

Multi-Sectoral Partnership Approach; a Faith-Based Model for the Development of Health Infrastructures in Islamic Societies

Reza Vaezi¹ , Seyed Mehdi Alvani¹ , Davood Daneshjafari² , Mahdieh Motamedi^{*1} 

1- Department of Public Administration, Faculty of Management & Accounting, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

2- Department of Business Economics, Faculty of Economics, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

*Correspondence should be addressed to Ms. Mahdieh Motamedi; Email: M_motamedi@atu.ac.ir

Article Info

Received: Oct 13, 2020

Received in revised form:
Oct 21, 2020

Accepted: Nov 20, 2020

Available Online: Sep 23, 2021

Keywords:

Donors

Health Care

Islamic Culture

Faith-based model

Infrastructure development

Policy

Public-Private Partnership

Sector capacities

Abstract

Background and Objective: Today, the strategy of public-private partnerships is acceptable for providing economic and social services and infrastructures and public sector policymakers make use of its various models. Considering the successes and failures of countries and the growing needs of the health sector, a question arises as to how such partnerships in health development strategies can be attractive and effective in the Islamic developing countries. Therefore, the aim of the present study was to examine the development of partnerships with a religion-based approach by reviewing the multi-sectoral partnership model.

Methods: In a current descriptive-analytical study, in addition to studying the Quranic verses and hadiths and also the valid internal documents in the field of hospital endowments; the related keywords were combined by logical operators and searched on reputable international scientific databases. Eventually, more than 40 original articles and reviews related to the topic were selected and their themes were selected, analyzed, and then interpreted. The authors have not reported any conflicts of interest.

Results: Besides the review of theoretical foundations of the subject and examining the development process of public-private partnerships, the study emphasizes the use of the third sector capacities and by reviewing the endowments and charitable affairs in the framework of multi-sectoral partnerships, it seeks to promote health in the community with all the existing resources. In the three phases of acceptance, application and performance evaluation of partnerships, the relevant elements, namely motivational factors, success factors and achievements of the partnership, and the corresponding dimensions and components were identified.

Conclusion: Public-private-people partnership as a model that is rooted in the new theories of public administration as well as Islamic and Iranian beliefs and values can be used as an approach to overcoming the failures in the development of public infrastructure of the society and the shortcomings of health care in the country, but the ways to achieve this goal depends on building trust and balancing the interests of the parties.



 <https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i3.32552>

Please cite this article as: Vaezi R, Alvani SM, Daneshjafari D, Motamedi M. Multi-Sectoral Partnership Approach; a Faith-Based Model for the Development of Health Infrastructures in Islamic Societies. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2021;7(3):124-139. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i3.32552>

Summary

Background and Objective

Today, governments around the world face problems such as rising health expenditures and declining government budgets and none of the public or private sectors will be able to solve the many problems facing the health sector alone.

Therefore, 3Ps, as a mechanism of cooperation between government and the private sector, are on the agenda in public policy (1). In other words, collaborative networks are a set of governmental, non-profit, and for-profit entities that operate to provide a product, service, or public value where the government is unable to and the private sector is unwilling to produce that service or value (2). In the meantime, what is important in the developing countries is to look for a model of participation that is not only attractive because of its low risk, but also has the necessary efficiency and effectiveness to lead to public justice. On the other hand, one of the non-profit activities in the Islamic culture is the good tradition of endowment and charity, which today has a smaller role for various reasons. However, due to its brilliant history in the development and management of hospitals, the importance of and the need for using this potential in the society is obvious to everyone. The present study seeks to develop a model of multi-sectoral participation using all the available resources and have a special look at the health status of the Islamic developing countries.

Methods

This study is a descriptive-analytical study that examines the attractiveness and effectiveness of partnerships with a special focus on health in the developing and Islamic countries. To do this, we studied the Quranic verses and hadiths, and searched for domestic articles in the field of hospital endowments. Also, the keywords such as Public-Private Partnerships, Sector capacities, Developing Countries, Health, Motivation, Performance and Health Donors were searched using logical operators on valid scientific databases. Despite the vast amount of research conducted on public-private partnerships (3Ps), there was not much evidence of multi-sectoral partnership agreements. However, the presentation of such cases in specialized documents is increasing. Finally, more than 40 more relevant articles related to the context and topic of the study were selected and analyzed.

Results

Under the current sensitive situation, general policies of the health system can be an obligation and an opportunity for planning and developing partnerships and for the government's use of financial resources and the executive capacity of the non-governmental sector of the society, both for-profit and non-profit (3). In the meantime, if the private sector is provided with a calculated program and the necessary incentives and support,

this partnership will be attractive to it. On the other hand, utilizing the cultural and ideological potential of the community is important in reducing risk and developing partnerships for public access to health services.

This article reviews the theoretical foundations of the subject and examines the developmental process of public-private partnerships, emphasizes the use of the capacities of the third sector, and seeks to develop health care in the community with all the existing potentials by reviewing endowments and charitable affairs in the framework of multi-sectoral partnerships.

In this study; objectives and motivations, key success factors, and the results and consequences of participation were extracted by studying the related literature and the ideal 4Ps model for public health policy was introduced.

Conclusion

Multi Sectoral partnership is referred to as the most common possible form of participation to meet the needs of the low-income groups and is a reflection of successful measures on a significant scale that requires specific comparative advantages of each sector. For example, Cora (3) focuses on the study of a strategy that relies on a close interaction between the public, private and third sectors, and suggests that the idea of multi-sectoral partnership can be a solution to the housing development for lower classes in Brazil. But the pattern of multi-sectoral participation with a religious approach, as considered in the present study, is unprecedented and the integrated model is derived from new theories of public administration as well as Islamic and Iranian beliefs and values.

Fortunately, Iran has a good ground for moving towards the development of public infrastructures with the participation of donors. If there is serious government support and supervision, and private institutions that have the necessary knowledge and experience in the sectors are the other party to the contract, 4Ps can be an approach to overcome the existing failures in the development of public infrastructures and the shortcomings of the country's health sector. The framework developed for the development of public-private-people partnership (4Ps) in the present study includes a set of steps including:

Step 1: Creating the ground for partnership between the public sector, entrepreneurs and donors, and health professionals in the country.

Step 2: Developing common perspectives for

accepting the partnership strategy by delving deeper into the goals and motivations of the parties and recognizing the different types of contracts in each project.

Step 3: Guaranteeing that the conditions for the development of processes for the development of partnership are provided by recognizing the key success factors of participatory projects in the field of health.

Step 4: Evaluating the performances by examining the results and implications of the multi-sectoral partnership and providing feedback for subsequent decisions and policies.

Acknowledgements

We would like to thank MOHEB hospitals, which contributed to a deeper understanding of the issue. This article is obtained from a PhD dissertation in Public Administration.

Ethical considerations

According to the authors of the article, this research is obtained from a part of the fourth author's doctoral dissertation in the field of public management with the code 158 and the approval date of 22/10/2019.

Funding

The authors declared no sponsorship for this research and has been carried out at personal cost.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Authors' contribution

Initial idea, article writing: fourth author; Providing advice on and supervision of the project: first author; Scientific advisors: second and third authors.

References

1. Frederickson HG. Comparing the reinventing government movement with the new public administration. Public administration review. 1996: 263-70
2. Girth AM. What drives the partnership decision? Examining structural factors influencing public-private partnerships for municipal wireless broadband. International public management journal. 2014; 17(3): 344-64.
3. Corrêa de Oliveira MT. Multi-sectoral partnerships for low income land development in Brazil; 2002.

استراتيجية المشاركة متعددة القطاعات: نموذج قائم على أساس الإيمان بغرض تطوير البنى التحتية لمجال الصحة في المجتمعات الإسلامية

رضا واعظي^١، السيد مهدي الواني^٢، داوود دانش جعفري^٣، مهدي معتمدي^{٤*}

١- قسم الإدارة العامة، كلية الإدارة والمحاسبة، جامعة العلامة الطباطبائي، طهران، إيران.

٢- قسم الاقتصاد التجاري، كلية الاقتصاد، جامعة العلامة الطباطبائي، طهران، إيران.

* المراسلات الموجهة إلى السيدة مهدي معتمدي؛ البريد الإلكتروني: M_motamedi@atu.ac.ir

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: لقد أصبحت استراتيجية مشاركة القطاعين العام والخاص من أجل تأمين الخدمات والبنى التحتية الاقتصادية والاجتماعية أمراً مقبولاً في هذا العصر. وأصبح القائمون على التخطيط ووضع البرامج في القطاع العام يستفيدون من نماذج متعددة في هذا المجال. ومع ملاحظة التجارب الناجحة والفاشلة للدول والاحتياجات المتزايدة في مجال الرعاية الصحية فإن السؤال يطرح عن كيفية اكتساب هذا النوع من المشاركة الجاذبة والفعالية اللازمتين باعتباره بمثابة استراتيجية لتطوير قطاع الصحة، وذلك في الدول الإسلامية النامية. والهدف من هذه الدراسة الفعلية مطالعة تطوير أطر المشاركة مع الأخذ بعين الاعتبار محورية الدين، مع مراجعة نموذج المشاركة متعددة القطاعات.

