

بررسی معیارهای مهم در جلب مشارکت بخش خصوصی در احداث، تجهیز و بهره برداری بیمارستان ها با استفاده از مدل مشارکت بخش دولتی و خصوصی

علیرضا عرب^۱، آرمین منیرعباسی^۲، باقر دستیار^{۳*}

تاریخ پذیرش: ۹۵/۲/۳۰

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۹

چکیده:

زمینه و هدف: مشارکت بخش دولتی و خصوصی همکاری بین نهادهای این دو بخش بوده که جهت تحقق اهدافی مشترک و از میان برداشتن محدودیت ها انجام می گیرد. هدف پژوهش حاضر بررسی معیارهای مهم در جلب مشارکت بخش خصوصی در بخش بهداشت بود.

مواد و روش ها: برپایه مطالعات و نمونه نظرسنجی های انجام گرفته مقامات دولتی دارای نقش اساسی در قالب بندی سیاست های سلامت و برنامه های مخصوص شرایط هر کشور می باشند. درسال های اخیر، هزینه ارائه مراقبت های بهداشتی به صورت نمایی افزایش یافته است و دولت ها به دنبال مکانیزم های جایگزین برای کاهش هزینه ها هستند در حالی که افزایش ظرفیت برنامه های اجتماعی با سرمایه گذاری های قابل توجه در زیرساخت ها همراه هستند. این مقاله با مطالعه پژوهش های پیشین در زمینه مشارکت بخش دولتی و خصوصی، به کارگیری انواع مختلف این مدل ها را مورد بررسی قرار داده و به تعیین معیارهای کلیدی و حیاتی در موفقیت یا شکست این پروژه ها پرداخته است. هرچند هنوز تجربه به کارگیری آن در کشور ما بسیار محدود است و ارزیابی دقیقی بر مبنای مطالعات موردی از آن وجود ندارد.

نتایج: بر اساس نتایج این تحقیق معیارهایی مانند امکان بازگرداندن بخشی از هزینه های شرکت در مناقصه برای مناقصه گران، وضوح اهداف و مسئولیت، اشتراک و تخصیص ریسک صحیح و منصفانه بین طرفین، کاهش هزینه بخش دولتی از طریق کاهش تصدی گری، انگیزش بخش خصوصی، مکانیزم روشن نظارت و حل اختلاف فیما بین و پشتیبانی سیاسی از سرمایه گذاری بخش خصوصی نقش مهمی در موفقیت پروژه های مشارکت بخش خصوصی و دولتی را دارند که لازم است به آن ها توجه ویژه ای شود.

نتیجه گیری: دولت ها می توانند جهت جلوگیری از افزایش هزینه های مورد نیاز برای بازسازی، نگهداری و راه اندازی امکانات همگانی مانند بیمارستان ها و افزایش محدودیت ها در بودجه های دولتی، داشتن نوآوری از طریق فرصت طلبی بخش خصوصی و همچنین مدیریت بهتر ریسک ها با این بخش مشارکت مناسبی داشته باشند.

کلمات کلیدی: مشارکت بخش خصوصی و عمومی، معیارهای موفقیت پروژه های مشارکتی، احداث بیمارستان، تجهیز و بهره برداری بیمارستان

^۱ کارشناس ارشد مهندسی و مدیریت ساخت، گروه عمران، دانشکده فنی و مهندسی، دانشگاه پیام نور مرکز کرج، البرز، ایران
^۲ استادیار، دکتری مهندسی و مدیریت ساخت، گروه عمران، دانشکده فنی و مهندسی، دانشگاه پیام نور مرکز کرج، البرز، ایران
^۳ کارشناس ارشد مهندسی و مدیریت ساخت، گروه عمران، دانشکده فنی و مهندسی، دانشگاه پیام نور مرکز کرج، البرز، ایران (*نویسنده مسئول)،
 تلفن: ۰۲۶-۳۲۷۳۴۴۲۰، آدرس الکترونیکی: Bagher.dastyar@gmail.com

مقدمه

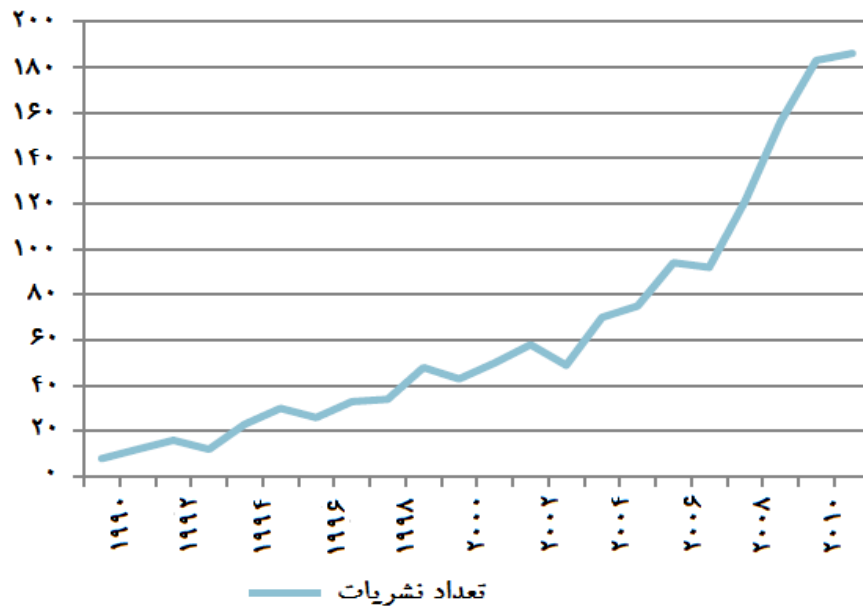
سلامت تنها به معنای عدم وجود بیماری نبوده بلکه علاوه بر این شامل شرایط مناسب و بهینه فیزیکی، روانی و اجتماعی می‌باشد (۱۰). با این حال یکی از مهم ترین محدودیت ها که مورد اشاره بسیاری از کشورها قرار داشته عدم امکان بهبود شرایط بیش از حد مشخصی برای ایجاد توانایی هایی در حوزه سلامت بوده است. بنابراین نیاز به فعالیت در حوزه مشارکت به وضوح حس می شود (۱). همچنین در دو دهه گذشته مفهوم مشارکت بخش دولتی و خصوصی با توجهات چشمگیری در حوزه تحقیقات بهداشت عمومی (دولتی) روبرو بوده است (۱۳). چنین فرض می شود که استفاده از این نوع همکاری می تواند منجر به توسعه داروها و واکسن هایی برای مقابله با بیماری های ناشناخته همچون مالاریا، سل، شاگاس، انگل آفریقایی، لیشمانیوز، کوری رودخانه و کرم روده گردد که به شدت روی افراد فقیر تاثیر گذار می باشد. از یک سو همکاری دولت و بخش خصوصی می تواند منجر به غلبه بر بازده تجاری غیر جذاب سرمایه گذاری شرکت های دارویی در کشورهای کم درآمد گردیده و به جای آن مدل درآمدی جایگزینی را ارائه نماید، همچنین می توان نارسایی های بخش دولتی برای ارائه کالاهای عمومی بدلیل عدم دسترسی به منابع یا اولویت های رقابتی و سایر مقولات را بر طرف نمود (۱۴). زیربنای مفهومی این هدف با بکارگیری آن برای خدمات بهداشتی توسط ویلیامسون و اوچی (۱۹۸۰) و پرکر و همکاران (۲۰۰۰) توسعه یافت. با این استدلال که بخش دولتی ذاتاً نسبت به بخش خصوصی دارای کارآمدی و پاسخگویی کمتری است، پرکر و همکارانش (۲۰۰۰) ماتریسی را پیشنهاد دادند که یک محور آن درجه ای از رقابت موجود در ارائه خدمات (به عنوان مثال سهولت ورود به بازار) و دیگری سهولت نتایج خدمات قابل سنجش تعریف شده است (۶). با وجود آنکه پدیده ی مشارکت بخش دولتی و خصوصی در محدوده ی گسترده ای از اظهارنظرهای علمی و تخصصی وجود دارد، بررسی دقیق شواهد موجود، محدود بوده و مقالات به صورت پراکنده به آن پرداخته اند (۳۵). در این بررسی، مقالات با موضوع

مشارکت بخش خصوصی و دولتی و همچنین شواهد تجربی منتشر یافته برای پاسخگویی به این سوالات، مورد بررسی کاملی قرار گرفته شد و بدون شک نتیجه گیری ها و توصیه هایی که با توجه به یافته های این بررسی ارائه شده است، برای همکاران فعال در زمینه مشارکت بخش عمومی و خصوصی در کشورهای دیگر با ارزش خواهد بود.

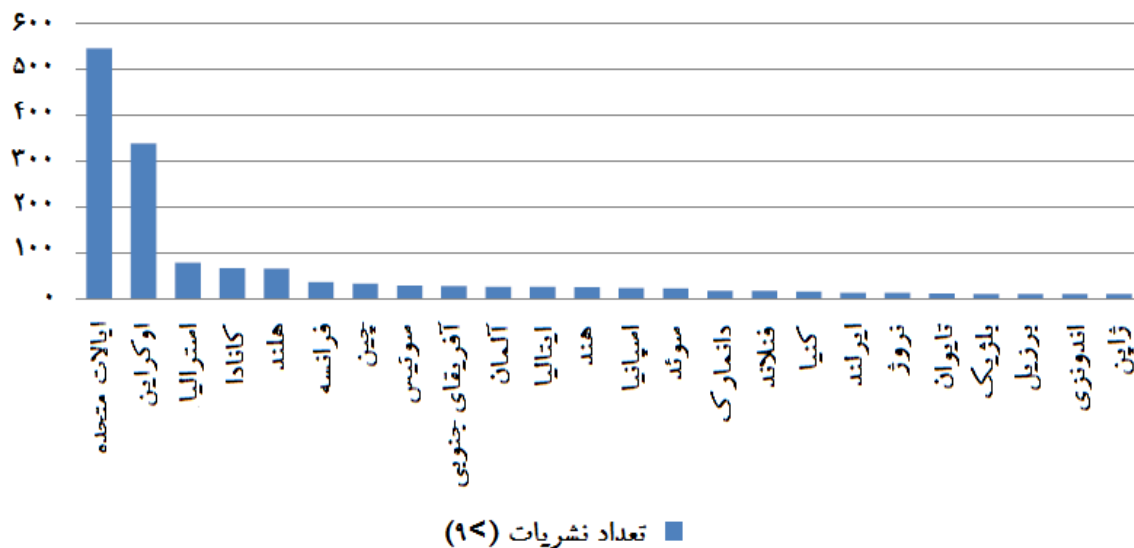
مروری بر منابع

افزایش در موضوع مشارکت بخش دولتی و خصوصی در طی دو دهه ی اخیر، مطابق شکل شماره ۱، بیانگر افزایش پژوهش هایی با موضوع مسائل اجتماعی، در یک محدوده ی وسیع از مجلات می باشد. جالب توجه است که بیشترین تعداد مقالات تخصصی در رابطه با موضوعات بهداشتی درمانی بوده است که تحت تأثیر نشریات منتشر شده در مجلات مدیریتی-سیاستی درمانی می باشد. با این حال مشارکت در بخش دولتی و خصوصی تحت بررسی دقیق محققان در زمینه های مختلف نظیر حسابداری، سرمایه گذاری و مدیریت دولتی بوده است. علاقمندی این رشته ها به پژوهش در زمینه ی مشارکت بخش دولتی و خصوصی شگفت آور نیست، همه ی مفاهیم ارزش مالی و واگذاری ریسک در مفهوم مشارکت بخش دولتی و خصوصی گنجانده شده است و متخصصان بخش دولتی باید سیاست هایی که در این زمینه اثرگذار هستند را مورد سؤال قرار دهند (۳۶).

تا به امروز، کشورهای پیشرفته ای نظیر ایالات متحده و اوکراین در حال انجام تحقیقاتی در رابطه با مشارکت بخش دولتی و خصوصی بوده اند (۶۳ درصد کل نشریات مربوط به مشارکت بخش دولتی و خصوصی)، مشارکت در بخش دولتی و خصوصی در برخی نواحی از امتیازاتی بهره مند می شود، همانطور که در شکل شماره ۲ نشان داده شده است، امروزه در این زمینه، در هر دو نوع اقتصاد توسعه یافته (آلمان، هلند، استرالیا) و همچنین در کشورهای در حال توسعه مانند هند و لبنان به طور فزاینده ای یک روند در حال رشد وجود دارد (۳۷).



شکل ۱: تعداد مقالات منتشر شده در بازه ی زمانی ۱۹۹۰-۲۰۱۰ با موضوع مشارکت بخش دولتی و خصوصی



شکل ۲- تمرکز کشورها بر موضوع مشارکت بخش دولتی و خصوصی در نشریات

همکاری بخش دولتی و خصوصی مهم می باشد چرا که تمرکز مساله صرفا روی بروزرسانی تجهیزات نبوده بلکه فقدان نیروهای متخصص نیز مورد توجه قرار می گیرد. هر دوی این عوامل مکمل یکدیگر بوده تا از عملکرد مناسب بخش بهداشت اطمینان حاصل شود(۱).

از دیگر نماد های بارز و موفق تعامل بین بخش خصوصی و دولتی در زمینه بهداشت، پدیده ی گردشگری پزشکی است که معمولا به علت هزینه ی کم، مدت زمان کم انتظار برای عمل جراحی، کارکنان متخصص و مجرب، سهولت در مسافرت و

روش مطالعه ی موردی به روش جمع آوری داده های اولیه در پروژه ها و سطوح بین سازمانی تحلیل ها منجر می شود که با استفاده ی محدودتری همراه است. همچنین با وجود ماهیت بلند مدت اکثر پروژه های مشارکت بخش دولتی و خصوصی، فقط شواهد محدودی از نشریاتی که یک نمای طولی یا پردازشی را اتخاذ کرده اند، وجود دارد. نشریات پیشین، بحث "دوره ی عمر" در مشارکت بخش دولتی و خصوصی را در درجه ی اول به موضوعات مهمی مانند برآورد هزینه مرتبط کرده اند(۴).

مدیریت اشتراکی و مهارت های سازمانی

این حالت در نتیجه مشارکت کارکنان از سازمان های درگیر در تصمیم گیری در جنبه های مختلف توسعه پروژه و مهارت های مورد نیاز برای مدیریت این پروژه ها ایجاد گردیده است. در این بررسی مشخص گردیده که در بیشتر این پروژه ها تصمیم گیری مشارکتی، در معرض انتقادات بوده است. این فرایند غالباً مشارکتی بوده و ذی نفعان محلی در آن شرکت داده شده و مسئولیت نهایی آن بر عهده تیم مشارکت که باید پاسخگوی هیئت مدیره باشند، قرار می گیرد (۱۵). نوکا و ریدلی (۲۰۰۳) به این امر اشاره کرده اند که اعضای کمیته علمی که معمولاً شامل متخصصانی از محققان و بخش خصوصی بوده نقش تصمیم گیری مهمی را بدست آورده که شامل مرور و انتخاب پروژه ها و تصمیمات سرمایه گذاری می باشد (۱۶).

