

Designing a Strategic Purchasing Model for Health Services of the Social Security Organization

Hamid Mohammadi¹, Shahram Tofighi^{2*}, Mostafa Rajabi¹, Hamidreza Izadbakhsh³, Bahar Hafezi¹

¹ Department of Economics, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr/Isfahan, Iran

² Department of Forecasting, Theory building and Health Observatory, Medical Academy of IRI, Tehran, Iran

³ Department of Industrial Engineering, Kharazmi University, Tehran, Iran

***Corresponding Author:** 1. Shahram Tofighi, Department of Forecasting, Theory Building and Health Observatory, Medical Academy of IRI, Tehran, Iran. Email: shr_tofighi@yahoo.com

2. Mostafa Rajabi, Department of Economics, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr/Isfahan, Iran. Email: rajabi@iaukhsh.ac.ir

Received: July 7, 2021

Revised: September 28, 2021

Accepted: October 11, 2021

Online Published: December 20, 2021

Abstract

Introduction: Strategic purchasing in health services has been one of the basic components in improving performance and one of the most important issues in order to improve the health system in the world. Although the Ministry of Health and insurance organizations in Iran sometimes address the issue of strategic purchasing goals, it is not possible to achieve or even implement it due to existing problems. For this purpose, this study was conducted to identify the most important factors affecting the launch of strategic procurement of health services and its implementation in the treatment department of the Social Security Organization and to provide an applicable model.

Methods: This is a qualitative study that was conducted in 2020 to identify the factors affecting the implementation of strategic procurement of health services in the Social Security Organization and provide a local model in two stages. In the first step, semi-structured interviews were used to extract important factors in the field of strategic purchasing. In the second step, the Delphi method was used to determine the approval or non-approval of the factors influencing the strategic purchase in the Social Security Organization.

Results: In this study, 6 subjects and 40 sub-subjects were extracted. The main topics of the research include: target groups, social structure, insurance structure, management and coordination of departments, knowledge and information systems and service providers. The two main issues of interest to experts were the target groups and the structure of insurance. The highest score of consensus among experts on the following topics included health needs assessment and prioritization of target groups, equitable allocation of resources, income level of covered individuals, and strategic purchasing discourse.

Conclusion: According to the model, most attention is paid to the role of target groups and insurance structure as a leader in purchasing health services and a suitable distributor of services. It is important that the Social Security Administration is able to communicate with providers and select the best providers and receive price information through competition in the most appropriate mechanism. Also, with this model, it can strategically purchase the best and most effective services for its insured individuals. The practical model presented in this article can help the development of health systems to overcome the existing obstacles in the implementation of strategic purchasing progress. This model meets the need for knowledge necessary for strategic purchasing of health services.

Keywords: Clinical Effectiveness, Health Policy, Emerging Health Care Delivery Structures, Health Economics, Health Insurance Plans

Citation:

Mohammadi H, Tofighi S, Rajabi M, Izadbakhsh H, Hafezi B. Designing a strategic purchasing model for health services of the social security organization. Iran J Health Insur. 2021;5(3):209-19.

طراحی مدل خرید راهبردی خدمات سلامت سازمان تأمین اجتماعی

حمید محمدی^۱، شهرام توفیقی^۲، مصطفی رجبی^۳، حمید رضا ایزدبخش^۴، بهار حافظی^۵

^۱ گروه اقتصاد، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران

^۲ گروه آینده‌نگری نظریه‌پردازی و رصد کلان سلامت، فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران

^۳ گروه مهندسی صنایع، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: ۱. شهرام توفیقی، گروه آینده‌نگری نظریه‌پردازی و رصد کلان سلامت، فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران.

پست الکترونیک: shr_tofighi@yahoo.com

۲. مصطفی رجبی، گروه اقتصاد، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران. پست الکترونیک: rajabi@iaukhsh.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۱۶

تاریخ تصحیح: ۱۴۰۰/۰۷/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۱۹

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۰/۰۹/۲۹

چکیده

مقدمه: خرید استراتژیک در خدمات سلامت یکی از مولفه‌های اساسی در بهبود عملکرد و از مهم‌ترین موضوعات مطرح به منظور اصلاح سیستم سلامت در دنیا بوده است. وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر در ایران اگرچه گاهی موضوع اهداف خرید استراتژیک را مورد توجه قرار می‌دهند، اما دستیابی به آن یا حتی اجرای آن به دلیل مشکلات موجود امکان‌پذیر نیست. بدین‌منظور این مطالعه با هدف شناسایی مهم‌ترین عوامل موثر بر راه‌اندازی خرید راهبردی خدمات سلامت و پیاده‌سازی آن در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی و ارائه یک مدل قابل اجرا انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع کیفی است که در سال ۱۳۹۹ برای شناسایی عوامل موثر در اجرای خرید راهبردی خدمات سلامت در سازمان تأمین اجتماعی و ارائه الگوی بومی در دو مرحله انجام شد. در گام اول، برای استخراج عوامل مهم در زمینه خرید راهبردی از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. در گام دوم از روش دلفی برای تعیین تایید یا تایید نشدن این عوامل موثر در خرید راهبردی در سازمان تأمین اجتماعی استفاده شد.

یافته‌ها: در این پژوهش ۶ موضوع و ۴۰ زیرموضوع استخراج شد. موضوعات اصلی پژوهش شامل گروه‌های هدف، ساختار اجتماعی، ساختار بیمه، مدیریت و هماهنگی بین‌بخشی، سیستم‌های دانش و اطلاعاتی و ارائه‌دهندگان خدمت است. دو موضوع اصلی مورد توجه کارشناسان، گروه‌های هدف و ساختار بیمه بود. بالاترین امتیاز اجماع بین کارشناسان در زیر موضوعات شامل نیازسنجی سلامت و اولویت‌بندی گروه‌های هدف، تخصیص عادلانه منابع، سطح درآمدی افراد تحت پوشش به همراه گفتمان‌سازی خرید راهبردی بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس مدل، بیشترین توجه به نقش گروه‌های هدف و ساختار بیمه به‌عنوان رهبری در خرید خدمات سلامت و توزیع‌کننده مناسب خدمات است. مهم است که سازمان تأمین اجتماعی بتواند با ارائه‌دهندگان ارتباط برقرار کرده و بهترین ارائه‌دهندگان را انتخاب کند و اطلاعات قیمت را از طریق رقابت در مناسب‌ترین سازوکار دریافت کند. همچنین با این مدل، می‌تواند به‌صورت استراتژیک بهترین و موثرترین خدمات را برای بیمه‌شدگان خود خریداری کند. مدل عملی ارائه شده در این مقاله می‌تواند به توسعه سیستم‌های سلامت برای غلبه بر موانع موجود در اجرای پیشرفت خریدهای راهبردی کمک کند. این مدل نیاز به دانش لازم برای خرید راهبردی خدمات سلامت را برآورده می‌کند.

