

نگاهی به مشارکت بخش خصوصی و دولتی
در بخش بیمارستانی با تأکید بر
بیمارستان‌های زنجیره‌ای

معاونت پژوهش‌های اجتماعی - فرهنگی
دفتر: مطالعات اجتماعی

کد موضوعی: ۲۱۰
شماره مسلسل: ۱۴۵۴۷
آذرماه ۱۳۹۴

فهرست مطالب

۱.....	چکیده
۲.....	مقدمه
۴.....	۱. کلیات درباره مشارکت دولتی - خصوصی
۴.....	۱-۱. مفهوم و تاریخچه
۷.....	۲. مدل های مشارکت بخش دولتی- خصوصی در بخش سلامت (ترجیحاً بیمارستانی)
۱۵.....	۳. مبانی نظری انواع مدل های مشارکت دولتی - خصوصی در بیمارستان های دولتی
۱۵.....	۳-۱. قراردادهای امتیاز انحصاری (ساخت، مالکیت، بهره برداری و ساخت، بهره برداری، انتقال)
۱۵.....	۳-۲. قراردادهای مدیریت
۱۶.....	۳-۳. قراردادهای ابتکار مالی خصوصی / طراحی، ساخت، تأمین مالی، بهره برداری
۱۶.....	۳-۴. قراردادهای اجاره
۱۷.....	۳-۵. قراردادهای خدمت (بالینی و غیربالینی)
۱۷.....	۳-۶. قراردادهای محرومیت بخش دولتی یا خصوصی سازی کامل
۱۸.....	۳-۷. قراردادهای برون سپاری (برون سپاری فعالیت های بالینی و غیربالینی)
۱۸.....	۴. نگاهی بر مشارکت عمومی-خصوصی در بخش بهداشت و درمان ایران
۲۰.....	۵. بیمارستان های زنجیره ای - تعریف و ضرورت شکل گیری
۲۰.....	۵-۱. تعریف
۲۰.....	۵-۲. ضرورت و علل شکل گیری
۲۱.....	۵-۳. جایگاه شبکه ها و یا زنجیره های بیمارستانی در اصلاحات نظام سلامت - نمونه بیمارستان های زنجیره ای در برخی کشورها
۲۵.....	۵-۴. برخی تجربیات دنیا
۲۷.....	۵-۵. مالکیت زنجیره های بیمارستانی خصوصی - دولتی
۲۸.....	۵-۶. مزایای بیمارستان های زنجیره ای
۲۹.....	۵-۷. چالش های بیمارستان های زنجیره ای
۳۰.....	۵-۸. بیمارستان های زنجیره ای و قیمت خدمات
۳۱.....	۵-۹. بیمارستان های زنجیره ای و کیفیت خدمات
۳۵.....	جمع بندی و ارائه پیشنهاد
۳۶.....	پی نوشت ها



نگاهی به مشارکت بخش خصوصی و دولتی در بخش بیمارستانی با تأکید بر بیمارستان‌های زنجیره‌ای

چکیده

مشارکت بخش‌های دولتی و غیردولتی^۱ در ساخت و مدیریت بیمارستان‌های دولتی، راهکاری نوین در کنترل هزینه‌ها و افزایش سطح خدمات می‌باشد. این مشارکت الگوهای گوناگونی داشته که هر کدام درجات متفاوتی از بار مسئولیت و خطرپذیری را برعهده طرفین می‌گذارد. به‌طور کلی در تمامی این روش‌ها، در قالب قراردادی بلندمدت میان بخش دولتی و غیردولتی با به اشتراک گذاردن خطرات و منافع، اقدام به ارائه خدمات به عموم مردم دنبال می‌شود. از مصادیق رایج و کارآمد این نوع مشارکت می‌توان از اداره بیمارستان‌ها توسط یک گرداننده بیمارستان (Hospital Operator) نام برد. در این طرح مجموعه‌ای از چند بیمارستان تحت اختیار تام مدیریتی یک گرداننده بیمارستان (Hospital Operator) در می‌آیند و در ازای آن چنین سازمانی به وزارت بهداشت متعهد می‌شود به شاخص‌ها و اهداف کمی و کیفی تعیین شده از سوی وزارت متبوع در دو بُعد آموزشی و درمانی پاسخگو باشد، بدون اینکه تعرفه‌ها تغییر نماید. براساس تئوری اقتصادی موجود، به‌کارگیری این روش موجب کاهش ریسک سرمایه‌گذاران و جلب حمایت آنها برای سرمایه‌گذاری در حوزه سلامت و بازگشت سود حاصل به بخش سلامت می‌شود و در مجموع کیفیت خدمات ارائه شده بهتر و هزینه آنها کمتر می‌شود. هر چند الگوهای موفق‌تری از این طرح در دنیا وجود دارد و در گزارش به آنها اشاره شده است اما نتایج برخی مطالعات انجام شده، رابطه مستقیم بین راه‌اندازی بیمارستان‌های زنجیره‌ای و کاهش قیمت و ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران را رد می‌کند. لذا لازم است قبل از هرگونه اقدام اجرایی جدی و در مقیاس بزرگ، مطالعات بیشتری برای انتقال تجربیات مؤسسات موفق با لحاظ کردن فرهنگ حاکم بر بازار سود و سرمایه ایران، دینفعان طرح، قوانین و مقررات موجود و... انجام شود. چرا که اگر مدلی در کشوری مثل ژاپن موفق باشد الزاماً در ایران پاسخگو نخواهد بود و بالعکس.

مقدمه

در نظام سلامت ایران، ارائه خدمات به صورت ترکیبی از بخش‌های دولتی و خصوصی و با سهم ۸۰ درصدی بخش دولتی در ارائه خدمات بستری صورت می‌گیرد، اما بررسی‌های اجمالی و اولیه حساب‌های ملی سلامت نشان می‌دهد که بخش خصوصی نزدیک به ۴۰ درصد هزینه‌ها را به خود اختصاص می‌دهد که طبیعتاً بخش قابل توجهی از آن، توسط مردم تأمین می‌شود. واقعیت آن است که بخش خصوصی تنها به افرادی که با اختیار خود بیمارستان خصوصی را انتخاب کرده‌اند، خدمات ارائه نمی‌کند و بسیاری از کسانی که توان مالی مناسبی ندارند هم به دلایل مختلف، ناگزیر از مراجعه به بخش خصوصی می‌شوند.^(۱)

طی دهه‌های گذشته بسیاری از کشورهای با درآمد متوسط و پایین، نظام‌های سلامت خود را بر پایه تأمین اعتبار دولتی بنا کردند و بیمارستان‌های عمومی به عنوان بخش اصلی نظام سلامت، عمده این اعتبارات را در قالب بودجه‌های سالیانه مصرف می‌نمایند. مواردی چون عدم کارایی فنی و تخصصی، پوشش ناقص گروه‌های کم‌درآمد و همچنین پاسخگویی ضعیف به ذینفعان از مهمترین نقاط ضعف عملکردی بیمارستان‌های عمومی برشمرده می‌شوند. براساس گزارش سال ۱۹۹۹ سازمان جهانی بهداشت، بیمارستان‌های عمومی نزدیک به ۸۰ درصد منابع نظام سلامت را به خود اختصاص می‌دهند، درحالی که فقط ۲۰ درصد از خروجی‌های این بخش را تولید می‌نمایند. مطالعات نشان داده است که به منظور خروج بیمارستان‌های دولتی از یک موقعیت انفعالی در بازار رقابتی، باید اختیارات بیشتری به بیمارستان‌ها اعطا کرد. نتایج مطالعات حاکی از آن بود که فرصت‌های درآمدزایی زمانی منجر به ارتقای عملکرد بیمارستان‌ها می‌شود که مازاد مالی در اختیار بیمارستان باشد.^(۳)

الگوی اصلاحات سازمانی بانک جهانی (مدل پرکر) ابزار مناسبی برای مطالعه اصلاحات سازمانی بیمارستان است. این مدل بر پایه ۵ محور قرار دارد که عبارتند از: حق تصمیم‌گیری، مواجهه با بازار، صاحب اختیار مانده مالی، پاسخگویی و کارکردهای اجتماعی. چنین ادعا می‌شود که تبدیل بیمارستان‌های دولتی به واحدهایی خودگردان، مدیریت و تخصیص منابع عمومی را بهبود بخشیده و پاسخگویی بیمارستان‌ها را بالاتر می‌برد. این امر از طریق کاهش سازوکارهای کنترل مستقیم دولتی و همچنین انتقال تصمیم‌گیری‌های روزمره از سطح دولت به سطح مدیران بیمارستان‌ها محقق می‌شود. براساس الگوی اصلاحات سازمانی بانک جهانی که به الگوی پرکر معروف است، اعطای درجات مختلف خودگردانی به بیمارستان‌های دولتی را می‌توان روی یک طیف اصلاحات سازمانی در نظر گرفت. در این طیف چهار الگوی سازمانی برای بیمارستان‌ها تعریف شده که عبارتند از:

۱. بیمارستان‌های بودجه‌ای: واحدهایی اداری وابسته به سطوح بالاتر منطقه‌ای یا کشوری.



۲. بیمارستان‌های خودگردان: شعار این بیمارستان‌ها این است «اجازه بدهید مدیران مدیریت کنند». این مهم از طریق اعطای اختیار و مسئولیت بیشتر به بیمارستان‌ها و همچنین مواجهه بیمارستان با بازار محقق می‌شود.

۳. بیمارستان‌های شرکتی: تقلید نظام تصمیم‌گیری بخش خصوصی در بیمارستان دولتی است ولی مالکیت در دست دولت باقی می‌ماند.

۴. بیمارستان‌های خصوصی: مالکیت بخش خصوصی (انتفاعی یا غیرانتفاعی).^(۴)

بدیهی است بیمارستان‌هایی که مالکیت آنها به بخش خصوصی واگذار شود دیگر متعلق به بخش عمومی نیستند، به همین دلیل خصوصی کردن بیمارستان‌های دولتی توصیه نمی‌شود. یک بیمارستان دولتی براساس درجه خودگردانی که به آن اعطا می‌شود، می‌تواند در هر نقطه‌ای روی این طیف قرار گیرد.^(۴)

بیمارستان‌ها مانند سایر بنگاه‌های اقتصادی، نوع خاصی از خدمات را تولید و ارائه می‌کنند و اداره آنها نیز مطابق موازین و اصول سایر بنگاه‌ها می‌باشد. اما به‌طور کلی تفاوت آنها با سایر واحدها در اهمیت کالاها و خدمات عرضه شده است و به این جهت دولت‌ها بیشتر به شکل مستقیم یا غیرمستقیم بر آنها نظارت دارند و از راه‌های مختلف نظیر ایجاد و اعمال مقررات و ضوابط خاص و کمک مالی مستقیم یا غیرمستقیم به اداره هرچه بهتر آنها کمک می‌کنند. از طرف دیگر، مسائل اقتصادی مرتبط به بخش سلامت سال‌هاست که مورد توجه سیاست‌گذاران بخشی و ملی کشورهای مختلف قرار گرفته است. به‌طور کلی جهت‌گیری سیاست‌های مختلف در اداره هرچه بهتر و کارآتر واحدها و عرضه خدمات با کیفیت بالاتر، همچنین تأمین منابع مالی با جهت‌گیری کاهش کمک‌های دولتی بوده است.

بیمارستان به‌عنوان یکی از سازمان‌های اصلی ارائه‌دهنده خدمات درمانی حساسیت و اهمیت ویژه‌ای در اقتصاد بهداشت دارد. این ویژگی به‌خصوص در کشورهای در حال رشد با توجه به زیرساخت‌های اقتصادی و آسیب‌پذیری شدید آنها در رویارویی با نوسانات بازارهای پول و کالا دوچندان می‌شود. همزمان با ورود تکنولوژی‌های نوین، انفجار دانش، مشتریان آگاه، نیازهای تغییر شکل یافته و گذرهای اپیدمیولوژیک و جمعیتی، بخش دولتی در تأمین هزینه‌های خدمات سلامت با چالش‌های اساسی روبرو شده است. دولت‌ها در راستای مهار هزینه‌های مربوط به نظام 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 کردن تأمین مالی بیمارستان‌ها به ستاده‌ها و کارآیی آن، افزایش خودگردانی و انگیزه‌های مدیران و در نهایت کاهش تخته‌های بیمارستانی. تعدادی از کشورها نیز در راستای کاهش هزینه‌ها به موازات بهبود کیفیت خدمات، اقدام به به‌کارگیری گزینه‌های مشارکت دولتی - خصوصی در بیمارستان‌های دولتی کرده‌اند. اولین تجربه مشارکت دولتی - خصوصی در اوایل دهه ۱۹۸۰ و در کشور انگلستان آغاز گردید و هم‌اکنون این استراتژی در کشورهای استرالیا، کانادا،

آلمان، چین، هند و آمریکای لاتین به کار می‌رود. مشارکت دولتی - خصوصی روابط براساس تسهیم ریسک بین بخش‌های دولتی و خصوصی با هدف دستیابی به نتایج مدنظر بخش دولتی تعریف شده است. کاستن از وظایف دولتی و افزودن به توان دولت برای برنامه‌ریزی، تنظیم استانداردها، تأمین مالی و قانونگذاری، برداشتن مسئولیت 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. ایالت‌های استرالیا مشارکت بخش خصوصی در بیمارستان‌ها را در بیش از ۵۰ بیمارستان عمومی با مکانیسم‌های متفاوت اجرا کردند. دولت انگلستان نیز به‌عنوان پیشگام در به‌کارگیری استراتژی مشارکت بخش دولتی - خصوصی، آن را در تأمین مالی، ساخت و اداره بیمارستان‌های دولتی خود استفاده می‌کند. این کشور با بهره‌گیری از مشارکت بخش خصوصی، ۲۵-۱۷ درصد صرفه‌جویی در هزینه‌ها را تجربه کرده است.^(۷)

مدل‌های مختلف اداره بیمارستان‌ها و طیف متنوع مالکیت و بهره‌برداری از آنها در بسیاری از کشورها پیاده‌سازی و ارزشیابی شده‌اند. در ایران نیز انواع مختلفی از روش‌های اداره بیمارستان‌ها، امتحان شده است. در این گزارش تلاش شده است تصویری از نحوه مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات بهداشتی - درمانی و نوع همکاری میان بخش‌های دولتی و خصوصی در حوزه سلامت ارائه شود و در بخش دوم گزارش ضمن ارائه تعریفی از بیمارستان‌های زنجیره‌ای تلاش شده به این موضوع پرداخته شود که این بیمارستان‌ها چقدر توانسته‌اند ضمن ارتقای کیفیت خدمات که ارائه می‌کند در کاهش ریسک و مدیریت هزینه‌های خود موفق عمل کند.

