

October–November 2021, Volume 16, Issue 4

## Effective Factors for Strategic Purchasing of Health Services in the Field of Cardiovascular Diseases: A Qualitative Study

Rahimipour M<sup>1</sup>, Hosseini S.M<sup>2,\*</sup>, Jafari M<sup>3</sup>, Maher A<sup>4</sup>, Bahadori M.K<sup>5</sup>

1- PhD Student, Department of Health Services Management, Faculty of Management, Islamic Azad University-Tehran North Branch, Iran.

2- Department of Health Services Management, Faculty of Management, Islamic Azad University-Tehran North Branch, Iran.

3- Department of Health Services Management, Faculty of Management, Islamic Azad University-Tehran North Branch, Iran.

4- Department of Health Policy, Faculty of Medical Education and Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5- Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**Corresponding author:** Hosseini S.M, Department of Health Services Management, Faculty of Management, Islamic Azad University-Tehran North Branch, Iran.

**Email:** hosseinisch@yahoo.com

Received: 4 July 2021

Accepted: 16 Aug 2021

### Abstract

**Introduction:** High prevalence of cardiovascular diseases has increased treatment costs. Strategic purchasing of health services means the highest quality of care and the highest cost effectiveness ongoing, provides a fair access to health services, financial risk protection, and effective management of the underlying risk factors for cardiovascular diseases. This study aims to identify the factors affecting the strategic purchasing of cardiovascular health services in Iran.

**Methods:** This qualitative content analysis study was conducted in 2020. In the first stage, a literature review and, in the second stage, the semi-structured interview tools were used for the data collection. The study population consisted of managers and policy-makers of the basic health insurance organizations, Ministry of Health, hospital administrators, faculty specialists, and cardiologists. The participant was selected by targeted sampling method. The number of participant continued until theoretical saturation (12 people). Data were analyzed by content analysis method with deductive-inductive approach using MAXQDA,(2020).

**Results:** 7 main Dimensions include Factors of Stewardship and policy-making, insurance, financial, structural, the social determinants of health, providers, patient (citizen) empowerment -related, and 70 sub-themes influence the strategic purchasing of cardiovascular health services.

**Conclusions:** Due to the limited resources of the health system and the unlimited requirements of society, a strategic approach toward preventive interventions and the social determinants of health in terms of developing a basic insurance benefit packages can reduce the costs and increase quality of cardiovascular health care. Strategic purchasing requires the involvement and comprehensive support of stakeholders and key players in the health system. By implementation strategic purchasing, it is expected to induced the mortality rate, clinical errors, and the number of cardiovascular patients in the clinical units of hospitals.

**Keywords:** Value-based Purchasing, Health care sector, Health services, Cardiovascular Diseases.

## عوامل موثر بر خرید راهبردی خدمات سلامت در حوزه بیماریهای قلبی / عروقی (یک مطالعه کیفی)

معصومه رحیمی پور<sup>۱</sup>، سید مجتبی حسینی<sup>۲\*</sup>، مهرنوش جعفری<sup>۳</sup>، علی ماهر<sup>۴</sup>، محمد کریم بهادری<sup>۵</sup>

- ۱ - دانشجوی دکتری تخصصی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد واحد تهران شمال، تهران، ایران.
- ۲- گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد واحد تهران شمال، تهران، ایران.
- ۳- گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد واحد تهران شمال، تهران، ایران.
- ۴- گروه سیاستگذاری سلامت، دانشکده آموزش پزشکی و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
- ۵- مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

**نویسنده مسئول:** سید مجتبی حسینی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد واحد تهران شمال، تهران، ایران.  
ایمیل: hosseinisch@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۵/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۴/۱۳

### چکیده

**مقدمه:** شیوع بالای بیماریهای قلبی و عروقی باعث افزایش هزینه های درمانی شده است. با اجرای خرید راهبردی خدمات سلامت یعنی ارائه با کیفیت ترین مراقبت ها و بیشترین هزینه اثربخشی بصورت مستمر، دسترسی عادلانه به خدمات سلامت، محافظت از خطرات مالی و مدیریت موثر عوامل خطر زمینه ای بیماریهای قلبی عروقی فراهم می گردد. این مطالعه با هدف شناسایی عوامل موثر در خرید راهبردی خدمات سلامت بیماریهای قلبی عروقی در ایران انجام شد. **روش کار:** این مطالعه تحلیل محتوای کیفی در سال ۹۹ انجام شد. برای جمع آوری اطلاعات در مرحله اول از بررسی متون و ادبیات پژوهش و در مرحله دوم از ابزار مصاحبه نیمه ساختارمند استفاده شد. جامعه پژوهش شامل مدیران و سیاستگذاران سازمان های بیمه گر پایه، وزارت بهداشت، مدیران بیمارستان، اعضای هیات علمی و متخصصین قلب بودند. مشارکت کنندگان با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شد. تعداد افراد شرکت کننده (۱۲ نفر) تا مرحله اشباع نظری ادامه پیدا کرد. داده ها با روش تحلیل مضمون رویکرد قیاسی - استقرایی و با استفاده از نرم افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۰ تحلیل شدند. **یافته ها:** تعداد ۷ طبقه اصلی شامل عوامل (تولیت و سیاستگذاری، بیمه ای، مالی، ساختاری، عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، عوامل ارائه دهنده، عوامل مرتبط با توانمند سازی شهروندان) و ۷۰ زیرمقوله (مضمون فرعی) بر خرید راهبردی خدمات سلامت بیماریهای قلبی و عروقی اثرگذارند.

**نتیجه گیری:** با توجه به منابع محدود نظام سلامت و نیازهای نامحدود در جامعه، لذا نگاه راهبردی در لحاظ نمودن مداخلات پیشگیرانه و توجه به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در تدوین بسته بیمه پایه می تواند به کاهش هزینه ها و افزایش کیفیت مراقبت های سلامت قلبی عروقی بینجامد. استقرار خرید راهبردی نیازمند مشارکت و حمایت های همه جانبه ذی نفعان و بازیگران اصلی نظام سلامت است. با اجرای خرید راهبردی انتظار می رود میزان مرگ و میر، خطاهای بالینی و تعداد بیماران بستری قلبی و عروقی در بخش های بالینی بیمارستان ها کاهش یابد. **کلیدواژه ها:** خرید مبتنی بر ارزش، مراقبت های سلامت، خدمات سلامت، بیماریهای قلبی و عروقی.

## مقدمه

بیماریهای قلبی و عروقی شامل بیماری عروق کرونر قلب مهمترین عامل مرگ و میر و ناتوانی در جهان هستند (۱) بیش از سه چهارم مرگ های ناشی از بیماریهای قلبی و عروقی در کشورهای با درآمد متوسط و پایین رخ می دهد. در ایران نیز بالاترین آمار مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی و عروقی است (۲).

اثرات بیماریهای قلبی و عروقی تنها به مرگ و میر و سال های زندگی توأم با ناتوانی (Disability Adjusted life years) محدود نمی شود بلکه علاوه بر عواقب بهداشتی و اجتماعی و کاهش بهره وری در منابع انسانی، بار اقتصادی بالایی را به خانواده ها و نظام اقتصادی سلامت تحمیل می نماید. (۳،۴).

به دلیل افزایش روند مرگ و میر ناشی از بیماریهای غیر واگیر به ویژه در کشورهای در حال توسعه، سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization) از دودهه پیش، بیماریهای غیرواگیر از جمله بیماریهای قلبی و عروقی را از اولویت های بهداشتی این کشورها اعلام کرده است. (۳) ایران یکی از کشورهای بزرگ در منطقه است که بهبود شرایط بهداشتی و تغییر وضعیت اقتصادی-اجتماعی به همراه شیوه زندگی شهرنشینی برنامه ریزی نشده منجر به بروز بیماریهای قلبی و عروقی و به تبع آن افزایش مرگ و میر گردیده است. براساس گزارش سیمای مرگ در سال ۱۳۹۰ در ایران، ۴۶/۱۲ درصد مرگ ها به علت بیماری های قلبی و عروقی بوده است و سکنه قلبی با ۱۹/۷ درصد، بالاترین مرگ ناشی از بیماریهای قلبی عروقی را تشکیل داده است. (۲) همچنین پیر شدن جمعیت و مشکلات بیماریهای مزمن و نیازمند مراقبت های طولانی، منابع سلامت بسیار بیشتری رانیز خواهد داشت (۵).

سازمان بهداشت جهانی در گزارش خود در سال ۲۰۱۳ سه عامل را به عنوان ریسک فاکتورهای موثر در کنترل بیماریهای قلبی عروقی مطرح نمود: عوامل اجتماعی، فاکتورهای رفتاری و فاکتورهای متابولیک (۷). بر این اساس توسعه کیفیت مراقبت های قلبی و عروقی نیازمند مداخلات برنامه ریزی شده و استراتژی های چند بخشی است (۸). از طرفی وجود منابع محدود و نیازهای نامحدود در جامعه باعث گردیده که نظام های سلامت در تمام جوامع برای توسعه و تامین سلامت، با بکارگیری سازوکارهای مختلف بتوانند پاسخگوی نیازها و انتظارات جمعیت، حفاظت مالی

گیرندگان خدمت به ویژه گروه های پرخطر باشند (۹) و اطمینان حاصل شود که نحوه ارائه خدمات به ارتقای پاسخدهی، اثربخشی و کیفیت نظام مراقبت کمک نماید. (۱۰).

