

Original Article

## Analysis of the Situation and Challenges of Strategic Purchasing in order to Achieve Universal Health Coverage in Iran

Zahra Zarei<sup>1</sup> , Somayeh Hesam<sup>2\*</sup> , Shaghayegh Vahdat<sup>2</sup> , Alireza Oliaei Manesh<sup>3</sup> 

<sup>1</sup> PhD Student in Health Care Service Management, Department of Health Care Service Management, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Health Care Service Management, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

<sup>3</sup> Associate Professor, Department of Health Care Service Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**\*Corresponding Author:**

**Somayeh Hesam;**  
Department of Health Care Service Management, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email:  
somayehh59@yahoo.com

Received: 31 May, 2020  
Accepted: 12 Sep, 2020

### Abstract

**Background and Objectives:** Strategic purchasing of health care services is one of the major issues contributing to the enhancement of the performance and reform of healthcare systems across the globe. Traditional (passive) purchasing suffers from serious weaknesses, such as low efficiency in the health care system, lack of targeted resources, Resource inefficiency, and unfair access to services. To solve these problems, the World Health Organization has introduced strategic purchasing as the main activity to improve the performance of healthcare systems. In light of the aforementioned issues, the present study aimed to investigate the challenges and problems of strategic purchasing in the health sector.

**Methods:** For the purpose of the current qualitative study, the upstream laws and policies in the field of strategic shopping in Iran were initially investigated to gather the needed information. In the next step, 25 health policymakers were interviewed about the challenges of strategic purchasing and the implemented measures. The data were analyzed in MAXQDA software (version10) using content analysis.

**Results:** Assessing the current situation, strategic purchasing was classified into 5 dimensions, 21 them, and 57 sub-themes. The most important issues among the findings included governance with the highest frequency of 62% and the health information system with a frequency of 47%. Analyzing the research findings, 52 challenges were identified and examined.

**Conclusion:** Despite all the benefits of strategic purchasing, its effectiveness depends on the successful implementation and effective cooperation of all stakeholders. In addition, strategic purchasing might need to be tailored to the circumstances of each country and the needs of that community. Therefore, the establishment of the needed infrastructure and tackling the presented challenges are indispensable for the optimal implementation of strategic purchasing in our country.

**Keywords:** Analysis; Challenge; Public health coverage (UHC); Strategic purchasing.

DOI: 10.29252/qums.14.7.19

## تحلیل وضعیت و چالش‌های خرید راهبردی در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران

زهرا زارعی<sup>۱</sup> ID، سمیه حسام<sup>۲</sup> ID\*، شقایق وحدت<sup>۲</sup> ID، علیرضا اولیایی منش<sup>۳</sup> ID

### چکیده

**زمینه و هدف:** خرید راهبردی در خدمات بهداشتی و درمانی یکی از مؤلفه‌های مهم در بهبود عملکرد نظام سلامت و یکی از مهم‌ترین موضوعات در اصلاح سیستم سلامت در سراسر جهان است. خرید سنتی (منفعل) به دلیل مشکلاتی از قبیل کارایی پایین در سیستم بهداشت و درمان، نداشتن منابع هدفمند، ناکارآمدی منابع و عدالت ضعیف در دسترسی به خدمات نقاط ضعف دارد. سازمان بهداشت جهانی برای حل این مشکلات، خرید راهبردی را به عنوان یک فعالیت اصلی برای بهبود عملکرد سیستم سلامت معرفی کرده است. از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی چالش‌ها و مشکلات خرید راهبردی بخش سلامت انجام شد.

**روش بررسی:** این مطالعه از نوع کیفی است که به منظور جمع‌آوری اطلاعات، ابتدا قوانین و سیاست‌های بالادستی در حوزه خرید راهبردی در ایران بررسی شد. در مرحله بعد با ۲۵ نفر از سیاست‌گذاران نظام سلامت در خصوص چالش‌های خرید راهبردی و اقدامات انجام‌شده مصاحبه شد. داده‌ها به روش تحلیل محتوا و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** طی تحلیل وضعیت موجود در ۵ بعد خرید راهبردی، ۲۱ موضوع و ۵۷ زیرموضوع طبقه‌بندی شد. مهم‌ترین موضوعات در بین یافته‌ها موضوع تولید و حاکمیت با بیشترین فراوانی ۶۲ درصد و نظام اطلاعات سلامت با فراوانی ۴۷ درصد است. با تحلیل یافته‌های پژوهش ۵۲ چالش شناسایی و بررسی شد.

**نتیجه‌گیری:** با وجود تمام مزایای خرید راهبردی، اثربخشی آن مبتنی بر اجرای موفق و همکاری مؤثر همه ذی‌نفعان است. علاوه بر این، ممکن است لازم باشد خرید راهبردی انجام شود که با شرایط هر کشور و نیازهای جامعه مطابق است؛ لذا ایجاد زیرساخت‌های لازم و مرتفع کردن چالش‌ها برای اجرای بهینه آن در کشور ما ضروری است.

**کلیدواژه‌ها:** پوشش همگانی سلامت؛ تحلیل؛ چالش؛ خرید راهبردی.

<sup>۱</sup> دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

<sup>۲</sup> استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

<sup>۳</sup> دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

\* نویسنده مسئول مکاتبات:

**سمیه حسام؛** گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

آدرس پست الکترونیکی:  
somayehh59@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۲۲

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Zarei Z, Hesam S, Vahdat S, Oliaei Manesh A. Analysis of the Situation and Challenges of Strategic Purchasing in order to Achieve Universal Health Coverage in Iran. Qom Univ Med Sci J 2020;14(7):19-30. [Full Text in Persian]

## مقدمه

جمهوری اسلامی ایران به دلیل تعهد و رویکردهای نوآورانه در مراقبت‌های بهداشتی اولیه مشهور است. در طول بیش از سه دهه، کشور در گسترش خدمات بهداشتی و درمانی اساسی به مردم، به‌ویژه در مناطق روستایی و اقشار فقیرتر جامعه ثابت‌قدم بوده است (۱). 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 چشم‌اندازی 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: Universal Health Coverage) و انجام اصلاحاتی در بخش سلامت تحت عنوان طرح تحول سلامت (HTP: Health Transformation Plan) ابلاغ کرد. هدف اصلی طرح تحول سلامت دستیابی به پوشش همگانی سلامت تا سال ۲۰۲۵ (۵ سال قبل از تاریخ اهداف توسعه پایدار) است (۲).

طرح تحول نظام سلامت ایران در سال ۱۳۹۳ به‌منظور افزایش دسترسی و کیفیت خدمات سلامت و کاهش پرداخت مستقیم بیماران توسط وزارت بهداشت اجرا شد. این طرح به‌ویژه در دو سال اول اجرا، به پوشش بیمه‌ای بیشتر، کاهش پرداخت از جیب مردم، افزایش دسترسی به دارو، ارجاع کمتر مردم به خارج از بیمارستان‌ها برای تهیه داروها و ملزومات پزشکی، کاهش پرداخت‌های غیررسمی بیماران، کاهش سزارین‌های غیرضروری، ارتقای کیفیت هتلینگ بیمارستان‌های دولتی و افزایش رضایت بیماران منجر شد (۳). دفتر سازمان جهانی بهداشت (WHO: World Health Organization) از بررسی حاکمیت و کارکرد نظام سلامت در ایران و ایجاد نقشه راه برای مناطق با اولویت حمایت و پشتیبانی کرده است (۴).

با توجه به تمرکز که برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت وجود دارد، مواردی از قبیل عدالت در تأمین مالی، ارائه خدمات

و پایداری منابع باید مورد تأکید و خرید راهبردی باید در دستور کار قرار گیرد. 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 (۵). در ایران خرید راهبردی از برنامه توسعه چهارم (۲۰۰۴ تا ۲۰۰۹) وارد برنامه توسعه ملی شده و هنوز در برنامه توسعه ششم (۲۰۱۷ تا ۲۰۲۱) تحقق نیافته است. برای خرید راهبردی در ایران چندین چالش و محدودیت وجود دارد؛ یکی از مهم‌ترین چالش‌های تأمین هزینه‌های بهداشتی، نبود رویکردی منظم برای جمع‌آوری منابع برای هزینه‌های پوشش، مردم و خدمات درمانی است. همچنین روش‌های ارائه‌دهنده پرداخت-بازپرداخت گذشته نگر هستند که نمی‌توانند از تقاضای القایی جلوگیری کنند. مشکل دیگر نبود سیستم یکپارچه اطلاعاتی بهداشتی برای تأمین اعتبار سلامت و بسته خدمات در کشور است. در حاکمیت خرید راهبردی باید به این نکته توجه داشت که با وجود تعداد مؤسسات نظارتی، کیفیت اعتباربخشی بسیار پایین است. نظارت بر اجرای قوانین معمولاً به‌خوبی دنبال نمی‌شود یا بسیار ناچیز است (۶).

خرید راهبردی، تخصیص منابع به ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی گفته می‌شود و تعداد گسترده‌ای از جنبه‌ها همچون طراحی بسته حمایتی، تخصیص منابع و روش‌های پرداخت را شامل می‌شود؛ بنابراین، جنبه‌های عملکرد نظام سلامت و نیازهای سلامت جامعه برای خرید راهبردی ضروری است (۷). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، پاسخ به پنج سؤال در این زمینه می‌تواند تضمین‌کننده اجرای صحیح خرید راهبردی باشد: چه چیزی بخریم؛ برای چه کسی بخریم؛ با چه قیمتی بخریم؛ چگونه بخریم و از چه کسانی بخریم (۸).

در سال ۲۰۰۵ سازمان بهداشت جهانی پوشش همگانی سلامت را به این شکل تعریف کرده است: «دسترسی به مداخلات کلیدی سلامت، ارتقای سلامت پیشگیرانه، خدمات درمانی و بازتوانی برای همگان با هزینه منطقی و قابل قبول» (۹). در پوشش همگانی تأکید بر مراقبت‌های هزینه اثربخش پیشگیرانه و مداخلات کلیدی سلامت صورت گرفته است. دولت‌ها باید بکوشند با به‌دست آوردن اطلاعات دقیق جمعیت هدف از طریق نیازسنجی جمعیتی با اولویت جمعیت‌های آسیب‌پذیر و نیازمند، مداخلات

از روش مرور اسنادی، قوانین و سیاست‌های بالادستی منتشر شده، شناسایی و سپس دسته‌بندی شد. این اسناد عبارت بودند از: سیاست‌های کلی سلامت، قانون برنامه پنجم و ششم توسعه کشور، قوانین دائمی برنامه‌های توسعه، قوانین بودجه سالیانه از سال ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۸، ضوابط اجرایی قانون بودجه سال ۱۳۹۸، مصوبات سالیانه هیئت دولت در خصوص تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی از سال ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۸، تصویب‌نامه در خصوص هزینه اجرای برنامه‌های تحول نظام سلامت، آئین‌نامه خرید راهبردی، نقشه جامع علمی سلامت کشور و قانون بیمه همگانی. در مرحله بعد پرسش‌نامه نیمه‌ساختارمند بر مبنای راهنمای سازمان بهداشت جهانی در خرید راهبردی طراحی شد. این پرسش‌نامه شامل پنج سؤال اساسی چه خدمتی، برای چه کسانی، از چه ارائه‌دهندگانی، با چه مکانیسمی و به چه قیمتی در نظام سلامت خریداری شود، است. به منظور تعیین روایی صوری پرسش‌نامه، راهنمای ارزیابی بین ۷ نفر از صاحب‌نظران حوزه بیمه سلامت توزیع شد. هر سؤال به صورت دو گزینه‌ای (شفاف و گویا است؛ شفاف و گویا نیست) بررسی شد. تمام سؤالات میزان حداقل بیشتر از ۰/۷۹ توافق بر اینکه شفاف و گویا است را کسب کردند. در نهایت پس از مطابقت نسبت روایی محتوا، تمام سؤالات با ویرایشی جزئی وارد پرسش‌نامه نهایی شد. سپس با استفاده از مصاحبه با افراد صاحب‌نظر، نظرات جمع‌آوری و مصاحبه‌ها تا اشباع داده‌های صورت گرفته انجام شد. در نهایت تعداد نظرات ۲۵ نفر از خبرگان نظام سلامت پیرامون ابعاد خرید راهبردی و چالش‌ها و مشکلات بررسی شد. روش تحلیل داده‌ها به شیوه تحلیل محتوا بود که با بهره‌گیری از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ انجام شد. در هر حیطه مصاحبه‌ها با نرم‌افزار فوق کدگذاری شد. سپس لیستی از کدها استخراج و در نهایت با برگزاری چند جلسه بین پژوهشگران کدها بازنگری و تغییر داده شد. این فرایند تا زمان توافق نهایی تکرار شد.

### یافته‌ها

یافته‌های مرتبط با ابعاد خرید راهبردی طبق مدل در ۵ حیطه وضعیت موجود خرید راهبردی در نظام فعلی سلامت به شرح ذیل گردآوری شد. در ادامه چالش‌های مربوط به آن از مصاحبه

مورد نیاز کلیدی سلامت را طراحی و شناسایی کنند. سپس با استفاده از سطح‌بندی دقیق و تعدیل شده مراقبت‌های کلیدی پیشگیرانه در نظام سلامت، الزامات پوشش همگانی را اجرایی کنند (۱۰).

