

خلاصه سیاستی وضعیت مصرف دارو در ایران

پیشنهادات برای سیاستگذاری‌های آگاه از شواهد

به پیشنهاد معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



پیام‌های اصلی

- وضعیت تجویز و مصرف دارو در ایران منطقی نیست و نیاز به تدوین نقشه راه جدی وجود دارد؛
- اقدام آتی بیوتیکی در سُخ پزشکان عمومی و پزشکان متخصص بالاتر از رنج نرمال تجویز می‌شود؛
- با وجود تدوین مداخلات و سیاست‌های مربوط به مصرف منطقی دارو، به نظر می‌رسد دلایل رخداد این موضوع نیاز به توجه جدی دارد؛
- بیشترین موارد نیاز به اصلاح در این حوزه، در بخش حاکمیتی می‌باشد و ضرورت دارد اقدام جدی برای تصحیح حاکمیت موضوع در کشور مستقر گردد؛
- انجام اقدامات سیاستگذاری آگاه از شواهد یکی از نقایص عمده در این زمینه است که نیاز به توجه جدی دارد؛
- منطقی شدن مصرف دارو در ایران یکی از راهکارهای اصلی حرکت به سمت کارآمد شدن نظام سلامت و سپس رسیدن به پوشش همگانی سلامت است، این موضوع یک اقدام مشارکتی در داخل وزارت بهداشت (با مشارکت تمام زیرمجموعه وزارت بهداشت - با توجه به تفکیک وظایف) و همچنین در برخی موارد یک اقدام بین‌بخشی است.

اهمیت موضوع

رسیدن به پوشش همگانی سلامت^۱ یکی از اصلی‌ترین اهداف نظام‌های سلامت در عصر حاضر است. پوشش همگانی سلامت دسترسی به خدمات با کیفیت به روش عادلانه در زمان نیاز، بدون بروز خطرات مالی (برای تمام گروه‌های جمعیتی) می‌باشد. خدمات شامل تمام انواع خدمات سلامتی (ارتقاء، پیشگیری، تشخیص، درمان، توانبخشی و تسکینی) می‌باشد. در این میان دسترسی به داروهای ضروری و واکسن‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از سویی پوشش همگانی سلامت، در واقع پیامد همه اقداماتی است که برای تقویت نظام‌های سلامت انجام می‌شود. تقویت نظام‌های سلامت منجر به کارآمدی مناسب این نظام‌ها می‌شود که خود یکی از مهمترین راهکارهای رسیدن به پوشش همگانی سلامت تلقی می‌شود و پس از مهمترین اقداماتی که در نظام‌های سلامت باید انجام گیرد تلاش برای کارآمدتر شدن آ این نظام‌ها است. در طی یک دهه اخیر، موضوع ناکارایی نظام سلامت (یا به عبارت ساده‌تر هدر رفت منابع در نظام سلامت با وجودی که منابع بسیار محدود هستند) مورد توجه ویژه قرار گرفته است و منابع ناکارآمدی بررسی شده و از کشورها خواسته شده است که برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت در جهت رفع این ناکارآمدی‌ها تلاش نمایند. ده علت شناخته شده برای ناکارآمدی مطرح است که سه علت اول آن مربوط به وضعیت دارو در کشورها می‌باشد. در جدول شماره یک، منابع ناکارایی نظام سلامت مرتبط به دارو ارائه شده است.

1. Universal Health Coverage
2. Efficient

جدول ۱ - منابع ناکارایی نظام‌های سلامت: علل مرتبط به دارو

ردیف	منابع ناکارایی	دلایل معمول ناکارایی
۱	کمبود استفاده از داروهای ژنریک و استفاده از داروهای با قیمت بالاتر از قیمت واقعی (پرند) برای آنها	۱- کنترل ناکافی عوامل زنجیره عرضه، توزیع و تجویز دارو؛ ۲- کارآمدی پایین و همچنین ایمنی نامناسب درک شده برای داروهای ژنریک؛ ۳- الگوهای سنتی تجویز و توزیع و حضور نظام‌های ناکارا برای تهیه و توزیع دارو؛ ۴- مالیات و عوارض بر داروها؛ ۵- بازاریابی بیش از حد برای دارو.
۲	استفاده از داروهای تقلبی و غیراستاندارد	۱- عدم کفایت ساختارها/ مکانیسم‌های قانونی وابسته به دارو؛ ۲- سیستم تدارکاتی ضعیف.
۳	تجویز و مصرف نامناسب دارو	۱- مشوق‌های نامناسب برای تجویزکنندگان و شیوه‌های ترویج غیراخلاقی؛ ۲- تقاضا / انتظارات مصرف‌کنندگان؛ ۳- آگاهی نامحدود در مورد اثرات درمانی؛ ۴- چارچوب‌های قانونی نامناسب.

سه علت درج شده در جدول یک، منابع مستقیم ناکارایی نظام سلامت هستند که مرتبط به دارو می‌باشند. سایر علل نیز در بین هفت علت باقیمانده می‌تواند مرتبط با دارو باشد که در این متن آورده نشده است.

