

استراتژی‌های خرید راهبردی خدمات سلامت: مطالعه مروری در سرطان

سامره یعقوبیان^۱، *قهرمان محمودی^۲، محمدعلی جهانی^۳

چکیده

مقدمه: خرید استراتژیک بهترین راه برای به دست آوردن یک حالت برنده-برنده بین خریدار و ارائه دهنده خدمت است که علاوه بر حفاظت مالی بیماران و تدارک خدمات مناسب، بهبود عملکرد مالی نظام سلامت را نیز در پی دارد. مطالعه حاضر یک مطالعه مروری سیستماتیک با هدف تعیین استراتژی‌های خرید راهبردی خدمات در سرطان است.

روش بررسی: در این مطالعه ۱۳ پایگاه الکترونیکی و موتورهای جستجوگر با کلید واژه‌های مرتبط از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۸ مورد جستجو قرار گرفت و مقالات انگلیسی یا فارسی در موضوعات بهداشتی، مورد بحث قرار گرفتند. ارزیابی کیفیت تمام مقالات با استفاده از چک لیست CASP انجام شد.

یافته‌ها: از مجموع ۲۹۹۹ مقاله، در نهایت ۲۱ مقاله با عنوان، چکیده و متن مرتبط بررسی شد. بر اساس یافته‌های این مطالعه، استراتژی‌های اصلی خرید راهبردی خدمات در سرطان شامل: استراتژی گیرنده خدمات، استراتژی ارائه دهنده خدمات، استراتژی خریدار خدمات و استراتژی‌های مالی با چندین استراتژی فرعی است.

بحث و نتیجه‌گیری: از آنجایی که قابلیت‌های استراتژیک در سازمان‌های بهداشتی یک تفکر مدیریتی متفاوت را می‌طلبد لذا حمایت و نظارت دولت در تنظیم روابط همه گروه‌های ذینفع می‌تواند به بهبود ارائه خدمات مناسب، کیفی و هزینه اثربخش شدن خدمات و منافع اقتصادی بیشتر برای نظام سلامت بینجامد.

کلمات کلیدی: خرید بیمارستان، خدمات سلامت، ارائه مراقبت سلامت

(سال بیست و یکم، شماره چهارم، زمستان ۱۳۹۸، مسلسل ۶۹)
تاریخ پذیرش: ۹۸/۹/۱۷

فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا / اداره بهداشت، امداد و درمان نهجا
تاریخ دریافت: ۹۸/۷/۱۸

۱. دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۲. دانشیار مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران (مؤلف مسئول)
ghahraman.mahmoodi@gmail.com
۳. دانشیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

مقدمه

افزایش قابل توجه هزینه‌های بخش سلامت [۱، ۲]، کمبود منابع غیر قابل تجدید [۳] افزایش فشار برای پاسخ به نیازها و انتظارات مردم [۴-۶] و بررسی مجدد و دقیق نقش دولت در سلامت، از جمله چالش‌های سال‌های اخیر نظام سلامت است [۲، ۶]. در حالی که اطمینان از کیفیت [۷]، دسترسی و مقرون به صرفه بودن خدمات سلامت به عنوان عملکردهای شناخته شده دولت‌ها اغلب مورد تأکید است [۸، ۹]، شواهد نشان می‌دهد دسترسی و استفاده از مراقبت‌های پزشکی، غربالگری‌های فردی و تشخیص بیماری تحت تأثیر بیمه درمانی، نوع بیمه درمانی و هزینه‌های مستقیم از جیب قرار دارد و حتی می‌تواند مانع دریافت خدمات پیشگیرانه و یا منجر به تغییراتی در بیماری‌های سخت شود [۱۰].

از سوی دیگر به دلیل جلوتر بودن دائمی هزینه‌ها از بازپرداخت، ارائه‌دهندگان خدمت نیز با مشکلات زیادی برای خرید سرمایه جدید مواجهند و هنوز فرایند استاندارد شده‌ای برای مذاکرات ارائه دهنده-پرداخت کننده ندارند [۱۱]. لذا خرید مناسب خدمات [۵] برای انجام مجموعه‌ای از مداخلات مؤثر در ارتقای سلامت [۱۲] همیشه یکی از نگرانی‌های اصلی بیمه‌های درمانی است [۱۳].

در این میان، گروه‌های آسیب‌پذیر جمعیت به دلیل نداشتن درآمد یا درآمد بسیار کم و ناپایدار و بالا بودن میزان پرداخت از جیب [۱۴] بیشتر از دریافت خدمات پیشگیرانه، تشخیصی و درمانی باز می‌مانند [۱۰]. به ویژه در بیماری سرطان که به شدت تحت تأثیر هزینه‌ها ست [۱۵]، فقر [۹، ۱۶] و دسترسی محدود به مراقبت‌های سلامتی، همراه با تأخیر تشخیص و مرگ زودرس در بیماران شده است [۱۰].

مطالعات نشان داده‌اند که تخصیص منابع و عملیات خرید تأثیر عمده‌ای بر هزینه، دسترسی، کیفیت و رضایت مشتری، و همچنین در دستیابی به کارایی فنی و تخصیصی دارد [۱۲]. در حال حاضر اغلب کشورهای با درآمد متوسط از خرید سنتی خدمات (خرید منفعل) استفاده می‌کنند که به دلیل

مشکلاتی مانند بازدهی کم در نظام سلامت، شاخص‌های پایین حمایت مالی و عدالت ضعیف در دسترسی به خدمات، نقاط ضعف فراوانی دارد [۱۳]. مثلاً تعداد قابل ملاحظه‌ای از مردم هنوز دسترسی مناسبی به منابع پایدار برای تهیه داروهای ضروری و حفظ پیوستار سلامتی خود ندارند [۱۷] که خود ممکن است عامل مهمی در شدت و بار بیماری در افراد شده [۱۸] و نهایتاً موجب ناتوانی در ارائه خدمات درمانی مناسب شود [۱۹].

از این رو، سازمان جهانی بهداشت، خرید راهبردی^۱ را [۱۳، ۲۰] به عنوان ابزار اصلی افزایش بهره‌وری منابع مالی سلامت و کیفیت و کارایی آنها معرفی کرد [۲۱] و آن را یکی از اهداف مهم اصلاحات مراقبت سلامت برای چیره شدن بر رشد هزینه‌ها و پایداری مالی بیماران برشمرد [۲۲] که ضمن افزایش دسترسی عادلانه به خدمات، به حمایت مالی عادلانه نیز منتج می‌شود [۲۰، ۲۳].

تانگچارونساتین^۲ نشان داد اگر خرید استراتژیک به عنوان مدل خرید فعال، به خوبی توسط سازمان‌های بیمه مدیریت شود، برای پشتیبانی ارجاع مناسب به مراقبت‌های سطح دوم و سوم، حیاتی است و موقعیت خوبی برای مسئولیت‌پذیری بخش عمومی و خصوصی در قبال ذی‌نفعان است [۲۳]. آرو^۳ و همکارانش نیز نشان دادند خرید فعال، ارائه خدمات با کیفیت و مقرون به صرفه را برای دریافت‌کنندگان خدمت را فراهم می‌آورد [۲۴].

در مقابل مطالعه آدی کوت^۴ نشان داد خریدارها قدرت اندکی در مذاکرات با ارائه‌دهندگان بزرگ دارند و کنترل استراتژیک محدودی بر ارائه مراقبت داشته‌اند [۲۵] و با وجود آنکه افزایش هزینه‌های سلامت تهدیدی برای دسترسی به خدمات بهداشتی گروه‌های خاص جمعیت است [۲۶] دنباله‌روی از خریدهای سنتی مانعی برای پوشش همگانی سلامت و دسترسی

1. Strategic Purchasing
2. Tangcharoensathien
3. Aroh
4. Addicott

روش بررسی

مطالعه حاضر، مطالعه مروری منظم^۳ خرید راهبردی خدمات سلامت درجهان است که در آن از روش بررسی^۴ و استراتژی جستجو^۵ استفاده کردیم.