در پوشش همگانی که با هدف حفاظت مالی از مردم در مقابل مخاطرات هزینه‌های کمرشکن سلامت و همچنین ارائه حداکثری مراقبت‌های مورد نیاز مردم طراحی شده است، یک جز خیلی مهم نحوه تأمین مالی نظام سلامت است (۱۰). از دیگر اهداف مهم پوشش همگانی سلامت که توسط خرید راهبردی تحت تأثیر قرار می‌گیرد، توزیع عادلانه منابع به‌علاوه بهبود پاسخگویی ارائه‌کنندگان و خریداران به جامعه است (۱۱).

بسیاری از محققان به چالش‌ها و مشکلات اصلی در زمینه خرید راهبردی مراقبت‌های بهداشتی در ایران پرداخته‌اند؛ اما برای درک بهتر چالش‌ها و مشکلات و شرایط لازم برای تحقق آن، باید وضعیت واقعی خرید راهبردی در نظام سلامت را درک کنیم. سازمان بهداشت جهانی چارچوبی را برای ارزیابی خرید راهبردی ایجاد کرده است. این ابزار در چندین کشور مانند کلمبیا، فیلیپین، هند و بورکینافاسو به کار رفته است و نیز مقایسه خرید راهبردی در ده کشور اروپایی انجام شده و نتیجه آن منتشر شده است تا این تجربیات را با کشورهای بیشتری به اشتراک بگذارند.

توجه به موارد فوق و حرکت به سمت پوشش همگانی خدمات سلامت مستلزم اتخاذ و اجرای اثربخش سیاست‌های تأمین مالی عادلانه به‌منظور دسترسی به خدمات باکیفیت برای همگان است؛ لذا بررسی چگونگی اجرای خرید راهبردی در نظام سلامت ایران به‌منظور دسترسی به اهداف پوشش همگانی سلامت ضروری به نظر می‌رسد. این مطالعه با هدف بررسی و شناسایی مشکلات و موانع اجرای خرید راهبردی پس از اجرای طرح تحول انجام شد.

### روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع کیفی استقرایی به روش تحلیل محتواست که در دو مرحله انجام شد. ابتدا متون، قوانین و سیاست‌های بالادستی مرتبط با خرید راهبردی به‌صورت گذشته‌نگر بررسی و موارد مربوط به خرید راهبردی استخراج شد. برای بررسی سیاست‌ها، راهبردها و برنامه‌ها در حوزه خرید راهبردی با استفاده

خبرگان دسته‌بندی شد که به شرح ذیل تشریح شده است:

### قسمت اول: بررسی وضعیت خرید راهبردی در ایران

(۱) چه چیزی را خریداری کنیم؟ (بسته خدمت)

بسته خدمات سلامت مجموع کالا و خدماتی است که در سه سطح ۱، ۲ و ۳ به منظور پیشگیری، درمان و توان بخشی افراد در کشور توسط ارائه دهندگان ارائه می‌شود. بسته خدمات سلامت در حال حاضر به ۵ صورت در مراکز درمانی به ویژه بیمارستان‌ها به بیماران ارائه و تأمین مالی می‌شود که به شرح ذیل است:

۱- بسته خدمات بیمه پایه

۲- بسته خدمات تحول نظام سلامت

۳- بسته خدمات بیمه تکمیلی

۴- بسته خدمات حمایتی

۵- سایر خدمات

۱- بسته خدمات بیمه پایه: بسته خدمات پایه بیمه‌های درمانی را می‌توان فهرستی از خدمات و کالاهای سلامتی برشمرد که با توجه به ملاحظات اقتصادی، سیاسی و اجتماعی علاوه بر قابلیت ارائه در کشور، طی یک فرایند تصمیم‌گیری و چانه‌زنی، تعیین و هزینه آن‌ها توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه تأمین می‌شود.

۲- بسته خدمات تحول نظام سلامت: 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 نمی‌شد. شرایط پوشش این بسته به صورت خلاصه به صورت زیر است:

الف- خدماتی که کاملاً تحت پوشش بیمه پایه است: این دسته از خدمات مشمول طرح تحول نیستند؛ مثل داروها.

ب- خدماتی که تحت پوشش بیمه پایه هستند، ولی به طور ناقص پوشش داده می‌شوند که مابه‌التفاوت قیمت و تعداد تحت پوشش بیمه خدمت تا تعرفه و تعداد مصوب توسط طرح پوشش داده می‌شود؛ مثل تجهیزات پزشکی اعم از پروتز زانو که بیمه پایه فقط مقداری از تعهد خود را پرداخت می‌کند.

ج- خدمات خارج از پوشش بسته بیمه پایه؛ مثل هزینه لباس بیمار و هزینه همراه

۳- بسته خدمات بیمه تکمیلی: اشتراک سیاست‌های بیمه‌های مکمل درمان با وزارت بهداشت، از طریق سندیکای بیمه‌گران ایران

(متشکل از نماینده‌های وزارت بهداشت، بیمه‌های خصوصی و نظام پزشکی) صورت می‌گیرد. بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران به دنبال فعالیت‌های غیرگسترده 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 کرد. در حال حاضر حدود ۲۳ بیمه مکمل درمان در کشور ما وجود دارد که به صورت خصوصی (به جز بیمه ایران که به دولت وابسته است) زیر نظر بیمه مرکزی ایران مشغول به فعالیت در حوزه درمان هستند. این بیمه‌ها علی‌رغم تعیین حدود و مقررات مشخص در قوانین توسعه، به صورت بیمه‌های مازاد عمل می‌کنند؛ بدین معنی که در نقش جبران هزینه فرانشیز بیمه شده (Supplementary) عمل می‌کنند. جبران هزینه این بیمه‌ها به صورت متغیر و بر اساس مفاد قرارداد فی‌مابین بیمه‌شده و بیمه‌گذار است که با تعیین میزان حق بیمه و تعهدات بیمه‌گذار موجودیت و اعتبار پیدا می‌کند.

۴- بسته خدمات حمایتی: علاوه بر وجو بسته بیمه پایه، تحول و تکمیلی به دلیل گران‌قیمت بودن خدمات بیماران خاص و صعب‌العلاج، بسته‌های خدمات خاص برای این بیماران تعریف شده است که با توجه به اعتبار هدف‌دار این بیماری‌ها در برنامه‌های سلانه بودجه‌ای کشور، در اختیار سازمان‌های مختلف جهت حمایت از این بیماران قرار می‌گیرد.

۵- سایر خدمات: منظور از سایر خدمات، 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.

بسته‌های خدمات سلامت در ایران شامل تمام خدمات بهداشتی، دارو و کالاهای مرتبط با سلامت می‌شود که در سیستم بهداشتی ایران قابل انعطاف است. در بسته خدمات ضروری (سطح ۱) ۹۹ خدمت، ۴۳۶ دارو و ۴۸ خدمت 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.

(۲) برای چه کسانی خریداری کنیم؟ (جمعیت هدف)

طبق آمار موجود، ۹۴ درصد از جمعیت ایران به طور خاص تحت پوشش صندوق‌های بیمه درمانی قرار دارند. با وجود این موضوع،

بخش دولتی تأمین می‌شود که عمدتاً توسط سازمان بیمه درمانی ایران تأمین می‌شود. خدمات سرپایی در شهرها عمدتاً توسط بخش خصوصی تأمین می‌شود. خدمات بستری در بخش‌های دولتی، خصوصی و غیردولتی تنها بر اساس طبقه‌بندی خدمات بهداشتی در شهرستان‌ها ارائه می‌شود. خریدار اصلی در بخش سرپایی و بستری بخش دولتی، بیمه‌های پایه هستند. در ایران چهار سازمان بیمه‌گر پایه وجود دارد: بیمه سلامت، بیمه تأمین اجتماعی، بیمه نیروهای مسلح و کمیته امداد امام خمینی (ره). این چهار سازمان بیمه پایه خریدار عمده بیمارستان‌های دولتی هستند. بیمه‌های تکمیلی نیز از بیمارستان‌های دولتی خدمت خرید می‌کنند.

۴) با چه روشی خدمات خریداری‌شده را پرداخت کنیم؟ (مکانیسم پرداخت)

در خصوص مراکز سرپایی دولتی دانشگاهی هزینه‌های عمومی مراکز و بخشی از پرداخت حقوق و دستمزد کارکنان، توسط بودجه خطی پرداخت می‌شود که از منابع دولتی تأمین می‌شود. ویزیت سرپایی پزشکان به روش پرداخت موردی از سوی سازمان‌های بیمه‌گر و مردم پرداخت می‌شود که بخش عمده‌ای از آن به‌عنوان دستمزد به پزشک پرداخت می‌شود و سهم کوچکی به دستمزد کارکنان و سایر هزینه‌های درمانگاه اختصاص می‌یابد. سایر خدمات سرپایی مانند خدمات تشخیصی و تخصصی به روش نظام پرداخت به ازای هر خدمت (FFS: Fee for Service) پرداخت می‌شوند که بخش حرفه‌ای تعرفه آن‌ها، به دستمزد پزشک و کارکنان تیم درمان تعلق می‌گیرد و بخش فنی تعرفه خدمت، به سایر هزینه‌های فنی دستگاه اختصاص می‌یابد. در خصوص مراکز خصوصی، عمومی غیردولتی و مراکز خیریه به روش پرداخت موردی از سوی سازمان‌های بیمه‌گر و مردم پرداخت می‌شود که بخش عمده‌ای از آن به‌عنوان دستمزد به پزشک پرداخت می‌شود و سهم کوچکی به سایر هزینه‌های مطب اختصاص می‌یابد.

در خصوص مراکز بستری دولتی دانشگاهی از طریق هزینه‌های عمومی مراکز و بخشی از پرداخت حقوق و دستمزد کارکنان توسط بودجه خطی پرداخت می‌شود که از منابع دولتی تأمین می‌شود. هزینه هتلینگ در بیمارستان به ازای هر تخت روزه، به روش روزانه پرداخت می‌شود و تنها برای هزینه‌های فنی تخت و امکانات جانبی آن هزینه می‌شود و هیچ‌گونه ارتباطی با دستمزد تیم درمان

حدود ۷ میلیون نفر تحت پوشش بیش از یک صندوق بیمه درمانی قرار دارند. با توجه به آخرین گزارش‌های سلامت ملی در سال ۲۰۱۵، سهم صندوق‌های بیمه درمانی اجتماعی (SHIF: Social Health Insurance Fund) تنها ۲۸ درصد است. سایر افراد در کشور که از خدمات این بسته استفاده می‌کنند (بدون توجه به حمایت مالی) شامل برخی از خارجی‌ها، برخی از ایرانیان با هویت نامشخص و کسانی هستند که بیمه اولیه را خریداری نکرده‌اند.

حدود ۹۴ درصد از جمعیت کشور تحت پوشش ۴ سازمان بیمه پایه خدمات 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) پوشش می‌دهند. تقریباً بسته خدمات اساسی بیمه برای کل جمعیت یکسان است (بسته خدمات تشخیصی و درمانی، توان‌بخشی و بازتوانی (بسته بیمه پایه) در تعهد سازمان‌های بیمه‌گر پایه).

۳) از کدام ارائه‌دهندگان خدمات باید خرید کرد؟

پاسخ به سؤال «از کدام ارائه‌دهندگان خرید خدمات» به این موضوع اشاره دارد که لازم است قرارداد خریداران بر اساس کیفیت و کارایی منعقد شود. در نظام بهداشت و درمان ایران تمام مؤسسات و مراکز دولتی ارائه‌دهنده موظف هستند با سازمان‌های بیمه‌گر پایه قرارداد ببندند و نمی‌توانند انتخاب کنند. در خصوص مراکز و مؤسسات غیردولتی، سازمان‌های بیمه‌گر می‌توانند با تأمین‌کنندگان که می‌خواهند قرارداد ببندند و مجبور به بستن قراردادهای جمعی با همه تأمین‌کنندگان نیستند اما شاخص نظام‌مند برای انتخاب ارائه‌دهندگان طرف قرارداد وجود ندارد، با قریب‌به‌اتفاق ارائه‌دهندگان طرف قرارداد قرارداد می‌بندند؛ به‌طور مثال، حتی در صورتی که با رعایت نظام سطح‌بندی مرکز تصویربرداری جدیدی اضافه شود، بیمه‌ها ممکن است به علت داشتن رضایت از عملکرد مراکز مشابه قبلی یا مدیریت هزینه‌ها، از عقد قرارداد با برخی مراکز خودداری کنند یا با برخی مؤسسات با سطح هزینه کمتری قرارداد منعقد کنند؛ حتی ممکن است با برخی از رشته‌ها اصلاً قرارداد نبندند.

بخش عمده خدمات بهداشتی سرپایی در مناطق روستایی توسط



نسخه قدیمی کتاب تعرفه که کپی اصلی آن از طریق ایالات متحده گرفته شده بود (کتاب کالیفرنیا (RVU)) به عنوان معیار تعیین قیمت خدمات سلامت برای ۳۰ سال در ایران مورد استفاده قرار گرفت. در کشور ما پیش از طرح تحول نظام سلامت هیچ مدل درآمد واقعی یا درآمد منطقی بخش‌های مختلف بالینی وجود نداشت. علاوه بر این، نبود تعادل بین تعرفه‌های بخش‌های مختلف باعث مشکلاتی در نظام سلامت و نگرانی از جانب سیاست‌گذاران در این عرصه شده است.

بر اساس پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه، کار و امور اجتماعی و تصویب سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و بر اساس تأییدیه شورای بیمه سلامت، مقیاس ارزش نسبی جدید مبتنی بر منابع بر اساس قانون اساسی اعلام شد. در این خصوص حدود ۳۰ سال تعرفه‌های پزشکی اصلاح نشده بود و حدود ۱۷۰۰ خدمات پزشکی تعرفه‌ای نداشت، اما در این کتاب تعرفه جدید برای این خدمات تعریف و ۳۰۰۰ خدمات پزشکی در بسته بیمه گنجانده شد (جدول ۱).

ندارد. خدمات بستری بیمارستان شامل ویزیت و مشاوره، اعمال جراحی و سایر خدمات تشخیصی و تخصصی به روش نظام پرداخت به ازای هر خدمت پرداخت می‌شود که بخش حرفه‌ای تعرفه آن‌ها، به دستمزد پزشک و کارکنان تیم درمان تعلق می‌گیرد و بخش فنی تعرفه خدمت، به سایر هزینه‌های فنی دستگاه اختصاص می‌یابد. در خصوص مراکز خصوصی، عمومی غیردولتی و مراکز خیریه به صورت هزینه هتلینگ در بیمارستان به ازای هر تخت روز، به روش روزانه پرداخت می‌شود و تنها رأی هزینه‌های فنی تخت و امکانات جانبی آن هزینه می‌شود و هیچ‌گونه ارتباطی با دستمزد تیم درمان ندارد.

۵) با چه قیمتی و حجمی خدمات را خریداری کنیم؟ (قیمت خدمات)

قیمت خدمات در قراردادها نقش اساسی دارد. در ایران، تعرفه‌ها برای بخش دولتی، عمومی، غیردولتی و خصوصی توسط شورای عالی بیمه درمانی تعیین و توسط هیئت دولت تأیید شده است. قبل از اجرای طرح تغییرات تعرفه خدمات در مراکز عمومی، یک

جدول شماره ۱: مفاهیم و زیرمفاهیم مربوط به دیدگاه خبرگان در خصوص خرید راهبردی خدمات نظام سلامت در ایران

ابعاد	موضوع	زیر موضوع
	نیازسنجی بسته	تعیین اولویت‌بندی در بسته خدمات بر اساس معیار مشخص سطح‌بندی خدمات سقف‌گذاری خدمات
	تدوین بسته	میزان خدمات پوشش داده شده، خدمات سطوح اولیه و سایر خدمات وجود تعریف فراگیر و جامع از بسته مشارکت تمامی ذی‌نفعان اعم از پزشکان، بیماران، انجمن‌های حمایت از بیماران و انجمن‌های پزشکی، سازمان‌های رسمی، شرکت‌های تأمین‌کننده دارو و ملزومات پزشکی و شهروندان به منظور ارائه نظر
بسته خدمت	اصلاح و بازبینی	وجود فرایند مشخص برای تعدیل و بازبینی بسته وجود فرایند مشخص لحاظ کردن خدمات جدید به بسته حذف خدمات غیر ضروری از بسته
	ارزیابی بسته	ارزیابی نیازهای سلامت جامعه در سطوح مختلف تدوین و اجرای گایدلاین‌ها
	تولیت و سیاست‌گذاری	تدوین قوانین و مقررات برای بسته خدمات و اقدامات قانونی برای عدم پوشش خدمات ضمانت اجرایی سیاست‌های اخذ شده برای اجرای قوانین جایگاه تولیت در تصمیم‌گیری برای بسته و پاسخگویی مسئولان به مردم کانال اطلاع‌رسانی به شهروندان در خصوص تعهدات بسته خدمات
	نظام اطلاعات سلامت	نظام اطلاعات یکپارچه و ارتباط با سطوح مختلف خدمات استفاده از ارزیابی فناوری سلامت برای بسته خدمات

## ادامه جدول شماره ۱.

پوشش جمعیت بر اساس روش عادلانه توزیع منابع	توزیع عادلانه	
اولویت‌بندی و ارزیابی نیاز سلامت جامعه		
پاسخگویی به نیاز سلامت جامعه		
انباشت منابع بیمه‌ای برای جمع‌آوری ریسک	تأمین مالی	
پرداخت از جیب مردم و فرانشیز		
تأمین اعتبار مالی پایدار برای جمعیت تحت پوشش	جمعیت هدف	
حفاظت از آسیب‌پذیری جمعیت		
افزایش انتخاب شهروندان و ایجاد حقوق شهروندی (توانمندسازی بیماران)	مسئولیت حاکمیت	
استفاده از نظر نمایندگان مردم و مشارکت انجمن‌های صنفی بیماران		
اطلاعات یکپارچه بیمارمحور برای انواع گروه‌های جمعیتی (سامانه اطلاعات بیمه‌شدگان)	نظام اطلاعات	
دسترسی به سامانه‌های اطلاعاتی مورد نیاز مردم به‌منظور خرید کارآمد	سلامت	
جایگاه صنعت بیمه و صندوق‌های بیمه		
انعقاد قرارداد بر اساس ملاک ارائه خدمات باکیفیت	قرارداد خرید	
ایجاد رقابت مؤثر بین ارائه‌دهندگان		
تفکیک خریدار-ارائه‌کننده		
افزایش اختیار ارائه‌دهندگان و ایجاد بستر مناسب به‌منظور ارائه خدمات باکیفیت	اختیار و مسئولیت خریداران و ارائه‌دهندگان	
قدرت چانه‌زنی و حق انتخاب و خودمختاری به‌منظور خرید کارا		
وجود قوانین و مقررات در مورد خریداران و ارائه‌دهندگان		
پاسخگویی و مسئولیت خریداران و ارائه‌دهندگان		
نقش انگیزه‌دهنده برای بهبود ارائه خدمات		
پایش عملکرد ارائه‌دهندگان و ارتباط با پرداخت		
نظارت بر کارکرد خرید	نظارت و کنترل	
تعیین فرایند اعتباربخشی		
داشتن گواهی ارائه‌دهندگان		
توزیع زیرساخت نظام اطلاعاتی بین سازمان‌های ارائه‌دهنده	نظام اطلاعات	
ارتباط سازمان‌های خریدار و فروشنده به‌منظور تبادل اطلاعات یکپارچه	سلامت	
شیوه‌های پرداخت متفاوت به ارائه‌دهنده		
روش پرداخت معطوف به کیفیت خدمات ارائه‌شده و برون‌داد	روش پرداخت	
مهندسی مجدد روش‌های پرداخت		
مکانیسم‌های نرم‌افزاری پرداخت برای بهبود ارائه خدمات یکپارچه	نظام اطلاعات	مکانیسم پرداخت
وجود فرایند قاعده‌مند جمع‌آوری داده و تحلیل زمان‌بندی‌شده برای پرداخت	سلامت	
سیاست‌گذاری به‌منظور تعیین تعرفه و نرخ پرداخت		
تصمیم‌گیری در خصوص روش پرداخت به ارائه‌کننده و نرخ پرداخت	تولیت	
بررسی تعارضات و خلأهای قانونی مرتبط با پرداخت		
فرایند تعرفه‌گذاری و تعیین نرخ پرداخت	تعرفه‌گذاری و قیمت‌گذاری	
ارتباطات و تأثیرگذاری ذی‌نفعان در تعیین میزان و حجم قیمت		
رفتارسازی برای تولید، تجویز و مصرف بهینه خدمات سلامت	میزان خدمات	حجم و قیمت خدمات
کارآمدی منابع و مدیریت هزینه		
سامانه یکپارچه خدمات برای حجم خدمات ارائه‌شده	نظام اطلاعات	
تولید، نگهداری، تحلیل و به‌کارگیری اطلاعات در چرخه فرایند خرید	سلامت	



