

به نام خدا

خلاصه سیاستی

وضعیت مصرف دارو در ایران: پیشنهادات برای سیاستگذاری‌های آگاه از شواهد

تدوین: مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، به پیشنهاد معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

منابع مورد استفاده: مطالب ارائه شده در سمینار یک روزه ارزیابی وضعیت مصرف دارو در ایران، ۲۶ آبان ماه ۱۴۰۱

پیام‌های اصلی

- ✚ وضعیت تجویز و مصرف دارو در ایران منطقی نیست و نیاز به تدوین نقشه راه جدی وجود دارد؛
- ✚ اقلام آنتی‌بیوتیکی در نسخ 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 هست 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 پوشش همگانی سلامت هست، 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 هست.

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 (ارتقا، 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 هست 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^۲ این نظام‌ها هست. 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 هست 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.

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

منابع ناکارایی	دلایل معمول ناکارایی
۱	<p>کمبود استفاده از داروهای ژنریک و استفاده از داروهای با قیمت بالاتر از قیمت واقعی (برند) برای آنها</p> <p>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.</p>
۲	<p>استفاده از داروهای تقلبی و غیراستاندارد</p> <p>۱- عدم کفایت ساختارها/ مکانیسم‌های قانونی وابسته به دارو؛ ۲- سیستم تدارکاتی ضعیف.</p>
۳	<p>تجویز و مصرف نامناسب دارو</p> <p>۱- مشوق‌های نامناسب برای تجویزکنندگان و شیوه‌های ترویج غیراخلاقی؛ ۲- تقاضا / انتظارات مصرف‌کنندگان؛ ۳- آگاهی نامحدود در مورد اثرات درمانی؛ ۴- چارچوب‌های قانونی نامناسب.</p>

¹ Universal Health Coverage

² Efficient

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.

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 که برنامه آن در ضمیمه یک آورده 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

عنوان مورد بررسی	سال مطالعه	مهمترین نتایج
۱	ارزیابی ۹۲ میلیون نسخه دارویی	۱۳۹۸ ۱- متوسط اقلام 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 اقلام 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 اقلام در نسخ کار دیولوژیست‌ها با ۳/۸۴ قلم دارو است؛ ۳- آنتی‌بیوتیک‌ها در ۳۹ درصد نسخ تجویز شده است.
۳	ارزیابی ۸۵ میلیون نسخه دارویی	۱۳۹۴ ۱- شایعترین اقلام تجویزی به ترتیب آنتی‌بیوتیک (۴۵ درصد) و کورتیکواستروئید (۲۳ درصد) است؛ ۲- متوسط اقلام تجویزی در نسخ کار دیولوژیست‌ها ۳/۶۸ و در نسخ درماتولوژیست‌ها ۲/۰۶ گزارش شده است.
۴	ارزیابی روند ۱۷ ساله تجویز اقلام 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 ^۳ 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؛

³ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)

عنوان مورد بررسی	سال مطالعه	مهمترین نتایج
		۲- فراوانترین اقلام تجویزی در بیماران سرپایی، پنی‌سیلین‌ها، سفالوسپورین‌ها و ماکرولیدها و در بیماران بستری، سفالوسپورین‌ها و کارباپنم‌ها است.
۶	۱۳۹۶	فراوانی خوددرمانی آنتی‌بیوتیک‌ها در بین کل جمعیت برای مراجعه به خوددرمانی، ۴۳/۴ درصد ذکر شده است.
۷	۱۳۹۹	ارزیابی روند مصرف ۱۷ ساله آنتی‌بیوتیک‌ها در ایران براساس تقسیم‌بندی Aware سازمان جهانی بهداشت
۸	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	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	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.

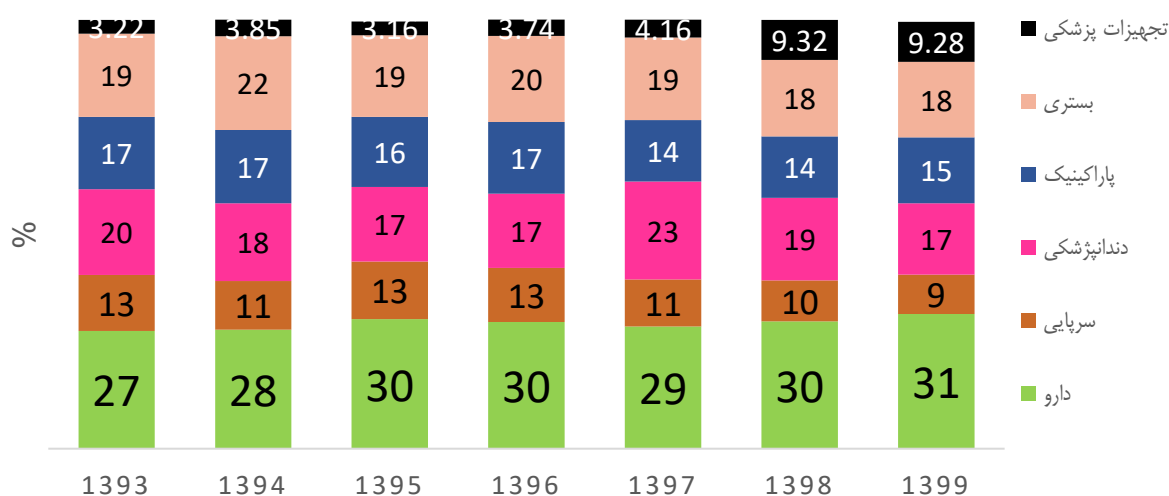
عنوان مورد بررسی	سال مطالعه	مهمترین نتایج
۱۱	۱۴۰۰	<p>۱- افزایش مصرف تمام اشکال دارویی دیابت (انسولین ۱۴۸/۶ و اشکال خوراکی ۱۳۲/۷ درصد) در ایران در طی ۱۰ سال ارزیابی؛</p> <p>۲- افزایش تقریباً ۹ برابر قیمت داروهای دیابتی؛</p> <p>۳- در بین داروهای خوراکی، متفورمین بیشتر از بقیه افزایش داشته است؛</p> <p>۴- بیشتر از یک سوم هزینه داروهای دیابتی مربوط به انسولین سریع‌الاث‌ر می‌باشد؛</p> <p>۵- سهم مصرف انسولین کمتر از ۱۹ درصد اما سهم هزینه‌ای آن در بین سایر داروهای دیابتی بیشتر از ۶۰ درصد است.</p>
۱۲	۱۳۹۸	<p>مقایسه وضعیت داروهای کاهنده چربی در ایران با کشورهای سازمان همکاری و توسعه اقتصادی چربی را به خود اختصاص داده است.</p>
۱۳	۱۳۹۸	<p>۱- مصرف تاموکسیفن ($DID=0.32$)، در مقایسه با کشورهای اروپایی (۱/۴ الی ۴)؛</p> <p>۲- آگزمستان، هفتمین داروی پرهزینه در ایران و ۱۴/۵ درصد از کل مصرفی کشور (در سال ۱۳۹۶)؛</p> <p>۳- بیشتر از ۵۸ درصد کل هزینه داروی تراستوزوماب، و تجویز در ۱۴/۴ درصد بیماران؛</p> <p>۴- بوسازوماب، پنجمین داروی پرهزینه و تجویز متداول در فاقدین کد متاستاز/سایر بدخیمی‌ها؛</p> <p>۵- ارولیموس: دومین داروی پرهزینه (در ۱/۳ درصد از نسخ در بیماران تحت درمان با داروی تراستوزوماب)؛</p> <p>۶- ۸۰ درصد کل هزینه برای تراستوزوماب، اورولیموس، دو سه تاکسل و پاکلی تاکسل.</p>

*دسته Watch عبارتند از: آزیترومايسين، سفیکسیم، سفتریاکسون، سفوتاکسیم، سفنازیدیم، سفروکسیم، ونکومايسين، سیپروفلوکساسین،

کلاریتومايسين، مروینم، پیراسیلیم

ارزیابی آمارنامه دارویی در سال ۱۴۰۰، نشان‌دهنده این است که رم‌سیویر، آموکسی‌سیلین، کل‌پیدوگرل و استامینوفن چهار داروی ژنریک پرفروش در سال هستند، همچنین برندهای سینورا، آموکسی‌سیلین، رم‌سیویر 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 پنجک‌های فقیرتر (به‌ویژه پنجک یک) این سهم بالاتر است.



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

سیاست‌های کنونی

اسلایدهای دکتر محمدی

برخی اقدامات انجام شده در سطح کلان

- ۱- بیشتر از ۲۵۰۰ قلم دارو و تجهیزات مصرفی تحت پوشش بیمه هستند؛
- ۲- تعداد گایدلاین‌های درمانی ارائه شده توسط معاونت درمان؛
- ۳- قیمت‌گذاری دارو؛
- ۴- پوشش همگانی بیمه اقشار آسیب‌پذیر حداقل ۶ میلیون نفر در طی دو سال اخیر؛

۵- اجرای طرح دارویار؛

۶- به کارگیری همکاران داروساز بالینی در بخش‌های درمانی.

نتیجه‌گیری

مطالعات مختلف نشان‌دهنده وضعیت نامطلوب و غیرمنطقی مصرف دارو در ایران است. به‌طور متوسط در ایران ارقام 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 هزینه‌ای 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 ارقام 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 این که 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 این که سویه‌های 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 تهدیدهای بشری در چند سال آینده می‌باشد. پایش تمام سویه‌هایی 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 ارقام تجویزی بررسی شدند که پزشکان عمومی در رأس تجویزکنندگان دارو قرار دارند و در بین متخصصان، گروه پزشکان کاردیولوژیست در ردیف اول تعداد ارقام در نسخ تجویزی را به خود اختصاص داده‌اند. با توجه به بالا بودن میانگین تعداد ارقام 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 ارقام 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.

تدوین نقشه راه براساس پیشنهادات مطرح شده در سمینار 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

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 (If 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 پرنده.	سازمان غذا و دارو	بین‌بخشی

کارکرد/نظام سلامت	پیشنهاد (نقشه راه)	اصلی ترین سازمان/ارگان مسئول	بین بخشی /درون بخشی
۱۰	ورودی- حاکمیت/ نظام اطلاعات	استفاده وسیع از رسانه های عمومی برای آگاهی رسانی در مورد مصرف منطقی دارو اثرات درمانی.	بین بخشی
۱۱	ورودی- حاکمیت/ تأمین مالی	تأمین مناسب هزینه های دارویی و کاهش سهم پرداخت از جیب دارو.	بین بخشی
۱۲	ورودی- حاکمیت	ارزیابی دوره های تشخیص های ارائه شده توسط پزشکان و تطابق آن با گایدلاین های درمانی/تشخیصی.	درون بخشی
۱۳	ورودی- حاکمیت	تبیین علل درمان مؤثر و ایمن در جامعه.	بین بخشی
۱۴	ورودی- حاکمیت/تأمین مالی	خرید راهبردی داروها و خدمات دارویی با نقش آفرینی فعال نظام بیمه ای.	بین بخشی
۱۵	ورودی- حاکمیت	تدوین گایدلاین های تجویز و مصرف دارویی براساس مطالعات ارزیابی اقتصادی (ارزیابی فناوری سلامت ^۴).	درون بخشی
۱۶	ورودی- حاکمیت	حوزه راهبردی و سیاست گذاری دارویی در سطح وزارت بهداشت با مشارکت مشاورین تخصصی (حوزه اقتصاد دارو اقتصاد سلامت) انجام شود.	بین بخشی
۱۷	ورودی- حاکمیت/ ارائه خدمات	به کارگیری فعالانه متخصصین داروساز بالینی در مراقبت از بیمار.	درون بخشی
۱۸	ورودی- حاکمیت/ ارائه خدمت	راه اندازی نظام ارجاع برای رصد تجویز دارو.	بین بخشی
۱۹	ورودی- حاکمیت/ ارائه خدمت	مشارکت سازمان های بیمه گر در پرداخت هزینه های دارویی مطابق گایدلاین های بالینی.	بین بخشی
۲۰	ورودی- حاکمیت/ ارائه خدمت	تدوین گایدلاین های بالینی برای بیماری های مهم (و به ویژه برای بیماری های با داروهای پر مصرف و پر هزینه).	درون بخشی
۲۱	ورودی- حاکمیت	ارزشیابی مراکز درمانی و بیمارستانی براساس اجرای گایدلاین های ابلاغی در استانداردها از جمله استاندارد های اعتباربخشی مراکز درمانی.	درون بخشی

⁴ Health Technology Assessment (HTA)

کارکرد/نظام سلامت	پیشنهاد (نقشه راه)	اصلی ترین سازمان/ارگان مسئول	بین بخشی /درون بخشی
۲۲	ورودی - حاکمیت / نظام اطلاعات	راه اندازی سیستم پایدار در تجویز مصرف منطقی دارو در سه سطح: آموزش، قوانین و مدیریت.	درون بخشی
۲۳	ورودی - حاکمیت	قیمت گذاری درست دارو در کشور.	بین بخشی
۲۴	ورودی - حاکمیت	اولویت بندی توزیع دارو براساس شیوع و بار بیماری ها در مناطق مختلف کشور (استفاده از رویکرد DCP3).	بین بخشی
۲۵	ورودی - حاکمیت	گزارش خطاهای پزشکی و رصد آنها در خصوص تجویز دارو.	درون بخشی
۲۶	ورودی - حاکمیت	راه اندازی نسخه سوم ایمنی بیمار (چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار).	درون بخشی
۲۷	ورودی - حاکمیت	ارزیابی اقتصادسنجی مصرف دارو در ایران.	درون بخشی
۲۸	ورودی - حاکمیت	تقویت بخش پیشگیری و ارزیابی اقدامات پیشگیری و سهم آن در کاهش مصرف دارو.	درون بخشی
۲۹	ورودی - حاکمیت	ارزیابی نقش هوش مصنوعی در کاهش مصرف دارو.	بین بخشی
۳۰	ورودی - حاکمیت / نظام اطلاعات	انجام دوره ای مطالعات ملی آگاهی از مصرف منطقی دارو.	درون بخشی
۳۱	ورودی - حاکمیت / نظام اطلاعات	بهره مندی از زیرساخت نسخ الکترونیک جهت ارتقا سیستم بازخورد و توجه و بررسی ادواری نمونه های تصادفی از نسخ توسط تیم چند تخصصی.	درون بخشی
۳۲	ورودی - حاکمیت / نظام اطلاعات	ارتقا مشارکت و همکاری اعضای کادر درمان در جهت بهبود تجویز و مصرف منطقی دارو.	بین بخشی
۳۳	ورودی - حاکمیت / نظام اطلاعات	راه اندازی شبکه تحقیقاتی دارویی.	بین بخشی
۳۴	ورودی - حاکمیت	بازبینی در کریوکوم دوره داروسازی عمومی.	درون بخشی
۳۵	ورودی - حاکمیت / نظام اطلاعات	افزایش آگاهی دانشجویان دوره های مختلف (داروسازی / پزشکی / ...) با اهمیت مصرف منطقی دارو.	درون بخشی
۳۶	ورودی - حاکمیت	راه اندازی برنامه پزشکی خانواده.	بین بخشی

کارکرد/نظام سلامت	پیشنهاد (نقشه راه)	اصلی ترین سازمان/ارگان مسئول	بین بخشی/درون بخشی
۳۷	ورودی - حاکمیت	استقرار نظام پاسخدهی سریع به مشکلات حوزه دارو.	درون بخشی
۳۸	ورودی - حاکمیت	مرور سیاست‌های تدوین شده و مداخلات اجرا شده در زمینه مصرف منطقی دارو و به روزرسانی آنها.	درون بخشی
۳۹	ورودی - حاکمیت	انجام مطالعات دوره‌ای دلایل رخداد مصرف غیرمنطقی دارو.	درون بخشی
۴۰	ورودی - حاکمیت	مرور تجارب کشورهای موفق در زمینه مصرف منطقی دارو.	درون بخشی

با توجه به این که 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.