

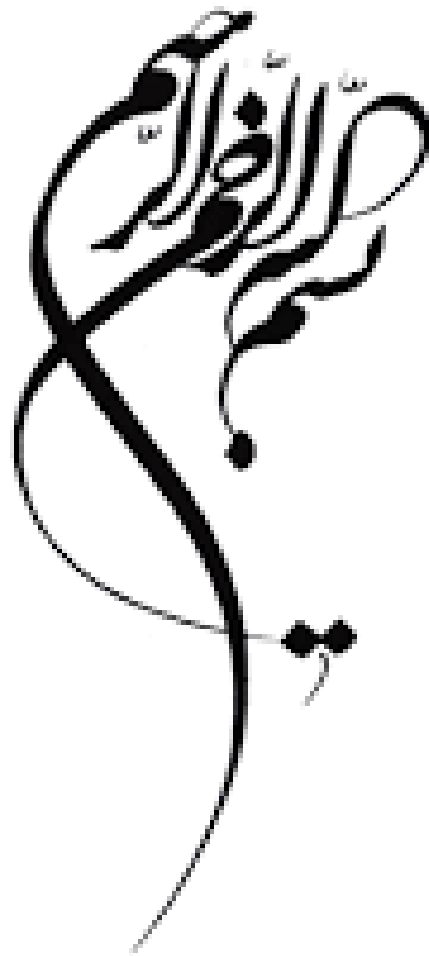


اتاق بازرگانی، صنایع، معادن و کشاورزی تهران



گزارش نهایی پروژه

# "بررسی چگونگی خصوصی سازی در بخش بهداشت و درمان کشور"



## مجری

دکتر فرزاد پیرویان

استادیار و رئیس گروه اقتصاد و مدیریت دارو- دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

## اعضای تیم پژوهش

دکتر زهرا شریف- دستیار اقتصاد و مدیریت دارو، دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر راضیه احمدی- دستیار اقتصاد و مدیریت دارو، دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

## با همکاری

دکتر محمد علی عیوضی- دستیار اقتصاد و مدیریت دارو، دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر سیده فرناز افضل- دستیار اقتصاد و مدیریت دارو، دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

## با حمایت و نظارت

دکتر حمیدرضا راسخ- استاد دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

زمستان ۱۳۹۶

## فهرست

۱- مقدمه	۶
۱-۱ ضرورت انجام پژوهش	۶
۱-۲ اهداف پروژه...	۸
۲- پیشینه تحقیق	۹
۲-۱ تعاریف	۹
۲-۲ اهداف خصوصی سازی در نظام سلامت	۱۰
۲-۳ مشکلات خصوصی سازی در خدمات سلامت	۱۲
۲-۴ روش های مشارکت بخش خصوصی در نظام سلامت	۱۳
۲-۴-۱ مقدمه	۱۳
۲-۴-۲ مدل های مشارکت بخش عمومی- خصوصی (PPP)	۱۵
۳- روش انجام پژوهش	۳۰
۴- نتایج	۳۳
۴-۱ مرور سیستماتیک مطالعات انجام شده در حوزه خصوصی سازی در نظام سلامت	۳۳
۴-۱-۱ استراتژی جستجو	۳۳
۴-۱-۲ نتایج بررسی متون	۳۵
۴-۱-۳ جمع بندی بررسی متون	۳۷
۴-۲ مصاحبه های نیمه ساختار یافته	۳۸
۴-۲-۱ مصاحبه شوندگان	۳۸
۴-۲-۲ پیاده سازی و تحلیل کیفی مصاحبه های انجام شده	۳۹
۴-۲-۳ مضامین و کدهای استخراج شده	۴۱
۴-۲-۴ جمع بندی مصاحبه ها	۵۰
۴-۳ خصوصی سازی در نظام های سلامت کشورهای منتخب	۵۵

۵۵.....	۴-۳-۱ انگلستان
۶۱.....	۴-۳-۲ ترکیه
۶۸.....	۴-۳-۳ آمریکا
۷۵.....	۴-۳-۴ کانادا
۷۹.....	۴-۳-۵ تایلند
۸۱.....	۴-۳-۶ سایر کشورهای غربی و اروپایی
۸۵.....	۴-۳-۷ جمع بندی بررسی تجارب سایر کشورها
۸۷.....	۴-۴ نتایج بررسی حقوقی
۹۴.....	۴-۵ نتایج برگزاری نشست خبرگان و ارائه راهکارهای نهایی
۹۵.....	۴-۵-۱ پیش از ورود بخش خصوصی به نظام سلامت
۹۶.....	۴-۵-۲ نوع ورود بخش خصوصی به نظام سلامت
۹۷.....	۴-۵-۳ پس از ورود بخش خصوصی به نظام سلامت
۹۹.....	۵- منابع
۱۰۵.....	۶- پیوست ها
۱۰۵.....	۶-۱ پیوست شماره ۱- جدول استخراج داده های مقالات مرور نظام مند
۱۰۹.....	۶-۲ پیوست شماره ۲- جدول لیست مصاحبه شوندگان

## ۱- مقدمه

### ۱-۱ ضرورت انجام پژوهش

در طول دو دهه گذشته ظرفیت و توانمندی های دولت برای تدارک کارآمد و اثر بخش خدمات سلامت مورد بازبینی های مکرر قرار گرفته است. مباحث بیان شده گویای این موضوع است که علاوه بر ناکافی بودن منابع مالی دولتی، خدمات دولتی فاقد کیفیت مناسب و کارایی در سطوح مختلف است. همچنین خدمات دولتی از تخصیص نامتوازن منابع و مدیریت ضعیف رنج می برد. وجود بروکراسی ها و مسئولیت های سنگین بر دوش دولت از توان این بخش جهت همگام شدن با تغییرات کاسته، در حالی که انتظارات عموم مردم افزایش می یابد.

طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی<sup>۱</sup> کشورها در حال افزایش است و در این میان تامین مالی توسط بخش دولتی پاسخگوی مخارج در حال رشد سیستم سلامت نمی باشد. دولت ها در جهت پاسخ به این مشکلات، به استراتژی های متنوعی از جمله استفاده از ظرفیت های بخش خصوصی روی آورده اند. در واقع مشارکت بخش خصوصی و حرکت به سمت تمرکز زدایی و خصوصی سازی یکی از مهمترین ارکان اصلاحات نظام سلامت در کشور ها می باشد [۱].

نظام سلامت ایران در محیطی با تغییرات سریع اجتماعی، اقتصادی و فنی عمل می کند که این امر منجر به ایجاد چالش ها و تنش های متعدد در فضای اقتصادی می شود. در پاسخ به مشکلات و چالش های برخاسته از نیاز به عدالت، کیفیت و اثربخشی انجام اصلاحاتی با خصوصیات بنیادین، هدفمند و پایدار در نظام سلامت بسیار ضروری است.

طرح تحول سلامت در نظام بهداشتی و درمانی با ایران با اهدافی چون کاهش پرداخت از جیب، کاهش هزینه های کمرشکن، و افزایش پاسخگویی نظام سلامت در سال ۱۳۹۳ آغاز شد. بر اساس گزارش موسسه بلومبرگ

---

<sup>۱</sup> Gross Domestic Product

و آمارهای سازمان بهداشت جهانی، رتبه نظام بهداشتی درمانی ایران از رتبه ۵۲ در سال ۲۰۰۹ به رتبه ۳۰ در سال ۲۰۱۶ بین ۱۹۰ کشور دنیا ارتقا یافته است [۲].

با این وجود همچنان یکی از مهم ترین دغدغه های سیاستگذاران در بخش درمان و کارکردهای تولید و تامین مالی گرفتاری شدید به تمرکزگرایی است همانطور که اشاره شد، تمرکززدایی و خصوصی سازی به عنوان فرآیندی در راستای ارتقای نظام سلامت و بخشی از اصلاحات گسترده جهت ارتقای برابری، کارآیی، کیفیت و توجیه اقتصادی شناخته شده اند و در سراسر دنیا به ویژه کشورهای آمریکای لاتین، آسیا، اروپا و آفریقا از چهل سال پیش به نحوی در حال انجام است. در ایران علی رغم تصویب قوانین متعدد در دهه های گذشته اقدام عملی چندانی در این زمینه صورت نگرفته است و در طول دهه های گذشته نظام سلامت به غیر از اصلاح استراتژی مراقبت های بهداشتی اولیه، کمتر اصلاحات اساسی به خود دیده است. به علاوه بیش از ۶۰ درصد صنایع دارویی دولتی و یا شبه دولتی هستند [۳] و با وجود ظرفیت ها و امکاناتی، مانند انحصار تولید و محدود کردن واردات، که سیاست گذاران در اختیار این صنعت قرار داده اند در مقایسه با سایر کشورهای منطقه و باقی کشورهای توسعه یافته چندانی نداشته است و به نظر می رسد صنایع داروسازی توان رقابت در عرصه های جهانی را نداشته باشند.

با این وجود به نظر می رسد زمینه برای این قبیل اصلاحات در سال های اخیر با تصویب سیاست های بالا دستی و برنامه های کلان توسعه در راستای خصوصی سازی و واگذاری برخی واحدها و بخش های ارائه کننده خدمات و پشتیبانی به بخش های غیر دولتی صورت گرفته است.

از آنجا که رویکردهای به کار گرفته شده برای انجام اصلاحات در کشورهای مختلف همیشه موفقیت آمیز نبوده است و در اصلاحات نظام سلامت نمی توان از یک فرمول واحد جهانی و حتی منطقه ای تبعیت کرد؛ بایستی به تاریخچه، ظرفیت ها، ارزش ها و فرهنگ ملی توجه کرده و با کسب اطلاعات کافی و ابزار مناسب نسبت به طراحی اصلاحات اقدام نمود. با اعتقاد به اینکه طراحی و اجرای مدل مناسب خصوصی سازی بر روند

اصلاحات موثر بوده و می تواند پروژه اصلاحات نظام سلامت کشور را بی نیاز از بسیاری از دخالت های دولتی و هدر رفت سرمایه ها کند، این پژوهش طراحی می گردد.

## ۲-۱ اهداف پروژه

### هدف اصلی :

- بررسی چگونگی آزادسازی و گسترش خصوصی سازی در بخش بهداشت و درمان کشور با هدف تهیه و تدوین الگوی جامع عملیاتی جهت پیشنهاد به سازمان های سیاست گذار

### اهداف فرعی :

- ارزیابی ظرفیت های قانونی، ساختاری و موارد امکان پذیر مرتبط با خصوصی سازی در حوزه سلامت
- ارزیابی تجارب سایر کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه در آزادسازی و خصوصی سازی بخش بهداشت و درمان و استخراج الگوهای برتر
- مقایسه وضعیت ایران در زمینه آزادسازی و خصوصی سازی بخش بهداشت و درمان با سایر کشورها
- راهکارهای عملیاتی جهت آزادسازی و خصوصی سازی بخش بهداشت و درمان کشور



## ۲- پیشینه تحقیق

### ۲-۱ تعاریف

خصوصی سازی یکی از اصول چهار گانه "اصلاحات ساختاری" در علم اقتصاد است. خصوصی سازی فرآیندی است که در طی آن دولت امکان انتقال وظایف و دارائی های خود را به بخش خصوصی فراهم می کند. این مفهوم در تعاریف جدیدتر بر اساس مکانیزم های بازار و در نتیجه دگرگونی و تحول در ابعاد مختلف اقتصاد است. از این رو خصوصی سازی اصطلاحی فراگیر و متنوع است که به کنترل عملیاتی و مالی مؤسسات دولتی و واگذاری به بخش خصوصی اشاره می کند و به عبارت دیگر حذف هر نوع کنترل و دخالت در برقراری مکانیزم عرضه و تقاضا است. با نگاهی به تعاریف متعدد می توان مفاهیمی از قبیل بهبود عملکرد، انتقال مالکیت و مدیریت، آزادسازی، بازارگرا کردن بنگاه ها و اقتصاد، ایجاد شرایط رقابت کامل و حذف مقررات دست و پا گیر دولتی را نیز از جمله مفاهیم خصوصی سازی دانست [۴].

سازمان بهره وری آسیا<sup>۲</sup> در جلسه ای پیرامون مقوله خصوصی سازی که برای کشورهای عضو در شهر جاکارتای اندونزی برگزار کرد به مفاهیمی چون: برگرداندن بنگاههای دولتی شده به بخش خصوصی، حاکم کردن شرایط رقابت کامل بر واحدهای دولتی (مقررات زدایی) و آزادسازی یا انتقال کامل کنترل قانونی بنگاه ها، برای تعریف خصوصی سازی اشاره داشتند. اما به طور کلی تعریف ارائه شده توسط «بانک جهانی» یعنی «انتقال مالکیت یا کنترل بنگاههای اقتصادی از دولت به بخش خصوصی» را می توان به عنوان تعریف خصوصی سازی پذیرفت [۵].

در سیستم سلامت، اصطلاح "خصوصی سازی" با کاهش آرایه خدمات دولتی، کاهش یارانه، و کاهش مقررات و بوروکراسی های غیر ضروری در حوزه خدمات پیشگیری یا درمانی همراه است. خصوصی سازی در نظام سلامت شامل طیف وسیعی از قراردادها<sup>۳</sup> به جای فروش دارایی های بخش دولتی به خصوصی می باشد. در

<sup>۲</sup> Asian Productivity Organisation (APO)

<sup>۳</sup> contracting-out, contract management, and load-shedding

همین راستا خصوصی سازی در نظام سلامت به ندرت شامل واگذاری کلیه برنامه های نظام سلامت به بخش خصوصی می باشد و اغلب به صورت مشارکت بخش خصوصی با عمومی<sup>۴</sup> صورت می گیرد [۶].

## ۲-۲ اهداف خصوصی سازی در نظام سلامت

در طول دو دهه گذشته، دولت ها در اغلب نقاط جهان با مشکلاتی همچون افزایش هزینه ها و منابع محدود در نظام سلامت روبرو بوده اند که این روند سبب شکل گیری اصلاحات در نظام های سلامت گردیده است. خصوصی سازی و تمرکز زدایی یکی از بزرگترین تغییرات ساختاری در برنامه های اصلاحات سیستم های سلامت به هدف مشارکت بخش خصوصی بوده است. همانطور که بررسی ها نشان می دهد استراتژی تعریف شده مورد توافقی برای انجام تمرکز زدایی وجود ندارد و تمرکز زدایی باید مبتنی بر شرایط سیاسی، مدیریتی و سازمانی کشور صورت پذیرد.

انتقال فعالیتها از بخش دولتی به بخش خصوصی عمدتاً موجب کاهش در هزینه ها و افزایش درآمد می شود. در همین راستا کاهش تصدی گری دولت در فرآهم آوردن خدمات سلامت سبب کاهش بار مالی بخش دولتی از طریق بهبود کارایی استفاده از منابع و توافق بر ترکیب خدمات و هزینه ها می گردد [۴].

فورد و همکاران در سال ۱۹۹۲ در مطالعه ای ضمن بررسی عملکرد بیمارستانهای دولتی در استرالیا و لزوم تغییر ساختار بیان می کنند که یکی از مهمترین اهداف خصوصی سازی افزایش اثربخشی خدمات ارائه شده از طریق بهبود پاسخگویی و افزایش کیفیت خدمات ارائه شده می باشد [۷].

یک مطالعه مروری در سال ۲۰۱۲ در خصوص ارزیابی عملکرد بیمارستان های دولتی در چند کشور در حال پیشرفت نشان داد که به طور متوسط کارایی بیمارستانهای دولتی در حوزه پاسخگویی و مسیولیت پذیری، کیفیت ارائه خدمات، و رضایت بیماران پایین تر از بیمارستان های خصوصی است که در همان زمینه به

---

<sup>۴</sup> Public-Private Partnership (PPP)

فعالیت مشغول هستند. نتایج همچنان بیان می کنند که بیمارستان های دولتی به خصوص در کشورهای در حال توسعه در فضایی کاملا تحت کنترل عمل می کنند که در آن دولت مالک بوده و مدیریت آن صرفا یک عامل است [۸].

بنابراین از مهمترین اهداف خصوصی سازی در نظام سلامت میتوان به موارد زیر اشاره کرد:

- غلبه بر مشکل منابع مالی محدود در قبال حجم منابع مالی مورد نیاز برای برطرف ساختن نیازهای اساسی سلامت
- ضرورت تغییر نقش دولت از سرمایه گذاری، اجرا و بهره برداری در پروژه های زیرساختی به سیاست گذاری و تنظیم کنندگی مقررات و نظارت بر کیفیت و کمیت خدمات ارائه شده
- اجرا و تأمین مالی پروژه های عمومی توسط بخش خصوصی، بهره برداری و ارائه خدمات به همراه سرمایه گذاری توسط بخش خصوصی و انتقال بخش عمده ای از ریسک از دولت به بخش خصوصی
- افزایش بهره وری، کارایی و اثربخشی انجام پروژه ها توسط بخش خصوصی از طریق کاهش بهای تمام شده، صرفه جویی در منابع و در نتیجه افزایش سودآوری با حفظ کیفیت اجرای خدمات
- ایجاد انگیزش در نوآوری و خلق ایده های جدید در هر یک از مراحل مطالعه و طراحی، اجرا و بهره برداری
- ارتقای کیفیت و توسعه پایدار در ارائه خدمات از طریق افزایش پاسخگویی و مسئولیت پذیری اجتماعی
- افزایش عدالت در سطح ملی، از طریق سرریز منابع از مناطق برخوردارتر به سوی مناطق فقیرتر

## ۲-۳ مشکلات خصوصی سازی در خدمات سلامت

اصلی ترین فرضیه زیر بنایی خصوصی سازی این است که از طریق افزایش رقابت در بازار این امکان وجود دارد تا بتوان آزادی انتخاب مصرف کنندگان و استقلال فرآهم کنندگان خدمت را به حداکثر رسانده که نهایتاً منجر به افزایش کارایی و کاهش هزینه می شود. با این وجود تعدادی از اقتصاد دانان معتقدند که پارادایم رقابت بازار نمی تواند در مورد بازار سلامت به کار گرفته شود [۹].

یکی از فرضیه های بازار رقابتی این است که مصرف کنندگان دانش و مهارت لازم برای انتخاب آزادانه خدمات موجود در بازار را دارند. این در حالی است که عدم تقارن اطلاعات<sup>۵</sup> در بین مصرف کنندگان خدمات سلامت سبب می شود که این فرضیه در نظام سلامت کاربردی نداشته باشد [۱۰], [۶].

یکی دیگر از نگرانی ها درباره رقابت بازار این است که این احتمال وجود دارد که برخی از فرآهم کنندگان خدمات سلامت، انحصاری تشکیل داده و این امر سبب افزایش تعرفه ها شود، مگر اینکه از طریق وضع قانون و دخالت دولت ها تنظیماتی صورت بگیرد [۱۰], [۷].

همچنین یکی دیگر از مواردی که در بازار آزاد سلامت مورد بحث قرار می گیرد این است که شرکت های بیمه ای خصوصی می توانند در این شرایط به روشی عمل کنند که سبب افزایش سود و کاهش ریسک آنها گردد [۱۱]. سرانجام تحت سیستم باز، پرداخت کارانه یا پرداخت به ازای خدمت<sup>۶</sup> فرآهم کنندگان خدمات می تواند روندهای تشخیصی و درمانی غیر ضروری را در صورت نبود نظارت به نظام سلامت تحمیل کند [۱۰].

به دلیل موارد شکست بازار که در بالا توضیح داشته شد، مخالفان خصوصی سازی بیان می کنند که به منظور تامین حفاظت مالی، و اطمینان از ارابه عادلانه خدمات سلامتی حضور بخش دولتی در بازار سلامت الزامی است [۱۲]. در واقع یکی از مهمترین دلایل برای نظارت بخش دولتی در فرآهم آوری خدمات سلامتی این

<sup>۵</sup> Information Assymetry

<sup>۶</sup>Fee For Service

است که برخی از افراد با سطح درآمد پایین ممکن است نتوانند به طور عادلانه از خدمات سلامتی استفاده کنند و دچار هزینه های کمر شکن<sup>۷</sup> و افزایش پرداخت از جیب<sup>۸</sup> شوند [۱۳].

بنابراین از مهمترین مشکلات در حوزه خصوصی سازی می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- لزوم اعتمادسازی بخش خصوصی نسبت به ایفای تعهدات دولت و مشخص نبودن نحوه تأمین منابع مالی پایدار تعهدات دولت در قراردادهای مشارکتی، از جمله مشکلات عمده در حوزه خصوصی سازی هستند.

- هزینه مالی نسبتاً بالای تأمین منابع مالی از طریق بانکها و بازار سرمایه
- عدم تعریف دقیق ساز و کار تأمین منابع مالی فرآیند واگذاری به بخش خصوصی
- عدم تعریف سازوکارهای لازم مالی و بیمه‌ای برای پوشش ریسک قراردادهای واگذاری
- عدم تعریف مشوق‌های مالیاتی، بیمه‌ای و تسهیلاتی در طرح‌های سرمایه‌گذاری
- عدم توجه به فرآیندهای قیمت گذاری و تعیین تعرفه ها
- 

## ۲-۴ روش های مشارکت بخش خصوصی در نظام سلامت

### ۲-۴-۱ مقدمه

مطالعات انجام شده نشان می دهد که کشورها با مکانیزم های مختلفی اقدام به خصوصی سازی نموده اند. تفاوت در نظام های اقتصادی، سیستم های بانکی و سیستم های تامین اجتماعی منجر می شود که هر کشور مدل های متفاوتی را برای ورود حوزه بخش خصوصی در بهداشت و درمان به کارگیرد.

---

<sup>۷</sup> Catastrophic Expenditure

<sup>۸</sup> Out Of Pocket

طبق آمار سازمان بهداشت جهانی هزینه های سلامت در دنیا از ۳ درصد تولید ناخالص داخلی<sup>۹</sup> در سال ۱۹۸۰ به حدود ۹,۹٪ در سال ۲۰۱۴ افزایش یافته است. [۱۴] همچنین بر اساس آمار منتشر شده بانک جهانی متوسط سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی از ۳٪ در سال ۱۹۸۰ به ۱۰,۱٪ در سال ۲۰۱۶ افزایش یافته است. سهم هزینه های سلامت در کشور آمریکا از ۱۲,۱٪ در سال ۱۹۹۹ به ۱۸,۳٪ در سال ۲۰۱۷ افزایش پیدا کرده است. روند دگرگونی هزینه ها، کاهش منابع و نبود کارایی در سطوح مختلف بخش های دولتی به طور پیوسته در حال افزایش است و شکاف روز افزونی بین منابع قابل حصول و مورد نیاز پدید آمده است. در این میان تامین منابع مالی توسط دولت پاسخگوی مخارج در حال رشد سیستم سلامت نمی باشد. در این راستا دولت ها به روش های متنوعی از جمله روش های مشارکتی با بخش خصوصی به منظور استفاده از کارایی بیمارستان ها روی آورده اند [۱۵].

مفهوم سرمایه گذاری مشارکتی بخش های خصوصی و عمومی، به پروژه های سرمایه گذاری اطلاق می شود که در آنها زیرمجموعه های دولت مرکزی و یا دولت محلی با مشارکت یک یا چند شرکت خصوصی ساخت و بهره برداری پروژه را برعهده می گیرد و درآمدهای ناشی از راه اندازی پروژه هم به نسبت سهم مشارکت هر یک از شرکا بین آنها تقسیم می شود. در حقیقت مشارکت عمومی میان دولت و بخش یا بخش های خصوصی است که براساس آن بخش یا بخش های خصوصی نسبت به ارائه خدمات عمومی هم راستا با اهداف اولیه خدمات دولت و اهداف سودآوری بخش خصوصی و به نحوی اثربخش که ریسک کافی به بخش خصوصی منتقل شود اقدام می نماید. مشارکت با بخش خصوصی ویژگی هایی مانند اثربخشی، انگیزش، تکنولوژی، نوآوری، تامین مالی و تسهیم ریسک را به همراه دارد. در نظام تأمین مالی مشارکت عمومی - خصوصی به تدارک دارایی سرمایه ای و ارائه خدمات عمومی اقدام می نماید و در قبال کیفیت و میزان خدمات ارائه شده بخش خصوصی قادر خواهد بود تا از طریق قرارداد، حق الزحمه خود را دریافت کند [۱۶].

---

<sup>۹</sup> Gross Domestic Product (GDP)

## ۲-۴-۲ مدل های مشارکت بخش عمومی-خصوصی<sup>۱۰</sup> (PPP)

یافته های مطالعات نظام های سلامت در دنیا نشان داد که واگذاری واحدهای دولتی به بخش خصوصی (خصوصی سازی از طریق قرارداد)، افزایش اختیارات مدیریتی (خودگردان سازی) و تجدید ساختار و تفکیک واحد های دولتی به منظور خصوصی سازی از جمله مکانیزم های به کار گرفته شده، هستند.

PPP یک راه حل برد-برد برای بخش عمومی-بخش خصوصی- و اعضای جامعه پیشنهاد می کند.

PPP به بخش عمومی اجازه می دهد تا ارزش بیشتری در ازای ارائه خدمات عمومی به دست آورد. علاوه بر این، با تغییر نقش از فراهم کننده به خریدار خدمات، دولت می تواند بر مسئولیت های اساسی خودش در زمینه قانون گذاری و تدوین مقررات تمرکز کند. با استفاده از مشارکت نزدیکتر با بخش خصوصی، کارآمدی بیشتری به دست می آید.

سایر منافع مشارکت عمومی-خصوصی به شرح زیر می باشد:

الف) خبرگی بخش خصوصی و منافع رقابتی: PPP به دولت اجازه می دهد تا مهارت، نوآوری و منافع رقابتی بخش خصوصی را در ارائه خدمات و کالاهای عمومی کشف کند. این امر می تواند موجب افزایش کیفیت و بهبود هزینه-اثربخشی از طریق طراحی نوآورانه کسب و کار شود. علاوه بر این، دولت می تواند بخش خصوصی را به منظور به حداکثر رساندن استفاده از دارایی و استعداد بازرگانی شکوفا کند.

ب) کارآمدی مخارج از طریق چرخه حیاتی بهینه سازی: ترکیب بخش های طراحی-اجرا-نگه داری در یک قرارداد مشابه PPP با فراهم کننده، یک اطمینان قوی و محرک به فراهم کننده می دهد که همکاری با بخش دولتی، هزینه طراحی پروژه، هزینه های اجرایی و باقی هزینه ها را در نظر گرفته است. PPP هم چنین به بخش خصوصی اجازه می دهد که موشکافی در زمینه طراحی و مدل کسب و کار می دهد به نحوی که منجر به حصول نتایج مشابه با هزینه کمتر، می شود.

---

<sup>۱۰</sup> Public-Private Partnership

ج) اشتراک بهینه ریسک: در پروژه PPP دولت و بخش خصوصی ریسک ارائه ی یک خدمت را به اشتراک می گذارند. این ریسک مطابق با مهارت هر بخش در مدیریت و کاهش ریسک در روند ارائه خدمات، تسهیم می شود. ریسک های معمولی که به بخش خصوصی اختصاص داده می شوند شامل طراحی، پیمانکاری و ریسک های تامین مالی است. از طرف دیگر، بخش عمومی ممکن است ریسک های سیاسی و قانون گذاری را برعهده بگیرد، درحالیکه سایر ریسک ها اعم از درخواست، درآمد به بخشی که در عمل توانمندتر است، داده می شود. با انتقال ریسک های تامین مالی به بخش خصوصی، اطمینان بیشتری در جریان نقدی آینده دولت خواهد بود.

د) PPP فرصت های کسب و کار بیشتری را به بخش خصوصی پیشنهاد می دهد. بخش خصوصی در انتقال یک مجموعه از خدمات (به طور مثال طراحی، پیمانکاری، اجرا و نگهداری) بیشتر درگیر می شود که به صورت سنتی توسط نماینده های عمومی یا تعداد زیادی کمپانی خصوصی اجرا می شد.

ه) PPP همچنین به بخش خصوصی اجازه می دهد تا از تملک دارایی های غیرمنقول، مطابق با طرح های مشخص و شفاف به سمت راه حل های نوآورانه حرکت کند. بخش خصوصی فرصت زیادی برای ابداع و پیشنهاد راه حل های کارآمد برای خدمات عمومی دارد. علاوه بر این بخش خصوصی می تواند از مهارت و ارتباط خود بهره بگیرد تا استفاده از دارایی ها و پتانسیل بازرگانی را حداکثر کند. درگیری بخش خصوصی در پروژه های PPP می تواند به کمپانی ها مهارت و تجربه ارزشمند بدهد تا در دوره های PPP توسعه یابند و آنها را در راستای کسب قرارداد های جهانی قرار دهد.

و) PPP مهارت های دولت و بخش خصوصی را در کنار هم قرار می دهد تا نیاز های عموم را به طور موثر و کارآمد برآورده کند. وقتی به صورت مناسب سازمان دهی شوند، PPP خدمات عمومی ای را ارائه می دهد که می تواند نیازها را بدون مصالحه با اهداف و نیازهای عمومی، برطرف کند.

در مدل های مشارکت عمومی-خصوصی به طور خاص بخش عمومی اطمینان حاصل می کند که :

الف) فراهم کننده بخش خصوصی می تواند نیازهای عمومی را به طور موثر برآورده کند.



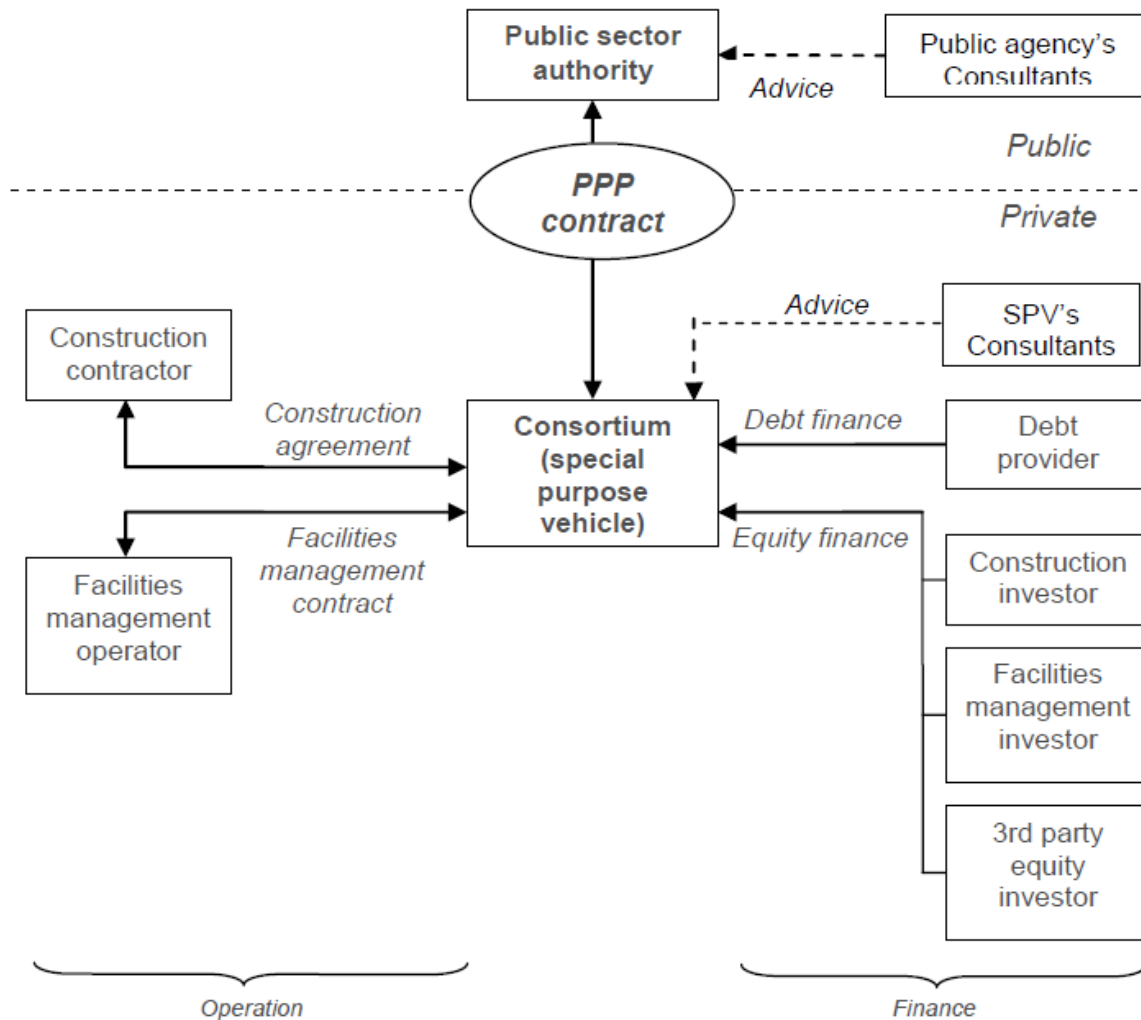
ب) یک مسئولیت شفاف در هنگام ارائه خدمات توسط بخش خصوصی وجود دارد و عموم می دانند که برای درخواست خدمات و ارائه پیشنهادات به چه کسی مراجعه کنند.

ج) امنیت اعضای جامعه ، سلامتی و ایمنی در پروژه های PPP مصالحه نمی شوند.

د) اطلاعات محرمانه می مانند و از مازاد داده های شخصی و اطلاعات نماینده های عمومی مصرف کننده ها محافظت می شود.

### **نقش های بخش خصوصی و عمومی در پروژه های PPP**

یک پروژه PPP شامل تعامل میان انواع مختلف شرکت های بخش خصوصی و نماینده بخش عمومی است. قرارداد PPP باید به گونه ای ساختار بندی شود که برای تمامی طرف های درگیر سودمند باشد، در حالی که هر یک از طرف های درگیر مسئولیتی را بر عهده می گیرند که به بهترین نحو ممکن به انجام می رسد. نقش های بخش عمومی و بخش های مختلف خصوصی (شامل شرکت های پیمانکاری، شرکت های اجرایی، موسسات مالی و شرکت های مشاور PPP) در شکل ۱ نشان شده است.



شکل ۱- نقش های مختلف در یک پروژه PPP [۱۷]

الف) نماینده بخش عمومی - خریدار خدمات<sup>۱۱</sup>: نماینده بخش عمومی خروجی یا دستاورد های لازم را معین و از تعیین راه های ارائه خدمات خودداری خواهد کرد. همچنین نماینده بخش عمومی بر اساس استانداردهای اجرایی قرارداد به فراهم کننده خدمات پول پرداخت خواهد کرد.

ب) شرکت های ارائه کننده خدمات<sup>۱۲</sup>: این شرکت های خصوصی با مسئولیت محدود<sup>۱۳</sup> به منظور تعیین قیمت مزایده وارد می شوند. این شرکت ها نقشی اساسی در ارائه راه حل های خلاقانه برای رسیدن به اهداف

<sup>۱۱</sup> Public Sector Authority

<sup>۱۲</sup> Consortium

<sup>۱۳</sup> Special Puspose Vehicle (SPV)

حکومت بازی می کنند. در یک پروژه PPP معمولی، بخش های طراحی، پیمانکاری، اجرا و نگهداری خود را با نوشتن زیر مجموعه قرارداد ها در زمینه های پیمانکاری، اجرا و تامین تجهیزات به فراهم کنندگان مدیریت می کند. این زیرمجموعه قرارداد ها می توانند شرکت های مادر SPV (مانند شرکت های پیمانکاری، اجرا و نگهداری که همگی سهامدار سرمایه گذاری SPV هستند) باشند. به علاوه، SPV می تواند میزان تامین مالی را افزایش دهد. او همچنین می تواند از مجراهای گوناگونی مانند سرمایه گذار خصوصی یا نمایندگان آنها و یا هر گونه شرکت ثالث که برای بازپرداخت وام خود ایجاد شده است، استفاده کند.

ج) سرمایه گذاران سهام و فراهم کنندگان وام- تامین کنندگان مالی خصوصی<sup>۱۴</sup>: سرمایه گذاران سهامی SPV معمولاً شرکت های پیمانکاری هستند که در واقع در ارائه سرویس درگیر نیستند. مدیران مالی و دیگر موسسات مالی نیز می توانند سهام SPV را تامین کنند. سرمایه گذاران سهام علاقه مند به ایجاد برگشت مثبت سرمایه، و در نتیجه ایجاد یک سود قوی به نحوی که رعایت استاندارد های اجرایی مورد توافق میان بخش عمومی و SPV را سرلوحه قرار می دهد، هستند. تامین کنندگان وام، مانند بانک ها و رابطین، معمولاً قسمت عمده تامین مالی (بعضی اوقات تا ۸۰-۹۰ درصد) را فراهم می کنند. تامین کنندگان وام اجرای دقیق قوانین و مقررات حاکم بر SPV (همانند ظرفیت تکنیکی و صداقت مالی برای ارائه قرارداد PPP) و برنامه کسب و کار را رصد می کنند تا مطمئن شوند برنامه هایشان قوی و قابل اجرا است.

د) مشاورین (در صورت نیاز)- راهنمایان<sup>۱۵</sup>: نماینده بخش عمومی و مزایده کننده بخش خصوصی می توانند جداگانه تصمیم بر استفاده از شرکت های مشاوره (همچون مشاورین تکنیکی، حقوقی یا مالی) به منظور کمک در ساختار بندی مناقصه PPP و به انجام رساندن پیشنهاد قابل اجرای PPP، بگیرند. مشاورینی که در توسعه قراردادهای PPP تجربه دارند، می توانند در ارائه بهترین روش های انطباق یا نواقصی که می بایست در تهیه یک معامله PPP اجتناب ورزید، کمک نمایند.

---

<sup>۱۴</sup> Financers

<sup>۱۵</sup> Consultants

ه) وزارت دارایی<sup>۱۶</sup> - قانونگذار PPP : نقش MOF یا در حوزه سلامت وزارت بهداشت، در فرموله کردن قوانین و آیین نامه های PPP با در نظر گرفتن پیشنهادات بخش خصوصی و نمایندگان عمومی و هم چنین تجربه های جهانی PPP دولت های دیگر است. در همین زمان ، MOF آگاهی در نمایندگان عمومی به دانش PPP را افزایش می دهد و در بخش عمومی توانایی ها را زیاد می کند. [۱۷].

از آنجا که تمامی این مدلها بر مبنای مشارکت بخش خصوصی و دولتی استوار است، اصول سیاستگذاری و تامین مالی دو مقوله مهمی هستند که در این میان از اهمیت بسیاری برخوردار هستند. به نحوی که بخش عمومی می بایست در تنظیم سیاستهای مربوط به این مشارکتها محدودیت تامین مالی را مد نظر قرار دهد و مراقب باشد تا از ورود طرحهای مشارکتی که تبعات مالی آنها به درستی و یا اساساً درک نمی شود دوری گزیند تا اینکه منافع حاصل از چنین ترتیبات مشارکتی به مخاطره نیفتد. هر یک از مدل های مشارکت عمومی - خصوصی درجات مختلفی از ریسک و مسؤولیت را به بخش خصوصی انتقال می دهند.

برخی از مهمترین مدل های خصوصی سازی در این حوزه عبارتند از:

#### ۱) قراردادهای خدمات<sup>۱۷</sup>:

معمولاً اولین پله ورود به مشارکت عمومی-خصوصی، قرارداد های خدمات (بالینی - غیر بالینی) می باشد. در این قراردادها، دولت مبلغی را به یک مؤسسه خصوصی پرداخت می کند تا وظایف خاصی را انجام دهد و خدمات مدیریت بیمارستان با بخش دولتی باقی می ماند [۱۸]. این وظایف ممکن است در درون و یا بیرون از بیمارستان انجام شود. مدت زمان این قراردادها شش ماه تا دو سال می باشد و مالکیت و مسؤولیت سرمایه گذاری های بیمارستان با بخش دولتی بوده و هیچ نوع ریسکی عملاً به بخش خصوصی انتقال داده نمی شود. این نوع قراردادها به دو صورت منعقد می شود.

<sup>۱۶</sup> Ministry of Finance (MOF)

<sup>۱۷</sup> Service contract

۱) قراردادهای مبتنی بر کمیت: پرداخت به بخش خصوصی براساس هزینه واحد تعریف شده در قرارداد و کمیت اندازه گیری شده در محل صورت می گیرد.

۲) قراردادهای مبتنی بر عملکرد: تمرکز بر عملکرد پیمانکار بوده و پرداخت براساس مبلغ ثابت توافق شده در قرارداد به اضافه میزان بهبود در شاخصهای عملکردی بیمارستان صورت می گیرد. این قراردادها زمانی جذاب هستند که بخش دولتی فقط به دنبال انتقال مسئولیت و وظایف جزئی به بخش خصوصی می باشد.

در قراردادهایی که خدمات غیربالینی واگذار می شوند، خدماتی مثل نظافت، تدارکات، رخت شویی، حراست (نگهبانی)، و نگهداری بیمارستان به بخش خصوصی منتقل می شود. بخش خصوصی این خدمات را با استخدام کارکنان مورد نیاز خود و یا استفاده از کارکنان موجود بیمارستان بسته به مفاد توافقات ارایه می نماید. بخش دولتی ارایه خدمات بالینی و مدیریت بیمارستان و کارکنان را به عهده خواهد داشت.

در قراردادهایی که خدمات پشتیبانی بالینی واگذار می شوند، در واقع خدماتی مثل رادیولوژی، آزمایشگاه، لیزر، سنگ شکنی و... به بخش خصوصی واگذار می شود و اداره بیمارستان و ارایه سایر خدمات بالینی با دولت باقی میماند [۱۹].

## ۲) قراردادها های برون سپاری<sup>۱۸</sup> (بالینی و غیربالینی)

در دومین گام به سوی مشارکت عمومی - خصوصی، قراردادهای برون سپاری مورد استفاده قرار می گیرند. در این نوع قراردادها، دولت به یک مؤسسه خصوصی مبلغی را پرداخت می نماید تا یک یا چند بخش ویژه از یک بیمارستان را مدیریت کند و کلیه خدمات مورد نیاز را ارایه نماید. در این مدل، تصمیمات مربوط به استخدام نیروی بهداشتی درمانی، تدارکات و خرید دارو و لوازم پزشکی بر عهده مؤسسه خصوصی می باشد. این قراردادها، ریسک های مربوط به داده ها مانند نیروی کار را به مؤسسه خصوصی انتقال می دهند؛ ولی مسئولیت هزینه های سرمایه ای بر عهده دولت باقی می ماند. آن چه بسیار ضروری به نظر

<sup>۱۸</sup> Outsourcing

می رسد، تقسیم بندی فعالیت‌ها و عملکردهای بیمارستانی به دو دسته فعالیت های اصلی و فرعی می‌باشد. فعالیت های فرعی، خدمات استاندارد و مشخصی هستند که به شکل گسترده ای در بازار خصوصی قابل دسترس هستند. به محض شناسایی فعالیت های فرعی بیمارستان، این موارد نامزدهای مناسبی جهت انعقاد قرارداد برون سپاری می باشند [۲۰].

### ۳) قراردادهای مدیریت

سومین نوع از مدل های مشارکت عمومی - خصوصی شامل قراردادهای مدیریت بخش خصوصی بر بیمارستان دولتی است. یک قرارداد مدیریت، قراردادی است که به وسیله ی آن انواع مختلفی از وظایف که معمولاً توسط مقام دولتی مرتبط با سازمان عملیات تعمیر و نگهداری جاده ایفا می شود، به یک شرکت خصوصی واگذار می شود. معمولاً وظیفه یک بنگاه خصوصی پاسخگویی به نیازهای نگهداری روزانه می باشد، که از طریق بستن قرارداد با شرکت های خصوصی از طرف نهاد عمومی، برای انجام کارها صورت می گیرد. قراردادهای مدیریتی (تنها) می تواند بر عملیات مدیریتی تمرکز کند [۲۱].

در این نوع قراردادها، دولت مبلغی را برای مدیریت بیمارستان دولتی به یک مؤسسه خصوصی پرداخت می کند تا بیمارستان را اداره نموده و کلیه خدمات مورد نیاز را ارائه دهد. در این مدل، تصمیمات مربوط به استخدام نیروی تخصصی بهداشتی - درمانی، تدارکات و خرید دارو و لوازم پزشکی توسط دولت انجام می گیرد. ریسک های تجاری و مسؤلیت هزینه های سرمایه ای بر عهده دولت باقی می ماند. عموماً نقش بخش خصوصی، پاسخ به نیازهای روزمره و روتین نگهداری بیمارستان ها می باشد که این امور از طریق عقد قرارداد مشخص می شود. کنترل و قدرت مدیریتی به منظور بهره گیری از تجارب مدیریتی بخش خصوصی به این بخش اعطا می شود تا برای بهبود مدیریت بیمارستان از آن ها بهره گیرد. پرداخت به بخش خصوصی تحت این نوع قراردادها می تواند به صورت پرداخت مبلغ ثابت توافق شده در قرارداد باشد. قسمت عمده بار ریسک مالی و سرمایه ای نیز توسط بخش دولتی تحمل شده و کمترین میزان ریسک به بخش خصوصی منتقل می شود. قراردادهای مدیریت زمانی مفید به

نظر می‌رسد که هدف اصلی از انعقاد این نوع قراردادهای، بهبود سریع کارایی بخش دولتی و یا کسب آمادگی برای ورود به سطوح بالای مشارکت عمومی - خصوصی باشد [۲۲].

#### ۴) قراردادهای اجاره

چهارمین مدل از مدل‌های مشارکت عمومی - خصوصی مربوط به قراردادهای اجاره می‌باشد که در این قراردادها، مؤسسه خصوصی با پرداخت مبلغی به دولت، بیمارستان دولتی، یا قسمتی از آن را اجاره می‌کند و مسئولیت اداره مرکز و ارائه خدمات را بر عهده می‌گیرد. در عوض مؤسسه خصوصی حق جمع‌آوری درآمد از عملکرد خود را به دست می‌آورد. در این حالت کلیه ریسک‌های تجاری به مؤسسه خصوصی بر می‌گردد. تحت قراردادهای اجاره بخش خصوصی با مسئولیت کامل بهره‌برداری و مسئولیت محدود سرمایه‌گذاری، بیمارستان دولتی را به اجاره گرفته و مبالغ اجاره را از محل پرداخت‌های مصرف‌کنندگان خدمات تأمین می‌نماید. بنابراین پرداخت‌های مصرف‌کنندگان باید هزینه‌های بخش خصوصی با اضافه‌نرخ بازگشت معقول را پوشش دهند. مهم‌ترین مزیت این مدل انتقال ریسک‌های تجاری به بخش خصوصی می‌باشد که محرک عملکردی نیرومندی به حساب می‌آید [۲۳].

#### ۵) قراردادهای طراحی، ساخت، تأمین مالی، بهره‌برداری<sup>۱۹</sup> (DBFO)

پنجمین نوع از قراردادهای مشارکت عمومی - خصوصی، قراردادهای طراحی، ساخت، تأمین مالی، بهره‌برداری می‌باشد. در این قراردادها بخش خصوصی، مسئولیت طراحی، ساخت، مدیریت و ارائه خدمات غیر بالینی را به عهده می‌گیرد و ارائه خدمات اصلی بالینی با دولت خواهد بود. بخش خصوصی برای سرمایه‌گذاری، تأسیس، مدیریت، و ارائه خدمات غیر بالینی مثل تغذیه، رختشویی، حراست، خدمات پارکینگ، تدارکات و .. مسئولیت دارد و ارائه خدمات اصلی بیمارستان با بخش دولتی می‌باشد. این مدل عموماً توافق امتیاز انحصاری بلندمدت نیز نامیده می‌شود. مالکیت بیمارستان در این مدل با بخش دولتی است و بخش خصوصی برای هزینه‌های سرمایه‌ای و جاری مبالغ سالانه

---

<sup>۱۹</sup> Design-Build-Finance-Operate

ای را دریافت می کند. این نوع از مدل مشارکت عمومی-خصوصی برای اولین بار در سال ۱۹۹۲ در کشور انگلستان و تحت عنوان "مدل ابتکار مالی خصوصی" به منظور کاهش اثر محدودیت های بودجه بر خدمات عمومی آغاز شد. در آن سال، دولت اعلام کرد که هیچ پروژه دولتی را تأمین مالی نخواهد کرد، جز در شرایطی که گزینه ابتکار مالی خصوصی مورد استفاده قرار گیرد. در سال ۱۹۹۸ وزیر بهداشت انگلستان، ابتکار مالی خصوصی را برای بیمارستان های دولتی که نیاز به سرمایه جهت بازسازی و جایگزینی داشتند، تنها گزینه ممکن اعلام کرد. بعدها این مدل در سایر کشورها مثل کانادا، فرانسه، هلند، پرتغال، ایرلند، نروژ، فنلاند، استرالیا، ژاپن، مالزی، ایالت متحده و سنگاپور تحت عنوان "برنامه اصلاحات وسیع ارایه خدمات دولتی" پذیرفته شد [۲۲].

مدل DBFO رایج ترین صورت PPP است که شامل ترکیب این چهار تابع طراحی-ساخت-امور مالی و اجرا در حدود یک فراهم کننده خدمات PPP می باشد. فراهم کننده خدمات PPP امور مالی خود را برای ساخت، نگهداری و اجرای تجهیزات به منظور برآورده کردن نیاز های بخش عمومی تضمین می کند. به فراهم کننده خصوصی براساس خدمات ارائه شده مطابق با استانداردهای اجرایی در تمام مدت زمان قرارداد، پول پرداخت خواهد شد. این امر، استفاده بهینه از منابع سرمایه در پروژه های دولتی و هم چنین اطمینان بیشتر از جریان نقدی دولت در آینده را تضمین می کند. این دیدگاه، همچنین ریسک های مالی را به بخش خصوصی منتقل می کند، که بررسی ها و تحقیقات لازم را برای اطمینان از دوام پذیری امور مالی پروژه انجام خواهد داد [۲۱].

#### ۶) قراردادهای امتیاز انحصاری<sup>۲۰</sup> (ساخت، مالکیت، بهره برداری و ساخت، بهره برداری، انتقال)

ششمین مدل از مدل های مشارکت عمومی-خصوصی مربوط به قراردادهای امتیازی می باشد. در قرارداد امتیاز انحصاری، بخش دولتی جواز قانونی به بخش خصوصی اعطا می نماید تا این بخش با انعقاد قراردادهای ثانوی تأمین مالی، طراحی، ساخت، بهره برداری، و نگهداری بیمارستان را عهده دار شود.

---

<sup>۲۰</sup> Concession Contract



بخش خصوصی به این منظور با تعدادی از سازما نها شامل پیمانکاران، بانک ها و صاحبان سرمایه همکاری مشترک می کند. پرداخت به این سازمان ها بعد از تکمیل فاز ساخت و ساز و آغاز بهره برداری، زمانی که خدمت در دسترس عموم قرار می گیرد آغاز می شود. در مدت زمان بهره برداری از بیمارستان، درآمد بخش خصوصی از محل ارائه خدمت به مردم حاصل می شود. مسئولیت کامل ساخت و تأمین مالی بیمارستان، در این مدل جدید و یا توسعه بیمارستان موجود و حق بهره برداری از بیمارستان برای مدت زمان مشخص به بخش خصوصی واگذار می شود. بعد از اتمام مدت زمان قرارداد، امتیاز بهره برداری به بخش دولتی بازگردانده می شود و یا مادام العمر با بخش خصوصی خواهد بود. این نوع قراردادها برای تأسیس بیمارستان های جدید، رشد و توسعه بیمارستان های موجود و افزایش طول عمر بیمارستان های قدیمی مورد استفاده قرار می گیرند. جهت متعادل سازی سود بین بخش دولتی و خصوصی، یارانه و یا پرداخت هایی به عنوان انگیزش در اختیار بخش خصوصی قرار می گیرد [۲۴].

دو نوع از این مدل مشارکت بخش عمومی-خصوصی که بیشترین کاربرد را در بیمارستانهای دولتی دارند عبارتند از:

۱. قراردادهای ساخت و مالکیت و بهره برداری<sup>۲۱</sup>: در این قراردادها بخش خصوصی تأمین مالی، ساخت، بهره برداری و ارائه خدمات بالینی، غیربالینی و یا هر دو را برعهده می گیرد و مالکیت و کنترل امور نیز با بخش خصوصی می باشد. بخش خصوصی ریسکهای ساخت، سرمایه گذاری و تجاری را نیز متحمل می شود بدون اینکه مالکیت در انتهای قرارداد به بخش دولتی برگردانده شود ولی بخش دولتی بر تضمین خرید خدمت برای مدت زمان ثابت از بخش خصوصی توافق می کند.
۲. قراردادهای ساخت، بهره برداری و انتقال<sup>۲۲</sup>: در این قراردادها بخش خصوصی مسئولیت تأمین مالی، طراحی، ساخت و بهره برداری از بیمارستان را برعهده می گیرد. کنترل و مالکیت رسمی با بخش دولتی می باشد که در پایان مدت قرارداد به این بخش انتقال داده می شود. در این قراردادها

---

<sup>۲۱</sup> Build Own Operate (BOO)

<sup>۲۲</sup> Build Operate Transfer (BOT)

ریسک‌های ساخت، سرمایه‌گذاریه‌های کلان و ریسک‌های تجاری به بخش خصوصی منتقل می‌شود همچنین بخش خصوصی از مصرف‌کنندگان بابت ارائه خدمت هزینه دریافت می‌کند. مدت زمان این قراردادها ۲۰-۳۰ سال است و برای پروژه‌های بیمارستانی جدید کاربرد دارد.

روش BOT به عنوان یکی از روش‌های جدید و مفید مشارکت بخش خصوصی و دولتی در احداث و توسعه پروژه‌های زیربنایی می‌باشد .

مهمترین مزایای این روش :

- ✓ کاهش ریسک بخش دولتی و انتقال ریسک پروژه‌ها به بخش خصوصی
- ✓ تامین مالی پروژه‌های زیرساختی با استفاده از سرمایه بخش خصوصی
- ✓ استفاده بهینه از ظرفیت‌ها و دانش و مهارت بخش خصوصی

عناصر سازنده مدل B.O.T :

"Build" احداث پروژه‌ها یا خدمات عمومی، که با تأمین بودجه توسط سرمایه‌گذار بخش خصوصی به انجام می‌رسد .

"Operate" راه‌اندازی، که به وسیله بخش خصوصی مدیریت و راه‌اندازی می‌شود .

"Transfer" انتقال مالکیت، که براساس تعهد بخش خصوصی، از طریق واگذاری پروژه یا خدمات آن

در مرحله پایانی به طرف بخش دولتی بدون هیچ دریافتی و در شرایطی مطلوب، صورت می‌پذیرد.

انواع روش‌های BOT، DBFO و سایر روش‌های مشابه در جدول شماره ۱ آمده است.

احداث و مالکیت پروژه در طول مدت قرارداد و حق راه اندازی در خلال واگذاری	قرارداد احداث، مالکیت وراه اندازی (BOO)
احداث پروژه، مالکیت دارنده امتیاز رسمی آن در طول مدت قرارداد، حق راه اندازی آن در خلال این مدت و در نهایت انتقال مالکیت پروژه به دولت	قرارداد احداث، مالکیت، راه اندازی و انتقال مالکیت (BOOT)
احداث پروژه برای دولت اجاره آن از دولت و سپس انتقال مالکیت پروژه به دولت بر حسب شرایط	قرارداد احداث، اجاره، انتقال مالکیت (BLT)
قرارداد جهت احداث پروژه های خدمات عمومی منعقد شده و سپس مالکیت پروژه به دولت انتقال می یابد. به همراه این نوع قرارداد، در ازای کارکرد و درآمدهای حاصل از راه اندازی پروژه، قرارداد دیگری جهت مدیریت و راه اندازی پروژه در طول مدت واگذاری منعقد می گردد. برخلاف قرارداد (B.O.T)، دولت از ابتدا مالک پروژه است	قرارداد احداث، انتقال مالکیت و راه اندازی (BTO)
بر اساس این نوع قراردادها دولت بر ایجاد پروژه های زیربنائی و خدمات عمومی مطابق با شرایط فنی و طراحی های سیستم های مشاوره ای خود، با سرمایه گذار به توافق می رسد و سرمایه گذار نیز به وسیله تجهیزات و ماشین آلات، عهده دار ایجاد و عرضه پروژه می شود. سرمایه گذار زیر نظر دولت و طبق ضوابط دولتی به راه اندازی پروژه می پردازد. از آنجا که در ازای زمین، مبلغی مشخص و در ازای واگذاری امتیاز، درصدی از درآمدها به دولت می رسد؛ پس از پایان مرحله واگذاری، مالکیت پروژه به دولت انتقال نمی یابد	قرارداد طراحی، احداث، تامین اعتبار و راه اندازی (DBFO)
سرمایه گذار، نوسازی یکی از پروژه های خدمات عمومی یا زیربنائی و تغییر آن مطابق با مدرنترین تکنولوژی جهانی را متعهد شده، در طول مدت واگذاری مالک پروژه گردیده و راه اندازی میکند و در پایان دوره مالکیت پروژه را بدون هیچ دریافتی به دولت واگذار می نماید. سرمایه گذار در خلال دوره واگذاری درآمدهای راه اندازی پروژه را کسب می نماید.	قرارداد نوسازی، مالکیت، راه اندازی و انتقال مالکیت (MOOT)
به منظور بازسازی یکی از پروژه های دولتی که نیاز به بازسازی و پشتیبانی داشته باشد، بین دولت و سرمایه گذار منعقد می شود. این بازسازی می تواند در ساختمان و یا در تجهیزات، ابزار با تکنولوژی پیشرفته و غیره باشد.	قرارداد بازسازی، مالکیت و راه اندازی (ROO)

## ۷) قراردادهای محرومیت بخش دولتی یا خصوصی سازی کامل<sup>۳۳</sup>

آخرین مدل شامل قراردادهای محرومیت بخش دولتی و یا خصوصی سازی کامل است که تحت قراردادهای خصوصی سازی یا محرومیت بخش دولتی، مالکیت، بهره برداری و نگهداری و سرمایه گذاری های کلان و

<sup>۳۳</sup> Divestiture contract

ریسک های تجاری بیمارستان دولتی به بخش خصوصی انتقال می یابد. مدت زمان این قراردادها نامشخص و یا به وسیله مجوزهایی محدود می شود. این نوع قراردادها به دو صورت انجام می شود:

(۱) فروش بیمارستان دولتی با حفظ کاربری موجود: بخش خصوصی بیمارستان دولتی را خریداری کرده و با کاربری بیمارستان دولتی از آن بهره برداری می کند. در این صورت بخش دولتی بابت ارائه خدمت پرداخت‌هایی را به بخش خصوصی انجام می دهد. و همچنین وظایف پایش و قانونگذاری و نظارت بر رعایت مفاد قرارداد توسط بخش خصوصی را به عهده می گیرد.

(۲) فروش بیمارستان دولتی با کاربری جدید: بخش خصوصی بیمارستان دولتی را خریداری کرده و بسته به موارد توافقات با کاربری جدید مورد بهره برداری قرار می دهد. وظیفه بخش دولتی پایش ریسک های سرمایه گذاری، انطباق کاربری جدید بیمارستان با موارد توافق شده در قرارداد است. مالکیت و بهره برداری با بخش خصوصی می باشد و بخش دولتی نیز می تواند از طریق تنظیم چارچوب قانونی و عرضه محرک های مالی بر رفتار بخش خصوصی اثرگذار باشد.

خلاصه ای از انواع مدل های مشارکت عمومی-خصوصی در جدول شماره ۲ آورده شده است.

جدول ۲- خلاصه ای از انواع مدل های مشارکت عمومی-خصوصی

مالکیت		ساخت و ساز دارایی ها توسط بخش خصوصی	هزینه ها	عملیات	عناصر
پایان قرارداد	در طول قرارداد				روش های مشارکت بخش خصوصی و دولتی
دولتی	دولتی	ندارد	مطابق قرارداد توسط بخش دولتی تامین می شود.	خصوصی دولتی	قرارداد برون سپاری (یا قراردادهای خدماتی)
دولتی	دولتی	دارد	سرمایه گذاری اولیه و کلیه پیش پرداخت ها توسط بخش خصوصی است و هزینه ها مطابق قرارداد بعد از اتمام پروژه توسط بخش دولتی بازپرداخت می شوند.	خصوصی دولتی	قرارداد سرمایه گذاری خصوصی
دولتی	دولتی خصوصی	ندارد	تامین هزینه ها با بخش خصوصی و جبران هزینه ها با درآمد حاصل از ارائه خدمات به مصرف کننده است.	خصوصی دولتی	قرارداد اعطای امتیاز خدمات عمومی
دولتی	دولتی	ندارد	درآمد حاصل از ارائه خدمات به مصرف کننده تامین کننده هزینه های بخش خصوصی، و اجاره تعیین شده مطابق قرارداد به بخش دولتی است.	خصوصی	قرارداد استیجاری
دولتی	دولتی	ندارد	حق مدیریت بخش دولتی مطابق قرارداد به بخش خصوصی پرداخت میشود.	خصوصی دولتی	قراردادهای مدیریتی <sup>۲۴</sup> (FM)
دولتی	خصوصی	دارد	هزینه ها توسط بخش خصوصی تامین و سپس مطابق قرارداد توسط بخش دولتی جبران میشود.	خصوصی دولتی	قرارداد اجرا و نگهداری (O&M)
دولتی	دولتی	دارد	سرمایه گذاری اولیه توسط بخش خصوصی و جبران هزینه ها با درآمد حاصل از خدمات صورت می گیرد.	دولتی	قرارداد تامین مالی (FO)
دولتی	خصوصی	دارد	سرمایه گذاری اولیه توسط بخش خصوصی و جبران هزینه ها مطابق قرارداد توسط بخش دولتی است.	خصوصی دولتی	قرارداد ساخت، بهره برداری و انتقال مالکیت (BOT)

<sup>۲۴</sup> Functional Management

### ۳- روش انجام پژوهش

این پژوهش از نوع تحقیق کاربردی-توسعه ای است. هدف از تحقیق کاربردی به دست آوردن درک یا دانش لازم برای تعیین ابزاری است که به وسیله آن نیازی مشخص و شناخته شده بر طرف گردد. به عبارت دقیق تر تحقیق کاربردی تلاشی برای پاسخ دادن به یک معضل و مشکل عملی است که در دنیای واقعی وجود دارد. و از آنجا که هدف از این پژوهش یافتن راهکاری برای چگونگی ورود خصوصی سازی به حوزه سلامت و درمان کشور ایران است این روش تحقیق برگزیده شد.

از منظر روش انجام پژوهش، با توجه به افق دید پژوهشگران درباره خصوصی سازی در نظام سلامت و ویژگی ها و شرایط منحصر به فرد نظام های سلامت در کشورهای مختلف که امکان الگوبرداری کامل را منتفی می کند، روش کیفی برای انجام این مطالعه در نظر گرفته شد. در حالت کلی روش های کمی برای مطالعه سیستم های ساده ای که روابط خطی بین اجزای آنها برقرار است مناسب هستند. در حالی که روش های کیفی برای کشف ایده های جدید و شناخت پدیده های پیچیده و روابط بین آنها مناسب تر هستند. از آنجا که ماهیت سوال اصلی پژوهش در اینجا کیفی است بنابراین انتخاب روش کیفی رویکرد مناسبی است.

اصلی ترین روش ها برای جمع آوری داده ها در مطالعات کیفی عبارتند از:

- مشاهده
- بررسی اسناد و متون
- مصاحبه
- بحث گروهی متمرکز<sup>۲۵</sup>

در این مطالعه ابتدا مکانیزم های خصوصی سازی در کشورهای منتخب به دو صورت گذشته نگر و تطبیقی و با روش بررسی متون مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت. مکانیزم های رایج در غالب کشورها در الگوی پیشنهادی

---

<sup>۲۵</sup> Focus Group Discussion

برای ایران ارائه و سپس در معرض نظرسنجی تخصصی صاحب نظران قرار می گیرد. جامعه پژوهش شامل کشورهای دارای تجارب خصوصی سازی در سالیان اخیر است. پس از آن ظرفیت های قانونی، ساختاری و موارد امکان پذیر مرتبط با خصوصی سازی در حوزه سلامت در ایران بررسی شده و در نهایت با اجماع نهایی راهکارهای عملیاتی جهت آزادسازی و خصوصی سازی بخش بهداشت و درمان کشور ارائه خواهد گردید.

طبق مطالعات اولیه، بسیاری از کشورها، سطوح متفاوتی از سیاست گذاری، تصمیم گیری و اجرا را در رابطه با تمرکززدایی تجربه کرده اند و راهکارهای متفاوتی را در تعامل با بخش خصوصی در جهت فعال سازی ظرفیت های بالقوه آنها به کار گرفته اند. از جمله موضوعات محوری در تعیین اولویت برای ارائه خدمات تعریف سطوح اساسی خدمات و بسته های مربوطه بوده است که غالب کشورها، پس از تعیین این دامنه ها، آنها را به ساختارهای زیر مجموعه، موازی یا خصوصی منتقل کرده اند. برنامه های مرتبط با این حوزه در دو محور عمودی و افقی بررسی شده و مکانیزم های منتخب بر اساس ظرفیت های موجود در نظام سلامت در بخش های گوناگون و با توجه به برنامه های کلان کشوری، در دوره های منظمی مورد ارزیابی قرار گرفته و نقائص آنها برطرف گردیده است. جدایش عمودی و افقی از تعریف شده ترین الگوهای تجدید ساختار و برون سپاری در نظام ها و ساختارهای مختلف هستند. در برون سپاری افقی یک عملکرد خاص که در حوزه های مختلف صنعت کاربرد دارد مانند تهیه و تدارک، فهرست حقوق بگیران و کل دستمزد پرداختی، منابع انسانی، مدیریت امکانات و موارد مشابه واگذار می شود. در سناریو عمودی یک عملکرد خاص که تنها در حوزه مشخصی کاربرد دارد واگذار میشود، برای مثال واگذاری خدمات بالینی. با توجه به توضیحات ارائه شده، یک روش اجرایی که در یک کشور به خوبی پیاده سازی شود، می تواند با توجه به تفاوت در ظرفیت ها یا توان اجرا نتایج متفاوتی را در برداشته باشد. با این وصف می توان انتظار داشت که با انجام مطالعه ای دقیق و هدفمند و سنجش جوانب اصولی و اجرایی طرح، بازدهی بالاتری را در الگوی ارائه شده در جهت فعال سازی پتانسیل های گوناگون کشور در بخش خصوصی و دولتی محقق نمود.

در مجموع فعالیت های ذیل در سیر پژوهش انجام می گیرد:

•انجام مطالعات تیمی گذشته نگر و تطبیقی جهت بررسی مکانیزم های مختلف آزادسازی و خصوصی سازی در نظام های سلامت کشورهای مختلف دنیا

• مصاحبه با افراد خبره و آشنا به ادبیات موضوع جهت گرفتن نظرات و پیشنهادات آنها درباره راهکارهای استخراج شده در راستای اجرای آزادسازی و خصوصی سازی در نظام سلامت ایران

• مصاحبه با افراد خبره و آشنا به ادبیات موضوع با هدف بررسی ظرفیت های موجود بالقوه در این حوزه و همچنین بررسی ظرفیت های قانونی قابل استفاده

• بررسی و تایید نهایی راهکارهای پیشنهادی در راستای اجرای اصلاحات با هدف آزادسازی و خصوصی سازی در نظام سلامت ایران



## ۴- نتایج

### ۴-۱ مرور سیستماتیک مطالعات انجام شده در حوزه خصوصی سازی در نظام سلامت

#### ۴-۱-۱ استراتژی جستجو

به منظور بررسی مطالعات انجام شده در دنیا با موضوع خصوصی سازی در حوزه بهداشت و درمان مروری نظام مند بر روی متون منتشر شده انجام شد. ابتدا فهرست اصلی کلید واژه های متناسب با هدف پژوهش انتخاب گردید. سپس این کلید واژه ها در پایگاه Pubmed و Scopus بر اساس Mesh Term جستجو شدند. (جدول ۳) در این جدول منظور از limitation در این جدول اعمال محدودیت هایی در نتایج به دست آمده اولیه به منظور تخصصی تر کردن است که در هر پایگاه اطلاعاتی متناسب با ظرفیت های موتورهای جستجو این محدودیت در نتایج به دست آمده اعمال شده است. منظور از Mesh and results نیز کلیدواژه های استفاده شده و تعداد مقالات به دست آمده متناظر با آن کلیدواژه ها و محدودیت ها می باشد.

جدول ۳- استراتژی جستجوی مرور نظام مند

Search Strategy		
Databases: Scopus, Pubmed		
Date: May ۲۰۱۷		
Database	limitation	Mesh and results
Scopus	-	( TITLE-ABS-KEY ( privatization ) AND TITLE-ABS-KEY ( healthcare AND system ) ): ۱۲۰
	( LIMIT-TO ( SUBJAREA , "MEDI" ) OR LIMIT-TO ( SUBJAREA , "HEAL" ) OR LIMIT-TO ( SUBJAREA , "ECON" )	( TITLE-ABS-KEY ( privatization ) AND TITLE-ABS-KEY ( healthcare AND system ) ) : ۹۰

	) OR LIMIT-TO ( SUBJAREA , "NURS" ) OR LIMIT-TO ( SUBJAREA , "PSYC" ))	
	In addition, AND ( LIMIT-TO ( DOCTYPE , "re" ))	( TITLE-ABS-KEY ( privatization ) AND TITLE-ABS-KEY ( healthcare AND system ) ) :18
	In addition, ( LIMIT-TO ( LANGUAGE , "English" ))	( TITLE-ABS-KEY ( privatization ) AND TITLE-ABS-KEY ( healthcare AND system ) ) :14
Pubmed	-	("Privatization"[Mesh]) AND "Delivery of Health Care"[Mesh] : 956
	English Lan	("Privatization"[Mesh]) AND "Delivery of Health Care"[Mesh] : 896
	meta-analysis	("Privatization"[Mesh]) AND "Delivery of Health Care"[Mesh] :0
	review	("Privatization"[Mesh]) AND "Delivery of Health Care"[Mesh] :60
	systematic review	("Privatization"[Mesh]) AND "Delivery of Health Care"[Mesh] :65
	systematic review 10 years	("Privatization"[Mesh]) AND "Delivery of Health Care"[Mesh] :10
	English Lan 10 year	("Privatization"[Mesh]) AND "Delivery of Health Care"[Mesh] :69

سپس با توجه به قدمت موضوع خصوصی سازی در نظام سلامت در دنیا، ماهیت دائمی در حال تغییر سلامت و درمان و بهره مندی هرچه مفیدتر از نتایج به دست آمده تصمیم گرفته شد که مقالات در ۱۰ سال گذشته مورد بررسی قرار گیرند. چکیده مقالات یافت شده توسط دو نفر از پژوهشگران به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفت. معیارهای ورود و خروج<sup>۲۶</sup> مقالات به پژوهش در جدول شماره ۴ آمده است.

جدول ۴- معیارهای ورود و خروج مقالات

معیارهای ورود به مطالعه	معیارهای خروج از مطالعه
مقالات چاپ شده در حوزه خصوصی سازی در نظام سلامت	مقالاتی که حوزه اصلی مورد بررسی نظام سلامت نبود
مقالات چاپ شده در حوزه برون سپاری در نظام سلامت	مقالاتی که به زبانی غیر از فارسی یا انگلیسی چاپ شده بودند
مقالاتی که در ده سال گذشته به چاپ رسیده اند	مقالاتی که بیش از ده سال از چاپ آنها گذشته باشد

پس از انتخاب مقالات و حذف تعدادی از آنها پس از مطالعه چکیده مقالات، اطلاعات آنها با خواندن مقاله استخراج و در جدولی که در پیوست شماره ۱ آمده است، وارد شد.

#### ۴-۱-۲ نتایج بررسی متون

نتایج مرور متون به صورت یک مرور روایی<sup>۲۷</sup> در ادامه آورده شده است.

به لحاظ موضوع مطالعات انجام شده، ۶ درصد در خصوص بیمارستان های خصوصی، ۶۴ درصد در حوزه اثرات خصوصی سازی بر روی دسترسی، عدالت، نوآوری و ...، ۱۲ درصد در خصوص الزامات اجرای خصوصی سازی، ۶ درصد با موضوع مخالفت با خصوصی سازی، ۶ درصد در خصوص نئولیبرالیسم در نظام سلامت، و ۳ درصد سایر موضوعات بوده است. طبقه بندی موضوعی مطالعات بررسی شده در جدول شماره ۵ آمده است.

<sup>۲۶</sup> Inclusion and Exclusion Criteria

<sup>۲۷</sup> Narrative review

جدول ۵- دسته بندی موضوعی مقالات

subjects	No	%
private hospitals	۲	۶
impact of privatization	۲۱	۶۴
requirement of privatization	۴	۱۲
efforts against privatization	۲	۶
Neoliberalism in Health Care	۲	۶
Mutual Ownership	۱	۳
Other	۱	۳

از مجموع مطالعات بررسی شده ۲۷ درصد در کشور انگلستان، ۱۲ درصد در کشور سوئد، ۱۲ درصد در کشورهای آمریکای لاتین، ۶ درصد در آمریکا، ۹ درصد در کانادا، ۶ درصد در استرالیا و در هند، و ۲۱ درصد در سایر کشورها شامل چین، چک، رومانی، اسرائیل، اندونزی و مالزی انجام شده است. (جدول ۶)

جدول ۶- مطالعات انجام شده به تفکیک کشورهای محل مطالعه

Countries	No	%
England	۹	۲۷
Sweden	۴	۱۲
Latin America (Colombia, Brazil, Mexico)	۴	۱۲
Other (Czech, China, Romania, Israel, Indonesia, Malasia)	۷	۲۱
USA	۲	۶
Australia	۲	۶
India	۲	۶
Canada	۳	۹

از نظر روش پژوهش نیز ۴۵ درصد مطالعات از انواع روش های کیفی، ۱۲ درصد مقالات خبری، ۹ درصد مطالعات مشاهده ای، ۹ درصد مقالات مروری و ۲۴ درصد سایر روش مانند نامه به سردبیر و ... بوده است.

(جدول ۷)

جدول ۷- مطالعات بررسی شده به تفکیک روش انجام پژوهش

methods	No	%
Qualitative methods	۱۵	۴۵
observational	۳	۹
News Article	۴	۱۲
review	۳	۹
other ( Letter to editor, ...)	۸	۲۴

#### ۴-۱-۳ جمع بندی بررسی متون

نتایج مطالعات انجام شده با موضوع خصوصی سازی در نظام سلامت متناقض و چالش برانگیز است. در حالی که برخی مقالات برخی دستاوردهای ورود بخش خصوصی به تامین مالی ساخت بیمارستان ها در کشور انگلستان را مثبت ارزیابی کرده اند [۲۵] ولی مقالات دیگری در کنار گسترده تر شدن حق انتخاب بیماران از افزایش پرداخت از جیب بیماران صحبت کرده اند [۲۶]. برخی از مقالات دیگر نگرانی هایی را در حوزه درمان سرطان مطرح کرده اند و مطالعه ای آن را آرامش قبل از طوفان خوانده است [۲۷].

مطالعه ای که در خصوص تاثیرات مالکیت خصوصی در چین انجام شده است، احتمالاتی را در خصوص ارتباط آن با کیفیت پایین و توزیع ناعادلانه خدمات مراقبتی مطرح کرده است [۲۸]. انجام مطالعه مروری در چین نشان داد که خصوصی سازی می تواند هزینه های نظام سلامت را افزایش دهد و بیماران را متحمل هزینه های بیشتری بکند. به علاوه دسترسی و عدالت در دریافت خدمات سلامت در ارتباط با توانایی پرداخت خواهند بود [۲۹].

مطالعه ای از تغییر ارزش های اخلاقی جامعه به عنوان یکی از الزامات خصوصی سازی در کلمبیا نام برده است [۳۰].

بررسی مستندات در سوئد نشان داده است که هیچ مدرکی دال بر کیفیت بالاتر یا پایین تر در بخش خصوصی وجود ندارد ولی مشکلات مرتبط با کیفیت وقتی در ارتباط با مشوق های مالی و سود باشند بدتر خواهند شد [۳۱]. همچنین در مطالعه ی دیگری در نهایت نتوانسته پاسخ روشنی به اینکه آیا کیفیت تحت تاثیر نوع

مالکیت مراکز ارائه کننده خدمات سلامت قرار می گیرد یا خیر بدهد و به این نتیجه می رسد که خصوصی سازی می تواند نتایج غیرقابل پیش بینی داشته باشد [۳۲].

بنویت و همکاران در سال ۲۰۱۲ خصوصی سازی مراقبت های پس از زایمان را از نظر هزینه های پنهان برای مادران مورد بررسی قرار دادند. مادران شرکت کننده در این مصاحبه ساختارنیافته نکات مثبتی را درباره خدماتی که دریافت کرده بودند مطرح کردند، اما به بعضی خلاها و موانع اقتصادی در دریافت سرویس های موردنیازشان نیز اشاره کردند [۳۳].

در مقاله مروری که سال ۲۰۱۱ در استرالیا انجام گرفته است در نهایت به این نتیجه می رسد که خصوصی سازی امری سخت برای اجرا شدن است و بررسی اثرات آن بیش از آن که به استانداردهای مشخص بستگی داشته باشد به بررسی کننده نتایج آن بستگی دارد [۳۴].

یک مطالعه موردی که در سال ۲۰۱۲ توسط سمپات و همکاری درکانادا به انجام رسیده است، نتایج بیمه های خصوصی سلامت را به طور کلی منفی ارزیابی می کند که باعث افزایش نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت برای اقشار کم درآمد می شود [۳۵]. این در حالی است که مقاله مروری باسو و همکاران در سال ۲۰۱۲ در انگلستان بخش خصوصی را کارآمدتر، پاسخگوتر و از نظر درمانی موثرتر از بخش دولتی میدانند [۸].

## **۴-۲ مصاحبه های نیمه ساختار یافته**

### **۴-۲-۱ مصاحبه شوندگان**

بر اساس نظر خبرگان و با در نظر گرفتن پیشنهادات مطرح شده توسط حاضرین در جلسات گزارش پیشرفت، لیستی از مصاحبه شوندگان تهیه شد که در پیوست شماره ۲ آمده است. محققین برای انجام مصاحبه با تمامی افراد این لیست تلاش های فراوانی کردند و در نهایت موفق شدند با ۲۰ نفر از صاحب نظران مصاحبه انجام دهند.

مصاحبه شوندگان از متخصصین، صاحب نظران و فعالین حوزه اقتصاد سلامت، مدیریت سلامت و رئیس بیمارستان های خصوصی، اقتصاددانان، صاحب نظران حوزه صنعت دارو، فعالین حوزه درمان انتخاب شده اند.

با مصاحبه شوندگان مصاحبه نیمه ساختاریافته انجام شده است و نتایج حاضر، ماحصل مصاحبه های انجام شده است.

مصاحبه به سه شکل ساختاریافته، نیمه ساختاریافته و غیر ساختار یافته انجام می شود. مصاحبه ساختاریافته در واقع پرسشنامه های شفاهی هستند که تمام سوالات و روند مصاحبه از پیش تعیین شده است. در مقابل مصاحبه های غیرساختار یافته بدون هیچ تئوری و نظر از پیش مشخص شده و با ساماندهی کم یا بدون ساماندهی انجام می شوند. این قبیل مصاحبه ها که بسیار وقت گیر و سخت هستند زمانی ضرورت پیدا می کنند که نیاز به عمق زیادی در یک موضوع باشد یا اینکه پیرامون موضوع مورد نظر هیچ شناختی وجود نداشته باشد و یا نیاز به دیدگاه های جدیدی در خصوص یک موضوع شناخته باشد. مصاحبه های نیمه ساختار یافته تعدادی پرسش کلیدی دارند که حوزه مورد بحث را مشخص می کنند ولی در عین حال به مصاحبه کننده و مصاحبه شونده این امکان را می دهد که برای یک منظور خاص یا در پاسخ به جزئیات از سوالات منحرف شوند. این نوع مصاحبه متداول ترین نوع مصاحبه در حوزه سلامت می باشد. هدف از مصاحبه کشف دیدگاه ها، تجربیات، اعتقادات و انگیزه های افراد در خصوص یک موضوع مشخص می باشد.

#### **۴-۲-۲ پیاده سازی و تحلیل کیفی مصاحبه های انجام شده**

در خلال مصاحبه های نیمه ساختاریافته که توسط دو نفر از اعضای تیم پژوهش انجام می شد، نظر مصاحبه شوندگان درباره خصوصی سازی در نظام سلامت به صورت کلی، چالش های خصوصی سازی در ایران و راهکارهای پیشنهادی ایشان، مراحل گام به گام هموار کردن مسیر برای دستیابی به هدف و خصوصی سازی در صنعت دارو سوالاتی پرسیده شد. تمام صحبت های مصاحبه با کسب اجازه از مصاحبه شونده ضبط گردید. در مدت مصاحبه، مصاحبه شوندگان جهت غنای تحلیل های بعدی یادداشت هایی را برای خود برمیداشتند. پس از هر مصاحبه فایل صوتی آن پیاده نوار شده و توسط محققین مورد بررسی قرار گرفت.

روش مناسب نمونه برداری در مطالعات کیفی روش نمونه گیری هدفمند<sup>۲۸</sup> است. در این روش متناسب با سوال پژوهش واحدها (شامل افراد، سازمان ها، مدارک و ...) انتخاب می شوند. ایده این مدل نمونه برداری این است که سوال پژوهش باید تعداد نمونه ها را مشخص کند. نمونه برداری در دو سطح زمینه پژوهش و افراد نمونه انجام می شود. نمونه گیری تا جایی ادامه پیدا می کند که هر نمونه بخشی از ویژگی های زمینه خودش را معرفی کند. معمولاً پژوهشگر تلاش می کند که نمونه انتخاب شده تنوع خوبی را فراهم کرده باشد بنابراین نمونه های انتخاب شده از حیث خصوصیات کلیدی مرتبط با سوال پژوهش با یکدیگر متفاوت هستند.

نمونه برداری تئوریک گونه ای از نمونه گیری هدفمند است که در روش تئوری زمینه ای به کار می رود تا طبقه بندی های مختلف و ویژگی های هر کدام و ارتباط آن ها با تئوری را پیدا کند. در روش تئوری زمینه ای جمع آوری داده ها تا جایی ادامه پیدا می کند که اشباع تئوریکی دست بدهد. اشباع تئوریکی به این معناست که یک طبقه با داده های جمع آوری شده اشباع شده است یا به بیان دیگر الف) هیچ اطلاعات جدیدی دست نیاید، ب) طبقه به خوبی از جهت ویژگی ها و تنوع شناخته شده باشد، ج) ارتباط بین عامل ها به خوبی شناسایی و معتبر شده باشد.

جهت تحلیل اطلاعات جمع آوری شده در مصاحبه ها از روش تحلیل مضمون استفاده شد. این روش پرکاربردترین چارچوب تحلیل کیفی داده هاست. پروسه اصلی در تحلیل مضمون فرایند کدگذاری است. کدگذاری فرآیند تقسیم شدن داده ها به اجزای جدایی هست که به نظر می رسد به لحاظ تئوری مهم هستند و با یک نام مشخص می شوند. کدگذاری در روش تحلیل مضمون به شیوه ها مختلف و در سطوح مختلف انجام می شود. سه شیوه معمول کدگذاری عبارتند از:

✓ کدگذاری باز

✓ کدگذاری محوری

✓ کدگذاری انتخابی

---

<sup>۲۸</sup> purposive sampling



در کدگذاری آزاد که اولین مرحله کدگذاری نیز هست، مفاهیم که پس از این مرحله به دسته یا طبقه تبدیل می شوند حاصل می شود. سپس در کد گذاری محوری، بین کدهای ایجاد شده با محیط پژوهش، نتایج، الگوی ارتباطات و علل ارتباط برقرار شده و کدها دسته بندی می شوند. در کدگذاری انتخابی دسته اصلی یا مرکزی انتخاب می شود. به این کدها مضمون نیز گفته می شود. به علاوه ارتباط میان دسته های مختلف و اعتبارسنجی ارتباطات میان آنها نیز مشخص می شود.

به این ترتیب پس از انجام هر مصاحبه پژوهشگران روی متن پیاده شده کد گذاری اولیه یا باز را انجام میدادند. با در نظر داشتن کدهای استخراج شده از مصاحبه اول، مصاحبه کننده دوم انتخاب، مصاحبه انجام می شد و کدگذاری روی متن پیاده شده انجام می گرفت. به این ترتیب پس از جمع بندی کدهای مصاحبه اول و دوم، مصاحبه سوم کدگذاری و به تدریج مضامین یا کدهای انتخابی از دل کدهای اولیه استخراج می شد. برای انجام کدگذاری از نرم افزار ۲۰۱۳ Excel استفاده شد.

#### **۴-۲-۳ مضامین و کدهای استخراج شده**

نتیجه کدگذاری کیفی مصاحبه های انجام شده با متخصصین و طبقه بندی کدها و مضامین استخراج شده به شرح زیر می باشد

#### **■ دلایل مخالفین ورود بخش خصوصی به نظام سلامت:**

۱. سلامت، آموزش و امنیت وظیفه حاکمیت است.
۲. سلامت به طور کامل غیر قابل واگذاری است.
۳. ذات بازار آزاد به دنبال سود بیشتر است.
۴. نگاه بخش خصوصی به حوزه سلامت تجاری است.
۵. بخش دولتی ناکارآمدتر از بخش خصوصی نیست.
۶. اقتصاد نئولیبرال دنبال خصوصی سازی سلامت است.
۷. مافیاهایی که به دنبال منافع شخصی هستند پیگیر خصوصی سازی سلامت هستند.

۸. شاخص های عدالت در سلامت در دوران جنگ بهتر از دوران پس از جنگ در ایران است.
  ۹. خصوصی سازی منجر به این می شود که تقاضای سلامت تقای موثر شود.
  ۱۰. قیمت همه خدمات سلامت به دلیل اصل قیمت های نسبی در اقتصاد افزایش می یابد.
  ۱۱. گروه های حامی بیماران نقشی در تصمیم گیری ها ندارند.
  ۱۲. خصوصی سازی موضوع اصل ۴۴ و سلامت موضوع اصل ۲۹ قانون اساسی است.
  ۱۳. خصوصی سازی در بازاری که عوامل شکست بازار را دارد (عدم تقارن اطلاعات و عوارض خارجی مثبت و منفی) مثل نظام سلامت غلط است.
  ۱۴. در نظام سلامت تامین مالی مهم تر از اجرا است.
  ۱۵. جایی که فاصله طبقاتی میان دهک ها زیاد است حفاظت مالی بر تضمین دسترسی ارجحیت دارد.
- تقاضای موثر عبارت از قدرت و تمایل مصرف کنندگان است به اینکه بابت کالاها، از طریق معامله پایاپای بیواسطه یا با واسطه، مقداری بیش از سرمایه ای که صرف تولیدشان شده پردازند. یا مقداری از یک کالا یا خدمت است که مصرف کنندگان در قیمت های جاری بازار آن ها را خریداری می کنند [۳۶].
- منظور از قیمت های نسبی، قیمت یک کالا یا خدمت در مقایسه با قیمت کالا یا خدمت دیگر است.

### ■ لزوم خصوصی سازی در نظام سلامت:

۱. روند به سمت کوچک کردن دولت ها و کاهش تصدی گری دولت است.
۲. انتظارات در نظام سلامت نامحدود است.
۳. کارایی فنی در بخش دولتی وجود ندارد.
۴. پروژه های نیمه تمام دولتی زیادی وجود دارد.
۵. تولید کننده (عرضه کننده) خدمت و خریدار (پرداخت کننده) خدمت باید از هم جدا باشند.
۶. وزارت بهداشت باید خدمات با کیفیت را در یک رقابت عادلانه و آزاد خریداری کند.
۷. قیمت تمام شده خدمات در بخش خصوصی پایین است.

۸. نیاز به توسعه محصولات و خدمات با تکنولوژی بالاتر در نظام سلامت هست.
۹. تمرکز وزارت بهداشت باید روی کیفیت و تنظیم گری باشد تا ارائه خدمات و کمیت.
۱۰. هزینه خدمات در بخش دولتی بالا است.
۱۱. بدون حضور و مشارکت مردم اداره سلامت امکان پذیر نیست.
۱۲. بخش خصوصی از بار دولت کم می کند.
۱۳. بخش دولتی در بازار پرقابته آینده بازنده است.
۱۴. ناکارآمدی و فساد در بخش دولتی بیشتر است.

### پیش فرض های ورود به بحث خصوصی سازی در نظام سلامت:

۱. عبارت خصوصی سازی بار منفی دارد. باید از عبارت نقش مردم در سلامت استفاده شود.
۲. به ارزش های حاکم بر جامعه و مسئولین و تصمیم گیران (سوسیالیستی یا لیبرالیستی) باید توجه شود.
۳. خصوصی سازی یک طیف است.
۴. وظیفه اصلی دولت تنظیم گری<sup>۲۹</sup> و حکمرانی<sup>۳۰</sup> است.
۵. ارائه خدمات سلامت باید با احتیاط به بخش خصوصی واگذار شود.
۶. هدف خصوصی سازی بهبود دسترسی و بهبود کیفیت خدمات است.
۷. نگاه به نتایج خصوصی سازی باید بلند مدت باشد.
۸. وزارت بهداشت باید بیمار محور باشد نه صنعت محور.

### شروط خصوصی سازی در نظام سلامت:

<sup>۲۹</sup> regulation

<sup>۳۰</sup> governance

۱. حفاظت مالی<sup>۳۱</sup>، حفاظت دسترسی<sup>۳۲</sup> و حفاظت کیفی باید رعایت شود.
۲. فلسفه اقتصادی در ایران باید شفاف شود.
۳. به ساختار و قواعد امنیتی، اقتصادی و اجتماعی جامعه باید توجه شود.
۴. بخش خصوصی تنها در جایی باید وارد شود که بخش دولتی توان پاسخگویی به انتظارات مردم حتی انتظارات غیر ضروری را نداشته باشد.
۵. قانون و مقررات باید رعایت شود.
۶. دولت مقتدر در سیاستگذاری و نظارت باید وجود داشته باشد.
۷. تامین مالی خدمات ارائه شده در بیمارستان های خصوصی باید از قبل مشخص باشد.
۹. هدف تمرکززدایی باید چابکی سیستم باشد.
۸. در بخش خصوصی باید ایجاد اعتماد کرد.
۱۰. پوشش کامل مستمندان برای عدم خروج از عدالت باید رعایت شود.
۱۱. نظارت قوی و عالییه از سمت وزارت بهداشت باید وجود داشته باشد.
۱۲. استراتژی و نقشه راه باید از قبل مشخص باشد.
۱۳. امنیت شغلی همه کارکنان زنجیره درمان باید تضمین شود.
۱۴. امنیت روانی جامعه باید حفظ شود.
۱۵. مباحث اخلاقی باید در نظر گرفته شود.
۱۶. برای پیشگیری از التهاب و مخالفت در جامعه باید با مشارکت خود مردم حرکت کرد.
۱۷. زیرساخت های لازم برای حرکت در این راه باید ایجاد شود.
۱۸. تامین منابع و تنظیم مقررات باید حاکمیتی باشد، اجرا در دست بخش خصوصی باشد.
۱۹. موانع بازدارنده به موانع آزردهنده باید تبدیل شود.
۲۰. قواعد بازی باید رعایت شود.

---

<sup>۳۱</sup> Financial protection

<sup>۳۲</sup> Access to health care

۲۱. از مشاوران متخصص در مشارکت عمومی-خصوصی و قراردادهای باید استفاده شود.

۲۲. دسترسی مردم مناطق محروم به خدمات سلامتی باید تضمین شود.

۲۳. در واگذاری مدیریت بیمارستان‌ها باید بودجه و مسئولیت نیز واگذار شود.

منظور از حفاظت مالی بیان شده در کد یک مضمون شروط خصوصی سازی به این معنی است که پرداخت‌های مستقیم برای دریافت خدمات سلامت مردم را در معرض مخاطرات مالی قرار ندهد و استانداردهای زندگی آنها را تهدید نکند [۳۷].

منظور از حفاظت دسترسی یا تضمین دسترسی به خدمات سلامت این است که تمام افراد یک جامعه به موقع و با در نظر گرفتن تمام ترجیحات خود به خدمات سلامت دسترسی داشته باشند [۳۸].

منظور از حفاظت کیفی، تضمین کیفیت خدمات سلامت ارائه شده توسط نظام سلامت می باشد. پاسخگویی نظام های سلامت در سه حوزه سنجیده می شود: مالی، عملگری و سیاسی. یکی از مهم ترین موارد در بررسی عملکرد نظام سلامت کیفیت خدمات ارائه شده است [۳۹].

### ■ موانع خصوصی سازی در ایران:

۱. نواقص قانونی فراوان در واگذاری‌ها وجود دارد.
۲. در نظام سلامت، تولید متمرکز نیست.
۳. عدم رشد اقتصادی مانع خصوصی سازی صحیح است.
۴. قوانین دست و پا گیر فراوانی وجود دارد.
۵. هزینه سرمایه گذاری و هزینه وام در ایران بالا است.
۶. بازار داخلی در سلامت کوچک است. برای مثال در سلامت باید به گردشگری سلامت<sup>۳۳</sup> فکر کرد.
۷. مسئولین با ادبیات موضوع آشنایی ندارند.

---

<sup>۳۳</sup> health tourism

۸. نظام اطلاعاتی ضعیف است.
۹. در نظامات مالی شفافیت وجود ندارد.
۱۰. در حوزه نیروی انسانی قوانین دگمی وجود دارد.
۱۱. خرید بیمه ها آگاهانه نیست.
۱۲. طرح های نظام سلامت از دولتی به دولت دیگر موقتی است.
۱۳. حتی در صورت وجود قانون های خوب بستر مناسبی برای اجرای آن وجود ندارد.
۱۴. نظارت دقیق در وزارت بهداشت وجود ندارد.
۱۵. حدود و ثغور نقش اقتصادی دولت مشخص نیست.
۱۶. حرکت مسئولین به سمت خصوصی سازی نامطمئن است.
۱۷. بین بخش های خصوصی و دولتی رقابت ناسالم و نابرابر وجود دارد.
۱۸. منابع به طور نادرست و بی کفایت مدیریت می شوند.
۱۹. مدیران دولتی تضاد منافع دارند.
۲۰. مقررات متنوع و متضاد هستند.
۲۱. ذی نفعان غیردولتی در تصمیم گیری ها نقش ندارند.
۲۲. وزارت بهداشت، نقش های متناقض دارد. هم خریدار و هم فروشنده خدمات درمانی است.
۲۳. بیمارستان های دولتی ورشکسته هستند.
۲۴. دولت به تعهداتش در مقابل بخش خصوصی پایبند نیست.
۲۵. مدیریت های وزارت بهداشت سیاسی، قومی و مذهبی است.
۲۶. مدیران دولتی وزارت بهداشت تخصص و توان مدیریتی کافی ندارند.
۲۷. مرز مشخصی بین ارائه خدمات دولتی و خصوصی وجود ندارد.
۲۸. اشتهای حاکمیت برای مدیریت بیمارستان ها بالاست.
۲۹. بخش خصوصی در ایران مقبول نیست.

۳۰. ضوابط نامعین و سختی برای فعالیت بخش خصوصی وجود دارد.

۳۱. بخش خصوصی رغبتی برای حضور ندارد.

۳۲. دولت از ورود بخش خصوصی واهمه دارد.

۳۳. بازدهی تولید در ایران پایین است.

۳۴. دانش قرارداد نویسی در ایران خیلی پایین است.

## ■ اصلاحات مقدم بر خصوصی سازی در ایران:

۱. مدل ارائه خدمات بایستی اصلاح شود و نظام ارجاع در اولویت قرار بگیرد.
۲. نظام بیمه ای باید اصلاح شود (استفاده از ظرفیت تعرفه پلکانی و فرانشیز پلکانی).
۳. بدهی های دولت به بیمه ها باید جبران شود.
۴. نظام پرداخت باید اصلاح گردد.
۵. استفاده مناسب از منابع موجود مانند تخت های بیمارستانی مقدم بر خصوصی سازی است.
۶. از پتانسیل سازمان های مردم نهاد و صنفی باید استفاده شود.
۷. مدیریت در سطوح مختلف نظام سلامت از وزارتخانه تا مدیریت بیمارستان ها باید تخصصی شود.
۸. بیمارستان های آموزشی به دلیل بالا بودن هزینه های آنها کاهش یابند.
۹. پزشکان فاقد تخصص در زمینه مدیریت و اقتصاد از مناصب مدیریتی وزارت بهداشت برکنار شوند.
۱۰. زیرساخت های اطلاعاتی تقویت شود.
۱۱. امور اجرایی مربوط به وزارت صنایع معادن و بازرگانی از وزارت بهداشت خارج شود.
۱۲. قیمت دارو در بیمه ها توسط برگزاری مناقصه کنترل شود.
۱۳. وضعیت تعرفه بخش های مختلف اصلاح و مشخص شود.
۱۴. واحدهای غیرستادی در تصمیم گیری ها مشارکت داشته باشند.
۱۵. قوانین مشخص و دقیق برای واگذاری سرمایه های دولتی به بخش خصوصی وضع شود.
۱۶. جایگاه بخش خصوصی در نظام سلامت تبیین شود.

۱۷. روابط بین المللی گسترش یابد.

۱۸. بنگاه های دارویی شبه دولتی که قواعد بازار آزاد رعایت نمی کنند، باید مهار شوند.

### ■ مخاطرات خصوصی سازی در نظام سلامت:

۱. بدون نظارت کارآمد به ضرر مردم و حتی خود بخش خصوصی است.
۲. هزینه های نظام سلامت افزایش خواهد یافت.
۳. آینده خصوصی سازی در نظام سلامت مبهم است.
۴. پرداخت از جیب مردم و هزینه های کمرشکن افزایش خواهد یافت.
۵. نابسامانی در نظام سلامت افزایش خواهد یافت.
۶. بدهی بیمه ها افزایش خواهد یافت.
۷. فساد افزایش خواهد یافت.
۸. بحران های اجتماعی ایجاد خواهد شد.
۹. نابرابری و ناامنی در جامعه رشد خواهد یافت.

### ■ خصوصی سازی در بخش های مختلف نظام سلامت:

۱. باید از بخش هایی که بیشترین شباهت را به بازار آزاد دارند، مانند صنعت دارو شروع کرد.
۲. اورژانس، بهداشت، پیشگیری، خدمات پایه و ارائه خدمات در مناطق استراتژیک و صعب العبور قابل واگذاری به بخش خصوصی نیست.
۳. بخش های آماری و اطلاعاتی غیر قابل واگذاری است.
۴. سرمایه گذاری در بخش دارو نسبتاً زودبازده است و صنعت دارو می تواند بی پروا واگذار شود.
۵. خدماتی قابل واگذاری است که فعالیت هایشان قابلیت اندازه گیری باشد.
۶. واگذاری بیمارستان باید آخرین گام خصوصی سازی باشد.
۷. خصوصی سازی در صنعت دارو صد در صد قابلیت دفاع دارد.



۸. در گام های نخست مدیریت بیمارستان ها میتواند واگذار شود.
۹. از BOT در حال حاضر در ایران فقط B اجرا میشود. اگر به صورت کامل انجام شود، خوب است و انجام شدنی.

۱۰. برون سپاری در لجستیک و پاراکلینیک امکان پذیر است.

### ■ گام های حرکت به سمت خصوصی سازی در ایران:

۱. از ظرفیت ها و مدل های مشارکت بخش عمومی - خصوصی<sup>۳۴</sup> استفاده کنیم.
  ۲. نظامات مالی شفاف شود.
  ۳. امور اداری تسهیل شود.
  ۴. ابتدا دولت باید از ساخت بیمارستان های دولتی بیشتر اجتناب کند. سپس کم کم به سمت خصوصی سازی پیش برود.
  ۵. بخش آموزش از وزارت بهداشت و درمان جدا شود.
  ۶. بیمارستان های دولتی با حفظ حقوق مردم و دولت به صورت بلند مدت یا به شرط تملیک اجاره داده شوند.
  ۷. خدمات مورد نیاز وزارت بهداشت به صورت مناقصه ای از بخش خصوصی خریداری شود.
  ۸. آیین نامه های بازدارنده در این زمینه لغو شوند.
  ۹. سهام بیمارستان ها به کارکنان خود بیمارستان فروخته شود.
  ۱۰. از مدیران موفق سایر کشورها در زمینه مشارکت های عمومی-دولتی مشورت گرفته شود.
  ۱۱. ضوابط روشن و دقیق کنترل کیفی و راهنماهای بالینی تدوین شوند.
- منظور از تقاضای القایی در نظام سلامت عبارت است از ارائه خدمات و مراقبت های کاملاً غیر ضروری توسط متخصصین و توصیه های آنان به بیمارانی که اطلاعات کافی ندارند.

---

<sup>۳۴</sup> Public-Private Partnership

## ۴-۲-۴ جمع بندی مصاحبه ها

نتایج این کدگذاری، در قالب مضامین و مقوله های استخراج شده به صورت خلاصه در جدول ۸ آورده شده است.

جدول ۸- کدها و مضامین استخراج شده از تحلیل کیفی مصاحبه های انجام شده

مضامین	کدهای اولیه
دلایل مخالفین خصوصی سازی در نظام سلامت	سلامت، آموزش و امنیت وظیفه حاکمیت است
	سلامت به طور کامل غیر قابل واگذاری است
	ذات بازار آزاد به دنبال سود بیشتر است
	خصوصی سازی منجر به این میشود که تقاضا برای سلامت تقای موثر شود.
	در صورت خصوصی سازی قیمت همه خدمات سلامت به دلیل قیمت های نسبی در اقتصاد افزایش می یابد
	گروه های حامی بیماران نقشی در تصمیم گیری ها ندارند
	خصوصی سازی در بازاری که عوامل شکست بازار را دارد مثل نظام سلامت غلط است
	در نظام سلامت حفاظت مالی بر تضمین دسترسی ارجحیت دارد
	بخش دولتی ناکارآمدتر از بخش خصوصی نیست
	روند به سمت کوچک کردن دولت ها و کاهش تصدی گری دولت است.
لزوم خصوصی سازی در نظام سلامت (دلایل موافقین خصوصی سازی در نظام سلامت)	انتظارات در نظام سلامت نامحدود است.
	کارایی فنی در بخش دولتی پایین است
	پروژه های نیمه تمام دولتی زیادی وجود دارد.
	تولید کننده (عرضه کننده) خدمت و خریدار (پرداخت کننده) خدمت باید از هم جدا باشند.
	قیمت تمام شده خدمات در بخش خصوصی پایین تر از بخش دولتی است

تمرکز وزارت بهداشت باید روی کیفیت و تنظیم گری باشد تا ارائه خدمات و کمیت	
ناکارامدی و فساد در بخش دولتی بیشتر است	
عبارت خصوصی سازی بار منفی دارد. باید از عبارت نقش مردم در سلامت استفاده شود	<p><b>پیش فرض های ورود به بحث خصوصی سازی در نظام سلامت</b></p>
به ارزش های حاکم بر جامعه و مسئولین و تصمیم گیران (سوسیالیستی یا لیبرالیستی) باید توجه شود.	
بحث خصوصی سازی طیفی است	
وظیفه اصلی دولت تنظیم گری <sup>۳۵</sup> و حکمرانی <sup>۳۶</sup> است.	
ارائه خدمات سلامت باید با احتیاط به بخش خصوصی واگذار شود	
هدف خصوصی سازی بهبود دسترسی و بهبود کیفیت خدمات است.	
نگاه به نتایج خصوصی سازی باید بلند مدت باشد	
وزارت بهداشت باید بیمار محور باشد نه صنعت محوری	
حفاظت مالی <sup>۳۷</sup> ، حفاظت دسترسی <sup>۳۸</sup> و حفاظت کیفی باید رعایت شود.	
فلسفه اقتصادی در ایران باید شفاف شود.	
به ساختار و قواعد امنیتی، اقتصادی و اجتماعی جامعه باید توجه شود.	
بخش خصوصی تنها در جایی باید وارد شود که بخش دولتی توان پاسخگویی به انتظارات مردم حتی انتظارات غیر ضروری را نداشته باشد.	
دولت مقتدر در سیاستگذاری و نظارت باید وجود داشته باشد.	
پوشش کامل مستمندان برای عدم خروج از عدالت باید رعایت شود.	
امنیت شغلی همه کارکنان زنجیره درمان باید تضمین شود.	
امنیت روانی جامعه باید حفظ شود.	

<sup>۳۵</sup> regulation

<sup>۳۶</sup> governance

<sup>۳۷</sup> Financial protection

<sup>۳۸</sup> Access to health care

برای پیشگیری از التهاب و مخالفت در جامعه باید با مشارکت خود مردم حرکت کرد.	
زیرساخت های لازم برای حرکت در این راه باید ایجاد شود.	
تامین منابع و تنظیم مقررات باید حاکمیتی باشد، اجرا در دست بخش خصوصی باشد.	
دسترسی مردم مناطق محروم به خدمات سلامتی باید تضمین شود.	
از مشاوران متخصص در مشارکت عمومی-دولتی و قراردادهای باید استفاده شود.	
نواقص قانونی فراوان در واگذاری ها وجود دارد.	
بخش خصوصی در ایران مقبول نیست.	
مسئولین با ادبیات موضوع آشنایی ندارند.	
نظام اطلاعاتی ضعیف است	
در نظامات مالی شفافیت وجود ندارد.	
در حوزه نیروی انسانی قوانین دگمی وجود دارد.	
خرید بیمه ها آگاهانه و استراتژیک نیست.	
نظارت دقیق در وزارت بهداشت وجود ندارد.	
بین بخش های خصوصی و دولتی رقابت ناسالم و نابرابر وجود دارد.	
مدیران دولتی تضاد منافع دارند.	
مقررات متنوع و متضاد هستند.	
ذی نفعان غیردولتی در تصمیم گیری ها نقش ندارند.	
عدم رشد اقتصادی مانع خصوصی سازی صحیح است	
وزارت بهداشت، نقش های متناقض دارد. هم خریدار و هم فروشنده خدمات درمانی است	
مدیریت های وزارت بهداشت سیاسی، قومی و مذهبی است.	
مدیران دولتی وزارت بهداشت تخصص و توان مدیریتی کافی ندارند.	
	<b>موانع خصوصی سازی در ایران</b>

<p>اشتهای حاکمیت برای مدیریت بیمارستان ها بالاست.</p>	
<p>دانش قرارداد نویسی در ایران خیلی پایین است.</p>	
<p>مدل ارائه خدمات بایستی اصلاح شود و نظام ارجاع در اولویت قرار بگیرد.</p>	<p><b>اصلاحات مقدم بر خصوصی سازی در ایران</b></p>
<p>نظام بیمه ای باید اصلاح شود (استفاده از ظرفیت تعرفه پلکانی و فرانشیز پلکانی)</p>	
<p>نظام پرداخت باید اصلاح گردد.</p>	
<p>استفاده مناسب از منابع موجود مانند تخت های بیمارستانی مقدم بر خصوصی سازی است</p>	
<p>از پتانسیل سازمان های مردم نهاد و صنفی باید استفاده شود.</p>	
<p>مدیریت در سطوح مختلف نظام سلامت از وزارتخانه تا مدیریت بیمارستان ها باید تخصصی شود</p>	
<p>بیمارستان های آموزشی به دلیل بالا بودن هزینه های آنها کاهش یابند</p>	
<p>قیمت دارو در بیمه ها توسط برگزاری مناقصه کنترل شود.</p>	
<p>واحدهای غیرستادی در تصمیم گیری ها مشارکت داشته باشند.</p>	
<p>زیرساخت های اطلاعاتی تقویت شود.</p>	
<p>قوانین مشخص و دقیق برای واگذاری سرمایه های دولتی به بخش خصوصی وضع شود.</p>	
<p>روابط بین المللی گسترش یابد.</p>	
<p>بنگاه های دارویی شبه دولتی که قواعد بازار آزاد رعایت نمیکنند، باید مهار شوند</p>	
<p>بدون نظارت کارآمد به ضرر مردم و حتی خود بخش خصوصی است.</p>	<p><b>مخاطرات خصوصی سازی در نظام سلامت</b></p>
<p>هزینه های نظام سلامت افزایش خواهد یافت.</p>	
<p>آینده خصوصی سازی در نظام سلامت مبهم است.</p>	
<p>پرداخت از جیب مردم و هزینه های کمرشکن افزایش خواهد یافت.</p>	
<p>نابسامانی در نظام سلامت افزایش خواهد یافت.</p>	

بدهی بیمه ها افزایش خواهد یافت.	
فساد افزایش خواهد یافت	
نابرابری و ناامنی در جامعه رشد خواهد یافت.	
باید از بخش هایی که بیشترین شباهت را به بازار آزاد دارند، مانند صنعت دارو شروع کرد.	<b>خصوصی سازی در بخش های مختلف نظام سلامت</b>
اورژانس، بهداشت، پیشگیری، خدمات پایه و ارائه خدمات در مناطق استراتژیک و صعب العبور قابل واگذاری به بخش خصوصی نیست.	
بخش های آماری و اطلاعاتی غیر قابل واگذاری است	
خدماتی قابل واگذاری است که فعالیت هایشان قابلیت اندازه گیری باشد	
واگذاری بیمارستان باید آخرین گام خصوصی سازی باشد.	
در گام های نخست مدیریت بیمارستان ها میتواند واگذار شود.	
برون سپاری در لجستیک و پاراکلینیک امکان پذیر است.	
از ظرفیت ها و مدل های مشارکت بخش عمومی - خصوصی <sup>۳۹</sup> استفاده کنیم.	
نظامات مالی شفاف شود.	
بخش آموزش از وزارت بهداشت و درمان جدا شود.	
بیمارستان های دولتی با حفظ حقوق مردم و دولت به صورت بلند مدت یا به شرط تملیک اجاره داده شوند.	<b>گام های حرکت به سمت خصوصی سازی در ایران</b>
خدمات مورد نیاز وزارت بهداشت به صورت مناقصه ای از بخش خصوصی خریداری شود.	
از مدیران موفق سایر کشورها در زمینه مشارکت های عمومی-دولتی مشورت گرفته شود.	
سهام بیمارستان ها به کارکنان خود بیمارستان فروخته شود.	
ضوابط روشن و دقیق کنترل کیفی و راهنماهای بالینی تدوین شوند	

<sup>۳۹</sup> Public-Private Partnership

## ۴-۳ خصوصی سازی در نظام های سلامت کشورهای منتخب

روش تطبیقی روش کشف اشتراک ها و افتراق ها و واقعیت ها و فرایندهای اجتماعی در دامنه مشخص و برای رسیدن به هدف مشخصی است.

همانطور که اشاره شد، کشورها در سراسر دنیا، برای دسترسی به افزایش پوشش بیمه همگانی، کاهش سهم پرداخت مردم از جیب، تامین منابع مالی و افزایش کیفیت در ارائه خدمات به اصلاحاتی در نظام های سلامت روی آوردند. در راستای ساماندهی ارائه خدمات در حوزه بخش دولتی و خصوصی و دستیابی به مدل بهینه برای مشارکت بخش خصوصی در نظام سلامت ایران، مطالعه نظام های سلامت کشورهای پیشرفته حایز اهمیت می باشد. آنچه که در طراحی مطالعات تطبیقی باید مورد توجه قرار گیرد، توجه به شباهت های ساختاری در نظام های مورد بررسی است. بنابر این مطالعه تطبیقی در این مطالعه در دو بخش ارائه می شود. در بخش اول که در گزارش پیش رو ارائه شده است با رویکرد توصیفی به مرور سیستماتیک نظام های سلامت در کشورهای منتخب که تجربه خصوصی سازی دارند به صورت گذشته نگر پرداخته شده است. کشورهای منتخب شامل انگلستان، آمریکا، کانادا، تایلند، ترکیه، استرالیا، فرانسه، برزیل و پرتغال می باشد. ملاک انتخاب این کشورها تجربیات موفق یا تاثیرگذار آنها در خصوص حضور بخش خصوصی در نظام سلامت بوده است. در بخش دوم مطالعه با تشکیل یک نشست تخصصی به نظر سنجی از صاحب نظران جهت رسیدن به یک الگوی بهینه پرداخته شد.

## ۴-۳-۱ انگلستان

### • شاخص های اجتماعی و اقتصادی

جمعیت کشور انگلستان در سال ۲۰۱۶ حدود ۶۵,۶۴ میلیون برآورده شده است. بر اساس گزارش بانک جهانی سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی از ۶,۷ در سال ۱۹۹۴ به ۹,۱ در سال ۲۰۱۴ افزایش یافته است [۴۰].

## • نظام بهداشت و درمان در انگلستان

نظام بهداشت و درمان ملی در سال ۱۹۸۴ و با هدف پوشش کامل جمعیت کشور تأسیس شده است. این نظام در سال ۱۹۸۹ از نظر ساختار و نحوه ارائه خدمات دچار تحولی اساسی شد و بر این اساس بیمارستان ها و مراکز عرضه کننده خدمات نقش بیش تری را در اداره امور خود و ارائه خدمات به بیماران به عهده گرفتند. پوشش جمعیت در نظام بهداشت و درمان ملی، همگانی و اجباری است. مبنای بهره مندی افراد از خدمات بهداشت و درمان ملی نیاز آنان است و پرداخت یا عدم پرداخت حق بیمه، تأثیری در این مورد ندارد. همچنین در زمینه استفاده از خدمات نظام بهداشت و درمان ملی، تفاوتی بین افراد از نظر وضع شغلی و درآمد وجود ندارد اما این تفاوت در نظام تأمین اجتماعی لحاظ شده است. در نظام تأمین اجتماعی، همه افراد عضویت دارند و به طور اجباری باید حق بیمه بپردازند، اما سهم مشارکت آنان متناسب با وضع شغلی و سطح درآمد متفاوت است.

انگلستان اولین کشور در دنیا بود که مفهوم مشارکت بخش خصوصی دولتی را برای ارائه خدمات معرفی کرد. این مدل در سال ۱۹۹۲ معرفی شده و به بخش خصوصی اجازه می داد تا به مدت بیست و پنج سال تأمین منابع مالی، ساخت و ارائه خدمات را برعهده بگیرد و پس از طی این مدت بیمارستان به سیستم سلامت واگذار شود. در سال ۲۰۰۱ حدود ۳,۱۴ بلیون دلار سرمایه گذاری به این روش انجام شده بود [۴۱].

در کشور انگلستان استقرار سیاستهای تشویقی خصوصی سازی توسط دولت محافظه کار در سال ۱۹۷۹ آغاز شد و فاکتور کلیدی برای توسعه و اجرای برنامه های مختلف خصوصی سازی بود. اصلی ترین مثال های این برنامه فروش دارایی های غیر قابل نیاز سیستم سلامت ملی انگلستان به بخش خصوصی، افزایش قراردادهای برون سپاری خدمات بالینی و غیر بالینی و اجرای برنامه های انگیزشی برای مردم از جمله معافیت های مالیاتی برای خرید بیمه های سلامتی خصوصی بود. با تعهد حکومت بریتانیا برای کاهش نقش دولت در اقتصاد، همراه با ایجاد فضایی برای شکوفایی بخش خصوصی، طرح های خصوصی سازی به عنوان وسیله ای برای تحریک انتقال مسئولیت های خدمات بهداشتی از بخش دولتی به خصوصی قرار گرفت [۴۲].



موهان و همکاران یک تجزیه و تحلیل جامع از برنامه خصوصی سازی مراقبت‌های بهداشتی تحت نظر دولت محافظه کار و اثرات بالقوه آن بر روی نظام سلامت انجام دادند. در این مطالعه، نویسنده با بررسی چهار جنبه کلیدی خصوصی سازی در مورد نظرات موافقان و مخالفان خصوصی سازی در انگلستان مدل هایی را ارائه می نماید: الف) تامین مالی و ارایه خدمات بهداشتی درمانی توسط بخش خصوصی ب) تامین مالی از سوی دولت و ارایه خدمات درمانی و بهداشتی توسط بخش خصوصی ؛ ج) عقد قراردادهای فرعی برای واگذاری خدمات غیر بالینی به بخش خصوصی و د) تجاری کردن فعالیت‌های امور سلامت. اگرچه مدل سیستم سلامت همگانی<sup>۴۰</sup> بریتانیا تحت مالکیت دولت اداره می شود، اما دولت محافظه کار به منظور رفع نیازهای ناشی از منابع محدود دولت به تشویق بخش خصوصی برای مشارکت به منظور فراهم آوری خدمات عمومی پرداخت. بنابراین در انگلستان بخش خصوصی به عنوان مکمل سیستم سلامت عمومی در نظر گرفته شد نه جایگزین [۴].

تأمین مالی و فراهم سازی خدمات مراقبت بیمارستانی توسط بخش خصوصی، یکی از اولین طرح‌های خصوصی سازی در بریتانیا است. این طرح در ابتدا سبب افزایش منابع در بازار سلامت گردید و همچنین دسترسی و امکان انتخاب افراد برای دریافت خدمت را در کشور افزایش داد. با این وجود، افزایش رقابت منجر به ایجاد ظرفیت های اضافی گردید و این امر باعث بسته شدن واحدهای بیمارستانی خصوصی تحت سرمایه اشخاص شد و نگرانی‌های جدی در خصوص سود بیمارستان های زنجیره ای مغایر با قوانین و اصول سیستم سلامتی ملی را ایجاد نمود.

ارائه خدمات خصوصی برای مراقبت های طولانی مدت از جمعیت سالمندان که توسط بودجه عمومی دولت تأمین می شد، شکل دیگری از خصوصی سازی در بریتانیا بود. بعد از اینکه دولت محافظه کار قانونی را تصویب نمود که طی آن هزینه های مراقبت از افراد سالمند در آسایشگاه های خصوصی "در صورت نبودن آسایشگاه عمومی مناسب" توسط بودجه تأمین اجتماعی پرداخت می گردید، صنعت آسایشگاه سالمندان به یکباره رشد سریعی در سطح کشور نشان داد. از طرف دیگر، این نوع از خصوصی سازی سبب تمرکز خانه های سالمندان

---

<sup>۴۰</sup> National Health System (NHS)

در مناطقی با تعداد بالای بازنشستگان شد. علاوه بر این شواهد تجربی نشان می داد که، در برخی از خانه‌های سالمندان شیوه‌های مراقبتی ضعیفی ارائه می‌شود و بنابراین اهمیت حفظ یک سطح استاندارد در ارائه خدمات از طریق برنامه های نظارتی اهمیت ویژه ای پیدا کرد [۴۳].

مثال برجسته و مهم دیگری از خصوصی سازی خدمات مراقبت بهداشتی در بریتانیا در مورد بیمارستان‌های روانی انجام شد. کمبود منابع دولتی سبب شده بود که بسیاری از موسسات و بیمارستان های روانی نتوانند مراقبت های لازم را برای بیماران خود فراهم کرده و با مرخص کردن زود هنگام آنها بیماران مجبور بودند که در خیابان‌ها، گداخانه‌ها و یا زندان زندگی خود را ادامه بدهند. با اجرای این قانون و ورود بخش خصوصی بیمارستان های روانی قادر شدند که خدمات مناسبی به بیماران در طول مدت بستری ارائه دهند و آنها را به منظور داشتن زندگی مستقل حمایت و آماده سازی کنند [۴۳].

شکل دیگری از خصوصی سازی در بریتانیا شامل ارائه خدمات جانبی (غیر بالینی) به صورت خصوصی بود. بعد از انتخابات ۱۹۸۳، دولت از تمامی مقامات بهداشتی انگلستان درخواست نمود تا تمامی خدمات پشتیبانی اصلی خود (رختشویی، نظافت، فراهم کردن غذا) را در معرض مناقصه رقابتی قرار دهند. اگرچه این طرح به طور عمده با هدف بهره‌وری بیشتر NHS انجام گرفت، در اجرای این سیاست، حکومت با مقاومت قابل توجهی نیروی کارگری مواجه گردید. این مقاومت نشان‌دهنده به خطر افتادن دو هزار شغل توسط این طرح بود. علاوه بر این، بسیاری از مقامات بخش سلامت تمایل به قطع کردن روابط مثبت خود با نیروی کارگری نداشتند. بنابراین، نه تنها ناسازگاری بین بخش سلامت و حکومت مرکزی ایجاد گردید بلکه این ناسازگاری در بین اتحادیه صنفی و بخش سلامت نیز مشهود بود. علاوه بر این، گزارشی در خصوص گسترش لغو قراردادهای خدمات ارائه گردید که عدم توازن بین مناطق روستایی و شهری با پیمانکاران خصوصی نشان‌دهنده موفقیت بیشتر بخش سلامت در مناطق روستایی نسبت به شهری بود [۴۴].

در بریتانیا، عوامل سیاسی و فنی مهم‌ترین و اصلی‌ترین دلایل تغییرات مشاهده شده در لغو قراردادهای خدمات هستند. در دسته عوامل فنی، یکی از موانع موجود برای بسیاری از پیمانکاران خصوصی هزینه سرمایه بالا

جهت ورود به بخش خصوصی بود. بنابراین، پیمانکاران خصوصی به دلیل وجود مشکلات کمتر، بیشتر به بخش نظافت متمایل گردیده‌اند. آن‌ها همچنان قادر بودند با کاهش دستمزد کارگران مناقصه‌ها را تضعیف نمایند. در نهایت، گرایش اخیر طرح‌های خصوصی‌سازی در بریتانیا، توسعه انواع روابط مشارکتی بین دولت و بخش خصوصی است و دولت مدل‌های مشارکتی عمومی-خصوصی را در تامین مالی و ساختار مدیریتی بیمارستان‌ها به کار گرفت. بیمارستان‌های دولتی یا با ساختار هیات امنایی تحت نظارت سازمان خدمات ملی سلامت، سازماندهی شد یا به شکل بنگاه‌های هیات امنایی درآمد که تحت نظارت یک نهاد ناظر قرار دارند. نهاد ناظر در واقع، رگولاتور و تنظیم‌کننده اقتصادی ارائه‌کنندگان دولتی و خصوصی است. بنیادهای هیات امنایی از آزادی عمل بیشتری برخوردار هستند، دسترسی آسان‌تری به منابع سرمایه دارند و می‌توانند درآمدهای مازاد را تجمیع یا کسری‌های موقتی را جبران نمایند. دولت مایل است در آینده نزدیک تمامی بیمارستان‌ها به بنیادهای هیات امنایی تبدیل شوند. بیمارستان‌ها و بنیادهای هیات امنایی برای ارائه خدمات درمانی با گروه‌های ارائه‌کننده خدمات بالینی قرارداد منعقد کرده و هزینه خدمات را بر اساس نرخ ملی معین دریافت می‌نمایند. مسئولیت تعیین این تعرفه‌ها به طور مشترک بر عهده سازمان خدمات ملی سلامت انگلستان و نهاد ناظر است. در بعضی مناطق نیز نرخ تعرفه اعمال نمی‌شود و پرداخت‌ها در ازای خدمات ارائه شده، صورت می‌گیرد. ارائه‌دهندگان خدمات خصوصی باید در "کمیسیون کیفیت خدمات درمانی" و همچنین "نهاد ناظر" نام‌نویسی کنند، اما دریافت هزینه از بیماران خصوصی تابع مقررات خاصی نیست و هیچگونه یارانه دولتی نیز پرداخت نمی‌شود [۴۵].

مطابق گزارش دیلوییت بر خلاف روند مشاهده شده در سایر کشورهای دنیا، در سالهای اخیر انگلستان در حال فاصله گرفتن از مدل مشارکت‌های عمومی-خصوصی است. اگرچه که انگلستان از نخستین کشورهای بود که این مدل از مشارکت را معرفی کرد ولی در سالهای اخیر به دلیل کاهش در بودجه NHS علی‌رغم افزایش تقاضا، تمایل ذی‌نفعان مختلف برای ورود به این مشارکت‌ها کم شده است [۴۶].

## • تامین منابع مالی در نظام سلامت انگلستان

منابع مالی در نظام سلامت انگلستان از محل های زیر تأمین می شود. الف) مالیات عمومی: حدود ۸۰ درصد هزینه های نظام بهداشت و درمان ملی از محل مالیات عمومی و به وسیله دولت تأمین می شود. ب) حق بیمه های اجتماعی: در نظام بهداشت و درمان ملی از بیمه شدگان، حق بیمه دریافت نمی شود اما حدود ۱۵ درصد از حق بیمه های جمع آوری شده در نظام تأمین اجتماعی انگلیس در اختیار نظام بهداشت و درمان ملی قرار می گیرد. حق بیمه در نظام بیمه اجتماعی بر مبنای درآمد تعیین می شود و متناسب با سطح درآمد افراد و نیز وضع شغلی آنها است ج) فرانشیز: در نظام بهداشت و درمان ملی، خدمات ارائه شده عموماً رایگان است و فرانشیز سهم بسیار اندکی از منابع مالی را به خود اختصاص می دهد.

بخش عمده هزینه های خصوصی درمانی صرف داروهای غیر تجویزی و دیگر محصولات درمانی مجاز و خدمات بیمارستان های خصوصی می شود. بیشتر خدمات بیمارستان های خصوصی، تا حد زیادی به دلیل درمان های انتخابی، از طریق بیمه درمانی اختیاری، تأمین مالی می شود. زیرا خدمات درمانی را سریع تر و راحت تر در اختیار بیمار قرار می دهد [۴۷].

## • مهمترین نهادهای حاکم بر نظام سلامت در انگلستان

وزارت بهداشت و وزیر بهداشت، مسئولیت اصلی مدیریت نظام سلامت را به عنوان یک مجموعه کامل بر عهده دارد، و قانون مراقبت های اجتماعی و خدمات درمانی در سال ۲۰۱۲ وظایف مهمی را به سازمان جدید خدمات ملی سلامت انگلستان واگذار کرد، از جمله مسئولیت نظارت کامل بر بودجه به اتفاق نهاد ناظر، مسئولیت تعیین نرخ گروه های تشخیصی برای ارائه خدمات سلامت ملی. به علاوه، سازمان خدمات ملی سلامت انگلستان، برخی از خدمات تخصصی از قبیل جراحی قلب کودک، برنامه های ملی ایمن سازی و غربالگری، خدمات مراقبت های اولیه از جمله پزشک عمومی، دندان پزشکی و دارو را ارائه می دهد. "موسسه ملی تعالی سلامت و خدمات بالینی"، دستورالعمل ها و رهنمودهایی را در زمینه معالجات بالینی اثربخش تهیه کرده و فناوری نوین جهت ارزیابی میزان اثربخشی و مقرون به صرفه بودن خدمات و نیز استانداردهای پایه ایمنی و کیفیت،

ارائه می کند. "کمیسیون تامین کننده خدمات، کیفیت خدمات درمانی را تضمین می کند و بر استانداردهای درمانی نظارت دارد. چنانچه این کمیسیون از کیفیت خدمات اطمینان حاصل نماید، می تواند ارائه آن خدمات را متوقف کند. "نهاد ناظر"، مسئولیت صدور مجوز تبدیل بیمارستان های هیات امنایی سازمان خدمات ملی سلامت به بنیاد های هیات امنایی و نظارت بر مسائل مالی آنها را بر عهده دارد، و در صورتی که عملکرد آنها به شدت رو به نقصان باشد، مجاز به مداخله در این امور می باشد. در واقع، نهاد ناظر، مجوز فعالیت تمامی ارائه کنندگان خدمات درمانی تحت پوشش سازمان خدمات ملی سلامت را صادر می کند. علاوه بر این، بررسی نقض احتمالی اصول همکاری و قانون رقابت با سازمان خدمات ملی سلامت نیز بر عهده این نهاد می باشد. در صورت بروز هرگونه مغایرت قانونی، موضوع به دو مرجع ملی رقابت یعنی، "اداره تجارت عادلانه" و "کمیسیون رقابت"، ارجاع داده می شود. سازمان خدمات ملی سلامت انگلستان علاوه بر نظارت بر گروه های ارائه کننده خدمات بالینی و هدایت مستقیم خدمات تخصصی، مسئولیت تعیین استراتژی و جهت دهی فناوری اطلاعات سلامت را نیز به عهده دارد. از جمله این موارد می توان به توسعه خدمات آنلاین برای تعیین وقت معاینه و درمان، تعیین استاندارد های کیفی برای نگهداری سوابق و مدارک پزشکی، تجویز نسخ الکترونیکی و ایجاد زیرساخت فناوری اطلاعات در سازمان خدمات ملی سلامت اشاره کرد. یک نهاد ملی جدید با عنوان "سازمان دیده بان سلامت" به منظور ارتقاء منافع بیماران در هر منطقه، تاسیس شد. مراکز محلی دیده بان سلامت از کسانی که نسبت به وضع خدمات شکایت دارند، حمایت و پشتیبانی می کند و می تواند نگرانی های مربوط به کیفیت خدمات را به سازمان دیده بان سلامت انگلستان گزارش دهد. علاوه بر این، از کلیه نهادهای محلی زیرمجموعه سازمان خدمات ملی سلامت از جمله پزشکان عمومی، بیمارستان های هیات مدیره ای و گروه های اجرایی، انتظار می رود که از گروه های تعامل بیمار و برنامه های ابتکاری حمایت کنند [۴۵].

#### ۴-۳-۲ ترکیه

##### • شاخص های اجتماعی و اقتصادی

جمعیت کشور ترکیه در سال ۲۰۱۶ حدود ۷۹،۵۱ میلیون نفر گزارش شده است. این کشور در دسته کشورهای با درآمد متوسط به بالا قرار دارد و در دهه گذشته شاهد رشد اقتصادی و توسعه چشمگیری بوده است. بر

اساس آمار گزارش بانک جهانی سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی در ترکیه از ۲,۵ درصد در سال ۱۹۹۴ به ۵,۴ درصد در سال ۲۰۱۴ رسیده است. شاخص های اجتماعی در نتیجه رشد اقتصادی بهبود قابل توجهی داشته است و هزینه های دولت در بخش ارایه خدمات عمومی افزایش یافته است. مرگ و میر نوزادان کاهش چشمگیری داشته است و امید به زندگی از ۶۵ سال به ۷۵ سال رسیده است. دسترسی به خدمات سلامت در نتیجه اجرای طرح تحول سلامت در ترکیه نیز افزایش یافته است [۴۰].

### • ساختار بهداشت و درمان در ترکیه

در آغاز دهه ۱۹۹۰، اصلاحات ساختار سیستم سلامت در ترکیه شروع شد. در دسامبر سال ۲۰۰۳ دولت ترکیه آغاز اصلاحات جامع در نظام سلامت ترکیه تحت عنوان "طرح تحول نظام سلامت" را آغاز کرد. این بسته اصلاحی شامل سازماندهی مجدد سرویس ارایه خدمات، سیستم های تامین مالی، استقرار پزشک خانواده و بیمه سلامت همگانی بود. برخی از گروهها این بسته اصلاحی را تحت عنوان "خصوصی سازی" نام گذاری کرده اند.

وجود مشکلات متعدد در نظام سلامت کشور ترکیه زمینه را برای وقوع اصلاحات در نظام سلامت کشور ترکیه فراهم کرد. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی و گزارش منتشر شده از سازمان توسعه همکاری اقتصادی اروپا شاخصهای وضعیت سلامت جمعیت در کشور ترکیه در مقایسه با سایر کشورهای با درآمد متوسط و همچنین کشورهای اتحادیه اروپا به طور قابل ملاحظه ای پایین تر بود. همچنین شکاف چشمگیری در دسترسی به خدمات در مناطق روستایی و شهری و افراد با درآمد های بالا و پایین وجود داشت [۴۸]. فاکتورهای کلیدی که منجر به ناکارآمدی در سیستم سلامت ترکیه شده بودند شامل سیستم بیمه ای پراکنده و غیر منسجم، عدم پوشش کافی بیمه ای، بهره وری پایین و کیفیت تکنیکی نامناسب به ویژه در مراقبت های اولیه و کمبود نیروی انسانی بود [۴۹]. طرح تحول سلامت با هدف بهبود تولید، کارایی و رضایت فراهم کنندگان و استفاده کنندگان از خدمات و تامین مالی پایدار در سال ۲۰۰۳ تدوین شد. این طرح در دو فاز به مرحله اجرا گذاشته شد: مرحله اول: که دوره زمانی سال های ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۸ را در برمی گیرد و شامل ۵ اصل اجرایی می باشد: ۱) تقویت ظرفیت وزارت بهداشت به منظور بهبود تولید ۲) توسعه ظرفیت بیمه های

سلامت و سازمان های تامین اجتماعی (۳) تغییر ساختار در ارائه خدمات سلامتی (۴) تقویت عملکرد بخش دولتی و افزایش ظرفیت نیروی انسانی (۵) استقرار سیستمهای اطلاعاتی سلامت. فاز دوم اجرای طرح در سالهای ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۳ به اجرا گذاشته شد و شامل سه جز اصلی بود: (۱) برنامه های حمایتی برای اجرای برنامه وزارت بهداشت از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۴ (۲) آغاز یک مطالعه برای ارزیابی مدل تامین منابع مالی بر اساس عملکرد و (۳) بهبود ظرفیت سازمان های بیمه اجتماعی

در انتهای فاز اول، با یکسان سازی سه برنامه بیمه جداگانه بیشتر جمعیت کشور به یک پوشش بیمه همگانی دست یافت. این برنامه دسترسی به خدمات سلامت به ویژه در مناطق روستایی را افزایش داد. میزان پرداخت از جیب در میان سالهای ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۸ کاهش یافته است. مدل پزشک خانواده به صورت آزمایشی در یک استان در سال ۲۰۰۵ به مرحله اجرا در آمد و تا سال ۲۰۱۰ حدود ۲۰٪ جمعیت کشور را پوشش می داد. مطالعات انجام شده نشان دادند که بهره وری و کارایی بیمارستان های دولتی پس از اجرای طرح افزایش پیدا کرده است [۴۲].

از سال ۲۰۰۳ شاخصهای وضعیت سلامت در ترکیه بهبود قابل توجهی پیدا کرده است. در برخی از حیطه های خاص، شاخص های کلیدی سلامتی با کشورهای اروپایی همگرا شده است. به عنوان مثال، شاخص مرگ و میر نوزادان از ۲۹٪ در سال ۲۰۰۳ به ۱۰٫۱٪ در سال ۲۰۱۰ کاهش یافت. در طول همین مدت زمان، میزان رضایتمندی از خدمات سلامتی در بین بیماران از ۳۹٫۵٪ به ۷۳٫۱٪ افزایش پیدا کرده است. گزارش منتشر شده توسط سازمان توسعه و همکاری کشورهای اروپایی بیان می کند که در حوزه شاخص های وضعیت سلامتی، رضایت بیماران و پایداری منابع مالی، کشور ترکیه بعد از طرح تحول سلامت بهبود قابل توجهی نشان داده شده است و فاصله بین شاخصهای عملکردی در نظام سلامت این کشور با متوسط کشورهای اروپایی کاهش یافته است [۵۰].

با آغاز طرح تحول سلامت در ترکیه بخش خصوصی نقش مهم تری از گذشته را ایفا کرد. در حال حاضر یک سوم بیمارستان های ترکیه خصوصی هستند. سهم بیمارستان های خصوصی از کل هزینه های سلامت برای

خدمات بیمارستانی حدود ۱۰٪ در سال ۲۰۰۲ بود اما در سال ۲۰۰۹ به بیش از ۳۰٪ افزایش یافت. بر اساس آمار سال ۲۰۰۹، تعداد بیماران سرپایی در بیمارستان های خصوصی در مقایسه با سال ۲۰۰۵ سه برابر شده و به حدود ۲,۵ میلیون نفر رسیده است. حدود یک چهارم کل بیماران در بیمارستان های خصوصی بستری هستند. ویزیت های بیمارستان خصوصی از ۴,۶٪ به ۱۶۱,۱٪ و اعمال جراحی از ۱۳,۲٪ به ۲۳,۳٪ به ترتیب از سال ۲۰۰۲ به ۲۰۰۹ افزایش پیدا کرد [۵۱].

قبل از اصلاحات نظام سلامت در ترکیه، سیستم تامین اجتماعی هسته مرکزی تامین منابع مالی در نظام سلامت را بر عهده داشت. نظام سلامت در ترکیه به صورت ترکیبی از بخش خصوصی و دولتی اداره می شد و بخش عمده ارایه خدمات توسط بخش دولتی ارایه می شد. تامین منابع مالی بیمارستان های دولتی از طریق تامین اجتماعی؛ بودجه عمومی، وزارت دارایی و دولت محلی فراهم می شد. اقدامات اصلی که همزمان با شروع طرح تحول سلامت آغاز شد و خدمات بیمارستانی را تحت تاثیر قرار داد عبارتند از:

(۱) تغییر در تامین منابع مالی در سلامت: سیستم بیمه سلامت عمومی در سال ۲۰۰۸ به هدف ادغام سیستم های متفاوت بیمه ای آغاز به کار کرد. در آغاز دولت شروع به خرید برخی از خدمات از بخش خصوصی نمود. به عنوان مثال بیماران می توانستند با تعرفه دولتی خدمات جراحی قلب و عروق را از بخش خصوصی دریافت کنند. تا پیش از این زمان قسمت عمده درآمد بخش خصوصی از پرداخت از جیب، بیمه های خصوصی و به میزان کمی قراردادهایی بود که با بخش دولتی داشتند. در سال ۲۰۰۵ میزان قراردادهای دولت با بخش خصوصی برای دریافت خدمات بستری و سرپایی افزایش یافت. خدمت قابل ارائه و میزان دریافتی از بیماران در قرارداد ما بین بیمارستان و دولت مشخص می گردد.

## (۲) تغییر در مدیریت و عملکرد سیستم سلامت

وزارت بهداشت به سبب افزایش تولیت تغییر ساختار پیدا کرد. سیستم بازپرداخت بر اساس عملکرد افراد در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت پایه گذاری شد. برخی از خدمات سلامت در حوزه بالینی یا غیر بالینی از جمله: تهیه غذا، خدمات آزمایشگاهی، خدمات رادیولوژی و برون سپاری شد.



(۱) تغییر در سرمایه گذاری در حوزه سلامت:

دولت به منظور جذب سرمایه های بخش خصوصی مشوق هایی را به مرحله اجرا گذاشت.

مدل به کار گرفته شده توسط دولت در مشارکت بخش خصوصی-دولتی ساخت-اجاره-انتقال بود. به این منظور دپارتمانی در وزارت بهداشت تشکیل شد تا مسئولیت مدیریت پروژه های مشارکتی را بر عهده گرفته و با بهره گیری از تجربیات و منابع مالی بخش خصوصی طول دوره ساخت بیمارستان ها و سایر مراکز درمانی را کاهش دهند.

در این مدل قراردادی بخش خصوصی مسئولیت تامین مالی و ساخت یک مرکز درمانی یا بیمارستان را برعهده میگیرد و سپس آن را برای مدت مشخصی به طور معمول سی سال در ازای دریافت اجاره به بخش دولتی واگذار می کند.

به دنبال تلاش ها در حوزه افزایش سرمایه گذاری بخش خصوصی و چالش های قانونی در پروژه های مشارکتی دولت چهارچوب قانونی جدید را تصویب کرد. در این مدل سرمایه گذاران در زمین دولتی بیمارستان با کلیه تجهیزات را در طی مدت سه سال می سازند و سپس آن را به مدت بیست و پنج سال به وزارت بهداشت اجاره می دهند. تا کنون دولت حدود ۱۸ پروژه ساخت بیمارستانی با ارزش ده میلیارد دلار را به این روش در دست اجرا دارد [۵۲].

#### • تامین مالی در نظام سلامت ترکیه

یکی از اهداف اصلی اجرای طرح تحول سلامت در ترکیه، یافتن راهکاری برای چالش های مالی نظام سلامت در ترکیه بود. چالش اول مربوط به سهم پایین هزینه ها در بخش سلامت بود و مشکل دوم مربوط به نظام بیمه سلامت چندگانه و ناعادلانه ای بود که باعث پوشش ناکافی فقیرترین افراد جامعه و افزایش پرداخت از جیب و در نتیجه بروز هزینه های کمر شکن شده بود [۵۳].

در سالهای ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۸ پس از معرفی طرح تحول سلامت رشد اقتصادی پایدار و ایجاد فضای مناسب برای سرمایه گذاری در بخش دولتی، هزینه های سلامت نیز افزایش یافت. منابع تامین مالی سلامت در سال ۲۰۰۸ به ترتیب ۴۳,۹٪ از تامین اجتماعی و ۲۷,۶٪ از دیگر منابع دولتی و ۱۷,۴٪ از پرداخت از جیب مردم تامین شد. در سال ۲۰۱۱ سهم هزینه های بخش خصوصی از کل هزینه های سلامت ۲۵,۱٪ بود که از این مقدار ۶۴,۴٪ از محل پرداخت از جیب بود.

در حیطه بیمه سلامت، طرح کارت سبز که یک برنامه بیمه سلامت غیر مشارکتی است و از طریق بودجه دولتی اداره می شود در سال ۱۹۹۲ آغاز شد. تعداد بیمه شدگان از ۲,۵ میلیون نفر در سال ۲۰۰۳ به ۹,۱ میلیون نفر در سال ۲۰۱۱ رسید.

میزان پرداخت از جیب بابت دریافت خدمات سلامت در سال ۲۰۰۸ نسبت به سال های قابل از آن روند کاهشی یافته است. در سال ۲۰۰۸ خانوارها ۲,۳۷٪ از کل مخارج خود را صرف سلامت کرده اند. همچنین درصد خانوارهایی که به دلیل هزینه های کمرشکن به ورطه فقر می افتند از ۰,۸٪ در سال ۲۰۰۳ به ۰,۳٪ در سال ۲۰۰۸ رسیده است. میزان فرانشیز دارویی برای جمعیت عادی ۲۰٪ و برای بازنشستگان ۱۰٪ است. به بیمارستان های خصوصی اجازه دریافت تا ۷۰٪ بیشتر از تعرفه های بیمارستان های تامین اجتماعی به منظور جبران یارانه های بیمارستان پرداختی های دولتی داده شده است [۵۴].

در سال ۲۰۱۰ سیستم طبقه بندی جدیدی برای بیمارستان های خصوصی اجرا شد که این بیمارستان ها به پنج دسته تقسیم شدند. بیمارستان ها بر اساس طبقه مجاز خود مجاز به دریافت تا بیش از ۳۰ تا ۷۰ درصد تعرفه ها شدند.

#### • بیمه سلامت همگانی

بخش مهمی از طرح تحول سلامت در ترکیه اجرای بیمه سلامت همگانی بود. در سال ۲۰۰۶ مجلس ترکیه به منظور افزایش دسترسی همگانی به پوشش بیمه ای و تامین منابع مالی، قانون بیمه عمومی را تصویب کرد. به دنبال تصویب قانون سه طرح بیمه در بیمه سلامت عمومی ادغام شده و تحت نظارت سازمان تامین

اجتماعی قرار گرفت. در سال ۲۰۰۸ مقرر شد که حدود ۸ میلیون نفر از کارمندان دولتی و حدود ۱۳ میلیون نفر از دارندگان کارت سبز در فاز دوم اجرای طرح تحت پوشش بیمه قرار بگیرند. از ابتدای سال ۲۰۰۷ هیچ پرداختی برای مراقبت های پیشگیری و خدمات اولیه حتی برای آن دسته از شهروندانی که بیمه نداشتند نیاز نبود.

منابع لازم برای افزایش مزایای کارت سبز، پوشش حق بیمه افراد و نیز افزایش تعداد ارایه کنندگان خصوصی و دولتی از محل درآمد های دولت تامین شد. ایجاد سازمان تامین اجتماعی باعث شفافیت روابط خریدار و ارایه کننده شد. یکپارچه سازی پنج طرح بیمه باعث به وجود آمدن یک منبع مشترک برای کاهش خطرات مالی، تسهیم کارآمد منابع بین همه گروه های درآمدی و جلوگیری از هزینه های کمرشکن و ارائه بسته جامعی از خدمات شد. در فاصله سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۱ تعداد تخت به ازای هزار نفر جمعیت دو برابر شده است. استراتژی اصلی برنامه تحول سلامت بهره مندی از بیمارستان های خصوصی و دولتی و هدف آن استفاده کارا از ظرفیت های موجود کشور بود. در سال ۲۰۱۰ سازمان بیمه تامین اجتماعی با ۴۰۰ بیمارستان خصوصی قرارداد منعقد کرد تا در ازای پرداخت فرانشیز توسط بیماران به آن ها خدمات تشخیصی و درمانی ارائه دهد. بیش از ۹۰٪ بیمارستانهای خصوصی با سازمان تامین اجتماعی به عنوان خریدار بر حجم خدمات و صحت مطالبات این بیمارستان ها نظارت و در صورت تخلف برای آنها جریمه هایی مشخص نموده و یا اینکه قسمتی از مبلغ درخواستی بیمارستان ها را به حساب کسورات می برد. پس از افزایش نظارت های وزارت بهداشت و وزارت دارایی و سازمان تامین اجتماعی کیفیت مدیریت بخش خصوصی افزایش پیدا کرد. در فاصله سالهای ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۲ متوسط طول اقامت در بیمارستان های بزرگ کاهش یافت. البته تاثیر این افزایش کارایی بر روی کیفیت خدمات مورد سنجش قرار نگرفت.

مقایسه شاخص های سلامت پیش و پس از اجرای برنامه تحول سلامت در ترکیه نشان می دهد که بهبود قابل ملاحظه ای در شاخص های اصلی مانند مرگ و میر مادران، نوزادان و دسترسی و بهره مندی از خدمات و رضایت مندی بیماران به خصوص در مراقبت های اولیه به وجود آمده است. سهم پرداخت از جیب کل

هزینه های سلامت از ۲۷,۶٪ در سال ۲۰۰۰ به ۱۷,۴٪ در سال ۲۰۰۸ رسید که این کاهش را می توان به بهبود در پوشش جمعیت نسبت داد.

یک مطالعه انجام شده برای بررسی نظرات مردم در مورد طرح تحول سلامت نشان داده شده است که میزان کلی رضایت شهروندان از خدمات سلامت از ۳۹,۵٪ در سال ۲۰۰۳ به ۷۳,۰۴٪ در سال ۲۰۱۰ رسیده است. بین سالهای ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۱ میزان امید به زندگی از ۷۱ سال به ۷۴ سال رسیده است [۵۵].

با وجود موفقیت های به دست آمده در زمینه ارتقا خدمات سلامتی در ترکیه در مقایسه با سایر کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی اروپا، فاصله زیادی دارد. عدم تمرکز بر شاخص های پیامدی کیفیت یکی از چالش های اساسی نظام سلامت ترکیه در راستای ارتقا کیفیت خدمات بوده است. تجربه کشور ترکیه چند درس مهم برای کشورهای با درآمد متوسط به بالا دارد.

یکی از آموزه های مهم ضرورت سرمایه گذاری در بخش سلامت است. ترکیه حدود ۷,۷٪ از بودجه عمومی را صرف هزینه های سلامت کرد. دومین آموزه مهم اهمیت ترغیب تقاضا برای خدمات اساسی سلامت از طریق کاهش موانع فرهنگی اجتماعی و آرایه مشوق های مالی است. نکته سوم اهمیت داشتن دورنما و رهبری برای تنظیم ارزش ها و اصول راهنما و نیز تصمیم جدی برای تعقیب آن ها از طریق اجرای سیاست ها است. اصلاحات و تغییر در نظام سلامت برای نیل به هدف نهایی نظام سلامت که ارتقا سلامت جامعه می باشد، باید جامع و در تمامی ابعاد صورت گیرد [۵۶]

#### ۴-۳-۳ آمریکا

##### • شاخص های اجتماعی و اقتصادی

جمعیت کشور آمریکا در سال ۲۰۱۶ حدود ۳۲۶,۴۷۴,۰۱۳ برآورد شده است. سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی از ۱۳,۱٪ در سال ۱۹۹۶ ۱۷,۱٪ در سال ۲۰۱۴ افزایش یافته است.

در سال ۲۰۰۸ کشور آمریکا بیش از ۱۷٪ درصد از تولید ناخالص داخلی را برای هزینه های سلامت صرف کرده است که در مقایسه با سال ۱۹۹۸ حدود یک چهارم افزایش یافته است. این میزان در مقایسه با کشورهای

انگلستان و سایر کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی اروپا بالاتر می باشد. با وجود صرف این هزینه بالا برای نظام سلامت در آمریکا، کیفیت خدمات و پوشش بیمه در این کشور در مقایسه با سایر کشورهای با درآمد بالا، از وضعیت پایین تری برخوردار بوده است. قبل از لایحه درمانی اوپاما در سال ۲۰۱۴، حدود ۱۸٪ جمعیت کمتر از ۶۵ سال سن فاقد پوشش بیمه ای بودند. به علت کمبود دسترسی افراد فاقد بیمه به پزشکان خصوصی، آنها اغلب خدمات درمانی را از بیمارستان های خیریه و مراکز درمانی سرپایی دریافت می کردند. با وجود صرف این هزینه بالا در مقایسه با سایر کشورهای با درآمد بالا، سیستم سلامت در آمریکا از مشکلاتی چون کیفیت پایین ارائه خدمات سلامت، و ناهماهنگی در ارائه خدمات در بخش های مختلف روبرو بود [۴۰].

#### • نظام بهداشتی درمانی آمریکا

نظام بیمه های اجتماعی شامل دو گروه بزرگ طرح عمومی مدیکر و مدیکید است. مدیکر افراد ۶۵ سال به بالا، افراد ناتوانی که زیر ۶۵ سال سن دارند و افرادی که مبتلا به بیماری های مزمن کلیوی هستند را پوشش می دهد. البته کسانی که جزو این گروه نیستند و مایلند تحت پوشش مدیکر باشند باید آن را خریداری کنند. مدیکر و مدیکید به صورت اشتراکی هزینه درمان بیماری های مزمن را نیز پوشش می دهند. مدیکر دو بخش A و B دارد که بخش A آن مخارج بیمارستانی و بخش B آن برای استفاده از پوشش خدمات پزشکی است و خریداری آن داوطلبانه است و در ازای خرید آن باید حق بیمه ای پرداخت شود. البته از آن جا که بیش ترین درصد حق بیمه سالمندان توسط دولت پرداخت می شود بیش از ۹۵ درصد از سالخوردهگان تحت پوشش بخش B هستند. بیمه نامه های خصوصی به طرق مختلف ارائه سرویس می دهند. این خدمات شامل خدمات پزشکی و بیمارستانی تا یک حد مشخص هستند. پزشکان با بیمارستان ها موافقت کرده اند که موارد مشخص شده ای را بپذیرند، اما هزینه خدمات اضافه ای مانند تست های آزمایشگاهی، رادیولوژی، اتاق عمل، دارو باید به وسیله بیمه شده پرداخت شود. بیمه مدیکر شامل دو بخش است. بخش A پوشش بیمارستانی و بخش B برنامه خدمات پزشکی تقسیم می شود.

علیرغم تلاشهای انجام شده در سالهای ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ برای ایجاد بیمه همگانی برای گروههای جمعیتی خاص از جمله کودکان، تا سال ۲۰۰۸ همچنان ۱ نفر از هر ۷ نفر آمریکایی فاقد پوشش بیمه بود. در سال ۲۰۰۹، برنامه افزایش پوشش بیمه ای کودکان و افزایش سرمایه گذاری در مدیکید و سیستم های اطلاعاتی سلامت و پیشگیری و همچنین تحقیقات مربوط به سلامت تصویب شد و به دنبال آن در سال ۲۰۱۰ لایحه درمانی اوباما به مرحله اجرا گذاشته شد. این لایحه سه هدف اصلی را دنبال می کرد: (۱) افزایش تعداد بیمه شدگان (۲) بهبود کیفیت ارائه خدمات (۳) کاهش هزینه های مراقبت های سلامت. از زمان اجرای این طرح موافقان و مخالفان زیادی به بررسی اثرات و نتایج آن در سیستم سلامت آمریکا پرداخته اند.

از زمان آغاز اجرای این طرح، میزان افراد فاقد پوشش بیمه ای از ۴۳٪ در سال ۲۰۰۱ به میزان ۱۶٪ در سال ۲۰۱۰ و ۹٫۱٪ در سال ۲۰۱۵ رسیده است. تعداد افراد فاقد بیمه از ۴۹ میلیون در سال ۲۰۱۰ به ۲۹ میلیون در سال ۲۰۱۵ کاهش پیدا کرده است. این میزان بالاترین نرخ افزایش در پوشش بیمه ای بعد از اجرای طرح مدیکید و مدیکیر در ۵ دهه گذشته را نشان می دهد. البته مطالعات نشان داده اند که این میزان افزایش پوشش بیمه ای تنها به دلایل اثرات لایحه درمانی نبوده است بلکه بهبود شرایط اقتصادی هم از فاکتورهای اثرگذار در این افزایش نرخ است. از سوی دیگر این قانون سبب افزایش پوشش بیمه ای برای افرادی شد که دارای بیمه بودند. این حوزه ها شامل مراقبت های مادران، درمان اختلالات ذهنی و خدماتی شد که قبلا شامل پوشش بیمه ای نبودند [۵۷].

منابع تامین هزینه ها در آمریکا از پرداخت از جیب، بیمه های سلامت خصوصی، مدیکیر، مدیکید، بیمه سلامت کودکان و سایر برنامه های بیمه سلامت می باشد.

مراقبتهای سازمانی مورد نیاز براساس نیازمندیهای بیماران در طی اقامت در طول شب در بیمارستان های عمومی مراقبت های حاد، بیمارستان های تخصصی که شامل بیمارستان های توانبخشی و مراکز روان درمانی و مراکز مراقبت های بلندمدت می باشد، ارائه میگردد. ساختار و عملیات چنین مؤسساتی توسط قوانین دولت مرکزی، قوانین ایالتی، احکام شهری، استانداردهای کمیسیون های مشترک اعتباربخشی سازمان های مراقبت

سلامت و کدهای ساختمان، اطفای حریق و بهسازی محیط اداره می شوند. کمیسیون مشترک اعتباربخشی سازمان های مراقبت سلامت یک نهاد غیرانتفاعی خصوصی است که استانداردها و اعتبارنامه های مراکز مختلف مراقبت سلامت را از نقطه نظر تطابق با استانداردهای موجود مورد بررسی قرار می دهد. بیمارستانها در ایالات متحده در سه نوع اصلی مالکیت طبقه بندی می شوند: خصوصی غیرانتفاعی، خصوصی انتفاعی و تحت مالکیت دولت. سازمان های غیرانتفاعی خصوصی مانند انجمن های جامعه و کلیساها، بیمارستان های غیرانتفاعی را اداره می نمایند.

در این کشور انواع بیمارستانها عبارتند از:

(۱) بیمارستان های شهری: شامل بیمارستان های غیرفدرال عمومی و تخصصی با اقامت کوتاه مدت کمتر از سی روز است که برای عموم افراد قابل استفاده است. تخصص های مرتبط با بیمارستان های تخصصی در این گروه عبارتند از: زنان و زایمان، کودکان، ارتوپدی و سایر خدمات تخصصی. علاوه بر آن خدمات سالمندان و مراقبت در منزل با ارائه خدمات کمتر از ۳۰ روز در این دسته بیمارستان ها جای می گیرد ولی البته واحدهای درمانی برخی مؤسسات نظیر زندان ها و درمانگاه ها را شامل نمی شود.

(۲) بیمارستان های فدرال شامل بیمارستان هایی است که مستقیماً توسط دولت فدرال اداره می شود.

(۳) بیمارستان های انتفاعی با هدف سودآوری توسط افراد، با شراکت چند تن و یا توسط شرکت ها راه اندازی و اداره می شوند. این بیمارستان ها در یک فضای رقابتی فعالیت داشته و باید براساس کیفیت برتر و ارائه خدمات هزینه اثربخش رقابت نمایند.

(۴) بیمارستان های عمومی کلیه خدمات تشخیصی، درمانی و جراحی ارائه می دهند. بیمارستان های روستایی و بیمارستان هایی که خدمات محدودی را ارائه می دهند در این دسته نمی گنجند.

(۵) بیمارستان های غیر انتفاعی توسط سازمان های غیرانتفاعی مانند کلیساها، جوامع ائتلافی و بشر دوستانه بدون در نظر گرفتن سود کنترل می شوند. برطبق قانون، این بیمارستان ها باید سود حاصل را در عملیات بیمارستانی باز سرمایه گذاری نموده و اجازه توزیع آن در بین افراد را ندارند.

در اکثر کشورهای توسعه یافته، دولت نقش اصلی تدارک مراقبت های سلامت را برعهده دارد. اما در ایالات متحده، بخش خصوصی نقش غالب را ایفا می نماید. این مسئله به درجاتی توسط سنت آمریکایی ها که متکی بر مسئولیت فردی و تعهد به محدودیت قدرت حکومت ملی است، قابل توجیه می باشد. در نتیجه، غالب هزینه های دولت در حوزه مراقبت های سلامت محدود به پر نمودن شکاف های بخش خصوصی است. این شکاف ها مشتمل بر حفاظت زیست محیطی، حمایت پژوهشی و آموزشی و مراقبت های اقشار آسیب پذیر است.

تحت برنامه های ملی مراقبت سلامت، بیماران گزینه های انتخابی متفاوتی در انتخاب ارائه دهندگان خود دارند، در حالیکه نیروهای بازار اقتصادی واقعی عملاً وجود ندارند. اگرچه در ایالات متحده، ارائه خدمات به طور وسیعی در دست بخش خصوصی است؛ مراقبت سلامت فقط تا حدودی توسط نیروهای بازار آزاد کنترل می شوند. ارائه و استفاده از خدمات مراقبت سلامت در ایالات متحده چنانکه بعداً توضیح داده خواهد شد از معیارهای اساسی یک بازار آزاد به طور کامل تبعیت نمی کند. از این رو، بهترین توصیف از این نظام، یک شبه بازار یا بازار ناقص است.

در ادامه بعضی از جنبه های کلیدی مشخص کننده بازارهای آزاد ارائه شده است: در یک بازار آزاد بیماران متعدد (خریداران) و ارائه کنندگان (فروشنندگان) به صورت مستقل از هم عمل می کنند. در این بازار، بیماران باید قادر باشند به راحتی ارائه دهندگان را براساس قیمت و کیفیت خدمات انتخاب نمایند. اگر این امر به سادگی امکانپذیر بود، انتخاب بیمار و متعاقب آن تعیین قیمت ها از طریق تأثیر متقابل عرضه و تقاضا انجام می شد. به لحاظ نظری، حداقل قیمت ها بین پرداخت کنندگان و ارائه دهندگان مورد مذاکره قرار می گیرد. اگرچه در بسیاری موارد پرداخت کننده، بیمار نیست بلکه سازمان مراقبت مدیریت شده، بیمه سلامت، سالمندان یا بیمه سلامت مستمندان است. زیرا که قیمت ها توسط سازمانهای خارج از بازار تعیین می شوند. درواقع، قیمت ها آزادانه توسط نیروهای عرضه و تقاضای بازار کنترل نمی شوند. برای آنکه بازار مراقبت سلامت یک بازار آزاد باشد، باید رقابت آزادانه در بین ارائه دهندگان بر سر قیمت و کیفیت برقرار گردد. به طور کلی، رقابت آزاد در بین ارائه دهندگان مراقبت سلامت در ایالات متحده وجود دارد؛ اگرچه یکپارچگی قدرت خرید



توسط برنامه های سلامت خصوصی؛ ارائه دهندگان را وادار به اتحاد ماهوی و نظام ارائه یکپارچه در طرف عرضه می نماید. در مناطق جغرافیایی خاص کشور، یک غول نظام پزشکی بزرگ و منفرد به عنوان ارائه دهنده انحصاری عمده، خدمات مراقبت سلامت را محدود کرده است. همچنان که، نظام مراقبت سلامت به حرکت در این جهت ادامه می دهد به نظر می رسد که تنها در کلان شهرها، بیش از یک نظام یکپارچه وسیع در به دست آوردن کسب و کار برنامه های سلامت به رقابت می پردازند. بازار آزاد نیازمند آن است که بیماران درباره گزینه های خدمتی اطلاعات داشته باشند. بازارهای آزاد زمانی بهترین عملکرد را دارند که مشتریان درباره کالاها و خدماتی که مورد استفاده قرار می دهند، آگاهی داشته باشند. با این حال، بیماران همیشه اطلاعات مکفی درباره تصمیماتی که باید در رابطه با مراقبت مورد نیاز اتخاذ شود را ندارند. گزینه های انتخابی مشتمل بر فناوری پیشرفته، روش های تشخیصی، مداخلات و داروها دشوار بوده و اغلب نیازمند دخالت پزشک هستند. اما ارائه دهندگان مراقبت های اولیه می توانند این شکاف اطلاعاتی را برای بیماران کاهش دهند. اخیراً، مصرف کنندگان مراقبت های سلامت ابتکار عمل بیشتری را برای آگاهی رساندن به آنها با به کارگیری منابع اینترنتی به منظور گردآوری اطلاعات پزشکی به کار بسته اند. همچنین تبلیغات فرآورده های دارویی تأثیراتی بر انتظارات مشتریان و افزایش آگاهی از داروهای در دسترس داشته است. در بازار آزاد، بیماران اطلاعاتی درباره قیمت و کیفیت تمامی ارائه کنندگان دارند. روش های فعلی قیمت گذاری خدمات مراقبت سلامت، مکانیسم های بازار آزاد را مشوش تر می نماید. هزینه های پنهان، برآورد هزینه کل خدمات پیش از زمان وقوع هزینه برای بیماران را دشوار می سازد. به طور مثال قیمت گذاری برمبنای اقلام به هزینه های اضافی خدمات که در روش های اصلی مانند جراحی کاربرد دارد، اطلاق می گردد. بیماران اغلب از هزینه های جراحی پیش از انجام آن اطلاع دارند اما قادر نیستند تا هزینه متخصص بیهوشی و آسیب شناسی یا تدارکات بیمارستان و تسهیلات را تخمین بزنند؛ بنابراین محرز نمودن قیمت کل پیش از آنکه خدمات دریافت شود، بینهایت دشوار است. بسته قیمتی و حق سرانه ها می توانند با فراهم نمودن هزینه همراه برای بسته خدمات مربوطه، بر معایب ناشی از افزایش هزینه ها غلبه نمایند. بسته قیمتی، خدمات هر بخش را که شامل حق سرانه کمتر

است با یکدیگر در یک گروه دسته بندی می کند. حق سرانه ها کلیه خدمات مورد نیاز اعضای خود را که ممکن است در طول یکسال مورد نیاز آنها باشد تحت پوشش قرار می دهند [۵۸].

در سیستم مراقبت های بهداشتی آمریکا، رایج خدمات بهداشتی و درمانی، بدون در نظر گرفتن خصوصی یا عمومی بودن منابع مالی، اغلب مربوط به بخش خصوصی می باشند. بسیاری از طرح های خصوصی سازی در ایالات متحده نشان دهنده تلاش های زیاد دولت در کنترل سرعت افزایش هزینه های درمانی است. مثال های اصلی خصوصی سازی در ایالات متحده که به صورت خلاصه درباره آنها بحث می گردد عبارتند از: استفاده از قرارداد انتخابی و مناقصه رقابتی توسط ایالت ها، قراردادهای مدیریتی بیمارستان های عمومی و استفاده از مدیریت موردی و روش های درمانی مدیریت شده در ارائه خدمات بهداشتی.

قرارداد انتخابی در مراقبت های بهداشتی سیستمی است که توسط آن یک پرداخت کننده (هم عمومی و هم خصوصی) لیست محدودی از ارائه دهندگان خدمات سلامت به مشتریانش ارائه می دهد. در چنین سیستمی، یک فرآیند مناقصه رقابتی معمولاً برای تعیین ارائه دهندگان نهایی مراقبت بر اساس سیستم باز پرداخت از دستمزد ثابت تا نوعی از پرداخت سرانه، استفاده می شود. طبق مطالعه کریستیانسون (۱۹۸۸)، فرض اصلی نهفته در استفاده از مزایده رقابتی و قرارداد انتخابی این است که این روند " ارائه دهندگانی را که قادر به مهار افزایش هزینه و دستمزد هستند و یا توانایی ایجاد روش هایی مقرون به صرفه برای سازماندهی و ارائه خدمات دارند را تشویق می کند، به صورتی که اگر این اقدامات بتوانند منجر به کاهش قیمت های پیشنهادی شوند، متعاقباً باعث افزایش احتمال برنده شدن یک قرارداد می شود."

بررسی واقعیت این فرض توسط گاردنر و شفلی (۱۹۸۸) انجام گردید، کسانی که پرونده های مربوط به تجارب ایالت هایی با قرارداد انتخابی و مزایده رقابتی را در ایالات متحده مورد بررسی قرار دادند. ارزیابی پرونده ها در مورد برنامه خدمات درمانی و سیستم مهار هزینه بهداشت و درمان ایالت آریزونا نشان داد که این برنامه در اولین سال اجرایی خود بدون افزایش کل هزینه های بهداشت عمومی توانست به درجه متوسطی از موفقیت در مراقبت از افراد بی بضاعت دست یابد. به علاوه، نویسندگان یک سری مشکلات را در این مورد متذکر شدند

که شامل عدم پرداخت به موقع به تأمین کنندگان و هزینه های بالادست که برای برگشت برنامه از بخش خصوصی به عمومی ضروری است. در نهایت، روند مناقصه رقابتی باید عملاً تحت تغییر قرار گیرد زیرا که ایالت هیچ گزینه ای دیگری جز مذاکره و پیشنهاد مجدد برای پیشنهاد کنندگان ندارد زیرا که پیشنهاد اولیه برخی شرکت کنندگان در مناقصه بیشتر از سطح قابل انتظار است. این به نوبه خود منجر به افزایش مزایده در دور اولیه روند مناقصه می گردد و در بلند مدت هزینه های دولت را افزایش می دهد.

یکی دیگر از حالت های خصوصی سازی در ایالت متحده آمریکا قرارداد مدیریت بیمارستان های دولتی بود. به طور کلی قرارداد مدیریت شامل یک توافق رسمی بین یک شرکت خصوصی و هیات مدیره بیمارستان می باشد که طی آن بخش خصوصی مسئولیت مدیریت روزانه بیمارستان را به عهده می گیرد [۱۱]. به هر حال، تحت این قرارداد، بیمارستان همچنان به صورت دولتی باقی می ماند و مسئولیت قانونی موسسات مدیریت شده همچنان با هیات مدیره می باشد.

بسیاری از بحث های صورت گرفته در خصوص مدیریت خصوصی بیمارستان های دولتی بر مبنای عملکرد برتر بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی است. دسترسی آسان به متخصصین مدیریتی، توانایی تصمیم گیری سریع و پاسخ به موقع به خواسته های مشتری برخی نمونه هایی از مزایای استفاده از مدیریت خصوصی است [۴۲].

#### ۴-۳-۴ کانادا

##### • شاخص های اجتماعی و اقتصادی

جمعیت کشور کانادا در سال ۲۰۱۶ حدود ۳۶,۲۹ میلیون نفر گزارش شده است. سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی از ۸,۹٪ در سال ۱۹۹۶ به ۱۰,۴٪ در سال ۲۰۱۴ افزایش یافته است و پیش بینی می شود که مابین سال های ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۸ ۴,۵ درصد رشد کند و رقم حدود ۱۱,۶ درصد در سال ۲۰۱۸ برسد [۴۰].

## • نظام بهداشتی و درمانی کانادا

منبع اصلی مالی مراقبت سلامت، اعمال مالیات از سوی دولت های فدرال، نواحی و ایالت ها است. مابقی آن از بیماران بصورت انفرادی به شکل پرداخت از جیب و بیمه درمان خصوصی تامین می شود. مبلغ تخصیص داده شده به ارائه کنندگان و موسسات سلامت، در درجه نخست توسط دولت ها برای دسته ای از کالاها و خدمات سلامتی که از سوی دولت ها بصورت یارانه فراهم می شوند و در مرحله بعد توسط مصرف کنندگان و بیماران به صورت انفرادی بابت خدمات و کالاهای سلامتی که در بخش خصوصی هستند، فراهم می شود. تقریباً بیشترین میزان هزینه های سلامت از اعمال مالیات از سوی دولت های فدرال، نواحی و ایالت ها تامین می شود. پرداخت در بخش خصوصی به دو بخش پرداخت های از جیب و بیمه سلامت خصوصی تقسیم می شود: سایر هزینه ها از منابعی چون صندوق های بیمه اجتماعی و اهدایی موسسات خیره تامین می شود.

بیمه سلامت خصوصی سومین منبع مهم صندوق ها برای مراقبت سلامت در کانادا است که ۱۲٪ کل هزینه سلامت را در سال ۲۰۰۲ و در سال ۲۰۱۰ و ۲۰۱۱ به طور متوسط ۱۴،۳٪ از کل هزینه های سلامت را شامل شده است. در سال ۲۰۰۳، ۵۳،۶٪ مراقبت های دندانپزشکی و ۳۳،۸٪ داروهای تجویزی و ۲۱،۷٪ مراقبت های بینایی سنجی از طریق بیمه سلامت خصوصی سرمایه گذاری شد [۴۷].

برخلاف بریتانیا و ایالات متحده، در کانادا هیچ گونه حمایت مالی برای خصوصی سازی وجود نداشت. شواهد موجود نشان می دهد که در حال حاضر هیچ حمایت جدی از مراقبت های حاد بیمارستان های خصوصی و یا تمایل به بازگشت به یک سیستم بیمه خصوصی برای خدماتی که در حال حاضر تحت پوشش قانون بهداشت کانادا است، وجود ندارد.

در یک مقاله نظری، مانگا [۱۱] در مورد جوانب مثبت و منفی خصوصی سازی مراقبت های بهداشتی در کانادا بحث کرده است. به گفته نویسنده، شایع ترین اشکال خصوصی سازی که اجرا شده است و یا در دست بررسی برای اجرا شدن در کانادا است شامل موارد زیر می باشد: (الف) افزایش هزینه خصوصی خدمات پزشکی از

طریق صدور صورت حساب اضافی (ب) افزایش بودجه مصارف عملیاتی بیمارستان از طریق هزینه های کاربر (ج) افزایش بودجه بیمارستان از طریق خیریه ها (نیکوکاری)، فعالیت های تجاری و یا قراردادهایی با اهداف جایگزینی سرمایه یا توسعه تسهیلات و برنامه (د) افزایش استفاده از سود خصوصی مدیریت بیمارستان ها (ه) بستن قرارداد در بخشی و یا در کل فعالیت های معین بیمارستان ها مانند خشکشویی، آزمایشگاه، و خرید تجهیزات برای شرکت های سودبر خصوصی و (ی) اجرا و مدیریت فعالیت های دولتی خاص مانند نگهداری سیستم های اطلاعاتی توسط شرکت های خصوصی .

ارزیابی نویسنده در مورد طرح های خصوصی سازی ذکر شده در بالا، مبتنی بر سه هدف سیاست های بهداشتی عمده زیر می باشد: بهره وری اقتصادی، مهار مخارج بخش عمومی، و برابری دسترسی به خدمات بهداشتی. مانگا استدلال می کند که هر گونه اقدام خصوصی سازی خاص برای اینکه به عنوان یک گزینه سیاست سلامت قابل قبول در کانادا در نظر گرفته شود باید این اهداف سیاسی را برآورد کند. مانگا، زیربنای رویکرد هزینه های کاربر را با فرض اینکه تقاضای بیش از حد مصرف کنندگان، نیروی محرکه اصلی برای افزایش هزینه های مراقبت های بهداشتی است، استدلال می کند. بنابراین، اغلب ادعا شده است که با افزایش "مسئولیت بیمار" برای هزینه های مراقبت های بهداشتی امکان تضعیف استفاده غیر ضروری از خدمات بهداشتی و درمانی وجود دارد. در شرایط کانادا، مفهوم "افزایش مسئولیت بیمار"، به بیمارانی که سهم بیشتری از کل هزینه های مراقبت های بهداشتی را مستقیماً از طریق بیمارستان و هزینه های پزشکی را از طریق صورت حساب اضافی پرداخت می کنند ترجمه شده است. بر اساس شواهد به دست آمده از مطالعات تجربی در مورد صدور صورت حساب اضافی، مانگا نتیجه می گیرد که این شکل از خصوصی سازی احتمال افزایش بهره وری فنی که در آن خدمات پزشکی تولید می شوند، کاهش هزینه های کلی خدمات مراقبت های سلامت و کاهش دسترسی به مراقبت ها به طور عمده در میان مردم فقیر را باعث نمی شود. با توجه به هدف کارایی فنی، مانگا به شواهدی اشاره نمود که طی آن پزشکان به این معتقد هستند که با ممنوع کردن صدور صورتحساب اضافی، بهره وری آنها از نظر ساعات کاری و ویزیت بیماران افزایش خواهد یافت.

علاوه بر این، گفته می شود که صدور صورت حساب اضافی، با تشویق تعویض نیروی انسانی سلامت در تولید خدمات سلامت، به ویژه در دوره افزایش عرضه پزشکان، روش پرداخت هزینه برای خدمات بازپرداخت پزشکانی را که احتمال افزایش بهره وری فنی آنها کم است را تقویت می کند. او ادعا می کند که هیچ تضمینی وجود ندارد که کاهش در استفاده از خدمات باعث ذخیره سیستم مراقبت های سلامت خواهد شد، به طور کلی به دلیل اینکه ممکن است بیماران نوع گران تر خدمات بیمارستانی (مراقبت های اضطراری) را با خدمات پزشکی تعویض کنند، ممکن است آنها از مراقبت های پیشگیرانه صرف نظر کنند، که نیاز به مراقبت های گران تری دارد و در نهایت ممکن است پزشکان میزان خدمات خود را در واکنش به کاهش تعداد بیماران افزایش دهند. بر اساس این استدلال، مانگا نتیجه می گیرد که به احتمال زیاد در صورت صدور صورت حساب اضافی، کل (دولتی و خصوصی) هزینه های سلامت افزایش می یابد. در نهایت، نویسنده معتقد است که صدور صورت حساب اضافی ممکن است پیامدهای منفی جدی بر هدف تساوی حقوق داشته باشد زیرا باعث ایجاد ریسک مالی برای بیمار می شود و ممکن است حداقل در میان فقرا، استفاده از مراقبت های لازم را باز دارد.

در حال حاضر و بر اساس گزارش موسسه دیلویپیت نظام سلامت کانادا، در درجه اول و نه به صورت انحصاری، از طریق منابع عمومی ارائه و تامین اعتبار می شود. سیاست های ملی سلامت در سطوح عالی توسط دولت فدرال تعیین می شود و بخشی از بودجه استان ها و مناطق از طریق پرداخت های کلان توسط دولت تامین می شود. با این وجود کماکان، دولت های استانی و ناحیه ای نقش مهمی در تامین منابع مالی، سیاست های سلامت و .. دارند. نتیجه این سیستم یک چارچوب ملی برای سلامت با نظام های سلامت استانی/ناحیه گسسته ای است که بطور جداگانه و اختصاصا با توجه به نیاز مردم هر منطقه، طراحی و اجرا می شود. در حال حاضر ۷۱ درصد کل هزینه نظام سلامت از بودجه عمومی تامین می شود. باقی مانده این هزینه ۱۳ درصد توسط بیمه های خصوصی و ۱۴ درصد از طریق پرداخت از جیب تامین می شود. اگرچه رویکرد کلی در نظام سلامت به سمت بخش عمومی است ولی نقش مهم بخش خصوصی را نباید نادیده گرفت. عرضه کنندگان خصوصی بخش مهمی از عرصه کنندگان خدمات سلامتی هستند که هم از طریق بخش خصوصی و هم بخش عمومی تامین اعتبار می شود. به دنبال افزایش تقاضا در بخش سلامت و محدودیت منابع این حوزه و در

راستای یافتن راه حلی برای این معضل، نوآوری هایی در ارتباط با عرضه خدمات از طریق مدل های تجاری جایگزین با مشارکت بخش عمومی، خصوصی و سازمان های غیرانتفاعی پیشنهاد شده است [۵۹].

#### ۴-۳-۵ تایلند

##### • شاخص های اجتماعی و اقتصادی

جمعیت کشور تایلند در سال ۲۰۱۶ حدود نفر ۶۸,۸۶ میلیون نفر گزارش شده است. سهم هزینه های سلامت در کشور از ۳,۵٪ در سال ۱۹۹۶ به ۴,۱٪ در سال ۲۰۱۵ افزایش پیدا کرده است. تایلند کشوری با درآمد متوسط و رو به پایین است که در جنوب شرقی آسیا قرار گرفته است. تایلند در طول سال های اخیر از رشد اقتصادی خوبی برخوردار بوده است. در فاصله سالهای ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۸ متوسط رشد سالانه GNI در تایلند ۵,۲٪ بوده است.

##### • نظام بهداشت و درمان در تایلند

نظام خدمات سلامت در تایلند شامل هر دو طرف نهادهای خصوصی و دولتی است. وزارت بهداشت ارایه دهنده خدمات سلامت با شبکه گسترده ای از بیمارستان ها و مراکز بهداشتی و درمانی است. بیشتر ارایه کنندگان خدمات در بخش دولتی تحت نظارت وزارت بهداشت هستند که مهم ترین ارایه کننده خدمات در مناطق روستایی می باشد. علاوه بر آن وزارت آموزش و وزارت دفاع و دیگر وزارتخانه ها نیز برای خود مراکز درمانی مخصوص دارند. رونق اقتصادی در اواخر دهه ۱۹۸۰ و اوایل ۱۹۹۰ باعث ترویج سرمایه گذاری سریع بخش خصوصی و رشد بخش سلامت شد، اما سرعت آن به طور قابل ملاحظه ای از زمان بحران اقتصادی کاهش یافته است به طوری که کاهش تقاضا و مزاد تخت های بیمارستانی ۸۰ بیمارستان خصوصی را مجبور به کاهش تعداد تخت و حوزه فعالیت هایشان شدند.

پیش از آغاز اصلاحات نظام سلامت در تایلند برای رسیدن به پوشش بیمه همگانی در سال ۲۰۰۱، انواع بیمه های سلامت عبارت بودند از:

طرح رفاه پزشکی، طرح مزایای پزشکی کارکنان دولتی، طرح تامین اجتماعی و طرح برنامه کارت درمانی داوطلبانه. طرح پوشش بیمه همگانی با هدف گسترده برخورداری عادلانه عموم مردم از مراقبت های سلامتی تعریف شد. این طرح شامل سه ویژگی تعریف شده بود: طرح تامین مالی شده از راه مالیات که خدمات رایگانی را فراهم می کند، بسته خدمت جامع با تمرکز بر مراقبت های اولیه شامل پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت و بودجه ثابت با محدود کردن پرداخت به ارایه کنندگان جهت کنترل هزینه ها. برنامه های پوشش همگانی در تلاش است تا از مکانیزم های مالی برای تقویت مراقبت های اولیه استفاده نماید. منبع اصلی مالی طرح پوشش همگانی، درآمدهای مالیاتی است که به صورت سالیانه توسط دولت برای هر فرد پرداخت می شود. این مبلغ به صورت مستقیم به ارایه کنندگان دارای قرارداد به عنوان سرانه پرداخت می شود. در بخش بیمه همگانی پرداخت برای خدمات سرپایی به صورت سرانه است و دولت به ازای افراد نام نویسی شده در مراکز دارای قرارداد به آن ها سرانه پرداخت می کند. برای خدمات بیمارستانی، روش مورد استفاده نظام پرداخت گلوبال بر اساس گروه های تشخیصی وابسته است. همچنین خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت، جزیی از بسته پایه است و نحوه پرداخت به ارایه کنندگان آن ها بر اساس سیستم سرانه به همراه پرداخت مبتنی بر عملکرد می باشد.

با وجود اینکه پوشش همگانی در طول اجرا با مشکلاتی مواجه شد، این طرح یکی از محبوب ترین سیاست های دولت در تایلدن شناخته می شود و در میان نظر سنجی ها بالاترین رتبه بندی را دارد. پرداخت سرانه، ارتباط بین مصرف کنندگان و خرید خدمات را حفظ می کند. آمار بهره مندی، افزایش مراجعات سرپایی به مراکز بهداشتی و بیمارستان های منطقه ای و کاهش خدمات سرپایی ارایه شده توسط بیمارستان های عمومی را نشان می دهد که نشان دهنده سیستم ارجاع مناسب و تاکید بر خدمات مراقبت های اولیه است. شواهد نشان می دهد که با شروع طرح پوشش همگانی عدالت مالی و محافظت مالی افزایش یافته است. تعهد مالی دولت تایلدن در طرح پوشش همگانی در ۱۰ سال آغاز طرح قابل توجه بود. پس از آغاز طرح هزینه های عمومی دولت بر روی سلامت از ۱,۹ میلیارد دلار به ۲,۷ میلیارد دلار در سال ۲۰۰۲ افزایش یافت و در سال ۲۰۰۸ به ۷,۴ میلیارد دلار رسید. نکته قابل توجه دیگر این است که طرح بیمه همگانی دسترسی به خدمات ضروری



سلامت، عدالت در بهره‌وری خدمات و پیشگیری از فقر را به دلیل استفاده از خدمات سلامت بهبود بخشید. آمار سال ۲۰۱۰ حاکی از سطح بسیار پایین نیاز برآورده نشده برای خدمات سلامتی در تایلند است. تعداد خانوارهایی که به علت هزینه‌های کمرشکن سلامت دچار فقر می‌شدند از ۲,۷۱ در سال ۲۰۰۰ به ۰,۹۴ در سال ۲۰۱۰ رسید [۶۰].

خلاصه‌ای از ساختار نظام سلامت و مکانیزم‌های مورد استفاده در خصوصی سازی در کشورهای مختلف جدول شماره ۹ آمده است.

#### ۴-۳-۶ سایر کشورهای غربی و اروپایی

نظام ارایه خدمات سلامت در استرالیا از دو بخش عمومی و خصوصی تشکیل شده است. نظام سلامت کشور استرالیا در سه رده دولتی به مردم ارائه خدمت می‌نماید. بخش خصوصی نقش بسیار مهمی ایفا می‌کند. دولت مرکزی در راس نظام ارائه خدمات قرار دارد و وظایف هر سطح به طور دقیق تعریف شده است. بخش خصوصی از طریق بیمارستان‌های خصوصی و ارائه دهندگان خصوصی (مطب پزشک) در این ساختار ایفای نقش می‌کنند. تمرکز زدایی خدمات به خوبی شکل گرفته است، خدمات بهداشت مادر و کودک روانپزشکی و... به ایالات و خدمات مربوط به بهسازی محیط و بهداشت محیط به شهرداری‌ها و ادارات محلی تفویض شده است. عمده منابع تامین مالی را دولت (۷۱,۲٪) بر عهده دارد. کیفیت، دسترسی و برابری حقوق مصرف‌کننده، به شدت توسط بخش دولتی و خصوصی پیگیری می‌شود.

بررسی شکایات بیماران توسط بازرسان ویژه و همچنین هیئت کیفری حرفه‌های بهداشتی مستقر در هر ایالات انجام می‌شود. قانون آزادی دادن اطلاعات به بیمار اجازه دسترسی به پرونده پزشکی را برای آنها تسهیل می‌کند. در کشور استرالیا دولت فدرال و دولت‌های ایالتی در بیش از پنجاه بیمارستان مشارکت بخش خصوصی را به اشکال مختلف انجام دادند. بیشترین مدل به کار گرفته شده واگذاری بیمارستان به بخش خصوصی با حفظ مالکیت بخش خصوصی بوده است.

بنابر گزارش موسسه دیلوییت استرالیا، ولز و مکزیک از جمله کشورهایی هستند که در سال های اخیر به جبران کمبود زیرساخت های مراقبت سلامت به سمت انواع مدل های مشارکت عمومی-خصوصی رفته اند. از جمله می توان به بیمارستان تازه تاسیس استنلی در استرالیا اشاره کرد که تمامی خدمات غیر بالینی آن توسط یک موسسه خصوصی عرضه می شود و بیمارستان نورتن بیچز در ولز که به طور کامل توسط یک موسسه خصوصی اداره می شود اما بودجه آن از طریق دولت تامین خواهد شد [۴۶].

نظام سلامت در کشور فرانسه تحت نظارت کلی دولت قرار دارد و تعیین و تعریف استراتژی سلامت ملی بر عهده وزارت امور اجتماعی، سلامت و حقوق زنان می باشد. مسئولیت اجرای سیاست های دولت در بخش سلامت عمومی، سازماندهی و تامین مالی سیستم خدمات درمانی در چارچوب قانون سلامت عمومی و کنترل هزینه های خدمات درمانی تعریف شده توسط پارلمان بر عهده وزارت بهداشت است. سیستم بیمه اجباری درمان با کلیه بیمه گران سلامت اجتماعی جمع شده و در یک سیستم ملی پرداخت واحد توسط صندوق قانونی و غیر رقابتی بیمه سلامت به مورد اجرا گذاشته می شود و تامین مالی خدمات درمانی از طریق کسر مالیات بر درآمد کارفرمایان، کارکنان و مالیات بر درآمد کل صورت می گیرد. بخش خصوصی برای ارائه خدمات با بخش دولتی از طریق عقد قرارداد عمل می نماید.

در کشور اسپانیا پس از تصویب قانونی در سال ۱۹۹۹، مدلی از مشارکت بخش خصوصی و دولتی در بیمارستان آلزیرا در ایالت والنسیا به مرحله اجرا گذاشته شد. در این مدل بخش خصوصی متشکل از شرکت های بیمه و ساختمانی بیمارستانی را می سازند و مدیریت بیمارستان و ارائه خدمات درمانی را برای ده سال به عهده می گیرند. در این روش مدیریت ارائه خدمات درمانی برای جمعیت مشخصی در مقابل پرداخت سرانه به بخش خصوصی واگذار می شود. در طول این مدت، مقامات محلی در حوزه سلامت مسئولیت نظارت بر خدمات بیمارستان را بر عهده دارند. تفاوت این مدل با سایر مدل ها در کشورهای انگلستان و ایتالیا در ارائه کلیه خدمات بالینی و غیر بالینی برای جمعیت مشخص می باشد. در صورتی که پس از پایان ده سال بخش خصوصی تمایلی به تمدید قرارداد نداشته باشد مسولیت ارائه خدمات به مقامات محلی مسئول در حوزه سلامتی انتقال میابد [۶۱].

همانند بیشتر کشورها، برزیل درصد بالایی از هزینه های سلامتی را برای خدمات بیمارستانی صرف میکند (۷۰٪ بودجه سلامت). سهم هزینه های بیمارستانی از هشت درصد تولید ناخالص داخلی فراتر رفته است. به دنبال محدودیت های بودجه ای دولت در حوزه سلامت به سمت تشویق مشارکت بخش خصوصی روی آورد.

روش دولت در این حوزه شامل رقابت باز برای انتخاب بهترین پیمانکار برای ساخت امکانات بیمارستانی بود. پس از انجام مناقصه پیمانکار برنده وارد یک قرارداد پنج ساله با دولت می شود که سیستم بازپرداخت خدمات بر اساس ارزیابی عملکرد در ارایه خدمات درمانی می باشد. در بین سالهای ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۵ شانزده بیمارستان ۲۰۰ تخت خوابی در سن پائولو و اطراف آن با این روش ساخته شد که خدمات پایه ای جراحی، زنان و زایمان، داخلی، اطفال و سالمندان را ارایه می کردند. در این روش پیمانکاران اختیار کامل در امور مدیریتی و تصمیم گیری در مورد ورودی ها، فرآیندهای مدیریتی و عملکرد روزانه را دارا می باشند. مورد تمایز این روش از سایر روش های قراردادی بازپرداخت بر اساس عملکرد است. معیارهای سنجش عملکرد در قرارداد ما بین بخش خصوصی و دولتی تعیین می شود و می تواند شامل موارد زیر باشد: (۱) حجم خدمات ارایه شده شامل: بیماران سرپایی، بیماران بستری، موارد تشخیصی، اعمال جراحی و اورژانس. (۲) سنجش کیفیت ارایه خدمات از طریق شاخص های از پیش تعیین شده از جمله: کاهش عفونت های بیمارستانی (۳) گزارش نتایج پرسشنامه های رضایت سنجی بیماران. پیمانکار همچنین مسئول قرارداد کلیه نیروهای انسانی و خرید تمام تجهیزات می باشد. بسیاری از کشورها به ویژه کشورهای با درآمد پایین اجرای این بند قرارداد را چالش برانگیز می دانند. به علاوه این شیوه در برزیل فقط به سازمان های غیر انتفاعی اجازه اداره بیمارستان ها با این روش را می داد. این سازمان ها اهداف اجتماعی داشته و با اهداف دولتی در این بخش هماهنگی و همسویی بیشتری دارند. مطالعات نشان داده است که اجرای این شیوه در برزیل سبب کارآمدی و افزایش کیفیت در خدمات بیمارستانی شده است [۶۲].

دولت پرتغال در آگوست سال ۲۰۰۲ قانونی را به تصویب رساند که به موجب آن توسعه و ساخت اولین بیمارستان با مشارکت بخش خصوصی و دولتی آغاز شد. مدل کشور پرتغال در مشارکت بخش خصوصی و

دولتی به میزان زیادی به مدل Private Finance Initiative که در انگلستان توسعه یافته بود شباهت داشت. این برنامه در سیستم سلامت کشور پرتغال حوزه های بالینی را نیز در بر می گیرد [۶۳].

جدول شماره ۹- مقایسه ساختار نظام سلامت و روش های خصوصی سازی در کشورهای منتخب

نام کشور	جمعیت (میلیون نفر)	سهم سلامت از GDP	ساختار نظام سلامت و مکانیزم های مورد استفاده خصوصی سازی
انگلستان	۶۵,۶۴	۹,۱٪	سیاست های خصوصی سازی در کشور انگلستان از سال ۱۹۷۹ آغاز شده است. برون سپاری خدمات بالینی و غیربالینی مانند برگزاری مناقصه برای خدمات رختشویی، نظافت و ...، واگذاری خدمات مراقبت از سالمندان، بیمارستان های روانی و ... از نمونه روش های به کار رفته در این کشور است. از پیشگامان معرفی مدل مشارکت عمومی-خصوصی در دنیا است. اخیرا به دلیل کمبود بودجه NHS تمایل به مشارکت های عمومی خصوصی کم شده است.
ترکیه	۷۹,۵۱	۵,۴٪	خصوصی سازی در قالب طرح تحول نظام سلامت از سال ۲۰۰۳ شروع شد. در فاز اول این طرح تغییر ساختاری در نحوه ارائه خدمات سلامتی صورت گرفت. به طور همزمان طرح بیمه سلامت همگانی اجرا شد. یک سوم بیمارستان ها در حال حاضر خصوصی هستند. شاخص های سلامت پس از طرح تحول سلامت بهبود پیدا کرد. در سال ۲۰۰۸ پرداخت از جیب مردم ۱۷,۴٪ بوده است.
آمریکا	۳۲۶	۱۷,۱٪	بیمه سلامت همگانی وجود ندارد و ساختار بیمه ها خصوصی است. با اجرای لایحه درمانی اوباما تلاش شد درصد بیمه شدگان افزایش یابد ولی هنوز ۲۴ میلیون نفر بدون بیمه هستند. عمده تدارک مراقبت های سلامت با بخش خصوصی است. قیمت گذاری خدمات سلامت توسط بازار آزاد صورت می گیرد. مثال های مکانیزم های مورد استفاده برای خصوصی سازی: استفاده از قرارداد انتخابی و مناقصه رقابتی توسط ایالت ها، قرارداد های مدیریتی بیمارستان های عمومی و استفاده از مدیریت موردی و روش های درمانی مدیریتی شده در ارائه خدمات بهداشتی.

اولین تامین کننده و ارائه کننده خدمات سلامت دولت است. مابقی از طریق بیمه های خصوصی و پرداخت از جیب مردم تامین می شود. ناگزیر از کاهش بودجه سلامت و تقاضای نامحدود حوزه سلامت به سمت نوآوری هایی با مدل مشارکت بخش عمومی، خصوصی و سازمان های غیرانتفاعی رفته اند.	۱۰,۴٪	۳۶,۲۹	کانادا
هر دو بخش خصوصی و دولتی در ارائه خدمات سلامت مشارکت دارند. نظام پرداخت به صورت سرانه و گلوبال به ارائه کنندگان دولتی و خصوصی پرداخت می شود.	۴,۱٪	۶۸,۸۶	تایلند

#### ۴-۳-۷ جمع بندی بررسی تجارب سایر کشورها

با بررسی روند ورود بخش خصوصی به نظام سلامت در کشورهای منتخب آنچه که بیش از هر نکته دیگری جلب توجه می کند، فارغ از نتیجه آن، تجربه حضور بخش خصوصی در نظام سلامت به شکل های مختلف است. با توجه به محدودیت های بخش دولتی در ارائه خدمات سلامت، در کشورهای بررسی شده، حتی کشورهایی مانند انگلستان و کانادا که نظام سلامت همگانی دارند، بخش خصوصی به نحوی در بخش سلامت حضور پیدا کرده است.

به نظر می رسد مدل های موفق حضور بخش خصوصی در نظام سلامت مانند ترکیه بعد از اصلاحات سال ۲۰۰۸، اسپانیا، برزیل و ... مربوط به انواع مدل های مشارکت عمومی-خصوصی بوده است.

اما آنچه که از تجربه موفق سایر کشورها و تفاوت با وضعیت فعلی ایران و زیرساخت های موجود برای حضور بخش خصوصی در نظام سلامت به نظر می رسد، به شرح زیر است:

- ✓ برای رشد بخش خصوصی گسترش روابط خارجی اقتصادی ضروری است.
- ✓ ورود موفق بخش خصوصی به نظام سلامت بدون وزارت بهداشت قوی که دو وظیفه نظارت و تولید را به خوبی ایفا کند، ضمانتی ندارد. باید به مدل های جدید پایش توجه داشت.

✓ کشورهای که تجربه موفق داشته اند ساختار قانونی برای انواع مشارکت های عمومی-خصوصی در وزارت بهداشت تاسیس کرده اند.

✓ مشوق های واقعی برای حضور بخش خصوصی در قالب قراردادهای مشارکت عمومی-خصوصی، مانند افزایش مدت بهره برداری از بیمارستان در صورت تحویل زودتر از موعد آن، باید در نظر گرفت.

✓ حضور بخش خصوصی با یک اعتماد دو طرفه آغاز می شود و با فراهم کردن زمینه رقابت آزادانه و عادلانه ادامه می یابد.

✓ انعطاف پذیری در عقد قرارداد با بخش خصوصی را با توجه به مقتضیات بومی باید در نظر گرفت.

✓ در مدل های موفق مشارکت عمومی-خصوصی از مدل های پرداخت مبتنی بر عملکرد استفاده شده است.

✓ سازمان های غیرانتفاعی و مردم نهاد و مشارکت با آنها در ارائه برخی خدمات سلامت در چند سال اخیر بسیار مورد توجه قرار گرفته است.

در خصوص نظام های پرداخت شایان ذکر است امروزه نظام های مختلفی جهت پرداخت وجود دارد. این نظام ها بر اساس توانایی دستیابی به اهداف عمومی سلامت، ایجاد سطح قابل قبولی از کیفیت به طریق کارآمد بدون به مخاطره افکندن دسترسی بیماران به خدمات و حصول اطمینان از سود بیشتر ارائه کننده خدمات، گروه بندی شده اند. در نهایت نظام های پرداخت در دو بعد ثابت/متغیر و گذشته نگر/آینده نگر و ساز و کارهای کارانه، موردی، هزینه روزانه، سرانه، نرخ ثابت، بودجه ای، حقوق بگیری، تشویقی، و پرداخت های ویژه تشریح شدند. هر کدام از این روش های پرداخت مزایا و معایبی به دنبال دارد. بهترین نظام پرداخت در حقیقت استفاده از نقاط قوت نظام های مختلف پرداخت است(نظام پرداخت ترکیبی). به عنوان مثال: استفاده از نظام پرداخت سرانه به عنوان مبنای پرداخت، استفاده از نظام پرداخت کارانه برای اقدامات خاص (مثل واکسیناسیون، آموزش بهداشت، فعالیت های پیشگیری و ....) و استفاده از نظام پرداخت بودجه ای برای دارو ها و خدمات جانبی مفید به نظر می رسد. نظام پرداخت مورد استفاده در

ایران نظام پرداخت کارانه ای است، به این معنی که ارائه دهنده بابت هر خدمتی که انجام داده است بدون توجه به هیچ فاکتور دیگری مبلغی را دریافت خواهد کرد.

## ۴-۴ نتایج بررسی حقوقی

برای بررسی یک موضوع از لحاظ حقوقی اشاره موردی به قوانین موجود سبب افزایش آگاهی کلی خواننده به موضوع برای تحلیل بهتر شرایط می شود. بدین منظور قوانین و دستور العمل های حوزه خصوصی سازی بهداشت و درمان از گذشته تا کنون به صورت موردی به شرح زیر ارائه می شود:

- ✓ قانون اساسی (اصل -۴۴-۳)
- ✓ قانون برنامه پنجم توسعه در راستای اجرای سیاست های اصل ۴۴ قانون اساسی
- ✓ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (ماده ۱۹۲)
- ✓ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (مواد، ۱۳۵، ۱۳۶، ۱۳۸، ۱۳۴، ۱۴۴، ۱۴۵)
- ✓ قانون اصلاح موادی از قانون برنامه چهارم توسعه و اجرای سیاست های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی
- ✓ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب سال ۱۳۸۰ و تنفیذ شده در ماده ۲۲۴ قانون برنامه پنجم توسعه (مواد ۹۰، ۸۸، ۳۳)
- ✓ قانون الحاق موادی به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوبه سال ۱۳۸۴ (مواد ۴۶ و ۴۷)
- ✓ آئین نامه اجرایی ماده ۴۶ قانون الحاق به شماره ۳۵۷۱۴/ت/۳۵۰۸۰/ه مورخ ۱۳۸۵/۴/۷
- ✓ آئین نامه اجرایی ماده ۴۷ قانون الحاق به شماره ۳۰۰۷/ت/۳۴۷۶۳/ه مورخ ۱۳۸۵/۳/۲۴
- ✓ آیین نامه مالی و معاملاتی دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مصوب مرداد سال ۱۳۹۰
- ✓ قانون خدمات کشوری
- ✓ آئین نامه اجرایی ماده (۸۸) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت
- ✓ آیین نامه اجرایی ماده (۱۶) قانون مدیریت خدمات کشوری

✓ دستورالعمل اجرایی ماده ۱۴۴ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران

✓ آیین نامه اجرایی ماده ۱۹۲ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران

✓ آیین نامه اجرایی بند الف ماده ۳۴ قانون برنامه پنجم توسعه

✓ اساسنامه شبکه های تحقیقات علوم پزشکی

✓ دستورالعمل اجرایی برنامه تامین و ارتقاء مراقبتهای اولیه سلامت در مناطق شهری و حاشیه نشین

✓ دستورالعمل واگذاری خدمات سلامت به استناد ماده ۲۲ آیین نامه اداری استخدامی اعضای غیر هیئت علمی

قوانین فعلی متاسفانه هنوز نتوانسته است شرایط مناسب و مطلوبی را برای حضور بخش خصوصی در حوزه سلامت و بهداشت فراهم نماید و علی رغم کمبودهای بسیاری که این حوزه با آن مواجه است بخش غیر دولتی بهره ورتر از بخش دولتی امور را مدیریت می کند. ولیکن می توان مواردی را که برای حضور موفق و کارای بخش خصوصی لازم است به اختصار بیان نماییم :

ارائه خدمات درمانی از جمله حمایتهایی است که یا توسط تأمین اجتماعی به بیمه شدگان ارائه می گردد و یا سایر بخش های دولتی و خصوصی تأمین کننده این خدمات می باشند. یکی از اهداف طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت یکپارچه سازی و هماهنگی در واحد های ارائه دهنده خدمات دولتی و غیردولتی می باشد. همچنین در سیاست های کلی لایحه برنامه ششم توسعه به " تعیین تعرفه حق فنی یکسان در بخش خصوصی و دولتی " پرداخته شده است که می تواند شرایط مطبوعی را برای فعالیت پزشکان در بخش خصوصی فراهم نماید. باید به این نکته اشاره نمود که حمایت یکسان از تمامی فعالان اقتصادی در یک بازار، تثبیت تصمیمات، تعمیم امتیازات به صورت یکسان و لغو هرگونه امتیازات نابرابر و به ویژه تدوین مقررات لازم برای توانمندسازی بخش های غیردولتی در فرایند گذار، از مهم ترین موضوعات مرتبط با مقررات زدایی است که



منبعث از سیاست های کلی اصل (۴۴) ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری و برنامه پنجم توسعه بوده که در ادامه به این احکام اشاره خواهیم داشت. تسهیل رقابت و منع انحصار عنوان فصل نهم قانون فوق الذکر است. اتاق بازرگانی و صنایع و معادن ایران بر اساس مفاد ماده ۷۶ قانون برنامه پنجم توسعه موظف شده با همکاری و حضور اتاق تعاون مرکزی جمهوری اسلامی ایران و شورای اصناف کشور، نسبت به شناسایی قوانین، مقررات و بخشنامه های محل تولید و سرمایه گذاری در ایران اقدام نماید و با نظرخواهی مستمر از تشکلهای تولیدی و صادراتی سراسر کشور و بررسی و پردازش مشکلات و خواسته های آنها بطور مستمر گزارش ها و پیشنهادهایی را تهیه و به کمیته های متشکل از دو نفر از هر قوه به انتخاب رئیس آن قوه ارائه دهد. به این ترتیب با تکلیف صورت گرفته در این ماده عملاً بخش غیردولتی به نحو موثر و پر رنگی در این زمینه نقش ایفا نموده و خلا موجود در این زمینه را بر طرف می نماید .

کمیته مذکور موظف است ضمن بررسی پیشنهادهای ارائه شده، راهکارهای قانونی لازم را بررسی و پیگیری نماید تا به این ترتیب گزارش های موضوع این ماده شامل قوانین و مصوبات و بخشنامه های مزاحم، خلاء قانونی، اجرای نادرست یا ناقص قوانین و همچنین پیشنهاد اصلاح قوانین و مقررات و ارتقاء امنیت اقتصادی، حقوق مالکیت و حمایت از سرمایه گذاری و تولید و صادرات و اشتغال و چگونگی کاهش قیمت تمام شده کالاها و خدمات در ایران همراه با ارتقاء کیفیت و رشد تولید و موارد مربوط به سرمایه گذاری و تولید و استفاده بهینه از سرمایه گذاری ها و ظرفیت های موجود را ارایه نماید.

تسهیل و تسریع صدور مجوز از جمله اموری است که به نحو مفصلی در آیین نامه ماده (۷) قانون اجرای سیاست های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی به آن پرداخته شده و جایگاه هیات نظارت بر مقررات زدایی نیز در این زمینه روشن و آشکار است.

از این رو در قانون برنامه پنجم توسعه، کارگروهی تشکیل خواهد شد که در واقع آغاز فعالیت این کارگروه می تواند مکمل فعالیت های هیات نظارت بر مقررات زدایی در امر مقررات زدایی و تسهیل شرایط سرمایه گذاری در کشور باشد تا تسهیل در فرآیند صدور مجوزها به نحو موثری صورت پذیرد. صدور مجوز در برخی شرایط

نیازمند مراجعه متقاضی به دستگاه ها و مراجع متعدد بوده که این وضعیت زمان صدور مجوزها را به نحو گسترده ای طولانی می نماید لذا بر اساس قانون برنامه پنجم توسعه، در مورد آن دسته از فعالیت های اقتصادی که نیازمند اخذ مجوز از دستگاه های متعدد می باشند، دستگاه اصلی موضوع فعالیت، وظیفه مدیریت یکپارچه، هماهنگی و اداره امور اخذ و تکمیل و صدور مجوز را برعهده خواهد داشت .

باید توجه داشت که مقررات زدایی ضمن روان سازی و ساده سازی فرآیند کار و تولید، ساختار های موجود را منطقی تر نموده و می تواند سرمایه و نیروی کار را از موسسه ها و بخش های غیر سودآور به موسسه ها و بخش های سودآور منتقل نماید. اگر چه بخش عمده ای از موانع پیش از صدور مجوزهای فعالیت های اقتصادی مربوط به قوانین و مقررات حوزه و نیازمند بازنگری و مقررات زدایی در این زمینه است ولی فرآیندهای سازمانی حاکم در زمینه صدور مجوز نیز سهم بسزایی در این زمینه دارند. اصلاح فرآیندهای حاکم برای تسریع صدور مجوز از طریق به کارگیری ساز و کارهای الکترونیکی بسیار ضروری به نظر می رسد. از این رو و با توجه به اینکه صدور مجوز فعالیت اقتصادی مرحله بسیار مهمی در مراحل شکل گیری فعالیت اقتصادی به شمار می رود بایستی هزینه و زمان صدور مجوز را که در ایران از حد استانداردهای بین المللی بیشتر است به وضعیت استاندارد تغییر داد.

از طرفی مدت زمان موردنیاز برای دریافت مجوز و تکمیل مراحل تأییدی یک شرکت در امارات ۱۲۵ روز و در ایران ۶۷۰ روز است. لذا طولانی بودن زمان اخذ مجوز فعالیت های اقتصادی موجب تضعیف انگیزه های بخش خصوصی برای راه اندازی فعالیت های اقتصادی خواهد شد.

در ادامه به برخی از ظرفیت های نهفته در احکام مربوط به تسهیل و تسریع صدور مجوز در قانون اجرای سیاست های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی و قانون پنجم برنامه توسعه اشاره خواهیم کرد.

تسهیل و تسریع صدور مجوز از جمله اموری است که به نحو مفصلی در آیین نامه ماده (۷) قانون اساسی به آن پرداخته شده و جایگاه هیات نظارت بر مقررات زدایی نیز در این زمینه روشن و آشکار است. با توجه به این، وجود مرجعی که به طور خاص و با جایگاه اجرایی قدرتمند بتواند صدور مجوزها را به نحو مناسب

ساماندهی نماید و فرآیند های صدور را نیز با رویکرد بازنگری و تسهیل و اصلاح و جایگزینی روش ها، تجمیع مجوزها و لغو مجوزهای غیر ضرور بر عهده گیرد، ضروری به نظر می رسد.

از این رو در ماده (۶۲) قانون برنامه پنجم توسعه، کارگروهی متشکل از معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور، معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رییس جمهور، معاونت حقوقی رییس جمهور، وزرای امور اقتصادی و دارائی، کار و امور اجتماعی و دادگستری و نیز سه نفر از نمایندگان مجلس از کمیسیون های برنامه و بودجه، اصل ۹۰ قانون اساسی و اقتصادی پیش بینی شده که وظیفه این کارگروه بررسی مستندات دریافتی از دستگاه های اجرائی ظرف مدت سه ماه از ابلاغ این قانون پیرامون نوع مجوز و فعالیت مربوط و نیز مبانی قانونی موکول بودن فعالیت اشخاص حقیقی و حقوقی به أخذ مجوز و همچنین شیوه صدور، تمدید، لغو و سایر مقررات ناظر خواهد بود. در واقع آغاز فعالیت این کارگروه می تواند مکمل فعالیت های هیات نظارت بر مقررات زدایی و تسهیل شرایط سرمایه گذاری در کشور باشد.

صدور مجوز در برخی شرایط نیازمند مراجعه متقاضی به دستگاه ها و مراجع متعدد بوده که این وضعیت زمان صدور مجوز ها را به نحو گسترده ای طولانی می نماید. از این رو ایجاد پنجره ای واحد به صورت حقیقی یا در فضای مجازی به عنوان مرجع متقاضیان صدور مجوز می تواند به نحو موثری در تقلیل حجم اقدامات مربوط به فرآیند صدور مجوز و همچنین کاهش زمان صدور تاثیرگذار باشد. از سوی دیگر با توجه به این که این امر در قانون اجرای سیاست های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی پیش بینی نشده، نیاز به یکپارچه سازی در فرآیند اخذ مجوزها موجب شد تا ساز و کار قانونی آن در برنامه پنجم توسعه پیش بینی و تدوین شود .

بر اساس ماده ۷۰ قانون برنامه پنجم توسعه، در مورد آن دسته از فعالیت های اقتصادی که نیازمند اخذ مجوز از دستگاه های متعدد می باشند، دستگاه اصلی موضوع فعالیت، وظیفه مدیریت یکپارچه، هماهنگی و اداره امور اخذ و تکمیل و صدور مجوز را برعهده خواهد داشت و از طریق ایجاد پنجره واحد به صورت حقیقی یا در فضای مجازی با مشارکت سایر دستگاههای مرتبط به گونه ای اقدام می نماید که ضمن رعایت اصل هم زمانی

صدور مجوزها، سقف زمانی موردنظر برای صدور مجوز از زمان پیش بینی شده در قانون نحوه اجرای سیاست های کلی اصل چهل و چهارم قانون اساسی تجاوز ننماید.

با توجه به اینکه خصوصی سازی متأثر از بسیاری عوامل از جمله؛ شرایط اقتصادی، سیاست های دولت و عوامل بیرونی است فلذا باید به تمام قوانین و ساختارهای این عوامل توجه نمود. بر این اساس در روابط اقتصادی- اجتماعی، دولت می تواند به سه طریق به تنظیم فعالیتهای بپردازد:

شیوه سنتی این دخالت از راه " وضع قوانین و مقررات " و روشهای دیگر آن به ترتیب از طریق "مدیریت مستقیم" بر صنایع و خدمات و "اقدامات بازدارنده" تشویقی و هدایتی تحقق می پذیرد. هدف اصلی از خصوصی سازی و مقررات زدایی، پایان دادن به دو شیوه آغازین دخالت دولت یعنی "وضع قوانین و مقررات" بیش از حد و "مدیریت مستقیم"، و تقویت راه سوم یعنی تنظیم روابط از طریق "اقدامات بازدارنده" می باشد.

فرآیند خصوصی سازی در صورت عدم وجود چهارچوب های قانونی مناسب، بستری را برای بروز انواع فساد همچون ارتشاء، زیر میزی، پیشنهادات وسوسه آمیز و چشم پوشی از مسئولیت اصلی فراهم می آورد. فلذا ضمانت های اجرایی و نظارت های قانونی بر عملکرد بخش خصوصی از اهمیت بسزایی برخوردار است. عدم ضمانت های اجرایی کافی و مؤثر در حمایت از حق سلامت عمومی شهروندان نیز به عنوان یکی از مهمترین چالش های تنظیم مقررات در حوزه سلامت مستلزم بررسی، تدبیر و چاره اندیشی حقوقی است. تعارض منافع عمومی با اهداف بخش خصوصی از دیگر مواردی است که لزوم نظارت های قانونی در این بخش را به روشنی آشکار می نماید. به طور مثال، نهادها و مؤسسات بخش خصوصی در صورت عدم نظارت ممکن است به منظور دستیابی به اهداف خود و کسب سود اقدامات گسترده ای نظیر دخل و تصرف در منابع طبیعی و محیط زیست، ایجاد کارخانه ها و صنایع تولیدی آلودگی زا، ایجاد، نصب و بهره برداری از آنتن های تلفن همراه می نمایند که بی تردید هر کدام از این اقدامات میتواند به نحوی بر وضعیت سلامت عمومی شهروندان به نحو منفی اثرگذار باشد.

کاستن از فعالیت های اقتصادی و درآمدزای دولتی از مواردی است که سبب تسهیل ورود و حضور بخش خصوصی در حوزه های مختلف از جمله بهداشت و درمان باید اجرا می گردد. چنانچه مالکیت های دولتی از جمله ضرورت های خاص دهه اول انقلاب بوده است ولی متأسفانه تداوم آن تاکنون منجر به گسترده شدن مالکیت های دولتی بر خلاف اصل ۴۴ قانون اساسی گردیده و در نتیجه آن دسته از درآمدهایی که باید صرف رونق تولید و گردش صحیح ثروت در کشور می گردید صرف موارد بدون کارایی و بهره وری شده و سبب لطمه به اقتصاد کشور گردیده است. این در حالیست که دولت در حوزه های راهبردی و فن آوری های پیشرو وظایف سنگینی را بر عهده دارد و بخش خصوصی نیز توان ورود در این عرصه ها را ندارد.

یکی از دغدغه های اصلی در حوزه خصوصی سازی عدم چارچوب های نظارتی مشخص و تعریف شده می باشد. خطرات اصلی آن است که افراد سودجو و غیرمتخصص با تدارک الزامات قانونی اولیه برای ورود به بخش های دولتی دست به کار شوند و با اتلاف هزینه و زمان به روند سیستم سلامت در کشور آسیب زنند.

در کنار موارد یاد شده، لازم است پیش نیازهای اقتصادی حضور بخش خصوصی نیز محقق شده باشد. روند تحولات اقتصادی کشور طی دهه های اخیر به کمک برخی شاخص های کلان اقتصاد کشور از جمله میزان تولید ملی حاکی از این مطلب است که نظام اقتصادی کشور به دلیل عدم انجام سرمایه گذاری های کلان زیربنایی، عدم اتخاذ استراتژی های صنعتی موثر و کارا جهت گذر از دوران وابستگی به صادرات نفت، عدم توجه به فعالیت های مولد به منظور حصول خودکفایی و حضور در بازارهای رقابتی با مشکلات و تنگناهای گوناگون مواجه بوده و تصویر اقتصاد کشور را از لحاظ جذابیت برای حضور موثر سرمایه های بخش خصوصی مخدوش و نامطمئن ساخته است.

با توجه به این دغدغه ها می توان راهکارهایی را پیشنهاد داد که به بهبود وضعیت فعلی کمک کند.

✓ برای ایجاد رقابت در جهت ارتقا کیفیت، بهتر است که در هر نقطه ای از کشور شرکت های مختلف

بتوانند حضور یابند و برنامه خود را بر اساس نیازسنجی منطقه ارائه کنند

✓ الزام قانونی شرکت های خصوصی مشارکت کننده در طرح برای استفاده از وسایل مصرفی تولیدشده در داخل کشور که استانداردهای بین المللی لازم را دارند .

✓ دریافت ضمانت نامه معتبر از شرکت های خصوصی برای اجرای صحیح پروتکل های درمانی و تشکیل سیستم نظارتی قوی قبل از شروع طرح. منظور از پروتکل های درمانی روش های کلینیکی و سیاست های درمانی می باشد. برای درمان بعضی از بیماری ها پروتکل های ویژه ای وجود دارد که با مراجعه به مرکز تخصصی می توان از بهترین شیوه درمان بهره مند شد. سیستم نظارتی بهتر است توسط سازمان خصوصی سازی و سازمان بیمه با احصا چالش های پیش رو که پس از فرآیند خصوصی سازی ممکن است پیش آید وظایف حمایتی و نظارتی جدیدی برای خود تعریف نماید که این نظارت بر شرکت های خصوصی بصورت حضوری و غیر حضوری و به صورت کمی و کیفی می تواند صورت گیرد.

✓ پیش بینی سازوکارهای قانونی لازم برای افزایش نقش نظارتی وزارت بهداشت

✓ پیش بینی راهکارهای حقوقی و قانونی لازم به منظور جذب سرمایه گذاری بخش خصوصی جهت فعالیت و ارائه خدمات در حوزه سلامت و نیز شرایط لازم به منظور تأمین مالی پروژه های بزرگ در این حوزه

#### **۴-۵ نتایج برگزاری نشست خبرگان و ارائه راهکارهای نهایی**

پس از جمع آوری نتایج نهایی بخش های مختلف پژوهش شامل مرور متون، مصاحبه های کیفی، مطالعه تطبیقی و بررسی حقوقی، برای جمع بندی نتایج به دست آمده و ارائه راهکارهای عملیاتی جهت ورود بخش خصوصی به حوزه سلامت، نشستی با حضور برخی از اعضای کمیسیون اقتصاد سلامت اتاق بازرگانی تهران و تعدادی از مصاحبه شوندگان و صاحب نظران در حوزه اقتصاد سلامت برگزار شد.

در ابتدای جلسه خلاصه ای از نتایج به دست آمده و راهکارهای پیشنهادی محققان مطرح گردید. سپس اعضای جلسه به بحث و تبادل نظر پرداختند و در نهایت با خروجی راهکارهای پیشنهادی به اجماع رسیدند.

در ادامه خلاصه مباحث و راهکارهایی نهایی ارائه می شود.

این راهکارها به سه بخش پیش از ورود، نوع ورود و پس از ورود تقسیم بندی می شود.

#### **۴-۵-۱ پیش از ورود بخش خصوصی به نظام سلامت**

ناگفته پیداست که پیش از ورود به هر بحثی ابتدا باید وضعیت فعلی را مورد بررسی قرار داده، کاستی ها را ارزیابی کرده تا ضمن فراهم کردن زیرساخت های لازم، زمینه ورود را به شکل اجرایی، دقیق و علمی فراهم کرد. بدون در نظر گرفتن شرایط و اقتضائات ساختاری، مدیریتی، اقتصادی و اجتماعی موجود، و با صرف الگو برداری غیر دقیق از سایر کشورها نتایج نه تنها رضایت بخش نیست، بلکه در برخی موارد پیامدهای عکس و نامطلوبی نیز بروز خواهد کرد. خصوصی سازی نیز از این امر مستثنی نیست. با توجه به جمیع اطلاعات جمع آوری شده از بخش مصاحبه با خبرگان و تجربه سایر کشورها در موضوع خصوصی سازی نظام سلامت نکات زیر به عنوان پیش شرط ورود بخش خصوصی به نظام سلامت پیشنهاد می شود.

۱. با توجه به مناقشه برانگیز بودن نتایج حضور بخش خصوصی در سلامت، بار منفی عبارت خصوصی سازی سلامت و با عنایت به این نکته که تضمین سلامت جامعه بر عهده حکومت هاست پیشنهاد می شود که به جای عبارت خصوصی سازی در نظام سلامت از عبارت مشارکت مردم در سلامت یا مشارکت های عمومی-خصوصی استفاده شود.
۲. با توجه به تجربه موفق کشورهای مدلی که مشارکت های عمومی-خصوصی را پیاده کرده اند، پیشنهاد می شود دفتر یا بخشی در وزارت بهداشت مختص به این امر تشکیل گردد. وظیفه این بخش در وهله اول تعیین نقشه راه و نوع حضور بخش خصوصی در نظام سلامت است. نیاز است که در این بخش دست کم از چهار حوزه متخصصین و صاحب نظران حضور داشته باشند: حوزه عقد قرارداد و مسائل حقوقی، حوزه مدیریت در سلامت، حوزه امور درمانی و بهداشتی، حوزه عمران و ساخت و سازهای بخش سلامت.

۳. ساختار ایجاد شده در وزارت بهداشت بایستی نسبت به شفاف کردن قوانین و مقررات موجود و یا وضع قوانین هموار کننده مسیر در مواردی که کمبود قانونی وجود دارد، مبادرت ورزد. نظامات مالی و قراردادی وزارت بهداشت از این طریق بایستی شفاف گردد.

۴. رایزنی و تلاش برای برطرف کردن بعضی موانع جدی، ضروری به نظر می رسد. اصلاح نظام بیمه ای (تعرفه پلکانی و فرانشیز پلکانی)، اصلاح نظام پرداخت و تعرفه های درمانی، اصلاح و اجرای کامل نظام ارجاع از جمله مواردی هستند که در صورت عدم بازنگری در روندهای فعلی و عدم اصلاح شرایط موجود، نتایج حضور بخش خصوصی را با مخاطرات جدی روبه رو خواهد کرد.

۵. کاهش بیمارستان های آموزشی و در نهایت جدا شدن بخش آموزش از وزارت بهداشت، از مسئولیت های غیر ضروری وزارت بهداشت کاسته و پتانسیل زیادی را برای نقش تولیت و نظارت آن آزاد خواهد کرد.

۶. زیرساخت های اطلاعاتی وزارت بهداشت بایستی تقویت شود.

۷. وزارت بهداشت باید تلاش کند از تولیدکنندگی و عرضه کنندگی به سمت خریدار بودن، تنظیم گری و نظارت قوی برود. پیاده سازی مدل های مختلف مشارکت های عمومی-خصوصی نیازمند دولت مقتدر در امر قانونگذاری<sup>۴۱</sup>، نظارت<sup>۴۲</sup> و تامین مالی<sup>۴۳</sup> است.

#### ۴-۵-۲ نوع ورود بخش خصوصی به نظام سلامت

راهکارهای پیشنهادی برای نوع ورود بخش خصوصی به نظام سلامت به شرح زیر ارائه می شود:

۱. نیازهای قابل واگذاری نظام سلامت از طریق ساختار ایجاد شده در وزارت بهداشت و برگذاری مناقصه های آزاد و شفاف و با طی مراحل قانونی به بخش متقاضی خصوصی واگذار شود.

---

<sup>۴۱</sup> Regulation

<sup>۴۲</sup> Supervision

<sup>۴۳</sup> Financing



۲. نیازها و یا به عبارتی کمبودهای نظام سلامت که کمک بخش خصوصی را حیاتی می سازد به دو گروه طبقه بندی می شود:

الف- ارائه خدمات در مراکز و امکاناتی که در حال حاضر موجود هستند و

ب- کمبود امکانات و زیرساخت ها مانند کمبود بیمارستان

الف-۱- از مشکلات و کمبودهای دسته اول میتوان به کارایی پایین یا بالا بودن قیمت تمام شده خدمات در بخش دولتی اشاره کرد. در مورد این قسم از نیازها، واگذاری مدیریت واحد های ارائه خدمت و برون سپاری راه حل های انجام شده با تجربه موفق در دنیا بوده اند.

الف-۲- واگذاری مدیریت بایستی در قالب قراردادهای قانونی، صریح و شفاف و سپس پرداخت های مبتنی بر عملکرد (مانند کمیت و کیفیت خدمات ارائه شده و یا مستندات ثبت شده در بیمارستان و ...) باشد.

الف-۳- برون سپاری خدمات بر اساس اولویت هایی که از بخش مصاحبه استخراج شده است نیز راهکار پیشنهادی بعدی است. برون سپاری را می توان از بخش های غیربالینی و سپس پاراکلینیکی آغاز کرد و به تدریج به سمت بخش های کلینیکی رفت.

ب-۱- در خصوص کمبود امکانات و زیرساخت ها، استفاده از ظرفیت ها و مدل های مختلف مشارکت عمومی-خصوصی که به تفصیل به نقاط مثبت و منفی هر کدام از روش ها پیش از این اشاره شده است، پیشنهاد می شود. استفاده از الگوهای قراردادی موفق در دنیا و سپس منطبق کردن آن الگوها با شرایط حاکم بر نظام سلامت ایران از ضروریات ورود به این حوزه می باشد.

#### **۴-۵-۳ پس از ورود بخش خصوصی به نظام سلامت**

۱. ورود بخش خصوصی به حوزه سلامت در هر شکل و نوع آن همواره در دنیا با چالش ها و اما و اگرهای جدی روبه رو بوده است. بنابراین توصیه می شود که در حرکت در این مسیر جانب احتیاط و حرکت

تدریجی را رعایت نمود به طوری که با گرفتن بازخورد هر اقدام و بررسی نتایج آن به سمت گام بعدی رفت.

۲. پایش منظم میزان پرداخت از جیب مردم و حفاظت مالی دهک های پایین جامعه روند رشد نابرابری در اثر خصوصی سازی نظام سلامت را کم خواهد کرد.

۳. استفاده از پتانسیل های سازمان های مردم نهاد و سازمان های غیر انتفاعی در همراه کردن جامعه و کاهش آسیب ها و فشارهای اجتماعی ناشی از خصوصی سازی نظام سلامت بسیار موثر خواهد بود.

- [١] D. Jamali, "Success and failure mechanisms of public private partnerships (PPPs) in developing countries: Insights from the Lebanese context," *Int. J. Public Sect. Manag.*, vol. ١٧, no. ٥, pp. ٤١٤-٤٣٠, ٢٠٠٤.
- [٢] "World Health Statistics ٢٠١٥," ٢٠١٥. [Online]. Available: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/٢٠١٥/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/٢٠١٥/en/).
- [٣] A. M. Cheraghali, "Iran Pharmaceutical Market," *Iran. J. Pharm. Res.*, vol. ١, pp. ١-٧, ٢٠٠٦.
- [٤] J. Mohan, "Restructuring, privatization and the geography of health care provision in England, ١٩٨٣-١٩٨٧," *Trans. Inst. Br. Geogr.*, pp. ٤٤٩-٤٦٥, ١٩٨٨.
- [٥] J. Nellis, "The World Bank, privatization and enterprise reform in transition economies: a retrospective analysis," ٢٠٠٢.
- [٦] J. L. Scarpaci, *Health services privatization in industrial societies*. Rutgers University Press, ١٩٨٩.
- [٧] A. Malley and K. Forde, "Auditing and accountability within the public hospital system: the need for structural reforms.," *Aust. Heal. Rev. a Publ. Aust. Hosp. Assoc.*, vol. ١٦, no. ٢, pp. ١٩٣-٢٠١, ١٩٩٢.
- [٨] S. Basu, J. Andrews, S. Kishore, R. Panjabi, and D. Stuckler, "Comparative performance of private and public healthcare systems in low-and middle-income countries: a systematic review," *PLoS med*, vol. ٩, no. ٦, p. e١٠٠١٢٤٤, ٢٠١٢.
- [٩] E. Ginzberg, "Privatization of health care: A US perspective," *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, vol. ٥٣٠, no. ١, pp. ١١١-١١٧, ١٩٨٨.
- [١٠] S. N. Banoob, "Privatization of health Systems with Care: a message to East Europe from Western Systems," *J. Public Health (Bangkok)*, vol. ١, no. ٢, pp. ١٣٠-١٣٦, ١٩٩٣.

- [11] P. Manga, "Privatization of health care services in Canada: Reform or regress?," *J. Consum. policy*, vol. 10, no. 1, pp. 1-24, 1987.
- [12] R. Janssen and J. Van der Made, "Privatisation in health care: Concepts, motives and policies," *Health Policy (New. York)*, vol. 14, no. 3, pp. 191-202, 1990.
- [13] R. R. Bovbjerg, P. J. Held, and M. V Pauly, "Privatization and bidding in the health-care sector," *J. Policy Anal. Manag.*, pp. 648-666, 1987.
- [14] "Global Health Observatory visualizations," 2016. [Online]. Available: <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.tp-1?lang=en>.
- [15] I. A. Nikolic and H. Maikisch, "Public-private partnerships and collaboration in the health sector: an overview with case studies from recent European experience," 2006.
- [16] T. A. Börzel and T. Risse, "Public-Private Partnerships: Effective and legitimate tools of international governance," *Complex sovereignty: Reconstructing political authority in the twenty first century*. University of Toronto Press Toronto, Ontario, Canada, pp. 190-216, 2000.
- [17] Ministry of Finance Singapore, "Public Private Partnership Handbook - Version 2," no. March, 2012.
- [18] F. Melesi and T. Balaker, "Privatizing Public Hospitals: A Win-Win for Taxpayers and the Poor," *Policy Brief*, 41, Novemb., 2000.
- [19] A. Mills, "To contract or not to contract? Issues for low and middle income countries," *Health Policy Plan.*, vol. 13, no. 1, pp. 32-40, 1998.
- [20] S. Nishtar, "Public-private partnerships' in health—a global call to action," *Heal. Res. Policy Syst.*, vol. 2, no. 1, p. 0, 2004.
- [21] P. Partnership, U. States, P. F. Initiative, T. Ppp, P. Participation, W. Bank, S. K. Ppi, P. Participation, N. America, P. Projects, P. Partnership, and P. F. Initiative, "Main types of PPP," no. march, pp. 12-21, 2009.
- [22] C. Collins and A. Green, "Public sector hospitals and organizational change: an agenda for policy analysis," *Int. J. Health Plann. Manage.*, vol.

- 14, no. 2, pp. 107–128, 1999.
- [23] D. Hall, R. de la Motte, and S. Davies, “Terminology of public-private partnerships (PPPs),” *Public Serv. Int. Res. Unit, Greenwich, Source URL-[www.psiru.org](http://www.psiru.org)*, 2003.
- [24] M. McKee, N. Edwards, and R. Atun, “Public-private partnerships for hospitals,” *Bull. World Health Organ.*, vol. 84, no. 11, pp. 890–896, 2006.
- [25] C. Duffin, “Chief nurse defends PFI debts of trust taken over by administrators.,” *Nurs. Stand.*, vol. 26, no. 44, p. 6, 1987.
- [26] A. Scott-Samuel, “PERSONAL HEALTH BUDGETS IN ENGLAND: MOOD MUSIC OR DEATH KNEEL FOR THE NATIONAL HEALTH SERVICE?,” *Int. J. Health Serv.*, vol. 40, no. 1, pp. 73–86, 2010.
- [27] J. Davis and E. Al., “Act now against new NHS competition regulations: an open letter to the BMA and the Academy of Medical Royal Colleges calls on them to make a joint public statement of opposition to the amended section 70 regulations.,” *BMJ*, vol. 346, p. f1819, Mar. 2013.
- [28] X. Wei, J. Yin, S. Y. S. Wong, S. M. Griffiths, G. Zou, and L. Shi, “Private ownership of primary care providers associated with patient perceived quality of care: A comparative cross-sectional survey in three big Chinese cities.,” *Medicine (Baltimore)*, vol. 96, no. 1, p. e0700, Jan. 2017.
- [29] W. Yip and W. Hsiao, “Harnessing the privatisation of China’s fragmented health-care delivery.,” *Lancet (London, England)*, vol. 384, no. 9940, pp. 800–18, Aug. 2014.
- [30] C. E. Abadía-Barrero, “Neoliberal Justice and the Transformation of the Moral: The Privatization of the Right to Health Care in Colombia.,” *Med. Anthropol. Q.*, vol. 30, no. 1, pp. 62–79, Mar. 2016.
- [31] A. Anell, “The public-private pendulum--patient choice and equity in Sweden.,” *N. Engl. J. Med.*, vol. 372, no. 1, pp. 1–4, Jan. 2010.
- [32] A. Maun, C. Wessman, P.-D. Sundvall, J. Thorn, and C. Björkelund, “Is

- the quality of primary healthcare services influenced by the healthcare centre's type of ownership?-An observational study of patient perceived quality, prescription rates and follow-up routines in privately and publicly owned primary care centres.," *BMC Health Serv. Res.*, vol. 10, no. 1, p. 417, Sep. 2010.
- [33] C. Benoit, C. Stengel, R. Phillips, M. Zadoroznyj, and S. Berry, "Privatisation & marketisation of post-birth care: the hidden costs for new mothers.," *Int. J. Equity Health*, vol. 11, no. 1, p. 61, Oct. 2012.
- [34] J. Braithwaite, J. F. Travaglia, and A. Corbett, "Can questions of the privatization and corporatization, and the autonomy and accountability of public hospitals, ever be resolved?," *Health Care Anal.*, vol. 19, no. 2, pp. 133-53, Jun. 2011.
- [35] P. Sampath and D. Wilson, "A case study and state of science review: private versus public healthcare financing.," *Glob. J. Health Sci.*, vol. 4, no. 1, 2012.
- [36] J. Hartwig, "Trying to Make Sense of the Principle of Effective Demand," pp. 1-20.
- [37] "Health financing for universal coverage/financial protection." [Online]. Available: [http://www.who.int/health\\_financing/topics/financial-protection/en/](http://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/en/).
- [38] K. Kansas Behavioral Risk Factor Surveillance System, Bureau of Health Promotion, "Access to Health Services HP," 2010.
- [39] D. Brinkerhoff, "Accountability and Health Systems: Overview, Framework, and Strategies," 2003.
- [40] "World Bank Report," 2017. [Online]. Available: <http://data.worldbank.org/topic/economy-and-growth?view=chart>.
- [41] K. Boomla, A. Livingstone, N. S. Hopkinson, D. J. Nicholl, K. O'Kane, D. Cohen, J. Mindell, A. Pollock, A. Cummin, L. Kay, N. Silvey, S. Stone, and J. Robertson, "Defending the UK's National Health Service.,"

- Lancet (London, England)*, vol. ۳۸۰, no. ۹۸۳۶, Jul. ۲۰۱۲.
- [۴۲] L. B. Gardner and R. M. Scheffler, “Privatization in health care: Shifting the risk,” *Med. Care Rev.*, vol. ۴۵, no. ۲, pp. ۲۱۵–۲۵۳, ۱۹۸۸.
- [۴۳] H. Maarse, “The privatization of health care in Europe: an eight-country analysis,” *J. Health Polit. Policy Law*, vol. ۳۱, no. ۵, pp. ۹۸۱–۱۰۱۴, ۲۰۰۶.
- [۴۴] M. Fotaki and A. Boyd, “From plan to market: a comparison of health and old age care policies in the UK and Sweden,” *Public Money Manag.*, vol. ۲۵, no. ۴, pp. ۲۳۷–۲۴۳, ۲۰۰۵.
- [۴۵] “م. ثنایی,” *Soc. Secur. Wkly. Post*, pp. ۱–۲۰, ۲۰۱۴.
- [۴۶] Deloitte, “۲۰۱۷ global health care outlook: Making progress against persistent challenges,” pp. ۱–۲۸, ۲۰۱۷.
- [۴۷] “کمیتة بهداشت و درمان,” *مروری بر ساختارهای بیمه های درمانی مکمل در کشورهای منتخب و ایران*
- [۴۸] M. Courtenay, “Debate: Nurse prescribing,” *Eurohealth (Lond.)*, vol. ۱۲, no. ۱, pp. ۴–۷, ۲۰۰۶.
- [۴۹] E. Bariş, S. Mollahaliloğlu, and S. Aydın, “Healthcare in Turkey: from laggard to leader,” *BMJ Br. Med. J.*, vol. ۳۴۲, no. ۷۷۹۷, pp. ۵۷۹–۵۸۲, ۲۰۱۱.
- [۵۰] R. Akdağ, “Turkey health transformation program evaluation report (۲۰۰۳-۲۰۱۰),” *Ankara Repub. Turkey Minist. Heal. MoH Publ*, no. ۸۳۹, ۲۰۱۱.
- [۵۱] “The Ministry of Health of Turkey health statistics yearbook ۲۰۱۵,” ۲۰۱۵.
- [۵۲] H. A. D. Aksan, I. Ergin, and Z. Ocek, “The change in capacity and service delivery at public and private hospitals in Turkey: a closer look at regional differences,” *BMC Health Serv. Res.*, vol. ۱۰, p. ۳۰۰, ۲۰۱۰.
- [۵۳] R. Atun, S. Aydın, S. Chakraborty, S. Sümer, M. Aran, I. Gürol, S. Nazlıoğlu, Ş. Özgülcü, Ü. Aydoğan, and B. Ayar, “Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity,” *Lancet*, vol. ۳۸۲, no. ۹۸۸۶, pp. ۶۵–۹۹, ۲۰۱۳.
- [۵۴] M. A. Aran and J. Hentschel, “Protection in good and bad times? the Turkish green card health program,” ۲۰۱۲.
- [۵۵] S. A. A. J. Alazawi, S. Aljunid, S. N. Sulku, and A. M. Nur, “Turkish

- health system reform from the people perspective,” *BMC Public Health*, vol. ۱۴, no. S۱, p. P۱۴, ۲۰۱۴.
- [۵۶] ا.م. اصل, “برنامه تحول سلامت: مطالعه موردی کشور ترکیه,” ۱۳۹۵.
- [۵۷] B. Obama, “United States health care reform: progress to date and next steps,” *Jama*, vol. ۳۱۶, no. ۵, pp. ۵۲۵–۵۳۲, ۲۰۱۶.
- [۵۸] س. آقابابا, “نظام سلامت در حال تغییر ایالات متحده آمریکا,” ۱۳۹۵ and ا.م. اصل.
- [۵۹] S. Hammett and R. George, “۲۰۱۵ health care outlook Canada,” *Deloitte*, no. March ۲۰۱۴, pp. ۱–۳, ۲۰۱۵.
- [۶۰] T. G. Evans, A. M. R. Chowdhury, D. B. Evans, A. Fidler, M. Lindelow, A. Mills, and X. Scheil-Adlung, “Thailand’s universal coverage scheme: achievements and challenges,” *An Indep. Assess. first*, vol. ۱۰, pp. ۲۰۰۱–۲۰۱۰, ۲۰۱۲.
- [۶۱] “Spanish healthcare Public Private Partnerships: the ‘Alzira model’ Basilio Acerete, University of Zaragoza Anne Stafford and Pamela Stapleton, University of Manchester,” pp. ۱–۴۳.
- [۶۲] G. M. La Forgia and A. Harding, “Public-private partnerships and public hospital performance in São Paulo, Brazil,” *Health Aff.*, vol. ۲۸, no. ۴, pp. ۱۱۱۴–۱۱۲۶, ۲۰۰۹.
- [۶۳] J. Simões, P. P. Barros, and M. Temido, “Public-private partnerships in the Portuguese health sector,” *World Hosp. Heal. Serv. Off. J. Int. Hosp. Fed.*, vol. ۴۶, no. ۱, pp. ۶–۹, ۲۰۱۰.



## ۶- پیوست ها

### ۶-۱ پیوست شماره ۱- جدول استخراج داده های مقالات مرور نظام مند

Study	Year	Subjects	Country	Result
Duffin	۲۰۱۲	private finance to build hospitals	England	positive
HODGES	۲۰۱۳	the impact of private medical care on Indians' health care	India	primary healthcare should be the responsibility of the government,
Vapec	۲۰۰۵	Privatization of health care facilities in Czech republic	Czech	The privatization process was stopped
Wei	۲۰۱۷	primary care ownership and patient perceived quality of care in ۳ Chinese megacities	China	private primary care ownership may be associated with lower quality and less equitable care distribution
Burci	۲۰۱۷	The effect of the current privatized model of pharmaceutical innovation on the development and affordability	USA	controvesy
Abadfa-Barrero	۲۰۱۶	The Privatization of the Right to Health Care in Colombia.	Clombia	Requires the transformation of moral values around life.
Lutiane	۲۰۱۶	Building community participation in the fight against the privatization of health.	Brazil	It is an experience that produces workers and service users as agents able to defend the public system
Limb, Matthew	۲۰۱۵	effort to halt and roll back privatisation	England	controvesy
Stan, Sabina	۲۰۱۵	inequalities of access and the privatisation of healthcare services in Europe	Romania, Irland and Europe	contribution of healthcare privatisation to these inequalities
Scott-Samuel	۲۰۱۵	Neoliberalism in Health Care in England (personal health budget)	England	it raises out of pocket/ wide the patients choice

Burström	2010	RECENT CHANGES IN WELFARE in Sweden	Sweden	Private Provision of Publicly Funded Social Welfare Services/ law on public purchasing (LOV) except when it comes to primary care
Anell	2010	The Public–Private Pendulum — Patient Choice and Equity in Sweden	Sweden	There is no evidence that skimping on quality is more or less common among private providers than among publicly owned ones, but quality problems may be perceived as worse when they're linked to profit incentives
Laurell	2010	Three decades of neoliberalism in Mexico	Mexico	against
Maun	2010	Is the quality of primary healthcare services influenced by the healthcare centre's type of ownership?	Sweden	cannot unambiguously answer the question of whether or not the quality is influenced by the healthcare centre's type of ownership/ unpredictable effects
McKee	2014	Mutual ownership: privatisation under a different name?	England	The report merely suggests that NHS providers should have greater freedom to test mutualisation
Crawford	2014	a business model for providing cancer in UK	England	explaining concerns towards privatization in cancer ward
Yip	2014	Harnessing the privatisation of China's health-care delivery.	china	health-care expenditures would escalate, with patients bearing increasing costs; access and quality of care are decided by ability to pay
Davis	2014	whether there has been an increase in private provision of NHS services	England	It's hard to say whole swathes of the system have transferred to the private sector.” But this could be “the lull before the storm,”
Colton	2014	Commissions of audit in Australia: health system privatisation directives	Australia	challenging
Bustamante	2014	Health care privatization in Latin America	Chile, Colombia, and Mexico	policy and demand-driven and democratization approaches affect privatization
Wollaston	2014	to consider impact of privatisation and transatlantic agreement on NHS.	England	Lobbying European Union politicians and officials to exclude health services from the TTIP.

Dahlgren	२०१६	The Privatization of Medical Health Care in Sweden	Sweden	efficiency is typically reduced but rarely increased, geographical and social inequities are widened
Iacobucci	२०१३	The regulations, which lead to widespread privatisation and fragmentation of the NHS	England	controvesy
Gross	२०१३	Is there a human right to private health care?	Canada & Israel	introducing human rights to the area of public health care may be used not to expand equality, but rather to re-articulate claims to private health care as human rights claims
Wise	२०१३	independent services increase NHS spending by more than १.०%	England	independent providers increase health care spending
Benoit	२०१२	Privatization & marketization of post-birth care: the hidden costs for new mothers.	Canada	Participants' open-ended responses revealed many positive features of the public health care system but also gaps in services, and economic barriers to receiving the care they wanted.
Yonnedi	२००९	Does Privatization Affect Organizational Change : A Case of Indonesia *	Indonesia	The evidence suggested that privatization brought about important alignments among the organization's goals, design elements, and resources and between the organization and its competitive environment.
Braithwaite	२०११	Can questions of the privatization and corporatization, and the autonomy and accountability of public hospitals, ever be resolved?	Australia	Privatization and corporatization are difficult to implement, and at best produce mixed results, and their impact seems to depend more on the motivation of the evaluator than the standard of the results.
H.Chee	२००८	Ownership, control, and contention: challenges for the future of healthcare in Malaysia.	Malasia	The issues of ownership and control have important implications for governance more generally in a future healthcare system.
Basu, S	२०१२	Comparative performance of private and public healthcare systems in low-and middle-	UK	The private sector is usually more efficient, accountable, or medically effective than the public sector; however, the public sector

		income countries: a systematic review		appears frequently to lack timeliness and hospitality towards patients.
Sampath, P.	२०१२	A case study and state of science review: private versus public healthcare financing.	Canada	The private health insurance would have significant negative implications, especially by creating inequity in healthcare access for low-income groups.
G.Mudur	२०१२	Experts question proposals to use private sector in India's health reforms	India	The document suggests that the government would fund and deliver services such as ambulance transport, obstetric and newborn care, immunization, and the management of tuberculosis and malaria. The government would also pay for but “not necessarily directly provide” other clinical services that would be available through public and private sector healthcare providers, leaving the choice to patients and their families.
Villa, S	२०१३	Assessing the impact of privatizing public hospitals in three American states: implications for universal health coverage.	USA	Privatizing in hospitals increased operating margins, reduced their length of stay, and enjoyed higher occupancy, but at some possible cost to access to care for their communities in terms of higher price mark ups and loss of beneficial but unprofitable services.

## ۶-۲ پیوست شماره ۲- جدول لیست مصاحبه شوندگان

نام مصاحبه شونده	سمت فعلی	تحصیلات
دکتر شهرام توفیقی	عضو هیئت علمی دانشگاه بقیه الله	پزشک/دکترای مدیریت بهداشتی
دکتر حمیدرضا صفی خانی	قائم مقام معاون برنامه ریزی، هماهنگی و امور حقوقی وزارت بهداشت	پزشک/دکترای بهداشت عمومی
دکتر سعیدی نژاد	مدیر عامل تهران شیمی	داروساز
مهندس افخمی	عضو سابق هیئت مدیره کاسپین تامین	
دکتر بهزادی	رئیس بیمارستان عرفان	پزشک/
دکتر عباس وثوق مقدم	مشاور رئیس دبیرخانه و سرپرست گروه هماهنگی سیاست های بخش سلامت	پزشک/دکترای پزشکی پیشگیری و اجتماعی
دکتر محمود نجفی عرف	رئیس کمیسیون اقتصاد سلامت اتاق بازرگانی تهران عضو هیئت مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی	
دکتر مهدی جعفری	عضو هیئت علمی دانشگاه ایران	دکترای مدیریت بهداشتی
دکتر نجفی خواه	مدیر امور حقوقی وزارت بهداشت	
دکتر حسن میرمحمد صادقی	رییس مؤسسه آموزشی و پژوهشی اتاق بازرگانی و صنایع و معادن ایران	دکترای حقوق
دکتر فتحی	عضو کمیته فنی- بازرگانی وزارتخانه در برون سپاری بیمارستان ها	
دکتر حیدری کرد زنگنه	رئیس اسبق سازمان خصوصی سازی، عضو هیئت مدیره گروه دارویی سبحان	دکترای مدیریت بازرگانی
دکتر فضائی	رئیس گروه اقتصاد درمان و برنامه ریزی معاونت درمان سازمان تامین اجتماعی	دکترای اقتصاد سلامت

دکترای اقتصاد سلامت	مدیرکل آموزش و پژوهش سازمان تامین اجتماعی	دکتر شهرام غفاری
پزشک و متخصص بیهوشی	رئیس بیمارستان طوس تهران	دکتر صفایی
داروساز / PhD سم شناسی	رئیس هلدینگ باران / رئیس گروه اقتصاد و مدیریت دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر کبریایی زاده
متخصص بیماری‌های کودکان و نوزادان	مشاور مدیر عامل سازمان تأمین اجتماعی در امور درمان	دکتر بهزاد مقدم
	نایب رئیس و معاون درمان بیمارستان فوق تخصصی عرفان	
داروساز / دکترای تخصصی فرآورده های بیولوژیک	مشاور وزیر در امور غذا و دارو	دکتر آذرنوش
دکترای اقتصاد	مشاور عالی وزیر بهداشت	دکتر داوود دانش جعفری
پزشک / متخصص ارولوژی	عضو هیأت امناء و هیأت مؤسس مؤسسه محب	دکتر اعتمادیان
دکترای اقتصاد		دکتر سعید لیلاز
	نائب رئیس هیأت مدیره سازمان تأمین اجتماعی	دکتر علی حیدری
اقتصاددان	کمیسیون اقتصاد مجلس	محمد رضا پور ابراهیمی
پزشک / دکترای مدیریت استراتژیک	معاون برنامه ریزی سازمان نظام پزشکی	دکتر محمد جهانگیری
پزشک	نماینده مجلس نهم و دهم	دکتر مسعود پزشکیان
پزشک		دکتر حسن طریقت منفرد
	نماینده مشهد	قاضی زاده
	مشاور پارلمانی معاون وزیر بهداشت / نماینده مجلس نهم و سخنگوی کمیسیون بهداشت (مخالف)	دکتر سلیمان عباسی

کارشناسی ارشد مدیریت بازرگانی/ دکترا	مدیرکل مرکز بودجه و پایش عملکرد وزارت بهداشت (موافق)	مسعود ابوالحلاج
پزشک/دکترای تخصصی فیزیولوژی	مشاور معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور/ معاون توسعه امور علمی و فرهنگی سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور (مخالف)	دکتر محمدرضا واعظ مهدوی
دکترای اقتصاد	مشاور وزیر سابق رفاه و تامین اجتماعی/ عضو هیئت علمی دانشگاه الزهرا	دکتر حسین راغفر
دکترای اقتصاد	نماینده سابق مجلس/ عضو هیئت علمی دانشگاه بهشتی	دکتر احمد توکلی
دکترای اقتصاد	معاون موسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه ریزی	دکتر غلامعلی فرجادی
دکترای ایمونولوژی	معاون توسعه امور اجتماعی و عمومی سازمان برنامه و بودجه	دکتر سعید نمکی
متخصص زنان و زایمان	رئیس امور سلامت معاونت توسعه امور اجتماعی و عمومی سازمان برنامه و بودجه	دکتر محمد حسین بدخش
دکترای سیاستگذاری سلامت	رئیس امور رفاهی معاونت توسعه امور اجتماعی و عمومی سازمان برنامه و بودجه	دکتر حمید پوراصغری
دکترای اقتصاد توسعه	استاد مدعو دانشگاه شریف	موسی غنی نژاد
دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی	معاونت پژوهش های اجتماعی و فرهنگی مرکز پژوهش های مجلس	دکتر ایروان مسعودی اصل
	مشاور وزیر در بیمارستان های خصوصی	محمدرضا نوری
	معاون اجرایی معاونت آموزشی وزارت بهداشت	دکتر اخوان
	معاون توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت	دکتر صدرالسادات
	مشاور وزیر در امر برنامه و بودجه	دکتر امین لو

	معاون سابق معاونت بهداشتی وزارت خانه	دکتر کلانتری
	معاون معاونت درمان وزارتخانه	آقای کیایی
	عضو همکار موسسه دیدبان عدالت و شفافیت	مهندس محسن جلواتی
	معاون در امور فنی و برنامه ریزی در معاونت درمان وزارت بهداشت	دکتر ماهر
	عضو هیئت نمایندگان اتاق بازرگانی ایران رئیس اتحادیه واردکنندگان دارو	آقای ناصر ریاحی
دکترای تخصصی فارماکولوژی و دانشیار گروه فارماکولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	رئیس هیئت مدیره بیمارستان عرفان	دکتر غلامرضا فنایی
	معاون توسعه خدمات بنیاد مستضعفین انقلاب اسلامی	مهندس محمود جراحی