

# مطالعه تطبیقی خصوصی سازی باروش عقد قرارداد برای ارائه مراقبت های سلامتی در کشورهای منتخب و ارائه الگوی مناسب برای ایران

احمد براتی مارنانی<sup>۱</sup> / حسین جودی<sup>۲</sup>

## چکیده

**مقدمه:** توجه به معایب و مزایای ارائه مراقبت های بهداشتی درمانی توسط هریک از بخش های عمومی و خصوصی باعث گردید سیاست گزاران به فکر راه حل های بینابینی باشند. راه حل هایی که اهداف و ویژگی های مثبت هر دو بخش عمومی و خصوصی را شامل شوند. یکی از این راه حل ها عقد قرارداد با بخش خصوصی است. علیرغم استفاده روز افزون از این روش، مطالعات انجام شده در ایران صرفاً نتایج قراردادها را به لحاظ تاثیر بر کارایی ارائه خدمات ارزیابی نموده اند. پژوهش حاضر به دنبال ارائه الگوی مناسبی است که تجارب جهانی و بررسی های علمی در این زمینه را لحاظ نموده و با شرایط نظام بهداشت و درمان کشور سازگار باشد.

**روش بررسی:** این پژوهش یک پژوهش کاربردی از نوع توصیفی-تحلیلی و مقطعی بوده که طی آن داده های مربوط به موضوع تحقیق از کشورهای منتخب - نیوزلند، انگلستان، استونی، استرالیا، هند و ایران جمع آوری شد و سپس با استفاده از روش های کیفی الگوی اولیه جهت ایران ارائه گردید. الگوی اولیه پژوهش با استفاده از پرسشنامه ای حاوی ۱۶ سوال از طریق تکنیک دلفی به قضاوت ۳۰ نفر از متخصصین گذاشته شده و الگوی نهایی ارائه گردید.

**یافته ها:** یافته های پژوهش حاکی از تائید بکارگیری عقد قرارداد (در انواع مختلف) در زمینه خدمات پشتیبانی و پاراکلینیک بیمارستان ها، بیماریابی و کنترل بیماری های خاص، حمل و نقل بیمار و مراقبت های بهداشتی اولیه است. همچنین استفاده از قراردادهای مبتنی بر عملکرد برای تخصیص بودجه بین سطوح مختلف نظام سلامت و بین سازمان های بیمه گر و بیمارستان ها مورد تائید قرار گرفت. اما استفاده از عقد قرارداد برای برون سپاری خدمات بالینی و عقد قراردادهای ساخت-مالکیت-اداره مورد تائید قرار نگرفت.

**نتیجه گیری:** نتایج پژوهش نشان می دهد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می تواند از نقش خود در ارائه مراقبت های سلامتی کاسته و از مکانیسم عقد قرارداد برای خرید فعالانه خدمات سلامتی در عرصه های مختلف استفاده نماید بدون آنکه به نقش راهبری و سیاستگزاری آن خدشه وارد شود.

**کلید واژه ها:** خصوصی سازی - عقد قرارداد - مطالعه تطبیقی

## مقدمه

توجه به معایب و مزایای ارائه مراقبت های بهداشتی درمانی توسط هریک از بخش های عمومی و خصوصی باعث گردید سیاستگذاران به فکر راه حل های بینابینی باشند؛ راه حل هایی که اهداف و ویژگی های مثبت هر دو بخش عمومی و خصوصی را شامل شوند. یکی از این راه حل ها عقد قرارداد با بخش خصوصی است. عقد قرارداد یک مکانیسم خرید است که به وسیله آن یک خدمت خاص معین می گردد، مقدار و کیفیت آن تعریف می شود، در مورد قیمت آن توافق حاصل می شود، سپس برای یک دوره زمانی مشخص از یک تدارک کننده مشخص خریداری می شود. [۱] بنابراین از طرفی مکانیسم رقابت بین تدارک کنندگان باعث افزایش کارایی شده و از طرف دیگر هدایت و سیاستگذاری در اختیار دولت باقی می ماند. در واقع عقد قرارداد روشی از خصوصی سازی است که پویایی حاصل از رقابت را به درون سیستمی که توسط بخش دولتی تامین مالی و مدیریت می شود وارد کرده و منجر به ایجاد بازارهای داخلی (Internal Market) یا شبه بازار (Quasi market) در درون بخش دولتی می گردد. [۲] عقد قرارداد برای خرید مراقبت های بهداشتی درمانی در کشورهای توسعه یافته مانند آمریکا، فنلاند، کانادا، هلند و انگلستان امری رایج بوده و در دیگر کشورهای جهان از جمله ایران به سرعت در حال فراگیر شدن می باشد. [۳] ملکی [۴] در مقاله خود به بررسی نتیجه واگذاری امور پرستاری یک بخش جراحی در بیمارستان شهید چمران بروجرد پرداخته است. روین تن [۵] تاثیر مثبت عقد قرارداد اجاره واحدهای آزمایشگاه و رادیولوژی بیمارستان امام جعفر صادق (ع) الیگودرز به بخش خصوصی را با مقایسه هزینه ها و درآمدهای این واحدها قبل و بعد از عقد قرارداد نشان داده است. صادقی و همکاران [۶] نیز در مقاله خود نتایج مثبت واگذاری بخش های فیزیوتراپی بیمارستان فاطمی را بر شمرده است. بختیاری [۷] در پایان نامه خود لیست حدود ۶۰ بیمارستان و مرکز بهداشتی درمانی را که به نحوی از انحاء از عقد قرارداد برای جلب مشارکت بخش خصوصی استفاده نموده اند ارائه کرده است. اما علیرغم استفاده روز افزون از این روش، الگوی مناسبی که تجارب جهانی و بررسی های علمی در زمینه عقد قرارداد و متغیرهای تاثیر گذار بر آن را لحاظ نموده

و با شرایط نظام بهداشت و درمان سازگار باشد وجود ندارد. پژوهش حاضر به دنبال ارائه الگوی کاربردی در این زمینه است.

## روش بررسی

پژوهش حاضر یک پژوهش کاربردی از نوع توصیفی، تحلیلی و مقطعی بوده که طی آن داده های مربوط به موضوع تحقیق از طریق رجوع به پایگاه های اطلاع رسانی بانک جهانی، سازمان جهانی بهداشت و سایر پایگاه های موجود در اینترنت جمع آوری شده و با استفاده از روش های کیفی برای ارائه الگوی جامع مورد استفاده قرار گرفت. مدل اولیه که خود با مقایسه داده های مربوط به کشورهای منتخب به دست آمده، با استفاده از تکنیک دلفی مورد تحلیل قرار گرفته و به یک مدل نهایی تبدیل گردید، از آنجا که پژوهش حاضر یک پژوهش کیفی می باشد انتخاب نمونه (کشورهای منتخب شامل نیوزلند، انگلستان، استونی، استرالیا، هند و ایران) و متغیرهای پژوهش به صورت هدفدار و بر اساس در دسترس بودن داده ها، بکارگیری روش های عقد قرارداد و شباهت نسبی نظام سلامت آنها با نظام سلامت ایران صورت گرفت. (در اکثر کشورهای منتخب دولت نقش برجسته ای در ارائه خدمات سلامتی داشته و بخش خصوصی ضعیف و ناپاست. در انگلستان تامین مالی به عهده بخش عمومی و عرضه خدمات عمدتاً بر عهده بخش دولتی است. [۸] در نیوزلند تامین مالی به عهده بخش عمومی و ارائه خدمات توسط هر دو بخش عمومی و خصوصی صورت می گیرد. [۹] هند و استونی به لحاظ تشابه وضعیت اقتصادی، اجتماعی (در حال گذار بودن) و تشابه مشکلات گریبانگیر نظام سلامت آنها با ایران انتخاب شدند.) کشورهای منتخب به گونه ای انتخاب شده اند که نشان دهنده حالات مختلف ترکیب بخش عمومی و خصوصی باشند. داده های کیفی جمع آوری شده با استفاده از روش تحلیل محتوا شامل تلخیص داده ها، عرضه داده ها، نتیجه گیری و تأیید برای ارائه مدل اولیه مورد تحلیل قرار گرفت. سپس بر اساس نتایج حاصله الگوی اولیه برای ایران پیشنهاد گردید. الگوی اولیه پژوهش با استفاده از پرسشنامه ای حاوی ۱۶ سوال از طریق تکنیک دلفی به قضاوت ۳۰ نفر از

متخصصین گذاشته شد و الگوی نهایی ارائه گردید، بدین ترتیب که هریک از اجزاء و گزینه های مطرح شده در الگو در صورتی که مورد پذیرش ۶۵٪ پرسش شوندهگان قرار گرفت در الگو باقی مانده و آنهایی که به میزان ۵۵ تا ۶۵ درصد مورد پذیرش قرار گرفتند به عنوان پیشنهاد مشکوک به مرحله دوم ارجاع داده شده و گزینه هایی که میزان موافقت با آنها کمتر از ۵۵٪ بود حذف گردیدند. خلاصه بندی نظرات متخصصین با استفاده از روش های آمار توصیفی و با کمک نرم افزار spss انجام شد. پژوهش در مدت ۳ ماه به اجرا گذاشته شد.

### یافته ها

یافته های مطالعه تطبیقی متغیرهای پژوهش در کشورهای منتخب و ایران در (جدول ۱) خلاصه گردید. با استفاده از این جدول الگوی اولیه پژوهش برای ایران ارائه گردید.

مدل پیشنهادی برای ایران:

۱. طرف های قرارداد:

۱-۱. با توجه به تجارب کشورهای استونی و استرالیا و تطبیق آن با شرایط کشور، بین سازمان های بیمه گر و بیمارستان ها روابط مبتنی بر قرارداد برقرار شود و سازمان های بیمه گر بتوانند با توجه به منابع خود و در نظر گرفتن کمیت و کیفیت ارائه خدمات ارائه شده توسط بیمارستان ها میزان پرداخت به آنها را تغییر دهند.

۱-۲. با توجه به تجربه کشور انگلستان بین سطوح مختلف نظام سلامت مثلاً وزارت بهداشت و دانشگاه های علوم پزشکی یا دانشگاه علوم پزشکی و بیمارستان ها برای تخصیص منابع قرارداد مبتنی بر عملکرد منعقد گردد.

۲. نوع خدمات مورد قرارداد:

۲-۱. بر اساس تجارب کشورهای انگلستان و استرالیا و نیز تجاربی که کشور ایران در زمینه بکارگیری عقد قرارداد در زمینه خدمات پشتیبانی دارد می توان از عقد قرارداد برای استفاده از ظرفیت های بخش خصوصی به منظور ارائه کلیه خدمات پشتیبانی بیمارستان ها و مراکز بهداشت نظیر لنزری، تغذیه، نظافت، تاسیسات، انبارداری، اداری، مالی، پذیرش، سیستم های کامپیوتر، باغبانی و فضای سبز، امور ساختمانی، نقلیه، چاپ و تکثیر و خدمات مشابه.

۲-۲. عقد قرارداد با پزشکان بخش خصوصی برای بیماریابی و کنترل بیماری های خاص نظیر ایدز، سل، از آنجا که بخش خصوصی در بخش خدمات سرپایی گسترش فوق العاده ای در ایران دارد و در اغلب مواقع اولین مراجعه مردم به این بخش می باشد دولت می تواند ضمن عقد قرارداد با این بخش (اعم از مطب ها و کلینیک های خصوصی) و با استفاده از نظام پرداخت به ازای مورد مراقبت از بیماران خاص نظیر بیماران مبتلا به ایدز و سل و یا بیماران دیابتی، فشارخون و سایر بیماری های غیر واگیر و مزمن را به پزشکان بخش خصوصی بسپارد. در این مورد استفاده از تجربه کشور هندوستان مبنای پیشنهاد بوده است.

۲-۳. عقد قرارداد برای خرید خدمات حمل و نقل بیمار و آمبولانس (هوایی-زمینی) که البته دولت باید پتانسیل و توانایی پایش قوی و مستمر بر خدمات ارائه شده را داشته باشد.

۲-۴. دولت می تواند بر اساس تجارب کشورهای نیوزلند و هندوستان از عقد قرارداد برای خرید خدمات پاراکلینیک استفاده نماید. این امر در ایران تقریباً موضوع تازه ای است که معدود مطالعات انجام شده موفقیت آن را تأیید نموده اند. [۷،۵]

۲-۵. دولت می تواند بر اساس تجربه موفقیت آمیز خرید مراقبت های بهداشتی اولیه از طریق عقد قرارداد در نظام سلامت ملی انگلستان اقدام به راه اندازی نظام ارجاع و پزشک خانواده در کشور نموده و از این طریق مراقبت های بهداشتی اولیه را بر اساس قراردادهای مبتنی بر عملکرد و با استفاده از نظام پرداخت سرانه خریداری نماید. این تجربه در بسیاری از کشورهای دنیا در حال انجام است.

۲-۶. دولت می تواند با توجه به تجارب کشورهای انگلستان و هندوستان از عقد قرارداد برای خرید خدمات بالینی (بخش های بستری بیمارستان) استفاده نماید.

۳. نوع قرارداد خرید:

۳-۱. عقد قرارداد نسبی و مذاکره ای برای خرید خدمات تاسیساتی، نگهداری فضای سبز، نگهداری سیستم های کامپیوتری، نگهداری تجهیزات پزشکی، امنیت، ساختمانی و خدمات مشابه.

۳-۲. بکارگیری قرارداد اجاره و پرداخت به ازای مورد به اجاره گیرنده برای خرید خدمات پاراکلینیک شامل داروخانه،

جدول ۱. مقایسه تطبیقی متغیرهای پژوهش در کشورهای منتخب و ایران

متغیر	نیوزلند	انگلستان	استونی	هند	استرالیا	ایران
طرف‌های قرارداد	هیات‌های سلامت ناحیه و بیمارستان‌های دولتی و موسسات خصوصی دولت و کلیساها، سازمان جبران خسارات تصادفات و بیمارستان‌های دولتی، بیمارستان‌های دولتی و موسسات آمبولانس‌های خصوصی	خریدار: مراکز سلامت ناحیه ای وابسته به NHS، پزشکان عمومی بودجه‌دار ارایه کننده: بیمارستان‌ها و سازمان‌های خودگردان NHS، بیمارستانهای مستقل و خصوصی - پزشکان عمومی	خریدار: صندوق مرکزی بیماری و شعب آن در سراسر کشور ارایه کننده: بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و پزشکان دولتی، بیمارستان‌های دولتی، بیمارستان‌ها، مراکز و پزشکان بخش خصوصی	وزارت بهداشت و NGO، شبکه‌های بهداشت و درمان و بخش خصوصی	بیمارستان‌ها و پزشکان بخش خصوصی، بیمارستان‌های دولتی داروخانه‌ها، خانه‌های پرستاری و بیمارستان‌ها خصوصی	وزارت بهداشت و ارائه دهندگان بخش خصوصی، سازمان‌های بیمه گر و بیمارستان‌های دولتی و خصوصی
نوع خدمات مورد قرارداد	خدمات بیمارستانی، بهداشت عمومی، ناتوانی، آموزش بالینی قبل از سال ۲۰۰۰، خدمات بهداشت مادر و کودک، ویزیت بیمار، آمبولانس، بهداشت روانی	خدمات پشتیبانی نظیر تغذیه، رختشویخانه، مراقبت‌های اولیه و پیشگیری، مراقبت‌های درمانی و بیمارستانی، خدمات اجتماعی مانند مراقبت‌های ارایه شده به سالمندان، افراد ناتوان، مراقبت در منزل	خدمات سرپایی، خدمات بستری	مراقبت‌های بهداشتی اولیه، اجرای استراتژی DOTS برای کنترل سل، خدمات پشتیبانی بیمارستان‌ها، خدمات آمبولانس، خدمات درمانی مانند جراحی و زایمان، درمان بیماری‌های کودکان خدمات تشخیصی	خدمات پشتیبانی مانند لثوری، تغذیه، خدمات پاراکلینیک، پاتولوژی ساخت بیمارستان، اداره موسسات بهداشتی درمانی، مراقبت‌های درمانی	خدمات پشتیبانی بیمارستان‌ها مانند تاسیسات، نظافت و تغذیه خدمات درمانی و جراحی، خدمات سرپایی، خدمات پاراکلینیک
نوع قرارداد خرید	قراردادهای کلی، قراردادهای حجم/هزینه برای پروسیجرها، قراردادهای مقطوع برای مراقب‌های بهداشتی اولیه توسط پزشکان عمومی	برون سپاری، خودگردان سازی، اجاره، بازاریابی اجتماعی	خودگردان سازی، شرکتی سازی، اجاره، قرارداد ساخت، مالکیت، تنظیم خانواده	برون سپاری، بازاریابی اجتماعی برای خدمات تنظیم خانواده	قرارداد ساخت، مالکیت، اداره و واگذاری، قرارداد کلی (حجمی)، قرارداد هزینه و حجم برای خدمات پاتولوژی	مقطوع (حجمی)، حجم و هزینه، اجاره، واگذاری مدیریت
نظام پرداخت مورد استفاده در قراردادها	کارانه در مراقبت‌های بهداشت مادر و کودک، کارانه به ازای پروسیجر، سرانه روز بیمار در پرداخت به بیمارستان‌ها بودجه مقطوع، خدمات بهداشت روانی بر اساس تعداد تخت	سرانه، کارانه، پرداخت به ازای مورد حجم (مقطوع) و هزینه پرداخت کلی دولت، پرداخت به ازای مورد، ترکیب کارانه و سرانه (برای پرداخت به پزشکان خانواده)	کارانه (برای خدمات سرپایی و بستری)، سرانه (برای اختصاص بودجه به صندوق بیماری توسط دولت)، پرداخت به ازای مورد، ترکیب کارانه و سرانه (برای پرداخت به پزشکان خانواده)	کارانه	کارانه، بودجه کلی	کارانه، پرداخت کلی
نحوه تامین مالی قراردادها	عمدتاً دولت از طریق مالیات‌های عمومی	از طریق دولت با استفاده از مالیات‌های عمومی	بیمه ملی سلامت (صندوق بیماری)	توسط دولت و نیز پرداخت از جیب (Out of pocket)	توسط دولت، توسط بیمه‌های ملی یا خصوصی	دولت، سازمان‌های بیمه‌گر و حمایتی و پرداخت‌های مستقیم مردم
استفاده از قراردادهای مبتنی بر عملکرد	بین وزارت بهداشت و ۲۱ هیات سلامت ناحیه	بین NHS و پزشکان عمومی برای برنامه‌های ارتقا بهداشت	خیر	بله، درمورد مراقبت‌های بهداشتی اولیه	بله بین دولت و بیمارستان‌های دولتی	خیر
تأثیر عقد قرارداد بر شاخص‌های کارایی، کیفیت، عدالت و پاسخگویی نظام سلامت	مطلوب، تأثیر عمده بر دسترسی و عدالت	نتایج قطعی و مشخص نیست (براساس نظر سازمان بهداشت جهانی و بانک جهانی)	مثبت	مثبت	تأثیر بر کارایی "کاملاً" مطلوب تأثیر بر سایر شاخص‌ها نسبتاً مطلوب	تأثیر بر کارایی مطلوب تأثیر بر سایر شاخص‌های نامشخص
میزان نظارت و پایش قراردادها	کاملاً" مطلوب از طریق آژانس‌های خدمات یکپارچه	مطلوب، بر اساس تعیین استانداردها و شاخص‌های کیفی در بعضی موارد مبتنی بر عملکرد	مطلوب	نسبتاً" مطلوب	مطلوب	نسبتاً ضعیف
روندهای آتی	تخصیص منابع از طریق روشهای مبتنی بر جمعیت و مبتنی بر عملکرد	تاکید بر مشارکت و همکاری بجای رقابت، تاکید بر کیفیت بجای کارایی	بکارگیری قراردادهای توسعه خدمات اجتماعی تنظیم شرایط قانونی به نحوی که بیمارستان‌ها همچون موسسات خصوصی باشند	گسترش برون سپاری مراقبت‌های بهداشتی اولیه واگذاری مدیریت	جایگزین نمودن نظام پرداخت کارانه با دیگر نظام‌های پرداخت، روی آوردن به پرداخت مبتنی بر عملکرد و نظام پرداخت سرانه، توجه به پیامدهای بهداشتی و کیفیت خدمات (نه فقط کنترل هزینه‌ها)	بکارگیری قراردادهای مبتنی بر نظام پرداخت سرانه، برون سپاری مراقبت‌های بهداشتی اولیه خودگردان سازی، گسترش عقد قرارداد به حیطه خدمات پاراکلینیک و درمانی

