

رتبه‌بندی مناطق مختلف ایران از نظر میزان برون‌سپاری خدمات درمانی و فعالیت درمان غیر مستقیم سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۹۵ با استفاده از تصمیم‌گیری چند شاخصه

عباس جهانگیری^۱

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: درمان غیر مستقیم، یکی از روش‌های ارایه خدمات درمانی به بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی می‌باشد که از طریق خرید خدمات از مراکز دولتی و خصوصی صورت می‌گیرد و در واقع، بخشی از خدمات درمانی برون‌سپاری محسوب می‌شود. هدف از انجام تحقیق حاضر، رتبه‌بندی مناطق مختلف ایران از نظر میزان برون‌سپاری خدمات درمانی و فعالیت درمان غیر مستقیم سازمان تأمین اجتماعی بود.

روش بررسی: این مطالعه به روش توصیفی-مقطعی انجام شد. داده‌های مورد نیاز با مراجعه به وب‌سایت سازمان تأمین اجتماعی و دانلود سالنامه آماری سال ۱۳۹۵ به دست آمد. همه استان‌های کشور به همراه منطقه کاشان، با در نظر گرفتن شش شاخص به ازای جمعیت تحت پوشش درمان هر منطقه و با به کارگیری یکی از جدیدترین روش‌های تصمیم‌گیری چند شاخصه به نام ارزیابی محصول جمع شده با وزن (Weighted Aggregated Sum Product Assessment یا WASPAS)، رتبه‌بندی شدند.

یافته‌ها: نسبت تعداد کل مراکز درمانی طرف قرارداد به جمعیت تحت پوشش درمان هر منطقه به دلیل کسب بیشترین وزن، مهم‌ترین شاخص تشخیص داده شد. در تمام مناطق تحت بررسی، شیوه ارایه خدمات درمانی به صورت غیر مستقیم وجود داشت، اما بیشترین و کمترین عملکرد به ترتیب به استان‌های سیستان و بلوچستان و بوشهر اختصاص یافت.

نتیجه‌گیری: سازمان تأمین اجتماعی از شیوه درمان غیر مستقیم (خرید خدمات درمانی و عقد قرارداد با مراکز دولتی و خصوصی) به عنوان یک راهبرد جهت افزایش دسترسی بیمه‌شدگان به منابع درمانی و جایگزین نمودن آن با توسعه و ساخت و ساز مراکز ملکی در تمامی مناطق ایران (البته به طور غیر یکسان) استفاده نموده است.

واژه‌های کلیدی: تأمین اجتماعی؛ برون‌سپاری؛ تصمیم‌گیری؛ خدمات قراردادی

پدیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۱۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۷/۲۶

ارجاع: جهانگیری عباس. رتبه‌بندی مناطق مختلف ایران از نظر میزان برون‌سپاری خدمات درمانی و فعالیت درمان غیر مستقیم سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۹۵ با استفاده از تصمیم‌گیری چند شاخصه. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۷؛ ۱۵ (۱): ۳۹-۳۴

دیگر، طبق ماده ۱۰ آیین‌نامه اجرایی قانون الزام، مکلف است از طریق روش درمان غیر مستقیم نسبت به خرید خدمات پزشکان و مؤسسات درمانی بخش دولتی و خصوصی اقدام نماید که بیمه‌شده خدمات درمان غیر مستقیم را با مراجعه به مراکز طرف قرارداد و مراکز غیر طرف قرارداد دریافت می‌نماید (۷). اگرچه رتبه‌بندی و مقایسه نمودن مناطق مختلف ایران از نظر میزان ارایه خدمات درمانی به شیوه غیر مستقیم توسط سازمان تأمین اجتماعی به دلیل آشکار نمودن ضعف‌ها و قوت‌های موجود در بهره‌گیری از منابع بهداشتی و درمانی بخش‌های دولتی و خصوصی بسیار مفید و حایز اهمیت می‌باشد (۱۰-۸)، اما متأسفانه تحقیقات اندکی در این خصوص انجام شده است؛ به گونه‌ای که تنها می‌توان به تحقیق گودرزی و همکاران اشاره کرد (۷). آنان هدف از مطالعه خود را سنجش کارایی و عملکرد مراکز استانی سازمان تأمین اجتماعی در زمینه درمان غیر مستقیم عنوان نمودند و با استفاده از روش کمی تحلیل پوششی

