

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



# ارائه مدل خرید راهبردی در نظام سلامت ایران با تکیه بر تعریف سازمان جهانی سلامت

## گردآورنده:

دکتر زهرا زارعی (دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی)  
دکتر علیرضا اولیایی منشی (رئیس مرکز تحقیقات عدالت در سلامت)  
دکتر عفت محمدی (هیئت علمی مرکز تحقیقات عدالت در سلامت)  
راضیه روناسیان (رئیس گروه دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور)

تابستان ۱۳۹۹

عنوان و نام پدیدآور	: ارایه مدل خرید راهبردی در نظام سلامت ایران با تکیه بر تعریف سازمان جهانی سلامت / گردآورنده زهرا زارعی... [و دیگران].
مشخصات نشر	: قم: سفیر سلامت، ۱۳۹۹.
مشخصات ظاهری	: ۲۶۰ ص.: جدول.
شابک	: 978-600-884133-3
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
یادداشت	: گردآورنده زهرا زارعی، علیرضا اولیائی منش، عفت محمدی، راضیه روناسیان.
یادداشت	: کتابنامه: ص. ۲۵۵ - ۲۶۰.
موضوع	: پزشکی -- ایران -- خدمات -- امور مالی
موضوع	: Medical care-- Finance -- Iran
موضوع	: سلامت پروری -- ایران -- جنبه‌های اقتصادی -- آینده‌نگری
موضوع	: Health promotion -- Iran -- Economic aspects -- Forecasting
موضوع	: اقتصاد پزشکی -- الگوهای اقتصادسنجی
موضوع	: Medical economics -- Econometric models
موضوع	: بیمه درمانی -- ایران -- جنبه‌های اقتصادی
موضوع	: Health insurance -- Iran -- Economic aspects
موضوع	: اقتصاد پزشکی -- ایران
موضوع	: Medical economics -- Iran
موضوع	: پزشکی -- خدمات -- قوانین و مقررات -- ایران
موضوع	: Medical care-- Law and legislation -- Iran
شناسه افزوده	: زارعی، زهرا، ۱۳۵۸ -
رده بندی کنگره	: RA۴۱۰/۵۵
رده بندی دیویی	: ۳۳۸/۴۷۳۶۲۱۰۹۵۵
شماره کتابشناسی ملی	: ۷۴۳۷۳۲۹
وضعیت رکورد	: فیپا

## ارائه مدل خرید راهبردی در نظام سلامت ایران

### با تکیه بر تعریف سازمان جهانی سلامت

نویسندگان: ..... دکتر زهرا زارعی، دکتر علیرضا اولیائی منش،  
 ..... دکتر عفت محمدی و راضیه روناسیان  
 ناشر: ..... سفیر سلامت  
 نوبت و سال چاپ: ..... ۱۳۹۹ - اول  
 چاپ: ..... اصیل  
 تیراژ: ..... ۱۰۰ جلد  
 قطع و تعداد صفحات: ..... وزیری / ۲۶۰  
 قیمت: ..... ۴۰۰۰۰۰ ریال

ISBN: 978-600-8841-33-3

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۸۸۴۱-۳۳-۳

## ماحصل آموخته‌هایم را تقدیم می‌کنم به:

خدایی که آفرید جهان را، انسان را، علم را، معرفت و عشق را.

پدر مرحومم کوهی استوار در طول زندگی که راه درست زندگی کردن را به من آموخت.

مادرم سنگ صبور زندگی‌ام که مهربانی را به من آموخت.

اساتید بزرگوارم، آموزگارانی که برایم زندگی و انسان بودن را معنا کردند و با کرامتی چون

خورشید، سرزمین دل را روشنی بخشیدند و گلشن سرای علم و دانش را با راهنمایی‌های

کارساز و سازنده بارور ساختند.

برادران و خواهرانم که سایه حمایت‌هایشان در تمامی لحظات زندگی همراه من بوده و در

سایه همیاری و همدلی آن‌ها به این منظور نائل شدم.



## فهرست مطالب

عنوان	صفحه
پیشگفتار	۱۵
مقدمه	۱۷
فصل اول - نظام سلامت	۲۹
انواع نظام سلامت	۳۱
مدل بوريجی	۳۱
مدل بیسمارکی	۳۳
مدل بیمه ملی سلامت	۳۵
نظام پرداخت از جیب	۳۶
مدل کشور آمریکا	۳۷
سازمان نظام سلامت ایران	۳۸
کارکردهای نظام سلامت از نظر سازمان جهانی سلامت	۴۰
فصل دوم - قوانین و مقررات در خصوص خرید راهبردی	۵۱
قوانین و اسناد بالادستی در حوزه خرید راهبردی	۵۳
۱- چه خدماتی خریداری شود؟ (بسته خدمات سلامت).	۵۴
قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور	۵۶
۲- برای چه کسانی خریداری شود؟ (جمعیت تحت پوشش).	۶۰
۳- از چه کسانی خریداری شود (خریداران و ارائه‌دهندگان).	۶۵
۴- چگونه خریداری شود؟ (مکانیسم پرداخت)	۶۸
اجرای برنامه‌های تحول نظام سلامت	۷۰
۵- چقدر و با چه قیمتی پرداخت شود (قیمت خدمات)	۷۱
سیاست‌های کلی سلامت	۷۲

---

۸ ..... ارائه مدل خرید راهبردی در نظام سلامت ایران

---

قانون بیمه همگانی ..... ۷۳

سایر قوانین ..... ۷۵

تصویب‌نامه هزینه اجرای برنامه‌های تحول نظام سلامت ..... ۷۵

**فصل سوم – مروری بر مطالعات در زمینه خرید راهبردی ..... ۷۷**

مطالعات داخل کشور ..... ۷۹

بررسی مقالات خارجی در کشورهای مختلف ..... ۸۹

**فصل چهارم – مطالعات تطبیقی خرید راهبردی در کشورهای منتخب ..... ۹۹**

۱) بسته خدمت جامعه (چه چیزی خریداری شود؟) ..... ۱۰۲

۲) جمعیت هدف: (برای چه کسانی خرید می‌شود؟) ..... ۱۰۴

۳) ارائه‌دهندگان و خریداران: (از چه کسانی خرید شود) ..... ۱۰۴

۴) مکانیسم خرید: (چگونه و طبق چه مکانیسمی خدمات خریداری شود؟) ..... ۱۰۶

بررسی خرید راهبردی در سایر کشورها ..... ۱۰۸

از چه کسانی خرید شود؟ (ارائه‌دهندگان خدمات) ..... ۱۰۹

با چه قیمتی و چگونه خدمات خریداری می‌شود؟ ..... ۱۱۰

روش‌های پرداخت ..... ۱۱۱

گزارش ارزیابی خرید راهبردی در کشور فیلیپین: ..... ۱۱۲

جمع‌بندی ..... ۱۱۳

**فصل پنجم – تعیین عوامل مؤثر و ارائه الگو ..... ۱۱۹**

هدف ۱: تعیین وضعیت خرید راهبردی در کشورهای منتخب جهان ..... ۱۲۱

هدف ۲: تعیین وضعیت موجود خرید راهبردی در ایران ..... ۱۲۷

بعد اول - بسته خدمات سلامت (چه چیزی را خریداری کنیم؟) ..... ۱۳۴

بعد دوم - جمعیت هدف (خرید برای چه کسانی انجام می‌شود؟) ..... ۱۴۴

بعد سوم - خریداران و ارائه‌دهندگان (از کدام ارائه‌دهندگان خدمات باید خرید کرد؟) ..... ۱۴۶

بعد چهارم - مکانیسم پرداخت (چگونه خدمات خریداری می‌شود؟) ..... ۱۵۱

بعد پنجم - قیمت خدمات (چقدر باید پرداخت شود؟) ..... ۱۵۵



هدف ۳: تعیین عوامل موثر بر استقرار خرید راهبردی در نظام سلامت ایران.....	۱۵۶
تعیین دیدگاه متخصصین و خبرگان در خصوص خرید راهبردی و بررسی چالش‌ها و	
ارائه راهکارها.....	۱۵۹
بعد اول - چه خدماتی را خریداری کنیم؟.....	۱۶۰
بعد دوم - برای چه کسانی خدمات را خریداری کنیم؟.....	۱۶۸
بعد سوم - توسط چه کسانی خریداری شوند؟.....	۱۷۱
بعد چهارم - با چه مکانیسمی خریداری کنیم؟.....	۱۷۵
بعد پنجم - به چه میزان و قیمتی خریداری کنیم؟.....	۱۷۷
بررسی چالش‌های خرید راهبردی در هر یک از ابعاد آن.....	۱۸۲
هدف ۴: طراحی الگوی استقرار خرید راهبردی در نظام سلامت ایران.....	۱۹۵
تعیین ارکان و مؤلفه‌های جهت طراحی مدل.....	۱۹۷
ارزیابی و تأیید ارکان و مؤلفه‌های جهت طراحی مدل اولیه خرید راهبردی.....	۲۰۰
هدف ۵: ارزیابی الگوی نهایی خرید راهبردی در نظام سلامت ایران.....	۲۰۳
درباره مدل.....	۲۱۶
<b>فصل ششم - ارائه راهکارهای اجرای بهینه خرید راهبردی.....</b>	<b>۲۱۷</b>
مقدمه.....	۲۱۹
نتایج مرور گسترده با هدف بررسی تجارب کشورهای مختلف در خرید راهبردی.....	۲۲۰
اصلاحات پیشنهادی در ساختار و اجزای خرید راهبردی.....	۲۲۴
بعد اول - چه چیز را خریداری کنیم؟ (بسته خدمات سلامت).....	۲۲۴
بعد دوم - برای چه کسانی خریداری کنیم؟ (جمعیت هدف).....	۲۲۷
بعد سوم - از چه کسانی خریداری کنیم؟ (خریداران و ارائه‌دهندگان).....	۲۲۸
بعد چهارم - به چه روشی خریداری کنیم؟ (مکانیسم خرید).....	۲۲۹
بعد پنجم - چقدر و به چه میزان خریداری کنیم؟ (قیمت و میزان خدمت).....	۲۳۱
<b>نتیجه‌گیری.....</b>	<b>۲۳۲</b>
<b>ضمائم.....</b>	<b>۲۳۷</b>
فایل‌های ضمیمه.....	۲۳۷

---

۱۰ ..... ارائه مدل خرید راهبردی در نظام سلامت ایران

---

پرسشنامه شماره ۱: ..... ۲۳۷

پرسشنامه شماره ۲: ..... ۲۴۴

اولویت بندی موضوعات مرتبط با ابعاد خرید راهبردی ..... ۲۴۴

منابع و مآخذ ..... ۲۵۵

## فهرست جداول

- جدول ۱-۱: اهداف کلان نظام سلامت و اهداف خرد سیاست‌گذاری تأمین مالی ..... ۴۲
- جدول ۲-۱: تعریف‌های موجود خرید راهبردی از دیدگاه سازمان‌های بین‌المللی ..... ۴۶
- جدول ۱-۴: بررسی خرید راهبردی در برخی از کشورهای منتخب ..... ۱۰۱
- جدول ۵ - ۲ مصاحبه شونده‌گان، تعداد آن‌ها و سازمان مربوطه ..... ۱۳۱
- جدول ۳-۵: مروری بر طراحی بسته خدمات سلامت در جمهوری اسلامی ایران ... ۱۳۷
- جدول ۴-۵: اطلاعات عمومی بیمه خدمات سلامت ..... ۱۴۶
- جدول ۵-۵: اطلاعات مربوط به خرید خدمت از ارائه‌کنندگان در جمهوری اسلامی ۱۴۸
- جدول ۵-۶: بررسی سیستم‌های پرداخت موجود در کشور بر اساس سطح خدمات ارائه شده ..... ۱۵۳
- جدول ۵-۷: بررسی ساز و کار پرداخت در کشور براساس مراکز ارائه خدمت ..... ۱۵۴
- جدول ۵-۸: مشخصات جمعیت‌شناختی (سن، سابقه‌ی کار و سابقه‌ی مدیریت) شرکت‌کنندگان در بحث گروهی متمرکز و مصاحبه‌ها ..... ۱۵۹
- جدول ۵-۹: مشخصات شرکت‌کنندگان در جلسه بحث گروهی متمرکز و مصاحبه برحسب سازمان متبوع، جایگاه و پست سازمانی، تعداد ..... ۱۵۹
- جدول ۵-۱۰: جمع‌بندی موضوع و زیر موضوعات مرتبط با ابعاد خرید راهبردی در نظام سلامت ایران ..... ۱۸۰
- جدول ۵-۱۱: چالش‌های خرید راهبردی در هر یک از ابعاد مطرح شده ..... ۱۹۳
- جدول ۵-۱۲: ارکان و مؤلفه‌های نهایی جهت طراحی مدل خرید راهبردی نظام سلامت کشور ایران ..... ۲۰۱
- جدول ۵-۱۳: مقایسه نرمال بودن یا غیر نرمال بودن داده‌ها ..... ۲۰۵
- جدول ۵-۱۴: مقایسه زوجی داده‌ها با استفاده از آزمون مقایسه متغیرها (COMPUT VARIABLE) ..... ۲۰۶
- جدول ۵-۱۵: مقایسه ابعاد مورد مطالعه ..... ۲۰۷
- جدول ۵-۱۶: مقایسه میانگین نرمال بودن داده‌ها موضوعات مطرح شده در بعد اول ..... ۲۰۸

---

۱۲ ..... ارائه مدل خرید راهبردی در نظام سلامت ایران

---

جدول ۵-۱۷: مقایسه میانگین و بررسی کمترین و بیشترین ..... ۲۱۱

جدول ۶-۱: خرید راهبردی در نظام سلامت فلیپین ..... ۲۴۵

جدول ۶-۱: خرید راهبردی در نظام سلامت فلیپین ..... ۲۵۳

## فهرست نمودار

- نمودار شماره ۵-۱: فرآیند جستجو و بررسی مقالات در خصوص خرید راهبردی با استفاده از موتورهای جستجو ..... ۱۲۶
- نمودار ۵-۲: ارکان و مؤلفه‌های اولیه جهت طراحی مدل خرید راهبردی کشور ..... ۱۹۹
- نمودار ۵-۳: مدل نهایی عوامل مؤثر در خرید راهبردی نظام سلامت ایران ..... ۲۱۶

## فهرست اشکال

- شکل ۱-۱: ساختار نظام سلامت در ایران ..... ۴۰
- شکل ۱-۲: اهداف سیستم‌های بهداشتی و اهداف سیاست‌های تأمین مالی بهداشت.. ۴۲
- شکل ۱-۴: نمودار نظام سلامت فلیپین ..... ۱۱۳

## پیشگفتار

با توجه به هزینه های روزافزون مدیریت نظام سلامت و ارائه خدمات بهداشت و درمان، بهره بردن از اصول اقتصاد سلامت اجتناب ناپذیر است. در گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی، بر اهمیت استفاده از خرید راهبردی به عنوان استراتژی اصلی دستیابی به اهداف هر نظام سلامت تاکید شده است. خرید راهبردی در خدمات بهداشتی و درمانی یکی از مؤلفه های مهم در بهبود عملکرد نظام سلامت و یکی از مهمترین موضوعات در اصلاح سیستم سلامت در سراسر جهان بوده است. این کتاب حاصل انجام پژوهش ترکیبی و از نوع تحقیق در نظام سلامت است که در آن از چند نوع روش شناسی متفاوت استفاده شد که پس از بررسی وضعیت خرید در نظام های سلامت به بررسی وضعیت خرید راهبردی در نظام سلامت ایران پرداخته و در ادامه با مرور نظامند و روش کیفی و کمی عوامل مؤثر در خرید راهبردی استخراج شده و سپس الگوی پیشنهادی برای خرید راهبردی در نظام سلامت ارائه شده است که در ادامه پس از بررسی چالش ها اطلاعات مناسبی جهت ارائه راهکارها، پیشنهاد می دهد که امید است در برنامه ریزی سیاستگذاران نظام سلامت و سازمان های بیمه نقش بسزایی فراهم نماید.

در پایان از مسئولین سازمان سلامت آقای دکتر علی شجاعی، مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت و همکاران ایشان آقای دکتر تدین و خانم دکتر حسینی و نیز از ریاست محترم دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت آقای دکتر سید سجاد رضوی و همکاران ایشان در دبیرخانه آقای مهندس سعید معنوی دکتر میکائیلی و دکتر مجتبی نوحی و دکتر مانی یوسف وند و پریسا فرخیان و کلیه همکاران و دست اندرکاران مرکز تحقیقات عدالت در سلامت کمال تشکر و قدردانی را داریم.

دکتر زهرا زارعی، دکتر علیرضا اولیایی منش





## مقدمه

نظام مراقبت‌های بهداشتی دارای ابعاد مختلفی است که از بیمار و ارائه دهنگان مراقبت‌های بهداشتی و سازمان‌های بیمه تشکیل شده است در این میان سازمان‌های بیمه مسئول خرید خدمات از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی برای بیماران می‌باشند.

خرید بهینه و مناسب خدمات همیشه یکی از دغدغه‌های مهم سازمان‌های بیمه بوده است. این امر خصوصاً در دو دهه اخیر با توجه به روند فزاینده هزینه‌ها و استفاده بیش از حد خدمات گران قیمت بسیار مشهود بوده است و مشکلات جدی را برای نظام‌های سلامت پیش آورده است. خرید به شیوه سنتی (غیرفعال) به خاطر مشکلاتی چون بهره‌وری پایین آن در نظام سلامت<sup>۱</sup> هدفمند نبودن منابع، پایین بودن شاخص‌های هزینه منفعت و هزینه اثربخشی و ضعف در برقراری عدالت در دسترسی به خدمات دارای ضعف می‌باشد.

در کشورهای با خرید سنتی اول هر ماه حجم زیادی نسخه برای سازمان‌های بیمه ارسال می‌شود و بیمه‌ها مجبور هستند که هزینه‌های همه‌ی آن‌ها را بپردازند بدون آنکه انتخاب چندانی بر روی ارائه‌کنندگان خدمات داشته باشند این در حالی است که خدمات مناسبی هم ارائه نمی‌شود و بسیاری از گروه‌های

---

<sup>۱</sup> نظام سلامت: تعریف نظری: تمام سازمان‌ها، مؤسسات و منابعی که به ارایه (یا تولید) اقدامات سلامت اختصاص دارند را تشکیل می‌دهند که برای دستیابی به اهداف کلی سلامت خوب، پاسخ‌دهی به انتظارات مردم و عادلانه بودن مشارکت مالی تلاش می‌کند.

تعریف عملیاتی: منظور همه‌ی سازمان‌ها و افرادی که در حیطه‌ی سلامت در کشور نقش دارند اعم از وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر، و دیگر خریداران و نقش آفرینان می‌باشد

در معرض خطر بیماری‌ها خصوصاً در کشورهای در حال توسعه فاقد پوشش بیمه‌ای هستند.

برای حل این مشکلات سازمان جهانی سلامت در سال ۲۰۰۰ در طی انتشار گزارش خرید راهبردی<sup>۱</sup> را به عنوان کلیدی و محوری برای بهبود عملکرد نظام سلامت معرفی کرد.

خرید راهبردی به معنای جستجوی مستمر برای خرید بهترین مداخلات سلامتی از بهترین تأمین کننده با بهترین مکانیسم پرداخت و مناسب‌ترین قرارداد خرید است. با خرید راهبردی از لحاظ شاخص‌های دسترسی به مراقبت سلامت، حفاظت مالی، پوشش جمعیت، نیروی مولد کار و مصرف خانوار بهبود حاصل می‌شود. علاوه بر مزایایی که خرید راهبردی دارد، هدف اصلی آن تبدیل نیازهای سلامت و اهداف اساسی به تخصیص منابع برای مداخلات سلامتی از طریق عقد قرارداد با فراهم کنندگان است. خرید راهبردی دارای ۵ مؤلفه اصلی شامل اینکه چه نوع خدماتی، از چه ارائه‌دهنده‌ای، با چه قیمتی، به چه علتی و برای کدام گروه از گیرندگان خدمات خریداری شود. به عبارتی در خرید راهبردی به دنبال پاسخ سؤالات زیر هستیم در واقع پاسخگویی به این سؤالات است که مفهوم خرید راهبردی را کاملاً روشن می‌سازد:

الف- می‌خواهیم چه چیزی را بخریم؟ در پاسخ این سؤال بسته خدمتی سلامت را باید مورد بررسی قرار دهیم یعنی برای اینکه سلامت جامعه را با منابع

---

<sup>۱</sup> خرید راهبردی عبارت است از جستجوی مستمر برای دستیابی به روش‌های تصمیم‌گیری در مورد پنج سوال اساسی: از چه کسی بخریم، چه بخریم، چگونه بخریم، برای چه کسی بخریم و با چه قیمتی بخریم. این اقدامات خرید مراقبت‌ها را در جهت بهینه شدن عملکرد نظام سلامت هدایت می‌کند.

محدودی که در اختیار داریم تأمین کنیم چه خدماتی را باید در بسته خدمتی بیمه پایه سلامت کشور بگنجانیم. پس از دیگر شرایط بسته خدمتی بیمه پایه، دستیابی به عدالت در سلامت است. باید خدمات سلامت عمومی، مراقبت‌های اولیه سلامت، مراقبت‌های سطح دوم و سطح سوم به ترتیب در خرید راهبردی مورد توجه قرار گیرند.

ب- برای چه کسی بخریم؟ از دیگر اجزای خرید راهبردی، جمعیت هدف است یعنی افرادی که از بسته بیمه پایه سلامت استفاده می‌کنند. آنچه که در این بحث حائز اهمیت است تأمین سلامت تمام جمعیت هدف است شناخت کامل نیازهای فرهنگی، اجتماعی، جغرافیایی، بهداشتی جمعیت هدف، امکان خرید راهبردی را برای آن‌ها فراهم خواهد کرد در غیراین صورت ممکن است خدماتی در برخی مناطق ارایه شود که هیچ‌گونه اولویتی برای ارایه نداشته باشند.

ج- از چه کسی بخریم؟ پزشکان و مراکز پزشکی، تشخیصی و درمانی ارائه کننده خدمات سلامت یکی دیگر از پایه‌های محکم خرید راهبردی هستند. ارزیابی عملکرد ارائه‌کنندگان خدمات پزشکی راهکار راهگشا در این مقوله است.

د- کالایی را که می‌خواهیم بخریم از چه کیفیتی برخوردار باشد؟ کیفیت خدمات ارائه شده توسط مراکز پزشکی می‌تواند به عنوان یک مشخصه خرید راهبردی تلقی شود.

و- از کجا (بعد مکانی) باید بخریم؟ دسترسی به خدمات سلامت از مقوله‌های خرید راهبردی است دسترسی به خدمات سلامت باید به گونه‌ای طراحی و تعریف شود که حداقل فاصله را برای دستیابی بیمه شده به خدمات فراهم نماید.

ه- با چه قیمتی بخریم؟ قیمت بسته خدمات سلامت برای سازمان بیمه‌گر و بیم‌هشده مهم است و از شرایط خرید راهبردی است؛ بنابراین نمی‌توان هر خدمتی را با هر قیمتی خرید. در اینجا هزینه - اثربخشی و هزینه - فایده بیمه سلامت مطرح هست.

ر- چقدر بخریم؟ از دیگر شاخص‌هایی که می‌تواند در خرید راهبردی مؤثر باشد مصرف خدمات سلامت توسط مردم است. رفتارسازی لازم برای تولید، تجویز و مصرف درست و بهینه خدمات سلامت در جامعه هدف، نیز نکته‌ای است که مورد توجه قرار دارد.

ز- چگونه باید بهای کالا یا خدمت را پردازیم؟ نظام‌های پرداخت خدمات سلامت از شاخص‌های مهم خرید راهبردی هستند که می‌توانند تأثیر به‌سزایی در مصرف منابع سلامت داشته باشند.

خرید راهبردی با ایجاد سیستم‌های پرداخت آینده و اولویت‌بندی خدمات بهداشتی می‌تواند منجر به تأمین بودجه پایدار شود. سیستم‌های پرداخت در حال حاضر در ایران باز هستند و هزینه به شکل سربار در حال افزایش است و پایداری را در تأمین مالی تهدید می‌کند و باید حرکتی به سیاست اجرای سیستم ایجاب کند که عملکرد را تضمین نماید.

شواهد نشان می‌دهد که بیمه‌های اجتماعی در ایران در حال حاضر به سمت پیاده‌سازی مکانیسم تأمین مالی از میزان سرانه به یک درصد از حقوق و دستمزد حرکت می‌کنند. همچنین آن‌ها به دنبال تأمین حق بیمه برای افراد فقیر از منابع دولتی هستند. سیستم‌های پرداخت در حال حاضر در ایران باز هستند و باید به

پایان برسد. هزینه‌های به شکل یک سربار در حال افزایش است و پایداری را در تأمین مالی تهدید می‌کند و باید حرکتی به سیاست اجرای سیستم پرداخت ایجاب کند که عملکرد را تضمین کند.

در نهایت، با توجه به موارد فوق و مشکلات موجود در سیستم ارائه خدمات بهداشتی، خرید استراتژیک به نظر می‌رسد بسیار ضروری و اجتناب‌ناپذیر است و بهتر است اقدامات لازم را برای تسریع آن در اسرع وقت انجام دهیم اما اجرای سریع آن نیز یک خطای بزرگ است. با این حال، واضح است که هیچ تصور منطقی از خرید استراتژیک در کشور وجود ندارد، بنابراین لازم است که سیاست‌های یکپارچه را اتخاذ کنیم. لازم است اصلاح قوانین موجود و تدوین قوانین جدید و ایجاد تضمین‌های آن توسط مقامات انجام شود. تقویت ارتباطات و همکاری در همه سطوح ضروری است. مطمئناً، بدون ارائه زیرساخت‌های مورد نیاز، اصلاحات مورد نیاز در بسته بیمه ناکارآمد خواهد بود. علاوه بر این، لازم است که اختیارات به سازمان‌های بیمه برای خرید استراتژیک خدمات بهداشتی اعطا شود.

بهبود خرید راهبردی خدمات سلامت، برای بهبود عملکرد این سیستم و پیشرفت در جهت رسیدن به UHC<sup>۱</sup> (پوشش همگانی سلامت) از اهمیت اساسی برخوردار می‌باشد. خرید یکی از سه کارکرد مهم سیستم تأمین مالی سلامت است و مربوط به روندی است که طی آن به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت اختصاص می‌یابد. تصمیماتی که در زمینه تخصیص منابع صورت می‌گیرد، وابسته

---

<sup>۱</sup> universal health coverage

به تصمیمات مربوط به طراحی و اجرای بسته خدماتی که باید ارائه شود، انتخاب ارائه‌دهنده‌هایی که این‌گونه خدمات از آن‌ها خریداری می‌شود، و چگونگی خرید این‌گونه خدمات و نحوه پرداخت هزینه ارائه‌دهندگان می‌باشد.

تدوین خرید راهبردی خدمات مراقبت‌های سلامت، در برنامه چهارم و پنجم توسعه (۲۰۰۴-۲۰۰۹) مورد توجه قرار گرفته است ولی تا برنامه ششم توسعه (۲۰۱۷-۲۰۲۱) تحقق نیافته است. بسیاری از محققان به چالش‌ها و دشواری‌های اصلی دستیابی به خرید راهبردی خدمات سلامت در ایران پرداخته‌اند؛ اما تصور ما بر این است که در اولین گام برای بکارگیری چنین مواردی (خرید راهبردی) و ایجاد تغییرات اساسی، درک وضعیت فعلی کشور ضرورت دارد. بسیاری از دستاوردها از زمان اجرای طرح تحول نظام سلامت ایران ایجاد شده است، اما با این وجود توجه کمتری به اصلاحات در نحوه خرید خدمات در کشور شده است. در حال حاضر، تأمین خدمات در بخش بستری به صورت غیرفعال خریداری می‌شود. مکانیسم‌های پرداخت مشوق‌های مناسبی برای ارائه‌دهندگان ایجاد نمی‌کنند زیرا بخش بزرگی از درآمد پزشک از پاداش‌های مبتنی بر سطح عملکرد تشکیل می‌شود.

لذا با توجه به این مسئله نویسنده ابتدا به بررسی وضعیت فعلی خرید راهبردی خدمات سلامت کشور براساس ابزار<sup>۱</sup> WHO (سازمان جهانی سلامت) استخراج موانع، چالش‌ها، مشکلات، فرصت‌ها و ملاحظات آینده در توسعه خرید راهبردی خدمات سلامت و پیش‌نیازهای لازم برای خرید راهبردی و طراحی الگو خواهد

---

<sup>۱</sup> World Health Organization

پرداخت.

ضرورت این موضوع از آن رو است که براساس گزارش سازمان بهداشت در سال ۲۰۰۰ برای اطمینان از اینکه منابع مالی به بالاترین ارزش پولی ممکن مبادله شود لازم است سازوکار خرید راهبردی جایگزین روش شیوه سنتی و ارتباط متولیان بودجه با ارائه‌کنندگان خدمات شود (خرید غیر راهبردی یا سنتی).

در نظام سلامت کشور جای خالی بیمه‌های سلامت کارآمد به وضوح مشخص است. ناکارآمدی بیمه‌ها عمدتاً ناشی از نبودن در جایگاه واقعی و غفلت از کارکردهای اصلی آنهاست. بی‌شک یکی از مهم‌ترین اهداف نظام سلامت ارتقای سلامت جامعه است.

بیمه‌های درمانی در ایران سلامت‌نگر نیستند و به میزان کافی نسبت به ایجاد هزینه‌های غیرضروری توسط ارائه‌کننده و گیرنده خدمت حساس نیستند شواهد روزافزون حکایت از آن دارند که بیمه‌های سلامت در ایران به خوبی هدفمند نیستند، درست هزینه نمی‌کنند و در نتیجه در سطح اقتصاد خرد و کلان مسائلی را از نظر کار آیی و عدالت پدید می‌آورند. نظام‌های پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات هم پیچیده و هم دربرگیرنده سلسله‌ای از انگیزه‌های نادرست است. به نظر می‌رسد ردیف‌های بودجه و پرداخت‌های FFS از جانب بیمه‌ها سبب استفاده مفرط از خدمات و احتمالاً ارائه خدمات غیرضروری می‌شود. انگیزه‌ها نیز از یکسو انعطاف‌ناپذیری سازمانی و ممانعت از تغییرات واقعی در سازمان را دامن می‌زند و از سوی دیگر سبب تقاضاهای القایی و بالا رفتن هزینه‌ها می‌شود، بی‌آنکه اثر واقعی بر سلامت مردم داشته باشد.

خرید خدمات توسط بیمه‌ها فرآیندی است که به وسیله آن، وجوه انباشته شده به ارائه‌کنندگان پرداخت می‌شود تا مجموعه تعریف شده یا نشده‌ای از مداخلات سلامت را ارائه کنند در واقع سازمان‌های خریدار باید مشخص کنند که قصد خرید از چه کسی را دارند. به منظور تعیین انگیزش‌هایی برای کنترل هزینه‌ها، ضمن تأکید بر مراقبت پیش‌گیرانه و حفظ و ارتقای کیفیت خدمات سازمان‌های خریدار باید بین واحدهای ارائه خدمات اولویت‌بندی کنند و با توجه به شرایط موجود و توافقات حاصل بتوانند بهترین گزینه را انتخاب کنند. این اتفاق در کشور ما کاملاً مغفول مانده و باعث شده نقش بیمه‌ها در حد باجه پرداخت هزینه تقلیل پیدا کند.

از طرفی طبق تبصره ماده ۴ آیین‌نامه اجرایی بند (ز) ماده (۳۸) قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران به شرح سازمان بیمه سلامت موظف است نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت با کیفیت، مطابق استانداردهای مصوب و مورد تعهد بیمه پایه سلامت از مراکز و فروشندگان کالاهای سلامت داخلی و خارجی با اولویت خرید از تولیدکنندگان داخلی و توزیع مناسب آن‌ها با هدف بهبود دسترسی بیمه‌شدگان و کاهش هزینه مستقیم مردم اقدام نماید. این اقدام در قالب حفظ فضای رقابتی تولید و واردات کالا و خدمات بخش سلامت و عدم ایجاد انحصار و بدون ورود مستقیم در تولید و عرضه کالا و خدمات توسط سازمان می‌باشد.

تبصره - ساز و کار اجرایی و شیوه‌نامه خرید انبوه خدمات و کالاهای سلامت ظرف شش ماه پس از ابلاغ این آیین‌نامه توسط وزارت با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و به تصویب شورای عالی می‌رسد.»



با توجه به مطالب فوق و همچنین طبق بند ج ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه، دولت سازمان بیمه سلامت را مکلف کرده است که با رعایت نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات براساس سیاست‌های مصوب نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش‌های دولتی و غیردولتی اقدام نماید؛ اما متأسفانه با گذشت چندین سال از مکلف شدن سازمان بیمه سلامت در اجرای این راهبرد اقدامات مناسبی در اجرای این مهم صورت نگرفته است و فقط اسمی از آن در اسناد بالادستی مطرح است.

با توجه به اهمیت این آیین‌نامه اجرایی در پیشرفت اهداف عالی بهداشتی درمانی کشور و تحقق اهداف بیمه همگانی سلامت و عدم وجود راهکار جامع و کامل در ارتباط با تبصره ضمیمه این کتاب درصدد است تا با بررسی زمینه‌ها و زیرساخت‌های لازم جهت اجرای این مورد الگوی مناسب را تدوین نماید.

باید خاطر نشان کرد که تدوین خرید راهبردی خدمات مراقبت‌های سلامت، در برنامه ۴ و ۵ توسعه (۲۰۰۴-۲۰۰۹) مورد توجه قرار گرفته است ولی تا برنامه ششم توسعه (۲۰۲۱-۲۰۱۷) تحقق نیافته است. بسیاری از محققان به چالش‌ها و دشواری‌های اصلی دستیابی به خرید راهبردی خدمات سلامت در ایران پرداخته‌اند؛ اما تصور بر این است که در اولین گام برای بکارگیری چنین مواردی (خرید راهبردی) و ایجاد تغییرات اساسی، درک وضعیت فعلی کشور ضرورت دارد. بسیاری از دستاوردها از زمان اجرای طرح تحول نظام سلامت ایران ایجاد شده است، اما با این وجود توجه کمتری به اصلاحات در نحوه خرید خدمات در کشور شده است. در حال حاضر، تأمین خدمات در بخش بستری به صورت غیرفعال خریداری می‌شود. مکانیسم‌های پرداخت مشوق‌های مناسبی برای

ارائه‌دهندگان ایجاد نمی‌کنند زیرا بخش بزرگی از درآمد پزشک از پاداش‌های مبتنی بر سطح عملکرد تشکیل می‌شود برای رفع هر چه بهتر شکاف‌ها و شرایط لازم برای تحقق و دستیابی به UHC ارزیابی وضعیت خرید راهبردی خدمات سلامت، اولین قدم می‌باشد. مطالعه حاضر در همین جهت و با هدف ارزیابی وضعیت خرید راهبردی خدمات سلامت در ایران و با بهره‌گیری از ابزار پیشنهادی ارزیابی سریع خرید راهبردی خدمات سلامت سازمان جهانی سلامت صورت گرفته است.

هدفی که از نوشتار این کتاب تدوین الگوی استقرار انجام خرید راهبردی در سازمان بیمه سلامت ایران و در پی آن به دنبال اهداف ذیل هستیم:

- تعیین وضعیت خرید راهبردی در کشورهای منتخب جهان
  - تعیین وضعیت موجود خرید راهبردی در ایران
  - تعیین عوامل موثر بر استقرار خرید راهبردی در نظام سلامت ایران
  - طراحی الگوی استقرار خرید راهبردی و ارزیابی آن در نظام سلامت ایران
  - ارائه راهکارهای پیشنهادی اجرای خرید راهبردی در نظام سلامت ایران
- این کتاب به بررسی وضعیت خرید راهبردی در نظام سلامت ایران را از نظر معیارهای چارچوب مورد تأیید سازمان بهداشت جهانی و همچنین گام‌های مربوط به طراحی مدل خرید راهبردی و اعتبارسنجی این مدل را در بر می‌گیرد که زمان اجرای پژوهش این کتاب سال‌های ۹۷ تا ۹۸ می‌باشد و دامنه مکانی آن در رسته ملی است و کلیه سازمان‌ها و افراد صاحب نظر در حوزه بیمه عمدتاً از مجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی علی‌الخصوص شورای عالی

بیمه سلامت و کلیه سازمان‌های بیمه‌گر پایه را مدنظر قرار خواهد داد.



# فصل اول

نظام سلامت



## انواع نظام سلامت

نظام‌های سلامت در ابتدا عبارت بودند از رابطه‌ی بین بیمار و درمانگر که پس از انقلاب صنعتی و شهرنشینی مردم و وقوع همه‌گیری‌های و با و بیماری‌هایی مانند آن، دولت‌ها به فکر حفظ و ارتقای سلامتی مردم افتادند و نهادهایی برای رسیدگی به سلامت مردم بوجود آمدند. همچنین پیشرفت علم در درمان بیماری‌ها باعث شد که بیمارستان‌ها و مراکز درمانی دیگری در کشورها تأسیس شوند. وجود نهادهایی چون بیمارستان‌ها و مراکز درمانی و هم چنین اهمیت سلامت چه به عنوان یک هدف اولیه و چه به عنوان هدف واسطه‌ای برای افزایش تولید، باعث تشخیص اهمیت نظام‌های سلامت شد و در نظام‌های سلامت بازیگرانی چون سیاست‌گذاران، نهادهای تخصصی در درمان بیماران و غیره نمایان شدند. حدود ۲۰۰ کشور در جهان وجود دارند و هر یک ترتیبات خاص خودشان را برای برآورده کردن سه هدف اصلی هر نظام مراقبت بهداشتی، شامل: سالم نگه‌داشتن مردم، درمان بیماران و محافظت خانواده‌ها در مقابل فشار مالی ناشی از هزینه‌های پزشکی به کار گرفته‌اند.

این نظام‌های بهداشتی علیرغم تنوعی که دارند از الگوهایی کلی پیروی می‌کنند که براساس آن‌ها می‌توان چهار مدل نظام بهداشتی را تشخیص داد:

### مدل بورجی<sup>۱</sup>

مدل بورجی از نام ویلیام بورجی مصلح اجتماعی انگلیسی و وزیر بهداشت بریتانیا پس از جنگ جهانی دوم گرفته شده است که طراح «سرویس ملی

---

<sup>۱</sup> Beveridge Model

بهداشت (NHS) « در این کشور در سال ۱۹۴۸ بود.

در نظام‌های مراقبت بهداشتی که براساس مدل به وجود می‌آید، تأمین اعتبار و ارائه مراقبت‌های بهداشتی در یک نظام سازمانی منفرد صورت می‌گیرد، مانند سرویس ملی بهداشت انگلیس یا نظام‌های بهداشتی کشورهای اسکانديناوی.

در این مدل تأمین و هزینه کردن اعتبارات بهداشتی به‌وسیله دولت و از راه پرداخت مالیات‌ها انجام می‌گیرد، همان‌طور که دولت برای مثال هزینه‌های نیروی پلیس را می‌پردازد.

بسیاری از بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها، اما نه همه آن‌ها، تحت مالکیت دولت هستند؛ برخی از پزشکان کارمند دولت هستند، اما همچنین پزشکان خصوصی وجود دارند که دستمزد کارشان را از دولت دریافت می‌کند. در بریتانیا که این نظام در آن حاکم است، شما هیچ‌وقت صورت حسابی از دکتر دریافت نمی‌کنید.

همه داروهای نسخه شده تحت پوشش هستند، و دولت به‌طور مرتب اهداف بهداشتی مانند حداکثر زمان انتظار در بخش اورژانس یا زمان انتظار برای عمل را تعیین می‌کند.

نظام‌های بوريجی معمولاً هزینه‌های کمتر سرانه ایجاد می‌کنند، چراکه دولت به‌عنوان تنها پرداخت‌کننده کارهایی که دکترها می‌توانند انجام دهند و برای آن‌ها درخواست دستمزد کنند، کنترل می‌کند.

کشورهایی که از برنامه بوريجی یا اشکال مشابه آن پیروی می‌کنند، علاوه بر بریتانیا، زادگاه این مدل شامل اسپانیا، اغلب کشورهای اسکانديناوی و نیوزیلند



می‌شوند.

هنگ‌کنگ نظام مراقبت بهداشتی سبک بوریجی خاص خودش را دارد، زیرا هنگامی که در سال ۱۹۹۷ این مستعمره سابق بریتانیا به چین واگذار شد، نظام بهداشتی‌اش را که از نظام بهداشتی بریتانیا الهام گرفته بود، حفظ کرد. کوبا حد‌اعلای کاربرد رویکرد بوریجی به نظام بهداشتی را نشان می‌دهد؛ نظام بهداشتی کوبا کامل‌ترین نمونه کنترل کامل دولت است.

### مدل بیسمارکی<sup>۱</sup>

نام مدل بیسمارکی، از نام اتو فون بیسمارک، صدراعظم مقتدر کشور پادشاهی پروس در قرن نوزدهم میلادی (که بخش‌هایی از کشورهای امروزی آلمان، روسیه، لیتوانی، دانمارک، بلژیک و جمهوری چک را دربر می‌گرفت) گرفته شده است.

بیسمارک مبدع دولت رفاه به‌عنوان بخشی از اقداماتش برای اتحاد آلمان در قرن نوزدهم میلادی بود.

مدل بیسمارکی از نظام بیمه استفاده می‌کند. پول سازمان‌های بیمه‌گرها که اصطلاحاً «صندوق‌های بیماران»<sup>۲</sup> نامیده می‌شوند، معمولاً به‌صورت مشترک به‌وسیله کارگران و کارفرمایان با کسر حق بیمه تأمین می‌شود.

در برنامه‌های بیمه بهداشتی نوع بیسمارکی، صنعت بیمه باید همه افراد را تحت پوشش قرار دهد و این سازمان‌های بیمه‌گر غیرانتفاعی هستند.

<sup>۱</sup> Bismarck Model

<sup>۲</sup> Sick Funds

پزشکان و بیمارستان‌ها در کشورهای این مدل را اجرا می‌کنند، معمولاً جزء بخش خصوصی هستند. با اینکه مدل بیسمارکی یک مدل دارای پرداخت‌کننده‌های متعدد است (برای مثال ۲۴۰ سازمان بیمه‌گر یا به اصطلاح صندوق بیماران در آلمان وجود دارد)، اما مقررات سختی در این زمینه وجود دارد که مانند مدل بورجی با پرداخت‌کننده واحد، به دولت توانایی کنترل هزینه‌ها را می‌دهد.

مدل بیسمارکی در کشورهای آلمان و نیز فرانسه، بلژیک، هلند، ژاپن، سوئیس، و تا حدی کشورهای آمریکای لاتین اجرا می‌شود.

در مدل بیسمارکی با توجه به اینکه خدمات بهداشتی را بخش خصوصی ارائه می‌کند، بیماران توانایی انتخاب خدمات‌دهنده را دارند. مدل بیسمارکی در کشورها اجراکننده آن ممکن است در جزئیات تفاوت‌هایی داشته باشد؛ به عنوان نمونه در هلند مردم بیمه بهداشتی را از مجموعه‌ای بیمه‌های خصوصی در حال رقابت می‌خرند، اما در فرانسه مردم بیمه بهداشتی پایه‌ای از یک سازمان غیرانتفاعی دریافت می‌کنند که در عمل وابسته به دولت است، درعین حال بیمه‌های مکمل را بنا به خواست خود از بیمه‌گرهای خصوصی می‌خرند.

اما به‌رحال هر دوی این کشورها دولت به‌شدت در تنظیم قیمت‌های خدمات بهداشتی و تعیین بودجه ملی برای آن دخیل است؛ و در هر دو کشور مردم از طریق ترکیبی از پرداخت خصوصی و مالیات‌های دولتی هزینه خدمات بهداشتی را تأمین می‌کنند.

نکته مهم‌تر آن است که در هر دوی این کشورها مردم روابط درازمدت با

پزشکان عمومی‌شان دارند و هر وقت بخواهند می‌توانند به آن‌ها دسترسی داشته باشند. در این کشورها هر بیماری می‌تواند حتی پس از پایان زمان روزانه کار مطب پزشک خانوادگی‌اش، مشاوره پزشکی فوری تلفنی یا حضوری دریافت کند و حتی در صورت لزوم بدون تأخیر به بیمارستان فرستاده شود.

### مدل بیمه ملی سلامت<sup>۱</sup>

این نظام عناصری از هر دو مدل بوریجی و بیسمارکی را در خود دارد. در این مدل ارائه‌کننده مراقبت‌های بهداشتی بخش خصوصی است، اما پرداخت هزینه‌ها از طریق یک برنامه بیمه با مدیریت دولتی انجام می‌شود که هر شهروند به آن حق بیمه می‌پردازد. از آنجایی در این نظام یک برنامه بیمه واحد و مسئله بازاریابی مطرح نیست، هیچ انگیزه مالی برای رد ادعای بیمه‌شدگان برای پرداخت هزینه‌ها یا کسب سود وجود ندارد.

وجود یک سازمان پرداخت‌کننده واحد دولتی باعث می‌شود، این سازمان قدرت فراوانی برای چانه‌زنی با ارائه‌کنندگان خصوصی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی داشته باشد؛ برای مثال نظام بهداشتی کانادا با مذاکره با شرکت‌های داروسازی به چنان قیمت‌های پایینی برای داروها دست یافته است که آمریکاییان برای خریدن داروها با عبور از مرز شمالی این کشور به کانادا می‌روند.

این «بیمه ملی بهداشتی» با محدود کردن خدمات پزشکی که پولش را می‌پردازد یا ایجاد فهرست انتظار برای ارائه برخی از درمان‌ها، می‌تواند هزینه‌هایش را کنترل کند.

---

<sup>۱</sup> National Health Insurance

شکل کلاسیک نظام NHI در کانادا یافت می‌شود، اما برخی از کشورهای به‌تازگی صنعتی شده، مانند تایوان و کره جنوبی نیز مدل NHI را برگزیده‌اند.

### نظام پرداخت از جیب<sup>۱</sup>

اغلب نظام‌های استقرار یافته مراقبت بهداشتی در کشورهای پیشرفته و صنعتی - یعنی حدود ۴۰ کشور از ۲۰۰ کشور جهان - وجود دارند. بسیاری از کشورهای دیگر جهان به علت فقر شدید یا فقدان سازمان‌دهی نمی‌توانند مراقبت‌ها پزشکی همگانی را برای مردمشان فراهم کنند. قاعده کلی در چنین کشورهایی این است که ثروتمندان مراقبت پزشکی دریافت کنند و فقیران از خدمات کارآمد درمانی محروم بمانند.

در مناطق روستایی در آفریقا، چین و آمریکای جنوبی، صدها میلیون نفر از افراد کل زندگی‌هایشان را بدون دسترسی به پزشک می‌گذرانند. البته این افراد ممکن است به یک شفا دهنده روستایی دسترسی داشته باشند که درمان‌های خانگی که ممکن است مؤثر باشند یا نباشند، به بیماران ارائه می‌دهند.

در کشورهای فقیر، بیماران روستایی گاهی می‌توانند پول‌هایشان را روی هم بگذارند تا صورت حساب دکتر را بپردازند؛ در غیر این صورت ممکن است دستمزد دکتر را با اجناس تولیدی‌شان مثلاً سیب‌زمینی یا شیر بز یا هر چیز دیگری که در اختیار داشته باشند، بپردازند.

### مشکلات نظام‌های بهداشتی اروپایی

نظام‌های اروپایی (مدل‌های بوریچی و بیسمارکی) نیز نقاط ضعف خود را دارند.

<sup>۱</sup> THE Out-Of-Pocket Model

یک مشکل زمان انتظاری است که بیماران برای دسترسی به خدمات تخصصی باید بگذرانند. این مسئله به خصوص در نظام‌های بهداشتی بورجی مانند سرویس ملی بهداشت انگلیس که عملاً تنها یک فراهم آورنده خدمات بهداشتی وجود دارد، صدق می‌کند. یک بررسی اخیر نشان داد که حدود ۱۵۰۰۰ نفر در سنین بالای ۷۵ هر سال در دچار مرگ زودرس ناشی از سرطان می‌شوند. کارشناسان می‌گویند در صورتی که تشخیص و درمان سرطان این افراد زودتر صورت می‌گرفت، تعداد این مرگ‌ها کاهش می‌یافت.

یک مشکل دیگر خدمات بهداشتی یکپارچه بهداشتی از نوع اروپایی هزینه بالایی است که بر بودجه دولت تحمیل می‌کند و مالیات‌دهندگان باید آن را بپردازند. برای مثال فرانسه در سال ۱۹۹۶ برای جلوگیری از کسر بودجه بهداشتی سعی کرد بود هزینه‌های بیمه‌ها را با تعیین اهدافی تحت کنترل درآورد؛ اما یک دهه بعد در سال ۲۰۰۶ بعد نه‌تنها میزان کسری بودجه بهداشتی کاهش نیافت، بلکه دو برابر هم شد و به ۴۹ میلیارد یورو رسید.

### مدل کشور آمریکا

در سازمان مراقبت ملی بهداشت آمریکا که شکلی قطعه قطعه شده و بدون یکپارچگی دارد، اجزایی از همه این چهار مدل مشاهده می‌شود. برای مثال درمان کهنه سربازان بدون پرداخت پول انجام می‌شود، یعنی شبیه آنچه در بریتانیا یا کانادا به‌طور همگانی اجرا می‌شود. برای افراد بالای ۶۵ سال بیمه مدیکر<sup>۱</sup> وجود دارد که شبیه بیمه ملی کانادا است. برای کارگران و کارمندان آمریکایی بیمه

---

<sup>۱</sup> Medicare

شغلی وجود دارد که شبیه نظام بیمه آلمان است.

اما ۱۵ درصد از آمریکاییان هستند که هیچ بیمه بهداشتی ندارند و از این لحاظ فرقی با اهالی کامبوج یا بورکینافاسو یا مناطق روستایی هند ندارند، و فقط وقتی به دکتر دسترسی پیدا می‌کنند که بتوانند صورت حساب دکتر را در زمان درمان از جیب بپردازند یا آن قدر حالشان بد باشد که در بخش اورژانس یک بیمارستان عمومی (یا دولتی) پذیرفته شوند.

نظام بهداشتی آمریکا با نظام بهداشتی هر کشوری دیگر متفاوت است، زیرا دارای نظام‌های جداگانه مراقبت پزشکی برای طبقات متفاوت مردم است. لایحه درمانی باراک اوباما با نام لایحه مراقبت‌های پرداخت‌پذیر<sup>۱</sup> که به اوباماکییر<sup>۲</sup> مشهور شده است، در واقع سازوکارهایی برای بیمه کردن همین ۱۵ درصد افراد بدون بیمه است که پولش را در نهایت دولت فدرال می‌پردازد.

### سازمان نظام سلامت ایران

سیستم سلامت ایران به عنوان معدود کشورهایی در جهان است که آموزش پزشکی در خدمات درمانی ادغام شده است و دارای یک حاکمیت و ساختار بی‌نظیر است، که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (وزارت بهداشت)<sup>۳</sup> به عنوان متولی آن می‌باشد. وزارت بهداشت از طریق شبکه گسترده خود با بیش از ۶۰ دانشگاه علوم پزشکی (UMS)<sup>۴</sup> در ۳۲ استان کشور، متعهد به طراحی و

<sup>۱</sup> Affordable Care Act

<sup>۲</sup> Obamacare

<sup>۳</sup> Ministry of Health and Medical Education

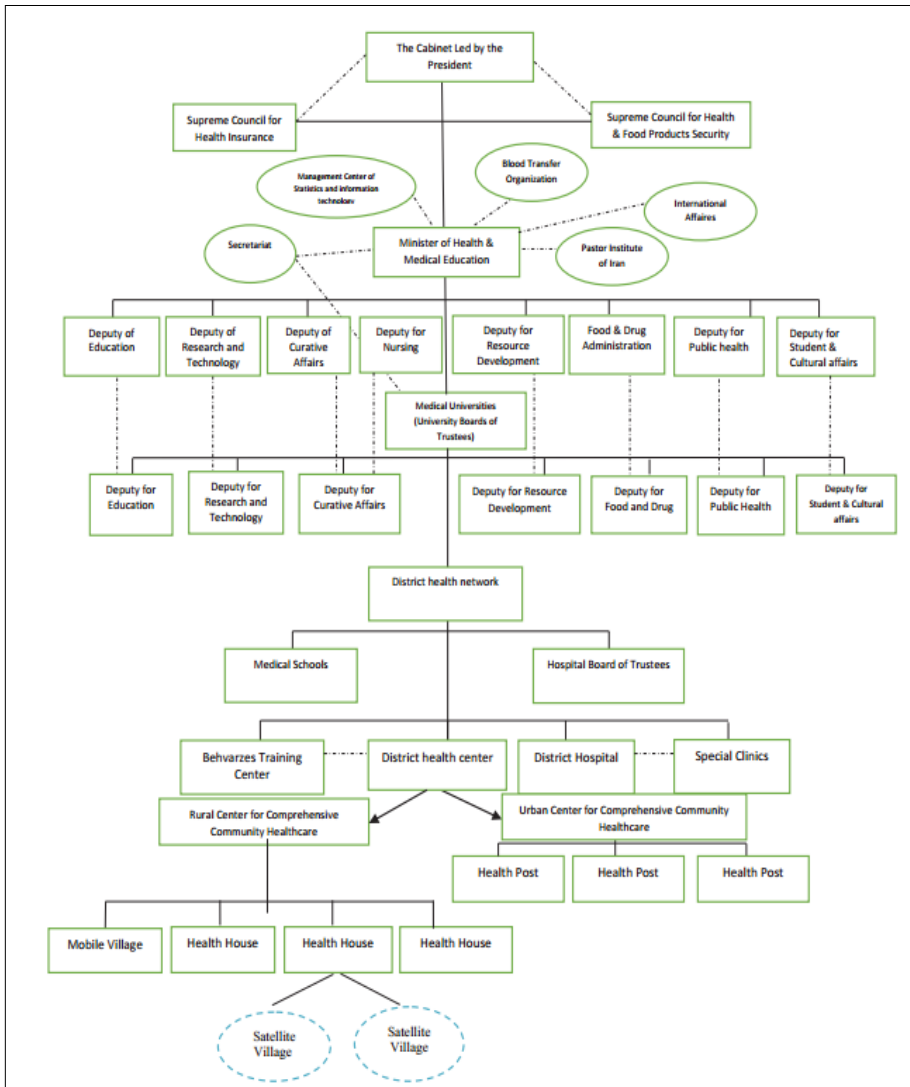
<sup>۴</sup> University of Medical Sciences

اجرای سیاست‌های ملی با هدف یک جامعه سالم می‌باشد. دانشگاه‌های علوم پزشکی مسئول آموزش، پژوهش و فراهم کردن مراقبت‌های سلامت برای افراد تحت پوشش خود از طریق یک شبکه گسترده مراقبت‌های بهداشتی، مطابق شکل ذیل می‌باشد. در طول دهه‌های گذشته اصلاحات متعددی در سیستم بهداشت و درمان ایران انجام شده است، به عنوان مثال ایجاد شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه<sup>۱</sup> (PHC) برای ارائه خدمات درمانی اساسی، گسترش بیمه سلامت اجتماعی و اجرای برنامه تحول سلامت<sup>۲</sup> (HTP) که همه این موارد در بهبود شاخص‌های بهداشتی طی سال‌های گذشته در ایران نقش داشته‌اند.

