مقاله مروری

تأثیر مشارکت بخش دولتی و خصوصی بر عملکرد بیمارستان‌ها: یک مطالعه مروری

نسرین شعربافچی زاده [۱]، محمدرضا رضایتمند [۱]، غزال اعتمادی *[۲]

[۱] استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، اصفهان، ایران

[۲] دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته پژوهش‌های دانشجویان، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، اصفهان، ایران

* **نویسنده مسؤول:** غزال اعتمادی
ghazaal.etemadi@yahoo.com

ارجاع: شعربافچی زاده نسرین، رضایتمند محمدرضا، اعتمادی غزال. بررسی تأثیر مشارکت بخش دولتی و خصوصی بر عملکرد بیمارستان‌ها: یک مطالعه مروری. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۳۹۸؛ ۴(۳): ۷۶-۲۶۵.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۵/۲۸
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۸/۰۹/۲۶
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۹/۲۷

چکیده

هدف: مشارکت دولتی و خصوصی در سال‌های اخیر برای اصلاحات ساختاری بخش سلامت در بسیاری از کشورها به کار گرفته شده است. مطالعه حاضر در خصوص بررسی تاثیر انواع مدل‌های مشارکتی بخش دولتی و خصوصی در بیمارستان‌ها به منظور بالا بردن آگاهی سیاست‌گذاران، مدیران و مسئولان حوزه سلامت در راستای اخذ تصمیمات و برنامه‌ریزی‌های صحیح انجام شده است.

منابع اطلاعات و روش‌های انتخابی برای مطالعه: مطالعه حاضر یک بررسی مروری می‌باشد که با جستجو در پایگاه‌های داده‌ای انگلیسی مانند PubMed, Scopus, ProQuest و پایگاه‌های داده فارسی مانند Scientific Information Database، Irandoc ، Magiran و موتور جستجوی Google Scholar با استفاده از کلید واژه‌های Public Private Partnership, PPP, Public hospital, Public Private partnership in hospital, Partnership Model, health care, healthcare organization و معادل فارسی آن‌ها در باره زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۷ در سال ۱۳۹۷ انجام شد. ۹۵۴ مقاله به دست آمده به صورت مرحله به مرحله مطالعه و پالایش شدند.

یافته‌ها: در نهایت ۲۱ مقاله مرتبط با اهداف وارد مطالعه شدند و پس از بررسی مقالات انتخاب شده، مشارکت دولتی و خصوصی در بیمارستان‌ها در ۹ مدل "قرارداد خرید خدمت، قرارداد برون سپاری، قراردادهای مدیریت، (طراحی، ساخت، امور مالی، اجرا)، (ساخت، مالکیت، اجرا)، (ساخت، مالکیت، اجرا واگذاری)، (خرید، مالکیت، عقب نشینی)، مدل Alzira و خصوصی سازی کامل" طبقه بندی می‌شود. مشارکت دولتی و خصوصی از این طریق می‌تواند بر عملکرد بیمارستان‌ها مؤثر باشد.

نتیجه گیری: به طور کلی مشارکت بخش دولتی و خصوصی در صورت فراهم بودن بسترهای لازم می‌تواند راهکار مناسبی برای بخش بیمارستانی و بهبود عملکرد بیمارستان‌ها باشد. با این حال این مدل‌ها قابل تعمیم به همه بخش‌های نظام سلامت به صورت یکسان نمی‌باشند و در اجرا با چالش های متعددی رو به رو می‌باشند.

واژه‌های کلیدی: بخش دولتی، مشارکت بخش دولتی و خصوصی، بیمارستان

کاربرد مدیریتی: مستند سازی جهت راهنمایی مدیران بیمارستان‌های دولتی و سیاستگذاران در سطوح عالی جهت انتخاب روش و مدل مشارکتی مناسب به عنوان راه حل چالش‌ها و مشکلات اقتصادی و نیز دسترسی به خدمات با کیفیت و با هزینه پرداخت منطقی در جامعه

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.3.6.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i3.2059]

مقدمه

امروزه بیمارستان‌ها به عنوان مهمترین مؤسسات بهداشتی و درمانی نقش مهمی در ارتقای سلامت جامعه داشته و عملکرد هماهنگ آن‌ها با مجموعه ای از عوامل سیاسی، اجتماعی و فرهنگی منجر به تأمین سلامت مردم می‌شود. از آنجا که این بخش مصرف کننده قسمت اعظم بودجه بهداشت و درمان هر کشور است، توجه کامل به عملکرد و هزینه‌های آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱). این در حالی است که تامین مالی توسط دولت، پاسخگوی مخارج در حال رشد سیستم سلامت نمی‌باشد؛ لذا افزایش روزافزون هزینه‌ها، بیمارستان‌های بخش دولتی را در تنگنای کاهش هزینه ممکن، قرار داده است (۲). در دهه ۱۹۹۰، ۲۰۰۰، ۲۰۱۰، محدودیت منابع بودجه‌ای، کارایی، کیفیت و عدالت پایین در خدمات ارائه شده توسط دولت، اداره سازمان‌های سلامت توسط دولت‌ها را زیر سؤال برد (۳). کارایی به معنای حداکثر استفاده از منابع موجود، کیفیت به معنای برآورده ساختن نیازهای بیماران (اعم از نیازهای بالینی و غیر بالینی) و عدالت به معنی دسترسی اقتصادی، اجتماعی، جغرافیایی و فرهنگی تمام افرد جامعه به خدمات سلامت می باشد (۴). تمامی این عوامل به نوبه خود سبب شد تا دولت‌ها به دنبال رویکردهای گوناگونی برای حل این مشکلات و نیز روش‌هایی برای محدود کردن هزینه‌ها، افزایش سرمایه و نهایتاً دستیابی به پیامدهای سلامتی مطلوب‌تر از طریق مشارکت بیشتر و فعال‌تر بخش خصوصی در ارائه خدمات و همچنین تامین مالی این بخش باشند (۵).

برای منفعت بردن از قابلیت‌های بخش دولتی و خصوصی در قالب یک مدل ترکیبی، مدل مشارکت دولتی-خصوصی در سال ۱۹۹۰ معرفی شد و به طور فزاینده‌ای در چندین کشور برای اصلاحات سازنده بخش بهداشت و درمان به کار گرفته شده است (۶). تعریف، مشارکت دولتی- خصوصی عبارت است از توافقی قراردادی و مشارکتی بلند مدت بین یک نهاد بخش دولتی و بخش خصوصی که در آن بخش خصوصی یک عملکرد سازمانی را انجام داده و یا از دارایی‌ها و تسهیلات دولتی استفاده می‌کند و ریسک‌های عمده عملیاتی، مالی و تکنولوژیکی را در مراحل طراحی، تأمین مالی، ساخت و بهره برداری پروژه در قبال سود معین بر عهده می‌گیرد (۷). مشارکت دولتی و خصوصی اهداف متعددی را به دنبال دارد؛ برخی از این اهداف عبارتند از: ارتقای توسعه زیرساخت‌ها، توسعه اقتصاد محلی، کاهش هزینه‌ها، افزایش کارایی، ساخت و بهره برداری، ارتقای کیفیت خدمات از طریق به کارگیری و ترکیب دانش، تخصص و سرمایه بخش خصوصی (۸).

مشارکت بخش خصوصی در بیمارستان‌های دولتی، اشکال مختلفی دارد که از قراردادهای ساده خدمات پشتیبانی (تغذیه، استریلیزاسیون، رختشویی، نظافت، حمل و نقل)؛ تا مراحل پیچیده طراحی، ساخت و مدیریت تسهیلات بیمارستان‌ها را در برمی‌گیرد که در هر کدام از این مدل‌ها، ریسک‌های تجاری و مدت زمان قرارداد متفاوت می‌باشد (۹). اگرچه برخی از کشورها در راستای کاهش هزینه‌ها به موازات بهبود کیفیت خدمت‌ها، به استفاده از گزینه‌های Public-Private Partnership (PPP) در بیمارستان‌های دولتی اقدام نموده‌اند، 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 و درصورتیکه بخش خصوصی تحت نظارت دقیق دولت نباشد، ممکن است از طریق سرمایه گذاری غیرضروری در تکنولوژی گران قیمت سبب افزایش هزینه نهایی خدمات گردد (۱۰).

دلایل متعددی در مورد اینکه چه عوامل و فاکتورهایی باعث شده تا بخش دولتی و خصوصی به سمت مشارکت حرکت کنند و این مدل را به کارگیرند، وجود دارد. به عنوان مثال در مطالعه لی و همکاران (۲۰۰۵) که در انگلستان انجام شد عوامل جذاب و مهم برای به کارگیری PPP در این کشور شامل انتقال ریسک به بخش خصوصی و همچنین حل مشکلات مربوط به محدودیت بودجه بخش دولتی بوده است (۱۱). در مطالعه‌ای که در هنگ کنگ و استرالیا توسط چنگ و همکاران (۲۰۰۹) بر روی پروژه های PPP انجام شد، این عوامل عبارت بودند از: فراهم کردن یک راه حل یکپارچه برای خدمات دولتی، تسهیل رویکردهای خلاقانه و نوآورانه، حل مشکلات محدودیت بودجه‌ای بخش دولتی و صرفه جویی در زمان تحویل پروژه (۱۲). مک کی و همکاران (۲۰۰۶) مطالعه‌ای به‌منظور بررسی مدل مشارکت دولتی و خصوصی در بیمارستان‌ها انجام دادند که در آن اطلاعات تجربه‌ی کشورهایی نظیر

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.3.6.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i3.2059]

اسپانیا، استرالیا و انگلیس که از این مدل استفاده کرده بودند، بررسی شد. نتایج نشان دهنده آن بود که این مدل در مقایسه با سیستم سنتی، امکانات بیشتری را در اختیار قرار می‌داد و همچنین مشکلات کمبود بودجه نیز تا حد زیادی کاهش یافت (۱۳).

با توجه به مطالعات انجام شده، یک تعریف مورد توافق همگانی از مشارکت دولتی- خصوصی وجود ندارد، بلکه در عوض در هرکشوری با توجه به شرایط اقتصادی و زمینه‌های مورد علاقه، تعاریف متعددی وجود دارد (۱۴). تاکنون در ایران مدل های PPP به صورت پایلوت در چند بیمارستان همچون بیمارستان محب و فاطمه زهرا (س) تهران به کار گرفته شده‌اند. همچنین 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 (۱۵).

با عنایت به موارد ذکر شده و اهمیت موضوع مشارکت دولتی و خصوصی و تاثیر مدل‌های مختلف آن بر عملکرد بیمارستان‌ها، انتخاب صحیح مدل مناسب مشارکتی به عنوان یکی از راه حل‌های اساسی برای معضل درمان کشور و نیز تامین درمان مطلوب و با کیفیت، با هزینه پرداخت منطقی در جامعه را فراهم می‌سازد که بایستی بیش از پیش مورد توجه سیاست‌گذاران و مسئولین قرار گیرد. پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال بوده است که وقتی یک بیمارستان دولتی درصدد به کارگیری PPP و مشارکت با یک بخش غیردولتی باشد، در این راستا از چه مدل‌هایی می‌تواند بهره گیرد و به صورت کلی مشارکت دولتی و خصوصی چه تأثیری بر عملکرد بیمارستان‌ها (کارایی، دسترسی به خدمات، کیفیت خدمات و تامین مالی) بر جای می‌گذارد.

روش پژوهش و مرور

مطالعه حاضر یک بررسی مروری است. به منظور جمع آوری اطلاعات مورد نیاز، جست و جو از پایگاه‌های داده‌ای انگلیسی PubMed, ProQuest, Scopus و فارسی Irandoc, Scientific Information Database (SID) , Magiran, و موتور جستجوی Google Scholar با استفاده از کلید واژه‌های انگلیسی: Public Private Partnership, PPP, Public hospital, Public health care, healthcare organization, Private partnership in hospital, Partnership Model in health و فارسی مشارکت دولتی و خصوصی، مشارکت دولتی و خصوصی در بیمارستان‌ها، مدل‌های مشارکت دولتی و خصوصی در بازه زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۷ (۱۳۹۷-۱۳۶۹) در بهمن ماه سال ۱۳۹۷ انجام شد.

انواع مطالعه‌ها از قبیل مقطعی، کمی، کیفی، ترکیبی، مروری، سری زمانی، موردی و مداخله‌ای که در متن آن ها به نحوی به تاثیر مشارکت دولتی و خصوصی در بیمارستان‌ها اشاره شده بود، در بازه زمانی مورد نظر وارد مطالعه شدند. همچنین پژوهش‌هایی که معیار عدم ورود به مطالعه (زبان غیر انگلیسی و فارسی، قبل از سال ۱۹۹۰) را داشتند، از مطالعه حذف شدند. مقاله‌های نامه به سردبیر نیز از مطالعه خارج شدند.

۲ نفر از پژوهشگران داده‌های مورد نظر را با استفاده از جدول تلخیص داده‌ها شامل عنوان مطالعه، نام نویسندگان، سال انجام مطالعه، کشور محل مطالعه و یافته‌ها، استخراج کردند و موارد مورد اختلاف مورد بحث و توافق نظر قرار گرفت. در نهایت نتایج مطالعه به صورت جدول مقایسه ای اثر مدل مختلف PPP بر شاخص‌های (کارایی، کیفیت خدمات و عدالت و دسترسی به خدمات و تامین مالی) گزارش گردید. همچنین این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد IR.MUI.RESEARCH.REC.۱۳۹۷.۰۴۷ مورد تایید قرار گرفته است.

شرح مقاله

در مجموع ۹۵۴ مقاله از پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف و موتور جستجوی Google Scholar استخراج گردید. مقاله‌های بازیابی شده وارد نرم افزار Endnote X6 شدند. در مرحله اول پس از بررسی عنوان مقاله‌ها ۱۵۰ مقاله تکراری و ۵۸۴ مقاله که معیار خروج (غیر مرتبط با موضوع پژوهش، خارج از حوزه نظام سلامت) را داشتند، از مطالعه حذف شدند. در گام بعدی ۲ نفر از نویسندگان به بررسی چکیده مقاله‌ها پرداختند که ۱۶۲ مقاله نامرتبط از مطالعه خارج شدند. سرانجام متن کامل مقاله‌ها مورد بررسی قرار گرفت و۳۷ مقاله دیگر نیز از مطالعه خارج شد. در نهایت ۲۱ مقاله وارد مطالعه شد.

با توجه به بررسی مقالات وارد شده به پژوهش، مشارکت دولتی و خصوصی در بیمارستان‌ها در ۹ مدل

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.3.6.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i3.2059]

طبقه بندی شد که این مدل‌ها شبیه طیفی هستند که در یک سوی آن بخش دولتی مسئولیت اقدامات تامین مالی، ساخت و بهره برداری از بیمارستان را به همراه ریسک‌های مربوطه به عهده می‌گیرد و در سوی دیگر با خصوصی سازی کامل بیمارستان دولتی، کلیه موارد فوق به بخش خصوصی انتقال می‌یابد. هرکدام از این موارد به نوبه خود می‌تواند راهکاری مناسب در جهت مقابله با مشکلات بیمارستان‌ها در راستای هزینه‌های نظام سلامت، کیفیت خدمات ارائه شده و در نهایت بهبود رضایتمندی بیماران باشد. هرکدام از این مدل‌ها ویژگی متفاوتی دارند و می‌توانند تأثیرات مختلفی بر عملکرد بیمارستان‌ها و شاخص‌های مطرح شده برجای بگذارند. در جدول ۱ به این مدل‌ها و ویژگی ساختاری آن‌ها اشاره شده است.

در جدول ۲ ویژگی‌های مقاله‌های بازیابی شده (سال انتشار، کشور مورد مطالعه، مدل مورد بررسی) و خلاصه نتایج آن‌ها در خصوص استفاده از مدل‌های مطرح شده ارائه شده است.

جدول ۱: مدل‌های مشارکت بخش دولتی و خصوصی در بیمارستان‌ها

مدل‌ها	تعاریف
قرارداد خرید خدمت	دولت به بخش خصوصی پول پرداخت می‌کند تا انجام وظایف خاصی را در بیمارستان‌ها که عمدتاً شامل خدمات پشتیبانی می‌باشد، بر عهده گیرد (۱۶).
قراداد برون سپاری	در این مدل دولت بخش یا واحدی از بیمارستان (معمولاً بخش‌های پاراکلینیک) را به دلایل مختلف اعم از کمبود منابع مالی، کمبود پرسنل و غیره به بخش خصوصی واگذار می‌کند و در مقابل، بخش خصوصی آن بخش را اداره نموده و کلیه خدمات مورد نیاز را ارائه می‌دهد و حق جمع آوری درآمد از عملکرد خود را به دست می آورد و در عوض به بخش دولتی اجاره پرداخت می‌کند (۱۷).
قراردادهای مدیریت	دولت به یک مؤسسه خصوصی مبلغی را برای مدیریت بیمارستان دولتی پرداخت می‌نماید تا بیمارستان را اداره و مدیریت کند. در واقع در این مدل مدیریت بیمارستان به بخش خصوصی واگذار می‌گردد (۱۳).
Design, Build, Finance, Operate (DBFO) (طراحی، ساخت، امور مالی، اجرا)	ائتلاف خصوصی بر اساس الزامات مشخص شده و اختیارات داده شده به آن‌ها توسط دولت، بیمارستان را طراحی می‌کند، تسهیلات را ایجاد می‌کند، هزینه سرمایه را تامین می‌کند و خدمات غیربالینی را ارائه می‌دهد و خدمات اصلی و بالینی توسط بخش دولتی اداره می‌گردد (۱۶).
Build, Own, Operate (BOO) (ساخت، مالکیت، اجرا)	مقامات دولتی خدمات را برای مدت مشخصی (معمولاً به مدت ۳۰ سال) از بخش خصوصی می‌خرند و پس از آن مالکیت بیمارستان با ارائه کننده خصوصی باقی می‌ماند (۱۶).
Build, Own, Operate, Transfer (BOOT) (ساخت، مالکیت، اجرا واگذاری)	بخش دولتی خدمات را برای مدت مشخصی از بخش خصوصی خریداری می‌کند، اما مالکیت اصلی بیمارستان با بخش خصوصی است و پس از اتمام قرارداد، مالکیت به بخش دولتی واگذار می‌شود (۱۶).
Buy, Own, Lease back (BOLB) (خرید، مالکیت، عقب نشینی)	پیمانکار خصوصی بیمارستان را ایجاد می‌کند و مالکیت بیمارستان بر عهده بخش خصوصی است اما سایر کارهای بیمارستان (تسهیلات، تأسیسات، مدیریت و غیره) برعهده بخش دولتی است (۱۶).
مدل Alzira	پیمانکار خصوصی، بیمارستان را برای تأمین مراقبت برای یک جمعیت تعریف شده، ایجاد می‌کند و تدارک خدمات مراقبتی را در دست می‌گیرد. اما تامین مالی، کنترل، نظارت و مالکیت بیمارستان با بخش دولتی می‌باشد (۱۳).
خصوصی سازی کامل	در این مدل بیمارستان‌های دولتی به بخش خصوصی فروخته می‌شوند و مالکیت به بخش خصوصی واگذار می‌شود و وظیفه ارائه خدمت و هزینه‌ی سرمایه‌ای بر عهده بخش خصوصی می‌باشد و بخش دولتی تنها وظیفه نظارت بر مفاد قرارداد را دارد (۱۷).

