

بررسی وضعیت مدیریت مبتنی بر شواهد ارزشیابی اقتصادی در حوزه دارو نظام سلامت ایران و کشورهای منتخب: مطالعه تطبیقی

ابوالفضل علیاری^۱ / شقایق وحدت^۲ / سعاد محفوظپور^۳ / حسین مشیری تیریزی^۴

چکیده

مقدمه: امروزه در سطح بین‌المللی بهره‌گیری از شواهد در تصمیم‌گیری در زمینه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی بخش سلامت و دارو امری ضروری است. لذا این پژوهش با هدف مقایسه وضعیت مدیریت مبتنی بر شواهد ارزشیابی اقتصادی در حوزه دارو در نظام سلامت ایران و کشورهای منتخب انجام گردید.

روش پژوهش: این پژوهش، یک مطالعه تطبیقی است که در سال ۱۴۰۱ انجام شد. در این مطالعه، نمونه‌گیری به صورت هدفمند بوده و کشورهای استرالیا، انگلستان، آلمان و کانادا به لحاظ مولفه‌های استفاده از شواهد در ارزشیابی اقتصادی حوزه دارو مورد مقایسه قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها از پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر و سایر منابع مرتبط در زمینه موضوع پژوهش استفاده شد. در این مطالعه، یافته‌های به دست آمده در قالب جدول تطبیقی مورد مقایسه قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که تولید و استخراج شواهد در کشورهای کانادا، انگلستان و استرالیا الزامی و در کشور ایران و آلمان اختیاری است. همچنین نتایج نشان داد که به جزء کشور استرالیا و کانادا در سایر کشورهای دیگر از شواهد برای افزودن داروها به لیست دارویی استفاده نمی‌شود و در همه کشورها نیز به جزء کشور ایران، استانداردها و چارچوب‌های تولید شواهد وجود دارد.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش، طراحی مدل یکپارچه در جهت کاهش موازی کاری، توسعه ارتباطات با پژوهشگران و مراکز تحقیقاتی، تعیین اصول و مقررات تولید و به کارگیری شواهدات، تقویت رهبری، مدیریت و تولید نظام سلامت متناسب با وضعیت کشور و سایر کشورهای با شرایط مشابه پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: مدیریت مبتنی بر شواهد، ارزشیابی اقتصادی، دارو، نظام سلامت.

۱- دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک:

sha_vahdat@yahoo.com

۳- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۴- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

مقدمه

امروزه بخش سلامت نیازمند مداخلات هزینه اثربخش برای بهترین استفاده از ارزش پولی منابع می‌باشد [۱-۴]. با توجه به اهمیتی که مدیریت و سیاستگذاری در تعیین اثربخشی مداخلات برای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دارد [۵]، مدیریت مبتنی بر شواهد امری اجتناب ناپذیر به شمار می‌آید و به گفته‌ی هریسون (۱۹۹۸)، «وقت مدیریت مبتنی بر شواهد رسیده است و مدیریت با رویکرد سنتی و با ذهنیات و دیدگاه‌های صرفاً شخصی به پایان رسیده است» [۶].

مفهوم مدیریت مبتنی بر شواهد از پزشکی مبتنی بر شواهد مشتق شده است و جنبش نوینی در علوم مدیریتی به خصوص در مدیریت سازمان‌های مراقبت سلامت به پا کرده است [۷]. مدیریت مبتنی بر شواهد مستلزم تصمیم‌گیری‌های مدیریتی و سازمانی و اقدامات آگاهانه با استفاده از بهترین شواهد موجود است که در آن بهترین شواهد به عنوان نرم‌ها و استانداردها بکار می‌روند [۸،۹]. در مدیریت مبتنی بر شواهد نیز همانند پزشکی مبتنی بر شواهد و تا حدی در آموزش مبتنی بر شواهد [۱۰]، شرایط و نگرانی‌های اخلاقی در تصمیم‌گیری‌ها وجود دارد [۱۱]. اما بر خلاف پزشکی مبتنی بر شواهد، مدیران امروزی و آموزش‌دهنده‌گان مدیریت استفاده بسیار محدود و کمی از بهترین شواهد علوم رفتاری و مدیریت را در عرصه‌ی اجرا به نمایش می‌گذارند [۱۲،۱۳]. هویسون در خصوص مدیریت مبتنی بر شواهد می‌نویسد «پزشکی مبتنی بر شواهد، و به تازگی سیاستگذاری مبتنی بر شواهد منعکس‌کننده اهمیت فزاینده شواهد به عنوان پایه‌ای برای سازمان‌ها در آرایه مراقبت‌های سلامت است. عملکرد مبتنی بر شواهد در کانون توجه برای به روز نمودن آرایه مراقبت‌های سلامت در سیاست‌های کنونی نظام طب ملی در انگلستان قرار دارد. تازه‌ترین تجلی این رویداد در پیدایش مدیریت مبتنی بر شواهد برای مراقبت‌های سلامت نمود پیدا کرده است» [۱۴].

امروزه توجه به شواهد زبان رایج همه متخصصین سلامت در دنیا شده است و پزشکی مبتنی بر شواهد

بخشی انکار ناپذیر از توسعه دانش پزشکی و مراقبت‌های سلامت می‌باشد [۱۵]. در همین راستا، سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد و در سال‌های اخیر مدیریت مبتنی بر شواهد سعی در تکرار موفقیت رویکرد پزشکی مبتنی بر شواهد دارد تا در کنار هم به مراقبت سلامت با کیفیت مبتنی بر شواهد دست پیدا کنند [۸].

از طرف دیگر، صنعت داروسازی از نظر ارزش بازار، دومین صنعت بزرگ جهانی است. در کشورهای در حال توسعه، بیست تا پنجاه درصد بودجه سلامت، صرف تهیه دارو و لوازم پزشکی می‌گردد. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه که قوانین و مقررات اثر بخش ندارند، داروهای با کیفیت پایین زیاد است. تولید داروهای زیر استاندارد و با کیفیت پایین اکنون به یک معضل جهانی تبدیل شده است. هزینه‌های تامین دارو بخش عمده‌ای از بودجه سلامت را به خود اختصاص می‌دهد. فریتمتل و هیل معتقدند که در همه کشورها، هزینه‌های عمومی و خصوصی دارو، بخش قابل توجهی از هزینه‌های سلامت را به خود اختصاص می‌دهد و صنعت داروسازی از نظر ارزش بازار، دومین صنعت بزرگ جهانی است. قدر مسلم، به منظور جلوگیری از اتلاف چنین منبع مهمی در نظام سلامت بایستی برای کیفیت تولید دارو اهمیت خاصی قایل شد [۱۵،۱۶].

