

الگوهای «مشارکت دولتی - خصوصی» و اثر آنها بر شاخص‌های میانی بیمارستان: یک مرور انتقادی

زهرا اسدی پیری^۱ / سعاد باوی^۲ / راضیه باجولوند^۱ / ثریا نورایی مطلق^۳ / محمدحسن ایمانی نسب^۴ /

حشمت اله اسدی^۳ / علی نعمتی^۵

چکیده

مقدمه: یکی از راه‌حل‌های پیش روی دولت‌ها برای مواجهه با مشکل محدودیت منابع در بخش سلامت، مشارکت دولتی- خصوصی است. مطالعه حاضر با هدف بررسی اثرهای الگوهای مختلف مشارکت دولتی- خصوصی بر شاخص‌های میانی بیمارستان و شناسایی عوامل موثر بر اجرای موفقیت‌آمیز آن انجام شد.

روش‌ها: پژوهش حاضر یک مرور انتقادی است. جستجو با استفاده از کلیدواژه‌های مناسب به دو زبان فارسی و انگلیسی در بازه زمانی ۲۰۱۷-۲۰۲۰ انجام شد. جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed, Proquest, Ovid, Google Scholar, Science Direct, Springer Scopus, Magiran, SID, IranMedex و Irandoc انجام شد؛ برای ارزیابی کیفیت مقاله‌ها از ابزارهای ارزیابی نقادانه و رده‌بندی براساس هرم شواهد استفاده شد. عوامل زمینه‌ای موثر بر اجرای موفقیت‌آمیز مشارکت دولتی- خصوصی در بیمارستان‌ها با روش تحلیل محتوا شناسایی شد.

یافته‌ها: در مجموع ۲۰ مقاله برای ورود به مطالعه انتخاب گردید. شش الگوی مشارکت دولتی- خصوصی در بیمارستان‌ها مورد استفاده قرار گرفته است. الگوها شامل الگوی Alzira, DBFO/PFI, قرارداد مدیریت, Colocation & DBFLO, برون سپاری و خصوصی سازی بودند. هر کدام از این الگوها تاثیرهای متفاوتی بر عدالت، کیفیت، کارایی و دسترس دارند. عوامل مؤثر بر اجرای موفقیت‌آمیز پروژه‌های مشارکت دولتی- خصوصی شامل: چارچوب‌های قانونی، پشتیبانی سیاسی، مشوق‌های مالی و ظرفیت‌سازی بود.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد الگوی DBFO/PFI برای پروژه‌های ساخت و ساز و الگوهای قرارداد مدیریت، برونسپاری و Alzira برای ارائه خدمات‌های بیمارستانی مناسب‌تر هستند. لذا، سیاستگذاران سلامت می‌توانند الگوهای مختلف مشارکت دولتی- خصوصی را براساس تاثیرهای که بر شاخص‌های میانی می‌گذارند، به‌کار گیرند.

کلیدواژه‌ها: مرور، پژوهش کیفی، مشارکت‌های بخش دولتی- خصوصی؛ تعاون دولتی- خصوصی؛ ارائه خدمات سلامت؛ کیفیت، دسترسی و ارزشیابی مراقبت سلامت

• وصول مقاله: ۹۷/۰۲/۱۸ اصلاح نهایی: ۹۷/۰۵/۲۷ پذیرش نهایی: ۹۷/۰۵/۲۹

۱. کارشناس بهداشت عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

۲. کارشناس بهداشت عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران

۳. استادیار گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

۴. استادیار گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران؛ نویسنده

مسئول (imani_mh@yahoo.com)

۵. دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی، درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مقدمه

در تمام دنیا رشد هزینه‌ها در بخش سلامت بسیار بیشتر و سریع‌تر از سایر بخش‌ها بوده است و این روند رو به رشد کماکان نیز ادامه دارد. [۱، ۲] به طوری که، طبق اعلام بانک جهانی کل هزینه‌های سلامت در سال ۲۰۱۵، حدود ۹/۹ درصد از تولید ناخالص داخلی کشورها بوده است. تداوم این روند دولت‌ها را در تأمین منابع مالی مورد نیاز برای بخش سلامت با تهدید جدی مواجه خواهد کرد. [۳] بیمارستان نیز به عنوان مهم‌ترین سازمان مراقبت سلامت، نقش مهمی در ارتقاء سلامت در جامعه ایفا می‌کند. [۴] طبق اعلام سازمان جهانی بهداشت ۳۶ درصد از کل هزینه‌های مراقبت‌های سلامت برای زیرساخت‌های بیمارستان، تجهیزات پزشکی و وسایل نقلیه استفاده می‌شود. [۵] همچنین، طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، بیمارستان‌های دولتی تقریباً ۸۰ درصد منابع نظام سلامت را به خود اختصاص داده‌اند. [۶] بنابراین از آنجایی که بیمارستان‌ها بخش بزرگی از بودجه سلامت در هر کشور را به خود اختصاص می‌دهند، توجه کامل به عملکرد و هزینه‌های آن‌ها اهمیت فراوانی دارد. [۷]

در دهه‌های ۱۹۹۰، ۲۰۰۰ و ۲۰۱۰، محدودیت منابع بودجه‌ای، کارایی، کیفیت و عدالت پایین خدمات‌های ارائه شده توسط دولت، اداره‌ی سازمان‌های سلامت توسط دولت‌ها را زیر سؤال برده است. [۸] شاخص‌های کارایی، کیفیت و عدالت شاخص‌های میانی نظام سلامت از جمله بیمارستان‌ها محسوب می‌شوند. کارایی به معنای حداکثر استفاده از منابع موجود، کیفیت به معنای برآورده ساختن نیازهای بالینی و غیر بالینی بیماران و عدالت به معنای دسترسی عادلانه جغرافیایی، اقتصادی، فرهنگی و زمانی همه افراد یک جامعه به خدمات‌های بیمارستانی است. وضعیت نامطلوب شاخص‌های میانی نظام سلامت، کشورها را بر آن داشته تا تمامی تلاش خود را در بهره‌گیری از مشارکت فعال بخش خصوصی و ایجاد فضای رقابتی مناسب برای فعالیت آن‌ها به کار بندند. این تلاش‌ها در قالب مشارکت دولتی-خصوصی (PPP: Public

Private Partnership) متبلور شده است. [۷، ۹، ۱۰] تعریف مورد توافق در باره PPP وجود ندارد. [۱۱] یکی از تعاریف نسبتاً مشهور PPP، آن را به عنوان روشی برای تدارک بهتر پروژه‌های عمومی از طریق مشارکت دادن تخصص، کارایی، نوآوری، دید تجاری، تسهیم خطر و تأمین مالی بخش خصوصی تعریف کرده است. [۱۰] در دو دهه‌ی گذشته در سراسر جهان به طور فزاینده‌ای از این الگو در نظام سلامت استفاده شده است [۱۲]؛ به عنوان مثال در سال ۲۰۱۰ در انگلستان، ایتالیا و اسپانیا به ترتیب تعداد ۱۴۶، ۷۱ و ۱۹ پروژه‌ی مشارکتی اجرا شدند. [۱۳] در این سال در سراسر دنیا تقریباً ۴ میلیارد دلار قرارداد مشارکتی در بخش سلامت به امضا رسید. [۱۴]

الگوهای PPP در بیمارستان‌ها دارای اشکال مختلفی دارند که از قراردادهای ساده خدمات‌های پشتیبانی (تغذیه، استریلیزاسیون، رختشویی، نظافت، نگهداری، باغبانی و سیستم‌های اطلاعات) تا مراحل پیچیده طراحی، ساخت و مدیریت تسهیلات بیمارستان‌ها را شامل می‌شود که سطوح مختلفی از مسئولیت و خطر بین بخش دولتی و خصوصی را دربرمی‌گیرد. [۱۵، ۱۶] اگرچه برخی از کشورها در راستای کاهش هزینه‌ها به موازات بهبود کیفیت خدمات‌ها، به استفاده از گزینه‌های PPP در بیمارستان‌های دولتی اقدام نموده‌اند؛ [۷] اما توجه به این نکته ضروری است که بهبود عملکرد توسط بخش خصوصی یک امر قطعی نیست؛ بلکه به بسیاری از شرایط داخلی و خارجی سازمان نیز بستگی دارد. در صورتی که بخش خصوصی تحت نظارت دقیق دولت نباشد، ممکن است از طریق سرمایه‌گذاری غیرضروری در تکنولوژی گران‌قیمت سبب افزایش هزینه نهایی خدمت گردد. [۱۷]

الگویی جهان شمول و یکسان از PPP که تمام اهداف نظام سلامت را تأمین نماید، وجود ندارد. مشخص شده است که موفقیت الگوهای PPP در همه‌جا یکسان نیست؛ بنابراین در این خصوص باید به نمونه‌ها و تجارب موفق و ناموفق آن توجه نمود. [۱۸]

انواع مطالعه‌ها از قبیل مقطعی، کمی، کیفی، ترکیبی، مروری، سری زمانی و موردی وارد مطالعه شدند. پژوهش‌هایی که به زبانی غیر از انگلیسی و فارسی، غیرمرتبط با موضوع پژوهش، خارج از حوزه نظام سلامت و قبل از سال ۲۰۰۰ بودند از مطالعه خارج شدند. مقاله‌های نامه به سردبیر نیز از مطالعه خارج شدند.