۱. کلیات درباره مشارکت دولتی - خصوصی

۱-۱. مفهوم و تاریخچه

تجارب کشورهای مختلف حاکی از این است که عواملی چون محدودیت منابع مالی و بودجه‌ای دولت‌ها برای تأمین مالی پروژه‌های بزرگ و همچنین تقاضای زیاد موجود در زمینه سرمایه‌گذاری در این پروژه‌ها، 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 مشارکت‌های عمومی - خصوصی متبلور شده و موجب تسریع در روند توسعه اقتصادی کشورها شده است.

از همین رو اقتصاددانان نهادهای اقتصادی بین‌المللی مانند بانک جهانی و صندوق بین‌المللی پول و بسیاری از اقتصاددانان دانشگاهی نظریه مدیریت عمومی سنتی را کنار گذاشته و برای رفع مشکلات و افزایش ارائه خدمات کشورها از طریق توسعه پروژه‌های زیرساختی، راه‌حلی را پیشنهاد کردند که



مشارکت عمومی خصوصی از جمله این راه‌حل‌هاست. بسیاری از اقتصاددانان با تأکید بر اهمیت رابطه بین بخش‌های عمومی و خصوصی در اقتصادها، تأخیر در تکمیل پروژه‌های زیرساختی، کمبود سرمایه‌گذاری و کیفیت پایین خدمات عمومی در کشورهای در حال توسعه را ناشی از سیاست‌های نامناسب یا مداخله مستقیم دولت در طراحی، ساخت، تأمین مالی و پشتیبانی می‌دانند. حاصل این موضوع ارائه راهکارهای مشارکت بخش‌های عمومی و خصوصی در اجرای پروژه‌های زیرساختی بود. مطالعات مختلفی در بخش‌های مختلف و خدمات متنوع انجام گرفته است و نتایج این مطالعات گاهی مثبت و برخی منفی گزارش شده‌اند که نیازمند بررسی‌های دقیق‌تر در این زمینه می‌باشد.^(۸)

باور عمومی این است که مشارکت عمومی - خصوصی متدولوژی‌ای است که برای تدارکات پروژه‌های عمومی به خوبی بنا نهاده شده است. با مشارکت دادن تخصص، کارایی، نوآوری، دید تجاری، تسهیم ریسک، تأمین مالی و فوایدی که بخش خصوصی در پروژه‌های عمومی دارد، کیفیت خدمات و تسهیلات عمومی رو به افزایش می‌نهد. مفهوم سرمایه‌گذاری مشارکتی بخش‌های خصوصی و عمومی، که اختصاراً به PPP^۱ گفته می‌شود، به پروژه‌های سرمایه‌گذاری اطلاق می‌شود که در آنها، یکی از آن زیرمجموعه‌های دولت مرکزی و یا دولت محلی با مشارکت یک یا چند شرکت خصوصی، تأمین مالی و ساخت و بهره‌برداری پروژه را برعهده می‌گیرد و درآمدهای ناشی از راه‌اندازی پروژه هم به نسبت سهم مشارکت هر یک از شرکا بین آنها تقسیم می‌شود. در حقیقت مشارکت عمومی - خصوصی توافقنامه‌ای میان دولت و بخش یا بخش‌های خصوصی است که براساس آن بخش یا بخش‌های خصوصی نسبت به ارائه خدمات عمومی، هم‌راستا با اهداف ارائه خدمات دولت و اهداف سودآوری بخش خصوصی و به نحوی اثربخش که ریسک کافی به بخش خصوصی منتقل شود، اقدام می‌نماید. سازمان همکاری اقتصادی و توسعه استاندارد اند پورز یک مشارکت عمومی - خصوصی را، هرگونه ارتباط میان مدت تا بلندمدت بین بخش‌های خصوصی و عمومی که شامل تسهیم ریسک و بازده، مهارت‌ها، تخصص‌ها و منابع مالی چندبخشی جهت دستیابی به خط‌مشی‌های موردنظر است، تعریف می‌نماید. بر این مبنا مهمترین مزایای مشارکت عمومی - خصوصی را می‌توان کارایی و اثربخشی انجام پروژه‌ها توسط بخش خصوصی دانست. مشارکت با بخش خصوصی ویژگی‌هایی مانند اثربخشی، مهارت‌ها، نوآوری، تکنولوژی، انگیزش، تأمین مالی و تسهیم ریسک را دارد. در نظام تأمین مالی مشارکت عمومی - خصوصی، بخش خصوصی نسبت به تدارک دارایی سرمایه‌ای و ارائه خدمات عمومی اقدام می‌نماید و در قبال کیفیت و میزان خدمات ارائه شده، حق‌الزحمه خود را دریافت می‌کند. در این روش، بخش خصوصی قادر خواهد بود تا از طریق قرارداد مشارکت عمومی - خصوصی به ارائه خدمات وسیعی در طی مدت قرارداد معمولاً بین ۱۵ تا ۳۰ سال بپردازد. بخش عمومی نیز ضمن برخورداری بهینه از تخصص، منابع و نوآوری بخش خصوصی قادر خواهد

بود تا به ارائه خدمات کارآ و اثربخش اقدام کند. از مشارکت‌های عمومی - خصوصی در زمینه‌ها و مقاصد بسیاری همچون ایجاد زیرساخت‌های فیزیکی تا ارائه خدمات بهداشتی و اجتماعی استفاده می‌شود. ایده مشارکت عمومی - خصوصی در تئوری بسیار جذاب می‌باشد؛ اما در عمل، برای پیاده‌سازی آن خصوصاً در کشورهای در حال توسعه دارای ظرفیت‌های بسیاری است که در ادامه بدان‌ها اشاره خواهد شد.^(۹)

— خاستگاه اصلی مشارکت عمومی - خصوصی و ویژگی‌های آن

مفهوم سرمایه‌گذاری مشارکتی بخش‌های خصوصی و عمومی، که اختصاراً به آن PPP گفته می‌شود، به پروژه‌های سرمایه‌گذاری اطلاق می‌گردد که در آنها یکی از زیرمجموعه‌های دولت مرکزی و یا دولت محلی با مشارکت یک یا چند شرکت خصوصی، تأمین مالی، ساخت و بهره‌برداری پروژه را برعهده می‌گیرد و درآمدهای ناشی از راه‌اندازی پروژه هم به نسبت سهم مشارکت هر یک از شرکا بین آنها تقسیم می‌شود.

در حقیقت مشارکت عمومی - خصوصی توافقنامه‌ای میان دولت و بخش یا بخش‌های خصوصی است که براساس آن بخش یا بخش‌های خصوصی نسبت به ارائه خدمات عمومی، هم راستا با اهداف ارائه خدمات دولت و اهداف سودآوری بخش خصوصی و به نحوی اثربخش که ریسک کافی به بخش خصوصی منتقل شود، اقدام می‌نماید.^(۱۱)

کشورهای مختلف در زمینه مشارکت عمومی - خصوصی دارای تجربیاتی هستند و این موضوع با بخش‌های صنعتی غالباً دارای قرابت‌های بیشتری است. با توجه به آنچه که شرح داده شد، تعیین چارچوبی منطبق با شرایط بومی و اقتصادی هر کشور امری ضروری است.^(۱۲)

در سال‌های بین دهه ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ میلادی، بسیاری از کشورها با مشکل بدهی‌های زیاد بخش عمومی روبرو شدند و این درحالی بود که فشار برای گسترش زیرساخت‌ها و تأسیسات زیربنایی روز به روز بیشتر می‌شد. دولت‌ها به فکر تشویق بخش خصوصی - که معمولاً در ایجاد زیرساخت‌ها دخالتی نداشت - برای ورود به این صنایع افتادند؛ صنایعی مثل کارخانه‌های تولید برق که معمولاً در انحصار بخش دولتی بود.

اولین برنامه برای ایجاد چنین قراردادهایی در دولت بریتانیا در سال ۱۹۹۲ تحت عنوان PFI^۱ برای تشویق برنامه‌های مشارکت عمومی - خصوصی ایجاد شد. این برنامه بیشتر روی کاهش نیاز بخش عمومی برای استقراض تمرکز کرده بود. در استرالیا نیز بسیاری از دولت‌های ایالتی برنامه‌هایی برای مشارکت عمومی - خصوصی براساس PFI را آغاز کردند.^(۱۰)

اگرچه شرکت‌های خصوصی مدت مدیدی است که در زمینه ارائه خدمات عمومی مشغول به فعالیت بوده‌اند، اما با تعریف علمی مشارکت عمومی - خصوصی در اوایل دهه ۱۹۹۰، جنبه‌های جدیدی برای

1. Private Finance Initiative



مشارکت بخش خصوصی فراهم شد. طی دهه‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۰۰ کشورهای بیشتری به استفاده از شیوه یاد شده در ارائه خدمات عمومی روی آوردند. کشورهای استرالیا و انگلیس از جمله کشورهای پیشرو در این زمینه بودند و کشورهای فرانسه، آلمان، ایرلند، ایتالیا، ژاپن، کره، پرتغال، اسپانیا، ترکیه، آرژانتین، برزیل، آفریقای جنوبی و سایرین از جمله کشورهایی بودند که در سال ۲۰۰۴ به این جرگه پیوسته بودند. دولت‌ها به دلایلی نسبت به معرفی روش مشارکت‌های عمومی - خصوصی اقدام کردند که از آن جمله می‌توان به بهبود ارزش‌آفرینی برای پول در پروژه‌های ارائه خدمات عمومی یا ایجاد زمینه‌های تأمین مالی از طریق منابع مالی بخش خصوصی اشاره کرد. از آنجایی که بسیاری از دولت‌ها در اواسط دهه ۱۹۹۰ با فشار ناشی از کسری بودجه و افزایش بدهی‌های خود مواجه بودند؛ لذا تمایل بسیاری به استفاده از منابع بخش خصوصی، خصوصاً در تأمین منابع مالی پروژه‌های زیرساختی بزرگ پیدا کردند. طی دهه گذشته میلادی، کشورها دریافتند که مشارکت عمومی - خصوصی با وجودی که از منابع دیگری جهت تأمین مالی پروژه‌ها استفاده می‌کنند، به عنوان ابزاری مناسب جهت بهبود ارزش‌آفرینی برای پول محسوب می‌شود. با توجه به مسئولیت هر یک از طرفین بخش‌های عمومی و خصوصی در مشارکت عمومی - خصوصی، ریسک‌ها به هر طرفی که بهتر بتواند آن را مدیریت کند منتقل می‌شود. با توجه به مدل‌های مختلف مشارکت عمومی - خصوصی و ویژگی‌های هر یک از این مدل‌ها، درجه تسهیم ریسک و پذیرش مسئولیت توسط هر یک از طرفین متفاوت خواهد بود.^(۱۳)

۲. مدل‌های مشارکت بخش دولتی - خصوصی در بخش سلامت (ترجیحاً بیمارستانی)

انواع مدل‌های مشارکت دولتی - خصوصی در نظام بیمارستانی:

از میان مدل‌های مختلف، بیشترین تکرار مربوط به مدل‌های زیر است:

۱. قرارداد امتیاز انحصاری^۱ (شامل: الف) ساخت، مالکیت بهره‌برداری،^۲ (ب) ساخت، بهره‌برداری و انتقال.^۳

۲. قراردادهای مدیریت.^۴

۳. قراردادهای ابتکار مالی خصوصی.^۵

۴. طراحی، ساخت، تأمین مالی.^۶

1. Concession contract

2. Build, Own, Operate (BOO) Contract

3. Build, Operate, Transfer (BOT) Contract

4. Management Contract

5. Private Finance Initiative (PFI) Contract

6. Design, Build, Finance, Operate (DBFO) Contract

۵. قرارداد اجاره.^۱

۶. قراردادهای خدمت.^۲

۷. قراردادهای محرومیت بخش دولتی.^۳

۸. خصوصی‌سازی کامل، قراردادهای برون‌سپاری.^۴

هر یک از مدل‌های مشارکت عمومی - خصوصی با توجه به طراحی و ساخت بیمارستان، مسئولیت سرمایه‌گذاری کلان (سرمایه مانند زمین و ساختمان بیمارستان)، مدیریت بیمارستان، انتقال ریسک‌های تقاضا (خطرات مربوط به نوسانات و افزایش و کاهش تقاضا)، مالکیت بیمارستان و مدت زمان قرارداد مورد مطالعه اختصاصی قرار گرفته و طبقه‌بندی شدند.^(۱۵)

در نگاه کلی این مدل‌ها شامل طیفی هستند که در یک سوی آن، بخش دولتی مسئولیت اقدامات تأمین مالی، ساخت، بهره‌برداری و نگهداری بیمارستان را به همراه ریسک‌های مربوطه به‌عهده می‌گیرند و در سوی دیگر با خصوصی‌سازی کامل بیمارستان دولتی کلیه موارد فوق به بخش خصوصی انتقال می‌یابد. فرم خلاصه شده انواع مشارکت دولتی - خصوصی در جدول ۱ آورده شده است.^(۸) در شکل ۱ نیز انواع روش‌های ارائه خدمت از ابعاد ریسک و مسئولیت‌های بخش عمومی و خصوصی به تصویر کشیده شده است و در جدول ۲ خلاصه ویژگی‌ها و الزامات مربوط به انواع مدل‌های مشارکت دولتی - خصوصی آورده شده است.^(۱۵)