نقش نظام بیمه ای به عنوان یکی از نقش آفرینان کلیدی نظام سلامت در محافظت مالی از خطرات بیماری، اثربخشی و بهبود عملکرد نظام سلامت، موضوع مهمی است که در گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ تحت عنوان خرید راهبردی خدمات سلامت مورد توجه قرار گرفته شد (۱۱).

اهمیت کالای استراتژیک سلامت مستلزم اتخاذ سیاست هایی است مبتنی بر شواهد، که بهترین خروجی ممکن و تولید سلامت را داشته باشد. مطابق تعریف WHO در خرید راهبردی خدمات سلامت می توان به این سوالات پاسخ داد که چه پروسیجرها و فرایندهای درمانی مقرون به صرفه تر هست؟ چه خدماتی تحت پوشش نظام بیمه ای قرار بگیرد؟ این خدمات چگونه و با چه کیفیتی تولید شود؟ و با چه قیمت و مکانیسم پرداختی به ارائه دهنده پرداخت شود؟ (۹،۱۲).

از دیدگاه پرکر (Perker) مهمترین مولفه های موثر در خرید راهبردی خدمات سلامت اقتصاد سیاسی، تخصیص منابع و ترتیبات خرید، مکانیسم های گردآوری درآمد، بستر انباشت منابع و تسهیم ریسک، ساختار سازمانی خریدار، محیط سازمانی و توانایی های مدیریتی می باشند (۱۴).

خرید راهبردی یکی از اجزاء و رویکردهای اصلی برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت است که ضمن دسترسی عادلانه به خدمات و ایجاد فضای رقابتی، به حمایت مالی عادلانه منتج می شود و بر موضوعات اولویت دار و پر هزینه سیستم سلامت متمرکز است (۱۳،۱۶).

رشد هزینه های قلبی و عروقی باعث شده است که در بسیاری از کشورها با اصلاحاتی در نظام سلامت خود، برنامه کنترل و مدیریت بیماریهای مزمن قلبی و عروقی را با هدف ارتقاء کیفیت زندگی بیماران و پاسخ به نیاز جمعیت، در برنامه ملی نظام سلامت خود هدف گذاری نمایند. در ایران نیز در راستای پوشش همگانی و بر مبنای دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی و سند ملی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر، به منظور کاهش میزان مرگ و میر زودرس، بسته خدمات پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر موسوم به

عوامل و عناصر تاثیرگذار بر خرید راهبردی خدمات سلامت قلبی و عروقی، سیاستگذاران و تصمیم گیرندگان نظام سلامت کشور را در شناسایی نیازهای واقعی بیماران قلبی و عروقی و همچنین تخصیص بهینه و مدیریت و کنترل موثر بیماری یاری می نماید. به همین منظور این مطالعه با هدف شناسایی عوامل موثر بر خرید راهبردی خدمات سلامت بیماریهای قلبی و عروقی در ایران انجام شد. متدولوژی پژوهش با عنایت به نظرات تخصصی داور محترم مجله روش پژوهش تحلیل محتوا با روش قیاسی-استقرایی است.

این پژوهش کاربردی و یک مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوا و با رویکرد قیاسی استقرایی است. برای گردآوری داده ها از مصاحبه و بررسی متون و ادبیات پژوهش استفاده شده است، این پژوهش در دو مرحله صورت گرفته است. در ابتدا، عوامل موثر بر خرید راهبردی خدمات سلامت در حوزه قلبی/عروقی با کمک بررسی متون و ادبیات پژوهش (در محدوده زمانی ۲۰۲۰-۲۰۰۰) و با روش تحلیل اسنادی استخراج شدند. در این مرحله تمام مطالعاتی که مرتبط بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. تمامی عوامل و مولفه های تاثیرگذار بر خرید راهبردی خدمات سلامت در حوزه بیماریهای قلبی-عروقی از مبانی نظری و ادبیات پژوهش استخراج شدند.

سپس در مرحله کیفی، از ابزار مصاحبه نیمه ساختارمند انفرادی استفاده شد. سوالات مصاحبه بر اساس بررسی متون و ادبیات پژوهش تدوین شده بودند. فرم مصاحبه مشتمل بر ۷ سوال بود شامل: ۱- وضعیت موجود خرید راهبردی خدمات سلامت، ۲- مهمترین چالشها و فرصتهای خرید راهبردی خدمات سلامت در حوزه بیماریهای قلبی/عروقی، ۳- ابعاد و عناصر اصلی موثر بر خرید راهبردی خدمات سلامت (سوال اصلی پژوهش)، ۴- الزامات و زیرساختهای اجرایی خدمات سلامت در حوزه بیماریهای قلبی/عروقی، ۵- پیامدهای حاصل از خرید راهبردی در حوزه بیماریهای قلبی/عروقی در ایران که نظرات خبرگان را در این خصوص بررسی کرد. مصاحبه ها بصورت حضوری انجام شد. با هماهنگی قبلی با مشارکت کننده ها سوالات مصاحبه بصورت ایمیل یا واتساپ از یک هفته قبل برای مشارکت کننده ها ارسال می شد و زمان انجام مصاحبه تعیین می شد. جامعه پژوهش در این مرحله مدیران و سیاستگذاران آگاه به موضوع خرید راهبردی در سازمان های

ایرانی در برنامه مراقبت های اولیه و پزشک خانواده ادغام گردید. همچنین در امتداد طرح تحول سلامت با توجه به اهمیت رعایت زمان در درمان سکته حاد قلبی و افزایش طول عمر بیماران، برنامه مدیریت درمان سکته حاد قلبی در بیمارستان های واجد اجرا گردید (۲،۱۸).

نظام پرداخت و پرداخت مبتنی بر عملکرد یکی از استراتژی های مهم خرید راهبردی است که به وسیله آن می توان انگیزش ارائه دهنده، کیفیت خدمات و پیامدهای سلامت را افزایش داد (۱۱،۱۹).

جوینت مادوکس (Joynt Maddox) و همکاران در مطالعه خود عنوان نمودند نظام پرداخت Fee For Service (پرداخت به ازای خدمت) در بیمارستان ها علاوه بر افزایش هزینه ها و کاهش کیفیت خدمات قلبی و عروقی، باعث جدا شدن سطوح مراقبت اولیه و تخصصی می گردد در حالیکه فرایند درمان و مدیریت بیماریهای قلبی و عروقی نیازمند هماهنگی بین سطوح مراقبت و استمرار مراقبت بیماران و کنترل ریسک فاکتورهای اجتماعی- رفتاری است (۲۰). مطالعات نشان می دهد چالش ها و مشکلات زیادی در بسیاری از کشورها و از جمله در ایران در پی استفاده از خرید منفعل و سنتی خدمات سلامت رخ داده است که در حوزه قلبی و عروقی می توان به دسترسی ضعیف و ناعادلانه به خدمات سلامت، ضعف در کیفیت مراقبت های ارائه شده و تمرکز بیشتر نظام ارائه خدمات بر روی شرایط حاد بیماری به جای پیشگیری از آن، شکاف بین نیاز به خدمات پیشگیرانه و ظرفیت برآورده ساختن آنها اشاره نمود. (۲۱،۲۲،۲۳)

از این رو استفاده از رویکردهایی که بتوان بر این چالش ها غلبه نمود ضروری است. همچنین توسعه عملکرد جنبه های نظام سلامت و ارتقای کیفیت مراقبت های قلبی و عروقی به عنوان یک اولویت بهداشتی از طریق اجرای خرید راهبردی ضروری است. تا ضمن افزایش دسترسی عادلانه به خدمات سلامت، مدیریت موثر ریسک فاکتورها و عوامل خطر زمینه ای بیماریهای قلبی و عروقی و همچنین محافظت مالی بیماران و کاهش پیامدهای اقتصادی آن تسهیل گردد (۱۰).

از آنجائیکه مطالعات نشان می دهد هزینه های مستقیم درمانی عروق کرونر قلب در ایران ۸۳ درصد از تولید ناخالص داخلی (GDP) و ۱۲،۱۸ درصد از کل مخارج سالیانه سلامت را به خود اختصاص می دهد (۴). لذا شناسایی

مصاحبه ها، و کسب اجازه از آن ها، مصاحبه ها بایک دستگاه ضبط صوت ثبت می شد و همزمان یادداشت برداری هم توسط پژوهشگر اصلی انجام شد. میانگین زمانی مصاحبه های عمیق ۶۰-۹۰ دقیقه بود. در فرایند تحلیل مضمون کدهای اولیه مشخص گردید. با بازبینی متعدد و ترکیب کدها در نهایت با توجه به تحلیل مصاحبه ها، ۷۰ کد باز (مضمون فرعی) در ۷ دسته کد محوری (مضمون اصلی) از مصاحبه ها استخراج شد. یک نمونه شکل گیری طبقات به همراه نقل قول در (جدول ۱) ارائه شده است.