در مجموع ۹۶۵ مقاله از پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف و موتور جستجوی Google استخراج گردید. مقاله‌ها و گزارش‌های بازبایی شده وارد نرم‌افزار EndNote X6 شدند. در مرحله اول، ۱۶۰ مقاله تکراری حذف و در گام بعدی به بررسی عنوان مقاله‌ها پرداخته شد. سه نفر از نویسندگان به بررسی عنوان و چکیده مقاله‌ها پرداختند و آن دسته از مقاله‌هایی که معیارهای خروج (زبان غیر از انگلیسی و فارسی، غیرمرتبط با موضوع پژوهش، خارج از حوزه نظام سلامت، قبل از سال ۲۰۰۰) از مطالعه را داشتند، حذف نمودند. در بررسی عنوان مقاله‌ها ۶۱۰ مقاله نامرتبط و در بررسی چکیده مقاله‌ها نیز ۱۴۴ مقاله از مطالعه خارج گردید. سرانجام متن کامل مقاله‌ها مورد بررسی قرار گرفت و در نهایت، ۲۰ مقاله وارد مطالعه گردید (نمودار یک).

دو نفر از پژوهشگران داده‌های مورد نظر را با استفاده از جدول تلخیص داده‌ها شامل عنوان مطالعه، نام نویسندگان، سال انجام مطالعه، نوع مطالعه، کشور محل مطالعه و یافته‌ها استخراج کردند و موارد مورد اختلاف مورد بحث و توافق نظر قرار گرفت. برای ارزیابی کیفیت مقاله‌ها از ابزارهای CASP (Critical Appraisal Skills Programme) استفاده شد. مقاله‌هایی که دارای اشکال‌های ساختاری و گزارشی عمده بودند در گروه کیفیت پایین (کسب کمتر از یک سوم معیارها)، مقاله‌هایی که حائز عمده معیارهای CASP بودند (کسب بیش از دو سوم معیارها)، در گروه کیفیت بالا و مقاله‌هایی که مابین این دو گروه بودند (کسب یک سوم تا دو سوم معیارها)، در گروه کیفیت متوسط قرار داده شدند. در رده‌بندی مقاله‌ها برحسب هرم شواهد، مطالعه‌های تصادفی کنترل شده، کوهورت و مورد-شاهدی در رده بالا، مطالعه‌های نیمه‌تجربی (قبل و بعد کنترل شده بدون تصادفی‌سازی، قبل و بعد تصادفی

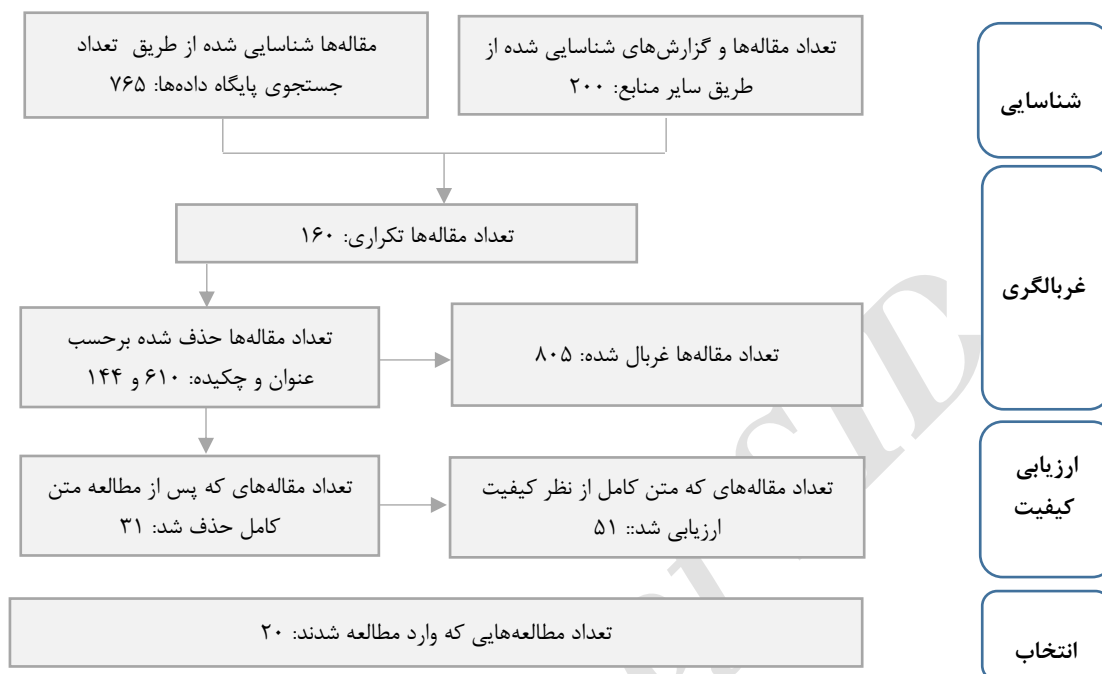
تاکنون در ایران الگوهای PPP به صورت پایلوت در چند بیمارستان مانند بیمارستان محب و فاطمه زهرا (س) تهران به کار گرفته شده‌اند. قوانین بالادستی از جمله اصل ۴۴ قانون اساسی کشور و سیاست‌های ابلاغی آن، PPP را به یکی از سیاست‌های در دست بررسی در نظام سلامت کشور تبدیل کرده است. علیرغم اهمیت PPP در نظام سلامت کشور و لزوم انجام مطالعه در این زمینه، براساس جستجوهای تیم پژوهش تاکنون در ایران مطالعه مروری با تمرکز بر اثرهای PPP بر شاخص‌های میانی (کارآیی، کیفیت، دسترسی و عدالت در تامین مالی) منتشر نشده است. هدف مطالعه حاضر، مرور مطالعه‌های انجام شده درخصوص الگوهای PPP در بیمارستان‌ها، بررسی اثرهای آنها بر شاخص‌های میانی و بررسی عوامل زمینه‌ای موثر در اجرای موفقیت‌آمیز PPP در بیمارستان‌ها است.

روش‌ها

این پژوهش یک مرور انتقادی است. جستجوی مقاله‌ها و گزارش‌ها به دو زبان فارسی و انگلیسی در بازه زمانی ۲۰۱۷-۲۰۰۰ (۱۳۹۶-۱۳۷۹) انجام شد. مقاله‌های فارسی در بانک‌های اطلاعاتی IranDoc, IranMedex, SID, Magiran با استفاده از کلیدواژه‌های: مشارکت دولتی- خصوصی، بیمارستان، شاخص‌های میانی نظام سلامت (عدالت، کارایی، دسترسی، کیفیت و پیامدهای بیماران)، الگو و ترکیب‌های مختلف آنها جستجو شد. مقاله‌های انگلیسی در بانک‌های اطلاعاتی: Proquest, Ovid, Google Scholar, PubMed, Science Direct, Scopus و Springer با استفاده از کلیدواژه‌های: Public-Private Partnership, Public-Private Sector Partnerships (PPP), Efficiency, Health Equity, Healthcare, Hospital, Quality, Health Services Accessibility, Access Model, Patient outcomes, Quality of Health Care و ترکیب‌های آنها جستجو شد. برای جستجوی متون خاکستری و گزارش‌های سازمانی از موتور جستجوی Google استفاده شد.

انجام دادند. موارد عدم توافق درباره کسب معیارهای CASP توسط هر یک از مقاله‌ها بین نویسندگان به بحث گذاشته شد و بحث تا رسیدن به اجماع نظر ادامه یافت.