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.3.6.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i3.2059]

جدول ۲: تحلیل مقاله‌های مشارکت دولتی و خصوصی در نظام سلامت

ردیف	نام نویسنده	کشور	مدل	سال انتشار	خلاصه نتایج
۱	اعتمادیان و همکاران	ایران	DBFO	۲۰۱۳	در نتیجه به کار گیری این مدل در بیمارستان‌های دولتی، تغییرات مثبتی در شاخص‌های عملکردی این بیمارستان‌ها مشاهده شده است (۱۸).
۲	کابالرتارازنا و ویواسکنسولو	اسپانیا	مدل Alzira	۲۰۱۶	نتایج این مطالعه نشان داد که در بیمارستان‌هایی که از این مدل PPP استفاده کردند عملکرد و کارایی نسبت به سایر بیمارستان‌ها افزایش یافته است که این موضوع به خودی خود منجر به بهبود برخی از شاخص‌های کیفیت در بیمارستان شده است (۱۹).
۳	ییپ و هسیائو	چین	خصوصی سازی کامل	۲۰۱۴	انجام مطالعه مروری در چین نشان داد که خصوصی سازی می‌تواند هزینه‌های نظام سلامت را افزایش دهد و بیماران را متحمل هزینه‌های بیشتری کند. به علاوه دسترسی و عدالت در دریافت خدمات سلامت در ارتباط با توانایی پرداخت خواهند بود (۲۰).
۴	جباری بیرامی و همکاران	ایران	انواع مدل‌های مشارکت دولتی و خصوصی	۲۰۱۳	نتایج این مطالعه نشان داد مدل های برتر مشارکت دولتی و خصوصی شامل برون سپاری و BOO موجب بهبود کیفیت خدمات ارائه شده و افزایش کارایی می‌شوند، همچنین برون سپاری خدمات و قرارداد مدیریت سبب افزایش دسترسی و عدالت می‌شوند و خصوصی سازی کامل برای افزایش کارایی مالی مفید است (۲۱).
۵	پوراصغری و همکاران	ایران	قراردادهای مدیریت	۲۰۱۶	کارایی و اثربخشی بیمارستان شهید رجایی کرج بعد از واگذاری مدیریتی بهبود یافته است. همچنین درآمدهای بیمارستان افزایش و هزینه‌ها کاهش چشمگیری داشته است (۲۲).
۶	بالیگا و همکاران	هند	قراداد برون سپاری	۲۰۱۶	سطح رضایتمندی و کیفیت مراقبت‌های ارائه شده دربیمارستان هایی که از مدل برون سپاری استفاده کردند نسبت به بیمارستان دولتی بهتر بوده است (۲۳).
۷	تورانی و همکاران	ایران	قراداد برون سپاری	۲۰۱۰	برون سپاری میزان هزینه‌ها را به صفر کاهش داده است. به علاوه از اجاره محل مورد نظر ماهیانه سودی عاید بیمارستان می‌شود، همچنین کیفیت داروها و تجهیزات و نحوه برخورد پرسنل با مراجعین بهبود چشمگیری داشته است (۲۴).
۸	لافورجیا و هاردینگ	برزیل	قراردادهای مدیریت	۲۰۰۹	بیمارستان‌های PPP نسبت به سایر بیمارستان‌ها در شاخص‌هایی همچون گردش تخت، مدت زمان اقامت و نرخ مرگ و میر، کارایی و عملکرد بهتری داشته‌اند (۲۵).
۹	صادقی و همکاران	ایران	انواع مدل‌های مشارکت دولتی و خصوصی	۲۰۱۶	اجرای PPP در کشور دستاوردهای زیادی از قبیل بهبود در وضعیت شاخص‌های عملکردی بیمارستان (شریک دولتی)، تجهیز بهتر بیمارستان دولتی، ارائه خدمات با کیفیت به اقشار کم درآمد، بازسازی و مقاوم سازی بیمارستان بدون افزایش قیمت، کاهش قیمت تمام شده خدمات، کاهش ورود سرمایه و هزینه‌های دولتی از طریق مساعدت و مدیریت بخش خصوصی و استفاده حداکثری از منابع و افزایش قابلیت‌های خدمت رسانی را به همراه داشته است (۲۶).
۱۰	ویدوس	_	انواع مدل‌های مشارکت دولتی و خصوصی	۲۰۰۱ و ۲۰۰۵	استفاده از مدل PPP می‌تواند منابع را افزایش داده و هزینه‌های توسعه، بازاریابی و ارائه داروها را برای بیماری‌های گرمسیری بین جمعیت‌های فقیرتر در جهان در مقایسه با مدل حمایت شده توسط دولت، کاهش بیشتری بدهد (۲۷,۲۸).

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.3.6.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i3.2059]

۱۱	گریمسی و لویس	انگلیس	انواع مدل‌های مشارکت دولتی و خصوصی	۲۰۰۵	قبل از اجرای مدل PPP در انگلیس، حدود ۷۵ درصد از پروژه‌های زیرساختی عظیم با تاخیر زیاد و بودجه‌ای بیش از حد به انجام رسیده بود؛ با اجرای این مدل، ۷۵ درصد از پروژه‌ها به موقع و متناسب با بودجه تخصیص داده شده، تکمیل گردید (۲۹)
۱۲	برتا و روجرو	ایتالیا	انواع مدل‌های مشارکت دولتی و خصوصی	۲۰۰۸	تجزیه و تحلیل ۶ پروژه PPP در بخش بهداشت و درمان ایتالیا نشان داد، در اکثر موارد توسل به یکی از مدل‌های PPP می‌تواند به صرفه‌تر از تامین مالی عمومی سنتی باشد، زیرا بخش دولتی فاقد منابع لازم برای انجام سرمایه گذاری است (۳۰).
۱۳	روهریچ و همکاران	-	انواع مدل‌های مشارکت دولتی و خصوصی	۲۰۱۴	مهمترین نتایج و پیامدهای استفاده از مدل‌های مختلف PPP برطرف سازی کمبودهای سرمایه‌ای بخش دولتی، ارزش آفرینی پولی، بهره گیری از کارایی بالای بخش خصوصی و انتقال ریسک مالی به بخش خصوصی معرفی شده است (۳۱).
۱۴	نصیری‌پور و نجفی	ایران	قراردادهای مدیریتی	۲۰۱۳	نتایج نشان دهنده بهبود عملکرد مالی بیمارستان بود. همچنین، مجموع هزینه‌های پرسنلی و رفاهی بیمارستان کاهش و هزینه‌های اداری افزایش پیدا کرده است. در مجموع، عملکرد مالی بیمارستان مورد مطالعه نسبت به قبل از واگذاری وضعیت بهتری پیدا کرده بود (۳۲).
۱۵	باروز و همکاران	کانادا	قراداد برون سپاری	۲۰۱۲	نتایج این مطالعه نشان داد از لحاظ شاخص‌های برابری و دسترسی همه بیماران به طور برابر درمان نشده‌اند؛ به عبارت دیگر به کارگیری این مدل (برون سپاری) برای همه افراد پوشش فراگیر نداشته و حاشیه نشین‌ها شانس برابر برای دسترسی به خدمات را نداشته‌اند. بررسی شاخص‌های عملکردی هم نشان داد که زمان انتظار در بخش اورژانس برای موارد پیچیده‌تر افزایش پیدا کرده است (۵).
۱۶	سخری و همکاران	اسپانیا	-	۲۰۱۱	استفاده از الگوی PPP در اسپانیا منجر به کاهش هزینه‌های پرداختی مردم، کاهش طول مدت اقامت بیماران، افزایش سطح دسترسی مردم به خدمات، افزایش سطح رضایتمندی و افزایش دستمزد پزشکان نسبت به بیمارستان دولتی شده است (۳۳).
۱۷	صدیقی و همکاران	کشورهای مدیترانه شرقی	انواع مدل‌های مشارکت دولتی و خصوصی	۲۰۰۶	محققین نتیجه گرفتند که انواع مدل های مشارکتی، فرصتی را برای کنترل بیشتر بر ارائه دهندگان خدمات خصوصی در کشورهای با ظرفیت‌های قانونی نامناسب و ضعیف فراهم می‌سازد؛ ضمن اینکه اگر این مدل‌ها به صورت عاقلانه و صحیح به کار گرفته شود می‌تواند عملکرد نظام سلامت را بهبود بخشد (۳۴).
۱۸	ماءون و همکاران	پاکستان	خصوصی سازی کامل	۲۰۱۵	در این مطالعه در نهایت پاسخ روشنی به اینکه آیا کیفیت خدمات ارائه شده تحت تاثیر نوع مالکیت مراکز ارائه کننده خدمات سلامت قرار می‌گیرد داده نشده بود، با این حال نتیجه بیانگر این بود که خصوصی سازی می‌تواند نتایج غیرقابل پیش بینی داشته باشد (۳۵).
۱۹	اسکات‌ساموئل	انگلستان	-	۲۰۱۵	نتایج نشان داد استفاده از مدل‌های PPP با وجود گسترش محدوده انتخاب بیماران، موجب افزایش پرداخت از جیب آن‌ها می‌گردد (۳۶).
۲۰	باسو و همکاران	انگلستان	-	۲۰۱۲	این مطالعه بخش خصوصی را کارامدتر، پاسخگوتر و از نظر درمانی موثرتر از بخش دولتی نشان داد (۳۷).
۲۱	طبیبی و همکاران	ایران	انواع مدل‌های مشارکت دولتی و خصوصی	۲۰۱۵	واگذاری خدمات می‌تواند به ارتقای کارایی بیمارستان و افزایش رضایت بیماران و همکاران منتهی گردد (۳۸).

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.3.6.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i3.2059]

نتایج مطالعه حاضر نشان داد ۹ مدل مشارکت دولتی و خصوصی شامل" قرارداد خرید خدمت، قرارداد برون سپاری، قراردادهای مدیریت، DBFO، BOO، BOOT، BOLB، Alzira و خصوصی سازی کامل"در نظام سلامت و به تبع آن در بیمارستان‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد که طبق جدول ۲ هر کدام از این مدل‌ها و به‌صورت کلی مشارکت دولتی و خصوصی می‌تواند بر عملکرد بیمارستان‌ها تأثیر بگذارد.

طبق یافته‌های مطالعه حاضر، بررسی نتایج پژوهش تورانی و همکاران (۱۳۸۹) در داروخانه‌ی مرکز آموزشی درمانی فیروزگر پس از برون سپاری نشان داد مدل برون سپاری، هزینه‌های بیمارستانی را کاهش داده و به علت اجاره محل مورد نظر به صورت ماهانه و یا سالانه سودی عاید بیمارستان می‌گردد (۲۴). همچنین سطح رضایتمندی بیماران در هند پس از برون سپاری خدمات در بیمارستان ها افزایش یافته است (۲۳). نتایج مطالعه پارسامعین و نصیرپور (۱۳۹۴) بین ۳۷۷ نفر از بیماران ۴ بیمارستان دانشگاهی تهران، نیز نشان داد که برون سپاری واحدهای پاراکلینک منجر به افزیش رضایتمندی بیماران می‌گردد (۳۹). با این حال نتایج مطالعه جودکی و همکاران (۱۳۹۴) بین ۱۰ نفر از افراد مطلع بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران به صورت مصاحبه و کیفی نشان دهنده این موضوع بود که رضایتمندی بیماران از برون سپاری خدمات غیربالینی کم‌تر از خدمات بالینی می‌باشد (۴۰). به نظر می‌رسد یکی از دلایل احتمالی تفاوت در رضایتمندی بیماران و کیفیت خدمات، متفاوت بودن انتظار و سلیقه مشتریان می‌باشد، لذا پیشنهاد می‌گردد در تنظیم مفاد قرارداد برون سپاری، بخش دولتی نظارت و توجه بیشتری بر الزام رعایت مفاد مربوط به کیفیت خدمات داشته باشد.

یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از آن بود که استفاده از مدل DBFO منجر به بهبود کیفیت، کارایی و افزایش سطح دسترسی می‌شود که می‌توان این افزایش سطح دسترسی را به علت وجود قرارداد با سازمان‌های متعدد بیمه‌ای و کاهش پرداخت از جیب بیماران دانست (۲۱) که تمامی این موارد به نوبه خود سبب بهبود عملکرد بیمارستان‌ها می‌گردد.

دیگر یافته‌های مطالعه نشان داد خصوصی سازی کامل خدمات در بیمارستان‌ها و نظام سلامت منجر به افزایش هزینه‌ها می‌گردد و در نهایت منجر به خدشه دار شدن عدالت و دسترسی مردم به خدمات می‌شود و در کیفیت خدمات ارائه شده پس از خصوصی سازی تغییری ایجاد نشده است (۲۰،۳۵). در این خصوص نتایج مطالعه هالویل و پالاک (۲۰۰۹) در بیمارستان‌های خصوصی کشور انگلستان نشان داد خصوصی سازی کامل و محرومیت کامل بخش دولتی در بیمارستان‌ها باعث می‌شود سطح دسترسی بیماران به خدمات محدود گردد و همچنین عدالت در سلامت به درستی رعایت نشود (۴۱). با توجه به موارد گفته شده به نظر می‌رسد استفاده از این مدل نیازمند آمادگی اجرایی بالا و همچنین ظرفیت‌های قانونی در بخش دولتی به منظور کنترل رفتار بخش خصوصی می‌باشد. در غیر این صورت همانطور که گفته شد اجرای این مدل بیش از هر چیز، سبب از بین رفتن عدالت در سلامت در تمامی حوزه‌ها می‌گردد.

