

شناسایی معیارها، رویکردها و مدل‌های اولویت‌بندی مداخلات بهداشتی برای طراحی بسته مزایای پایه سلامت:

یک مرور حیطه‌ای

شیوا اونق^۱؛ شقایق وحدت^۱؛ شهرام توفیقی^۱؛ سمیه حسام^۱

مقاله مروری

چکیده

مقدمه: هدف مطالعه شناسایی معیارها، رویکردها و مدل‌های موثر برای اولویت‌بندی مداخلات سلامت در کشورهای مختلف، به منظور طراحی بسته مزایای پایه سلامت (BHBP) بود. **روش بررسی:** مرور حیطه‌ای بر اساس چک‌لیست راهنمای PRISMA-ScR انجام شد. جست‌وجوهای الکترونیکی در PubMed، Cochrane Library، و برای پوشش گسترده‌تر از Google Scholar، SpringerLink، ScienceDirect (Elsevier) و منابع فارسی (MagIran، SID) از ژانویه ۲۰۰۵ تا ژوئن ۲۰۲۴ صورت گرفت و با جستجوی دستی در منابع WHO، بانک جهانی، گوگل و ارجاعات مقالات تکمیل شد. از ۲۲۶۶ مطالعه، ۴۲ مطالعه برای تحلیل نهایی انتخاب شدند و مدیریت منابع با EndNote انجام گرفت. **یافته‌ها:** معیارهای اولویت‌بندی شامل، اقتصادی، اثربخشی، برابری-اجتماعی و فرعی بودند. معیارهای اقتصادی (هزینه‌اثربخشی) و اثربخشی (بار بیماری) در اکثر کشورها رایج‌اند، اما در کشورهای درآمد بالا، معیارهای برابری-اجتماعی اولویت دارند. رویکردهای ارزیابی فناوری سلامت (HTA) و فرآیندهای مشورتی مبتنی بر شواهد (EDPs) در کشورهای درآمد بالا رایج‌اند، و کشورهای کم‌درآمد به مشارکت ذی‌نفعان و مدل‌های جهانی مانند (اولویت‌های کنترل بیماری- پوشش ضروری بهداشتی همگانی (DCP3-EUHC)، بار جهانی بیماری و مداخلات مقرون‌به‌صرفه سازمان جهانی بهداشت (WHO-CHOICE)) یا ترکیبی از آن‌ها تکیه دارند. **نتیجه‌گیری:** معیارهای اقتصادی و اثربخشی در اولویت‌بندی مداخلات BHBP رایج هستند، اما با افزایش درآمد، برابری/عدالت و معیارهای فرعی اهمیت می‌یابند. رویکردهای HTA در کشورهای درآمد بالا و مدل‌های DCP3 در کم‌درآمد رایج‌اند. این یافته‌ها با اهداف توسعه پایدار همسو می‌باشد. **واژه‌های کلیدی:** اولویت‌های سلامت؛ سهمیه‌بندی مراقبت‌های بهداشتی؛ بیمه سلامت همگانی؛ مزایای بیمه؛ خدمات سلامت

پیام کلیدی: سیاست‌گذاران در کشورهای کم‌درآمد، HTA را با مدل‌های DCP3 با تمرکز بر مشارکت ذی‌نفعان و برابری برای بهینه‌سازی منابع ادغام کنند تا تعادل بین اقتصاد و برابری/عدالت برقرار شود و نابرابری‌های دسترسی کاهش یابد.

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۱/۱۰

پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۱۲/۲۰

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۱۰/۱۳

ارجاع: اونق شیوا، وحدت شقایق، توفیقی شهرام، حسام سمیه. شناسایی معیارها، رویکردها و مدل‌های اولویت‌بندی مداخلات بهداشتی برای طراحی بسته مزایای پایه سلامت: یک مرور حیطه‌ای. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۴۰۴؛ ۲۲(۱): ۵۴-۴۴.

مقدمه

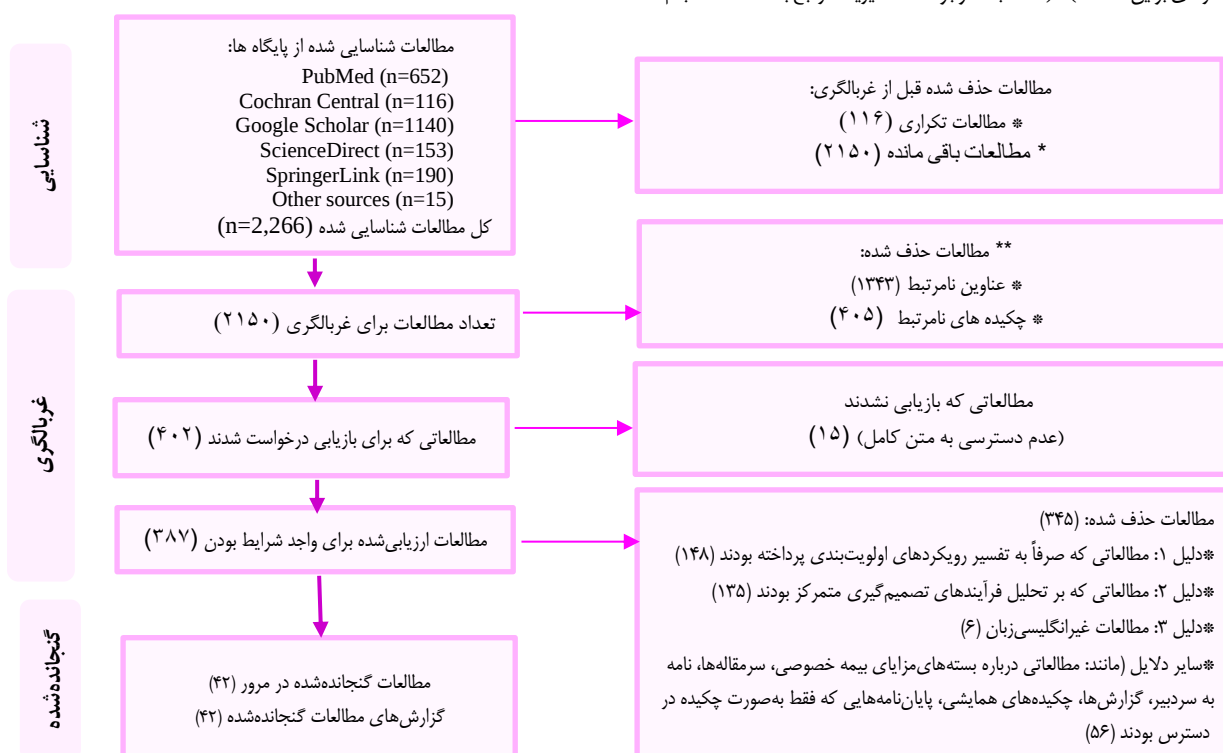
هدف از پوشش همگانی سلامت (UHC) ارائه خدمات بهداشتی باکیفیت بدون فشار مالی برای افراد می‌باشد (۱)، اما محدودیت‌های بودجه‌ای در بسیاری از کشورها، اولویت‌بندی مداخلات بهداشتی را برای تضمین حداقل خدمات با توجه به اهداف اجتماعی ضروری می‌کند (۲). همچنین، به دلیل محدودیت‌های هزینه‌اثربخشی، دسترسی و سایر عوامل، جیره‌بندی صریح برای حفظ برابری، اثربخشی و پایداری مالی ضروری است، زیرا بسیاری از کشورها نمی‌توانند همه خدمات ضروری را پوشش دهند (۳). بنابراین، اولویت‌بندی مداخلات بهداشتی که بخشی از BHBP است، به عنوان ابزاری برای تخصیص منابع، کاهش بار بیماری‌ها و ارتقای برابری عمل می‌کند (۴). مطالعات نشان می‌دهند اولویت‌بندی نیازمند معیارهای شفاف است تا از تصمیم‌گیری خودسرانه، نابرابری و کاهش مشروعیت جلوگیری شود (۵). WHO اولویت‌بندی مبتنی بر معیارهایی مانند بار بیماری، هزینه‌اثربخشی، اثربخشی، امکان‌پذیری و عدالت را توصیه می‌کند که اهداف کلان سلامت (حداکثر کردن

سلامت، توزیع عادلانه و حفاظت مالی) و ارزش‌های برابری و دسترسی را منعکس می‌کنند (۶). کشورها می‌توانند برای طراحی و بازنگری BHBP از مدل‌های جهانی مانند DCP3، EUHC یا ترکیبی از آن‌ها با بسته‌های خدماتی پیشنهادی، متناسب با زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی خود استفاده کنند (۷). چالش‌های طراحی BHBP بسته به سطح درآمد کشورها متفاوت است: کشورهای درآمد بالا با پیری جمعیت و پیشرفت‌های پزشکی و کم‌درآمد با کمبود منابع و تغییرات اپیدمیولوژیک مواجه هستند (۸).

۱. گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
 ۲. گروه آینده‌نگری، نظریه‌پردازی و رصدخانه سلامت، آکادمی پزشکی جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران
- نویسنده طرف مکاتبه: شقایق وحدت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
Email: Sha_Vahdat@iau.ac.ir

شد. استراتژی جستجو ابتدا برای PubMed و سپس برای سایر پایگاهها تطبیق یافت. مطالعات، متمرکز بر معیارها، رویکردها و مدل‌های اولویت‌بندی BHP بود و مقالات پژوهشی اصلی منتشر شده به صورت کامل و فقط مطالعات انگلیسی‌زبان در این پژوهش گنجانده شدند. به دلیل تنوع منابع، اهداف پژوهش و رویکرد کیفی، ارزیابی رسمی کیفیت مقالات با چک‌لیست‌های استاندارد انجام نشد.

با استفاده از چک‌لیست راهنمای PRISMA-ScR (۱۰)، مقالات با اصطلاحات جستجویی از پیش تعیین شده بازایی و در EndNote وارد شدند. ۲۲۶۶ مطالعه شناسایی شد. در مرحله شناسایی، ۱۱۶ مقاله به علت موارد تکراری حذف شدند. غربالگری در سه مرحله توسط دو نویسنده اول انجام شد و اختلاف نظرها توسط دو نویسنده بعدی رفع شد. در اولین مرحله غربالگری، به علت حجم زیاد نتایج، ابتدا عناوین همه مقالات بررسی شد و ۱۳۴۳ مقاله به دلیل عناوین نامرتب حذف شدند، سپس چکیده‌های کامل مقالات بررسی شد و ۴۰۵ مقاله به علت چکیده‌های نامرتب و ۱۵ مقاله به علت عدم دسترسی به متن کامل مقالات حذف شدند. ۳۸۷ مقاله برای تحلیل متن کامل انتخاب شدند. در مرحله مطالعه متن کامل، مطالعاتی که صرفاً به تفسیر رویکردهای اولویت‌بندی، تحلیل فرآیندهای تصمیم‌گیری یا بررسی بسته‌های مزایای بیمه خصوصی پرداخته بودند، پیشنهادها، نامه به سردبیر، و مطالعات غیر انگلیسی زبان کنار گذاشته شدند. در نهایت، ۴۲ مطالعه برای تحلیل عمیق انتخاب شدند. نمودار جریان پریزما در شکل ۱ ارائه شده است.



شکل ۱- فلوچارت جستجو و پالایش یافته‌های مرور حیطه‌ای

نبود اجماع بر معیارها و رویکردهای اولویت‌بندی، پیچیدگی مسائل بهداشتی، تنوع ارزش‌ها و محدودیت‌های شناختی را نشان می‌دهد (۹). شکاف‌های دانشی شامل عدم وجود چارچوب جهانی واحد، ابهام در تعاریف معیارها، محدودیت داده‌های هزینه‌آفرینشی، و عدم تطبیق کافی با شرایط فرهنگی-اقتصادی محلی است (۴). سوال تحقیق: چه معیارها، رویکردها و مدل‌هایی برای اولویت‌بندی شفاف و کارآمد مداخلات بهداشتی در BHP وجود دارد؟ هدف مطالعه، شناسایی این عناصر از طریق مرور حیطه‌ای برای طراحی چارچوبی کارآمد جهت اولویت‌بندی مداخلات بهداشتی در BHP است.

روش بررسی

به منظور شناسایی مطالعات مرتبط، مرور حیطه‌ای از سال ۲۰۰۵ تا ژوئن ۲۰۲۴ انجام شد. جستجوهای الکترونیکی در پایگاه‌های داده PubMed/MEDLINE، Cochrane Library و پلتفرم‌های دسترسی به مقالات به دلیل پوشش گسترده‌تر مانند ScienceDirect(Elsevier)، SpringerLink، Google Scholar و منابع فارسی (MagIran و SID) انجام شد. و با جستجوی دستی در منابع معتبر بین‌المللی (WHO)، بانک جهانی، گوگل (و ارجاعات مقالات شناسایی شده تکمیل شد. کلمات کلیدی شامل «اولویت‌های سلامت»، «سهیمه‌بندی مراقبت‌های بهداشتی»، «بیمه سلامت همگانی»، «مزایای بیمه»، «خدمات سلامت» و معادل انگلیسی آن‌ها با عملگرهای بولین (AND)، (OR) جستجو شدند. مدیریت مراجع با EndNote انجام

چارچوب مفهومی کلی برای اولویت‌بندی مداخلات بهداشتی BHBHP اتخاذ گردید و با اهداف مرور حیطه‌ای همخوانی داشت.

یافته‌ها

با توجه به تنوع طرح‌های پژوهشی، مطالعات انتخاب شده شامل ۳۰ کشور و ۱۳ مطالعات پژوهشی اولیه می‌باشد. طبقه‌بندی کشورها به ۴ دسته، بر اساس سطح درآمد تعریف شده توسط بانک جهانی انجام شد. معیارهای شناسایی شده به دلیل تنوع و گستردگی، به چهار گروه تقسیم شدند: اقتصادی (تمرکز بر هزینه‌ها و منابع)، اثربخشی (تاکید بر نتایج سلامت)، برابری-اجتماعی (تاکید بر عدالت و نیاز) و معیارهای فرعی (جدول ۱).

