

ابعاد و مؤلفه‌های مؤثر در طراحی بسته خدمات پایه سلامت در ایران: رویکرد تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی

محمدجواد کبیر^۱، علیرضا حیدری^{۱*}، ناهید جعفری^۱، زهرا خطیر نامنی^۱، محمدرضا هنرور^۱، ناصر بهنام پور^۱

۱. مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

نشریه پایش

سال نوزدهم، شماره پنجم، مهر - آبان ۱۳۹۹ صص ۵۲۲-۵۱۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۶/۱۰

[نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۲۸ مهر ۹۹]

چکیده

مقدمه: بسته خدمات پایه سلامت حداقل مجموعه خدمات بهداشتی و درمانی ضروری است که همه مردم باید به آن دسترسی داشته باشند؛ ولی درباره خدمات گنجانده شده در یک بسته و یا خدماتی که باید در آن گنجانده شود، اجماعی وجود ندارد. این مطالعه با هدف شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های مؤثر در طراحی بسته خدمات پایه سلامت در ایران انجام شد.

مواد و روش کار: یک مطالعه ترکیبی انجام شد. در بخش کیفی، ۲۵ مصاحبه عمیق فردی با صاحب‌نظران وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه گر و سازمان برنامه و بودجه انجام شد و داده‌ها با روش تحلیل محتوا مورد بررسی قرار گرفتند. در بخش کمی ۲۸۵ نفر از مدیران و اعضای هیات علمی وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر و ۱۲ دانشگاه علوم پزشکی در مطالعه شرکت کردند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای در دو بخش، شامل مشخصات دموگرافیک و ارزیابی ۵۸ معیار، جمع‌آوری و از نرم‌افزارهای SPSS.23 و Smart-3.2.8 پل‌س جهت تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده شد.

یافته‌ها: ۸ بعد در اولویت بودن برای سلامت، ساختار و ظرفیت نظام ارائه خدمت، مطالبات مردمی، هزینه اثربخشی، بهره‌مندی، منابع مالی، مقبولیت اجتماعی خدمت و تعهدات و مطالبات حاکمیت جهت طراحی بسته خدمات پایه سلامت شناسایی شدند که ۵۷ مؤلفه با بار عاملی قابل قبول در زیر این ۸ عامل قرار گرفتند. با توجه به شاخص نیکویی برازش در تحلیل عاملی، عملکرد کلی مدل پژوهش در حد مطلوب بود ($GOF = 0/8$).

نتیجه‌گیری: قرار دادن خدمات سلامت‌نگر و پیشگیری‌کننده در بسته خدمات به جهت ترغیب جمعیت تحت پوشش به استفاده از خدمات و ارتقای سطح سلامت در کشور، ایجاد گروه نظارت بر اجرای بیمه سلامت و ارزیابی آن جهت دسترسی بهتر و مناسب به هدف کلی یعنی پوشش همگانی و تدوین بسته‌ای جامع به نحوی که همه افراد تمایل داشته و رضایت به استفاده از خدمات داشته باشند، در طراحی بسته خدمات پایه سلامت حائز اهمیت است.

کلیدواژه: بسته خدمات پایه سلامت، تحلیل عاملی اکتشافی، تحلیل عاملی تأییدی، مطالعه ترکیبی

* نویسنده پاسخگو: استان گلستان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی
E-mail: alirezaheidari7@gmail.com

مقدمه

سلامت از حقوق اولیه هر یک از افراد جامعه است که دولت موظف به تأمین آن‌ها بطور برابر و با رعایت عدالت است [۱] و هدف پوشش همگانی سلامت، دسترسی مردم به خدمات سلامت مورد نیاز است، بطوریکه به واسطه دریافت خدمات دچار مشکلات مالی و فقر نشوند. برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت، باید مشخص شود چه خدماتی، برای چه کسی و با چه قیمتی باید ارائه شود. شواهد نشان می‌دهد که در رابطه با اینکه چه خدمتی باید تحت پوشش قرار گیرد، کشورهای غنی نیز نمی‌توانند همه خدمات را برای همه مردم فراهم نمایند و باید از بسته خدمات پایه سلامت استفاده نمایند [۲-۳].

بسته خدمات پایه سلامت با کنترل هزینه‌های بهداشتی، تضمین کیفیت خدمات و اولویت‌بندی سیاست‌های بهداشتی، یکی از عوامل مهم در اجرای پوشش همگانی سلامت است [۴]. 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 [۵] و یکی از راهبردهای کلیدی برای بهبود اثربخشی سیستم‌های بهداشتی و توزیع عادلانه منابع است. بسته پایه خدمات به منظور بهبود سلامت عمومی، طراحی مجدد منطقی از سیستم مراقبت‌های بهداشتی، مسئولیت شخصی، کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، ایجاد نوآوری، امنیت در جامعه و پشتیبانی اجتماعی، در دسترس بودن و مبتنی بر شواهد بودن و به طور خلاصه بازتاب ارزش‌های سازمانی طراحی می‌شود [۶-۷].

به رغم اهمیت بسته خدمات پایه سلامت به طور مشخص تعریف نشده‌اند و اجماع کاملی درباره خدمات گنجانده شده در یک بسته و یا خدماتی که باید گنجانده شود، وجود ندارد و برخی از خدمات ضروری خارج از تعهدات سازمان‌های بیمه‌ای هستند [۸]. اگرچه روش‌های متعددی برای تدوین بسته‌های خدمات پایه سلامت وجود دارد، ولی این روش‌ها معمولاً به تنهایی کفایت لازم را نداشته و بیشتر کشورها ترکیبی از روش‌ها را به کار می‌برند. ترکیب روش‌ها براساس شرایط هر کشور متفاوت بوده و هر کشور باید روش ویژه خود را بر اساس شرایط زمانی و سیستم سلامتی، بودجه‌ای و فنی اتخاذ نماید [۹]. با توجه به پویایی سیستم بهداشت و درمان، تغییر بار بیماری، ورود تجهیزات و داروهای جدید به بازار بهداشت و منابع محدود، لازم است در بسته خدمات پایه سلامت بازنگری و تجدید نظر شود. اگرچه ماده ۱۰ قانون بیمه عمومی در ایران به لزوم

تعیین حداقل دامنه و سطح خدمات پزشکی و دارویی اشاره دارد، اما در عمل هیچ معیار مشخصی برای بررسی بسته خدمات پایه سلامت وجود ندارد. اسناد نشان می‌دهد که تعداد خدمات بیمه‌ای افزایش یافته است و هیچ روشی برای بررسی خروج خدمات از بسته خدمات پایه سلامت وجود ندارد. اگر بسته خدمات پایه سلامت اصلاح نشود، خدمات به دلیل تغییر بار بیماری و پیشرفت فناوری به مرور زمان، کارایی خود را از دست می‌دهند. همچنین می‌تواند منجر به افزایش هزینه‌های جیب و فاجعه‌بار شود [۱۰]. 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 [۱۱]. بسته طراحی شده براساس معیارهای علمی می‌تواند به لحاظ سیاسی قابل قبول‌تر باشد، ارزش علمی و بومی بالاتر و با اجماع بیشتر براساس شواهد مورد قضاوت قرار گیرد. با شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های مؤثر در طراحی بسته خدمات پایه سلامت و به کارگیری آن در انتخاب خدمات، خدماتی که واقعا مورد نیاز هستند، در بسته خدمات پایه سلامت گنجانده شده و خدمات غیرضروری حذف خواهند شد. بنابراین، این مطالعه با هدف شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های مؤثر در طراحی بسته خدمات پایه سلامت در ایران انجام شد.

مواد و روش کار

یک مطالعه ترکیبی در دو بخش کمی و کیفی انجام گردید. در بخش کیفی، مطالعه‌ای به شیوه تحلیل محتوای استقرایی اجرا شد که جامعه پژوهش، شامل صاحب‌نظران وزارت بهداشت، سازمان بیمه سلامت و سازمان برنامه و بودجه بودند. در مطالعه کیفی، از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف که یکی از انواع نمونه‌گیری غیر احتمالی است، استفاده شد. به دلیل تکرار اطلاعات قبلی یا به عبارت دیگر تکرار درون مایه به حجم نمونه به تعداد ۲۵ نفر بسنده گردید. دانش تخصصی افراد، تجربه افراد و آشنایی آن‌ها با موضوع مطالعه و علاقه به مشارکت در پژوهش به عنوان ویژگی‌های مصاحبه‌شوندگان در نظر گرفته شد. پس از تعیین ویژگی‌های مصاحبه‌شوندگان و شناسایی افراد دارای این ویژگی‌ها، مصاحبه‌ها آغاز شدند. مصاحبه

با توجه به تعداد ۸ عامل استخراج شده، با در نظر گرفتن ۱۰ نمونه برای هر عامل، ۸۵ نفر برای تحلیل عاملی تاییدی بکار گرفته شده اند. در کل ۲۸۵ نمونه انتخاب شدند که ۲۷۷ نفر به سؤالات پاسخ دادند (میزان پاسخ‌دهی: ۹۸/۵ درصد). ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه ای شامل دو بخش بود. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان (جنس، سن، سابقه کار، سطح تحصیلات و سطح 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 جامع خدمات پایه سلامت (۵۸ معیار) چیست؟ (از ۱۰-۰ به آن نمره دهید). پرسشنامه‌ها از طریق ایمیل ارسال شد و به دلیل توزیع جمعیت شرکت کنندگان در کشور دوباره به همین روش بازگردانده شدند. برای پیگیری، سه یادآوری به صورت تلفن، ایمیل و سیستم پیام کوتاه اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از شاخص‌های فراوانی، درصد و در سطح آمار استنباطی از آزمون T تک متغیره و کاربست نرم افزار SPSS23 و Smart-3.2.8 pls متضمن انجام تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی استفاده شد. برای کفایت حجم نمونه در تحلیل اکتشافی، مقیاس کایزر-مایر-الکین (KMO) و برای مناسب بودن داده‌ها آزمون کرویت بارتلت به کار گرفته شد. شاخص KMO مشخص می‌کند که آیا تحلیل عاملی بر روی داده‌های جمع‌آوری شده قابل اجرا می‌باشد یا خیر. KMO شدت همبستگی‌های متقابل بین سوال‌ها یا متغیرها را بررسی می‌کند. چنانچه تعداد همبستگی‌های بالاتر از ۰/۳ کم باشد، تحلیل عاملی مناسب نخواهد بود. این شاخص در دامنه صفر تا یک قرار دارد اگر مقدار شاخص نزدیک به یک باشد، داده‌های مورد نظر برای تحلیل عاملی مناسب هستند. دومین آزمون تاییدی که می‌بایست قبل از اجرای دستور تحلیل عاملی به کار گرفته شود، آزمون کرویت بارتلت است. یکی از مفروضه‌های اساسی در تحلیل عاملی این است که بین متغیرها باید همبستگی وجود داشته باشد. اگر متغیرها مستقل از یکدیگر باشند به کارگیری مدل تحلیل عاملی مناسب نیست. اگر فرض صفر در آزمون کرویت بارتلت رد شود، اجرای تحلیل عاملی مورد تایید است. برای چرخش عاملی از روش واریماکس استفاده شد. از بین مجموعه روش‌های چرخش معروف‌ترین و پرکاربردترین روش، چرخش واریماکس می‌باشد. در چرخش واریماکس استقلال بین عامل‌های ریاضی حفظ می‌شود (چرخش متعامد).

در زمانی نسبتاً کوتاه (حداکثر زمان مصاحبه ۶۰ دقیقه)، هنگامی صورت گرفت که برای مصاحبه‌شوندگان راحت بوده و دغدغه فکری کمتری داشتند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از راهنمای مصاحبه استفاده شد. روش جمع‌آوری اطلاعات استفاده از مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته با افراد صاحب‌نظر بود. تمامی مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر 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 مصاحبه‌کنندگان احساس راحتی کنند. در حین انجام مصاحبه یادداشت‌برداری انجام شد و همچنین مصاحبه ضبط گردید و سپس به صورت متنی پیاده‌سازی شد. داده‌های به دست آمده در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت و درستی نتایج با آن‌ها چک شد. از آنجا که در مطالعات کیفی به جای استفاده از واژه‌های روایی و پایایی داده‌ها از معیارهای مقبولیت، انتقال پذیری، قابلیت اطمینان و تایید پذیری استفاده می‌شود [۱۶-۱۲]، در این مطالعه نیز برای افزایش مقبولیت، از تلفیق در تحقیق و بازنگری ناظرین استفاده شد. بطوریکه جهت جمع‌آوری داده‌ها زمان کافی تخصیص یافت و موضوع مدنظر از زوایای مختلف بررسی گردید. جهت بازنگری ناظرین نیز از نظرات تکمیلی و مرور دست‌نوشته‌ها توسط همکاران کمک گرفته شد. برای افزایش انتقال پذیری، نمونه‌های مناسب انتخاب و جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها همزمان انجام شد. برای افزایش همسانی، داده‌ها توسط محققان مختلف و ناظران خارجی تجزیه و تحلیل شد و نتایج مشابهی به دست آمد و برای افزایش تایید پذیری تمام روند پژوهش از ابتدا تا انتها توضیح داده شد. با استفاده از روش تحلیل محتوا، داده‌های حاصل از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با بهره گرفتن از آنالیز درون مایه‌ای تحلیل گردید و سرانجام در این بخش ۵۸ معیار برای طراحی پرسشنامه پژوهش استخراج شد که در جدول ۲ ارائه شده است.

در بخش کمی، مطالعه‌ای توصیفی تحلیلی - مقطعی انجام شد. محیط مطالعه شامل وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر و ۱۲ دانشگاه علوم پزشکی (ارومیه، اصفهان، اهواز، بوشهر، تبریز، شیراز، قزوین، گلستان، گیلان، مشهد، همدان و یزد) بود. جامعه آماری پژوهش، شامل مدیران بهداشتی و درمانی ارشد، میانی و عملیاتی و اعضای هیات علمی بودند که از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. با توجه به معیارهای استخراج شده در مرحله اول، ابتدا با حجم نمونه ۲۰۰ نفر، تحلیل عاملی اکتشافی انجام و سپس

این افراد $1 \pm 6/1$ سال که $70/7$ درصد از آنان سابقه کاری ۱۴-۲۵ سال داشتند. بیشترین فراوانی از نظر مدرک تحصیلی، پزشک عمومی با $44/4$ درصد و از نظر پست سازمانی، مدیر ارشد با $39/4$ درصد و مدیر میانی $38/2$ درصد بوده است.

در تحلیل عاملی اکتشافی جهت بررسی فرض نرمال بودن متغیرها، مقادیر بدست آمده برحسب شاخص کشیدگی از $1/934$ تا $1/085$ - و بر اساس شاخص چولگی از $0/03$ - تا $1/851$ - در نوسان بوده که با توجه به قرار گرفتن مقادیر دست آمده در بازه 2 - تا 2 + می‌توان گفت داده‌ها توزیع نرمال دارند. شاخص KMO نشان داد که تعداد نمونه‌ها برای تحلیل کافی است ($0/937$). علاوه بر این نتایج آزمون کرویت بارتلت نشان دهنده‌ی رد شدن فرض صفر این آزمون بود و بنابراین ماتریس همبستگی بین گویه‌های پرسشنامه برای تحلیل مناسب است ($X^2 = 12366.114$ و $P = 0.000$). بررسی میزان اشتراک اولیه و بعد از استخراج عامل‌ها نشانگر آن بود که اشتراک اولیه تمامی آن‌ها برابر یک هستند. میزان اشتراکات بعد از استخراج عامل‌ها برای همه متغیرها تقریباً بالاتر از 50 درصد (از حداقل 48 درصد تا حداکثر 80 درصد) و بیانگر توانایی آن‌ها در تبیین واریانس متغیرهای مورد مطالعه است. بار عاملی تنها در یک متغیر (سوال ۵۱، معیار "فشارهای سیاسی") پایین‌تر از 40 درصد بود که با سوالات دیگر پرسشنامه ادغام شد. جدول ۱ مقادیر ویژه و واریانس تبیین شده مربوط به هر عامل را نشان می‌دهد. در مجموع ۸ عامل، حدود $64/25$ درصد از کل واریانس متغیرهای اصلی پژوهش را تبیین می‌نماید. در روش حاضر برای چرخش عاملی از روش واریماکس استفاده شد. اعداد مندرج در ستون ضرایب بار عاملی جدول ۲ نشان می‌دهد تمام معیارها از حداقل بار عاملی لازم (مقدار $0/3$) برخوردار بوده و به عبارتی همبستگی مناسبی بین معیارها و عوامل متناظر با آن‌ها وجود دارد. در تحلیل عاملی تاییدی بررسی یافته‌های حاصل از اجرای آزمون t و سطح معنی داری آن نیز بیانگر آن است که با توجه به مقادیر t مندرج در جدول که تمامی آن‌ها بالاتر از $1/96$ (در سطح خطای $0/05$) می‌باشند، می‌توان استنباط نمود نشانگرهای عوامل موثر بر طراحی بسته خدمات پایه سلامت از دقت لازم برای اندازه‌گیری عامل یا صفت مکنون برخوردار هستند. بر اساس نتایج بدست آمده از آزمون مدل عوامل موثر بر طراحی خدمات پایه سلامت (خروجی نرم افزار PLS مندرج در جدول ۳ و نمودار ۱) می‌توان گفت که متغیرهای: اولویت سلامت، ساختار و ظرفیت بالقوه نظام ارائه خدمت، مطالبات

در تحلیل عاملی تاییدی، جهت ارزیابی مدل از روایی واگرا، همگرا و آزمون نیکویی برازش استفاده شد. برای سنجش روایی همگرا، از معیار میانگین واریانس استخراج شده (AVE-Average Variance Extracted) استفاده گردید که توسط آن، میزان همبستگی هر سازه با گویه‌های خود بررسی می‌شود. معیار AVE، نشانگر میانگین واریانس به اشتراک گذاشته شده بین هر سازه با شاخص‌های خود است و مقدار $0/5$ به بالای آن، کافی محسوب می‌شود. در روایی واگرا میزان همبستگی یک شاخص با سازه مربوط به خود باید بیشتر از میزان همبستگی آن شاخص با سازه دیگری باشد. به عبارتی دیگر، طبق این شاخص، جذر میانگین واریانس استخراج شده (\sqrt{AVE}) هر متغیر پنهان بیشتر و یا تقریباً برابر حداکثر همبستگی آن متغیر پنهان با متغیرهای پنهان دیگر می‌باشد. شاخص نیکویی برازش (GOF) هر دو مدل اندازه‌گیری و ساختاری را مد نظر قرار می‌دهد و به عنوان معیاری برای سنجش عملکرد کلی مدل به کار می‌رود. این شاخص بصورت حاصل ضرب میانگین R^2 و متوسط مقادیر اشتراکی بصورت دستی محاسبه می‌شود. از آنجا که این مقدار به دو شاخص مذکور وابسته است، حدود این شاخص بین صفر و یک می‌باشد. سه مقدار $0/1$ ، $0/25$ و $0/36$ به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF معرفی شده است. این مطالعه در کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان (356191122793) به تصویب رسید. 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 مصاحبه شوندگان 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.

یافته‌ها

از مجموع ۲۷۷ شرکت‌کننده در مطالعه $75/4$ درصد مرد و $24/6$ درصد زن بودند. متوسط سن خبرگان $44/7 \pm 5/7$ سال می‌باشد که $55/5$ درصد از آنان افراد 44 - 30 ساله بودند. متوسط سابقه کار

مدل اندازه گیری روایی همگرا AVE در مورد تقریباً همه متغیرها از میزان ۰/۵ بیشتر است که حاکی از روایی همگرای مناسب مدل اندازه گیری عوامل موثر بر طراحی بسته خدمات پایه سلامت است. در روایی واگرا (تشخیصی) همان گونه که جدول ۴ نشان داده شده است در اکثر خانه های جدول، مقادیر \sqrt{AVE} (که در خانه های موجود در قطر اصلی ماتریس قرار دارند) بیانگر روایی واگرای مناسب مدل اندازه گیری مورد بررسی است. آزمون نیکویی برازش: مقدار GOF برابر با ۰/۸ بدست آمد و حاکی از این است که عملکرد کلی مدل پژوهش در حد قوی می باشد.

مردمی، هزینه اثربخشی، بهره مندی، منابع مالی، مقبولیت اجتماعی خدمت و تعهدات و مطالبات حاکمیت می توانند به عنوان عوامل موثر بر طراحی بسته خدمات پایه سلامت عمل کنند. مقادیر بار عاملی در سطح ۰/۰۵ معنی دار هستند.

به عبارتی دیگر، مقادیر آماره t متناظر با هر بار عاملی بیشتر از مقدار بحرانی آن (۱/۹۶) می باشد. شاخص مهم دیگر، ضریب تعیین (R^2) است که ارتباط بین واریانس تبیین شده یک متغیر مکنون را با مقدار کل واریانس آن سنجش می نماید که در مورد بیشتر متغیرها مقادیر R^2 قابل توجه تلقی می گردد. در بررسی ارزیابی

جدول ۱: عوامل استخراج شده همراه با مقدار ویژه، درصد واریانس و درصد تجمعی

ردیف	عاملها	مقدار ویژه	مقدار ویژه بعد از چرخش	درصد واریانس مقدار ویژه	درصد تجمعی واریانس
۱	اول	۲۳/۸۴	۸/۳۳	۱۴/۶۱	۱۴/۶۱
۲	دوم	۲/۹۲	۷/۱۳	۱۲/۵۲	۲۷/۱۳
۳	سوم	۲/۴۶	۴/۹۰	۸/۵۹	۳۵/۷۱
۴	چهارم	۲/۰۱	۴/۷۷	۸/۳۶	۴۴/۰۷
۵	پنجم	۱/۵۷	۳/۶۲	۶/۳۴	۵۰/۴۲
۶	ششم	۱/۴۰	۲/۹۱	۵/۱۰	۵۵/۵۱
۷	هفتم	۱/۲۵	۲/۶۰	۴/۵۶	۶۰/۰۷
۸	هشتم	۱/۱۸	۲/۳۸	۴/۱۸	۶۴/۲۵

جدول ۲: مقادیر بار عاملی برای نشانگرهای هر سازه در قالب مدل عوامل مؤثر بر طراحی خدمات پایه سلامت

نتیجه	P-Value	آماره t	بار عاملی	معیارها	عوامل	ترتیب
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۲۷/۶۹۸	۰/۸۰۳	۲. سیمای اپیدمیولوژیک	اولویت سلامت	F1
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۱۹/۸۱۶	۰/۷۵۴	۱. باربیماری‌ها		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۵/۴۴۴	۰/۴۲۲	۵. مقابله با بیماری‌های واگیر	ساختار و ظرفیت بالقوه نظام ارائه خدمت	F2
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۱۷/۶۰۲	۰/۷۶۱	۷. مورتالیتی		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۱۴/۵۷۱	۰/۸۲۸	۸. موربیدیته		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۳۵/۲۴۱	۰/۸۱۶	۹. ریسک فاکتورهای مرتبط با بیمارها		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۲۸/۲۳۳	۰/۸۲۸	۱۶. نظارت و کنترل کافی		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۱۲/۲۶۹	۰/۵۹۹	۳. تولید دانش مربوطه		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۱۲/۱۲۹	۰/۵۸۷	۶. عوامل کارشناسی و حرفه ای		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۱۰/۷۲۹	۰/۵۷۸	۱۰. تواتر نیاز به هر خدمت		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۹/۱۱۴	۰/۵۱۳	۱۴. ادغام برنامه ها		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۲۰/۹۴۷	۰/۷۴۹	۱۵. نیروی انسانی	مطالبات مردمی	F3
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۳۹/۱۵۵	۰/۸۴۱	۱۹. توان ارائه کنندگان خدمات		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۲۶/۶۶۷	۰/۷۷۶	۱۲. تجهیزات و امکانات ارائه خدمت		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۲۰/۶۷۹	۰/۶۹۵	۱۳. ساختار نظام ارائه خدمت		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۳۲/۷۸۸	۰/۸۰۵	۱۱. توانمندی های نظام ارائه خدمت		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۲۸/۶۵۷	۰/۸۱۲	۱۷. سازماندهی منابع		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۱۹/۷۴۲	۰/۷۰۳	۲۳. نحوه ارائه خدمت		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۲۹/۱۵۳	۰/۷۸۶	۲۴. نظارت بر چالشها		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۱۵/۶۲۹	۰/۶۴۱	۲۶. سطح بندی خدمات		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۱۹/۸۷۵	۰/۷۲۴	۱۸. اولویت خدمات		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۱۶/۲۸۴	۰/۷۰۵	۳۹. گروه های هدف	هزینه اثربخشی	F4
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۲۵/۶۲۵	۰/۷۹۲	۴۰. نیاز جامعه		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۲۶/۹۶۱	۰/۷۹۶	۴۹. انتظار مردم		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۱۸/۲۴۶	۰/۷۰۵	۵۰. اولویت مناطق محروم و روستاها		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۲۶/۷۶۶	۰/۷۹۷	۵۴. مطالبات مردمی		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۱۱/۵۰۰	۰/۶۸۳	۲۲. اثربخشی		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۳۸/۵۴۳	۰/۸۵۰	۲۵. تحلیل هزینه		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۳۳/۸۸۸	۰/۸۱۴	۲۷. هزینه خدمت		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۲۴/۹۰۷	۰/۷۵۹	۲۸. عدالت افقی		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۳۲/۷۵۹	۰/۸۱۸	۲۹. عدالت عمودی		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۲۸/۷۳۱	۰/۸۰۵	۳۳. بار اقتصادی خدمت		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۵۱/۹۰۱	۰/۸۷۴	۳۴. هزینه اثربخشی	بهره مندی	F5
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۱۱/۷۶۳	۰/۵۹۱	۳۷. تعرفه		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۲۲/۶۸۹	۰/۷۲۸	۲۱. بهره مندی		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۲۶/۵۳۱	۰/۸۰۳	۳۰. آمایش سرزمینی		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۲۱/۷۱۱	۰/۷۴۱	۳۶. قدرت پرداخت مردم		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۹/۳۷۵	۰/۵۳۲	۳۵. رایگان بودن خدمات		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۳۸/۰۸۱	۰/۸۴۴	۴۲. موقعیت زیست محیطی		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۳۴/۵۲۰	۰/۸۳۲	۴۱. موقعیت جغرافیایی		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۱۵/۳۰۱	۰/۶۹۳	۴۴. دسترسی جغرافیایی		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۳۳/۱۸۹	۰/۸۲۹	۳۱. انباشت اعتبارات		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۴۲/۹۳۹	۰/۸۶۷	۳۲. منابع مالی	منابع مالی	F6
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۳۹/۹۶۱	۰/۸۴۳	۳۸. نظام پرداخت		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۱۷/۸۰۰	۰/۷۱۲	۴۳. عوامل اجتماعی		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۱۶/۹۷۹	۰/۷۱۴	۴۵. دموگرافیک	مقبولیت اجتماعی خدمت	F7
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۱۵/۰۴۲	۰/۶۵۸	۴۶. رشد جمعیت		
تایید نشانگر	<۰/۰۰۱	۱۳/۲۷۰	۰/۶۷۲	۴۷. الگوی زندگی در سطح استانی، قومی و ملی		

تایید نشانگر	<0/001	۲۴/۶۱۳	۰/۷۵۲	۴۸. مهاجرت
تایید نشانگر	<0/001	۳۳/۰۹۳	۰/۸۳۸	۵۸. عوامل فرهنگی
تایید نشانگر	<0/001	۲۵/۷۴۴	۰/۸۱۸	۵۷. موقعیت فرهنگی
تایید نشانگر	<0/001	۱۴/۵۷۱	۰/۶۶۲	۴. اولویتهای ملی
تایید نشانگر	<0/001	۲۴/۸۵۹	۰/۷۵۴	۲۰. تناسب بین عوامل سیاستی و کارشناسی و فنی
تایید نشانگر	<0/001	۳/۹۰۹	۰/۳۲۶	۵۲. فشارهای تبلیغاتی
تایید نشانگر	<0/001	۱۵/۹۰۰	۰/۷۲۰	۵۳. فشارهای سیاسی، سیاست ها و قوانین کشور
تایید نشانگر	<0/001	۱۶/۵۴۲	۰/۷۰۸	۵۵. اولویتهای بین المللی
تایید نشانگر	<0/001	۳۹/۷۲۷	۰/۸۱۴	۵۶. هم صدایی و هم پیمانی سازمان های درگیر

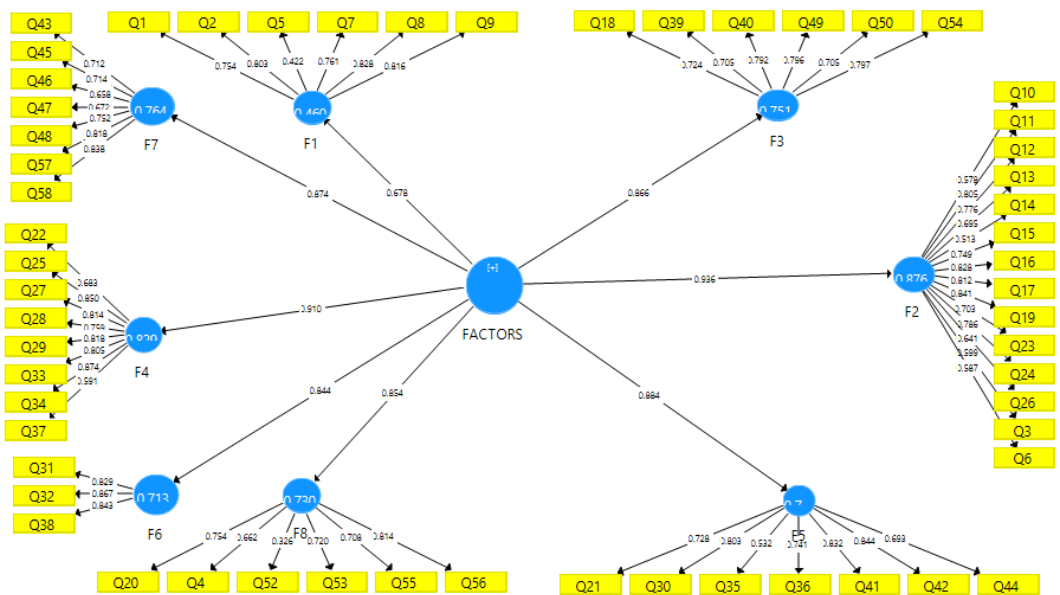
F8 تعهدات و مطالبات حاکمیت

جدول ۳: معیارهای اصلی کیفیت مدل عوامل موثر بر طراحی خدمات پایه سلامت

پایایی ترکیبی (CR)	پایایی کرونباخ	AVE	R ²	P-Value	آماره t	بار عاملی	
۰/۸۷۸	۰/۸۳۳	۰/۵۵۴	۰/۴۶۰	<0/001	۱۸/۵۳۴	۰/۶۷۸	اولویت سلامت
۰/۹۳۱	۰/۹۲۴	۰/۵۱۲	۰/۸۷۶	<0/001	۱۱۰/۵۲۵	۰/۹۳۶	ساختار و ظرفیت بالقوه نظام ارائه خدمت
۰/۸۸۸	۰/۸۴۸	۰/۵۶۹	۰/۷۵۱	<0/001	۵۱/۷۲۲	۰/۸۶۶	مطالبات مردمی
۰/۹۲۴	۰/۹۰۵	۰/۶۰۷	۰/۸۲۹	<0/001	۷۷/۲۹۹	۰/۹۱۰	هزینه اثربخشی
۰/۸۹۶	۰/۸۶۴	۰/۵۵۶	۰/۷۸۲	<0/001	۵۹/۹۱۱	۰/۸۸۴	بهره مندی
۰/۸۸۴	۰/۸۰۲	۰/۷۱۷	۰/۷۱۳	<0/001	۴۲/۴۶۷	۰/۸۴۴	منابع مالی
۰/۸۹۴	۰/۸۶۱	۰/۵۸۴	۰/۷۶۴	<0/001	۵۷/۶۶۰	۰/۸۷۴	مقبولیت اجتماعی خدمت
۰/۸۳۲	۰/۷۶۴	۰/۴۶۶	۰/۷۳۰	<0/001	۵۲/۵۱۹	۰/۸۵۴	تعهدات و مطالبات حاکمیت

جدول ۴: نتایج آزمون روایی تشخیصی مدل طراحی عوامل موثر بر خدمات پایه سلامت

تعهدات و مطالبات حاکمیت	مقبولیت اجتماعی خدمت	منابع مالی	بهره مندی	هزینه اثربخشی	مطالبات مردمی	ساختار و ظرفیت بالقوه نظام ارائه خدمت	اولویت سلامت
							۰/۷۴۴
						۰/۷۱۶	۰/۶۴۱
					۰/۷۵۴	۰/۷۶۶	۰/۵۵۶
				۰/۷۷۹	۰/۷۶۰	۰/۸۳۴	۰/۵۳۷
			۰/۷۴۶	۰/۷۹۵	۰/۷۴۸	۰/۷۶۸	۰/۴۵۲
		۰/۸۴۷	۰/۷۲۲	۰/۸۰۱	۰/۷۱۱	۰/۷۶۸	۰/۵۲۰
	۰/۷۴۱	۰/۶۹۰	۰/۸۲۶	۰/۷۲۵	۰/۷۲۴	۰/۷۵۶	۰/۵۱۱
۰/۶۸۲	۰/۷۸۷	۰/۶۷۷	۰/۷۳۰	۰/۷۱۷	۰/۷۲۶	۰/۷۴۰	۰/۶۱۲



نمودار ۱: مدل نهایی پژوهش و مقادیر بار عاملی مربوط به نشانگرهای هر سازه

بحث و نتیجه‌گیری

اولویت سلامت، ساختار و ظرفیت بالقوه نظام ارائه خدمت، مطالبات مردمی، هزینه اثربخشی، بهره‌مندی، منابع مالی، مقبولیت اجتماعی خدمت و تعهدات و مطالبات حاکمیت می‌توانند به عنوان ابعاد مناسب برای طراحی بسته جامع خدمات پایه سلامت به کار گرفته شوند. اولویت سلامت، مهمترین عامل در طراحی بسته جامع خدمات پایه سلامت است. این معیار برای محاسبه بار اپیدمیولوژیک مرگ و میر به کار برده می‌شود. تجزیه و تحلیل بار بیماری به سیاست‌گذاران کمک کرده است تا مداخلات هدفمندی را در مناطقی از کشورهای با بار بالای بیماری‌ها انجام دهند. جیانینگ و همکاران برآورد بار بیماری را به عنوان رویکرد اصلی اولویت‌بندی در کشورهای در حال توسعه مورد مطالعه قرار داده‌اند [۱۷]. 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 فناوری آن کشور متفاوت است. در حال حاضر، بسته خدمات سلامت کشور به ۵ صورت در مراکز خدمات سلامت، به‌ویژه بیمارستان‌ها، به شرح زیر به بیماران ارائه و تامین مالی می‌گردد: بسته خدمات بیمه پایه، بسته خدمات تحول نظام سلامت، بسته خدمات بیمه تکمیلی، بسته خدمات حمایتی و سایر خدمات [۱۸]. ساختار و ظرفیت بالقوه نظام ارائه خدمت به عنوان دومین عامل در طراحی

بسته جامع خدمات پایه سلامت است. در تدوین و اجرای سیاست‌های بسته بیمه پایه سلامت، ذینفعان متعددی به صورت مستقیم و غیرمستقیم تاثیرگذار هستند. در این میان، اعضای شورای عالی بیمه سلامت، به لحاظ قانونی و افراد حقیقی و حقوقی مجاز به درخواست ورود خدمت و دارو به بسته، بیش‌ترین نقش را در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با بسته بیمه پایه سلامت ایفا می‌کنند. ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و تامین‌کنندگان مواد و تجهیزات از عمده‌ترین ذینفعانی هستند که به طور غیرمستقیم بر محتوا و حجم خدمات بسته سلامت تاثیر می‌گذارند. این دو گروه، با ایجاد تقاضا در بازار سلامت و احساس نیاز مردم به خدمات و داروهای جدید، منجر به فشار بر سازمان‌های بیمه گر جهت تحت پوشش قراردادن خدمات می‌شوند [۸]. در مطالعه دهنویه و همکاران آموزش متخصصان، هماهنگی و سازماندهی و نظارت و کنترل به عنوان معیارهای اصلی بسته خدمات پایه سلامت تعیین شده است [۱۹]. سومین عامل موثر در طراحی بسته جامع خدمات پایه سلامت، مطالبات مردمی است. بسیاری از کشورها مانند شیلی [۲۰]، دانمارک [۲۱]، سوئد [۲۲]، بنگلادش [۲۳] و تانزانیا [۲۴] از نیازهای جامعه به عنوان معیار اصلی برای طراحی بسته جامع خدمات پایه سلامت استفاده می‌کنند. همچنین، در مطالعه مقایسه‌ای که توسط گریس و همکاران انجام شده است. در آلمان، انگلیس و سوئیس نیازمندی ملاک استفاده برای طراحی بسته جامع

کمبود کارکنان بهداشتی، داروهای ناکافی، زیرساخت‌های بهداشتی ضعیف و عدم دسترسی از نظر مقرون به صرفه بودن، در دسترس بودن و مسافت است [۲۹].

منابع مالی عامل بعدی است. منابع مالی و حق بیمه سازمان‌های بیمه درمانی شامل کلیه ورودی‌ها از جمله ردیف بودجه، سهم کارفرمایان، سهم بیمه‌گذار، سهم دولت یا سرانه ریال ثابت است که ماهانه توسط بیمه‌گذاران و کارفرمایان پرداخت می‌شود. با توجه به این موضوع، منابع در کلیه سازمان‌های بیمه به طور مناسب جمع نشده‌اند. کسری منابع و تأخیر در پرداخت مطالبات سازمان‌های بیمه پس از اجرای ارزش نسبی خدمات گواه مسئله فوق است. علاوه بر این، مهمترین تغییرات رفتاری از نظر منابع مالی افزایش سهم سازمان‌های بیمه از مخارج درمانی و افزایش حق بیمه متناسب سرانه است که ناشی از افزایش حقوق، جبران برخی از بخش‌های کسری سازمان و افزایش منابع سازمان‌های بیمه است [۳۰]. در مطالعه ساروی و همکاران [۳۱] و دهنویه و همکاران [۱۹] نیز منابع مالی و نظام پرداخت به عنوان یکی از معیارهای بسته خدمات سلامت تعیین شده است. طبق مطالعه محمدی و همکاران، در نظر گرفتن منابع مالی و اقتصادی حوزه سلامت و همچنین بهره‌گیری از راهکارهای اقتصادی و سیاستی کارآمد، از جمله استاندارد ارائه خدمت و ارزیابی فناوری سلامت در تدوین بسته، از جمله اصلاحاتی است که باید در تدوین و اجرا بسته بیمه پایه سلامت لحاظ شود [۱۸].

هفتمین عامل در طراحی بسته جامع خدمات پایه سلامت، مقبولیت اجتماعی خدمت است. عوامل اجتماعی فرهنگی تاثیر زیادی بر محتوای بسته بیمه پایه سلامت دارند، مطالعات مختلف نیز تاثیر فاکتورهای اجتماعی فرهنگی بر کلیه سیاست‌های سلامت را تایید کرده است، این عوامل را به عنوان عواملی با تاثیر دوجانبه معرفی می‌نمایند. در مطالعات سایر کشورها، به تاثیر سطح تحصیلات، فقر، زمینه فکری و اخلاق پزشکی بر سطح سلامت مردم اشاره شده است [۳۲-۳۳]. طبق نتایج مطالعه صدیقی و همکاران، فرهنگ‌سازی بین جمعیت تحت پوشش جهت استفاده از سیستم ارجاع با محوریت پزشک خانواده و تبیین فواید استفاده از آن در کاهش پرداخت از جیب برای دریافت‌کنندگان خدمات از مولفه های موثر در استقرار بیمه پایه سلامت در ایران شمرده شده است [۳۴]. تعهدات و مطالبات حاکمیت، هشتمین عامل در طراحی بسته جامع خدمات پایه سلامت است. عوامل بین‌المللی یکی از موارد مهم

خدمات پایه سلامت بود [۲۵]. اگرچه ممکن است افراد لزوماً به دنبال خدمات مورد نیاز، خود و 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 جامع خدمات پایه سلامت طراحی شده کمتر مورد استفاده قرار بگیرد یا فراموش شود [۲۶].

براساس نتایج مطالعه حاضر، معیار دیگری که بیشترین فراوانی بسته مزایای سلامت را داشته است، هزینه اثربخشی بود. ارزیابی هزینه اثربخشی یک روش علمی است در جهت کمک به تصمیم‌گیرنده تا یک پروژه را از برنامه‌های مختلفی که با راهبردهای مختلف طراحی شده‌اند، برای دستیابی به هدف قطعی به گونه‌ای که بیشترین اثربخشی را با هزینه ثابت دارد، به دست آورد. در حالی که با در نظر گرفتن سطح ثابت از هزینه اثربخشی منجر به حداقل هزینه ممکن می‌شود [۷]. براساس نتایج بدست آمده، از عدالت به عنوان یک معیار مرتبط با جامعه در طراحی بسته جامع خدمات پایه سلامت استفاده شد. در مفاهیم نظری، برابری یکی از معیارها و هدف اصلی اولویت‌بندی بود. با بهبود وضعیت بهداشت عمومی در کشورهای در حال توسعه در دو دهه گذشته، سیاست‌گذاران متوجه اختلافات بهداشتی بین گروه‌های مختلف مردم شده و از تحلیل عدالت برای توصیف اثرات توزیع شده استفاده کرده‌اند [۴]. مطالعه انجام شده در اوگاندا نشان داد که همه ذینفعان به استفاده از معیار عدالت برای اولویت بندی موافقت کرده‌اند [۲۷].

پنجمین عامل در طراحی بسته جامع خدمات پایه سلامت، بهره‌مندی است. بسیاری از افرادی که به ویژه در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند، حتی به نوع اساسی آن مانند داروهای حیاتی، به خدمات بهداشتی و فناوری دسترسی ندارند. هزینه خدمات و فناوری‌های بهداشتی یکی از مهمترین موانع دسترسی است. پرداخت شخصی هزینه‌های بهداشتی، دسترسی به گروه‌های فقیر را به شدت تحت تأثیر قرار داده است. افراد فقیر پول کافی برای خرید خدمات درمانی ندارند. از نظر دسترسی به خدمات و فناوری‌های بهداشتی، از جمله هزینه‌های خدمات، مشکلات توزیع جغرافیایی خدمات، عدم تعهدات سیاسی برای بهبود وضعیت سلامت، مشکلات بسیاری وجود دارد که در بسیاری از موارد، غلبه بر مشکلات به نظر می‌رسد غیرممکن است [۲۸]. در مطالعه‌ای در کنیا تایید شده است که ارائه و بهره‌برداری پایین از خدمات ناشی از

خدمات پایه سلامت قرار گیرد و جهت ارائه به مردم توسط دولت مورد حمایت قرار گیرد، مفید است.

سهم نویسندگان

محمدجواد کبیر: طراحی مطالعه، تحلیل و تفسیر بخش کیفی، تایید نسخه نهایی

علیرضا حیدری: جمع آوری، تحلیل و تفسیر بخش کیفی، نگارش مقاله، تایید نسخه نهایی

ناهید جعفری: طراحی مطالعه

زهرا خطیرنامنی: تحلیل داده‌ها در بخش کمی، نگارش مقاله

محمدرضا هنرور: طراحی مطالعه

ناصر بهنام‌پور: تحلیل داده‌ها در بخش کمی

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان که اعتبارات مالی طرح تحقیقاتی (کد طرح: ۹۲۰۲۲۴۰۸) را تأمین نموده است، تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

1. Babazadeh Gashti A, Jafari N, Kabir M J, 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]
2. Pisani E, Kok MO, Nugroho K. Indonesia's road to universal health coverage:a political Journey. *Health Policy Plan* 2017;32:267-76
3. 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
4. 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;14:26.
5. Al-Hasnawi S. A Basic Health Services Package for Iraq, Ministry of Health. *Globalization and health* 2009 [Available from: https://www.ecoi.net/en/file/local/1325683/1930_1392_811695_emropd-2009-109.pdf]
6. The Essential Benefit Package Recommendations of the Oregon Health Fund Board's Benefits Committee [Available from: <http://www.oregon.gov/OHPPR/HFB/docs/BenefitCommitteeFinal.pdf?ga=t>]

تاثیرگذار در تعیین بسته خدمات سلامت در برخی کشورها می‌باشد. راهکارها و گزارش‌های سازمان‌های بین‌المللی، چون سازمان سلامت جهان و بانک جهانی، پیرامون تامین مالی، خرید راهبردی و غیره در جهت‌دهی سیاست‌های بسته تاثیرگذار بوده‌اند [۳۵-۳۶]. با توجه به نتایج تحلیل عاملی، ابعاد در اولویت بودن برای سلامت جامعه، ساختار و ظرفیت بالقوه نظام ارائه خدمت و مطالبات مردمی از ضریب اهمیت بالاتری نسبت به سایر ابعاد برخوردار بود. به طور کلی، قرار دادن خدمات سلامت نگر و پیشگیری کننده در بسته خدمات به جهت ترغیب جمعیت تحت پوشش به استفاده از خدمات و ارتقای سطح سلامت در کشور، ایجاد گروه نظارت بر اجرای بیمه سلامت و ارزیابی آن جهت دسترسی بهتر و مناسب به هدف کلی یعنی پوشش همگانی و تدوین بسته ای جامع به نحوی که همه افراد تمایل داشته و رضایت به استفاده از خدمات داشته باشند، در طراحی بسته خدمات پایه سلامت حائز اهمیت است. به کارگیری ابعاد و مؤلفه‌های حاصل از این مطالعه در اولویت‌بندی مداخلات بهداشتی که باید در بسته

7. Kabir MJ, Vatankhah S, Delgoshai B, et al. Determinant criteria for designing health benefit package in selected countries. *Life Science Journal* 2013;10:1392-1403
8. Mahmudi H. Develop strategies for package of basic health insurance services; Methodology Group of Developing Package of Basic Insurance Services. 1st Edition, Iran, Tehran: Ministry of Welfare publication: Iran, 2007 [Persian]
9. Dehnavieh R, Rahimi H. Basic health insurance package in Iran: revision challenges. *Iranian Journal of Public Health* 2017;46:719-720
10. Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions:the need for multi-criteria decision analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2006; 21:14
11. 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
12. Eri M, Jafari N, Kabir M J, Mahmoodishan G, Moghasssemi M J, Tahanian M, et al . Concept and Challenges of Delivering Preventive and Care Services in Prehospital Emergency Medical Service: A Qualitative Study. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2015; 25:42-57 [Persian]

13. 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: 174-182 [Persian]
14. Damari B, Hajebi A, Bolhari J, Heidari A. Developing a Training Course for Spiritual Counselors in Health Care: Evidence from Iran. *Indian Journal of Palliative Care* 2018; 24:145-149
15. Heidari A, Arab M, Etemad K, Damari B. challenges of implementation of the national phenylketonuria screening program in Iran: a qualitative study. *Electronic Physician Journal* 2016;8: 3048
16. Heidari A, Arab M, Etemad K, Damari B, lotfi M. National phenylketonuria screening program in Iran; why and how. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2018; 16:148-163 [Persian]
17. 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;47:1619-25
18. Dehnavieh R, Rashidian A, Maleki MR. Challenges of determining basic health insurance package in Iran. *Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research* 2011;10:273-83 [Persian]
19. Mohammadi E, Olyae Manesh A, rashidian A, hasanzadeh A, razavi M. Policy Analysis, Problem Identification and Proposing Policy Options for Health Insurance Benefit Package in Iran. *Hakim Research Journal* 2018; 21:153-172 [Persian]
20. Moccerro D. Delivering cost-efficient public services in health care, education and housing in Chile. ISSN: 18151973 (online) 2008 [Available from: <https://doi.org/10.1787/18151973>]
21. 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;6:2-10
22. Bernfort L. Decisions on inclusion in the Swedish basic health care package—roles of cost-effectiveness and need. *Health Care Analysis* 2003;11:301-8
23. 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;17:247-56
24. The United Republic of Tanzania. National Package of Essential Health Interventions in Tanzania. 1st Edition, Ministry of Health Publication; Dar es Salaam, Tanzania, 2000
25. Greß S, Niebuhr D, Rothgang H, Wasem J. Criteria and procedures for determining benefit packages in health care: a comparative perspective. *Health Policy* 2005;73:78-91
26. 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 [Available from: <https://doi.org/10.1080/20479700.2019.1684666>]
27. Kapiriri L, Norheim OF. Criteria for priority-setting in health care in Uganda: exploration of stakeholders' values. *Bulletin of the world Health Organization* 2004;82:172-9
28. Frost LJ, Reich MR. Access: How do good health technologies get to poor people in poor countries? 1st Edition,: Harvard Center for Population and Development Studies: Cambridge, USA, 2008
29. Opon SO. Provision of essential health package in public hospitals: a case of Homabay County hospitals, Kenya. *Pan African Medical Journal* 2016; 24: 1-8 DOI:10.11604/pamj.2016.24.8.9280
30. Yousefvand M, Olyaeemanesh A, Arab M, Jaafari-pooyan E. The behavior of basic health insurance Organizations after the implementation of Relative Value of Health Services book in Iran: A qualitative study. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* 2018;32:110
31. Saravi N, Zaboli R, Hassanzadeh A, Najafipour F, Rezapour A, Rezai-Rad M, et al. Developing criteria for complementary health insurance (CHI) benefit packages for a medical Service Insurance Organization in Iran: a qualitative content analysis. *International Journal of Travel Medicine and Global Health* 2015;3:171-8
32. Ahmed S, Creanga AA, Gillespie DG, Tsui AO. Economic status, education and empowerment: implications for maternal health service utilization in developing countries. *PloS one* 2010;5:e11190
33. Alahmad G, Al-Jumah M, Dierickx K. Review of national research ethics regulations and guidelines in Middle Eastern Arab countries. *BMC Medical Ethics* 2012;13:34
34. Sedighi S, Hesam S, Maleki MR. Factors Affecting the Establishment of Basic Health Insurance in Iran. *Healthcare Management* 2012;4:7-19

ABSTRACT

Dimensions and Components for Designing the Basic Health Services Package in Iran: Exploratory and Confirmatory Factor Analyses

Mohammad Javad Kabir¹, Alireza Heidari^{1*}, Nahid Jafari¹, Zahra Khatirnamani¹, Mohammad Reza Honarvar¹, Naser Behnampour¹

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

Payesh 2020; 19 (5): 511 – 522

Accepted for publication: 31 August 2020

[Epub a head of print-20 October 2020]

Objective (s): The basic health services package is the minimum set of essential health services that all people should have access to it, but there is no consensus on the services included in a package or the services to be included. The aim of this study was to identify the dimensions and components for designing a basic package in Iran.

Methods: This was a mixed method study. In qualitative phase 25 in-depth individual interviews were conducted with experts from the Ministry of Health, insurance organization and the Planning and Budget Organization, and the data were analyzed using content analysis method. In the quantitative phase 285 managers and faculty members were selected from the Ministry of Health, insurance organizations, and 12 universities of medical sciences. Data were collected using a two-part questionnaire, including demographic characteristics and evaluation of 58 criteria, and analyzed using SPSS.23 and Smart-pls.3.2.8 software for exploratory and confirmatory factor analyses.

Results: 8 Dimensions of community health priority, structure and potential capacity of service delivery system, people's demands, cost effectiveness, benefits, funding, social acceptance of service, and governance obligations and requirements for designing a basic health services package were identified, of which 57 components were classified under these eight factors. According to the goodness of fit index in factor analysis, the overall performance of the model was strong (GOF = 0.8).

Conclusion: It is important to design a basic health service package. The basic health services package needs to be comprehensive and accessible so that all individuals are willing and satisfied to use the services.

Key Words: Basic Health Service Package, Exploratory Factor Analysis, Confirmatory Factor Analysis, Mixed Method Study

* Corresponding author: Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
E-mail: alirezaheidari7@gmail.com