

به کارگیری الگوی مشارکت دولتی-خصوصی (PPP) در توسعه خدمات بیمارستانی ایران و برخی کشورهای منتخب

احمد صادقی^۱، پیوند باستانی^۲، امید براتی^۳، داود دانش جعفری^۴، مسعود اعتمادیان^۵

۱- استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی اسفراین، اسفراین، ایران ۲- استادیار مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و منابع انسانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران ۳- دانشیار دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران و مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و منابع انسانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران ۴- دانشیار، گروه اقتصاد، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران ۵- استاد، مرکز فوق تخصصی هاشمی نژاد، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

*نویسنده مسئول: شیراز، خیابان قصردشت، حدفاصل سه راه فلسطین و چهار راه ملاصدرا، کوچه ۲۹، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی. تلفن: ۰۷۱۳۳۳۴۰۷۷۹، دورنگار: ۰۷۱۳۳۳۴۰۰۳۹، کدپستی: ۷۱۳۳۶-۵۴۳۶۱

پست الکترونیک: Omidbarati40@gmail.com

دریافت: ۹۶/۱/۲۷ پذیرش: ۹۶/۵/۲۴

چکیده

مقدمه: در سال‌های اخیر مشارکت‌های دولتی-خصوصی برای اصلاحات سازنده بخش بهداشت و درمان در بسیاری از کشورها به کار گرفته شده است. مطالعه حاضر با هدف بررسی تجارب کشورهای منتخب در خصوص استفاده از مشارکت‌های دولتی-خصوصی در ارائه خدمات بیمارستانی انجام شد.

روش کار: تحقیق حاضر از نوع تطبیقی-کاربردی بوده و در سال ۱۳۹۴ انجام شد. برای گردآوری داده‌ها از پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر و سایر منابع مرتبط در زمینه مشارکت بخش خصوصی در خدمات بیمارستانی استفاده شد. نمونه‌گیری به صورت هدفمند بوده و کشورهای استرالیا، لسوتو، پرتغال، اسپانیا، کانادا، برزیل، انگلیس و ترکیه، که دارای تجارب موفق در زمینه به کارگیری PPP در خدمات بیمارستانی بوده‌اند، جهت ورود به مطالعه انتخاب شدند. همچنین، تنها تجربه ایران نیز در این زمینه مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های به دست آمده در قالب جدول تطبیقی مورد مقایسه قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد که مواردی از قبیل نحوه تامین مالی پروژه، ساخت و ساز، بهره‌برداری، نگهداری، مدیریت، ارائه خدمات بالینی و غیر بالینی، و ساختار پرداخت در الگوهای مشارکتی می‌تواند از کشوری به کشور دیگر تغییر کند.

نتیجه‌گیری: در کشورهای مورد مطالعه تجارب موفق در زمینه به کارگیری PPP در ارائه خدمات بیمارستانی مشاهده شده است. با بهره‌گیری از تجارب کشورهای موفق و بومی‌سازی الگوهای مشارکتی می‌توان تحول خوبی در بخش سلامت کشور ایجاد کرده، زمینه را برای توسعه و ارتقای این مدل فراهم نمود.

کل واژگان: مشارکت دولتی-خصوصی، خدمات بیمارستانی، مطالعه تطبیقی، کشورهای منتخب، ایران

مقدمه

و نهایتاً دستیابی به پیامدهای سلامتی مطلوب‌تر از طریق مشارکت بیشتر و فعال‌تر بخش خصوصی در ارائه خدمات، و همچنین تامین مالی این بخش باشند (۳).

برای انتفاع از قابلیت‌های بخش دولتی و خصوصی در قالب یک مدل ترکیبی، مدل مشارکت دولتی-خصوصی^۱ که در سال ۱۹۹۰ معرفی شد، به‌طور فزاینده‌ای در چندین کشور برای اصلاحات سازنده بخش بهداشت و درمان به کار گرفته شده است (۴). PPP یکی از رویکردهای موثر برای مقابله با چالش‌های عظیم پیش روی بخش سلامت در قرن بیست یکم بوده (۵)، عبارت است از توافق قراردادی-مشارکتی بلندمدت میان یک نهاد دولتی و بخش خصوصی که طی آن بخش خصوصی عملکردی سازمانی را انجام داده و یا از دارایی‌ها و تسهیلات دولتی استفاده می‌کند، و

بیمارستان‌ها به‌عنوان مهم‌ترین موسسات بهداشتی-درمانی، نقش مهمی در ارتقای سلامت جامعه به‌عهده داشته، عملکرد هماهنگ آنها با مجموعه‌ای از عوامل سیاسی، اجتماعی، و فرهنگی منجر به تامین سلامت مردم می‌شود. از آنجاکه این بخش مصرف‌کننده قسمت اعظم بودجه بهداشت و درمان هر کشور است، توجه کامل به عملکرد و هزینه‌های آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد (۱). این درحالی‌است که تامین مالی توسط دولت، پاسخگوی مخارج در حال رشد سیستم سلامت نیست؛ لذا، اجبار به تامین مالی از طریق بخش دولتی به همراه افزایش روزافزون هزینه‌ها، بیمارستان‌های بخش دولتی را در تنگنای کاهش هزینه ممکن قرار داده‌است (۲). این عوامل باعث شده تا دولت‌ها به دنبال رویکردهای گوناگونی برای حل این مشکلات و نیز روش‌هایی برای محدودکردن هزینه‌ها، افزایش سرمایه،

تابستان ۹۷، دوره بیست‌ویکم، شماره دوم، پیاپی ۸۱

^۱ Public-Private Partnership (PPP)

ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری تعریف شده‌اند، توسعه و ترویج الگوهای مشارکتی در ارائه خدمات بیمارستانی ضروری به نظر می‌رسد. در همین راستا، موسسه غیرانتفاعی «محب» با نگرش مشارکت میان بخش‌های دولتی و خصوصی، دستیابی به مدل مشارکتی مطلوب جهت همسوسازی نقاط قوت بخش‌های دولتی و خصوصی، و حذف نقاط ضعف آنها بستر مناسبی جهت ارائه خدمات درمانی مطلوب فراهم نموده‌است. این موسسه، به‌عنوان یک شریک غیردولتی، در مجاورت بیمارستان‌های هاشمی‌نژاد (محب مهر)، حضرت فاطمه (محب کوثر)، و میرزا کوچک‌خان (محب یاس) اقدام به طراحی، احداث، تامین مالی، و بهره‌برداری بیمارستان‌های جدیدی نموده‌است. در نتیجه به‌کارگیری این مدل در بیمارستان‌های دولتی مذکور، تغییرات مثبتی در شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌ها مشاهده شده است (۱۵). نتایج پژوهش شادپور و همکاران نشان داد که با اجرای مدل PPP، رشدی معنادار و اثراتی مثبت در حیطه‌های مالی، خدمات، آموزش، مدیریت، و کارکنان بیمارستان مشاهده شده‌است. درواقع، در نتیجه مشارکت با شریکی غیردولتی (محب)، رشد معناداری در بعد ارائه خدمات نسبت به گذشته حاصل شده که لزوم ارجاع بیماران به دیگر مراکز را مرتفع کرده‌است؛ ضمن این که زمان انتظار برای دریافت خدمات نیز کاهش یافته، که این امر منجر به افزایش تعداد مشتریان و کاهش پرداخت از جیب آنان شده‌است. همچنین، با افزایش درآمدها، تسهیم ریسک مالی، جذب سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌ها، و همچنین نوسازی و ایجاد تجهیزات جدید، منافع زیادی نصیب بیمارستان شده‌است (۱۶).

در مجموع، بهره‌گیری از PPP در حوزه سلامت دارای صرفه اقتصادی بوده، منجر به ارائه خدمات با کیفیت‌تر، در مدت زمان کوتاه‌تر، و با هزینه کمتر می‌گردد (۱۷)؛ لذا اغلب صاحب‌نظران، توسعه و گسترش این الگوها را در ارائه خدمات بیمارستانی توصیه کرده‌اند. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که شناخت انواع الگوهای مشارکتی و استفاده از آنها در حوزه سلامت و همچنین بهره‌گیری از تجارب کشورهای موفق در این زمینه می‌تواند راه ورود سرمایه به این بخش را هموار کرده، بسیاری از مشکلات مالی و مدیریتی مربوط به ارائه خدمات بیمارستانی را مرتفع سازد. درواقع می‌توان گفت انتخاب رویکرد PPP یکی از راه‌حل‌های اساسی برای برطرف کردن معضل درمان کشور بوده، تامین درمان مطلوب و باکیفیت با هزینه منطقی را در جامعه تضمین می‌کند؛ لذا این مهم بایستی بیش از پیش مورد توجه مسئولین و سیاست‌گذاران قرار گیرد (۹). مطالعه حاضر با هدف بررسی تطبیقی انواع الگوهای PPP و اثرات و پیامدهای آن در نظام بیمارستانی کشورهای منتخب انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر به صورت تطبیقی و با هدف شناسایی انواع الگوهای PPP در کشورهای منتخب و همچنین بررسی

ریسک‌های عمده عملیاتی، مالی، و تکنولوژیکی را در مراحل طراحی، تامین مالی، ساخت و بهره‌برداری پروژه در قبال سودی معین بر عهده می‌گیرد (۶).

عوامل متعددی برای توجیه حرکت بخش‌های دولتی و خصوصی به سمت PPP و به‌کارگیری این الگو وجود دارد؛ به‌عنوان مثال، در مطالعه لی و همکاران (۲۰۰۵) عوامل جذاب و مهمی برای به‌کارگیری PPP در انگلستان عنوان شده که انتقال ریسک به بخش خصوصی و همچنین حل مشکلات مربوط به محدودیت بودجه بخش دولتی از جمله آنها بوده است (۷). در مطالعه‌ای که در هنگ‌کنگ و استرالیا (۲۰۰۵) انجام شد، این عوامل عبارت بودند از: فراهم کردن راه‌حلی یکپارچه برای خدمات دولتی، تسهیل رویکردهای خلاقانه و نوآورانه، حل مشکلات محدودیت بودجه‌ای بخش دولتی، و صرفه‌جویی در زمان تحویل پروژه (۸). در مجموع، بررسی تجارب کشورهای مختلف در خصوص استفاده از گزینه‌های مختلف PPP بیانگر اثرات مثبت این گزینه‌ها بر هزینه‌های ارائه خدمات، میزان بهره‌برداری، دسترسی جمعیت تحت پوشش، و سایر شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌های دولتی می‌باشد (۹).

مشارکت بخش خصوصی در بیمارستان‌های دولتی اشکال مختلفی داشته، از قراردادهای ساده خدمات پشتیبانی تا مراحل پیچیده طراحی، ساخت، و مدیریت تسهیلات بیمارستانی را پشتیبانی می‌کند. در هریک از این مدل‌ها، نوع مالکیت و مدیریت بیمارستان، مسئولیت طراحی و ساخت، و همچنین سرمایه‌گذاری، ریسک‌های تجاری، و مدت‌زمان قرارداد متفاوت می‌باشد (۱۰-۱۳). مدل‌های PPP در سیستم‌های بهداشتی-درمانی و نظام بیمارستانی بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته و همچنین برخی کشورهای درحال توسعه از قبیل هند، چین، برزیل، و آفریقای جنوبی به‌کار گرفته شده، و دستاوردهایی در خصوص ارتقای کارایی و کیفیت، بهبود شاخص‌های عملکردی، و انتقال ریسک به بخش خصوصی را به‌دنبال داشته‌است (۴، ۱۳).

در کشور ما، اختصاص بیش از نیمی از اعتبارات بخش سلامت به بیمارستان‌ها و از طرفی ضریب اشغال تخت پایین بیمارستان‌ها در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته، گویای این واقعیت است که منابع موجود به‌طور صحیح و مناسب مورد بهره‌برداری قرار نمی‌گیرد؛ لذا به‌کارگیری شیوه‌های صحیح مدیریت ضروری می‌نماید. بنابراین، سیاست‌گذاران و مسئولان ارشد کشوری به دنبال خروج از این وضعیت و نیز به‌کارگیری سیاست‌ها و اقداماتی راهگشا برای بهبود وضعیت بیمارستان‌ها، به‌ویژه در بخش دولتی، هستند؛ ازجمله این سیاست‌ها می‌توان به بهره‌گیری از توان بالقوه بخش خصوصی در نظام بیمارستانی موجود اشاره کرد (۱۴). با توجه به الزام‌های قانونی سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی مبنی بر تعامل بیشتر و بهتر با بخش خصوصی (ماده ۱۳۶)، و با عنایت به این که مبانی این مدل در قانون برنامه‌های پنجم و ششم توسعه و همچنین سیاست‌های کلی سلامت

نیز از طریق بازدید از بیمارستان‌ها و گفتگو با مقامات ارشد بیمارستان، و همچنین مطالعه و بررسی توافق‌نامه‌ها و قراردادهای بخش خصوصی با دانشگاه گردآوری، خلاصه‌سازی، و طبقه‌بندی گردید.

مقالات و متون منتخب پس از بازیابی و ورود به مطالعه توسط اعضای تیم پژوهش مورد بررسی دقیق قرار گرفت و جداول و یافته‌های مرتبط با آن وارد فرم‌های خلاصه‌سازی داده‌ها شد. در ادامه، پس از مرور مجدد یافته‌های استخراج‌شده و بررسی میزان مشابهت میان یافته‌های تلخیص شده، مولفه‌هایی از قبیل تامین مالی، ساخت و ساز، بهره‌برداری، نگهداری، مدیریت، ارائه خدمات بالینی و غیربالینی و همچنین دستاوردها و پیامدهای حاصل از اجرایی شدن PPP در بخش بیمارستانی به‌عنوان محورهای اصلی بررسی تطبیقی مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

بخش خصوصی به روش‌های مختلف می‌تواند در توسعه و ارائه خدمات بیمارستانی با بخش دولتی مشارکت و تعامل داشته باشد. هر یک از این روش‌ها و رویکردها با توجه به طراحی و ساخت بیمارستان، مسئولیت سرمایه‌گذاری کلان (سرمایه‌مانند زمین و ساختمان بیمارستان)، مدیریت بیمارستان، انتقال ریسک‌های تقاضا (خطرات مربوط به نوسانات، و افزایش و کاهش تقاضا)، مالکیت بیمارستان، و مدت‌زمان قرارداد طبقه‌بندی می‌شوند. در نگاه کلی، مدل‌های مشارکت در واقع روی طیفی قرار دارند که در یک‌سوی آن بخش دولتی مسئولیت تامین مالی، ساخت، بهره‌برداری، و نگهداری بیمارستان را به‌همراه ریسک‌های مربوطه به‌عهده دارد و در سوی دیگر، با خصوصی‌سازی کامل بیمارستان دولتی، کلیه موارد فوق به بخش خصوصی انتقال می‌یابد. در جدول شماره ۱ انواع گزینه‌های مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات بیمارستانی بر اساس مسئولیت‌های طرفین در قرارداد به‌صورت خلاصه نشان داده شده‌است.

جدول ۱- انواع الگوهای مشارکت بخش خصوصی در بیمارستان‌های دولتی

مدل‌ها	حیطه‌ها	مسئولیت طراحی و ساخت	مسئولیت سرمایه‌گذاری کلان	مالکیت بیمارستان	مدیریت بیمارستان	انتقال ریسک	مدت‌زمان قرارداد
قراردادهای خدمات		دولتی	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی	۶-۲۴ ماه
قراردادهای برون‌سپاری		دولتی	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی-خصوصی	۱-۳ سال
پیمان مدیریت		دولتی	دولتی	دولتی	خصوصی	دولتی	۳-۵ سال
قراردادهای اجاره		دولتی	دولتی	دولتی	خصوصی	خصوصی	۸-۱۵ سال
قراردادهای ابتکار مالی خصوصی		خصوصی	خصوصی	دولتی	خصوصی و تحت مقررات دولتی	خصوصی	۱۵-۲۰ سال
قرارداد امتیاز انحصاری		خصوصی	خصوصی	دولتی-خصوصی	خصوصی	خصوصی	۲۰-۳۰ سال
سرمایه‌گذاری مشترک		دولتی-خصوصی	دولتی-خصوصی	دولتی-خصوصی	دولتی-خصوصی	دولتی-خصوصی	متغیر
محرومیت بخش دولتی یا خصوصی‌سازی کامل		خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	نامحدود

مشخصات و ویژگی‌های این مدل‌ها و اثرات و دستاوردهای حاصله از آنها در این کشورها در سال ۱۳۹۴ به انجام رسید. جامعه پژوهش حاضر شامل تمامی کشورهای صاحب‌تجربه در زمینه اجرایی کردن الگوهای PPP در نظام سلامت و سیستم بیمارستانی، به‌همراه منابع و مقالات معتبر و قابل‌دسترسی در این زمینه بود. طبق بررسی‌های اولیه و مطالعه متون مختلف، تعدادی از این کشورها که دارای تجارب موفق در زمینه اجرایی کردن PPP در بخش سلامت بودند، به‌عنوان نمونه پژوهش در این مرحله انتخاب شدند. بدین منظور سعی گردید تا این کشورها به‌صورت پراکنده و از نقاط مختلف دنیا انتخاب شوند. نمونه موردپژوهش اولیه به‌شرح زیر بود: انگلیس، استرالیا، اسپانیا، پرتغال، کانادا، برزیل، ترکیه، و لسوتو. همچنین، تنها تجربه اجرایی شدن PPP در بخش بیمارستانی ایران نیز بررسی و با تجارب سایر کشورها مقایسه شد.