واژگان کلیدی: اثربخشی بالینی، سیاست سلامت، ساختارهای نوظهور مراقبت‌های سلامت، اقتصاد سلامت، برنامه‌های بیمه سلامت

مقدمه

به عدالت در دسترسی بیمار به نیازها و استفاده بهینه از منابع بیان شده است [۶،۴].

خرید راهبردی توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) به عنوان فرآیندی فراتر از تخصیص منفعل و نسبتاً غیرسیستماتیک بودجه به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، شامل جستجوی مداوم برای بهترین

در زمینه نگرانی‌های جدی درمورد استطاعت فعلی و آینده مراقبت‌های سلامت [۱،۳]، محققان مختلف و نهادهای بین‌المللی، خرید راهبردی را به عنوان محرک بالقوه برای بهبود عملکرد سیستم مراقبت‌های سلامت ارزیابی کرده‌اند که از نظر پاسخگویی

طرف قرارداد را مختل می‌کند [۹]. این بینش یک مدل پایه ناقص برای خرید راهبردی در مراقبت‌های سلامت فراهم می‌کند. دلیل این امر این است که حوزه تحقیقاتی خرید راهبردی به هماهنگی و انطباق روابط برای دستیابی به عملکرد موثر مربوط می‌شود [۹] و امکان افزایش عدالت، کارایی و کیفیت سیستم سلامت را دارد [۱۵،۷]. خرید راهبردی شامل ۳ مجموعه تصمیم است: (الف) شناسایی مداخلات یا خدمات خریداری شده، با در نظر گرفتن نیازهای جمعیت، اولویت‌های بهداشت ملی، مقرون به صرفه بودن و سایر عوامل (ب) انتخاب ارائه‌دهندگان خدمات، در نظر گرفتن کیفیت خدمات، کارایی و ارزش ویژه و (ج) تعیین نحوه خرید خدمات، از جمله توافقنامه‌های قراردادی و سازوکارهای پرداخت ارائه‌دهنده [۸].

خرید راهبردی می‌تواند گزینه مناسب و مفیدی برای نظام‌های سلامت باشد تا به اندازه کافی به اهداف سیستم سلامت برسد، اما از چالش‌های مربوط به وظایف و به‌خصوص تولید نظام سلامت نباید غافل شد. مهم این است که مزایای به دست آمده از چالش‌ها و مشکلات بیشتر بودند و می‌توان برای چالش‌ها و مشکلات با کسب تجربه بیشتر و در طی زمان راه‌حلهایی پیدا کرد [۱۶].

سازمان تأمین اجتماعی با قریب به ۴۰ میلیون نفر بیمه‌شده رسالت مهمی در خدمت‌رسانی و پوشش بیمه درمان دارد. کاملاً واضح است که بدون برنامه‌ریزی محاسبه خطرات مرتبط با ارائه خدمات مطلوب به بیمه‌شدگان سازمان با نقصان مواجه شده و همواره در ارائه خدمات مندرج در بسته خدمات تعریف شده، بدهکار و ناتوان است [۱۷]. این سازمان همگام با سازمان‌های بیمه‌گر به دنبال خرید راهبردی خدمات سلامت بوده و سیاست‌های بالادستی کشور بر این سناریو تأکید کرده‌اند [۱۸]. در سال‌های اخیر به دلیل اهمیت خرید خدمات سلامت، آیین‌نامه خرید راهبردی در خدمات سلامت طراحی شده اما در دستور کار نبوده و به ندرت یک اقدام برای اجرای تنظیم از نظر عملی و تجربی اجرا شده است [۱۹]. با توجه به این وضعیت، این مطالعه با هدف شناسایی مهم‌ترین عوامل موثر بر راه‌اندازی خرید راهبردی خدمات سلامت به منظور پیاده‌سازی آن در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی از طریق درمان غیرمستقیم با این سوال اساسی مواجه است: در سطح کشور چه مشکلاتی برای خرید راهبردی وجود دارد؟ به عبارت دیگر چرا خرید راهبردی در سازمان تأمین اجتماعی شروع نمی‌شود؟ و در پایان ارائه یک مدل

مداخلات برای خرید، بهترین ارائه‌دهندگان، بهترین سازوکارهای پرداخت و ترتیب قرارداد برای پرداخت چنین مداخلاتی تعریف شده است [۷]. بنابراین خرید راهبردی فراتر از یک بوجه ساده برای خدمات سلامت است و شامل ارزیابی نیازهای سلامت جمعیت، برنامه‌ریزی و طراحی خدمات مراقبت‌های سلامت، صلاحیت و انتخاب ارائه‌دهندگان مناسب و انگیزه و مدیریت ارائه‌دهندگان برای اطمینان از عملکرد بهینه است. مطابق با این تعریف، پیشنهاد شده که توسعه خرید راهبردی مراقبت‌های سلامت باید بر روی ۳ رابطه متقابل بین ۴ گروه از بازیگران متمرکز شود: (۱) بیماران و خریداران. (۲) دولت و خریداران و (۳) خریداران و ارائه‌دهندگان [۸،۵]. این نویسندگان به نوبه خود پیشنهاد می‌کنند که ۳ هدف اصلی مرتبط با این بازیگران و روابط آنها شامل: توانمندسازی بیمار، سرپرستی موثر دولت و عملکرد ارائه‌دهنده باید بهبود یابد و دنبال شود [۸،۵]. مسلماً گرچه خرید راهبردی در شرایط مختلف کشور نیازمند پرداختن به این ۳ هدف اصلی است، اما یک مجموعه مشترک از ساختارهای سازمانی با یک نوع رفتار و روابط ایجاد نخواهد شد. در واقع تنوعی از ساختارها، رفتارها و سازوکارهای تأمین بوجه ایجاد شده که [۱۰،۹] ساختار آن توسط خصوصیات نهادها و سیستم سیاسی هر کشور شکل گرفته است [۵]. با این حال اشتراکات اهداف به این معناست که سیاست‌گذاران باید به فراگیری درس‌های گسترده از کشورهای دیگر در مورد چگونگی امکان خرید مراقبت‌های سلامت در شرایط خاص و راهبردی اقدام کنند. از نظر تئوری، آگاهی در مورد یادگیری فراتر از مفاهیم انتقادی درباره ترسیم درس و انتقال سیاست از اهمیت بالایی برخوردار است [۱۲،۱۱]. این به معنای این است که احتمال اصلاح سیاست از یک متد به متد دیگر، به‌صورتی که به طور سیستماتیک قابل درک باشد، وجود دارد [۱۳]. تئوری‌ها برای درک چگونگی رفتار تصمیم‌گیرندگان در محیط‌های مختلف و چگونگی تفسیر و اجرای اصلاحات خاص مهم هستند [۱۴].

مشاهده شده است که جریان اصلی نظریه اقتصادی نئوکلاسیک در شکل‌گیری اصلاحات خرید مراقبت‌های سلامت، به‌ویژه در دهه‌های اخیر، نقش مهمی داشته است. با این حال، استفاده از این نظریه بدون انتقاد نبوده است، زیرا سیاست‌گذاران را به سمت تصور مفاهیم نسبتاً سطحی تقاضا، عرضه و رقابت در بازار سوق داده که نقش حاکمیتی روابط بین بیماران، دولت، خریداران و ارائه‌دهندگان در برابر خطرات رفتاری و عملکردی ضعیف مراکز طرف قرارداد و غیر

قابل اجرا برای بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی است. امید است که نتایج این مطالعه بتواند در بخش های سلامت کشور مورد استفاده قرار گیرد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع کیفی و در سال ۱۳۹۹ با شناسایی عوامل موثر در اجرای خرید راهبردی خدمات سلامت در سازمان تأمین اجتماعی و ارائه یک مدل بومی انجام شده است. این مطالعه در ۲ مرحله انجام شد. در گام اول برای استخراج عوامل مهم در زمینه خرید راهبردی از مصاحبه نیمه ساختاریافته استفاده شد. در گام دوم از روش دلفی برای تعیین تایید یا تایید نشدن عوامل ایجاد شده توسط کارشناسان در سازمان تأمین اجتماعی استفاده شد. جزئیات مراحل به شرح زیر است.

گام اول

جامعه مورد مطالعه در گام اول، شامل افراد متخصص یا دارای مدرک دکترای در یکی از رشته های مدیریت بیمارستانی، اقتصاد سلامت و اقتصاد دارو، مدیران سازمان های بیمه گر یا مدیران بیمارستانی دارای تحصیلات تکمیلی مدیریت بیمارستانی با حداقل ۷ سال سابقه کار و آشنا به خرید راهبردی بود.

۱۸ نفر از جامعه مورد مطالعه با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند، برای شرکت در مصاحبه به شرح زیر دعوت شدند: ۷ نفر از مدیران سازمان تأمین اجتماعی، ۳ نفر از مدیران بیمه سلامت ۴ نفر از مدیران بیمارستان و کارشناسان خرید راهبردی خدمات سلامت و ۴ نفر از اعضای هیئت علمی یا دکترای در زمینه اقتصاد سلامت و مدیریت خدمات بیمارستانی.

برای تدوین راهنمای مصاحبه مطابق با الگوی سازمان بهداشت جهانی سوالات اصلی زیر مطرح شد:

- ◀ شیوه خرید خدمات سلامت و پرداخت هزینه آن چگونه است؟
- ◀ مداخلات خرید راهبردی برای چه کسانی انجام شده است؟
- ◀ اقدامات مورد نیاز برای خرید راهبردی چیست؟
- ◀ چه کسی باید بیشترین منفعت را از منابع مالی خدمات درمانی سازمان تأمین اجتماعی دریافت کند؟
- ◀ معیارهای مناسب برای انتخاب ارائه دهنده و قرارداد از دیدگاه سازمان تأمین اجتماعی چیست؟

قبل از مصاحبه با نمونه اصلی، به منظور بررسی سوالات مصاحبه،

۲ مصاحبه نیمه ساختاریافته با ۶ نفر خبره سازمان تأمین اجتماعی که در این نمونه قرار نداشتند، انجام شد. پس از تجزیه و تحلیل این ۲ مصاحبه، ۲ پرسش فرعی زیر به پرسشنامه ۵ ماده ای اضافه شد که چارچوب مصاحبه نهایی را تعیین کرد: «ترکیب و ساختار بیمه در سیستم خرید راهبردی خدمات سلامت چیست؟» و «موقعیت گروه هدف در خرید راهبردی چیست؟»

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها، به روش موضوعی با رویکرد معنایی اقدام شد. بدین صورت که عوامل موثر در اجرای خرید راهبردی در سازمان تأمین اجتماعی استخراج و برای آن توضیح داده شد. سپس موضوعات در متن اختصاص کدگذاری شدند و محقق، کدها را بازبینی کرد. باتوجه به پیشینه ادبیات تحقیق و دانش محققان، هر موضوع تعریف و نام گذاری شد. به منظور اطمینان از یکپارچگی داده ها، از استانداردهای چهارگانه لینکلن و گوبا برای ارزیابی اعتبار، قابلیت انتقال، قابلیت شکل پذیری و قابلیت اطمینان استفاده شد [۲۰].

مرحله دوم: تکنیک دلفی

در این گام برای دستیابی به توافق درمورد عوامل شناسایی شده در مرحله نخست، از روش دلفی استفاده شد. در این مرحله کارشناسان درمورد عوامل موثر در زمینه اجرای خرید راهبردی خدمات سلامت سازمان تأمین اجتماعی برای دستیابی به توافق و اجماع، نظر دادند و اطمینان داده شد که نظرات فردی آنها محرمانه خواهد بود. ۱۸ شرکت کننده در دلفی شامل کارشناسانی از مرحله قبل و ۷ کارشناس ملی در سطح بیمه سلامت بودند. با استفاده از عوامل مشخص شده در مرحله اول، یک پرسشنامه ۵ گزینه ای مقیاس لیکرت به شرح زیر تهیه شد: ۱: کاملاً موافقم، ۲: موافقم، ۳: هیچ ایده ای ندارم، ۴: مخالفم و ۵: کاملاً مخالفم. روایی و پایایی پرسشنامه توسط اعضای تیم تحقیق و ۶ متخصص که در بین شرکت کنندگان در دور دلفی نبودند، تأیید شد. پرسشنامه ها به صورت الکترونیکی برای تکمیل ارسال شد. نرخ ها در مقیاس نمره گذاری برای هر معیار با استفاده از آمار توصیفی محاسبه شد. فرآیند دلفی ۲ دور انجام شد و پس از آن عواملی که توافق جمعی بین چارک صفر و ۲ (نمره -۵۰) رد شد.

یافته ها

یافته ها در مرحله اول منجر به شناسایی ۶ موضوع و ۴۰ زیر

جدول ۱ | موضوع و زیرموضوع‌های مؤثر برای استقرار و تداوم موفق فعالیت‌های نظام خرید راهبردی خدمات سلامت سازمان تأمین اجتماعی

گروه	زیرگروه
گروه‌های هدف	گروه بیماران خاص
	سالمنان بالای ۶۵ سال
	کودکان زیر ۱۲ سال
	جوانان و نوجوانان زیر ۱۸ سال
	زنان باردار
	سطح درآمدی افراد تحت پوشش
	کلیه افراد بیمه‌شده بدون در نظر گرفتن هرگونه معیار
	نیازسنجی سلامت و اولویت‌بندی گروه‌های هدف
	توانمندسازی مستمر بیمه‌شده‌ها
ساختار اجتماعی	مشارکت ارائه‌دهنده و مصرف‌کننده خدمات
	اصلاح فرهنگ مصرف
	اجرای بازاریابی اجتماعی
	گفتمان‌سازی خرید راهبردی
	وصول به‌موقع اعتبارات سهم سازمان
ساختار بیمه	نامتقارن بودن اطلاعات
	جمع‌آوری منابع و اثبات آن
	انعطاف بسته خدمات پایه و تکمیلی
	شفافیت در قرارداد خدمات
	روش پرداخت و پرداخت منسجم
	چارچوب فرایند خرید راهبردی در سازمان تأمین اجتماعی
	تعیین قیمت برنامه‌ای و تعرفه و فرانشیز
	همگام‌سازی ذینفعان
	جلب حمایت‌های سیاسی
مدیریت و هماهنگی بین‌بخشی	فراهم‌سازی قوانین مرتبط با خرید راهبردی
	تشکیلات ساختاری خرید راهبردی
	هماهنگی بین‌بخشی بخش خصوصی و دولتی
	مدیریت درآمد ارائه‌دهندگان و تأمین‌کنندگان
	محدودیت‌های خرید راهبردی برخی خدمات
	مدل‌سازی دینامیکی رفتار ذینفعان
سیستم‌های دانش و اطلاعاتی	ساختار سیستم‌های درمانی
	رفتار مصرف‌کننده
	بانک‌های اطلاعاتی یکپارچه
	ارزیابی اقتصادی و اقتصاد سلامت
ارائه‌دهندگان خدمات	گسترش نظام ارجاع و پزشک خانواده در سازمان تأمین اجتماعی
	سیاست‌های آینده درمورد تعداد و ترکیب ارائه‌دهندگان
	پایش عملکرد ارائه‌دهنده خدمت
	شفافیت ساختار ارائه خدمت
	قاعده‌مند کردن انتخاب بهترین تأمین‌کننده و ارائه‌دهنده
	ارائه خدمات بسته توسط ارائه‌دهنده

موضوع شد و به عنوان زیربنای لازم برای اجرای خرید راهبردی خدمات سلامت در سازمان تأمین اجتماعی شد (جدول ۱).

شرکت‌کنندگان در این تحقیق به موضوع و زیر موضوع‌ها برای اجرای خریدهای راهبردی خدمات سلامت سازمان تأمین اجتماعی، مطابق با آنچه در جدول ۱ آمده است، اشاره کردند. بنابراین، برای تهیه یک الگوی کاربردی برای این سازمان، توافق و اجماع کارشناسان درمورد مهم‌ترین محور فرعی در هر موضوع لازم است. امتیاز متوسط از مرحله دلفی برای هر مورد از محورهای فرعی و تایید یا رد آن در جدول ۲ ارائه شده است.

درمورد «گروه هدف» بالاترین ضریب توافق درمورد سطح درآمدی افراد تحت پوشش و نیازسنجی سلامت و اولویت‌بندی گروه‌های هدف بود (۸۱ درصد). در معیار «ساختار اجتماعی» گفتمان‌سازی خرید راهبردی، اصلاح فرهنگ مصرف و مشارکت ارائه‌دهنده و مصرف‌کننده خدمات، بالاترین توافق را کسب کردند. در «ساختار بیمه» وصول به‌موقع اعتبارات سهم سازمان، جمع‌آوری منابع و اثبات آن، انعطاف بسته خدمات پایه و تکمیلی، تعیین قیمت برنامه‌ای، تعرفه، فرانشیز و روش پرداخت و پرداخت منسجم، شفافیت قرارداد و چارچوب فرایند خرید راهبردی در سازمان تأمین اجتماعی توافق داشتند.

درمورد «مدیریت و هماهنگی بین‌بخشی» تخصیص عادلانه منابع به حوزه سلامت، تشکیلات ساختاری خرید راهبردی و هماهنگی بین‌بخشی بین بخش خصوصی و دولتی، فراهم‌سازی قوانین مرتبط با خرید راهبردی، جلب حمایت‌های سیاسی و مدیریت درآمد ارائه‌دهندگان و تأمین‌کنندگان، مورد توافق صاحب‌نظران بودند. در موضوع «سیستم‌های دانش و اطلاعاتی» بر زیرموضوع رفتار مصرف‌کننده ۸۰ درصد توافق ایجاد شد. درمورد «ارائه‌دهندگان خدمات»، گسترش نظام ارجاع و پزشک خانواده در سازمان تأمین اجتماعی، قاعده‌مند کردن انتخاب بهترین تأمین‌کننده و ارائه‌دهنده و سیاست‌های آینده درمورد تعداد و ترکیب ارائه‌دهندگان به بالاترین اجماع رسید. در شکل ۱ مدل نهایی خرید راهبردی خدمات سلامت در سازمان تأمین اجتماعی با توافق ۶۷ درصدی ارائه شده است. لازم به ذکر است که معیارهای ارائه شده در بخش نتیجه‌گیری دقیقاً با هدف این مطالعه مطابقت دارند. در این مدل معیارهای دیگر در اجرای خرید استراتژیک، مانند محدودیت‌های خرید راهبردی برخی خدمات و ارائه خدمات بسته توسط ارائه‌دهنده نادیده گرفته شده است.

جدول ۲ | درج امتیازات توافق شده در مورد پیاده سازی محورهای فرعی خرید راهبردی در سازمان تأمین اجتماعی

محورهای اساسی خرید راهبردی مراقبت های سلامت				درصد	نمره (۵-۰)	وضعیت (تایید یا رد کردن)
۱- گروه های هدف						
			گروه بیماران خاص	۶۹	۳.۴۴	تایید
			سالمندان بالای ۶۵ سال	۷۹	۳.۹۴	تایید
			کودکان زیر ۱۲ سال	۶۹	۳.۴۴	تایید
			جوانان و نوجوانان زیر ۱۸ سال	۶۶	۳.۳۶	تایید
			زنان باردار	۷۰	۳.۵۰	تایید
			سطح درآمدی افراد تحت پوشش	۸۱	۴.۰۳	تایید
			کلیه افراد بیمه شده، بدون در نظر گرفتن هر گونه معیار	۵۹	۲.۹۴	رد
			نیازسنجی سلامت و اولویت بندی گروه های هدف	۸۱	۴.۰۳	تایید
۲- ساختار اجتماعی						
			توانمندسازی مستمر بیمه شدگان	۴۹	۲.۴۷	رد
			مشارکت ارائه دهنده و مصرف کننده خدمات	۷۳	۳.۶۶	تایید
			اصلاح فرهنگ مصرف	۷۴	۳.۷۱	تایید
			اجرای بازاریابی اجتماعی	۴۸	۲.۴۱	رد
			گفتمان سازی خرید راهبردی	۸۱	۴.۰۳	تایید
۳- ساختار بیمه						
			وصول به موقع اعتبارات سهم سازمان	۷۳	۳.۶۵	تایید
			نامتقارن بودن اطلاعات	۶۱	۳.۰۶	رد
			جمع آوری منابع و انباشت آن	۷۶	۳.۷۹	تایید
			انعطاف بسته خدمات پایه و تکمیلی	۷۷	۳.۸۵	تایید
			شفافیت در قرارداد خدمات	۶۸	۳.۴۱	تایید
			روش پرداخت و پرداخت منسجم	۷۴	۳.۷۰	تایید
			چارچوب فرآیند خرید راهبردی در سازمان تأمین اجتماعی	۶۹	۳.۴۴	تایید
			تعیین قیمت برنامه ای و تعرفه و فرانشیز	۷۵	۳.۷۵	تایید
۴- مدیریت و هماهنگی بین بخشی						
			همگام سازی ذینفعان	۵۵	۲.۷۴	رد
			جلب حمایت های سیاسی	۶۷	۳.۳۹	تایید
			فراهم سازی قوانین مرتبط با خرید راهبردی	۶۹	۳.۴۴	تایید
			تشکیلات ساختاری خرید راهبردی	۷۱	۳.۵۶	تایید
			هماهنگی بین بخشی بخش خصوصی و دولتی	۷۲	۳.۵۹	تایید
			مدیریت درآمد ارائه دهندگان و تأمین کنندگان	۶۹	۳.۴۴	تایید
			محدودیت های خرید راهبردی برخی خدمات	۵۱	۲.۶۱	رد
			تخصیص عادلانه منابع به حوزه سلامت	۸۱	۴.۰۶	تایید
۵- سیستم های دانش و اطلاعاتی						
			مدل سازی دینامیکی رفتار ذینفعان	۶۹	۳.۴۴	تایید
			ساختار سیستم های درمانی	۷۲	۳.۵۹	تایید
			رفتار مصرف کننده	۸۰	۳.۹۹	تایید
			بانک های اطلاعاتی یکپارچه	۶۳	۳.۴۷	رد
			ارزیابی اقتصادی و اقتصاد سلامت	۷۷	۳.۸۵	تایید
۶- ارائه دهندگان خدمت						
			سیاست های آینده در مورد تعداد و ترکیب ارائه دهندگان	۷۲	۳.۵۹	تایید
			پایش عملکرد ارائه دهنده خدمت	۴۹	۲.۴۷	رد
			گسترش نظام ارجاع و پزشک خانواده در سازمان تأمین اجتماعی	۷۸	۳.۹۱	تایید
			شفافیت ساختار ارائه خدمت	۶۳	۳.۱۵	رد
			ارائه خدمات بسته توسط ارائه دهنده	۴۹	۲.۴۷	رد
			قاعده مند کردن انتخاب بهترین تامین کننده و ارائه دهنده	۶۷	۳.۳۹	تایید

بحث

یافته‌های حاضر موضوع‌های اصلی در اجرای مدل خرید راهبردی خدمات سلامت را به شرح زیر بیان می‌کند:

◀ گروه‌های هدف

◀ ساختار اجتماعی

◀ ساختار بیمه

◀ مدیریت و هماهنگی بین‌بخشی

◀ سیستم‌های دانش و اطلاعاتی

◀ ارائه‌دهندگان خدمات

بر خلاف آنچه که به‌عنوان خرید در سیستم‌های درمانی مرسوم است، بر اساس تعاریف متعدد، خرید راهبردی چیزی فراتر از پرداخت و قرارداد است. تعاریف موجود از خرید راهبردی مبهم است و غالباً فاقد خاصیت و انسجام است. با این حال، اکثر طرفداران این سیاست معتقد هستند که خرید راهبردی (در حالت ایده‌آل) یک فرآیند مبتنی بر شواهد است که با اولویت‌بندی تأمین مالی برخی کالاها و خدمات نسبت به سایر برنامه‌های مشترک از طریق برنامه‌ریزی، ضمن ترکیب نیازها و اولویت‌ها، سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی را ترسیم می‌کند. در این تحقیق مشخص شد که در خرید خدمات سلامت، نیازسنجی سلامت و اولویت‌بندی گروه‌های هدف با توجه به حرکت کشور به سمت سالمندی و توجه به افراد بالای ۶۵ سال به‌عنوان گروه‌های در معرض خطر مورد توجه است. مدل خرید راهبردی خدمات سلامت، قدرت خریداران خدمات و پرداخت بر اساس نیاز و اولویت‌های تعریف شده را افزایش می‌دهد [۲۱-۲۳]. بسیاری از کارشناسان بر اهمیت اولویت‌بندی برای دستیابی به نتایج مطلوب با توجه به محدودیت منابع تأکید می‌کنند. در صورت کمبود منابع، باید به کارآیی استفاده از منابع توجه شود و به‌علاوه، ارزیابی اثربخشی هزینه در مدیریت منابع در مراقبت‌های سلامت از اهمیت بالایی برخوردار است و باید با کمترین هزینه اجرا شود [۲۴].

با این حال، اگرچه استفاده از رویکردهای کارآمد از مداخلات رایج است و از اهمیت بالایی برخوردار است اما در مدل حاضر، به نیازهای جمعیت برای مداخلات و مقرون به صرفه بودن آنها توجه شده است. گیلسون معتقد است که دولت‌ها موظف هستند به برخی از گروه‌های هدف توجه کنند [۲۵]. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که خدمات بهداشتی برای کلیه افراد بیمه‌شده، بدون در نظر گرفتن هرگونه معیار، مورد تأیید قرار نگرفت که این برخلاف

نتایج مطالعه باستانی و همکارانش درمورد تهیه داروهای مورد نیاز و ضروری برای جمعیت تحت پوشش، بدون توجه به نوع سازمان بیمه‌کننده است [۲۶،۲۰]. از دلایل رد این زیرموضوع در این مطالعه می‌توان به وظایف محول شده به سازمان و حیطه پوشش خدمات و محدودیت منابع موجود اشاره کرد.

از دیگر موضوعات مورد توجه کارشناسان، ساختار اجتماعی است که به موضوع هماهنگی بین‌بخشی می‌پردازد و آمادگی روانی و یادگیری و نگرش سازمان‌های اصلی درگیر در برنامه خرید راهبردی را بررسی می‌کند. همچنین سرعت عمل سازمان‌های درگیر در برنامه خرید راهبردی و تبادل داده‌های مورد نیاز را با دقت و سرعت به انجام می‌رساند. مشارکت اجتماعی مصرف‌کنندگان خدمات در تمام سطوح سلامت ضروری است. در همین راستا شورای اروپا پیشنهاد می‌کند که آیین‌نامه‌های اجرایی باید ساختارهای قانونی و سیاست‌های افزایش حضور شهروندان و حقوق بیماران کشورهای عضو آن، به‌گونه‌ای که برای مدیران سیستم‌های سلامت، از جمله کارشناسان، بیمه‌ها و تنظیم‌کننده‌ها قابل قبول باشد، از حضور شهروندان در همه سطوح سیستم‌های مراقبت‌های سلامت اطمینان حاصل کنند [۲۷]. نظام‌سازی برای اقدامات عملی تولیت و هماهنگی بین‌بخشی به منظور انتشار مفاهیم خرید راهبردی و تبدیل کردن موضوع خرید راهبردی به یک گفتمان و سپس مطالبه‌ی سیاسی و اجتماعی از سطح رهبری تا سطح مسئولان ارشد کشوری و منطقه‌ای و جامعه است. طراحی منابع انسانی در بخش مراقبت‌های بهداشتی برای خرید راهبردی بسیار مهم است [۲۸]. به منظور اجرای برنامه خرید راهبردی، مدیران باید در اصول خرید راهبردی و مدیریت مالی آموزش ببینند. تقویت ساختار انگیزشی و به‌کارگیری کارشناسان در زمینه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی اقتصاد سلامت می‌تواند به تقویت خرید راهبردی کمک کند.

از دیگر موضوعات مطرح بیمه‌ها هستند که بخشی از سیستم سلامت محسوب می‌شوند، مفاهیم نظری و محاسباتی بیمه باید در داخل سیستم سلامت انجام شود. این موضوع با سایر مطالعات مطابقت دارد [۲۹،۳۰] علاوه بر این سایر مطالعات [۳۱] بر تصمیمات قطعی مدیران در انجام خریدهای راهبردی، ارتقای فرآیندها، و استفاده از مدل‌های جدید بیمه تأکید کرده‌اند. از مسائلی که بیمه‌ها با آن درگیر هستند، نبود مکانیسمی برای هدایت بیمه‌شدگان و پر کردن فاصله حاصل از نابرابری اطلاعاتی بین بیمه‌شده و ارائه‌دهنده



کارشناسان معتقدند بیمه‌گرها باید بسته خدمت را بازنگری و قدرت این را داشته باشند که صرفاً متناسب با بودجه خود خرید خدمات کنند و براساس نیازسنجی خدمات سلامت مورد نیاز جامعه، باید براساس دهک درآمدی درمورد بسته خدمت و تأمین مالی تصمیم‌گیری کرد. تعیین سطح خدمات باعث می‌شود یک سرویس سیستماتیک و مبتنی بر نیاز فراهم شود و در نتیجه به درستی نیازهای بیماران به خدمات در هر سطح را تعیین می‌کند [۲۳]. لازم

خدمات مراقبت از سلامت است. در مطالعات مختلف، با استفاده غیرمنطقی از داروها و استفاده از داروهای خطرناک، مشکلات ناشی از استفاده غیرمنطقی از داروها به طور قابل توجهی درمورد نامتقارن بودن اطلاعات، فقدان آموزش، افزایش انتظارات از مردم و افراد بیمار افزایش می‌یابد [۱۵]. اگرچه در این تحقیق متقارن نبودن اطلاعات، از امتیاز لازم برخوردار نشد که این موضوع برخلاف نظر محققان است.

[۲۳]. همچنین پرداخت به‌موقع به ارائه‌دهندگان برای رقابت در بین ارائه‌دهندگان به اجرای بهتر خرید راهبردی کمک کرد [۲۳]. تاخیر در پرداخت در بلندمدت و جنبه‌های عمیق‌تر مانند دانش ضعیف در انتخاب روش پرداخت و تجربه ناکافی کشور در استفاده از سایر روش‌های پرداخت منجر به هدررفت منابع است [۳۴].

موضوع سیاست‌گذاری سلامت و تدوین سیاست‌های مناسب ناظر بر خرید راهبردی خدمات سلامت که مدل پرکر نیز اساس کار خود را روی آن گذاشته، از دغدغه‌های خرید راهبردی است. در این تحقیق «تأثیر سیاست‌های سلامت روی خرید راهبردی» مورد کندوکاو قرار گرفت. پاسخگویان به‌طور غیرمستقیم تأکید کردند که سیاست‌های حوزه سلامت متناسب با خرید راهبردی شود. نتایج بیانگر این موضوع است که بین مسئولان و نهادهای گوناگون دولتی اختلاف دیدگاه و نیز اختلاف سیاست در مورد اصول، رویه‌ها و شیوه‌های اجرای خرید راهبردی وجود دارد. در حالی که سیاست‌گذاران تنظیم‌کننده‌های قدرتمندی را ایجاد کرده و انتخاب بیمار را ترجیح داده‌اند [۳۵]. در عمل، خریداران، حتی با داشتن قدرت خرید بالا، غالباً فاقد داده، تخصص، شبکه موجود، ظرفیت سیاسی و قدرت مذاکره برای شکل دادن به یک خرید راهبردی موثر هستند که بر کیفیت مراقبت و نیازهای واقعی مردم متمرکز باشد [۳۶]. فقدان ارتباط محکم بین ذینفعان منجر به مشارکت سطحی در سیاست‌گذاری است و باعث شده برخی از ذینفعان از برنامه‌های مختلفی که طی چند سال گذشته توسط سیاست‌گذاران ارائه شده، خسته شوند [۳۷].

از مواردی که کارشناسان در این تحقیق بر آن تأکید داشتند، اهداف خرید راهبردی در مقیاسی گسترده، تخصیص عادلانه منابع به منظور پوشش مناسب خدمات سلامت است. بخش مهم این ارزیابی، شناسایی تأثیر ساختار خرید بر اهداف پوشش خدمات است [۲۲]. این اهداف تحت تأثیر سازوکارهای خرید شامل مواردی از جمله کارآمدی در استفاده از منابع، عدالت در توزیع منابع، بهبود پاسخگویی، دسترسی عادلانه و حمایت مالی هستند [۳۱]. دیگر مطالعات، به ساختارهای خرید و تخصیص عادلانه منابع و استفاده بهینه از منابع محدود تأکید دارد [۱۵]. همچنین در این مدل خرید ارزیابی اقتصادی همراه با ارزیابی عوامل سازمانی، ساختاری و غیراقتصادی انجام می‌شود. بر این اساس، مطالعات دیگر نشان داد که در تصمیم‌گیری برای خرید، گزینه‌های مختلف در سطوح

است که بیمه‌ها از منابع پایداری برخوردار باشند. منابع بیمه، با استفاده از ساختار هماهنگ و ایجاد مدل پرداخت که خود به اجرای آن وابسته است، با ایجاد یک سیستم بیمه و همچنین مدل‌سازی تجربیات موفق کشورهای دیگر می‌تواند منجر به تقویت روابط با ذینفعان و توسعه شود. همان‌طور که برخی مطالعات [۳۳، ۳۲] نشان داد که تامین منابع یکی از اصلی‌ترین الزامات منابع بیمه است. یک منبع مالی پایدار برای خرید راهبردی حیاتی است تا ارائه‌دهندگان برای خدمات مناسب خود از پرداخت به موقع اطمینان حاصل کنند. یک منبع مالی پایدار همیشه یک مسئله مهم در سایر پروژه‌های مراقبت‌های سلامت، مانند برنامه پزشک خانواده است [۳۴].

