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

**Hamid Mohammadi[1], Shahram Tofighi[2*], Mostafa Rajabi[1*], Hamidreza Izadbakhsh[3], Bahar Hafezi[1]**

[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[۱*]، حمید رضا ایزدبخش[۳]، بهار حافظی[۱]**

[۱] گروه اقتصاد، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، 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 آینده نگری نظریه پردازی 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: ۱۴۰۰/۰۷۰/۰۶ 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 امکان پذیر 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. موضاعات 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

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 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

مداخـلات برای خرید، بهترین ارائه‌دهندگان، بهترین سـازوکارهای پرداخـت و ترتیب قـرارداد برای پرداخت چنیـن مداخلاتی تعریف شـده اسـت [۷]. بنابراین خرید راهبردی فراتر از یک بودجه ساده برای خدمات سلامت است و شامل ارزیابی نیازهای سلامت جمعیت، برنامه‌ریـزی و طراحـی خدمات مراقبت‌های سـلامت، صلاحیت و انتخاب ارائه‌دهندگان مناسب و انگیزه و مدیریت ارائه‌دهندگان برای اطمینان از عملکرد بهینه است. مطابق با این تعریف، پیشنهاد شده که توسـعه خرید راهبردی مراقبت‌های سلامت باید بر روی ۳ رابطه متقابل بین ۴ گروه از بازیگران متمرکز شود: (۱) بیماران و خریداران. (۲) دولـت و خریداران و (۳) خریـداران و ارائه‌دهندگان [۸,۵]. این نویسندگان به نوبه خود پیشنهاد می‌کنند که ۳ هدف اصلی مرتبط با این بازیگران و روابط آنها شـامل: توانمندسـازی بیمار، سرپرستی موثر دولت و عملکرد ارائه‌دهنده باید بهبود یابد و دنبال شود [۸,۵].

مسـلماً گرچه خرید راهبردی در شرایط مختلف کشور نیازمند پرداختن به این ۳ هدف اصلی اسـت، اما یک مجموعه مشـترک از سـاختارهای سازمانی با یک نوع رفتار و روابط ایجاد نخواهد شد. در واقع تنوعی از سـاختارها، رفتارها و سازوکارهای تأمین بودجه ایجاد شـده که [۱۰,۹] ساختار آن توسـط خصوصیات نهادها و سیستم سیاسـی هر کشـور شـکل گرفته اسـت[۵]. با این حال اشتراکات اهداف به این معناست که سیاست‌گذاران باید به فراگیری درس‌های گسترده از کشورهای دیگر درمورد چگونگی امکان خرید مراقبت‌های سلامت در شرایط خاص و راهبردی اقدام کنند. از نظر تئوری، آگاهی درمورد یادگیری فراتر از مفاهیم انتقادی درباره ترسیم درس و انتقال سیاست از اهمیت بالایی برخوردار است[۱۲,۱۱]. این به معنای این اسـت 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 شـکل‌گیری اصلاحات خریـد مراقبت‌های سـلامت، به‌ویژه در دهه‌های اخیر، نقش مهمی داشـته است. با این حال، استفاده از این نظریه بدون انتقاد نبوده است، زیرا سیاست‌گذاران را به سمت تصور مفاهیم نسبتاً سـطحی 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 طـرف قرارداد را مختل می‌کند [۹]. این بینش یک مدل پایه ناقص بـرای خرید راهبردی در مراقبت‌های سـلامت فراهم می‌کند. دلیل این امر این اسـت که حوزه تحقیقاتی خرید راهبردی به هماهنگی و انطباق روابط برای دسـتیابی به عملکرد موثر مربوط می‌شود [۹] و امکان افزایش عدالت، کارآیی و کیفیت سیسـتم سـلامت را دارد [۱۵,۷]. خریـد راهبردی شـامل ۳ مجموعه تصمیم اسـت: (الف) شناسـایی مداخلات یا خدمات خریداری شـده، بـا در نظر گرفتن نیازهای جمعیت، اولویت‌های بهداشـت ملی، مقرون به صرفه بودن و سـایر عوامل (ب) انتخاب ارائه‌دهنـدگان خدمات، در نظر گرفتن کیفیـت خدمـات، کارآیـی و ارزش ویژه و (ج) تعییـن نحوه خرید خدمـات، از جمله توافقنامه‌های قراردادی و سـازوکارهای پرداخت ارائه‌دهنده [۸].