1. Leases Contract

2. Service Contract

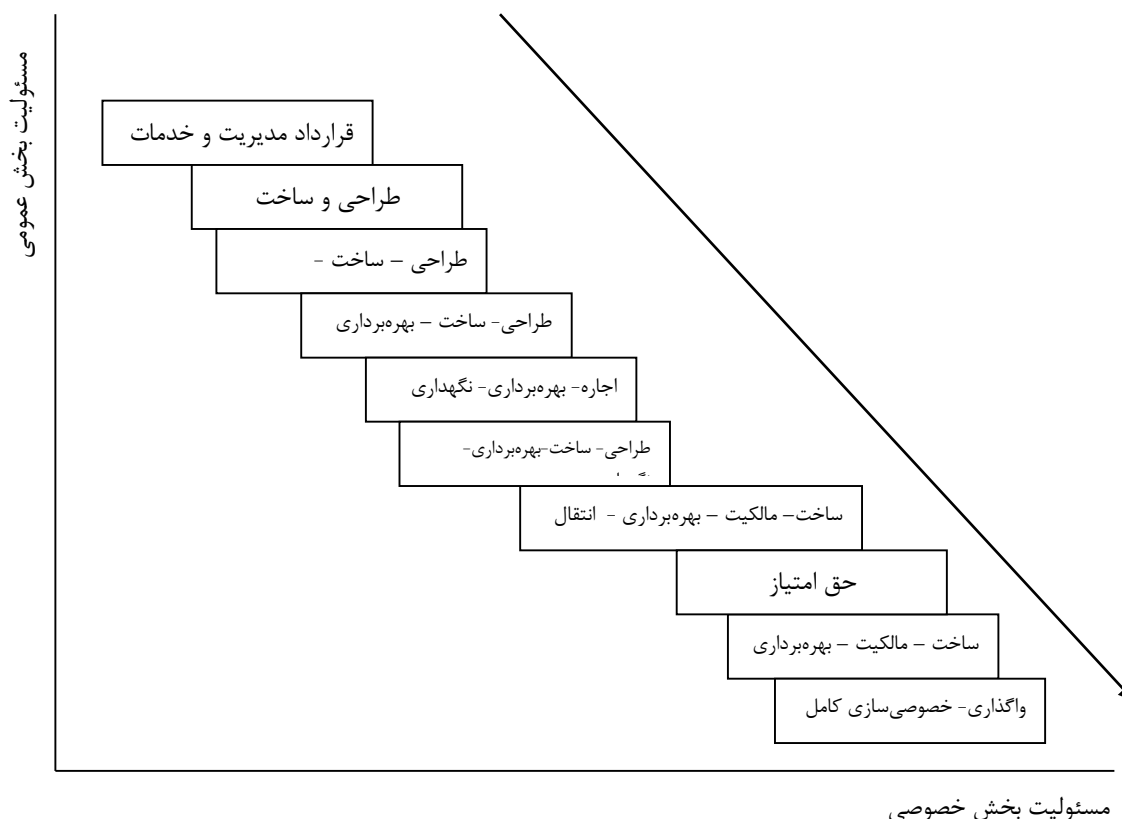
3. Divestiture Contract

4. Out sourcing Contract



شکل ۱. مقیاس انواع روش‌های ارائه خدمات از ابعاد ریسک و مسئولیت‌های

بخش عمومی و خصوصی



مسئولیت بخش خصوصی

مأخذ: شورای کانادایی مشارکت عمومی خصوصی (Canadian Council for Public Private Partnerships, Deloitte)

جدول ۱. خلاصه انواع اشکال مشارکت دولتی - خصوصی در بیمارستان‌ها^(۱۶)

نام انگلیسی مدل	نام فارسی	تعریف مدل
Service contract	قراردادهای خدمت	دولت به یک مؤسسه خصوصی مبلغی را پرداخت نماید تا وظایف خاصی را انجام دهد این وظایف ممکن است در درون و یا بیرون بیمارستان انجام شود.
Outsourcing contract	قراردادهای برون سپاری	در این مدل، دولت به یک مؤسسه خصوصی مبلغی را پرداخت می‌نماید تا یک مؤسسه بهداشتی - درمانی و یا یک بخش ویژه آن را مدیریت نموده و کلیه خدمات مورد نیاز را ارائه نماید. اما در این مدل، تصمیمات مربوط به استخدام نیروی بهداشتی - درمانی، تدارکات و خرید دارو و لوازم پزشکی برعهده مؤسسه خصوصی خواهد بود. این قرارداد ریسک‌های مربوط به داده‌ها مانند نیروی کار را به مؤسسه خصوصی انتقال می‌دهد؛ ولی مسئولیت هزینه‌های سرمایه‌ای برعهده دولت باقی می‌ماند.
Management contract	قراردادهای مدیریت	دولت به یک مؤسسه خصوصی مبلغی را برای مدیریت بیمارستان دولتی پرداخت می‌نماید تا بیمارستان را اداره نموده و کلیه

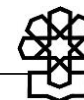
نام انگلیسی مدل	نام فارسی	تعریف مدل
		خدمات مورد نیاز را ارائه دهد. در این مدل هم تصمیمات مربوط به استخدام نیروی تخصصی بهداشتی - درمانی، تدارکات و خرید دارو و لوازم پزشکی توسط دولت انجام می‌گیرد. ریسک‌های تجاری و مسئولیت هزینه‌های سرمایه‌ای برعهده دولت باقی می‌ماند.
Leases contract	قراردادهای اجاره	در این مدل، مؤسسه خصوصی با پرداخت مبلغی به دولت، بیمارستان دولتی را اجاره کرده و مسئولیت اداره مرکز و ارائه خدمت را برعهده می‌گیرد. در عوض، مؤسسه خصوصی حق جمع‌آوری درآمد از عملکرد خود را به دست می‌آورد. در این حالت کلیه ریسک‌های تجاری به مؤسسه خصوصی برمی‌گردد. مسئولیت هزینه‌های سرمایه‌ای هنوز برعهده دولت می‌باشد.
DBFO contract - PFI contract	قراردادهای طراحی، ساخت، تأمین مالی بهره‌برداری یا قراردادهای ابتکار مالی خصوصی	در قراردادهای طراحی، ساخت، تأمین مالی، بهره‌برداری بخش خصوصی، که اغلب به شکل ائتلاف خصوصی مشاهده می‌شود. مسئولیت کلیه مراحل پروژه بیمارستان را برای ارائه خدمات دولتی به‌عهده می‌گیرد. بخش خصوصی برای سرمایه‌گذاری، تأسیس، مدیریت و ارائه خدمات غیربالیینی مثل (تغذیه، رختشویی، حراست، خدمات پارکینگ و تدارکات) مسئولیت خواهد داشت و ارائه خدمات اصلی بیمارستانی با بخش دولتی خواهد بود. تفاوت اساسی این مدل امتیاز انحصاری در این است که در ابتکار مالی خصوصی، منابع مالی خصوصی که برای تسهیلات و وظایف دولتی صرف می‌شود، از طریق مصرف‌کنندگان نهایی بازپرداخت می‌شود.
Concession contract	قراردادهای امتیاز انحصاری	بخش دولتی به مؤسسه خصوصی امتیاز بیمارستان دولتی را اعطا می‌نماید. مؤسسه خصوصی نیز با پرداخت مبالغی به دولت بیمارستان دولتی را اداره و نگهداری می‌کند. در این نوع قراردادها، مسئولیت هزینه‌های سرمایه‌ای به مؤسسه خصوصی واگذار می‌شود. ۱. قراردادهای ساخت، مالکیت، بهره‌برداری (BOO): در این قراردادها، بخش خصوصی تأمین مالی، ساخت، بهره‌برداری و ارائه خدمات بالینی، غیربالیینی و یا هر دو را برعهده گرفته و مالکیت و کنترل امور نیز با بخش خصوصی خواهد بود. بخش خصوصی ریسک‌های ساخت، سرمایه‌گذاری، تجاری را نیز متحمل خواهد شد بدون اینکه مالکیت در انتهای قرارداد به بخش دولتی برگردانده شود. ۲. قراردادهای ساخت، بهره‌برداری و انتقال (BOT): در این قراردادها، بخش خصوصی مسئولیت تأمین مالی، طراحی، ساخت و بهره‌برداری از بیمارستان را برعهده می‌گیرد. کنترل و مالکیت رسمی با بخش دولتی خواهد بود که در پایان مدت قرارداد به این بخش انتقال داده خواهد شد.



نام انگلیسی مدل	نام فارسی	تعریف مدل
Divesture contract	قراردادهای محرومیت بخش دولتی یا خصوصی سازی	در این مدل، بیمارستان‌ها که در مالکیت دولت هستند، به بخش خصوصی فروخته می‌شوند؛ یعنی مالکیت مراکز به بخش خصوصی واگذار می‌شود و مؤسسه خصوصی مسئول ارائه خدمت و هزینه‌های سرمایه‌ای خواهد بود. این مدل می‌تواند به شکل فروش بیمارستان دولتی با حفظ کاربری موجود باشد که در آن بخش خصوصی، بیمارستان دولتی را خریداری نموده و با کاربری بیمارستان دولتی از آن بهره‌برداری می‌نماید. در این صورت، بخش دولتی بابت ارائه خدمت، پرداخت‌هایی را به بخش خصوصی انجام خواهد داد و همچنین وظایف پایش، قانونگذاری و نظارت بر رعایت مفاد قرارداد توسط بخش خصوصی را به عهده می‌گیرد و یا فروش بیمارستان دولتی با کاربرد جدید انجام می‌پذیرد که در این صورت بخش خصوصی، بیمارستان دولتی را خریداری نموده 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.

جدول ۲. ویژگی‌های انواع مدل‌های مشارکت دولتی - خصوصی بیمارستان براساس مسئولیت‌های طرفین در قرارداد

انواع مدل‌ها	حیطه‌ها	تعریف گزینه‌های مشارکت دولتی - خصوصی	مسئولیت طراحی و ساخت بیمارستان	مسئولیت سرمایه‌گذاری کلان	مدیریت بیمارستان	انتقال ریسک‌های تقاضا	مالکیت بیمارستان	مدت زمان تقاضا
قراردادهای خدمت بالینی قراردادهای خدمات غیربالینی	دولت به یک مؤسسه خصوصی مبلغی را پرداخت می‌کند تا وظایف خاصی را انجام دهد. این وظایف ممکن است در درون یا بیرون از بیمارستان انجام شود.	دولتی دولتی	دولتی	دولتی دولتی	دولتی دولتی	دولتی دولتی	دولتی دولتی	۶ ماه تا ۲ سال ۶ ماه تا ۲ سال
برون‌سپاری خدمات غیربالینی برون‌سپاری خدمات 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 ارائه نماید. در این مدل تصمیمات مربوط به نیروی بهداشتی - درمانی تدارکات و خرید دارو و لوازم پزشکی برعهده مؤسسه خصوصی خواهد بود.	دولتی دولتی	دولتی	دولتی دولتی	دولتی - خصوصی دولتی - خصوصی	دولتی - خصوصی (خدمات واگذار شده) دولتی - خصوصی (خدمات واگذار شده)	دولتی دولتی	۱ تا ۳ سال ۱ تا ۳ سال
قراردادهای مدیریت	در این نوع قراردادها دولت مبلغی را که یک مؤسسه خصوصی برای مدیریت بیمارستان دولتی پرداخت می‌نماید تا بیمارستان را اداره کند و کلیه خدمات مورد نیاز را ارائه دهد. در این مدل تصمیمات مربوط به استخدام نیروی تخصصی بهداشتی - درمانی، تدارکات خرید دارو و لوازم پزشکی توسط دولت انجام می‌گیرد.	دولتی	دولتی	دولتی	خصوصی	دولتی	دولتی	۳ تا ۵ سال



انواع مدل‌ها / حیطه‌ها	تعریف گزینه‌های مشارکت دولتی - خصوصی	مسئولیت طراحی و ساخت بیمارستان	مسئولیت سرمایه‌گذاری کلان	مدیریت بیمارستان	انتقال ریسک‌های تقاضا	مالکیت بیمارستان	مدت زمان تقاضا
قراردادهای اجاره	در این نوع قراردادها مؤسسه خصوصی با پرداخت مبلغی به دولت، بیمارستان دولتی را اجاره کرده و مسئولیت اداره مرکز و ارائه خدمات را برعهده می‌گیرد. در عوض مؤسسه خصوصی حق جمع‌آوری درآمد از عملکرد خود را به‌دست می‌آورد.	دولتی	دولتی	خصوصی	دولتی	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 مسئولیت کلیه مراحل پروژه بیمارستان را برای ارائه خدمات دولتی به‌عهده می‌گیرد. بخش خصوصی برای سرمایه‌گذاری، تأسیس و مدیریت و ارائه خدمات غیربالیینی هتل (تغذیه، رختشویی، حراست، خدمات پارکینگ، تدارکات و...) مسئولیت خواهد داشت و ارائه خدمات اصلی بیمارستانی با بخش دولتی خواهد بود. این مدل عموماً توافق امتیاز انحصاری بلندمدت نیز نامیده می‌شود.	خصوصی	خصوصی	خصوصی تحت پوشش مقررات دولتی	دولتی - خصوصی	دولتی	۱۵ تا ۲۰ سال
قراردادهای امتیاز انحصاری (BOT) قراردادهای امتیاز انحصاری (BOO)	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،	خصوصی	خصوصی	خصوصی	دولتی - خصوصی	دولتی - خصوصی	۲۰ تا ۳۰ سال نامحدود

مدت زمان تقاضا	مالکیت بیمارستان	انتقال ریسک‌های تقاضا	مدیریت بیمارستان	مسئولیت سرمایه‌گذاری کلان	مسئولیت طراحی و ساخت بیمارستان	تعریف گزینه‌های مشارکت دولتی - خصوصی	حیطه‌ها انواع مدل‌ها
						سرمایه‌گذاران و حامیان تشکیل شده است. پرداخت به این سازمان‌ها بعد از تکمیل فاز ساخت‌وساز و آغاز بهره‌برداری زمانی که خدمات در دسترس عمومی قرار می‌گیرد آغاز می‌شود. در مدت زمان بهره‌برداری از بیمارستان، درآمد ائتلاف از محل ارائه خدمات به مردم حاصل می‌شود.	
نامحدود	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	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 یا به‌وسیله مجوزهایی محدود می‌گردد.	محرومیت بخش دولتی / خصوصی‌سازی کامل



۳. مبانی نظری انواع مدل‌های مشارکت دولتی - خصوصی در بیمارستان‌های دولتی

۳-۱. قراردادهای امتیاز انحصاری (ساخت، مالکیت، بهره‌برداری و ساخت، بهره‌برداری، انتقال) در این قرارداد بخش دولتی به ائتلاف خصوصی جواز قانونی اعطا می‌کند تا این ائتلاف با انعقاد قراردادهای ثانوی تأمین مالی، طراحی، ساخت، بهره‌برداری و نگهداری بیمارستان را عهده‌دار شود. پرداخت به این ائتلاف بعد از تکمیل فاز ساخت‌وساز و آغاز بهره‌برداری، زمانی که خدمت در دسترس عموم قرار می‌گیرد آغاز می‌شود. در مدت زمان بهره‌برداری از بیمارستان، درآمد ائتلاف از محل ارائه خدمت به مردم حاصل می‌شود. در این مدل مسئولیت 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 زمان قرارداد، امتیاز بهره‌برداری به بخش دولتی بازگردانده می‌شود و یا مادام‌العمر با بخش خصوصی خواهد بود. در این مدل، مالکیت بیمارستان از ابتدا با بخش دولتی بوده و ریسک‌های تجاری و سرمایه‌گذاری در تمام مدت قرارداد به بخش خصوصی واگذار می‌شود. این نوع قراردادها برای تأسیس بیمارستان‌های جدید، رشد و توسعه بیمارستان‌های موجود و افزایش طول عمر بیمارستان‌های قدیمی مورد استفاده قرار می‌گیرد. جهت متعادل‌سازی سود بین بخش دولتی و خصوصی، یارانه و پرداخت‌هایی به‌عنوان انگیزاننده در اختیار بخش خصوصی قرار می‌گیرد. مدت زمان قرارداد ۲۰-۳۰ سال می‌باشد. دو زیر مدل از این مدل که بیشترین کاربرد را در بیمارستان‌های دولتی دارند به‌صورت زیر می‌باشند:

- **قراردادهای ساخت، مالکیت و بهره‌برداری:** در این قراردادها بخش خصوصی تأمین مالی، ساخت، بهره‌برداری و ارائه خدمات بالینی، غیربالینی و یا هر دو را برعهده می‌گیرد و مالکیت و کنترل امور نیز با بخش خصوصی می‌باشد. بخش خصوصی ریسک‌های ساخت، سرمایه‌گذاری، تجاری را نیز متحمل می‌شود بدون اینکه مالکیت در انتهای قرارداد به بخش دولتی برگردانده شود ولی بخش دولتی بر تضمین خرید خدمت برای مدت زمان ثابت از بخش خصوصی توافق می‌کند.