بدون کنترل، سری‌های زمانی و اجرای مرحله‌ای) در رده متوسط و مطالعه‌های مقطعی و کیفی در رده پایین قرار گرفتند. سه نفر از نویسندگان، ارزیابی کیفیت مقاله‌ها را به‌طور جداگانه



نمودار ۱: فرآیند انتخاب مقاله‌ها

در جدول یک ویژگی‌های مقاله‌های ارزیابی شده (سال انتشار، هدف و نوع مطالعه، الگوی مورد بررسی)، خلاصه نتایج و کیفیت آنها ارائه شده است (جدول یک). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که شش الگوی PPP در بیمارستان‌ها مورد استفاده قرار گرفته است. این شش الگو شامل الگوهای Alzira, Design, Build, Finance, Operate) DBFO/PFI Co- (Contract/ Private Finance Initiative Design, Build, Finance,) location & DBFLO - Leases, Operate Contract)، برون‌سپاری و خصوصی‌سازی بودند. در الگوی DBFO/PFI بخش خصوصی که اغلب به شکل ائتلاف خصوصی مشاهده می‌شود، مسئولیت کلیه مراحل پروژه بیمارستان برای ارائه خدمات‌های دولتی را به عهده می‌گیرد. بخش خصوصی برای سرمایه‌گذاری، تأسیس و مدیریت و ارائه خدمات‌های غیربالینی و هتلینگ (تغذیه، رختشویی، حراست، پارکینگ و تدارکات) مسئولیت

نتایج مطالعه به صورت جدول مقایسه‌ای اثرهای الگوهای مختلف PPP بر شاخص‌های میانی گزارش گردید. عوامل زمینه‌ای موثر بر اجرای موفقیت‌آمیز PPP در بیمارستان‌ها از طریق تحلیل محتوای کیفی به روش قراردادی شناسایی شد. در تحلیل محتوا به روش قراردادی، کدها براساس شباهت معنایی مستقیماً از متن داده‌ها استخراج و درون‌مایه‌ها با استفاده از رویکرد قیاسی تکرار شونده از ترکیب کدها مفهوم‌سازی می‌شود. کدگذاری و استخراج درون‌مایه‌ها توسط دو نفر از پژوهشگران به طور مستقل انجام شد؛ سپس مغایرت‌ها در یک جلسه مطرح و مورد توافق قرار گرفت. در نهایت کدها و درون‌مایه‌های استخراج شده به تایید همه‌ی نویسندگان رسید.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۲۰ مقاله درباره مشارکت دولتی - خصوصی در بیمارستان شناسایی شدند (نمودار یک).

تدارکات و خرید دارو و لوازم پزشکی بر عهده مؤسسه خصوصی خواهد بود. [۷] تاکنون از این الگو برای ارایه خدمات‌های بالینی و غیر بالینی استفاده شده است. [۲۰] در الگوی خصوصی سازی کامل مالکیت، بهره‌برداری، نگهداری و سرمایه‌گذاری‌های کلان و خطرهای تجاری بیمارستان دولتی به بخش خصوصی منتقل می‌شود. مدت زمان این قراردادها نامشخص یا به وسیله مجوزهایی محدود می‌گردد. [۷] الگوی DBFO and Co-location ترکیبی از الگوهای DBFO و Co-location است که به عنوان یک الگوی منحصر به فرد در بیمارستان محب تهران- ایران به کار گرفته شده است. در الگوی Co-location، بیمارستان خصوصی در مجاورت یا درون یک بیمارستان دولتی قرار دارد و خدمات‌های غیرمشترک تحت یک قرارداد معین به اشتراک گذاشته می‌شود. [۲۱]

نتایج مطالعه حاضر نشان داد الگوهای مدیریت و برون سپاری می‌توانند موجب افزایش کیفیت، کارایی و دسترسی می‌گردند؛ در حالیکه، الگوی DBFO/PFI علیرغم افزایش کارایی و دسترسی باعث کاهش کیفیت می‌شود.

خواهد داشت و ارائه خدمات‌های اصلی بیمارستانی (کلینیکی و پاراکلینیکی) با بخش دولتی خواهد بود. این الگو عموماً توافق انحصاری بلندمدت نیز نامیده می‌شود. [۷]

الگوی Alzira اولین بار در بیمارستانی در شهر والنسیای اسپانیا به کار گرفته شد. بر اساس این الگو، یک ائتلافی از شرکت‌های خصوصی مسئولیت ساخت و ساز، تامین مالی و مدیریت بیمارستان‌های عمومی را بر اساس یک قرارداد معین به منظور ارائه خدمات به یک جمعیت تعریف شده، بر اساس پرداخت سرانه به عهده می‌گیرد. در این الگو شرکت خصوصی مسئول ارایه مراقبت‌های بهداشتی اولیه نیز هست. [۱۹] در قراردادهای مدیریت، دولت مبلغ معینی را برای مدیریت یک بیمارستان دولتی به یک مؤسسه خصوصی پرداخت می‌نماید. در این الگو تصمیم‌های مربوط به استخدام نیروی تخصصی بهداشتی-درمانی، تدارکات خرید دارو و لوازم پزشکی توسط دولت انجام می‌شود [۷].

در الگوی برون‌سپاری، دولت به یک مؤسسه خصوصی مبلغی را پرداخت می‌کند تا یک یا چند بخش ویژه از یک بیمارستان را مدیریت کند و کلیه خدمات‌های مورد نیاز را ارائه نماید. در این الگو تصمیم‌های مربوط به نیروهای بهداشتی-درمانی

جدول ۱: تحلیل مقاله‌ها مشارکت دولتی - خصوصی در بیمارستان

رتبه بر اساس هم‌نواهد کیفیت مقاله	خلاصه نتایج	الگو	هدف	نوع مطالعه	سال	نام نویسنده و کشور	ردیف
پایین	بالا	پروژه‌های PFI نسبت به بخش دولتی در زمان و بودجه مشخص به اتمام رسیده‌اند، اما این دستاورد در اغلب موارد منجر به کاهش کیفیت خدمت شده است. هم چنین گنجاندن انعطاف پذیری در پروژه‌های مشارکتی با هزینه‌های اضافی طراحی همراه بوده است. [۲۲]	الگوهای مختلف مشارکت	بررسی تجربه‌ی کشورهای استرالیا، اسپانیا و انگلیس در ارتباط با الگوهای مشارکت دولتی خصوصی با استفاده از شاخص‌های هزینه، کیفیت، انعطاف پذیری و پیچیدگی.	مرور نظام‌مند	Mckee et al انگلستان	۱
پایین	متوسط	احیاء منابع انسانی تمام وقت، صرفه جویی در انرژی پرسنل مدیریت، بهبود کارایی و انگیزه‌ی کارکنان، بهبود خدمات در قراردادهای برون سپاری مشاهده گردیده است.	قراردادهای برون	ارزیابی وضعیت برون سپاری در بیمارستان‌های تایوان و مقایسه‌ی تفاوت‌های موجود در مالکیت بیمارستان و میزان اعتبار آن	کیفی-کمّی	Hsiao et al تایوان	۲

جدول ۱: (ادامه)

رتبه بر اساس هرم شواهد کیفیت مقاله	خلاصه نتایج	الگو	هدف	نوع مطالعه	سال	نام نویسنده و کشور	ردیف
پایین	هزینه‌های بالای پروژه‌های PFI می‌تواند تأثیر منفی بر امور مالی بیمارستان داشته باشد. هزینه‌های تأمین مالی PFI بالاتر از مقدار پیش بینی شده توسط دولت است. میزان کمبود مالی با اندازه PFI افزایش می‌یابد و منجر به مشکل‌های مالی متعددی می‌گردد. [۲۳]	PFI	بررسی و نقد اهداف اصلی مالی و اقتصادی الگوی PFI و تأثیر این سیاست بر پایداری مالی بلند مدت	مقطعی	۲۰۰۹	Hellowell et al انگلستان	۳
متوسط	بیمارستان‌های PPP پیشرفت‌های چشمگیری نسبت به بیمارستان‌های دولتی سنتی در برزیل دارند. بیمارستان‌های PPP در کارایی و بهره‌وری بسیار بهتر عمل می‌کنند بدون این که شواهدی از کمبود کیفیت در آنها مشاهده گردد. مدیران این بیمارستان‌ها از طریق اعمال موثرتر فرایندهای مدیریتی به منابع انسانی، تدارکات و مدیریت مالی پاسخ دادند که این به نوبه‌ی خود به تولید، بهره‌وری و کیفیت بالا منجر شده است. [۲۴]	قرارداد مدیریت	فراهم‌سازی شواهد چندگانه برای ارزیابی اصلاحات، بررسی مشکل‌ها و نتایج اصلاحات در بیمارستان‌های برزیل	سری زمانی	۲۰۰۹	La Forgia et al برزیل	۴
پایین	تجزیه و تحلیل نشان می‌دهد که الگوی PPP در عملکرد و کارایی بالاتر از میانگین است. این بیمارستان‌ها منجر به بهبود برخی از شاخص‌های کیفیت می‌گردند. [۲۵]	الگوی Alzira	شناسایی نقاط قوت و ضعف بیمارستان‌های دولتی و الگوی PPP و ایجاد مبانی تصمیم‌های منطقی در مورد مناسب بودن هر کدام از این دو الگو	مقطعی	۲۰۱۰-۲۰۰۹	Caballer- Tarazona et al اسپانیا	۵
متوسط	بیش از ۷۵٪ شاخص‌های کارایی عمل و بیش از ۶۷٪ شاخص‌های کیفیت پزشکی در بیمارستان PPP نسبت به بیمارستان‌های خصوصی و عمومی بیشتر بود. [۲۶]	-	ارزیابی کارایی و کیفیت پزشکی برای یک بیمارستان با الگوی PPP	سری زمانی	۲۰۱۱-۲۰۰۷	Xiaoning et al چین	۶
پایین	پایه‌سازی خصوصی‌سازی و شرکت‌سازی دشوار است شواهد در ارتباط با آن ضعیف و اغلب متناقض بوده‌اند. در بهترین حالت خصوصی‌سازی منجر به تولید نتایج متفاوتی می‌گردد و به نظر می‌رسد از بین‌انگیزه سازمان ارزیابی‌کننده و استاندارد نتایج بیشتر به‌انگیزه سازمان بستگی داشته باشد. [۲۷]	خصوصی‌سازی	بررسی تأثیر خصوصی‌سازی و شرکتی‌سازی در استقلال و پاسخگویی بیمارستان‌های دولتی	مروزی	۲۰۱۱	Braithwaite et al استرالیا	۷

جدول ۱: (ادامه)

رتبه بر اساس هم کیفیت مقاله	خلاصه نتایج	الگو	هدف	نوع مطالعه	سال	نام نویسنده و کشور	ردیف
پایین	پایین	قراردادهای برون‌سپاری	بررسی وجود تفاوت در کیفیت مراقبت درک شده در میان والدین کودکان پذیرش شده در دو بیمارستان دولتی و PPP واقع در جنوب شرقی هندوستان	مقطعی	۲۰۱۲-۲۰۱۱	Baliga et al هند	۸
پایین	بالا	قرارداد مدیریت	مقایسه‌ی میزان ظرفیت، بهره‌وری، کیفیت خدمات، پیامدهای بیمار، ظرفیت بیمارستان و مسئولیت‌پذیری کارکنان در بیمارستان مشارکت دولتی خصوصی نسبت به بیمارستان دولتی افزایش پیدا کرده است.	کیفی	۲۰۱۳-۲۰۰۶	McIntosh et al لسوتو	۹
پایین	متوسط	خصوصی‌سازی	خصوصی‌سازی تأثیر منفی بر دسترسی بیماران به مراقبت‌های سلامت دارد. از طرفی منجر به بهبود کارایی، محافظت در برابر هزینه‌های بالای خدمات و پرداخت از جیب بیماران نمی‌شود. به نظر می‌رسد خصوصی‌سازی خدمات مراقبت بهداشتی گامی بیش از حد در کمک به سیستم برای مقابله با چالش‌های آن در زمان حال است.	کیفی	۲۰۱۲	Davari et al ایران	۱۰
پایین	پایین		ورودی و ظرفیت ارائه مراقبت‌ها بهبود یافته، سیاست‌ها و رویه‌های روشن، پاسخگویی کارکنان و نظم و انضباط آن‌ها افزایش پیدا کرده است. تمرکز فرهنگ سازمانی PPP بر هدف‌گذاری و بهبود کیفیت بوده است. PPP منجر به افزایش حجم خدمات شده است. مدت زمان انتظار برای جراحی انتخابی کاهش پیدا کرده است و همچنین انگیزه‌ی کارکنان به انجام کار را افزایش داده است.	موردی	۲۰۱۳	Vian et al آمریکا	۱۱
پایین	پایین	Co-location & DBFLO	خدمات با کیفیت بالا و قیمت مناسب نسبت به بخش خصوصی تقریباً برای تمام بیماران در دسترس قرار گرفته است. افزایش حق انتخاب بیمار و کیفیت خدمات پزشکی مقرون به صرفه به ویژه در مقایسه با بیمارستان‌های خصوصی و همچنین داشتن قرار داد با کلیه شرکت‌های بیمه ایران باعث رضایت بیماران بیمارستان محب شده است.	موردی	۲۰۱۳	Etemadian et al ایران	۱۲

جدول ۱: (ادامه)

ردیف	نام نویسنده و کشور	سال	نوع مطالعه	هدف	الگو	خلاصه نتایج	کیفیت مقاله	هرم شواهد	رتبه بر اساس
۱۳	Jabbari et al ایران	۲۰۱۳	کمی - کیفی	اولویت بندی الگوهای مشارکت دولتی - خصوصی کشورهای مختلف بر اساس شاخص های عملکردی	-	الگوهای برتر برای حیطه های مختلف: برون سپاری و BOO برای افزایش کیفیت و اثربخشی، برون سپاری خدمات بالینی و قرارداد مدیریت برای افزایش دسترسی و عدالت و خصوصی سازی کامل برای افزایش کارایی مالی	متوسط	پایین	
۱۴	Villa, S. and N. Kane آمریکا	۲۰۱۳	سری زمانی	تجزیه و تحلیل خصوصی سازی در ابعاد مختلف: بهره وری، سودآوری و سود اجتماعی	خصوصی سازی	خصوصی سازی منجر به بهبود سودآوری، افزایش بودجه عملیاتی، افزایش هزینه ها، بهبود عملکرد مالی، بدون تغییر ماندن مراقبت های غیر سودآور، کاهش طول مدت اقامت و دسترسی به خدمات های مبتنی بر جامعه در بیمارستان شده است.	متوسط	متوسط	
۱۵	Yip, W. and W. Hsiao چین	۲۰۱۴	مروری	بررسی اقدام دولت چین برای ترویج سرمایه گذاری خصوصی برای بیمارستان ها و چگونگی انجام مراقبت های سلامت در صورت خصوصی سازی بیمارستان ها	خصوصی سازی	خصوصی سازی منجر به افزایش هزینه های مراقبت های بهداشتی و هزینه های مستقیم برای بیماران می شود. همچنین، خصوصی سازی باعث بهبود پاسخگویی، تقویت هماهنگی در سطوح مختلف مراقبت های بهداشتی، افزایش عملکرد بیمارستان های دولتی می شود. [۲۸]	پایین	بالا	
۱۶	Tabibi, J., et al ایران	۲۰۱۵	تطبیقی	مقایسه مشارکت دولتی - خصوصی در بیمارستان های ایران و سایر کشورهای منتخب	-	اقدام های انجام شده در کشورهای منتخب برای گسترش مشارکت دولتی - خصوصی در بیمارستان ها، نشان از افزایش دسترسی، کیفیت، بهبود کیفیت و اثربخشی می دهد که استفاده از این مشارکت با استفاده از این تجربه ها در ایران و تهیه به پذیرش سیاست ها و دستورالعمل ها، در این زمینه به دلیل شرایط محلی در ایران به شدت توصیه می شود.	پایین	پایین	
۱۷	Sadeghi et al ایران	۲۰۱۵	تطبیقی	بررسی انواع الگوهای PPP و ارزیابی پیامدهای آن در سیستم های بیمارستانی کشورهای اسپانیا، کانادا، لسوتو، انگلستان، استرالیا، ترکیه و ایران	انواع الگوهای مختلف مشارکت	الگوی PPP به عنوان یک ابزار قدرتمند و کارآمد برای بیمارستان است. استفاده از روش های مشارکت بخش خصوصی به طور مؤثر به بهبود کیفیت، کاهش هزینه ها، مدیریت بهتر منابع و کارایی بیشتر منجر می شود.	پایین	پایین	
۱۸	Ramamonjia rvelo et al آمریکا	۲۰۱۵	سری زمانی	ارزیابی علت اصلی تغییر مالکیت بیمارستان دولتی و خصوصی سازی آنها	خصوصی سازی	خصوصی سازی منجر به افزایش هزینه ها، کاهش دسترسی افراد کم درآمد، کاهش کیفیت خدمت و حذف شدن مراقبت های غیرسودآور می شود.	متوسط	متوسط	

