


The methods of reducing government tenure in the models of reforming the structure of the health sector, the experience of other countries: emphasizing the general policies of Article 44 of the Constitution

Zohreh Aalipour

Ph.D Department of public administration, Shoushtar Branch, Islamic Azad University, Shoushtar, Iran.


Aalipour1344@gmail.com

 0000-0000-0000-0000

Vahid Chenari

Assistant Professor Department of public administration, Shoushtar Branch, Islamic Azad University, Shoushtar, Iran (Corresponding author).


vchenari@gmail.com

 0000-0003-3320-5494

Ezatollah Kiani

Assistant Professor Department of public administration, Shoushtar Branch, Islamic Azad University, Shoushtar, Iran.

Ez.kiani@iau.ac.ir

 0000-0002-8621-7336

Foad Makvandi

Assistant Professor Department of public administration, Shoushtar Branch, Islamic Azad University, Shoushtar, Iran.


Foad.makvandi@iau.ac.ir

 0000-0001-9778-067X

Ganbar Amirnejad

Associate Professor Department of Public Administration, Tehran Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

g.amirnejad@srbiau.ac.ir

 0000-0001-5418-9257

Abstract

After approval Of the general policies of Article 44 of the Constitution in 2005 and 2006; The Law on the Implementation of General Policies of Said Article of the Constitution was approved and promulgated in 2008 to adapt the health field to the aforementioned general policies; In Note 2, Part C, Article 3 of the aforementioned law, it was announced that the assignment of activities and any development in the health sector is deferred to the preparation of a bill within one year from the date of approval of the law. The Above matter has been delayed for fifteen years. While there are no exceptions mentioned in the general policies, it is obvious that it is necessary to identify the reasons for this delay in the case of organizations that are considered the most extensive government organizations. In addition to this, identifying sectoral policies and how to implement them in the models of other countries can be helpful in drawing the perspective The program of reforming the structure of the country's health sector with the aim of "reducing government tenure" has been started mainly since three decades ago. A complex but inevitable policy that has forced countries to examine various methods and reengineer implementation plans to achieve this goal. The purpose of this research is to identify the methods of reducing government tenure in the structural reform models of other countries, in order to implement the general policies of Article 44 of the Constitution in the field of health in our country.

Similarities have been observed in the methods used to reduce the government's tenure in the field of health, but there is no fixed prescription in this field for countries. The results of this research show that the adopted policies include decentralization, reduction of tenure (privatization), development of the private sector and encouraging people to benefit from private services. There are more than 33 methods of reducing tenure in the field of health, and according to the current laws of the country, it is possible to use at least 10 of them, of which only three methods are currently used. Also, in some countries, there are various types of public/private partnerships have been used.

Keywords: Privatization, Health sector, Methods of reducing tenure, the general policies of Article 44 of the Constitution.

JEL Classification: I33, Q15, h51

روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت در مدل‌های اصلاح ساختار حوزه سلامت، تجربه سایر کشورها: با تأکید بر سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی

زهره عالی‌پور

دکتری گروه مدیریت دولتی، واحد شوشتر، دانشگاه آزاد اسلامی، شوشتر، ایران.
Aalipour1344@gmail.com ID 0000-0000-0000-0000

وحید چناری

استادیار گروه مدیریت دولتی، واحد شوشتر، دانشگاه آزاد اسلامی، شوشتر، ایران (نویسنده مسئول).
vchenari@gmail.com ID 0000-0003-3320-5494

عزت‌الله کیانی

استادیار گروه مدیریت دولتی، واحد شوشتر، دانشگاه آزاد اسلامی، شوشتر، ایران.
Ez.kiani@iau.ac.ir ID 0000-0002-8621-7336

فؤاد مکوندی

استادیار گروه مدیریت دولتی، واحد شوشتر، دانشگاه آزاد اسلامی، شوشتر، ایران.
Foad.makvandi@iau.ac.ir ID 0000-0001-9778-067X

قنبر امیرنژاد

دانشیار گروه مدیریت دولتی، واحد علوم تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
g.amirnejad@srbiau.ac.ir ID 0000-0001-5418-9257

چکیده

پس از ابلاغ سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی در سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵، «قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی» نیز در سال ۱۳۸۷ تصویب و ابلاغ شد. برای تطبیق حوزه سلامت با سیاست‌های کلی؛ در تبصره ۲ جزء ج ماده ۳ قانون مذکور، واگذاری فعالیت‌ها و هرگونه توسعه حوزه سلامت، موکول به تهیه لایحه‌ای ظرف یکسال از تاریخ تصویب قانون اعلام شد. این اقدام به مدت پانزده سال به تأخیر افتاد. ضمن اینکه در سیاست‌های کلی مذکور استثنایی قید نشده بود. بدیهی است شناسایی دلایل این تأخیر در مورد تشکیلاتی که گسترده‌ترین تشکیلات دولتی محسوب می‌شود، ضروری است. در کنار این امر شناسایی سیاست‌گذاری بخشی و نحوه اجرا در مدل‌های سایر کشورها می‌تواند در ترسیم چشم‌انداز کمک شایانی باشد. برنامه اصلاح ساختار حوزه سلامت کشورها با هدف «کاهش تصدی‌گری دولت» عمدتاً از سه دهه قبل آغاز شده است. سیاستی پیچیده ولی اجتناب‌ناپذیر که کشورها را وادار به بررسی روش‌های متنوع و بازمهندسی برنامه‌های اجرا برای دستیابی به این هدف نموده است. هدف از این پژوهش شناسایی روش‌های کاهش

تصدی‌گری دولت، در مدل‌های اصلاح ساختار سایر کشورها، برای اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی در حوزه سلامت کشورمان است. شباهت‌هایی در روش‌های مورد استفاده برای کاهش تصدی‌گری دولت‌ها در این حوزه مشاهده شده است، ولی هیچ نسخه ثابتی در این زمینه برای کشورها وجود ندارد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد، سیاست‌های متخذه شامل تمرکززدایی، کاهش تصدی‌گری (خصوصی‌سازی)، توسعه بخش خصوصی و تشویق مردم به بهره‌مندی از خدمات خصوصی بوده است. روش‌های کاهش تصدی‌گری در حوزه سلامت بیش از ۳۳ روش می‌باشد که با توجه به قوانین فعلی کشور حداقل از ۱۰ روش آن امکان استفاده وجود دارد که در حال حاضر تنها از سه روش آن استفاده می‌شود. همچنین در برخی از کشورها از انواع مشارکت‌های عمومی / خصوصی بهره برده شده است.

کلیدواژه‌ها: تصدی‌گری، خصوصی‌سازی، حوزه سلامت، روش‌های کاهش تصدی‌گری، سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی.

طبقه‌بندی JEL: I33, Q15, h51

شاپای الکترونیک: ۶۵۶۸-۲۵۸۸ / پژوهشکده تحقیقات راهبردی / فصلنامه علمی پژوهشی راهبرد اقتصادی

doi 10.22034/es.2024.435838.1732



مسئولیت مقاله از نظر محتوای علمی و نظرات مطرح‌شده در متن آن، به عهده نویسندگان و یا نویسنده مسئول مقاله می‌باشد و مورد تأیید / عدم تأیید صاحب امتیاز نشریه راهبرد اقتصادی نمی‌باشد.

مقدمه و بیان مسئله

محدودیت نقش دولت و حذف تشکیلات غیرضرور در اصل سوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران تصریح شده است. سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی با عنایت به هدف «کاهش تصدی‌گری دولت» در سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ و سپس در قالب ابزار خصوصی‌سازی در قانون «اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی» در سال ۱۳۸۷ تصویب و ابلاغ شدند. در تبصره ۲ جزء ج ماده ۳ قانون مذکور واگذاری فعالیت‌ها و هرگونه توسعه حوزه سلامت موقوف به تهیه لایحه‌ای ظرف یکسال از تاریخ تصویب قانون اعلام شد. امر مذکور به مدت پانزده سال به تأخیر افتاده است. ضمن اینکه در سیاست‌های کلی مذکور استثنایی قید نشده است. بررسی علل عدم اجرای سیاست‌های کلی در این حوزه به دلایل مختلف از جمله گستردگی تشکیلات دولت و سهم از تولید ناخالص داخلی حائز اهمیت است. این مطالعه با رویکرد به دولت به‌عنوان یک ناظر مسئول؛ منبعت از یک نگاه فراتر که بر کنار کشیدن دولت، درجایی که امکان آن برای حضور مردم وجود دارد، دلالت می‌کند. از این جهت یکی از راهبردها در بررسی دلایل عدم اجرای سیاست‌ها در این حوزه می‌تواند بررسی سیاست‌ها و برنامه اجرا با هدف مذکور در مدل‌های اصلاح ساختار در تجربه سایر کشورها باشد.

در اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی و در ادامه تصویب قانون «اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی»، دولت ملزم به ارائه لایحه برای نحوه اجرای سیاست‌ها در حوزه سلامت بوده است. این مهم تا به امروز - با تأخیر ۱۵ ساله - هنوز اجرایی نشده است. از آنجایی که موضوع ابزارهای خصوصی‌سازی برای کاهش تصدی‌گری در قانون فعلی برای سایر حوزه‌ها دیده شده است، به نظر می‌رسید یکی از دلایل تأخیر، عدم آشنایی با مبانی نظری بحث در حوزه سلامت (به دلیل ملاحظات غیراقتصادی) و همچنین شناخت روش‌های اجرا و آزموده شده در سایر کشورها در این زمینه باشد. از این منظر وجه تمایز این مطالعه با مطالعات داخلی از ناحیه مبانی نظری، دامنه و روش‌هاست. در این پژوهش روش‌هایی مورد شناسایی قرار گرفته است که اساساً در حال حاضر به دلیل فقدان مبانی نظری و قوانین مرتبط در حوزه سلامت در تطبیق با سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی، از این منظر به موضوع نگاه نشده است.

اصلاحات نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه، عموماً حول یکی از محورهای

زیر بوده است: شیوه تأمین مالی خدمات سلامت، تخصیص منابع در کل نظام سلامت، نحوه ارائه خدمات و عدالت که در همه این موارد بخش خصوصی می‌تواند به‌عنوان یک بازوی اجرایی قوی ایفای نقش نماید. درک ارزش‌هایی که برای شرکای خصوصی ایجاد انگیزه می‌کنند و نشان دادن تعهد برای ساختن روابط حسنه فی‌مابین، کلید اصلی مشارکت مؤثر است (Wong & et al., 2015). نظام‌های ارائه خدمات بهداشتی درمانی به سه صورت کاملاً دولتی، کاملاً خصوصی و یا ترکیبی از این دو فعالیت می‌کنند. بخش خصوصی علی‌رغم کارایی بالا در تولید کالا و خدمات به دلیل ماهیت خاص خدمات بهداشتی با شکست بازار مواجه شده است. از طرفی بخش دولتی نیز به دلیل عدم کارایی و اثربخشی لازم در اغلب بخش‌ها از جمله بخش بهداشت، نتوانسته است خدمات مورد نیاز مردم را فراهم کند. معایب و مزایای این دو بخش باعث شد که سیاست‌گذاران به دنبال به‌کارگیری منابع، تجارب و مهارت‌های بخش خصوصی در مؤسسات دولتی یا مشارکت عمومی / خصوصی (PPP)^۱ باشند (جنتی و دادگر، ۱۳۹۲). در دنیای امروز در چهارچوب بحث اصلاحات نظام سلامت، مقوله تمرکززدایی نیز به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین راهبردهای کاربردی در اختیار نظام‌های سلامت تلقی می‌گردد. در حال حاضر نظام سلامت در بسیاری از کشورهای دنیا به دلیل پایین بودن سطح شاخص عدالت و استفاده نامناسب از منابع، پاسخگویی ناکافی به مردم، عدم دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده و ده‌ها دلیل دیگر به شکل مشخص و واضح ناکارآمد جلوه می‌نماید. با تمام این دلایل، نظام سلامت نیازمند تغییرات جدی در بُعد سازمان‌دهی و ساختار منابع مالی و گردش آن، برنامه‌های سلامت و نرم افزارهای مدیریتی است تا به کمک آن تغییرات دلخواه و مطلوب را در بازار سلامت به‌منظور دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده با رعایت ملاک‌ها و شاخص‌های عدالت برای مردم فراهم نمایند (Vrangbæk, 2007).

۱. زمان آغاز اصلاحات حوزه سلامت با هدف کاهش تصدی‌گری دولت

در سایر کشورها

اصلاحات ساختار حوزه سلامت با تعریفی جدید از حکمرانی در این حوزه و نگاه به تغییر در نقش دولت با مدل‌های مختلف و تفاوت در اهداف، سیاست‌ها و برنامه‌های

۱. Public / Private Partnership (PPP)

اجرا، عمدتاً در کشورها مختلف با نظام‌های سیاسی متفاوت از دهه ۱۹۸۰ شروع شده است. برخی از کشورهایی که در این مطالعه روش‌های کاهش تصدی‌گری آنها مورد بررسی قرار گرفته است، شامل: شیلی (۱۹۹۰)، کلمبیا (۱۹۹۰)، مکزیک (۱۹۹۰)، بلغارستان (۱۹۸۹)، آلمان (۱۹۹۰)، اتحادیه اروپا (۱۹۷۰)، آمریکای لاتین (۱۹۹۰)، سوئد (۱۹۹۰)، آمریکا، انگلستان (۱۹۹۲)، اسپانیا، برزیل، پاکستان، عربستان سعودی، لهستان (۱۹۸۹)، اسلواکی، هلند، هنگ کنگ، مالزی، سنگاپور، استرالیا (۱۹۹۰)، اندونزی (۱۹۸۶)، اکوادور (۱۹۹۸)، چک (۱۹۹۰)، مجارستان (۱۹۹۰)، هندوستان (در دو مرحله ۱۹۷۰ و ۱۹۹۰)، دانمارک، دولت‌های مدیترانه شرقی، چین و اسلوانی (۱۹۸۰)، ترکیه (۲۰۰۳) و همچنین گزارش‌های سازمان‌های جهانی مانند بهداشت جهانی و بانک جهانی بوده است. شباهت‌هایی در روش‌های مورد استفاده برای کاهش تصدی‌گری دولت مشاهده شده است، ولی هیچ نسخه ثابتی در این زمینه وجود ندارد.

چهار سیستم مراقبت بهداشتی در جهان وجود دارد: مدل بیوریج^۱، مدل بیسمارک^۲، مدل بیمه سلامت ملی^۳ و مدل خارج - از - جیب^۴. همه این مدل‌ها از نظر نحوه تأمین مالی و هم در نحوه ارائه مراقبت‌های بهداشتی متفاوت هستند. در مدل بیوریج بودجه و ارائه خدمت در درجه اول توسط دولت ارائه می‌شود، در حالی که هر دو به‌صورت خصوصی در مدل بیسمارک ارائه می‌شوند. در مدل ملی بیمه سلامت، بودجه عمومی است؛ اما تسهیلات خصوصی است. در مدل بدون بیمه، تنها کسانی که قادر به پرداخت از جیب خود هستند، تحت مراقبت قرار می‌گیرند. در همه مدل‌ها، نقش بیمه خصوصی، خدمات درمانی خصوصی یا هر دو وجود دارد. همچنین در بررسی دیگری در حال حاضر پنج الگوی موفق «نظام سلامت ملی»، «نظام بیمه سلامت ملی»، «نظام بیمه اجتماعی»، «نظام ترکیبی» و «نظام پرداخت مستقیم» در اکثر کشورها معرفی شده است. در ایران از نظام بیمه سلامت ترکیبی استفاده می‌شود (کیانی و دیگران، ۱۴۰۱).

۱. Beveridge

۲. Bismarck

۳. National health insurance model

۴. Out - of - Pocket

۲. ادبیات و مبانی نظری بحث

در طول ۳۰ سال گذشته، بسیاری از کشورها از سیستم‌های مراقبت بهداشتی عمدتاً دولتی به ترکیبی از خصوصی و عمومی تغییر وضعیت داده‌اند. مقررات زدایی، تجارت آزاد، کاهش تخصیص بودجه برای سلامت و رفاه اجتماعی، و اقدامات ریاضتی برخی از مراحل هستند که در بسیاری از راهبردهای اقتصادی در سراسر جهان برجسته شده‌اند. این امر منجر به موجی از خصوصی‌سازی مراقبت‌های بهداشتی در جهان شده است. در بسیاری از کشورهای جهان (اعم از توسعه‌یافته، در حال توسعه و توسعه‌نیافته) یکی از مشکلات اساسی بخش دولتی این است که برونداد مورد انتظار از واحدهای ارائه خدمات (نظیر بخش‌ها، بیمارستان‌ها یا واحدهای مراقبت اولیه) در قبال اعتبارات اعطا شده به آنها تعریف نشده است. معنای این امر آن است که کارایی اندازه‌گیری نمی‌شود و در نتیجه به‌سختی می‌توان دریافت کرد که به چه میزان پیشرفت ایجاد شده است (Krumholz & et al., 2020). روند دگرگونی هزینه‌ها و کاهش منابع، پیوسته در حال افزایش است و شکاف روزافزونی بین منابع قابل حصول و منابع مورد نیاز پدید می‌آید. در کشورهای در حال توسعه سهم بیمارستان از هزینه جاری دولت در بخش بهداشت بین ۵۰ تا ۸۰ درصد است در حالی که در کشورهای صنعتی این سهم از ۴۰ درصد تجاوز نمی‌کند که دلیل عمده آن ناشی از اهمیت نظارت و تنظیم هزینه‌های بیمارستانی است. با توجه به اینکه ماهیت فعالیت‌های بیمارستان به دلیل سروکار داشتن با جان و سلامتی انسان‌ها محصول عمل آنان را به‌عنوان یک ضرورت اساسی غیرقابل انکار مشخص نموده است ارائه خدماتی اثربخش و کارا همواره مورد درخواست مردم، دولت و مسئولین قرار دارد (Piatti-Fünfkirchen & et al., 2018). تصدی دولت در بخش سیاست‌گذاری، اجرا و نظارت فشار زیادی بر پیکره آن وارد آورده است. بخش دولتی به‌دلایل متعددی مانند نیاز به تأمین منابع جدید، پیچیدگی و گسترش خدمات درمانی، تجهیزات و افزایش روزافزون قیمت‌ها و عدم وجود منابع کافی در بخش دولتی، ظرفیت ناکافی بخش دولتی در ارائه خدمات درمانی باکیفیت، اثربخشی ناکافی در بخش دولتی در ازاء هزینه‌های انجام شده، استفاده از منابع، ظرفیت‌های مدیریتی و اجرایی بخش خصوصی و نیاز به راهکارهای ابتکاری و ایجاد رقابت و لزوم افزایش بهره‌وری نیازمند به مشارکت با بخش خصوصی دارد (Espigares & Torres, 2009). به‌همین دلیل و سایر مشکلات مربوط به مدیریت دولتی نظیر ناکارایی، عدم پاسخگویی و کندی در تصمیم‌گیری باعث شده است که عده‌ای به فکر تجدیدنظر در

نحوه سازمان‌دهی نظام سلامت و توجه دوباره به نقش بخش خصوصی از طریق راه‌حل‌های بینابینی باشند تا از معایب هر دو بخش دولتی و خصوصی پرهیز کنند و ویژگی‌های مثبت هر دو را یک‌جا جمع کنند (Preker & Harding, 2003). قبل از این یکی از این راه‌حل‌های بینابینی سیاستی بوده است که تحت عناوین برون‌سپاری، کاهش تصدی‌گری، عقد قرارداد و خرید خدمت شناخته شده است و ماهیت آن این بوده است که وظایف حاکمیتی نظیر سیاست‌گذاری و راهبری در اختیار دولت باقی بماند؛ اما امور تصدی‌گری به بخش خصوصی واگذار شود. بدین ترتیب دولت که در نقش خریدار خدمت ظاهر می‌شود، به کارایی تخصیص و بخش خصوصی که در نقش ارائه‌دهنده خدمات ظاهر می‌شود به کارایی فنی توجه خواهد کرد (Witter & et al., 2000). اتخاذ این روش مانند هر برنامه دیگر نیاز به رصد و پایش داشته است. بیشتر سازمان‌ها معمول‌ترین کارکرد برون‌سپاری را کاهش هزینه‌ها می‌دانند در حالی که مهمترین امتیاز آن بهبود خدمات و اثربخشی بیشتر کارکنان می‌باشد. از دیگر مزایای برون‌سپاری می‌توان به مواردی چون کاهش تمرکز مدیریت ارشد سازمان بر فعالیت‌های غیرکلیدی، بهره‌مندی از مهارت نیروی انسانی خارج از سازمان، انعطاف‌پذیری و آزاد کردن منابع انسانی و سایر منابع برای اهداف دیگر اشاره کرد (Tayauova, 2012). از طرفی برون‌سپاری ممکن است چالش‌هایی را در سازمان پدید آورد؛ بیکار شدن کارکنان در کوتاه‌مدت، کاهش کنترل و نظارت دقیق بر تأمین‌کننده خدمت که منجر به کاهش کیفیت خدمات شود، وابستگی به ارائه‌دهندگان خارجی خدمت، تهدید امنیت و اعتماد، هزینه‌های مخفی و چیدمان مجدد گروه‌های موجود که از جمله این چالش‌هاست؛ بنابراین ارتباطات با تأمین‌کننده خارج از سازمان، به‌گونه‌ای باید کنترل شود که انتظارات سازمان در مورد خدمت برون‌سپاری شده، برآورده گردد (Roehrich & et al., 2014). این ملاحظات نشان می‌دهد انتخاب هر روشی نیازمند مراقبت است. علاوه بر آن، در طول دوره‌های تغییر در نقش‌های عمومی و خصوصی در سلامت، برای دولت مهم است که اطمینان حاصل کند که اهداف اجتماعی، صرف‌نظر از روش‌های تأمین مالی و تأمین سلامت، به خطر نیفتد. این امر مستلزم ایجاد روابط نوآورانه و عملی با بخش خصوصی است. راه‌هایی وجود دارد که از طریق آنها بخش خصوصی ممکن است در دستیابی به اهداف اجتماعی مشارکت کند؛ اما این بدان معنا نیست که دولت‌ها لزوماً باید نقش کاهشی در بخش سلامت داشته باشند. در واقع، با ادامه خصوصی‌سازی، دولت‌ها باید به سمت موقعیتی با قدرت، مهارت و پیچیدگی بیشتر برای مدیریت و

نظارت بر ابتکار خصوصی سازی پیشرفت کنند (Muschell, 1995).

استان، در مطالعه‌ای بر روی ۱۵ کشور اروپایی با موضوع خصوصی سازی سلامت در اروپا به این نتایج دست یافت که هم «مدیریت دولتی نوین» و هم عدم سرمایه‌گذاری دولتی راه را برای مشارکت فزاینده بخش خصوصی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی هموار کرده‌اند. در واقع، بازارهای داخلی ممکن است به‌عنوان مرحله مقدماتی برای خصوصی سازی بعدی واحدهای بهداشت عمومی عمل کند و برون‌سپاری خدمات مستقیماً راه را برای گسترش بخش خصوصی در این بخش باز می‌کند که کنار گذاشتن تدریجی دولت از تأمین مالی خدمات بهداشتی یکی از اقدامات در این حوزه است. اقدامات مدیریت دولتی نوین شامل معرفی بازارهای داخلی از طریق تقسیم خریدار - ارائه‌دهنده، شاخص‌های عملکرد، معیارسنجی و روش‌های جدید مبتنی بر کنار گذاشتن تدریجی دولت از ارائه و تأمین مالی خدمات بهداشتی است (Stan & Erne, 2021).

از طرفی از آنجایی که منابع انسانی توانمند، آگاه و باانگیزه، اساسی‌ترین سرمایه‌های یک نظام ارائه خدماتی (به‌خصوص خدمات بهداشتی - درمانی) محسوب می‌شود، محور قرار دادن ایجاد اصلاحات در این بخش از اولویت‌های مهم به‌شمار می‌آید (Eggleston & et al., 2008). در بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط، گسترش چشمگیری در روابط بازار در بخش سلامت مشاهده می‌شود، به طوری که بخش قابل توجهی از مخارج بهداشتی و تراکنش‌های مراقبت‌های بهداشتی شامل پرداخت‌هایی از جیب مردم می‌شود. در سیستم‌های بهداشتی کثرت‌گرا در اکثر کشورها، حتی اگر بسیاری از دولت‌ها همچنان بر بخش عمومی متمرکز باشند، با طیف گسترده‌ای از ارائه‌دهندگان کالاها و خدمات مرتبط با سلامت توسعه یافته‌اند. در بسیاری از موارد، رشد بازارهای مرتبط با سلامت به‌دنبال گسترش سریع بازارها در سایر بخش‌ها بوده و با رشد اقتصادی همراه است. در برخی از کشورها، رشد بازارهای مرتبط با سلامت با ناتوانی دولت در ارائه خدمات مرتبط است. یک مشکل رایج این است که بازارها اغلب سریع‌تر از ظرفیت دولت و سایر بازیگران کلیدی برای تنظیم رژیم‌های نظارتی مناسب برای تأثیرگذاری بر عملکرد خود رشد کرده‌اند. نتیجه این است که بسیاری از معاملات بازار سلامت، خارج از چهارچوب قانونی انجام می‌شود و از اولویت‌های سیاست عمومی حمایت نمی‌کند. با فرض اینکه دولت‌ها مسئولیت سلامت مردم خود را بر عهده دارند که تنها با ارائه اقدامات بهداشتی و اجتماعی کافی قابل تحقق است، به راحتی می‌توان به بحث‌های

هنجاری در مورد نقش‌های مناسب بخش دولتی و خصوصی ختم شود. برای سیاست‌گذاران سلامت، یک سؤال آزردهنده توافق بر سر حس تعادل مناسب بین کنترل مستقیم دولت‌ها بر مداخلات بهداشتی از یک‌سو و اعمال اصول بازار آزاد از سوی دیگر بوده است. دولت نقش مشخصی در مراقبت‌های بهداشتی، به‌عنوان تأمین‌کننده مالی، سازمان‌دهنده و تنظیم‌کننده خدمات سلامت دارد (Siddiqi & et al., 2009). مانند سایر بخش‌هایی که تحت اصلاحات جدید مدیریت عمومی هستند، افزایش استقلال مدیریت آسان‌تر از توسعه است؛ لذا از این‌منظر انتخاب الگوی تصدی‌گری و اتخاذ سیاست‌ها کلی در این حوزه ارتباط مستقیم با تعیین نقش‌های بازیگران مالکیت و مدیریت و وظایف دولت در حوزه سلامت در دستیابی به اهداف کلان کشور دارد. اگر قبل از این انتخاب مدل اقتصادی و مکاتب مختلف سرفصل مباحث در این زمینه بوده، در قرن بیستم و آغاز قرن بیست‌ویک به‌طور جدی این موضوع به چالش کشیده شده و به انعطاف‌پذیری در تصمیمات و بازمهندسی در سیاست‌ها بهای بیشتری داده شده است. بی‌تردید رسیدن بر این مرحله نیازمند نگاه به مسیر طی شده در زمینه مبانی نظری و مطالعات دارد. موضوع دولت و نقش آن در زندگی اقتصادی و اجتماعی را باید نقطه‌عطف این بحث دانست. قدرت در شکل دیکتاتوری و یا مردم‌سالارانه آن نقش اصلی را در تعیین چهارچوب‌های فعالیت در حوزه اقتصاد برای مردم ترسیم می‌کرد.

خصوصی‌سازی تنها یک ابزار اداری نیست بلکه نوعی راهبرد بنیادی برای حکمرانی اجتماعی نیز به‌شمار می‌رود. خاستگاه آن نوعی فلسفه بنیادی یا باور اجتماعی است که عبارت‌اند از: در یک جامعه آزاد و سالم بین دولت و نقش مناسب سایر سازمان‌های اجتماعی تناسب برقرار است. خصوصی‌سازی هدف نیست بلکه یک ابزار است. هدف آن دولت و جامعه بهتر است. از این‌منظر می‌توان دید که نظریه خصوصی‌سازی از رهگذر واگذاری امور به بخش خصوصی بر روش ساخت دولت و جامعه متمرکز می‌شود (Dong, 2015). بر اساس تعریف رصدخانه اروپایی در مورد سیستم‌ها و سیاست‌های سلامت «خصوصی‌سازی انتقال مالکیت و وظایف دولت از نهادهای دولتی به خصوصی است که ممکن است متشکل از سازمان‌های داوطلبانه و سازمان‌های انتقاعی و غیرانتقاعی باشد» (Albrecht, 2009).

چیونگ و همکاران، در مطالعه خود به عوامل زیر جهت اجرای بهترین چهارچوب مشارکت عمومی / خصوصی در هنگ‌کنگ اشاره می‌کند: دسته اول شامل عوامل کلیدی از دید بخش خصوصی: ۱- ثبات اقتصادی، ۲- عدم تداخل شورای

قانون‌گذاری، ۳- روابط خوب و روح مشارکت، ۴- اهداف و خط زمانی روشن، ۵- تخصص‌پدازش در بخش خصوصی، ۶- تخصیص مناسب ریسک، ۷- پشتیبانی دولتی (رقابت)، ۸- فرایند شفاف، ۹- انعطاف‌پذیری برای نوآوری، ۱۰- قرارداد ترغیب‌کننده و ۱۱- رسانه‌های مثبت است.

دسته دوم عوامل کلیدی از منظر بخش عمومی: ۱- رقابت، ۲- پروژه با ارزش سرمایه‌ای بزرگ، ۳- اسناد و قرارداد فراهم شده خوب، ۴- اعتماد، تعهد و روح مشارکت، ۵- فرایند شفاف، ۶- تعریف مناسب اهداف پروژه، ۷- مشاوره عمومی، ۸- تخصیص مناسب ریسک، ۹- عناصر عملیاتی زیاد و بزرگ، ۱۰- توانمندسازی، ۱۱- ثبات اقتصادی، ۱۲- مذاکرات اثربخش بین بخش‌ها، ۱۳- فرایند تأمین و تدارک رقابتی و ۱۴- پشتیبانی دولتی است (Cheung & et al., 2009). پژوهش‌ها نشان می‌دهد برنامه اصلاحات از چهار خط‌مشی مهم تبعیت کرده است.

جدول (۱): خط‌مشی‌های متخذه کاهش تصدی‌گری حوزه سلامت در

پژوهش‌های خارجی

سیاست	راهبردها
تمرکززدایی	از طریق انتقال مسئولیت‌ها و وظایف به سطوح پایین‌تر سازمانی و یا سایر نهادها و همچنین با انتقال وظایف به سطوح ناحیه‌ای و منطقه‌ای
کاهش تصدی‌گری، خصوصی‌سازی	از طریق انتقال مالکیت و مدیریت با اتخاذ روش‌های متعدد از فروش تا مشارکت عمومی / خصوصی
توسعه بخش خصوصی (افزایش سهم در اقتصاد ملی)	- صدور مجوزها برای سرمایه‌گذاری در حوزه‌هایی که تا قبل از آن ممنوعیت‌هایی برای آن اتخاذ می‌شده است - مشارکت بخش خصوصی در مدیریت صندوق‌های مراقبت بهداشت عمومی - تبدیل صندوق‌های غیرانتفاعی بیماری به بیمه خصوصی - سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در بخش آموزش و خدمات اجتماعی مراقبت‌های بهداشتی - افزایش سهم تخت‌ها در بیمارستان‌های خصوصی - امکانات هتلینگ و گردشگری پزشکی خصوصی
تشویق مردم به بهره‌مندی از خدمات خصوصی	- از طریق ارائه مشوق‌های مالیاتی و غیره به مردم برای خرید بیمه درمانی خصوصی - تبدیل سیستمی که عمدتاً از طریق مالیات تأمین

سیاست	راهبردها
	می‌شده به سیستمی مبتنی بر بیمه درمانی اجباری

مانند سایر بخش‌هایی که تحت اصلاحات جدید مدیریت عمومی هستند، افزایش استقلال مدیریت آسان‌تر از توسعه است؛ لذا از این منظر انتخاب الگوی تصدی‌گری و اتخاذ سیاست‌ها کلی در این حوزه ارتباط مستقیم با تعیین نقش‌های بازیگران مالکیت و مدیریت و وظایف دولت در حوزه سلامت در دستیابی به اهداف کلان کشور دارد. اگر قبل از این انتخاب مدل اقتصادی و مکاتب مختلف سرفصل مباحث در این زمینه بوده، در قرن بیستم و آغاز قرن بیست‌ویک به‌طور جدی این موضوع به چالش کشیده شده و به انعطاف‌پذیری در تصمیمات و بازمهندسی در سیاست‌ها بهای بیشتری داده شده است. آنچه که مسلم است به‌عنوان یک سیاست پیچیده و اجتناب‌ناپذیر مورد پذیرش قرار دارد. بررسی مطالعه‌ها نشان می‌دهد سیاست کاهش تصدی‌گری به‌صورت موردی در معدود کشورها بیش از ۳۰ سال و در قریب به اتفاق از سه دهه قبل در بسیاری از کشورها آغاز شده است. این حوزه به‌دلیل ملاحظات غیراقتصادی در باز مهندسی مکرر قرار داشته است. به این معنی که در برخی مطالعات کشورها، برگشت به عقب و اصلاح روش، در برخی دیگر توسعه مرحله‌ای روش‌ها، در برخی کشورها تفکیک مرحله‌ای بخش‌ها و در نهایت استفاده از روش ترکیبی مشارکت‌های عمومی / خصوصی مشاهده شده است. اگرچه در مورد استفاده از روش مشارکت عمومی / خصوصی ملاحظاتی از جمله نحوه قراردادهای، تأخیر در مذاکرات، افزایش پرداخت کاربران نهایی، تأخیر به‌دلیل سیاسی و سردرگمی بین اهداف دولت و معیارهای ارزیابی و نقش دولت مورد تأکید قرار گرفته است. همچنین در مطالعات گسترش روش‌ها در ابتدای امر محدود به تمرکززدایی و برون‌سپاری بوده است. با فراگیری ابزارهای خصوصی‌سازی در راستای مدیریت دولتی نوین این امر با انتقال مالکیت، ابعاد و دامنه وسیع‌تری را تجربه نموده است. بررسی‌ها نشان می‌دهد، استفاده از روش مشارکت عمومی / خصوصی از یک مقطع زمانی آغاز ولی در مورد میزان و دامنه آن تجربیات متفاوتی بوده است. بررسی‌ها از یک الگوی ثابت پیروی نمی‌کنند. آنچه که در مطالعات ملاحظه می‌شود تصمیم‌گیری درباره روش‌ها به انتخاب‌ها در حوزه حکمرانی شامل تعیین هدف، سیاست‌گذاری، قوانین و مقررات مربوطه، نقش دولت و نحوه تنظیم‌گیری کشورها مرتبط است.

۳. ملاحظات استفاده از روش‌های کاهش تصدی‌گری در برخی مطالعات

چالش بزرگ برای دولت‌ها در این زمینه این است که چگونه یک ساختار حکومتی طراحی کنند که منافع عمومی و خصوصی در مراقبت‌های بهداشتی را به بهترین شکل همسو کند.

لوسیر و پفیفر، در نتایج پژوهش خود «با عنوان مقایسه متغیرهای موفقیت تجاری در مقابل شکست بین کارآفرینان آمریکا و اروپای شرقی مرکزی، نظریه و عمل کارآفرینی» به این نکات اشاره می‌نماید که با استفاده از روش‌های کاهش تصدی‌گری، شاهد بروز مقررات‌زدایی، کاهش طبقات شغلی و سلسله مراتب مادون و مافوق و در نتیجه استفاده مؤثر از منابع و نظارت به‌موقع و افزایش کارایی خواهیم بود. مدیریت سازمان‌های دولتی با واگذاری امور اجرایی به بخش غیردولتی، از درگیر شدن در جزئیات فارغ شده و بیشتر فرصت مناسب را جهت طراحی و اصلاح فرایندها که فواید آن به عموم برمی‌گردد، صرف نمایند؛ البته مقاومت در برابر هر تغییر از جمله ورود بخش غیردولتی، طبیعی است و باید با برنامه‌ریزی پیش رفت (Lussier & Pfeifer, 2000).

از طرفی در مطالعات به ملاحظاتی قبل از واگذاری‌ها نیز اشاره شده است. اوری در یک مطالعه با عنوان «برون‌سپاری خدمات آزمایشگاهی بهداشت عمومی: طرحی برای تعیین خصوصی‌سازی و چگونگی؛ بررسی مدیریت دولتی» که در مورد برون‌سپاری آزمایشگاه انجام شده است، توصیه نموده مراکز درمانی قبل از برون‌سپاری موارد زیر را بررسی نمایند: تضاد منافع بازیگران این عرصه؛ توانایی مرکز درمانی برای پایش عملکرد پیمانکاران؛ میزان در دسترس بودن؛ قابل اعتماد بودن و ثبات پیمانکاران بخش خصوصی؛ هزینه نسبی ارائه خدمت در درون مرکز درمانی و توسط بخش خصوصی و در نهایت تغییراتی که باید در قوانین داده شوند (Avery, 2000).

ماسچوریس و کاندیلیس، در پژوهشی با عنوان «برون‌سپاری در بیمارستان‌های دولتی: دیدگاه یونانی»، بیان می‌دارند که صرفه‌جویی در هزینه‌ها و رضایت مشتری مهمترین عوامل تأثیرگذار برای تصمیم به واگذاری می‌باشد. همچنین نتیجه گرفتند که همکاری با طرف قرارداد منجر به بهبود چشمگیر در کیفیت خدمات شده و اغلب مشتریان از عملکرد شرکت راضی هستند (Moschuris & Kondylis, 2006).

در پژوهشی با عنوان «چالش‌های مشارکت در دستیابی به اهداف مشترک: مطالعه مشارکت عمومی / خصوصی در پروژه‌های حکومت الکترونیک» که سال (۲۰۱۰) در هندوستان انجام شد، ۱۰ عامل اصلی و ارزشمند برای کسب موفقیت در

مشارکت عمومی / خصوصی را به شرح زیر بیان می‌کند: ارتباطات اجتماعی اثر بخش، همکاری، اعتماد و تعهد، توازن قدرت و نیرو، نقش‌ها و فعالیت‌ها، حمایت مدیریت ارشد، مدیریت قرارداد و تسهیم ریسک، سازگاری، تنوع اهداف و منافع و حل اشتراکی مسائل (Kalampukatt & Mittal, 2010).

مطالعه ماریانی و همکاران در مطالعه خود با عنوان «خدمات برون‌سپاری در سرویس بهداشت ملی ایتالیا: ارزیابی اپراتورهای خصوصی و دولتی»، نشان می‌دهد بخش دولتی جهت افزایش کارایی در بلندمدت نباید روند برون‌سپاری را با شرکت‌های خصوصی به دلیل صرفه‌جویی قطع کند. برای سیاست‌گذاران بخش بهداشت عمومی این حیاتی است که در طراحی اثر بخش‌تر و کارا تر طرح‌های صرفه‌جویی در هزینه‌های بهداشتی - درمانی، حرفه‌ای‌تر عمل کنند. از طرفی شرکت‌های غیردولتی نیز در این مسیر باید به سمت ایجاد مدیریت بازاریابی و مدیریت روابط عمومی گام بردارند (Mariani & et al., 2014).

در مطالعه‌ای با عنوان «توسعه پایدار: دیدگاه مالزی. رویه - علوم اجتماعی و رفتاری»، در مورد انتخاب نوع روش نیز نکاتی مورد تأکید قرار گرفته است؛ به‌عنوان مثال استفاده از روش‌های مشارکت عمومی / خصوصی نیز همیشه مطلق نبوده و باید به شرایط انتخاب آن توجه نمود. شرایط استفاده از این روش در موفقیت آن مؤثر است. در صورتی که به ملاحظات آن توجه نشود، عدم انتخاب این روش توصیه می‌شود. عبدالرضک و احمد، در مطالعه چالش‌های اجرای طرح مشارکت دولتی / خصوصی در مالزی، این چالش‌ها را این‌گونه برمی‌شمارند: کاهش پاسخگویی پروژه؛ ریسک بالا با تکیه بر بخش خصوصی؛ تعداد بسیار کمی از طرح‌ها در واقع به مرحله قرارداد رسیده (قبل از انعقاد قرارداد شکست خورده)؛ تأخیر به دلیل بحث سیاسی؛ افزایش پرداخت کاربران نهایی؛ موقعیت اشتغال کمتر؛ هزینه‌های بالای مشارکت؛ مقدار زیادی از زمان مدیریت در معامله قرارداد صرف شده؛ عدم تجربه و مهارت‌های مناسب؛ سردرگمی بین اهداف دولت و معیارهای ارزیابی؛ محدودیت‌های بیش‌ازحد بر مشارکت؛ تأخیر در مذاکرات؛ نبود رهنمودهای دولتی و روش‌های کار در مشارکت. از این‌بین، نبود رهنمودهای دولتی و روش‌های کار در مشارکت دولتی / خصوصی، به‌عنوان مهم‌ترین عامل است که مانع از اجرای یک پروژه تلقی شد. عوامل بعدی به‌ترتیب اهمیت عبارت‌اند از: تأخیر در مذاکرات؛ افزایش پرداخت کاربران نهایی؛ تأخیر به دلیل سیاسی و سردرگمی بین اهداف دولت و معیارهای ارزیابی. در این پژوهش گزینه موقعیت اشتغال کمتر، کمترین اهمیت را

داشت (Abdulrazak & Ahmad, 2014).

در پژوهش دیگری تحت عنوان «ارزیابی کارایی برون‌سپاری از طریق هزینه‌های استفاده از آن»، برای استفاده از این روش (برون‌سپاری) به ملاحظات دیگری اشاره شده است. گیرتل و همکاران، در پژوهشی در خصوص هزینه‌های برون‌سپاری چنین می‌گویند: یک سؤال اساسی در برون‌سپاری، مشخص کردن منافع اقتصادی و میزان صرفه‌جویی در هزینه‌ها در قبال برون‌سپاری است. برون‌سپاری هزینه‌هایی دارد از قبیل هزینه‌های ارائه خدمات، هزینه‌های انتقال (شامل انعقاد قرارداد، ارزیابی عملکرد، ارتباط و هماهنگی بین گیرنده و ارائه‌دهنده خدمت) و هزینه‌های پنهان (هزینه‌های مدیریت مرحله انتقال یا اجرای برون‌سپاری، هزینه اخراج و هزینه ختم رابطه برون‌سپاری). هزینه‌های برون‌سپاری ارتباط نزدیکی به میزان اثربخشی آنها یعنی میزان بازگشت سرمایه دارد. علاوه بر آن شاخص بهره‌وری نیروی کار به‌ازای هر پرسنل یا به واحد تعیین شده ورودی (مانند مواد و انرژی)، رضایتمندی گیرندگان خدمت، شاخص‌های مالی سازمان، شاخص ارزش افزوده اقتصادی (EVA^۱) که شامل ۳ ارزش است: ارزش سود خالص عملیاتی پس از کسر مالیات (NOPA^۲)، ارزش کل سرمایه‌گذاری (C)، میانگین وزنی هزینه سرمایه (WACC^۳). صرفه‌جویی هزینه‌ها از مقایسه سود، میزان تولید و گردش مالی سازمان قبل و بعد از برون‌سپاری و اثربخشی اندازه‌گیری می‌شود (Giertl & et al., 2015).

ژانگ و چن، در مطالعه‌ای خود با عنوان «با عنوان یک چهارچوب نظام‌مند برای توسعه زیرساخت از طریق مشارکت عمومی / خصوصی»، چهارچوبی برای توسعه زیر ساخت‌ها به‌طور کلی ارائه می‌دهند. با این باور که طرح‌ها، بخش‌ها یا کشورها با وجود جنبه‌های متعددی از مفهوم، روند و روش‌های کلیدی در زیرساخت‌ها و ارائه خدمات؛ در به‌کارگیری روش مشارکت عمومی / خصوصی ضرورتاً یکسان هستند. این چهارچوب، به چهار مرحله تقسیم شده که شامل این مواردند: ۱- طراحی یک واگذاری کاربردی، ۲- انتخاب رقابتی صاحب امتیاز، ۳- تعهدات مالی صاحب امتیاز انتخاب شده در فرایند واگذاری، ۴- واگذاری‌های دوره‌ای برای ملزم ساختن ورود متقاضیان جدید (Zhang & Chen, 2013).

سالتمن و دورن، نیز در پژوهش خود «حکمرانی، دولت و جستجوی مدل‌های

۱. Economic Value Added

۲. Net Operating Profit After Tax

۳. Weighted average cost of capital

ارائه‌دهنده خدمات جدید»، نشان دادند که یکی از مشکلات اساسی طراحی مدل‌های اثربخش تأمین‌کنندگان نظام سلامت، ایجاد تعادل بین ارائه‌کنندگان و تصمیم‌گیرندگان دولتی از یک‌سو و نقش‌آفرینان غیر دولتی نظام سلامت از سوی دیگر می‌باشد. قبلاً دولت اصرار به ایفای نقشی گسترده و کنترل‌کننده در ارائه خدمات سلامت داشت؛ اما کم‌کم به این سمت روی آورد که از ارائه مستقیم خدمات سلامت به‌سوی سازمان‌های ترکیبی ارائه‌کننده خدمات سلامت برود (Saltman & Duran, 2016).

طبق نظریات ویل کوک و همکاران در مطالعه خود با عنوان «طراحی سیاست‌های خوب یک چیز است. اجرای آنها یکی دیگر از موارد است»، نیز باید قبل از اقدام به انتخاب روش و استفاده از برنامه‌ها، ملاحظاتی برای بررسی روند واگذاری را مدنظر داشت: حجم واگذاری (واگذاری تمام فعالیت‌ها، بخشی از فعالیت‌ها، عدم واگذاری)؛ شیوه ارزیابی (فاقد شیوه ارزیابی، مقایسه عملکرد تأمین‌کننده با عملکرد داخلی، بررسی اجرای فعالیت در داخل سازمان، مقایسه دو تأمین‌کننده با هم، مقایسه بیش از دو تأمین‌کننده با هم)؛ دوره قرارداد (کمتر از ۳ سال، بین ۳ تا ۸، بیش از ۸ سال)؛ نوع قرارداد (استاندارد، با جزئیات کامل، ترکیبی) زمان قرارداد و رضایت از واگذاری (کامل، نسبی، عدم رضایت، عدم تعیین میزان رضایت (Loayza, & Woolcock, 2020)).

در همین زمینه پریجر و همکاران^۱ (۲۰۲۱) در پژوهشی با عنوان «نقش بخش خصوصی در مراقبت‌های بهداشتی: تجارب گذشته، وضعیت فعلی و فرصت‌های آینده»، اشاره می‌کنند که ضمانت‌های قانون اساسی و قوانین ملی بهداشت اغلب ضروری هستند؛ اما بدون اقدامات نهادی همراه برای تضمین پایداری (سیاسی و اقتصادی) و محدودیت‌های عرضه و تقاضا در ارائه خدمات و رفتار مصرف‌کننده / بیمار، مسیر تضمین‌شده موفقیت را تشکیل نمی‌دهند. دو رویکرد عمده در سیستم سلامت غالب است: اصلاحات تدریجی و «بیگ بنگ». هر کشوری متفاوت است و باید مسیر خود را به سمت پوشش همگانی سلامت UHC^۲ با توجه به ویژگی‌های زمینه‌ای خود بیابد، از دستاوردها و شکست‌های دیگران درس بگیرد؛ اما سعی نکند از تجربیات آنها کپی کند.

۱. Prejer & et al.

۲. Universal health coverage

در پژوهش دیگری لی جی توما^۱ (۲۰۲۲) در مطالعه خود «ترکیب دولتی و خصوصی در مراقبت‌های بهداشتی چیست؟» به اشکال مختلف مشارکت عمومی / بخش خصوصی اشاره نموده است. در این مطالعه آمده است، در طول نیم‌قرن گذشته، بسیاری از کشورها از سیستم‌های مراقبت بهداشتی عمدتاً دولتی به ترکیبی از خصوصی و عمومی تغییر وضعیت داده‌اند. مقررات‌زدایی، تجارت آزاد، کاهش تخصیص بودجه برای سلامت و رفاه اجتماعی، و اقدامات ریاضتی برخی از مراحل هستند که در بسیاری از راهبردهای اقتصادی در سراسر جهان برجسته شده است. اشکال مختلف سرمایه‌گذاری خصوصی و مالکیت مراقبت‌های بهداشتی به رسمیت شناخته شده است. یک شکل از افزایش سهم، سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در هزینه‌های بهداشتی است. به عبارت دیگر، مؤسسات خصوصی نقش بیشتری در تأمین مالی سلامت از طریق بیمه خصوصی یا پرداخت‌های خصوصی دارند. نوع دوم مربوط به پیمانکاران خصوصی است که در یک سیستم مراقبت‌های بهداشتی عمومی کار می‌کنند یا نهادهای خصوصی که خدماتی را ارائه می‌دهند که هزینه آن توسط بیمه خصوصی پرداخت می‌شود؛ به عنوان مثال، در اسپانیا، با سیستم ملی مراقبت‌های بهداشتی، مراقبت‌های تخصصی معمولاً با ارائه‌دهندگان خصوصی، عمدتاً غیرانتفاعی، قرارداد منعقد می‌شود. شکل سوم زمانی رخ می‌دهد که فرهنگ کسب‌وکار سیستم مراقبت‌های بهداشتی عمومی را در اختیار بگیرد. بخش مراقبت‌های بهداشتی عمومی در حال حاضر مانند هر تجارت دیگری، «شرکت‌های» مراقبت‌های بهداشتی را مدیریت می‌کند و به دنبال کسب بالاترین کارایی و بیشترین سود از بازاریابی و ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی است. در واقع، رقابت مدیریت شده در مراقبت‌های بهداشتی در بسیاری از کشورها امری مسلم است.

۴. روش‌های کاهش تصدی‌گری حوزه سلامت بر اساس مدل‌های سایر کشورها

بررسی پژوهش‌های خارجی در موضوع روش‌های کاهش تصدی‌گری نشان می‌دهد، ادبیات برنامه اصلاحات و کاهش تصدی‌گری دولت شامل انتقال مالکیت و مدیریت است.

جدول (۲): انواع خصوصی‌سازی مراقبت‌های بهداشتی

مفهوم‌سازی خیلی ساده است	• تمرکززدایی (عدم تمرکز / تفویض / زیربنای)
--------------------------	--

خصوصی‌سازی (مراقبت‌های بهداشتی تجاری‌سازی، بازاریابی)	اختیار / واگذاری <ul style="list-style-type: none"> • خودگردانی / شرکتی‌سازی • رقابت تنظیم‌شده (یا سیاست‌های بازار داخلی یا آزادسازی) / رقابت مدیریت‌شده 	خصوصی‌سازی به‌صورت ساده دوگانگی بین عمومی و خصوصی. چنین مفهوم‌سازی نه تنها ناحیه خاکستری منطقه بین عمومی و خصوصی را نادیده می‌گیرد بلکه تحول ویژگی خصوصی‌سازی را نیز نادیده می‌گیرد
اشکال مستقیم از مراقبت‌های بهداشتی خصوصی‌سازی	انحلال (یا فسخ) <ul style="list-style-type: none"> • انعقاد قرارداد (یا برون‌سپاری) • مشارکت‌های دولتی و خصوصی (ppp) (خصوصی‌سازی سرمایه‌گذاری و مدیریت) • خصوصی‌سازی تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی	بنابراین، معرفی مفهوم دامنه پیوسته از زیربناهای خصوصی‌سازی تا اشکال متوسط یا رادیکال «خصوصی‌سازی» مفید است

Source: (Maarse, 2006)

جدول (۳): انواع خودگردانی (استقلال) های مجاز / رژیم تفویض اختیار در بیمارستان بر اساس پژوهش‌های خارجی

مالکیت بیمارستان از دولتی به یک شرکت خصوصی تغییر می‌کند. کارکنان بخش خصوصی کارمندان یا پیمانکاران هستند. قرارداد بیمارستان با صندوق‌های بیمه سلامت یا با شهروندان فردی رایگان است. هزینه آنها با مذاکره در بازار تعیین می‌شود. نقش دولت محدود به اطمینان از عملکرد صحیح بازار و ایمن بودن روش‌های مراقبت است.	سطوح بالای استقلال: خصوصی‌سازی کامل با حداقل کنترل دولت
مالکیت بیمارستان از دولتی به یک شرکت خصوصی تغییر می‌کند. کارکنان بخش خصوصی کارمندان یا پیمانکاران هستند. قرارداد بیمارستان با صندوق‌های بیمه سلامت یا با شهروندان فردی رایگان است. نقش دولت محدود به حصول اطمینان از عملکرد صحیح بازار و ایمن بودن روش‌های مراقبت است. با این حال دولت همچنین کنترل شدیدی بر هزینه‌های بیمارستان اعمال می‌کند.	خصوصی‌سازی کامل با کنترل قوی دولت

<p>همچنین انواع خدماتی را که بیمارستان ارائه می‌دهد مشخص می‌کند.</p>	
<p>مالکیت دارایی‌های بیمارستان (زمین، ساختمان، تجهیزات و غیره) از دولت به شرکت خصوصی منتقل می‌شود. این شرکت در مورد قراردادی مذاکره می‌کند که به دولت اجازه می‌دهد از دارایی‌های بیمارستان استفاده کند. این بیمارستان توسط کارکنان دولتی اداره می‌شود. دولت هزینه‌های بیمارستان‌ها را تعیین می‌کند. همچنین انواعی خدماتی را که بیمارستان ارائه می‌دهد مشخص می‌کند.</p>	<p>سطح متوسط از استقلال: خصوصی‌سازی جزئی کارکنان دولت</p>
<p>توافقنامه رسمی برای همکاری انواع خاصی از خصوصی‌سازی جزئی، دولت و یک شرکت خصوصی. شرکت خصوصی اغلب برای کسب یا ارتقاء دارایی تأمین مالی می‌کند. همچنین ممکن است از عملیات پشتیبانی کند.</p>	<p>مشارکت عمومی / خصوصی</p>
<p>کارکنان خصوصی مالکیت دارایی‌های بیمارستان (زمین، ساختمان، تجهیزات و غیره) در دست دولتی باقی می‌ماند. یک شرکت خصوصی با دولت قرارداد مذاکره دارد تا به آن اجازه استفاده از دارایی‌های بیمارستان را بدهد. این بیمارستان توسط شرکت خصوصی اداره می‌شود. تمامی کارکنان از ارکنان آژانس می‌باشند. دولت هزینه‌های بیمارستان‌ها را تعیین می‌کند. همچنین انواع خدماتی را که بیمارستان ارائه می‌دهد مشخص می‌کند.</p>	<p>خصوصی‌سازی جزئی</p>
<p>بیمارستان دولتی با یک خصوصی قرارداد می‌بندد. نمایندگی برای خدمات منتخب آنها اغلب خدمات غیربالینی مانند خدمات نظافت، حل و نقل و ساختمان هستند. آنها همچنین می‌توانند شامل خدمات بالینی مانند آسیب‌شناسی، داروسازی یا رادیولوژی باشند.</p>	<p>برون‌سپاری (انعقاد قرارداد)</p>
<p>در بسیاری از زمینه‌ها، ارزش سهام به معنای خصوصی‌سازی است. باین حال در برخی شرایط تنها به معنای خصوصی‌سازی دارایی‌ها است. ما از آن به معنای خصوصی‌سازی دارایی‌ها استفاده می‌کنیم.</p>	<p>خصوصی‌سازی دارایی‌ها</p>
<p>واگذاری بخشی از مالکیت دارایی‌های بیمارستان از دولت به سازمان خصوصی؛ به‌عنوان مثال دولت می‌تواند ۱۰ درصد از کل دارایی‌ها را حفظ کند یا می‌تواند مالکیت کامل زمین را حفظ کند؛ اما مالکیت ساختمان و</p>	<p>ارزش ویژه دارایی‌ها</p>

تجهیزات را ندارد.	
تشکیل یک شخص حقوقی (شرکت سهامی) برای مدیریت و راه‌اندازی بیمارستان. شرکت تمام کارکنان را را استخدام می‌کند و دارای استقلال مالی (مسئولیت سود و زیان) است. دارایی‌ها در مالکیت دولت باقی می‌ماند.	شرکتی‌سازی
قراردادهای کاری انفرادی دارایی‌ها و مدیریت بیمارستان دست دولت باقی می‌ماند. باین‌حال کارکنان، کارگران خصوصی هستند. آنها با قراردادهای کوتاه‌مدت یا میان‌مدت فردی تحت شرایطی مشابه کارمندان یک شرکت بخش خصوصی استخدام می‌شوند.	سطوح پایین استقلال
دارایی‌ها و مدیریت بیمارستان همچنان دست دولت باقی است. باین‌حال دولت یک قرارداد دقیق دارد که تمام عملیات (شامل حجم تولید، نرخ پرداخت به‌ازای واحد حجم و کیفیت) را پوشش می‌دهد. در صورت عدم برآورده کردن الزامات قرارداد جریمه‌های مالی و سایر موارد وجود دارد.	قراردادهای خریدار و تأمین‌کننده

Source: (Barata Aaa; Tokuda & Martins, 2012)

جدول (۴): ترکیبات احتمالی مشارکت عمومی / خصوصی

ترکیبات احتمالی بخش دولتی و خصوصی			
تأمین مالی تدارک	عمومی	خصوصی غیرانتفاعی	خصوصی انتفاعی
عمومی	الف) مالیات عمومی درآمد‌های مستقیم برای تأمین عمومی استفاده شده	ب) بیمه همگانی مشارکت استفاده می‌شود. خرید خدمات از ارائه‌دهندگان NFP	ج) درآمد‌های عمومی برای خرید استفاده می‌شود. خدمات PFP ارائه‌دهندگان
خصوصی	د) هزینه‌های کاربر پرداخت شده است. استفاده خصوصی از امکانات عمومی	ه) هزینه‌های کاربر پرداخت شده از NFP امکانات	و) بیمه خصوصی پرداخت‌های انجام شده به ارائه‌دهندگان به‌صورت خصوصی

Source: (Kondilis, 2016)

در مطالعه «یک چهارچوب نظام‌مند برای توسعه زیرساخت از طریق مشارکت

عمومی / خصوصی»، مشارکت دولتی / خصوصی (PPP) یک توافق قراردادی بین بخش‌های دولتی و خصوصی است. در این توافق بخش خصوصی، برخی وظایف عمومی را به نمایندگی از بخش دولتی در زمان مشخص، در چهارچوب مذاکرات انجام شده با میزان ریسک تعیین شده و پاداش‌های مقرر اجرا می‌کند (Zhang & Chen, 2013).

مدکر و همکاران، در مطالعه خود «مشارکت عمومی / خصوصی برای توسعه فراگیر: نقش شرکت‌های خصوصی در ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی»، مدل‌های همکاری دولت با بخش خصوصی را به این صورت گزارش می‌کنند: (۱) قراردادهای شمولی: بدان معناست که دولت، فردی را به شکل موقت برای خدماتی استخدام می‌نماید. (۲) قراردادهای برون‌سپاری: در این حالت دولت با پرداخت دستمزد به فرد خارج از سازمان وظایفی را به وی محول می‌نماید. (۳) سیستم ووچریک: ووچر، سندی برای کالاها و خدمات تعریف شده و گواهی‌های پرداخت قابل مبادله می‌باشد. این امر شامل طراحی، توسعه و ارزش‌گذاری بسته‌های سلامت برای مشارکت‌ها / شرایط خاص (بسته بارداری، نوجوانان، مشاوره‌های دوسویه، تست‌های آزمایشگاهی، رویه‌ها، پوشش‌ها و داروها برای شرایط خاص) در بیمارستان‌های مورد تأیید بوده و پس از ۲ الی ۳ ماه از زمان تهیه ووچر قابل استفاده خواهد بود. (۴) ون‌های سیار بهداشتی: این ون‌ها به روستاهای انتخاب شده رفته و خدماتی همچون مراقبت‌های تولید مثل و بهداشت کودکان را در تاریخ‌های معین عرضه می‌نمایند. (۵) یارانه‌ها: دولت مبالغی را برای برخی افراد بخش خصوصی برای ارائه خدمات در نظر می‌گیرد. (۶) قراردادهای اجاره یا لیزینگ: دولت استفاده از تأسیسات و تجهیزات خود را به بخش خصوصی پیشنهاد می‌دهد. (۷) خصوصی‌سازی: دولت مالکیت یک سازمان بهداشتی دولتی را به بخش خصوصی یا گروهی خاص واگذار می‌نماید (Medhekar & et al., 2014).

هافمارچر، در مطالعه خود «اصلاحات بهداشتی اتریش در سال ۲۰۱۳ امیدوارکننده است؛ اما مستلزم جاه‌طلبی سیاسی مستمر است. سیاست سلامت» نمایی کلی از روش اصلاح نظام سلامت اتریش در سال ۲۰۱۳ ارائه می‌کند. دستور کار اصلاحات تا حد زیادی وابسته به مسیر است؛ اما برای اولین بار یک صندوق بودجه جهانی برای هزینه‌های عمومی بر سلامت تعریف شده است. در حالی که انتظار

می‌رود جمع پس‌انداز جهت تحکیم برنامه دولت به قیمت ۳٫۶ میلیارد یورو تا سال ۲۰۱۶ برسد، رویکرد سیاست‌های بهداشتی یک صندوق بودجه جهت کمک به دستیابی به اهداف اصلاحات است. تمرکز این اهداف بر ارائه خدمات بهتر و متعادل از طریق استفاده از ابزارهای مدیریت عمومی جدید (اهداف توسط حکومت) و بهبود نظارت دولت مرکزی از طریق اجرای یکپارچه استانداردهای گزارشگری است (Hofmarcher, 2014).

جوریسن، مارس و هانس^۱ (۲۰۱۶) طی پژوهش خود «مدل‌های ارائه‌دهنده جدید برای سوئد و اسپانیا: دولتی، خصوصی یا غیرانتفاعی؟» در مورد مدل اصلاحی ارائه‌دهنده‌های جدید (مراقبت‌های بهداشتی) به صورت دولتی، خصوصی یا غیرانتفاعی در کشورهای سوئد و اسپانیا پرداخته و توضیح می‌دهند که چگونه تغییر حاکمیت ارائه مراقبت‌های بهداشتی در طول دهه‌های گذشته به سمت خصوصی‌سازی رفته است. از نظر آنها خصوصی‌سازی ابزاری مهم در جعبه ابزار سیاست‌گذاران سلامت که از برون‌سپاری فعالیت‌های عملیاتی (مانند خشک‌شویی، امنیت) و سرمایه‌گذاری مشترک گرفته تا تبدیل بیمارستان‌های دولتی به خصوصی یا نفوذ ارائه‌دهندگان انتفاعی به بیمارستان‌های خصوصی دانسته‌اند. ضمن اشاره به تفاوت‌های نوع خصوصی‌سازی در این کشورها نتیجه می‌گیرند، خصوصی‌سازی بیمارستان‌ها در اسپانیا از طریق اعطای امتیازات اداری به شرکت‌های خصوصی برای اداره یک بیمارستان دولتی در طول یک دوره قرارداد در ازای دریافت هزینه (مرتبط با عملکرد) انجام می‌شود. این بیمارستان در مالکیت عمومی باقی مانده است. نیروهای سیاسی محافظه‌کار خود را به عنوان مدافع طرح‌های خصوصی‌سازی نشان می‌دهند در حالی که نیروهای سیاسی چپ به شدت با خصوصی‌سازی مخالف هستند. بحث سیاسی تا کنون بسیار ایدئولوژیک بوده است، آن هم به دلیل عدم ارزیابی بی‌طرفانه و علمی نتایج. مطالعات ثانویه موجود تأثیر آن‌ها بر اهداف عمومی مانند دسترسی، کارایی و کیفیت مراقبت، تجزیه و تحلیل نشان می‌دهد و اینکه ارائه‌دهندگان بیمارستان‌های دولتی و خصوصی منابع خود را به روشی متفاوت خرج می‌کنند که اختلافات عمیق سیاسی را نشان می‌دهد. پزشکان، مدیران و سهامداران در بیمارستان‌های خصوصی پاداش بیشتری می‌گیرند. پرستاران و کارکنان پشتیبانی در بیمارستان‌های دولتی دستمزد بهتری دریافت می‌کنند. سود دارای هزینه‌های

۱. P.T. Jeurissen, Maarse, Hans

سرمایه‌های و اداری بالاتری است. خصوصی‌سازی در اسپانیا در درجه اول از یک رویکرد عرضه‌محور (کارایی، صرفه‌جویی در هزینه) پیروی می‌کند. در هلند، نیز دو سازمان غیرانتفاعی ارائه‌دهنده جدید، یکی مراقبت در منزل و دیگری مراقبت از بیماران مبتلا به پارکینسون، از موفق‌ترین سازمان‌ها در ارائه مراقبت‌های بهداشتی، به‌ویژه از نظر رضایت بیمار، هزینه‌های (اداری) و نتایج هستند. در مورد خصوصی‌سازی مراقبت‌های اولیه در سوئد، دولت اصلاحاتی را در سال ۲۰۱۰ به اجرا درآورد که همه ۲۱ ایالت ملزم شدند که اجازه تأسیس مراکز مراقبت اولیه خصوصی را بدهند، و هزینه‌های این مراکز را بر اساس قرارداد، بسته به تعداد بیمارانی که می‌بینند، تأمین کنند. اصلاحات بر اساس ابتکارات قبلی ۵ ایالت بنا شده است. هدف از اصلاحات نه تنها افزایش انتخاب بیمار بلکه تقویت کارایی و پاسخگویی به بیمار بود. این اصلاحات تأثیر قابل توجهی بر مراقبت‌های اولیه، به‌ویژه در مناطق اصلی شهری داشت. استکهلم از بسیاری جهات پیشگام این روند بوده است. در عرض هشت ماه، تعداد مراکز خصوصی انتفاعی بیش از ۲۰ درصد افزایش یافت و در عرض دو سال ۵۰ درصد از کل ویزیت‌های مراقبت‌های اولیه در مراکز غیرعمومی انجام شد. خصوصی‌سازی این امر در سوئد از سیاست تقاضامحور (انتخاب و پاسخگویی) و در اسپانیا عرضه‌محور (کارایی، صرفه‌جویی در هزینه) پیروی می‌کند. جنبه مهم دیگر، ترکیب عمومی / خصوصی است. تجربه در کشورهای دیگر از جمله ایالات متحده و آلمان نشان می‌دهد که تهدید بخش خصوصی بخش دولتی را تا حدی مجبور می‌کند تا راهبرد خود را برای بقا در یک محیط رقابتی تطبیق دهد. در نهایت، شاید یک درس ناخوشایند برای سیاست‌گذاران عمومی وجود دارد: اصلاحاتی که نیروهای خارجی را برای ایجاد تغییر بسیج می‌کند (سیاست‌محور)، ممکن است تأثیرات سریع و ریشه‌ای بیشتری نسبت به اصلاحات با هدف تغییر سیستم از درون داشته باشد. خصوصی‌سازی در سوئد عمدتاً تقاضامحور است.

مطالعه انجام شده توسط رحمان تحت عنوان «خصوصی‌سازی سیستم مراقبت‌های بهداشتی در عربستان سعودی، بینش خدمات سلامت»، در مورد خصوصی‌سازی بخش سلامت در عربستان سعودی نشان می‌دهد، دولت به‌دنبال ایجاد تغییراتی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، از طریق مشارکت عمومی - خصوصی و خصوصی‌سازی یکی از ۲۸ شهر پزشکی بوده است. دولت در نظر دارد ۲۲۵۹ مرکز

بهداشتی اولیه (PHCs^۱) را خصوصی‌سازی کند. روش مشارکت عمومی / خصوصی، واگذاری مراکز مراقبت‌های بهداشتی، واگذاری بیمارستان، واگذاری شهرک پزشکی، مشارکت با بخش خصوصی برای زیر ساخت‌های جدید روش‌های مورد اشاره بوده است (Rahman, 2020).

المبارک و همکاران^۲ (۲۰۲۰) طی مطالعه‌ای «خودگردانی، پاسخگویی و رقابت: خصوصی‌سازی سیستم بهداشت و درمان عربستان»، به تعامل بین مفاهیم جدید خودگردانی و مسئولیت‌پذیری در سیستم مراقبت‌های بهداشتی عربستان سعودی پرداخته است.

لی و همکاران^۳ (۲۰۲۱) در مطالعه خود با عنوان «افزایش مراقبت‌های بهداشتی خصوصی برای کانادا: آیا این راه‌حل درستی است؟» در مورد روش‌های کاهش تصدی‌گری حوزه سلامت در کانادا به نمونه‌های اولیه کاهش تصدی‌گری شامل فروش اموال غیرضروری به توسعه‌دهندگان خصوصی، افزایش قراردادهای خارج از خدمات بالینی و غیربالینی و ارائه مشوق‌های مالیاتی و سایر مشوق‌ها به مردم برای خرید بیمه درمانی خصوصی بوده است.

دوگان و همکاران^۴ (۲۰۲۲) در مطالعه خود تحت عنوان «تأثیر خصوصی‌سازی: مدارک از بخش بیمارستانی (آمریکا)»، به روش‌های واگذاری بیمارستان به بخش خصوصی، برون‌سپاری و پیمان مدیریت، اجاره به پیمانکار خصوصی (۱۵ سال)، کنترل عملیاتی به یک بخش خصوصی و فروش بیمارستان اشاره نموده است.

کومار و همکاران^۵ (۲۰۲۲) در پژوهش خود با عنوان «خصوصی‌سازی بخش بهداشت: یک چشم‌انداز هندی»، اشاره می‌کند برنامه اصلاحات در هند، از دهه ۱۹۷۰ با دادن امتیاز به بخش خصوصی برای سرمایه‌گذاری در این بخش آغاز و در اوج بحران‌های ۱۹۹۰ توسعه یافت. ۸۲ درصد از مراجعات سرپایی توسط بخش خصوصی پوشش داده شده است. به‌منظور ترویج خصوصی‌سازی مراقبت‌های بهداشتی برای مواجه با نیازهای رو به رشد جمعیت؛ دولت با خط‌مشی سلامت ملی ۲۰۱۷ و برنامه ملی دیجیتال^۶ مأموریت سلامت ۲۰۲۰ و سیاست ملی بهداشت

۱. Primary Health Care

۲. H. almubarak. samaa & et al.

۳. K. Lee. shoo & et al.

۴. Duggan & et al.

۵. Kumar & et al.

۶. National Digital

۲۰۱۷ زمینه را برای خرید راهبردهای مراقبت‌های بهداشتی از شرکت‌های خصوصی با استفاده از پول عمومی پیگیری می‌کند. یک دستگاه مناسب نهاد نظارتی به اقدامات داخلی آنها رسیدگی می‌کند. راه مقابله با مشکلات و منابع این بخش اجرای تدریجی و به‌صورت مرحله‌ای و راهبردهای - برنامه اصلاحات - است.

برخی مطالعه‌های دیگر که به روش‌های کاهش تصدی‌گری در حوزه سلامت در سایر کشورها پرداخته‌اند به شرح زیر است:

منابع	روش‌ها
R E Clark & et al., 1994	مشارکت عمومی / خصوصی به‌عنوان روش مناسب، رویکردهای مختلف قراردادی
J. Broomberg, 1994	روش‌های مختلف روابط قراردادی
Muschell. Jeff, 1995	واگذاری دارایی‌های عمومی، قراردادهای عمومی برای ارائه خدمات بخش خصوصی، خوگردانی بیمارستان‌ها
J. L. Fiedler. 1996	مشاوره‌های سرپایی پزشکان متخصص، جراحی جزئی و برنامه مراقبت غیرمتمرکز سرپایی و خدمات اداری به ذی‌نفعان.
M. Cernic, Istenic, 1998	برون‌سپاری، خصوصی‌سازی دندانپزشکی، خدمات تشخیصی و تخصصی
Witter, Ensor & et al., 2000	برون‌سپاری
Lussier & Pfeifer, 2000	پیمان مدیریت بیمارستان
Avery, 2000	برون‌سپاری خدمات آزمایشگاهی
H. chodos, J. Macleoe, 2002	مشارکت عمومی / خصوصی، استفاده از بودجه عمومی از طریق ارائه خدمت بخش خصوصی
Akinci. fevzi, 2002	مشارکت عمومی / خصوصی، تجاری‌سازی، قرارداد برون‌سپاری مراقبت بلندمدت برای سالمندان، مناقصه رقابتی، پیمان مدیریت بیمارستان‌های دولتی، قرارداد ارائه مراقبت‌های بهداشتی
World Bank, 2003	خوگردانی، شرکتی‌سازی و خصوصی‌سازی
L. Brown, J. Ross. Barnett, 2004	مشارکت عمومی و خصوصی (جغرافیای ترکیبی)
World Health Organization Regional office for the Eastern Mediterranean, 2006	مشارکت عمومی / خصوصی
Maarse, Hans, 2006	مشارکت عمومی / خصوصی، خصوصی‌سازی مراقبت‌های دندانپزشکی، روان‌درمانی، فیزیوتراپی و اشکال مراقبت طولانی‌مدت از سالمندان، تولید دارو
Moschuris and Kondylis, 2006	واگذاری بیمارستان‌های عمومی
R. Steinbrook, 2006	ارائه خصوصی خدمات اصلی با بودجه عمومی
H. Waitzkin, Rebeca Jasso-Aguilar, C. Iriart, 2007	برون‌سپاری بیمارستان‌ها، برون‌سپاری مراکز سرپایی، مجوز تولید داروهای مقرون‌به‌صرفه با صنعت پیشرفته

منابع	روش ها
B. C. Forsberg & et al., 2007	مشارکت عمومی / خصوصی، واگذاری مراقب‌های بهداشتی
Saltman R.B. & et al., 2007	تمرکززدایی در حوزه سلامت
Tit Alberht, 2009	برون‌سپاری خدمات بهداشتی، پیمان مدیریت، بیمه مراقبت‌های بهداشتی خصوصی
T. Albreht, N. Klazinga, 2009	خصوصی‌سازی مراقبت‌ها اولیه بهداشتی با اولویت مراقبت‌های اولیه، دندانپزشکی، خدمات تشخیصی و تخصصی
Alexander S. Preker, April Harding, 2009	مشارکت عمومی / خصوصی، خودگردانی، شرکتی‌سازی
Stolt. Ragnar, Winblad Ulrika, 2009	برون‌سپاری واحدهای مراقبت از سالمندان
Espigares & Torres, 2009	مشارکت عمومی / خصوصی
Cheung & et al., 2009	مشارکت عمومی / خصوصی
S. Siddiqi & et al., 2009	مشارکت عمومی / خصوصی
Kalampukatt & Mittal, 2010	مشارکت عمومی / خصوصی
Braithwaite, J., Travaglia, J. Corbett, A., 2010	روش‌های انتقال مالکیت به بخش خصوصی، شرکتی‌سازی، خودگردانی، مشارکت عمومی / خصوصی
P. Gaal & et al., 2011	شرکتی‌سازی، برون‌سپاری (تعمیر و نگهداری دارایی‌ها و کل مدیریت بیمارستان)، ایجاد چندین بیمه درمانی تحت مالکیت جزئی خصوصی، خودگردانی، خصوصی‌سازی همه صنایع عمده‌فروش و خرده‌فروشی سلامت، واگذاری همه شرکت‌های داروسازی و داروخانه‌ها (به‌جز یکی)، وظایف و مدیریت دولت در حوزه سلامت عمومی و بهداشت از جمله بهداشت حرفه‌ای و ایمنی مواد غذایی، واگذاری خدمات مراقبت دندان
Nurunnabi, Islam, 2012	خودگردانی بیمارستان‌ها
Tayauova, G., 2012	برون‌سپاری
Barata Aaa N., Tokuda Y., Martins, H., 2012	مشارکت عمومی / خصوصی
Basu. sanjoay & et al., 2012	مشارکت عمومی / خصوصی
Anders, Anell, Anna H Glenngard. Sherry Merkur, 2012	خودگردانی، اکثر شهرداری‌ها و شوراهای شهرستان سیستم‌های پرداخت قراردادی را برای بیمارستان‌های دولتی و پزشکان متخصص اجرا می‌کنند
Wanja Mwangi. Joyce, 2013	مشارکت عمومی / خصوصی، تجاری‌سازی، خودگردانی
K. Kaczmarek & et al., 2013	واگذاری اموال، شکل‌گیری محیط قرارداد، قراردادهای

منابع	روش‌ها
	عمومی با مؤسسات خدمات بهداشتی خصوصی، با تصویب کمک هزینه مراقبت دندان بخش خصوصی دندانپزشکی توسعه یافت، انتقال کل واحد به بخش خصوصی، جداسازی ارائه خدمات از مالکیت. (خودگران یا برون‌سپاری)، انتقال صندوق‌های بیمه به ارائه خدمات بخش خصوصی، تشکیل بنیادها و انجمن‌های داوطلبانه در کنار بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی که پرداخت‌هایی را می‌پذیرفتند، تبعیت اجباری کلیه سازمان‌های بهداشتی و درمانی از قانون تجاری‌سازی.
Zhang & Chen, 2013	مشارکت عمومی و خصوصی در زیرساخت‌ها
Abdulrazak & Ahmad. 2014	مشارکت عمومی / خصوصی
Bustamante, 2014	واگذاری مراکز نگهداری سالمندان
Gaspareniene, L. & Vasauskaitė, J., 2014	برون‌سپاری
.Roehrich, Lewis & et al., 2014	برون‌سپاری
A.V. Bustamante, C. A. Mendez, 2014	مشارکت عمومی / خصوصی، برون‌سپاری
Medhekar & et al., 2014	مشارکت عمومی / خصوصی، قراردادهای برون‌سپاری، قراردادهای شمولی، سیستم ووچریک، ون‌های سیار برای روستاها، یارانه به بخش خصوصی، اجاره، واگذاری مالکیت
Mariani & et al., 2014	برون‌سپاری
Dhillon, 2015	برون‌سپاری
Giertl & et al., 2015	برون‌سپاری
Wong, Yeoh & et al., 2015	مشارکت عمومی / خصوصی
E. Kondilis, 2016	تمرکززدایی (عدم تمرکز / تفویض اختیار / واگذاری)، خودگردانی / شرکتی‌سازی، مشارکت عمومی / خصوصی، برون‌سپاری، واگذاری تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی
Saltman & Duran, 2016	مشارکت عمومی / خصوصی
P.T. Jeurissen, Maarse, Hans, 2016	تأسیس مراکز مراقبت اولیه خصوصی از طریق قرارداد و بودجه دولت، پیمان مدیریت بیمارستان دولتی، روش مشارکت عمومی / خصوصی
Ed Kelly & et al., WHO. 2019	مشارکت عمومی / خصوصی، واگذاری مراقبت‌های اولیه. سه دسته کلی از مشارکت بخش خصوصی وجود دارد: ✓ توسعه مالکیت و ترتیبات قرارداد؛

منابع	روش ها
	✓ دادن مدیریت به آنها؛ قرار دادن آنها در معرض نیروها و انگیزه‌های بازار و مشوق‌ها.
H. Almubarak, samaa & et al., 2020	خودگردانی
Rahman, R., 2020	مشارکت عمومی / خصوصی، واگذاری مراکز مراقبت‌های بهداشتی، واگذاری بیمارستان، واگذاری شهرک پزشکی، مشارکت با بخش خصوصی برای زیرساخت‌های جدید
Liji Thoma, 2020	مشارکت عمومی / خصوصی، قرارداد برون‌سپاری برای مراقبت‌های تخصصی
K., Lee, shoo & et al., 2021	فروش اموال غیرضروری، خرید خدمت از طریق قراردادهای خارج از خدمات بالینی و غیربالینی
S. Stan, R. Erne, 2021	برون‌سپاری خدمات جانبی، برون‌سپاری خدمات تشخیص و درمانی با فناوری پیشرفته، تأسیس تعداد فزاینده شرکت چندملیتی برای ارائه مستقیم مراقبت‌های بهداشتی
Dewesh Kumar, Tanya Tanu & Vidya Sagar, 2022	خرید خدمات مراقبت‌های بهداشتی از بخش خصوصی
M. Duggan & et al., 2022	واگذاری بیمارستان به بخش خصوصی، برون‌سپاری و پیمان مدیریت مدیریت، اجاره به پیمانکار، خصوصی (۱۵ سال)، کنترل عملیاتی به یک بخش خصوصی، فروش بیمارستان
M. adam, Shingler, Benjamin, 2022	مشارکت عمومی / خصوصی، کارت OHIP به معنی تأمین مالی کلینیک‌های خصوصی با پول عمومی

جدول (۵): ادغام بیمارستان‌های غیرانتفاعی دولتی و خصوصی، آلمان (۲۰۰۱-۲۰۱۱)

«هلیوس» درمانگاه شهر ارفورت را خرید	۲۰۰۱
«هلیوس» بیش از ۹۴٫۹ درصد از بیمارستان شهر ووپرتال را به خود اختصاص داد	۲۰۰۳
«آسکلپوس» بیمارستان اصلی ایالت فدرال هامبورگ را خرید	۲۰۰۴
«روهان کینیگوم AG» کلینیک‌های دانشگاهی مامبورگ و گین را به دست آورد	۲۰۰۶
شهرستان روتویل دو بیمارستان شهری را به قیمت ۴۴ میلیون یورو فروخت	۲۰۱۱
شهر ویسبادن در هسن مزایده‌ایی را برای خرید سهم ۴۹ درصدی بیمارستان خودشان را صادر کرد	۲۰۱۱

Source: (E. kondilis, 2016)

جدول (۶): نمونه مشارکت عمومی / خصوصی (بیمارستان)

انگلستان	آوریل ۲۰۰۹، ۱۰۱ مورد از ۱۳۳ مورد جدید بیمارستان‌هایی که بین سال‌های ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۸ ساخته شده‌اند، به صورت خصوصی تأمین مالی شدند
اروپا	۴ میلیارد دلار قرارداد PPP بیمارستانی در نیمه اول سال ۲۰۱۰ اعلام شد
آمریکای شمالی	بین ۲۰۰۵ و ۲۰۱۰ بریتانیا کلمبیا، انتاریو و کبک، ۱۰ میلیارد دلار در بخش مراقبت‌های بهداشتی پروژه‌های PPP سرمایه‌گذاری داشتند
آفریقا	در آفریقای جنوبی دولت برای بازسازی غول ۲۹۶۴ - تخت بیمارستان کریس هانی باراگوانات از طریق PPP برنامه‌ریزی کرد

Source: (E. Kondilis, 2016)

نتیجه‌گیری

در کشورمان رویکرد اجرای برنامه‌ها «سیاست‌محور» است. در اصل سوم قانون اساسی ایجاد نظام اداری صحیح و حذف تشکیلات غیر ضرور و همچنین در اصل ۴۴ آن تفکیک نظام اقتصادی برای دستیابی به اهداف، تبیین شده است. تفسیر اصل مذکور در سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ با هدف دگرگونی در ترکیب و نقش دولت و بازار در اقتصاد ایران و تأسی از نظریه تفکیک اعمال حاکمیتی و تصدی‌گری دولت و با تغییر عملکرد و حوزه مداخلات دولت، متضمن تغییر و ظایف دولت از نقش مالکیت و مدیریت مستقیم اقتصاد، به نقش سیاست‌گذار، مقررات‌گذار، ناظر و تنظیم‌کننده تا دستیابی به ترکیب جدید و مورد نظر مقنن و اجرای سیاست‌های کلی ابلاغ شد. بر اساس ابلاغیه‌های مذکور ارتقاء کارایی بنگاه‌های اقتصادی، افزایش رقابت‌پذیری، افزایش سهم بخش‌های خصوصی و تعاونی در اقتصاد ملی و کاستن از بار مالی و مدیریتی دولت در تصدی فعالیت‌های اقتصادی مورد هدف قرار گرفته است. در تفصیل ابلاغیه‌های مذکور واگذاری مالکیت و مدیریت واحدهای دولتی، محدودیت فعالیت‌های دولت در حوزه‌های مشخص، اجازه ورود بخش‌های خصوصی و تعاونی به بخش‌هایی که تا قبل از آن بر اساس صدر اصل ۴۴ قانون اساسی اجازه ورود نداشته‌اند، بیان شده است. متعاقباً قانون «اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی» در سال ۱۳۸۷ تصویب و ابلاغ گردید. در تبصره ۲ جزء ج ماده ۳ قانون مذکور واگذاری فعالیت‌ها و هرگونه توسعه حوزه سلامت موكول به تهیه لایحه‌ای ظرف یکسال از تاریخ تصویب قانون اعلام شد. امر مذکور به مدت پانزده سال به تأخیر افتاده است. ضمن اینکه در سیاست‌های کلی مذکور استثنایی قید نشده است. بررسی راه‌های اجرای سیاست‌های کلی در این حوزه به دلایل مختلف از جمله

گسترده‌گی تشکیلات دولت و افزایش سهم در بودجه عمومی و همچنین افزایش هزینه‌های جاری و سرمایه‌ای و تعهدات طرح تحول نظام سلامت با رشد جمعیت حائز اهمیت است.

این یک رویکرد برای تطبیق هدف این مطالعه با سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی است. اگرچه ممکن است با شرایط کشور و ملاحظات قانون‌گذاران رویکردهای دیگری پیشنهاد شود. آنچه که مسلم است این است که هدف کاهش تصدیگری با ابزار خصوصی‌سازی یک سیاست پیچیده ولی اجتناب‌ناپذیر در اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی است که باید برای حوزه سلامت نیز مانده سایر حوزه‌ها تعیین و تکلیف شود. براین اساس هدف این پژوهش استفاده از تجربه سایر کشورها و شناسایی روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت در مدل‌های اصلاح ساختار سایر کشورها، برای اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی در حوزه سلامت در کشورمان است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد، عمده‌ترین روش‌های کاهش تصدی‌گری در حوزه سلامت بیش از ۳۳ روش می‌باشد که با توجه به قوانین فعلی کشور در حال حاضر تنها از ۳ روش استفاده می‌شود که گزارشات منتشر شده‌ای در مورد ارزیابی ۳ روش مذکور نیز در دسترس نمی‌باشد.

بررسی پژوهش‌ها در موضوع «کاهش تصدی‌گری دولت در حوزه سلامت» نشان می‌دهد، بر اساس مبانی مدیریت دولتی نوین، در ابتدای طرح هدف کاهش تصدی‌گری دولت در حوزه سلامت، سیاست متخذ محدودیت نقش دولت و تمرکززدایی در فعالیت‌ها، در بسیاری از کشورها بوده است. موضوع تمرکززدایی به‌منظور باز توزیع قدرت اقتصادی؛ سیاسی و اداری با استفاده از اصلی‌ترین شیوه‌های تنظیم انحصارات، خصوصی‌سازی، آزادسازی و مقررات‌زدایی، عدم تمرکز اداری و مالی، ایجاد تشکلهای خصوصی و مدنی و بسط و ترویج آنها معرفی شده است. در ابتدا تمرکززدایی - در یک تعریف - یک فرایند عبور از مرز نبوده بلکه یک توسعه در داخل بخش دولتی قلمداد شده است. همچنین نوع دیگری از تمرکززدایی ملاحظه شده و رایج سازمانی در بخش بهداشت، اصلاحاتی است که کنترل تصمیم‌گیری و اغلب حقوق و مسئولیت‌های درآمدی را از سازمان‌های دولتی به سطوح پایین‌تر تغییر می‌دهد. باوجوداین، تمرکززدایی یا خودگردانی، پیشروی خصوصی‌سازی بوده که در ادامه به روش‌ها و تغییرات حقوق مالکانه وسیع‌تری از طریق انتقال از بخش دولتی به سازمان‌های انتفاعی و غیرانتفاعی در حوزه سلامت با اشکال متنوع انجامیده است.