برای روایی و پایایی مطالعه از روش پیشنهادی گوبا و لینکلن (۴۲) استفاده گردید. بر پایه این روش، چهار معیار موق بودن و اعتبار، انتقال پذیری، اطمینان پذیری و تاییدپذیری جهت ارزیابی در نظر گرفته شد. برای تأمین اعتبار و مقبولیت داده ها، تیم پژوهش به ویژه محقق اصلی سعی بر درگیری طولانی مدت و مستمر با داده ها داشتند. برای افزایش قابلیت انتقال پذیری، یافته ها توسط پنج متخصص حوزه اقتصاد سلامت و بیمه که خارج از تیم پژوهش بودند، مورد ارزیابی قرار گرفت. از بازنگری شرکت کنندگان برای تایید صحت داده ها و مفاهیم محوری استخراج شده، استفاده شد. مفاهیمی که از نظر شرکت کنندگان بیانگر دیدگاه آنان نبود، اصلاح می شد. همچنین متن برخی از مصاحبه ها و کدهای حاصل از آن، علاوه بر گروه پژوهش، توسط ۶ تن از افراد متخصص در حوزه پژوهشهای کیفی بررسی شد و برخی از موارد که ابهام داشت و یا جهت کدگذاری مناسب نبود مجدداً از طریق ارتباط تلفنی، حضوری و ایمیلی با مصاحبه شونده‌گان رفع ابهام شد.

بیمه گر پایه، وزارت بهداشت، مدیران بیمارستانها، متخصصین قلب و اعضای هیات علمی دانشگاه های علوم پزشکی بودند که در رابطه با خرید راهبردی در حوزه سلامت اطلاعات علمی و اجرایی و مدیریتی داشتند. روش نمونه گیری پژوهش در این مرحله روش نمونه گیری هدفمند بود مصاحبه ها تا مرحله اشباع نظری داده ها ادامه پیدا کرد. حد اشباع نظری داده ها در این پژوهش تا ۱۲ نفر از خبرگان بود، یعنی از این حد به بعد از پاسخ های مشارکت کننده ها، کدهای جدیدی استخراج نشد و پاسخ ها تکراری بود. برای اطمینان بیشتر مصاحبه تا ۱۵ نفر ادامه پیدا کرد. پس از هر مصاحبه، بلافاصله مصاحبه ها پیاده سازی و با دقت گوش داده شد و یک نسخه از برداشت های تایپ شده برای مصاحبه شونده ارسال و صحت اطلاعات ثبت شده مورد تایید نهایی قرار گرفت. برای تحلیل یافته های پژوهش، از روش تحلیل محتوا با رویکرد استقرایی استفاده شد. در این روش برای تجزیه و تحلیل داده ها از کدگذاری باز و محوری و انتخابی به شرح ذیل استفاده شد ابتدا با استفاده از کدگذاری باز اجزای مشابه و معنی دار در قالب مضامین فرعی بدست می آیند. سپس کدگذاری محوری انجام می شود یعنی با تجزیه و تحلیل و تلفیق کدهای باز و مضامین فرعی، مضامین اصلی شکل می گیرند سپس با کدگذاری انتخابی مقوله ها پالایش شده یعنی داده ها و طبقه ها مقایسه و بازنگری گردید. قابل ذکر است تحلیل داده ها با روش تحلیل مضمون و با استفاده از نرم افزار Maxqda صورت گرفته است. مصاحبه ها در فاصله زمانی اردیبهشت ماه ۱۳۹۹ تا مهر ماه ۹۹ اجرا شده است. در ابتدای هر مصاحبه پس از اطمینان از محرمانه ماندن محتوی

جدول ۱: شکل گیری طبقات به همراه نقل قول

کد خبره	مفهوم/مصادیق	کد اولیه/کدباز
۷	مکانیسم پرداخت اصلاح شود و پرداخت ها به جای کارپردازی یا FFS مبتنی بر عملکرد و کیفیت خدمت ارائه شده باشد نه صرفاً بر اساس لیستی که بیمارستان ارائه می دهد.	نظام پرداخت (این کد در طبقه مالی و اقتصادی قرار دارد در جدول شماره ۲)
۶	نقش نظارتی و کنترل کننده به بیمه ها داده شود چون بیمه ها انگیزه ریالی دارند و بهتر از وزارت بهداشت می توانند عملکرد ارائه دهنده (بیمارستان ها) را کنترل کنند.	اختیار بیمه در نظارت و کنترل
۱۱	چهارمین بعد توانمندسازی مصرف کننده است. اینکه نیاز بیمار را درست شناسایی کنیم و بهترین سرویس را برایش ارائه دهیم. بیمار را در مسیر درست هدایت کنیم.	توانمند سازی بیمار
۱۲	پرونده الکترونیک سلامت باشد و نظام ارائه خدمت یکپارچه باشد و سطح ۱ و ۲ و ۳ متصل باشد و نظام ارجاع و پزشک خانواده وجود داشته باشد.	تقویت پرونده الکترونیک سلامت
۴	هزینه ها بالاست چون در بیماری های قلبی و عروقی خرید راهبردی نکردیم. الان هم خرید اجباری است، گذاشتیم کار به جایی برسد که اجباراً شرایطی برای من بوجود آمده که الان اجباراً باید MI را تحت پوشش درمان قرار بدهم. خرید راهبردی نیست و یک خرید اجباری است.	اجباری بودن خرید خدمات درمانی قلبی و عروقی به جای راهبردی بودن

## یافته ها

عامل فرعی استخراج شدند. عوامل شامل عوامل مرتبط با توانمندسازی بیمار، عوامل تولید و سیاستگذاری، عوامل ساختاری، عوامل مرتبط با ارائه دهنده، عوامل مرتبط با بیمه، عوامل اقتصادی و مالی، عوامل اجتماعی موثر بر سلامت مشخص شدند (جدول ۱).

خبرگان آگاه به برنامه خرید راهبردی در زمینه عوامل موثر خرید راهبردی خدمات سلامت در حوزه بیماریهای قلبی/عروقی در ایران نظرات متعددی داشتند که با بهره گیری از تحلیل مضمون نظرات ایشان ۷ عامل اصلی و ۷۰

جدول ۲: کدهای باز و محوری (مضامین اصلی و فرعی) بر اساس نظر هر یک از مشارکت کنندگان

کدهای باز (مضامین فرعی)	کدهای محوری (مضامین اصلی)
افزایش اطلاعات بیمار در زمینه کیفیت و هزینه خدمات دریافتی از طرف سازمانهای بیمه گر توجه به ضرورت خدمات پیشگیرانه در حوزه بیماریهای قلبی - عروقی مشارکت بیماران در تدوین بسته خدمات پاسخگویی به نیاز بیماران قلبی افزایش قدرت انتخاب بیمار	توانمند سازی شهروندان
تعیین قیمت خدمات قلبی - عروقی در شورای عالی بیمه بلااستفاده بودن و اجرایی نشدن قوانین موجود در حوزه خرید راهبردی در برنامه های توسعه عدم وجود دانش کافی در حوزه سیاستگذاری اجرای نظام ارجاع تشکیل کمیته تخصصی خرید راهبردی در سطح ملی ابهام در نقش تولید (درگیر بودن سیاستگذار در کار اجرایی) خرید تحت تاثیر مسائل و فشارهای سیاسی عدم نظارت در تدوین و اجرای گایدلاینها شکاف بین تعرفه بخش خصوصی و دولتی عدم درک درست از بحث خرید در سطح مجلس واقعی نبودن تعرفه ها تدوین بسته خدمتی تنها در نهاد تولید وزارت بهداشت طراحی برنامه های کنترل بیماریها به ویژه خدمات پیشگیرانه در سیاست های کلی سلامت تعیین الویت بندی در بسته خدمات بر اساس معیارهای مشخص مختص بیماران قلبی - عروقی مشتمل سقف گذاری خدمات ارائه شده به بیماران قلبی - عروقی سطح بندی خدمات مشتمل بر خدمات پیشگیرانه سطح اول شامل چک چربی، فشار خون، سطح دوم اقدامات درمانی اورژانسی، فوری و خیلی فوری برای بیماران قلبی، PCI، CABG بر اساس گایدلاین های مشترک ارائه شده توسط بیمه ها و شورای عالی بیمه مشارکت تمام ذینفعان در تدوین بسته خدمات و گایدلاین های بالینی بازبینی و اصلاح بسته خدمات ارزیابی نیازهای سلامت جامعه در خصوص بیماریهای قلبی - عروقی تدون بسته های حمایتی و اطلاع رسانی مشتمل بر آموزش و اطلاع رسانی به مردم در خصوص اصلاح سبک زندگی (مدیریت استرس، تغذیه و رژیم غذایی، ورزش، چکاب دوره ای، برنامه های غربالگری برای گروههای پر خطر) تعیین دقیق نیازهای جمعیت زیر ۱۸ سال جهت خدمات پیشگیرانه مشتمل بر آموزش، روابط بین بخشی بین نظام سلامت و ارگانهای فرهنگ ساز، اصلاح الگوهای تغذیه و سبک زندگی تعیین دقیق نیازهای جمعیت بالای ۳۰ سال جهت ارائه خدمات درمانی نوع و حجم خدمات درمانی (MI، PCI) تعیین جمعیت بیماران خاص برای دریافت خدمات حمایتی	عوامل تولید و سیاستگذاری
ترکیبی بودن نظام تامین مالی عدم وجود استراتژی پایدار و ماندگار برای خرید اولویت بندی در تخصیص منابع سلامت در بودجه عمومی دولت ( منظور سهم مراقبت های سلامت و سهم مراقبت های قلبی و عروقی از بودجه عمومی دولت است ولی اولویت بندی در بسته خدمات یعنی چه مراقبت هایی؟ (پیشگیری؟، درمانی؟، خدمات توانبخشی؟) در درون بسته خدمات و تحت پوشش بیمه ای قرار بگیرند؟ یا خیر؟ نبود متولی مشخص اشتغال همزمان پزشکان در بخش دولتی و خصوصی وجود تعارض منافع عدم وجود گایدلاین ها برای ارائه دهندگان خدمات و عدم قابلیت اجرایی گایدلاین های محدود عدم تعادل منابع و مصارف نبود خرید برنامه محور چانه زنی (یعنی در ایران برای تعیین تعرفه و قیمت یک خدمت به جای میزان کیفیت و ارزش خدمت از چانه زنی و لابی گری استفاده می شود نارسایی بازار سلامت و عدم رقابت در بازار سلامت هزینه بالای خدمات قلبی - عروقی به دلیل اینکه خرید اجباری است نه راهبردی سطح بندی خدمات و پرونده الکترونیک سلامت ارزشیابی ناقص کم بودن منابع ارائه خدمات در سطح دوم به بیماران قلبی و انحصاری بودن ارائه خدمات	عوامل ساختاری

<p>عدم وجود انگیزه برای ارائه دهنده به دلیل خرید یکسان خدمات باکیفیت و بی کیفیت (عدم ایجاد انگیزه رقابتی)</p> <p>عوامل مرتبط با ارائه دهنده</p>	<p>وجود عقد قرارداد بین سازمانهای بیمه گر و مراکز ارائه دهنده</p> <p>وجود فضای رقابتی بین ارائه دهندگان مبتنی بر کیفیت</p>
<p>داشتن اختیار سازمان بیمه گر در کنترل عوارض و خطاها</p> <p>تبدیل شدن نهادهای خریدار به صندوق دریافت و پرداخت</p> <p>عدم دخالت بیمه در تدوین بسته پایه و عدم دخالت در سیاستگذاری</p> <p>توانایی فنی و نظارتی، توانایی منابع مالی و ساختاری سازمان خریدار (بیمه ها)</p> <p>وجود ضوابط و شرایط و مذاکره بین طرفین (سازمان بیمه و مرکز درمانی)</p> <p>غیررقابتی بودن بیمه ها در عین متنوع بودنشان</p> <p>درمان نگر بودن بیمه ها و بی توجهی و بی برنامه‌گی نسبت به خدمات پیشگیرانه</p> <p>زیرساخت بیمه ای ناقص</p> <p>نقش حداقلی بیمه ها در جلسات شورای عالی بیمه و قیمت گذاری (تعرفه گذاری)</p> <p>عدم وحدت رویه در قوانین و مقررات بیمه ها</p>	<p>عوامل مرتبط با بیمه (سازمانهای خریدار)</p>
<p>نظام پرداخت</p> <p>تفاوت قیمت خدمات در بخش دولتی و خصوصی</p> <p>عدم پرداخت مبتنی بر گایدلاین</p> <p>تعیین قیمت بر اساس ارزش</p> <p>تعیین قیمت بر اساس اهمیت و الویت</p> <p>تعیین قیمت بر اساس نیاز</p> <p>پرداخت خدمات در سطح اول به صورت سرانه</p> <p>در سطح دوم و سوم براساس DRG</p>	<p>عوامل اقتصادی و مالی</p>
<p>تغییر الگوی بیماریها (افزایش بیماریهای قلبی - عروقی) در کشور</p> <p>اطلاع رسانی مشتعل بر آموزش و اطلاع رسانی به مردم در خصوص اصلاح سبک زندگی (مدیریت استرس، تغذیه و رژیم غذایی، ورزش، چکاب دوره ای، برنامه های غربالگری برای گروههای پر خطر)</p> <p>عوامل فرهنگی</p> <p>سبک زندگی سالم (تغذیه سالم، تحرک، استرس، سواد سلامت جامعه، کالاهای آسیب رسان)</p> <p>آموزش عمومی و استراتژی های جامعه محور در خصوص کنترل عوامل خطر ساز</p> <p>مشارکت شرکت های بیمه ای در آموزش و ارتقاء سلامت جامعه</p>	<p>عوامل اجتماعی موثر بر سلامت</p>

در زیر بخش هایی از نقل قول های مصاحبه شوندگان ذکر می گردد:

۱- تولید و سیاست گذاری: تولید یکی از کارکردهای نظام سلامت است که از طریق تدوین جهت گیری سیاست های راهبردی و تدوین قوانین و مقررات در پاسخگویی سیستم سلامت تاثیرگذار است. مشارکت کنندگان بر توانایی های مدیریتی و برنامه ریزی استراتژیک وزارت بهداشت به عنوان متولی اصلی خرید راهبردی در شناسایی نیازهای واقعی مردم و استفاده از نظرات آنها در فرایند خرید راهبردی تاکید داشتند. همچنین در تدوین بسته خدمات پایه بیمه ای بر استفاده از معیارهای علمی و تحلیل هزینه- اثربخشی، شدت و بار بیماری و اصل نیازهای بیشتر جامعه در انتخاب و اولویت بندی مراقبت هایی که در درون بسته قرار می گیرند اشاره نمودند. همچنین عقیده داشتند که تولید باید از طریق هماهنگی و تعامل با گروه های ذی نفوذ، جهت گیری های منافع سیاسی اقتصادی ذی نفعان را در جهت منافع سلامت جامعه هماهنگ و هدایت نماید.

الف- ارزیابی نیازهای سلامت جامعه.

" تولید وظیفه اصلی اش نیازسنجی و ارزیابی نیاز سلامت

جامعه در راستای کارکردهای نظام سلامت است، تولید باید از طریق و توسط پزشک خانواده نیاز سلامت جمعیت را تعیین کند. تولید دسترسی و میزان مشارکت مالی مردم را تعیین می کند و اینکه سیستم چطور پاسخگو باشد. تولید نقش نظارتی و تنظیم قوانین و مقررات دارد که هم خریدار خدمات سلامت (بیمه گر) و هم فروشنده (ارائه دهنده خدمت) بر اساس آن مقررات عمل کنند." م (۲).

ب- اولویت بندی مداخلات برای ورود در بسته بیمه پایه " خدمتی در بسته پایه تعریف شود که متناسب با نیاز جامعه باشد و متناسب با منابع مالی موجود و در اختیار، بتواند بیمه گر و خریدار اولویت بندی کنند و متناسب با ترکیب سنی جمعیت و بار بیماری خریداری کند. مثلاً برای بیماری های قلبی و عروقی از ۴۰ سال به بالا پوشش خدمات چکاب و غربالگری و برای جوانان خدمات پیشگیرانه و در سطح اول انجام شود و بر اساس منابع موجود و منابعی که در اختیار سازمان بیمه گر هست خدمات اولویت بندی شوند" م (۱).

ج- مدیریت رفتار سیاسی ذی نفعان

" یک بعد دیگر که به عنوان ابعاد خرید راهبردی است

کیفیت خدمت ارائه شده باشد نه صرفاً بر اساس لیستی که بیمارستان ارائه می دهد. " م (۷).

" در خرید راهبردی باید از مکانیسم پرداخت آینده نگرانه استفاده شود مثلاً برای بیمارستان و در سطح ۲ از DRG و گلوبال استفاده شود و برای سطح ۱ و پزشک خانواده و خدمات سرپایی از سرانه استفاده شود. " م (۲).

۲- تعرفه واقعی براساس کیفیت خدمت

"...تعرفه ها بایستی واقعی بشه و به سمت قیمت تمام شده خدمات برویم یعنی مشخص کنیم که ارائه این خدمت چقدر قیمت؟ چقدر زمان؟ چقدر منابع برایش صرف شده و قیمت تمام شده محاسبه شود. م (۳).

۴- عوامل مرتبط با بیمه: مشارکت کننده ها معتقد بودند که بیمه ها به عنوان خریداران اصلی مراقبت های سلامت باید دیدگاه سلامت محور داشته باشند و بتوانند با تعادل در منابع و مصارف خود در پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی و عروقی هم ورود کنند و توانایی فنی و نظارتی مجهزتری را برای نظارت بر عملکرد ارائه دهنده و کیفیت خدمات ارائه شده با استفاده از ابزارهای پایشی و قراردادهای مبتنی بر شواهد داشته باشند و از حالت صندوق کارپردازی خارج شوند و خدمتی که می خرد پاسخگوی نیاز بیماران باشد.

۱- توجه به خرید خدمات پیشگیرانه قلبی و عروقی

«...بهترین مدل برای خرید راهبردی خدمات قلبی و عروقی (MI) این است که بیمه ها خرید راهبردی را در غربالگری و شناسایی بیماران در قبل از MI قرار بدهند. به دلیل اینکه MI یا ناتوانی و یا مرگ ایجاد می کند و هم اینکه هزینه های آن بالاست. مثلاً بیمه ها بیایند برای بیمارانی که فشار خون و یا چربی بالایی دارند برای خدمات چکاپ و پیشگیری در سطح ۱ و ۲ بسته خدمتی تعریف کنند و تعرفه بگذارند و بیمه ها علاوه بر درمان در بخش پیشگیری هم فعالیت کنند چون به نفع بیمه ها هست از نظر هزینه...» م (۴).

۲- توانایی فنی و نظارتی بیمه ها

" نقش نظارتی و کنترل کننده به بیمه ها داده شود چون بیمه ها انگیزه ریالی دارند و بهتر از وزارت بهداشت می توانند عملکرد ارائه دهنده (بیمارستان ها) را کنترل کنند. م (۶)"

۵- عوامل مربوط به ارائه دهنده: مشارکت کننده ها معتقد بودند ارائه دهنده گان باید در چارچوب ضوابط و استانداردهای تعیین شده بتواند در بازار رقابتی که کیفیت

بحث رفتار است. در خرید راهبردی باید رفتار یکسری گروه ها را تغییر بدهیم. یکی از این گروه ها گیرنده خدمت است که فشار نیاورند و چانه زنی نکنند و محدودیت هایی که در خرید راهبردی وجود دارد را قبول کنند و یا ارائه دهنده خدمت که میخواهد سود بیشتری داشته باشد و اگر رفتارش تغییر نکند به ما فشار می آورند و دچار مشکل می کنند، حتی سیاستگذار، خیلی وقت ها رفتار سیاستگذارها مبتنی بر احساسات و ذهنیات است و مبتنی بر شواهد نیست. " م (۴).

۲- عوامل ساختاری: فراهم نمودن بستر لازم و ساختار سازمانی ارائه خدمات سلامت، متناسب با نیازهای سلامت جامعه و تغییرات محیطی نقش اصلی در رسیدن نظام سلامت به اهداف را بر عهده دارد. مشارکت کنندگان برای تامین منابع مالی پایدار نظام سلامت و تفکیک نقش خریدار (سازمان بیمه گر) از ارائه دهنده، بر تجمیع کلیه منابع سلامت در نظام بیمه ای تاکید داشتند. همچنین به منظور کاهش هزینه ها و ارائه خدمات با کیفیت مطلوب بر استقرار پرونده الکترونیک و نظام ارجاع برای پیاده سازی خرید راهبردی تاکید داشتند.

۱- تجمیع منابع سلامت (تفکیک نقش خریدار از ارائه دهنده)

" برای خرید راهبردی باید تغییر ساختار بدهیم و تجمیع منابع سلامت ایجاد کنیم و همه منابع سلامت را یک جا در بیمه ها جمع کنیم و از پراکندگی پرداخت منابع (یعنی وزارت بهداشت - دانشگاه ها - بهداشت و بیمه ها) جلوگیری کنیم و صرفاً منابع از کانال بیمه ای پرداخت بشه. " م (۸).

۲- تقویت پرونده الکترونیک سلامت:

"... پرونده الکترونیک سلامت باشد و نظام ارائه خدمت یکپارچه باشد و سطح ۱ و ۲ و ۳ به هم متصل باشد و نظام ارجاع و پزشک خانواده وجود داشته باشد. " م (۱۲).

۳- عوامل مالی و اقتصادی: مشارکت کننده ها بر استفاده از روش پرداخت مبتنی بر کیفیت که در تعدیل رفتار ارائه دهنده تاثیر دارد و باعث عدالت بیشتری می شود و اثر مثبت بر محدودسازی هزینه ها و کارایی دارد تاکید داشتند. همچنین بر وجود تعرفه واقعی و متغیر براساس کیفیت خدمت ارائه شده تاکید داشتند.

۱- اصلاح نظام پرداخت

"... مکانیسم پرداخت باید اصلاح شود و پرداخت ها به جای کارپردازی یا فی فور سرویس، مبتنی بر عملکرد و



و اثربخشی خدمات، قیمت دارد به آن سمت حرکت نماید و با مفاهیم خرید راهبردی آشنایی پیدا کند و توانایی تولید ارائه خدمات با کیفیت را داشته باشد.

۱- کاربردی نبودن راهنماهای بالینی

"علیرغم وجود هزینه های القایی در مراکز درمانی و ارائه دهنده گان، گایدلاین وجود ندارد و گایدلاین هایی که وزارت بهداشت بصورت محدود اگر تهیه کرده قابلیت اجرا ندارند و صرفاً فقط جهت اطلاع و بهره برداری ارسال می شود ولی اجرا نمی شود. م (۱۴)"

۲- کیفیت خدمات ارائه شده

"... خدمت تعیین شده که ارائه می شود در یک فضای رقابتی و مقرون به صرفه باشد و خریدار بتواند خدمتی را که دارای کیفیت مناسب و در زمان مناسب ارائه شده خریداری کند و خدمت هم متناسب با نیاز جامعه تعیین شده باشد. م (۷)"

۶- عوامل اجتماعی موثر بر سلامت: عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت مانند سبک و شیوه زندگی یکی از الگوهای رفتاری است که از طریق تعامل خصوصیات فردی و شرایط زندگی اقتصادی، اجتماعی و محیطی تعیین می شود در حالیکه بسیاری از این مشکلات بهداشتی قابل پیشگیری اند. از آنجائیکه یکی از ریسک فاکتورهای زمینه ای بیماریهای قلبی و عروقی عوامل اجتماعی- رفتاری است مشارکت کننده ها بر مشارکت فعال بیمه ها در فرهنگ سازی، تغییر رفتار و اطلاع رسانی اجتماعی و توجه به عوامل اجتماعی سلامت در سیاست ها و تصمیمات سازمان خریدار تاکید داشتند.

۱- فرهنگ سازی

"لازمه فرهنگ سازی در سطح ارائه دهنده، عوامل سیاستگذار و مصرف کننده گان صورت بگیرد. م (۶)."

۲- آموزش و اطلاع رسانی عمومی

"بایستی آموزش به کلیه بیمه شده ها و اصناف نماینده بیمه شده ها در سطح اجتماع انجام بشه و اطلاع رسانی عمومی صورت بگیرد. م (۹)."

۷- عوامل مربوط به توانمندسازی شهروندان: مشارکت کننده ها معتقد بودند استفاده از نظرات مردم و ترجیحات آنها در تصمیمات و سیاست های خرید و داشتن تصویر شفاف از نیازهای سلامت جامعه مهم ترین گام در فرایند خرید راهبردی خدمات سلامت است که منجر به پاسخگویی اجتماعی نظام سلامت خواهد شد. مشارکت و همکاری مشتریان خدمات سلامت (شهروندان)، سازمان

بیمه گر خریدار خدمات و ارائه دهنده گان در فرایند خرید راهبردی و تدوین بسته خدمات پایه ضرورت دارد.

۱- دریافت نظرات و ارزیابی نیازهای گیرندگان خدمات

"یک بعد خرید راهبردی بعد توانمندسازی مصرف کننده است. اینکه نیاز بیمار را درست شناسایی کنیم و بهترین سرویس را برایش ارائه دهیم. بیمار را در مسیر درست هدایت کنیم. م (۱۱)."

"... نیاز بیماران و نیاز جمعیت ما در خدمات پیشگیرانه قلبی و عروقی است. م (۶)."

۲- مشارکت بیمار در تدوین بسته خدمات پایه

"مهم ترین چالش این است که بیمار صدلی و جایگاهی در نظام تصمیم گیری خرید راهبردی ندارد و مشارکتی هم ندارند و در شورای عالی بیمه سلامت خود شهروندان و یا نمایندگان از صنف مردم وجود ندارد که بتواند حقوق آنها را نمایندگی کند. بنابراین من سازمان بیمه گر و یا متولی ممکنه چیزی را بخرم که اولویت آنها نباشد. م (۹)."

## بحث

همانگونه که یافته های پژوهش نشان داد مهم ترین عوامل موثر در خرید راهبردی خدمات سلامت بیماریهای قلبی و عروقی عبارتند از عوامل تولید و سیاست گذاری، عوامل مالی و اقتصادی، عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، عوامل مرتبط با بیمه، عوامل ساختاری، عوامل مربوط به ارائه دهنده، عوامل مربوط به توانمند سازی شهروندان (بیماران). مشارکت کنندگان در پژوهش بر «نقش محوری و اصلی تولید و سیاستگذاری» در گردش موثر فرایند خرید راهبردی تاکید داشتند. مشارکت کننده ها معتقد بودند که تولید باید نیازهای پایه سلامت جامعه را در راستای کارکردهای نظام سلامت تعریف نماید چراکه پیش نیاز خرید، داشتن اطلاعات از خواسته ها و نیازهای مردم و آگاهی از اولویت هاست. اولویت بندی در تخصیص منابع متناسب با نیازهای سلامت جامعه، بار بیماری و انتخاب مداخلات هزینه اثربخش در تصمیمات خرید راهبردی، مهم ترین نقش تولید است که باعث می شود منابع مالی تامین شده در راستای سلامت مردم و منافع عمومی آنها هزینه شود. (۲۵). نتیجه این مطالعه با مطالعه توفیقی در سال ۹۹ که ایجاد چارچوب های قانونی متناسب با خرید راهبردی را یکی از مولفه های استقرار خرید راهبردی عنوان نمود (۲۶) و مطالعه قدوسی نژاد در سال ۹۵ که یکی از چالش های

مراکز ارائه دهنده خدمات هستند.

در مضمون «مدیریت رفتار سیاسی ذی نفعان» می توان چنین نوشت از آنجائیکه نظام های سلامت و بیمه ای از نوع سیستم های اقتصادی-اجتماعی هستند همواره تحت تاثیر رفتارهای سیاسی، فرهنگی و تکنولوژی قرار دارند (۲۶). بنابراین تصمیمات مربوط به مداخلات سلامت از فشارهای سیاسی بی بهره نبوده و نخواهد بود. گروه های ذی نفع همواره در مراحل مختلفی مانند طراحی بسته خدمات بیمه ای، معیار ورود و خروج خدمات مخصوصا دارو و تجهیزات گران قیمت پزشکی، قانونگذاری و اجرایی نمودن آیین نامه ها و مواد قانونی، نظام سلامت را دستخوش تغییرات می کنند. (۳۹) و سیاست های سلامت در جاهایی که منافع اقتصادی گروه های ذی نفع پیش می آید ممکن است در تضاد با منافع سلامت باشد (۳). از این رو تغییر در رفتار سیاسی و ایجاد تعهد سیاسی و عمومی در مدیران جهت اجرای برنامه های سلامت و اهداف خرید راهبردی الزامی است. در تایلند تعهد سیاسی به استقرار کامل پوشش همگانی و امکان پذیری مالی باعث دستیابی به پوشش همگانی سلامت شد (۳۷). نتایج با مطالعه توفیقی (۲۶) در سال ۹۹ و دشمنگیر (۳۷) در سال ۹۴ و اعتماد (۳) در سال ۹۵ همخوانی دارد. مشارکت کنندگان عقیده داشتند که تولید باید از طریق هماهنگی و تعامل با گروه های ذی نفوذ، جهت گیری های منافع سیاسی اقتصادی ذی نفعان را در جهت منافع سلامت جامعه هماهنگ و هدایت نماید.

دومین عامل موثر در خرید راهبردی، تامین منابع مالی پایدار، و ساز و کارهای نظام پرداخت است. با توجه به محدودیت جدی منابع مالی نظام سلامت و نیازهای نامحدود و نااطمینانی از بروز بیماری ها، بهره گیری از ساز و کار مناسب برای پیشگیری از اتلاف منابع مالی و کنترل هزینه ها بسیار ضروری است. تخصیص عادلانه منابع مالی سلامت در سطح کلان و افزایش سهم مراقبت های سلامت از بودجه عمومی دولت متناسب با رشد سیاست های اقتصادی و همچنین توزیع مناسب منابع مالی در سطح میانی و درون نظام سلامت (کارایی تخصیصی) یکی از اولویت های نظام سلامت برای حرکت به سمت پوشش فراگیر سلامت است (۳۹). افزایش بودجه بدون کنترل عرضه خدمات سلامت منجر به اتلاف منابع خواهد شد بنابراین نظام پرداخت نیز به دلیل دارا بودن انگیزه مالی برای فراهم کننده خدمت، ساز و کار اصلی در فرایند خرید

خرید راهبردی را نقش تولید قلمداد کرد همراستا است (۲۷). «طراحی برنامه خدمات پیشگیرانه در سیاست های کلی سلامت» و تدوین بسته بیمه ای پایه جامع، یکی دیگر از وظایف تولید و سیاستگذاران است. تدوین بسته پایه خدمت مبتنی بر نیاز جمعیت و توجه به خدمات سلامت محور هزینه اثر بخش یکی از استراتژی ها و مهم ترین جزء خرید راهبردی خدمات سلامت است. انجام خرید راهبردی خدمات سلامت توسط سازمان بیمه گر بعد از تعیین بسته پایه و نیاز جامعه توسط تولید یعنی وزارت بهداشت اتفاق می افتد. علیرغم اینکه بیماریهای قلبی و عروقی دومین علت مرگ و میر در کشور است و هزینه های هنگفت اقتصادی زیادی را تحمیل می نمایند، اما خدماتی که در مورد قلب و عروق جنبه پیشگیری و بازتوانی دارند پوشش بیمه ای خوبی ندارند (۲۳). در حالیکه نیاز جمعیت کشور در خدمات پیشگیرانه قلبی و عروقی است. نتایج این مطالعه با نتیجه مطالعه پورقانع و همکاران (۲۹) در سال ۹۳ و مطالعه شاهبازی ده سوخته و همکاران (۲۸) در سال ۹۸ و دهنویه (۲۳) در سال ۹۰ و کبیر (۵) در سال ۹۹ همخوانی دارد. «تدوین و نظارت بر گایدلاین های بالینی» با مشارکت خیرگان و انجمن های تخصصی قلب یکی دیگر از وظایف تولید در اجرای خرید راهبردی است. محدودیت در تدوین گایدلاین ها و اجرا نشدن و کاربردی نبودن آنها یکی از عوامل موثر در ایجاد تقاضای القایی و عدم کارایی سیستم سلامت در اجرای خرید راهبردی خدمات سلامت است. نتیجه این مطالعه با مطالعه قدوسی نژاد (۲۷) در سال ۹۵ و انصاری (۳۰) در سال ۹۷ و مطالعه Munge (۱۲) در سال ۲۰۱۹ که در کنیا انجام شد همخوانی دارد. ولی با نتایج مطالعه یعقوبیان (۱۳) در سال ۹۸ که به بعد تولید و سیاستگذاری در خرید راهبردی خدمات سلامت اشاره ای نشده است و طراحی برنامه های پیشگیرانه و کنترل بیماری را در مقوله عوامل ارائه دهنده خدمت قرار داده است تفاوت دارد. از آنجائیکه مطابق اسناد بالادستی و سیاست های کلی سلامت تصمیم گیرنده اصلی برای طراحی برنامه های سلامت در سطح ملی بر عهده تولید می باشد لذا ارائه دهنده نمی تواند در جایگاه سیاستگذار سلامت قرار بگیرد همچنین مطابق اسناد بالا دستی و قانون برنامه پنجم توسعه کشور و ساختار نظام سلامت، تدوین راهنماهای بالینی بر عهده نهاد تولید (وزارت بهداشت) می باشد و بیمه ها ناظر بر اجرای گایدلاین های وزارت بهداشت در

راهبردی است. یک نظام پرداخت قابل قبول باید در فراهم کننده القاء کند تا درمان با کیفیت بالا، پاسخگو به نیاز بیمار و کارایی فنی را تامین کند (۲۵). رشد هزینه های قلبی و عروقی باعث شده که بسیاری از کشورها اصلاحاتی در نظام پرداخت خود انجام دهند و پرداخت هایی با سقف بسته و گلوبال مبتنی بر شاخص های عملکردی و مراقبت های ادغام یافته را برای کاهش میزان بستری مجدد بیماران و همچنین برای ایجاد هماهنگی بیشتر در بین ارائه دهندگان سطوح مختلف مراقبت بکار گیرند (۳۱). بر اساس نظر مشارکت کنندگان نظام پرداخت فعلی فی فور سرویس کارایی ندارد و بر استفاده از نظام پرداخت ترکیبی و عملکردی و مبتنی بر رعایت گایدلاین های بالینی تاکید داشتند. نتایج این مطالعه با مطالعه قدوسی (۲۷) در سال ۹۵ و یعقوبیان (۱۳) در سال ۹۸ و مطالعه van veghel (۳۱) در سال ۲۰۱۸ همراستا است. نتایج با مطالعه Sukul (۴۱) در سال ۲۰۲۰ که عنوان نمود رفورم پرداخت مبتنی بر ارزش (پرداخت مبتنی بر کیفیت) در برنامه بیمه ای مدیکر امریکا، تغییرات چشمگیری در کیفیت و هزینه های قلبی و عروقی در بیمارستان ها نداشته است تفاوت دارد می توان به این نکته اشاره نمود که توسعه مکانیسم پرداخت بستگی به توانایی های ساختاری، سازمانی و خلاقیت تیم ارائه دهنده در سیستم ارائه دهنده خدمات سلامت دارد. همچنین این نتایج با مطالعه Hagenaars (۱۳) که عنوان نمود طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد، نظام های سلامت را پیچیده تر می کند و بار اداری را افزایش می دهد زیرا آنها نیاز به مدیریت و جمع آوری اطلاعات گسترده دارند تفاوت دارد.

سومین عامل موثر در خرید عوامل اجتماعی موثر بر سلامت است. بسیاری از مسائل موجود در نظام ارائه خدمات ماهیت اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی دارند و اغلب بیماریهای واگیر، غیر واگیر و انواع اختلالات در فرد تحت تاثیر این عوامل قرار دارند (۴۰). ارائه مراقبت های پزشکی و درمانی به تنهایی نمی توانند موجبات بهبود شرایط سلامت افراد را فراهم کنند و ارائه مداخلات اثربخش نیازمند رویکردهای مبتنی بر جامعه و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت است. (۴۰) مشکلات فرهنگی و رفتار گروه های مختلف می توانند از جنبه های مختلف، هزینه های زیادی را هم بر سازمان های بیمه ای و هم بر خانوارها تحمیل نماید (۲۳) یک برنامه بیمه ای مناسب و تدوین بسته بیمه ای

پایه با در نظر عوامل اجتماعی و سبک زندگی سالم می تواند مشوق هایی برای تغییر مناسب رفتار در بیماران و ارائه دهندگان خدمات ایجاد نماید (۲۳). در ایران سازمان های بیمه ای فعالیت چندانی برای آموزش مردم انجام نداده اند (۲۳). بنابراین لازم است رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در تمامی سیاست ها و برنامه های توسعه ای کشور و همچنین در تصمیمات خرید راهبردی و تدوین بسته بیمه ای پایه خدمات سلامت مد نظر قرار گیرد. نتایج این مطالعه با مطالعه دهنویه (۲۳) و صادق زاده (۲۲) و نقیسی (۴۰) و انصاری (۳۰) همخوانی دارد. در مطالعات قبلی صورت گرفته در حوزه خرید راهبردی به این موضوع پرداخته نشده است. از آنجائیکه یکی از ریسک فاکتورهای زمینه ای بیماریهای قلبی و عروقی مربوط به عوامل اجتماعی رفتاری است لذا توجه به این مساله حائز اهمیت است. چهارمین عامل عوامل مربوط به ارائه دهنده گان است. ارائه خدمات واضح ترین عملکرد نظام سلامت است یکی دیگر از بازیگران در فرایند خرید راهبردی ارائه دهنده گان خدمات هستند. پاسخگویان عقیده داشتند که ارائه دهنده باید در چارچوب ضوابط، الزامات و استانداردهای سازمان خریدار و رهنمودهای بالینی، خدمات جامع و کامل را با بهترین کیفیت و در زمان مناسب و در فضای رقابتی ارائه نماید. استراتژی کلیدی کشورهای پیشرو در استقرار خرید راهبردی پاسخگویی فنی، مالی، حرفه ای، قانونی و اجتماعی ارائه دهنده گان خدمات سلامت و ایجاد انگیزه آنها در قبال ارائه خدمات با کیفیت توسط سازمان های خریدار بیمه ای است (۳۲). نتایج با مطالعه یعقوبیان (۱۳) در سال ۹۸ و زارعی (۳۳) در سال ۹۹ و مطالعه klasa (۳۲) در سال ۲۰۱۸ همراستا است. پنجمین عامل موثر در خرید راهبردی که مشارکت کننده ها به آن اشاره داشتند عوامل بیمه ای است. بیمه های سلامت به عنوان کارگزاران اصلی در مسیر دستیابی به پوشش همگانی در حوزه تامین منابع مالی سلامت هستند (۳۴). رسالت اصلی بیمه ها برای تحقق پوشش همگانی سلامت و کارایی سیستم های بیمه ای، اجرای خرید راهبردی خدمات سلامت است. پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه و انتظارات آنها در تصمیمات خرید، تخصیص و انتقال موثر منابع مالی به سمت مداخلات هزینه اثربخش، نظارت بر عملکرد ارائه دهنده از طریق انگیزه های مالی و ابزارهای پایشی در راستای افزایش کارایی فراهم کنندگان خدمات سلامت از مهم ترین وظایف بیمه ها در اجرای فرایند خرید

می گردد. سیاستگذاران خرید راهبردی باید از سازوکارهای مشاوره برای درک نقطه نظرات مردم در یک ساختار شبکه ای و مشارکتی استفاده نمایند. (۲۵، ۳۵).

ارزیابی نیازهای سلامتی مردم و مشاوره با بیماران، تعامل مستمر بین بیمار و خریدار برای جلب اعتماد، سازوکار رسیدگی به شکایات و استفاده از صدای مشتری، و حضور نماینده مصرف کنندگان در سازمان های بیمه ای برخی از مکانیسم های حاکمیتی برای توانمند سازی بیمار و انعکاس نظرات آنها در تصمیمات خرید خدمات سلامت است (۱۵). نتایج با مطالعه Sanderson (۱۵) در سال ۲۰۱۸، یعقوبیان (۱۳) و توفیقی (۲۶) همخوانی دارد.

### نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد، خرید راهبردی خدمات سلامت در حوزه بیماریهای قلبی / عروقی بدون تعیین و شناخت مشکلات و اولویت های ملی و منطقه ای بر پایه ویژگیهای جمعیتی، و بدون حمایت های مالی پایدار دولت و تعهد سیاسی مدیران، و همچنین توانایی ساختاری، فنی و نظارتی سازمان بیمه سلامت، یافتن مناسب ترین راه حل و روش های هزینه اثربخش برای اجرای برنامه های علمی در سطوح مختلف نظام ارائه خدمات و کنترل عوامل خطر شکل نمی گیرد. تجارب دنیا در مدیریت بیماریهای مزمن بر نقش سلامت محوری بیمه ها تاکید دارند. بیماریهای قلبی و عروقی دومین علت مرگ و میر در کشور است و هزینه های هنگفت اقتصادی زیادی را تحمیل می نمایند. این رو پوشش بیمه ای مناسب و اولویت دادن به مداخلاتی که از وخامت و شدت بیماری جلوگیری می نماید و اتخاذ رویکرد پیشگیری محور در بسته خدمات پایه سلامت حائز اهمیت است. لازم است مدیران و سیاستگذاران با بازبینی نظام سلامت و اصلاح ساختار نظام سلامت و تدارک بستر مناسب، همکاری، مشارکت و هماهنگی بین بخشی و درون بخشی همه سازمان ها و ارگان هایی که به نوعی در فرهنگ سازی و رفتار سالم جامعه نقش دارند را فراهم نمایند و چالشهای موجود در اجرای نظام ارجاع و طرح پزشک خانواده را برطرف نمایند و با جدا کردن نقش ارائه دهنده خدمات از خریدار خدمت حوزه سلامت و واگذاری کامل این نقش به سازمانهای بیمه گر به ارتقاء کیفیت خدمات در حوزه سلامت کمک کنند و بدین ترتیب باعث کم شدن تعارض منافع در بخش سلامت شده و به استقرار

راهبردی است (۳۹). در کشور تاکنون توانایی فنی و سازمانی نظام بیمه ملی سلامت، با ادغام صندوق های بیمه ای و تمرکز بر خدمات پیشگیرانه و مراقبت های ادغام یافته یکی از عوامل موفقیت در اجرای رفورم خرید راهبردی خدمات سلامت است (۳۵). در ایران بیمه ها درمانگر هستند و منابع مورد نیاز خدمات پیشگیرانه و غربالگری را ندارند این در حالی است که تجارب دنیا در مدیریت بیماریهای مزمن بر نقش سلامت محوری بیمه ها تاکید دارد. نتایج با مطالعه یعقوبیان (۱۳)، Etiba (۱۶) در سال ۲۰۱۸، قدوسی نژاد (۲۷) و اکبری (۳۴) در سال ۹۸ همخوانی دارد.

ششمین عامل عوامل ساختاری است: با توجه به تغییرات اساسی در اهداف، سیاست ها و راهبردهای کلان نظام سلامت در حوزه های مختلف اجتماعی، اقتصادی و سیاسی، تغییر الگوی بیماریها و نیازهای سلامت جامعه، طراحی ساختار سازمانی مناسب و کارآمد اولین و مهم ترین عامل برای رسیدن به اهداف نظام سلامت و افزایش اثربخشی و کارایی آن است. مشارکت کننده ها بر تقویت نظام ارجاع و پرونده الکترونیک سلامت تاکید داشتند. از آنجائیکه انجام مداخلات درمانی و مراقبت از بیماران قلبی و عروقی یک رویکرد چند رشته ای و چندبخشی است که توسط ارائه دهندگان مختلف صورت می گیرد (۸)، تقویت نظام ارجاع و پرونده الکترونیک علاوه بر ایجاد هماهنگی بین سطوح مراقبت و انجام درمان استاندارد از دسترسی آزاد افراد به خدمات تخصصی و فوق تخصصی غیر ضرور جلوگیری می نماید (۳۰). همچنین بدون نظام ارجاع به دلیل اینکه غربالگری بیماران قلبی و عروقی به درستی انجام نمی شود در نتیجه مراجعه بی رویه و غیرضروری و تکراری بیماران برای دریافت خدمات قلبی و عروقی وجود دارد. نتیجه این مطالعه با مطالعه Patcharanarumol (۳۸) در سال ۲۰۱۷ و قدوسی نژاد (۲۷) و توفیقی (۲۶) همخوانی دارد.

هفتمین عامل موثر در خرید عوامل مرتبط با توانمند سازی بیمار و گیرنده خدمات است: از آنجائیکه سازمان خریدار خدمات سلامت، کارگزار و نماینده موثر خواست ها، انتظارات و نیازهای شهروندان هستند آگاهی و محقق کردن دیدگاه ها، ارزش ها و ترجیحات شهروندان در ارتباط با اولویت های خرید و انتقال آن به ارائه دهندگان خدمات و همچنین انعکاس نیازهای سلامت مردم در تصمیمات خرید خدمات علاوه بر پاسخگویی سازمان خریدار موجب بهبود سلامت، عدالت و کارایی تخصیصی منابع سلامت

### سیاسگزاری

این مقاله بخشی از رساله دکتری نویسنده اول خانم معصومه رحیمی پور دانشجوی دکتری رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال با شناسه اخلاق IR.IAU.TNB.REC.1399.009 می باشد. پژوهشگران از کلیه کسانی که در انجام این پژوهش مساعدت نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می آورند.

### References

1. Redfern J, Hafiz N, Hyunk K, Knight A, Hesse C, Chow CK, Briffa T, Gallagher R, Reid C, Hare DL, Zwar N. Quality improvement in primary care to prevent hospitalisations and improve Effectiveness and efficiency of care for people Living with coronary heart disease (QUEL): protocol for a 24-month cluster randomised controlled trial in primary care. BMC family practice. 2020 Dec;21(1):2-8. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01105-0>
2. Control INCfNP. National Action Plan for Prevention and Control of Non-Communicable Diseases and the Related Risk Factors in the Islamic Republic Of Iran, 2015-2025. Ministry of Health and Medical Education: Iranian National Committee for NCDs Prevention and Control, 2015.
3. Etemad K, Heidary A, Lotfi M, Sadeghi S. A Challenge in Implementing Package of Essential Noncommunicable Disease Interventions in Iran's Healthcare System. Journal of Health Research in Community. 2016;2(3),32-43.
4. Raghfar H, Sargazi N, Mehraban S, Akbarzadeh MA. The Economic Burden of Coronary Heart Disease in Iran: Bottom-up Approach in 2014. Journal of Ardabil University of Science. 2018;18(3),341-356. <https://doi.org/10.29252/jarums.18.3.341>
5. Kabir MJ, Hiedari A, Jafari N, Honarvar MR, Behnampour N, Mirkarim SK. Developing basic health services packages :Defining a prioritization of effectiveness criteria. International Journal of Healthcare Management. 2019;1-6. <https://doi.org/10.1080/20479700.2019.1684666>
6. McNamara RL, Spatz ES, Kelley TA, et al. Standardized outcome measurement

خرید راهبردی خدمات و ارتقا کیفیت خدمات سلامت کمک کنند. این نتایج در محدوده موضوع به منظور سیاستگزاری در سطح کلان می تواند در تمام سطوح نظام سلامت قابل تعمیم باشد. آشنا نبودن با مفاهیم و ادبیات خرید راهبردی در سطوح مدیریتی و اجرایی و نبود پیشینه پژوهش قبلی از محدودیت های پژوهش بود. پیشنهاد می شود پیامدهای اقتصادی اجرای مداخلات و استراتژی های جامعه محور و یا تاثیر روش پرداخت مبتنی بر عملکرد بر هزینه های درمانی و کیفیت مراقبت های قلبی و عروقی ارزیابی شود.

- for patients with coronary artery disease: consensus from the International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). J Am Heart Assoc. 2015;4(5). pii:e001767. <https://doi.org/10.1161/JAHA.115.001767>
7. Gloria P, Giraldo. Evaluation of the implementation of a technical package for cardiovascular disease reduction with emphasis on hypertension control in Colombia using the consolidated Framework For Implementation Research. 2020.
8. Castellano JM, Narula J, Castillo J, Fuster V. Promoting Cardiovascular Health worldwide: Strategies, Challenges, and Opportunities. Rev Esp Cardiol. 2014;67(9):724-730. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2014.01.023>
9. Sheikhy Chaman M. The Cycle of Policy Making, Management, and Economics of Health System. Journal of Manage Strat syst. 2020; 5 (3):169-72. <https://doi.org/10.18502/mshsj.v5i3.4901>
10. Watkins DA, Nugent RA. Setting priorities to address cardiovascular disease through universal health coverage in low and middle income countries. Heart Asia. 2017;9:54-58. <https://doi.org/10.1136/heartasia-2015-010690>
11. The world health report 2000, Health Systems: Improving Performance. Geneva : World health organization, 2000.
12. Munge K, Mulupi S, Barasa E, Chuma J. A critical analysis of purchasing arrangement in Kenya: the case of micro health insurance. BMC Health Service Research. 2019 Jun; 19(1):2-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3863-6>
13. Yaghoobian S, Mahmoudi GH, Jahani MA. Strategic purchasing tactics of health services: a systematic review in cancer. Ebnesina. IRIAF Health Administration. 2020, Vol:21, No:4.

14. Preker AS, Liu X. Public ends, Private means: Strategic Purchasing of health services. World Bank Publications, 2007. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-6547-2>
15. Sanderson J, Lonsdale C, Mannion R. «Whats Needed to Develop Strategic Purchasing in Healthcare? Policy Lessons from a Realist Review» *Int J Health Policy Manag*, 2018. 8 (1):4-17. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.93>
16. Etiba E, et al «Strategic Purchasing for universal health coverage: examining the purchaser-provider relationship within a social health insurance scheme in Nigeria» *BMJ Glob Health*. 2018. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000917>
17. Ellen Nolte, Cecile Knai. Assessing Chronic Disease Management in European Health System, European Observatory on Health System and Policies. 2015.
18. Standard ID Instructions for treatment management of acute myocardial infarction. Ministry of Health and Medical Education. 2015.
19. World Health Organization. Health System Financing: The Path to Universal Coverage. 2010.
20. Joynt Maddox K, Bleser WK, Crook HL, Lopez MH, Saunders RS, McClellan MB, Brown N. Advancing Value-Based Models for Heart Failure. A Call to Action from the Value in Healthcare Initiatives Value-Based Models Learning Collaborative. *Journal Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. May 2020. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.120.006483>
21. Bastani, P et al. «Requirement and Incentives Implementation of Pharmaceutical Strategic Purchasing Iranian Health System:» A Qualitative Study. *Global Journal of Health Science*. 2017. vol, 9, No 1. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v9n1p163>
22. Sadeghzadeh V, Jahangiri K, Mamoodi Majdabadi Frahani M, Mohammadi M. A Comparative Study of the Status of Control on the Epidemic of Heart Coronar Artery Diseases in Selected Countries and Iran. *Journal of Health Promotion Management*. 2018. Vol, 7, Issue 1. <https://doi.org/10.21859/jhpm-08013>
23. Dehnavieh R, Rashidian A, Maleki MR. Challenges of determining basic health insurance package in Iran. *Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research* 2011; 10: 273-83.
24. Nikpour Hernandez N, Ismail S, Heang H. An innovation model for management of cardiovascular disease risk factor in the low resource setting of Cambodia. *Health Policy and Planning*. 2020. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa176>
25. Hassanzadeh A, Fakhimalizad S. Justice, Social insurance and Strategic Purchasing of healthcare services. Tehran: bahram. 2011.
26. Tofighi S. The second report of the research project, «Development and consultation for the implementation of strategic purchases in the social security organization. 2019.
27. Ghoddoosinejad J, Janati A, Arab Zozani M, Doshmangir L, Bazargani HS, Imani A. Is strategic purchasing the right strategy to improve a health systems performance? A systematic review. *Bio Med*. 2017; 6(1): 102-13. <https://doi.org/10.15562/bmj.v6i1.369>
28. Shahbazi Deh Sokhteh A, Pishkar M, Yaghoobinia F. The Effectiveness of Rehabilitation Education-Program on Risk Factor in Patients With Coronary Disease. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2020; Vol, 6, Issue 2.
29. Pourghane P, Hosseini MA, Mohammadi F, Ahamadi F, Tabari R. Self Management, The Main Strategy of Patients After Coronary Artery Bypass Graft (CABG): A Content Analysis Study. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2014, Vol 12(4).
30. Ansari B, Hosseini S-M, Bahadori M. Determinates of Reduction of Induced Demand in Selected Hospitals That Affiliated With IUMS: A Qualitative Study on Providers View. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2018, Vol 16(6).
31. Van Veghel D, Schulz DN, Van Straten AHM, Simmers TA. Health insurance outcome-based purchasing: The case of hospital contracting for cardiac interventions in the Netherlands. *International Journal of Healthcare Management*. 2018. <https://doi.org/10.1080/20479700.2018.1458177>
32. Klasa K, Greer S, Ginnenken E V, 2017, «Strategic Purchasing in Practice: Comparing Ten European Countries» *Health Policy*, 122(2018), 457-472. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.01.014>
33. 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.  
<https://doi.org/10.29252/qums.14.7.19>
34. Akbari M, Alimohamadzadeh K, Maher A, Hosseini SM, Bahadori M. Systematic Analysis the Barriers to the Integration of Health Insurance in Iran Using the Dematel Approach. *Journal of Military Medicine*. 2021. Vol 23, Issue 1.
35. Hanson K, Brasa E, Honda A, Panichkriangkria W. «Strategic Purchasing : The Neglected Health Financing function for Pursuing Universal Health Coverage in Low and Middle Income Countries» *int J Health Policy Manag*. 2019. 8(8),501-504.  
<https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.34>
36. Zanganeh Baygi M, Seyadin SH, Rajabi Fard Mazrae No F, Kouhsari Khameneh A. Adaptation Of Goals And Organizational Structure In Irans Primary Healthcare System, A Systematic Review. *Payavard Salamat Journal*. 2015, 9(5).
37. Doshmangir L, Rashidian A, Bazyar M. Universal Health Coverage in Thailand: Achievement and Experiences Learned. *Hakim Health System Research Journal*. 2015.
38. Patcharanarumol W, Panichkriangkrai W, Sommanuttaweechai A, Hanson K, Wanwong Y. Strategic purchasing and health system efficiency: A comparison of two financing schemes in Thailand. *PLOS ONE*. 2018. 13(4).  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195179>
39. Health Equity Research Center repor. Health System Efficiency in Islamic Republic of Iran. 2018.
40. Naghibi SA, Mosharafeh Ch K, A review of Social Determinants of Health. *Clinical Excellence J*. 2017. 7(2).
41. Sukul D, Kim A, E. Value-Based Payment Reforms in Cardiovascular: Progress to Date and Next Steps. *METHODIST DEBAKEY CARDIOVASC J*. 2020. 16 (30).  
<https://doi.org/10.14797/mdcj-16-3-232>
42. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. *Research on social Work Practice*. 1985, 20(2): 1371590.