

موضوع / موضوعات جلسه:

۱. مسائل جاری گروه

۲. سخنرانی جناب آقای دکتر مجید داوری دانشیار محترم گروه اقتصاد و مدیریت دارو دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران با موضوع: "کیفیت، کارآمدی و عدالت: پنجره‌های باز سیاستی برای نظام دارویی ایران در میدان تحریم و تورم"

اعضای حاضر در جلسه به ترتیب حروف الفبا (حضور، مجازی):

خانم‌ها دکتر: نازیلا یوسفی (مجازی) - آقایان دکتر: امیر آزادی (مجازی)، مرتضی آذرنوش، ابوالقاسم جویبان (مجازی)، عبدالمجید چراغعلی (مجازی)، پیام خزائی، علی خلج، احمد رضا دهپور، مرتضی رفیعی تهرانی، جمشید سلام زاده، احمد شیبانی، خیراله غلامی، سید محسن فروتن، حسین وحیدی و علیرضا وطن آرا

خلاصه موضوع / موضوعات مطرح شده در جلسه :

۱- در این جلسه عنوان گردید صدا و سیما و سایر رسانه‌های گروهی می‌توانند با برخورداری از انجمن‌های بالینی از طریق ارتقای سواد سلامت مردم در جهت مصرف منطقی داروها، صرفه جویی در مصرف داروها را همانند مواردی مثل آب، برق، گاز و ... اشاعه دهد. همچنین میتوان از طریق راه‌حل‌های ساده از جمله استفاده از کارتریج بجای قلم انسولین که هزینه آن حدود ۱،۲۵ یورو و حداقل به تعداد ۳۰ میلیون در سال مصرف دارد ۴۰ میلیون یورو در سال صرفه جویی ارزی نمود.

۲- جناب آقای دکتر مجید داوری سه هدف کلان نظام دارویی را کیفیت، کارآمدی و عدالت عنوان و در ادامه اظهار داشت؛ با توجه به اینکه از سال ۱۳۹۳ تا ۱۴۰۳ ارزش ریالی بازار دارویی کشور ۲۰ برابر شده است این سوال مطرح می‌شود که آیا همراه با افزایش هزینه‌های دارویی اهداف اصلی نظام دارویی نیز محقق شده است؟ در بحث کیفیت، نتایج مطالعاتی که بر روی داروهایی مانند متفورمین و آتوروستاتین انجام شده نشان می‌دهد که اثربخشی این داروها با معیارهای قابل انتظار فاصله زیادی دارد در بحث کارآمدی، براساس معیارهای WHO در صورتیکه هزینه برای هر Dally (Disablility Adjusted Life Year) از سرانه تولید ناخالص داخلی (GDP per Capita) کمتر خرج شود - کارآمدی سیستم بسیار بالا و عبور از شاخص ۳، نمایانگر ناکارآمدی هزینه‌ها می‌باشد. در بیماران نادر این شاخص بیش از ۱۰ در نظر گرفته شده است. در مطالعاتی که بر روی گروه‌های مختلف دارویی مثل انسولین، آنتی بیوتیک‌ها و داروهای خاص انجام شده، ناکارآمدی بسیار بالا و به وضوح مشاهده می‌شود. آقای دکتر داوری در ارتباط با نابرابری در خدمات بهداشتی بین گروه‌های مختلف جامعه اظهار داشتند؛ از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۸، ۱۰ میلیون نفر در کشور به افراد زیر خط فقر اضافه و بر اساس گزارش پایش فقر در سال ۱۴۰۰، حدود ۳۰ میلیون نفر یا ۴۰ درصد از جمعیت زیر خط فقر بوده‌اند. در چنین شرایطی ضریب توسعه یافتگی استان‌های مختلف از جمله نسبت تعداد تخت‌های فعال بیمارستانی، تعداد پزشک مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه بهداشتی و تعداد داروخانه‌ها به ازای جمعیت، متفاوت می‌باشند. سرانه مصرف دارو، امید به زندگی هر دو جنس از جمله شاخص‌هایی هستند که مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. اختلاف ۹ سال امید به زندگی در تهران و سیستان و بلوچستان، نشانه بی عدالتی در سلامت می‌باشد.

آقای دکتر داوری چالش‌های نظام دارویی را حاصل کمبود مزمن و ناپایدار منابع مالی، وابستگی صنعت دارو به واردات مواد اولیه، ماشین‌آلات، بسته‌بندی و ... وابستگی به واردات داروهای خارجی، عدم تامین مالی برای کاهش نابرابری‌های جغرافیایی، نبود نهاد مستقل و الزام‌آور برای استفاده از شواهد هزینه-اثربخشی (نقصان تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد)، عدم الزام استفاده از مطالعات HTA و اقتصاد دارو در تصمیمات قیمت‌گذاری و پوشش بیمه، عدم شفافیت در زنجیره تأمین و قیمت‌گذاری و ضعف در پاسخگویی دانست. ایشان فراهمی دسترسی به داروهای با کیفیت، و هزینه-اثربخش را: الزام کارخانه‌های داخلی به تهیه گواهی عملکرد خوب تولید (GMP)، حمایت از انجام کارآزمایی‌های بالینی و ارزیابی‌های بعد از ورود به بازار و حمایت از تدوین راهنماهای بالینی مبتنی بر ارزیابی‌های اقتصادی، برای ارتقای مصرف منطقی داروها بیان نمودند. آقای دکتر داوری در خاتمه پوشش صد درصدی جمعیت زیر خط فقر مطلق، افزایش میزان بازپرداخت بیمه برای جمعیت کم‌برخوردار و تهیه گزارش‌های دوره‌ای منظم برای رصد نابرابری‌های دسترسی به داروها را از وظایف سازمان‌های بیمه‌گر دانستند.