---

<sup>۱</sup> Primary health care

<sup>۲</sup> Health transformation Plan



شکل ۱-۱: ساختار نظام سلامت در ایران

### کارکردهای نظام سلامت از نظر سازمان جهانی سلامت

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ هر نظام سلامت دارای سه هدف اصلی است که عبارتند از: ارتقاء سلامت، افزایش پاسخگویی به انتظارات



شهروندان و مشارکت عادلانه در تأمین منابع مالی نظام سلامت. در راستای این سه هدف اصلی، چهار کارکرد برای سنجش عملکرد هر نظام سلامت تعریف شده است. این کارکردها وظایف اصلی هر نظام سلامت هستند و عبارتند از تولید منابع، ارائه‌ی خدمات سلامت، تأمین مالی و تولید.

اهداف خرید راهبردی در مقیاسی گسترده عبارت است از هدایت تخصیص منابع به منظور کمک بهبود اهداف میانی و نهایی پوشش همگانی سلامت با توجه به مندرجات نمودار ذیل. بخش مهم این ارزیابی، شناسایی تأثیر نقاط ضعف ساختار خرید بر اهداف میانی و نهایی پوشش همگانی سلامت و همچنین سایر اثرات آنها بر نظام سلامت است. اهداف میانی و نهایی تحت تأثیر سازوکارهای خرید شامل موارد زیر می‌باشد.

• افزایش کارآمدی در استفاده از منابع شامل مدیریت رشد هزینه‌ها

• عدالت در توزیع منابع

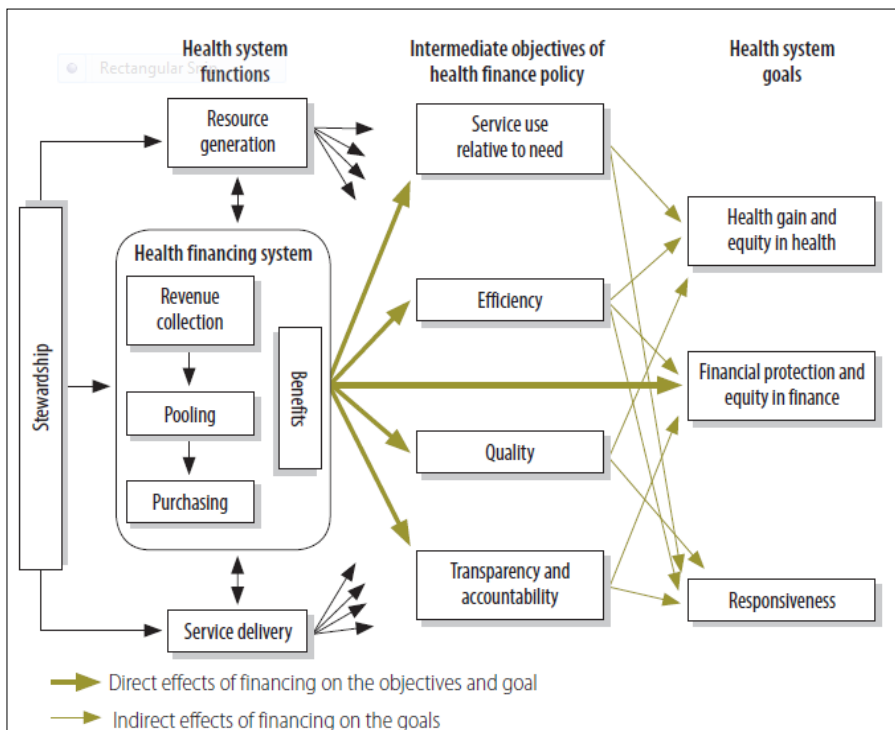
• بهبود پاسخگویی

• دسترسی عادلانه به خدمات سلامت (استفاده منطبق با نیاز)

• حمایت مالی

جدول ۱-۱: اهداف کلان نظام سلامت و اهداف خرد سیاست گذاری تأمین مالی سلامت

اهداف کلان نظام سلامت	اهداف میانی سیاست گذاری تأمین مالی سلامت	کارکردهای نظام سلامت	نظارت
دستاوردهای سلامت و عدالت در سلامت	استفاده از خدمات با توجه به نیاز	تولید منابع	
		نظام تأمین مالی سلامت	
حمایت مالی و عدالت در تأمین مالی	کارآمدی	جمع‌آوری درآمد	
		انباشت	
ارائه پاسخ	کیفیت و شفافیت و پاسخگویی	خرید	
		ارائه خدمات	



شکل ۱-۲: اهداف سیستم‌های بهداشتی و اهداف سیاست‌های تأمین مالی بهداشت.

### انواع خرید مراقبت‌ها در نظام‌های سلامت

طبق توصیه‌ی گزارش سازمان جهانی سلامت در سال ۲۰۰۰، در نظام‌های سلامتی که نوعی از جدایی بین خریدار و ارائه دهنده‌ی مراقبت‌ها وجود دارد، بهتر است کشورها از خرید غیرفعال یا منفعل به سمت خرید راهبردی یا استراتژیک حرکت کنند در این راستا سه نوع خرید مراقبت‌ها در نظام سلامت وجود دارد: خرید غیرفعال یا منفعل، خرید فعال و خرید راهبردی. این سه نوع در روی یک طیف قرار می‌گیرند که یک سمت آن خرید منفعل است و سوی دیگر آن خرید راهبردی می‌باشد.

### طیف خرید در نظام سلامت

خرید راهبردی خرید فعال خرید غیر راهبردی (منفعل)



خرید غیرفعال چند ویژگی دارد. یکی از این ویژگی‌ها بودجه‌های از پیش تعیین شده است. در نظام‌های سلامتی‌ای که بودجه‌های از پیش تعیین شده برای مراقبت‌های سلامتی اختصاص پیدا می‌کند این احتمال که خرید به صورت منفعل صورت بگیرد بسیار زیاد است. معمولاً بودجه‌های از پیش تعیین شده ثابت هستند و هر سال بصورت افزایشی زیاد می‌شوند و نظارتی بر روی نحوه‌ی خرج کرد این منابع صورت نمی‌پذیرد. بودجه‌های افزایشی انعطاف ناپذیرند و نمی‌توان الزامات خرید راهبردی را بر روی بودجه‌های ثابت و از پیش تعیین شده اعمال نمود ویژگی دیگر خرید منفعل پرداخت گذشته‌نگر صورتحساب‌ها است. در نظام سلامتی‌ای که منابع مالی بعد از ارائه‌ی مراقبت‌های سلامت به ارائه‌کنندگان

اختصاص پیدا می‌کند، خریدار به‌صورت خودکار توان نظارت بر روی نحوه‌ی ارائه‌ی خدمات و هم‌چنین ترکیب خدمات مطلوب را از دست می‌دهد. در این نوع از پرداخت، خریدار مراقبت‌های سلامت در عمل انجام شده قرار می‌گیرد و تنها راه وی برای کاهش هزینه‌های پرداختی، کسر کردن مقداری از مطالبات ارائه‌کنندگان است که از آن با عنوان کسورات یاد می‌شود. در واقع در این شرایط خریدار در عمل انجام شده قرار می‌گیرد و مجبور به پرداخت منابع مالی برای مراقبت‌هایی است که توسط ارائه‌کنندگان برای جمعیت تحت پوشش ارائه شده است چه این خدمات مطلوب مردم و خریداران باشد و چه نباشد.

#### تعریف خرید راهبردی مراقبت‌های سلامت

خرید راهبردی طبق تعریف سازمان جهانی سلامت عبارت است از جستجوی مداوم برای یافتن بهترین راه به منظور بیشینه کردن عملکرد نظام سلامت. این مهم بوسیله تصمیم‌گیری در مورد اینکه چه مداخلاتی، چگونه و از چه کسی باید خرید شده صورت می‌گیرد.

طبق تعریفی که از خرید راهبردی ذکر شد، خرید راهبردی به معنی انتخاب فعالانه‌ی مداخلات و مراقبت‌هایی است که بهترین عملکرد نظام سلامت را به ارمغان بیاورد، هم برای افراد و هم برای جمعیت، این مهم بوسیله‌ی قراردادهای انتخابی و طرح‌های انگیزشی به دست می‌آید.

اگر خرید از طریق قراردادهای اختصاص یابد، خرید راهبردی نگرانی‌هایی همچون کیفیت، عدالت و مکانیسم‌های فرآیندی همچون استفاده از داده‌های بهداشتی جامعه را ترکیب می‌نماید. صفت اضافی جذاب «راهبردی» یا همان استراتژیک

همیشه نشان دهنده سیاست واقعی نیست اما مکرراً برای جذاب نشان دادن سیاست مورد استفاده قرار می‌گیرد. چندین مدل نظری موجودند که خرید راهبردی (استراتژیک)<sup>۱</sup> را تعریف می‌کنند، به‌ویژه آن‌هایی که سازمان‌های اروپایی، سازمان جهانی بهداشت، اداره منطقه غرب خاورمیانه WHO (WPRO)، بانک جهانی و دپارتمان بهداشت انگلستان که بر NHS انگلیس نظارت دارد تعریف می‌نمایند. این سازمان‌های بین‌المللی، دارای متغیرهای بوده اما ضرورتاً تعاریف مشابهی از خرید راهبردی یا چارچوب، برای آن دارند؛ و حمایتی شایسته از خرید راهبردی به عنوان یک سیاست سلامت انجام می‌دهند.

---

<sup>۱</sup> Strategic Purchasing

جدول ۱-۲: تعریف‌های موجود خرید راهبردی از دیدگاه سازمان‌های بین‌المللی

تعریف	نویسنده/ سازمان
<p>خرید راهبردی یک رویکرد سیستماتیک است هدف این است که عملکرد سیستم‌های بهداشتی را به طور موثر با تخصیص منابع مالی به ارائه‌دهندگان ارتقاء یابد با تصمیم‌گیری در مورد مواردی که مداخلات خرید در پاسخ به نیازهای جمعیت، اولویت‌های سلامت ملی و هزینه‌های مبتنی بر شواهد- اثربخشی همراه باشد؛ چگونگی خرید این مداخلات از جمله سازوکارهای قراردادها و سیستم‌های پرداخت، و از کسانی که خرید می‌شود با در نظر گرفتن کیفیت و کارایی ارائه‌دهندگان</p>	<p>سازمان اروپا<sup>۱</sup> (۲۰۰۷)</p>
<p>سازمان‌های خریدار باید به طور مداوم به دنبال بهترین مداخلات برای خرید، بهترین ارائه‌دهندگان برای خرید و استفاده از بهترین مکانیسم‌های پرداخت و قراردادهای احتمالی برای دستیابی به بالاترین نتایج ممکن سیستم سلامت موارد کلیدی خرید راهبردی به شرح ذیل می‌باشد:</p> <p>استفاده از سلامت عمومی برای تعیین اولویت‌های تأمین مالی عمومی، اجرای نظارت و استفاده از داده‌های جمعیت سلامت در انتخاب مداخلات برای خرید اولویت بندی واحد خرید به منظور ترویج قراردادهای بلند مدت اجتناب از خریدهای کم و مدیریت ضعیف که مانع تلفیق خدمات سلامت و جمعیت و جلوگیری از ریسک مشترک می‌باشد</p> <p>از طریق بودجه‌بندی و انعقاد قراردادهایی محیطی را ایجاد نماید که انگیزه‌های مناسب برای ارائه‌دهندگان به (۱)، جلوگیری از مشکلات سلامت اعضای گروه (ائتلاف)(۲)، اراده خدمات و حل مشکلات سلامت اعضاء (۳)، پاسخگویی به انتظارات قانونی مردم بوده (۴) و حاوی هزینه باشد.</p> <p>ایجاد ظرفیت سیاسی مناسب و حکومت‌داری برای ارتقاء مدیریت منابع ارائه‌دهنده انعطاف‌پذیر خدمات سلامت، ترویج پاسخگویی، و جلوگیری از پیامدهای منفی اصلاح تأمین مالی</p>	<p>سازمان جهانی سلامت<sup>۲</sup> (۲۰۰۰)</p>
<p>بانک جهانی از رویکرد هنجاری نسبت به چارچوب خرید راهبردی استفاده می‌کند. پیاده‌سازی یک خط مشی خرید استراتژیک مستلزم توجه به زیرمجموعه‌های زیر دارد تا بتواند کارایی و کیفیت سیستم را بهبود بخشد.</p> <p>اقتصاد سیاسی: انتخاب سیاست درمورد نقش مناسب دولت، شکست دولت،</p>	<p>بانک جهانی<sup>۳</sup> (۲۰۰۷)</p>

<sup>۱</sup> European Observatory

<sup>۲</sup> World Health Organization

<sup>۳</sup> World Bank

<p>شکست بازار، و ذینفعان طراحی سیاست:</p> <p>۱-۲) اختصاص منابع و انعقاد قرارداد خرید که تعیین می‌کند که چه کسی برای خرید، چه چیزی خریداری می‌کند و چه کسی باید آن را بخرد، چقدر باید پرداخت کند و چگونه باید پرداخت نماید.</p> <p>۱-۲) مکانیسم‌های جمع‌آوری درآمد که شامل میزان پیش‌پرداخت، درجه پیشرفت، اختصاص دادن، انتخاب می‌باشد.</p> <p>۳-۲) جمع‌آوری درآمد و به اشتراک گذاشتن ریسک خطر که میزان، تعداد خطر، برابری و پوشش خطر و نرخ خطر را در نظر می‌گیرد.</p> <p>۳-۳) ساختار سازمان: اشکال سازمانی (شامل روابط قراردادی)، ساختار ترکیب، و سازمان انگیزشی</p> <p>۴- محیط سازمانی: چارچوب‌ها و ابزارهای قانونی، رویه‌های اداری و آداب و رسوم سازمانی</p> <p>۵- ظرفیت مدیریت: سطوح مدیریت، مهارت، انگیزه و ابزار موجود</p>	
<p>۱- انگلستان که مسلماً کل خرید را با جدایی خریدار و ارائه‌دهنده از دهه ۱۹۸۰ خود آغاز کرد، خرید راهبردی را به چرخه اجرایی خود برای خدمات سلامت ترکیب کرد (کمیسیون یک دوره‌ای برای خرید استراتژیک در انگلستان از سال ۱۹۹۷ می‌باشد) این چرخه بر روی بیمار / عموم متمرکز است و تلاشی می‌کند تا اهداف سلامت ملی را محقق کند. در حالی که سازمان طب ملی انگلستان (NHS) از زمانی که سازماندهی شده است تا این سند خاص را غیر ضروری جوله دهد. مدل موجود در آن نکات ارزشمندی دارد:</p> <p>۲- ارزیابی نیازها - بررسی خدمات ارائه شده ۳- تصمیم‌گیری اولویت‌ها ۴- طراحی خدمات ۵- شکل داده به ساختار عرضه ۶- مدیریت تقاضا ۷- ارجاعات، ارزیابی نیازهای فردی، مشاوره در انتخاب و درمان / فعالیت ۸- مدیریت عملکرد (کیفیت، عملکرد، نتایج) ۹- جستجوی دیدگاه‌های عمومی و بیمار</p>	<p>وزارت بهداشت و درمان انگلستان<sup>۱</sup> (۲۰۰۷)</p>
<p>در خرید راهبردی یک سازمان خریدار است که برای گروه‌های خاص یا کل جمعیت، خدمات سلامت با استفاده از سرمایه مشترک را خریداری می‌کند. خریدار می‌تواند از اهرم‌ها برای تأثیر رفتار ارائه‌دهندگان برای بهبود کیفیت و کارایی در ارائه خدمات سلامت استفاده کند و عدالت در توزیع ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را تسهیل نماید. با این حال مکانیسم‌های خرید در هر کشور در قالب سیاست‌های آن کشور می‌باشد و در خرید استراتژیک دولت با ارائه یک چارچوب و خط مشی کلی و راهنمایی مناسب برای اطمینان از تصمیم‌گیری منابع</p>	<p>هوندا و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۵)</p>

<sup>۱</sup> UK Department of Health

<sup>۲</sup> RESYST consortium for WHO-WPRO

<p>و تصمیم‌گیری‌های خرید با اولویت‌های سلامت عمومی نقش مهمی را ایفا می‌کند. همانطور که خریدار خدمات سلامت را برای مردم خریداری می‌نماید حائز اهمیت است که خریدار مکانیزم‌های موثری برای تعیین و بازبینی نیازها، ترجیحات و ارزش‌های مردم در خرید و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت فراهم نماید.</p>	
<p>یک فرآیند مبتنی بر شواهد که سیستم‌های مراقبت سلامت با اولویت‌بندی منابع مالی، کالاها و خدمات خاص تحت پوشش دیگران، از طریق برنامه‌ریزی مشترک بین متولیان مختلف مراقبت سلامت می‌باشد. در حالی که نیازها و اولویت‌های شهروندان را در توزیع مراقبت‌های سلامتی و ترویج عدالت، کیفیت مراقبت، کارایی و پاسخگویی در ارائه خدمات سلامت</p>	<p>تعریف ترکیبی<sup>۱</sup></p>

### اهمیت و مزایای خرید راهبردی

خرید راهبردی به دنبال راهی است که برای منابع مالی‌ای که جمع‌آوری و انباشت شده است بیشترین مطلوبیت را برای مصرف‌کنندگان مراقبت‌های سلامت و مردم تحت پوشش فراهم کنید و همچنین بیشترین ارزش پولی را به ازای این منابع به دست می‌آورد؛ یعنی خرید راهبردی به دنبال مکانیسمی است که از آن طریق منافع تک تک افراد جامعه و منافع جامعه به صورت کل را تأمین کند. در واقع، خرید راهبردی بهترین روش برای تبدیل ممکن‌ها به مطلوب‌هاست.

مهم‌ترین منفعی که برای خرید راهبردی بیان شده عبارتند از:

#### ➤ عدالت در دسترسی به منابع سلامت برای آحاد جامعه:

وقتی جمعیت هدف و نیازهای آن‌ها به خوبی شناسایی شد منابع انباشت شده نظام سلامت به نحو مناسب به افراد نیازمند اختصاص پیدا می‌کند؛ که در اثر این رویکرد شاخص عدالت بیماران و مشتریان نظام سلامت بهبود پیدا می‌کند.

<sup>۱</sup> Synthesized Definition



➤ **بهبود توزیع امکانات و منابع در نظام سلامت:**

پیش‌بینی شده است که در اثر اجرای خرید راهبردی به دلیل شناسایی دقیق منابع و همچنین جمعیت تحت پوشش و نیازهای آن‌ها امکانات و منابع نظام سلامت به طرز کارا تر و اثربخش‌تری توزیع شوند. این مهم منجر به بهبود شاخص‌هایی چون دسترسی و عدالت خواهد شد.

➤ **بهبود دسترسی بیماران و مشتریان نظام سلامت:**

تجارب حاصل از اجرای برنامه‌ی خرید راهبردی نشان می‌دهد که در اثر اجرای این راهبرد دسترسی بیماران و مشتریان نظام سلامت به خدمات با کیفیت افزایش یافته است. در متون تخصصی نیز یکی از پیامدهای مثبت خرید راهبردی را افزایش دسترسی ذکر کرده‌اند.

➤ **ارتقای کیفیت خدمات:**

تجارب بهره‌مندی از خرید راهبردی در نظام‌های سلامت در جهان نشان می‌دهد که بهبود کیفیت را به عنوان یکی از پیامدهای مهم اجرای خرید راهبردی گزارش کرده‌اند. خریداران باید بدانند که نیازهای سلامتی جمعیت تحت پوشش آن‌ها چیست (داشتن اطلاعات کامل و روزآمد از جمعیت تحت پوشش) و بین این نیازها به خوبی قادر به اولویت‌بندی باشند. خریداران باید بتوانند ارائه‌دهندگان برتر را شناسایی نمایند، بر کیفیت آرایه‌ی مراقبت از سوی آرایه‌دهندگان نظارت کنند، و از آرایه‌ی مراقبت‌های با کیفیت مطمئن شوند. هم‌چنین خریداران باید در بستن قراردادهای خرید خدمت مهارت داشته باشند تا با کمترین هزینه بهترین مراقبت‌ها را برای جمعیت تحت پوشش تهیه کنند. در

صورت اجرای کامل این ملزومات، کارشناسان بانک جهانی و سازمان بهداشت جهانی براین باورند که مراقبت‌های با کیفیت بالاتری عاید جمعیت تحت پوشش خواهد شد.

### ➤ ارتقای رضایت مردم:

تجارب اجرای خرید راهبردی در کشورهای مختلف اعم از توسعه‌یافته و در حال توسعه، نشان دهنده‌ی این است که یکی از پیامدهای خرید راهبردی افزایش رضایت مشتریان بوده است.

## فصل دوم

قوانین و مقررات در خصوص خرید راهبردی



در این فصل به مرور قوانین و مقررات در خصوص خرید راهبردی در کشور ایران می‌پردازیم:

### قوانین و اسناد بالادستی در حوزه خرید راهبردی

فهرست قوانین و مستندات بررسی شده:

- ✓ سیاست‌های کلی سلامت
- ✓ قانون برنامه پنجم توسعه کشور
- ✓ قانون برنامه ششم توسعه کشور
- ✓ قوانین دائمی برنامه‌های توسعه
- ✓ قوانین بودجه سالیانه از سال ۱۳۹۳ الی ۱۳۹۸
- ✓ ضوابط اجرایی قانون بودجه سال ۱۳۹۸
- ✓ مصوبات سالیانه هیأت دولت در خصوص تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی از سال ۱۳۹۳ الی ۱۳۹۸
- ✓ تصویب‌نامه در خصوص هزینه اجرای برنامه‌های تحول نظام سلامت
- ✓ آئین‌نامه خرید راهبردی
- ✓ نقشه جامع علمی سلامت کشور
- ✓ قانون بیمه همگانی
- ✓ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی

✓ مصوبات هیأت دولت در خصوص کنترل هزینه

✓ قانون تشکیل سازمان تأمین اجتماعی

✓ قانون نظام پزشکی

✓ قانون تشکیلات وزارت بهداشت

موارد مرتبط با خرید راهبردی در قوانین و مستندات فوق، در پنج بعد خرید راهبردی به شرح ذیل تقسیم‌بندی شده‌اند:

۱- چه خدماتی خریداری شود (بسته خدمات سلامت).

۲- برای چه کسانی خریداری شود (جمعیت تحت پوشش).

۳- از چه کسانی خریداری شود (خریداران و ارائه‌دهندگان)

۴- چگونه خریداری شود (مکانیسم پرداخت)

۵- چقدر و با چه قیمتی پرداخت شود (قیمت خدمات)

۱- چه خدماتی خریداری شود؟ (بسته خدمات سلامت).

برنامه چهارم توسعه

✓ ماده ۹۰: موضوع: فرانشیز و پرداخت از جیب بیمار

به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آن‌ها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که «شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم» به نود درصد (۹۰٪) ارتقا یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از سی درصد (۳۰٪) افزایش نیابد

و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت به یک درصد (۱٪) کاهش یابد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است، با مشارکت سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، آئین نامه چگونگی متعادل نمودن سهم مردم در تأمین منابع بهداشت و درمان برای تحقق اهداف مذکور را ظرف مدت شش ماه پس از تصویب این قانون تهیه و برای تصویب به هیأت وزیران ارائه نماید.

✓ ماده ۹۳: بسته دارو

به منظور تنظیم بازار دارو فهرست داروهای مجاز همه ساله توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام می‌شود. ورود، عرضه و تجویز دارو خارج از فهرست فوق ممنوع است.

قانون برنامه پنجم توسعه

✓ بند (ز) ماده (۳۸):

سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است با رعایت نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات براساس سیاست‌های مصوب نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش‌های دولتی و غیردولتی اقدام نماید آیین نامه اجرایی این بند مشتمل بر اصلاح نظام پرداخت و فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت ظرف یک سال توسط وزارتخانه‌های رفاه و تأمین اجتماعی و بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و معاونت تهیه و به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

برنامه ششم توسعه

✓ بند ۷۴ ماده:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است در اجرای «نظام خدمات جامع و همگانی سلامت» با اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان و مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده با به‌کارگیری پزشکان عمومی و خانواده، گروه پرستاری در ارائه مراقبت‌های پرستاری در سطح جامعه و منزل، سطح‌بندی خدمات، پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و پرداخت مبتنی بر عملکرد مطابق قوانین مربوطه و احتساب حقوق آن‌ها اقدام نماید، به نحوی که تا پایان سال دوم اجرای قانون برنامه کلیه آحاد ایرانیان تحت پوشش نظام ارجاع قرار گیرند.

در پایان این ماده اشاره شده «سطح‌بندی تمامی خدمات تشخیصی و درمانی براساس نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده و اجازه تجویز این گونه خدمات صرفاً براساس راهنماهای بالینی طرح فاقد نام تجاری (ژنریک) و نظام دارویی ملی کشور خواهد بود.»

قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور

✓ ماده ۸: منظور از بیمه تکمیلی فهرست خدماتی است که در تعهد بیمه پایه سلامت نیست.

عقد قرارداد و هر گونه پرداخت مزاد بر تعرفه تعیین شده برای آن دسته از خدمات تشخیصی بهداشتی و درمانی که در بسته بیمه پایه سلامت اعلام می‌شود



توسط شرکت‌های بیمه تجاری و سازمان بیمه سلامت ایران با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان ممنوع است پرداخت حق سرانه بیمه تکمیلی به جز در مواردی که در قوانین خاص معین شده است برعهده افراد بیمه شده است.

### قانون بودجه سال ۱۳۹۸

✓ بند (الف) تبصره (۱۷): به منظور رعایت عدالت در سلامت و پایداری منابع، در سال ۱۳۹۸ ارائه بسته خدمات بیمه پایه تعریف شده برای کلیه اقشار که براساس آزمون وسع به صورت رایگان تحت پوشش بیمه پایه سلامت قرار می‌گیرند، از طریق نظام ارجاع، پزشک خانواده و در مراکز دانشگاهی خواهد بود. بهره‌مندی از سطح خدمات بالاتر اعم از خدمات ارائه شده در مراکز غیردولتی و بیشتر از بسته خدمات بیمه پایه تعریف شده فوق‌الذکر، مستلزم مشارکت مالی بیمه‌شدگان در پرداخت حق سرانه بیمه خواهد بود. هزینه مربوط از محل ردیف ۱۲۹۲۰۳ تامین می‌شود.

✓ عین همین مطلب را در قانون بودجه سال ۱۳۹۷، در بند الف تبصره ۱۷ داریم.

عین همین مطلب را با قید (حتی‌الامکان) در قانون بودجه سال ۱۳۹۶، بند (الف) تبصره ۱۷ داریم.

### قانون بودجه سال ۱۳۹۷

✓ بند (ب) تبصره (۱۷): ابلاغ راهنمای بالینی برای دویست مورد از پرهزینه‌ترین خدمات، وظیفه وزارت بهداشت.

✓ عین همین مطلب در بند (ب) تبصره (۱۷) قانون بودجه سال ۹۶: پنجاه مورد.

✓ تبصره ۱۷- بند ز- ۲- دولت مکلف است در قالب آئین‌نامه‌ای که با پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان برنامه و بودجه کشور به تصویب هیأت وزیران می‌رسد بخشی از خدمات دارویی و درمان بیماران نازایی را مشمول بیمه پایه سلامت قرار داده و بخشی از هزینه بیماران نقص ایمنی (متابولیک)، اسکروز متعدد (ام اس)، بال پروانه‌ای و اوتیسم را همانند بیماران خاص محاسبه و از جدول شماره (۷) ردیف ۱۲۹۰۰۱۵ پرداخت نماید.

#### نقشه جامع علمی کشور:

✓ بند ۱: افزایش ظرفیت تولید دانش: تهیه دستورالعمل‌های پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌های اولویت‌دار (بسته‌های استاندارد خدمات و راهنماهای بالینی) مبتنی بر شواهد<sup>۱</sup> بومی در سطوح مختلف ارائه خدمات.

#### تصویب‌نامه در خصوص هزینه اجرای برنامه‌های تحول نظام سلامت

✓ بند ۹. سازمان‌های بیمه‌گر پایه مکلفند سطح و شمول تعهدات خود را در حد آغاز اجرای برنامه‌های تحول نظام سلامت حفظ نمایند. ملاک تعهد سازمان بیمه‌گر پایه، بالاترین تعهد هر یک از سازمان‌های بیمه پایه با توجه به مصوبه چهل و نهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور

<sup>۱</sup> Evidence based

خواهد بود.

### آئین نامه خرید راهبردی

- ✓ **ماده ۴-** سازمان موظف است نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت با کیفیت، مطابق استانداردهای مصوب و مورد تعهد بیمه پایه سلامت از مراکز و فروشندگان کالاهای سلامت داخلی و خارجی با اولویت خرید از تولیدکنندگان داخلی و توزیع مناسب آن‌ها با هدف بهبود دسترسی بیمه‌شدگان و کاهش هزینه مستقیم مردم اقدام نماید. این اقدام در قالب حفظ فضای رقابتی تولید و واردات کالا و خدمات بخش سلامت و عدم ایجاد انحصار و بدون ورود مستقیم در تولید و عرضه کالا و خدمات توسط سازمان می‌باشد.
- ✓ **ماده ۵-** شورای عالی همه ساله براساس روش فرانشیز متغیر نسبت به تعیین فرانشیز و سهم بیمه پایه از خدمات بیمه پایه سلامت اقدام و آن را به تصویب هیأت وزیران می‌رساند.
- ✓ **ماده ۶-** ملاک تعهد سازمان‌های بیمه‌گر، فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت براساس مصوبات هیأت وزیران می‌باشد.
- ✓ **ماده ۷-** وزارتخانه‌های تعاون، کار و رفاه اجتماعی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور همه ساله نسبت به بازنگری فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت براساس معیارهای علمی و روش‌شناختی (متدولوژی) مصوب، با اولویت نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات اقدام و آن را از طریق شورای

عالی برای تصویب به هیأت وزیران ارایه می‌نمایند.

✓ **ماده ۸-** وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است نسبت به تهیه و تدوین راهنماهای بالینی و استانداردهای خدمات نظام سلامت به منظور ارتقای کیفیت خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت، هر ساله درخصوص حداقل پنجاه مورد اقدام نماید. سازمان موظف است با رعایت راهنماهای بالینی اعلام شده نسبت به خرید راهبردی خدمات اقدام نماید.

✓ **تبصره-** ورود خدمات نوین به فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت منوط به تدوین راهنماهای بالینی و استانداردهای خدمات مربوط می‌باشد.

۲- برای چه کسانی خریداری شود؟ (جمعیت تحت پوشش).

#### قانون بیمه همگانی

✓ **ماده ۴-** پوشش جمعیتی: دولت موظف است شرایط لازم را برای تحت پوشش قرار دادن تمام گروه‌ها و افراد جامعه که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند، فراهم نماید. پوشش و تعمیم بیمه خدمات درمانی برای کلیه گروه‌های مشمول این قانون حداکثر ظرف پنج سال پس از تصویب این قانون با اولویت نیازمندان و روستاییان طبق موازین این انجام خواهد شد.

✓ **ماده ۱۰-** حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو شامل خدمات پزشکی اورژانس، عمومی و تخصصی (سرپایی و بستری) که انجام و ارائه

آن در نظام بیمه خدمات درمانی به عهده سازمان‌های بیمه‌گر قرار می‌گیرد و لیست خدمات فوق تخصصی که مشمول بیمه‌های مضاعف (مکمل) می‌باشد، به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تایید شورای عالی و تصویب هیات وزیران تعیین و اعلام می‌شود.

### قانون بودجه سال ۱۳۹۶

✓ تبصره ۱۷، بند الف: به منظور رعایت عدالت در سلامت و پایداری منابع در سال ۱۳۹۶ ارائه بسته خدمات بیمه پایه تعریف شده برای کلیه اقشار که براساس آزمون وسع به صورت رایگان تحت پوشش بیمه پایه سلامت قرار می‌گیرند حتی الامکان از طریق نظام ارجاع پزشک خانواده و در مراکز دانشگاهی خواهد بود بهره‌مندی از سطوح خدمات بالاتر اعم از خدمات ارائه شده در مراکز غیردولتی و بیشتر از بسته خدمات بیمه پایه تعریف شده فوق الذکر مستلزم مشارکت مالی بیمه شدگان در پرداخت حق سرانه بیمه خواهد بود.

### برنامه ششم توسعه

✓ بند الف ماده ۷۴: وزارت بهداشت با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت مکلف است ظرف دو سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت با هماهنگی پایگاه ملی آمار ایران و سازمان ثبت احوال کشور با حفظ حریم خصوصی و منوط به اذن آن‌ها و محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید.

وزارت بهداشت مکلف است با همکاری سازمان‌ها و مراکز خدمات سلامت و بیمه سلامت حداکثر ظرف مدت شش ماه پس از استقرار کامل سامانه فوق، خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان ساماندهی نماید.

✓ **بند ج ماده ۷۴:** سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر پایه کشور مکلف به خرید راهبردی خدمات سلامت بر اساس دستورالعمل‌ها و راهنماهای بالینی و فهرست رسمی داروهای فاقد نامه تجاری (ژنریک) ایران در چارچوب نظام ملی دارویی کشور همزمان با اجرایی شدن نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در کشور از سوی وزارت بهداشت و صرفاً از طریق سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان موضوع بند (الف) این ماده هستند.

✓ **ماده ۸۱:** دولت مکلف است در اجرای بند (۴۰) سیاست‌های کلی برنامه ششم، نسبت به تدوین برنامه، برقراری، استقرار و روزآمدسازی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی چند لایه مشتمل بر حوزه امدادی، حمایتی و بیمه‌های اجتماعی به‌جز سلامت با رعایت سطح‌بندی خدمات در سطوح پایه، مازاد و مکمل براساس غربالگری اجتماعی و آزمون وسع و نیازمندیابی فعال و مبتنی بر سطح دستمزد و یا درآمد افراد و خانواده اقدام و پس از طی مراحل قانونی مطابق بودجه سنواتی به اجراء درآورد و به منظور ساماندهی منابع و مصارف مربوط به یارانه‌های اجتماعی، رفع

هم‌پوشانی‌ها، دسترسی عادلانه به خدمات، اجرای این نظام از طریق ایجاد پایگاه اطلاعات، سامانه و پنجره واحد خدمات رفاه و تأمین اجتماعی و مبتنی بر شکل‌گیری پرونده الکترونیک رفاه و تأمین اجتماعی با تبعیت از پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان موضوع ماده (۸۴) این قانون برای تمامی آحاد جامعه صورت می‌پذیرد و کلیه سازمان‌ها، صندوق‌ها، نهادها و دستگاه‌های اجرائی فعال در حوزه رفاه و تأمین اجتماعی که به هر نحوی از انحاء از بودجه دولتی و عمومی استفاده می‌کنند و یا از دولت مجوز فعالیت دریافت می‌نمایند مکلفاند طبق ضوابط قانونی از این نظام تبعیت کنند.

✓ تبصره- آیین‌نامه‌های اجرائی مربوط به برقراری استقرار و روزآمدسازی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی چند لایه به‌جز سلامت متناسب با شرایط اقتصادی و اجتماعی کشور و هم‌راستا با قانون برنامه ششم در چارچوب قوانین مربوطه با پیشنهاد مشترک وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

#### برنامه پنجم توسعه

**ماده ۳۵:** به منظور حفظ یکپارچگی در مدیریت دانش و اطلاعات حوزه سلامت اقدامات زیر انجام می‌شود:

الف - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت در هماهنگی با پایگاه ملی مرکز آمار ایران، سازمان ثبت

احوال با حفظ حریم خصوصی و محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع از برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید. کلیه مراکز سلامت اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می‌باشند.

ب- وزارت رفاه و تأمین اجتماعی با همکاری سازمان‌ها و مراکز خدمات درمانی و بیمه‌ای حداکثر ظرف دو سال اول برنامه خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان ساماندهی مینماید کلیه واحدهای ذیربط اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می‌باشند.

#### قانون بودجه سال ۱۳۹۸

✓ **بند ج تبصره (۱۷):** جایگزینی ابزارهای الکترونیکی به جای دفترچه - همچنین تکلیف سازمان بیمه سلامت برای رفع همپوشانی هم در این بند است (در جایگاه موضوع پوشش جمعیتی (بسته بیمه) نیز می‌تواند قرار گیرد).

(رفع همپوشانی در سال ۱۳۹۵، در قانون بودجه تبصره ۲۴، وظیفه وزارت رفاه شمرده شده است بسته بیمه): به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی اجازه داده می‌شود دفترچه‌های بیمه پایه درمانی مازاد افراد دارنده بیش از یک دفترچه بیمه پایه درمانی را که تا پایان شهریورماه نسبت به تعیین تکلیف و انتخاب یک دفترچه اقدام نموده‌اند، ابطال کند. در قانون بودجه سال ۱۳۹۷ همین موضوع را در بند (د) داریم.



ضوابط اجرایی قانون بودجه سال ۱۳۹۸ کل کشور

✓ ماده ۲۸ اشاره به پایگاه اطلاعاتی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی

۳- از چه کسانی خریداری شود (خریداران و ارائه‌دهندگان)

برنامه چهارم توسعه

✓ ماده ۹۱: به منظور افزایش اثربخشی نظام ارائه خدمات سلامت در کشور

و تقویت و توسعه نظام بیمه خدمات درمانی، اقدام‌های ذیل انجام خواهد شد:

الف) کلیه شرکت‌های بیمه تجاری و غیرتجاری صرفاً با رعایت قوانین و مقررات شورای عالی بیمه خدمات درمانی مجاز به ارائه خدمات بیمه پایه و مکمل می‌باشند.

ب) تا پایان برنامه چهارم شورای عالی بیمه خدمات درمانی تمهیدات لازم، جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع را فراهم نماید.

ج) به منظور تعمیم عدالت در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی، خدمات بیمه پایه درمانی روستائیان عشایری، معادل مناطق شهری تعریف و اجرا می‌شود.

د) کلیه اتباع خارجی مقیم کشور، موظف به دارا بودن بیمه‌نامه برای پوشش حوادث و بیماری‌های احتمالی در مدت اقامت در ایران می‌باشند.

ه) تأمین اعتبارات بیمه‌های خدمات درمانی در بودجه‌های سنواتی در طول برنامه چهارم براساس سرانه واقعی خواهد بود که سالانه به تصویب هیأت دولت می‌رسد.

برنامه پنجم توسعه

✓ **بند ز ماده ۳۸:** سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است با رعایت نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات براساس سیاست‌های مصوب نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش‌های دولتی و غیردولتی اقدام نماید. آیین‌نامه اجرایی این بند مشتمل بر اصلاح نظام پرداخت و فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت ظرف یک سال توسط وزارتخانه‌های رفاه و تامین اجتماعی و بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و معاونت تهیه و به تصویب هیات وزیران می‌رسد.

سیاست‌های کلی سلامت مصوب ۱۳۹۳/۱/۱۸

✓ **بند ۷:** تفکیک وظایف تولیت، تامین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی مطلوب به مردم به شرح ذیل:

۱- تولیت نظام سلامت شامل سیاست‌گذاری‌های اجرایی برنامه‌ریزی‌های راهبردی ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

۲- مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت و همکاری سایر مراکز و نهادها

۳- تدارک خدمات توسط ارائه‌کنندگان خدمت در بخش‌های دولتی عمومی و خصوصی

۴- هماهنگی و ساماندهی امور فوق مطابق سازوکاری است که قانون

تعیین خواهد کرد.

### قانون برنامه ششم توسعه مورخ ۹۵/۱۲/۱۴

✓ ماده ۷۰: دولت مکلف است به منظور تحقق سیاست‌های کلی سلامت تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت، توسعه کمی کیفی بیمه‌های سلامت و مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تا پایان سال اول اجرای برنامه اقدامات زیر را بر اساس سیاست‌های کلی سلامت به عمل آورد:...

✓ بند الف ماده ۷۲: تولید نظام سلامت از جمله بیمه سلامت شامل سیاست‌گذاری اجرایی برنامه‌ریزی راهبردی ارزشیابی اعتباربخشی و نظارت در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی متمرکز می‌گردد. کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی اعم از دولتی و غیردولتی، از جمله ارائه‌کنندگان خدمات سلامت سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه پایه و تکمیلی موظف‌اند از خط مشی و سیاست‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با تأکید بر خرید راهبردی خدمات و واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و سطح‌بندی خدمات تبعیت کنند.

✓ ماده ۷۸: دولت مکلف است در راستای تحقق عدالت اجتماعی و حمایت از اقشار آسیب‌پذیر و بسط پوشش‌های امدادی، حمایتی و بیمه‌ای و پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی نسبت به طراحی و اجرای برنامه‌های لازم برای نیل به اهداف مندرج در جدول ذیل اقدام و گزارش

پیشرفت کار را هر شش ماه یکبار به مجلس ارائه کند

#### ۴- چگونه خریداری شود؟ (مکانیسم پرداخت)

##### سیاست‌های کلی سلامت

✓ **بند الف ماده ۹:** شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است هر ساله قبل از تصویب بودجه سال بعد در هیات وزیران نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی درمانی و مبنای محاسباتی واحد و یکسان با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی در شرایط رقابتی و بر اساس بند ۸ ماده ۱ و مواد ۸ و ۹ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ اقدام و مراتب را پس از تأیید سازمان برنامه و بودجه کشور قبل از پایان هر سال برای سال بعد جهت تصویب به هیأت وزیران ارائه کند.

این بند به عنوان یک ماده بعد از ماده (۲) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ الحاق می‌گردد.

✓ **بند ۹:** قسمت ۷ اشاره دارد «اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم

### قانون بودجه سال ۱۳۹۷

✓ تبصره ۱۷- بند ز- ۱:- لزوم استفاده از تعرفه دولتی توسط سازمان‌های غیردولتی که از منابع دولت استفاده می‌کنند.

#### آئین نامه خرید راهبردی

✓ ماده ۲- بند (الف): شیوه پرداخت سرانه وزن‌دهی شده برای عمده خدمات در سطح اول براساس معیارهایی از قبیل مشخصات جمعیتی، نیازهای سلامتی و تفاوت هزینه‌ای با توجه به جغرافیای ارایه خدمات، با اولویت نظام ارجاع.

✓ ب- شیوه پرداخت گروه‌بندی مرتبط با تشخیص با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حداقل سه بیمارستان کشور اعم از دولتی و غیردولتی به صورت آزمایشی به گونه‌ای که در سال پنجم برنامه، قابلیت اجراء در سراسر کشور را داشته باشد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان موظفانند گزارش اجرای آزمایشی این روش را به شورای عالی ارایه نمایند.

✓ پ- طراحی ساز و کار پرداخت مبتنی بر کیفیت در سطوح سه گانه ارایه خدمات.

✓ تبصره ۳ - تا زمان اجرای شیوه پرداخت براساس گروه‌بندی مرتبط با تشخیص، دستورالعمل و قیمت تعرفه کلی (گلوبال) اعمال شایع جراحی براساس تعرفه‌های مصوب توسط شورای عالی بازنگری می‌شود.

✓ تبصره ۴- وزارت موظف است با همکاری وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی، ساز و کارهای پرداخت تشویقی را با هدف افزایش انگیزه مراکز ارایه دهنده خدمات سطوح دوم و سوم، تهیه و به تصویب شورای عالی برساند.

### اجرای برنامه‌های تحول نظام سلامت

✓ بند ۱۱: هزینه‌های تشخیصی و درمانی بخش بستری در مراکز درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معادل نود درصد (۹۰٪) برای افراد ساکن در شهرها و نود و پنج درصد (۹۵٪) برای بیمه شدگان روستایی، عشایر و شهرهای زیر بیست هزار نفر براساس تعرفه‌های بخش دولتی مصوب هیأت وزیران از محل اعتبارات مربوط موضوع این تصویب نامه پرداخت می‌شود. (می‌تواند در قسمت بسته خدمات نیز آورده شود)

مصوبات سالانه هیات وزیران در خصوص تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی

۹۸-۱۳۹۳

✓ این مصوبه مربوط به تعرفه‌ها و بخش نظام پرداخت خرید راهبردی می‌باشد.

✓ هر ساله شامل بندهایی درخصوص حق بیمه درمان (تأمین مالی)، فرانشیز و پوشش جمعیتی (بسته بیمه پایه سلامت) می‌باشد.

### برنامه چهارم توسعه

✓ ماده ۸۸: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است به منظور ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت و تعالی عملکرد خدمات

بالینی، افزایش بهره‌وری و استفاده بهینه از امکانات بهداشتی درمانی کشور، اقدام‌های ذیل را انجام دهد:.... طراحی و استقرار نظام جامع اطلاعات سلامت شهروندان ایرانی.

#### ۵- چقدر و با چه قیمتی پرداخت شود (قیمت خدمات)

##### آئین نامه خرید راهبردی

✓ **ماده ۲:** سازمان موظف است نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش‌های دولتی و غیردولتی با هدف دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت، ارتقای سطح سلامت بیمه‌شدگان تحت پوشش، افزایش و تسهیل دسترسی بیمه‌شدگان به خدمات سلامت و خرید باکیفیت‌ترین و هزینه اثربخش‌ترین خدمات برای بیمه‌شدگان، براساس روش‌های زیر اقدام نماید:

✓ **ماده ۳:** سازمان موظف است براساس اعتباربخشی مراکز، اعلامی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نسبت به خرید راهبردی خدمات براساس قیمت واقعی در فضای رقابتی اقدام نماید. (به علت قیمت واقعی، در قسمت نظام پرداخت هم می‌تواند گنجانده شود)

✓ **ماده ۱۰:** در راستای الزامات خرید راهبردی خدمات، سازمان موظف است پیشنهادهای لازم را برای یکسان‌سازی ضوابط و مقررات، دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی و نحوه تأیید اسناد را ظرف یک سال پس از ابلاغ این آیین‌نامه جهت تصویب به شورای عالی ارایه نماید.

تبصره: چارچوب قراردادهای بین مراکز و سازمان‌های بیمه‌گر توسط وزارت و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و به تأیید شورای عالی می‌رسد.

✓ بند ۳ جزء ۴۳ سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه مورخ ۹۴/۴/۹:

اجرای سیاست‌های کلی سلامت با تصویب قوانین و مقررات لازم بر تأکید بر تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت و توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت.

### سیاست‌های کلی سلامت

✓ بند ۱۰: تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت با تأکید بر

۱- شفاف‌سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها

۲- افزایش سهم سلامت متناسب با ارتقاء کیفیت در ارائه خدمات

بهداشتی درمانی از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت به

نحوی که بالاتر از میانگین کشورهای منطقه باشد و اهداف سند

چشم‌انداز تحقق یابد

۳- وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان‌آور سلامت

۴- پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندی یارانه‌های بهداشت

و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت به ویژه در مناطق غیر

برخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین

درآمدی



### آئین نامه خرید راهبردی

✓ تبصره یک ماده ۲: معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور موظف است مجموعه منابع عمومی حوزه بیمه سلامت را در بودجه سنواتی (اعم از منابع عمومی و درآمد اختصاصی) ذیل سازمان متمرکز و طبق سیاست‌های مصوب پرداخت نماید.

### قانون بیمه همگانی

✓ تبصره ۲- ماده ۷: دستگاه‌های موضوع تبصره ۱ به استثنای کمیته امداد امام خمینی موظف‌اند دو نهم سهم درمان یا حق سرانه درمان را حسب مورد در اختیار سازمان تأمین اجتماعی و یا سازمان خدمات درمانی قرار دهند تا برای تداوم استفاده بیمه شده از خدمات درمانی در دوران مستمری بگیری ذخیره شود.

✓ ماده ۹ - حق بیمه سرانه خدمات درمانی برای گروه‌های تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و میزان فرانشیز قابل پرداخت توسط بیمه شوندگان با در نظر داشتن سطح درآمد گروه‌های بیمه شونده و وضعیت اقتصادی و اجتماعی آشور به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

✓ تبصره ماده ۱۲: به منظور حمایت از روستاییان و تعمیم بیمه خدمات درمانی در جوامع روستایی و عشایری، دولت موظف است بخشی از هزینه سرانه بیمه خدمات درمانی روستاییان بیمه شده را تقبل و از محل بودجه

عمومی تأمین و به صورت ردیفی مستقل در قانون بودجه سالانه منظور و براساس موافقتنامه شرح فعالیت‌های جاری جهت حق بیمه سرانه خدمات درمانی افراد مشمول این ماده و انعقاد قرارداد با سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه‌گر به مصرف برساند.

✓ ماده ۱۴: تأمین حق بیمه سرانه خدمات درمانی افراد نیازمند جامعه که فاقد توانایی پرداخت هستند به پیشنهاد مشترک کمیته امداد امام خمینی و سازمان برنامه و بودجه توسط دولت تعهد شده و به صورت ردیفی مستقل در قانون بودجه هر سال منظور و در اختیار آمیخته یاد شده قرار می‌گیرد تا براساس موافقتنامه شرح فعالیت‌های جاری جهت حق بیمه سرانه خدمات درمانی افراد مذکور و انعقاد قرارداد با سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه‌گر به مصرف برساند.

✓ ماده ۱۵: سازمان برنامه و بودجه موظف است همه ساله اعتبارات مربوط به سهم دولت از حق بیمه خدمات درمانی کارمندان دستگاه‌هایی را که از بودجه عمومی دولت استفاده می‌کنند به صورت یک برنامه مشخص در قالب بودجه مصوب سالانه هر یک از دستگاه‌های اجرایی پیش بینی و منظور نماید. دستگاه‌های ذیربط موظف‌اند رأساً نسبت به انعقاد قرارداد با سازمان بیمه خدمات درمانی یا سایر شرکت‌ها و موسسات بیمه‌گر اقدام نمایند.

#### آئین‌نامه خرید راهبردی

✓ ماده ۱۴: سازمان موظف است نسبت به پرداخت مطالبات مراکز بابت

خدمات ارایه شده به صورت علی‌الحساب به میزان هشتاد درصد طی پانزده روز و تسویه حساب قطعی حداکثر سه ماه پس از اعلام رسمی مراکز، مبنی بر آماده تحویل بودن اسناد اقدام نماید.

### سایر قوانین

- ✓ ج-۱) مواد ۲۸ و ۲۹ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۵۴/۴/۳ اشاره به منابع سازمان تأمین اجتماعی شده است.
- ✓ ج-۲) بند د ماده ۳۸ قانون پنجم توسعه اشاره به حق بیمه پایه سلامت خانوار نموده است.

### تصویب‌نامه هزینه اجرای برنامه‌های تحول نظام سلامت

- ✓ بند ۶- سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است نسبت به پوشش و ارائه خدمات بیمه‌ای خانوارهای تحت حمایت فاقد بیمه پایه سلامت، موضوع بند (الف) ماده (۱) آیین‌نامه اجرائی تبصره (۲۱) قانون بودجه سال ۱۳۹۳ کل کشور موضوع تصویب‌نامه شماره ۸۳۵/ت/۵۰۴۱۶ هـ مورخ ۱۳۹۳/۱/۱۶ به صورت رایگان اقدام نماید.
- ✓ بند ۷- سازوکار نحوه ارائه خدمات به بیمه‌شدگان موضوع بند (۶) این تصویب‌نامه مطابق سایر بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت ایران خواهد بود و اطلاعات مربوط به آن‌ها در پایگاه اطلاعاتی جداگانه‌ای به نام پایگاه اطلاعات بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت نگهداری می‌شود.
- ✓ بند ۸- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است ظرف سه ماه از محل اعتبار طرح تملک دارایی‌های سرمایه‌ای شماره ۱۰۵۱۷۰۰۵

(گسترش فناوری ارتباطات و اطلاعات در وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی) نسبت به ایجاد بانک و پایگاه اطلاعات بیمه‌های اجتماعی، درمان و سلامت (پایه و تکمیلی) و فراهم سازی امکان استعلام بر خط و روزآمد اقدام نماید. بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و کلیه شرکت‌های تجاری بیمه‌گر موظفاند اطلاعات مورد نیاز را به صورت رایگان در اختیار وزارت مذکور قرار دهند.

## فصل سوم

مروری بر مطالعات در زمینه خرید راهبردی



## مطالعات داخل کشور

در این بخش متون داخلی موجود در خصوص خرید راهبردی که در داخل کشور انجام شده است بررسی می‌گردد:

۱. مراد نصری در مقاله‌ای که با عنوان خرید راهبردی در بیمه سلامت در سال ۲۰۱۱ عنوان نمودند با خرید راهبردی خدمات بیمه پایه سلامت، منابع محدود بخش سلامت کشور برای تأمین سلامت جامعه ایرانی بکارگرفته می‌شوند تا با حداقل منابع، حداکثر بهره‌وری در نظام سلامت را تحقق بخشد و عدالت در توزیع خدمات سلامت امکان‌پذیر شود، منابع هدفمند شوند و کیفیت خدمات سلامت افزایش یابد، شیوه‌های پرداخت خدمات سلامت اصلاح گردد و روش موجود اسراف در مصرف خدمات سلامت در بخش دارو و خدمات پاراکلینیک تصحیح شده و پرداخت از جیب مردم کاهش یابد، سطح‌بندی برای ارتقاء شاخص‌های سلامت و هزینه - منفعت و هزینه - اثربخشی در نظام سلامت را تأمین خواهد کرد و در اصلاح فرهنگ جامعه تأثیر خواهد داشت. در این مقاله بیشتر با ارائه راهکارهایی در همه ابعاد خرید راهبردی از جمله برای چه کسانی و با چه قیمتی، چه خدماتی و با چه شیوه‌ای خریداری شود مطالبی را عنوان نموده است و بیشتر به اهم و روس مطالب پرداخته و به صورت عملی شیوه‌ای پیشنهاد نموده است.

۲. جواد قدوسی نژاد در مطالعه‌ای با عنوان طراحی الگوی خرید راهبردی مراقبت‌های سلامت برای نظام سلامت ایران در سال ۲۰۱۷ نتیجه‌گیری

کردند اجرای موفق خرید راهبردی برای نظام سلامت ایران مستلزم همکاری و هماهنگی تمامی ذینفعان، پشتوانه‌ی قانونی قوی برای اجرای تولید صحیح و برطرف کردن تعارض منافع در رأس تولیدی وزارت بهداشت می‌باشد به نحوی که وزارت بهداشت از ارایه‌ی مراقبت‌های سلامت کناره‌گیری کرده و فقط به ایفای نقش نظارتی و تولیدی بپردازد و از این راه برای تأمین نیازهای سلامتی مردم تلاش کند. الگوی ارائه شده در این مطالعه بر اساس ۵ سوال اساسی و ابعاد اصلی خرید راهبردی نمی‌باشد ولیکن در کل مطالعه به آن ابعاد پرداخته شده است و در نهایت بیشتر چالش‌ها و راهکارهای ارائه شده طبقه‌بندی و دسته بندی شده است.

