مقاله پژوهشی

تحلیل سیاست، مساله شناسی و ارائه گزینه‌های سیاستی بسته بیمه پایه سلامت ایران

عفت محمدی[۱]، علیرضا اولیایی منش*[۱،۲]، آرش رشیدیان[۳]، علی حسن زاده[۴]، معاون رضوی[۵]

۱-مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۲-موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۳-گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۴-سازمان بیمه سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.۵-دانشگاه براندیس، والتکام، ماساچوست، ایالات متحده آمریکا

***نویسنده مسئول:** موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

پست الکترونیک: arolyaee@gmail.com

دریافت:۹۷/۲/۱۷ پذیرش: ۹۷/۶/۲۳

چکیده

مقدمه: *یکی از مهم‌ترین ابعاد خرید راهبردی، تدوین بسته قابل‌ارائه خدمات سلامت است. پرداختن به این موضوع، مستلزم انجام مطالعات علمی در قالب تحلیل سیاست‌های مرتبط می‌باشد. پژوهش حاضر، در همین جهت، با هدف تحلیل سیاست تدوین بسته خدمات بیمه پایه سلامت کشور و ارائه گزینه‌های سیاستی انجام شد.*

روش کار: *مطالعه حاضر به صورت کیفی، طی سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۶ انجام شد. این مطالعه که از نوع تحلیل سیاست‌گذاری سلامت می‌باشد، به‌صورت گذشته‌نگر و آینده‌نگر، طی ۲ فاز اجرایی انجام شد. داده‌های مطالعه شامل مصاحبه، تحلیل اسناد و مشاهدات بود. تحلیل داده‌ها به شیوه تحلیل محتوا بود که به صورت دستی و با بهره‌گیری از نرم افزار maxqda 11 انجام شد.*

یافته‌ها: *طی تحلیل سیاست بسته بیمه پایه سلامت، ۱۰ موضوع، ۲۲ زیرموضوع و ۱۶۸ زیرطبقه شناسایی شد. در فاز مساله‌شناسی و مساله‌یابی پژوهش، با تحلیل یافته‌های مراحل پژوهش، ۲۰ چالش و محدودیت مورد بررسی قرار گرفت و به‌دنبال شناسایی این چالش‌ها، ٦٤ گزینه سیاستی در قالب ۲۷ راهکار کلی احصا گردید.*

نتیجه‌گیری: *درنظرگرفتن 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.*

گل‌واژگان: *بسته خدمات سلامت؛ بسته بیمه؛ سیاست‌گذاری؛ تحلیل گزینه‌های سیاستی*

مقدمه

در نظام‌های مراقبت سلامت با تامین مالی عمومی، انتخاب حجم و گستره پوشش خدمات سلامت، بازتابی از اولویت‌های نسبی مرتبط با انتخاب مداخلات است. این اولویت‌ها ممکن است شناخته‌شده و رسمی‌باشند، یا این‌که چندان شفاف و مشخص نباشند و این امر به چگونگی انتخاب و روش اولویت‌بندی خدمات سلامت بستگی دارد (۱). پرداختن به این موضوع به‌عنوان یکی از مهم‌ترین ابعاد خرید راهبردی، این که چه خدمتی خریداری شود، بسته بیمه پایه سلامت به چه ترتیبی تدوین شود و میزان پوشش خدمتی بیمه پایه سلامت چقدر باشد، ارتقای شاخص‌های سلامت، هزینه-منفعت و هزینه-اثربخشی در نظام سلامت را تامین کرده، در فرهنگ سلامت جامعه تاثیرگذار است(۲). بسته خدمات بیمه پایه سلامت، فهرست خدمات و کالاهای سلامتی است که به‌دلیل اساسی یا دارای اولویت بودن توسط منابع عمومی تامین مالی می‌شود(۲).

در ایران، بسته‌های خدمات بیمه پایه سلامت در قانون بیمه همگانی، به عنوان زیرمجموعه‌ای از بسته خدمات سلامت کشور، در قالب گروه‌ها و دسته‌های کلی خدمات تعریف شده است. به‌طور کلی، دو بسته خدمات سلامت در ایران به عنوان بسته‌های پایه خدمات توسط نظام سلامت تامین مالی می‌شود. بسته نخست، بسته خدمات اولیه بهداشتی است که حدود ۳۰ تا ۳۵ درصد از هزینه‌های بخش بهداشت و درمان را شامل می‌شود. این هزینه‌ها به‌طور کلی توسط دولت پرداخت می‌شود (۳). بسته دوم، بسته خدمات بیمه پایه سلامت است که تامین مالی آن توسط سازمان‌های بیمه‌گر کشور، که زیر نظر وزارت رفاه و تامین اجتماعی فعالیت می‌کنند، صورت می‌گیرد.

عدم پیش‌بینی نظامی مناسب برای تعیین حدود تعهدات بسته بیمه پایه و مشخص نبودن سطح تعهدات بسته بیمه پایه سلامت از مهم‌ترین مشکلات نظام

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

بیمه‌ای کشور است(۴). خدمات سلامت پایه به‌طور مشخص تعریف نشده‌اند؛ اجماع کاملی درباره خدمات گنجانده‌شده در یک بسته و یا خدماتی که باید گنجانده شود، وجود ندارد و برخی از خدمات ضروری، خارج از تعهدات سازمان‌های بیمه‌ای می‌باشند(۵).

در بررسی ادبیات جهانی، برخی کشورها در ایجاد و اجرای روش‌های مبتنی بر شواهد برای تدوین بسته‌های خدمات سلامت پیشرو بوده‌اند. برای مثال، پیدایش شاخص‌های شفاف برای تنظیم اولویت‌ها در خدمات سلامت را می‌توان با بررسی تجربه ایالت اورگان امریکا، هلند، نیوزلند، سوئد و بریتانیا نشان داد (۶). در میان کشورهای درحال توسعه نیز تایلند، ساختار مستقل و مشخصی برای این امر ایجاد کرده است. در چنین نظام‌هایی، تنظیم اولویت در مباحث مربوط به سیاست‌گذاری سلامت و به‌ویژه بازنگری اولویت‌ها، برای استفاده از منابع عمومی از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است(۷). این تجربیات به شناسایی چالش‌های مربوط به تعیین اصولی شفاف برای تنظیم اولویت کمک شایانی می‌کند.

آنچه معمولا مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرد، استفاده از روشی مناسب برای اولویت‌بندی است. باید توجه داشت که روش‌های متعددی برای تدوین بسته‌های خدمات بیمه پایه سلامت وجود دارد و این روش‌ها معمولا به تنهایی کفایت لازم را نداشته، بیشتر کشورها ترکیبی از روش‌ها را به‌کار می‌برند. ترکیب روش‌ها بر اساس شرایط هر کشور متفاوت بوده، هر کشور باید روش ویژه خود را بر اساس شرایط زمانی و سیستم سلامتی، بودجه‌ای و تکنیکی اتخاذ نماید(۸). این امر مستلزم نوعی سیاست‌گذاری کلان برای تخصیص منابع کل سلامت کشور بوده، لازم است به‌طور منسجم به آن پرداخته شود. پرداختن به این موضوع، مستلزم انجام مطالعات علمی در قالب تحلیل سیاست‌های مرتبط با این موضوع است. پژوهش حاضر در همین راستا و با هدف تحلیل سیاست تدوین بسته خدمات بیمه پایه سلامت کشور و ارائه گزینه‌های سیاستی در قالب خلاصه سیاستی انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر به صورت کیفی انجام شد. این مطالعه که از نوع تحلیل سیاست‌گذاری سلامت است، به صورت گذشته‌نگر و آینده‌نگر (تحلیل سیاست[1] و تحلیل برای سیاست‌گذاری[2]) به تحلیل سیاست‌های مرتبط با بسته بیمه پایه سلامت کشور پرداخت و در نهایت با بهره‌گیری از روش‌های تحلیل، گزینه‌های سیاستی مرتبط با سیاست مورد تحلیل را ارائه نمود. در مطالعه حاضر، از رویکرد مثلث‌سازی چندگانه[3] به‌عنوان راهبرد تحقیق، در دو بعد مثلث‌سازی در داده‌ها (به‌کارگیری بیش از یک منبع برای جمع‌آوری داده‌های مطالعه) و مثلث‌سازی در روش (بهره‌گیری از روش‌ها و مدل‌های مختلف[4])، بهره‌گرفته‌شد. این پژوهش در دو بخش کلی انجام شد:

بخش اول، تحلیل سیاست بسته خدمات بیمه پایه سلامت به‌صورت گذشته‌نگر: در این بخش از پژوهش، سیاست‌گذاری بسته خدمات بیمه پایه سلامت تحلیل شد. جهت انجام این تحلیل، که به‌صورت گذشته‌نگر صورت گرفت، از مدل چهاربعدی تحلیل سیاست Gill & Walt به‌عنوان چارچوب پایه‌ای تحلیل سیاست استفاده شد (۹). طی این تحلیل، چهار بعد بازیگران[5]، محتوا[6]، ساختار[7] و فرایند[8] با انجام مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و بررسی اسناد و متون بررسی شدند:

محتوا: در بعد محتوا، مسائلی مانند مشکلات مورد توجه سیاست و همچنین برنامه‌ها، اهداف، اقدامات، تاثیرات و نتایج سیاست‌ها، به‌همراه منابع مورد استفاده در اجرای سیاست، بررسی شدند (۱۰, ۱۱).

ساختار (زمینه): در بعد ساختار، عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی محیط کلان[9] و خرد[10] حوزه سلامت، که بر اجرای سیاست تاثیر دارند، مورد بررسی قرار گرفتند (۱۰, ۱۱). بازیگران: در این زمینه، بازیگران اصلی درگیر در سیاست، موضع آن‌ها نسبت به سیاست و قدرت و منابع آن‌ها در مقایسه با سایر بازیگران بررسی شد (۱۲).

فرآیند: سه عنصر «دستورگذاری»، «اجرای سیاست» و «ارزشیابی» در بعد فرایند مورد بررسی قرار گرفت. سوالاتی از قبیل چگونگی طرح مشکل[11]، چگونگی تدوین سیاست، چگونگی اتخاذ تصمیمات[12]، چگونگی اجرای سیاست[13] و در نهایت نحوه ارزیابی نتایج سیاست مورد بررسی قرار گرفت(۹).

مشخصات ابزار و نحوه جمع‌آوری اطلاعات: جمع‌آوری داده‌های این بخش از ۱۳۹۴/۴/۱ تا ۱۳۹۴/۱۲/۱۵ به‌طول انجامید و نحوه جمع‌آوری آن‌ها به شرح زیر بود:

۱- **مصاحبه:** در چندین مرحله از روند تحقیق مطالعه حاضر، از مصاحبه استفاده شد. سوالات مصاحبه بر اساس اهداف مطالعه و مدل مورد استفاده برای تحلیل سیاست، به صورت نیمه‌ساختارمند طراحی شد.

۲- **بررسی اسناد و مدارک موجود:** تحلیل محتوای قوانین، آیین‌نامه‌ها و مواد مربوط

[1] Policy Analysis
[2] Analysis for policy
[3] Multi triangulation
[4] Mix Method
[5] Actors
[6] Content
[7] Context
[8] Process
[9] Major
[10] Minor
[11] Problem Identification
[12] Policy Formulation
[13] Policy Implementation

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

به سیاست خدمات پایه سلامت از منابع مهم جمع‌آوری اطلاعات در مطالعه حاضر بود.

۳- مشاهده: شرکت در جلسات دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت و همچنین جلسات شورای عالی بیمه سلامت که در حیطه بسته بیمه پایه سلامت بودند، از دیگر ابزار جمع‌آوری اطلاعات بود و تیم پژوهش از این اطلاعات جهت تحلیل و شفاف‌سازی فرآیند تصمیم‌گیری در خصوص بسته بیمه پایه سلامت و شناسایی تعاملات ذینفعان بهره گرفت. ثبت اطلاعات از طریق ضبط مکالمات و یادداشت‌برداری توسط محقق صورت گرفت.

تحلیل داده‌ها: جهت تحلیل داده‌های کیفی این بخش، از روش‌های تحلیل مطالعات کیفی و متناسب با موضوع مورد پژوهش به صورت زیر استفاده شد:

تحلیل مصاحبه‌ها، اسناد و مشاهدات: جهت تحلیل داده‌های متنی، مصاحبه‌ها و مشاهدات، که در قالب متن تحلیل شدند، از تحلیل محتوای کیفی[14] و رویکرد کل به جز (استقرایی[15]) استفاده شد. مصاحبه‌ها با استفاده از نرم‌افزار 11Maxqda تحلیل شدند. در این مرحله، مصاحبه‌ها توسط دو نفر دیگر از اعضای تیم پژوهش مورد تحلیل قرار گرفت.

تحلیل ذینفعان در مطالعه حاضر، بر اساس مراحل و روش طراحی شده در نرم‌افزار Policy maker انجام شد. انجام مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته، تحلیل اسناد و استفاده از چک‌لیست محقق‌ساخته، مهم‌ترین ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این بخش از مطالعه بود. عناصر چک‌لیست محقق‌ساخته بر اساس نرم‌افزار Policy maker طراحی و تدوین گردید. این چک‌لیست توسط ۱۰ نفر از خبرگان تامین‌مالی و بیمه سلامت کشور تکمیل گردید.

جامعه و نمونه بخش کیفی: اسناد سیاستی شامل مجموعه قوانین، آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌هایی که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم به بسته بیمه پایه سلامت مرتبط هستند (از سال ۱۳۶۴ به بعد)؛ سازمان‌ها و وزارتخانه های سیاست‌گذار و مرتبط (وزارت بهداشت، وزارت رفاه، مجلس شورای اسلامی، سازمان‌های بیمه‌گر و...)؛ افراد مطلع کلیدی و ذینفعان (صاحب‌نظران، مدیران ارشد حوزه‌های بهداشت و درمان وزارت بهداشت و وزارت رفاه)؛ مدیران ارشد سازمان‌های بیمه‌گر (سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تامین اجتماعی و نیروهای مسلح)؛ و معاونت راهبردی ریاست جمهور، سازمان نظام پزشکی و اساتید صاحب‌نظر دانشگاهی بود.

در این مطالعه به سبک مطالعات کیفی، از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، که یکی از انواع نمونه‌گیری غیراحتمالی است، استفاده شد و همچنین، با درنظرگرفتن امکان‌پذیری اخذ مصاحبه از این افراد، نمونه‌گیری انجام شد. انجام مصاحبه‌ها تا اشباع داده‌های[16] به‌دست آمده صورت گرفت، در نهایت، تعداد ۲۶ مصاحبه انجام شد.

