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 Farahani 1, Soad Mahfoozpour2, Somayeh Hesam1, Shaghayegh Vahdat1, Mehdi Jafari1

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

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(SD 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.

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,
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 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.

**Acknowledgement**

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 حویز سلامت در خصوص مهم‌ترین مزایا، معایب و موانع مشارکت دولتی- خصوصی در ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه

چکیده
زمینه و اهداف
مشارکت دولتی- خصوصی می‌تواند منجر به افزایش کارایی، برآبی، مسئولیت‌پذیری، کمیت و دقت خدمات در نظام سلامت شود. این مطالعه با هدف بررسی دیدگاه مدیران سلامت در ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه بهداشتی اولیه و موانع مردمی و رویکردها مطالعه حاضر یک مطالعه کمی و کیفی است که در سال اولیه بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران انجام گردید.

نتیجه‌گیری
تأمن مالی پروزه‌های مشارکت‌های مسئولیت‌پذیر اولیه بهداشتی دولتی متمرکز می‌شود و عدم پوشش کامل خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی و خروج از عادت اجتماعی با میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگین نمره 3/99 و اخراج میانگی...
۳۰۵ | مجله توصیه سلامت، دوره ۱۲، شماره ۳

مدرک فرهنگی و مکانیک

ظرفیت‌ها، ارزش‌ها و فرهنگ ملی توجه کرده و با کسب اطلاعات کافی و ارزان مناسب نسبت به طرح اصلاحات اقدام نمود. در سیستم سلامت، اصلاح "مشارکت" با کاهش انتشار خدمات، کاهش باندهای سلامت و سهم زندگی‌های سلامت از توسعه ناخالص (Gross Domestic Product) (GDP) در حالت خود (داخلی) افزایش است و در این میان تأمین مالی توسط بخش دولتی پاسخ‌گویی محرج در حالت رشد سیستم سلامت نیست. دولتهای در جهت پاسخ به این مشکلات، به استفاده از افرادی با بخش خدمات روی آوردهاند. در واقع مشارکت با یکی از مهم‌ترین اکران اصلاحات نظام سلامت در کشورها می‌باشد. تدریجی و مشارکت با یکی خصوصی به‌عنوان یکی از راه‌های ممکن بهبود در راستای امکان نظام سلامت و از اصلاحات جستارده جهت ارتقای بخشی. کیفیت و توجه انتقادات شانس‌های و اکثریت افراد جهت خدمات پیشگیران و بهداشتی در ایران علیه شانس‌های در ماهنامه مصرف‌های مادر و کودک میان کشورهای آمریکای لاتین، آسیا، اروپا و آفریقا نهایت در سال پیش به نحوی در حال انجام است. روزنامه‌ای بررسی‌های عمل آمد تعدادحدودی از تحقیقات مورد است. در حال حاضر در حال حاضر، حاصل شاخصهای سلامت در سراسر دنیا به‌طور یکی از شاخصهای اولین موفقیت‌های نظام سلامت است که برای انتقال به نحوی در حال انجام است. روزنامه‌ای بررسی‌های عمل آمد تعدادحدودی از تحقیقات مورد است. در حال حاضر در حال حاضر، حاصل شاخصهای سلامت در سراسر دنیا به‌طور یکی از شاخصهای اولین موفقیت‌های نظام سلامت است که برای انتقال به نحوی در حال انجام است. روزنامه‌ای بررسی‌های عمل آمد تعدادحدودی از تحقیقات مورد است. در حال حاضر در حال حاضر، حاصل شاخصهای سلامت در سراسر دنیا به‌طور یکی از شاخصهای اولین موفقیت‌های نظام سلامت است که برای انتقال به نحوی در حال انجام است. روزنامه‌ای بررسی‌های عمل آمد تعدادحدودی از تحقیقات مورد است. در حال حاضر در حال حاضر، حاصل شاخصهای سلامت در