

مروری بر سیاست‌های دارویی اتخاذ شده در کشورهای متأثر از تحریم و بحران‌های اقتصادی

مهرناز خیراندیش^۱، آرش رشیدیان^{۲*}

۱- گروه اقتصاد و مدیریت دارو، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران * نویسنده مسؤول: تهران، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، طبقه ۴ گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، کدپستی ۱۴۱۷۶۱۳۱۵۱، تلفن: ۰۹۱۲۶۷۷۰۹۷۳

پست الکترونیک: arashidian@tums.ac.ir

دریافت: ۹۴/۱۰/۱۲ پذیرش: ۹۵/۱/۳۰

چکیده

نظام سلامت در هر کشور مسئول تضمین سلامت جامعه بوده، و در این راستا یکی از مهم‌ترین وظایف آن اتخاذ و اجرای تصمیم‌های درست در زمان مناسب است. عوامل متعددی بر بخش سلامت و دستیابی به اهداف آن تأثیرگذار هستند. تحریم و بحران‌های اقتصادی با تحت تأثیر قرار دادن وضعیت اقتصادی کشورهای هدف، می‌توانند بر سیستم سلامت آن‌ها تأثیر بگذارند. در مطالعه‌ی حاضر مروری بر سیاست‌های اتخاذ شده در کشورهای مختلف برای کاهش تأثیرات منفی بحران اقتصادی بر دسترسی به دارو پرداخته شده است. جستجوی جامعی در *Google scholar* و *PubMed* انجام شد. سیاست‌های جمع‌آوری شده بر اساس چارچوب دسترسی به داروی معرفی شده توسط سازمان بهداشت جهانی، طبقه‌بندی شدند. در مجموع ۱۹ سیاست در ۱۱ کشور استخراج شد که در ۱۲ گروه کلی تقسیم‌بندی شدند. اغلب کشورها سیاست‌های مشابهی اتخاذ کرده بودند که بیشتر آن‌ها بر جنبه‌های مالی بخش دارو تمرکز داشتند. تنها کشوری که تمام عناصر دسترسی به دارو از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی را پوشش داده بود، ایتالیا بود. نتایج نشان داد که بیشتر مطالعات انجام شده تنها به تشریح سیاست‌های اتخاذی پرداخته‌اند، و مطالعات کمتری به ارزیابی اثر بخشی این سیاست‌ها بر دسترسی به داروها پرداخته‌اند.

کل واژگان: تحریم اقتصادی، بحران اقتصادی، سیاست‌های دارویی، دسترسی به دارو

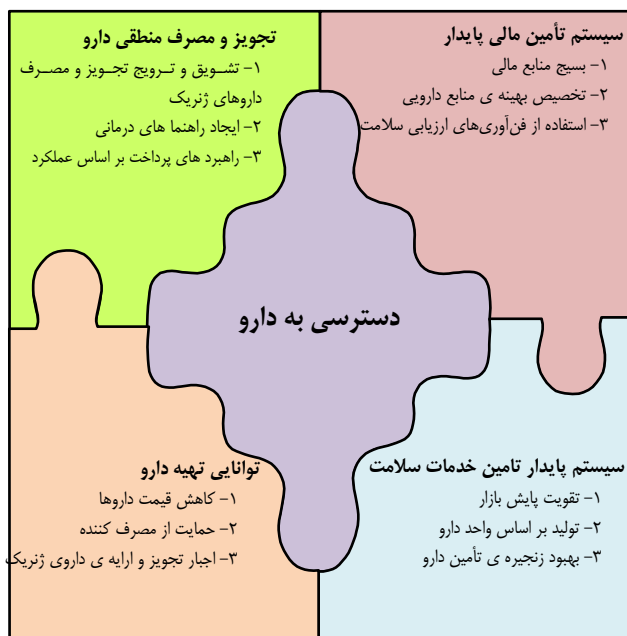
بسیاری بین کشورهایی که دچار تحریم، یا بحران‌های اقتصادی شده‌اند؛ با شرایط موجود در ایران به دنبال تحریم‌های سال‌های اخیر وجود دارد. آگاهی و مرور آن چه سایر کشورها برای مقابله با تأثیرات منفی ناشی از بحران‌ها بر سلامت جامعه انجام داده‌اند، می‌تواند برای نظام سلامت ما مفید و کمک کننده باشد. در ضمن به رغم آن که تبعات تحریم در کشور ما در سال‌های اخیر کاهش یافته و شرایط اقتصادی کشور رو به بهبود است، توجه به اقدام‌های انجام شده در کشور ضرورت دارد.

بحران اقتصادی به وضعیتی گفته می‌شود که حجم اقتصاد یک کشور کوچک شده یا به عبارتی دیگر اندازه‌ی فعالیت‌های اقتصادی آن مانند سرمایه‌گذاری، درآمد واقعی، گردش سرمایه و سطح اشتغال کاهش یابد؛ که در نهایت منجر به کاهش روزافزون اعتبارات و رشد منفی اقتصادی آن کشور خواهد شد. بحران‌های اقتصادی می‌توانند به دلایل مختلفی رخ دهند که از

نظام سلامت، مسئول حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه بوده و آنچه مسلم است وظیفه اصلی سیاست‌گذاران در نظام سلامت، وضع سیاست‌های جدید و یا اصلاح سیاست‌های موجود در راستای پاسخگویی به نیازهای روز جامعه و شرایط موجود در کشور، و البته تعهد و مسئولیت‌پذیری در قبال پیامدهای تصمیم‌های گرفته شده است (۱ و ۲). نظام سلامت و منابع آن تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله عوامل اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و اجتماعی بوده که هر گونه تغییری در آن‌ها می‌تواند تأثیر مستقیم و غیرمستقیمی بر سلامت جامعه داشته باشد. توجه به تجربه‌ها و سیاست‌های اجرا شده در دیگر کشورها در شرایط مشابه، و توجه به شواهد موفقیت یا شکست آن سیاست‌ها، می‌تواند سیاست‌گذاران نظام سلامت را در راستای تصمیم‌گیری مناسب‌تری که سبب افزایش کارایی، اثربخشی و تضمین دسترسی و عدالت شود، یاری کند. به عنوان مثال، تشابه

مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

مرور انجام شده بر روی سیاست‌های دارویی که در کشورهای فوق در دوران بحران اعمال شده بود بیانگر آن است که در مجموع ۸۹ سیاست مختلف بود که برخی از آن‌ها شامل سیاست‌های جدید در یک کشور، و برخی دیگر شامل اصلاح سیاست‌های موجود بودند (۵). جهت بررسی بیشتر، این سیاست‌ها با توجه به محتوا به ۱۲ گروه کلی دسته‌بندی شده و در قالب چهار فاکتور تضمین‌کننده‌ی دسترسی به دارو اعلام شده توسط WHO (۲) (شکل ۱) مورد بررسی قرار گرفتند.



شکل ۱- طبقه‌بندی سیاست‌های دارویی بر اساس چارچوب دسترسی به دارو در سازمان بهداشت جهانی

در ادامه هر یک از این سیاست‌ها و رویکردهای اجرایی آن‌ها به همراه کشورهای تصمیم‌گیرنده آورده شده است.

۱- تجویز و مصرف منطقی دارو

۱-۱- تشویق و ترویج تجویز و مصرف داروهای ژنریک: پنج کشور آرژانتین، کوبا، لاتویا، استونیا و اسپانیا این سیاست را اعمال کرده بودند. با وجود این که رویکردهای متفاوتی در راستای این سیاست بکار گرفته شده بود، ولی هدف تمام آن‌ها تشویق مصرف منطقی دارو بود. از جمله آن‌ها، برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای افزایش آگاهی عمومی در خصوص یکی بودن اثربخشی داروی ژنریک با مارک، و این که تنها تفاوت آن‌ها در قیمت است؛ برگزاری برنامه‌های آموزشی و تشویقی برای پزشکان و داروسازان به عنوان اولین خط ارایه‌کننده‌ی خدمات سلامت در خصوص تجویز و ارایه داروی ژنریک بود.

جمله می‌توان به کاهش غیر منتظره ی ارزش دارایی‌ها، سقوط بازار بورس، بحران‌های بانکی، کاهش ارزش ارز و تحریم‌های اقتصادی علیه کشورها نام برد.

در صورت ادامه‌ی بحران‌های مالی، اقتصاد کشور دچار انقباض شده که در ابتدا نشانه‌های آن در بخش‌های خاصی از اقتصاد آشکار، و با گذشت زمان سایر بخش‌ها مانند بخش سلامت نیز به شدت تحت تأثیر قرار می‌گیرد. دسترسی به دارو به معنی در دسترس بودن داروی مناسب برای بیمار در زمان و مکان مناسب و با قیمت قابل خرید از مهم‌ترین دغدغه‌های تمام دولت‌ها در طول تاریخ بوده، و تضمین دسترسی به دارو همواره از مهم‌ترین برنامه‌های سلامت در کشورهای مختلف است (۳). بحران‌های اقتصادی به دلیل ایجاد مشکلات مالی برای کشورها، مانع از دستیابی کشورها به اهداف و برنامه‌هایشان می‌شوند؛ که دسترسی به دارو یکی از این موارد می‌باشد. انتشار اخبار و گزارش‌های مختلف از کمبود دارو، و مشکلات بیماران در دسترسی به داروهای مورد نیازشان در مدت بحران اقتصادی نشانگر این امر است (۴). مرور سیاست‌ها و راهبردهای اتخاذی کشورها برای مقابله با اثرات منفی ناشی از بحران‌ها و تحریم‌های اقتصادی بر دسترسی به دارو نشان می‌دهد علی‌رغم تشابه و تفاوت‌هایی که در رویکرد اجرایی آن‌ها دیده می‌شود، هدف نهایی تمامی آن‌ها تضمین دسترسی به دارو بوده است (۵). نظام سلامت ما هم از این قاعده مستثنی نبوده و برای مقابله با عواقب ناشی از تحریم‌های اقتصادی اخیر بر دسترسی به دارو، اقدام به اخذ سیاست‌های جدید و اصلاح سیاست‌های موجود نموده است (۵ و ۶).

تا سال گذشته تنها یازده کشور شامل آرژانتین، کوبا، استونیا، یونان، ایران، ایتالیا، ایسلند، لاتویا، لیتوانیا، پرتغال و اسپانیا سیاست‌های خود در راستای تضمین دسترسی به دارو را منتشر کرده‌اند که از میان آن‌ها، دو کشور کوبا و ایران تحت تأثیر تحریم اقتصادی، و ۹ کشور دیگر متأثر از بحران اقتصادی بوده‌اند. مسلماً کشورهای بیشتری این شرایط را تجربه کرده‌اند ولی متأسفانه اطلاعاتی در خصوص سیاست‌های دارویی آن‌ها تاکنون منتشر نشده و در دسترس نیست. ضمناً از آنجا که تاکنون مطالعه‌ای به بررسی پیامد و میزان اثربخشی این سیاست‌ها بر دسترسی به دارو انجام نشده است؛ بنابراین در این مقاله تنها به بیان سیاست‌های دارویی در قالب "چارچوب پیشنهادی تضمین دسترسی به دارو از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی" به منظور فهم عمیق‌تر آن، پرداخته می‌شود.

۲-۳- حمایت از مصرف‌کننده: این سیاست به طور عمده با هدف حمایت از قشر آسیب‌پذیر اتخاذ شده بود که دو نوع رویکرد را شامل می‌شد: الف) سیاست تغییر سیستم بیمه از طریق افزایش پوشش بیمه‌ای داروهای ژنریک و کاهش پرداخت از جیب بیماران؛ ب) ایجاد سیستم حمایتی از قشر آسیب‌پذیر. کشورهای کوبا، ایران، لاتویا، ایتالیا، لیتوانیا، ایسلند این سیاست را بکار گرفته بودند.

۳-۳- اجبار تجویز و ارایه‌ی داروی ژنریک: این سیاست به طور عمده دو گروه پزشک و داروساز را به عنوان اولین خط ارایه‌کننده‌ی خدمات سلامت مورد خطاب قرار می‌داد. استونیا، لیتوانیا با استفاده از اجبار نسخه‌نویسی با نام ژنریک، اجبار جایگزینی داروی ژنریک به جای داروی مارک‌دار، و الزام به فروش داروی ارزان‌تر؛ این سیاست را اعمال کرده بودند.

۴- سیستم پایدار تأمین خدمات سلامت

۴-۱- تقویت پایش بازار: این سیاست در راستای افزایش آگاهی و اطلاع از وضعیت لحظه به لحظه بازار دارویی در کشورها اعمال شده بود. سه کشور آرژانتین، ایران و ایتالیا این سیاست را با رویکردهای مختلفی مانند، ایجاد سیستم هشدار سریع کمبود دارو، گردآوری مرتب و ماهانه‌ی آمار در خصوص داروهای موجود، بازنگری لیست دارویی کشور بر اساس نیازها و کمبودها در راستای شفاف‌سازی وضعیت موجود، پیش‌بینی شرایط بازار، و پیشگیری یا جبران کمبودهای واقعی دارو اعمال کرده بودند.

۴-۲- تولید بر اساس واحد دارو^۲: آرژانتین جهت کاهش ضایعات دارویی این سیاست را بکار گرفت. به این شکل که بسته‌بندی داروهای بیمارستانی و مراکز ارایه‌دهنده‌ی مراقبت‌های اولیه بهداشتی اصلاح، و در بسته‌های دارویی بزرگ‌تر تولید و پخش می‌شد که این امر در کاهش هزینه‌های تولید هم بسیار مؤثر بود.

۴-۳- بهبود زنجیره‌ی تأمین دارو: این سیاست توسط چهار کشور آرژانتین، ایران، ایتالیا، اسپانیا با هدف اصلاح سیستم زنجیره‌ی تأمین دارو اعمال شد. اصلاح و تغییر در سیستم تولید و پخش به خصوص در حوزه‌ی داروهای بیمارستانی، و آسان‌سازی مسیر واردات دارو (به عنوان مثال برداشتن برخی از بروکراسی‌های غیر ضروری در گمرک) از جمله رویکردهای بکار گرفته شده در این سیاست بود.

۱-۲- ایجاد راهنماهای درمانی: دو کشور لیتوانیا و آرژانتین از این سیاست در راستای کمک به پزشکان برای تجویز داروی مناسب با توجه به اولویت‌های نظام سلامت کمک گرفته بودند.

۱-۳- راهبرد های پرداخت براساس عملکرد: ایتالیا جهت پیشگیری از القای تقاضا، این سیاست را اعمال کرده است. به این ترتیب که داروهای با اثربخشی کم یا گران، با استفاده از مدل‌های پرداخت و بر اساس عملکرد با داروهای هزینه اثربخش‌تر جایگزین شوند.

۲- سیستم تأمین مالی پایدار

۲-۱- بسیج منابع مالی: شامل اختصاص دادن منابع مالی از سایر بخش‌ها به بخش سلامت (به عنوان مثال برای واردات دارو) و همچنین نشان‌دار کردن منابع جدید مالی اختصاصی بود، که کشورهای استونیا، ایسلند، یونان، ایتالیا و لاتویا، پرتغال، ایران هر کدام با رویکردهای متفاوتی این سیاست را پیاده کرده بودند.

۲-۲- تخصیص بهینه‌ی منابع دارویی: ایتالیا، استونیا، یونان، ایسلند، لاتویا، ایران، لیتوانیا، کوبا، پرتغال و اسپانیا اغلب از طریق تشویق و حمایت از مصرف داروهای تولید داخل، واردات داروی ژنریک به جای داروهای مارک‌دار، و ایجاد لیست مثبت بیمه سعی در تخصیص بهینه‌ی منابع داشتند. ایران نیز این سیاست را از طریق تغییر در منبع واردات مواد اولیه از کشورهای اروپایی به کشورهایی مانند هند و چین که قیمت پایین‌تر را ارایه می‌دادند، اعمال کرده بود.

۲-۳- استفاده از فن‌آوری‌های ارزیابی سلامت (HTA^۱): رویکرد ارزیابی فن‌آوری سلامت منجر به جایگزینی داروی گران با داروی هزینه- اثربخش‌تر خواهد شد که دو کشور کوبا و لاتویا این سیاست را برای مجوز دادن به داروهای وارداتی استفاده کردند. از آنجا که این روش زمان بر است، کشورهای کمتری آن را به عنوان راه حل فوری برای تضمین دسترسی به دارو در شرایط بحران استفاده کرده بودند.

۳- توانایی تهیه دارو

۳-۱- کاهش قیمت داروها: این سیاست در اغلب کشورها (پرتغال، اسپانیا، آرژانتین، استونیا، یونان، ایتالیا، لاتویا، لیتوانیا) جهت افزایش توانایی خرید بیماران از طرق مختلف اعمال شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به کاهش اجباری قیمت داروهای ژنریک، کاهش حاشیه‌ی سود داروخانه‌ها و شرکت‌های داروسازی، و برگزاری مناقصه برای داروهای بیمارستانی نام برد.

² Unit dose

¹ Health Technology Assessment

است که بالغ بر نیمی از کشورهای مورد بررسی این سیاست را از طرق مختلف در کشور خود اعمال و مورد توجه قرار داده بودند. در انتها، با توجه به این که تاکنون مطالعه‌ای به بررسی میزان اثربخشی سیاست‌های اعمالی کشورها بر دسترسی به داروها نپرداخته است، انجام چنین مطالعاتی برای داشتن تصویری دقیق و بهتر از پیامدهای ناشی از این سیاست‌ها بر نظام سلامت بسیار حائز اهمیت است.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

همان‌طور که مرور شد، دارو را نمی‌توان از تحریم‌های بین‌المللی جدا دانست و در صورت وقوع هرگونه بحران اقتصادی، این صنعت می‌تواند به طور مستقیم یا غیر مستقیم دچار آسیب شده و دسترسی بیماران به داروهای مورد نیاز را تحت تأثیر قرار دهد. از این رو در شرایط بحران، کشورها به سرعت سیاست‌های جدید اتخاذ کرده، و یا سیاست‌های موجود خود را در راستای افزایش دسترسی به دارو اصلاح می‌کنند. مرور این سیاست‌ها می‌تواند به سیاست‌گذاران نظام سلامت کشور در اتخاذ بهترین راهکارها کمک کند.

علی‌رغم این که از یازده کشور مورد بررسی تنها سه کشور آرژانتین، کوبا و ایران از کشورهای با درآمد متوسط بوده و مابقی از کشورهای با درآمد بالا بودند، تفاوتی از نظر سیاست‌های اتخاذ شده دیده نشد. تنها تفاوتی که شاید می‌توان به آن اشاره کرد این است که هر هشت کشور با درآمد بالا، سیاست سیستم تأمین مالی پایدار را با استفاده از روش‌های مختلف بکار گرفته بودند، در حالی که در دسته‌ی دیگر، آرژانتین برای این سیاست برنامه‌ای نداشته است. در مجموع سه سیاست تخصیص بهینه‌ی منابع دارویی، کاهش قیمت داروها و حمایت از مصرف‌کننده بیشترین سیاست‌های بکار گرفته شده بودند؛ و ایتالیا تنها کشوری بود که برای تمامی چهار فاکتور تضمین‌کننده دسترسی در چارچوب مورد بررسی، سیاست‌هایی را اتخاذ کرده بود.

همان‌طور که دیده شد، نظام سلامت ایران نیز در مدت تحریم اقتصادی این کشور منفعل نبوده و سیاست‌های مختلفی را در راستای تضمین دسترسی به دارو و حفظ سلامت جامعه اعمال کرده است، که از آن جمله می‌توان به بسیج منابع مالی، تخصیص بهینه‌ی منابع دارویی، حمایت از مصرف‌کننده، تقویت پایش بازار، و بهبود زنجیره تأمین دارو نام برد. آنچه نیاز به تأمل بیشتری دارد، عدم توجه نظام سلامت ما به اتخاذ سیاست‌هایی با رویکرد تجویز و مصرف منطقی دارو است، و این در حالی

References

- 1- Rashidian A. Policy Making Challenges, and the Need for Introducing Formal Structures for Evidence Informed Decision Making in the Health System. *Hakim Research Journal* 2014;16(3):258-61.
- 2- World Health Organization. Access to Medicines. [Cited 201 ۴ April]; Available from: <http://www.who.int/trade/glossary/story002/en/>
- 3- United Nations Development Group. Indicators for Monitoring the Millennium Development Goals: Definitions, Rationale, Concepts and Sources. United Nations Publications; 2003: Vol. 95.
- 4- Kheirandish M, Rashidian A, Bigdeli M. A News Media Analysis of Economic Sanction Effects on Access to Medicine in Iran. *Journal of Research in Pharmacy Practice* 2015; 4(4):199.
- 5- Kheirandish M, Rashidian A, Kebriaeezade A, Cheraghali AM, Soleymani F. A Review of Pharmaceutical Policies in Response to Economic Crises and Sanctions. *Journal of Research in Pharmacy Practice* 2015;4(3):115.
- 6- Hosseini SA. Impact of Sanctions on Procurement of Medicine and Medical Devices in Iran; A Technical Response. *Archives of Iranian medicine* 2013; 16 (12):736-8.

A Review of Pharmaceutical Policies Adopted by Countries in Economic Sanctions or Crisis

Kheirandish M¹ (MD, PhD), Rashidian A^{2*} (MD, PhD)

¹ *Department of Pharmacoeconomics and Pharmaceutical management, School of Pharmacy, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*

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

Original Article

Received: 2 Jan 2016, Accepted: 18 Apr 2016

Abstract

Health care system is responsible to provide community health in each country, and one of its main roles is developing and performing the right policies at the right time. Health care system and achieving its goals can be influenced by various factors. Economic sanction and crisis could influence the health care system by affecting economic status of the target countries. In this paper the pharmaceutical policies which applied by countries to reduce the negative impacts of economic crisis on access to medicine. The electronic databases Google scholar and PubMed were searched. The policies were categorized based on WHO framework for access to medicine. Totally 89 policies among 11 countries were extracted which stratified in 12 categories. Most of the countries had adopted similar policies focusing on financial aspects of the medicine sector. Only Italy had covered all dimensions of WHO framework to access medicine. The review showed the most of the studies just have explained the adopted policies, and there were few studies have assesses the effectiveness of the policies on access to medicine.

Key words: Economic sanction/ Economic crisis, Pharmaceutical policies, Access to medicine

Please cite this article as follows:

Kheirandish M, Rashidian A. A Review of Pharmaceutical Policies Adopted by Countries in Economic Sanctions or Crisis. *Hakim Health Sys Res* 2016; 19(2): 64- 68.

*Corresponding Author: Department of Health Management and Economics, 4th Floor, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Poorsina St., Tehran, Iran. Postal code: 1417613151. Tel: +98- 912- 6770973. E-mail: arashidian@tums.ac.ir