بخش دوم، تحلیل گزینه‌های سیاستی: در این بخش با بهره‌گیری از مدل تحلیل گزینه‌های سیاستی[17] و اصول سیاست‌گذاری آگاه از شواهد، گزینه‌های سیاستی در خصوص مسائل و چالش‌های سیاست بسته خدمات بیمه پایه سلامت، به‌صورت آینده‌نگر، ارائه شد. مرحله دوم شامل چهار گام بود که عبارتند از:

گام اول، مسئله‌یابی و مسئله‌شناسی: در این گام، با توجه به یافته‌های حاصل از بخش اول مطالعه، مسائل و مشکلات هر یک از ابعاد بررسی، شناسایی و مطرح گردید. چالش‌های اساسی در ابعاد تحلیل‌شده استخراج و فهرست شدند.

گام دوم، جمع‌آوری شواهد: در این مرحله، شواهد علمی هر یک از مسائل شناسایی، استخراج و بررسی شدند. شواهد مورد استفاده در این مرحله عبارت بودند از: بهره‌گیری از مرور جامع مطالعات در پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر؛ نظرات احصاشده از خبرگان و افراد متخصص طی مصاحبه‌ها؛ برداشت‌های منطقی حاصل از بررسی فرآیندها، تحلیل اسناد و شرکت در جلسات توسط گروه پژوهش.

گام سوم، اولویت‌بندی و ارزش‌یابی گزینه‌های سیاستی: پس از جمع‌آوری شواهد و تدوین اولیه گزینه‌های سیاستی موردنظر، گزینه‌ها فهرست شده و با بهره‌گیری از نظر متخصصین، با تشکیل پانل متخصصان، اولویت‌بندی شدند. در این مرحله، هر یک از گزینه‌های سیاستی مورد بررسی، از نظر امکان‌پذیری و ضرورت اجرا، مورد ارزش‌یابی قرار گرفتند.

گام چهارم، ارائه راه‌کارهای نهایی برای سیاست‌گذاری آگاه از شواهد: در این گام، با توجه به نتایج مراحل پیشین، خلاصه‌ای از راه‌کارهای نهایی در قالب گزینه‌های سیاستی به‌عنوان خروجی تهیه و با بهره‌گیری از نظرات صاحب‌نظران و یافته‌های مراحل پیشین، تکمیل گردید.

یافته‌ها

بخش اول: تحلیل سیاست‌های بسته بیمه پایه سلامت

طی تحلیل سیاست بسته بیمه پایه سلامت، در چهار حیطه کلی محتوا، فرآیند، ذینفعان و زمینه، ۱۰ موضوع، ۲۲ زیرموضوع و ۱۶۸ زیرطبقه شناسایی شدند. در ادامه، یافته‌های تحلیل کیفی، به‌تفکیک حیطه‌های کلی چارچوب مفهومی تحلیل سیاست، ارائه می‌شوند (پیوست ۱ تا ۴):

- **تحلیل محتوای بسته بیمه پایه سلامت:** طی

[14] Qualitative content analysis
[15] Deductive
[16] Data saturation
[17] Policy Option Analysis

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

تحلیل مصاحبه‌ها و اسناد، سه موضوع هدف و مفهوم بسته، اسناد و قوانین بالادستی و تاثیر بسته بر نظام سلامت؛ پنج طبقه اهداف، راهبردها و مفهوم بسته، پوشش خدمات بسته، کاستی و تضاد در سیاست‌ها، کارکردهای نظام سلامت و اهداف نظام سلامت و مجموعا ۳۱ زیرطبقه شناسایی شدند (پیوست ۱).

موضوع ۱: هدف و مفهوم بسته

اهداف، راهبردها و مفهوم بسته: هدف اولیه سیاست‌های بسته بیمه پایه سلامت، برخورداری آحاد جامعه از حداقل سلامت است. عدالت و بعد استفاده بهینه از منابع، کیفیت دسترسی و عمق دسترسی از اهداف حدوسط برنامه‌ها هستند؛ نهایتا، همه برنامه‌ها یک هدف مهم را دنبال می‌کنند که ارتقای سلامت می‌باشد.

«اساسا اگر ما بپذیریم که ما در نظام سلامت، در قسمت تامین مالیش، یک نقش حفاظت مالی داریم؛ ما می‌خوایم وقتی مردم بیمار می‌شن و برای دریافت خدمات سلامت مراجعه می‌کنند، مشکل مالی برای دریافت نداشته باشند. از مردم در برابر هزینه‌های مالی سلامت حفاظت کنیم؛ واسه همین می‌گیم بیمه چتری است؛ برای این موضوع که بیاد و این شکاف رو پر کنه» (م ۲۶).

پوشش خدمات بسته سلامت کشور ایران:

بسته خدمات سلامت، مجموع کالا و خدماتی است که در سه سطح ۱، ۲ و ۳ جهت پیشگیری، درمان و توانبخشی افراد توسط ارائه‌دهندگان ارائه می‌شود. وسعت این بسته در هر کشور با توجه به توان و تکنولوژی آن کشور متفاوت است. در حال حاضر، بسته خدمات سلامت 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.

«حتی توی مصوبه آیین‌نامه خرید راهبردی، بسته خدمات پایه سلامت Minimal package رو از بسته بیمه پایه سلامت جدا تعریف کرده (توی آئین‌نامه بند ۳، ماده ۳۸)، یعنی اول گفته خدمات پایه سلامت و حداقل نیازها (یه بسته خدمتیه که حداقل نیازها رو تحت پوشش قرار داده). در مورد تعریف بسته بیمه پایه گفته این، بخشی از اون می‌تونه باشه. یعنی یه زیرمجموعه‌ای از کل خدماتی که به عنوان خدمات پایه سلامت توسط وزارت بهداشت تعریف و ارائه می‌شه» (م ۲۰).

موضوع ۲: اسناد و قوانین بالادستی

کاستی‌ها و تضاد در سیاست‌ها: لزوم تدوین و شفاف‌سازی بسته بیمه‌های پایه و تکمیلی در سیاست‌های کلان بالادستی ذکر شده، اما علاوه بر این بحث که سیاست و آیین‌نامه اجرایی مدونی برای اجرای سیاست‌های کلان تدوین نشده، متولی تدوین آن نیز در سیاست‌های مختلف، متفاوت است. قانون برنامه پنجم توسعه و آیین‌نامه خرید راهبردی، سازمان بیمه سلامت را متولی خرید راهبردی و سیاست‌گذاری بسته معرفی می‌کند:

«اون سیاست (بند ۹-۴ رهبری) اومده گفته که متولی تدوین بسته، وزارت بهداشت است و بیمه‌ها باید از آن تبعیت کنند؛ در حالی‌که در ساختاری که مشخص کرده اینه که سازمان‌های بیمه از یک‌سری قوانین که در شورای عالی بیمه سلامت که دبیرخانه‌اش در وزارت رفاه است تبعیت کنند؛ خب حالا این سیاست کلی با این ساختار تناقض دارد» (م ۱۹).

تعارض مبهم دیگری که در سیاست‌گذاری بسته خدمات سلامت مشاهده می‌شود، رویکرد تامین مالی بسته است. طبق اصل ۲۹ قانون اساسی که سلامت را حق همگانی می‌داند، می‌توان چنین استدلال نمود که در رویکرد تامین مالی بسته بیمه پایه سلامت، تدوین بسته خدمات صرف‌نظر از منابع مالی تدوین شود؛ درحالی‌که این امر صورت نمی‌گیرد، یعنی بر مبنای منابع مالی، بسته توسعه داده می‌شود.

«ما در کشور یه ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی رو داشتیم در سال ۷۳، یه تعریفی کرد از بسته‌ی پایه. به نظر من تعریف مبهمه. گفته حداقل شمول سطح خدمات پزشکی و دارو، شامل خدمات پزشکی، اورژانس، عمومی، تخصصی که انجام آن الزامی و بر عهده‌ی سازمان بیمه قرار می‌گیرد...) این تعریف مبهم بود» (م ۹).

موضوع ۳: تاثیر بسته بر نظام سلامت

دو طبقه شناسایی‌شده در این موضوع شامل «تاثیر بسته بر کارکردهای نظام سلامت» و «تاثیر بسته بر اهداف نظام سلامت» و ۱۰ زیرطبقه بود.

تاثیر بسته بر کارکردهای نظام سلامت:

کارکردی که از بسته بیمه پایه سلامت بیشترین تاثیر را می‌پذیرد، تامین مالی است، که در آن سه جز وجود دارد که متاثر می‌شوند: جمع‌آوری منابع، تجمیع منابع و خرید با تخصیص منابع که بسته زیرمجموعه خرید (چه چیزی، چه قیمتی...) می‌باشد.

«کاملا تو ارائه خدمت موثره؛ در مورد تامین منابع نظام سلامت، کاملا مشخصه تحت تاثیر بسته هستش. یعنی تو بسته مشخصه چقدر پول احتیاج داری. پس فکر می‌کنم همه کارکردهای نظام سلامت رو تحت تاثیر قرار می‌ده. سیاست بسته روی تامین مالی خیلی تاثیرگذار هست (تاثیر مستقیم داره» (م ۲).

میزان و کیفیت ارائه خدمت از دیگر کارکردهایی است که از بسته بیمه پایه تاثیر می‌پذیرد؛ به‌طوری که با ورود یک خدمت و یا دارو به بسته، تقاضای آن از سوی مردم چند برابر می‌شود.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

«در ارائه خدمت هم به عنوان متولی تولید خدمت نظام سلامت باید روی تولید خدمت هم بهش فکر کنیم. یعنی نباید در سیستم دلیوری هم بهش فکر کنم، وقتی یه خدمت رو در بسته می‌بینم، باید به ارائه آن هم فکر کنم» (م ۱).

به‌دنبال ورود خدمات به بسته بیمه پایه سلامت و افزایش ارائه خدمتی خاص در نظام سلامت، زمانی که تقاضا برای خدمتی بیشتر شود، استفاده از آن هم زیاد می‌شود که این موضوع ممکن است بر افرادی که می‌خواهند در آن رشته‌ها ادامه تحصیل دهند تاثیرگذار باشد.

«تدوین بسته با هر سیاستی باشه، رفتار ارائه‌کننده رو تغییر می‌ده، رفتار گیرنده‌ی خدمت رو تغییر می‌ده، روی گروه‌های ارائه‌کننده و ذینفع، محصول و خریدار تاثیر می‌گذاره. به همین دلیل شما بسته تون تعیین کننده ی بخش عمده ای از سیاست‌های نظام سلامت کشورتون هست» (م ۱۰).

تاثیر بسته خدمات بیمه پایه سلامت بر اهداف نظام سلامت: بسته خدمات بیمه پایه سلامت با تحت پوشش قرار دادن خدمات سلامت، آسان نمودن دسترسی مالی بیماران به خدمات سلامت و ایجاد حفاظت مالی، تاثیری مستقیم بر مشارکت مالی عادلانه، که یکی از اهداف نظام سلامت است، دارد.

«بسته به ارائه حداقل‌های بهداشتی-درمانی که تابعی از منابع مالی در اختیار است، برای مردم فراهم تاثیرگذار است» (م ۲۳).

- **تحلیل فرآیند بسته بیمه پایه سلامت:** تحلیل فرآیند سیاست بسته بیمه پایه سلامت، به شناسایی ۳ موضوع شامل دستورگذاری، تدوین سیاست و اجرای سیاست، ۷ طبقه شامل جریان مشکل، جریان سیاستی، جریان سیاسی، متولی تدوین سیاست، شیوه و روند تصمیم‌گیری، شیوه اجرای سیاست‌های بسته و فرآیند اجرایی بسته خدمات و ۸۲ زیرطبقه انجامید (پیوست ۲).

موضوع ۴: دستورگذاری

جریان مشکل: با افزایش حجم خدمات قابل ارائه و هزینه‌های سلامت در کشور، تغییر سیمای بیماری در کشور و به‌دنبال آن تقاضاهای مردم، موضوع تدوین بسته و تعیین چگونگی تامین مالی آن همواره مطرح بوده است. سیاست‌های متعددی لزوم تدوین و اهتمام به بسته خدمات پایه سلامت و بسته بیمه پایه سلامت را در دوره‌های زمانی مختلف نشان داده‌اند. این مساله گواه بر این موضوع است که جریان مشکل همواره وجود داشته و سیاست‌گذاران آن را لمس کرده‌اند.

«همیشه مشکل کفایت منابع برای پوشش این بسته بیمه پایه یه مشکل واقعی بوده و وجود داشته و باعث شده بیمه‌ها معمولا تلافی کنن، به روش‌های مختلفی از پوشش این بسته طفره برن...»(م ۱۲).

جریان سیاستی: تا کنون سیاست اجرایی و روش علمی مشخصی برای اجرای سیاست‌های کلان مرتبط با بسته بیمه پایه سلامت، ابلاغ و اجرا نشده است. مواردی از قبیل عدم به کارگیری معیارها و شواهد علمی در تعیین بسته و لحاظ نکردن سیمای مرگ و اپیدمیولوژی کشور بیان‌گر این مساله می‌باشد.

«در حال حاضر مشکلی که داریم اینه که بسته رو می‌گیم خرید راهبردی؛ باید برای بسته بگیم چه خدمتی بر اساس کدوم شواهد و برای چه گروهی از مردم و این‌که چرا من این خدمت رو باید بخرم و این خدمت رو بر اساس چه شواهدی باید بخرم؛ یعنی چرا این خدمت باید در بسته خدمت من بیاد» (م ۲۶).

جریان سیاسی: علاوه بر حمایت‌های سیاسی از موضوع بسته در برنامه‌های توسعه کشور، نقطه عطف موضوع بسته بیمه پایه سلامت سال ۱۳۹۲، ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت رهبری است که به عنوان قوی‌ترین جریان سیاسی، موضوع بسته را حمایت می‌کند.

«در دولت یازدهم، توجه دولت به بخش سلامت خیلی زیاد شده و کماکان ادامه داره و علی‌الظاهر تا پایان دولت، هدف‌مندی یارانه‌ها و این شعار بزرگه که ما می‌خایم به مسائل زیرساخت و عمران و سلامت کشور فکر کنیم...»(م ۱۱).

بررسی و تحلیل سه جریان مشکل، سیاسی و سیاستی (تا سال ۱۳۹۵) نشان داد که مجموعه سیاست‌های مرتبط با بسته بیمه پایه سلامت همواره وجود داشته، اما هیچ‌گاه هر سه جریان به‌طور هم‌زمان رشد نکرده‌اند (به دلیل عدم رشد جریان سیاستی) و علی‌رغم بیان این موضوع در سیاست‌های کلان مختلف، به دلیل عدم اصلاح در اجرا و سیستماتیک نمودن فرآیند، پنجره سیاست باز نشده است! (پیوست ۵).

موضوع ۵: تدوین سیاست

متولی تدوین سیاست: همان‌طور که بیان شد و در تحلیل اسناد مشخص شد، سیاست‌های متعددی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم به موضوع بسته بیمه پایه سلامت اشاره می‌کنند (۶۵ مستند). پایه‌ای‌ترین سیاست‌ها، اصل ۲۹ قانون اساسی است که متولیان امر را به برخورداری آحاد جامعه از تامین اجتماعی ملزم می‌کند. متولی تدوین اصول قانون اساسی، مجلس خبرگان است.

«برخورداری از تامین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، درراه‌ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی-درمانی و مراقبتهای پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی...» (اصل ۲۹ قانون اساسی).

شیوه و روند تصمیم‌گیری: موضوع بیمه‌های سلامت، تامین مالی نظام سلامت و بسته بیمه پایه سلامت برای اولین بار در قانون برنامه سوم توسعه بیان و مورد توجه قرار گرفت. به دنبال آن، در سایر برنامه‌های توسعه

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

و سیاست‌های کلی سلامت نیز به این موضوع پرداخته شد؛ اما همان‌طور که بیان شد، روند تصمیم گیری مدونی برای آن اتخاذ و در نظر گرفته نشد. نحوه تصمیم‌گیری جهت تدوین این سیاست‌ها، چانه‌زنی و به اجماع رسیدن مسئولین و سیاست‌گذاران است که به سبک مذاکره انجام می‌شود.

«...مشکل اصلی هم توی سیستم ایجاد می‌شه ....به خاطر قدرت چانه زنی بعضی از سیاست‌گذاران، برخی از خدمات رو توی بسته خدماتی وارد نمی‌کنیم و برخی خدمات غیر ضروری را وارد می‌کنیم و این نقص جدی هست که در سیستم وجود دارد» (م ۶).

معمولا تصمیمات و مذاکراتی که در سطوح بالا صورت می‌گیرد، برگرفته از پیش‌نویس‌هایی است که توسط سطوح پایین‌تر کارشناسی شده‌اند؛ اما بیشتر مواقع سیاست نهایی و خروجی که ابلاغ می‌شود با پیش‌نویس‌های کارشناسی شده متفاوت هستند که این برگرفته از سبک مذاکره و چانه‌زنی میان نخبگان سیاسی و به تفاهم رسیدن مصلحتی است.

موضوع ۶: اجرای سیاست

خط زمانی اجرای سیاست‌های بسته: نحوه اجرای سیاست‌های بسته بیمه پایه سلامت و تغییرات آن را می‌توان به پنج دوره زمانی تقسیم‌بندی نمود: پیش از سال ۱۳۷۳، ۸۲-۷۳، ۸۳-۸۵، ۸۶-۹۳ و پس از سال ۱۳۹۳ تا کنون. این تقسیم‌بندی با توجه به تغییرات محتوای بسته، نحوه تصمیم‌گیری و متولی تصمیم‌گیری صورت گرفته است.

تا پیش از سال ۱۳۷۳ و تصویب قانون بیمه همگانی سلامت، قوانین به صورت کلی بر پوشش خدمات سلامت اشاره داشتند و مستند یک‌پارچه‌ای که نشان‌دهد سازمان‌های بیمه‌گر چه خدماتی را تحت پوشش خود قرار می‌دهند، وجود نداشت و یا در حد اسنادی به صورت پوشه بود که در سازمان‌های بیمه‌گر مختلف، متفاوت بود.

در سال ۱۳۷۳، با تدوین قانون بیمه همگانی سلامت و به‌دنبال آن، تشکیل شورای عالی بیمه سلامت، سیاست‌های حوزه بیمه انسجام بیشتری یافت. دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت در وزارت بهداشت و درمان مستقر شد و تصمیم‌گیری در خصوص خدماتی که باید تحت پوشش بیمه پایه قرارگیرد، در قالب جلساتی در دبیرخانه و با مشارکت نماینده‌های سازمان‌های بیمه‌گر صورت گرفت.

بزرگ‌ترین تغییر در بسته خدمات بیمه پایه سلامت در سال ۱۳۸۶ اتفاق افتاد. در این سال، بسته خدمات بیمه پایه سلامت به صورت یک‌پارچه مستند شد و تحت عنوان «بسته بیمه پایه ۱۳۸۶» توسط شورای عالی بیمه سلامت ابلاغ گردید. این کتاب شامل مجموعه خدمات مصوب سال ۱۳۶۳ و خدمات و داروهای تصویب‌شده، در سال‌های بعد کمیته همسویی بود.

تحولات سال ۱۳۹۳ بخش سلامت، بسته بیمه پایه سلامت را نیز تحت تاثیر قرار داد. یکی از مهم‌ترین برنامه‌های طرح تحول نظام سلامت، اصلاح تعرفه‌های خدمات پزشکی و ابلاغ کتاب ارزش نسبی خدمات بود. مبنای تعرفه‌ها تا پیش از سال ۹۳، کتاب کالیفرنیا بود که در سال ۹۳ به ارزش نسبی خدمات (RVU[18]) تغییر پیدا کرد.

فرآیند اجرایی بسته خدمات: تصمیم‌گیری راجع به ورود و خروج خدمات به بسته بیمه پایه، از سال ۱۳۷۳ توسط دبیرخانه و شورای عالی بیمه سلامت و با برگزاری جلساتی با مشارکت ذینفعان موضوع صورت می‌گیرد. پس از این‌که بحث در مورد یک خدمت در دستورکار قرار گرفت (خدمات توسط درخواست‌کنندگان ورود به بسته در فهرست انتظار قرار می‌گیرند)، ذینفعان ثابت حاضر در جلسات دبیرخانه، که عبارتند از اعضای مستقر در دبیرخانه، نمایندگان وزارت بهداشت، نمایندگان سازمان‌های بیمه پایه سلامت، نماینده نظام پزشکی و اعضای متغیر آن با توجه به موضوع مورد بررسی و اعضای انجمن تخصصی که خدمت مورد بحث را ارائه می‌نمایند، در مورد موضوع بحث می‌کنند. روال و نحوه برگزاری جلسات طی این سال‌ها تغییر محسوسی نداشته و تصمیم‌گیری بر مبنای چانه‌زنی طرفین شرکت‌کننده در جلسات است. چانه‌زنی سازمان‌های بیمه‌گر، عمدتا درنظرگرفتن بار مالی خدمات و انجمن‌های تخصصی و سعی در بااهمیت جلوه دادن خدمت مورد بحث است. درصورتی‌که پوشش بیمه برای خدمت مورد بحث، مورد قبول قرارگیرد، در جلسه شورای عالی بیمه سلامت مطرح و تصویب می‌شود و در غیراین‌صورت، پرونده آن خدمت مختومه اعلام می‌گردد.

«بعضی وقت‌ها این درخواست‌ها از طرف سازمان‌های بیمه‌ای می‌باشد؛ همه این درخواست‌ها چه از طریق وزارت بهداشت و چه از طریق وزارت رفاه به شورای عالی بیمه منتقل می‌شوند تا بررسی‌های کارشناسی روش انجام بگیرد. یک لیست انتظاری به وجود می‌آید که اگر در اون لیست قرار بگیرد، در دستور جلسات شورای عالی بیمه هم قرار می‌گیرد. نماینده‌های سازمان‌های مختلف در کنار نماینده‌های وزارت بهداشت و رفاه روش بحث می‌کنند که اگر در صورت‌جلسه ذکر شود که اکثریت آرا به این بوده که خدمت وارد بسته شود، در صحن شورای عالی بیمه مطرح شده و اگر از اونجا هم تایید رو گرفت، مصوبه شورای عالی بیمه رو می‌گیرد» (م ۳).

- تحلیل ذینفعان سیاست‌های بسته بیمه پایه سلامت: طی تحلیل ذینفعان، دو موضوع «ویژگی‌های ذینفعان» و «تعامل و تعارض منافع»، چهار طبقه «تاثیر گذاری، قدرت، تعارض منافع و تعاملات ذینفعان» و مجموعا ۳۰ زیرطبقه در تحلیل محتوای کیفی مصاحبه‌ها شناسایی شد (پیوست ۳ و ۶).

موضوع ۷: ویژگی‌های ذینفعان

تاثیرگذاری ذینفعان بر سیاست‌های بسته بیمه پایه سلامت: ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و

[18] Relative Value Unit

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

تامین‌کنندگان مواد و تجهیزات از تاثیرگذارترین ذینفعانی بودند که به‌طور 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 بیمه‌گر جهت تحت پوشش قراردادن خدمات می‌شوند.

«متاسفانه این کار سیستماتیک صورت نمی‌گیره که مطالعاتی پای این قضایا باشه. عمدتا تا به حال، اگر بخایم بیشتر فرآیند رو ببینیم چگونه بوده، عمدتا توسط اجماع خبرگان بوده. یعنی نظر اساتید بالینی تشکیل‌دهنده این هستش که حالا اگر نظر اون‌ها منعکس کننده نظر مردم هم باشه (نمی دونم چقدر هست یا نیست)، ولی واقعیتش اینه که یه سری اساتید بالینی ما بیشترین نفوذ رو در تحت پوشش گنجوندن یه خدمت توی بسته دارن و داشتن...» (م ۲).

«...مثلا یه زمان می‌آید، می‌بینید که سازمان تامین اجتماعی مفصل زانو رو در تعهد می‌گیره، در صورتی که بقیه بیمه‌ها در تعهد نمی‌گیرن. کاشف به عمل می‌آد که شما می‌بینید معاون درمان سازمانتون ارتوپد است...» (م ۸).

سازمان نظام پزشکی، به‌عنوان یکی از اعضای شورای عالی بیمه سلامت، در سیاست‌گذاری بسته خدمات بیمه سلامت دخیل است. اما این سازمان در جلسات، در نقش حامی بخش ارائه‌کنندگان خدمات سلامت ظاهر می‌شود؛ به‌گونه‌ای که به نظر می‌رسد از نقش سیاست‌گذاری خارج شده است.

«نظام پزشکی ممکنه تو بخش سیاست‌گذاری دخیل باشه؛ تو بخش ارائه‌کننده‌ی خدمت. البته توی جلساتی که در حیطه بیمه سلامت تشکیل می‌شه، الان در نقش حمایت‌کننده و ارائه‌دهنده هست تا...، ولی تو مقام سیاست‌گذاری، براساس قانون برنامه پنجم توسعه کشور، یکی از اعضای شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور هست» (م ۱۱).

قدرت ذینفعان سیاست‌های بسته بیمه پایه سلامت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دلیل ماهیت پاسخ‌گوی نهایی سلامت مردم و تکالیف قانونی (سیاست‌های کلی رهبری)، قدرت قابل توجهی دارد. عمدتا این تصمیم‌گیری‌ها با اجماع خبرگان صورت می‌گیرد؛ این وزارتخانه بیش‌ترین نفوذ را در تحت‌پوشش قرار دادن یک خدمت یا دارو در بسته بیمه پایه سلامت دارد.

«وزارت بهداشت همش داد می‌زنه این، این، این...؛ حرف کسی رو قبول نداره، تا جایی که سیاست‌گذاری هست، که کار خودش رو می‌کنه و بعد می‌آد تو کار سازمان‌های بیمه‌گر مداخله می‌کنه. در سیاست‌های رهبری هم تعیین این بسته رو دادن به وزارت بهداشت» (م ۲۱).

موضوع ۸: تعامل و تعارض منافع

تعارض منافع در سیاست‌گذاری: از مسائل قابل‌توجهی که در سیاست‌گذاری‌های بسته بیمه پایه سلامت مطرح می‌شود، این است که وزارت بهداشت دارای نقش چهار بعدی سیاست‌گذار، ارائه‌دهنده خدمت، نظارت‌کننده و تامین‌کننده مالی است. این موضوع باعث ایجاد تعارض منافع و جهت‌گیری در تدوین سیاست‌های بسته شده، به‌گونه‌ای که تمایل به گسترده نمودن هرچه بیشتر بسته بیمه پایه سلامت وجود دارد و همچنین به نظر می‌رسد که این سیاست‌ها متاثر از رشته تخصصی و فنی مسئولین و مدیران وقت وزارت بهداشت باشند.

«ما تا وقتی که ارائه خدمات، با سیاست گذاریمون، با نظارتمون، همه با هم انجام می‌شه، قطعا تعارض منافع به وجود می‌آد (منظور وزارت بهداشت است» (م ۷).

«هر گروهی که در منصب سیاست‌گذار هست و بالا است، به رشته خودش نگاه می‌کنه و می‌خاد خدمات قابل‌ارائه توسط خودش رو در اولویت قرار بدهد و مبلغ مناسبی براش تعیین کنه» (م ۲۷).

تعاملات و ارتباطات ذینفعان: شورای عالی بیمه سلامت، تجلی تعامل ذینفعان بسته بیمه پایه سلامت است. اعضای شورا که بر اساس لایحه شورا و مصوبه مجلس شورای اسلامی تعیین می‌شوند، مهم‌ترین ذینفعانی هستند که به صورت مستقیم بر سیاست‌های بسته تاثیر گذارده، در تعامل با هم و بر اساس سلسله جلسات کارشناسانه، تصمیمات لازم را اخذ می‌نمایند.

«...توی خود شورای عالی بیمه، افرادی که اعضاش هستن، مثل وزیر ما، وزیر رفاه، وزیر اقتصاد، نماینده ریاست جمهوری هست، مطرح می‌شه و در مورد اون خدمت تصمیم‌گیری نهایی صورت می‌گیره» (م ۴).

ذینفعانی مانند تامین‌کنندگان مواد و تجهیزات و ارائه‌کنندگان خدمات، که تاثیر زیادی بر سیاست‌های بسته و محتوای بسته بیمه پایه سلامت دارند، با ایجاد ارتباط و تعامل با سیاست‌گذاران دولتی و نزدیک شدن به هرم‌های قدرت، منافع و علاقه‌مندی‌های خود را پیش می‌برند و درواقع به صورت غیرمستقیم تاثیرات قابل‌ملاحظه ای را اعمال می‌نمایند.

- **تحلیل زمینه بسته بیمه پایه سلامت:** جهت شناسایی عناوین موضوع و طبقات، از الگوی لیشتر[19] الهام گرفته‌شد که بر اساس کدهای استخراج شده از تحلیل کیفی تعدیل شدند. دو موضوع «عوامل کلان و عوامل بخشی» و شش طبقه «فاکتورهای اقتصادی کلان، فاکتورهای اجتماعی، فاکتورهای سیاسی، فاکتورهای بین‌المللی، ساختارهای سازمانی و زیرساخت‌های تکنولوژیکی و اطلاعاتی» و مجموعا ۲۵ زیرطبقه شناسایی شدند (پیوست ۴).

موضوع ۹: عوامل کلان

فاکتورهای اقتصادی کلان: یکی از مهم‌ترین عوامل تاثیرگذار بر بسته خدمات سلامت و بسته بیمه پایه سلامت اقتصاد، منابع مالی و پول می‌باشد. تاثیر و تحلیل فاکتورهای

[19] Buse, Kent, Nicholas Mays, and Gillian Walt. *Making health policy*. McGraw-Hill Education (UK), 2012.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

اقتصادی بر بسته پیچیده است، چراکه بررسی این موضوع نشان‌دهنده رفتارهای متغییر در طول زمان می‌باشد. به طورکلی، تحلیل مصاحبه‌ها نشان‌دهنده تاثیر مثبت و مستقیم اقتصاد بر سیاست‌ها و محتوای بسته می‌باشد.

«مهم‌ترین چیزی که ما در اختیارمون داریم، لازم داریم، منابع مالی بسته هست. از عواملی که به شدت مداخله‌گر هست، چه مثبت و چه منفی، عوامل مالی می‌باشد» (م ۱).

فاکتورهای اجتماعی-فرهنگی: تدوین بسته و سیاست‌های مرتبط با آن، مساله‌ای سیاستی است که همان‌طور که در تحلیل ذینفعان بیان شد، مردم و گروه‌های اجتماعی به‌طور مستقیم تاثیرگذاری کمی بر آن دارند. اما در سطوح اجتماع-فرهنگی مختلف، مردم با فرهنگ‌های بسیار متفاوت به‌طور غیرمستقیم بر سیاست‌گذاری‌های بسته تاثیرگذار می‌باشند.

«خب مسائل عاطفی هست، اخلاقی هست و ... که دولت‌ها نمی‌خوان خودشون رو درگیر این مسائل بکنند؛ شما در یک خانواده‌ای که سطح اجتماعیش پایینه، اگر ناتوان بشه، خیلی زودتر زمین‌گیر می‌شه تا خانواده‌ای که سطح اجتماعیش بالا باشه. ناتوانی رو نمی‌تونید تو سطح اجتماعی پایین نادیده بگیرید» (م ۷).

فاکتورهای سیاسی: از عوامل مهم تاثیرگذار بر سیاست‌گذاری‌های کلان کشور در هر موضوعی فاکتورهای سیاسی است؛ همان‌طور که در جریان سیاسی، در بحث «در دستورکار قرارگرفتن» بسته بیمه پایه سلامت توضیح داده شد، سیاست‌گذاری بسته نیز از این امر مستثنی نیست. مبحث فاکتورهای سیاسی آمیخته با تحلیل ذینفعان، جریان سیاسی و تحلیل متولین تدوین بسته می‌باشد.

«قانون بودجه ۸۶، وزارت رفاه رو مکلف کرد که بسته بیمه رو مشخص کنه؛ کرد؟ نکرد؛ کسی هم بهش ایراد نگرفت!» (م ۲۴).

فاکتورهای بین‌المللی: فاکتورهای بین‌المللی، به‌جهت تاثیرگذاری کشورهای پرچم‌دار حقوق بشر بر دسترسی به خدمات سلامت و اعطای کمک‌های بین‌المللی به کشورهای جهان سوم، مهم می‌باشند. در کشور ما این فاکتورها به لحاظ الزامات بین‌المللی در مورد بیماری‌هایی که تاثیرات بیرونی دارند (سلامت سطح اول)، بر بسته بهداشتی سطح اول و همچنین مراقبت‌های بیماری‌هایی نظیر ایدز تاثیرگذار هستند.

«در مورد مشکلات استراتژیک مثل ایدز، شاید؛ اما تعدادش خیلی کمه و نمی‌شه گفت نداشتیم. این را در مورد بسته خدمات پایه داشتیم، اما بیمه، نه؛ مثل ایدز، آنفولانزا و ... که تابع سیاست‌های بین‌المللی هست که در بسته بیمه پایه نیست، ولی در بنفیت پکیج هست که از راه‌های متفاوت تامین مالی می‌شود و اکثرا توسط معاونت بهداشتی متولی‌اش است، حتی اگر درمانی باشد» (م ۱).

از دیگر فاکتورهای بین‌المللی موثر بر بسته خدمات بیمه پایه سلامت کشور، تحریم‌های بین‌المللی است که جنبه سیاسی داشته‌است. بررسی آن سال‌ها (به‌ویژه سال‌های ۸۵ تا ۹۲) مشخص کرد که تحریم‌ها، بسته خدمات سلامت و دسترسی به خدمات و دارو را به شدت تحت تاثیرات منفی قرار داده‌است.

«... ممکن بود روی موجود بودن یک‌سری خدمات تاثیر گذاشته باشد، ولی این‌که بیان و اون خدمت یا دارو رو از بسته خارج کنند، نبوده است. مانند این‌که واکسیناسیون جزء حق بیمه برای همه شهروندان است و این را داشتم و پول آن را هم داشتم؛ منتها به خاطر تحریم، پنج یا شش ماه به خاطر تحریم ما این واکسن را نداشتیم که بدهیم» (م ۱۴).

موضوع ۱۰: عوامل بخشی

ساختارهای سازمانی: جایگاه و ارتباطات ساختارهای سازمانی تعریف‌شده در خصوص متولیان و سیاست‌گذاران بیمه‌ای، تا اندازه زیادی فرآیند سیاست‌گذاری بسته بیمه پایه سلامت را تحت‌تاثیر قرار داده است. وجود دو متولی برای تدوین سیاست‌های بیمه سلامت، وزارت رفاه و وزارت بهداشت، در ساختارهای سازمانی متفاوت، مدیریت تصمیم‌گیری را با مشکل مواجه ساخته است.

«اون سیاست (بند ۹-۴ رهبری) اومده گفته که متولی تدوین بسته وزارت بهداشت است و بیمه‌ها باید از آن تبعیت کنند؛ در حالی‌که در ساختاری که مشخص کرده، این‌که سازمان‌های بیمه از یک‌سری قوانین که در شورای عالی بیمه سلامت که دبیرخانه‌اش در وزارت رفاه است تبعیت کنند، خب حالا این سیاست کلی با این ساختار تناقض دارد» (م ۱۹).

زیرساخت‌های تکنولوژیکی و اطلاعاتی: نبود اطلاعات یک‌پارچه در کشور در مورد بار و الگوی بیماری‌ها، هزینه اثربخشی خدمات، نیازهای سلامت جامعه و ... یکی از مسائلی است که به‌طور مستقیم تصمیم‌گیری برای ورود خدمات به بسته بیمه پایه سلامت را متاثر می‌سازد و باعث می‌شود فرآیند تصمیم‌گیری، روند مبتنی بر شواهد را طی نکند.

«... شما چون سیستمIT قوی ندارین وHIS خوبی ندارین در کشور، عملا میزان منابعی رو هم که باید جمع کنید، به اندازه کافی نیست. اطلاعات درستی ندارین، هزینه‌ها تون رو درست برآورد نمی‌کنین. اطلاعات جمعیتی کافی ندارین، اطلاعات بیمه‌شده کافی ندارین؛ بنابراین ما همیشه می‌گیم ۳۰ یا ۴۰ درصد فرار حق بیمه داریم. خوب اینم خودش منابع تون رو کاهش می‌ده، در نتیجه بسته تون رو کوچیک می‌کنه» (م ۶).

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

بخش دوم: تحلیل گزینه‌های سیاستی

در این بخش، با توجه به یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها و بررسی اسناد بسته بیمه پایه سلامت، مسائل و مشکلات هر یک از ابعاد بررسی، شناسایی و سپس مطرح گردید (جدول ۱).

جدول ۱. محدودیت‌ها و مشکلات سیاست‌گذاری بسته بیمه پایه سلامت

طبقه‌بندی چالش‌ها	مسائل و محدودیت‌های قابل بررسی
چالش‌های محتوایی	۱. وجود ساختارها و منابع متفاوت تامین مالی در پوشش بسته خدمات سلامت ۲. مبهم‌بودن ارزش‌های مرجع در سیاست‌گذاری‌های کلان بسته خدمات سلامت ۳. تدوین سیاست‌های بسته، با رویکرد بدون درنظرگرفتن محدودیت منابع و اجرای بسته با رویکرد درنظرگرفتن محدودیت منابع ۴. عدم تدوین آیین‌نامه‌های اجرایی جهت تحقق اسناد بالادستی
چالش‌های فرآیندی	۵. عدم به‌کارگیری شواهد علمی و عینی پشتیبان جهت درخواست‌های ورود خدمت به بسته ۶. به‌کارگیری چانه‌زنی در تصمیم‌گیری‌های دبیرخانه شورای عالی سلامت ۷. درنظرنگرفتن ملاحظات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی در تدوین بسته ۸. نبود سیستم بازنگری و ارزش‌یابی بسته خدمات پایه سلامت ۹. وجود چالش در کفایت منابع مورد نیاز پوشش بسته بیمه
ذینفعان	۱۰. تاثیر و فشار نخبگان سیاسی بر سیاست‌های بسته ۱۱. عدم بهره‌گیری از افراد خبره در مدیریت و سیاست‌گذاری و سوگیری سیاست‌ها ۱۲. مجاز بودن پزشکان و شرکت‌های تامین‌کننده مواد به درخواست ورود خدمت و دارو به بسته ۱۳. وجود تعارض منافع در سیاست‌گذاری‌های بسته خدمات بیمه پایه ۱۴. عدم تقاضای پاسخگویی از متولیان اجرای سیاست بر اساس نقش‌های تعریف‌شده ۱۵. دخالت ندادن سازمان‌های بیمه‌گر در خرید راهبردی
چالش‌های زمینه و ساختار	۱۶. غیرائربخش بودن کارکرد و بسته بیمه‌های تکمیلی سلامت در کشور ۱۷. نبود پشتوانه حقوقی جامع و محکم از برنامه‌ها ۱۸. ناپایداری در منابع مالی مورد نیاز بسته ۱۹. نبود اطلاعات مرتبط با بار و الگوی بیماری‌ها در کشور ۲۰. نبود سازوکارهای کنترل عرضه و تقاضا در خدمات تحت تعهد بیمه پایه

با خلاصه‌سازی جمع‌آوری شواهد در جهت حل مسائل شناسایی‌شده، ۲۷ راهکار و ۶۴ گزینه سیاستی (به ازای هر راهکار، حداقل دو گزینه سیاستی) استخراج شد که صاحب‌نظران، در پنلی تخصصی، گزینه‌های سیاستی را با توجه به نقط قوت و ضعف مطرح‌شده برای هر یک از گزینه‌ها و بر اساس معیارهای مناسبت و امکان‌پذیری اجرا، اولویت‌بندی نمودند (جداول ۲ تا ۵).

جدول ۲. راهکارها و گزینه‌های سیاستی مرتبط با محتوای سیاست بسته بیمه پایه سلامت

راهکارها	گزینه‌های سیاستی/ توضیحات	میانگین ضرورت و امکان‌پذیری اجرا ± انحراف معیار (۱-۱۰)
تعیین رویکرد اصلی بسته خدمات سلامت	تدوین بسته و به دنبال آن تامین مالی بر اساس هزینه‌های ایجاد شده[20]	۶±۲/۱
	تدوین بسته بر اساس منابع مالی پیش‌بینی‌شده [21]	۷/۱±۱
	ایجاد رویکرد پیش‌گیری محور در بسته خدمات سلامت کشور	۷/۷±۱/۴
	تلفیق سه سطح بسته خدمات سلامت (سطوح ۱و ۲ و۳) در سازمان‌های بیمه‌گر پایه، با رویکرد مراقبت‌های ادغام‌یافته سلامت	۵/۸±۲
متناسب نمودن بسته خدمات بیمه پایه سلامت با سیاست‌های کلان کشور	متناسب نمودن بسته خدمات بیمه پایه سلامت با سیاست‌های آئین‌نامه خرید راهبردی	۷/۷±۱/۱
	متناسب نمودن بسته خدمات بیمه پایه سلامت با سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری	۷/۷±۱/۵
شفاف‌سازی سلسله مراتب ارزش‌ها (تا تصمیم‌گیری و رویکرد سیاست‌گذاری و اولویت‌بندی مشخص باشد)	محور قراردادن ارزش‌های اجتماعی و دینی در اولویت‌بندی خدمات سلامت	۶/۲±۲
	محور قراردادن ارزش‌های اقتصادی و منابع مالی در اولویت‌بندی خدمات سلامت	۷/۳±۱/۱
	اولویت‌بندی خدمات سلامت بر اساس روش‌ها و معیارهای اقتصادی و لحاظ نمودن ارزش‌های اجتماعی در موارد خاص	۷/۳±۱/۳
اصلاح بسته دارویی موجود؛ مربوط به بسته بیمه و فارماکوپه	وجود دو فهرست دارویی شامل فارماکوپه رسمی کشور و بسته دارویی بیمه (با رعایت اولویت‌های سلامت کشور)	۸/۱±۱/۶
	ترکیب و یکی‌نمودن فارماکوپه و بسته دارویی بیمه	۵/۱±۱/۸
تدوین سیاست‌های بیمه‌ای در جهت اصلاح رفتار	تحت پوشش قراردادن خدمات غربال‌گری و چک‌آپ‌های دوره‌ای در بسته بیمه پایه سلامت	۵/۸±۱/۵
	عدم پوشش خدماتی که توسط پزشکان غیرطرف قرارداد تجویز می‌شوند	۶/۴±۱/۵
	بالابردن فرانشیز آنتی‌بیوتیک‌ها و سایر داروهای OTC (فروش داروهای بدون نسخه)	۷/۵±۱

[20] Defined benefit
[21] Defined contribution

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

جدول ۳. راهکارها و گزینه‌های سیاستی مرتبط با فرآیند سیاست بسته بیمه پایه سلامت

راهکارها	گزینه‌های سیاستی/ توضیحات	میانگین ضرورت و امکان‌پذیری اجرا ± انحراف معیار (۱-۱۰)
سامان‌دهی بسته‌های متفاوت از خدمات قابل‌ارائه در نظام سلامت	تعریف بسته خدمات ضروری و تامین مالی آن توسط دولت و بسته خدمات سطوح بالاتر و تامین مالی آن به صورت انتخابی	۷/۸±۱
	تعریف بسته خدمات ضروری و سطح ۱ و تامین مالی آن توسط وزارت بهداشت و بسته خدمات سطح ۲ و ۳ و تامین مالی آن توسط سازمان‌های بیمه‌گر	۵±۲/۵
	تدوین بسته خدمات قابل‌ارائه در تمام سطوح نظام سلامت کشور و تامین مالی آن توسط سازمان‌های بیمه‌گر	۵/۳±۲/۳
به‌کارگیری شواهد علمی و عینی جهت تصمیم‌گیری برای تدوین بسته	گردآوری و بررسی اطلاعات جمعیتی کشور (تفکیک گروه‌های سنی / شناسایی نیازمندی‌های هر یک از گروه‌های سنی/ تعریف بسته‌های هدف‌مند تطبیق یافته با نیازمندی‌ها و الگوی بیماری‌های گروه‌های سنی و تدوین بسته بیمه پایه سلامت بر اساس این اطلاعات)	۷/۶±۱/۵
	انجام مطالعات ارزیابی فناوری سلامت به صورت جامع	۶/۹±۱/۶
	لحاظ نمودن مشکلات و نیازهای فرهنگی در تدوین بسته (درنظر گرفتن اعتقادات مذهبی و فرهنگی جهت تعیین نوع خدمت قابل‌ارائه در تعهدات بسته بیمه پایه سلامت)	۴/۶±۱/۷
	– درنظر گرفتن میزان کالی و دالی مداخلات (تحلیل سیمای اپیدمیولوژیک بیماری و مرگ در کشور، تعیین مداخلات بر اساس آن‌ها)	۶/۷±۱
برآورد بار مالی بیماری‌ها در کشور و لحاظ نمودن آن در تصمیم‌گیری‌ها	هزینه‌های مستقیم، هزینه‌های غیرمستقیم، هزینه‌های غیرملموس	۶/۶±۱/۶
به‌کارگیری روش‌های تصمیم‌گیری چندمعیاره جهت تدوین بسته	لحاظ نمودن معیارهای مرتبط با عوامل اقتصادی خدمات جهت تدوین بسته (هزینه اثربخشی، تاثیر بودجه، کاهش فقر، کیفیت و تعداد شواهد و عدالت در دسترسی بهتر به مراقبت‌های سلامت)	۷/۶±۱/۱
	ترکیب معیارهای هزینه و اثربخشی و شرایط اقتصادی و اجتماعی کشور جهت تدوین بسته (استفاده از معیارهای چندگانه تصمیم‌گیری برای ورود خدمات به بسته بیمه پایه سلامت)	۷/۹±۱
کنترل ورود دارو، خدمات و تجهیزاتی که اثربخشی آنها هنوز اثبات نشده	مداخله در ارائه مجوزهای ورود دارو و تکنولوژی‌های جدید به کشور با تدوین و اجرای قوانین و مقررات جهت کنترل ارائه خدمات دارای مجوز و اثربخش	۸±۱,۱
سامان‌دهی فهرست خدمات/ دارو تحت تعهد و عدم تعهد بیمه	تهیه یک فهرست (دارو/ خدمت) در انتظار ورود و یک فهرست در انتظار خروج (تغییر تکنولوژی‌ها، تغییر سیاست‌ها، تغییر سیر بیماری...)	۸±۰/۷
ایجاد یک چارچوب تصمیم‌گیری بر اساس مدل‌های ریاضی و معیارهای مشخص	وزن‌دهی به معیارهای از پیش‌تعیین‌شده و چگونگی ترکیب استفاده آنها بر اساس مدل‌های ریاضی	۶/۷±۱
گسترده‌تر نمودن بسته خدمات قابل‌ارائه در کشور	گسترده‌تر نمودن بسته با ایجاد منابع مالی مورد نیاز	۵/۸±۱/۳
	گسترده‌تر نمودن بسته همراه با تدوین گایدلاین‌ها و استانداردهای ارائه خدمت	۷±۱/۲
	گسترده‌تر نمودن بسته همراه با تدوین بسته‌های خدمت سطح بندی‌شده و هدف‌مند	۷/۷±۱/۲
سامان‌دهی به جلسات تصمیم‌گیری در مورد ورود و خروج خدمات و داروهای تحت تعهد	تدوین فرم‌های مخصوص مرتبط با عناصر کلیدی، شامل اطلاعات هزینه اثربخشی و ... جهت تصمیم‌گیری در مورد خدمات و داروهای کاندید ورود و خروج از بسته	۸/۳±۱
بازنگری و ارزیابی بسته خدمت و داروی کنونی	طبقه‌بندی خدمات/ دارو در سه فهرست مجزا (حتما تحت پوشش باشند، حتما تحت پوشش نباشند، می‌توانند تحت پوشش باشند) و سپس انجام مطالعات HTA برای خدماتی که «می‌توانند تحت پوشش باشند»	۱/۳±۷/۹
	انجام مطالعات HTA برای تمامی خدمات/ داروهای قابل‌ارائه در نظام سلامت کشور و بازنگری بسته بر اساس آن	۶/۱±۱/۶
	انجام روش اول برای خدمات موجود در بسته و الزام انجام HTA برای ورود خدمات/دارو جدید به بسته	۷/۵±۱/۱
	انجام روش دوم و و الزام انجام HTA برای ورود خدمات/دارو جدید به بسته	۶/۶±۱/۸

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

جدول ۴. راهکارها و گزینه‌های سیاستی مرتبط با ذینفعان سیاست بسته بیمه پایه سلامت

راهکارها	گزینه‌های سیاستی/ توضیحات	میانگین ضرورت و امکان‌پذیری اجرا ± انحراف معیار (۱-۱۰)
شفاف‌سازی جایگاه تصمیم‌گیری پیرامون بسته و شرح وظایف آن	ایجاد دبیرخانه تدوین بسته در وزارت بهداشت (تدوین فهرست خدمات در انتظار ورود به بسته/ تدوین فهرست خدمات درحال بررسی به همراه الزامات و نیازهای پیش ورود به بسته / برگزاری جلسات تصمیم گیری برای خدمات دردست بررسی با استفاده از معیارهای تصمیم‌گیری و نه به صورت چانه‌زنی)/ جمع‌آوری شواهد بر اساس معیارها برای خدمات بر عهده وزارت بهداشت باشد)	۷/۷±۱/۶
	ایجاد دبیرخانه تدوین بسته در وزارت رفاه (تدوین فهرست خدمات در انتظار ورود به بسته/ تدوین فهرست خدمات در حال بررسی به همراه الزامات و نیازهای پیش‌ورود به بسته / برگزاری جلسات تصمیم‌گیری برای خدمات در دست بررسی با استفاده از معیارهای تصمیم‌گیری و نه به صورت چانه‌زنی)/ جمع‌آوری شواهد بر اساس معیارها برای خدمات بر عهده وزارت رفاه باشد)	۵/۹±۲/۲
	برگزاری جلسات تصمیم‌گیری برای بسته در وزارت رفاه باشد، تعیین خدمات منتخب برای ورود، تهیه اطلاعات و الزامات ورود یک خدمت و یا خروج آن با محوریت وزارت بهداشت صورت گیرد	۵/۷±۲/۸
سامان‌دهی به تقاضاکننده‌های ورود خدمات/ دارو به بسته بیمه پایه	محدودکردن تقاضاکننده‌های ورود خدمات به بسته شامل انجمن‌های تخصصی، نظام پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر ، وزارت بهداشت و دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت	۸/۳±۱
	حفظ وضعیت کنونی، به‌صورتی‌که تامین‌کنندگان مواد و تجهیزات نیز اجازه درخواست ورود خدمت به بسته را داشته باشند	۶±۱/۳
	درخواست‌کننده‌ها محدود به وزارت بهداشت و رفاه باشند	۵/۱±۲/۲
بازتعریف و شفاف‌نمودن نقش ذینفعان	منابع مالی در اختیار سازمان‌های بیمه‌گر باشد (خاص، تحول) بیمه، خریدار/ وزارت بهداشت، سیاست‌گذار/ دانشگاه، ارائه‌دهنده	۸/۱±۱/۲
	پررنگ نمودن نقش بیمه‌ها جهت انجام خرید راهبردی (اعطای قدرت به سازمان‌های بیمه‌گر پایه جهت انجام خرید راهبردی)	۷/۹±۱/۲
ایجاد اجماع در تدوین سیاست‌ها و میان سیاست‌گذاران	توجه به هم‌راستا بودن سیاست‌های بخش‌های مختلف و مرتبط، به‌منظور تدوین بسته خدمات مناسب	۷/۴±۱/۲

جدول ۵. راهکارها و گزینه‌های سیاستی مرتبط با زمینه و ساختار سیاست بسته بیمه پایه سلامت

راهکارها	گزینه‌های سیاستی/ توضیحات	میانگین ضرورت و امکان‌پذیری اجرا± انحراف معیار (۱-۱۰)
تبعیت سیاست‌های کلی آموزش علوم پزشکی و جذب دانشجو از سیاست‌های بسته	تدوین اثربخش بسته به گونه‌ای که تنظیم‌کننده سیاست‌های کلی آموزش و تدارک خدمت در کشور باشد.	۶/۶±۱/۷
سامان‌دهی بودجه‌های تامین‌کننده مالی خدمات قابل‌ارائه در کشور برای گروه‌های مختلف	تجمیع بودجه‌های مجزای پوشش خدمات (بیماران خاص، سوختگی،...) در سازمان‌های بیمه‌گر پایه	۷/۵±۱/۹
	تعریف بودجه‌های عادی برای تعهدات سازمان های بیمه‌گر و بودجه‌های مجزای بیماران خاص برای وزارت بهداشت	۷±۲/۱
صرفه جویی‌های اقتصادی جهت تامین مالی اثربخش‌تر بسته خدمات بیمه‌ای	تعریف بسته‌های سطح‌بندی شده و هدف‌مند و به دنبال آن تعریف فرانشیزهای سطح‌بندی شده	۷/۳±۱/۷
	تعریف بسته واحد با فرانشیز سطح‌بندی شده، متناسب با جنس خدمت و سطح ارائه آن	۶/۴±۱/۵
	تعریف دو بسته (عمومی و خاص) و تعریف فرانشیز سطح‌بندی شده برای خدمات بیماران خاص و اقشار آسیب‌پذیر	۶/۴±۲/۲
ایجاد سازوکارهای رسمی جهت انجام ارزیابی فناوری سلامت	تعیین رسمی یک موسسه علمی جهت انجام مطالعات ارزیابی فناوری سلامت؛ رئیس آن در مقابل وزارت بهداشت پاسخ‌گو باشد	۸/۴±۱/۸
	انجام ارزیابی فناوری سلامت توسط وزارت بهداشت	۷/۷±۱/۲
	انجام ارزیابی فناوری سلامت توسط سازمان‌های بیمه‌گر	۵/۹±۱/۷
	ایجاد KMUهای بیمه‌ای در سطح دانشگاه‌ها با مشارکت کارشناسان بیمه‌ای جهت انجام ارزیابی فناوری سلامت	۵/۶±۲/۶
سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری در مورد بسته با توجه به سایر ابعاد خرید راهبردی	درنظر گرفتن ساختار سیستم، منابع، مکانیسم‌های پرداخت، نحوه مدیریت و روند بسته و اجزای آن	۷/۱±۲/۵

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

بحث

بررسی یافته‌ها نشان داد که بسته خدمات سلامت کشور در سه سطح اول، دوم و سوم جهت پیش‌گیری، درمان و توان‌بخشی تقسیم‌بندی شده‌است. این شکل از سطح‌بندی بسته‌های خدمت در کشور ما با چندین کشور دیگر مشابهت دارد؛ به‌طوری که خدمات را بر اساس نوع تخصص و میزان اهمیت آن و به‌لحاظ ماهیت بهداشتی-پیش‌گیری و یا درمانی-توان‌بخشی به بسته‌های مختلفی تقسیم‌بندی می‌کنند که توسط ذینفعان متفاوت تامین مالی می‌شود (۱۳). همان‌گونه که در کشور ما بسته خدمات بهداشتی توسط وزارت بهداشت و به‌صورت رایگان به مردم ارائه می‌شود، بسته خدمات سطح دو و سه عمدتا توسط سازمان‌های بیمه‌گر تامین مالی می‌گردد.

در ایران، یکی از چالش‌های مهم در تفاوت میان محتوا و اجرای سیاست‌های بسته، وجود شعار سلامت محوری در سیاست‌های کلان و درمان محوری در اجراست، که در عمل منابع مالی زیادی صرف بخش درمان می‌کند و در مقایسه با بسته خدمات بخش بهداشت، از پوشش لازم برخوردار نیست. یافته‌ها حاکی از آن است که مبهم بودن ارزش‌های مرجع در سیاست‌گذاری‌های کلان بسته خدمات سلامت، از مسائلی است که به‌نظر می‌رسد اگر در دستورکار سیاست‌گذاران قرارگیرد، می‌تواند راهنمای عوامل تصمیم گیرنده باشد، تا به‌هنگام تعارض میان ارزش‌ها و منابع مالی، بتوانند تصمیم‌گیری کنند.

به‌نظر می‌رسد بسته خدمات بیمه پایه سلامت می‌تواند به نوعی تعیین‌کننده سیاست‌های کلی آموزش کشور نیز باشد؛ حجم و ترکیب بسته خدمات و دارو باعث تعقل نظام آموزشی کشور می‌شود. نوع، تنوع و کیفیت خدمات موجود در بسته، به دلیل افزایش ارائه خدمت، که در قسمت پیش توضیح داده شد، سیاست‌های آموزشی را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

بررسی و تحلیل سه جریان مشکل، سیاسی و سیاستی (تا سال ۱۳۹۵) نشان داد که مجموعه سیاست‌های مرتبط با بسته بیمه پایه سلامت همواره وجود داشته، اما هیچ‌گاه سه جریان به‌طور همزمان رشد نکرده‌اند (به دلیل عدم رشد جریان سیاستی)؛ و علی‌رغم بیان این موضوع در سیاست‌های کلان متفاوت، به‌دلیل عدم اصلاح در اجرا و سیستماتیک نبودن فرآیند، پنجره سیاست باز نشد!

معیارهایی که در سطح بالای سیاست‌گذاری جهت تصمیم‌گیری درنظر گرفته می‌شود، عمدتا میزان و منبع تامین مالی جهت اجرای آن تصمیمات است و درواقع تعریف منبع تامین اعتبار و البته متولی اجرای آن بیش‌ترین جنبه‌های مورد بررسی در جلسات سیاست‌گذاری می‌باشند. نقصی که عمدتا در ابلاغ سیاست‌های کلان بسته بیمه پایه سلامت مشاهده می‌شود، عدم شفافیت و مشخص نبودن تکالیف و متولی دقیق اجرای آنهاست. این موضوع باعث‌شده که اصلاحاتی جزیره‌ای در سازمان‌های بیمه‌گر، دبیرخانه وزارت رفاه و همچنین وزارت بهداشت صورت‌گیرد، اما نتیجه و خروجی اثربخشی نداشته باشد و در نهایت شاهد تغییر مثبتی در نحوه تدوین بسته بیمه پایه سلامت نباشیم.

در کشور فرانسه، جهت قانون‌گذاری، تسهیل و شفاف‌سازی تدوین بسته و بازپرداخت آن، سازمان خودگردان سلامت تشکیل شده‌است. بر اساس این قوانین، یک درمان جدید پوشش داده نمی‌شود، مگر این که سودمند یا کم‌هزینه‌تر گردد(۱۴). به‌نظر می‌رسد بحث تدوین سیاست‌ها و تغیراتی که در تعیین متولی تدوین بسته صورت می‌گیرد، بیشتر بر همین موضوع، یعنی مشخص کردن متولی تدوین، متمرکز بوده و کمتر به چگونگی تدوین بسته و هدف‌گذاری در مورد پوشش بیماری‌ها و افراد می‌پردازد؛ درصورتی‌که مطالعه سایر کشورها نشان داد که در تدوین سیاست‌های کلان، مشخص‌کردن گروه‌های خدمتی، شناسایی بیماری‌های واجد پوشش، چگونگی پوشش گروه‌های سنی و نحوه تامین مالی خدمات متعهدشده توسط بیمه و دولت محل تمرکز است(۱۵).

کشور تایلند از روش چهار مرحله‌ای برای تصمیم‌گیری در خصوص ورود خدمات به بسته بیمه پایه سلامت استفاده می‌کند که معیارهای ارزیابی خدمات آن، تعداد افرادی که از یک بیماری رنج می‌برند، شدت بیماری، اثربخشی مداخله، تنوع خدمات، تاثیر اقتصادی بیماری بر خانوار و مسائل اخلاقی و عدالت می‌باشد(۷). کشور نروژ نیز از همین روش استفاده می‌کند و معیارهای هزینه اثربخشی، مزایای شخصی و شدت بیماری را جهت ارزیابی خدمات به کار می‌برد (۱۶).

یافته‌های منتج از تحلیل ارزشیابی سیاست‌ها و فرآیند اجرایی بسته خدمات پایه سلامت حاکی از آن است که بازنگری بسته به صورت مقطعی و غیرسیستماتیک صورت گرفته؛ به‌گونه‌ای که از پس از سال ۱۳۷۳ (۸۶،۹۱ و۹۳) این فرآیند در سه نوبت به‌طور ناتمام انجام شده‌است. ارزش‌یابی سالیانه یا حداقل دوسالانه بسته موجب می‌شود خدمات اثربخش‌تر جایگزین خدمات و داروهای غیراثربخش شوند؛ این جایگزینی هم به لحاظ کیفیت درمان و هم به لحاظ صرف منابع مالی برای نظام سلامت و مردم از اهمیت بالایی برخوردار 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

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

را در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با بسته بیمه پایه سلامت ایفا می‌کنند.

ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و تامین‌کنندگان مواد و تجهیزات از عمده‌ترین ذینفعانی هستند که به‌طور 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 بیمه‌گر جهت تحت پوشش قرار دادن خدمات می‌شوند.

مرور تجربیات سایر کشورها، تفاوت ترکیب و قدرت ذینفعان در فرآیند طراحی بسته خدمات پایه سلامت را نشان داد. در کشور آلمان، کمیته فدرال پزشکان و صندوق‌های بیماری، که وظیفه تعیین خدمات اورژانسی، دارویی و سرپایی را دارند و کمیته بیمارستانی، که وظیفه تعیین خدمات بیمارستانی را دارند، مهم‌ترین نقش را در فرآیند تدوین بسته ایفا می‌کنند. در این فرآیند، ترجیحات مردم نیز درنظر گرفته می‌شود(۱۷). در کشور افغانستان، وزارت اقتصاد و امور مالی[۲۰] بیشترین قدرت و وزارت بهداشت و مردم، کمترین قدرت را در تدوین سیاست‌های مالی بسته خدمات سلامت دارند(۱۸).

بررسی تحلیل مصاحبه‌ها و همچنین اسناد نشان داد که مهم‌ترین عامل زمینه‌ای تاثیرگذار در سیاست‌های بسته و فرآیند تصمیم‌گیری، عوامل اقتصادی در سطح کلان و خرد است. بررسی متون و گایدلاین‌های بین‌المللی نیز نشان داد که توجه به سطح اقتصادی و میزان منابع مالی سلامت در کشورهای مختلف، مهم‌ترین عامل تاثیرگذار بر میزان پوشش بسته خدمات سلامت و روش‌های تدوین بسته است(۱۹). مطالعات مختلف نیز تاثیرگذاری فاکتورهای سیاسی و مناسبات آن‌ها بر تدوین و اجرای سیاست‌ها در بخش سلامت را تاییدکرده، توصیه می‌کنند جهت حصول اطمینان از اجرای سیاست‌های تدوین‌شده، این فاکتورها لحاظ شوند(۲۰).

همان‌طور که مطالعه حاضر نشان داد که فاکتورهای 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، این عوامل را به‌عنوان فاکتورهایی با تاثیر دوجانبه معرفی می‌نمایند. در مطالعات سایر کشورها، به تاثیر سطح تحصیلات، فقر، زمینه فکری و اخلاق پزشکی بر سطح سلامت مردم اشاره شده‌است (۲۱, ۲۲). فاکتورهای بین‌المللی یکی از عوامل مهم تاثیرگذار در تعیین بسته خدمات سلامت در برخی کشورها می‌باشد. راهکارها و گزارش‌های سازمان‌های بین‌المللی، چون سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی، پیرامون تامین مالی، خرید راهبردی و غیره در جهت‌دهی سیاست‌های بسته تاثیرگذار بوده‌اند (۲۳, ۲۴).

یکی از مهم‌ترین عوامل زمینه‌ای موثر بر نحوه سیاست‌گذاری بسته بیمه پایه سلامت، زیرساخت‌های اطلاعاتی کشور است. این مهم، یکی از مشکلات ریشه‌ای سیستم سلامت ایران است؛ بهره‌مندی کم از نظام یک‌پارچه اطلاعات مدیریت خدمات سلامت در سطوح سیاست‌گذاری و عملیاتی، ناشی از ضعف در زیرساخت های اطلاعاتی است. توسعه سیستم‌های اطلاعاتی در کشور می‌تواند تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در مورد خدمات و نحوه برخورد با آنها را تسهیل بخشد.

نتیجه‌گیری

مطالعه تحلیل سیاست بسته بیمه پایه سلامت و ارائه گزینه‌های سیاستی، با تحلیل سیاست گذشته‌نگر و آینده‌نگر، توانست به ارائه راهکارها و گزینه‌های سیاستی کاربردی در ابعاد محتوا، فرآیند، ذینفعان و ساختار سیاست مورد بحث بپردازد. به‌طور کلی، نتایج این تحلیل نشان‌داد که تدوین دستورالعمل‌های شفاف با مشخص نمودن فرآیندهای کار و متولی انجام آن، با توجه به اسناد بالادستی موجود، از جمله الزاماتی است که باید در راستای تدوین بسته اثربخش مبتنی بر شواهد صورت گیرد. در بحث محتوا، سیستماتیک نمودن فرآیند اجرا و در بحث ذینفعان، مدیریت قدرت و نفوذ ذینفعان، به سمتی که حداقل تعارض منافع در تدوین بسته وجود داشته باشد، ضروری به نظر می‌رسد. درنظرگرفتن منابع مالی و اقتصادی حوزه سلامت و همچنین بهره‌گیری از راهکارهای اقتصادی و سیاستی کارآمد، از جمله استانداردهای ارائه خدمت و ارزیابی فناوری سلامت، از جمله اصلاحاتی است که باید در تدوین و اجرای بسته بیمه پایه سلامت لحاظ شود. در این پژوهش سعی شد که برای موارد عنوان‌شده، پاسخ‌های مناسب و اجرایی در قالب خلاصه‌های سیاستی ارائه شود تا سیاست‌گذاران با توجه به زیرساخت‌ها و بضاعت دانشی موجود، از آن‌ها در جهت اصلاح موارد بیان‌شده بهره‌گیرند.

کاربرد در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سیاست‌گذاری نظام سلامت

- با توجه به بضاعت مالی کشور و لزوم کنترل هزینه‌ها در نظام سلامت (حداقل تا دو دهه آینده)، بهتر است تدوین بسته بیمه پایه سلامت بر اساس منابع مالی پیش‌بینی‌شده انجام شود؛ به این معنی که به‌طور کلی، ترکیب و محتوای بسته متاثر از منابع مالی اختصاص یافته به این بخش باشد[۲۱]. با توجه به این موضوع، ایجاد رویکرد پیش‌گیری محور در بسته خدمات سلامت کشور، به‌صورتی که عملا در میزان پوشش

[22] Ministry of finance

[23] Defined contribution

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

خدمات سطح ۱ و ۲ نمود پیدا کند، توصیه می‌شود؛ اما تلفیق این خدمات با سطح ۲ و ۳ پیشنهاد نمی‌گردد. به‌نظر می‌رسد جهت اجرای این موضوع، اختصاص منابع مالی بیشتر برای سطح ۱ و فعال نمودن ارائه این خدمات در شهرها و روستاها بتواند اثربخش باشد.

- پیشنهاد می‌شود تصمیم‌گیری‌های مرتبط با بسته کاملا بر اساس شواهد علمی صورت گیرد. از جمله این شواهد بهره‌گیری از اطلاعات جمعیتی کشور، به تفکیک گروه‌های سنی، جنسی و گروه‌های آسیب‌پذیر و شناسایی خدمات سلامت مورد نیاز آنها می‌باشد؛ بر این اساس تدوین بسته‌های هدفمند و منطبق بر الگوی بیماری هریک از گروه‌های جمعیتی امکانپذیر می‌شود. همچنین بهره‌گیری از معیارهای هزینه اثربخشی و در شرایط اقتصادی-اجتماعی در قالب روش‌های تصمیم‌گیری چند معیاره پیشنهاد می‌شود.
- به‌دنبال ارزیابی دوره‌ای بسته و به منظور سامان‌دهی فهرست خدمات/ دارو تحت تعهد و عدم تعهد بیمه، تهیه یک فهرست (دارو/ خدمت) در انتظار ورود و یک فهرست در انتظار خروج (تغییر تکنولوژی‌ها، سیاست‌ها، سیر بیماری و...) توصیه می‌گردد.
- حداقل‌نمودن تعارض منافع با مشارکت‌دادن افرادی که حداکثر یک جایگاه سازمانی دارند و حداقل‌نمودن تعارض میان ذینفعان با اصلاح ترکیب شورای عالی بیمه سلامت به‌منظور یک‌دست نمودن حق رای ذینفعان اصلی در شورای عالی بیمه (وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر، نظام پزشکی و وزارت رفاه)ضروری می‌نماید.
- به‌منظور سامان‌دهی بودجه‌های خدمات قابل‌ارائه در کشور برای گروه‌های مختلف، تجمیع بودجه‌های مجزای پوشش خدمات (بیماران خاص، سوختگی و...) در سازمان‌های بیمه‌گر پایه توصیه می‌شود؛ به‌گونه‌ای که منابع مالی مختص پوشش بیماران خاص، جزیره‌ای نباشند. به‌نظر می‌رسد این اقدام در راستای کاهش موازی‌سازی و تجمیع ریسک بیشتر، ضروری باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از حمایت‌های دفتر ارزیابی فناوری سلامت، تدوین تعرفه و استاندارد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، سازمان بیمه سلامت و موسسه عالی پژوهش تامین اجتماعی در راستای انجام پژوهش مرتبط با مقاله حاضر، با کد اخلاق IR.TUMS.REC.1395.2517، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورد.

پیوست ۱. تحلیل محتوای سیاست‌های بسته بیمه پایه سلامت

تم/ موضوع	طبقات	زیرطبقات
هدف و مفهوم بسته	اهداف، راهبردها و مفهوم	۱. برخورداری آحاد جامعه از حداقل سلامت ۲. عدالت، کارایی و استفاده بهینه از منابع ۳. دست‌یابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت ۴. کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد ۵. شمول «بسته خدمات بهداشتی» به کلیه خدمات قابل‌ارائه در سطح ۱ تائیدشده از سوی وزارت بهداشت ۶. شمول «بسته خدمات سلامت» به کلیه خدمات قابل‌ارائه سطوح ۲ و ۳ تائیدشده از سوی وزارت بهداشت ۷. شمول «بسته خدمات بیمه پایه سلامت» به خدمات تحت تعهد سازمان‌های بیمه‌گر پایه
	پوشش خدمات بسته	۸. پوشش خدمات سطح ۱ (PHC) توسط معاونت بهداشت وزارت بهداشت ۹. پوشش بیش از ۷۰ درصدی خدمات بسته پایه سلامت توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه ۱۰. پوشش خدمات خارج از تعهد سازمان‌های بیمه پایه سلامت توسط بیمه‌های تکمیلی با حفظ استثنائات و قراردادن شرایط خاص ۱۱. پوشش خدمات بیماران خاص توسط دفاتر معاونت درمان وزارت بهداشت ۱۲. پوشش خدمات گران‌قیمت و بیماران صعب‌العلاج توسط طرح تحول نظام سلامت ۱۳. پوشش داروهای بیماران سرطانی و خاص توسط سازمان غذا و دارو وزارت بهداشت ۱۴. تقسیم‌بندی بسته خدمات بیمه پایه سلامت به ۹ دسته: بستری، سرپایی، ویزیت، آزمایشگاه، رادیولوژی، توانبخشی، دارو، دندانپزشکی و لوازم پزشکی
اسناد و قوانین بالادستی	کاستی و تضاد در سیاست‌ها	۱۵. عام و کلی بودن سیاست‌های مربوط به بسته (قانون بیمه همگانی، برنامه‌های توسعه، و...) ۱۶. عدم تدوین و شفاف‌سازی آیین‌نامه‌های اجرایی جهت تعیین شیوه تعیین بسته ۱۷. وجود تعارض در تعیین متولی تدوین بسته در قوانین بیمه همگانی و برنامه‌های توسعه با سیاست‌های کلی سلامت ۱۸. وجود تعارض در بسته خدمات آیین‌نامه ۷۴ بیمه مرکزی با سیاست‌های برنامه توسعه ۱۹. یک‌پارچه نبودن سیاست‌های مرتبط با بسته به دلیل تفاوت در دیدگاه‌ها و فلسفه وجودی سازمان‌های بیمه پایه ۲۰. منافات داشتن اجبار سازمان‌های بیمه‌گر به خرید با تعرفه دولتی با اصل خرید راهبردی ۲۱. وجود تعارض در تعریف بسته، پیرامون قوانین (Defined benefit) و اجرا (Defined contribution)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

تاثیر بسته بر نظام سلامت	کارکردهای نظام سلامت	۲۲. تاثیر نوع و محتوای بسته خدمت بر بودجه عمومی دولت ۲۳. تاثیر نوع و محتوای بسته خدمت بر حق بیمه دریافتی از مردم ۲۴. تاثیرپذیری تربیتی نیروی انسانی از بسته خدمات سلامت ۲۵. وجود گرایش بیشتر به سمت رشته‌ها و خدمات تحت تعهد بیمه پایه ۲۶. چندبرابر شدن عرضه و تقاضای دارو و خدمت با ورود آن‌ها به بسته بیمه پایه ۲۷. تاثیر بسته خدمات و استانداردهای آن بر سطح بندی صحیح خدمات
	اهداف نظام سلامت	۲۸. تاثیر بسته بر میزان مشارکت مالی عادلانه مردم ۲۹. تاثیر بسته بر سطح دسترسی به خدمات سلامت ۳۰. تاثیر بسته خدمات سلامت بر سطح سلامت مردم ۳۱. تاثیر بسته بر رشد و توسعه خدمات پیش‌گیری محور یا درمان محور

پیوست ۲. تحلیل فرآیند سیاست بسته بیمه پایه سلامت

تم/ موضوع	طبقات	زیرطبقات
دستورگذاری	جریان مشکل	۱. افزایش حجم خدمات قابل‌ارائه در نظام سلامت ۲. افزایش روند رشد هزینه‌های سلامت ۳. عدم دسترسی به اطلاعات و گزارش‌های سالانه مرتبط با میزان بی‌عدالتی در بیمه‌شده‌ها ۴. وجود چالش در کفایت منابع مورد نیاز پوشش بسته بیمه ۵. تعریف بودجه‌های موازی (بیمه‌ها، بهداشت، برنامه های خاص و...)
	جریان سیاستی	۶. مدیریت خدمات قابل‌ارائه در سازمان‌های بیمه ۷. الزام سیاست‌های کلی به تدوین سیاست‌گذاری و آیین‌نامه‌های اجرایی بسته ۸. معیوب بودن فرآیند قانون‌گذاری و تصمیم‌گیری راجع به بسته ۹. نبود معیارهای مشخص برای ورود خدمات به بسته بیمه پایه کشور ۱۰. عدم بهره‌گیری از نیروی متخصص و مرتبط (نه صرفا با تجربه) جهت اجرا و حمایت از سیاست‌های بسته
	جریان سیاسی	۱۱. در اولویت قرار گرفتن سلامت و به تبع آن سیاست‌های بسته در دولت یازدهم ۱۲. ورود اعتبارات زیاد به بخش سلامت در دولت یازدهم ۱۳. ابلاغ سیاست‌های کلی رهبری و تعیین تکلیف بسته خدمات سلامت
تدوین سیاست	متولی تدوین سیاست	۱۴. تدوین اصل ۲۹ قانون اساسی توسط مجلس خبرگان ۱۵. تدوین پیش‌نویس سیاست‌ها* توسط وزارت‌خانه‌های بهداشت و رفاه، سازمان مدیریت و سازمان‌های بیمه‌گر ۱۶. متولی بودن شورای عالی سلامت در تعیین و ابلاغ راهبرهای بسته خدمات سلامت ۱۷. تائید سیاست‌ها توسط مجمع تشخیص مصلحت نظام ۱۸. تصویب و ابلاغ سیاست‌ها توسط مجلس شورای اسلامی ۱۹. تائید نهایی و ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت توسط دفتر رهبری ۲۰. متولی شدن وزارت بهداشت در تعیین و تدوین بسته بر اساس سیاست‌های کلی سلامت
	شیوه و روند تصمیم‌گیری	۲۱. بیان لزوم تدوین بسته در قانون برنامه سوم توسعه برای اولین بار ۲۲. نبود متدولوژی مشخص در مورد بسته به دنبال تغییر قوانین (برنامه توسعه، تغییر ریاست دبیرخانه، سیاست‌های کلی و ...) ۲۳. تفاوت بیش از ۷۰ درصدی سیاست‌های ابلاغی با پیش‌نویس سیاست‌های کارشناسی ۲۴. تصمیم‌گیری و اخذ سیاست‌های راهبردی بسته در جلسات شورای عالی بیمه سلامت ۲۵. درنظرگرفتن منابع در تدوین سیاست‌ها ۲۶. رویکرد Defined contribution در تدوین سیاست‌های بسته خدمات ۲۷. توجه کم‌رنگ به تقاضای مردم به دلیل احتمالی عدم‌آگاهی و سایر عوامل مخدوش‌کننده ۲۸. تدوین اولیه سیاست‌های کلی رهبری در قالب جلسات کارشناسی ۲۹. وجود نگاه تجمیع منابع در وزارت بهداشت در پیش‌نویس اولیه ۳۰. استناد وزارت بهداشت به برخی از مطالعات عدالت در سلامت، گزارش WHO,2000 ۳۱. مجزا نمودن نقش تولیت سلامت و ارائه خدمت (وزارت بهداشت) از تامین مالی (بیمه‌ها) در سیاست‌های کلی ۳۲. بالا به پایین بودن تدوین سیاست‌های مرتبط با بسته بیمه پایه سلامت در سیاست‌های کلی ۳۳. شفاف نبودن** و مشورتی بودن متن سیاست‌ها تا پیش از سال ۹۳ ۳۴. تاکیدی شدن متن سیاست‌ها با ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

اجرای سیاست	خط زمانی اجرای سیاست‌های بسته	پیش از سال ۷۳	۳۵. بیان کلی قانون اساسی مبنی بر پوشش خدمات مورد نیاز مردم (اصل ۲۹) در سال ۱۳۵۸ ۳۶. نبود مرز مشخص میان ارائه خدمت در بخش دولتی و خصوصی ۳۷. پوشش سلیقه‌ای خدمات توسط سازمان‌های بیمه‌گر ۳۸. توجه به بضاعت کشور جهت امکان‌پذیری ارائه خدمت
		سال ۷۳ تا ۸۲	۳۹. تدوین قانون بیمه همگانی در سال ۱۳۷۳ و ابلاغ آن در سال ۷۴ ۴۰. تشکیل شورای عالی بیمه سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۴۱. اخذ تصمیم راجع به خدمات بسته توسط شورای عالی بیمه سلامت ۴۲. انجام بررسی‌های کارشناسانه در قالب جلسات مشترک ۴۳. تعهد کلیه خدمات قابل‌ارائه سیستم سلامت در بیمه‌های پایه ۴۴. اختصاصی عمل‌کردن سازمان‌های بیمه جهت مشخص‌نمودن خدمات تحت تعهد خود ۴۵. اتخاذ تصمیمات با رویکرد سیاسی (بالا به پایین) بدون لحاظ نمودن جلسات کارشناسی ۴۶. تاثیر بیشتر ذینفعان ارائه‌کننده خدمت با ریاست شورا در وزارت بهداشت
		سال ۸۳ تا ۸۵	۴۷. انتقال ریاست شورای عالی بیمه سلامت از وزارت بهداشت به وزارت رفاه ۴۸. تاثیر بیشتر ذینفعان بیمه‌ای با ریاست شورا در وزارت رفاه ۴۹. درخواست ورود خدمت/دارو توسط بیمه‌ها بر اساس فراوانی و الگوی خسارت‌های متفرقه ۵۰. درخواست ورود خدمت/دارو توسط بیمه‌ها بر اساس بررسی خدمات و تجهیزات ارزانتر ۵۱. اتخاذ تصمیمات با رویکرد سیاسی (بالا به پایین) بدون لحاظ نمودن جلسات کارشناسی ۵۲. تعهد بیمه مکمل برای پوشش استثنائات خارج از بسته پایه
		سال ۸۶ تا ۹۳	۵۳. تدوین بسته مدون در کشور برای اولین بار ۵۴. مبنا قراردادن بیشترین پوشش خدمت سازمان‌ها جهت تدوین بسته هماهنگ ۵۵. کتاب سال ۸۶ (آبی): مجموعه خدمات مصوب سال ۱۳۶۳ + خدمات تصویب‌شده سال‌های بعد در کمیته هم‌سویی ۵۶. روند طولانی تصمیم‌گیری برای ورود یک خدمت به بسته ۵۷. تلاش در جهت استفاده از مطالعات علمی (در حد بیان) ۵۸. اجماع کلی در مورد اخذ تصمیمات در جلسات شورا ۵۹. وجود بسته‌های اختصاصی با منابع و متولی مجزا (بیماری‌های خاص و...) ۶۰. الزام وزارت‌خانه‌های بهداشت و رفاه به تدوین بسته، طبق قانون برنامه بودجه سال ۱۳۸۶ ۶۱. الزام قانونی اجرای خرید راهبری توسط وزارت‌خانه‌های رفاه و بهداشت طبق برنامه پنجم سال ۱۳۸۹ ۶۲. الزام انجام مطالعات ایمنی، اثربخشی و هزینه اثربخشی برای ورود دارو به فارماکوپه ۶۳. تعریف کتاب «بسته پایه جدید» توسط وزارت رفاه در سال ۱۳۹۱، که ابلاغ نشد
		۹۳ به بعد	۶۴. ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت از دفتر رهبری در سال ۱۳۹۳ ۶۵. الزام وزارت بهداشت به تدوین بسته خدمات سلامت در سال ۱۳۹۳ ۶۶. الزام وزارت رفاه به‌اجرا و تامین مالی بسته در سال ۱۳۹۳ ۶۷. ابلاغ و اجرای طرح تحول نظام سلامت در سال ۱۳۹۳ ۶۸. تعریف جدید بسته خدمات سلامت در قالب کتاب «ارزش نسبی خدمات» ۶۹. نشان‌دار کردن خدمات خارج از پوشش بیمه در کتاب «ارزش نسبی خدمات» ۷۰. تدوین و جمع‌بندی اولیه کتاب توسط وزارت بهداشت ۷۱. مبنا قراردادن رشد مالی ۱۳۰ درصدی در کتاب ۷۲. طی نکردن فرآیندها و الزامات ورود یک خدمت به بسته ۷۳. منوط نمودن پوشش برخی از خدمات پرهزینه به تدوین گایدلاین ۷۴. مشارکت دادن رشته‌ها و گروه‌های تخصصی در تدوین ۷۵. تعریف و ارائه یک سری خدمات فاقد پوشش بیمه‌ای در برنامه تحول نظام سلامت ۷۶. تعریف منابع مالی موازی با سازمان‌های بیمه، جهت تامین مالی
	فرآیند اجرایی بسته خدمات		۷۷. ارسال درخواست به دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت ۷۸. واگذار نمودن تهیه اسناد پشتیبان (استاندارد و گایدلاین خدمت) به گروه پیشنهاددهنده ۷۹. انجام بررسی‌های کارشناسی در جلسات شورا در مورد بسته ۸۰. اخذ مصوب شورای عالی بیمه ۸۱. ابلاغ فهرست خدمات تحت تعهد بیمه‌ها توسط شورای عالی بیمه سلامت در صورت ایجاد بار مالی کم ۸۲. ابلاغ فهرست خدمات تحت تعهد بیمه‌ها توسط هیات دولت در صورت ایجاد بار مالی بالا

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

پیوست ۳. تم‌های شناسایی‌شده از تحلیل محتوای کیفی مصاحبه‌ها

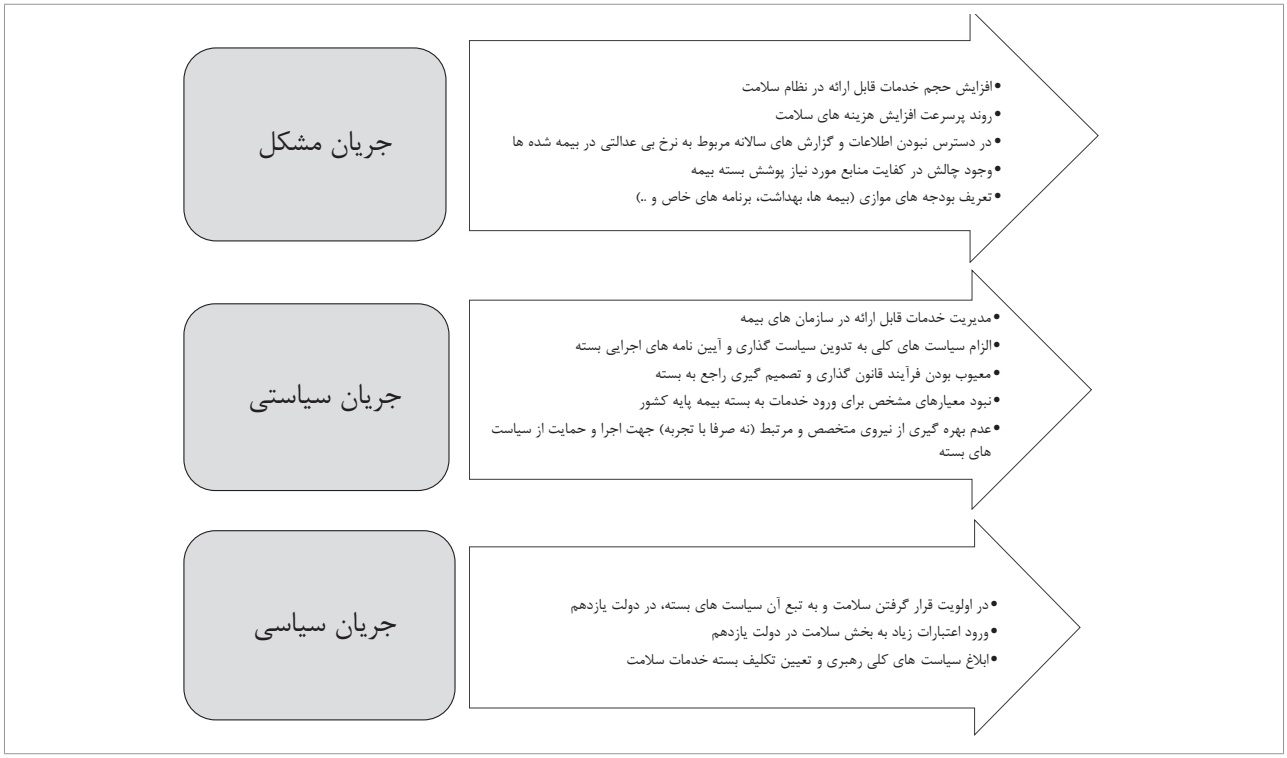
تم/ موضوع	طبقات	زیرطبقات
ویژگی‌های ذینفعان	تاثیرگذاری	۱. تاثیرگذاری و نفوذ بالای اساتید بالینی و خبرگان رشته‌های تخصصی در تدوین محتوای بسته ۲. تاثیر بالای وزارت بهداشت به لحاظ داشتن نقش تولیت ۳. نفوذ غیرمستقیم شرکت‌ها و کمپانی‌های دارو و تجهیزات از طریق ارائه‌دهندگان خدمت ۴. تعلق داشتن بیش‌ترین تقاضای ورود دارو به شرکت‌ها ۵. کسب امتیازات شخصی و سازمانی با تاثیر بر قوانین، توسط ذینفعان دارای توانایی تاثیرگذاری مستقیم ۶. تاثیر نخبگان سیاسی بر سیاست‌ها و قوانین کلان مرتبط با بسته ۷. متاثر بودن دولت و بیمه از هزینه کرد منابع عمومی ۸. ایجاد نیاز در جامعه توسط ارائه‌کننده ۹. تاثیر ارائه‌دهندگان خدمت و تامین‌کنندگان مواد بر تقاضای مردم و نهایتا محتوای بسته ۱۰. میزان بالای تاثیرپذیری مردم از سیاست‌های بسته به نسبت تاثیرگذاری
	قدرت	۱۱. قدرت بالای وزارت بهداشت در تدوین و محتوای سیاست‌های بسته خدمات ۱۲. قدرت کم وزارت بهداشت در اجرای سیاست‌ها مطابق قوانین طرح شده ۱۳. داشتن بالاترین قدرت و پررنگ‌ترین نقش مطابق سیاست‌های کلی سلامت در تدوین بسته توسط وزارت بهداشت ۱۴. متولی بودن سازمان بیمه سلامت جهت تدوین بسته و انجام خرید راهبردی مطابق برنامه‌های توسعه ۱۵. قدرت بالای هیات دولت در ابلاغ سیاست‌های کارشناسی‌نشده (از بالا به پایین) ۱۶. قدرت پایین مردم به دلیل نبودن نماینده و سامانه صدای بیمار ۱۷. متفاوت بودن رفتار بیمه‌ها و ارائه‌کنندگان با دستورالعمل‌های ابلاغی نهادهای سیاست‌گذار ۱۸. تغییر قدرت ذینفعان با توجه به تغییر دولت‌ها، افراد و جایگاه‌ها
تعامل و تعارض منافع	تعارض منافع	۱۹. نقش چهاربعدی وزارت بهداشت در سیاست‌گذاری، ارائه‌دهنده خدمت، نظارت و تامین مالی ۲۰. نقش ارائه‌دهندگان در دو بعد تخصصی/فنی و تولیت ۲۱. نقش دوبعدی سازمان و مدیریت در برنامه‌ریزی و تامین مالی ۲۲. واگذاری پست‌های مدیریتی و مسئولیتی به خبرگان و اساتید بالینی ۲۳. تاثیر تخصص مسئولین وقت نهادهای سیاست‌گذار بر نوع دارو و خدمت واردشده به بسته ۲۴. تشکیل شورای عالی بیمه با هدف به حداقل رساندن تعارض منافع
	تعاملات ذینفعان	۲۵. وجود عمده تفاوت ذینفعان در جایگاه و نه دیدگاه ۲۶. درخواست ورود خدمت به بسته توسط پزشکان از طریق بیمه‌ها و وزارت‌خانه‌های بهداشت و رفاه ۲۷. رویکرد مقاومتی سازمان‌های بیمه‌گر و وزارت رفاه در ارتباط با گسترش بسته ۲۸. مرجعیت وزارت رفاه برای سازمان‌های بیمه‌گر پایه ۲۹. انجام مطالعات HTA دارو توسط سازمان‌های بیمه‌گر، شرکت‌های دارویی، سازمان غذا و دارو، یا وزارت بهداشت ۳۰. پوشش خدمات خاص توسط وزارت بهداشت

پیوست ۴. تحلیل زمینه سیاست‌های بسته بیمه پایه سلامت

تم/ موضوع	طبقات	زیرطبقات
عوامل کلان	فاکتورهای اقتصادی کلان	۱. متاثرشدن بسته از متغیرهای اقتصادی کشور ۲. تاثیر تفاوت نرخ ارز دارو در سال ۹۲ بر بسته دارو ۳. تاثیر بودجه دولتی بر مکانیزم‌های تصمیم‌گیری محتوای بسته
	فاکتورهای اجتماعی- فرهنگی	۴. تاثیر گروه‌ها و انجمن‌های حمایتی/مدنی بر گسترش پوشش خدمات ۵. تاثیر جامعه مدنی بر سیاست‌های بسته به صورت انتقال‌دهنده نیاز ۶. توقع بالای مردم از پوشش بالای خدمات سلامت به دلیل داشتن درآمد نفتی ۷. تاثیر تغییرات دموگرافیک بر نوع و بار مالی خدمات تحت پوشش بسته ۸. تاثیر تبلیغات و بازاریابی بر تقاضایر مالی خدمات تحت پوشش بسته ۹. بازار و متاثرشدن سیاست‌ها و قوانین بسته از الزامات و اعتقادات مذهبی
	فاکتورهای سیاسی	۱۰. تاثیر قدرت و تفکر سیاسی افراد بر سیاست‌ها و محتوای بسته ۱۱. تاثیر غیرمستقیم تغییر دولت‌ها بر شیوه سیاست‌گذاری‌های کلان و متاثرشدن بسته ۱۲. ایجاد تناقض در سلسله مراتب تصمیم‌گیری در سال‌های ۸۹ و ۹۰ ۱۳. متاثرشدن بسته از نبود ثبات سیاسی در کشور
	فاکتورهای بین‌المللی	۱۴. تاثیر سیاست‌های بین‌المللی بر بسته خدمات سطح یک و نه در بسته بیمه پایه ۱۵. وجود سیاست‌های بین‌المللی در خصوص پوشش بیماری‌های همه‌گیر نظیر ایدز، آنفولانزا و... ۱۶. تاثیر گزارش WHO بر پوشش همگانی بیمه سلامت ۱۷. تاثیر تحریم‌ها در سال‌های ۸۵ تا ۹۲ بر نوع خدمات و داروهای تحت پوشش بسته
عوامل بخشی	ساختارهای سازمانی	۱۸. تاثیر جایگاه سازمانی متولی تدوین بسته بر سیاست‌های مرتبط ۱۹. تاثیر دولتی‌بودن سازمان‌های بیمه پایه ۲۰. تاثیر کارکردهای مختلف وزارت بهداشت بر بسته و محتوای آن
	زیرساخت‌های تکنولوژیکی و اطلاعاتی	۲۱. تاثیر بضاعت تکنولوژیکی کشور بر محتوا و بار مالی بسته ۲۲. تاثیر تغییرات سریع تکنولوژیک بر نوع خدمت و بار مالی بسته ۲۳. تاثیر تغییرات تکنولوژیک بر وظایف کارشناسان بیمه ۲۴. تاثیر نبود اطلاعات یک‌پارچه بر برنامه‌ریزی صحیح برای پوشش خدمات بسته ۲۵. تاثیر نبود اطلاعات کافی در خصوص ایمنی، اثربخشی و کارایی خدمات

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

پیوست ۵. سیر جریان‌های سه‌گانه سیاست‌گذاری بسته بیمه پایه سلامت



پیوست ۶. ذینفعان بسته خدمات بیمه پایه سلامت

نام گروه (نقش)	بازیگران	سطح	بخش	موقعیت	قدرت
سیاست‌گذاران	سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی ریاست جمهوری	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	بالا
	شورای عالی بیمه سلامت	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	بالا
	مجمع تشخیص مصلحت نظام	ملی	سیاسی	حمایتی پایین	بالا
	هیات دولت	ملی	دولتی	حمایتی پایین	بالا
	سازمان نظام پزشکی	ملی	سازمان‌های غیردولتی	حمایتی بالا	متوسط
	کمیسیون بهداشت و درمان مجلس	ملی	سیاسی	حمایتی متوسط	متوسط
	وزارت تعاون،کار و رفاه اجتماعی	ملی	دولتی	بی طرف	متوسط
	سازمان غذا و دارو	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
ارائه‌دهندگان	پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات	محلی	خصوصی	حمایتی بالا	متوسط
	دانشگاه‌های علوم پزشکی	منطقه ای	دولتی	حمایتی بالا	متوسط
	سازمان بهزیستی کشور	ملی	خیریه	حمایتی پایین	متوسط
	انجمن‌های تخصصی پزشکان	منطقه‌ای	تخصصی/ حرفه‌ای	حمایتی بالا	بالا
گیرندگان خدمت	انجمن‌های حمایت از بیماران	ملی	سازمان‌های غیردولتی	حمایتی متوسط	متوسط
	افراد جامعه	محلی	اجتماعی	بی طرف	پایین
تامین‌کنندگان مواد و تجهیزات	تامین‌کنندگان مواد و تجهیزات و دارو	منطقه‌ای	خصوصی	حمایتی بالا	متوسط
پرداخت‌کنندگان	بیمه نیروهای مسلح	ملی	دولتی	بی طرف	بالا
	سازمان بیمه سلامت	ملی	دولتی	حمایتی پایین	بالا
	سازمان تامین اجتماعی	ملی	دولتی	حمایتی پایین	بالا
	بیمه مرکزی ایران	ملی	سازمان های غیر دولتی	حمایتی متوسط	متوسط
	سازمان کمیته امداد امام خمینی (ره)	ملی	دولتی	بی‌طرف	متوسط
سایر	فرمانداران/ شهرداران/ بخش‌داران	محلی	دولتی	حمایتی پایین	متوسط
	ائمه جمعه	محلی	منطقه‌ای	حمایتی پایین	پایین

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

References

1- Guindo LA, Wagner M, Baltussen R, Rindress D, van Til J, Kind P, et al. From efficacy to equity: Literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decisionmaking. Cost Effectiveness and Resource Allocation. 2012;10(1):9.

2- Bastani P, Mehralian G, Dinarvand R. Resource allocation and purchasing arrangements to improve accessibility of medicines: Evidence from Iran. Journal of research in pharmacy practice. 2015;4(1):9.

3- Shadpour. Health system Reform in Iran. Hakim. 2007;9(3):40.

4- A KN. Health insurance position in social security system. Tehran: Institute of Social Security Research. 2000.12-15.

5- Health Insurance Organization. Health Insurance Organization laws. 1st ed Tehran: Health Insurance Organizatio. 1995.7-8.

6- Tromp N, Baltussen R. Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: an aid for decision makers. BMC health services research. 2012;12(1):454.

7- Youngkong S, Baltussen R, Tantivess S, Mohara A, Teerawattananon Y. Multicriteria decision analysis for including health interventions in the universal health coverage benefit package in Thailand. Value in health. 2012;15(6):961-70.

8- Mahmudi H. Develop strategies for package of basic health insurance services; Methodology Group of Developing Package of Basic Insurance Services. Ministry of Welfare. Iran. Tehran. 2007. 14-20.

9- Pitayarangsarit S. The introduction of the universal coverage of health care policy in Thailand: policy responses. National Health Security Office and International Health Policy Program.Thailand. Bangkok. 2010. 1-30.

10- Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health policy and planning. 1994;9(4):353-70.

11- Mooij JE, de Vos V. Policy processes: An annotated bibliography on policy processes, with particular emphasis on India. Overseas Development Institute Londres. India. New Delhi.2003. 5-11.

12- Varvasovszky Z, Brugha R. A stakeholder analysis. Health policy and planning. 2000;15(3):338-45.

13- Mtei G, Makawia S, Ally M, Kuwawenaruwa A, Meheus F, Borghi J. Who pays and who benefits from health care? An assessment of equity in health care financing and benefit distribution in Tanzania. Health policy and planning. 2012;27(suppl 1):i23-i34.

14- Rochaix L, Xerri B. National Authority for Health: France: Commonwealth Fund; 2009.1-9.

15- Meessen B, Hercot D, Noirhomme M, Ridde V, Tibouti A, Tashobya CK, et al. Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six sub-Saharan African countries. Health policy and planning. 2011;26(suppl 2):ii16-ii29.

16- Defechereux T, Paolucci F, Mirelman A, Youngkong S, Botten G, Hagen TP, et al. Health care priority setting in Norway a multicriteria decision analysis. BMC health services research. 2012;12(1):39.

17- 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(1):78-91.

18- Haidari A, Zaidi S, Gul R. Prospects for the sustainability of delivering the Basic Package of Health Services in Afghanistan: a stakeholder analysis/Possibilites de perennisation d'un ensemble de services de sante de base en Afghanistan: analyse des parties prenantes. Eastern Mediterranean Health Journal. 2014;20(5):300.

19- Organization WH. Essential health packages: What are they for? What do they change. DRAFT Technical Brief. World Heath Organization. Switzerland. Geneva. 2008.1-14.

20- Brownson RC, Chriqui JF, Stamatakis KA. Understanding evidence-based public health policy. American journal of public health. 2009;99(9):1576-83.

21- 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(1):34.

22- 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(6):e11190.

23- Janovsky K, Organization WH. Health policy and systems development: an agenda for research. 1996.

24- Tarimo E, Organization WH. Essential health service packages: uses, abuse and future directions. World Heath Organization. Switzerland. Geneva. 1997. 1-36.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

Policy Analysis, Problem Identification and Proposing Policy Options for Health Insurance Benefit Package in Iran

Efat Mohamadi (PhD) [1], Alireza Olyaeemanesh (Md, PhD) [1,2*], Arash Rashidian (Md, PhD) [3], Ali Hasanzadeh (Sub-specialist) [4], Moaven Razavi (Md, PhD) [5]

[1]Health Equity Research Center (HERC), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2]National Institute for Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[3]Department of Health Management and Economics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[4]Health Insurance Organization, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
[5]Brandeis University, Waltham, USA

Abstract

Background: One of the most important dimensions of strategic purchasing is to consider what kind of service should be purchased, how to set up a basic health insurance package, and how much health care must be covered. Addressing this issue requires conducting scientific studies for relevant policy analysis. The present study aimed at policy analysis of health insurance benefit package and providing policy options.

Methods: This study was conducted qualitatively during 2014 - 2017 to analyze health policymaking. It was carried out retrospectively and prospectively in two phases. Data were gathered with interviews, document examination, and observation and were analyzed by content analysis using MAXQDA V. 11 software.

Results: After the policy analysis of the health insurance benefit package, 10 topics, 22 themes, and 168 subthemes were identified. In the phase of problem identification, by analyzing the findings of the previous step, 20 challenges and constraints were investigated and then, 64 policy options were retrieved under 27 general solutions.

Conclusions: Paying attention to the financial and economic resources of the health sector and taking advantage of effective economic and policy measures are among the modifications that need to be considered in the development and implementation of the health insurance benefit package.

Keywords: Health Services Package; Health Insurance Benefit Package; Policy Analysis; Policy Options Analysis

Please cite this article as follows:

Mohamadi E, Olyaeemanesh AR, Rashidian A, Hasanzadeh A, Razavi M. Policy analysis, problem identification and proposing policy options for Health Insurance Benefit Package in Iran. Hakim Health Sys Res.2018; 21(3): 153- 172.

***Corresponding Author:** MD, PhD, National Institute for Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Tel: +98-9124117610, Email: arolyaee@gmail.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]