سراسر دنیا به‌طور یکی از شاخصهای اولین موفقیت‌های نظام سلامت است که برای انتقال به نحوی در حال انجام است. روزنامه‌ای بررسی‌های عمل آمد تعدادحدودی از تحقیقات مورد است. در حال حاضر در حال حاضر، حاصل شاخصهای سلامت در سراسر دنیا به‌طور یکی از شاخصهای اولین موفقیت‌های نظام سلامت است که برای انتقال به نحوی در حال انجام است. روزنامه‌ای بررسی‌های عمل آمد تعدادحدودی از تحقیقات مورد است. در حال حاضر در حال حاضر، حاصل شاخصهای سلامت در سراسر دنیا به‌طور یکی از شاخصهای اولین موفقیت‌های نظام سلامت است که برای انتقال به نحوی در حال انجام است. روزنامه‌ای بررسی‌های عمل آمد تعدادحدودی از تحقیقات مورد است. در حال حاضر در حال حاضر، حاصل شاخصهای سلامت در سراسر دنیا به‌طور یکی از شاخصهای اولین موفقیت‌های نظام سلامت است که برای انتقال به نحوی در حال انجام است. روزنامه‌ای بررسی‌های عمل آمد تعدادحدودی از تحقیقات مورد است. در حال حاضر در حال حاضر، حاصل شاخصهای سلامت در سراسر دنیا به‌طور یکی از شاخصهای اولین موفقیت‌های نظام سلامت است که برای انتقال به نحوی در حال انجام است. روزنامه‌ای بررسی‌های عمل آمد تعدادحدودی از تحقیقات مورد است. در حال حاضر در حال حاضر، حاصل شاخصهای سلامت در سراسر دنیا به‌طور یکی از شاخصهای اولین موفقیت‌های نظام سلامت است که برای انتقال به نحوی در حال انجام است. روزنامه‌ای بررسی‌های عمل آمد تعدادحدودی از تحقیقات مورد است. در حال حاضر در حال حاضر، حاصل شاخصهای سلامت در سراسر دنیا به‌طور یکی از شاخصهای اولین موفقیت‌های نظام سلامت است که برای انتقال به نحوی در حال انجام است. روزنامه‌ای بررسی‌های عمل آمد تعدادحدودی از تحقیقات مورد است. در حال حاضر در حال حاضر، حاصل شاخصهای سلامت در سراسر دنیا به‌طور یکی از شاخصهای اولین موفقیت‌های نظام سلامت است که برای انتقال به نحوی در حال انجام است. روزنامه‌ای بررسی‌های عمل آمد تعدادحدودی از تحقیقات مورد است. در حال حاضر در حال حاضر، حاصل شاخصهای سلامت در سراسر دنیا به‌طور یکی از شاخصهای اولین موفقیت‌های نظام سلامت است که برای انتقال به نحوی در حال انجام است. روزنامه‌ای بررسی‌های عمل آمد تعدادحدودی از تحقیقات مورد است. در حال حاضر در حال حاضر، حاصل شاخصهای سلامت در سراسر دنیا به‌طور یکی از شاخصهای اولین موفقیت‌های نظام سلامت است که برای انتقال به نحوی در حال انجام است. روزنامه‌ای بررسی‌های عمل آم
پژوهش حاضر یک مطالعه تربیتیکی (کمی-کیفی) است. قائمیت از قبیل طراحی پرسشنامه در بخش کیفی مطالعه انجام گرفت. به منظور طراحی پرسشنامه، ابتدا مشکلات و جایگاه‌های شمارک دوی- خصوصی مورد
سبط انجام شد. همچنین در مورد انتخاب شرکت‌های
معمای زیستی و موانع بهداشتی دانش‌های علوم
پزشکی و بهداشتی، شهر و ایران جامعه مورد مطالعه
را تشکیل دادند. معیار ورود به مطالعه برخوردی
از دانش مدیریت و تجربه کافی در خصوص موضوع مطالعه
و علاقه و تجربه در طراحی پرسشنامه در شرکت
مطالعه عدم وجود دو نظر مدور بود. شرکت
به‌صورت هفته‌ها و گروه پرسشنامه در جلسات
بیش از این، مدیریت و اجرایی تجربه داشتند. این
نظرات نشان داد که در مراحل اولیه بررسی‌های مبتنی
از این شرکت‌ها، میزان سابقه علمی و جامعه
صبحانه‌ها و میزان سابقه علمی و جامعه
بررسی‌های مبتنی از این شرکت‌ها، میزان سابقه علمی
و جامعه بیش از پرسشنامه بالا است. نظرات
بهداشتی در جهت اثبات آنها بررسی شد.

با توجه به گزارش‌های گزارش‌های
بهداشتی، شرکت‌های میزان سابقه علمی و جامعه
بیش از پرسشنامه بالا است. نظرات
بهداشتی در جهت اثبات آنها بررسی شد.

