

Investigating the most Important Advantages, Disadvantages and Obstacles of Public-Private Sector Partnership in Providing Primary Health Care Services from the Viewpoint of Health Managers

Abbas Moradi Farahani¹ , Soad Mahfoozpour^{2*} , Somayeh Hesam¹ , Shaghayegh Vahdat¹ , Mehdi Jafari³ 

¹ Department of Health Services Administration, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Safety and Injury Prevention Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, and Islamic Azad University, South Tehran, Tehran, Iran

³ Department of Health Services Administration, Faculty of Management and Information Science, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:

Original Article

Article History:

Received: 3 Feb 2021

Accepted: 15 Mar 2021

ePublished: 23 Sep 2021

Keywords:

Public-Private Sector Partnerships, Primary Health Care, Administrative Personnel

Abstract

Background and Objectives

Public-private partnerships can lead to increased efficiency, equity, accountability, quality and access to services in the health system. The aim of this study was to explore the opinion of health system managers about the advantages, disadvantages and barriers of public-private partnership in the provision of primary health care services.

Material and Methods

We used both quantitative and qualitative methods to explore the opinion of experts about the objectives of the study. First of all a literature review was done to identify the problems and challenges of public-private partnership in the health sector in the year 2020. Based on the literature review and interviews conducted with experts, a two-part questionnaire was developed to collect data. The sample for the interviews was selected by snowball method until saturation was reached. After the validity and reliability of the questionnaire were established, the questionnaire was completed by 100 health managers. The collected data were analyzed using Stata software version 14.

Results

The most important benefits of public-private partnership in providing primary health care services from the point of view of health managers include providing financial resources for health services plans with an average of 4.02 (SD 1.00), as well as the high technical and managerial efficiency in the private sector with an average of 3.90 (SD 0.60). Lack of full coverage of primary health care services and incommitment to social justice with an average score of 3.99 (SD 0.92) as well as the inadequate job security of human resources in the private sector with an average score of 3.97 (SD 0.9) were found as the most important disadvantages of partnership of public-private. It was revealed that the major barriers hindering public-private partnership in service delivery include "legal, and monitoring shortcomings alongside hampering rules and regulations in partnership with the private sector" with a mean score of 4.06(SD 0.60), "reluctance of health managers for risk-taking when in partnership with the private sector" with a mean score of 4.05 (SD 0.61) and "Insufficient expertise of government managers regarding knowledge of partnership with the private sector" with a mean score of 4.04 a(SDf 0.53).

Conclusion

It seems that managers' attention to the disadvantages of partnership, such as lack of full coverage of services and withdrawal from social justice, etc., can pave the way for developing much clearer and smoother public-private sectors' partnerships.

Moradi Farahani A, Mahfoozpour S, Hesam S, Shaghayegh V, Jafari M. Investigating the most Important Advantages, Disadvantages and Obstacles of Public-Private Sector Partnership in Providing Primary Health Care Services from the Viewpoint of Health Managers. *Depiction of Health* 2021; 12(3): 251-261. doi: 10.34172/doh.2021.25 (Persian)

Extended Abstract

Background and Objectives

Partnership with the private sector is one of the most important pillars of health system reform in all over the world. Public-private partnerships can lead to increased

efficiency, equity, accountability, quality and access to health services. The aim of this study was to investigate the views of health managers about the advantages,

* Corresponding author; Soad Mahfoozpour, E-mail: smahfoozpour@yahoo.com

disadvantages and barriers of public-private partnership in the provision of primary health care services.

Material and Methods

In the present study, a mixed method (quantitative-qualitative) was adopted to achieve the research objectives. In order to prepare the questions of the public-private partnership questionnaire in providing primary health care services, the views and opinions of experts experienced in the fields of public health care, public-private, managerial and executive participation were sought and incorporated into the researcher's assumptions. For this purpose, semi-structured interviews developed and conducted with a number of specialists working in the field of primary health care. Finally, the main themes of the questionnaire were drafted in 3 sections: advantages (8 questions), disadvantages (9 questions) and obstacles (18 questions) the grading of the questionnaire was determined on a 5-point Likert scale ranging from completely agree, to completely disagree. The content validity and face validity of the questionnaire were assessed through interviews with experts. The results of validation showed that the questionnaire has sufficient validity for being employed in the studies related to the subject under study. The quantitative part of the study was also conducted in two phases. In the first phase, based on the validation results of the questionnaire, the overall content validity of the questionnaire was assessed through CVR (content validity ratio) and CVI (content validity index) both of which were estimated 90%, and the reliability of the questionnaire was measured using Cronbach's alpha which was estimated to be 0.83. In the second phase, the population of the study was selected through convenient sampling method for data collection. The study population consisted of senior and mid-level managers who had managerial experience providing health services in public and private sectors in Tehran. The data obtained from 100 questionnaires completed officially and in person by the participants were included in the data analysis. The mean and standard deviation of the scores for the sections of the questionnaire were estimated separately. The collected data were analyzed, using Stata 14 at confidence level of 0.95.

Results

The results of the first part of the study found the highest score to belong to the benefits of public-private partnership in the provision of primary health care services, including three cases of "financing of public partnership projects in primary health care" with a mean of 4.02 and standard deviation of 1/00, "High technical and managerial efficiency in the private sector" with mean of 3.89 and standard deviation of 0.60 and "Increasing the quality of primary health care services in the private sector through fair competition" with a mean of 3.87 and standard deviation 0.57. "Low cost of services in the private sector" received the lowest score

in this sector. The findings of the second part of the study showed that the three most important disadvantages associated with public-private partnership for providing primary health care services include "lack of full coverage of primary health care services and ignorance of social justice" with a mean score of 3.99 and standard deviation of 0.92, "inadequate job security in the private sector" with the mean score of 3.97 and standard deviation of 0.9 and "insufficient government supervision of private sector performance" with a mean score of 3.95 and standard deviation of 0.79. "Lack of financial protection of private service recipients" was given a minimum score. The findings of the third part of the study revealed that the three major obstacles hindering public-private partnership in service delivery include "legal, and monitoring shortcomings alongside hampering rules and regulations in partnership with the private sector" with a mean score of 4.06 and a standard deviation of 0.60, "reluctance of health managers for risk-taking when in partnership with the private sector" with a mean score of 4.05 and standard deviation of 0.61 and "Insufficient expertise of government managers regarding knowledge of partnership with the private sector" with a mean score of 4.04 and standard deviation of 0.53.