رادیولوژی، آزمایشگاه، فیزیوتراپی، سی تی اسکن، ام آر آی، سنگ شکن و خدمات مشابه.

۳-۳. عقد قرارداد خرید خدمت با برون سپاری برای خرید خدمات اجرایی، اداری، مالی، آموزشی، پژوهشی، پرسنلی، انبارداری، پذیرش و ترخیص بیماران.

۳-۴. عقد قرارداد های واگذاری مدیریت در بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمانی

۳-۵. عقد قرارداد برای واگذاری مدیریت تجهیزات پزشکی گران قیمت

۳-۶. عقد قرارداد ساخت مالکیت- اداره برای استفاده از منابع بخش خصوصی در ارائه مراقبت های بهداشتی اولیه در خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی

۳-۷. عقد قرارداد برون سپاری برای خرید خدمات بالینی ۴. نظام پرداخت مورد استفاده در قراردادها:

۴-۱. بکارگیری نظام پرداخت سرانه برای خرید مراقبت های بهداشتی درمانی اولیه از طریق مدل پزشک خانواده

۴-۲. بکارگیری نظام پرداخت به ازای مورد برای بیماریابی و کنترل بیماری های خاص نظیر ایدز و سل.

۵. استفاده از قرارداد های مبتنی بر عملکرد:

۵-۱. تنظیم روابط سازمان های بیمه گر و بیمارستان های دولتی بر مبنای قرارداد های مبتنی بر عملکرد

۵-۲. استفاده از قرارداد های مبتنی بر عملکرد در تخصیص بودجه بین سطوح مختلف نظام سلامت

۵-۳. استفاده از مکانیسم پرداخت سرانه و قراردادهای مبتنی بر عملکرد برای خرید مراقبت های بهداشتی اولیه بر اساس مدل پزشک خانواده

۶. نظارت و پایش قراردادها:

۶-۱. ایجاد واحدی برای مدیریت و نظارت قراردادها در شبکه های بهداشت و درمان به منظور نظارت و پایش قوی قراردادها از نظر شاخص های کارایی، کیفیت، عدالت و پاسخگویی. همچنین بودجه این واحد از طریق اختصاص درصدی از مبلغ قراردادها به این واحد تامین شود.

مدل اولیه (پیشنهادی) که اجزای آن به تفصیل شرح داده شد با استفاده از پرسشنامه ای حاوی ۱۶ سوال و با استفاده از

تکنیک دلفی و به شرحی که قبلاً گفته شد به قضاوت ۳۰ نفر از متخصصین دانشگاهی گذاشته شد.

بر این اساس موارد زیر به دلیل عدم کسب امتیاز لازم از مدل حذف گردید:

۶-۲. عقد قرارداد ساخت مالکیت. اداره برای استفاده از منابع بخش خصوصی در ارائه مراقبت های بهداشتی اولیه

در خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی (مورد ۶-۳)

۶-۳. قرارداد برون سپاری برای خرید خدمات بالینی (مورد ۷-۳)

سایر موارد مطرح شده در الگوی اولیه مورد تأیید قرار گرفت و به عنوان الگوی نهایی مطرح می شود.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاکی از تأیید بکارگیری عقد قرارداد برای خرید خدمات اداری، پشتیبانی و پاراکلینیک در بیمارستان های کشور است که از این لحاظ موید تحقیقات قبلی است. هم اکنون بیمارستان های دولتی به مقدار زیادی از این روش استفاده نموده اند و تجارب ارزنده ای در این زمینه دارند بنابراین در مدل نهایی استفاده از این روش مورد تأکید قرار گرفته است. مطالعات انجام شده در ایران حاکی از موفقیت این روش در کشور خصوصاً به لحاظ تاثیر بر کارایی بوده است. [۴،۷]

نتایج پژوهش نشان می دهد می توان از عقد قرارداد برای خرید مراقبت های بهداشتی اولیه و بر آوردن نیاز های سلامتی جمعیت های خاص استفاده نمود (عقد قرارداد به عنوان یک ابزار سیاست گذاری).

عقد قرارداد بین سطوح مختلف نظام سلامت و بین بیمارستان ها و سازمان های بیمه گر نیز مورد تأکید قرار گرفت. هم اکنون سازمان های بیمه گر بدون توجه کافی به کیفیت خدمات ارائه شده توسط بیمارستان های دولتی با استفاده از نظام پرداخت کارانه ( بر اساس کمیت ارائه خدمات) به بیمارستان ها پرداخت انجام می دهند. در صورت برقراری روابط مبتنی بر قرارداد طرفین قرارداد می بایستی با انجام مذاکره کمیت و کیفیت خدمات ارائه شده را دقیقاً تعیین نموده و براساس آن نظام پرداخت را شکل دهند (استفاده از قراردادهای مبتنی بر عملکرد).

## References

- 1-World Bank. contracting. available from URL:www.world bank.org/hnp/hsd:2003.
- 2-Witter S, Ensor T, Jowett M, Thompson R. Health economics for developing countries. London; Macmillan education LTD; 2000.
- 3-World Bank. private sector. available from URL:www.world bank.org/hnp/hsd/prsector
- ۴-ملکی علی. واگذاری امور پرستاری بخش جراحی مردان بیمارستان شهید چمران بروجرد به بخش خصوصی (شرکت تعاونی) در نیمه دوم مهرماه ۱۳۸۱. خلاصه مقالات اولین همایش کشوری مدیریت منابع در بیمارستان، تهران: معاونت توسعه مدیریت منابع و امور مجلس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۱.
- ۵-رویین تن عبدالرضا. بهبود مدیریت و استفاده از منابع با واگذاری امور به بخش خصوصی در شبکه بهداشت و درمان الیگودرز. خلاصه مقالات اولین همایش کشوری مدیریت منابع در بیمارستان، تهران: معاونت توسعه مدیریت منابع و امور مجلس وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۱.
- ۶-صادقی قربان، مجید پور علی، جلیلی سعادت، بررسی واگذاری بخشی از واحدهای بهداشتی و درمانی به بخش خصوصی و تأثیر آن بر کمیت و کیفیت ارائه خدمات درمانی مربوطه. خلاصه مقالات اولین همایش کشوری مدیریت منابع در بیمارستان، تهران: معاونت توسعه مدیریت منابع و امور مجلس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۱.
- ۷-بختیاری رضا. مطالعه تطبیقی روش های کاهش تصدی گری در کشورهای منتخب و ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، تهران: دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۸۳.
- 8- European Observatory on Health Care systems. Health Care Systems in Transition. United Kingdom; 1999.

