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

محمدجواد کبیر[1]، علیرضا حیدری[1*]، ناهید جعفری[1]، زهرا خطیر نامنی[1]، محمدرضا هنرور[1]، ناصر بهنام پور[1]

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

نشریه پایش
سال نوزدهم، شماره پنجم، مهر ـ 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 pls جهت تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده شد.

یافته ها: 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 = ۰/۸).

نتیجه گیری: 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.10.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.511]

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 [۳-۲].

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 [۷-۶].

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، کارآیی 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 طراحی‌شده براساس معیارهای علمی می‌تواند به لحاظ سیاسی قابل‌قبول‌تر 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 مولفه‌های موثر 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 تخصّصی 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.10.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.511]

در زمانی نسبتا کوتاه (حداکثر زمان مصاحبه ۶۰ دقیقه)، هنگامی صورت گرفت که برای مصاحبه‌شوندگان راحت بوده و دغدغه فکری کمتری داشتند. جهت جمع آوری 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 می شود [۱۶-۱۲]، در این مطالعه نیز برای افزایش مقبولیت، از تلفیق در تحقیق و بازنگری ناظرین استفاده شد. بطوریکه جهت جمع آوری داده‌ها زمان کافی تخصیص یافت و موضوع مدنظر از زوایای مختلف بررسی گردید. جهت بازنگری ناظرین نیز از نظرات تکمیلی و مرور دست نوشته‌ها توسط همکاران کمک گرفته شد. برای افزایش انتقال پذیری، نمونه‌های مناسب انتخاب و جمع آوری 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 تأیید 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 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: ۹۸/۵درصد). ابزار گردآوری داده ها، 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). پرسشنامه ها از طریق ایمیل ارسال شد 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. 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-pls3.2.8 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 جمع آوری 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 تائیدی 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).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.10.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.511]

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 ۰/۵ 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 تقریبا 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 می باشد. سه مقدار ۰/۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF معرفی شده است. این مطالعه در کمیته اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان (۳۵۶۱۹۱۱۲۲۷۹۳) 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 ۷۵/۴ درصد مرد و ۲۴/۶ درصد زن بودند. متوسط سن خبرگان ۵/۷ ± ۴۴/۷ سال می‌باشد که ۵۵/۵ درصد از آنان افراد ۴۴-۳۰ ساله بودند. متوسط سابقه کار این افراد ۶/۱ ± ۱۷/۸ سال که ۷۰/۷ درصد از آنان سابقه کاری ۲۵-۱۴ سال داشتند. بیشترین فراوانی از نظر مدرک تحصیلی، پزشک عمومی با ۴۴/۴ درصد و از نظر پست سازمانی، مدیر ارشد با ۳۹/۴ درصد و مدیر میانی ۳۸/۲ درصد بوده است.

در تحلیل عاملی اکتشافی جهت بررسی فرض نرمال بودن متغیرها، مقادیر بدست آمده برحسب شاخص کشیدگی از ۱/۹۳۴ تا ۱/۰۸۵- و بر اساس شاخص چولگی از ۰/۰۰۳- تا ۱/۸۵۱- در نوسان بوده که با توجه به قرار گرفتن مقادیر دست آمده در بازه ۲- تا ۲+ می‌توان گفت داده‌ها توزیع نرمال دارند. شاخص KMO نشان داد که تعداد نمونه‌ها برای تحلیل کافی است (۰/۹۳۷). علاوه بر این نتایج آزمون کرویت بارتلت نشان دهنده‌ی رد شدن فرض صفر این آزمون بود و بنابراین ماتریس همبستگی بین گویه های پرسشنامه برای تحلیل مناسب است (X2 = 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 تقریبا بالاتر از ۵۰ درصد (از حداقل ۴۸ درصد تا حداکثر ۸۰ 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 ۴۰ 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 ۶۴/۲۵ 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 ۰/۳) برخوردار بوده و به عبارتی همبستگی مناسبی بین معیارها و عوامل متناظر با آن ها 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 آن ها بالاتر از ۱/۹۶ (در سطح خطای ۰/۰۵) می‌باشند، می‌توان استنباط نمود نشانگرهای عوامل موثر بر طراحی بسته خدمات پایه سلامت از دقت لازم برای اندازه گیری 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.10.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.511]

مردمی، هزینه اثربخشی، بهره‌مندی، منابع مالی، مقبولیت اجتماعی خدمت و تعهدات و مطالبات حاکمیت می‌توانند به عنوان عوامل موثر بر طراحی بسته خدمات پایه سلامت عمل کنند. مقادیر بار عاملی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار هستند.

به عبارتی دیگر، مقادیر آماره t متناظر با هر بار عاملی بیشتر از مقدار بحرانی آن (۱/۹۶) می‌باشد. شاخص مهم دیگر، ضریب تعیین (R2) است که ارتباط بین واریانس تبیین شده یک متغیر مکنون را با مقدار کل واریانس آن سنجش می‌نماید که در مورد بیشتر متغیرها مقادیر R^2 قابل توجه تلقی می‌گردد. در بررسی ارزیابی 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 خانه‌های جدول، مقادیر $\sqrt{AVE}$ (که در خانه‌های موجود در قطر اصلی ماتریس قرار دارند) بیانگر روایی واگرای مناسب مدل اندازه‌گیری 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 می‌باشد.

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.10.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.511]

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

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.10.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.511]

	۴۸.مهاجرت	۰/۷۵۲	۲۴/۶۱۳	<۰/۰۰۱	تایید نشانگر
	۵۸.عوامل فرهنگی	۰/۸۳۸	۳۳/۰۹۳	<۰/۰۰۱	تایید نشانگر
	۵۷.موقعیت فرهنگی	۰/۸۱۸	۲۵/۷۴۴	<۰/۰۰۱	تایید نشانگر
F8 تعهدات و مطالبات حاکمیت	۴.اولویتهای ملی	۰/۶۶۲	۱۴/۵۷۱	<۰/۰۰۱	تایید نشانگر
	۲۰.تناسب بین عوامل سیاستی و کارشناسی و فنی	۰/۷۵۴	۲۴/۸۵۹	<۰/۰۰۱	تایید نشانگر
	۵۲.فشارهای تبلیغاتی	۰/۳۲۶	۳/۹۰۹	<۰/۰۰۱	تایید نشانگر
	۵۳.فشارهای سیاسی، سیاست ها و قوانین کشور	۰/۷۲۰	۱۵/۹۰۰	<۰/۰۰۱	تایید نشانگر
	۵۵.اولویتهای بین المللی	۰/۷۰۸	۱۶/۵۴۲	<۰/۰۰۱	تایید نشانگر
	۵۶.هم صدایی و هم پیمانی سازمان های درگیر	۰/۸۱۴	۳۹/۷۲۷	<۰/۰۰۱	تایید نشانگر

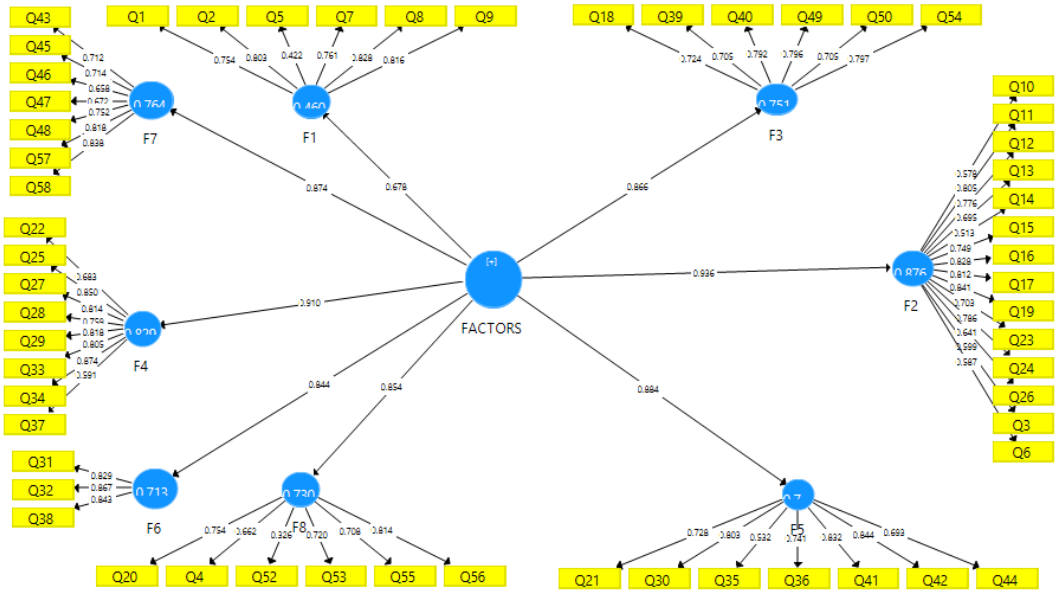
جدول ۳: معیارهای اصلی کیفیت مدل عوامل موثر بر طراحی خدمات پایه سلامت

	بار عاملی	آماره t	P-Value	R^2	AVE	پایایی کرونباخ	پایایی ترکیبی (CR)
اولویت سلامت	۰/۶۷۸	۱۸/۵۳۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۶۰	۰/۵۵۴	۰/۸۳۳	۰/۸۷۸
ساختار و ظرفیت بالقوه نظام ارائه خدمت	۰/۹۳۶	۱۱۰/۵۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۸۷۶	۰/۵۱۲	۰/۹۲۴	۰/۹۳۱
مطالبات مردمی	۰/۸۶۶	۵۱/۷۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۵۱	۰/۵۶۹	۰/۸۴۸	۰/۸۸۸
هزینه اثربخشی	۰/۹۱۰	۷۷/۲۹۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۲۹	۰/۶۰۷	۰/۹۰۵	۰/۹۲۴
بهره مندی	۰/۸۸۴	۵۹/۹۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۸۲	۰/۵۵۶	۰/۸۶۴	۰/۸۹۶
منابع مالی	۰/۸۴۴	۴۲/۴۶۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۱۳	۰/۷۱۷	۰/۸۰۲	۰/۸۸۴
مقبولیت اجتماعی خدمت	۰/۸۷۴	۵۷/۶۶۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۶۴	۰/۵۸۴	۰/۸۶۱	۰/۸۹۴
تعهدات و مطالبات حاکمیت	۰/۸۵۴	۵۲/۵۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۳۰	۰/۴۶۶	۰/۷۶۴	۰/۸۳۲

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

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.10.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.511]



نمودار۱: 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 ومیر 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. جیانینگه 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. درحال حاضر، بسته خدمات سلامت کشور به ۵ صورت در مراکز خدمات سلامت، به‌ویژه بیمارستان‌ها، به شرح زیر به بیماران ارائه و تامین مالی می گردد: 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 عمده ترین 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 مقایسه ای که توسط گریس و همکاران انجام شده است. در آلمان، انگلیس و سوئیس نیازمندی ملاک استفاده برای طراحی بسته جامع

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.10.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.511]

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 فناوری های بهداشتی یکی از مهمترین موانع دسترسی است. پرداخت شخصی هزینه های 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 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 سازمان های 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 [۳۳-۳۲]. 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 بین المللی یکی از موارد مهم

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.10.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.511]

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 [۳۶-۳۵]. 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 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_1392811695_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]

7. Kabir MJ, Vatankhah S, Delgoshaei 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, Moghassemi 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]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.10.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.511]

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, Olyaee 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. Moccero 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, Jaafaripooyan 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 Ethics2012;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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.10.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.511]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.10.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.511]

ABSTRACT

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

Mohammad Javad Kabir[1], Alireza Heidari[1*], Nahid Jafari[1], Zahra Khatirnamani[1], Mohammad Reza Honarvar[1], Naser Behnampour[1]

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, incurrence 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