## قسمت دوم: بیان چالش‌ها و مشکلات اجرای موفق

جدول ۲ بررسی و طبقه‌بندی شده است.

## خرید راهبردی در ایران

در اینجا چالش‌های مربوط به هر حیطه از مصاحبه‌های خبرگان در

## جدول شماره ۲: چالش‌های اجرای خرید راهبردی

## چالش‌ها و مشکلات مطرح شده

## ابعاد خرید راهبردی

چالش‌ها و مشکلات مطرح شده	ابعاد خرید راهبردی
نداشتن اختیار کافی برای سازمان‌های بیمه به منظور تدوین بسته خدمات یکسان بودن بسته خدمات برای همه گروه‌ها عدم نیازسنجی درست خدمات به منظور طراحی بسته خدمت عدم اولویت‌بندی و طبقه‌بندی مناسب خدمات نبود نظام اطلاعات جغرافیایی سلامت عدم معیارهای مشخص و شفاف به منظور بازبینی عدم تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد به منظور تدوین، بازبینی و ارزیابی بسته خدمتی نبود زیرساخت فناوری اطلاعات 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 کم‌ارزش در بسته خدمات و هدررفت منابع بیمه‌ای تغییر الگوی بیماری‌ها (اپیدمیولوژیک و غیر اپیدمیولوژیک)	چه خدمتی
عدم تعریف صریح بسته خدمات به طور شفاف همراه با استانداردهای مشخص نادرستی سطح‌بندی خدمات برای 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 الزام سازمان‌های بیمه‌های اولیه برای خریداری بدون قید و شرط و کیفیت ارائه‌دهندگان خدمات در بخش دولتی عدم انتخاب ارائه‌دهندگان توسط سازمان‌های بیمه (قراردادهای یکسان) نبود کانالی برای اطلاع‌رسانی به شهروندان در خصوص حقوق و تعهدات سازمان بیمه‌گذار عدم اجرای مناسب نظام ارجاع و پزشک خانواده	جمعیت هدف
نبود 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 لحاظ نکردن یا نداشتن شاخص‌هایی مثل کیفیت خدمات، یکپارچگی و موقعیت مکانی برای عقد قرارداد انتقال ریسک از خریداران به ارائه‌دهندگان توسط سازمان‌های بیمه تمام وقت کردن تمامی 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 تمام مراکز ارائه‌دهنده و خریدار خدمت	خریداران و ارائه‌کنندگان

## ادامه جدول شماره ۲.

ایجاد تقاضای القایی چه از طرف پزشکان و چه بیماران، دخالت و فشار نیروهای ذی‌نفع عدم آگاهی گروه‌های ذی‌نفع و گهگاه سیاست‌گذاران مقابله با تغییر و اجرا از طرف گروه‌های صنعتی مختلف سلامت مقابله مدیران و کارمندان نظام سلامت با اجرا و پیاده‌سازی نظام اطلاعاتی، ترس از اجرا، نداشتن 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 بین‌بخشی بین قانون‌گذار و مجری قوانین نبود رقابت در بازار نظام سلامت در کشور	مکانیسم خرید
دخالت گروه‌های ذی‌نفع از جمله نظام پزشکی وجود استخرهای اطلاعاتی غیریکپارچه به‌منظور 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 زیاد تصویب و تحمیل قوانین و مقررات و طرح‌های برون‌سازمانی هم برای سازمان‌های بیمه و هم وزارت بهداشت طولانی شدن زمان پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر به خریداران ارائه خدمات که باعث کاهش کیفیت و کمیت خدمات می‌شود رشد هزینه‌های سازمان‌های بیمه‌گر به‌طور فزاینده عدم شناسایی نزدیک به نیازهای سلامت شهروندان	قیمت و حجم خدمت

## بحث

خدمت و در حیطه حمایت مالی به عدم مدیریت هزینه‌ها، عدم پایداری منابع مالی نظام سلامت و نظارت ناکافی بر کیفیت خدمات ارائه‌شده است که با اهداف ذکرشده برای پوشش همگانی همخوانی دارد.

در مطالعه‌ای با عنوان «تعیین چالش‌های استقرار خرید راهبردی در سازمان بیمه سلامت ایران» چالش‌های خرید در قالب ۹ کد اصلی و تحت مفاهیم مشکلات مالی، مشکلات مربوط به ارائه‌دهندگان، ضعف در قوانین و نظارت، مشکلات نیروی انسانی، مشکلات زیرساختی، مشکلات مربوط به ارتباطات بین‌بخشی، مشکلات مربوط به بسته خدمت، مشکلات مربوط به نظام پرداخت و ضعف در سیاست‌گذاری طبقه‌بندی شده است که نتیجه این مطالعه با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۳).

در مقاله‌ای با عنوان «خرید راهبردی برای پوشش همگانی:

اهداف خرید راهبردی در مقیاسی گسترده عبارت است از: هدایت تخصیص منابع به‌منظور کمک به بهبود اهداف میانی و نهایی پوشش همگانی سلامت. بخش مهم این ارزیابی، شناسایی تأثیر ساختار خرید بر اهداف میانی و نهایی پوشش همگانی سلامت و همچنین سایر اثرات آن‌ها در نظام سلامت است. اهداف میانی و نهایی تحت تأثیر سازوکارهای خرید شامل مواردی از جمله کارآمدی در استفاده از منابع، عدالت در توزیع منابع، بهبود پاسخگویی، دسترسی عادلانه و حمایت مالی هستند (۱۲). یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه تحلیل چالش‌های خرید راهبردی، در حیطه خرید بسته خدمات و جمعیت هدف از جمله عدم دسترسی عادلانه خدمات، یکسان‌بودن بسته خدمات برای همه گروه‌ها، عدم نیازسنجی درست خدمات به‌منظور طراحی بسته

با اجرای خرید راهبردی صورت گیرد.

### نتیجه‌گیری

با توجه به مشکلات موجود در نظام ارائه خدمات سلامت، انجام خرید راهبردی موضوعی بسیار ضروری و اجتناب‌ناپذیر است و بهتر است هرچه زودتر برای اجرای آن گام برداشت. منابع محدود سلامت در صورتی که خرید راهبردی محقق نشود، ایجاد پوشش همگانی شامل پوشش مناسب قیمتی، خدمتی و جمعیتی را نخواهد داشت. هنوز درک صحیحی از خرید راهبردی در کشور وجود ندارد؛ لذا نیاز است سیاست‌های منسجمی در پیش گرفته شود، قوانین موجود اصلاح شود و قوانین مورد نیاز تدوین و ضمانت اجرایی آن‌ها در مسئولان ایجاد شود؛ بنابراین، نظارت کافی، سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری حاکمیت نظام سلامت ضروری است. مسلماً بدون تهیه زیرساخت‌های لازم، انجام بازنگری به‌منظور رفع چالش‌ها در خرید راهبردی در مسیر دستیابی به اهداف پوشش همگانی سلامت کاری بیهوده خواهد بود.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر از رساله دکترای مصوب دانشگاه آزاد اسلامی با کد پژوهشی مصوب ۸۸ گرفته شده است. از همه دست‌اندرکاران و مخصوصاً از مرکز خرید راهبردی شورای عالی بیمه سلامت و نیز مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه تهران تشکر و قدردانی می‌کنیم.

مشکلات و سؤالات کلیدی» که مبتنی بر تجربیات مشترک متخصصان در جلسه آوریل ۲۰۱۶ است که توسط سازمان جهانی بهداشت برگزار شده است، پنج مبحث ۱- نظارت و کنترل سازمان‌های خرید بهداشتی، ۲- سیستم‌های مدیریت اطلاعات، ۳- طراحی بسته خدمت و همسویی آن با سیستم‌های پرداخت ارائه‌کنندگان، ۴- سیستم‌های ترکیبی پرداخت ارائه‌کنندگان و ۵- مدیریت همسوبودن پویا به‌عنوان مسائل اصلی مطرح شد. در این مقاله پیشنهاد می‌شود تمرکز به سمت کنترل برای جلوگیری از کلاهبرداری و سوءاستفاده تغییر می‌کند و همسویی اصلاحات خرید راهبردی با دیگر اصلاحات مالی بهداشتی لازم است. موضوع مهم دیگر استانداردسازی و نظارت بر سیستم‌های مدیریت اطلاعات و داده‌هاست؛ لذا پرداختن به بعد نظارت و کنترل اهمیت می‌یابد که این نتیجه به میزان بسیار زیادی در چالش‌های خرید راهبردی در دستیابی به پوشش همگانی سلامت نزدیک است که در مطالعه ما انجام شده است (۱۴)

به‌رحال کشورهای بسیاری هستند که در راستای تقویت طرف تقاضای خود (به‌ویژه بیمه‌ها و دولت‌ها)، خرید راهبردی را یکی از چاره‌های کار دیده‌اند (۱۵، ۱۶). این موضوع به‌ویژه با توجه به لزوم استفاده از زیرساخت‌های لازم و نیز هماهنگی بین بخش‌های مختلف و عزم والای سیاست‌گذاران و مدیران سلامت، در کشورهای در حال توسعه با محدودیت‌های جدی مواجه است (۱۵). در این مطالعه مصاحبه‌شوندگان نیز بر این باور بودند که عمده‌تاً برای اجرای بهتر خرید راهبردی باید زیرساخت‌های لازم ایجاد و سیاست‌گذاری، تصمیم‌گیری و نظارت حاکمیت هم‌راستا

### References:

1. Shadpour K. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J* 2000;6(4):822-5. [PMID: 11794090](#)
2. Mousavi SM, Sadeghifar J. Universal health coverage in Iran. *Lancet Glob Health* 2016;4(5):e305-6. [PMID: 27102193](#)
3. Mosadeghrad AM. Health strengthening plan, a supplement to Iran health transformation plan: letter to the editor. *Tehran Univ Med J* 2019;77(8):537-8. [Link](#)
4. Piroozi B, Rashidian A, Moradi G, Takian A, Ghasri H, Ghadimi T. Out-of-pocket and informal payment before and after the health transformation plan in Iran: evidence from hospitals located in Kurdistan, Iran. *Int J Health Policy Manag* 2017;6(10):573-86. [PMID: 28949473](#)
5. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World

- Health Organization; 2000. [Link](#)
6. Ghoddousinejad J, Janati A, Arab-Zozani M, Imani A. Strategic purchasing in health system of iran: a review study. *Depiction Health* 2018;8(4):260-6. [Link](#)
  7. Mbau R, Barasa E, Munge K, Mulupi S, Nguhiu PK, Chuma J. A critical analysis of health care purchasing arrangements in Kenya: a case study of the county departments of health. *Int J Health Plann Manage* 2018;33(4):1159-77. [PMID: 30074642](#)
  8. Kutzin J. Anything goes on the path to universal health coverage? No. *Bull World Health Organ* 2012;90(11):867-8. [PMID: 23226900](#)
  9. Gwatkin DR, Ergo A. Universal health coverage: friend or foe of health equity? *Lancet* 2011;377(9784):2160-1. [PMID: 21084113](#)
  10. Mehrolhassani M, Najafi B, Yazdi Feyzabadi V, Abolhallaje M, Ramezani M, Dehnavieh R et al . A Review of the Health Financing Policies Towards Universal Health Coverage in Iran. *irje*. 2017; 12 :74-84 [link](#)
  11. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ* 2013;91(8):602-11. [PMID: 23940408](#)
  12. Mathauer I, Dale E, Meessen B, World Health Organization. Strategic purchasing for universal health coverage: key policy issues and questions: a summary from expert and practitioners' discussions. Geneva: World Health Organization; 2017. [Link](#)
  13. Dehnavieh R, Sirizi MJ, Mehrolhassani MH, Kalantari A. Strategic purchasing of healthcare services in developing countries: a new approach is required. *Iran J Public Health* 2016;45(9):1241-2. [PMID: 27957476](#)
  14. Gonzalez-Block MA, Figueroa A, Garcia-Tellez I, Alarcon J. Financial allocations in the system for social protection in health in Mexico: challenges for strategic purchasing. *Salud Publica Mex* 2016;58(5):522-32. [PMID: 27991983](#)
  15. Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga R, Otoo N. Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *Lancet* 2012;380(9845):933-43. [PMID: 22959390](#)
  16. Evans DB, Etienne C. Health systems financing and the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010. [Link](#)

Original Article

## Analysis of the Situation and Challenges of Strategic Purchasing in order to Achieve Universal Health Coverage in Iran

Zahra Zarei<sup>1</sup> , Somayeh Hessam<sup>2\*</sup> , Shaghayegh Vahdat<sup>2</sup> , Alireza Oliaei Manesh<sup>3</sup> 

<sup>1</sup> Department of Health Service Administration, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Department of Health Service Administration, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Health equity research center & National institute for health research, Tehran university of medical sciences, Tehran, Iran

**\*Corresponding Author:**

**Somayeh Hesam;**  
Department of Health Care Service Management, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email:  
somayehh59@yahoo.com

Received: 31 May, 2020  
Accepted: 12 Sep, 2020

### Abstract

**Background and Objectives:** Strategic purchasing of health care services is one of the major issues contributing to the enhancement of the performance and reform of healthcare systems across the globe. Traditional (passive) purchasing suffers from serious weaknesses, such as low efficiency in the health care system, lack of targeted resources, Resource inefficiency, and unfair access to services. To solve these problems, the World Health Organization has introduced strategic purchasing as the main activity to improve the performance of healthcare systems. In light of the aforementioned issues, the present study aimed to investigate the challenges and problems of strategic purchasing in the health sector.

**Methods:** For the purpose of the current qualitative study, the upstream laws and policies in the field of strategic shopping in Iran were initially investigated to gather the needed information. In the next step, 25 health policymakers were interviewed about the challenges of strategic purchasing and the implemented measures. The data were analyzed in MAXQDA software (version10) using content analysis.

**Results:** Assessing the current situation, strategic purchasing was classified into 5 dimensions, 21 them, and 57 sub-themes. The most important issues among the findings included governance with the highest frequency of 62% and the health information system with a frequency of 47%. Analyzing the research findings, 52 challenges were identified and examined.

**Conclusion:** Despite all the benefits of strategic purchasing, its effectiveness depends on the successful implementation and effective cooperation of all stakeholders. In addition, strategic purchasing might need to be tailored to the circumstances of each country and the needs of that community. Therefore, the establishment of the needed infrastructure and tackling the presented challenges are indispensable for the optimal implementation of strategic purchasing in our country.

**Keywords:** Analysis; Challenge; Public health coverage (UHC); Strategic purchasing.

DOI: 10.29252/qums.14.7.19

## تحلیل وضعیت و چالش‌های خرید راهبردی در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران

زهرا زارعی<sup>۱</sup> ID، سمیه حسام<sup>۲\*</sup> ID، شقایق وحدت<sup>۲</sup> ID، علیرضا اولیایی منش<sup>۳</sup> ID

### چکیده

**زمینه و هدف:** خرید راهبردی در خدمات بهداشتی و درمانی یکی از مؤلفه‌های مهم در بهبود عملکرد نظام سلامت و یکی از مهم‌ترین موضوعات در اصلاح سیستم سلامت در سراسر جهان است. خرید سنتی (منفعل) به دلیل مشکلاتی از قبیل کارایی پایین در سیستم بهداشت و درمان، نداشتن منابع هدفمند، ناکارآمدی منابع و عدالت ضعیف در دسترسی به خدمات نقاط ضعف دارد. سازمان بهداشت جهانی برای حل این مشکلات، خرید راهبردی را به عنوان یک فعالیت اصلی برای بهبود عملکرد سیستم سلامت معرفی کرده است. از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی چالش‌ها و مشکلات خرید راهبردی بخش سلامت انجام شد.

**روش بررسی:** این مطالعه از نوع کیفی است که به منظور جمع‌آوری اطلاعات، ابتدا قوانین و سیاست‌های بالادستی در حوزه خرید راهبردی در ایران بررسی شد. در مرحله بعد با ۲۵ نفر از سیاست‌گذاران نظام سلامت در خصوص چالش‌های خرید راهبردی و اقدامات انجام‌شده مصاحبه شد. داده‌ها به روش تحلیل محتوا و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** طی تحلیل وضعیت موجود در ۵ بعد خرید راهبردی، ۲۱ موضوع و ۵۷ زیرموضوع طبقه‌بندی شد. مهم‌ترین موضوعات در بین یافته‌ها موضوع تولید و حاکمیت با بیشترین فراوانی ۶۲ درصد و نظام اطلاعات سلامت با فراوانی ۴۷ درصد است. با تحلیل یافته‌های پژوهش ۵۲ چالش شناسایی و بررسی شد.

**نتیجه‌گیری:** با وجود تمام مزایای خرید راهبردی، اثربخشی آن مبتنی بر اجرای موفق و همکاری مؤثر همه ذی‌نفعان است. علاوه بر این، ممکن است لازم باشد خرید راهبردی انجام شود که با شرایط هر کشور و نیازهای جامعه مطابق است؛ لذا ایجاد زیرساخت‌های لازم و مرتفع کردن چالش‌ها برای اجرای بهینه آن در کشور ما ضروری است.

**کلیدواژه‌ها:** پوشش همگانی سلامت؛ تحلیل؛ چالش؛ خرید راهبردی.

<sup>۱</sup> گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

<sup>۲</sup> گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

<sup>۳</sup> گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

\* نویسنده مسئول مکاتبات:

**سمیه حسام؛** گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

آدرس پست الکترونیکی:  
somayehh59@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۲۲

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Zarei Z, Hesam S, Vahdat S, Oliaei Manesh A. Analysis of the Situation and Challenges of Strategic Purchasing in order to Achieve Universal Health Coverage in Iran. Qom Univ Med Sci J 2020;14(7):19-30. [Full Text in Persian]