

مروری بر مشارکت دولتی-خصوصی در ارائه و ارتقاء خدمات در نظام‌های سلامت

هیوا میرزایی^۱، شورش برخوردار^۲، نسرين شعربافچی زاده^۳،
رضا رضایتمند^۴، فائزه اکبری^{۵*}

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران
^۲ دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، اصفهان، ایران
^۳ استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان، اصفهان، ایران
^۴ استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان، اصفهان، ایران
^۵ دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته پژوهش‌های دانشجویان، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، اصفهان، ایران

* نویسنده مسؤول: فائزه اکبری
faeze.akbari14@yahoo.com

چکیده

هدف: مشارکت دولتی-خصوصی می‌تواند منابع لازم را برای پیشگیری از بیماری‌ها، ارائه مراقبت‌های مؤثر و ارتقای سلامتی فرد و جامعه در اختیار نظام‌های سلامت قرار دهد. هدف انجام این پژوهش، مروری بر استفاده از مدل مشارکت خصوصی-دولتی در ارائه و ارتقاء خدمات سلامت بوده است تا گستره استفاده از این مدل و موفقیت آن در نظام‌های سلامت مورد بررسی قرار گیرد.

منابع اطلاعات و روش‌های انتخابی برای مطالعه: این مطالعه به روش مروری و به‌صورت نقادانه انجام شد. در این مطالعه ترکیب کلید واژه‌های public-private partnership و health promotion یا health delivery یا health improvement یا health service یا health care services و یا providing health services بدون محدودیت زمانی در پایگاه‌های اطلاعاتی ISI، Scopus، ISI، SID، PubMed، Science Direct و Magiran جستجو شد. تعداد ۲۳۸ مقاله استخراج گردید و به صورت مرحله به مرحله مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: در نهایت ۱۲ مقاله مرتبط با موضوع مطالعه به‌دست آمد که پس از مرور مقالات مورد استفاده، ۴ تم اصلی: مشارکت دولتی-خصوصی و پیشگیری، مشارکت دولتی-خصوصی و بیماری‌های عفونی و واگیر، مشارکت دولتی-خصوصی و بیماری‌های مزمن و مشارکت دولتی-خصوصی و ارائه خدمات درمانی و بالینی، طراحی و اطلاعات تحت این ۴ تم تفکیک شد.

نتیجه‌گیری: درجایی که مشارکت دولتی-خصوصی از حمایت دولت برخوردار بوده و سازمان‌دهی شده باشد با موفقیت بیشتری عمل می‌کند. در اکثر مقالات میزان مشارکت بخش خصوصی و منافع آن مبهم بود. شفاف‌سازی بیشتر در تعاملات بین این ۲ بخش سبب اعتماد بیشتر سیاست‌گذاران به مشارکت‌های دولتی-خصوصی می‌شود.

واژه‌های کلیدی: مشارکت دولتی-خصوصی، خدمات سلامت، ارتقای سلامت، مرور نقادانه

کاربرد مدیریتی: بررسی و مقایسه نتایج روش مشارکت دولتی-خصوصی و روش دولتی برای تصمیم‌گیری قاطعانه در مورد بهتر بودن کدام روش

ارجاع: میرزایی هیوا، برخوردار شورش، شعربافچی زاده نسرين، رضایتمند رضا، اکبری فائزه. مروری بر مشارکت دولتی-خصوصی در ارائه و ارتقاء خدمات در نظام‌های سلامت. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۳۹۹؛ ۵(۱): ۶۹-۷۹.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۱۸
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۹/۰۲/۱۰
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۳/۰۷

مقدمه

آکادمیک در این خصوص در بازار ایران بسیار حایز اهمیت است (۱۱).

رویکردهای PPP با نوآوری‌های سازمانی خود امکان بهبود ارائه خدمات دولتی با وجود محدودیت‌ها را فراهم می‌سازند. این کار از طریق مشارکت منابع مالی، توان تکنیکی و انگیزه‌های بخش خصوصی صورت می‌گیرد. مقامات محلی یا سازمان‌های دولتی زیر نظر سازوکارهای PPP وارد ترتیبات قراردادی بلندمدت با بخش خصوصی جهت احداث زیرساخت‌ها یا ارائه خدمات دولتی می‌شوند (۱۲). استراتژی PPP نهادهای مراقبت‌های بهداشتی در بخش خصوصی و دولتی را به برنامه‌های ملی پیوند می‌دهد. اگر چه مقایسه نتایج سلامتی در کشورهای با درآمد کم و متوسط محدود است اما شواهدی برای اثربخشی ترکیب تلاش‌های برنامه‌های خصوصی و دولتی به خصوص در مورد بیماری‌هایی چون سل و مالاریا، افزایش یافته است (۱۳). در مطالعه هراندز و زاراگوزا (۲۰۱۶) مشخص شد که مشارکت بین دولت‌ها با بخش‌های خصوصی در جهت کاهش مشکلات مرتبط با حوزه سلامت و ارتقا در ارائه خدمات سلامت بسیار مطلوب است (۱۴). مطالعه‌ی پال و پال (۲۰۰۹) نیز نشان داد که در کشور هندوستان مشارکت دولتی خصوصی سبب ارتقاء سطح سلامت جامعه در زمان کمتر می‌شود (۱۵).

مطالعات انجام شده به صورت پراکنده (۱۴، ۱۶) به موضوعات ارتقاء خدمات سلامت به روش PPP پرداخته‌اند و برآورد دقیقی در نتایج استفاده از این مدل وجود ندارد؛ در این مطالعه، مقالات با موضوع PPP در ارائه و ارتقاء خدمات سلامت مورد بررسی کاملی قرار گرفت و هدف از این مطالعه این بود که تجربیات سایر کشورها در مورد PPP در ارائه و ارتقاء خدمات سلامت به صورت نقادانه مرور گردد تا مشخص شود که گستره استفاده از PPP تا چه حد است و تجارب این کشورها تا چه اندازه برای کشور ما مفید است و در نهایت یک دیدگاه کلی و نقشه راه برای سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت تدوین شود.

روش پژوهش و مرور

این پژوهش یک مطالعه مروری نقادانه است که با تمرکز بر تحلیل مطالعات مشارکت دولتی-خصوصی در ارائه و ارتقاء خدمات سلامت انجام شد. بدین منظور ابتدا مقالات منتشر شده به زبان انگلیسی در پایگاه‌های اطلاعاتی Scopus، ISI

نظام‌های سلامت برای تامین و ارتقای سلامتی مردم و جامعه، با استفاده از منابع مشخص و با تکیه بر مشارکت‌های مردمی و سایر بخش‌ها نسبت به انجام وظیفه‌ی خود اقدام می‌نمایند. در سال‌های اخیر رشد هزینه‌ها در بخش سلامت در تمام دنیا بسیار بیشتر و سریعتر از سایر بخش‌ها بوده است و این روند رو به رشد کماکان نیز ادامه دارد (۱). تداوم این روند دولت‌ها را در تامین بودجه موردنیاز برای بخش سلامت با تهدید جدی مواجه خواهد کرد. علاوه بر این کیفیت ارائه خدمات توسط دولت‌ها مطلوب نیست و خدمات بخش خصوصی نیز بسیار پرهزینه است و منافع اجتماعی را برآورد نمی‌کند. بنابراین استفاده از گزینه مشارکت دولتی-خصوصی تا حدود زیادی می‌تواند راه‌گشا باشد (۲).

مشارکت دولتی-خصوصی (public private partnership (PPP)) یک توافق قراردادی میان بخش عمومی و خصوصی است که به واسطه‌ی این موافقتنامه، منابع، مهارت‌ها و دارایی‌های هر بخش در آرایه‌ی خدمات یا امکانات به عموم، به اشتراک گذاشته می‌شود. به علاوه، هریک از طرفین در ریسک‌ها و پاداش‌های احتمالی در آرایه‌ی خدمات و یا امکانات شریک هستند (۳). دو دهه است که سازمان جهانی بهداشت درخواست کرده که همه مردم به منظور اجرای استراتژی‌های ملی سلامتی برای همه، از جمله سازمان‌ها و مؤسسات غیردولتی و بخش خصوصی، برای مشارکت در توسعه سلامت بسیج و تشویق شوند؛ PPP به‌عنوان استراتژی که نهادهای مراقبت‌های بهداشتی در بخش خصوصی و دولتی را به برنامه‌های ملی پیوند می‌دهد، شناخته شده است (۴).

اما هنوز هم نقش پروژه‌های PPP در ارائه خدمات سلامت موضوع بحث و مشاجره در اغلب کشورهاست (۵-۱۰). در گزارشی که توسط یکی از مؤسسات حسابرسی معتبر در دنیا در سال ۲۰۱۰ منتشر گردید، پیش‌بینی شده است که در سطح دنیا نیاز به حدود ۸ هزار میلیارد دلار سرمایه‌گذاری در بخش سلامت وجود دارد (۲). برای تحقق چنین ارقام عظیمی، مشارکت بخش خصوصی در کنار بخش دولتی ضروری به نظر می‌رسد. این وضعیت در ایران نیز شرایط مشابهی دارد، اما انجام سرمایه‌گذاری‌های PPP بدون پشتوانه علمی و آکادمیک و طراحی‌های دقیق مبتنی بر تئوری و تجربه امکان‌پذیر نیست، بنابراین انجام تحقیقات

معیارهای ورود و خروج ارزشیابی و غربالگری شد و موارد تکراری نیز حذف شدند. تعداد ۱۲۸ مقاله در مورد PPP در این مرحله به‌دست آمد. سپس، با بررسی چکیده مقالات ۹۲ مقاله حذف شد و ۳۶ مقاله باقی ماند. از بین مقالات باقیمانده ۹ مقاله به دلیل عدم دسترسی به متن کامل حذف گردید. پس از این مرحله تمامی مقالات به‌صورت کامل بررسی شدند که در این مرحله نیز ۱۵ مقاله به دلیل نامرتب بودن با اهداف پژوهشی حذف شدند. در نهایت، ۱۲ مقاله به‌طور کامل بررسی و مورد استفاده قرار گرفت.

شرح مقاله

از بین ۱۲ مطالعه‌ای که به‌طور کامل مورد بررسی قرار گرفت؛ بیشتر مطالعات در ۴ تم کلی انجام شده بودند که شامل: PPP و پیشگیری، PPP و بیماری‌های عفونی و واگیر، PPP و بیماری‌های مزمن و PPP و ارائه خدمات درمانی و بالینی بود. در جدول ۱ خلاصه‌ای از ۱۲ مطالعه مورد بررسی آورده شده است.

PubMed، Science Direct و همچنین در موتور جستجوی Google Scholar، اصطلاحات Mesh با ترکیب کلید واژه‌های health، public-private partnership، health improvement، health delivery، promotion، health care services، health service، health services، جستجو گردید و سپس جستجو در ۲ پایگاه داده فارسی SID و Magiran با کلید واژه مشارکت بخش دولتی و خصوصی بدون محدودیت زمانی ادامه یافت. معیارهای ورود در این مطالعه شامل انواع پژوهش‌های منتشر شده به روش کمی، کیفی، مروری، موردی و مداخله‌ای بود که در متن آن‌ها به مشارکت دولتی-خصوصی در ارائه و ارتقاء خدمات سلامت اشاره شده بود و به زبان انگلیسی منتشر شده بودند. معیارهای خروج از مطالعه، شامل مطالعات نامه به سردبیر و یا مطالعاتی بود که به زبانی غیر از انگلیسی و فارسی منتشر شده بودند. به‌طور کلی تعداد ۲۳۸ مقاله استخراج شد. ابتدا عنوان مقالات با توجه به

جدول ۱: خلاصه‌ای از مطالعات انجام شده در مورد مشارکت بخش دولتی-خصوصی در ارائه و ارتقاء خدمات سلامت

کشور	نتایج	نوع مطالعه و روش کار	هدف	پژوهشگر
جنوب شرقی آسیا (تایلند، مالزی، سنگاپور و اندونزی)	PPP برای درمان جایگزین کلیدی که از طرف دولت حمایت و سازماندهی شود از پایداری بلند مدتی برخوردار خواهد بود.	مطالعه مروری، بررسی طرح‌های حمایتی PPP برای درمان جایگزین کلیدی در کشورهای جنوب شرق آسیا	جایگزین درمان کلیدی	مراد و همکاران (۲۰۱۵) (۱۷)
نیجریه	PPP در تشخیص موارد بیماری بسیار خوب عمل کرد و راه را برای توسعه بهداشت عمومی به‌وسیله بخش خصوصی باز کرد.	مطالعه کمی (با پرسشنامه)، تعیین سطح نگرش، دانش و عملکرد مردم با پرسشنامه پیش‌آزمون- ارائه مداخلات آموزشی در مورد سل به افراد مشکوک و گرفتن نمونه سل از آن‌ها	کاهش بار سل	آسوکو و همکاران (۲۰۱۵) (۱)
آفریقا	این مشارکت ابتکاری بر اساس شیوه زندگی، یک رویکرد مراقبت مستمر برای کنترل سرطان معرفی کرد که منجر به تولید واکسن برای تقویت پیشگیری، غربالگری و درمان از جامعه تا سطح سوم ارائه خدمات بهداشتی شد.	طراحی مشارکت ابتکاری ربان صورتی (Pink Ribbon Red (PRRR)) به منظور غربالگری بیماران برای کاهش سرطان سینه و سرطان گردن‌رحم همراه با ۴ بخش خصوصی و خیریه بزرگ در جهان	یک (diagonal approach) برای مبارزه و پیشگیری از سرطان‌های زنان	اولول و کرام (۲۰۱۳) (۱۸)
هنگ کنگ	از ۷۲۵ بیماری که در بیمارستان عمومی خدمات دریافت می‌کردند ۱۲۰ نفر آن‌ها در برنامه PPP همودیالیز ثبت نام کردند و این برنامه ظرفیت همودیالیز را ۱۷ درصد افزایش داد. همچنین این برنامه با کاهش زمان انتظار برای بیماران end stage کلیوی همراه بود.	مطالعه طولی؛ سنجش و مقایسه کیفیت مراقبت بین ۲ گروه تحت مراقبت بالینی و برنامه PPP در همودیالیز با استفاده از مصاحبه در یک چارچوب استاندارد	ارزشیابی و بهبود کیفیت خدمات همودیالیز با استفاده از PPP	چن و همکاران (۲۰۱۶) (۱۹)
آفریقای جنوبی	مطالعات P5 با تولید یک واکسن مناسب سبب حمایت از دریافت مجوز این واکسن	مطالعه کارآزمایی بالینی، آزمایش اثربخشی واکسن RV144 تایلندی برای	پیشرفت برنامه P5 (Pox-Protein)	راسل و مراویچ (۲۰۱۶)

کشور	نتایج	نوع مطالعه و روش کار	هدف	پژوهشگر
	شد و تأثیر قابل توجهی در سلامت عمومی برای جلوگیری از همه‌گیر شدن ویروس ایدز فراهم کرد.	اولین بار نشان داد که واکسن HIV-1 می‌تواند از اکتساب HIV جلوگیری می‌کند. رژیم واکسن P5 مدلی است که پس از RV144 به منظور تعیین اثربخشی این رژیم افزایش یافت.	Public Private Partnership (program) و افزایش کارایی واکسن ایدز	(۲۰)
مایلز و همکاران (۲۰۱۴)	ترکیب سرمایه گذاری بشردوستانه با کسب و کار، استراتژی، تخصص و منابع سازمانی به افزایش ساختار و ظرفیت سیستم‌های بهداشتی کمک کرد.	مطالعه موردی، انجام یک PPP بین شرکت اوپل سرچ و سیستم بهداشت و درمان کشور گینه نو به منظور ایجاد یک برنامه برای مقابله با ایدز و همچنین مدیریت کمک هزینه ۴۶ میلیون دلاری از صندوق جهانی برای مبارزه با ایدز، سل، و مالاریا	تجربه استفاده از منابع صنعتی در یک PPP به منظور پاسخ به ایدز	(۱۳)
پاکستان	مدل سازمان‌های مردم نهاد و رهبری منطقه‌ای، خود پایدار هستند و توانستند در تشخیص موارد بیماری خوب عمل کنند اما سایر مدل‌ها پس از پایان بودجه حالت نزولی پیدا کردند. نتایج درمان برای همه مدل‌ها به جز مدل مبتنی بر بیمارستان خوب بود.	یک مطالعه گذشته نگر به منظور تجزیه و تحلیل مشارکت انواع مختلف ارائه‌دهندگان خصوصی برای تشخیص موارد سل و میزان موفقیت درمان	کنترل بیماری سل و ارزشیابی نتایج درمانی	چیوتای و همکاران (۲۰۱۳)
اوگاندا	افزایش دسترسی به آزمایش حساسیت و ایمنی حمل این نمونه‌ها با همکاری بخش خصوصی افزایش چشمگیر داشت.	مطالعه موردی به منظور استفاده از بخش خصوصی برای انتقال نمونه‌های مشکوک خلط به مرکز تاییدکننده	کنترل بیماری سل و بهبود در تعداد نمونه‌های خلط تشخیص داده شده	جولوبا و همکاران (۲۰۱۶)
سوئد	تعیین راهکارهایی برای مشارکت بخش خصوصی در پیشگیری از بیماری‌های مزمن	مطالعه توصیفی، بررسی علل و وجوه مشارکت بخش خصوصی در پیشگیری از بیماری‌های مزمن	نحوه به‌کارگیری بخش خصوصی در پیشگیری از بیماری‌های مزمن	کابرو (۲۰۱۲)
هند	کاهش میزان زایمان در منزل-افزایش میزان استفاده از خدمات بخش دولتی-افزایش میزان استفاده از خدمات آزمایشگاهی-افزایش استفاده از خدمات بخش خصوصی	ارائه مبلغی ثابت به متخصصین زنان در بخش خصوصی برای ارائه خدمات رایگان زایمانی به زنان زیر خط فقر (که از طرف دولت شناسایی و به مراکز خصوصی معرفی می‌شدند)	استفاده از بخش خصوصی در ارائه خدمات زایمانی به زنان زیر خط فقر	دی‌کاستا و همکاران (۲۰۱۴)
هند	آموزش بخش خصوصی برای ارائه رژیم DOTS به بیماران مراجعه کننده به این مراکز و ارجاع و معرفی بیماران به بخش دولتی برای پیگیری بیماران	یک مطالعه مروری در جهت بررسی علل و ابعاد استفاده از بخش خصوصی در مبارزه با سل	روش‌های به‌کارگیری بخش خصوصی در کنترل سل	سامال (۲۰۱۷)
تبریز	افزایش شناسایی افراد مشکوک در ابتلا به سل	مطالعه کمی-کیفی؛ انجام مطالعه در ۵ مرحله (ارزیابی وضعیت سل در استان، آنالیز ذی‌نفعان) بومی‌سازی ابزار پیشنهاد شده از طرف سازمان بهداشت جهانی برای اجرای برنامه‌ی PPP تحت رژیم درمانی کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم، عملیاتی نمودن برنامه با تکنیک ۸ گام	ارزیابی مشارکت بخش خصوصی در امر بیماریابی سل و درمان با رژیم DOTS	پوردولتی و همکاران (۲۰۱۱)
				(۲۶)

PPP و پیشگیری

مطالعه‌ای در آفریقای جنوبی به منظور پیشرفت برنامه مشارکت خصوصی و دولتی برای پوکس پروتئین (P5) و کارایی واکسن ایدز با مشارکت بخش خصوصی دولتی: شامل بنیاد بیل و ملینداگیتس، مؤسسه ملی بهداشت، سانوفی پاستور، گلاکسواسمیت کلاین، شورای تحقیقات پزشکی جنوب آفریقا، شبکه آزمایشی واکسن HIV و برنامه تحقیقاتی نظامی ایالات متحده در مورد HIV انجام گرفت. P5 یک رژیم واکسن مناسب برای آفریقای جنوبی را در منطقه‌ای با شیوع بالای HIV-1 توسعه داد. مطالعات P5 برای حمایت از هدف ارائه مجوز واکسیناسیون ایجاد شد و تأثیر قابل توجهی بر سلامت عمومی و جلوگیری از همه‌گیر شدن ویروس HIV فراهم کرد (۲۰).

در آفریقا و آمریکای لاتین به منظور غربالگری بیماران برای کاهش سرطان سینه و گردن رحم به دلیل شیوع بالای آن، برنامه "روبان صورتی روبان قرمز" به صورت یک مشارکت نوآورانه طراحی شد. در ابتدا این برنامه برای کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان دهانه رحم در سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۶ در میان زنان تحت پوشش و کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان سینه با تشویق به تشخیص زود هنگام انجام شد. تغییرات مرتبط با این برنامه یک استراتژی بر اساس شیوه زندگی و رویکرد مراقبت‌های مستمر برای کنترل سرطان معرفی کرد که منجر به تحویل واکسن پاپیلومای انسانی به دختران جوان برای تقویت پیشگیری، غربالگری و درمان از جامعه تا سطح سوم ارائه خدمات بهداشتی شد (۱۸).

PPP و بیماری‌های عفونی و واگیر

یک مطالعه مروری در سال ۲۰۱۷ در هند جهت بررسی نحوه استفاده از بخش خصوصی انجام شده است. با توجه به اینکه در این کشور ۵۰ درصد بیماران به بخش خصوصی مراجعه می‌کنند می‌توان از این بخش در جهت کاهش بار بیماری سل استفاده نمود. در این مطالعه یک گروه دولتی با بخش خصوصی توافق کردند که پزشکان بخش خصوصی بعد از شناسایی افراد مبتلا به سل داروهای رژیم درمانی کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم ((Directly Observed Treatment Short course (DOTS را در اختیار بیماران قرار دهند. اهمیت مداخله در ارائه خدمات توسط بخش خصوصی به دلیل وجود برخی اشکالات در آن بخش

منجمله استفاده غیرمنطقی و بیش از حد از تعدادی داروی مشخص، وابستگی بیش از حد به رادیوگرافی برای تشخیص سل و کمتر استفاده کردن از کشت خلط، عدم دانش کافی و تاخیر در درمان، تجویزهای متفاوت و بدون ضابطه بود. در این راستا آموزش بخش خصوصی از طریق دوره‌های بازآموزی، سمینار و کارگاه‌های تحت نظر مؤسسات تعیین سطح پزشکان و مراکز تحقیقاتی سل می‌تواند راه حل این مشکلات باشد. همچنین در آموزش باید ۲ مورد که معمولاً در بخش خصوصی در نظر گرفته نمی‌شود شامل پزشک خانواده و تغییر رفتارهای اجتماعی نیز در نظر گرفته شود (۲۵).

همچنین در یک مطالعه در اوگاندا با مشارکت بخش خصوصی در جهت انتقال نمونه‌های خلط به مرکز تایید بیماری سل، میزان شناسایی سل و ارجاع نمونه‌های خلط به مرکز تاییدکننده به طور چشمگیری افزایش یافت. این مطالعه مستلزم نقشه‌برداری جی پی اس جهت تعیین نزدیک‌ترین مرکز پزشکی برای نمونه‌گیری، نزدیک‌ترین مرکز پستی و فاصله تا مرکز تاییدکننده بود. همچنین انتقال نمونه قبل از این طرح به دلیل عدم استفاده از پوشش سه‌لایه‌ای ظرف نمونه‌گیری منجر به آلوده شدن پرسنل درمانی می‌شد که بخش خصوصی متعهد به ایجاد پوشش سه لایه شد و میزان عفونت پرسنل را کاهش داد. بخش خصوصی در طول مطالعه با کمبود منابع مالی و انسانی مواجه شد (۲۲).

یک مطالعه در سال ۱۳۹۰ در تبریز جهت ارزیابی مشارکت بخش خصوصی در امر بیماری‌های سل و درمان با رژیم DOTS صورت گرفت. در این طرح میزان بیماری‌های سل، رضایت، دسترسی و توان پرداخت بیماران و نیز تضمین درمان و مراقبت بهتر بیماران نشان داده شد. در این برنامه، بخش خصوصی ترغیب می‌شد که موارد مشکوک به سل را با حساسیت بیشتری جهت انجام رایگان کشت خلط و تشخیص به مراکز دولتی تعیین شده ارجاع نمایند. در مورد پیگیری درمان نیز پزشک بخش خصوصی می‌توانست بیمار را به بخش خصوصی ارجاع داده یا خود آن را پیگیری کند؛ این ارجاع رایگان خواهد بود. تأمین رایگان داروهای سل، آزمایش رایگان خلط و ارایه نتایج آزمایش خلط به غیر از آلودگی به باسیل سل از قبیل سایر آلودگی‌های میکروبی و رادیوگرافی رایگان قفسه سینه، آموزش در مورد سل و اجرای استراتژی DOTS با ارایه گواهی و امتیاز بازآموزی، تسهیل

درصد) و صرفه‌جویی در هزینه‌ها شد. همچنین بار هزینه‌های حمل و نقل برای دسترسی به خدمات پزشکی به طور قابل توجهی کاهش یافت. همکاری بین ارائه‌دهندگان خدمات عمومی و خصوصی مراقبت سلامت، نگهداری پتانسیل بالقوه برای بهبود کنترل سل از طریق PPP، ارجاع به‌موقع در بخش خصوصی؛ تشخیص زودهنگام و دقیقی برای بیماران مبتلا به سل فراهم کرد (۱).

PPP و بیماری‌های مزمن

تجارب ۴ کشور جنوب شرقی آسیا نشان داد که دولت در مراقبت سلامت با محدودیت منابع روبه‌رو است و PPP می‌تواند باعث درمان بیماران بیشتری شود؛ در این کشورها استفاده از PPP برای درمان بیماری‌های کلیوی افزایش یافته است (۲۷). در یک مطالعه در سال ۲۰۱۶ در هنگ‌کنگ جهت بررسی کارایی بخش خصوصی در کاهش زمان انتظار بیماران نیازمند به همودیالیز یک مطالعه طولی انجام گرفت. بدین‌منظور با یک بخش خصوصی توافق انجام شد که بیماران بخش دولتی به بخش خصوصی بدون دریافت هزینه اضافه‌تر ارجاع شوند و تعداد ۱۲۰ نفر به عنوان گروه بیماران به بخش خصوصی ارجاع داده شد و ۷۲۵ نفر به عنوان بیماران بخش دولتی با این گروه مقایسه شدند. در این مطالعه نشان داده شد که زمان انتظار کاهش و ظرفیت انجام همودیالیز به‌طور چشمگیری افزایش یافت. با توجه به افزایش چشمگیر بیماری‌های مزمن مثل دیابت که از عوامل ایجاد نارسایی کلیه و نیاز به همودیالیز می‌باشند می‌توان در ایران نیز بخش خصوصی را به‌طور مشابه در ارائه خدمات دیالیز دخیل نمود (۱۹).

PPP و ارائه خدمات درمانی و بالینی

در یک مطالعه در هند به‌دلیل افزایش میزان تولد در خانه (۶۰ درصد) و پایین بودن تولد در زایشگاه (۴۰ درصد) و کمبود متخصص زنان در بخش دولتی از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۰ به متخصصین زنان در بخش خصوصی مبلغی ثابت پرداخت گردید تا زنان حامله خانواده‌های کم درآمد و زیرخط فقر را بدون دریافت ویزیت تحت نظر داشته باشند. دولت به ازای هر ۱۰۰ زایمان (برحسب متوسط هزینه هر زایمان یعنی ۸۵ زایمان ساده و ۱۵ زایمان پیچیده و با پیش فرض ۷ درصد زایمان سزارین، بدون در نظر گرفتن مکان مطب، متخصص یا فوق تخصص بودن و یا تجربه پزشک) به متخصصین زنان بخش خصوصی مبلغ ثابتی پرداخت می‌نمود. بعد از ۱۰ سال

تمدید پروانه‌ی مطب، امتیاز عقد قرارداد با بیمه تامین اجتماعی، افزایش سقف بیمار ویزیت شده بیمه تامین اجتماعی و ارسال بازخورد و تقدیرنامه برای پزشکانی که در برنامه شرکت نموده‌اند؛ از جمله مشوق‌های بخش خصوصی برای شرکت در این برنامه بوده است. مشکل اصلی این برنامه عدم اعتماد بخش خصوصی به بخش دولتی و نگرانی از دست دادن بیماران ذکر شده بود (۲۶).

در برنامه ملی سل در پاکستان پروژه‌های مختلف PPP بین سال‌های ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۹ ایجاد شد و ارائه خدمات در سطح ملی و محلی با ۶ مدل مختلط مشارکت خصوصی-دولتی بررسی شد: مدل سازمان‌های مردم نهاد (سمن): شامل هر ۲ سازمان غیردولتی با و بدون خروجی بهداشت و درمان، مدل مبتنی بر بیمارستان: از جمله بیمارستان‌های خصوصی بزرگ و ارائه دهنده سطح سوم مراقبت، مدل بازاریابی اجتماعی فرانشیز: بازاریابی اجتماعی برای پزشکان، مدل رهبری منطقه‌ای: که از طریق سیستم بهداشت منطقه‌ای توسط پزشکان عمومی درگیر اجرا شد، مدل متعارف: شامل امنیت اجتماعی، ارتش و دیگر بیمارستان‌های نیمه دولتی، مدل پزشکان عمومی پروژه‌های آزمایشی: پشتیبانی شده توسط سازمان‌های غیردولتی. با اجرای این برنامه PPP تعداد موارد تشخیص سل افزایش چشمگیری داشت، از ۷۷ مورد در سال ۲۰۰۴ به ۱۹۴۵۶ نفر در سال ۲۰۰۹ افزایش یافت که در این میان سهم سازمان‌های غیردولتی به مقدار قابل توجهی بالاتر بود. مدل سمن بیش از نیمی از موارد را تشخیص داد که در انجام خدمات کنترل سل از کشورهای همسایه و مردم نیز استفاده کرد. شاید دلیل موفقیت مدل سمن حمایت مکانیزم صندوق جهانی در دور سوم از مدل سازمان‌های غیردولتی برای کنترل سل باشد. مدل سمن و رهبری منطقه‌ای، خود پایدار بودند و توانستند در تشخیص موارد بیماری خوب عمل کنند اما سایر مدل‌ها پس از پایان بودجه حالت نزولی پیدا کردند که نیاز به ارزیابی، پایداری هزینه اثربخشی و کارایی مدل‌های اجرایی مختلف از طریق مقیاس بزرگ مطالعات کیفی و کمی داشت (۲۱).

مطالعه‌ای در نیجریه با هدف کاهش بار بیماری سل در ۱۸ منطقه به روش مشارکت PPP انجام شد که توانست به افزایش تشخیص موارد (بین ۱۰ تا ۶۰ درصد) کمک کند، همچنین سبب بهبود نتایج درمان در فقرا (بیش از ۸۵

(۲۰۱۶) در آفریقای جنوبی مطالعه‌ای را در مورد کارایی واکسن ایدز انجام دادند که نشان داد مطالعات (P5) با ایجاد یک رژیم واکسن مناسب سبب حمایت از مجوز واکسن، شناسایی ارتباطات حفاظتی و تأثیر قابل توجهی در سلامت عمومی برای جلوگیری از همه‌گیر شدن ویروس ایدز فراهم کرد (۲۰).

سرطان‌های سینه و گردن رحم شایعترین علل شناخته شده مرگ‌های مرتبط با سرطان در میان زنان ایرانی هستند. البته ایران طبق گزارش پایگاه داده‌ای امید به زندگی جهانی، در رده ۱۴۴ در میان ۱۷۲ کشور مورد مطالعه، قرار دارد (۲۸). سرطان یکی از عمده‌ترین مسائل نظام سلامت ایران است و سومین علت مرگ و میر در ایران به شمار می‌رود (۲۹) که نشان‌دهنده اهمیت بسیار زیاد این سرطان‌ها در ایران می‌باشد. مطالعات مربوط به سرطان‌های سینه و گردن رحم در آفریقا بسیار گسترده بوده و به نظر می‌رسد مشارکت دولت ایالات متحده آمریکا در این مطالعات نشان دهنده هزینه بسیار زیاد این مطالعات بوده است. امکان اجرای این مشارکت‌ها نیاز به بررسی بیشتری دارد.

۲- PPP و بیماری‌های عفونی و واگیر

در این بخش بیماری سل و بیماری‌های آمیزشی به ویژه ایدز بررسی شد. در ارتباط با سل مطالعات متعددی در دنیا بالاخص در آفریقا و آسیا و ۱ مورد هم در ایران انجام شده است که هرکدام بر جنبه‌های مختلف PPP در ارتباط با شناسایی، کنترل یا درمان بهتر بیماری سل تأکید داشته‌اند. آسوکو و همکاران (۲۰۱۵) در نیجریه نقش PPP را در کاهش بار بیماری سل از طریق آموزش‌های لازم و شناسایی موارد بیماری سل بررسی کردند. نتایج نشان داد که PPP می‌تواند نقش مؤثری را در شناسایی و درمان موارد بیماری سل به خصوص در مناطق روستایی ایفا نماید (۱). سامال (۲۰۱۷) راه‌های استفاده بهینه از مشارکت پزشکان بخش خصوصی برای ارائه مراقبت‌های بیماری سل را شناسایی پزشکان، آگاه‌سازی و جهت‌دهی به این پزشکان، حساس‌سازی بیماران از طریق آن‌ها، آموزش پزشکان بخش خصوصی برای ارائه رژیم DOTS به بیماران مراجعه‌کننده به این مراکز، ارجاع و معرفی بیماران به بخش دولتی برای پیگیری بیماران و ایجاد شبکه‌های اطلاع‌رسانی از طریق خود بیماران برای اطلاع‌دادن به سایر بیماران برای مراجعه و دریافت خدمات مراقبت سلامت مرتبط با سل، عنوان نمودند

نتایج تحقیقات نشان داد که میزان زایمان در زایشگاه از ۴۰ درصد در سال ۲۰۰۱ به ۸۹/۳ درصد در سال ۲۰۱۰ رسید. در ۴ سال اول این طرح میزان سزارین از ۲ درصد به ۶ درصد افزایش یافت که با اعمال قوانین تنبیهی از افزایش بیشتر سزارین جلوگیری شد. این مطالعه نشان‌داد زنانی که ۱ بار از خدمات این برنامه استفاده کرده‌اند، برای زایمان‌های بعدی هم از خدمات زایمانی در زایشگاه استفاده می‌کردند. باتوجه به بعد جمعیتی این ایالت که ۶۰ میلیون نفر بود می‌توان این مطالعه را قابل تعمیم برای ایران و مناطق محروم دانست. از این نظر که می‌توان بخش خصوصی را با در نظر گرفتن روش پرداخت سرانه در مناطق محروم برای ارائه خدمات زایمانی به‌کارگرفت (۲۴).

در گینه نو یک مدل PPP در سال ۲۰۱۴ بین شرکت اوایل سرچ و وزارت بهداشت انجام شد و این ۲ بخش به منظور تکمیل فرآیندهای کلینیک سلامت (سل، ایدز و مالاریا)، محل کار کارکنان، تعمیرات کلینیک از جمله: عرضه مخازن آب جدید، ژنراتور، تجهیزات پزشکی، نقاشی و تأسیسات ساختمان و غیره قرارداد بستند. این تجربه در گینه نو نشان دهنده پذیرش PPP به‌عنوان راهی برای پیشبرد سلامت و توسعه اجتماعی بود. شرکت اوایل سرچ نشان داد که چگونه یک بخش خصوصی بزرگ می‌تواند نقش مهمی در توسعه سلامت داشته باشد. تامین مالی PPP همچنین می‌تواند به ترمیم امکانات بهداشتی به منظور بهبود شرایط ارائه خدمات بهداشتی بینجامد (۱۳).

در مطالعه حاضر سعی بر این بود که به‌صورت نقادانه بحث مشارکت PPP در ارائه و ارتقاء خدمات سلامت بررسی گردد. در این راستا ۴ تم مشخص از مطالعات موجود استخراج شد:

۱- PPP و پیشگیری

در مشارکت‌های انجام شده برای پیشگیری از ایدز، سرطان سینه و گردن رحم از واکسن استفاده شده است. به‌نظر نمی‌رسد بخش خصوصی به تنهایی قادر به تامین هزینه این چنین برنامه‌هایی باشد. در این ۲ مطالعه مکانیسم به‌کارگیری بخش خصوصی عنوان نشده است و نیز مشخص نیست که بخش خصوصی چه منافعی در این برنامه دارد. در این ۲ برنامه از بنیادهای خیریه و بخش خصوصی باهم کمک گرفته شده است و نقش هیچ‌کدام از سازمان‌های متعدد در این مطالعات توضیح داده نشده است. راسل و مرویچ

با توجه با افزایش میزان بیماران مبتلا به دیابت (۳۰) و بالتبع افزایش نیاز به دیالیز در نتیجه از کار افتادن کلیه این مطالعه یک ایده خوب برای ایران می‌باشد. به‌نظر می‌رسد نکته مهم در مطالعات فوق نظارت بر بیماران ارجاع شده به بخش خصوصی جهت اطمینان از درمان بیماران می‌باشد. در نتیجه در بحث بیماری‌های مزمن مدل مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات مورد نیاز بخش دولتی به نظر مطلوب است. در ارائه خدمات دیالیز به‌نظر پژوهش‌های هنگ‌کنگ نمونه خوبی از همکاری با بخش خصوصی می‌باشد و به نظر می‌رسد بخش خصوصی با قبول کاهش هزینه‌های دیالیز برای بیماران در ازای افزایش تعداد بیماران، حاضر به همکاری با بخش دولتی باشد.

۴- PPP و ارائه خدمات درمانی و بالینی

در بحث ارائه خدمات درمانی و بالینی یک مطالعه در هند (۲۴) بررسی شد. در این مطالعه با توجه به کمبود نیروی متخصص در بخش دولتی و ظرفیت بالقوه بخش خصوصی، دولت از نیروی انسانی بخش خصوصی در جهت ارائه خدمات رایگان دولتی استفاده کرد. در نتیجه میزان دریافت خدمات در میان زنان به‌شدت افزایش و حتی یک فرهنگ‌سازی انجام شد که افرادی که ۱ بار از خدمات استفاده کرده بودند برای زایمان‌های بعدی هم به مراکز دولتی مراجعه می‌کردند. میزان زایمان در منزل به‌شدت کاهش یافت. همچنین به‌دلیل کمبود نیروی متخصص از بخش خصوصی خواسته شد با دریافت سرانه مشخص به همراه پاداش، بیماران فقیر را ویزیت کنند. مطالعه مربوط به هند علاوه بر بحث دسترسی، منجر به آگاه‌سازی افراد فقیر از خدمات درمانی شد و متعاقباً دولت را هم به فکر آموزش افراد جهت ارائه خدمات حداقلی به افراد فقیر انداخت که در یک دهه میزان مراجعه به بخش دولتی را هم افزایش داد. در مطالعه هند نکته مهم وجود نیروی متخصص فراوان در بخش خصوصی و کمبود آن در بخش دولتی بود. اما تجربه این مطالعه در استفاده از سرانه به همراه پاداش به ازای عمل‌های پیچیده بیش از تعداد موجود که موجب افزایش موارد سزارین شد می‌تواند به‌عنوان نکته مهمی در تعیین نحوه پرداخت به متخصصان زنان و با توجه به سیاست کاهش میزان سزارین در کشور مدنظر قرار گیرد.

مایلز و همکاران (۲۰۱۴) به بررسی روش‌های PPP در گینه‌نو پرداختند و نتایج نشان داد که این مشارکت

(۲۵). چپوتای و همکاران (۲۰۱۳) به بررسی نقش PPP در زمینه ارائه مراقبت‌های مرتبط با بیماری سل پرداختند و نشان دادند که موارد بیماری سل شناسایی شده توسط بخش خصوصی افزایش چشمگیری داشته است (۲۱). جولوبا و همکاران (۲۰۱۶) به بررسی نقش PPP در تقویت شبکه ارجاع نمونه‌های سل در اوگاندا پرداختند. نتایج نشان داد که این مشارکت در بین سال‌های ۲۰۰۸ الی ۲۰۱۱، ۹۳ درصد از تسهیلات مراقبت سلامت و ۷۳ درصد از مناطق این کشور را تحت پوشش قرار داده‌است. این مشارکت، دسترسی مردم به داروهای تست حساسیت را افزایش داده بود و این عامل مناسبی برای تأثیر گذاشتن بر مراقبت بیماری سل و تقویت نقش نظام سلامت اوگاندا در این زمینه بود (۲۲). به‌طور خلاصه می‌توان از بخش خصوصی در بحث سل در موارد زیر استفاده نمود ۱- آموزش بخش خصوصی برای ارائه خدمات مورد نظر بخش دولتی ۲- شراکت با بخش خصوصی در امر تأمین مالی ۳- استفاده از نیروی انسانی بخش خصوصی.

۳- PPP و بیماری‌های مزمن

در این حیطه، مطالعات مربوط به بیماری‌های قلبی-عروقی ریوی و نارسایی مزمن کلیه بررسی شد. در مطالعه مربوط به ارائه خدمات دیالیز به بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، دولت هنگ‌کنگ با استفاده از بخش خصوصی میزان کارایی و دسترسی این خدمات را افزایش داد. در این مطالعه زمان انتظار کاهش یافت و بیماران خدمات مشابه با بیماران بخش خصوصی دریافت کردند (۱۹). در مطالعه مربوط به هنگ‌کنگ بخش خصوصی تحت نظارت بخش دولتی اقدام به پذیرش بیماران بخش دولتی با همان تعرفه دولتی نمود. هدف دولت از این کار افزایش دسترسی به امکانات دیالیز در منطقه‌ای بود که تعداد زیادی بیماران نیازمند به دیالیز داشت. در ارائه خدمات دیالیز به بخش خصوصی نکته قابل توجه نظارت بخش دولتی بر ارائه خدمات به بیماران ارجاع داده شده بود که از لحاظ کمیت و کیفیت، انجام دیالیز مشابه بخش دولتی ارائه شود. از طرفی در این مطالعه بخش خصوصی تغییرات ساختاری چشمگیری ایجاد نکرده و ساختار مورد نیاز دیالیز در بخش خصوصی از قبل موجود بود و بخش دولتی فقط برای ارائه خدمات دیالیز با بخش خصوصی همکاری کرده و وسایل مورد نیاز دیالیز توسط بخش خصوصی تأمین شد. این نکته از نقاط قوت این مطالعه می‌باشد.

دولتی و خصوصی در کشورهای مختلف و اشاره به مزایای حاصل از آن در حوزه سلامت، پیشنهاد می‌شود در سیاستگذاری‌های جدید سلامت توجه ویژه‌ای به جذب مشارکت بخش خصوصی مبذول گردد تا ضمن ایجاد اشتغال برای بخش خصوصی از مزایای توسعه خدمات سلامت در کشور برخوردار شویم.

سپاسگزاری

این مطالعه حاصل مشارکت دانشجویان شرکت کننده در نهمین المپیاد دانشجویان علوم پزشکی کشور است. نویسندگان کمال تشکر و قدردانی را از مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و کلیه افرادی که در انجام این پژوهش با ما همکاری نمودند، ابراز می‌نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: م. ر. ن. ش

جمع آوری داده‌ها: ف. الف. ه. م. ش. ب

تحلیل داده‌ها: ف. الف. ش. ب

نگارش و اصلاح مقاله: ف. الف. ه. م. ش. ب. م. ر. ن. ش

سازمان حمایت کننده

این مطالعه از سوی هیچ سازمانی مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

موجب بهبود نظام مراقبت سلامت در زمینه بیماری‌های ایدز، سل و مالاریا شده است (۱۳). درحالی‌که اگر بخش خصوصی و صنایع این کشور در این زمینه مشارکت نمی‌کردند بخش دولتی به تنهایی قادر به بهبود اوضاع نبود و این مشارکت موجب تقویت ساختار نظام سلامت و ظرفیت سازی برای شناسایی به موقع و درمان این بیماری‌ها شده است.

نتیجه گیری

در این مطالعه به کاربرد مشارکت دولتی و خصوصی در بخش سلامت پرداخته شد. بیشتر مطالعات انجام شده در کشورهای در حال توسعه در مورد بیماری‌های مزمن و در کشورهای توسعه یافته در حوزه پیشگیری و پژوهش بود. تغییر از بیماری‌های واگیر و عفونی به بیماری‌های غیرواگیر و مزمن در این کشورها را می‌توان علت احتمالی این روند دانست. از طرفی بسیاری از مشارکت‌ها با همکاری سازمان‌های خیریه بین المللی و سازمان‌های متعدد دیگر و با اهداف انسان‌دوستانه همراه بود. در اکثر مطالعات منافع بخش خصوصی، میزان مشارکت صورت گرفته، وظایف بخش خصوصی، مبهم و تعریف نشده بود. غالب مشارکت‌ها برای جامعه و دولت دارای منافع مالی و سلامتی بودند اما در مقالات، بیشتر به نتایج مرتبط با سلامتی پرداخته بودند و هیچ کدام استفاده و عدم استفاده از این مشارکت‌ها را مقایسه نکرده بودند. همچنین عدم شفافیت در نحوه مشارکت بین بخش دولتی و خصوصی را می‌توان از نقاط ضعف این مطالعات بیان کرد. با توجه به طیف استفاده از مشارکت

References






- 1) Asuquo AE, Thumamo BD, Ibeneme E, Ekpereonne E, Obot V, Asuquo PN. A public – private partnership to reduce tuberculosis burden in Akwa Ibom State , Nigeria. *Int J Mycobacteriol* 2015; 4(2): 143-50. doi: 10.1016/j.ijmyco.2015.04.002.
- 2) PWC. Build and beyond: The (r)evolution of healthcare PPPs. Health Research Institute: 2010.
- 3) Canada I. Report on Plans and Priorities 2006-2007. Available from URL: [https:// www. canada. ca/ en/ immigration-refugees-citizenship/ corporate/ publications- manuals/report-plans-priorities.html](https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/corporate/publications-manuals/report-plans-priorities.html). Last Access: 2007.
- 4) World Health Assembly. Health development in a changing world – a call for collective action. World Health Organization: 1993.
- 5) Jeong HS, Gunji A. The influence of system factors upon the macro-economic efficiency of

- health care: implications for the health policies of developing and developed countries. *Health Policy* 1994; 27(2): 113-40. doi: 10.1016/0168-8510(94)90076-0.
- 6) Flood C, Stabile M, Tuohy CH. The borders of solidarity: how countries determine the public/private mix in spending and the impact on health care. *Heal Matrix* 2002; 12(2): 297-356.
- 7) Frenk J. The public/private mix and human resources for health. *Health Policy and Planning* 1993; 8(4): 315-26.
- 8) Cibulskis RE, Hiawalyer G. Development for a national health information system in Papua New Guinea. Available from URL: <https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/114/2012/10/RP190.pdf>. Last Access: Jan, 2008.
- 9) Hunter D, Robinson R. The changing public-private mix in health care. *Br J Heal Care Manag*

- 2002; 8(8): 301-4.
- 10) Matteo L. The determinants of the public-private mix in Canadian health care expenditures: 1975-1996. *Health Policy* 2000; 52(2): 87-112. doi: [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(00\)00071-3](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(00)00071-3).
 - 11) Nosrati M, Sadeghi H, Abdoli Gh, Agheli-Kohnehsahri L. Applying Public-Private Partnership Investment Model in Health: Assessment of Hospital Readiness in Iran. *J Manage Med Inform Sch* 2014; 1(2): 128-37. [Persian]
 - 12) Klijn EH, Teisman G. Institutional and Strategic Barriers to Public-Private Partnership: An Analysis of Dutch Cases. *Public Money & Management* 2003; 23(3): 137-46. doi: 10.1111/1467-9302.00361.
 - 13) Miles K, Conlon M, Stinshoff J, Hutton R. Public-private partnerships in the response to HIV: experience from the resource industry in Papua New Guinea. *Rural and remote health* 2014; 14(3): 1-9. doi: 10.22605/RRH2868.
 - 14) Hernandez-Aguado I, Zaragoza GA. Support of public-private partnerships in health promotion and conflicts of interest. *BMJ Open* 2016; 6(4): e009342. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009342.
 - 15) Pal R, Pal S. Primary health care and public-private partnership: An indian perspective. *Ann Trop Med Public Health* 2009; 2(2): 46-52.
 - 16) Kivleniece I, Quelin B. Creating and Capturing Value in Public-Private Ties: A Private Actor's Perspective. *The Academy of Management Review* 2012; 37(2): 272-99.
 - 17) Morad Z, Lin Choong H, Tungsanga K, Suhardjono. Funding Renal Replacement Therapy in Southeast Asia: Building Public-Private Partnerships in Singapore, Malaysia, Thailand, and Indonesia. *Am J Kidney Dis* 2015; 65(5): 799-805. doi: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2014.09.031>.
 - 18) Oluwole D, Kraemer J. Innovative public-private partnership: a diagonal approach to combating women's cancers in Africa. *Bull World Health Organ* 2013; 91(9): 691-6. doi: 10.2471/BLT.12.109777.
 - 19) Chen JY, Wan EYF, Chan KHY, Chan AKC, Chan FWK, Lam CLK. Evaluation of the quality of care of a haemodialysis public-private partnership programme for patients with end-stage renal disease. *BMC Nephrol* 2016; 17: 79. doi: 10.1186/s12882-016-0284-9.
 - 20) Russell ND, Marovich MA. Pox-Protein Public Private Partnership program and upcoming HIV vaccine efficacy trials. *Curr Opin HIV AIDS* 2016; 11(6): 614-9. doi: 10.1097/COH.0000000000000322.
 - 21) Chughtai AA, Qadeer E, Khan W, Hadi H, Memon IA. Estimation of the contribution of private providers in tuberculosis case notification and treatment outcome in Pakistan. *Eastern Mediterranean Health Journal*
 - La Revue de Santé de la Méditerranée orientale 2013; 19(3): 213-8. doi: 10.26719/2013.19.3.213.
 - 22) Joloba M, Mwangi C, Alexander H, Nadunga D, Bwanga F, Modi N, et al. Strengthening the Tuberculosis Specimen Referral Network in Uganda: The Role of Public-Private Partnerships. *The Journal of Infectious Diseases* 2016; 213(Suppl 2): S41-6. doi: 10.1093/infdis/jiw035.
 - 23) Kaboru B. Uncovering the potential of private providers' involvement in health to strengthen comprehensive health systems: A discussion paper. *Perspectives in Public Health* 2012; 132(5): 245-52. doi: 10.1177/1757913911414770.
 - 24) De Costa A, Vora K, Ryan K, Raman P, Santacatterina M, Mavalankar D. The State-Led Large Scale Public Private Partnership "Chiranjeevi Program" to Increase Access to Institutional Delivery among Poor Women in Gujarat, India: How Has It Done? What Can We Learn?. *PLoS ONE* 2014; 9(5): e95704. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0095704>.
 - 25) Samal J. Ways and Means to Utilize Private Practitioners for Tuberculosis Care in India. *J Clin Diagn Res* 2017; 11(2): LA01-4. doi: 10.7860/JCDR/2017/19627.9126.
 - 26) Pour Doulati 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): 1-18. [Persian]
 - 27) Stanifer JW, Muiru A, Jafar TH, Patel UD. Chronic kidney disease in low- and middle-income countries. *Nephrol Dial Transplant* 2016; 31(6): 868-74. doi: 10.1093/ndt/gfv466.
 - 28) Farzaneh E, Heydari H, Shekarchi AA, Kamran A. Breast and cervical cancer-screening uptake among females in Ardabil, northwest Iran: a community-based study. *Onco Targets and Therapy* 2017; 10: 985-92. doi: <https://doi.org/10.2147/OTT.S125344>.
 - 29) Nouraei Motlagh S, Heidari Orojlo P, Lotfi F, Mohammadshahi M, Shaarbafchi Zadeh N. Investigating the Relationship between Socioeconomic Factors and Incidence of Leukemia. *Payavard* 2016; 10(2): 205-19. [Persian]
 - 30) Larejani B, Zahedi F. Epidemiology of Diabetes Mellitus in Iran. *ijdd* 2001; 1(1): 1-8. [Persian]

Review Article

Public-Private Partnership in Providing and Promoting Health Services; A critical review

Hiwa Mirzaei¹ , Shoreshe Barkhordari² , Nasrin Shaarbafchizadeh³ ,
Reza Rezayatmand⁴ , Faezeh Akbari^{5*} 

¹ MSc student in Health Services Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² MD student, School of Medical Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³ Assistant Professor, Health Management and Economics Research Center, Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

⁴ Assistant Professor, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

⁵ MSc student in Health Services Management, Students' Research' Committee, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

* **Corresponding Author:** Faezeh Akbari

faeze.akbari14@yahoo.com

ABSTRACT

Citation: Mirzaei H, Barkhordari Sh, Shaarbafchizadeh N, Rezayatmand R, Akbari F. Public-Private Partnership in Providing and Promoting Health Services; A critical review. *Manage Strat Health Syst* 2020; 5(1): 69-79.

Received: January 11, 2020

Revised: May 16, 2020

Accepted: May 27, 2020

Funding: The authors have no support or funding to report.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

Objective: Public-private partnerships can provide the health systems with the required resources to prevent disease, render effective care services, and promote individual and community health. The purpose of this study was to review application of the public-private partnership model in the delivery and promotion of health services to investigate the scope of this model and its success in health systems.

Information sources and selection methods for the study: This critical review was conducted by conducting a search in the databases of ISI, Scopus, PubMed, Science Direct, SID, and Magiran using a combination of the following keywords: public-private partnership, health promotion, health delivery, health improvement, health service, health care services, and providing health services. No time limit was considered in the research process. A total of 238 articles were extracted and reviewed.

Results: Finally, 12 eligible articles were studied, which resulted in 4 main themes: public-private partnerships and prevention, public-private partnerships and infectious-communicable diseases, public-private partnerships and chronic diseases, and public-private partnerships and clinical health services design and information.

Conclusion: The public-private partnerships were successful if supported and organized by the government. In most studied articles, the extent of private sector participation and its benefits were not clear. So, clarification of the interactions between these two sectors will increase the confidence of policymakers in public-private partnerships.

Keywords: Public-private partnership, Health services, Health promotion, Critical review