Conclusion

The results of this study show that the financing of participatory projects in the primary health care sector by the private sector and also the positive performance of the private sector compared to the public sector as the most important benefits of partnership can provide opportunity to develop primary health care services. It seems that managers' attention to the disadvantages of partnership, such as lack of full coverage of services and withdrawal from social justice, etc., can pave the way for developing much clearer and smoother public-private sectors' partnerships. Recognizing the barriers to public-private sector participation, such as legal, regulatory barriers, lack of expertise of public managers in knowledge of participation, lack of risk-taking of managers in the public sector, etc. can make the removal of barriers more visible.

Practical implications of the research

By removing legal barriers, focusing on the benefits of public-private partnerships, and creating healthy competition, the government can enable the private sector to participate in the provision of health services. The transfer of services to the private sector and its participation, and also the reduction of entrepreneurship can create an opportunity for the quantitative and qualitative development of primary health care services.

Ethical considerations

This article is taken from the PhD dissertation with code 14121213972004 and ethics ID IR.SBMU.RETECH.REC.1399.832, and ethical

considerations, human and ethical principles have been observed based on the Helsinki Declaration.

Conflict of interest

The authors state that this work is the result of an independent study and has no conflict of interest with other organizations and individuals.

Aknowledgement

This study is taken from a specialized PhD dissertation in the Department of Health Services Management, Faculty of Management, Islamic Azad University, South Tehran Branch. All participants in the study, including senior and mid-level managers working in the Deputy of Health in the Ministry of Health and Medical Education, the Deputy of Health at Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran University of Medical Sciences and Iran University of Medical Sciences, are appreciated for completing the questionnaire and cooperation in designing the questionnaire.

بررسی دیدگاه مدیران حوزه سلامت در خصوص مهم‌ترین مزایا، معایب و موانع مشارکت دولتی - خصوصی در ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه

عباس مرادی فراهانی^۱، سعاد محفوظ پور^{۲*}، سمیه حسام^۱، شقایق وحدت^۱، مهدی جعفری^۳

^۱ گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران جنوب، تهران، ایران
^۲ مرکز تحقیقات ارتقا ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران و دانشگاه آزاد اسلامی تهران جنوب، تهران، ایران
^۳ گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

چکیده

زمینه و اهداف

مشارکت دولتی- خصوصی می‌تواند منجر به افزایش کارایی، برابری، مسئولیت‌پذیری، کیفیت و دسترسی به خدمات در نظام سلامت شود. این مطالعه با هدف بررسی دیدگاه مدیران سلامت در خصوص مزایا، معایب و موانع مشارکت دولتی- خصوصی در ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه کمی و کیفی است که در سال ۱۳۹۹ در دو بخش صورت گرفت. بخشی از فرآیند طراحی پرسش‌نامه در بخش کیفی مطالعه انجام گرفت. در مرحله اول بخش کمی، روایی و پایایی پرسش‌نامه برآورد گردید و در مرحله دوم این بخش، مزایا، معایب و موانع مشارکت دولتی- خصوصی با تکمیل ۱۰۰ پرسش‌نامه توسط مدیران حوزه سلامت شناسایی گردید. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار Stata ویرایش ۱۴ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

مهم‌ترین مزایای مشارکت دولتی- خصوصی در ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه از نظر مدیران سلامت شامل تأمین منابع مالی پروژه‌های سلامت در ارائه خدمات بهداشتی با میانگین ۴/۰۲ و انحراف معیار ۱/۰۰ و بالا بودن کارایی فنی و مدیریتی در بخش خصوصی با میانگین ۳/۹۰ و انحراف معیار ۰/۶۰ می‌باشند. عدم پوشش کامل خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی و خروج از عدالت اجتماعی با میانگین نمره ۳/۹۹ و انحراف معیار ۰/۹۲ و کاهش امنیت شغلی منابع انسانی در بخش خصوصی با میانگین نمره ۳/۹۷ و انحراف معیار ۰/۹ مهم‌ترین معایب مشارکت دولتی- خصوصی می‌باشند. نواقص قانونی، نظارتی، قوانین دست‌وپا گیر و گاهی متضاد در مشارکت با بخش خصوصی با میانگین نمره ۴/۰۶ و انحراف معیار ۰/۶۰ و عدم وجود ریسک‌پذیری در مدیران حوزه سلامت در مشارکت با بخش خصوصی با میانگین نمره ۴/۰۵ و انحراف معیار ۰/۶۱ مهم‌ترین موانع مشارکت دولتی- خصوصی محسوب می‌شوند.

نتیجه‌گیری

تأمین مالی پروژه‌های مشارکتی مراقبت‌های اولیه بهداشتی دولتی مهم‌ترین مزیت و عدم پوشش کامل خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی جهت کلیه گیرندگان خدمات و خروج از عدالت اجتماعی مهم‌ترین عیب و نواقص قانونی، نظارتی، قوانین دست و پا گیر و گاهی متضاد در مشارکت مهم‌ترین مانع مشارکت محسوب می‌شود. مشارکت موفق رویکردی است که می‌تواند باعث کاهش هزینه، کسب رضایت و بهره‌وری در بخش بهداشت و درمان شود.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۱۵

پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۲۵

انتشار بر خط: ۱۴۰۰/۰۷/۰۱

کلیدواژه‌ها:

مشارکت دولتی- خصوصی،

مراقبت‌های اولیه بهداشتی،

پرسنل اداری

مقدمه

مسئولیت‌های سنگین بر دوش دولت از توان این بخش جهت همگام‌شدن با تغییرات می‌کاهد، این درحالی است که انتظارات عموم مردم افزایش می‌یابد. ناکافی بودن

در طول دو دهه گذشته ظرفیت و توانمندی‌های دولت برای تدارک کارآمد و اثربخش خدمات سلامت مورد بازبینی‌های مکرر قرار گرفته است. وجود بروکراسی‌ها و