منهجية البحث: يعتبر هذا التحقيق من النوع الوصفي-التحليلي، ومضافاً إلى مطالعة الآيات والروايات الإسلامية والوثائق المعتمدة الداخلية في مجال موقوفات المشايخ؛ فإنه يقوم بدراسة الكلمات الرئيسية موضع البحث في المراجع العلمية الدولية بطريقة منطقية، وفي النهاية فقد قام باختيار وتحليل أكثر من ٤٠ مقالة أصيلة واستعراضية والتي هي أكثر ارتباطاً بالموضوع. وقام بتفسيرها في هذه الدراسة. لم يلحظ مؤلفو المقالة أي تضارب للمصالح.

المعطيات: إن هذه المقالة ضمن استعراضها للأسس النظرية للموضوع، ودراسة عملية المشاركة بين القطاعين العام والخاص؛ فإنها تؤكد على الاستفادة من إمكانيات القطاع الثالث. ومع مراجعة الوقف والأمور الخيرية في إطار المشاركة متعددة القطاعات فإنها تسعى لتطوير الرعاية الصحية في المجتمع بجميع الإمكانيات الموجودة. وقد تم اكتشاف العوامل المهمة، أي الأسباب الدافعة، وأسباب النجاح، ونتائج المشاركة والأبعاد والمكونات المتقابلة ضمن النموذج المطروح من خلال ثلاثة مراحل: القبول وتطبيق وتقييم عمل المشاركة.

الاستنتاج: إن نموذج المشاركة بين القطاعات العام والخاص والشعبي، والذي له جذور في النظريات المعاصرة للإدارة العامة، وكذلك في المعتقدات والقيم الإسلامية والإيرانية؛ يستطيع أن يكون استراتيجية لمعالجة الفشل الموجود في تطوير البنى التحتية العامة في المجتمع والنقص الموجود في قطاع الرعاية الصحية للدولة. ولا شك أن السبيل لتبليط هذا الهدف يتوقف على بناء الثقة والتوازن بين مصالح أطراف المشاركة.

معلومات المادة

الوصول: ٢٥ صفر ١٤٤٢

وصول النص النهائي: ٤ ربيع الأول ١٤٤٢

القبول: ٤ ربيع الثاني ١٤٤٢

النشر الإلكتروني: ١٦ صفر ١٤٤٣

الكلمات الرئيسية:

التخطيط

تطوير البنى التحتية

الثقافة الإسلامية

الخيزون وأصحاب الوقف

القطاع الثالث

قطاع الرعاية الصحية

مشاركة القطاعين العام والخاص

النموذج القائم على أساس الإيمان

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Vaezi R, Alvani SM, Daneshjafari D, Motamedi M. Multi-Sectoral Partnership Approach; a Faith-Based Model for the Development of Health Infrastructures in Islamic Societies. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2021;7(3):124-139. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i3.32552>

رهیافت مشارکت چندبخشی؛ الگویی مبتنی بر ایمان برای توسعه زیرساخت‌های حوزه سلامت در جوامع اسلامی

رضا واعظی^۱، سید مهدی الوانی^۱، داوود دانش جعفری^۲، مهدیه معتمدی^{۱*}

۱- گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۲- گروه اقتصاد بازرگانی، دانشکده اقتصاد، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

*مکاتبات خطاب به خانم مهدیه معتمدی؛ رایانامه: M_motamedi@atu.ac.ir

چکیده

سابقه و هدف: امروزه راهبرد مشارکت‌های دولتی-خصوصی برای تأمین خدمات و زیرساخت‌های اقتصادی و اجتماعی پذیرفته شده است و سیاست‌گذاران بخش عمومی از الگوهای متنوع آن بهره می‌برند. با توجه به تجربه کامیابی‌ها و ناکامی‌های کشورهای نیازهای روزافزون حوزه بهداشت و درمان، این سؤال پیش می‌آید که چگونه این نوع مشارکت‌ها به‌عنوان راهبردهای توسعه سلامت و آن هم در کشورهای درحال توسعه اسلامی می‌تواند جذابیت و کارآمدی لازم را داشته باشد. هدف پژوهش حاضر بررسی توسعه مشارکت‌ها با رویکرد دین‌محور، با بازبینی الگوی مشارکت چندبخشی بود.

روش کار: این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی است که علاوه بر مطالعه آیات و روایات اسلامی و اسناد معتبر داخلی در حوزه موقوفات بیمارستانی؛ کلیدواژه‌های مورد نظر با عملگرهای منطقی در پایگاه‌های علمی معتبر بین‌المللی جست‌وجو و درنهایت بیشتر از ۴۰ مقاله اصیل و مروری مرتبط‌تر با بحث، انتخاب، تحلیل خوانی و تفسیر شد. مؤلفان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافع‌ی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: این مقاله ضمن مرور مبانی نظری موضوع و بررسی روند توسعه مشارکت‌های دولتی-خصوصی؛ بر استفاده از ظرفیت‌های بخش سوم تأکید می‌کند و با بازبینی وقف و امور خیریه در چهارچوب مشارکت‌های چندبخشی به دنبال توسعه بهداشت و درمان در جامعه با همه ظرفیت‌های موجود است. در الگوی ارائه شده؛ در سه مرحله پذیرش، به‌کارگیری و ارزیابی عملکرد مشارکت‌ها، عناصر مربوط یعنی عوامل انگیزشی، عوامل موفقیت و دستاوردهای مشارکت و ابعاد و مؤلفه‌های متناظر شناسایی شد.

نتیجه‌گیری: الگوی مشارکت دولتی-خصوصی-مردمی که در نظریه‌های نوین مدیریت دولتی و همچنین باورها و ارزش‌های اسلامی و ایرانی ریشه دارد می‌تواند رهیافتی برای ناکامی‌های موجود در توسعه زیرساخت‌های عمومی جامعه و کاستی‌های بخش بهداشت و درمان کشور گردد که البته راه‌های دستیابی به این هدف وابسته به اعتمادسازی و متعادل‌سازی منافع طرف‌های مشارکت است.

اطلاعات مقاله

دریافت: ۲۲ مهر ۱۳۹۹

دریافت متن نهایی: ۳۰ مهر ۱۳۹۹

پذیرش: ۳۰ آبان ۱۳۹۹

نشر الکترونیکی: ۱ مهر ۱۴۰۰

واژگان کلیدی:

الگوی مبتنی بر ایمان

بخش سوم

توسعه زیرساخت

حوزه بهداشت و درمان

خیران و واقفان

سیاست‌گذاری

فرهنگ اسلامی

مشارکت دولتی-خصوصی

استناد مقاله به این صورت است:

Vaezi R, Alvani SM, Daneshjafari D, Motamedi M. Multi-Sectoral Partnership Approach; a Faith-Based Model for the Development of Health Infrastructures in Islamic Societies. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2021;7(3):124-139. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i3.32552>

مقدمه

حوزه بهداشت و درمان در عصر حاضر دربردارنده مسائل دشواری است. هم بخش دولتی هم بخش خصوصی به ناتوانی خود در رفع مسائل درحال ظهور سلامت عمومی - به دلیل تغییر خط‌مشی‌ها، سالخوردگی جوامع، نیازهای روبه‌رشد سلامت، پیشرفت‌های فناورانه و افزایش هزینه‌ها - به شکل مجرد اشراف دارند. در همین زمینه مشارکت‌های دولتی - خصوصی (3Ps)^۱ به عنوان نوعی سازوکار همکاری بین دولت و بخش خصوصی که منافع طرفین را در قراردادهایشان لحاظ می‌کند، در مباحث مرتبط با سیاست‌گذاری عمومی در دستور کار قرار می‌گیرد. امروزه مشارکت دولتی - خصوصی سازوکاری مؤثر برای ارائه خدمات عمومی شناخته شده است و کشورهای مختلف اعم از توسعه‌یافته و درحال توسعه در جهت افزایش رفاه اجتماعی و توسعه زیرساخت‌های خود از این شیوه استفاده می‌کنند. با وجود جذابیت‌های نظری مسئله، تجربه‌های پیشین مجموعه کامیابی‌ها و ناکامی‌ها را در مرحله اجرای این راهبرد نشان می‌دهد که موجب طولانی شدن مذاکرات و فسخ قراردادها می‌شود. از سویی مستندات مختلف داخلی گواهی می‌دهد که آمادگی کافی برای اجرای طرح‌های مشارکتی با بخش خصوصی در کشور به‌ویژه بخش سلامت وجود ندارد (۲-۴). تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که موفقیت در به‌کارگیری الگوهای مختلف 3Ps به شرایط محیطی و ویژگی‌های ذاتی هر طرح بستگی دارد و نکته مهم در اینجا نبود بستر مناسب (مثل بی‌اعتمادی طرفین مشارکت، کنسرسیوم‌های حقوقی، بازارهای مالی رقابتی و نظام‌های نظارتی) در کشورهای درحال توسعه است. ضمن اینکه این استدلال وجود دارد که پیشرفت‌های عمده در نظام‌های بهداشتی نیازمند رویکردی است که به‌طور هم‌زمان نه تنها تأمین مالی زیرساخت‌ها، بلکه هزینه ارائه خدمات، میزان دسترسی و مدیریت مؤثر برای دستیابی به نتایج بهتر را برای عموم بیماران لحاظ نماید (۵). از سویی دیگر، در کشور واقفان و خیران سلامت از دیرباز بازوی توانمندی در توسعه بهداشت و درمان در مناطق مختلف و برای قشرهای کم‌درآمد بوده‌اند که در حال حاضر بنا به دلایل مختلف نقش کم‌رنگ‌تری به خود گرفته‌اند.

روش کار

این پژوهش ضمن مطالعه عمیق‌تر ابعاد موضوع در مدیریت دولتی و فرهنگ اسلامی، به دنبال توسعه مشارکت‌ها با رویکرد دین‌محور، با بازبینی الگوی مشارکت چندبخشی بود.

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی است که جذابیت و کارآمدی مشارکت‌ها را با نگاه ویژه به حوزه سلامت در کشورهای درحال توسعه و اسلامی بررسی کرده است. برای این کار علاوه بر نگاهی بر آیات و احادیث درباره وقف و جست‌وجوی مقالات داخلی در حوزه موقوفات بیمارستانی در پایگاه مگیران؛ کلیدواژه‌هایی با مضامین مشارکت‌های دولتی - خصوصی، کشورهای درحال توسعه، حوزه سلامت، انگیزه‌ها، عملکرد، بخش سوم و خیران سلامت با عملگرهای منطقی و در پایگاه استنادی اسکوپوس، وب‌آوساینس، گوگل اسکولار و پاب‌مد^۲ در بازه ۲۰۲۰-۱۹۹۰ میلادی، جست‌وجو شد. با وجود حجم گسترده تحقیقات صورت‌گرفته درباره مشارکت‌های دولتی و غیردولتی، مدارک زیادی درباره توافقات مشارکت چندبخشی وجود ندارد؛ هر چند ارائه موارد این‌چنینی در مستندات تخصصی در حال افزایش است. درنهایت بیشتر از ۴۰ مقاله اصیل و مروری مرتبط‌تر با بحث و زمینه پژوهش انتخاب، تحلیل خوانی و نتایج در این مقاله تفسیر و اشاعه شد.

توضیح این نکته لازم است که در مرور تحلیلی، یافته‌ها و بحث‌های مطالعات منتشرشده اولیه در موضوعی خاص بررسی، ترکیب، نقد و به‌صورت کیفی بیان می‌شود (۶). در این روش باید به حوزه موضوعی اشراف کامل داشت. همچنین یکی از قوی‌ترین روش‌هایی که قادر است قطعات گسسته و پراکنده واقعیت اجتماعی را به‌روشی نظام‌مند در کنار یکدیگر سازمان دهد و تصویری جامع از آن ارائه دهد، روش تحلیل مضمون می‌باشد که این روش راهبرد تقلیل و تحلیل داده‌ها است که با آن داده‌های کیفی تقسیم‌بندی، طبقه‌بندی، تلخیص و بازسازی می‌گردد.

یافته‌ها

در جهت اهداف تحقیق، نتایج مرور تحلیلی انجام‌شده، به‌طور خلاصه بیان می‌شود:

^۱) Public-Private Partnership or PPP or 3P

^۲) konsersiyom

^۳) Scopus, Web of Science, Google Scholar, PubMed

مجله پژوهش در دین و سلامت

دوره ۷، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۰

مدیریت دولتی جدید در کشورهای در حال توسعه؛ نقدها و نظرها

از آغاز دهه ۱۹۹۰ الگوی جدیدی از مدیریت دولتی در کشورهای پیشرو ظهور کرد که نظریه پردازان این حوزه آن را با عناوین «مدیریت گرایی» و «مدیریت دولتی مبتنی بر بازار» معرفی می کنند. طی این تحولات؛ به طور روزافزونی دولت به جای اینکه ارائه دهنده مستقیم کالا و خدمات باشد، به طور غیرمستقیم و از طریق قرارداد با بخش خصوصی عمل می کند؛ چیزی که طرفدارانش آن را «هدایت کردن به جای پارو زدن»^۱ می نامند (۷). در کشورهای در حال توسعه فارغ از اینکه اثربخشی این رویکرد در مدیریت دولتی، مستلزم وجود پیش نیازهایی است مانند وجود بخش خصوصی واقعی و مردمی، وجود بازارهای پولی و مالی شکل یافته و وجود نظام حقوقی و قانونی شفاف و تفصیلی؛ که اغلب این کشورها فاقد آن هستند (۸، ۹)؛ مدیران دولتی خط مشی های مذکور را کورکورانه و صرفاً به منظور هم اندیشی با الگوواره غالب، الگوبرداری می کنند. پیامد طبیعی چنین اقدامی تشدید فاصله طبقاتی، افزایش فساد اقتصادی و تضعیف پاسخگویی سیاسی است (۱۰). بر خلاف آنچه اینجا ادعا می شود، اداره امور عمومی صرفاً از مقوله «مدیریت» نیست و به عقیده روزنبلوم^۲ مدیریت دولتی مستلزم درک هم زمان «مدیریت، سیاست و حقوق» و توجه به ارزش های حاکم بر هر یک از این رشته ها شامل «کارایی، نمایندگی و عدالت» است (۱۱). در این زمینه، دنهارت^۳ می گوید: «آرمان منافع عمومی، ماورای منافع شخصی افراد قرار دارد و به افرادی نیاز دارد که به قبل از تولد و پس از مرگ خود بیندیشند» (۱۲). بدین ترتیب او به ضرورت وجود دولت به عنوان ناظر کل و جامعه مدنی به عنوان بستری برای گفتمان در تصحیح عملکرد بخش خصوصی اشاره و در الگوواره «خدمات دولتی نوین»^۴ خاطرنشان می کند به جای اینکه دولت تسهیل کننده و کنشیار (کاتالیزور)^۵ نیروهای بازار باشد، باید به توانمندسازی آحاد شهروندان و خلق ارزش های مشترک میان آنان بپردازد و به جای اینکه به بخش خصوصی اتکا نماید، باید بر ایجاد ائتلافی از سازمان های دولتی و خصوصی و نهادهای مدنی تأکید ورزد.

رهیافت مشارکت در حوزه سلامت؛ ملاحظات و ملازمات

پیش زمینه و مبنای 3Ps ها، «ابتکارات مالی خصوصی (PFI)»^۶ بود که دولت محافظه کار بریتانیا در سال ۱۹۹۲ در اوج رکود اقتصادی آن را ارائه کرد. لیکن این راهکارها به دلایل متعددی -از جمله نگرانی مردم درباره تضعیف خدمات عمومی با ورود بخش خصوصی- سرعت لازم را برای عمومیت یافتن نداشت (۱۳). با این حال، در سال ۱۹۹۷ دولت حزب کارگر خط مشی جدید را مشخص کرد و عنوان «مشارکت های دولتی-خصوصی» بازنویسی شد. پس از آن، کشورها و دولت های دیگر هم به دنبال استفاده بیشتر از 3Ps ها به منظور تأمین زیرساخت های لازم، توسعه اقتصاد محلی، ارائه خدمات عمومی و تجدید ساختار مناطق شهری برآمدند (۱۴). پیش از هر چیز، بسیار مهم است که سیاست گذاران و مجریان امر به این مطلب توجه داشته باشند که رشد مشارکت های دولتی-خصوصی در کشورهای مختلف در مراحل متفاوتی رخ می دهد. بیشتر کشورها در مراحل ابتدایی قرار دارند؛ جایی که هنوز توسعه طرح های واقعی از نظر تعداد پایین است و سازمان ها و مؤسسات لازم نظیر واحد مشارکت، بازارهای سرمایه و بخش های فنی و تخصصی ایجاد نشده اند. بنابراین نباید با حرکات شتاب زده خود را در معرض خطر اشتباهاتی که برخی از کشورها دچار آن شده اند قرار دهند (۱۵). با مطالعه تحقیقات مختلف می توان دریافت که در روند توسعه مشارکت ها عوامل مختلفی دخیل است از جمله:

انگیزاننده ها: دلایل بسیاری برای پذیرش این راهبرد وجود دارد و این دلایل بیشتر مختص هر کشور است (۱۶). مثلاً در آمریکا، به استثنای فشارهای مالی، احتمال استفاده از 3Ps ها در طرح های توسعه ای به طور قابل توجهی تحت تأثیر عواملی نظیر نیازهای زیرساختی، جهان بینی سیاسی آزادی خواه (لیبرال)، مقررات ایالتی و تجارب قبلی این نوع مشارکت ها قرار دارد (۱۷). در تحقیقی در چین به کارگیری این گونه طرح ها تحت تأثیر نوع رویکرد اتخاذی شهرهای همسایه نسبت به 3Ps ها، فشار استانی، فشار هم تایان و نفوذ متخصصان عنوان می شود (۱۸). یانگ^۷ و همکارانش توسعه و رشد 3Ps ها را در چند کشور در حال گذار و پیشرفته بررسی کرده و نتیجه گرفته اند که اقتصادهای پیشرفته به لحاظ فراهم آوردن ضمانت های نهادی و داشتن اعتبار دولتی در مقایسه با کشورهای در حال گذار مطلوبیت بیشتری دارد (۱۹).

عوامل موفقیت: استدلال های مختلفی هم درباره اینکه چرا

^۱) Steering, not Rowing

^۲) Rosenbloom

^۳) Denhardt

^۴) New Public Services

^۵) katalizor

^۶) Private Finance Initiatives

^۷) Yang

برخی از طرح‌های 3Ps کارآمدتر از دیگر موارد است، مطرح شده است. در یک بررسی، با مروری بر «عوامل کلیدی موفقیت»^۱ طرح‌های 3Ps از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳، مشخص شد که عوامل موفقیت به کشور، الگوی مشارکت، اندازه و مرحله طرح بستگی دارد (۲۰). همچنین گفته می‌شود که قرارداد خوب احتمالاً شرطی ضروری یا حداقل مهم برای 3Psها است، ولی با این حال برای اطمینان از عملکرد این نوع مشارکت‌ها کافی نیست و تعهد از قرارداد مهم‌تر است (۲۱). سنونگ^۲ و همکاران چارچوب یانگ را برای تحلیل عامل‌های موفقیت ۱۹ طرح در کشورهای در حال توسعه مختلف به کار گرفته و عوامل سیاسی-قانونی، اقتصادی-مالی و مدیریتی را تشریح و عنوان کرده‌اند که تحقیقات آینده نیازمند است موفقیت طرح‌های انسان‌دوستانه و زیرساخت‌های قانونی مثل حوزه سلامت که منافع مالی را فوراً تأمین نمی‌کند، توضیح دهد (۲۲).

نتایج عملکرد: این علاقه در بُعد علمی و عملی درباره 3Psها وجود دارد که آیا پذیرش بهره‌گیری از آنها ترازوی بردبرد را بین بخش دولتی و خصوصی ایجاد می‌نماید یا خیر؟ ارزیابی و سنجش عملکرد این‌گونه مشارکت‌ها آسان نیست. یکی از دلایل چنین دشواری‌ای این است که فعالان زیادی در یک طرح 3Ps نقش دارند و هر کدام از آنان ممکن است تعریف متفاوتی از موفقیت داشته باشند. با این حال؛ مرور ادبیات و مستندات اولیه درباره عملکرد هم قابل توجه است. به‌طور کلی، عملکرد 3Psها را می‌توان در قالب مفهومی محدود و گسترده متمایز نمود. شکل گسترده از مفهوم عملکرد بر طیف گسترده‌ای از مندرجات و حوزه‌ها تمرکز دارد و مزایای گسترده‌تری از طرح را برای سازمان‌های شریک، شهروندان و کاربران سرویس و خدمات (فراتر از طرح یا خود برنامه) در نظر می‌گیرد (۲۳، ۲۴).

بازبینی مشارکت چندبخشی؛ مداخله و تعامل بخش غیرانتفاعی و داوطلبانه

ایده همکاری و مشارکت سازمانی و مالی بین دولت، بازار و جامعه جدید نیست. این مسئله در ابتدا ابزاری برای اصلاح پیشنهادی ایده‌آل‌گرایانه برآمده از بحث‌های جهان‌شناسانه دهه ۱۹۷۰ و پیمانی جدید بین نهادها و جامعه محسوب می‌شد که برگرفته از مفهوم مشارکت بود و بر افزودن عناصر اجتماعی و منابع فکری به دستگاه اداری اتکا داشت (۲۵).

به‌طور کلی، هر کدام از بخش‌های ذکر شده مطابق جدول

شماره ۱، اهداف و ویژگی‌ها و شایستگی‌های خاص خود را دارد که بر وجود دیدگاه‌های اقتصادی متفاوت دلالت دارد. برخی از مؤلفان این استدلال را مطرح می‌نمایند که این سه بخش نقش مکمل برای یکدیگر دارند، درحالی‌که دیگر محققان بر تضادها و تعارضات ذاتی آنها بیشتر تأکید می‌کنند. در اینجا می‌توان استدلال نمود که تعارض بین همه بخش‌ها وجود دارد که حل و فصل برخی از آنها آسان‌تر از دیگر موارد می‌باشد. برای اصطلاح مشارکت و همکاری بخش دولتی و خصوصی دو معنی متمایز وجود دارد. نخست؛ می‌توان آن را برای تبیین و تشریح حمایت عمومی برای فعالیت‌های اقتصادی بخش خصوصی به کار برد. دوم؛ این مفهوم همچنین می‌تواند به معنای حمایت بخش خصوصی از فعالیت اقتصادی بخش دولتی باشد (۲۷). در کل، همکاری بین بخش‌ها نوعی نظام حمایتی به شمار می‌رود که هدفش بهبود عملکردهای انفرادی و بزرگ کردن محدوده اجرایی‌شان است.

به روایت ماریا ترازا^۳ با در نظر داشتن سه بخش دولتی، خصوصی و بخش سوم می‌توان چهار نوع توافق مبتنی بر مشارکت را بین آنها مشخص نمود (۲۶):

مشارکت بخش دولتی/ بخش خصوصی: که مستلزم تنش همیشگی بین سودآوری و قیمت‌گذاری در عملیات است که باید بخش دولتی با تسهیل شرایط به آن متعهد شود.

مشارکت بخش دولتی/ بخش سوم: که می‌تواند شیوه‌ای جذاب برای ایجاد محیط حمایتی لازم در تأمین نیازهای گروه‌های کم‌درآمد جامعه باشد.

مشارکت بخش خصوصی/ بخش سوم: با توجه به این واقعیت که منافع اساسی هر بخش به‌طور قابل‌توجهی متفاوت از طرف دیگر است، ایجاد پیوند بین آنها مگر با موضوعات بشردوستانه، بعید به نظر می‌رسد.

مشارکت بخش دولتی/ خصوصی/ بخش سوم: از اعمال رویکرد تلفیقی در زمینه مشارکت به شایع‌ترین شکل ممکن مشارکت برای تأمین نیازهای قشر کم‌درآمد یاد شده و انعکاسی از اقدامات موفقیت‌آمیز در مقیاسی قابل‌توجه است که نیازمند مزیت‌های نسبی خاص هر بخش می‌باشد. عنوان مشارکت دولتی-خصوصی اصطلاحی رایج و خوش‌ساختار است؛ اما در این تحقیق عنوان «مشارکت چندبخشی»^۴ به جای آن به کار رفته که ایده اصلی آن از هستینگز^۵ گرفته شده است و اهمیت

^۳) Maria Teresa

^۴) Multi-sectoral partnership

^۵) Hastings

^۱) Critical Success Factors/ Key Success Factors (CSFs/KSFs)

^۲) Seong

روزافزون بخش سوم و جامعه مدنی سازمان یافته را در اقدامات مشترک به ویژه درباره گروه های داوطلب مشخص می نماید

(۲۸).

جدول ۱) مشخصه های بخش دولتی، بخش خصوصی و بخش سوم (۲۶)

بخش	اهداف	مقیاس جغرافیایی	افق زمانی	نقاط قوت	نقاط ضعف
بخش دولتی	توسعه اقتصادی-اجتماعی	گستره شهری (دولت های محلی)	میان بلندمدت	دیدگاه جامع چندزمینه ای	دیوان سالاری (بوروکراسی) سطح پایین پاسخگویی سیاسی زدگی
بخش خصوصی	گرایش به سود	سطح طرح	کوتاه و میان مدت	کارآمدی و اثربخشی	نبود توجه به امور اجتماعی
بخش سوم	توسعه اجتماعی	سطح طرح (مردم نهاد) سطح بخشی (سازمان های غیرانتفاعی)	کوتاه مدت (مردم نهاد) میان مدت (سازمان های غیرانتفاعی)	پاسخگویی دیدگاه و نظر افراد	ظرفیت و میزان سرمایه گذاری پایین

نقش واقفان و خیران در توسعه حوزه سلامت و اهمیت

مدیریت بهره‌وری این نهاد در اقتصادهای اسلامی

تاریخ نشان می دهد در روزگاری که از دولت به مفهوم امروزی آن خبری نبوده، افکار عمیق و اندیشه بلند انسان های خدوم و خیرخواه منشأ اثر بوده است و آنان در جهت رفع محرومیت ها و ارائه خدمت به قشرهای نیازمند جامعه پیش قدم بوده اند. این پیش قدمی زیر عنوان وقف و خیرات که در مبانی دینی ریشه دارد، بروز و ظهور می یافته است و در بیشتر کشورها نمودهایی از آن وجود دارد (۲۹). در فرهنگ اسلامی، هر مسلمانی در برابر جامعه و دیگران مسئولیت دارد. احکامی مانند زکات، خمس، صدقه و وقف در اسلام در بردارنده گسترش عدالت و مساوات و عادلانه تر کردن توزیع ثروت در جامعه است. از این رو؛ فرهنگ سازی از مهم ترین موضوعات وقف است و باید به شکلی صحیح به جامعه تفهیم گردد که عمل وقف چه آثار و پیامدهای ارزنده ای برای فرد و جامعه می تواند داشته باشد. خداوند در قرآن می فرماید: «آیا کسی هست که در راه خدا قرض الحسنه ای بدهد تا خداوند آن مبلغ قرض را چندین برابر افزایش دهد؟ افزایش و کاهش روزی ها به دست خدا است و شما به سوی او باز می گردید»^۱ (۳۰). یاران پیامبر (ص) به پیروی از آن حضرت، چنان به این کار اهتمام می ورزیدند که نقل می شود در میان نزدیکان و یاران ایشان که توانایی وقف داشتند، کسی یافت نمی شد که به این کار اقدام نکرده باشد (۳۱). در این زمینه؛ مسلمانان شفاخانه ها را به سبب نقش مهمی که در کمک به بیماران، بیچارگان و درماندگان داشته است یکی از مکان های

مهم عام المنفعه تشخیص داده و موقوفات بسیاری را برای ساخت، تجهیز و ارتقای امکاناتشان اختصاص داده اند. از همین رو؛ روند ساخت بیمارستان در ایران در دوران اسلامی در پیوند با نظام وقف اسلامی، گسترش چشمگیری یافت و خلفا و ثروتمندان جامعه با پیروی از آموزه های قرآن و سنت پیامبر (ص) برای بهره بردن از ثواب باقیات صالحات؛ با وقف پول، املاک، اراضی و مستغلات متعدد، درآمدهای بیشتری را برای بیمارستان ها تضمین می کردند. از نکات جالب، تنوع فراوان موقوفه های مسلمانان برای بیمارستان ها است. وقف تخصص یا توان جسمی برای بیمارستان ها از طرف پزشکان یا دیگر مسلمانان دامنه گسترده این سنت حسنه را در جامعه اسلامی نشان می دهد. همچنین تأمین هزینه های بیمارستان های اسلامی با نظام وقف، استفاده از امکانات آنها را برای تمام افراد جامعه به صورت رایگان فراهم می کرد (۳۲).

امروزه در کشورهای توسعه یافته نهاد وقف همچون نهادهای مالی دیگر با کارایی بالا کار می کند و به سازوکاری جهت تخصیص بهینه دارایی ها، تحقق اهداف اجتماعی و تقویت بازار سرمایه انجامیده، ولی در کشورهای توسعه نیافته به دلایل مختلف به نهاد کم اثرتری بدل شده است (۳۳). این اهمیت در آیات قرآن در حوزه مدیریت اموال مسلمانان به روشنی بیان شده است که شامل مدیریت وقف هم می شود و به رهنمودهایی چون عقلانیت، ایمان، علم، امانت داری و توانایی اشاره دارد. به استناد تاریخ، ائمه اطهار برای حفظ و حراست از موقوفات، نایب یا نماینده ای برمی گزیدند تا موقوفه ها را به صورت صحیح اداره کنند و از منفعت آنها در راه رضای خدا و ترویج اندیشه های خویش بهره جویند. واضح است هنگامی که مردم از مدیریت صحیح و سالم اوقاف اطمینان داشته باشند و بدانند حاصل

^۱ (سوره بقره، آیه ۲۴۵: «من ذا الذی یقرض الله قرضاً حسناً فیضاعفه له اضعافاً کثیره

والله یقبض و یسط و الیه ترجعون».

دسترنج آنان بدون استفاده نمی‌ماند و در جای خود هزینه می‌شود، رغبت بیشتری به این امر پیدا می‌کنند (۳۴).

جمع‌بندی و ارائه چارچوب توسعه‌یافته تحقیق

شبکه‌های همکاری مجموعه‌ای از نهادهای دولتی، غیرانتفاعی و انتفاعی است که جهت فراهم‌نمودن یک محصول، خدمت یا ارزش عمومی فعالیت می‌کنند؛ در شرایطی که نهاد دولتی به‌تنهایی قادر به تولید آن خدمت یا ارزش نیست و یا نهاد خصوصی توانایی یا تمایلی برای فراهم‌نمودن آن خدمت یا محصول با کیفیت مطلوب ندارد (۳۵). دولت‌ها در سراسر جهان با مشکلاتی مانند افزایش هزینه‌های حوزه سلامت و کاهش بودجه دولتی روبه‌رو هستند. هیچ‌کدام از بخش‌های دولتی و خصوصی قادر نخواهند بود مسائل متعددی را که بخش سلامت با آنها مواجه است به‌تنهایی حل کنند. شارما و سث^۱ این استدلال را مطرح می‌نمایند که مشارکت‌ها در بخش سلامت، نه‌تنها می‌تواند شکاف‌ها را در گسترش زیرساخت‌های حوزه سلامت پر کند، بلکه طیف وسیعی از منافع بالقوه را نیز ارائه می‌دهد (۳۶)؛ مانند:

- ترمیم انگیزه ذی‌نفعان برای اجرای مؤثر تلاش‌های توسعه‌ای به‌عنوان اولین سطح از موفقیت؛
- فعال‌سازی زیرساخت‌های بهداشت و درمان موجود با بهره‌وری ارتقا یافته؛
- تسریع برنامه‌های توسعه سلامت که عمدتاً دولت‌ها آنها را اجرایی می‌کنند؛
- قرارگرفتن برخی بخش‌ها مانند روستانشینان و تنگ‌دستان به‌عنوان بازار هدف این طرح‌ها.

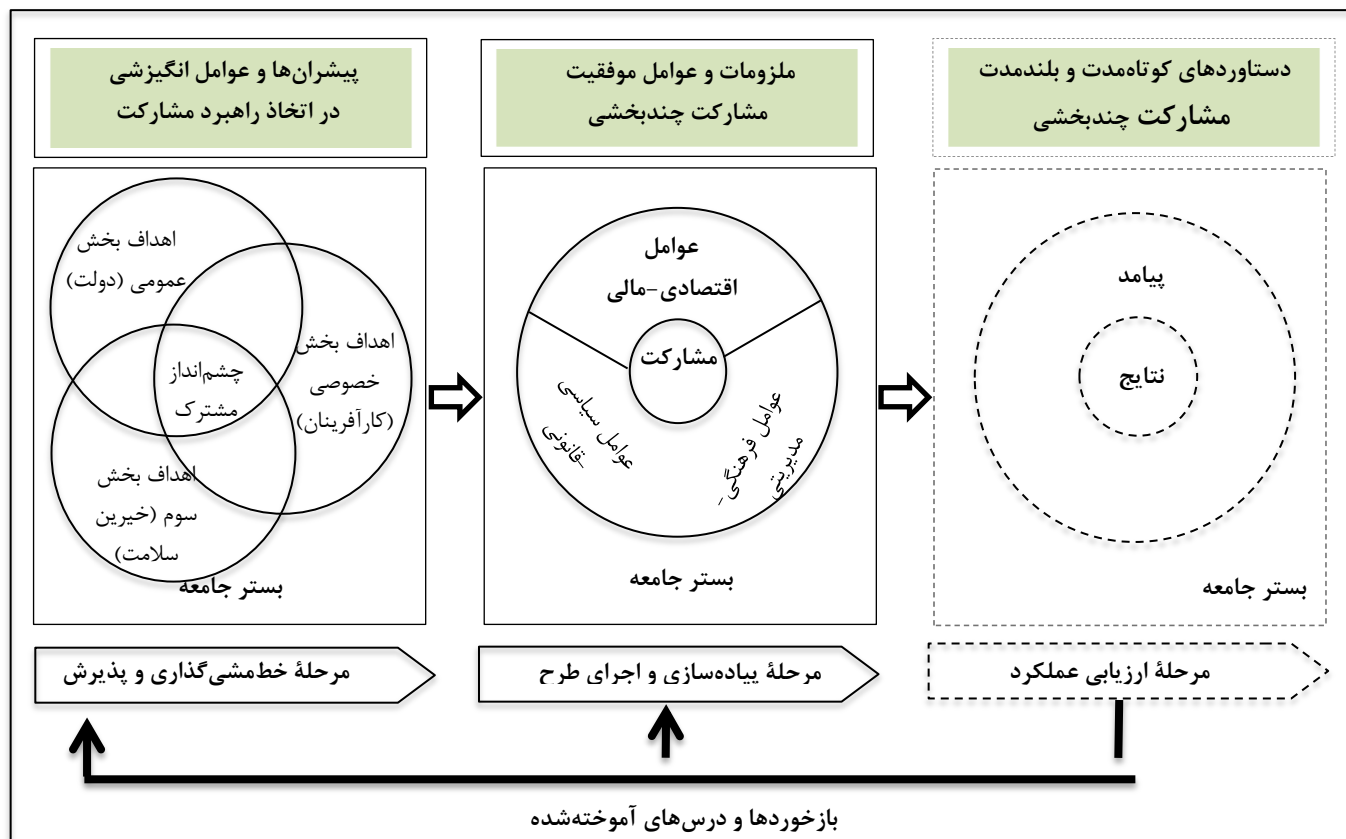
در کشورهای درحال توسعه باید به‌دنبال الگویی از مشارکت بود که علاوه بر جذابیت به‌واسطه خطر کمتر، کارایی و اثربخشی لازم و عدالت عمومی را به‌دنبال داشته باشد. بنابر آنچه گفته شد نکته مهم در اینجا استفاده از «بخش سوم» جامعه است. مالکیت و مدیریت در سازمان‌های بخش سوم خصوصی است، اما آنها به‌دنبال سود نیستند و وظیفه خود را برآوردن بخشی از نیازهای اجتماعی می‌دانند که مستلزم دلسوزی و تعهد فردی است. البته ظهور و شکل‌گیری مشارکت‌های چندجانبه نیازمند محیط‌های خاصی است. همگرایی اهداف عاملی اساسی مطرح شده و تأکید بیشتر بر مرحله اولیه با عنوان ایجاد چشم‌اندازی مشترک است. نبود چنین چشم‌اندازی که یکی از مشکلات در ایجاد توافق‌های همکاری در کشورهای درحال توسعه به شمار

می‌رود، ممکن است به واسطه کوتاه‌نظری، تجزیه و تحلیل خاص از وضعیت فعلی بر اساس ارزش فعلی، منابع فعلی و ظرفیت یا قابلیت فعلی به‌جای در نظر داشتن آینده مبتنی بر شرکای راهبردی روی دهد (۳۷). همچنین مجموعه‌ای از شرایط مثبت در سطح کلان در زمینه‌های اقتصادی، سیاسی و فرهنگی مهم تلقی می‌شود (۳۸). مسئله این است که وقوع چنین وضعیتی در کشورهای درحال توسعه امری نادر است. وابستگی محیط کلان مثبت برای افزایش در مشارکت‌ها و همکاری‌ها، تضادی را آشکار نموده است که به این واقعیت مرتبط می‌باشد که این نوع مشارکت بیشتر در شرایطی نیاز است که درآمد و سودآوری کم و میزان خطر بالا است؛ اما اینها نیز شرایطی است که عملی‌شدن مشارکت‌ها را با مشکلاتی روبه‌رو می‌کند (۳۹).

در رویکرد اسلامی کانون مرکزی سیاست اجتماعی مفهوم عدالت اجتماعی است. این مفهوم، هدف و غایت تشکیل حکومت است و هرگونه برنامه‌ریزی کلان و خرد در عرصه سیاست عمومی باید در جهت تحقق‌بخشیدن به آن انجام پذیرد (۴۰). یکی از فعالیت‌های غیرانتفاعی و تأکیدهای دینی در فرهنگ اسلامی سنت حسنه وقف و خیرات است که اگر این نیت انسان‌دوستانه به‌صورت مطلوب تحقق یابد، مشکلات زیادی را از دوش جامعه بر می‌دارد. با توجه به سابقه درخشان فرهنگ اسلامی در تأسیس و اداره بیمارستان‌ها، اهمیت و ضرورت استفاده از این ظرفیت در جامعه و بهره‌ورساختن منابع موجود بر همگان روشن است.

همان‌طور که از بررسی ادبیات تحقیق برمی‌آید، در روند توسعه مشارکت‌ها بین بخش دولتی و خصوصی، وجود بستر مناسب در سطح کشور و همچنین چشم‌انداز مشترک ذی‌نفعان طرح در پذیرش راهبرد مشارکت، عوامل کلیدی موفقیت در پیشرفت و اجرای راهبرد مشارکت و دستاوردهای کوتاه‌مدت و بلندمدت مشارکت در خط‌مشی‌گذاری‌های بعدی برای گسترش سیاست‌های مشارکتی کارکرد اصلی دارد. الگوی مفهومی به‌دست‌آمده در نمودار شماره ۱ ترسیم شده است.

^۱) Sharma and Seth



نمودار (۱) الگوی توسعه یافته 4Ps (محقق ساخته)

موفقیت هم به ابعاد سیاسی-قانونی، اقتصادی-مالی و مدیریتی-فرهنگی تقسیم بندی شده که به ترتیب ۵، ۷ و ۱۴ مؤلفه متناظر با هر دسته شناسایی شده است. در نهایت؛ دستاوردهای مشارکت با مضمون نتایج و پیامدها و با ۱۳ و ۷ مؤلفه مفهوم سازی شده است.

عناصر یادشده شامل انگیزاننده ها، عوامل موفقیت و دستاوردها و ابعاد و مؤلفه های آنها در جدول شماره ۲ مطابق ادبیات تحقیق، دسته بندی شده است. در این جدول اهداف بخش عمومی با ۱۲ مؤلفه و اهداف بخش خصوصی انتفاعی و غیرانتفاعی با ۱۴ مضمون مشخص شده است. عوامل کلیدی

جدول (۲) مضامین الگوی مفهومی تحقیق

مؤلفه ها	ابعاد	اجزای الگو
ارتقای سیاست گذاری در نظام سلامت		
به واسطه شناسایی، اولویت بندی و اجرای طرح ها با الگوهای مختلف مشارکت		
پیاپی سازی سریع طرح های جدید با روش های مشارکتی		
ایجاد ظرفیت های لازم برای توسعه و تکمیل طرح های نیمه تمام		
دسترسی به منابع مالی ناشی از مشارکت و رفع مشکل محدودیت های بودجه دولتی		
جهان بینی سیاسی، تجربه پیشین و اعتماد به بخش خصوصی		
تطابق با تغییرات سریع در حوزه فناوری سلامت و ارتقای نوآوری		
اشتراک خطر با بخش خصوصی		
ارتقای رفاه و سلامت عمومی جامعه		
بهروری بالاتر در ارائه خدمات عمومی حوزه سلامت بدون افزایش دیون دولتی		
ارتقای عملکرد با ادغام طراحی، ساخت، اجرا و نگهداری طرح		
نفوذ و تأثیرگذاری خبرگان و متخصصان		
ایفای نقش نظارتی و پاسخگویی بیشتر		
امنیت بیشتر در سرمایه گذاری و سودآوری بیشتر		
	بخش عمومی	اهداف و انگیزاننده ها
	بخش خصوصی،	

اجزای الگو	ابعاد	مؤلفه‌ها
انتفاعی و غیرانتفاعی		کمک به هموعان برای پاداش درونی و رضایت خداوند
		تسهیل امور اداری و تصویب سریع‌تر مقررات دولتی
		افزایش اعتبار بیرونی افراد و نهادهای خصوصی دخیل در طرح‌ها
		کسب مزیت رقابتی و ایجاد زمینه برای به‌دست‌آوردن بازارها و منابع دیگر
		صرفه‌جویی در هزینه‌های برآمده از هم‌افزایی
		حمایت و حفاظت از دارایی‌های سرمایه‌ای و فکری و حقوق مالکیت اعضا
		تضاد منافع کمتر به‌دلیل اشتراک در هدف متعالی خدمت عمومی
		تجربه‌های موفق پیشین و اعتماد به بخش دولتی
		انتقال و تسهیم خطر بین بخش‌های مختلف
		ضمانت‌های نهادی، بهره‌بردن از تعرفه‌ها و اعتبار و حمایت‌های دولتی
		دسترسی سریع به منابع مالی و فنی ناشی از مشارکت
		ارتقای عملکرد و نوآوری در ارائه خدمات با استفاده از امکانات گسترده دولتی
		نسبت حقوق و مزایای بالاتر دولت به بخش خصوصی
		شفافیت قانونی و ضمانت‌های دولتی
عوامل سیاسی-قانونی		تنظیم استانداردها و تدوین آیین‌نامه‌های فرایندهای مشارکت
		تسهیل مشارکت‌های مردمی با مقررات دولتی همساز
		چارچوب‌های قدرتمند نهادی
		ثبات سیاست‌های دولت‌ها در دوره‌های مختلف
		ایفای نقش نظارتی توسط دولت و الزام پاسخگویی به شهروندان
		رویکرد گسترده دولت برای ورود به انواع الگوهای مشارکت
		ثبات و مطلوبیت اقتصادی در سطح کلان برای حضور کارآفرینان و خیران در جامعه
		امنیت سرمایه‌گذار و سیاست‌های اقتصادی مناسب برای مشارکت بخش خصوصی
		برگزاری مناقصه‌های رقابتی و شفاف
		نظام تعرفه‌گذاری و بیمه‌ای مناسب در حوزه سلامت
		دردسترس بودن بازارهای مالی کم‌هزینه برای مشارکت
		جهان‌بینی فکری و فرهنگ سیاسی و دینی جامعه
		مطالعات امکان‌سنجی جامع و نیازسنجی از جامعه هدف برای انتخاب طرح مشارکتی
		ایجاد چشم‌انداز مشترک و همگرایی اهداف بین بخش‌های مختلف
عوامل اقتصادی-مالی		فرهنگ‌سازی برای توسعه مشارکت‌ها و پشتیبانی عمومی جامعه
		تسهیم اقتدار، ظرفیت‌سازی برای مشارکت منصفانه طرفین و تصمیم‌گیری مشارکتی
		قدرت رهبری و مدیریت شبکه
		مذاکرات و ارتباطات مؤثر و چانه‌زنی و مفاهیم بین شرکا
		الگوی مشارکت مناسب، مدیریت قرارداد و فرایندهای عملیاتی
		تمهیدات شفاف، تدوین کیفیت و استانداردهای کاری
		ایجاد چارچوب‌های نظارتی و قاعده‌مند شفاف و دقیق
		انعطاف‌پذیری در قراردادهای و تقدم تعهد بر قرارداد
		شفافیت، اعتماد و وجدان کاری طرفین
		تسهیم مناسب خطر بین همه بخش‌ها
		وجود کنسرسیوم‌های خصوصی و نهادهای مدنی-مذهبی قوی در جامعه
		توسعه زیرساخت‌ها و ارتقای ضریب پوشش خدمات درمانی با همه ظرفیت جامعه
		مدیریت خطرها و مقابله با بی‌اطمینانی محیطی
		تجربه الگوی مشارکتی و توانایی حل و فصل مناقشات
عوامل کلیدی موفقیت		
عوامل مدیریتی-فرهنگی		
دستاورد های کوتاه مدت و بلندمدت	نتایج	

اجزای الگو	ابعاد	مؤلفه‌ها
پیامدها		هم‌افزایی و بهروری بالاتر در طرح‌های مشارکتی
		تأمین مالی خصوصی و استفاده بهینه‌تر از بودجه دولتی
		بهبود در وضعیت شاخص‌های عملکردی بیمارستان
		ارائه خدمات باکیفیت به قشر کم‌درآمد بدون افزایش هزینه
		کاهش قیمت تمام‌شده خدمات سلامت
		سودآوری و کسب مزیت رقابتی برای بخش خصوصی و بهروری سرمایه مردمی
		مدیریت بهینه خطر در شرایط بی‌ثبات
		بازسازی و تجهیز بیمارستان‌های فرسوده در زمان کوتاه‌تر
		پرهیز از رفتارهای رقابتی مخرب و منفعلانه
		ارتقای تصویر در بازار و بازاریابی اجتماعی هر سه بخش
		تحقق نیات واقفان و جذب بیشتر خیران به حوزه سلامت
		افزایش مشارکت‌ها و ورود سرمایه و مدیریت بخش خصوصی با تجربه‌های موفق پیشین
		تحول بنیادین در تخصیص منابع و تفکیک نقش‌ها در مدیریت نظام سلامت
		پایداری برنامه‌ها و خط‌مشی‌های عمومی
		رونق عمومی سرمایه‌گذاری در بهداشت و درمان
		رشد و توسعه نهادهای خدماتی، حقوقی و مالی در حوزه‌های مرتبط
		توسعه کمی و کیفی خدمات بهداشت و درمان و ارتقای سطح سلامت جامعه

بحث و نتیجه‌گیری

استدلال‌های مختلفی درباره اینکه چرا برخی از طرح‌های 3Ps کارآمدتر از دیگر موارد است، مطرح شده است. در یک بررسی؛ با مروری بر «عوامل کلیدی موفقیت» طرح‌های 3Ps از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳ مشخص شده است که عوامل موفقیت به کشور، الگوی مشارکت، اندازه و مرحله طرح بستگی دارد (۲۰). همچنین؛ سنونگ و همکاران چارچوب یانگ را برای تحلیل عامل‌های موفقیت ۱۹ طرح در کشورهای درحال توسعه مختلف به کار گرفته‌اند و عوامل سیاسی-قانونی، اقتصادی-مالی و مدیریتی را تشریح و بیان کرده‌اند که تحقیقات آینده نیازمند است تا موفقیت طرح‌های انسان‌دوستانه و زیرساخت‌های هنجار را مثل حوزه سلامت که منافع مالی را فوراً تأمین نمی‌کند، توضیح دهد (۲۲). الگوی معرفی شده در تحقیق حاضر نیز در همین جهت است.

گفته می‌شود که قرارداد خوب احتمالاً شرطی ضروری یا حداقل مهم برای 3Ps‌ها است؛ ولی باین حال برای اطمینان از عملکرد این نوع مشارکت‌ها کافی نیست و تعهد از قرارداد مهم‌تر است (۲۱)؛ قاعدتاً وجود بخش سوم و غیرانتفاعی جامعه این مهم را فراهم می‌آورد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که درباره توافقات مشارکت چندبخشی مستندات و مدارک زیادی

وجود ندارد؛ هر چند ارائه موارد این‌چنینی در مستندات تخصصی در حال افزایش است. برای مثال کورا^۱ در رساله دکتری خود با عنوان «مشارکت‌های چندبخشی برای توسعه املاک مناطق کم‌درآمد برزیل» بر مطالعه راهکاری که بر تعامل نزدیک بین بخش دولتی و خصوصی و بخش سوم متکی است متمرکز می‌شود و عنوان می‌کند که در ایده مشارکت چندبخشی به‌عنوان راه‌حل پیشنهادی، برای توسعه زمین‌های حومه شهر برای مسکن قشر کم‌درآمد برزیل دو بحث اصلی وجود دارد: اولاً هر بخش به‌تنهایی قادر به مدیریت این مسئله نیست و ثانیاً ضرورت شکل‌گیری نقش‌های جدید برای دولت، بخش خصوصی و بخش سوم جامعه وجود دارد (۲۶). اما الگوی مشارکت چندبخشی با رویکرد دینی، آن‌طور که مد نظر تحقیق حاضر است، سابقه ندارد و در کشور ما، هرچند مفهوم مشارکت‌های دولتی-خصوصی و مشارکت‌های مردمی به‌عنوان راهی برای توسعه زیرساخت‌ها و نیازمندی‌های اجتماعی امری آشنا است ولی مطالعات دانشگاهی انجام‌گرفته در این زمینه محدود است و به‌عنوان راهبرد جدیدی از توسعه تا به حال تلفیق و ارزیابی نشده است.

^۱ Corrêa

مجله پژوهش در دین و سلامت

نوبین مدیریت دولتی و همچنین باورها و ارزش‌های اسلامی و ایرانی ریشه دارد، می‌تواند رهیافتی برای ناکامی‌های موجود در توسعه زیرساخت‌های عمومی جامعه و کاستی‌های بخش بهداشت و درمان کشور گردد. چارچوب این مشارکت چندبخشی از لحاظ نظری می‌تواند هر سه بخش را تشویق کند به نفع خود عمل کنند؛ بخش عمومی به‌عنوان سیاست‌گذار و پرچمدار خدمات عمومی، بخش خصوصی به‌عنوان نوآور و خبیره بازدهی و مردم واقف و نیکواندیش برای جامه عمل پوشاندن به آرمان‌های انسانی و اجتماعی خود که البته راه‌های دستیابی به این هدف وابسته به اعتمادسازی و متعادل‌سازی منافع طرف‌های مشارکت است.

محدودیت‌های پژوهش

با وجود حجم گسترده تحقیقات صورت‌گرفته درباره مشارکت‌های دولتی و غیردولتی؛ مدارک زیادی درباره توافقات مشارکت چندبخشی وجود ندارد، هرچند تعداد این موارد در مستندات تخصصی رو به افزایش است.

پیشنهادهای پژوهش

موفقیت یک تجربه به زمینه خاص خودش بستگی دارد و با طرح‌های دیگر با مجموعه‌ای از فعالان، ترجیحات و قابلیت‌ها تناسب ندارد. لازم است، موردکاوی‌های عمیق با تجارب محدود کشور در بافت پژوهش صورت گیرد.

قدردانی

از مجموعه محترم بیمارستان‌های محب که در درک عمیق‌تر موضوع سهم داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این پژوهش برگرفته از بخشی از رساله مقطع دکتری تخصصی رشته مدیریت دولتی مؤلف چهارم با کد ۱۵۸ و تاریخ تصویب ۱۳۹۸/۷/۳۰ است.

حامی مالی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این پژوهش حامی مالی ندارد و با هزینه شخصی مؤلفان به انجام رسیده است.

بی‌گمان اداره بهینه منابع موجود در هر کشوری از ارکان توسعه است. بنابراین، شرایط حساس کنونی و سیاست‌های کلی نظام سلامت در بستر فرهنگ ایرانی-اسلامی ما می‌تواند الزام و فرصتی جهت برنامه‌ریزی و توسعه مشارکت‌ها و بهره‌گیری دولت از منابع مالی و توان اجرایی بخش غیردولتی جامعه اعم از انتفاعی و غیرانتفاعی باشد و شکاف موجود بین وسع و توانمندی دولت و نیازمندی کشور را به طرح‌های زیرساختی در برخی مناطق پرنماید (۴۱). در این میان بخش خصوصی اگر برنامه حساب‌شده و مشوق‌ها و حمایت‌های لازم را ببیند، این مشارکت برایش جذابیت خواهد داشت. از طرف دیگر، به‌کارگیری ظرفیت فرهنگی و عقیدتی جامعه در کاهش خطر و توسعه مشارکت‌ها برای دسترسی عمومی به خدمات بهداشت و درمان حائز اهمیت است. بنابر آنچه گفته شد؛ چارچوب توسعه‌یافته این تحقیق برای بسط مشارکت دولتی-خصوصی-مردمی (4Ps)^۱، مجموعه‌ای از گام‌ها است که باید در تمهیدات مشارکت دنبال شود و به‌طور خلاصه، با هدف بهبود مسائل حوزه سلامت کشورهای درحال توسعه اسلامی، شامل اقدامات و توصیه‌های ذیل می‌شود:

گام اول: ایجاد زمینه و بستر مناسب برای مشارکت بین بخش عمومی، کارآفرینان و خیران و واقفان سلامت در سطح کشور؛

گام دوم: توسعه چشم‌اندازهای مشترک برای پذیرش راهکار مشارکت با بررسی عمیق‌تر اهداف و انگیزه‌های طرفین و شناخت انواع مختلف قراردادهای در هر طرح؛

گام سوم: ضمانت شرایط پیشرفت فرایندها برای توسعه مشارکت با شناخت عوامل موفقیت کلیدی طرح‌های مشارکتی در حوزه سلامت؛

گام چهارم: ارزیابی عملکردها با بررسی نتایج و پیامدهای مشارکت چندبخشی و ارائه بازخورد برای تصمیم‌گیری‌ها و خط‌مشی‌گذاری‌های بعدی.

کشور ما بستر مناسب را برای حرکت در جهت توسعه زیرساخت‌های عمومی با مشارکت خیران دارد و اگر حمایت جدی و نظارت همه‌جانبه دولت وجود داشته باشد و نهادهای خصوصی هم که صاحب دانش و تجربه لازم در بخش‌های مورد نظر هستند طرف دیگر قرارداد باشند، این نوع مشارکت دولتی-خصوصی-مردمی (4Ps) به‌عنوان الگو که در نظریه‌های

^۱) Public-Private-People Partnership (4Ps)

تضاد منافع

مؤلفان مقاله هیچ گونه تضاد منافی درباره این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

مشارکت مؤلفان

راهنمایی و نظارت بر انجام طرح: مؤلف اول؛ مشاوران علمی: مؤلفان دوم و سوم و ایده اولیه و نگارش مقاله: مؤلف چهارم.

References

10. Ugyel L. Paradigms of Public Administration. Paradigms and Public Sector Reform: Springer; 2016. p. 17-52.
11. Rosenbloom D. Public administration: Understanding management, politics, and law in the public sector: McGraw-Hill Higher Education; 2014.
12. Denhardt RB, Denhardt JV. The new public service: Serving rather than steering. Public administration review. 2000;60(6):549-59.
13. Dixon T, Pottinger G, Jordan A. Lessons from the private finance initiative in the UK. Journal of Property Investment & Finance. 2005;23(5):412-23.
14. Shaoul J. 'Sharing' political authority with finance capital: The case of Britain's Public Private Partnerships. Policy and Society. 2011;30(3):209-20.
15. United Nations Economic Commission for Europe. Guidebook on promoting good governance in public-private partnerships. United Nations Publications; 2008.
16. Bovaird T. Public-private partnerships: from contested concepts to prevalent practice. International review of administrative sciences. 2004;70(2):199-215.
17. Wang Y, Zhao ZJ. Motivations, obstacles, and resources: Determinants of public-private partnership in state toll road financing. Public performance & management review. 2014;37(4):679-704.
18. Zhang Y. The formation of public-private partnerships in China: an institutional perspective. Journal of public policy. 2015;35(2):329-54.
19. Yang Y, Hou Y, Wang Y. On the development of public-private partnerships in transitional economies: An explanatory framework. Public administration review. 2013;73(2):301-10.
20. Osei-Kyei R, Chan AP. Review of studies on the Critical Success Factors for Public-Private Partnership (PPP) projects from 1990 to 2013. International journal of project management. 2015;33(6):1335-46.
21. Klijn EH, Koppenjan J. The impact of contract characteristics on the performance of public-private partnerships (PPPs). Public Money & Management. 2016;36(6):455-62.
22. Kang S, Mulaphong D, Hwang E, Chang C-K. Public-private partnerships in developing countries. International Journal of Public Sector Management. 2019;32(4):334-51.
23. Jeffares S, Sullivan H, Bovaird T. Beyond the contract: The challenge of evaluating the performance (s) of public-private partnerships. Rethinking public-private partnerships: Strategies for turbulent times. 2013:166-87.
24. Van Gestel K, Willems T, Verhoest K, Voets J, Van Garsse S. Public-private partnerships in Flemish
1. Barlow J, Roehrich J, Wright S. Europe sees mixed results from public-private partnerships for building and managing health care facilities and services. Health Affairs. 2013;32(1):146-54.
2. Nikjoo RG, Beyrami HJ, Jannati A, Jaafarabadi MA. Prioritizing public-private partnership models for public hospitals of Iran based on performance indicators. Health promotion perspectives. 2012; 2(2): 251-64.
3. Klijn E-H, Teisman GR. Institutional and strategic barriers to public-private partnership: An analysis of Dutch cases. Public money and Management. 2003;23(3):137-46.
4. Sadeghi A, Barati O, Bastani P, Jafari DD, Etemadian M. Experiences of selected countries in the use of public-private partnership in hospital services provision. J Pak Med Assoc. 2016;66(11):1401-6.
5. Sekhri N, Feachem R, Ni A. Public-private integrated partnerships demonstrate the potential to improve health care access, quality, and efficiency. Health affairs. 2011;30(8):1498-507.
6. McNab D. Quantitative and qualitative research methods of government management and non-profit organizations . translated into Farsi by Reza Vaezi and Mohammad Sadegh Azmandian. Tehran: Saffar Publishing; 2016.
7. Frederickson HG. Comparing the reinventing government movement with the new public administration. Public administration review. 1996: 263-70.
8. Alvani SM. Globalization of management. Strategic Studies of public policy. 2011;2(2):1-18. (Full Text in Persian)
9. McKay S, Murray M, MacIntyre S, Kashyap A. Evidence-based policymaking and the public interest: lessons in legitimacy. Town Planning Review. 2015;86(2):133-55.

schools: a complex governance structure in a complex context. *Public Money & Management*. 2014;34(5): 363-70.

25. Zafar Ullah AN, Newell JN, Ahmed JU, Hyder M, Islam A. Government-NGO collaboration: the case of tuberculosis control in Bangladesh. *Health policy and planning*. 2006;21(2):143-55.

26. Corrêa de Oliveira MT. Multi-sectoral partnerships for low income land development in Brazil; 2002.

27. Blanken A, Dewulf G. PPPs in health: static or dynamic? *Australian journal of public administration*. 2010;69:S35-S47.

28. Hastings A. Unravelling the process of partnership in urban regeneration policy. *Urban studies*. 1996;33(2):253-68.

29. Riahi Samani N. Ahdaf-e Vaghf va Moghayese-ye Ejmalī an ba Resalat-e Sazman-e Melal-e Mottahed. *Journal of Vaghf Mirase Javidan*. 2010;71:63-90. (Full Text in Persian)

30. The Holy Quran. Translated by, Ghomshei M. Qom: Dar al-Ghadir. 2005.

31. Ghanavati J. Negah-e Esteratezhic be Tarvij-e Naghsh-e Towsiei-ye Vaghf. *Journal of Vaghf Mirase Javidan*. 2004;47(1):2-9. (Full Text in Persian)

32. Montazer Qa'em A, Hosseini S, Azimi K. The System of Endowment in the Hospitals of Islamic Period from the Beginning untill Othmanid time. *History of Islam*. 2012;13(52):183-212. (Full Text in Persian)

33. Abde-Tabrizi H. Nahad-e Mali-ye Sandooghghay-e Vaghfī dar Jahan va Osool-e Islami-ye Faaliat-e an dar Iran. *Religion & Communication* 2005;25(2):37-68. (Full Text in Persian)

34. Yavari V. A Conceptual Model of Organizational Performance Management for the organization for endowments and charitable affaires (Dissertation) Tehran University. 2012.

35. Wang H, Xiong W, Wu G, Zhu D. Public-private partnership in public administration discipline: A literature review. *Public management review*. 2018;20(2):293-316.

36. Sharma V, Seth P. Effective public private partnership through E-governance facilitation. *Computer & Communications Sciences*. 2011;34(1): 15-25.

37. Girth AM. What drives the partnership decision? Examining structural factors influencing public-private partnerships for municipal wireless broadband. *International public management journal*. 2014;17(3): 344-64.

38. Torchia M, Calabrò A, Morner M. Public-private partnerships in the health care sector: a systematic review of the literature. *Public Management Review*. 2015;17(2):236-61.

39. Payne GK. Making common ground: Public-private partnerships in land for housing: *Intermediate Technology*; 1999.

40. Khomeini R. Sahifeh Imam Khomeini. Tehran: Institute for Compilation and Publication of Imam Khomeini. 2006. (Full Text in Persian)

41. Motamedi M, Vaezi R, Alvani SM, Daneshjafari D. Development of public-private partnerships strategy; in line with the general policies of the health system. *Quarterly Journal of The Macro and Strategic Policies*. 2021;9(33):1-26. (Full Text in Persian)