جدول ۱. معیارهای اولویت‌بندی مداخلات بهداشتی BHBHP براساس سطح درآمدی کشورها و مطالعات پژوهشی اولیه

گروه درآمدی	کشور / منبع	سال	معیارهای اقتصادی	معیارهای اثربخشی	معیارهای برابری-اجتماعی	معیارهای فرعی
کشورهای کم‌درآمد	اتیوپی (۲،۱۱،۱۲،۱۳،۱۴)	-	هزینه اثربخشی، تاثیر بودجه	بار بیماری	عدالت / برابری، مقبولیت عمومی و سیاسی	مکان‌پذیری
	مالاوی (۲۸،۱۳،۱۵)	-	هزینه اثربخشی، تاثیر بودجه	بار بیماری	-	مراقبت از بیماری‌های عفونی و واگیر
	افغانستان (۱۲)	-	حفاظت از ریسک مالی	اثربخشی	-	امکان‌پذیری
	سودان (۱۱،۱۵،۱۶،۱۷،۱۸،۱۹،۲۰، ۰،۲۱)	-	هزینه اثربخشی، تاثیر بودجه، هزینه مداخله	اثربخشی، باربیماری، کیفیت شواهد، شدت‌بیماری	نیاز، کرامت انسانی	امکان‌پذیری، همبستگی، کارایی، مسئولیت شخصی، ارائه خدمات یکپارچه
	سومالی (۱۲)	-	هزینه اثربخشی، تاثیر بودجه	بار بیماری	مقبولیت عمومی و سیاسی	امکان‌پذیری، آرایه خدمات یکپارچه
	اوگاندا (۱۴،۱۵،۲۲)	-	هزینه اثربخشی	بار بیماری، کیفیت شواهد، مزایای مداخله	نیاز، عدالت / برابری، دسترسی	مسئولیت شخصی
کشورهای درآمد متوسط پایین	پاکستان (۱۱،۱۲،۲۳،۲۴،۲۵)	-	حفاظت از ریسک مالی، هزینه اثربخشی، تاثیر بودجه	اثربخشی، کیفیت شواهد	عدالت	امکان‌پذیری، تاثیر اجتماعی-اقتصادی
	جمهوری قرقیزستان (۲)	-	هزینه اثربخشی، تاثیر بودجه	-	-	-
	لبنان (۲)	-	هزینه اثربخشی، تاثیر بودجه	-	-	-
	زامبیا (۱۳)	-	هزینه اثربخشی	باربیماری	-	-
	زنگبار (تانزانیا) (۱۲،۱۴،۱۵،۱۶،۲۶)	-	هزینه اثربخشی، حفاظت از ریسک مالی	بار بیماری	عدالت / برابری، مقبولیت عمومی و سیاسی، نیاز	مراقبت از بیماری‌های عفونی و واگیر
	کنیا (۱۴،۲۷)	-	حفاظت از ریسک مالی	بار بیماری، کیفیت مراقبت	عدالت / برابری	-
	غنا (۱۳)	-	حفاظت از ریسک مالی، هزینه اثربخشی، تاثیر بودجه	اثربخشی، باربیماری	عدالت / برابری	-
	فلیپین (۱۳،۲۸)	-	حفاظت از ریسک مالی، هزینه اثربخشی، تاثیر بودجه	اثربخشی، باربیماری	عدالت / برابری	-

گروه درآمدی	کشور/ منبع	سال	معیارهای اقتصادی	معیارهای اصلی	معیارهای برابری - اجتماعی	معیارهای فرعی
کشورهای درآمد متوسط بالا	ارمنستان (۲)	-	هزینه اثربخشی، تاثیر بودجه	-	-	-
	قزاقستان (۲۹)	-	حفاظت از ریسک مالی، هزینه اثربخشی، تاثیر بودجه	اثربخشی، شدت بیماری، سطح شواهد اثربخشی، ایمنی	اولویت‌های اجتماعی	-
	تایلند (۱۳،۲۸)	-	حفاظت از ریسک مالی، هزینه اثربخشی، تاثیر بودجه	اثربخشی، بار بیماری	عدالت/برابری	-
	مکزیک (۱۵)	-	حفاظت از ریسک مالی، هزینه اثربخشی، تاثیر بودجه	اثربخشی، باربیماری	عدالت/برابری	-
	برزیل (۶)	-	هزینه اثربخشی، تاثیر بودجه، هزینه مداخله	اثربخشی، ایمنی	-	کارایی
کشورهای درآمد بالا	دانمارک (۱۵،۱۶،۳۰،۱۷،۱)	-	-	ایمنی	عدالت/ برابری، نیاز، آزادی و خودمختاری	همبستگی، امنیت
	نروژ (۱۷،۱۸،۳۱،۳۲،۱۹،۲۰)	-	هزینه اثربخشی، حفاظت از ریسک مالی	مزایای مداخله، شدت بیماری	از دست دادن سلامتی، نیاز	-
	نیوزلند (۱۷،۳۱،۲۰،۳۳)	-	هزینه اثربخشی	اثربخشی	عدالت/ برابری، نیاز، مقبولیت عمومی و سیاسی	کارایی، امکان‌پذیری، مسئولیت شخصی
	فرانسه (۶)	-	-	اثربخشی، ایمنی	-	کارایی
	آلمان (۱۴،۱۵،۱۶،۳۴،۳۵)	-	هزینه اثربخشی	شدت و خطر بیماری فوریت مداخله، مزایای اثبات شده و مناسب بودن، اثربخشی بالینی	-	همبستگی
	کانادا (۶،۳۵،۳۶)	-	هزینه اثربخشی، تاثیر بودجه، هزینه مداخله	ایمنی	نیاز	کارایی، همبستگی
	انگلستان (۶،۱۴،۱۵،۱۶،۳۷،۳۸)	-	هزینه اثربخشی، تاثیر بودجه، هزینه مداخله	اثربخشی، ایمنی	نیاز	کارایی
	اسکاتلند (۶)	-	هزینه اثربخشی، تاثیر بودجه، هزینه مداخله	اثربخشی، ایمنی	-	کارایی
	استرالیا (۶،۲۸)	-	هزینه اثربخشی، تاثیر بودجه، هزینه مداخله	اثربخشی، ایمنی، بار بیماری	-	کارایی
	شیلی (۱۳،۱۵،۱۶،۲۸)	-	حفاظت از ریسک مالی، هزینه اثربخشی، تاثیر بودجه	اثربخشی، باربیماری	عدالت/برابری، نیاز	-
مطالعات پژوهش‌های اولیه	کره جنوبی (۳۶)	-	هزینه اثربخشی	اثربخشی بالینی، ایمنی	-	-
	Razavi, et al (۳۹)	2017	هزینه اثربخشی	اثربخشی، باربیماری	عدالت/برابری	-
	Norheim O.F (۴۰)	2016	هزینه اثربخشی، حفاظت از ریسک مالی	-	اولویت‌بندی در بدترین وضعیت	-
	Norheim O.F, et al (41)	2014	هزینه اثربخشی، حفاظت از ریسک مالی	شدت بیماری	از دست دادن سلامتی	ظرفیت بهره‌مندی، بهره‌وری اقتصادی، مراقبت از دیگران

گروه درآمدی	کشور / منبع	سال	معیارهای اقتصادی	معیارهای اثربخشی	معیارهای برابری - اجتماعی	معیارهای فرعی
	Young kong (42)	2012	حفاظت از ریسک مالی، هزینه اثربخشی، تاثیر بودجه	اثربخشی، شدت بیماری	برابری، ارزش‌های اخلاقی و اجتماعی	اندازه جمعیت مبتلا به بیماری
	k & Weale Clar (43)	2012	هزینه اثربخشی	اثربخشی	عدالت/ برابری، آزادی و خودمختاری	هستگی
	Simangolwa, et al (44)	2024	هزینه اثربخشی، تاثیر بودجه، حفاظت از ریسک مالی	اثربخشی، کیفیت، ایمنی، شدت بیماری، باریبیماری	عدالت/برابری، مقبولیت عمومی و سیاسی	همسویی اولویت‌های ملی و بین‌المللی، اولویت‌بندی در بدترین وضعیت
	Reynolds, et al (45)	2023	هزینه اثربخشی	باریبیماری	عدالت/ برابری	ارایه خدمات یکپارچه
	Shahabi, et al (31)	2021	هزینه مداخله	اثربخشی، باریبیماری	مقبولیت عمومی و سیاسی، عدالت/ برابری	امکان‌پذیری
	Luyckx & Moosa (8)	2021	هزینه اثربخشی، هزینه فرصت، هزینه مداخله	اثربخشی، باریبیماری	مقبولیت عمومی و سیاسی، عدالت/ برابری، ارزش‌های اخلاقی و اجتماعی	امکان‌پذیری
	Bertram, et al (37)	2021	هزینه اثربخشی، تاثیر بودجه، حفاظت از ریسک مالی	-	اولویت‌بندی در بدترین وضعیت	امکان‌پذیری
	Kabir, et al (16)	2020	هزینه اثربخشی، حفاظت از ریسک مالی	-	اولویت‌بندی در بدترین وضعیت، عدالت/ برابری، مقبولیت اجتماعی خدمت	ساختار و ظرفیت نظام ارائه خدمت، مطالبات مردمی، ظرفیت بهره‌مندی، تعهدات، مطالبات حاکمیت
	Kaur, et al (46)	2019	هزینه اثربخشی، تاثیر بودجه، هزینه مداخله	مزایای سلامتی، شدت بیماری، باریبیماری	عدالت/برابری، مقبولیت/ارایه دهنده خدمت، کاهش فقر، حمایت مالی و بین‌المللی	چارچوب قانونی و نظارتی برای اجرا، ملاحظات سیاسی، امکان‌پذیری
	Hayati, et al (14)	2017	هزینه اثربخشی، تاثیر بودجه، هزینه مداخله	اثربخشی، بار بیماری، شدت بیماری	دسترسی، ارزش‌های اجتماعی و اخلاقی	-

تحلیل بر اساس گروه‌های درآمدی کشورها

کشورهای کم‌درآمد (اتیوپی، مالاوی، افغانستان، سودان، سومالی، اوگاندا): معیار اقتصادی رایج در کشور، هزینه اثربخشی (۵ کشور)، تاثیر بودجه (۴ کشور)، حفاظت از ریسک مالی (۱ کشور). معیار اثربخشی رایج در کشور، بار بیماری (۵ کشور)، اثربخشی (۲ کشور)، کیفیت شواهد (۲ کشور). معیار برابری - اجتماعی رایج در کشور، عدالت/برابری (۲ کشور)، نیاز (۲ کشور)، مقبولیت عمومی و سیاسی (۲ کشور). معیار فرعی رایج در کشور، امکان‌پذیری (۳ کشور)، ارایه خدمات یکپارچه (۲ کشور)، مسئولیت شخصی/فردی (۲ کشور). الگوی کلی: تمرکز بر بهینه‌سازی منابع و کنترل بار بیماری با عوامل عملی.

کشورهای درآمد متوسط پایین (پاکستان، جمهوری قرقیزستان، لبنان، زامبیا، زنگبار (تانزانیا)، کنیا، غنا، فیلیپین): معیار اقتصادی رایج در کشور، هزینه اثربخشی (۷ کشور)، تاثیر بودجه (۵ کشور)، حفاظت از ریسک مالی (۴ کشور). معیار اثربخشی رایج در کشور، بار بیماری (۵ کشور)، اثربخشی (۲ کشور)، کیفیت شواهد (۱ کشور).

معیار برابری - اجتماعی رایج در ۵ کشور، عدالت/برابری (۵ کشور)، مقبولیت عمومی و سیاسی و نیاز (۱ کشور). معیار فرعی رایج در ۳ کشور، امکان‌پذیری، تاثیر اجتماعی - اقتصادی و مراقبت از بیماری‌های عفونی و واگیر (۱ کشور). الگوی کلی: تاکید بر حفاظت مالی و بهینه‌سازی بودجه، با کاهش عوامل فرعی نسبت به گروه کم‌درآمد کشورهای درآمد متوسط بالا (ارمنستان، قزاقستان، تایلند، مکزیک، برزیل): معیار اقتصادی رایج در ۵ کشور، هزینه اثربخشی (۵ کشور)، تاثیر بودجه (۴ کشور)، حفاظت از ریسک مالی (۳ کشور). معیار اثربخشی رایج در ۴ کشور، اثربخشی (۴ کشور)، بار بیماری، ایمنی (۲ کشور). معیار برابری - اجتماعی رایج در ۳ کشور، عدالت/برابری (۲ کشور)، اولویت‌های اجتماعی (۱ کشور). معیار فرعی رایج، کارایی (۱ کشور). الگوی کلی: تعادل بین اقتصاد و اثربخشی با تمرکز بر شواهد علمی و ایمنی.

کشورهای درآمد بالا (دانمارک، نروژ، نیوزلند، فرانسه، آلمان، کانادا، انگلستان، اسکاتلند، استرالیا، شیلی، کره جنوبی): معیار اقتصادی رایج در ۹ کشور، هزینه اثربخشی (۹ کشور)، تاثیر بودجه (۵ کشور)، هزینه مداخله (۴ کشور). معیار اثربخشی

تحلیل مطالعات پژوهش‌های اولیه: این بخش شامل ۱۳ مطالعه از سال ۲۰۱۲ تا ۲۰۲۴ است. معیارهای رایج اقتصادی، هزینه اثربخشی (۱۲مطالعه)، حفاظت از ریسک مالی (۶مطالعه)، تاثیر بودجه (۵مطالعه)، معیارهای اثربخشی رایج، اثربخشی (۷مطالعه)، بار بیماری (۷مطالعه)، شدت بیماری (۵مطالعه)، معیارهای رایج برابری-اجتماعی، برابری/عدالت (۹مطالعه)، اولویت‌بندی در بدترین وضعیت (۳مطالعه)، مقبولیت عمومی و سیاسی (۵مطالعه)، معیارهای فرعی رایج، امکان‌پذیری (۴مطالعه)، همبستگی و ارایه خدمات یکپارچه (۲مطالعه). الگوی کلی: مطالعات قدیمی‌تر (۲۰۱۲-۲۰۱۶) بر معیارهای اقتصادی (هزینه‌اثربخشی) تمرکز دارند، در حالی که مطالعات اخیر (۲۰۲۱-۲۰۲۴) به سمت ادغام معیارهای فرعی (امکان‌پذیری و همسویی اولویت‌های ملی و بین‌المللی) حرکت کرده‌اند. این روند نشان‌دهنده پوشش گسترده‌تر معیارها نسبت به داده‌های کشوری است.

رایج در ۱۰ کشور، ایمنی (۶کشور)، اثربخشی (۵کشور)، شدت بیماری (۲کشور). معیار برابری-اجتماعی رایج در ۷ کشور، نیاز (۴کشور)، عدالت/برابری (۳کشور)، مقبولیت عمومی و سیاسی (۱کشور)، معیار فرعی رایج در ۶ کشور، کارایی (۵کشور)، همبستگی (۲کشور)، امکان‌پذیری (۱کشور). الگوی کلی: ادغام اثربخشی (به ویژه ایمنی) با عوامل اجتماعی و اخلاقی.

نتایج تحلیل در سطوح درآمدی کشورها نشان داد که با افزایش درآمد، تمرکز از معیارهای اقتصادی و فرعی (هزینه‌اثربخشی، امکان‌پذیری) در کشورهای کم‌درآمد به اثربخشی و عدالت (ایمنی، نیاز) در کشورهای درآمد بالا تغییر می‌کند. بار بیماری در کشورهای کم‌درآمد، ایمنی و کارایی در درآمد بالا رایج‌تر می‌باشد. نتایج با توسعه نظام سلامت سازگار می‌باشد و کشورهای کم‌درآمد بر بیماری‌های عفونی، و درآمد بالاتر بر عدالت و کیفیت مراقبت تمرکز دارند.

جدول ۲. رویکردها و مدل‌های طراحی و بازنگری BHP در سطوح مختلف کشورها

گروه درآمدی	فراوانی رویکردها	نام کشور	مدل‌ها
درآمد بالا	HTA (۱۰ کشور) EDPs (۷ کشور)، پاسخگویی برای منطقی بودن (AFR) (۵کشور)، مشارکت ذی‌نفعان (۴کشور) (۶،۱۳،۲۶،۱۷،۱۸،۳۲،۲۰،۲۱،۳۵،۳۶)	-	-
درآمد متوسط بالا	HTA (۳کشور)، EDPs (۳کشور)، AFR (۱کشور)، مشارکت ذی‌نفعان (۱کشور) (۶،۸،۲۹،۲۸،۳۰)	-	-
درآمد متوسط	EDPs (۳کشور)	پاکستان	(DCP3-EUHC) (17)
پایین	مشارکت ذی‌نفعان (۲کشور) AFR (۲کشور) (۶،۱۲،۲۳،۱۳،۲۶)	زنگبار	(DCP3-EUHC) (17)
کم‌درآمد	مشارکت ذی‌نفعان (۴کشور)، EDPs (۳کشور)، تحلیل تصمیم‌گیری چندمعیاره (MCDA) (۱کشور) (۱۲،۱۳،۲۷)	فلیپین	BOD (وبار جهانی بیماری (33) DCP3)
		اتیوپی	(DCP3-EUHC or HPP), (WHO-CHOICE) (17)
		افغانستان	(DCP3-HPP) (17)
		سودان	(DCP3-EUHC Expanded With WHO- EMRO UHC Priority Benefit Package) (17)
		سومالی	(DCP3-EUHC Expanded With WHO- EMRO UHC Priority Benefit Package) (17)

تعادل بین ارزیابی و شواهد، با کاهش فراوانی نسبت به گروه درآمد بالا که نشان‌دهنده گذار به سمت سیستم‌های پیشرفته‌تر می‌باشد.

کشورهای درآمد متوسط پایین: رویکردها شامل: EDPs، مشارکت ذی‌نفعان (۳ کشور)، و AFR (۲ کشور) هستند. مدل‌ها در ۳ کشور مشخص: پاکستان-DCP3 (EUHC، زنگبار (تانزانیا) (DCP3-EUHC)، فلیپین (DCP3) و بار جهانی بیماری (BOD)) الگوی کلی: تمرکز بر مشارکت و شواهد با استفاده از مدل‌های جهانی مانند DCP3، همخوان با نیاز به ابزارهای ساده و فراگیر برای پوشش همگانی سلامت.

جدول ۲ نشان‌دهنده تنوع رویکردها و مدل‌ها در سطوح درآمدی کشورها، با تاکید بیشتر بر رویکردهای EDPs در کشورهای درآمد بالا و مشارکت ذی‌نفعان در کشورهای درآمد پایین‌تر می‌باشد.

کشورهای درآمد بالا: رویکردها شامل: HTA (۱۰ کشور)، EDPs (۷ کشور)، AFR (۵ کشور)، و مشارکت ذی‌نفعان (۴ کشور) هستند. الگوی کلی: تاکید بر ارزیابی علمی و پاسخگویی، همخوان با دسترسی به منابع پیشرفته و نهادهای قوی سلامت.

کشورهای درآمد متوسط بالا: رویکردها شامل: HTA (۱۰ کشور) EDPs (۳ کشور)، AFR (۱ کشور)، و مشارکت ذی‌نفعان (۱ کشور) هستند. الگوی کلی،

کشورهای کم‌درآمد: رویکردها شامل: مشارکت ذی‌نفعان (۴ کشور)، EDPs (۳ کشور)، و MCDA (۱ کشور) هستند. مدل‌ها در ۴ کشور: اتیوپی (DCP3-EUHC) یا بسته با اولویت بالا (HPP)، (WHO-CHOICE)، افغانستان (DCP3-HPP)، سودان و سومالی (DCP3-EUHC) گسترش یافته با (WHO-EMRO UHC). الگوی کلی: تأکید بر مشارکت محلی و مدل‌های جهانی برای غلبه بر محدودیت‌های منابع، با تمرکز بر ابزارهای سازمان جهانی بهداشت.

بحث

این مطالعه معیارها، رویکردها و مدل‌های اولویت‌بندی مداخلات بهداشتی برای طراحی و بازنگری BHP را در کشورهای مختلف شناسایی کرد و نشان داد که با افزایش سطح درآمد، تمرکز از معیارهای اقتصادی و اثربخشی به سمت برابری-اجتماعی و ایمنی تغییر می‌کند.

معیارهای اولویت‌بندی مداخلات بهداشتی BHP به چهار دسته، اقتصادی، اثربخشی، برابری-اجتماعی و فرعی تقسیم شدند. معیارهای اقتصادی رایج، هزینه‌اثربخشی، تأثیر بودجه و حفاظت از ریسک مالی و معیارهای اثربخشی رایج، اثربخشی، بار بیماری می‌باشند. در کشورهای کم‌درآمد و متوسط پایین، معیارهای اقتصادی در همه کشورها پادارند، اما در کشورهای درآمد بالا، اولویت معیارهای اقتصادی بتدریج کاهش می‌یابد. معیارهای اثربخشی (بار بیماری) در کشورهای کم‌درآمد و ایمنی در درآمد بالا اولویت دارد. معیارهای برابری-اجتماعی و معیارهای فرعی (امکان‌پذیری، همبستگی) بیشتر در کشورهای درآمد بالا اولویت دارند، که نشان‌دهنده انتقال از محدودیت‌های عملی به ارزش‌های اجتماعی است و این یافته‌ها با اهداف توسعه پایدار (UHC) همخوانی دارند (۱).

اولین معیار کلیدی در دسته اقتصادی، هزینه‌اثربخشی می‌باشد که در همه کشورها (صرف‌نظر از سطح درآمد) بر استفاده بهینه منابع تأثیر دارد؛ مثلاً نیوزیلند آن را در دستورالعمل‌ها و ارزیابی فناوری اولویت می‌دهد (۱۷). با این حال، هزینه اثربخشی نمی‌تواند نیازهای BHP مانند حفاظت از ریسک مالی و توزیع عادلانه را پوشش دهد. برای رفع این، هزینه‌اثربخشی توسعه‌یافته طراحی شد تا این جنبه‌ها را در اولویت‌بندی خدمات ادغام کند و مزایای سلامت و حفاظت از ریسک مالی را در طبقات درآمدی تخمین زند (۸، ۴۵). معیارهای رایج دیگر در دسته‌های اقتصادی و اثربخشی، تأثیر بودجه و اثربخشی مداخله می‌باشد. ادغام هزینه‌اثربخشی با این معیارها پذیرش فناوری‌های هزینه اثربخش و پایدار را تقویت می‌کند (۲). مطالعه‌ای نشان داد اثربخشی مداخله، مزایای سلامت را تضمین و هزینه اثربخشی آن را در چارچوب منابع موجود بیشینه می‌کند (۳۵).

معیارهای حفاظت از ریسک مالی و بار بیماری در دسته‌های اقتصادی و اثربخشی، در کشورهای کم‌درآمد و پایین اولویت دارند. در کشورهای کم‌درآمد با منابع و اطلاعات محدود، تمرکز بر کنترل بیماری‌های شایع است. به عنوان مثال کنیا با سرمایه‌گذاری در دستگاه‌های دیالیز، با هزینه‌های بالا و دسترسی محدود مواجه شد (۸). مطالعه‌ای پیشنهاد کرد سیستم HTA می‌تواند هزینه‌های دیالیز را کاهش و

دسترسی را بهبود بخشد. کنیا با اولویت دیالیز صفاقی و سرمایه‌گذاری در پیشگیری، بار مالی بیماری‌های کلیوی را کاهش و به UHC نزدیک‌تر شد (۴۷). بنابراین، رویکرد جامع و مبتنی بر شواهد می‌تواند بار مالی بیماری‌ها را کاهش داده و دسترسی به خدمات را در کشورهای با سطح درآمدی پایین بهبود بخشد.

برابری/عدالت، معیار اصلی دسته برابری-اجتماعی است. سیاست‌گذاران در کشورهای درآمد متوسط و پایین، نابرابری‌های سلامت را شناسایی و با تحلیل‌های برابری برجسته کردند (۱۶). کارایی، برابری و محافظت مالی اغلب تعارض دارند؛ در سیستم‌هایی با منابع محدود، اولویت دادن به یک معیار سایر معیارها را تضعیف کرده و نیازمند توجه به هزینه فرصت است (۴۶). معیار نیاز/ضرورت، معیار کلیدی دیگر در دسته معیارهای برابری-اجتماعی در کشورهای درآمد بالا بود. حیاتی و همکاران نقش محوری آن را در توسعه BHP در کشورهای درآمد بالا تأیید کردند (۱۴). در بریتانیا و آلمان، این معیار همراه با شدت بیماری، ریسک و فوریت، طراحی بسته را هدایت می‌کرد (۱۶، ۳۴).

مقایسه داده‌های کشوری و مطالعات اولیه نشان داد هر دو بر معیارهای اقتصادی (هزینه اثربخشی، تأثیر بودجه و حفاظت از ریسک مالی) و اثربخشی (اثربخشی، بار بیماری) تأکید دارند. این شباهت‌ها تمرکز جهانی بر بهینه‌سازی منابع و کنترل بیماری‌های شایع را تأیید کرده و توسعه چارچوب‌های یکپارچه برای ادغام معیارهای اصلی با فرعی، با تمرکز بر کشورهای با سطوح درآمدی متوسط و پایین برای دستیابی به تعادل بین جنبه‌های اقتصادی و برابری/عدالت ضرورت دارد.

یافته‌ها نشان داد رویکردهای علمی مانند HTA، EDPs و AFR در کشورهای با درآمد بالا و متوسط بالا برای طراحی و بازنگری BHP رایج‌تر است. که حاکی از دسترسی محدود به HTA در کشورهای کم‌درآمد است. در کشورهای درآمد بالا، HTA عمدتاً بر فرآیندهای تسریع‌شده برای محدودیت‌های زمانی (مانند فناوری جدید یا وضعیت اضطراری بهداشت عمومی) تمرکز دارد. اما در کشورهای کم‌درآمد، معرفی و نهادهای ساز HTA به دلیل ظرفیت فنی/اداری محدود، کمبود داده، بودجه تحقیقات و ساختارهای حاکمیتی با محدودیت مواجه است و منجر به استفاده از رویکردهای ساده‌تر مانند مشارکت ذی‌نفعان می‌شود. (۴۸). این مطالعه نشان داد کشورها از مدل‌هایی مانند DCP3، EUHC یا ترکیبی از آن‌ها با بسته‌های خدماتی پیشنهادی، متناسب با زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی خود برای طراحی و بازنگری BHP استفاده می‌کنند. کشورهای درآمد متوسط پایین (پاکستان، زنگبار، فیلیپین) از مدل‌هایی مانند DCP3-EUHC یا بار جهانی بیماری بهره برده‌اند. کشورهای کم‌درآمد (اتیوپی، افغانستان، سودان، سومالی) عمدتاً از DCP3-EUHC یا HPP و WHO-CHOICE یا ترکیبی از این مدل‌ها استفاده کرده‌اند. در مقابل، عدم مشاهده این مدل‌ها در کشورهای درآمد بالا، تفاوت وابستگی به ابزارهای جهانی در درآمد پایین‌تر و فرآیندهای داخلی در درآمد بالا را برجسته می‌کند. این تفاوت‌ها انتقال از مدل‌های ساده/مشارکتی در کشورهای کم‌درآمد به ارزیابی پیشرفته در کشورهای درآمد بالا را نشان می‌دهند (۱۲). انتخاب مدل برای طراحی BHP به سطح درآمد، بار بیماری، ساختار نظام سلامت و

اولویت‌های سیاسی بستگی دارد. هدف اصلی همه مدل‌ها بهبود دسترسی به خدمات سلامت و کاهش بار بیماری است (۲۸).

از جمله محدودیت‌های این مطالعه: تنوع در منابع و عدم استفاده از ابزار استاندارد ارزیابی کیفیت، قضاوت حرفه‌ای پژوهشگران را به عنوان مبنای ارزیابی کیفیت قرار داد که می‌تواند سوگیری ایجاد کند. نبود چارچوب جهانی برای اولویت‌بندی مداخلات بهداشتی، مقایسه بین کشورها را دشوار کرد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه الگوهای روشنی در معیارهای اولویت‌بندی و طراحی BHP بر اساس سطح درآمد کشورها نشان می‌دهد. معیارهای اقتصادی (هزینه اثربخشی) و اثربخشی (بار بیماری) در اکثر کشورها رایج هستند، اما با افزایش درآمد، معیارهای برابری/عدالت، اجتماعی (نیاز و مقبولیت عمومی و سیاسی) و فرعی (کارایی) اهمیت می‌یابند. مطالعات اولیه این روند را تایید کرده و همسویی در معیارهای کلیدی (هزینه‌اثربخشی) را نشان می‌دهند، اما مطالعات اولیه نظری‌تر و کشوری عملی‌ترند؛ این تفاوت انتقال از محدودیت منابع در کشورهای کم‌درآمد به ارزش‌های اخلاقی در درآمد بالا را برجسته می‌کند. رویکردهای HTA و EDPs در کشورهای درآمد بالا رایج‌اند، در حالی که کشورهای کم‌درآمد بر مشارکت ذی‌نفعان و مدل‌های جهانی (DHP3-EUHC یا HPP و WHO-CHOICE) تکیه دارند. این روندها با مدل‌های توسعه سلامت همخوان هستند: کشورهای کم‌درآمد بر ابزارهای ساده/مشارکتی برای UHC و کشورهای درآمد بالا بر ارزیابی علمی و پاسخگویی تاکید دارند. یافته‌ها

با اهداف توسعه پایدار (به‌ویژه هدف ۳) همسو بوده و بر چارچوب‌های یکپارچه برای BHP تاکید می‌کنند. سیاست‌گذاران در کشورهای کم‌درآمد، HTA را با مدل‌های DCP3 با تمرکز بر مشارکت ذی‌نفعان و برابری برای بهینه‌سازی منابع ادغام کنند تا تعادل بین اقتصاد و برابری/عدالت برقرار شود و نابرابری‌های دسترسی کاهش یابد. این مطالعه پایه‌ای برای سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد فراهم می‌آورد و به دستیابی به UHC عادلانه‌تر کمک می‌کند.

پیشنهادات

پیشنهاد می‌شود تحقیقات آینده بر مطالعات موردی تمرکز کنند تا تاثیر واقعی معیارهای شناسایی شده (مانند هزینه اثربخشی، حفاظت از ریسک مالی و بار بیماری) در کشورهای کم‌درآمد، بر شاخص‌هایی مانند دسترسی به خدمات، کاهش نابرابری‌ها و پیشرفت UHC ارزیابی شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از رساله دکتری می‌باشد و مجوز اخلاقی آن با کد IR.IAU.CTB.REC.1402.008 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی اخذ شده است. نویسندگان از مسئولین و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی گلستان و کارشنان واحدهای فناوری اطلاعات سلامت و مدیریت بیمارستان‌ها به خاطر مشارکت ارزشمندان تشکر و قدردانی می‌کنند

تضاد منافع

در انجام پژوهش حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشتند.

References

- World Health Organization. Universal Health Coverage Partnership annual report 2022: more than 10 years of experiences to orient health systems towards primary health care. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378301/9789240089341-eng.pdf>
- Mangoya D, Barham L, Moyo E, Moyo P, Dzinamarira T. The use of economic evaluation tools in essential health benefits package selection for universal health coverage. Value in Health Regional Issues. 2023;1;36:1-9.
- World Health Organization. Strengthening NCD service delivery through UHC benefit package: technical meeting report, Geneva, Switzerland, 2020.
- Kabir MJ, Vatankhah S, Delgoshaei B, Ravaghei H, Jafari N, Heidari A. Determinant criteria for designing health benefit package in selected countries. Life Science Journal. 2013;10(3):1392-1403.
- Norwegian Ministry of Health and Care Services. Principles for priority setting in health care: summary of Meld. St. 34 (2015–2016) Values in health prioritisation – open and fair. Oslo: Ministry of Health and Care Services; 2017 [cited 2025 Dec 15]. p. 1-72. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/439a420e01914a18b21f351143ccc6af/en-gb/pdfs/stm201520160034000engpdfs.pdf>
- Oortwijn W, Jansen M, Baltussen R. Evidence-informed deliberative processes for health benefit package design–part II: a practical guide. IJ of Health Policy and Management. 2021;10;11(10):2327-2336.
- Jamison DT, Gelband H, Horton S, Jha P, Laxminarayan R, Mock CN, et al., editors. Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty. 3rd ed. Volume 9. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2018. p. 147-167. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525289/>
- Luyckx VA, Moosa MR. Priority setting as an ethical imperative in managing global dialysis access and improving kidney care. In Seminars in Nephrology. 2021;41(3):230-241.
- Kapiriri L, Razavi D. How have systematic priority setting approaches influenced policy making? A synthesis of the current literature. Health policy. 2017;121(9):937-46.
- Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Annals of internal medicine. 2018;169(7):467-73.
- Alwan A, Majdzadeh R, Yamey G, Blanchet K, Hailu A, Jama M, et al. Country readiness and prerequisites for successful design and transition to implementation of essential packages of health services: experience from six countries. BMJ global health. 2023;8.
- Baltussen R, Mwalim O, Blanchet K, Carballo M, Eregata GT, Hailu A, et al. Decision-making processes for essential packages of health services: experience from six countries. BMJ Global Health. 2023;8.

13. Eregata GT, Hailu A, Geletu ZA, Memirie ST, Johansson KA, Stenberg K, et al. Revision of the Ethiopian essential health service package: an explication of the process and methods used. *Health Systems & Reform*. 2020;6(1).
14. Hayati R, Bastani P, Kabir MJ, Kavosi Z, Sobhani G. Scoping literature review on the basic health benefit package and its determinant criteria. *Globalization and health*. 2018;14(1):1-7.
15. Kabir MJ, Heidari A, Jafari N, Honarvar MR, Behnampour N, Mirkarim SK. Developing basic health services packages: Defining a prioritization of effectiveness criteria. *IJ of Healthcare Management*. 2021;14(3):650-5.
16. Kabir MJ, 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):511-22.
17. Sabik LM, Lie RK. Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. *IJ for equity in health*. 2008;7(1):4.
18. Hofmann B. Priority setting in health care: Trends and models from Scandinavian experiences. *Medicine, Health Care & Philosophy*. 2013;16(3):349-56.
19. Barra M, Broqvist M, Gustavsson E, Henriksson M, Juth N, Sandman L, et al. Severity as a priority setting criterion: setting a challenging research agenda. *Health Care Analysis*. 2020;28(1):25-44.
20. Nordgren A. Remote monitoring or close encounters? Ethical considerations in priority setting regarding telecare. *HealthC Analysis*. 2014;22(4):325-39.
21. Nunes R, Rego G. Priority setting in health care: A complementary approach. *HealthC Analysis*. 2014; 22(3):292-303.
22. Dehnavieh R, Rashidian A, Maleki M, Tabibi SA, Ibrahim H, Pour SN. Criteria for priority-setting in Iran basic health insurance package: exploring the perceptions of health insurance experts. *HealthMED*. 2011;5(6):1542-8.
23. Baltussen R, Jansen M, Akhtar SS, Bijlmakers L, Torres-Rueda S, Khalid M, et al. The use of evidence-informed deliberative processes for designing the essential package of health services in Pakistan. *IJ of Health Policy and Management*. 2023;12:8004.
24. Alwan A, Siddiqi S, Safi M, Zaidi R, Khalid M, Baltussen R, et al. Addressing the UHC challenge using the Disease Control Priorities 3 approach: lessons learned and an overview of the Pakistan experience. *IJ of Health Policy and Management*. 2023;13:8003.
25. Huda M, Kitson N, Saadi N, Kanwal S, Gul U, Jansen M, et al. Assessing global evidence on cost-effectiveness to inform development of Pakistan's essential package of health services. *IJ of Health Policy and Management*. 2024;13:8005:1-9.
26. Byskov J, Marchal B, Maluka S, Zulu JM, Bukachi SA, Hurtig AK, et al. The accountability for reasonableness approach to guide priority setting in health systems within limited resources—findings from action research at district level in Kenya, Tanzania, and Zambia. *Health Research Policy and Systems*. 2014;12(1):49.
27. Chi Y-L, Regan L. Investigating the inclusion of vertical programmes in health benefit packages: lessons from Zambia on the journey to universal health coverage. Washington, DC: Center for Global Development; 2021.
28. Wong JQ, Uy J, Haw NJ, Valdes JX, Bayani DB, Bautista CA, et al. Priority setting for health service coverage decisions supported by public spending: experience from the Philippines. *Health Systems & Reform*. 2018;4(1):19-29.
29. Oortwijn W, Surgey G, Novakovic T, Baltussen R, Kosherbayeva L. The use of evidence-informed deliberative processes for health benefit package design in Kazakhstan. *IJ of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(18):11412.
30. Kieslich K, Bump JB, Norheim OF, Tativess S, Littlejohns P. Accounting for technical, ethical, and political factors in priority setting. *Health Systems & Reform*. 2016;2(1):51-60.
31. Shahabi S, Pardhan S, Ahmadi Teymourlouy A, Skempes D, Shahali S, Mojgani P, et al. Prioritizing solutions to incorporate Prosthetics and Orthotics services into Iranian health benefits package: Using an analytic hierarchy process. *PLoS One*. 2021;16(6).
32. Ottersen T, Førde R, Kakad M, Kjellevoid A, Melberg HO, Moen A, et al. A new proposal for priority setting in Norway: open and fair. *Health policy*. 2016;120(3):246-51.
33. Van de Wetering EJ, Stolk EA, Van Exel NJ, Brouwer WB. Balancing equity and efficiency in the Dutch basic benefits package using the principle of proportional shortfall. *The European journal of health economics*. 2013;14(1):107-15.
34. Oduncu FS. Priority-setting, rationing and cost-effectiveness in the German health care system. *Med Health Care Philos*. 2013;16(3):327-39.
35. Kieslich K. Social values and health priority setting in Germany. *J of Health Organ Manag*. 2012;26(3):374-83.
36. Ahn J, Kim G, Sun Suh H, Moo Lee S. Social values and healthcare priority setting in Korea. *Journal of health organization and management*. 2012;26(3):343-50.
37. Bertram MY, Lauer JA, Stenberg K, Ralaidovy AH, Edejer TT. Progressive Realisation of Universal Health Coverage in Low-and Middle-Income Countries: Beyond the "Best Buys". *IJ of Health Policy and Management*. 2021;10(11):697-708.
38. 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.
39. Razavi SD, Kapiriri L, Wilson M, et al. Applying priority-setting frameworks: A review of public and vulnerable populations' participation in health-system priority setting. *Health Policy*. 2020;124(2):133-42.
40. Norheim OF. Ethical priority setting for universal health coverage: Challenges in deciding upon fair distribution of health services. *BMC Med*. 2016;14:75.
41. Norheim OF, Baltussen R, Johri M, Chisholm D, Nord E, Brock D, et al. Guidance on priority setting in health care (GPS-Health): the inclusion of equity criteria not captured by cost-effectiveness analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2014;12(1):18.
42. Youngkong S. Multi-criteria decision analysis for priority setting of health interventions in Thailand [PhD thesis]. Nijmegen: Radboud University Nijmegen; 2012.
43. Clark S, Weale A. Social values in health priority setting: A conceptual framework. *J of Health Organ & Manag*. 2012;26(3):293-316.

44. Simangolwa WM, Mbonigaba J, Govender K. Health technology assessment for sexual reproductive health and rights benefits package design in sub-Saharan Africa: A scoping review of evidence-informed deliberative processes. *Plos One*. 2024;19(6).
45. Reynolds T, Wilkinson T, Bertram MY, Jowett M, Baltussen R, Mataria A, et al. Building implementable packages for universal health coverage. *BMJ Global Health*. 2023;8.
46. Kaur G, Prinja S, Lakshmi PV, Downey L, Sharma D, Teerawattananon Y. Criteria used for priority-setting for public health resource allocation in low-and middle-income countries: a systematic review. *IJ of technology assessment in health care*. 2019;35(6):474-83.
47. Chuengsamarn P, Kasemsup V. PD first policy: Thailand's response to the challenge of meeting the needs of patients with end-stage renal disease. *In Seminars in nephrology*. 2017;37(3):287-295.
48. Nemzoff C, Ruiz F, Chalkidou K, Mehndiratta A, Guinness L, Cluzeau F, et al. Adaptive health technology assessment to facilitate priority setting in low-and middle-income countries. *BMJ Global Health*. 2021;6(4).

Identification of Criteria, Approaches, and Models for Prioritizing Health Interventions to Design the Basic Health Benefit Package (BHBP): A Scoping Review

Shiva Onegh¹, Shaghayegh Vahdat¹, Shahram Tofighi², Somayeh Hessam¹

Original Article

Abstract

Introduction: The aim of this study was to identify effective criteria, approaches, and models for prioritizing health interventions across various countries to inform the design of the Basic Health Benefits Package (BHBP).

Methods: The scoping review was conducted based on the PRISMA-ScR checklist. Electronic searches were performed in PubMed, Cochrane Library, and—for broader coverage—Google Scholar, ScienceDirect (Elsevier), SpringerLink, and Persian databases (MagIran, SID) from January 2005 to June 2024. These were supplemented by manual searches in WHO and World Bank resources, Google, and article references. Of 2,266 studies identified, 42 were selected for final analysis, with reference management handled using EndNote.

Results: Criteria were categorized as economic, effectiveness-related, equity-social, and subsidiary. Economic criteria (cost-effectiveness) and effectiveness (disease burden) were prevalent in most countries; however, equity-social criteria predominated in high-income countries. Health Technology Assessment (HTA) approaches and evidence-based deliberative processes (EDPs) were common in high-income countries, whereas low-income countries relied on stakeholder engagement and global models such as Disease Control Priorities (DCP3), Essential Universal Health Coverage (EUHC), Global Burden of Disease, and WHO-CHOICE cost-effective interventions—or combinations thereof.

Conclusion: Economic and effectiveness criteria are commonly used in prioritizing BHBP interventions, but equity/justice and subsidiary criteria gain prominence with increasing income levels. HTA approaches prevail in high-income countries, while DCP3 models are more common in low-income settings. These findings align with the Sustainable Development Goals.

Keywords: Health Priorities; Health Care Rationing; Universal Health Insurance; Insurance Benefits; Health Services

Received: 5 Jun; 2025

Accepted: 17 Mar; 2025

Published: 30 Mar; 2025

Citation: Onegh Sh, Vahdat Sh, Tofighi Sh, Hessam S. **Identification of Criteria, Approaches, and Models for Prioritizing Health Interventions to Design the Basic Health Benefit Package (BHBP): A Scoping Review.** Health Inf Manage 2025; 22(1):44-54.

This article resulted from PhD thesis with ethical code IR.IAU.CTB.REC.1402.008

1. Department of Health Service Administration, ST.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Department of Forecasting, Theory Building and Health Observatory, Medical Academy of IRI, Tehran, Iran

Corresponding Author: Shaghayegh Vahdat; Department of Health Service Administration, ST.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: sha_vahdat@iau.ac.ir