



# معرفی کتاب

دکتر فریدون سیامک نژاد

نام کتاب:

داروسازی در چهارسوی گیتی

نویسنده:

دکتر کاوه سالارمند

نوبت چاپ:

اول ۱۳۹۹

ناشر:

موسسه آند

حامی انتشار

البرز بالک - شرکت تولید مواد اولیه دارویی

داروسازی و نوآوری‌های ایجاد شده، فناوری‌های به کار گرفته شده، نظام بیمه‌ای، تعرفه داروسازان و مارژین داروها انجام دادم. اگرچه دو سال پیش مقدمات انتشار کتاب توسط انجمن داروسازان ایران فراهم شد اما با تغییر دبیر انجمن چاپ کتاب متوقف شد. ولیکن در آذرماه سال جاری با پیگیری مجدد و مجدانه جناب آقای دکتر سجادی و مساعدت شرکت داروسازی البرز بالک خوشبختانه کتاب به مرحله چاپ رسید. مجموعه حاضر حاصل کنکاش و مطالعه در خصوص نظام دارویی ۱۳ کشور دنیا در ۳ حوزه جغرافیایی آسیا و اقیانوسیه، اروپا و آمریکای شمالی است. در این مجموعه که چارچوب اصلی آن مطالعات مؤسسه Deloitte بر روی کشورهای موردبررسی است، نظام سلامت، تعرفه‌ها، حاشیه سود و هزینه‌های ارائه خدمت و مقررات تنظیمی، دامنه خدمات، تجهیزات و پراکندگی، تمهیدات عرضه عمده داروها، به‌کارگیری فناوری و در نهایت اصلاحات، نوآوری‌ها و روش‌های آزمایشی موردبررسی و مقایسه قرار گرفته است. تمامی داده‌های موجود در این نگاه‌شسته براساس آخرین اطلاعات موثق منتشر شده توسط مراجع رسمی کشورهای موردبررسی به‌روزرسانی شده است.

امید است این مجموعه بتواند هرچند مختصر به ارتقاء و بهبود وضعیت حرفه داروسازی در کشور ما کمک نموده و موردتوجه همکاران عزیز قرار گیرد.

چکیده نسبتاً مفصل این کتاب در ابتدای کار، مشخص‌کننده هدف کتاب داروسازی در چهارسوی گیتی می‌باشد. برای روشن شدن مسأله و هدف نگارش آن، این چکیده را مرور می‌کنیم:

همکاران آقای دکتر کاوه سالارمند، دبیر انجمن داروسازان استان کرمانشاه بوده، کتاب ایشان که گردآوری و تألیف می‌باشد، به بررسی داروسازی در چهارسوی گیتی، یعنی آسیا - اقیانوسیه - آمریکای شمالی و اروپا پرداخته است. هدف از این کتاب در پیش‌گفتار ایشان آمده است که با هم مرور می‌کنیم: امروزه در سرتاسر گیتی نگاه‌ها به حرفه داروسازی متفاوت از گذشته بوده و کشورهای متریکی سرمایه‌گذاری‌های ویژه‌ای را بر روی به‌کارگیری پتانسیل‌های متعدد داروسازان انجام داده‌اند. در حال حاضر کمتر کشور توسعه‌یافته‌ای را می‌توان یافت که در آن نقش داروسازان در نظام سلامت به یک عرضه‌کننده صرف دارو محدود شده باشد. می‌توان گفت نگرش به حرفه داروسازی از اوایل قرن حاضر دستخوش تغییرات اساسی شده است و داروسازان به سرعت در حال فاصله گرفتن از نقش‌های سنتی خود در داروخانه‌ها هستند. همچنین در بسیاری از کشورها داروخانه و داروسازان به‌عنوان یک عامل مؤثر و ارزشمند در صرفه‌جویی و کاهش هزینه‌های بخش سلامت و ارتقاء سلامت جامعه شناخته می‌شوند. در کشور ما در سالیان اخیر با مطالبه‌گری داروسازان و انجمن‌های صنفی، اذهان سیاست‌گذاران حوزه سلامت نسبت به حرفه داروسازی تا حدودی روشن گردیده و به‌نظر می‌رسد نظام سنتی دارویی ما در آستانه تغییرات اساسی قرار گرفته است. در این مسیر، استفاده از تجربیات موفق یا ناموفق سایر کشورها می‌تواند چراغ راه ما قرار گرفته و ما را از گرفتار شدن در ورطه آزمون‌ها و خطاها برهاند. سه سال پیش به پیشنهاد دبیر وقت انجمن داروسازان ایران، جناب آقای دکتر سجادی، تحقیق جامعی در خصوص وضعیت

## ■ چکیده

در سال ۲۰۱۶ مؤسسه Deloitte Access Eco-nomics مأموریت یافت تا مطالعه‌ای مروری بر روی داروخانه‌ها در ۱۳ کشور دنیا شامل نیوزلند، ژاپن، استرالیا، ایالات متحده آمریکا، کانادا، فرانسه، اسپانیا، هلند، دانمارک، نروژ، سوئد، بریتانیا (انگلیس)، اسکاتلند و ولز) و جمهوری ایرلند انجام دهد. این پروژه پیش درآمدی بر مرور گسترده‌تر نظام دارویی و تمهیداتی است که بر داروخانه‌ها و عمده‌فروشان اعمال می‌شوند تا دسترسی ارزان و مطمئن مصرف‌کنندگان به داروها تضمین شود.

## ■ شرایط و هزینه‌های نظام سلامت

هر کدام از ۱۳ کشور ساختارها، سیاست‌ها، و مسئولیت‌های متفاوتی در درون نظام سلامت خود دارند. با این وجود، از این بررسی چنین برمی‌آید که در تمام کشورها دولت‌ها نقش کلیدی در مدیریت، فراهم کردن خدمات، و سرمایه‌گذاری در بخش سلامت دارند.

از بین این ۱۳ کشور، ۱۲ کشور (به جز ایالات متحده) خدمات بهداشتی را به صورت همگانی برای شهروندانشان فراهم می‌کنند که سرمایه‌گذار اصلی آن خود دولت است. ایالات متحده نظام سلامت سراسری ندارد و خدمات بهداشتی عمدتاً توسط بخش خصوصی فراهم می‌شود. برخی از کشورها با ایجاد یک سیستم بیمه سلامت ملی هزینه‌های خدمات بهداشتی معینی را جبران می‌کنند. کشورهای دیگر پوشش سلامت عمومی را از طریق یک طرح ملی با برخی نظارت‌های منطقه‌ای فراهم می‌کنند. بیمه سلامت خصوصی نیز با درجات متفاوت در نظام

سلامت کشورهای نقش بازی می‌کند. به طور کلی، بیمه سلامت خصوصی خدمات سلامت عمومی را با هدف افزایش انتخاب‌ها، دسترسی سریع‌تر و کاهش هزینه‌ها برای پاره‌ای از خدمات تأمین می‌کند. در این بین، ایالات متحده که در آن بیمه سلامت خصوصی نقش کلیدی در سرمایه‌گذاری در بخش سلامت بازی می‌کند و هلند که در آن بیمه سلامت از بخش خصوصی خریداری می‌شود؛ از کشورهای دیگر متمایز هستند. متوسط هزینه سرانه خدمات سلامت عمومی و خصوصی (به دلار آمریکا) بین ۳۳۷۱ دلار در اسپانیا تا ۹۵۰۷ دلار در ایالات متحده آمریکا متغیر است. همچنین کل متوسط هزینه سرانه دارویی (عمومی و خصوصی) در کشورهای مورد مطالعه بین ۳۳۵ دلار در دانمارک تا ۱۰۱۱ دلار در ایالات متحده قرار دارد.

## ■ پاداش و مقررات

به طور کلی، چهار نوع مارژین یا حاشیه سود دارویی در نظام‌های دارویی کشورهای مختلف دیده شد: مارژین کاهشی (درصد ثابتی که با افزایش قیمت، کاهش می‌یابد)، مارژین افزایشی (درصد ثابتی که با افزایش قیمت، افزایش می‌یابد)، مارژین خطی (معادله‌ای که برای تمام محدوده‌های قیمت اعمال می‌شود) یا مارژین با نرخ یکنواخت (درصد یکنواختی که بر تمام محدوده‌های قیمت اعمال می‌شود) و یا ترکیبی از موارد مذکور.

شایع‌ترین نوع مارژین دارویی در میان کشورهای مورد مطالعه از نوع کاهشی بود؛ که بیشتر در فرانسه و سوئد وجود داشت. در نروژ و اسپانیا ترکیبی از مارژین کاهشی و ثابت استفاده می‌شود. در استرالیا پیش‌تر یک مارژین دارویی کاهشی بر قیمت داروها اعمال

داروخانه‌ها اعمال می‌کنند اما در مجوزی که پیش از تأسیس داروخانه جدید صادر می‌شود نزدیکی به داروخانه‌های دیگر در نظر گرفته نمی‌شود. در نقطه مقابل در کانادا، ژاپن، هلند، نروژ، نیوزیلند، سوئد و ایالات متحده محدودیتی در مورد محل احداث داروخانه‌ها وجود ندارد.

