

The Role of Health Technology Assessment in Determining the Benefits Package: A Review

Saeed Heydari¹, Maryam Seyed-Nezhad², Mohammad Moradi-Joo^{3*}

¹ Health Promotion and Development Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

² Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ National Center for Health Insurance Research, Iran Health Insurance Organization, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Mohammad Moradi-Joo, PhD Student in Health Policy, National Center for Health Insurance Research, Iran Health Insurance Organization, Tehran, Iran. E-mail: moradijoo@gmail.com

Received: 06 Feb 2019

Revised: 20 Feb 2019

Accepted: 20 Feb 2019

Online Published: 16 Mar 2019

Abstract

Introduction: The design of a benefit package is a key tool to direct health systems to the universal health coverage. Decision making on service prioritization takes into account information on cost-effectiveness, the impact of financial protection, and equity in access to services. To this end, health technology assessment (HTA), which has legal backing and evidence-based protocols, can be used. Therefore, the current study aimed at determining the role of health technology assessment in the package of designing.

Methods: The current review study collected and analyzed the available evidence. The search was conducted to identify related studies in the electronic database (Cochrane Library, Scopus, PubMed, Trip, and Google Scholar) without any time limit and by August 2018 with proper keywords and strategies for each database.

Results: Out of the 132 studied articles, only two studies were selected according to the inclusion and exclusion criteria. These two studies described the experience of Thailand and the Netherlands regarding the role and application of health technology assessment in determining the benefits package. The Thai study described the hierarchy and sequence of how to determine the choice of services to be included in the benefit package, and the Dutch study referred to the policy and implementation levels and the infrastructure needed to establish a health technology assessment system to determine the benefit package.

Conclusions: According to the advancement of technologies (drugs, equipment, and diagnostic tests), cost growth, and the lack of resources in the health system, it is suggested to select a benefit package focusing on health technology assessment studies. HTA is useful to inform health system decision makers about package coverage since it increases transparency, participation, and accountability in the process. Accordingly, a five-step model is recommended to determine the benefit package.

Keywords: Health Technology Assessment, Benefit Package, Universal Health Coverage

Citation:

Heydari S, Seyed Nezhad M, Moradi Joo M. The role of health technology assessment in determining the benefits package: a review. Iran J Health Insur. 2019;1(4):111-116.

نقش ارزیابی فناوری سلامت در تعیین بسته مزایا: مطالعه مروری

سعید حیدری^۱، مریم سیدنژاد^۲، محمد مرادی جو^{۳*}^۱ مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقا سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران^۲ گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران^۳ مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: محمد مرادی جو، دانشجوی دکتری تخصصی سیاستگذاری سلامت، مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران. ایمیل: moradijoo@gmail.com

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۱۲/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۰۱

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۷/۱۲/۰۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۱۷

چکیده

مقدمه: طراحی بسته مزایا ابزار کلیدی برای هدایت سیستم‌های سلامت به سمت پوشش همگانی خدمات سلامت است. تصمیم‌گیری در مورد اولویت‌بندی خدمات، اطلاعات مربوط به هزینه-اثربخشی، تأثیر حفاظت مالی و عدالت در دسترسی به خدمات را در بر می‌گیرد. بدین منظور می‌توان از ارزیابی فناوری سلامت (HTA: Health Technology Assessment) که دارای پشتوانه قانونی و پروتکل‌های استفاده از شواهد است، استفاده نمود. بنابراین این مطالعه با هدف تعیین نقش ارزیابی فناوری سلامت در طراحی بسته مزایا انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه مروری به جمع‌آوری و تحلیل محتوا شواهد موجود پرداخته است. جستجو برای شناسایی مطالعات مرتبط در پایگاه داده‌های الکترونیک (Cochrane Library, Scopus, PubMed, Trip, Google Scholar) بدون محدودیت زمانی و تا آگوست سال ۲۰۱۸ با کلید واژه‌های مناسب و استراتژی مخصوص هر یک از پایگاه‌های داده‌ای انجام گرفت.

یافته‌ها: به طور کلی از میان ۱۳۲ مقاله جستجو شده با توجه به معیارهای ورود و خروج تنها ۲ مطالعه انتخاب شد. این دو مطالعه تجربه کشورهای تایلند و هلند در زمینه نقش و کاربرد ارزیابی فناوری سلامت در تعیین بسته مزایا را بیان می‌کنند. مطالعه تایلند سلسله مراتب و توالی چگونگی تعیین تا انتخاب خدمات جهت قرارگیری در بسته مزایا را شرح می‌دهد و در مطالعه هلند بیشتر به سطوح سیاستی و اجرایی و نیز زیرساخت‌های لازم در استقرار نظام ارزیابی فناوری سلامت جهت تعیین بسته مزایا اشاره دارد. نتیجه‌گیری: با توجه به پیشرفت فناوری‌ها (دارو، تجهیزات، آزمایش‌های تشخیصی)، رشد هزینه‌ها و کمبود منابع نظام سلامت، پیشنهاد می‌شود انتخاب بسته مزایا با تمرکز بر مطالعات ارزیابی فناوری سلامت صورت گیرد. HTA برای آگاهی‌دادن به تصمیم‌گیرندگان نظام سلامت در خصوص پوشش بسته مزایا مفید است زیرا باعث افزایش شفافیت، مشارکت و پاسخگویی در روند می‌شود. بر همین اساس مدل ۵ مرحله‌ای برای تعیین بسته مزایا توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: ارزیابی فناوری سلامت، بسته مزایا، پوشش همگانی سلامت

مقدمه

سوم UHC است که طیفی از خدمات را شامل می‌شود که در دسترس افراد قرار می‌گیرند و به بسته مزایای سلامت (HBP: Health Benefits Package) شناخته می‌شوند [۳]. بنابراین طراحی بسته مزایا ابزار کلیدی برای هدایت سیستم‌های سلامت به سمت UHC است. تصمیم‌گیری در مورد اولویت‌بندی خدمات، اطلاعاتی در مورد هزینه-اثربخشی، تأثیر حفاظت مالی و عدالت در دسترسی به خدمات را در نظر می‌گیرد. اطمینان از مؤثر بودن بسته مزایا نیاز به هماهنگی با سیاست‌های مربوط به جمع‌بندی منابع، انباشت، خرید و ارائه خدمات دارد [۴]. بسته مزایای سلامت لیستی از خدمات سلامت تضمین شده است که به طور واضح مشخص می‌کند که چه خدماتی توسط تأمین‌کنندگان خدمات سلامت به چه جمعیت ارائه گردد [۵]. بسیاری از کشورهای با درآمد بالا تلاش می‌کنند بسته‌هایی را که کاملاً جامع هستند معرفی کنند، به این معنی که اکثر مداخلات بالقوه پذیرفته شده در آن گنجانده شوند [۶]. در مقابل، کشورهایی با درآمد پایین و متوسط که با کمبود

هدف ۳ و ۸ از اهداف توسعه پایدار (SDGs: Sustainable Development Goals) (دستیابی به پوشش همگانی سلامت از جمله محافظت در برابر خطرات مالی، دسترسی به خدمات مراقبت سلامت ضروری با کیفیت و دسترسی به داروهای ضروری مقرون به صرفه با کیفیت، مؤثر و ایمن و واکسیناسیون برای همه تا سال ۲۰۳۰) مربوط به پوشش همگانی خدمات سلامت است [۱]. سازمان بهداشت جهانی سه بعد را برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت (UHC: Universal Health Coverage) مشخص کرد: بعد اول گروه‌های جمعیتی که تحت پوشش قرار می‌گیرند، بعد دوم سطح حمایت مالی در هنگام دریافت خدمات و بعد سوم طیفی از خدمات که باید تحت پوشش قرار بگیرند [۲]. دو بعد اول اغلب دامنه‌ای واقع‌بینانه‌ای برای تغییر سیاست‌ها ارائه می‌دهند. اعمال هرگونه هزینه ممکن است دسترسی فقیرترین گروه‌ها را نادیده بگیرد و همچنین به پیچیدگی اداری منجر شود. بنابراین، تمرکز اصلی سیاستگذاری معمولاً بر بعد

روش بررسی

این مطالعه مروری به جمع‌آوری و تحلیل شواهد موجود در زمینه نقش ارزیابی فناوری سلامت در تعیین بسته مزایا می‌پردازد. بر همین اساس مهم‌ترین و مناسب‌ترین بانک‌های الکترونیکی منابع پزشکی (جدول ۱) و نیز وب سایت‌های مرتبط، بدون محدودیت زمانی و تا آگوست سال ۲۰۱۸ مورد جستجو قرار گرفتند. جستجو در پایگاه‌های الکترونیکی فوق با استفاده از سیستم MeSH و نیز Boolean Operators کردن واژه‌های هم‌معنی و هم‌مفهوم کلید واژه‌های "Health Technology Assessment, Health Care System, Benefits Package" صورت گرفت. جستجو در منابع غیرالکترونیکی از طریق استفاده از داده‌های سازمانی و اسناد دولتی انجام شد. مقالات به دست آمده در نرم‌افزار EndNote سازماندهی و پس از حذف مقالات تکراری وارد مرحله انتخاب مطالعات شدند. غربالگری و انتخاب مطالعات در دو مرحله و توسط دو نفر از پژوهشگران به صورت مستقل انجام گرفت. در مرحله اول پس از حذف مقالات تکراری، عنوان و خلاصه مقالات بررسی گردید و مقالاتی که با اهداف پژوهش نامرتبب شناخته شدند و نیز مقالاتی که فاقد معیارهای ورود به مطالعه بودند، کنار گذاشته شدند. در مرحله دوم متن کامل مقالات باقی مانده جمع‌آوری و بررسی گشت و مواردی را که مطابق با معیارهای ورود به مطالعه نبودند، حذف شدند. موارد اختلاف بین دو پژوهشگر توسط یک پژوهشگر سوم بررسی و در نهایت از طریق اجماع گروه پژوهش حل گردید. کلیه مقالات (انگلیسی و فارسی) که به نوعی به نقش و تأثیر بالقوه ارزیابی فناوری سلامت بر تعیین بسته مزایا اشاره داشتند؛ به‌عنوان اصلی‌ترین معیار ورود مطالعات در نظر گرفته شد. از سوی دیگر انتشار مقاله به زبان‌های دیگر، سر مقاله‌ها، دیدگاه‌ها و یادداشت‌های شخصی، چکیده‌های چاپ شده در کتابچه خلاصه مقالات به‌عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. در انتهای این مرحله، فهرست منابع مقالات باقی مانده بررسی و یک جستجوی دستی از طریق بررسی فهرست مقالات، جهت تکمیل جستجو انجام گردید.

منابع مواجه هستند، مجبور به حذف یا مقابله با مداخلات هستند که در بسته مزایا قرار می‌گیرند [۷]. به‌عنوان مثال، در شیلی [۸] و مکزیک [۹]، بسته مزایا دقیق و به صراحت و در هند [۱۰] بسته به صورت جزئی و ضمنی توسعه یافته است.

برای انتخاب بسته مزایا، تکنیک‌ها و فرآیندهای متعددی مورد استفاده قرار می‌گیرد. سیستم‌های بیمه درمانی معمولاً به طور کامل یا به طور جزئی بسته‌های مزایای تعریف شده‌ای را برای همه اعضا تحت پوشش قرار می‌دهند. این بسته مزایا با توجه به منابع سیستم بیمه، خدمات بیشتر یا کمتری را شامل می‌شود. سیستم‌های بیمه درمانی اغلب در ساختار و دامنه بسیار متفاوت هستند، به‌ویژه در رابطه با ارائه مراقبت‌ها و ارتباط بین بیمار و پزشک. در کشورهای اروپای غربی، سیستم‌های بیمه درمانی معمولاً با ارائه‌دهندگان دولتی و خصوصی قرارداد می‌بندند و مردم از انتخاب فردی ارائه‌دهندگان و دسترسی به خدمات بهره‌مند می‌شوند، گرچه برخی از کشورها سیستم‌های دروازه‌بانی (Gatekeeper) را اجرا می‌کنند. در مقابل، در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، بیمه‌های درمانی مراقبت از بیمه‌شده را از طریق ارائه‌دهندگان خود (مانند مصر، هند، ایران، اردن، ترکیه و تعدادی از کشورهای آمریکای لاتین) تأمین می‌کنند، و انتخاب بیمه‌شده محدود شده است [۱۱].

بسته مزایای سلامت باید به طور مرتب برای فناوری‌های جدید و گران‌قیمت و همچنین تغییر نیازهای سلامت جامعه به روز شوند. بدون به روزرسانی‌های مبتنی بر شواهد، بسته مزایا ممکن است از لحاظ مالی ناپایدار باشد و توانایی خود را در حمایت از اهداف سیستم‌های سلامت مانند عدالت، دسترسی و حفاظت مالی از دست دهد. دولت‌ها باید خطر پرداختن به فناوری‌های جدید و گران‌قیمت را با فرصت برای درمان مؤثرتر متعادل کنند، تا بتوانند سیاست مؤثری در مقابل این فناوری‌ها اتخاذ نمایند که به صراحت اعلام کنند چه خدماتی پوشش داده شود. بدین منظور می‌توان از ارزیابی فناوری سلامت که دارای پشتوانه قانونی و پروتکل‌های استفاده از شواهد است، استفاده نمود [۱۲]. بنابراین این مطالعه با هدف تعیین نقش ارزیابی فناوری سلامت در طراحی بسته مزایا انجام گرفت.

جدول ۱: بانک‌ها و منابع اطلاعاتی جستجو شده

نام پایگاه	لینک
Cochrane Library	https://www.cochranelibrary.com
Scopus	https://www.scopus.com
PubMed	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
Trip	https://www.tripdatabase.com
Google Scholar	https://scholar.google.com/
SID	https://www.sid.ir

نیز به قابلیت بکارگیری و ارزشمندبودن نتایج اشاره دارد که شامل یک سؤال می‌باشد. در این ابزار پاسخ به سؤالات به صورت بله، خیر و یا نمی‌توان گفت طراحی شده است. در این مرحله تعدادی از مقالات ارزیابی شده به دلیل محقق نشدن اکثریت سئوالات CASP از مطالعه خارج شدند. برای تفسیر نتایج از نظرات و مشورت با افراد خبره و صاحب نظر در این زمینه کمک گرفته شد. با توجه به توصیفی بودن

ارزیابی کیفیت شامل ارزیابی متدولوژیکی و تورش‌های بالقوه مقالات وارد شده بود که توسط دو نفر به طور مستقل و با استفاده از چک لیست ارزیابی نقادانه (CASP: Critical Appraisal Skills Program) مربوط به مطالعات کیفی و توصیفی انجام و تحلیل گردید. این ابزار شامل سه بخش و ۱۰ سؤال می‌باشد. بخش اول به معتبر بودن نتایج مطالعه اشاره دارد و شامل ۶ سؤال می‌باشد. بخش دوم به این که نتایج چه هستند اشاره دارد و مشتمل بر ۳ سؤال می‌باشد و بخش سوم

سال به‌عنوان آستانه در نظر گرفته شده و موارد زیر آن به‌عنوان بازخورد کم بودجه‌ای و موارد بالای این آستانه به‌عنوان بازخورد بالای بودجه‌ای در نظر گرفته شده است. به طور کلی مداخلاتی که نسبت هزینه-اثربخشی افزایشی محاسبه در آنها کمتر یا مساوی ۱ per-capita (GDP/QALY) می‌باشد و بازخورد بودجه‌ای آنها کمتر از ۲۰۰ میلیون بات (واحد پول تایلند) در سال می‌باشد جهت قرارگیری در بسته مزایا کشور تایلند پیشنهاد می‌گردد. علاوه بر این دو معیار شاخص‌های عدالت و قابلیت امکان و اجرای مداخله نیز نقش به‌سزایی در تعیین بسته مزایا خواهد داشت. به عبارتی ممکن است برخی خدمات بازخورد بودجه کم و خیلی هزینه-اثربخش باشد اما به دلیل اینکه قابلیت دسترسی آن برای گروه‌های واجد شرایط خصوصاً گروه‌های حاشیه‌نشین به آن خدمت ممکن است محدود باشد لذا جهت قرارگیری در بسته مزایا پیشنهاد نمی‌گردد. موضوع دیگری که مطرح می‌گردد این است که در مواردی که یک خدمت هزینه-اثربخشی خوبی دارد اما بازخورد بودجه‌ای آن زیاد می‌باشد به طور کلی جهت قرارگیری در بسته مزایا پیشنهاد نمی‌گردد لذا بر مبنای اجماع و مشورت افراد پانل تخصصی ممکن است برخی خدمات که از قانون کلی عنوان شده پیروی نکرده نیز جهت قرارگیری در بسته مزایا بسته به شرایط بومی در بسته مزایا قرار گیرد یا خیر. این مطالعه استفاده از HTA جهت تصمیم‌گیری در قرارگیری بسته مزایا سلامت مفید می‌داند و عنوان می‌کند که HTA مشروعیت تصمیم‌گیری‌های سیاسی را از طریق افزایش شفافیت، مسئولیت و جامعیت فرآیند افزایش می‌دهد.

تجربه کشور هلند در ارتباط با نقش ارزیابی فناوری سلامت در تعیین بسته مزایا

این مطالعه تجربه هلند می‌باشد که در سال ۲۰۰۹ توسط Stolck و همکارانش [۱۴] با هدف بررسی وضعیت استفاده از HTA در زمینه مراقبت‌های تخصصی پزشکی در هلند و ارزیابی نقاط قوت و ضعف سیستم مبتنی بر HTA در تنظیم اولویت صورت گرفته است. در این مطالعه گزارش جامعی از سیستم HTA برای مراقبت‌های تخصصی پزشکی با استفاده از چارچوب Hutton ارائه گردید [۱۵]. در این چهارچوب دو سطح تعریف می‌گردد:

۱. سطح اجرای سیاست
۲. سطح تصمیم‌گیری فناوری

سطح اجرای سیاست

در این سطح، باید بدانیم که چه کسی سیستم را راه‌اندازی می‌کند؛ با چه اهدافی؛ از کجا بودجه آن می‌آید؛ چه کسی توصیه می‌کند؛ و چه کسی عملکرد آن را ارزیابی می‌کند؟ به طور کلی در این سطح ۴ عنصر به شرح زیر مطرح می‌گردد:

استقرار: ارتباط با وزارت بهداشت؛ تعداد سازمان‌های بهداشتی درگیر اهداف: شامل اهداف وسیع سیاسی مانند اجتماعی، صنعتی، اهداف نظام سلامت مانند کنترل هزینه‌ها و ارتقای سلامت پیاده‌سازی: به طور مستقیم توسط وزارت بهداشت مدیریت گردد؛ وابسته به دیگر سازمان‌های نظام سلامت باشد یا به طور مستقل از دولت باشد. پاسخگویی: مدیریتی، سیاستی و قانونی مانند تعهد همفکری و مشورت

ماهیت تحقیق مقالات انتخاب شده، تحلیل داده‌ها به صورت کیفی انجام گرفت.

یافته‌ها

به طور کلی از میان ۱۳۲ مقاله جستجو شده با توجه به معیارهای ورود و خروج تنها ۲ مطالعه انتخاب شد. این دو مطالعه تجربه کشورهای تایلند [۱۳] و هلند [۱۴] در زمینه نقش و کاربرد ارزیابی فناوری سلامت در تعیین بسته مزایا را بیان می‌کنند. مطالعه تایلند سلسله مراتب و توالی چگونگی تعیین تا انتخاب خدمات را با رویکرد ارزیابی فناوری سلامت جهت قرارگیری در بسته مزایا را شرح می‌دهد و در مطالعه هلند بیشتر به سطوح سیاستی و اجرایی و نیز زیرساخت‌های لازم در استقرار نظام ارزیابی فناوری سلامت جهت تعیین بسته مزایا اشاره دارد. خلاصه نتایج این دو مطالعه به شرح ذیل می‌باشد.

تجربه کشور تایلند در ارتباط با نقش ارزیابی فناوری سلامت در تعیین بسته مزایا

این مطالعه تجربه یک ساله استفاده از ارزیابی فناوری سلامت در تعیین و توسعه بسته مزایا پوشش همگانی سلامت کشور تایلند می‌باشد که در سال ۲۰۱۲ توسط Mohara و همکارانش [۱۳] به صورت مرور مستندات مرتبط در کشور تایلند و تحلیل توصیفی انجام گرفت. در این مطالعه به طور کلی ۳۰ عنوان توسط ۷ گروه از ذینفعان شامل ۱- انجمن‌های مرتبط با بیماران؛ ۲- سیاستگذاران؛ ۳- دانشگاهیان؛ ۴- صنایع مراقبت‌های سلامت؛ ۵- متخصصین سلامت؛ ۶- گروه‌های اجتماعی و مردمی؛ ۷- شهروندان که هر گروه حداکثر مجاز به معرفی ۶ عنوان بودند؛ جهت قرارگیری در بسته مزایا ارائه گردید. عناوین معرفی شده توسط این گروه‌ها بر مبنای ماهیت مداخله، نوع مداخله و بیماری هدف مداخله طبقه بندی و نهایتاً ۱۲ عنوان از بین ۳۵ عنوان معرفی شده انتخاب گردید. در گام بعدی بر مبنای ۶ معیار زیر و نیز نتایج ارزیابی بر مبنای دو اصلاح ارزش پول (Value for money) و تحلیل بازخورد بودجه (Impact Analysis Budget) و بر اساس مشورت و اجماع نهایتاً ۶ عنوان را جهت قرارگیری در بسته مزایا پوشش همگانی کشور تایلند پیشنهاد نمودند.

۱. اندازه‌ای از جمعیت که متأثر از مشکل می‌گردند.
۲. شدت و وخامت مشکل
۳. اثربخشی مداخله
۴. تنوع در طبابت
۵. بازخوردهای اقتصادی روی پرداخت خانوار
۶. مضامین اخلاقی و اجتماعی

ارزش پول بر اساس نسبت هزینه-اثربخشی افزایشی (ICER: Incremental Cost-Effectiveness Ratio) سنجیده شد. به این صورت که نسبت هزینه اثربخشی بر اساس آستانه‌ای که برای رشد تولید داخلی (GDP: Gross Domestic Product) و یا بهایی که به ازای یک سال زندگی باکیفیت (QALY: Quality-Adjusted Life Year) مقایسه و در صورتی که نسبت هزینه اثربخشی افزایشی کمتر یا مساوی ۱ per-capita (GDP/QALY) باشد، هزینه-اثربخش تلقی شده و در غیر این صورت هزینه-اثربخش نمی‌باشد. از سوی دیگر جهت سنجش بازخورد بودجه‌ای مبلغ ۲۰۰ میلیون بات در

سطح تصمیم‌گیری فناوری

عصر در ۳ مرحله ارزیابی، تصمیم‌گیری و پیاده‌سازی تحلیل می‌گردد (جدول ۲).

این سطح دارای ۴ عنصر اصلی شامل قانون اساسی و حاکمیت، روش‌ها و فرآیندها، استفاده از شواهد، شفافیت و پاسخگویی می‌باشد که هر

جدول ۲: چهار عنصر سطح تصمیم‌گیری فناوری در سه مرحله

عناصر	مراحل	ارزیابی	تصمیم‌گیری	برونداد و پیاده‌سازی
قانون اساسی و حاکمیت	مشورت و درگیر نمودن ذینفعان	چه کسی تصمیم می‌گیرد	موافق و مخالف	
روش‌ها و فرآیندها	متدولوژی	فرآیند تصمیم‌گیری	پیاده‌سازی و ارتباط	
استفاده از شواهد	ارزیابی مبتنی بر شواهد	شواهد پایه و تأثیرات اضافی در تصمیم‌گیری	نظرات و ارزیابی مجدد	
شفافیت و پاسخگویی	ارائه و ارتباط نتایج ارزیابی	محتوا و مستندسازی تصمیم	شواهد متأثر از تصمیم	

خواهد بود. در این نهاد است که تصمیم‌گیران نهایی تصمیم خواهند گرفت کدام خدمات در بسته قرار و کدام یک خارج گردند. بر این اساس مدلی که برای تعیین بسته مزایا توصیه می‌گردد به شرح ذیل خواهد بود:

اولین مرحله در تعیین بسته مزایا تعیین مشکل سلامتی می‌باشد که به‌عنوان سؤال سیاستی نیز شناخته می‌شود. این عناوین می‌تواند از سوی گروه‌های مختلف جامعه که به نوعی درگیر و در واقع ذینفع و یا ذی‌نفع می‌باشند ارائه گردد. به نظر می‌رسد مشخص کردن گروه‌های ارائه‌دهنده عناوین مشکل ساز در مرحله اول ضروری می‌باشد. از جمله مهمترین گروه‌های ذینفع می‌توان به انجمن‌های مرتبط با بیماران، سیاستگذاران، دانشگاهیان، صنایع وابسته به خدمات سلامت، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، گروه‌های اجتماعی و مردمی و عناوین مطرح شده توسط شهروندان اشاره نمود. در مرحله بعد مداخلات موجود برای مشکلات سلامتی ارائه شده توسط گروه‌های مختلف شناسایی شده و بر اساس هدف (تشخیصی، درمانی، پیشگیری، توانبخشی و ...)، ماهیت (پروسیجر، ابزار و تجهیزات، دارو، سیستم‌های مدیریتی و سازمانی و ...) و بیماری مورد نظر مداخله (واگیردار، غیرواگیردار و...) دسته بندی می‌گردد.

در مرحله سوم عناوین دسته‌بندی شده بر اساس ۸ معیار اولویت‌بندی می‌گردد. که جهت تعیین عناوین با اولویت بالا می‌توان از مطالعه داخلی مبینی زاده و همکارانش [۱۶] جهت امتیازدهی به هر معیار بهره جست. در این مرحله ارزیابی عمدتاً مبتنی بر شواهد خواهد بود. و برخی شواهد و داده‌های بومی که نهایتاً تأثیرات اضافی خواهند داشت مطرح می‌گردد.

۱. شناخت مشکل: جهت تعیین این معیار می‌توان از مطالعات شیوع و بروز و نیز مطالعات بار بیماری‌ها استفاده نمود.

۲. ایمنی: جهت تعیین این معیار می‌توان از مطالعات مرور نظامند استفاده نمود.

۳. اثربخشی: جهت تعیین این جهت تعیین این معیار می‌توان از مطالعات مرور نظامند استفاده نمود.

۴. هزینه-اثربخشی: جهت تعیین این معیار می‌توان از مطالعات ارزیابی اقتصادی انجام گرفته در سایر کشورها و تطبیق آن با شرایط بومی کشور و در صورت امکان انجام مطالعه در داخل کشور استفاده نمود. در تعیین این معیار می‌بایست نسبت هزینه اثربخشی افزایشی محاسبه و با آستانه تعیین شده برای مداخلات هزینه-اثربخش مقایسه گردد.

این چارچوب تحلیلی به محققان و سیاستگذاران در کشورهای مختلف کمک می‌کند تا سیستم‌های خود را درک کنند و اجازه می‌دهد تا برخی از تجربیات اولیه در میان کشورهای مختلف را به اشتراک بگذارند. در خصوص کاربرد این چارچوب به تجربه بیشتری نیاز خواهد بود تا مورد قضاوت قرار گیرد که آیا این چارچوب می‌تواند مبنایی برای ارزیابی سیستم‌ها قرار گیرد و یا در شرایطی که نیازمند تصمیم‌گیری می‌باشیم می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشد. درس مهمی که از تجربه اولیه هلند با HTA در زمینه مراقبت‌های تخصصی پزشکی آموخته می‌شود این است که ماهیت و پیچیدگی فناوری‌های سلامت مشکلات عملی را در رابطه با مقدار و کیفیت داده‌های مورد نیاز برای ایجاد سیستم مبتنی بر HTA ایجاد می‌کند. ماهیت و پیچیدگی فناوری‌های سلامت مانع تفسیر یکنواختی (غیرمبهم) از ارزیابی داده‌ها می‌شود، و در نتیجه انجام HTA نیازمند به شفافیت و مشارکت ذینفعان است. نتایج این مطالعه نشان داد در شرایطی که تعادل ظاهری بین ارتقاء نوآوری، حمایت از تصمیم‌گیری مؤثر و به موقع و جلوگیری از پوشش فناوری‌هایی که نشان دهنده ائتلاف منابع است، باید به دست آید. بنابراین تمرکز بر نقش HTA در تصمیم‌گیری‌های بودجه‌ای برای ارائه بهترین ایده‌ها برای سیستم‌های HTA ضروری است.

بحث

در حال حاضر به نظر می‌رسد فرآیند انتخاب و قرارگیری خدمات در بسته مزایا سلامت در کشور ایران سازوکار ساختار یافته و شفافیت ندارد و با توجه به این که ارزیابی فناوری سلامت در اولویت‌بندی خدمات و نیز تصمیم‌گیری‌های سیاستی نقش بسزایی دارد بر همین اساس این مطالعه به بررسی تجارب سایر کشورها در استفاده از ارزیابی فناوری سلامت در تعیین بسته مزایا سلامت پرداخت. در جستجوی انجام گرفته در بانک‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی مرتبط تنها دو مطالعه مربوط به تجربه کشورهای هلند و تایلند در استفاده از ارزیابی فناوری سلامت در تعیین بسته مزایا سلامت یافت گردید. با توجه به پیشرفت فناوری‌ها (دارو، تجهیزات، آزمایش‌های تشخیصی)، رشد هزینه‌ها و کمبود منابع نظام سلامت، پیشنهاد می‌شود انتخاب بسته مزایا با تمرکز بر مطالعات ارزیابی فناوری سلامت صورت گیرد. بنابراین بر اساس تحلیل‌های صورت گرفته روی دو مطالعه تایلند و هلند به نظر می‌رسد جهت تعیین بسته مزایا ایجاد یک نهاد در وزارت بهداشت و درمان کشور ضروری خواهد بود. این نهاد مسئولیت اجرا، ارزیابی و پیاده‌سازی بسته مزایا را بر عهده خواهد داشت. این نهاد موظف به تعیین اهداف کلان سیاسی نظام سلامت و نیز شناسایی و درگیر نمودن ذینفعان

در بسته مزایا پیشنهاد نمی‌گردد، لذا بر مبنای اجماع و مشورت افراد پانل تخصصی ممکن است برخی خدمات که از قانون کلی عنوان شده پیروی نکرده نیز جهت قرارگیری در بسته مزایا بسته به شرایط بومی در بسته مزایا قرار گیرد یا خیر. در مرحله آخر توصیه سیاستی بر مبنای ارزیابی نتایج ارائه خواهد شد. به طور کلی توصیه‌های سیاستی در ارتباط این که کدام خدمت در بسته مزایا قرار گیرد یا خیر به سه شکل خواهد بود؛ ۱- توصیه می‌گردد، ۲- با قید و شرط توصیه می‌گردد و ۳- توصیه نمی‌گردد.

نتیجه‌گیری

در بسیاری از کشورها، نقش ارزیابی فناوری سلامت (HTA) در تصمیم‌گیری‌های تأمین مالی فناوری‌های سلامت افزایش یافته است. ارزیابی فناوری سلامت در واقع سنجش کامل و سازمان یافته شرایط لازم برای استفاده از فناوری‌های سلامت و نتایج و عواقب چنین استفاده‌ای را شامل می‌شود. برای به حداکثر رساندن توان بالقوه ارزیابی فناوری سلامت، ضروری است که ارزیابی‌ها شفاف، معتبر، قابل اعتماد و به موقع باشند. HTA برای آگاهی دادن به تصمیم‌گیرندگان نظام سلامت در خصوص پوشش بسته مزایا مفید است زیرا باعث افزایش شفافیت، مشارکت و پاسخگویی در روند می‌شود. این روند باعث افزایش مشروعیت تصمیم‌گیری‌ها می‌شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود انتخاب بسته مزایا با تمرکز بر مطالعات ارزیابی فناوری سلامت صورت گیرد.

References

1. WHO. Global Conferences on Health Promotion Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2018]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en>.
2. WHO. The World Health Report: Health systems financing; the path to universal coverage. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2010.
3. Smith PC, Chalkidou K. Should Countries Set an Explicit Health Benefits Package? The Case of the English National Health Service. *Value Health*. 2017;20(1):60-6. doi: 10.1016/j.jval.2016.01.004 pmid: 28212971
4. WHO. Health financing, Benefit design Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2018]. Available from: http://www.who.int/health_financing/topics/benefit-package/en.
5. Giedion Ú, Tristao I, Escobar L, Bitrán R, Cañón O, Molins S, et al. Health benefit plans in Latin America: a regional comparison: Inter-American Development Bank; 2014.
6. Schreyogg 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;Suppl:2-10. doi: 10.1007/s10198-005-0312-3 pmid: 16270212
7. Cotlear D, Nagpal S, Smith O, Tandon A, Cortez R. Going Universal: How 24 Developing Countries Are Implementing Universal Health Coverage from the Bottom Up. Washington, DC: World Bank Publications; 2015.
8. Missoni E, Solimano G. Towards Universal Health Coverage: The Chilean Experience. World Health Report. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2010.
9. Bonilla-Chacín M, Aguilera N. The Mexican Social Protection System in Health. Washington, DC: World Bank; 2013.
10. Farber MJ, La Forgia S, Sahu J, Lee JB. Eosinophilic dermatosis of hematologic malignancy. *J Cutan Pathol*. 2012;39(7):690-5. doi: 10.1111/j.1600-0560.2012.01906.x pmid: 22612903
11. Gottret P, Schieber G. Health financing revisited: a practitioner's guide. Washington, DC: The World Bank; 2006
12. Nakhimovsky S, Peterson L, Holtz J, Connor C, Mehtsun S, Folsom A, et al. Using evidence to design health benefit plans for stronger health systems: lessons from 25 countries. USA: United States Agency for International Development; 2015.
13. Mohara A, Youngkong S, Velasco RP, Werayingyong P, Pachanee K, Prakongsai P, et al. Using health technology assessment for informing coverage decisions in Thailand. *J Comp Eff Res*. 2012;1(2):137-46. doi: 10.2217/cer.12.10 pmid: 24237374
14. Stolk EA, de Bont A, van Halteren AR, Bijlmer RJ, Poley MJ. Role of health technology assessment in shaping the benefits package in The Netherlands. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2009;9(1):85-94. doi: 10.1586/14737167.9.1.85 pmid: 19371181
15. Hutton J, McGrath C, Frybourg JM, Tremblay M, Bramley-Harker E, Henshall C. Framework for describing and classifying decision-making systems using technology assessment to determine the reimbursement of health technologies (fourth hurdle systems). *Int J Technol Assess Health Care*. 2006;22(1):10-8. pmid: 16673675
16. Mobinizadeh M, Raieisi P, Nasirpour AA, Olyaeemanesh A, Tabibi SJ. A model for priority setting of health technology assessment: the experience of AHP-TOPSIS combination approach. *Daru*. 2016;24:10. doi: 10.1186/s40199-016-0148-7 pmid: 27068692