جدول ۱: (ادامه)

رتبه بر اساس هم شواهد کیفیت مقاله	خلاصه نتایج	الگو	هدف	نوع مطالعه	سال	نام نویسنده و کشور	ردیف
پایین	شناسایی عوامل مؤثر بر توسعه و ارتقا الگوی PPP می تواند بسیار مؤثر باشد. موثرترین راهبردهای توسعه در ارتقا این الگو در ایران شامل: تغییرها در سیاست ها و قوانین، تغییرهای اجتماعی و فرهنگی، اصلاح مکانیزم های فعلی و فرایندها و ایجاد ظرفیت مالی و سرمایه گذاری می باشد.	-	این مطالعه با هدف توضیح استراتژی توسعه و ترویج PPP در ارائه خدمات های بیمارستان در ایران	کیفی	۲۰۱۵	Sadeghi et al ایران	۱۹
پایین	مکانیسم های کنترل و نظارت بر فعالیت های بخش خصوصی برای اجرای پروژه های BOT شفاف نیست. با توجه به اینکه اطلاعات در مورد این مکانیسم ها در اکثر کشورها کافی نیست و به دلیل اهمیت مسائل مربوط به سلامت لازم است که به این مکانیسم توجه گردد. [۲۹]	BOT	تعیین چارچوب، مزایا و محدودیت های قرارداد BOT برای پروژه های مراقبت های بهداشتی در کشورهای منتخب	کیفی	۲۰۱۶	Pourasghari, H., et al ایران	۲۰

جدول ۲: الگوهای مشارکت دولتی-خصوصی در بیمارستان بر اساس شاخص های میانی نظام سلامت

الگوهای PPP	شاخص های میانی	کیفیت	کارایی	دسترسی
الگوی Alzira	افزایش	افزایش	نتایج ضد و نقیض	افزایش
DBFO/PFI	کاهش	افزایش	افزایش	افزایش
مدیریت	افزایش	افزایش	افزایش	افزایش
Colocation & DBFLO	افزایش	افزایش	-	افزایش
برون سپاری	افزایش	افزایش	افزایش	افزایش
خصوصی سازی	افزایش	افزایش	افزایش	کاهش

NICU، مرگ و میر بیمارستانی، مرگ و میر ناشی از سینه پهلوی کودکان) منجر می شود. پس از تحلیل محتوای ۱۴ منبع مرتبط (اعم از کتاب، مقاله کیفی، مقاله میدانی و خلاصه اجرایی)، عوامل مؤثر بر اجرای موفقیت آمیز PPP در چهار درون مایه اصلی طبقه بندی شدند. درون مایه های اصلی استخراج شده شامل چارچوب قانونی، پشتیبانی سیاسی، مشوق های مالی و ظرفیت سازی بودند (جدول سه).

الگوهای Alzira و Colocation & DBFLO سبب افزایش کیفیت و دسترسی می گردند، اما شواهد معتبری درباره اثرهای آنها بر کارایی و عدالت یافت نشد. همچنین، خصوصی سازی کامل موجب افزایش کارایی و کیفیت و کاهش دسترسی و عدالت در تامین مالی می شود (جدول دو). یافته های یک مطالعه [۲۳] حاکی از تاثیر منفی الگوی خصوصی سازی بر عدالت در تامین مالی بود. نتیجه ی مطالعه دیگر [۳۰] نیز نشان داد الگوی مدیریت به بهبود پیامدهای مربوط به بیماران (بقاء نوزادان در

جدول ۳: عوامل زمینه‌ای موثر در اجرای موفقیت‌آمیز مشارکت دولتی - خصوصی

نظام سلامت		کشور	سال مطالعه	کد	درون‌مایه
ارائه خدمت	تامین مالی				
دولتی	دولتی	تایلند (در حال توسعه)	۲۰۰۷	قانون اساسی	پشتیبانی قانونی
دولتی - خصوصی	خصوصی	فیلیپین (در حال توسعه)	۲۰۱۲	آیین‌نامه اجرایی	
دولتی	دولتی	انگلستان (توسعه یافته)	۲۰۱۵		
دولتی	دولتی	انگلستان (توسعه یافته)	۲۰۱۵	سیاست‌های تمرکززدایی ایجاد واحدهای PPP در وزارتخانه انگیزه‌های تفویض اختیار	پشتیبانی سیاسی
دولتی	دولتی	برزیل (در حال توسعه)	۲۰۰۴	سیاست رقابتی	
دولتی	دولتی	ایران (در حال توسعه)	۲۰۱۵	تسهیلات بانکی	مشوق‌های مالی
دولتی	دولتی	تایلند (در حال توسعه)	۲۰۰۷	مدعیان باقیمانده (residual claimant)	
خصوصی	خصوصی	هند (در حال توسعه)	۲۰۰۹		
دولتی	دولتی	لسوتو (در حال توسعه)	۲۰۱۳	مشاوره PPP برگزاری دوره آموزشی	ظرفیت‌سازی
خصوصی	خصوصی	هند (در حال توسعه)	۲۰۱۵	اجرای پابلوت	

انگیزه بخش خصوصی برای به اتمام رساندن پروژه‌ها در زمان و بودجه مقرر دلیل این امر باشد. [۲۲]

نتایج مطالعه Hamilton و همکارانش نشان داد اجرای الگوی Alzira موجب افزایش دسترسی فیزیکی به خدمات‌های و افزایش کارایی می‌شود [۳۲]؛ اما نتایج مطالعه صادقی و همکارانش نشان دهنده کاهش زمان انتظار برای خدمات‌های جراحی و سرپایی، افزایش تعداد اعمال جراحی و کاهش طول مدت اقامت بود [۱۹]. یافته‌ها درباره کارایی این الگو ضد و نقیض بوده‌اند؛ لذا انجام مطالعه‌های بیشتر و قویتری درباره اثرهای به کارگیری این الگو بر کارآیی بیمارستان‌ها ضروری است. با توجه به پایین بودن کیفیت مطالعه‌های برحسب هرم شواهد و ارزیابی نقادانه مقاله‌ها، نتایج به‌طور قطع قابل استناد نیستند؛ بنابراین برای حصول اطمینان از تاثیرهای الگوی Alzira بر شاخص‌های میانی بیمارستان انجام مطالعه قویتر و بیشتر ضروری است.

مطالعه‌های انجام شده نشان می‌دهد الگوی قرارداد مدیریت تاثیر مثبتی بر شاخص‌های میانی از جمله کیفیت، کارایی و

بحث

نتایج نشان داد شش الگوی PPP در بیمارستان‌ها مورد استفاده قرار گرفته است: الگوی Alzira، DBFO/PFI، مدیریت، Colocation & DBFLO، برون سپاری و خصوصی سازی. نتایج در دو بخش «تاثیر الگوهای PPP بر شاخص‌های میانی سلامت» و «عوامل زمینه‌ای موثر بر اجرای موفقیت‌آمیز PPP در بیمارستان‌ها» مورد بحث قرار گرفته است.

نتایج مطالعه‌ها نشان داد الگوی DBFO/PFI باعث افزایش کارآیی و دسترسی، بهبود کیفیت خدمت گردشگری سلامت و بهبود زمان اتمام پروژه‌ها شده است. [۷، ۱۹، ۳۱، ۳۲] مطالعه Braithwaite و همکارانش نیز نشان داد این الگو باعث افزایش هزینه‌های غیرمستقیم می‌شود. [۲۷] نتایج مطالعه McKee و همکارانش نشان داد این الگو تاثیر نامطلوبی بر کیفیت طراحی فیزیکی بیمارستان داشته است. به نظر می‌رسد

وجود دارد که نشان می‌دهد این الگو منجر به افزایش هزینه‌های سلامت برای مراجعه‌کنندگان، کاهش دسترسی افراد کم درآمد و حذف مراقبت‌های غیرسودآور می‌شود. [۳۳] به طور کلی می‌توان گفت این الگو موجب کاهش عدالت به ویژه از نظر عدالت در دسترسی به خدمات‌های سلامت می‌شود. [۳۸] بنابراین خصوصاً سازی کامل بهترین گزینه در شرایط عادی نیست، اما در شرایط فشار مالی، بهتر از تعطیل کردن بیمارستان دولتی و حذف خدمات‌های به نظر می‌رسد. در صورت استفاده از این الگو ضروری است دولت به منظور جلوگیری از رفتار سودگرایی انحصاری بخش خصوصی، از حداکثر توان نظارتی و مقرراتی خود استفاده نماید. کیفیت مطالعه‌های انجام شده درباره الگوی خصوصی سازی کامل بر حسب هرم شواهد پایین، اما بر حسب ابزارهای CASP متوسط و بالا بود.

شواهد موجود حاکی از آن است استفاده از الگوی DBFO and Co-location سبب افزایش کیفیت، کارایی و دسترسی می‌شود. [۳۹] علت افزایش دسترسی، داشتن قرارداد با سازمان‌های متعدد بیمه‌ای و کاهش پرداخت از جیب بیماران گزارش شده است. [۲۱] با توجه به کیفیت پایین مطالعه‌ها بر حسب هرم شواهد و CASP نمی‌توان بهبود شاخص‌های میانی را به استفاده از این الگو نسبت داد.

عوامل زمینه‌ای موثر بر اجرای موفقیت‌آمیز PPP در بیمارستان‌ها شامل: پشتیبانی قانونی، پشتیبانی سیاسی، مشوق‌های مالی و ظرفیت‌سازی می‌باشد. شواهد نشان می‌دهد ممکن است محدودیت‌های قانونی منجر به کندی یا توقف پروژه‌های PPP شوند. لذا، حصول اطمینان از عدم وجود موانع قانونی و تصویب قوانین حمایت‌کننده از PPP ضروری است. [۴۰] برخی کشورهای در ایجاد چارچوب قانونی به عنوان یکی از زمینه‌های اجرای موفقیت‌آمیز PPP پیشگام بوده‌اند. در قانون اساسی تایلند یک فصل جداگانه در رابطه با PPP وجود دارد. [۴۱] همچنین، در قانون اساسی فیلیپین به ضرورت مشارکت بخش خصوصی جهت رسیدن به اهداف توسعه اشاره شده است. [۳۴] ایتالیا در سال ۲۰۱۲ جهت شفافیت اطلاعات و ساده‌سازی رویه‌های مربوط به مشارکت، سه قانون را تصویب نمود. [۴۲] کشور

دسترسی داشته است. [۲۴، ۳۰، ۳۳] به نظر می‌رسد پرداخت بر اساس عملکرد و مهارت‌های مدیریتی و فنی توسط موسسه خصوصی، موجب بهبود شاخص‌های میانی شده باشد. تاثیر این الگو بر عدالت مورد بررسی قرار نگرفته که نیازمند بررسی است. با توجه به بالا بودن کیفیت مقاله‌ها بر اساس CASP و متوسط بودن رتبه‌ی آنها بر حسب هرم شواهد نتایج به دست آمده تا حدود زیادی قابل استناد است.

مطالعه Hsiao و Roberts و همکاران نشان داد قراردادهای برون‌سپاری باعث بهبود شاخص‌های کارایی، کیفیت و دسترسی می‌شوند. [۲۰، ۳۴] از میان خدمات‌های بالینی بیشترین خدمات‌های برون‌سپاری شده، خدمات‌های غیراورژانسی بودند که می‌توان آن را به انگیزه‌های سودآوری بخش خصوصی و عدم تمایل بخش دولتی به برون‌سپاری خدمات‌های اورژانسی نسبت داد. در برخی مطالعه‌های رضایت بیماران از خدمات‌های غیربالینی برون‌سپاری شده (نسبت به خدمات‌های بالینی) پایین بوده است. به نظر می‌رسد علت این رخداد را باید در کیفیت قراردادها و نحوه نظارت بر مفاد آنها جستجو کرد. در این قراردادها معمولاً شاخص اصلی خرید خدمت، هزینه است. این مساله می‌تواند منجر به نادیده گرفتن کیفیت در تنظیم قراردادها شود. [۲۱] با این حال استفاده از این الگو در یک بیمارستان هند منجر به افزایش سطح رضایتمندی و کیفیت مراقبت شد. [۳۵] ممکن است یکی از دلایل احتمالی تفاوت در کیفیت، متفاوت بودن انتظار پاسخ‌دهندگان باشد. پیشنهاد می‌شود دولت‌ها در تنظیم مفاد قراردادهای برون‌سپاری خدمات‌های غیربالینی، توجه بیشتری به کیفیت خدمات‌های نموده و بر اجرای مفاد مربوط به کیفیت خدمات‌های نظارت کافی اعمال نمایند. کیفیت مطالعه‌های انجام شده بر حسب هرم شواهد پایین بوده و نتیجه ارزیابی نقادانه آنها بر اساس ابزارهای CASP متفاوت بود.

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد خصوصی سازی کامل منجر به افزایش کارایی (کاهش طول اقامت) در بیمارستان می‌شود. [۳۶] در یک مطالعه تطبیقی خصوصی سازی کامل از نظر کارایی برترین الگو در بین الگوهای PPP معرفی شد. [۳۷] علیرغم تاثیر مثبت خصوصی سازی بر کارایی، شواهدی

ظرفیت‌سازی به عنوان راهی برای تقویت مهارت‌ها، شایستگی‌ها، توانایی افراد و کمک به بهبود ساختارها و فرایند‌ها، می‌تواند زمینه‌ی مناسبی برای ایجاد و اجرای الگوهای PPP را فراهم نماید. [۴۷] به‌طور مثال در انگلستان دوره آموزشی سالیانه برای کارکنان مرتبط با PPP، مخصوصاً کارکنان دولتی برگزار می‌گردد. [۵۰] کشور هند مداخله‌هایی از جمله استفاده از سیستم‌های آنلاین، کتاب راهنما، برنامه‌های پایلوت و ارابه مشاوره‌های فنی در جهت توسعه ظرفیت‌های سازمانی استفاده می‌نماید. [۵۱] وزارت بهداشت لسوتو نیز انجمنی جهت ظرفیت‌سازی PPP در بیمارستان‌ها تأسیس کرده است. [۳۳] در سال‌های ۲۰۰۵ و ۲۰۰۹ برنامه پایلوت پروژه‌های مشارکتی در بخش بهداشت و درمان کشورهای مکزیک و شیلی اجرا شده است. [۴۹] شواهد نشان می‌دهد همه کشورهای مجری پروژه‌های PPP درجات از ظرفیت‌سازی را اجرا می‌کنند و تفاوت آنها در مقدار ظرفیت‌سازی است. با این حال شواهدی از تاثیر مقدار ظرفیت‌سازی بر موفقیت در اجرای پروژه‌های PPP یافت نشد. به نظر می‌رسد راهنمایی و مشاوره و نیز اجرای پایلوت پیش از برگزاری دوره‌های آموزشی بر ایجاد ظرفیت لازم در ذینفعان مختلف موثر باشد. توصیه می‌شود در ظرفیت‌سازی به نیازسنجی آموزشی، تنوع در روش‌های ایجاد ظرفیت و ظرفیت‌سازی ذینفعان مختلف توجه شود. پیشنهاد می‌شود در رابطه با تاثیر درجات مختلف ظرفیت‌سازی بر موفقیت در اجرای پروژه‌های PPP مطالعه‌های تکمیلی و معتبر انجام شود. شواهد معتبر اندکی درباره تاثیر PPP بر شاخص‌های میانی بیمارستان یافت شد. کیفیت ۲۰ درصد از مطالعه‌های بازیابی شده بالا، ۳۵ درصد متوسط و ۴۵ درصد پایین بود. لذا، توصیه می‌شود مطالعه‌های معتبری (مانند مطالعه‌های خوشه‌ای تصادفی کنترل شده) طراحی و اجرا گردد. برای استفاده از الگوهای PPP باید ابتدا اهداف مشارکت مشخص شوند، میزان و نوع همکاری و شاخص‌های مورد نظر نیز به صورت شفاف بیان گردد و سپس بر حسب شرایط و سیاست‌های کلان نظام سلامت و اهداف و مشکل‌های موجود در بیمارستان‌ها از الگوی

تانزانیا در این حوزه دارای مشکل‌هایی است و پیاده‌سازی PPP در کشور تانزانیا به دلیل فقدان چارچوب قانونی، چشمگیر نبوده و تنها چند پروژه موفقیت‌آمیز در بخش سلامت داشته است. [۴۳] اگرچه می‌توان چارچوب قانونی را یکی از زمینه‌های لازم برای اجرای موفقیت‌آمیز PPP دانست؛ اما به تنهایی تضمین‌کننده نخواهد بود.

علاوه بر پیش‌بینی چارچوب‌های قانونی، ضروری است که پروژه‌های PPP در عمل از پشتیبانی سیاسی نیز برخوردار باشند. [۴۰] در انگلستان در وزارتخانه‌ها، واحدهای PPP وجود دارد که از پروژه‌های PPP حمایت می‌کنند. [۴۴] در فیلیپین نیز سازمانی هماهنگ‌کننده و ناظر بر برنامه‌های BOT وجود دارد. [۳۲] کشور ایتالیا یک واحد پشتیبانی از PPP را ایجاد نموده است [۴۲]. همچنین، در کشور موریس واحد PPP توسط وزارت اقتصاد و دارایی ایجاد شده است که مسئول توسعه سیاست‌های مشارکتی است. [۴۵] در کشور استرالیا نیز سیاست و دستورالعمل ملی PPP وجود دارد. [۴۶] تجربه کشورهای انگلستان و ترکیه نشان می‌دهد علیرغم عدم پیش‌بینی چارچوب‌های قانونی، در صورت وجود پشتیبانی سیاسی می‌توان در اجرای پروژه‌های PPP موفق بود. لذا، اگرچه وجود چارچوب‌های قانونی برای اجرای موفقیت‌آمیز پروژه‌های PPP ضروری است؛ اما پشتیبانی سیاسی پایدار تا حدود زیادی می‌تواند خلاء ناشی از فقدان آن را جبران کند.

کشورهای موفق در اجرای پروژه‌های PPP از انگیزه‌های مالی جهت تشویق بخش خصوصی به مشارکت استفاده نموده‌اند؛ به‌طور مثال می‌توان به تخصیص وام‌های کم بهره به پروژه‌های PPP در کشورهای تایلند، هند، انگلیس و ایتالیا اشاره کرد. [۴۷، ۴۸] کشور شیلی نیز جهت تهیه تجهیزات پزشکی با قیمت پایین و کشور پرو جهت افزایش رضایت بیمار، به بخش خصوصی مشوق‌های مالی اعطا کرده‌اند [۴۹]. شواهدی از عدم موفقیت پروژه‌های PPP در صورت عدم استفاده از مشوق‌های مالی یافت نشد؛ لذا، قضاوت درباره‌ی مشوق‌های مالی به عنوان یک عامل زمینه‌ای موفقیت پروژه‌های PPP باید با احتیاط صورت گیرد.

References

- Build and Beyond: The (r)evolution of healthcare PPPs. London. Health Research Institute; 2010. 44.
2. Lotfi F, Bastani P, Hadian M, Hamidi H, Motlagh S N, Delavari S. Performance assessment of hospitals affiliated with Iran University of Medical Sciences: application of economic techniques in health care area. *J Health Adm.* 2015;18(59):43-54.
3. Current health expenditure (% of GDP) [Internet]. [cited 2017 Jan 12]; Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>.
4. Ferdosi M, Farahabadi SME, 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. 7 [In Perasian]
5. World Health Organization. Hospitals Expenditures [Internet]. [cited 2017 Agu 5]; Available from: <http://www.who.int/hospitals/en/>
6. Health centres: the 80/20 imbalance: burden of work vs resources. Geneva: World Health Organization [Internet]. 1999. [cited 2017 Agu 4]; Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/65909>
7. Abolahlaj M, Ramezani M, Nazari A, Ardn M, Salimi M. Look at public private partnership in the hospital with an emphasis on chain hospitals. Tehran: Islamic Parliament Research Center of the Islamic Republic of Iran; 2014 Nov 25. Report No: 14541. [In Perasian]

مورد نظر استفاده نمود. برای پیشگیری از مشکل‌های مربوط به کاهش کیفیت پیشنهاد می‌شود از تنظیم قراردادهای استاندارد، دقیق و شفاف استفاده گردد. ارزیابی کیفیت مطالعه‌های بررسی شده بر حسب هرم شواهد و CASP حاکی از کیفیت پایین مطالعه‌ها داشت، لذا انجام مطالعه‌ی با کیفیت در این زمینه توصیه می‌شود. پیشنهاد می‌شود برای پیشگیری از مشکل‌های مربوط به کاهش کیفیت از تنظیم قراردادهای استاندارد، دقیق و شفاف استفاده گردد. ارزیابی کیفیت مطالعه‌های بررسی شده بر حسب هرم شواهد و CASP حاکی از کیفیت پایین مطالعه‌ها داشت. لذا انجام مطالعه‌ی با کیفیت در این زمینه توصیه می‌شود.

عمده شواهد مربوط به عوامل زمینه‌ای موثر بر اجرای موفقیت‌آمیز PPP مربوط به کشورهای در حال توسعه است. از عوامل زمینه‌ای موثر بر اجرای موفقیت‌آمیز پروژه‌های PPP می‌توان به پشتیبانی قانونی، پشتیبانی سیاسی، مشوق مالی و ظرفیت‌سازی اشاره نمود؛ اما وجود یا عدم وجود یکی از این عوامل زمینه‌ای تضمین‌کننده‌ی موفقیت پروژه‌ها نیست. همچنین، لازم است قبل از اجرای گسترده پروژه‌های PPP عوامل زمینه‌ای و شرایط محلی کشورها در نظر گرفته شوند. به نظر می‌رسد عوامل موثر بر اجرای موفقیت‌آمیز PPP به درجه توسعه‌یافتگی کشورها و ساختار نظام سلامت آنها بستگی ندارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی یا پایان‌نامه نمی‌باشد. برای دسترسی به پایگاه‌های اطلاعاتی از اشتراک دانشگاه علوم پزشکی لرستان استفاده شد که بدین وسیله از مدیریت محترم اطلاع‌رسانی پزشکی و منابع علمی دانشگاه فوق، سرکارخانم دکتر مهناز صمدبیگ و پرسنل آن قدردانی می‌شود.

8. Jafari M. Autonomy levels and patterns of institutional reform in general hospitals and teaching [PhD thesis]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences: 2008. [In Persian]
9. Rouhani S, Ramezannia M. The New Public Management Theory on Efficiency of Health Services Delivery in Iran; 2004-2006. *J Health Adm.* 2009; 12(35): 71-81.
10. Heybati F, Rahnama F, Niko H, Ahmadi M. Relationship of Economic Freedom with Private Public Participation and Presenting a Model for Iran. *Economic Modeling Quarterly.* 2013; 6(2): 25-52.
11. Hodge GA, Greve C. Public-private partnerships: an international performance review. *Public administration review.* 2007; 67(3):545-558.
12. Barlow J, Roehrich JK, Wright S. De facto privatization or a renewed role for the EU? Paying for Europe's healthcare infrastructure in a recession. *J R Soc Med.* 2010; 103(2): 51-55.
13. Roehrich JK, Lewis M, Gerard G. Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Soc Sci Med.* 2014; 113: 110-119.
14. Carty A. How to ensure successful PPP procurement. European PPP Expertise Centre [Internet]. 2012 [cited 2018 Feb 7]; Available from: https://www.b2match.eu/system/isc-see2012/files/EIB_Carty_-_AC_Inv_summit_croatia_09MAY12.pdf
15. Coelho CF, O'farrell C. Breaking new ground: Lesotho Hospital Public-Private Partnership—a model for integrated health services delivery. Washington: IFC Smart Lessons; 2009 July. 1-4.
16. Nikolic IA, Maikisch H. Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector : An Overview with Case Studies from Recent European Experience. HNP. 2006.
17. Muschell J, Health Economics, technical briefing note: privatization in health. Geneva: World Health Organization. 1995 June. 7-8 p.
18. Geneva: united nations. Guidebook on Promoting Good Governance in Public-private Partnerships. Geneva: united nations Publications; 2008.
19. Sadeghi A, Barati O, Bastani P, Daneshjafari D, Etemadian M. Experiences of selected countries in the use of public-private partnership in hospital services provision. *J Pak Med Assoc.* 2016; 66(11): 1401-1406.
20. Hsiao CT, JY Pai, and Chiu H. The study on the outsourcing of Taiwan's hospitals: a questionnaire survey research. *BMC Health Serv Res.* 2009; 9(1): 1-9.
21. Etemadian M, Shadpour P, Soleimani MJ, Biglar M, Radfar MH, Jarrahi M. Iranian-Islamic Model of Public-Private Partnership in Hospital Management: Introducing Moheb Hospital Model; *Int j hosp res.* 2013; 2(2): 95-98.
22. McKee M, Edwards N, Atun R. Public-private partnerships for hospitals. *Bull World Health Organ.* 2006; 84(11): 890-896.
23. Hellowell M, Pollock AM. The private financing of NHS hospitals: politics, policy and practice. *Economic Affairs.* 2009; 29(1): 13-19.
24. La Forgia GM, Harding A. Public-private partnerships and public hospital performance in São Paulo, Brazil. *Health Aff.* 2009; 28(4): 1114-1126.

25. Caballer-Tarazona M, Vivas-Consuelo D. A cost and performance comparison of Public Private Partnership and public hospitals in Spain. *Health Econ Rev.* 2016; 6(1): 6-17.
26. Xiaoning L, Xuerui T, Kai Z, Xiaoping X, Xiaojun C. Evaluation of work efficiency and medical quality for a hospital on the PPP model in China with benchmarking and GRA. *J Grey Syst;* 2015; 27(1): 13-26.
27. Braithwaite J, Travaglia JF, Corbett A. Can questions of the privatization and corporatization, and the autonomy and accountability of public hospitals, ever be resolved? *Health Care Anal;* 2011; 19(2): 133-153.
28. Yip W, Hsiao W. Harnessing the privatisation of China's fragmented health-care delivery. *The Lancet.* 2014; 384(9945): 805-818.
29. Pourasghari H, Jafari M, Gorji HA, Maleki M. Public Hospital Facilities Development Using Build-Operate-Transfer Approach: Policy Consideration for Developing Countries. *Iran Red Crescent Med J.* 2016; 18(12) 1-9.
30. McIntosh, Grabowski A, Jack B, Nkabane-Nkholongo EL, Vian T. A public-private partnership improves clinical performance in a hospital network in Lesotho. *Health Aff.* 2015; 34(6): 954-962.
31. Ramamonjariavelo Z, Weech-Maldonado R, Heard L, Menachemi N, Patien Epiane J, O'Connor S. Public hospitals in financial distress: Is privatization a strategic choice. *Health Care Manage Rev.* 2015; 40(4): 337-347.
32. Hamilton G, Kachkynbaeva M, Wachsmuth I, Masaki M. A Preliminary Reflection on the Best Practice in PPP in Health care Sector: A Review of Different PPP Case Studies and Experiences. Paper presented at: PPPs in Health Manila 2012: Developing Models, Ensuring Sustainability: Perspectives from Asia and Europe; 2012. Manila, Philippines.
33. Vian T, McIntosh N, Grabowski A, Nkabane-Nkholongo EL, Jack BW. Hospital public-private partnerships in low resource settings: Perceptions of how the Lesotho PPP transformed management systems and performance. *Health Systems & Reform.* 2015; 1(2): 155-166.
34. Roberts V. Managing strategic outsourcing in the healthcare industry. *J Healthc Manag.* 2001; 46(4): 239.
35. Baliga BS, Ravikiran SR, Rao SS, Coutinho A, Jain A. Public-Private Partnership in Health Care: A Comparative Cross-sectional Study of Perceived Quality of Care Among Parents of Children Admitted in Two Government District-hospitals, Southern India. *J Clin Diagn Res.* 2016; 10(2): 5-9.
36. Villa S, Kane N. Assessing the impact of privatizing public hospitals in three American states: implications for universal health coverage. *Value Health.* 2013; 16(1): 24-33.
37. Nikjoo RG, Jabbari Beyrami H, Jannati A, Jaafarabadi MA. Prioritizing Public-Private Partnership Models for Public Hospitals of Iran Based on Performance Indicators. *Health Promot Perspect.* 2012; 2(2): 251-264.
38. Davari M., Haycox A, Walley T. Health care financing in Iran; is privatization a good solution? *Iran. J. Public Health.* 2012; 41(7): 14-23.
39. Shadpour P, Barzegar M, Afzal E. Study on the Impact of implementing public-private

- partnership (PPP) at Hasheminejad Kidney Center. *Int j hosp res.* 2013; 2(4): 195-200.
40. Li B, Akintoye A, Edwards PJ, Hardcastle C. Critical success factors for PPP/PFI projects in the UK construction industry. *Constr. Manag. Econ.* 2005; 23(5): 459-471.
41. 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): 2208-2214.
42. Carbonara N, Pellegrino R. PPP for public infrastructure in Italy: opportunity and challenges. *Managerial Finance.* 2014; 40(11): 1078-1094.
43. National public private partnership (ppp) policy. Dar es salaam: Prime Minister's Office; 2009 Nov. 21 p.
44. Simon ML, Temeljotov-Salaj A, Liyanage C. a comparative study on legislations relating to public private partnerships in the uk and slovenia. Paper presented at: international conference: delivering value to the community; 2012 Jan 23; Cape Town, South Africa.
45. Public private partnership policy statement. Mauritius: Ministry of Economic Development, Financial Services and Corporate Affairs; 2003 May.
46. National public private partnership policy framework. Canberra: Department of Infrastructure and Regional Development; 2008 Decem.
47. Tabibi j, Maleki MR, Nasiripour A, Barzegar M. comparative study of public-private partnership in hospitals of iran and other selected countries. *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences.* 2015; 5(2):1589-1597.
48. Carbonara N, Costantino N, Pellegrino R, Sciancalepore F. Italian PPP applications: A theoretical framework. Roma: COST Office; 2012.
49. Llumpo A, Montagu D, Brashers E, Foong S, Abuzaineh N, Feachem R. Lessons from Latin America: The early landscape of healthcare public-private partnerships. Healthcare public-private partnership series, San Francisco: The Global Health Group, Global Health Sciences, University of California; 2015 Nov. Report No: 2.
50. Baizakov S. Guidebook on promoting good governance in public-private partnership. New York and Geneva: United Nations; 2008.
51. Raman AV, Björkman JW. Public/Private Partnership in Health Care Services in India. [internet]. 2008 [cited 2018 Feb 7]; available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/15-public-Private-Partnership-in-Health-Care-in-RamanBj%C3%B6rkman/15618e5902b609fc32f3747b849ef1837c86a656?tab=citations>.

Models of "Public-Private Partnership" and their Effects on Hospital Mid-Indicators: A Critical Review

Asadi Piri Z¹ / Bavi S² / Bajoulvand R¹ / Nouraei Motlagh S³ / Imani Nasab MH⁴

Abstract

Asadi H³ / Nemati A⁵

Introduction: Public-private partnership can help governments deal with resource constraints in their health sectors. The aim of this study was to investigate the effects of different models of public-private partnership on hospital mid-indicators and identify factors affecting its successful implementation.

Methods: This critical review was conducted from 2000 to 2017. Databases, such as Google Scholar, Ovid, Proquest, PubMed, Science Direct, Scopus, Springer, Magiran, SID, IranMedex and Irandoc were searched using Persian and English key terms.

Critical Appraisal Skills Program was used to assess the quality of papers which were ranked based on evidence pyramid. The factors influencing the successful implementation of public-private partnership in hospitals were identified through content analysis method.

Results: A total of 20 articles were included in the study. Six models of public-private partnership, that is, the Alzira Model, Design, Build, Finance, Operate Contract/ Private Finance Initiative, Management contract, Co-location and Outsourcing, and Privatization were used in hospitals. Each model has different effects on equity, quality, efficiency and accessibility. The factors influencing the successful implementation of public-private partnership projects included: legal support, political support, financial incentives and capacity building.

Conclusion: Public-private partnership models showed different effects on hospital mid-indicators. It seems that the Design, Build, Finance, Operate Contract/ Private Finance Initiative model is more suitable for construction projects, management contract, and outsourcing and Alzira model is appropriate for delivering hospital services. Therefore, health policymakers can apply different models of public-private partnership on the basis of their effects on hospital mid-indicators.

Keywords: Review, Qualitative Research, Public-Private Sector Partnerships; Public-Private Sector Cooperation; Delivery of Health Care; Healthcare Quality, Access, and Evaluation

• Received: 8/May/2018 • Modified: 18/Aug/2018 • Accepted: 20/Aug/2018

1. Bachelor of Public Health, Student Research Committee, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran
2. Bachelor of Public Health, Student Research Committee, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran
3. Assistant professor at Public health department, Social Determinants of Health Research Center, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran
4. Assistant professor at Public health department, Social Determinants of Health Research Center, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran
5. Ph.D student of Healthcare Management, Student Research Committee, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran