بهره‌برداری به بخش دولتی بازگردانده می‌شود و یا مادام‌العمر با بخش خصوصی خواهد بود (۲۱). در این مدل، مالکیت بیمارستان از ابتدا با بخش دولتی بوده (۲۲) و ریسک‌های تجاری و سرمایه‌گذاری در تمام مدت قرارداد به بخش خصوصی واگذار می‌شود (۲۷). این نوع قراردادها برای تأسیس بیمارستان‌های جدید، رشد و توسعه بیمارستان‌های موجود و افزایش طول عمر بیمارستان‌های قدیمی مورد استفاده قرار می‌گیرند. جهت متعادل‌سازی سود بین بخش دولتی و خصوصی، یارانه و یا پرداخت‌هایی به عنوان انگیزاننده در اختیار بخش خصوصی قرار می‌گیرد (۱۷). مدت زمان قراردادهای امتیاز انحصاری بین ۳۰ -۲۰ سال به طول خواهد انجامید. اغلب مدت زمان این قراردادها وابسته به میزان سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در بیمارستان و مدت زمان لازم جهت پوشش سرمایه‌گذاری‌ها به اضافه نرخ معقول بهره سرمایه‌گذاری می‌باشد (۱۸). بنابراین ممکن است مدت قرارداد بیش از این زمان و گاهاً تا ۶۰ سال نیز ادامه یابد. در این نوع قراردادها، ریسک‌های ساخت و ساز به طور کامل به بخش خصوصی انتقال می‌یابد تا محرکی جهت تکمیل فاز ساخت و ساز و کاهش هزینه‌ها گردد. اگر در نتیجه اقدامات بخش خصوصی، مدت زمان ساخت و ساز بیمارستان بیش از زمان مقرر به طول انجامد، مبلغی جریمه برای بخش خصوصی در نظر گرفته می‌شود. در این مدل به دلیل تأمین مالی خصوصی سرمایه‌گذاری‌ها، تحمل ریسک مالی نیز با بخش خصوصی می‌باشد. بخش خصوصی اغلب به منظور تأمین سرمایه مورد نیاز، جریان‌های مالی آتی از محل پرداخت‌های

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

مصرف‌کنندگان را در نزد بازارهای سرمایه، به وثیقه قرار می‌دهد. در طول مدت بهره‌برداری از بیمارستان، بخش خصوصی در صورت تأمین دامنه قبولی از شاخص‌های عملکردی بیمارستانی، درآمدهایی را برداشت می‌کند (۲۱). در اکثر قراردادها، بخش دولتی، تضمین‌های ضمنی و یا آشکار جهت حمایت از بخش خصوصی در مقابل ریسک درآمد کمتر از حد انتظار و یا سایر ریسک‌ها را در نظر می‌گیرد (۲۸). در صورت تدارک خدمات زیر استاندارد، بخش خصوصی جریمه می‌شود و تجمع جریمه‌ها به سطح مشخصی (به دلیل عملکرد ضعیف بخش خصوصی) منجر به فسخ یک طرفه قرارداد می‌گردد (۲۱).

قراردادهای امتیاز انحصاری، پتانسیل لازم جهت ارتقای کارایی در عملیات بیمارستانی و سرمایه‌گذاری در بیمارستان را دارا می‌باشند؛ ولی موفقیت کامل این پروژه‌ها، تجارب بخش دولتی در مورد موضوعات مهم تأثیرگذار بر بخش‌های دولتی و خصوصی، تعهد قوی و وجود ظرفیت قانون‌گذاری در دولت را می‌طلبد (۶ و ۱۷). دو زیر مدل از مدل‌های امتیاز انحصاری که بیشترین کاربرد را در بیمارستان‌های دولتی دارند به صورت زیر می‌باشند:

قراردادهای ساخت، مالکیت، بهره‌برداری (BOO): در این قراردادها، بخش خصوصی تأمین مالی، ساخت، بهره‌برداری و ارایه خدمات بالینی، غیربالینی و یا هر دو را بر عهده می‌گیرد (۵) و مالکیت و کنترل امور نیز با بخش خصوصی می‌باشد (۲۹). این نوع قراردادها، زمانی که نیاز به بیمارستان جدیدی شناسایی شود مورد توجه قرار می‌گیرند. پیشنهادهای مناقصه به اپراتورهای خصوصی داده می‌شود و بعد از موفق شدن یک اپراتور در مناقصه، این اپراتور مسؤولیت‌های ساخت، نگهداری و بهره‌برداری از بیمارستان دولتی با تضمین تأمین زمینه‌های مورد علاقه بخش دولتی را به عهده می‌گیرد؛ ولی نظارت بخش دولتی همچنان وجود دارد (۱۷ و ۳۰). بخش خصوصی ریسک‌های ساخت، سرمایه‌گذاری، تجاری را نیز متحمل می‌شود، بدون این که مالکیت در انتهای قرارداد به بخش دولتی برگردانده شود (۹)؛ ولی بخش دولتی بر تضمین خرید خدمت برای مدت زمان ثابت از بخش خصوصی توافق می‌نماید (۲۷) الزامات و قانون‌گذاری‌های مداوم دولتی در توافقات دولتی- خصوصی اعمال می‌شود (۲۴).

قراردادهای ساخت، بهره‌برداری و انتقال (BOT): در این قراردادها، بخش خصوصی مسؤولیت تأمین مالی، طراحی، ساخت و بهره‌برداری از بیمارستان را برعهده می‌گیرد. کنترل و مالکیت رسمی با بخش دولتی می‌باشد که در پایان مدت قرارداد به این بخش انتقال داده می‌شود. در این قراردادها، ریسک‌های ساخت، سرمایه‌گذاری‌های کلان و ریسک‌های تجاری به بخش خصوصی منتقل می‌شود. همچنین بخش خصوصی از مصرف‌کنندگان بابت ارایه خدمت هزینه دریافت می‌کند. مدت زمان این قراردادها، ۳۰ -۲۰ سال بوده و برای پروژه‌های بیمارستانی جدید کاربرد دارند.

آخرین مدل از مشارکت های دولتی- خصوصی شامل قراردادهای محرومیت بخش دولتی و یا خصوصی‌سازی است که تحت قراردادهای خصوصی‌سازی یا محرومیت بخش دولتی، مالکیت، بهره‌برداری و نگهداری و سرمایه‌گذاری‌های کلان و ریسک‌های تجاری بیمارستان دولتی به بخش خصوصی انتقال می‌یابد. مدت زمان این قراردادها نامشخص و یا به وسیله مجوزهایی محدود می‌گردد (۲۷). این نوع از قراردادها در بیمارستان‌های دولتی به دو صورت مشاهده می‌شود:

فروش بیمارستان دولتی با حفظ کاربری موجود: بخش خصوصی، بیمارستان دولتی را خریداری کرده و با کاربری بیمارستان دولتی از آن بهره‌برداری می‌کند. در این صورت بخش دولتی بابت ارایه خدمت، پرداخت‌هایی را به بخش خصوصی انجام می‌دهد و همچنین وظایف پایش، قانون‌گذاری و نظارت بر رعایت مفاد قرارداد توسط بخش خصوصی را به عهده می‌گیرد.

فروش بیمارستان دولتی با کاربری جدید: بخش خصوصی، بیمارستان دولتی را خریداری کرده و بسته به موارد توافقات، با کاربری جدید مورد بهره‌برداری قرار می‌دهد. وظیفه بخش دولتی پایش انطباق کاربری جدید بیمارستان با مورد توافق شده در قرارداد است (۵).

در قراردادهای خصوصی‌سازی، بخش خصوصی جهت سرمایه‌گذاری و کسب درآمد از محل مبالغ پرداخت شده توسط مصرف‌کنندگان مسؤولیت کامل دارد. در این قراردادها، همچنان که بخش خصوصی مالکیت مجموعه را بر عهده دارد (۱۷)، ریسک‌های سرمایه‌گذاری و بهره‌برداری نیز با بخش خصوصی می‌باشد. بخش دولتی نیز می‌تواند از طریق تنظیم چارچوب قانونی و عرضه محرک‌های مالی (به عنوان مثال؛ افزایش و یا کاهش مالیات) بر رفتار بخش خصوصی اثرگذار باشد (۲۸). این گزینه از مشارکت دولتی- خصوصی، دستاوردهای مربوط به کارایی بسیار بالایی دارد. هر چند این گزینه، آمادگی اجرایی بالا و چارچوب قانونی معتبر بخش دولتی را می‌طلبد (۶). قراردادهای فروش بیمارستان، مبالغ نقدی در اختیار بخش دولتی قرار می‌دهد که از این مبالغ می‌توان برای پرداخت بدهی‌ها و تأمین مالی مراقبت‌های سلامت جامعه بهره گرفت. فروش بیمارستان

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

دولتی و بسته شدن آن به این معنی نیست که بخش دولتی می‌تواند از مسؤولیت‌های خود نسبت به افراد فقیر جامعه شانه خالی نماید؛ بعد از خصوصی‌سازی اکثر دولت‌ها، از تولید کننده (ارایه کننده) به نقش خریدار تغییر نقش داده و برای خرید خدمات درمانی مورد نیاز فقرا نسبت به عقد قرارداد با بیمارستان‌های محلی اقدام کرده‌اند (۲۰).

نتیجه‌گیری

انواع مدل‌های مشارکت دولتی- خصوصی بیشتر از جهت این که طراحی و ساخت بیمارستان، سرمایه‌گذاری کلان، مدیریت بیمارستان، ریسک‌های تقاضا، مالکیت بیمارستان با کدام بخش بوده و مدت زمان قرارداد به چه میزان است، از همدیگر تفاوت دارند. موفقیت پروژه‌های مشارکت دولتی- خصوصی در بیمارستان‌های دولتی به توان حاکمیتی بخش دولتی در نظارت مناسب بر قراردادهای منعقده با بخش خصوصی و تجارب مذاکراتی هر دو بخش دولتی و خصوصی بستگی دارد. در این میان، مدیریت درست توافقات به منظور بهره‌مندی از فرصت‌های پیش رو شایان توجه زیاد می‌باشد (۳۱). تصمیم دولت برای انتخاب بهترین گزینه مشارکت دولتی- خصوصی در بیمارستان‌های دولتی، به شرایط داخلی و خارجی بیمارستان، ظرفیت دولت برای قانون‌گذاری و کنترل اثربخش کیفیت مراقبت و موافقت کل مجموعه دولت برای اصلاحات در بیمارستان‌های دولتی بستگی خواهد داشت. مشارکت دولتی- خصوصی ابزاری قوی جهت ادامه حیات بیمارستان‌های دولتی و بهبود کیفیت خدمات ارایه شده توسط آن‌ها می‌باشد. مدل‌های مشارکت متنوع است و شرایط ویژه بیمارستانی و محیطی هر کشور تعیین کننده مدل مورد استفاده می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح پژوهشی مصوب معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز به شماره طرح ۵/۵۳/۷۹۸ است که بدین وسیله از این معاونت تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1- Barnum H, Kuttzin J. *Public hospitals in developing countries*. London: The Johns Hopkins University Press; 1993: 22.

2- Jacobs PH. *The economics of health and medical care*. Maryland: Aspen Publisher; 1997: 56.

3- Jafari Sirizi M, Rashidian A, Abolhasani F, Mohammad K, Yazdani S, Parkerton P, et al. Qualitative assessment of dimensions and degree of autonomy granting to university hospitals. Hakim. 2008; 11(2):59-71. (In Persian)

4- Jabbari Beyrami H, Bakhshiyan F. Decentralization in the stewardship function of different countries health systems and provide a template for Iran. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences 2007; 29(1):7-8. (in Persian)

5- Taylor R, Blair S. Public Hospitals, Options for Reform through Public-Private Partnerships. The World Bank's Private Sector and Infrastructure Network: United States, Washigton.2002:1-4.

6- Pessoa A. Public-private partnerships in developing countries: are infrastructures responding to the new ODA strategy. International development 2008; 1(20):311-25.

7- Sadka E. Public-Private Partnership; A public economics perspective. Cesifo Economic Studies 2007; 53(3):466-90.

8- Renda A, Schrefler L. Public - Private Partnership – National Experiences in the European Union European Parliament's Committee on Internal Market and Consumer Protection; 2006: 369-859.

9- Alfen H, Kalidindi S, Ogunlana S, Wang S, Abednego M, Frank-Jungbecker A, et al. *Public-Private Partnership in Infrastructure Development Case Studies from Asia and Europe*. 1st ed. Weimar: Bauhaus-University; 2009: 42-152.

10- Levison D. Review Of Hartford Hospital's Controls to Ensure Accuracy of Wage Data Used for Calculating Inpatient Prospective Payment System Wage Indexes. Department of Health & Human Services: United States. Washington; 2006: 2-9.

11- Atun R, Mckee M. Is the private finance initiative dead? BMJ 2005; 3(31):792-3.

12- Lagaarde M, Palmer N. Summary of a systematic review does contracting out services improves access to care in low and middle-income countries. Geneva: World health organization; 2006:1.

13- Mobaraki H, Danesh Dehkardi N, Najafi M. Comprehensive plan to reform the system of hospital management. Tehran: Ministry of Health; 2005: 7-10. (in Persian)

14- Bojovie V. Public-Private Partnership as a last resort for traditional public procurement. Panoeconomicus 2006; 3:299-311.

15- Siddiqi A, Tayyeb Imran Masud B, Belgacem Sabri A. Contracting but not without caution: experience with outsourcing of health services in countries of the Eastern Mediterranean. Region Bulletin of the World Health Organization 2006;1: 84.

16- Barati O. *The Study of Management Contract Conditions in Healthcare Organizations of Selected Countries.* Tehran: Iran University; 2011:40-43.

17- Adams J, Young A, Zhihong W. Public-Private Partnership in china. International Journal of Public Sector Management 2006; 19(4):384-96.

18- Stake holder and public-private partnerships analysis. USAID Regional Infrastructure Programme. Washington. United States; 2002: 3-10.

19- English LM. Public- Private Partnerships in Australia: An overview of their nature, purpose, incidence and oversight. UNSW Law Journal 2006;29 (3):250-62.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

20- Melese F. *Privatizing public hospitals a win-win for tax payers and the poor*. Los Angeles: Reason foundation; 2005:1-20.

21- Iossa E, Spangnolo G, Vellez M. Contract design in public-private partnerships. World Bank: United States. Washington; 2007:3-17.

22- Jasso HZ. *Public-Private Partnerships: A multi dimensional model for contracting*. Pamplona: University of Navarra; 2005.

23- Grimsey D, Lewis M. Are Public Private Partnerships value for money? Evaluating alternative approaches and comparing academic and practitioner views. Accounting Forum 2005; 29:345-78.

24- Belka M. *Guidebook on Promoting Good Governance in Public-Private Partnerships*. 1st ed. Geneva (Switzerland): United Nations; 2008:2.

25- Dowdeswell B, Heasman M. *Public- Private Partnerships in Health A Comparative Study*. Netherlands Board for Hospital Facilities: England, Durham. 2004:14-15.

26- Vega A. Risk allocation in infrastructure financing. Project Finance 1997; 3(2):38-42.

27-Rwelamila PD. *Private financing of construction projects and procurement systems: An integrated approach*. In: OIB World Building Congress; 2001 April; Wellington, Newzealand; 2001:259.

28- Nikolic IA, Maikisch H. *Public-private partnership and collaboration in health sector (An overview with case studies from recent European experience)*. 1st ed. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development , The World Bank; 2006:20.

29- Haarhoff K. *Public-Private Partnerships as an Alternative Service Delivery Option: A Multiple Case Study of the Healthcare Sector in South Africa*. Stellenbosch: Stellenbosch University; 2008:18.

30- Mehta A, Bhatia A, Chatterjee A. *Improving Health and Education Service Delivery in India through Public–Private Partnerships*. 1st ed. Mandaluyong City, Philippines: Asian Development Bank; 2010:13-15.

31- Serrano C, Morato T, Ferrer M. The Alzira Model: PPP in an Integrated Health Services Organization. Euro Observer 2010; 12(1):4-8.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

Introducing Public-Private Partnership Options in Public Hospitals

Jabbari Beyrami H[1, 2] (Ph.D), Gholamzadeh Nikjoo R[3,4*] (MSc), Jannati A[2,3] (PhD), Dadgar E[3,4] (MSc)

[1] *Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran*
[2] *Health Services Management Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran*
[3] *Department of Health Care Services Administration, Faculty of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran*
[4] *Student Research Committee, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran*

Received: 30 May 2012, Accepted: 1 Aug 2013

Abstract

Introduction: Partnership with private sector is an option for public hospitals to improve efficiency, quality and effectiveness of services and to share the risks and responsibilities of administration. This study aimed to introduce public-private partnership options in public hospitals around the world.

Methods: In this systematic review, several databases including the Wiley Inter Science, PubMed, Cochran, Springer Link, Elsevier, Proquest, Scopus, Emerald, and the Google Scholar search engine were searched. The applied keywords included the Public-Private Partnership, PPP, PFI, Public Hospital, Partnership Models and their Persian equivalents. We found 723 articles and refined them step by step according to the aim of the study by reviewing the titles, abstracts and full papers. Finally, 20 articles were selected for further study.

Results: In this study, public-private partnership options were divided into seven models including service contract, outsourcing contract, management contract, leases contract, private finance initiative contract, concession contract, and divestiture contract.

Conclusion: Each model of public-private partnership varied in the degrees of risk and responsibility when transferred to the private sector. The risks and responsibilities transferred to the private sector were at the lowest level in service contracts. The risks increased with moving toward divestiture contracts.

Key words: public- private partnership, public hospital, risk, responsibility

Please cite this article as follows:

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- 210.

[*] Corresponding Author: Golgasht Street, Tabriz University Of Medical Sciences, Tabriz, Iran. Tel: +98- 411- 3364668, Fax: 0411- 3340634, E-mail: r.gholamzade@gmail.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]