از مواردی که کارشناسان، در بحث قیمت‌گذاری بیان کردند، قدرت چانه‌زنی سازمان‌های بیمه‌گر است که باعث فقدان نفوذکنندگان بیمه در بحث قیمت‌گذاری و در نتیجه افزایش تعرفه‌ها و انتقال هزینه‌ها به سمت مصرف‌کننده خواهد بود. به نظر می‌رسد برای فعال‌سازی نقش بیمه‌ها در زمینه عملکرد و تعیین مالی قیمت، حضور همه ذینفعان مهم است [۲۳]. مطالعات دیگر نیز نشان داد که روش‌های قیمت‌گذاری داروها، ساختار قیمت تمام شده و رقابتی، واقعی و مورد مذاکره قیمت‌ها به عنوان مهم‌ترین زیرمتغیرهای قیمت شناخته می‌شوند. علاوه بر این رقابت فعال بین دو بخش دولتی و خصوصی در مورد قیمت و حجم داروهای مورد نظر، علاوه بر کاهش قیمت و افزایش ارزش به دست آمده از پول، اهمیت زیادی در این امر دارد [۱۵].

از موضوعات مطرح دیگر این است که روش بازپرداخت در حال حاضر تورم‌زا بوده و لازم است به نحوی طراحی شود که نه محرک تقاضا و نه محرک عرضه باشد، همچنین مانع تقاضا و یا مانع عرضه مورد نیاز جامعه نباشد و بر کیفیت و هزینه اثر منفی نگذارد. سازمان‌های بیمه‌گر سلامت مکانیسم‌های موثر برای کنترل سمت عرضه و کنترل سمت تقاضا ندارند یا بسیار محدود و ضعیف است. همین موارد کنترل نیز به راحتی توسط پزشکان و بیماران نادیده گرفته می‌شود. به بیان دیگر سازمان‌های بیمه‌گر پایه بیشتر در قالب صندوق فعالیت می‌کنند تا بیمه‌گر که باید هوشمندانه بسته‌های خدمت را تعیین کرده و با قیمت‌گذاری مناسب و مشخص کردن سهم بیمار و بیمه‌گر، بار مالی بسته را محاسبه کرده و با نظارت درست و موثر از مصرف منطقی خدمات مراقبت کند. در سیستم پرداخت به طراحی بسته، تعیین سطح خدمات و انتخاب مناسب توجه شده است

پرداخت به ارائه کنندگان در چارچوب پزشک خانواده و نظام ارجاع است. بنابراین نظارت کافی، سیاستگذاری و تصمیم‌گیری حاکمیت نظام سلامت در سازمان تأمین اجتماعی ضروری است. با این شرایط سازمان می‌تواند کارآمدترین و بهترین خدمات را برای بیمه‌شده خریداری کند.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل بخشی از رساله دکتری است که در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خمینی‌شهر و با کد پایان نامه ۱۸۸۲۰۹۱۵۹۸۲۰۰۱ و شناسه اخلاق IR.IAU.KHSH.REC.1400.034 به تصویب رسیده است. نویسندگان این مقاله از مدیران و کارشناسان سازمان تأمین اجتماعی برای حمایت از پژوهش حاضر تقدیر می‌کنند.

References

1. Auerbach DI, Kellermann AL. A decade of health care cost growth has wiped out real income gains for an average US family. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30(9):1630-6.
2. Haseltine WA. *Affordable Excellence: The Singapore Healthcare Story*. Washington, DC: Brookings Institution Press; 2013.
3. Sarah Thomson JF, Tamás Evetovits, Matthew Jowett, Philipa Mladovsky, Jonathan Cylus, Marina Karanikolos and Hans Kluge. *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Impact and Implications for Policy*. Maidenhead: Open University Press; 2014.
4. Mannion R, Davies HT. Payment for performance in health care. *BMJ*. 2008;336(7639):306-8.
5. Preker AS-L, Xingzhu; Velenyi. *Public Ends, Private Means: Strategic Purchasing of Health Services*. Washington, DC: World Bank; 2007.
6. van Raaij E. *Purchasing Value: Purchasing and Supply Management's Contribution to Health Service Performance*. ERIM Inaugural Address Series Research in Management, 2016.
7. World Health Organisation. *The world health report 2000 – health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization; 2000.
8. Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. *Purchasing to improve health systems performance: drawing the lessons*. Maidenhead: Open University Press; 2005, Pp:44-80.
9. Cashin C, Chi Y-L, Smith P, Borowitz M, Thomson S. *Health provider P4P and strategic health purchasing*. Maidenhead: Open University Press; 2014, Pp:3-21.
10. McKenna H, Dunn P, Northern E, Buckley T. *How Health care is Funded*. London: The King's Fund, 2017.
11. Skelcher C, Sullivan H. *Theory-driven approaches to analysing collaborative performance*. Public Management Review.

مختلف ممکن است توجه ما را به خود جلب کند تا ترکیب نهایی منابع مختلف مالی را برای پوشش هزینه‌های سلامت فراهم کند. لازم است این ارزیابی برای افزایش کارایی خرید و هزینه منفعت انجام شود [۲۳].

یکی از موضوعات مورد توجه کارشناسان، رتبه‌بندی ناکارآمد ارائه‌دهنده است. سازمان بیمه‌گر باید به سمت خرید راهبردی با استانداردها و معیارهای ارائه‌دهندگان خدمت حرکت کند و پس از یک ارزیابی دقیق با سازمان‌هایی که استانداردهای لازم را کسب کرده باشند، قرارداد ببندد. به‌علاوه باید به سازمان‌هایی که رتبه‌های بالایی در ارائه خدمت به دست آورده باشند، مشوق‌هایی به منظور تحریک رقابت سالم با سایر سازمان‌ها داده شود. به‌عنوان یک تجربه، دانمارک با ابتکار عمل قوی برای متمرکز کردن برنامه‌ریزی خدمات سلامت، شامل هماهنگی هزینه‌ها و مراقبت‌های سلامت، نتوانست نیازهای سلامت جمعیت را در تصمیم‌گیری‌های خرید ادغام کند [۳۸]. شناسایی یک سرویس با کیفیت بالا به‌عنوان معیاری برای انتخاب بهترین ارائه‌دهنده در نظر گرفته می‌شود که با یافته‌های برخی مطالعات هماهنگ است [۳۹-۴۱]. دو سیستم از ۴ سیستم پادشاهی متحده (اسکاتلند و ولز) تقسیم خریدار - ارائه‌دهنده را کاملاً کنار گذاشته‌اند [۴۲].