با توجه به گزارش‌های گزارش‌های
بهداشتی، شرکت‌های میزان سابقه علمی و جامعه
بیش از پرسشنامه بالا است. نظرات
بهداشتی در جهت اثبات آنها بررسی شد.

با توجه به گزارش‌های گزارش‌های
بهداشتی، شرکت‌های میزان سابقه علمی و جامعه
بیش از پرسشنامه بالا است. نظرات
بهداشتی در جهت اثبات آنها بررسی شد.

با توجه به گزارش‌های گزارش‌های
بهداشتی، شرکت‌های میزان سابقه علمی و جامعه
بیش از پرسشنامه بالا است. نظرات
بهداشتی در جهت اثبات آنها بررسی شد.

با توجه به گزارش‌های گزارش‌های
بهداشتی، شرکت‌های میزان سابقه علمی و جامعه
بیش از پرسشنامه بالا است. نظرات
بهداشتی در جهت اثبات آنها بررسی شد.

با توجه به گزارش‌های گزارش‌های
بهداشتی، شرکت‌های میزان سابقه علمی و جامعه
بیش از پرسشنامه بالا است. نظرات
بهداشتی در جهت اثبات آنها بررسی شد.

با توجه به گزارش‌های گزارش‌های
بهداشتی، شرکت‌های میزان سابقه علمی و جامعه
بیش از پرسشنامه بالا است. نظرات
بهداشتی در جهت اثبات آنها بررسی شد.

با توجه به گزارش‌های گزارش‌های
بهداشتی، شرکت‌های میزان سابقه علمی و جامعه
بیش از پرسشنامه بالا است. نظرات
بهداشتی در جهت اثبات آنها بررسی شد.

با توجه به گزارش‌های گزارش‌های
بهداشتی، شرکت‌های میزان سابقه علمی و جامعه
بیش از پرسشنامه بالا است. نظرات
بهداشتی در جهت اثبات آنها بررسی شد.

با توجه به گزارش‌های گزارش‌های
بهداشتی، شرکت‌های میزان سابقه علمی و جامعه
بیش از پرسشنامه بالا است. نظرات
بهداشتی در جهت اثبات آنها بررسی شد.

با توجه به گزارش‌های گزارش‌های
بهداشتی، شرکت‌های میزان سابقه علمی و جامعه
بیش از پرسشنامه بالا است. نظرات
بهداشتی در جهت اثبات آنها بررسی شد.

با توجه به گزارش‌های گزارش‌های
بهداشتی، شرکت‌های میزان سابقه علمی و جامعه
بیش از پرسشنامه بالا است. نظرات
بهداشتی در جهت اثبات آنها بررسی شد.

با توجه به گزارش‌های گزارش‌های
بهداشتی، شرکت‌های میزان سابقه علمی و جامعه
بیش از پرسشنامه بالا است. نظرات
بهداشتی در جهت اثبات آنها بررسی شد.

با توجه به گزارش‌های گزارش‌های
بهداشتی، شرکت‌های میزان سابقه علمی و جامعه
بیش از پرسشنامه بالا است. نظرات
بهداشتی در جهت اثبات آنها بررسی شد.

با توجه به گزارش‌های گزارش‌های
بهداشتی، شرکت‌های میزان سابقه علمی و جامعه
بیش از پرسشنامه بالا است. نظرات
بهداشتی در جهت اثبات آنها بررسی شد.

با توجه به گزارش‌های گزارش‌های
بهداشتی، شرکت‌های میزان سابقه علمی و جامعه
بیش از پرسشنامه بالا است. نظرات
بهداشتی در جهت اثبات آنها بررسی شد.

با توجه به گزارش‌های گزارش‌های
بهداشتی، شرکت‌های میزان سابقه علمی و جامعه
بیش از پرسشنامه بالا است. نظرات
بهداشتی در جهت اثبات آنها بررسی شد.

با توجه به گزارش‌های گزارش‌های
بهداشتی، شرکت‌های میزان سابقه علمی و جامعه
بیش از پرسشنامه بالا است. نظرات
بهداشتی در جهت اثبات آنها بررسی شد.

با توجه به گزارش‌های گزارش‌های
بهداشتی، شرکت‌های میزان سابقه علمی و جامعه
بیش از پرسشنامه بالا است. نظرات
بهداشتی در جهت اثبات آنها بررسی شد.