۳. علیرضا کلانتری در مطالعه‌ای با عنوان تعیین چالش‌های استقرار خرید راهبردی سازمان بیمه سلامت ایران و ارائه راهکار در سال ۲۰۱۶ عنوان نمودند بهبود وضعیت خرید راهبردی در ایران نیازمند اتخاذ رویکردی منسجم با در نظر گرفتن کلیه عوامل تأثیرگذار بر آن است. برای اجرای خرید راهبردی می‌توان با تجدید نظر در برخی از سیاست‌ها، اصلاح و تدوین قوانینی مورد نیاز، رفع مشکلات زیرساختی، تأمین منابع (مالی و انسانی) مناسب، بازنگری مناسب بسته بیمه، تحکیم ارتباطات درون بخشی و برون بخشی، استفاده از نظام‌های پرداخت آینده‌نگر و برطرف کردن مشکلات داخلی سازمان بیمه به موفقیت بیشتر این برنامه کمک کرد در این مطالعه تنها به چالش‌های خرید راهبردی و طبقه‌بندی آن‌ها پرداخته شده است و اصلاً به ابعاد خرید راهبردی در قالب ۵ سوال



اساسی نپرداخته است.

۴. حسن ابوالقاسم گرجی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان چالش‌های خرید راهبردی خدمات سلامت در سازمان‌های بیمه ایران داشتند که در سال ۲۰۱۸ عنوان نمودند یافته‌های مطالعه شامل مشکلات مرتبط با خرید استراتژیک سازمان‌های بیمه ایران در ۱۲ موضوع و ۶۵ زیر اطلاعات بود. تم‌ها عبارتند از: قوانین و مقررات خرید، سازمان خرید، ارائه‌دهندگان مجاز و مجاز، نوع حق خدمات، نوع حق قرارداد، گروه‌های هدف برای خرید، تخصیص منابع، تأمین مالی و سیستم قیمت‌گذاری، خرید به عنوان بهبود عملکرد و کیفیت، خرید به عنوان شکل دادن به بازار و رقابت، خرید به عنوان پیشرفت وضعیت سلامت مردم و جامعه، خرید هدایت و نظارت بر دولت، ساختار روند تصمیم‌گیری در وزارتخانه‌های بهداشت و رفاه. یافته‌های این مطالعه مشکلات مربوط به خرید استراتژیک سازمان‌های بیمه‌ای در ایران را نشان می‌دهد. برای دستیابی به اهداف خرید استراتژیک در ایران، شناسایی تمام مسائل و عوامل کل مجموعه بیمه‌گران و سیستم‌های بهداشتی که بر خرید استراتژیک تأثیر می‌گذارد، ضروری است. در این پژوهش سعی شده است ابعاد خرید راهبردی از مطالب و محورهایی که مصاحبه‌کنندگان عنوان نمودند استخراج شود و بیشتر به بعد چه خدمتی، برای چه کسانی و با چه قیمتی پرداخته و ابعاد دیگر اعم از روش‌های پرداخت و

ارائه‌دهندگان و خریداران خدمات به صورت مشخص نپرداخته است.

۵. رئیسی و همکاران مطالعه ای در سال ۲۰۱۳ با عنوان عوامل مؤثر بر خرید استراتژیک خدمات بهداشتی توسط سازمان تأمین اجتماعی ایران بخش مراقبت غیرمستقیم انجام شده است، هدف از مطالعه حاضر تعیین عوامل مؤثر بر خرید استراتژیک خدمات بهداشتی توسط سازمان تأمین اجتماعی ایران<sup>۱</sup> به عنوان بزرگ‌ترین خریدار خدمات بهداشتی درمانی ایران است. به منظور دستیابی به اهداف فوق، ادبیات مورد بررسی قرار گرفت تا به بررسی تئوری‌ها و مدل‌های مربوطه و همچنین عوامل مهم خرید استراتژیک در خدمات بهداشتی و درمانی بپردازد. در این بررسی، با این حال، تمرکز اصلی بر تجربیات به دست آمده از کشورهایمانند انگلستان، آلمان، پرتغال، استونی، استرالیا و نیوزیلند بود. پس از بررسی نظریه‌ها، مدل‌ها و آمار موجود در این زمینه، پرسشنامه برای توسعه به دنبال دیدگاه مدیران کلیدی سازمان تأمین اجتماعی ایران و پرسنل درباره عوامل مهم تأثیرگذار در خرید استراتژیک خدمات بهداشتی در سیستم بهداشتی غیرمستقیم ISSO است. پرسش‌ها با استفاده از مقیاس ۵ نقطه لیکرت (که ۵ = کاملاً موافق بود و ۱ = کاملاً مخالف) اندازه‌گیری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل اکتشافی و یک عامل تأیید کننده انجام شد. یافته‌ها نشان می‌دهد که ۹ متغیر از قبیل ۱- اولویت خرید، ۲- اختصاص منابع، ۳- مکانیسم پرداخت، ۴-

<sup>۱</sup> ISSo

ساختار سازمان، ۵- قیمت، ۶- قرارداد، ۷- ارائه‌دهندگان، ۸- سرویس گیرنده‌ها و ۹- استراتژی خرید در خرید استراتژیک خدمات بهداشتی و درمان از نظر موضوع مورد بررسی مؤثر بودند. با این حال، این متغیرها خود را در دو عامل در تجزیه و تحلیل عوامل اکتشافی خوشه‌بندی کردند و ۶۲/۹ درصد از مجموع واریانس خرید استراتژیک خدمات بهداشتی را توضیح دادند یا با دو ویژگی اساسی در تحلیل عوامل تأیید شده توضیح داده شد. نتیجه‌گیری کلی این است که برای خرید استراتژیک خدمات بهداشتی حداقل ۹ عامل مختلف نقش مهمی ایفا می‌کنند یک خرید استراتژیک توسط ۵ زیرمجموعه (یعنی مکانیسم پرداخت، قیمت، تخصیص منابع، اولویت‌ها و استراتژی خرید) و ۴ بعدهای محوری (یعنی شرکت‌ها، قرارداد، سرویس دهنده‌ها، و ساختار / سازمان) تعریف می‌گردد.

۶. دکتر دیناورد و همکاران در خصوص الزامات خرید راهبردی دارویی در مطالعه ای در ایران در سال ۲۰۱۶ انجام شده به مداخلات قیمت و عوامل مؤثر مرتبط با آن پرداخته است؛ که در این مطالعه آورده شده است دسترسی دارویی برای فقرا عامل مهمی در کشورهای در حال توسعه است که می‌تواند از طریق خرید استراتژیک بهبود یابد. این مطالعه به منظور شناسایی عناصر مؤثر بر قیمت انجام شد تا سازمان‌های بیمه قادر باشند خرید استراتژیک را در عمل انجام دهند. این یک مطالعه کیفی بود که از طریق تجزیه و تحلیل محتوا با یک رویکرد الگویی با استفاده از تجزیه و تحلیل چارچوب پنج مرحله‌ای (آشنایی، شناسایی

چارچوب موضوعی، نمایه‌سازی، نقشه‌برداری و تفسیر) انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها پس از ارسال هر مصاحبه انجام شد. داده‌ها پس از ۳۲ مصاحبه نیمه ساخت یافته توسط کارشناسان اشباع شد. این خبرگان کلیدی به طور هدفمند و با استفاده از نمونه بردار گلوله‌ای انتخاب شدند. یافته‌ها نشان می‌دهد که چهار اصل اصلی در مورد نیازهای استراتژیک دارویی در ایران به عنوان عوامل ضروری و ساختاری، عوامل بین‌المللی، عوامل اقتصادی و عوامل قانونی مطرح است. علاوه بر این، ۱۴ زیرمجموعه مرتبط در این زمینه به عنوان متغیرهای اصلی مؤثر استخراج شده است. به نظر می‌رسد توجه به چهار موضوع کنونی و ۱۴ زیرمجموعه‌ای که بر قیمت تأثیر می‌گذارند که شامل قیمت واقعی دارویی، مقرون به صرفه بودن دارو، قیمت داروهای رقابتی، تأثیر نوسانات نرخ ارز بر کل هزینه داروها، تأثیر تحریم‌ها بر قیمت نهایی داروها، تأثیر نرخ ارز نوسانات در هزینه‌های پنهان مواد مخدر وارداتی، تأثیر تحریم‌ها بر قیمت پنهان محصولات وارداتی، شاخص‌های بازدهی و هزینه، توانایی همکاری بیمار در پرداخت، قدرت چانه‌زنی و مذاکره، سیاست‌گذاری برای سطح پرداخت و استقلال تأمین‌کنندگان مواد مهم هستند. در این مطالعه که به خرید راهبردی در حوزه دارو پرداخته است به ۴ بعد اصلی خرید اعم از چه خدمتی، برای چه کسانی، توسط چه کسانی و با چه قیمتی خریداری شود پرداخته است.

۷. در مطالعه‌ای که توسط نصیری‌پور و همکاران در مطالعه‌ای در مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۱ با عنوان متغیرهای تأثیر مکانیسم پرداخت برای خرید

استراتژیک در بخش غیرمستقیم سلامت سازمان امنیت اجتماعی ایران انجام شد ۱۳ متغیر مؤثر بر مکانیسم پرداخت برای استراتژیک خرید مشخص شد. پرسشنامه‌ای براساس متغیرهای فوق تهیه و توسط کارشناسان تکمیل شد. نتایج نشان می‌دهد مکانیسم پرداخت در فرآیند خرید استراتژیک و سه بعد جزئی از جمله مکانیسم پرداخت مبتنی بر عملکرد، سیستم پرداخت مبتنی بر زمان و پوشش ریسک مهم است که برای انجام آن این موارد باید در نظر گرفته شود:

۱- سیستم پرداخت مبتنی بر عملکرد شامل متغیرهایی مانند مشوق‌های مالی برای ارائه‌دهندگان خدمات درمانی می‌باشد، سیستم پرداخت آینده و انگیزه‌های مبتنی بر عملکرد برای کارکنان خدمات درمانی.

۲- پرداخت مبتنی بر زمان سیستم شامل متغیرهایی از قبیل زمان دریافت خدمات است.

۳. پوشش ریسک متغیرهایی مانند عدالت و حمایت مالی در برابر خطر بیماری را شامل می‌شود. در این مطالعه که تنها در یک بخش از سازمان بیمه تامین اجتماعی پرداخته است خرید راهبردی عنوان شده است که به جای خرید راهبردی در مطالعه از واژه خرید استراتژیک استفاده شده است و فقط به یک بعد از خرید که مکانیسم پرداخت می‌باشد اشاره شده و پس از بیان چالش‌ها به بیان راهکارها در این زمینه اشاره شده است.

طرح تحول سلامت از ۱۵ اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳ با اهداف افزایش پاسخگویی نظام سلامت؛ کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم؛ کاهش درصد

خانوارهایی که به خاطر دریافت خدمات سلامت دچار هزینه کمرشکن شده‌اند؛ بهبود پیامدهای بیماران اورژانسی و افزایش زایمان طبیعی به نظام سلامت ایران معرفی شد و در بیمارستان‌های دولتی وابسته به وزارت بهداشت در کشور به اجرا درآمد.

### اجزای طرح تحول سلامت عبارت هستند از:

۱. کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی وابسته به وزارت بهداشت
۲. حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم
۳. حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی وابسته به وزارت بهداشت
۴. ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی وابسته به وزارت بهداشت
۵. ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های دولتی وابسته به وزارت بهداشت
۶. برنامه ترویج زایمان طبیعی
۷. برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند
۸. راه‌اندازی اورژانس هوایی

برنامه طرح تحول سلامت اگر چه با استقبال زیادی از سوی مردم بخصوص فقرا و نیازمندان مواجه شد ولی چالش‌های زیادی در سر راه این برنامه وجود دارد. اولین و مهم‌ترین چالشی که برای این طرح توسط متخصصین نظام سلامت

از ابتدای امر مطرح شد پایداری تأمین منابع مالی این طرح بود. طرح تحول سلامت با تقویت نظام کارانه بصورت غیرمستقیم موجب تقویت عرضه شد. در حالی که گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی برای اجرای صحیح خرید راهبردی بر پرهیز از نظام پرداخت کارانه تأکید دارند، تقویت نظام کارانه در طرح تحول سلامت می‌تواند اجرای صحیح خرید راهبردی را با چالش مواجه نماید.

در مطالعه‌ای که نوید مقیم و همکاران (۲۰۱۶) با عنوان «فرصت‌ها و چالش‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در اجرای اصلاحات در نظام سلامت» و با هدف شناسایی فرصت‌ها و چالش‌های پیش‌روی مجریان طرح تحول سلامت انجام داده‌اند نشان دادند که طرح تحول سلامت دستاوردهای خوبی را برای نظام سلامت در ابعاد مختلف داشته است، اما ادامه اجرای این طرح مستلزم شناخت فرصت‌ها و چالش‌های پیش‌روی متولیان اجرای این طرح است که به برخی چالش‌های طرح تحول سلامت از جمله درمان محور بودن، عدم اصلاح ساختار قبل از اجرای طرح، عدم برنامه‌ریزی پایدار و مدون و ناشی از شتاب‌زدگی سیاسی، نامتناسب بودن بودجه مراحل طرح با اهداف اصلاح نظام سلامت، عدم سیاست‌گذاری درست و مبتنی بر شواهد، ساختار نامناسب تعرفه گذاری، عدم توازن دریافتی‌های پزشکان حاضر در طرح تحول سلامت و فاصله بسیار زیاد بین دریافتی کارکنان پزشک و غیرپزشک و همین‌طور فرصت‌های قابل بهره‌گیری از قبیل اعتماد مردم به طرح تحول سلامت، اراده سیاسی مسئولین اجرایی، اهداف مناسب طرح و متناسب با مشکلات سلامت مردم در کشور اشاره داشتند و پیشنهاد دادند که در خصوص پیشگیری و بهداشت و ارتقاء سلامت جامعه، در

راستای ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری و ایجاد انگیزه در بین نیروی انسانی کارآمد پرستار و پیراپزشک در مراکز درمانی دولتی بسته‌های حمایتی تهیه و ابلاغ شود تدابیری اتخاذ شود تا بیمارستان‌های تحت پوشش مراکز نظامی، کمیته امداد، تأمین اجتماعی نیز در طرح تحول نظام سلامت همیاری داشته باشند همچنین نظارت و ارزیابی مستمر و مداوم صورت گیرد. در این مطالعه بیشتر در خصوص اصلاحات نظام سلامت می‌باشد و عمدتاً چالش‌ها و زیرساخت‌های لازم جهت اجرای اصلاحات نظام سلامت عنوان شده است و از آنجائی که خرید راهبردی به عنوان اصلاحاتی می‌باشد که در نظام سلامت رخ خواهد داد لذا این مطالعه روس عنوان شده فقط برای بیان راهکارها جهت برون رفت از چالش‌ها کمک می‌نماید.

در مطالعه دیگری هم که توسط عاطفه قنبری و همکاران (۱۳۹۵) با عنوان «طرح تحول نظام سلامت؛ نگاهی نو به ارایه خدمات سلامت: چالش‌های فراروی آن» و با هدف بررسی چالش‌های فراروی طرح تحول نظام سلامت انجام شده است بیان شده که طرح تحول نظام سلامت که ضرورت اجرای این طرح از دیدگاه مدیران، به خصوص مبتنی بر نقش سیستم سلامت در کاهش هزینه‌های مالی تحمیلی به مردم بوده با تأکید بر دستیابی آحاد مردم به نیازهای بهداشتی - درمانی اجرا گردیده و تا حدودی هم موفق بوده است ولی علیرغم اینکه تزریق منابع مالی به حوزه‌ی سلامت از اهمیتی بسیار برخوردار است؛ ولی انتظار می‌رود تخصیص منابع براساس اصول پذیرفته‌شده‌ی نظام‌های سلامت، به ویژه بخش‌های بهداشت و پیشگیری که دارای حداکثر بازدهی هستند، صورت گیرد و از آزمون و خطا در تزریق منابع پرهیز شود. در این مطالعه اشاره شده که در نظام سلامت



فعلی نقش تصدی‌گری وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی می‌تواند بر وظایفی مانند سیاست‌گذاری، هماهنگی، ارزیابی، و نظارت این وزارتخانه تأثیر سوء داشته باشد، بنابراین در جهت ارتقا کیفیت و عدالت در ارائه خدمات، تزریق مالی گسترده و احاطه بیمه‌ها می‌توان گام برداشت و این تنها به یکی از ابعاد خرید راهبردی که تولید و حاکمیت نظام سلامت می‌باشد پرداخته است.

در مقاله‌ای که توسط مصدق راد (۱۳۹۸) که در خصوص تحولات نظام سلامت می‌باشد عنوان نموده است سیاست‌گذاران نظام سلامت باید به تقویت محورهای شش‌گانه نظام سلامت کشور بپردازند. آن‌ها باید به جای بکارگیری اصلاحات عمودی تأکید «هدف محور» بر برنامه‌ریزی و اجرای اصلاحات افقی «مسئله محور» کنند. رشد و توسعه هماهنگ اجزای شش‌گانه نظام سلامت منجر به دستیابی به اهداف اصلی نظام سلامت به همراه بهبود پوشش همگانی، کیفیت، عدالت، کارایی و تاب‌آوری خواهد شد. در این راستا، سیاست ملی سلامت و برنامه استراتژیک وزارت بهداشت شامل مجموعه اقداماتی برای تقویت شش ستون اصلی نظام سلامت کشور باید تدوین شود. در این مطالعه بیشتر به دو تا از ابعاد خرید راهبردی جمعیت تحت پوشش و تولید و حاکمیت نظام سلامت پرداخته است و بیشتر به زیر ساخت‌ها پرداخته است.

### بررسی مقالات خارجی در کشورهای مختلف

در این قسمت ابتدا به بررسی مقالات خارجی که در زمینه خرید راهبردی انجام شده، می‌پردازیم:

- در مقاله‌ای با عنوان خرید استراتژیک، مقایسه خرید راهبردی در ده کشور

اروپایی در عمل در سال ۲۰۱۸، توسط کلاسا و گریر و وانگنیکن<sup>۱</sup> صورت پذیرفت، آن‌ها در این مطالعه دریافتند، خرید استراتژیک به عنوان یک ابزار سیاستی در سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی توصیه می‌شود، شواهد کمی برای خرید استراتژیک براساس هر یک از تعاریف ثابت وجود دارد و یا هیچ ادعایی وجود ندارد که نشان دهد مکانیزم‌های موجود در اروپا در بهبود سلامت جمعیت توانمندسازی شهروندان، نظارت قوی‌تر و یا توسعه سازمان و ظرفیت خریدار کمک کند؛ و این درحالی‌ست که سازمان بهداشت جهانی و بانک جهانی برای اصلاح سیستم‌های بهداشتی از خرید راهبردی حمایت می‌کند. یک توصیه سیاستی احتمالی این است که سیاست‌گذاران باید تلاش بیشتری برای ایجاد خریداران قدرتمند و جداگانه با موقعیت قانونی، داده‌ها و قدرت اقتصادی برای خرید راهبردی تلاش کنند. یافته‌های این مطالعه دلالت بر این دارد که پنج عنصر کلیدی برای ارزیابی خرید راهبردی وجود دارد که عبارتند از عنصر اول توجه به سلامت مردم است. عنصر دوم حصول اطمینان از توانمندسازی شهروندان و بیماران در نظام سلامت است. عنصر سوم تقویت حاکمیت از طریق مدیریت کارآمد و ظرفیت کافی برای اطمینان از پاسخگویی است. عنصر چهارم توسعه سازندگان خریدار و ارائه‌دهنده مؤثر است. عنصر پنجم، پیوستن قراردادهای مقرون به صرفه در خرید مراقبت‌های بهداشتی است لذا این مطالعه چهار سوال اساسی از ۵ بعد مورد بررسی تحقیق ما را پوشش می‌دهد که شامل چه چیزی را برای چه کسانی و با چه قیمتی و توسط چه کسانی ارائه می‌شود، می‌باشد.

<sup>۱</sup> Katarzyna Klasaa,\*, Scott L. Greera, Ewout van Ginnekenb

- مطالعه‌ای با عنوان: «توسعه‌ی خرید راهبردی: تحلیل الزامات حکمرانی نظام سلامت برای خرید راهبردی در قالب یک برنامه‌ی مراقبت از سلامت مادر و کودک در ایالت انگوی<sup>۱</sup> نیجریه»، با هدف تولید شواهد در زمینه‌ی الزاماتی و پیش نیازهای حکمرانی به منظور گسترش خرید راهبردی در شرایطی که با کمبود منابع مواجهیم انجام شده است. مطالعه به صورت کیفی در قالب مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با ۴۴ نقش آفرین کلیدی نظام سلامت (۱۶ سیاست‌گذار، ۱۶ ارائه‌دهنده‌ی خدمت، و ۱۲ رهبر کمیته‌ی تشکیلات سلامت) انجام شده است. این افراد به صورت هدفمند از وزارت بهداشت و نیز دو اداره سلامت منطقه‌ای استان انگو انتخاب شدند. یافته‌های کلیدی عبارت بودند از: اجرای اقدامات حمایتی و پشتیبانی کننده از خرید راهبردی در راستای تأیید صورت‌حساب‌های مناقشه برانگیز ارائه‌دهندگان خدمت، پرداخت مستقیم به ازای خدمت، و الزام ارائه‌دهندگان به تجویز داروها به صورت مرکزی و ردگیری انتقال منابع مالی به ارائه‌دهندگان. البته خرید راهبردی با محدودیت‌هایی شامل: تعارضات سازمانی، فقدان جداسازی ارائه‌دهنده از خریدار، کمبود قراردادهای گزینشی با ارائه‌دهندگان، مواجه بودند. در این مطالعه به سه بعد اساسی در پژوهش ما پرداخته است که چه خدماتی را برای چه گروه هدفی و توسط چه کسانی قابل ارائه می‌باشد که در اینجا ما از سوابق مطالعه‌ای که انجام شده در این پژوهش استفاده شده است.

آگدن و همکارانش در سال ۲۰۰۷ در مقاله‌ای با عنوان خرید راهبردی و

<sup>۱</sup> Enugu

امکانات مدیریت عنوان کردند این تحقیق برای بررسی تفاوت در سه مرحله پیشنهادی خرید استراتژیک بین هفت کشور آمریکای شمالی و اروپایی انجام شده است. ادبیات موجود مشخص کننده سه عامل مرتبط با منابع خرید راهبردی است: (۱) حرفه‌ای بودن: مهارت‌های خرید، دانش و حرفه‌ای؛ (۲) وضعیت: وضعیت خرید درون سازمان؛ و (۳) مدیریت عرضه: پیچیدگی خرید در مدیریت روابط خارجی. براساس ادبیات بین‌المللی خرید و مدیریت، این عوامل با توجه به کشور که در آن عملکرد خرید متفاوت است. نتایج نشان می‌دهد که در میان این سه عامل خرید استراتژیک، تفاوت بین کشورها وجود دارد. علاوه بر این، نظرسنجی اکتشافی، سطح فعلی و مطلوب را در میان این عوامل به دست آورد.

در گزارش سازمان بهداشت جهانی که در سال ۲۰۱۷ با موضوع خرید راهبردی برای پوشش بهداشت جهانی در ژنو برگزار گردید عنوان شده است خرید راهبردی فقط مربوط به سلامت نیست، تأمین مالی فراتر از آنست یک سکو برای یک دیدگاه جامع در رابطه با سلامت می‌باشد که حوزه‌های اصلی آن به این شرح است:

۱. مراحل طراحی سود: سه مرحله مهم در اولویت‌بندی فرآیند باید مورد توجه قرار گیرد، جمع‌آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل، بحث مشارکتی و تصمیم‌گیری شامل سازمان‌های جامعه مدنی و مشارکت شهروندان
۲. سیستم‌های پرداخت چندگانه<sup>۱</sup> (MPPS): این یک روش یا ابزار یا روش پرداخت نیست بلکه یک موضوع منسجم و مجموعه‌ای از

<sup>۱</sup> Multiple payment systems

- انگیزه‌ها در سیستم پرداخت برای رسیدن به اهداف UHC می‌باشد.
۳. پرداخت براساس عملکرد<sup>۱</sup> (P4P): پرداخت مبتنی بر عملکرد یکی از راه‌های ارائه‌دهنده پرداخت می‌باشد که برای اصلاح نظام سلامت نیاز به تغییرات یک مداخله.
۴. سیستم‌های مدیریت اطلاعات: سیستم‌های اطلاعاتی جداگانه و تکه تکه، مانعی برای تحقق مزایای بالقوه از خرید استراتژیک می‌باشد که بسیاری از کشورهای کم درآمد و متوسط درآمد چندین سیستم فرعی موازی دارند.
۵. تولیت (حکومت‌داری): مسائل مربوط به حاکمیت در خرید راهبردی ارتباط با چندین خریدار، بازار، رابطه بین نظارت و خریدار، مدیریت داخلی، سازمان ارائه‌دهنده دارد لذا در این گزارش تأکید به خرید راهبردی با نگاه جامع شده است که حتی سازمان بهداشت جهانی داشتن نگاه جامع به آن و رفتن کشورها به این سمت را از اصلاحات نظام سلامت دانسته است. در این مطالعه و به نوعی گزارش در واقع به تمام ابعاد خرید راهبردی و ۵ سوال اساسی پاسخ داده شده ولیکن در مقابل ۵ سوال اساسی ۵ محور اساسی برای رسیدن به آن مورد توجه قرار داده است.
- در مطالعه‌ای که توسط تانگچارونسثین و همکاران<sup>۲</sup> در سال ۲۰۱۵ با موضوع

<sup>۱</sup> Pay for performance

<sup>۲</sup> Tangcharoensathien

دستیابی به اهداف پوشش جهانی در تایلند: نقش حیاتی خرید استراتژیک انجام شده است، عنوان گردیده خرید استراتژیک یکی از ابزارهای کلیدی سیاست برای دستیابی به اهداف جهانی بهداشت (UHC) برای دسترسی به بهبود و دسترسی عادلانه و حفاظت از ریسک مالی است. با توجه به نتایج مطلوب طرح جهانی پوشش (UHC)، این مطالعه تجارب استراتژیک خرید در دفتر ملی امنیت ملی<sup>۱</sup> (NHSO) مسئول UCS در کمک به دستیابی به اهداف UHC است. UCS مفهومی تقسیم کننده خریدار - ارائه دهنده که NHSO اعمال کرد، به عنوان یک خریدار، که از طریق خرید فعال از طریق تأمین کنندگان دولتی و خصوصی به مسئولان UCS پاسخگو باشد در موقعیت خوبی قرار دارد. مزایای بسته جامع منجر به سطح بالایی از حفاظت از ریسک مالی می شود که منجر به کم بودن هزینه های بهداشتی فاجعه آمیز و خانواده های فقیر شده است. NHSO شبکه بهداشت منطقه ای<sup>۲</sup> DHS را تأسیس کرد تا خدمات سرپایی، ارتقاء سلامتی و پیشگیری از بیماری را به کل جمعیت منطقه براساس هزینه سرانه سالانه که سالانه تنظیم می شود، تأمین کند. در اغلب موارد، DHS تنها ارائه دهنده در یک منطقه بدون رقیب بود. انحصار جغرافیایی NHSO را برای معرفی یک توافقنامه رقابتی قراردادی متوقف کرد، اما یک رابطه پایدار و متقابل وابسته به اعتماد، به تدریج تکامل یافت، در حالی که اعتبار بخشی یک راه مهم برای بهبود کیفیت است. خدمات خرید استراتژیک از DHS، به دلیل نزدیکی جغرافیایی، و به دلیل استفاده مجدد از طرف بی بضاعتان و به دلیل کمترین زمان سفر و هزینه آن، به

<sup>۱</sup> National health Security Office

<sup>۲</sup> Disease Health system

دست آمد. خدمات سرپایی توسط گروه مربوط به تشخیصی که در هزینه‌های سقف بودجه برآورد شده است، براساس هزینه واحد، نرخ پذیرش و پرونده‌های پذیرش، هزینه‌های موثر را پرداخت می‌کنند. برای جلوگیری از کمبود خدمات زیر، تعدادی از مداخلات با هزینه بالا از زمان پرداخت بسته بسته‌بندی شده و براساس برنامه پرداخت شده توافق شده است. اجرای NHSO توان خرید یکپارچه را کاهش داد و کیفیت خدمات را با کیفیت مطمئن کاهش داد. صرفه‌جویی در هزینه باعث شد که بیشتر بیماران در یک بودجه سالانه محدود شوند. در این مطالعه بیشتر به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت پرداخته است که یکی از ۵ بعد مورد بررسی در مطالعه حاضر می‌باشد و بیشتر به نقش تولید و حاکمیت در خرید راهبردی پرداخته است.

مطالعه‌ای با عنوان: «خرید راهبردی و کارایی نظام سلامت؛ مقایسه‌ای بین طرح‌های تأمین مالی در تایلند»، با هدف مقایسه‌ی دو طرح بیمه‌ای رایج در تایلند از نظر سهم آن‌ها در نیل به پوشش فراگیر سلامت انجام شده است. این مطالعه مقطعی و به‌صورت ترکیبی شامل مرور منابع و اسناد و مصاحبه با ۵۶ فرد مطلع کلیدی انجام شده است. در یک سوی این مقایسه برنامه‌ی ملی بیمه‌ی کارکنان و مستخدمین دولتی بود که خرید آن به صورت سنتی و غیرفعال بوده و سازوکار پرداخت از نوع کارانه در مورد خدمات سرپایی در سوی دیگر برنامه‌ی ملی پوشش فراگیر که مجموعه‌ای از اقدامات در راستای خرید راهبردی را انجام می‌دهد. این اقدامات عبارتند از: پرداخت‌های انتها بسته به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، ترویج دروازه‌بانی نظام سلامت از طریق گسترش خدمات و مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت، و اقدام برای خرید جمعی به منظور تقویت قدرت اعضا در

تصمیم‌گیری‌ها. نتیجه‌ی این تفاوت‌ها، بیشتر بودن هزینه‌های نظام بیمه‌ای اول به میزان ۴ برابر نظام دوم می‌باشد. در این مطالعه بیشتر در خصوص زیر ساخت‌ها و اقداماتی که برای اجرای خرید راهبردی موثر هست، پرداخته شده است و در خصوص اهمیت انجام خرید راهبردی در نظام سلامت مطالبی عنوان نموده است که در مطالعه حاضر ما در رابطه با زیرساخت‌های محورهای خریدی راهبردی کمک نمود.

مطالعه‌ای با عنوان: «ارزیابی سریع خرید راهبردی در فیلیپین، یک مطالعه‌ی موردی کشوری» با هدف ارزیابی وضعیت موجود فیلیپین در زمینه‌ی تأمین مالی، نظام پرداخت، حاکمیت و تولیت، بسته‌ی مزایا، و مدیریت اطلاعات سلامت برای نیل به خرید راهبردی انجام شده است. این مطالعه به صورت مرور اسناد، مدارک، و گزارشات دولتی و رسمی در خصوص خرید راهبردی در کنار مصاحبه با ذینفعان اصلی در این زمینه انجام شده است. بدین منظور از چارچوب تولید شده، که با همکاری سازمان جهانی سلامت، مؤسسه طب استوایی دانشگاه آنتورپ بلژیک به میزبانی پلتفرم<sup>۱</sup> استفاده شده است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که سیستم تأمین مالی در کشور فیلیپین، به صورت تکه‌تکه و با حضور چندین تأمین‌کننده‌ی مالی بوده است، که در پاره‌ای از موارد وظایف آن‌ها با یکدیگر همپوشانی بوده‌اند. همچنین طرح نظام سلامت فیلیپین<sup>۲</sup> تنها خریدار بزرگ در کشور است که این مطالعه عمدتاً به بحث تولیت و حاکمیت خرید راهبردی پرداخته است.

<sup>۱</sup> Collectivity

<sup>۲</sup> PhilHealth



مطالعه‌ای با عنوان: «ارزیابی سریع خرید راهبردی در کلمبیا» با هدف خلاصه‌سازی، استخراج و چارچوب‌بندی سیاست‌های کلیدی و مشکلات آن برای نیل به خرید راهبردی در سیستم سلامت کلمبیا انجام شده است. بدین منظور از چهارچوب ارائه شده توسط WHO و موسسه‌ی طب استوایی دانشگاه آنتورپ بلژیک به میزبانی پلتفرم استفاده شده است. در این مطالعه مشخص شد که نیاز به باز طراحی بسته‌ی مزایا، ایجاد اصلاحات در سازوکارهای پرداخت، بازتعریف تولید خدمات سلامت و تجمیع نظام اطلاعات سلامت می‌باشد که به سه بعد اساسی مطالعه حاضر اشاره شده است که از آن جمله بسته خدمتی و اینکه چه خدمتی خریداری نماییم و طبق چه سازوکاری خرید انجام می‌شود.

مطالعه‌ای با عنوان: «چه چیزهایی برای ایجاد و توسعه‌ی خرید راهبردی در خدمات سلامت مورد نیاز است؟ درس آموخته‌های سیاستی از یک مرور واقع‌گرایانه» با هدف نشان دادن ناکافی بودن نظریه‌های موجود برای ارائه‌ی یک فهم کامل از خرید راهبردی خدمات سلامت و لزوم ارائه‌ی نظریه‌های تکمیلی، انجام شده است. روش این مطالعه از نوع مرور واقع‌گرایانه که در برگیرنده‌ی سه مرحله است. نخست، ترسیم نظریه‌های تکمیلی از دیدگاه اقتصاد سازمان و روابط درون‌سازمانی، در این راستا یک چارچوب تفسیر برای طراحی و هدایت مرور ایجاد شد. دوم توسعه‌ی جستجوی هدفمند پایگاه‌های اطلاعاتی پژوهشی به منظور یافتن ادبیات مرتبط برای شناسایی خرید راهبردی خدمات سلامت، و سوم تحلیل کیفی متون انتخاب شده و سنتز نتایج با تمرکز بر درس آموخته‌های مرتبط با سه هدف کلیدی سیاست‌گذاری که برگرفته از ادبیات بین‌المللی سلامت است. در نهایت ۵۸ مطالعه وارد شده‌اند که درس آموخته‌های آنان در سه

حیطه‌ی زیر بوده است:

۱. درس آموخته‌های مربوط به توانمندسازی بیماران
۲. درس آموخته‌های مربوط به تولید دولت
۳. درس آموخته‌های مربوط به عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات.

## فصل چهارم

مطالعات تطبیقی خرید راهبردی در کشورهای منتخب



در اینجا به بررسی تطبیقی مطالعات در خصوص خرید راهبردی در کشورهای منتخب می‌پردازیم:

در اینجا وضعیت فعلی خرید راهبردی در ۵ کشور اروپایی شامل انگلستان، فرانسه، آلمان، سوئد و ایتالیا را در مقابل تعریف ترکیبی خرید راهبردی می‌سنجیم. این کشورها به دلیل مکان‌های جغرافیایی متنوع، تابعیت از برخی سیستم‌های سلامت و سطوح تمرکززدایی انتخاب شده‌اند.

جدول ۴-۱: بررسی خرید راهبردی در برخی از کشورهای منتخب

کشور	از چه کسانی خرید می‌شود (ساختار بازار)	انتخاب خریدار	سازمان‌های خریدار/پرداخت‌کننده	برای چه کسانی خرید می‌شود (پوشش جمعیتی)	بسته خدمتی
فرانسه	چند پرداخت‌کننده (غیررقابتی)	خیر	صندوق بیمه درمانی	ملی، از لحاظ جغرافیایی محدود شده است	ارزیابی نیاز با توجه به ارزیابی نیاز مردم
آلمان	چند پرداخت‌کننده (رقابتی)	بله	صندوق بیمه	ملی، غیر جغرافیایی محدود شده	مکانیسم منظم ارزیابی رسمی برآورد نیازهای مردم با مشارکت آن‌ها و استفاده از کارت بهداشتی الکترونیکی
ایتالیا	یک پرداخت‌کننده (سازمان‌یافته منطقه‌ای)	خیر	واحد بهداشت محلی	محلی، از لحاظ جغرافیایی محدود شده	وجود سیستم رسمی ارزیابی نیازهای مردم ولی بدون مشارکت مردم

ارزیابی نیازهای سلامت با استفاده از گروه‌ها و انجمن‌های بالینی NHS	NHSE انگلستان: ملی از لحاظ جغرافیایی محدودشده CCGs: محلی، از لحاظ جغرافیایی محدودشده	NHS انگلستان و گروه‌های کمیسیون بالینی (CCGs)	خیر	یک پرداخت‌کننده	انگلستان
	رقابتی، از لحاظ غیر جغرافیایی محدودشده	بیمه سلامت	بله	چند پرداخت‌کننده (رقابت)	سوئد

(۱) بسته خدمت جامعه (چه چیزی خریداری شود؟)

خریداران براساس نیازهای بهداشتی جامعه، تصمیمات خریدشان را اتخاذ می‌نمایند. به طوری که نیاز جامعه مرکز هدفشان می‌باشد. دارا بودن یک بیمه سلامت عمومی قوی، در دسترس بودن داده‌ها، اطلاعات در پیش‌بینی نیازهای آتی مردم، عناصر مهمی در تشخیص نیازهای بهداشتی مردم جهت اتخاذ تصمیمات خرید راهبردی می‌باشد. رایج‌ترین روش توجه به نیازهای بهداشتی جامعه استفاده از ارزیابی نیازهای سلامت است. در کشور فرانسه ارزیابی نیازهای سلامت مردم در سطح ملی ارزیابی می‌شود ولی رسماً هیچ‌گونه مکانیسم واحدی برای ترکیب نیازهای سلامت مردم جهت تصمیمات استراتژی ندارند ولی مکانیسم منظمی برای استفاده از نیاز سلامت جامعه در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری HTA وجود دارد.

ابتکاراتی برای دیجیتالی کردن سیستم بهداشتی که در تعیین نمودن نیازها

ممکن است کمک کننده باشد (یعنی پرونده‌های بهداشتی الکترونیکی) اولویت عمومی تمام کشورها می‌باشد، به ویژه آلمان کارت بهداشتی الکترونیکی برای تشخیص مناسب بیمار معرفی نموده تا دسترسی آسان‌تری برای داده‌های بیمار برای فراهم کننده ارائه نماید، همچنین در کشور آلمان یک روش رسمی برای ارزیابی و برنامه‌ریزی نیازهای سلامت مردم و یک مکانیسم رسمی برای هدایت نیازهای مردم تدوین نموده است. مشارکت داوطلبانه مردم در برنامه‌های سلامت عمومی حائز اهمیت است و همچنین مکانیسم منظمی برای برآورد نیاز مردم در برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری HTA وجود دارد.

در کشور ایتالیا ارزیابی به صورت رسمی به عنوان پایه‌ای برای تشخیص نیازهای مردم در مناطق جغرافیایی وجود دارد ولیکن هیچ مکانیسم رسمی برای مشارکت نیازهای سلامت مردم در خرید راهبردی نمی‌باشد. ایجاد کارت الکترونیک سلامت و توسعه آن به صورت ملی در حال انجام می‌باشد و همچنین مکانیسم‌های محدود منظمی برای برآورد نیاز HTA در تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری مورد استفاده می‌باشد.

در کشور سوئد هیچ‌گونه سیستم رسمی ارزیابی نیاز سلامت جامعه وجود ندارد اما مکانیسم‌هایی برای مشارکت نیاز سلامت در خرید راهبردی مراقبت‌های فوری سلامت وجود دارد. اجرای سیستم دیجیتال سلامت به صورت ملی و مکانیسمی برای برآورد نیاز در برنامه‌ریزی و تصمیمات اجرایی HTA وجود دارد.

در کشور انگلستان رقابت بین بیمه گران، ارتباط پایدار و واضح بین خریداران و جامعه را پیچیده‌تر می‌کند. ارزیابی نیازهای سلامت با استفاده از گروه‌ها و انجمن‌های بالینی NHS انگلیس صورت می‌گیرد و طی یک مکانیسم رسمی

برآورد نیاز سلامت برای خرید راهبردی سنجیده می‌شود و همچنین نیازهای سلامت در تصمیم‌گیری، سیاست، برنامه‌ریزی و مدیریت اجرایی HTA انجام می‌شود.

## ۲) جمعیت هدف: (برای چه کسانی خرید می‌شود؟)

مردم باید به طور فعال در تعیین بسته خدمات سلامت مشارکت نمایند یک چارچوب خرید راهبردی مؤثر بر توانمندسازی بیماران برای پاسخگویی در سیستم‌های سلامت می‌تواند فشار وارد نماید چنین توانمندی اهمیت بسزایی در حمایت حقوق بیماران دارد. در برخی از کشورها مانند فرانسه سطح مشارکت مردم پایین است و در برخی دیگر از کشورها مثل ایتالیا، انگلستان و آلمان مشارکت مردم در مدیریت خدمات سلامت و تعیین بسته خدمتی زیاد است تعیین بسته حمایتی تعریف شده می‌تواند پاسخگویی خریداران را به واسطه تضمین ارائه پوشش کلی برای مصرف‌کنندگان افزایش دهد.

## ۳) ارائه‌دهندگان و خریداران: (از چه کسانی خرید شود)

### مؤسسات خریدار

نوع سازمانی که خودش را به عنوان خریدار خدمات بهداشتی تعریف می‌کند بین کشورها متفاوت است. مؤسسات خرید، دولتی (فرانسه، ایتالیا، انگلستان)، خصوصی یا ترکیبی از دولتی و خصوصی هستند (آلمان، سوئد) تمام سازمان‌های خریدار دارای ساختاری عمودی هستند آلمان دارای چندین خریدار رقیب است در حالی که استونی، فرانسه، ایتالیا، و انگلستان هیچ انتخاب خریدی ندارند در بعضی از کشورهای فدرال یا تقریباً فدرال با سیستم‌های NHS، خریداران کلیدی



دولت‌های محلی هستند که شامل ایتالیا و انگلستان می‌باشد. مقررات و کنترل خریداران و ارائه‌دهندگان برای تضمین رسیدن به اهداف بهداشتی (یعنی کیفیت، کار آیی، عدالت، هزینه اثربخشی) در عمل کار دشواری است.

#### موسسات ارائه‌دهنده

با توجه به گذشته عدم استقلال بین سازمان‌های فراهم کننده توانایی آن‌ها را برای پاسخگویی به تغییر چشم‌انداز سیاسی، معیار قرارداد بستن و مکانیسم پرداخت سرکوب نموده است. افزایش رقابت به طور منطقی باعث مهارت بیشتر آن‌ها برای باقی ماندن گردیده و منافع آن برای سیستم می‌باشد. پزشکان و بیمارستان‌ها باید دارای قدرت تصمیم‌گیری بوده تا به طور کامل برنامه‌ریزی نمایند تا چگونه به طور هوشمندانه به مشوق‌ها پاسخ دهند.

تمرکز ما بر استقلال بیمارستان است زیرا بیمارستان‌های دولتی فراهم‌کنندگان خدمات کلیدی در تمام موردهای ما هستند. فرانسه، انگلستان، ایتالیا و سوئد دارای استراتژی‌های نیمه مستقل قابل توجهی هستند که بوسیله درجه مخلوطی از تعهد سیاسی، مقاومت اتحادیه‌ای ضعیف، تغییرات ساختاری اساسی و کارکنان و کارمندان حقوق‌بگیر یا با انگیزه تعریف می‌گردند. آلمان دارای استراتژی مخلوطی نیمه مستقل تعریف شده به وسیله تعهد سیاسی قوی، بدون مقاومت اتحادیه‌ای، تغییرات ساختاری سیستماتیک می‌باشد و قراردادهای کوتاه مدت با کارکنان و کارمندان منعقد می‌نماید لذا هیچ کشوری دارای استراتژی کنترل و فرماندهی اکید یا کنترل خصوصی مستقل نیست.

نظارت دولت، کنترل و بازرسی خریداران و ارائه‌دهندگان، عنصر کلیدی از

سیستم خرید راهبردی هر کشوری می‌باشد. برای خرید راهبردی، در خصوص نظارت و کنترل دولت سه عنصر قید شده است: ترکیب سیاست‌های بهداشتی با تصمیمات خریدار، وجود چارچوب مقرراتی یکپارچه و گسترش اعتبار و ظرفیت دولت برای اجرا و اعمال تغییر. معمولاً هر یک از دولت‌های ملی (فرانسه، انگلستان) یا دولت‌های محلی و داخلی (آلمان، ایتالیا) نقش اصلی را دولت در ارتباطات خریدار - فراهم کننده ایفا می‌نماید. فرانسه، آلمان، انگلستان دارای سیستم‌های مدیریت عملکردی قوی هستند. مشارکت سهامداران و مردم در سیاست‌گذاری خرید و تعیین هدف در کشورهای فرانسه، آلمان، ایتالیا، انگلستان عمدتاً بالاست.

ارزیابی عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی برای خرید راهبردی ضروری است بدیهی است که خرید، راهبردی یا غیر راهبردی، نیازمند جدایی خریدار و فراهم کننده است و اینکه ایجاد آن موسسات اولین قدم به سمت خرید و رقابت در سیستم‌های NHS همچون در انگلستان می‌باشد؛ بنابراین خریداران و فراهم کنندگان مؤثر و پاسخگو با تمام تعاریف و چارچوب‌های خرید راهبردی هماهنگ هستند. تأثیر خریدار و ارائه‌دهنده بر اساس ساختار سازمانشان، سطح استقلال، سطح شفافیت و پاسخگویی‌شان متفاوت می‌باشد لذا کارایی ساختار خریدار و ارائه‌دهنده مربوط می‌شود به رقابت خریداران و انتخاب چندین ارائه‌دهنده و رقابت و اختیار ارائه‌دهندگان و شفافیت مسئولیت آنان.

#### ۴) مکانیسم خرید: (چگونه و طبق چه مکانیسمی خدمات خریداری شود؟)

قرارداد بستن، مکانیسمی است که از طریق آن معامله خرید بین خریداران و

فراهم‌کنندگان صورت می‌گیرد. عدم داشتن سیاست و معیار مناسب قرارداد بستن می‌تواند منجر به رفتار فرصت‌طلبانه فراهم‌کننده گردد که با اولویتهای بهداشتی ملی هماهنگ نیست. تمام کشورها عمدتاً از یک استراتژیک مراقبت بهداشتی استفاده می‌کنند.

فرآیند قرارداد بستن شامل یکسری از مراحل می‌باشد که شامل تعیین اینکه چه کسی مراقبت را فراهم می‌کند، چه خدمات پزشکی را شامل می‌شود، چه تعداد از خدمات باید ارائه گردد، فرآیند داد و ستد و چگونگی تأمین مالی آن مراقبت انجام شود. دولت ملی یک کشور یا دپارتمان بهداشت می‌تواند معیاری برای ورود به بازار معین کند. در کشورهایی با سیستم‌های بهداشتی تمرکززدایی شده، دولت‌های منطقه‌ای و شهری شرایط لازم را برای فراهم‌کننده و خریدار معین می‌کنند (ایتالیا، آلمان، انگلیس). در سیستم‌های بهداشتی متمرکز دولت ملی تمام معیارها و شرایط قراردادها را مشخص می‌کند (سوئد). به طور ایده‌آل مدت و معیار قرارداد براساس سنجش‌های مبتنی بر اسناد است اما در حال حاضر چنین تلاش‌هایی به دلیل عدم تحقیق قابل استفاده، داده‌های در دسترس و دستورات عمل‌های ملی مبتنی بر سند به سختی پیاده‌سازی می‌شود. مقالاتی که ابتکارات خرید را ارزیابی نموده‌اند بسیار کم هستند. اکثر مقالات موجود به ارزیابی یک سیستم مراقبت بهداشتی در طی زمان پرداخته تا ببینند آیا ترکیب اسناد با قرارداد، آن‌ها را بهتر می‌کند (به طوری که در توسعه و تأثیر بین‌المللی مقالات درباره انگلستان دارای ارزش نیستند) یا تلاش‌هایی برای تعریف قرارداد خوب از طریق توانایی مهار هزینه به‌واسطه تحلیل‌های سیاستی و مقاطع عرضی، مقرون به صرفه می‌باشد (آلمان).

تلاش‌هایی برای تعریف قرارداد خوب از طریق توانایی مهار هزینه به‌واسطه تحلیل‌های سیاستی و مقاطع عرضی، مقرون به صرفه می‌باشد مثل کشور آلمان تحلیل‌های تحقیقاتی محدودی درباره تأثیر مستقیم قرارداد بر نتایج بهداشتی جامعه صورت پذیرفته است. ظرفیت و قیمت‌ها رایج‌ترین ابزار مورد استفاده برای کمک به خریداران در مشخص کردن قرارداد می‌باشند که در بعضی از کشورها با شرایط ترکیبی کیفیت مراقبت را بین فراهم‌کنندگان افزایش داده یا مکانیسم‌هایی که کارایی را اندازه می‌گیرند مورد آزمایش قرار می‌دهند (فرانسه، انگلستان، سوئد، ایتالیا، آلمان)

### بررسی خرید راهبردی در سایر کشورها

#### گزارش خرید راهبردی در کلمبیا:

در سال ۱۹۹۳، قانون ۱۰۰ جمع‌آوری درآمد، ادغام، خرید و ارائه خدمات ترتیبات در کلمبیا را تغییر داد. در نتیجه، بازار سلامت چندین خریدار و تمهیدات موجود برای خرید خدمات درمانی: الف) آژانس‌های بیمه درمانی در سازمان‌های مشارکتی، یارانه‌ای و ویژه مانند اسپانیایی (EPS)، ب) دولت‌های تحت ملی که شامل بخش‌ها، شهرداری‌ها، ولسوالی‌ها، بومی‌ها می‌شود، هر دولت فرعی می‌تواند خدمات درمانی را برای تأمین نیازهای فقیرنشین خریداری کنید وزارت بهداشت و حمایت اجتماعی (MOHSP) قادر به خرید از طریق مدیریت منابع سیستم عمومی تأمین اجتماعی در بهداشت (به زبان اسپانیایی، Adres) و صندوق استراتژیک سازمان بهداشت آمریکا؛ آژانس ملی خدمات (کلمبیا کامرا کارآمد)، و سازمان‌های داوطلبانه بیمه درمانی.

### طراحی بسته خدمت

محتوای بسته خدمت برای کلمبیایی‌ها یکسان خواهد بود، خواه در آن طرح مشارکت یا یارانه باشد در سال ۲۰۱۷ بسته‌ای بنام " Plan de Beneficios en Salud" (PBS)، بسته خدمتی برای محافظت و پیشبرد حق بشر در سلامت تدوین شد و در سال ۲۰۱۸، بسته خدمات ۱۰۰٪ مراحل را شامل می‌شود؛ که منابع مختلف و مراحل مختلف مراقبت از همه آسیب‌شناسی‌ها را در برمی‌گیرد و با آن تأمین مالی می‌شود. تعدادی استثنائات عبارتند از: خدمات زیبایی‌شناسی، جمع و یا زیبایی، روش‌های درمانی، داروها یا آزمایش و درمان‌هایی که اثربخشی آن‌ها از نظر علمی اثبات نشده است، یا مواردی که در خارج از کشور ارائه می‌شود.

همه حق دارند در فرایند تنظیم اولویت که باعث بهبود فرآیندهای بازبینی بسته خدمات می‌شود مشارکت داشته باشند و رهنمودهای بالینی در همه سطوح و نیز استفاده از سیستم اطلاعات و کانال‌های فناوری، مشارکت شهروندان را تضمین کرده است ایجاد بسته خدمات در بیماری‌های پرهزینه (به عنوان مثال، بیماری مزمن کلیوی، HIV، هپاتیت C، بازنگری و بررسی بسته خدمات براساس یک فرآیند شفاف، علمی - فنی و مشارکتی صورت گرفته است.

### از چه کسانی خرید شود؟ (ارائه‌دهندگان خدمات)

خریداران اصلی خدمات درمانی در کلمبیا Entidades Promotoras de Salud (EPSs) هستند، که ممکن است عمومی و خصوصی باشد و ۸۵٪ خدمات درمانی را پوشش می‌دهد. EPS طرح مشارکت ۲۰,۷۶۰,۱۲۳ میلیون نفر

(۴۴٪) را پوشش می‌دهد، طرح یارانه EPS جمعیت ۲۲,۸۸۲,۶۶۹ میلیون نفر (۴۶٪) و طرح ویژه بیمه درمانی تقریباً ۲,۲۲۶,۹۷۳ میلیون نفر (۴٪) را پوشش می‌دهند.

EPS ها می‌توانند به طور مستقیم خدمات ارائه دهند یا با ارائه‌دهندگان دولتی یا خصوصی قرارداد ببندند. علاوه بر این، EPS ها و بیمه درمانی داوطلبانه به عنوان آژانس‌های بیمه درمانی می‌توانند با ارائه‌دهندگان فردی مذاکره کنند. در سال ۲۰۱۳ تعداد ۵۱ مورد وجود داشته است.

EPS ها، ۱۴ نفر در سازمان مشارکتی و ۳۷ نفر در سازمان یارانه‌ای هم عمومی هستند و هم EPS های خصوصی اما در سازمان مشارکت دهنده فقط EPS های خصوصی وجود دارد. با این وجود، تعدادی از EPSs در سیستم بهداشت و درمان در ۶ سال گذشته ۴۰ درصد کاهش یافته است، در نتیجه رتبه‌بندی کیفیت، کارآیی و فرصت ارائه خدمات درمانی صورت می‌گیرد که بنابراین، EPS های غیرفعال بازار را ترک کرده‌اند.

### با چه قیمتی و چگونه خدمات خریداری می‌شود؟

در سطح مکانیزم‌های پرداخت ارائه‌دهنده، در سال ۲۰۱۷ کشور کلمبیا دارای سیستم پرداخت ترکیبی است:

۵۰٪ از کل پرداخت‌های انجام شده توسط فعالیت، ۴۰٪ به از طریق مالیات هر فرد و ۱۰٪ با پرداخت‌های ثابت انجام شده است. آنجا تعداد کمی از فرآیندهای پرداخت شده براساس نتیجه است. با این وجود، بسیاری از خدمات به ازای هر فعالیت پرداخت می‌شود. با این حال تمایل به حرکت به بودجه جهانی آینده‌نگر

در آینده مشخص است. به طور کلی، خرید ترتیبات و پرداخت‌های مبتنی بر نتیجه باید ضمانت پرداخت خدمات را فراهم کند.

روش‌های پرداخت به دلیل شاخص‌های بالینی استاندارد شده که کاملاً بوده‌اند، به عنوان خروجی‌گرا هستند

اجرا شده در سازمان‌های مشارکتی. انواع ارائه‌دهندگان خدمات خریداری شده ممکن است عمومی، خصوصی یا مختلط باشند (در اسپانیایی IPS). کلمبیا ۱۰,۳۸۶ ارائه‌دهنده خدمات درمانی دارد. رابطه بین انواع ارائه‌دهندگان ۴۵٪ عمومی، ۵۴٪ مختلط (IPS) و ۱٪ هستند.

بودجه‌های جهانی با توجه به سهم هزینه، بین ۳۰ تا ۳۵ درصد برای پوشش خدمات بستری استفاده می‌شود و بین ۱۸ تا ۲۰ درصد، برای پوشش خدمات درمانی سرپایی استفاده می‌شود، و بین ۲۰ تا ۲۵ درصد تقریباً برای داروها استفاده می‌شود.

### روش‌های پرداخت

در سال ۲۰۱۷، در سال ۲۰۱۷، روش‌های پرداختی که بیشتر مورد استفاده خریداران قرار می‌گرفت، عمدتاً سه مورد بود:

پرداخت برای خدمات ارائه شده (۵۰٪)، پرداخت مالیات فرد (۴۰٪) و بودجه‌های گلوبال آینده‌نگر (۱۰٪)

روند اخیر حرکت به سمت بودجه‌های گلوبال آینده‌نگرتر است مدل مراقبت جامع سلامت (MIAS)، تنظیم قیمت داروها و قانون بهداشت (۲۰۱۵) در افزایش استفاده از پرداخت‌های خروجی روش‌گرا کمک کرده است.

### گزارش ارزیابی خرید راهبردی در کشور فیلیپین:

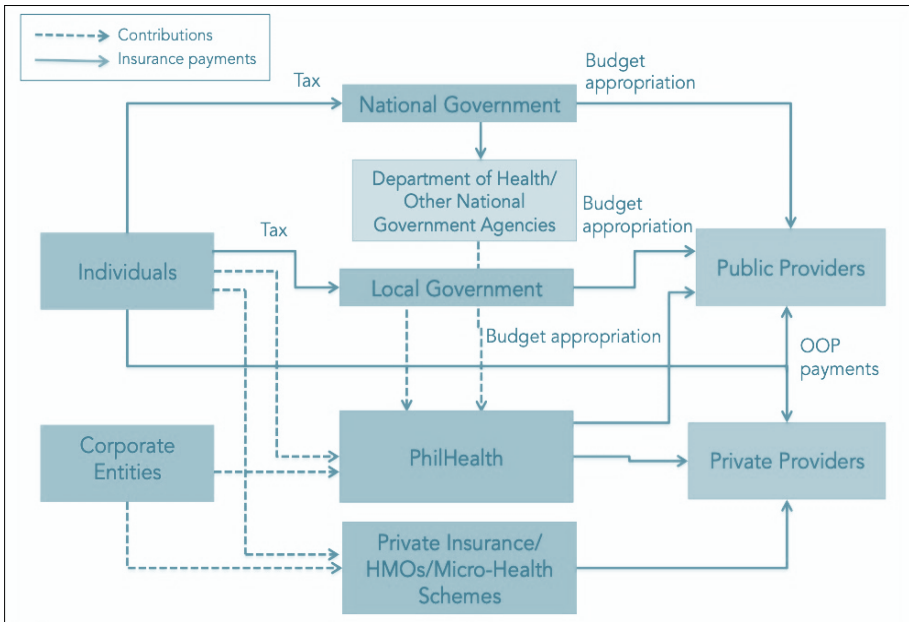
بودجه بهداشت و درمان در فیلیپین طی سال‌های پس از معرفی a تکامل یافته است.

سیستم بیمه درمانی در سال ۱۹۶۹ تحت برنامه Medicare بوده که پوشش آن محدود به کارگران بخش رسمی تا زمان گسترش آن به یک سیستم پرداخت‌کننده واحد در سال ۱۹۹۵ با شرکت بیمه درمانی فیلیپین (PhilHealth) به عنوان تنها مدیر می‌باشد. با این حال، تأمین مالی سلامت با چندین جریان بودجه که گاهی اوقات همپوشانی دارند تکه تکه است و به طور جداگانه از یکدیگر و مستقل اداره شوند. در حالی که PhilHealth تنها بزرگ‌ترین خریدار خدمات مراقبت‌های بهداشتی در کشور فیلیپین است، اما هنوز از نقش تأمین مالی آن به عنوان اهرمی برای توسعه بخش سلامت استفاده نکرده است.

تجربه جهانی نشان می‌دهد که یک خریدار قوی می‌تواند به عنوان یک عامل مهم تغییر در این میان عمل کند.

بخش سلامت را ترغیب به بهبود عملکرد و پاسخگویی ارائه‌دهندگان و اطمینان از دسترسی عادلانه به خدمات درمانی.





شکل ۴-۱: نمودار نظام سلامت فلیپین

### جمع بندی

با توجه به تأکیدات بین‌المللی در راستای اجرای بهینه خرید راهبردی در راستای تحقق پوشش همگانی سلامت بایستی اقدامات مقتضی در راستای استقرار خرید راهبردی در جهت کاهش موانع و چالش‌های شناسایی شده انجام یابد که در این راه می‌توان از تجارب کشورهای متخلف که طی سال‌های گذشته اصلاحاتی در نظام مالی سلامت و استقرار خرید راهبردی در جهت بهبود سطح سلامت کشور انجام داده‌اند در این راستا اقداماتی جهت دستیابی به اهداف برنامه‌ها استفاده نموده میزان موفقیت استقرار خرید راهبردی را افزایش داد از جمله این تجارب عبارتند از:

استقرار ارائه خدمات مبتنی بر برنامه پزشک خانواده و رعایت سطح‌بندی چرا

که نتایج مطالعات هم نشان داد که سطح دسترسی به خدمات و پوشش همگانی برای ارائه خدمات سلامت، نتایج مطلوب‌تری به دست خواهد آمد.

- اجرای طرح تحول سلامت و ایجاد زمینه مناسب جهت ایجاد پروتکل‌های درمانی و اجرای آن
- پرداختن به سطح اول سلامت و مراقبت‌های اولیه بهداشتی
- تدوین و اجرای فرآیندهای مناسب جهت بسته خدمات سلامت، تعیین اولویت‌بندی، سطح‌بندی و سقف گذاری بسته خدمات
- تأمین مالی پایدار برای نظام سلامت برای آحاد مردم جامعه
- اختیار جهت انعقاد قرارداد و جایگاه تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری
- نظارت بر ارائه خدمات با کیفیت و رتبه‌بندی آن‌ها
- روش پرداخت به ارائه‌دهندگان و رفتن به سمت پرداخت مبتنی بر مدیریت
- مشخص نمودن سازوکار سازمان‌های بیمه‌گر پایه و خریداران و ارائه‌دهندگان خدمات
- در استفاده از تجارب سایر کشورها برای استقرار خرید راهبردی در کشور به نکات مهم ذیل توجه گردد:
- جایگاه تولیت و حاکمیت در نظام سلامت جهت سیاست‌گذاری مناسب و نظارت کافی
- استفاده از نظر شهروندان در سلامت جامعه

- استقرار مناسب نظام اطلاعات سلامت در خرید راهبردی
  - پیش‌بینی و تخصیص منابع لازم خصوصاً منابع مالی مورد نیاز برای استقرار خرید راهبردی در جهت کاهش هزینه‌های مالی تحمیلی به مردم در راستای بهره‌مندی آحاد مردم از خدمات بهداشتی - درمانی
  - تمرکززدایی و کاهش تصدی‌گری از اشتغال در فعالیتهای اجرایی توسط وزارت بهداشت در راستای توجه بیشتر بر وظایفی مانند سیاست‌گذاری، هماهنگی، ارزیابی و نظارت بر خدمات سلامت
  - انعقاد قراردادهای مقرون به صرفه با دارا بودن بالاترین کیفیت ارائه خدمات و نظارت مناسب بر آن
  - رقابت مناسب بین ارائه‌دهندگان خدمات
- کشورها در کلیه سطوح درآمدی به دنبال تعمق یا اجرای اصلاحات برای افزایش مرزهای خرید خدمات در سیستم بهداشتی هستند بطوریکه عملی استراتژیک گردد. بهبود عمل خرید یک رقابت ثابت برای ناظران سیستم بهداشتی می‌باشد: چیزی به عنوان بسته‌ای با مزیت کامل و قطعی و سیستم پرداخت فراهم‌کنندگان وجود ندارد (برای مثال تکنولوژی‌ها و روش‌های جدید پزشکی، دسترسی بیشتر به داده‌ها از طریق دیجیتال‌سازی) و مشکلات (برای مثال اولویت‌های جدید پزشکی، تغییرات رفتاری فراهم‌کنندگان) به‌طور دائم در حال ظهور و نیازمند انطباق در خرید می‌باشد.
- اصلاحات مرتبط با خرید راهبردی یکی از محرک‌های مهم تغییر سیستم نظام سلامت می‌باشد. با این حال برای اکثر کشورهایی با درآمد کم و متوسط، حرکت

به سمت خریدی که بیشتر استراتژیک باشد یک مشکل عمده بوده، حتی به سادگی مستقل از اجزاء بودجه‌بندی می‌باشد. اگرچه تعدادی از کشورها با درآمد کم و متوسط در ۱۵ سال گذشته آژانس‌های خرید جداگانه‌ای تاسیس نموده‌اند، اغلب اینها خریدارانی غیر فعال باقی‌مانده‌اند. بعضی از کشورها با درآمد کم اصلاحاتی را معرفی نموده که سعی در تغییر به سمت خرید راهبردی می‌باشند.

مقالات تحلیل‌های کشورهای مختلف، مقالات مفهومی و اسناد راهنما درباره خرید راهبردی در سایر کشورها که مرتبط با موضوعات و با تمرکز خاص بر روش‌های پرداخت فراهم‌کنندگان است گرچه تمرکزی قوی‌تر و وسیع‌تر بر سیستم مرتبط با جنبه‌های خرید استراتژیک در حال حاضر ظهور پیدا کرده و پیشنهاد می‌کند که پیامدهای خرید راهبردی بر تقویت سیستم زیاد بوده که شامل تغییر به سمت پاسخگویی بیشتر و کنترل بهتر است.

به عنوان یکی از عملیات سرمایه‌گذاری در نظام‌های سلامت، خرید به تخصیص منابع به فراهم‌کنندگان خدمات بهداشتی گفته شده و در تمام کشورها و به صورت انواع مختلف سیستم‌های سرمایه‌گذاری بهداشتی صورت می‌پذیرد. خرید، تعداد گسترده‌ای از جنبه‌ها را همچون طراحی بسته حمایتی، تخصیص منابع و روش‌های پرداخت فراهم‌کنندگان شامل انتخاب و قرارداد بستن با فراهم‌کنندگان تحت پوشش قرار می‌دهد. همچنین درباره اینکه خدمات را برای چه کسی خریداری کنیم نیز می‌باشد. در حالی که خرید در سیستم‌های سرمایه‌گذاری بهداشتی (سازمان‌های خصوصی) با یک سازمان خرید مجزا روشن‌تر است، بهبود عمل خرید نیز مرتبط با سیستم‌های بهداشتی یکپارچه با بودجه‌ی دولتی مبتنی بر تخصیص بودجه بدون جدا نمودن فروشنده - خریدار می‌باشد.

در کل امید است اجرای خرید راهبردی موثر در نظام‌های سلامت باعث دستورالعمل کار مشارکتی جهانی در زمینه خرید راهبردی با هدف تقویت انسجام ظرفیت در خرید راهبردی، محورهای سیاستی آگاه کننده و هدایت سیاست‌گذاری گردد. مشارکت خیرین و شرکاء توسعه دهنده برای ایفای نقش حمایتی برای اجرای خرید راهبردی ضروری است خصوصا در کشورهای وابسته به خیرین.

علاوه بر این بطور خاص پیشنهاد می‌گردد تمرکز به سمت کنترل برای جلوگیری از سوء استفاده تغییر کند. کنترل شدید برای تعریف اهداف سیاسی بدون مغایرت، تسهیل مشورت با سهامداران، کنترل و ارزیابی پیشرفت UHC و در آخر همسویی اصلاحات خرید راهبردی با دیگر اصلاحات مالی بهداشتی لازم بوده و عامل کوچکی نیست. یک موضوع مهم دیگر خرید راهبردی کنترل و نظارت، و اجرای سیستم‌های مدیریت اطلاعات و داده می‌باشد. این امر مستلزم استانداردسازی و اتحاد جمع‌آوری داده و مدیریت اطلاعات می‌باشد.

وقتی این امر موثر باشد، می‌تواند بطور موثر طراحی بسته خدمات سلامت را هدایت نموده و خود را با روش‌های پرداخت ارائه کننده همسو سازد بعلاوه اصلاح تفکر نسبت به سیستم‌های پرداخت ترکیبی. برای تلاش‌های آتی کشورها بعلاوه حمایت مشورتی سیاسی و تکنولوژیکی توسط ارائه‌دهندگان، استدلال می‌شود بحث مکانیسم‌های خرید تغییر نماید؛ از یک دیدگاه فردی نسبت به مکانیسم‌های خرید و اصلاحات فردی به سمت دیدگاهی که تشخیص می‌دهد اکثر سیستم‌ها دارای سیستم پرداخت ترکیبی هستند. دوری از اصلاحات و آزمایشات جداگانه نیز به تغییر طراحی و پیاده سازی اصلاحات خرید راهبردی به

سمت نهادینه نمودن سیستم بهداشتی کمک می‌کند. در بسیاری از مطالعاتی که توسط سازمان بهداشت جهانی انجام شده مدیریت پویایی واقعی و لزوم اصلاحات، فاکتورهای ضروری موفقیت در این تلاش هاست. در آخر این مورد مدیریت دانش، انتقال تجربه و شبکه‌ای برای خرید راهبردی می‌بایست مستقر شود که عامل کوچکی نیست.

## فصل پنجم

تعیین عوامل مؤثر و ارائه الگو





## هدف ۱: تعیین وضعیت خرید راهبردی در کشورهای منتخب جهان

### روش تحقیق

برای جامعیت یافته‌ها از چند روش مختلف به ترتیب ذیل استفاده کرده‌ایم:

### مرور گسترده<sup>۱</sup>

در این مرحله به مرور مطالعاتی که درباره خرید راهبردی و ویژگی‌های آن در سیستم سلامت‌های کشورهای منتخب پرداخته‌اند اقدام کردیم تا لیستی از ویژگی‌ها و مؤلفه‌های آن را در ایران و سطح جهان تهیه کنیم. به منظور دستیابی به حداکثر منابع مرتبط با موضوع از یک استراتژی جستجوی گسترده استفاده شد.

**محیط پژوهش:** پایگاه‌های داده‌ای پزشکی و علوم اجتماعی شامل:

پایگاه (WOS) Web of Sciences ، Scopus ، PubMed ، Medline via  
Ovid، Embase

**جامعه پژوهش:** جامعه پژوهش شامل مجموعه مقالات و مستندات در پایگاه‌های داده‌ای بوده است.

**استراتژی جستجو:** کلید واژه‌هایی که در این جستجو انتخاب شد براساس کلید واژه‌هایی که در (Mesh) مرتبط با تعاریف خرید راهبردی بودند به عنوان کلید واژه انتخاب شدند.

("Health Care Sector"[Mesh]) OR "Delivery of Health Care,

---

<sup>۱</sup> Scoping review

Integrated" [Mesh])) AND Strategic Purchasing[Title/Abstract]) OR Strategic purchase [Title/Abstract]

ابزار مورد استفاده در این مطالعه فرم استخراج داده‌ها از مطالعات قبلی (فرم جمع‌آوری داده‌ها) بود. این فرم‌ها به منظور حفظ صداقت، کاهش سوگیری و ... مورد استفاده قرار گرفتند و اعتبار و اعتبار مرور نظام‌مند را افزایش می‌دهد. برای این منظور، در ابتدا لیست اصلی کلمات کلیدی متناسب با هدف تحقیق به دو زبان انگلیسی و فارسی با توافق تیم تحقیق انتخاب شد و سپس پایگاه داده‌های فوق جستجو شد. فرم جمع‌آوری داده‌ها براساس منابع اطلاعاتی تکمیل شد.

#### معیارهای ورود و خروج:

جستجو با محدوده زمانی از سال ۲۰۰۰ تا اکتبر سال ۲۰۱۹ انجام شد و فقط مقالات مرتبط با هدف مطالعه وارد مطالعه شدند به منظور افزودن به غنای داده‌ها مقالاتی که فقط به خرید راهبردی نظام سلامت پرداخته‌اند و مقاله کامل بودند، مورد بررسی قرار گرفت. معیارهای خروج شامل مطالعاتی بود که تکراری بودند، چکیده و محتوا غیر مرتبط بود و یا مقالاتی که مسائل غیر مرتبط با خرید راهبردی و یا سایر بخش‌های حوزه سلامت همانند مالی، درمان و... را بررسی نموده بودند.

#### ارزیابی مقالات:

ارزیابی توسط چهار محقق انجام شد دو نفر استادیار و دو پژوهشگر همگی با سابقه پژوهش، مقالات را از نظر عنوان و خلاصه مورد بررسی قرار داده و در فایل اندنوت برچسب‌گذاری کردند. مقاله کامل انتخاب شده بوسیله پژوهشگران براساس معیارهای ورود و خروج به مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. مطالعاتی که

در زمینه خرید و خرید استراتژیک در زمینه‌های غیر نظام سلامت و سیستم‌های بهداشتی به دلیل عدم انطباق با اهداف مطالعه، حذف گردید.

#### استخراج و تحلیل داده‌ها:

استخراج اطلاعات در فرم مخصوص شامل نام نویسنده اول، سال انتشار، نوع طراحی مطالعه، جامعه آماری و هدف مطالعه و نتیجه مقاله در زمینه خرید راهبردی برای ارائه خدمات با کیفیت انجام شد.

خروجی: بر اساس بررسی متون، لیستی متشکل از معیارها و مؤلفه‌هایی که در خرید راهبردی سلامت در ایران و جهان مورد توجه قرار می‌گیرند تهیه شد. سپس براساس آن چک لیستی برای تحلیل اسناد بالادستی و نیز یک راهنمای مصاحبه برای مصاحبه با خبرگان تهیه شد. (فرم راهنمای مصاحبه در پیوست‌ها قرار داده شده است)

#### مرور مستندات:

در طول چند سال گذشته، بسیاری از کشورها پیرو گزارشات منتشر شده توسط سازمان‌های معتبر جهانی در خصوص وضعیت سلامتی از نظر شاخص‌های سلامتی و با توجه به نتایج بررسی‌ها و مطالعات صورت گرفته، در جهت ارتقاء شاخص‌های سلامت جامعه و وصول به اهداف سلامتی و کاهش نابرابری‌های بهداشتی بر اجرای اقدامات اصلاحی اهتمام کردند. به‌طور کلی اصلاحات در سیستم‌های بهداشتی به صورت هدفمند به منظور بهبود عدالت، اثربخشی و کارایی و اغلب در جهت کاهش نابرابری‌های اجتماعی - اقتصادی و عمدتاً در راستای ارائه دسترسی برابر به مراقبت‌های بهداشتی می‌باشند از آنجایی که ارزیابی

تحقق اهداف اصلاحات بخش سلامت با توجه به ارتباطات گوناگون با عوامل مختلف تأثیرگذار بر این حوزه، پیچیده می‌باشد فلذا بایستی این ارزیابی طبق یک چهارچوب معتبر صورت گیرد.

مرحله دوم مطالعه در جهت پاسخ به سوالات و محورهای راهنمای ارزیابی (پرسشنامه WHO) صورت گرفت. جهت انجام این کار ابتدا بررسی و تحلیل اسناد صورت گرفت. تحلیل محتوای قوانین، آئین‌نامه‌ها و مواد مربوط به سیاست‌های خرید راهبردی، از منابع مهم جمع‌آوری اطلاعات این مطالعه بودند. دسترسی به این اطلاعات از طریق مطالعه اسناد بالادستی موجود در کتاب‌ها، گزارش‌ها و سایت‌های مرتبط صورت گرفت.

فرآیند تحلیل اسناد با شناسایی اسناد مرتبط (قوانین بالادستی، مصوبات، آیین‌نامه‌ها و ...) آغاز شد. شناسایی اسناد با بررسی مصوبات و سایت‌های رسمی کشور (سایت وزارت کشور، ریاست جمهوری، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و سازمان‌های بیمه‌گر،...) و همچنین پرسش از افراد خبره در این زمینه صورت گرفت. همچنین دسترسی به این اطلاعات از طریق کتاب‌ها، گزارش‌ها و سایت‌های مرتبط صورت گرفت. داده‌های گردآوری شده در این مرحله استخراج و در کاربرد اطلاعاتی اسناد ثبت می‌شد.

سپس اسناد شناسایی شده مرتبط با خرید راهبردی و بیمه‌های سلامت توسط تیم پژوهش مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند؛ به این ترتیب که پس از شناسایی، اعتبار هر یک از آنها از لحاظ اصالت<sup>۱</sup> اعتبار<sup>۱</sup> (عاری از خطا بودن)،

<sup>۱</sup> Authenticity

نمایانگر داده‌ها<sup>۲</sup> بودن (نشان دهنده خود اطلاعات) و معنی‌دار بودن<sup>۳</sup> (شفاف بودن اسناد) مورد بررسی قرار گرفت. هدف از انجام این کار خارج کردن اسناد دارای اعتبار پایین می‌باشد، بود.

### دستاوردها

برای مطالعه تطبیقی خرید راهبردی در سایر کشورها به چند روش انجام دادیم.

### مرور گسترده

مقالات به دست آمده از scoping review که ۲۵۶ مقاله بود مورد بازبینی قرار گرفتند و وارد نرم افزار Endnote گردید پس از حذف مقالات تکراری و غیر مرتبط مقالات باقی مانده با استفاده از چک لیست ارزیابی کیفیت<sup>۴</sup> (CASP) با در نظر گرفتن معیارهای خروج از مطالعه بررسی گردیده و مابقی مقالات طبق اهداف و سوالات مطالعه برای ورود به فرایند تحلیل انتخاب شدند.

پس از جستجو در پایگاه‌ها تعداد ۲۵۲ عنوان مقاله انتخاب مطالعه گردید؛ سپس موارد تکراری حذف شدند. از کل مقالات منتشر شده در مورد خرید راهبردی فقط ۳۷ مقاله با عنوان خرید راهبردی در نظام سلامت را مورد بررسی قرار داده بودند که نتایج آن به شرح زیر می‌باشد نتایج به صورت فلوجارت PRISMA نشان داده شده است.

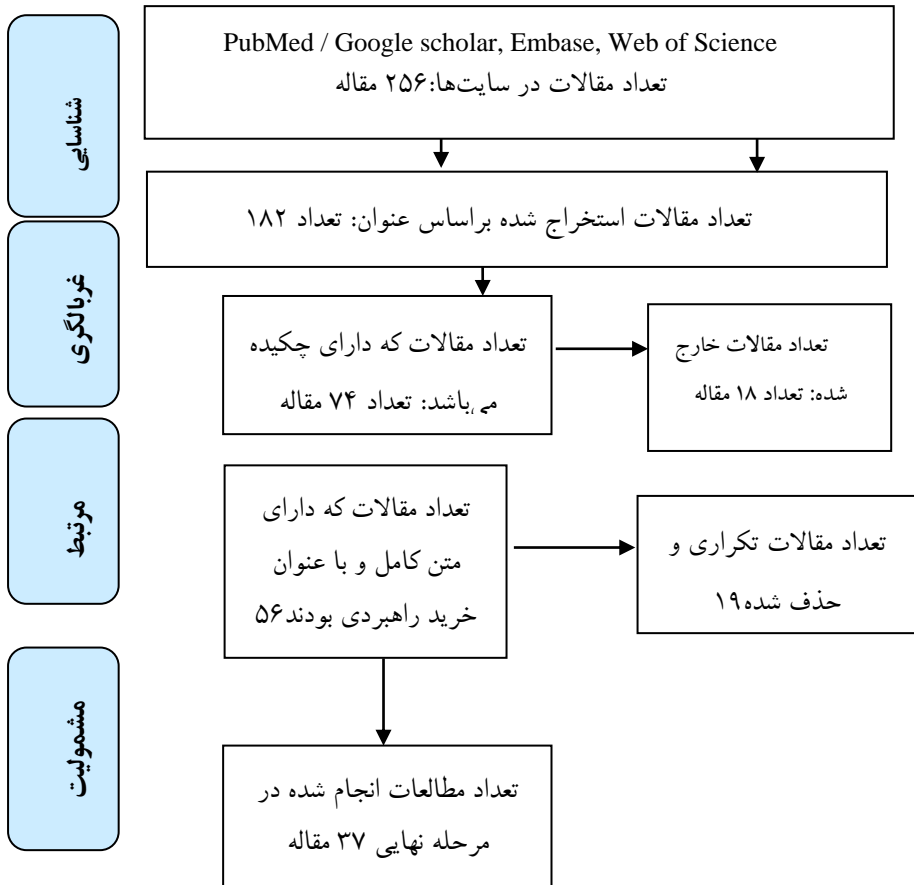
---

<sup>۱</sup> Credibility

<sup>۲</sup> Representative

<sup>۳</sup> Meaningful

<sup>۴</sup> Critical Appraisal Programme



نمودار شماره ۵-۱: فرآیند جستجو و بررسی مقالات در خصوص خرید راهبردی با استفاده از موتورهای جستجو

یافته‌های حاصل از بررسی مقالات در این مطالعه نشان می‌دهد که در حیطه  
 From (۳۱,۳٪) What to be purchased?  
 For whom to buy? (۴۳,۶٪) ،  
 whom should be purchased? (۶۸٪) ،  
 How much to pay (۵۶,۳٪) ،  
 How to pay (۴۴٪) می‌باشد.

## هدف ۲: تعیین وضعیت موجود خرید راهبردی در ایران

### روش مرور مستندات

منابع اطلاعاتی از قبیل کتاب‌ها، گزارش‌ها از جمله گزارش سازمان‌های بین‌المللی بهداشتی مثل سازمان جهانی بهداشت، بانک جهانی، بانک‌های اطلاعاتی، وبسایت‌های مرتبط معتبر از جمله وبسایت سازمان بهداشت جهانی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، همچنین دستورالعمل‌های ملی و بین‌المللی به صورت هدفمند از واحدهای تابعه وزارت بهداشت و پایگاه‌های داده‌ای سازمان‌های مختلف مانند دولت، مجلس و وزارت بهداشت استخراج گردید و اسناد و قوانینی که در زمینه خرید راهبردی نظام سلامت بدون محدودیت زمانی استخراج کردیم و با بهره‌گیری از معیارهای اسکات (تعیین اصالت، تعیین اعتبار، نمایندگی و معنی‌دار بودن) مورد غربالگری قرار گرفتند. قوانین و مقررات موجود در قالب ۵ سؤال اصلی که عبارتند از چه خدماتی را برای چه کسانی و توسط چه ارائه‌دهندگانی و با چه مکانیسم پرداخت و به چه میزان در نظام سلامت خرید نماییم؛ به دقت مورد بررسی قرار گرفته و دسته‌بندی شدند؛ و نقاط ضعف و قوت و چالش‌ها و راهکارهای خرید راهبردی کشور ایران از شواهد به دست آمده، استخراج گردید.

### ابزار پژوهش

برای دستیابی دقیق‌تر به اهداف پژوهش، از یک راهنمای مصاحبه استفاده شد. راهنمای مصاحبه بر اساس ویژگی‌های یافت شده در هدف اختصاصی اول و نیز بر اساس نیازهای پژوهش حاضر به تعیین دیدگاه‌های متخصصین و صاحب‌نظران

تدوین شد.

راهنمای مصاحبه دارای دو بخش بود: بخش اول مشخصات دموگرافیک شامل سن، وضعیت تاهل، مدرک تحصیلی، تخصص (رشته تحصیلی)، درجه علمی (در صورت هیات علمی بودن) و سوابق تجربی و مدیریتی بود بخش دوم نیز مربوط به سوالات باز بود، سوالات در ضمیمه موجود می‌باشد.

در این مرحله برای جمع‌آوری داده از مصاحبه با متخصصین و صاحب نظرانی که معیارهای لازم را برای ورود به مطالعه داشتند استفاده گردید. مصاحبه از روش‌های جمع‌آوری اطلاعات است که در آن مصاحبه‌شوندگان به طور شفاهی مورد پرسش قرار می‌گیرند، پاسخ سؤالاتی را که در مصاحبه پرسیده می‌شود باید در حین مصاحبه و یا بلافاصله بعد از آن و از طریق ضبط یا یادداشت برداری ثبت کرد. در مصاحبه می‌توان از سؤالات باز یا بسته استفاده کرد ولی در استفاده از سوالات باز، اطلاعات بیشتری به دست می‌آید که در اینجا به طراحی پرسشنامه پرداختیم.

**حجم پژوهش:** افرادی که معیارهای لازم جهت ورود به مطالعه را داشتند عبارت بودند از مدیران، معاونین، کارشناسان و پرسنل محیطی وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی، دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت و سازمان‌های بیمه‌گر پایه کشور و نمایندگان مجلس شورای اسلامی بودند که دارای آشنایی و سابقه کار در مباحث بیمه و خرید راهبردی بودند. به منظور دستیابی به هدف مطالعه روش نمونه‌گیری مورد استفاده روش مبتنی بر هدف بود در روش مبتنی بر هدف محققین بر مبنای هدف پژوهش و سودمندی بیشتر نمونه‌ها، کسانی را



انتخاب می‌نمایند که بتوانند به سؤالات مطالعه، پاسخ داده و دستیابی به اهداف مطالعه را تسهیل کنند.

در روش‌های کیفی از سه روش نمونه‌گیری استفاده می‌شود.

۱. روش نمونه‌گیری ساده:<sup>۱</sup> که در آن از افراد در دسترس یا داوطلب

استفاده می‌شود.

۲. روش گلوله برفی:<sup>۲</sup> محقق از افرادی که در ابتدای تحقیق انتخاب

شده‌اند، می‌خواهد افرادی که در این زمینه دارای دیدگاه یا تجربیاتی

هستند را معرفی کنند.

۳. روش نمونه‌گیری هدفمند (مبتنی بر هدف):<sup>۳</sup> محقق می‌کوشد با توجه

به اطلاعاتی که نیاز دارد نمونه‌هایی را انتخاب کند.

پس از انتخاب شرکت‌کنندگان پژوهش، با هماهنگی قبلی جلسات مصاحبه نیمه ساختاریافته تشکیل گردید. دلیل انتخاب این روش توانایی و قدرت روش در شناخت و کشف نظرات، عقاید و نگرش صاحب نظران در خصوص موضوعات مورد مطالعه بود. قبل از شروع جلسات، پژوهشگران در خصوص هدف جلسه، دلایل انتخاب شرکت‌کنندگان، منافع شرکت در مطالعه و همچنین نحوه دستیابی به نتایج مطالعه توضیحات کافی را به شرکت‌کنندگان ارائه نمودند برای انجام مصاحبه ابتدا به منظور توصیف شرکت‌کنندگان اطلاعات دموگرافیک آن‌ها

<sup>۱</sup> convenience

<sup>۲</sup> snowball

<sup>۳</sup> Purposive sampling

ثبت شده و فرم رضایت آگاهانه توسط شرکت کنندگان تکمیل گردید. جهت اجرای مصاحبه‌ها از سوالات آغازین طراحی شده استفاده گردید که پس از مرور متون و براساس اهداف مطالعه طراحی گردیده بود البته در طی اجرای مصاحبه‌ها جهت جامعیت و بهبود کیفیت با نظر اعضای تیم مطالعه اصلاحاتی در سوالات اعمال گردید روایی سوالات از طریق انجام مصاحبه‌های پایلوت توسط تیم مطالعه بررسی گردید. زمان اجرای مطالعه از مهر ۱۳۹۷ تا اردیبهشت سال ۱۳۹۸ بود مصاحبه‌ها تا مرحله اشباع داده‌ها ادامه یافت.

**مکان پژوهش:** مکان اجرای مصاحبه‌ها محل کار مصاحبه شوندگان در دانشگاه‌ها و مراکز و موسسات نظام سلامت در سطوح مختلف ستادی و اجرایی بود مصاحبه‌ها با هماهنگی که یک هفته قبل از طریق تماس تلفنی یا مراجعه حضوری انجام شد و یک برگ اطلاعات در خصوص اهداف مطالعه، تاریخ و زمان مصاحبه به آن‌ها داده و یا ایمیل شده بود زمان تخصیص یافته ۳۰-۶۰ دقیقه (میانگین ۴۰ دقیقه) بود.

در مجموع ۲۵ مصاحبه عمیق با افراد صاحب نظر در حیطه خرید راهبردی طبق جدول ذیل انجام شد:

جدول ۵ - ۲ مصاحبه شونده‌گان، تعداد آن‌ها و سازمان مربوطه

تعداد مصاحبه شونده‌گان	سازمان مربوطه	تعداد مصاحبه شونده‌گان	سازمان مربوطه
۲	سازمان بیمه کل سلامت کشور	۱	مرکز تحقیقات عدالت در سلامت
۲	سازمان تامین اجتماعی کشور	۳	مرکز تحقیقات سازمان بیمه سلامت
۲	دفتر ارزیابی استاندارد وزارت	۴	دبیرخانه بیمه سلامت
۲	سازمان بیمه تامین اجتماعی استان	۳	سازمان بیمه سلامت استان قم
۳	همایش بیمه سلامت	۲	مجلس شورای اسلامی
		۲	سازمان نظام پزشکی کشور

بعد از برگزاری جلسات مصاحبه نیمه ساختار یافته، اشباع داده‌ها حاصل شد. کلیه مصاحبه‌ها با موافقت شرکت‌کنندگان ضبط گردیده و از نکات مهم یادداشت برداری گردید فایل‌های ضبط شده بعد از اتمام هر مصاحبه بلافاصله دست‌نویسی شده کلمه به کلمه پیاده شده سپس بازخوانی و سپس کدگذاری صورت می‌گرفت به این شکل که فایل‌های صوتی مصاحبه‌ها بلافاصله پس از اجرای مصاحبه به دقت و به صورت کلمه‌ای رونویسی شده و تایپ شدند و سپس متن‌های حاصل چندین بار مورد بازخوانی قرار گرفته و در مرحله بعد چارچوب رویکردی برای کدگذاری و تحلیل انتخاب شد.

برای تعیین روایی و دقت و استحکام مصاحبه‌ها از چهار معیار مقبولیت، تعیین،

همسانی و انتقال‌پذیری استفاده شد. قبولیت به معنی قابل‌پذیرش بودن داده‌ها است که این امر در گرو جمع‌آوری داده‌های حقیقی است. جهت افزایش مقبولیت داده‌ها از روش‌های زیر استفاده شد.

- تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها و حسن ارتباط با شرکت‌کنندگان.

- ارایه بازخورد به شرکت‌کنندگان جهت تأیید مطالب ارایه شده در پایان هر جلسه.

- جست و جو برای شواهد مغایر و تحلیل موارد منفی.

هم‌چنین تعیین به معنی این است که دو پژوهشگر نتایج مشابهی از دست‌نوشته‌ها و گزارشات داشته باشند. این امر وقتی حاصل می‌شود که داده‌ها به پژوهشگر دیگری داده شود و هر دو نفر یافته‌های مشابهی را استخراج کنند که در این مطالعه، ویژگی تعیین نیز مورد بررسی قرار گرفت. برای اطمینان از قابل قبول بودن داده‌ها، نمونه‌گیری با حداکثر تنوع از کارکنان مختلف صورت گرفت. علاوه بر این، کدهای تهیه شده از مصاحبه‌ها در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و بعد از اعمال اصلاحات مورد نظر به تأیید آن‌ها رسید. برای اطمینان از قابلیت انتقال، سعی گردید که کلیه مراحل اجرای پروژه، محیط و زمینه اجرای مطالعه به طور کامل برای خوانندگان شرح داده شود. برای تأمین معیار قابلیت اطمینان نیز فرایند انجام مطالعه در اختیار استادان با سابقه در زمینه پژوهش‌های کیفی قرار گرفت. آن‌ها پس از بازنگری فرایند مطالعه، نتایج پژوهش را مورد تأیید قرار دادند. با توجه به این که در این مطالعه سه معیار قبلی بررسی

روایی و پایایی پژوهش‌های کیفی تأمین شد، می‌توان استنتاج کرد که تأیید پذیری نیز خودبه خود رعایت شده است.

### روایی و پایایی مطالعه

در مطالعات کیفی بجای استفاده از واژه‌های روایی و پایایی از معیارهای مقبولیت، انتقال‌پذیری، همسانی و تاییدپذیری استفاده می‌شود. برای افزایش مقبولیت از تلفیق در تحقیق و بازنگری استفاده می‌کنیم. برای افزایش انتقال‌پذیری، نمونه‌های مناسب را انتخاب و جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها را هم‌زمان انجام می‌دهیم. برای افزایش همسانی داده‌ها توسط پژوهشگران مختلف و ناظران خارجی تجزیه و تحلیل می‌شوند و باید نتایج مشابهی به دست آید و برای افزایش تایید پذیری تمام روند پژوهش از ابتدا تا انتها توضیح داده می‌شود.

### آنالیز و تحلیل داده‌ها

در این مرحله مصاحبه‌ها پیاده و سپس تحلیل داده‌ها به شیوه تحلیل محتوا انجام شد که به صورت دستی و با بهره‌گیری از نرم افزار MAXQDA10 انجام شد؛ که موضوعات اصلی مرتبط با هر یک از به ابعاد راهبردی و نیز مشکلات و چالش‌های پیشرو و راهکارهای پیشنهادی آن استخراج گردید.

تحلیل داده‌های کیفی به صورت زیر تعریف شده است:

کارکردن با اطلاعات، سازمان‌دهی آن، تجزیه آن به واحدهای قابل اداره، ساختن آن، جستجوی الگو، کشف آن چه که مهم است و باید به دست آید و نهایتاً تصمیم‌گیری در مورد اینکه چه چیزی به دیگران خواهید گفت. پژوهشگران

کیفی به دنبال تحلیل استقرایی<sup>۱</sup> اطلاعات هستند در حالی که پژوهشگران کمی از تحلیل قیاسی<sup>۲</sup> بهره می‌جویند. تحلیل اطلاعات کیفی نیازمند خلاقیت است تا اطلاعات خام را به اطلاعات معنی‌دار و منطقی دسته‌بندی نمایند. تحلیل اطلاعات کمی مشابه نمره دادن به سوالات چند گزینه‌ای می‌باشد در صورتی که تحلیل اطلاعات کیفی مشابه تصحیح ورقه‌های تشریحی است. از طرفی تحلیل اطلاعات در پژوهش کیفی در یک مرحله جداگانه نظیر مطالعه کمی انجام نمی‌شود بلکه آنالیز داده‌ها و جمع‌آوری آنان موازی یکدیگر صورت می‌گیرد.

لذا ما در اینجا برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای قیاسی استفاده نمودیم. بعد از تحلیل داده‌های به دست آمده از جلسات مصاحبه، طی تحلیل ابعاد خرید راهبردی طبق مدل سازمان بهداشت جهانی ۵ بعد اصلی، ۲۰ موضوع و ۵۸ زیر موضوع استخراج شد.

### دستاوردها

برای تعیین وضعیت فعلی خرید راهبردی در نظام سلامت ایران و برای جامعیت یافته‌ها از چند روش مختلف اعم از مرور گسترده و مروری بر متون و نیز مصاحبه از خبرگان استفاده نمودیم که یافته‌ها در خصوص این هدف به شرح ذیل می‌باشد:

### بعد اول - بسته خدمات سلامت (چه چیزی را خریداری کنیم؟)

بسته خدمات سلامت در ایران به دو سطح کلی تقسیم می‌شود: سطح اول ارائه

<sup>۱</sup> Inductive

<sup>۲</sup> deductive

خدمت و سطح دوم و سوم.

مراقبت‌های بهداشتی اولیه (P.H.C)، که سطح اول ارائه خدمت را تشکیل می‌دهد، در کشور با تشکیل گروه‌های سیار مبارزه با مالاریا، سل، آبله و... در سال‌های پس از جنگ جهانی دوم آغاز شد. بعدها، طرح‌های «سپاه بهداشت» و «تربیت بهدار» اجرا شد. در سال ۱۳۵۱، طرح تحقیقاتی نحوه توسعه خدمات پزشکی و بهداشتی با هدف استقرار یک نظام ارائه خدمات و استفاده از نیروهای غیرپزشک در واحدهای محیطی در استان آذربایجان غربی به اجرا درآمد. همچنین طرح‌های تحقیقاتی مشابهی نیز انجام شد. در اولین سال‌های پس از پیروزی انقلاب اسلامی، سیاست‌های اساسی بهداشت و درمان کشور تدوین شد. طی سال‌های ۱۳۶۲-۱۳۶۱، طرح اجرایی شبکه بهداشتی - درمانی کشور تهیه و در نهایت در سال ۱۳۶۳ برنامه اجرایی «گسترش شبکه بهداشتی - درمانی کشور» به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید. خط‌مشی‌های اصلی مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران عبارت بودند از:

۱. محوریت ارائه خدمات، بهداشتی اولیه.

۲. اولویت مناطق محروم و روستاها بر مناطق برخوردار و شهرها.

۳. اولویت پیشگیری بر درمان.

۴. اولویت درمان سرپایی بر درمان بستری

سطح دوم و سوم ارائه خدمت: براساس ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو شامل خدمات پزشکی اورژانس، عمومی و تخصصی (سرپایی و بستری) که انجام و ارائه آن در نظام بیمه

خدمات درمانی به عهده سازمان‌های بیمه‌گر، قرار می‌گیرد و لیست خدمات فوق تخصصی که مشمول بیمه‌های مضاعف (مکمل) می‌باشد؛ باید به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران برسد. بسته خدمات پایه در کشور بیشتر به صورت دسته‌های بزرگ درمانی و دارای یک لیست منفی بوده است که ابتدا در سال ۱۳۷۴ و سپس در سال ۱۳۸۳ بازنگری گردیده است. هر چند که شورای عالی بیمه خدمات درمانی و کمیته همسویی سازمان‌های بیمه‌گر پایه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در طول این سال‌ها به طور نسبتاً منظم نسبت به تشکیل جلسات کارشناسی اقدام و شمول خدمات را بررسی نموده‌اند. اولین بار در اواخر سال ۱۳۸۶ بسته خدمات بیمه پایه سلامت در قالب فهرستی مثبت<sup>۱</sup> و با رویکرد تجمیع همه موارد و بدون اولویت‌بندی تدوین گردید. براساس قسمت (۱) بند (ب) تبصره ۱۴ قانون بودجه سال ۱۳۸۶، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مکلف گردید که با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، خدمات مشمول بیمه پایه خدمات درمانی را حداکثر ظرف سه ماه تهیه و به تصویب شورای عالی بیمه برساند.

بر طبق قانون برنامه ششم توسعه، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مسئول بازنگری همه ساله بسته بیمه پایه با مشارکت ذی‌نفعان شده است. در این راستا و پس از گذشت دوازده سال از تدوین بسته بیمه پایه قبلی، در سال ۱۳۹۸ بسته بیمه پایه موجود کشور توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه مستقر در وزارت بهداشت گردآوری و تدوین و ابلاغ شده است و در حال حاضر نسخه به روز

<sup>۱</sup> Positive List



شده بسته بیمه پایه مورد عمل توسط کلیه ذی نفعان می باشد.

جدول ۵-۳: مروری بر طراحی بسته خدمات سلامت در جمهوری اسلامی ایران

وضعیت موجود	سازمان	عنوان
<p>بسته خدمات سلامت مجموع کالا و خدماتی است که در سه سطح ۱ و ۲ و ۳ جهت پیشگیری، درمان و توان بخشی افراد در کشور توسط ارائه دهندگان ارائه می شود بسته خدمات سلامت در حال حاضر به ۵ صورت در مراکز درمانی به ویژه بیمارستان ها به بیماران ارائه و تأمین مالی می گردد که به شرح ذیل می باشد.</p> <p>۱ - بسته خدمات بیمه پایه سلامت</p> <p>۲ - بسته خدمات تحول نظام سلامت</p> <p>۳ - بسته خدمات بیمه تکمیلی</p> <p>۴ - بسته خدمات حمایتی</p> <p>۵ - سایر خدمات</p> <p>۱ - بسته خدمات بیمه پایه</p> <p>بسته خدمات پایه بیمه های درمانی را می توان فهرستی از خدمات و کالاهای سلامتی برشمرد که با توجه به ملاحظات اقتصادی، سیاسی و اجتماعی علاوه بر قابلیت ارائه در کشور، در طی یک فرایند تصمیم گیری و چانه زنی، تعیین و هزینه آنها توسط سازمان های بیمه گر پایه تأمین می شود.</p> <p>۲ - بسته خدمات تحول نظام سلامت</p> <p>در این برنامه بسته خدمات شامل آن دسته از خدماتی بود که در بسته پایه خدمات سلامت تعریف شده بود و در بسته بیمه پایه پوشش داده نمی شد. شرایط پوشش این بسته به صورت خلاصه به صورت زیر می باشد:</p> <p>۱- خدماتی که کاملاً تحت پوشش بیمه پایه می باشد: این دسته از خدمات مشمول طرح تحول نمی باشند.</p> <p>۲- خدمات که تحت پوشش بیمه پایه می باشند ولی به طور ناقص پوشش داده می شوند که ما به تفاوت قیمت و تعداد تحت پوشش بیمه</p>	<p>وزارت بهداشت (معاونت بهداشت و درمان)</p>	<p>تعریف بسته</p>

<p>خدمت تا تعرفه و تعداد مصوب توسط طرح پوشش داده می‌شود.</p> <p>۳- خدمات خارج از پوشش بسته بیمه پایه: این خدمات به جز موارد ذیل کاملاً تحت پوشش طرح می‌باشند.</p> <p>- خدمات زیبایی</p> <p>- خدماتی که مشمول برنامه‌های حمایتی می‌باشند مانند بیماران خاص و بیماران تصادفی</p> <p>- هزینه خدمات و تخت VIP</p> <p>- هزینه خدمات ناشی از ضرب و جرح</p> <p>- عمل‌های گران قیمت مانند تاوی (خدمات گران قیمت با تصویب کمیته تخصصی شامل اعضاء (مدیر و رییس بیمارستان مدیر گروه بخش و چند استاد مرجع)، در بیمارستان قابل پوشش می‌باشد و خدماتی که هزینه اثربخشی آن‌ها تایید نگردیده است مشمول برنامه نمی‌باشند.</p> <p>۳ - بسته خدمات بیمه تکمیلی</p> <p>در کشور ایران، بیمه‌های تکمیلی سلامت انواعی از بیمه‌های تجاری هستند که از نظر ساختاری زیر نظر بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می‌باشند. اشتراک سیاست‌های بیمه‌های مکمل درمان با وزارت بهداشت، از طریق سندیکای بیمه گران ایران (متشکل از نماینده‌های وزارت بهداشت، بیمه‌های خصوصی و نظام پزشکی) صورت می‌گیرد. بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران، به دنبال فعالیت‌های غیر گسترده شرکت سهامی بیمه ایران از سال ۱۳۱۶، در ۳۰ خرداد ۱۳۵۰ در ۷۷ ماده به تصویب رسید و نحوه فعالیت و عملیات بیمه را در مورد شرکت‌های داخلی و خارجی ترسیم نمود.</p> <p>در حال حاضر حدود ۲۳ بیمه مکمل درمان در کشور ما وجود دارد که به صورت خصوصی (به جز بیمه ایران که وابسته به دولت می‌باشد) زیر نظر بیمه مرکزی ایران مشغول به فعالیت در حوزه درمان می‌باشند. این بیمه‌ها علی‌رغم تعیین حدود و مقررات مشخص در قوانین توسعه، به صورت بیمه‌های مازاد عمل می‌نمایند، بدین معنی که در نقش جبران هزینه فرانشیز بیمه شده (Supplementary) عمل می‌کنند. جبران هزینه این بیمه‌ها به صورت متغیر و براساس مفاد قرارداد فی مابین بیمه شده و بیمه‌گذار می‌باشد که با تعیین میزان حق بیمه و تعهدات بیمه‌گذار موجودیت و اعتبار پیدا می‌کند.</p> <p>براساس تبصره ۵ ماده ۲۸ قانون برنامه پنجم توسعه بیمه تکمیلی می‌بایست خدماتی را که خارج از پوشش بیمه پایه می‌باشد را پوشش</p>	
--	--

<p>دهد لذا بر این اساس بسته خدمات بیمه تکمیلی شامل موارد ذیل می‌باشد:</p> <p>۱. برای افراد دارای بیمه پایه، شرکت‌های بیمه بازرگانی، فرانشیز سهم بیمار و کلیه هزینه‌های خدمات خارج از تعهد بیمه پایه را تا سقف مورد تعهد پرداخت می‌نماید.</p> <p>۲. برای افراد فاقد بیمه پایه که دارای پوشش بیمه درمان تکمیلی هستند، شرکت‌های بیمه بازرگانی هزینه کلیه خدمات را تا سقف مورد تعهد پس از کسر فرانشیز سهم بیمار پرداخت می‌نمایند.</p> <p>۳. برای افراد دارای بیمه پایه و درمان تکمیلی در مورد خدمات بدون پوشش بیمه پایه، شرکت‌های بیمه بازرگانی هزینه‌های خدمات مورد تعهد را تا سقف مورد تعهد پس از کسر فرانشیز سهم بیمار پرداخت می‌نمایند.</p> <p>۴- بسته خدمات حمایتی</p> <p>علیرغم وجود بسته بیمه پایه، تحول (از سال ۹۳ این برنامه شکل گرفته است) و تکمیلی، به دلیل گران قیمت بودن خدمات بیماران خاص و صعب‌العلاج بسته‌های خدمتی خاص برای این بیماران تعریف شده است که با توجه به اعتبار هدف‌دار این بیماری‌ها در برنامه‌های سالانه بودجه‌ای کشور، در اختیار سازمان‌های مختلف جهت حمایت از این بیماران قرار می‌گیرد:</p> <p>بیماری‌های مورد حمایت:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- بیماران سرطانی</li> <li>- بیماران روانی</li> <li>- بیماران سوختگی</li> <li>- بیماران قلبی</li> <li>- بیماران دیابتی</li> <li>- بیماران خاص (تالاسمی، دیالیز، ام اس، هموفیلی)</li> <li>- بیماران پیوندی (به جز پیوند کلیه که خدمات آن تحت پوشش بیمه پایه می‌باشد)</li> <li>- بیماران صعب‌العلاج (پارکینسون، صرع مقاوم به درمان اسکولپوز)</li> <li>- مصدومین ترافیکی (مطابق با ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه شرکت‌های بیمه‌گر تجاری مکلف‌اند هنگام صدور بیمه نامه شخص ثالث،</li> </ul>	
---	--

<p>سرانشین و مازاد عوارضی معادل ۱۰٪ حق بیمه را طی یک فیش جداگانه دریافت و به حساب درآمد اختصاصی شماره ۱۴۴۱ خزانه‌داری کل کشور تحت عنوان تمرکز وجوه درآمد اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موضوع ماده ۹۲ قانون برنامه چهارم توسعه واریز نمایند.) بر اساس این قانون کلیه خدمات مصدومین ترافیکی در بیمارستان‌ها به صورت رایگان به بیماران ارائه می‌گردد و هزینه آن توسط وزارت بهداشت به مراکز پرداخت می‌گردد؛ که بسته خدمات تحت پوشش توسط وزارت بهداشت سالانه اعلام می‌گردد و تقریباً مشابه بسته بیمه پایه می‌باشد.</p> <p>۵ - سایر خدمات</p> <p>منظور از سایر خدمات شامل خدماتی است که در هیچ کدام از بسته‌های ذکر شده بالا وجود ندارد و ممکن است در بسته خدمات پایه نظام سلامت وجود داشته باشد یا خیر که بیشتر در دو گروه قرار می‌گیرد. خدمات زیبایی و تکنولوژی‌های جدید می‌باشد که بسیاری از این خدمات ممکن است هزینه اثربخش و یا حتی اثربخش نبوده و این خدمات می‌تواند با پرداخت حق بیمه توسط بیمه‌های تکمیلی پوشش داده شود یا توسط خود بیمار تأمین مالی شود.</p> <p>بسته‌های خدمات سلامت در ایران شامل تمام خدمات بهداشتی، دارو و کالاهای مرتبط با سلامت می‌شود که در سیستم بهداشتی ایران قابل انتقال می‌باشد در بسته خدمات ضروری (سطح ۱) ۹۹ خدمت، ۴۳۶ دارو و ۴۸ خدمات آزمایشگاهی و بسته‌های خدمات درمانی (سطوح ۲ و ۳)، ۳۶۸۵ خدمت، ۲۲۱۰ دارو و ۴۰۴ مواد مصرفی، ۷۹۶ خدمت آزمایشگاهی و ۷۰۹ خدمت تصویربرداری پوشش داده شده‌اند.</p> <p>تعاریف مثبت به ویژه برای بسته دارویی و تعاریف منفی برای خدمات تشخیصی و درمانی وجود دارد. برای بیماران خاص نیز از مسیر منابع دولتی بسته خدمات مشخص تعریف شده است.</p> <p>* کلیه خدمات مراقبت‌های اولیه و واکسیناسیون کودکان در قالب PHC به همراه بسته‌های خدمات ارتقا سلامت به تفکیک سن و برنامه‌های بهداشت محیط و مدارس</p> <p>* بسته خدمات تشخیصی و درمانی (بیماران خاص) بیماران متابولیک، MS، تالاسمی، هموفیلی، دیالیز، نازایی،</p> <p>* بسته داروی گران‌قیمت و بیماران صعب‌العلاج (تفاهم‌نامه دارویی)</p> <p>* خدمات بستری برای مجروحان تصادفات جاده‌ای</p>	
---	--

<p>*پوشش خدمات و داروهای بیماران اچ آی وی مثبت *پوشش برخی خدمات درمانی و تشخیصی بیماران مبتلابه آسیب‌های روانی و عصبی و بیماران دچار سوختگی</p>		
<p>حدود ۹۴ درصد از جمعیت کشور تحت پوشش ۴ سازمان بیمه پایه سلامت (سازمان بیمه خدمات سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه درمانی نیروهای مسلح و بیمه کمیته امداد امام خمینی) و حدود ۲۰ صندوق بیمه دیگر نیز حدود ۵ درصد از جمعیت را با بیمه بهداشتی اولیه و گاه با پوشش همزمان (پایه + مکمل) را پوشش می‌دهند. تقریباً بسته خدمات اساسی بیمه برای کل جمعیت همانند است. (بسته خدمات تشخیصی و درمانی، توان‌بخشی و باز توانی (بسته بیمه پایه) در تعهد سازمان‌های بیمه‌گر پایه</p>	<p>سازمان‌های بیمه‌گر بیمه</p>	
<p>تعاریف مثبت به ویژه برای بسته دارویی و تعاریف منفی برای خدمات تشخیصی و درمانی وجود دارد. برای بیماران خاص نیز از مسیر منابع دولتی بسته خدمات مشخص تعریف شده است. بله؛ اما فرانشیز برای اکثر خدمات ثابت است که سالیانه توسط هیأت دولت تعیین می‌شود. گروه‌های خاص بیماران مانند بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج، دستورالعمل‌های ویژه‌ای دارند که فرانشیز کمتری پرداخت می‌کنند.</p>	<p>توضیحات کلی</p>	
<p>بازنگری بسته بیمه پایه سلامت طی سال‌های قبل از ۱۳۷۳ تاکنون، به منسجم و مستند نمودن بسته و گاه‌ا اصلاحاتی مقطعی و غیر متداول‌وزیک در سه نوبت (۸۶،۹۱ و ۹۳) که به‌سرانجام نرسید، بوده است. یافته‌ها نشان می‌دهند که بازنگری اساسی و هدفمندی در بسته خدمات و دارو صورت نگرفته است. تغییراتی در طول زمان و در محتوای بسته وجود داشته است، گاه‌ا به تناسب نیازهایی که ایجاد می‌شد، یکسری داروها، به تعداد خیلی کم، یا خدمات یا تجهیزات وارد بسته شدند، خدمات کمی هم خارج شدند، این اضافه و کم شدن‌ها به میزان کم بوده است.</p>	<p>وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر</p>	<p>بازبینی بسته</p>
<p>بعضی از مهم‌ترین معیارهای ذکر شده برای تعریف خدمات بسته‌های استفاده شده در ایران مورد استفاده قرار می‌گیرند، اما شواهدی وجود ندارد که این معیارها به طور سیستماتیک در تعریف بسته بیمه پایه فعلی وجود داشته باشد؛ همانند *عدالت در دسترسی به خدمات *ملاحظات سیاسی *تأثیر بودجه *تأثیر بر وضعیت اقتصادی خانوار *جامعیت و کفایت خدمات</p>	<p>نظام سلامت</p>	<p>معیار مشخص برای تدوین بسته</p>

<p>* در سطح PHC معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به بازبینی بسته سطح یک ارائه خدمت می‌پردازد که تحت فرایند سیستمیک و با معیارهای مشخص و شفاف صورت نمی‌گیرد.</p> <p>* معاونت درمان بسته بیماران خاص و بسته حمایتی از بیماران روانی و عصبی و بیماران مبتلا به سوختگی را مشخص می‌کند که البته فرایند نظام‌مند و با معیارهای مشخص و شفاف نیست.</p> <p>* پیشنهاددهندگان تغییر در بسته PHC سازمان‌های رسمی و با توجه به پروتکل‌های سازمان جهانی بهداشت می‌باشد. البته در سیستم پزشکی خانواده، پیشنهادات توسط معاونت بهداشت ارائه و با تأیید وزیر بهداشت اجرایی می‌شود.</p> <p>معیارهای مشخص برای ورود خدمات به بسته بیمه پایه کشور وجود ندارد، همچنین سیمای مرگ و اپیدمیولوژی کشور جهت اثربخش نمودن مداخلات بسته در نظر گرفته نمی‌شود.</p> <p>برای اینکه یک خدمت یا دارو در دستور کار دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت قرار بگیرد، باید توسط یک فرد حقیقی یا حقوقی، درخواست و پیشنهاد شود. درخواست‌کنندگان مجاز ورود خدمت/ دارو به بسته بیمه پایه سلامت عبارتند از: دانشگاه‌های علوم پزشکی، بیمارستان‌ها، وزارت بهداشت، وزارت رفاه، سازمان‌های بیمه‌گر پایه، اعضای انجمن‌های علمی، شرکت‌های داروسازی، شرکت‌های واردکننده دارو، شرکت‌های واردکننده تجهیزات پزشکی، ارائه‌کنندگان خدمت و اشخاص. منبع درخواست دهنده باید الزامات و اسناد اولیه جهت قرار گرفتن در لیست انتظار دبیرخانه را که شامل گایدلاین دارو/خدمت، استاندارد و تعرفه آن می‌باشد، آماده کرده باشد.</p>	<p>وزارت بهداشت (معاونت بهداشت و درمان)</p>	<p>لحاظ نمودن تغییرات در بسته</p>
<p>تصمیم‌گیری راجع به ورود و خروج خدمات به بسته بیمه پایه، از سال ۱۳۷۳، توسط دبیرخانه و شورای عالی بیمه سلامت و با برگزاری جلساتی که ذینفعان موضوع در آن مشارکت دارند، صورت می‌گیرد. پس از اینکه بحث در مورد یک خدمت در دستور کار قرار گرفت (خدمات توسط درخواست‌کنندگان ورود به بسته در لیست انتظار قرار می‌گیرند)، ذینفعان ثابت حاضر در جلسات دبیرخانه که عبارتند از: اعضای مستقر در دبیرخانه، نمایندگان وزارت بهداشت، نمایندگان سازمان‌های بیمه پر پایه سلامت، نماینده نظام پزشکی و اعضای متغیر آن با توجه به موضوع مورد بررسی، اعضای انجمن تخصصی که خدمت مورد بحث را ارائه می‌نمایند، در مورد موضوع بحث می‌کنند. روال و نحوه برگزاری جلسات طی این سال‌ها تغییر محسوسی نداشته است و تصمیم‌گیری بر مبنای چانه‌زنی</p>	<p>وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی</p>	<p>وجود فناوری سلامت در تعدیل/اصلاح بسته خدمات</p>

<p>طرفان شرکت کننده در جلسات بوده. چانه زنی سازمان های بیمه گر، عمدتاً در نظر گرفتن بار مالی خدمات و انجمن های تخصصی، سعی در با اهمیت جلوه دادن خدمت جهت پوشش توسط بیمه می باشد. در این جلسات، معیارها و متد مشخصی (در نظر گرفتن مطالعات هزینه اثربخشی، گایدلاین،...) جهت تصمیم گیری مورد استفاده قرار نمی گیرد، تنها در سال های اخیر، این ادبیات وارد شده و در حد بیان و استناد به نظر خبرگان صورت می گیرد. پس از برگزاری جلسات متعدد (که در برخی مواقع تصمیم گیری راجع به یکسری خدمات چندین سال طول می کشد)، تکلیف خدمت مورد بررسی توسط دبیرخانه مشخص می شود؛ در صورتی که جهت پوشش مورد قبول قرار گیرد، در جلسه شورای عالی بیمه سلامت مطرح و تصویب می شود و در غیر این صورت پرونده آن خدمت مختومه اعلام می شود. عمده خدماتی که مورد قبول دبیرخانه باشد، در سطح شورا تصویب می شود و ابلاغ می شود، درمورد خدماتی که بار مالی زیادی داشته باشند، تصویب و ابلاغ نهایی به هیأت وزیران واگذار می شود.</p> <p>* در سطح PHC، بسته های حمایت از افراد دچار سوانح جاده ای، بسته بیماری های ویژه نظیر ایدز، بسته حمایت از بیماران با اختلال های روانی و عصبی و سوختگی از ارزیابی فناوری سلامت استفاده نمی شود. در سطح PHC سه برنامه در حال اجرا می باشد: بسته خدمات اولیه شهری در قالب برنامه پزشک خانواده شهری در استان های فارس و مازندران، بسته خدمات اولیه برای شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت، بسته خدمات اولیه روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت. بسته خدمتی این سه برنامه یکسان می باشد با این تفاوت که در بسته خدمات شهرهای بالاتر از ۲۰ هزار نفر، فرانشیز خدمات نسبت به دو بسته دیگر متفاوت می باشد. بسته خدمات شهری در قالب پزشک خانواده در دو استان فارس و مازندران از سال ۱۳۷۴ تاکنون اجرا می شود و ۱۹ بار بازبینی شده است که در برخی از بازبینی ها بسته خدمات نیز ارتقا پیدا کرده است.</p>		
<p>* از ده سال پیش تاکنون برای در تعهد قرار دادن داروها و ملزومات پزشکی و خدمات تشخیصی و درمانی جدید از ارزیابی فناوری سلامت استفاده می شود. البته در موارد متعددی بنا بر اولویت درمانی کشور و فشارهای سیاسی و رسانه ای برخی از داروها و خدمات بدون انجام مطالعه ارزیابی فناوری سلامت در تعهد بسته بیمه پایه قرار گرفته است.</p>	<p>سازمان های بیمه گر</p>	
<p>یکی از چالش های کنونی بسته خدمات سلامت کشور، عدم لحاظ نمودن ترجیحات مردم در محتوای بسته می باشد، همچنین سازوکار مشخصی جهت آگاه سازی مردم از نوع و سطح پوشش خدمات سلامت توسط سازمان های بیمه گر و وزارت بهداشت وجود ندارد و صرفاً از طریق</p>	<p>وزارت بهداشت</p>	<p>توجه به نظر ذینفعان در بسته خدمات</p>

پیگیری خود شهروندان و درخواست اطلاع از وضعیت پوشش خود، صورت می‌گیرد.		
در حال حاضر بیمار یا نماینده اختصاصی آن‌ها در جلسات تصمیم‌گیری پوشش خدمات حضور ندارند. اغلب اثرگذاری آن‌ها از مسیرهای غیررسمی و با ایجاد فضای رسانه‌ای و سیاسی است و یا صرفاً از طریق پیگیری شهروندان و درخواست اطلاع از وضعیت پوشش خدمات	سازمان‌های بیمه	

### بعد دوم - جمعیت هدف (خرید برای چه کسانی انجام می‌شود؟):

هدف خرید این است که تمام جمعیت را پوشش دهد. برای رسیدن به این هدف، کسانی که در دو قاعده درآمد پایین هستند که توسط بیمه‌ها پوشش داده نمی‌شوند، باید اولویت داشته باشند. از این رو باید تخصیص منابع براساس نیازهای جمعیتی مورد توجه قرار گیرد. سازمان‌های ارائه خدمات که جمعیت خاصی را تحت پوشش دارند به شرح ذیل است:

#### ۱- بیمه‌های اجتماعی درمان حدود ۹۰٪ جمعیت را برای خدمات درمانی

نظیر خدمات سرپایی، تشخیصی و بستری پوشش می‌دهند. عمق این پوشش بسته به نوع خدمت و مکان ارایه، و تا حدودی بسته به سازمان بیمه‌گر متغیر است. بیمه‌گران اجتماعی خدمات سلامت شامل سازمان بیمه سلامت (گروه اصلی بیمه‌شدگان شامل کارکنان دولت و وابستگان آنان)، سازمان تأمین اجتماعی (گروه اصلی بیمه‌شدگان شامل کارکنان مشمول قانون کار و وابستگان آنان) و سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح (پوشش نیروهای مسلح و وابستگان آنان) است. حق بیمه عمدتاً از حقوق کارکنان به صورت ماهانه برداشت می‌شود و کارفرما سهمی بزرگ‌تری می‌پردازد. «صندوق‌های بیمه‌ای» متعددی



تحت پوشش این سازمان‌ها قرار دارند. یک صندوق بزرگ بیمه اجتماعی درمان، صندوق بیمه روستایی (تحت پوشش سازمان بیمه خدمات سلامت) است که از سال ۱۳۸۴ تأسیس شده و تمامی ساکنین مناطق روستایی و شهرهای کوچک (زیر ۲۰ هزار نفر) را پوشش می‌دهد. تقریباً تمام حق بیمه اعضای این صندوق از بودجه عمومی دولت پرداخت می‌شود.

۲- بخش مهمی از هزینه‌های خدمات سلامت در ایران توسط خانوار به صورت «پرداخت از جیب» در هنگام مصرف است. بیش از نیمی از هزینه‌های سلامت در کشور پرداخت مستقیم از جیب خانوار است. با تصویب قانون بیمه همگانی سال ۱۳۷۴، تعداد سازمان‌های بیمه‌گر پایه (سازمان‌هایی که بخشی از منابع آنان با مشارکت قانونی دولت تأمین می‌شود) به ۴ سازمان افزایش یافت که عبارتند از:

الف) سازمان تأمین اجتماعی

ب) سازمان بیمه سلامت

ج) بیمه خدمات سلامت نیروهای مسلح

د) کمیته‌ی امداد امام خمینی

۳- علاوه بر این سازمان‌ها، صندوق‌های متعدد دیگری وجود دارد که وابسته به سازمان‌های دولتی خاص هستند؛ همچنین پرداخت به ازاء مراقبت‌های بهداشت عمومی که به صورت رایگان، توسط دولت ارائه می‌شوند. همچنین سازمان‌های بیمه تکمیلی سلامت نیز بخش از

تأمین مالی سلامت کشور را بر عهده دارند. در حال حاضر حدود ۲۳ بیمه مکمل درمان در کشور ما وجود دارد که به صورت خصوصی (به جز بیمه ایران که وابسته به دولت می باشد) زیر نظر بیمه مرکزی ایران مشغول به فعالیت در حوزه درمان می باشند.

در نهایت طبق آمار موجود، ۹۴ درصد از جمعیت ایران به طور خاص تحت پوشش صندوق های بیمه درمانی قرار دارند. با وجود این موضوع، حدود ۷ میلیون نفر تحت پوشش بیش از یک صندوق بیمه درمانی قرار دارند. با توجه به آخرین گزارش های سلامت ملی در سال ۲۰۱۵، سهم صندوق های بیمه درمانی اجتماعی (SHIF) تنها ۲۸ درصد است (جدول ذیل) سایر افراد در کشور که از خدمات این بسته استفاده می کنند (بدون توجه به حمایت مالی) شامل برخی از خارجی ها، برخی از ایرانیان با هویت نامشخص و کسانی که بیمه اولیه را خریداری نکرده اند.

جدول ۴-۵: اطلاعات عمومی بیمه خدمات سلامت

پوشش بیمه درمانی	SHIF شاخص صندوق بیمه سلامت اجتماعی (۲۰۱۵)	پوشش بیمه سلامت
۷ میلیون نفر	۲۸%	۹۴% جمعیت ایران

بعد سوم - خریداران و ارائه دهندگان (از کدام ارائه دهندگان خدمات باید خرید کرد؟)

در سطح سازمان های ارائه خدمات کلیه ارائه کنندگان در بخش سرپایی و بستری (بیمارستانی) به شرح ذیل می باشد:

الف) مراکز دولتی: تولید و اداره این بیمارستان ها با دانشگاه های علوم پزشکی

در استان‌های مختلف می‌باشد که وابسته به وزارت بهداشت می‌باشند و لذا کاملاً دولتی محسوب می‌شوند.

(ب) مراکز خصوصی: مالکیت این بیمارستان‌ها خصوصی می‌باشد که تحت قوانین وزارت بهداشت فعالیت می‌کنند.

(ج) مراکز عمومی - غیردولتی: بیمارستان‌هایی که وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی نیستند و به سایر سازمان‌ها و نهادها مرتبط هستند مانند بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی و بیمارستان‌های وابسته به شرکت نفت، اما این دسته بیمارستان‌ها نیز از قوانین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبعیت می‌کنند.

(د) مراکز خیریه: مراکز و بیمارستان‌های خیریه به صورت غیرانتفاعی و با هدف‌های انسان دوستانه تأسیس شده‌اند و تحت قوانین وزارت بهداشت فعالیت می‌کنند.

جدول ۵-۵: اطلاعات مربوط به خرید خدمت از ارائه کنندگان در جمهوری اسلامی ایران

عنوان	موضوع
تعداد مراکز و امکانات ارائه خدمت	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تعداد مراکز جامع تصویربرداری: ۱۱۲</li> <li>• تعداد مراکز رادیولوژی و سونوگرافی: ۱۲۴۷</li> <li>• تعداد آزمایشگاه‌های تشخیصی و طبی: ۲۳۷۳</li> <li>• تعداد مراکز پزشکی هسته‌ای: ۱۰۳</li> <li>• تعداد داروخانه‌ها: ۱۱۹۸۳</li> <li>• تعداد درمانگاه‌های عمومی و تخصصی: ۲۹۷۰</li> <li>• تعداد درمانگاه‌های دندانپزشکی: ۱۰۵۵</li> <li>• تعداد مطب‌ها عمومی: ۳۸۶۱۸</li> <li>• تعداد مطب‌های تخصصی: ۳۶۶۸۳</li> <li>• تعداد مطب‌های دندانپزشکی: ۲۸۰۳۱</li> <li>• تعداد مطب‌های کارشناسان پروانه‌دار: ۱۴۷۳۲</li> <li>• اکثر مراکز فوق در خارج از بخش دولتی فعالیت می‌کنند.</li> </ul>
بستری (بیمارستانی)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• مراکز دولتی دانشگاهی: ۶۲۴</li> <li>• مراکز خصوصی: ۱۷۴</li> <li>• مراکز عمومی - غیردولتی: ۱۶۴</li> <li>• مراکز خیریه: ۳۸</li> </ul>
فهرست‌بندی خریداران اصلی	<ul style="list-style-type: none"> <li>• خریدار اصلی مراکز دولتی و دانشگاهی، بیمه‌های پایه می‌باشند. در ایران ۴ سازمان بیمه‌گر پایه وجود دارد: بیمه سلامت - بیمه تامین اجتماعی - بیمه نیروهای مسلح و کمیته امداد امام خمینی. این ۴ سازمان بیمه پایه خریدار عمده مراکز دولتی هستند.</li> <li>• مردم با پرداخت مستقیم از جیب برای خدماتی که تحت پوشش بیمه پایه نمی‌باشد و مشارکت در پرداخت برای خدمات تحت پوشش (فرانشیز)، خریدار دیگر این مراکز و مراکز خصوصی، خیریه و عمومی محسوب می‌شوند.</li> <li>• دولت برای خدمات خاص و حاکمیتی مانند شیمی درمانی/ پیوند اعضا از مراکز دولتی خرید خدمت می‌نماید.</li> <li>• نهادهای خیریه هم از مراکز دولتی خرید خدمت می‌کنند هم از مراکز خیریه</li> </ul>
بستری (بیمارستانی)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• خریدار اصلی این دسته از بیمارستان‌ها، بیمه‌های پایه می‌باشند. در ایران ۴ نوع بیمه پایه داریم: بیمه سلامت - بیمه</li> </ul>

<p>تأمین اجتماعی - بیمه نیروهای مسلح و کمیته امداد امام خمینی. این نوع بیمه پایه خریدار عمده بیمارستان‌های دولتی هستند.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مردم با پرداخت مستقیم از جیب به عنوان خریدار دیگر این بیمارستان‌های خصوصی و خیریه و عمومی و نیز با پرداخت فرانشیز خریدار خدمت از مراکز دولتی محسوب می‌شوند.</li> <li>• در بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی، بخشی از هزینه‌ها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پرداخت می‌شود، مانند پرداخت بخشی از فرانشیز بیماران (برنامه حمایتی کاهش فرانشیز) و پرداخت هزینه‌های بیماران تصادفی.</li> </ul>		
<p>خدمات سطح PHC توسط دولت و از طریق ردیف بودجه‌های معین خرید خدمت می‌شود و دانشگاه‌های علوم پزشکی در قالب نظام مدیریت شبکه بهداشت کشور ارائه خدمت می‌کنند. سطح اول ارائه خدمت به طور کلی توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، که خود خریدار و تأمین کننده مالی خدمات می‌باشد، ارائه می‌شود.</p> <p>در سطح دو و سه ارائه خدمت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های وابسته به آن (دانشگاه‌های علوم پزشکی) ارائه‌دهنده اصلی خدمات هستند که در برخی از موارد خریدار خدمت نیز محسوب می‌شوند.</p>	<p>وزارت بهداشت (معاونت بهداشت و درمان)</p>	<p>تفکیک خریدار و ارائه‌دهنده خدمات</p>
<p>قاعده مسلط بر نظام سلامت ایران بر پایه تفکیک خریدار از ارائه کننده می‌باشد. با این حال موارد استثنا نیز نظیر سازمان تأمین اجتماعی و در برخی موارد وزارت بهداشت در هر دو نقش خریدار خدمت و ارائه‌دهنده فعالیت می‌کنند.</p>	<p>سازمان‌های بیمه</p>	
<p>کلیه مؤسسات و مراکز دولتی ارائه‌دهنده موظف هستند با سازمان‌های بیمه گر پایه قرارداد ببندند و نمی‌توانند انتخاب کنند.</p>	<p>مراکز و مؤسسات دولتی</p>	
<p>سازمان‌های بیمه گر می‌توانند با تأمین کنندگانی که می‌خواهند قرارداد ببندند و مجبور به بستن قراردادهای جمعی با همه تأمین کنندگان نیستند اما شاخص نظام مند برای انتخاب ارائه‌دهندگان طرف قرارداد وجود ندارد قریب به اتفاق ارائه‌دهندگان طرف قرارداد قرار داد به طور مثال حتی در صورتی که با رعایت نظام سطح بندی مرکز تصویربرداری جدیدی اضافه شود بیمه‌ها ممکن است به علت داشتن رضایت از عملکرد مراکز مشابه قبلی و یا مدیریت هزینه‌ها از عقد قرارداد با برخی مراکز خودداری کنند و یا با برخی مؤسسات با سطح هزینه‌ی کمتری قرارداد منعقد نمایند به طور مثال حتی با برخی از رشته‌ها اصلاً قرارداد نمی‌بندد.</p>	<p>مراکز و مؤسسات غیردولتی</p>	<p>انعقاد قرارداد با ارائه‌دهندگان (رقابت)</p>

<p>تقریباً همه سازمان‌های بیمه‌گر پایه در ایران موظف هستند که تمام خدمات ارائه شده توسط ارائه‌دهندگان خدمات در بخش دولتی و همچنین بخش عمده‌ای از خدمات بهداشتی ارائه شده در بخش عمومی غیردولتی را بدون ارزیابی کیفیت خدمات خریداری کنند.</p> <p>– مجوز ارائه خدمت برای پزشکان و متخصصین توسط سازمان‌های حرفه‌ای و تخصصی نظیر سازمان نظام پزشکی صورت می‌گیرد.</p> <p>مجوز فعالیتی مؤسسات پزشکی (اعم از درمانی، تشخیصی و بازتوانی و ...) توسط وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در قالب کمیسیون‌های ماده ۲۰ صورت می‌گیرد.</p>	<p>مراکز و مؤسسات دولتی</p>	<p>ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده</p>
<p>بخش خصوصی سلامت در شهرها نقش مهمی در ارائه خدمات تشخیصی و درمانی دارد. قراردادهای این بخش بسیار ساده هستند و به طور کامل با تمام متقاضیان یکسان می‌باشد. معمولاً با پیچیدگی‌های قرارداد در خریدارهای خدمات با توانایی قراردادهای خاص براساس ارزیابی کیفیت و عملکرد ارائه‌دهنده مواجه است. تعیین قراردادهای مؤثر به محیط رقابتی، توضیح دقیق خدمات، توانایی ارزیابی مدیریت در بخش خصوصی، تعیین استانداردها و نظارت دقیق بر عملکرد ارائه‌دهندگان نیاز دارد.</p>	<p>مراکز و مؤسسات غیردولتی</p>	
<p>وزارت بهداشت به عنوان خریدار از تأمین‌کنندگان انفرادی نمی‌باشد.</p> <p>از آنجائی که عملکرد ارائه‌کنندگان به صورت سالیانه پایش می‌شود. یکی از موارد استفاده از نتایج پایش، تأثیر در تعرفه خدمات قابل ارائه از سوی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌باشد.</p>	<p>وزارت بهداشت (معاونت بهداشت و درمان)</p>	<p>نظارت و پایش عملکرد ارائه‌دهندگان</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• مراکز سرپایی و ارائه‌دهنده خدمات تشخیصی و تخصصی، در قالب قراردادهای منعقد شده پایش می‌شوند و نحوه برخورد و پرداخت بر مبنای قرارداد است.</li> <li>• عملکرد کلیه مراکز بستری کشور اعم از دولتی، خصوصی، عمومی غیردولتی و خصوصی، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی فرایند اعتباربخشی، ارزشیابی می‌شوند و نتیجه آن (نوع درجه اعتباربخشی)، بر پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر مؤثر است. به این نحو که مبلغ تعرفه هتلینگ بیمارستان‌های مختلف براساس نوع مالکیت بیمارستان و درجه اعتباربخشی تعیین می‌گردد.</li> </ul>	<p>سازمان‌های بیمه</p>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• عملکرد پزشکان انفرادی طرف قرارداد نیز براساس قرارداد بررسی می‌شود که بیشتر شامل فرایند مالی می‌باشد و کیفیت بالینی عملکرد پزشکان و رضایت بیماران ارزیابی نمی‌شود و در نتیجه در پرداخت نیز مؤثر نمی‌باشد.</li> </ul>	
--	--

### بعد چهارم - مکانیسم پرداخت (چگونه خدمات خریداری می‌شود؟):

در حال حاضر کلیه‌ی بیمارستان‌های وابسته جهت باز پرداخت هزینه از نظام پرداخت به ازای هر خدمت استفاده می‌نمایند. در نظام پرداخت به ازای خدمت (fee- for- service) کلیه‌ی خدمات ارائه شده ثبت شده و هزینه هر یک از خدمات برای تعرفه تعیین شده به شخص حقیقی یا حقوقی طرف قرارداد پرداخت می‌شود. در روش پرداخت به ازای خدمت، براساس تعداد خدمات ارائه شده به بیماران (ویزیت، جراحی، آزمایش، رادیولوژی و...) پرداخت انجام می‌گیرد. این مدل از رایج‌ترین روش‌های پرداخت است و نسبت به سایر نظام‌های پرداخت به بازار آزاد شباهت بیشتری دارد. از مزایای این روش، تشویق انجام خدمات با تعرفه مناسب است اما تأکید بیش از حد بر این روش، می‌تواند آثار زیر را به بار آورد: کم‌رنگ شدن پیشگیری، کاهش کیفیت و زمان ارائه خدمت و افزایش کمیت خدمات، تمایل به سمت خدمات با تعرفه بالا و فن‌آوری پیچیده‌تر و درمان القایی (ارائه خدمت غیرضروری به بیمار). متأسفانه از آنجا از سقف پرداخت در سطح کلان نظام سلامت استفاده نمی‌شود، این روش پرداخت منجر به روند رو به رشد هزینه‌ها در نظام سلامت گردیده است.

از روش پرداخت سرانه (Capitation) نیز در سطح یک ارائه خدمت که شامل خدمات بهداشتی اولیه می‌باشد بهره گرفته می‌شود، همچنین برای طرح پزشک خانواده در ایران این روش در نظر گرفته شده است. در این روش به ازای تعداد

افراد تحت پوشش سرانه پرداخت می‌شود. به این معنی که به ازای هر نفر تحت پوشش یک پزشک خانواده به وی پرداخت ثابتی انجام می‌گردد. در قبال این پرداخت وی موظف به ارائه خدمات پیشگیری - درمانی و توانبخشی براساس بسته خدمتی مورد توافق است و چون معمولاً هزینه‌های درمان برای خود ارائه‌کننده خدمت نیز بالاتر است توجه وی به پیشگیری نیز بیشتر خواهد بود.



جدول ۵-۶: بررسی سیستم‌های پرداخت موجود در کشور بر اساس سطح خدمات ارائه شده

مکانیسم پرداخت	بخش	نوع سازمان	سطح ارائه خدمت
<ul style="list-style-type: none"> <li>بودجه خطی</li> <li>حقوق کارکنان دائمی و قراردادی</li> </ul>	سرپایی	مرکز بهداشتی و درمانی و درمانگاه	سطح ۱
<ul style="list-style-type: none"> <li>سرانه در مراکز شهری و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر</li> <li>پرداخت صورتحساب برای هر بازدید (برای بازدید غیر معمول)</li> <li>پرداخت برای خدمات</li> </ul>	سرپایی	طرح پزشکی خانواده	سطح ۱
<ul style="list-style-type: none"> <li>پرداخت برای خدمات</li> <li>پرداخت صورتحساب برای هر ویزیت (برای ویزیت غیر معمول)</li> </ul>	سرپایی	بخش خصوصی	سطح ۱
<ul style="list-style-type: none"> <li>بودجه خطی</li> <li>به ازای هر خدمت</li> <li>پرداخت صورتحساب برای ۹۰ جراحی مشترک</li> <li>پرداخت روزانه (هتلینگ)</li> </ul>	بیمارستانی	دولتی	سطح ۲ و ۳
<ul style="list-style-type: none"> <li>پرداخت برای هر خدمت</li> <li>پرداخت برای هر مورد به ازای هر ویزیت</li> </ul>	سرپایی	خصوصی	
<ul style="list-style-type: none"> <li>حقوق (اعضای هیات علمی)+پرداخت برای خدمات</li> <li>حقوق و دستمزد برای خدمات (سایر پرسنل) براساس روش پرداخت مبتنی بر عملکرد</li> </ul>	سرپایی (باز توزیع در سازمان)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>پرداخت برای خدمات</li> <li>پرداخت روزانه (هتلینگ)</li> </ul>	بیمارستانی	بخش خصوصی	سطح ۲ و ۳
پرداخت برای خدمات	سرپایی	درمانگاه‌های سرپایی	سطح ۱ و ۲ و ۳

جدول ۵-۷: بررسی ساز و کار پرداخت در کشور براساس مراکز ارائه خدمت

شیوه پرداخت	نوع مرکز
<p>ویزیت سرپایی پزشکان، در همه مراکز به روش پرداخت موردی، از سوی سازمان‌های بیمه‌گر و مردم پرداخت می‌گردد که بخش عمده‌ای از آن به عنوان دستمزد به پزشک پرداخت می‌گردد و سهم کوچکی از آن به دستمزد کارکنان و سایر هزینه‌های درمانگاه/ مطب اختصاص می‌یابد.</p> <p>سایر خدمات سرپایی، مانند خدمات تشخیصی و تخصصی به روش FFS پرداخت می‌گردند که بخش جزء حرفه‌ای تعرفه آن‌ها، به دستمزد پزشک و کارکنان تیم درمان تعلق می‌گیرد و بخش جزء فنی تعرفه خدمت، به سایر هزینه‌های فنی دستگاه اختصاص می‌یابد.</p> <p>در مراکز سرپایی دولتی دانشگاهی، هزینه‌های عمومی مراکز و بخشی از پرداخت حقوق و دستمزد کارکنان، توسط بودجه خطی که از منابع دولتی تأمین می‌شود، پرداخت می‌گردد.</p> <p>در مراکز عمومی غیردولتی بخشی از هزینه از طریق بودجه خطی یا کلی توسط نهادهای مربوطه تأمین می‌گردد مانند بخشی از حقوق پرسنل که از محل بودجه تأمین می‌شود.</p>	<p>کلیه مراکز سرپایی</p>
<p>* هزینه‌های عمومی مراکز و بخشی از پرداخت حقوق و دستمزد کارکنان، توسط بودجه خطی که از منابع دولتی تأمین می‌شود، پرداخت می‌گردد.</p> <p>* هزینه هتلینگ در بیمارستان به ازای هر تخت روز، به روش روزانه PER DIEM پرداخت می‌گردد و فقط برای هزینه‌های فنی تخت و امکانات جانبی آن هزینه می‌گردد و هیچ‌گونه ارتباطی با دستمزد تیم درمان ندارد.</p> <p>* خدمات بستری بیمارستان شامل ویزیت و مشاوره، اعمال جراحی و سایر خدمات تشخیصی و تخصصی به روش FFS پرداخت می‌گردند که بخش جزء حرفه‌ای تعرفه آن‌ها، به دستمزد پزشک و کارکنان تیم درمان تعلق می‌گیرد و بخش جزء فنی تعرفه خدمت، به سایر هزینه‌های فنی دستگاه اختصاص می‌یابد.</p> <p>* ۹۰ مورد از اعمال و پروسیجرهای شایع بستری، به روش پرداخت موردی (CASE PAYMENT) توسط سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت می‌گردند. هدف از این روش پرداخت برای اعمال و پروسیجرهای شایع، رسیدگی ساده‌تر اسناد بیمه‌ای می‌باشد. در خصوص این خدمات نیز، بخش جزء حرفه‌ای تعرفه آن‌ها، به دستمزد پزشک و کارکنان تیم درمان تعلق می‌گیرد و بخش فنی تعرفه خدمت، به سایر هزینه‌های فنی اختصاص می‌یابد.</p> <p>همچنین در سال ۱۳۹۶ بر اساس بند ۶ تصویب‌نامه هیات وزیران به شماره</p>	<p>مراکز بستری دولتی دانشگاهی</p>

۱. روش پرداخت FFS در ایران براساس ارزش‌های نسبی می‌باشد (RVU) که تعرفه خدمت بر این مبنا دارای جزء

حرفه‌ای (شامل هزینه پزشکی و تیم درمان) و جزء فنی می‌گردد

<p>۳۷۹۹۵ ت ۵۴۲۴۰ مورخ ۳/۴/۹۶، وزارت بهداشت را مکلف به اجرای آزمایشی نظام پرداخت DRG نموده است.</p>	
<p>* هزینه هتلینگ در بیمارستان به ازای هر تخت روز، به روش روزانه PER          DIEM پرداخت می‌گردد و فقط برای هزینه‌های فنی تخت و امکانات جانبی آن          هزینه می‌گردد و هیچ گونه ارتباطی با دستمزد تیم درمان ندارد.          * خدمات بستری بیمارستان شامل ویزیت و مشاوره، اعمال جراحی و سایر خدمات          تشخیصی و تخصصی به روش FFS پرداخت می‌گردند که بخش جزء حرفه‌ای          تعرفه آن‌ها، به دستمزد پزشک و کارکنان تیم درمان تعلق می‌گیرد و بخش جزء          فنی تعرفه خدمت، به سایر هزینه‌های فنی دستگاه اختصاص می‌یابد.          * فقط در مراکز عمومی غیردولتی، بخش از هزینه از طریق بودجه خطی یا کلی          توسط نهادهای مربوطه تأمین می‌گردد مانند بخشی از حقوق پرسنل که از این          محل تأمین می‌گردد.</p>	<p>مراکز بستری          خصوصی؛ عمومی          غیردولتی و خیریه</p>

### بعد پنجم - قیمت خدمات (چقدر باید پرداخت شود؟)

قیمت خدمات در قراردادهای نقش اساسی دارد. در ایران، تعرفه‌ها برای بخش دولتی، عمومی، غیردولتی و خصوصی توسط شورای عالی بیمه درمانی تعیین شده و توسط هیأت دولت تأیید شده است.

#### تدوین تعرفه

با توجه به بند (الف) ماده (۹) قانون احکام دائمی کشور، پیشنهاد روش پرداخت و مبالغ پرداخت (تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی) هر ساله به پیشنهاد شورای عالی بیمه سلامت کشور، جهت تأیید به سازمان برنامه و بودجه ارسال شده و پس از تأیید جهت تصویب، به هیأت دولت ارسال می‌گردد.

#### تعرفه‌های جدید در ایران

قبل از اجرای طرح تغییرات تعرفه خدمات در مراکز عمومی، یک نسخه قدیمی که کپی اصلی آن از طریق ایالات متحده گرفته شده بود (کتاب RVU کالیفرنیا) به عنوان معیار تعیین قیمت خدمات سلامت برای ۳۰ سال در ایران مورد استفاده

قرار گرفت. در کشور ما، پیش از طرح تحول سلامت HTP هیچ مدل درآمد واقعی یا درآمد منطقی بخش‌های مختلف بالینی وجود نداشت. علاوه بر این، عدم تعادل بین تعرفه‌های بخش‌های مختلف ارائه خدمات باعث مشکلات شد و نگرانی از جانب سیاست‌گذاران بخش سلامت بود. براساس قانون جدید و براساس پیشنهاد وزارت بهداشت و آموزش پزشکی و وزارت رفاه، کار و امور اجتماعی و تصویب سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و نیز براساس تأییدیه از شورای عالی بیمه سلامت، مقیاس ارزش نسبی جدید مبتنی بر منابع اعلام شد. برای ۳۰ سال تعرفه‌های پزشکی اصلاح نشده و حدود ۱۷۰۰ خدمات پزشکی تعرفه‌ای نداشت، اما در این کتاب جدید تعرفه برای این خدمات تعرفه تعریف شده و ۳۰۰ خدمات پزشکی در بسته بیمه گنجانده شده است.

### **هدف ۳: تعیین عوامل مؤثر بر استقرار خرید راهبردی در نظام سلامت ایران روش**

برای دستیابی به هدف سوم و تعیین ساختار، اجزا و عوامل مؤثر بر استقرار خرید راهبردی در نظام سلامت در کشور در نظر داشتیم با در نظر گرفتن وضعیت فعلی نظام سلامت علی‌الخصوص نظام مراقبت‌های بهداشتی کشور و همه مزیت‌ها و چالش‌های موجود برای جامعیت یافته هم از نظرات خبرگان حوزه نظام سلامت، همین‌طور از تجارب کشورهای مختلف در خصوص خرید راهبردی که طی سال‌های گذشته بالاخص با تأکیدات و رهنمودهای سازمان بهداشت جهانی در نظام مراقبت‌های بهداشتی خود اعمال نموده و نتایج مطلوبی کسب نموده‌اند بهره ببریم بنابراین از چندین روش اقدام به جمع‌آوری داده کردیم که به شرح ذیل توضیح داده می‌شود:

### مرور گسترده

بسیاری از کشورهای دنیا برای بهبود وضعیت سلامت کشور و در راستای همسویی با اهداف جهانی همچنین دستیابی به اهداف عالی سلامت و رفع چالش‌های موجود در نظام‌های سلامت بر اجرای پاره‌ای مداخلات و اقدامات اصلاحی مبادرت نموده‌اند. در این بخش از پژوهش قصد داشتیم با بررسی کلیه مطالعات انجام یافته در خصوص خرید راهبردی در نظام‌های سلامت کشورهای مختلف دنیا علاوه بر کسب تجارب ارزشمند در خصوص نحوه برنامه‌ریزی و اجرای خرید راهبردی، از ابعاد و عوامل تأثیرگذار بر آن هم اطلاعاتی را کسب نماییم. بر همین اساس مطالعاتی در نظر گرفته شد که بیشتر به عوامل مؤثر بر خرید راهبردی و استقرار آن تأثیرگذار باشد. عملکرد خرید می‌تواند بر روی زنجیره‌ای از حالت منفعل و غیرفعال تا رویکرد استراتژیک انجام شود. رویکرد منفعلانه با تخصیص منابع مبتنی بر الگوهای تاریخی و پرداخت هزینه‌های ورودی و فرایند تولید (به عنوان مثال زیرساخت‌ها، پرسنل و غیره) یا خروجی‌ها بدون در نظر گرفتن عملکرد ارائه‌دهنده، نیازهای سلامتی مردم یا اهداف سیستم مشخص می‌شود. در مقابل، رویکرد استراتژیک با جنبه‌های عملکردی پیوند می‌خورد و به همین دلیل انگیزه‌ای را برای دستیابی به اهداف سیستم ایجاد می‌کند. از این رو خرید راهبردی می‌تواند باعث افزایش کارایی در استفاده از منابع، کیفیت در ارائه خدمات، پاسخگویی به جمعیت و عدالت در توزیع منابع شود. تعریف سازمان جهانی بهداشت از خرید راهبردی چارچوبی را برای ارزیابی خرید راهبردی ایجاد کرده است. تحلیل محتوای قوانین، آئین‌نامه‌ها و مواد مربوط به سیاست‌های خرید راهبردی، از منابع مهم جمع‌آوری اطلاعات این مطالعه

بودند. دسترسی به این اطلاعات از طریق مطالعه اسناد بالادستی موجود در کتاب‌ها، گزارش‌ها و سایت‌های مرتبط صورت گرفت.

فرآیند تحلیل اسناد با شناسایی اسناد مرتبط (قوانین بالادستی، مصوبات، آیین‌نامه‌ها و ...) آغاز شد. شناسایی اسناد با بررسی مصوبات و سایت‌های رسمی کشور (سایت وزارت کشور، ریاست جمهوری، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و سازمان‌های بیمه‌گر،...) و همچنین پرسش از افراد خبره در این زمینه صورت گرفت. همچنین دسترسی به این اطلاعات از طریق کتاب‌ها، گزارش‌ها و سایت‌های مرتبط صورت گرفت. داده‌های گردآوری شده در این مرحله استخراج و در کاربرگ اطلاعاتی اسناد ثبت می‌شد.

#### دستاورده‌ها

در اینجا به چند روش به شرح ذیل عوامل مؤثر و تأثیرگذار بر خرید راهبردی در نظام سلامت ایران شناسایی و استخراج شد.

## تعیین دیدگاه متخصصین و خبرگان در خصوص خرید راهبردی و بررسی چالش‌ها و ارائه راهکارها

جدول ۵-۸: مشخصات جمعیت‌شناختی (سن، سابقه‌ی کار و سابقه‌ی مدیریت)

شرکت‌کنندگان در بحث گروهی متمرکز و مصاحبه‌ها

ردیف	متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
۱	سن	۳۹,۲۵	۵,۶۵	۳۰	۶۵
۲	سابقه کار	۱۸,۵	۷,۲۴	۵	۴۰
۳	سابقه مدیریت	۸,۵	۶,۵	۰	۲۲

جدول ۵-۹: مشخصات شرکت‌کنندگان در جلسه بحث گروهی متمرکز و مصاحبه

برحسب سازمان متبوع، جایگاه و پست سازمانی، تعداد

تعداد افراد مصاحبه شده	سازمان
۱	مرکز تحقیقات عدالت در سلامت
۳	مرکز تحقیقات بیمه سلامت
۲	سازمان بیمه کل سلامت
۲	سازمان تأمین اجتماعی
۴	دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت
۲	دفتر ارزیابی استاندارد وزارت
۳	سازمان بیمه سلامت استان قم
۲	سازمان بیمه تأمین اجتماعی استان و سازمان نیروهای مسلح
۲	مجلس شورای اسلامی
۳	همایش بیمه سلامت کشور
۲	سازمان نظام پزشکی کشور

به طور کلی ۲۵ نفر از سیاست‌گذاران، دانشگاهیان، مدیران صاحب‌نظر و کارشناسان و کارکنان فعال در زمینه نظام مراقبت‌های اولیه سلامت در این مطالعه شرکت کردند که از این تعداد ۲۰ مرد و ۵ زن با میانگین سنی ۴۰ شرکت کردند سابقه شغلی در حوزه سلامت این شرکت‌کنندگان و سن و سلیقه مدیریتی آن‌ها را نشان می‌دهد.

تجربه و تحلیل داده‌ها طبق چارچوب بهداشت جهانی و با تحلیل محتوا انجام شد؛ که این در دو مرحله انجام شد ابتدا اظهارات مشارکت‌کنندگان در مصاحبه پیاده‌سازی و دسته‌بندی و کدبندی شد و در مرحله دوم به منظور نهایی‌سازی ویژگی‌های مدل پیشنهادی و نیز معیارهای موفقیت مدل حاصل از مصاحبه با نتایج حاصل از مرور نظام‌مند که در هدف اختصاصی اول توضیح داده شد ادغام شد.

### مرحله دوم

تحلیل مصاحبه‌ها، اسناد و مشاهدات جهت تحلیل داده‌های متنی، مصاحبه‌ها و مشاهدات که در قالب متن تحلیل شدند در تحلیل محتوای کیفی و رویکرد کل به جز (استقرایی) استفاده شده مصاحبه‌ها با استفاده از نرم افزار MAXQDA ۱۰ تحلیل شدند و در این مرحله مصاحبه‌ها توسط دو پژوهشگر نیز مورد بررسی قرار گرفت، پس از مشخص شدن ۵ بعد و سوال اصلی و ۲۰ موضوع (تم اصلی) مرتبط با ابعاد خرید راهبردی از نرم افزار به شرح ذیل استخراج شدند.

### بعد اول - چه خدماتی را خریداری کنیم؟

در این بخش شرکت‌کنندگان به موضوعات خوبی اشاره نمودند که به صورت



زیر تقسیم‌بندی شد:

### نیاز سنجی بسته خدمات سلامت

شرکت‌کنندگان ضمن بیان وضعیت بسته خدمات سلامت در کشور ابتدایی مسئله نیازسنجی بسته خدمات را عنوان نمودند چرا که در بسته بیمه پایه نگاه مبتنی بر بیمار و اولویت دادن به برخی بیماری‌ها وجود ندارد. لذا بسته خدمات باید برای نیاز سلامت جامعه تدوین شود که اولویت‌بندی در بسته خدمات باید براساس معیار مشخص و ضوابط از پیش تعیین شده صورت گیرد برای نیازسنجی بسته خدمات لازمه آن هست که ابتدا کلیه خدمات سلامت سطح‌بندی شود و خدمات در سطوح مختلف براساس نیاز جامعه تعریف و ارائه شود. از آنجائی که در جامعه نیازهای اقشار جامعه در حوزه سلامت متفاوت هست و برخی ممکن است بیش از حد نیاز و یا حتی بدون وجود نیاز تقاضای اخذ خدمات داشته باشند لذا باید برای خدماتی هم که ارائه می‌شود پس از نیازسنجی سلامت جامعه، سقف‌گذاری خدمات سلامت مطرح گردد لذا شرکت‌کنندگان به این مسائل اعتقاد داشتند:

«در خصوص نیازسنجی گیرندگان خدمت ما باید بانک‌های اطلاعاتی مان کامل باشد باید نظام ارجاع‌مان کامل باشد در واقع وقتی این زیرساخت‌ها وجود نداشته باشد و سازمان‌های بیمه‌گر عملکردشان بیمه‌گری نیست و عمدتاً پرداخت هزینه‌ها را انجام می‌دهند و اتفاقات تضييع حقوق بیمه‌شدگان اتفاق می‌افتد در نهایت پاسخگویی و پاسخ‌دهی به بیمه‌شدگان شفاف نیست (حقوق شهروندی زیر سؤال می‌رود).»

«آسان‌ترین کار برای سطح‌بندی خدمات سقف‌گذاری آن می‌باشد اما این ممکن است عادلانه نباشد. (دریافت خدمات براساس نیاز، پرداخت پول براساس توان) یعنی اگر من که سالم هستم و می‌خواهم چکاپ کنم با فردی که بیمار است و دچار هزینه‌های کمرشکن می‌باشد باید برای من و آن بیمار سقف ارائه خدمات متفاوت در نظر گرفته شود. پس اولین راهکار آن سطح‌بندی میزان ارائه خدمات است. دومین راهکار سقف‌گذاری براساس الگوی بیماری می‌باشد مثلاً یک خدمت برای افراد سرطانی ۱۰۰ درصد پوشش داده شود و همین خدمت برای افراد سالم اصلاً پوشش داده نمی‌شود».

#### **تدوین بسته خدمات سلامت**

بسته خدمات چگونه تدوین می‌شود مسئله‌ای بود که بیشتر مشارکت‌کنندگان به آن اشاره نمودند و اعتقاد داشتند که در تدوین بسته خدمات میزان خدمات پوشش داده شده، هم خدمات کلیه سطوح و هم خدمات اولیه باید تصمیم‌گیری شود و سازوکار اجرایی آن تدوین گردد و قوانین و مقررات مربوط به آن تدوین شود.

«تصمیم‌گیری روی بسته خدمات شامل داروها و خدمات ضروری و تصمیم‌گیری درباره خدمات پیش‌گیرانه در هر سطحی و نیز اولویت‌بندی و طبقه‌بندی کردن و تضمین پوشش خدمات و تضمین اینکه در عمل اجرا شود. در نهایت باید ببینیم کدام خدمات مؤثرترند و اثربخشی کدام بیشتر است و چه شواهدی برای آن وجود دارد و مهم‌تر از همه اینکه ایجاد سازوکاری که مطمئن شویم این برنامه‌ها اجرا شود یعنی سازوکاری که تضمین کند.»

«در خصوص بسته خدمات: از سال ۸۵ یک فرآیندی در دبیرخانه شورای عالی بیمه که در آن موقع در وزارت رفاه و تأمین اجتماعی بود فرآیندهای ورود دارو به پوشش از سال ۸۶ فرآیندهای ورود تجهیزات پزشکی تدوین شده است و در سایت وزارت بهداشت هم هست و این فرآیندها می‌گویند شما چه الویت‌هایی دارید و براساس هر محصول با توجه به خواصی که دارد آیا می‌تواند وارد بسته بیمه پایه شوند یا خیر؟ که در اونجا یک سری فرم‌های امتیازدهی دارد آیا HDA دارد یا خیر تولید داخل هست یا خیر؟ طبق اپیدمیولوژی کشور آیا این بیماری وجود دارد یا خیر؟ که یک امتیازی می‌دهد آیا می‌تواند وارد بسته شود یا خیر خوب حالا می‌بینیم این شرکتی که می‌خواهد این محصول را وارد کند قیمتش چقدر است؟ چقدر منطقی و منصفانه است و سازمان‌های بیمه‌گر چون خرید عمده انجام می‌دهد یک تخفیفی اونجا لحاظ می‌کند که اگر چنانچه یک شرکت باشد یا چند شرکت که مذاکراتی هم صورت می‌گیرد»

در تدوین بسته خدمات به دلیل اینکه برای سلامت آحاد جامعه و عموم مردم بسته خدمات تدوین می‌شود لذا باید مشارکت تمامی ذینفعان اعم از پزشکان، بیماران، انجمن‌های حمایت از بیماران و انجمن‌های پزشکی، سازمان‌های رسمی، شرکت‌های تأمین‌کننده دارو و ملزومات و غیره صورت گیرد که مشارکت‌کننده‌ای در این خصوص اذعان داشت:

«تمامی ذی‌نفعان اعم از پزشکان، بیماران، انجمن‌های حمایت از بیماران و انجمن‌های پزشکی، سازمان‌های رسمی، شرکت‌های تأمین‌کننده دارو و ملزومات پزشکی و شهروندان می‌توانند پیشنهادات تغییر در بسته بیمه پایه را به دبیرخانه شورای عالی بیمه، سازمان غذا و دارو و معاونت درمانی ارائه دهند که این موضوع

باید به اطلاع مردم رسانده شود»

«رویکرد بلی - خیر باید در بسته خدمت کنار رود یعنی رویکرد service base که یک نوع قرارداد است به این معنی که اگر بیمه ۲۰۰ میلیون هزینه کرد چنانچه ۴۰۰ میلیون شد قیمت را شکسته و پایین بیاوریم»

#### اصلاح و بازبینی بسته خدمات سلامت

«زمانی که یک BP-benefit package و بسته خدمت را طراحی می‌کنیم نمی‌توانیم بدون توجه به شاخص‌های اقتصاد کلان و خرد کشور این کار را انجام دهیم قطعاً یک الگو برای اینجا جواب نخواهد داد بایستی مبتنی بر اطلاعاتی است که مرتبط باشد مخصوصاً بیشترین ارتباط را با بحث financing پیدا می‌کند و با خرید راهبردی و نظام سلامت ارتباط دارد و از آن اثر می‌گیرد و بر آن اثر می‌گذارد؛ که تمام این اطلاعات را باید در یک جریان مستمر بیاوریم حتی‌الامکان بر خط و قابل آزمایشی و وارد یک هرم تولید دانش کنیم و سپس تعریف کنیم مثلاً وقتی گفتیم حاکمیت نیاز به اصلاح دارد و به آن پیامدها برسیم برای اینست که این حاکمیت باید جریان داده را تعریف کند در این سیستم اطلاعات ما کجا تولید داده کجا اتفاق بیافتد و جریان داده data striping اینطور خواهد بود و جمع‌آوری داده من اینطور خواهد بود و کنترل داده چطور خواهد بود این حوزه باید این اطلاعات در آن تولید شود و دانش‌ها در آن تولید شده و جایگاه تولید دانش را تعریف نماییم و بعد به بخش مالی بگوییم حالا در آن چارچوب که دارد تعریف کند.»

### ارزیابی بسته خدمات

با توجه به رشد روز افزون علوم در بخش سلامت و نوآوری دستگاهها و تجهیزات و روشهای نوین در حوزه سلامت، میبایست بسته خدمات سلامت دائماً مورد ارزیابی قرار گیرد و بر همین اساس گایدلاینها و پروتکلهای درمانی به روز رسانی شود که در این راستا مشارکت کنندگان به این مسئله اذعان داشتند:

«طبق رویکردی که به بسته داریم در بسته بیشترین هزینه و تواتری که برای ما دارند همینها هست که به سیستم آسیب می‌رساند باید اونها را مشخص کرده چون هزینهها را بالا برده در بازنگری بسته باید ادیت شود و اندیکاسیون بزاریم و استفاده آنها را مدیریت کرده تا بتوانیم هزینهها را مدیریت کنیم پس در نهایت در بسته خدمت ما به دو سؤال می‌رسیم آیا این خدمت خوب است و حال باید چگونه خرید کنیم.

«بسته بیمه پایه سه هدف را دنبال می‌کند ۱- تضمین اثربخشی است ۲- تضمین پایداری منابع یعنی این پوششی که می‌دهیم باعث این شود هزینهها زیاد نشود و شاخصهایی هست که ببینیم این هدف تا چه اندازه محقق شده است یعنی وقتی می‌گوییم پایداری یعنی یک چیزی در فرمولش هست که پایداری را تضمین می‌کند. ۳- تضمین دسترسی خرید راهبردی باید تضمین کند یک سری خروجیها اتفاق بیافتد که لازمه آن داشتن یک سری مؤلفهها و شاخصها می‌باشد. در حال حاضر برای تعیین بسته فرآیند وجود دارد ولی الان فرآیند کورکورانه هست چون الان در معاونت درمان یک موضوعی آمده به عنوان دستورالعمل خرید راهبردی که اگر یک خدمت را برایش یک دستورالعمل

می‌نویسیم استانداردش چیه و یک راهنمای دستورالعمل خرید راهبردی برای آن می‌نویسند در حالی که مؤلفه‌های تأثیرگذار بر خرید راهبردی هیچ تضمینی برای وقوعش نمی‌باشد مثلاً باید شاخصی تعریف شود که ببینند چقدر عدالت اتفاق می‌افتد و تا حدود زیادی شفافیت دارد که طبق چه فرآیندی به شاخص‌های مورد نظر دستیابی خواهیم داشت.»

### تولیت و سیاست‌گذاری

نقش تولیت و حاکمیت در سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری و حتی چه بسا نظارت بر بسته خدمات مسائلی هستند که شرکت‌کنندگان بدان اشاره نمودند:

«به نظر می‌رسد برای تدوین بسته بیمه پایه و محدودسازی هزینه‌ها راهی بجز اتکاء به اصول علمی بیمه و راه‌هایی که کشورهای مثل انگلیس، کانادا، استرالیا، ترکیه و تایلند و... رفته‌اند وجود ندارد بنابراین اگر عزم سیاسی برای حل معضلات نظام سلامت بدون تعارض منافع وجود داشته باشد می‌توان هم منابع را بهینه هزینه کرد هم سلامت مردم را.»

«در خصوص بسته خدمتی باید گفت طبق بند ز ماده ۳۵ برنامه پنجم توسعه سازمان بیمه سلامت موظف به تدوین بسته خدمات هست که بعد از آن سیاست‌های کلی مقام معظم رهبری مشخص کرده که وزارت بهداشت مسئول تدوین بسته است و سازمان‌های بیمه‌گر فقط باید خرید کنند در واقع عدم اجرای این سیاست‌ها می‌توان گفت عدم پاسخگویی سیاست‌گذاران می‌باشد و دلیل دیگر آن سیاست‌های متناقض در قوانین می‌باشد مثلاً عبارات و کلماتی که در قوانین به کار می‌روند شفاف نیست؛ و همچنین گاهاً بودجه‌ای برای اجرای این سیاست‌ها

تأمین اعتبار نشده است. در نتیجه باید گفت نقش تولیت در این زمینه بسیار تأثیرگذار است. لذا نقش تولیت در تدوین بسته بسیار مهم است از آنجایی که چه سیاست‌هایی باید تدوین و اجرا شوند و کدام باید اصلاح شوند تضمین اجرای این سیاست‌ها چه می‌باشد آیا پشتوانه سیاسی دارد و از همه مهم‌تر نظارت وظیفه تولیت می‌باشد.»

«در خصوص بسته خدمت اگر بخواهیم بسته را در کشور خوب ببینیم باید دو تیکه‌اش کنیم ۱- که تأمین مالی آن از منابع عمومی دولت است ۲- تأمین از طریق حق بیمه با مشارکت بیمه‌شدگان که سازمان‌های بیمه‌گر پایه است پس از دو جا پول می‌آید که ما باید برای این پول بسته خدمتی آماده کنیم.»

#### فناوری اطلاعات سلامت

در حال حاضر مطالعات ارزیابی فناوری سلامت تنها در بخش محدودی از خدمات موجود در بسته‌های خدمات اولیه اعمال شده است که لازم است برای تدوین یک بسته خدمات بهینه این مطالعات ارزیابی فناوری به درستی صورت گیرد تا پایه علمی داشته و هم برای تدوین پروتکل‌ها باشد لذا شرکت‌کنندگان اعتقاد داشتند:

«تصمیم‌گیری روی پوشش بسته خدمات ۱- سیستم ارزیابی سلامت (HTA) و در واقع ارزیابی بسته خدمت که رویکرد مورد استفاده است جهت سازگاری ۲- سیستم ارزیابی سلامت باید ارتباط با برنامه‌های گایدلاین داشته باشد و نیز ارتباط با تصمیمات بسته خدمات»

### بعد دوم - برای چه کسانی خدمات را خریداری کنیم؟

هدف خرید این است که تمام جمعیت را پوشش دهد. برای رسیدن به این هدف، کسانی که در دو قاعده درآمد پایین هستند که توسط بیمه‌ها پوشش داده نمی‌شوند، باید اولویت داشته باشند. از این‌رو باید تخصیص منابع براساس نیازهای جمعیتی مورد توجه قرار گیرد.

### توزیع عادلانه

سازمان‌های خرید خدمات سلامت باید بتواند براساس نیازهای بهداشتی جامعه با ارزیابی منابع موجود تصمیم‌گیری کند. خریدار باید قادر به استفاده یا تغییر منابع براساس نیازها باشد. پوشش جمعیت باید براساس روش عادلانه و با توزیع عادلانه منابع صورت گیرد ضمن اینکه برای باید برای توزیع عادلانه خدمات، پاسخگویی به نیازهای کلیه سلامت جامعه پاسخگویی مناسب صورت گیرد که در این زمینه مشارکت کنندگان اعتقاد داشتند:

«درخصوص توزیع عادلانه منابع مثل ارائه خدمات، دارو و... باید براساس سنجش‌های عدالت و نابرابری بتوانیم این را اندازه‌گیری و نشان دهیم که خیلی عینی می‌باشد مطالعات زیادی در کشور به صورت سیستماتیک ریویو انجام شده مثلاً سنجش نابرابری سلامت در دسترسی به نیروی انسانی کادر سلامت، دسترسی به تخت بیمارستانی، نابرابری در مرگ و... یکی از اصلی‌ترین شاخص‌های پیامدی سلامت شاخص مرگ و میر است مثلاً میزان امید به زندگی که در کشور ما از ۷۴ سال تا زیر ۷۰ سال که طیف گسترده‌ای است و یا میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در مناطق مختلف متفاوت است همه گویای این



است همه توزیع، منابع پیامدهای سلامت در کشور ما همگن نیست.»

«در خصوص بایدها و نبایدهای خرید راهبردی باید ببینیم چه چیزی بر سلامت تأثیر بیشتری دارد اشکالی که در استانها وجود دارد این است که اگر کیفیت خدمات پایین بیاید یا نباید این خدمت را ارائه ندهیم کسی متولی آن نیست چرا چون تمام افراد حلقه مثل سازمان بیمه دانشگاه علوم پزشکی و نظام پزشکی همه باید با هم باشیم از آنجایی که عدالت در توزیع خدمات سلامت یکی از محورهای اصلی نظام سلامت است باید ببینیم طبق چه مکانیسم فرایندی می‌تواند تحت پوشش بیمه باشد در نتیجه خدمات بادی متناسب باشد و مردم استحقاق گرفتن خدمت را داشته باشند.»

«در کشور ما از واژه‌هایی مانند پاسخگویی به شهروندان و حقوق شهروندی زیاد استفاده می‌شود مشروعیت بخشی به تصمیمات المان‌های زیادی دارد. در کشورهای فرانسه زمانی که در جلسه می‌نشینی به فرم به نام *comfilit contrast* هست که می‌گویند اول این فرم را پر کن بعد نظر بدهید که این همان مشروعیت بخشی به تصمیمات هست.»

### تأمین مالی

تنوع ریسک و جمع‌آوری منابع منجر به چندگانگی خرید (سیستم خرید چند نفره) می‌شود. منابع با تجمیع ریسک و منابع مختلف، منابع را با سیاست‌های مختلف تخصیص می‌دهند. پرداخت از جیب مردم و فرانشیزی که توسط دولت پرداخت می‌شود در جمعیت تحت پوشش خدمات تأثیر بسزایی دارد و تأمین اعتبار مالی پایدار برای جمعیت تحت پوشش برای بسته خدمات سلامت از

مسائلی بود که مشارکت کنندگان به آن اذعان داشتند.

«ویژگی‌های یک بسته خدمت باید سه ویژگی داشته باشد ۱- تعادل منابع و مصارف و همچنین منابع بیمه‌ای برای پایداری منابع ۲- رعایت پرداخت از جیب یعنی خدمات در بسته هست اگر اصلی باشد پرداخت از جیب وجود ندارد ۳- نگاه کیفیتی. پس یک بسته خوب باید دسترسی عادلانه و پایدار به خدمات ارزشمند سلامتی برای آحاد جامعه ایجاد نماید. همچنین پرداخت از جیب - تعادل مصارف و منابع و رویکرد به هزینه‌ها و منابع - خدمات ارزشمند و هزینه اثربخش بودن را.»

#### مسئولیت حاکمیت

مهم‌ترین موضوع در خرید راهبردی ایجاد زیرساخت‌های آن است فرآیند تصمیم‌گیری یعنی اینکه چه کسی تصمیم می‌گیرد منظور چه ساختار و تیمی این تصمیم را می‌گیرند چه شاخص‌ها و معیارهایی در آن تصمیم دخیل است چه تضمینی می‌دهد که تأثیرات آن بروی تصمیمات ذینفعان ساری و جاری است چه جوری تضمین خواهید کرد که این فرآیند ضمانت مالی بیماران را تأمین می‌کند و این المان‌ها چیست. لذا باید یک سری زیرساخت‌ها را تعریف کنیم در نتیجه تنها چیزی که برای خرید راهبردی نیاز دارد این است که فرآیند رسیدن به خرید راهبردی را درست تعریف کنیم.

«طبق رویکردی که به بسته داریم در بسته بیشترین هزینه و تواتری که برای ما دارند همین‌ها هست که به سیستم آسیب می‌رساند باید اون‌ها را مشخص کرده چون هزینه‌ها را بلا برده در بازنگری بسته باید ادیت شود و اندیکاسیون

بزاریم و استفاده آن‌ها را مدیریت کرده تا بتوانیم هزینه‌ها را مدیریت کنیم.»

### نظام اطلاعات سلامت

اطلاعات یکپارچه بیمار محور برای انواع گروه‌های جمعیتی به صورت سامانه اطلاعات بیمه‌شدگان ضروری می‌باشد و دسترسی به سامانه‌های اطلاعاتی مورد نیاز مردم جهت خرید کارآمد از جمله مسائلی بود که مشارکت‌کنندگان به آن اعتقاد داشتند.

### بعد سوم - توسط چه کسانی خریداری شوند؟

#### قرارداد خرید

پاسخ دادن به این سؤال «از کدام ارائه‌دهندگان خرید خدمات» اشاره به این موضوع است که ما می‌توانیم یک قرارداد برای خریداران خدمات براساس کیفیت و کارایی بسازیم. جایگاه صنعت بیمه و صندوق‌های بیمه در قراردادهای خرید و انعقاد قرارداد براساس ملاک ارائه خدمات با کیفیت و نیز ایجاد رقابت مؤثر بین ارائه‌دهندگان و تفکیک خریدار ارائه‌کننده از جمله مسائلی بود که مشارکت‌کنندگان در این موضوع به آن اشاره نمودند.

«در خصوص ارائه‌دهندگان خدمت باید گفت از آنجایی که نیروهای سلامت باتوجه به نیاز وزارت بهداشت تحصیل کرده و فارغ التحصیل می‌شوند و وارد سیستم سلامت شده نکته این است که این پزشک با هیچ کدام از سازمان‌های بیمه قرارداد نبسته و از طرفی دارو و خدمات پاراکلینیکی و غیره در دفترچه بیمه بیمار وارد می‌کند راهکار آن این است که پزشکی که با بیمه قرارداد نمی‌بندد را خدماتی که تجویز می‌کند نیز نباید بیمه پوشش دهد این منجر به این می‌شود

که وقتی پزشکی ببیند مراجعینش کمتر شده مجبور می‌شود با بیمه‌ها قرارداد ببندد. تفکیک ارائه‌دهنده - خریدار خدمات سلامت از یک طرف موجب توزیع متوازن ریسک مالی مرتبط با سلامت در میان خریداران و ارائه‌دهندگان می‌شود و از سوی دیگر، ایجاد رابطه بین خریدار و ارائه‌دهنده خدمات را آسان می‌کند. زمینه برای رقابت عادلانه بین ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی در بخش‌های مختلف، ایجاد خرید استراتژیک را تسهیل می‌کند.»

### اختیار و مسئولیت خریداران

سطح و نوع اجزاء بازار خرید بعلاوه پیچیدگی سطوح چندگانه، تعیین کننده نقش‌ها، مسئولیت‌ها و تصمیماتی است که توسط حامیان سطح مرکزی شامل وزارت بهداشت و مسئولین و دیگر حامیان دولتی می‌باشد است. انجمن بیماران و جامعه مدنی یا سازمان‌های مردمی نیز حامیان مهمی هستند. افزایش اختیار ارائه‌دهندگان و ایجاد بستر مناسب جهت ارائه خدمات با کیفیت و قدرت چانه زنی و حق انتخاب و خودمختاری جهت خرید کارا و پاسخگویی و مسئولیت خریداران و ارائه‌دهندگان و نیز وجود قوانین و مقررات در مورد خریداران و ارائه‌دهندگان موضوعاتی است که در این زمینه مشارکت‌کنندگان به آن اشاره نمودند.

«در خصوص اینکه از چه کسانی خرید انجام شود برمی‌گردد به نظام سلامت و تعامل نظام سلامت و نظام بیمه‌ای تعریف می‌شود که پرداخت‌ها براساس cabitation صورت می‌گیرد و بحث sharing با provider اتفاق می‌افتد بحث رتبه‌بندی طرف قراردادها و نظارت مؤثر بر کیفیت خدمات ارائه شده و در نهایت

پرداخت مبتنی بر کیفیت خدمتی که ارائه می‌دهند معنی پیدا می‌کند. کنار این باید یک مکانیسم برای ارزیابی کیفیت خدمات خریداری می‌شود یا فروخته و ارائه می‌شود طراحی شود.»

### نظارت و ارزیابی عملکرد

خریداران و فراهم کنندگان نیازمند کنترل هستند تا خرید راهبردی امکان‌پذیر باشد. در حالی که این مورد ممکن است از کشوری به کشور دیگر تفاوت داشته باشد. ارزیابی عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی برای خرید استراتژیک ضروری است و در ایران این برای رتبه‌بندی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت (یک سند اعتباربخشی ملی وجود دارد که برای رتبه‌بندی بیمارستان استفاده می‌شود) قرارداد خرید خدمات باید تنها با ارائه‌دهندگان که حداقل مورد نیاز در رتبه‌بندی را به دست آورد، انجام شود. انگیزه‌ها به ارائه‌دهندگان فراتر از استانداردهای رتبه‌بندی اهدا می‌شود. این رتبه‌بندی محیطی برای رقابت عادلانه بین ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی فراهم می‌کند و به طور قابل توجهی برای ارتقای کیفیت خدمات کمک می‌کند.

«در خصوص نظارت و جایگاه آن باید گفت اگر بخواهیم برای سازمان‌های بیمه ارزیابی پزشکان و بیمارستان‌ها (مراکز ارائه خدمت) در نظر بگیریم این هم خود یک موازی کاری است و هم هزینه‌ها بالا می‌رود لذا بهتر است سازمان‌های بیمه‌گر از توان وزارت بهداشت یعنی اداره اعتباربخشی و ارزیابی معاونت درمان استفاده نمایند البته این خطر وجود دارد که چون ارائه‌دهندگان زیر نظر دانشگاه‌ها هستند با آن‌ها مهربانانه برخورد شود و آن امتیازی که به پزشک و

درمانگاه داده‌اند غیرواقعی بوده لذا سازمان‌های بیمه‌گر باید در تیم ارزیابی مشارکت داشته و معیارهای خود را لحاظ کنند. سازمان‌های بیمه می‌توانند تعرفه‌های خود را براساس درجه اعتبار بخشی و سطح‌بندی مراکز تدوین کنند یعنی قراردادی که سازمان‌های بیمه با مراکز ارائه خدمت منعقد می‌کند براساس امتیازی که در ارزیابی کسب کرده باشد لذا مراکزی که با کیفیت‌تر باشند درجه اعتبار بخشی بالاتر و تعرفه‌شان هم بیشتر می‌باشد و مراکزی که امتیاز پایین‌تری دارند سعی می‌کنند کیفیت خود را بالاتر ببرند. در ارزیابی باید یکسری معیارهای زمینه‌ای نیز در نظر گرفته شود مثل جمعیت تحت پوشش، سطح سواد منطقه و...»

#### نظام اطلاعات سلامت

توزیع زیر ساخت نظام اطلاعاتی بین سازمان‌های ارائه‌دهنده و ارتباط سازمان‌های خریدار و فروشنده جهت تبادل اطلاعات یکپارچه بین سازمان‌های ارائه‌دهنده مهم‌ترین موضوعاتی است که مشارکت‌کنندگان هم به آن پرداختند.

«دومین موضوع سیستم اطلاعات سلامت است یکی از مهم‌ترین زیرساخت‌های استقرار یک خرید راهبردی می‌باشد که آن نیز مختصاتی دارد که باید جریان اطلاعات، نوع تولید اطلاعات و نحوه استفاده از اطلاعات چگونه باشد که ما بتوانیم به خرید راهبردی برسیم آن چیزی که در خرید راهبردی مهم است اینست که ما بتوانیم در نقطه بین عرضه و تقاضا در نقطه تلاقی آن به optimum (نقطه بهینه) خودش برسیم چه به لحاظ زمانی و چه به لحاظ مکانی و چه به لحاظ نوع ارائه‌کننده و چه به لحاظ نوع خدمت و نوع کیفیت و قیمت خدمات یعنی

همه این مختصات باید به گونه‌ای مدیریت کنیم که نقطه عرضه و تقاضا خدمت بین ارائه‌دهنده و گیرنده خدمت اتفاق بیافتد و این پیامد اصلی از خرید راهبردی باید انتظار داشته باشیم که این نقطه تلاقی را باید در بهترین و بالاترین نقطه خودش تعریف کنیم. استقرار پرونده الکترونیک سلامت یک داستان است که محتوی آن یک پرونده است و جریان داده و کیفیت داده و الگویی که مبتنی بر آن اطلاعات را مدیریت و data mining تولید می‌کند.»

#### بعد چهارم - با چه مکانیسمی خریداری کنیم؟

مکانیسم پرداخت با توجه به اهداف، ماهیت و دامنه کاربرد، تأثیرات قابل توجهی بر عملکرد سیستم بهداشتی نظیر ارائه خدمات بهداشتی، عملکرد، دسترسی و کیفیت خواهد داشت.

#### روش پرداخت

شیوه‌های پرداخت متفاوت به ارائه‌دهنده از جمله مسئله مهمی می‌باشد که در خرید راهبردی مطرح می‌باشد از طرفی روش پرداخت می‌بایست معطوف به کیفیت خدمات ارائه شده و برون داد آن براساس اثربخشی خدمات ارائه شده سنجیده شود و برای بهینه نمودن روش پرداخت لازمست مهندسی مجدد در روش‌های پرداخت به ارائه‌دهنده و ارائه‌کنندگان انجام شود که مشارکت‌کنندگان به این موضوعات اعتقاد داشتند.

«درخصوص مکانیسم‌های پرداخت باید گفت در حال حاضر جهان به سمت DRG می‌باشد و بهترین روش case mixed است که لازمه زیرساخت آن اجرایی نمودن ICD 9 و ICD10 می‌باشد یعنی زمانی که ارائه کننده خدمت،

خدمتی را ارائه می‌دهد کدی را که می‌زند دقیقاً همانی باشد که نظارت می‌کند و طبق همین کد سازمان‌های پرداخت کننده پرداخت صورت می‌گیرد و در نتیجه طبق همین کد به پزشک پرداخت صورت می‌گیرد. در خصوص نظام پرداخت FFS باید گفت اشکال وارده به این آن است که عرضه را باز گذاشته که راحت پزشکان خدمات عرضه کرده و مردم تقاضا کنند لذا باعث تقاضای القایی می‌شود ولی راهکار آن این است که ما با الزام اجرایی کردن گاید لاین‌ها این را کنترل کرده و فرایند نحوه ارائه خدمت را به درستی تدوین نماییم.»

### نظام اطلاعات سلامت

وجود مکانیسم‌های نرم‌افزاری پرداخت برای بهبود ارائه خدمات یکپارچه از موضوعاتی است که بایست برای یک خرید راهبردی بهینه پردازیم و برای ایجاد آن به زیرساخت‌های آن توجه کرد همچنین وجود فرآیند قاعده‌مند جمع‌آوری داده و تحلیل زمان‌بندی شده برای پرداخت یکی از موارد مهمی می‌باشد که مشارکت کنندگان نیز به آن اشاره نمودند.

«در هرم داده DIKW pyramid تبدیل به design می‌شود که ما در قوانین همین نقص وجود دارد زمانی که صحبت از پرونده الکترونیک سلامت می‌شود نه صحبتی از فرآیند می‌شود نه هرم را تعریف می‌کنیم و نه ساختاری برای آن تعریف می‌کنیم که حتی در مورد پرونده الکترونیک سلامت توضیحی داده نمی‌شود و یا حتی این جریان داده به چه گونه تولید شود و در کجا پردازش انجام شود و information تولید شده و در نهایت منجر به تولید دانش کجا انجام شود نپرداخته است. یک زمانی ممکن است آن ساختاری که در آن باید



خرید انجام شود این خرد در آن تولید شود که نیاز به چه دانشی برای اینکه این خرید را با آن مختصات خرید راهبردی انجام دهد، دارد که ما را از یک خرید منفعل به یک خرید فعال برسیم که همه اینها متضمن یک سری اطلاعات است که به knowledge یعنی دانش است که بن مایه همه اینها به data information system می‌باشد؛ که تا این فرایند درست نشود محال است که ما به اصطلاح به نظام پرداخت و خرید راهبردی برسیم و در نهایت به بسته خدمتی برسیم و اگر بخواهیم بسته خدمات نیاز به platform داریم و اینکه شما در چه platform می‌خواهید چارچوبها و معیارها و سنجه‌ها تون را اولویت بندی کنیم و از این prioritize یک جیره‌بندی rationaning در بیاد که خروجی این، همان نقطه ممکن نزدیک به پوشش همگانی آرمانی می‌باشد.»

### تولیت

سیاست‌گذاری جهت تعیین تعرفه و نرخ پرداخت و تصمیم‌گیری در خصوص روش پرداخت به ارائه‌کننده و نرخ پرداخت بررسی تعارضات و خلاهای قانونی مرتبط با پرداخت و همچنین نظارت بر این امر در هر نظام سلامت از جمله وظایف حاکمیت شمرده می‌شود که به آن مشارکت‌کنندگان در مصاحبه اشاره نمودند.

بعد پنجم - به چه میزان و قیمتی خریداری کنیم؟

### تعرفه گذاری و قیمت گذاری

قیمت خدمات در قراردادها نقش اساسی دارد. فرآیند تعرفه گذاری و تعیین

نرخ پرداخت خدمات سلامت از جمله وظایف یک نظام سلامت و حاکمیت آن می‌باشد که ارتباطات و تأثیرگذاری ذینفعان در تعیین میزان و حجم قیمت خدمات تأثیر بسزایی خواهد داشت که اهمیت این موضوع مورد توجه مشارکت‌کنندگان بود و به آن اشاره نمودند.

### میزان خدمات

رفتارسازی برای تولید، تجویز و مصرف بهینه خدمات سلامت مسئله‌ای است که می‌بایست جهت جلوگیری از تقاضای مازاد و یا تقاضای القایی در هر نظام سلامت به آن پرداخته و برای آن برنامه‌ریزی گردد.

### نظام اطلاعات سلامت

خرید استراتژیک یعنی سرمایه‌ای که به فراهم‌کننده‌ها اختصاص می‌یابد، حداقل در بخشی که مبتنی بر اطلاعات به دست آمده از جنبه‌های عملکردی یا نیازهای بهداشتی جامعه می‌باشد؛ بنابراین یکی از اجزاء مهم برای خرید استراتژیک و کنترل آن سیستم مدیریت داده‌ها و اطلاعات برای پرداخت بعلاوه ارزیابی نیازهای جامعه می‌باشد. معمولاً بیشتر روش‌های پرداخت برون داد اطلاعات بیشتری لازم دارند که می‌تواند بهبود تولید داده را تسریع کند؛ با تغییر به سمت سرانه، جمع‌آوری داده از اهمیت برخوردار است حتی اگر تمام اطلاعات برای پرداخت نیاز نباشد.

ایجاد سامانه یکپارچه خدمات جهت برآورد و اندازه‌گیری حجم خدمات ارائه شده و نیز تولید، نگهداری، تحلیل و به کارگیری اطلاعات در چرخه فرایند خرید راهبردی مسائلی هست که در این زمینه مشارکت‌کنندگان به آن اعتقاد دارند.

«نقطه تلاقی بین عرضه و تقاضا که در آن نقطه بهینه شما ممکن‌ترین (نه آرمانی‌ترین) بهترین و با صرفه‌ترین هست یک موضوع خیلی حیاتی است که تا سیستم اطلاعات سلامت داشته باشیم به affordability توان مالی پردازیم و حتی نمی‌توانیم آن را تعریف کنیم مقرون به صرفه یعنی چی؟ و این چیزی نیست که بخواهیم برویم و از یک کشور دیگر برداریم و بیاوریم لذا این مفاهیم را باید بومی‌سازی کنیم.»

جدول ۵-۱۰: جمع‌بندی موضوع و زیر موضوعات مرتبط با ابعاد خرید راهبردی در نظام

سلامت ایران

ردیف	ابعاد	موضوع (تم)	زیر موضوع (ساب تم)
۱		نیازسنجی بسته	تعیین اولویت‌بندی در بسته خدمات براساس معیار مشخص
			سطح‌بندی خدمات
			میزان خدمات پوشش داده شده و سقف‌گذاری خدمات
۲		تدوین بسته	تصمیم‌گیری بسته خدمات
			وجود تعریف فراگیر و جامع از بسته
			مشارکت تمامی ذی‌نفعان جهت ارائه نظر
۳	چه خدمتی خریداری کنیم؟	اصلاح و بازبینی	وجود فرآیند مشخص برای تعدیل و بازبینی بسته
			وجود فرآیند مشخص لحاظ نمودن خدمات جدید به بسته
			حذف خدمات غیر ضروری از بسته
۴		ارزیابی بسته	ارزیابی نیازهای سلامت جامعه در سطوح مختلف
			تدوین و اجرای گایدلاین‌ها
۵		تولیت و سیاست‌گذاری	تدوین قوانین و مقررات بر اجرا و نظارت بر بسته
			ضمانت اجرایی سیاست‌های اخذ شده جهت اجرای قوانین
			پاسخگویی مسئولین به مردم
			اطلاع‌رسانی به شهروندان در خصوص تعهدات بسته خدمات
۶	نظام اطلاعات سلامت		نظام اطلاعات یکپارچه و ارتباط با سطوح مختلف خدمات
			استفاده از ارزیابی فناوری سلامت برای بسته خدمات
۷	توزیع عادلانه		پوشش جمعیت بر اساس روش عادلانه توزیع منابع
			اولویت‌بندی و ارزیابی نیاز سلامت جامعه
			پاسخگویی به نیاز سلامت جامعه
۸	برای چه کسانی خریداری کنیم؟	تامین مالی	انباشت منابع بیمه‌ای جهت جمع‌آوری ریسک
			پرداخت از جیب مردم و فرانشیز
			تامین اعتبار مالی پایدار برای جمعیت تحت پوشش
۹		مسئولیت حاکمیت	حفاظت از آسیب‌پذیری جمعیت
			افزایش انتخاب شهروندان و ایجاد حقوق شهروندی

(توانمندسازی بیماران)			
استفاده از نظر نمایندگان مردم و مشارکت انجمن‌های صنفی بیماران			
اطلاعات یکپارچه بیمار محور برای انواع گروه‌های جمعیتی	نظام اطلاعات سلامت	۱۰	
دسترسی به سامانه‌های اطلاعاتی مورد نیاز مردم جهت خرید کارآمد			
جایگاه صنعت بیمه و صندوق‌های بیمه	قرارداد خرید	۱۱	توسط چه کسانی خریداری کنیم؟
انعقاد قرارداد براساس ملاک ارائه خدمات با کیفیت			
ایجاد رقابت مؤثر بین ارائه‌دهندگان			
تفکیک خریدار - ارائه کننده			
افزایش اختیار ارائه‌دهندگان و ایجاد بستر مناسب جهت ارائه خدمات با کیفیت	اختیار و مسئولیت خریداران	۱۲	
قدرت چانه زنی و حق انتخاب و خودمختاری جهت خرید کارا			
وجود قوانین و مقررات در مورد خریداران و ارائه‌دهندگان			
پاسخگویی و مسئولیت خریداران و ارائه‌دهندگان			
نقش انگیزه دهنده برای بهبود ارائه خدمات			
پایش عملکرد ارائه‌دهندگان و ارتباط با پرداخت	نظارت و کنترل	۱۳	
نظارت بر کارکرد خرید			
تعیین فرآیند اعتباربخشی			
دارا بودن گواهی ارائه‌دهندگان			
توزیع زیر ساخت نظام اطلاعاتی بین سازمان‌های ارائه‌دهنده	نظام اطلاعات سلامت	۱۴	
ارتباط سازمان‌های خریدار و فروشنده جهت تبادل اطلاعات یکپارچه			
شیوه‌های پرداخت متفاوت به ارائه‌دهنده	روش پرداخت	۱۵	با چه مکانیسمی پرداخت کنیم؟
روش پرداخت معطوف به کیفیت خدمات ارائه شده و برون داد			
مهندسی مجدد روش‌های پرداخت			
مکانیسم‌های نرم افزاری پرداخت برای بهبود ارائه خدمات یکپارچه	نظام اطلاعات سلامت	۱۶	
وجود فرآیند قاعده‌مند جمع‌آوری داده و تحلیل زمان‌بندی شده برای پرداخت			

سیاست‌گذاری جهت تعیین تعرفه و نرخ پرداخت	تولیت		۱۷
تصمیم‌گیری در خصوص روش پرداخت به ارائه‌کننده و نرخ پرداخت			
بررسی تعارضات و خلاهای قانونی مرتبط با پرداخت			
فرآیند تعرفه‌گذاری و تعیین نرخ پرداخت	تعرفه‌گذاری و قیمت‌گذاری		۱۸
ارتباطات و تأثیرگذاری ذینفعان در تعیین میزان و حجم قیمت			
رفتارسازی برای تولید، تجویز و مصرف بهینه خدمات سلامت	میزان خدمات	به چه میزان و قیمت خدمات را خریداری کنیم؟	۱۹
کارآمدی منابع و مدیریت هزینه			
سامانه یکپارچه خدمات جهت حجم خدمات ارائه شده	نظام اطلاعات سلامت		۲۰
تولید، نگهداری، تحلیل و بکارگیری اطلاعات در چرخه فرایند خرید			

### بررسی چالش‌های خرید راهبردی در هر یک از ابعاد آن

عدم وجود یک رویکرد نظام‌مند جهت جمع‌آوری منابع به منظور بیمه نمودن افراد و خرید خدمات است.

افراد دارای توان مالی به خوبی شناسایی نمی‌شوند. به عنوان مثال یک چهارم جمعیت کشور که اغلب از روستائیان و عشایر تشکیل شده‌اند، با وجود توان مالی هیچ مشارکتی در پرداخت حق بیمه ندارند و ۱۰۰٪ حق بیمه توسط دولت پرداخت می‌شود و این موضوع، پایداری نظام بیمه‌ای به شدت آسیب‌پذیر نموده است. افراد دارای شغل‌های غیررسمی نیز هیچ مشارکتی در پرداخت حق بیمه ندارند. در نظام تأمین اجتماعی نیز به علت مخفی ماندن درآمدهای واقعی افراد، حق بیمه‌ها اغلب به طور صحیح محاسبه نمی‌شود و اکثر به علت نشت منابعی که وجود دارد، درآمدهای مناسبی برای نظام سلامت حاصل نمی‌گردد. در مقابل، سرانه هزینه سلامت این افراد با سایر افراد جامعه تفاوتی ندارد. این موضوع موجب ورشکستگی بیمه‌های سلامت، مشارکت مالی مردم به صورت پرداخت از

جیب و نه به صورت پیش‌پرداخت را فراهم نموده است.

### **عدم رعایت قوانین و اسناد بالادستی**

مهم‌ترین مشکل عدم اجرای قوانین بالادستی و یا اجرای فرسایشی و بدون برنامه زمانی مشخص یا عدم مطابقت با برنامه زمانی تعیین شده توسط قانون‌گذار می‌باشد. در صورتی که برای کلیه مشکلات نظام سلامت در قوانین بالادستی، راهکار دیده و قانون تصویب شده است اما عدم اجرای به موقع این قوانین مشکلات را انباشته و انجام اصلاحات را با چالش مواجه می‌کند.

### **وجود صندوق‌های چندگانه و عدم انباشت ریسک**

هر سازمان به فراخور نیاز خود اقدام به تأسیس صندوق‌های کوچک نموده است، نمونه بارز آن صندوق بانک‌ها، صدا و سیما، شرکت نفت، شهرداری و... می‌باشد. این رویکرد منجر به عدم جمع‌منابع، عدم هزینه‌کرد منابع با سازوکارهای بیمه‌ای و در نهایت تضعیف انباشت مناسب منابع شده است.

### **عدم تناسب منابع و مصارف «سازمان‌های بیمه‌گر»**

از مهم‌ترین علت این عدم تناسب، شفاف نبودن قیمت تمام خدمات و مراقبت‌های سلامت از یک سو و عدم تعیین و جمع‌آوری حق بیمه‌ها متناسب با قیمت تمام شده بسته خدمات تحت پوشش از سوی دیگر است. علت دیگر عدم تناسب منابع و مصارف، سرعت رشد تکنولوژی در بازار سلامت، رشد روزافزون خدمات و داروها و تکنولوژی‌های نوین که عمدتاً پرهزینه نیز می‌باشند، منجر به افزایش مصارف حوزه سلامت فراتر از منابع مالی در دسترس و در نتیجه عدم تعادل منابع و مصارف شده است.

- عدم رقابت و کارایی منابع در بخش دولتی و تقاضای القایی از سوی ارائه‌کنندگان

- ناپایداری منابع مالی و عدم تحقق و تخصیص اعتبارات مصوب

- زیان انباشته مالی سازمان‌های بیمه‌گر

به علت اصلاحاتی که در طی سال‌های گذشته در نظام سلامت پیاده‌سازی شده است (به ویژه در ۵ سال اخیر با اجرای طرح تحول نظام سلامت)، منابع مناسب برای اجرای این برنامه‌ها یا اغلب پیش‌بینی نشده است و یا تخصیص نیافته است و منجر به کسری انباشته در سازمان‌های بیمه‌گر شده است و این امر مانع اساسی برای قدرت چانه‌زنی و پیاده‌سازی خرید راهبردی می‌باشد.

کاهش منابع بخش دولتی به علت تحریم یا مشکلات اقتصادی، باعث کاهش منابع مالی بیمه‌های سلامت

افزایش پرداخت از جیب مردم (OOP) و گسترش بیمه‌های مکمل مازاد

اعمال سیاست‌های انقباضی در ابلاغ تعرفه‌های واقعی خدمات

عدم پاسخگویی خریداران به نیازهای جامعه

### تقاضای القایی

از ویژگی‌های ذاتی روش پرداخت به ازای هر خدمت (Fee For Service) که روش پرداخت رایج کشور ما می‌باشد آن است که منجر به تقاضای القایی می‌گردد و متأسفانه مکانیسم‌های کنترلی برای جلوگیری از این رفتار، در نظام سلامت ایران کافی نبوده و لذا سازمان‌های بیمه‌گر در موارد زیادی، خدماتی را می‌خرند که ارائه آن‌ها نیاز نبوده و تأثیری در سلامتی بیمار ندارد و همچنین بیماران نیز



گاهاً هزینه‌هایی برای خدمات سلامت دریافتی، پرداخت می‌کنند که اساساً دریافت آن خدمات الزامی برای سلامتی آنان نداشته است.

گذشته‌نگر بودن پرداخت‌ها، توجه صرف به کمیت خدمات و عدم توجه به پیامدهای سلامتی مورد انتظار

خرید در ایران در ازای تعداد و تعرفه هر یک از خدمات انجام شده، پس از ارائه آن‌ها صورت می‌گیرد و لذا نتیجه خدمت بالینی ارائه شده در سلامت فرد (Result) و کیفیت خدمت بالینی ارائه شده (Quality)، برای پرداخت بررسی نمی‌گردد و تأثیری بر پرداخت ندارد؛ هر چه قدر که ارائه کننده خدمت ارائه کند، در آینده، تعرفه متناسب با آن را بدون بررسی کیفیت خدمات توسط خریدار، دریافت خواهد نمود.

#### **عدم تقبل ریسک توسط ارائه‌کنندگان**

در این قسمت به دلایل عدم قبول ریسک از طرف ارائه‌کنندگان پرداخته می‌شود:

- پرداخت با تأخیر سازمان‌های بیمه‌گر به ارائه‌کنندگان

هزینه‌های زیادی که در اثر عوامل فوق بر سازمان‌های بیمه‌گر تحمیل می‌شود، منجر به سختی مدیریت هزینه در این سازمان‌ها شده است. این عامل و تأخیر در دریافت منابع بودجه‌ای از دولت، موجب گردیده است که پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر به ارائه‌کنندگان با تأخیر صورت پذیرد. این تأخیر در پرداخت، بر انگیزه‌های ارائه‌کنندگان برای ارائه خدمات در بخش‌های دولتی تأثیر می‌گذارد.

- تفاوت تعرفه دستمزد پزشکان در بخش‌های مختلف ارائه خدمت

یکی دیگر از چالش‌های نظام پرداخت در کشور، تفاوت تعرفه دستمزد پزشکان در بخش‌های مختلف بسته به نوع مالکیت سازمان از جمله دولتی، خصوصی، عمومی غیردولتی و خیریه می‌باشد. این موضوع منافع پزشکان را برای خدمت در بخش‌های مختلف متفاوت می‌کند در حالی که عملکرد آنان بالطبع به لحاظ پزشکی، ربطی به نوع مالکیت سازمان ندارد.

- عدم پیش‌بینی مشوق‌ها و تنبیهات موثر در قراردادهای خرید خدمات ایجاد مقاومت در برابر تغییر روش پرداخت و اجرای نظام‌های پرداخت آینده‌نگر عدم وجود فرآیند مشخص برای تدوین و بازبینی مستمر بسته بنا بر ساختار نظام سلامت ایران، بسته‌های متعددی طراحی و تدوین شده است که می‌توان به بسته PHC، بسته پزشک خانواده، بسته بیمه پایه و بسته‌های خدمات بیمه تکمیلی اشاره کرد. این بسته‌ها به صورت سیستماتیک و نظام‌مند تدوین نشده و نحوه ارتباط بین آن‌ها مشخص نیست .

- عدم معیار مشخص برای بازبینی بسته متدولوژی، دستورالعمل و ضوابط اولویت‌بندی و سطح‌بندی خدمات مشخص نشده

در بسته بیمه پایه توجه محدود به خدمات مراقبت‌های اولیه (primary care) و مراقبت‌های بلندمدت (long-term) شده است. این خدمات علیرغم اهمیت در اغلب اوقات در اولویت‌های پایین‌تر نسبت به خدمات بیمارستانی و درمانی قرار داشته‌اند.

مرز قابل مدیریت و مشخصی بین محتوای بسته بیمه پایه و بسته تکمیلی

وجود ندارد

- عدم تفکیک مابین خریدار - ارائه‌دهنده

پایش نامناسب و ناکافی عملکرد تأمین‌کنندگان و عدم ارتباط با میزان پرداخت ضعف در اجرای فرایند مبتنی بر شواهد و با حضور تمامی ذی‌نفعان (به ویژه بیماران) و مدیریت تعارض منافع در سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری بسته بیمه پایه

- ضعف در هماهنگی بین ذی‌نفعان و بازیگران تدوین بسته جهت طراحی

#### مشکلات به وجود آمده با اجرای طرح تحول نظام سلامت

سیستم اطلاعاتی جهت پیگیری و تولید شواهد مناسب جهت اتخاذ سیاست‌های اصلاحی در وضعیت خوب و قابل استفاده قرار ندارد. بلکه نیازمند اصلاحات و سرمایه‌گذاری‌ها در بخش فناوری اطلاعات هستیم. عدم شفافیت و کنترل و نظارت و قوانین ناکافی در نتیجه ضعف اجرایی آن موجب شده است که روند تغییرات بسته تحت تأثیر افراد و گروه‌های پرنفوذ قرار گیرد. ضعف در بکارگیری شواهد HTA به علل زمان‌بر بودن تولید، محدودیت منابع انسانی و ظرفیت ناکافی نهادینه شدن در فرایند تصمیم‌گیری‌ها. شورای عالی بیمه سلامت به عنوان نهاد اصلی تصمیم‌گیری در خصوص بسته بیمه پایه از مشکلات ساختاری رنج می‌برد. ترکیب نامتناسب ارگان‌ها هدایت بین بخشی (شورای عالی بیمه) با توجه به نقش آن در تدوین بسته به درستی تدوین نشده و نیازمند اصلاحات است.

- عدم تدوین شفاف فرایندهای اجرایی جهت اجرای یک نظام اطلاعات

## سلامت

مهم‌ترین چالش در حوزه مکانیزه کردن هر کسب و کاری عدم تدوین شفاف فرایندهای اجرایی آن کسب و کار در واقعیت است که باعث می‌گردد گام‌های بعدی توسعه و پایداری آن کسب و کار را با چالش جدی مواجه کند. از جمله مصادیق توسعه و پایداری هر فرایندی پیاده سازی آن بر بستر فناوری اطلاعات است. تا مادامی که تعاریف، الزامات، فرایندها، ذینفعان و در کل «سند مکانیزم یک اقدام خرید راهبردی» از آغاز (سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی) تا پایان (خرید و نظارت) مدون نگردد امکان بهره‌مندی از امکانات فناوری اطلاعات در این حوزه براساس ۵ نکته قابل تأمل در دستیابی به هدف یک برنامه نبوده بلکه آرزو محسوب می‌شود. از این‌رو، کارکرد خرید راهبردی باید به خوبی شناسایی شود. اطلاعات چرخه تأمین خدمات سلامت و اطلاعات چرخه مالی آن شامل کلیه خدمات، دارو و ملزومات بایستی مشخص باشد و الکترونیکی شود.

### **وجود استخرهای اطلاعاتی غیر یکپارچه با هدف تصمیم‌گیری در خرید راهبردی**

فقدان دیدگاه و دانش فناوری اطلاعات نزد تدوین کنندگان و سطوح میانی اجرای سیاست‌های محتوای اصول زیربنایی خرید راهبردی است به طوری که مکانیزه کردن جمع‌آوری داده، یکپارچه سازی اطلاعات و تولید دانش هدفمند را با مشکل مواجه می‌کند. این مشکل باعث می‌شود حتی با طراحی جامع‌ترین سامانه‌های زیرساختی فناوری اطلاعات پشتیبان خرید راهبردی به دلیل عدم وجود محتوای قابل استفاده بهره‌مندی از مدیریت اطلاعات سلامت با مشکل جدی مواجه شده و یا حتی کنار گذاشته شود. چنین مشکلی از اولین مرحله تولید

داده/ اطلاعات هدفمند را با مشکل مواجه می‌سازد چرا که تولید کننده اطلاعات بدون توجه به هدف غایی و پتانسیل‌های استفاده از آن به طوری مدون و ساختارمند اقدام به تولید آن نکرده و تنها محصول یک فرایند اتفاقی و روتین را تجربه می‌کند.

- فقدان فرهنگ سازمانی در خصوص نقش مؤثر و کلیدی فناوری اطلاعات
- عدم وجود قانون و مقررات تعیین شده‌ای در نظارت بر مراکز تولید داده
- نبود سازوکار مناسب چرخه مدیریت اطلاعات سلامت از لحاظ سخت افزاری، نرم‌افزاری و نیروی متخصص

عدم برخورداری از یک مکانیسم الکترونیکی واحد بهره‌مند از هوش مصنوعی باعث می‌شود استفاده حداکثری از اطلاعات موجود و دانش و تجربه در دسترس رخ ندهد. در این مواقع تصمیم‌گیری‌ها عمدتاً براساس سلیقه خواهد بود و مکانیزم پشتیبان تصمیم در خرید خدمت رعایت نشده است و امکان اشتباه به طور عمد یا سهو را افزایش می‌دهد. چنانچه قواعد موجود براساس اطلاعات تولید شده نتیجه‌ای را به خریداران خدمت پیشنهاد دهد که تصمیم‌گیری خرید راهبردی بر آن استوار باشد ضریب اطمینان رعایت کلیه قواعد و بهره‌مندی از اطلاعات موجود در بالاترین سطح ممکن خواهد بود و در این صورت است که میتوان گفت آنالیزهای موجود بر پایه‌ای درست استوار است.

#### الکترونیکی نبودن استانداردهای خدمت در مرکز ارائه خدمت

عدم وجود یک ظرف اطلاعاتی واحد جهت پیش بینی بار بیماری و تقاضا برای

### سیستم خریدار خدمت

عدم وجود یک ظرف اطلاعاتی واحد پیش بینی بار بیماری و تقاضا را برای سیستم خریدار خدمت با مشکل مواجه می‌کند. در خصوص عدم بهره‌مندی از سیستم الکترونیکی آزمون خرید راهبردی خطر اعمال سلیقه یا خطا در آنالیز اطلاعات به منظور تصمیم‌گیری به شدت افزایش می‌یابد.

### فقدان داده‌های قابل اعتماد از سیستم دریافت و پرداخت جهت تخصیص صحیح منابع مالی در فرایند خرید

فقدان دیدگاه و دانش فناوری اطلاعات نزد تدوین کنندگان و تصمیم‌گیران خریدار خدمت باعث عدم اقدام به تولید زیرساخت‌های مناسب فناوری اطلاعات می‌گردد حتی چنانچه این زیرساخت‌ها نیز به هر دلیلی ایجاد گردند برنامه‌های مبتنی بر آن پایدار نخواهند بود. از این‌رو پوشش بیمه همگانی با مشکلات همپوشانی بیمه‌ای افراد، استحقاق سنجی و غیره مواجه است.

### پایین بودن کیفیت نظارت‌ها

علی‌رغم تعدد نهادهای نظارتی، کیفیت نظارت‌ها بسیار پایین است. نظارت بر اجرای قوانین یا اغلب به خوبی دنبال نمی‌شود یا بسیار کم‌رنگ است. نظارت‌ها با هم همگرایی کافی ندارد و از کارآمدی نظارت بر خرید راهبردی به طور مستقل تقریباً وجود ندارد.

### عدم مشخص بودن نحوه نظارت و ارزیابی

از آنجا که سازمان‌های متعدد نظارتی با مسئولیت متفاوت، وجود دارند؛ حدود اختیارات خریداران شفاف نیست، نحوه نظارت بر خریداران و ارائه‌دهندگان

خدمات مشخص نیست. مردم و گروه‌های بیماران به طور مستقیم در نهادهای نظارتی نماینده ندارند و عدم تأثیرگذاری نهادهای مدنی و مردم در فرآیند تصمیم‌سازی و نظارت مبرهن است. احاله وظیفه نظارت بر نهاد ارائه‌دهنده و خریدار به صورت همزمان به یک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کارایی اندک نظام ارزیابی و اعتباربخشی از مهم‌ترین چالش‌های حوزه نظارت است.

### وجود ناکافی زیرساخت‌های اجرایی برای اجرای خرید

(۱) عدم تفکیک نقش ارائه‌کننده از تولید، فقدان قدرت خرید و استقلال

#### نهادهای خریدار

وظایفی همچون تعیین بسته خدمتی پایه و تکمیلی، تدوین راهنماهای بالینی و تشکیل پرونده الکترونیک سلامت به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی سپرده شده است که همزمان با وظیفه تولید، ارائه‌کننده نیز محسوب می‌شود و در برخی خدمات مانند بیماران تصادفی، بیماران خاص و خدمات طرح تحول سلامت به عنوان خریدار خدمات نیز محسوب می‌گردد. نظام ارجاع و پزشک خانواده به عنوان ساختار اصلی نظام ارائه خدمت هر چند در تئوری و قانون به عنوان تنها رویکرد قابل قبول محسوب می‌شود، در عمل چندان مورد وفاق ذینفعان نمی‌باشد.

(۲) عدم شفافیت و پاسخگویی و کاهش کارآمدی و مدیریت نادرست منابع

مدیریت نادرست منابع، موجب هدر رفت منابع، ناکارایی و پوشش ناعادلانه خدمات سلامت شده است. ضعف زیرساخت‌های اطلاعاتی به منظور رفع

هم‌پوشانی‌ها و استقرار خرید راهبردی سبب کاهش کارایی منابع شده است. در نهایت، در شرایطی که خریدار خدمت نقش پررنگی در موارد زیر ندارد، مکلف به پرداخت هزینه خدمات ارائه شده توسط ارائه‌کنندگان است:

۱- تعیین خدمات و تعرفه‌های ارائه خدمات و مراقبت‌های سلامت

۲- نوع ارائه‌کننده و مراکز صاحب صلاحیت ارائه خدمت

۳- اعتباربخشی و رتبه‌بندی ارائه‌کنندگان

۴- میزان یا تعداد خدمات ارائه شده

۳) غیر شفاف بودن حق تصمیم‌گیری، میزان پاسخگویی

- غیر شفاف بودن میزان مسئولیت‌پذیری مالی، میزان تعهدات تأمین مالی نشده

- عدم ثبات سیاست‌ها، وجود تعارضات و پارادوکس‌های متعدد سیاست‌ها (مغایر، موازی، تکراری، مغفول)

- عدم تمرکز سیاست‌گذاری بر مبنای دستاوردهای اصلی سلامت (شاخص‌های سلامت)

- تعدد نهادهای تصمیم‌گیر و تصمیم‌گیری غیر مبتنی بر شواهد



جمع بندی چالشهای خرید راهبردی به شرح جدول ذیل می باشد:

جدول ۵-۱۱: چالش‌های خرید راهبردی در هر یک از ابعاد مطرح شده

چالش‌ها و مشکلات مطرح‌شده	ابعاد خرید راهبردی
<p>عدم اختیار کافی برای سازمان‌های بیمه جهت تدوین بسته خدمات یکسان بودن بسته خدمات برای همه گروه‌ها                      عدم نیازسنجی درست خدمات جهت طراحی بسته خدمت                      عدم اولویت‌بندی و طبقه‌بندی مناسب خدمات.                      فقدان یک نظام اطلاعات جغرافیایی سلامت                      عدم معیارهای مشخص و شفاف جهت بازبینی                      عدم تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد جهت تدوین، بازبینی و ارزیابی بسته خدمتی نبود زیرساخت IT برای اجرای کامل راهنمای بالینی                      نفوذ گروه‌های پر قدرت برای پوشش بیمه‌ای برخی خدمات بدون طی مراحل فنی ناهمگونی در سیاست‌ها و عملکرد بین سازمان‌های بیمه پایه در بسته مورد تعهد مشخص نبودن فرایند فنی و شفاف تصمیم‌گیری و معیارهای ورود و خروج خدمات از بسته                      در تعهد نبودن داروها و خدمات گران‌قیمت ضروری                      وجود برخی داروها و خدمات کم ارزش در بسته خدمات موجب هدر رفت منابع بیمه‌ای                      تغییر الگوی بیماری‌ها (اپیدمیولوژیک و غیر اپیدمیولوژی)</p>	<p>چه خدمتی</p>
<p>عدم تعریف صریح بسته خدمات به طور شفاف همراه با استانداردهای مشخص                      عدم درستی سطح‌بندی خدمات در جهت دسترسی عادلانه                      دخالت دولت در صندوق‌های بیمه‌ای و عدم تعهد به برخی تصمیمات یکسویه                      افزایش تعهدات صندوق‌های بیمه بدون در نظر گرفتن تأمین اعتبار از سوی دولت                      نداشتن دیدگاه سلامت محوری سازمان‌های بیمه به نظام سلامت                      عدم تناسب واقعی بین حق بیمه مصوب و سرانه هزینه بیمه‌شدگان                      سازمان‌های بیمه‌های اولیه در ایران موظف هستند که تمام خدمات ارائه شده توسط ارائه‌دهندگان خدمات در بخش دولتی و همچنین بخش عمده‌ای از خدمات بهداشتی ارائه شده در بخش عمومی غیردولتی را بدون ارزیابی کیفیت خدمات خریداری نماید.                      عدم انتخاب ارائه‌دهندگان توسط سازمان‌های بیمه (قراردادهای یکسان)                      عدم وجود کانالی برای اطلاع‌رسانی به شهروندان در خصوص حقوق و تعهدات سازمان بیمه‌گذار</p>	<p>جمعیت هدف</p>

<p>عدم اجرای مناسب نظام ارجاع و پزشک خانواده</p>	
<p>عدم تعادل شاخص دسترسی کارکنان سلامت نسبت به جمعیت در استان‌ها و نابرابری در توزیع منابع انسانی با سطح توسعه استان‌ها ضعف در سیستم ارزیابی ارائه‌دهنده آشفته‌گی وضعیت کیفی درمان عدم لحاظ نمودن یا دارا بودن شاخص‌های مثل کیفیت خدمات، یکپارچگی، و موقعیت مکانی جهت عقد قرارداد انتقال ریسک از خریداران به ارائه‌دهندگان توسط سازمان‌های بیمه تمام وقت کردن کلیه پزشکان بدون در نظر گرفتن مکان شکاف درآمدی بین پزشکان تمام وقت و پزشکان غیر تمام وقت در بخش خصوصی نبود زیرساخت‌های اطلاعات و سیستم مکانیزه در کلیه مراکز ارائه‌دهنده و خریدار خدمت</p>	<p>خریداران و ارائه‌کنندگان</p>
<p>ایجاد تقاضای القایی چه از طرف پزشکان چه بیماران، دخالت و فشار نیروهای ذینفع عدم آگاهی گروه‌های ذینفع و گاه‌ها سیاست‌گذاران مقابله با تغییر و اجرا از طرف گروه‌های صنفی مختلف سلامت مقابله مدیران و کارمندان نظام سلامت با اجرای و پیاده‌سازی نظام اطلاعاتی، ترس از اجرا، عدم داشتن اطلاعات کافی نبود زیرساخت یکپارچه نظام اطلاعات سلامت بین سازمان‌های بیمه و وزارت بهداشت عدم پرداختن به صنعت بیمه و سلامت‌نگر بودن بیمه‌ها نبود قوانین و سیستم نظارتی برای برخورد با تخلف تعارض ناشی از تداخل نقش سیاست‌گذار و تدارک خدمت در تمام سطوح نظام سلامت ارتباط ضعیف بین بخشی بین قانون‌گذار و مجری قوانین عدم وجود رقابت در بازار نظام سلامت در کشور</p>	<p>مکانیسم خرید</p>
<p>دخالت گروه‌های ذینفع من جمله نظام پزشکی وجود استخرهای اطلاعاتی غیر یکپارچه جهت برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری عدم توجه به پایداری منابع در دسترس در برنامه‌ریزی‌های مالی ورود تجهیزات و تکنیک‌های درمانی نوین و گران‌قیمت انجام طرح تحول سلامت بدون بررسی جوانب آن عدم پیگیری اجرای برنامه‌ها و قوانین بالادستی و سلیقه‌ای عمل کردن مدیران ارشد واقعی نبودن برخی تعرفه‌ها (گران‌تر یا ارزان‌تر بودن از قیمت واقعی) عدم مدیریت هزینه به دلیل تقاضای القایی بالا تصویب و تحمیل قوانین و مقررات و طرح‌های برون‌سازمانی هم برای سازمان‌های بیمه هم وزارت بهداشت</p>	<p>قیمت و حجم خدمت</p>

طولانی شدن زمان پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر به خریداران ارائه خدمات که باعث کاهش کیفیت و کمیت خدمات می‌شود رشد هزینه‌های سازمان‌های بیمه‌گر به طور فزاینده عدم شناسایی نزدیک به نیازهای سلامت شهروندان	
--	--

در نگاه دیگری پس از جمع‌بندی نظرات می‌توان چالش‌های اجرای خرید راهبردی به ۶ حیطه اصلی زیرنیز دسته‌بندی نمود:

- ۱- چالش‌های تولیت و سیاست‌گذاری حاکمیت نظام سلامت
- ۲- چالش‌های مدیریت تأمین منابع مالی
- ۳- چالش‌های نظام پرداخت
- ۴- چالش‌های مدیریت فناوری نظام سلامت
- ۵- چالش‌های بسته خدمات سلامت
- ۶- چالش‌های ارائه‌دهندگان خدمات و سازمان‌های بیمه‌گر

هدف ۴: طراحی الگوی استقرار خرید راهبردی در نظام سلامت ایران

### روش

در این مرحله از پژوهش هم جهت دستیابی به این هدف، شامل طراحی مدل پیشنهادی می‌باشد که به شرح ذیل می‌باشد:

پس از اینکه ویژگی‌ها و عوامل مؤثر در انجام خرید راهبردی برای مدل پیشنهادی استخراج شد در قالب پرسشنامه‌ی از متخصصان و صاحب‌نظرانی که مشخص شده بودند نظر خواهی شد. پرسشنامه شامل ۵۷ سوال به عنوان زیر موضوعات خرید راهبردی در قالب سوالات ۵ گزینه‌ی لیکرت بود که روایی آن توسط شاخص‌های CVI و CVR تایید شد.

برای محاسبه‌ی شاخص‌های CVR و CVI از فرمولهای زیر که توسط لاوشه ابداع شده است استفاده شد:

$$CVR = (NE-N/2)/(N/2)$$

تعداد کسانی که گزینه‌های ۱ و ۲ را انتخاب کرده اند و عامل را موثر و ضروری دانسته اند (موافقین)  $NE=$

تعداد کل افراد شرکت کننده  $N=$

$$CVI = Nh/N$$

تعداد کسانی که گزینه‌های ۱ و ۲ را انتخاب کرده اند و عامل را موثر و ضروری دانسته اند (موافقین)  $Nh=$

کل افراد شرکت کننده در پانل  $N=$

در این مطالعه از پانل ۳۰ نفری برای تایید روایی محتوایی و به دست آوردن CVR و CVI استفاده شد. گویه‌های مورد سنجش به شرح در ضمیمه موجود می‌باشد.

با توجه به اینکه افراد شرکت کننده متشکل از ۳۰ نفر بودند بر اساس جدول مقادیر لازم برای محاسبه‌ی CVR، حداقل لازم برای تایید روایی ۰/۳۳ می‌باشد که تمامی گویه‌ها این مقدار را کسب کردند.

در مورد شاخص روایی محتوایی (CVI) نیز میانگین شاخص روایی محتوایی پرسشنامه نیز ۰/۹۵ به دست آمد. در نهایت پرسشنامه در اختیار گروه خبرگان قرار گرفت تا نظرات نهایی مورد تایید صاحب‌نظران برای طراحی مدل اولیه لحاظ شود.

با انجام روایی محتوایی داده‌های به دست آمده در خصوص ابعاد و عوامل مؤثر مورد نیاز برای استقرار خرید راهبردی نظام سلامت به دست آمده از مراحل قبلی شامل مرور کلی، بررسی مستندات و مطالعه کیفی (مصاحبه‌ها)، باهم ادغام گردیده و ارکان و مؤلفه‌های پیشنهادی جهت طراحی مدل خرید راهبردی نظام سلامت کشور ایران به دست آمده و برای اتخاذ تصمیم‌گیری نهایی در جلسات متعدد با متخصصین و خبرگان به صورت انفرادی مورد بحث قرار گرفتند. بعد از برگزاری جلسات متعدد با ۸ نفر از متخصصین و صاحب‌نظران واجد شرایط (مدیران، معاونین و اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی دارای آشنایی و حداقل پنج سال سابقه کار در نظام سلام و نظام بیمه‌ای کشور) و اعمال تغییرات و اصلاحات در مؤلفه‌ها و ارکان پیشنهادی و نحوه ارتباطات عوامل و متغیرهای مهم و مؤثر در فرایند خرید راهبردی نهایتاً فرمت اولیه مدل پیشنهادی برای خرید راهبردی نظام سلامت ایران طراحی و ارائه گردید.

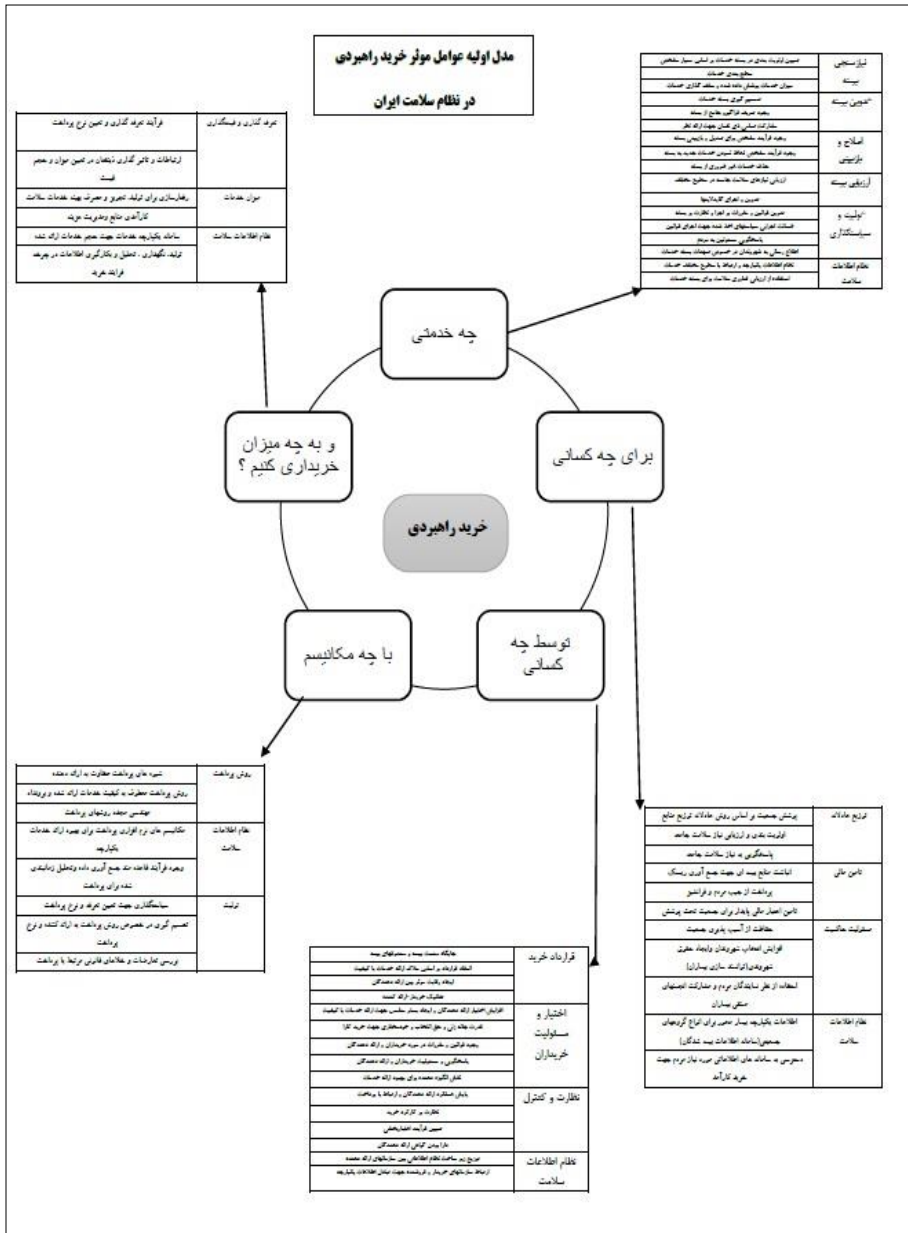
#### دستاورده‌ها

در این مرحله هم جهت دستیابی به این هدف، دو گام اجرایی شامل طراحی مدل پیشنهادی و تأیید اعتبار مدل طراحی شده اجرا شد که به شرح ذیل می‌باشد:

#### تعیین ارکان و مؤلفه‌های جهت طراحی مدل

با انجام روایی محتوایی داده‌های به دست آمده در خصوص ساختار، اجزا و خدمات مورد نیاز برای خرید راهبردی به دست آمده از مراحل قبلی شامل مرور کلی، بررسی مستندات و مطالعه کیفی (مصاحبه‌ها) با هم ادغام گردیده و ارکان و

مؤلفه‌های پیشنهادی جهت طراحی مدل خرید راهبردی کشور ایران به دست  
آمد.



نمودار ۵-۲: ارکان و مؤلفه‌های اولیه جهت طراحی مدل خرید راهبردی کشور ایران

### ارزیابی و تأیید ارکان و مؤلفه‌های جهت طراحی مدل اولیه خرید راهبردی

برای تدوین طرح اولیه مدل خرید راهبردی در نظام سلامت ایران، ارکان و مؤلفه‌های حاصل از بررسی متون، طی جلسه نشست متخصصین در دسترس افراد صاحب‌نظر واجد شرایط قرار گرفتند که این متخصصین از معاونین و کارشناسان خبره وزارت بهداشت و دبیرخانه شورای عالی بیمه و نیز اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی و دارای سابقه کار در نظام بیمه‌ای و خرید راهبردی کشور بودند بعد از بحث و بررسی‌های متعدد نهایتاً ارکان و مؤلفه‌های به دست آمده از روش‌های جمع‌آوری داده‌ها شامل بررسی متون و جلسات کیفی، برخی ارکان و مؤلفه‌های مشابه ادغام شدند و تحت عنوانی که با نظر اکثریت اعضا مطرح می‌شد نام‌گذاری گردیده، ارکان و مؤلفه‌های تکراری نیز حذف شدند؛ که با توجه به چالش‌ها و راهکارهای عنوان شده ۴ حوزه اصلی که به عنوان چارچوب تشکیل‌دهنده می‌باشد شناسایی شد و در پایان ۲۰ تم اصلی و ۵۷ ساب تم استخراج شد که به عنوان ارکان و مؤلفه‌های نهایی مشخص گردیدند.



جدول ۵-۱۲: ارکان و مؤلفه‌های نهایی جهت طراحی مدل خرید راهبردی نظام سلامت

کشور ایران

ردیف	ابعاد	موضوع (تم)	زیر موضوع (ساب تم)	
۱	بسته خدمت	نیازسنجی بسته	تعیین اولویت‌بندی براساس معیار مشخص	
			سطح‌بندی خدمات	
			سقف‌گذاری خدمات	
۲		تدوین بسته	تدوین بسته	تصمیم‌گیری بسته خدمات
				وجود فرآیند تدوین بسته
				مشارکت تمامی ذینفعان
۳		اصلاح و بازبینی	اصلاح و بازبینی	فرآیند مشخص برای تغییر و بازبینی بسته
				فرآیند تعدیل و حذف و اضافه کردن خدمات
۴		ارزیابی بسته	ارزیابی بسته	کنترل ارزیابی ارائه خدمات
	تدوین و اجرای گایدلاین‌ها			
۵	تولیت و سیاست‌گذاری	تولیت و سیاست‌گذاری	تدوین قوانین و مقررات و نظارت بر اجرا	
			ضمانت اجرایی سیاست‌های اخذ شده	
			پاسخگویی مناسب	
			اطلاع‌رسانی به شهروندان و احاد جامعه	
۶	نظام اطلاعات سلامت	نظام اطلاعات سلامت	ایجاد نظام یکپارچه اطلاعات سلامت	
			ارزیابی فناوری سلامت به روز	
۷	توزیع عادلانه	توزیع عادلانه	پوشش جمعیت براساس روش عادلانه توزیع منابع	
			اولویت‌بندی و ارزیابی نیاز سلامت جامعه	
			پاسخگویی به نیاز سلامت جامعه	
۸	جمعیت هدف	تامین مالی	فرآیند انباشت منابع بیمه‌ای	
			پرداخت از جیب مردم و فرانشیز	
			تأمین اعتبار مالی پایدار	
۹	مسئولیت حاکمیت	مسئولیت حاکمیت	حفاظت از آسیب‌پذیری جمعیت	
			افزایش انتخاب شهروندان	

استفاده از نظر نمایندگان مردم و انجمن های صنفی بیماران			
اطلاعات یکپارچه برای انواع گروه های جمعیتی	نظام اطلاعات		۱۰
دسترسی به سامانه های اطلاعاتی	سلامت		
جایگاه صنعت بیمه و صندوق های بیمه	قرارداد خرید	خریداران و ارائه دهندگان	۱۱
انعقاد قرارداد براساس کیفیت			
ایجاد رقابت مؤثر بین ارائه دهندگان			
تفکیک خریدار - ارائه کننده	اختیار و مسئولیت خریداران	خریداران و ارائه دهندگان	۱۲
افزایش اختیار ارائه دهندگان برای خدمات با کیفیت			
قدرت چانه زنی و حق انتخاب			
پاسخگویی و مسئولیت خریداران و ارائه دهندگان	نظارت و کنترل	خریداران و ارائه دهندگان	۱۳
ایجاد انگیزه برای ارائه خدمات با کیفیت			
پایش عملکرد ارائه دهندگان و ارتباط با پرداخت			
نظارت بر کارکرد خرید	نظام اطلاعات سلامت	خریداران و ارائه دهندگان	۱۴
تعیین فرآیند اعتباربخشی			
دارا بودن گواهی ارائه دهندگان			
توزیع زیر ساخت نظام اطلاعاتی بین سازمان های ارائه دهنده	نظام اطلاعات سلامت	خریداران و ارائه دهندگان	۱۴
ارتباط سازمان های خریدار و فروشنده جهت تبادل اطلاعات			
شیوه های پرداخت به ارائه دهنده	روش پرداخت	مکانیسم پرداخت	۱۵
روش پرداخت مرتبط با کیفیت خدمات			
مهندسی مجدد روش های پرداخت			
مکانیسم های نرم افزاری پرداخت	نظام اطلاعات سلامت	مکانیسم پرداخت	۱۶
وجود فرآیند قاعده مند جمع آوری داده و تحلیل			
سیاست گذاری جهت تعیین تعرفه و نرخ پرداخت	تولیت	مکانیسم پرداخت	۱۷
تصمیم گیری نوع روش پرداخت			
بررسی تعارضات و خلاهای قانونی			
فرآیند تعرفه گذاری و تعیین نرخ پرداخت	تعرفه و قیمت گذاری	قیمت	۱۸

ارتباطات و تأثیرگذاری ذینفعان در تعیین نرخ		خدمات	
فرهنگ‌سازی تولید، تجویز و مصرف بهینه خدمات سلامت	میزان خدمات		۱۹
کارآمدی منابع و مدیریت هزینه			
سامانه یکپارچه خدمات	نظام اطلاعات سلامت		۲۰
تولید، نگهداری، تحلیل و بکارگیری اطلاعات یکپارچه			

### هدف ۵: ارزیابی الگوی نهایی خرید راهبردی در نظام سلامت ایران

#### روش

برای ارزیابی و تأیید اعتبار مدل طراحی شده در مراقبت‌های بهداشتی اولیه دو گام به شرح ذیل اقدام گردید:

#### ارزیابی اعتبار مدل طراحی شده

در این مرحله موضوعات و عوامل موثری که در مصاحبه مشارکت کنندگان به آن اشاره نمودند و توسط نرم افزار تحلیل و طبقه‌بندی گردید به صورت پرسشنامه تدوین شد و در اختیار ۳۰ نفر از کارشناسان و خبرگان مرتبط با مباحث خرید راهبردی نمودند و سپس با استفاده از نرم افزار spss20 موضوعات مطرح شده مورد ارزیابی قرار گرفت.

#### تأیید اعتبار و نهایی نمودن مدل

برای تأیید اعتبار مدل طراحی شده، با تشکیل جلسه بحث گروهی متمرکز؛ مدل طراحی شده بر اساس دو معیار اهمیت و قابلیت اجرایی مورد نظرسنجی متخصصین واجد شرایط قرار گرفت، که از ۶ تا ۱۲ نفر تشکیل شده و به وسیله -

۱) Focus Group Discussion

بحث گروهی متمرکز، نوعی از بحث‌های گروهی است که از یک هماهنگ کننده هدایت می‌شود. در این جلسات اعضای گروه با انگیزه درونی و آزادی کامل درباره موضوعات خاصی صحبت می‌کنند. هدف از بحث گروهی متمرکز، به دست آوردن اطلاعات عمیق درباره مفاهیم، ادراکات و عقاید اعضای گروه هست.

طی این جلسه که با حضور ۸ تن از متخصصین واجد شرایط (مدیران، کارشناسان خبره سازمان‌های بیمه گذار و اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی که دارای پنج سال سابقه کار در نظام سلامت و سازمان بیمه کشور بودند)، مدل اولیه طراحی شده طی چند ساعت به دقت بررسی گردید و نظرات اصلاحی در خصوص ساختار ارائه شده و همین‌طور خدمات تعریف شده جمع‌بندی و بیان گردید.

با جمع‌بندی نظرات متخصصین در جلسه FGD، مدل اولیه طراحی شده مورد بازبینی قرار گرفته و تغییرات عنوان شده مورد توافق اعضاء حاضر در بحث گروهی متمرکز در آن اعمال گردید و در گام بعدی مدل خرید راهبردی نظام سلامت، بازبینی شده با جلسات انفرادی با خبرگان نظراتشان در خصوص مدل بازبینی شده پس از اعمال تغییرات پرسیده شده و از آن‌ها خواسته شد پیشنهادات و نظراتشان را به اعضای تیم پژوهش اعلام نمایند که نهایتاً اساتید و متخصصین مدل اصلاح یافته را تأیید نمودند و اصلاحات جزئی را هم که بیان نمودند.

با توجه به موافق بودن با نظرات تیم حاضر در جلسه بحث گروهی متمرکز این نظرات هم اعمال گردیده و با اخذ تأییدیه این اساتید مدل طراحی شده نهایی گردید.

### دستاوردها

با وارد کردن مؤلفه‌های شناسایی شده نهایی و مورد توافق نهایتاً مدل اولیه خرید راهبردی پیشنهادی با تغییرات اعمال شده در ساختار مربوط برای کشور ایران طراحی گردید.

در این مدل بعد از مصاحبه و ارزیابی مجدد الگوی اولیه سوالات مطروحه در زمینه خرید راهبردی به ۵ بعد اساسی بسته خدمات، جمعیت هدف، خریداران و ارائه دهندگان، مکانیسم پرداخت، قیمت خدمات تبدیل شد و سپس در هر بعد عوامل مؤثر در همان بعد تشریح و طبقه بندی گردید لذا با توجه به عوامل و موضوعات مرتبط با خرید راهبردی پرسشنامه ای لیکرت ۵ تایی تدوین گردید و بین ۳۰ نفر از کارشناسان و خبرگان مرتبط با خرید راهبردی توزیع گردید و یافته های زیر بدست آمد:

ابتدا نرمالیتی داده ها که همان سوالات مورد نظر ما در ابعاد خرید راهبردی می باشد، بررسی شد که مشخص گردید داده های q1, q3, q4 غیر نرمال است .

جدول ۵-۱۳ مقایسه نرمال بودن یا غیر نرمال بودن داده ها

عنوان	بسته خدمات (q1)	جمعیت هدف (q2)	ارائه دهندگان (q3)	مکانیسم پرداخت (q4)	قیمت خدمات (q5)
آزمون کای	۴,۵۳۳	۱۵,۶۰۰	۱۴,۰۰۰	۸,۳۳۳	۱۲,۰۰۰
درجه آزادی	۶	۸	۹	۴	۵
درجه معنی داری	۰,۶۰۵	۰,۰۴۸	۰,۱۲۲	۰,۰۸۰	۰,۰۳۵

- بعد دوم و بعد پنجم شامل جمعیت هدف و قیمت خدمات به دلیل اینکه درجه معنی داری آنها کمتر از ۰,۰۵ می باشد معنی دار بوده و نرمال

می‌باشد.

سپس داده‌ها را به صورت دو به دو با هم مقایسه کرده که نتایج نشان می‌دهد که از نظر آماری معنی دار می‌باشد یعنی برای بررسی داده‌ها از آزمون میانگین می‌توان استفاده نمود.

Q1 = بعد اول: چه خدمتی خریداری می‌شود؟

Q2 = بعد دوم: برای چه کسانی خریداری شود؟

Q3 = بعد سوم: توسط چه کسانی خریداری شود؟

Q4 = بعد چهارم: چه مکانیسمی خریداری شود؟

Q5 = بعد پنجم: قیمت و حجم خرید چگونه می‌باشد؟

جدول ۵-۱۴ مقایسه زوجی داده‌ها با استفاده از آزمون مقایسه متغیرها (comput variable)

درجه معنی داری	Z	
.۰۰۰	-۴.۷۹۵	q2 - q1 (مقایسه بین بعد دوم با بعد اول)
.۰۲۳	-۲.۲۷۱	q3 - q1 (مقایسه بعد سوم با بعد اول)
.۰۰۰	-۴.۷۹۹	q4 - q1 (مقایسه بعد چهارم با بعد اول)
.۰۰۰	-۴.۷۹۹	q5 - q1 (مقایسه بعد پنجم با بعد اول)
.۰۰۰	-۴.۵۶۵	q3 - q2 (مقایسه بعد سوم با بعد دوم)
.۰۰۰	-۴.۶۷۷	q4 - q2 (مقایسه بعد چهارم با بعد دوم)
.۰۰۰	-۴.۷۹۲	q5 - q2 (مقایسه بعد پنجم با بعد دوم)
.۰۰۰	-۴.۷۹۲	q4 - q3 (مقایسه بعد چهارم با بعد سوم)
.۰۰۰	-۴.۷۹۴	q5 - q3 (مقایسه بعد پنجم با بعد سوم)
.۰۰۰	-۴.۰۹۲	q5 - q4 (مقایسه بعد پنجم با بعد چهارم)

از تمامی داده‌ها آزمون میانگین بعمل آمد که مشخص شد q1 از تمامی

---

فصل پنجم - تعیین عوامل مؤثر و ارائه الگو ..... / ۲۰۷

---

سوالات میانگین بیشتری کسب نموده که نشان می دهد بیشتر پاسخ دهنده ها تاکید بیشتری بر این سوالات داشته اند و q5 از نظر آماری کمترین تاکید را داشته است.

جدول ۵-۱۵: مقایسه ابعاد مورد مطالعه

بیشترین	کمترین	انحراف معیار	میانگین	تعداد	
۲۵.۰۰	۱۹.۰۰	۱.۸۵۱۰۶	۲۱.۵۶۶۷	۳۰	بعد اول (q1)
۲۰.۰۰	۱۲.۰۰	۱.۹۰۲۵۱	۱۶.۳۶۶۷	۳۰	بعد دوم (q2)
۲۹.۰۰	۱۶.۰۰	۲.۵۲۵۵۰	۲۰.۳۶۶۷	۳۰	بعد سوم (q3)
۱۴.۰۰	۱۰.۰۰	۱.۰۹۸۰۷	۱۱.۹۶۶۷	۳۰	بعد چهارم (q4)
۱۹.۰۰	۷.۰۰	۲.۱۷۱۱۳	۹.۱۰۰۰	۳۰	بعد پنجم (q5)

سپس سوالات q1 که ۱۶ سوال می باشد از طریق آزمون آماری نرمالیته سنجیده می شود که نشان می دهد، داده ها نرمال می باشد

جدول ۵-۱۶: مقایسه میانگین نرمال بودن داده ها موضوعات مطرح شده در بعد اول

درجه معنی داری	تعیین نرمالیتی داده ها	تفاوتها			پارامتر عادی		تعداد	عنوان
		منفی	مثبت	مستقل	انحراف معیار	میانگین		
+	۲,۰۹	-۰,۲۹۴	۰,۴۷۳	۰,۴۷۳	۰,۴۳۰۲	۳,۲۳۳۳	۳۰	تعیین اولویت بندی براساس معیار مشخص
+,۰+۲	۱,۸۸۵	+,۳۴۴-	۰,۲۸۹	۰,۳۴۴	۰,۵۹۲۱	۲,۸۳۳۳	۳۰	سطح بندی خدمات
+	۲,۴۱۶	+,۴۴۱-	۰,۳۲۶	۰,۴۴۱	۰,۴۶۱۱	۲,۸۳۳۳	۳۰	سقف گذاری خدمات
+	۲,۴۱۱	+,۴۴-	۰,۳۶	۰,۴۴	۰,۴۶۶۱	۲,۷	۳۰	تصمیم گیری بسته خدمات
+	۲,۱۶۷	+,۳۹۶-	۰,۲۷۱	۰,۳۹۶	۰,۵۲۰۸	۲,۷۳۳۳	۳۰	وجود فرآیند تدوین بسته
+,۰+۲	۱,۸۷۴	+,۲۷۵-	۰,۳۴۲	۰,۳۴۲	۰,۵۷۲۴	۲,۵	۳۰	مشارکت تمامی ذی نفعان
+	۲,۶۷۶	+,۳۱۲-	۰,۴۸۸	۰,۴۸۸	۰,۴۰۶۸	۲,۲	۳۰	فرآیند مشخص برای تغییر و بازبینی بسته



فصل پنجم - تعیین عوامل مؤثر و ارائه الگو ..... / ۲۰۹

۰	۲,۴۱۱	۰,۲۶-	۰,۴۴	۰,۴۴	۰,۴۶۶۱	۲,۳	۳۰	فرآیند تعدیل و حذف و اضافه کردن خدمات
۰	۲,۳۱۸	۰,۲۵۱-	۰,۴۲۳	۰,۴۲۳	۰,۴۷۹۵	۲,۳۳۳۳	۳۰	کنترل ارزیابی ارائه خدمات
۰,۰۰۱	۲,۰۳۲	۰,۲۲۹-	۰,۳۷۱	۰,۳۷۱	۰,۶۲۸۸	۲,۴۶۶۷	۳۰	تدوین و اجرای گایدلاینها
۰	۲,۱۳۶	۰,۳۱-	۰,۳۹	۰,۳۹	۰,۵۳۰۷	۳,۱۶۶۷	۳۰	تدوین قوانین و مقررات و نظارت بر اجرا
۰,۰۰۲	۱,۸۷۸	۰,۲۵۷-	۰,۳۴۳	۰,۳۴۳	۰,۵۸۳۳	۳,۲۶۶۷	۳۰	ضمانت اجرایی سیاستهای اخذ شده
۰	۲,۶۰۸	۰,۳۲۴-	۰,۴۷۶	۰,۴۷۶	۰,۵۸۳۳	۲,۲۶۶۷	۳۰	پاسخگویی مناسب
۰	۲,۶۲	۰,۳۲۲-	۰,۴۷۸	۰,۴۷۸	۰,۵۰۴	۲,۲۳۳۳	۳۰	اطلاع رسانی به شهروندان و آحاد جامعه
۰,۰۰۱	۲,۰۰۸	۰,۳۶۷-	۰,۳۶۷	۰,۳۶۷	۰,۵۲۵۲	۳	۳۰	ایجاد نظام یکپارچه اطلاعات سلامت

۰	۲,۵۰۱	۰,۲۷۷-	۰,۴۵۷	۰,۴۵۷	۰,۴۴۹۸	۲,۲۶۶۷	۳۰	ارزیابی فناوری سلامت به روز
---	-------	--------	-------	-------	--------	--------	----	-----------------------------------

سپس با توجه به نرمال بودن داده‌های q1 آزمون میانگین گرفته شد و مشخص گردید که بیشترین اهمیت از طرف مصاحبه کنندگان مربوط به موضوعات " تعیین اولویت بندی براساس معیار مشخص " و " تدوین قوانین و مقررات و نظارت بر اجرا " و " ایجاد نظام یکپارچه اطلاعات سلامت " می باشد.

جدول ۵-۱۷: مقایسه میانگین و بررسی کمترین و بیشترین

بیشترین	کمترین	انحراف معیار	میانگین	تعداد	
۴.۰۰	۳.۰۰	.۴۳۰۱۸	۳.۲۳۳۳	۳۰	تعیین اولویت بندی براساس معیار مشخص
۴.۰۰	۲.۰۰	.۵۹۲۰۹	۲.۸۳۳۳	۳۰	سطح بندی خدمات
۴.۰۰	۲.۰۰	.۴۶۱۱۳	۲.۸۳۳۳	۳۰	سقف گذاری خدمات
۳.۰۰	۲.۰۰	.۴۶۶۰۹	۲.۷۰۰۰	۳۰	تصمیم گیری بسته خدمات
۴.۰۰	۲.۰۰	.۵۲۰۸۳	۲.۷۳۳۳	۳۰	وجود فرآیند تدوین بسته
۴.۰۰	۲.۰۰	.۵۷۲۳۵	۲.۵۰۰۰	۳۰	مشارکت تمامی ذی نفعان
۳.۰۰	۲.۰۰	.۴۰۶۸۴	۲.۲۰۰۰	۳۰	فرآیند مشخص برای تغییر و بازبینی بسته
۳.۰۰	۲.۰۰	.۴۶۶۰۹	۲.۳۰۰۰	۳۰	فرآیند تعدیل و حذف و اضافه کردن خدمات
۳.۰۰	۲.۰۰	.۴۷۹۴۶	۲.۳۳۳۳	۳۰	کنترل ارزیابی ارائه خدمات
۴.۰۰	۲.۰۰	.۶۲۸۸۱	۲.۴۶۶۷	۳۰	تدوین و اجرای گایدلاین‌ها
۴.۰۰	۲.۰۰	.۵۳۰۶۷	۳.۱۶۶۷	۳۰	تدوین قوانین و مقررات و نظارت بر اجرا
۴.۰۰	۲.۰۰	.۵۸۳۲۹	۳.۲۶۶۷	۳۰	ضمانت اجرایی سیاست‌های اخذ شده
۴.۰۰	۲.۰۰	.۵۸۳۲۹	۲.۲۶۶۷	۳۰	پاسخگویی مناسب
۴.۰۰	۲.۰۰	.۵۰۴۰۱	۲.۲۳۳۳	۳۰	اطلاع رسانی به شهروندان و آحاد جامعه
۴.۰۰	۲.۰۰	.۵۲۵۲۳	۳.۰۰۰۰	۳۰	ایجاد نظام یکپارچه اطلاعات سلامت
۳.۰۰	۲.۰۰	.۴۴۹۷۸	۲.۲۶۶۷	۳۰	ارزیابی فناوری سلامت به روز

سپس با آزمون میانگین از بین تمام سوالات موضوعاتی که بالاترین میانگین را داشته به عنوان موضوعاتی می باشد که بیشترین اهمیت از نظر مشارکت کنندگان را داشته است. که موضوعات " تعیین اولویت بندی براساس معیار مشخص"، "تدوین قوانین و مقررات و نظارت بر اجرا"، "ایجاد نظام یکپارچه

اطلاعات سلامت"، "تامین اعتبار مالی پایدار"، "استفاده از نظر نمایندگان مردم و انجمن‌های صنفی بیماران"، "اطلاعات یکپارچه برای انواع گروه‌های جمعیتی"، "پایش عملکرد ارائه دهندگان و ارتباط با پرداخت"، "نظارت بر کارکرد خرید"، "توزیع زیر ساخت نظام اطلاعاتی بین سازمان های ارائه دهنده"، "وجود فرآیند قاعده مند جمع آوری داده و تحلیل"، "سیاستگذاری جهت تعیین تعرفه و نرخ پرداخت"، "فرآیند تعرفه گذاری و تعیین نرخ پرداخت" و "تولید، نگهداری، تحلیل و بکارگیری اطلاعات یکپارچه" که در نهایتا تمام این موضوعات ۴ محور اصلی شامل ۱- نظام اطلاعات سلامت، ۲- نظام تامین مالی ۳- تولید ۴- نظارت و ارزیابی قرار می گیرد.

	تعداد	میانگین	درجه معنی داری	کمترین	بیشترین
تعیین اولویت بندی براساس معیار مشخص	۳۰	۳.۲۳۳۳	.۴۳۰۱۸	۳.۰۰	۴.۰۰
سطح بندی خدمات	۳۰	۲.۸۳۳۳	.۵۹۲۰۹	۲.۰۰	۴.۰۰
سقف گذاری خدمات	۳۰	۲.۸۳۳۳	.۴۶۱۱۳	۲.۰۰	۴.۰۰
تصمیم گیری بسته خدمات	۳۰	۲.۷۰۰۰	.۴۶۶۰۹	۲.۰۰	۳.۰۰
وجود فرآیند تدوین بسته	۳۰	۲.۷۳۳۳	.۵۲۰۸۳	۲.۰۰	۴.۰۰
مشارکت تمامی ذی نفعان	۳۰	۲.۵۰۰۰	.۵۷۲۳۵	۲.۰۰	۴.۰۰
فرآیند مشخص برای تغییر و بازبینی بسته	۳۰	۲.۲۰۰۰	.۴۰۶۸۴	۲.۰۰	۳.۰۰
فرآیند تعدیل و حذف و اضافه کردن خدمات	۳۰	۲.۳۰۰۰	.۴۶۶۰۹	۲.۰۰	۳.۰۰
کنترل ارزیابی ارائه خدمات	۳۰	۲.۳۳۳۳	.۴۷۹۴۶	۲.۰۰	۳.۰۰
تدوین و اجرای گایدلاین ها	۳۰	۲.۴۶۶۷	.۶۲۸۸۱	۲.۰۰	۴.۰۰
تدوین قوانین و مقررات و نظارت بر اجرا	۳۰	۳.۱۶۶۷	.۵۳۰۶۷	۲.۰۰	۴.۰۰
ضمانت اجرایی سیاست های اخذ شده	۳۰	۳.۲۶۶۷	.۵۸۳۲۹	۲.۰۰	۴.۰۰
پاسخگویی مناسب	۳۰	۲.۲۶۶۷	.۵۸۳۲۹	۲.۰۰	۴.۰۰
اطلاع رسانی به شهروندان و آحاد جامعه	۳۰	۲.۲۳۳۳	.۵۰۴۰۱	۲.۰۰	۴.۰۰
ایجاد نظام یکپارچه اطلاعات سلامت	۳۰	۳.۰۰۰۰	.۵۲۵۲۳	۲.۰۰	۴.۰۰
ارزیابی فناوری سلامت به روز	۳۰	۲.۲۶۶۷	.۴۴۹۷۸	۲.۰۰	۳.۰۰
پوشش جمعیت بر اساس روش عادلانه توزیع منابع	۳۰	۲.۲۳۳۳	.۴۳۰۱۸	۲.۰۰	۳.۰۰
اولویت بندی و ارزیابی نیاز سلامت جامعه	۳۰	۲.۲۰۰۰	.۴۰۶۸۴	۲.۰۰	۳.۰۰
پاسخگویی به نیاز سلامت جامعه	۳۰	۲.۱۳۳۳	.۳۴۵۷۵	۲.۰۰	۳.۰۰
فرآیند انباشت منابع بیمه ای	۳۰	۲.۱۶۶۷	.۳۷۹۰۵	۲.۰۰	۳.۰۰
پرداخت از جیب مردم و فرانشیز	۳۰	۲.۲۰۰۰	.۴۰۶۸۴	۲.۰۰	۳.۰۰
تامین اعتبار مالی پایدار	۳۰	۳.۵۳۳۳	.۵۰۷۴۲	۳.۰۰	۴.۰۰
حفاظت از آسیب پذیری جمعیت	۳۰	۱.۹۶۶۷	.۴۹۰۱۳	۱.۰۰	۳.۰۰
افزایش انتخاب شهروندان و ایجاد حقوق شهروندی (توانمندسازی بیماران)	۳۰	۲.۰۰۰۰	.۴۵۴۸۶	۱.۰۰	۳.۰۰

استفاده از نظر نمایندگان مردم و انجمن های صنفي بیماران	۳۰	۳.۵۰۰۰	.۵۰۸۵۵	۳.۰۰	۴.۰۰
اطلاعات یکپارچه برای انواع گروه های جمعیتی	۳۰	۳.۵۶۶۷	.۵۰۴۰۱	۳.۰۰	۴.۰۰
دسترسی به سامانه های اطلاعاتی	۳۰	۲.۱۰۰۰	.۳۰۵۱۳	۲.۰۰	۳.۰۰
جایگاه صنعت بیمه و صندوق های بیمه	۳۰	۲.۳۳۳۳	.۵۴۶۶۷	۲.۰۰	۴.۰۰
تعقاد قرارداد براساس کیفیت	۳۰	۲.۲۶۶۷	.۵۸۳۲۹	۲.۰۰	۴.۰۰
یجاد رقابت مؤثر بین ارائه دهندگان	۳۰	۲.۱۰۰۰	.۳۰۵۱۳	۲.۰۰	۳.۰۰
تفکیک خریدار - ارائه کننده	۳۰	۲.۱۳۳۳	.۳۴۵۷۵	۲.۰۰	۳.۰۰
افزایش اختیار ارائه دهندگان برای خدمات با کیفیت	۳۰	۲.۲۶۶۷	.۵۸۳۲۹	۱.۰۰	۴.۰۰
قدرت چانه زنی و حق انتخاب	۳۰	۲.۰۶۶۷	.۳۶۵۱۵	۱.۰۰	۳.۰۰
پاسخگویی و مسئولیت خریداران و ارائه دهندگان	۳۰	۲.۱۶۶۷	.۳۷۹۰۵	۲.۰۰	۳.۰۰
یجاد انگیزه برای ارائه خدمات با کیفیت	۳۰	۲.۳۳۳۳	.۶۶۰۸۹	۲.۰۰	۴.۰۰
پایش عملکرد ارائه دهندگان و ارتباط با پرداخت	۳۰	۳.۱۳۳۳	.۵۰۷۴۲	۲.۰۰	۴.۰۰
نظارت بر کارکرد خرید	۳۰	۳.۰۰۰۰	.۵۲۵۲۳	۲.۰۰	۴.۰۰
تعیین فرآیند اعتباربخشی	۳۰	۲.۱۰۰۰	.۳۰۵۱۳	۲.۰۰	۳.۰۰
دارا بودن گواهی ارائه دهندگان	۳۰	۲.۱۳۳۳	.۴۳۴۱۷	۲.۰۰	۴.۰۰
توزیع زیر ساخت نظام اطلاعاتی بین سازمان های ارائه دهنده	۳۰	۳.۳۶۶۷	.۴۹۰۱۳	۳.۰۰	۴.۰۰
ارتباط سازمان های خریدار و فروشنده جهت تبادل اطلاعات یکپارچه	۳۰	۲.۲۳۳۳	.۵۶۸۳۲	۲.۰۰	۴.۰۰
شیوه های پرداخت متفاوت به ارائه دهنده	۳۰	۲.۳۶۶۷	.۶۱۴۹۵	۲.۰۰	۴.۰۰
روش پرداخت معطوف به کیفیت خدمات	۳۰	۲.۲۳۳۳	.۵۰۴۰۱	۲.۰۰	۴.۰۰
مهندسی مجدد روش های پرداخت	۳۰	۲.۲۳۳۳	.۵۰۴۰۱	۲.۰۰	۴.۰۰
مکانیسم های نرم افزاری پرداخت	۳۰	۲.۰۳۳۳	.۱۸۲۵۷	۲.۰۰	۳.۰۰
وجود فرآیند قاعده مند جمع آوری داده و تحلیل	۳۰	۳.۲۶۶۷	.۴۴۹۷۸	۳.۰۰	۴.۰۰
سیاست گذاری جهت تعیین تعرفه و نرخ پرداخت	۳۰	۲.۲۳۳۳	.۵۰۴۰۱	۲.۰۰	۴.۰۰
تصمیم گیری نوع روش پرداخت	۳۰	۲.۳۰۰۰	.۵۹۵۹۶	۲.۰۰	۴.۰۰
بررسی تعارضات و خلاهای قانونی	۳۰	۲.۳۰۰۰	.۶۵۱۲۶	۲.۰۰	۴.۰۰
فرآیند تعرفه گذاری و تعیین نرخ پرداخت	۳۰	۳.۳۰۰۰	.۴۶۶۰۹	۳.۰۰	۴.۰۰

ارتباطات و تأثیرگذاری ذینفعان در تعیین نرخ	۳۰	۲.۲۳۳۳	.۴۳۰۱۸	۲.۰۰	۳.۰۰
رفتارسازی برای تولید، تجویز و مصرف بهینه خدمات سلامت	۳۰	۲.۲۳۳۳	.۴۳۰۱۸	۲.۰۰	۳.۰۰
کارآمدی منابع و مدیریت هزینه	۳۰	۲.۲۰۰۰	.۴۰۶۸۴	۲.۰۰	۳.۰۰
سامانه یکپارچه خدمات	۳۰	۲.۲۳۳۳	.۵۰۴۰۱	۱.۰۰	۳.۰۰
تولید، نگهداری، تحلیل و بکارگیری اطلاعات یکپارچه	۳۰	۳.۳۳۳۳	.۵۴۶۶۷	۲.۰۰	۴.۰۰

### نهایی نمودن مدل

با جمع‌بندی نظرات متخصصین در جلسه FGD مدل اولیه طراحی شده مورد بازبینی قرار گرفت تغییرات عنوان شده مورد توافق اعضاء حاضر در بحث گروهی متمرکز در آن اعمال گردید و در گام بعدی مدل اولیه خرید راهبردی نظام سلامت بازبینی شده با جلسات انفرادی با خبرگان نظراتشان در خصوص مدل بازبینی شده پس از اعمال تغییرات پرسیده شده و از آن‌ها خواسته شد پیشنهادات و نظراتشان را به اعضای تیم اعلام نمایند؛ که اغلب اعضا مدل اصلاح یافته را تأیید نمودند و دو نفر از اساتید اصلاحات جزئی را بیان نمودند که با توجه به موافق بودن با نظرات تیم حاضر در جلسه بحث گروهی متمرکز این نظرات هم اعمال گردیده و با اخذ تأییدیه این اساتید مدل طراحی شده نهایی گردید.





## فصل ششم

ارائه راهکارهای اجرای بهینه خرید راهبردی



## مقدمه

یافته‌های این مطالعه وضعیت نظام خرید راهبردی ایران، ارکان و مؤلفه‌های مربوط به ساختار و اجزای مدل پیشنهادی برای خرید راهبردی موثر حاصل روش‌های متعدد استفاده شده در این کتاب می‌باشد، در این فصل ضمن بررسی یافته‌ها به مقایسه آن‌ها با مطالعات انجام شده خواهیم پرداخت.

جمهوری اسلامی (I.R.) ایران به دلیل تعهد و رویکردهای نوآورانه در مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) مشهور است. در طول بیش از سه دهه، کشور در گسترش خدمات بهداشتی و درمانی اساسی به مردم، به ویژه در مناطق روستایی و اقشار فقیرتر جامعه ثابت قدم بوده است. با رشد شهرنشینی و درآمد‌ها، بخش خصوصی بهداشت افزایش یافته است. تغییر زمان نیز چالش‌های مختلفی را در زمینه تأمین و مراقبت از مراقبت‌های بهداشتی به همراه داشته است. دولت جدید در سال ۲۰۱۲ صراحتاً سلامتی را به یکی از مهم‌ترین اولویت‌های داخلی خود تبدیل کرد. مقام معظم رهبری چشم اندازی را برای سلامت ارائه داده است که با اصول و ارزش‌هایی از جمله «مراقبت‌های بهداشتی مبتنی بر عدالت جامع و یکپارچه»، «اولویت‌بندی پیشگیری از درمان»، «تأمین بودجه پایدار برای بخش سلامت» و «پیشگیری از «تقاضای القایی» همراه است. بر این اساس، در سال ۱۳۹۳، دولت برنامه جدیدی را برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت (UHC) و انجام اصلاحاتی در بخش سلامت تحت عنوان «طرح تحول سلامت» ابلاغ کرد.

اگر دولت قصد دارد منابع مالی را تخصیص داده یا سطح فعلی منابع مالی را به

روش کارآمد با کمترین میزان هدر رفت منابع مجدداً توزیع کند، یکی از گزینه‌های مؤثر توسعه و تقویت خرید راهبردی است. خرید راهبردی به دنبال جستجوی خدمات مؤثر و با کیفیت بالا و با سطح معقول هزینه از بهترین ارائه‌دهندگان منتخب می‌باشد. بهبود خرید راهبردی خدمات سلامت، برای بهبود عملکرد این سیستم و پیشرفت در جهت رسیدن به اهداف دسترسی عادلانه و پوشش همگانی خدمات سلامت به آحاد مردم می‌باشد. خرید یکی از سه کارکرد مهم سیستم تأمین مالی سلامت است و مربوط به روندی است که طی آن به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت اختصاص می‌یابد. تصمیماتی که در زمینه تخصیص منابع صورت می‌گیرد، وابسته به تصمیمات مربوط به طراحی و اجرای بسته خدماتی که باید ارائه شود، انتخاب ارائه‌دهنده‌هایی که این‌گونه خدمات از آن‌ها خریداری می‌شود، و چگونگی خرید این‌گونه خدمات و نحوه پرداخت هزینه ارائه‌دهندگان می‌باشد.

در همین راستا در این مطالعه ضمن بررسی وضعیت فعلی خرید راهبردی در کشور و با بهره‌گیری از تجارب موفق کشورهای مختلف و همچنین بهره‌گیری از نظرات خبرگان این حوزه با در نظر گرفتن وضعیت موجود اجتماعی، اقتصادی یک مدل خرید راهبردی مؤثر در نظام سلامت طراحی نمودیم.

**نتایج مرور گسترده با هدف بررسی تجارب کشورهای مختلف در خرید راهبردی**

مطالعات زیادی برای پرداختن به مفهوم خرید راهبردی، چالش‌ها و محدودیت‌های آن و اهمیت خرید راهبردی در ادبیات وجود دارد که با روش‌های مختلف انجام شده است. مطالعاتی که در کلمبیا و فیلیپین انجام شده توسط

همان ابزار برای ارزیابی خرید راهبردی انجام شده است. بر اساس این مطالعات، THE به عنوان درصد تولید ناخالص داخلی در کلمبیا ۷,۲ درصد و در فیلیپین ۴,۴ درصد بود، در حالی که این نسبت در ایران ۷,۷ درصد بود. در کلمبیا، بررسی بسته منافع براساس یک فرآیند شفاف، علمی - فنی و مشارکتی انجام شده است در حالی که در فیلیپین، همانند ایران، هیچ طرح یا استراتژی گسترش سود وجود ندارد. از این رو، کلیه بسته‌های مزایای موجود فیلیپین ممکن است ساخته شده و در یک محیط غیراستاندارد و موقت به آن‌ها نزدیک شوند.

یک مطالعه کیفی برای درک چالش‌های اجرای خرید راهبردی خدمات بهداشتی در ایران انجام شد. آن‌ها با پنج موضوع ظهور کردند: زیرساخت‌های خرید استراتژیک، ذینفعان، سیستم پرداخت، بسته مزایا و سرپرستی سیستم بهداشت. آن‌ها دریافتند که برخی محدودیت‌ها در خرید راهبردی وجود دارد، یعنی تعرفه‌های غیرمنطقی، ارتباط مستقیم بین ارائه خدمات و پرداخت در روش‌های پرداخت و عدم وجود یک فرآیند مشخص می‌باشد این نتایج اثبات نتایج ارزیابی در مطالعه ما است. علاوه بر این، کمبود منابع مالی کافی برای خرید استراتژیک متناسب با حجم و تغییرات پوشش همگانی سلامت برای آحاد جامعه، عدم شفافیت کافی در منابع مالی، نبود تعرفه و سیستم قیمت‌گذاری برای تعیین قیمت خدمات و نبود سیستم مالی مناسب و پایدار و ارزیابی خطر در مورد خرید راهبردی در ایران توسط متخصصان مورد توجه قرار گرفته است.

مطالعه دیگری از ایران بیان می‌کند که یکی از چالش‌های اصلی در خرید راهبردی نوع خدمات و کالاهای خریداری شده است (چه چیزی باید خریداری شود؟). همچنین دارایی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی (از آن‌ها باید خریداری

شود؟)، نوع افرادی که باید خدمات برای آن‌ها خریداری شود (برای آن‌ها باید خریداری شود؟)، فقدان یک سیستم اطلاعاتی یکپارچه یا الکترونیکی ذکر شده است. سوابق بهداشتی و نوع روشی که از طریق آن باید به ارائه‌دهندگان پرداخت شود (از طریق کدام روش باید پرداخت شود؟) از چالش‌های مهم در خرید راهبردی در ایران هستند که ما در مطالعه خود این چالش‌ها را پیدا کردیم و سنتز کردیم.

یک مطالعه مروری بر ادبیات مطالب تهیه شده از رصدخانه اروپا در زمینه سیستم‌های بهداشتی و سیاست‌های مربوط به خرید راهبردی در مراقبت‌های بهداشتی بود، مجموعه‌های سیستم‌های بهداشتی در حال گذار، سایر پایگاه‌های اطلاعاتی رصدخانه اروپا و ادبیات خاص کشور برای تقویت تجزیه و تحلیل مقایسه‌ای با ارائه جدیدترین روند مراقبت‌های بهداشتی در ده کشور منتخب را بررسی نموده بود. در این مطالعه ذکر کرده است در حالی که کشورهای کم درآمد و متوسط تلاش بیشتری برای استفاده از اشکال مختلف خریدهای استراتژیک برای دستیابی به پوشش بهداشت جهانی دارند، تعداد کمی از کشورهای با درآمد بالا با موفقیت مکانیزم‌هایی را تحت تأثیر قرار داده و رابطه بیمه‌گر و ارائه‌دهنده آن را تقویت می‌کنند. این پیشنهاد است که سیاست‌گذاران باید سعی کنند خریداران قدرتمند و جداگانه‌ای با موقعیت رسمی، داده‌ها و قدرت اقتصادی در برابر SP ایجاد کنند. همچنین، ذکر شده است که هرچند تقویت خریداران مفید است، اما همچنین، خرید استراتژیک نباید یک قسمت اصلی در سیاست‌گذاری سیستم‌های بهداشتی باشد. این بدان معناست که هر کشور باید سیاست‌های مناسب برای بهبود عملکرد سیستم بهداشت بر اساس

زیربنای آن تدوین کند.

در کارگاهی که توسط WHO انجام شد، مشکلات اصلی و سوالات اصلی سیاست در مورد خرید راهبردی در آفریقا مورد بحث قرار گرفت. آن‌ها تصریح کردند که اهداف سیاسی در خرید راهبردی باید بدون تضاد منافع توسعه‌یابد، مشاوره با ذینفعان باید تسهیل شود، ارزیابی پیشرفت پوشش همگانی سلامت، نظارت مستمر و همسویی اصلاحات خرید راهبردی با سایر اصلاحات مالی سلامت می‌بایست صورت گیرد. بهبود سیستم‌ها و اطلاعات مدیریت اطلاعات نیاز به استانداردسازی و جمع‌آوری اطلاعات واحد و مدیریت اطلاعات دارد. همچنین توجه به نظارت و کنترل در تمام ابعاد خریدهای استراتژیک ضروری است. همچنین مطالعه تحت عنوان "خرید راهبردی برای پوشش جهانی بهداشت: موضوعات و سوالات اصلی" خلاصه‌ای از بحث‌های متخصصان و پزشکان بود که علاوه بر اشاره به این موارد، بر لزوم تمرکز بر حاکمیت به عنوان یک امر گسترده و مقطعی تأکید داشت.

بررسی ادبیات از ایران و سایر کشورها نشان داد که اجرای خرید راهبردی با توجه به نوع سیستم بهداشتی و سایر زمینه‌ها ضروری است، همچنین محدودیت‌ها و چالش‌ها در بین کشورها بسیار متفاوت است. ارزیابی ما و سایر مطالعات مربوط به ایران نشان می‌دهد که ما در تمام جنبه‌های خرید راهبردی مشکل داریم، بنابراین برای غلبه بر این چالش‌ها باید سیاست‌های قوی اتخاذ و اجرا کنیم.

### اصلاحات پیشنهادی در ساختار و اجزای خرید راهبردی

در این بخش نتایج نهایی تحلیل مصاحبه‌های صورت گرفته با خبرگان حوزه سلامت علی‌الخصوص خرید راهبردی در قالب ۵ سوال اصلی جمع‌بندی و به طور خلاصه به عنوان راهکارهای خرید راهبردی در ایران شرح داده شده است (که جدول آن در ضمیمه پیوست می‌باشد):

#### بعد اول - چه چیز را خریداری کنیم؟ (بسته خدمات سلامت)

اصلاحاتی که در چند سال اخیر در زمینه بسته خدمات در نظم سلامت ایران رخ داده عبارتند از:

- اجرای گام سوم طرح تحول و اصلاح کتاب ارزش نسبی خدمات تشخیصی و درمانی موجب شد که حجم قابل توجهی از خدمات تشخیصی و جراحی را که پیش از این در تعهد سازمان‌های بیمه‌گر پایه نبودند و بیماران بالاجبار در زمان دریافت خدمات، پرداخت از جیب بالایی را متحمل می‌شدند، تحت پوشش قرار داد. در «بسته کاهش فرانشیز خدمات تشخیصی و درمانی بستری» میزان پرداخت از جیب بیماران در بخش بستری از ده درصد به شش درصد تقلیل یافت. این کاهش همراه با الزام عدم ارجاع بیماران به خارج از بیمارستان برای دریافت خدمات تشخیصی و خرید ملزومات مصرفی و داروها بود. اجرای این دو سیاست در کنار هم موجب شد که میزان مطلق پرداخت از جیب بیماران در بازه زمانی اجرای طرح به طور ملموس کاهش یابد که رضایتمندی بیماران و گروه‌های پرنفوذ جامعه را به همراه داشت.



حمایت‌های سیاسی و اجتماعی که موجب استقرار بهتر طرح تحول سلامت در طول زمان اجرا بود.

- دو برابر کردن نرخ ارز مرجع نه تنها داروهای وارداتی را تحت شعاع قرار داد بلکه داروهای تولید داخل کشور را که برای بسته‌بندی و تهیه مواد اولیه تولید دارو وابسته به ارز خارجی بودند موجب افزایش ناگهانی قیمت داروها شد به گونه‌ای که در برخی موارد نه تنها پرداخت از جیب بیماران بیش از سه برابر شد، بلکه گزارش‌های متعددی از کمبود داروها دریافت شد. تمهیدات دولت در این زمینه، انعقاد یک قرارداد دو طرفه بین وزارت بهداشت به عنوان تولید نظام سلامت و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی به عنوان نهاد بالادستی سازمان‌های بیمه‌گر پایه اعم از سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه سلامت بود. این قرارداد که با نام تفاهم‌نامه دارویی شناخته می‌شود از جمله اصلاحات مرتبط با بسته پایه خدمات بود که در طی سال‌های اخیر در جهت افزایش شمول داروهای نوین و گران‌قیمت درمان بیماران صعب‌العلاج اجرا شد. در طی این تفاهم‌نامه مجموع داروهای گران‌قیمت بیماران مبتلا به MS، سرطان، دیابت، آرتريت روماتوئيد، تالاسمی و چند بیماری مزمن دیگر که تحت تأثیر نواسان نرخ ارز مرجع بودند تحت پوشش و حمایت دولتی قرار گرفت تا میزان مطلق پرداخت از جیب بیماران تغییر محسوس نکند.

نهاد تصمیم‌گیری در خصوص پوشش بیمه خدمات و داروهای نوین پزشکی در ایران، شورای عالی بیمه سلامت کشور می‌باشد. این نهاد شامل وزارت بهداشت و رفاه، سازمان برنامه و بودجه، سازمان نظام پزشکی، نمایندگان سازمان‌های

بیمه‌گر پایه می‌باشد که به عنوان ذی‌نفعان کلیدی سیاست‌گذاری بسته بیمه پایه شناخته می‌شود. دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور که وظیفه تصمیم‌سازی‌ها و هماهنگی جلسات و نشست‌های شورای عالی بیمه سلامت را بر عهده دارد در قالب کمیته‌های فنی به بررسی درخواست‌های دارو و ملزومات پزشکی جهت ورود به بسته بیمه پایه می‌پردازد. از سال ۱۳۹۶ این نهاد تصمیم‌گیر به منظور یکپارچه‌سازی تولید و سیاست‌گذاری حوزه سلامت، از وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انتقال یافت. با انتقال شورای عالی بیمه سلامت و دبیرخانه آن به وزارت بهداشت انتظار می‌رود که فرایند پوشش بیمه‌ای و تعامل بین ذی‌نفعان در طراحی بسته بیمه پایه تغییرات محسوس کند.

لذا موارد زیر به عنوان موارد اصلاحی پیشنهاد می‌گردد:

- ورود و خروج خدمات از بسته باید تنها براساس شواهد (ارزیابی فن آوری‌های بهداشتی و روش‌های تعیین اولویت علمی همراه با نظرات کارشناسان) و نه استفاده از روش‌های مبتنی بر چابکی ذینفعان.
- تعیین اولویت خدمات در بسته براساس شرایط بار بیماری و سایر معیارهای مربوط به کلیدی؛
- برای تدوین و تعیین دقیق توصیف نقش سیاست‌گذاران ذینفع در رابطه با بسته.
- تجدید نظر برای هر دو سال یکبار بسته خدمات
- هماهنگ‌سازی سیاست‌های بالادست در مورد بسته‌بندی بهتر.

- تعدیل فرایند قیمت‌گذاری و پوشش بیمه‌ای دارو و خدمات تشخیصی و درمانی
- حرکت از خدمت محوری به سمت پوشش بیماری به منظور ارائه مراقبت‌های یکپارچه (integrated care)
- تبیین فرایند شفاف سیاست‌گذاری جهت ارتقا پاسخگویی سازمان‌های بیمه‌گر و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد ایجاد سازوکار
- ایجاد سیستم اولویت‌بندی خدمات جهت ورود و خروج خدمات تشخیصی و درمانی
- تقویت جایگاه شورای عالی بیمه سلامت کشور به عنوان نهاد هماهنگ کننده و سیاست‌گذار در اجرای اصلاحات
- حرکت به سمت تأمین مالی خدمات از منابع پایدارتر
- ایجاد موسسه مطالعاتی برای تولید مستندات HTA و مطالعات هزینه اثربخشی و پرداخت از جیب بیماران به منظور اتخاذ سیاست‌ها و اصلاحات بسته بیمه پایه

#### بعد دوم - برای چه کسانی خریداری کنیم؟ (جمعیت هدف)

مهم‌ترین راه حل این است که انباشت منابع بیمه‌ای برای جمع‌آوری ریسک و کاهش هزینه‌های سربار، چرا که در سیستم‌های بهداشتی با وجوه مختلف خدمات خدمت توزیع خطر با توجه به خطرات بهداشتی ناسازگار است و نیز سلامت در سرانه نابرابر توزیع شده و توانایی خرید خدمات نابرابر است لذا توزیع ریسک خطر توسط دولت (یا سایر نهادهای نظارتی) لازم است. از آنجائی که شواهد مناسب در

مورد افزایش بهره‌وری به دلیل رقابت در خرید و بهره‌وری وجود ندارد اما، با انباشت این منابع در نظام سلامت و ایجاد یک تأمین کننده خدمات بهداشتی درمانی، بسته‌ی خدمات بهداشتی برای همه برابر، توانایی خرید خدمات تقویت و توزیع عادلانه هزینه سرانه سلامت در میان مردم اتفاق خواهد افتاد که علاوه بر موارد پیش گفت موارد اصلاحی زیر پیشنهاد می‌گردد:

- توزیع ریسک بین ارائه‌دهندگان و خریداران و دریافت‌کنندگان در تدوین و بازنگری بسته بیمه پایه
- یکپارچه‌سازی مبانی دریافت حق بیمه برای کل جمعیت/ تقویت بیمه همگانی رایگان برای جمعیت متوسط (نه فقط جمعیت فقیر)
- تسریع فراگیری (استفاده گسترده) کارت ملی هوشمند و کارت هوشمند نظام پزشکی، به عنوان محور انکارناپذیری و استناد پذیری خدمات سلامت الکترونیک
- تعامل سرویس‌های خدمات الکترونیک بین دستگاهی در درگاه یکپارچه تبادل اطلاعات سلامت (دیتاس)

#### **بعد سوم - از چه کسانی خریداری کنیم؟ (خریداران و ارائه‌دهندگان)**

لازم است اولویت دهندگان ارائه‌دهنده در نتیجه قرارداد را که حداقل ارائه خدمات بهداشتی به عنوان یکپارچه مراقبت و با جامع قابل قبول است. خرید خدمات از ارائه‌دهندگان با کیفیت بالاتر باید در نظر گرفته شود. ارائه‌دهندگان برای انتخاب سرویس باید بهترین دسترسی و استفاده برای حداکثر افراد تحت پوشش را ایجاد کنند. لازم است برای تأمین قراردادهایی که درجه تحصیلی و

تجربه کاری آن‌ها بالاتر است و ارائه‌دهندگان خدمات با کیفیت و هزینه کم، ارائه‌دهندگان خدمات را انتخاب کنند. اولویت قرارداد خرید خدمات برای ارائه‌دهندگان است که بالاترین میزان کیفیت در روند ارائه خدمات است. لذا راهکارهای اصلاحی زیر پیشنهاد می‌گردد:

- ایجاد رقابت بین ارائه‌دهندگان بخش دولتی و خصوصی
- توسعه سیستم اطلاعات و استقرار مکانیزه در زمینه سیستم یکپارچه مالی
- اجرای گایدلاین و استاندارد خدمتی توسط سازمان‌های بیمه گر
- اصلاح تعداد صندوق‌ها و ایجاد رقابت بین صندوق‌های بیمه‌گذار
- تامین بستر ارتباطات امن تبادل اطلاعات
- توسعه نظام کدینگ و استانداردها بین خریداران و ارائه‌دهندگان

#### بعد چهارم - به چه روشی خریداری کنیم؟ (مکانیسم خرید)

از سال ۱۳۹۶ با محدودیت شدید منابع دولتی به علت بحران‌های اقتصادی، مدیریت و کنترل هزینه‌ها در حوزه سلامت در دستور کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر پایه قرار گرفت. در این راستا دستورالعمل‌های مختلفی مانند اعمال سقف‌های تجویز، ارائه کارنامه عملکردی به پزشکان، تدوین تعداد بیشتری استاندارد و پروتکل درمانی و... انجام گرفت که از جمله مهم‌ترین آن‌ها اعمال سقف پرداختی سازمان بیمه سلامت به بیمارستان‌های طرف قرارداد بود. در حوزه خدمات سطح یک نیز (بهداشت)، نظام پرداخت سرانه‌ای مبتنی بر عملکرد اجرا گردید که در این روش، بخشی از

پرداخت سرانه، به عملکرد پزشک مربوط شده است. در این روش شاخص‌های کیفیت ارائه خدمت و رضایت خدمت گیرنده خدمت نیز در شاخص‌های عملکردی لحاظ شده و به پرداخت وصل شده است. لذا در راستای اصلاحاتی که در چند سال اخیر در زمینه روش‌های پرداخت به ارائه‌دهندگان انجام شد که متأسفانه همه به درستی انجام نشد لذا اقدامات زیر پیشنهاد می‌گردد:

- اعمال سقف پرداختی، به‌منظور تعیین بودجه سربه‌سری یا تعادل منابع و مصارف. بدین مفهوم که در گام اول تغییر، بدون تغییر شیوه پرداخت، با اعمال سقف بسته در سطح کلان، منابع قابل هزینه کرد در این حوزه محدود گردد.
- در گام دوم تغییر نظام پرداخت FFS به سمت اجرای روش‌های پرداخت ثابت‌تر مانند پرداخت‌های موردی یا DRG و یا Bundled Payment به‌منظور مدیریت مناسب منابع محدود سلامت.
- استفاده از روش‌های پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد ( Pay For Quality) و مبتنی بر نتیجه (Pay For Result) برای پرداخت به بیمارستان و پزشکان به‌منظور افزایش کیفیت ارائه خدمات و بهره‌وری بیشتر منابع.
- کاهش تفاوت تعرفه‌ای دستمزد پزشکان در بخش‌های مختلف ارائه خدمت دولتی، خصوصی، عمومی غیردولتی و خیریه.
- آموزش نیروی انسانی شاغل در نهادهای خریدار خدمت در خصوص نظام پرداخت و تأثیرات آن بر نظام سلامت.

- توسعه نظارت بر عملکرد ارائه‌کنندگان به عنوان پیش‌نیاز اصلاحات نظام پرداخت.

- توسعه زیرساخت‌های فناوری اطلاعات به منظور تسهیل فرایندهای نظارتی و پرداخت

### بعد پنجم - چقدر و به چه میزان خریداری کنیم؟ (قیمت و میزان خدمت)

در راستای تناسب منابع و مصارف که در قوانین بالادستی از جمله بند (الف) ماده ۹ قانون احکام دائمی توسعه و ماده ۷۱ قانون احکام دائمی به عنوان یک اصل در تعیین تعرفه‌های سالیانه مورد اشاره قرار گرفته است می‌بایست ابتدا قیمت تمام شده خدمات موجود در بسته خدمات برآورد گردد سپس منابع مورد نیاز آن‌ها از طریق پیش‌پرداخت از مردم و دولت جمع‌آوری شود و یا برعکس باید منابع در اختیار باید مکانیسم نوین کنترل و مدیریت هزینه، کنترل عرضه و تقاضا و توزیع ریسک مالی (خرید راهبردی) متعادل گردد. در سال ۱۳۹۳ در راستای بهبود محافظت مالی از بیماران و حذف پرداختی‌های زیرمیزی و افزایش پوشش هزینه‌ای سازمان‌های بیمه‌گر، تعرفه‌های کلیه خدمات بهداشتی و درمانی موردبازنگری قرار گرفت و کتاب ارزش‌های نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت جمهوری اسلامی ایران تدوین شد که توانست میزان محافظت مالی از بیماران را به طور چشم‌گیری افزایش دهد: حذف پرداخت‌های غیررسمی و تعرفه گذاری ۱۷۰۰ خدمت نوین که سبب جلوگیری از اخذ مبالغ هنگفت از مردم شده است، جز اهدافی بودند که در این کتاب دنبال شده است، لذا موارد زیر به عنوان راهکار پیشنهاد می‌گردد:

- محاسبه قیمت تمام شده بسته خدمات و تعیین سرانه واقعی
- ایجاد منابع مالی جدید برای نظام سلامت مانند مالیات نشانه‌دار و...
- کنترل مصارف نه افزایش منابع
- تجمیع منابع شامل اقدامات مؤثر در راستای تعادل منابع و مصارف (مکانیسم نوین کنترل و مدیریت هزینه، کنترل عرضه و تقاضا، توزیع ریسک مالی)
- پایدارسازی منابع به گونه‌ای که وابستگی به بودجه‌های سالیانه و درآمدهای نفتی به حداقل برسد/ افزایش سرانه/ اجرای بیمه اجباری/ خصوصی‌سازی و ایجاد رقابت
- رفع خلاهای قانونی عمده در راستای پیاده‌سازی ارکان نظام سلامت الکترونیک
- نیاز به انتقال دانش بیرونی (خارجی) به داخل کشور (بهره‌مندی از دانش و تجارب بین‌المللی)
- تشکیلات و ساختارهای لازم برای مدیریت سلامت الکترونیک
- تأمین زیرساخت مراکز داده اصلی، پشتیبان، و بحران
- تأمین اعتبار ملی پایدار: دولت الکترونیک و بودجه پایدار

### نتیجه‌گیری

تدوین خرید راهبردی خدمات مراقبت‌های سلامت، در برنامه ۴ و ۵ توسعه (۲۰۰۹-۲۰۰۴) مورد توجه قرار گرفته است ولی تا برنامه ششم توسعه (۲۰۲۱-۲۰۰۹)



(۲۰۱۷) تحقق نیافته است. بسیاری از محققان به چالش‌ها و دشواری‌های اصلی دستیابی به خرید راهبردی خدمات سلامت در ایران پرداخته‌اند؛ اما، تصور بر این است که در اولین گام برای بکارگیری چنین مواردی (خرید راهبردی) و ایجاد تغییرات اساسی، درک وضعیت فعلی کشور ضرورت دارد. به منظور اجرای این استراتژی در ایران، دولت سازمان‌های بیمه خدمات درمانی را موظف به رعایت سیستم ارجاع و طبقه‌بندی خدمات براساس سیاست‌های مصوب کرده است تا بتوانند در زمینه خرید راهبردی خدمات درمانی از عموم مردم و اقدامات انجام شده استفاده کنند. بخش‌های غیردولتی با این وجود، اقدامات لازم برای اجرای این استراتژی مهم پس از چندین سال تعهد سازمان‌های بیمه خدمات درمانی صورت نگرفته است و فقط در اسناد بهادار ذکر شده است.

شواهد نشان می‌دهد که بیمه‌های اجتماعی در ایران در حال حاضر به سمت پیاده‌سازی مکانیسم تأمین مالی از میزان سرانه به یک درصد از حقوق و دستمزد حرکت می‌کنند. همچنین آن‌ها به دنبال تأمین حق بیمه برای افراد فقیر از منابع دولتی هستند.

با توجه به ماده ۱۰ سیاست‌های سلامت رهبر عالی، تأمین مالی پایدار یکی از اهداف بیمه درمانی و سیستم بهداشتی در ایران است. ادامه خرید راهبردی با ایجاد سیستم‌های پرداخت‌های آینده و اولویت‌بندی خدمات بهداشتی می‌تواند منجر به تأمین بودجه پایدار شود، سیستم‌های پرداخت در حال حاضر در ایران باز هستند و باید به پایان برسد. هزینه‌های به شکل یک سربار در حال افزایش است و پایداری را در تأمین مالی تهدید می‌کند و باید حرکتی به سمت اجرای سیاست سیستم پرداختی نماید که عملکرد را تضمین کند.

با توجه به مشکلات مالی ناشی از افزایش تعرفه‌ها، افزایش تعداد خدمات تحت پوشش، رشد تعداد جمعیت تحت پوشش و احتمال تقاضای القا شده، خرید استراتژیک به نظر می‌رسد، همان‌گونه که در تغییرات اخیر در یارانه‌های دولتی یارانه‌ای محدود به کاربران خدمات در بخش عمومی است که به علت افزایش شدید پوشش جمعیت از ۸۴ به ۹۲ درصد است. همچنین، حذف پوشش همپوشانی در صندوق‌های بیمه در دستور کار دولت قرار دارد.

با توجه به موارد فوق و مشکلات موجود در سیستم ارائه خدمات بهداشتی، خرید راهبردی به نظر می‌رسد بسیار ضروری و اجتناب‌ناپذیر است و بهتر است اقدامات لازم را برای تسریع آن در اسرع وقت انجام دهیم اما اجرای سریع آن نیز یک خطای بزرگ‌تر است. با این حال، واضح است که هیچ تصور منطقی از خرید راهبردی در کشور وجود ندارد حتی در بین سازمان‌های بیمه‌گذار پایه، بنابراین لازم است که سیاست‌های یکپارچه اتخاذ گردد. لازم است اصلاح قوانین موجود و تدوین قوانین جدید و ایجاد تضمین‌های آن توسط تولیت و حاکمیت نظام سلامت انجام شود. تقویت ارتباطات و همکاری در همه سطوح ضروری است. مطمئناً، بدون ارائه زیرساخت‌های مورد نیاز، اصلاحات مورد نیاز نه تنها در بسته بیمه ناکارآمد خواهد بود بلکه در تمام ابعاد خرید راهبردی ناکارآمد می‌شود.

در شرایط فعلی و با توجه به تأکیدات سازمان جهانی بهداشت مبنی بر اهمیت خرید راهبردی در نظام‌های سلامت و پرداختن به این موضوع، با در نظر گرفتن تغییرات اجتماعی، سیاسی، اقتصادی صورت گرفته و همچنین با به کارگیری نتایج پژوهش‌های اجرا شده در حوزه‌های خرید راهبردی در ایران و جهان، برای رفع چالش‌های شناسایی شده در ابعاد بسته خدمات سلامت، جمعیت تحت

پوشش، ارائه‌دهندگان خدمات، روش‌های پرداخت به ارائه‌دهندگان، قیمت و میزان خدمات قابل ارائه برنامه‌ریزی و اقدام گردد. البته یافته‌های مطالعه ناشی از بررسی تجربیات موفق کشورهای مورد مطالعه نشان می‌دهد که میزان موفقیت این استراتژی، علاوه بر برنامه‌ریزی خوب، طراحی مداخلات مناسب و عملکرد دقیق مجموعه سلامت به یکسری عوامل دیگر بستگی دارد که حتما باید در برنامه‌ریزی‌ها مدنظر قرار گیرد.

در نهایت طبق بند ز ماده ۳۸ برنامه پنج توسعه سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است با رعایت نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات بر اساس سیاست‌های مصوب نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش‌های دولتی و غیردولتی اقدام نماید لذا این الگوی طراحی شده برای کل نظام سلامت در راستای رسیدن به هدف اصلی پژوهش که استقرار انجام الگوی خرید راهبردی هست، می‌باشد.



## ضمائم

فایل های ضمیمه

پرسشنامه شماره ۱:

سوالات مصاحبه:

با سلام و احترام

صاحب نظر گرامی:

پرسشنامه حاضر بخشی از رساله دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی می باشد که به منظور طراحی و تدوین الگوی انجام خرید راهبردی در سازمان خدمات سلامت ایران و ارزیابی آن طراحی شده است. لذا با توجه به تجربیات ارزشمند شما در این زمینه، از جنابعالی به عنوان عضوی از پانل خبرگان در این حیطه تخصصی خواهشمند است ما را از نظرات ارزنده خویش بهره مند سازید. لازم به ذکر است که کلیه اطلاعات و نظرات شما به صورت محرمانه خواهد ماند. پیشاپیش از همکاری شما در این زمینه بسیار سپاسگزاریم.

توضیح مختصر:

همان گونه که مستحضر می باشید سیستم سلامت ما با چالش هایی چون نیازهای فزاینده ی سلامت، هزینه های روز افزون، کاهش منابع سلامت و تغییر نیازهای جمعیت، گزاره های اپیدمیولوژیک و توقعات مردم و جامعه مواجه است لذا از خرید راهبردی به عنوان استراتژی اصلی برای رسیدن به اهداف سیستم سلامت و فائق آمدن بر چالش های پیش رو نام برده اند.

خرید راهبردی برای پیدا کردن بهترین راه حل برای چند پرسش بنیادین «چه چیزی را؟ برای چه کسانی و از چه کسانی؟ و چگونه و با چه قیمتی بخریم؟» می‌باشد.

بحث در مورد جنبه‌های حیاتی و پیشنهاد سوالات کلیدی، سیاستی برای نشان دادن ظرفیت و حمایت از نیازها بوده و سوالات تحقیقاتی آینده را بیان می‌کند. پاسخ به این سوالات، کمکی در بکارگیری مناسب‌ترین انتخاب راهبردهای عملی توسط مسئولین بهداشتی و درمانی کشور خواهد بود.

این پژوهش با هدف تدوین الگوی بومی خرید راهبردی مراقبت‌های سلامت ایران در سازمان‌های بیمه گر پایه با توجه به وضعیتی فعلی و در نظر گرفتن فرصت‌ها و تهدیدهای در پیش روی کشور طراحی شده است. ارائه نظرات ارزشمند و دیدگاه‌های تخصصی جنابعالی در این زمینه ما را در دستیابی به الگوی مناسب یاری خواهد کرد. عنایت و دقت شما در تکمیل پرسشنامه مزید امتنان خواهد بود.

شماره تماس: ۰۹۱۲۵۳۰۰۴۴۱ Email:zzarei1979@gmail.com

### بخش اول: مشخصات دموگرافیک

سن: وضعیت تاهل:

مدرک تحصیلی: درجه علمی (در صورت هیات علمی بودن):

سوابق تجربی و مدیریتی:

سایر (با ذکر نام)	بیمارستان‌ها	مجلس	سازمان‌های بیمه	ستاد وزارت بهداشت درمان

### بخش دوم: سوالات باز

#### دیدگاه کلی:

- ۱- دیدگاه شما در رابطه با خرید راهبردی خدمات سلامت در نظام سلامت ایران چیست؟
- ۲- فواید اجرای خرید راهبردی برای نظام سلامت کشور از دیدگاه شما چیست؟
- ۳- پیش‌نیازهای خرید راهبردی بر اساس سیاست‌های راهبردی کشور در نظام سلامت ایران چه می‌باشد؟
- ۴- موانع و چالش‌های خرید راهبردی در نظام سلامت در ایران بخصوص بعد از اجرای طرح تحول سلامت چه می‌باشد؟
- ۵- پیشنهادات شما جهت اجرای بهینه خرید راهبردی در سیستم سلامت ایران با توجه به موانع و پیش‌نیازهای لازم چه می‌باشد؟
- ۶- از دیدگاه حضرتعالی ویژگی‌های یک برنامه خرید راهبردی موثر در سطح سازمان‌های بیمه گر پایه چه می‌باشد؟

۷- کیفیت در خرید راهبردی و نظام سلامت چه جایگاهی دارد؟ چگونه و طبق چه شاخص‌هایی باید اندازه‌گیری شود؟

### چه‌های خرید راهبردی:

۱- در خصوص تعیین بسته و اینکه نوع خدماتی که باید توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه خرید شود یا نشود (چه چیزی در خرید راهبردی در نظام سلامت تاثیر بیشتری دارد)؟

۱-۱) به نظر شما بسته بیمه پایه موجود چه اشکالاتی دارد و چه تغییراتی می‌بایست انجام شود؟

۱-۲) بسته خدمات تشخیصی چگونه باید باشد؟

۱-۳) بسته خدمات دارویی چگونه باید باشد؟ آیا نظری در خصوص سقف گذاری داروهای پر هزینه ندارید؟

۱-۴) بسته خدمات درمانی در خدمات سرپایی و بستری چگونه باید باشد؟

۱-۵) با منابع موجود به عنوان سازمان‌های بیمه‌گر در بسته خرید راهبردی چه چیزهایی رو خرید نمی‌کردید؟

۲- مسلماً خدماتی که باید به مردم ارائه شود باید کاملاً متناسب باشند و از طرفی مردم باید نیازهای درمان را به موقع دریافت نمایند در این راستا گیرندگان (مردم) در سطوح گیرندگان خدمت باید چه شرایطی داشته باشند که مطابق قواعد خرید راهبردی مشمول اخذ خدمت شوند؟ (برای چه کسانی خرید شود؟)

۱-۲) در حال حاضر شرایط سطح‌بندی جمعیت برای ارائه‌دهندگان خدمات، بار بیماری و وضعیت درآمد مردم فراهم هست یا نه؟

۲-۲) بر اساس چه نیازهایی خرید راهبردی باید صورت گیرد؟ سازمان‌های



- بیمه پایه چه اولویت‌هایی باید برای خود ترسیم نمایند؟
- ۳-۲) آیا توزیع عادلانه در تجهیزات استانی اتفاق می‌افتد؟ و آیا افرادی که ریسک بالای بیماری دارند توان مردم در خرید راهبردی دیده می‌شود؟
- ۳-۳) در خصوص تعیین ارائه‌دهندگانی (اعم از سازمان‌های عمومی، خصوصی، و غیر دولتی) که از آن‌ها خدمت باید خرید شود باید چه ویژگی‌هایی مدنظر قرار گیرد؟ (از چه کسانی و سرویس‌دهندگانی خرید شود؟)
- ۳-۱) به نظر شما سازمان‌های بیمه پایه خریده‌ها باید از چه بخشی خریدار کنند؟ یا از بخش‌های دیگر هم می‌تواند خرید کند؟ و آیا به نظر شما در بخش دولتی می‌توان با قیمت‌های متفاوت خریداری شود؟
- ۳-۲) ارزیابی و نظارت بر عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات سلامت باید توسط چه کسانی و چگونه انجام شود؟ کیفیت خدمات توسط چه کسی و با چه مکانیسمی می‌بایست نظارت شود؟
- ۳-۳) به نظر شما برای خرید راهبردی جهت کاهش شکاف بین بخش دولتی و خصوصی برای ارائه‌دهندگان خدمات چه عامل انگیزه‌ای توصیه می‌کنید؟
- ۴-۱) در خصوص مکانیسم‌های پرداخت فعلی به ارائه‌دهندگان خدمات چه نظری دارید؟ (چگونه خدمات خریداری شود؟)
- ۴-۱) آیا به نظر شما سیستم پرداخت بیمه به مراکز ارائه خدمت نیازمند رفتن به سمت پرداخت به صورت DRG (گروه‌های تشخیصی) هست و یا می‌توان به صورت سرانه باشد و یا اینکه سیستم P4P (پرداخت برای عملکرد) باشد؟ آیا برای پرداخت می‌بایست سقف گذاشته شود؟
- ۴-۲) تا چه حد فکر می‌کنید سیستم اطلاعات سلامت (IT) برای خرید راهبردی هم پیش‌نیاز است؟ برای اجرای بهتر چه پیشنهادی دارید؟
- ۵-۱) در مورد میزانی که باید پرداخت شود چگونه و طبق چه مکانیسمی

باشد؟ آیا نظام پرداخت فعلی کشور منطبق با طرح خرید راهبردی است؟  
(چقدر باید پرداخت شود)

۵-۱) آیا تعرفه‌های کتاب ارزش نسبی را قبول دارید؟ آیا معتقدید قیمت تمام شده به عنوان مبنا می‌بایست قرار گیرد؟ و آیا سیستم فعلی آماده است که با قیمت متفاوت از میزان تعیین شده خرید نماید؟

۵-۲) یکی از مبانی خرید اطلاع و برآورد قیمت تمام شده خدمات می‌باشد، آیا سازمان‌های بیمه پایه قیمت تمام شده خدمات را دارند؟ اساس و پایه قراردادهای بیمه چه می‌باشد؟

۵-۳) آیا به نظرتان VIP در بیمارستان‌های دولتی می‌تواند اجرا شود؟ عدالت در استفاده از منافع بیمه ای در افرادی که از VIP یا هتلینگ عادی استفاده می‌نمایند چگونه خواهد بود؟

۵-۴) آیا به نظرتان رقابت بین کلیه بخشها اعم از خصوصی و دولتی در نظام سلامت می‌بایست باشد؟ و آیا بیمه‌ها باید این رقابت را ایجاد نماید؟

۵-۵) در وضعیت موجود با توجه به تاخیر در پرداختی به نظر شما چگونه سازمان‌های بیمه پایه می‌تواند این مشکلات پرداخت را برطرف نماید؟

۵-۶) به نظر شما نبود نظارت درست چالش جدی برای خرید راهبردی می‌باشد یا خیر؟ نظارت چگونه و توسط چه کسانی و با چه شاخص‌هایی باید صورت گیرد؟ آیا به نظر شما افراد موثر در چرخه نظارت به‌درستی نقش خود را ایفا می‌نمایند؟ آیت‌م‌های بازدارنده باید چگونه و توسط چه کسانی اعمال گردد؟

۵-۷) آیا خرید راهبردی به صرفه جویی یا خرید خدمات سلامت اثربخش کمک میکند؟

۵-۸) قواعد بازار سلامت چگونه باید باشد؟ نقش آفرینان این بازار باید چگونه

نقش خود را ایفا نمایند؟

۹-۵) آیا منابع مالی در نظام سلامت ایران مطلوب است؟ چه مداخلات

اصلاحی پیشنهاد می‌نمایید؟

شماره تماس مصاحبه کننده: ۰۹۱۲۵۳۰۰۴۴۱ Email:zzarei1979@gmail.com

## اولویت بندی موضوعات مرتبط با ابعاد خرید راهبردی

### توضیح مختصر:

همان‌گونه که مستحضر می‌باشید سیستم سلامت ما با چالش‌هایی چون نیازهای فزاینده‌ی سلامت، هزینه‌های روز افزون، کاهش منابع سلامت و تغییر نیازهای جمعیت، گزاره‌های اپیدمیولوژیک و توقعات مردم و جامعه مواجه است لذا از خرید راهبردی به عنوان استراتژی اصلی برای رسیدن به اهداف سیستم سلامت و فائق آمدن بر چالش‌های پیش رو نام برده‌اند.

خرید راهبردی برای پیدا کردن بهترین راه حل برای چند پرسش بنیادین «چه چیزی را؟ برای چه کسانی و از چه کسانی؟ و چگونه و با چه مکانیسمی بخریم؟» می‌باشد که آن را به عنوان ابعاد خرید راهبردی می‌توان تلقی کرد.

با تشکر از همکاری حضرتعالی در مرحله اول تحقیق (بخشی از رساله دکترا مدیریت خدمات بهداشتی درمانی)، این پرسشنامه جمع‌بندی و دسته‌بندی نظرات خبرگان در مرحله اول می‌باشد؛ لذا خواهشمند است نظر خود را در مورد میزان ارتباط موضوعات استخراج شده و اهمیت آن‌ها در رابطه با ابعاد خرید راهبردی بیان فرمائید.

جدول ۶-۱ خرید راهبردی در نظام سلامت فیلپین

ابعاد	موضوع (تم)	زیر موضوع (ساب تم)	بازرسی	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
چه خدماتی خریداری کنیم؟	نیازسنجی بسته	تعیین اولویت بندی براساس معیار مشخص					
		سطح بندی خدمات					
		سقف گذاری خدمات					
	تدوین بسته	تصمیم گیری بسته خدمات					
		وجود فرآیند تدوین بسته					
		مشارکت تمامی ذی نفعان					
	اصلاح و بازبینی	فرآیند مشخص برای تغییر و بازبینی بسته					
		فرآیند تعدیل و حذف و اضافه کردن خدمات					
	ارزیابی بسته	کنترل ارزیابی ارائه خدمات					
		تدوین و اجرای گایدلاین ها					
	تولیت و سیاست گذاری	تدوین قوانین و مقررات و نظارت بر اجرا					
		ضمانت اجرایی سیاست های اخذ شده					
		پاسخگویی مناسب					
	نظام اطلاعات سلامت	اطلاع رسانی به شهروندان و آحاد جامعه					
		ایجاد نظام یکپارچه اطلاعات سلامت					
توزیع عادلانه	ارزیابی فناوری سلامت به روز						
	پوشش جمعیت بر اساس روش عادلانه توزیع منابع						

					اولویت‌بندی و ارزیابی نیاز سلامت جامعه		کسانی خریداری کنیم؟
					پاسخگویی به نیاز سلامت جامعه		
					فرآیند اثبات منابع بیمه‌ای	تامین مالی	
					پرداخت از جیب مردم و فرانشیز		
					تامین اعتبار مالی پایدار		
					حفاظت از آسیب‌پذیری جمعیت	مسئولیت حاکمیت	
					افزایش انتخاب شهروندان و ایجاد حقوق شهروندی (توانمندسازی بیماران)		
					استفاده از نظر نمایندگان مردم و انجمن‌های صنفی بیماران		
					اطلاعات یکپارچه برای انواع گروه‌های جمعیتی	نظام اطلاعات سلامت	
					دسترسی به سامانه‌های اطلاعاتی		
					جایگاه صنعت بیمه و صندوق‌های بیمه	قرارداد خرید	توسط چه کسانی خریداری کنیم؟
					انعقاد قرارداد براساس کیفیت		
					ایجاد رقابت مؤثر بین ارائه‌دهندگان		
					تفکیک خریدار - ارائه‌کننده	اختیار و مسئولیت خریداران	
					افزایش اختیار ارائه‌دهندگان برای خدمات با کیفیت		
					قدرت چانه زنی و حق انتخاب		
					پاسخگویی و مسئولیت		

فصل ششم - ارائه راهکارهای اجرای بهینه خرید راهبردی و الگوی پیشنهادی... / ۲۴۷

				خریداران و ارائه‌دهندگان		
				ایجاد انگیزه برای ارائه خدمات با کیفیت		
				پایش عملکرد ارائه‌دهندگان و ارتباط با پرداخت	نظارت و کنترل	
				نظارت بر کارکرد خرید		
				تعیین فرآیند اعتباربخشی		
				دارا بودن گواهی ارائه‌دهندگان		
				توزیع زیر ساخت نظام اطلاعاتی بین سازمان‌های ارائه‌دهنده		نظام اطلاعات سلامت
				ارتباط سازمان‌های خریدار و فروشنده جهت تبادل اطلاعات یکپارچه		
				شبیه‌های پرداخت متفاوت به ارائه‌دهنده	روش پرداخت	
				روش پرداخت معطوف به کیفیت خدمات		
				مهندسی مجدد روش‌های پرداخت		
				مکانیسم‌های نرم افزاری پرداخت	نظام اطلاعات سلامت	با چه مکانیسمی پرداخت کنیم؟
				وجود فرآیند قاعده‌مند جمع‌آوری داده و تحلیل		
				سیاست‌گذاری جهت تعیین تعرفه و نرخ پرداخت	تولیت	
				تصمیم‌گیری نوع روش پرداخت		
				بررسی تعارضات و خلاهای قانونی		
				فرآیند تعرفه‌گذاری و تعیین نرخ پرداخت	تعرفه‌گذاری و قیمت‌گذاری	به چه

					ارتباطات و تأثیرگذاری ذینفعان در تعیین نرخ		میزان و قیمت خدمات را خریداری کنیم؟
					رفتارسازی برای تولید، تجویز و مصرف بهینه خدمات سلامت	میزان خدمات	
					کارآمدی منابع و مدیریت هزینه		نظام اطلاعات سلامت
					سامانه یکپارچه خدمات		
					تولید، نگهداری، تحلیل و بکارگیری اطلاعات یکپارچه		



نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی چک لیست ارزیابی عوامل موثر

خرید راهبردی

ابعاد	موضوع (تم)	زیر موضوع (ساب تم)	CVR	CVI	وضعیت
بسته خدمت	نیازسنجی بسته	تعیین اولویت بندی در بسته خدمات بر اساس معیار مشخص	۱	۱	قبول
		سطح بندی خدمات	۰.۸۲۸۵۷۱	۰.۹۱۴۲۸۶	قبول
		میزان خدمات پوشش داده شده و سقف گذاری خدمات	۰.۹۴۱۱۷۶	۰.۹۷۰۵۸۸	قبول
	تدوین بسته	تصمیم گیری بسته خدمات	۰.۸۲۸۵۷۱	۰.۹۱۴۲۸۶	قبول
		وجود تعریف فراگیر و جامع از بسته	۰.۹۴۲۸۵۷	۰.۹۷۱۴۲۹	قبول
		مشارکت تمامی ذی نفعان جهت ارائه نظر	۱	۱	قبول
	اصلاح و بازبینی	وجود فرآیند مشخص برای تعدیل و بازبینی بسته	۱	۱	قبول
		وجود فرآیند مشخص لحاظ نمودن خدمات جدید به بسته	۰.۸۲۸۵۷۱	۰.۹۱۴۲۸۶	قبول
		حذف خدمات غیر ضروری از بسته	۰.۸۲۸۵۷۱	۰.۹۱۴۲۸۶	قبول
		ارزیابی نیازهای سلامت جامعه در سطوح مختلف	۱	۱	قبول
	ارزیابی بسته	تدوین و اجرای گایدلاینها	۰.۹۴۲۸۵۷	۰.۹۷۱۴۲۹	قبول
		تدوین قوانین و مقررات بر اجرا و نظارت بر بسته	۰.۸۷۵	۰.۹۳۷۵	قبول
	تولیت و سیاست گذاری	ضمانت اجرایی سیاستهای اخذ شده جهت اجرای قوانین	۰.۹۴۲۸۵۷	۰.۹۷۱۴۲۹	قبول
		پاسخگویی مسئولین به مردم	۰.۹۴۱۱۷۶	۰.۹۷۰۵۸۸	قبول
		اطلاع رسانی به شهروندان در خصوص تعهدات بسته	۰.۸۲۸۵۷۱	۰.۹۱۴۲۸۶	قبول

			خدمات		
قبول	۰.۹۷۰۵۸۸	۰.۹۴۱۱۷۶	نظام اطلاعات یکپارچه و ارتباط با سطوح مختلف خدمات	نظام اطلاعات سلامت	
قبول	۱	۱	استفاده از ارزیابی فناوری سلامت برای بسته خدمات		
قبول	۰.۹۴۲۸۵۷	۰.۸۸۵۷۱۴	پوشش جمعیت بر اساس روش عادلانه توزیع منابع	توزیع عادلانه	
قبول	۰.۹۷۱۴۲۹	۰.۹۴۲۸۵۷	اولویت بندی و ارزیابی نیاز سلامت جامعه		
قبول	۱	۱	پاسخگویی به نیاز سلامت جامعه		
قبول	۰.۹۷۱۴۲۹	۰.۹۴۲۸۵۷	انباشت منابع بیمه ای جهت جمع آوری ریسک	تامین مالی	
قبول	۰.۹۴۱۱۷۶	۰.۸۸۲۳۵۳	پرداخت از جیب مردم و فرانشیز		
قبول	۱	۱	تامین اعتبار مالی پایدار برای جمعیت تحت پوشش		
قبول	۰.۹۱۱۷۶۵	۰.۸۲۳۵۲۹	حفاظت از آسیب پذیری جمعیت	جمعیت هدف	
قبول	۱	۱	افزایش انتخاب شهروندان و ایجاد حقوق شهروندی (توانمندسازی بیماران)	مسئولیت حاکمیت	
قبول	۰.۹۷۱۴۲۹	۰.۹۴۲۸۵۷	استفاده از نظر نمایندگان مردم و مشارکت انجمن های صنفی بیماران		
قبول	۰.۹۴۲۸۵۷	۰.۸۸۵۷۱۴	اطلاعات یکپارچه بیمار محور برای انواع گروه های جمعیتی (سامانه اطلاعات بیمه شدگان)	نظام اطلاعات سلامت	
قبول	۰.۹۷۱۴۲۹	۰.۹۴۲۸۵۷	دسترسی به سامانه های اطلاعاتی مورد نیاز مردم جهت خرید کارآمد		
قبول	۱	۱	جایگاه صنعت بیمه و صندوق های بیمه	قرارداد خرید	خریداران و ارائه دهندگان
قبول	۱	۱	انعقاد قرارداد بر اساس ملاک ارائه خدمات با کیفیت		

فصل ششم - ارائه راهکارهای اجرای بهینه خرید راهبردی و الگوی پیشنهادی... / ۲۵۱

قبول	+۰,۹۴۲۸۵۷	+۰,۸۸۵۷۱۴	ایجاد رقابت موثر بین ارائه‌دهندگان	اختیار و مسئولیت خریداران	
قبول	+۰,۹۴۲۸۵۷	+۰,۸۸۵۷۱۴	تفکیک خریدار-ارائه‌کننده		
قبول	+۰,۹۷۱۴۲۹	+۰,۹۴۲۸۵۷	افزایش اختیار ارائه‌دهندگان و ایجاد بستر مناسب جهت ارائه خدمات با کیفیت		
قبول	۱	۱	قدرت چانه زنی و حق انتخاب و خودمختاری جهت خرید کارا		
قبول	+۰,۹۷۱۴۲۹	+۰,۹۴۲۸۵۷	وجود قوانین و مقررات در مورد خریداران و ارائه‌دهندگان		
قبول	+۰,۹۷۰۵۸۸	+۰,۹۴۱۱۷۶	پاسخگویی و مسئولیت خریداران و ارائه‌دهندگان		
قبول	+۰,۹۷۱۴۲۹	+۰,۹۴۲۸۵۷	نقش انگیزه دهنده برای بهبود ارائه خدمات		
قبول	۱	۱	پایش عملکرد ارائه‌دهندگان و ارتباط با پرداخت	نظارت و کنترل	
قبول	۱	۱	نظارت بر کارکرد خرید		
قبول	+۰,۹۴۲۸۵۷	+۰,۸۸۵۷۱۴	تعیین فرآیند اعتباربخشی		
قبول	+۰,۹۶۹۶۹۷	+۰,۹۳۹۳۹۴	دارا بودن گواهی ارائه‌دهندگان	نظام اطلاعات سلامت	
قبول	+۰,۹۷۱۴۲۹	+۰,۹۴۲۸۵۷	توزیع زیر ساخت نظام اطلاعاتی بین سازمان‌های ارائه‌دهنده		
قبول	۱	۱	ارتباط سازمان‌های خریدار و فروشنده جهت تبادل اطلاعات یکپارچه		
قبول	+۰,۹۱۴۲۸۶	+۰,۸۲۸۵۷۱	شیوه های پرداخت متفاوت به ارائه‌دهنده	روش پرداخت	
قبول	+۰,۹۴۲۸۵۷	+۰,۸۸۵۷۱۴	روش پرداخت معطوف به کیفیت خدمات ارائه شده و برونداد		
قبول	۱	۱	مهندسی مجدد روشهای پرداخت		
قبول	+۰,۹۶۹۶۹۷	+۰,۹۳۹۳۹۴	مکانیسم های نرم افزاری پرداخت برای بهبود ارائه	نظام اطلاعات سلامت	

			خدمات یکپارچه		حجم و قیمت خدمات
قبول	۰.۹۱۱۷۶۵	۰.۸۲۳۵۲۹	وجود فرآیند قاعده‌مند جمع‌آوری داده و تحلیل زمان‌بندی شده برای پرداخت		
قبول	۱	۱	سیاست‌گذاری جهت تعیین تعرفه و نرخ پرداخت	تولیت	
قبول	۰.۹۷۱۴۲۹	۰.۹۴۲۸۵۷	تصمیم‌گیری در خصوص روش پرداخت به ارائه‌کننده و نرخ پرداخت		
قبول	۰.۹۴۲۸۵۷	۰.۸۸۵۷۱۴	بررسی تعارضات و خلاهای قانونی مرتبط با پرداخت		
قبول	۱	۱	فرآیند تعرفه‌گذاری و تعیین نرخ پرداخت	تعرفه‌گذاری و قیمت‌گذاری	
قبول	۰.۹۷۱۴۲۹	۰.۹۴۲۸۵۷	ارتباطات و تاثیرگذاری ذینفعان در تعیین میزان و حجم قیمت		
قبول	۰.۹۷۱۴۲۹	۰.۹۴۲۸۵۷	رفتارسازی برای تولید، تجویز و مصرف بهینه خدمات سلامت	میزان خدمات	
قبول	۱	۱	کارآمدی منابع و مدیریت هزینه		
قبول	۰.۹۴۲۸۵۷	۰.۸۸۵۷۱۴	سامانه یکپارچه خدمات جهت حجم خدمات ارائه شده	نظام اطلاعات سلامت	
قبول	۰.۹۷۱۴۲۹	۰.۹۴۲۸۵۷	تولید، نگهداری، تحلیل و بکارگیری اطلاعات در چرخه فرایند خرید		

جدول ۶-۱: خرید راهبردی در نظام سلامت فلیپین

طبق چه مکانیسمی؟ پرداخت ارائه‌دهنده	از چه کسانی بخریم؟ خریداران	چه قیمتی خریداری کنیم؟ منابع صندوق‌ها	برای چه کسانی بخریم؟ جمعیت تحت پوشش	چه بخریم؟ بسته خدمات	
تخصیص بودجه	وزارت بهداشت، واحدهای دولت محلی، دیگر آژانس‌های دولت ملی (PCSO PAGCOR DSWD)	بودجه دولت	تمام جمعیت	سلامت عمومی، خدمات و امکانات	خدمات درمانی با بودجه عمومی خدمات درمانی با بودجه عمومی؛ ملی و بودجه‌های محلی
پرداخت مبتنی بر مورد؛ نرخ پرداخت خانوار	آژانس بیمه سلامت اجتماعی دولت PhilHealth	بخش رسمی: مالیات حقوق و دستمزد و پرداخت کارفرمایان و کارمندان (۲,۷۵ درصد از حقوق پایه مشترک)؛ غیررسمی: حداقل سهم حق بیمه سالیانه ۴۸ دلار؛ فقیر: به طور کامل توسط یارانه دولت پرداخت می‌شود	۹۳٪ از کل جمعیت (۲۰۱۷)؛ ۹۶,۹۷ میلیون	مراقبت‌های بستری، مراکز سرپایی محدود، خدمات و مراقبت‌های اولیه	برنامه ملی بیمه سلامت بیمه درمانی اجباری اجتماعی؛ صندوق انفرادی

<p>هزینه خدمات در قرارداد عمومی و مراکز درمانی خصوصی</p>	<p>شرکت‌های بیمه سلامت خصوصی / سازمان نگهداشت سلامت</p>	<p>سهم حق بیمه توسط ذینفعان (فردی و شرکت‌های بزرگ، دارای شخصیت حقوقی)</p>	<p>٪ ۳۰ از کل جمعیت (۲۰۱۷)؛ ۳۱,۱ میلیون</p>	<p>خدمات بستری و سرپایی</p>	<p>بیمه سلامت خصوصی طرح‌های داوطلبانه برای بخش‌های رسمی (معمولاً به عنوان مزایای اشتغال) و بخش‌های غیررسمی؛ چند صندوق</p>
<p>هزینه خدمات در قرارداد عمومی و مراکز درمانی خصوصی</p>	<p>گروه‌های سازمان‌یافته (به عنوان مثال تعاونی‌ها، متقابل سازمان‌های منافع)</p>	<p>سهم بیمه توسط ذینفعان</p>	<p>٪ ۲۵,۴ از کل جمعیت (۲۰۱۷)؛ ۲۶ میلیون</p>	<p>خدمات بستری و سرپایی</p>	<p>بیمه کوچک سلامت شامل طرح‌های داوطلبانه عمدتاً روستایی را هدف قرار می‌دهند جمعیت طرح ارائه شده توسط گروه‌های سازمان‌یافته؛ صندوق‌های چندگانه</p>

## منابع و مأخذ

- ١- Wise DA. Introduction to" Health Care Issues in the United States and Japan". Health Care Issues in the United States and Japan: University of Chicago press; ٢٠٠٦. p. ١-١٦
- ٢- Fakhimzadeh.S HA. Justice, Social Insurance and Strategic Purchasing of Health Services , editor. tehran: bahram; ٢٠١١ ١٣٩٠. ٤١٦p.
- ٣- Nasri M, editor Strategic purchasing on health insurance. Annual Health Economics Conferences; .٢٠١١
- ٤- Organization WH. The world health report ٢٠٠٠: health systems: improving performance: World Health Organization; .٢٠٠٠
- ٥- Kalantary A. Determining the challenges of strategic purchasing in Iranian health insurance organization & providing solutions: School of Health Information and Management, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran; .٢٠١٦
- ٦- Preker AS, Langenbrunner J. Spending wisely: buying health services for the poor: World Bank Publications; .٢٠٠٥
- ٧- Health financing for universal coverage. Available from: [http://www.who.int/health\\_financing/topics/purchasing/key-questions-about-purchasing/en/](http://www.who.int/health_financing/topics/purchasing/key-questions-about-purchasing/en/).
- ٨- Organization WH. Country cooperation strategy for WHO and Islamic Republic of Iran: ٢٠١٠-٢٠١٤. .٢٠١٠
- ٩- Mofid K. Development planning in Iran: From monarchy to islamic republic: Kingston Pr; .١٩٨٧
- ١٠- Saltman RB, Figueras J, Organization WH. European health care reform: analysis of current strategies: Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; .١٩٩٧
- ١١- Johnsen JR, Bankauskaite V. Health systems in transition. Norway: European Observatory on Health Systems and Policies. ٢٠٠٦;.(١)٨
- ١٢- Or Z, Cases C, Lisac M, Vrangbaek K, Winblad U, Bevan G. Are

Health Problems Systemic: Politics of Access and Choice under Beveridge and Bismarck Systems. Health Econ Pol'y & L. ۲۰۱۰;.۵:۲۶۹

- ۱۳- Reid TR. The healing of America: A global quest for better, cheaper, and fairer health care: Penguin; .۲۰۱۰
- ۱۴- Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and coincidence in re-engineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran. Health policy and planning. ۲۰۱۱;.۱۶۳-۷۳:(۲)۲۶
- ۱۵- Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. Bulletin of the World Health Organization. ۲۰۱۳;.۹۱:۶۰۲-۱۱
- ۱۶- Klasa K, Greer SL, van Ginneken E. Strategic Purchasing in Practice: Comparing Ten European Countries. Health policy. .۲۰۱۸
- ۱۷- Ghoddoosi-Nejad j. Developing a model for strategic purchasing of health care in the
- ۱۸- Iran health system. A dissertation submitted for PhD degree of Health Services Management. May ۲۰۱۷(Tabriz University of Medical Sciences and Health Services).
- ۱۹- 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. ۲۰۱۶;.۵(۱):.۳۵-۴۲
- ۲۰- Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Patcharanarumol W, Thammatacharee J, Jongudomsuk P, Sirilak S. Achieving universal health coverage goals in Thailand: the vital role of strategic purchasing. Health policy and planning. ۲۰۱۵;.۳۰(۹):.۱۱۵۲-۶۱
- ۲۱- 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. ۲۰۱۸;.۱۳(.۴
- ۲۲- Ghoddoosi-Nezhad D, Janati A, Zozani MA, Doshmagir L, Bazargani HS, Imani A. Is strategic purchasing the right strategy to



improve a health system's performance? A systematic review. BALI MEDICAL JOURNAL. ۲۰۱۷;۶(۱):.۱۰۲-۱۳

۲۳- 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. Electronic physician. ۲۰۱۸;۱۰(۲):.۶۲۹۹-۳۰۶

۲۴- P.Raeissi<sup>۱\*</sup> ANaKK. Influential Factors on Strategic Purchasing of Healthcare Services in Iranian Social Security Organization- Indirect Healthcare Sector. Journal of Novel Applied Sciences. ۶۵- / ۲۰۱۳:۲-۳ .۷۳

۲۵- Nasiripour AA, Raeissi P, Tabibi J, Karimi K. Variables Affecting the Payment Mechanism for Strategic Purchasing in the Indirect Health Section of Iranian Social Security Organization. International Business Research. ۲۰۱۱;۴(۲):.۱۰۳

۲۶- مزدکی ع، رضاپور ع، آباد تهخ، محمدخانی ن. بررسی وضعیت عوامل موثر بر شاخصهای مالی در بیمارستانهای منتخب تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت. Journal of Health Administration. ۲۰۱۹;۲۲(۱):.

۲۷- Alidadi A, Ameryoun A, Sepandi M, Morteza S, Shokouh H, Abedi R, et al. The opportunities and challenges of the ministry of health and medical education in the implementation of healthcare reform. Health Research. ۲۰۱۶;۱(۳):.۱۷۳-۸۴

۲۸- Ghanbari A, Moaddab F, Heydarzade A, Jafaraghaee F, Barari F. Health system evolution plan; A new approach to health care delivery: The challenge ahead. Hakim Research Journal. ۲۰۱۷;۲۰(۱):.۱-۸

۲۹- Mosadeghrad AM. Health strengthening plan, a supplement to Iran health transformation plan: letter to the editor. Tehran University Medical Journal TUMS Publications. ۲۰۱۹;۷۷(۸):.۵۳۷-۸

۳۰- Ogbuabor DC, Onwujekwe OE. Scaling-up strategic purchasing: analysis of health system governance imperatives for strategic purchasing in a free maternal and child healthcare programme in Enugu State, Nigeria. BMC health services research. ۲۰۱۸;۱۸(۱):.۲۴۵

۳۱- Moser R. Strategic purchasing and supply management: A strategy-

based selection of suppliers: Springer Science & Business Media; ۲۰۰۷.

- ۳۲- world oh. Strategic Purchasing for Universal Health Coverage:Unlocking the Potential. Geneva, Switzerland: ۲۵-۲۷ ۲۰۱۷ April ۲۰۱۷. Report No.
- ۳۳- 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. ۲۰۱۸;۱۳(۴):e.۰۱۹۵۱۷۹
- ۳۴- V. dC. Rapid Assessment of Strategic
- ۳۵- Purchasing in the Philippines
- ۳۶- A Country Case Study. Manila, Philippines: .۲۰۱۸
- ۳۷- Rivillas JC LD, Henao AC. Rapid Assessment
- ۳۸- of the purchasing arrangements in Colombia. Colombia: .۲۰۱۸
- ۳۹- Sanderson J, Lonsdale C, Mannion R. What's needed to develop strategic purchasing in healthcare? Policy lessons from a realist review. Int J Health Policy Manag. .۲۰۱۸
- ۴۰- Hunter DJ, Marks L. The public health system in England: Policy Press; .۲۰۱۰
- ۴۱- Chevreul K, Brigham B, Durand-Zaleski I, Hernández-Quevedo C. France: Health system review. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health ...; .۲۰۱۵
- ۴۲- Busse R, Blümel M. Germany. Health system review. .۲۰۱۴
- ۴۳- Toniolo F, Mantoan D, Maresso A. Veneto Region, Italy. Health system review. Health systems in transition. ۲۰۱۲;۱۴(۱):i-xix, .۱-۱۳۸
- ۴۴- Anell A, Glenngard AH, Merkur SM. Sweden: Health system review. Health systems in transition. ۲۰۱۲;۱۴(۵):.۱-۱۵۹
- ۴۵- Dimova A, Rohova M, Mutafova E, Atanasova E, Koeva C, Van Ginneken E, et al. Bulgaria: Health System Review. Health Systems

in Transition, ۲۰۱۲//Здравни системи в преход. България. Анализ на здравната система: ۲۰۱۲. Varna Medical University Press; ۲۰۱۳

- ۴۶- Josep Figueras RR, et al. Purchasing to improve health systems performance (European Observatory on Health Systems Policies). Mar ۱, ۲۰۰۵:۲۹۸
- ۴۷- Ogbuabor DC, Onwujekwe OE. Scaling-up strategic purchasing: analysis of health system governance imperatives for strategic purchasing in a free maternal and child healthcare programme in Enugu State, Nigeria. BMC health services research. ۲۰۱۸;۱۸(۱):۲۴۵
- ۴۸- Loevinsohn B. Performance-based contracting for health services in developing countries: a toolkit: The World Bank; ۲۰۰۸
- ۴۹- Busse R, Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. Strategic purchasing to improve health system performance: key issues and international trends. HealthcarePapers. ۲۰۰۷; ۸Spec No.: ۶۲-۷۶
- ۵۰- Rivillas JC, Ortiz D, Henao AC. Rapid assessment of the purchasing arrangements in health system of Colombia. F۱۰۰۰Research. ۲۰۱۸;۷
- ۵۱- Picazo OF, Ulep VGT, Pantig IM, Ho BL. A critical analysis of purchasing of health services in the Philippines: A case study of PhilHealth. PIDS Discussion Paper Series, ۲۰۱۵
- ۵۲- Ghoddoosi-Nejad D, Jannati A, Doshmangir L, Arab-Zozani M, Imani A. Stewardship as a Fundamental Challenge in Strategic Purchasing of Health Services: A Case Study of Iran. Value in health regional issues. ۲۰۱۸;۱۸:۵۴-۸
- ۵۳- Dehnavieh R, Jafari Sirizi M, Mehrolhassani MH, Kalantari A. Strategic Purchasing of Healthcare Services in Developing Countries: A New Approach Is Required. Iranian journal of public health. ۲۰۱۶;۴۵(۹):۱۲۴۱-۲
- ۵۴- Cashin C. Assessing health provider payment systems: a practical guide for countries working toward universal health coverage. Washington, DC: Joint Learning Network for Universal Health Coverage. ۲۰۱۵
- ۵۵- Mathauer I, Dale E, Meessen B, Organization WH. Strategic purchasing for universal health coverage: key policy issues and

---

۲۶۰ ..... ارائه مدل خرید راهبردی در نظام سلامت ایران

---

questions: a summary from expert and practitioners' discussions.  
.۲۰۱۷