





دانشگاه علوم پزشکی کرمان

دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی

پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

عنوان

تعیین چالش های استقرار خرید راهبردی سازمان بیمه سلامت ایران و ارائه راهکار

توسط: علی رضا کلانتری

استاد راهنما: دکتر رضا دهنویه

اساتید مشاور:

دکتر محمد جعفری سیریزی

دکتر محمد حسین مهرالحسری

۱۳۹۳-۹۴

تقدیر و تشکر

حال که به لطف و کرم خدا، این محمل به سرمنزل رسیده است، با دلی سرشار از خضوع و خشوع و مهر و عشق نسبت به ذات مقدس خداوند، وی را شکر و سپاس می گویم که شایستگی تحصیل و پوییدن راه علم و تحقیق را به من عطا فرمود. هم چنین بر خود واجب می دانم مراتب تقدیر و تشکر خالصانه و صمیمانه خود را تقدیم به عزیزانی نمایم که بدون پشتیبانی و مساعدت های ایشان ، طی این طریق بسیار بعید و دشوار می نمود

در ابتدا از استاد ارجمند، جناب آقای دکتر رضا دهنویه که در کمال سعه صدر ، با حسن خلق و فروتنی، از هیچ کمکی در این عرصه بر من دریغ ننمودند و زحمت راهنمایی این رساله را بر عهده گرفتند، صمیمانه تشکر می کنم از جناب دکتر محمد جعفری سیریزی که زحمت مشاوره فنی این رساله را بر عهده داشته و با مشاوره های دقیق خود ، مرا در پیمودن درست این راه یاری نموده اند، کمال تشکر دارم

از تمام اعضای سازمان بیمه سلامت کشور که به صورت مستقیم و غیر مستقیم در این مطالعه همکاری داشته اند، صمیمانه تشکر می شود.

و در نهایت از سازمان بیمه سلامت ایران به خاطر حمایت مالی و معنوی از این رساله کمال تشکر به عمل می آید.

تقدیم به.....

تقدیم به ساحت مقدس پیامبر مهربانی، نبی عظیم الشان اسلام، حضرت محمد (صلی الله علیه وآله وسلم) که با اخلاق حسنه خود ریشه درخت اسلام عزیز را در زمین مستحکم کرد.

تقدیم به فرزندان زینش یگانه منجی عالم بشریت حضرت ولی عصر (عجل الله تعالی فرجه شریف) (جان من و تمام عالمیان فدای یک ذره از خاک پایش) که این درخت را در تمام جهان به فضل خداوند به زودی بارور خواهند ساخت و از میوه های صلح، صفا و مهربانی آن به همپاگان عالم خواهند چشایند.

تقدیم به پدر و مادر عزیزم که سجده ایثارشان، گل محبت را در وجودم پروراند و دلمان گهربارشان، نخطه های مهربانی را به من آموخت.

تقدیم به همسر عزیزم به پاس قدردانی از قلبی آکنده از عشق و معرفت که محیطی سرشار از سلامت و امنیت و آرامش و آسایش برای من فراهم آورده است.

و تقدیم به همه کسانی که هنوز خلق و نوحی انسانیت را از دست نداده اند و سرسختانه به دنبال خدمت به بشریت هستند.

فهرست مندرجات

فهرست جداول.....	ز
فهرست اشکال.....	ز
فهرست ضمایع.....	ز
چکیده.....	ز
فصل اول.....	۱
معرفی پژوهش.....	۱
۱-۱- مقدمه.....	۲
۱-۲- بطن مسئله:.....	۳
۱-۳- اهداف پژوهش.....	۵
۱-۴- سوالات پژوهش.....	۶
۱-۵- تعاریف واژه ها.....	۶
۲-۱- مقدمه.....	۱۰
فصل دوم.....	۹
۲-۲- کارآیت و مفاهیم بجه.....	۱۰
۲-۳- تعاریف بجه:.....	۱۱
۲-۴- مشخصات مهم بجه.....	۱۲
۲-۵- تاریخچه بجه در کشورهای در حال توسعه:.....	۱۲
۲-۶- تاریخچه بجه اجتماعی سلامت در ایران.....	۱۲
۲-۷- خری سنتی لیغی فعال.....	۱۶
۲-۸- خری راهبردی.....	۱۷

- ۱۸..... ۲-۹- چه چیزی خرید شود؟
- ۱۸..... ۲-۱۰- از چه کسانی خرید شود؟
- ۱۹..... ۲-۱۱- خرید برای چه کسی؟
- ۱۹..... ۲-۱۲- با چه روشی پرداخت شود؟
- ۱۹..... ۲-۱۳- مثالی از خرید راهبردی در بخش غی سلامت.....
- ۲۰..... ۲-۱۴- ویژگی خدمات.....
- ۲۱..... ۲-۱۵- تفاوت رزق، تقاضا، خواسته و تاکتیک خرید راهبردی بر رزق.....
- ۲۲..... ۲-۱۶- خرید استراتژیک بی خرید منفعل؟
- ۲۴..... ۲-۱۷- نکات کلیدی مدل.....
- ۲۴..... ۲-۱۷-۱- اقتصاد سرکسری.....
- ۲۵..... ۲-۱۷-۲- طراحی سرکسری.....
- ۲۷..... ۲-۱۷-۳- ساختار سازمانی.....
- ۲۷..... ۲-۱۷-۴- محیط سازمانی.....
- ۲۷..... ۲-۱۷-۵- توانایی مدیریتی.....
- ۲۷..... ۲-۱۸- مروری بر مطالعات انجام شده.....
- ۲۸..... ۲-۱۸-۱- مطالعات داخلی.....
- ۲۹..... ۲-۱۸-۲- مطالعات خارجی.....
- ۳۵..... فصل سوم.....
- ۳۶..... ۳-۱- مقدمه.....
- ۳۶..... ۳-۲- نوع پژوهش.....
- ۳۶..... ۳-۳- جامعه پژوهش.....

۳-۴- حجم نمونه	۳۶
۳-۵- روش نمونه گیری	۳۶
۳-۶- روش گردآوری داده	۳۷
۳-۷- ابزار گردآوری داده	۳۷
۳-۸- روش تحلیلی داده ها	۳۹
۳-۹- ملاحظات اخلاقی پژوهش	۴۰
۳-۱۰- محدودیتهای پژوهش	۴۰
فصل چهارم	۴۱
۴-۱- مقدمه	۴۲
۴-۲- خلاصه ی یافته ها	۴۲
۴-۳- مشکلات مالی	۴۵
۴-۳-۱- عدم وجود منابع مالی پایدار برای نظام سلامت	۴۵
۴-۳-۲- کسری و پراکندگی منابع مالی	۴۵
۴-۳-۳- عدم امکان وصول اعتبارات سهم سازمان بصورت یکجا و به موقع	۴۵
۴-۴- مسألی مربوط به ارائه دهندگان خدمات	۴۶
۴-۴-۱- محدودیت در انتخاب ارائه دهندگان خدمات در برخی از نقاط کشور	۴۶
۴-۴-۱-۱- توزیع جغرافیایی نامناسب و تعداد ناکافی برخی از موسسات درمانی	۴۶
۴-۴-۱-۲- عدم توان ارائه برخی از خدمات توسط یک بهارستان	۴۷
۴-۴-۱-۳- عدم ماندگاری پزشکان متخصص مجرب در استان های محروم	۴۷
۴-۴-۲- اعتباربخشی و رتبه بندی ناکارآمد ارایه دهندگان خدمات	۴۷
۴-۴-۳- عدم وجود استانداردها و گائیلانی های درمانی	۴۸

- ۴-۵-۴-ضعف در قواری و نظارت ۴۹
- ۴-۵-۱-عدم وجود ابزار قانونی برای گرفتن حق بجهه ۴۹
- ۴-۵-۲-نداشتن بند قانونی برای جلوگیری از تجویز پزشکان متخلف ۴۹
- ۴-۵-۳-عدم اجرای قانون تجمیع بجهه ها پای ۴۹
- ۴-۵-۴-فقدان قانونی خاص ۵۰
- ۴-۵-۵-محدودیت قانونی مراکز دولتی جهت مشارکت در خرید راهبردی ۵۰
- ۴-۵-۶-تفاوت چشمگیری بجهه تعرفه ها بجهه بخش دولتی و خصوصی ۵۰
- ۴-۵-۷-فقدان روش اجرایی و دستورالعمل ها و لحاظ نشدن ضوابط لازم در فرم های مورد رگف ۵۰
- ۴-۵-۸-عدم تعریف آئینهای نظارتی لازم برای ارائه دهندگان خدمات بعد از تفاهم خرید راهبردی ۵۱
- ۴-۵-۹-محدودیت در خرید راهبردی برخی از خدمات ۵۱
- ۴-۵-۱۰-عدم اجرای قانون الزام طرف قرارداد بودن همه مراکز تشخیصی و درمانی ۵۲
- ۴-۵-۱۱-عدم عضویت بجهه سلامت استان ها در کمیسیون ماده تعزیری ۵۲
- ۴-۵-۱۲-فقدان ضمانت اجرایی برخی از ضوابط ۵۲
- ۴-۶-۶-رئوی انساری ۵۲
- ۴-۶-۱-ضعف دانشی مدیران و کارکنان بجهه در زمینه خرید راهبردی ۵۳
- ۴-۶-۲-عدم سرهمی انگیزاننده برای مدیران و کارکنان ۵۳
- ۴-۶-۳-ریسک پذیری پایین برخی از مدیران ۵۳
- ۴-۶-۴-رقابت نابرابر در جذب رجوی کارشناسی ۵۳
- ۴-۶-۵-عدم تطابق مناسب رشته های آکادمیک موجود با رگف های سازمان ۵۳
- ۴-۶-۶-فقدان بسته آموزشی مدون مرتبط با خرید راهبردی در سازمان ۵۴
- ۴-۷-مشکلات زیساختی ۵۴

- ۵۴-۴-۷-۱-عدم وجود بانک اطلاعاتی یکپارچه و منسجم مرتبط.....
- ۵۵-۴-۷-۲-عدم وجود پرونده الکترونیکی سلامت.....
- ۵۵-۴-۷-۳-عدم انطباق سیستم نرم افزار اسناد پزشکی با ضوابط خریدی راهبردی.....
- ۵۵-۴-۷-۴-عدم تعریف داشبورد مدیریتی از داده ها و اطلاعات بخش رگو در خریدی راهبردی.....
- ۵۶-۴-۸-مشکلات ارتباطات یعنی بخشی و فرهنگ سازی.....
- ۵۶-۴-۸-۱-مقاومت برخی از ذینفعان.....
- ۵۶-۴-۸-۲-ابهام نقش و ابهام ارتباطی.....
- ۵۷-۴-۸-۲-۱-روابط ضعیف یعنی حوزه ای.....
- ۵۷-۴-۸-۲-۲-روابط ضعیف درون حوزه ای.....
- ۵۸-۴-۸-۳-ضعف در فرهنگ مصرف خدمات.....
- ۵۸-۴-۸-۴-ضعف در فرهنگ ارائه خدمات.....
- ۵۸-۴-۸-۵-عدم مقبولیت کافی همه های پای.....
- ۵۹-۴-۹-مشکلات مربوط به بسته همه.....
- ۵۹-۴-۹-۱-عدم وجود متد توافق شده در بازنگری بسته همه.....
- ۶۰-۴-۹-۲-فراهم نبودن الزامات تعریف علمی بسته.....
- ۶۱-۴-۱۰-نظام پرداخت.....
- ۶۱-۴-۱۰-۱-تاخیر و بی نظمی در پرداخت به موقع مطالبات موسساتی.....
- ۶۱-۴-۱۰-۲-عدم ورود سازمان به نظام های پرداخت نوی.....
- ۶۱-الف-محدودیت قانونی.....
- ۶۲-ب-دانش ضعیف در انتخاب روش پرداخت و الزامات آن.....
- ۶۲-۴-۱۱-ضعف در سرپرست گذاری.....

- ۴-۱۱-۱- فشارهای سرطوری جهت خری از مراکز بی کفایت..... ۶۲
- ۴-۱۱-۲- عدم وجود سرطست گذاری مبتری بر شواهد..... ۶۲
- ۴-۱۱-۳- شتابزدگی در سرطست گذاری و اجرا..... ۶۳
- ۴-۱۱-۴- مشارکت ضعف ذنیفغان در سرطستگذاری..... ۶۳
- ۴-۱۱-۵- جابه جایی مدییت کلان سازمان در مقاطع زمانی کوتاه مدت..... ۶۳
- ۴-۱۱-۶- ضعف در تعهد نسبت به خری راهبردی..... ۶۴
- ۴-۱۲- راهکارهای پیشنهادی..... ۶۴
- فصل پنجم..... ۸۷
- ۵-۱- مقدمه..... ۸۸
- ۵-۲- منابع مالی..... ۸۸
- ۵-۳- مسائل مربوط به ارائه دهندگان خدمات..... ۸۹
- ۵-۴- ضعف در قوانین و نظارت..... ۹۰
- ۵-۵- مشکلات رهوی انسانی..... ۹۱
- ۵-۶- مشکلات زیساختی..... ۹۲
- ۵-۷- مشکلات ارتباطات یعنی بخشی و فرهنگ سازی..... ۹۳
- ۵-۸- مشکلات مربوط به بسته..... ۹۳
- ۵-۹- مشکلات در روش پرداخت..... ۹۴
- ۵-۱۰- ضعف در سرطست گذاری..... ۹۴
- ۵-۱۱- پیشنهادات عملی جهت اجرای طرح خری راهبردی..... ۹۶
- ۵-۱۲- نتیجه..... ۹۷
- ۵-۱۳- پیشنهادات برای مدیان و سرطست گذاران..... ۹۷

۱۴-۵-پیشنهادات برای مطالعات بعد..... ۹۸

منابع..... ۹۹

فهرست جداول عنوان صفحه

جدول ۱-۲-چارچوب نظری..... ۲۳

جدول ۱-۴-چالش های خرید راهبردی..... ۴۳

جدول ۲-۴-راهکارهای خرید راهبردی..... 66

فهرست اشکال

عنوان صفحه

شکل ۱-۲: سبک خرید خدمات در گذشته..... ۱۰

شکل ۲-۲: نظام امروزی خرید خدمات..... ۱۱

شکل ۳-۲: همپوشانی خواسته، نیاز و تقاضا..... ۲۱

شکل ۴-۲: ذیفعان طرح خرید راهبردی..... ۲۵

شکل ۵-۱: نردبان خرید راهبردی در بخش سلامت..... ۹۸

فهرست ضمایم

عنوان صفحه

ضمیمه ۱:سوالیات مصاحبه..... ۱۰۷

ضمیمه ۲: آیین نامه اجرای بند (ز) ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه..... ۱۰۹

تعیین چالش های استقرار خرید راهبردی سازمان بیمه سلامت ایران و ارائه راهکار

چکیده

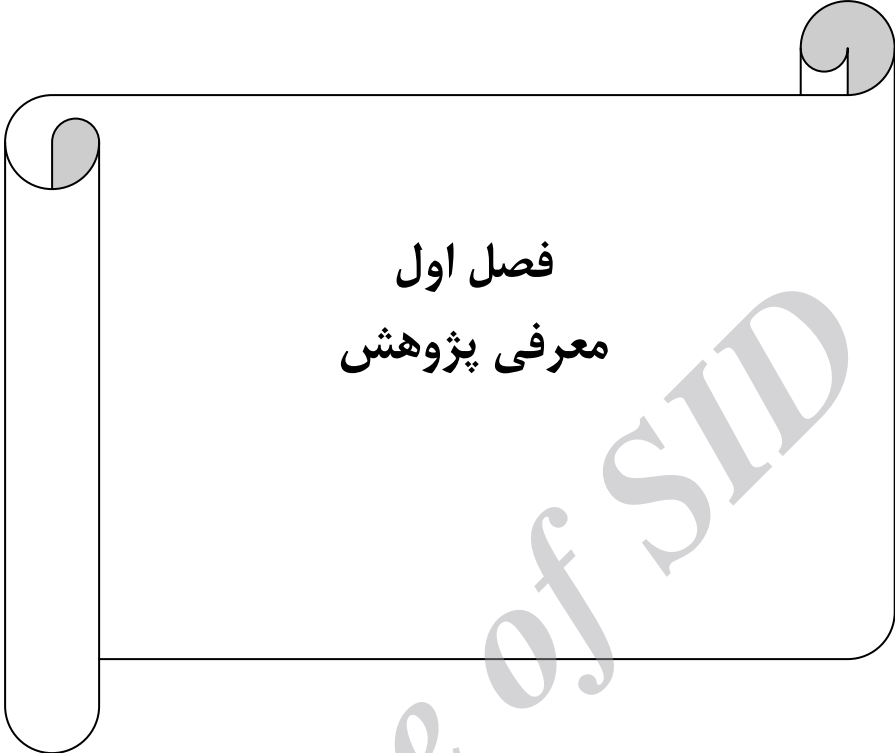
مقدمه: خرید راهبردی به عنوان فعالیت کلیدی و محوری برای بهبود عملکرد نظام سلامت و حل مشکلات خرید غیرفعال معرفی شده است. در ایران، دولت سازمان بیمه سلامت را مکلف به اجرای این راهبرد کرده است. اما پس از گذشت چندین سال پیشرفت مناسبی در این خصوص صورت نگرفته است. شناخت دلایل عدم پیشرفت ضروری است و مطالعه حاضر با این هدف انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر مطالعه ای کاربردی است که با استفاده از روش کیفی و با رویکرد Best fit Framework Synthesis در سال ۲۰۱۵ شد. چارچوب انتخاب شده جهت تحلیل اولیه داده ها، مدل S.Preker بود. داده ها در دو فاز جمع آوری شد. در ابتدا داده ها از طریق انجام ۲۷ مصاحبه نیمه ساختارمند (۳۳ نفر از مدیران سازمان بیمه سلامت در کشور و ۴ نفر صاحب نظران کشوری) جمع آوری و تحلیل کیفی شد. در مرحله بعد، در قالب یک جلسه مشترک کشوری، در مورد چالش های به دست آمده از مرحله قبل اظهار نظر و لیست چالش ها نهایی شد.

یافته ها: چالش های خرید راهبردی در قالب ۹ کد اصلی و تحت عنوان مفاهیم مشکلات مالی، مشکلات مربوط به ارائه دهندگان خدمات، ضعف در قوانین و نظارت، مشکلات نیروی انسانی، مشکلات زیرساختی، مشکلات مربوط به ارتباطات بین بخشی و فرهنگی، مشکلات مربوط به بسته بیمه، مشکلات مربوط به نظام پرداخت و ضعف در سیاست گذاری طبقه بندی شدند. چالش های اصلی نیز به ۴۴ زیر کد تقسیم بندی شدند.

نتیجه گیری: بهبود وضعیت خرید راهبردی در ایران نیازمند اتخاذ رویکردی منسجم با در نظر گرفتن کلیه عوامل تاثیرگذار بر آن است. برای اجرای طرح خرید راهبردی می توان با تجدید نظر در برخی از سیاست ها، اصلاح و تدوین قوانین مورد نیاز، رفع مشکلات زیر ساختی، تامین منابع (مالی و انسانی) مناسب، بازنگری مناسب بسته بیمه، تحکیم ارتباطات درون و برون بخشی، استفاده از نظام های پرداخت آینده نگر و برطرف کردن مشکلات داخلی سازمان بیمه به موفقیت بیشتر این برنامه کمک کرد.

کلید واژه ها: خرید راهبردی - خرید غیر فعال - سازمان بیمه سلامت - ایران - رویکرد مناسب ترین چارچوب



فصل اول
معرفی پژوهش

Archive of SID

۱-۱- مقدمه

از زمانی که افراد به صورت آگاهانه برای حفظ سلامت خود و درمان بیماری‌ها تلاش کرده‌اند، نظام‌های سلامت به نوعی وجود داشته‌اند و با گذشت زمان و انجام اصلاحات تکامل یافته‌اند (۱). به این صورت که در گذشته زمانی که مردم بیمار می‌شدند، مستقیماً به درمانگران مراجعه می‌کردند. اما همزمان با انقلاب صنعتی و علمی شدن نگاه به موضوع سلامت، درک مفاهیم مربوط به علت، پیشگیری و درمان بیماریها توسعه یافت و دامنه سلامت از انحصار درمانگران سنتی خارج شد و سایر ایفا کنندگان و بسیاری از فراهم کنندگان ویژه مانند پزشکان، پرستاران، داروسازان، پیراپزشکان وارد این عرصه شدند (۲)، تا جایی که امروزه مشاهده می‌شود که فرد برای درمان بیماری خود مجبور است که به نهاد‌های مختلفی مراجعه کند. پیچیده شدن فرایند ارائه خدمات باعث به وجود آمدن سازمان‌های سومی به نام بیمه‌ها شد که وظیفه خرید خدمات را بر عهده دارند. اما سازمان‌های بیمه در خرید خدمات با سبک خرید سنتی به دلیل ناکارآمد بودن آن و روند فزاینده هزینه‌ها و استفاده بیش از حد خدمات گران دچار چالش بوده‌اند. تا اینکه سازمان جهانی بهداشت سبک جدیدی از خرید به نام خرید فعال را برای حل مشکلات نظام خرید خدمات ارائه کرد. خرید راهبردی به معنای جستجوی مستمر برای خرید بهترین مداخلات سلامتی از بهترین تامین کننده با بهترین مکانیسم پرداخت و مناسب ترین قرارداد خرید است (۳). هدف اصلی از خرید راهبردی تبدیل نیازهای سلامت و اهداف سیاستی به تخصیص منابع برای خرید مداخلات سلامتی از طریق عقد قرارداد با فراهم کنندگان است (۴). علی‌رغم اینکه برخی از کشورهای پیشرفته این راهبرد را اجرایی کرده‌اند، در کشور ایران مشاهده می‌شود که این موضوع مهم با تمام مزیت‌هایش در حال فراموش شدن است. یکی از دغدغه‌های اساسی در "خرید راهبردی" نا آشنا بودن بسیاری از مسئولین کشور با الفبای "خرید راهبردی" و الزامات آن می‌باشد. حتی همان‌اندک مسئولانی که به این موضوع مهم آشنا هستند و دلسوزانه سعی دارند که با اجرایی کردن این راهبرد گام مهمی در برطرف کردن مشکلات بیمه‌ای و نظام سلامت بردارند، به خاطر برخی از مشکلات موجود موفق به اجرای موثر این برنامه نشده‌اند. از آنجا که طبق برنامه پنجم توسعه سازمان بیمه سلامت مکلف به اجرای این راهبرد شده است، دیر یا زود باید منتظر اجرایی شدن آن شد. بنابراین شناخت مشکلات پیش رو و یافتن راهکارهای مناسب می‌تواند اطلاعات بسیار مهمی به سیاست‌گذاران و مدیران قبل از اجرایی کردن آن بدهد.

۲-۱- بیان مسئله:

نظام مراقبت بهداشتی دارای ابعاد مختلفی است که از بیمار و ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی و سازمان های بیمه تشکیل شده است (۵). در این میان، سازمان های بیمه مسئول خرید خدمات از ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی برای بیماران می باشند.

خرید بهینه و مناسب خدمات همیشه یکی از دغدغه های مهم سازمان های بیمه بوده است. این امر خصوصاً در دو دهه اخیر با توجه به روند فزاینده هزینه ها و استفاده بیش از حد خدمات گران قیمت بسیار مشهود بود. ه است و مشکلات جدی را برای نظام های سلامت پیش آورده است (۴). خرید به شیوه سنتی (غیر فعال) به خاطر مشکلاتی چون بهره وری پایین آن در نظام سلامت، هدفمند نبودن منابع، پایین بودن شاخص های هزینه منفعت و هزینه اثربخشی و ضعف در برقراری عدالت در دسترسی به خدمات دارای ضعف می باشد (۶). در کشورهای با خرید سنتی، اول هر ماه حجم زیادی نسخه برای سازمان های بیمه ارسال می شود و بیمه ها مجبور هستند که هزینه های همه ی آن ها را پردازند، بدون آن که انتخاب چندانی بر روی ارائه کنندگان خدمات داشته باشند. این در حالی است که خدمات مناسبی هم ارائه نمی شود و بسیاری از گروه های در معرض خطر بیماری ها خصوصاً در کشورهای در حال توسعه فاقد پوشش بیمه ای هستند.

برای حل این مشکلات، سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ در طی انتشار گزارشی، خرید راهبردی را به عنوان فعالیت کلیدی و محوری برای بهبود عملکرد نظام سلامت معرفی کرد (۱). خرید راهبردی به معنای جستجوی مستمر برای خرید بهترین مداخلات سلامتی از بهترین تامین کننده با بهترین مکانیسم پرداخت و مناسب ترین قرارداد خرید است (۳). با خرید راهبردی از لحاظ شاخص های دسترسی به مراقبت سلامت، حفاظت مالی، پوشش جمعیت، نیروی مولد کار و مصرف خانوارها بهبود حاصل می شود (۷). علاوه بر مزایایی که خرید راهبردی دارد، هدف اصلی آن تبدیل نیازهای سلامت و اهداف سیاستی به تخصیص منابع برای خرید مداخلات سلامتی از طریق عقد قرارداد با فراهم کنندگان است (۴).

عاقلاً به نظر می رسد که جهت افزایش دسترسی به خدمات، بهبود عدالت در سلامت و هم چن ین جلوگیری از اتلاف منابع، هر کشوری برنامه خرید راهبردی را در جامعه خود اجرا کند. اما باید دانست که بدون سرپرستی موثر حاکمیت، خرید راهبردی حتماً با شکست مواجه می شود، زیرا مهمترین عامل در موفقیت یا عدم موفقیت استقرار خرید راهبردی در یک کشور، توانایی کلی سیاسی، فنی و مالی حکومت آن کشور است. ضروری است که حکومت ها راهبرد شفافی را از طریق تنظیم سیاست سلامت و استقرار یک سری از اهداف سلامت، که بتواند تصمیمات خرید و

ارزشیابی کلی آن را هدایت کند، اعمال نمایند. بسیاری از کشورها این راهبرد را در درون نظام سلامت خود وارد کرده اند، ولی این روند در کشورهای با درآمد متوسط که در آن عناصر خرید غیر فعال غالب است، چالشی پیش روی حفاظت مالی و کارایی خدمات سلامت تلقی می شود (۴).

در کشور ایران هم، دولت به دنبال اجرای این راهبرد، طبق بند (ز) تبصره ۵ ماده ۳۸ قانون برنامه پنج م توسعه، سازمان بیمه سلامت را مکلف کرده است که با رعایت نظام ارجاع و سطح بندی خدمات بر اساس سیاستهای مصوب، نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخشهای دولتی و غیردولتی اقدام نماید (۸). اما متأسفانه با گذشت چندین سال از مکلف شدن سازمان بیمه سلامت در اجرای این راهبرد اقدامات مناسبی در جهت اجرای این مهم صورت نگرفته است و فقط اسمی از آن در اسناد بالا دستی مطرح است. واضح است که اگر چاره ای در خصوص این امر اندیشیده نشود، این موضوع مهم با همه ی مزیت هایش به زودی به دست فراموشی سپرده می شود و بسیاری از مشکلات نظام سلامت کشورمان به قوت خود باقی خواهند ماند.

بنابراین با توجه به مسائل مطرح شده و اهمیت خرید راهبردی، انجام مطالعه ای در خصوص تعیین چالش های استقرار خرید راهبردی در سازمان بیمه سلامت به عنوان بزرگترین سازمان بیمه ای کشور بسیار ضروری می باشد.

در خصوص طرح خرید راهبردی گرچه مدل های متفاوتی وجود دارد اما اکثر آن ها در بخش های غیر

سلامت ارائه شده اند. جامع ترین مدلی که به خرید راهبردی در بخش سلامت می پردازد، مدل اس. پرکر^۱

می باشد که در این مطالعه از آن استفاده شده است. اجزای این مدل عبارتند از: اقتصاد سیاسی، طراحی

سیاست، ساختار سازمانی، محیط سازمانی، توانایی مدیریت. منظور از اقتصاد سیاسی وضعیت کلان سیاسی و

اقتصادی حاکم بر جامعه است که مسلماً تاثیر بسیاری بر فرایند خرید راهبردی خواهد گذاشت. طراحی سیاست

در واقع بخش اصلی این مدل می باشد و به منظور بهترین مکانیسم جمع آوری و تجمیع درآمد جهت اختصاص

دادن آن برای معقولانه ترین خرید ممکن می باشد. ساختار سازمانی به معنای اشکال مختلف سازمانی، پیکره

ساختاری و ارتباطات بین سازمان های مختلف نظام مراقبت بهداشتی هر جامعه می باشد. منظور از محیط

سازمانی قوانین و مقررات حاکم بر سازمان های درگیر ارائه خدمات و هم چنین ابزارهای قانونی لازم در جامعه

و این سازمان ها جهت اجرای مناسب خرید راهبردی می باشد. سطوح مدیریتی، مهات های مدیریتی، مشوق ها و ابزارهای مدیریتی لازم برای اجرای مناسب این طرح می باشد(۷).

انتظار می رود که نتایج حاصل از این مطالعه و راهکارهایی که ارائه می شود در ابتدا دید درست و واقع بینانه ای را نسبت به طرح خرید راهبردی، مزایا و چالش های آن در کشور ایران به سیاست گذاران دهد. سیاست گذاران و مجریان بتوانند بر اساس نتایج حاصل از این طرح برنامه ریزی مناسب تری را برای اجرای آن تهیه کنند و در نهایت ابزارها و امکانات لازم را تدارک ببینند.

۳-۱- اهداف پژوهش

هدف اصلی طرح : تعیین چالش های استقرار خرید استراتژیک بیمه سلامت در کشور و ارائه راهکار

اهداف جزئی طرح:

- تعیین چالش های اجرای خرید استراتژیک در سازمان بیمه سلامت از لحاظ اقتصاد سیاسی
- تعیین چالش های اجرای خرید استراتژیک در سازمان بیمه سلامت از لحاظ طراحی سیاست
- تعیین چالش های خرید استراتژیک در سازمان بیمه سلامت از لحاظ ساختار سازمانی
- تعیین چالش های خرید استراتژیک در سازمان بیمه سلامت از لحاظ محیط سازمانی
- تعیین چالش های خرید استراتژیک در سازمان بیمه سلامت از لحاظ توانایی مدیریتی

اهداف کاربردی طرح :

انتظار می رود که نتایج حاصل از این مطالعه و راهکارهایی که ارائه می شود بتواند کمک بزرگی به متولیان کشور در خصوص اجرای این راهبرد کند.

۴-۱- سوالات پژوهش:

۱- از لحاظ اقتصاد سیاسی (Political economy) چه چالش هایی در اجرای خرید راهبردی وجود دارد؟ چه

راهکارهایی پیشنهاد می شود؟

۲- از لحاظ طراحی سیاسی (Policy design) چه چالش هایی در اجرای خرید راهبردی وجود دارد؟ چه راهکارهایی

پیشنهاد می شود؟

۳- از لحاظ ساختار سازمانی (Organizational structure) چه چالش هایی در اجرای خرید راهبردی وجود دارد؟ چه

راهکارهایی پیشنهاد می شود؟

۴- از لحاظ محیط سازمانی (Institutional environment) چه چالش هایی در اجرای خرید راهبردی وجود دارد؟ چه

راهکارهایی را پیشنهاد می شود؟

۵- از لحاظ توانایی مدیریتی (Management capacity) چه چالش هایی در اجرای خرید راهبردی وجود دارد؟ چه

راهکارهایی را پیشنهاد می شود؟

۵-۱- تعاریف واژه ها :

خرید:

تعریف نظری

فرایندی که ضمن آن منابع جمع آوری شده به منظور ارائه یک مجموعه از خدمات و مداخلات مشخص و نامشخص

به فراهم کننده پرداخت می شود (۴).

تعریف عملی

منظور فرایند خرید خدمات در سازمان بیمه سلامت ایران است.

خرید غیرفعال:

تعریف نظری

عبارتست از تخصیص بودجه از پیش تعیین شده و یا پرداخت صورتحساب های ارائه شده (۴).

تعریف عملی

منظور نوع خریدی است که در حال حاضر در سازمان بیمه سلامت ایران وجود دارد.

خرید راهبردی:

تعریف نظری

عبارتست از جستجوی مستمر برای دستیابی به روش هایی از طریق تصمیم گیری در نوع، چگونگی و خرید از چه کسی، به گونه ای که عملکرد سیستم را به حداکثر مطلوب برساند (۴).

تعریف عملی

به مفهوم فرایند انتخاب مداخلاتی است که پاسخگویی سیستم را افزایش داده و موجب تناسب مالی می شود. خرید نقشی حیاتی در تضمین وابستگی انگیزه های بیرونی فراهم کنندگان در راستای عقد قرارداد، بودجه بندی و مکانیسم های پرداخت ایفا می کند (۴).

قرارداد :

تعریف نظری

عبارتست از خرید خدمات درمانی بجای تخصیص ساده بودجه برای پرداخت به مراقبت های سلامت؛ که در آن رابطه بین خریدار و فروشنده تعیین می شود (۴).

تعریف عملی

معادل تعریف نظری آن می باشد.

چالش:

تعریف نظری :

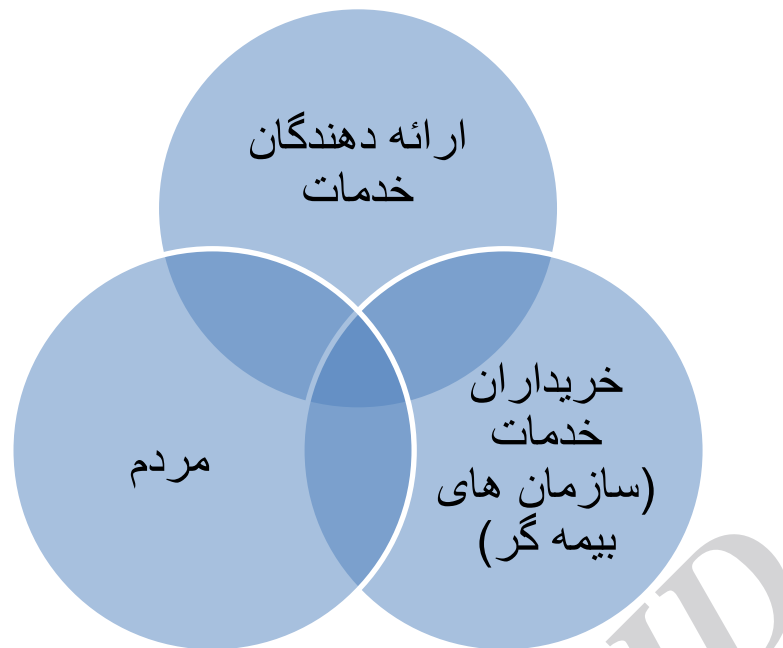
از نظر لغوی این واژه به معنای زد و خورد جنگ و جدال می باشد (۹).

تعریف عملی :

منظور مشکلاتی است که مانع از اجرای مناسب طرحی (در این جا: خرید راهبردی بخش سلامت) می شود.

Archive of SID





شکل ۲-۲: نظام امروزی خرید خدمات

اما لازم است که این عنصر سوم (بیمه ها) تعریف و توضیح داده شوند و شروع تقریبی آن در جهان و کشور ایران بحث شود. بنابراین ابتدا به تعریف بیمه پرداخته می شود.

۳-۲- تعاریف بیمه:

بیمه از دو دیدگاه تعریف می شود: دید فردی، دید اجتماعی

الف- دید فردی: بیمه یک ابزار اقتصادی است که شخص از طریق آن هزینه معین (حق بیمه) را جانشین یک زیان مالی احتمالی و نامعین می کند. هدف اصلی بیمه، ایجاد مکملی برای ریسک که همان امنیت است، می باشد. بیمه باعث کاهش میزان عدم اطمینان از وقوع یا عدم وقوع خسارت نمی شود، اما میزان زیاد احتمالی ناشی بروز خسارت را کاهش می دهد (۱۰).

ب- دید اجتماعی: بیمه یک ابزار اقتصادی برای کاهش و حذف ریسک از طریق فرایند تلفیق تعدادی از ریسک های

یکسان برای پیش بینی زیان های احتمالی یک گروه در کل است. بیمه نه از بروز زیان پیش گیری می کند و نه هزینه زیان های وارده آمده به اقتصاد را در کل کاهش می دهد. بیمه در حقیقت تاثیر منفی بر روی زیان و افزایش هزینه های مربوط به آن برای اقتصاد دارد. بیمه اجتماعی بر این اصل استوار است که در جامعه افرادی وجود دارند که با ریسک هایی عمده مواجهه می شوند که خود به تنهایی از عهده آن بر نمی آیند. خدمات ناشی از این ریسک ها، بار

غیر قابل تحملی را بر دوش افراد گذارده و آن‌ها را از آنچه که ما به عنوان استاندارد کافی در زندگی در نظر می‌گیریم، محروم می‌کند (۱۱).

۴-۲- مشخصات مهم بیمه

-انتقال یا تغییر ریسک از یک فرد به یک گروه

-تقسیم عادلانه خسارات میان تمام اعضای یک گروه (۴)

۵-۲- تاریخچه بیمه در کشورهای در حال توسعه:

از تاریخچه بیمه بهداشتی در کشورهای در حال توسعه اطلاعات کمی در دسترس است به طوری که در مورد آسیا، خاورمیانه و شمال آفریقا اطلاع درستی در دسترس نیست، ولی در امریکای لاتین در ۵۰ سال پیش اطلاعاتی موجود است. با توجه به اینکه سیاست‌های تلفیق اجتماعی اجرا شده در چند دهه گذشته در این کشورها، الگوی کشورهای اروپایی است که از سوی نیروهای استعمارگر یا تحصیل کرده خارج از کشور طراحی و اجرا شده است، سیاستی کاملاً وارداتی است تا یک فرهنگ ملی و سنتی. لذا این گونه سیاست‌ها همیشه انتقاد پذیر بوده است. در نتیجه با توجه به مغایرت بافت اجتماعی-اقتصادی کشورهای جهان سوم با کشورهای پیشرفته اروپایی "تامین اجتماعی" می‌باید متناسب با شرایط جامعه مورد نظر طراحی شود (۴).

۶-۲- تاریخچه بیمه اجتماعی سلامت در ایران:

در ایران بیمه درمان به شکل امروزی آن بیش از نیم قرن قدمت دارد، ولی سابقه‌های بیمه‌های اجتماعی به حدود ۷۰ سال می‌رسد. در سال ۱۳۰۹ برای اولین بار در باره بیمه‌های اجتماعی مقرراتی به تصویب دولت رسید و "صندوق احتیاط کارگران طرق و شوارع" مصوب شد و از ابتدای فروردین ۱۳۱۰ توجه به امر درمان کارگران راه آهن سراسری از طریق این صندوق به مرحله اجرا درآمد. در سال ۱۳۱۱ مجوز قانونی، برای جبران خسارات مالی و جانی سایر کارگران ساختمانی دولت طبق ماده ۲۰ قانون متمم بودجه سال ۱۳۱۱ به تصویب رسید. در اوایل سال ۱۳۱۲ کارگران و مستخدمان کارخانه‌ها و بنگاه‌های صنعتی و معدنی مشمول این مزایا قرار گرفتند (۱۲).

قانون بیمه‌های اجتماعی کارگران در اول دی ماه ۱۳۳۱ به تصویب مجلس شورای ملی وقت رسید و با اجرای آن در سال ۱۳۳۲ سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران تاسیس شد و این سازمان به موجب ماده ۳۵ قانون، عهده دار بیمه درمان کارگران و خانواده آنان شد. به موجب این قانون، تعهدات درمانی شامل معاینات طبی، معالجه سرپایی، معالجات با برق، تهیه دارو، بستری شدن در بیمارستان، عمل‌های جراحی و هزینه‌های انتقالی به شهر دیگر در کنار

حوادث ناشی از کار و بیماری های حرفه ای به عهده سازمان گذاشته شد و سازمان مکلف شد در هر نقطه از کشور که لازم باشد شروع به تاسیس بیمارستان، درمانگاه و اسایشگاه کند (قانون مصوب ۱۳۳۱/۱۱/۱) (۴).

در سال ۱۳۳۴ در قانون بیمه های اجتماعی کارگران تغییراتی به وجود آمد و به موجب آن کلیه دارایی ها، ساختمان و تاسیسات بهداشتی و درمانی که از طرف وزارت خانه ها، موسسات و بنگاه ها برای درمان کارگران تاسیس شده بود، به این سازمان منتقل شد. در این دوره تشکیلات درمان شامل "اداره کل بهداشتی" بود که مراکز درمانی هدایت می کرد و خدمات را به روش های زیر ارائه می داد:

۱- درمان مستقیم از طریق بیمارستان ها، درمانگاه های ملکی با کارکنان پزشکی رسمی و قرار دادی

۲- خرید خدمات درمانی در موارد عدم تکافوی امکانات ملکی

۳- امکان واگذاری تعهدات درمانی به کارفرمایان

۴- امکان استفاده از مراکز درمانی غیر ملکی در موارد اورژانس (۱۳).

در تاریخ ۱۳۴۲/۱/۲۴ با تصویب هیات وزیران، این سازمان به "سازمان بیمه های اجتماعی" تغییر نام داد و زیر نظر وزارت کار و خدمات اجتماعی قرار گرفت و مصوبه قانونی آن به نام "قانون بیمه های اجتماعی" در تاریخ ۱۳۴۷/۱۰/۱۷ به تصویب مجلس رسید. در اسفند ۱۳۵۱ قانون تامین خدمات درمانی مستخدمین دولت تصویب شد و در ابتدای سال ۱۳۵۲ به اجرا درآمد و سازمان "تامین خدمات درمانی" وابسته به وزارت بهداشتی شکل گرفت. در تاریخ ۱۳۵۴/۴/۲۴ قانون تشکیل وزارت رفاه اجتماعی به منظور تامین بیمه درمانی همگانی تصویب شد و سازمان بیمه های اجتماعی، انجمن توانبخشی اجرای قانون حمایت کارمندان در برابر پیری و از کار افتادگی و بانک رفاه از وزارت کار و امور اجتماعی و "سازمان تامین خدمات درمانی"، امور درمان معتادان توانبخشی بیماران روانی از وزارت بهداشتی و سازمان بیمه های اجتماعی روستاییان از وزارت تعاون و امور روستاها منتزع و به وزارتخانه جدید منقل شد (۱۴).

در تاریخ ۱۳۵۴/۴/۳ با تصویب قانون تامین اجتماعی "سازمان تامین اجتماعی" شکل گرفت و سازمان های بیمه اجتماعی و بیمه های اجتماعی روستاییان در آن ادغام شدند و انجام تعهدات مربوط به بندهای "الف" و "ب" ماده ۳ قانون به عهده سازمان تامین خدمات درمانی قرار گرفت و ساختمان های درمانی سازمان تامین اجتماعی با حفظ مالکیت در اختیار سازمان اخیر قرار گرفت و کارکنان واحدهای درمانی نیز به این سازمان شدند (مواد ۹، ۵۴ و ۱۱ قانون

و بیمه شدگان مختار شدند فقط یکی از روش های درمان مستقیم یا غیر مستقیم را انتخاب کنند و این امر با گذشت یک سال قابل تغییر می شود (ماده ۴ آیین نامه اجرایی همان قانون مصوب ۵۴/۹/۲۳). در درمان غیرمستقیم سطح خدمات و فرانشیز برای بیمه شدگان تامین اجتماعی همانند سایر بیمه شدگان سازمان تامین خدمات درمانی تعیین شد بیمه شدگان حق داشتند فقط به مراکز طرف قرارداد مراجعه کنند (مواد ۴ و ۵ همان آیین نامه) (۱۴).

در تاریخ ۱۳۵۵/۴/۱۰ سازمان تامین اجتماعی به "صندوق تامین اجتماعی" تغییر نام داد، تمامی کارکنان سازمان به جز افرادی که برای انجام بیمه گری مورد نیاز بودند به وزارت بهداشتی و بهزیستی که از ادغام وزارت رفاه اجتماعی و وزارت بهداشتی تشکیل شده بود، منتقل شدند و سازمان های منطقه ای بهداشتی موظف به ارائه بیمه درمان بیمه شدگان تامین اجتماعی شدند (مواد ۷ و ۱۰ همان قانون). در فروردین ماه ۱۳۵۸ سازمان تامین اجتماعی دوباره احیا شد و تمامی واحدهای اجرایی که به سازمان های منطقه ای منتقل شده بود، مجدداً به سازمان برگشت، ولی ساختمان ها، تجهیزات و تاسیسات درمانی با حفظ مالکیت سازمان کماکان سازمان کماکان در اختیار وزارت بهداشتی و بهزیستی باقی ماند (مواد ۱ و ۲ لایحه قانون اصلاح قانون تشکیل سازمان تامین اجتماعی مصوب ۱۳۵۸/۱/۱۷). در تاریخ ۱۳۵۸/۷/۱ ماده قانون تامین اجتماعی اصلاح و اولویت به درمان مستقیم داده شد. در آذر ۱۳۵۸ سازمان تامین خدمات درمانی منحل و تعهدات درمانی بیمه شدگان در ازای پرداخت ۹ درصد حق بیمه به طور مستقیم به عهده وزارت بهداشتی و بهزیستی گذاشته شد. در تاریخ ۱۳۶۲/۵/۱ بر اساس طرح خودکفایی، مراکز درمانی سازمان به بیمه شدگان تامین اجتماعی اختصاص یافت و عبارت "اختصاصی بیمه شدگان تامین اجتماعی" بر تابلوی کلیه مراکز ملکی نقش بست و "کمیسیون نظارت بر امر درمان بیمه شدگان" در هر استان تشکیل شد. در سال ۱۳۶۴ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جایگزین وزارت بهداشتی و بهزیستی شد. در همان سال برنامه احداث ۹۶ بیمارستان و ۱۱۰ درمانگاه با استفاده از ذخایر سازمان تامین اجتماعی به تصویب شورای عالی تامین اجتماعی رسید و عملیات اجرای احداث بسیاری از آن ها آغاز شد (۴).

به موجب بند "د" تبصره ۱۰ قانون بودجه سال ۱۳۶۸ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مکلف شد اعتبارات سهم درمان را صرفاً در رابطه با بیمه شدگان تامین اجتماعی هزینه کند و سازمان ناظران مالی خود را در مراکز درمانی تحت مالکیت مستقر کرد. در تاریخ ۱۳۶۸/۸/۲۱ قانون الزام سازمان به اجرای بندهای "الف" و "ب" ماده ۳ قانون تامین اجتماعی به تصویب مجلس رسید و "معاونت امور درمان" سازمان ایجاد شد. در این راستا خدمات از طریق درمان مستقیم (واحد های ملکی و وابسته به وزارت بهداشت) و در صورت نیاز به روش غیر مستقیم ارائه و

هزینه آن از محل حق بیمه سهم درمان تامین شد و واحدهای رسیدگی به اسناد پزشکی در مراکز استان ها و شهرستان های مورد نیاز ایجاد شد. به منظور نظارت بر امور درمان ، " ستاد نظارت درمان " در سطح ملی و " کمیسیون نظارت بر امر درمان " در هر استان زیر نظر " ستاد نظارت درمان " تشکیل شد . در اسفند ماه ۱۳۷۳ با اصلاح ماده ۱۰ آیین نامه اجرایی قانون الزام تعریف جدیدی از درمان مستقیم و درمان غیر مستقیم ارائه شد و درمان مستقیم شامل واحدهای سازمان اعم از ملکی و استیجاری و درمان غیر مستقیم شامل خرید خدمت از پزشکان، موسسات خصوصی ، دولتی یا دانشگاهی (مصوبه شماره ۱۳۸۹۹/ف مورخ ۱۳۷۳/۱۲/۹) بود (۱۴).

در تاریخ ۱۳۷۳/۸/۱۷ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور پس از تصویب ابلاغ شد و سازمان بیمه خدمات درمانی کشور در اسفند ۱۳۷۳ تشکیل شد. این سازمان موظف بود تا مدت ۵ سال تمام گروه های مشمول را تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار دهد. و هم اینک صندوق های بیمه درمان سازمان شامل صندوق های کارکنان دولت، روستاییان، خویش فرمایان، و سایر اقشار (خانواده شهدا، جانبازان، روحانیون، دانشجویان، مشمولین طرح نیروی انسانی و) می باشد (۱۳).

هدف اصلی سازمان بیمه خدمات درمانی ارائه پوشش بیمه خدمات درمانی مطلوب و قابل قبول برای تمامی اقشار جامعه در سراسر کشور می باشد. به منظور دستیابی به این هدف و رسیدن به رضایت مندی کلیه بیمه شدگان، سازمان بیمه خدمات درمانی اهداف کلان زیر را به عنوان چارچوب سایر اهداف کیفی در نظر گرفته است.

- الف- تعمیم بیمه های پایه برای آحاد جامعه و گروه های اجتماعی با اولویت روستاییان و اقشار نیازمند
- ب- فراهم نمودن شرایط لازم برای دسترسی عادلانه همه افراد به امکانات تشخیصی ، درمانی و دارویی
- ج- جلب مشارکت ارائه دهندگان خدمات درمانی و توزیع مناسب و عادلانه هزینه های درمان

د- پایش مستمر کیفیت خدمات درمانی قابل اراده به بیمه شدگان

ه- گسترش فرهنگ بیمه و ایجاد زمینه مشارکت بیشتر بیمه شوندگان در نظام های نوین بیمه ای

و- اصلاح چندگانگی در روش های موجود و ایجاد بستر اجرایی برای طرح جامعه بیمه درمان (۱۳).

از اواسط سال ۱۳۹۱ سازمان بیمه خدمات درمانی به سازمان بیمه سلامت ایرانیان تغییر نام داد. توضیح اینکه بر اساس ابلاغ اساس نامه در تاریخ ۹۱/۵/۲۲ و بر اساس ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه، با تجمیع سازمان های بیمه گر کشور، سازمان بیمه سلامت ایران در تاریخ اول مهر ماه سال ۹۱ تشکیل شد تا به این ترتیب خدمات پایه سلامت به طور یکسان به تمامی مردم در قالب یک سازمان ارایه شود. این بیمه جایگزین دو صندوق بیمه ای خویش فرمایان و بستری شهری شده است. به این ترتیب همه ی جمعیت ۷۵ میلیونی کشور از یک بیمه پایه ای درمان برخوردار شوند و دیگر فردی فاقد پوشش بیمه درمان در کشور نباشد. بر همین اساس از اول مهرماه ۱۳۹۱ سازمان بیمه سلامت ایران رسماً فعالیت خود را آغاز کرد و ماموریت یافت انجام اقدامات لازم را به منظور تمرکز کلیه امور بیمه سلامت در سازمان از طریق تجمیع سریع بخش های بیمه های درمانی کلیه صندوق ه ای موضوع ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده ۵ قانون محاسبات عمومی کشور با رعایت مفاد ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه و اساسنامه سازمان به انجام رساند(۱۵). البته تا کنون این امر محقق نشده است. نحوه ارائه خدمات این بیمه به صورت خرید خدمت از عرضه کنندگان خدمات می باشد.

بنابراین آشنایی با سبک های خرید و نقاط ضعف آن ها برای سازمان بیمه سلامت ایرانیان امری اجتناب ناپذیر است به همین دلیل دو سبک اصلی خرید تعریف خواهد شد.

۷-۲- خرید سنتی یا غیر فعال

الف- خرید سنتی یا غیر فعال (Passive Purchasing): عبارتست از تخصیص بودجه از پیش تعیین شده و یا پرداخت صورتحساب های ارائه شده (۴).

به عبارت دیگر به سیستم سنتی که در آن ارائه دهندگان، هزینه های خدمات خود را دریافت می نمایند، خرید خدمت منفعل(سنتی، غیرفعال) گفته می شود یعنی دولت بودجه ای را به سطوح مختلف از مدیریت بر اساس هزینه هایی که سال قبل دریافت نموده اند، اختصاص می دهد(۱۶). در حال حاضر خرید در سازمان بیمه سلامت ایرانیان و سایر بیمه های کشور به این شکل است.

خرید به شیوه سنتی(غیر فعال) به خاطر مشکلاتی چون بهره وری پایین آن در نظام سلامت، هدفمند نبودن منابع، پایین بودن شاخص های هزینه منفعت و هزینه اثربخشی و ضعف در برقراری عدالت در دسترسی به خدمات دارای ضعف می باشد(۶).

برای حل این مشکلات، سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰، خرید راهبردی را به عنوان فعالیت کلیدی و محوری برای بهبود عملکرد نظام سلامت معرفی کرد (۱). در خرید راهبردی بر نقاط راهبردی خرید تأکید می‌شود و سعی می‌شود که این نقاط به اندازه کافی و منطقی اصلاح یابند تا بسیاری از مشکلات خرید سنتی حل گردد.

با توجه به اهمیت موضوع دولت ایران طبق بند (ز) تبصره ۵ ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه، سازمان بیمه سلامت را مکلف کرده است که با رعایت نظام ارجاع و سطح بندی خدمات بر اساس سیاستهای مصوب، نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخشهای دولتی و غیردولتی اقدام نماید (۸).

اما مهمترین سوالی که این جا مطرح می‌شود این است که واقعا خرید راهبردی چیست که بسیاری از مسئولین از جمله مسئولین سازمان بیمه سلامت آن را به عنوان دواي درد مشکلات سلامت کشور تلقی می‌کنند. به همین دلیل اول بهتر است تا "خرید راهبردی" را تعریف کنیم.

۸-۲- خرید راهبردی

خرید راهبردی (استراتژیک، فعال یا خرید هوشمندانه) به معنای جستجوی مستمر برای خرید بهترین مداخلات سلامتی از بهترین تامین کننده با بهترین مکانیسم پرداخت و مناسب ترین قرارداد خرید است (۳).

خرید راهبردی در جای دیگر این چنین تعریف می‌شود: فرایند طراحی، اجرا، ارزیابی و کنترل استراتژی‌ها و تصمیمات خرید عملیاتی برای دستیابی همه فعالیت‌های وظیفه خرید نسبت به فرصت‌های سازگار با توانایی شرکت‌ها برای دستیابی به اهداف بلندمدتشان (۱۷).

بنا به تعریف بالا و سوالات کلیدی خرید راهبردی معین می‌شود که ما باید در همه‌ی موارد بهترین باشیم به عبارتی در خرید راهبردی ما باید گلوگاه‌های حساس را شناسایی کنیم و در بازنگری آن‌ها با هوشیاری تمام عمل کنیم. در خرید راهبردی ۴ سوال اساسی مطرح می‌شود. هر سوال نشان دهنده‌ی یک گلوگاه حساس در فرایند خرید می‌باشد. این سوالات عبارتند از:

چه چیزی بخریم؟ از چه کسی خدمات را بخریم؟ برای چه کسی خدمت را بخریم؟ و چگونه به فراهم کنندگان بپردازیم؟ (۱۸).

۹-۲- چه چیزی خرید شود؟

یکی از گلوگاه‌های مهم در خرید راهبردی نوع خدماتی و کالاهایی است که باید خریداری شود (چه چیزی خرید شود؟) در پاسخ به این سوال سازمان بیمه باید خدمتی را بخرد که مورد نیاز مردم بوده و ضمن سازگار بودن با شرایط آن‌ها از اثربخشی و کارایی کافی برخوردار باشد، هم چنین باید در مورد فناوری‌هایی که وارد بسته سلامت می‌شود ارزیابی‌های لازم صورت گیرد. با توجه به تعدد خدمات و جهت انجام خرید راهبردی پیشنهاد می‌گردد که در مورد خدمات اولویت بندی گردد.

اولویت بندی عبارت است از:

رویکرد نظام مند در توزیع منابع موجود برای مراقبت‌های سلامت که از بین تقاضاهای فزاینده در مقایسه با محدودیت‌های موجود انتخاب می‌شود. دو هدف کلیدی در استفاده از منابع موجود در جهان فراگیر است:

۱- به حداکثر رساندن سلامت: دستیابی به بهترین وضعیت سلامت برای کل جمعیت

۲- کاهش نابرابری‌ها در سلامت: به حداقل رساندن هر گونه اختلاف در سطح سلامت گروه‌های اجتماعی و افراد (۴).

در جایی دیگر، Williams اولویت بندی را به عنوان "چه کسی، چه چیزی را با هزینه‌ی کی دریافت کند" تعریف می‌کند (۱۹).

به هنگام تصمیم‌گیری برای خرید، گزینه‌های رقابتی در سطوح مختلف مد نظر قرار می‌گیرد. لذا در تدوین اولویت سرمایه‌گذاری و توسعه نیروی انسانی قبل از تصمیم‌گیری برای تخصیص منابع، سیاست‌گذاران باید بدانند چه چیزی بخردند. بنابراین در کشورهای توسعه نیافته در راستای دستیابی به اهداف هزاره کاهش مرگ و میر مادران، که بیش از ۵۰ درصد بستری‌های بیمارستانی را تشکیل می‌دهد در اولویت قرار می‌دهد. با توجه به کمبود منابع باید توجه جدی به کارایی و هزینه اثربخش شود. تحلیل هزینه کلی برای جمعیت، مبنای تصمیم‌گیری در "خرید چه چیزی" است (۴).

۱۰-۲- از چه کسانی خرید شود؟

گلوگاه مهم دیگر در خرید راهبردی در مورد نوع ارائه دهندگانی است که باید از آن‌ها خرید شود (خرید از چه کسی؟) در این مورد سازمان بیمه باید معیارها و استانداردهایی که ارائه دهندگان دولتی و خصوصی داشته باشند تعیین کنند و

سپس پس از ارزیابی دقیق تنها با سازمان هایی قرارداد ببندند که استانداردهای لازم را کسب کرده باشند. به عبارت ساده تر هدف فرستادن بیماران به مراکزی است که از کیفیت کافی برخوردار باشند تا ضمن به حداقل رسیدن مراجعات بیماران، بیماران سریع تر بهبود یافته و در نتیجه در هزینه ها صرفه جویی شود.

هدف اصلی یک خرید راهبردی، دستیابی به یک سازگاری لازم در بین مداخلاتی است که می خواهد بخرد خدماتی است که فراهم کننده می تواند در ظرف زمانی معین با استانداردهای بالای کیفیت و در حداقل قیمت ممکن فراهم کند. از این سازگاری با عنوان مسابقه مداخله-فراهم کننده یاد می شود(۱۸).

۱۱-۲- خرید برای چه کسی؟

سومین گلوگاه مهم در خرید راهبردی نوع افرادی است که باید برای آن ها خرید شود (برای چه کسانی خرید شود؟) هدف از این مورد تعریف بسته های ویژه برای افراد خاص شامل فقرا، بیماران صعب العلاج، کودکان و سایر افرادی است که احتمال بیمار شدن آن ها و مواجهه با هزینه کمرشکن در بین آن ها بیشتر است. بنابراین لازم است که این افراد شناسایی شده و تحت پوشش خدمات خاص قرار گیرند. طبیعی است که اگر این امر به خوبی تحقق یابد ضمن اینکه باعث افزایش سلامت این قشر آسیب پذیر می شود هزینه های نظام سلامت را کاهش می دهد.

۱۲-۲- با چه روشی پرداخت شود؟

چهارمین گلوگاه مهم در خرید راهبردی نوع روش هایی است که باید با آن به ارائه دهندگان پرداخت داشته باشیم (با چه روشی پرداخت شود؟). در این مورد بر حرکت از نظام های پرداخت گذشته نگر مانند کارانه که ناکارا هستند به سوی نظام های پرداخت آینده نگر مانند Per Capital و DRG تاکید می شود.

۱۳-۲- مثالی از خرید راهبردی در بخش غیر سلامت

* خرید راهبردی به منظور ساخت یا خرید یک منزل شامل ۳ مرحله است:

-نهاد خرید که طی آن مواردی مانند کیفیت، ایمنی، تهویه، راحتی، محیط بیرونی، محدود سازی هزینه ها مد نظر قرار می گیرد.

-تامین از بیرون و پایش

-ستانده خرید با این نگاه که چه موقع باید پول به طرف قرارداد پرداخت؟ آغاز کار؟ پایان کار؟ طی فازهای مختلف و پس از تکمیل رضایت بخش آن فاز؟ (۱۸).

۱۴-۲- ویژگی خدمات

۱- قابل لمس نبودن: خدمات قابل لمس نیستند، به این دلیل که قبل از مواجهه با آن ها نمی توان آن ها را احساس کرد، لمس کرد یا به آن ها گوش کرد. برای مثال جراحی قلب قابل لمس نیست. در حالی که خریدار می تواند با آگاهی کامل خانه را لمس کند با متراژ آن و سایر ویژگی های دیگر آشنا شود.

۲- تغییر پذیری: خدمات بهداشتی و درمانی اغلب به وسیله افرادی چون پزشکان، پرستاران و پیراپزشکان انجام می گیرد و روش ارائه خدمت با توجه به فردی که انجام می دهد متفاوت است که اصطلاحاً گفته می شود خدمات ارائه شده توسط افراد دارای تغییر پذیری ذاتی هستند. برای مثال ممکن است دو جراح قلب اختلاف های قابل توجهی در مهارت جراحی بای پس قلب داشته باشند. اما در ساخت یک خانه، استانداردهای دقیقی را می توان تدوین کرد و بر اساس آن خانه را ساخت.

۳- تفکیک ناپذیری: خدمات از افرادی که آن ها را ارائه می دهند قابل تفکیک نیستند. ارتباط بین موضوع تفکیک ناپذیری و عدم تطابق، تاکید بر پیچیدگی خدمات سلامت و خرید آن ها دارد.

۴- موجودی (نگه داری): موجودی بیشتر مفهومی رایج در بین تولید کننده های کالا است. در تحلیل هزینه های مرتبط با تولید کنندگان کالا یکی از دغدغه های اصلی، هزینه نگه داری هر موجودی است. این در حالی است که خدمات هم مشمول بحث موجودی می شوند. هنگامی که بابت پزشکی که خدمتی را ارائه می کند پرداختی صورت می گیرد ولی از خدمات او استفاده نمی شود، در واقع موجودی خدمت وجود دارد. به عنوان مثال وقتی که بیمارستان یک پزشک سوختگی استخدام می کند تا زمانی که بیمار دچار سوختگی به او مراجعه نکند و پزشک بیکار باشد، هزینه این موجودی زیاد است. البته بر خلاف خدمات موجودی کالا ملموس است.

۵- تعامل با مشتریان: با توجه به اینکه خدمات شامل چندین فرایند می شود نکته حائز اهمیت در خرید خدمات، کیفیت تعامل بین مشتری و ارائه کننده خدمت است. (۲۰).

البته ۳ ویژگی اول در خدمات سلامت مشهود تر است. در نتیجه با توجه به ویژگی های ذکر شده و ماهیت حساس بخش سلامت که از سر و کار داشتن با جان و سلامت مردم نشات می گیرد، می توان این چنین نتیجه گرفت که:

۱- خرید خدمات سخت تر از خرید کالا است. ۲- خرید خدمات سلامت سخت تر از خدمات بخش عمومی است.

۱۵-۲- تفاوت نیاز، تقاضا، خواسته و تاکید خرید راهبردی بر نیاز

تقاضا از بیمارانی که تصمیم به خرید نوع خاصی از خدمت می گیرند ناشی می شود. تصمیمات آن ها از عوامل زیادی ناشی می شود:

۱- موجودیت: به این معنا که آیا ارائه دهنده سرویس مورد نیاز را ارائه می کند.

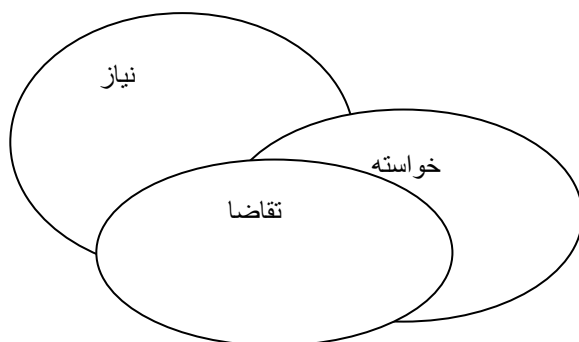
۲- قیمت: هزینه آن چقدر است؟ به فرض برابر بودن دیگر شرایط، خریداران معمولا خدمت یا کالای ارزان تر را ترجیح می دهند، تا پول بیشتری را برای خرید دیگر چیزها حفظ کنند.

نیاز چیزی است که به طور عینی به بهترین شکل با شرایط درمانی آن ها متناسب باشد. این را عموما یک پزشک تشخیص می دهد و ارزیابی می کند.

خواسته ها چیزهایی هستند که به باور بیمار بهترین اند، چیزهایی که ممکن است دوست داشته باشند (به طور مثال خانمی که از کمبود شدید آهن رنج می برد ممکن است دوست داشته باشد که پزشک برای او آمپولی تزریق کند که یک روزه کمبود آهن وی جبران شود. در صورتی که ممکن است که واقعا چنین آمپولی وجود نداشته باشد یا در صورت وجود با توجه به شرایطش برای وی ضرر داشته باشد. ولی پزشک خواسته او را بنا به تجربه و علم خود فقط با تجویز قرص آهن که باید حداقل ۳ ماه مصرف شود پاسخ دهد). البته در برخی از مواقع ممکن است خواسته بیمار با تشخیص پزشک یکسان باشد.

آنچه بیماران تقاضا می کنند آن چیزی است که واقعا می خرنند. این امر عموما تحت تاثیر پزشک و دیگر متغیرها نظیر توانمندی برای خرید درمان توصیه شده یا متقاعد شدن به توصیه های پیشنهادی است. باز هم، تقاضا ممکن است با نیاز تداخل داشته باشد یا نداشته باشد (۲۱).

شکل ۳-۲: همپوشانی خواسته، نیاز و تقاضا



هدف اصلی از خرید استراتژیک تبدیل **نیازهای** سلامت و اهداف سیاستی به تخصیص منابع برای خرید مداخلات سلامتی از طریق عقد قرارداد با فراهم کنندگان است. از این رو پیش نیاز خرید، داشتن اطلاعات از خواسته ها و نیازهای مردم، آگاهی شفاف از اهداف سیاستی و اولویت هاست. بنابراین فرموله کردن سیاست های سلامت فعال ییت کلیدی در وظیفه تولید حکومتی است که متأسفانه در اکثر کشورها از آن غفلت می شود (۴). هم چنین خرید فعال با سوال از نیازهای سلامتی فرد می تواند باعث بهبود کیفیت و بهره وری گردد برای مثال سوالاتی از این قبیل : چه اقدامات و خدماتی می تواند نیازها و انتظارات افراد را برای دسترسی به منابع به بهترین شکل تامین نماید ترکیب مناسب توسعه، پیشگیری، درمان، و توان بخشی چگونه است؟ این گونه اقدامات و خدمات چگونه و از چه کسانی باید خریداری و ارائه گردد؟ (۱۶).

۱۶-۲- خرید استراتژیک یا خرید منفعل؟

تصمیم گیری میان خرید فعال و خرید منفعل آسان نیست. کشورها در اصل تصمیم می گیرند که کجا می توانند بر اساس توانایی هاشان در جمع آوری، پایش و تفسیر اطلاعات مورد نیاز، عمل کنند و استاندارد کیفیت و اثربخشی را حفظ نمایند، خرید منفعل منجر به عدم اثربخشی می گردد. بعضی کشورها ممکن است کل ظرفیت های استفاده از خرید فعال را نداشته باشند اما همیشه می توانند از خرید منفعل به سوی خرید فعال گام بردارند. البته پرداخت بر اساس عملکرد یکی از گام های موثر در جهت خرید فعال می باشد. با این حال باید در نظر داشت که بهترین حالت پیگیری انجام تمامی امور، نیل به خرید فعال می باشد. (۱۶).

با توجه به اهمیت خرید راهبردی در بخش سلامت اجرای آن ضروری است اما قبل از اجرای آن لازم می باشد تا اطلاعات کاملی در مورد مشکلات پیش روی آن پیدا کنیم و راه حل های مناسبی برای آن اتخاذ کنیم بنابراین نیاز می باشد تا مطالعه حاضر بر اساس مدلی معتبر انجام گیرد. جامع ترین و مناسب ترین مدل بخش سلامت که از آن می توان در پژوهش حاضر استفاده کرد مدل S. Preker می باشد. سوالات پژوهش حاضر بر اساس این مدل البته پس از تعدیل بر اساس شرایط کشور و بیمه نظام سلامت طراحی شد.

اجرای ترتیباتی برای خرید راهبردی بخش سلامت	
اقتصاد سیاسی	انتخاب سیاسی در مورد نقش مناسب دولت، شکست دولت شکست بازار، ذینفعان
طراحی سیاست	تخصیص منابع و مدیریت خرید برای چه کسی خرید شود؟- اعضا، فقیر، بیمار، دیگران چه چیزی باید خرید شود، به چه شکلی خرید شود؟، از خرید چه چیزهایی باید صرف نظر شود؟ از چه کسی خرید شود؟(سازمان های عمومی، خصوصی و غیر دولتی) چقدر پرداخت شود؟ قیمت رقابتی بازار، قیمت مجموعه ای، یارانه؟ چگونه پرداخت شود؟ چه مکانیسم هایی پرداختی باید مورد استفاده قرار گیرد مکانیزم های جمع آوری درآمدهای بنیادی سطح پیش پرداخت، درجه پیشرونده، تخصیص، انتخاب، ثبت نام تجمیع بنیادی درآمد و خطرات به اشتراک گذاری اندازه (کوچک در مقابل بزرگ)، تعداد (یک در مقابل زیاد)، برابر کردن خطر (از ثروتمندان به فقرا، سالم به بیمار، و درآمد کافی استخدام به بیکار)، پوشش (اولیه در مقابل مکمل)، نرخ خطر (نرخ گروه یا جامعه در برابر فرد)
ساختار سازمانی	اشکال سازمانی، پیکره ساختاری (توسعه ارتباط افقی و عمودی)، رژیم های تشویقی
محیط سازمانی	چارچوب قانونی، ابزار تنظیم مقررات، مراحل اداری، آداب و رسوم
توانایی مدیریت	سطوح مدیریت، مهارت های مدیریت، مشوق های مدیریت ابزار مدیریت (مالی، منابع انسانی، اطلاعات بهداشتی)



عدالت(عمدتا اثر ضعیف)	کارایی	شاخص های نتیجه ای ممکن
-----------------------	--------	------------------------

حفاظت اقتصادی بهتر

پوشش بهتر

مصرف خانگی

دسترسی بهتر به مراقبت های بهداشتی

تأثیر مثبت محیط کار

۱۷-۲- نکات کلیدی مدل S.Preker

۱-۱۷-۲- اقتصاد سیاسی

همان طور که از اسم آن پیداست به نقش دولت و سایر ذینفعان و سیاست هایی اتخاذی آن ها که به نوعی بر اقتصاد نیز تاثیر گذار است اشاره دارد. بیان می کند که نقش دولت در اجرای خرید راهبردی چه باشد؟ مجری باشد، ناظر باشد و....

در قسمت شکست دولت بیان می شود که علی رغم اینکه دولت تعریف کننده بسیاری از نقش ها و متولی بسیاری از طرح هاست، اما به دلیل محدودیت هایی که دارد ، ممکن است در انجام بسیاری از وظایف خود با شکست مواجهه شود. برخی از این محدودیت ها به دلیل این است که ارگان های اصلی از جمله وزارت بهداشت و وزارت رفاه و زیر مجموعه های آن ها ماهیت دولتی دارند و اتخاذ برخی از قوانین به نفع یک طرف (به عنوان مثال وزارت بهداشت) ممکن است موجب به ضرر رساندن دیگری (وزارت رفاه) شود. بنابراین اتخاذ تصمیمات و قوانین در این خصوص امری دشوار و حساس می باشد. برخی از صاحب نظران نیز معتقدند که دولت نباید هیچ نقشی داشته باشد، اما مهمترین دلیل برای دخالت بیشتر حکومت در بخش سلامت این است که زمانی که نیروی رقابتی و قیمت ها به تنهایی به حال خود گذاشته شوند، بازار به تنهایی نمی تواند منجر به تولید افزایش رفاه و تخصیص تعدادی محصولات درمانی و خدمات در حیطه های حیاتی زیر شود (۲۲).

شکست بازار: به دلیل برخی از موارد مانند عدم تقارن اطلاعاتی، پایین بودن عرضه کنندگان و تقاضا، ناهمگن بودن کالا یا خدمات، عدم آزادی در ورود و خروج به بازار، عدم بازدهی ثابت نسبت به مقیاس نمی توان بازار سلامت را یک بازار کامل دانست (۲۳).

ذینفعان: هر برنامه ای ذینفعان خاص خود را دارد. از آن جا که ممکن است برخی از ذینفعان از طرح سود یا ضرر کنند، بنابراین لازم است تا آن ها شناسایی شوند تا بتوانند ذینفعانی را که اثر مثبت بر برنامه دارند و سود می برند را تقویت کنند و از طرفی ذینفعانی که ممکن است، منافعیشان با برنامه متضاد باشد را کنترل کنند.

ذینفعان طرح خرید راهبردی عبارتند از بیمه های پایه، بیمه های تکمیلی، دانشگاه ها، مراکز (بیمارستان) دولتی، مراکز (بیمارستان) خصوصی، مردم و..... .

برای انجام برنامه های سلامت توجه به مردم به عنوان یکی از ذینفعان اصلی امری ضروری است. اطلاع رسانی به جامعه از مهمترین ابزارهای درگیر کردن مردم است که معمولاً در سطح اجتماعی انجام می گیرد تا انفرادی (۴).



شکل ۲-۴: ذینفعان طرح خرید راهبردی

۲-۱۷-۲- طراحی سیاست

مهمترین بخش مدل است که "چه ها"ی خرید راهبردی در آن توضیح داده شده است. در پایین در مقابل هر کدام از "چه ها" محدودیت های احتمالی آن نیز آورده شده است.

- برای چه کسی خرید شود- فقدان اطلاعات خوب برای بهره برداران یا ذینفعان (توانایی محدود در شناسایی گروه های آسیب پذیر)
- چه چیز باید خرید- فقدان اطلاعات مناسب در مورد هزینه اثربخشی (توانایی محدود در بدست آوردن ارزش صرف پول)
- از چه کسانی باید خرید- بخش سرپایی تحت سلطه فراهم کنندگان خصوصی است و بخش بستری تحت تسلط بیمارستان های عمومی است. (محدود کننده انتخاب فراهم کنندگان).
- چه مقدار پرداخت شود- فقدان اطلاعات هزینه ای مناسب (محدودیت شفافیت قیمت های شارژ شده به وسیله ی هم فراهم کنندگان عمومی(دولتی) و هم فراهم کنندگان خصوصی).
- چگونگی پرداخت- مدیریت ضعیف و توانایی سازمانی (محدود کردن پیچیدگی های سیستم های پرداخت مبتنی بر عملکرد که می توان مورد استفاده قرار گیرد) (۲۲).

توضیح: در سوالات مصاحبه دو مورد آخر (چه مقدار پرداخت شود و چگونه پرداخت شود) به علت نزدیک بودن محتوا در هم ادغام شدند.

قسمت مهم دیگر این مدل در مورد مکانیزم های جمع آوری درآمد بحث می کند که شامل موارد زیر می شود:

درجه تصاعدی: در مورد اخذ مالیات از مردم لازم است مشخص شود که مالیات ها با نرخ ثابت یا تصاعدی باشد؟ در صورتی که تصاعدی باشد درجه تصاعدی چقدر مناسب است؟ (با توجه به اینکه نظام بیمه سلامت مبتنی بر مالیات نیست این مورد در سوالات قرار داده نشد)

تخصیص: جهت تامین منابع مالی خصوصا از طریق مالیات باید کل افراد جامعه در نظر گرفته شوند یا گروه های هدفی مثل پولداران؟

انتخاب: منظور این است که آیا افراد در جهت مشارکت در پراخت حق انتخاب دارند؟ یعنی افراد این حق انتخاب را داشته باشند که پرداخت کنند و بیمه باشند یا اینکه پرداخت نکنند و بیمه نباشند.

ثبت نام: آیا هر فردی که متقاضی ثبت نام بود باید، ثبت نام شود؟ یا اینکه فقط افرادی مشمول طرح می شوند که دارای معیارهای خاصی باشند؟

اندازه: اندازه (تعداد افرادی) که عضو یک صندوق مالی هستند.

تعداد: تعداد صندوق های مالی (یک صندوق مالی واحد وجود داشته باشد یا چندین صندوق وجود داشته باشد).
قسمت دیگر در مورد تجمیع درآمد ه ا و یکسان سازی ریسک مالی بحث می کند که شامل اندازه، تعداد، پوشش و تعدیل سازی ریسک مالی صندوق های مالی می شود.

۳-۱۷-۲- ساختار سازمانی

این آیتم به بررسی ساختار سازمانی از جمله مالکیت، روابط افقی و عمودی، مقیاس و حوزه خریدارن، سیستم های تشویقی برای پرسنل از جمله مدیران پرداخته شده است.

۴-۱۷-۲- محیط سازمانی

این ایتم چارچوب قانونی حاضر و ابزارهای تنظیم و نظارت و مراحل اداری بر اجرای طرح خرید راهبردی را پوشش می دهد. هم چنین یکی از ایتم های موثر بر اجرای موفق هر برنامه مبحث مهم فرهنگ سازی و آداب و رسوم مردم است که غفلت از آن و خواسته ها و فرهنگ مردم اجرای هر برنامه ای را با چالش مواجهه می کند. به عنوان مثال در زیر در مورد یکی از آداب و رسوم مرتبط با سلامت بحث شده است.

زیر میزی یا پرداخت های غیر رسمی نمونه ای کلاسیک از عادات و اعمال غیر رسمی اند . آن ها ریشه در آداب و رسوم قرون وسطی از هدیه دادن به شفا دهندگان دارد که هم اکنون در آفریقا و در میان جمعیت هندی در آمریکای لاتین وجود دارد. در کشورهای اتحاد شوروی سابق، این آداب و رسوم یکی از راه های دسترسی به خدمات مراقبت بهداشتی، دارویی و دیگر موارد در کوتاه مدت بود(۲۲).

۵-۱۷-۲- توانایی مدیریت

این ایتم به توانایی های مدیران (در اینجا مدیران سازمان بیمه سلامت ایرانیان چه در سطح کلان یا در سطح خرد) پرداخته می شود و مهارت های آنان را به چالش می کشد و مشوق های مدیریت را عامل موثری در اجرای هر برنامه می داند. یکی از مهمترین فاکتورها ابزار مدیریتی برای اجرای مناسب برنامه می باشد. ابزار مدیریت خود شامل منابع مالی- انسانی و اطلاعات بهداشتی می باشد که در صورت نقص داشتن در هر مورد موجب اجرای غیر صحیح برنامه می شود.

۱۸-۲- مروری بر مطالعات انجام شده

با توجه به اینکه مطالعات زیادی چه در داخل کشور و چه در خارج از کشور درخصوص موضوع یافت نشد، در هر دو قسمت سعی شده است تا نزدیکترین مطالعات به موضوع آورده شود.

۱-۱۸-۲- مطالعات داخلی

۱- در پژوهشی که نصری با عنوان "خرید راهبردی در بیمه سلامت" در سال ۱۳۹۱ در کشور ایران و با هدف روشن کردن اهمیت خرید راهبردی در بخش سلامت انجام داد به این نتیجه رسید که با خرید راهبردی خدمات بیمه پایه سلامت، منابع محدود بخش سلامت کشور برای تأمین سلامت جامعه ایرانی بکار گرفته می شوند تا با حداقل منابع، حداکثر بهره‌وری در نظام سلامت کشور را تحقق ببخشد و عدالت (در دسترسی جامعه هدف به خدمات و بهره‌مندی عادلانه از سرانه درمان و خدمات بیمه سلامت) در توزیع خدمات سلامت امکانپذیر شود، منابع هدفمند شوند و کیفیت خدمات سلامت افزایش یابد، شیوه‌های پرداخت خدمات سلامت اصلاح گردد و روش موجود اسراف در مصرف خدمات سلامت بویژه در بخش دارو و خدمات پاراکلینیک تصحیح شده و پرداخت از جیب مردم کاهش یابد، سطح بندی خدمات سلامت برای ارتقاء شاخصهای سلامت و هزینه-منفعت و هزینه-اثربخشی در نظام سلامت را تأمین خواهد کرد و در اصلاح فرهنگ سلامت جامعه تأثیرگذار خواهد بود (۶).

* در مطالعه‌ی بالا فقط از اهمیت خرید راهبردی صحبت شده است و از نحوه‌ی اجرای آن و یا چالش‌های آن موردی آورده نشده است. اما مهمترین نقطه قوتی که این مطالعه دارد، توضیح دادن مزایای خرید راهبردی در بخش سلامت کشور در صورت اجرا می باشد.

۲- در مطالعه‌ی ای که کریمی و همکاران با موضوع "طراحی الگوی خرید استراتژیک در بخش درمان غیر مستقیم سازمان تأمین اجتماعی" در سال ۱۳۸۸ در کشور ایران انجام دادند به این نتیجه رسیدند که تخصیص منابع، مکانیسم پرداخت، قیمت، استراتژی خرید و اولویت خرید بعد فرایندی خرید را شامل می گردد. هم چنین مولفه‌های بهره‌برداران، فراهم‌کنندگان، ساختار و قرارداد بعد زمینه‌ای خرید را تشکیل می دهند. بر اساس ضریب مسیر مدل محاسبه شده در بعد فرایندی مولفه‌های تخصیص منابع و مکانیسم پرداخت و در بعد زمینه‌ای مولفه‌های بهره‌برداران و فراهم‌کنندگان از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند و بایستی مد نظر مدیران مربوطه قرار گیرند (۲۴).

نقاط قوت و ضعف: از نقاط قوت مطالعه می توان به ارائه مدل در بخش درمان غیر مستقیم سازمان تأمین اجتماعی کشور ایران اشاره کرد که سعی شده فاکتورهای مختلف را در برگیرد. اما چون این مطالعه فقط بر روی سازمان‌های تأمین اجتماعی انجام شده است نمی توان تمام نتایج آن را به کشور ایران تعمیم داد.

۳- در پژوهشی که حسن زاده با عنوان "طراحی مدل برای خرید راهبردی مراقبت های درمانی سرپایی" در سال ۱۳۸۶ در کشور ایران انجام داد، عنوان کرد که خرید راهبردی با ۳ چالش اساسی مواجهه است: چه مداخلات درمانی خریداری شوند؟ از چه کسی خرید شود؟ چگونه و با چه قیمتی خریداری شود؟ و در نهایت به سوالات این گونه پاسخ می دهد: پاسخ سوال اول - در اولویت های مراقبت سلامت باید بازنگری شود به طوری که دو هدف کلیدی "به حداکثر رساندن سلامت" و "کاهش نابرابری ها در سلامت" را مد نظر قرار دهد. در پاسخ به سوال دوم باید ۳ شرط اساسی وجود داشته باشد: ۱- خریدار از ابعاد قانونی و اجرایی بتواند بین فراهم کنندگان انتخاب نماید . ۲- فراهم کنندگان متعددی وجود داشته ؛ کالای مشابه را تولید نموده و خریدار از بین آنها قدرت انتخاب داشته باشد. ۳- رابطه بین خریدار و فروشنده در محیط قوانین ومقرراتی صورت بگیرد که خریدار انتخاب خود را انجام می دهد . در پاسخ به سوال سوم- قیمتی که خریداران خدمات سلامت می پردازند، باید واقعی و قابل پرداخت باشد و از بهترین ارائه کنندگان خرید شود (۳).

نقاط قوت و ضعف: از جمله نقاط قوت این مطالعه می توان به بررسی چالش هایی که خرید راهبردی با آن مواجهه است و پاسخ به آن ها اشاره کرد. اما این مطالعه بر روی تمام خدمات صورت نگرفته است فقط مراقبت های درمانی سرپایی را تحت پوشش قرار می دهد. و هم چنین در در خصوص چالش سومی که مطرح می کند پاسخ واضحی داده نمی شود. اما در مجموع چون این مطالعه در کشور ایران و در بخش بهداشت انجام شده از بسیاری از موارد مطرح شده می توان برای اجرای خرید راهبردی در بخش سلامت کشور بهره گرفت.

۲-۱۸-۲- مطالعات خارجی

۱- در مقاله ای که با عنوان "عمل خرید در شرکت های کوچک تا متوسط : بررسی تصویب خرید استراتژیک، ارزیابی تامین کننده" توسط Pressey و همکاران در سال ۲۰۰۸ در دانشگاه ناتینگهام انگلستان انجام شد مشخص شد که علی رغم اینکه درک ما از عمل خرید شرکت های کوچک تا متوسط (SME) در سال های اخیر افزایش یافته است ، هنوز شکاف های قابل توجهی وجود دارد. مطالعه حاضر، تعدادی عمل بسیار متنوع و پیش رونده ای را در میان شرکت های کوچک تا متوسط (SMEs) ارائه می کند. بدین شرح که اگرچه ارزیابی تامین کنندگان بسیار گسترده بود ، اما عمدتاً به دلیل فقدان برنامه ریزی رسمی خرید، شواهد اندکی از خرید استراتژیک وجود داشت. به طور عجیبی واریانس قابل توجهی بین خریداران شرکت های کوچک تا متوسط (SMEs) و از نظر قابلیت

هایی که آن‌ها انتظار داشتند که تامین کنندگان کلیدی داشته باشند با بزرگترین گروهی که بسیار متقاضی بودند، وجود داشت. در نهایت آنچه که از مراحل مختلف رشد شرکت‌های کوچک تا متوسط (SMEs) انتظار می‌رود ممکن است با انواع مختلفی از تامین کنندگان و توانایی‌ها، ارتباط و معیار ارزیابی تامین کنندگان، همه‌ی آن امتیازاتی که بار دیگر احتیاج به رویکرد استراتژیک‌تر برای ارتباط منبع به وسیله‌ی شرکت‌های کوچک تا متوسط (SMEs) و بنابراین درک بهتری از شرکت‌هایی که به نظر می‌رسند تا به جهت‌گیری شرکت القا کرده‌اند (۲۵).

نقاط قوت و ضعف: از جمله نقاط قوت این مطالعه می‌توان به تعداد زیاد و متنوع شرکت‌های کوچک تا

متوسط مورد استفاده در مطالعه اشاره کرد. اما با توجه به اینکه این مطالعه در بخش صنعت انجام شده است نتایج آن قابل تعمیم به بخش سلامت نیستند.

۲- در پژوهشی که Busse و همکاران با عنوان "خرید استراتژیک برای پیشرفت عملکرد سیستم‌های سلامت" و از تجزیه و تحلیل تعداد زیادی از شرکت‌های اروپایی در سال ۲۰۰۷ انجام داده‌اند بیان شده است که که رویکردهای خرید گوناگونی وجود دارد که هر کدام از آن‌ها دارای تعدادی روند شفاف رایج هستند. رویکردهای مختلف که در سراسر اروپا وجود دارد روشن می‌کند که تلاش‌های اصلاحی باید بر تقویت توانایی خریداران برای پاسخگویی به نیازهای مشتریان و انعقاد قرار دادهای هزینه‌اثر بخش‌تر با فراهم‌کنندگان تمرکز کند. هم‌چنین بیان شده است که دولت در امر نظارت باید بسیار توانا باشد چون که در حال حاضر بدون توانایی دولت در نظارت، خرید استراتژیک با مشکل مواجه می‌شود. دولت به فراهم کردن رهبری شفاف به وسیله‌ی تنظیم سیاست‌های سلامت و به کارگیری مجموعه‌ای از اهداف سلامت نیاز دارد تا بتواند تصمیمات خرید را راهنمایی (و جهت‌دهی) کند و مبنایی را برای ارزیابی اثرات کلی آن را فراهم کند. پیچیدگی بالای خرید استراتژیک هم‌چنین نیاز دارد که در یک چارچوب جامع که محتویات مختلف خرید را ادغام و هماهنگ کند، قرار گیرد. این چارچوب باید به یک توازن مناسب بین مقررات و محدودیت رفتارهای کارآفرینی جهت دستیابی به اهداف سیستم سلامت اطمینان بخش دست یابد. توانایی‌های سیاسی، تکنیکی و اقتصادی مهمترین فاکتورهای تعیین‌کننده اجرای خرید استراتژیک به صورت موفق هستند. اکثر استراتژی‌های خرید استراتژیک پیچیده هستند و به مهارت‌های بالای تکنیکی و مدیریتی و دامنه‌ی زیادی از سیستم‌های اطلاعاتی که بسیاری از کشورها فاقد آن هستند نیاز دارند. علاوه بر این، خرید استراتژیک منجر به قدرت تعادلی

جدید در میان ذینفعان کلیدی می شود. بنابراین اغلب آن (خرید استراتژیک) ممکن است با موانع بزرگ سیاسی مواجه شود. هم چنین برای اجرای بهتر خرید استراتژیک باید با استفاده از تجربه های پایلوت محدودیت ها و استراتژی های خیلی پیچیده را آزمود. در ابتدا، قلمرو خرید برخی از خدمات برای اطمینان یافتن از تداوم خرید باید به خوبی مورد توافق سیاسی قرار گیرد (۲۶).

نقاط قوت و ضعف: با توجه به اینکه این مطالعه در اروپا انجام شده، بنابراین نمی توان همه ی نتایج آن را به کشور ایران تعمیم داد. زیرا در کشور ایران با توجه به متفاوت بودن نحوه تامین مالی با اروپا و هم چنین تفاوت در اولویتهای سلامت، احتمالاً فاکتورهای مختص خود را دارد. اما در مجموع فاکتورهای اصلی ذکر شده را می توان برای ایران در نظر گرفت. یکی دیگر از نقاط قوت این مطالعه، انجام آن در یک جامعه بزرگ (شرکت های اروپایی) می باشد.

۳- در پژوهشی که Stenberg و همکاران با عنوان " چارچوبی برای طبقه بندی خدمات جهت به دست آوردن بینش خرید استراتژیک " در سال ۲۰۰۰ در فنلاند انجام دادند، بیان شد که خدمات یک گروه خرید (تدارکات) بسیار متنوع هستند که مسلماً بر فرایند خرید تاثیر می گذارد. خریدهایی، که شرکت ها بر روی آن تمرکز می کنند مانند مسافرت، حمل و نقل، بیمه و خدمات اطلاع رسانی و تبلیغات هستند. خرید خدمات ساده تر مانند خدمات اداری و فراشی شبیه به خرید کالا می باشد. مشکل اصلی خرید خدمات این است که ارزش و کیفیت خدمات فقط بعد از مصرف قابل ارزیابی هستند (۲۷).

نقاط قوت و ضعف: با توجه به اینکه این مطالعه مرتبط با بخش های غیر سلامت است و ماهیت سلامت هم با دیگر خدمات متفاوت است، بنابراین نمی توان از تمام ابعادی که این مطالعه به آن اشاره کرده است در بخش سلامت استفاده کرد. مهم ترین نقطه قوت این مطالعه ارائه چارچوبی برای خرید استراتژیک می باشد.

۴- در پژوهشی که Humphreys و همکاران با عنوان " چارچوب حمایت از تصمیم گیری برای خرید استراتژیک " در سال ۲۰۰۰ در ایرلند انجام دادند نشان داده شد که شرکت ها می توانند از سرمایه گذاری های استراتژیک خارجی منفعت ببرند. سرمایه گذاری های خارجی می تواند ریسک شرکت را در زمینه های مختلف در میان تامین کنندگان پراکنده کنند. مسلماً فرایند پرداختن به هر موضوع در مدل های خرید استراتژیک به یک رویکرد مشارکتی بین

مدیریت و کارمندان به ویژه در زمینه ارزیابی توانایی خرید شرکت ها دارد. عملکرد خرید نقش کلیدی را در اجرای چارچوب حمایتی انجام می دهد و آن شامل تجزیه و تحلیل و آماده سازی گزینه های منابع و هم چنین اجرای تصمیم کلی می شود. توجه اصلی آن در جمع آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات لازم برای محک زدن توانایی های منابع خارجی در رابطه با منابع داخلی باشد (۲۸).

نقاط قوت و ضعف: چارچوبی که در این مطالعه بررسی شده است، خرید راهبردی بازار را نشان می دهد که مسلماً نمی توان از همه ی ابعاد آن برای بخش سلامت استفاده کرد. اما چون شرکت های متفاوت را مورد بررسی قرار داده است، این چارچوب در بخش های غیر سلامت کاربرد زیادی را خواهد داشت.

۵- در پژوهشی که با عنوان "تناسب خرید با ۵ مرحله مدیریت استراتژیک" توسط Joseph L. Cavinato در سال ۱۹۹۸ و در آمریکا انجام شد، مشخص شد که خرید، دیگر یک عملکرد مستقل نیست. این مقوله و همه عملکردها و گروه ها باید ارزش خود را و آنچه که به صورت بسیار زیاد ارزش گذاری شده اند را ثابت کنند. بنابراین خرید باید با بقیه شرکت یا مشارکت در توسعه بیشتر آن هم راستا شود. توسعه یافتگی کمتر یا بیشتر از بقیه شرکت ها، چالش های خرید گروهی به یکی از دو مورد الف- آموزش خودش ب- آموزش بقیه شرکت است. در این نقش دوم، خرید یک رهبر مزیت رقابتی بالقوه برای شرکت می شود. این پژوهش نقشه ی راهی را برای هم راستا کردن خرید با بقیه ی شرکت و امتیازاتی را برای توسعه ی شکاف و برنامه های کاری را برای تغییر فراهم می کند. برخی از ویژگی های خاص ممکن است به نظر برسد که برای تعدادی از زمینه ها آشنا نباشد، اما این شاهد تغییر ماهیت خرید و استراتژیک شدن فرصت هایی است که به عنوان خرید توسعه بیشتر در دسترس هستند (۲۹).

نقاط قوت و ضعف: از نقاط قوت این مطالعه می توان به مرتبط کردن خرید با فرایند مدیریت استراتژیک اشاره کرد. ولی از نقاط ضعف این مطالعه می توان به قابل تعمیم نبودن نتایج آن به بخش سلامت اشاره کرد.

۶- در پژوهشی که با عنوان "خرید استراتژیک: تاریخچه و بررسی ادبیات" توسط Lisa M. Ellram در سال ۱۹۹۴ و در دانشگاه ایالت آریزونا انجام شد، در ابتدا ۳ سوال مطرح شد. این سوالات عبارتند از: ۱- مسائل کلیدی استراتژیک و گزینه های مقابل آنها چه مواردی هستند؟ ۲- آیا استراتژی خرید باید به درون استراتژی شرکت ادغام شود؟ در این صورت، خرید می تواند چه مشارکتی برای موفقیت استراتژیک شرکت انجام دهد؟ ۳- آیا خرید به عنوان یک عملکرد استراتژیک دیده می شود؟ چگونه خرید می تواند یک عملکرد استراتژیک شرکت شود؟ در نهایت با

systematic review که بر پژوهش های ۳۰ ساله انجام می شود به این سوالات پاسخ داده می شود . در پاسخ به سوال اول: خرید باید درگیر این موارد باشد: الف- ایجاد یا خرید تصمیم ب- تهیه کننده تکنولوژی ج- نوع رابطه تهیه کننده مورد نظر د- فاکتورهای بازار خارجی ه- چگونگی توانایی خرید در در حمایت از استراتژی رقابتی شرکت ها . در پاسخ به سوال دوم: پژوهش بررسی شده به وضوح نشان می دهد که استراتژی خرید باید بخشی از استراتژی کلی شرکت باشد. حرکت به سوی منبع جهانی، تغییرات سریع در تکنولوژی و افزایش رقابت احتیاج دارد تا خرید، مسئولیت های بیشتری در طراحی و اجرای استراتژی هایی جهت حمایت از استراتژی های شرکت تقبل کند. در پاسخ به سوال سوم: خرید زمانی نقش استراتژیک بازی می کند که شامل طراحی استراتژیک و اجرا در همان سطح به عنوان دیگر زمینه های کارکردی شود. این امر زمانی اتفاق می افتد که اهمیت خرید شناخته شده باشد، پذیرفته شده باشد و به سوی مدیریت ارشد عملیاتی شده باشد. هم چنین زمانی خرید به عنوان یک عملکرد استراتژیک دیده می شود که آن به عنوان تصمیم گیرنده و مشارکت کننده در فرایند برنامه ریزی استراتژیک گنجانده شود (۳۰).

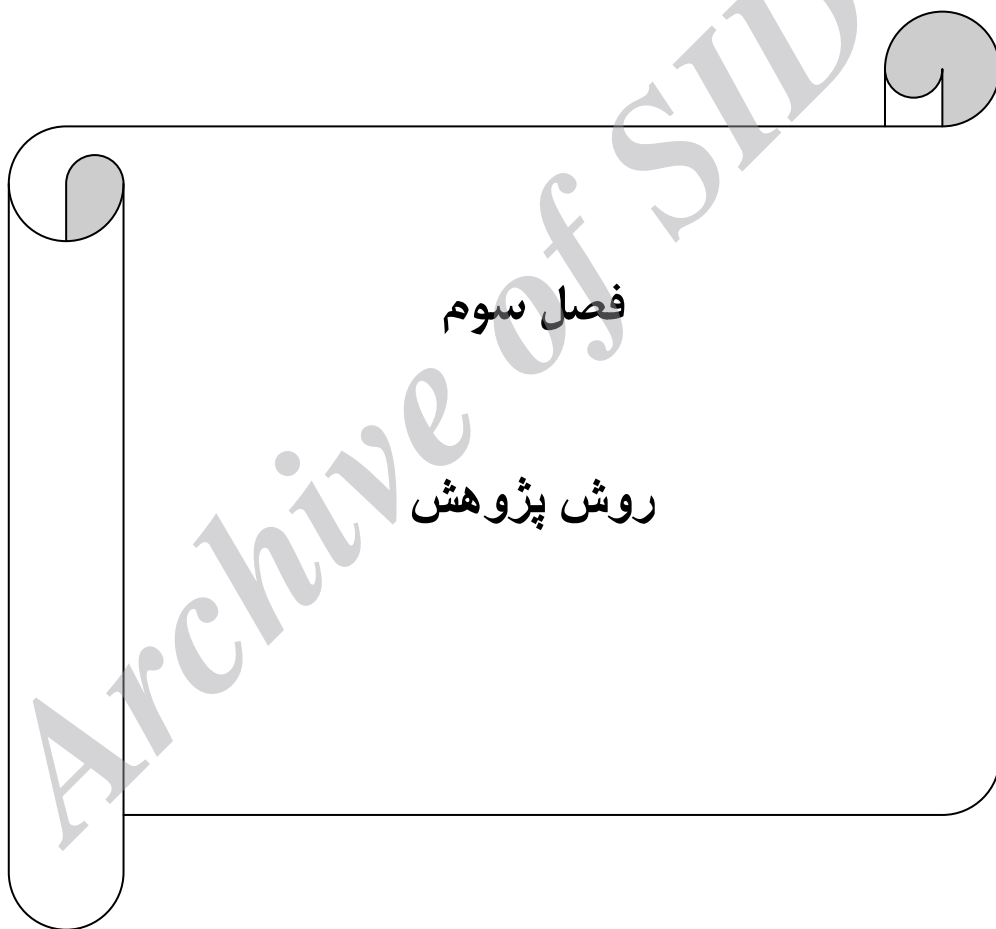
نقاط قوت و ضعف: از جمله مهمترین نقاط قوت این مطالعه می توان به نوع آن (systematic review)

(اشاره کرد که نتایج بسیار قوی را در مورد موضوع ارائه می دهد. اما نتایج حاصل از این پژوهش مرتبط با بخش صنعت است و همه ی موارد آن برای بخش سلامت کاربرد ندارد هم چنین به خاطر اینکه این مطالعه بیش از دو دهه پیش انجام شده است احتمالاً با گذر زمان و بسته به شرایط برخی از مواردی که ذکر شده است دستخوش تغییر شده باشد.

۷- در مطالعه ای که با عنوان " تغییرات استراتژیک در خرید" توسط Brandes در سال ۱۹۹۴ و در کشور سوئد انجام شد، دو روش اصلی استراتژیک در مورد تغییرات خرید در شرکت های بزرگ سوئدی مشخص شده است. یکی از روش ها افزایش درجه خرید / برون سپاری است، و دیگری افزایش تمرکز زدایی / هماهنگی خرید است. با توجه به دو روش استراتژیک، تغییر هایی به طور همزمان می تواند انجام شود، اما نیرو های محرک، خود متفاوت است. در نتیجه، روش ها به صورت مجزا از یکدیگر می توانند به خوبی به نظر برسند. حتی اگر روش های اصلی تقریباً مستقل باشند، ریز استراتژی ها می تواند به دیگری وابسته باشد. برای مثال، اگر یک منبع تنها به دنبال یک استراتژی برون سپاری استفاده می شود، همان تامین کننده باید به دنبال یک استراتژی هماهنگی انتخاب شود- هر دو به منظور کاهش تعداد کل تامین کنندگان اولیه. زیر استراتژی های دو روش اصلی نیز می تواند با تحولات دیگر مورد استفاده قرار گیرد.

نتایج هم چنین نشان می دهد که مهم است که یک مدیر خرید که به دنبال تغییر دستورالعمل فعالیت های خرید است باید به طور عمده روش های اصلی استراتژیک را برای تغییر دنبال کند. هم چنین مشخص شد که مفاهیمی از قبیل استراتژی سیستم، برون سپاری، تک منبعی و just-in-time گرچه ممکن است جذاب باشند، به هر حال تناسبی با شرکت ها ندارند. این مفاهیم اغلب زیر استراتژی های ناشی از یک استراتژی پایه یا یک روش اصلی است. مشخص شد که نتایج برای تامین کنندگان هم چنین بسته به نوع صنعتی که در آن هستند متفاوت است، روش استراتژیک نوع ۱ بر تامین کنندگانی تاثیر می گذارد که عمدتاً در ابعاد محصول هستند، اما روش استراتژیک ۲ بر تامین کنندگانی تاثیر می گذارد که به طور عمده در ابعاد بازار هستند (۳۱).

نقاط قوت و ضعف: از جمله نقاط قوت این مطالعه می توان به بررسی دو روش اصلی در مورد ایجاد تغییر در خرید اشاره کرد که سعی شده است به جنبه های مختلف این دو روش بپردازد. اما چون این پژوهش بر روی شرکت ها انجام شده است، نتایج به دست آمده بیشتر متناسب با بخش صنعت است تا بخش سلامت. هم چنین به خاطر اینکه این مطالعه بیش از دو دهه پیش انجام شده است احتمالاً با گذر زمان و بسته به شرایط برخی از مواردی که ذکر شده است دستخوش تغییر شده باشد.



۱-۳-مقدمه

تحقیق حاضر با هدف تعیین چالش های استقرار خرید راهبردی سازمان بیمه سلامت ایران و ارائه راهکار انجام شد. در این فصل، روش پژوهش که شامل نوع پژوهش، جامعه و نمونه مورد پژوهش، روش نمونه گیری، روش گردآوری داده ها، ابزار گردآوری داده ها، روش تحلیل داده ها و ملاحظات اخلاقی پژوهش می باشد، به طور جداگانه مورد بررسی قرار گرفته است و در مورد هر یک به طور مختصر توضیحاتی ارائه گردیده است.

۲-۳- نوع پژوهش:

پژوهش حاضر از نظر نتایج از نوع پژوهش های کاربردی است که با استفاده از روش کیفی انجام شد.

۳-۳ - جامعه پژوهش:

جامعه پژوهش این مطالعه شامل دو دسته زیر می شود:

۱. رؤیسان و مدیران سازمان بیمه سلامت در سراسر کشور که به موضوع "خرید راهبردی" آگاهی کافی داشته باشند.
۲. تمام افراد آگاه به موضوع "خرید راهبردی".

۴-۳- حجم نمونه:

فاز اول: در این پژوهش، مصاحبه ها با رؤیسان و مدیران استانی سازمان بیمه سلامت ایران و افراد خبره به این موضوع انجام شد. نمونه گیری تا رسیدن به سطح اشباع یعنی هنگامی که تم های جدیدی از سوی مصاحبه شوندگان مطرح نمی شود و مطالب تکراری است ادامه پیدا کرد (۳۲) و با انجام ۲۷ مصاحبه (۲۳ نفر از روسا و مدیران سازمان و ۴ نفر از افراد خبره کشوری) داده ها به سطح اشباع رسید.

در فاز دوم: یک نشست (پانل) کشوری با حضور مدیران سازمان و صاحب نظران کشوری تشکیل شد. در این جلسه از افراد خواسته شد که در مورد چالش های ارائه شده از فاز اول اظهار نظر کرده و راهکارهایی را ارائه بدهند.

۵-۳- روش نمونه گیری:

در تحقیقات کیفی از سه روش نمونه گیری استفاده می شود:

- ۱- ساده (convenience): که در آن از افراد در دسترس یا داوطلب استفاده می شود.

۲- گلوله برفی (Snowball): محقق از افرادی که در ابتدای تحقیق انتخاب شده اند، می خواهد افرادی که در این زمینه دارای دیدگاه یا تجربیاتی هستند، معرفی کنند.

۳- نمونه گیری هدفمند (purposive sampling): محقق می کوشد با توجه به اطلاعات خاصی که نیاز دارد، نمونه هایی را انتخاب کند.

نمونه گیری مورد نظر به صورت هدفمند و گلوله برفی بود که در روش هدفمند نمونه ها با در نظر گرفتن فاکتورهای زیر تعیین شدند:

۱- سابقه کار اجرایی در سمت های مدیریت یا معاونت سازمان بیمه استانی در حال حاضر

۲- حسن شهرت در تخصص مربوطه به گفته ی مدیران سازمان بیمه سلامت

۳-۶- روش گردآوری داده

در فاز اول داده ها با استفاده از روش مصاحبه گردآوری شدند. مصاحبه های اولیه با افراد خبره تر انجام شد . بعد از انجام مصاحبه، مصاحبه ها بلافاصله پیاده شدند و داده های حاصل کد دهی شدند. زمان انجام مصاحبه بین ۴۲ تا ۷۹ دقیقه بود. زمان جمع آوری تمام مصاحبه ها حدود ۴ ماه طول کشید.

در فاز دوم داده ها از طریق نشست خبرگان جمع آوری شدند. لازم به ذکر است که این نشست در تاریخ ۱۳۹۴/۷/۲۵ در سازمان مرکزی بیمه سلامت ایران (تهران) تشکیل شد. این جلسه به مدت دو ساعت (از ساعت ۱۳:۴۵ تا ۱۵:۴۵) طول کشید. در این جلسه علاوه بر تیم پژوهشگر (۳ نفر)، ۲۲ نفر از اعضای مرکزی سازمان بیمه سلامت ایران که در راس آن مدیر عامل سازمان قرار داشت حضور داشتند.

۳-۷- ابزار گردآوری داده

سه روش مصاحبه وجود دارد:

۱- ساختارمند (structured interview): مجموعه ای از سوالات جزئی و دقیق از قبل مشخص و طراحی شده است.

۲- بدون ساختار (unstructured interview): سوالات با توجه به محیط مصاحبه طراحی می شود. سوالات خود به خود در تقابل مصاحبه گر و مصاحبه شونده به وجود می آید. ولی مصاحبه گر می کوشد تا با استفاده ای که بر موقعیت می یابد، ارتباط سوالات را با هدف مصاحبه حفظ کند.

۳- نیمه ساختارمند (semi-structured interview): در این روش چند سؤال کلی که حول سؤالات اصلی پژوهش می چرخند و در نتیجه مصاحبه های پایلوت تعدیل گشته اند مطرح می گردد. سوالات مصاحبه در ضمیمه آورده شده است.

* در پژوهش مورد نظر گردآوری داده ها به کمک ضبط صوت برای مصاحبه شونده درون استان و استفاده از سیستم Video Conference برای مصاحبه شونده خارج از استان انجام شد. ابزار گردآوری داده ها در فاز اول، مصاحبه نیمه ساختاریافته با سوالات باز بود که مشارکت کنندگان آزادی عمل بیشتری داشته باشند و بتوانند آزادانه در اطراف موضوع صحبت کنند. جهت قابلیت انتقال یافته ها^۲ که معادل تعمیم پذیری کمی است، نمونه غیر متجانسی از مصاحبه شونده استفاده شد جهت اطمینان پذیری^۳ و تأیید پذیری^۴ متن نسخه برداری شد و تجزیه و تحلیل حاصل از آن به استادان مشارکت کننده در این پژوهش ارائه و پیشنهادهای اصلاحی و نظرات ایشان اعمال شد. در فاز دوم داده ها از طریق نشست خبرگان جمع آوری شد. برای تأمین روایی و پایایی مطالعه از روش ارزیابی لیکولن و گوبا استفاده گردید که معادل روایی و پایایی در تحقیقات کمی است. بدین منظور و بر پای این روش چهار معیار موثق بودن و اعتبار (باورپذیری)، انتقال پذیری، اطمینان پذیری و تأیید پذیری جهت ارزیابی در نظر گرفته شد. به هم این منظور و برای دستگیری به هر یک از این معیارهای مطرح شده در فوق، اقدامات زیر صورت پذیرفت:

اعتبار: برای انجام این پژوهش زمان کافی صرف شد، فرایند پژوهش توسط^۴ متخصص تأیید شد. هم چنین برای اطمینان از یکسانی دیدگاه کدگذاران از دو کدگذار برای کدگذاری چند نمونه مصاحبه استفاده می شود. انتقال پذیری: برای حصول اطمینان از انتقال پذیری یافته های پژوهشی، سه متخصص که در پژوهش مشارکت نداشتند در مورد یافته های پژوهش مورد مشورت قرار گرفتند. جهت اطمینان از قابلیت انتقال در مرحله تحلیل داده ها از رویه های ویژه کدگذاری و تحلیل نمادها، نشانه ها و سایر موارد استفاده می شود. در همه ی مراحل کار و به منظور ایجاد اطمینان پذیری، جزئیات پژوهش و برداشت برداری ها ثبت و ضبط می شود. تأیید پذیری: اگر یافته های پژوهشی بخواهد تأیید شدنی باشد، باید کلیه جزئیات در تمامی مراحل به دقت ثبت و ضبط شود که این کار در مورد پژوهش حاضر

1. Transferability

2. Credibility

3. Confirmability

انجام خواهد شد. هم چنین داده های خام و کلیه ی یادداشت ها، اسناد و ضبط شده ها برای بازبینی های احتمالی بعدی نگه داشته می شوند.

۸-۳ - روش تحلیل داده ها

تحلیل اطلاعات کیفی بصورت زیر تعریف شده است: کار کردن با اطلاعات، سازمان دهی آن، تجزیه آن به واحد های قابل اداره، ساختن آن، جستجوی الگو، کشف آن چه که مهم است و باید به دست آید و نهایتاً تصمیم گیری در مورد اینکه چه چیزی به دیگران خواهید گفت. پژوهشگران کیفی به دنبال تحلیل استقرایی (Inductive) اطلاعات هستند در حالی که پژوهشگران کمی از تحلیل قیاسی (deductive) بهره می جویند. تحلیل اطلاعات کیفی نیازمند خلاقیت است تا اطلاعات خام را به اطلاعات معنی دار و منطقی دسته بندی نمایند. تحلیل اطلاعات کمی مشابه نمره دادن به سؤالات چند گزینه ای می باشد در صورتی که تحلیل اطلاعات کیفی مشابه تصحیح ورقه های تشریحی است. از طرفی تحلیل اطلاعات در پژوهش کیفی در یک مرحله جداگانه نظیر مطالعه کمی انجام نمی شود بلکه آنالیز داده ها و جمع آوری آنان موازی یکدیگر صورت می گیرد.

برای انجام مطالعه، از رویکرد Best Fit Framework synthesis که رویکرد ویژه ای از تحلیل چارچوبی (Framework Analysis) است استفاده شد. بدین مفهوم که قبل از انتخاب چارچوب مفهومی و اجماع جهت شناسایی روش مناسب به منظور تحلیل داده ها، بررسی متونی عمیق انجام شد و با صاحب نظران توسط پژوهشگر مشورت صورت گرفت. سرانجام پس از شناسایی و تحلیل چارچوب های اولیه، از بین آنها بهترین چارچوب (مدل S.Preker) که بیشترین نزدیکی و ارتباط را با پژوهش حاضر دارد انتخاب شد (۳۳). تحلیل داده ها در این رویکرد همان روش تحلیل چارچوبی است که مشتمل بر ۵ مرحله آشناسازی (Identifying)، شناخت چارچوب مفهومی (Identifying a Thematic Framework)، کد گذاری (Indexing)، ترسیم جدول ها (Charting) و نگاشت و تفسیر (Mapping and interpretation) می باشد. طی مرحله ی آشنایی، فرمی حاوی اطلاعات مربوط به افراد و خلاصه ای از محتوای هر مصاحبه تدوین شد. برای تدوین فرم راهنمای مفهومی اولیه، جلسه مکرری بین پژوهشگران برگزار شد و در این مورد بحث و تبادل نظر انجام شد. سپس این چهار چوب مفهومی با بررسی مکرر هر کدام از مصاحبه ها -مرحله آشنایی- مورد بررسی قرار گرفت. هر کدام از مصاحبه ها به صورت جداگانه کدگذاری

شدند و فهرستی از این کدها به همراه ارتباط آن‌ها با چارچوب مفهومی از آن مصاحبه‌ها استخراج شد. در این مرحله به هر کدام از بخش‌های دارای اطلاعات مرتبط با مصاحبه‌ها، یک یا دو کد اختصاص داده شد. سپس این کدها با برگزاری جلسه با سایر پژوهشگران مورد بررسی قرار گرفته و در صورت لزوم تغییر داده شدند. این فرایند برای هر کدام از مصاحبه‌ها چندین بار تکرار شد. سپس مرحله ترسیم جدول‌ها انجام گرفت تا نظر مصاحبه‌شوندگان در مورد هر کدام از اجزای مدل مفهومی با یکدیگر مقایسه شده و ارتباط بین هر کدام از اجزای مدل با زیر مجموعه آن‌ها با هم مشخص شود. در نهایت ۹ کد معنی‌دار در قالب ۴۴ مفهوم استخراج شد.

فاز دوم: برای تحلیل داده‌های حاصل از نشست خبرگان همانند فاز اول از روش تحلیل چارچوبی استفاده شد.

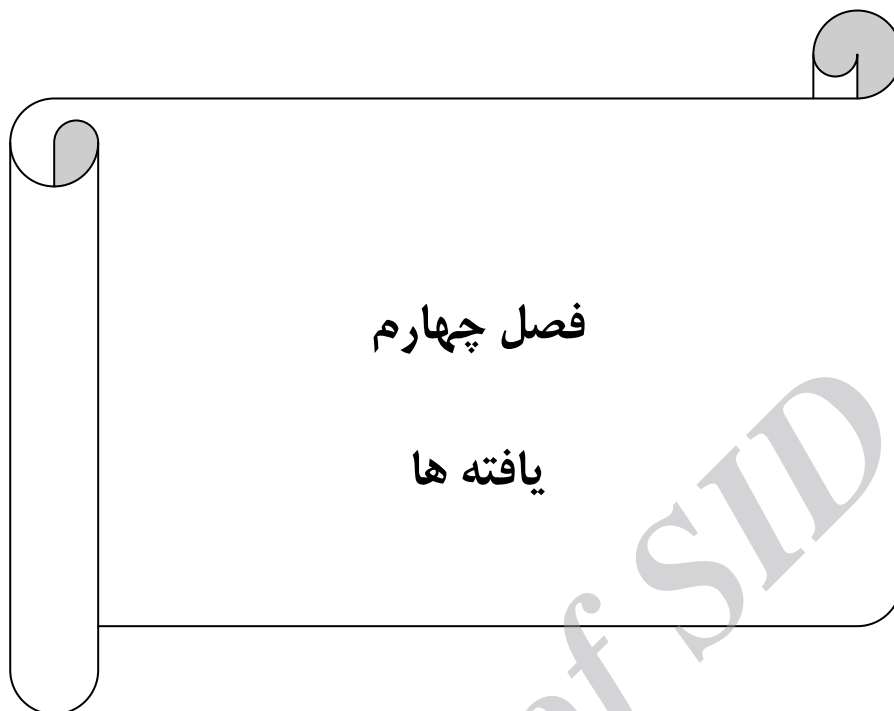
۳-۹- ملاحظات اخلاقی پژوهش

- ارسال اهداف مطالعه و کلیات پژوهش قبل از مصاحبه برای مصاحبه‌شوندگان
- انجام مصاحبه و ضبط صدا و پیاده‌سازی صدا در صورت رضایت مصاحبه‌شوندگان
- حفظ احترام، رعایت حقوق، کسب اعتماد و هم‌چنین تشریح هدف و ماهیت پژوهش برای مصاحبه‌شوندگان
- ایجاد اطمینان در افراد مبنی بر عدم استفاده نام‌شخص مصاحبه‌شونده در نقل قول‌های پژوهش
- محرمانه ماندن اطلاعات و نظرات مصاحبه‌شوندگان
- امکان در دسترس قرار گرفتن نتایج پژوهش پس از انجام مطالعه برای افراد ذینفع

۳-۱۰: محدودیتهای پژوهش

- ۱-رد انجام مصاحبه از سوی افراد
- ۲-مخالفت احتمالی برخی از مصاحبه‌شوندگان با ضبط صدا که در این صورت مصاحبه به صورت کتبی ثبت می‌شود.
- ۳-به خاطر این که مطالعه به صورت کشوری است، به بسیاری از مصاحبه‌شوندگان به علت بعد مسافت دسترسی نخواهد بود که سعی می‌شود با استفاده از سیستم ویدئو کنفرانس (Video Conference) این مشکل حل شود.
- ۴-تراکم کاری مصاحبه‌شوندگان در زمان انجام پژوهش
- ۵-نبود پژوهش‌های قبلی در مورد موضوع

۶-گسترده‌گی موضوع



Archive of SID

۱-۴. مقدمه

در این فصل ابتدا به خلاصه ی یافته ها پرداخته می شود و در قسمت بعد جدول چالش ها آورده می شود و بعد از آن در مورد چالش ها توضیحات لازم داده می شود و برای هر کدام از آن ها نمونه مصاحبه آورده می شود و در نهایت جدول راهکارها آورده می شود.

۲-۴-خلاصه ی یافته ها

هدف از پژوهش حاضر "تعیین چالش های استقرار خرید راهبردی در سازمان بیمه سلامت ایران و ارائه راهکار می باشد. ۹ مفهوم اصلی ۴۴ کد(ساختارهای معنی دار)ازنقل قول های مصاحبه شوندگان استخراج گردیدند که یافته های اصل پژوهش حاضر را تشکیل می دهند. مفهوم های اصلی عبارتند: مشکلات مالی، مشکلات مربوط به ارائه دهندگان خدمات(کمی-کیفی)، ضعف در قوانین و نظارت، مشکلات نیروی انسانی، مشکلات زیرساختی، مشکلات مربوط به ارتباطات بین بخشی و فرهنگی، مشکلات مربوط به بسته بیمه، مشکلات مربوط به نظام پرداخت، ضعف در سیاست گذاری.

هر کدام از کدهای اصلی نیز همانگونه که در جدول ۴.۱ ملاحظه می نمایید به مجموعه ای از کدهای فرعی تقسیم گردیدند.

جدول ۱-۴: مفاهیم و کدهای اصلی مرتبط با چالش های استقرار خرید راهبردی در سازمان بیمه سلامت ایران

چالش های اصلی	چالش های فرعی
مشکلات مالی	۱- عدم وجود منابع مالی پایدار برای نظام سلامت ۲- کسری منابع مالی ۳- عدم امکان وصول اعتبارات سهم سازمان به صورت یکجا و به موقع
مسائل مربوط به ارائه دهندگان خدمات (کمیت- کیفیت)	۱- محدودیت در انتخاب ارائه دهندگان خدمات - توزیع جغرافیایی نامناسب و تعداد ناکافی برخی از موسسات درمانی - عدم توان ارائه برخی از خدمات توسط یک بیمارستان - عدم ماندگاری پزشکان متخصص مجرب در استان های محروم ۲- اعتباربخشی و رتبه بندی ناکارآمد ارایه دهندگان خدمات

<p>۳-عدم وجود استانداردها و گایدلاین های درمانی</p>	
<p>الف-نداشتن قانون</p> <p>۱-عدم وجود ابزار قانونی برای گرفتن حق بیمه</p> <p>۲-نداشتن بند قانونی برای جلوگیری از تجویز پزشکان متخلف یا فاقد قرارداد در دفاتر بیمه</p> <p>۳-عدم اجرای قانون تجمیع بیمه ها و یکسان سازی عملکرد بیمه های پایه</p> <p>۴-فقدان قانونی خاص جهت تسریع در پرداخت موسسات موافق با خرید راهبردی</p> <p>۵-محدودیت قانونی مراکز دولتی جهت مشارکت در خرید راهبردی</p> <p>۶-تفاوت چشمگیر بین تعرفه ها بین بخش دولتی و خصوصی</p> <p>۷-فقدان روش اجرایی و دستورالعمل ها و لحاظ نشدن ضوابط لازم در فرم های مورد نیاز</p> <p>۸-عدم تعریف آیت‌های نظارتی لازم برای ارائه دهندگان خدمات بعد از تفاهم خرید راهبردی</p> <p>۹-محدودیت در خرید راهبردی برخی از خدمات</p> <p>ب-اجرای ضعیف قانون</p> <p>۱۰-عدم اجرای قانون الزام طرف قرارداد بودن همه مراکز تشخیصی و درمانی</p> <p>۱۱-عدم عضویت بیمه سلامت استان ها در کمیسیون ماده تعزیراتی</p> <p>۱۲-فقدان ضمانت اجرایی برخی ضوابط</p>	<p>ضعف در قوانین و نظارت</p>
<p>۱-ضعف دانشی مدیران و کارکنان بیمه در زمینه خرید راهبردی</p> <p>۲-عدم سیستم انگیزاننده برای مدیران و کارکنان</p> <p>۳-ریسک پذیری پایین برخی از مدیران</p> <p>۴-رقابت نابرابر در جذب نیروی کارشناسی در مقایسه با سایر نهاد های طرف تعامل</p> <p>۵-عدم تطابق مناسب رشته های آکادمیک موجود با نیاز های سازمان</p> <p>۶-فقدان بسته آموزشی مدون مرتبط با خرید راهبردی در سازمان</p>	<p>مشکلات نیروی انسانی</p>

<p>۱- عدم وجود بانک اطلاعاتی یکپارچه و منسجم مرتبط</p> <p>۲- عدم وجود پرونده الکترونیک سلامت</p> <p>۳- عدم انطباق سیستم نرم افزار اسناد پزشکی با ضوابط خرید راهبردی</p> <p>۴- عدم تعریف داشبورد مدیریتی از داده ها و اطلاعات پیش نیاز در خرید راهبردی</p>	<p>مشکلات زیرساختی</p>
<p>۱- مقاومت برخی از ذینفعان</p> <p>۲- ابهام نقش و ابهام ارتباطی بین کانونهای تصمیم گیر کلان در حوزه سلامت</p> <p>۳- ضعف در فرهنگ مصرف خدمات</p> <p>۴- ضعف در فرهنگ ارائه خدمات</p> <p>۵- عدم مقبولیت کافی بیمه های پایه</p> <p>۶- عدم عضویت بیمه سلامت استان ها در کمیسیون ماده تعزیراتی</p>	<p>مشکلات ارتباطات بین بخشی و فرهنگ سازی</p>
<p>۱- عدم وجود متد توافق شده در بازنگری بسته بیمه</p> <p>۲- فراهم نبودن الزامات علمی تعریف بسته</p>	<p>مشکلات مربوط به بسته بیمه</p>
<p>۱- تاخیر و بی نظمی در پرداخت به موقع مطالبات موسسات</p> <p>۲- عدم ورود سازمان به نظام های پرداخت نوین و آینده نگر</p>	<p>نظام پرداخت</p>
<p>۱- فشارهای سیاسی جهت خرید از مراکز بی کفایت</p> <p>۲- عدم وجود سیاست گذاری مبتنی بر شواهد</p> <p>۳- شتابزدگی در سیاست گذاری و اجرا</p> <p>۴- ضعف در مشارکت کلیه ذینفعان در سیاستگذاری های تاثیرگذار بر خرید راهبردی</p> <p>۵- جابه جایی مدیریت کلان سازمان در مقاطع زمانی کوتاه مدت</p> <p>۶- ضعف در تعهد نسبت به خرید راهبردی</p>	<p>ضعف در سیاست گذاری</p>

۳-۴- مشکلات مالی

یکی از مهمترین مشکلات امروزه بسیاری از پروژه های سلامت مشکلات مالی می باشد و طرح خرید راهبردی نیز از این اصل مستثنی نیست. این چالش خود از ۴ چالش فرعی تشکیل شده است که عبارتند از:

۱-۳-۴- عدم وجود منابع مالی پایدار برای نظام سلامت

یکی از مشکلات عمده که در خصوص اجرای طرح خرید راهبردی وجود دارد این است که منابع مالی پایداری برای نظام سلامت وجود ندارد. یکی از صاحب نظران چنین بیان کرد که " معلوم نیست که سلامت اولویت چندم دولت هست، با روی کار آمدن دولت های مختلف اولویت های آن ها نیز تغییر می کند و این موجب عدم ثبات در تخصیص منابع مالی میشود که البته مسایل اقتصادی مثل تورم هم بی تاثیر نیست" (م.۲۱)

۲-۳-۴- کسری و پراکندگی منابع مالی

یکی از مشکلات مهم در خصوص خرید راهبردی در سازمان بیمه سلامت، کسری و پراکندگی منابع مالی می باشد. برخی از این مسائل ممکن است به خاطر مشکلات داخلی نظیر سوء مدیریت، کمبود منابع، تورم و... باشد و برخی از آن هم می تواند از مسائل بین المللی مانند تحریم ها ناشی شود. در این خصوص یکی از مصاحبه شوندگان بیان کرد که "اگر من بخواهم خرید راهبردی بکنم چه به لحاظ جلب اعتماد موسسه درمانی و چه به لحاظ قدرت در خرید راهبردی لازم است که منابع تامین شده باشد. من وقتی می تونم برم بر موسسه نظارت کنم که موسسه از من طلب نداشته باشه. وقتی موسسه به من بگه که تو یک سال از من بده کاری. حالا اومدی که چی؟ حرف حسابت چیه؟ و من هم واقعا نمی تونم اون طور که باید و شاید نظارت دقیقی بر موسسه داشته باشم." (م.۵)

۳-۳-۴- عدم امکان وصول اعتبارات سهم سازمان بصورت یکجا و به موقع

یکی از چالش های مهم عدم امکان وصول اعتبارات سهم سازمان به صورت یکجا و به موقع است. این مورد عملا باعث می شود که چرخه مالی انتقال پول به سازمان های بیمه طولانی شود. یکی از مصاحبه شوندگان در این خصوص بیان کرد که " سازمان مرکزی حقوق ها را به حساب کارکنان واریز می کنند و آنگاه هر سازمان مثلا آموزش پرورش هر شهرستان سهم بیمه کارکنان را کم کرده و آن را به عنوان حق بیمه به سازمان بیمه واریز می کند که عملا باعث کندی و تاخیر در پرداخت به سازمان های بیمه می شود، این در صورتی است که می توان سهم حق بیمه دولت را به صورت یکجا از سازمان مرکزی به سازمان بیمه پرداخت شود" (م.۱۹).

۴-۴- مسایل مربوط به ارائه دهندگان خدمات

یکی از سوالات اساسی که در خرید راهبردی مطرح می شود عبارت است از چه کسی خرید شود؟ در خصوص این سوال در زمینه خرید راهبردی کارشناسان چالش هایی بیان کردند که شامل موارد زیر می شود:

۱-۴-۴- محدودیت در انتخاب ارائه دهندگان خدمات در برخی از نقاط کشور

این مشکل خود به ۳ چالش فرعی تقسیم می شود:

۱-۴-۴-۱- توزیع جغرافیایی نامناسب و تعداد ناکافی برخی از موسسات درمانی

مهمترین چالش مرتبط با ارائه دهندگان خدمات، کمبود آن ها در برخی از شهرستان ها و توزیع نامناسب آن ها می باشد. صاحب نظران در این خصوص توضیح دادند که "ما استان خودمون را نگاه کنیم، ۲۳ تا شهرستان داره، فکر می کنید از این ۲۳ تا شهرستان چن تا ش آمادگی داره که همزمان بخوام از ۲ تا مطب تخصص داخلی از این یه جوری بخرم و از اون یه جور دیگری بخرم که این جوری اونا تو رقابت بیفتند یا اینکه اون شرایط خرید راهبردی را بتونم پیاده کنم". (م.۱). یا "اینکه از چه کسی خرید بشه، مهمترین چالشی که من فی البداهه به ذهنم می رسه اینه که ما دستمون برای خرید راهبردی باز نیست. حق انتخاب نداریم. از نظر من این مهمترین چالشه. وقتی که من تنها یک موسسه درمانی در یک منطقه خاصی برای ارائه خدمات دارم. به ناچار باید از اون خرید بکنم یا اینکه امکان این را فراهم کنم که مردم منطقه دسترسی پیدا کنند به نزدیکترین موسسه درمانی بعد از اون. که شاید خیلی جاها امکان پذیر نباشه" (م.۵).

یکی از دلایلی که موجب می شود برخی از شهرستان ها با کمبود ارائه دهند ه مواجهه باشند توزیع جغرافیایی نامناسب ارائه دهندگان می باشد. در این مورد مصاحبه شوندگان نظرات مختلفی داشتند که می توان به موارد زیر اشاره کرد:

"در ۲۳ شهرستان ما حداقل ۸۰٪ شون امکان اجرای خرید راهبردی براشون وجود نداره. به نظر می رسه که درون ۳۰ تا استان توزیع فراهم کنندگان به گونه ای صورت نگرفته است که ما بتوانیم ابزارهای خریدمون را تقویت کنیم و تغییر دهیم. شاید در ۱/۳ استان ها حداقل (استان های محروم) مثل ایلام، سیستان بلوچستان، کهگیلویه و بویر احمد، استان های کوچک، محروم یا مرزی که همین الان هم چالشی که سطح دسترسی داشته باشند امکان اجرای خرید راهبردی وجود نداشته باشد" (م.۲۷).

یکی از صاحب نظران دیگر بیان کرد که "خیلی خب می گم بیمه لطفا متخصص زنان و زایمانت را عوض کن میگه تو این شهر کلا یک نفر بیشتر یک نفر نیست. خب یک شهرستان ۱۰۰ هزار نفری، یک متخصص زنان و زایمان. اینه که نشون می ده که شاخص پراکندگی خوب توزیع نشده و ما یک *gis* مطلوبی از این همه نیروی انسانی که در حوزه نیروی انسانی تربیت کردیم نداریم" (م.۱).

۲-۱-۴ - عدم توان ارائه برخی از خدمات توسط یک بیمارستان

اکثر ارائه دهندگان خدمات به دلیل ماهیتی که دارند نمی توانند همه ی خدمات مورد نیاز مردم را ارائه دهند که این امر تا حدودی می تواند مشکلی پیش روی اجرای خرید راهبردی باشد. یکی از کارشناسان در این خصوص بیان کرد که "حالا فرض کنید که ما یک بیمارستان را پیدا کنیم که خدمات با کیفیتی را ارائه بده و بشه ازش به صورت راهبردی خرید کرد، به چالشی که این موقع در بسیاری از بیمارستان ها دیده میشه اینه که اون بیمارستان توانایی ارائه همه ی خدمات رو نداره" (م.۲۳).

۳-۱-۴ - عدم ماندگاری پزشکان متخصص مجرب در استان های محروم

مشکل دیگر که مناطق محروم با آن مواجهه اند عدم تمایل پزشکان متخصص و با تجربه برای فعالیت در این مناطق می باشد. یکی از کارشناسان در این خصوص چنین بیان کرد که "مشکل دیگری که مناطق محروم با اون مواجهه اند اینه که پزشکان با تجربه تمایل زیادی برای ماندن در اون جا را ندارند و در صورتی که فرصت بهتری را پیدا کنند از این شهر ها فرار می کنند." (م.۱۸).

۲-۴-۴ - اعتباربخشی و رتبه بندی ناکارآمد ارائه دهندگان خدمات

یکی از ضروریات مهم خرید راهبردی خرید از موسسات با کفایت است که پیش نیاز آن اعتباربخشی و رتبه گذاری موفق و دقیق ارائه دهندگان خدمات است. متأسفانه نظام اعتباربخشی کشور ایران دارای مشکلات متعددی است. یکی از مصاحبه شوندگان بیان کرد که متأسفانه اعتباربخشی که از بیمارستان ها توسط وزارت بهداشت انجام می شود زیاد کارآمد نبوده و بسیاری از مواقع غیر واقعی است. یکی از صاحب نظران بیان کرد که "درجه بیمارستانش درجه ۲ میشه و با هزار تا فن و کلک درجه بیمارستانش درجه ۱ میکنه که از بیمه پول بیشتری بگیره. تازه درجه یکش هم می کنه براش نمی صرفه. از دید یک مدیر بیمارستان دارم می گما. و حرفشون هم اینه که اگر بیمه ها این پول را هم به موقع بدهند تازه هم نمی صرفه. هزینه ها بسیار بالاتر از درآمد ها ی در بیمارستان های دولتی است و خب این به چالش بزرگ سر راه خرید توافقی و راهبردی است" (م.۱).

به دنبال اعتباربخشی ضعیف وزارت بهداشت از بیمارستان ها ، سازمان های بیمه هم نمی تواند رتبه بندی صحیحی از بیمارستان ها برای عقد قرارداد با آن ها داشته باشد . یکی از کارشناسان در این خصوص چنین بیان کرد که "در حال حاضر ارائه دهندگان خدمت ابتدا که در واقع وارد بازار سلامت می شوند هیچ ارزیابی درستی از شون وجود ندارد و به نوعی ورود به این عرصه باز هست برای همه. به خصوص در بحث سرپایی این مشکل بیشتر هست که بدون این که در واقع یک ارزیابی صورت گرفته باشد می توانند همه در این بازار حضور داشته باشند. در حال حاضر فکر می کنم که این نقیضه در حال حاضر وجود دارد و یکی از چالش ها اینه که ما رتبه بندی خاصی برای موسسات و ارائه دهندگانمون نداریم" (م.۴).

البته یکی از دلایل مهمی که باعث ارزیابی و رتبه بندی ناصحیح از ارائه دهندگان می شود عدم وجود استانداردها و قوانین لازم برای ارزیابی ارائه دهندگان با کفایت می باشد. یکی از صاحب نظران در این خصوص بیان کرد که "اگر ما استانداردهای لازم را داشته باشیم که مثلا به سری از حداقل استانداردها را برای خرید خدمات در نظر گرفته باشند کار سختی نیست که ارائه کنندگان واحد شرایط را شناسایی کنیم ولی باز بر می گرده به بحث اولمون که بیمه هامون به دلیل نداشتن قدرت لازم نمی تونند این را اعمال کنند" (م.۹).

۳-۴-۴-عدم وجود استانداردها و گایدلاین های درمانی

یکی از مشکلات مهمی که در نظام سلامت کشور ایران وجود دارد نبودن استانداردهای لازم برای تجویزات پزشکی می باشد. یکی از مصاحبه شوندگان در این خصوص بیان کرد که "الان در سیزدهم بهداشتی که مستحضر هستید . الان هر پزشک برای خودش یک علامه هست یعنی بر اساس نوع تشخیصی که من نوعی به بیماری می دهم و نوع تجویز دارو و کسی هم نمی تونه بر من خرده بگیره. شما نوعی پزشک هم می تونید روند درمانی را در پیش بگیرید که بیش از ۵۰٪ تفاوت با تجویز من داشته باشه. از لحاظ قانونی هم هیچ کس نمی تونه بر من خرده بگیره. و از لحاظ قانونی هم همه ما داریم درست عمل می کنیم.(م.۶). مصاحبه شونده دیگری بیان کرد که " بزرگترین چالشی که ما الان داریم عدم وجود گایدلاین هست یعنی اون خط سیری که باید وجود داشته باشه الان متاسفانه وجود نداره . اگر گایدلاین نوشته بشه و گایدلاین هم در دو حوزه یکی وحدت واقع که مشخص بشه مدت زمان ارائه خدمت - یعنی هر خدمتی چه میزان زمان برای هر واحد خدمت وجود داره . دومین مسئله ای که هست- حداکثر ساعت فعالیت بر اساس نوع خدمت هست" (م.۶).

۵-۴- ضعف در قوانین و نظارت

یکی از چالش‌های مهم پیش روی خرید راهبردی ضعف در قوانین و نظارت می‌باشد. این چالش خود به ۲ حیطة کلی تقسیم بندی می‌شود:

الف- نداشتن قانون

برخی از چالش‌های ذکر شده از سوی مصاحبه‌شوندگان مرتبط با نداشتن قانون در زمینه خرید راهبردی می‌شود. این چالش‌ها عبارتند از:

۱-۵-۴- عدم وجود ابزار قانونی برای گرفتن حق بیمه

یکی از مهمترین مواردی که برای موفقیت در برنامه‌های مختلف مورد نیاز است تدوین قوانین مناسب است. نداشتن قانون در برخی از زمینه‌های سازمان بیمه که بر امر خرید راهبردی تاثیر گذار است احساس می‌شود. یکی از صاحب‌نظران بیان کردند که "بزرگترین مشکلی که الان وجود داره در سیستم سازمانی ما برای گرفتن حق بیمه اهرم قانونی لازم وجود نداره. یعنی شما به عنوان بیمه شده من مثلا بهزیستی، بنیاد شهید یا مثلا آموزش و پرورش، شما اگر سازمانتون حق بیمه ات را به من نده من از لحاظ قانونی نمی‌تونم هیچ کاری را انجام بدهم. نه می‌تورج جلوی شما را بگیرم که ارائه خدمت به شما نشه یا نه این که می‌تونم مثل تامین اجتماعی شما را جریمه کنم و از شما دیر کرد بگیرم." (م.ع)

۲-۵-۴- نداشتن بند قانونی برای جلوگیری از تجویز پزشکان متخلف یا فاقد قرارداد در دفاتر بیمه

یکی از مواردی که سازمان‌های بیمه‌گر را تا حدودی دچار چالش می‌کند عدم توان مقابله با پزشکانی است که علی‌رغم نداشتن قرارداد با سازمان بیمه در دفاتر بیمه بیماران دارو تجویز می‌کنند. یکی از کارشناسان در این خصوص این چنین بیان کرد که "قانون مناسبی برای برخورد با پزشکانی که در تجویز دچار تخلف می‌شوند یا پزشکانی که در دفترچه‌های بیمه‌هایی که طرف قراردادشون نیستند تجویز می‌کنند متاسفانه وجود نداره" (م.۲۵).

۳-۵-۴- عدم اجرای قانون تجمیع بیمه‌ها و یکسان سازی عملکرد بیمه‌های پایه

"تجمیع بیمه‌ها" یکی از ضرورت‌هایی است که اگر رعایت می‌شود می‌توانست گام رو به جلویی جهت امر مهم خرید راهبردی باشد. یکی از کارشناسان در این خصوص بیان کرد که "سازمان‌های بیمه‌گر که چندین ساله قراره با هم

ادغام بشوند متاسفانه ادغام نشدند. مسلماً اگر بیمه های با هم تجمیع شده بودند امکان اجرای خرید راهبردی بهتر بود و قدرت سازمان بیمه را به مراتب بیشتر می کرد" (م.۱۹).

۴-۵-۴- فقدان قانونی خاص جهت تسریع در پرداخت موسسات موافق با خرید راهبردی

جهت اینکه سازمان های موافق با "خرید راهبردی" با مشکل خاصی مواجهه نشوند نیاز است که قانونی تصویب شود که در پرداخت به این موسسات تسریع صورت گیرد. یکی از صاحب نظران در این خصوص عنوان کرد که "هنوز قانونی تصویب نشده است که ما بتوانیم بر اساس آن به اون موسساتی که با امر خرید راهبردی موافق هستند پرداخت های سریع تری داشته باشیم، بنابراین ضروری است که قبل از اجرای برنامه خرید راهبردی چنین قوانینی تصویب بشه و الزام اجرایی پیدا کنه" (م.۱۸).

۴-۵-۵- مح دودیت قانونی مراکز دولتی جهت مشارکت در خرید راهبردی

مراکز ارائه دهنده دولتی به خاطر مسائل قانونی قادر به دادن تخفیف به سازمان های بیمه نیستند به عنوان مثال یکی از صاحب نظران اشاره کرد که "فرض کنید من به فلان بیمارستان دولتی بگم که کل طلب شما از ما ۶۰میلیارده. خب ما این پول رو همین الان به شما نقد می دیم به شرط اینکه ۵میلیاردش رو تخفیف بدی. بیمارستان از خدایه که این کار کنه، چون با این پول کلی از مشکلاتش حل میشه. ولی اگر این کار رو کنه، بعد وزارت بهداشت بهش میگه کو اون ۵میلیارد. و از لحاظ قانونی نمیتونه مثل بیمارستان های خصوصی از این تخفیف ها به ما بده" (م.۲۲).

۴-۵-۶- تفاوت چشمگیر بین تعرفه ها بین بخش دولتی و خصوصی

تفاوت بین تعرفه های دولتی و خصوصی یکی از مواردی است که می تواند تا حدودی برای اجرای موثر خرید راهبردی به دلیل الزامات و شرایط خاص هر کدام مشکل ساز شود. یکی از صاحب نظران در این خصوص بیان کرد که "مشکل دیگر مون که باعث ناهمانگی بیشتر بخش خصوصی و دولتی میشه اینه که بین تعرفه های بخش خصوصی و دولتی تفاوت های چشم گیری وجود داره و سازمان بیمه مجبوره که برای خرید از هر کدام قواعد و دستورالعمل خاصی را تنظیم کنه" (م.۲۷).

۴-۵-۷- فقدان روش اجرایی و دستورالعمل ها و لحاظ نشدن ضوابط لازم در فرم های مورد نیاز

یکی از مقدمات لازم جهت اجرای خرید راهبردی فراهم آوردن الزامات آن از جمله دستورالعمل های و سایر مواد مورد نیاز می باشد. یکی از صاحب نظران در این خصوص بیان کرد که "اگر ما بخواهیم فردا خرید راهبردی را پیاده کنیم یکی از چالش ها و پیش نیازهایی که مطرح میشه اینه که ما هنوز یک روش اجرایی و دستورالعمل مورد توافق را در

دست نداریم که بتوانیم بر اساس آن ها عمل کنیم" (م.۲۶). یکی از چالش های فرعی دیگر مهیا نبودن الزامات خرید راهبردی در چک لیست های بیمارستانی می باشد. در این خصوص یکی از کارشناسان بیان کرد که "فرض کنید که ما الان بخواهیم طرح خرید راهبردی را پیاده کنیم، هنوز چک لیست ها ارزیابی و اعتباربخشی بیمارستان ها بر اساس ضوابط خرید راهبردی تعدیل نشده اند. هم چنین باید ضوابط خرید راهبردی در فرم قرارداد موسسات دیده شود". (م.۱۹)

صاحب نظر دیگری ضمن تایید مطالب بالا، مشکل را عمقی تر می دانست. وی معتقد بود که "ما الان دریافته ایم، در کمون از خرید راهبردی خیلی سطحی است. در حد این که چه کسی؟ چه چیزی؟ چگونه بخرد؟ و عمیق وارد نشدیم. واقعا به تحلیل عمیقی انجام بشه. اگر بخواد خرید راهبردی انجام بگیره. منفعت اصلیش تو چیب کی ها می ره. کی ها منتفع می شوند و کی ها به هر حال کارشون ممکنه به خرده سنگین تر بشه و زیر سوال برونند و مقاومت کنند" (م.۳۰).

۸-۵-۴-عدم تعریف آیت‌های نظارتی لازم برای ارائه دهندگان خدمات بعد از تفاهم خرید راهبردی

یکی از فعالیت های ضروری جهت اطمینان یافتن از انجام صحیح هر عملی نظارت صحیح و به موقع بر روی آن فعالیت است و امر مهمی چون "خرید راهبردی" نیز از این اصل مستثنی نیست. یکی از کارشناسان این چنین بیان کردند که "اگر بخواهیم طرح خرید راهبردی را اجرا کنیم یکی از چالش های دیگری که به ذهنم میرسه اینه که ما هنوز ایتهم ها و الزامات نظارتی را برای خرید به شکل راهبردی تعریف و فراهم نکرده ایم" (م.۱۸).

۹-۵-۴-محدودیت در خرید راهبردی برخی از خدمات

یکی از موارد دیگر که می تواند چالشی پیش روی خرید راهبردی باشد، عدم امکان خرید برخی از خدمات با قیمت پایین تر است زیرا دستورالعمل های فعلی این اجازه را نمی دهند. در این خصوص یکی از کارشناسان بیان کرد که "اگر بخواهیم خرید راهبردی انجام بدیم باید قدرت چانه زنی داشته باشیم. طبق دستورالعمل های فعلی ما در خرید برخی از خدمات مانند فیزیوتراپی و دانسیتومتری و MRI به صورت راهبردی با محدودیت روبه رو هستیم زیرا خرید این خدمات طبق دستورالعمل های فعلی با تعرفه و سقف خاصی امکان پذیر است و امکان چانه زنی برای خرید این خدمات وجود ندارد. نیاز است که دستورالعمل های فعلی ارتقا یابد" (م.۲۴).

ب- اجرای ضعیف قوانین

دسته ای دیگر از مشکلات اشاره شده توسط مصاحبه شوندگان به اجرای ضعیف قوانین موجود مرتبط می شود . این چالش ها عبارتند از:

۱۰-۵-۴-عدم اجرای قانون الزام طرف قرارداد بودن همه مراکز تشخیصی و درمانی

"مشکل اینه که قانون دست ارائه دهندگان خدمات را باز گذاشته و در صورتی که ارائه دهنده مایل بود می تواند با بیمه قرارداد ببندد وگرنه بیمه ها قادر نیستند با آن موسسه قرارداد ببندند . خب تعداد موسسات باید به اندازه کافی زیاد باشه که بیمه بتونه حق انتخاب بیشتری داشته باشه"(م.۲۱).

۱۱-۵-۴-عدم عضویت بیمه سلامت استان ها در کمیسیون ماده تعزیراتی

یکی از دغدغه های سازمان های بیمه گر عضو نبودنشان در کمیسیون ماده تعزیراتی است . یکی از مصاحبه شوندگان بیان کرد که "بیمه سلامت استان ها در کمیسیون ماده تعزیراتی عضو نیستند، در حالی که وزارت بهداشت عضو کمیسیون تعزیراتی هست. بدین معنی که اگر مردم یا برخی از مراکز دچار تخلف شوند سازمان های بیمه گر قادر نخواهند بود که علیه آن ها در این کمیسیون شکایتی تدوین کنند."(م.۱۹)

۱۲-۵-۴-فقدان ضمانت اجرایی برخی از ضوابط

یکی از مواردی که می تواند مشکل ساز شود، فقدان ضمانت اجرایی برخی از ضوابط در حال حاضر می باشد. به عنوان مثال یکی از کارشناسان اشاره کرد که "متأسفانه ارائه دهندگان برخی از الزامات را رعایت نمی کنند. به عنوان مثال تو مطب خیلی از پزشکا که میری میبینی هم زمان داره چن تا بیمار را با هم ویزیت میکنه. خب این کیفیت خدمات را پایین میاره. یا اینکه قانونی برای حداکثر تعداد ویزیت بیمار وجود نداره یا اینکه اگر وجود هم داشته باشه رعایت نمیشه"(م.۲۰).

۶-۴-نیروی انسانی

چالش مهم دیگری که توسط صاحب نظران اشاره شد مشکلات در خصوص نیروی انسانی است. این مشکل خود شامل چندین چالش فرعی به شرح زیر می باشد:

۱-۶-۴- ضعف دانشی مدیران و کارکنان بیمه در زمینه خرید راهبردی

یکی از مشکلاتی که در زمینه نیروی انسانی وجود دارد، نداشتن نیروی انسانی توانمند در زمینه خرید راهبردی است . یکی از صاحب نظران در این خصوص بیان کرد که "بله به جایی تو نیروی انسانی ارائه دهنده خدمت ما ضعف داریم. همه ی مهارت های کافی برای ارائه خرید راهبردی ندارند. اما این چیزی نیست که نتوان درستش کرد." (م.۵)

صاحب نظر دیگری در این خصوص بیان کرد که "ما حدود ۶۰ تا ۷۰٪ پزشکانمون که مدیرند و من باهاشون صحبت کردم متأسفانه اصلاً این ها ادبیات خرید راهبردی را نمی دونند. از طرفی چون خودشون پزشک هستند ممکنه به خاطر اینکه برخی از منافعشون به خطر بیفته انگیزه ای برای اجرای طرح خرید راهبردی نداشته باشند." (م.۸)

۲-۶-۴- عدم سیستم انگیزاننده برای مدیران و کارکنان

کارکنان و مدیران بی انگیزه یکی از چالش های پیش روی اجرای خرید راهبردی می باشد. یکی از مصاحبه شوندگان در این خصوص بیان کرد که "کارشناسان و مدیران ممکنه به هر حال کارشناسان خیلی پخته ای نباشند. و اگر هم باشند خیلی انگیزه ای برای وقت گذاشتن جدی روی موضوع نداشته باشند" (م.۳).

۳-۶-۴- ریسک پذیری پایین برخی از مدیران

اجرای خرید راهبردی نیازمند مدیران توانا و هم چنین ریسک پذیر است. ریسک پذیری پایین مدیران مشکل دیگری است که می تواند خرید راهبردی را دچار چالش کند. یکی از کارشناسان بیان کرد که "یکی از مشکلاتی که در حیطه منبع انسانی به چشم میخوره این هست که برخی از مدیران اون روحیه ریسک پذیری که برای اجرای طرح های جدید باید داشته باشند را ندارند و نسبت به طرح های جدید دچار شک و تردید هستند" (م.۴).

۴-۶-۴- رقابت نابرابر در جذب نیروی کارشناسی در مقایسه با سایر نهاد های طرف تعامل

یکی از مشکلات مرتبط با نیروی انسانی از عدم توانایی سازمان در جذب نیروی انسانی خبره به اندازه کافی می باشد . یکی از مصاحبه شوندگان در این خصوص بیان کرد که "سازمان بیمه در جذب نیروی کارشناسی شایسته در مقایسه با سایر نهاد ها از جمله وزارت بهداشت ضعیف تر عمل نموده و عملاً در این رقابت با مشکل مواجهه می شوند" (م.۱۳).

۵-۶-۴- عدم تطابق مناسب رشته های آکادمیک موجود با نیاز های سازمان

یکی از مشکلاتی که سازمان های بیمه گر در خصوص نیروی انسانی با آن مواجهه اند عدم انطباق رشته های دانشگاهی با نیازهای سازمان می باشد . به عنوان مثال یکی از صاحب نظران بیان کرد که "از طرفی رشته های

دانشگاهی موجود خیلی متناسب با نیازهای سازمان بیمه نمی باشد و از طرفی دیگر سازمان توجهی به جذب رشته های مناسب تر خود انجام نمی دهد" (م.۱۷).

۶-۶-۴- فقدان بسته آموزشی مدون مرتبط با خرید راهبردی در سازمان

با توجه به اینکه با حرکت سازمان بیمه سلامت به سمت خرید راهبردی برخی از اصول تغییر می یابد، تدوین بسته های آموزشی مرتبط با خرید راهبردی امری اجتناب ناپذیر است. یکی از مصاحبه شوندگان در این خصوص اشاره کرد که "به نظر من مهمترین چالش اینه که ادبیات خرید راهبردی و زبان مشترک بین سیاست گذاران وجود نداره. خیلی از افراد خرید راهبردی را نمی شناسند. فقط می دونند چه چیزی باید خرید شود؟ از چه کسی خرید شود؟ (در حد همین ۴-۵ تا سوال مطرح رو می دونند). ولی اینکه دقیقا مولفه اصلی چی هست و در ارتباط با بسته خرید چه چیزی باید خرید شود خوب باید چطور در واقع نفوذ کرد در این سیستم، چطور برنامه ریزی کرد. بعد این سوال اول را چه طور میشه عملیاتی کرد متاسفانه هیچ فکری نکردند. کمیته خرید راهبردی سازمان بیمه هم چند جلسه تشکیل شده - ولی خوب دیر به دیر تشکیل می شود." (م.۸)

یکی از مصاحبه شوندگان دیگر به بعد دیگری از این مشکل اشاره کرد که "به نظرم در پکیج خرید راهبردی همش بحث اینه که چطور خرید شود هست. و بحث اینکه چطور پرداخت شود تا ارائه کننده راضی نگه داشته شود اصلا دیده نشده است" (م.۱۰).

۷-۴- مشکلات زیرساختی

۱-۷-۴- عدم وجود بانک اطلاعاتی یکپارچه و منسجم مرتبط

پیش نیاز مهم دیگری که برای اجرای طرح خرید راهبردی مورد نیاز است داشتن بانک اطلاعاتی یکپارچه و منسجم است. متاسفانه در کشور ایران بانک اطلاعاتی یکپارچه ای وجود ندارد و بسیاری از برنامه های سابق کشور به همین دلیل با چالش مواجهه بوده اند. یکی از صاحب نظران در این خصوص معتقد بود که "مطمئنا همین الان شما از ما بپرسید که تعداد افرادی را که دارای سرطان هستند در استان خودتان را، لیستشون را تا فردا به من بده. تا فردا که هیچی. تا سال آینده هم به من مهلت دهید من نمی تونم این لیست را برای شما آماده کنم. برای اینکه سرطانی ها در یک جای خاصی ثبت نمی شوند در نرم افزارهای ما و روزانه مراجعه می کنند و دارو و خدمات مثلا اپاندیسیت ها باهاشون رفتار میشه." (م.۱).

در خصوص این مشکل صاحب نظر دیگری این چنین بیان کرد که "ببینید ما الان تو بیمه اطلاعات بیمه شده هامون حتی در سطح اولیه نداریم. اینکه بتونیم اونها را از لحاظ درآمدی دسته بندی کنیم اطلاعات مشخصی از کارمندانمون نداریم به جز کارمندانمون که دارم بشون تا حدی مشخصه بقیه بیمه شده هامون اصلا اطلاعات دارم بشون مشخص نیست. یعنی به طرح تحقیقاتی بود که ما می خواستیم انجام بدهیم بیمه اطلاعات درستی در این حوزه نداره. که اینکه بیمه شده هاش در چه لول درآمدی قرار می گیرند" (م.۹)

۲-۷-۴-عدم وجود پرونده الکترونیک سلامت

یکی از پیش نیازهای مهم تمام برنامه های سلامت داشتن پرونده الکترونیک سلامت است و برنامه مهمی چون "خرید راهبردی" نیز از این امر مستثنی نیست. یکی از کارشناسان در این خصوص بیان کرد که "ما این ضعف توی سیستمون وجود داره که پایه اش هم بحث نبود پرونده الکترونیک سلامت برای هر فرد هست. ما الان به عنوان مثال از این ۴۰ میلیون بیمه شده ای که سازمان داره دقیقا نمی دونه که چه تعدادشون مبتلا به دیابت هستند، چه تعدادشون مبتلا به فشار خون هستند. چه تعدادشون مبتلا به سرطان هستند حتی که براشون یک برنامه ریزی داشته باشه که این خدمات را به نسبت جمعیت هدفی که هست بتونه خریداری و برنامه ریزی بکنه" (م.۴).

۳-۷-۴-عدم انطباق سیستم نرم افزار اسناد پزشکی با ضوابط خرید راهبردی

قطعا برای انجام هر چه بهتر خرید راهبردی باید قبل از اجرا الزامات آن رعایت شود. یکی از الزامات مهم که غفلت از آن مشکل بزرگی را در شروع طرح خرید راهبردی ایجاد می کند عدم طراحی نرم افزارهای مناسب می باشد. یکی از کارشناسان در این خصوص بیان کرد که "هنوز نرم افزارهای اسناد پزشکی مناسب با طرح خرید راهبردی طراحی نشده اند، البته الان این به چیز طبیعی ولی باید فقط وقتی از طراحی نرم افزارهای مناسب اطمینان حاصل کردیم اجرای این طرح را شروع کنیم" (م.۱۸).

۴-۷-۴-عدم تعریف داشبورد مدیریتی از داده ها و اطلاعات پیش نیاز در خرید راهبردی

"یکی از چالش ها در خرید راهبردی پراکندگی مطالب لازم هست. خب. وقتی داریم به هم چین چیز پراکنده ای را رصد می کنیم و مشخص می کنیم. بیاییم همش رو در یک داشبورد مدیریتی ثبتش کنیم، خیلی راحت تره. به داشبوردی که وضعیت آیتم های مختلفی را بده و برآوردی از کلش را به ما منتقل کنه. اینه که ما نداریم" (م.۳).

۸-۴-مشکلات ارتباطات بین بخشی و فرهنگ سازی

۸-۴-۱-مقاومت برخی از ذینفعان

مسئله هر برنامه ای برای اجرا مستلزم ایجاد تغییراتی است و برخی از ذینفعان ممکن است در برابر این تغییرات از خودشان مقاومت نشان دهند. کارشناسان در این خصوص چنین بیان کردند که "شاید به دانشگاه ها بار کاری زیادی وارد بشه از این لحاظ که بتونند خودشون را به اون کیفیت مورد نظر بیمه ها برسوند چون درسته خیلی از بیمارستان های دولتی کیفیت خدماتشون از خیلی بخش های دیگر بالاتر هست- هم در بخش تجهیزات و ... ولی در خیلی از بخش های دیگه ما ضعف داریم. شاید یکی از چالش هایی که ممکنه براشون به وجود بیاد این باشه که دانشگاه ها موظف بشوند که بیمارستان ها را و خدمات شون را به اون استاندارد مورد نظر بیمه ها برسوند که به عنوان یکی از ارائه دهندگان خدمات انتخاب شوند(م.۹۰). یا "با انجام طرح خرید راهبردی چون شما دارید یک سری محدودیت می گذارید داخل سیستم، پذیرش این موضوع برای دانشگاه ها بسیار سخت هست. خب دانشگاه های ما ارائه دهنده خدمات هستند چون بیمارستان ها زیر نظر دانشگاه ها هستند. مهمترین چالششون اینه که خود توجیه پزشکان هست. ایا دانشگاه تغییر نظام پرداخت را قبول می کنه یا قبول نمی کنه. ائتلاف هایی وجود داره که واقعا طعم شکست می دهد. پزشکان واقعا ائتلافشون خیلی قوی هست. نفوذشون بسیار زیاده. اگر بگویند اتاق عمل نیام به راحتی اتاق عمل تعطیل میشه. اعتقاد شخصیم اینه که اگر بتوان اون چالش های دولت را حل کرد چالش های دانشگاه هم حل می شود." (م.۲۰)

یکی از کارشناسان دیگر در خصوص مقاومت هایی که ممکن است در خصوص تغییر روش پرداخت به وجود بیاید این چنین بیان کرد که "خب اگر بخوایم تغییر نظام در پرداخت دهیم یک مقاومت جدی ایجاد خواهد شد. مثلا من نظام پرداخت فی فور سرویس را بخوام تغییرش بدم به دی ار جی. اولین ایتمی که می تونه در واقع خیلی موثر باشه اینه که رفتار پزشک و خطاهاش-پزشکی که کد ثبت نکنه یا اشتباهی ثبت کنه-میزان دریافتی پزشک بابت خطاش کم میشه. پس اولین چالش پس از اجرای نظام جدید پرداخت مقاومت پزشکان خواهد بود." (م.۸)

۸-۴-۲-ابهام نقش و ابهام ارتباطی بین کانونهای تصمیم گیر کلان در حوزه سلامت

این چالش را می توان به دو دسته تقسیم کرد:

۱-۲-۸-۴- روابط ضعیف بین حوزه ای

انجام صحیح خرید راهبردی، همکاری و ارتباط بیش از یک سازمان را می طلبد. دو نهاد اصلی که باید بیشترین ارتباط را با هم داشته باشند وزارت رفاه (با تمام زیر مجموعه هایش) و وزارت بهداشت (با تمام زیر مجموعه های ش) می باشند. برخی از سازمان هایی که خود ارائه خدمات سلامت را به پرسنل خود بر عهده دارد ارگان های نظامی (بیمارستان های نظامی به عنوان سازمانی مرتبط با وزارت بهداشت) هستند که ارتباط آن ها با وزارت رفاه چندان مناسب نیست. به طور مثال یکی از این مصاحبه شوندگان اشاره کرد که "ارتباطات خوب نیست. این ارتباطات مشکل اصلی هست. خب اول صحبت من هم همین بود. یعنی همون بحث روابط درون و برون بخشی که شما صحبت می کنید در مدیریت در پکیج خرید راهبردی باید باشد. اما وجود نداره. نیروی انتظامی و نیروهای مسلح اصلا ساز مخالف خودشون را می زنند. به هر حال این سازمان ها شرایط خاص خودشون را دارند و هیچ گاه حاضر نیستند که اطلاعاتشون را به من بدهند" (م.۱۰).

یکی از صاحب نظران دیگر این مشکل را به این نحو بیان کرد که "ببینید به نظر من یک چالش دیگر که دولت خواهد داشت ایجاد هماهنگی بین حوزه های مختلف خرید خلمتی هستش که زیر مجموعه خودش هست احیانا یا زیرمجموعه سایر حوزه های وابسته به حاکمیت هستش..... حالا برای خرید راهبردی قطع مسلم این سازمان ها و این حوزه های بیمه ای که باید تابعیت دولت را داشته باشند با چالش مواجه خواهند شد و تضاد تصمیمات مدیریتی و تضاد من ابع مالی تضاد الگوها و شیوه های این ها باعث خواهد شد که یک مقدار پیشبرد طرح را برای دولت را با چالش روبه رو کند." (م.۷).

۲-۲-۸-۴- روابط ضعیف درون حوزه ای

یکی از مشکلات مهم دیگر که در سازمان های ایران و از جمله سازمان های بیمه به چشم می خورد ارتباطات ضعیف درون بخشی است. به عنوان مثال مشاهده می شود که معاونت های مختلف یک سازمان با هم ارتباط مناسبی ندارند و از کارهای دیگر بی اطلاع هستند. یکی از مصاحبه شوندگان در خصوص این مشکل بیان کرد که "ارتباطات متاسفانه در کشور ما بسیار ضعیف هست. حتی داخل خود وزارت بهداشت هم ما مشکل داریم. معاونت های مختلف ناهمگون هستند. این مشکل ارتباطی یکی از عمده ترین مسایلی است که عمدتا ما باید این را به جوری و یک فکری برایش کنیم." (م.۳).

یکی از مصاحبه شونده‌گان دیگر بیان کرد که "خیلی وقتها ما داریم کارهای متفاوتی را انجام می‌دهیم، حتی در وزارتخونه هم از کارهای یکدیگه خبر نداریم. چه برسه به سازمان های مختلف، نهاد های مختلف. بیمه های پایه در این که بخواهند مثلا به کاسه بشوند، سر ناسازگاری دارند. بیمه های پایه و تکمیلی باز سر ناسازگاری دارند، خیلی مشخص تعریف نکردند حوزه های کاری شون رو. وزارت خونه به هر حال احساس می‌کنه که متولی این قضیه هست و تک رویهای خاص خودش را داره. بیمه ها احساس می‌کنند که متولی هستند و تک روی های خاص خودشون رو دارند" (م.۱۵).

۳-۸-۴- ضعف در فرهنگ مصرف خدمات

یکی از ذینفعان مهم که نادیده گرفتن آن ها می‌تواند طرح خرید راهبردی را با مشکل مواجهه کند مردم هستند. احتمال اینکه مردم به طور غیر مستقیم در مقابل اهداف این طرح مقابله کنند وجود دارد یکی از کارشناسان در این خصوص بیان کرد که "مردم الان ازادند که از هر موسسه ای که دوست دارند خرید بکنند. من فردا بهشون میگم که از این ۳ تا موسسه نمی‌تونم خرید کنی و اگر می‌خواهی خرید کنی باید پولش رو ازاد بدی. یا اینکه باید طوری به موسسه برخورد شود که تو اجازه ارائه خدمت را نداری. بله- یک مقاومت نسبی در مردم هست" (م.۵).

یکی از کارشناسان در این خصوص این چنین بیان کرد که "ضعفی که وجود داره برای اینکه چه خدمتی وارد بسته درمانی بشه اینه که به سری از خدمات در حال حاضر جز بسته های بیمه ها تعریف شده اند. اگر ما بیاییم استاندارد سازی کنیم، Sort کنیم خدمات را و اون خدمات را که به نظر غیر ضرور میاد با توجه به منابع محدودی که داریم بخواهیم حذف کنیم از بسته خدمتی، این خودش یه نارضایتی به وجود میاره." (م.۵).

۴-۸-۴- ضعف در فرهنگ ارائه خدمات

در کنار مقاومت مردم یا برخی از ارائه دهندگان هم چنان ممکن است که برخی از ارائه دهندگان با توجه به شرایطی که پیش می‌آید به فکر سو استفاده های مالی یا معنوی باشند. یکی از مصاحبه شونده‌گان در خصوص این مشکل بیان کرد که "ممکنه در این بین برخی از ارائه دهندگان بخواهند در حین ایجاد برخی از تغییرات در جهت اجرای این طرح از آب گل آلود ماهی بگیرند و منافع اجتماع را فدای منافع فردی خود کنند" (م.۲۲).

۵-۸-۴- عدم مقبولیت کافی بیمه های پایه

یکی از مشکلات اساسی و ریشه ای که سازمان های بیمه گر با ان مواجهه اند عدم مقبولیتشان توسط وزارت بهداشت می‌باشد. به عبارتی بیمه ها قدرت لازم را برای تعامل با ارگان های دیگر از جمله وزارت بهداشت ندارند و

بیشتر نقش صندوق مالی را برای وزارت بهداشت ایفا می کنند. یکی از کارشناسان معتقد بود که "ببیند به نظرم مهمترین چالشی که در بحث خرید راهبردی داریم اینه که بیمه ها قدرت لازم را در سیاست گذاری و اجرا ندارند یعنی قبل از اینکه ما بگوییم که بیمه چه چیزی را بخره و چه چیزی نخره. اول باید بگیم که اگر تصمیم گرفته شو د که چیزی خریده نشود ایا می تونه نظرش را اعمال کنه یا نه. الان ان چیزی که ما داریم می بینیم متاسفانه این جوری که بیمه زیاد در تصمیماتی که در سطح اجرایی گرفته می شود زیاد نقش پررنگی نداره. یعنی حتی در مسائل مهمتری که تقریباً با خودش ارتباط داره مثل تعرفه گذاری مثل پرداخت تعرفه ها هم نمی تونه نظر خودش را صد در صدی اعمال کنه. چه برسه به اینکه بخواد بگه که من یک سری از خدمات را خریداری می کنم و یک سری هاش رو نه" (م.۹).

یکی دیگر از صاحب نظران نیز ضمن تایید موارد بالا این چنین بیان کرد که "چالش های اصلیش اینه که بخش دولتی ما و وزارت بهداشت ما الان ارائه دهنده خدمته و خب اجازه خرید رقابتی را به سازمان های بیمه گر نمی ده یعنی اصلاً اجازه پوشش تعرفه خصوصی داده نمیشه. پرداخت از جیب مردم به این علت بالاست در حالی که خود بخش دولتی از منابع دیگری به جز بیمه داره بهش کمک میشه عملاً قیمت تمام شده بخش دولتی ممکنه از بخش خصوصی بالاتر هم باشه" (م.۲۰).

یکی دیگر از کارشناسان نیز بیان کرد که "به واسطه همین تعریف نشدن نقش هاست که به عنوان مثال در حال حاضر ممکنه سازمان های بیمه گر تصمیمی را بگیرند یا ارائه یک خدمت را یا شیوه ارائه یک خدمت را مطلوب ندونند ولی خب موسسات اون را یک کار تخصصی حوزه خودشون تلقی بکنند و این را از سازمان های بیمه گر نپذیرند یا اینکه شرایطی را که شاهد هستیم در برخی از شهر های بزرگ مراکز و موسسات تمایل یا رغبتی برای عقد قرار داد برای سازمان های بیمه گر نداشته باشند" (م.۴).

۹-۴- مشکلات مربوط به بسته بیمه

۹-۴-۱- عدم وجود متد توافق شده در بازنگری بسته بیمه

یکی از مشکلات اساسی در مورد "چه چیزی خرید شود" نبودن یک روش منطقی و هدفمند برای بازنگری بسته خدمات سلامت است. یکی از صاحب نظران در این خصوص معتقد بود که "یکی از چیزهایی که به ذهن من می رسه مشکل هستش اینه که ما الان بسته خدمتیمون بر اساس سرویس هستش، نه بر اساس بیماری. و این خب باعث میشه یه وقتی ما یه سرویسی را ممکنه از تعهد خارج کنیم در حالی که توی یک بیماری خاصی برای اون نیاز باشه و توی بیماری های دیگری نیاز نباشه. اگر هم که می شد حداقل مثلاً یه بخش از خدمات بسته خدمتیمون را بر اساس

بیماری شفاف می کردیم، که می تونست توش گایدلاین را پیگیری کنیم و مبتنی بر گایدلاین بریم جلو یا اینکه به clinical policy داشتیم در اون خدمت در ارتباط با اون خدمت خب تا به حدودی این مشکل حل می شد ولی در حال حاضر این مشکل وجود داره یعنی ما با همه ی خدمات به صورت سرویسی برخورد می کنیم" (م.۲).

یکی دیگر از خبرگان در این خصوص توضیح داد که "یکی از چالش های مهم نظام سلامت این جا مطرح می شه که تکلیف خودمون را با بسته بیمه پایه مشخص نکردیم. در این ایتیم به نظرم که چن تا گمشده داریم. یکی چه کسانی باید این کار را انجام دهند، چه کسانی باید خدمات را تعریف کنند. ترکیب این مشخص نیست" (م.۳).

۲-۹-۴- فراهم نبودن الزامات تعریف علمی بسته

یکی از چالش های مهم بسته های بیمه فراهم نبودن الزامات لازم برای تعریف بسته می باشد. مهمترین الزامات لازم اطلاعات می باشد.

ناکافی بودن یا غیر واقعی بودن اطلاعات و عدم دسترسی سازمان های بیمه گر به اطلاعات مورد نیاز ، سازمان های بیمه گر را جهت اجرای طرح خرید راهبردی با مشکل مواجهه می کند. یکی از صاحب نظران در این خصوص بیان کرد که "متأسفانه ما هنوز به بسیاری از اطلاعات پایه و حیاتی مانند بار بیماری ها، هزینه تمام شده خدمات، اکچواری لازم که برای بازنگری بسته بیمه نیاز هست دسترسی نداریم و این در تعریف اینکه چه بخریم و برای چه کسانی بخریم ما را دچار مشکل می کند" (م.۱۸).

یکی دیگر از معضلاتی که سازمان های بیمه با آن مواجهه اند شناخت ناکافی آن ها از نیاز بیمه شدگان می باشد . یکی از کارشناسان در این خصوص بیان کرد که "در حقیقت تعریف دیگه عدالت در سلامت اینه که کسانی که نیاز بیشتری دارند، دسترسی بیشتری را داشته باشند و چون بین بیماری ها الان اولویت بندی نشده عملاً گیرندگان خدمات هم بینشون هیچ گونه اولویتی وجود نداره یعنی حالا مثلاً فرض کنید اگر که ما به این نتیجه برسیم که بیماری قلبی اولویت بالاتری دارد نسبت به بیماری های چشم . قاعدتاً باید بسته خدمتی قلبی را متفاوت تعریف بکنیم ولی این جوری نیستش" (م.۲) .

صاحب نظر دیگری نیز اشاره کرد که "فکوی می کنم به دلیل عدم وجود سیستم اطلاعاتی پایه در بین بیمه شده هامون - قادر نیستیم که اون افراد مورد نیاز واقعی را شناسایی کنیم. این بزرگترین مشکلی هست که من خودم می بینم. مثلاً می دونیم که چند درصد افراد تحت پوشش ما در مناطق فقیر زندگی می کنند . متأسفانه بزرگترین چالش برای چه

کسی همین فقر اطلاعاتی بیمه شدگان مون هست. مثلا ما از کجا می دونیم کسی که در کهنوج زندگی می کنه چه شرایطی داره/ شاید اون کسی که در کهنوج زندگی می کنه وضع مالیش خیلی بهتر از ما باشد." (م.۱۸).

۱۰-۴- نظام پرداخت

۱-۱۰-۴- تاخیر و بی نظمی در پرداخت به موقع مطالبات موسساتی

یکی از معضلات امروزی سازمان های بیمه تاخیر در پرداخت ها و بدهی هایشان به ارائه دهندگان خدمات می باشد . یکی از کارشناسان در این خصوص بیان کرد که "یکی از مشکلات سازمان های بیمه تاخیر در پرداخت های فعلی است و ارائه دهندگان خدمات بیمه ای رو دارند که با اجرای طرح خرید راهبردی وضعیت پرداخت ها بدتر هم شود دانشگاه ها، بیمارستان ها و سایر موسسات اگر به عنوان ارائه دهنده بخواهیم به اون ها نگاه بکنیم یکی از چالش های اصلی که در این حوزه وجود داره عدم اطمینان اون ها از پرداخت به موقع مطالبات و شفافیت بودن ضوابط و مقررات خرید راهبردی هست. که طبعاً در بخش دولتی باید مشکلات کمتری داشته باشه ولی خود پرداخت به موقع مطالبات یکی از چالش های اصلی هستش که در این حوزه وجود داره" (م.۴۰).

۲-۱۰-۴- عدم ورود سازمان به نظام های پرداخت نوین و آینده نگر

یکی از مشکلات عمده دیگر ورود نکردن سازمان بیمه سلامت به نظام های پرداخت نوین می باشد . که این مشکل می تواند به دو دلیل عمده باشد.

الف-محدودیت قانونی

مشکل مهمی که سازمان های بیمه گر در حیطه نظام پرداخت با آن مواجهه اند محدودیت قانونی آن ها در انتخاب روش های پرداخت نوین و آینده نگر می باشد. یکی از صاحب نظران در این خصوص بیان کرد که " عملاً ما روش های پرداختی که داریم استفاده می کنیم به هر حال خیلی متناسب تا الان نبوده و زمان بر هم هست . به هر حال کار یکی و دو روز نیست. برخی از این ممکن است به دلیل محدودیت های خود سازمان یا محدودیت های قانونی باشه که تنونه از روش های مختلف استفاده کنه " (م.۳۰).

صاحب نظر دیگری در این خصوص بیان کرد که "نظام پرداخت فعلی منطبق با طرح خرید راهبردی نیست. من فکر می کنم اون جور که باید باشه نیست. اگر بود چون بر اساس قانون باید بر اساس گایدلاین ها حرکت بکنه که الان شاید به خیلی به صراحت بتوان گفت که گایدلاینی وجود نداره " (م.۶۰).

ب-دانش ضعیف در انتخاب روش پرداخت و الزامات آن
موضوع مهمی که منجر می شود سازمان های بیمه گر از نظام های پرداخت های جدید استفاده نکنند دانش ضعیف
شان در مورد استفاده از روش های نوین می باشد. یکی از صاحب نظران در این خصوص معتقد بود که "یکی از
مشکلات ما اینه که اگر بخواهیم روش های پرداخت جایگزین مانند drg را به کار ببریم، دانش زیادی در مورد آن ها
نداریم و هنوز خیلی خوب نمی دونیم که باید چگونه از آنها استفاده کرد" (م.۱۸).

همان طور که گفته شد سیستم های پرداخت فعلی سازمان های بیمه گر سنتی است و عملاً کارا نمی باشد. یکی از
الزامات خرید راهبردی حرکت از روش های پرداخت سنتی به روش های پرداخت نوین می باشد. صاحب نظران
دیگری در این خصوص بیان کرد که "مکانیسم پرداختمون الان اغلب به صورت سنتی و قدیمی هست. فی فور
سرویس الان داریم خرید می کنیم و می گیم که به ازای هر خدمتی که ارائه می دید ما پول می دیم. خود این
مکانیسم پرداخت باعث یک تقاضای القایی می شود. من هر چقدر این خدمت درمانی را بیشتر ارائه دهم بیشتر پول می
گیرم. خب برای موسسه درمانی وسوسه انگیزه که خدمت رو و حتی خدماتی رو که انقد ضروری نداره ارائه بده" (م.۵).

۱۱-۴-ضعف در سیاست گذاری

۱۱-۱-۴-فشارهای سیاسی جهت خرید از مراکز بی کفایت

یکی از چالش هایی که ممکن است قبل از اجرا یا بعد از اجرایی کردن طرح خرید راهبردی به وجود بیاید فشارهای
سیاسی مبنی بر خرید از برخی از ارائه دهندگان است که واقعا استانداردهای لازم را ندارند. یکی از کارشناسان در این
خصوص بیان کرد که "چالش دوم که حالا ضریب اه میتش خیلی کمتر هست بحث عوامل جانبی هست که بر روی
خرید راهبردی تاثیر گذار هست مثل عوامل سیاسی. من به لحاظ راهبردی به لحاظ نفع مردم و به لحاظ ارزشیابی
نمی توانم از یک موسسه خرید کنم. در حالی که فشار سیاسی به من میگه (مجبور کنه) که از این موسسه خرید
کنم" (م.۵).

۱۱-۲-۴-عدم وجود سیاست گذاری مبتنی بر شواهد

یکی از مشکلات اساسی دیگر که در نظام سلامت کشور ایران وجود دارد، نبودن سیاست گذاری مبتنی بر واقعیت ها
و پژوهش های علمی است. یکی از صاحب نظران در این خصوص بیان کرد که "متأسفانه خیلی وقتا سیلیست گذار
های دخل کشور ما احساسی تصمیم می گیرند. خیلی از تصمیماتی که گرفته می شود پشتوانه های درست و منطقی

نداره. واقعا نمایاند بررسی کنند که ببینند کشورهای دیگه در یه زمینه خاص چی کار کردند و نقاط قوت و ضعفشون چی بوده و اون موقع اون کشور چقدر با ایران تفاوت داره که نتایجشون رو برای ایران تعدیل کنند" (م.۲۴).

۳-۱۱-۴- شتابزدگی در سیاست گذاری و اجرا

یکی از اسباب های مهمی که طرح خرید راهبردی را دچار چالش می کند، شتابزدگی در اجرای آن به علت علاقه بیش از حد برخی از مسئولین برای اجرای سریع آن می باشد. یکی از صاحب نظران در این خصوص بیان کرد که "مشکل دیگه شتاب زدگی هاست. ما همش فکر می کنیم که مشکلاتی که پیچیده است باید سریع با یه طرحی مرتفع بشه. که این هم باز به نوعی در در ساز است" (م.۳).

۴-۱۱-۴- مشارکت ضعیف ذینفعان در سیاستگذاری

مشکل مهم دیگر که ممکن است همانند بسیاری از برنامه های کشور گریبان گیر برنامه "خرید راهبردی" شود ضعف در مشارکت ذینفعان در سیاست گذاری ها می باشد یا بر عکس آن ممکن است برخی از ذینفعان علاقه به مشارکت داشته باشند ولی به فرایند سیاست گذاری و مشارکت در آن دعوت نشوند و یا اینکه نظرات آن ها کم رنگ در نظر گرفته شود. یکی از صاحب نظران در این خصوص بیان کرد که "خب یکی از مشکلات ما نگاه بخشی است. این نگاه بخشی باید تبدیل بشه به یک نگاه بین بخشی. ساختارهای لازم شکل بگیره. ساختارهای منطقی با در نظر گرفتن نقش همه ی نهاد ها باید شکل بگیره که لازمشه اینه که اول ما خرید راهبردی را بشناسیم چی هست؟ الزاماتش چی هست؟ بعد بر اساس اون تعریف نقش داشته باشیم برای همه ی نهاد ها و همه را به نوعی بازی بدهیم. فکر می کنم که الزام ساختاریش این باشه" (م.۳).

۵-۱۱-۴- جابه جایی مدیریت کلان سازمان در مقاطع زمانی کوتاه مدت

معضل مهمی که بسیاری از برنامه های کشوری را با چالش مواجه می کند عدم ثبات مدیریتی و سیاست گذاری آن ها می باشد. یکی از کارشناسان در این خصوص بیان کردند که "بحث تغییرات مدیریتی است. جناح های مختلفی میانند و می روند و این ها به هر حال رویکردهای مختلفی نسبت به قضیه ممکنه داشته باشند. بحث ادغام وزارتخونه های مختلف در هم هست که باز در سال های گذشته نهاد های بیمه ای جز متلاطم ترین نهاد ها در سطح کشور بودند. و بیشترین مشکلات را در این نقل و انتقالات و برنامه های که داشتند دنبال می کردند مواجهه شدند. متأسفانه ما تبادل مدیریتمون خیلی زیاده. بین سطوح مختلف. این از این وزارت خونه میره اون وزارتخونه. یک توالی منظم در سازمان به صورت مشخص و عمومی نداریم، خب این خیلی مشکل ایجاد می کنه" (م.۳).

۶-۱۱-۴- ضعف در تعهد نسبت به خرید راهبردی

مسئله اجرای مناسب طرح خرید راهبردی نیازمند تعهد و عزم جدی سازمان های بیمه گر می باشد. اما متأسفانه دیده می شود که در این خصوص مشکلاتی وجود دارد. یکی از صاحب نظران در این خصوص بیان کرد که "ببینید من فکر نمی کنم که مشکل خیلی زیادی در بحث قانون و قانون گذاری داشته باشیم. به هر حال در برنامه های مختلف روی این قضیه که برنامه ی مهمی است تأکید شده. منتهی تعهد را پایین می بینم، عمل کردن را پایین می بینم. مشکل ما نداشتن قانون نیست بلکه عدم تعهد به قانون است! اگر واقعا اشاره شده به خرید راهبردی در قانون، بیاییم اجرائش کنیم. نه اینکه سال ها از اینکه خرید راهبردی مطرح شده و در قوانین آورده شده ولی هنوز کار خاصی را انجام نداده ایم (م.۳).

تعدد سازمان های بیمه گر نیز تا حدودی می تواند طرح خرید راهبردی را با چالش مواجهه کند. این تعدد موجب گسستگی صندوق ها و نداشتن سیاست گذاری های یکسان در خرید به نوعی عدم تعهد سازمان های بیمه گر را نشان می دهد که عملاً منجر به کم شدن قدرت انحصاری سازمان بیمه سلامت در خرید خدمات سلامت می شود. یکی از کارشناسان در این خصوص بیان کرد که "وقتی تعدد صندوق ها را داریم و تعدد تصمیم داریم. موسسه درمانی با من به توافق نمی رسد، اما با دو، سه تای دیگر به توافق می رسد و همچنان داره خدمت را ارائه میدهد به مردمی که فعلاً ازادند از هر موسسه درمانی که می خواهند خرید بکنند. این موضوع باعث میشه که قدرت مانور من در خرید راهبردی کم بشه." (م.۵).

یکی دیگر از صاحب نظران در این خصوص بیان کرد که "سازمان های بیمه گری که در حال حاضر در کشور داریم هر کدام در یک حوزه معین فعالیت می کنند و در بحث خرید خدمات سلیقه های خاص خودشان را اعمال می کنند. اگر ما بخواهیم که در بحث اینکه از چه کسی خرید کنیم در واقع یک راهبرد معینی را در پیش بگیریم در واقع لازم هست که خریداران خدمات هم تابع یک سری ضوابط و الگوها و این نامه های مشخص و هماهنگی باشند که توی این قضیه در واقع بتوانند کالایی را با مداخلاتی هماهنگ خرید بکنند از ارائه کنندگان خدمات" (م.۷).

۱۲-۴- راهکارهای پیشنهادی توسط صاحب نظران برای حل چالش های خرید راهبردی

در این قسمت به راهکارهای ارائه شده در نشست خبرگان اشاره می شود. هم چنین راهکارهایی که در بررسی اسناد نیز یافت شده است به جدول اضافه شده است. لازم به توضیح است که برای کم کردن حجم جدول، راهکارهای مربوط به

چالش های "سیاست گذاری" و "قوانین" و هم چنین راهکارهای مربوط به چالش های "ارائه دهندگان خدمات" و "نظام پرداخت" در یک دسته قرار گرفته اند.

جدول ۲-۴: راهکارهای ارائه شده جهت حل چالش های خرید راهبردی در سازمان بیمه سلامت ایران

Archive of SID

ملاحظات	راهکار	چالش
<p>چه چیزی خرید شود؟ آیین نامه هایی در خصوص خدماتی که باید خرید شود اتخاذ گردد که این خدمات باید شرایط خاصی داشته باشد و از قوانین خاصی پیروی کند . از چه کسانی خرید شود؟ این نامه ها خط مشی های لازم برای قرارداد و خرید خدمات از موسسات را در نظر گیرند. برای چه کسانی خرید شود؟ مشخص کردن افراد مستحق، باید قوانینی در این خصوص اتخاذ گردد که تحت پوشش قرار دادن این افراد و انجام خرید راهبردی را به نفع فقرا الزامی کند . با چه روشی پرداخت شود؟ آیین نامه هایی تصویب و اجرا شوند که شیوه های پرداخت نوین و اثربخش را در نظر بگیرد.</p>	<p>بازنگری قوانین و مقررات کنونی با شرایطی که: الف- مبتنی بر شاخصهای کمی و کیفی مراکز باشد. ب- متناسب با نیاز و توان مالی بیمه شدگان تحت پوشش باشد. ج- با امکان پرداخت تعرفه های متفاوت بر ای خدمات یکسان در مناطق مختلف جغرافیایی، اقتصادی کشور باشد. د- امکان پرداخت تعرفه های مختلف برای کیفیت های مختلف ارائه یک خدمت در راستای تامین عدالت در برخورداری بیمه شدگان از خدمات بیمه سلامت باشد.</p>	<p>ضعف در سیاست گذاری و قوانین و نظارت</p> <ul style="list-style-type: none"> - فشارهای سیاسی جهت خرید از مراکز بی کفایت - عدم وجود سیاست گذاری مبتنی بر شواهد - شتابزدگی در سیاست گذاری و اجرا - ضعف در مشارکت کلیه ذینفعان در سیاستگذاری های تاثیرگذار بر خرید راهبردی - جابه جایی مدیریت کلان سازمان در مقاطع زمانی کوتاه مدت - ضعف در تعهد نسبت به خرید راهبردی - عدم وجود ابزار قانونی برای گرفتن حق بیمه - نداشتن بند قانونی برای جلوگیری از تجویز پزشکان متخلف یا فاقد قرارداد در دفاتر بیمه - عدم اجرای قانون تجمیع بیمه ها و یکسان سازی عملکرد بیمه های پایه

<p>باید بر گایدلاین های تدوین شده در خصوص قیمت ها و روش هایی که به ارائه دهندگان پرداخت می شود نظارت کافی صورت گیرد . بر موسساتی که از آن ها خرید می شود نظارت کافی صورت گیرد که ایا موسسات واقعا موسسات با کفایت و مورد تایید می باشند یا خیر.</p>	<p>نظارت بر حسن اجرای گایدلاین های تدوین شده</p>	<p>-فقدان قانونی خاص جهت تسریع در پرداخت موسسات موافق با خرید راهبردی</p> <p>-محدودیت قانونی مراکز دولتی جهت مشارکت در خرید راهبردی</p> <p>-تفاوت چشمگیر بین تعرفه ها بین بخش دولتی و خصوصی</p> <p>-فقدان روش اجرایی و دستورالعمل ها و لحاظ نشدن ضوابط لازم در فرم های مورد نیاز</p>
<p>در ماده ۸ قانون بیمه همگانی تفاوت بین تعرفه دولتی و خصوصی را منوط به محاسبه استهلاک و سود سرمایه بخش غیر دولتی دانسته است.</p>	<p>یکسان سازی تعرفه های بخش خصوصی و دولتی (به استثنای سود سرمایه و استهلاک)</p>	<p>-عدم تعریف آیت‌های نظارتی لازم برای ارائه دهندگان خدمات بعد از تفاهم خرید راهبردی</p> <p>-محدودیت در خرید راهبردی برخی از خدمات</p>
<p>در حال حاضر قانون این اجازه را به ارائه دهندگان خدمات داده است که در صورت تعاقب به سازمان های بیمه گر قرارداد عقد کنند . که این مورد عملا معضلی برای سازمان های بیمه در اجرای خرید راهبردی است زیرا حق انتخاب</p>	<p>اجرای قانون الزام طرف قرارداد بودن همه مراکز تشخیصی و درمانی</p>	<p>-عدم اجرای قانون الزام طرف قرارداد بودن همه مراکز تشخیصی و درمانی</p> <p>-عدم عضویت بیمه سلامت استان ها در کمیسیون ماده تعزیراتی</p> <p>-فقدان ضمانت اجرایی برخی ضوابط</p>

<p>آن ها برای انتخاب ارائه دهندگان را کاهش می دهد.</p>		
<p>از آن جا که بسیاری از خدمات سلامت گران قیمت هستند و کارایی و اثربخشی برخی از آن ها نیز به اثبات نرسیده است سازمان بیمه باید قدرت قانونی داشته باشد که در مورد خدماتی که قرار است تحت پوشش بسته قرار گیرد ارزیابی های لازم را انجام دهد.</p>	<p>بازنگری در قوانین و مقررات کنونی به منظور احاله اختیار انجام مطالعات ارزیابی فناوری سلامت (HTA) به نظام بیمه سلامت کشور</p>	
<p>این عمل منجر به کاهش هزینه های صدور دفترچه می گردد و مهم تر از آن که وقتی که بیماران متوجه می شوند داروهای نوشته شده در دفترچه با تعرفه آزاد حساب می شود عملاً منجر می شود که بیماران به این پزشکان مراجعه نکنند.</p>	<p>تصویب بند قانونی برای دادن اختیار به سازمان های بیمه مبنی بر جلوگیری از تجویز پزشکان متخلف یا فاقد قرارداد در دفاتر بیمه</p>	
<p>مردم ملزم به پرداخت به موقع می شوند.</p>	<p>- ایجاد ابزار قانونی برای وصول به موقع حق بیمه (مانند امکان اعمال جریمه . دیرکرد)</p>	
<p>-----</p>	<p>-تصویب ضوابط لازم جهت تسریع در پرداخت موسسات موافق با</p>	

	خرید راهبردی	
<p>در حال حاضر بخش دولتی اجازه تخفیف دادن در تعرفه های دولتی را ندارد و این عمل سازمان های بیمه گر را که خواستار خرید راهبردی و رویکرد چانه زنی با این موسسات هستند را دچار چالش می کند.</p>	<p>-امکان اخذ تخفیف در تعرفه های مصوب بخش دولتی</p>	
<p>استانداردهای زمانی لازم برای هر تخصص تعیین شود که هر پزشک برای هر بیمار لازم است که به طور متوسط چقدر وقت اختصاص دهد . و این استاندارد ها ضمانت اجرایی پیدا کند و توسط پزشکان اجرا شود . و در نهایت توسط بیمه ها کنترل و نظارت شود.</p>	<p>-ایجاد ضمانت اجرایی ضوابط جاری مثل الف-دستورالعمل مراقبت های مدیریت شده ب- رعایت حداکثر تعداد بیماران ویزیت شده در هر ساعت توسط پزشکان</p>	
<p>-----</p>	<p>-به کارگیری سیاست گذاری مبتنی بر شواهد در سازمان (مثل انجام پژوهش های تطبیقی و استفاده از تجربه های سایر کشور ها)</p>	
<p>-----</p>	<p>-اجرای پایلوت طرح خرید راهبردی برای خدمات متفاوت در استان</p>	

	های متفاوت	
-----	- تجمیع کلیه صندوقهای بیمه پایه سلامت کشور و تشکیل یک سازمان بیمه سلامت و یا حداقل تجمیع روش خرید و رسیدگی ب ه استاد پزشکی در یک سازمان برای ایجاد قدرت انحصاری در خرید و رسیدگی به صورت حساب ها	
-----	همراستاسازی فرآیند خرید راهبردی در یک بازه زمانی معین با سیاست های کلان قوانین بالا دستی (از جمله برنامه ششم توسعه)	
هدف حمایت از افراد فقیر جهت کاهش مواجهه با هزینه های کمر شکن است.	تدوین و تصویب فرانشیزهای متغیر جهت خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت در چارچوب گایدلاینهای مصوب و با هدف کاهش درصد خانوارهای مواجهه با هزینه های مصیبت بار و فقرزای سلامت.	
هر گونه پرداخت سازمان بیمه مبتنی بر سطح بندی باشد.	راه اندازی نظام سطح بندی ارائه خدمات سلامت، نظام ارجاع و طرح پزشک خانواده	
بایستی کیفیت خدمات لحاظ گردد و نظام رتبه بندی بر اساس مقیاس های مناسب انجام شود و بعد بر اساس نظام رتبه بندی خرید خدمت صورت گیرد. توجه به سوابق ارائه دهندگان در	رتبه بندی موسسات درمانی و عقد قرارداد مبتنی بر کیفیت و هم چنین پرداخت مطالبات مبتنی بر نتایج کیفی خدمات و میزان رضایت بیماران در قالب گروه های A-B-C موسسات (پرداخت تشویقی برای ارائه دهندگان برتر و تنبیهی برای خدمات با کیفیت پایین تر)	مشکلات مربوط به ارائه دهندگان خدمات و نظام پرداخت - محدودیت در انتخاب ارائه دهندگان خدمات - اعتباربخشی و رتبه بندی

<p>هنگام عقد و تمدید قرارداد می تواند کمک کننده باشد.</p>		<p>ناکارآمد ارایه دهندگان خدمات -عدم وجود استانداردها و گایدلاین های درمانی -تاخیر و بی نظمی در پرداخت به موقع مطالبات موسسات -عدم ورود سازمان به نظام های پرداخت نوین و آینده نگر</p>
<p>ابتدا باید گایدلاین با توجه به نقش بیمه ها نوشته شود. بعد از ابلاغ گایدلاین ها، نظارت جدی بر روی آن ها انجام شود.</p>	<p>لزوم استفاده از گایدلاین و پروتکل های درمانی توسط پزشکان برای تجویز داروها، کالاها و خدمات خاص</p>	
<p>ضمن آموزش مستمر به همه ی ارائه دهندگان بر اساس نتایج رتبه بندی و بازخوردی که داده می شود به ارائه دهندگان ضعیف تر آموزش بیشتری داده شود.</p>	<p>آموزش مستمر مبتنی بر تجویز منطقی دارو، کالا، خدمات سلامت به موسسات درمانی (مستمر و اثربخش)</p>	
<p>بر خلاف رتبه بندی که در زمان های خاص است، نظارت امری همیشگی است. ابتدا باید مکانیزم نظارتی درست تعریف شود و بعد برای ترویج اون نظام نظارتی تلاش شود مکانیسم های نظارتی به رسمیت</p>	<p>نظارت مستقیم و غیر مستقیم بر عملکرد موسسات درمانی</p>	

<p>شناخته شوند . و در نهایت نظارت های بیمه با نظارت های وزارت بهداشت هماهنگ باشد.</p>		
<p>مکانیزم مشخصی برای ردیابی پرداخت های زیر میزی طراحی شود . بر اساس این مکانیزم ها عمل شود. به پزشکان و مردم و سیاست گذاران در مورد این موضوع اطلاع رسانی کافی شود.</p>	<p>کنترل و حذف پرداخت های غیر متعارف (زیر میزی)</p>	
<p>ابتدا باید استاندارد های مشخص طراحی شود و به تمامی واحدها و ارائه دهندگان ابلاغ شود. با نظر سنجی های دوره ای می توان در مورد کیفیت خدمات ارائه شده اطلاعات به دست آورد . نظرات مردم و نمایندگان آن ها در تعیین خدمات بسته، کیفیت خدمات می تواند کمک کننده باشد.</p>	<p>ابلاغ استاندارد تجویز دارو، آزمایش، خدمات و برای برخورد با تجویز کنندگان خارج از نرم استاندارد</p>	

<p>باید فرایند مشخصی وجود داشته باشد تا مشاهده شود که ارائه دهندگان خدمات چقدر به نیازهای غیر بالینی پاسخگو هستند.</p> <p>اگر بیماران رفتار محترمانه ای از سوی پزشکان نداشته باشند در مورد تجویز صحیح پزشک دچار تردید می شوند و ممکن است به پزشکان دیگر مراجعه کنند که این خود منجر به افزایش هزینه ها می گردد.</p>	<p>لزوم حفظ کرامات بیماران و توجه به نظرات آنان</p>	
<p>-----</p>	<p>توجه به کیفیت تجهیزات پزشکی مورد استفاده در مراکز ارائه دهنده خدمات</p>	
<p>مثلا الان MRI با دستگاه نیم تسلا از نظر تعرفه ای با دستگاه MRI ۱.۵ تسلا تفاوتی ندارد</p>	<p>امکان پرداخت تعرفه متفاوت در قبال یک خدمت یکسان ولی با تکنولوژی متفاوت</p>	
<p>-----</p>	<p>لزوم تعیین الزامات کیفیت و استانداردهای تجهیزات و خدمات پزشکی از طریق وزارت بهداشت</p>	

-----	<p>جدا کردن بودجه آموزش از حوزه درمان بیماران در بیمارستان های آموزشی</p>	
<p>در حال حاضر در بسیاری از مناطق محروم موسسات درمانی کمتر از حد نیاز است و بر عکس تمرکز برخی از آنها در شهرهای بزرگ بیش از حد مورد نیاز است.</p>	<p>-لزوم تقسیم و توزیع موسسات درمانی بر اساس GIS مستند و مصوب و مورد نیاز استان</p>	
<p>بیمه از مراکز غیر دانشگاهی ارزان تر خرید می کند گرچه OOP بیمار در مراکز خصوصی بالاتر است ولی سهم سازمان بیمه در مقایسه بین یک بیمارستان دانشگاهی نسبت به یک بیمارستان غیر دانش گاهی بیشتر است (مثل الزام پرداخت 2k به پزشکان هیئت علمی)</p>	<p>خرید متوازن و متفاوت از موسسات مشغول به خدمت در مناطق خارج از مرکز استان و محروم</p>	
<p>با تنظیم و تصویب قوانین کلان در تقویت جایگاه خرید راهبردی بعنوان یکی از اصلی</p>	<p>اعتباربخشی مستند- مستدل از بیمارستان ها مبتنی بر شاخص های کیفی توسط تیمی از بیمه و دانشگاه یا یک موسسه خارج از حیطه دو وزارت (رفاه و بهداشت)</p>	

<p>ترین و مهمترین راهکارها در اجرای سیاست های اقتصاد مقاومتی در حوزه درمان درمان می توان گام مهمی در این خصوص برداشت. تقویت و شفاف سازی و تفکیک جایگاه ارایه کننده خدمت از نظارت بر خدمت در وزارت بهداشت و درمان نیز بسیار کمک کننده است.</p> <p>مثال : در حال حاضر اعتبار بخشی مراکز بستری که بیشترین بار هزینه ای را برای سازمان دارد توسط ارایه کننده خدمت (وزارت بهداشت) صورت می گیرد که نقش نظارتی رانیز دارد.</p>	<p style="text-align: center; opacity: 0.5; font-size: 48px; transform: rotate(-30deg);">Archive of SID</p>	
<p>-----</p>	<p>راه اندازی نظام سطح بندی ارائه خدمات سلامت (هر گونه پرداخت سازمان بیمه مبتنی بر سطح بندی باشد)</p>	
<p>-----</p>	<p>باز طراحی الگوی قرارداد خرید خدمت از مراکز ارائه دهنده مبتنی بر الزامات خرید راهبردی</p>	

-----	امکان خرید توافقی (استانی بر حسب شرایط هر منطقه) چه سهم سازمان و چه در سهم بیمه شده	
با خرید انبوه امکان گرفتن تخفیف بیشتر می شود.	امکان خرید انبوه. دارو و خدمات. (چه کشوری، چه استانی)	
-----	امکان تغییر پرداخت از نظام گذشته نگر به نظام آینده نگر مثل DRG و Per Capita	
-----	تعمیم گلوبال سازی خدمات بین بخش دولتی و بخش خصوصی	
در کوتاه مدت باید خدماتی مورد تعهد قرار گیرند که اثربخشی آن ها واضح هستند . و در بلند مدت باید هزینه اثربخشی همه خدمات به صورت دقیق محاسبه شود.	خرید خدمات پیشگیرانه و سلامت محور که موجب جلوگیری از پرداخت هزینه های بعدی می شود.	مشکلات مربوط به بسته - عدم وجود متد توافق شده در بازنگری بسته بیمه - فراهم نبودن الزامات تعریف علمی بسته
-----	لزوم خرید هر خدمت مستند به راهنماهای بالینی	
در کوتاه مدت تعیین نیازهای سلامت در مناطق مختلف کشور	- خرید مبتنی بر اولویت ها به دو روش : -الف بار بیماری ها با این رویکرد که به سمت بیماری های مزمن	

<p>با توجه به بار بیماری ها و مشکلات آن منطقه صورت گیرد . یکی از مداخلات می تواند تحت پوشش قرار دادن برخی از این مشکلات بر اساس منطقه ای یا بر اساس گروه های خاص باشد . بنابراین لازمه آن این است که یک حالت عدم تمرکز در خدمات بسته باشد. بسته برای همه ی کشور یک جور تعریف نشود و برای برخی از منطقه ها به جور خاص تعریف شود و در دراز مدت این را برای همه ی مناطق کشور به صورت سیستماتیک تعریف کرد.</p>	<p>غیر واگیر می رویم</p> <p>ب- گروه های خاص جمعیتی نظیر بسته خدمات سلامت سالمندان، معلولین جسمی-حرکتی ، فقرا و..... .</p>	
<p>باید حدود تعهدات تکمیلی و پایه مشخص شود. در مرحله بعد یک عملکرد مناسب یعنی تدوین آیین نامه ها و قوانین مشخص که بیمه های تکمیلی در چه حوزه هایی ورود داشته باشند صورت گیرد . باید در شورای</p>	<p>ایجاد مرز مشخص بین بسته تعهدات بیمه پایه و تکمیلی</p>	

<p>هماهنگی تعهدات بیمه ای وجود داشته باشد که تعهدات بین بیمه های تکمیلی و پایه را بتوانند هماهنگ کنند . هم چنین باید میزان مغایرت بسته های بیمه های پایه مشخص شود.</p>		
<p>اول باید روی روش عقد قرارداد توافق حاصل شود و شرایط عقد قرارداد خوب تعریف شود و بین سازمان های مختلف توافق بر روی آن شود و بعد بر اساس آن روش عقد قرارداد یکسان شود . هم چنین لازم است که روش اجرایی و دستورالعمل و فرم های قرارداد مخصوص خرید راهبردی طراحی شود . ضوابط خرید راهبردی در فرم قرارداد موسسات طرف قرارداد لحاظ شود. ایتیم های نظارتی برای ارائه دهندگان خدمات بعد از تفاهم خرید</p>	<p>یکسان سازی روش های عقد قرارداد بین بیمه های پایه</p>	

<p>راهبردی تعریف شود . تدوین و ابلاغ آیین نامه رسیدگی به اعتراض موسسات طرف قرارداد در شورای عالی بیمه سلامت و ابلاغ به سازمانهای بی‌مه‌گر و تکمیلی ضروری است.</p>		
<p>اول لازم است که جایگاه HTA در تدوین متد و بسته مشخص شود . و در مرحله بعد اطلاعات HTA در کشور یک کاسه شود و برای سازمان بیمه تعریف و ترجمه شود.</p>	<p>تدوین متد بازنگری بسته بیمه بر پایه HTA یا هر شیوه نامه علمی نحوه بازنگری فهرست خدمات ضروری بیمه پایه سلامت (Essential Health Benefit Package)</p>	
<p>-----</p>	<p>شفاف کردن نقش نماینده بیماران در شورای عالی بیمه هنگام به روز آوری بسته بیمه</p>	
<p>-----</p>	<p>شناسایی و تجمیع منابع مالی مرتبط با درمان از قبیل اعتبارات حاصل از کالاهای آسیب رسان ، بودجه های درمان، سوانح رانندگی، بودجه حوادث حین کار و..... (جلوگیری از پراکندگی منابع)</p>	<p>مشکلات مالی -عدم وجود منابع مالی پایدار</p>

		برای نظام سلامت - کسری منابع مالی - عدم امکان وصول اعتبارات - سهم سازمان به صورت یکجا و به موقع
-----	تجدید نظر در روش وصول حق بیمه جهت تامین منابع مالی پایدار (مثل وصول کامل سرانه صندوق بیمه های همگانی)	
-----	وصول متمرکز حق بیمه کارکنان دولت در کشور	
-----	تلاش برای کاهش تفاوت تعرفه بین بخش دولتی و بخش خصوصی	
-----	تلاش برای سرمایه گذاری روی حق بیمه	
-----	برداشتن سقف در وصول حق بیمه از حقوق و تبدیل ۶ درصد به ۷ درصد از حقوق بیمه شدگان	

<p>در خصوص اینکه چه چیزی خرید شود؟ باید در نرم افزارهایی که طراحی خواهند شد نوع خدمات تعریف شود. برای چه کسانی خرید شود؟ باید افراد ویژه و گروه های هدف جهت تخفیف ها و حمایت های بیشتر تعریف شوند. از چه کسانی خرید شود؟ باید سازمان های دارای صلاحیت (دولتی و خصوصی) در سیستم تعریف شده باشند و هم چنین مبتنی بر رتبه بندی موسسات باشد. با چه قیمتی پرداخت شود؟ باید قیمت هر نوع خدمت تعریف شود و این قیمت ها به ازای رتبه موسسات متغیر باشد.</p>	<p>شناسایی افراد زیر خط فقر و آسیب پذیر به نحو ممکن جهت پوشش کامل تر خدمات سلامت</p>	<p>مشکلات زیرساختی</p> <p>-عدم وجود بانک اطلاعاتی یکپارچه و منسجم مرتبط</p> <p>-عدم وجود پرونده الکترونیک سلامت</p> <p>-عدم انطباق سیستم نرم افزار اسناد پزشکی با ضوابط خرید راهبردی</p> <p>- عدم تعریف داشبورد مدیریتی از داده ها و اطلاعات پیش نیاز در خرید راهبردی</p>
<p>-----</p>	<p>هوشمند نمودن شکل استفاده از خدمات بیمه (ایجاد تفکر روی بیمه نامه هوشمند)</p>	
<p>-----</p>	<p>فراهم نمودن بستر نرم افزاری وسخت افزاری برای این امر مهم با</p>	

	شروع از موسسه طرف قرارداد	
_____	شفاف سازی بانک های اطلاعاتی بیمه شدگان و تعریف کردن آن بر اساس یک معیار واحد مثل کد ملی و در اختیار قرار دادن آن ها در اختیار تمام سازمان های بیمه گر	
-----	طراحی سیستم های نرم افزاری اسناد پزشکی متناسب با خرید راهبرد	
<p>خرید برای چه کسی؟ ابتدا باید تمام افراد تحت پوشش بیمه قرار گیرند (مگر افرادی که خود مایل نباشند) و در مرحله بعد آن ها بر اساس معیار خاص به عنوان مثال کد ملی تعریف شوند.</p> <p>هم چنین باید رویه یکسان در رسیدگی به اسناد پزشکی در شورای هماهنگی سازمانهای بیمه گر پایه تصویب و ابلاغ شود.</p>	<p>به روز رسانی سیستم نرم افزار اسناد پزشکی در جهت رسیدگی مکانیزه به اسناد برخلاف شیوه سنتی (به عنوان مثال : محاسبه درصد نرمال خدمات سلامت توسط نرم افزار اسناد پزشکی)</p>	
<p>سیستم ها و نرم افزارهایی طراحی شود که همه ی ابعاد ها (چه ها) خرید راهبردی را تحت پوشش قرار دهد . افراد مستحق دریافت</p>	<p>نظام مند نمودن فرایند عقد قرارداد مبتنی بر خرید راهبردی بازرنگری فرم قرارداد با موسسات درمانی و و فرم های بازدید و ارزیابی از ارائه دهندگان از وضعیت فعلی به رویکرد خرید راهبردی</p>	

<p>خدمات ویژه تعریف شوند . موسسات ارائه دهنده مورد قبول تعریف شوند. شیوه های نوین و موثر پرداخت به ارائه دهندگان تعریف شود . خدماتی که هزینه اثربخشی آن و مناسب بودن آن به اثبات رسیده است در این نرم افزار ها تعریف شود.</p>		
<p>-----</p>	<p>یکسان سازی روش خرید خدمات در سازمان های بیمه گر پایه</p>	
<p>در حال حاضر برای خرید چنین خدماتی سقف وجود دارد که امکان چانه زنی و خرید به صورت راهبردی را از بین می برد.</p>	<p>برداشتن محدودیت سازمانی در خرید خدمات فیزیوتراپی، دانستیومتری و MRI</p>	
<p>در حال حاضر ادارت بیمه مکلف به عقد قرارداد با هر موسسه متقاضی قرارداد هستند) open بودن فرایند عقد قرارداد همکاری با مراکز درمانی مستقل (. این تاکتیک با استراتژی</p>	<p>برداشتن لفظ اجبار در عقد قرارداد open</p>	

<p>خرید راهبردی مغایر است.</p>		
<p>ارائه دهندگان با کفایت شناسایی شوند و در مرحله بعد با آن ها قرارداد منعقد شود.</p>	<p>امضاء تفاهم نامه همکاری در خصوص الزامات خرید راهبردی خدمات سلامت بین وزارت بهداشت ، درمان ، آموزش پزشکی و وزارت کار ، تعاون و رفاه اجتماعی و ابلاغ به کلیه دانشگاه های علوم پزشکی</p>	<p>مشکلات ارتباطات بین بخشی و فرهنگ سازی</p> <p>- مقاومت برخی از ذینفعان</p> <p>- ابهام نقش و ابهام ارتباطی بین کانونهای تصمیم گیر کلان در حوزه سلامت</p> <p>- ضعف در فرهنگ مصرف خدمات</p> <p>- ضعف در فرهنگ ارائه خدمات</p> <p>- عدم مقبولیت کافی بیمه های پایه</p>
<p>-----</p>	<p>انعقاد تفاهم نامه با گروه های متفاوت ارائه دهندگان از وزارت بهداشت تا انجمن های صنفی از جمله سازمان نظام پزشکی در خصوص خرید راهبردی .</p>	
<p>-----</p>	<p>شفاف کردن نقش ارتباطی بین کانونهای تصمیم گیر کلان در حوزه سلامت (تعامل اثرگذار و اثرپذیر مثبت)</p>	
<p>-----</p>	<p>تعامل با بخش خصوصی و پر رنگ کردن حضور بخش خصوصی در فضای رقابتی</p>	
<p>در حال حاضر سازمان های بیمه گر به دلیل عدم عضویت در کمیسیون ماده تعزیراتی قادر به ارائه شکایت از ارائه دهندگان متخلف</p>	<p>عضویت بیمه سلامت استان ها در کمیسیون های ماده تعزیراتی(ماده ۱۱) در خصوص بیمه شدگان یا مراکز</p>	

و.... نیستند.		
-----	مدیریت رفتار بیمه شدگان با اهرمهایی مثل فرانشیز متفاوت ، ایجاد زمان انتظار برای چاپ مجدد دفترچه بیمه، اطلاع رسانی صورتحساب هزینه های درمانی بیمه شدگان در بازه زمانی مثلاً ۶ ماهه به خودشان	
-----	تقویت جایگاه بیمه ها از طریق کانال های مختلف فرهنگ سازی از طریق تولید مولتی مدیا و.....	
تولید و تهیه ی محتوا های آموزشی در جهت تقویت فرهنگ خرید راهبردی می تواند به این امر کمک کند.	لزوم راه اندازی سیستم مدیریتی ترغیبی /مشارکتی برای تغییر نگاه مدیران از خرید منفعل به خرید استراتژیک	مشکلات نیروی انسانی -ضعف دانشی مدیران و کارکنان بیمه در زمینه خرید راهبردی -عدم سیستم انگیزاننده برای مدیران و کارکنان
بر گزاری نشست های منظم در این مناطق در خصوص نحوه ورود به خرید راهبردی و چاپ و انتشار مقالات مرتبط با خرید راهبردی به این موضوع کمک می کند.	تدوین و اجرای دوره آموزشی کارآمد برای تقویت بنیه علمی مدیران و کارکنان به ثبات مرتبط با خرید راهبردی	-ریسک پذیری پایین برخی از مدیران - رقابت نابرابر در جذب نیروی کارشناسی در مقایسه با سایر نهاد های طرف تعامل -عدم تطابق مناسب رشته های آکادمیک موجود با نیاز های سازمان
-----	بها دادن به ابتکارات انسانی برای تقویت قدرت ریسک	

		-فقدان بسته آموزشی مدون مرتبط با خرید راهبردی در سازمان
-----	جذب نیروی انسانی متخصص و مرتبط با اقتصاد سلامت و خرید راهبردی	
باید الزامات خرید راهبردی در این بسته ها تدوین شود.	طراحی بسته آموزشی مدون مرتبط با خرید راهبردی در سازمان	

Archive of SID

فصل پنجم
نتیجه گیری

۱-۵- مقدمه

در این فصل ابتدا خلاصه ای از یافته ها و نقطه نظرات ارائه می شود و با پژوهش های مشابه مقایسه خواهد شد و پیشنهاداتی برای آن ها ارائه خواهد شد. در قسمت بعد نتیجه گیری کلی انجام خواهد شد و سپس با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهادات کلی برای سیاست گذاران ذکر گردیده و در پایان جدول راهکارهای ارائه شده از سوی صاحب نظران آورده می شود.

۲-۵- منابع مالی

بسیاری از معضلات بهداشتی کشورهای در حال توسعه، ریشه در مشکلات مالی در زمینه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی دارد (۳۴) به طوری که علی رغم تلاش های گوناگون این کشورها هنوز پوشش بهداشتی فراگیر در این کشورها محقق نشده است. در سراسر دنیا ۱.۳ میلیارد نفر هنوز به اعمال جراحی، داروهای لازم و مواد ضروری دیگر دسترسی ندارند (۳۵). ایران هم یکی از کشورهای در حال توسعه است که در انجام پروژه های مختلف سلامت تا حدودی دچار مشکل مالی بوده است. در نتیجه برای انجام پروژه های جدید سلامت از جمله خرید به صورت راهبردی داشتن منابع مالی پایدار امری حیاتی است که بدان وسیله بتوان به ارائه کنندگان خدمات این اطمینان را داد که در ازای ارائه خدمات مطلوب پرداخت کافی و به موقع انجام می گیرد. هر چند که کارشناسان مورد پژوهش حاضر بیان کردند که قرار بر این نیست که با انجام طرح خرید راهبردی هزینه ها بالاتر برود و حتی امید است که با انجام آن در سال های نه چندان دور پس از اجرا هزینه های آن کمتر شود، اما داشتن یک منبع مالی پای دار حداقل برای به جریان انداختن و اجرای آن در سال های اولیه امری اجتناب ناپذیر است. وجود منابع مالی پایدار در سایر پروژه های سلامت نیز همیشه یک دغدغه بوده است. به عنوان نمونه می توان به اجرای طرح پزشکی خانواده اشاره کرد که دهنویه و همکاران یکی از چالش های آن را تامین منابع مالی پایدار می دانند (۳۶). یکی از دلایلی که موجب می شود سازمان بیمه سلامت در تامین منابع مالی پایدار با مشکل مواجه شود نامطلوب بودن فرایند وصول حق بیمه ها و پراکندگی وصول حق بیمه می باشد. که این امر خود می تواند با امکان شرايطی که در آن سازمان بیمه سلامت بتواند اعتبارات خود را به صورت یکجا و به موقع دریافت کند بر طرف شود. یکی از پیشنهادات، سرمایه گذاری سازمان بیمه سلامت در سایر امور کشور می باشد. اگر این سرمایه گذاری در امور مربوط به سلامت از جمله خرید سهام شرکت های دارویی، تجهیزات پزشکی و یا مشارکت در راه سازی (ایجاد جاده های با کیفیت برای کاهش تصادفات) انجام شود می تواند نتایج و آثار بهتری را نصیب سازمان بیمه و کشور کند. ناگفته نماند که برخی از مسائل مانند تحریم های اقتصادی و تورم ها در این امر بی تاثیر نیستند.

۳-۵- مسائل مربوط به ارائه دهندگان خدمات

یکی از ارکان مهم هر نظام سلامت ارائه دهندگان خدمات می باشد. این رکن در خرید خدمات به صورت راهبردی

عامل مهم و بسیار ضروری می باشد. برای اینکه یک خریدار بتواند مداخله را با فراهم کننده مناسب سازگار کند ۳ شرط اصلی وجود دارد:

شرط اول: خریدار از ابعاد قانونی و اجرایی بتواند بین فراهم کنندگان خدمات انتخاب کند.

شرط دوم: فراهم کنندگان متعددی وجود داشته باشد، کالای مشابه ای را تولید کرده و خریدار از بین آن ها قدرت انتخاب داشته باشد.

شرط سوم: ارتباط بین خریدار و فروشنده در محیط قوانین و مقرراتی برقرار شود که خریدار انتخاب خود را انجام دهد(۴).

نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که در برخی از شهرستان ها تعداد کافی ارائه دهنده خدمت وجود ندارد (نقض شرط

دوم) و در نتیجه سازمان بیمه سلامت در بسیاری از مواقع مجبور است که از تنها ارائه دهنده شهرستان خرید کند .

البته این عامل به دلیل توزیع جغرافیایی نامناسب ارائه دهندگان خدمات نیز می تواند باشد. متأسفانه توزیع پزشکان

مناسب نیست. در مطالعه مشابه ای که توسط **حقدوست** انجام شد ضمن تایید توزیع نامناسب پزشکان مشخص شد

که پزشکان عمومی نسبت به متخصصان از توزیع نامتناسب تری برخوردار هستند (۳۷). یکی از مشکلات دیگری که

در خصوص این موضوع به چشم می خورد عدم ماندگاری پزشکان متخصص در مناطق محروم می باشد که خود

موجب کمبود ارائه دهندگان در شهرستان ها و مناطق محروم و تمرکز بالای آن در مرکز استان ها و شهرهای با

امکانات بالاتر می شود. در پژوهش مشابهی که امیر اسماعیلی و همکاران نیز در خصوص پزشکان خانواده انجام دادند،

فرار پزشکان خانواده را از مناطق محروم تایید کردند(۳۸). ممکن است سازمان بیمه سلامت به توافق برسد که از یک

بیمارستان خاص خرید کند اما آن بیمارستان توانایی ارائه همه ی خدمات مورد نیاز را نداشته باشد . دسته ای از

مشکلات دیگر در این زمینه نبودن استاندارد ها و گایدلاین های درمانی لازم است که بتوان بر اساس آن موسسات و

بیمارستان ها را رتبه بندی کرد و به دنبال آن بتوان از موسسات و بیمارستان های واجد شرایط خرید کرد . از طرفی

دیگر اعتبار بخشی فعلی بیمارستان ها زیاد کارآمد نیست که بتوان بر آن تکیه کرد و ارائه دهندگان واجد شرایط را

شناسایی کرد. البته لازم به ذکر است که قبل از اجرای طرح خرید راهبردی باید چک لیست های ارزیابی و

اعتبار بخشی بیمارستان ها منطبق بر اصول خرید راهبردی طراحی شود. یکی از مشکلات دیگری که ممکن است در

این خصوص به چشم بخورد مقاومت احتمالی ارائه دهندگان و صنوف پزشکی است که از قبل در این طرح ذینفع بوده اند، بنابراین پیشنهاد می شود که حتما قبل از اجرای این طرح همه ذینفعان در این پروژه مهم دیده شوند و در فرایند سیاست گذاری نظرات آن ها نیز اعمال شود .

۴-۵- ضعف در قوانین و نظارت

در جهت اجرای هر چه بهتر طرح خرید راهبردی لازم است که قوانین و مقررات لازم تصویب و اجرا شده و سپس بر اجرای صحیح آن نظارت شود. در نتیجه برای اجرای موفق این برنامه باید برخی از پیش نیازها مانند داشتن ابزار قانونی برای گرفتن حق بیمه، برخورد و جلوگیری از پزشکان متخلف، تجمیع بیمه ها و برطرف شود که همه ی آن ها نیاز به تصویب قوانین لازم دارد. البته در خصوص تجمیع بیمه ها قانون کلی صادر شده است اما هنوز این امر محقق نشده است. پیشنهاد می شود حتی اگر بیمه ها تجمیع نشوند قوانین والزامات آن ها یکسان شود . یکی از مشکلات دیگر تفاوت چشم گیر تعرفه ها بین بخش خصوصی و دولتی است. این امر سازمان بیمه سلامت را مجبور می کند که برای خرید از هر سازمانی قوانین و ضوابط خاصی طراحی کند. و از طرفی سازمان بیمه سلامت ممکن است در خرید از بخش های خصوصی که تعرفه های بالاتری دارند با چالش مواجه شود. یکی از مشکلات دیگر در خصوص اجرای طرح خرید راهبردی اجرای ضعیف قوانین و تعهد پایین به قوانین وضع شده از جمله بند ماده ۳۸ برنامه پنجم توسعه می باشد. البته با نظارت مناسب بر ارائه کنندگان می توان بر بسیاری از مشکلات غلبه کرده و موجب کاهش شدید هزینه ها و گسترش خدمات بسته بیمه شد(۳۹). بحث ضعف در قوانین فقط مرتبط با طرح خرید راهبردی نیست. به عنوان مثال در طرح پزشک خانواده نیز مشخص شد که قوانین طرح پزشک خانواده دست و پاگیر است و نظارت نهادهای مرتبط ناکافی و غیر اثربخش است (۴۰). بنابراین پیشنهاد می شود که قبل از اجرای این طرح قوانین لازم اتخاذ گردد که در آن نقش هر سازمان و وظایف آن به طور پر رنگ مشخص شود.

هم چنین هنوز روش های اجرایی و فرم های قرارداد مخصوص خرید راهبردی وجود نداشته و ضوابط خرید راهبردی در فرم قرارداد موسسات طرف قرارداد رعایت نمی شود. در مطالعات مشابه که در طرح پزشک خانواده انجام شد مشخص شد که اگر فرم نوشته شده استاندارد ارائه شود و در نظام ارجاع از آن استفاده شود پیگیری و نتایج درمان بهتر خواهد بود(۴۱ و ۴۲). در پژوهش حاضر هم بر لزوم تدوین فرم های استاندارد و مربوطه تاکید شد . یکی از مشکلات مرتبط دیگر این است که استانداردهای کافی برای شناسایی و ارزیابی ارائه دهندگان با کفایت وجود ندارد و نمی توان به راحتی سازمان های ارائه دهنده خدمت را رتبه بندی کرد . موضوع بسیار مهم دیگر این است که اطلاعات

بسیار کمی در مورد خرید راهبردی وجود دارد و کشور تجربه زیادی در این خصوص ندارد، بسیاری از مسئولین بر مزایای خرید راهبردی اتفاق نظر دارند ولی اطلاعات عمیقی در خصوص الزامات و اصول آن ندارند. بنابراین لازم است که بسته های آموزشی مرتبط با خرید راهبردی تدوین گردد. ضمناً آیتام های نظارتی کافی برای بعد از تفاهم با ارائه دهندگان خدمات وجود ندارد که این موارد هم حتماً ضروری است که تعریف شوند. هم چنین در خرید برخی از خدمات مانند فیزیوتراپی، دانسیتومتری و MRI به صورت راهبردی به دلیل مقطوع بودن قیمت و عدم امکان چانه زنی محدودیت وجود دارد و لازم است که تدابیر لازم در این خصوص اتخاذ گردد.

۵-۵- مشکلات نیروی انسانی

یکی از منابع موجود هر سازمان نیروی انسانی می باشد و اهمیت آن تا اندازه است که عامل نیروی انسانی به عنوان مهمترین عامل توسعه در هر کشور و سازمانی در نظر گرفته می شود (۴۳) و روز به روز بر اهمیت آن افزوده می شود. به همین دلیل یکی از عمده ترین دغدغه های مدیران کارآمد در سطوح مختلف، چگونگی ایجاد بسترهای مناسب برای عوامل انسانی شاغل در تمام حرفه ها است تا آن ها با حس مسؤولیت و تعهد کامل به حرفه خود بپردازند (۴۴). عامل نیروی انسانی در حوزه های مرتبط با سلامت اهمیت بیشتری دارد. برای اجرای طرح مهم "خرید راهبردی" نیاز است که در راستای تغییر الزامات و دستورالعمل های خرید، کارکنان، خصوصاً کارکنان سازمان بیمه سلامت هم در این خصوص آموزش داده و توجیه شوند. نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که مدیران و کارکنان فعلی سازمان بیمه سلامت اطلاعات چنداری در زمینه خرید راهبردی ندارند. این مشکل را می توان با برگزاری دوره های آموزشی ضمن خدمت برطرف کرد. در پژوهشی که دهنویه و همکاران در خصوص چالش های طرح پزشک خانواده انجام داده بودند نیز به مشکلات نیروی انسانی از جمله آموزش ضعیف و کمبود مهارت های برخی از ارائه دهندگان خدمات اشاره کردند (۳۶).

یکی از مشکلات دیگر که به صورت اختصاصی تر در خصوص "خرید راهبردی" وجود دارد، عدم سیستم انگیزاننده مناسب برای مدیران و کارکنان می باشد به این معنی که بسیاری از مدیران حاضر به ریسک نیستند و نمی خواهند برنامه های جدید را امتحان کنند و از شکست های احتمالی آن هراس دارند. یکی از مشکلات دیگری که در خصوص نیروی انسانی وجود دارد توانایی ضعیف سازمان بیمه سلامت برای جذب نیروی انسانی مناسب در رقابت با سایر سازمان هاست. عدم تطابق رشته های دانشگاهی با نیازهای سازمان بیمه یکی دیگر از مشکلات دیگر سازمان های بیمه است. پیشنهاد می شود که سازمان بیمه سلامت در جهت جذب رشته های مناسب تر از جمله مدیریت خدمات

بهداشتی و درمانی و اقتصاد سلامت اقدام کند. مشکلات نیروی انسانی در سایر طرح های سلامت کشور از جمله طرح تحول نظام سلامت نیز به چشم می خورد. در پژوهش مشابهی که در خصوص طرح تحول نظام سلامت انجام گردید، نیز مشخص شد که کمبود نیرو و از جمله افزایش حجم کار کادر سلامت از جمله پرستاران بخشی از مشکلات اجرایی این طرح می باشد (۴۵-۴۸).

۶-۵- مشکلات زیرساختی

یکی از پیش شرط های بسیار مهم در انجام هر پروژه ای داشتن زیرساخت های لازم است. برای انجام هر چه بهتر خرید راهبردی نیز نیاز است که زیرساخت های لازم فراهم شوند. این زیرساخت ها شامل بانک اطلاعاتی یکپارچه، پرونده الکترونیکی سلامت می باشد که متأسفانه هنوز کشور در خصوص آن ها با مشکل مواجهه است. ضمن اینکه سیستم نرم افزاری های لازم مطابق با ضوابط خرید راهبردی هنوز طراحی نشده است. مشکلات زیرساختی یکی از مشکلات پایه ای می باشد که در جهت اجرای دیگر طرح های سلامت به عنوان یک عامل محدود کننده رفتار می کند. دهنویه و همکاران در پژوهشی که تحت عنوان چالش های پزشک خانواده در کشور ایران انجام دادند به این موضوع نیز اشاره کردند (۳۶). هم چنین در صورت محقق شدن پرونده الکترونیک سلامت بسیاری از مشکلات مرتبط با کیفیت خدمات، پاسخ گویی و نظارت، حل شده و در زمان صرفه جویی خواهد شد.

پرونده سلامت، پرونده الکترونیکی و غیر الکترونیکی می باشد که دسترسی پزشکان و سایر اعضای تیم مراقبت را به اطلاعات بهداشتی و درمانی افراد امکان پذیر می باشد، تا آن ها بتوانند با کنترل اطلاعات پزشکی، مداخلات لازم را انجام داده و در مواقع نیاز این اطلاعات را به دیگر افراد حرفه ای مانند سایر پزشکان و مراکز بهداشتی و درمانی ارائه نمایند (۴۹-۵۱). گلعلی زاده و همکاران، عبادی و همکاران و عرب و همکاران هر کدام در پژوهش های خود به ضعف بودن پرونده سلامت مانند ناقص بودن و پایین بودن کیفیت آن ها اشاره کردند (۵۳، ۵۲، ۴۰). نتایج مطالعه حاضر با نتایج این مطالعات هم خوانی دارد.

همان طور که گفته شد یکی از پیش شرط های مهم جهت اجرای طرح خرید راهبردی ایجاد بانک اطلاعاتی یکپارچه و منسجم است که متأسفانه در حال حاضر وجود ندارد. این امر از این لحاظ مهم است که اطلاعات یکی از بزرگترین ابزارهای مورد توجه سیاست گذاران و مبنایی برای تصمیم گیری ان ها می باشد. در کشور تاکنون نیز به هنگام ایجاد پوشش همگانی یک بانک اطلاعات جامع تحت عنوان "بانک واحد بیمه ملی سلامت" تشکیل شد که اطلاعات جامع

در مورد ثبت نام افراد، میزان مصرف آنان، میزان درآمد آنان، میزان مالیات و سهم بیمه هایی که باید بپردازند در نظر گرفته شده بود (۵۴).

۷-۵- مشکلات ارتباطات بین بخشی و فرهنگ سازی

سازمان های مختلف از طریق ارتباطات مناسب می توانند در کنار هم قرار گرفته و در راستای اجرای اهداف گام بردارند. سازمان های بیمه (وزارت رفاه)، دانشگاه های علوم پزشکی و ارائه دهندگان خدمات (وزارت بهداشت) دو سر یک طیف هستند که اولی به عنوان خریدار و دومی به عنوان فروشنده عمل می کند. قاعدتا ارتباط مناسب این سازمان ها با یکدیگر زمینه ساز ارائه خدمت مناسب به بیماران می گردد. اما متأسفانه در خصوص نقش هر کدام از این سازمان ها ابهام وجود دارد و از طرفی ممکن است بین سازمان های بیمه با ارائه دهندگان خدمات تنش ایجاد شود. یکی از دلایل این موضوع ممکن است به خاطر عدم مقبولیت کافی سازمان های بیمه نزد مراکز ارائه دهنده خدمات باشد. هم چنین بیمه سلامت استان ها در کمیسیون ماده تعزیراتی استان ها در خصوص بیمه شدگان یا مراکز عضو نیستند به این معنی که در صورت تخلف ارائه دهندگان یا مردم نمی توانند از تعزیرات شکایت داشته باشند یا در آن اعمال نفوذ کنند. بخش دیگری از مشکلاتی که ممکن است بوجود آید سو رفتار ارائه دهندگان یا مصرف کنندگان در مقابل خرید راهبردی می باشد. بنابراین سازمان بیمه سلامت باید تدابیر و پیش بینی های لازم را در خصوص این مشکلات احتمالی اتخاذ کند. متأسفانه تا کنون سازمان های بیمه ای فعالیت چندانی برای آموزش مردم در استفاده صحیح از بیمه انجام نداده اند (۵۵). این در حالی است که یک برنامه بیمه مناسب می تواند مشوق هایی برای تغییر مناسب رفتار در بیماران و ارائه دهندگان خدمات ایجاد نماید (۵۶).

۸-۵- مشکلات مربوط به بسته

بسته بیمه نشان دهنده خدمات تحت پوشش سازمان بیمه است. جهت اجرای خرید راهبردی لازم است که در محتوای بسته بیمه بازنگری های لازم انجام شود (در پاسخ به چه چیزی خرید شود). اما نیاز است که با برخی از موانع موجود مقابله شود. اطلاعات کاملی در مورد اطلاعات پای ای هم چون بار بیماری ها، هزینه تمام شده خدمات، نیاز بیمه شدگان، وضعیت پراکندگی سازمان و.... وجود ندارد، ضمن اینکه هنوز توافق کلی هم در بین مسئولین و کارشناسان بر سر بازنگری بسته وجود ندارد. در پژوهش مشابه ای که توسط **دهنویه** و همکاران با موضوع تعیین چالش های بسته بیمه پایه کشور ایران انجام گرفت مشخص شد که توافق بر سر کلیات، معیارهای تدوین، سازماندهی، حدود تعهدات، ترکیب و نحوه پوشش جمعیتی برخی از چالش های اساسی تعیین مناسب خدمات بسته بوده اند و هم چنین پیشنهاد

می کند که با سیاستگزاری آموزش، آموزش متخصصان، بازنگری در سیستم های آموزشی و استفاده از دانش مشاوران خارجی می توان در جهت طراحی بهینه بسته اقدام کرد (۵۷) تجارب سایر کشورها نیز نشان می دهد که تصمیم گیری در مورد خدمات بسته بیمه توسط گروهی خبره تأثیرگذاری بیشتری در بین دریافت کنندگان خدمات خواهد داشت (۵۸). پیشنهاد می شود که بازنگری بسته خدمات مبتنی بر رویکرد HTA باشد و تکنولوژی هایی که وارد کشور می شوند بعد از به اثبات رسیدن اثربخشی، کارایی، ایمنی و... تحت پوشش بسته خدمات قرار گیرد.

۹-۵- مشکلات در روش پرداخت

در حال حاضر، نظام پرداخت در کشور ایران دارای نارسایی ها و پیچدگی های بسیاری است (۵۹). چالشی که فی البداهه ممکن است در این خصوص به ذهن هر فرد خطور کند تاخیر در پرداخت است که بیشتر دلیل این امر به کمبود منابع مالی مرتبط می شود. فرآیند های مالی طولانی در کشور ایران باعث می شود که علاوه بر تاخیر در پرداخت ها، بخشی از منابع هم در گذر از این زنجیره طولانی هدر رود. در مطالعه مشابهی که توسط مفتون و همکاران در مورد پزشکان خانواده انجام شد مشخص شد که پزشکان خانواده تنها ۲۰.۱ درصد زمان پرداخت حقوق را مطابق قرارداد ذکر کردند (۶۰). در پژوهش دیگری که توسط حافظی انجام شد مشخص شد که پرداخت نشدن به موقع حقوق و مزایای اعضای تیم سلامت از عوامل نارضایتی پرسنل مراکز بهداشتی و درمانی شمرده شده است (۶۱). نتایج مطالعه حاضر نیز با نتایج این مطالعات هم خوانی دارد. اگر بخواهیم خرید راهبردی انجام دهیم مسائل مربوط به پرداخت جنبه ای عمیق تر دیگری را هم چون دانش ضعیف سازمان در انتخاب روش پرداخت، عدم تجربه کافی کشور در خصوص سایر روش های پرداخت و وارد نشدن سازمان به روش های پرداخت نوین و آینده نگر به جای روش های گذشته نگر مانند کارانه می باشد. حقیقت این است که جهت انجام خرج به صورت کارآمد تر نیازمند نظام های نوین پرداختی مانند DRG و Per Capita هستیم، این در حالی است که نظام های بهداشت و درمان کشور ایران هنوز تجربه زیادی در استفاده از روش های مختلف پرداخت ندارد (۵۷). بنابراین لازم است که از تجربه سایر کشورهای دیگر در زمینه شیوه های نوین پرداخت استفاده گردد. یا برخی از شیوه ها مانند DRG به صورت پایلوت در کشور اجرایی شود.

۱۰-۵- ضعف در سیاست گذاری

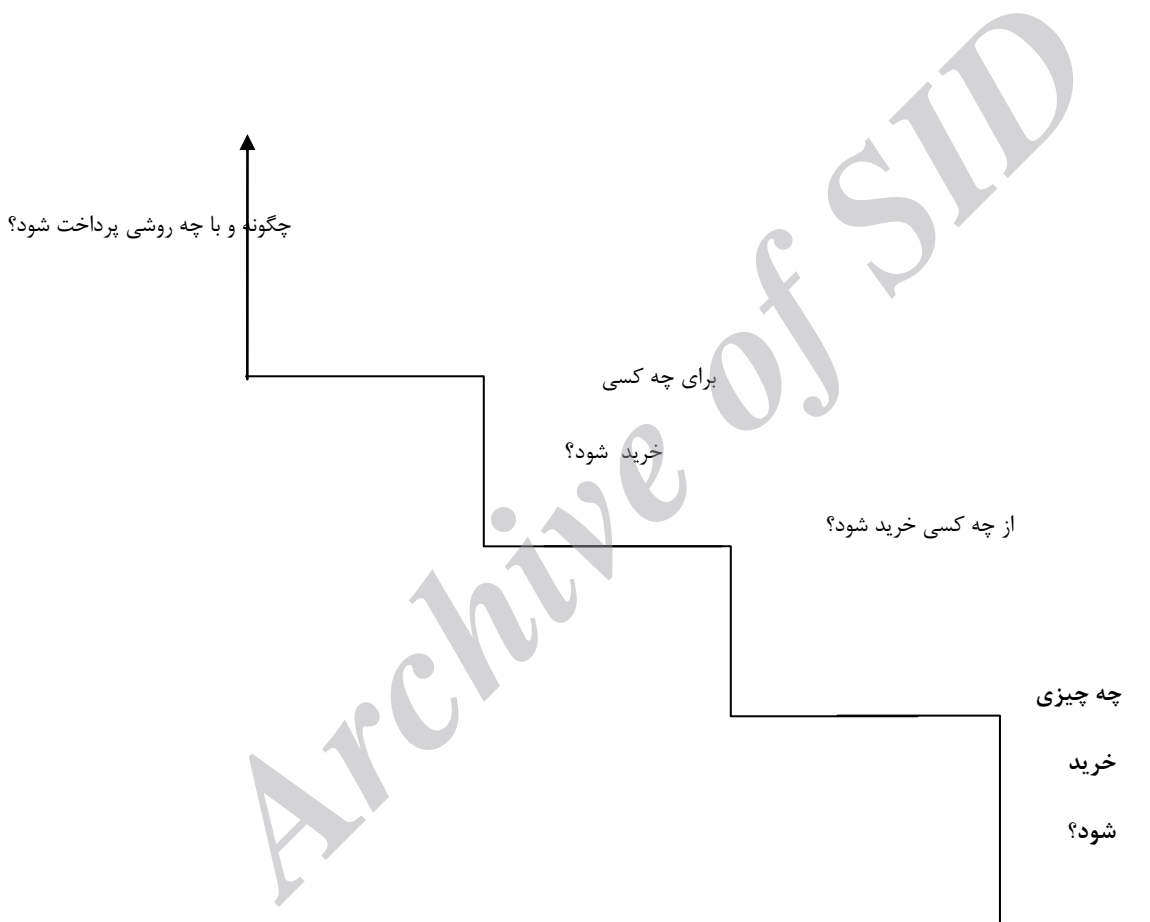
جهت انجام هر برنامه ای تدوین سیاست های مناسب و اجرای آن ها امری ضروری می باشد. این امر در بخش ها و برنامه های مرتبط با سلامت اهمیت خاص خود را دارد و قاعدتا برنامه بزرگی چون خرید راهبردی از این امر مستثنی

نیست. به همین جهت طبق تبصره ماده ۳۸ سازمان بیمه موظف شده است که خرید راهبردی را اجرا کند. اما در این زمینه مشکلاتی وجود دارد که توجه به آن ها امری اجتناب ناپذیر است. اول از همه بیم آن می رود که این برنامه مانند دیگر طرح های سلامت مانند برنامه پزشک خانواده با شتابزدگی مسئولان و سیاست گذاران مواجهه شود. در مطالعه ای که توسط دهنویه و همکاران در خصوص چالش های طرح پزشک خانواده انجام شد مشخص شد که شتابزدگی مسئولان در خصوص اجرای طرح یکی از چالش های مهم اجرای آن می باشد (۳۶). مشکل دیگری که وجود دارد عدم تمرکز سازمان های بیمه گر پایه و سیاست های آن ها در زمینه خرید راهبردی می باشد که عملاً باعث می شود قدرت سازمان بیمه سلامت در امر خرید راهبردی کاهش یابد. چالش مهم دیگری که در امر سیاست گذاری مشاهده می شود مشارکت ضعیف کلیه ذینفعان در امر سیاست گذاری می باشد، در واقع بسیاری از ذینفعان یک نگاه تک بخشی به موضوع خرید راهبردی دارند به این معنا که فقط سازمان بیمه را مسئول آن می دانند. به محض شروع اجرای طرح "خرید راهبردی" چالش دیگری که ممکن است بوجود آید، فشارهای سیاسی برای اجرای سیاست های اشتباه یا غیر ضروری و فشار جهت خرید از مراکزی است که واقعا استانداردهای لازم را ندارند (نقض شرط سوم). مسئله مهم دیگری که وجود دارد و علاوه بر خرید راهبردی در سایر برنامه های دیگر کشور نیز به صورت خیلی جدی رعایت نمی شود "سیاست گذاری مبتنی بر شواهد" می باشد، به این معنا که بسیاری از سیاست هایی که اتخاذ می گردد پشتوانه علمی و منطقی ندارد و به طور دفعی و احساسی اتخاذ می گردد متأسفانه مشکل دیگری که در کشور مشاهده می شود و تمام برنامه ها و معادله سازی سلامت و غیر سلامت را بر هم می زند جابه جایی مدیریت کلان سازمان های مرتبط در مقاطع زمانی کوتاه مدت است که ممکن است با گذشت اندک زمانی با تغییر دولت مردان سیاست های و رویکردهای مختلف و حتی متناقض اتخاذ گردد. برای حل این مشکل بهتر است که قبل از اجرای این برنامه با تصویب آن در مجلس و با امضای سایر ذینفعان به آن مشروعیت بخشید، تا دولت مردان و سیاست گذاران آینده قدرت زیادی در انجام تغییرات ناگهانی و برنامه ریزی نشده نداشته باشند. در پژوهشی که با موضوع مؤلفه های موثر در استقرار بیمه پایه سلامت در ایران انجام شد مشخص شد که تغییر و تحول مداوم در سطوح مدیریتی نظام سلامت و سازمانهای متولی بسته بیمه درمان پایه و منسجم نبودن روال های تصمیم گیری موجب بی نتیجه ماندن فعالیت ها برای تدوین بسته مناسب بیمه ای شده است (۶۲) که با نتایج حاصل از این پژوهش کاملاً هم خوانی دارد.

۱۱-۵-پیشنهادات عملی جهت اجرای طرح خرید راهبردی

۱- طرح خرید راهبردی به صورت پایلوت در یک استان انجام شده و بعد از یافتن نقاط قوت و ضعف آن به صورت عملی و به وجود آوردن شرایط لازم زمینه سازی اجرای آن در سایر استان ها شود.

۲- می توان طرح خرید راهبردی را به صورت مرحله به مرحله به اجرا درآورد. هر مرحله متناسب با یک چه باشد. وقتی مقدمات لازم جهت انجام آن چه انجام شد و سازمان بیمه توانست به خوبی آن را پیاده کند وارد فاز بعد (اجرای چه های بعدی) شود.



شکل ۱-۵: نردبان خرید راهبردی بخش سلامت

۳- می تون ترکیبی از روش های فوق استفاده کرد.

با توجه به مشکلات موجود در نظام ارائه خدمات سلامت از جمله هزینه های زیاد، عدم اثربخشی و کارایی خدمات و بی عدالتی در خدمات سلامت، انجام خرید راهبردی امری بسیار ضروری و اجتناب ناپذیر است و بهتر است هر چه زودتر در جهت اجرای آن گام برداشت. اما باید دانست که انجام عجولانه آن هم یک اشتباه بزرگ است. یافته های این پژوهش نشان می دهد که هنوز درک صحیحی از خرید راهبردی در کشور وجود ندارد و حتی بسیاری از مسئولین به الفبای آن آشنایی ندارند. نیاز است که سیاست های یکپارچه و منسجمی در پیش گرفته شود. لازم است که قوانین موجود اصلاح شده و قوانین مورد نیاز نیز تدوین شوند و هم چنین ضمانت اجرایی و تعهد به انجام آن در همه مسئولین ایجاد شود. تقویت ارتباطات و همکاری ها در همه سطوح امری ضروری است. مسلماً بدون تهیه زیرساخت های لازم و انجام بازنگری های لازم در بسته بیمه انجام این برنامه امری بیهوده است. هم چنین لازم است که اختیارات و قدرت کافی به سازمان های بیمه گر داده شود و ضمن اینکه منابع کافی (مالی و انسانی) برای انجام این برنامه در نظر گرفته شود.

۱۳-۵-پیشنه ادا ت برای مدیران و سیاست گذاران

- ۱- در اجرای برنامه هیچ گونه شتاب نداشته باشند ، و اجرای هر بخش از آن را متناسب با امکانات و آماده سازی بستر آن دنبال کنند.
- ۲- یک منبع مالی اختصاصی را به عنوان پشتوانه این طرح در نظر بگیرند تا طرح با مشکل مواجهه نشود . مهیا بودن منابع مالی خود به خود باعث برطرف شدن بسیاری از مشکلات می شود .
- ۳- در قوانین و مقررات بازنگری کرده ، جایگاه دقیق هر یک از سازمان ها را در آن و مسئولیت هایشان مشخص گردد ، نظارت ها و همکاری بین واحد های مختلف بیشتر شود.
- ۶- باید در روش پرداخت بازنگری شود و سعی کرد که از روش های پرداخت آینده نگر مانند drg و per capita استفاده کرد و از تجربه های سایر کشورها در این خصوص بهره برد.

۷- یکی از مشکلات اشاره شده نبود عزم ملی برای اجرای طرح است و نیاز است تا ارگان هایی چون دانشگاه های علوم پزشکی ، بیمه ها، نظام پزشکی ، صدا و سیما (با تبلیغات گسترده در شبکه های ملی) و... در جهت انجام هر چه بهتر طرح همکاری های لازم را انجام دهند.

۸- چون ماهیت نظام ما در حال تغییر است ، یعنی از درمان محور بودن به سمت سلامت محور حرکت می کند پس نیاز است تا نظام آموزشی ما هم متناسب با آن و از همان سال اول تغییر یابد.

۹- هدف اصلی از خرید راهبردی باید بهبود وضعیت مردم خصوصا اقشار ضعیف باشد. باید دقت کرد که اهداف جزئی تر مانند توجه بیش از حد سازمان های بیمه گر به منافع خود باعث منجر به فراموشی مردم نشود.

۱۰- سازمان بیمه خدمات سلامت سرمایه گذاری های بیشتری داشته باشد. پیشنهاد می شود این سرمایه گذاری ها در پروژه هایی که تاثیر بیشتری بر سلامت مردم دارد از جمله خرید سهام در شرکت های دارویی، تجهیزات پزشکی و درگیر شدن در ساختن جاده ها و... انجام گردد.

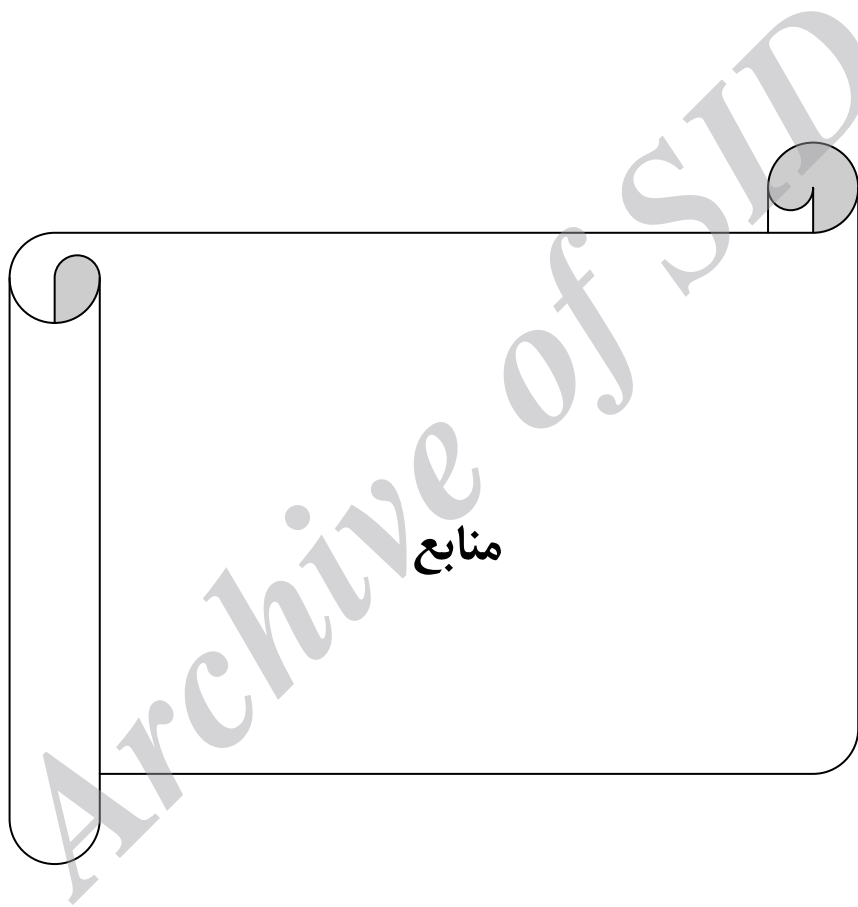
۱۴-۵- پیشنهادات برای مطالعات بعد

۱- بررسی نقاط قوت و ضعف اجرای طرح خرید راهبردی

۲- بررسی هزینه اثر بخشی طرح خرید راهبردی

۳- بررسی دیدگاه مردم و انتظارات آن ها از اجرای طرح خرید راهبردی

۴- بررسی چالش های اجرای طرح خرید راهبردی از سوی سایر ذینفعان (وزارت بهداشت و...)



- 1 - WHO. Health Systems: Improving Performance. Geneva: Who 2000.
- ۲- حسن زاده، علی. ۱۳۸۷، الگوی خرید راهبردی خدمات سرپایی سلامت، نشست تخصصی دبیرخانه شورای سیاست گذاری و اصلاح نظام سلامت(۷).
- ۳- حسن زاده، علی. طراحی مدل برای خرید راهبردی مراقبت های درمانی سرپایی. وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۶.
- ۴- حسن زاده، علی؛ فخریم علیزاده، سعیده . عدالت، بیمه اجتماعی و خرید راهبردی خدمات سلامت. تهران : انتشارات بهرام، ۱۳۹۰.
- 5-Wise D, Yashiro N. Health Care issues in the United States and Japan. 1st ed. USA: the university of Chicago Press; 2006.
- ۶- نصری، مراد. خرید راهبردی در بیمه سلامت. کنفرانس های سالیانه اقتصاد سلامت، دومین گردهمایی ۷ و ۸ بهمن ماه ۱۳۹۱.
- 7- S. Preker A, C. Langenbrunner J. Spending Wisely: Buying Health Services for the Poor. 1st ed. Washington DC: World Bank; 2005.
- ۸- جمهوری اسلامی ایران؛ مجموعه معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور. مجموعه برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، اسفند ۱۳۸۹.
- ۹- معین، محمد. فرهنگ فارسی دکتر محمد معین. تهران: نشر الکترونیکی و اطلاع رسانی جهان رایانه، ۱۳۸۶.
- ۱۰- وفایی نجار، علی. بیمه درمان مکمل. مشهد: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۸۸.
- ۱۱- کریمی، آیت. پرسش و پاسخ جامع بیمه ای. تهران: بیمه مرکزی ایران، ۱۳۸۱.
- ۱۲- گزارش ارزیابی عملکرد گذشته و شناخت وضع موجود (ویرایش چهارم)-شورای برنامه ریزی درمان-گروه برنامه ریزی و اقتصاد درمان
- ۱۳- عرب، محمد؛ کاووسی، زهرا؛ روانگرد، رامین؛ استوار، رحیم. نظام های بیمه سلامت . تهران : انتشارات جهاد دانشگاهی، زمستان ۱۳۸۹.
- ۱۴-مجموعه قوانین و مقررات حوزه سازمان بیمه سلامت ایران. تهران: گامی تا فرزندان، ۱۳۹۳.
- ۱۵-مسعودی اصل، ایروان؛ اخوان بهبهانی، علی. نظام های بهداشتی درمانی تطبیقی. تهران: انتشارات ساتل، ۱۳۹۴.

- 16 -WHO. Health Systems Financing: The Path to universal coverage. Geneva: Who 2010.
- 17-Ogden JA, Rossetti CL, Hendrick TE. An exploratory cross-country comparison of strategic purchasing. *Journal of purchasing and supply management*. 2007 Jan 31;13(1):2-16.
- ۱۸-حسن زاده، علی. گزارش ماموریت کارگاه خرید راهبردی برای پوشش همگانی سلامت- چگونه روش های ابتکاری پرداخت به فراهم کننده را پیاده کنیم. قاهره، ۱۳۹۴.
- 19-Williams A. Priority setting in public and private health care systems: A guide through the ideological jungle *Journal of Health Economics* 1988; 7(2): 173-8.
- 20-Berkowitz EN. Essentials of health care marketing. Jones & Bartlett Publishers; 2010.
- 21-Witter S, Ensor T, Thompson R, Jowett M. Health Economics for Developing Countries. A Practical Guide. MacMillan Education; 2000.
- 22-Preker AS, Liu X . Public ends, private means: strategic purchasing of health services. World Bank Publications; 2007.
- ۲۳-عبادی فرد آذر، فرید؛ رضا پور، عزیز. اقتصاد مراقبت سلامت. تهران:عبادی فرد، ۱۳۹۰.
- ۲۴- کریمی، خالق؛ رئیسی، پوران؛ نصیری پور، امیر اشکان؛ طیبی، سید جمال الدین . " طراحی الگوی خرید استراتژیک در بخش درمان غیر مستقیم سازمان تامین اجتماعی". دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات(تهران)، ۱۳۸۸.
- 25-Pressey AD, Winklhofer HM, Tzokas NX. Purchasing practices in small-to medium-sized enterprises: An examination of strategic purchasing adoption, supplier evaluation and supplier capabilities. *Journal of purchasing and supply management*. 2009;15(4):214-26.
- 26-Busse R, Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. Strategic purchasing to improve health system performance: Key issues and international trends. *Healthcare Papers* 2007; 8: 62-76.
- 27-Stenberg J, Virolainen VM. A framework for classification of services to gain strategic purchasing insights. 9th Annual IPSERA Conference, London, Canada 2000.
- 28-Humphreys PK, Lo VHY, McIvor RT. A decision support framework for strategic purchasing. *Journal of Materials Processing Technology* 2000; 107(1): 353-362.
- 29- Cavinato JL. Fitting purchasing to the five stages of strategic management. *European Journal of Purchasing & Supply Management* 1999;5(2):75-83.
- 30- Lisa M E, Carr A. Strategic purchasing: a history and review of the literature. *International Journal of Purchasing and Materials Management* 1994; 30 (1): 9-19.
- 31-Brandes H. Strategic changes in purchasing: two main tracks. *European journal of Purchasing & Supply Management* 1994; 1(2): 77-87.

- 33-Carroll et al. A worked example of “best fit” framework synthesis: A systematic review of views concerning the taking of some potential chemopreventive agents BMC Medical Research Methodology 2011, 11:29
- 34-WHO.report of commission on macroeconomic and health on investing in healthfor economic development.Geneva: WHO; 2001.
- 35-Preker As, Coarrin G, health financing for poor people- resource mobilization and risk haring, Washington world bank; 2004.
- 36-Dehnavieh R, Kalantari AR, Jafari Sirizi M. Urban family physician plan in Iran: challenges of implementation in Kerman. Medical Journal of The Islamic Republic of Iran. 2015;29(1):1219-28.
- 37- Haghdoost A, Kamyabi A, Ashrafi Asghar Abad A, Sadeghi Rad B, Shafiean H, Ghasemi H. The geographical distribution of different groups of physician society in country. Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran. 2010;28(4):411-9.
- 38-Amiresmaili M, Khosravi S, Feyzabadi VY. Factors Affecting Leave out of General Practitioners from Rural Family Physician Program: A Case of Kerman, Iran. International journal of preventive medicine. 2014;5(10):1314.
- 39-Nasrollahpour Shirvani, SD, Ashrafian Amiri H, Motlagh, ME, Kabir M, Maleki, MR, Shabestani Monfared, A, et al. Evaluation of the Function of Referral System in Family Physician Program in Northern Provinces of Iran: 2008. Jbums. 2010;11(6):46-52.
40. Gol Alizade E, Mousazade M, Amir Esmaeli M, Ahangar N. The challenges of refferal second level in family physician program. Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran. 2011;29(4):309-21.
- 41-Starfield B. Primary Care, Concept, Evaluation and Policy. oxford; Oxford University press, 1992:70-85.
- 42-Clany C.M. Franks P. Utilization of Specially and Primary Care: The Impact of H.M.O insurance and patient Related Factors. JOF practice 1997; 45(6): 500-8.
- 43-Purgaz A, Nastiezaie N, Hezare Mogadam M. JOB SATISFACTION OF NURSES WORKING IN HOSPITALS IN ZAHEDAN. Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences. 2010;8(3):9-17.
- 44-Sabour M. Review the professional commitment of teachers. Master of Science Thesis. Marand Research and Eaducation Committee. 2008.
45. Haghdoost AA, Mehrolhassani MH, Khajehkazemi R, Fallah MS , DR. Monitoring Indicators of Iranian Health System Reform Plan. Hakim. 2013;16(3):171-81. [Persian].
46. Mastaneh Z, MOUSELI L. Health information position in new reform of American health care system. Health Inf Manag. 2011;8(17):97-101. [Persian].
47. Nabipour I. Megatrend analysys of the health policies of I.R.Iran. Iran South Med J. 2014;17(5):1007-30. [Persian].

48. Hatamabadi H, Alimohammadi H. Reasons for long-stay admission in a typical overcrowded emergency of a teaching hospital in Tehran capital city. *Pajoohandeh Journal*. 2008;13(1):71-5.
49. Tang PC, Ash JS, Bates DW, Overhage M, Sands DZ. personal health records: Definitions, benefits, and strategies for overcoming barriers to adoption. *J Am Med Inform. Assoc* 2006; 13 (2): 121–126.
50. Klein-Fedyshin MS. Consumer health informatics integrating patients, providers, and professionals online. *Med. Ref. Serv. Q* 2002; 21 (3): 35–50.
51. Sittig DF. Personal health records on the Internet: a snapshot of the pioneers at the end of the 20th century. *Int J Med Inform* 2002; 65 (1): 1–6.
52. Ebadi Fard Azar F, Haghani H, Hashemi F. Monitoring the family physician national plan and referral system in Robat Karim city in 2008. *Jhosp* 2009;8(5):7-12.
53. Arab M, Shafiee M, Iree M, Safari H, Habibi F, Akbari Sari A, et al. Surveying the Attitude of Family Physicians working in Health Centers of Tehran University of Medical Sciences towards their Profession using a qualitative approach. *Hospital* 2013;12(3):19-28.
54. Ebrahimipoor H, design model for public health insurance,(2007).(PHD thesis) school of management and medical information science. Iran university of medical science (Persian)
55. Jaturapatporm D, Dellow A. Does Family Medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? *BMC Fam Pract* 2007;8:14.
56. Kankaanranta T, Nummi T, Vainiomäki J, Halila H, Hyppölä H, Isokoski M, et al. The role of job satisfaction, job dissatisfaction and demographic factors on physicians' intentions to switch work sector from public to private. *Health Policy* 2007;83(1):50-64.
57. Dehnavieh R, Rashidian A, Maleki M. Challenges of determining basic health insurance package in Iran. *Payesh Journal*. 2011;10(2):273-83.
58. Dehnaviyeh R, tabibi J, maleki M, Rashidiysn A, Nori hekmat S. Information for the basic health insurance package of measures from the perspective of third parties based. *Journal of information health system* 2010; 2(7): 109-118.
59. Janati A, Maleki M, Gholizadeh M, Narimani M, Vakeli S. Assessing the strengths & weaknesses of family physician program. *Knowledge & Health Journal*. 2010;4(4):39-44.
- 60- Maftun F, Aeinparast A, Montazeri A, Farzadi F, Jahangiri K. Rural insured people and care providers' satisfactions in Family Medicine and Referral Program. 1th Edition, Tehran: Medical Services Insurance Organization publication, 2010 [Persian].
61. Hafezi Z, Asqari R, Momayezi M. Monitoring Performance of Family Physicians in Yazd. *The Journal of Toloo-ebehdasht* 2009;8(1):16-25 (In Persian).

۶۲- صدیقی، سمیه؛ حسام، سمیه؛ ملکی، محمد رضا. مولفه های موثر در استقرار بیمه پایه سلامت در ایران. مدیریت بهداشت و درمان ۱۳۹۱؛ ۴(۲و۱): ۱۰-۱۱.



*چه های خرید راهبردی

۱- در خصوص تعیین خدمات بسته و اینکه نوع خدماتی که باید خرید شود یا نشود (چه چیزی خرید شود و از خرید چه چیزهایی صرف نظر شود) چه چالش هایی وجود دارد؟ راهکارها؟

۲- مسلماً خدماتی که باید به مردم دهیم باید کاملاً متناسب باشند و از طرفی مردم هم باید استحقاق گرفتن خدمات را داشته باشند. بر چه اساس افراد مستحق خدمات مشخص می شوند؟ گیرندگان باید چه شرایطی داشته باشند که مشمول خرید راهبردی شوند؟ چه چالش هایی وجود دارد؟ راهکارها؟ (برای چه کسانی خرید شود؟)

۳- در خصوص تعیین ارائه دهندگانی (سازمان های عمومی، خصوصی و غیر دولتی) که از آن ها خدمت باید خرید شود چه چالش هایی وجود دارد؟ راهکارها؟ (از چه کسانی خرید شود؟)

۴- در مورد میزانی که باید پرداخت شود و این میزان پرداخت بر اساس چه معیارهایی باشد (قیمت رقابتی بازار، قیمت یارانه ای و set prices) چه چالش هایی وجود دارد؟ راهکارها؟ آیا نظام پرداخت فعلی کشور منطبق با طرح خرید راهبردی است؟ چه چالش هایی در این خصوص وجود دارد؟ راهکارها؟

*الزامات خرید راهبردی

۵- اگر خرید راهبردی بخواهد به صورت مناسب انجام گیرد، صندوق های تجمیع کننده ریسک باید از لحاظ تعداد و اندازه در حالت مناسبی قرار داشته باشند و هم چنین ریسک مالی به صورت منطقی متعادل شود. با توجه به شرایط فعلی کشور چه چالش هایی در این حیطة ها وجود دارد؟ راهکارها؟

۶- در خصوص جمع آوری حق بیمه ها و پیش پرداخت ها (کامل در مقابل جزیی، امکان اعمال جرایم در مقابل تاخیر در پرداخت) جهت جمع آوری درآمد برای اجرای طرح خرید راهبردی در بخش سلامت چه چالش هایی وجود دارد؟ راهکارها؟ در مجموع آیا موافقید که به جای حق بیمه از مردم مالیات گرفته شود به طوری که درصدی از مالیات حق بیمه باشد؟ چالش ها؟

۷- علی رغم اینکه اسناد بالادستی، دولت را متولی اصلی خرید راهبردی می داند اما دولت هم محدودیت های خاص خود را دارد. به نظر شما محدودیت ها و چالش های دولت در اجرای خرید راهبردی چیست؟ اگر برنامه خرید راهبردی، برنامه الزامی دولت باشد، شما با توجه شاخص های اقتصاد سیاسی کشور در ۱۰ سال اخیر و سال های پیش رو چه نقشی را برای دولت تعیین می کنید؟ چالش ها و راهکارها؟

شاخص های اقتصاد سیاسی: بالانس منفی یا مثبت درآمدها به مخارج کلان دولت، وضعیت بدهی ها و وام های دولت، تورم، اشتغال، ضریب جینی و

۸- از آن جا که خرید راهبردی در بستری انجام می گیرد که مسلماً شکست بازار بر آن تاثیر می گذارند، از نظر شما با توجه به وضعیت فعلی کشور کدام یک از مصادیق شکست بازار چالش بر انگیزتر است؟ کدام یک می تواند فرصت باشد؟ چالش ها و راهکارها؟

مصادیق شکست بازار: عدم تقارن اطلاعاتی، پایین بودن عرضه کنندگان و تقاضا، ناهمگن بودن کالا یا خدمات، عدم آزادی در ورود و خروج به بازار، عدم بازدهی ثابت نسبت به مقیاس

۹- چه چالش ها برای جلب توجه ذینفعان مختلف و درگیر کردن آن ها در طرح خرید راهبردی وجود دارد؟ راهکارها؟ ذینفع ترین کدامند و کدام یک کمتر منفعت می برند؟

ذینفعان: بیمه های پایه، بیمه های تکمیلی، دانشگاه ها، مراکز (بیمارستان) دولتی، مراکز (بیمارستان) خصوصی، مردم و.....

۱۰- از لحاظ ساختاری، چه چالش ها و راهکارهایی را برای اجرا و گسترش طرح خرید راهبردی می بینید؟ (از لحاظ نوع مالکیت و ارتباطات افقی و عمودی در برابر ارائه دهندگان و خریداران خدمت). در مجموع آیا نیازی به تجدید نظر در شکل های سازمانی و ارتباطات سازمان می بینید؟ راهکارها؟

۱۱- چه چالش هایی در خصوص ایجاد انگیزه چه در سطوح مدیریتی و چه در سطوح عملیاتی وجود دارد؟ راهکارها؟ آیا مشوق هایی برای ایجاد انگیزه پیشنهاد می شود؟

۱۲- آیا چارچوب قانونی حاضر با اجرای طرح هم خوانی دارد؟ ابزارهای کافی جهت تنظیم مقررات وجود دارد؟ چه

چالش هایی در این خصوص وجود دارد؟ راهکارها؟

۱۳- برای انجام طرح، چه چالش ها و موانع فرهنگی وجود دارد؟ راهکارها؟

۱۴- از لحاظ سطوح مدیریتی و مهارت هایی مدیریتی چه چالش هایی در خصوص اجرای طرح خرید راهبرد وجود

دارد؟ آیا مدیران چه در سطوح کلان و چه در سطوح پایین تر از مهارت کافی برخوردارند؟ راهکارها؟

۱۵- در خصوص اجرای این طرح، آیا ابزارهای کافی مدیریتی (مالی، منابع انسانی، اطلاعات بهداشتی) وجود دارد؟ در

این خصوص چه چالش هایی وجود دارد؟ راهکارها؟

Archive of SID

ضمیمه ۲: آیین نامه اجرایی بند (ز) ماده (۳۸) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران

تاریخ: ۹۳/۱/۲۸

شماره: ۶۲۹۱/ت/۴۸۹۴۱ ه

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

هیات وزیران در جلسه ۹۳/۱/۲۰ به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های تعاون، کار و رفاه اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور و به استناد بند (ز) ماده (۳۸) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۹ - آیین نامه اجرایی بند شرح داده شده را به شرح زیر تصویب کرد:

آیین نامه اجرایی بند (ز) ماده (۳۸) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران

ماده ۱- در آیین نامه اصطلاحات زیر در معانی مشروح به کار می روند:

الف- قانون: قانون برنامه پنجساله پنجم جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۹ -

ب- شورای عالی: شورای عالی بیمه سلامت

پ- سازمان: سازمان بیمه سلامت ایران

ت- مراکز: مراکز و موسسات ارائه دهنده خدمات و مراقبت سلامت اعم از دولتی و غیر دولتی

ث- وزارت: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

ج- خرید راهبردی خدمات: جستجوی مستمر روش هایی برای ارتقای عملکرد نظام سلامت از طریق تصمیم گیری در خصوص ترکیب بسته مزایا، انتخاب ارائه کننده خدمت، چگ.نگی خرید و قیمت گذاری خدمات و تعیین افراد تحت پوشش و یا انتخاب نوع خدمت، خرید از چه کسی، چگونگی خرید و خرید برای چه کسی برای رساندن عملکرد نظام سلامت به حداکثر مطلوبیت.

چ-خدمات پایه سلامت: خدمات و مراقبت های سلامت شامل آموزش سلامت، پیشگیری، درمان های اولیه سرپایی و بستری، تامین دارو و دیگر اقلام پزشکی، درخواست خدمات پاراکلینیکی، تدبیر فوریت ها، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت، ارجاع و پیگیری بیمار.

ح-خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت: فهرستی از خدمات و کالاهای سلامت که زیر مجموعه ای از بسته پایه خدمات سلامت می باشد و با توجه به محدودیت های مالی، سیاسی و اجتماعی در یک فرایند اولویت گذاری و سهمیه بندی تعیین و توسط سازمان های بیمه گر پایه تامین مالی می شود.

خ-فرانشیز: قسمتی از هزینه خدمات و مراقبت های سلامت مورد تعهد بیمه پایه که بیمه شده باید در زمان دریافت خدمات و مراقبت های مذکور پرداخت نماید. به منظور ترغیب رفتارهای صحیح سلامتی در گزندگان خدمات و جلوگیری از مخاطرات اخلاقی، می توان از فرانشیزهای متفاوت استفاده کرد.

د- شیوه پرداخت گروه بندی مرتبط با تشخیص (DRG): شیوه پرداخت مبتنی بر نظام طبقه بندی بیماران که در آن بیمارانی که از نظر بالینی و هزینه های مشابه هستند و انتظار می رود استفاده از آن ها از منابع بیمارستانی و هزینه های مربوط مشابه یکدیگر باشد در یک گروه قرار می گیرند و مراکز نرخ ثابتی را برای هر ترخیص مبتنی بر نوع تشخیص و درمان دریافت می کنند.

ذ-شیوه پرداخت سرانه وزن دهی شده: واحد پرداخت بر مبنای به ازای هر فرد که با در نظر گرفتن جنس، سن و وضعیت سلامت بیمار و محل جغرافیایی خدمات متفاوت می باشد و برای یک دوره زمانی مشخص تعریف می گردد. برای تمام خدماتی که ممکن است فرد در یک دوره زمانی (مثلا یک ماه یا یک سال) از آن ها استفاده کند، پرداخت ثابتی انجام می شود.

ماده ۲- سازمان موظف است نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش های دولتی و غیر دولتی با هدف دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت، ارتقای سطح سلامت بیمه شدگان تحت پوشش، افزایش و تسهیل دسترسی بیمه شدگان به خدمات سلامت و خرید با کیفیت ترین و هزینه اثربخشی خدمات برای بیمه شدگان، بر اساس روش های زیر اقدام نماید:

الف- شیوه پرداخت سرانه وزن دهی شده برای عمده خدمات در سطح اول بر اساس معیارهایی از قبیل مشخصات جمعیتی، نیازهای سلامتی و تفاوت هزینه ای با توجه به جغرافیای ارائه خدمات ، با اولویت نظام ارجاع.

ب- شیوه پرداخت گروه بندی مرتبط با تشخیص با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حداقل ۳ بیمارستان کشور اعم از دولتی و غیر دولتی به صورت آزمایشی به گونه ای که در سال پنجم برنامه ، قابلیت اجرا در سراسر کشور را داشته باشد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان موظفند گزارش اجرای آزمایشی این روش را به شورای عالی ارایه نمایند.

پ- طراحی سازو کار پرداخت مبتنی بر کیفیت در سطوح سه گانه ارائه خدمات.

تبصره ۱- معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور موظف است مجموعه منابع عمومی حوزه بیمه سلامت را در بودجه سنواتی (اعم از منابع عمومی و درآمد اختصاصی) ذیل سازمان متمرکز و طبق سیاست های مصوب پرداخت نماید.

تبصره ۲- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است دستورالعمل سازوکار استفاده از کد های تشخیصی در پرونده و اسناد بیماران را تا پایان سال چهارم قانون بر اساس دسته بندی بین المللی بیماری ها (icd) تدوین و جهت اجرا ابلاغ نماید. مراکز و سازمان های بیمه گر موظفند بر اساس دستورالعمل یاد شده عمل نمایند.

تبصره ۳- تا زمان اجرای شیوه پرداخت بر اساس گروه بندی مرتبط با تشخیص ، دستورالعمل و قیمت تعرفه کلی (گلوبال) اعمال شایع جراحی بر اساس تعرفه های مصوب توسط شورای عالی بازنگری می شود.

تبصره ۴- وزارت موظف است با همکاری وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی، سازو کارهای پرداخت تشویقی را با هدف افزایش انگیزه مراکز ارائه دهنده خدمات سطوح دوم و سوم ، تهیه و به تصویب شورای عالی برساند.

ماده ۳- سازمان موظف است بر اساس اعتباربخشی مراکز، اعلامی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نسبت به خرید راهبردی خدمات بر اساس قیمت واقعی در فضای رقابتی اقدام نماید.

تبصره- تا زمان اعلام اعتباربخشی توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی، شرایط فعلی به قوت خود باقی است.

ماده ۴- سازمان موظف است نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت با کیفیت، مطابق استانداردهای مصوب و مورد تعهد بیمه پایه سلامت از مراکز و فروشندگان کالاهای سلامت داخلی و خارجی با اولویت خرید از تولیدکنندگان داخلی و توزیع مناسب آن ها با هدف بهبود دسترسی بیمه شدگان و کاهش هزینه مستقیم مردم اقدام نماید. این اقدام در قالب حفظ فضای رقابتی تولید و واردات کالا و خدمات بخش سلامت و عدم ایجاد انحصار و بدون ورود مستقیم در تولید و عرضه کالا و خدمات توسط سازمان می باشد.

تبصره- سازوکار اجرایی و شیوه نامه خرید انبوه خدمات و کالاهای سلامت ظرف ۶ ماه پس از ابلاغ این نامه توسط وزارت با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و به تصویب شورای عالی می رسد.

ماده ۵- شورای عالی همه ساله بر اساس روش فرانشیز متغیر نسبت به تعیین فرانشیز سهم بیمه پایه از خدمات بیمه پایه سلامت اقدام و آن را به تصویب هیات وزیران می رساند.

ماده ۶- ملاک تعهد سازمان های بیمه گر، فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت بر اساس مصوبات هیات وزیران می باشد.

ماده ۷- وزارتخانه های تعاون، کار و رفاه اجتماعی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور همه ساله نسبت به بلونگری فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت بر اساس معیارهای علمی و روش شناختی (متدلوژی مصوب) با اولویت نظام ارجاع و سطح بندی خدمات اقدام و آن را از طریق شورای عالی برای تصویب به هیات وزیران ارایه می نمایند.

ماده ۸- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است نسبت به تهیه و تدوین راهنماهای بالینی و استانداردهای خدمات نظام سلامت به منظور ارتقای کیفیت خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت، هر ساله در خصوص حداقل پنجاه مورد اقدام نماید. سازمان موظف است با رعایت راهنماهای بالینی اعلام شده نسبت به خرید راهبردی خدمات اقدام نماید.

تبصره- ورود خدمات نوین به فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت منوط به تدوین راهنماهای بالینی و استانداردهای خدمات مربوط می باشد.

ماده ۹- دستورالعمل رسیدگی به اعتراض مراکز که سازمان با آن ها در چارچوب خرید راهبردی خدمات قرارداد منعقد نموده و یا قرارداد را لغو نموده است، ظرف شش ماه پس از ابلاغ آیین نامه توسط وزارت تهیه و به تصویب شورای عالی خواهد رسید.

ماده ۱۰- در راستای الزامات خرید راهبردی خدمات، سازمان موظف است پیشنهادهای لازم را برای یکسان سازی ضوابط و مقررات، دستورالعمل های رسیدگی به اسناد پزشکی و نحوه تایید اسناد را ظرف یک سال پس از ابلاغ این آیین نامه جهت تصویب به شورای عالی ارائه نماید.

تبصره- چارچوب قراردادهای بین مراکز و سازمان های بیمه گر توسط وزارت و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی تهیه و به تایید شورای عالی می رسد.

ماده ۱۱- وزارت موظف است بار مالی اجرای آیین آیین نامه را سالانه برآورد و برای پیش بینی در لایحه بودجه سنواتی به معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور اعلام نماید.

ماده ۱۲- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی موظف است میزان تاثیرگذاری عملکرد خرید راهبردی بر شاخص های خدمات و مراقبت های سلامت را هر ساله به شورای عالی گزارش نماید.

ماده ۱۳- سازمان موظف است هر ساله گزارش عملکرد مالی خرید راهبردی خدمات و میزان تاثیر آن بر شاخص های سهم پرداخت مردم از هزینه های سلامت، کاهش هزینه های سلامت و توسعه عدالت در سلامت را به شورای عالی ارائه نماید.

ماده ۱۴- سازمان موظف است نسبت به پرداخت مطالبات مراکز بابت خدمات ارائه شده به صورت علی الحساب به میزان هشتاد درصد طی پانزده روز و تسویه حساب قطعی حداکثر سه ماه پس از اعلام رسمی مراکز، مبنی بر آماده تحویل بودن اسناد اقدام نماید.

ماده ۱۵- مراکز موظفند دارو و تجهیزات مورد نیاز بیماران را تهیه نمایند. موارد استثنا با توافق وزارت و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ظرف شش ماه تهیه می شود.

ماده ۱۶- معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور موظف است اعتبارات مصوب سازمان در قوانین بودجه سنواتی را به موقع تخصیص دهد.

ماده ۱۷-مسئولیت نظارت بر حسن اجرای آیین نامه بر عهده وزارت می باشد.

Archive of SID

Determining the challenges of strategic purchasing in Iranian Health Insurance organization and providing solutions

Abstract

Introduction: Strategic purchasing is introduced as a key and central activity to the improvement of health system performance and solving difficulties in passive purchasing. In Iran, the government has obliged health insurance organizations to implement this strategy. But after several years, no good progress has been made in this regard. Identifying the reasons for the lack of progress is essential and the present study was conducted to achieve this aim.

Method: This was a qualitative method with “best fit framework synthesis” approach, carried out in 2015. The selected framework for the initial analysis of the data, was the S. Preke's model. Data were collected in two phases. At the first, data were collected through 27 semi-structured interviews (23 executives of health insurance in the country and 4 national experts) and were analyzed qualitatively. In the next stage, the list of challenges was finalized in a joint national session.

Findings: Challenges of the strategic purchasing were classified in the form of 9 original code under the concepts of financial problems, problems related to service providers, lack of rules and supervision, staffing problems, infrastructure problems, problems related to inter-sectoral and cultural communication, problems related to the insurance package, problems related to payment systems, weakness in policy-making. The main challenges were divided into 44 sub-codes.

Conclusion: Improving the strategic purchasing in Iran requires an integrated approach, taking into account all the factors affecting it. There are effective measure to successfully implement the purchasing strategic plan which include revision of some policies, amendment and codification of the needed rules, solving infrastructural problems, providing suitable resources (human and financial), proper review of the insurance package, strengthening inter- and intra-sectorial communications, use of prospective payment systems, resolving internal problems of insurance organization.

Keywords: Strategic purchasing - Iranian health insurance organization- best fit framework synthesis- inactive purchasing



Kerman University Of Medical Sinces

School of Manegment and Medical Informatics

In Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree

Master Of Sinces

MSc

Title:

**Determining the challenges of strategic purchasing in Iranian Health
Insurance organization and providing solutions**

By:

Ali Reza Kalantari

Supervisor:

Dr. Reza Dehnavieh

Advisors:

Dr. Mohammad Jafari Sirizi

Dr. Mohammad Hossein Mehrolhassani

2015-2016