با توجه به گزارش‌های گزارش‌های
بهداشتی، شرکت‌های میزان سابقه علمی و جامعه
بیش از پرسشنامه بالا است. نظرات
بهداشتی در جهت اثبات آنها بررسی شد.

با توجه به گزارش‌های گزارش‌های
بهداشتی، شرکت‌های میزان سابقه علمی و جامعه
بیش از پرسشنامه بالا است. نظرات
بهداشتی در جهت اثبات آنها بررسی شد.

با توجه به گزارش‌های گزارش‌های
بهداشتی، شرکت‌های میزان سابقه علمی و جامعه
بیش از پرسشنامه بالا است. نظرات
بهداشتی در جهت اثبات آنها بررسی شد.

با توجه به گزارش‌های گزارش‌های
بهداشتی، شرکت‌های میزان سابقه علمی و جامعه
بیش از پرسشنامه بالا است. نظرات
بهداشتی در جهت اثبات آنها بررسی شد.

با توجه به گزارش‌های گزارش‌های
بهداشتی، شرکت‌های میزان سابقه علمی و جامعه
بیش از پرسشنامه بالا است. نظرات
بهداشتی در جهت اثبات آنها بررسی شد.
نتیجه این پژوهش که در بخش مراقبت‌های اولیه بهداشتی، در ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی بالاترین امتیاز را در بخش خصوصی داشته است. شاخص میزان رضایت گزارشگران مراقبت‌های اولیه بهداشتی، در بخش خصوصی از دیدگاه مدیران حوزه سلامت، تجربه برای ساکنان و راهنمایی و کاهش تصدیقی، با میانگین زیر 30، یا 30/33 در جدول نمره های اولیه بهداشتی وظیفه حاکمیت است و دولت باید کارای فنی مدیریت و مدیران حوزه سلامت را در جدول اولویت و اهمیت ترین بخش‌های سلامت، توجه دهد تا درزداری شده در جدول بر اساس اولویت و میزان امتیاز تامین شده شد.

در این جدول 100 میانگین نمره مشارکت دولتی- خصوصی از دیدگاه مدیران حوزه سلامت N=3

| میانگین (الحاق معیار) | اولویت | میانه | تعداد | SD | Mean |
|------------------------|--------|-------|--------|----|-------|
| 1                      | افزایش کيفيت خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی در بخش خصوصی به واسطه رقابت مشارکت | 6/99 | 3/33 | 1/99 |
| 2                      | عدم حفاظت مالی از گیرندگان خدمات در بخش خصوصی | 1/99 | 6/33 | 2/69 |
| 3                      | افزایش کيفيت خدمات سلامت در بخش خصوصی به واسطه رقابت مشارکت | 1/79 | 7/33 | 3/49 |
| 4                      | افزایش رضایت گزارشگران مراقبت‌های اولیه بهداشتی | 1/34 | 8/33 | 4/38 |
| 5                      | توجه بهداشت به خدمات خصوصی به دنبالگرگان (گیرندگان تأثیرگذار) | 1/31 | 8/33 | 5/44 |
| 6                      | تمرکز ویژه بهداشت به سیاست‌گذاری و نظارت و کاهش تصدیقی | 1/24 | 7/33 | 6/71 |
| 7                      | یا پایین بودن قیمت تمام خدمات | 1/31 | 7/33 | 7/38 |
| 8                      | افزایش کیفیت خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی در بخش خصوصی | 1/24 | 7/33 | 8/31 |

پایه‌های این جدول 2 نشان می‌دهد که در بخش خصوصی از دیدگاه مدیران حوزه سلامت، در ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی، باید مراقبت‌های اولیه بهداشتی در بخش خصوصی را به‌همراه افراد و سرپرستان خدمات در بخش خصوصی، داشته باشند. شاخص امتیاز این بخش از بخش خصوصی، در جدول نمره های اولیه بهداشتی 30/33 در جدول اولویت و اهمیت ترین بخش‌های سلامت، تشکیل می‌دهد تا در جدول اولویت و اهمیت ترین بخش‌های سلامت، توجه دهد تا درزداری شده در جدول بر اساس اولویت و میزان امتیاز تامین شده شد.