طبق یافته‌های مطالعه حاضر، به کارگیری مدل Alzira در بیمارستان‌ها موجب می‌شود عملکرد و کارایی افزایش یافته و در نهایت موجب بهبود عملکرد بیمارستان‌ها گردد (۱۹)، در این راستا نتایج مطالعه همیلتون و همکاران (۲۰۱۲) که به صورت یک مطالعه موردی در بخش بهداشت و درمان مانیلا انجام شد نیز نشان داد استفاده از این مدل، موجب افزایش دسترسی فیزیکی به خدمات و افزایش کارایی می‌گردد (۴۲). همچنین نتایج مطالعه سرانو و همکاران (۲۰۰۹) در بیمارستان‌های والنسیا نشان داد با بهره برداری از مدل Alzira، دولت موفق به تسهیل دسترسی ساکنین منطقه به کیفیت بالاتری از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در قبال پرداخت هزینه‌های کمتر شده است (۱۷،۴۳)، می‌توان یکی از علل افزایش کیفیت خدمات در بیمارستان‌هایی که از این مدل بهره بردند را یکی از ویژگی‌های منحصر به فرد این مدل دانست که پرداخت به بخش خصوصی بر اساس تعداد بستری ها نمی‌باشد؛ این امر منجر می‌شود تا بخش خصوصی برای ارتقای هر چه بیشتر کیفیت خدمات سلامت جمعیت برانگیخته شود.

در خصوص استفاده از قراردادهای ساخت-مالکیت و بهره برداری (BOO) مطالعه مروری جباری بیرامی و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد استفاده از این مدل در بیمارستان‌ها موجب بهبود کیفیت و اثر بخشی خدمات ارائه شده می‌گردد (۲۱). با این حال مکانیسم‌های کنترل و نظارت بر فعالیت‌های بخش خصوصی برای اجرای پروژه‌های BOO و BOOT همچنان شفاف نمی‌باشد و در عین حال محدود است، لذا انجام مطالعاتی بیشتر در این خصوص می‌تواند راهکاری مناسب جهت بهره برداری از این مدل‌ها باشد.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.3.6.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i3.2059]

سایر یافته‌های مطالعه نشان داد در بیمارستان‌هایی که از مدل قرارداد مدیریتی استفاده کردند، هزینه‌های پرسنلی و رفاهی بیمارستان کاهش یافته و همچنین کارایی و اثربخشی در این بیمارستان ها افزایش داشته است و به صورت کلی منجر به بهبود عملکرد در بیمارستان ها شده است (۲۲,۳۲). نتایج مطالعه مکینتاش و همکاران (۲۰۱۵) در خصوص تاثیر مدل‌های مشارکت بخش دولتی و خصوصی که در بیمارستان‌های شهر لستو انجام شد، نشان داد استفاده از مدل قراردادهای مدیریت تاثیر مثبتی بر بهبود کیفیت خدمات، افزاش دسترسی و در نهایت افزایش کارایی داشته است (۴۴). به نظر می‌رسد پرداخت بر اساس عملکرد و مهارت‌های مدیریتی توسط بخش خصوصی موجب بهبود موارد مذکور شده است.

در نهایت از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به کمبود مطالعات علمی پیشین در زمینه انواع مدل‌های مشارکت دولتی و خصوصی و تاثیر آن بر عملکرد بیمارستان‌ها در کشورهای در حال توسعه اشاره نمود؛ لذا پیشنهاد می‌شود، پژوهش‌های بیشتری توسط پژوهشگران به ویژه سیاستگذاران در این خصوص انجام پذیرد. پر واضح است که این مطالعه همانند هر پژوهشی دارای محدودیت مطالعاتی بوده است. در این راستا، لازم به توضیح است که مطالعات از چند پایگاه اصلی داخل و خارج کشور احصا شدند. لذا ممکن است برخی از پژوهش‌های منتشر نشده وارد مطالعه نشده باشند. البته تلاش شد که این موارد در معیارهای ورود و خروج شفاف شوند. بنابراین مانند غالب مطالعات مروری، مطالعاتی نقد و بررسی شدند که معیارهای مورد نظر را پوشش داده باشند. همچنین با توجه به بررسی‌های انجام شده، از آنجا که تعداد مطالعات در خصوص مشارکت بخش دولتی و خصوصی در حوزه سلامت و نظام بیمارستانی محدود می‌باشد، همچنین از آنجا که تا به حال مطالعه‌ای مشابه که به صورت همزمان به معرفی و بررسی مدل‌های مشارکت بخش دولتی و خصوصی و تاثیر این مدل‌ها بر عملکرد بیمارستان‌ها بپردازد در پایگاه‌های معتبر ایران موجود نبوده لذا نتایج این مطالعه می‌تواند گامی مثبت در راستای استفاده صحیح از مدل مناسب مشارکت بخش دولتی و خصوصی به منظور بهبود شرایط و عملکرد بیمارستان‌ها باشد.

نتیجه گیری

به طور کلی بر اساس نتایج مطالعه، استفاده از مدل‌های مختلف مشارکت بخش دولتی و خصوصی در نظام سلامت در صورت فراهم بودن بسترهای لازم می‌تواند راهکار مناسبی برای تامین منابع مالی به ویژه در بخش بیمارستانی و بهبود عملکرد بیمارستان‌ها باشد. همچنین به کارگیری مدل‌های مشارکتی ذکر شده به صورت صحیح می‌تواند پیامدها و دستاوردهای زیادی همچون بهبود کیفیت خدمات، دسترسی عادلانه مردم به خدمات سلامت و مواردی از این قبیل را چه برای مردم و چه برای دولت‌ها در نظام سلامت به همراه داشته باشد. با این حال مدل‌های مختلف مشارکت دولتی و خصوصی قابل تعمیم به همه بخش های نظام سلامت کشور به صورت یکسان نمی‌باشند و برخی از این مدل‌ها در اجرا با چالش‌های متعددی رو به رو هستند. مشارکت بخش دولتی و خصوصی راه ورود سرمایه را به بخش سلامت باز کرده و با توجه به قوانین و ظرفیت‌های موجود می‌توان در جهت گسترش آن در کشور کوشید. در نهایت می‌توان گفت آنچه که موجب موفقیت و یا عدم موفقیت یک پروژه مشارکتی بخش دولتی و خصوصی و تاثیر بر بخش دولتی به ویژه بیمارستان‌ها گردد، هدف اولیه از انجام مشارکت می‌باشد، چنانچه هدف اولیه از این کار مشخص باشد و سیاستگذاران و مدیران بخش دولتی تسلط کافی بر قوانین و مدل‌های مشارکتی داشته باشند، مشارکت دولتی و خصوصی می‌تواند تاثیری مطلوب و مناسب بر عملکرد بیمارستان‌ها بگذارد.

با توجه به اینکه مطالعه حاضر صرفاً به بررسی تجارب کشورهای مختلف در خصوص پیاده سازی انواع مدل‌های مشارکت دولتی و خصوصی پرداخته است، پیشنهاد می‌گردد ضمن بررسی دقیق‌تر و انجام مطالاتی به بررسی سطح آمادگی بیمارستان‌های کشور جهت اجرای مدل مشارکت دولتی و خصوصی پرداخته شود و امکان سنجی الگوی PPP در بیمارستان‌ها مورد بررسی قرار گیرد. همچنین مطالعه الزامات، چالش‌ها و راهکارهای توسعه مشارکت بخش دولتی و خصوصی در زیرساخت‌های حوزه

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.3.6.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i3.2059]

سلامت می‌تواند گامی مؤثر در ارتقاء عملکرد نظام سلامت کشور باشد.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند تا مراتب سپاسگزاری خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و کلیه افرادی که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، به عمل آورند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: ن. ش، م ر. ر

جمع آوری داده‌ها: غ. الف، ن. ش

تحلیل داده‌ها: م ر. ر، غ. الف

نگارش و اصلاح مقاله: غ. الف، ن. ش، م ر. ر

سازمان حمایت کننده

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با کد ۳۹۷۰۶۳ می‌باشد که توسط دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد حمایت مالی قرار گرفته است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1) Ferdosi M, Farahabadi E, Mofid M, Rejalian F, Haghighat M, Naghdi P. Evaluation of Outsourcing in Nursing Services: A Case Study of Kashani Hospital, Isfahan in 2011. Mat Soc Med 2013; 25(1): 37-9. doi: 10.5455/msm.2013.25.37-39.
2) WHO. The world health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization: Switzerland, Geneva. 2000.
3) Jafari M. Autonomy levels and patterns of institutional reform in general hospitals and teaching [Master Thesis]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences, School of Public Health and Institute of Health Research; 2008. [Persian]
4) Rouhani S, Ramezannian M. The New Public Management Theory on Efficiency of Health Services Delivery in Iran; 2004-2006. Journal of Health Administration 2009; 12(35): 71-81. [Persian]
5) Barrows D, MacDonald HI, Supapol AB, Dalton-Jez O, Harvey-Rioux S. Public-private partnerships in Canadian health care: A case study of the Brampton Civic Hospital. OECD Journal on Budgeting 2012; 12(1): 1-14.
6) Taylor R, Blair S. Public hospitals: Options for reform through public-private partnerships. World Bank: Washington, DC. 2002.
7) Shuping Sh, Kabane S. A case study of the Pelonomi and Universitas Hospital co-location project care delivery. South African Health Review 2007; 2007(1): 151-8.
8) Beyene TT. Factors for Implementing Public–Private Partnership (PPP) in the Development Process: Stakeholders' Perspective from Ethiopia. International Journal of Science and Research (IJSR) 2014; 3(3): 792-7.
9) World Bank Group. Public-Private Partnerships Reference Guide: Version 2.0. International Bank for Reconstruction and Development: 2014: 1-232.
10) Barnum H, Kutzin J. Public hospitals in developing countries: resource use, cost, financing. World Bank, The Johns Hopkins University Press: Baltimore and London. 1993.
11) Li B, Akintoye A, Edwards PJ, Hardcastle C. Perceptions of positive and negative factors influencing the attractiveness of PPP/PFI procurement for construction projects in the UK: Findings from a questionnaire survey. Engineering Construction and Architectural Management 2005; 12(2): 125-48. doi: 10.1108/ 09699980510584485.
12) Cheung E, Chan AP, Kajewski S. Reasons for implementing public private partnership projects: perspectives from Hong Kong, Australian and British practitioners. Journal of Property Investment and Finance 2009; 27(1): 81-95. doi: 10.1108/ 14635780910926685.
13) McKee M, Edwards N, Atun R. Public–private partnerships for hospitals. Bulletin of the World Health Organization 2006; 84(11): 890-6.
14) Alfen HW, Kalidindi SN, Ogunlana S, Wang S, Abednego MP, Frank-Jungbecker A, et al. Public-private partnership in infrastructure development: case studies from Asia and Europe. Weimar: Verlag der Bauhaus-Universität; 2009: 154.
15) Islamic Parlemant of Iran. Law on the Implementation of the General Policies of Article Forty-Fourth(44) of the Constitution 2007. 19. [Persian]
16) Hall D, De La Motte R, Davies S. Terminology of public-private partnerships (PPPs). Public Services International Research Unit: EU Countries, Greenwich. 2003: 1-8.
17) Markovic B, Dukic M. Public-Private Partnerships in Regional Hospitals: the Case of Clinical Hospital Osijek. Interdisciplinary Management Research 2008; 4: 174-98 .
18) Etemadian M, Shadpour P, Soleimani MJ, Biglar M, Radfar MH, Jarrahi M. Iranian-Islamic

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.3.6.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i3.2059]

Model of Public-Private Partnership in Hospital Management: Introducing Moheb Hospital Model. International Journal of Hospital Research 2013; 2(2): 95-8.
19) 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: 17. doi: 10.1186/s13561-016-0095-5.
20) Yip W, Hsiao W. Harnessing the privatisation of China's fragmented health-care delivery. Lancet 2014; 384(9945): 805-18. doi: https:// doi.org/10. 1016/ S0140- 6736(14)61120-X.
21) Jabbari Beyrami H, Gholamzadeh Nikjoo R, Jannati A, Dadgar E. Introducing public-private partnership options in public hospitals. Hakim Health Syst Res 2013; 16(3): 201-10. [Persian]
22) Pourasghari H, Jafari M, Abolghasem Gorji H, Maleki M. Public Hospital Facilities Development Using Build-Operate-Transfer Approach: Policy Consideration for Developing Countries. Iran Red Crescent Med 2016; 18(12): e39866. doi: 10.5812/ ircmj.39866.
23) Baliga BSh, 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): SC05-9. doi: 10. 7860/JCDR/2016/17124. 7250.
24) Torani S, Maleki M, Ghodousi-Moghadam S, Gohari MR. Efficiency and Effectiveness of the Firoozgar Teaching Hospital's Pharmacy after Outsourcing, Tehran, Iran. jha 2010; 12(38): 59-70. [Persian]
25) La Forgia GM, Harding A. Public-private partnerships and public hospital performance in São Paulo, Brazil. Health Aff (Millwood) 2009; 28(4): 1114-26. doi: 10.1377/ hlthaff. 28.4.1114.
26) Sadeghi A, Barati O, Bastani P, Jafari DD, Etemadian M. Experiences of selected countries in the use of public-private partnership in hospital services provision. J Pak Med Assoc 2016; 66(11): 1401-6. PMID: 27812056.
27) Widdus R. Public–private partnerships for health: their main targets, their diversity and their future directions. Bulletin of the World Health Organization : the International Journal of Public Health 2001; 79(8): 713-20.
28) Widdus R. Public-private partnerships: an overview. Trans R Soc Trop Med Hyg 2005; 99(Suppl 1): S1-8. doi: 10.1016/j. trstmh.2005. 06.005.
29) Grimsey D, Lewis MK. Are public private partnerships value for money? Evaluating alternative approaches and comparing academic and practitioner views. Accounting Forum 2005; 29(4): 345-78. doi: 10.1016/j. accfor. 2005.01. 001.
30) Barretta A, Ruggiero P. Ex-ante evaluation of PFIs within the Italian health-care sector: What is the basis for this PPP?. Health Policy 2008; 88(1): 15-24. doi: https://doi.org/10. 1016/j. healthpol.2008.02.005.
31) Roehrich JK, Lewis MA, George G. Are public–private partnerships a healthy option? A systematic literature review. Social Science & Medicine 2014; 113: 110-19. doi: https://doi. org/10.1016/j. socscimed. 2014.03.037.
32) Nasiripour AA, Najafi B. The effect of management empowerment regarding Iran development plan -article 144- on financial performance of a pilot hospital. J Manage Med Inform Sch 2013; 1(1): 47-56. [Persian]
33) Sekhri N, Feachem R, Ni A. Public-private integrated partnerships demonstrate the potential to improve health care access, quality, and efficiency. Health Aff (Millwood) 2011; 30(8): 1498-507. doi: 10.1377/hlthaff.2010.0461.
34) Siddiqi S, Masud TI, Sabri B. Contracting but not without caution: experience with outsourcing of health services in countries of the Eastern Mediterranean Region. Bull World Health Organ 2006; 84(11): 867-75. doi: 10.2471/blt.06. 033027.
35) Maun A, Wessman C, Sundvall PD, Thorn J, Björkelund C. Is the quality of primary healthcare services influenced by the healthcare centre's type of ownership?-An observational study of patient perceived quality, prescription rates and follow-up routines in privately and publicly owned primary care centres. BMC Health Serv Res 2015; 15: 417. doi: 10.1186/s12913-015-1082-y.
36) Scott-Samuel A. Personal Health Budgets in England: Mood Music or Death Knell for the National Health Service?. Int J Health Serv 2015; 45(1): 73-86. doi: 10.2190/ HS.45.1.f.
37) Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. Comparative performance of private and public healthcare systems in low-and middle-income countries: a systematic review. PLoS Med 2012; 9(6): e1001244. doi: 10.1371/journal. pmed.1001244.
38) Tabibi SJ, Maleki MR, Nasirpour AA, 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(S2): 1589-97.
39) Parsa Moein S, Nasirpour AA. The Impact of Outsourcing on the Satisfaction and Rights of Patients Referred to the Radiology Departments of Tehran Selected Hospitals. Journal of Health Management 2015; 6(1): 51-8. [Persian]
40) Joudaki H, Heidari M, Geraili B. Outsourcing of hospitals services: lessons learned from the experience. Journal of Health-Based Research 2015; 1(1): 13-23. [Persian]

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.3.6.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i3.2059]

41) Hellowell M, Pollock AM. The private financing of NHS hospitals: politics, policy and practice. Economic Affairs 2009; 29(1): 13-9. doi: 10.1111/j.1468-0270.2009.01861.x.
42) Hamilton G, Kachkynbaeva M, Wachsmuth I, Masaki E. A preliminary reflection on the best practice in PPP in healthcare sector: A review of different PPP case studies and experiences. PPPs in Health Manila: 2012: 1-48.
43) Rechel B, Erskine J, Dowdswell B, Wright S, McKee M. Capital investment for health: case studies from Europe. World Health Organization: Regional Office for Europe. 2009: 1-207.
44) McIntosh N, Grabowski A, Jack B, Nkabane-Nkholongo EL, Vian T. A Public-Private Partnership Improves Clinical Performance In A Hospital Network In Lesotho. Health Aff (Millwood) 2015; 34(6): 954-62. doi: 10.1377/ hlthaff. 2014.0945.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.3.6.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i3.2059]

Review Article

The Impact of Public-Private Partnerships on Hospital Performance: A review study

Nasrin Shaarbafchizadeh [1], Mohammad Reza Rezayatmand [1], Ghazaal Etemadi [2*]

[1] Assistant Professor, Health Management and Economics Research Center, Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

[2] MSc student in Health Services Management, Students' Research' Committee, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

*** Corresponding Author:** Ghazaal Etemadi
ghazaal.etemadi@yahoo.com

Citation: Shaarbafchizadeh N, Rezayatmand MR, Etemadi Gh. The Impact of Public-Private Partnerships on Hospital Performance: A review study. Manage Strat Health Syst 2019; 4(3): 265-76.

Received: August 19, 2019
Revised: December 17, 2019
Accepted: December 18, 2019

Funding: This study has been supported by Isfahan University of medical Sciences (NO 397063).

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

A B S T R A C T

Objective: Public-private partnerships (PPP) have been used recently in many countries for reforming the structural health sector. The purpose of this study was to investigate the impact of PPP models in hospitals on raising the awareness of health policy makers, managers, and authorities to make sound decisions and planning.

Information sources and selection methods for the study: This review was conducted in 2019 by searching the databases of Scopus, ProQuest, PubMed, and Google Scholar. The following keywords were used for the search: public private partnership, PPP, public hospital, public private partnership in hospital, and partnership model. Furthermore, Persian equivalents of these key words were searched in databases of Scientific Information Database and Irandoc from 1990 to 2017. A total of 954 articles were studied in a step-by-step manner.

Results: Finally, 21 articles related to the study objectives entered the research. Based on the results collected from reviewing the selected papers, PPP in hospitals were categorized into 9 different categories of Service Purchase, Outsourcing, Management Contract, (Design, Build, Finance, Operate), (Build, Own, Operate), (Build, Own, Operate, Transfer), (Buy, Own, Lease back), Alzira model and Privatization. So, PPP influenced the performance of hospitals.

Conclusion: Overall, PPP can be a good solution for the hospital sector that can improve the hospital performance in the case of providing the necessary contexts. However, these models are not generalizable to all parts of the health system and may face numerous challenges in implementation.

Key word: Public sector, Public-private sector partnerships, Hospital

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.3.6.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i3.2059]