- هیچ نسخه ثابتی برای برنامه کشورها مشاهده نشده است. هیچ دستورالعمل واحدی که بتواند راهنمایی قاطعانه برای مرز بین مشارکت عمومی / خصوصی ارائه دهد وجود ندارد؛ اما در یک موضوع اجماع وجود دارد که باید به یک نقطه مشترک برای شروع دست یافت. در تطبیق نتایج این مطالعه با شرایط کشور به‌منظور اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی در حوزه سلامت پیشنهادات زیر ارائه می‌شود:
- صرف‌نظر از هدف‌گذاری، مبانی اصلی که ضامن موفقیت در تدوین اهداف و سیاست‌ها است باید شناسایی و مورد وفاق قرار گیرد. داشتن رویکردی جامع برای بهبود حکمرانی، که بازیگران کلیدی در دولت، جامعه مدنی و بخش بهداشت تعهد و ظرفیت لازم برای پایبندی به آن را داشته باشند و تأثیر مثبتی بر عملکرد سیستم سلامت داشته باشند، از ضروریات امر است. از این‌منظر به تصویب سیاست‌های بخشی با رویکرد نقش سایر بازیگران غیردولتی و سپس تسریع در ارائه لایحه در این زمینه برای آغاز کار توجه داده می‌شود.
 - کنترل محدودیت‌های سیاسی، که حتی یک تلاش خصوصی‌سازی به‌خوبی طراحی شده را به خطر می‌اندازد، برای تحقق موفقیت اجتناب‌ناپذیر است.
 - بر اساس قوانین و مقررات سه دهه گذشته کشور، فرض بر این است در مورد خدمات عادی مانند حمل‌ونقل، نظافت، پسماند و... کاهش تصدی‌گری دولت انجام و تحت هیچ شرایطی دولت در این امور فعالیتی ندارد؛ لذا انتشار آزاد اطلاعات مربوط به عملکرد این موضوع در حوزه سلامت برای ارزیابی نتایج، مورد پیشنهاد است.
 - تعریف شفاف و دقیق با تعیین شمول از حوزه سلامت انجام شود. نتیجه این امر تعیین و تکلیف بخش قابل‌توجه‌ای از فعالیت‌ها و بنگاه‌هایی است که بر اساس تعریف «خدمات و صنایع وابسته» به حوزه سلامت وابسته هستند، ولی ارتباط مستقیم با حوزه سلامت ندارند، ولی در تطبیق با سیاست‌های کلی نیز قرار نگرفته‌اند مانند داروسازی.
 - ارائه پیشنهادهای خرد بنیان برای کاهش تصدی‌گری‌های دولت در حوزه سلامت از طریق تطبیق مناسب‌ترین روش برای فعالیت‌های دولت در این حوزه.

فهرست منابع

- کیانی. پاکنوش و دیگران (۱۴۰۱). شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های کاربست الگوی ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت. *مطالعات مدیریت دولتی ایران*، سال پنجم، (۱).
- Abdulrazak, S. & Ahmad, F. S. (2014). Sustainable development: A Malaysian perspective. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, (164), 237-241.
- Akinci, fevzi (2002). Privatization in health care: theoretical considerations and real outcomes. *Journal of economics and economic education research*, 3(2), 2002.
- Alberht, T. & Klazinge, Niek (2008). Privatisation of health care in Slovenia in the Period 1992-2008, Elsevier Ireland Ltd.
- Albreht, Tit (2009). Privatization processes in health care in Europe-a move in the right direction, a 'trendy' option, or a step back?. *European Journal of Public Health*, 19(5), October 2009, 448-450.
- Almubarak, H. samaa & et al. (2020). *Autonomy, accountability, and competition: The privatisation of the Saudi health care system*.
- Anell, Anders; Glenngard, Anna H. Merkur, Sherry (2012). Sweden health system, review. *National Library of Medicine*, 14(5), 1-159.
- Avery, G. (2000). Outsourcing public health laboratory services: A blueprint for determining whether to privatize and how. *Public Administration Review*, 60(4), 330-337.
- Barata Aaa N.; Tokuda, Y. & Martins, H. (2012). Comparing healthcare systems: considering Japan and Portugal. *Elsevier Espfia*, 30(2), 180-192.
- Basu, sanjoay & et al. (2012). *Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review*, 10.1371/journal.pmed.1001244.
- Braithwaite, J.; Travaglia, J. F. & Corbett, Angus (2010). *Can questions of the privatization and corporatization, and the autonomy and accountability of public hospitals, ever be resolved?*
- Broomberg, J. (1994). *Managing the health care market in developing countries: prospects and problems*.
- Brown, Laurie & Barnett, J. ross (2004). *Is the corporate transformation of hospitals creating a new hybrid health care space/ a case study of the impact of co-location of public and private hospitals*.
- Bustamante, Arturo vargas & claudio, A. Mendez (2014). *Health care privatization in Latin America: comparing divergent privatization approaches in Chile, Colombia, and Mexico*.
- Cheung, E. (2009). *Developing a best practice framework for implementing public private partnerships (PPP) in Hong Kong*. Queensland University of Technology, Brisbane.
- Chodos, H. & Jeffrey J. Macleod (2002). Examining the Public Divide in Healthcare: Demystifying the Debate". The final report of Senate Committee on Social Affairs and the Romanow Commission report.
- Clark, R. E.; Dorwart, R. A. & Epstein, S. S. (1994). Managing competition in public and private mental health agencies: implications for services and policy. *national library of medicine*, 72(4).

- Dhillon, R. S. (2015). The future of WHO: outsourcing? *The Lancet*, 385(9973), 1070.
- Dong, L. (2015). *Public Administration Theories- Instrumental and Value Rationalities*. Palgrave Macmillan 2015.
- Duggan, M.; Gupta, A.; Jackson, E. & Templeton, Z. (2022). *The Impact of Privatization: Evidence from the Hospital Sector*.
- Eggleston, K.; Ling, M. Qingyue, M. Lindelow & A. Wagstaff (2008). Health service delivery in China: a literature review. *Health economics*, 17(2), 149-165.
- Espigares, J. L. N. & E. H. Torres (2009). *Public and private partnership as a new way to deliver healthcare services*. XVI Encuentro de Economía Pública: Granada, Palacio de Congresos. 5 y 6 de febrero de 2009.
- Fiedler, John L. (1996). The privatization of health care in three Latin American social security systems. *consultant, social sectors Development Strategy, Wisconsin*. USA.
- Forsberg, B. C. (2007). *The Role of Private Sector in Health Cstr; past Experiences, Current Situation, and Future Opprtunities*, IHEA 2007 6th World Congress: Exploration in Health Economica Paper.
- Gaal, Peter & et al. (2011). *Hungary health system review*, National library of medicine.
- Gaspareniene, L. & J. Vasauskaite (2014). Analysis of the criterions of outsourcing contracts in public and private sectors: Review of the scientific literature. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, (156), 274-279.
- Giertl, G.; M. Potkany & M. Gejdos (2015). Evaluation of outsourcing efficiency through costs for its use. *Procedia Economics and Finance*, (26), 1080-1085.
- Hofmarcher, M. M. (2014). *The Austrian health reform 2013 is promising but requires continuous political ambition*.
- Istemic, M cernic (1998). Privatization of health care in Slovenia. *Institute of Social Sciences, Ljubljana, Slovenia*, 39(3).
- Jeurissen, Patrick & P.T. Maarse, Hans (2016). New provider models for Sweden and Spain: Public, Private or Non-Profit? *International Journal of Health Policy and Management*, Dec 2016.
- Kaczmarek, krzysztof & et al. (2013). *The process of privatization of health care provision in Poland*, ELSEVIER, journal home page: [www.elsevier.com/locate.vhri](http://www.elsevier.com/locate/vhri).
- Kalampukatt, P. K. & A. K. Mittal (2010). *Partnership challenges in achieving common goals: A study of Public Private Partnership in e-Governance projects*.
- Kelly, Ed. (2018). *Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration*. World Health Organisation 2018.
- Kondilis, E. (2016). *Privatization of Healthcare in Europe*. Queen Mary, University of London.
- Kumar, Dewesh; Tanu, Tanya & Vidya, Sagar (2020). Privatization of Health Sector: An Indian Perspective Department of Preventive and Social Medicine, RIMS. *Ranchi, India*. 3(5).
- Li, X.; H. M. Krumholz; W. Yip; K. K. Cheng; J. De Maeseneer, Q. Meng, E. Mossialos, C. Li, J. Lu & M. Su (2020). Quality of primary health

- care in China: challenges and recommendations. *The Lancet* 395(10239), 1802-1812.
- Loayza, N. & Woolcock, M. (2020). Designing good policies is one thing. implementing them is another. World Bank 2020.
- Lussier, R. N. & S. Pfeifer (2000). A comparison of business success versus failure variables between US and Central Eastern Europe Croatian entrepreneurs. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 24(4), 59-67.
- Maars, H. (2006). *The privatization of health care in Europe: an eight-country analysis.semantic scholar*.
- Mariani, P.; R. Falotico & B. Zavanella (2014). Outsourcing services in the Italian National Health Service: The evaluation of private and public operators. *Procedia Economics and Finance*, (17), 256-264.
- Medhekar, A. (2014). Public-private partnerships for inclusive development: Role of private corporate sector in provision of healthcare services. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, (157), 33-44.
- Miller, adam & Shingler, Benjamin (2022). *Would more privatization in Canadian health care solve the current crisis?* cbc.ca/news/health/Canada.
- Moschuris, S. J. & M. N. Kondylis (2006). Outsourcing in public hospitals: a Greek perspective. *Journal of Health Organization and management*, 20(1), 4-14.
- Muschell, Jeff (1995). Privatization in health. World Health Organization, WHO/TFHE/TBN/95.1.
- Mwangi, Joyce Wanja (2011). *The Influence of Privatization on Service Delivery in the Public Health Sector in Kenya: A Study of Kenyatta National Hospital*.2013.
- Nurunnabi, Mohammad, syed kamrul Islam (2012). *Sccountability in the Bangladesh privatized healthcare sector, international journal of health*.
- Piatti-Fünfkirchen, M.; Lindelow, M. & Yoo, K. (2018). What are governments spending on health in East and Southern Africa? *Health Systems & Reform*, 4(4), 284-299.
- Prejer, A.S. & et al. (2021). Universal Health care in middle -income countries:lessons from four countries, *J. Golb Healt* 2021 Nov 20.doi:10.7189/jogh.11.16004 Prejer, A.S. and et al. 2021, Universal Health care in middle-income countries: lessons from four countries, *J. Golb Healt* 2021 Nov 20.doi:10.7189/jogh.11.16004.
- Preker, A. S. & A. Harding (2003). The economics of hospital reform: from hierarchical to market-based incentives.
- Preker, A. S. and A. Harding (2003). *Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals*. World Bank Publications.
- Rahman, R. (2020). The privatization of health care system in Saudi Arabia. *Health services insights*, (13), 1178632920934497.
- Ridic, Goran; Gleason, suzanne & Ridic, ognijen (2021). Comparisons of health care systems in the united states, Germany and Canada. national library of medicing, mater sociomed1012.
- Roehrich, J. K.; M. A. Lewis & G. George (2014). Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Social science & medicine*, (113), 110-119.
- Saltman, R. B. & Duran, A. (2016). Governance, government, and the

- search for new provider models. *International journal of health policy and management*, 5(1), 33.
- Shoo, K. Lee & et al. (2021). Increased Private Healthcare for Canada: Is That the Right Solution? *National Library of Medicine*, 16(3), 30-42.
- Siddiqi, sameen (2009). Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance, ELSEVIER, journal homepage:www.Elsevier.com/locate/healthpol.
- Stan, S. Erne. R. (2021). Time for a paradigm change? Incorporating transnational processes into the analysis of the emerging European health - care system. *Journals Sagepub*, 27(3), 289-302.
- Stolt, Ragnar, Winblad Ulrika (2009). *Mechanisms behind privatization: a case study of private growth in Swedish elderly care*.
- Tayauova, G. (2012). Advantages and disadvantages of outsourcing: analysis of outsourcing practices of Kazakhstan banks. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, (41), 188-195.
- Thoma, Iiji (2022). *what is public-private mix in healthcare?* <https://www.news-medical.net/health/What-is-Public-Private-Mix-in-Healthcare.aspx>
- Vrangbæk, K. (2007). Towards a typology for decentralization in health care: strategies and outcomes, 44-60.
- W H O (2019). *Rehabilitation in Health Systems Guide for Action*. 12-15.
- Waitzkin, H. & Rebeca Jasso-Aguilar, C. Iriart, (2007). Privatization of Health services in Less developed countries: an empirical response to the proposals of the World Bank and Wharton School. *Int J Health Serv*, 37(2), 205-27.
- Witter, S.; Ensor, T.; Thompson, R. & Jowett, M. (2000). *Health Economics for Developing Countries. A Practical Guide: MacMillan Education*.
- Wong, E. L.; Yeoh, E.k., Chau, P. Y.; Yam, C. H.; Cheung, A. W. & Fung, H. (2015). How shall we examine and learn about public-private partnerships (PPPs) in the health sector? Realist evaluation of PPPs in Hong Kong. *Social Science & Medicine*, (147), 261-269.
- World Bank (2003). *Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals* (Vol. 434): World Bank Publications.
- World Health Organization Regional office for the Eastern Mediterranean (2006). *The role of government in health development*. Fifty-third Session.
- Zhang, X. & Chen, S. (2013). A systematic framework for infrastructure development through public private partnerships. *IATSS research*, 36(2), 88-97.