مقدمه

امروزه یکی از روش‌های مؤثر ارایه خدمات درمانی، عقد قرارداد با خارج از سازمان، برون‌سپاری و خرید خدمات است (۱). به واگذاری انجام فرایندها یا فعالیت‌های داخلی به یک تأمین‌کننده خارجی تحت قرارداد مشخص، برون‌سپاری گفته می‌شود (۲). افزایش تمرکز سازمان بر یک فعالیت خاص، قابلیت دسترسی در سطح جهانی، در دسترس قرار گرفتن وجوه سرمایه‌ای، تسریع در کسب مزایای ناشی از تجدید ساختار، تقسیم ریسک، آزاد کردن منابع برای دیگر اهداف، تزریق وجوه نقد به سازمان و کاهش و کنترل هزینه عملیات، از جمله مهم‌ترین اهداف و مزایای برون‌سپاری به شمار می‌روند و تأمین مطلوب اهداف، مستلزم آن است که سازمان‌های ارایه دهنده خدمات درمانی، انجام برخی از فعالیت‌های خود را به سازمان‌های تخصصی دیگر واگذار نماید (۴، ۳). یکی از وظایف اصلی سازمان تأمین اجتماعی، ارایه خدمات درمانی به بیمه‌شدگان است (۵). در این سازمان علاوه بر ارایه خدمات درمانی به روش مستقیم (از طریق مراکز ملکی و استیجاری در سراسر کشور)، بخشی از خدمات نیز به شیوه غیر مستقیم (از طریق خرید خدمات کلینیکی و پاراکلینیکی دولتی و خصوصی) به بیمه‌شدگان ارایه می‌گردد (۶)؛ چرا که درمان مستقیم این سازمان، به تنهایی توان پاسخگویی به نیازهای درمانی بیمه‌شدگان را ندارد و از طرف

مقاله حاصل تحقیق مستقل بدون حمایت مالی و سازمانی است.

۱- کارشناس ارشد، مهندسی صنایع، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران (نویسنده طرف مکاتبه)

Email: jahangirieng@yahoo.com

همراه توضیحات در جدول ۱ ارائه شده است.

بدیهی است که در فرایند ارزیابی عملکرد و تصمیم‌گیری، ممکن است تمام شاخص‌ها به یک اندازه حایز اهمیت نباشند. بنابراین، پس از مشخص شدن شاخص‌ها، وزن هر کدام با استفاده از روش آنتروپی مطابق روابط ۱ تا ۴ تعیین گردید. P_{ij} با استفاده از رابطه ۱ و E_j با استفاده از رابطه ۲ محاسبه شد.

$$P_{ij} = \frac{x_{ij}}{\sum_{i=1}^m x_{ij}}; \forall i, j \quad \text{رابطه ۱}$$

$$E_j = -K \sum_{i=1}^m [P_{ij} \cdot \ln P_{ij}]; \forall j \quad \text{رابطه ۲}$$

به طوری که $K = \frac{1}{\ln m}$ می‌باشد.

d_j و W_j (اوزان) نیز به ترتیب با استفاده از روابط ۳ و ۴ به دست آمده

$$d_j = 1 - E_j \quad \text{رابطه ۳}$$

$$W_j = \frac{d_j}{\sum_{j=1}^n d_j} \quad \text{رابطه ۴}$$

در روابط مذکور، m تعداد گزینه‌ها، n تعداد شاخص‌ها (معیارها)، W_j وزن شاخص j و x_{ij} امتیاز گزینه i از شاخص j (همان نسبت مقادیر آماری مندرج در سالنامه آماری به جمعیت تحت پوشش درمان هر منطقه) می‌باشد (۱۴).

پس از این که گزینه‌ها، شاخص‌ها (معیارها)، وزن شاخص‌ها و امتیاز هر گزینه از هر شاخص تعیین و در واقع، ماتریس تصمیم تشکیل شد، جهت پردازش آن، یکی از جدیدترین روش‌های تصمیم‌گیری چند شاخصه به نام ارزیابی محصول جمع شده با وزن (Weighted Aggregated Sum Product Assessment یا WASPAS) که اولین بار توسط Zavadskas و همکاران معرفی شده بود (۱۵)، مطابق روابط ۵ تا ۸ به کار گرفته شد؛ به گونه‌ای که در ابتدا ماتریس تصمیم با استفاده از روش خطی به وسیله رابطه ۵ نرمال‌سازی شد.

$$\bar{x}_{ij} = \frac{x_{ij}}{\max_i x_{ij}} \quad \text{رابطه ۵}$$

سپس مقدار $Q_i^{(1)}$ با استفاده از رابطه ۶ مقدار $Q_i^{(2)}$ با استفاده از رابطه ۷ و در نهایت، Q_i با استفاده از رابطه ۸ محاسبه گردید.

$$Q_i^{(1)} = \sum_{j=1}^n \bar{x}_{ij} W_j \quad \text{رابطه ۶}$$

$$Q_i^{(2)} = \prod_{j=1}^n (\bar{x}_{ij})^{W_j} \quad \text{رابطه ۷}$$

جدول ۱: تشریح شاخص‌های در نظر گرفته شده جهت رتبه‌بندی و مقایسه مناطق مورد بررسی

شاخص‌ها	توضیحات
۱	نسبت تعداد کل مراکز درمانی طرف قرارداد (بیمارستان، کلینیک، پلی کلینیک، دی کلینیک، مراکز بهداشتی و درمانی) به جمعیت تحت پوشش درمان هر منطقه
۲	نسبت تعداد کل پزشکان عمومی، متخصص و دندان‌پزشک مستقل طرف قرارداد به جمعیت تحت پوشش درمان هر منطقه
۳	نسبت تعداد کل مراکز پاراکلینیکی طرف قرارداد (داروخانه، آزمایشگاه، رادیولوژی، MRI، اسکن، دیالیز، سنگ‌شکن، فیزیوتراپی و...) به جمعیت تحت پوشش درمان هر منطقه
۴	نسبت تعداد مراجعات سرپایی به پزشکان و دندان‌پزشکان طرف قرارداد به جمعیت تحت پوشش درمان هر منطقه
۵	نسبت تعداد کل نسخ بستری و سرپایی رسیدگی شده به جمعیت تحت پوشش درمان هر منطقه
۶	نسبت هزینه کل نسخ بستری و سرپایی رسیدگی شده بر حسب هزار ریال به جمعیت تحت پوشش درمان هر منطقه

MRI: Magnetic resonance imaging

داده‌ها به رتبه‌بندی مناطق مختلف ایران پرداختند و نتیجه‌گیری کردند که وضعیت مطلوب کارایی فنی در بخش درمان غیر مستقیم وجود دارد (۷).

از آن‌جا که امروزه در تحقیقات مختلف، مزایای زیادی از خرید خدمات درمانی بیان شده و به عنوان یک راهبرد مناسب جهت افزایش سطح دسترسی بیمه‌شدگان به منابع بهداشتی و درمانی ذکر شده است (۱۲، ۱۱، ۴) و همچنین، با توجه به این که میزان فعالیت درمان غیر مستقیم سازمان تأمین اجتماعی در مناطق مختلف ایران طی تحقیقات بسیار اندکی مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته است؛ بنابراین، مطالعه حاضر با هدف رتبه‌بندی مناطق مختلف ایران از نظر میزان برون‌سپاری خدمات درمانی سازمان تأمین اجتماعی و فعالیت بخش درمان غیر مستقیم با استفاده یکی از جدیدترین روش‌های کمی انجام گردید تا مشخص شود که آیا این سازمان در تمامی مناطق کشور راهبرد خرید خدمات درمانی را به کار گرفته و از منابع و فرصت‌های بهداشتی و درمانی موجود در بخش‌های خصوصی و دولتی بهره لازم را برده است؟ اگر پاسخ مثبت است، در کدام مناطق بیشتر و در کدام مناطق کمتر از این راهبرد استفاده می‌شود؟

روش بررسی

این تحقیق به روش توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۹۶ انجام شد و ۳۲ منطقه کشوری شامل تمامی استان‌ها به انضمام منطقه کاشان، جهت ارزیابی عملکرد تحت بررسی قرار گرفت. داده‌های مورد نیاز به روش کتابخانه‌ای و با مراجعه به وبسایت سازمان تأمین اجتماعی و دانلود آخرین سالنامه آماری موجود در آن پایگاه که مربوط به سال ۱۳۹۵ می‌شد (۱۳)، جمع‌آوری گردید. لازم به ذکر است، با توجه به این که در سالنامه آماری سازمان تأمین اجتماعی، داده‌های آماری منطقه کاشان به صورت تفکیک شده اعلام شده بود، به ناچار در تحقیق حاضر این منطقه نیز به صورت مجزا تحت بررسی قرار گرفت.

به منظور رتبه‌بندی و مقایسه مناطق تحت مطالعه از نظر میزان برون‌سپاری خدمات درمانی توسط درمان غیر مستقیم سازمان تأمین اجتماعی، از تصمیم‌گیری چند شاخصه استفاده گردید؛ به گونه‌ای که هر منطقه از مناطق ۳۲گانه تحت بررسی به عنوان یک گزینه در نظر گرفته شد. با توجه به معرفی شاخص‌های کلیدی در سالنامه آماری توسط واحد آمار و اطلاعات سازمان تأمین اجتماعی (۱۳)، مطالعه تحقیقات مرتبط پیشین (۱۱، ۷) و مصاحبه با استادان دانشگاه و کارشناسان آشنا با آن سازمان و با توجه به متفاوت بودن جمعیت تحت پوشش درمان هر منطقه، شش معیار (شاخص) در نظر گرفته شد که به

$$Q_i = \lambda Q_i^{(1)} + (1 - \lambda)Q_i^{(2)}, \lambda = 0, \dots, 1 \quad \text{رابطه ۸}$$

پوشش درمان هر منطقه) با کسب بیشترین مقدار و اختلاف بسیار زیاد با سایر شاخص‌ها، به عنوان مهم‌ترین شاخص در نظر گرفته شد؛ در حالی که شاخص پنجم (نسبت تعداد کل نسخ بستری و سرپایی رسیدگی شده به جمعیت تحت پوشش درمان) با کسب کمترین مقدار، به عنوان کم‌اهمیت‌ترین شاخص تشخیص داده شد (شکل ۱).

پس از پردازش ماتریس تصمیم با استفاده از روش WASPAS و به کمک روابط ۵ تا ۸ و پس از مرتب نمودن گزینه‌ها بر اساس مقادیر Q به ترتیب نزولی، رتبه‌بندی مناطق مورد مطالعه مطابق شکل ۲ مشخص گردید. لازم به ذکر است که شاخص‌های در نظر گرفته شده وزن‌های مختلفی را کسب نمودند، اما در فرایند رتبه‌بندی، تمام شش شاخص به نسبت وزن و اهمیتی که برای آن‌ها محاسبه گردید، مطابق روابط ۶ و ۷ تأثیر داده شد.

چنانچه در شکل ۲ مشخص شد، میزان فعالیت درمان غیر مستقیم سازمان تأمین اجتماعی در استان سیستان و بلوچستان بیشتر از سایر مناطق بود؛ به گونه‌ای که رتبه اول را کسب نمود؛ در حالی که پوشش رتبه آخر را به خود اختصاص داد. لازم به ذکر است که میانگین نمرات نیز ۰/۴۲۵ محاسبه شد.

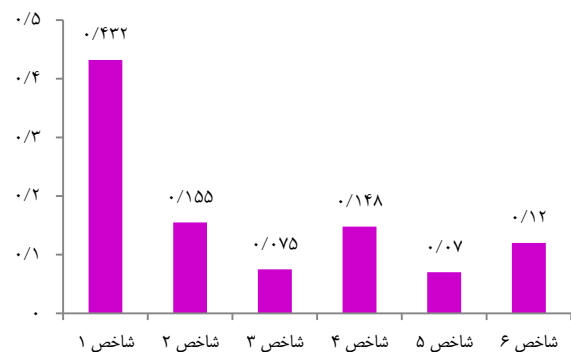
بحث

یافته‌های مربوط به وزن شاخص‌ها نشان داد که شاخص اول یعنی نسبت تعداد کل مراکز درمانی طرف قرارداد (بیمارستان، کلینیک، پلی کلینیک، دی کلینیک و مراکز بهداشتی و درمانی) به جمعیت تحت پوشش درمان هر منطقه، در فرایند رتبه‌بندی اهمیت بسیار بالاتری نسبت به سایر شاخص‌ها داشته است. ناآل و همکاران در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که ارتباط مستقیمی بین تعداد بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی با تعداد بیمارستان‌های دولتی، غیر دولتی، دی کلینیک‌ها و مراکز درمانی سرپایی طرف قرارداد در استان‌های مختلف کشور وجود دارد (۱۱). نتایج مطالعات کاظمی و همکاران (۱۷) و طحاری مهرجردی و همکاران (۱۸) نشان داد که وزن محاسبه شده برای شاخص‌های نسبت تعداد داروسازان، متخصصان و دندان‌پزشکان به جمعیت هر منطقه در توسعه بخش بهداشت و درمان، بیشتر از سایر شاخص‌های پژوهش می‌باشد.

در روابط مذکور، \bar{x}_{ij} نرمال شده مقدار x_{ij} و $\text{Max}_i x_{ij}$ نیز بیشترین مقدار x_{ij} در شاخص z می‌باشد (۱۶). لازم به ذکر است که مقدار λ در تحقیق حاضر، ۰/۵ فرض شد. بدیهی است هر گزینه‌ای که مقدار Q بیشتری را کسب کند، دارای امتیاز بالاتر و بیانگر فعالیت بیشتر درمان غیر مستقیم تأمین اجتماعی و برون‌سپاری خدمات درمانی در آن منطقه می‌باشد. به همین دلیل، مناطق تحت بررسی بر اساس نمره Q به ترتیب نزولی مرتب شدند. لازم به ذکر است که تمامی روابط با استفاده از نرم‌افزار Excel نسخه ۲۰۱۰ محاسبه گردید.

یافته‌ها

شاخص‌های در نظر گرفته شده در فرایند رتبه‌بندی، وزن‌های متفاوتی داشتند که در شکل ۱ مقدار عددی وزن محاسبه شده برای هر کدام نشان داده شده است.



شکل ۱: وزن‌های محاسبه شده برای هر شاخص

شاخص اول (نسبت تعداد کل مراکز درمانی طرف قرارداد شامل بیمارستان، کلینیک، پلی کلینیک و مراکز بهداشتی و درمانی به جمعیت تحت



شکل ۲: رتبه‌بندی و مقایسه مناطق مختلف ایران از نظر میزان برون‌سپاری خدمات درمانی توسط درمان غیر مستقیم سازمان تأمین اجتماعی

درمانی شود (۱۱).

یکی از بزرگ‌ترین محدودیت‌های تحقیق حاضر، انجام مطالعات مشابه بسیار اندک به منظور مقایسه نتایج بود.

نتیجه‌گیری

اگرچه نتایج به دست آمده از تحلیل داده‌ها نشان داد که سازمان تأمین اجتماعی در مناطق مختلف کشور در زمینه درمان غیر مستقیم عملکرد متفاوتی داشته است و جمعیت تحت پوشش درمان آن سازمان در تمامی مناطق کشور به یک اندازه از خدمات درمانی مراکز طرف قرارداد بهره نبرفته‌اند، اما به خوبی توانسته است بخشی از خدمات درمانی مورد نیاز بیمه‌شدگان را در تمامی مناطق مورد بررسی از طریق عقد قرارداد با سایر مراکز درمانی (بیمارستان‌ها، پلی‌کلینیک‌ها، دی‌کلینیک‌ها، داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها، پزشکان و دندان‌پزشکان و...) اعم از خصوصی و دولتی به علت محدود بودن منابع بخش درمان مستقیم، ارایه دهد و به عنوان یک راهبر، جهت افزایش دسترسی بیمه‌شدگان به خدمات درمانی و همچنین، جایگزین نمودن با توسعه و ساخت و ساز مراکز درمانی ملکی بهره گرفته است.

