

**Depiction of Health**

2018; 8(4): 260-266

<http://dohweb.tbzmed.ac.ir>

## Strategic Purchasing in Health System of Iran: A Review Study

Javad Ghoddoosi-Nejad<sup>1</sup>, Ali Janati\*<sup>2</sup>, Morteza Arab-Zozani<sup>3</sup>, Ali Imani<sup>2</sup>

### Article Info:

#### Article History:

Received: 2017/12/03

Accepted: 2018/01/04

Published: 2018/03/16

#### Keywords:

Strategic Purchasing  
Health System  
Health System Reform  
Family Physician  
Review Study

### Abstract

Considering spiraling costs of management and delivery of health services, using principles of health economics is inevitable. World Health Organization in a report in 2000 emphasized on the use of strategic purchasing as a main strategy for achieving objectives of health system. Therefore, investigating strategic purchasing in context of health system in Iran to understand implementation possibility seems to be necessary. Having this in mind, researchers outlined infrastructures of implementation of strategic purchasing in Iran. Strategic purchasing and regionalization in health system, universal health coverage which is a main objective for health systems, reform plan of health system, family physician plan and reforms in health system were analyzed with an orientation to strategic purchasing and applicable recommendations were offered. Considering high costs of health services delivery and infinite needs of people, using strategic purchasing is a mandatory approach. In this regard, infrastructures like health information management, comprehensive and up-to-date electronic health records should be developed by planners.

**Citation:** 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): 260-266.

1. Social Determinants of Health Research Center, Department of Public Health, Faculty of Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
2. Iranian Center of Excellence in Health Management, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Email: janati1382@gmail.com)
3. Iranian Center of Excellence in Health Management, School of Management and Medical Informatics, Student Research Committee, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran



© 2018 The Author(s). This work is published by *Depiction of Health* as an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

## خرید راهبردی در نظام سلامت ایران: مطالعه مروری

جواد قدوسی نژاد<sup>۱</sup>، علی جنتی<sup>۲\*</sup>، مرتضی عرب زوزنی<sup>۳</sup>، علی ایمانی<sup>۲</sup>

### چکیده

با توجه به هزینه‌های روزافزون مدیریت نظام سلامت و ارائه‌ی خدمات بهداشت و درمان، بهره بردن از اصول اقتصاد سلامت اجتناب‌ناپذیر است. در گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی، بر اهمیت استفاده از خرید راهبردی به‌عنوان استراتژی اصلی دستیابی به اهداف هر نظام سلامت تأکید شده است. بنابراین بررسی خرید راهبردی در نظام سلامت ایران به‌منظور قابلیت اجرای این طرح در وضعیت کنونی نظام سلامت کشور ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به این مهم، پژوهشگران با در نظر داشتن زیرساخت‌ها و برنامه‌های در حال اجرای در نظام سلامت ایران، الزامات اجرای خرید راهبردی را مورد بررسی قرار دادند. خرید راهبردی و سطح بندی خدمات در نظام سلامت، پوشش همگانی سلامت که یکی از اهداف اصلی در همه‌ی نظام‌های سلامت نیز می‌باشد، طرح تحول نظام سلامت، پزشک خانواده، و نیز اصلاحات در نظام سلامت مورد بررسی و نقد قرار گرفته است و پیشنهادات کاربردی ارائه شده است. با توجه به هزینه‌های روزافزون و نیازهای متنوع مردم، استفاده از خرید راهبردی یک ضرورت در نظام سلامت است و در این راستا بایستی زیرساخت‌های اجرای آن اعم از مدیریت اطلاعات سلامت و پرونده الکترونیکی سلامت جامع و به روز تدوین و راه‌اندازی گردد.

**کلیدواژه‌ها:** خرید راهبردی، نظام سلامت، تحول نظام سلامت، پزشک خانواده، مطالعه مروری

نحوه استناد به این مقاله: قدوسی نژاد ج، جنتی ع، عرب زوزنی م، ایمانی ع. خرید راهبردی در نظام سلامت ایران: مطالعه مروری. تصویر سلامت ۱۳۹۶؛ ۴(۸): ۲۶۶-۲۶۰.

۱. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

۲. قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (Email: janati1382@gmail.com)

۳. قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کپی‌رایت کامنز (http://creativecommons.org/licenses/bync/4.0/) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

## مقدمه

در سال ۲۰۰۰، سازمان بهداشت جهانی الگویی را برای ارزیابی عینی سیستم‌های سلامت معرفی نمود. در این چارچوب، سه هدف عالی و چهار کارکرد برای دستیابی به این اهداف معرفی شده بودند. اهداف هر سیستم سلامت عبارتند از: دستیابی به سلامت بهتر، پاسخگویی به نیازهای غیرپزشکی و مشارکت مالی عادلانه. کارکردهایی که برای رسیدن به این اهداف تعریف شده بودند عبارتند از: تولید منابع، خرید مراقبت‌ها و مداخلات، ارائه خدمات و تولید (۱).

در کارکرد خرید مراقبت‌ها و مداخلات، سه زیرکارکرد تعریف شده است: جمع‌آوری درآمدها، انباشت و خرید. در گزارش سازمان بهداشت جهانی تأکید شده است که خرید مراقبت‌ها بایستی به صورت راهبردی باشد یعنی جستجوی پیوسته برای تهیه‌ی باکیفیت‌ترین مراقبت‌ها با بیشترین هزینه‌اثربخشی برای جمعیت هدف (۲ و ۱).

در واقع طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی پاسخ به پنج سوال می‌تواند تضمین‌کننده‌ی اجرای صحیح خرید راهبردی باشد: چه چیزی بخریم؟ برای چه کسی بخریم؟ با چه قیمتی بخریم؟ چگونه بخریم؟ و از چه کسی بخریم؟ (۱)

خرید راهبردی در حد یک رفورم و اصلاحات در نظام سلامت است که جوانب مختلف هر سیستم سلامت را درگیر می‌کند و با برنامه‌های گذشته، در حال اجرا و حتی آینده‌ی نظام سلامت نیز مرتبط می‌باشد (۲). بنابراین بررسی خرید راهبردی در نظام سلامت ایران به منظور قابلیت اجرای این طرح در وضعیت کنونی نظام سلامت کشور ضروری به نظر می‌رسد.

## خرید راهبردی و سطح بندی خدمات در نظام سلامت

سطح بندی خدمات سلامت و استفاده از نظام ارجاع مؤثر یکی از پایه‌های اصلی یک نظام سلامت موفق است. در اکثر کشورهای در حال توسعه، سهم زیادی از منابع بخش سلامت به خدمات بیمارستانی اختصاص پیدا می‌کند در حالی که ثابت شده است مراقبت‌های سلامت پیشگیرانه بسیار هزینه‌اثربخش‌تر هستند (۳).

شناسایی درست نیازهای جمعیت، طراحی صحیح مراقبت‌های سلامت برای جمعیت هدف و الزامات قانونی برای اجرای صحیح نظام ارجاع برای رسیدن به نتایج متصور بر خرید راهبردی ضروری به نظر می‌رسد. در مواردی که نظام ارجاع غیراثربخش است و توسط متخصصین و مردم دور زده می‌شود علیرغم وجود نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات در نظام سلامت گسیختگی آرایه‌ی مراقبت‌ها به وجود می‌آید و کنترل و نظارت بر آرایه‌ی مراقبت‌های هزینه‌اثربخش با چالش مواجه می‌شود (۳).

برای اجرای صحیح و مؤثر خرید راهبردی ابتدا باید سطح بندی دقیق خدمات سلامت و نظام ارجاع مؤثر را برقرار کرد تا الزامات خرید راهبردی قابل اجرا باشد (۴).

## خرید راهبردی و پوشش همگانی سلامت

در سال ۲۰۰۵، توسط سازمان بهداشت جهانی، پوشش همگانی سلامت به این شکل تعریف شده است: «دسترسی به مداخلات کلیدی سلامت، ارتقای سلامت پیشگیرانه، خدمات درمانی و بازتوانی برای همگان با هزینه‌ی منطقی و قابل قبول» (۵). در پوشش همگانی تأکید بر مراقبت‌های هزینه‌اثربخش 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 مورد نیاز کلیدی سلامت را طراحی و شناسایی کنند. سپس با استفاده از سطح بندی دقیق و تعدیل شده‌ی مراقبت‌های کلیدی پیشگیرانه در نظام سلامت الزامات پوشش همگانی را اجرایی کنند (۶ و ۷).

در پوشش همگانی که با هدف حفاظت مالی از مردم در مقابل مخاطرات هزینه‌های کمرشکن سلامت و همچنین آرایه‌ی حداکثری مراقبت‌های مورد نیاز مردم طراحی شده است، یک جزء خیلی مهم نحوه‌ی تأمین مالی نظام سلامت است (۶ و ۷).

در تأمین مالی بهتر است که از طرح‌های پرداخت گذشته‌نگر و مبتنی بر نظام کارانه که هیچ انباشت مالی برای خریداران کوچک و نظام سلامت ندارد به سمت نظام‌های پرداخت آینده‌نگر با انباشت مالی وسیع برنامه‌ریزی شود (۶ و ۷).

تأمین مالی به‌وسیله‌ی طرح‌های پیش پرداختی چون مالیات‌های عمومی یا مالیات‌های اختصاصی بخش بهداشت و یا طرح‌های سرانه‌ی حق بیمه به روش بیسمارک می‌تواند بهترین جایگزین برای کارانه باشند. در این طرح‌ها بیمار شدن با خرج کردن یکی نیست و یارانه‌ها می‌توانند به صورت متقاطع در راستای تحقق عدالت اجتماعی توزیع شوند و اصل مهم عدالت اجتماعی تحقق یابد. بدین صورت که افراد سالم و ثروتمند مشارکت بیشتری داشته باشند و افراد نیازمند و بیمار دریافتی بیشتری از مراقبت‌های سلامتی داشته باشند تا از افتادن آن‌ها به ورطه هزینه‌های کمرشکن سلامت جلوگیری شود (۶ و ۷).

توجه به این نکته ضروری است که تبدیل تأمین مالی به شیوه‌ی پیش پرداخت لزوماً موجب تبدیل خرید غیرفعال به خرید فعال و راهبردی نخواهد شد؛ بلکه برای اجرای خرید راهبردی بایستی مرزهای بین مراقبت‌های داخل بسته‌ی خدمات با مراقبت‌هایی که در لیست منفی (Negative list) هستند به خوبی مشخص شوند، از کیفیت این مراقبت‌ها اطمینان حاصل شود، همچنین جمعیت نیازمند به این مداخلات به خوبی شناسایی و حمایت شوند تا بتوان به نتایج مطلوب خرید راهبردی دست پیدا کرد (۶ و ۷).

## خرید راهبردی و طرح تحول سلامت

بودن و آگاه بودن از تغییرات محیطی و لزوم انطباق با شرایط جدید و استفاده از پتانسیل‌های جدید برای پیشینه کردن سلامتی جمعیت تحت پوشش است (۱).

به منظور شناسایی جدیدترین مداخلات و مراقبت‌های هزینه اثربخش قابل قبول و مورد پذیرش در زمینه‌ی نظام سلامت، تأکید بر پژوهش‌های کاربردی از اهمیت فراوانی برخوردار است. انجام کارهایی چون طراحی مراکز پزشکی مبتنی بر شواهد، استفاده از راهنماهای بالینی استاندارد و بومی شده و هم‌چنین در موارد سطح بالاتر استفاده از مدیریت مبتنی بر شواهد اقدامات مفیدی برای اطمینان از به روز ماندن نظام خرید راهبردی خواهد بود (۱۱ و ۱۲ و ۱۴ و ۱۵).

در ایران نیز از ایام گذشته نیاز به اصلاحات در وزارت بهداشت حس شده است. یکی از این اصلاحات در مورد طرح شبکه‌های بهداشت و درمان و استقرار نظام ارجاع بود که با هزینه‌های بخش‌های بسیار و بهبود کیفیت و شاخص‌های مراقبت‌های سلامت همراه بود. خودگردانی بیمارستان‌ها، هیأت امنایی کردن دانشگاه‌های علوم پزشکی، طرح تحول سلامت در سال ۱۳۹۲ و نیز پزشک خانواده از مهم‌ترین اصلاحات در نظام سلامت ایران هستند که هر کدام به نوعی بر الزامات خرید راهبردی تأثیر بسزایی دارند (۱۶) که در جای خود مورد بحث قرار گرفته‌اند.

### خرید راهبردی و پزشک خانواده

در راستای ۴ اصل بنیادی برقراری عدالت اجتماعی، مشارکت مردمی، همکاری بین بخشی و استفاده از تکنولوژی مناسب، برنامه‌ی مراقبت اولیه سلامت (PHC: Primary Health Care) در نظام سلامت کشور راه اندازی و اجرا شد که تا حدود بسیار زیادی موفق بود (۱۷ و ۱۸).

همچنین در قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در ماده ۹۱ و هم‌چنین در بندهای ج و د ماده ۳۲ و نیز بند الف از ماده ۳۵، بند ج ماده ۳۸ از برنامه‌ی پنجم بر استقرار عملیاتی بیمه‌ی سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع تأکید دارند. هم‌چنین بر اساس بند ۸ سیاست‌های کلی سلامت که توسط رهبر معظم انقلاب اسلامی ایران ابلاغ شده است، افزایش و بهبود کیفیت خدمات، ایمنی مراقبت‌های جامع سلامت با محوریت عدالت و تکیه بر پاسخگویی، اثربخشی، کارایی، بهره‌وری و اطلاع رسانی شفاف بایستی در قالب شبکه بهداشت و درمان و از طریق سطح بندی و نظام ارجاع صورت پذیرد.

بر اساس قانون بودجه‌ی سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه‌ی سلامت ایران وظیفه‌ی صدور دفترچه‌ی بیمه‌ی سلامت برای تمامی ساکنین مناطق روستایی و عشایری و هم‌چنین شهرهای با جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر در رابطه با بهره‌مندی آنان از مراقبت‌های سلامت از طریق برنامه‌ی پزشک خانواده را عهده‌دار گردید.

طرح تحول سلامت از ۱۵ اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳ با اهداف افزایش پاسخگویی نظام سلامت؛ کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم؛ کاهش درصد خانوارهایی که به‌خاطر دریافت خدمات سلامت دچار هزینه کمرشکن شده‌اند؛ بهبود پیامدهای بیماران اورژانسی و افزایش زایمان طبیعی به نظام سلامت ایران معرفی شد و در بیمارستان‌های دولتی وابسته به وزارت بهداشت در کشور به اجرا درآمد (۸).

- اجزای طرح تحول سلامت عبارت هستند از (۹ و ۸):
- ۱- کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی وابسته به وزارت بهداشت
  - ۲- حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم
  - ۳- حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی وابسته به وزارت بهداشت
  - ۴- ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی وابسته به وزارت بهداشت
  - ۵- ارتقای کیفیت خدمات و یزیت در بیمارستان‌های دولتی وابسته به وزارت بهداشت
  - ۶- برنامه ترویج زایمان طبیعی
  - ۷- برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند

۸- راه اندازی اورژانس هوایی  
برنامه طرح تحول سلامت اگر چه با استقبال زیادی از سوی مردم به‌خصوص فقرا و نیازمندان مواجه شد ولی چالش‌های زیادی در سر راه این برنامه وجود دارد. اولین و مهم‌ترین چالشی که برای این طرح توسط متخصصین نظام سلامت از ابتدای امر مطرح شد پایداری تأمین منابع مالی این طرح بود (۳).

طرح تحول سلامت با تقویت نظام کارانه بصورت غیرمستقیم موجب تقویت عرضه شد (۳). در حالی که گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی برای اجرای صحیح خرید راهبردی بر پرهیز از نظام پرداخت کارانه تأکید دارند، تقویت نظام کارانه در طرح تحول سلامت می‌تواند اجرای صحیح خرید راهبردی را با چالش مواجه نماید (۱۰-۱۲).

### خرید راهبردی و اصلاحات نظام سلامت

اصلاحات نظام سلامت به معنی تغییر اساسی در ساختار نظام سلامت با هدف بهبود اهداف و عملکرد نظام سلامت است. تغییرات سریع اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و تکنولوژیکی در عرصه‌ی سلامت بسیار تأثیرگذار هستند و لزوم اجرای تحول و اصلاحات در این نظام را دو چندان می‌نمایند (۱۳).

همانگونه که در تعریف خرید راهبردی آمده است این استراتژی عبارت است از جستجوی مداوم برای یافتن بهترین مداخلات برای حداکثر کردن سلامتی مردم با استفاده از حداقل امکانات موجود. عبارت جستجوی مداوم خود به معنی بیدار

در بیمه‌ی سلامت ایرانیان تأسیس شده است و در حال انجام امور ابتدایی مربوط به تدوین آیین‌نامه خرید راهبردی می‌باشند، ولی تاکنون در عرصه‌ی اجرا دستاورد چشمگیری نداشته است.

در برنامه‌ی ششم توسعه مصوب ۱۳۹۵/۱۲/۱۴ مجلس شورای اسلامی نیز در ماده‌ی ۷۲، بند الف، تأکید شده است که کلیه‌ی ارگان‌ها و نهادهای دخیل در سلامت و نیز اشخاص حقیقی، حقوقی چه دولتی و چه غیردولتی، بایستی از اصول خرید راهبردی تبعیت کنند: «کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی اعم از دولتی و غیردولتی، از جمله ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه پایه و تکمیلی، موظفند از خط‌مشی و سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با تأکید بر خرید راهبردی خدمات و واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و سطح‌بندی خدمات، تبعیت کنند».

هم‌چنین در ماده‌ی ۷۴، بند ج بیان شده است که «سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر پایه‌ی کشور مکلف به خرید راهبردی خدمات سلامت براساس دستورالعمل‌ها و راهنماهای بالینی و فهرست رسمی داروهای فاقد نام تجاری (ژنریک) ایران در چهارچوب نظام ملی دارویی کشور هم‌زمان با اجرائی شدن نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در کشور از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صرفاً از طریق سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان موضوع بند (الف) این ماده هستند».

در برنامه‌ی توسعه‌ی پنجم این مساله به بیمه‌ی سلامت واگذار شده بود و تولیت اصلی در این بخش بر عهده‌ی بیمه‌ی سلامت ایرانیان بود ولی در برنامه‌ی ششم توسعه، تولیت بر عهده‌ی وزارت بهداشت و درمان است و وظیفه‌ی سیاست‌گذاری، ارزیابی و ارزشیابی و اجرای قوانین را در این زمینه برعهده دارد. همچنین تأکید این برنامه بر سطوح ارجاع و نیز پزشک خانواده از نکات قابل توجه می‌باشد (۲۳).

از آنجایی که خرید راهبردی همان‌طور که قبلاً گفته شد در حد یک رفورم در نظام سلامت است و همه‌ی ذی‌نفعان در نظام سلامت را به نوعی درگیر می‌سازد. بنابراین سپردن آن به ارگانی مانند بیمه‌ی سلامت که توان نظارتی و تولیتی بر کل ارکان سیستم سلامت را نداشت، منجر به عدم اجرای صحیح این استراتژی می‌شد. در برنامه‌ی ششم برخلاف برنامه‌ی قبلی، این رویکرد اصلاح شده است و علاوه بر بیمه‌ی سلامت کلیه‌ی نهادها و ذی‌نفعان سازمان‌های بیمه‌گر اعم از پایه و مکمل، دولتی یا غیردولتی موظف به اجرای اصول خرید راهبردی با تولیت و نظارت وزارت بهداشت و درمان به عنوان متولی اصلی سلامت در کشور گشته‌اند که به‌نظر رویکردی علمی و مثبت است.

در مقام اجرا علیرغم این که در سازمان بیمه نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران نیز دفتر تخصصی برای خرید راهبردی

همه‌ی اسناد ذکر شده بر اهمیت نظام ارجاع و برنامه‌ی پزشک خانواده تأکید دارند. در برنامه‌ی پزشک خانواده که نظام ارجاع و سطح‌بندی را به بهترین شکل در دل خود دارد تیم سلامت با سرپرستی پزشک عمومی مسئولیت سلامت جمعیت تحت پوشش خود را بر عهده دارند. در مواردی که پزشک عمومی فردی را به سطوح تخصصی ارجاع می‌دهد مسئولیت پیگیری اقدامات را بر عهده دارد (۱۹ و ۲۰).

برنامه‌ی پزشک خانواده که در سال ۱۳۹۴ نسخه‌ی ۱۶ آن نیز منتشر شد و در دستور کار قرار گرفت، در موارد زیادی با الزامات خرید راهبردی همخوانی دارد. آرایه‌ی خدمات به جمعیت تحت پوشش که طبق کارشناسی‌های انجام شده بین ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ نفر می‌باشند به‌صورت فعال می‌باشد و پیگیری‌های زیادی در مورد تداوم خدمت در جمعیت تحت پوشش صورت می‌گیرد و تیم سلامت با نیازهای جمعیتی خود به خوبی آشنا هستند که این باعث می‌شود خدمات به‌صورت هدفمند به گروه‌های هدف ارایه گردد و باعث افزایش دسترسی در گروه‌های تحت پوشش می‌گردد (۲۱).

هم‌چنین شیوه‌ی پرداخت به تیم سلامت بر اساس شیوه‌ی مقبول سرانه است و پرداخت به آن‌ها بر اساس شاخص‌های سلامتی جمعیت تحت پوشش صورت می‌گیرد. همچنین خدمات بر اساس بسته‌ی مراقبتی که توسط وزارت بهداشت طراحی شده و نیازهای اصلی و اولیه‌ی جمعیت را هدف قرار داده است صورت می‌گیرد.

در مورد نظارت و پایش مراقبت‌های آرایه شده توسط تیم سلامت نیز در برنامه‌ی پزشک خانواده به خوبی این موارد دیده شده است و به نظر می‌رسد که وزارت بهداشت نقش تولیتی خود را در این برنامه به خوبی ایفا می‌کند.

هم‌چنین در آئتم قرارداد با تیم‌های سلامت امر واگذاری و تصدی‌گری در برنامه‌ی پزشک خانواده به‌خوبی مشهود است. در صورتی که شبکه‌های بهداشت و درمان و مسئولین آن‌ها تبحر لازم در امر تنظیم قرارداد را داشته باشند می‌توانند به‌ازای منابع مالی کمتر ارزش پولی بیشتری را به‌دست بیاورند و در صورت پایش و نظارت دقیق از کیفیت مراقبت‌های آرایه شده نیز مطمئن گردند.

در مجموع به‌نظر می‌رسد که برنامه‌ی پزشک خانواده به رویکرد خرید راهبردی و الزامات آن بسیار نزدیک است و نویدبخش استفاده‌ی مؤثر از منابع در حال کاهش بخش سلامت در مقابل نیازهای روزافزون این بخش و تقاضای فزاینده‌ی جمعیت را می‌دهد.

### تجربه خرید راهبردی در نظام سلامت ایران

در برنامه‌ی پنجم توسعه در بند «ز» ماده ۳۸ دولت سازمان بیمه سلامت ایرانیان را مکلف به اجرای خرید راهبردی کرده است (۲۲). در این راستا دفتر خرید راهبردی مراقبت‌های سلامت

بر مراقبت‌های هزینه‌اثربخش در سطوح ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها به‌جای تأکید بر خدمات درمانی که دارای هزینه اثربخشی و ارزش پولی (Value for money) به مراتب کمتری هستند، منابع را به سوی هدف عالی پوشش همگانی سلامت سوق دهد. در حال حاضر، تأکید زیادی بر خدمات سطح سه و رویکرد درمانی در بیمارستان‌ها وجود دارد که بایستی این رویکرد اصلاح شود.

### ملاحظات اخلاقی

این مقاله بخشی از رساله دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز با شماره ثبت ۵/۴/۹۸۵۶ می باشد. علاوه بر معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز، سازمان عالی پژوهش تأمین اجتماعی با شماره ثبت ۳۹۵۰۰۲۵۵۳ نیز این پژوهش را حمایت مالی کرده است که بدین وسیله پژوهشگران کمال تشکر را از نهادهای مذکور ابراز می دارند.

### تضاد منافع

بدین وسیله پژوهشگران اعلام می‌کنند که هیچ تعارض منافی وجود ندارد.

### تقدیر و تشکر

پژوهشگران مایلند از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز، و سازمان عالی پژوهش تأمین اجتماعی کمال تقدیر و تشکر را داشته باشند.

ایجاد شده است و اقداماتی نیز صورت گرفته است، ولی بیشتر این اقدامات در حد خرد و مداخلات کوچک بوده است و تحول چندانی در وضعیت سلامت کشور ایجاد نکرده است (۲ و ۲۴).

### بحث

خرید راهبردی یکی از استراتژی‌های اصلی برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت عنوان شده است. کشورهای مختلف اعم از شیلی، تایلند، نیوزیلند، ایتالیا، استرالیا، کانادا، امریکا و غیره درجات مختلفی از خرید راهبردی مراقبت‌های سلامت را در سطوح مختلف نظام سلامت تجربه کرده‌اند و بهبودی در شاخص‌های مختلف را به‌دست آورده‌اند. گرچه چالش‌های متفاوتی نیز در مقابل راه آن‌ها قرار داشت، در عین حال مزایای اجرای این برنامه بسیار بیشتر از چالش‌های سر راه آن است. در ایران نیز خرید راهبردی در بین سازمان‌های دخیل در امر سلامت به‌صورت کلی پذیرفته شده است و همان‌گونه که بحث شد بایستی در ارتباط با برنامه‌های مختلف و اصلی نظام سلامت هماهنگ و در تعامل باشد تا بهترین بهره از اجرای این استراتژی کسب شود.

### نتیجه‌گیری

با توجه به هزینه‌های روزافزون در سیستم سلامت و همچنین نیازهای تمام‌نشده و رو به افزایش در بین جمعیت تحت پوشش سیستم سلامت، استفاده از خرید راهبردی مراقبت‌های سلامت یک ضرورت اجتناب ناپذیر است. به نظر می‌رسد تأکید

### References

1. The world health report 2000, Health Systems: Improving Performance. Geneva: World health organization, 2000.
2. Ghoddoosi-Nezhad D, Janati A, Zozani MA, Doshmagir L, Bazargani HS, Imani A. Is strategic purchasing the right strategy to improve a health system's performance? A systematic review. BALI MEDICAL JOURNAL. 2017;6(1):102-13. doi: 10.15562/bmj.v6i1.369
3. Janati A, Ghoddoosi-Nejad D, Doshmagir L, Imani A. Challenges Of Implementing Strategic Purchasing Of Health Services In Iran: A Qualitative Study. Acta Medica Mediterranea. 2016;1(32):1033-8.
4. Jannati A, Jabbari Beirami H, Gholamzadeh Nikjoo R, Ghoddoosi Nejad J, Gholizadeh M, Naseri Asl M. regionalization of services in health sector. Tabriz: Shervin medical publication. 2012. 138-45 [In Persian]
5. Van Lerberghe W, Manuel A, Matthews Z, Cathy W. The World Health Report 2005-make every mother and child count: World Health Organization; 2005.
6. 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. The Lancet. 2012;380(9845):933-43. PMID: 22959390 doi: 10.1016/S0140-6736(12)61147-7
7. Tangcharoensathien V, Patcharanarumol W, Ir P, et al. Health-financing reforms in southeast Asia: challenges in achieving universal coverage. The Lancet.377(9768): 863-73. doi:10.1016/S0140-6736(10)61890-9
8. Faridfar N, Alimohammadzadeh K, Seyedin S H. The impact of health system reform on clinical, paraclinical and surgical indicators as well as patients' satisfaction in Rasoul-e-Akram hospital in 2013 to 2014. RJMS. 2016;22(140):92-99. URL: <http://rjms.iums.ac.ir/article-1-4294-fa.html>
9. Razm Ara Farzaghi H, Razm Ara Farzaghi M, Javadinia SeyedAlireza. The health revolution plan and medical education; the need to provide an educational appendix. Strides in Development of Medical Education. 2016;12(5): 789-90. [In Persian]

10. Preker AS. Managing scarcity through strategic purchasing of health care. *Spending wisely: Buying health services for the poor*, Washington, DC, The World Bank. 2005:23-60.
11. Preker AS. Public ends, private means: strategic purchasing of health services: World Bank Publications; 2007.
12. Preker AS, Langenbrunner J. *Spending wisely: buying health services for the poor*: World Bank Publications; 2005.
13. Ashtekar S. Reforms and health care. *Economic and Political Weekly*. 1999;2908-11.
14. Porter ME. A strategy for health care reform—toward a value-based system. *New England Journal of Medicine*. 2009;361(2):109-12. PMID: 19494209 doi: 10.1056/NEJMp0904131
15. Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. *Purchasing to improve health systems performance*: McGraw-Hill Education (UK); 2005.
16. Health sector reform in Islamic Republic of Iran . *Hakim Health Sys Res*. 2006;9(3):1-18  
URL: <http://hakim.hbi.ir/article-1-378-fa.html>
17. Jannati A, Maleki M, Gholizade M, Narimani M, Vakeli S. Assessing the strengths & weaknesses of family physician program. *Journal of Knowledge & Health*. 2010;4(4):38-43.
18. Jabbari-birami H, Gasemzade H, Bakhshian F, Mohammadpourasl A, Asadzade R. Evaluation of Family Physician Program Based on Family Health Indices. *Journal of Knowledge & Health*. 2012;7(3):124-8.
19. Takian A, Doshmangir L, Rashidian A. Implementing family physician programme in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care network. *Family practice*. 2013;30(5):551-9. PMID:23788202 doi:10.1093/fampra/cmt025
20. Khayyati F, Motlagh ME, Kabir M, Kazemeini H, Gharibi F, Jafari N. The role of family physician in case finding, referral, and insurance coverage in the rural areas. *Iranian journal of public health*. 2011;40(3):136. PMID: 23113096 PMID: PMC3481641
21. Program of family physician of Iran version 16 Tehran: Ministry of health of Iran; 2017 [cited 2017 2/3]. Available from: [http://www.phc.umsu.ac.ir/uploads/9\\_371\\_38\\_dasturool\\_amal.pdf](http://www.phc.umsu.ac.ir/uploads/9_371_38_dasturool_amal.pdf).
22. Fifth development plan of Islamic republic of Iran, (2010). [cited 2017 2/3] Available from: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/790196>
23. Sixth development plan of islamic republic of Iran; 2017 [cited 2017 2/3]. Available from: <http://dolat.ir/detail/281959>
24. Saravi N, KamaliNia F, editors. strategic purchasing in healthcare organization of Iran Armed forces. 2nd seminar of health economics; 2012; Tehran: healthcare organization of Iran Armed forces.