خلاصه سیاستی وضعیت مصرف دارو در ایران

پیشنهادات برای سیاستگذاری‌های آگاه از شواهد

به پیشنهاد معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



اهمیت موضوع در دنیا

تجویز غیرمنطقی دارو یکی از مهم‌ترین موضوعات مطرح در دنیا می‌باشد که همانطور که اشاره شد توسط سازمان جهانی بهداشت به‌عنوان یکی از ده علل ناکارآمدی نظام‌های سلامت مطرح است. سازمان جهانی بهداشت تخمین می‌زند که بیش از نیمی از داروها به‌طور نامناسب تجویز، توزیع یا فروخته می‌شوند و نیمی از بیماران در مصرف مناسب آن کوتاهی می‌کنند. استفاده بیش از حد، استفاده نادرست یا سوءمصرف داروها منجر به مخاطرات بالقوه در نظام‌های سلامت می‌شود.

اهمیت موضوع در ایران

همگام با مطرح شدن موضوع در دنیا، این موضوع در ایران هم مورد توجه جدی قرار گرفته است. یکی از مهمترین اقدامات استقرار کمیته ملی مصرف منطقی داروها برای تدوین مقررات، دستورالعمل‌ها، آموزش‌های عمومی در مورد استفاده منطقی از دارو، اعمال پروتکل‌های مصرف داروهای جدید و پرهزینه در مراکز ارائه خدمت (به طور مثال بیمارستان‌ها) و غیره از دسته این اقدامات هست.

بر اساس پیشگفت، ایران یکی از کشورهایی هست که متعهد به دستیابی به پوشش همگانی سلامت شده است و مداخلات بزرگی را برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت انجام داده است. پایش عوامل مؤثر بر رسیدن به پوشش همگانی سلامت ضرورت دارد و یکی از مهمترین این موارد ارزیابی و پایش وضعیت مصرف دارو در کشور است. در این خلاصه سیاستی ضمن بررسی وضعیت مصرف دارو، پیشنهادات سیاستی برای تدوین نقشه راه مناسب در جهت رفع مشکلات احتمالی پیشنهاد شده است.

روش بررسی موضوع

روش تدوین خلاصه سیاستی حاضر روش مشارکتی با افراد کلیدی مطلع در این زمینه هست. برای تدوین این خلاصه سیاستی، در ابتدا سیمینار یک روزه ترتیب داده شده است. در این سیمینار، اهمیت و جایگاه اصلی‌ترین معاونت‌های مرتبط به وضعیت مصرف دارو در ایران بررسی شد. نتایج ارزیابی‌های وضعیت مصرف دارو ارائه گردید و سپس از تمام شرکت‌کنندگان درخواست شد پیشنهادات خود را در زمینه بهبود وضعیت مصرف دارو در ایران ارائه دهند.

نتایج

وضعیت مصرف دارو در ایران براساس مرور مقالات

نتایج مهمترین مطالعه‌های انجام شده در خصوص وضعیت مصرف دارو در ایران در جدول شماره دو ارائه شده است.

جدول ۲- نتایج مهمترین مطالعه‌های انجام شده در خصوص وضعیت مصرف دارو در ایران

ردیف	عنوان مورد بررسی	سال مطالعه	مهمترین نتایج
۱	ارزیابی ۹۲ میلیون نسخه دارویی	۱۳۹۸	۱- متوسط ارقام تجویزی در نسخ بین ۲/۷ الی ۳/۶ بدست آمده است که بالاتر از استاندارد اعلامی سازمان جهانی بهداشت هست (۱/۳ الی ۲)؛ ۲- میانگین تجویز آنتی‌بیوتیک‌ها در نسخ رنج بین ۴۰ الی ۶۰ درصد (بالاتر از نرم) است؛ ۳- میانگین تجویز کورتیکواستروئیدها در نسخ بین ۱۵ الی ۳۵ درصد گزارش شده است.
۲	ارزیابی ۶/۵ میلیون نسخه دارویی	۱۳۹۸	۱- متوسط ارقام تجویزی در نسخ ۲/۹۳ است که بالاترین آن مربوط به پزشک عمومی با ۳/۳۵ قلم دارو می‌باشد؛ ۲- در بین نسخ متخصصین، بالاترین ارقام در نسخ کاردیولوژیست‌ها با ۳/۸۴ قلم دارو است؛ ۳- آنتی‌بیوتیک‌ها در ۳۹ درصد نسخ تجویز شده است.
۳	ارزیابی ۸۵ میلیون نسخه دارویی	۱۳۹۴	۱- شایعترین ارقام تجویزی به‌ترتیب آنتی‌بیوتیک (۴۵ درصد) و کورتیکواستروئید (۲۳ درصد) است؛ ۲- متوسط ارقام تجویزی در نسخ کاردیولوژیست‌ها ۳/۶۸ و در نسخ درماتولوژیست‌ها ۲/۰۶ گزارش شده است.
۴	ارزیابی روند ۱۷ ساله تجویز ارقام در نسخ دارویی	۱۳۹۸	۱- روند تجویز آنتی‌بیوتیک‌ها در نسخ به طور فزاینده‌ای مشاهده شده است (در فاصله ۱۷ ساله از حدود ۳۰ درصد به ۶۰ درصد افزایش پیدا کرده است)؛ ۲- مصرف آنتی‌بیوتیک در ایران سه برابر کشورهای سازمان همکاری و توسعه اقتصادی ^۱ است.
۵	ارزیابی فراوانی تجویز آنتی‌بیوتیک در ایران	۱۴۰۰	۱- در ۴۲/۲ درصد بیماران سرپایی و ۶۸/۲ درصد بیماران بستری، آنتی‌بیوتیک تجویز شده است؛ ۲- فراوانترین ارقام تجویزی در بیماران سرپایی، پنی‌سیلین‌ها، سفالوسپورین‌ها و ماکرولیدها و در بیماران بستری، سفالوسپورین‌ها و کارباپنم‌ها است.
۶	بررسی فراوانی خوددرمانی انواع داروها در ایران	۱۳۹۶	فراوانی خوددرمانی آنتی‌بیوتیک‌ها در بین کل جمعیت برای مراجعه به خوددرمانی، ۴۳/۴ درصد ذکر شده است.
۷	ارزیابی روند مصرف ۱۷ ساله آنتی‌بیوتیک‌ها در ایران براساس تقسیم‌بندی Aware سازمان جهانی بهداشت	۱۳۹۹	روند مصرف آنتی‌بیوتیک‌های دسته Watch، افزایشی [*] است.

* دسته Watch عبارتند از: آزیترومایسین، سفیکسیم، سفتریاکسون، سفوتاکسیم، سفزایدیم، سفروکسیم، ونکومایسین، سیپروفلوکساسین، کلاریترومایسین، مروپنم، پیراسیلیم

خلاصه سیاستی وضعیت مصرف دارو در ایران

پیشنهادات برای سیاستگذاری‌های آگاه از شواهد

به پیشنهاد معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



جدول ۲- نتایج مهمترین مطالعه‌های انجام شده در خصوص وضعیت مصرف دارو در ایران

ردیف	عنوان مورد بررسی	سال مطالعه	مهمترین نتایج
۸	وضعیت مقاومت باکتریایی در جهان براساس نوع پاتوژن و مقاومت آنتی‌بیوتیکی	۱۴۰۱	۱- درصد مقاومت اشرشیاکولی در ایران به سفالوسپورین‌های نسل سوم: ۶۰ الی ۷۰ درصد؛ ۲- درصد مقاومت کلبسیلا پنومونیه در ایران به سفالوسپورین‌های نسل سوم: ۷۰ الی ۸۰ درصد؛ ۳- درصد مقاومت اشرشیاکولی در ایران به فلورکینولون‌ها در ایران: ۶۰ الی ۷۰ درصد؛ ۴- درصد مقاومت آسینتوباکتر در ایران به کارباپنم: ۵۰ الی ۶۰ درصد؛ ۵- درصد مقاومت کلبسیلا پنومونیه در ایران به کارباپنم: ۴۰ الی ۵۰ درصد است.
۹	وضعیت مصرف اپیوئیدها در ایران (روند ۱۸ ساله)	۱۴۰۱	۱- روند مصرف در طی ۱۸ سال تقریباً ثابت است و میانگین مصرف مورفین نسبت به اتحادیه اروپا پایینتر است؛ ۲- افزایش مصرف در فاصله سه ساله ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶ به دنبال ورود ترامادول در ایران اتفاق افتاده است که به دنبال رخداد مرگ ناشی از اشکال تجویزی (به‌ویژه تزریقی)، مداخلاتی در سطح ملی، از مصرف بی‌رویه آن جلوگیری شد؛ ۳- از سال ۱۳۹۷، افزایش با شیب رو به بالا در مصرف اکسیکدون در ایران اتفاق افتاده است.
۱۰	بررسی مصرف داروهای دیابتی در ایران در مقایسه با سایر کشورها	۱۳۹۳	۱- افزایش مصرف داروهای دیابتی DIDs از ۴/۵ به ۳۳/۵ در طول ارزیابی است که نسبت به کشورهای سازمان همکاری و توسعه اقتصادی پایینتر است؛ ۲- مصرف انسولین و داروهای خوراکی نسبت به کشورهای مورد بررسی در ایران پایینتر است.
۱۱	ارزیابی روند ۱۰ ساله مصرف داروهای دیابتی در ایران	۱۴۰۰	۱- افزایش مصرف تمام اشکال دارویی دیابت (انسولین ۱۴۸/۶ و اشکال خوراکی ۱۳۲/۷ درصد) در ایران در طی ۱۰ سال ارزیابی؛ ۲- افزایش تقریباً ۹ برابر قیمت داروهای دیابتی؛ ۳- در بین داروهای خوراکی، متفورمین بیشتر از بقیه افزایش داشته است؛ ۴- بیشتر از یک سوم هزینه داروهای دیابتی مربوط به انسولین سریع‌الاث‌ر می‌باشد؛ ۵- سهم مصرف انسولین کمتر از ۱۹ درصد اما سهم هزینه‌ای آن در بین سایر داروهای دیابتی بیشتر از ۶۰ درصد است.
۱۲	مقایسه وضعیت داروهای کاهنده چربی در ایران با کشورهای سازمان همکاری و توسعه اقتصادی	۱۳۹۸	ایران نسبت به کشورهای سازمان همکاری و توسعه اقتصادی پایینترین درصد مصرف داروهای کاهنده چربی را به خود اختصاص داده است.
۱۳	الگوی تجویز، مصرف و هزینه شیمی درمانی و درمان‌های هورمونی سرطان پستان	۱۳۹۸	۱- مصرف تاموکسیفن (DID=0.32)، در مقایسه با کشورهای اروپایی (۱/۴ الی ۴)؛ ۲- آگزمستان، هفتمین داروی پرهزینه در ایران و ۱۴/۵ درصد از کل مصرفی کشور (در سال ۱۳۹۶)؛ ۳- بیشتر از ۵۸ درصد کل هزینه داروی تراستوزوماب، و تجویز در ۱۴/۴ درصد بیماران؛ ۴- بواسیزوماب، پنجمین داروی پرهزینه و تجویز متداول در فاقدین کد متاستاز/سایر بدخیمی‌ها؛ ۵- اورولیموس: دومین داروی پرهزینه (در ۱/۳ درصد از نسخ در بیماران تحت درمان با داروی تراستوزوماب)؛ ۶- ۸۰ درصد کل هزینه برای تراستوزوماب، اورولیموس، دو سه تاکسل و پاکلی تاکسل.

ارزیابی آمارنامه دارویی در سال ۱۴۰۰، نشان‌دهنده این است که رمدسیویر، آموکسی سیلین، کلوفیدوگرل و استامینوفن چهار داروی ژنریک پرفروش در سال هستند. همچنین برندهای سینورا، آموکسی سیلین، رمدسیویر و رسیژن بیشترین سهم از فروش ارز کشور را در بازار دارویی ایران دارند

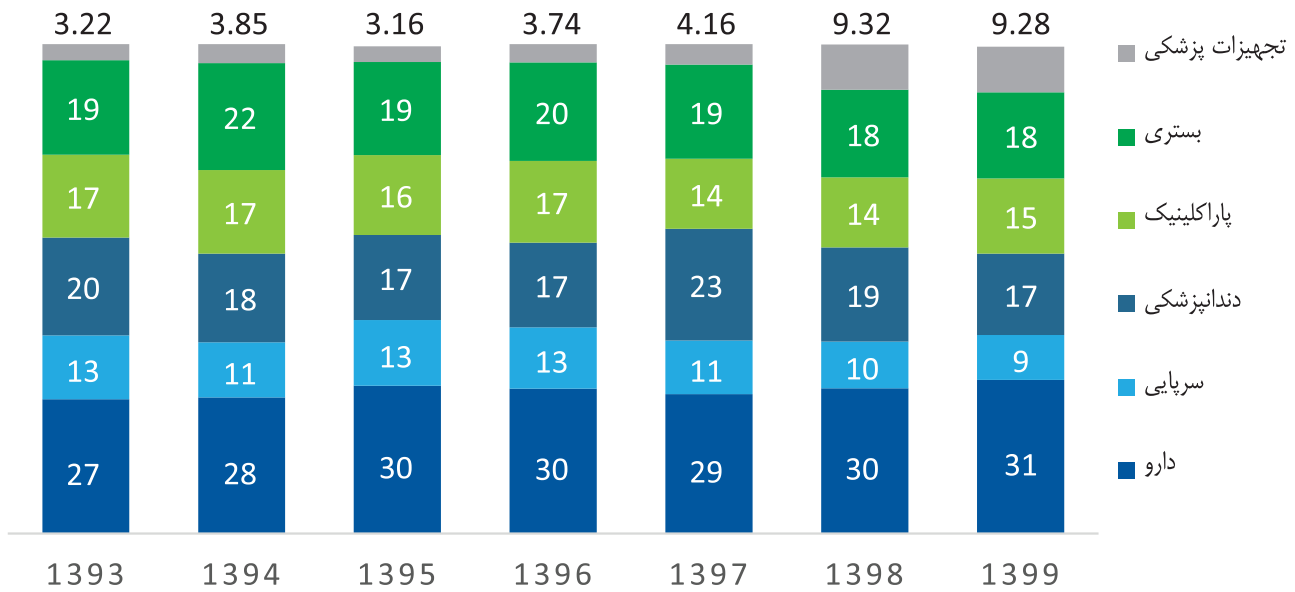
در بین هزینه‌های کل سلامت سهم هزینه‌های دارو و تجهیزات نزدیک ۲۵ درصد است و از سویی حدود ۱۷ درصد از هزینه‌های بیماران بستری مربوط به دارو می‌باشد.

سهم پرداخت از جیب مردم برای دارو بالا هست. در شکل شماره یک سهم دارو در بین سایر خدمات برای دارو آورده شده است. همواره نزدیک به ۳۰ درصد از پرداخت از جیب مردم مربوط به دارو هست و در پنجه‌های فقیرتر (به‌ویژه پنجه یک) این سهم بالاتر است.

خلاصه سیاستی وضعیت مصرف دارو در ایران

پیشنهادات برای سیاستگذاری‌های آگاه از شواهد

به پیشنهاد معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



شکل ۱- سهم پرداخت از جیب برای خدمات سلامت از سال ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۹

سیاست‌های کنونی

برخی اقدامات انجام شده در سطح کلان

- بیشتر از ۲۵۰۰ قلم دارو و تجهیزات مصرفی تحت پوشش بیمه هستند؛
- تعداد گایدلاین‌های درمانی ارائه شده توسط معاونت درمان؛
- قیمت‌گذاری دارو؛
- پوشش همگانی بیمه اقساط آسیب‌پذیر حداقل ۶ میلیون نفر در طی دو سال اخیر؛
- اجرای طرح دارویار؛
- بکارگیری همکاران داروساز بالینی در بخش‌های درمانی.

نتیجه‌گیری

تهدیدهای بشری در چند سال آینده می‌باشد. پایش تمام سوبه‌هایی که مقاوم هستند یا پتانسیل مقاوم شدن دارند و همچنین توجه به تجویز بی‌رویه آنتی‌بیوتیک‌ها به ویژه، گروه Watch که در ایران افزایش قابل توجه روند مصرف دارد، توصیه می‌شود.

گروه‌های مختلف پزشکان در مطالعه‌ها از نظر تعداد اقلام تجویزی بررسی شدند که پزشکان عمومی در رأس تجویزکنندگان دارو قرار دارند و در بین متخصصان، گروه پزشکان کاردیولوژیست در ردیف اول تعداد اقلام در نسخ تجویزی را به خود اختصاص داده‌اند. با توجه به بالا بودن میانگین تعداد اقلام تجویزی دارو در نسخ در ایران نسبت به بقیه کشورها، به نظر می‌رسد گروه پزشکان عمومی یکی از اصلی‌ترین گروه‌هایی هستند که باعث افزایش این میانگین شده است و ارزیابی دلایل بالاتر بودن اقلام تجویزی در نسخ این گروه ضرورت دارد.

موضوع دیگری که در این حوزه مطرح هست، سهم قابل توجه دارو در بین هزینه‌های سلامت و همچنین سهم قابل توجه دارو در سبد هزینه‌های مردم برای پرداخت از جیب می‌باشد. با وجودی که بیش از ۲۵۰۰ قلم دارو تحت پوشش بیمه هست ارزیابی دلیل هزینه‌کرد مستقیم مردم برای دارو به شکل پرداخت از جیب نیاز به مطالعه دارد.

ارزیابی سیاست‌ها و مداخلات برای منطقی‌تر شدن مصرف دارو در ایران نشانگر این موضوع هست که در این زمینه اقدامات جدی انجام شده است اما همچنان این اقدامات نتوانسته است مصرف به شکل منطقی نزدیک نمایند و به ویژه مصرف بالای آنتی‌بیوتیک‌ها نیاز به توجه جدی در سیاست‌ها و مداخلات تدوین شده دارد.

مطالعات مختلف نشان‌دهنده وضعیت نامطلوب و غیرمنطقی مصرف دارو در ایران است. به‌طور متوسط در ایران اقلام تجویزی بین ۲/۷ الی ۴ قرار دارد که از میانگین پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت (۱/۳ الی ۲) بالاتر است و این موضوع نیاز به توجه جدی دارد. مقالات مختلف با وجود ارزیابی وضعیت مصرف، به ندرت بار هزینه‌های ناشی از مصرف غیرمنطقی را محاسبه کرده‌اند لذا با وجود این که به‌طور واضح مصرف غیرمنطقی دارو در ایران منجر به ناکارآمدی جدی در نظام سلامت شده است، بار کمی ناشی از این منبع بر ناکارآمدی مشخص نیست. مطالعات در ایران اغلب بر بررسی بار مصرف و شیوع آن (از نظر تعداد اقلام دارویی و سهم آنها) متمرکز است. مطالعات و ارزیابی‌های اندکی بر روی علل تجویز مصرف غیرمنطقی (شامل: مشوق‌های تجویزی، تقاضا و انتظارات مصرف‌کنندگان، آگاهی از اثرات درمانی و همچنین چارچوب‌های قانونی مصرف) انجام شده است و به‌دلیل این‌که اغلب مطالعات نشان‌دهنده وضعیت مصرف غیرمنطقی است ارزیابی علل این تجویزهای غیرمنطقی نیاز به توجه ویژه و فوری دارد.

در بین گروه دارویی، مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها در ایران بالاتر است و در بین مطالعات ارزیابی روند مصرف، این روند افزایشی هست که این موضوع به دلیل این‌که سوبه‌های مقاوم به دارو در ایران در حال پدیدار شدن هستند نیاز به توجه و تمرکز ویژه دارد. سازمان جهانی بهداشت در گزارش سال ۲۰۱۴، اعلام کرد که در ایران حداقل ۵ باکتری مقاوم به دارو حضور دارد که نسبت به کشورهای سازمان همکاری و توسعه اقتصادی خیلی بالاتر است. این موضوع یکی از مهمترین مسائل در دستور کار سازمان‌های بین‌المللی هست و به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین

خلاصه سیاستی وضعیت مصرف دارو در ایران

پیشنهادات برای سیاستگذاری‌های آگاه از شواهد

به پیشنهاد معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



تدوین نقشه راه براساس پیشنهادات مطرح شده در سمینار یک‌روزه (۲۶ آبان‌ماه ۱۴۰۱) ارزیابی وضعیت مصرف دارو در ایران و جمع‌بندی نتایج

پیشنهادات مطرح شده در این خلاصه سیاستی براساس پیلارها/کارکردهای نظام سلامت ارائه می‌شود و ارگان/سازمان مسئول آن، ارائه شده است. پیشنهادات در قالب جدول (در جدول شماره سه) ارائه می‌شود. در نهایت ستون آخر جدول وضعیت اجرا درون‌بخشی (در داخل وزارت بهداشت) یا برون‌بخشی (با مشارکت سایر سازمان) پیشنهاد را ارائه می‌کند.

جدول ۳- پیشنهادات مطرح شده در این خلاصه سیاستی براساس پیلارها/کارکردهای نظام سلامت

ردیف	کارکرد/نظام سلامت	پیشنهاد (نقشه راه)	اصلی‌ترین سازمان/ارگان مسئول	بین‌بخشی / درون‌بخشی
۱	ورودی- حاکمیت	تدوین استاندارد ویزیت داروساز بالینی در بیمارستان‌ها (اعطای مجوز قانونی در مورد تغییر رژیم دارویی بیماران به صورت (f) OK- تأیید پزشک).	معاونت درمان	درون‌بخشی
۲	ورودی- حاکمیت/ نظام اطلاعات	ارتقا استفاده از زیرساخت‌های فناوری اطلاعات در هدایت و مدیریت مصرف منطقی دارو.	سازمان غذا دارو/ معاونت درمان/ معاونت بهداشت	بین‌بخشی
۳	ورودی- نظام اطلاعات	ارزیابی تحلیلی داروهای مورد مصرف در اختلالات نادر ژنتیکی در ایران.	معاونت تحقیقات و فناوری	درون‌بخشی
۴	ورودی- حاکمیت	شناسایی تعارض ساختارها در نظام دارویی و ارائه راهکارهای آن.	سازمان غذا دارو	بین‌بخشی
۵	ورودی- ارائه خدمات/ دارو و تجهیزات	ارائه خدمات سلامت و فارماکوژنومیکس.	سازمان غذا دارو/ معاونت درمان	درون‌بخشی
۶	ورودی- حاکمیت	تبعیت از انواع محصولات دانشی (استاندارد خدمت / راهنمای تجویز دارو / پروتکل بیماری) و غیره در قانون بودجه ۱۴۰۲.	سازمان پزشکی قانونی/ سازمان نظام پزشکی (به‌عنوان محاکم قضایی)	برون‌بخشی
۷	ورودی- نظام اطلاعات	ارائه آموزش‌های عمومی در راستای ترویج و تغییر فرهنگ در مصرف دارو.	معاونت تحقیقات و فناوری/ سازمان غذا دارو/ معاونت بهداشت/ معاونت درمان	بین‌بخشی
۸	ورودی- حاکمیت	مقابله جدی با داروهای تقلبی و غیراستاندارد.	سازمان غذا و دارو	بین‌بخشی
۹	ورودی- حاکمیت/ دارو تجهیزات	بازبینی دستورالعمل‌های ژنریک در مقابل بژند.	سازمان غذا و دارو	بین‌بخشی
۱۰	ورودی- حاکمیت/ نظام اطلاعات	استفاده وسیع از رسانه‌های عمومی برای آگاهی‌رسانی در مورد مصرف منطقی دارو اثرات درمانی.	سازمان غذا و دارو / روابط عمومی	بین‌بخشی
۱۱	ورودی- حاکمیت/ تأمین مالی	تأمین مناسب هزینه‌های دارویی و کاهش سهم پرداخت از جیب دارو.	شورای عالی بیمه/ سازمان‌های بیمه‌گر	بین‌بخشی
۱۲	ورودی- حاکمیت	ارزیابی دوره‌های تشخیص‌های ارائه شده توسط پزشکان و تطابق آن با گایدلاین‌های درمانی/تشخیصی.	معاونت تحقیقات و فناوری	درون‌بخشی
۱۳	ورودی- حاکمیت	تبیین علل درمان مؤثر و ایمن در جامعه.	معاونت درمان/ معاونت بهداشت / روابط عمومی	بین‌بخشی
۱۴	ورودی- حاکمیت/تأمین مالی	خرید راهبردی داروها و خدمات دارویی با نقش‌آفرینی فعال نظام بیمه‌ای.	شورای عالی بیمه/ سازمان‌های بیمه‌گر	بین‌بخشی
۱۵	ورودی- حاکمیت	تدوین گایدلاین‌های تجویز و مصرف دارویی براساس مطالعات ارزیابی اقتصادی (ارزیابی فناوری سلامت ^۲).	معاونت درمان / معاونت غذا دارو/ مؤسسه ملی تحقیقات	درون‌بخشی
۱۶	ورودی- حاکمیت	حوزه راهبردی و سیاست‌گذاری دارویی در سطح وزارت بهداشت با مشارکت مشاورین تخصصی (حوزه اقتصاد دارو اقتصاد سلامت) انجام شود.	سازمان غذا دارو	بین‌بخشی
۱۷	ورودی- حاکمیت/ ارائه خدمات	به کارگیری فعالانه متخصصین داروساز بالینی در مراقبت از بیمار.	معاونت درمان/ معاونت آموزش	درون‌بخشی
۱۸	ورودی- حاکمیت/ ارائه خدمت	راه‌اندازی نظام ارجاع برای رصد تجویز دارو.	معاونت درمان/ معاونت بهداشت / سازمان‌های بیمه‌گر	بین‌بخشی

خلاصه سیاستی وضعیت مصرف دارو در ایران

پیشنهادات برای سیاستگذاری‌های آگاه از شواهد

به پیشنهاد معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جدول ۳- پیشنهادات مطرح شده در این خلاصه سیاستی براساس پیلارها/کارکردهای نظام سلامت

ردیف	کارکرد/نظام سلامت	پیشنهاد (نقشه راه)	اصلی‌ترین سازمان/ارگان مسئول	بین‌بخشی / درون‌بخشی
۱۹	ورودی- حاکمیت/ ارائه خدمت	مشارکت سازمان‌های بیمه‌گر در پرداخت هزینه‌های دارویی مطابق گایدلاین‌های بالینی.	معاونت درمان/ سازمان غذا دارو / سازمان‌های بیمه‌گر	بین‌بخشی
۲۰	ورودی- حاکمیت/ ارائه خدمت	تدوین گایدلاین‌های بالینی برای بیماری‌های مهم (و به‌ویژه برای بیماری‌های با داروهای پر مصرف و پر هزینه).	معاونت درمان/ سازمان غذا دارو / سازمان‌های بیمه‌گر	درون‌بخشی
۲۱	ورودی- حاکمیت	ارزشیابی مراکز درمانی و بیمارستانی براساس اجرای گایدلاین‌های ابلاغی در استانداردها از جمله استانداردهای اعتباربخشی مراکز درمانی.	معاونت درمان	درون‌بخشی
۲۲	ورودی- حاکمیت/ نظام اطلاعات	راه‌اندازی سیستم پایدار در تجویز مصرف منطقی دارو در سه سطح: آموزش، قوانین و مدیریت.	سازمان غذا دارو	درون‌بخشی
۲۳	ورودی- حاکمیت	قیمت‌گذاری درست دارو در کشور.	سازمان غذا دارو	بین‌بخشی
۲۴	ورودی- حاکمیت	اولویت‌بندی توزیع دارو براساس شیوع و بار بیماری‌ها در مناطق مختلف کشور (استفاده از رویکرد DCP3).	سازمان غذا دارو/ معاونت تحقیقات و فناوری	بین‌بخشی
۲۵	ورودی- حاکمیت	گزارش خطاهای پزشکی و رصد آنها در خصوص تجویز دارو.	سازمان غذا دارو/ معاونت درمان	درون‌بخشی
۲۶	ورودی- حاکمیت	راه‌اندازی نسخه سوم ایمنی بیمار (چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار).	معاونت درمان/ مؤسسه ملی تحقیقات	درون‌بخشی
۲۷	ورودی- حاکمیت	ارزیابی اقتصادسنجی مصرف دارو در ایران.	معاونت تحقیقات و فناوری / مؤسسه ملی تحقیقات	درون‌بخشی
۲۸	ورودی- حاکمیت	تقویت بخش پیشگیری و ارزیابی اقدامات پیشگیری و سهم آن در کاهش مصرف دارو.	معاونت بهداشت	درون‌بخشی
۲۹	ورودی- حاکمیت	ارزیابی نقش هوش مصنوعی در کاهش مصرف دارو.	معاونت تحقیقات و فناوری	بین‌بخشی
۳۰	ورودی- حاکمیت/ نظام اطلاعات	انجام دوره‌های مطالعات ملی آگاهی از مصرف منطقی دارو.	معاونت تحقیقات و فناوری / مؤسسه ملی تحقیقات	درون‌بخشی
۳۱	ورودی- حاکمیت/ نظام اطلاعات	بهره‌مندی از زیرساخت نسخ الکترونیک جهت ارتقا سیستم بازخورد و توجه و بررسی ادواری نمونه‌های تصادفی از نسخ توسط تیم چندتخصصی.	معاونت تحقیقات و فناوری / سازمان غذا دارو/ معاونت درمان	درون‌بخشی
۳۲	ورودی- حاکمیت/ نظام اطلاعات	ارتقا مشارکت و همکاری اعضای کادر درمان در جهت بهبود تجویز و مصرف منطقی دارو.	معاونت درمان	بین‌بخشی
۳۳	ورودی- حاکمیت/ نظام اطلاعات	راه‌اندازی شبکه تحقیقاتی دارویی.	معاونت تحقیقات و فناوری	بین‌بخشی
۳۴	ورودی- حاکمیت	بازبینی در کریوکولم دوره داروسازی عمومی.	معاونت آموزشی/ معاونت درمان/ معاونت بهداشت	درون‌بخشی
۳۵	ورودی- حاکمیت/ نظام اطلاعات	افزایش آگاهی دانشجویان دوره‌های مختلف (داروسازی/ پزشکی/ ...) با اهمیت مصرف منطقی دارو.	معاونت آموزشی/ معاونت درمان/ معاونت بهداشت	درون‌بخشی
۳۶	ورودی- حاکمیت	راه‌اندازی برنامه پزشکی خانواده.	معاونت درمان/ معاونت بهداشت	بین‌بخشی
۳۷	ورودی- حاکمیت	استقرار نظام پاسخدهی سریع به مشکلات حوزه دارو.	معاونت تحقیقات و فناوری/ مؤسسه ملی تحقیقات سلامت	درون‌بخشی
۳۸	ورودی- حاکمیت	مرور سیاست‌های تدوین شده و مداخلات اجرا شده در زمینه مصرف منطقی دارو و به‌روزرسانی آنها.	معاونت تحقیقات و فناوری/ مؤسسه ملی تحقیقات سلامت	درون‌بخشی
۳۹	ورودی- حاکمیت	انجام مطالعات دوره‌های دلایل رخداد مصرف غیرمنطقی دارو.	معاونت تحقیقات و فناوری/ مؤسسه ملی تحقیقات سلامت	درون‌بخشی
۴۰	ورودی- حاکمیت	مرور تجارب کشورهای موفق در زمینه مصرف منطقی دارو.	معاونت تحقیقات و فناوری/ مؤسسه ملی تحقیقات سلامت	درون‌بخشی

با توجه به این‌که پیشنهادات ارائه شده در خلاصه سیاستی حاضر به دنبال برگزاری نشست یک‌روزه با افراد مطلع کلیدی و همچنین مرور منابع بدست آمده است، ضرورت دارد استراتژی اجرای این پیشنهادات به تفصیل در جلسات جداگانه مورد بحث و بررسی قرار گیرد و از نظر اجرا اولویت‌بندی شود. مواردی که نیازمند تأمین مالی هست در ردیف مشخص بودجه ارزیابی گردد تا ضمانت اجرایی داشته باشند و همچنین فرایند اجرای تمام پیشنهادات تدوین و سایر ارگان‌ها و سازمان‌های مرتبط تبیین وظیفه شده و در قالب یک برنامه زمانبندی مشخص، دسترسی به این اهداف ارائه شده فراهم گردد.



منابع

1. Abbasian H, Hajimolaali M, Yektadoost A, Zartab S. Antibiotic utilization in Iran 2000–2016: pattern analysis and benchmarking with organization for economic co-operation and development countries. *Journal of research in pharmacy practice*. 2019;8(3):162.
2. Azami-Aghdash S, Mohseni M, Etemadi M, Royani S, Moosavi A, Nakhaee M. Prevalence and cause of self-medication in Iran: a systematic review and meta-analysis article. *Iranian journal of public health*. 2015;44(12):1580.
3. Kalantar A, Rezaei M, Jafarzadeh Kohneeloo A, Taghizadeh-Ghehi M. A nationwide study on consumption of opioid analgesics in Iran from 2000 to 2018. *International Journal of Clinical Pharmacy*. 2022:1-9.
4. Klein EY, Van Boeckel TP, Martinez EM, Pant S, Gandra S, Levin SA, et al. Global increase and geographic convergence in antibiotic consumption between 2000 and 2015. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2018;115(15):E3463-E3470.
5. Mahjour J, Mirza Z, Rashidian A, Atta H, Hajjeh R, Thieren M. Promote health, keep the world safe, serve the vulnerable. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2018.
6. Mansouri A, Hirbod K, Taghizadeh-Ghehi M, Kohneeloo AJ, Solduzian M, Hadjibabaie M. Nilotinib and Imatinib Utilization in Iran over 14 years. *Journal of Pharmaceutical Care*. 2020:170-175.
7. Murray CJ, Ikuta KS, Sharara F, Swetschinski L, Aguilar GR, Gray A, et al. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *The Lancet*. 2022;399(10325):629-655.
8. Nabovati E, TaherZadeh Z, Eslami S, Abu-Hanna A, Abbasi R. Antibiotic prescribing in inpatient and outpatient settings in Iran: a systematic review and meta-analysis study. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*. 2021;10(1):1-16.
9. Organization WH. WHO Access, Watch, Reserve (AWARE) classification of antibiotics for evaluation and monitoring of use, 2021 [cited 2021]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/2021-aware-classification>.
10. Sarayani A, Rashidian A, Gholami K. Low utilisation of diabetes medicines in Iran, despite their affordability (2000–2012): a time-series and benchmarking study. *BMJ open*. 2014;4(10):e005859.
11. Taghizadeh-Ghehi M, Rezaei F, Jafarzadeh-Kohneeloo A, Kargar M, editors. Overall quality of antibiotic consumption in a middle-income developing country over 16 Years. *PHARMACOEPIDEMIOLOGY AND DRUG SAFETY*; 2020: WILEY 111 RIVER ST, HOBOKEN 07030-5774, NJ USA.
12. Yousefi N, Hemmati F, Jaddi ZS, Salamzadeh J. A ten-year study of anti-diabetic drugs utilization in Iran. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2022:1-7.
13. Zartab S, Abbassian H, Koopaei NN, Hajimolaali M. Despite affordability, low utilization of lipid lowering drugs in Iran: Trend analysis and benchmarking 2005–2016. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research: IJPR*. 2019;18(2):1117.