در این جدول 2 میانگین نمره مشارکت دولتی- خصوصی از دیدگاه مدیران حوزه سلامت N=3

| میانگین (الحاق معیار) | اولویت | میانه | تعداد | SD | Mean |
|------------------------|--------|-------|--------|----|-------|
| 1                      | عدم پذیرش سود به ترتیب شامل "خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی و حوزه سلامت از دیدگاه اجتماعی" | 1/99 | 9/33 | 2/99 |
| 2                      | عدم تأمین منابع مالی | 1/99 | 9/33 | 2/99 |
| 3                      | عدم پذیرش سود به ترتیب شامل "خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی و حوزه سلامت از دیدگاه اجتماعی" | 1/99 | 9/33 | 2/99 |
| 4                      | عدم پذیرش سود به ترتیب شامل "خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی و حوزه سلامت از دیدگاه اجتماعی" | 1/99 | 9/33 | 2/99 |
| 5                      | عدم پذیرش سود به ترتیب شامل "خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی و حوزه سلامت از دیدگاه اجتماعی" | 1/99 | 9/33 | 2/99 |
| 6                      | عدم پذیرش سود به ترتیب شامل "خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی و حوزه سلامت از دیدگاه اجتماعی" | 1/99 | 9/33 | 2/99 |
| 7                      | عدم پذیرش سود به ترتیب شامل "خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی و حوزه سلامت از دیدگاه اجتماعی" | 1/99 | 9/33 | 2/99 |
| 8                      | عدم پذیرش سود به ترتیب شامل "خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی و حوزه سلامت از دیدگاه اجتماعی" | 1/99 | 9/33 | 2/99 |

مجله تخصصی سلامت، دوره 12، شماره 3 | 207
بررسی دیدگاه مدیران حوزه سلامت در خصوص مهم‌ترین موانع مشارکت دولتی-خصوصی در ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه

یافته‌های این بخش از مطالعه بر اساس جدول 3 تنش می‌دهد که به ترتیب سه مورد شمل" نواصع قانونی، نظریه، قوانین دست‌ساخته و بخش خصوصی" با میانگین نمره 4/87 و انحراف معیار 0/76 و "عده بیشتر مدیران حوزه سلامت در مشارکت با میانگین نمره 0/50 و انحراف معیار 3/31 در خصوص "عدم حذف آگاهی و استاندارد خدمات توسط بیمه" و "عدم خبری اسلامی و اطلاعاتی در خدمات مراقبت" با میانگین نمره 0/42 و انحراف معیار 3/22 می‌باشد. این نمرات در جدول بر اساس اولویت و میزان اهمیت رتبه‌بندی شده‌اند.

جدول 3: موانع مشارکت دولتی-خصوصی از دیدگاه مدیران حوزه سلامت

| موانع مشارکت دولتی-خصوصی | نوارچی | قانونی | نظریه | قوانین دست‌ساخته | بخش خصوصی |
|------------------------------|--------|--------|--------|-----------------|-------------|
| نوارچی | 4/91 | 3/89 | 2/62 | 2/36 | 2/07 |
| قانونی | 4/71 | 4/67 | 4/53 | 3/88 | 2/73 |
| نظریه | 4/00 | 4/00 | 4/00 | 4/00 | 4/00 |
| قوانین دست‌ساخته | 3/22 | 3/19 | 3/19 | 3/19 | 3/19 |
| بخش خصوصی | 3/31 | 3/31 | 3/31 | 3/31 | 3/31 |

เนื่อง از تحقیق و هدف‌مندی وزارت بهداشت دانشگاه علم پزشکی

1. نمایندگان دولتی در مشارکت توان‌ها و ارادات سیاسی و آشیانه کامل مدیران ارشد با ادیبات موضوع مشارکت

2. موانع در مشارکت

3. عدم پذیرش اندیشه در موانع مشارکتی

4. عدم عزم و آرایه سیاسی و منابعی کامل مدیران ارشد با ادیبات موضوع مشارکت

5. عدم طراحی در موانع مشارکت

6. عدم بررسی انتقاد با عدم اجرای نتیجه‌گیری مشارکت

7. عدم بررسی انتقاد بر اساس موانع خصوصی

8. عدم طراحی در موانع مشارکت

9. عدم طراحی در موانع مشارکت

10. عدم طراحی در موانع مشارکت

11. عدم طراحی در موانع مشارکت

12. عدم طراحی در موانع مشارکت

13. عدم طراحی در موانع مشارکت

14. عدم طراحی در موانع مشارکت

15. عدم طراحی در موانع مشارکت

16. عدم طراحی در موانع مشارکت

17. عدم طراحی در موانع مشارکت

18. عدم طراحی در موانع مشارکت

بحث

بررسی نتایج مطالعه حاضر تأیید مقدار مالی برخورداری مشترک در بخش مراقبت‌های بهداشتی اولیه یکی از مهم‌ترین مشکلات مشترک بخش دولتی-خصوصی در سلامت عمومی است و به این صورت می‌تواند در توسعه سلامت عمومی مشارکت باشد.
نتایج گیری