- **قراردادهای ساخت، بهره‌برداری و انتقال:** در این قراردادها بخش خصوصی مسئولیت 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 ارائه خدمت هزینه دریافت می‌کند. مدت زمان این قراردادها ۲۰-۳۰ سال است و برای پروژه‌های بیمارستانی جدید کاربرد دارد.

۳-۲. قراردادهای مدیریت

در این نوع قراردادها دولت مبلغی را برای مدیریت بیمارستان دولتی به یک مؤسسه خصوصی پرداخت

می‌کند تا بیمارستان را اداره کرده و کلیه خدمات مورد نیاز را ارائه دهد. عموماً نقش بخش خصوصی، پاسخ به نیازهای روزمره و نگهداری بیمارستان‌هاست که این امور از طریق عقد قرارداد و به نمایندگی از بخش دولتی انجام می‌پذیرد. در این مدل کنترل و قدرت مدیریتی به‌منظور بهره‌گیری از تجارب مدیریتی بخش خصوصی به این بخش اعطا می‌شود تا برای بهبود مدیریت بیمارستان از آنها بهره‌گیرد. پرداخت به بخش خصوصی تحت این نوع قراردادها می‌تواند به‌صورت پرداخت با 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 عملکردی بیمارستان تعیین می‌شود، استفاده شود. قسمت عمده بار ریسک نیز توسط بخش دولتی تحمل شده و کمترین میزان ریسک به بخش خصوصی منتقل می‌شود همچنین مسئولیت سرمایه‌گذاری‌های کلان و تأمین مالی هزینه‌های سرمایه‌ای نیز نزد بخش دولتی می‌ماند.

قراردادهای مدیریت زمانی مفید به‌نظر می‌رسد که هدف اصلی از انعقاد 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 زیرا در این قراردادها ریسک‌های مالی الزاماً به بخش خصوصی منتقل نمی‌شوند. مدت زمان این نوع قراردادها از ۳ تا ۵ سال متغیر بوده و منجر به دستاوردهای حصول کارایی در مدیریت می‌شوند ولی به‌دلیل مسئولیت بخش دولتی برای سرمایه‌گذاری‌ها، به سختی می‌توان روی دستاوردهای بالقوه آنها قضاوت کرد.

۳-۳. قراردادهای ابتکار مالی خصوصی / طراحی، ساخت، تأمین مالی، بهره‌برداری

در این قراردادها بخش خصوصی که اغلب به شکل ائتلاف خصوصی مشاهده می‌شود، مسئولیت طراحی، ساخت، مدیریت و ارائه خدمات غیربالینی را به‌عهده می‌گیرد. بخش خصوصی برای سرمایه‌گذاری، تأسیس، مدیریت و ارائه خدمات غیربالینی مثل تغذیه، رختشویی، حراست و... مسئولیت دارد و ارائه خدمات اصلی بیمارستان با بخش دولتی می‌باشد این مدل عموماً توافق امتیاز انحصاری بلندمدت نیز نامیده می‌شود. مالکیت بیمارستان در این مدل با بخش دولتی است و بخش خصوصی برای هزینه‌های سرمایه‌ای و جاری مبالغ سالیانه‌ای را به مدت ۱۵-۲۰ سال دریافت می‌کند.

۳-۴. قراردادهای اجاره

در این قراردادها مؤسسه خصوصی با پرداخت مبلغی به دولت، بیمارستان دولتی یا قسمتی از آن را اجاره می‌کند و مسئولیت اداره مرکز و ارائه خدمات را برعهده می‌گیرد در عوض مؤسسه خصوصی حق



جمع‌آوری درآمد از عملکرد خود را به‌دست می‌آورد. در این حالت کلیه ریسک‌های تجاری به مؤسسه خصوصی برمی‌گردد. مسئولیت هزینه‌های سرمایه‌ای نیز به‌عهده دولت می‌باشد. تحت قراردادهای اجاره بخش خصوصی با مسئولیت کامل بهره‌برداری و مسئولیت محدود سرمایه‌گذاری، بیمارستان دولتی را به اجاره گرفته و مبالغ اجاره را از محل پرداخت‌های مصرف‌کنندگان تأمین می‌کند بنابراین پرداخت‌های مصرف‌کنندگان باید هزینه‌های بخش خصوصی با اضافه نرخ بازگشتی معقول را پوشش دهند. مدت زمان این قراردادها بین ۱۰-۱۵ سال است. مهمترین مزیت این مدل انتقال ریسک‌های تجاری به بخش خصوصی می‌باشد که محرک عملکردی نیرومندی به‌حساب می‌آید. این نوع قراردادها زمانی مناسب می‌باشند که بیمارستان نیاز به کارایی در عملیات و بهره‌برداری دارد ولی نیاز به سرمایه‌گذاری‌های جدیدی ندارد.

۳-۵. قراردادهای خدمت (بالینی و غیربالینی)

در این قراردادها دولت مبلغی را به یک مؤسسه خصوصی پرداخت می‌کند تا وظایف خاصی را انجام دهد و ممکن است در درون یا بیرون از بیمارستان انجام شود. مدت زمان این قراردادها ۶ ماه تا دو سال است و مالکیت و مسئولیت سرمایه‌گذاری‌های بیمارستان با بخش دولتی بوده و عملاً هیچ نوع ریسکی متوجه بخش خصوصی نمی‌باشد. این نوع قراردادها به دو صورت منعقد می‌شود:

- **قراردادهای مبتنی بر کمیت:** پرداخت به بخش خصوصی براساس 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 براساس مبلغ ثابت توافق شده در قرارداد به اضافه میزان بهبود در شاخص‌های عملکردی بیمارستان صورت می‌گیرد. این قراردادها زمانی جذاب هستند که بخش دولتی فقط به دنبال انتقال مسئولیت و وظایف جزئی به بخش خصوصی می‌باشد.

۳-۶. قراردادهای محرومیت بخش دولتی یا خصوصی‌سازی کامل

آخرین مدل شامل قراردادهای محرومیت بخش دولتی و یا خصوصی‌سازی است که تحت قراردادهای خصوصی‌سازی یا محرومیت بخش دولتی، مالکیت، بهره‌برداری و نگهداری، سرمایه‌گذاری‌های کلان و ریسک‌های تجاری بیمارستان دولتی به بخش خصوصی انتقال می‌یابد. مدت زمان این قراردادها نامشخص و یا به‌وسیله مجوزهایی محدود می‌شود. این نوع قراردادها 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

ارائه خدمت، پرداخت‌هایی را به بخش خصوصی انجام می‌دهد و همچنین وظایف پایش، قانونگذاری و نظارت بر رعایت مفاد قرارداد توسط بخش خصوصی را به‌عهده 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 موارد توافق شده در قرارداد است. مالکیت، ریسک‌های سرمایه‌گذاری و بهره‌برداری با بخش خصوصی می‌باشد و بخش دولتی نیز می‌تواند از طریق تنظیم چارچوب قانونی و عرضه محرک‌های مالی بر رفتار بخش خصوصی اثرگذار باشد.

۷-۳. قراردادهای برون‌سپاری (برون‌سپاری فعالیت‌های بالینی و غیربالینی)

در این نوع قراردادهای 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 ارائه کند. در این مدل تصمیمات مربوط به استخدام نیروی بهداشتی – درمانی، تدارکات و خرید دارو و لوازم پزشکی برعهده مؤسسه خصوصی است. این قراردادهای ریسک‌های مربوط به داده‌ها مانند نیروی کار را به مؤسسه خصوصی انتقال می‌دهند ولی مسئولیت هزینه‌های سرمایه‌ای برعهده دولت باقی می‌ماند. مدت این قراردادها ۱-۳ سال می‌باشد. این قراردادها به دو دسته تقسیم می‌شوند:

– برون‌سپاری خدمات غیربالینی: در این نوع برون‌سپاری، خدماتی مثل نظافت، تدارکات، رختشویی، حراست 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 ارائه می‌کند.

– برون‌سپاری خدمات بالینی: در این نوع قرارداد برون‌سپاری خدماتی مثل رادیولوژی، آزمایشگاه و... به بخش خصوصی واگذار می‌شود.^(۱۵)

۴. نگاهی بر مشارکت عمومی – خصوصی در بخش بهداشت و درمان ایران

در ایران از سال ۱۳۷۴ در جهت پیاده‌سازی خودگردانی، توجه به نظام‌های نوین مدیریت به‌عنوان یکی از استراتژی‌های برنامه سوم و مواد مختلف برنامه چهارم توسعه کشور به‌ویژه ماده (۸۸) قانون و تصریح الگوهای نوین اداره بیمارستان (هیئت امنایی، شرکتی و تفویض اختیارات مدیریتی و...) و نیز قوانین بودجه سالیانه کشوری و آخرین بند قانونی مربوط یعنی قسمت ح بند «۷» قانون بودجه سال ۱۳۸۹ کشور براساس طرح نظام نوین بیمارستان‌ها، مقرر شد در تعدادی از بیمارستان‌ها اصلاح ساختار جهت هیئت امنایی شدن صورت گیرد، تا با اجرای این طرح دو هدف عمده افزایش اختیارات جهت



تصمیم‌گیری و پاسخگویی، تسریع فعالیت‌ها، کاهش بوروکراسی و دیگری افزایش منابع در دسترس تحقق یابد. بدین منظور وزارت بهداشت تصمیم گرفت دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور را ملزم کند تا هر دانشگاه حداقل دو بیمارستان را به صورت پایلوت انتخاب و به وزارت بهداشت اعلام کند.^(۵)

در سال ۱۳۷۴ دستورالعمل نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها توسط معاونت درمان وزارت متبوع تدوین، تصویب و ابلاغ شد و به بیمارستان‌های عمومی اجازه داد از محل پرداخت‌های نقدی و بیمه‌ها درآمدزایی نمایند. با وجود اینکه این طرح به طرح خودگردانی بیمارستان‌ها معروف شد، واقعیت این است که این طرح فقط یک دستورالعمل پرداخت بود. اصلاحات در نظام سلامت در بند «ب» ماده (۱۹۲) برنامه سوم توسعه، ماده (۸۸) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب سال ۱۳۸۰، مواد (۴۹) و (۸۸) قانون برنامه چهارم توسعه و سایر قوانین و دستورالعمل‌های مالی و ساختاری ادامه پیدا کرده و همچنان در جریان است. وجه مشترک تمام این قوانین و دستورالعمل‌ها تمرکززدایی در نظام سلامت و کوچک کردن بدنه بخش دولتی است. در همین راستا، طرح جامع اصلاح ساختار مدیریتی اقتصادی بیمارستان‌های کشور در سال ۱۳۸۳ توسط مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت متبوع شروع شد. این طرح اصلاحات را در ۶ بُعد شروع کرد: ساختار بیمارستان، بودجه‌ریزی عملیاتی، مدیریت مبتنی بر عملکرد، برون‌سپاری، مدیریت نگهداشت و سامانه اطلاعات بیمارستان. چهل و یک بیمارستان از سراسر کشور به عنوان پایلوت انتخاب شدند و بودجه دولتی ویژه‌ای نیز به این بیمارستان‌ها اختصاص یافت. در سال ۱۳۸۵ این بیمارستان‌ها به ۱۳ عدد کاهش داده شدند و البته ۵ بیمارستان جدید نیز به این طرح اضافه گردیدند و این طرح با ۱۸ بیمارستان و تحت عنوان طرح کشوری بیمارستان‌های منتخب هیئت امنایی ادامه یافت که در حال حاضر نیز ادامه دارد.^(۶)

در اجرای طرح فوق مدل مشارکت دولتی - خصوصی در بخش بهداشت و درمان برای نخستین بار در بیمارستان محب به کار گرفته شد. بخش خصوصی مشارکت‌کننده در این طرح، مؤسسه پزشکی محب بوده است. بیمارستان هاشمی‌نژاد به عنوان مرکز ارجاع کشوری بیماری‌های کلیوی در ایران شناخته شده است. در بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۳، این بیمارستان با مشکلات عدیده‌ای همچون محدودیت‌های مالی، کمبود امکانات درمانی و نیاز شدید به ارتقای خدمات کیفی خود مواجه بود. بنابراین مشارکت بخش خصوصی در این بیمارستان آغاز به فعالیت کرد. مؤسسه پزشکی محب در ابتدا با تأسیس یک بخش ۱۶ تختخوابی در بیمارستان هاشمی‌نژاد در سال ۲۰۰۴ فعالیت خود را آغاز کرد. بیماران در انتخاب بخش، اختیار کامل داشتند و هیچ‌گونه اجباری مبنی بر بستری شدن در بخش جدید یا بخش‌های قدیمی بیمارستان هاشمی‌نژاد وجود نداشت. با توجه به استقبال مردم از بخش جدید، یک بخش ۱۶ تختخوابه دیگر در سال ۲۰۰۸ افتتاح شد. موفقیت این دو بخش، ایده طراحی و ساخت بیمارستان محب در کنار بیمارستان هاشمی‌نژاد را به وجود آورد. در سال ۲۰۰۹ بیمارستانی با ۱۰۰ تخت بستری، در قالب ۵ بخش، ۷ درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی و ۸ اتاق عمل افتتاح شد. طراحی و ساخت بیمارستان

محب، رفت‌وآمد متخصصان میان بخش دولتی و خصوصی را از بین برده و درواقع متخصصان از منافع بخش دولتی و خصوصی به‌صورت مؤثرتر استفاده می‌کنند. هر چند از لحاظ شاخص‌های عملکردی، بیمارستان محب نیازمند ممیزی‌های خارجی در جهت بررسی عملکرد مبتنی بر اهداف نظام سلامت می‌باشد. تجربه دیگری نیز به‌صورت مشارکت عمومی- خصوصی و با اصطلاح رایج بیمارستان‌های زنجیره‌ای توسط گروه محب و دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و ایران مانند محب کوثر در چند سال گذشته شروع شده است که ۳۰ درصد از هزینه‌ها به‌صورت سرمایه اولیه بخش خصوصی و ۷۰ درصد به‌صورت تسهیلات با شرط احداث بیمارستان بالاتر از ۲۵۰ تخت و با سود تضمینی ۲۵ درصد در جریان می‌باشد. (۱۷)

۵. بیمارستان‌های زنجیره‌ای - تعریف و ضرورت شکل‌گیری

۵-۱. تعریف

بیمارستان‌های زنجیره‌ای، شبکه‌ای متشکل از تعدادی بیمارستان است که با همدیگر کار می‌کنند. این بیمارستان‌ها با هماهنگی همدیگر، طیف وسیعی از خدمات درمانی و بیمارستانی را برای جامعه تحت پوشش خود فراهم می‌آورند. این زنجیره‌ها و شبکه‌ها اغلب توسط یک سازمان مرکزی مدیریت می‌شوند و بیمارستان‌های موجود در آنها ممکن است در مالکیت این شرکت‌ها باشند و یا اینکه با شرکت‌های مربوطه قرارداد انعقاد کنند. (۲۳)

۵-۲. ضرورت و علل شکل‌گیری

افزایش تعداد سرمایه‌گذارها و گروه‌هایی که تمایل به سرمایه‌گذاری دارند و خیرین در بخش ارائه خدمات از یک سو و ازسوی دیگر ضعف شناختی از نحوه مدیریت بیمارستان‌ها باعث شد که برخی مراکز و گروه‌ها تصمیم بگیرند به جای رقابت با هم همکاری مالی، تکنیکی و مدیریتی ایجاد کنند و این به معنای وارد شدن تازه‌واردان واقعی به فیلد مراقبت بیمارستانی و ایجاد زنجیره‌های بیمارستانی بود. در یک رقابت محیطی، بیمارستان‌های زنجیره‌ای به‌دنبال راه‌های مختلف رشد و گسترش شبکه خود می‌باشند. فرم‌های چندگانه‌ای از همکاری در بیمارستان‌های زنجیره‌ای وجود دارد که به آنها اجازه رشد و گسترش شبکه‌هایشان را می‌دهد، درحالی که آنها را از هزینه‌های سنگین تک مالکیتی بودن یا رشد داخلی مصون نگه می‌دارد.

