

طراحی فرآیند تدوین و بازنگری بسته خدمات پایه سلامت ایران: یک مطالعه ترکیبی

محمدجواد کبیر^۱، علیرضا حیدری^{۱*}، ناهید جعفری^۱، زهرا خطیرنامی^۲، محمدرضا هنرور^۱، ناصر بهنام‌پور^۱

۱- دکترای تخصصی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۲- کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

*نویسنده رابط: alirezaheidari7@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: استفاده یک روش مناسب برای اولویت بندی و چگونگی تدوین بسته خدمات پایه سلامت یک چالش جدی می‌باشد. این پژوهش با هدف طراحی فرآیند تدوین بسته خدمات پایه سلامت در ایران انجام شد.

روش کار: یک مطالعه ترکیبی از روش‌های کمی و کیفی انجام شد. بخش کیفی با استفاده از طریق ۲۵ مصاحبه عمیق فردی و ۲ جلسه بحث گروهی متمرکز با صاحب‌نظران وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر و سازمان برنامه و بودجه انجام شد و بخش کمی، مطالعه‌ای توصیفی و مقطعی با ۲۷۷ نفر از صاحب‌نظران و بوسیله پرسشنامه‌ای که روایی و پایایی آن تایید شده بود، انجام گردید. بخش کیفی با رویکرد تحلیل محتوا و بخش کمی با استفاده از نرم‌افزار SPSS23 تحلیل شد.

نتایج: مراحل فرآیند تدوین بسته خدمات پایه سلامت شامل ۴ مرحله تبیین لیست خدمات موجود در بسته خدمات پایه سلامت، استخراج معیارهای ورود خدمات به بسته خدمات، اولویت بندی معیارهای ورود خدمات به بسته، مقایسه خدمات با معیارهای اولویت‌دار می‌باشد. در پایان مرحله اولویت بندی، معیارهای بار بیماری‌ها، گروه‌های هدف و نیاز جامعه دارای بیشترین میانگین و به عنوان مهمترین معیارها شناخته شدند.

نتیجه‌گیری: فرآیند طراحی شده در این مطالعه، شواهد علمی مورد نیاز را با تاکید بر ورود و تداوم خدماتی که دارای اولویت بالاتری می‌باشند و حذف خدماتی که در معیارها از اولویت کمتری برخوردار می‌باشند، در اختیار سیاستگذاران قرار می‌دهد. واژگان کلیدی: اولویت‌بندی، بسته خدمات پایه سلامت، مطالعه ترکیبی

مقدمه

نظام‌های سلامت می‌باشد (۴). پوشش همگانی سلامت بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت عبارت است از دسترسی به مداخلات اصلی سلامت شامل ارتقا، پیشگیری، درمان و توانبخشی در سطحی از هزینه که افراد توان پرداخت آن را داشته باشند. پوشش همگانی سلامت سه جنبه هزینه خدمات سلامت، پوشش انواع خدمات، و افراد تحت پوشش خدمات

سلامت در اعلامیه جهانی حقوق بشر و در اعلامیه حقوق بیماران سازمان جهانی بهداشت به عنوان یک حق شناخته شده است (۱) و دولت‌ها موظف به تأمین آن‌ها به طور برابر و با رعایت عدالت می‌باشد (۲،۳). بر اساس توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت، یکی از اصول مقابله با بی‌عدالتی در سلامت، برقراری پوشش همگانی سلامت در

سلامت را در بر می گیرد (۵). تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین سیاستگذاران کشورهای مختلف در اجرای استراتژی ابعاد جمعیتی و هزینه‌ای وجود ندارد زیرا محرومیت از دسترسی بیماران به خدمات بهداشتی درمانی و تعیین تعرفه‌های واقعی یا بالاتر برای خدمات بهداشتی درمانی با اصول اساسی پوشش همگانی مغایرت دارد که در نهایت منجر به چالش‌های اخلاقی در اجرای سیاست‌ها می‌شود. بنابراین، بیشترین تنوع بین کشورها را می‌توان که در خدمات سلامتی که باید تحت پوشش قرار گیرند، مشاهده نمود (۶). از آنجا که حتی کشورهای با درآمد بالا هم نمی‌توانند همه خدمات را برای همه مردم فراهم نمایند، بسته خدمات پایه سلامت یک استراتژی اصلی در ارایه خدمات سلامت می‌باشد (۷،۸). بسته خدمات پایه سلامت به عنوان حداقل مجموعه خدمات بهداشتی و درمانی ضروری تعریف شده است که همه مردم برای دسترسی تضمین شده به آن‌ها نیاز دارند. خدمات ضروری آن دسته از خدمات بهداشتی و درمانی هستند که حداکثر افزایش وضعیت سلامت در سطح ملی را برای هزینه‌های خرج شده فراهم می‌کنند. یا به تعریف دیگر، خدمات ضروری آن دسته از خدمات هستند که در صورت ارائه نشدن، بیشترین تأثیر منفی را بر وضعیت سلامتی جامعه خواهند گذاشت (۹).

تدوین بسته پایه خدمت در کشور ایران یک الزام سیاسی و قانونی نیز می‌باشد چنانچه در ماده ۳۸ برنامه پنجم توسعه اجتماعی اقتصادی کشور به عنوان مهم‌ترین سند بالادستی به طور صریح به توسعه کمی و کیفی بیمه سلامت نگر جهت دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت اشاره شده است و به موجب بند ج همین ماده بر تعریف بسته پایه خدمت برای عموم افراد کشور متناسب با نظام ارجاع و پزشک خانواده تأکید کرده است (۱۰). علاوه بر این در بند ۹ سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه سلامت به تدوین بسته خدمات بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه به صراحت اشاره شده است (۱۱). در ایران، بسته‌های

بیمه‌ای کشور است (۱۲).

اگرچه برخی کشورها در ایجاد و اجرای روش‌های مبتنی بر شواهد برای تدوین بسته‌های خدمات سلامت پیشرو بوده‌اند و تجربه ایالت اورگان آمریکا، هلند، نیوزیلند، سوئد و بریتانیا حاکی از استفاده از شاخص‌های شفاف برای تنظیم اولویت‌ها در خدمات سلامت می‌باشد (۱۳) ولی کماکان استفاده یک روش مناسب برای اولویت بندی و چگونگی تدوین بسته خدمات بیمه پایه سلامت در بسیاری از کشورها به عنوان یک چالش مطرح می‌باشد (۱۴). در این راستا سیاستگذاران باید معیارهایی داشته باشند که بر اساس آن در مورد انتخاب مداخلات تصمیم بگیرند و نسبت به اهمیت یک معیار نسبت به معیار دیگر آگاه باشند. همچنین باید در مورد عوامل مؤثر در انتخاب خدمات بسته، توافق وجود داشته باشد. این در حالی است که توافق اندکی در مورد اینکه چه خدماتی باید در بسته خدمات پایه سلامت گنجانده شود، وجود دارد (۱۵).

روش فعلی تدوین بسته خدمات سلامت در ایران، روش مبتنی بر شواهد نیست و در آن اولویت بندی به معنای واقعی وجود ندارد در ضمن در این روش نمی‌توان از ایجاد ورود

تدوین بسته پایه خدمت در کشور ایران یک الزام سیاسی و قانونی نیز می‌باشد چنانچه در ماده ۳۸ برنامه پنجم توسعه اجتماعی اقتصادی کشور به عنوان مهم‌ترین سند بالادستی به طور صریح به توسعه کمی و کیفی بیمه سلامت نگر جهت دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت اشاره شده است و به موجب بند ج همین ماده بر تعریف بسته پایه خدمت برای عموم افراد کشور متناسب با نظام ارجاع و پزشک خانواده تأکید کرده است (۱۰). علاوه بر این در بند ۹ سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه سلامت به تدوین بسته خدمات بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه به صراحت اشاره شده است (۱۱). در ایران، بسته‌های

برای مشارکت کنندگان، عنوان جلسه، اهداف، زمان و محل برگزاری جلسات بحث گروهی را اعلام نمود و پس از مراجعه آنها به محل، با ارائه توضیحاتی در مواردی از جمله ماهیت و اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن، اطلاعات لازم ارائه گردید. طی این جلسات، شرکت کنندگان آزادانه اظهار عقیده می کردند و هماهنگ کننده جلسه، بحث را متعادل کرده و هدایت می نمود و پویایی گروه مورد توجه قرار گرفت. بحث های گروهی تا رسیدن به سطح اشباع و اتفاق نظر روی مراحل و شیوه طراحی فرآیند ادامه یافت.

به منظور استخراج معیارهای ورود خدمات ضروری به بسته خدمات، اطلاعات مورد نیاز از طریق مصاحبه های عمیق نیمه ساختاریافته و با استفاده از راهنمای مصاحبه جمع آوری گردید. همه مصاحبه ها توسط نویسنده اول این مقاله انجام شد. جهت تعیین زمان انجام مصاحبه، پس از هماهنگی حضوری یا تماس تلفنی با افراد مدنظر، وقت ملاقات گرفته شد. مکان مصاحبه جایی انتخاب شد که مصاحبه کنندگان احساس راحتی کنند. پیش از شروع مصاحبه، هدف از انجام این پژوهش به طور کامل برای مشارکت کنندگان توضیح داده شد. حداقل و حداکثر مدت زمان انجام مطالعه ۲۵ و ۶۰ دقیقه بود. در هر دو روش بحث گروهی تمرکز و مصاحبه های فردی با کسب اجازه از مشارکت کنندگان و اطمینان دادن به آنها در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، بحث ها و مصاحبه ها ضبط و به صورت متنی پیاده سازی گردید. در حین انجام مصاحبه یادداشت برداری نیز انجام شد. داده های به دست آمده در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت و درستی نتایج با آنها کنترل شد. از آنجا که جهت دستیابی به صحت و پایایی داده ها در مطالعات کیفی از معیارهای موثق Lincoln و Guba استفاده می شود (۲۰-۱۸). برای دستیابی به این معیارها، از بازنگری مشارکت کنندگان جهت تایید صحت داده ها و کدها استفاده شد. برای تامین اعتماد داده ها در مطالعه حاضر کدهای اولیه و مثال هایی از چگونگی استخراج طبقات درون مایه ها و گویه هایی از متن مصاحبه ها برای هر یک از طبقات در اختیار ناظر خارجی قرار

خدمات غیر ضروری و تقاضای القایی و تعارض منافع از سوی ارائه دهندگان خدمات جلوگیری کرد (۱۶). علاوه براین، نبود رویکرد علمی و نظام مند سبب شده است که این بسته با توجه به سایر عوامل دخیل به شکلی غیر علمی و تنها بر اساس چانه زنی به مرور زمان شکل گیرد. بطوریکه بسته خدمات بر اساس منافع ارائه کنندگان خدمت، فشارهای سیاسی، خواست بیمه شده ها و منافع شرکت های دارویی و شرکت های تجهیزات پزشکی و محدودیت های مالی سازمان های بیمه ای تهیه می شوند این در حالی است که شواهد علمی نشان می دهد تدوین بسته خدمت می بایست بر اساس نیازسنجی مبتنی بر مشکلات سلامت مردم و خدماتی که بیشتر نقش پیشگیری دارند، شکل بگیرد (۱۷). بنابراین این مطالعه با هدف طراحی فرآیند تدوین بسته خدمات پایه سلامت انجام شد تا نتیجه حاصله بتواند یک راهنمای عملی و مبتنی بر شواهد بومی جهت تدوین دقیق تر بسته خدمات پایه سلامت باشد.

روش کار

یک مطالعه ترکیبی (کمی و کیفی) در سال ۱۳۹۳ انجام شد. بخش کیفی به منظور تبیین مراحل فرآیند تدوین بسته خدمات پایه سلامت و استخراج معیارهای ورود خدمات ضروری به بسته انجام شد. به منظور طراحی مراحل فرآیند تدوین بسته، از روش بحث گروهی متمرکز و جهت استخراج معیارهای ورود خدمات ضروری از روش مصاحبه های عمیق فردی استفاده شد. مشارکت کنندگان صاحب نظران وزارت بهداشت، سازمان بیمه سلامت و سازمان برنامه و بودجه بودند. جهت نمونه گیری از روش مبتنی بر هدف استفاده شد. ۲ جلسه بحث گروهی متمرکز و ۲۵ مصاحبه عمیق فردی انجام شد. دانش تخصصی افراد، تجربه افراد و آشنایی آنها با موضوع مطالعه، علاقه به مشارکت در پژوهش به عنوان ویژگی های مصاحبه شوندگان در نظر گرفته شد. به منظور انجام بحث گروهی، تیم پژوهش با تهیه و ارسال دعوتنامه ای

سلامت چیست؟ (از ۱۰-۰ به آن نمره دهید). روایی پرسشنامه با استفاده از آزمون‌های روایی همگرا و واگرا تایید شد و پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ، در کل و به تفکیک ابعاد بالاتر از ۰/۷ بدست آمد که قابل قبول تلقی گردید (۲۱). پرسشنامه‌ها از طریق ایمیل ارسال شده و به دلیل توزیع جمعیت شرکت‌کنندگان در کشور دوباره به همین روش بازگردانده شدند. برای پیگیری، سه یادآوری به صورت تلفن، ایمیل و سیستم پیام کوتاه اجرا شد. طیف پاسخگویی نظرات بصورت نمره‌گذاری از ۰ تا ۱۰ بوده است که نمره بالاتر نشان‌دهنده تاثیرگذاری بیشتر خواهد بود. پرسشنامه‌ها پس از تکمیل و جمع‌آوری، کدگذاری گردیده و برای گزارش آماره‌های توصیفی از نرم افزار آماری SPSS 23 استفاده شد.

اصول اخلاقی در بخش کیفی شامل گمنام بودن افراد و مسئولیت اجرایی آن‌ها در سازمان که امکان شناسایی آن‌ها را در گزارش نهایی فراهم می‌کند، حفظ احترام و رعایت حقوق و کسب اعتماد هر یک از شرکت‌کنندگان در پژوهش، تشریح هدف و ماهیت پژوهش برای شرکت‌کنندگان در پژوهش، اجازه از مصاحبه‌شوندگان جهت ضبط صدای‌شان، استفاده از عین کلمات افراد در تحلیل بدون کم و کاست بود. در بخش کمی نیز رضایت آگاهانه از افراد گرفته شد. شرکت‌کنندگان کاملاً آزاد بودند که در این مطالعه شرکت کنند و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت فردی و جداگانه منتشر نمی‌شوند.

نتایج

مراحل فرایند تدوین بسته خدمات پایه سلامت شامل ۴ مرحله می باشد:

۱- شناسایی عناوین خدمات موجود در بسته خدمات پایه سلامت

در اولین مرحله وضعیت موجود بسته خدمات پایه سلامت کشور بررسی گردید و خدمات، داروها و تجهیزات موجود در بسته احصاء می شود.

۲- استخراج معیارهای ورود خدمات به بسته خدمات

گرفت تا درک مشابه یا مغایر او با پژوهشگر بررسی شود. متن مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده به طور مستمر توسط تیم تحقیق مرور شد. موارد عدم توافق مورد بحث قرار گرفت و اصلاح گردید. مطالعه حاضر با مطالعات دیگر مقایسه شد و نتایج مشابهی که از این پژوهش با دیگر پژوهش‌ها حاصل شد نشان دهنده قابلیت انتقال داده‌ها بود. با استفاده از روش تحلیل محتوی داده‌های حاصل از بحث‌های گروهی متمرکز و مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با بهره گرفتن از آنالیز درون‌مایه ای تحلیل گردید.

در بخش کمی، مطالعه‌ای توصیفی و مقطعی به منظور اولویت بندی معیارهای ورود خدمات به بسته حاصله از مصاحبه‌ها انجام شد. صاحب نظرانی که دارای تجارب مدیریتی، اجرایی و تصمیم سازی در سیاستگذاری نظام سلامت در حوزه‌های مختلف از جمله بهداشت و درمان، سازمان‌های بیمه گر، معاونت راهبردی و برنامه ریزی ریاست جمهوری (سازمان مدیریت و برنامه ریزی) بودند و اشراف کلی بر چالش‌ها و راهکارهای نظام سلامت داشتند، از دانشگاه‌های گلستان و گیلان از شمال کشور، دانشگاه‌های بوشهر، شیراز و اهواز از جنوب کشور، دانشگاه‌های آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، همدان و اصفهان از غرب کشور، دانشگاه‌های یزد و قزوین از مرکز کشور و دانشگاه خراسان رضوی از شرق کشور به صورت در دسترس انتخاب گردیدند. جامعه آماری پژوهش شامل مدیران بهداشتی و درمانی ارشد، میانی و عملیاتی و اعضای هیات علمی بودند که ۲۸۵ نفر از آنان به طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و ۲۷۷ نفر به سؤالات پرسشنامه پاسخ دادند (میزان پاسخ‌دهی ۹۸/۵٪). ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای شامل دو بخش بود. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان (جنس، سن، سابقه کار، سطح تحصیلات و موقعیت سازمانی) بود. بخش دوم براساس معیارهای استخراج شده از بخش کیفی مطالعه بود و سؤال زیر را مطرح کرده بود که اهمیت معیارهای مورد استفاده در طراحی بسته خدمات پایه

مراحل فرایند تدوین بسته خدمات پایه سلامت در قالب نمودار ۱ ارائه گردیده است.

بحث

مراحل فرایند تدوین بسته خدمات پایه سلامت شامل ۴ مرحله می باشد.

اولین مرحله از فرایند تدوین بسته خدمات پایه سلامت، تبیین لیست خدمات موجود می باشد. با بررسی وضعیت موجود خدمات بسته پایه فعلی می توان متوجه وجود خدمات اضافه و نبود خدمات ضروری شد. بنابراین، بازنگری جهت اصلاح و بهبود بسته خدمات پایه کشور ضروری می باشد.

استخراج معیارهای ورود خدمات به بسته خدمات، دومین مرحله از فرایند تدوین بسته خدمات پایه سلامت می باشد. استخراج معیارهای ورود خدمات در چندین مطالعه مورد تأکید قرار گرفته است (۲۶-۲۲). هر چند که کشورهای پیشرفته در زمینه استفاده از این معیارها پیشرو هستند، اما استفاده چشم بسته از معیارهای این کشورها برای کشورهای در حال توسعه می تواند خطرناک باشد. کشورهای پیشرفته معمولاً از شیوه‌هایی استفاده می‌کنند و با مشکلاتی مواجه هستند که کاملاً متفاوت با این شیوه‌ها و مشکلات در کشورهای در حال توسعه است (۲۷). بنابراین باید معیارهای علمی و مبتنی بر شرایط کشور را در تدوین و بازنگری بسته خدمت به کار گرفت.

بعد از مشخص نمودن معیارهای تدوین بسته، بایستی اهمیت آنها در کشور معین شود. به عبارت دیگر بایستی مشخص نمود که با توجه به شرایط مختلف از جمله ویژگی‌های فرهنگی، اقتصادی، سیاسی، تجارب بین‌المللی و غیره رسیدن به چه معیارهایی از اهمیت بیشتری برخوردار است (۲۸). این اولویت بندی معیارها، سومین مرحله از فرایند تدوین بسته خدمات پایه سلامت می باشد. طبق یافته‌های پژوهش، معیار بار بیماری‌ها، دارای بیشترین اهمیت می‌باشد. در اوایل سال ۱۹۹۰، بانک جهانی از این معیار برای اندازه‌گیری بار اپیدمیولوژیک مرگ و میر استفاده کرد. تجزیه و تحلیل بار بیماری به

ثبات خدمات موجود در بسته و ورود خدمات جدید به بسته باید مبتنی بر معیارهای دقیق باشد. برای این منظور، در بخش کیفی، ۵۴ معیار به عنوان معیارهای ورود خدمات به بسته استخراج گردید (جدول ۱).

۳- اولویت بندی معیارهای ورود خدمات به بسته با توجه به تعدد معیارهای مطرح شده، باید مهمترین معیارهای ورود خدمات به بسته تعیین شود. بنابراین باید معیارهای استخراج شده اولویت بندی شوند. ۷۵/۴٪ شرکت کنندگان مرد و ۲۴/۶٪ زن بودند. متوسط سن خبرگان $5/7 \pm 44/7$ سال می باشد که ۵۵/۵٪ از آنان افراد ۴۴-۳۰ ساله بودند. متوسط سابقه کار این افراد $6/1 \pm 17/8$ سال که ۷۰/۷٪ از آنان سابقه کاری ۲۵-۱۴ سال داشتند. بیشترین فراوانی از نظر مدرک تحصیلی، پزشک عمومی با ۴۴/۴٪ و از نظر پست سازمانی، مدیر ارشد با ۳۹/۴٪ و مدیر میانی ۳۸/۲٪ بوده است. معیارهای بار بیماری‌ها (مجموع مرگ و از دست دادن سلامتی به دلیل بیماری‌ها، آسیب‌ها و عوامل خطر)، گروه-های هدف، نیاز جامعه، موربیدیتی (وضعیت بیماری یا عدم سلامتی)، مقابله با بیماری‌های واگیر، گذار اپیدمیولوژیک (تغییر الگوی مرگ و بیماری‌ها)، ریسک فاکتورهای مرتبط با بیماری‌ها، ساختار نظام ارائه خدمات، نیروی انسانی و اثربخشی به عنوان مهمترین معیارها شناخته شدند. در جدول ۱، اولویت‌بندی معیارهای ورود خدمات به بسته سلامت ارائه شده است.

۴- مقایسه خدمات با معیارهای اولویت دار در این مرحله خدمات موجود در بسته به ترتیب با معیارهای اولویت بندی شده تطبیق داده می شود و خدمات در صورت تطبیق با معیارها وارد بسته شده و در صورت عدم تطبیق از بسته خارج می شود. تطبیق خدمات با معیارها مبتنی بر شواهد علمی و در صورت عدم وجود شواهد اجماع متخصصان و صاحب نظران می باشد. بدیهی است ورود هر خدمت جدید به بسته نیز باید از این مکانیزم پیروی کند.

سیاست‌گذاران درگیر مداخلات هدفمند در مناطقی که دارای بار بیماری بالایی هستند کمک شایانی کرده است (۲۹). در مطالعه حیاتی و همکارانش (۳۰)، Jayansinghe و همکاران (۳۱) نیز بار بیماری‌ها بعنوان عاملی مهم در سیستم‌های بهداشتی و بسته خدمات پایه سلامت تعیین شده است. با این حال، برخی از افراد بر این باورند که بار بیماری فاقد پایه مفهومی برای اولویت‌بندی مداخلات بهداشتی است (۳۲). با این وجود، بسیاری از کشورهای در حال توسعه، مانند کانادا، هند، کنیا، تانزانیا، اوگاندا و اتیوپی، از بار بیماری برای اولویت‌بندی بسته‌های سلامتی استفاده می‌کنند (۳۳، ۳۴). گروه‌های هدف، یکی دیگر از معیارهای تدوین بسته بود. سؤال مورد بحث در تعریف بسته خدمات آن است که این بسته برای چه کسی است و به صورت گسترده‌تر، این بسته ممکن است برای چه کسی نباشد (۳۵). گروه‌های هدف بسته خدمات ممکن است شامل بخش‌هایی از جمعیت مانند فقرا، زنان باردار و کودکان یا آنهایی باشد که در مناطق جغرافیایی خاص زندگی می‌کنند، باشند. در چنین مواردی، هدف از ارایه بسته خدمات به گروه‌های خاص، به خاطر مزایا و منافع مربوط به کارایی و عدالت است که در فراهم آوردن دسترسی برای گروه‌هایی که سابقاً از دریافت خدمات محروم بودند، متصور است. در بعد مطالبات مردمی، نیاز جامعه دارای بیشترین اهمیت می‌باشد. بسیاری از کشورها مانند آلمان، شیلی، دانمارک، سوئد، بنگلادش و تانزانیا از نیازهای جامعه به عنوان معیار اصلی برای طراحی بسته خدمات پایه سلامت استفاده می‌کنند (۳۶-۳۹). اگرچه ممکن است افراد لزوماً به دنبال خدمات مورد نیاز خود نباشند که ممکن است به دلیل کمبود اطلاعات و آگاهی و عدم ارائه خدمات مورد نیاز باشد، اگر سیستم بهداشتی دقیقاً آنچه را که جامعه می‌خواهد مشخص نکند، ممکن است بسته خدمات پایه سلامت طراحی شده کمتر مورد استفاده قرار بگیرد یا فراموش شود (۴۰). ساختار نظام سلامت و نیروی انسانی موردنیاز نیز از معیارهای با اولویت بالا می‌باشند. بسته

خدمات سلامت، مجموع کالا و خدماتی است که در سه سطح ۱، ۲ و ۳ جهت پیشگیری، درمان و توانبخشی افراد توسط ارائه‌دهندگان ارائه می‌شود. وسعت این بسته در هر کشور با توجه به توان و تکنولوژی آن کشور متفاوت است. در حال حاضر، بسته خدمات سلامت در ایران به ۵ صورت در مراکز خدمات سلامت، به ویژه بیمارستان‌ها، به شرح زیر به بیماران ارائه و تامین مالی می‌گردد: بسته خدمات بیمه پایه سلامت، بسته خدمات تحول نظام سلامت، بسته خدمات بیمه تکمیلی، بسته خدمات حمایتی و سایر خدمات (۱۲). سیستم‌های بیمه درمانی اغلب در ساختار و دامنه بسیار متفاوت هستند، به ویژه در رابطه با ارائه مراقبت‌ها و ارتباط بین بیمار و پزشک. در کشورهای اروپای غربی، سیستم‌های بیمه درمانی معمولاً در با ارائه دهندگان دولتی و خصوصی قرارداد می‌بندند و مردم از انتخاب فردی ارائه دهندگان و دسترسی به خدمات بهره‌مند می‌شوند، گرچه برخی از کشورها سیستم‌های دروازه‌بانی را اجرا می‌کنند. در مقابل، در بسیاری از کشورهای در حال توسعه (مانند مصر، هند، ایران، اردن، ترکیه و تعدادی از کشورهای آمریکای لاتین)، بیمه‌ها مراقبت از بیمه شده را از طریق ارائه‌دهندگان خود تامین می‌کنند و انتخاب بیمه‌شده محدود شده است (۴۱). در مطالعه حیاتی و همکاران (۴۲) توجه به ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی به عنوان معیاری مهم در تدوین بسته خدمات سلامت مناسب تعیین شده است. اثربخشی نیز یکی دیگر از معیارهای دارای اولویت بالاتری می‌باشد. در مطالعات دیگر از جمله (۴۳-۴۵، ۳۰) نیز اثربخشی معیاری مهم در بسته خدمات سلامت تعیین شده است. به دلیل عدم کارایی و اثربخشی؛ حدود ۴۰-۲۰٪ از تمام هزینه‌های بخش سلامت هدر می‌رود که با استفاده عاقلانه‌تر از منابع (استفاده کارا و اثربخش) می‌توان بدون افزایش هزینه‌ها به سوی تحقق پوشش همگانی گام برداشت (۴۶). علیرغم اهمیت معیار هزینه و انتخاب آن در برخی از بسته‌های خدمات (۴۷، ۳۵)، این معیار نسبت به معیارهای مورد اشاره در اولویت بالایی قرار نگرفت. دلیل این امر می‌تواند این باشد که صاحب نظران به سطح اول

خود را برای تصمیم‌گیری در زمینه ورود و خروج خدمات بسته، در اختیار هیئت تأمین سلامت ملی قرار می‌دهد (۵۰).

نتیجه‌گیری

با توجه به این که هیچ روش منحصر به فردی برای شناسایی و اولویت‌بندی مداخلات بهداشتی وجود ندارد که بتواند برای همه کشورها و همه جوامع ایده‌آل باشد، انتخاب خدمات نیاز به مباحث صریح و روشن در مورد اصول و معیارهای مورد استفاده در تصمیم‌گیری دارد. فرآیند طراحی شده در این مطالعه، شواهد علمی مورد نیاز سیاست‌گذاران سلامت را جهت ثبات خدمات موجود در بسته فعلی خدمات، حذف خدمات غیرضروری از بسته و ورود خدمات جدید به بسته را فراهم نموده است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گلستان با کد ۳۵۶۱۹۱۱۲۲۷۹۳ تصویب رسید. از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان که اعتبارات مالی طرح تحقیقاتی (کد طرح: ۹۲۰۲۲۴۰۸) را تأمین نموده است و همچنین کلیه صاحب‌نظران شرکت‌کننده در این مطالعه سپاسگزاری می‌شود.

ارائه خدمت و معیارهای مربوط به خدمات پیشگیرانه توجه بیشتری مبذول داشتند. بطوریکه رویکردهای انسانی و ملاحظات اخلاقی نسبت به معیارهای اقتصادی ارزش بیشتری داشت.

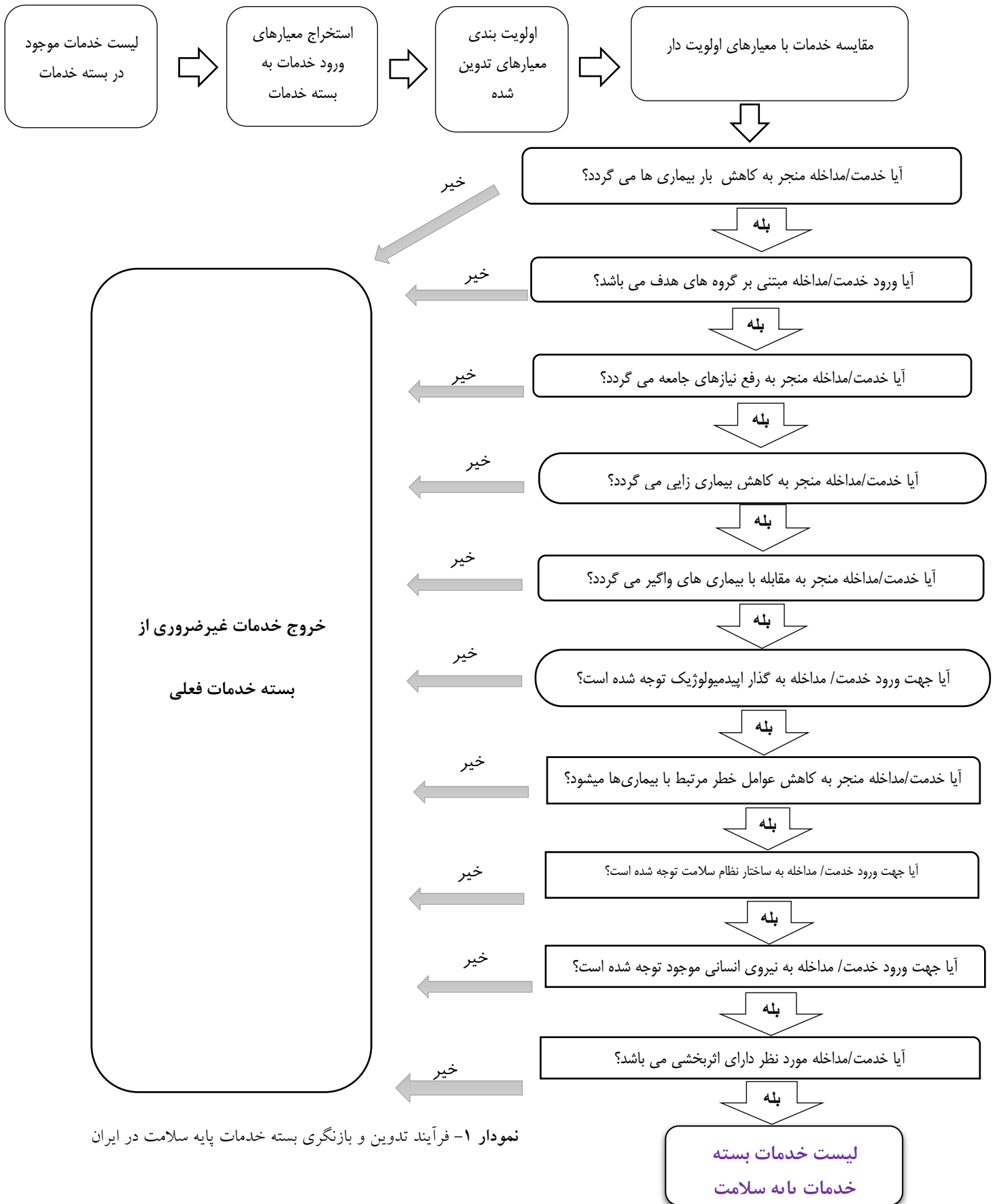
مقایسه خدمات با معیارهای اولویت دار و تعیین خدمات ضروری و خدمات فاقد اولویت چهارمین مرحله فرآیند تدوین بسته خدمات پایه سلامت می‌باشد. اصول کلیدی برای وارد کردن خدمات به بسته ضروری خدمات سلامت مبتنی بر یک مدل مراقبت بهداشتی اولیه با تاکید بر مداخلات مبتنی بر شواهد، یکپارچه‌سازی خدمات؛ استاندارد سازی پروتکل‌ها، راهبردها و رویه‌ها، گسترش تدریجی خدمات به سمت یک بسته جامع‌تر می‌باشد (۴۸). در این رابطه، توصیه کلیدی برای سیاست‌گذاران، جمع‌آوری و ترکیب داده‌ها درباره عوامل خطرزا، وضعیت‌های بیماری و مداخلات از میان مجموعه‌ای است که با بررسی پیمایشی در خانوارها و تسهیلات سلامت، بحث‌های گروهی و متمرکز و سایر روش‌های کیفی و همچنین مطالعات دانشگاهی به دست می‌آید، چرا که داده‌های تجمعی جهانی و ملی ممکن است منعکس‌کننده نیازهای سلامت محلی نباشند (۴۹). معمولاً تصمیم‌گیری در مورد خدمات بسته توسط گروهی با ترکیب کارشناسان خبره و به صورت مستقل صورت می‌گیرد. به عنوان مثال در تایلند کمیته بسته پایه، یکی از واحدهای زیر مجموعه هیئت تأمین سلامت ملی بوده و نظرات مشورتی

جدول ۱- رتبه‌بندی معیارهای موثر در مطالعه طراحی فرآیند تدوین و بازنگری بسته خدمات پایه سلامت ایران

رتبه معیار	میانگین نمره (۰-۱۰)	معیار
۱	۸/۲۴	بار بیماریها (مجموع مرگ و از دست دادن سلامتی به دلیل بیماری ها ، آسیب ها و عوامل خطر)
۲	۷/۹۲	گروه های هدف
۳	۷/۸۴	نیاز جامعه
۴	۷/۷۷	ایجاد موربیدیتی (وضعیت بیماری یا عدم سلامتی)
۵	۷/۶۹	مقابله با بیماری های واگیر
۶	۷/۶۷	گذار اپیدمیولوژیک (تغییر الگوی مرگ و بیمار ها)
۷	۷/۶	ریسک فاکتورهای مرتبط با بیماری‌ها
۸	۷/۵۶	ساختار نظام ارائه خدمت
۹	۷/۵۵	نیروی انسانی
۱۰	۷/۵۴	اثربخشی
۱۱	۷/۴۸	ایجاد مورتالیتی (وضعیت مرگ و میر)
۱۲	۷/۴۸	سطح بندی خدمات
۱۳	۷/۴۵	اولویت خدمات
۱۴	۷/۳۸	هزینه اثربخشی
۱۵	۷/۳۶	منابع مالی
۱۶	۷/۳۲	اولویتهای ملی
۱۷	۷/۲۶	نظارت و کنترل کافی
۱۸	۷/۲	توانمندی‌های نظام ارائه خدمت
۱۹	۷/۱۷	بهره مندی
۲۰	۷/۱۵	اولویت مناطق و روستاهای محروم
۲۱	۷/۱۲	سازماندهی منابع
۲۲	۷/۰۶	توان ارائه کنندگان خدمت
۲۳	۶/۹۶	تجهیزات و امکانات ارائه خدمت
۲۴	۶/۹۴	سیاست ها و قوانین کشور
۲۵	۶/۹۲	نحوه ارائه خدمت
۲۶	۶/۷۸	قدرت پرداخت مردم
۲۷	۶/۸۶	ادغام برنامه ها
۲۸	۶/۸۵	نظام پرداخت
۲۹	۶/۸۱	بار اقتصادی خدمت
۳۰	۶/۸۱	تحلیل هزینه
۳۱	۶/۷۸	هزینه خدمت
۳۲	۶/۷۷	عدالت افقی(افرادی که نیاز مشابه دارند و از نظر مالی سهم برابر در پرداخت دارند، به یک اندازه از خدمات سلامت برخوردار می شوند).
۳۳	۶/۷۱	هم‌صدایی و هم‌پیمانی سازمان های درگیر
۳۴	۶/۶۹	دسترسی جغرافیایی
۳۵	۶/۶۱	دموگرافیک

ادامه جدول ۱- رتبه‌بندی معیارهای موثر در مطالعه طراحی فرآیند تدوین و بازنگری بسته خدمات پایه سلامت ایران

رتبه معیار	میانگین نمره (۰-۱۰)	معیار
۳۶	۶/۵۶	عدالت عمودی (ارائه خدمت بیشتر به افرادی که نیاز بیشتری به خدمات بهداشتی درمانی دارند و پرداخت بیشتر توسط افرادی که توان مالی بیشتری دارند)
۳۷	۶/۵۱	تعرفه
۳۸	۶/۴۹	عوامل اجتماعی
۳۹	۶/۴۶	تواتر نیاز به هر خدمت
۴۰	۶/۴۵	پایش و نظارت بر چالش‌ها
۴۱	۶/۴۳	اولویت‌های بین‌المللی
۴۲	۶/۴۳	مطالبات مردمی
۴۳	۶/۳۵	رشد جمعیت
۴۴	۶/۲۲	انتظار مردم
۴۵	۵/۹۱	تناسب بین عوامل سیاستی و کارشناسی و فنی
۴۶	۵/۸۵	عوامل فرهنگی
۴۷	۵/۸۱	الگوی زندگی در سطح استانی، قومی و ملی
۴۸	۵/۸	رایگان بودن خدمات
۴۹	۵/۷۸	تولید دانش مربوطه
۵۰	۵/۶۳	موقعیت فرهنگی
۵۱	۵/۵۸	انباشت اعتبارات
۵۲	۴/۸۴	مهاجرت
۵۳	۴/۷۷	فشارهای سیاسی
۵۴	۴/۳۷	فشارهای تبلیغاتی



نمودار ۱- فرآیند تدوین و بازنگری بسته خدمات پایه سلامت در ایران

References

1. Hayes JA. Health care as a natural right. *Med Law* 1992;11(5-6):405-16.
2. Babazadeh Gashti A, Jafari N, Kabir MJ, Heidari A, Behnampour N, Honarvar M R, et al. Assessing Rural Family Physicians Performance According to Healthcare Managers, Family Physicians, and Patients in Golestan Province, Iran. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2016; 25:23-32. [Persian]
3. Damari B, Heidari A, Bonab MR, Moghadam AV. Designing a toolkit for the assessment of Health in All Policies at a national scale in Iran. *Health Promotion Perspectives*. 2020;10(3):244. [Persian]
4. Damari B, Vosoogh Moghaddam A. Social Health Service Packages, A Model for Urban Health System Interventions. *Payesh*. 2013;12(3): 297-304. [Persian]
5. Fried ST, Khurshid A, Tarlton D, Webb D, Gloss S, Paz C, et al. Universal health coverage: necessary but not sufficient. *Reprod Health Matters*. 2013; 21: 50-60.
6. Nouhi M, Naderi M, Olyaeemanesh AR. The Revision of the Health Benefits Package in current literature: A Concept Clarification. *Evidence Based Health Policy, Management & Economics*. 2017; 1(4): 253-60. [Persian]
7. Pisani E, Kok MO, Nugroho K. Indonesia's road to universal health coverage: a political Journey. *Health Policy Plan*. 2017; 32:267-76
8. Glassman A, Giedion U, Sakuma Y, Smith PC. Defining a health benefits package: what are the necessary processes? *Health Systems & Reform*. 2016; 2:39-50.
9. A Basic Health Services Package for Iraq, Ministry of Health. January 2009.
10. The Islamic Republic of Iran's Fifth Five-Year Development Plan (2011-2015). [Persian]
11. policies Annouced By leader of Islamic Republic of iran in the Field of Health. 2014. Available in <http://official.sums.ac.ir/>.
12. Mohamadi E, Olyaeemanesh A, Rashidian A, Hasanzadeh A. Policy Analysis, Problem Identification and Proposing Policy Options for Health Insurance Benefit Package in Iran. *Hakim Health Systems research journal*. 2018;21(3):153-72. [Persian]
13. Sabik LM, Lie RK. Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. *Int J Equity Health*. 2008; 7(4):1-13.
14. Dehnavieh R, Rashidian A, Maleki M, Tabibi S, Ibrahimipour H, Noori Hekmat S. Criteria for Priority-setting in Iran Basic Health Insurance Package: Exploring the Perceptions of Health Insurance Experts. *HealthMED*. 2011; 5: 1542-1548. [Persian]
15. Wong H, Bitran R, Shepard DS, Thompson MS. Designing a benefits package: cost-effectiveness analysis in health: first principles. 1st Edition, The World Bank: Washington DC, 1999.
16. Shadpour K. Health system reform in Iran. *Hakim*. 2007;9(3):40. [Persian]
17. Maleki M-R IH, Karimi I, Gohari M-R. . Challenges of sustainability public Insurance in Iran. *Quarterly of payesh*. 2010;9(2). [Persian]
18. Damari B, Hajebi A, Bolhari J, Heidari A. Developing a package for the provision of spiritual services in healthcare centres in Iran, *Mental Health. Religion & Culture*. 2021; 24(1): 37-51. [Persian]

19. Etemad K, Heidari A, Panahi MH, Lotfi M, Fallah F, Sadeghi S. Challenges of Access to Data of Ministry of Health from the Perspective of Policy-makers, Producers, and Consumers of Data: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2017; 13 (3): 174-182. [Persian]
20. Damari B, Hajebi A, Bolhari J, Heidari A. Developing a Training Course for Spiritual Counselors in Health Care: Evidence from Iran. *Indian J Palliat Care*. 2018; 24(2):145–149
21. Kabir MJ, Heidari A, Jafari N, Khatirnamani Z, Honarvar M R. Dimensions and Components for Designing the Basic Health Services Package in Iran: Exploratory and Confirmatory Factor Analyses. *Payesh*. 2020; 19 (5) :511-522. [Persian]
22. Greßa,S. Niebuhra,D. Criteria and Procedures for Determining Benefit Packages in Health Care A Comparative Perspective. *Health Policy*. 2005; 73: 78–91.
23. Youngkong S, Baltussen R, Tantivess S, Mohara A, Teerawattananon Y. Multicriteria decision analysis for including health interventions in the universal health coverage benefit package in Thailand. *Value in health*. 2012;15(6):961-70.
24. Bernfort L. Decisions on inclusion in the Swedish basic health care package—roles of cost-effectiveness and need. *Health Care Analysis*. 2003;11(4):301.
25. Makundi,E ,Kapiriri,L and Norheim,O. Combining Evidence and Values in Priority Setting: Testing the Balance Sheet Method in a Low-income Country. *BMC Health Services Research*. 2007, 7:152.
26. Kapiriri, L. Norheim, O. Criteria for Priority Setting in Health Care in Uganda: Exploration of Stakeholders' Values. *Bull World Health Organ*. 2004, 82:172–179.
27. Kapiriri,L· Douglas, K. Martin. A Strategy to Improve Priority Setting in Developing Countries. *Health Care Anal*. 2007: 15:159–167.
28. Rosen, S. Sanne, I. Collier, A. Simon, J.L Rationing Antiretroviral Therapy for HIV/AIDS in Africa: Choices and consequences. *PLoS Med*. 2005: 2(11): e303.
29. Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. *Cost Eff Resour Alloc*. 2006 Aug 21;4:14. doi: 10.1186/1478-7547-4-14. PMID: 16923181.
30. Hayati R, Bastani P, Kabir MJ, Kavosi Z, Sobhani G. Scoping literature review on the basic health benefit package and its determinant criteria. *Globalization and health*. 2018;14(1):26.
31. Jayasinghe KS, De Silva D, Mendis N, Lie RK. Ethics of resource allocation in developing countries: the case of Sri Lanka. *Social science & medicine*. 1998;47(10):1619-25.
32. Oxman AD, Schunemann HJ, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 2. Priority setting. *Health Res Policy Sys*. 2006; 4(14).
33. Kapiriri L, Norheim OF, Heggenhougen K. Using burden of disease information for health planning in developing countries: the experience from Uganda. *Social science & medicine*. 2003;56(12):2433-2441.
34. Mobinizadeh M, Raeissi P, Nasiripour AA, Olyaeemanesh A, Tabibi SJ. A model for priority setting of health technology assessment: the experience of AHP-TOPSIS combination approach. *Daru*. 2016 Apr 11;24:10.

35. Moccero D. Delivering cost-efficient public services in health care, education and housing in Chile. 2008. Available from: <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED503922.pdf>
36. Schreyogg J, Stargardt T, Velasco-Garrido M, Busse R. Defining the "health benefit basket" in nine European countries. *The European Journal of Health Economics*. 2005;6(1):2-10.
37. Bernfort L. Decisions on inclusion in the Swedish basic health care package—roles of cost-effectiveness and need. *Health Care Analysis*. 2003;11(4):301-8.
38. Ensor T, Dave-Sen P, Ali L, Hossain A, Begum SA, Moral H. Do essential service packages benefit the poor? Preliminary evidence from Bangladesh. *Health Policy and Planning*. 2002;17(3):247-56.
39. United Republic of Tanzania MoH. National Package of Essential Health Interventions in Tanzania. URT Dar Es Salaam; 2000.
40. Kabir MJ, Heidari A, Jafari N, Honarvar MR, Behnampour N, Mirkarim S-K. Developing basic health services packages: Defining a prioritization of effectiveness criteria. *International Journal of Healthcare Management*. 2019:1-6.
41. Heydari S, Seyed-Nezhad M, Moradi-Joo M. The role of health technology assessment in determining the benefits package: a review. *Iranian Journal of Health Insurance*. 2019 Feb 10;1(4):111-6. [Persian]
42. Hayati R, Kabir MJ, Kavosi Z, Bastani P, Sobhani G, Javadinasab H. Legal and policy requirements of basic health insurance package to achieve universal health coverage in a developing country. *BMC Res Notes*. 2019; 12(575). <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4618-0>.
43. Schreyogg J, Stargardt T, Velasco-Garrido M, Busse R. Defining the "Health Benefit Basket" in nine European countries. Evidence from the European Union Health BASKET Project. *Eur J Health Econ*. 2005 Dec;Suppl(Suppl 1):2-10. doi: 10.1007/s10198-005-0312-3. PMID: 16270212.
44. Niessen LW, Grijseels EW, Rutten FF. The evidence-based approach in health policy and health care delivery. *Soc Sci Med*. 2000;51(6):859-69.
45. Claridge JA, Fabian TC. History and Development of evidence-based medicine. *World J Surg*. 2005;29(5):547-53.
46. Yousefi Nezhad V, Izadbakhsh H, Ghanbar Tehrani N, Ataeipoor S. Simulating the financial health system of Health insurance with System dynamics approach. *Hakim Health Sys Res*. 2016; 18(4): 306- 315.
47. Frenk J, Gonzalez-Pier E , Gomez-Dantes O , Lezana M A, Knaul F M . Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *Lancet*. 2006; 368: 1524-34.
48. Essential Package of Health Services, Primary Care: The Community Health System, Phase One, Ministry of Health & Social Welfare Republic of Liberia Monrovia. June 2011.
49. World Health Organization, World Health Organization Report 2000. Ebne Sinaye Bozorg Publications, Tehran 2006.
50. Saghā Abolfazl SF, Emamgholipour S, Yaseri M, Arab M. Comparison of refugees inpatient costs before and after implementation of basic health insurance in university hospitals of Tehran province during 2013 -2017. *Iran J Health Insur*. 2019;2(3):142-150. [Persian]

Designing a Process for Developing and Revising a Basic Health Services Package in Iran: A Mixed Methods Study

Mohammad Javad Kabir¹, Alireza Heidari^{1*}, Nahid Jafari¹, Zahra Khatirnamani², Mohammad Reza Honarvar¹, Naser Behnampour¹

1- Ph.D. Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

2- MSc. Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

* Corresponding Author: alirezaheidari7@gmail.com

Received: May 10, 2022

Accepted: Jan 22, 2022

ABSTRACT

Background and Aim: Using a proper method to prioritize and develop a basic health services package is a serious challenge. This study was conducted to design a process for developing and revising a basic health services package in Iran.

Materials and Methods: A combined study of quantitative and qualitative methods was used in this study. The qualitative part was conducted through holding 25 in-depth individual interviews and two focus group discussions with experts from the Ministry of Health and Medical Education, Program and Budget Organization and insurance organizations, while the quantitative part was a descriptive cross-sectional study including 277 experts using a valid and reliable questionnaire. Data analysis of the qualitative and quantitative parts was done using a content analysis and the SPSS-23 software, respectively.

Results: The process of developing a basic health services package includes 4 steps, namely, explaining the list of services in the basic health services package, extracting the criteria for including services in the service package, prioritizing the criteria for including services in the package, and comparing services with priority criteria. In the prioritization stage, disease burden criteria, target groups and community needs were found to have the highest means and recognized as the most important criteria.

Conclusion: The process designed in this study for developing and revising a basic health services package provides policymakers with the required scientific evidence by emphasizing the introduction and continuity of services that have higher priorities and the elimination of services that have lower priorities.

Keywords: Priority Setting, Basic Health Service Package, Combined Study

Copyright © 2022 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.