* نویسنده مسئول: سعاد محفوظ پور، آدرس ایمیل: smahfoozpour@yahoo.com

ظرفیت‌ها، ارزش‌ها و فرهنگ ملی توجه کرده و با کسب اطلاعات کافی و ابزار مناسب نسبت به طراحی اصلاحات اقدام نمود. در سیستم سلامت، اصطلاح "مشارکت" با کاهش ارائه خدمات توسط دولت، کاهش یارانه و کاهش مقررات و بوروکراسی‌های غیرضروری در حوزه خدمات پیشگیری یا درمانی همراه است. در برخی از کشورها بخش خصوصی در ارائه خدمات بهداشتی و پیشگیری نیز فعالانه عمل می‌کند در حالی که در کشور ما برخلاف حوزه درمان که در آن بخش خصوصی فعالیت گسترده‌ای دارد، در مراقبت‌های اولیه بهداشتی نقش قابل توجهی ندارد. با بررسی‌های به عمل آمده تعداد محدودی از دانشگاه‌های علوم پزشکی بخشی از خدمات خود را در قالب تعاونی‌های بهداشتی، مجتمع‌های سلامت و واگذاری مراکز خدمات جامع سلامت و پایگاه‌های سلامت با بخش خصوصی مشارکت کرده‌اند. در سال‌های اخیر پس از اجرای برنامه طرح تحول سلامت بخش خصوصی نقش فعال‌تری در ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه داشته که این مقدار از مشارکت پاسخ‌گوی نیاز جامعه نمی‌باشد. اعتقاد روزافزونی به این موضوع وجود دارد که مشارکت میان بخش دولتی و خصوصی می‌تواند منجر به افزایش کارایی، برابری، مسئولیت‌پذیری، کیفیت و دسترسی در کل نظام سلامت شود.^{۸-۱۱} روش‌های مشارکت عمومی خصوصی (Public-Private Partnership) حدود دو دهه است که جایگاه خود را در مباحث و مدل‌سازی‌های اقتصادی باز کرده است.^{۱۲} با شکست مکانیسم بازار در ارائه خدمات سلامت، مشارکت بخش دولتی- خصوصی یک تفکر نوین و خلاق در ارتقاء سلامت محسوب می‌شود.^{۱۳} مشارکت دولتی- خصوصی ترکیبی از سازمان‌های دولتی و خصوصی است که برای تأمین منابع مالی و ارائه خدمات جهت افزایش کارایی و سلامت بیش‌تر ایجاد شدند.^{۱۴} مشارکت دولتی- خصوصی در انگلیس، کانادا، ترکیه و آمریکای لاتین می‌تواند از مدل‌های موفق در مشارکت بخش دولتی- خصوصی باشد.^{۱۵، ۱۶} تجربه نشان داده است که دولت‌ها به‌تنهایی از عهده ارائه خدمات سلامت بر نمی‌آیند و مدیریت نامناسب، ناکارایی، صرف زمان و هزینه فراوان و کیفیت پائین خدمات در عملکرد بخش دولتی وجود دارد.^{۱۷} مشارکت دولتی و خصوصی یک الگوی بدیل برای تأمین زیرساخت‌های مورد نیاز کشور است.^{۱۸-۲۰} در نظام مشارکت دولتی- خصوصی، شناسایی مزایا و رفع موانع و معایب مشارکت از اهمیت زیادی برخوردار است. مدیران حوزه سلامت نیز به‌منظور رفع نارسایی‌های موجود در زیرساخت‌ها، تأمین منابع مالی پایدار، ارتقاء کیفیت خدمات، جذب مشارکت بخش خصوصی و ارتقاء سلامت جامعه، سازوکارهایی را به‌منظور گسترش مشارکت

منابع مالی دولتی می‌تواند در کاهش کیفیت و کارایی در سطوح مختلف خدمات مؤثر باشد. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی (Gross Domestic Product) کشورها در حال افزایش است و در این میان تأمین مالی توسط بخش دولتی پاسخگوی مخارج در حال رشد سیستم سلامت نیست. دولت‌ها در جهت پاسخ به این مشکلات، به استراتژی‌های متنوعی از جمله استفاده از ظرفیت‌های بخش خصوصی روی آورده‌اند. در واقع مشارکت با بخش خصوصی و حرکت به سمت تمرکززدایی یکی از مهم‌ترین ارکان اصلاحات نظام سلامت در کشورها می‌باشد.^۱ تمرکززدایی و مشارکت با بخش خصوصی به‌عنوان فرآیندی در راستای ارتقای نظام سلامت و بخشی از اصلاحات گسترده جهت ارتقای برابری، کارایی، کیفیت و توجیه اقتصادی شناخته شده‌اند و در سراسر دنیا به‌ویژه کشورهای آمریکای لاتین، آسیا، اروپا و آفریقا از چهل سال پیش به نحوی در حال انجام است.^۲ مروری بر سیر شکل‌گیری و استفاده از مدل‌های ارائه خدمات سطح اول کشور در طی چند دهه اخیر، حاوی نکات ارزشمندی برای یادگیری است. در دهه ۱۳۶۰ گسترش شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور به منظور ارائه خدمات مناسب و افزایش دسترسی مردم در ابتدا باعث بهبود بعضی شاخص‌های سلامت جامعه شد ولی در ادامه انعطاف لازم برای رفع نیازهای جامعه را دارا نبود.^۳ برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی باهدف رفع کاستی‌های موجود در مراقبت‌های اولیه و پاسخ به نیازهای نوظهور، کاهش هزینه‌ها و برقراری عدالت از سال ۱۳۸۴ شروع به کار کرد.^{۴-۶} برنامه پزشک خانواده شهری از سال ۱۳۹۱ در دو استان فارس و مازندران استمرار پیدا کرد.^۶ همچنین مدل مجتمع‌های عالی سلامت در تبریز در سال ۱۳۹۶ راه‌اندازی شد. هرچند که برنامه‌های ذکر شده در جهت تقویت پوشش همگانی سلامت مؤثر هستند اما نواقص و مشکلاتی نیز در این مدل‌های ارائه خدمات وجود دارد.^۷ در ایران علی‌رغم تصویب قوانین متعدد در دهه‌های گذشته در خصوص مشارکت بخش دولتی و خصوصی اقدام عملی مؤثری در این زمینه صورت نگرفته است. با این وجود به نظر می‌رسد زمینه برای این قبیل اصلاحات در سال‌های اخیر با تصویب سیاست‌های بالادستی و برنامه‌های کلان توسعه در راستای مشارکت و واگذاری خدمات به بخش‌های غیردولتی صورت گرفته است. از آنجا که رویکردهای به‌کار گرفته شده برای انجام اصلاحات در کشورهای مختلف همیشه موفقیت‌آمیز نبوده است و در اصلاحات نظام سلامت نمی‌توان از یک فرمول واحد جهانی و حتی منطقه‌ای تبعیت کرد بایستی به تاریخچه،

مطالعه حاضر مورد استفاده قرار گرفت. بخش کمی مطالعه نیز در دو مرحله صورت گرفت. در مرحله اول، بر اساس نتایج اعتبار سنجی پرسش‌نامه، روایی محتوایی کلی پرسش‌نامه طی مصاحبه با افراد متخصص و با استفاده از شاخص‌های CVR (نسبت اعتبار محتوایی (Content Value Ratio) و CVI (شاخص اعتبار محتوایی (Content Value Index) هر یک به مقدار ۹۰ درصد و پایایی پرسش‌نامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ (Cronbach's alpha) به مقدار ۰/۸۳ برآورد گردید. در مرحله دوم جامعه مورد مطالعه به صورت در دسترس انتخاب و اطلاعات جمع‌آوری گردید. جامعه مورد مطالعه شامل مدیران ارشد و میانی بود که تجربه مدیریتی در بخش‌های دولتی و خصوصی ارائه خدمات بهداشتی درمانی در شهر تهران را داشتند. مدیران ارشد و میانی شاغل در معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران و ایران جامعه مورد مطالعه را تشکیل دادند. معیار ورود به مطالعه برخورداری از دانش مدیریت و تجربه کافی در خصوص موضوع مطالعه و اعلام رضایت برای شرکت در مطالعه و معیار خروج از مطالعه عدم وجود دو شرط مذکور بود. شرکت‌کننده‌ها به صورت هدفدار و گلوله برفی انتخاب شدند. در ابتدای پرسش‌نامه اهداف مطالعه، رضایت آگاهانه و تمهیدات انجام‌شده جهت محرمانه ماندن اطلاعات در راستای رعایت اصول اخلاقی مطالعه بیان شد. تعداد ۱۰۵ پرسش‌نامه (پس از رسیدن به اشباع داده‌ها) توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. در نهایت اطلاعات ۱۰۰ پرسش‌نامه تکمیل‌شده در آنالیز داده‌ها وارد شد. تکمیل پرسش‌نامه از طریق رسمی و حضوری صورت گرفت. میانگین و انحراف معیار نمره برای هر یک از بخش‌های مزایا، معایب و موانع مشارکت دولتی - خصوصی به تفکیک سؤالات پرسش‌نامه برآورد گردید. اطلاعات جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار Stata ویرایش ۱۴ و در سطح اطمینان ۰/۹۵ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

بخش ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش نشان می‌دهد که میانگین سابقه کار آن‌ها ۲۱ سال و ۹۰ درصد شرکت‌کنندگان دارای مدرک تحصیلی دکتری بودند. کلیه شرکت‌کنندگان در مطالعه در یکی از پست‌های مدیریتی و اجرایی شاغل بودند. براساس معیار ورود به مطالعه کل افراد شرکت‌کننده از دانش مدیریت و تجربه کافی در خصوص مشارکت دولتی - خصوصی برخوردار بودند.

دولتی - خصوصی در پیش گرفته‌اند که به نظر می‌رسد هنوز از این ظرفیت‌ها استفاده مطلوبی به عمل نیامده است. این مطالعه با هدف بررسی مزایا، معایب و موانع مشارکت دولتی - خصوصی از دیدگاه مدیران حوزه سلامت شهر تهران در ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سال ۱۳۹۹ صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه ترکیبی (کمی - کیفی) است. قسمتی از فرآیند طراحی پرسش‌نامه در بخش کیفی مطالعه انجام گرفت. به منظور طراحی پرسش‌نامه، ابتدا مشکلات و چالش‌های مشارکت دولتی - خصوصی موجود در سطوح مدیریتی طی بررسی و مرور متون پیشین استخراج گردید. جستجوی منابع در پایگاه‌های ایران مدکس، ایران داک، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، اسکوپوس، گوگل اسکالر بر مبنای کلیدواژه‌های مشارکت دولتی - خصوصی، مراقبت‌های اولیه بهداشتی و موانع مشارکت انجام گرفت. به منظور تهیه سؤالات پرسش‌نامه مشارکت دولتی - خصوصی در ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه از دیدگاه و نظرات صاحب‌نظرانی که در حوزه‌های مراقبت‌های اولیه بهداشتی، مشارکت عمومی - خصوصی، مدیریتی و اجرایی تجربه داشتند با در نظر گرفتن پیش‌فرض‌های محقق استفاده شد. برای این منظور مصاحبه‌ای نیمه ساختارمند و به صورت چهره به چهره فردی با ۳ نفر از متخصصین مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، ۲ نفر از متخصصین اقتصاد سلامت، ۴ نفر از متخصصین مراقبت‌های اولیه بهداشتی و ۶ نفر از مدیران شاغل در حوزه خدمات بهداشتی اولیه صورت گرفت. مصاحبه به صورت رسمی و حضوری و بیان اهداف مطالعه انجام گرفت. زمان و مکان انجام مصاحبه‌ها نیز با هماهنگی‌های قبلی با آنان تعیین گردید. پس از انجام مصاحبه‌ها و جمع‌آوری اطلاعات، چندین جلسه گروهی متمرکز با حضور اعضای تیم پژوهش به منظور جمع‌بندی و تحلیل نتایج برگزار شد. در نهایت تم‌های اصلی پرسش‌نامه در ۳ بخش مزایا (۸ سؤال)، معایب (۹ سؤال) و موانع (۱۸ سؤال) تدوین و نمره‌دهی پرسش‌نامه در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (بیش‌ترین نمره ۵ و کم‌ترین نمره یک) با عناوین نمره شامل کاملاً موافق، موافق، بی‌نظر، مخالف و کاملاً مخالف تعیین شد. اعتبار محتوایی و صوری پرسش‌نامه طی مصاحبه با افراد مذکور نیز مورد بررسی قرار گرفت. نتایج اعتبارسنجی نشان داد که پرسش‌نامه مذکور از اعتبار کافی برای استفاده در مطالعات مرتبط با موضوع مورد بررسی برخوردار است، لذا به منظور جمع‌آوری اطلاعات در

"افزایش کیفیت خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی در بخش خصوصی به واسطه رقابت عادلانه" با میانگین ۳/۸۷ و انحراف معیار ۰/۵۷ اختصاص دارد. "پایین بودن قیمت تمام‌شده خدمات در بخش خصوصی" کم‌ترین امتیاز را در این بخش به خود اختصاص داده است. سایر موارد ذکر شده در جدول بر اساس اولویت و میزان اهمیت رتبه‌بندی شده‌اند.

نتایج این بخش از مطالعه براساس جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که در بخش مزایای مشارکت دولتی- خصوصی در ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی بالاترین امتیاز از نظر مدیران حوزه سلامت به ترتیب شامل سه مورد "تأمین مالی پروژه‌های مشارکتی دولتی در بخش مراقبت‌های اولیه سلامت" با میانگین ۴/۰۲ و انحراف معیار ۱/۰۰، "بالا بودن کارایی فنی و مدیریتی در بخش خصوصی" با میانگین ۳/۸۹ و انحراف معیار ۰/۶۰ و

جدول ۱. میانگین نمره مزایای مشارکت دولتی- خصوصی از دیدگاه مدیران حوزه سلامت N=۱۰۰

اولویت	مزایای مشارکت دولتی- خصوصی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه	میانگین (انحراف معیار)		فاصله اطمینان ۹۵ درصد
		Mean	SD	
۱	تأمین مالی پروژه‌های مشارکتی در بخش مراقبت‌های اولیه بهداشتی	۴/۰۲	۱/۰۰	۵
۲	بالا بودن کارایی فنی و مدیریتی در بخش خصوصی	۳/۸۹	۰/۶۰	۵
۳	افزایش کیفیت خدمات سلامت در بخش خصوصی به واسطه رقابت عادلانه	۳/۸۷	۰/۵۷	۵
۴	افزایش رضایت گیرندگان خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی	۳/۸۵	۰/۵۷	۵
۵	جدا بودن عرضه‌کننده خدمت و خریدار خدمت	۳/۸۴	۰/۴۴	۵
۶	توجه بیشتر بخش خصوصی به ذینفعان (گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی)	۳/۷۷	۰/۶۴	۵
۷	تمرکز وزارت بهداشت بر سیاست‌گذاری و نظارت و کاهش تصدی‌گری (اصل ۴۴ قانون اساسی)	۳/۷۱	۰/۶۴	۵
۸	پایین بودن قیمت تمام‌شده خدمات در بخش خصوصی	۳/۶۸	۰/۶۳	۵

۳/۹۵ و انحراف معیار ۰/۷۹ مهم‌ترین معایب مشارکت دولتی- خصوصی از نظر مدیران حوزه سلامت در ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی محسوب می‌شوند. "عدم حفاظت مالی از گیرندگان خدمات در بخش خصوصی" دارای حداقل امتیاز از دیدگاه مدیران در این بخش است سایر موارد ذکر شده در جدول بر اساس اولویت و میزان اهمیت رتبه‌بندی شده‌اند.

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که در بخش دوم پژوهش سه مورد به ترتیب شامل "عدم پوشش کامل خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی و خروج از عدالت اجتماعی" با میانگین نمره ۳/۹۹ و انحراف معیار ۰/۹۲، "کاهش امنیت شغلی منابع انسانی در بخش خصوصی" با میانگین نمره ۳/۹۷ و انحراف معیار ۰/۹ و "عدم نظارت کافی دولت بر عملکرد بخش خصوصی" با میانگین نمره

جدول ۲. میانگین نمره معایب مشارکت دولتی- خصوصی از دیدگاه مدیران حوزه سلامت N=۱۰۰

اولویت	معایب مشارکت دولتی- خصوصی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه	میانگین (انحراف معیار)		فاصله اطمینان ۹۵ درصد
		Mean	SD	
۱	عدم پوشش کامل خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی و خروج از عدالت اجتماعی	۳/۹۹	۰/۹۲	۵
۲	کاهش امنیت شغلی منابع انسانی در بخش خصوصی	۳/۹۷	۰/۹	۵
۳	عدم نظارت کافی دولت بر عملکرد بخش خصوصی	۳/۹۵	۰/۷۹	۵
۴	کاهش توان و قدرت حاکمیت و دولت در مشارکت با بخش خصوصی	۳/۸۴	۰/۸۱	۵
۵	غیرقابل معامله بودن مراقبت‌های اولیه بهداشتی	۳/۷۶	۰/۸۶	۵
۶	تحمیل هزینه به گیرندگان خدمات توسط بخش خصوصی به منظور تأمین منابع مالی	۳/۷۰	۰/۸۳	۵
۷	ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی وظیفه حاکمیت است و مشارکت با بخش خصوصی رویکردی اشتباه است	۳/۶۶	۰/۸۱	۵
۸	افزایش پرداخت از جیب گیرندگان خدمات	۳/۶۷	۰/۸۶	۵
۹	عدم حفاظت مالی از گیرندگان خدمات در بخش خصوصی	۳/۶۳	۰/۸۷	۵

ترتیب کم‌ترین اهمیت را در بخش موانع مشارکت دولتی - خصوصی در ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی دارند شامل "تمایل بالای حاکمیت برای مدیریت مراکز بهداشتی درمانی" با میانگین نمره ۲/۰۲ و انحراف معیار ۰/۷۳ "مدیریت‌های سیاسی، قومی و مذهبی در وزارت بهداشت" با میانگین نمره ۲/۱۰ و انحراف معیار ۰/۷۱ "عدم خرید آگاهانه و استراتژیک خدمات توسط بیمه‌ها" با میانگین نمره ۲/۱۷ و انحراف معیار ۰/۷۷ و "عدم اختیار کامل حق تصمیم‌گیری مدیران در مسائل سازمانی" با میانگین نمره ۲/۱۸ و انحراف معیار ۰/۸۲ هستند. سایر موارد ذکر شده در جدول بر اساس اولویت و میزان اهمیت رتبه‌بندی شده‌اند.

یافته‌های این بخش از مطالعه بر اساس جدول ۳ نشان می‌دهد که به ترتیب سه مورد شامل "نواقص قانونی، نظارتی، قوانین دست‌وپا گیر در مشارکت با بخش خصوصی" با میانگین نمره ۴/۰۶ و انحراف معیار ۰/۶۰ "عدم ریسک‌پذیری مدیران حوزه سلامت در مشارکت با بخش خصوصی" با میانگین نمره ۴/۰۵ و انحراف معیار ۰/۶۱ و "عدم تخصص کافی مدیران دولتی در خصوص دانش مشارکت با بخش خصوص" با میانگین نمره ۴/۰۴ و انحراف معیار ۰/۵۳ مهم‌ترین موانع مشارکت دولتی - خصوصی در ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی از نظر مدیران حوزه سلامت محسوب می‌شوند. همچنین از دیدگاه شرکت‌کنندگان در پژوهش چهار شاخص که به

جدول ۳. میانگین نمره موانع مشارکت دولتی - خصوصی از دیدگاه مدیران حوزه سلامت N=۱۰۰

اولویت	موانع مشارکت دولتی - خصوصی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه	میانگین (انحراف معیار)		فاصله اطمینان ۹۵ درصد
		Mean	SD	
۱	نواقص قانونی، نظارتی، قوانین دست‌وپا گیر و گاهی متضاد در مشارکت با بخش خصوصی	۴/۰۶	۰/۶۰	۳
۲	عدم وجود ریسک‌پذیری در مدیران ارشد در مشارکت با بخش خصوصی	۴/۰۵	۰/۶۱	۲
۳	عدم تخصص مدیران دولتی در دانش مشارکت با بخش خصوصی	۴/۰۴	۰/۵۳	۳
۴	رقابتی نبودن بازار سلامت در کلیه بخش‌ها و داشتن دید رقابتی بین بخش دولتی و خصوصی	۳/۹۱	۰/۵۵	۳
۵	نبود نظارت دقیق و هدفمند در وزارت بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی	۳/۸۹	۰/۵۲	۳
۶	عدم عزم و اراده سیاسی و آشنایی کامل مدیران ارشد با ادبیات موضوع مشارکت	۳/۶۳	۰/۵۶	۲
۷	تضاد منافع مدیران دولتی در مشارکت	۲/۵۵	۰/۷۱	۱
۸	عدم شفافیت در نظام‌های مالی و گردش مالی بخش دولتی و خصوصی	۲/۵۳	۰/۶۸	۱
۹	رقابت ناسالم و نابرابر بین بخش‌های دولتی و خصوصی	۲/۴۹	۰/۶۸	۱
۱۰	ضعف نظام اطلاعاتی در بخش دولتی و خصوصی جهت مشارکت	۲/۴۵	۰/۶۰	۳
۱۱	عدم برگزاری مناقصات شفاف و نبود متولی و مرجعی جهت تأیید شرکت‌کنندگان در مناقصات	۲/۴۳	۰/۷۰	۱
۱۲	عدم مقبولیت بخش خصوصی در ایران	۲/۴۱	۰/۶۱	۲
۱۳	عدم رشد مناسب اقتصادی و عدم اجرای تعهدات توسط بخش دولتی	۲/۳۸	۰/۶۶	۳
۱۴	عدم جذابیت بخش سلامت برای بخش خصوصی بدلیل سود اندک و ریسک زیاد سرمایه‌گذاری	۲/۲۶	۰/۶۷	۳
۱۵	عدم اختیار کامل حق تصمیم‌گیری در مسائل سازمانی	۲/۱۸	۰/۸۲	۱
۱۶	عدم خرید آگاهانه و استراتژیک خدمات توسط بیمه‌ها	۲/۱۷	۰/۷۷	۱
۱۷	مدیریت‌های سیاسی، قومی و مذهبی در وزارت بهداشت	۲/۱۰	۰/۷۱	۱
۱۸	تمایل بالای حاکمیت برای مدیریت مراکز بهداشتی درمانی	۲/۰۲	۰/۷۳	۱

بحث

محسوب می‌شود. رضا دهنویه و همکاران در پژوهشی با عنوان ارزیابی مدل مجتمع‌های سلامت تبریز انجام شده نتیجه می‌گیرند که مدل مجتمع‌های سلامت در افزایش دسترسی سازمانی، مالی و جغرافیایی مردم به خدمات سلامت عملکرد مناسبی داشته و به نظر می‌رسد در

براساس نتایج مطالعه حاضر تأمین منابع مالی پروژه‌های مشارکت در بخش مراقبت‌های بهداشتی اولیه یکی از مهم‌ترین مزایای مشارکت بخش دولتی - خصوصی

تناقض دارد. نتایج پژوهش مذکور نشان داده است که مشارکت با بخش خصوصی به دلیل کارایی بالای بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی باعث کاهش هزینه‌های خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی و افزایش رضایت گیرندگان خدمات می‌شود. کریمی و همکارانش نتیجه گرفته‌اند که واگذاری خدمات سلامت سبب کاهش امنیت شغلی و عدم رضایت در کارکنان سلامت می‌شود که با نتایج مطالعه حاضر همسو است.^{۲۶}

نتایج مطالعه حاضر در بحث موانع مشارکت بخش دولتی- خصوصی نشان می‌دهد که از نظر مدیران سلامت سه عامل اصلی نواقص قانونی، نظارتی، قوانین دست‌وپا گیر و گاهی متضاد در مشارکت با بخش خصوصی، عدم وجود ریسک‌پذیری در مدیران حوزه سلامت در مشارکت با بخش خصوصی و عدم تخصص کافی مدیران دولتی در دانش مشارکت با بخش خصوصی مهم‌ترین موانع مشارکت دولتی- خصوصی در ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی به‌شمار می‌روند. نتایج این بخش از پژوهش با مطالعه هسیائو (Hsiao) و همکاران و نیز مطالعه هویت و بوردمن (Hewit and Boardman) که به‌طور مشابه به موانع عدم تمایل مدیران ارشد به مشارکت با بخش خصوصی و نقص قوانین و مقررات در زمینه واگذاری اشاره کرده‌اند مشابه است.^{۲۷،۲۸}