همچنین تخصیص منابع بین سطوح مختلف نظام سلامت بر اساس قراردادهای مبتنی بر عملکرد و نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد مورد تأیید قرار گرفت. روند فعلی تخصیص منابع که بر مبنای هزینه های گذشته است، غیر شفاف و بدون توجه به عملکرد بوده و باعث تثبیت نابرابری های گذشته و پایین ماندن کارایی سیستم می گردد. سازمان تامین اجتماعی کشور نیز که دومین تولید کننده خدمات درمانی در ایران است بر اساس روش های گذشته نگر به بیمارستان های خود بودجه پرداخت می کند. لذا اجرای پرداخت مبتنی بر عملکرد می تواند در بهبود کارایی استفاده از منابع و افزایش عدالت در تخصیص منابع مؤثر باشد.

با این وجود به نظر می رسد حذف عقد قرارداد برون سپاری مراقبت های بالینی از مدل اولیه (برخلاف آنچه در انگلستان و هندوستان انجام میگیرد) و عدم موافقت با عقد قراردادهایی که منجر به گسترش مالکیت خصوصی در نظام سلامت می شود نشان دهنده آنست که از نظر متخصصین مربوطه در شرایط فعلی نظام سلامت کشور استفاده از عقد قرارداد در این حیطه ها احتمالاً منجر به نتایج مثبت نمی گردد زیرا باعث کاهش نقش هدایت و نظارت دولت و عدم دستیابی به اهداف عمومی می شود.

استفاده از عقد قرارداد مستلزم بازتعریف نقش وزارت بهداشت از ارائه دهنده خدمات (تصدی گری) به نقش قانونگذاری و سیاستگذاری می باشد. ایجاد توان و ظرفیت های مدیریتی در نظام سلامت کشور برای نوشتن، اجرا و خصوصاً پایش قراردادها می تواند باعث استفاده روز افزون از این روش به عنوان یک ابزار استراتژیک خرید خدمات در کلیه عرصه ها از جمله مراقبت های بالینی گردد. بر این اساس سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می توانند در صورت تعهد مدیریت ارشد، با ایجاد واحدی تحت عنوان " واحد برنامه ریزی و مدیریت قراردادها" در مراکز ستادی و محیطی توان و ظرفیت لازم برای مطالعه، طراحی، اجرا و پایش قراردادها در نظام سلامت کشور را به وجود آورند. همچنین نسبت به شناسایی و رفع موانع قانونی در گسترش مکانیسم عقد قرارداد در نظام سلامت کشور اقدام نماید. ♦

## Comparative Study on Privatization of Health Care Provision on Contract Basis

Barati Marnani A<sup>1</sup>, Gudaki H<sup>2</sup>

### Abstract

**Introduction:** Considering the advantages and disadvantages of health care provision in both public and private sector causes policymakers to consider moderate solutions which include objectives and positive characteristics of both sectors. One solution is contracting with private sector. Despite the increased use of this method,, there is no model that includes worldwide experiences, scientific studies or correspond to Iran health care system. This research follows to produce practical model for this issue.

**Methods:** This practical research is descriptive- analytic and cross-sectional in which the data is gathered from selected countries -Newzeland, United Kingdom, Estonia, Australia, India and Iran - to provide a primary (suggestive) model. That was evaluated by thirty specialists and then the ultimate model was presented.

**Findings:** According to the findings different kinds of contracting can be used in purchasing logistic and paraclinic services in hospitals, screening and control of specific diseases, patient transportation and primary health care. Also, the use of performance-based contract for allocation of resources among different levels of health system, insurance companies and hospitals was emphasized but outsourcing of clinical services and build-own-operate contracts was not approved.

**Conclusion:** Results show that contracting can be used for purchasing of services in different level of health system. Government should move away from passive purchasing arrangement- i.e. those involving simple retrospective payment of providers - towards strategic forms of purchasing. The latter involve active decision about the services to be purchased and the objectives to be pursued.

**Key words:** *Privatization, Contracting, Comparative study.*

1- Assistant professor, School of Management & Informatics, Iran University of Medical Sciences  
2- MS.c in Health Economic , KhoramAbad Hospital