شرکت‌هایی که به‌منظور سیاست‌گذاری و راهبری بیمارستان‌ها تشکیل می‌شوند با بیمارستان‌های موجود در منطقه وارد مذاکره شده و با آنها قرارداد مشارکت می‌بندند و یا اینکه مالکیت بیمارستان را



خریداری می‌کنند حتی در صورت لزوم در مناطقی که می‌خواهند توسعه فعالیت داشته باشند بیمارستان‌های جدیدی می‌سازند؛ تا در راستای سیاستگذاری واحدی که هسته مرکزی شرکت (غالباً هیئت مدیره‌های انتفاعی) اعمال می‌کند به فعالیت بپردازند.

پیوستن بیمارستان‌ها به این شبکه‌ها و تبدیل شدن به یکی از حلقه‌های این زنجیره، به دلیل کاهش هزینه‌های بیمارستان، با استقبال از طرف آنها مواجه شده است؛ به نحوی که در ایالات متحده آمریکا صدها بیمارستان خصوصی و انتفاعی و غیرانتفاعی در قالب این شرکت‌ها فعالیت می‌کنند. حتی چندین بیمارستان و کلینیک دولتی هم ترجیح داده‌اند به منظور کاهش هزینه‌ها با همدیگر ادغام شده و در قالب یک شبکه به فعالیت خود ادامه دهند. البته در اغلب این ادغام‌ها، بیمارستان‌ها خدمات درمانی خود را محدود نکرده‌اند بلکه هدف از ادغام و تشکیل بیمارستان‌های زنجیره‌ای کاهش هزینه‌های ارائه خدمات بوده است.

بیمارستان زنجیره‌ای، مصداق مهمی از انباشت سرمایه و سرمایه‌گذاری مجدد در بهداشت و درمان است و از طریق سرمایه‌گذاری مجدد سود کسب شده برای تأسیس شعبه‌های جدید، به افزایش نرخ انباشت سرمایه در بخش درمان کشور کمک می‌کنند. علاوه بر این در یک بیمارستان زنجیره‌ای، چون مقیاس بزرگ می‌شود، توجیه اقتصادی به وجود می‌آید. از دیگر مزایای بیمارستان‌های زنجیره‌ای، این است که به دلیل خرید عمده در تأمین مواد اولیه، متحمل هزینه کمتری می‌شوند. همچنین چون اعتبار بیمارستان‌های زنجیره‌ای بسیار بالا می‌رود و تعداد بیماران در این بیمارستان‌ها بیشتر است، در نتیجه قدرت چانه‌زنی یک بیمارستان زنجیره‌ای در برابر پزشکان و تأمین‌کنندگان خدمات اعم از دارو و تجهیزات هم افزایش می‌یابد.

۳-۵. جایگاه شبکه‌ها و یا زنجیره‌های بیمارستانی در اصلاحات نظام سلامت - نمونه

بیمارستان‌های زنجیره‌ای در برخی کشورها

با توجه به تغییرات الگوی بیماری‌ها و رشد تکنولوژی و افزایش هزینه‌ها یکی از مدل‌های شبکه‌ها و زنجیره‌های بیمارستانی که برای اصلاحات نظام سلامت استفاده شد و بسیار رشد پیدا کرد، پیاده کردن مدل مشارکت‌های خصوصی - دولتی در ارتقای خدمات بیمارستان‌ها می‌باشد که هزینه‌های پرداختی از سوی بیمارستان‌ها را کاهش می‌دهد. در این مدل اقتصادی چون هدف بهینه‌سازی مجموعه‌های دولتی با مشارکت بخش خصوصی است، دریافت و خرید خدمات همچنان از سوی دولت صورت می‌گیرد نه بخش خصوصی که این امر هم تضمین منفعت برای بخش خصوصی است و هم اطمینان برای بیماران و دریافت‌کنندگان خدمت که برای اولین بار این نوع اصلاح در نظام بهداشت و درمان انگلستان در زمان تاجر استفاده شد و بعضی از بخش‌ها و تخت‌های بیمارستان‌های نظام طب ملی این کشور به بخش خصوصی واگذار شد.

اگرچه شکست شرکای خصوصی - دولتی در بخش بیمارستان در چندین کشور (مثل هند) مشاهده شده است ولی دولت‌های مرکزی و ایالتی حتی در همان کشورها نیز علاقه به حمایت مجدد از بیمارستان‌های زنجیره‌ای دارند.^(۱۸)

برای مشارکت بخش عمومی و خصوصی برای ساخت و یا اجرای یک بیمارستان مدل‌های مختلفی وجود دارد. استرالیا دارای متنوع‌ترین مدل‌ها در این زمینه است که در جدول ۳ آمده است. در مدل بریتانیایی پیمانکار اصلی با سه پیمانکار دیگر برای انجام کارها قرارداد می‌بندد. یکی با بانک برای تأمین مالی پروژه، یکی با شرکت‌های ساخت‌وساز برای ساخت بیمارستان و دیگری با شرکت‌های مدیریتی برای مدیریت تأسیسات برای مدت مشخص (معمولاً ۳۰ سال). در طول عمر قرارداد، ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی متعهد به پرداخت یک مقدار مشخص از درآمد خود بوده و پیمانکار متعهد به حفظ تاروپود بیمارستان در جهت مناسب و مدیریت امکانات می‌باشد. مدل‌های مشابه هر چند در مقیاس بسیار کوچک‌تر، در کانادا، پرتغال و اسپانیا اتخاذ شده است.

Franchising یک مدل جایگزین است، به‌طوری که در این مدل مؤسسات و شرکت‌های خصوصی تنها مدیریت و اداره بیمارستان موجود را به‌عهده می‌گیرند و تعهدی درخصوص ساخت‌وساز بیمارستان جدید و یا تعمیرات اساسی بیمارستان ندارند که در ایتالیا و سوئد استفاده شده است. مدل Alzira یک مدل منحصر به فرد است که در والنسیای اسپانیا توسعه یافته است که توسط کنسرسیوم خصوصی مدیریت می‌شود و مسئول پاسخگویی به خدمات بهداشتی برای جمعیت مشخص در ازای پرداخت سالیانه سرانه می‌باشد. با این حال هنوز تجربه‌های کمی در این مدل وجود دارد. خصوصی‌سازی خدمات بیمارستانی و مراحل اولیه متحدسازی آنها توسط پژوهشگران مختلف در طول دهه ۸۰ و ۹۰ بررسی شد و تا اوایل ۲۰۰۰ بیشتر بیمارستان‌های زنجیره‌ای ساخته شدند.

از اولین بیمارستان‌های زنجیره‌ای، بیمارستان Apollo در شهر chennai هند می‌باشد. در هند پس از استقلال (۱۹۴۷)، امید به زندگی دو برابر شد و جمعیت افراد مسن افزایش یافت که این موضوع باعث افزایش تقاضای خدمات شد با توجه به کم بودن ظرفیت بیمارستان‌ها در ارائه خدمات و کیفیت پایین خدمات مردم تمایل کمتری به استفاده از خدمات بیمارستان‌های دولتی داشتند و این مسائل باعث جذابیت خدمات بیمارستانی برای سرمایه‌گذاران خصوصی شد و بیمارستان زنجیره‌ای آپولو در سال ۱۹۸۳ ایجاد شد.^(۱۸)

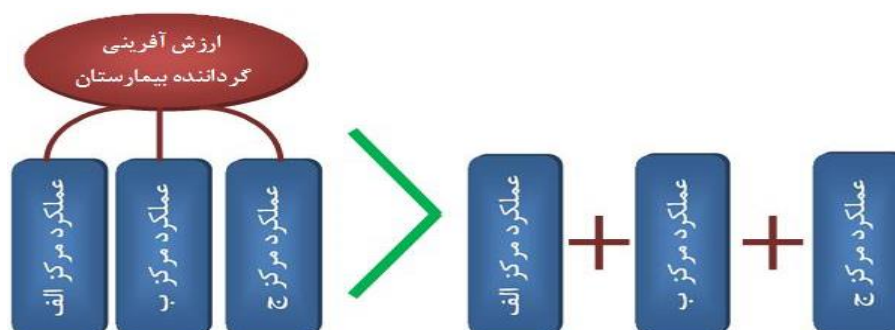
کشورهای مختلفی از جمله کانادا، ایرلند، انگلستان، آمریکا و ترکیه نیز از این طرح استفاده کرده‌اند. مدل گرداننده بیمارستان^۱ یکی از اثربخش‌ترین رویکردهای به‌کار رفته دنیا در صنعت خدمات درمانی، است. این سازمان‌ها به دلیل داشتن تجربه و تخصص کافی در اداره بیمارستان‌ها، طی قراردادهایی



مشخص با بخش دولتی (و یا بخش غیردولتی) اداره بیمارستان را برعهده می‌گیرند، بدون اینکه در مالکیت و اصول اساسی آن تغییری ایجاد شود.

نحوه ارزش‌آفرینی گرداننده بیمارستان برای واحدهای تحت اداره خود از طریق ایجاد ارزش برای مشتری در قالب ارائه خدمات مطلوب است. ارزش در واحدهای تحت اداره با هدف ایجاد شایستگی‌های کلیدی و از طریق توسعه قابلیت کل مجموعه ایجاد می‌شود. به‌ویژه اینکه غالباً گرداننده بیمارستان‌ها با اداره چند مرکز مختلف سبب هم‌افزایی خروجی عملکرد مراکز تحت اداره خود می‌شوند و مجموع توانایی حاصل از ارائه خدمت در هر مرکز تحت اداره گرداننده بیمارستان، بیشتر از مجموع توانایی تک تک آنها خواهد بود (شکل ۲).

شکل ۲. سینرژی ارزش‌آفرینی گرداننده بیمارستان (Hospital Operator)



در حقیقت این گرداننده بیمارستان با رویکردهای ویژه خود به همسو کردن نتیجه عملکرد مراکز زیرمجموعه خود می‌پردازد.

گردانندگان بیمارستان خدماتی نظیر مدیریت بیمارستان به‌صورت برون‌سپاری کامل، طراحی، ساخت و راه‌اندازی بیمارستان‌های جدید، مطالعات امکان‌سنجی و برنامه‌ریزی راهبردی بیمارستان، ایجاد تحول در بیمارستان، مشاوره جهت اخذ استانداردهای بین‌المللی، توسعه و بهینه‌سازی رویه‌ها و بازاریابی و برندسازی را ارائه می‌کنند.

برای نمونه، دو مورد از بیمارستان‌هایی که توسط گردانندگان بیمارستان اداره شده و به نتایج مطلوبی رسیده‌اند ذکر می‌شود.

۱. بازسازی کامل و مدیریت بیمارستان برلین بوخ آلمان ۲۰۰۱

✓ ایجاد مشارکت با گرداننده بیمارستان (Hospital Operator) با هدف:

- بهبود عملکرد و تجهیزات یک مرکز آموزشی درمانی

- حل مشکل بدهی‌های بسیار بالا و کاهش حجم مراجعین
- حل ناتوانی در سرمایه‌گذاری و تجهیز بیمارستان قدیمی دولت با ۱۱۰۰ تخت

✓ ویژگی‌های خاص این طرح:

- با اعطای حق امتیاز، گرداننده بیمارستان دارایی‌ها، لیسانس و مسئولیت تجهیزات جاری بیمارستان را تقبل کرد (۲۴ کلینیک، ۶ موسسه، ۵ سایت، و ۱۱۰۰ تخت)
- عقد قرارداد جهت ساخت ۱۰۰۰ تخت جدید همراه با تجهیزات علاوه بر تجهیزات جاری و بدون پرداخت حق اجاره تا ۲۰۰۸ که انگیزاننده‌ای برای گرداننده بیمارستان در تکمیل به موقع ساختمان جدید بوده و سبب ایجاد یک سطح درآمد پایدار ضمن تعهد به حفظ پذیرش حجم مشخصی از بیمار توسط گرداننده بیمارستان می‌شود.
- ادامه فعالیت‌های آموزشی و آکادمیک بیمارستان و تأمین هزینه‌های آموزشی توسط دولت همچون گذشته.
- انتقال قرارداد کارکنان به مجری جدید بدون کاستن از تعداد آنها تا سال ۲۰۰۵.

۲. تحول در یک مرکز ارائه‌دهنده خدمات اورژانس و ایجاد یک مرکز گسترده خدمات پزشکی-اتریش ۲۰۰۶

ایجاد مشارکت با گرداننده بیمارستان (Hospital Operator) با هدف جلوگیری از تعطیل کردن این مرکز به دلیل مشکلات فراوان

✓ ویژگی‌های خاص این طرح:

- تعهد و اختیار گرداننده بیمارستان در ایجاد طرح پروژه، برنامه‌ریزی، اجرا، کل سرمایه‌گذاری و مدیریت کلی و تدارک خدمات،
- گرداننده بیمارستان خود توسط سه شرکت پروژه‌ای KAV (۵۱٪ سهم)، ROMED (۳۹٪ سهم) و VAMED (۱۰٪ سهم) اداره می‌شود.
- مالکیت گرداننده بیمارستان قانوناً در اختیار KAV است که مسئولیت زیرساخت‌ها را برعهده دارد، ROMED عملیات را اداره می‌کند و VAMED برنامه‌ریزی، ساختمان‌سازی و در صورت نیاز مدیریت تجهیزات را برعهده دارد.
- کنترل کیفیت شامل پایش عملکرد مالی و درمانی، توسط یک تیم مشاوره دانشگاهی صورت می‌گیرد که مسئولیت توسعه و پایش عملکرد را برعهده دارد.