کلیه مطالعات مرتبط در بازه زمانی ۱۹۹۰ (شکل‌گیری و پیدایش الگوهای PPP در حوزه سلامت) تا ۲۰۱۶ (توسعه و گسترش الگوهای PPP در سرتاسر دنیا) مورد بررسی قرار گرفت. برای گردآوری داده‌های مربوط به کشورهای مورد مطالعه، از فرم خلاصه‌سازی داده‌ها، که بر اساس اهداف پژوهش طراحی شده بود، استفاده گردید. برای این منظور کلیدواژه‌های Public-Private Partnership، Public Private Relationship، Private Sector Contracting، Partnership Models، PPP، و Private Finance Initiative (PFI) در پایگاه‌های اطلاع‌رسانی، کتب مرجع، گزارش‌های منتشر شده سازمان بهداشت جهانی و بانک جهانی، مراکز دانشگاهی و تحقیقاتی و بانک‌های اطلاعاتی، PubMed، Web of Science، Science Direct، Elsevier، Proquest، Cochrane library، Scopus و Google Scholar و کلیدواژه‌های فارسی مشارکت دولتی-خصوصی، مدل‌های مشارکت و سرمایه‌گذاری در بخش سلامت در پایگاه‌های داده‌ای SID، Iran doc، و Magiran در محدوده زمانی قید شده جستجو شد. داده‌های مربوطه پیرامون تجربه بیمارستان‌های ایران

خدمات بالینی و غیر بالینی می‌توانند تفکیک شده، توسط نهادهای مختلف ارائه شوند. مدت قرارداد پروژه‌ها متفاوت است، اما می‌توانند شباهت‌هایی نیز داشته باشند. پرداخت به شریک خصوصی می‌تواند در قبال تعداد بیماران درمان شده و وضعیت شاخص‌های عملکردی صورت گیرد و یا از پیش، در زمان عقد قرارداد تعیین شود. این موارد در جدول شماره ۲ به‌طور خلاصه نشان داده شده‌اند.

جدول ۲- مقایسه مدل‌های مختلف PPP در خدمات بیمارستانی کشورهای منتخب

ایران	ترکیه	انگلیس	برزیل	کانادا	اسپانیا	پرتغال	لسوتو	استرالیا	شریک خصوصی
ملی	ملی	ملی	ملی و بین‌المللی	بین‌المللی	ملی	ملی	ملی و بین‌المللی	ملی	
وام بانکی و آورده شریک خصوصی	تامین مالی پروژه‌ای	تامین مالی پروژه‌ای	وام بانکی	تامین مالی پروژه‌ای	وام بانکی	تامین مالی پروژه‌ای	وام بانکی	تامین مالی پروژه‌ای	تامین مالی
خصوصی	خصوصی	خصوصی	دولتی (ایالت)	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	ساخت‌وساز
خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	نگهداری
خصوصی	خصوصی	خصوصی / دولتی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	بهره‌برداری
خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	مدیریت
دولتی / خصوصی	خصوصی / دولتی	دولتی	خصوصی	دولتی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خدمات بالینی
خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خدمات غیر بالینی
-	پرداخت بر اساس میزان استفاده از خدمات	پرداخت بر اساس دسترسی و میزان استفاده از خدمات	پرداخت به‌ازای شاخص‌های کلیدی عملکرد	پرداخت ماهانه به ازای خدمات	هزینه سرانه سالانه	به‌ازای هر پروانه پزشکی + سهم سالانه	پرداخت به‌ازای خدمات	پرداخت‌های در دسترس	پرداخت به شریک خصوصی
نوسازی و تجهیز بیمارستان‌های دولتی - ارتقای شاخص‌های عملکردی بیمارستان - عدم نیاز به ارجاع بیماران به مراکز دیگر	- افزایش در تعداد تخت‌های بیمارستانی - توسعه صنعت - تورسم پزشکی - ارتقای کیفیت خدمات به گردشگران در بیمارستان‌های دولتی	صرفه‌جویی در ساخت و بهره‌برداری از بیمارستان - دسترسی بیشتر مردم به خدمات درمانی - انتقال ریسک به بخش خصوصی و متعاقب آن اطمینان بیشتر از هزینه‌ها برای دولت	- افزایش اقدامات پزشکی - افزایش تقاضای اورژانسی - ایجاد مشاغل پزشکی جدید	- ارزش آفرینی پولی، ارائه خدمات در زمان و بودجه تعیین شده، ابتکار و نوآوری در خدمات بیمارستانی	- ادغام بیمارستان و مراقبت‌های اولیه (جامعه) - دسترسی بیشتر به خدمات با کیفیت تر - کاهش مدت زمان انتظار برای خدمات سرپایی و اعمال جراحی	انتقال خطرپذیری و هزینه‌های بهداشتی درمانی قابل پیش‌بینی برای دولت - دسترسی یکسان برای همگان - افزایش بهره‌وری در کل سیستم - کیفیت بهتر به‌ازای هزینه کمتر	دریافت تسهیلات، خدمات پزشکی و مراقبت‌های با کیفیت‌تر بدون افزایش هزینه برای دولت - حفاظت دولت از ریسک‌های تامین مالی، عملیاتی، و قانونی	- ارائه خدمات با کیفیت بالا بدون افزایش هزینه - ارائه بسته کامل از خدمات شامل خدمات پزشکی و غیر پزشکی برای جمعیت تحت پوشش	

و با حق رجوع محدود است. برخلاف سهام، وام‌های بانکی بزرگ‌ترین بخش تامین مالی را تشکیل می‌دهند. باین‌حال، تجربه اغلب کشورهای مورد بررسی، اوراق بدهی را به‌عنوان ابزار اصلی تامین مالی نشان می‌دهد. ساخت و ساز و یا تجهیز بیمارستان اغلب به‌عنوان بخشی از پروژه‌های مشارکتی در نظر گرفته می‌شود که مسئولیت آن بسته به نوع قرارداد می‌تواند بر عهده شریک بخش خصوصی، دولتی، و یا هر دو باشد. در برزیل، صرف‌نظر از استفاده از PPP در هر پروژه، ایالت‌ها مسئول ساخت بیمارستان‌ها هستند. چنانچه در قراردادی مسئولیت بهره‌برداری و مدیریت به شریک خصوصی واگذار شود،

تابستان ۹۷، دوره بیست و یکم، شماره دوم، پیاپی ۸۱

نتایج حاصل از مطالعه نشان می‌دهد که اغلب کشورهای مورد مطالعه که دارای تجربه طولانی‌تری در اجرای PPP در بخش بهداشت و درمان هستند، برای اجرای پروژه‌های خود به شرکت‌های ملی رجوع می‌کنند. مدل‌های مختلفی برای تامین مالی پروژه وجود دارد و منابع مالی را می‌توان در ترکیب‌های مختلفی قرارداد. در این روش، تامین مالی مستقیماً توسط مجری پروژه از بانک صورت می‌گیرد و نیازی به بانک خریدار و فروشنده نیست؛ تکیه وام دهنده معمولاً بر توجیه فنی-اقتصادی پروژه بوده، تنها منبع بازپرداخت، دارایی‌ها و جریانات نقدی و ورودی پروژه می‌باشد. این روش مشتمل بر قراردادهای بدون حق رجوع

در بسیاری از کشورها، از جمله کشورهای مورد مطالعه، محدودیت‌های بودجه عمومی دولت منجر به دعوت نهادهای بخش خصوصی برای ورود به مشارکت و قراردادهای طولانی‌مدت PPP به منظور تامین مالی، ساخت، و بهره‌برداری پروژه‌های سرمایه‌ای عظیم از قبیل بیمارستان‌ها شده‌است (۱۸). مشارکت با بخش خصوصی اهداف و انگیزه‌های متفاوتی داشته، در کشورهای مختلف با هدف طراحی، برنامه‌ریزی، تامین مالی، ساخت‌وساز، بهره‌برداری، نگهداری، و مدیریت پروژه‌ها شکل می‌گیرد (۱۹). در سال ۱۹۹۹ کمبود شدید تخت‌های بیمارستانی در برزیل، ضرورت سرمایه‌گذاری جدید و حرکت به سمت PPP را در این بخش ایجاد نمود (۲۰). هدف اصلی شکل‌گیری PPP در استرالیا، عدم توانایی دولت در تامین نیازهای فزاینده خدمات بهداشتی-درمانی ساکنین منطقه، و در لسوتو، بافت قدیمی و فرسوده بیمارستان‌ها بوده‌است (۲۱). استفاده از PPP در کشورهای مختلف مدل‌های گوناگونی دارد که از قراردادهای ساده خدمات پشتیبانی تا مراحل پیچیده طراحی، ساخت، و مدیریت تسهیلات بیمارستان‌ها را دربرمی‌گیرد؛ این مدل‌ها از نظر مسئولیت طراحی، ساخت، تامین مالی، مدیریت، و مالکیت بیمارستان، ریسک‌های تجاری هریک از بخش‌ها، و مدت‌زمان قرارداد با هم متفاوتند (۴، ۱۰، ۱۳، ۲۲). شریک بخش خصوصی می‌تواند مسئول تمام یا بخشی از عملیات پروژه باشد، و تامین مالی نیز ممکن است به عهده هر یک از بخش‌های خصوصی، دولتی، و یا هر دو واگذار شود. درجات مسئولیت و ریسک‌پذیری نیز بسته به توافقات طرفین می‌تواند متغیر باشد (۲۳).

مک کی^۲ و همکاران (۲۰۰۶) بر اساس تقسیم‌بندی مسئولیت‌ها، مالکیت، نسبت به زیرساخت، یا خدمات، مدل‌های مختلف PPP برای تدارکات بیمارستان را به صورت متمایز ارائه دادند. اولین تمایز این بود که آیا بیمارستان از قبل وجود داشته یا خیر؛ اگر وجود داشته که قرارداد PPP درواقع حق امتیازی است که طی آن نهادی دولتی، مدیریت بیمارستان را به شرکتی خصوصی برون‌سپاری می‌کند. اگر زیرساخت باید ساخته شود، در آن صورت ساخت، عملیات، و مالکیت تسهیلات میان شرکا تقسیم می‌شود. بیشتر اوقات شریک خصوصی به تامین مالی پروژه پرداخته، بیمارستان را طراحی، و زیرساخت را می‌سازد؛ و سپس به بهره‌برداری از بیمارستان مشغول می‌شود. در غیر این صورت، شریک خصوصی می‌تواند بیمارستان را ساخته و راه‌اندازی کند، و به دنبال آن مالک زیرساخت و مسئولان دولتی برای مدتی ثابت خدمات را خریداری کنند. در پایان قرارداد، مالکیت می‌تواند همچنان خصوصی باقی مانده، یا به حوزه دولتی

وی مکلف است تمامی خدمات بیمارستانی اعم از بالینی و غیربالینی را فراهم نماید. این قضیه در انگلیس، که خدمات بالینی به‌طور کامل به نهادهای دولتی تخصیص داده شده‌اند، شکل متفاوتی دارد؛ در این حالت هردو شریک بهره‌برداری از پروژه و مدیریت بیمارستان را بر عهده دارند. قرارداد زیرساخت عموماً ۳۰ ساله است، هرچند شرایط آن در اسپانیا متفاوت می‌باشد. در این کشور قراردادهای مدیریت، بهره‌برداری، تعمیر، و نگهداری از پروژه‌ها عموماً کوتاه‌تر و حدوداً ۱۰ ساله است و مدت آن بستگی به الزامات مسئولان دولتی دارد. نهایتاً، ساختار پرداخت همواره با یک مبلغ سالانه از پیش تعیین‌شده آغاز می‌شود، اما مقدار حقیقی آن ممکن است در طول پروژه تغییر کند. این گوناگونی در هر مورد، به شکلی متفاوت گزارش می‌شود. در برزیل، پرداخت به شاخص‌های کلیدی عملکرد پیوندخورده و در انگلیس، بر استفاده و دسترسی همگانی به خدمات تأکید شده‌است. پرتغال، اسپانیا، و کانادا ساختارهای مشابهی دارند؛ پرتغال و کانادا از پرداخت‌های مرتبط با خدمات ارائه‌شده همراه با مبلغ تعدیلات در پایان سال استفاده می‌کنند، درحالی‌که اسپانیا بر پرداخت به ازای هر بیمار تکیه دارد.

نظارت و پایش پروژه‌های PPP می‌تواند در هر کشور ساختاری متفاوت داشته باشد؛ به‌عنوان مثال، نظارت بر عملکرد بخش خصوصی در استرالیا توسط شورای استانداردهای بهداشت و درمان استرالیا و در لسوتو توسط شورای اعتبارسنجی خدمات بهداشتی درمانی جنوب آفریقا صورت می‌گیرد. در اسپانیا نیز بیمارستان، علاوه بر بازرسی خارجی، توسط دولت محلی نیز تحت حسابرسی قرار می‌گیرد.

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی تجارب کشورهای موفق در رابطه با کاربرد PPP در توسعه خدمات بیمارستانی به انجام رسید. بدین منظور، نوع مدل‌های مورد استفاده به همراه مشخصات قراردادهای، مسئولیت‌های هر یک از طرفین در مشارکت، و همچنین اثرات و دستاوردهای حاصل‌شده از به کارگیری PPP مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاکی از آن است که در کشورهای مورد مطالعه تامین مالی، ساخت‌وساز، بهره‌برداری، نگهداری، مدیریت، و ارائه خدمات بالینی و غیربالینی به صورت توافقی بین شرکای خصوصی و یا دولتی تسهیم می‌گردد. طبق نتایج، تجارب موفق در زمینه به کارگیری PPP در ارائه خدمات بیمارستانی کشورهای مورد مطالعه مشاهده شده‌است. در ایران نیز PPP به تازگی در بخش سلامت و به خصوص ارائه خدمات بیمارستانی جای خود را پیدا کرده، مدل مشارکتی بیمارستان هاشمی‌نژاد و موسسه محب، اولین تجارب و نمونه‌های نسبتاً موفق در این زمینه بوده‌اند.

² McKee

نتیجه گیری

بررسی وضعیت PPP در ارائه خدمات بیمارستانی در چند کشور منتخب بیانگر آن است که این الگو در بیمارستان می تواند بسته به اهداف PPP و نیازهای جمعیتی، و همچنین منابع و محدودیت های دولت اشکال مختلفی به خود گیرد. نتایج مطالعه بیانگر آن بود که اجرای PPP در بخش بیمارستانی این کشورها اثرات و پیامدهای مثبتی به همراه داشته است. درواقع می توان گفت PPP ابزاری قوی و کارآمد برای ادامه حیات و بقای بیمارستان های دولتی و بهبود کیفیت خدمات آنها در محیط های در حال تغییر امروزی است. بسیاری از کسانی که در گذشته اعتقاد به ارائه خدمات درمانی توسط سیستم متمرکز دولتی داشتند، در حال حاضر معتقدند که بخش خصوصی جزء تفکیک ناپذیر برنامه ملی ارائه خدمات سلامت بوده، به کارگیری روش های متنوع مشارکت بخش خصوصی کمک موثری به بهبود کیفیت، کاهش هزینه ها، مدیریت بهتر منابع، و بازدهی بیشتر می کند.

کاربرد در تصمیم های مرتبط با سیاست گذاری در نظام سلامت

در اغلب کشورهای مورد مطالعه، به کارگیری الگوی PPP پیامدها و دستاوردهای زیادی را برای دولت، مردم، و بخش سلامت به همراه داشته است. در کشور ما نیز نمونه هایی از الگوهای مشارکتی در توسعه خدمات بیمارستانی اجرا شده که توانسته تا حدودی راه ورود سرمایه به بخش سلامت را باز کند. مسئولین و سیاست گذاران کشور بایستی با مطالعه الگوهای موفق دنیا و بومی سازی آنها در کشور و همچنین فراهم آوردن بستر مناسب برای مشارکت بخش غیردولتی، سطح آمادگی بیمارستان های کشور را برای اجرای الگوهای مشارکتی بالا ببرند. بنابراین، تعیین معیارها و شاخص هایی برای سنجش میزان آمادگی کشور برای اجرای پروژه های PPP به منظور تعیین نقاط قوت و زمینه های قابل بهبود ضروری است. لذا پیشنهاد می گردد مطالعاتی در جهت شناسایی عوامل موثر در اجرای PPP و همچنین ارائه الگوهای بومی و امکان سنجی استقرار آنها در بیمارستان های کشور انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از رساله دکتری در رشته مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی، مصوب دانشگاه علوم پزشکی شیراز با کد اخلاق IR.SUMS.REC.1394.S134 می باشد. نویسندگان مقاله به جهت حمایت های مالی مراتب سپاسگذاری خود را تقدیم معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز می نمایند.

تعارض منافع

نویسندگان ابراز می دارند که هیچگونه تعارض منافی ندارند.

منتقل شود. در گونه خاصی از این قرارداد، به عنوان مدل Alzira، پیمانکار خصوصی بیمارستان را ساخته و راه اندازی می کند، و برای ارائه مراقبت های بهداشتی به جمعیتی از پیش تعریف شده قراردادی را منعقد می نماید. در نهایت، ممکن است پیمانکار خصوصی زیرساخت را پس از ساخت به مسئول دولتی اجاره داده، یک نهاد دولتی مدیریت بیمارستان را بر عهده بگیرد (۲۴).

تصمیم دولت برای انتخاب بهترین گزینه مشارکت دولتی-خصوصی در بیمارستان ها به شرایط داخلی و خارجی بیمارستان، ظرفیت دولت برای قانون گذاری، و کنترل اثربخش کیفیت مراقبت، و موافقت کل مجموعه دولت برای اصلاحات در بیمارستان بستگی دارد (۱۳). اعتقاد بر این است که شناخت انواع الگوهای PPP و همچنین استفاده از تجارب کشورهای موفق در این زمینه می تواند راه را برای استقرار و توسعه PPP در بخش سلامت، به خصوص نظام بیمارستانی سایر کشورها، فراهم سازد (۱۵).

در PPP وظایف و مسئولیت ها و همچنین ریسک های مربوطه میان هر یک از شرکای خصوصی و دولتی تقسیم می شود. درواقع، مسئولیت ها و ریسک های مرتبط با تأمین مالی، طراحی، ساخت، و بهره برداری پروژه ها به عهده شریک خصوصی گذاشته شده، سایر مسئولیت ها و ریسک ها از قبیل ارائه دارایی های اساسی (مثل زمین)، یارانه ها (در صورت نیاز)، تضمین ریسک های سیاسی، و جریان های درآمدی به عهده شریک بخش دولتی است (۲۵). در تمام کشورهای مورد بررسی کار طراحی، ساخت و ساز، تجهیز، و نگهداری بر عهده شریک بخش خصوصی است. در انگلیس و کانادا تأمین مالی پروژه بر دوش شریک خصوصی است. در انگلیس، اسپانیا، کانادا، و ترکیه ارائه خدمات غیربالیینی، و در استرالیا و لسوتو ارائه خدمات بالینی و غیربالیینی بر عهده شریک خصوصی است. در تجربه ایران نیز بیمارستان دولتی هاشمی نژاد و غیردولتی محب مهر که بر اساس یک الگوی مشارکتی در مجاورت هم قرار گرفته اند، به صورت مجزا خدمات بالینی و غیربالیینی را ارائه داده، هر کدام دارای مدیریت مستقل می باشند (۲۶).

در هر یک از کشورهای مورد مطالعه، به کارگیری الگوی PPP پیامدها و دستاوردهای زیادی برای دولت، مردم، و بخش سلامت به همراه داشته است. در بخش سلامت، مشارکت می تواند به طور ویژه به عنوان یک روش اعمال نفوذ مهارت های مدیریتی و فنی (نظارت مبتنی بر عملکرد) و تحریک انتقال تکنولوژی ارزش خود را نشان دهد که همه این موارد می تواند منجر به ارتقای کیفیت گردد. همچنین، مشارکت می تواند منجر به کاهش و یا تخصیص بهتر ریسک ها شود. همگرایی مناسب تر منافع و تخصص ها در PPP در عمل ممکن است منجر به مدیریت بهتر اجرای پروژه گردد (۲۷).

References

- 1- Ferdosi, Farahabadi ME, Mofid M, Rejalian F, Haghighat M, Naghdi P. Evaluating the Outsourcing of Nursing Services in Kashani Hospital, Isfahan, Iran. *Health Inf Manage.* 2013;9(7):989-96.
- 2- World health organization (WHO). Health Systems: Improving performance. *World Health Report 2000*. Geneva, Switzerland; 2000.
- 3- Barrows D, MacDonald HI, Supapol AB, Dalton-Jez O, Harvey-Rioux S. Public-private partnerships in Canadian health care. *OECD Journal on Budgeting.* 2012;12(1):1-14.
- 4- Taylor R, Blair S. Public Hospitals: Options for reform through public-private partnerships. Viewpoint. World Bank, Washington, DC. 2002. Available from: <http://hdl.handle.net/10986/11358>.
- 5- 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 [Internet]. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe; [cited 2015 Mar 30]. (Discussion Paper). Available from: http://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/images/ICoE/PPPHealthcareSector_DiscPaper.pdf.
- 6- Shuping S, Kabane S. A case study of the Pelonomi and Universitas Hospital co-location project: health care delivery. *South African Health Review.* 2007;151-8.
- 7- Li B, Akintoye A, Edwards PJ, Hardcastle C. Perceptions of positive and negative factors influencing the attractiveness of PPP/PFI procurement for construction projects in the UK: Findings from a questionnaire survey. *Engineering, Construction and Architectural Management.* 2005;12(2):125-48.
- 8- Cheung E, Chan AP, Kajewski S. Reasons for implementing public private partnership projects: Perspectives from Hong Kong, Australian and British practitioners. *Journal of Property Investment & Finance.* 2009;27(1):81-95.
- 9- 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. *Electronic Physician.* 2016;8(4):2208.
- 10- Public-Private Partnerships: Reference Guide. International Bank for Reconstruction and Development / International Development Association or The World Bank: Washington DC; 2012.
- 11- Bovis C. Public-private partnerships in the 21st century. *ERA Forum.* 2010;11(3):379-98.
- 12- Gholamzadeh Nikjoo R, Jabbari Beyrami H, Jannati A, Asghari Jaafarabadi M. Prioritizing public- private partnership models for public hospitals of iran based on performance indicators. *Health Promot Perspect.* 2012;2(2):251-64.
- 13- Jabbari Beyrami H, Gholamzadeh Nikjoo R, Jannati A, Dadgar E. ntroducing Public-Private Partnership Options in Public Hospitals. *Hakim Research Journal.* 2013;16(3):201-10.
- 14- Mobaraki H, Danesh Dehkordi N. Comprehensive plan to reform the system of hospital management. Iran: Tehran: Ministry of Health, 2005.
- 15- Sadeghi A. Designing a Customized Model of Public- Private Partnership (PPP) and Feasibility of Stabilizing in Hospitals Affiliated to Shiraz University of Medical Sciences [Ph.D Thesis]. Shiraz: Shiraz University of Medical Sciences; 2017.
- 16- Shadpour P, Barzegar M, Afzal E. Study on the Impact of Implementing Public-Private Partnership (PPP) at Hasheminejad Kidney Center. *International Journal of Hospital Research.* 2013;2(4):195-200
- 17- Daneshjafari D. The Roll of Public-Private Partnership in Developing Health Section. *Liman Magazine Consulting Architects & Engineers.* 2015(5):84-93.
- 18- Sinisammal J, Leviäkangas P, Autio T, Hyrkäs E. Entrepreneurs' perspective on public-private partnership in health care and social services. *Journal of health organization and management.* 2016;30(1):174-91.
- 19- Ho PH. Development of public private partnerships (PPPs) in China. *Surveyors Times.* 2006;15(10):1-5.
- 20- Fernandez RN, Carraro A, Menezes G, Neto GB. Design contract for public-private partnerships: a theoretical model for Brazilian hospitals. https://www.anpec.org.br/encontro/2012/inscricao/files_1/i4-ab623262c542de76f30296090fb79f59.pdf. Published 2014.
- 21- Public-Private Investment Partnerships for Health: An Atlas of Innovation. San Francisco: The Global Health Group, University of California, San Francisco; 2010: 17-21.
- 22- Bouman S, Frierson R, Gielen M, Wilms P. Public-Private Partnerships in developing countries. *IOB Evaluations (Netherlands)* eng no 378. 2013.
- 23- Kinlaw H, editor Public-private investment partnerships in health systems strengthening. Report on Wilton Park Conference; 2008.
- 24- McKee M, Edwards N, Atun R. Public-private partnerships for hospitals. *Bull World Health Organ.* 2006;84(11):890-6.
- 25- Queiroz C, Astesiano G, Serebrisky T. An Overview of the Brazilian PPP Experience from a Stakeholders' Viewpoint. *Inter-American Development Bank*, 2014.
- 26- 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(11): 1401-6.
- 27- Nikolic IA, Maikisch H. Publicprivate partnerships and collaboration in the health sector: an overview with case studies from recent European experience [Internet]. Washington (DC): World Bank; 2006 Oct [cited 2015 Mar 30]; Available from: <http://siteresources.worldbank.org/Intecaregtopheanut/>

Implementation of Public-Private Partnership (PPP) Model in the Provision of Hospital Services in Iran and Selected Countries

Ahmad Sadeghi ¹, Peivand Bastani ², Omid Barati ^{3*}, Davood Daneshjafari ⁴, Masoud Etemadian ⁵

¹ Department of Public Health, Esfarayen Faculty of Medical Sciences, Esfarayen, Iran

² Health Human Resources Research Center, School of Management & Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

³ School of Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran and Health Human Resources Research Center;

School of Management & Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

⁴ Department of Economics, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

⁵ Hospital Management Research Center, Hasheminejad Kidney Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background: Public-private partnerships (PPPs) have been constructively considered in recent years to reform health sectors in many countries. This study was conducted to review the experiences of selected countries in the use of PPP in the provision of hospital services.

Methods: This study was a comparative-applied type study conducted in 2015. To collect data, valid databases and other related resources in the field of the private-sector partnership in hospital services were employed. Purposive sampling was used to choose countries such as Australia, Lesotho, Portugal, Spain, Canada, Brazil, UK, and Turkey, which had successful experiences in the field of application of the PPP in hospital services for inclusion in the study. Likewise, the only experience of Iranians in this field was reviewed. The results obtained from each country were compared in a comparative table.

Results: The findings of this study showed that items such as financing, construction, operation, maintenance, management, provision of clinical and non-clinical services, and payment structure in different PPP models can be variable from country to country.

Conclusions: In the studied countries, successful experiences in the use of PPP, in the provision of hospital services were observed. By utilizing the experiences of successful countries and localization of participatory patterns, a good development in the health sector can be created and provide a background for the development and promotion of this model.

Keywords: Public-Private Partnership; Hospital Services; Comparative Study; Selected Countries; Iran

Please cite this article as follows:

Sadeghi A, Bastani P, Barati O, Daneshjafari D, Etemadian M. Implementation of Public-Private Partnership (PPP) Model in the Provision of Hospital Services in Iran and Selected Countries. *Hakim Health Sys Res* 2018; 21(2): 114- 121.

***Corresponding Author:** Ph.D., Associate Professor, Health Human Resources Research Center, School of Management & Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Almas Building, Alley 29, Qasrodasht Ave., Shiraz, Iran. Tel: +98-7132340779, Fax: +98-712340039, Email: omidbarati40@gmail.com