REVIEW ARTICLE

Identifying Effective Criteria for the Design of Health Service Packages for Older Adults: A Scoping Review

Forough Saraee[1]
Rajabali Daroudi[2]
Sara Emamgholipour[3]
Mohammad Mahdi Nasehi[4,5]
Mohammad Arab[6]

[1] PhD Student in Health Care Management, Department of Health Management, Policy & Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] Associate Professor, Department of Health Management, Policy & Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, Iran
[3] Professor, Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[4] Professor, Department of Pediatric Neurology, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5 National Center for Health Insurance Research, Tehran, Iran
[6] Professor, Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received October 18, 2025; Accepted July 21, 2026)

Abstract

Background and purpose: The development of health service packages in many countries is challenged by the lack of clear criteria for prioritizing services. Given the growing trend of population aging, achieving universal health coverage requires particular attention to the healthcare needs of older adults. Therefore, this scoping review aimed to identify the key criteria used in the design of health service packages for the elderly.

Materials and methods: This study was conducted as a scoping review following the Arksey and O'Malley framework. A literature search covering the period from 2000 to 2024 was performed using reputable national and international databases, together with Google Scholar, using predefined Persian and English keywords. After screening the retrieved records and applying the inclusion and exclusion criteria, a total of 10 articles were included for analysis. Data were analyzed using thematic analysis.

Results: The findings showed that 19 criteria have been identified as influencing the design of health service packages for the elderly and have been adopted in various countries. These criteria were categorized into five main groups: demographic criteria, financial criteria, service delivery and care structure criteria, care effectiveness and quality criteria, and social, political, and ethical criteria.

Conclusion: The findings indicate that the development of health service packages for older adults worldwide is informed by multiple criteria that influence decisions regarding service coverage. Among the identified criteria, equity, type of intervention, need, and financial protection were the most commonly applied in designing elderly health service packages. Therefore, it is essential for policymakers to give particular consideration to these criteria during the development of health service packages.

Keywords: health services, universal health coverage, aged, health priorities, decision making

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (259): 309-321 (Persian).

Corresponding Author: Mohammad Arab - School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
(E-mail: arabmoha@tums.ac.ir)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و ششم شماره ۲۵۹ مرداد سال ۱۴۰۵ (۳۲۱-۳۰۹)

شناسایی معیارهای موثر در طراحی بسته خدمات سلامت سالمندان: یک مطالعه مروری حیطه ای

فروغ سرائی[۱]
رجبعلی درودی[۲]
سارا امامقلی پور[۳]
محمدمهدی ناصحی[۴،۵]
محمد عرب[۶]

چکیده

سابقه و هدف: تدوین بسته خدمات سلامت در اغلب کشورها با چالش‌هایی مانند ناکافی بودن معیارهای شفاف برای اولویت‌بندی خدمات مواجه است. باتوجه به روند فزاینده سالمندی، تحقق پوشش همگانی سلامت نیازمند توجه ویژه به سالمندی جمعیت است. از این رو، مطالعه مروری دامنه‌ای حاضر با هدف شناسایی معیارهای موثر در طراحی بسته خدمات سلامت سالمندان، انجام پذیرفت.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر یک مطالعه مروری حیطه ای است که براساس چارچوب آرکسی و اومالی انجام شد. جستجوی مقالات در بازه زمانی ۲۰۰۰-۲۰۲۴ در پایگاه‌های داده ای معتبر داخلی و خارجی و موتور جستجوی Google Scholar با کلید واژه های فارسی و انگلیسی مشخص صورت گرفت. در نتیجه غربال مقالات و اعمال معیارهای ورود و خروج مطالعه، نهایتا ۱۰ مقاله وارد مطالعه شد. تحلیل داده‌ها نیز به روش آنالیز موضوعی انجام گرفت.

یافته‌ها: مرور مطالعات انجام شده نشان داد که ۱۹ معیار در طراحی بسته خدمات سلامت سالمندان موثر بوده و در کشورهای مختلف به کارگرفته می‌شوند. این معیارها در پنج گروه اصلی شامل معیارهای جمعیتی، مالی، معیارهای مربوط به ارائه خدمات و ساختار مراقبت، معیارهای اثربخشی و کیفیت مراقبت، و معیارهای اجتماعی، سیاسی و اخلاقی طبقه بندی شدند.

استنتاج: در چگونگی تدوین بسته‌های خدمات سلامت سالمندان در دنیا، معیارهای متعددی در تصمیم‌گیری برای پوشش خدمات نقش دارند. از میان مولفه‌های استخراج شده، معیارهای عدالت، نوع مداخله، نیاز، و محافظت مالی، بیش‌ترین کاربرد را در طراحی بسته‌های خدمات سلامت سالمندان دارند. از این رو ضروری است که سیاست‌گذاران نیز در فرآیند تدوین بسته خدمات، توجه ویژه‌ای به این معیارها داشته باشند.

واژه های کلیدی: بسته خدمات سلامت، پوشش همگانی سلامت، سالمند، معیار، مرور حیطه‌ای

مولف مسئول: محمد عرب- تهران، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، طبقه چهارم، گروه علوم مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت **Email:**arabmoha@tums.ac.ir

۱. دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. دانشیار اقتصاد سلامت، گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
۳. استاد اقتصاد سلامت، گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴. استاد، گروه بیماری‌های مغز و اعصاب کودکان، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، تهران، ایران
۵. مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران
۶. استاد گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت : ۱۴۰۴/۷/۲۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۴/۷/۲۹ تاریخ تصویب : ۱۴۰۵/۴/۳۰

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

مقدمه

سالمندی جمعیت به‌عنوان یکی از مهم‌ترین تغییرات جمعیتی قرن حاضر مطرح است. شمار سالمندان جهان در سال ۲۰۱۹، حدود ۷۰۰ میلیون نفر بود و پیش‌بینی می‌شود این میزان تا سال ۲۰۵۰ به دو برابر افزایش یابد. در این میان، بیش‌ترین سرعت رشد جمعیت سالمندان در مقایسه با کل جمعیت در مناطق شرق و جنوب‌شرقی آسیا، آمریکای لاتین و کارائیب مشاهده می‌شود(۱). روند سالمندی جمعیت در ایران نیز همسو با الگوی جهانی در حال گسترش است. براساس آخرین سرشماری ایران در سال ۱۳۹۵، گروه سنی ۶۰ ساله و بالاتر، ۹/۲ درصد جمعیت (بیش از ۶ میلیون نفر) را شامل شدند(۲). همچنین، مطابق با پیش بینی‌ها، در سال ۱۴۲۸ شمار سالمندان ایرانی تقریبا به ۲۶ میلیون نفر خواهد رسید(۳).

افزایش سن جمعیت با افزایش بار بیماری‌ها، به‌ویژه بیماری‌های مزمن، همراه است. شواهد نشان می‌دهد بیش از نیمی از سالمندان، حداقل به سه بیماری مزمن مبتلا هستند که اثرات منفی قابل توجهی بر استقلال و کیفیت زندگی آن‌ها دارد. همچنین، تعدد بیماری های مزمن، منجر به آسیب پذیری سالمندان شده و درنتیجه خطر ناتوانی و نیاز به بستری در بیمارستان را افزایش می‌دهد. بنابراین در چنین شرایطی، فشار بیش‌تری بر منابع نظام سلامت وارد شده و ارائه خدمات و مراقبت بهینه به سالمندان را تحت تاثیر قرار می‌دهد(۴، ۵).

امروزه نظام های سلامت در سراسر دنیا برای برآوردن نیازهای سلامت عمومی جوامع خود با چالش هایی از جمله محدودیت منابع مواجه هستند. حرکت در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت(UHC) ازجمله اصلاحاتی است که سیستم های بهداشتی و درمانی برای مقابله با این چالش ها به کار می‌گیرند. پوشش همگانی سلامت به مفهوم دسترسی افراد به خدمات بهداشتی و درمانی با کیفیت و مورد نیاز آن ها بدون مواجهه با مشکلات مالی و فقر ناشی از آن است(۶، ۷).

دستیابی به پوشش همگانی سلامت در بسیاری از کشورها فرآیندی پیچیده و طولانی است که مستلزم تصمیم‌گیری درباره جمعیت هدف، نوع خدمات و سطح مشارکت مالی است. درحقیقت، این فرایند به دنبال پاسخ به این سوال است که کدام گروه‌های جمعیتی، چه نوع خدمات و با چه میزان مشارکت مالی باید تحت پوشش قرار گیرند(۵). در این بین، آنچه کشورهای مختلف را از یکدیگر متمایز می سازد، نوع خدمات تحت پوشش است زیرا محدودیت در دسترسی افراد به خدمات و مشخص کردن تعرفه های واقعی یا نرخ تعرفه بالاتر، مغایر با اصول بنیادی پوشش همگانی است. همچنین، به منظور تحقق اهداف پوشش همگانی سلامت، افزایش اختصاص منابع مالی به بخش بهداشت و درمان کافی نیست، بلکه این منابع باید به نحوی مورد استفاده قرار گیرد تا سلامت جامعه را نیز بهبود بخشد. یکی از راهبردهای اساسی درجهت ارتقای هزینه اثربخشی خدمات، توسعه بسته خدمات سلامت مبتنی بر شواهد است. به بیانی ساده تر، تدوین بسته خدمات سلامت، می تواند در پاسخگویی بهتر و دسترسی عادلانه به نیازهای جمعیت تحت پوشش، راهکاری موثر واقع گردد(۸، ۹).

مهم ترین هدف در طراحی بسته های خدمات سلامت، استفاده کارآمد از منابع برای به حداکثر رساندن نتایج سلامت جامعه است. از آنجا که منابع بخش سلامت محدود و نیازهای جمعیت در حوزه سلامت نامحدود است؛ تصمیم‌گیری درخصوص انتخاب و پوشش خدمات، دشوار بوده و در نتیجه تعیین اولویت‌ها در طراحی بسته خدمات سلامت اجتناب ناپذیر است(۸، ۱۰). در این راستا، کشورها از معیارهای متنوعی برای انتخاب اولویت خدمات و ترکیب بهینه آن‌ها بهره می‌گیرند(۵).

نتایج مطالعات حاکی از آن است که تدوین بسته خدمات سلامت در بسیاری از کشورها با چالش‌هایی ازجمله ناکافی بودن معیارهای شفاف برای اولویت‌بندی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

و تصمیم‌گیری همراه است(۱۳ - ۱۱). علاوه بر این، دستیابی به پوشش همگانی سلامت در برابر سالمندی جمعیت و حمایت از زندگی و سلامت سالمندان ضروری است. تقریبا همه ی کشورها با پدیده پیر شدن سریع جمعیت مواجه‌اند یا در آینده نزدیک با آن روبه‌رو خواهند شد. این روند می‌تواند سرعت تحقق پوشش همگانی سلامت(UHC) را کاهش دهد، زیرا سالمندان بیش از دیگران به مراقبت از بیماری‌های مزمن، خدمات مراقبت طولانی مدت و حمایت اجتماعی نیاز دارند؛ اموری که در چارچوب فعلی UHC به طور کامل پیش‌بینی نشده و بار مالی بیش‌تری ایجاد می‌کند. در نتیجه، چارچوب UHC باید در زمینه سالمندی جمعیت مورد بازنگری قرار گیرد. در صورت طراحی دقیق و صحیح بسته‌های خدمات بهداشتی درمانی می‌تواند تأثیر مثبتی بر استفاده از خدمات سلامت داشته باشد و عدالت اجتماعی-اقتصادی در استفاده از خدمات را تضمین کند که این مهم با تعیین معیارهای مناسب تصمیم‌گیری میسر است. از سوی دیگر، مرور حیطه ای به ارائه تصویری از وضعیت فعلی تحقیقات در حیطه مورد بررسی می‌پردازد. یکی از علل رایج انجام این گونه تحقیقات، شناسایی شکاف های تحقیقاتی می باشد. برخلاف تحقیقات مروری سیستماتیک، تحقیقات مرور حیطه‌ای به دنبال ارزیابی کیفیت متون، سنتز آن‌ها و یا افزونه کردن یافته ها بر روی یکدیگر و افزایش قدرت یا قابلیت تعمیم یافته ها نیستند. تحقیقات مرور حیطه ای زمانی مفید هستند که پیش تر مرور جامعی صورت نگرفته باشد یا طرح‌های مختلفی برای مطالعات به کار گرفته شده و حجم زیادی از مطالعات منتشر شده وجود داشته باشد(۱۴). لذا با توجه به پراکندگی شواهد مرتبط و از آنجا که هدف این پژوهش بررسی اثربخشی یک مداخله مشخص یا پاسخ به یک سؤال محدود بالینی نبوده، بلکه شناسایی و تبیین طیف گسترده‌ای از معیارهای مورد استفاده مدنظر بود، روش مرور حیطه‌ای به عنوان مناسب‌ترین رویکرد انتخاب شد. هدف مطالعه مرور دامنه ای حاضر، شناسایی معیارهای موثر در طراحی بسته خدمات سلامت سالمندان می‌باشد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک پژوهش مروری حیطه ای بوده که با هدف شناسایی معیارهای موثر در طراحی بسته خدمات سلامت سالمندان صورت پذیرفت. در پژوهش حاضر از چارچوب آرکسی و اومالی (O'Malley&Arksey) برای انجام مرور حیطه ای استفاده شد. این روش در برگیرنده ۵ مرحله، تعیین سوال پژوهش، یافتن شواهد مرتبط، غربالگری مطالعات انتخاب شده، استخراج داده‌ها، تحلیل و دسته بندی نتایج و ارائه راهنمایی‌ها، است(۱۴).

مطالعه مروری حاضر در راستای این سوال که معیارهای موثر در طراحی بسته خدمات سلامت سالمندان در دنیا چیست؟ تحقیق انجام گرفت. جستجو در پایگاه های داده ای فارسی زبان از جمله SID و Magiran با کلید واژه هایی از قبیل معیار، مولفه، بسته خدمات، سالمند، سلامت، بیمه و پایگاه های داده ای انگلیسی زبان از جمله، pubmed، scopus، web of science با کلید واژه هایی همچون، inclusion criteria، criteria، health benefit، package، healthcare package، Elderly، Aging و همچنین موتور جستجوی Google scholar با کلید واژه های فارسی و انگلیسی ذکر شده انجام گرفت. مطالعاتی که معیارهای تعیین کننده در طراحی بسته خدمات سلامت سالمندان را بررسی کرده، به زبان فارسی یا انگلیسی بوده و در بازه زمانی ۲۰۲۴-۲۰۰۰ قرار داشتند، وارد مطالعه شده که طیفی از مطالعات کمی، کیفی، ترکیبی، و مروری را شامل شدند. همچنین معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل فصول کتاب‌ها، نامه به سردبیر، مطالعات غیر مرتبط با طراحی بسته خدمات سلامت سالمندان، مقالات با زبان نگارش غیر از فارسی و انگلیسی، عدم امکان دسترسی به متن کامل مقالات، و آن‌هایی که در بازه زمانی یاد شده قرار نداشتند، بوده است.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

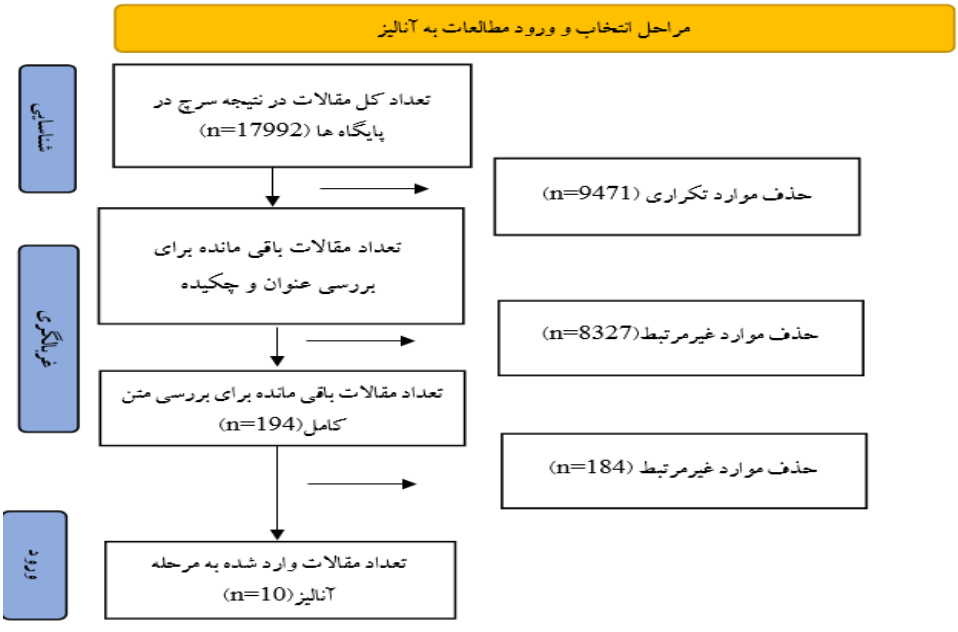
تجزیه و تحلیل مقالات وارد شده به مطالعه نیز به روش آنالیز موضوعی(Thematic Analysis) انجام گرفت. محقق تجزیه و تحلیل مقالات وارد شده را انجام و در صورت وجود ابهام، موضوع به مشورت با سایر اعضای تیم پژوهش گذاشته می‌شد. پس از استخراج کامل داده ها، خروجی نهایی آن به منظور تایید نهایی در اختیار سایر اعضای تیم پژوهش قرار گرفت و نظرات تکمیلی آن ها در خروجی مطالعه اعمال گردید.

همچنین، این مطالعه دارای تاییدیه کمیته اخلاق در پژوهش دانشکده بهداشت و پیراپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد IR.TUMS.SPH.REC.1403.209 می‌باشد.

یافته‌ها

جستجوی اولیه در پایگاه های داده ای فوق الذکر توسط یک محقق با تجربه در بررسی انجام گرفت. در نتیجه این جستجو تعداد ۱۷۹۹۲ مقاله به‌دست آمد. پس از حذف مقالات تکراری، ۸۵۲۱ مقاله برای غربال براساس عنوان و چکیده باقی ماند. در نتیجه بررسی عناوین و چکیده های مقالات و اعمال معیارهای ورود و خروج مطالعه، ۱۹۴ مقاله برای بررسی متن کامل وارد مرحله بعد شد. نهایتا پس از بررسی متن کامل مقالات توسط محقق و حذف موارد غیر مرتبط، ۱۰ مقاله وارد مرحله آنالیز شد (تصویر شماره ۱).

مطابق با جدول شماره ۱، از میان ۱۰ مقاله مورد بررسی، ۷۰ درصد (۷ مقاله) مربوط به سال های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۴ و ۳۰ درصد مقالات (۳ مقاله) مربوط به بازه زمانی ۲۰۱۰-۲۰۰۰ بوده است. تعداد ۵ مقاله به روش کمی انجام شده و سهم مقالات کیفی و مروری هر کدام ۲ مقاله می‌باشد. بیش‌ترین فراوانی مطالعات بسته خدمات سلامت سالمندان و معیارهای ورود خدمات به آن نیز مربوط به کشورهای آمریکا، چین، و کره جنوبی بود. همچنین، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که ۱۹ معیار در طراحی بسته خدمات سلامت سالمندان موثر بوده و در کشورهای مختلف به کارگرفته می‌شوند. این معیارها در پنج گروه اصلی شامل معیارهای جمعیتی، مالی، معیارهای مربوط به ارائه خدمات و ساختار مراقبت، معیارهای اثربخشی و کیفیت مراقبت، و معیارهای اجتماعی، سیاسی و اخلاقی طبقه بندی شدند (جدول شماره ۲).



تصویر شماره ۱: مراحل استخراج مقالات

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

جدول شماره ۱: اطلاعات مقالات مرور شده

ردیف	نام نویسنده	عنوان مقاله	یافته‌های کلیدی (معیارهای شناسایی شده)	سال	کشور	نوع مطالعه
۱	Wenxue Jin و همکاران (۱۵)	Preference of urban and rural older people in Shandong Province for long-term care insurance: based on discrete choice experiment	محافظت مالی، نوع مداخله، نیاز، عدالت، مقبولیت خدمت	۲۰۲۴	چین	کمی
۲	James D. Chambers و همکاران (۱۶)	Changing face of medicare's national coverage determinations for technology	کیفیت شواهد، نوع مداخله، سطح ارائه خدمت، نوع جامعه هدف، اثربخشی، پیشرفت‌های فناورانه/ نوآوری، هزینه‌اثربخشی، ایمنی	2016	آمریکا	کمی
۳	YumeiZhu و AugustÖsterle (۱۷)	care long-term on experimentation policy China's access for Implications insurance:	نیاز، عدالت	۲۰۱۹	چین	ترکیبی
۴	Hwa-Young Lee و همکاران (۱۸)	Public Preferences in Resource Allocation for Insurance Coverage of Dental Implant Service in South Korea: Citizens' Jury	اثرات بودجه‌ای، محافظت مالی، عدالت، نوع مداخله، نیاز، اثربخشی، هزینه اثربخشی، مداخلات جایگزین، بار بیماری، مقبولیت خدمت	۲۰۲۱	کره جنوبی	کیفی
۵	Xiaoting Liu و همکاران (۱۹)	Outcome-based health equity across different social health insurance schemes for the elderly in China	محافظت مالی، نوع مداخله	۲۰۱۶	چین	کمی
۶	Richard J. Manski و همکاران (۲۰)	Dental Care Coverage Transitions	اثرات بودجه‌ای، عدالت	۲۰۰۹	آمریکا	کمی
۷	George Gotsadze و همکاران (۲۱)	Determinants analysis of outpatient service utilisation in Georgia: can the approach help inform benefit package design?	بار بیماری، محافظت مالی، نوع مداخله، اثربخشی، عدالت، هزینه‌اثربخشی، نیاز، نوع جامعه هدف، کیفیت شواهد	۲۰۱۷	گرجستان	کمی
۸	Soonman Kwon (۲۲)	Future of long-term care financing for the elderly in Korea	میزان ناتوانی، اثرات بودجه‌ای، نوع مداخله، عدالت، امکان‌پذیری اجرایی، مقبولیت، محافظت مالی	2008	کره جنوبی	مروری
۹	Jong Chul Rhee و همکاران (۲۳)	Considering long-term care insurance for middle-income countries: comparing South Korea with Japan and Germany	امکان‌پذیری اجرایی، اثرات بودجه‌ای، فشار افکار عمومی و رسانه های جمعی، نیاز، مقبولیت، عدالت، نوع مداخله	۲۰۱۵	کره جنوبی، ژاپن، و آلمان	مروری
۱۰	Bradley E. Karlin و Keith Humphreys (۲۴)	Improving medicare coverage of psychological services for older Americans	نیاز، اثربخشی، هزینه‌اثربخشی، کیفیت شواهد، فشار افکار عمومی و رسانه‌های جمعی، حمایت حرفه‌ای	۲۰۰۷	آمریکا	کیفی

جدول شماره ۲: معیارهای موثر در طراحی بسته خدمات سلامت سالمندان

طبقات اصلی	طبقات فرعی
معیارهای جمعیتی	میزان ناتوانی
	بار بیماری
	نیاز
	نوع جامعه هدف
معیارهای مالی	محافظت مالی
	هزینه‌اثربخشی
معیارهای مربوط به ارائه خدمات و ساختار مراقبت	اثرات بودجه‌ای
	نوع مداخله
	سطح ارائه خدمت
	امکان‌پذیری اجرایی
	مداخلات جایگزین
معیارهای مربوط به اثربخشی و کیفیت مراقبت	اثربخشی
	پیشرفت‌های فناورانه/نوآوری
	کیفیت شواهد
	ایمنی
معیارهای اجتماعی، سیاسی و اخلاقی	مقبولیت
	عدالت
	فشار افکار عمومی و رسانه های جمعی
	حمایت حرفه‌ای

تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که از بین مولفه‌های شناسایی شده، معیارهای عدالت (۷ مقاله)، نوع مداخله (۷ مقاله)، نیاز (۶ مقاله)، و محافظت مالی (۵ مقاله) به‌طور مکرر در مطالعات مختلف مورد اشاره قرار گرفته اند. همچنین در چهار مقاله از مطالعات بررسی شده اختصاصا به بیمه مراقبت بلندمدت(Long Term Care Insurance) غالبا در کشورهای آسیایی پرداخته شده است.

بحث

پژوهش حاضر، یک مرور دامنه‌ای با هدف

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

شناسایی معیارهای موثر در طراحی بسته خدمات سلامت سالمندان بوده است که مطالعات منتشر شده در بازه زمانی ۲۰۲۴-۲۰۰۰ را شامل می‌شود. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که ۵ گروه معیار در طراحی بسته خدمات سلامت سالمندان نقش تعیین کننده و موثری داشته است که شامل، معیارهای جمعیتی، مالی، معیارهای مربوط به ارائه خدمات و ساختار مراقبت، معیارهای مربوط به اثربخشی و کیفیت مراقبت، و معیارهای اجتماعی، سیاسی و اخلاقی، می باشد.

معیارهای جمعیتی

از بین معیارهای جمعیتی، نیاز یک مولفه تعیین کننده در اولویت بندی خدمات سلامت سالمندان است. طراحی سیاست های بیمه ای مبتنی بر نیاز جامعه در بهره مندی از خدمات سلامت موثر بوده و فرایند اجرای آن را تسهیل می کند(۱۵). براساس مدل رفتاری اندرسون(Andersen) در زمینه استفاده از خدمات سلامتی، سه عامل اصلی، تعیین کننده میزان استفاده افراد از خدمات سلامتی بوده است که نیاز فرد به مراقبت از جمله آن ها است(۲۱). بنابراین در صورتی که نیازهای سلامتی افراد به درستی شناسایی نشده است و با مداخلات سیاستی مناسب پاسخ داده نشود، افراد در دریافت خدمات سلامت دچار مشکل شده است و سلامت جامعه به خطر می‌افتد. در همین راستا، نتایج مطالعه ای در کشور گرجستان نشان داد که گروه سنی ۶۴-۴۵ سال، بیش‌ترین بار بیماری (۶۷ درصد) را ناشی از بیماری‌هایی نظیر دیابت داشته، اما مراجعه کم‌تری به مراکز بهداشتی درمانی برای دریافت خدمات داشتند که بیانگر عدم شناسایی به موقع این بیماری‌ها توسط سیستم سلامت گرجستان یا عدم تناسب بین خدمات و نیازهای این گروه سنی است(۲۱، ۲۵).

همچنین، نوع جامعه هدف و ویژگی‌های دموگرافیک آن مانند سن و جنسیت به‌عنوان معیارهای مهم در طراحی بسته خدمات سلامت سالمندان شناسایی شدند. از آنجا که عواملی مانند استفاده از خدمات و بار بیماری‌ها در زنان و مردان با یکدیگر متفاوت است، بنابراین، ضروری است که سیاست‌های سلامت به‌گونه‌ای طراحی شوند که نیازهای خاص سلامت افراد بر اساس سن و جنسیت به‌طور دقیق مدنظر قرار گیرند(۲۱). دهنویه و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهش خود، عواملی نظیر سن و جنس را به عنوان معیارهای تصمیم‌گیری در مورد بسته بیمه درمان پایه برشمردند(۱۰).

یکی دیگر از معیارهای شناسایی شده در این مطالعه، بار بیماری است. بار بیماری شاخص مهمی از وضعیت سلامت یک جمعیت است. این شاخص را می‌توان بر اساس فراوانی (مانند بروز و شیوع یک بیماری) یا پیامدهای آن، از جمله از دست دادن سلامت کشنده (مرگ‌ومیر) و غیرکشنده ناشی از بیماری (مانند سال‌های عمر تعدیل شده با ناتوانی) اندازه‌گیری کرد(۲۶). بار بیماری از جمله مهم ترین معیارهای انتخاب خدمات در بسته خدمات سلامت کشورهای چین و شیلی می‌باشد(۲۷).

معیارهای مالی

با توجه به این که هزینه‌های پرداختی از جیب می‌توانند فشار مالی شدیدی بر خانوارها وارد کرده است و حتی به فقر منجر شوند؛ بنابراین، ضروری است که سیاست‌های حمایتی در راستای کاهش یا حذف این هزینه‌ها از طریق ارائه بسته‌های جامع و با کیفیت بیمه‌ای به کار گرفته شوند(۲۸). درواقع، یکی از ارکان UHC، ارائه خدمات سلامت با کیفیت بدون مواجهه افراد با خطرات مالی است که تحقق این امر از طریق تدوین بسته های مربوط به خدمات پرهزینه و پوشش خدمات مرتبط با بیماری های مزمن میسر است(۲۷). با این وجود، یافته‌ها نشان می‌دهد که افزایش نامحدود پوشش منجر به فشار مالی شدید بر نظام های بیمه ای سلامت خواهد شد، به‌ویژه در شرایطی که جمعیت سالمندان رو به

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

افزایش است. این فشار در نهایت با بالا رفتن حق بیمه‌ها به مردم منتقل می‌شود و می‌تواند هزینه‌های پرداخت از جیب را نیز افزایش دهد. بنابراین، رویکرد منطقی آن است که بسته خدمات سلامت با دامنه‌ای محدود اما کارآمد آغاز شود و به تدریج، متناسب با منابع مالی و نیازهای جمعیت، توسعه یابد(۱۸).

اولویت‌بندی خدمات مبتنی بر شواهد هزینه اثربخشی، روشی متداول و شناخته شده در تمام کشورهای جهان بوده که برای فراهم آوردن حداکثر مزایای سلامتی با توجه به بودجه مشخص به کار می‌رود. به طورکلی، با توجه به روند افزایشی هزینه های داروها، فن آوری ها، و لوازم و تجهیزات، انجام تحلیل‌های هزینه-اثربخشی مبتنی بر شواهد و داده‌های معتبر به‌منظور اولویت بندی خدمات سلامت، الزامی است(۲۷). در نظر گرفتن معیار هزینه-اثربخشی در فرایند اولویت بندی و انتخاب خدمات در بسته خدمات سلامت مورد تاکید سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی بوده است(۱۰، ۲۷). همراستا با نتایج مطالعه حاضر، کبیر و همکاران (۲۰۲۰) نیز در پژوهشی، معیار هزینه اثربخشی را به عنوان یکی از معیارهای اصلی در طراحی بسته خدمات پایه سلامت در ایران شناسایی کردند(۲۹).

سیاستگذاران در تصمیم‌گیری برای ورود یک خدمت به بسته مزایا باید در نظر داشته باشند که اثرات بلندمدت این تصمیم بر بودجه و منابع مالی سیستم سلامت، نظام بیمه ای، و ارکان اقتصادی کشور چگونه است. گسترش پوشش خدمات بدون توجه به پایداری مالی، تبعات سنگینی را به همراه خواهد داشت. یافته‌های یک مطالعه نشان داد که بودجه، از جمله معیارهایی است که در کشورهای دانمارک و انگلستان برای ورود یا خروج پوشش خدمات بستری مورد استفاده قرار می‌گیرد(۳۰). این نتایج، یافته های مطالعه حاضر را تایید می‌کند.

معیارهای مربوط به ارائه خدمات و ساختار مراقبت

معیارهای مربوط به ارائه خدمات و ساختار مراقبت، مجموعا به تصمیم‌گیری برای اختصاص منابع با توجه به نوع مداخله، و سطح ارائه خدمت اشاره دارد؛ به‌گونه ای که تعادل بین انواع خدمات ایجاد شده و زیرساخت لازم از جمله منابع انسانی و زیرساخت فیزیکی برای عملیاتی کردن بسته خدمات طراحی شده وجود داشته باشد(۲۲). منظور از سطح ارائه خدمت، طبقه بندی خدمات در سه سطح اولیه، ثانویه و ثالثیه است. سطح اول به مداخلاتی اشاره دارد که از بروز بیماری از طریق کاهش عوامل خطر، مانند مشاوره ترک سیگار، جلوگیری می‌کنند. مداخلات ثانویه پس از وقوع بیماری اما پیش از بروز علائم در بیمار به کار می‌روند. مداخلات ثالثیه پس از بروز علائم برای درمان بیماری استفاده می‌شوند. انواع مداخلات نیز شامل مداخله درمانی، تشخیصی، آموزشی، دارویی و سایر مداخلات اشاره دارد(۱۶).

معیارهای مربوط به اثربخشی و کیفیت مراقبت

اثربخشی، معیاری برای سنجش ارزش یا پیامد نهایی یک خدمت سلامت است و به اثرات بالینی آن خدمت و بهبود عملکرد بیمار می پردازد(۱۸، ۲۴). اثربخشی مداخلات به عنوان معیار اولویت بندی در بسته بیمه ای خدمات پایه سلامت ایران و همچنین در تایلند مورد استفاده قرار می‌گیرد(۳۱). استفاده از دستورالعمل های بالینی از جمله راهبردهایی است که در تصمیم‌گیری در خصوص انتخاب خدمات در بسته های سلامت و به منظور تضمین اثربخشی آن ها به‌کار گرفته می‌شود(۲۱).

امروزه رشد روزافزون علم و پیشرفت های فناورانه، سبب نوآوری در انجام مداخلات و پیدایش تجهیزات نوین برای ارائه خدمات گشته است. بدین جهت، تغییر در روش‌های درمانی و معرفی فناوری‌های جدید که به صورت بالقوه می‌توانند ارتقا اثربخشی خدمات را به دنبال داشته باشند و همچنین، پرهزینه هستند، نیازمند ارزیابی دقیق با به کارگیری شواهد معتبر برای تضمین

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

اثربخشی و ورود به بسته‌های خدمات سلامت است(۱۶). از سوی دیگر، کیفیت شواهد زمینه‌ساز یک تصمیم نتیجه بخش می‌باشد. در حقیقت، شواهد باید نتایجی مرتبط با جمعیت هدف، ماهیت، میزان خطرات و مزایای مداخله، اثربخشی آن و سایر داده های مورد نیاز تصمیم‌گیران را فراهم کند(۱۶، ۲۴). وجود یک مدل علمی منطقی برای طراحی مزایای بهداشتی و درمانی در سطوح مختلف نظام سلامت، می‌تواند مدیریت و تخصیص بهینه منابع و تمرکز بر نیازها و اولویت‌ها را در تصمیم‌گیری سیاستگذاران تضمین کند. تحقق این هدف نیازمند تقویت بنیه علمی در زمینه ظرفیت‌های تصمیم‌گیری و سیاستگذاری مبتنی بر شواهد، وجود سیستم اطلاعاتی معتبر و تعیین اولویت‌های محلی بر اساس نیازها می‌باشد(۶).

معیارهای اجتماعی، سیاسی و اخلاقی

یکی از معیارهای مهم در طراحی بسته های خدمات سلامت، عدالت است. در ایران، اسناد بالادستی که به پوشش همگانی سلامت نیز پرداخته اند، بر پوشش عادلانه خدمات و عدالت در بهره‌مندی از خدمات سلامت با کیفیت در همه گروه‌های جمعیتی و تمامی مناطق کشور تاکید دارند(۲۷). همچنین، شواهد بیانگر ارتباط مستقیم سطح تحصیلات و درآمد با تمایل برای خرید بیمه مراقبت بلندمدت است(۱۵). سالمندانی که وضعیت اجتماعی و اقتصادی بهتر یا درآمد و تحصیلات بالاتر و شغل پایدار دارند، دسترسی بیش‌تری به خدمات سلامت داشته و نتایج سلامت بهتری نیز نسبت به سایر سالمندان دارند(۱۹). همراستا با مطالعه حاضر، مطالعه ای در کنیا نشان می‌دهد که توسعه بسته خدمات سلامت در این کشور براساس ۱۰ معیار انجام می‌شود که عدالت از آن جمله است. مطابق این پژوهش، مولفه عدالت بدین صورت تعریف می‌شود که ارائه یک خدمت، نابرابری‌ها در دسترسی و استفاده از خدمات سلامت مورد نیاز را برطرف می‌کند(۳۲).

شواهد حاکی از آن است که سیاستگذاری پوشش خدمات باید مبتنی بر هنجارهای اجتماعی و فرهنگی جامعه هدف باشد و ترجیحات جامعه در هنگام توسعه طرح‌های بیمه سلامت مدنظر قرار گیرد(۲۳، ۳۳). این عامل که از آن به "مقبولیت " یاد می‌شود، در مطالعه دیگری نیز تحت عنوان مقبولیت اجتماعی خدمت و از جمله مهم ترین معیارهای طراحی بسته خدمات پایه سلامت ایران شناسایی شد(۲۹).

علاوه بر این، فشار افکار عمومی و رسانه های جمعی از طریق شکل دهی به نگرش اجتماعی، بسیج گروه‌های حامی، و افزایش فشار بر سیاست‌گذاران، در تعامل با عوامل دیگری مانند قوانین و حمایت سیاسی، می‌تواند در تصمیم‌گیری ورود خدمات به بسته خدمات سلامت نقش موثری داشته باشد. تمایل افراد جامعه برای تغییر یا اجرای یک سیاست در قالب کمپین های آگاهی بخشی برای ترک سیگار، گروه های حامی بیماران خاص، و همچنین رسانه های ملی، از جمله نمونه هایی از این مسئله اند(۲۴). کره جنوبی در حال حاضر سریع‌ترین رشد جمعیت سالمندی را در بین کشورهای جهان دارد. در سال ۲۰۰۰ سهم سالمندان در جمعیت کره حدود ۷/۳ درصد بود که تا سال ۲۰۱۸ تقریبا دو برابر شد و به ۱۴/۳ درصد رسید. این تغییر جمعیتی چشمگیر موجب افزایش آگاهی اجتماعی نسبت به نیازهای روزافزون مراقبت از سالمندان و شکل‌گیری اجماع عمومی درباره ضرورت حمایت اجتماعی از مراقبت (بلندمدت) شد(۳۴).

هم‌چنین، در بعد فشار افکار عمومی و رسانه های جمعی، نقش حمایت و انگیزه سیاسی نیز در طراحی بسته مزایا مورد توجه قرار گرفت. یکی از رهیافت ها به این مسئله در افزودن خدمات روان‌شناختی پیشگیرانه در برنامه مدیکر(Medicare) کشور آمریکا بوده است. در تلاش برای نیل به این هدف، چندین عضو کنگره و هفت وزیر پیشین وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده(DHHS) به‌صورت علنی خواستار تمرکز

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

بیش‌تر مدیکر بر ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری شدند و بنابراین این حمایت سیاسی، زمینه برای تغییر را بیش از پیش تقویت کرد. از سوی دیگر، شافلر(Schauffler) در تحلیل خود از سیاست پیشگیری از بیماری در برنامه مدیکر عنوان کرد که گنجاندن خدمات پیشگیرانه در مدیکر عمدتاً بازتاب رویکرد زیست پزشکی با تمرکز بر غربالگری و ایمن‌سازی بوده است، در حالی که خدمات مشاوره‌ای به دلیل فقدان حمایت حرفه‌ای، کم‌ترین توجه قانون‌گذاران را جلب کرده‌اند. بنابراین حمایت حرفه ای نیز در پیشبرد این فرایند نقش چشمگیری دارد(۲۴). در خصوص عامل انگیزه سیاسی نیز می‌توان به اجرای سیستم بیمه مراقبت بلندمدت(LTCI) در کره اشاره کرد. افزایش روبه رشد سهم سالمندان در ساختار جمعیت، همراه با نرخ مشارکت بالای آنان در فرایندهای انتخاباتی و دغدغه دسترسی به خدمات مراقبت بلندمدت، موجب شد سیاست‌گذاران انگیزه جدی برای تصویب و اجرای این طرح داشته باشند(۲۳).

در خصوص بیمه مراقبت بلندمدت می‌توان اظهار داشت که این سیستم بیمه‌ای، ابتدا در کشورهای اروپایی شکل گرفت(۲۵). در طی چند دهه اخیر و در کشورهای شرق آسیا، روند رو به رشد جمعیت سالمندان، کاهش قابل توجه نرخ باروری، و تغییر ارزش‌های خانوادگی، سالمندی جمعیت را به یک بحران تبدیل کرده است. همزمان با چالش‌های جمعیتی، به علت بحران مالی در این کشورها، دولت‌ها در ارائه مراقبت‌های بلندمدت با مشکل مواجه شدند. از این رو، از دهه ۱۹۹۰ کشورهای ژاپن، تایوان، و کره جنوبی برای مقابله با این چالش‌ها و کاهش فشارهای مالی، رویکرد نظام‌های بیمه اجتماعی مراقبت بلندمدت را به‌کار گرفتند(۲۶). به بیانی دیگر، نظام بیمه مراقبت بلندمدت در نتیجه کاهش فشارهای مالی بر خانواده سالمندانی که توان انجام فعالیت های روزمره خود را از دست داده اند، ایجاد شد(۲۵). به طور کلی، افرادی که به سبب معلولیت جسمی و روانی و ابتلا به بیماری های مزمن، توان مراقبت از خود را ندارند؛ گروه هدف بیمه مراقبت بلندمدت را تشکیل می‌دهند(۲۷). پوشش خدمات در این نوع بیمه شامل هزینه‌های مراقبت در منزل، خدمات اجتماعی و پزشکی، مراقبت روزانه، اقامت در مراکز نگهداری بلندمدت و دیگر خدمات حمایتی است(۲۸، ۲۹). در کشورهایی مانند ژاپن و کره جنوبی، دریافت خدمات حمایتی از سیستم بیمه مراقبت بلندمدت بستگی به ارزیابی افراد واجد صلاحیت (مانند پزشکان، پرستاران، مددکاران اجتماعی) از متقاضیان دارد. در این سیستم‌ها، خدمات در سطوح مختلف تعریف شده اند و فرد متقاضی براساس شاخص‌هایی از جمله عملکرد فیزیکی، شرایط جسمی و روانی- شناختی، و نیازهای مراقبتی و توانبخشی مورد ارزیابی قرار گرفته و سطح خدمات متناسب با نیازهای او تعیین می‌شود(۲۷). معیار میزان ناتوانی که در مطالعه حاضر و از جمله معیارهای ورود خدمات به بسته خدمات سلامت سالمندان شناسایی شد؛ در همین راستا می‌باشد.

به‌طور کلی، یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که هیچ الگوی واحدی برای اولویت‌بندی مداخلات سلامت وجود ندارد که بتوان آن را در تمامی کشورها یا نظام‌های سلامت به‌طور یکسان به‌کار گرفت. انتخاب رویکردهای مناسب مستلزم شفاف‌سازی معیارهای تصمیم‌گیری و لحاظ کردن بستر و شرایط خاص هر کشور می‌باشد.

سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۸ سیاست "سلامت برای همه(Health for All) " را مطرح کرد. مفهوم محوری این سیاست بر آن است که تمامی افراد بتوانند از خدمات سلامت در بالاترین سطح ممکن بهره‌مند شوند. سیاست "سلامت برای همه " شالوده و اساس توسعه پوشش همگانی سلامت است. در راستای نیل به هدف پوشش همگانی سلامت، اصلاحات متعددی در سیاست‌های سلامت بسیاری از کشورها صورت گرفته است. مطابق با مکعب پوشش همگانی سلامت یا به

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

عبارتی سه بعد اصلی هزینه، خدمات و جمعیت تحت پوشش؛ سیستم های بهداشتی و درمانی می بایست تلاش خود را معطوف به افزایش پوشش افراد جامعه و مخارج سلامت، و پوشش کامل خدمات پایه و ضروری سلامت، سازند به نحوی که مواجهه افراد با هزینه های کمرشکن سلامت کاهش یابد. سیستم های سلامت در مسیر دستیابی به UHC ملزم به ارائه ترکیب مناسبی از خدمات هستند. بنابراین، تعریف مولفه‌ها و معیارهای شفاف تصمیم‌گیری درخصوص اولویت بندی خدمات و انتخاب آن ها، بیش از پیش ضرورت می‌یابد(۲۷).

سپاسگزاری

بدین‌وسیله نویسندگان مراتب قدردانی و تشکر را از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تهران اعلام می‌دارند.

References

1- United Nations. World Population Ageing 2019. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2020. Report No.: ST/ESA/SER.A/444.
2- Statistical Center of Iran. Selected Results of the 2016 National Population and Housing Census. Tehran: Statistical Center of Iran; 2017.
3- Management and Planning Organization of Iran. Results of the National Population and Housing Census. Tehran; 2006.
4- American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians. J Am Geriatr Soc 2012; 60(10): E1-E25. PMID: 22985180.
5- Cristiano A, Musteata S, De Silvestri S, Bellandi V, Ceravolo P, Cesari M, et al. Older adults' and clinicians' perspectives on a smart health platform for the aging population: Design and evaluation study. JMIR Aging 2022; 5(1): e29623. PMID: 35133299.
6- Hayati R, Bastani P, Kabir MJ, Kavosi Z, Sobhani G. Scoping literature review on the basic health benefit package and its determinant criteria. Global Health 2018; 14(1): 26. PMID: 29490685.
7- Jaca A, Malinga T, Iwu-Jaja CJ, Nnaji CA, Okeibunor JC, Kamuya D, Wiysonge CS. Strengthening the health system as a strategy to achieving a universal health coverage in underprivileged communities in Africa: a scoping review. Int J Environ Res Public Health 2022; 19(1): 587. PMID: 35010863.
8- Fraser-Hurt N, Hou X, Wilkinson T, Duran D, Abou Jaoude GJ, Skordis J, et al. Using allocative efficiency analysis to inform health benefits package design for progressing towards Universal Health Coverage: Proof-of-concept studies in countries seeking decision support. PLoS One 2021; 16(11): e0260247. PMID: 34793510.
9- Kabir MJ, Heidari A, Jafari N, Khatirnamani Z, Honarvar MR, Behnampour N. Designing a process for developing and revising a basic health services package in Iran: a mixed methods study. J Educ Health Promot 2022; 11: 432.
10- Dehnavie R, Tabib SJ, Maleki M, Rashidian A. Information criteria for basic

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

health insurance package in Iran from health insurance organization's view. Health Inf Manage 2010; 7(2): 235-244.

11- Bazyar M, Rashidian A, Kane S, Mahdavi MRV, Sari AA, Doshmangir L. Policy options to reduce fragmentation in the pooling of health insurance funds in Iran. Int J Health Policy Manag 2016; 5(4): 253-258. PMID: 27239877.

12- Mohamadi E, Olyaeemanesh A, Rashidian A, Hassanzadeh A, Razavi M, Foroushani AR. Stakeholders analysis of health insurance benefit package policy in Iran. Health Scope 2018; 7(2): e63165.

13- Tourani S, Amiresmaili M, Maleki M, Hadian M. An interview survey on health priority setting practice in Iran. Iran J Public Health 2009; 38(Suppl 1): 76-79.

14- Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol 2005; 8(1): 19-32. PMID: 16189667.

15- Jin W, Wang J, Hu X. Preference of urban and rural older people in Shandong Province for long-term care insurance: based on discrete choice experiment. Front Public Health 2024; 12: 1445273. PMID: 39478722.

16- Chambers JD, Chenoweth MD, Pyo J, Cangelosi MJ, Neumann PJ. Changing face of Medicare's national coverage determinations for technology. Int J Technol Assess Health Care 2015; 31(5): 347-354. PMID: 26639067.

17- Zhu Y, Österle A. China's policy experimentation on long-term care insurance: Implications for access. Int J Health Plann Manage 2019; 34(4): e1661-e1674. PMID: 31424124.

18- Lee HY, Bae EY, Lee K, Kang M, Oh J. Public preferences in resource allocation for insurance coverage of dental implant service in South Korea: citizens' jury. Int J Environ Res Public Health 2021; 18(8): 4135. PMID: 33924419.

19- Liu X, Wong H, Liu K. Outcome-based health equity across different social health insurance schemes for the elderly in China. BMC Health Serv Res 2016; 16(1): 9. PMID: 26768513.

20- Manski RJ, Moeller J, Chen H, St Clair PA, Schimmel J, Magder L, Pepper JV. Dental care coverage transitions. Am J Manag Care 2009; 15(10): 729-735. PMID: 19852565

21- Gotsadze G, Tang W, Shengelia N, Zoidze A. Determinants analysis of outpatient service utilisation in Georgia: can the approach help inform benefit package design? Health Res Policy Syst 2017; 15(1): 36. PMID: 28446241.

22- Kwon S. Future of long-term care financing for the elderly in Korea. J Aging Soc Policy 2008; 20(1): 119-136. PMID: 18612145.

23- Rhee JC, Done N, Anderson GF. Considering long-term care insurance for middle-income countries: comparing South Korea with Japan and Germany. Health Policy 2015; 119(10): 1319-1329. PMID: 26123865.

24- Karlin BE, Humphreys K. Improving Medicare coverage of psychological services for older Americans. Am Psychol 2007; 62(7): 637-649. PMID: 17924757

25- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease study 2015 Results [Internet]. Seattle: IHME; 2016.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

26- Udompap P, Kim D, Kim WR. Current and future burden of chronic nonmalignant liver disease. Clin Gastroenterol Hepatol 2015; 13(12): 2031-2041. PMID: 26051391.

27- National Institute for Health Research, Iran. Universal Health Coverage in Iran. Tehran: Gozineh Parsian Teb; 2015.

28- Scheil-Adlung X, Bonan J. Can the European elderly afford the financial burden of health and long-term care: assessing impacts and policy implications. Geneva: International Labour Office (ILO); 2012.

29- Javad Kabir M, Heidari A, Jafari N, Khatirnamani Z, Honarvar MR. Dimensions and components for designing the basic health services package in Iran: exploratory and confirmatory factor analyses. Payesh (Health Monitor) 2020; 19(5): 511-522.

30- Schreyögg J, Stargardt T, Velasco-Garrido M, Busse R. Defining the "health benefit basket" in nine European countries: Evidence from the European Union Health BASKET Project. Eur J Health Econ 2005; 6(Suppl 1): 2-10. PMID: 16184338.

31- Mobinizadeh M, Raeissi P, Nasiripour AA, Olyaeemanesh A, Tabibi SJ. The health systems' priority setting criteria for selecting health technologies: A systematic review of the current evidence. Med J Islam Repub Iran 2016; 30: 329. PMID: 27390715.

32- Mbau R, Oliver K, Vassall A, Gilson L, Barasa E. A qualitative evaluation of priority-setting by the Health Benefits Package Advisory Panel in Kenya. Health Policy Plan 2023; 38(1): 49-60. PMID: 36111988.

33- Talebianpour H, Daroudi R, Jaafaripooyan E, Sharafi E, Rahmani H. Community preferences for mental health insurance coverage in Tehran using a discrete choice experiment. Cost Eff Resour Alloc 2025; 23(1): 3. PMID: 41522646.

34- Kim H, Kwon S. A decade of public long-term care insurance in South Korea: policy lessons for aging countries. Health Policy 2021; 125(1): 22-26. PMID: 33272640.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]