۴-۵. برخی تجربیات دنیا

سال‌هاست که رویکرد مشارکت بخش دولتی و غیردولتی در کشورهای جهان در حوزه آموزشی و درمانی به اجرا درآمده است و در آمریکا بیش از ۱۱۲۵ سازمان به صورت تخصصی به ارائه خدمات مدیریت بیمارستانی مشغولند. یکی از این نمونه مؤسسات، شرکت American Hospital Management Company^۱ است تخصص آن ارائه خدمات مدیریت بیمارستانی به صورت برون‌سپاری است (شکل ۳).

شکل ۳. شرکت گرداننده بیمارستان آمریکا

Brim Healthcare^۲ یکی دیگر از متخصصان ارائه‌دهنده خدمات مدیریت بیمارستانی است

که این‌گونه سیستم خود را تشریح می‌کند:

«آیا باید عملکرد بیمارستان خود را بالا ببرید اما در عین حال خواهان از دست دادن مالکیت بیمارستان خود نیستید؟ می‌دانید که به تخصصی عمیق و تجربه مدیریت تخصصی بیمارستان نیاز دارید اما در حرفه شما نیست. آنچه شما نیاز دارید کسی است که به شما جهت دهد، برای شما نتایجی را که خواهان آن بودید به دست آورد بدون اینکه کنترل خود را از دست بدهید. این سازمان قادر به ارائه چنین خدمتی است.

1. www.americanhospitalmanagement.com

2. <http://www.brimhealthcare.com/>

Brim بیمارستان‌های شما را به صورت قراردادی مدیریت می‌کند و ضمن اینکه کل مالکیت بیمارستان همچنان در اختیار شماست، اختیار سایر عملیات و سرمایه‌گذاری در تجهیزات و تکنولوژی را به دست می‌گیرد تا ۱ ظرف سه تا پنج سال نتایج مورد نظر شما را به دست آورد».

نمونه‌های بهره‌گیری از سیستم‌های مشارکتی

سه نمونه از مراکزی که از قدرت نهفته در سیستم‌های مشارکتی بهره برده‌اند و به سبک مدیریت زنجیره‌ای بیمارستان‌ها فعالیت می‌کنند عبارتند از:

۱. زنجیره Apollo Hospital^۲ در هند

- ✓ بزرگ‌ترین زنجیره ارائه خدمات درمانی در آسیا و سومین در دنیا
- ✓ داشتن مالکیت و یا اداره ۴۱ بیمارستان در سطح دنیا به صورت زنجیره‌ای (۱۴ بیمارستان تنها تحت مدیریت شبکه‌ای آپولو اداره می‌شوند و سهمی در مالکیت آنها ندارد)
- ✓ ارائه خدمات به بیش از ۱۴ میلیون بیمار در ۵۵ کشور

شکل ۴. زنجیره آپولو



۲. Bangkok Chain Hospital Public Co. Ltd

نمونه دیگر Bangkok Chain Hospital Public Co. Ltd است که به اداره بیش از ۶ زنجیره بیمارستان خصوصی می‌پردازد (شکل ۵).

2. <http://www.apollohospitals.com/>



شکل ۵. زنجیره بانکوک



۳. Cleveland clinic^۱

- ✓ یکی از بزرگ‌ترین بیمارستان‌های آموزشی آمریکا
- ✓ دارای بیش از ۱۰۰۸ تخت
- ✓ ارائه خدمات گسترده در نقاط مختلف آمریکا و کانادا (۳۶ بیمارستان و کلینیک)،
- ✓ سرمایه‌گذاری در کشورهای خاورمیانه (امارات) اتریش و سنگاپور (شکل ۶).

شکل ۶. کلوند کلینیک



۵-۵. مالکیت زنجیره‌های بیمارستانی خصوصی - دولتی

شبکه یا زنجیره بیمارستانی می‌تواند از نظر نوع مالکیت دارای انواع مختلف باشد. ممکن است که بیمارستان‌ها و مراکز وابسته به یک زنجیره یا شبکه ارائه خدمت در یک هلدینگ بزرگ و به صورت خصوصی سهامی ایجاد شود که بیشتر در کشورهای با اقتصاد آزاد مخصوصاً آمریکا دیده می‌شود. همچنین این شبکه می‌تواند غیردولتی و غیرانتفاعی بوده و یا اینکه کلیه این شبکه دولتی باشد. از ترکیب حالت‌های مذکور نیز شکل‌های مختلط به وجود می‌آید که ممکن است ترکیبی از غیردولتی

1 <http://www.clevelandclinic.org/>

غیرانتفاعی مانند خیریه‌ها با دولتی باشد یا ترکیب دولتی و خصوصی سهامی باشد که کشور هند پیش‌تاز در استفاده از این مدل است و یا ترکیب غیرانتفاعی غیردولتی و خصوصی سهامی بوده و یا ترکیبی از همه این موارد باشد. بنابراین از نظر مالکیت، زنجیره‌ها و یا شبکه‌های بیمارستانی حالت‌های مختلف دارد که در هر حالت نیز براساس توافق ذینفعان و گروه‌های شرکت‌کننده در شبکه، مدل‌های مختلفی از تعاملات و درصدهای استفاده و سود و مالکیت به‌وجود می‌آید که در یک توافق در شرایط بازار و دادوستد به‌وجود می‌آید.

شایان ذکر است که این شبکه محدود به مراکز بیمارستانی نمی‌باشد بلکه می‌تواند چند مرکز بیمارستانی با مراکز جراحی محدود یا خدمات پاراکلینیکی و همچنین مؤسسات ارائه خدمت در منزل و یا سالمندان را نیز شامل شود لذا ارائه خدمات در این شبکه‌ها و یا زنجیره‌های مراکز ارائه خدمات می‌تواند تمام سطوح ارائه خدمات سلامت حتی خدمات پیشگیری را نیز دربرگیرد.

در بسیاری از نقاط دنیا بیمارستان‌های زنجیره‌ای به خرید یا مدیریت بیمارستان‌های مراکز بهداشت عمومی که زیر نظر دانشگاه‌ها فعالیت می‌کنند و دارای اعتبار علمی اساتید دانشگاهی هستند تمایل دارند. برخی از دلایل این تمایل که در بررسی‌های انجام شده مشخص گردیده عبارتند از:

- ادغام عمودی مراقبت‌های بهداشتی،
- مشروعیت زنجیره‌ای،
- یکپارچه‌سازی سیستم‌های ارائه و تأمین مالی،
- پتانسیل سود کوتاه‌مدت،
- این نوع از مالکیت جای بحث دارد. برخی از موارد بحث برانگیز عبارتند از:
- ادامه رسالت آموزشی،
- انواع برنامه‌های تحقیقاتی حمایت شده،
- درجه ارائه مراقبت به فقرا،
- تغییر در ماهیت آموزشی پزشکان و دیگر کارکنان بهداشتی.^(۲۵)

۵-۶. مزایای بیمارستان‌های زنجیره‌ای

از افزایش ادغام بیمارستان‌ها با یکدیگر و تشکیل بیمارستان‌های زنجیره‌ای در طی سال‌های گذشته در خدمات بیمارستانی می‌توان دریافت که این ادغام‌ها بر روی هزینه‌ها تأثیرگذار بوده است. بیمارستان‌های زنجیره‌ای نزدیک به ۴۰ درصد بیمارستان‌های غیرفدرال در ایالات متحده آمریکا را شامل می‌شوند. پیوستن بیمارستان‌ها به شبکه‌های بیمارستانی و صرفه‌جویی در هزینه‌های مرتبط با مالکیت، راه‌حلی است که مکانیسم بازار فراروی بیمارستان‌ها قرار داده تا بر مشکلات مرتبط با هزینه‌های فزاینده



فائق آیند. بیمارستان‌های زنجیره‌ای از مزایای مدیریت و سیاستگذاری و برنامه‌ریزی متمرکز و سایر مزایای مرتبط با بزرگی اندازه سازمان بهره‌مند هستند.

گردآمدن بیمارستان‌های انتفاعی در یک شبکه و تشکیل بیمارستان‌های زنجیره‌ای، این فرض را تقویت می‌کند که در این حالت کارایی آنها بیشتر از بیمارستان‌هایی است که به‌صورت مستقل کار می‌کنند. بیش از ۷۵ درصد بیمارستان‌های خصوصی و انتفاعی در ایالات متحده آمریکا در قالب بیمارستان‌های زنجیره‌ای مشغول ارائه خدمات درمانی هستند. این میزان برای بیمارستان‌های غیرانتفاعی و خیریه کمی بیش از ۴۰ درصد و در مورد بیمارستان‌های دولتی فقط ۸ درصد است. نگاه کلی به این نسبت‌ها خود به‌خوبی گویای این امر است که وجود انگیزه در بیمارستان‌های انتفاعی در رابطه با حداکثرسازی سود، سبب می‌شود این مراکز رفتارهایی در راستای افزایش کارایی در پیش گیرند و فقدان این انگیزه‌ها در بیمارستان‌های دولتی و غیرانتفاعی عاملی است که باعث استقبال کم این مراکز از تشکیل زنجیره‌های بیمارستانی شده است.

بیمارستان‌های زنجیره‌ای از مزیت صرفه‌جویی در مقیاس^۱ بهره می‌برند. این مزیت اقتصادی سبب کاهش هزینه‌های آنها می‌شود. صرفه‌جویی در مقیاس می‌تواند به‌دلیل انجام امور پشتیبانی مشترک بیمارستان‌ها و کاهش هزینه‌های مرتبط با آن مانند کاهش قیمت خرید دارو و تجهیزات پزشکی باشد. همچنین شرکت‌هایی که بیمارستان‌های بیشتری را در زنجیره خود در اختیار داشته باشند می‌توانند بهره‌های اخذ شده‌شان را کاهش دهند.

مسئله دیگری که در این رابطه تأثیرگذار است، مربوط به مدیران است. پس از تشکیل شبکه‌های بیمارستانی، اغلب مدیرانی با توانایی مدیریتی بالا در رأس امور شرکت‌ها قرار گرفته و برای تمامی بیمارستان‌های درون شبکه سیاستگذاری می‌کنند. این امر به افزایش حاشیه سود و کاهش هزینه‌ها منجر می‌شود. همچنین این شرکت‌ها برای کارکنان هم جذابیت دارند. بیمارستان‌های زنجیره‌ای از این مزیت خود استفاده کرده و پزشکان و پرستاران مجرب‌تر را به‌سوی خود جلب کرده و آنها را به‌کار می‌گیرند. همین امر خود باعث افزایش بهره‌وری این مراکز و تکرار این چرخه به نفع بیمارستان‌های زنجیره‌ای می‌شود.

۷-۵. چالش‌های بیمارستان‌های زنجیره‌ای

لازم است به مسائلی که این بیمارستان‌ها در یک محیط رقابتی که به‌دنبال راه‌های مختلف رشد و گسترش شبکه‌هایشان هستند، با آنها روبرو می‌شوند نیز اشاره کنیم. ممکن است سرمایه‌ها راضی‌کننده باشند ولی نیروی انسانی برای جلو بردن برنامه توسعه کافی نباشند. همچنین مواردی از قبیل شروع

1. Economy of Scale

آرام، تنگناهای توسعه و نیاز به سرمایه‌گذاری‌های مجدد و زیاد برای پوشاندن ضررها نیز از جمله دغدغه‌های آنها به شمار می‌روند. (۱۸) علاوه بر این هر بیمارستان زنجیره‌ای متحد شده در یک محیط که فضای رقابتی در آن در حال افزایش است به دنبال فضای بازار خود می‌گردد که این ممکن است منجر به شکست برخی شرکا شود. برخی دیگر از چالش‌های مشاهده شده در کشورهای اجراکننده این طرح به شرح زیر است:

- مسابقه فناوری پزشکی بین بیمارستان‌ها در شبکه‌های مختلف بیمارستانی به منظور جذب بیمار و پزشکان باعث شده که هزینه‌های پزشکی بیماران بالا برود.

- شکاف بین بیمارستان‌های مشارکتی در یک طرف و دیگر بیمارستان‌های خصوصی و دولتی در طرف دیگر به شدت افزایش یافته است.

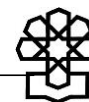
- درحالی که بیمارستان‌های زنجیره‌ای مشارکتی فوایدی از فرم‌های مختلف یارانه‌های دولتی عایدشان می‌شود، تعدادشان درباره اهداف سلامت عمومی و حمایت دولتی بیماران فقیر توسط مدارک مشکوک، زیر سؤال رفته است. (۲۹)

۸-۵. بیمارستان‌های زنجیره‌ای و قیمت خدمات

ادغام بیمارستان‌ها با یکدیگر و تشکیل شبکه‌ای از بیمارستان‌های زنجیره‌ای و سیاستگذاری و راهبری متمرکز در این بیمارستان‌ها به تمرکز در بازار خدمات بیمارستانی می‌انجامد. افزایش تمرکز در این بازار نیز به افزایش قیمت خدمات درمانی ارائه شده توسط آنها منجر می‌شود. چندین پژوهش اقتصادسنجی به این امر تأکید دارد که بین قیمت و تمرکز بازار در حوزه خدمات بیمارستانی، ارتباط وجود دارد. این ارتباط به نحوی است که هرچقدر در این بازار عرضه‌کنندگان خدمات، تنوع و گوناگونی کمتری داشته باشند، قیمت افزایش پیدا می‌کند. ادغام بیمارستان‌ها در قالب یک شبکه و تشکیل بیمارستان‌های زنجیره‌ای که از یک سیاستگذاری واحد پیروی می‌کنند، تنوع عرضه‌کنندگان خدمات بیمارستانی را به شدت کاهش می‌دهد.

برخی شواهد نشان می‌دهند که تمرکز در بازار خدمات بیمارستانی که به دنبال ادغام بیمارستان‌ها با یکدیگر و تشکیل شبکه‌هایی از بیمارستان‌های زنجیره‌ای به وقوع می‌پیوندد، به افزایش قیمت خدمات ارائه شده توسط آنها منجر می‌شود. سؤال اساسی در این رابطه این است که آیا این افزایش قیمت، یک‌بار و آن‌هم در زمان ادغام انجام می‌شود یا اینکه دامنه‌ای از افزایش قیمت خدمات درمانی به دنبال زنجیره‌ای شدن بیمارستان‌ها به وقوع خواهد پیوست؟

ملنیک و کیلر (۲۰۰۷)، ارتباط مستقیم و مثبتی بین افزایش قیمت و افزایش تمرکز در بازار خدمات بیمارستانی را شناسایی کرده‌اند از طرف دیگر آکوسا و همکاران (۲۰۰۹)، دریافتند که قیمت‌ها در بازارهای تک‌قطبی بیشترین میزان افزایش را تجربه کرده‌اند.



برخی مطالعات به تأثیر ادغام‌های انجام شده و تشکیل بیمارستان‌های زنجیره‌ای بر روی هزینه‌های پرداخت شده ازسوی بیمه‌های سلامت نگاه گذشته‌نگری داشته‌اند. این پژوهش‌ها با شیوه مطالعه موردی، بر روی یک ادغام متمرکز شده و هزینه‌های بستری بیماران را در مقایسه با بیمارستان‌های شاهد تحت بررسی قرار داده‌اند. میزان افزایش قیمت خدمات بیمارستانی در بازارهای متمرکز تا بیش از ۲۰ درصد هم گزارش شده است. یافته کلیدی مشترک که در بین تمامی این پژوهش‌ها وجود دارد این است که: قیمت ارائه خدمات درمانی در بیمارستان‌های زنجیره‌ای بیشتر از بیمارستان‌های مستقل است. ادغام بیمارستان‌ها با یکدیگر و تشکیل بیمارستان‌های زنجیره‌ای قیمت خدمات درمانی و بیمارستانی ارائه شده توسط آنها را افزایش می‌دهد. (۳۲)

جدول ۳. خلاصه مطالعات انجام‌شده درخصوص اثر ادغام بیمارستان‌ها بر قیمت خدمات

نام پژوهشگر	مکان انجام پژوهش	نتایج
آکوسا آنتوی و همکاران (۲۰۰۹)	کالیفرنیا	در بازارهایی که به علت ادغام بیمارستان‌ها با یکدیگر تک‌قطبی شده‌اند، قیمت‌ها در بازه زمانی مشخص تا دو برابر افزایش یافته است.
دارنوف و همکاران (۲۰۰۸)	کالیفرنیا	افزایش تمرکز در بازار ارائه خدمات بیمارستانی به افزایش قیمت منجر شده است.
ملنیک و کیلر (۲۰۰۷)	کانادا	بیمارستان‌هایی که در قالب یک نظام بزرگ زنجیره‌ای به فعالیت خود ادامه می‌دهند، قیمت‌ها را افزایش داده‌اند.
موریا و همکاران (۲۰۱۰)	ایالت متحده آمریکا	ادغام شرکت‌های بیمه‌گذار و ایجاد تمرکز در بازار خرید خدمات سلامت، بر روی قیمت خدمات ارائه شده توسط بیمارستان‌ها، تأثیر منفی دارد.
وو (Wu) (۲۰۰۸)	مالزی	بیمارستان‌هایی که در سایر بیمارستان‌های مجاور و رقیب آنها خدمات خود را تعطیل کرده‌اند، به‌طور محسوسی قیمت این خدمات را افزایش داده‌اند.
دافنی (۲۰۰۹)	آمریکا	قیمت‌ها در بیمارستان‌های زنجیره‌ای که پس از ادغام تشکیل شده بودند، چهل درصد بیشتر از بیمارستان‌های غیرزنجیره‌ای بود.
هاآس، ویلسون و گارمون (۲۰۱۱)	آمریکا	پس از ادغام بیمارستان‌های اوآنستون، هایلند پارک، سنت تریز و ویکتوریا مموریال و تشکیل شبکه بیمارستانی، قیمت‌ها به نسبت بیمارستان‌های شاهد، بیست درصد افزایش پیدا کرد.
تامپسون (۲۰۱۱)	آمریکا	از بین چهار شرکت بیمه‌گر، سه شرکت تجربه افزایش قیمت خدمات بیمارستانی را پس از تشکیل شبکه بیمارستانی داشته‌اند و فقط یک شرکت کاهش قیمت را تجربه کرده است.
تاون و همکاران (۲۰۰۶)	آمریکا	انبوه ادغام‌های انجام شده و تشکیل زنجیره‌های بیمارستانی متعدد به افزایش قیمت خدمات و در نتیجه افزایش هزینه‌های مرتبط با خرید بیمه‌های درمانی شده است که این امر به افزایش افراد غیربیمه به میزان سه درصد منجر شده است.

۵-۹. بیمارستان‌های زنجیره‌ای و کیفیت خدمات

همان‌گونه که ذکر شد ادغام بیمارستان‌ها با یکدیگر و تشکیل بیمارستان‌های زنجیره‌ای باعث ایجاد تمرکز در بازار شده و بازار ارائه خدمات درمانی و بیمارستانی به‌سوی تک‌قطبی شدن میل پیدا می‌کند. واضح است

که در بازارهای تک‌قطبی رقابت کاهش پیدا می‌کند. این رقابت بین بیمارستان‌هاست که سبب بهبود کیفیت خدمات ارائه شده به‌وسیله آنها می‌شود. سؤال اساسی که در این راستا وجود دارد این است که چه ارتباطی بین مدیریت یکپارچه در بیمارستان‌های زنجیره‌ای و کیفیت خدمات وجود دارد؟

بسیاری از مطالعات اقتصادسنجی به تأثیر رقابت بین بیمارستان‌ها بر روی کیفیت خدمات درمانی پرداخته‌اند. داده‌های این مطالعات بسیار متنوع است. این پژوهش‌ها را می‌توان به دو گروه تقسیم‌بندی کرد؛ گروه اول آن دسته مطالعاتی هستند که در بازارهای سلامت که قیمت خدمات ارائه شده مدیریت می‌شوند، انجام شده است و گروه دوم آن دسته مطالعاتی است که در بازارهایی انجام شده که خود بازار عامل تعیین‌کننده قیمت خدمات بیمارستانی بوده است.

پژوهش‌هایی که به تأثیر رقابت بین بیمارستان‌ها در ارتقای کیفیت خدمات درمانی در بازارهای با قیمت مدیریت شده پرداخته‌اند، در ایالات متحده آمریکا و در برنامه مدیر و NHS انگلستان انجام شده‌اند. یافته‌های این مطالعات بسیار متنوع هستند؛ اما شواهدی قوی ارائه دادند مبنی بر اینکه هرچا رقابت دشوارتر باشد، کیفیت خدمات ارائه شده توسط بیمارستان‌ها بهتر می‌شود. این یافته‌ها طی مطالعاتی که اخیراً توسط NHS انجام شده است هم مورد تأیید قرار گرفت. این پژوهش‌ها به تأثیر مثبت رقابت بین بیمارستان‌ها بر روی کیفیت خدمات ارائه شده صحت گذاشته‌اند؛ امری که با ادغام بیمارستان‌ها با یکدیگر و تشکیل بیمارستان‌های زنجیره‌ای بسیار کم‌رنگ می‌شود. اصلاحات انجام شده در سال ۲۰۰۶ در NHS، مبتنی بر رقابت بین بیمارستان‌ها به‌منظور جلب بیشتر بیمار و افزایش اختیار بیماران در انتخاب بیمارستان بود. این اصلاحات بسیار شبیه آن چیزی بود که در مدیریت و نظام مبتنی بر DRG اتفاق افتاده بود. این مطالعات در کل نشان می‌دهند که ورود بیمارستان‌ها به عرصه رقابت تأثیر اساسی بر روی کاهش نرخ مرگ‌ومیر در این بیمارستان‌ها دارد.

دسته دیگر مطالعات در بازارهایی انجام شده است که خود عامل بازار، تعیین‌کننده قیمت است. این مطالعات هم نشان می‌دهند که رقابت بین بیمارستان‌ها به بهبود کیفیت خدمات منجر می‌شود. یافته‌های این پژوهش‌ها پیچیده‌تر از مطالعات قبلی است که در رابطه با بازارهایی با قیمت مدیریت شده به آن پرداخته شد. این امر یک نتیجه مشخص را به اثبات می‌رساند و آن این است که اگر بیمارستان‌ها، هم در رابطه با قیمت خدمات درمانی و هم در رابطه با کیفیت به رقابت با یکدیگر بپردازند، توجه عمده خود را به سمتی معطوف خواهند داشت که بیشترین تأثیر را داشته باشد. اگر خریداران خدمت بیشتر به قیمت حساسیت داشته باشند تا کیفیت (به‌عنوان مثال اگر قیمت آسان‌تر از کیفیت قابل مقایسه باشد) افزایش رقابت به کاهش قیمت و کاهش توجه به کیفیت منجر خواهد شد. به‌ویژه اگر کیفیت خدمات ارائه شده نسبتاً مطلوب و برجسته باشد. در آن صورت فقط این رقابت سخت خواهد بود که می‌تواند کیفیت خدمات درمانی ارائه شده توسط بیمارستان‌ها را افزایش دهد.

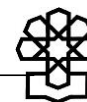


اغلب یافته‌های پژوهش‌های انجام شده در ایالات متحده آمریکا دلالت بر این دارد که رقابت بین بیمارستان‌ها سبب بهبود کیفیت خدمات درمانی می‌شود. این درحالی است که مطالعات انجام شده در انگلستان نتایجی به‌غیر از این را نشان می‌دهند و به تأثیر منفی این رقابت‌ها بر روی کیفیت خدمات تأکید دارند. این اختلاف عمدتاً ناشی از میزان امکان انتخاب بیمارستان توسط بیماران در آمریکا و عدم وجود این امر در انگلستان در طی دهه ۹۰ بود. در اصلاحات انجام شده در NHS در سال ۲۰۰۶ به این نکته توجه ویژه‌ای شد. به‌نحوی که بیمارستان‌ها در ارتقای کیفیت با یکدیگر به رقابت پردازند؛ موضوعی که همان‌گونه که قبلاً هم ذکر شد، با فعالیت بیمارستان‌ها در قالب یک شبکه و تبدیل شدن آنها به بیمارستان‌های زنجیره‌ای، از شدت آن کاسته می‌شود.

در ایالات متحده آمریکا، شرکت‌های بیمه‌گذار که به قیمت حساسیت ویژه‌ای دارند، به چانه‌زنی در رابطه با قیمت می‌پردازند. این شرکت‌ها انگیزه فراوانی در مورد خرید خدمات درمانی با قیمت پایین دارند؛ زیرا مشتریان آنها اغلب کارمندان و کارگران هستند که به تفاوت نرخ بیمه‌ها اهمیت می‌دهند. این شرکت‌ها با بیمارستان‌های زنجیره‌ای قرارداد می‌بندند و بیماران مختارند به هریک از بیمارستان‌های موجود در این شبکه‌ها مراجعه کنند. بیمارستان‌ها هم با افزایش کیفیت خدمات، به‌منظور جلب بیماران در درون این شبکه به رقابت با یکدیگر می‌پردازند. در نتیجه هم کیفیت و هم قیمت خدمات درمانی مدنظر قرار می‌گیرد. در طرف مقابل در انگلستان در طی دهه ۹۰، چانه‌زنی در رابطه با قیمت خدمات بیمارستانی، برای کلیه افراد ساکن در یک منطقه جغرافیایی مشخص، توسط یک نهاد دولتی محلی انجام می‌شد. خریداران خدمات درمانی می‌توانستند با پس‌اندازی که به‌واسطه قیمت کمتر به دست می‌آوردند، خدمات بیشتری را بخرند (از قبیل خدمات درمانی الکتیو). درآمدهای مبتنی بر عملکرد از طریق انعقاد قرارداد با خریداران به دست می‌آمد. اطلاعات مربوط به کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان‌ها در دسترس عموم مردم نبود. این امر سبب می‌شد که چانه‌زنی بیشتر حول محور قیمت باشد تا کیفیت. از دیگر سوی به‌دلیل اینکه بیماران اختیار انتخاب بیمارستان را نداشتند و یا میزان اختیارشان بسیار محدود بود، بیمارستان‌ها هم انگیزه کمتری برای بهبود کیفیت خدمات خود در راستای جلب بیشتر بیماران داشتند. (۳۳)

جدول ۴. خلاصه مطالعات انجام شده در خصوص تأثیر رقابت بر کیفیت خدمات در بیمارستان‌ها

نام پژوهشگر	مکان گردآوری داده‌ها	آیا رقابت باعث بهبود کیفیت می‌شود؟	نتایج
کوپر و همکاران (۲۰۱۱)	انگلستان	بله	مرگ‌ومیر ناشی از سکته‌های حاد قلبی در مراکزی که پس از انجام اصلاحات در رقابت با سایر بیمارستان‌ها برای جلب بیمار قرار گرفته بودند، کاهش پیدا کرد. این مطالعه به کاهش سیصد مرگ ناشی از سکته قلبی در سال اشاره می‌کند.
گاینور و همکاران (۲۰۱۰)	انگلستان	بله	رقابت ایجاد شده بین بیمارستان‌ها پس از اصلاحات سال ۲۰۰۶ بیش از ۴۷۰۰ سال زندگی را طی دوره مطالعه از مرگ نجات داده است، بدون اینکه تأثیری بر روی میانگین اقامت بیمار و هزینه‌ها و بهره‌وری داشته باشد.
بلوم و همکاران (۲۰۱۰)	انگلستان	بله	بیمارستان‌ها در بازارهای متمرکز با قیمت‌های تعیین شده، بهتر مدیریت می‌شوند و مدیریت بهتر بیمارستان‌ها به کاهش مرگ‌ومیر منجر می‌شود.
بکرت و همکاران (۲۰۱۲)	انگلستان	بله	بیماران کاندید عمل جراحی لگن به‌طور مشخصی بیمارستان‌های باکیفیت بالاتر را انتخاب می‌کنند. بیمارستان‌هایی که به‌علت کیفیت پایین‌تر با کاهش تقاضا روبرو بوده‌اند با افزایش پنج‌درصدی میزان مرگ‌ومیر بیمارستانی مواجه شده‌اند.
گاینور و همکاران (۲۰۱۱)	انگلستان	بله	پس از انجام اصلاحات سال ۲۰۰۶، حساسیت بیماران کاندید عمل جراحی کرونر در رابطه با انتخاب بیمارستان افزایش یافت. یک درصد افزایش نرخ مرگ‌ومیر به میزان چهار درصد سهم بیمارستان را در بازار سلامت در رابطه با این بیماران کاهش داده است.
سوهن و راتوز (۲۰۰۳)	کالیفرنیا	بله	رقابت بین بیمارستان‌ها باعث کاهش نرخ مرگ‌ومیر ناشی از اقدامات آنژیوپلاستی شده است.
انسینوزا و برنارد (۲۰۰۵)	فلوریدا	خیر	شواهدی از ایمنی بیشتر بیماران در بیمارستان‌هایی که به‌دلیل رقابت شدید با سایر بیمارستان‌ها، حاشیه سود کمتری داشتند، دیده شده است.
پروپر و همکاران (۲۰۰۴)	انگلستان	خیر	در بیمارستان‌هایی که در رقابت با سایر مراکز قرار دارند، نرخ مرگ‌ومیر افزایش پیدا کرده است.
کاپس (۲۰۰۵)	نیویورک	بله	در بیمارستان‌های زنجیره‌ای پس از ادغام، تغییر چندانی در شاخص‌های کیفیت مشاهده نمی‌شود؛ اما عدم رقابت بین بیمارستان‌ها به‌دلیل پیوستن به یک شبکه واحد، سبب شده است نرخ مرگ‌ومیر ناشی از نارسایی‌های قلبی در این بیمارستان‌ها افزایش یابد.
پروپر و همکاران (۲۰۰۸)	انگلستان	خیر	نرخ مرگ‌ومیر در بیمارستان‌هایی که در مواجهه با عوامل رقابتی بیشتری قرار دارند، افزایش پیدا کرده است.
هووارد (۲۰۰۵)	آمریکا	خیر	خطاهای به وقوع پیوسته در اعمال جراحی پیوند کلیه بر روی تقاضای انجام این اعمال در بیمارستان‌های مورد مطالعه تأثیرگذار



نام پژوهشگر	مکان گردآوری داده‌ها	آیا رقابت باعث بهبود کیفیت می‌شود؟	نتایج
			است. بیمارستان‌ها با افزایش کیفیت، برای جلب بیشتر بیماران به‌سختی با یکدیگر رقابت می‌کنند.
آبراهام و همکاران (۲۰۰۷)	آمریکا	بله	افزایش تعداد بیمارستان‌ها، رقابت بین آنها افزایش می‌دهد، این رقابت به شکل کاهش قیمت خدمات یا ارتقای کیفیت خود را نشان می‌دهد.
کاتلر و همکاران (۲۰۱۰)	پنسلوانیا	بله	برطرف کردن موانع ورود بیمارستان‌ها به حوزه جراحی قلب و ایجاد رقابت بین مراکز درمانی سبب کاهش نرخ مرگ‌ومیر جراحی‌های عروق کرونر شد.
اسکارس و همکاران (۲۰۰۶)	کالیفرنیا نیویورک ویسکونسن	بله	در ایالت‌های نیویورک و کالیفرنیا که تمرکز کمتر و رقابت بیشتری در بازار سلامت وجود دارد نرخ مرگ‌ومیر بیماران در بیمارستان‌ها کمتر است در ایالت ویسکونسن تأثیر مشاهده نشد.
رگووسکی و همکاران (۲۰۰۷)	کالیفرنیا	بله	در بیمارستان‌هایی که در رقابت با سایر مراکز هستند، نرخ مرگ‌ومیر بیماران با شرایط گوناگون، کمتر است.
رومانو و بالان (۲۰۱۱)	شیکاگو	بله	ادغام بیمارستان‌ها با یکدیگر و تشکیل شبکه‌های بیمارستانی و کاهش رقابت بین آنها بر روی برخی از شاخص‌های کیفی تأثیری نداشته و به برخی دیگر آسیب رسانده است.

جمع‌بندی و ارائه پیشنهاد

طرح بیمارستان‌های زنجیره‌ای طرحی است که از حدود سال ۱۹۷۰ در نقاط مختلف دنیا اجرا شده است و اجرای آن در کشورهای مختلف با موفقیت‌ها و چالش‌هایی نیز همراه بوده است. بیمارستان‌های زنجیره‌ای از لحاظ نوع مالکیت با یکدیگر متفاوت بوده و هریک از کشورها با توجه به شرایط حاکم بر آن کشور از نوع خاصی از مدل‌های بیمارستان‌های زنجیره‌ای استفاده کرده اند. مدل‌های مختلف اداره بیمارستان‌ها و طیف متنوع مالکیت و بهره‌برداری از آنها در بسیاری از کشورها پیاده‌سازی و ارزشیابی شده‌اند. سؤال اصلی اینجاست که میزان مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات به چه اندازه باشد و نوع همکاری میان بخش دولتی و خصوصی به چه صورت تعریف شود تا در کنار تضمین ارائه خدمات مورد نیاز جامعه، بنگاه‌های بیمارستانی از لحاظ اقتصادی با کارایی و بهره‌وری بالاتری به فعالیت خود ادامه دهند.

همان‌گونه که در متن گزارش آمده است، ادغام بیمارستان‌ها در قالب بیمارستان‌های زنجیره‌ای هرچند به دلایلی از قبیل کاهش هزینه‌های بیمارستان با استقبال روبه‌رو شده است، اما با چالش‌هایی از قبیل مسابقه فناوری برای جذب بیمار و پزشکان باعث شده تا هزینه‌های پزشکی بیماران بالاتر برود. به عبارت دیگر هرچند تئوری اقتصادی، کاربرد روش‌های PPP را در بخش سلامت تأیید می‌کند، اما

هیچ چیز به اندازه تجربه و واقعیت نمی‌تواند موفقیت یا عدم موفقیت این رویکرد را مشخص کند. تجربه کشورهای مختلف در حوزه سلامت، مجموعه‌ای از کامیابی‌ها و ناکامی‌ها را در این حوزه نشان می‌دهد.^(۲۲) با توجه به نتایج این تجربیات و فرهنگ غالب حاکم بر دینفعان حوزه سلامت، سرمایه گذاران، قوانین و مقررات حاکم بر بخش دولتی در کشورمان به نظر می‌رسد به منظور کسب موفقیت‌های بیشتر در به‌کارگیری از این روش نیازمند بحث و بررسی بیشتری هستیم.

مسائل مهمی درخصوص بیمارستان‌های زنجیره‌ای باید مورد توجه قرار گیرد. علاوه بر شفاف بودن مسائلی از قبیل مدت زمان قرارداد، مالکیت بیمارستان پس از اتمام قرارداد، نحوه فعالیت پزشکان و تعرفه پرداختی به آنان، نحوه محاسبه هزینه‌های بیمار و... بهره‌مندی از مکانیسم خرید راهبردی، مشخص بودن استانداردها و شاخص‌های موردنظر تولید نظام سلامت و نحوه نظارت بر عملکرد این بیمارستان‌ها از جمله موارد مهمی هستند که قبل از اقدام اجرایی باید به آنها پرداخته شود.

با توجه به استفاده بخش خصوصی از اموال و مقررات بخش دولتی، لزوم دقت سیاستگذاران در سیاست‌های طراحی شده را می‌طلبد و مسلماً طراحی مدل‌های همکاری باید در نهایت موجب ارتقای سطح سلامت دینفعان کلیدی نظام بیمارستانی یعنی مردم شود. در صورت عدم رعایت استانداردها و پیش‌بینی‌های لازم، موجب ایجاد اختلاف بین طرفین قرارداد شده و طرح را با شکست مواجه می‌سازد که نمونه‌هایی از آن در دنیا مشاهده شده است.

بنابراین هرگونه اقدام برای ورود به مشارکت بخش خصوصی - عمومی در حوزه بیمارستان و مراکز بهداشتی و درمانی، مبتنی بر مستندات و شواهد کافی برای انتخاب مدل و الگوی مناسب باشد.

پی‌نوشت‌ها

۱. حسین مبارکی و همکاران. طرح اصلاح ساختار نظام جامع مدیریتی اقتصادی بیمارستان، مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری، دبیرخانه اصلاح ساختار مدیریتی - اقتصادی بیمارستان، آبان‌ماه ۱۳۸۴.
۲. دستورالعمل نحوه اداره بیمارستان‌های آموزشی هیئت امنایی و مقررات تمام‌وقتی پزشکان موضوع بند «د» ماده (۳۲) قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران.
۳. محمدحسین سالاریان‌زاده. مطالعه و تحلیل مراقبت‌های سطح دوم نظام ارائه خدمات سلامت و ارائه مداخلات پیشنهادی، دبیرخانه شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
۴. مهدی جعفری سیریزی و همکاران. مطالعه کیفی بررسی ابعاد و درجه اعطای خودگردانی به بیمارستان‌های دانشگاهی مورد پژوهش، مجله پژوهشی حکیم، دوره یازدهم، شماره دوم، تابستان ۱۳۸۷.
۵. مسعود ابوالعلاج و همکاران. سیاست‌های تأمین مالی و اقتصادی در بخش بهداشت و درمان، دبیرخانه شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
۶. سعید معنوی و همکاران. تأثیر هیئت امنایی شدن بیمارستان‌های دولتی بر هزینه‌های نظام سلامت، مجله



- دانشکده پزشکی اصفهان، سال ۲۹، شماره ۱۲۷ هفته دوم، اسفند ۱۳۹۰.
۷. مسعود فردوسی و همکاران. نظام پاسخگویی بیمارستان‌های هیئت امنایی براساس الگوی اصلاحات سازمانی بانک جهانی در شهر اصفهان. پی‌اورد سلامت، دوره ۷، شماره ۳، شهریورماه ۱۳۹۲.
۸. فرشاد هیبتی و همکاران. رابطه آزادی اقتصادی با مشارکت‌های عمومی - خصوصی و ارائه الگو برای ایران، فصلنامه مدل‌سازی اقتصادی، دوره ۲، شماره ۲، پیاپی ۶، زمستان ۱۳۸۷.
۹. سیدغلامرضا جلالی نائینی و همکاران. ارائه مدل مالی به‌منظور حل اختلاف در قراردادهای مشارکت دولتی - خصوصی با استفاده از نظریه بازی‌ها، مجله پژوهش‌های مدیریت در ایران، دوره هجدهم، شماره سوم، ۱۳۹۳.
۱۰. محمدرضا سهیل نخایی، PSPP؛ مشارکت عمومی - خصوصی با رویکرد اجتماعی، روزنامه دنیای اقتصاد، چاپ الکترونیک خردادماه ۱۳۹۲ به آدرس: <http://www.donya-e-eqtasad.com/news/727579/#ixzz3TdqnAjE8>
۱۱. مهدی صادقی شاهدانی و همکاران. اولویت‌بندی موانع توسعه مشارکت‌های عمومی - خصوصی در بخش حمل‌ونقل ایران با استفاده از روش‌های MCDM، فصلنامه تحقیقات مدل‌سازی اقتصادی شماره ۶، زمستان ۱۳۹۰.
۱۲. حسین صادقی و همکاران. استفاده از مدل‌های سرمایه‌گذاری مشارکت دولتی - خصوصی در سلامت: برآورد میزان آمادگی بخش بیمارستانی ایران، مجله دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی کرمان، شماره ۲، زمستان ۱۳۹۲.
۱۳. فرشاد هیبتی و همکاران. مدیریت ریسک در مشارکت‌های عمومی - خصوصی پروژه‌های زیرساختی، مجموعه مقالات دومین کنفرانس بین‌المللی توسعه نظام تأمین مالی در ایران.
14. Jane Lethbridge. EUROPEAN WORKS COUNCILS AND THE HEALTHCARE SECTOR. February 2004.
۱۵. حسین جباری بیرامی و همکاران. معرفی گزینه‌های مشارکت دولتی - خصوصی در بیمارستان‌های دولتی. مجله پژوهشی حکیم، دوره شانزدهم، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۲.
۱۶. حسین جباری بیرامی و همکاران. اولویت‌بندی مدل‌های مشارکت دولتی - خصوصی بیمارستان‌های دولتی براساس شاخص‌های کلیدی عملکردی، مجله پژوهشی حکیم، دوره شانزدهم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۲.
17. Masoud Etemadian, et al. An Iranian-Islamic Model of Public-Private Partnership in Hospital Management: Introducing Moheb Hospital Model. International Journal of Hospital Research 2013, 2(2): 95-98.
18. Bertrand Lefebvre, Hospital Chains in India: The Coming of Age?, January 2010, Asia Visions 23, Centre Asia Ifri.
19. Halstead SB, Walsh JA, Warren KS: Good Health at Low Cost. New York: Rockefeller Foundation, October 1985.
20. H S Berliner and C Regan. Multinational operations of US for-profit hospital chains: trends and implications. American Journal of Public Health October 1987: Vol. 77, No. 10, pp. 1280-1284.
21. Johannes Jütting. Public-private-partnership and social protection in developing countries: the case of the health sector. Center for Development Research (ZEF), University of Bonn, 1999.
22. Himalika Narangoda B, Khathibi A. Public Private Partnership in Healthcare Industry in Sri Lanka as an Alternative to Privatization. Int. J. Manag. Bus. Res. , 4 (2), 95-106, spring 2014
23. Fast Facts on US Hospitals. American Hospital Association. Accessed September 2, 2007

24. Beth Kutscher. For-profit hospital chains benefit financially from ACA. 2014.
25. Howard S. Berliner and Robb K. Burlage. Proprietary Hospital Chains and Academic Medical Centers. 1987. International Journal of Health Services. 17(1)
26. Phillips JF. For-profit chains seek to acquire successful not-for-profit hospitals. Southern Connecticut State University, New Haven, USA. Healthcare Financial Management: Journal of the Healthcare Financial Management Association [1999, 53(9): 52-55]
27. Johnson, D. E. L. "Investor"-owned chains continue expansion, 1985 survey shows. Modern Healthcare. 15(12): 75-76, June 7, 1985.
28. Asian Development Bank. Guidebook on Public-Private Partnership in Hospital Management. 2013.
29. Lynch JR, McCue MJ. The effects of for-profit multihospital system ownership on hospital financial and operating performance. Health Services Management Research: an Official Journal of the Association of University Programs in Health Administration / HSMC, AUPHA [1990, 3(3): 182-192]
30. Alfred Yankauer. Foreign Privatization of National Health Systems. Public Health. October 1987. 17(10)
31. Michael Spackman. Public-private partnerships: lessons from the British approach. Economic Systems 26 (2002) 283-301
32. Irina A. Nikolic, Harald Maikisch. Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector An Overview with Case Studies from Recent European Experience. October 2006.
33. Martin McKee, Nigel Edwards & Rifat Atunc. Public-private partnerships for hospitals. Bulletin of the World Health Organization, November 2006, 84 (11).



مرکز پژوهش‌ها
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل: ۱۴۵۴۷

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: نگاهی به مشارکت بخش خصوصی و دولتی در بخش بیمارستانی با تأکید بر بیمارستان‌های زنجیره‌ای

نام دفتر: مطالعات اجتماعی

تهیه و تدوین‌کنندگان: مسعود ابوالحلاج، مریم رمضانیان، اصلان نظری، شهزاد آردن و محمد سلیمی

ناظران علمی: علی اخوان بهبهانی، ایروان مسعودی‌اصل

مدیر مطالعه: مریم رهبری

متقاضی: کمیسیون بهداشت و درمان

ویراستار تخصصی: —

ویراستار ادبی: —

واژه‌های کلیدی: —



تاریخ انتشار: ۱۳۹۴/۹/۷