بنابر دیدگاه مولفان در پروژه های سنتی توسعه محصول تصمیم گیری نهایی توسط مدیریت ارشد داخلی شرکت های دارویی اخذ می شود و در سایر حالت ها نیز مسئولیت کاملی بر عهده تیم مدیریتی قرار داده شده تا بازدهی و دسترسی پروژه را مورد نظارت قرار دهند. در این حالت برخی شرکا به انجام فرایند کامل تحقیق و توسعه ترغیب شده که فرض مسئولیت و تصمیم گیری کاملی برای آن ها در نظر گرفته می شود (۱۷). از نظر مهارت های سازمان این بررسی نشان می دهد که در مدل های مجازی با چندین ذی نفع دولتی و خصوصی تیم مدیریتی قوی با مهارت های سازمانی برای ارتقای مشارکت افراد با تخصص های مختلف برای تقویت تصمیمات و همکاری منابع ضروری می باشد (۱۸). تفاوت هایی بین چیدمان مدیریتی در تحقیقات مختلف مشاهده شده است. رویه های کلاسیک مدیریت شامل برنامه ریزی، نظارت و ارزیابی خصوصاً در ارتباط با معیار مرور فرایند در مراحل تصمیم گیری کلیدی مورد بررسی قرار گرفته است. در این پروژه ها استفاده از این مهارت ها بدلیل مشارکت چندین گروه با رویکردهای مدیریتی مختلف دشوارتر می باشد (۱۹).

فواید احتمالی، اختیاراتی را به بخش دولتی می دهد تا بتواند بر روی موضوعاتی خاص، تمرکز کند؛ برای مثال می توان به فراهم آوری خدمات کلینیکی و اثربخشی بیشتر در ارائه ی پروژه ها توسط بخش خصوصی اشاره نمود (۳۸). با این حال، تعداد قابل توجهی از مطالعات نگرانی هایی را در رابطه با عملکرد مشارکت بخش دولتی و خصوصی افزایش می دهد از جمله اینکه ممکن است به علت ظرفیت محدود پیمانکاران در مقایسه با پروژه، میزان پیشرفت کاهش یابد و یا اینکه هزینه های معاملاتی در تمام طول مدت پروژه بسیار بالا هستند، یا هماهنگی کمی بین مدل های خدماتی کلینیکی و طراحی ها و

کیفیت مراکز درمانی کمیسیون بین المللی مشترک (JCI) به طور قابل توجهی در این قرن رشد یافته است (۲۰). بر اساس توافقنامه ی کلی در زمینه ی کسب و کارهای خدماتی (GATS)، این امر، یعنی گردشگری پزشکی، حالت دوم کسب و کار در خدمات بهداشتی درمانی است (۲۱). طبقه بندی سازمان تجارت جهانی کسب و کارهای بین المللی در خدمات، GATS برای منابع، چهار حالتی که خدمات می توانند داد و ستد شوند را تعریف کرده است. این موضوع می تواند برای گردشگری پزشکی مورد استفاده قرار بگیرد (۲۲).

دلایل نیاز به مشارکت دولت با بخش خصوصی

- نیاز به تامین منابع جدید، پیچیدگی و گسترش خدمات درمانی، تجهیزات و افزایش روزافزون قیمت ها و عدم وجود منابع کافی در بخش دولتی.
- تغییر نگاه به نقش دولت و نقش بخش خصوصی.
- ظرفیت ناکافی بخش دولتی در ارائه خدمات درمانی با کیفیت.
- اثر بخشی ناکافی در بخش دولتی در ازاء هزینه های انجام شده.
- استفاده از منابع، ظرفیت های مدیریتی و اجرایی بخش خصوصی.
- نیاز به راهکارهای ابتکاری و ایجاد رقابت.
- لزوم افزایش بهره وری، اثرگذاری، پاسخگویی.
- لزوم دسترسی عادلانه مردم به خدمات کیفی.
- سبک کردن و کوچک کردن بخش دولتی.
- ارتقاء سطح مدیریت در دستگاه دولتی (۸).

نتایج و سیاست های مشارکت بخش دولتی و خصوصی

تبادل دانش و ارتباطات

بیشتر تحقیقات به اهمیت ارتباطات به عنوان یک استراتژی در خصوص اعتبار عمومی، تبادل دانش و رشد انگیزه و روابط قوی بین سایر سازمان های شریک اشاره نموده اند. شفافیت برای ایجاد اعتبار ضروری بوده چرا که ماهیت این پروژه ها در معرض پرسش های بیشتر جامعه و صنعت قرار می گیرد. همچنین این مدل از فرایند انتقال دانش استفاده نموده تا دانش را در اختیار طیف گسترده تری از محققان قرار داده و مقیاس فرایند تولید را ارتقا دهد. بسیاری از محققان به این نکته اشاره داشته اند که پروژه های مشارکت دولتی با بخش خصوصی برای توسعه محصول زمان زیادی را صرف ایجاد تعهد و کار مشارکتی بین ذی نفعان می نماید چرا که بیشتر فرایند توسعه داروها به شکل مجازی و از راه دور انجام می گیرد. همچنین ارتباطات نیز برای تقویت روابط با اتحادیه های محلی جهت مسائل قانونی و اخلاقی مربوط به آزمایشات بیمارستانی استفاده می شود.

زیرساختی در هنگام محدودیت بودجه هستند که این کار از طریق انتقال هزینه ها به دولت ها یا مالیات دهندگان آینده صورت می گیرد (۴).

والدر و آمنتا نتیجه گرفتند مشارکت بخش دولتی و خصوصی مناسب ترین روش برای پروژه های متوسط است که می تواند به عنوان یک نهاد مستقل، عملکردی با ریسک کم داشته باشد. در هنگام در نظرگیری گسترش مشارکت بخش دولتی و خصوصی، چه توجهاتی مورد نیاز است تا عدم توازن در قدرت و اطلاعات ممکن شود؟ برخی از محققین ادعا کرده اند که سازمان های بخش دولتی اغلب تصور می کنند قوانین فرعی در مشارکت بخش دولتی و خصوصی، آن ها را در یک موقعیت بسته قرار می دهد (۴).

به عنوان یک نمونه خوب همکاری بین دولت و بخش خصوصی در جدول ۱ (طرح های مشارکتی بهداشتی در هند) نشان داده شده است.

ارائه ی زیرساخت ها وجود دارد و یا این موضوع مطرح می شود که تمهیدات محدودی در مشارکت بخش دولتی و خصوصی مراکز درمانی نوساز وجود دارد. مطالعات نشان می دهند که کیفیت ساختمان بیمارستان مشخصاً در هنگام سرمایه گذاری خصوصی بهتر است (۳۹).

با توجه به ترسیم تخصصی منابع عمده ی سرمایه گذاری همانطور که سرمایه گذاری بخش خصوصی اوکراین نشان داده است، هدف سیاستی که در مورد مشارکت بخش دولتی و خصوصی غالباً بیان می شود (بخش منطقی مدیریت دولتی جدید)، دستیابی به اثربخشی بیشتر از طریق دسته بندی سرمایه ها، زیرساخت ها و ارائه ی خدمات است (۴۰).