خرید راهبردی می‌تواند گزینه مناسب و مفیدی برای نظام‌های سلامت باشـد تا به اندازه کافی به اهداف سیستم سلامت برسد، اما از چالش‌هـای مربوط به وظایف و به‌خصوص تولیت نظام سـلامت نباید غافل شـد. 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].

سـازمان تأمین اجتماعی با قریب به ۴۰ میلیون نفر بیمه‌شـده رسـالت مهمی در خدمت‌رسانی و پوشـش بیمه درمان دارد. کاملا واضح اسـت که بدون برنامه‌ریزی محاسـبه خطـرات 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 سـلامت بوده و سیاسـت‌های بالادستی کشور بر این سـناریو تأکید کرده‌اند [۱۸]. در سال‌های اخیر به دلیل اهمیت خرید خدمات سلامت، آیین‌نامه خرید راهبردی در خدمات سلامت طراحـی شـده اما در دسـتور کار نبوده و به ندرت یـک اقدام برای اجرای تنظیم از نظر عملی و تجربی اجرا شده است [۱۹]. باتوجه به این وضعیت، این مطالعه با هدف شناسـایی مهم‌ترین عوامل موثر بر راه‌اندازی خرید راهبردی خدمات سـلامت 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 وجـود دارد؟ به عبارت دیگر چرا خرید راهبردی در سـازمان تأمین اجتماعی شروع نمی‌شود؟ و در پایان ارائه یک مدل

قابل اجرا برای بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی است. امید است که نتایج این مطالعه بتواند در بخش‌های 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 نیمه‌ساختاریافته 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 دکترا در یکی از رشته‌های مدیریت بیمارستانی، اقتصاد سلامت و اقتصاد دارو، مدیران سازمان‌های بیمه‌گر 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 نمونه‌گیری 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 دکترا در زمینه اقتصاد سلامت و مدیریت خدمات بیمارستانی.

برای تدوین راهنمای مصاحبه مطابق با الگوی سازمان بهاشت 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 مود 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 ارائه‌دهنده و قرارداد از دیدگاه سازمان تأمین اجتماعی چیست؟

قبل از مصاحبه با نمونه اصلی، به منظور بررسی سوالات مصاحبه، ۲ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته 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 ماده‌ای 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؟»

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، به روش موضوعی با رویکرد معنایی اقدام شد. بدین‌صورت 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 نام‌گذاری شد. به منظور اطمینان از یکپارچگی داده‌ها، از استانداردهای چهارگانه لینکلن و گوبا برای ارزیابی اعتبار، قابلیت انتقال، قابلیت شکل‌پذیری 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 شرکت‌کننده 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 گزینه‌ای مقیاس لیکرت به شرح زیر تهیه شد: ۱: کاملاً موافقم. ۲: موافقم ۳: هیچ ایده‌ای ندارم ۴: مخالفم و ۵: کاملاً مخالفم. روایی و پایایی پرسشنامه توسط اعضای تیم تحقیق و ۶ متخصص که در بین شرکت‌کنندگان در دور دلفی نبودند، تأیید شد. پرسشنامه‌ها به‌صورت الکترونیکی برای تکمیل ارسال شد. نرخ‌ها در مقیاس نمره‌گذاری 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.

## یافته‌ها

یافته‌ها در مرحله اول منجر به شناسایی ۶ موضوع و ۴۰ زیر

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

شـرکت‌کنندگان در این تحقیق به موضوع و زیر موضوع‌ها برای اجرای خریدهای راهبردی خدمات سلامت سازمان تأمین اجتماعی، مطابق با آنچه در جدول ۱ آمده اسـت، 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 «گـروه هدف» بالاتریـن ضریب توافق درمورد سـطح درآمدی افراد تحت پوشـش و نیازسـنجی سـلامت و اولویت‌بندی گروه‌های هـدف بود (۸۱ درصـد). در معیار «سـاختار اجتماعی» گفتمان‌سـازی خرید راهبردی، اصلاح فرهنگ مصرف و مشـارکت ارائه‌دهنده و مصرف‌کننده خدمات، بالاترین توافق را کسـب کردند. در «ساختار بیمه» وصول به‌موقع اعتبارات سهم سازمان، جمع‌آوری منابع و انباشـت آن، انعطاف بسـته خدمات پایه و تکمیلی، تعیین قیمت برنامه‌ای، تعرفه، فرانشیز و روش پرداخت و پرداخت منسجم، شفافیت قرارداد و چارچوب فرآیند خرید راهبردی در سازمان تأمین اجتماعی توافق داشتند.

درمورد «مدیریت و هماهنگی بین‌بخشی» تخصیص عادلانه منابع به حوزه سـلامت، تشکیلات سـاختاری خرید راهبردی و هماهنگی بین‌بخشـی بین بخش خصوصی و دولتی، فراهم‌سازی قوانین مرتبط با خریـد راهبـردی، جلب حمایت‌های سیاسـی و مدیریـت درآمد ارائه‌دهنـدگان و تأمین‌کننـدگان، مورد توافق صاحب‌نظـران بودند. در موضـوع «سیسـتم‌های دانـش و اطلاعاتی» بـر زیرموضوع رفتار مصرف‌کننـده ۸۰ درصد توافق ایجاد شـد. درمـورد «ارائه‌دهندگان خدمات»، گسـترش نظام ارجاع و پزشـک خانواده در سازمان تأمین اجتماعـی، قاعده‌مند کردن انتخاب بهترین تامین‌کننده و ارائه‌دهنده و سیاست‌های آینده درمورد تعداد و ترکیب ارائه‌دهندگان به بالاترین اجماع رسـید. در شکل ۱ مدل نهایی خرید راهبردی خدمات سلامت در سازمان تأمین اجتماعی با توافق ۶۷ درصدی ارائه شده است. لازم به ذکر اسـت که معیارهای ارائه شـده 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 ۱| موضوع و زیرموضوع‌های موثر برای استقرار و تداوم موفق فعالیت‌های نظام خرید راهبردی خدمات سلامت سازمان تأمین اجتماعی**

| گروه | زیرگروه |
|---|---|
| گروه‌های هدف | گروه بیماران خاص |
| | سالمندان 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 |
| ساختار اجتماعی | توانمندسازی مستمر بیمه‌شده‌ها |
| | مشارکت ارائه‌دهنده و مصرف‌کننده خدمات |
| | اصلاح فرهنگ مصرف |
| | اجرای بازاریابی اجتماعی |
| | گفتمان‌سازی خرید راهبردی |
| ساختار بیمه | وصول به‌موقع اعتبارات سهم سازمان |
| | نامتقارن بودن اطلاعات |
| | جمع‌آوری منابع و انباشت آن |
| | انعطاف بسته خدمات پایه و تکمیلی |
| | شفافیت در قرارداد خدمات |
| | روش پرداخت و پرداخت منسجم |
| | چارچوب فرآیند خرید راهبردی در سازمان تأمین اجتماعی |
| | تعیین قیمت برنامه‌ای و تعرفه و فرانشیز |
| مدیریت و هماهنگی بین‌بخشی | همگام‌سازی ذینفعان |
| | جلب حمایت‌های سیاسی |
| | 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 |
| سیستم‌های دانش و اطلاعاتی | مدل‌سازی دینامیکی رفتار ذینفعان |
| | ساختار سیستم‌های درمانی |
| | رفتار مصرف‌کننده |
| | بانک‌های اطلاعاتی یکپارچه |
| | ارزیابی اقتصادی و اقتصاد سلامت |
| ارائه‌دهندگان خدمت | 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 تامین‌کننده و ارائه‌دهنده |
| | ارائه خدمات بسته توسط ارائه‌دهنده |

جدول ۲| درج امتیازات توافق شده درمورد پیاده‌سازی محورهای فرعی خرید راهبردی در سازمان تأمین اجتماعی

| محورهای اساسی خرید راهبردی مراقبت‌های سلامت | | درصد | نمره (۰-۵) | وضعیت (تایید یا رد کردن) |
|---|---|---|---|---|
| ۱- گروهای 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 بیمه‌شده، بدون در نظر گرفتن هرگونه معیار | ۵۹ | ۲.۹۴ | رد |
| | نیازسنجی سلامت و اولویت‌بندی گروه‌های هدف | ۸۱ | ۴.۰۳ | تایید |
| ۲- ساختار اجتماعی | | | | |
| | توانمندسازی مستمر بیمه‌شدگان | ۴۹ | ۲.۴۷ | رد |
| | مشارکت ارائه‌دهنده و مصرف‌کننده خدمات | ۷۳ | ۳.۶۶ | تایید |
| | اصلاح فرهنگ مصرف | ۷۴ | ۳.۷۱ | تایید |
| | اجرای بازاریابی اجتماعی | ۴۸ | ۲.۴۱ | رد |
| | گفتمان‌سازی خرید راهبردی | ۸۱ | ۴.۰۳ | تایید |
| ۳- ساختار بیمه | | | | |
| | وصول به‌موقع اعتبارات سهم سازمان | ۷۳ | ۳.۶۵ | تایید |
| | نامتقارن بودن اطلاعات | ۶۱ | ۳.۰۶ | رد |
| | جمع‌آوری 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 برنامه‌ای و تعرفه و فرانشیز | ۷۵ | ۳.۷۵ | تایید |
| ۴- مدیریت و هماهنگی بین‌بخشی | | | | |
| | همگام‌سازی ذینفعان | ۵۵ | ۲.۷۴ | رد |
| | جلب حمایت‌های سیاسی | ۶۷ | ۳.۳۹ | تایید |
| | فراهم‌سازی قوانین مرتبط با خرید راهبردی | ۶۹ | ۳.۴۴ | تایید |
| | تشکیلات ساختاری خرید راهبردی | ۷۱ | ۳.۵۶ | تایید |
| | هماهنگی بین‌بخشی بخش خصوصی و دولتی | ۷۲ | ۳.۵۹ | تایید |
| | مدیریت درآمد ارائه‌دهندگان و تأمین‌کنندگان | ۶۹ | ۳.۴۴ | تایید |
| | محدودیت‌های خرید راهبردی برخی خدمات | ۵۱ | ۲.۶۱ | رد |
| | تخصیص عادلانه منابع به حوزه سلامت | ۸۱ | ۴.۰۶ | تایید |
| ۵- سیستم‌های دانش و اطلاعاتی | | | | |
| | مدل‌سازی دینامیکی رفتار ذینفعان | ۶۹ | ۳.۴۴ | تایید |
| | ساختار سیستم‌های درمانی | ۷۲ | ۳.۵۹ | تایید |
| | رفتار مصرف‌کننده | ۸۰ | ۳.۹۹ | تایید |
| | بانک‌های اطلاعاتی یکپارچه | ۶۳ | ۳.۴۷ | رد |
| | ارزیابی اقتصادی و اقتصاد سلامت | ۷۷ | ۳.۸۵ | تایید |
| ۶- ارائه‌دهندگان خدمت | | | | |
| | سیاست‌های آینده درمورد تعداد و ترکیب ارائه‌دهندگان | ۷۲ | ۳.۵۹ | تایید |
| | پایش عملکرد ارائه‌دهنده 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 ارائه‌دهنده | ۴۹ | ۲.۴۷ | رد |
| | قاعده‌مند کردن انتخاب بهترین تامین‌کننده و ارائه‌دهنده | 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

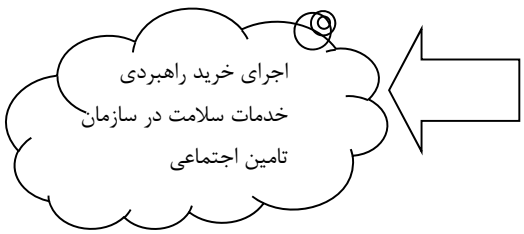
برخلاف آنچه که به‌عنوان خرید در سیستم‌های درمانی مرسوم است، بر اساس تعاریف متعدد، خرید راهبردی چیزی فراتر از پرداخت و قرارداد است. تعاریف موجود از خرید راهبردی مبهم است و غالباً فاقد خاصیت و انسجام است. با این حال، اکثر طرفداران این سیاست معتقد هستند که خرید راهبردی (در حالت ایده‌آل) یک فرآیند مبتنی 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 باتوجه 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 باتوجه به محدودیت منابع تأکید می‌کنند. درصورت 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 تایید 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 محدویت 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 آیین نامه‌های 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 [۳۰,۲۹] 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