### ■ محدود خدمات، روش‌ها و پراکندگی

در کشورهای استرالیا، کانادا، دانمارک، فرانسه، ژاپن، هلند، نیوزلند، اسپانیا و بریتانیا بر اساس ارائه هر خدمت اضافی به بیماران، تعرفه به داروسازان تعلق می‌گیرد. طیف خدماتی که علاوه بر عرضه صرف دارو، تعرفه دریافت می‌کنند در کشورهای مختلف متفاوت هستند. داروسازان در کانادا امتیازات حرفه‌ای زیادی از جمله توانایی تجویز دارو برای بیماران مبتلا به بیماری‌های خفیف، شروع دارودرمانی، پیشنهاد جایگزین‌های درمانی و درخواست آزمایش و تزریق دارو را دارند. داروسازان تجویزکننده دارو در نیوزیلند نیز می‌توانند داروهای تجویز شده برای بیماران را تغییر دهند، شروع کنند یا مصرف آن‌ها را متوقف کنند. در مناطق روستایی استرالیا، فرانسه، ایرلند، هلند، نروژ و بریتانیا علاوه بر داروخانه‌های بیمارستانی و داروخانه‌های خرده‌فروشی، پزشکان می‌توانند داروها را در اختیار بیماران قرار دهند. در دانمارک و نروژ داروخانه‌هایی که چندین شعبه دارند (محل‌های توزیعی که تحت نظارت یک داروخانه واحد قرار دارند) می‌توانند به توزیع دارو اقدام کنند. در ژاپن (اگرچه در حال کاهش است) و بیشتر ایالت‌های آمریکا نیز پزشکان می‌توانند داروها را مستقیماً بین بیماران توزیع کنند. در دانمارک، هلند، نروژ، سوئد و

می‌شد که در سال ۲۰۱۵ با یک مارژین غالباً ثابت جایگزین شد.

محدوده مارژین‌های دارویی در ۱۳ کشور از ۳٪ در نروژ (برای داروهای گران‌قیمت مارژین‌ها کاهشی هستند) تا بیش از ۲۷/۹٪ در اسپانیا، ۲۵/۵٪ در فرانسه و حدوداً ۲۱/۳٪ در سوئد متغیر بود. هزینه‌های توزیع (Dispensing fee) به دلار آمریکا بین ۰/۵ دلار به ازای هر بسته توزیع شده در فرانسه برای نسخه‌هایی با ۵ دارو یا بیشتر تا ۴/۹۲ دلار در ایرلند بود. به‌طور کلی، در کشورهایی که هزینه توزیع بالاتر بود (یا کلاً وجود نداشت)، مارژین‌های دارویی در مقایسه با کشورهای دیگر پایین‌تر بود. در هر دو کشور اسپانیا و سوئد، هزینه‌های توزیع وجود ندارد، این در حالی است که مارژین‌های دارویی در این کشورها عموماً بالاست. در کشورهای اسپانیا و فرانسه و استرالیا مالکیت داروخانه‌ها در انحصار داروسازان قرار دارد. در نروژ و سوئد، تنها پزشکان و صنایع داروسازی از حق مالکیت برخوردار نیستند. در نیوزیلند و دانمارک، افراد غیرمتخصص در داروسازی تنها می‌توانند سهام‌دار بخشی از داروخانه‌ای باشند که مالک اصلی آن یک داروساز است. این در حالی است که در کشورهای ایرلند، کانادا، ژاپن، هلند، بریتانیا و ایالات متحده آمریکا هیچ محدودیتی در حق مالکیت داروخانه‌ها وجود ندارد. در مورد محل تأسیس داروخانه، کشورهای استرالیا، دانمارک، فرانسه و اسپانیا تأسیس داروخانه تابع محدودیت‌های جمعیتی و فاصله‌ای است و محل داروخانه‌ها را براساس جمعیتی که به آن‌ها خدمت ارائه می‌گردد و نزدیکی به سایر داروخانه‌ها محدود کرده‌اند. بریتانیا و ایرلند نیز محدودیت‌هایی را در مورد محل

بریتانیا خرید داروهای نسخه‌ای از طریق اینترنتی (داروخانه‌های اینترنتی) آزاد است.

در میان کشورهای مورد بررسی هلند کمترین تعداد داروسازان به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت و ژاپن بیشترین تراکم داروسازان و داروخانه‌ها را دارد. در نروژ با بازنگری قوانین حوزه دارویی در سال ۲۰۰۰ محدودیت‌ها در مورد مالکیت داروخانه‌ها و محدودیت‌های موجود جهت تأسیس داروخانه‌های جدید برداشته شد. این کار با افزایش تعداد داروخانه‌ها و افزایش ساعت کار داروخانه‌ها، دسترسی به داروخانه را بهبود بخشید.

### ■ تمهیدات تأمین عمده‌فروشی

تعدادی از کشورها اجازه معاملات تجاری مستقیم بین تولیدکنندگان دارو و داروخانه‌ها را می‌دهند. این تمهیدات شامل به‌کارگیری تعداد محدودی از عمده‌فروشان به‌عنوان تنها عوامل توزیع‌کننده فرآورده‌های دارویی بین داروخانه‌ها یا در واقع استفاده از عمده‌فروشان به‌عنوان تأمین‌کنندگان استراتژیک برای همان منظور است. اگرچه عمده‌داروهای داروخانه‌ها از طریق عمده‌فروشان تأمین می‌شود، اما در تعدادی از کشورها بیش از ۱۰٪ از فروش داروخانه‌ها مربوط به داروهایی است که مستقیماً از طریق تولیدکنندگان خریداری و تأمین شده است. در حال حاضر توزیع مستقیم به داروخانه در کشورهای ژاپن، نیوزیلند و سوئد وجود ندارد. در این کشورها، از عمده‌فروشان یا همان شرکت‌های توزیع‌کننده دارو در چرخه تأمین استفاده می‌شود.

بیشتر کشورهای بررسی شده مارژین‌های عمده‌فروشی را تعیین و تنظیم نمی‌کنند. به‌طور

مشخص، در استرالیا، فرانسه و اسپانیا مارژین‌های عمده‌فروشی توسط دولت تعیین گردیده است اما این روال در کشورهای دیگر مورد بررسی وجود ندارد. کشورهایی که مارژین‌های عمده‌فروشی را تنظیم کرده‌اند ترکیبی از مارژین‌های کاهنده و ثابت را به‌عنوان سود عمده‌فروشی استفاده می‌کنند. در کشورهایی که مارژین‌های عمده‌فروشی را تنظیم نکرده‌اند، مارژین رسمی توسط دولت اعلام نمی‌شود و به مذاکرات بین عمده‌فروش و داروخانه بستگی دارد. در نتیجه، قیمت‌های عمده‌فروشی داروها در داروخانه‌های خصوصی و داروخانه‌های بیمارستانی متفاوت است.

### ■ به‌کارگیری فناوری

در سرتاسر جهان استفاده از فناوری‌های الکترونیکی در بخش سلامت و داروخانه‌ها به میزان قابل‌توجهی افزایش یافته است. بسیاری از کشورها (با نسبت‌های مختلف) پرونده‌های سلامت الکترونیک (EHR)، سیستم‌های نسخه‌نویسی الکترونیکی و سایر روش‌های الکترونیک مانند تله‌مدیسین را به کار گرفته‌اند.

دانمارک به‌عنوان پیشروترین کشور در شروع سلامت الکترونیک شناخته می‌شود. فناوری در تمام سطوح سیستم سلامت این کشور استفاده می‌شود. در استرالیا و بسیاری از کشورهای دیگر دنیا نسخه‌های الکترونیکی در حال کنار زدن نسخه‌های کاغذی هستند. تمام کشورهای بررسی شده در این مطالعه کم‌وبیش از نسخه‌های الکترونیکی استفاده می‌کنند که البته میزان استفاده از آن بین کشورها متفاوت است. میزان استفاده از نسخه الکترونیکی

هزینه‌های دارویی در حال رشد است. تعدادی از کشورها روی افزایش مصرف داروهای ژنریک تمرکز دارند تا از این طریق هزینه‌های دارویی را مهار کنند. در کشورهای مطالعه شده اصلاحات دیگری نیز در بخش داروخانه‌ها به کارگرفته شده است. فرانسه روی کاهش ضایعات بسته‌بندی و نگهداری ارزان قیمت متمرکز شده است. در آوریل ۲۰۱۶ کشور ژاپن برنامه «داروساز خانواده» را معرفی کرد که در آن بیمار یک داروساز را به عنوان داروساز خانواده تعیین می‌کند. هدف این نوآوری گسترش نقش داروخانه و داروسازان، جلوگیری از دوباره کاری و کاهش ضایعات از طریق تعیین یک عرضه‌کننده داروی واحد است. قانون داروخانه‌های ایرلند در سال ۲۰۰۷ نیاز به مدیریت فروش و تأمین داروها تحت نظارت شخصی داروساز را مطرح کرد. مدل داروساز ناظر برای این مطرح شد که مدیریت و کنترل فروش و تأمین دارو در داروخانه‌های ایرلند تحت کنترل یک داروساز مجرب با حداقل تجربه‌های مشخص قرار گیرد. داروساز ناظر شخصی است که کار او کنترل کلی، مدیریت حرفه‌ای و بالینی است، در حالی که مسئولیت داروساز سرپرست مدیریت روزانه داروخانه است.

### ■ پروفایل کشورها

جدول‌هایی که در ادامه آمده است یافته‌های کلیدی این بررسی بین کشوری را به صورت مختصر نشان می‌دهند. جدول A نظام سلامت این ۱۳ کشور و همچنین داده‌های کلیدی در مورد هزینه‌های سلامت، هزینه‌های داروها و داروخانه‌ها و پراکندگی داروخانه‌ها و داروسازان به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت را مرور می‌کند. جدول ii به مقایسه مقررات

در کشورهای سوئد و دانمارک بیش از ۹۰٪ است. در کانادا، استرالیا، دانمارک، فرانسه، هلند، ایرلند، اسپانیا، سوئد، بریتانیا و ایالات متحده با درجات مختلف از پرونده الکترونیکی سلامت (HER) یا معادل‌های آن در نظام سلامت استفاده می‌شود.

از نوآوری‌های تکنولوژیکی منحصر به فرد می‌توان به دستگاه‌های توزیع‌کننده نسخه‌ها در انباریوی کانادا اشاره کرد. این دستگاه‌ها که PharmaTrust MedCentres نامیده می‌شوند، سیستم‌های توزیع را خودکار می‌کنند و به کاربر اجازه می‌دهند تا از طریق ویدئو کنفرانس با یک داروساز که ممکن است در مکان دیگری باشد ارتباط برقرار کند. این دستگاه‌ها در مناطق روستایی و در جاهایی که تعداد داروخانه‌ها کم است امکان دسترسی به داروسازان را فراهم می‌کنند. در اسپانیا و بریتانیا در تعدادی از داروخانه‌های خرده‌فروشی استفاده از ربات‌های توزیع‌کننده کنترل از راه دور به صورت آزمایشی شروع شده است. این دستگاه‌ها در یک داروخانه قرار داده می‌شوند و داروهای لازم را بدون اینکه نیاز باشد داروساز به محل چیدمان داروها مراجعه کند مستقیماً در اختیار داروساز قرار می‌دهند.

### ■ اصلاحات، مشوق‌ها و آموزش‌ها

روند جهانی در اصلاح بخش دارویی، روی اصلاح قیمت‌گذاری، استفاده بیشتر از داروهای ژنریک و گسترش نقش داروساز متمرکز شده است. اخیراً استرالیا به کارگیری بسته Access and Sustainability ارائه شده توسط PBS در سال ۲۰۱۵-۲۰۲۰ را شروع کرده است که شامل تعدادی از نوآوری‌هایی است که هدف آن‌ها کنترل

تنظیمی و پاداش داروخانه‌ها شامل خدمات ارائه شده توسط داروسازان و روش‌های تحویل داروهای نسخه‌ای در این ۱۳ کشور می‌پردازد. جدول iii پاداش عمده‌فروشی و مقررات توزیع ۱۳ کشور و همچنین وضعیت کنونی پیشرفت تکنولوژیکی در سلامت الکترونیک و مرور کلی بر اصلاحات کلیدی در بخش دارویی این کشورها را مورد مقایسه قرار می‌دهد.

با توجه به این که چکیده کتاب فوق، مطالب را کاملاً بررسی کرده و چشم‌انداز خوبی از هدف نگارش این کتاب داده است، لذا برای جلوگیری از اطاله کلام، به بررسی پیش‌تر نمی‌پردازیم. در خاتمه، از همکار خوب خود آقای دکتر کاوه سالارمند تشکر کرده، مطالعه آن را به تمام مخاطبان رازی توصیه می‌کنیم.

