چالش‌های تعیین بسته بیمه درمان پایه در ایران

رضا دهنویه: استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی ـ درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی کرمان
آرش رشیدیان: * استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی تهران
محمدرضا ملکی: دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی تهران

فصلنامه پایش
سال دهم شماره دوم بهار ۱۳۹۰ صص ۲۸۳-۲۷۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۱/۱۱
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۲۰ بهمن ۱۳۸۹]

چکیده

تعیین خدمات بسته بیمه درمان پایه همواره یکی از چالش‌های اساسی سیاستگذاران بخش سلامت ایران بوده است. این مطالعه از نوع کاربردی است و با هدف تعیین مشکلات تعیین بسته در ایران و ارایه پیشنهادهایی به سیاستگذاران برای بهبود وضعیت موجود با استفاده از روش کیفی در سال ۱۳۸۸ انجام گرفته است. جامعه مورد پژوهش، ۲۰ نفر از صاحبنظران و دست‌اندرکاران بیمه سلامت کشور و ابزار گردآوری داده‌ها مصاحبه بوده است.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که توافق بر سر کلیات، معیارهای تدوین، سازماندهی، تأمین مالی، نظام پرداخت، قوانین و مقررات، حدود تعهدات، ترکیب و نحوه پوشش جمعیتی، هماهنگی، رفتار، سیاستگذاری و نظارت و کنترل ۱۲ چالش اساسی تعیین مناسب خدمات بسته بوده‌اند. به عبارت دیگر بعد از اتفاق نظر در مورد کلیات و رفع مشکلات مرتبط با موارد فوق می‌توان از طریق معیارهای مناسب خدمات مناسبی در بسته قرار داد.

بر اساس نتایج حاصل، تعیین مناسب بسته بیمه درمان پایه در ایران نیازمند دیدگاهی نظام‌مند به این مقوله و طراحی یک برنامه بلندمدت است. این برنامه باید بتواند مشکلات تعیین شده در این پژوهش را به صورتی نظام‌مند حل نماید.

کلیدواژه‌ها: بیمه سلامت، ایران، بسته بیمه درمان پایه

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان پورسینا، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، طبقه چهارم، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت
تلفن: ۸۸۹۸۹۱۲۸ نمابر: ۸۸۹۸۹۱۲۹
Email: arashidian@tums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.15.2]

مقدمه

امروزه کشورها با این حقیقت روبرو هستند که با وجود نامحدود بودن نیازهای بشر، منابع محدود هستند [۱]. بخش سلامت نیز مانند سایر بخش‌ها با این محدودیت روبرو است [۲]. نتیجه محدودیت منابع، مواجه شدن با انتخاب است. زمانی‌که شکاف موجود بین نیاز به مراقبت‌های بهداشتی ـ درمانی و میزان منابع در دسترس بیشتر می‌شود، باید تصمیمات سختی اتخاذ شود [۳، ۴]. با در نظرگرفتن این نکات، ضروری است که از منابع موجود به بهترین نحو ممکن بهره برداری نمود. برای اطمینان از انجام چنین امری، نیاز به اولویت‌بندی است[۵]. زمانی که اهمیت و نیاز به اولویت‌بندی مشخص شد، سؤال بعد این است که چگونه این کار را باید انجام داد. اولویت‌بندی، فعل و انفعالی پیچیده است [۶، ۷]. اجماع کمی بر سر بهترین راه انجام اولویت‌بندی وجود دارد [۴]. کشورهای در حال توسعه نه تنها با مشکل کمبود منابع مواجه هستند، بلکه ارزش‌های اجتماعی و ویژگی‌های خاصی دارند که بر معیارهایی که بر اساس آن اولویت‌ها را تعیین می‌نمایند تأثیرگذار است [۸]. زمانی که تصمیم‌گیری درباره نیاز به اولویت‌بندی و ساز و کار مورد استفاده برای این امر صورت گرفت، تصمیم بعدی باید در خصوص شکل یا ساختار اولویت‌بندی اتخاذ شود. در این رابطه، رویکردی که به وفور مورد استفاده قرار گرفته، تعریف یک بسته از خدمات سلامت است که منعکس کننده اولویت‌های انتخاب شده باشد. این بسته می‌تواند از دیدگاه افراد مختلف (ارایه دهنده، سازمان بیمه گر و غیره) مطرح شود [۹]. به طور کلی دو بسته خدمات سلامت در ایران به عنوان بسته‌های پایه خدمات توسط نظام سلامت تأمین مالی می‌شود. بسته نخست، بسته خدمات اولیه بهداشتی است که در حدود ۳۰ تا ۳۵ درصد از هزینه‌های بخش بهداشت و درمان به این بسته خدماتی اختصاص می‌یابد. این هزینه‌ها کاملاً توسط دولت پرداخت می‌شود [۱۰، ۱۱]. بسته دوم، بسته خدمات درمانی است که تأمین مالی آن توسط سازمان‌های بیمه گر کشور که زیر نظر وزارت رفاه و تأمین اجتماعی فعالیت می‌کنند صورت می‌گیرد. تعیین بسته‌های بیمه درمان پایه همواره یکی از چالش‌های اساسی نظام‌های سلامت بوده است. مطالعات اندک انجام شده در زمینه اولویت گذاری در کشورهای در حال توسعه بیانگر عدم توازن بین معیارهایی است که بر اساس آنها اولویت گذاری صورت می‌گیرد و معیارهایی که بایستی اولویت گذاری بر اساس آنها صورت بگیرد[۱۲، ۱۳]. بررسی متون، نشان می‌دهد این سؤال هیچ گاه در سازمان‌های بیمه‌ای کشور ایران به درستی پاسخ داده نشده است و عدم پیش بینی نظامی مناسب برای تعیین حدود تعهدات بسته بیمه پایه از مشکلات مهم نظام بیمه‌ای کشور است [۱۴]. مطالعه مقدماتی شرایط موجود در نظام بیمه‌ای کشور نشان می‌دهد که شرایط موجود در سیستم بیمه‌ای کشور با مشکلات عدیده‌ای روبرو است که از مهم‌ترین این مشکلات، مشخص نبودن سطح تعهدات بسته بیمه درمان پایه است [۱۵]. در حال حاضر سطح تعهدات بیمه درمان پایه مناسب نیست، به طوری که شمول یا عدم شمول تعهدات خدمتی در مقاطع مختلف به صورت دستورالعمل و آیین‌نامه صورت گرفته و غالباً مبنای قانونی معینی ندارد. خدمات درمانی پایه به طور مشخص تعریف نشده‌اند و حتی در آیین نامه‌ها برخی از خدمات ضروری از تعهد بیمه همگانی خارج شده است [۱۶]. به طور کلی توافق اندکی بر سر این که این بسته از چه خدماتی تشکیل شود، وجود دارد [۱۷]. بعد از تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور، به رغم این که ماده ۱۰ این قانون، به تعیین حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو که انجام و ارایه آن در نظام بیمه خدمات درمانی به عهده سازمان‌های بیمه‌گر قرار می‌گیرد (پایه) و فهرست خدمات فوق تخصصی که مشمول بیمه‌های مضاعف (مکمل) است، اشاره نموده است، اما در عمل و در ضوابط تعیین شمول و سطح خدمات پزشکی و داروی مورد تعهد بیمه، تنها ماده‌های ۴، ۵ و ۶ به خدمات بسته بیمه درمان پایه اشاره کرده و به هیچ معیار مشخصی برای تعیین خدمات این بسته اشاره نشده است [۱۸]. با توجه به تمامی موارد ذکر شده، این مطالعه با هدف تعیین چالش‌های تعیین مناسب بسته خدمات بیمه درمان در ایران، انجام شده است.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای کاربردی است که با استفاده از روش کیفی در سال ۱۳۸۸ انجام گرفته است. در این مطالعه، نمونه پژوهش (۲۰ نفر) با روش نمونه گیری هدفمند و طبقه‌ای انتخاب شد. در نمونه گیری سعی شد تا از تمامی طبقات (سازمان‌ها و گروه‌های مرتبط) افرادی به صورت هدفمند انتخاب گردند و نمونه گیری تا جایی ادامه پیدا کرد که داده‌ها به سطح اشباع رسید. در پیدا کردن نمونه‌ها از روش گلوله برفی نیز استفاده گردید. نمونه‌ها شامل افراد دارای تحصیلات و پژوهش‌های مرتبط (۳ نفر)، افراد دارای تجربه در ۷ سازمان درگیر در امر بیمه سلامت ایران شامل:

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.15.2]

معاونت راهبردی و برنامه‌ریزی ریاست جمهوری (۲ نفر)، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی (۳ نفر)، بیمه درمان سازمان تأمین اجتماعی (۳ نفر)، بیمه خدمات درمانی (۳ نفر)، بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح (۲ نفر)، کمیته امداد امام خمینی (۲ نفر) و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۲ نفر)، بودند. این افراد بر اساس معیارهای داشتن تجربه مدیریتی مرتبط، داشتن تحصیلات و گرایش پژوهشی مرتبط، عضویت در کمیته‌ها یا گروه‌های پژوهشی مرتبط و داشتن تألیفات و انتشارات دارای اهمیت در زمینه بیمه سلامت انتخاب شده‌اند. تعداد ۲۰ مصاحبه رو در رو به همراه ۶ مصاحبه تکمیلی از طریق تلفن انجام شد. تمامی مصاحبه‌ها ضبط شده و سپس پیاده‌سازی شد. متوسط زمان مصاحبه‌ها ۵۵ تا ۸۰ دقیقه بود. سؤالات مصاحبه به گونه‌ای طراحی شده بود که بتواند دیدگاه‌ها و اعتقادات افراد مورد مصاحبه را در مورد موضوع، مورد پرسش قرار دهد. در ابتدا ۴ مورد از مصاحبه‌ها به صورت عمیق انجام شد تا فهم بهتری از موضوع پیدا شود و مواردی که باید در حین مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته مورد نظر قرار گیرد شناسایی گردد تا بتوان بر اساس آن مجموعه مناسبی از سؤالات برای این مصاحبه‌ها تدوین کرد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل چارچوبی (Framework analysis) مشتمل بر ۵ مرحله آشناسازی (Identifying)، شناخت چارچوب مفهومی (Identifying a Thematic Framwork)، کدگذاری (Indexing)، ترسیم جدول‌ها (Charting) و نگاشت و تفسیر (Mapping and Interpretation) استفاده. این روش تحلیل، بیشتر برای تحلیل داده‌های کیفی مطالعات سیاستگذاری مورد استفاده قرار می‌گیرد [۱۹]. طی مرحله آشنایی فرمی حاوی اطلاعات مربوط به افراد و خلاصه‌ای از محتوای هر مصاحبه تدوین شد. برای تدوین فرم راهنمای مفهومی اولیه، جلسات مکرری بین پژوهشگران برگزار شده و در این مورد بحث و تبادل نظر انجام شد. سپس این چارچوب مفهومی با بررسی مکرر هر کدام از مصاحبه‌ها ـ مرحله آشنایی ـ مورد بررسی قرار گرفت. هر کدام از مصاحبه‌ها به صورت جداگانه کدگذاری شده و فهرستی از این کدها به همراه ارتباط آنها با چارچوب مفهومی از این مصاحبه‌ها استخراج گردید [۱۹]. در این مرحله به هر کدام از بخش‌های دارای اطلاعات مرتبط در مصاحبه‌ها، یک یا دو کد اختصاص داده شد [۲۰]. سپس این کدها با برگزاری جلسه با سایر پژوهشگران مورد بررسی قرار گرفته و در صورت لزوم تغییر داده شد. این فرایند برای هر کدام از مصاحبه‌ها چندین بار تکرار شد. سپس مرحله ترسیم جدول‌ها انجام گرفت تا نظر مصاحبه‌شوندگان در مورد هر کدام از اجزای مدل مفهومی با یکدیگر مقایسه شده و ارتباط بین هر کدام از اجزای مدل با زیر مجموعه آن مشخص شود. تفسیر هر کدام از اجزای مدل مفهومی نیز در فرایندی مشابه مرحله کدگذاری صورت گرفت. در تمامی مراحل بالا از نرم‌افزار Atlas-Ti استفاده گردید. این نرم‌افزار برای تحلیل داده‌های کیفی به کار می‌رود. چارچوب مفهومی در فرایند انجام تحلیل، بارها مورد تجدید نظر قرار گرفت [۲۱].

یافته‌ها

در انتهای این مطالعه کیفی، ۱۲ مفهوم اساسی و ۴۲ زیرگروه شناسایی گردید (جدول شماره ۱) که در ادامه به توضیح هر کدام از آنها می‌پردازیم.

مفهوم اول- توافق بر سر کلیات: گروهی از کارشناسان معتقد بودند که در بین صاحبنظران و سازمان‌های بیمه گر پایه، اتفاق نظر بر سر تعریف بسته بیمه وجود ندارد «نوع نگرش به بسته پایه خدمات، در سطح سیاستگذاران متفاوت است» (م ۱). قبل از تدوین بسته بیمه درمان پایه درکشور، باید بین گروه‌های مختلف بر سر اصول حاکم بر تدوین بسته، توافق حاصل شود «اول باید روی اصول با هم توافق کرد و بعد مشخص کنیم که از چه روشی استفاده کنیم که مبتنی بر آن اصول باشد» (م ۹).

مفهوم دوم- معیارهای تدوین: از نقطه نظر افراد مصاحبه شونده، خدمات بسته باید بر اساس معیارهای مشخصی تعیین شوند. بعد از تعیین معیارهای تدوین بسته، بایستی بین معیارهای مختلف، تعادلی منطقی برقرار شود «باید تعادل منطقی بین نگاه عدالت مدارانه و نگاه هزینه ـ اثربخشی برقرار کنیم.» (م ۱۴).

مفهوم سوم- سازماندهی: یکی از موانع ارایه مناسب خدمات بسته، یکسان عمل نکردن سازمان‌های بیمه گر پایه است «وقتی سازمان تأمین اجتماعی به یک نحو بسته را ارایه می‌دهد، سازمان بیمه خدمات درمانی به گونه‌ای دیگر و بیمه گرهای دیگر به گونه‌های دیگر، خوب به نظرم خیلی تفاهمی وجود ندارد.» (م ۸). یکی از ایرادات مهم دیگر، طولانی بودن مراحل ورود یک خدمت به بسته بود «این سیکل معمولاً چند ماه زمان می‌برد و این مشکلات فراوانی را ایجاد می‌کند.» (م ۱). صاحبنظران معتقد بودند که شورای عالی بیمه فاقد قدرت کارشناسی برای تصمیم گیری مناسب

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.15.2]

جهت تعیین خدمات بسته است «شورای عالی بیمه پیشنهادات را دریافت می‌کند و خودش بدنه کارشناسی خبره را در اختیار ندارد.» (م ۱۶). بر طبق گفته پاسخگویان مشارکت برخی گروه‌ها در تدوین بسته کنونی کم رنگ است « نقش بخش مردمی کم رنگ است، بخش دولتی پررنگ‌تر از بقیه است.» (م ۱۴). وجود فرایند بازنگری برای اصلاح و بهبود بسته بیمه درمان پایه کشور لازم است « باید مکانیسمی باشد که از طریق آن بشود اعتراض کرد، داده جدید ارایه داد و تصمیم گیری را عوض کرد.» (م ۸). به رغم اهمیت وجود داده جهت تدوین بسته، در این زمینه نقاط ضعف زیادی وجود دارد «در هیچ کدام از بیمه‌ها به استثنای بیمه نیروهای مسلح، شیوع و متوسط هزینه خیلی از بیماری‌ها را نداریم. میزان مصرف خیلی از داروها را نداریم» (م ۱۶). علاوه بر وجود اطلاعات، جریان داشتن مناسب آن نیز از ضروریات تدوین مناسب بسته برشمرده شده است». «اطلاعات و آمار بین حیطه‌های مختلف نظام سلامت گردش پیدا نمی‌کند» (م ۱۳). از دیگر مشکلات مرتبط با سازماندهی، عدم شفافیت وظایف در رابطه با تدوین بسته بیمه است «محوریت نوشتن بسته باید با چه کسی باشد؟» (م ۲). عدم وجود دانش کافی یکی از موانع جدی بر سر راه تدوین مناسب بسته، است «ما توانمندی علمی برای اجرای روش‌های مناسب تدوین بسته را نداریم.» (م ۸).

مفهوم چهارم- تأمین مالی: چالش عمده ورود خدمات پیشگیری به بسته، منابع مالی این خدمات است «چرا بیمه زیر بار بسته سلامت محور نمی‌رود؟ پاسخ تأمین منابع است.» (م ۲). یکی از مشکلات مالی مرتبط با استفاده از خدمات بسته، به میزان بالای پرداخت از جیب افراد مصرف کننده بر می‌گردد «فردی که می‌خواهد ۷۰ درصد [هزینه] را از جیب بدهد، خوب ۳۰ درصد دیگرش را هم می‌دهد.» (م ۴).

بدون داشتن نظام تعرفه گذاری مناسب، خدمات بسته بیمه به صورت مناسبی ارایه نخواهد گردید «یکی از مشکلات، تفاوت تعرفه‌ها است که در بخش دولتی و خصوصی خیلی متفاوت است و بیشترین مشکل بیمه شده‌ها در بیمارستان‌ها این است.» (م ۱۱). یکی دیگر از مشکلات مرتبط، غیرواقعی بودن میزان سرانه در کشور است.

بنا به گفته صاحبنظران یکی از مهم‌ترین عواملی که موجب ناعادلانه بودن نظام تأمین مالی کنونی گردیده است، پس رونده بودن نظام است. این نوع روش تأمین مالی به خصوص در سازمان‌های بیمه خدمات درمانی و بیمه نیروهای مسلح، مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در شرایط کنونی، کشور فاقد الگویی مناسب برای شناسایی افراد فقیر است «به نظر من هدفمندی فقرا در بسته‌ها، تنها راهکار است. مشکلی که وجود دارد شناسایی آنها است.» (م ۴). بر طبق نظر کارشناسان یکی از راهکارهای مهم در جمع آوری مناسب منابع، جمع آوری بر اساس درآمد است «پیشنهاد من نظام پیش رونده است که فکر نمی‌کنم زیاد در کشور ما عملی باشد، پس حداقلش این است که به سمت تناسبی پیش رویم.» (م ۴).

یکی از مشکلات دیگر در تأمین مالی بسته، عدم شفافیت منابع و پراکندگی این منابع است «مثلاً می‌گوییم جراحی حلزون گوش در بسته خدمات نیست، ولی سازمان بهزیستی آن را از محل دیگری ارایه می‌دهد. اگر قرار است سازمان بهزیستی بدهد، بودجه آن همین جا [سازمان بیمه گر] بیاید.» (م ۹). یکی از پیشنهادات مطرح در زمینه تأمین مالی بسته، جهت دادن مسیر عوارض کالاهایی نظیر سیگار، نوشابه و غیره، به سمت بسته بیمه است. تاکنون به رغم سعی زیاد، این اتفاق در کشور نیافتاده است «به جایی باید عوارض بدهند که هزینه آن عارضه را می‌پردازد، این عوارض باید اینجا [بخش سلامت] می‌آمد ولی آنها به صدا و سیما دادند.» (م ۱۴)

مفهوم پنجم- نظام پرداخت: در شرایط کنونی باید از ترکیبی از روش‌های پرداخت برای خدمات مختلف، استفاده نمود «از روش پرداخت یکسانی نمی‌توان برای همه خدمات استفاده نمود.» (م ۱). یکی از نقاط ضعف سیستم سلامت در این زمینه، کم تجربگی در استفاده از روش‌های مختلف پرداخت است «ما نظام‌های پرداخت دیگر را تجربه نکرده‌ایم، روش Per Diem را تجربه نکرده‌ایم، DRG را تجربه نکرده‌ایم.» (م ۱).

یکی از مشکلات نظام پرداخت موجود، متصل بودن درآمد ارایه دهندگان خدمات به ارایه خدمت است. این امر موجب ایجاد مشکلات فراوانی نظیر ایجاد تقاضای القایی برای خدمات بسته می‌شود «وقتی پزشک بابت سزارین پول بیشتری بگیرد، خوب به سمت سزارین پیش می‌رود.» (م ۱۱).

مفهوم ششم- قوانین و مقررات: برخی قوانین که در ارتباط با بسته تصویب شده‌اند، در تناقض با یکدیگر هستند. «در کشور قوانین ضد و نقیض هم داریم. برای یک موضوع هم در جهت و هم خلاف آن می‌توانیم قانون بیاوریم.» (م ۳). همچنین در حال حاضر،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.15.2]

فاقد قوانین کافی در زمینه تدوین بسته خدماتی هستیم «ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی حداقل شمول تعهدات را تعریف کرده و این تنها اشاره صریح قانونی به بسته است» (م ۱).

مفهوم هفتم- حدود تعهدات: خدمات بسته کنونی به صورت مناسبی در آن قرار نگرفته است «در بسته فعلی خیلی از چیزها هست که الآن نباید باشد و خیلی چیزها در آن نیست که باید باشد» (م ۲). کم رنگ بودن آموزش و مشاوره یکی دیگر از ایرادات بسته است. هر چند که تاکنون تلاش‌هایی برای ورود این اجزا به آن انجام شده، اما این خدمات پراکنده و بدون انسجام بوده است «سیاست‌های پیشگیری به تصویب شورای عالی سلامت رسید، ولی عملاً الآن استفاده نمی‌شود.» (م۱). به طور کلی خدمات بسته در کشور بیشتر شامل خدمات سطح دوم پیشگیری بوده و به سایر سطوح توجه زیادی نشده است «قلب و عروق، دومین علت مرگ و میر کشور است، اما خدماتی که در مورد قلب و عروق جنبه بازتوانی دارند در بسته نیست.» (م ۲).

مفهوم هشتم- ترکیب و نحوه پوشش جمعیتی: در زمینه مبنای پوشش خدمات بسته، مشکلاتی در کشور وجود دارد «ما مهاجرین رسمی در کشور داریم که برایشان جوابی نداریم.» (م ۱).

مفهوم نهم- هماهنگی: تاکنون در بسته کنونی بیمه، هیچگونه هماهنگی بین ورود و خروج خدمات وجود نداشته است «طبیعتاً زمانی که یک سری خدمات وارد بسته می شوند، یک سری هم باید خارج شوند، ولی ما عادت داریم که به خارج کردن فکر نمی‌کنیم.» (م ۷). خدمات بسته باید به صورتی منطقی نیازهای بیمار را در سطوح مختلف خدمتی پوشش دهند «خدمات بسته باید یک سری حلقه‌های متصل به هم را تشکیل دهند که اگر فردی به خدمتی نیاز پیدا کرد، این حلقه‌ها گام به گام فرد را در مسیر دریافت خدمات هدایت کنند.» (م ۱۲). با توجه به اهمیت هر کدام از سازمان‌های درگیر در فرایند تدوین بسته، هماهنگی این ارتباط از اهمیت زیادی برخوردار است. تاکنون در این راستا فعالیت چندانی صورت نگرفته است «هماهنگی‌های بین بخشی و برنامه ریزی کلان برای جلوگیری از تحمیل هزینه‌ها به مردم حداقل در این ۱۵ سال گذشته، وجود نداشته است.» (م ۱۱).

موفقیت بسته بیمه تا حدود زیادی بستگی به درست عمل نمودن سطوح مراقبت‌های اولیه و نیز بیمه مکمل دارد «ما الآن سطح بندی داریم، سطح PHC داریم، سطح درمان داریم و سایر سطوح داریم منتها پاس دادن اینها را به همدیگر تعریف نکرده‌ایم» (م ۱).

همچنین هماهنگی بین بسته بیمه و سایر اجزای نظام سلامت، در عملکرد مناسب بسته بسیار اهمیت دارد «باید سعی کنیم هماهنگی‌هایمان را بیشتر کنیم، یعنی هماهنگی‌هایی که در نظام سلامت برای کارآمد شدن آن [تدوین بسته] نیاز است، فعلاً در کشور خیلی کم است.» (م ۱۳).

مفهوم دهم- رفتار: تاکنون خدمات بسته بیمه در کشور بدون توجه به اصلاح رفتار در گروه‌های مختلف ذی نفع، انتخاب گردیده‌اند «در بسته کنونی به هیچ وجه به اصلاح رفتار توجه نشده است.» (م ۱۲).

کارشناسان بر این عقیده بودند که برای دسترسی مناسب افراد جامعه به خدمات بسته بایستی از طریق راهکارهایی نظیر آموزش، فرهنگ جامعه را تغییر داد. فرهنگ پایین مصرف، از طرفی موجب استفاده بیش از اندازه از خدمات بسته می‌شود و از طرف دیگر موجب می‌شود که خانوارها در مورد خدماتی که اثربخشی چندانی هم ندارند، هزینه‌های کمرشکنی را متحمل شوند «می‌داند مریض سرطانی‌اش ۳ ماه دیگر می‌میرد، اما به راحتی خانه‌اش را می‌فروشد، که مریضش ۳ ماه بیشتر زندگی کند.» (م ۵).

مفهوم یازدهم- سیاستگذاری: به گفته صاحبنظران، تغییر و تحول مداوم مدیران، مانعی بر سر راه تدوین مناسب بسته است «تغییر و تحول زیاد است. نیامده‌اند یک سازمان را متولی کنند و اعتبارش را هم مشخص کنند، به طوری که هر کسی مدیر باشد، تأثیری [بر بسته] نداشته باشد.» (م ۴).

پذیرش اهمیت موضوع توسط مدیران نکته دیگری بود که بدان اشاره شد «دولت باید تصمیم کسانی را که در این قضیه خبره هستند، بپذیرد و به نوعی تعهد سیاسی ایجاد بکنیم.» (م ۱).

کارشناسان بر این عقیده بودند که نظام بیمه‌ای کشور فاقد متولی، برای جهت دهی راهبردی است «شاید مهم‌ترین دلیل برای مشکلات موجود، فقدان یک متولی خاص برای نظام بیمه‌ای کشور باشد.» (م ۷). خدمات موجود در بسته کنونی بدون تدوین استراتژی، مشخص شده است «گروه [تدوین بسته]، در تدوین استراتژی‌ها به توافق نرسید. بدون تدوین استراتژی، بسته نوشته شد.» (م ۲). از جمله نقایص مهم موجود در بخش سیاستگذاری بسته، دخالت دادن علایق شخصی در اولویت‌های تدوین بسته است. «معمولاً حرکت وزرای بهداشت، به جای این که [بر اساس] سیاستگذاری باشد، بر اساس سلایق شخصی خودشان بوده است» (م ۴).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.15.2]

جدول شماره ۱- عوامل مؤثر بر تعیین بسته بیمه درمان پایه در ایران

مفهوم ۱- توافق بر سر کلیات
۱-۱- مفهوم بسته بیمه درمان پایه
۱-۲- اصول حاکم بر بسته
مفهوم ۲- معیارهای تدوین
۲-۱- معیارهای تدوین بسته
۲-۲- اهمیت و تعامل میان معیارهای تدوین بسته
مفهوم ۳- سازماندهی
۳-۱- یکسان نمودن ضوابط مورد عمل بیمه‌ها
۳-۲- روند طولانی ورود خدمات به بسته
۳-۳- تشکیل گروه کارشناسی تدوین بسته
۳-۴- همکاری گروه‌های مختلف با ترکیبی فرابخشی
۳-۵- ایجاد فرایند بازنگری مناسب در بسته
۳-۶- فراهم آوردن داده‌های لازم
۳-۷- تفکیک وظایف گروه‌های مؤثر در تدوین بسته
۳-۸- فراهم آوردن دانش مناسب نسبت به قضیه
مفهوم ۴- تأمین مالی
۴-۱- در نظر گرفتن منابع مالی برای پوشش خدمات پیشگیری در بسته
۴-۲- ایجاد مشارکت مالی مناسب
۴-۳- رفع مشکلات مربوط به سرانه و تعرفه در کشور
۴-۴- هدفمند نمودن یارانه‌ها
۴-۵- عادلانه نمودن نظام تأمین مالی
۴-۶- ایجاد نظام مناسب شناسائی افراد فقیر
۴-۷- جمع آوری مناسب منابع
۴-۸- تزریق مناسب عوارض
مفهوم ۵- نظام پرداخت
۵-۱- توجه کردن به روش‌های ترکیبی مناسب در نظام پرداخت
۵-۲- کسب تجربه در استفاده از نظام‌های پرداخت
۵-۳- رفع ارتباط مستقیم بین تولید کالا و درآمد
مفهوم ۶- قوانین و مقررات
۶-۱- رفع تناقض و نقص در قوانین کشوری در راستای تدوین بسته
۶-۲- وضع قوانین کافی برای تدوین بسته
مفهوم ۷- حدود تعهدات
۷-۱- ترکیب مناسب خدمات بسته موجود
۷-۲- توجه کردن به آموزش و مشاوره در بسته
۷-۳-توجه کردن به تمامی سطوح پیشگیری در بسته
۷-۴- ضرورت تدوین نظام لایه‌ای در بسته
مفهوم ۸- ترکیب و نحوه پوشش جمعیتی
۸-۱- مناسب نمودن تعیین مبنای پوشش
مفهوم ۹- هماهنگی
۹-۱- ایجاد هماهنگی بین خدمات بسته
۹-۲- ایجاد هماهنگی بین سازمان‌ها
۹-۴- ایجاد هماهنگی بسته با سایر نظام‌ها
۹-۳- ایجاد هماهنگی بسته بیمه با سطح مراقبت‌های اولیه و سطح مکمل
۹-۵- ایجاد هماهنگی بین هزینه، جمعیت و عمق خدمات
مفهوم ۱۰- رفتار
۱۰-۱- توجه به اصلاح رفتار در بسته
۱۰-۲- فرهنگ سازی
مفهوم ۱۱- سیاستگذاری
۱۱-۱- ایجاد ثبات و انسجام در سیاستگذاری
۱۱-۲- ایجاد عزم و تعهد همه جانبه
۱۱-۳- تعیین متولی برای نظام بیمه‌ای کشور
۱۱-۴- عملکرد مناسب سیاستگذار
مفهوم ۱۲- نظارت و کنترل
۱۲-۱- نظارت و کنترل مناسب

اتفاقی که در شرایط کنونی در نظام سلامت کشور افتاده، این است که سیاستگذاران، نقش سیاستگذاری خود را فراموش نموده و درگیر کارهای اجرایی شده‌اند «من همیشه جامعه ایرانی را در نظام سلامت به یک آدم دیکورتیکیت تشبیه می‌کنم که کورتکس مغزی ندارد. حاکمیت نظام سلامت عمل کورتکس را انجام نمی‌دهد. آمده و کار خودش را کار بازو قرار داده و رفته در جزیی ترین کارهای اجرایی درگیر شده است.»

مفهوم دوازدهم- نظارت و کنترل نامناسب: اعمال مناسب نظارت و کنترل بر گروه‌هایی نظیر ارایه دهندگان خدمات برای ارایه مناسب خدمات بسته، ضرورت دارد. نظارت مناسب بر ارایه کنندگان، موجب کاهش شدید هزینه‌ها و گسترش خدمات بسته بیمه خواهد شد «در کشور بسته خدمات، هزینه، نیاز، تقاضا و پرداخت از جیب را فراهم کننده تعیین می‌کند و ما آن را فراموش کرده‌ایم.» (م ۳).

بحث و نتیجه گیری

با توجه به اهمیت تعیین مناسب بسته بیمه درمان پایه و نقش آن در سلامت جامعه در این مطالعه سعی شد تا با انجام یک کار کیفی، چالش‌ها و نکات حایز اهمیت جهت ارتقای فرایند تدوین بسته مشخص گردد. به طور کلی می‌توان این چالش‌ها را شامل موارد زیر دانست:

- در شرایط کنونی، در زمینه تعریف بسته بیمه درمان پایه در بین کارشناسان و سازمان‌های بیمه گر پایه، توافق نظر وجود ندارد. علت بخشی از این عدم توافق، به متنوع بودن ادبیات این موضوع در سطح دنیا بر می‌گردد، به طوری که در متون مرتبط، به عناوین مختلفی نظیر بسته سلامت (Health Basket) [۲۲]، بسته مزایا (Benefit Packages) [۲۳]، بسته خدمات ضروری (Essential Services Package) [۲۴] و غیره، اشاره شده است. نکته مهم دیگر در فرایند اولویت بندی، نقش کلیدی اصول حاکم بر اولویت بندی است. کشورهای مختلف در اولویت بندی، از اصول مختلفی استفاده نموده‌اند [۲۵].

- باید در کشور بر سر معیارهای تدوین بسته توافق حاصل شود. هیچ روش اولویت بندی واحدی وجود ندارد که بتوان گفت برای تمام کشورها ایده آل است [۲۶]. در این رابطه، باید به دو نکته مهم توجه نماییم. اول این که تصمیم گیری بر اساس چه معیارهایی صورت می‌گیرد و دوم این که تأثیر این معیارها بر تصمیم گیری و بر یکدیگر به چه میزان است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.15.2]

- در شرایط کنونی، سازمان‌های بیمه گر پایه در برخی موارد، پوشش خدمات بسته بیمه درمان پایه را به صورت یکسانی انجام نمی‌دهند. این امر موجب شده که برخی خدمات یکسان، توسط سازمان‌های بیمه گر پایه مختلف، به صورت متفاوتی ارایه شود. بنابراین یکسان نمودن ضوابط مورد عمل بیمه‌ها در مورد ارایه خدمات بسته در کشور، ضروری به نظر می‌رسد. یکی از ایرادات مهم بسته فعلی، طولانی بودن روند ورود خدمات به بسته است. طولانی شدن این فرایند، خود باعث ایجاد مشکلات فراوانی نظیر متحول شدن خدمات، تغییر قیمت خدمات، سوء استفاده از خدمات و بسیاری مشکلات دیگر می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود یک گروه کارشناسی قوی برای ورود و خروج خدمات بسته ایجاد شود. تجارب سایر کشورها نیز نشان می‌دهد که معمولاً تصمیم گیری در مورد خدمات بسته بیمه توسط گروهی با ترکیب کارشناسان خبره و به صورت مستقل صورت می‌گیرد. به عنوان مثال در تایلند کمیته بسته پایه، مرکب از گروهی از کارشناسان خبره است [۲۷].

عدم مشارکت گروه های مختلف در تدوین بسته، یکی از انتقاداتی است که بر بسته کنونی وارد می‌شود. مشروعیت رویه‌ها و معیارهای تعیین بسته پایه بستگی به وجود نمایندگان کلیه ذی‌نفعان دارد [۲۳]. در فرایند تخصیص منابع بایستی نقش تمام افراد تأثیرگذار را در نظر گرفت [۲۸]. مخالفت در برابر تصمیمات مرتبط با بسته عمدتاً از این حقیقت ریشه می‌گیرد که فرایند تصمیم گیری، ترجیحات کل جمعیت را لحاظ نکرده است [۱۸]. به علاوه درگیر نمودن عموم مردم، باعث افزایش پاسخگویی شده و موجب می‌شود که مقامات مسئول به صورت شفاف‌تری در زمینه اولویت بندی عمل نمایند [۲۹]. طبق نظر کارشناسان بیمه‌ای کشور، باید مکانیزم تعیین بسته پایه خدمت، مکانیزم ورود بازخورد را داشته باشد. برای تدوین بسته، نیازمند دسترسی به اطلاعات دقیق و مختلفی هستیم [۱۸، ۳۰]. به رغم اهمیت زیاد دسترسی به داده مناسب، نظام سلامت کشور در این زمینه نقاط ضعف زیادی دارد. یکی از موانع جدی بر سر راه تدوین مناسب بسته، وجود نداشتن دانش کافی نسبت به روش‌های علمی مرتبط است. برای رفع این مشکل، پیشنهاداتی نظیر سیاستگذاری آموزش، آموزش متخصصان، اعطای بورسیه مرتبط، بازنگری در سیستم‌های آموزشی و استفاده از دانش مشاوران خارجی ارایه شد.

- در شرایط فعلی، مشکل عمده‌ای که بر سر راه ورود خدمات پیشگیری به بسته بیمه وجود دارد، منابع مالی این خدمات است. این منابع درحال حاضر، در اختیار وزارت بهداشت قرار دارد. با در نظر گرفتن تأثیرات بالقوه منفی فرانشیز بر استفاده از خدمات ضروری خصوصاً برای فقرا، از این موضوع، باید به عنوان ابزاری جهت کنترل مصرف بیش از حد مداخلات خاص یا حذف غیرمحسوس خدمات از بسته استفاده کرد. یکی از موارد تعیین کننده در ارایه مناسب خدمات بسته، تعرفه مناسب خدمات آن است. از جمله مشکلاتی که در این رابطه در کشور وجود دارد، تفاوت تعرفه‌ها در بخش دولتی و خصوصی است. تعیین مناسب سرانه به عنوان یکی از منابع مهم تأمین مالی بسته، از اهمیت زیادی برخوردار است. در این رابطه، یکی از مشکلات، غیرواقعی بودن میزان سرانه در کشور است. در این خصوص، پیشنهاد شد که سرانه مطابق با نیاز، وضعیت اقلیمی، ترکیب جمعیتی و وضعیت تورم تعیین گردد.

به منظور تقویت استفاده از خدمات بسته، یارانه‌ها باید به صورت هدفمند توزیع شوند. در نظر گرفتن معیارهایی نظیر اثر بیرونی بیماری‌ها و مداخلات در تخصیص یارانه‌ها، مهم تلقی شده است. دولت‌ها باید برای برخی از مداخلاتی که اثر بیرونی دارند، یارانه بپردازند [۳۱].

سازمان جهانی بهداشت «عدالت در مشارکت مالی» را یکی از سه هدف مهم نظام سلامت می‌داند [۳۲]. عدالت در بیمه درمان پایه، به مفهوم پرداخت متناسب با توانمندی و مصرف متناسب با نیازمندی بیمه شدگان است [۳۳]. یکی از مهم‌ترین عواملی که موجب ناعادلانه بودن نظام تأمین مالی کنونی گردیده، پس رونده بودن نظام تأمین مالی است. برای جهت دهی مناسب یارانه‌ها به سمت افراد فقیر جامعه، در قدم اول بایستی مکانیسم صحیحی برای شناسایی این افراد وجود داشته باشد. در شرایط کنونی، در کشور روش مناسبی برای شناسایی این افراد، وجود ندارد. البته ایجاد این نظام نیاز به یک زیر ساخت بسیار قوی دارد که در بسیاری از کشورهای در حال توسعه در دسترس نیست [۳۴].

جمع آوری منابع، فرایندی است که نظام سلامت به وسیله آن، پول را از خانوارها و سازمان‌ها یا شرکت‌ها و همچنین اهدا کنندگان دریافت می‌کند. یکی از راهکارهای مهم در جمع آوری مناسب منابع، جمع آوری بر اساس درآمد است. از جمله پیشنهاداتی که در این زمینه ارایه شد، پیش رفتن به سمت نظام پیش رونده بود و با توجه به مهیا نبودن شرایط آن در کشور، توصیه شد که حداقل پیشرفت به سمت نظام تناسبی، در دستور کار قرار گیرد. بانک

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.15.2]

جهانی هم روش درصدی از حقوق و دستمزد را برای کشورهای در حال توسعه توصیه می‌کند [۳۵]. از مشکلات دیگر در تأمین مالی بسته بیمه، عدم شفافیت منابع و پراکندگی این منابع است. به عنوان مثال منابع متفرقه‌ای برای پوشش خدمات در دست سازمان‌های مختلف قرار دارد. سازمان بهداشت جهانی ایجاد صندوق‌های متعدد بیمه‌ای را یکی از شاخص‌های گسیختگی در سازماندهی صندوق‌ها دانسته است [۳۶]. از جمله پیشنهادات مرتبط با تأمین مالی بسته، جهت دادن مسیر عوارض کالاهایی نظیر سیگار و نوشابه به سمت بسته بیمه است. به عبارت دیگر باید بیمه درمان را از بعضی مالیات‌ها برخوردار نمود [۳۷].

- کارشناسان در زمینه نوع روش مناسب برای پرداخت، عقیده داشتند باید از ترکیب مناسبی از روش‌های پرداخت برای خدمات مختلف، استفاده نمود. اگر سازمان بیمه درمان اجتماعی توانایی و قابلیت لازم را داشته باشد، بهره مندی از ترکیب شیوه‌های پرداخت در سطوح مختلف تأمین مراقبت در قیاس با استفاده انحصاری از یک روش به ویژه در مراحل اولیه طرح، عاقلانه‌تر است [۳۸]. انتخاب تنها یک روش از بین روش‌های مختلف آسان نیست و یک روش کارآمد، بستگی به شرایط محلی هر کشور دارد [۳۹]. نظام بهداشت و درمان کشور هنوز تجربه زیادی در استفاده از روش‌های مختلف ندارد. روش پرداخت باید به سمتی برود که به ازای ایجاد سلامت بیشتر در مردم، پرداخت بیشتری صورت دهد نه به ازای ارایه خدمات بیشتر.

- قوانین مرتبط با بسته بیمه درمان پایه در کشور، گاهی در تناقض با یکدیگر هستند. فقدان قوانین مناسب و کافی نیز یکی دیگر از مشکلات کشور است.

- در بسته بیمه درمان کنونی در کشور ما، همه خدمات وجود دارند و هیچگونه گزینش خاصی بر روی خدمات صورت نگرفته است. با ارایه خدمات آموزشی می‌توان مبالغ زیادی از هزینه‌های بسته را کاهش داد. بنابراین باید برای ورود مناسب این خدمات به بسته، راهکاری اندیشیده شود. تجارب بسیاری از سایر کشورها حاکی از استفاده از این خدمات در بسته بیمه خود است. به عنوان مثال مداخلاتی نظیر آموزش درباره ایدز و دخانیات در بسته پایه کشور گینه گنجانیده شده است [۱۸]. یکی از وظایف اصلی در انتخاب این که چه خدماتی باید اولویت دار باشند، این است که فعالیت‌های بهداشت عمومی و فعالیت‌های بالینی، از توازن مناسبی برخوردار باشند.

- درحال حاضر در زمینه مبنای پوشش، هنوز به درستی تکلیف برخی مهاجران قانونی در کشور مشخص نشده است. در زمینه مبنای پوشش در کشور، پیشنهاد تحت پوشش قرار گرفتن ایرانی‌های مقیم کشور، مهاجران رسمی کشور و نیز ایرانی‌های خارج از کشور مطرح گردید.

- مداخلات، در داخل بسته خدمات، نبایستی مستقل از یکدیگر باشند و باید اثر هم افزایی بین آنها وجود داشته باشد [۱۸]. متأسفانه این اصل در بسته کشور رعایت نشده است. بر طبق یافته‌های این مطالعه، خدمات مشابه و تکراری زیادی در بسته قرار گرفته است و باید مکانیزم منطقی برای خروج خدمات تکراری از بسته بر اساس منطقی مناسب، ایجاد شود.

تدوین مناسب بسته، فرایندی بین بخشی است. هماهنگی ارتباط بین این سازمان‌ها از اهمیت زیادی برخوردار است. تاکنون در این راستا فعالیت چندانی در کشور صورت نگرفته و از همین رو، مشکلات زیادی در زمینه هماهنگی بین این سازمان‌ها وجود دارد.

موفقیت در تدوین بسته بیمه درمان به شدت به مناسب بودن سطح مراقبت‌های اولیه و سطح بیمه مکمل در کشور وابسته است. طبق گفته کارشناسان، عملکرد نامناسب سطح تکمیلی خدمات در کشور، موجب بروز مشکلات زیادی برای عملکرد مناسب بسته بیمه درمان پایه کشور، گردیده است. در این رابطه، کارشناسان توصیه نموده‌اند که باید تمامی خدمات مورد نیازی که امکان ارایه آنها در بسته بیمه درمان پایه نیست، در قالب بسته بیمه مکمل ارایه گردند. بر اساس نظر کارشناسان، هماهنگی بین بسته بیمه و سایر اجزای نظام سلامت، در عملکرد مناسب بسته بیمه درمان پایه بسیار اهمیت دارد. هماهنگی‌هایی که در نظام سلامت برای کارآمد شدن تدوین بسته نیاز است، فعلاً در کشور خیلی کم ایجاد شده است. به طور کلی پوشش یک گروه مشخص جمعیتی می‌تواند سه بعد کلی میزان پوشش جمعیتی، تعداد و ویژگی خدمت و میزان پوشش هزینه خدمات را دارا باشد [۲۲]. در شرایط کنونی در بسته بیمه درمان پایه کشور، هماهنگی مناسبی بین این سه عامل ایجاد نشده است.

- یک برنامه بیمه مناسب، می‌تواند مشوق‌هایی برای تغییر مناسب رفتار در بیماران و ارایه دهندگان خدمات ایجاد نماید [۴۰]. خدمات بسته کنونی بیمه درمان پایه درکشور بدون توجه به اصلاح رفتار در گروه‌های مختلف ذی نفع، انتخاب گردیده‌اند. مشکلات فرهنگی به خصوص در کشور ما از جنبه‌های مختلف بر عملکرد

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.15.2]

بسته، اثرات سوء بر جای می‌گذارند. این عامل، هم بر سازمان‌های بیمه گر و هم بر خانوارها، هزینه قابل توجهی را تحمیل می‌نماید. فرهنگ سازی، جز با یک عزم ملی و برنامه ریزی مناسب آموزشی امکان پذیر نیست. متأسفانه تاکنون سازمان‌های بیمه‌ای فعالیت چندانی برای آموزش مردم انجام نداده‌اند [۳۵].

- تغییر و تحول مداوم در سطوح مدیریتی نظام سلامت و سازمان‌های متولی بسته بیمه درمان پایه و منسجم نبودن روال‌های تصمیم گیری، موجب بی نتیجه ماندن فعالیت‌ها برای تدوین بسته مناسب بیمه‌ای می‌شود. همچنین تعهد مدیران ارشد در پیش بردن تدوین مناسب بسته بیمه درمان پایه کشور، نقش حیاتی دارد.

- نظارت و کنترل بر ارایه دهندگان خدمات به شدت از سوی کارشناسان به عنوان عاملی حیاتی در موفقیت ارایه خدمات بسته معرفی گردید. متأسفانه این گروه در شرایط کنونی در کشور ما فراموش شده‌اند. نظارت مناسب بر ارایه کنندگان، موجب کاهش شدید هزینه‌ها و گسترش خدمات بسته بیمه، خواهد شد.

به طور خلاصه می‌توان چنین نتیجه گیری کرد که یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که باید در ابتدا و قبل از وارد شدن به مراحل بعدی، در زمینه دو موضوع مفهوم بسته بیمه درمان پایه و اصول حاکم بر بسته بین سازمان‌های مختلف مربوطه، توافق نظر ایجاد شود. در مرحله بعد معیارهای تدوین بسته و نیز ارتباط آنها با یکدیگر باید تعیین گردد. همچنین برای تکمیل فرایند باید مشکلات مربوط به سازماندهی، تأمین مالی، نظام پرداخت، قوانین و مقررات، حدود تعهدات، ترکیب و نحوه پوشش جمعیتی، هماهنگی، رفتار، سیاستگذاری و نظارت و کنترل در کشور مرتفع گردد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش این بود که هر چند که این مطالعه گام‌های اجرایی در مسیر تعیین مناسب بسته را مشخص می‌کند، اما این گام‌ها کلی بوده و روشن‌تر شدن نحوه تدوین بسته نیازمند انجام مطالعاتی به صورت اختصاصی در زمینه معیارهای تدوین بسته و اهمیت و تأثیر آنها بر هم است.

سهم نویسندگان

رضا دهنویه: انجام مصاحبه، ضبط و پیاده سازی مصاحبه‌ها، تحلیل داده‌ها و تهیه مقاله

آرش رشیدیان: مشاوره در قسمت‌های مختلف طرح نظیر تهیه چارچوب مصاحبه، تحلیل داده‌ها

محمدرضا ملکی: مشاوره در قسمت‌های مختلف طرح نظیر تهیه چارچوب مصاحبه، تحلیل داده‌ها

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله مراتب قدردانی خود را از تمامی افرادی که وقت ارزشمند خود را جهت انجام مصاحبه در اختیار پژوهشگران قرار دادند، ابراز می‌دارند.

منابع

1. Williams A. Priority setting in public and private health care systems: a guide through the ideological jungle. Journal of Health Economics 1988; 7: 173-83

2. Bobadilla JL. Searching for Essential Health Services in Low- and Middle-Income Countries. A Review of Recent Studies on Health Priorities. 1 st Edition, Inter-American Development Bank: Washington DC, 1998

3. Williams A. QALYs and ethics: a health economist's perspective. Social Science and Medicine 1996; 43: 1795-804

4. Ham C, Coulter A. International experience of rationing (or priority setting). In: Coulter A, Ham C. The global challenge of health care rationing. 1 st Edition, Open University Press: Buckingham, 2000: 1-12

5. Segal L, ChenY. Priority Setting Models For Health, The Role for Priority Setting and a Critique of Alternative Models A Summary. Report to the Population Health Division. Department of Health and Aged Care, Monash University: Australia, 2001

6. Daniels N. Accountability for reasonableness in private and public health insurance. In: Coulter A, Ham C. The global challenge of health care rationing. 1st Edition, Open University Press: Buckingham, 2000: 89-106

7. Ratcliff J. Public preferences for the allocation of donor liver grafts for transplantation. Journal of Health Economics 2000; 9: 137-48

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.15.2]

8. Bryant JH. Health priority dilemmas in developing countries. In: Coulter A, Ham C. The global challenge of health care rationing. 1 st Edition, Open University Press: Buckingham, 2000: 63-74
9. Zare H. Complementary Health Insurance. 1st Edition, Science and Cultural Publication Co: Tehran, 2004 [Persian]
10. Schieber G, Klingen N. Islamic Republic of Iran, Health Financing Reform in Iran: Principles and Possible Next Steps. Tehran, Iran: Social Security Research Institute. Health Economic Congress, 1999
11. Shadpour K. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. East Mediterranean Health Journal 2000; 6: 822-5
12. Kapiriri L, Douglas KM. A strategy to improve priority setting in developing countries. Health Care Annual 2007; 15: 159-67
13. Kapiriri L, Norheim OF, Heggenhougen K. Using the burden of disease information for health planning in developing countries: experiences from Uganda. Social Science & Medicine 2003; 56: 2433-41
14. Danesh-Dehkordi N. Health universal coverage from law perspective. 1st Edition, Health Insurance Organization: Tehran, 2004 [Persian]
15. Zare H. Health systems in the world. 1st Edition, Health insurance organization: Tehran, 2004 [Persian]
16. Khalegh Nejad A. Health insurance position in social security system. 1st Edition, Institute of Social Security Research: Tehran, 2000 [Persian]
17. Wong H, Bitran R, Shepard DS, Thompson MS. Designing a benefits package: cost-effectiveness analysis in health: first principles. Bitran y Associados, 1999 [Persian]
18. Health Insurance Organization. Health Insurance Organization laws. 1st Edition, Health Insurance Organization: Tehran, 1995 [Persian]
19. Lacey A, Luff D. Trent focus for research and development in primary health care: an introduction to qualitative analysis. Unpublished manuscript: Trent Focus, 2001
20. Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care: analysing qualitative data. British Medical Journal 2000; 320: 114
21. Bryman A, Burgess RG. Analyzing Qualitative Data. Routledge, 1994
22. Busse R. Schreyögg J. Star TM. Defining the health benefit basket in nine European countries. European Journal of Health Economy 2005; 6: 2-10
23. Greba S, Niebuhra D. Criteria and procedures for determining benefit packages in health care a comparative perspective. Health Policy 2005; 73: 78–91
24. Amin R, Maurice ST, Ahmed A, Hag R. Integration of an Essential Services Package (ESP) in child and reproductive health and family planning with a Micro-Credit Program for poor women: experience from a pilot project in rural Bangladesh. World Development 2001; 29: 1611-21
25. Ashon T, Cumming J, Devlin N. Prioritising Health and Disability Support Services: Principles, Processes and Problems. A Report to the National Health Committee on the HFA. Proposed Prioritization Process. Wellington: National Health Committee, 1999
26. Rosen S, Sanne I, Collier A, Simon JL Rationing antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Africa: choices and consequences. PLoS Medicine 2005: 2: 303
27. Tangcharoensathien V, Jongudomsuk P. From policy to implementation: historical events during 2001-2004 of Universal Coverage in Thailand, IHPP. 2005
28. National Health Committee. Prioritising Health Services. 2004. Available on the NHC.s website: http://www.nhc.govt.nz
29. Wiseman V, Mooney G, Berry G, Tang KC, Involving the general public in priority setting: experiences from Australia. Social Science and Medicine 2003; 56: 1001-12
30. WHO. Social security principle. Social security department: Geneva, 199
31. Bitran R, Willis C. Targeting public subsidies for health: equity in health. Bitrany Associados, February 1998
32. Kawabata K, Xu K, Carrin G. Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure. Bulletin of the World Health Organization 2002; 80: 612
33. Karimi M. Comparative study of health insurance and presenting a model for Iran. Ph.D. Thesis. Islamic Azad University. Research and science Unit, 2001 [Persian]
34. Bitran R, Munoz J, Aguad P, Navarrete M. Ubilla G. Equity in the financing of social security for health in Chile. Health Policy 2000; 50: 171-96
35. Ibrahimipour H. A qualitative study of the difficulties in reaching sustainable universal health insurance coverage in Iran. Ph.D. Thesis. Tehran University of Medical Sciences, 2007 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.15.2]

36. Fatah-zadeh AA. Health system reform: Efficiency and equity guidline. Ebne Sina Co: Tehran, 2004 [Persian]
37. Rezaie-ghale H. Social Health Insurance. Health Insurance Organization: Tehran, 2004 [Persian]
38. Mosadegh-Rad AM. Payment mechanisms in Health insurance. Social Security 2003; 16: 11-26 [Persian]
39. Maleki M. Payment system mechanisms. Healh Insurance Journal 2000; 5: 124-43 [Persian]
40- Normand C, Weber A. Social health insurance: a guide book for plannig. 1 st Edition WHO: Geneva, 1994

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.15.2]