| | |
|---|---|
| **گروه‌های هدف** | سالمندان بالای ۶۵ سال |
| | زنان باردار |
| | سطح درآمدی افراد تحت پوشش |
| | نیازسنجی سلامت و اولویت‌بندی گروه‌های هدف |
| | گروه بیماران خاص |
| | کودکان زیر ۱۲ سال |
| | جوانان و نوجوانان زیر ۱۸ سال |
| **ساختار اجتماعی** | اصلاح فرهنگ مصرف |
| | گفتمان‌سازی خرید راهبردی |
| | مشارکت ارائه‌دهنده و مصرف‌کننده خدمات |
| **ساختار بیمه** | وصول به موقع اعتبارات سهم سازمان |
| | جمع‌آوری منابع و انباشت آن |
| | انعطاف بسته خدمات پایه و تکمیلی |
| | روش پرداخت و پرداخت منسجم |
| | تعیین قیمت برنامه‌ای و تعرفه و فرانشیز |
| | شفافیت در قرارداد خدمات |
| | چارچوب فرآیند خرید راهبردی در سازمان تأمین اجتماعی |
| **مدیریت و هماهنگی بین‌بخشی** | تشکیلات ساختاری خرید راهبردی |
| | هماهنگی بین‌بخشی بخش خصوصی و دولتی |
| | تخصیص عادلانه منابع به حوزه سلامت |
| | جلب حمایت‌های سیاسی |
| | فراهم‌سازی قوانین مرتبط با خرید راهبردی |
| | مدیریت درآمد ارائه‌دهندگان و تأمین‌کنندگان |
| **سیستم‌های دانش و اطلاعاتی** | ساختار سیستم‌های درمانی |
| | رفتار مصرف‌کننده |
| | ارزیابی اقتصادی و اقتصاد سلامت |
| | مدل‌سازی دینامیکی رفتار ذینفعان |
| **ارائه‌دهندگان خدمات** | سیاست‌های آینده درمورد تعداد و ترکیب ارائه‌دهندگان |
| | گسترش نظام ارجاع و پزشک خانواده در سازمان تأمین اجتماعی |
| | قاعده‌مند کردن انتخاب بهترین تامین‌کننده و ارائه‌دهنده |




**شکل ۱ | شکل ۱. مدل عملکردی اجرای خرید راهبردی در سازمان تأمین اجتماعی**

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.

کارشناسان معتقدند بیمه‌گرها باید بسته خدمت را بازنگری و قدرت این را داشته باشند که صرفا 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

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 روش-های 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 درمورد 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 [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 «تاثیر سیاست‌های سلامت روی خرید راهبردی» مورد کندوکاو قرار گرفت. پاسخگویان به‌طور غیرمستقیم تاکید 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 درمورد 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 تاکید 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 تاکید 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

مختلف ممکن اســت توجه ما را به خود جلب کند تا ترکیب نهایی منابع مختلف مالی را برای پوشــش هزینه‌های ســلامت فراهم کند. لازم اســت این ارزیابی برای افزایــش کارآیی خرید و هزینه منفعت انجام شود [۲۳].

یکــی از موضوعات مورد توجه کارشناســان، رتبه‌بندی ناکارآمد ارائه‌دهنده اســت. سازمان بیمه‌گر باید به ســمت خرید راهبردی با اســتانداردها و معیارهای ارائه‌دهنــدگان خدمت حرکت کند و پس از یک ارزیابی دقیق با ســازمان‌هایی که استانداردهای لازم را کسب کرده باشند، قرارداد ببندد. به‌علاوه باید به سازمان‌هایی که رتبه‌های بالایی در ارائه خدمت به دســت 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 ســلامت، شامل هماهنگی هزینه‌ها و مراقبت‌های سلامت، نتوانست نیازهای ســلامت جمعیت را در تصمیم گیری‌های خرید ادغام کند [۳۸]. شناســایی یک ســرویس با کیفیت بالا به‌عنوان معیاری برای انتخــاب بهترین ارائه‌دهنده در نظر گرفته می‌شــود که با یافته‌های برخی مطالعات هماهنگ اســت [۳۹-۴۱]. دو سیستم از ۴ سیستم پادشــاهی متحده (اسکاتلند و ولز) تقســیم خریدار - ارائه‌دهنده را کاملا کنار گذاشته‌اند [۴۲].

## نتیجه‌گیری

باتوجه به مشکلات موجود در سیستم مراقبت‌های سلامت، اجرای خریدهای راهبردی بسیار مهم و اجتناب ناپذیر 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 شــود. بنابراین نیاز است سیاست‌های منسجمی در پیش گرفته شــود، قوانین موجود اصلاح شود و قوانین مورد نیاز تدوین و ضمانت اجرایی آنها در مســئولان ایجاد شــود. این مدل عملکردی خرید راهبردی نیازمند توجه جدی‌تر به ســطح درآمدی افراد تحت پوشش براساس نیازسنجی سلامت به منظور اصلاح فرهنگ مصرف خدمات سلامت با گفتمان‌سازی خرید راهبردی، تأمین منابع و روش 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 ســازمان می‌تواند کارآمدترین و بهترین خدمات را برای بیمه‌شــده 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. نویســندگان 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.

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, Mehrolhassani 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. Ataeipour 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-Naeeini, 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