همچنین مشاهده می شود که کار با شرکت های خصوصی می تواند به سازمان های دولتی اجازه دهد تا به دنبال پاسخ های خلاقانه تر، به منابع و قابلیت های ویژه (برای مثال تقویت کیفیت خدمات درمانی) دست پیدا کنند. همانند یک ابزار سیاستی، آن ها در تلاش برای پاسخگویی به کمبودهای

جدول ۱: طرح های مشارکتی بهداشتی در هند

پروژه	شریک	حالت	جزئیات	پروژه
تامیل نادو	سرویس آمبولانس اورژانسی	سوو نیلام، NGO	O&M	آمبولانس های دولتی تحت مدیریت NGO
کارناتاکا	بیمه بهداشت	شرکت بیمه ملی سلامت	-	طرح بیمه دولت و تقسیم هزینه ها بین دولت و بخش خصوصی
آندورا پرادش	آریگارا شکا	شرکت بیمه ملی سلامت	-	تقسیم هزینه های بیمه بین دولت و بخش خصوصی
آندرا پرادش	رجیو آریگوسری	فروشنندگان مختلف	-	خدمات فروشنده به بیماران تحت پشتیبانی، تامین مجدد هزینه ها
ماهاراشترا	بیمارستان هفت تپه	هفت تپه	DBFOT	نواحی دولتی معاف از هزینه
گوچارات	چیرانجوی یوجانا	شبکه نیروهای اجرایی	-	جبران هزینه نیروهای اجرایی توسط دولت
گوچارات	بیمارستان چند تخصصی	نارایانا، هیدارانا	DBFOT	بیمارستان چند منظوره
پنجاب	بیمارستان چندمنظوره، باتیندا، مهالی	حداکثر مراقبت بهداشتی	DBFOT	تقسیم درآمد
دهلی	بیمارستان های ایندراشتا	بیمارستان آپولو	DBFOT	نواحی معاف از هزینه

مناسب ترین همکار خصوصی معطوف می کند. چالش دیگر پذیرش ریسک مربوط به رقابت محدود در فعالیت های اقتصادی است که ناشی از تعداد کم خریدار و یا وجود موانعی بر سر راه آن می باشد. برای مثال، رامزک و جانستون دریافتند طرفین قرارداد با موانعی روبرو هستند، از جمله: فقدان مهارت های مدیریتی و یا مذاکره در قرارداد، هزینه ی بالای مشارکت، اعتبارات بالای پروژه و ریسک های آن و نیاز به فرصت دهی در مدیریت (۴).

برخی تحقیقات توانسته اند ارتباط بین مدیریت ریسک، نوآوری و دیگر نتایج مثبت حاصل از سازماندهی مشارکت بخش دولتی و خصوصی را بیابند و اینکه چه مدیریت ریسک و انگیزه هایی در یک مشارکت بخش دولتی و خصوصی یک ابزار مؤثر محسوب می شود؟ یک بررسی دقیق، توجهاتی به نیاز استاندارد سازی ابزارهای مدیریت ریسک، متناسب با ارزش آن، از طریق دسترسی داده های قبلی برای کمی سازی ریسک ها و گزینش

پیاده سازی مشارکت بخش دولتی و خصوصی

زمینه های عملی مشارکت بخش دولتی و خصوصی، بر سطوح کلان و میانی آن (ارتباطات بین فردی و درون سازمانی) تمرکز می کند که شامل زیر موضوعاتی از جمله انتقال آموزه های یاد گرفته شده از یک پروژه ی مشارکت بخش دولتی و خصوصی به یک پروژه ی دیگر، مسائل انگیزشی و قراردادی در ارتباطات بین سازمانی و مدیریت سهامداران در مشارکت های پیچیده ی بخش دولتی و خصوصی است (۴).

مشارکت ها همان طور که پیشتر نیز مورد اشاره قرار گرفته به اشکال مختلفی صورت می پذیرد، در سطح بین المللی این همکاری ها معمولا بین سازمانی چند ملیتی و یک سازمان اهداکننده انجام گرفته که غالبا یک سازمان تحقیقاتی می باشد. یک مثال معروف در این زمینه برنامه های اعطای بسته های دارویی بوده که این داروها به شکل رایگان یا سوبسیدی با اهدافی خاص در اختیار سازمان های بین المللی قرار گرفته تا آن ها را به موثرترین شیوه مورد استفاده قرار دهند که یکی از آن ها شامل قیمت های یارانه ای برای داروهای بیماری آیدز می باشد. به غیر از این مساله سازمان هایی همچون موسسه بیل و ملیندا به توسعه مشارکت بین بخش دولتی و خصوصی پرداخته تا به ارائه و توسعه روش های موثرتری برای ارائه رویه های پزشکی همچون واکسن ها و درمان های بهداشتی بپردازند (۱).

جدول ۲: مبالغ صرف شده در پروژه های همکاری بخش دولتی،

خصوصی هلند در سال ۲۰۱۱

حوزه	تعداد پروژه ها	مبالغ صرف شده (میلیون یورو)
امنیت غذایی	۱۷	۸.۷
آب، بهداشت	۱۵	۱۳.۵
مراقبت های بهداشتی	۱۳	۲۴.۵
تامین مالی نوآورانه	۶	۰.۳
انرژی و آب و هوا	۳	۱.۳
مجموع	۵۴	۴۸.۳

در شرایط عدم هماهنگی رو به افزایش بین عرضه و تقاضا در بخش خدمات بهداشتی بسیاری از کشورهای دارای سطح درآمد متوسط و سازمان های OECD (همکاری و توسعه اقتصادی) مدل PFI (تامین مالی راه انداز برای بخش خصوصی) را مورد پیاده سازی قرار داده اند که در آن بخش خصوصی مسئول تامین زیر ساخت ها از جمله بیمارستان های مجهز

بوده و در عین حال تامین سایر خدمات بهداشتی هسته ای بر عهده دولت قرار می گیرد (۱).

در بررسی شیوه های فعلی مدیریت دانش و یادگیری در پروژه های مشارکت بخش دولتی و خصوصی، تحقیقات عدم وجود دانش و حفظ اطلاعات را نشان می دهد (۴). یادگیری به عنوان یک جزء حیاتی برای دستیابی به نتایج پروژه موفق شناخته شده است و همچنین مقالات موجود نشان می دهد که مشارکت بخش دولتی و خصوصی فرصت های یادگیری بزرگتری را از طریق چرخه های آموزشی در بین مراحل متمایز پروژه که در عین حال بهم وابسته اند فراهم می کند. از جمله موانع یادگیری برای متقاضیان دولتی می توان به قابلیت تکرارپذیری محدود پروژه های مشارکت بخش دولتی و خصوصی و همچنین نبود داده های مطمئن اشاره کرد که به عنوان یک مانع عمده در پیاده سازی موفق رویکردهای هزینه ای چرخه ی عمر مطرح شده است. برای غلبه کردن بر این موانع ممکن است ایجاد یک مشارکت بسته، ضروری باشد تا یادگیری درون سازمانی و انتقال دانش امکان پذیر شود (۴).

با توجه به استفاده از قراردادهای رسمی، علاوه بر قابلیت اجرایی بودن از نظر حقوقی، که به عنوان تدابیر حفاظتی در برابر پیشامدهای احتمالی آینده در نظر گرفته شده است و دستورالعملی را برای حل مشکلات احتمالی ارائه می دهد، مقالات نشان داده اند که قراردادهای می توانند یک نقش حیاتی در مدیریت بلندمدت مشارکت های بخش دولتی و خصوصی داشته باشد. قراردادهای می توانند مسئولیت نهادهای همکار را تشریح کنند و مکانیسم های مؤثری را برای پذیرش ریسک ارائه دهند. مارتیمورت و پویت بیان می کنند هنگامی که قراردادهای نوشته می شوند، وظایف باید از طریق یک شرکت انجام شود و همچنین باید به صرفه جویی در هزینه ها کمک شود. دیکسون نشان داد که نگرانی عمده در مشارکت بخش دولتی و خصوصی در بخش های مختلف، عدم وجود انعطاف پذیری در قراردادهای دولتی است (۴).

دولت هند به منظور ارتقاء کشور هند به عنوان یک "مقصد جهانی سلامت"، تمهیداتی را بکار گرفت (۲۳) و در سال ۲۰۰۳، ویزای پزشکی (که به مدت یک سال معتبر است) و ویزای همراه بیمار را برای خانواده و دوستان همراه بیمار ایجاد کرد (۲۴). همچنین در سال ۲۰۱۰، برای کاهش تأخیرهای اداری طرح رواید برای ورود (VoA) را برای گردشگران پزشکی معرفی کرده است (۲۵).

تحقیقات نشان می دهد که طرفین قرارداد باید قادر باشند تا کیفیت خدمات را تعیین کنند و یا از در دسترس بودن شاخص های عملکردی مناسب و قابل اندازه گیری مطمئن شوند

دانشگاه نماینده‌ای را به ایالت ویکتوریا استرالیا و بریتیش کلمبیا کانادا اعزام نموده تا نحوه توسعه مدل این نواحی مورد بررسی قرار گیرد. دلیل انتخاب این نواحی پیشرو بودن آن ها در پیاده سازی فرایندهای همکاری دولت با بخش خصوصی در کبک بوده که در ابتدا در انگلیس آغاز گردیده و سپس در استرالیا نیز مورد استفاده قرار گرفته و نهایتاً در بریتیش کلمبیا کانادا مورد پذیرش قرار گرفته است (۳).

از ابتکارات مالی خصوصی به دلیل نابه جا بودن و زمان بر بودن انتقاد می شد. فعالیت های مورد نیاز برای ایجاد خروجی هایی خاص و سپس پیاده سازی فرایند تامین تجهیزات ممکن بود عملیات ساخت و ساز را با تاخیر چند ماهه مواجه سازد. در این زمان طیف گسترده ای از مشاوران از جمله سازمان های دولتی به انجام مطالعات امکان سنجی پرداخته و میلیون ها دلار را صرف آن نمودند، این امر خصوصاً در انگلیس صادق بود که فرایند تعیین قراردادهای نسبتاً طولانی و طراحی ها پیش از انعقاد قرار داد تکمیل می شد و مزیت های فراوانی برای قراردادهای استاندارد و سایر نوآوری ها برای کاهش زمان طولانی اتمام کارها حاصل می گردد. بیمارستان کیسی در برویک استرالیا اولین بیمارستانی بود که مدل ابتکارات مالی خصوصی را در استرالیا اجرا کرد و فرایند تامین (تدارکات) آن در ۱۱ ماه تکمیل شد، که این بدین معناست که زمان آن پس از خروجی مختصات افزایش یافته و مطالعات امکان سنجی تا زمان خاتمه پروژه ادامه داشت (۳).

مصاحبه های گوناگون نشان دهنده سیر تکاملی پروژه های مشارکت دولت با بخش خصوصی از زمان آغاز آن ها در انگلیس تا چند سال قبل می باشد. این رویکرد علاوه بر ایجاد امکان پیشبرد پروژه، امکانات و ارزش غیرقابل توصیفی را از نظر کفایت قوانین برای تامین مالی نگهداری از تاسیسات در اختیار بیمارستان ها قرار می دهند. همچنین این مساله مورد تایید قرار گرفته که این پروژه ها باید با توجه به ناحیه خاص مورد پیاده سازی، مورد پذیرش قرار گیرند که این امر بر پایه ملزومات قضایی می باشد. همچنین نسبت به این امر توافقی وجود داشته که برخی پروژه ها برای مدل مشارکت دولت با بخش خصوصی مناسب نمی باشند. بازسازی ها بهترین مثال از این شرایط به شمار می آیند، چرا که ریسک آن برای خلق ارزش توسط بخش خصوصی بسیاری بالا بوده و در بهترین حالت از طریق تدارکات سنتی توسط بخش دولتی قابل انجام می باشند. علاوه بر این هرچقدر محدودیت های پروژه از نظر مسائل زیست محیطی و سایر دغدغه ها بیشتر باشد فرصت های کمتری برای خلق ارزش توسط بخش خصوصی از طریق نوآوری وجود خواهد داشت (۳).

که بر اساس ضوابط موجود، به ارائه دهندگان خدمات پاداش داده و یا آن ها را جریمه کنند (۴).

تحقیقات محدودی ارتباط پویای مکانیسم های حکومتی را در طی یک مشارکت بخش دولتی و خصوصی تشریح کرده اند. در یک مورد استثنا، بررسی های گروبنیک و هاج نشان داد که در صورت نبود اعتماد در طی مراحل اولیه ی مشارکت، احتمالاً مجموعه ی گسترده ای از بندهای قراردادی در مذاکره ذکر خواهد شد تا در طی مشارکت اعمال شود (۴).

مطالعات موردی

کشورهای اروپایی و در واقع همه ی دولت ها در سراسر جهان به طور فزاینده ای به مشارکت بخش خصوصی در توسعه، سرمایه گذاری و ارائه ی زیرساخت ها و خدمات عمومی توجه کرده اند (۴). انگلستان پیشتاز در مشارکت با بخش خصوصی است، اولین بیمارستان ساخته شده به روش مشارکت بخش دولتی و خصوصی در سال ۱۹۹۶ به ظرفیت ۱۰۰۰ تخت در نورویچ^۱ بوده است. در کانادا از سال ۱۹۹۰ تاکنون بالغ بر ۱۰۰ قرارداد مشارکت در حوزه سلامت منعقد شده است. همچنین در کشور هند بیش از ۹۳٪ بیمارستان ها از طریق مشارکت با بخش غیردولتی اداره می شود. اخیراً نیز عقد قرارداد های مشارکت در حوزه سلامت در کشور های اسپانیا، سوئد، ایرلند، ترکیه، ایران و... نیز در حال رواج است (۸).

مرکز بهداشت دانشگاه مک گیل در حال پیاده سازی پروژه توسعه مجددی به ارزش ۱.۵۷۹ میلیارد دلار بوده که آن را در شمار بزرگترین پروژه های بازسازی بیمارستانی در طول تاریخ قرار می دهد. حجم بالای فعالیت ها مسئولان ایالتی کبک و مرکز بهداشت دانشگاه را بر این داشته که تامین ملزومات (تدارکات) همکاری های دولت با بخش خصوصی را به عنوان ابزار بالقوه ای برای حداکثر سازی ارزش هزینه های سرمایه گذاری شده مدنظر قرار دهند. این گزارش بر پایه سفر تحقیقاتی پروژه های همکاری توسط مسئولان مرکز بهداشت دانشگاه مک گیل به انگلیس در بهار ۲۰۰۵ قرار گرفته که منجر به گزارشی نسبت به مدل مشارکت دولت با بخش خصوصی انگلیسی گردیده که غالباً از آن به عنوان ابتکار مالی خصوصی (PFI) نام برده می شود. بر مبنای این گزارش برخی دغدغه ها همچون توافق های اتحادیه ها و گروه ها، زمان گسترده مورد نیاز برای حصول توافق مالی، استانداردهای کیفیت (شامل انعطاف پذیری و نگهداری) و اندازه ایده آل پروژه مد نظر قرار می گیرند. در ژانویه ۲۰۰۶ مرکز بهداشت

^۱ Norwich

بهداشتی فراهم کند. شهرهای مرکزی، بیشتر سرمایه گذاری های خصوصی در مراکز بهداشتی درمانی را جذب کرده اند (۵). ارائه خصوصی خدمات عمومی ضروری، مخصوصاً در پروژه های زیربنایی بزرگ در بخش حمل و نقل و ارائه خدمات شهری، یک سنت قدیمی است (۶). در قرن نوزدهم بخش خصوصی در توسعه این خدمات، نقش تعیین کننده ای داشت، اما در دوران پس از جنگ به خاطر ورشکستگی بازار، مالکیت آن ها به بخش عمومی داده شد (۳۰).

در دهه ۸۰ با ظهور یک اجماع نئولیبرالی به دنبال کاهش نقش دولت، خصوصی سازی خدمات عمومی گسترده تر شد. با این حال، خصوصی سازی جامع در بخش بهداشت و درمان به دلیل ورشکستگی بازار رد شد. در عوض، راه حل های شبه بازاری مختلفی توسعه پیدا کردند، به عنوان نمونه: جداسازی خریداران و ارائه دهندگان درون بخش دولتی. گام منطقی بعدی بیرون آوردن ارائه خدمات بهداشت از بخش دولتی بود. این به عنوان وسیله ای برای افزایش ارزش پول، نوآوری و پاسخگویی به کاربران دیده شد (۶).

مسائل کلیدی

- هزینه

برای مشارکت های بخش خصوصی و دولتی، نه تنها برای شرکت های مناقصه بلکه برای ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی نیز هزینه های قابل توجهی وجود دارد. پیشنهاد دهندگان آینده نگر برای توسعه مناقصه هایشان متحمل هزینه های گزافی می شوند و از حریفان خود نیز شکست می خورند، پس باید برای جبران هزینه های قراردادهای بعدی خود راهی پیدا کنند. توالی شکست در مناقصه توسط شرکت پیشرو بریتانیا که درگیر معاملات PFI می باشد منجر به ترس از ورشکستگی شده است. اگرچه فرآیند PFI با استفاده از قراردادهای همسان و سایر روش ها، مقدر بسیار زیادی از پیچیدگی از بین رفته است ولی نیاز به هزینه بالای حقوقی، مالی و سایر مشاوره های فنی این فرآیند، برای هر دو طرف معامله باقی مانده است (۶).

- انعطاف پذیری

ارائه خدمات بهداشتی تا حدی در پاسخ به خواسته های تغییر در سیستم مراقبت های بهداشتی و فن آوری های جدید به سرعت در حال تغییر است که به عنوان مثال می توان به تغییر الگوهای بیماری و افزایش انتظارات عمومی اشاره نمود. در مقابل، تلاش برای به حداقل رساندن ریسک برای طرفین قرارداد دولتی و خصوصی بدان معناست که قراردادها اغلب در جزئیات بسیار بزرگ همراه با جریمه های بزرگ برای مرسوم کردن تغییرات تخصیص یافته اند. این عدم انعطاف پذیری

در طی دهه ی گذشته، به کارگیری مشارکت بخش دولتی با خصوصی در پنج لایه رشد یافته است، به گونه ای که فقط در سال ۲۰۱۰، قراردادهایی به ارزش تقریبی ۴ میلیارد دلار آمریکا در زمینه ی بهداشتی و درمانی در سراسر جهان منعقد شده است. اما جالب توجه است که با وجود رشد جهانی آن، هنوز شواهد تجربی در مورد مزایای آن ها واضح و روشن نیست. با این حال، مشارکت بخش دولتی و خصوصی به گسترش خود در ارائه ی زیرساخت ها و خدمات مردمی ادامه داد. در اوکراین، بیش از ۶۰۰ مشارکت بخش دولتی و خصوصی در قالب تمهیدات سرمایه گذاری خصوصی به ارزش ۱۰۰ میلیارد دلار آمریکا برای بیمارستان ها، مدارس، افراد، پل ها، جاده ها و تجهیزات نظامی وجود دارد.

خدمات بهداشتی درمانی برای هند در قرن ۲۱، یک صنعت سودآور یک میلیارد دلاری بوده است (۲۶). بوکمن و بوکمن گزارش داد که حدود ۲۷۲ هزار گردشگر پزشکی از هند دیدن کرده اند که ۶۵۶ دلار آمریکا در تبادلات خارجی، سودآوری داشته است. می توان تخمین زد که صنعت گردشگری پزشکی هند در سال ۲۰۱۲، ۲.۵ میلیارد دلار آمریکا در تبادلات خارجی سودآوری داشته است (۲۷). در سال ۲۰۰۹، هند، که از نظر اقتصادی در حال پیشرفت بود، پس از تایلند دومین مقصد انجام عمل های جراحی پیچیده در سطح جهان بوده است که به علت قیمت کم اینگونه جراحی ها و تعداد گردشگران پزشکی بوده است (۲۸)، در حالی که در سال های ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۲ فقط ۴.۶ درصد از GDP در زمینه ی مصارف کلی بهداشتی صرف شده است (۲۹) که دسترسی ناعادلانه ی جمعیت فقیر هند را در پی داشته است (۵).

همچنین در هند پس از خصوصی سازی، لیبرالیزاسیون و تمهیدات در زمینه ی مالی در طول سال های ۱۹۹۰ و سیاست های اقتصادی جدید، اصلاحاتی در طرح ۵ ساله ی دهم ایجاد کرد، قوانین بهداشتی درمانی برای بخش های خصوصی وضع شدند که به طور مستقیم سرمایه گذاری خارجی را جذب کردند. استراتژی سلامت سازمان بهداشت جهانی با موضوع سرمایه گذاری در سلامت به عنوان مسیری برای توسعه ی اقتصادی توسط کشورهای در حال توسعه اتخاذ شد و وزیر دارایی هند در سخنرانی بودجه ی سال های ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۷ در دهمین طرح ۵ ساله، کشورش را فراخواند تا در سطح جهانی به یک "مقصد جهانی سلامت" تبدیل شود، به گونه ای که حمایت کننده ی فعالیت های اقتصادی و دیگر خدمات بهداشتی درمانی باشد. از یک سو هند در حال ارائه ی درمان به بیماران در سطح بالایی از کیفیت در جهان است و از سوی دیگر در تلاش است تا برای میلیون ها فرد بی بضاعت، دسترسی عادلانه ای را به زیرساخت ها و اصول اولیه ی

بیمه و مشارکت بخش دولتی با بخش خصوصی

در تمام طرح های پیشنهادی دولت مسئول پرداخت سهم بیمه خانواده های کم درآمد می باشد. هزینه های بهداشتی این خانواده ها تا حدی پرداخت می گردد.

یارانه ها: دولت مبالغی را برای برخی افراد بخش خصوصی برای ارائه خدمات در نظر می گیرد.

قراردادهای اجاره یا لیزینگ: دولت استفاده از تاسیسات و تجهیزات خود را به بخش خصوصی پیشنهاد می دهد.

خصوصی سازی: دولت مالکیت یک سازمان بهداشتی دولتی را به بخش خصوصی یا گروهی خاص واگذار می نماید (۱).

مدل بریتانیایی: شرکت معمولاً در بخش ساخت و ساز یک وسیله خاص هدف برای پیشنهاد عقد قرارداد با سازمان بهداشت و درمان ایجاد می کند، تا خدمات غیر بالینی بیمارستان ها را ایجاد و ارائه کند. پیمانکار موفق وارد سه نوع قرارداد فرعی می شود: یکی با بانک برای تأمین مالی پروژه، یکی با شرکت ساختمانی برای ساخت بیمارستان و یکی با شرکت مدیریت تسهیلات برای مدیریت آن برای طول عمر قرارداد، که معمولاً ۳۰ سال است.

مشارکت بخش دولتی و خصوصی می تواند نیروی عاملان خصوصی مانند نوآوری، دانش فنی و مهارت، کارایی در زمینه ی مدیریت و روحیه ی کارآفرینی (و نقش عاملان دولتی) شامل مسئولیت پذیری اجتماعی، عدالت اجتماعی، پاسخگویی به مردم و دانش متمرکز را با هم درآمیزد تا محیطی برای ارائه ی زیرساخت ها و خدمات بهداشتی درمانی با کیفیت بالا مهیا کند. از طریق اینگونه مشارکت ها، عاملان بخش خصوصی و دولتی ممکن است فواید این روش را دریابند، به عنوان مثال می توان به ایجاد شغل، توسعه ی آموزش، ایجاد انگیزه برای نوآوری و رقابت و توسعه ی زیرساخت ها اشاره کرد. اگر چه مطالعات نشان می دهد محبوبیت توسعه ی مشارکت بخش دولتی و خصوصی در حال افزایش است، اما تحقیقات میدانی بیشتری مورد نیاز است تا شواهد بیشتری بدست آید. برای مثال تحقیقات بیشتری باید انجام شود تا درک بهتری از اهمیت ایجاد همدلی و مشارکت در بین بخش دولتی و خصوصی حاصل شود و همچنین اثرات مکانیسم های انگیزشی و مدیریت ریسک در زمینه ی اثربخشی خدمات بهداشتی را مشخص کند و منجر به ایجاد محیطی مساعد برای یادگیری آموزه های درون پروژه های شود (۴).

نشان دهنده سپری شدن عمر مفید بنای برخی از بیمارستان ها است. مشکل فقط منحصر به مشارکت بخش خصوصی و دولتی نیست اما محکم و غیر قابل تغییر بودن قرارداد باعث پیچیده تر شدن راه حل می شود. مشکل بودن انعطاف ناپذیری قرارداد در انگلستان مخصوصاً در بخش سلامت تحت عنوان سیاست های جدید حادث شده و فضای با پایداری بسیار کمی ایجاد کرده است. به عنوان مثال، در حال حاضر یک تصمیم عمده برای تغییر مراقبت از راه دور بیمارستان ها وجود دارد (۶).

مدل های همکاری دولت با بخش خصوصی

در این قسمت برخی مدل های مهم همکاری بخش دولتی با بخش خصوصی مورد اشاره قرار می گیرد:

قراردادهای شمولی

بدان معناست که دولت فردی را به شکل موقت برای خدماتی استخدام می نماید. دکترها، تکنسین ها و سایر کارکنان برای مدت محدودی در پروژه ای استخدام می شوند. این حالت یکی از روش های پرکردن فرصت های شغلی در بخش بهداشت می باشد.

قراردادهای برون سپار

در این حالت دولت با پرداخت دستمزد به فرد خارج از سازمان وظایفی را به وی محول می نماید. بر اساس میزان اختیار اعطا شده به پیمانکار سطوح مختلفی از این قراردادهای وجود خواهد داشت.

سیستم ووچر

یک ووچر سندی برای کالاها و خدمات تعریف شده و گواهی های پرداخت قابل مبادله می باشد. این امر شامل طراحی، توسعه و ارزش گذاری بسته های سلامت برای مشارکت ها /شرایط خاص (بسته STI، ANC، بارداری نوجوانان، مشاوره های دوسویه، تست های آزمایشگاهی، رویه ها، پوشش ها و داروها برای شرایط خاص) در بیمارستان های مورد تایید بوده و پس از ۲ الی ۳ ماه از زمان تهیه ووچر قابل استفاده خواهد بود. این امر منجر به اطمینان از تهیه و استفاده از آن در زمان مدنظر گردیده و حریم خصوصی مشتری نیز حفظ می شود.

ون های سیار بهداشتی

در این حالت از این امر اطمینان حاصل می شود که در نواحی صعب العبور خدمات بهداشتی توسط ون های بخش خصوصی ارائه می گردد. این ون ها به روستاهای انتخاب شده رفته و خدماتی همچون مراقبت های تولید مثل و بهداشت کودکان را در تاریخ های معین عرضه می نمایند (۱).

بحث و بررسی

رفع سریعتر تعارضهای بین طرفین به افزایش انگیزه بخش خصوصی در مشارکت نیز کمک می نماید.

- پشتیبانی سیاسی از سرمایه گذاری بخش خصوصی: در تمامی کشورها خصوصا کشور های در حال توسعه پشتیبانی سیاسی از سرمایه گذاری بخش خصوصی می تواند باعث جلب اعتماد بخش خصوصی در این زمینه شود.

نتیجه گیری

دولت ها در سراسر جهان، به ویژه در اروپا، به طور فزاینده ای بخش خصوصی را به منظور توسعه، سرمایه گذاری و فراهم کردن زیرساخت های درمانی عمومی و ارائه ی خدمات از طریق مشارکت بخش دولتی و خصوصی بکار گرفته اند. این امر دلایل مختلفی از جمله افزایش هزینه های موردنیاز برای بازسازی، نگهداری و راه اندازی امکانات همگانی و افزایش محدودیت ها در بودجه های دولتی، داشتن نوآوری از طریق فرصت طلبی بخش خصوصی و همچنین مدیریت بهتر ریسک ها دارد همانطور که در بخش های قبلی از نتایج پژوهش های پیشین مشخص شد، معیارهای زیادی شامل امکان بازگرداندن بخشی از هزینه های شرکت در مناقصه برای مناقصه گران، وضوح اهداف و مسئولیت، اشتراک و تخصیص ریسک صحیح و منصفانه بین طرفین، کاهش هزینه بخش دولتی از طریق کاهش تصدی گری، انگیزش بخش خصوصی، مکانیزم روشن نظارت و حل اختلاف فیما بین پشتیبانی سیاسی از سرمایه گذاری بخش خصوصی معیارهای مهم و حیاتی در جلب سرمایه گذاری بخش خصوصی هستند که لازم است در مناقصات و قراردادهای مشارکت، به آن ها توجه ویژه شود.

در این مطالعه، جنبه های مهم و ارزشمندی از محورهای عملیاتی توسعه محصول مورد بررسی قرار گرفته که شامل ایجاد چهارچوبی برای توسعه و مدیریت این پروژه ها می باشد. بر اساس یافته های این پژوهش، معیارهای زیادی به شرح زیر برای اجرای موفقیت آمیز پروژه مشارکت بخش دولتی و خصوصی وجود دارد:

- امکان بازگرداندن بخشی از هزینه های شرکت در مناقصه برای مناقصه گران: بسیاری از مناقصه گران پس از چند مناقصه ناموفق، با توجه به هزینه های شرکت در مناقصه انگیزه خود از سرمایه گذاری در این بخش را از دست می دهند.
- وضوح اهداف و مسئولیت: عدم وضوح اهداف و مسئولیت های هر یک از طرفین می تواند منجر به ناموفق شدن قرارداد شود.
- اشتراک و تخصیص ریسک صحیح و منصفانه بین طرفین: مدیریت صحیح ریسک به معنای تخصیص هر ریسک به طرفی است که بیشترین کنترل را روی آن دارد. همانطور که عنوان شد مدیریت نادرست ریسک می تواند منجر به شکست در مشارکت شود.
- کاهش هزینه بخش دولتی از طریق کاهش تصدی گری: با کاهش تصدی گری بخش دولتی، علاوه بر افزایش بازدهی و سرعت کار، هزینه های بخش دولتی نیز کاهش می یابد.
- انگیزش بخش خصوصی: در هر حال همواره نیاز به انگیزش بخش خصوصی برای جلب مشارکت بیشتر مورد نیاز است.
- مکانیزم روشن نظارت و حل اختلاف فیما بین: وجود مکانیزم روشن و شفاف برای نظارت و حل اختلاف فیما بین علاوه بر

References:

- 1-Khushbu B. Thadani, Public Private Partnership in the Health Sector: Boon or Bane, *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 157 (2014) 307 – 316
- 2-Katia De Pinho Campos , Cameron D. Norman, Alejandro R. Jadad, Product development public private partnerships for public health: A systematic review using qualitative data, *Social Science & Medicine* 73 (2011) 986e994
- 3-Thomas G. Philpott, Public-private partnerships: A Canadian hospital's perspective, 2005
- 4-Jens K. Roehrich, Michael A. Lewis, Gerard George, Are public private partnerships a healthy option? A systematic literature review, *Social Science & Medicine* 113 (2014) 110e119
- 5- Anitha Medhekar, Public-Private Partnerships for Inclusive Development: Role of Private Corporate Sector in Provision of Healthcare Services, *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 157 (2014) 33 – 44
- 6-Martin McKee, Nigel Edwards, & Rifat Atun, Public-private partnerships for hospitals
- 7-David Barrows, H. Ian MacDonald, A. Bhanich Supapol, Olivia Dalton-Jez and Simone Harvey-Rioux, Public-private partnerships in Canadian health care: A case study of the Brampton Civic Hospital, *OECD Journal on Budgeting* Volume 2012/1
- 8-José Luis Navarro Espigares, Elisa Hernández Torres, PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP AS A NEW WAY TO DELIVER HEALTHCARE SERVICES

- 9- Ali moazemi (2015), How to invest with public and private partnership model in the development of treatment, *liman* (5).
- 10- Commission 2012-2017
- 11- Netherlands, M. o. (2013). Public Private Partnerships in Developing Countries- A Literature Review
- 12- Commission, P. (2004). Report of the PPP Sub Group on Social Sector. Planning Commission. Commission, P. (2012-2017). 12th Five Year
- 13- Barr, D. A. (2007). Ethics in public health research: a research protocol to evaluate the effectiveness of public-private partnerships as a means to improve health and welfare systems worldwide. *American Journal of Public Health*, 97(1), 19e25
- 14- Buse, K., & Waxman, A. (2001). Public-private health partnerships: a strategy for WHO. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(8), 748e754
- 15- Gutteridge, W. E. (2006). TDR collaboration with the pharmaceutical industry. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 100(1), S21eS25
- 16- Nwaka, S., & Ridley, R. G. (2003). Virtual drug discovery and development for neglected diseases through public private partnerships. *Nature Reviews. Drug Discovery*, 2(11), 919e928
- 17- Gutteridge, W. E. (2006). TDR collaboration with the pharmaceutical industry. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 100(1), S21eS25
- 18- Bottazzi, M. E., & Brown, A. S. (2008). Model for product development of vaccines against neglected tropical diseases: a vaccine against human hookworm. *Expert Review of Vaccines*, 7(10), 1481e1492
- 19- Levine, O. S., Cherian, T., Shah, R., & Batson, A. (2004). PneumoADIP: an example of translational research to accelerate pneumococcal vaccination in developing countries. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 22(3), 268e274
- 20- Connell, J. (2006). Medical Tourism: Sea, sun, sand and ... surgery. *Tourism Management*, 26(6), 1093-1100
- 21- Chanda, R. (2002). Trade in Health Services. *Bulletin of World Health Organization*, 80(2), 158-163.
- 22- World Trade Organization (1991). Service Sectoral classification List- Note by the Secretariat, WTO, Geneva, WTO No.MTN/GNS/W/120
- 23- Coburn, D. (2003). Income inequality, social cohesion, and the health status of populatios: The role of neo-liberaliam. In *Health and Social Justice: Politics, ideology, and inequality in the distribution of disease: A public health reader*. R Hofricher, ed., 335-355, San Francisco, CA.
- 24- Chinai, R. & Goswami, R. (2007). Medical visas mark growth of Indian medical tourism. *Bulletin World Health Organisation*, 85 (3), 164-165.
- 25- The Hindu (2012). '941 foreigners avail VoA facility', In the Hindu, Retrieved July 14, 2012, from <http://www.thehindubusinessline.com/news/travel/article3764211>.
- 26- RNCOS (2010). Booming Medical Tourism in India, Industry Report, New Delhi
- 27- Deloitte (2008). Medical Tourism: Consumers in Search of Value. Deloitte Centre for Health Solutions, Washington, D.C,
- 28- Nagaraj, N.M. (2009). India emerges 2nd in medical tourism race, Retrieved August 15, 2009, from <http://timesofindia.indiatimes.com/india/India-emerges-2nd-in-medical-tourism-race/articleshow/4321310.cms>.
- 29- Planning Commission (2006). Towards Faster and more Inclusive Growth: An approach to the Eleventh Five Year Plan, Government of India, New Delhi
- 30- Crompton G. "Good Business for the Nation": the railway nationalization issue, 1921-47. *J Transport Hist* 1999; 20:141-59.
- 31- Ouchi WG. Markets, bureaucracies, and clans. *Admin Sci Quarterly* 1980; 25:129-41.
- 32- Preker AS, Harding A, Travis P. "Make or buy" decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory. *Bull World Health Organ* 2000; 78:779-90.
- 33- Lethbridge J. European works councils and the healthcare sector. London: PSIRU; 2004.
- 34- CII & Mckinsey (2002). Healthcare in India: The road ahead. New Delhi: Confederation of Indian Industries & Mckinsey & Company, New Delhi
- 35- Kivleniece, I., Quelin, B., 2012. Creating and capturing value in public-private ties: a private actor's perspective. *Acad. Manag. Rev.* 37, 272e299.
- 36- Engel, E., Fischer, R., Galetovic, A., 2013. The basic public finance of public-private partnerships. *J. Eur. Econ. Assoc.* 11, 83e111
- 37- Barlow, J., Köberle-Gaiser, M., 2008. The private finance initiative, project form and design innovation. *Res. Policy* 37, 1392e1402
- 38- Barlow, J., Roehrich, J.K., Wright, S., 2013. Europe sees mixed results from publicprivate partnerships for building and managing health care facilities and services. *Health Aff.* 32 (1), 146e154.
- 39- Barlow, J., Köberle-Gaiser, M., 2009. Delivering innovation in hospital construction: contracts and collaboration in the UK's Private Finance Initiative hospitals program. *Calif. Manag. Rev.* 51, 126e143.
- 40- Hood, C., 1995. The new public management in the 1980s: variations on a theme. *Account. Organ. Soc.* 20, 93e109.

Investigating the Important Criteria for Attraction of Private Section in Construction, Equipping and Operation of Hospitals using Public - Private Partnership Model (A review study)

Arab.A¹ , Monir Abbasi.A² , Dastyar.B^{3*}

Submitted: 2016.02.28

Accepted: 2016.05.19

Abstract:

Background: Partnership between public and private section is the cooperation between institutions in these sectors which perform to attain common goals and eliminate the limitations. This study aimed at investigating the important criteria for attraction of private section in health sector.

Material and Methods: Based on studies and sample surveys, governments have essential role for codification of health policies and special programs in any country. In recent years, the costs of delivered health services increased exponentially and governments are looking for alternative mechanisms for cost reduction; meanwhile, the increased capacity in social programs is accompanied with considerable investments in infrastructures. This article investigated the utilization of different models by previous literature assessment in public- private partnership field and determined key and substantial criteria for these projects' success /failure. Although, the experience of their implementation is still very limited in our country and there is no accurate assessment based on case studies.

Results: Based on study results, some criteria like possibility of returning part of participation costs in tendering for tender, goals and responsibility's clarity, fair and correct mutual risk attocation , lower public costs through less incumbency, private section motivation, clear mechanism monitoring ,conflict resolution and supporting policies from private investment have essential role for successful public-private partnership which special attention should be drawn.

Conclusion: Governments can have a suitable partnership with private sector in order to prevent increasing costs in rebuilding, maintenance and operation of public facilities like hospitals, considering budget limitations in public sector, providing innovation through opportunism in private section and more efficient risk management.

Keywords: public-private partnership, Success Criteria in Mutual Projects, Hospital Construction, Equipping and operation of hospital

¹MS in Construction Engineering and Management, Civil Engineering Group, Faculty of Engineering, Payam-Noor University, Karaj, Alborz, Iran

²Assistant Professor, PhD in Construction Engineering and Management, Civil Engineering Group, Faculty of Engineering, Payam-Noor University, Karaj, Alborz, Iran

³MS in Construction Engineering and Management, Civil Engineering Group, Faculty of Engineering, Payam-Noor University, Karaj, Alborz, Iran (*Corresponding Author), Tell : 026-32734420 , Email:Bagher.Dastyar@gmail.com