این مطالعه در سال ۲۰۱۸ به بررسی مقالات منتشر شده در زمینه خرید راهبردی پرداخت. بدین منظور مقالات منتشر شده در مجلات داخلی و خارجی از تاریخ اول ژانویه سال ۲۰۰۰ (سال انتشار گزارش جهانی سلامت در زمینه مدل خرید راهبردی) تا ۳۰ مارس سال ۲۰۱۸ مورد جستجو قرار گرفتند که در پایگاه‌های اطلاعاتی پابمد، اسکوپوس، آی اس آی، اشپینگر، گوگل اسکالر، ابسکو، پروکوئست، ساینس دایرکت، وایلی، جهاد دانشگاهی مرکز اطلاعات جهاد دانشگاهی (SID)، ایران مدکس و پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC) نمایه شده بودند.

تمامی اصطلاحات کلیدی از طریق یک جستجوی ابتدایی^۶ به دست آمد. سپس با کمک دو کارشناس موضوعی^۷ برای بهبود استراتژی و اصطلاحات جستجو، مطالعات مرتبط باموضوع خرید استراتژیک در حوزه سلامت و با استفاده از دو دسته^۱ کلید واژه‌های انگلیسی و فارسی شامل:

(Purchase/Purchaser/Purchasing/Buying)
& (Strategic/Active/Proactive)

AND
(Healthcare/Healthservice/Hospital/Medical
service/Medical care/cancer)

جستجو شدند و مطالعاتی که در زمینه خرید یا خرید راهبردی خدمات در حوزه غیر سلامت بودند، به دلیل عدم تطابق با هدف پژوهش مورد استفاده قرار نگرفتند. در مرحله بعدی با کمک دو پژوهشگر دیگر، به صورت تصادفی نشان داده شد که هیچ مطالعه‌ای از دست نرفت. در گام نهایی با

گروه‌های آسیب‌پذیر به خدمات درمانی شده است [۲۷].

لذا امروزه بسیاری از کشورها همراه با گسترش کمی و کیفی خدمات سلامت [۱۴] سیاست‌ها و برنامه‌های محافظت از هزینه‌های بهداشتی کمرشکن^۱ و فقرزا^۲ چون سرطان را توسعه داده‌اند [۸] تا با معیارهای جدید خرید در مراقبت‌های تخصصی، بتوان به نیازهای جمعیت پاسخ داد و همزمان با افزایش بهره‌وری شرکت‌های بیمه به کیفیت و کارایی بیشتر انجامید [۲۸، ۲۱].

شواهد نشان می‌دهد اگرچه بعضی از کشورهای در حال توسعه استراتژی‌های خرید، پرداخت و ساز و کارهای نظارت فعال را در طرح‌های سلامت ملی خود قرار داده‌اند [۲۹] اما استفاده از روش‌های راهبردی خرید خدمات در بسیاری از کشورهای در حال توسعه مورد توجه قرار نگرفته [۱۲، ۳۰] و به علاوه در مورد چگونگی خریداری مداخلات و خدمات مورد نیاز [۲۱] بیماران سرطانی بررسی زیادی انجام نشده است [۳۱] که این امر فرصتی را برای بهبود کارایی خرید و دسترسی به خدمات [۳۰] و ارائه خدمات مناسب و مقرون به صرفه (هزینه اثربخش) ارائه می‌دهد [۳۲] تا بیماران بتوانند بدون مواجهه با مشکل مالی به خدمات کیفی سلامت دسترسی پیدا کنند [۲۲]. لذا به نظر می‌رسد با درک ضرورت و اهمیت استراتژی‌های خرید راهبردی، این پژوهش سهمی اندک در توسعه مهارت‌های خرید به ویژه در بیماری‌های صعب‌العلاج و تقویت زیرساخت‌های نظام سلامت داشته باشد. به همین منظور مطالعه حاضر با هدف تعیین استراتژی‌های خرید راهبردی خدمات سلامت در نزد بیماران سرطانی در مقایسه با چارچوب سازمان جهانی بهداشت به منظور ایجاد مبانی تصمیم‌گیری برای سیاست گذاران نظام سلامت ایران انجام شد.

1. Catastrophic Expenditures
2. Impoverishing

3. Sistematic Reviews Article
4. review procedure
5. search strategy
6. primitive search
7. subject experts

بعد با خروج ۴۱۶ مورد عناوین نامرتب از پژوهش، ۱۷۵ متن کامل مقالات باقی ماند که چکیده مقالات مرتبط مورد بازخوانی قرار گرفت تا مرتبط ترین چکیده مقالات مشخص شود. در این مرحله ۴۲ مقاله مرتبط انتخاب شد و ۱۳۳ مقاله دیگر حذف گردید. در مرحله بعدی، متن کامل ۴۲ مقاله برای تعیین شایستگی انتخاب شدند و همچنین ۲ مقاله نیز از سایر منابع به مطالعه وارد گردید. در مرحله آخر متن کامل ۲۳ مقاله انتخابی با توجه به معیارهای ورود و خروج و بعد از تعیین شایستگی مطالعات از مطالعه خارج شد و در نهایت ۲۱ مقاله برای بررسی در این مطالعه انتخاب گردید.

ارزیابی کیفی: کیفیت مقالات با استفاده از چک لیست CASP^۸ مورد بررسی قرار گرفت. به طوری که ابتدا اهداف مقالات مورد بررسی قرار گرفت و در صورت متناسب بودن اهداف مقالات، از چک لیست CASP استفاده گردید. این چک لیست حاوی ۱۰ سؤال بود و استفاده از آن به ما کمک می کرد تا یک بررسی منظم را درک کنیم. بر این اساس ما کیفیت مقالات را در سه سطح (کم، متوسط و با کیفیت بالا) دسته بندی کردیم که اگر نمره مقاله کمتر از ۴ بود، مطالعه با کیفیت پایین و نمره بین ۴ تا ۷ با کیفیت متوسط و نمره ۷ به بالا، با کیفیت بالا ارزیابی شد. لذا مقالاتی که نمره بالای ۷ به دست آوردند، در پژوهش ماندند. نمودار جریان فرایند انتخاب مقالات برای مطالعات مروری منظم و متاآنالیز^۹ در شکل ۱ نشان داده شده است.

استخراج داده ها^{۱۰}: ابزار مورد استفاده برای استخراج داده ها، فرم محقق ساخته بود که کلیه داده های مطالعات پیشین از جمله نام نویسنده اول، سال انتشار، نوع پژوهش، مکان پژوهش در آن ذکر شد.

تحلیل داده ها: بعد از استخراج و جمع آوری داده های هر مقاله، با توجه به ماهیت کیفی پژوهش، از تجزیه و تحلیل

استفاده از فهرست منابع مطالعات استخراج شده و برای وسعت بخشیدن به دامنه جستجو، به بررسی و ورود تعدادی از مقالاتی که نتوانستیم از طریق پایگاه های مختلف داده دریافت نمائیم، اقدام گردید تا حساسیت پژوهش افزایش یابد.

معیارهای ورود و خروج مطالعات^۲: معیار انتخاب مطالعات این بود که مقالات مرتبط با موضوع باشد یا بیشترین ارتباط را با موضوع داشته باشد. همچنین در حوزه سلامت باشند. مقاله جدید و در محدوده سال های تعیین شده باشد. همچنین به زبان فارسی یا انگلیسی باشند و حداقل نمره را در ارزیابی کیفی به دست آورند و دارای متن کامل باشند.

انتخاب مطالعات^۳: بعد از جستجو در پایگاه های مورد نظر، مطالعات در چند گام پالایش^۴ شدند. ابتدا بعد از مطالعه عناوین و چکیده، عناوین غیرمرتبط حذف شدند و برخی نیز بعد از خواندن چکیده کنار رفتند. کتاب ها، مقالات همایش ها، گزارش ها، سرمقاله روزنامه ها^۵ و مطالعات به دست آمده از موتورهای جستجوی غیرعلمی^۶ نظیر گوگل از تحلیل های بعدی ما کنار گذاشته شدند. همین طور مقالاتی که فارسی یا انگلیسی نبودند، از مطالعه خارج شدند. سپس تمام مقالاتی که باقی ماندند با دسته بندی براساس معیارهای ورود و خروج، مورد ارزیابی قرار گرفتند. این سخت گیری در انتخاب مقالات، برای اطمینان از کیفیت علمی آنها برای استفاده در این پژوهش بود.

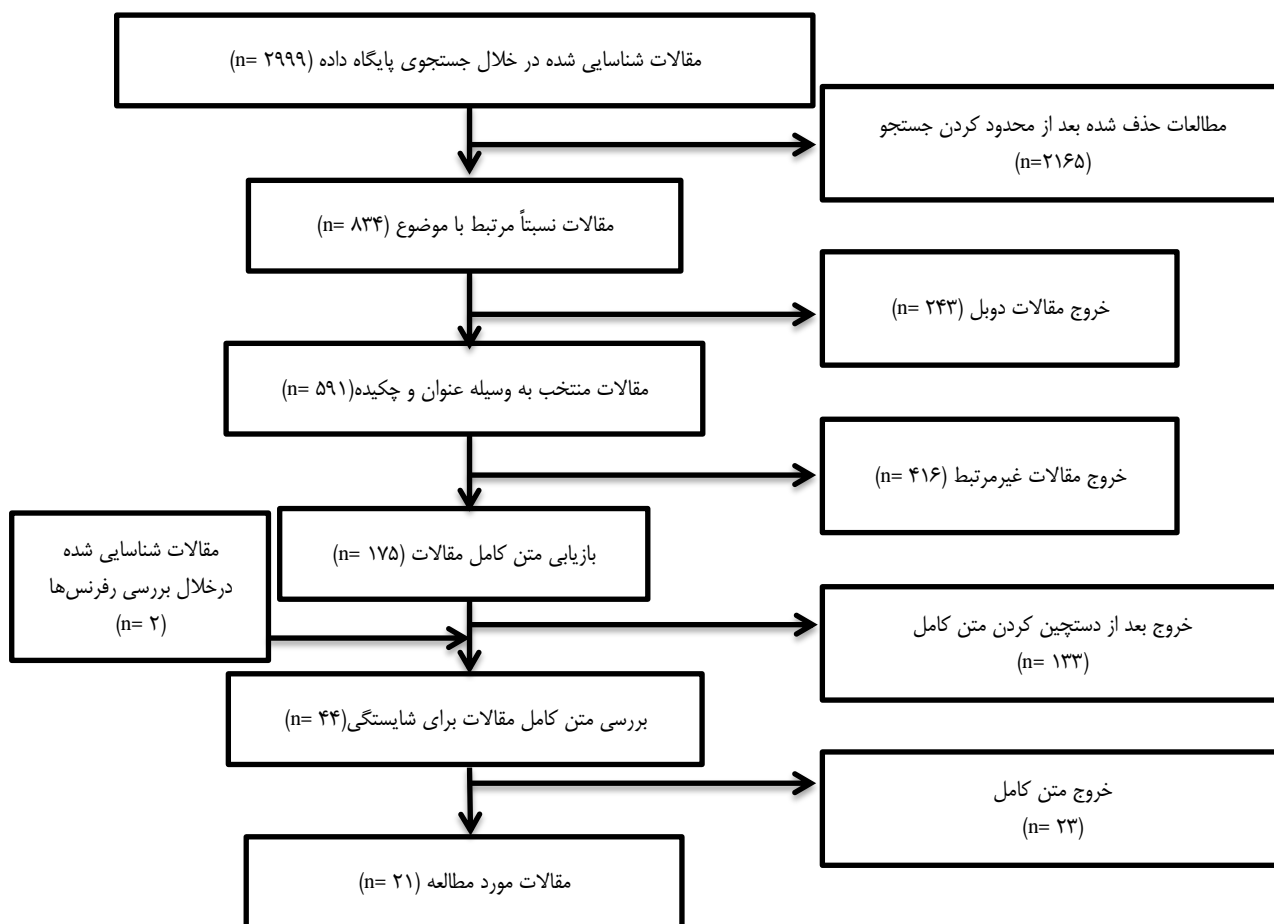
جستجوی پایگاه داده^۷: پس از جستجو با استفاده از کلید واژه های فوق مجموعاً ۲۹۹۹ مقاله از پایگاه های الکترونیکی داده ای و موتورهای جستجوگر شناسایی شد که با محدود کردن جستجو، تعداد ۸۳۴ مقاله با عناوین نسبتاً مرتبط شناسایی شد که تعداد ۲۴۳ مقالات با عنوان تکراری بودند و ۵۹۱ مقاله با دست چین کردن عنوان و چکیده باقی ماندند که در مرحله

1. sets
2. Inclusion and exclusion criteria
3. Selection of articles
4. refine
5. Editorials
6. nonscientific search engines
7. Database search

8. Critical Appraisal Skills Programme (CASP)

9. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA)

10. Data extraction



شکل ۱: فلوجارت فرایند بررسی و انتخاب مقاله مبتنی بر روش مطالعات مروری منظم و متاآنالیز

نشان داده شده‌اند.

یافته‌ها همچنین نشان داد اگر چه کشورهای مختلف استراتژی‌های متفاوتی را برای خرید راهبردی در نظام سلامت در نظر می‌گیرند، اما بیشتر بر استراتژی‌های اصلی مالی و خریدار خدمت تمرکز دارند. به علاوه نقش هدایت و نظارت نهادهای حاکمیتی‌شان را نیز در اجرای صحیح خرید راهبردی مد نظر دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین استراتژی‌های خرید راهبردی خدمات سلامت در نزد بیماران سرطانی انجام شد. نتیجه مطالعه حاکی از آن است که چهار استراتژی اصلی در خرید راهبردی خدمات سلامت در بیماری سرطان مد نظر بودند که این استراتژی‌ها عبارت بودند از: استراتژی گیرنده

چارچوب کیفی^۱ برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها استفاده گردید و در نهایت مهم‌ترین یافته‌های خرید راهبردی خدمات سلامت در جدول ۱ طبقه‌بندی شدند.

یافته‌ها

نتایج حاصل از بررسی مطالعات پیشین نشان داد که استراتژی‌های خرید راهبردی خدمات سلامت در بیماران مبتلا به سرطان را با توجه به ۵ سؤال سازمان جهانی بهداشت در خرید راهبردی [۳۳] می‌توان به چهار (راهبرد) استراتژی اصلی و چندین استراتژی فرعی دسته‌بندی کرد. استراتژی‌های اصلی خرید خدمات عبارتند از: (۱) استراتژی گیرنده خدمات؛ (۲) استراتژی خریدار خدمات؛ (۳) استراتژی ارائه دهنده خدمات؛ و (۴) استراتژی مالی. استراتژی‌های فرعی خرید خدمات در جدول ۱

1. qualitative framework analysis

جدول ۱- استراتژی‌های اصلی و فرعی خرید خدمات سلامت در پژوهش‌های انجام شده

ردیف	استراتژی اصلی خرید خدمات	استراتژی‌های فرعی
۱	استراتژی گیرنده خدمات	تعریف گروه هدف و استفاده‌کنندگان [۳۴، ۳۵] دسترسی به خدمات [۳۴، ۳۶] قیمت مناسب [۱۴، ۳۴، ۳۸-۳۶] ارتقاء وضعیت سلامت [۱۴، ۳۵] سطح آموزش و دانش بیماران [۳۸]
۲	استراتژی ارائه دهنده خدمات	ظرفیت فنی مناسب و تدارک خدمات [۳۰، ۳۷] ارائه نوع درست خدمات و مداخلات [۳۰، ۳۴، ۳۵] کیفیت مراقبت‌های بالینی (مهارت بالینی کارکنان، در دسترس بودن داروها و تجهیزات و عملکرد سیستم ارجاع) [۱۴، ۳۵، ۳۹، ۴۰] ایمنی [۳۸، ۴۱] مزیت رقابتی [۳۵، ۴۲] پاسخگویی [۳۰، ۴۲] تسهیل دسترسی فیزیکی (جاده‌ها، مسافت، وسایل حمل و نقل، ساعات کاری مراکز بهداشتی و درمانی و گسترش پوشش جغرافیایی نظام ارائه) [۱۴، ۲۳] طراحی برنامه‌های کنترل بیماری به ویژه برنامه‌های پیشگیری [۳۸]
۳	استراتژی خریدار خدمات	ساز و کارهای زیربنایی (شامل عوامل ساختاری، قانونی، بین‌المللی، سیاسی) [۱۴، ۱۷، ۲۰، ۳۰، ۳۲-۳۵، ۳۷، ۳۹، ۴۳، ۴۴] انتخاب بهترین تأمین کننده و ارائه دهنده [۱۷، ۴۵] کیفیت خدمات [۱۴، ۳۳، ۳۵، ۴۲، ۴۳، ۴۵] تخصیص منابع [۱۴، ۳۵، ۳۷] حفاظت مالی بیماران [۲۳، ۳۰، ۴۶] قراردادهای مناسب (مبتنی بر شواهد و هزینه اثر بخش) [۱۴، ۳۰، ۳۷-۳۵، ۴۲] اولویت بندی خرید خدمات [۳۳، ۳۷، ۴۱] زیرساخت‌های اطلاعاتی [۱۴، ۳۳، ۴۴] مدیریت فرایندها [۱۷، ۳۹، ۴۳] بسترسازی برای بازار و رقابت [۳۵] انعطاف پذیری و پاسخگویی [۳۰، ۴۴] دریافت نظرات و ارزیابی نیازهای گیرندگان خدمت [۳۴، ۳۷، ۴۱] استفاده از تخصص و خبرگی [۴۱، ۴۳] در اولویت قراردادن مراقبت‌های ویژه [۳۸]
۴	استراتژی مالی	سیاست‌های کلی نظام اقتصادی [۲۰، ۳۸] عوامل مرتبط باقیمت [۱۴، ۲۰، ۳۸-۳۴] تأمین منابع مالی [۱۷، ۳۵] استقرار روش‌های مبتنی بر مسائل انگیزشی برای ارائه دهندگان [۱۴، ۱۷، ۳۴، ۳۶] توجه به کارایی و اثر بخشی [۳۰، ۳۳، ۴۱-۳۹، ۴۴، ۴۵، ۴۷] مشارکت مالی عادلانه [۳۶، ۴۴] لزوم ارزیابی اقتصادی سیستماتیک بخش سلامت [۳۰، ۴۰، ۴۷] ساز و کارهای بازپرداخت بیمه‌ای [۱۷، ۲۰، ۳۶] ساز و کار پرداخت به ارائه دهندگان [۱۴، ۱۷، ۲۳، ۳۴، ۳۶، ۳۷، ۴۲، ۴۵، ۴۶]

از استراتژی‌های فرعی مؤثر بودند. چمبرلین^۱ و همکارانش با نتایج این مطالعه موافق بودند که دسترسی محدود به داروهای سرطانی به عنوان یک عامل مهم برای بقاء نسبتاً پایین از

خدمات، استراتژی خریدار خدمات، استراتژی ارائه دهنده خدمات، استراتژی مالی.

در استراتژی مربوط به گیرنده خدمات، عواملی مانند تعریف گروه هدف و استفاده‌کنندگان، دسترسی به خدمات، قیمت مناسب، ارتقاء وضعیت سلامت و سطح آموزش و دانش بیماران

1. Chamberlain

برابر مراقبت خیلی شدید پایان زندگی^۱ ایجاد کنند [۵۱]. حاجی ابراهیمی و همکارانش نیز با نتایج مطالعه در زمینه آموزش بیماران موافق بودند که نظام‌های بهداشتی در سطوح پیشگیری نخستین و اولیه به دلیل تأثیرات آنها بر جمعیت و پوشش بیشتر جمعیت، نقش مهمی در مدیریت بیماری‌ها نسبت به سطح دوم و سوم پیشگیری دارند و آموزش همگانی بیماران یکی از استراتژی‌های نظام سلامت برای مدیریت بیماری‌ها به ویژه تشخیص زودهنگام و درمان سرطان است [۵۲].

لذا چنین به نظر می‌رسد که در خرید راهبردی خدمات عوامل گوناگونی در قسمت استراتژی گیرنده خدمات مشارکت دارند که بخشی از آنها نظیر ارتقای سطح دانش و اطلاعات، افزایش مشارکت اجتماعی، برقراری ارتباط با فراهم‌کنندگان خدمات (ارائه دهنده و خریدار) و اعتماد به نظام سلامت و شکیبایی در دریافت خدمات، متأثر از تلاش گیرندگان خدمات و بخشی دیگر مانند نظارت بر مطلوبیت مالی گیرندگان خدمت و کنترل قیمت و کیفیت خدمات، تأکید و پیگیری آموزش همگانی جمعیت در سطوح مختلف خدمات، اهتمام درگسترش پوشش بیمه درمانی و افزایش مشارکت در تأمین هزینه‌های درمانی افراد آسیب‌پذیر و خارج از بخش رسمی کشور، حاصل حمایت دولتمردان و سیاست‌گذاران نظام سلامت برای افزایش دسترسی به خدمات متناسب و حمایت مالی گیرندگان خدمات باشد.

در استراتژی مربوط به خریدار خدمات عواملی مانند ساز و کارهای زیربنایی، انتخاب بهترین تأمین‌کننده و ارائه دهنده، کیفیت خدمات، تخصیص منابع، حفاظت مالی بیماران، قراردادهای مناسب، اولویت بندی خرید خدمات، زیرساخت‌های اطلاعاتی، مدیریت فرایندها، شکل دهی بازار و رقابت، انعطاف‌پذیری و پاسخگویی، دریافت نظرات و ارزیابی نیازهای گیرندگان خدمت، استفاده از تخصص و خبرگی و اولویت قراردادن مراقبت‌های ویژه نقش داشتند.

سرطان به شمار می‌رود. در حالی که مبتلایان به سرطان^۱ می‌توانند با بهره‌مندی از داروهای سرطان کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند [۴۸].

نصیری پور و همکارانش نیز در مورد دسترسی به خدمات اظهار داشتند که دسترسی به خدمات برای هر کسی که نیاز به مراقبت سلامتی دارد باید فراهم گردد و عواملی مانند توانایی پرداخت یا موقعیت اجتماعی نباید تعیین کننده سطح دسترسی به خدمات سلامت باشد [۴۹]. آنها همچنین نشان دادند که سطح دسترسی در اکثر بیمارستان‌ها بسیار کم است و مهمترین بخش دسترسی، مربوط به درک واقعی خدمات است که می‌تواند مربوط به عدم وجود دانش و اعتماد به کارکنان، خدمات با کیفیت پایین و هزینه باشد که مؤید مؤلفه شناسایی شده در این پژوهش است [۹].

بیگدلی و همکارش نیز، موانع دسترسی به خدمات سلامت را ۵ بخش شامل موانع فیزیکی، موانع مالی، کیفیت مراقبت، دانش کاربران و موانع اجتماعی فرهنگی بر شمرند که با نتایج این پژوهش همخوانی دارد [۵۰].

مطالعه گیدوانی مارسوفسکی^۲ و همکارانش نیز با نتایج این مطالعه در زمینه قیمت مناسب خدمات موافق بودند و تأیید کردند که بیماران سرطانی به احتمال زیاد مراقبت‌های شدیدتری را به خاطر شیمی‌درمانی، اقامت در بیمارستان^۳، پذیرش در بخش مراقبت‌های ویژه^۴، گذراندن روزهای بیشتر در بیمارستان^۵ و مرگ در بیمارستان می‌طلبند که این مراقبت‌های شدیدتر پایان زندگی^۶، خود محرکی برای پرداخت هزینه‌هاست که بیماران را در معرض خطر دریافت خدمات با کیفیت پایین قرار می‌دهد. لذا برنامه‌های خرید مراقبت^۷ باید به گونه‌ای باشند که هماهنگی و نظارت بر کیفیت را همراه با محافظت مالی در

1. cancer sufferers
2. Gidwani-Marszowski
3. hospital stays
4. admission to the intensive care unit
5. more days spent in the hospital
6. Higher-intensity end-of-life care
7. care-purchasing programs

8. overly intensive end-of-life care

توسط ارائه دهندگان کمتر که به طور مستقیم در چارچوب پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت اشاره نشده است اما با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد [۲۶].

همچنین گونزالز^۷ و همکارانش در مطالعه خود ذکر نمودند که برای ایجاد بسته‌های خدمات برای ارائه، باید از طریق یک لیست الزامی و تعریف یک اولویت انعطاف‌پذیر و با توجه به امکانات اقتصادی اقدام نمود که با یافته‌های مطالعه در بُعد اولویت‌بندی خدمات و انعطاف‌پذیری آن موافق است [۵۵].

این درحالی است که مطالعه مکینتاش^۸ و همکارانش نشان داد چالش فنی و سازمانی خریدار به خاطر رابطه و تأثیر قوی بر بخش سلامت تبدیل به عامل اقتصادی بزرگتر شده و منجر به دسترسی ضعیف مثل دسترسی به داروها به ویژه در خرید گروهی یا همگانی می‌شود. لذا برقراری ارتباطات دوطرفه با تولیدکنندگان خدمات برای دسترسی بهتر به داروها، پاسخگویی بیشتر و تضمین کیفیت خدمات لازم به نظر می‌رسد که گواه نتایج این مطالعه در بُعد مدیریت فرایندهاست [۵۶].

کلاسا^۹ و همکارانش نیز بیان کردند گر چه خرید راهبردی راهی برای پوشش همگانی سلامت است و به عنوان یک سیاست حمایت می‌شود، بسیاری از کشورهای با درآمد بالا از قراردادهای انتخابی استفاده می‌کنند که باعث نادیده گرفته شدن اجزای مهم چارچوب خرید راهبردی موفق می‌شود که در پژوهش حاضر به آن اشاره نشده بود [۵۷].

لذا چنین به نظر می‌رسد که توفیق استراتژی اصلی خریدار خدمات، به دلیل ایجاد سیاست‌های رقابتی بین ارائه دهندگان و نظارت بر عملکرد آنان، تدوین آیین‌نامه‌های رعایت حقوق گیرندگان خدمت با شاخص‌های معین و ضمانت اجرایی از سوی دولتمردان و سیاست‌گذاران نظام سلامت است که توانسته ضمن حفاظت از منافع بیماران و خلق امنیت برای سازمان‌های خریدار، خریداران خدمات را نیز تشویق به برقراری ارتباطات

کار^۱ و همکارانش، نشان دادند که ارتباطات خریدار-تأمین‌کننده تأثیر مثبتی در خرید استراتژیک و تنظیم قراردادهای مناسب، موفقیت سازمان‌ها و همینطور تأثیر مثبت در عملکرد مالی آنها دارد که نتایج این پژوهش را در بُعد تنظیم قراردادها مورد تأیید قرار می‌دهد [۲۸].

استورتبوم^۲ و همکارانش نیز در موافقت با انعطاف‌پذیری و پاسخگویی خریداران خدمت و همچنین با نظر مثبت در مورد انتخاب بهترین ارائه دهنده و استفاده از تخصص و خبرگی^۳، بیان نمودند که این اقدامات در راستای ارزشمندترین خرید برای افزایش کیفیت و شفافیت و کاهش هزینه‌ها محسوب می‌شود [۵۳].

مطالعه کورشای^۴ و همکارش نشان داد بسیاری از شیوه‌های خرید، انتخاب‌های مالی (تخصیص منابع) بدی دارند و از منابع گران قیمت برای حمایت بهره می‌برند درحالی که خرید استراتژیک می‌تواند موجودی بیش از حد^۵ را کاهش دهد و باعث کاهش ضایعات و افزایش سرمایه کارگزار و انعطاف‌پذیری مؤسسه شود که تأیید کننده صحت نتایج این مطالعه در استراتژی تخصیص منابع است [۵۴].

هابیچت^۶ و همکارانش نیز اظهار داشتند ارائه روش‌های جدید خرید توسط بیمه‌های درمانی برای غلبه بر نابرابری در دسترسی و تمرکز بر مراقبت و بهبود کیفیت مراقبت برای مراقبت‌های ویژه نیازمند تعاریف جدید است از جمله (۱) تعریف مجدد معیار دسترسی بر اساس نیاز جمعیت به جای عرضه تاریخی، که هدف آن دستیابی به دسترسی برابر به ارائه دهندگان و تخصص است؛ (۲) تعریف دقیق‌تر و استفاده از معیارهای کارایی مطلوب برای افزایش تمرکز بر مراقبت‌های تخصصی؛ (۳) بررسی بهتر حرکت بیمار؛ و (۴) افزایش تأکید بر کیفیت برای بهبود کیفیت و در نتیجه ارائه مراقبت‌های ویژه

1. Carr
2. Storteboom
3. expertise
4. Quereshy
5. excessive inventory
6. Habicht

7. Gonzalez
8. Mackintosh
9. Klasa

رضایت بهتری بیمار^۷ اشاره نمود که می‌تواند به مراقبت‌های مقرون مقرون به صرفه^۸ منجر شود. به علاوه آموزش مستمر پزشکی (CME) ارزش بیشتری را برای پرداخت کنندگان مراقبت‌های پزشکی (به عنوان مثال دولت، افراد، شرکت‌های بیمه) به ارمغان می‌آورد که با مؤلفه‌های مشابه از جمله ایمنی، حساسیت و مهارت تیم مراقبت و برنامه‌های پیشگیری در این پژوهش مطابقت دارد [۵۹].

حاجی‌ابراهیمی و همکارانش نیز اگر چه در موافقت با آموزش ارائه‌دهندگان خدمات اشاره کردند که بسیاری از کشورهای کم درآمد / متوسط درآمد، کارکنان خود را آموزش می‌دهند و از دستورالعمل‌هایی در زمینه مراقبت بیماری سرطان استفاده می‌کنند، اما بیان کردند کمبود دانش و عدم پایبندی به این دستورالعمل‌ها در سراسر جهان یکی از مشکلات شایع در بخش ارائه‌دهندگان خدمات است [۵۲].

از سوی دیگر مطالعه گرینبرگ^۹ و همکارانش نشان داد برای ارائه مراقبت با کیفیت بالا برای بیماران سرطانی چالش‌هایی نظیر افزایش زمان انتظار برای درمان سرطان و دسترسی نامناسب به خدمات درمانی و پشتیبانی^{۱۰} و محدودیت ظرفیت وجود دارد که یافته‌ها این مطالعه را در حوزه تسهیل دسترسی به خدمات تصدیق می‌کند [۶۰].

کاکس^{۱۱} و همکارانش نیز بیان کردند فقدان هماهنگی مراقبت بین ارائه‌دهندگان مختلف، ناامیدی را برای بیماران و پزشکان ایجاد می‌کند و بر پیامدهای مراقبت نیز تأثیر می‌گذارد که به طور مستقیم یافته‌های مطالعه را تصدیق نمی‌کند [۶۱].

لذا به نظر می‌رسد استقرار خرید راهبردی در قسمت استراتژی ارائه دهنده خدمات، ناشی از حمایت دولتمردان و سیاستگذاران حوزه سلامت برای تدوین شیوه‌نامه‌های مشخص، ایجاد زیرساخت‌ها و ثبت اطلاعات سلامتی جمعیت،

فعال تر با گروه‌های ذی‌نفع (گیرنده خدمات، تولیدکننده و ارائه دهنده) نماید تا ضمن تقویت نظام اطلاعات، به بررسی نیاز جمعیت، کیفیت، کمیت خرید خدمات پردازند و موفق به تدوین بسته‌های خدمتی، تخصیص مناسب منابع و تنظیم قراردادهای خرید استراتژیک خدمات گردند و در نهایت بهره‌وری سازمان خود را نیز افزایش بدهند.

این مطالعه همچنین نشان داد که در استراتژی مربوط به ارائه دهنده خدمات عواملی نظیر داشتن ظرفیت فنی مناسب و تدارک خدمات، ارائه نوع درست خدمات و مداخلات، کیفیت مراقبت‌های بالینی، ایمنی، مزیت رقابتی، پاسخگویی، تسهیل دسترسی فیزیکی و طراحی برنامه‌های کنترل بیماری نقش دارند.

مطالعه سیو^۱ و همکارانش نشان داد مصرف کنندگان^۲، پرداخت‌کننده‌ها (خریداران) و سیاستگذاران سلامت، می‌خواهند در مورد کیفیت خدماتی که خریداری می‌شود، بیشتر بدانند. لذا برای ارزیابی کیفیت فنی مراقبت ارائه دهنده‌ها، براساس تأثیرات مورد انتظار بر سلامت، اثربخشی درمان‌های موجود و کیفیت مراقبت‌های موجود کمک می‌گیرند که نتیجه مطالعه حاضر را در زمینه کیفیت خرید خدمات مورد تأیید قرار می‌دهد [۵۸].

اومورا^۳ و همکارانش نیز بیان کرد ارائه دهنده‌ها مراقبت‌های سرطان (به عنوان مثال، پزشکان، بیمارستان‌ها) باید با پشتیبانی از فرهنگ آموزش مداوم پزشکی تلاش کنند که سطح آموزش ارائه دهنده خدمات را بهبود بخشد. مزایای اقتصادی چنین رفتارهایی کمتر شدن خدمات یا درمان‌های غیرضروری با هزینه پایین تر^۴ و پیشگیری بهتر از عوارض جانبی درمان^۵ و دسترسی بهتر به درمان مبتنی بر شواهد موجود^۶ و

1. Siu
2. Consumers
3. Uemura
4. fewer unnecessary services/treatments resulting in lower cost
5. better prevention of therapy-associated side effects
6. improved access to current evidenced based therapy

7. better patient satisfaction
8. cost-effective care
9. Greenberg
10. treatment and supportive services
11. Cox

نتایج مطالعه را در قسمت تأمین منابع مالی و مداخلات هزینه‌ای، ساز و کارهای بازپرداخت بیمه‌ای مورد تصدیق قرار می‌دهد [۶۲].

مطالعه کاکس و همکارانش نیز نشان دادند بیماران و پرداخت‌کنندگان دولتی و خصوصی، نگران روش پرداخت خدمات برای هزینه‌های مراقبت سلامت به ویژه در ماه‌های آخر زندگی بیماران سرطانی هستند و هزینه‌های مراقبت از پایان زندگی (EOL) شامل هزینه‌های همه جانبه خدمات بستری، سرپایی، مراقبت در منزل^۲ و بخش اورژانس^۳ و نظام مراقبت سلامت^۴ هست. لذا ارائه مؤثر مراقبت‌های تسکینی و پایان زندگی باید با مدل‌های جدید پرداخت و اولویت‌های تعریف شده انجام گیرد. بنابراین استفاده از طرح‌های مبتنی بر ارزش و پرهیز از روش کارانه توصیه می‌شود که با نتایج پژوهش نظیر استفاده از روش‌های انگیزشی و ساز و کار پرداخت به ارائه دهندگان و کارایی و اثربخشی مداخلات همخوانی دارد [۶۱].

از سویی دیگر هاگنارز^۵ و همکارانش نیز بیان کردند که طرح‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد و خرید فعال‌تر، نظام‌های سلامت را بیشتر پیچیده‌تر می‌کند که می‌تواند بار اداری را افزایش دهد، زیرا آنها نیاز به مدیریت و جمع‌آوری اطلاعات گسترده دارند که با موضوع این مطالعه در رابطه با خرید راهبردی موافق نیست [۶۳].

لذا چنین به نظر می‌رسد که در استراتژی مالی خرید راهبردی، دولتمردان و سیاستگذاران نظام سلامت تلاش کرده‌اند با کمک به انجام ارزیابی اقتصادی خرید خدمات، شکل‌دهی ساختار مالی سازمان‌های خریدار، نظارت بر محیط سازمان خریدار، قیمت‌گذاری خدمات و تعیین ساز و کارهای پرداخت به ارائه دهندگان و یا بازپرداخت‌های بیمه‌ای، موفق به سازمان‌دهی خریداران شده و سازمان‌های خریدار نیز توانسته‌اند

ایجاد هماهنگی بین ارائه دهندگان و نظارت بر عملکرد و آموزش مستمر آنها بوده است که تولیدکنندگان و ارائه دهندگان خدمات نیز توانسته‌اند با ایجاد مراکز جامع ارائه خدمات یا ایجاد شبکه‌ای از ارائه دهندگان، اولویت و ترکیب مطلوب خدمات را براساس شیوه‌نامه‌ها تنظیم نمایند و با ارائه خدمات یکپارچه و ادغام یافته بر اساس نظام ارجاع، علاوه بر ارتقای کیفیت خدمات، از تکرار خدمات و یا ارائه خدمات اضافه جلوگیری نمایند.

و آخرین دسته از استراتژی‌های فرعی نظیر سیاست‌های کلان اقتصادی، عوامل مرتبط باقیمت، تأمین منابع مالی، استقرار روش‌های مبتنی بر مسائل انگیزشی برای ارائه دهندگان، توجه به کارایی و اثر بخشی، مشارکت مالی عادلانه، لزوم ارزیابی اقتصادی سیستماتیک بخش سلامت، ساز و کارهای بازپرداخت بیمه‌ای، سازو کار پرداخت به ارائه‌دهندگان، از اجزاء استراتژی اصلی مالی بودند.

سلماسی و همکارانش اظهار داشتند هزینه دارو یک پیشگویی قوی برای پیروی (از روند درمان) است و خطر عدم پیروی مرتبط باهزینه، در افرادی که درآمد کمتر و پرداخت از جیب^۱ بیشتری برای داروها دارند، بیشتر است. لذا این هزینه‌های اجباری رو به رشد، نگرانی در مورد بار مالی بیماران مبتلا به سرطان را تحریک می‌کند که با عوامل مرتبط با قیمت در این مطالعه مطابقت دارد [۱۵].

اما مطالعه مهرالحسنی و همکارانش نشان داد پرداخت از جیب بیماران، در سال‌های اخیر افزایش داشته که نظام بیمه‌ای موفق شده، درصد کمی از هزینه پرداخت از جیب را کاهش دهد و تنها اندکی امکان برخورداری از خدمات سلامت را افزایش دهد. درعین حال بخش قابل توجهی از خانواده‌های بیماران بستری در بیمارستان، متحمل هزینه‌های کمرشکن شده‌اند و تعداد زیادی از آنان نیز به علت هزینه‌ای بالای درمان، دریافت خدمات را به تعویق انداخته‌اند که این موضوع

2. home care
3. Emergency department [ED]
4. health care system
5. Hagenaars

1. Out of pocket

به تدوین بسته‌های خدمتی خاص بیماران سرطانی توجه نمایند. همچنین اقدامات و سیاست‌های نظام سلامت نظیر داشتن سیستم‌های نظارتی قوی و منسجم، به ویژه در نظام‌هایی با چندین خریدار، که نهادهای مختلفی مسئول عملیات خرید هستند و فعالیت‌های غیریکپارچه^۱ و ناهماهنگ در سیاستگذاری و نظارت دارند، می‌تواند به عنوان مهمترین عامل هماهنگی بین طرف‌های مختلف و تسهیل‌گر^۲ فرایندها شده و از استقرار و اجرای سیاست‌های خرید راهبردی اطمینان حاصل کند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان لازم می‌دانند که از مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری برای پشتیبانی فنی و رسمی خود تشکر نمایند.

با طراحی و کاربرد سیاست‌های خاص در انتخاب مداخلات و اجرای مشوق‌های مالی و ایجاد رقابت بین ارائه دهندگان، نقش آفرین اصلی در تجمیع، مدیریت منابع و خرید خدمات سلامت باشند.

یافته‌های حاصل از این مطالعه حاکی از آن است که با وجود یکسان بودن مبنای نظری خرید راهبردی، کشورهای مختلف، استراتژی‌های متفاوتی را برای خرید راهبردی خدمات در نظام سلامت در نظر می‌گیرند که در چهار گروه استراتژی گیرنده خدمات، ارائه دهنده خدمات، خریدار خدمات و مالی دسته‌بندی شدند. در این میان بیماری سرطان با هزینه‌های کمرشکن و پرداخت از جیب بالایی همراه است که نگرانی ناشی از افزایش هزینه‌ها، نحوه خرید خدمات و کیفیت آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از آنجا که خرید راهبردی خدمات سلامت مهمترین راه حل برای حفاظت مالی بیماران و تضمین کیفیت خدمات شناخته شده است، سیاستگذاران حوزه سلامت می‌توانند ضمن پیاده‌سازی تدریجی خرید فعال در برنامه‌ریزی‌های خود،

1. Fragmentary
2. Facilitator

References

1. Moghadamnia AA, Jahani MA, Bijani A, Yaminfirooz M, Naghshineh A, Mohammadnia K. Evaluation of performance indicators and frequency of patient referrals in the hospitals affiliated to Babol University of Medical Sciences in 2013. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2016; 18(5):61-69.
2. Golchoobi M, Mahmoodi Alami G. An assessment of preventive risk management in hospitals of the North of Iran. *Ebnesina*. 2019; 20(4):25-32. [Persian]
3. Chen JJ, Paulraj A, Lado AA. Strategic purchasing, supply management, and firm performance. *Journal of operations management*. 2004; 22(5):505-523.
4. Koster J, Stewart E, Kolker E. Health care transformation: a strategy rooted in data and analytics. *Journal of the Association of American Medical Colleges*. 2016; 91(2):165-167.
5. Ibe O, Honda A, Etiaba E, Ezumah N, Hanson K, Onwujekwe O. Do beneficiaries' views matter in healthcare purchasing decisions? Experiences from the Nigerian tax-funded health system and the formal sector social health insurance program of the National Health Insurance Scheme. *International journal for equity in health*. 2017; 16(1):1-11.
6. Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. *Purchasing to improve health systems performance*. England: Open University Press; 2005.
7. Datar H, Alijanpour S, Khafri S, Jahani M, Naderi R. Patient's satisfaction of Emergency Department Affiliated Hospital of Babol University of Medical Sciences in 2013-14. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2016; 18(4):56-62.
8. Naghdi S, Moradi T, Tavangar F, Bahrami G, Shahboulaghi M, Ghiasvand H. The barriers to achieve financial protection in Iranian Health System: a qualitative study in a developing country. *Ethiopian journal of health sciences*. 2017; 27(5):491-500.
9. Nasiripour AA, Mahmoudi M, Raeissi P. The effective component of access to hospital care in Iran. *Journal of food, agriculture and environment*. 2012; 10(1):822-827.
10. Manjelienskaia J, Brown D, Shao S, Hofmann K, Shriver CD, Zhu K. Benefit type and care source in relation to mammography screening and breast cancer stage at diagnosis among DoD beneficiaries. *Military medicine*. 2017; 182(3):e1782-e1789.
11. Logan CA, Wu RY, Mulley D, Smith PC, Schweitzberg SD. Coordinated clinical and financial analysis as a powerful tool to influence vendor pricing. *Health care management review*. 2010; 35(3):276-282.
12. Bastani P, Samadbeik M, Kazemifard Y. Components that affect the implementation of health services' strategic purchasing: a comprehensive review of the literature. *Electronic physician*. 2016; 8(5):2333-2339.

13. Dehnavieh R, Jafari Sirizi M, Mehrolohasani MH, Kalantari A. Strategic purchasing of healthcare services in developing countries: a new approach Is required. *Iranian journal of public health*. 2016; 45(9):1241-1242.
14. Behrendt T, Mathauer I. State budget transfers to health insurance to expand coverage to people outside formal sector work in Latin America. *BMC health services research*. 2017; 17(1):1-25.
15. Salmasi S, Lee KS, Ming LC, Neoh CF, Elrggal ME, Babar Z-U-D, et al. Pricing appraisal of anti-cancer drugs in the South East Asian, Western Pacific and East Mediterranean Region. *BMC cancer*. 2017; 17(1):1-11.
16. Dafei M, Dehghani A, Momeni Z, Kalanfarmanfarma K, Koohgardi M, Jalali M, et al. Study of breast cancer knowledge, attitude, and preventive behaviors among women referring to health-treatment centers in Yazd, Iran, 2015. *Pajouhan Scientific Journal*. 2017; 15(2):46-53. [Persian]
17. Bastani P, Mehralian G, Dinarvand R. Resource allocation and purchasing arrangements to improve accessibility of medicines: evidence from Iran. *Journal of research in pharmacy practice*. 2015; 4(1):9-17.
18. Chen J, Mullins CD, Novak P, Thomas SB. Personalized strategies to activate and empower patients in health care and reduce health disparities. *Health education & behavior*. 2016; 43(1):25-34.
19. Herwartz H, Schley K. Improving health care service provision by adapting to regional diversity: an efficiency analysis for the case of Germany. *Health policy*. 2018; 122(3):293-300.
20. Bastani P, Dinarvand R, Samadbeik M, Pourmohammad K. Pharmaceutical strategic purchasing requirements in Iran: price interventions and the related effective factors. *Journal of research in pharmacy practice*. 2016; 5(1):35-42.
21. Habicht T, Habicht J, van Ginneken E. Strategic purchasing reform in Estonia: reducing inequalities in access while improving care concentration and quality. *Health policy*. 2015; 119(8):1011-1016.
22. Maarse JA, Jeurissen PP. The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health policy*. 2016; 120(3):241-245.
23. Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Patcharanarumol W, Thammatacharee J, Jongudomsuk P, Sirilak S. Achieving universal health coverage goals in Thailand: the vital role of strategic purchasing. *Health policy and planning*. 2015; 30(9):1152-1161.
24. Aroh D, Colella J, Douglas C, Eddings A. An example of translating value-based purchasing into value-based care. *Urologic nursing*. 2015; 35(2):61-74.
25. Addicott R. Challenges of commissioning and contracting for integrated care in the National Health Service (NHS) in England. *Australian journal of primary health*. 2016; 22(1):50-54.
26. Mitenbergs U, Brigis G, Quentin W. Healthcare financing reform in Latvia: switching from social health insurance to NHS and back? *Health policy*. 2014; 118(2):147-152.
27. Vilcu I, Mathauer I. State budget transfers to Health Insurance Funds for universal health coverage: institutional design patterns and challenges of covering those outside the formal sector in Eastern European high-income countries. *International journal for equity in health*. 2016; 15:1-19.
28. Carr AS. The impact of purchasing and supplier involvement on strategic purchasing and its impact on firm's performance.
29. Mohammed S, Souares A, Lorenzo Bermejo J, Babale SM, Sauerborn R, Dong H. Satisfaction with the level and type of resource use of a health insurance scheme in Nigeria: health management organizations' perspectives. *The international journal of health planning and management*. 2014; 29(4):e309-e328.
30. Arney L, Yadav P, Miller R, Wilkerson T. Strategic contracting practices to improve procurement of health commodities. *Global health, science and practice*. 2014; 2(3):295-306.
31. Moghadami Fard Z, abolghasemi J, Asgari-Darian A, Gohari MR. Survival analysis of patients with breast cancer using the Aalen's additive hazard model. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2012; 3(5):171-179. [Persian]
32. Bastani P, Samadbeik M, Dinarvand R, Kashefian-Naeeni S, Vatankhah S. Qualitative analysis of national documents on health care services and pharmaceuticals` purchasing challenges: evidence from Iran. *BMC health services research*. 2018; 18(1):1-9.
33. Ghoddoosi-Nezhad J, Janati A, Arab Zozani M, Doshmagir L, Sadeghi Bazargani H, Imani A. Is strategic purchasing the right strategy to improve a health system's performance? A systematic review. *Bali Medical Journal*. 2017; 6(1):102-113.
34. Gorji HA, Shajari Pour Mousavi, S. M., Shojaei A, Keshavarzi A, Zare H. The challenges of strategic purchasing of healthcare services in Iran Health Insurance Organization: a qualitative study. *Electronic physician*. 2018; 10(2):6299-6306.
35. Bastani P, Doshmangir L, Samadbeik M, Dinarvand R. Requirements and incentives for implementation of pharmaceutical strategic purchasing in Iranian Health System: a qualitative study. *Global journal of health science*. 2016; 9(1):163-170.
36. Abedi G, 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.
37. Raeissi P, Nasiripour AA, Karimi K. Influential factors on strategic purchasing of healthcare services in Iranian social security organization- indirect healthcare sector. *Journal of novel applied sciences*. 2013; 2(3):65-73.
38. Oliveria SA, Shuk E, Hay JL, Heneghan M, Goulart JM, Panageas K, et al. Melanoma survivors: health behaviors, surveillance, psychosocial factors, and family concerns. *Psycho-oncology*. 2013; 22(1):106-116.

39. Shajari Pour Mousavi, S. M., Gorji HA, Delgoshaei B. Proposing a model of "Hospital Value-Based Purchasing" in selected teaching hospitals in Isfahan, Iran: 2015 - 2016. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2017; 19(12):1-8.
40. Hung Y-N, Liu T-W, Wen F-H, Chou W-C, Tang ST. Escalating health care expenditures in cancer decedents' last year of life: a decade of evidence from a retrospective population-based cohort study in Taiwan. *The oncologist*. 2017; 22(4):460-469.
41. Chan WM, Mak J, Epstein RJ. Impact of income and education on drug purchasing decisions in Hong Kong Chinese cancer patients: a pilot study. *Asian Pacific journal of cancer prevention*. 2011; 12(8):2093-2096.
42. Busse R, Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. Strategic purchasing to improve health system performance: key issues and international trends. *HealthcarePapers*. 2007; 8 Spec No:62-76.
43. Akin Ateş M, van Raaij EM, Wynstra F. The impact of purchasing strategy-structure (mis)fit on purchasing cost and innovation performance. *Journal of purchasing and supply management*. 2018; 24(1):68-82.
44. Ogbuabor DC, Onwujekwe OE. Scaling-up strategic purchasing: analysis of health system governance imperatives for strategic purchasing in a free maternal and child healthcare programme in Enugu State, Nigeria. *BMC health services research*. 2018; 18(1):2-12.
45. Munge K, Mulupi S, Barasa EW, Chuma J. A critical analysis of purchasing arrangements in Kenya: the case of the national hospital insurance fund. *International journal of health policy and management*. 2017; 7(3):244-254.
46. Nasiripour AA, Raeissi P, Tabibi J, Karimi K. Variables affecting the payment mechanism for strategic purchasing in the indirect health section of Iranian Social Security Organization. *International business research*. 2011; 4(2):103-111.
47. Yang J, Wei WQ, Niu J, He YT, Liu ZC, Song GH, et al. Estimating the costs of esophageal cancer screening, early diagnosis and treatment in three high risk areas in China. *Asian Pacific journal of cancer prevention*. 2011; 12(5):1245-1250.
48. Chamberlain C, Collin SM, Stephens P, Donovan J, Bahl A, Hollingworth W. Does the cancer drugs fund lead to faster uptake of cost-effective drugs? A time-trend analysis comparing England and Wales. *British journal of cancer*. 2014; 111(9):1693-1702.
49. Nasiripour AA, Mahmoudi G, Raeissi P. The effective features of access to medical care. *World Applied Sciences Journal*. 2011; 15(5):618-623.
50. Bigdeli M, Annear PL. Barriers to access and the purchasing function of health equity funds: lessons from Cambodia. *Bulletin of the World Health Organization*. 2009; 87(7):560-564.
51. Gidwani-Marszowski R, Needleman J, Mor V, Faricy-Anderson K, Boothroyd DB, Hsin G, et al. Quality of end-of-life care is higher in the VA compared to care paid for by traditional medicare. *Health affairs*. 2018; 37(1):95-103.
52. Hajiebrahimi Z, Mahmoodi G, Abedi G. Care management process of breast cancer in primary health-care system, Golestan Province, Iran, 2013-2014. *Journal of family medicine and primary care*. 2017; 6(4):798-802.
53. Stortebom A, Wondimu P, Lohne J, Lædre O. Best value procurement - the practical approach in the Netherlands. *Procedia computer science*. 2017; 121:398-406.
54. Quereshy FA, Milner J. Quantitative analysis of operating room inventory management practices at a tertiary cancer center. *Journal of oncology practice*. 2012; 8(2):68-69.
55. González-Block MÁ, Alarcón Irigoyen J, Figueroa Lara A, Ibarra Espinosa I, Cortés Llamas N. [The strategic purchasing of health services: a big opportunity for the National Universal Health System]. *Gaceta medica de Mexico*. 2015; 151(2):278-280.
56. Mackintosh M, Tibandebage P, Karimi Njeru M, Kariuki Kungu J, Israel C, Mujinja PGM. Rethinking health sector procurement as developmental linkages in East Africa. *Social science & medicine*. 2018; 200:182-189.
57. Klasa K, Greer SL, van Ginneken E. Strategic purchasing in practice: comparing ten european countries. *Health policy*. 2018; 122(5):457-472.
58. Siu AL, McGlynn EA, Morgenstern H, Beers MH, Carlisle DM, Keeler EB, et al. Choosing quality of care measures based on the expected impact of improved care on health. *Health services research*. 1992; 27(5):619-650.
59. Uemura M, Morgan R, Mendelsohn M, Kagan J, Saavedra C, Leong L. Enhancing quality improvements in cancer care through CME activities at a nationally recognized cancer center. *Journal of cancer education*. 2013; 28(2):215-220.
60. Greenberg A, Angus H, Sullivan T, Brown AD. Development of a set of strategy-based system-level cancer care performance indicators in Ontario, Canada. *International journal for quality in health care*. 2005; 17(2):107-114.
61. Cox JV, Ward JC, Hornberger JC, Temel JS, McAneny BL. Community oncology in an era of payment reform. 2014:e447-e452.
62. Mehroolhassani MH, Najafi B, Feyzabadi Y, Abolhallaje M, Ramezani M, Dehnavieh R, et al. A review of the health financing policies towards universal health coverage in Iran. *Iranian journal of public health*. 2017; 12(5):74-84. [Persian]
63. Hagensars LL, Klazinga NS, Mueller M, Morgan DJ, Jeurissen PPT. How and why do countries differ in their governance and financing-related administrative expenditure in health care? An analysis of OECD countries by health care system typology. *The international journal of health planning and management*. 2018; 33(1):e263-e278.

Strategic purchasing tactics of health services: a systematic review in cancer

Samereh Yaghoobian¹, *Ghahraman Mahmoudi², Mohammad-Ali Jahani³

Abstract

Background: A strategic purchasing is the best way of a win-win situation between a buyer and a service provider. It promotes the financial performance of the health system, protects patients financially, and provides them with appropriate services. This study aimed to investigate the strategic purchasing tactics in cancer patients.

Materials and methods: In this systematic review, 13 electronic databases and search engines were searched by appropriate keywords in the time span of 2000-2018. English or Persian articles on the health issue were discussed, and their quality was evaluated using the CASP checklist.

Results: Out of 2,999 identified articles, 21 articles with title, abstract, and text were included in the study. Based on the findings of this study, the main health service purchasing strategies among cancer patients were the strategies of service-recipient, service provider strategy, service-purchaser strategy, and financial tactics with some sub-strategies.

Conclusion: Since strategic potentialities in the healthcare organization require a different administrative thinking, the protection and monitoring made by the government in regulating relations among all of stakeholders can improve the quality and cost-effectiveness of service provision and consequent economical profits of the health system.

Keywords: Hospital Purchasing, Health Services, Delivery of Health Care

1. PhD candidate of Medical & Health Services Administration, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

3. Associate professor of Hospital Administration Research Center, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran
(*Corresponding author)
ghahraman.mahmoodi@gmail.com

2. Associate Professor of Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, School of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran