

دیدگاه دکتر محمود ابیاسی

## فرصت‌ها و چالش‌های بازار دارو در پساتحریم

با رفع تحریم‌های جهانی، قطعا بازار تولید، صادرات و واردات دارو در ایران نیز دستخوش تغییر خواهد شد. در دوران پسابرجام می‌توان امیدوار بود که مبادلات مالی بین بازار دارویی ایران با بازار جهانی تسهیل شود. باید در نظر داشت که در دوران تحریم، اگرچه بازار دارویی ایران به‌طور رسمی در ردیف تحریم‌ها قرار نداشت، اما تحریم مبادلات پولی و مالی بین بانک‌های ایرانی با بانک‌های جهانی، عملا بازار داروی ایران را هم در زمره تحریم‌ها قرار داده بود. یعنی وقتی نتوان هزینه خرید دارو را به حساب شرک‌ت‌های جهانی انتقال داد، در این حالت، بازار دارویی نیز خودبه‌خود دچار محدودیت جدی خواهد شد. اما در دوران پسابرجام، این محدودیت‌های بانکی کمرنگ خواهد شد و نقل و انتقالات مالی بین شرک‌ت‌های دارویی ایران با شرک‌ت‌های جهانی هموار می‌شود. از سوی دیگر می‌توان امیدوار بود که در دوران پسابرجام، ارتباط بین دانشگاه و صنعت در ایران با محافل علمی و صنعتی در جهان، مستحکم‌تر شود. این اتفاق موجب می‌شود بازار دارویی ایران و علم داروسازی در کشور بتواند به‌راحتی از تجربیات جهانی بهره‌برد و به رشد و تعالی بیشتر نائل شود. در عین حال باید توجه داشت که دوران پسابرجام برای بازار دارویی کشور می‌تواند مانند شمشیر دولبه عمل کند. یعنی در عین حال که می‌تواند بازار دارویی کشور را کاملاً به سمت توسعه بیشتر رهنمون کند، این خطر هم وجود دارد که موجب آسیب به صنعت دارویی کشور شود.

یکی از عمده تهدیدها این است که در دوران پسابرجام، بازار دارویی کشور تبدیل به بازاری برای واردات انواع و اقسام دارو شود. اگرچه خوشبختانه متولیان نظام سلامت بارها اعلام کرده‌اند که در این دوران به‌هیچ‌وجه به دنبال افزایش واردات دارو نیستند، اما باید منتظر ماند و امیدوار بود که در مقام عمل هم واردات به‌صنعت تولید دارو در داخل کشور طلمه نزند. بازار دارویی کشور در دوران پسابرجام، نباید به بازار بزرگ واردات دارو از کشورهای توسعه‌یافته تبدیل شود که اگر چنین اتفاقی بیفتد، صنعت داروسازی کشور دچار عقب‌گرد جدی خواهد شد.

اما جدای از این تهدید پیش رو، صنعت داروسازی کشور می‌تواند در دوران پسابرجام از تجربیات ارزشمند جهانی در علم داروسازی بهره‌برد. آگاهی از تازه‌ترین یافته‌های علمی در این صنعت و همکاری مشترک با دانشمندان تراز اول جهانی، فرصت برای صنعت داروسازی کشور است که باید از آن به‌خوبی بهره‌بریم. درواقع باید در مسیری حرکت کنیم که به دنبال جذب دانش فنی از صنعت پیشرفته داروسازی در جهان باشیم، نه اینکه از صنعت توسعه‌یافته آن‌ها فقط واردات دارو نصیب ما شود.

علاوه بر این، دوران پسابرجام موقعیت بسیار خوبی است که با آن می‌توانیم همکاری‌های مشترک جهانی و طرح‌های مشترک را با شرک‌ت‌های مطرح داروسازی در جهان پی بگیریم. این همکاری‌های مشترک قطعا به دانش، تجربه و توان داروسازی کشور کمک شایانی خواهد کرد.

هم‌اکنون ترکیه و اردن در صدر کشورهای صادرکننده دارو در خاورمیانه قرار دارند. اگر می‌خواهیم در این حوزه گوی سبقت را از رقیبا برابیم و در صدر صادرکنندگان دارو در منطقه قرار بگیریم، این کار نیاز به یک جهاد علمی دارد. رفع تحریم‌ها می‌تواند این جهاد علمی را خیلی سریع‌تر به ثمر برساند،البته به شرطی که در حوزه تولید دارو اعتمادبه‌نفس داشته باشیم و تنها به فکر واردات دارو از کشورهای توسعه‌یافته نباشیم. شکی نیست که کشور ما از نظر منابع انسانی و دانشمندان مطرح، هیچ کم و کاستی ندارد و دانشمندان ما می‌توانند پایه‌پای تولیدکنندگان مطرح خارجی در صنعت داروسازی بدرخشند. در دوران پسابرجام، باید در مسیری حرکت کنیم که شریک تجاری شرک‌ت‌های مطرح داروسازی در جهان باشیم، نه نماینده این شرک‌ت‌ها.

هم‌اکنون در زمینه تولید مواد اولیه دارویی نیز گام‌های ارزشمندی در داخل کشور برداشته شده، اما برای تداوم این حرک‌ت‌ها و گسترش آن، به‌عز می‌ج‌دی و بهره‌مندی از دانش و تجربه کشورهای توسعه‌یافته نیاز داریم که بی‌گمان دوران پسابرجام این فرصت علمی را در اختیار ما قرار خواهد داد. اما در این مسیر نباید توقع داشته باشیم که کشور‌های توسعه‌یافته، سال‌ها دانش داروسازی خود را دودستی تقدیم ما کنند، بلکه طبیعی است که انتقال دانش روز صنعت داروسازی مستلزم همت گروهی و گذر زمان است، ر‌ا در صنعت داروسازی جهان هیچ علمی به‌راحتی به دست نمی‌آید.

دیر شوری داروخانه‌های استان تهران

## «خودمراقبتی در بلایا» در شبکه بهداشت کشور ادغام می‌شود

علی‌اکبر سیاری در همایش بزرگداشت یازدهمین سالگرداجرای پزشک خانواده، با بیان اینکه بر نامه تحول نظام سلامت در راستای تحقق عدالت در دسترسی به حوزه سلامت و بهره‌مندی یکسان مردم و همچنین مراقبت مالی از آن‌ها اجرا شد، گفت: «تا به امروز ۲۴ میلیون شه‌رتشین به نظام نوین خدمات سلامت شهری دسترسی پیدا کرده‌اند و قرار است در سال ۹۵ آن را ادامه دهیم تا به تدریج در تمام کشور گسترش یابد.» معاون بهداشت و وزارت بهداشت با بیان اینکه با تأمین منابع مالی، برنامه پزشک خانواده به تدریج می‌تواند در تمام کشور استقرار پیدا کند، ادامه داد: «هم‌زمان با توانمندسازی مردم برای بر عهده گرفتن سلامت خود، درصدد هستیم.

## زخم‌دگر

در شهر خبرهایی هست

# پزشک خانواده قرار نبود تشریفاتی باشد!

بسیاری از کارشناسان نظام سلامت تاکید دارند که طرح پزشک خانواده اجراشده در ایران، تفاوت عمیقی با نسخه واقعی آن دارد



یکی از عمده اهداف اجرای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات درمانی، کاهش هزینه‌های درمان است، اما رویه فعلی اجرای پزشک خانواده تاکنون نتوانسته است باری از دوش هزینه‌های نظام سلامت بردارد

### «سمیرا عظیمی نژاد»

#### «خبرنگار درمان»

اجماع عمومی بر اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده، شاید پررنگ‌ترین نقطه اشتراک کارشناسان نظام سلامت باشد؛ طرح مترقیانه‌ای که از سال ۸۴ در کشور با اجرای آزمایشی در دو استان فارس و مازندران آغاز شد. پس از گذشت مراحل آزمایشی اجرای این طرح کلان، حال شاهد هستیم که نسخه اجراشده آن با نسخه واقعی پزشک خانواده که در کشورهای توسعه‌یافته اجرا می‌شود، تفاوت چشمگیری دارد.

پس از گذشت حدود ۱۰ سال از اجرای پزشک خانواده در ایران، شاید حالا زمان خوبی باشد تا در فضایی علمی و با بهره‌گیری از نظرات کارشناسان، قضاوت درستی از این طرح ملی ارائه دهیم. این طرح را برگ برنده نظام سلامت و پایان‌بخش بسیاری از مشکلات فعلی نظام بهداشت و درمان می‌دانند، ولی اجرای نیم‌بند آن در ایران پزشک خانواده را از بسیاری اهداف اولیه‌اش دور کرده است. با اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده در ایران قرار بود سطح سلامت عمومی جامعه ارتقا پیدا کند و ترمز هزینه‌های غیرضروری در حوزه درمان کشیده شود، اما اغلب متخصصان نظام سلامت عقیده دارند این طرح پس از گذشت ۱۰ سال نتوانسته است این اهداف متعالی را محقق کند.

### ■ از پزشک خانواده ما تا پزشک خانواده آن‌ها!

دکتر مجتبی اکرم، مدیر درمان تأمین اجتماعی استان سمنان، در گفت‌وگو با آتیه‌نو تاکید دارد که از همان روز نخست اجرای طرح پزشک خانواده، زیرساخت‌های اجرای این طرح کلان فراهم نبود: «این طرح برای موفقیت و توسعه، نیاز به تأمین تجهیزات و زیرساخت‌های کافی داشت، اما تاکنون زیرساخت‌های لازم برای اجرای موفقیت‌آمیز این طرح فراهم نشده است.»

به گفته این مقام مسئول، اجرای موفقیت‌آمیز طرح پزشک خانواده منوط به این است که همه اره‌های خروج از این طرح برای بیماران غیرممکن یا سخت شود، اما تاکنون چنین اتفاقی نیفتاده است؛ «نمی‌شود در حالی که بیمار می‌تواند به‌راحتی نظام ارجاع را دور بزند

و اتفاقاً سیستم هم راه را برای دور زدن او فراهم کرده است، توقع داشت که پزشک خانواده در ایران نهادینه شود.»

سیستم پزشک خانواده در انگلیس نمونه موفق‌ی است که اکرم به آن اشاره می‌کند و می‌گوید: «در انگلیس هزینه ویزیت پزشک برای بیماری که بخواهد خارج از مسسیر پزشک خانواده خدمات درمانی دریافت کند، بسیار بالاست و گاهی تا ۳۵۰ پوند محاسبه می‌شود. بنابراین طبیعی است که بیشتر بیماران ترجیح دهند از طریق نظام ارجاع و پزشک خانواده خدمات درمانی بگیرند.»

### ■ سبکی بدیع در اجرای پزشک خانواده

یکی از عمده اهداف اجرای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات درمانی، کاهش هزینه‌های درمان است، اما رویه فعلی اجرای پزشک خانواده در ایران تاکنون نتوانسته است باری از دوش هزینه‌های نظام سلامت بردارد.

دکتر حبیب‌الله مختاری، تحلیلگر نظام سلامت، در گفت‌وگو با آتیه‌نو تاکید می‌کند: «تنها در شرایطی می‌توان برنامه پزشک خانواده را به شکل علمی اجرا کرد که پزشک خانواده یا همان پزشک عمومی بتواند در سطح اول ارائه خدمات، مراقبت‌های اولیه بیمار را پی بگیرد و در صورتی که بیمار نیاز به درمان تخصصی نداشته باشد، او را در همان سطح اول ارائه خدمات، درمان کند، اما پزشک خانواده‌ای که هم‌اکنون در کشور ما اجرا می‌شود، با این اصول بدیهی و جالفتاده طرح پزشک خانواده منافات دارد.» به گفته مختاری، سیستم تشویق و تنبیه هم یکی دیگر از راه‌های علمی اجرای پزشک خانواده است که در کشور ما ج‌دی گرفته نمی‌شود؛ «باید برای پزشکی که در سطح اول ارائه خدمات، شاخص سلامت بیمار را در حد مطلوب نگه می‌دارد، سیستم تشویق در نظر گرفت تا پزشک عمومی بیماران کمتری را به

## نتیجه

اگرچه طرح پزشک خانواده را برگ برنده نظام سلامت و پایان‌بخش بسیاری از مشکلات فعلی نظام بهداشت و درمان می‌دانند، ولی اجرای نیم‌بند آن، طرح را از بسیاری اهداف اولیه‌اش دور کرده است. با اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده در ایران قرار بود سطح سلامت عمومی جامعه ارتقا پیدا کند و ترمز هزینه‌های غیرضروری در حوزه درمان کشیده شود، اما اغلب متخصصان عقیده دارند این طرح پس از گذشت ۱۰ سال نتوانسته است این اهداف متعالی را محقق کند.

## منابع

پیشگیرانه و پایش نکردن سلامت روانی شهروندان، موجب شده بسیاری از اختلالات روانی به مرحله خطرناک برسند، در حالی که می‌توان با صرف بودجه‌ای بسیار کمتر، از جدی شدن اختلالات روانی جلوگیری کرد. حتی گفته می‌شود ریشه بسیاری از بیماری‌های جسمی، در اختلالات روانی نهفته است. مثلاً اگر به شهروندان آموزش درستی داده شود تا بتوانند بر اضطراب خود غلبه کنند، خودبه‌خود از بروز بسیاری از سکنه‌ها ج جلوگیری می‌شود. در نظام سلامت کشورهای توسعه‌یافته، توانسته‌اند با تمرکز بر سلامت روانی، سلامت اجتماعی و



یکشنبه ● ۲ اسفند ۱۳۹۴ ● شماره چهل و چهار

A T I U E H N O

کمتری می‌شود، در حالی که این فرآیند در کشور ما کاملاً برعکس است.

### ■ وزارت بهداشت: بودجه نداریم

نواقص اجرای پزشک خانواده در ایران موضوعی نیست که خود وزارت بهداشت هم آن را کتمان کند. چندی قبل حسن هاشمی، وزیر بهداشت، هم با صراحت از نواقص برنامه پزشک خانواده در ایران سخن گفت. هاشمی در جمع خبرنگاران با اشاره به اینکه از نظر ساختاری شبکه ارجاع در کشور ناقص است، خاطر نشان کرد که بیمارستان‌های موجود مأموریت‌محور نیستند و به تعداد کافی متخصص برای اجرای کامل نظام ارجاع نداریم.

چند هفته قبل هم علی‌اکبر سیاری، معاون بهداشت وزیر بهداشت، به ایسنا گفت: «در حال حاضر پزشک و بودجه کافی برای برنامه پزشک خانواده نداریم. در این برنامه در دو استان فارس و مازندران برای هر ۴ هزار نفر یک پزشک داریم. برای سایر استان‌ها، حاشیه شهرها و همچنین شهرهای زیر ۵۰ هزار نفر نیز برای هر ۳ تا ۲ هزار نفر یک کارشناس مراقب سلامت در نظر گرفته‌ایم، اما هنوز برای شهرهای بزرگ‌تر به علت کمبود پزشک و هزینه آن، برای تعداد پزشکان مورد نیاز پیش‌بینی نکرده‌ایم. همچنین اولویت در برنامه پزشک خانواده روستا بود، اما هنوز نتوانسته‌ایم تعداد پزشک کافی را برای آن تأمین کنیم.»

### ■ پزشک خانواده تربیت نکرده‌ایم

دکتر حسین فرامرزی، عضو هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، که سوابق مدیریت کلان در حوزه نظام سلامت را در کارنامه کاری‌اش دارد، در گفت‌وگو با آتیه‌نو معتقد است که یکی از ضعف‌های جدی اجرای پزشک خانواده به مسئله تربیت پزشکان عمومی برمی‌گردد: «پزشکان عمومی که هم‌اکنون به‌عنوان پزشک خانواده در کشور کار می‌کنند، چندان برای این مأموریت آموزش ندیده‌اند.»

به گفته این کارشناس نظام سلامت، پزشک عمومی در کشور ما در مان‌محور تربیت می‌شود، در حالی که اجرای موفق برنامه پزشک خانواده به پزشک‌انی نیاز دارد که سلامت‌محور باشند و به مباحث بهداشت و پیشگیری اهمیت بیشتری بدهند. از نگاه فرامرزی، پرداخت‌های نامتناسب در بخش‌های بهداشت و درمان هم بر مشکلات اجرایی پزشک خانواده افزوده است: «پزشک فعال در حوزه بهداشت، نسبت به پزشکان فعال در حوزه درمان درآمد کمتری دارد، زیرا نظام پرداخت دستمزد در نظام بهداشت با درمان عادلانه نیست و نمی‌توان آن‌ها را با همدیگر مقایسه کرد. به همین دلیل باید بخش مهمی از مشکلات پزشک خانواده را به این موضوع نسبت داد، به طوری که اغلب پزشکان به فعالیت در بخش درمان رغبت بیشتری دارند.» البته نباید فراموش کرد که یکی از الزامات اصلی اجرای پزشک خانواده در هر کشوری، تشکیل پرونده الکترونیک سلامت برای همه شهروندان است، اما تاکنون برای این پیش‌نیاز کاری جدی انجام نشده است.

### ■ نظام ارجاع داخلی در تأمین اجتماعی

اگرچه پس از گذشت یک دهه از اجرای طرح پزشک خانواده در کشور، هنوز تا رشد و بلوغ این طرح فاصله‌ای طولانی داریم، اما در سازمان تأمین اجتماعی تلاش شده با اجرای نظام ارجاع داخلی، تا حدی این خلا نظام سلامت مرتفع شود. دکتر مجید صادقی‌راده، معاون نظارت و برنامه‌ریزی اداره کل درمان مستقیم تأمین اجتماعی، به آتیه‌نو می‌گوید: «تاکنون در استان‌های گیلان، قزوین، زنجان، خراسان رضوی و کرمانشاه نظام ارجاع داخلی سازمان تأمین اجتماعی استقرار یافته است.» به گفته این مقام مسئول، نظام ارجاع داخلی برای بیش از ۱۱۰ هزار بیمه‌شده این سازمان که دچار بیماری مزمن هستند، اعمال شده است. بیماران‌ی که دچار بیماری‌های مزمنی مثل فشارخون، دیابت و بیماری‌های شایع هستند، به گفته صادقی‌راده، در اولویت نظام ارجاع هستند. قرار است در همه استان‌های کشور نظام ارجاع داخلی سازمان تأمین اجتماعی راه‌اندازی شود، ولی این کار بزرگ فعلاً در این پنج استان شروع شده است، زیرا بیمارستان‌های مستقر در این استان‌ها به سیستم HIS (سیستم ثبت اطلاعات بیمارستانی) مجهزند.

# سلامت روان، از رویکرد داخلی تا استانداردهای جهانی

سلامت معنوی، فرآیندی را پیش برزند که در آن سلامت جسمی شهروندان هم ارتقا پیدا کند. از آنجا که ارائه خدمات اجتماعی وظیفه دولت است، در اغلب کشور‌های توسعه‌یافته، ارائه خدمات مشاوره را هم بخشی از خدمات اجتماعی به شهروندان به حساب می‌آورند. به همین دلیل هم در اغلب این کشور‌ها، خدمات مشاوره و روانشناسی تحت پوشش بیمه قرار دارد، اما در کشور ما هنوز پوشش بیمه‌ای خدمات روانشناسی و مشاوره، تعریف نشده و بودجه‌ای برای این امر در اختیار بیمه‌ها قرار داده نشده است.