

Developing the Public-Private Partnership Strategy in Line with the General Policies of the Health System



*Mahdiah Motamedi¹, Reza Vaezi², Seyed Mehdi Alvani³, Davood Danesh Jafari⁴

1. PhD Candidate of Public Administration, Faculty of Management and Accounting, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
2. Professor, Department of Governmental Management, Faculty of Management and Accounting, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
3. Professor, Department of Governmental Management, Faculty of Management and Accounting, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
4. Professor, Department of Business Economics, Faculty of Economics, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

Use your device to scan
and read the article online



Citation: Motamedi, M., Vaezi, R., Alvani, S.M., & Danesh Jafari, D. (2021). [Developing the Public-Private Partnership Strategy in Line with the General Policies of the Health System]. *Quarterly Journal of the Macro and Strategic Policies*, 9 (1), 2-26. <https://doi.org/10.30507/JMSP.2020.228651.2053>

<https://doi.org/10.30507/JMSP.2020.228651.2053>



Funding: See Page 20

Received: 27/4/2020

Accepted: 19/09/2020

Available Online: 21/03/2021

Article Type: Practical

Key words:

Policy-making; new public management; public-private partnerships; developing countries; health field.

ABSTRACT

There has been an increasing interest since 1990 in public-private partnership for developing services and public infrastructures. In this period, the private sector and the market-based criteria have been put into practice to provide governmental goods and services. This partnership has also been evident in the area of health and treatment. The proponents have suggested several advantages for this partnership, while the opponents of the partnership believe that it costs a fortune. Thus, one needs to conjecture how this partnership can be productive in the health field in a developing country despite its costs. After reviewing the theoretical principles related to the modern government, the aims, factors and challenges for its success in the developing countries are analyzed. Then, the study addresses the arguments raised by the proponents and opponents of the issue related to the partnership policy in a number of countries, and then suggests a well-thought framework for putting this strategy into practice so that a satisfactory outcome could be resulted. This framework follows the principles of practicality, representativeness, and justice in public services and it is in line with the general policies of the health system.

JEL Classification: H41, H42, H44, H49.

* Corresponding Author:

Mahdiah Motamedi

Address: Allameh Tabataba'i University, Tehran

Tel: +98 (913) 3548895

E-mail: mahd.motamedi@gmail.com

توسعه راهبرد مشارکت‌های دولتی - خصوصی در راستای سیاست‌های کلی نظام سلامت

* مهدیه معتمدی^۱، رضا واعظی^۲، سید مهدی الوانی^۳، داوود دانش جعفری^۴

۱. دانشجوی دکتری، رشته مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۲. استاد، گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۳. استاد، گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۴. استاد، گروه اقتصاد بازرگانی، دانشکده اقتصاد، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

چکیده

تاریخ دریافت: ۸ اردیبهشت ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: ۲۹ شهریور ۱۳۹۹

تاریخ انتشار: ۱ فروردین ۱۴۰۰

نوع مقاله: علمی-کاربردی

کلیدواژه‌ها:

سیاست‌گذاری، مدیریت دولتی نوین، مشارکت دولتی - خصوصی، کشورهای در حال توسعه، حوزه سلامت.

محبوبیت «مشارکت‌های دولتی - خصوصی» برای توسعه خدمات و زیرساخت‌های عمومی از دهه ۱۹۹۰م رو به افزایش بوده است. در این مقطع، تفکر بخش خصوصی و معیارهای بازارمحور برای تأمین و عرضه محصولات و خدمات دولتی اعمال شده‌اند. این مشارکت‌ها در حوزه بهداشت و درمان هم - که ویژگی‌ها و حساسیت‌های خاص خود را دارد - مطرح شده است. در این میان، هواداران مشارکت مزایای متعددی برای آن برشمرده‌اند؛ درحالی که مخالفان آنها ادعا می‌کنند مشارکت‌ها اغلب با هزینه گزافی به دست می‌آیند. لذا این سؤال مطرح می‌شود که با توجه به نیازهای روزافزون، چگونه این مشارکت‌ها می‌توانند برای حوزه سلامت و آن هم در کشورهای در حال توسعه کارآمد باشند. این مقاله ضمن مرور مبانی نظری موضوع تحقیق در «مدیریت دولتی نوین»، بستر پذیرش و انگیزه‌ها و همچنین عوامل موفقیت و چالش‌های به کارگیری آن‌ها را با نگاه ویژه به کشورهای در حال توسعه تحلیل کرده و با بررسی دیدگاه‌های موافق و مخالف و استفاده از شواهد و انتقادهایی که بعد از گذشت سال‌های طولانی از اجرای سیاست مشارکتی در پاره‌ای از کشورها بروز کرده، چارچوبی محتاطانه و آگاهانه در جهت پذیرش و اجرای این استراتژی، برای رسیدن به عملکردی رضایت‌بخش ارائه داده است. این چارچوب با تأکید بر رعایت ارزش‌های کارایی، نمایندگی و عدالت در ارائه خدمات دولتی، در راستای سیاست‌های کلی نظام سلامت ایران قرار دارد.

طبقه‌بندی JEL: H41, H42, H44, H49.

* نویسنده مسئول:

مهدیه معتمدی

نشانی: تهران، دانشگاه علامه طباطبائی

تلفن: ۳۵۴۸۸۹۵ (۹۱۳) ۹۸+

پست الکترونیک: Mahd.Motamedi@gmail.com

۱. مقدمه

مدیریت دولتی، به‌منزله حوزه‌های علمی، به‌دنبال پاسخ سؤالاتی از این قبیل است: دولت چه وظایف و نقش‌هایی برعهده دارد؟ اندازه و دامنه آن چقدر باید باشد؟ در چه اموری باید دخالت کند؟ چگونه مسائل عمومی را شناسایی و حل نماید؟ چگونه کارآمد و اثربخش باشد؟ از چه راه‌هایی ارزش‌هایی همچون عدالت اجتماعی، برابری و انصاف را محقق نماید؟ و چطور می‌توان آن را پاسخ‌گو نمود؟ (طهماسبی، ۱۳۹۰). رسالت دولت رسیدگی به مشکلات عامه است و مشکل عمومی عبارت است از مشکل، نیاز یا نارضایتی‌ای که جنبه عمومی داشته و بر اثر خدشه‌دار شدن منافع عامه به‌وجود آمده باشد (الوانی، ۱۳۸۶). «منفعت عمومی»^۱ بر حالتی دلالت دارد که سود و زیان عامه مردم مطرح می‌شود و باید در خط‌مشی‌گذاری مورد توجه قرار گیرد (Mckay, Murray, Macintyre & Kashyap, 2015). در عصر حاضر، حوزه «بهداشت و درمان»^۲ مسائل دشواری دارد که حل آن‌ها به‌تنهایی برای دولت‌ها پیچیده است. هم‌بخش دولتی و هم‌بخش خصوصی به ناتوانمندی خود در رفع مسائل درحال ظهور مرتبط با بهداشت عمومی به‌شکل مجرد اشراف دارند. در همین راستا، راهبرد «مشارکت‌های دولتی - خصوصی»^۳ نوعی سازوکار همکاری بین دولت و بخش خصوصی مطرح شده و در مباحث مرتبط با سیاست‌گذاری در دستور کار قرار گرفته است (Barlow, Roehrich & Wright, 2013). گفتنی است که از یک سو با توجه به نیازهای رو به رشد حوزه سلامت و از سوی دیگر کمبود بودجه و توان دولت‌ها برای ایجاد یا توسعه زیرساخت‌های لازم، از نظر بسیاری از سیاست‌گذاران، مسئله مشارکت دیگر یک انتخاب نیست، بلکه الزام است و با این دید، همه دولت‌ها باید در پی برطرف کردن چالش‌های فرایند مشارکت باشند و موانع توسعه آن را از پیش رو بردارند. تحقیقات اخیر نشان می‌دهد موفقیت در به‌کارگیری مدل‌های مختلف مشارکت دولتی - خصوصی به خصوصیات ذاتی و شرایط محیطی هر پروژه بستگی دارد و نکته مهم در اینجا فقدان دانش و بستر مناسب در کشورهای درحال توسعه است. ضمن اینکه این استدلال وجود دارد که پیشرفت‌های عمده در سیستم‌های بهداشتی نیازمند رویکردی است که به‌طور هم‌زمان نه تنها تأمین مالی زیرساخت‌ها، بلکه ارائه خدمات، دسترسی و مدیریت مؤثر برای دستیابی به نتایج بهتر برای عموم بیماران را لحاظ نماید (Sekhri, Feachem & Ni, 2011). پژوهش‌های داخلی نیز مؤید این نکته است که آمادگی لازم برای مشارکت‌های دولتی - خصوصی در کشور و در حوزه سلامت وجود ندارد (جراحی، ۱۳۹۰؛ کیایی، ۱۳۹۲؛ صادقی، باستانی و براتی، ۱۳۹۷). بنابراین با توجه به حساسیت‌های حوزه سلامت و تنگنای مدیریت دولتی نوین در کشورهای کمتر توسعه‌یافته، تمرکز بر این مسائل اهمیت دارد: بررسی ابعاد مختلف موضوع با توجه به تجربیات پیشین و دستیابی به بینشی درست درباره کارآمد بودن مشارکت‌ها در حوزه سلامت کشورهای درحال توسعه؛ همچنین چگونگی توسعه این راهبرد با توجه به سیاست‌های کلی نظام سلامت در جهت

1. public interest
2. health care
3. public-private partnership or ppp or 3ps

تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخ‌گویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی مطلوب.

این پژوهش به روش مرور غیرسیستماتیک^۴ کارآمدی مشارکت‌های دولتی - خصوصی را با نگاه ویژه به حوزه سلامت در کشورهای در حال توسعه نقد و بررسی کرده است. در این نوع مرور، یافته‌ها و بحث‌های مطالعات منتشرشده در موضوعی خاص بررسی، ترکیب و نقد می‌شود (مکناب، ۱۳۹۵). بدین منظور، علاوه بر مرور مبانی نظری و مستندات داخلی، کلیدواژه‌هایی با مضامین مشارکت‌های دولتی - خصوصی، کشورهای در حال توسعه، حوزه سلامت، انگیزه‌ها، عملکرد، عوامل و موانع موفقیت، مزایا و چالش‌ها به وسیله عملگرهای منطقی ترکیب و جست‌وجو و مقالات اصیل و مروری مرتبط با بحث از ژورنال‌ها و نویسندگان معتبر و پراستناد دریافت و تحلیل خوانی شد و در نهایت یافته‌های کیفی حداقل ۴۵ مقاله مرتبط‌تر با هدف این مقاله، در این مستند مورد بحث، تحلیل و تفسیر قرار گرفت. برخلاف مرور نظام‌مند، نتایج این مقالات اغلب به صورت کیفی و ساختار آن‌ها شامل مقدمه، بحث و نتیجه‌گیری است.

بدین منظور، ابتدا یکی از مهم‌ترین شبه‌پارادایم‌ها در سیر تطور مدیریت دولتی (که ایده مشارکت دولتی - خصوصی از این تفکر برخاسته است) مرور شده و در ادامه شواهد، نقدها و نظرهای موافق و مخالف موضوع از ابعاد مختلف بررسی و تحلیل گردیده تا ضرورت احتیاط را در پذیرش و اجرای پروژه‌های مشارکتی، با نگاه ویژه به محدودیت‌های موجود در ممالک کمتر توسعه‌یافته و حساسیت‌های بخش بهداشت و درمان نشان دهد. در پایان با جمع‌بندی یافته‌های مطالعه، الگویی معرفی شده که کاربست آن بتواند پیامدهای قابل قبولی را در سطح گسترده‌تری از قرارداد مشارکت، برای توسعه حوزه مزبور، در راستای سیاست‌های کلی نظام سلامت کشور، به دنبال داشته باشد و زمینه پیشرفت را برای مدل‌های مشارکتی پیچیده‌تر فراهم نماید.

۲. بحث در یافته‌های مروری

در راستای اهداف این تحقیق، نتایج مطالعات مفصل این پژوهش در هفت بخش مورد بحث قرار می‌گیرند.

۲-۱. دولت‌ها و اداره جوامع در تقابل با مفهوم دولتی و خصوصی

سؤال‌اتی از قبیل اینکه دولت چه کارهایی باید انجام دهد، تا چه میزان باید در اقتصاد دخالت کند، آیا دولت خود باید مستقیماً درگیر تأمین و ارائه خدمات شود یا آن را به نهادهای دیگر جامعه محول کند، همواره محور بحث و جدل اندیشمندان مدیریت دولتی بوده

است. این مباحث به‌ویژه در مرکز توجه افرادی قرار گرفته که طرفدار «دولت حداقلی»^۵، کوچک‌سازی، بازآفرینی دولت و خصوصی‌سازی خدمات دولتی هستند. در سوی دیگر طیف، هواداران مداخله و نقش فعال دولت در امور جامعه بر مزیت‌های خط‌مشی‌های عمومی و برنامه‌ها و طرح‌های دولتی تأکید می‌کنند (طهماسبی، ۱۳۹۰).

سازمان‌ها و شرکت‌های دولتی و خصوصی تفاوت‌های اساسی با هم دارند. برای انتخاب سطح مطلوب و بهینه ارائه خدمات و کالاها توسط دولت یا بخش خصوصی، این تفاوت‌ها باید شناسایی شود. بر این اساس، هر حکومت می‌تواند تصمیم بگیرد که چه سطحی از عملکرد خود را به سازمان‌های دولتی و چه بخش‌هایی از آن‌ها را به بخش خصوصی واگذار کند (Malatesta & Carboni, 2014).

مهم‌ترین هدف بخش خصوصی «کسب سود» است و ارزیابی عملکردشان آسان؛ درحالی که اهداف اصلی سازمان‌های دولتی «ایجاد عدالت و برابری و انصاف» است و معیارهای کاملاً مشخصی برای سنجش عملکردشان وجود ندارد.

برخلاف سازمان‌های خصوصی که برای فروختن ستاده‌هایشان شکل گرفته‌اند و در «محیط اقتصادی» و تحت شرایط بازار فعالیت می‌کنند، فعالیت‌های دولت در یک «محیط سیاسی»، و نسبت به بخش خصوصی، انحصارگرایانه، اجباری و گریزناپذیر است.

بخش خصوصی به گروه معدودی پاسخ‌گوست (سهام‌داران)؛ ولی سازمان‌های دولتی هم‌زمان باید به گروه‌های متعدد (رهبران سیاسی، افکار عمومی و گروه‌های ذی‌نفع) جوابگو باشند و عموم از آن‌ها انتظار عدالت‌مداری، شفافیت و درستکاری را دارند.

سازمان‌های دولتی تحت «بوروکراسی‌های سلسله‌مراتبی» فعالیت می‌کنند و دارای سطح بالایی از مقررات‌مداری و رسمیت هستند؛ درحالی که خصوصی‌ها کمتر بوروکراتیک‌اند و از سطح بالایی از عدم تمرکز، مشارکت و آزادی عمل در فرایندهای اداری، نظیر پرداخت حقوق، ارتقا و پاداش، برخوردارند.

۲-۲. شبه‌پارادایم مدیریت دولتی نوین و تنگنای آن در کشورهای در حال توسعه

تاریخ علم شاهد انقلاب‌های متعددی بوده که طی آن، یک شیوه نوین دیدن جایگزین روش قبل گردیده است. توماس کوهن^۶ (1962) این دگرگونی را «تغییر پارادایم»^۷ می‌نامد. از آغاز دهه ۱۹۹۰م، الگوی جدیدی از مدیریت دولتی در کشورهای پیشرفته ظهور کرد که پولیت^۸

5. minimalist state
6. Kuhn
7. paradigm shift
8. Pollitt

آن را «مدیریت‌گرایی»، هود^۹ «مدیریت دولتی نوین»، روزنبلوم^{۱۰} «مدیریت دولتی مبتنی بر بازار» و اوزبورن^{۱۱} آن را «بازآفرینی دولت» یا «دولت کارآفرین» خوانده‌اند. علی‌رغم این نام‌های متفاوت، تمام این واژه‌ها اسم‌هایی برای یک مسمی هستند و آن تلاش جهت تحقق ارزش‌های کارآیی و اثربخشی در همه سطوح دولتی، تدوین روشن اهداف و ارزیابی سیستماتیک عملکرد، فاصله گرفتن از بوروکراسی، ترجیح مکانیسم‌های بازار، افزایش رقابت میان ارائه‌کنندگان خدمات و کاهش اندازه و دامنه دولت است که به‌طور کلی می‌توان آن را «ضددولت‌گرایی» نامید. در واقع طی این تحولات، به‌طور روزافزونی دولت به‌جای اینکه ارائه‌دهنده مستقیم کالا و خدمات از طریق بوروکراسی باشد، به‌طور غیرمستقیم و از طریق قرارداد با بخش خصوصی عمل می‌کند؛ آنچه طرفداران مدیریت دولتی نوین آن را «هدایت کردن به‌جای پارو زدن»^{۱۲} می‌نامند. این تغییرات در واقع تجدیدنظری ساده نیست؛ بلکه آن را نشانه تغییر پارادایم بخش دولتی از مدیریت دولتی سنتی به مدیریت دولتی نوین^{۱۳} می‌دانند. درخور ذکر است که کارایی اقتصادی لزوماً متضمن عدالت اجتماعی نیست. اتکای صرف به بخش خصوصی و مکانیسم بازار در حالت افراطی منجر به این خواهد شد که برای مثال در یک کشور، «غذای سگ سرمایه‌داران تولید شود، اما شیر کودک فقرا عرضه نگردد». بدون نظارت دولت، منافع سیستم بازار آزاد لزوماً خود را نشان نمی‌دهد. در واقع می‌توان گفت بازار رقابتی، به‌علت منافع شخصی افرادی که ضوابط آن را به‌هم می‌ریزند و به کنترل‌های آن تن در نمی‌دهند، مستعد فروپاشی از درون است (Hughes, 1998).

در کشورهای در حال توسعه نیز، فارغ از اینکه اثربخشی مدیریت دولتی نوین مستلزم وجود پیش‌نیازهایی مانند وجود یک بخش خصوصی واقعی و مردمی، وجود بازارهای پولی و مالی تشکلیافته و وجود نظام حقوقی و قانونی شفاف و تفصیلی است که اغلب این کشورها فاقد آن هستند، خط‌مشی‌های مذکور توسط مدیران دولتی کورکورانه و صرفاً به‌منظور هم‌اندیشی با پارادایم غالب الگوگیری می‌شود (الوانی، ۱۳۸۴؛ McCourt, 2002). پیامد طبیعی چنین اقدامی تشدید فاصله طبقاتی، افزایش فساد اقتصادی و تضعیف پاسخ‌گویی سیاسی است. در این کشورها تحت عنوان خصوصی‌سازی، انحصارهای دولتی به انحصارهای خصوصی تبدیل می‌گردد که این امر حداکثر بدون نتیجه و احتمالاً زیان‌آور است؛ زیرا از شفافیت می‌کاهد، ظرفیت اداری را در بلندمدت کاهش می‌دهد و ایجاد محرک‌های رقابتی را در آینده دشوارتر می‌سازد (وارث، ۱۳۸۰). لازم است ذکر شود که راهکار مشارکت دولتی - خصوصی زاده تفکر NPM است (Huanming, Xiong, Wu & Zhu, 2017) که در ادامه به آن پرداخته شده است.

-
9. Hood
 10. Rosenbloom
 11. Osborne
 12. steering rather than rowing
 13. new public management or NPM

۲-۳. رهیافت مشارکت دولتی - خصوصی در توسعه حوزه سلامت

ایده‌ها و مفاهیم به‌شکل اتفاقی پدیدار نمی‌شود. لازم است تا پیش از بیان موضوعات اصلی به مبانی این ایده نگاهی بیفکنیم. پیش‌زمینه و مبنای مشارکت‌های دولتی - خصوصی «ابتکارات مالی خصوصی»^{۱۴} است که توسط دولت محافظه‌کار بریتانیا در سال ۱۹۹۲م در اوج رکود اقتصادی ارائه شد (Shaoul, 2011). اما این راهکارها به‌دلایل متعددی، از جمله نگرانی مردم درمورد تضعیف خدمات عمومی با ورود بخش خصوصی، از سرعت لازم برای عمومیت یافتن برخوردار نبودند (Ball, Heafey & King, 2007). با این حال، در سال ۱۹۹۷م دولت حزب کارگر در انگلستان خط‌مشی جدید را مشخص کرد. در آن زمان، نام ابتکارات مالی خصوصی با عنوان «مشارکت‌های دولتی - خصوصی» بازنویسی شد و استفاده از آن به یک سیاست دوجانبه تبدیل گردید. پس از آن، دیگر کشورها و دولت‌ها (مانند آمریکا، کمیسیون اروپا و چندین کشور آسیایی) و همچنین سازمان‌های بین‌المللی در پی استفاده بیشتر از مشارکت‌های دولتی - خصوصی به‌منظور تأمین زیرساخت‌های مورد نیاز، توسعه اقتصاد محلی، ارائه خدمات عمومی و تجدید ساختار مناطق شهری برآمدند. بعد از انگلیس، سیستم بهداشت و درمان در کشور ایتالیا به دومین بازار بزرگ مشارکت دولتی - خصوصی در اروپا تبدیل شده است. این سیستم غیرمتمرکز است و ایالت‌های منطقه‌ای مسئول تأمین منابع مالی و خدمات‌رسانی مرتبط با حوزه سلامت هستند. در سال ۲۰۰۲م، در کنفرانسی دولتی - منطقه‌ای تعیین شد که یک پنجم بیمارستان‌های تحت سیستم سلامت در کشور ایتالیا نیازمند جایگزینی هستند و ۳۰ درصد از آن‌ها باید مرمت شوند. این شکاف‌های مالی پیش‌زمینه‌ای برای معرفی 3Ps در حوزه سلامت بود که توافقات و تمهیدات آن‌ها پیرو استانداردهای انگلیسی است (Vecchi, Hellowell & Longo, 2010). در اسپانیا، اصلاحات NPM در دهه ۱۹۹۰م به‌موازات تمرکززدایی سیاسی در حوزه سلامت معرفی شد. این تمرکززدایی به دولت منطقه‌ای اسپانیا اجازه داد تا در زمینه تصمیم‌گیری درباره معرفی یا تقویت NPM در حوزه سلامت، از جمله با پذیرش مدل‌های جدید مدیریت بیمارستانی مانند اشکال مختلف 3P، خودمختاری داشته باشند (Petmesidou & Guillén, 2008). ضمن اینکه نمی‌توان نتیجه گرفت که اتکای اسپانیا بر 3Ps درمورد بسیاری از خدمات درمانی جدیدی که ارائه می‌دهد، آن کشور را به هدف خود برای ارائه خدمات مقرون‌به‌صرفه با کیفیت مطلوب به شهروندان نزدیک‌تر می‌کند (Allard & Cheng, 2009). اصلاحات وسیع مرتبط با NPM در نظام سلامت مادرید بسیار بحث‌برانگیز و شاهد جدل‌های جدی و اعتراض گسترده شهروندان و متخصصان بهداشت و درمان بوده است. به‌ویژه، تلاش در ۶ بیمارستان دولتی برای بستن قرارداد با بخش خصوصی برای ارائه خدمات بالینی جرقه‌ای شد برای اعتراضات معروفی که توسط پزشکان، کارکنان پرستاری و شهروندان، با نام «جریان سفید»، به‌وجود آمد و خیابان‌های مادرید را چند بار از نوامبر ۲۰۱۲م دربرگرفت. علی‌رغم مخالفت‌های عظیم مردمی، فرایند مذاکرات برای مناقصه قرارداد پیش می‌رفت. تا اینکه در ژانویه ۲۰۱۴م دادگاه عالی مادرید این فرایند را به حالت تعلیق درآورد (Legido-Quigley et al., 2013).

14. private financial initiatives or PFIs

۴-۲. بستر رشد و توسعه مشارکت‌های دولتی - خصوصی

بسیار مهم است که سیاست‌گذاران و مجریان امر به این مطلب توجه کنند که رشد مشارکت‌های دولتی - خصوصی در کشورهای مختلف در مراحل گوناگون رخ می‌دهد. همان‌طور که در جدول زیر دیده می‌شود، هر کشوری که قصد اجرای برنامه 3Ps را داشته باشد، قبل از اجرای عملیاتی طرح مشارکت باید مراحل مجزایی را طی نماید. غالب کشورها در مرحله اول قرار دارند؛ جایی که هنوز توسعه پروژه‌های واقعی به لحاظ کمی در سطح پایینی است. تنها در مرحله سوم - مرحله‌ای که در حال حاضر تعداد نه‌چندان زیادی از کشورها در آن قرار دارند - انجام برنامه مهم و معنادار می‌شود. در این مرحله، کشورها سازمان‌ها و مؤسسات مورد نیاز خود نظیر واحد مشارکت بخش دولتی - خصوصی، بازارهای سرمایه و بخش‌های فنی و تخصصی را ایجاد می‌نمایند و از این رو می‌توانند توجه خود را به پروژه‌های پیچیده‌تر و تنظیمات مالی معطوف کنند (OECD, 2008).

جدول ۱. مراحل توسعه مشارکت‌های بخش دولتی - خصوصی

| مرحله اول | مرحله دوم | مرحله سوم |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| ✓ تعیین چارچوب سیاستی | ✓ شروع اصلاحات در قانون‌گذاری | ✓ استقرار نظام شفاف و جامع |
| ✓ بررسی زمینه‌های قانونی | ✓ نشر سیاست‌ها و راهکارهای اجرایی | ✓ مواضع قانونی برطرف شده است. |
| ✓ مقبولیت قانونی | ✓ ایجاد واحد اختصاصی مشارکت‌های دولتی - خصوصی | ✓ مدل‌های مشارکت دولتی - خصوصی بهبود و گسترش یافته است. |
| ✓ تعیین مسیر پروژه | ✓ اصلاح و بهبود مدل‌های ارائه مشارکت‌های دولتی - خصوصی | ✓ توزیع ریسک‌های پیچیده در مشارکت فراهم شده است. |
| ✓ توسعه مفاهیم پایه | ✓ ادامه تقویت بازار | ✓ تعهدات به‌خوبی در طرفین قرارداد در گردش است. |
| ✓ به‌کارگیری تجربیات اولیه از سایر بخش‌ها | ✓ توسعه مسیر پروژه و گسترش بخش‌های جدید | ✓ اجماع سیاسی بلندمدت وجود دارد. |
| ✓ شروع به ساخت بازار | ✓ به‌کارگیری منابع مالی جدید | ✓ استفاده از دامنه وسیعی از منابع مالی |
| | | ✓ توسعه زیرساخت‌های بازار سرمایه شامل وجوه بازنشستگی و منابع مالی بخش خصوصی |
| | | ✓ با بهره‌گیری از تجارب مشارکت دولتی - خصوصی خدمات مدنی به‌خوبی آموزش داده می‌شود. |

(منبع: کمیسیون اقتصادی سازمان ملل در اروپا، ۱۳۹۱)

از جمله اهداف **جدول ۱** نشان دادن نیاز کشورها به حرکت به سمت بلوغ و مقاومت در برابر وسوسه اجرای پروژه‌هایی است که کشورها آمادگی لازم برای تحقق آن‌ها را ندارند و دشواری اجرای این نوع مشارکت‌ها به اثبات رسیده است. برای مثال **کیایی (۱۳۹۲)** موانع فرعی عدم توسعه مشارکت بخش خصوصی - دولتی در پروژه‌های ملی را به ترتیب اهمیت بدین شکل بیان کرده است: ناکارآمدی سیاست‌های پولی بانک مرکزی، مخدوش بودن وجهه بین‌المللی کشور، تغییر در قوانین و مقررات، فقدان نهادهای مالی قدرتمند، ظرفیت و مهارت پایین بخش دولتی برای مدیریت پروژه‌های مشارکتی، خطمشی دولت در تأمین زیرساخت‌ها، فقدان نظارت مستمر بر مشخصات فنی پروژه‌های 3Ps، بی‌ثباتی مدیریت‌ها در بخش دولتی و انگیزه کم بخش خصوصی در شراکت با بخش دولتی که نشان می‌دهد ایران هنوز در مراحل اولیه توسعه 3Ps قرار دارد.

۵-۲. مرور عوامل اثرگذار بر اتخاذ استراتژی مشارکت دولتی - خصوصی

تغییرات سریع در ارائه مراقبت‌های بهداشتی، به‌ویژه به‌دلیل سال‌خوردگی جوامع، پیشرفت‌های پزشکی و تکنولوژیکی و تغییرات در سیاست‌ها و خطمشی‌ها، بدین معناست که دولت‌ها در سراسر جهان با مشکلاتی مانند افزایش هزینه‌های حوزه سلامت و کاهش بودجه دولتی روبه‌رویند. برای بسیاری از دولت‌ها مشارکت‌های دولتی - خصوصی بین ارائه‌دهندگان خدمات درمانی عمومی و بخش خصوصی راهی برای مقابله با چنین مشکلاتی به حساب می‌آید. این شکل از توسعه به‌راحتی شواهد در حال ظهوری را که در آن نقش بازارهای رقابتی در کنترل هزینه‌ها، افزایش ارزش سهام یا بهره‌وری در بازارهای حوزه سلامت را به‌چالش می‌کشد، نادیده می‌گیرد (**Allard & Cheng, 2009**). همچنین مشارکت‌های دولتی - خصوصی می‌توانند شیوه‌ای مؤثر و کارا برای فراهم آوردن زیرساخت‌های گران‌قیمت و ضروری، خدمات عمومی و بازسازی شهری بدون افزایش در دیون بخش دولتی باشند (**Willems & Dooren, 2016**). اما چه عواملی باعث نوآوری و گسترش سیاست‌های اجرای مشارکت‌های دولتی - خصوصی شده است؟ چرا برخی از کشورها یا مناطق این سیاست را ترجیح می‌دهند؟ برای مثال انگلستان، استرالیا، اسپانیا و هلند همگی پیشرفت‌هایی مداوم را در پروژه‌های 3Ps معین تجربه کرده‌اند و این درحالی است که کشورهای اسکانديناوی و برخی کشورهای اروپای مرکزی و شرقی تمایل کمتری به بهره‌گیری از این‌گونه مشارکت‌ها دارند (**Petersen, 2007**). در بسیاری از مطالعات به این سؤالات پاسخ داده شده است. برای مثال **بوایرد (۲۰۰۴)** اشاره کرده که دلایل زیادی برای پذیرش این استراتژی وجود دارد و این دلایل اغلب مختص هر کشور است. **گرث (۲۰۱۴)**^{۱۵} به این نتیجه دست یافته که شهرداری‌های ایالات متحده با میزان بالاتری از استقلال و خودمختاری اداری و سیاسی، بیشتر احتمال

15. Bovaird

16. Girth

دارد تا وارد چنین مشارکت‌هایی شوند. **سیمیاتیکی**^{۱۷} (2015) باور دارد که در کانادا موج استفاده از مشارکت‌های دولتی - خصوصی از دهه ۱۹۹۰م تا کنون عمدتاً به دلیل شواهدی مبنی بر قابلیت ساختن زیرساخت عمومی با کیفیت بالا بدون افزودن بدهی دولتی بوده است. **وانگ و ژائو**^{۱۸} (2014) هم بیان کرده‌اند که در امریکا، به‌استثنای فشارهای مالی، احتمال استفاده از 3Ps در پروژه‌های توسعه‌ای به‌طور چشمگیری تحت تأثیر عواملی نظیر نیازهای زیرساختی، ایدئولوژی سیاسی لیبرال، مقررات ایالتی و دولتی مشارکت‌های دولتی - خصوصی و تجارب قبلی از اتحاد این نوع مشارکت است. اما همه این‌ها مصادیقی از کشورهای توسعه‌یافته‌اند. **یانگ، هو و وانگ**^{۱۹} (2013) توسعه و رشد مشارکت‌های دولتی - خصوصی را در ۴ کشور در حال گذار چین، روسیه، لهستان و اوکراین و ۸ اقتصاد پیشرفته مانند امریکا، انگلیس و آلمان و... بررسی کرده و نتیجه گرفته‌اند که اقتصادهای پیشرفته به‌لحاظ فراهم آوردن ضمانت‌های نهادی و با در نظر داشتن دارا بودن اعتبار دولتی، در مقایسه با کشورهای در حال گذار، از میزان مطلوبیت بیشتری برخوردارند. **ژانگ**^{۲۰} (2015) دلایل به‌کارگیری پروژه‌های 3Ps در ۳۳۳ شهر کشور چین را تجزیه و تحلیل کرده و دریافته است که کاربست این‌گونه پروژه‌ها تحت تأثیر نوع رویکرد اتخاذی شهرهای همسایه به مشارکت‌های دولتی - خصوصی، فشار استانی، فشار همتایان و نفوذ و تأثیرگذاری خبرگان و متخصصان بوده است. همچنین طبق اظهارات **موراویف و کاکاوادسه**^{۲۱} (2014)، بسیاری از عوامل به گسترش سریع استفاده از این‌گونه مشارکت‌ها در روسیه کمک کرده‌اند. این عوامل عبارت‌اند از: نوع رویکرد گسترده دولت به مشارکت (شامل انواع همکاری میان بخش‌های دولتی و خصوصی)، فقدان استانداردها و انعطاف در رویه‌های تصویب و حمایت مالی گسترده دولت برای مشارکت.

لازم است یادآوری شود که مشارکت‌های دولتی - خصوصی در برنامه پنجم و ششم توسعه کشور هم لحاظ شده است و وزارت بهداشت و درمان نیز به‌دلیل نیازهای موجود توسعه بیمارستانی کشور و کمبود بودجه و توان دولت‌ها، در این راستا خط‌مشی مشارکت را در دستور کار خود قرار داده است.

۲-۶. بررسی عوامل پیشرفت و موفقیت مشارکت‌های دولتی - خصوصی

درمورد اینکه چرا برخی از پروژه‌های 3Ps کارآمدتر از دیگر موارد هستند، استدلال‌های مختلفی بیان شده است. **رابرت و آلبرت**^{۲۲} (2015) مطالعات مربوط به «عوامل موفقیت

-
17. Siemiatycki
 18. Wang & Zhao
 19. Yang, Hou & Wang
 20. Zhang
 21. Mouraviev & Kakabadse
 22. Robert & Albert

کلیدی»^{۲۳} پروژه‌های 3Ps از سال ۱۹۹۰م تا ۲۰۱۳م در برخی مجلات برتر دانشگاهی منتخب را مرور کرده و به این نتیجه رسیده‌اند که عوامل موفقیت به کشور، مدل مشارکت، سباز و فاز پروژه بستگی دارد و بیشترین تأکید عوامل موفقیت در این پژوهش‌ها به اشتراک ریسک، کنسرسیون خصوصی قوی، پشتیبانی سیاسی، پشتیبانی جامعه و تمهیدات شفاف معطوف است. علاوه بر این، چک‌لیست عوامل موفقیت کلیدی (CSFs) برای 3Ps تهیه شده است که در مطالعات تجربی می‌تواند به کار آید. **کلاین و کونپنجان**^{۲۴} (2016) دریافتند که ویژگی‌های قرارداد (مثلاً انعطاف‌پذیری، جزئیات و امکان بازنگری مجدد) ضرورتاً عملکرد خوب و نوآوری را ضمانت نمی‌کند. به عبارت دیگر، قرارداد خوب احتمالاً شرط ضروری یا حداقل مهم برای مشارکت‌های دولتی - خصوصی است؛ با این حال، برای اطمینان از عملکرد این نوع مشارکت‌ها کافی نیست و تعهد از قرارداد مهم‌تر است. **بلانکن و دیولف**^{۲۵} (2010) با مطالعه موردی چندگانه در ۷ پروژه مشارکت دولتی - خصوصی در حوزه سلامت کشور انگلستان و ایالت ویکتوریای کشور استرالیا، نشان دادند اثربخشی و کارآمدی چنین مشارکت‌هایی می‌تواند به‌واسطه شیوه‌ای که مقدمات و تمهیدات قراردادی بر مبنای آن شکل می‌گیرد و نیز میزان انعطاف‌پذیری آن‌ها به‌دست آید. علاوه بر این، آن‌ها ویژگی‌ها و جنبه‌های خاصی مانند دانش و تجربه، به‌همراه مدیریت شایسته مقدمات و تمهیدات قراردادی، قرارداد، شیوه تأمین مالی پروژه و وجود وابستگی بین تأمین‌بوجه برای خدمات بالینی و هزینه‌های مقامات بهداشتی در مشارکت دولتی - خصوصی را شناسایی کرده‌اند که منحصراً در تعیین میزان انعطاف‌پذیری این‌گونه مشارکت‌ها در حوزه سلامت اثرگذار و مهم است. **سنونگ، داناکورن، هوانگ و چانگ**^{۲۶} (2018) از چارچوب یانگ برای تحلیل عوامل موفقیت ۱۹ پروژه در کشورهای درحال توسعه استفاده کردند و ضمن تشریح عوامل سیاسی و قانونی، اقتصادی و مالی، و مدیریتی، بیان کردند که تحقیقات آینده باید موفقیت پروژه‌های انسان‌دوستانه و زیرساخت‌های نرم را که منافع مالی را فوراً تأمین نمی‌کنند، توضیح دهند. همچنین **جراحی** (۱۳۹۰) در پایان‌نامه خود به این نتیجه رسیده است که درحال حاضر الزامات استفاده گسترده از الگوی PPP برای توسعه خدمات بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در وضعیت مناسبی نیست.

یافته‌های فوق نشان‌دهنده تجربه‌هایی در زمینه اصلاحات سیاست و خط‌مشی‌های مشارکت‌های دولتی - خصوصی در طول چند دهه گذشته است. موفقیت یک تجربه به زمینه خاص خودش بستگی دارد و این زمینه با دیگر پروژه‌ها با مجموعه‌ای از فعالان، ترجیحات و قابلیت‌ها تناسب نخواهد داشت (Koppenjan & Enserink, 2009). نقش این یافته‌ها این است که چارچوبی علمی ارائه کنند تا به‌شکلی صریح عملکرد مشارکت‌های

23. critical success factors or CSFs

24. Klijn & Koppenjan

25. Blanken & Dewulf

26. Seong, Dhanakorn, Hwang & Chang

دولتی - خصوصی را در سراسر جهان نشان دهد.

۷-۲. ارزیابی عملکرد مشارکت‌های دولتی - خصوصی

این بحث در بُعد علمی و عملی در مورد مشارکت‌های دولتی - خصوصی وجود دارد که آیا پذیرش بهره‌گیری از 3Ps یک تراز برد - برد را بین بخش دولتی و خصوصی ایجاد می‌کند یا خیر. ارزیابی و سنجش عملکرد این‌گونه مشارکت‌ها آسان نیست. یکی از دلایل چنین دشواری این است که فعالان زیادی در 3Ps نقش دارند و هر کدام از آن‌ها ممکن است موفقیت را به‌گونه متفاوتی تعریف کنند. با این حال، مرور ادبیات و مستندات اولیه در مورد عملکرد هم اهمیت دارد. شیوه مبتنی بر «ارزش پولی» مشتمل بر هزینه و قابلیت دسترسی مالی، تخصیص ریسک، زمان و بودجه و انعطاف‌پذیری بوده و مبنایی مناسب برای ارزیابی عملکرد ارائه می‌دهد. با این حال، مفهوم ارزش پولی نیز خود مبهم است. علاوه بر این، با وجود اهمیت ارزیابی ارزش پولی پیش از شروع یک پروژه، برخی از نویسندگان گزارش کرده‌اند که در اکثر موارد، استفاده از یک 3Ps بر مبنای ارزیابی صورت نگرفته و این امر نشان می‌دهد این شکل از مشارکت ممکن است سودآورتر از شیوه تأمین مالی سنتی دولتی نباشد و گرایش به آن به این دلیل روی می‌دهد که بخش دولتی فاقد منابع لازم برای سرمایه‌گذاری است. همچنین ارزیابی روند انتخاب شرکای خصوصی حاکی از آن است که شایع‌ترین معیار اقتصادی که در فراخوان پیشنهادها لحاظ شده، سهم مالی شرکای خصوصی در این نوع از مشارکت است (Hodge & Greve, 2007; Reeves, 2015). به‌طور کلی عملکرد 3Ps را می‌توان در قالب یک مفهوم محدود و گسترده متمایز کرد (Jeffares, Sullivan & Bovaird, 2013; Geßtel, Willems, Verhoeft, Voets & Garsse, 2015). مفهوم 3Ps در قالب محدود آن بر دستیابی به اهداف و دستاوردهای خاصی که در توافق‌نامه‌های مرتبط با این نوع مشارکت وجود دارد مثل طول دوره و کیفیت و هزینه ساخت‌وساز، متمرکز است. محوریت اصلی در این حالت، حول سطح معینی از بازگشت سرمایه که 3Pها ایجاد می‌نمایند، شکل می‌گیرد. شکل گسترده از مفهوم عملکرد 3Ps بر طیف وسیعی از مندرجات و حوزه‌ها تمرکز دارد. این نوع از اندازه‌گیری موفقیت مزایای گسترده‌تری از پروژه را برای سازمان‌های شریک، شهروندان و کاربران سرویس و خدمات (فراتر از پروژه یا خود برنامه) در نظر می‌گیرد. بار^{۲۷} (2007) پروتکلی را برای ارزیابی اثربخشی مشارکت‌های دولتی - خصوصی به‌عنوان مبنا و ابزاری جهت بهبود سلامت و بهداشت در سراسر جهان پیشنهاد می‌کند. پروتکل ارائه‌شده در این مقاله توسط هیئتی نه‌نفره از سراسر ایالات متحده تهیه شده که هر کدام از آن‌ها دارای تخصص لازم در رشته‌ای مرتبط با سلامت هستند. جنبه‌های اصلی این پروتکل عبارت‌اند از:

• رابطه بین بخش‌های خصوصی و دولتی؛

• نوع و ماهیت مشارکت در بخش عمومی و خصوصی؛

- تمهیدات مالی پروژه‌های 3Ps؛
- خط‌مشی‌های قانونی دولت برای ترویج و ارتقای تلاش‌ها و اقدامات مشارکتی؛
- شناسایی و تعیین کمی دستاوردهای 3Ps؛
- ارزیابی موضوعات مرتبط با عدالت و برابری حقوق؛
- مشخص کردن ضعف بالقوه تجزیه و تحلیل.

در کشور ما، **صادقی و دیگران (۱۳۹۷)** با مرور تجربه «محب» به این نتیجه رسیدند که باوجود انواع چالش‌های حاکمیتی، فرهنگی، ساختاری و مالی پیش‌روی، تجربه 3Ps حاضر دستاوردها و پیامدهای خوبی برای نظام سلامت، مردم و دولت به‌دنبال داشته است.

۳. نتیجه‌گیری و ارائه چارچوب توسعه‌یافته تحقیق

براساس مبانی نظری، مدیریت دولتی نوین تحت تسلط ارزش‌های کارایی و صرفه‌جویی بوده و ارزش‌هایی همچون عدالت و نمایندگی را نادیده می‌گیرد (Hughes, 1998)؛ از شفافیت کاسته، پنهان‌کاری را افزایش می‌دهد (Roberts, 2000)؛ علی‌رغم ادعای بهبود منافع عمومی و فراهم نمودن خدمات بهتر و ارزان‌تر برای همه، عملاً ابزاری برای منافع گروه‌های خاص است و منجر به پیدایش طبقه‌ای جدید به‌نام مدیران دولتی نوین می‌گردد (Hood, 1991)؛ کنترل دموکراتیک نهادهای حکومتی را تضعیف می‌کند و منجر به کاهش ظرفیت اداری در بلندمدت می‌گردد (Frederickson, 1996) و حاوی توصیه‌هایی است که همانند ضرب‌المثل، نقیض آن‌ها نیز درست است (Williams, 2000). برخلاف آنچه در پارادایم «مدیریت دولتی نوین» ادعا می‌شود، «اداره امور یک دولت» صرفاً از مقوله «مدیریت» نیست. همچنان‌که دیوید روزنبلوم (1998) می‌گوید، مدیریت دولتی در نگرشی جامع و فراپارادایمی، مستلزم درک هم‌زمان «مدیریت، سیاست و حقوق» و توجه به ارزش‌های مختلف حاکم بر هر یک از این رشته‌ها شامل «کارایی، نمایندگی و عدالت»^{۲۸} در بخش دولتی است. بر این اساس، دستور کار سازمان‌های دولتی و اقدامات مدیران آن‌ها باید اولاً بازتاب نماینده و خواست اکثریت جامعه باشد؛ ثانیاً به کارآترین روش انجام شود؛ ثالثاً هدف نهایی و متعالی عدالت اجتماعی را تعقیب کند.

در این راستا، دولت‌ها از ابتکارات مختلف برای پیشبرد امور و توسعه جامعه بهره می‌برند؛ از جمله استراتژی مشارکت دولتی - خصوصی که توافق‌نامه همکاری مشترک بین بخش دولتی و نهاد خصوصی برای دستیابی به هدف مشترک در دوره زمانی مشخص است. در سال‌های اخیر، بهره‌گیری از 3Ps از محبوبیت فزاینده‌ای در بخش‌های مختلف از جمله در حوزه بهداشت و درمان - که جزء وظایف حاکمیتی دولت‌ها به‌شمار می‌رود - برخوردار

28. efficiency, representation, justice

شده است. در سطح جهانی نیز، نهادهایی مانند سازمان جهانی بهداشت (WHO) که نقش مهمی در شکل‌گیری و قاعده‌مند کردن خط‌مشی‌های سلامت ایفا کرده‌اند، مشارکت‌های بین دولت و بازار در تأمین مالی، تدارک و تحقیق را تشویق و از آن استقبال کرده‌اند (Baru & Nundy, 2008). تغییرات سریع در ارائه مراقبت‌های بهداشتی، به‌ویژه به‌دلیل سال‌خوردگی جوامع، پیشرفت‌های پزشکی و تکنولوژیکی و تغییرات در سیاست‌ها و خط‌مشی‌ها، بدین معناست که دولت‌ها در سراسر جهان با مشکلاتی مانند افزایش هزینه‌های حوزه سلامت و کاهش بودجه دولتی روبه‌رویند. هیچ‌کدام از بخش‌های دولتی و خصوصی قادر نخواهند بود مشکلات و مسائل متعددی را که بخش درمان و سلامت در تمامی دنیا با آن‌ها مواجه است، به‌تنهایی حل کند. مشارکت بین بخش دولتی و خصوصی اغلب با ارائه شیوه‌های نوآورانه‌ای همراه است و شانس زیادی برای ایجاد دستاوردهای مطلوب دارد. یکی از منافع و مزایای اولیه این است که هرکدام از طرفین بهترین‌های خود را به اشتراک می‌گذارند و ترکیب این مهارت‌ها، یعنی توانمندی‌های بخش خصوصی و قدرت بخش دولتی، از پتانسیل لازم برای خلق بهترین دستاوردها برخوردار است (Torchia, Calabro & Morner, 2015). شارما و سث^{۲۹} (2011) این استدلال را مطرح می‌کنند که مشارکت‌ها در بخش سلامت، نه تنها می‌توانند شکاف‌ها را در گسترش زیرساخت‌های حوزه سلامت پر کنند، بلکه آن‌ها طیف وسیعی از منافع و مزایای بالقوه را نیز ارائه می‌دهند؛ مانند:

- ترمیم انگیزه ذی‌نفعان برای اجرای مؤثر و کارآمد تلاش‌های توسعه‌ای به‌عنوان اولین سطح از موفقیت؛

- فعال‌سازی زیرساخت‌های بهداشت و درمان موجود با بهره‌وری ارتقایافته؛

- تسریع برنامه‌های توسعه سلامت که عمدتاً توسط دولت‌ها اجرایی می‌شوند؛

- قرار گرفتن موقعیت برخی از بخش‌های جمعیتی مانند روستائینان و یا تنگ‌دستان به‌عنوان بازار هدف پروژه‌های مشارکتی.

از طرفی به‌واسطه پیچیده بودن مشارکت‌های دولتی - خصوصی، در طول دوره پیاده‌سازی چندین مسئله ممکن است به‌وجود آید که مک‌کی، ادواردز و آتون^{۳۰} (2006) به نمونه‌هایی در این زمینه اشاره کرده‌اند:

- هزینه‌ها: هزینه‌های مربوط به مشارکت‌های دولتی - خصوصی اغلب دست‌کم گرفته می‌شود. علاوه‌بر این، مقایسه دقیق بین هزینه‌های این‌گونه از مشارکت‌ها و روش‌های متعارف‌تر دشوار است.

- کیفیت: معمولاً زمانی که مشکلی در مشارکت‌های دولتی - خصوصی به‌وجود

29. Sharma & Seth

30. McKee, Edwards & Atun

می‌آید، نوعی سبک و سنگین کردن بین سه متغیر زمان، هزینه و کیفیت صورت خواهد گرفت. از آنجایی که به‌نظر می‌رسد زمان‌بندی و هزینه در قراردادهای 3Ps ثابت باشند، نگرانی‌هایی درمورد کیفیت پروژه‌ها ایجاد خواهد شد که در این زمینه بسیاری از بیمارستان‌های ساخته‌شده تحت این‌گونه از مشارکت‌ها چنین مسائلی را تجربه کرده‌اند.

• انعطاف‌پذیری: درحالی که حوزه سلامت به‌سرعت در حال تغییر است، در واکنش به مطالبات تغییر یافته، قراردادهای 3Ps اغلب با جزئیات بسیار و مجازات‌های گسترده منعقد می‌شود.

• پیچیدگی: پروژه‌های 3Ps دارای انواع مختلفی از ذی‌نفعان است. این‌گونه از پروژه‌ها همچنین نیازمند مشارکت فعالانه دانشگاه و سرمایه‌گذاران در زمینه‌های پژوهشی هستند. دشواری‌ها در دستیابی به توافق با تمامی این ذی‌نفعان همراه با هزینه‌های زیادی که این نوع از پروژه‌ها به‌همراه دارد، به ناکامی و شکست بسیاری از این پروژه‌ها در سراسر دنیا منجر شده است.

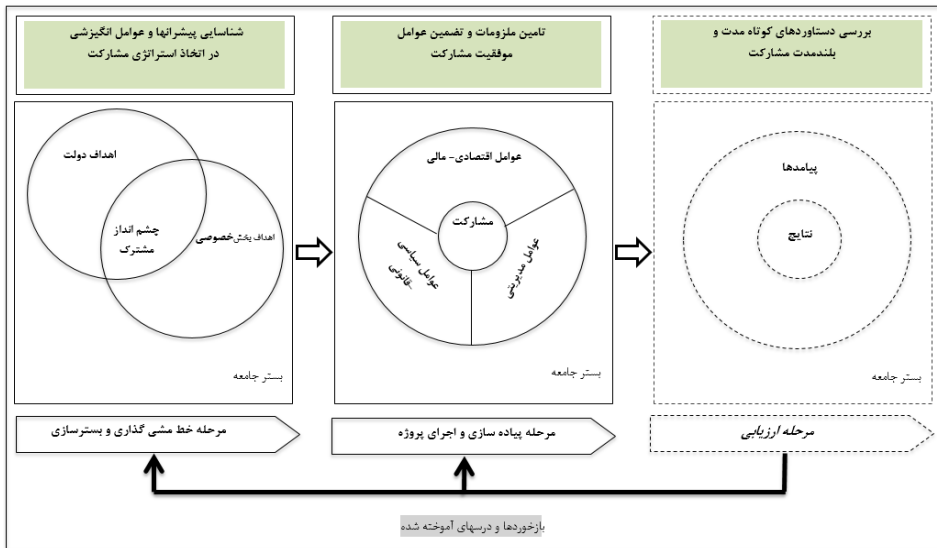
همان‌گونه که بیان شد، رویکردهای ناپخته اتخاذ شده به‌سمت مدیریت دولتی نوین در اواخر دهه ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰م که بر خصوصی‌سازی، محول کردن امور به پیمانکار و مناقصه رقابتی در حوزه سلامت تأکید داشتند - مخصوصاً در کشورهایی مثل انگلیس و اسپانیا که این رویکردها را مشتاقانه و مصرانه دنبال می‌کردند - بعضاً از جریان اصلی خود خارج شدند. در بدو امر، قراردادهای 3Ps به‌عنوان مکانیسمی جهت اختفای هزینه‌های دولتی در تراژنامه‌های مالی پیشنهاد شدند و به‌عنوان راهبرد مالی مفید مورد تأیید قرار گرفتند؛ با این حال، نتوانستند مردم را متقاعد سازند که آنان به‌عنوان ذی‌نفعان اصلی در قلب چنین مشارکت‌هایی قرار دارند. یکی از نگرانی‌های مردم از این موضوع ناشی می‌شد که بخش دولتی به‌دلیل استفاده از 3Ps کنترل خود را در ارائه خدمات ضروری مانند بهداشت و آموزش از دست بدهد. برای پاسخ به این نگرانی‌ها، دولت‌ها به‌دنبال ایجاد مکانیسمی برای اطمینان‌بخشی به عموم مردم خواهند بود. برای مثال دولت می‌تواند خط مشی‌گذاری کند که برخی از خدمات اصلی به هیچ قیمتی نباید از طریق بخش خصوصی ارائه شوند. اغلب خدمات پزشکان و پرستاران در بیمارستان‌های دولتی، معلمان آموزشی در بخش دولتی و قضات دادگاه‌ها به‌عنوان خدمات اصلی در نظر گرفته می‌شوند که تأمین آن‌ها از وظایف دولت بوده؛ این درحالی است که دولت زیرساخت‌های حمایتی و خدمات جانبی آن دسته از خدماتی را که قابلیت ارائه توسط بخش خصوصی را دارند، تدارک و ایجاد کند (کمیسسیون اقتصادی سازمان ملل در اروپا، ۱۳۹۱). همچنین بسیاری از مردم با 3Ps آشنایی ندارند و آن را نوع دیگری از خصوصی‌سازی می‌دانند. لذا رایزنی دولت‌ها با ذی‌نفعان امری ضروری است که منوط به دادن اطلاعات درباره چیرستی مشارکت‌های دولتی - خصوصی به مردم است.

پروژه‌های 3Ps شامل انواع و سطوح بالاتری از ریسک در مقایسه با تدارکات عمومی مرسوم، خصوصی‌سازی و پروژه‌های برون‌سپاری است. از آنجایی که 3Ps شامل پیگیری

توافق‌های چندگانه است، یک انشقاق ذاتی در دنبال کردن همکاری به شکل بلندمدت وجود خواهد داشت و این انشقاق و چندپارگی ذاتی ریسک‌هایی را ایجاد می‌کند. علاوه بر این، موقعیت‌ها و شرایط غیرقابل کنترل، فقدان نیروهای بازار، تخصص ناکافی و هزینه بالای اجرای قرارداد ممکن است به ریسک‌های اضافی منجر شود (Bloomfield, 2006). نکته مهم آن است که این پیچیدگی‌ها در کشورهای در حال توسعه بیشتر خودنمایی می‌کند و بخش دولتی و خصوصی هم از افرادی با سطح فکری بالای اقتصادی و منطقی تشکیل شده است. بر همین اساس، تا زمانی که چشم‌انداز مشترکی وجود نداشته و ریسک بیشتر از منافع و مزایا باشد، متأسفانه هیچ‌کدام از طرفین وارد چنین شراکتی نخواهند شد. همچنین این ریسک‌ها را نمی‌توان به مشتری منتقل کرد؛ زیرا انجام این کار نباید منافع عمومی را تحت تأثیر قرار دهد (Marques & Berg, 2011). نکته مهم این است که علی‌رغم مداخله بخش خصوصی در پروژه‌های مرتبط با مشارکت دولتی - خصوصی، دولت باید همچنان نقش تنظیم‌کننده را به‌ویژه در بخش‌هایی (مانند حوزه سلامت) که پاسخ‌گویی در آن‌ها حیاتی است و منافع عمومی در معرض خطر قرار دارد، ایفا کند. به‌طور خاص بخش دولتی باید استانداردها را تنظیم کند و بر ایمنی، کارایی و کیفیت محصول نظارت داشته باشد و اطمینان حاصل نماید که شهروندان به محصولات و خدمات مورد نیاز دسترسی کافی خواهند داشت. به عبارت دیگر، با توجه به نظر جمالی (2004) مشارکت‌های دولتی - خصوصی بر نقش کمتر دولت دلالت ندارند؛ بلکه بر نقش متمایزی برای دولت تأکید می‌کنند. در همین راستا، بلانکن و دیولف (2010) پیشنهاد می‌کنند مقامات و تصمیم‌گیرندگان در زمینه امور بهداشتی باید آن دسته از عوامل تعیین‌کننده عملکرد و اثرگذار بر موفقیت را مورد نظر قرار دهند تا از توسعه بیمارستان‌های فاقد توانایی لازم برای واکنش مناسب به شرایط عدم اطمینان در زمینه‌های ضروری مرتبط با مشارکت جلوگیری کنند.

بنابر آنچه گفته شد، چارچوب توسعه‌یافته این تحقیق (شکل ۱) برای رسیدن به عملکردی قابل قبول، مجموعه‌ای از گام‌هاست که باید در تمهیدات مشارکت دنبال شوند و شامل یافتن پاسخ‌های کامل و عمیق‌تری است در جهت:

۱. شناخت کامل پیشران‌ها و عوامل انگیزشی در پذیرش مشارکت برای بسترسازی و خط‌مشی‌گذاری مشارکت‌ها در حوزه سلامت کشور (رجوع شود به بخش ۲-۴ و ۲-۵)؛
۲. شناسایی عوامل پیشرفت و موفقیت هر پروژه در فاز پیاده‌سازی و اجرا (رجوع شود به بخش ۲-۶)؛
۳. بررسی نتایج کوتاه‌مدت و پیامدهای بلندمدت یک پروژه مشخص برای ارزیابی عملکرد راهبرد مشارکت (رجوع شود به بخش ۲-۷)؛
۴. ارائه بازخورد برای تضمین موفقیت بیشتر پروژه در دست اجرا و اشاعه درس‌های آموخته‌شده برای کمک به تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری‌های آینده در خصوص مشارکت‌های بیشتر بین بخش دولتی و خصوصی.



شکل ۱. چارچوب نظری پژوهش برای توسعه راهبرد مشارکت دولتی - خصوصی

حوزه کاری مشارکت‌های دولتی - خصوصی همان حوزه کاری بخش عمومی است و دولت به دلایل مختلفی که گفته شد، به راهبرد 3Ps روی می‌آورد. بدیهی است وقتی درصد بالایی از ظرفیت بیمارستانی کشور فرسوده است و دولت امکان ساخت و تجهیز بیمارستان‌ها را ندارد، راهبرد 3Ps در این شرایط دیگر یک انتخاب نیست، بلکه الزام است. با این دید، دولت‌ها باید چالش‌های 3Ps را حل کنند، نه اینکه با بی‌مبالاتی جلوی توسعه آن‌ها را بگیرند. از طرفی تأکید می‌شود که سپردن بسیاری از وظایف به بخش خصوصی خوب است به شرط اینکه دولت را اثربخش‌تر، کارآمدتر، عدالت‌مدارتر و پاسخ‌گوتر کند و البته واضح است که همه وظایف دولتی را نمی‌توان به بخش خصوصی سپرد. فرایند 3Ps باید از طریق افزایش شفافیت و پاسخ‌گویی در پروژه‌ها مردم را در اولویت قرار دهد و از این طریق معیشت مردم، به‌ویژه محرومان اجتماعی و اقتصادی، را بهبود بخشد. در مطالعه گل‌خندان (۱۳۹۷) مشخص شد که درآمد سرانه با احتمال پسین ۹۸/۰ مهم‌ترین متغیر مؤثر بر سرانه هزینه‌های بخش سلامت در ایران بوده و این نتیجه بیانگر آن است که سلامت در کشور ما کالایی ضروری به حساب می‌آید. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود خدمات سلامت از طریق بودجه‌های عمومی تأمین مالی گردد و دخالت دولت در ارائه این خدمات ضروری است.

گسترش مشارکت‌های دولتی - خصوصی یکی از موضوعات روز کشور بوده و هرچند در برنامه پنجم و ششم توسعه هم لحاظ شده، در عمل موافقان و مخالفان خود را در حوزه سلامت کشور دارد. تحقیق پیش‌رو به‌منظور کمک به تصمیم‌گیرندگان برای تعدیل

آگاهی‌ها، نگرش‌ها و کنش‌هایشان انجام شده و با بررسی مزایا و چالش‌ها و استفاده از شواهد و انتقادهایی که بعد از گذشت سال‌های طولانی از اجرای سیاست مشارکتی در پاره‌ای از کشورها در حال بروز و ظهور است و در نهایت با جمع‌بندی ابعاد مختلف موضوع، چارچوبی آگاهانه و محتاطانه را در جهت پذیرش و اجرای این استراتژی و برای رسیدن به عملکردی رضایت‌بخش در راستای سیاست‌های کلی نظام سلامت کشور ارائه کرده است. پیشنهاد می‌شود تحقیقات آینده، با مطالعات موردی بیشتر، پروژه‌های مشارکت دولتی - خصوصی را از ابعاد مختلف این چارچوب نظری، در حوزه سلامت کشور عمیقاً مورد بررسی قرار دهند و توصیه‌های کاربردی و مفصل‌تری را به سیاست‌گذاران حوزه‌های مربوطه ارائه دهند.

۴. توصیه‌های سیاستی

در راستای سیاست‌های کلی نظام سلامت مبتنی بر تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخ‌گویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی مطلوب، راهبرد مشارکت‌های دولتی - خصوصی نیز باید مورد توجه ویژه سیاست‌گذاران حوزه بهداشت و درمان کشور قرار گیرد. اما همان‌طور که بیان شد، به دلیل ویژگی‌ها و محدودیت‌های بخش سلامت و کشورهای در حال توسعه، در نظر گرفتن جوانب موضوع در اینجا اهمیت بیشتری می‌یابد و به‌طور خلاصه با هدف بهبود مسائل این حوزه، شامل این اقدامات و توصیه‌ها می‌شود:

۱. ایجاد زمینه برای شروع مشارکت‌ها در کشور: با توجه به مراحل رشد مشارکت‌ها، دولت‌ها باید از اجرای تند و شتابزده پروژه‌ها، قبل از ایجاد بسترهای مناسب در کشورهای در حال توسعه، پرهیز نمایند تا خود را در معرض خطر تکرار اشتباهات رخ داده در برخی از کشورها قرار ندهند و از سوی دیگر با توجه نیازهای روزافزون حوزه سلامت، در زمینه‌سازی توسعه راهبردهای مشارکتی بین بخش دولتی و خصوصی اهتمام جدی کنند.

۲. قضاوت در مورد مناسب بودن راهکار مشارکت برای پروژه مشخص: با بررسی عمیق‌تر اهداف و انگیزه‌های طرفین و شناخت ضعف‌ها، قوت‌ها، فرصت‌ها و تهدیدهای انواع مختلف مدل‌های مشارکت، باید به قضاوت درستی در مورد مناسب بودن استراتژی مشارکت رسید. راهکارها یا مدل‌ها به‌منظور استفاده از 3Ps در حوزه سلامت عمدتاً باید شامل آن دسته از مواردی باشند که با هزینه کمتری همراه بوده، ریسک اندکی داشته و از اثربخشی و عدالت بیشتری برخوردار باشند.

۳. ضمانت شرایط پیشرفت فرایندها برای توسعه مشارکت: ضمن شناخت و فراهم کردن عوامل موفقیت کلیدی پروژه‌های مشارکتی، تجربه 3Ps اولیه را باید با قراردادهای معین‌تر و کوتاه‌مدت‌تر آغاز کرد که ریسک کمتر و ضمانت بیشتری دارند. همچنین در صورت مصمم بودن ذی‌نفعان در پیشبرد اهدافشان، چالش‌های موجود می‌تواند موجب توسعه نهادها، روش‌ها و فرایندهای مورد نیاز گردد و امکان مشارکت‌های پیچیده‌تر

و طولانی‌تر را در آینده فراهم آورد.

۴. **ارزیابی عملکرد و ارائه بازخورد:** در نهایت ارزیابی عملکرد به صورت محدود (دستیابی به اهداف مشخص قرارداد) و به طور گسترده که پیامدها و مزایای وسیع‌تری از پروژه را برای سازمان‌های شریک، شهروندان و کاربران سرویس و خدمات (فراتر از پروژه یا خود برنامه) مشخص می‌کند، می‌تواند مبنای تصمیم‌گیری سیاست‌گذاران این حوزه باشد. شاید اولین پروژه‌ها نتایج مورد انتظار در قراردادها را تأمین نکنند، ولی از این جهت که می‌توانند به‌مثابه تجربه‌های پیشین مورد توجه متولیان امر برای توسعه پروژه‌های پیش‌روی قرار گیرند، به‌خودی‌خود بسیار ارزشمندند.

تشکر و قدردانی

از عوامل مجموعه بیمارستان‌های محب که در درک عمیق‌تر این موضوع سهم بسزایی داشته‌اند، قدردانی می‌شود. این مقاله حاصل بخشی از رساله دکتری با عنوان مشارکت‌های چندبخشی در حوزه سلامت، در مقطع دکتری تخصصی مدیریت دولتی بوده است.

ملاحظات اخلاقی

حامی مالی

این مقاله حامی مالی ندارد.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت کرده‌اند.

تعارض منافع

بنابه اظهار نویسندگان، در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

تعهد کپی‌رایت

طبق تعهد نویسندگان، حق کپی‌رایت (CC) رعایت شده است.

References

- Allard, G., & Cheng, A. (2009). "Public-Private Partnerships in the Spanish Health Care Sector". *European Public Private Partnership Law Review*, 2(1), 82–87. from: <https://www.jstor.org/stable/26696214>
- Alvani, M. (2005). "Challenges of modern administrative management". *Peyk Noor*, 3(3), 2–10. from: <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=127428> (Persian)
- (2007). *Decision and policy making of the government*. Tehran: SAMT. (Persian)
- Ball, R., Heafey, M., & King, D. (2007). "The Private Finance Initiative in the UK". *Public Management Review*, 9(2), 289–310. [DOI: [10.1080/14719030701340507](https://doi.org/10.1080/14719030701340507)]
- Barlow, J., Roehrich, J. K., & Wright, S. (2013). "Europe Sees Mixed Results of Public-Private Partnerships for Building and Managing Health Care Facilities and Services". *Health Affairs*, 32(1), 146–154. [DOI: [10.1377/hlthaff.2011.1223](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1223)]
- Barr, D. A. (2007). "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), 19–25. [DOI: [10.2105/AJPH.2005.075614](https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.075614)]
- Baru, R. V., & Nundy, M. (2008). "Blurring of Boundaries: Public–Private Partnerships in Health Services in India". *Economic and Political Weekly*, 26(1), 62–71. from: <https://www.jstor.org/stable/40277081>
- Blanken, A., & Dewulf, G. P. M. R. (2010). "PPPs in Health: Static or Dynamic?". *Australian Journal of Public Administration*, 69(1), 35–47. [DOI: [10.1111/j.1467-8500.2009.00656.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8500.2009.00656.x)]
- Bloomfield, P. (2006). "The Challenging Business of Long-Term Public–Private Partnerships: Reflections on Local Experience". *Public Administration Review*, 66(3), 400–411. from: <http://www.jstor.org/stable/3843920>
- Bovaird, T. (2004). "Public–Private Partnerships: From Contested Concepts to Prevalent Practices". *International Review of Administrative Sciences*, 70(2), 199–215. [DOI: [10.1177/0020852304044250](https://doi.org/10.1177/0020852304044250)]
- Economic Commission of the United Nations in Europe. (2012). *Improving proper governance in governmental-private contribution* (translated into Farsi by Mehdi Barzegar and Soheila Koochak Yazdi. Tehran: Ebadifar Publication. (Persian)

- Frederickson, H. G. (1996). "Comparing the Reinventing Government Movement with the New Public Administration". *Public Administration Review*, 56(3). [DOI: 10.2307/976450]
- Gestel, K. V., Willems, T., Verhoeft, K., Voets, J., & Garsse, S. V. (2014). "Public–Private Partnerships in Flemish Schools: A Complex Governance Structure in a Complex Context". *Public Money & Management*, 34(5), 363–370. [DOI: 10.1080/09540962.2014.945808]
- Girth, A. M. (2014). "What Drives the Partnership Decision? Examining Structural Factors Influencing Public–Private Partnerships for Municipal Wireless Broadband". *International Public Management Journal*, 17(3), 344–364. [DOI: 10.1080/10967494.2014.935240]
- Golkhandan, A. (2018). "Analyzing the income fluctuation of Iran's health system". *Quarterly Journal of the Macro and Strategic Policies*, 6(3), 376–396. [DOI: 10.32598/JMSP.6.3.376] (Persian)
- Hodge, G. A., & Greve, C. (2007). "Public–Private Partnerships: An International Performance Review". *Public Administration Review*, 67(3), 545–558. from: <https://www.jstor.org/stable/4624596>
- Hood, Ch. (1991). "A Public Management for All Seasons?". *Public Administration*, 69(1). [DOI: 10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x]
- Huanming, W., Xiong, W., Wu, G., & Zhu, D. (2017). "Public–private partnership in Public Administration discipline: a literature review." *Public Management Review*. [DOI: 10.1080/14719037.2017.1313445]
- Hughes, E. (1998). *Public Management & Administration*. 2nd ed. Maxmillan Press
- Jamali, D. (2004). "Success and Failure Mechanisms in Public Private Partnerships (PPPs) in Developing Countries: Insights from the Lebanese Context". *International Journal of Public Sector Management*, 17(5), 414–30. [DOI: 10.1177%2F0951484816663777]
- Jarahi, A. (2011). *The possibility of governmental and non-governmental contribution in developing medical service of Tehran's medical university*. MA Thesis, Faculty of Management, Tehran University, Tehran. (Persian)
- Jeffares, S., Sullivan, H., & Bovaird, T. (2013). "Beyond the Contract: The Challenge of Evaluating the Performance of Public–Private Partnerships". In G. Hodge & C. Greve (eds.), *Book: Rethinking Public–Private Partnerships: Strategies for Turbulent Times*.

New York: Routledge.

- Kiayi, P. (2013). *Analyzing the problems of encouraging governmental-private contribution in national projects: a synthetic method*. Faculty of Sociology and Management, Tarbiat Modares University, Tehran. (Persian)
- Klijn, E. H., & Koppenjan, J. (2016). "The Impact of Contract Characteristics on the Performance of Public–Private Partnerships: Results from a Survey among PPP Projects in the Netherlands". *Public Money & Management*, 36(6), 455–462. [DOI: [10.1080/09540962.2016.1206756](https://doi.org/10.1080/09540962.2016.1206756)]
- Koppenjan, J., & Enserink, B. (2009). "Public–Private Partnerships in Urban Infrastructures: Reconciling Private Sector Participation and Sustainability". *Public Administration Review*, 69(2), 284–296. [DOI: [10.1111/j.1540-6210.2008.01974.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2008.01974.x)]
- Kuhn, T. (1962). *The Structure of Scientific Revolution*. Chicago: Chicago University of Chicago Press.
- Legido-Quigley, H., Otero, L., la Parra, D., Alvarez-Dardet, C., Martin-Moreno, J. M., & McKee, M. (2013). "Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system?". *BMJ: British Medical Journal*, 346, 346–363. [DOI: [10.1136/bmj.f2363](https://doi.org/10.1136/bmj.f2363)]
- Malatesta, D., & Carboni, J. L. (2014). "The Public–Private. Distinction: Insights for Public Administration from the State Action. Doctrine". *Public Administration Review*, 75 (1), 63–74. [DOI: [10.1111/puar.12272](https://doi.org/10.1111/puar.12272)]
- Marques, R. C., & Berg, S. (2011). "Public–Private Partnership Contract: A Tale of Two Cities with Different Contractual Arrangements". *Public Administration*, 89(4), 1585–1603. [DOI: [10.1111/j.1467-9299.2011.01944.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2011.01944.x)]
- McCourt, W. (2002). "New Public Management in Developing Countries". In Kate McLaughlin, Stephen P. Osborne & Ewan Ferlie (eds.), *New Public Management: Current trends and Future Prospects*. Routledge.
- McKay S., Murray, M., Macintyre, S., & Kashyap, A. (2015). "Evidence-based policymaking and the public interest: lessons in legitimacy". *Town Planning Review*, 86(2), 154–133. [DOI: [10.3828/tpr.2015.9](https://doi.org/10.3828/tpr.2015.9)]
- McKee, M., Edwards, N., & Atun, R. (2006). "Public Private–Partnerships for Hospitals". *Bulletin of the World Health Organisation*, 84(1), 890–5.
- McNabb, D. E. (2016). *Research methods for political sciences* (translated into Farsi by

- Reza Vaezi and Mohammad Sadegh Azmand). Tehran: Safar Publication. (Persian)
- Mouraviev, N., & Kakabadse, N. K. (2014). "Public–Private Partnerships in Russia: Dynamics Contributing to an Emerging Policy Paradigm". *Policy Studies*, 35(1), 79–96. [DOI: [10.1080/01442872.2013.875140](https://doi.org/10.1080/01442872.2013.875140)]
- OECD. (2008). "Public–Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money". *Public Governance and Territorial Development Directorate Public Governance Committee*. Paris: OECD Publishing.
- Osborne, S. P. (2000). *Public–Private Partnerships: Theory and Practice in International Perspective*. London: Routledge.
- Petersen, O. H. (2007). "Regulation of Public–Private Partnerships: The Danish Case". *Public Money & Management*, 30(3), 175–182. [DOI: [10.1080/09540961003794345](https://doi.org/10.1080/09540961003794345)]
- Petmesidou M., & Guillen, A. M. (2008). "Southern-style National Health Services? Recent Reforms and Trends in Spain and Greece". *Social Policy & Administration*, 42, 106-124. [DOI: [10.1111/j.1467-9515.2008.00598.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2008.00598.x)]
- Reeves, E. (2015). "A Review of the PPP Experience in Ireland: Lessons for Comparative Policy Analysis". *Journal of Comparative Policy Analysis*, 17(5), 467–480. [DOI: [10.1080/13876988.2015.1023018](https://doi.org/10.1080/13876988.2015.1023018)]
- Robert O. K., & Albert, P. C. (2015). "Review of Studies on the critical Success Factors for PPP Projects from 1990 to 2013". *International Journal of Project Management*, 33, 1335–1346. [DOI: [10.1016/j.ijproman.2015.02.008](https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2015.02.008)]
- Roberts, A. S. (2000). "Less Government, More Secrecy: Reinvention and the Weakening of Freedom of Information Law". *Public Administration Review*, 60(4), 308–320. [DOI: [10.1111/0033-3352.00093](https://doi.org/10.1111/0033-3352.00093)]
- Rosenbloom, D. H. (1998). "Public Administration: Understanding Management, Politics, and Law in The Public Sector". 4th ed. McGraw-Hill, Inc.
- Sadeghi, A., Baštani, P., & Barati, O. (2018). "Governmental-private contribution in developing medical services of the country: lessons from an experience". *Journal of Military Medicine*, 20(4), 371–381. from: <http://militarymedj.ir/article-1-1736-fa.html> (Persian)
- Sekhri, N., Feachem, R., & Ni, A. (2011). "Public–Private Integrated Partnerships Demonstrate the Potential to Improve Health Care Access, Quality, And Efficiency".

- Health Affairs*, 30(8), 1498–507. [DOI: [10.1377/hlthaff.2010.0461](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0461)]
- Seong K., Dhanakorn, M., Hwang, E., & Chang, Ch. K. (2018). "Public-private partnerships in developing countries: Factors for successful adoption and implementation." *International Journal of Public Sector Management*, 32(4), 334–351. [DOI: [10.1108/IJPSM-01-2018-0001](https://doi.org/10.1108/IJPSM-01-2018-0001)]
- Shaoul, J. (2011). "Sharing Political Authority with Finance Capital: The Case of Britain's Public Private Partnerships". *Policy and Society*, 30, 209–220. [DOI: [10.1016/j.polsoc.2011.07.005](https://doi.org/10.1016/j.polsoc.2011.07.005)]
- Sharma, V., & Seth, P. (2011). "Effective Public Private Partnership through E-Governance Facilitation". *Journal of E-Governance*, 34(1), 15–25. [DOI: [10.3233/GOV-2011-0239](https://doi.org/10.3233/GOV-2011-0239)]
- Siemiatycki, M. (2015). "Public–Private Partnerships in Canada: Reflections on Twenty Years of Practice". *Canadian Public Administration*, 58(3), 343–362. [DOI: [10.1111/capa.12119](https://doi.org/10.1111/capa.12119)]
- Tahmasebi, R. (2011). *An introduction to theories of governmental management*. Tehran: SAMT. (Persian)
- Torchia, M. T., Calabro, A., & Morner, M. (2015). "Public–Private Partnerships in the Health Care Sector: A systematic review of the literature". *Public Management Review*, 17(2), 236–261. [DOI: [10.1080/14719037.2013.792380](https://doi.org/10.1080/14719037.2013.792380)]
- Vares, H. (2001). "Meta-paradigmatic perspective towards governmental management". *Journal of Management Knowledge*, 14(55), 51–81. from: <http://ensani.ir/fa/article/18078> (Persian)
- Vecchi, V., Hellowell, M., & Longo, F. (2010). "Are Italian Healthcare Organizations Paying too much for their Public–Private Partnerships?". *Public Money Management*, 30(2), 125–32. [DOI: [10.1080/09540961003665586](https://doi.org/10.1080/09540961003665586)]
- Wang, Y., & Zhao, Z. J. (2014). "Motivations, Obstacles, and Resource". *Public Performance & Management Review*, 37(4), 679–704.
- Willems, T., & Dooren, W. V. (2016). "Politicization Dynamics in Public–Private Partnerships: Lessons from a Comparison between UK and Flemish PPP Policy". *Public Management Review*, 18(2), 199–220. [DOI: [10.1080/14719037.2014.969759](https://doi.org/10.1080/14719037.2014.969759)]
- Williams, D. W. (2000). "Reinventing The Proverbs of Government". *Public Administration*

Review, 60(6). from: <https://www.jstor.org/stable/977435>

Yang, Y., Hou, Y., & Wang, Y. (2013). "On the Development of Public–Private Partnerships in Transitional Economies: An Explanatory Framework". *Public Administration Review*, 73(2), 301–310. [DOI: [10.1111/j.1540-6210.2012.02672.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2012.02672.x)]

Zhang, Y. (2015). "The Formation of Public–Private Partnerships in China: An Institutional Perspective". *Journal of Public Policy* 35, 329–354. [DOI: [10.1017/S0143814X15000185](https://doi.org/10.1017/S0143814X15000185)]