

Original Article

Strategic purchase of cardiovascular health services by DIMATEL method

Masoumeh Rahimipour ¹ , Seyed Mojtaba Hosseini ² , Mehrnoosh Jafari ² , Ail Maher ³ ,
Mohammadkarim Bahadori ⁴ 

¹Ph.D Student, Department of Health Services Management, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

²Assistant professor, Department of Health Services Management, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

³Assistant professor, Department of Health Policy, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴Professor, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

ARTICLE INFO

Corresponding Author:
Seyed Mojtaba Hosseini
e-mail addresses:
hosseinisch@yahoo.com

Received: 24/Sep/2021
Modified: 15/Dec/2021
Accepted: 20/Dec/2021
Available online: 31/Jan/2022

Keywords:
DEMATEL Technique
Cardiovascular Diseases
Healthcare Sector
Health Services
Value-based Purchasing

ABSTRACT

Introduction: Strategic purchasing is a key element and strategy for realizing universal health coverage. This study aimed to determine the factors influencing the strategic purchasing of health services for cardiovascular diseases.

Methods: In this mixed-methods (qualitative-quantitative) applied study, data were collected through semi-structured interviews and a matrix of pairwise comparisons. The study population consisted of managers and policy makers of basic insurance organizations, Ministry of Health, hospital managers, and university faculty members who were selected by the purposive sampling method. The data were analyzed via thematic analysis in MAXQDA and prioritized in MATLAB via the DEMATEL technique.

Results: Stewardship and policy-making, financial, insurance-related, structural, behavioral, and social determinants of health were identified as influential factors. Patient-, provider-, and contract-related were identified as the influenced factors. The stewardship and policy-making element (1.32, 2.73) was the most influential factor, while the patient-related element (-1.30, 1.30) was the most influenced factor in strategic purchasing of cardiovascular health services.

Conclusion: Strategic purchasing of health services requires the widespread participation of all the stakeholders and players of the healthcare system. Having effective stewardship of the healthcare system, institutionalizing an evidence-based decision-making system, empowering and increasing citizens' participation in health-related decision-making and policies, and providing stable financing are the most important factors influencing the implementation of the health service strategic purchasing.

خرید راهبردی خدمات سلامت بیمارهای قلبی عروقی: با روش دیماتل

معصومه رحیمی پور^۱، سید مجتبی حسینی^{۲*}، مهرانوش جعفری^۲، علی ماهر^۳، محمد کریم بهادری^۴

^۱دانشجوی دکتری، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد واحد تهران شمال، تهران، ایران.

^۲استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد واحد تهران شمال، تهران، ایران.

^۳استادیار، گروه سیاستگذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

^۴استاد، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

اطلاعات مقاله

نویسنده مسئول:

سید مجتبی حسینی

رایانامه:

hosseinisch@yahoo.com

وصول مقاله: ۱۴۰۰/۰۷/۰۲

اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۰۹/۲۴

پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۰۹/۲۹

انتشار آنلاین: ۱۴۰۰/۱۱/۱۱

واژه‌های کلیدی:

روش دیماتل

بیماری‌های قلبی عروقی

بخش مراقبت سلامت

خدمات سلامت

خرید مبتنی بر ارزش

چکیده

مقدمه: خرید راهبردی به عنوان یکی از استراتژی اصلی برای رسیدن به اهداف پوشش همگانی سلامت و مهار هزینه‌ها در نظام سلامت شناخته شده است. از اینرو مطالعه با هدف تعیین عوامل موثر بر خرید راهبردی خدمات سلامت در حوزه بیمارهای قلبی -عروقی برای ایران انجام پذیرفته است.

روش‌ها: این مطالعه از نوع کاربردی با روش ترکیبی (کیفی- کمی) در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ انجام شد. ابزار گردآوری داده در این پژوهش راهنمای مصاحبه و پرسشنامه بود. جامعه پژوهش مدیران و سیاستگذاران سازمان‌های بیمه گر پایه، وزارت بهداشت، مدیران بیمارستان‌ها و اعضای هیات علمی دانشگاه بودند که با روش نمونه گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب شدند. داده‌های گردآوری شده با روش تحلیل محتوا و روش دیماتل با استفاده از نرم افزار Maxqda و Matlab الویت بندی شد.

یافته‌ها: عوامل مربوط به تولید و سیاستگذاری، مالی، بیمه‌ای، ساختاری، رفتارسیاسی ذی نفعان، اجتماعی سلامت، به عنوان عوامل تاثیر گذار و عوامل مرتبط با بیمار، مرتبط با ارائه دهنده و قراردادها به عنوان عوامل تاثیر پذیر شناسایی شدند. عامل تولید و سیاستگذاری با مختصات (۱/۳۲ و ۲/۷۳) به عنوان تاثیر گذارترین عامل و عامل مرتبط با بیمار با مختصات (۱/۳۰ و ۱/۳۰) به عنوان تاثیر پذیرترین عامل در خرید راهبردی خدمات سلامت قلبی و عروقی مشخص شد.

نتیجه گیری: مهم ترین عوامل مؤثر در اجرای خرید راهبردی خدمات سلامت عبارتند از: برخورداری از نقش تولید اثربخش در نظام سلامت، نهادینه سازی نظام تصمیم گیری مبتنی بر شواهد، افزایش مشارکت و توانمندسازی شهروندان در تصمیم گیری‌ها و سیاست‌های سلامت، اصلاحات ساختاری نظام سلامت و تامین منابع مالی پایدار.

[۷] اگرچه خرید راهبردی به عنوان استراتژی کلیدی جهت رسیدن به پوشش همگانی و مهار هزینه ها در کشورهای صنعتی و توسعه یافته مطرح می باشد [۸]؛ اما اجرای مناسب آن در ایران علی رغم تاکید قوانین و اسناد بالادستی با چالش هایی مواجه است. [۹] از طرفی امروزه با تغییرات سریع و شگرف اجتماعی ناشی از روند توسعه و به ویژه افزایش سن جمعیت، سبک زندگی ناسالم، سهم بیماری های غیرواگیر مانند بیماری های قلبی و عروقی از میزان مرگ و بار مالی ناشی از مشکلات سلامت با سرعت چشمگیری روبه افزایش است. [۱۰] مطالعات نشان می دهد که بیماری های قلبی و عروقی نظیر بیماری عروق کرونر قلب مهم ترین عامل مرگ و میر و ناتوانی در جهان است. براساس مطالعه گلدسیتزر [۱۱] و مطالعه اندو [۱۲] در کشورهای با درآمد کم و متوسط اگرچه رویکردهایی را برای مدیریت بیماری های مزمن با تقویت ساختار مراقبت های اولیه بکار گرفته اند اما در این کشورها تمرکز نظام ارائه خدمت بیشتر بر شرایط حاد بیماری است تا پیشگیری. بنابراین، مشکلاتی مانند دسترسی ناکافی به خدمات سلامت، هزینه های بالای پرداخت مستقیم از جیب و پایین بودن حفاظت مالی در نظام ارائه خدمت به بیماران وجود دارد. علیرغم تلاش های فراوان در کنترل بیماری های غیرواگیر، همانند سایر کشورها شاهد افزایش روزافزون این بیماری ها در کشور هستیم. بیماری های قلبی و عروقی یکی از شایع ترین علت های مرگ و میر در ایران است و هزینه های اقتصادی زیادی را به نظام سلامت تحمیل می نمایند. از اینرو، پوشش بیمه ای مناسب خدمات پیشگیرانه حوزه قلبی عروقی در همه سطوح نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی کشور ضروری است. [۱۰] مطالعه راغفر در سال ۱۳۹۴ نشان داد که بیماری عروق کرونر قلب بار اقتصادی قابل توجهی را در دامنه ۴۹۰۸-۴۷۱۵ میلیارد دلار به نظام اقتصادی ایران تحمیل می نماید. [۱۳] بنابراین، مقابله با همه گیری بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر آن ها، نیازمند مداخلات گسترده، مشارکت موثر و فعال تمامی سازمان ها و وزارتخانه های مرتبط در درون و بیرون بخش سلامت است.

تأمین سلامت جامعه، محور توسعه پایدار و یکی از پایه های اصلی رسیدن به عدالت و مشارکت اجتماعی است. نقش بیمه ها در حفظ سلامت افراد و ارتقاء امنیت اجتماعی اقتصادی و کاهش دغدغه های مردم در دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی، جلوگیری از فقر در اثر بیماری، موضوع مهمی است که در نهایت منجر به تقویت امنیت ملی می گردد. [۱] افزایش شدید هزینه های درمانی و ارائه بی رویه خدمات پزشکی از عوامل محدود کننده در تأمین مالی بخش سلامت محسوب می شوند. از این رو، اولویت بندی و مدیریت صحیح منابع نظام سلامت به خصوص در کشورهای در حال توسعه که با دشواری های بیشتری در تأمین مالی مواجه هستند از اهمیت بیشتری برخوردار است. [۲] خرید خدمات سلامت یکی از کارکردهای اصلی نظام بیمه ای است که وجوه انباشت شده (منابع مالی تجمیع یافته سلامت) در ازای ارائه خدمات سلامت پرداخت می شود و به دوشکل انفعالی (سنتی) و راهبردی (فعال) صورت می گیرد. [۳] بر اساس مدل مفهومی سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ میلادی خرید راهبردی یعنی جستجوی مستمر ارائه با کیفیت ترین مراقبت ها با بیشترین هزینه اثربخشی است که در پنج بعد تبیین می شود: چه خدمتی بخریم؟ از چه کسی بخریم؟ برای چه کسی بخریم؟ چگونه پردازیم؟ با چه قیمتی بخریم؟ [۵،۴] خرید راهبردی می تواند کارکرد نظام سلامت را از طریق غنی کردن کیفیت، افزایش بهره وری، عدالت و پاسخگویی در مقابل خدمات ارائه شده به منظور تسهیل دستیابی به پوشش همگانی سلامت بهبود بخشد. [۶] همچنین، براساس مطالعه "کنسرسیوم رسیست" (RESYST Consortium) خرید راهبردی خدمات سلامت بر رابطه متقابل بین چهارگروه از فعالان کلیدی متمرکز است که شامل ۱- تولید و خریداران ۲- خریداران و ارائه دهنده گان ۳- خریداران و بیماران است. براساس این چارچوب سه موضوع مهم در استقرار خرید راهبردی عبارتند از: تولید اثربخش، بهبود عملکرد ارائه دهنده و توانمندسازی بیمار.

مصاحبه با کسب اجازه از شرکت کنندگان و اطمینان از محرمانه بودن محتوای مصاحبه، تمامی مصاحبه‌ها ضبط و همزمان یادداشت برداری انجام شد. میانگین زمانی مصاحبه‌های عمیق بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه بود. جهت تعیین روایی و پایایی مصاحبه از روش "لینکلن و گوبا" استفاده شد. بر پایه این روش، چهار معیار موثق بودن و اعتبار، انتقال پذیری، اطمینان پذیری و تائیدپذیری جهت ارزیابی در نظر گرفته شد. تیم پژوهش به ویژه محقق اصلی سعی برای تامین اعتبار و مقبولیت داده‌ها، بر مرور مستمر متن مصاحبه با داده‌ها داشتند. برای افزایش قابلیت انتقال پذیری توسط پنج نفر متخصص حوزه اقتصاد سلامت و بیمه ارزیابی شد که این اعضا خارج از تیم پژوهش بودند، از بازنگری شرکت کنندگان برای تائید صحت داده‌ها و استخراج مفاهیم محوری استفاده شد. یعنی کدها و مولفه‌های استخراج شده که با نظر مصاحبه شونده‌گان مغایرت داشت مجدداً توسط آنها بازبینی و اصلاح شد. همچنین، متن مصاحبه‌ها و کدهای حاصل از آن، علاوه بر گروه پژوهش، توسط چند تن از افراد متخصص در حوزه پژوهش‌های کیفی بررسی شد و برخی از موارد که ابهام داشت و یا جهت کدگذاری مناسب نبود از طریق ارتباط تلفنی و ایمیلی با مصاحبه شونده‌گان رفع ابهام شد. با بازبینی متعدد و ترکیب کدها در نهایت با توجه به تحلیل مصاحبه‌ها، عوامل اصلی و فرعی مؤثر بر خرید راهبردی خدمات سلامت استخراج شدند. در مرحله دوم پژوهش (بخش کمی) عوامل استخراج شده از مصاحبه‌ها با استفاده از روش دیماتل الویت بندی شدند. روش دیماتل یک روش تصمیم‌گیری چندمعیاره در پژوهش عملیات است و مبتنی بر گراف‌های جهت‌داری است که متغیرها را به دو گروه علت و معلول تفکیک می‌کند و رابطه وابستگی، شدت ارتباطات و میزان تاثیرگذاری و تاثیرپذیری عوامل اصلی یک سیستم و مدل را به تصویر می‌کشد. [۲۹] ابزار گردآوری داده‌ها در این مرحله پرسشنامه بود که شامل ماتریس جدولی دوبعدی بود که بر اساس عوامل اصلی استخراج شده از مصاحبه (۹*۹) تنظیم شده است این ماتریس تاثیرگذاری و تاثیرپذیری عوامل را با همدیگر به صورت دو به دو براساس

این مطالعه با هدف تعیین عوامل مؤثر بر خرید راهبردی خدمات سلامت در ایران در حوزه بیماریهای قلبی-عروقی انجام گرفت. امید است که نتایج این پژوهش بتواند به مدیران و سیاست‌گذاران برای بهبود عملکرد سیستم سلامت، کنترل هزینه‌های نظام سلامت و توسعه فرایند خرید راهبردی خدمات سلامت یاری نماید.

روش‌ها

این مطالعه از نوع کاربردی بود که با روش ترکیبی (کیفی-کمی) در سال ۱۳۹۸ تا ۱۳۹۹ انجام شد. در مرحله اول (کیفی) از مصاحبه نیمه ساختارمند انفرادی استفاده شد. ابزار پژوهش در این مرحله راهنمای مصاحبه بود. در طراحی سوالات علاوه بر بررسی متون و ادبیات پژوهش از نظرات کارشناسان و خبرگان موضوع استفاده شد. مصاحبه‌ها با هماهنگی قبلی با مشارکت کنندگان، به صورت حضوری انجام شده و سوالات مصاحبه (۷ سوال) از طریق پست الکترونیک یا نرم افزار واتساپ از یک هفته قبل برای مشارکت کنندگان ارسال و زمان انجام مصاحبه تعیین شد. جامعه پژوهش در این مرحله شامل سازمان‌های بیمه‌گر پایه، وزارت بهداشت، مدیران بیمارستان‌ها، متخصصین قلب و عروق و اعضای هیات علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی بودند که در رابطه با خرید راهبردی خدمات سلامت سابقه و اجرایی و مدیریتی داشتند. معیار خروج شامل آن دسته از مشارکت کنندگان بود که با مفاهیم و ادبیات خرید راهبردی آشنایی نداشته و یا تمایل به همکاری نداشتند. روش نمونه‌گیری پژوهش در این مرحله از نوع نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند بود. بدین صورت که تا رسیدن به اطلاعات تکراری و عدم دریافت اطلاعات جدید (اشباع نظری) ادامه پیدا کرد. حد اشباع نظری داده‌ها در بخش کیفی تا ۱۲ نفر از خبرگان بود؛ اما برای اطمینان بیشتر مصاحبه تا ۱۶ نفر ادامه پیدا کرد. پس از هر مصاحبه، بلافاصله مصاحبه‌ها پیاده‌سازی و یک نسخه از برداشت‌های تایپ شده برای مصاحبه شونده ارسال و صحت اطلاعات ثبت شده تائید شد. برای تحلیل یافته‌های پژوهش، از روش تحلیل محتوا با رویکرد استقرایی و از نرم افزار Maxqda نسخه ۲۰۲۰ استفاده شد. در ابتدای فرآیند

امتیاز پاسخ خبرگان در مقیاس لیکرت پنج گزینه ای مشتمل بر صفر (بی تاثیر)، یک (تاثیر خیلی کم)، دو (تاثیر کم)، سه (تاثیر زیاد) و چهار (تاثیر خیلی زیاد) با هم مقایسه می کند. پرسشنامه تنظیم شده در این بخش مشتمل بر نه سوال بود و با توجه به اینکه همه عوامل استخراج شده از مرحله مصاحبه در این مرحله مورد بررسی شد. در نتیجه پرسشنامه از روایی و پایایی لازم برخوردار بود. جامعه پژوهش در این مرحله ۲۱ نفر از سیاستگذاران و مدیران اجرایی برنامه ریزان در حوزه سلامت کشور بودند و معیار ورود به مطالعه در این بخش داشتن مدرک دکتری در زمینه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، اقتصاد سلامت، سیاستگذاری سلامت و داشتن سابقه کار اجرایی حداقل به مدت پنج سال و بیشتر و تمایل به شرکت در مطالعه بود. پرسشنامه های تدوین شده در این مرحله از طریق پست الکترونیک و واتساپ در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت. داده های جمع آوری شده (مقوله ها و متغیرهای اصلی) در این مرحله با کمک نرم افزار Matlab و با استفاده از روش دیماتل (تحلیل روابط نظامند) تعیین شدت اثر تحلیل شد.

پایان یافته ها

بر اساس نتایج استخراج شده از بخش کیفی (بخش اول پژوهش)، عوامل موثر بر خرید راهبردی خدمات سلامت از دیدگاه خبرگان با استفاده از مصاحبه نیمه ساختارمند در نه عنوان اصلی شامل تولید و سیاستگذاری، عوامل مرتبط با بیماران (توانمندسازی شهروندان)، بیمه ای، ساختاری، مالی، اجتماعی سلامت، قراردادها، ارائه دهنده و رفتار سیاسی ذینفعان طبقه بندی گردید که هر کدام از محورهای اصلی

نیز خود از مقوله های فرعی تشکیل شده بود. در بخش دوم، تحلیل ماتریس مقایسات زوجی با نرم افزار Excel و با کمک روش دیماتل انجام شد. نرخ ناسازگاری جواب های پاسخ دهندگان زیر ۰/۱ بود (میزان پایداری ثبات و پایایی پاسخ سازگاری را نشان می دهد که اگر کمتر از ۰/۱ باشد سازگاری و قابل قبول است). مطابق جدول دو ستون R میزان اثرگذاری عوامل را نشان داد. عامل تولید و سیاستگذاری (T) با عدد ۲/۰۳ بیشترین اثرگذاری را بر سایر عوامل دارد. ستون J بیانگر میزان تاثیر پذیری عوامل است که عوامل مرتبط با بیمار (P) با عدد ۱/۳۰ بیشترین میزان اثر پذیری را از سایر عوامل نشان می دهد. ستون R+J مجموع اثرگذاری و اثرپذیری (میزان تعامل و ارتباط) هر کدام از عوامل با یکدیگر را ارائه می دهد. عوامل با سایر عوامل را ارائه می دهد بنابراین، عوامل مالی (M) با عدد ۲/۸۰ بیشترین تعامل را با سایر عوامل دارد و همزمان نقش اثرگذاری و اثرپذیری دارد بدین معنی که هرگونه تغییری در عوامل مالی هم به شرایط سایر عوامل وابسته بوده وهم بر شرایط سایر عوامل تاثیر می گذارد. ستون R-J میزان نهایی اثرگذاری خالص را نشان می دهد. عواملی که مثبت و بزرگتر از صفر هستند اثرگذار خالص (علی) و عواملی که منفی و کوچکتر از صفر هستند اثرپذیر خالص (معلول) هستند. عامل تولید و سیاستگذاری با عدد ۱/۳۲ بیشترین تاثیرگذاری خالص را به تنهایی نشان می دهد و اثرپذیری ناچیزی از سایر عوامل دارد؛ در حالی که عوامل بیمار با عدد ۱/۳۰- بر نقش اثرپذیری زیادی از سایر ذینفعان خرید راهبردی متمرکز است و اثرگذاری خالص ندارد.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان

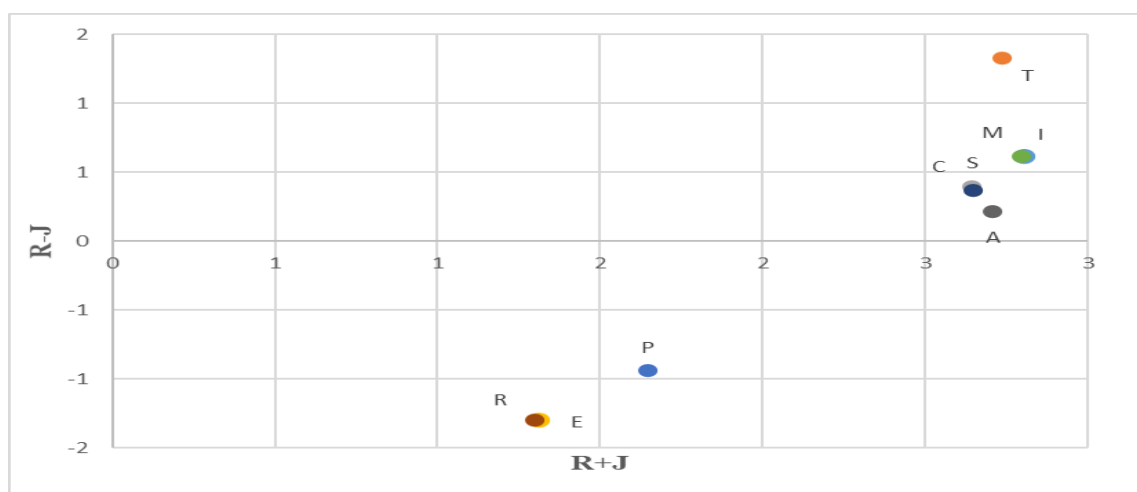
ردیف	سن	جنس	تحصیلات	نوع مسئولیت	سازمان	سابقه کار
۱	۶۰	مرد	متخصص	هیات مدیره	سازمان بیمه سلامت	۲۹
۲	۵۵	مرد	دکتر	مدیر	سازمان بیمه سلامت	۲۷
۳	۵۳	مرد	دکتر	مدیر	سازمان بیمه سلامت	۲۶
۴	۵۴	مرد	دکتر	معاون	سازمان بیمه تامین اجتماعی	۲۵
۵	۴۳	مرد	کارشناسی ارشد	کارشناس مسئول	سازمان بیمه تامین اجتماعی	۱۳
۶	۴۱	مرد	کارشناسی ارشد	کارشناس مسئول	سازمان بیمه تامین اجتماعی	۱۴

زمستان ۱۴۰۰، دوره ۲۴، شماره ۴

۱۳	سازمان بیمه نیروهای مسلح	مدیر	کارشناسی ارشد	مرد	۳۷	۷
۱۱	سازمان بیمه نیروهای مسلح	مدیر	دکتر	مرد	۳۶	۸
۱۲	وزارت بهداشت	رئیس اداره	دکتر	زن	۴۴	۹
۲۷	وزارت بهداشت	مدیر	دکتر	مرد	۵۵	۱۰
۲۴	وزارت بهداشت	رئیس اداره	دکتر	مرد	۵۱	۱۱
۲۷	دانشگاه های علوم پزشکی	هیات علمی	دکتر	مرد	۵۰	۱۲
۲۸	دانشگاه های علوم پزشکی	هیات علمی	دکتر	مرد	۵۹	۱۳
۱۱	دانشگاه های علوم پزشکی	هیات علمی	دکتر	زن	۴۴	۱۴
۲۶	دانشگاه های علوم پزشکی	هیات علمی	دکتر	مرد	۵۴	۱۵
۲۹	دانشگاه های علوم پزشکی	هیات علمی	دکتر	مرد	۵۷	۱۶
۱۶	بیمارستان	معاون	متخصص	مرد	۴۸	۱۷
۱۳	بیمارستان	مدیر	متخصص	مرد	۴۵	۱۸
۱۱	شورای عالی بیمه سلامت	مدیر	کارشناسی ارشد	زن	۳۹	۱۹
۹	شورای عالی بیمه سلامت	کارشناس مسئول	کارشناسی ارشد	مرد	۳۸	۲۰
۸	شورای عالی بیمه سلامت	کارشناس مسئول	کارشناسی ارشد	مرد	۳۶	۲۱

جدول ۲: تاثیر گذاری و تاثیر پذیری عوامل موثر بر خرید راهبردی خدمات سلامت

R - J	R+J	J	R	نماد عامل	علامت اختصاری
-۰/۹۳۹۵	۱/۶۴۶۵۲۳	۱/۲۹۳۰۱۱	۰/۳۵۳۵۱۱	ارایه دهنده	E
۱/۳۲۹۰۸۹	۲/۷۳۶۸۲۸	۰/۷۰۲۸۶۹	۲/۰۳۲۹۵۹	تولیت و سیاستگذاری	T
۰/۳۹۷۶۳۶	۲/۶۴۳۰۶۴	۱/۱۲۲۷۱۴	۱/۵۲۰۳۵	بیمه ای	I
-۱/۳۰۲۱۸	۱/۳۱۲۲۲۱	۱/۳۰۷۱۹۸	۰/۰۰۵۰۲۳	بیمار	P
۰/۶۱۵۵۴	۲/۸۰۵۳۵۹	۱/۰۹۴۹۰۹	۱/۷۱۰۴۵	مالی و اقتصادی	M
۰/۶۱۴۶۰۶	۲/۷۹۵۱۶۵	۱/۰۹۰۲۸	۱/۷۰۴۸۸۶	رفتار سیاسی ذینفعان	C
۰/۳۷۱۶۲۹	۲/۶۴۷۳۵	۱/۱۳۷۸۶	۱/۵۰۹۴۹	ساختاری	S
-۱/۲۹۹۶۱	۱/۳۰۰۴۵۵	۱/۳۰۰۳۲	۰/۰۰۰۴۲۳	قرارداده ها	R
۰/۵۷۲۷۸۳	۲/۵۲۶۲۹۲	۱/۲۸۹۵۳۸	۱/۲۴۶۷۵۵	اجتماعی سلامت	A



نمودار ۱: نمودار مختصات برون داد روش دیماتل برای عوامل اصلی

نمودار یک که میزان اثرگذاری و اثرپذیری عناصر را در محور مختصات نشان می‌دهد از تلاقی محور افقی $(R+J)$ و محور عمودی $(R-J)$ ترسیم گردیده است. عوامل و شاخص‌هایی که مقادیر وزنی $(R-J)$ آنها مثبت است در بالای محور مختصات قرار گرفته و عوامل اثرگذار خالص‌اند و شاخص‌هایی که مقادیر وزنی $(R-J)$ آنها منفی است در زیر محور مختصات و عوامل اثرپذیر خالص هستند. عامل تولید و سیاستگذاری که با نماد T مشخص گردیده در بالاترین نقطه محور مختصات قرار گرفته و بیشترین اثرگذاری را بر روی سایر عوامل اصلی دارد. نتایج نشان داد عوامل تولید و سیاستگذاری، مالی، بیمه‌ای و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت مهم‌ترین عوامل تاثیرگذار و عوامل مرتبط با بیمار، ارائه دهنده و قراردادهای مهم‌ترین عوامل تاثیرپذیر در اجرای خرید راهبردی هستند. برای طراحی فرایند خرید راهبردی خدمات سلامت در ساختار و بدنه نظام سلامت عوامل مختلفی هم در سطح کلان (سیاستگذاری) و هم در سطح خرد (اجرایی) تاثیر گذارند. بنابراین، پشتوانه‌های قانونی-نظارتی و مطالعات ارزیابی اقتصادی اجتماعی تولید نظام سلامت، توانایی‌های فنی و ساختاری نظام بیمه‌ای، تجمع منابع مالی سلامت و حمایت‌های مالی پایدار نقش اساسی در بهبود عملکرد ارائه دهنده و رعایت استانداردهای ارائه خدمات سلامت، توانمندسازی و هدایت بیمار در فرایند مراقبت و عقد قراردادهای مبتنی بر نتیجه و کیفیت در چرخه خرید راهبردی دارد.

نتیجه‌گیری

در بین عوامل تاثیرگذار عامل «تولید و سیاستگذاری» مهم‌ترین عامل شناسایی شد. تولید یکی از کارکردهای نظام سلامت است که نقش اثرگذاری بر سلامت از طریق تدوین جهت‌گیری سیاست‌های راهبردی و تدوین قوانین و مقررات دارد که منجر به تضمین پاسخگویی نظام سلامت می‌گردد. در واقع اطمینان یافتن از این که تمامی نقش آفرینان نظام سلامت از جمله خریداران خدمت، ارائه دهنده‌گان و بیماران به وظیفه خود عمل می‌کنند و تعریف سمت و سوی راهبردی نظام سلامت از وظایف تولید است. [۲۵] یکی

دیگر از وظایف تولید، هماهنگی بین بخشی سطوح ارائه مراقبت و هماهنگی برون بخشی (ترویج سیاست‌ها، در سایر نظام‌های اجتماعی و در راستای اهداف سلامت) است که می‌تواند جهت‌گیری‌های منافع سیاسی اقتصادی ذی‌نفعان را به منظور منافع سلامت جامعه هماهنگ و هدایت نماید. فقدان هماهنگی مانعی، برای انجام درمان و مراقبت استاندارد و اجرای پروتکل‌های بهداشتی درمانی خواهد بود. از آنجا که دستورالعمل‌های بالینی مبتنی بر شواهد بر پیشگیری ثانویه و ضرورت تعدیل سبک زندگی و بازتوانی قلبی در فرایند درمان جهت بهبودی و کوتاه شدن دوران بستری بیماران تاکید دارند. از این رو، با توجه به طولانی بودن روند درمان بیماری‌های قلبی و عروقی و هزینه‌های خدمات توانبخشی دولتی و خصوصی ضروری است که جهت دسترسی بیماران به این خدمات، پوشش بیمه‌ای مناسب خدمات پیشگیرانه و بازتوانی قلبی در سطوح نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی لحاظ شود. همچنین، با توجه به افزایش بیماران قلبی و عروقی، اولویت دادن به این مداخلات و اتخاذ رویکرد پیشگیری محور در بسته بیمه پایه حائز اهمیت است. [۱۰]

بنابراین وزارت بهداشت به عنوان تولید نظام سلامت ایران باید نقش فعالتری در رهبری و مدیریت داشته باشد. اجرای خرید راهبردی خدمات سلامت نیازمند برنامه ریزی راهبردی، سیاستگذاری صحیح و تدوین سیاست‌های ملی متناسب با نیازهای سلامت جامعه است. همه اجزاء و بخش‌های مختلف نظام سلامت باید در قالب یک کمیته تخصصی خرید راهبردی، در تعیین اهداف و اولویت‌های نظام سلامت مشارکت داشته باشند و به دنبال آن استراتژی‌ها و سیاست‌های اجرایی و برنامه عملیاتی دستیابی به اهداف آن شامل سیاست‌های تخصیص منابع، تدوین بسته بیمه پایه خدمات، تدوین استانداردها و راهنماهای بالینی، تضمین کیفیت خدمات و ارزشیابی سازمان‌های بهداشتی درمانی تدوین شود. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه احسانی چیمه [۱۴] که بر نقش اثرگذار تولید در برنامه ریزی و مدیریت یکپارچه منابع انسانی برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت (Universal Health Coverage(UHC)) تاکید داشت و مطالعه

و هماهنگی درون بخشی و بین بخشی لازم بین سطوح مختلف سازمانی برقرار گردد. این امر می تواند در نهایت منجر به افزایش کیفیت و رضایت مندی مردم از نظام سلامت شود. [۱۸] ایجاد تغییر و اصلاح ساختار در نظام سلامت برای استقرار خرید راهبردی خدمات سلامت و پوشش همگانی در کشورهای دیگر نیز به چشم می خورد. ادغام صندوق های بیمه ای، جدایی بین خریدار و ارائه دهنده، استقرار نظام ارجاع، بانک اطلاعاتی جامع و سیستم ثبت الکترونیک، اصلاح مکانیسم پرداخت، جزو عوامل ساختاری برای رسیدن به پوشش همگانی در تایلند بود. [۱۹] فقدان نظام ارجاع و سطح بندی خدمات، در پرونده الکترونیک سلامت و غیر فعال عمل کردن در ارائه خدمات پیشگیرانه و برنامه مدیریت عوامل خطر بیماری های قلبی و عروقی در سطح یک تخصیص ندادن منابع سلامت در قالب نظام بیمه ای، ادغام ارائه دهنده خدمات و خریدار خدمات نظام سلامت در یک ساختار، از مهم ترین موانع ساختاری در اجرای خرید راهبردی خدمات سلامت قلبی و عروقی در ایران است که موجب افزایش هزینه های سلامت می گردد. بنابراین، تغییر در ساختار مدیریت یکپارچه شبکه ای و یا ساختار بازار برای افزایش کارایی، بهره وری و بهبود کیفیت خدمات ضروری است. این نتایج با نتایج مطالعه عابدی [۲۰]، پرکر [۲۱] و سعید پور [۱۵] همخوانی دارد که عوامل ساختاری را پاشنه آشیل نظام سلامت تلقی می نماید. سلامت جامعه یک مقوله چند بعدی و یک پدیده اجتماعی است که هم فرایند کارکردهای نظام سلامت (سیاستگذاری، تولید منابع، تامین مالی، ارائه خدمات)، وهم متغیرهای اجتماعی دیگری نظیر سبک زندگی، تحصیلات، شغل و درآمد، سواد سلامت در کنار دسترسی به مراقبت های سلامت، بر حفظ و توسعه آن اثر می گذارند. [۱۵] عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت از الگوهای رفتاری است که از طریق تعامل خصوصیات فردی و شرایط زندگی اقتصادی، اجتماعی و محیطی تعیین می شود. در حالی که بسیاری از این مشکلات بهداشتی قابل پیشگیری اند. از آنجایی که یکی از عوامل زمینه ای بیماری های قلبی و عروقی، عوامل اجتماعی-رفتاری است. بنابراین،

گرجی [۹] همخوانی دارد. تامین منابع مالی پایدار و ثبات اقتصادی نیز در جایگاه عوامل تاثیرگذار بر فرایند خرید راهبردی خدمات سلامت قرار دارد. یکی از الزامات اصلی خرید راهبردی توسط سازمان های بیمه گر دارا بودن استقلال سازمانی، تامین منابع مالی پایدار و توانمندی مالی، تعادل در منابع و مصارف است. همچنین، دارا بودن قدرت انتخاب مطلوبترین ارائه دهنده خدمات سلامت و تعیین قیمت خدمت متناسب با کیفیت آن از طریق اعمال نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت و عملکرد از جمله الزامات اصلی خرید راهبردی خدمات سلامت است. که می تواند در ارائه خدمات بهتر به مردم و بسته خدمتی مناسب تر به آنها کمک نمایند. [۱۵] بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization (WHO)) پرداخت مبتنی بر عملکرد رویکردی است که به وسیله آن می توان انگیزش ارائه دهنده، کیفیت خدمات و پیامدهای سلامت را افزایش داد. [۱۶] استفاده از روش پرداخت مبتنی بر کیفیت علاوه بر اینکه در تعدیل رفتار ارائه دهنده تاثیر دارد، باعث عدالت بیشتری می شود. همچنین، وجود تعرفه واقعی و متغیر بر اساس کیفیت خدمت ارائه شده نیز تاثیر مثبت بر محدود سازی هزینه ها و کارایی سیستم سلامت دارد. بنابراین، توسعه مهارت های مدیریت منابع مالی سلامت در همه سطوح و تدوین شاخص هایی برای مانیتورینگ اثربخشی منابع مالی الزامی است. تعهد و ثبات سیاسی اقتصادی بخش سلامت و انتخاب هوشمندانه مداخلات از مهم ترین دلایل موفقیت دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ترکیه بوده است. این نتایج با مطالعه زیتی [۱۷] همخوانی دارد که نشان داده شده پرداخت مبتنی بر عملکرد اگرچه منجر به توسعه کیفیت مراقبت های ارائه شده می گردد؛ اما استقرار آن نیازمند عوامل متعددی است. فراهم نمودن بستر لازم و ساختار سازمانی ارائه خدمات سلامت متناسب با نیازهای جامعه و تغییرات محیطی نقش اصلی در رسیدن نظام سلامت به اهداف را بر عهده دارد. عوامل ساختاری و فراهم نمودن الزامات قانونی و بستر مناسب به عنوان عامل تاثیر گذار برای انجام فعالیتها، محسوب می شود که ارائه خدمات با سرعت و قابلیت بیشتری انجام شود

بیمه‌ها در فرهنگ سازی، تغییر رفتار و اطلاع رسانی اجتماعی و توجه به عوامل اجتماعی سلامت در سیاست‌ها و تصمیمات فرایند خرید خدمات سلامت و لحاظ نمودن این عوامل در تدوین بسته پایه بیمه‌ای نقش اساسی دارند. [۲۸] لذا، استفاده از تفکر سیستمی و برقراری ارتباطات لازم با حوزه‌های مختلف مرتبط با سلامتی مردم و تقویت مشارکت اجتماعی، منجر به ارتقای سلامت جامعه و دستیابی به اهداف نظام سلامت خواهد شد. نتایج این مطالعه با نتایج پژوهش حاضر مطالعه کنایت [۲۲] و مطالعه زکی [۲۳] همخوانی دارد. نظرسنجی ملی از نیازهای مردم در تصمیمات و سیاست‌های خرید راهبردی و داشتن تصویر شفاف از نیازهای سلامت جامعه مهم‌ترین گام در فرایند خرید راهبردی خدمات سلامت است که منجر به پاسخگویی اجتماعی نظام سلامت خواهد شد. [۲۴] راهبرد توانمندسازی بیمه‌شدگان توسط سازمان بیمه‌گر خریدار خدمات سلامت یکی از رویکردهای اساسی در راستای مدیریت بهینه منابع نظام سلامت هر کشوری است. توانمندسازی بیمه‌شدگان بر سه مبنای آگاهی، مسئولیت‌پذیری و مطالبه‌گری بیمه‌شدگان شکل یافته است و تحقق این گفتمان بیش از هر چیز به مشارکت آگاهانه مردم و به خصوص بیمه‌شدگان بستگی دارد. [۱۵] استفاده از راهکاری برای رضایت‌سنجی، بازخورد و توانمندسازی بیماران و شهروندان در سطح ملی می‌تواند در اخذ تصمیم آگاهانه برای انتخاب و بهره‌مندی از خدمات سلامت، افزایش کیفیت خدمات سلامت، کاهش قیمت و افزایش پاسخگویی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مؤثر واقع شود. تاثیر پذیر بودن این عامل نسبت به سایر عوامل پژوهش از آنجایی است که همراهی و همکاری سایر بازیگران و نقش آفرینان نظام سلامت از جمله ارائه‌دهندگان خدمات در بخش‌های مختلف و سیاست‌گذاران نظام سلامت نقشی تعیین‌کننده در این راستا خواهند داشت و بیماران قدرت چانه‌زنی و مشارکت‌چندانی برای انعکاس نیازهایشان در تصمیمات و سیاست‌های فرایند خرید خدمات سلامت ندارند و نیازهای آنها توسط سازمان خریدار و ارائه‌دهنده خدمات تعیین می‌گردد. بنابراین، خریداران باید برای ایجاد

توازن در نیازهای گروه‌های مختلف بیماران، علاوه بر سازوکارهای استفاده از صدای مشتری، ارزیابی بهتری از جمعیت داشته و برای ایجاد اعتماد بیشتر از قرار گرفتن تحت سلطه گروه‌های ذی‌نفوذ یا فرصت طلب اجتناب نمایند تا بین نیازهای بیماران و خدمات ارائه شده مطابقت مناسبی به وجود آید. نتایج این پژوهش با مطالعه فیگوراس [۲۴] همخوانی دارد. در تحلیل کمی نظام‌مند این پژوهش، قراردادهای نیز به عنوان عامل تاثیر پذیر در فرایند خرید راهبردی شناسایی شدند. قرارداد عملی‌ترین و آشکارترین بخش فرایند خرید خدمات سلامت و ابزار اصلی است که رابطه بین خریدار (سازمان بیمه‌گر) و کارگزار (ارائه‌دهنده خدمات سلامت) را تعریف می‌کند. از قرارداد برای انعکاس اهداف سلامت محور خریدار و نیازهای سلامت جامعه استفاده می‌شود و ارتباط بین منابع مالی با ستانده و خروجی خدمات سلامت و مسئولیت‌های خریدار و ارائه‌دهنده خدمات سلامت را برای پاسخگویی بهتر شفاف می‌نماید. نقش محوری خریداران در فرایند خرید خدمات سلامت تبدیل نیازهای سلامت جامعه و تامین بسته‌هایی از خدمات پایه سلامت است که در آن هم اولویت‌های ملی سلامت و هم هزینه‌های اثربخش بودن مداخلات سلامت در آن مدنظر قرار گیرد. [۲۵] بنابراین، عقد قرارداد مبتنی بر نتایج با ارائه‌دهنده، ضمن دستیابی به نتایج مورد انتظار، اتلاف منابع نیز کاهش خواهد یافت. در برخی از کشورها سازوکارها و راهکاری مختلفی برای اطمینان از قراردادهای مستند محور مبتنی بر شواهد مانند تشکیل کمیته ملی ارزیابی فناوری سلامت و تدوین خطوط راهنماهای درمانی در کلیه فعالیت‌های پیشگیری تا درمان در فرایند خرید خدمات سلامت بکار گرفته می‌شود. [۲۶] یکی از مزایای خرید راهبردی خدمات سلامت این است که به نیازها توجه بیشتری نسبت به تقاضا دارد و به طیف مداخلات از پیشگیری تا درمان می‌پردازد. از آنجایی که بیشتر مداخلات سلامت، مردم محور هستند و طبیعت کالای عمومی دارند، ممکن است خارج از محدوده قراردادها قرار گیرند. در این شرایط و با توجه به افزایش بیماری‌های مزمن و ترکیب سالمندی جمعیت، تقاضا برای

حائز اهمیت است. پیشنهاد می شود برای دستیابی به خرید راهبردی خدمات سلامت تغییراتی در فرایندهای کارکردی نظام سلامت صورت پذیرد و تمیهدات اجرای آن فراهم گردد تا عملکرد نظام سلامت بهبود یابد. برای پژوهش های آتی پیشنهاد می شود تاثیر برنامه کاربردی حاضر بر خدمات پرهزینه سلامت ارزیابی شود.

سلامت‌نگار اخلاقی

رعایت دستورالعمل های اخلاقی: این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه با عنوان "خرید راهبردی خدمات سلامت بیماری های قلبی و عروقی" در مقطع دکترای تخصصی رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال در سال ۱۳۹۸ با شناسه اخلاق IR.IAU.TNB.REC.1399.009 می باشد.

حمایت مالی: این مقاله بدون حمایت مالی سازمانی انجام شده است.

تضاد منافع: نویسندگان اظهار داشتند که تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: پژوهشگران از کلیه مدیران و مسئولین محترم سازمان های بیمه سلامت ایران، سازمان بیمه تامین اجتماعی، سازمان بیمه درمانی نیروهای مسلح، وزارت بهداشت، شورای عالی بیمه سلامت، بیمارستان های تخصصی قلب و دانشگاه های علوم پزشکی کشور که ما را در انجام این پژوهش مساعدت نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می آورند.

فناوری های پیشرفته و مراقبت های پیچیده تر بیشتر می گردد در نتیجه همکاری و هماهنگی بین سطوح مختلف ارائه خدمات ضرورت دارد. جهت هماهنگی بین سطوح مختلف ارائه خدمات، قراردادها باید به جای اینکه بخشی از مراقبت را پوشش دهند به سمت «برنامه های مدیریت بیماری» تغییر جهت دهند. مراقبت های مدیریت شده نقش بسزایی در کاهش هزینه ها و کیفیت خدمات دارد. در ایران قراردادها از کیفیت لازم برخوردار نیستند. بنابراین، قراردادها باید به گونه ای ساماندهی شوند که سازمان های بیمه گر بتوانند با استفاده از مکانیسم های قانونی و نظارتی، عملکرد ارائه دهندگان خدمات سلامت را به گونه ای مدیریت کنند که خدمات کارآمد، با کیفیت و مقرون به صرفه ارائه دهند همچنین، در توجه به ویژگی های اجتماعی و انعطاف پذیری در تنظیم قراردادها مانند تعامل، اعتماد و همکاری دوجانبه و در نظر گرفتن پاداش های مالی به ازای ارائه خدمات سلامت مطلوب، کاهش فرصت طلبی و کنترل سوءرفتار در راستای ارتقاء و بهبود عملکرد ارایه دهندگان ضروری هستند. لذا، نتایج این پژوهش با مطالعه باوس [۲۷] همخوانی دارد. نتیجه گیری می شود عوامل تولید و سیاستگذاری، منابع مالی، بیمه ای، اصلاحات ساختاری، مهم ترین عوامل اثرگذار و عوامل مرتبط با توانمندسازی بیمار، ارایه دهنده و قراردادها عوامل تاثیر پذیر در فرایند خرید راهبردی ایران است. بنابراین، ایفای نقش موثر و توانایی های حکمرانی تولید سلامت در هماهنگی ذینفعان و عوامل چرخه خرید راهبردی، توانایی های ساختاری مالی و رویکرد سلامت محور سازمان های بیمه گر در قالب مراقبت های ادغام یافته و یکپارچه در خرید راهبردی خدمات سلامت قلبی عروقی

References

1. Rabiei A, Chahi R. The role of health insurance in the national security of the islamic republic of Iran. National Security.2019;9(31):137-72.[In Persian]
2. Rasoulia M. Financing strategies in the plan health insurance in Iran. Journal of Strategic Management Researches.2016;22(62):135-52. [In Persian]
3. Mehrolhassani MH, 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. Iranian Journal of Epidemiology. 2017;12(5):74-84. [In Persian]

4. Ghoddoosi Nejad J, Janati A, Arab Zozani M, Imani A. Strategic purchasing in health system of Iran: A review study. *Depiction of Health*. 2018;8(4):260-6. [In Persian]
5. The world health report 2000: Health systems : Improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
6. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: Concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ*. 2013 Aug;91(8):602-11.
7. Munge K, Mulupi S, Barasa E, Chuma J. A critical analysis of purchasing arrangements in Kenya: The case of micro health insurance. *BMC Health Serv Res*. 2019 Jan;19(45):1-10.
8. Kalantari AR. Determining the challenges of establishing strategic purchases of the health insurance organization of Iran and providing solution [master's thesis]. Kerman: Kerman University of Medical Sciences; 2015. [In Persian]
9. Gorji HA, Shajari Pour Mousavi SM, Shojaei A, Keshavarzi A, Zare H. The challenges of strategic purchasing of healthcare services in Iran health insurance organization: A qualitative study. *Electron physician*. 2018 Feb;10(2):6299-306.
10. National document for prevention and control of non communicable diseases and the related risk factors in the islamic republic of Iran,2015-2025. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2015. [In Persian]
11. Geldsetzer P, Manne-Goehler J, Marcus ME, Ebert C, Zhumadilov Z, Wesseh CS, et al. The state of hypertension care in 44 low-income and middle-income countries: A cross-sectional study of nationally representative individual-level data from 1.1 million adults. *The Lancet*. 2019 Aug;394(10199):652-62.
12. Ndou T, van Zyl G, Hlahane S, Goudge J. A rapid assessment of a community health worker pilot programme to improve the management of hypertension and diabetes in Emfuleni sub-district of Gauteng Province, South Africa. *Glob Health Action*. 2013 Jan;6(19228):213-18.
13. Raghfar H, Sargazi N, Mehraban S, Akbarzadeh MA, Vaez Mahdavi MR, Vahdati Manesh Z. The economic burden of coronary heart disease in Iran: A bottom-up approach in 2014. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 2018;18(3):341-56. [In Persian]
14. Ehsani-Chimeh E, Sajadi HS, Majdzadeh R. Iran towards universal health coverage: The role of human resources for health. *Med J Islam Repub Iran*. 2018 Oct;32(100):1-5.
15. Saeidpour J, Esmaeili A, Saleh S. Social work in health system with peoples empowerment approach in health system. Tehran: Satel publications; 2017. [In Persian]
16. World Health Organization. Health systems financing: The path to universal coverage [Internet]. Geneva: World Health Organization ;2010 [cited 2010 July]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371>.
17. Zitti T, Gautier L, Coulibaly A, Ridde V. Stakeholder perceptions and context of the implementation of performance-based financing in district hospitals in Mali. *Int J Health Policy Manag*. 2019 Oct;8(10):583-92.
18. Zanganeh Baygi M, Seyadin SH, Rajabi Fard Mazrae No F, Kouhsari Khameneh A. Adaptation of goals and organizational structure in Iran's primary healthcare system, A systematic review. *Payavard Salamat*. 2016;9(5):446-58. [In Persian]
19. Doshmangir L, Rashidian A, Bazzyar M. Universal health coverage in Thailand: Achievement and experiences learned. *Hakim*. 2015;18(3):217-32. [In Persian]
20. Abedi Gh, Shojaee J, Bastani P, Kabir MJ, Yazdani J. The comparative study of strategic purchasing of health services in selected countries: A review study. *Bali Medical Journal*. 2018;7(1):1-6. [In Persian]
21. Preker AS, Liu X, Velenyi EV, Baris E. Public ends, private means: Strategic purchasing of health services. Washington: World Bank; 2007.
22. Knight AK, Blessner P, Olson BA, Blackburn TD. Strategic sourcing and corporate social responsibility: Aligning a healthcare organization's strategic objectives. *J Purch Supply Manag*. Forthcoming 2017.

23. Zaki MA, Khoshouei M. Social health and its effective factors among the citizens of Isfahan. *Urban Sociological Studies*.2013;3(8):79-108. [In Persian]
24. Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. *Purchasing to improve health systems performance*. New York: Open University Press; 2005.
25. Hassanzadeh A, Fakhim Alizadeh S, Ashouri F. *Justice, social insurance and strategic purchasing of health services*.Tehran: Bahram; 2012.
26. Mosadeghrad AM, Esfahani P, Afshari M. Strategies to improve hospital efficiency in Iran: A scoping review. *Payesh*. 2019;18(1):7-21. [In Persian]
27. Busse R, Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. Strategic purchasing to improve health system performance: Key issues and international trends. *Healthc Pap*. 2007; 8:62-76.
28. Dehnavieh R, Rashidian A, Maleki MR. Challenges of determining basic health insurance package in Iran. *Payesh*. 2011;10(2):273-83. [In Persian]
29. Asgharpour MJ. *Multiple criteria decision-making*.Tehran: University of Tehran Press. 2018. [In Persian]