پیشنهادها

از آن‌جا که شاخص اول (نسبت تعداد کل مراکز درمانی طرف قرارداد مانند بیمارستان، کلینیک، پلی‌کلینیک، دی‌کلینیک، مراکز بهداشتی و درمانی) به جمعیت تحت پوشش درمان هر منطقه، بیشترین وزن را نسبت به سایر شاخص‌ها به دست آورده است؛ بنابراین، به مسؤولان سازمان تأمین اجتماعی پیشنهاد می‌گردد تا به منظور افزایش بیشتر عملکرد درمان غیر مستقیم خود در مناطقی که عملکرد آنان نیاز به بهبود دارد، قراردادهای منعقد شده با این مراکز را در اولویت اول گسترش قرار دهند. همچنین، با توجه به مزایایی که برون‌سپاری و خرید خدمات درمانی دارد، به سایر سازمان‌های ارایه دهنده بیمه‌های خدمات درمانی نیز پیشنهاد می‌گردد که قراردادهای خود را متناسب با جمعیت تحت پوشش درمان افزایش دهند.

علاوه بر این، به محققان آینده پیشنهاد می‌شود علل متفاوت بودن میزان ارایه خدمات درمانی به شیوه غیر مستقیم توسط سازمان تأمین اجتماعی در مناطق مختلف ایران را از لحاظ کمی و کیفی مورد بررسی قرار دهند؛ چرا که بدیهی است چنانچه درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی دارای نقص‌های کمی (کمبود پزشک، مراکز کلینیکی و پاراکلینیکی، تجهیزات پزشکی و...) و کیفی (بالا بودن زمان انتظار و شلوغ بودن بیش از حد مراکز درمانی، عدم پاسخگویی و مسؤولیت‌پذیری کارکنان و...) باشد، به دنبال آن بیماران تمایل کمتری به دریافت خدمات درمانی به شیوه مستقیم خواهند داشت و در مقابل، سعی خواهند کرد از شیوه درمان غیر مستقیم استفاده بیشتری کنند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مسؤولان واحد آمار و اطلاعات سازمان تأمین اجتماعی به جهت انتشار داده‌های آماری مورد نیاز در وب‌سایت سازمان، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

بر اساس شکل ۲ که مناطق مختلف ایران از نظر میزان برون‌سپاری خدمات درمانی و درمان غیر مستقیم سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۹۵ را بر اساس نمرات به دست آمده رتبه‌بندی کرده است، می‌توان گفت که درمان غیر مستقیم سازمان تأمین اجتماعی در سیستان و بلوچستان از همه مناطق فعال‌تر و میزان برون‌سپاری خدمات درمانی بیشتر می‌باشد؛ به گونه‌ای که حدود ۳/۲۵۲ برابر پوشش بوده است. گودرزی و همکاران پژوهشی را با هدف ارزیابی عملکرد واحدهای استانی سازمان تأمین اجتماعی در بخش درمان غیر مستقیم با استفاده از روش تحلیل پوششی داده‌ها انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که کارایی درمان غیر مستقیم این سازمان در استان مرکزی رتبه اول و در کرمان رتبه آخر را کسب نمود (۷) که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی نداشت. هاشمی در تحقیق خود با هدف بررسی عدالت در گسترش خدمات درمانی گران‌قیمت و دارای تکنولوژی پیشرفته در جهت ارتقای سلامت بیمه‌شدگان، نتیجه‌گیری کرد که استان تهران از نظر تعداد، بیشترین دستگاه‌های گران‌قیمت و پیشرفته را دارد، اما وقتی تخصیص دستگاه‌ها به ازای جمعیت تحت پوشش بیمه درمانی مورد بررسی قرار گرفت، استان سیستان و بلوچستان بیشترین برخورداری و استان پوشش کمترین برخورداری را داشت (۱۹) که با نتایج پژوهش حاضر همسو بود. رئیس هیأت مدیره سازمان تأمین اجتماعی کشور نیز در یکی از گزارش‌های اخیر خود بیان نمود: «به دلیل این که هزینه‌های مراکز درمانی تأمین اجتماعی بالا است، توسعه این‌گونه مراکز صرفه اقتصادی ندارد و ناگزیر در سال‌های آینده باید به سمت خرید خدمات پزشکی رفت و بر اساس راهبرد جدید این سازمان، خرید خدمات پزشکی به خصوص در استان خوزستان به علت محرومیت‌ها و تعداد بالای افراد تحت پوشش، جایگزین توسعه و ساخت و ساز مراکز درمانی تأمین اجتماعی می‌شود» (۲۰). چنانچه در تحقیق حاضر نیز مشخص شد، استان خوزستان رتبه ۲۹ را کسب نموده است و این یافته نزدیک به گزارش مذکور (۲۰) می‌باشد.

بر اساس داده‌های شکل ۲، خدمات درمانی به شکل غیر مستقیم (خرید خدمات مذکور از طریق عقد قرارداد با مراکز دولتی و خصوصی) در تمام مناطق مورد مطالعه توسط سازمان تأمین اجتماعی ارایه شده است و از آن به عنوان یک راهبرد جهت پاسخگویی به نیازهای درمانی بیمه‌شدگان استفاده می‌شود. Loevinsohn و Harding تحقیقی را با هدف بررسی نتایج خرید خدمات درمانی در ۱۰ کشور در حال توسعه انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که در هر ۱۰ کشور مورد بررسی، عقد قرارداد برای دریافت خدمات درمانی می‌تواند بسیار اثربخش باشد و بهبودهای سریعی را ایجاد نماید. همچنین، آنان نتیجه‌گیری نمودند که عقد قرارداد برای ارایه خدمات بهداشتی و درمانی باید گسترش یابد و تلاش‌های آینده باید شامل ارزیابی‌های دقیق باشد (۴). Liu و همکاران مطالعه‌ای مروری را با هدف بررسی اثربخشی عقد قرارداد به منظور ارایه خدمات اولیه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و تأثیر آن بر عملکرد سیستم‌های بهداشتی و درمانی و برنامه‌های آنان در کشورهای کم‌درآمد و متوسط انجام دادند و دریافتند که در بسیاری از مطالعات صورت گرفته به این نکته اشاره شده است که عقد قرارداد به منظور خرید خدمات درمانی، دسترسی به خدمات را افزایش می‌دهد (۱۲). ناثل و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که توجه سازمان تأمین اجتماعی به پراکندگی در انعقاد قرارداد با مؤسسات و مراکز درمانی، می‌تواند باعث عادلانه‌تر شدن سطح دسترسی بیمه‌شدگان به مراکز

References

1. Khalilifar O, Nejati Zarnaghi B, Bakhtiari Aliabad M, Valadkhani A. Survey role of outsourcing in nutrition unit: Comparison of selected hospitals with military selected hospitals in Tehran. *Hospital* 2015; 13(4): 105-13. [In Persian].
2. Mohaghegh B, Asadbaygi M, Baratimarnani A, Birjandi M. The impact of outsourcing the pharmaceutical services on outpatients' satisfaction in Lorestan rural health centers. *Hospital* 2011; 10(3): 79-88. [In Persian].
3. Arastoozadeh F, Torabipour A. Comparison of services' quality in outsourced and non-outsourced clinical laboratory in Ahvaz University Hospitals, 2016. *Health Inf Manage* 2017; 8(2): 95-104. [In Persian].
4. Loevinsohn B, Harding A. Buying results? Contracting for health service delivery in developing countries. *Lancet* 2005; 366(9486): 676-81.
5. Saeidi R. Investigating the views of directors and employees of social security organization in Tehran with regard to solving the organization problems. *Social Development and Welfare Planning* 2010; 1(1): 47-70. [In Persian].
6. General Directorate of Education and Research of Social Security Organization. Educational booklet. A brief introduction to the Social Security Organization [Online]. [cited 2013]; Available from: URL: <http://www.estekhtam.com/wp-content/uploads/2015/12/tamin.readme931.pdf>
7. Goudarzi R, Mehrolihasani M, Dehnavieh R, Darvishi A. Performance assessment of provincial units of social security organization in indirect health services sector using DEA method in 2014. *Iran J Epidemiol* 2017; 12(5): 65-73. [In Persian].
8. Zahiri M, Keliddar I. Performance evaluating in hospitals affiliated in Ahwaz University of Medical Sciences based on Pabon Lasso model. *Hospital* 2012; 11(3): 37-44. [In Persian].
9. Jayachandran S, Kalaiganam K, Eilert M. Product and environmental social performance: Varying effect on firm performance. *Strat Mgmt J* 2013; 34(10): 1255-64.
10. Jahangiri A, Jahangiri M, Mosali A. Ranking provinces of Iran in terms of existence of healthcare resources and level of people's access to them by using multiple attribute decision making. *Journal of Healthcare Management* 2017; 8 (3) 2017; 8(3): 73-84. [In Persian].
11. Nael E, Samiei K, Rostami Khamene M. Evaluation of justice distribution in social security organization facilities and it's insured needs. *J Med Counc IR Iran* 2013; 31(1): 26-33. [In Persian].
12. Liu X, Hotchkiss DR, Bose S. The effectiveness of contracting-out primary health care services in developing countries: A review of the evidence. *Health Policy Plan* 2008; 23(1): 1-13.
13. Social Security Organization. Statistical reports of the Social Security Organization 2017 [cited 2017]. Available from: URL: <http://www.tamin.ir/News/Item/3417/2/3417.html>
14. Asgarpour MJ. Multiple criteria decision making. Tehran, Iran: University of Tehran; 2011. p. 399. [In Persian].
15. Zavadskas EK, Turskis Z, Antucheviciene J, Zakarevicius A. Optimization of weighted aggregated sum product assessment. *Electronics and Electrical Engineering* 2012; 122(6): 3-6.
16. Jahangiri A, Jahangiri M. Simultaneous use of multi attribute decision making (MADM) and SERVQUAL methods in order to rating selected Iranian hospitals in terms of perceived quality of services from clients. *Decisions and Operations Research* 2017; 2(1): 90-106. [In Persian].
17. Kazemi A, Rezapoor A, Faradonbeh SB, Nakhaei M, Ghazanfari S. Study the development level of provinces in Iran: A focus on health indicators. *J Health Adm* 2015; 18(59): 29. [In Persian].
18. Tahari Mehrjardi MH, Babaei Meybodi H, Morovati Sharifabadi A. Investigation and ranking of Iranian provinces in terms of access to health sector indicators. *Health Inf Manage* 2012; 9(3): 365-9. [In Persian].
19. Hashemi SE. Justice in the development of expensive and high-tech health services to improve the health of insured persons. *Social Security Quarterly* 2007; 9(28): 201-24. [In Persian].
20. Raji A. The purchase of medical services will be replaced with the development of social security therapeutic centers [Online]. [cited 2016]; Available from: URL: <http://www.irna.ir/fa/News/82334420> [In Persian].

Ranking Different Regions of Iran in Terms of the Level of Health Services Outsourcing and Indirect Care Activities of the Social Security Organization via Using Multiple Attribute Decision Making Method in Year 2016

Abbas Jahangiri¹

Original Article

Abstract

Introduction: Indirect treatment is one of the methods of providing health care for customers in social security organization through the purchase of services from public and private centers. In this way, a portion of the health care is outsourced. The purpose of this study was to rank different regions of Iran in terms of the level of health services outsourcing and indirect care activities of the Social Security Organization.

Methods: In this descriptive sectional study, the required data were obtained by referring to the Social Security Organization website and downloading the Statistical Yearbook of 2016. Then, indirect treatment performance of that organization in all provinces, as well as Kashan area, was evaluated and compared with each other using six indicators for covered population in each area. Evaluation was carried out using one of the newest multiple attribute decision making methods, namely Weighted Aggregated Sum Product Assessment (WASPAS).

Results: The ratio of the number of contracted-out treatment centers to the population covered by insurance in each region was recognized as the most important indicator due to having the highest weight. There was provision of indirect healthcare services form in all studied regions; but the highest performance was observed in Sistan and Baluchestan Province, while the worst performance was observed in Bushehr Province.

Conclusion: Social Security Organization has used indirect care method (purchasing health services and contracting with public and private centers) as a strategy to increase the accessibility of medical resources to insured customers, and to replace development and construction of proprietary centers in all regions of Iran with outsourcing (with different amount of outsourcing in different regions).

Keywords: Social Security; Outsourcing; Decision Making; Contract Services

Received: 18 Oct., 2017

Accepted: 04 Feb., 2018

Citation: Jahangiri A. Ranking Different Regions of Iran in Terms of the Level of Health Services Outsourcing and Indirect Care Activities of the Social Security Organization via Using Multiple Attribute Decision Making Method in Year 2016. Health Inf Manage 2018; 15(1): 34-9

Article resulted from an independent research without financial support.

1- MSc, Industrial Engineering, Young Researchers and Elite Club, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran
(Corresponding Author) Email: jahangirieng@yahoo.com