

بررسی مقررات حاکم بر توزیع و قیمت گذاری نظام دارویی ایران از منظر حق بر سلامت

مصطفی جعفری^۱، محمد جواد رضایی زاده^{۲*}، بیژن عباسی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۸/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۲۰

چکیده

یکی از شاخص‌های توسعه و پیشرفت هر جامعه‌ای وضعیت بهداشت و درمان آن است. صنعت داروسازی هر کشور نشان دهنده توانمندی آن کشور در حوزه تامین بهداشت و سلامت آن جامعه می‌باشد. دارو به دلیل اثرگذاری بر سلامت انسان‌ها و جوامع بشری همواره از مهمترین ارکان چرخه سلامت بوده است. بر همین اساس همواره توزیع و قیمت‌گذاری حتی در بحرانی‌ترین شرایط کشور از اولویت خاص دولت‌هاست.

مراحلی که در سیستم دارو چه از نظر کیفی و چه از نظر کمی اهمیت دارد مرحله عملی توزیع و قیمت‌گذاری که همان تحویل دارو به بیمار می‌باشد، و در حقیقت جلوه‌گر همه تلاش‌ها و رعایت ضوابط در مراحل ساخت دارو تا مصرف دارو می‌باشد. با توجه به جایگاه ویژه‌ای که توزیع و قیمت‌گذاری دارو در سیستم بهداشت و درمان دارد، در واقع یکی از مهمترین مراحل است که منجر به ارتقاء ایمنی مردم جامعه می‌گردد.

سوال: آیا حق بر سلامت می‌تواند عامل موثری در ارتقای توزیع و قیمت‌گذاری دارو باشد؟

هدف: بررسی قوانین و مقررات توزیع و قیمت‌گذاری نظام دارویی ایران از منظر حق بر سلامت و آن در توزیع و قیمت‌گذاری در جامعه می‌باشد.

فرضیه: حق بر سلامت می‌تواند به عنوان عامل موثری در توزیع و قیمت‌گذاری نقش داشته باشد.

نتیجه: حق بر سلامت می‌تواند به عنوان عامل موثری در توزیع و قیمت‌گذاری دارو و همچنین اهمیت و توجه دولتمردان و واضعان قوانین و مقررات نظام دارویی نقش داشته باشد، تا بتوان برای حفاظت از سلامتی مردم و جامعه در برابر آسیب‌های دارویی برنامه‌ریزی شایسته‌تری انجام داد.

کلمات کلیدی: توزیع، مصرف‌کننده، حق، قیمت‌گذاری، دارو، سلامت، بهداشت

۱. گروه حقوق عمومی واحد تهران مرکزی دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. mosjafari@yahoo.com

۲. نویسنده مسئول. گروه حقوق عمومی دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران. rezaeizd@ut.ac.ir

۳. گروه حقوق عمومی دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران. babbasi@ut.ac.ir

مقدمه

سلامت موضوعی است که در همه جوامع مطرح است، در واقع هر جامعه به عنوان بخشی از فرهنگ خود از سلامت مفهوم خاصی را در نظر دارد. تعریف اولیه سلامت عبارت است از بیمار نبودن، اما بعدها این تعریف دچار تغییراتی شد به صورتی که بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت را حالت سلامت کامل جسمانی، روانی و اجتماعی تعریف کرده است.

سلامت به عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری در نظام‌های حقوقی به رسمیت شناخته شده است. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در بند ۱۲ اصل سوم، ۲۹ و ۴۳ حق بر سلامت عمومی و لزوم برخورداری شهروندان از بهداشت و درمان عمومی مناسب مورد شناسایی و تأکید قانونگذار قرار گرفته است. علاوه بر آن قوانین برنامه پنج ساله توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و سند چشم‌انداز ۲۰ ساله نظام نیز حاکی از میزان اهمیت و پرداخته شدن به این امر در کشورمان می‌باشد. دولت‌ها نیز 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.

تعهدات دولت در قبال ارتقاء حق بر سلامت نظیر هر حق بشری دیگر دارای سه بعد است:

تعهد به احترام (Obligation to Respect) یعنی دولت به شیوه‌ای عمل کند که آزادی عمل فرد و کرامت او حفظ شود، در رابطه با حق بر سلامت این امر از طریق قوانین و سیاست‌های حکومتی اعمال می‌شود.

تعهد به حمایت (Obligation to Protect) که طبق این تعهد، حقوق افراد محترم است و نه تنها دولت نباید مداخله کند بلکه باید از مداخله اشخاص ثالث هم جلوگیری به عمل آورد این تعهد یعنی دولت‌ها باید تلاش کنند خطرات تهدید کننده سلامتی را به حداقل رسانده و اقدامات ضروری برای حمایت از حق بر سلامت مردم در برابر مداخله اشخاص ثالث

را انجام دهند.

تعهد به ایفاء (Obligation to Fulfill) که طبق این تعهد، دولت‌ها ملزم به انجام اقداماتی هستند که افراد را در عمل قادر به برخورداری از سلامت می‌کند از جمله این اقدامات، اقدامات تقنینی، اداری، بودجه‌ای و قضایی است (۱).

وجود ابعاد مختلف سلامتی، موجب شده که در نظام دارویی بخصوص توزیع و قیمت‌گذاری دارو دولت‌ها را برای تأمین امکان یک زندگی سالم ملزم به اتخاذ اقداماتی کند و مهمترین نقش دولت در حمایت از حقوق توزیع‌کننده و مصرف‌کننده تلاش در جهت وضع قوانین و مقررات حمایتی و اجرای آنها است. توزیع‌کنندگان باید بدانند که قوانینی برای حمایت از حقوق او وجود دارد و دسترسی او به این حقوق از طریق قوانین سریع و آزادانه صورت می‌گیرد (۲).

یکی از قوانین مهم بخش سلامت قانون مربوط به مقررات امور دارویی است که در سال ۱۳۳۴ یعنی ۶۵ سال پیش به تصویب مجلس رسیده است این قانون که شامل ۲۵ ماده است. ساز و کار امور پزشکی اعم از ایجاد مؤسسات پزشکی، شرایط و مقررات مربوط به پروانه‌های پزشکی، نحوه اداره امور آزمایشگاه‌ها، داروخانه و مراکز تصویر برداری، تجهیزات و ملزومات پزشکی، شرایط ساخت، ورود و فرآورده‌های زیست‌شناختی (بیولوژیک) و فرآورده‌های آزمایشگاهی و صلاحیت مؤسسات تولیدکننده مواد مزبور و تشکیل کمیسیون‌های قانونی برای صدور پروانه‌ها و نحوه نظارت بر مؤسسات پزشکی را معین می‌سازد این قانون با توجه به تغییر شرایط امور پزشکی بارها توسط مجلس مورد اصلاح قرار گرفته است گرچه این اصلاحات در جهت تکمیل و به روز نمودن قانون مزبور بوده است (۳).

با توجه به اهمیت توزیع و قیمت‌گذاری دارو و جایگاه سلامت به عنوان حیاتی‌ترین سرمایه اجتماعی جوامع انسانی، در این مقاله برآنیم تا به مطالعه نقش حق بر سلامت در اجرای قوانین،



مقررات، آئین نامه‌ها و دستورالعمل‌های موجود در این حوزه بپردازیم.

گفتار نخست: حق بر سلامت

مفهوم حق بر سلامتی در بین عموم مردم ممکن است با مراقبت‌های درمانی و بهداشتی همراه باشد، اما حق بر سلامت مفهوم گسترده‌ای فراتر از این مفهوم می‌تواند داشته باشد و ممکن است شامل سطح وسیعی از عوامل و ابعادی باشد که برای داشتن زندگی سالم، ما را کمک نماید، چون که اساس مرزهای جغرافیایی و شرایط اجتماعی مفاهیم سلامت متغییر و در بسیاری موارد کاملاً انتزاعی است. که این امر مانع تعریفی جامع و واحد از سلامت شده است. لذا برای پی بردن به گستره مفهومی، قلمرو و محتوای حق بر سلامت، لازم است نگاهی به اسناد بین‌المللی مربوط به این حق بیاندازیم.

طبق اظهارات سازمان بهداشت جهانی و بیانیه آلماتا از سوی یونیسف (سال ۱۹۷۸) سلامت عبارت است از صحت جسمی، ذهنی، روانی و اجتماعی، نه صرفاً فقدان بیماری و عارضه که از جمله حقوق اساسی انسان‌ها به شمار می‌رود (۴). شناسایی جهانی حق بر سلامت به معنای روشن بودن مفهوم و محتوی این حق به طور کامل نیست و در واقع تبیین حق بر سلامت کاری بسیار دشوار و پیچیده است. با توجه به تعریف سازمان بهداشت جهانی متوجه می‌شویم که ابعاد مختلف اقتصادی و اجتماعی که منجر به سلامت عمومی می‌شوند نیز به نحو مناسبی تأکید شده است (۵). عوامل مهمی که باعث دشواری ارائه تعریف جامعی از حق بر سلامت می‌شوند، عبارتند از:

الف- نارسایی تعبیر حق بر سلامت

سلامت در معنای لغوی محدود به کارکرد عادی و بهینه یک ارگانیزم در حالتی فارغ از مریضی یا ناهنجاری اطلاق می‌شود. سازمان بهداشت جهانی سلامتی را چنین تعریف نموده است وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی

و تنها به نبود بیماری اطلاق نمی‌شود (۶) و سلامتی مسأله‌ای است که جنبه نسبی دارد. یعنی نسبت به اشخاص و محیط زندگی و نوع فعالیت و کار آنان ممکن است کاملاً متفاوت باشد. بیماری هم ممکن است جنبه موقت یا ناپایدار داشته باشد و یا خود امری طبیعی در برخی شرایط و نسبت به برخی افراد باشد. مثلاً نمی‌توان گفت فردی که در هنگام مسافرت دریایی، به حمله ناگهانی دریازدگی دچار می‌شود سلامتی خود را از دست داده است. البته می‌توان گفت سلامتی یعنی فقدان بیماری مستمر و عافیت و تندرستی (۷). از این روی وقتی سخن از حق بر سلامت می‌شود نباید آن را به حق بر سالم بودن، مریض بودن، ناتوان شدن و امثال آن تعریف کرد. به این ترتیب حق بر سلامت را می‌توان حلقه ارتباط نسل‌های مختلف حقوق بشر قلمداد نمود (۸).

با توجه به مطالب فوق به نظر می‌رسد تعبیر حق بر سلامتی دارای نارسایی است، علاوه بر اینکه برداشت متعارف از آن، حق بر مریض نشدن، ناتوان و پیر نشدن و امثال آن نیست، مفهومی بسیار گسترده‌تر از حق بر مراقبت پزشکی و مراقبت سلامتی و حتی حمایت از سلامتی دارد و به همین دلیل کاربردی عمومی‌تر به خصوص در سطح بین‌المللی یافته است. به بیان دیگر، تعبیر حق بر سلامتی، عبارت کوتاه شده‌ای است که محتوی وسیع‌تر از اصطلاحات یاد شده دارد و از این جهت بر آنان ترجیح دارد.

ب- تنوع ابعاد و حوزه‌های مربوط به سلامتی

عامل دیگری که به دشواری تعریف حق بر سلامتی می‌افزاید، وجود ابعاد گوناگون برای سلامتی و حوزه‌های متنوعی است که به سلامتی مرتبط می‌گردند. در اسناد بین‌المللی که مورد اشاره قرار گرفت، عموماً از سلامتی جسمی و روانی و بعضاً از سلامتی معنوی و اجتماعی سخن رفته است. اگر هم توافقی نسبی در مورد سلامتی جسمی وجود داشته باشد، یافتن

نوپدید^۱ مانند کرونا ویروس (COVID-19) که از روزهای پایانی سال ۱۳۹۸ شمسی از شهر وهان کشور چین به کل جوامع بین‌الملل شیوع پیدا کرد، تهدیدی جدی برای سلامت کلیه شهروندان جوامع شد، به عبارت دیگر شیوع یک بیماری در قلمرو یک سرزمین خاص موجب نگرانی سایر دولت‌ها را نیز فراهم می‌کند. و حاکمیت دولت‌ها را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد، چنانچه باعث قربانی شدن برخی از شهروندان می‌شود و به اقتصاد آن آسیب وارد می‌سازد.

از آنجایی که حق بر سلامت و بهداشت عمومی به عنوان یکی از مهمترین ارکان لازم برای حصول یک زندگی سالم و منطبق بر استانداردهای بین‌المللی به شمار می‌آید، تدوین قوانین در حوزه سلامت و بهداشت عمومی برای تامین امنیت شهروندان با حقوق اساسی، همچون عدالت و برابری و رهایی از نیاز و توانمند ساختن انسان‌ها از نظر سلامت و بهداشت عمومی دارای اهمیت بسیار است، به طوری که موضوع تامین سلامت عمومی افراد بشری همواره به عنوان تعهدات دولت‌ها و سازمان‌های بین‌المللی متولی سلامت، بوده است و می‌تواند پشتوانه امنیت داخلی آنها قرار گیرد. بنابر این ضروری است که زمینه‌هایی برای همکاری بین‌المللی میان دولت‌ها ایجاد گردد، البته اقداماتی که در این زمینه توسط سازمان بهداشت جهانی تا کنون صورت گرفته را نمی‌توان نادیده گرفت.

گفتار دوم - اصول حقوقی حاکم بر نظام سلامت

حق بر سلامتی علاوه بر ارتباط با حوزه‌های گوناگون، حقی جهان شمول نیز محسوب می‌گردد. هر انسانی در هر جای دنیا

از چنین حقی برخوردار است. حق بر سلامتی مختص شهروندان یک کشور نیست. در اعلامیه جهانی حقوق بشر از

۱. آن دسته از امراض عفونی اطلاق می‌شوند که پیش‌تر قابل درمان بوده، لیکن در حال حاضر نسبت به داروهای آنتی میکروبیال مقاوم شده اند و قلمرو شیوع این نوع بیماری‌ها طی سه دهه گذشته گسترش یافته است.

اجماع و اتفاق نظر بر سر سایر ابعاد سلامتی بسیار دشوار است. اگر به سلامتی روحی یا روانی اشاره کنیم مشخص نیست که منظور از سلامتی روحی یا روانی دقیقاً چیست؟ فردی که از نظر روانی سالم تلقی می‌شود، دارای چه خصوصیتی می‌باشد؟ البته ممکن است که شخص از نظر جسمی فردی قوی و مقاوم در برابر ابتلا به بیماری و توانایی مبارزه با مشکلات جسمی و دیگر ابعاد محیط فیزیکی خود را داشته باشد، اما از نظر وضعیت روحی ناسالم به حساب آید.

باید توجه داشت به این که معیار واحد و روشنی برای تعیین سلامتی روانی وجود ندارد. مثلاً برخی گفته‌اند فرد در صورتی از نظر روانی سالم است که کارکرد و رفتار منطقی خوبی داشته باشد. برخی دیگر معتقدند فرد سالم به لحاظ روانی کسی است که رفتار او همانند اکثر همگنان خود باشد (۹).

با توجه به مفاهیم ذکر شده متوجه می‌شویم که سلامتی یک مسئله چند بعدی است. حتی امروزه علاوه بر بعد جسمی، روانی و اجتماعی، جنبه معنوی را هم در نظر می‌گیرند. ابعاد مختلف سلامتی و یا بیماری تحت تاثیر یکدیگر قرار دارند، چنانچه مشکلات جسمی بر روان فرد، مشکلات روانی بر جسم او و نیز هر دوی آنها بر جامعه و اختلالات موجود در جامعه بر هر دو بعد دیگر سلامتی اثر می‌گذارند لذا اقدامات انجام شده برای ارتقای سلامتی باید به تمام جوانب سلامتی فردی (جسمی و روانی، اجتماعی و معنوی) و سلامت کلی جامعه توجه داشته باشد.

پ- حق بر سلامت و امنیت بهداشت عمومی شهروندان

امروزه تامین امنیت جامعه انسانی از طریق حفظ حق بر سلامت شهروندان نه تنها در تفکر دولت‌ها، بلکه در جامعه بین‌الملل به عنوان یک امر نهادینه شده، و به یک قاعده رفتار بین‌المللی تبدیل شده است. چنانچه وجود بیماری‌های

«حق هرکس» نسبت به استاندارد از زندگی سخن می‌گوید که برای سلامتی و رفاه او و خانواده‌اش کفایت کند.

الف- حق بر سلامت در اسناد و قوانین داخلی و بین‌المللی

تضمین حق بر سلامت با وضع قوانین داخلی اعم از اساسی و عادی از سوی نهاد حاکمیت می‌تواند به نحو مؤثری در تحقق اهداف حمایتی از شهروندان عمل نماید. در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران اصل سوم، ۲۹ و ۴۳ حق بر سلامت عمومی و لزوم برخورداری شهروندان از بهداشت و درمان عمومی مناسب مورد شناسایی و تأکید قانونگذار قرار گرفته است. قوانین برنامه پنج ساله توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و سند چشم‌انداز ۲۰ ساله نظام نیز حاکی از میزان اهمیت و پرداخته شدن به این امر در کشورمان می‌باشد.

علاوه بر قانون اساسی که صریحاً به حق بر سلامت شهروندان ایرانی اشاره نموده است، در سند چشم‌انداز ۲۰ ساله نیز جامعه سالم ایرانی را با عباراتی نظیر برخوردار از سلامت، رفاه اجتماعی، فرصت برابر و عادلانه بهره‌مندی از خدمات توصیف نموده است. بدیهی است که وجود قوانین و مقررات در نظام سلامت ج.ا.ا. نیز قابل انجام بوده و این اقدام می‌تواند آثار حقوقی بسیار مثبتی را برای شهروندان در حوزه سلامت داشته باشد.

ب- حق بر سلامت در قوانین و مقررات

در اکثر نظام‌های حقوقی موجود در دنیا، قانونگذاران سعی نموده‌اند تا برای مسائل مربوط به بهداشت و سلامت عمومی راه‌حل‌های مناسب حقوقی ارائه داده و به نوعی آنرا ضابطه‌مند و قانونی نمایند تا از یک طرف شأن و کرامت انسانی محفوظ نگهداشته شود و از سوی دیگر راه تکامل و ترقی در این زمینه‌ها هموار گردد (۱۰).

اصل ۲۹ قانون اساسی، حق بر خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی را برای همگان به رسمیت می‌شناسد و مقرر می‌دارد: «برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری و پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و ... حقی است همگانی» (۱۱).

علاوه بر اصل ۲۹، اصول دیگری نیز با سلامت مرتبطند. «طبق بند سوم اصل ۱۲ قانون اساسی پی‌ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی» جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه، مسکن، کار، بهداشت و تعمیم بیمه از وظایف دولت است.

در همین راستا کشور ایران با تصویب قوانین و مقررات مختلف در زمینه سلامت و همچنین پیوستن به کنوانسیون‌های مختلف بین‌المللی، این حق را به رسمیت شناخته و مورد حمایت قرار داده است. در اندیشه حقوق عمومی حق بر سلامت عمومی، جزئی از حقوق بنیادین در هر جامعه سیاسی است. هر فردی به مثابه عضوی از جامعه صرف‌نظر از ملاحظات نژادی، دینی، سیاسی و فرهنگی، از این حق بهره‌مند می‌باشد. این دسته از حقوق که بطور معمول از آن‌ها در امتداد صیانت و حمایت از حق حیات افراد سخن به میان می‌آید، دارای ارتباط معناداری با دیگر حقوق بشر می‌باشد. از این رو است که توجه لازم و بایسته به حق بر سلامت از سوی دولت‌ها فارغ از ساختار نظام سیاسی آن‌ها امری ضروری به نظر می‌رسد. تهیه، تدوین و تصویب حق وسیعی از اسناد و معاهدات بین‌المللی مرتبط با حق بر سلامت و نیز وضع قوانین و مقررات موضوعه داخلی در این زمینه خود دلیلی بر این مدعا است.

گفتار سوم- توزیع دارو

امروزه زنجیره تأمین نقش بنیادی در توسعه یک سازمان و

تولیدکنندگان، واردکنندگان، توزیع کنندگان، فروشندگان کالا و ارائه کنندگان خدمات اعم از فنی و حرفه‌ای و همچنین کلیه دستگاه‌ها، مؤسسات و شرکت‌هایی است که شمول قانون بر آن‌ها مستلزم ذکر یا تصریح نام است و به طور مستقیم یا غیر مستقیم و به صورت کلی یا جزئی، کالا یا خدمت را به مصرف‌کننده ارائه می‌نمایند.»

همانطور که مشاهده می‌شود قانونگذار در این ماده در پی ارائه تعریفی جامع از عرضه‌کننده نیست و کلیه افراد دخیل در ارائه کالا و خدمات را عرضه‌کننده نامیده است، در حالی که به نظر می‌رسد که این تعریف عام است و منظور از عرضه‌کننده در مفهوم خاص، شخصی است که کالا را در سطح کلان و به صورت کلی میان سایر ایادی توزیع می‌نماید و یا کالایی را به صورت جزئی در اختیار مصرف‌کننده نهایی قرار می‌دهد.

الف- سیستم توزیع دارو قبل از انقلاب اسلامی

در سال‌های قبل از انقلاب، بخش اعظم فعالیت‌های دارویی کشور در اختیار شرکت‌های چند ملیتی داروسازی بوده است. اغلب داروهای تولید شده با نام خارجی و تحت لیسانس تولید می‌شدند. به همین سبب بازاریابی و معرفی داروها با نام تجاری به شدت اعمال می‌شد. قبل از تولید و واردات، میزان مصرف توسط بخش بازرگانی و بازاریابی پیش بینی می‌شد (۱۶). قسمت اعظم توزیع دارو توسط سه شرکت داروپخش، تولید دارو و خوراک انجام می‌شد، و اقلیت آن از طریق عمده‌فروشی‌های دارو در تهران (در خیابان ناصر خسرو تهران) و عمده‌فروشی‌های دارو مستقر در سایر شهرستان‌ها انجام می‌شد (۱۷).

ب- سیستم توزیع دارو بعد از انقلاب اسلامی

پس از انقلاب اسلامی، سیستم توزیع بدین شکل تغییر یافت که بر اساس سهمیه‌ای که توسط سازمان غذا و دارو برای هر

به حداکثر رساندن بازدهی اقتصادی دارد، نیروهای رقابتی در محیط کسب کار امروز نیاز به سازمان‌ها و شرکت‌هایی با تکیه بر روش‌های سازمان یافته می‌باشند تا مدیریت فرآیندها را به طور سیستماتیک‌تر مدیریت نماید (۱۲).^۱ این چیزی است که اجازه می‌دهد تا سازمان به مزیت رقابتی و افزایش سهم بیشتری از بازار دست یابد. بنابراین فعالیت‌هایی مانند تأمین و برنامه‌ریزی تقاضا، توزیع و ارائه خدمت به مشتریان در شرکت مدیریت می‌شوند. یکی از این بخش‌ها توزیع‌کنندگان دارو هستند که از یکسو با تولیدکننده و از سوی دیگر با خرده‌فروشان در ارتباط هستند و نقش بسزایی در سلامت جوامع دارند (۱۳).

توزیع‌کنندگان یکی از عوامل مهم در ساختار خدمات بهداشتی اولیه دارو می‌باشد که تأمین و توزیع صحیح آن، نمودی عینی در میان گیرندگان این خدمات خواهد داشت. اگر این کالای استراتژیک به نحوی منطقی و سیستماتیک تهیه و توزیع گردد، می‌تواند نقش مهمی در پیشبرد اهداف نظام سلامت ایفا نماید. و در صورتی که بنحو غیر منطقی توزیع شود، می‌تواند آسیب جدی به نظام سلامت وارد کند. یکی از مهمترین فعالیت‌ها در این زمینه مدیریت، تأمین و توزیع محصولات دارویی به موقع و کاهش زمان حمل و نقل برای عکس‌العمل بهتر در جهت پیشبرد نظام سلامت است. به گفته مسؤلین، توزیع دارو با مشکلات زیادی روبرو است این مشکلات موجب کمبود دارو یا انبوه داروهای تاریخ گذشته، است و گاهی مردم را برای دسترسی به نیازهای دارویشان با چالش‌های متعددی مواجه کرده است (۱۴).

قانونگذار ما در بند ۱ ماده ۲ قانون حمایت از حقوق مصرف‌کنندگان (۱۵) در ارائه تعریفی از عرضه‌کننده بیان می‌دارد که «عرضه‌کنندگان کالا و خدمات، به کلیه

۱. توزیع دارو در کشور از طریق شرکتهای پخش دارویی سراسری، شعب آن‌ها در شرکتهای پخش استانی بعد از دریافت مجوزهای لازم از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و با رعایت کلیه مقررات و دستورالعملهای مربوط به توزیع دارو انجام میشود.

مختلف متفاوت است در بعضی از کشورها بسیار پراکنده تا حدی که داروی یک یا چند شرکت تولید کننده توسط یک مرکز توزیع می‌شود و در برخی از کشورها در حد گستره‌تر در قالب شرکت‌های با امکانات زیاد که هر کدام داروهای تولیدکنندگان متعددی را توزیع می‌نماید صورت می‌گیرد.

در این راستا بعضی از شرکت‌های توزیع کننده دارای سیستم توزیع سراسری از محل کارخانه تولید تا داروخانه یا مراکز درمانی بوده و در زمان‌های معینی دارو را در سایر نقاط تحت پوشش خود توزیع می‌نمایند. توزیع عمده می‌تواند بصورت متمرکز یا پراکنده صورت گیرد. در مواردی نیز توزیع دارو توسط خود شرکت تولید کننده انجام می‌شود، که چنین سیستمی را در کشورمان قبل از انقلاب اسلامی شاهد بودیم ولی آنچه در حال حاضر در ایران شاهد هستیم، مجموعه شرکت‌های مشترک المنافع (هلدینگ) است که تولید و توزیع را در یک سیستم متمرکز و سراسری انجام می‌دهند، مانند هلدینگ دارویی تأمین (تیبیکو) و هلدینگ دارویی وابسته به بانک ملی ایران.

مسلماً با توجه به اهمیت توزیع دارو ایجاب می‌نماید که قوانین و ضوابط بر آن حاکم و ناظر باشد از جمله صدور پروانه برای فعالیت شرکت توزیع کننده، مقرراتی برای امکانات ضروری و حدود آن، تعیین مسئولیت فنی جهت نظارت بر امر کیفیت دارو، ضوابطی برای چگونگی نگهداری دارو، مقرراتی برای حیطه کاری شرکت توزیع کننده و موارد دیگری بر حسب ضرورت را می‌توان نام برد. همچنین شرکت توزیع کننده موظف است، صرفاً با شرکت‌های تولید کننده ای که دارای مجوز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باشد، عقد قرارداد نماید. برای صدور پروانه تأسیس شرکت پخش، غیر از امکانات شرکت، سوابق شرکت در زمینه توزیع دارو بررسی می‌شود و در صورت تأیید صلاحیت شرکت توسط کمیسیون قانونی موضوع ماده ۲۰ مجوز صادر خواهد شد. نکته قابل

استان تعیین می‌گردد، داروها را از انبارهای مرکزی شرکت‌های دارویی که در تهران متمرکز است به نمایندگی‌ها و شعب آن‌ها در استان‌ها و شهرستان‌ها ارسال می‌نمایند و داروها در محل داروخانه‌ها توسط شرکت توزیع تحویل داروخانه می‌گردد (۱۸). نظارت بر نحوه عملکرد شرکت‌های توزیع دارو به عهده مدیریت نظارت بر امور دارو در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان مربوطه می‌باشد.

هدف شرکت‌های توزیع دارو در سه مشخصه زمان مناسب، مقدار مناسب و مکان مناسب می‌باشد، تا در دسترس بیماران قرار گیرد. که برای انجام بهینه این فرآیند موارد زیر لازم است:

1. وجود سازمانی با افرادی که توانایی انجام مسئولیت توزیع دارو، اعم از شناخت دارو، شناخت بازار، شناخت مشتریان را داشته باشد.

2. برنامه ریزی مناسب برای تأمین دارو بصورت منظم

3. برنامه ریزی توزیع و تحویل دارو به مشتریان (۱۹)

به موجب تبصره ۳ ماده ۱۴ قانون مرتبط به مقررات امور پزشکی و دارویی سال ۱۳۳۴، «شرکت‌های توزیع کننده انواع دارو و مواد بیولوژیک اعم از دولتی، غیر دولتی و خصوصی باید از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی پروانه تأسیس أخذ نمایند و مسئول فنی واجد شرایط که صلاحیت آن به تصویب کمیسیون قانونی رسیده باشد، معرفی نمایند». همچنین به موجب ماده ۳۶ قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی، شرکت‌های پخش، فروشگاه‌ها، سوپر مارکت‌ها، تعاونی‌ها و سایر اماکن در صورتی امکان فروش یا توزیع کالا خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی را دارند که دارای پروانه یا مجوز ساخت/ورود معتبر از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باشند. تخطی از این امر جرم بوده و مجرم به مجازات‌های مقرر محکوم خواهد شد.

توزیع دارو را می‌توان به توزیع عمده و توزیع جزئی یا نسخه‌ای تقسیم نمود. توزیع بصورت عمده فروشی نیز در کشور های

و از طرفی بازدید مستمر بازرسی که از سوی معاونت‌های غذا و دارو و دانشگاه‌های علوم پزشکی جهت نظارت بر امور داروخانه و گاهاً نمونه برداری داروها باید به داروخانه مراجعه می‌نمایند (۲۰).

با توجه به نقش حیاتی دارو، نظام حقوقی ایران از گذشته تاکنون، در قبال تهیه و توزیع دارو حساسیت قابل توجهی داشته و نسبت به تصویب قوانین و ضوابط دارویی فعالیت‌های قابل تقدیری در ابعاد مختلف از تولید، توزیع، واردات و صادرات گرفته تا خرید و فروش دارو و ملزومات وابسته به آن اتخاذ نموده است و سازمان غذا و دارو از طریق تدوین روز آمد فهرست رسمی دارویی ایران، دسترسی بیماران به داروهایی که به استناد به منابع علمی معتبر، ایمنی، اثر بخشی بالینی و هزینه اثر بخشی آن‌ها در درمان بیماری‌ها ثابت شده است، را تضمین می‌نماید. همچنین از طریق اعمال مقررات و سیاست‌های نظارتی این اطمینان را ایجاد نماید که کلیه داروهایی که به شکل رسمی در بازار دارویی ایران موجود می‌باشند، از کیفیت، سلامت برخوردار هستند، حتی در مواردی که داروی مورد نیاز بیمار در فهرست رسمی دارویی ایران نباشد و به درخواست پزشک درمانگر و رضایت بیمار، از طریق شرکت‌های تک نسخه‌ای وارد کشور شده‌اند.

پ- فروش دارو به بیمار

طبق ماده ۱ آیین‌نامه اجرایی وظایف و صلاحیت داروسازان شاغل در داروخانه مصوب سال ۱۳۷۶، داروخانه مؤسسه‌ای پزشکی است که با اخذ مجوز از سازمان غذا و دارو، تأسیس و با داشتن مسئول فنی واجد شرایط به ارائه خدمات تشخیصی و درمانی مرتبط با دارو و خدمات مشاوره‌ای سلامت و عرضه فرآورده‌های سلامت محور از جمله دارو، گیاهان دارویی، فرآورده‌های طبیعی، سنتی، شیر خشک و غذاهای کمکی و غذای ویژه، مکمل‌های تغذیه‌ای و ورزشی، تجهیزات و ملزومات پزشکی و دارویی، فرآورده‌های آرایشی، بهداشتی، سلولزی که

توجهی که در مقررات مصوبه ۱۳۸۱/۵/۲۲ مدیر کل غذا و دارو وجود دارد، مقرر نموده «فروش دارو همراه با جایزه ممنوع می‌باشد، لذا نسبت به اعمال نظارت دقیق‌تر بر شرکت‌های توزیع در جهت جلوگیری از ترویج مصرف بی‌بهره داروها اقدام لازم صورت پذیرد».

وفق قوانین و مقررات ذکر شده، داروخانه تنها محل تحویل دارو به بیمار است. داروخانه محلی است که با اخذ پروانه از وزارت بهداشت مربوطه با حضور و تحت نظر مسئول فنی که دکتری یا لیسانس داروسازی است می‌تواند تأسیس شود و فعالیت نماید.

داروخانه‌ها علاوه بر توزیع دارو در موارد بسیاری مجاز به تولید داروهای خاصی نیز هستند. براساس تبصره ۷ ماده ۱۴ ق.ا.پ.د الحاقی ۱۳۶۷/۱/۲۳ «داروساز مسئول فنی داروخانه، می‌تواند داروهای دستوری تجویز شده در نسخه پزشک را بسازد و نیز داروهایی که ساخت آن‌ها از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در داروخانه مجاز است، بسازد». در داروخانه به دو شکل در اختیار بیمار قرار می‌گیرد یکی داروهای (Over the Counter) یا بدون نسخه که مستقیماً با درخواست متقاضی و بیمار توسط داروساز داروخانه تحویل می‌شود. شکل دیگر داروی با نسخه است که کار عمده داروخانه را تشکیل می‌دهد.

در این رابطه برای داروخانه و چگونگی تحویل دارو وظایف مؤسس، مسئول فنی و حدود وظایف و ارتکاب تخلفات مواد قانونی و آئین‌نامه‌ای پیش‌بینی و تدوین شده است. از جمله داروخانه بدون حضور مسئول فنی مجاز به تحویل و نسخه پیچی دارو نمی‌باشد و یا داروخانه باید برای نگهداری داروهای خاص از جمله داروهای سمی و خطرناک، داروهای مخدر، داروهای یخچالی باید مکان مناسب و واجد شرایط داشته باشد.

۱. (OTC) داروهایی است که بنا به کارایی و خواص آن نیازی به نسخه پزشک نیست و بیمار میتواند جهت دسترسی به آن دارو مستقیماً به داروخانه مراجعه نماید.

از سازمان پروانه دریافت کرده‌اند، مبادرت می‌نماید. طبق تدوین سیاست ملی دارویی سازمان غذا و دارو سال ۱۳۹۵ کلیه داروخانه‌ها و مراکز عرضه دارو فقط باید در مقابل ارائه نسخه معتبر از پزشکان و یا سایر اعضاء گروه پزشکی که مطابق قانون مجاز به تجویز دارو هستند دارو را تحویل بیمار نمایند. همچنین لازم است هر سال فهرست داروهای بدون نسخه (OTC) که تحویل آن‌ها به بیماران به نسخه نیازی ندارد، توسط سازمان غذا و دارو تدوین و اعلام گردد. داروهای بدون نسخه در داروخانه و تحت نظارت داروساز تحویل بیمار خواهد شد.

می‌توان گفت مهمترین قسمت از فرآیند توزیع دارو، مرحله آخر آن، یعنی رسیدن دارو به بیمار است، به همین جهت سازمان بهداشت جهانی، یکی از موانع اصلی رسیدن به سلامت را عدم دسترسی بیماران به کالای سلامت محور با کیفیت دانسته است. اینکه چه ساز و کاری باید به کار گرفته شود تا داروی مناسب در اختیار بیمار قرار گیرد در بیست سال گذشته توسعه زیادی پیدا کرده است، به کارگیری داروسازان شاغل در داروخانه در مراقبت‌های اولیه، مدیریت اختلالات شایع و مدیریت دارودرمانی بیماری‌هایی که درمان‌های دارویی متعددی دارند روز به روز در حال توسعه است، در ایالات متحده آمریکا، آنچه در ایران در حیطه مسئولیت مراکز بهداشت است، بر عهده داروخانه‌های شهری است، یعنی واکسیناسیون، آموزش بیماران در جهت خود مراقبتی و کنترل بیماری‌ها، و مراقبت‌های دارودرمانی توسط داروساز و در داروخانه‌های شهری انجام می‌شود. در پاندمی COVID-19 داروسازان در داروخانه‌های شهری آموزش‌های لازم در خصوص انجام تست سریع و آموزش مراقبت‌های اولیه بیماری را به بیماران ارائه و در مدیریت بیماری و جلوگیری از شیوع بیشتر نقش مهمی را ایفا نمودند.

این در حالیکه در ایران، نقش داروساز به عنوان عضوی

از تیم مراقبت بیمار، همسو با تحولات رخ داده در کشورهای پیشرفته دنیا تغییر نیافت و اگرچه در حیطه تولید دارو، داروسازان پیشرفت‌های شگرف همسو با تحولات صنعتی دنیا داشتند ولی در حیطه ارائه خدمات مراقبتی بسیار عقب هستیم و گزارشات مطالعات میدانی نشان دهنده عملکرد ضعیف داروسازان در داروخانه‌ها در ایران است. سازمان جهانی بهداشت، در گزارش گروه مشاوره خود در مورد «آماده سازی داروساز آینده» (ونکوور ۱۹۹۷) هفت نقش را برای داروساز مشخص کرد، که باید به عنوان حداقل انتظارات از داروسازان به عنوان گروهی از متخصصین خدمات بهداشتی، درمانی مورد توجه قرار گیرد. نقش و وظایف مشخص شده شامل موارد زیر است: مراقبت کننده، برقرارکننده ارتباط، قضاوت کننده، آموزش دهنده، یادگیرنده مادام‌العمر، رهبر و مدیر.

عدم وجود ساختار کاری مناسب از سمت سازمان‌های ضابط قوانین و مقررات منجر به کاستی‌هایی در ایفای حق بیماران در خصوص دریافت داروی خود در داروخانه‌های کشور شده است. از منظر مدیریت یک نظام سلامت سازمان یافته، عدم انجام مسئولیت حرفه‌ای توسط هر یک از ارکان یا منابع انسانی آن نظام، باید سریعاً بررسی، پیگیری و رفع گردد. داروسازان وفق GPP باید نگرش پاسخگویی به اجتماع را داشته باشند، باید نسبت به نقش اصلی خود که برطرف کردن نیاز بیماران در خصوص بهینه سازی دارو درمانی ایشان با هدف رسیدن به بیشترین اثر بخشی و کمترین خطرات از مصرف داروهاست اهتمام ورزند. عدم انجام این نقش حرفه‌ای باعث کاهش تبعیت از دارو درمانی بیماران و بروز عوارض ناشی از تداخلات، حساسیت‌ها و ... خواهد شد. کشورهای پیشرفته دنیا به شدت روی موضع هزینه اثربخشی مداخلات کلان دقت دارند، اینکه در کشوری مانند انگلستان تا این حد به نقش داروسازان در ارائه خدمات، در سطح تشخیص و مدیریت اختلالات شایع و مدیریت دارو درمانی سالمندان و بیماران با تعدد داروی

باقی می‌ماند. در صورتی که ممکن است نیاز شدید در شهرهای بزرگ ایجاد شود.

با توجه به اینکه تربیت داروسازان در دانشکده‌های داروسازی از علوم آزمایشگاهی و بالینی حرکت به سمت رویکرد مراقبت از بیمار در بعضی از موارد به درجات مختلف رخ داده است، اغلب بر جنبه های فنی داروخانه تأکید می شود، به جای تمرین حرفه ای ارزان بودن قیمت داروها در ایران موجب می شود که داروهای ایرانی به کشورهای همسایه که نظام تجاری بر نظام دارویی آنها حاکم است بصورت غیر قانونی ارسال گردد که یکی از عوامل کمبود دارو در کشور بوده که موجب عدم امکان پیش بینی صحیح داروها می شود. مصرف بی رویه دارو و خود درمانی در میان مردم بدون تجویز پزشک از عوامل مهمی است که پیش بینی داروها توسط شرکت های توزیع را دچار اختلال می کند. عدم توجه به الگوی مصرف هر استان. عدم بازنگری در سهمیه دارویی استانها(۲۲).

گفتار پنجم - قیمت گذاری

دارو یکی از ملزوماتی است که تهیه و تدارک آن در کشوری که با محدودیت جدی منابع مواجه است نیازمند استفاده از ابزار ارزیابی فناوری سلامت و بدنبال آن قیمت گذاری مناسب است.

دارو از جمله اقلامی است که دارای نرخ مصوب بوده و تعیین نرخ آن طبق ماده ۴۸ آئین نامه ساخت و ورود دارو سال ۱۳۶۸ توسط کمیسیون قیمت گذاری در سازمان غذا و دارو تعیین می گردد. کمیسیون مذکور با توجه به اطلاعات ارائه شده از سوی شرکت های تولیدکننده و ارگان های ذیربط نسبت به تعیین قیمت اقدام می نماید.

ضوابط قیمت گذاری و تصمیمات مربوط به قیمت گذاری داروها طبق نظر کمیسیون قیمت گذاری داروها موضوع تبصره ماده ۲۰ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی

مصرفی مانور میدهند از انجا نشعت می گیرد که در آنجا دریافت اند که بهره گیری از خدمات حرفه ای داروساز باعث صرفه جویی در هزینه ها خواهد شد.

گفتار چهارم - تاثیر مثبت و منفی قوانین و مقررات بر توزیع کنندگان دارو

با توجه به اینکه حق برخورداری از علم پزشکی و داروسازی و حق بر اثر فکری هر دو از حقوق اساسی و اولیه بشر است نباید هیچ از بین برود. البته به خاطر نقش ویژه دارو در زندگی بشر، بایستی علاوه بر منافع خصوصی صاحبان ابداعات، منافع جامعه و نیازهای بهداشتی و توسعه ای کشور های در حال توسعه و فقیر را هم در نظر داشت و تامین کرد. به علاوه، کشور های در حال توسعه نیز باید راهکار توزیع مناسب دارو و ایجاد زمینه مناسب دسترسی شهروندان به دارو را اتخاذ کنند، لذا تحقق عواملی چون ثبات و برخورداری کشور از یک ساختار و سازماندهی مناسب است که بهره مندی ثبات اقتصادی و نظام مناسب توزیع دارویی را در پی خواهد داشت.

الف - نقاط قوت و ضعف توزیع دارو

عدم پیش بینی مصرف داروها و عدم هماهنگی و توازن بین عرضه و تقاضا، کمبود مقطعی یک دارو می تواند منجر به افزایش مصرف داروی دیگر از همان گروه گردد، چنانچه تولید کننده به هر دلیل به تعهدات خود در رابطه با تولید به موقع عمل ننماید مصرف داروهای هم ردیف وارداتی و داخلی افزایش می یابد و پیش بینی مصرف هر دو دارو دچار اختلال می گردد(۲۱).

عدم توزیع صحیح و منطقی برخی از داروها بنحوی که برخی از داروهای تخصصی در شهرهایی توزیع می گردد که وجود پزشکان متخصص که آن دارو را تجویز نماید محروم می باشد که در نتیجه داروی تخصصی در سطح انبار شرکت توزیع دارو

پایین نگاه داشتن قیمت دارو توسط سازمان غذا و دارو سبب افزایش قدرت خرید مردم می‌شود که باعث کاهش غیر واقعی قیمت دارو و سلب اعتماد مردم به داروی ارزان و مصرف بی رویه و قاچاق آن به خارج از مرزهای ایران می‌شود. همچنین وابستگی دارو به ارز دولتی، مشکلات عدیده‌ای برای تهیه، تولید و واردات آن ایجاد کرد. دخالت بیش از حد دولت و بوروکراسی ناشی از آن در رکود و پسرفت تولید دارو به علت کنترل دولت در امر خرید مواد اولیه، تولید، توزیع و سهمیه بندی‌های دارویی تأثیر آشکاری دارد.

سازمان غذا و دارو قیمت‌گذاری را برای همه‌ی تولیدکنندگان و تمامی محصولات دارویی به یک شیوه مدیریت می‌کند. بر اساس ضابطه‌ی قیمت‌گذاری، داروهای ژنریک بر اساس آنالیز و مستندات هزینه‌های انجام شده تولید دارو تعیین می‌گردد. اگر شرکتی از اسم برند ژنریک برای داروها استفاده کند بین ۱۵٪ تا ۳۰٪ متفاوت با داروهای ژنریک خواهد بود. اگر داروی داخل مشابه داروی برند باشد تا ۷۰٪ قیمت دارو با تولیدکننده داخلی متفاوت است (۲۴).

با توجه به ماده ۲ و ۴ ضابطه قیمت‌گذاری سازمان غذا و دارو از دو طریق اعمال می‌شود، در قیمت‌گذاری به شیوه سود یا حاشیه سود^۲ به نظر می‌رسد مناسب‌ترین روش، قیمت‌گذاری بر مبنای ارزش است. به گونه‌ای که قیمت، نشان دهنده‌ی ارزش بالای محصولات دارویی در میان مصرف‌کنندگان باشد. کما اینکه در طرح ژنریک، محدودیتی در تامین مواد اولیه از منابع مختلف وجود ندارد و به همین دلیل قیمت داروی تولید شده در طرح ژنریک در مقایسه با برندهای اصلی بسیار پایین‌تر است و کیفیت دارو نیز به نسبت منابع مختلف مواد اولیه، متفاوت خواهد بود. در فرآیند فعلی تولید، مواد اولیه از نقاط مختلف دنیا تهیه می‌گردد و ترکیب، فرموله کردن و

و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب سال ۱۳۳۴ و اصلاحات بعدی سازمان غذا و دارو تعیین می‌گردد، و هدف از این ضابطه، تعیین قیمت منطقی برای داروهای موجود در بازار دارویی ایران به منظور تضمین دسترسی بیماران به داروهای مورد نیاز خود، حمایت از فناوریها و توانمندیهای داخلی برای تامین و تولید مستمر داروها و ایجاد شفافیت در فرایند قیمت‌گذاری داروها در سازمان غذا و دارو است (۲۳).

پ- مشکلات قیمت‌گذاری

نظام قیمت‌گذاری موجود مشکلات چندی ایجاد می‌کند که برخی از آنها مستقیم و برخی غیر مستقیم قابل مشاهده هستند. مشکلاتی که قیمت‌گذاری ایجاد می‌کند از میان بردن رابطه بین قیمت و کیفیت محصول است که از مهمترین ویژگی‌های نظام قیمت‌گذاری بازار است. با توجه به اینکه در سازمان غذا و دارو سیاست قیمت‌گذاری بسمت یکسان شدن است، شرکت‌های داروسازی انگیزه رقابت در کیفیت را با همدیگر نخواهند داشت و همچنین قیمت مصوب سازمان غذا و دارو به روش فعلی پاسخگوی هزینه‌های لازم برای گرفتن GMP^۱ نمی‌باشد.

نوسانات شدید نرخ ارز، قیمت‌گذاری دولتی محصولات، عدم ارتباط با مجامع بین‌المللی، بهره‌وری پایین علی‌الخصوص در بخش مواد اولیه، مدیریت توزیع دارو، بدهی دایمی مراکز درمانی دولتی به شرکت‌های تولیدکننده دارو و به تبع آن بروز مشکل سرمایه در گردش برای شرکت‌های توزیع‌کننده و ...

۱ (Good Manufacturing Practice) یکی از اصول مهم در ساخت و تولید رعایت شرایط است که در واقع می‌توان معادل فارسی آن را «عملکرد صحیح در ساخت» عنوان نمود. جهت حصول و اطمینان بیشتر از رسیدن داروی مرغوب به دست مصرف‌کننده انجام کنترل‌های همه‌جانبه در ساخت دارو لازم است رعایت اصول GMP و انجام کلیه آزمایشات کنترلی لازم از ابتدا تا انتهای چرخه تولید به ساخت مداوم سربهای هم‌مشکل و مرغوب دارو کمک اساسی می‌کند. سازنده مسئولیت داروهای را که تولید مینماید به عهده دارد لذا سازنده می‌تواند با دقت نظر در روشهای ساخت و کنترل از تولید داروی نامرغوب پرهیز نماید.

۲ . یکی از نسبت‌های سودآوری است که از طریق تقسیم‌کردن سود خالص به کل فروش محاسبه می‌شود.

مقررات تسهیل کند.

از آنجا که دارو یکی از مهمترین ارکان نظام سلامت است و در افزایش سلامت و پیشگیری و درمان بیماری و تامین سلامت و بهداشت جامعه نقش اساسی دارد. طبق ضوابط سازمان غذا و دارو چنانچه داروی مورد نیاز بیمار در زمان و مکان و با حفظ کیفیت اولیه قابل دسترسی باشد، می‌تواند نقش مهمی در پیشبرد اهداف سیستم سلامت ایفا کند.

توزیع‌کنندگان دارو دسترسی بیماران به تمام داروها را تسهیل می‌کنند پراکندگی و تعداد زیاد شرکت‌های توزیع‌کننده و داروخانه‌ها را وادار به سازماندهی بسیار دقیق روابط خود با مشتریان می‌کند در کشور ایران، توزیع دارو با مشکلات زیادی روبرو است این مشکلات موجد کمبود دارو می‌باشد و یا انبوه داروهای تاریخ مصرف نزدیک و یا تاریخ مصرف گذشته و همچنین گاهی مردم را برای دسترسی به نیازهای دارویی‌شان با چالش‌های متعددی مواجه کرده است با بررسی مشکلات مطرح شده در شبکه توزیع دارو می‌توان توزیع نامناسب را در زمانبندی مناسب، با استفاده از شیوه‌های نوین مدیریت در شبکه‌های توزیع دارو و مطالعات جامع در زمینه برنامه‌ریزی شبکه توزیع در شرکت‌های توزیع‌کننده دارو فراهم نمود.

توجه و نظارت جدی نظام حقوقی و وضع قوانین و مقررات کارآمد برای برقراری نظم صحیح، دقیق و عادلانه که حاکم بر روابط تولیدکنندگان، توزیع‌کنندگان و قیمت‌گذاران دارو (تعیین قیمت داروهای تولید داخل با در نظر گرفتن ارزش دانش فنی، به روز کردن روش‌های بهینه تولید، هزینه تحقیق و توسعه، اطلاع رسانی، سایر هزینه‌ها و سود منطقی الزامی است و در عین حال قیمت این داروها باید با قیمت داروهای مشابه وارداتی تناسب تعریف شده‌ای داشته باشند). و سایر شهروندان باشد در راستای کاهش نارسایی‌های نظام دارویی از تولید و توزیع، قیمت‌گذاری دارو، نوسانات شدید نرخ ارز و بدهی دائم مراکز درمانی به شرکت‌های توزیع دارو امری کاملاً ضروری می‌باشد.

ساخت آن در داخل شرکت‌ها صورت می‌پذیرد. مشکل ثابت نبودن کشورهای تامین‌کننده مواد اولیه، خود سبب تغییر در خواص فیزیکی، شیمیایی و زیستی محصولات می‌شود و از آنجا که شرکت‌ها همواره در جهت تهیه مواد اولیه ارزانتر بوده‌اند می‌تواند عاملی برای کیفیت باشد.

نتیجه

از مطالب پیش گفته چنین بر می‌آید، همانطوری که داشتن آگاهی از مشکلات، کمبودها و موانع به منظور رفع آنها از ضروریات توسعه است، تبیین موفقیت‌های به دست آمده نیز راهگشا و تسریع‌کننده دسترسی به اهداف آینده محسوب می‌شود. همگام با موفقیت در زمینه رشد کیفی و کمی ارائه خدمات سلامت از جمله اصلاح آموزش پزشکی، تربیت نیروی انسانی لازم، رشد کیفی آموزش و تحقیقات مرتبط با سلامت و انتشارات و مقالات علمی داروسازی کشور نیز از رشد کمی و کیفی قابل ملاحظه‌ای برخوردار بوده است. افزایش تعداد دانشکده‌های داروسازی طی سال‌های گذشته سبب شده است تا تعداد بیشتری از تحصیل کرده‌ها در سیستم ارائه خدمات سلامت مشغول فعالیت باشند و لذا با توجه به پیشرفت‌های حاصل در زمینه تولید داروها و تربیت نیروی انسانی کافی امری ضروری است، در اندیشه حقوق عمومی شناسایی و حفظ سلامت و بهداشت عمومی شهروندان از جمله تکالیف غیر قابل انکار دولت‌ها می‌باشد. دولت تامین‌کننده سلامت عمومی شهروندان با مداخله به عنوان سیاستگذار یا تنظیم‌کننده مقررات و دستورالعمل‌ها جهت تامین یک زندگی سالم است، و ملزم به اتخاذ اقداماتی در ابعاد مختلف نظام سیاسی بخصوص نظام دارویی از جمله توزیع و قیمت‌گذاری دارو می‌باشد. ضمن رفع و کاهش سایر موانع ذکر شده در این نوشتار زمینه ارتقای هر چه بیشتر کیفیت ارائه خدمات دارویی در کشور را در راستای رسیدن به اهداف تعیین شده در قوانین و

منابع

1. Ziaei Bigdeli, Mohammad Reza. Public International Law, Mizan Publishing, 2006, p
2. Hosseini Mina, Consumer Rights of Pharmaceutical and Health Products in the Mirror of Law, Quarterly Journal of Medical Law, 2012, Tehran, p.111.
3. Jafari Mostafa et al., A study of the Iranian pharmaceutical legal system from the perspective of the right to health, Journal of Culture and Health Promotion, 1399, p.3.
4. Shahrar Islamic descent, Fundamentals of Health Law, Majd Publishing, Tehran, 2016, p. 46.
5. Asgharnia Morteza, Challenges and Requirements of Governments in Regulating Health, Journal of Medical Law, 2016, Tehran, p.41.
6. Abbasi Bijan, Human Rights and Fundamental Freedoms, Tehran, DadgoStar Publishing, 2011, p. 345.
7. Dehkhoda Ali Akbar. Farhang Dehkhoda, Volume 8, University of Tehran Press, pp. 12090-12089.
8. Zamani Sayyid Qasim. (1385). Simulation of treatment and the right to health in the field of international human rights, law and policy research. No. 19, p.30.
9. Arthur S. Rerber. Psychological culture; Translation: Yousef Karimi, Tehran: Roshd Publications, 2011, p. 544
10. Abbasi Mahmoud, Comprehensive Book of Public Health (Health Law and New Biomedical Challenges), Tehran, 1398, Jafari Publishing, p. 2157
11. Abbasi Mahmoud et al., The legal requirements of international documents regarding public health and its processing challenges, Scientific Journal of the Medical System of the Islamic Republic of Iran, 2015, No. 2, p. 125.
12. Madjid Tavana, Mohamad Amin Kaviani, Debora Di Caprio, Bentolhoda Rahpeyma, "A two-stage data envelopment analysis model for measuring Measurement" (2016), PP, 322-333"
13. Heidari Shirazi Fatemeh, Navabakhsh Mehrzad, Evaluating the performance of drug distribution companies using data envelopment analysis method with agility approach, Case study of Caspian Tamin Pharmaceutical Company, Conference of Supply Chain and Logistics Managers, 2016, p.2.
14. Nasibeh Janatian et al., Presenting a model for optimizing the network of sustainable drug distribution and using multi-objective evolutionary algorithms to solve it (Case study: Drug Distribution Company), Journal of Production and Operations Management, 1398, Vol. 1, p. 151.
15. Katozian Nasser, Responsibility for Production Defective Critical, Comparative Study on the Balance of Producer and Consumer Rights, Tehran, Tehran University Press, 2011, p.8.
16. Raeesian Massoud, Centralized Distribution in the New Drug System of the Country, Journal of Drug Treatment, Tehran, 1984, Vol. 12, pp. 51-48.
17. Bagheri Lankarani Kamran, Khayyamzadeh Maryam, Iranian Pharmaceutical System after the Islamic Revolution, Journal of Culture and Health Promotion, 2010, Tehran, 2008, vol. 4, p.

- 503.
18. Vaziri Mehdi, Research in the Iranian Pharmaceutical System, Razi Magazine, Tehran, 1991.pp. 7-3.
 19. Jahanbakhsh Hojjat, A Survey of the Distribution of Drugs in the Country, General PhD Thesis in Pharmacy, Tehran University of Medical Sciences, 1999, p.14.
 20. Sheibani Ahmad, Pharmaceutical Laws and Regulations, Razi Magazine, 1994., pp. 64-63
 21. Vaziri Mehdi, Research in the Iranian Pharmaceutical System, Razi Magazine, Tehran, 1991.pp. 7-3.
 22. Siamaknejad Fereydoun, medicine and problems and solutions to eliminate it, Razi Monthly, Tehran, 1991, vol. 7, pp. 7-3
 23. Basmanji Kavous et al., A Study of the Iranian Pharmaceutical Industry before the Islamic Revolution, Publication of the Center for Social Studies, Tehran, 2004, p.21.
 24. 31. Dr. Nasr, Dr. Cheragh, Dr. Karimi, Q&A session to get acquainted with the processes and licenses of the General Directorate of Drugs and Controlled Substances; Food and Drug Administration, 1397, Vice President for Science and Technology, p.10

Investigating the Regulations Governing the Distribution and Pricing of the Iranian Pharmaceutical System from the Perspective of the Right to Health

Moṣṭafa Jafari¹, Mohammad Javad Rezaeizadeh^{2*}, Bijan Abbasi³

Abstract

Background and objective: One of the indicators of development and progress of any society is its health status. The pharmaceutical industry of any country shows the ability of that country in the field of health and well-being of that community. Medicine has always been one of the most important pillars of the health cycle due to its impact on the society and health. Accordingly, even in the most critical situations of the country, distribution and pricing, are always among special priorities of the government.

One of the important steps in the drug system, both qualitatively and quantitatively, is the practical stage of distribution and pricing, which is ultimately the deliverance of drug to the patient, that represents the manifestation of all efforts and compliance with the criteria in the drug manufacturing to consumption stage. Given the special place that drug distribution and pricing have in the health care system, it is in fact one of the most important steps that leads to improving the safety of people in society.

Question: Can the right to health be an effective factor in promoting the distribution and pricing of drugs?

Objective: Studying the laws and regulations of distribution and pricing of the Iranian pharmaceutical system from the perspective of right to health.

Hypothesis: The right to health can play an effective role in distribution and pricing.

Conclusion: The right to health can play an effective role in the distribution and pricing of drugs, as well as the importance and attention of government officials and regulators of the pharmaceutical system, in order to better plan the protection of healthcare system and society against harm.

Keywords: Distribution, Consumer, Right, Pricing, Medicine, Health, Hygiene

1. Department of Public Law, Central Tehran Branch of Islamic Azad University, Tehran, Iran. mosjafari@yahoo.com

2*. Corresponding Author, Department of Public Law, Faculty of Law and Political Science, University of Tehran. rezaeizd@ut.ac.ir

3. Department of Public Law, Faculty of Law and Political Science, University of Tehran. babbasi@ut.ac.ir