نتیجه‌گیری

باتوجه به مشکلات موجود در سیستم مراقبت‌های سلامت، اجرای خریدهای راهبردی بسیار مهم و اجتناب‌ناپذیر است. بهتر است برای اجرای آن سازمان تأمین اجتماعی، به‌عنوان دومین ارائه‌دهنده خدمات سلامت، برای بیمه‌شده‌های خود یک مدل خرید راهبردی اجرا کند. نامناسب بودن روش‌های خرید خدمات و استفاده از منابع گران‌قیمت برای حمایت از خدمات برای بیماری‌های پرهزینه می‌تواند به‌صورت ناخواسته، نابرابری در دسترسی به خدمات و کیفیت پایین خدمات را تشدید کند و همچنین باعث پرداخت زیاد از جیب و نگرانی بیماران از هزینه‌ها شود. بنابراین نیاز است سیاست‌های منسجمی در پیش گرفته شود، قوانین موجود اصلاح شود و قوانین مورد نیاز تدوین و ضمانت اجرایی آنها در مسئولان ایجاد شود. این مدل عملکردی خرید راهبردی نیازمند توجه جدی‌تر به سطح درآمدی افراد تحت پوشش براساس نیازسنجی سلامت به منظور اصلاح فرهنگ مصرف خدمات سلامت با گفتمان‌سازی خرید راهبردی، تأمین منابع و روش

- health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS). *Lancet*. 2014;384(9960):2164-71.
28. Kalantari AR, Amiresmaili M, Ghazizadeh M, Zareei J, Hosseini S. Job satisfaction of the staff of Kerman blood centers. *Scientific Journal of Iran Blood Transfus Organ*. 2016;13:114-21.
29. Addicott R. Challenges of commissioning and contracting for integrated care in the National Health Service (NHS) in England. *Aust J Prim Health*. 2016;22(1):50-4.
30. Uemura M, Morgan R, Mendelsohn M, Kagan J, Saavedra C, Leong L. Enhancing quality improvements in cancer care through CME activities at a nationally recognized cancer center. *J Cancer Edu*. 2013;28(2):215-20.
31. Mathauer I-D, Elina - Meessen, Bruno. Strategic purchasing for universal health coverage: key policy issues and questions: a summary from expert and practitioners' discussions. Geneva: World Health Organization; 2017.
32. Patcharanarumol W, Panichkriangkrai W, Sommanuttaweechai A, Hanson K, Wanwong Y, Tangcharoensathien V. Strategic purchasing and health system efficiency: A comparison of two financing schemes in Thailand. *PLoS One*. 2018;13(4):e0195179.
33. Ökem ZC, Mehmet. What have health care reforms achieved in Turkey? An Appraisal of the "Health Transformation Programme. *Health Policy*. 2015;119:1153-63.
34. Dehnavieh R, Kalantari AR, Jafari Sirizi M. Urban family physician plan in Iran: challenges of implementation in Kerman. *Med J Islam Repub Iran*. 2015;29:303.
35. Boyle S. United Kingdom (England): Health system review. *Health Syst Transit*. 2011;13(1):483.
36. Klasa K, Greer SL, van Ginneken E. Strategic Purchasing in Practice: Comparing Ten European Countries. *Health Policy*. 2018;122(5):457-72.
37. Kalantari AR, Jafari Sirizi M, Mehroolhassani MH, Dehnavieh R. Challenges of implementation: Strategic purchasing in Iran Health Insurance Organization. *Int J Health Plann Manage*. 2019;34(1):e875-e84.
38. Chevreul K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski I, Hernandez-Quevedo C. France: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2015;17(3):218.
39. Shajari Pour Mousavi SM, Abolghasem Gorji H, Delgoshaei B. Proposing a Model of "Hospital Value-Based Purchasing" in Selected Teaching Hospitals in Isfahan, Iran: 2015 - 2016. *Iran Red Crescent Med J*. 2017;19(12):e60954.
40. Habicht T-H, Jarno - van Ginneken, Ewout. Strategic purchasing reform in Estonia: Reducing inequalities in access while improving care concentration and quality. *Health Policy*. 2015;119(8):1011-6.
41. Gorji HA, Mousavi S, Shojaei A, Keshavarzi A, Zare H. The challenges of strategic purchasing of healthcare services in Iran Health Insurance Organization: a qualitative study. *Electron Physician*. 2018;10(2):6299-306.
42. Greer SL. Devolution and health in the UK: policy and its lessons since 1998. *British Medical Bulletin*. 2016;118(1):16-24.
- 2008;10(6):751-71.
12. Dwyer PJ, Ellison NR. "We nicked stuff from all over the place" policy transfer or muddling through? *Policy and Politics*. 2009;37(3):389-407.
13. Ettelt S, Mays N, Nolte E. Policy learning from abroad: why it is more difficult than it seems. *Policy and Politics*. 2012;40(4):491-504.
14. Sanderson I. Evaluation, Policy Learning and Evidence-Based Policy Making. *Public Administration*. 2002;80(1):1-22.
15. Preker AS, Langenbrunner J, editors. Spending wisely: buying health services for the poor. World Bank Publications; 2005.
16. Ghoddoosi-Nejad D, Janati A, Doshmangir L, Imani A, Arab-Zozani M. Is strategic purchasing the right strategy to improve a health system's performance? A systematic review. *Bali Medical Journal*. 2017;6(1):102-13.
17. Ataiepour S. The design concept of risk management in the health system using simulation models. Karaj: kharazmi University; 2014. [Persian]
18. Austin SB, Liu SH, Tefft N. Could a tax on unhealthy products sold for weight loss reduce consumer use? A novel estimation of potential taxation effects. *Prev Med*. 2018;114:39-46.
19. Wilber DN. Iran, Past and Present: From Monarchy to Islamic Republic, Princeton University Press, 2014.
20. Bastani P, Dinarvand R, SamadBeik M, Pourmohammadi K. Pharmaceutical strategic purchasing requirements in Iran: Price interventions and the related effective factors. *Journal of Research in Pharmacy Practice*. 2016;5(1):35-42.
21. Bastani P, Ghanbarzadegan A, Vatankhah S, Samadbeik M. Components affecting pharmaceutical strategic purchasing: a scoping review. *Health Services Insights*. 2019;12:1178632919837629.
22. Zarei Z, Hessam S, Vahdat S, Oliaei Manesh A. Analysis of the Situation and Challenges of Strategic Purchasing in order to Achieve Universal Health Coverage in Iran. *Qom Univ Med Sci J*. 2020;14(7):19-30. [Persian]
23. Yaghoubian S, Mahmoudi G, Jahani MA. The Requirements of Strategic Purchasing of Health Services for Cancer Patients: A Qualitative Study in Iran. *Health Care Manag (Frederick)*. 2020;39(1):35-45.
24. Arney L, Yadav P, Miller R, Wilkerson T. Strategic contracting practices to improve procurement of health commodities. *Global Health: Science and Practice*. 2014;2(3):295-306.
25. Gilson LaK, Denny and Kuchler, Felix and Lake, Sally and Oranga, Hezron and Ouendo, Marius. Strategies for promoting equity: Experience with community financing in three African countries. *Health Policy*. 2001;58:37-67.
26. Bastani P, Samadbeik, Mahnaz, Dinarvand, Rassoul, Kashefian-Naeeni, Sara, Vatankhah, Soudabeh. Qualitative analysis of national documents on health care services and pharmaceuticalspurchasing challenges: evidence from Iran. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:410.
27. Marten R, McIntyre D, Travassos C, Shishkin S, Longde W, Reddy S, et al. An assessment of progress towards universal