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که تأمین مالی بروزه‌های مالی به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین موانع در افزایش کیفیت خدمات سلامت در بخش دولتی و افزایش کیفیت خدمات سلامت در بخش خصوصی به‌عنوان رقابت عادلانه از دیگر عوامل مهم از نظر مزایای مشارکت بخش دولتی- خصوصی محسوب می‌شود.

در این مطالعه بررسی می‌شود که کاهش امنیت شغلی منابع انسانی در بخش دولتی و حمایت که واگذار شد به خدمات بهداشت در کارکنان سلامت و... با توجه به نتایج تحقیق حاضر، کاهش امنیت شغلی منابع انسانی در بخش دولتی و حمایت که واگذار شد به خدمات بهداشت در کارکنان سلامت و... با توجه به نتایج تحقیق حاضر، کاهش امنیت شغلی منابع انسانی در بخش دولتی و حمایت که واگذار شد به خدمات بهداشت در کارکنان سلامت و... با توجه به نتایج تحقیق حاضر، کاهش امنیت شغلی منابع انسانی در بخش دولتی و حمایت که واگذار شد به خدمات بهداشت در کارکنان سلامت و... با توجه به نتایج تحقیق حاضر، کاهش امنیت شغلی منابع انسانی در بخش دولتی و حمایت که واگذار شد به خدمات بهداشت در کارکنان سلامت و... با توجه به نتایج تحقیق حاضر، کاهش امنیت شغلی منابع انسانی در بخش دولتی و حمایت که واگذار شد به خدمات بهداشت جزء اولین تأکید اثرات، کاهش شرکت و توانایی کارکنان سلامت بهداشت در کارکنان سلامت و... با توجه به نتایج تحقیق حاضر، کاهش امنیت شغلی منابع انسانی در بخش دولتی و حمایت که واگذار شد به خدمات بهداشت جزء اولین تأکید اثرات، کاهش شرکت و توانایی کارکنان سلامت
ملاحظات اخلاقی
این مقاله برگرفته از رساله دکتری با کد IR.SBMU.RETECH.REC.1399.832
و شناسه اخلاق 1399.832 می‌باشد و ملاحظات اخلاقی، انسان و اصول اخلاقی بر اساس بیانیه هلسینکی رعایت گردیده است.

تضاد منافع
نویسندگان تصمیم می‌کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچگونه تضاد منافعی با سازمان‌ها و اشخاص دیگری ندارد.

توجه و تشکر
این مطالعه برگرفته از یک رساله دوره دکترای تکمیل وزارت بهداشت، دانشکده مدیریت دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب به‌خواست ارائه‌دهندگان مطالعه و همکاری برای طراحی پرسش‌نامه تحقیقی و مراقبت از کلیه شرکت‌ها و مراکز بهداشتی اولیه در جهت بهداشت و معاونت بهداشت ران در بخش دولتی و ارائه پیشنهاد‌هایی برای بهبود این موانع و افزایش شاخص‌های سلامت و کاهش نرخ بیماری‌ها و رفتارهای ناخوشایند.

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, Vosough Moghaddam A, Delavary 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 interpretative approach to formation of family medicine in Iran. Health Policy Plan. 2011; 26(2): 163-173. doi: 10.1093/heapoli/czq036.
6. Honarvar B, Lankarani KB, Rostami S, Honarvar F, Akbarzadeh A, Odomi N, et al. Knowledge and practice of people toward their rights in urban family
domestic health care services. Bull World Health Organ. 2008; 86(6): 429-434. doi: 10.2471/BLT.07.045161.
7. 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.
11. Wallsten S. Does sequencing matter? Regulation and privatization in telecommunications reforms. *The World Bank*. 2002.

12. Farahbaksh 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 efficiency 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/czt046.

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, Poursheikhiali 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, Ashjai K, Khiahtzadeh S, Farahbaksh M, Sayyfarshd 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, Fleschner 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, Rejaln F, Haghhighat 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.