هم‌چنین با توجه به چالش‌های متعددی که در پی کمبود منابع در زمینه ارائه عادلانه خدمات و مراقبت‌های سلامت در نظام سلامت کشورهای مختلف وجود دارد، ضرورت اولویت بندی و تخصیص بهینه منابع موجود بیش از هر زمان دیگری احساس می‌شود [۱۶]. در حالیکه استفاده از شواهد در نظام سلامت ایران رو به گسترش است، در بیشتر کشورهای توسعه یافته روند استفاده از پزشکی مبتنی بر شواهد به سمت همراهی با پزشکی مبتنی بر اقتصاد حرکت کرده است [۱۷،۱۸]. در کنار این موارد باید توجه داشت که در راستای افزایش منافع سلامتی، منابع بایستی به شکلی کارآمد تخصیص داده شوند. بنابراین اولویت‌گذاری شامل تعیین قوانین نظام‌مند برای تصمیم‌گیری در خصوص توزیع منابع بهداشتی و درمانی بین برنامه‌های

مکانیسم، حوزه‌ها و کارکردهای استفاده از این شواهد را روشن نماید. لذا با توجه به لزوم مدیریت، تصمیم‌گیری، سیاست‌گذاری و اولویت‌گذاری مبتنی بر شواهد، پژوهش حاضر با هدف بررسی مکانیسم‌های مدیریت مبتنی بر شواهد ارزشیابی اقتصادی در حوزه دارو در نظام سلامت ایران و کشورهای منتخب جهان انجام گرفت.

روش پژوهش

پژوهش حاضر به صورت مطالعه توصیفی - تطبیقی بود که در سال ۱۴۰۱ انجام گرفت. جامعه و نمونه پژوهش در این مطالعه شامل مقالات، گزارش‌ها، وب سایت و اسناد مرتبط دیگر در کشورهای منتخب دارای تجارب مختلف در زمینه تولید و استفاده از شواهد ارزشیابی اقتصادی بودند. جهت دسترسی به اطلاعات و گزارش‌های مربوطه، پایگاه های اطلاعاتی Web of Science, Cochrane, ProQuest, Embase and Scopus, google scholar, Emerald و سایر پایگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی مربوطه بدون محدودیت زمانی برای پیدا کردن مقالات مرتبط جست و جو شدند. همچنین جهت دسترسی سریع‌تر به مطالعات و گزارشات از کلید واژه‌هایی چون؛ ارزشیابی اقتصادی دارو، مدیریت مبتنی بر شواهد، سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، شواهد دارویی، مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و سایر کلیدواژه‌های مرتبط بهره گرفته شد.

همچنین ابزار گردآوری داده‌ها، شامل فرم جمع آوری اطلاعات بود که پس از تایید اساتید راهنما و مشاور مورد استفاده قرار گرفت. فرم‌های محقق ساخته در دو بخش (وضعیت کلی نظام سلامت کشورها و وضعیت استفاده از شواهد ارزشیابی اقتصادی در حوزه دارو) تنظیم و تدوین گردید. در بخش اول به متغیرهایی چون؛ نوع نظام بهداشت و درمان، مشارکت‌کنندگان در، تامین مالی، ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، نقاط قوت و نقاط ضعف پرداخته شد. همچنین در بخش دوم فرم محقق ساخته متغیرهای؛ لیست دارویی، متولی امور دارویی، مهمترین بخش متولی شواهد ارزشیابی اقتصادی، نوع بکارگیری شواهد، مهمترین روش مورد

رقابتی موجود می‌باشد [۱۹]. با توجه به مطالب ذکر شده، استفاده از شواهد مناسب برای تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری ضروری به نظر می‌رسد و در صورتی که مدیران نظام سلامت، شواهد مربوط به علل ریشه ای مشکلات یا راهکارهای موثر مواجهه با این مشکلات را نادیده بگیرند، منابع گران‌بهای را به برنامه‌های نامناسب اختصاص داده و آنها را در معرض خطر اتلاف منابع قرار می‌دهند، که این می‌تواند به علت کمبود تخصص و منابع، همچنین فقدان برنامه‌های مبتنی بر شواهد قابل تطبیق با شرایط محلی باشد [۲۰، ۲۱].

از طرفی، مطالعات ارزشیابی اقتصادی به طور بالقوه برای تصمیم‌گیری و اولویت‌گذاری در بخش سلامت کمک فراوانی می‌کند اما در مواردی کاربرد و تاثیر آن در سطح هر کشور به طور مجزا دارای محدودیت‌هایی است. از جمله دلایل این امر می‌توان به نارسایی‌های فنی در زمینه تهیه شواهد و مدارک اقتصادی موجود، مصلحت‌اندیشی سیاسی، ترجیحات اجتماعی، موانع اجتماعی، در دسترس نبودن داده‌ها، ناسازگاری‌های روش شناختی در ارزشیابی کامل اقتصادی، محدودیت در تعمیم دادن یا انتقال یافته‌ها به خارج از مکان و موقعیت مطالعات اشاره نمود [۲۲]. از شواهد ارزشیابی اقتصادی در حوزه‌های مختلف نظام سلامت استفاده می‌گردد. در این زمینه پژوهش‌های متعددی از جمله، مطالعه چیشلم و اوانز در تامین مالی نظام سلامت [۲۳]، چالکیدو و کالیر در زمینه پوشش فراگیر [۲۴]، حمد در زمینه قیمت گذاری دارو در کشور اردن [۲۵]، راباریسون و همکاران در زمینه سلامت عمومی جمعیت [۲۶]، در زمینه سلامت روان [۲۷] و سایر مطالعات مرتبط دیگر، اثرات و کاربردهای استفاده از شواهد ارزشیابی اقتصادی را در نظام سلامت را مورد بررسی قرار داده‌اند.

براساس جستجوهای انجام شده مشخص گردید که عمده مطالعات انجام شده پیرامون پزشکی مبتنی بر شواهد، مدیریت و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد بوده است و کمتری پژوهشی در خصوص استفاده از شواهد در حوزه دارویی پرداخته‌اند. بررسی جنبه‌های مختلف استفاده از شواهد ارزشیابی اقتصادی می‌تواند دیدگاه جامعی از

ایالتی است که خدمات را از طریق بخش عمومی و خصوصی ارائه می‌کنند [۳۲-۳۷].

همچنین در جریان بررسی وضعیت کلی ساختار نظام سلامت کشورهای منتخب، به نقاط قوت و ضعف نظام سلامت کشورها نیز پرداخته شد. مالیات محور بودن تامین مالی نظام سلامت در دو کشور استرالیا و انگلستان به عنوان نقطه قوت شناسایی گردید [۲۹، ۳۲]. در خصوص سایر کشورهای منتخب و ایران نیز مشاهده گردید که داشتن نرخ ثابت حق بیمه، ارائه خدمات سلامت بدون توجه به وضعیت اقتصادی بیمار و کمک دولت به بیمارستان‌های غیرانتفاعی و سایر موارد که در قسمت یافته‌های پژوهش اشاره گردید، به عنوان نقطه قوت و اثربخشی نظام سلامت شناسایی گردیدند [۳۴، ۳۶، ۳۸]. سایر موارد و اطلاعات مورد مقایسه در جدول ۱ آورده شده است.

بکارگیری شواهد ارزشیابی اقتصادی در حوزه دارویی در کشورهای منتخب

مراحل ارزیابی و انتخاب دارو در استرالیا در لیست مثبت در کمیته‌های مشترکی در وزارت بهداشت و سلامت آن کشور و با مشارکت سازمان‌های بیمه‌گر و تایید نهایی وزیر بهداشت انجام می‌شود [۳۹]. نهادهای محصولات درمانی و دارویی جهت تصمیمات مربوطه، از کمیته ارزشیابی دارو استرالیا (ADEC) مشورت گرفته می‌شود. از سال ۱۹۶۰ تمام داروهای جدید که وارد استرالیا شده‌اند، از لحاظ اثربخشی و کارایی توسط کمیته ارزشیابی دارو استرالیا (ADEC) مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند، به صورتی که حتی اگر بخش‌های سلامت در خارج از کشور مانند اروپا و سازمان غذا و دارو آمریکا (FDA) مجوز فروش دارو را داده باشند، مجدداً لازم است از طریق کمیته ارزشیابی دارو استرالیا تایید شوند. از طرفی، سیستم مراقبت‌های بهداشتی استرالیا اولین کشوری بود که برای تصمیم‌گیری بازپرداخت از شواهد اقتصادی استفاده نمود (۴۰). مهم‌ترین بخش‌های متولی شواهد ارزشیابی اقتصادی شامل؛ طرح خدمات دارویی، کمیته مشورتی مزایای دارویی (PBAC) و کمیته ارزشیابی دارو استرالیا بودند

استفاده، مهم‌ترین ابزار سنجش پیامد، مهم‌ترین پیامد مدنظر، دیدگاه، گایدلاین اختصاصی، استفاده از شواهد در ورود دارو به لیست و استفاده از شواهد در بازپرداخت هزینه دارویی مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند.

در این مطالعه، مرور برخی تجارب کشورها در زمینه مقایسه استفاده از شواهد ارزشیابی اقتصادی در حوزه دارو در کشورهای منتخب انجام گرفت. کشورهای منتخب شامل؛ کشورهای استرالیا، انگلستان، کانادا و آلمان بودند که به دلیل سابقه طولانی‌تر در استفاده از شواهد ارزشیابی اقتصادی در حوزه دارویی و همچنین داشتن شاخص‌های مثبت و سیاست‌های اثربخش در این حوزه، و وارد مطالعه شدند. در نهایت جهت تجربه و تحلیل داده‌ها، مرور جامع مقالات، گزارش‌ها و اسناد مربوطه انجام شد و جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی صورت گرفت.

یافته‌ها

در این بخش از پژوهش، ابتدا ویژگی نظام‌های سلامت کشورهای مورد بررسی جدول ۱ و در ادامه بکارگیری شواهد ارزشیابی اقتصادی در حوزه دارویی کشورهای مورد بررسی جدول ۲ آورده شده است. (جدول ۱ و ۲) نظام سلامت کشورهای مورد بررسی

یافته‌های مطالعه درخصوص نوع سیستم مراقبت بهداشتی، نشان داد که نظام سلامت کشورهای استرالیا، انگلستان و کانادا به صورت نظام بهداشتی درمان ملی و همچنین نوع سیستم مراقبت بهداشتی کشورهای آلمان و ایران نیز به صورت ترکیبی از بخش‌های دولتی و غیر دولتی تامین مالی می‌باشد. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که همه کشورهای مورد مقایسه از نظام مشارکت مالی مالیات محور برخوردار هستند و به صورتی که تمامی کشورهای منتخب حداقل یکی از مشارکت‌های مالی آنان به صورت مالیات بوده است [۳۱-۳۸].

همچنین نتایج نشان داد که سیستم مراقبت‌های بهداشتی همه کشورهای منتخب و مورد مقایسه، ترکیبی پیچیده از بودجه و مسئولیت‌های دولت فدرال و

داروها، عمدتاً از طریق مقدار QALY های بدست آمده مقایسه می‌گردد. ابزارهای اندازه‌گیری مطلوبیت عمدتاً شامل EuroQol 5D (اندازه‌گیری کیفیت زندگی با روش اروپایی پنج بعدی) با در نظر گرفتن مبادله زمانی بر اساس وزن مطلوبیت‌ها می‌باشد. هزینه‌های در نظر گرفته شده بایستی هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم هستند که به نظام طب ملی وارد می‌شوند، هستند [۴۳، ۴۴].

در آلمان مراحل ارزیابی و انتخاب دارو در لیست منفی در کمیته‌های مشترکی در بدنه بخش ناظر بر خدمات یعنی وزارت بهداشت و سلامت آن کشور با مشارکت سازمان‌های بیمه‌گر و با تایید نهایی وزیر بهداشت انجام می‌شود. کمیته‌های مستقل ارزشیابی اقتصادی که جنبه مشاوره‌ای برای تصمیم‌گیری در پوشش بیمه‌ای یک دارو دارند در آلمان موسسه کیفیت و کارایی در مراقبت سلامت، ایجاد شده است. در آلمان دارو به محض دریافت مجوز مصرف در کشور، به صورت خودکار وارد لیست شده و پس از ارزیابی لازم روی دارو، انجام می‌شود و در صورت صلاحدید، دارو از فهرست خارج و یا ادامه حضور آن در لیست محدود می‌شود [۴۳].

در همه کشورها سازمان‌هایی وجود دارند که قیمت گذاری و بازپرداخت هزینه‌های دارویی را تحت نظر و کنترل داشته و تصمیم‌گیری نهائی را به عهده دارند و در موارد لزوم، کار بازمینی داروهای تعهد شده را انجام می‌دهند [۴۵]. در سال ۲۰۰۴، دولت آلمان انستیتو فدرال مستقلی به نام موسسه کیفیت و کارایی در مراقبت سلامت (IQWiG) برای ارزیابی کارایی، اثربخشی و کیفیت مسائل درمانی تاسیس کرد که براساس درخواست وزارت بهداشت یا با تصمیم خود می‌تواند ارزیابی‌های لازم را برای داروها انجام دهد. در حال حاضر، آنالیز هزینه اثربخشی به طور رسمی و اجباری انجام نمی‌شود و در این کشور گایدلاینی برای انجام مطالعات اقتصاد دارویی وجود ندارد [۴۶].

در کشور آلمان، اگرچه استناد به شواهد ارزشیابی اقتصادی در بررسی داروها الزامی و اجباری نیست، اما

که توسط وزارت سلامت و سالمندی استرالیا (DHA) اداره می‌شود. کمیته مشورتی مزایای دارویی (PBAC) بدنه‌ای قانون گذاری است که در آن درمورد اینکه آیا دارو در لیست قرار بگیرد توصیه می‌نماید [۴۲-۴۰].

همچنین جهت قرار گیری دارویی در لیست دارویی کشور، دستورالعمل شفافیت موجود بوده و شیوه مشخصی جهت بررسی ادبیات در مورد شواهد ارزشیابی اقتصادی داروها تعریف شده است که از طریق زیرکمیته اقتصادی PBAC انجام می‌شود. دیدگاه مورد استفاده در مطالعات ارزشیابی اقتصادی داروها، دیدگاه جامعه می‌باشد و از روش‌های هزینه اثربخشی، هزینه منفعت، هزینه مطلوبیت و حداقل سازی هزینه با اولویت هزینه مطلوبیت استفاده می‌شود. دستاورهای بالینی داروها، عمدتاً از طریق مقدار QALY بدست آمده مقایسه می‌گردد. ابزارهای اندازه‌گیری مطلوبیت متنوع بوده اما عمده ابزارهای مورد استفاده شامل EuroQol 5D (اندازه‌گیری کیفیت زندگی با روش اروپایی پنج بعدی) می‌باشد [۴۳].

در انگلستان، مراحل ارزیابی و انتخاب دارو در لیست منفی و در کمیته‌های مشترکی در بدنه بخش ناظر بر خدمات یعنی وزارت بهداشت و سلامت آن کشور با مشارکت سازمان‌های بیمه‌گر و با تایید نهایی وزیر بهداشت انجام می‌شود. کمیته‌های مستقل ارزشیابی اقتصادی که جنبه مشاوره‌ای برای تصمیم‌گیری در پوشش بیمه‌ای یک دارو دارند در انگلستان موسسه ملی تعالی بالینی (NICE) ایجاد شده اند [۲۱، ۴۳]. بدین منظور دستورالعمل مشخصی نیز تعریف شده است و شیوه مشخصی جهت بررسی ادبیات در مورد شواهد ارزشیابی اقتصادی داروها تعریف شده است که از طریق گروه ارزیابی فناوری (TAG) انجام می‌شود [۴۳]. دیدگاه مورد استفاده در مطالعات ارزشیابی اقتصادی داروها، دیدگاه پرداخت کننده یعنی نظام طب ملی انگلستان و با دیدگاه اجتماعی می‌باشد و از روش‌های هزینه اثربخشی و هزینه مطلوبیت با اولویت هزینه مطلوبیت استفاده می‌شود. دستاورهای بالینی

داشته و بر مدل درخت تصمیم‌گیری تاکید شده است [۳۸].

بسیاری از دولت‌های محلی در کانادا از شواهد ارزشیابی اقتصادی در مورد قرار گرفتن داروها در لیست‌های دارویی در برنامه‌های سلامت عمومی خود استفاده می‌کردند. در سال ۲۰۰۳، این دولت‌های محلی، با تصمیم خود، موسسه بررسی داروهای عمومی (CDR) را تشکیل دادند. این موسسه بخشی از آژانس کانادایی دارو و فناوری در سلامت (CADTH) می‌باشد که به صورت نظام مند، اثربخشی بالینی و هزینه اثربخشی داروهای جدید را مورد بررسی قرار می‌دهد و تصمیم می‌گیرد که کدام داروها در لیست‌های داروهای عمومی قرار گیرد یا خیر. این تصمیماتی که در موسسه بررسی داروهای عمومی (CDR) گرفته می‌شود، الزام و اجبار جهت اجرا در سطح دولت‌های محلی و استانی را ندارد و این دولت‌ها می‌توانند به تشخیص خود، دارو را در لیست خود قرار دهند [۴۷، ۴۹].

در نظام سلامت ایران نیز، لیست دارویی کشور مثبت و موجود می‌باشد و سازمان غذا و دارو و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متولی امور دارویی و نظارت بر آن می‌باشد. تولید و بکارگیری شواهد تاحدودی به صورت اختیاری بوده و الزامات قانونی وجود ندارد. هم‌چنین در ایران عمده روش‌های ارزشیابی اقتصادی در مطالعات دارو، به روش هزینه مطلوبیت است. واحد اندازه‌گیری میزان مطلوبیت بر اساس سال‌های با کیفیت زندگی تعدیل شده QALY می‌باشد. عمده دیدگاه تصمیمات و سیاست‌های دارویی در کشور، دیدگاه خریدار و پرداخت کننده خدمت می‌باشد [۵۰، ۲۲].

در خصوص شواهدات و ارزشیابی دارویی در ایران گایدلاین و استاندارد تعریف شده‌ای وجود ندارد و به صورت غیررسمی می‌باشد. هم‌چنین لازم به ذکر است که، استفاده از شواهد در ورود دارو به لیست و بازپرداخت هزینه‌های دارویی بسیار ضعیف بوده و معمولاً مورد استفاده قرار نمی‌گیرد [۳۴].

گایدلاین مشخص و تعریف شده‌ای برای انجام تدوین شده است که در آن به بررسی تمامی گزینه‌های جایگزین تاکید شده است. در کشور آلمان، استفاده از واحدهای طبیعی در بررسی پیامدها اهمیت بیشتری از کیفیت زندگی تعدیل شده با سال‌های زندگی (QALY) دارد. در گایدلاین تعریف شده در آلمان، تاکید بسیاری بر استفاده از مدل‌های تحلیل تصمیم‌گیری شده است، با این حال الزامی بر استفاده از مدل خاص تصمیم‌گیری وجود نداشته و بسته به سوال و مسئله، می‌توان از مدل‌های مختلف استفاده نمود [۳۸، ۴۷].

در فرآیند تصمیم‌گیری در مورد تحت پوشش قرار گرفتن و بازپرداخت هزینه‌های دارویی در آلمان، استفاده از ارزشیابی اقتصادی اجباری نیست اما در موسسات مختلف، توصیه به بکارگیری این شواهد وجود دارد. بدین منظور پس از تهیه و عرضه دارو با قیمت آزاد به مدل یکسال، موسسه کیفیت و کارایی در مراقبت سلامت (IQWiG) ملزم به بررسی پیامدهای داروهای عرضه شده است و این موسسه می‌تواند از شواهد ارزشیابی اقتصادی نیز استفاده نماید و در صورت تایید، بازپرداخت هزینه‌ها به مدت دو سال انجام خواهد گرفت [۴۸].

در کانادا دستورالعمل رسمی برای ارزیابی اقتصادی توسط سیاستگذاران نظام بازپرداخت، به رسمیت شناخته شده و مورد استفاده قرار می‌گیرد [۴۳].

گایدلاین اختصاصی کانادا در بررسی داروها و فناوری‌ها توسط آژانس کانادایی دارو و فناوری در سلامت (CADTH) تدوین شده است. (گریمز و همکاران، ۲۰۱۷). هم‌چنین در کانادا عمده روش‌های ارزشیابی اقتصادی در مطالعات دارو مربوط به روش هزینه مطلوبیت است. واحد اندازه‌گیری میزان مطلوبیت بر اساس سال‌های با کیفیت زندگی تعدیل شده QALY هستند که بر اساس ابزارهای متنوع اندازه‌گیری می‌شود، اما پر کاربردترین ابزار اندازه‌گیری، پرسشنامه اروپایی کیفیت زندگی EuroQol 5D است که بر اساس نرخ تنزیل ۵ درصد تنظیم می‌گردد. مدل سازی در ارائه ارزشیابی اقتصادی اهمیت فراوان

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت مدیریت مبتنی بر شواهد ارزشیابی اقتصادی در حوزه دارو نظام سلامت ایران و کشورهای منتخب انجام گردید. نتایج حاصل از مطالعه کشورهای منتخب و ایران نشان داد که به جز ایران و آلمان سایر کشورهای منتخب از نظام و مشارکت مالی مبتنی بر مالیات برخوردار بودند [۲۱،۳۳،۴۶،۴۷]. ایران و آلمان از مشارکت و نظام مالی مختلط برخوردار بودند [۳۴،۳۶] و عمده تامین مالی از طریق مالیات، پرداخت مستقیم از جیب، بیمه خصوصی و سایر موارد انجام می‌گردد. همچنین براساس یافته‌های پژوهش نشان داده شد که در همه کشورهای مورد بررسی، بخش خصوصی و دولتی در ارائه خدمات درگیر هستند [۲۸،۳۱،۳۲،۳۷،۴۲]. عمدتاً نظام تامین مالی و نوع مشارکت مالی به سیاست‌های نظام سلامت و وضعیت اقتصادی آن کشور بستگی دارد، به همین منظور سیاست‌های مشارکت مالی در کشورهای منتخب قابل توجه می‌باشد.

درخصوص متولی امور دارویی مشاهده گردید که نظام سلامت هر کشور و زیرمجموعه‌های اصلی آن متولی امور دارویی بوده و وظیفه نظارت، پایش و کنترل امورات دارویی را برعهده دارند. همچنین مشاهده گردید که در هر یک از نظام‌های سلامت بررسی شده، یک بخش مستقل و مجزایی برای شواهد ارزشیابی اقتصادی وجود دارد که به عنوان مهم‌ترین و اصلی‌ترین بخش فعالیت می‌نماید [۲۱،۳۹،۴۳،۴۶،۴۸،۴۹]. در بررسی‌های انجام شده و همچنین نظام ساختاری نهادهای مرتبط با نظام سلامت مشخص گردید که در هر کشوری نهاد و سازمانی که متولی نظام سلامت آن کشور می‌باشد، یک نهاد مستقل و مجزایی وظیفه دارویی و سیاست‌های مرتبط با آن را برعهده دارد که در ایران سازمان غذا و دارو که یک سازمان مستقل و زیرمجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد، این امر مهم را عهده دار می‌باشد.

همچنین یافته‌های مطالعه تطبیقی در خصوص تولید شواهد در کشورهای منتخب و ایران حاکی از این بود

که، تولید و استخراج شواهد جهت سیاست‌گذاری‌ها و انجام تصمیمات مربوطه، صرفاً در کشورهای ایران و آلمان اختیاری بوده (۴۹) ولی در سایر کشورهای مورد بررسی الزامی و اجباری می‌باشد [۴۰،۴۲،۴۳،۳۸]. قابل ذکر است باعنایت به اینکه پوشش و سیاست‌های برخی از داروها در کشور ایران و آلمان براساس وضعیت اپیدمی‌ها و اقتصادی کشور انجام می‌گیرد، تولید و استخراج شواهد اختیاری بوده و مطابق با سیاست‌های بالادستی نیز مکلف به تولید شواهد نمی‌باشند. همچنین در خصوص به کارگیری شواهد در تصمیمات دارویی مشاهده گردید که فقط در کشور استرالیا الزامی و اجباری می‌باشد [۳۹] ولی در سایر کشورهای مورد بررسی به صورت اختیاری می‌باشد [۳۹،۴۳،۴۶،۴۸،۴۹]. از طرفی اصلی‌ترین و مهم‌ترین روش بهره‌گیری از شواهدات در همه کشورهای بررسی شونده، به کارگیری آن در محاسبه هزینه مطلوبیت می‌باشد و همه کشورها در بهره‌گیری از این روش شبیه به هم بودند [۳۷،۴۷،۲۸،۳۱]. که براساس دلایلی که برای تولید و استخراج شواهد اشاره گردید، این امر قابل توجه می‌باشد.

همچنین در فرآیند بررسی و مقایسه کشورها مشاهده گردید که داشتن پروتکل‌ها و استانداردهای لازم در به کارگیری و استفاده از شواهد، از الزامات ساختاری و فرآیندی بوده و کشورهای منتخب تاکید بر داشتن چنین استانداردی داشتند. بنابراین در بررسی یافته‌ها مشخص گردید که همه کشورهای منتخب از یک استاندارد و چارچوب مشخصی برخوردار هستند [۲۸،۳۰،۳۲،۳۳،۳۷،۴۳،۴۸،۴۹]. اما برخلاف کشورهای بررسی شده، مشاهده گردید که در ایران چنین استاندارد و چارچوب به صورت رسمی و مشخص شده وجود ندارد. باتوجه به یافته‌های پیشین که اشاره گردید، تولید و به کارگیری شواهد در کشور ایران اختیاری بوده و الزامی به تولید و استفاده از شواهد در سیاست‌هایی دارویی وجود ندارد، لذا منطقی است که چارچوب و استاندارد نیز وجود نداشته باشد. لازم به ذکر باتوجه به این که در کشور آلمان نیز مانند کشور ایران

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل بخشی از پایان نامه دکتری مصوب دانشگاه دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب می باشد. نویسندگان از کلیه مشارکت کنندگان در مطالعه که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند، نهایت سپاسگزاری را دارند.

تولید و استخراج شواهد اختیاری بود، اما از استاندارد مشخص برای تولید و به کارگیری شواهد برخوردار هستند که ممکن است اقدامی در جهت الزامی نمودن تولید و استفاده از شواهد در سیاست‌های ارزشیابی اقتصادی دارویی در آن کشور باشد.

بررسی تطبیقی وضعیت مدیریت مبتنی بر شواهد ارزشیابی اقتصادی در حوزه دارو نظام سلامت نشان داد که تولید و استخراج شواهد و بهره‌گیری از آن از الزامات نظام سلامت و علی‌الخصوص در حوزه دارویی به شمار می‌رود و استنباط گردید که طراحی و تدوین استانداردها و چارچوب‌های می‌توانند کمک زیادی به این فرآیند بکند [۲۱، ۳۷، ۳۹، ۴۲، ۴۶، ۴۷]. همچنین یافته‌ها نشان داد که باید در سیاست‌گذاران، مدیران، تصمیم‌گیرندگان و سایر افراد متولی تعهد و الزامی ایجاد گردد که در هر تصمیمی از شواهدات بهره‌برند و نسبت به تصمیمات خود مسئولیت پذیر و پاسخگو باشند. براساس یافته‌های پژوهش تدوین و طراحی یک مدل یکپارچه مدیریت مبتنی بر شواهد ارزشیابی اقتصادی در حوزه دارو نظام سلامت شامل کاهش مواز کاری و تداخلات امور اداری، توسعه ارتباطات بیشتر با پژوهشگران و مراکز تحقیقاتی و پژوهشی، تعیین اصول راهنمای تدوین قوانین و مقررات تولید و به کارگیری شواهدات، استفاده بیشتر از شواهد پژوهشی در سیاست‌گذاری بهداشت و درمان، تقویت رهبری، مدیریت و تولید نظام سلامت متناسب با وضعیت کشور و سایر کشورهای با شرایط مشابه پیشنهاد می‌گردد.

در پایان و براساس نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود که میزان استفاده از منابع اطلاعاتی و منابع شواهد توسط سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان حوزه دارویی در نظام سلامت کشور مبتنی بر میزان موفقیت تصمیمات ناشی از آن سنجیده شود.

از مهم‌ترین محدودیت‌های مطالعه می‌توان به؛ پایین بودن مطالعات و مقالات مرتبط با موضوع پژوهش، عدم گزارش داده‌های به روز و عدم دسترسی به برخی از یافته‌های اصلی مطالعه اشاره داشت.

جدول ۱ - مشخصات نظام‌های سلامت کشورهای مورد بررسی

متغیر/کشور	استرالیا	انگلستان	آلمان	کانادا	ایران
نوع نظام بهداشت و درمان	نظام سلامت ملی	نظام سلامت ملی	مختلط	نظام سلامت ملی	مختلط
مشارکت کنندگان در تامین مالی	<ul style="list-style-type: none"> مالیات عمومی بودجه فدرال و ایالتی 	<ul style="list-style-type: none"> مالیات عمومی هزینه‌ها و دریافت‌ها از قبیل فروش زمین و درآمد حاصل از طرح‌های تولید درآمد 	<ul style="list-style-type: none"> مالیات صندوق‌های بیمه اجتماعی بیمه خصوصی پرداخت از جیب 	<ul style="list-style-type: none"> مالیات پرداخت مستقیم از جیب بیمه خصوصی صندوق‌های بیمه اجتماعی هدایای موسسه خیریه 	<ul style="list-style-type: none"> بودجه عمومی مالیات پرداخت از جیب بیمه خصوصی
ارائه کنندگان خدمات سلامت	بخش دولتی و خصوصی	بخش دولتی و خصوصی	بخش دولتی و خصوصی	بخش دولتی، غیر انتفاعی و خصوصی	دولتی، خصوصی، عمومی غیردولتی و خیریه
نقاط قوت	<ul style="list-style-type: none"> مالیات محوری ارائه خدمات متناسب با نیاز جمعیت 	<ul style="list-style-type: none"> مالیات محوری مسئولیت پذیری و پاسخگویی NHS به پارلمان؛ ارائه رایگان خدمات سلامت در NHS؛ کاهش دیوانسالاری و افزایش استقلال ارائه کنندگان خدمات 	<ul style="list-style-type: none"> تعیین نرخ ثابت حق بیمه وحدت صندوق انباشت منابع به صورت منسجم و یکپارچه داشتن سقف حق بیمه ثانویه استقلال شهروندان در تغییر صندوق بیمه ای اعطای یارانه به اقشار خاص و کم درآمد 	<ul style="list-style-type: none"> ارائه خدمات سلامت صرف نظر از توانایی پرداخت؛ طرح‌های بیمه سلامت بیمه اجتماعی و تامین مالی آن‌ها توسط دولت مرکزی؛ تامین مالی بیمارستان‌های غیرانتفاعی توسط دولت نظارت دولت بر پرداخت‌ها و ارائه خدمات در بیمارستان‌ها و مطب‌ها 	<ul style="list-style-type: none"> نرخ ثابت حق بیمه، اعطای بودجه و یارانه دولتی به اقشار کم درآمد و روستایی حمایت از بیماران خاص، صعب‌العلاج و سرطانی حمایت از بیماران نادر رایگان بودن مراقبت‌های بهداشتی اولیه
نقاط ضعف	<ul style="list-style-type: none"> افزایش تقاضا در ارائه خدمات سلامت سهمیه بندی داروها 	<ul style="list-style-type: none"> افزایش تورم در تامین مالی NHS افزایش تقاضا در ارائه خدمات سلامت و طولانی شدن صف انتظار در NHS سهمیه بندی داروها در NHS افزایش نقش بخش خصوصی توجه فزاینده شهروندان به بخش خصوصی 	<ul style="list-style-type: none"> پرداخت منابع مالی به صندوق‌های بیمه ای براساس عوامل ریسک اجازه به شرکت‌های بیمه ای در وضع حق بیمه اضافی افزایش رقابت پذیری در بین صندوق‌های بیمه ای 	<ul style="list-style-type: none"> حضور چشمگیر بیمارستان‌های اجتماعی و پزشکان خویش فرما در ارائه خدمات سلامت 	<ul style="list-style-type: none"> ترکیبی بودن نظام تامین مالی رقابت ضعیف بین بیمه‌ها پرداخت از جیب بالا سیاست‌گذاری‌های مبتنی بر آزمون و خطا

جدول ۲: استفاده از شواهد ارزشیابی اقتصادی در حوزه دارو در کشورهای منتخب

متغیر/کشور	استرالیا	انگلستان	آلمان	کانادا	ایران
لیست دارویی	مثبت	منفی	منفی	مثبت	مثبت
متولی امور دارویی	وزارت سلامت و سالمندی	دپارتمان سلامت	وزارت سلامت	سلامت کانادا	سازمان غذا و دارو / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
مهمترین بخش متولی شواهد ارزشیابی اقتصادی	کمیته ارزشیابی دارو استرالیا طرح خدمات دارویی کمیته مشورتی مزایای دارویی	موسسه ملی تعالی بالینی مرکز هماهنگی ملی برای ارزیابی فناوری سلامت کمیته مشورتی داروهای نظام طب ملی	موسسه کیفیت و کارایی در مراقبت سلامت	آژانس کانادایی دارو و فناوری در سلامت	کمیته‌های زیر نظر سازمان غذا و دارو (کمیته ارزیابی و ارزشیابی، کمیته تجویز و مصرف منطقی دارو و...)
نوع بکارگیری شواهد	تولید شواهد: اجباری بکارگیری شواهد: اجباری	تولید شواهد: اجباری بکارگیری شواهد: اجباری	تولید شواهد: اجباری بکارگیری شواهد: اجباری	تولید شواهد: اجباری بکارگیری شواهد: اجباری	تولید شواهد: اختیاری بکارگیری شواهد: اختیاری
مهمترین روش مورد استفاده	هزینه مطلوبیت	هزینه مطلوبیت	هزینه مطلوبیت	هزینه مطلوبیت	هزینه مطلوبیت
مهمترین ابزار سنجش پیامد	EuroQol 5D	EuroQol 5D	اشاره نشده است	EuroQol 5D	اشاره نشده
مهمترین پیامد مدنظر	QALY	QALY	QALY	QALY	QALY
دیدگاه	جامعه	پرداخت کننده	پرداخت کننده	پرداخت کننده	پرداخت کننده
گایدلاین اختصاصی	وجود دارد	وجود دارد	وجود دارد	وجود دارد	ندارد.
استفاده از شواهد در ورود دارو به لیست	وجود دارد	خیر	خیر	وجود دارد	ضعیف
استفاده از شواهد در بازپرداخت هزینه دارویی	وجود دارد	وجود دارد	وجود دارد	وجود دارد	ندارد.

Reference:

- 1- Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International journal of integrated care*, 2001;1.
- 2- Organization WH. *Choosing Interventions that are Cost-Effective (WHO-CHOICE)*. Geneva: World Health Organization; 2012.
- 3- Yan R. *Cost-effective Intervention: Innovative Strategies for Public Health Care*: Pennsylvania State University; 2014.
- 4- Weinstein MC, Skinner JA. Comparative effectiveness and health care spending—implications for reform. *New England Journal of Medicine*, 2010; 362(5): 460-5.
- 5- GROL R. Between evidence-based practice and total quality management: the implementation of cost-effective care. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000; 12(4): 297-304.
- 6- Harrison S. The politics of evidence-based medicine in the United Kingdom. *Policy & Politics*, 1998; 26(1): 15-31.
- 7- García Del Junco J, De Reyna Zaballa R, García Álvarez de Perea J. Evidence-based administration for decision making in the framework of knowledge strategic management. *The Learning Organization*, 2010; 17(4): 343-63.
- 8- Walshe K, Rundall TG. Evidence-based management: From theory to practice in health care. *The Milbank Quarterly*, 2001; 79(3): 429-57.
- 9- Kovner AR, Fine DJ, D'Aquila R. *Evidence-based management in healthcare*: Health Administration Press; 2009.
- 10- White KR, Lemak CH, Griffith JR. Improving healthcare management education using principles from Baldrige and evidence-based management. *Journal of Health Administration Education*, 2011; 28(3): 187-207.
- 11- Hofmann P. The Ethics of Evidence-Based Management. *Healthcare Executive*, 2010; 25(1): 48-51.
- 12- Stewart R. *Evidence-based management: a practical guide for health professionals*: Radcliffe Publishing; 2002.
- 13- Hamlin B. In Support of Evidence-Based Healthcare Management: an empirical study of managerial effectiveness within an NHS trust hospital: Management Research Centre, Wolverhampton Business School; 2001.
- 14- Hewison A. Evidence-based management in the NHS: is it possible? *Journal of Health Organization and Management*, 2004; 18(5): 336-48.
- 15- Muir Gray J. *Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions*. London: Churchill Livingstone, 1997; 53.
- 16- Asante AD, Zwi AB. Factors influencing resource allocation decisions and equity in the health system of Ghana. *Public Health*, 2009; 123(5): 371-7.
- 17- Manning J. Exceptional circumstances schemes and the social factors exclusion in healthcare rationing. *Oxford University Commonwealth Law Journal*, 2013; 13(1): 75-114.
- 18- Samanta A, Samanta J. Evidence-based medicine: A clinical governance tool for rationalising or rationing health care? *Clinical Governance: An International Journal*, 2005; 10(4): 308-13.
- 19- Buse K, Mays N, Walt G. *Making health policy*: McGraw-Hill Education (UK); 2012.
- 20- Bastani P, Kavosi Z, Poori SA, Nasab MHI. Evidence-based policy and decision-making among health managers: a case of Shiraz University of

- Medical Sciences. Galen Medical Journal, 2017; 6(1): 30-8.
- 21- Packer M, Metra M. Guideline-directed medical therapy for heart failure does not exist: a non-judgmental framework for describing the level of adherence to evidence-based drug treatments for patients with a reduced ejection fraction. *European Journal of Heart Failure*, 2020; 22(10): 1759-67.
- 22- Imani Nasab MH, Seyedin SH, Majdzadeh SR, Yazdizadeh B, Salehi M. Factors Affecting the Development of Evidence-Based Health Policy Papers at the Ministry of Health Care and Medical Education. *Journal of Health Administration*, 2015; 18(60): 105-17.
- 23- Chisholm D, Evans DB. Economic evaluation in health: saving money or improving care? *Journal of Medical Economics*, 2007; 10(3): 325-37.
- 24- Chalkidou K, Culyer AJ. Making choices on the journey to universal health care coverage: from advocacy to analysis. *Value in Health*, 2016; 19(8): 910-2.
- 25- Hammad EA. The use of economic evidence to inform drug pricing decisions in Jordan. *Value in Health*, 2016; 19(2): 233-8.
- 26- Rabarison KM, Bish CL, Massoudi MS, Giles WH. Economic evaluation enhances public health decision making. *Frontiers in public health*, 2015; 3: 164.
- 27- Evers S, Salvador-Carulla L, Halsteinli V, McDaid D, Group M. Implementing mental health economic evaluation evidence: building a bridge between theory and practice. *Journal of Mental Health*, 2007; 16(2): 223-41.
- 28- Gumbs PD, Verschuren MW, Mantel-Teeuwisse AK, de Wit AG, de Boer A, Klungel OH. Economic Evaluations of Cholesterol-Lowering Drugs. *Pharmacoeconomics*, 2007; 25(3): 187-99.
- 29- Grosios K, Gahan PB, Burbidge J. Overview of healthcare in the UK. *EPMA Journal*, 2010; 1(4): 529-34.
- 30- Macarthur D. Pharmaceutical pricing and reimbursement in the United Kingdom. *HEPAC Health Economics in Prevention and Care*, 2000; 1(1): 47-50.
- 31- Healy J, Sharman E, Lokuge B, Organization WH. Australia: Health system review; 2006.
- 32- Armstrong BK, Gillespie JA, Leeder SR, Rubin GL, Russell LM. Challenges in health and health care for Australia. *Medical Journal of Australia*, 2007; 187(9): 485-9.
- 33- Barati Marnani A, Nabilo B. A Comparative study of the organizational superiority model in Health care at selected countries proposing a model for Iran. *Journal of Health Administration*, 2005; 7(18): 14-9.
- 34- Ahmadi m, jalali r, Raiszadeh m. Seven years of experience in the health system transformation plan in Iran: a comparative study and narrative review. *Quarterly Journal of Nursing Management*, 2021; 10(1): 119-29.
- 35- Ridic G, Gleason S, Ridic O. Comparisons of health care systems in the United States, Germany and Canada. *Materia socio-medica*, 2012; 24(2): 112.
- 36- Busse R, Riesberg A, Organization WH. Health care systems in transition: Germany; 2004.
- 37- Marchildon GP, Allin S, Merkur S. Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2020; 22(3).
- 38- Riedel R, Repschläger U, Griebenow R, Breitkopf S, Schmidt S, Guhl A. International standards for health economic evaluation with a focus on the German approach. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 2013; 38(4): 277-85.

- 39- Stevens A. Pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Australia. mimeo; 2000.
- 40- Haas M, Viney R, Gallego G. Implementing guidelines for reimbursement in Australia: how the PBAC and MSAC use comparative cost-effectiveness. Sydney (NSW): Centre for Health Economics (CHERE)/University of Technology Sydney; 2006.
- 41- Miners JO, Rowland A, Novak JJ, Lapham K, Goosen TC. Evidence-based strategies for the characterisation of human drug and chemical glucuronidation in vitro and UDP-glucuronosyltransferase reaction phenotyping. *Pharmacology & Therapeutics*, 2021; 218: 107.
- 42- Wood K, Giannopoulos V, Louie E, Baillie A, Uribe G, Lee KS, et al. The role of clinical champions in facilitating the use of evidence-based practice in drug and alcohol and mental health settings: A systematic review. *Implementation Research and Practice*, 2020; 1: 262.
- 43- Salas-Vega S, Bertling A, Mossialos E. A comparative study of drug listing recommendations and the decision-making process in Australia, the Netherlands, Sweden, and the UK. *Health Policy*, 2016; 120(10): 1104-14.
- 44- Tay Wee Teck JB, Baldacchino A. Why Do Different Forms of Knowledge Matter in Evidence-Based Drug Policy? : American Public Health Association; 2022: S140-S2.
- 45- Paris V, Docteur E. Pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Germany; 2008.
- 46- Danzon PM, Ketcham JD, editors. Reference pricing of pharmaceuticals for Medicare: evidence from Germany, The Netherlands, and New Zealand. *Forum for health economics & policy*; 2004: De Gruyter.
- 47- Vandersluis S, Reid JC, Orlando L, Bhatia M. Evidence-based support for phenotypic drug discovery in acute myeloid leukemia. *Drug Discovery Today*; 2022: 103407.
- 48- Wenzl M, Paris V. Pharmaceutical reimbursement and pricing in Germany. *OECD (Ed)*, 2018;1:22.
- 49- Paris V, Belloni A. Value in pharmaceutical pricing. 2013.
- 50- Masoudi Asl I, Hasanzadeh E, Raeissi p. Determining the Sources of Evidence Used in Decision Making of Staff Managers in Iran University of Medical Sciences:2019. *Journal of Health Administration*, 2021; 23(4): 61-9.

Investigating the Status of Management Based on Economic Evaluation Evidence in the Pharmaceutical Field of the Health System of Iran and Selected Countries: a Comparative Study

● **Abstract** Aliari A¹, Vahdat SH², Mahfoozpour S³, Moshiri Tabrizi S⁴

Introduction: Nowadays, at the international level, it is necessary to use evidence in decision-making in the field of policy and planning of the health and medicine sector, the present study was conducted with the aim of investigating the status of management based on economic evaluation evidence in the field of medicine in the health system of Iran and selected countries.

Methods: This research is a comparative study that was conducted in 1401. The sampling was purposeful and the countries of Australia, England, Germany and Canada were compared in terms of the components of using evidence in the economic evaluation of the drug field. To collect data, reliable databases and other related sources were used in the field of the research topic. The findings were compared in the form of a comparative table.

Results: The findings showed that producing and extracting evidence is mandatory in Canada, England and Australia and optional in Iran and Germany. Also, except for Australia and Canada, in other countries, evidence is not used to add drugs to the drug list. Also, there are standards and frameworks for producing evidence in all countries except Iran.

Conclusion: The results showed, designing an integrated model to reduce work parallelism, developing communication with research centers, determining principles and regulations for the production and application of evidence, strengthening the leadership, management and supervision of the health system in accordance with the state of the country and other countries with similar conditions are proposed.

Keywords: Evidence-based management, Economic evaluation, Medicine, Health system.

1- PhD Student, Department of Healthcare Management, South Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Department of Health Services Management, South Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran, (Corresponding Author), sha_vahdat@yahoo.com

3- Associate Professor, Department of Healthcare Management, South Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

4- Assistant Professor, Department of Healthcare Management, South Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran