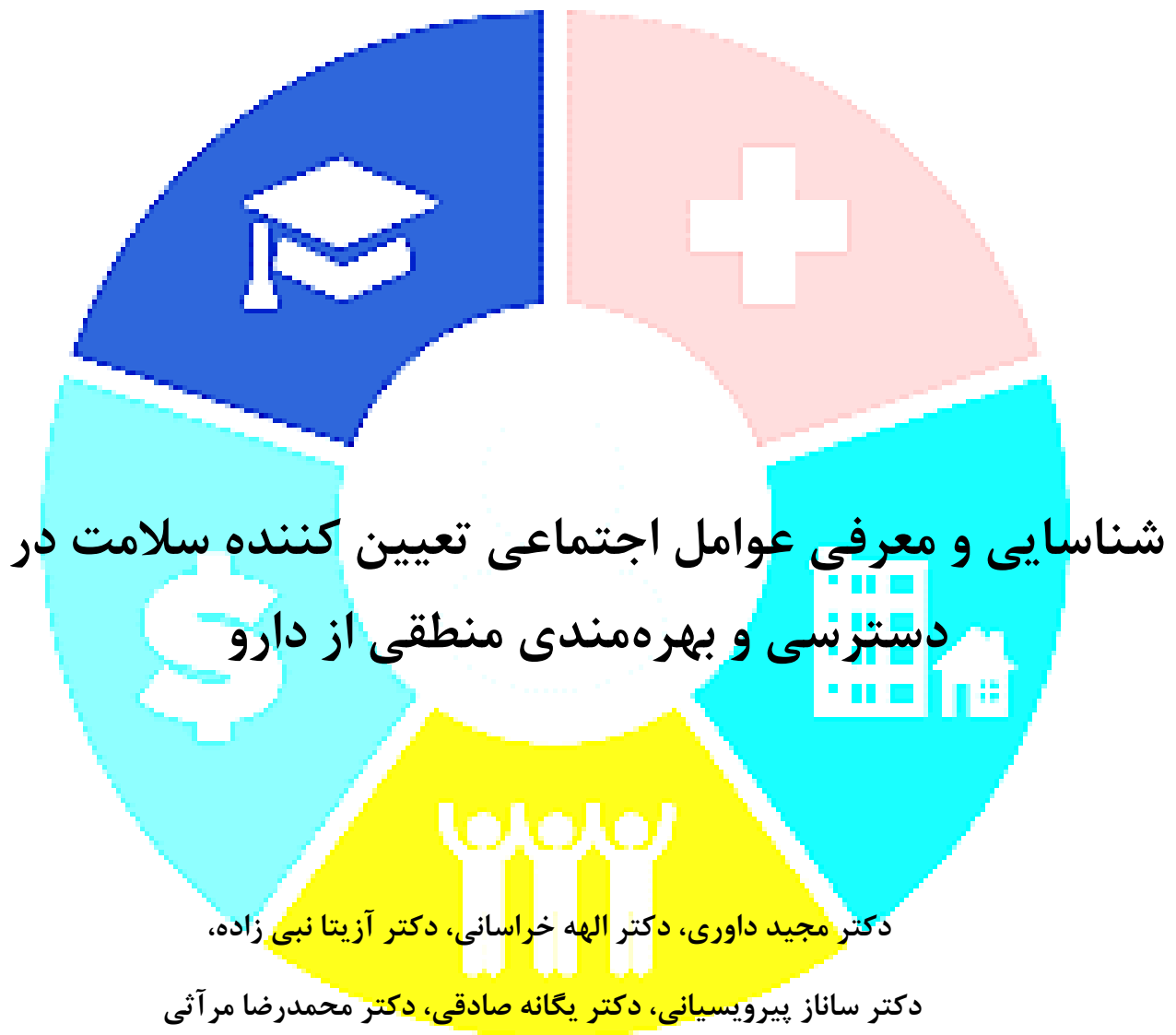


تدبیر نامه کوتاه (خلاصه سیاستی)

(Policy Brief)



چکیده ی تدبیر نامه:

خدمات دارویی در نظام‌های سلامت اهمیت بسیاری دارند و برای حفظ و بهبود سلامت جامعه بسیار حائز اهمیت هستند. بهره مندی از خدمات دارویی به عنوان بخشی از نظام سلامت، تحت تاثیر عوامل اجتماعی، مثل درآمد و نابرابریهای اقتصادی، قرار می‌گیرد. ارائه خدمات دارویی مناسب و قابل دسترس به همه افراد، از جمله افراد با درآمد پایین، می‌تواند به تحقق عدالت در دسترسی به دارو کمک نموده و از نابرابری‌های سلامت در جامعه بکاهد.

بی عدالتی های سلامت تفاوتی در سلامت هستند که به واسطه عوامل اجتماعی تولید، و به طور سیستماتیک در جمعیت توزیع می شوند. شواهد قابل توجهی نشان می دهند که عوامل ساختاری مرتبط با مؤلفه های اصلی اجتماعی-اقتصادی، ریشه ی نابرابری های سلامتی در سطح جمعیت هستند.

این مطالعه چهار هدف اصلی داشت. تدوین مدل مفهومی " دسترسی " برای نظام دارویی ایران، ارائه " مدل عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت برای نظام دارویی " ، ارزیابی ارتباط عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت با میزان دسترسی به خدمات سلامت و دارو در استانهای منتخب، و ارائه راهکارها و اقدامات لازم برای ارتقای وضعیت عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و ارتقای دسترسی به داروها.

این مطالعه ۷ نتیجه ی مشخص داشت:

- برای مفهوم دسترسی یک مدل سه بعدی شامل فراهمی، قابلیت پرداخت کردن ، و کیفیت ارائه شد.
- ۱۳ شاخص برای ارزیابی ابعاد دسترسی ارائه شد.
- یک مدل مبتنی بر شواهد با ۶ حیطه برای عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در حوزه دارو ارائه شد.
- ۹ عامل اجتماعی موثر بر دسترسی به دارو معرفی شد.
- سطح عوامل اجتماعی بین استان های کم برخوردار و استان های برخوردارتر به طور معنا داری متفاوت است. و همچنین میزان دسترسی به امکانات بهداشتی- درمانی و میزان بهره مندی از دارو در استانهای منتخب نیز تفاوتی معنا داری دارد.
- میزان امید به زندگی در استانهای منتخب، ارتباط تائید کننده ای با عوامل اجتماعی و سطح دسترسی به خدمات بهداشتی- درمانی را نشان میدهد.
- راهکارها و اقدامات لازم برای ارتقای عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت برای دسترسی به دارو در سه سطح، شامل سیاست های عمومی با اقدامات بین بخشی، سیاستهای وزارت بهداشت و درمان، و سیاستهای نظام دارویی (یعنی سازمان غذا و دارو و سازمان های بیمه گر)، تعیین شدند.

از دارو

مقدمه:

خدمات دارویی در نظام سلامت اهمیت بسیاری دارند و قادر به پیشگیری از بیماری، درمان کامل بیماری، تسکین علائم بیماری، و کنترل پیشروی بیماری هستند؛ و بنابراین برای حفظ و بهبود سلامت جامعه بسیار حائز اهمیت هستند.

با عنایت به اینکه سلامت یک موضوع چند بعدی و تحت تاثیر عوامل اجتماعی میباشد، بهره‌مندی از خدمات دارویی نیز به عنوان بخشی از نظام سلامت، تحت تاثیر عوامل اجتماعی، مثل درآمد و نابرابریهای اقتصادی، قرار میگیرد. ارائه خدمات دارویی مناسب و قابل دسترس به همه افراد، از جمله افراد با درآمد پایین، می‌تواند به تحقق عدالت در دسترسی به دارو کمک نموده و از نابرابری‌های سلامت در جامعه بکاهد.

برقراری عدالت، یکی از مهمترین اهداف سیاست‌های سلامتی است. چارچوب بین‌المللی حقوق بشر، حرکت به سوی عدالت در سلامت از طریق توجه به عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت (Social Determinant of Health- SDH) را تأکید می‌نماید. شواهد نیز بیانگر این است که عوامل اجتماعی، بر چگونگی رفتار و پیامدهای سلامتی اثر میگذارند. ما در جای دیگری یک مدل کامل و مبتنی بر شواهد برای عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، برای نظام سلامت ارائه کردیم. با اینحال برای ارائه و بهره‌مندی عادلانه از خدمات دارویی نیز لازم است یک مدل اختصاصی عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت برای نظام دارویی ارائه گردد. در کشور تا قبل از این مطالعه، هیچ مدل مبتنی بر شواهدی که عوامل اجتماعی موثر بر سلامت را در نظام دارویی ارائه داده باشد، وجود نداشت. بنابراین هدف این مطالعه ارائه یک مدل اختصاصی عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت برای دسترسی به داروها بود. با اینحال با عنایت به اینکه مفهوم و اجزای "دسترسی" در ادبیات دارویی متفاوت است، تعیین مفهوم و اجزای مدل "دسترسی" در نظام خدمات دارویی ایران نیز لازم بود. بنابراین ارائه یک مدل مفهومی دسترسی متناسب با شرایط ایران، نیز از اهداف این مطالعه بود.

بی‌عدالتی‌های سلامت تفاوت‌هایی در سلامت هستند که به واسطه عوامل اجتماعی تولید و به طور سیستماتیک در جمعیت توزیع می‌شوند. شواهد قابل توجهی نشان می‌دهند که عوامل ساختاری مرتبط با مولفه‌های اصلی اجتماعی-اقتصادی ریشه‌ی نابرابری‌های سلامتی در سطح جمعیت هستند. هرچند در اواخر سال ۱۳۸۴ ایران به عنوان کشور همکار سازمان جهانی بهداشت در زمینه رویکرد تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت شناخته شد.

ولی هنوز پس از گذشت چندین سال اقدامات مناسبی در این زمینه در کشور انجام نشده است. از این رو هدف دیگر این مطالعه شناسایی و ارزیابی این عوامل اجتماعی در نظام دارویی کشور، و آرایه راهکارهایی برای ارتقای وضع موجود بود.

روش:

این مطالعه در ۴ بخش انجام شد. در بخش اول مدل مفهومی "دسترسی" برای نظام دارویی ایران تعریف شد. در بخش دوم "مدل عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت برای نظام دارویی" تدوین شد. در بخش سوم ارزیابی ارتباط عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت با میزان دسترسی به خدمات سلامت و دارو در استانهای منتخب صورت گرفت. و در بخش چهارم راهکارها و اقدامات لازم برای ارتقای وضعیت عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و ارتقای دسترسی به داروها آرایه شدند.

برای تدوین مدل مفهومی "دسترسی" برای نظام دارویی، ۳ گام انجام شد. ابتدا یک مرور متون انجام شد و تعاریف و ابعاد "دسترسی" جمع آوری شدند. سپس با در نظر گرفتن سیاستهای دارویی کشور، قابلیت عملیاتی شدن، و کمینه سازی ابعاد دسترسی، حیطه ها و ابعاد پیشنهادی برای آرایه مدل اولیه مشخص و شاخصهای ارزیابی برای هر بعد آرایه شد. و در گام سوم مدل و شاخصهای آرایه شده، در معرض نقد و نظر متخصصین قرار گرفتند و بر اساس نظرات و استدلالهای آنها، مدل پیشنهادی نهایی شد.

برای تدوین "مدل عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت برای نظام دارویی"، دو گام انجام شد. در گام اول مدل نهایی شده عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، در مقابل ابعاد دسترسی (فراهمی، قابلیت پرداخت، و کیفیت) قرار داده شد و آن دسته از عواملی که میتوانند هر کدام از ابعاد دسترسی را تحت تاثیر قرار دهند، مشخص شدند. در گام دوم مدل بدست آمده از این گام در معرض نقد و نظر متخصصین قرار گرفت و نهایی شد.

برای انجام بخش سوم، ارزیابی عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت با میزان دسترسی به خدمات سلامت و دارو در استانهای منتخب، استانهای سیستان و بلوچستان، کردستان و لرستان به عنوان استانهای کم برخوردار، استانهای گیلان و فارس به عنوان استانهای نسبتاً برخوردار، و استان تهران به عنوان استان برخوردار، انتخاب و مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده های مورد نیاز برای این قسمت از مرکز آمار ایران، سازمان غذا و دارو، و نظام پزشکی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۹۹ دریافت شدند. یافته ها با آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

برای بخش چهارم، راهکارها و اقدامات لازم برای ارتقای وضعیت عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و ارتقای دسترسی به داروها، ۴ گام انجام شد. در گام اول راهبردها و اقدامات مطرح شده در متون بین المللی برای ارتقای وضعیت عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت مورد جستجو، استخراج و تحلیل قرار گرفتند. در گام دوم راهکارها و اقدامات لازم برای ارتقای این شاخصها در دسترسی به دارو در ایران، با توجه به مجموع شرایط اقتصادی- اجتماعی کشور و سیاستهای وزارت بهداشت تعیین شدند. در گام سوم این راهکارها به متخصصین و کارشناسان مرتبط ارایه و نقد و نظرات آنها جمع آوری شدند. و در گام چهارم، پس از توجه به نقد و نظرات ارایه شده، راهکارها و اقدامات نهایی و ارایه شدند.

یافته‌ها:

نتیجه‌ی مرور نظام مند تعداد زیادی مطالعه بود که به مفهوم و پیامدهای دسترسی به خدمات دارویی و ابعاد مختلف دسترسی به خدمات دارویی پرداخته بودند. فراوان ترین ابعاد ذکر شده شامل فراهمی، قابلیت پرداخت، کیفیت، فراهمی جغرافیایی، مورد پذیرش بودن، مصرف منطقی، و تامین مالی پایدار بودند.

ما در این مطالعه با عنایت به شرایط و سیاستهای دارویی کشور، قابلیت عملیاتی شدن، و کمینه سازی ابعاد دسترسی، سه حیطه‌ی مهم‌تر در دسترسی شامل فراهمی^۱، قابلیت پرداخت^۲، و کیفیت^۳ را انتخاب کردیم. همچنین برای هر کدام از این حیطه‌ها شاخص‌های اندازه‌گیری زیر پیشنهاد شدند:

- فراهم بودن (تعداد تخت‌های بیمارستانی، تعداد پزشک، تعداد داروخانه، در فهرست دارویی بودن، موجود بودن در بازار فعلی دارویی، و کمبود جغرافیایی)
- قابلیت پرداخت (درآمد، وضعیت مسکن، هزینه‌ی ماهانه دارو، و هزینه کمر شکن)
- کیفیت (کارآزمایی بالینی (برای سنجش ایمنی و اثربخشی)، عملکرد خوب تولید (GMP)، و زیست دستیابی)

در مرحله‌ی بعد تاثیر پذیری هر کدام از ابعاد دسترسی به دارو، با عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت مورد بررسی قرار گرفتند. همانطور که در جدول زیر مشاهده می‌شود، شاخص سیاستهای عمومی و اجتماعی بیشترین ابعاد دسترسی را تحت تاثیر قرار میدهند. شاخصهای انتخابی نشان دادند که کلیه حیطه‌های انتخابی برای عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، در حوزه‌ی دسترسی به دارو هم موثر هستند و بنابراین در اینجا نیز حفظ شدند. هر چند تعداد عوامل

^۱ Availability

^۲ Affordability

^۳ Quality

اجتماعی برای حوزه دارو از ۱۲ عدد (در حوزه سلامت) به ۹ عدد کاهش پیدا کرد، به این معنی که ۹ عامل از عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، به طور مستقیم بر دسترسی به داروها تاثیر دارند (جدول ۱).

در جلسه متخصصین، تمامی ابعاد دسترسی، و شاخصهای ارزیابی آن ابعاد مورد تائید قرار گرفت. همچنین در بخش شاخصهای اجتماعی موثر بر دسترسی به داروها، تمامی شاخصها مورد تائید قرار گرفتند.

برای ارزیابی استانها، ۶ استان با رتبه توسعه یافتگی متفاوت انتخاب شدند (استان تهران (توسعه یافته)، فارس و گیلان (نسبتا توسعه یافته)، لرستان و کردستان (توسعه یافته متوسط)، و سیستان و بلوچستان (توسعه نیافته)، تا نمونه ها از گستردگی قابل قبولی برخوردار بوده و نمایندگی خوبی از کل کشور وجود داشته باشد.

جدول شماره ۱: تاثیر پذیری دسترسی داروها از شاخصهای SDH

Domains	SDH	Availability	Affordability	Quality
Economic stability	Income	-	✓	-
	Occupation	-	✓	-
	Food insecurity	-	✓	-
Education	Education	-	✓	-
Social and Public Policies	Social and Public Policies	✓	✓	✓
Living conditions	Housing	-	✓	-
	Geographical	✓	-	-
	Digital Access	✓	-	-
Healthcare system	Insurance status	-	✓	-
Discrimination/socio-demographic/other	Race	-	-	-
	Gender	-	-	-
	Ageism	-	-	-

اختلاف درجه توسعه یافتگی از ۱۰۰ (استان تهران) تا ۳۲.۵۷ (استان سیستان و بلوچستان) ، بخوبی تفاوت اولیه استانها و نامناسب بودن توزیع منابع پایه را نشان داد. با اینحال مرور عوامل اجتماعی و میزان دسترسی به خدمات بهداشتی، درمانی و دارویی توانست ارتباط بین عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و دسترسی به خدمات سلامت (از جمله دارو) را به صورت روشنتری نشان دهد.

تفاوت در میانگین درآمد سالانه یک خانوار، نرخ بیکاری، و نرخ با سوادی در بین استانها تفاوت های معنی داری داشتند.

نسبت تعداد پزشک به ده هزار نفر جمعیت در استان های تهران، فارس و گیلان تقریباً دو برابر این نسبت در استان های سیستان و بلوچستان و لرستان بود.

در استان سیستان و بلوچستان تعداد داروخانه ها نسبت به جمعیت، نصف میانگین کشوری است. در حالی که همین نسبت در استان تهران ۱.۵ برابر میانگین کشوری می باشد.

تعداد تخت های بیمارستانی نسبت به جمعیت، در استان های تهران، فارس و کردستان از متوسط کشوری بیشتر بود. سیستان و بلوچستان با ده تخت به ازای هر ده هزار نفر پایین ترین سرانه تخت بیمارستانی در کشور را داشت.

امید به زندگی در استان تهران ۲ سال بیشتر و در استان سیستان و بلوچستان تقریباً ۷ سال پایین تر از متوسط کل کشور بود. امید به زندگی در استان های لرستان و کردستان حدود ۲ سال از متوسط کل کشور پایین تر بود.

با عنایت به نظام توزیع دارو در کشور، کیفیت داروهای توزیع شده در تمام استان ها یکسان بوده و بنابراین موضوع کیفیت به صورت کشوری مورد ارزیابی قرار گرفت. اطلاعات سازمان غذا و دارو نشان داد که از میان ۱۴۹ شرکت فعال در ایران و ۴۳۰ خط تولید فقط ۶۵ خط تولید (حدود ۱۵٪) دارای گواهی عملکرد خوب تولید (GMP Certificate) معتبر و تاریخ دار هستند. با این حال در گزارش های شفاهی مدیرکل دارو اشاره شده است که از ۷۲۴ خط تولید فقط ۶۶ خط تولید یا به عبارتی حدود ۹٪ دارای گواهی GMP معتبر می باشند. این در حالی است که دارا بودن گواهی GMP از ابتدایی ترین و پایه ای ترین اصول تولید داروی با کیفیت میباشد، و لزوماً به معنی دارا بودن کیفیت و اثربخشی مناسب داروها نیست.

سرانه عددی مصرف دارو در بیمه شدگان تأمین اجتماعی در کل کشور در سال ۱۳۹۹ برابر ۱۵.۱۴ بود. سرانه عددی مصرف دارو در استان های فارس، گیلان، لرستان و تهران تقریباً برابر سرانه کل کشور می باشد. در حالی که این مقدار در سیستان و بلوچستان ۱۱.۴۴ و در کردستان ۱۲.۱۴ بود. استان تهران با سرانه ۵۲۸/۳ هزار تومان بالاترین و استان سیستان و بلوچستان با ۲۳۶/۶ هزار تومان پایین ترین سرانه هزینه ای مصرف دارو بین بیمه شدگان تأمین اجتماعی استان های منتخب دارا بودند. یافته ها نشان دادند که استان های برخوردارتر نه تنها تعداد بیشتری دارو مصرف می کنند، بلکه داروهای گران قیمت تر و احتمالاً با کیفیت تری نیز در مقایسه با استان های کم برخوردار مصرف کرده اند. این نسبت با میانگین درآمد خانوار در استان ها نیز همخوانی دارد.

از سوی دیگر سرانه مصرف عددی کشور در سال ۱۳۹۹ طبق آمارنامه ۵۲۲.۷ عدد بود. امکان دسترسی به این داده در سطح استان‌ها نبود. آمارنامه براساس داده‌های شرکت‌های پخش تهیه می‌شود و سرانه واقعی مصرف دارو نمی‌باشد و ممکن است به دلایلی مانند قاچاق معکوس دارو (به دلیل قیمت پایین دارو نسبت به کشورهای همسایه)، مصارف دامی، و بخشی از داروها که در داروخانه‌ها منقضی می‌شوند، بالاتر از سطح واقعی مصرف باشد. اما حتی اگر فرض کنیم که ۲۰٪ داروها در قاچاق معکوس و مصارف دامی مصرف شوند باز هم سرانه به حدود ۴۰۰ می‌رسد که همچنان با داده‌های تامین اجتماعی بیشتر از ۲۰۰۰ درصد فاصله دارد. این تفاوت می‌تواند تا حدودی نشان‌دهنده‌ی پوشش پایین داروها توسط سازمانهای بیمه‌گر باشد. مقایسه سرانه عددی مصرف دارو در کشور با سایر کشورها نشان داد ایرانی‌ها در مقایسه با کشورهای دیگر مثل ترکیه (با سرانه مصرف ۷۷۲ عدد در سال)، مقدار کمتری دارو مصرف می‌کنند.

ارزیابی عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت و شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات درمانی و شاخص سلامت در استان‌های منتخب نشان‌دهنده تفاوت آشکار وضعیت استان‌های کم‌برخوردار با استان‌های برخوردار می‌باشد. به نظر می‌رسد این تفاوت آشکار، نه تنها منجر به کاهش مصرف دارو و خدمات درمانی شده، بلکه نهایتاً بر وضعیت سلامت (شاخص امید به زندگی) افراد جامعه نیز اثر گذاشته و یک فاصله ۹ ساله را ایجاد نموده است.

برای یافتن راهکارها و سیاست‌های انتخاب شده برای ارتقای عوامل اجتماعی و افزایش دسترسی به داروها، نهایتاً ۱۶ مطالعه انتخاب شد که ۲۶ راهکار ارایه داده بودند. با توجه به نتایج مرور جامع، شرایط کشور، نتایج ارزیابی وضعیت عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در استان‌های کشور، گزارش پایش فقر، و مطالعات قبلی انجام شده در کشور، راهکارها و اقدامات لازم برای ارتقای عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت برای دسترسی به دارو در سه سطح، شامل سیاست‌های عمومی با اقدامات بین‌بخشی (۸ راهکار)، سیاست‌های وزارت بهداشت و درمان (۴ راهکار)، و سیاست‌های نظام دارویی، شامل سازمان غذا و دارو و سازمان‌های بیمه‌گر (۵ راهکار)، تعیین شدند.

این راهکارها در جلسات گروهی مورد نقد و نظر صاحب‌نظران قرار گرفته و با توجه به اینکه اکثریت قاطع متخصصین با راهکارهای پیشنهادی جهت ارتقای وضعیت تعیین‌کننده‌های اقتصادی اجتماعی و دسترسی موافق بودند راهکارها نهایی شدند.

نتیجه گیری:

۱. یک مدل مفهومی برای دسترسی به داروها در ایران شامل ۳ بعد (فراهمی، قابلیت پرداخت، و کیفیت)، و ۱۳ شاخص برای ارزیابی ابعاد مطرح شده (درآمد، وضعیت مسکن، هزینه‌ی ماهانه دارو، هزینه کمر شکن تعداد تخت‌های بیمارستانی، تعداد پزشک، تعداد داروخانه، در فهرست دارویی بودن، موجود بودن در بازار فعلی دارویی، کمبود جغرافیایی کارآزمایی بالینی، عملکرد خوب تولید (GMP)، زیست دستیابی) ارائه شد.
۲. یک مدل مبتنی بر شواهد برای عوامل اجتماعی موثر بر دسترسی داروها، شامل ۶ حیطه (پایداری اقتصادی، آموزش، سیاست‌های عمومی و اجتماعی، شرایط زندگی، نظام سلامت، و تبعیض و جمعیت‌شناسی اجتماعی) و ۹ عامل اجتماعی موثر بر دسترسی به دارو (شامل درآمد، شغل، امنیت غذایی، تحصیلات، سیاست‌های عمومی و اجتماعی، مسکن، محیط زندگی، دسترسی دیجیتال، بیمه) ارائه شد.
۳. ارزیابی وضعیت استان‌ها از نظر عوامل اجتماعی تعیین‌کننده اقتصادی اجتماعی سلامت نشان داد که تفاوت‌های معناداری بین استان‌های کم‌برخوردار و استان‌های برخوردارتر وجود دارد. همچنین این ارزیابی‌ها نشان داد که بین عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت، بهره‌مندی از خدمات سلامت، و میزان سلامت، ارتباط تأییدکننده‌ای وجود دارد؛ و بنابراین لازم است برای کاهش سطح نابرابری‌های اجتماعی و سلامتی در بین استانها، سیاستها و برنامه‌های موثری در سطوح مختلف اجرا شود.
۴. ارزیابی شاخصهای کیفیت داروهای تولید داخل، نشان داد که کمتر از ۱۵ درصد از خطوط تولید دارو در کشور، دارای حداقل‌های لازم (یعنی گواهی‌نامه تولید خوب (GMP)) برای تولید داروی با کیفیت هستند، که نیاز به توجه فوری دارد.
۵. سرانه مصرف عددی و ریالی در کشور، نسبت به کشورهای همسایه (مثل ترکیه) بسیار پایین‌تر است.
۶. مهمترین راهکارها در سطح سیاست‌های عمومی، ریشه‌کنی فقر و افزایش درآمد خانوارها بود. در سطح وزارت بهداشت، مهمترین راهکار افزایش دسترسی به پزشکان و تخت‌های بیمارستانی میباشد.
۷. مهمترین راهکارها در سطح دارو به دو بخش تقسیم شدند؛
 - a. راهکارهای مبتنی بر فراهمی داروهای با کیفیت و قابل پرداخت (شامل الزام کارخانه‌های داخلی به تهیه گواهی عملکرد خوب تولید (GMP)، انجام کارآزمایی‌های بالینی، و ارزیابی‌های بعد از ورود به بازار)،
 - b. راهکارهای مبتنی بر وضعیت عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت (شامل پوشش صد درصدی جمعیت زیر خط فقر مطلق، و افزایش میزان بازپرداخت بیمه برای جمعیت کم‌برخوردار).

توصیه های سیاستی

۱. استفاده از مدل مفهومی دسترسی و شاخصهای آن در نظام دارویی، میتواند دسترسی بیماران به دارو و خدمات دارویی را به صورت دقیق تری مورد سنجش قرار دهد.
۲. استفاده از مدل SDH دارویی، میتواند در ارزیابی و ارتقای عدالت در ارائه خدمات دارویی، کمک کننده باشد.
۳. اولویت دادن به راهکارهای ارتقای عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در همه ی سطوح میتواند به کاهش بی عدالتیهای معنی دار در استانهای کشور کمک نماید.