اگرچه مزایای متعددی برای مشارکت با بخش خصوصی وجود دارد اما موانع زیادی هم برای مشارکت با بخش خصوصی در بخش بهداشت و درمان به چشم می‌خورد. به عبارتی تا زمانی که زیرساخت‌های اساسی مشارکت از جمله شناسایی مهم‌ترین مزایا، معایب و موانع مشارکت بخش دولتی- خصوصی، آموزش مدیران حوزه سلامت و ایجاد انگیزه در آن‌ها در خصوص توجه به مزایا، معایب و موانع مشارکت بخش دولتی- خصوصی و تعیین هدف مناسب مشارکت، تدوین الگوی مناسب و اصلاح قوانین مشارکت و... صورت نگیرد، هدف اصلی مشارکت در بخش بهداشت و درمان که کاهش هزینه، افزایش کیفیت خدمات و دسترسی مناسب، ترکیب بهینه‌ی منابع، کارایی و اثربخشی و... است محقق نمی‌گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که تأمین مالی پروژه‌های مشارکتی در بخش مراقبت‌های اولیه بهداشتی توسط بخش خصوصی و همچنین کارایی مثبت بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی به عنوان مهم‌ترین مزایای مشارکت می‌توانند فرصت مناسبی برای توسعه خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی فراهم نمایند. به نظر

صورت پایداری مناسب‌تر منابع این طرح و همراهی بیمه‌های پایه دستاوردهای این طرح بیشتر خواهد گردید که به امر تأمین منابع مالی پایدار تأکید دارد.^{۲۱} بالا بودن کارایی فنی و مدیریتی بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی و افزایش کیفیت خدمات سلامت در بخش خصوصی به‌واسطه رقابت عادلانه از دیگر عوامل مهم از نظر مزایای مشارکت بخش دولتی- خصوصی محسوب هستند. در صورتی که مدیران حوزه سلامت مزایای تعیین شده در مشارکت بخش دولتی- خصوصی را به عنوان نقاط قوت مد نظر قرار دهند می‌توانند کارایی فنی و کیفیت ارائه خدمات را در حوزه سلامت ارتقاء دهند. پوردولتی و همکاران در پژوهشی به الگوی مشارکت بخش خصوصی و دولتی در درمان سل می‌پردازند، در این مطالعه به افزایش کشف تعداد مبتلایان به بیماری سل، افزایش کیفیت ارائه خدمات و اثربخشی خدمات توسط بخش خصوصی اشاره می‌کند و نتیجه می‌گیرند که بخش خصوصی در شناسایی و کشف موارد ابتلا خوب عمل کرده است.^{۲۲} نتایج مطالعه انجام شده در تایوان که اهداف مشارکت در بیمارستان‌های تایوان را، تأمین مالی پروژه‌های سلامت، رضایت ذینفعان، کاهش هزینه، افزایش کیفیت خدمات، مشارکت در ریسک و افزایش سود بیان نموده است که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد.^{۲۳} همچنین نتایج این پژوهش با مطالعه مایسون (Mayson) و همکاران که به تأثیر واگذاری خدمات در افزایش کیفیت مراقبت‌های پزشکی، کاهش زمان انتظار و بهبود دسترسی و ارتقای سلامت و رضایت بیماران اشاره دارد مطابقت دارد.^{۲۴} مطالعه فردوسی و همکاران نشان داده است که واگذاری واحد مدارک پزشکی به بخش خصوصی می‌تواند باعث ارتقای کارایی و کاهش هزینه‌های واحد و همچنین افزایش رضایت مشتریان و بهبود کیفیت خدمات شود که با نتایج پژوهش حاضر مشابه است.^{۲۵}

براساس نتایج مطالعه حاضر عدم پوشش کامل خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی و خروج از عدالت اجتماعی، کاهش امنیت شغلی منابع انسانی در بخش خصوصی و عدم نظارت کافی دولت بر عملکرد بخش خصوصی مهم‌ترین معایب مشارکت دولتی- خصوصی در ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی محسوب می‌شوند. نتایج مطالعه کریمی و همکاران با عنوان بررسی روش‌های تأمین مالی سیستم پرداخت در بخش سلامت نشان داده است که واگذاری خدمات پشتیبانی و بالینی به بخش خصوصی باعث افزایش هزینه‌های خدمات سلامت و تحمیل هزینه به بیماران می‌شود. نتایج پژوهش کریمی و همکاران در بحث منابع مالی با نتایج مطالعه حاضر

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری با کد ۱۴۱۲۱۲۱۳۹۷۲۰۰۴ و شناسه اخلاق IR.SBMU.RETECH.REC.1399.832 می‌باشد و ملاحظات اخلاقی، انسانی و اصول اخلاقی بر اساس بیانیه هلسینکی رعایت گردیده است.

تضاد منافع

نویسندگان تصریح می‌کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچگونه تضاد منافی با سازمان‌ها و اشخاص دیگری ندارد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه برگرفته از یک رساله دوره دکترای تخصصی در گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشکده مدیریت دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب می‌باشد. از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش شامل مدیران ارشد و میانی شاغل در معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران و ایران به خاطر تکمیل پرسش‌نامه و همکاری برای طراحی پرسش‌نامه تشکر و قدردانی می‌گردد.

می‌رسد توجه مدیران به معایب مشارکت در ارائه خدمات از قبیل عدم پوشش کامل خدمات و خروج از عدالت اجتماعی، کاهش امنیت شغلی منابع انسانی در بخش خصوصی و ... می‌تواند مسیر توسعه مشارکت بخش دولتی و خصوصی را روشن‌تر و هموارتر نماید که در مطالعات قبلی کمتر به آن‌ها اشاره شده است. شناخت موانع مشارکت بخش دولتی - خصوصی مانند موانع قانونی، نظارتی، عدم تخصص مدیران دولتی در دانش مشارکت، عدم ریسک‌پذیری مدیران در بخش دولتی، رقابتی نبودن بازار سلامت در کشور و... می‌تواند راهکارهای رفع موانع را نمایان‌تر ساخته و با از بین بردن این موانع، مسیر مشارکت دولتی - خصوصی در ارائه خدمات بهداشتی اولیه هموار نموده و توسعه دهد.

پیامدهای علمی پژوهش

دولت می‌تواند با رفع موانع قانونی و حقوقی، تمرکز بر مزایای مشارکت دولتی - خصوصی و ایجاد رقابت سالم، زمینه حضور بخش خصوصی را در ارائه خدمات بهداشتی درمانی مهیا سازد. مشارکت و واگذاری خدمات به بخش خصوصی و کاهش تصدی‌گری می‌تواند فرصت مناسبی برای توسعه کمی و کیفی خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی ایجاد نماید.

References

1. Jamali D. Success and failure mechanisms of public private partnerships (PPPs) in developing countries: Insights from the Lebanese context. *Int. J. Public Sect. Manag.* 2004; 17(5): 414-430. doi: 10.1108/09513550410546598
2. Doshmangir L, Doshmangir P, Abolhassani N, Moshiri E, Jafari M. Effects of targeted subsidies policy on health behavior in Iranian Households: a qualitative study. *Iran J Public Health.* 2015; 44(4): 570-579.
3. Shadpour K. Health sector reform in Islamic Republic of Iran. *Journal of Qazvin Univ.* 2006; 10(3): 7-20. (Persian)
4. Fazaeli AA, Seyedin H, Vosoogh Moghaddam A, Delavari A, Salimzadeh H, Varmazyar H, et al. Fairness of Financial Contribution in Iranian Health System: Trend Analysis of National Household Income and Expenditure 2003-2010. *Glob J Health Sci.* 2015; 7(5): 260-265. doi: 10.5539/gjhs.v7n5p260.
5. Takian AH, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and coincidence in re-engineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran. *Health Policy Plan.* 2011; 26(2): 163-173. doi: 10.1093/heapol/czq036.
6. Honarvar B, Lankarani KB, Rostami S, Honarvar F, Akbarzadeh A, Odoomi N, et al. Knowledge and practice of people toward their rights in urban family physician program: A population-based study in Shiraz, Southern Iran. *Int J Prev Med.* 2015; 6(1): 46. doi: 10.4103/2008-7802.158172.
7. Bakhtiari A, Takian A, Sayari AA, Bairami F, Tabrizi JS, Mohammadi A, et al. Design and deployment of health complexes in line with universal health coverage by focusing on the marginalized population in Tabriz, Iran. *TEB VA TAZKIEH.* 2017; 25(4): 213-232. (Persian)
8. Villa S, Kane N. Assessing the impact of privatizing public hospitals in three American states: implications for universal health coverage. *Value in Health.* 2013; 16(1): 24-33. doi: 10.1016/j.jval.2012.10.003.
9. Hoang MV, Nguyen TBV, Kim BG, Dao LH, Nguyen TH, Wright P. Cost of providing the expanded programme on immunization: findings from a facility-based study in Viet Nam, 2005. *Bull World Health Organ.* 2008; 86(6): 429-434. doi: 10.2471/BLT.07.045161.
10. Verhoest K, Petersen O, Scherrer W, Soeipto RM. How do governments support the development of public private partnerships? Measuring and comparing PPP governmental support in 20 European countries. *Transp Rev.* 2015; 35(2): 118-139. doi: 10.1080/01441647.2014.993746.

11. Wallsten S. Does sequencing matter? Regulation and privatization in telecommunications reforms. *The World Bank*. 2002.
12. Farahbakhsh M, Sadeghi-Bazargani H, Nikniaz A, Tabrizi JS, Zakeri A, Azami S. Iran's experience of health cooperatives as a public-private partnership model in primary health care: a comparative study in East Azerbaijan. *HPP*. 2012; 2(2): 287-298. doi: 10.5681/hpp.2012.034.
13. Gupta N, Agarwal S, Agarwal JL. Public-private partnership: A revolution in antenatal health management. *Indian J Public Health Res Dev*. 2011; 2(1): 143-150.
14. Campos KDP, Norman CD, Jadad AR. Product development public-private partnerships for public health: a systematic review using qualitative data. *Social Science & Medicine*. 2011; 73(7): 986-994. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.06.059.
15. Jeong HS. Health care reform and change in public-private mix of financing: a Korean case. *Health Policy*. 2005; 74(2): 133-145. doi: 10.1016/j.healthpol.2004.12.017
16. Torani S, Maleki MR, GHodosi Moghadam S, Gohari MR. Comparison of the effectiveness and effectciency of hospital pharmacies Firoozgar before and after the outsourcing, Tehran, Iran. *jha*. 2010; 12(38): 59-70 .(Persian)
17. Rules on Public works contracts, public supply contracts and public service contracts [Online]: European Union Commission; [updated 30.09.2015; cited 2004 Mar 14.
18. Garg CC, Karan AK. Reducing out-of-pocket expenditures to reduce poverty: a disaggregated analysis at rural-urban and state level in India. *Health Policy Plan*. 2009; 24(2): 116-128. doi: 10.1093/heapol/czn046.
19. Ahmadabadi AA, Heravi G. The effect of critical success factors on project success in Public-Private Partnership projects: A case study of highway projects in Iran. *Transport Policy*. 2019; 73: 152-161. doi: 10.1016/j.tranpol.2018.07.004.
20. Co-operation OfE, Development. Dedicated Public Private Partnership Units: A Survey of Institutional and Governance Structure. OECD Publishing Paris. 2010.
21. Dehnavieh R, Noorihekmat S, Masoud A, Moghbeli MA, Rahimi H, Poursheikhali A, et al. Evaluation the Tabriz Health Complex Model, Lessons to Learn. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2018; 13(Special Issue): 59-70. (Persian)
22. Pourdoulati S, Ashjaei K, Khaiatzadeh S, Farahbakhsh M, Sayffarshd M, Kousha A. Development of public private mix (ppm) TB DOTS in Tabriz, Iran. *health information management*. 2011; 8 (2) (18). (Persian)
23. Hsiao CT, Pai JY, Chiu H. The study on the outsourcing of Taiwan's hospitals: a questionnaire survey research. *BMC Health Serv Res* .2009; 9: 78. doi: 10.1186/1472-6963-9-78.
24. Mayson B, Fleshner N, So A. Physician opinion of the privatization of health care services in Canada: a survey of Canadian urologists by the Canadian Urological Association Socioeconomic Committee. *Can Urol Assoc J*. 2009; 3(3): 193-197. doi: 10.5489/cuaj.1070.
25. Ferdosi M, Farahabadi ME, Rejalian F, Haghighat M. Outsourcing of Medical Records Services Unit: Ayatollah Kashani Hospital Case Assessment. *Health Information Management*. 2011; 7(Special Issue): 658-668. (Persian)
26. Karimi I, Nasiripour AA, Maleki MR, Mokhtare H. Assessing financing methods and payment system for health service providers in selected countries: designing a model for Iran. *jha*. 2006; 8(22): 15-24. (Persian)
27. Boardman AE, Hewitt ES. Problems with contracting out government services: lessons from orderly services at SCGH. *ICC*. 2004; 13(6): 917-929. doi: 10.1093/icc/dth034.