

The Challenges of the Pharmaceutical System in Iran in the Hegemonic State of Market Orientation after the Seventies

Aida Navabi * 

Ph.D. in Economic Sociology, University of Tehran, Tehran, Iran.

Nooh Monavvay 

Assistant Professor of Sociology, University of Tehran, Tehran, Iran.

Hossein Raghfar 

Professor of Economics, Alzahra University, Tehran, Iran.

Introduction:

The subject of medication is not limited to treatment alone, it is an all-encompassing concept that involves economic, social, and political dimensions. As such, misguided policies can have undesirable effects on individuals' well-being and health. This study examines the effects of privatizing the pharmaceutical sector as a commodity needed by the public, focusing on market mechanisms. The investigation centers on the recognition of dominant ideas and hegemonic approaches in the pharmaceutical domain, particularly regarding the concept of "marketization." The distinction between "market" and "(free) market system" is critical in this research, as it is considered Karl Polanyi's central idea. Polanyi emphasizes that while markets have existed throughout human history, the notion of a self-regulating free market is a relatively recent development (Polanyi, 1944: 115). Slater and Tonkiss refer to this as the "market society" concept, which observes the extent to which market mediation has infiltrated non-economic aspects of life (Slater & Tonkiss, 2007: 82). The transformation of healthcare from public and collective structures to individual consumers and producers is a matter of politics, economics, culture, and ethics. Disinvestment in the health sector and outsourcing are the primary pathways to enter

* Corresponding Author: aida.navabi@ut.ac.ir

How to Cite: A, Navabi; H, Raghfar; N, Monavari. (2024). Socio-economic challenges of the pharmaceutical system in Iran in the hegemonic state of market orientation after the seventies, *Journal of Social Development and Welfare Planning*, 14(57), 89-123.

the market in this domain (Feiler et al., 2018: 15). This type of management is achieved through improving efficiency and generating profits in semi-private and semi-governmental health organizations (André & Hermann, 2009: 14). When considering the topic of marketization, a minimum distinction among three realms is necessary. The first is the central and core realm of monopolistic economic activities, the second is the realm of competitive monopolies or imperfect markets, and the third is the external or peripheral realm. It is crucial to note that complete competition is only possible in the first realm (Gruchy, 1947: 751). The significance of this distinction lies in the fact that all realms cannot and should not be treated equally. The first two realms lack the capacity for full competition, and imposing such a situation on them leads to weakness and inefficiency.

Research Methodology:

This study aims to investigate less evident aspects within the pharmaceutical industry. To gain deeper insights into the subject, experts and professionals were interviewed, and participants were selected based on their mastery of pharmaceutical policy processes, familiarity with the regulatory environment of the food and drug organization, and knowledge of pharmacy affairs.

Results:

The research findings indicate that since the 1990s, the pharmaceutical sector has been influenced by market-oriented efforts and decisions, resulting in numerous challenges such as the concentration of power in the hands of certain individuals and entities. The Food and Drug Organization's efforts to establish a competitive market have paradoxically led to the dominance and influence of certain companies, creating a monopolistic situation.

Open-door policies have led to an increase in drug imports, and governmental currency allocation in this domain is divided among a few limited companies with rent-seeking behavior. In addition to the monopolization of production, drug imports are monopolized by a few large pharmaceutical companies.

Insufficient oversight over irrational prescriptions by some physicians has led to an induced demand for expensive imported drugs, which is one of the most important outcomes of the pharmaceutical marketization trend. Additionally, under these currency conditions, resource wastage has been created, with currency allocation to less-used drugs carried out without considering the country's priorities and overall strategies.

The transformation of the pharmacy function and its conversion into a place for buying and selling everything under the guise of health-centered goods is one of the

outputs of these policies. Granting licenses to non-specialists, purchasing pharmacy license points, and allowing the establishment of multiple pharmacies by a single individual as an investor are among the changes that have occurred in this sector in recent years.

Discussion and Conclusion:

In this study, it has been argued that when markets are freed from regulations, it leads to economic and social chaos (Smith, 2005: 131). This, in turn, results in unequal access to healthcare services. Instead of being restrained by social oversight, markets become detached from it (Saad-Filho & Johnston, 2005: 268). Market logic commodifies everything and sectors like healthcare, pharmaceuticals, and medicine lose their social value and are seen only as commodities for buying and selling.

The healthcare sector is unique in that consumers often do not get to decide which healthcare services to use; the healthcare system decides their treatment. Therefore, consumers are compelled to buy their medication at any price, which means they are subjected to price fluctuations in this domain (Mackintosh & Koivusalo, 2005: 101). Iran's pharmaceutical system is currently undergoing marketization due to exposure to ideas of market liberalization and the implementation of some market-oriented policies, which has led to social and economic damage on society.

Keywords: Drug, Marketization, Pharmaceutical Governance, Drug Policy



فصلنامه علمی برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی
دوره چهاردهم، شماره ۵۷، زمستان ۱۴۰۲، ۱۲۳-۸۹
qjssd.atu.ac.ir
DOI: doi.org/10.22054/qjssd.2022.65470.2295

چالش‌های اجتماعی - اقتصادی نظام دارویی در ایران در وضعیت هم‌مونی بازارگرایی پس از دهه هفتاد

دکتری جامعه‌شناسی اقتصادی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

آیدا نوابی * ID

استادیار جامعه‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

نوح منوری ID

استاد اقتصاد دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.

حسین راغفر ID

چکیده

دارو تنها امری مربوط به درمان نیست بلکه دارای ابعاد اقتصادی، اجتماعی، و سیاسی نیز هست. نظام دارویی ایران از دهه هفتاد شمسی به دلیل اجرای برخی از سیاست‌های بازارگرایانه دست‌خوش تحولاتی شده است که پیامدهای گسترده اجتماعی، اقتصادی و حتی سیاسی داشته است. مطالعه حاضر به بررسی آثار واگذاری حوزه دارو به عنوان یک کالای موردنیاز عموم به سازوکارهای بازار می‌پردازد. روش پژوهش مطالعه اسنادی و همچنین مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که بخش مهمی از قوانین و سیاست‌های اجرایی در حوزه دارو پس از دهه هفتاد شمسی متأثر از اندیشه‌های بازار آزادی است. پیامدهای چنین جهت‌گیری‌ای عبارت است از انحصاری شدن قدرت در دست برخی از افراد حقیقی و حقوقی، افزایش بی‌رویه واردات دارو، رانتی شدن اخذ مجوزهای تولید و واردات، فساد فزاینده در حوزه دارو، تصمیم‌گیری‌های غیرمنطقی و انحراف از درمان واقعی، و اولویت تجاری بر درمان در این حوزه. همچنین این تحول آسیب‌های جدی بر دسترسی طبقات مختلف به ویژه دسترسی نیازمندان به داروهای درمانی وارد کرده به طوری که زمینه‌های نارضایتی گسترده‌ای را در اوج بحران همه‌گیر کرونا با شکل‌گیری بازار سیاه دارو به وجود آورده است.

واژه‌های کلیدی: دارو، بازاری‌سازی، حکمرانی دارویی، سیاست‌گذاری دارو

* نویسنده مسئول. aida.navabi@ut.ac.ir

طرح مسئله

عرصه دارو در ایران از اواخر دهه هفتاد شمسی دست‌خوش تحولات مهمی شد و سیاست‌گذاری حوزه دارو در راستای نظارت حداقلی بر رویه‌ها و سپردن بازار به دست بازیگران و نیروهای خاص شکل گرفت. در سال‌های اخیر، مسئله ارزش دولتی و رانت و فساد نظام‌مند تبدیل به مهم‌ترین چالش‌های صنعت دارو شده است و قوانین و ساختارهای فعلی نتوانسته‌اند در جهت جلوگیری از مشکلات دسترسی عموم به داروهای موردنیاز بازدارنده باشند (اشتریان و همکاران، ۱۳۹۹: ۷۳-۷۰). حوزه دارویی کشور، همیشه مورد این انتقاد بوده که بیشتر از آنکه بر نیازهای واقعی و درمانی بیماران نیازمند به داروهای کمیاب و خاص متمرکز باشد، متوجه داروهایی بوده است که بیشترین سهم را در بازار دارند (نوایی، ۱۳۹۹: ۱۹۳).

آنچه مبنای این پژوهش است، تأکید بر این امر است که دارو کالایی موردنیاز عمومی و به لحاظ اجتماعی راهبردی است. به همین دلیل سیاست‌گذاری نادرست در این حوزه، اثر نامطلوبی بر وضعیت زندگی و سلامت افراد می‌گذارد. این پژوهش به مطالعه نواقصی در ساختار نظام دارویی ایران می‌پردازد که منجر به ضعف تصمیمات اصلاحی و بهنگام، ناکارآمدی، و تداخلات در این حوزه می‌شود تا جایی که نظام دارویی در ایران علی‌رغم لزوم تحقق رسالت خود، یعنی دسترسی مناسب و منطقی بیماران به دارو، با مشکلات بسیاری از جمله کمبود داروهای حیاتی بیماران صعب‌العلاج^۱ روبه‌رو شده است (خبر آنلاین، ۱۴۰۱).

نمونه دیگر، عدم مدیریت صحیح نظام قیمت‌گذاری در شرایط تحریم‌های اقتصادی است به گونه‌ای که بهانه بسیاری از شرکت‌های دارویی، مسئله کمبود ارزش برای تهیه دارو عنوان می‌شود. تاکنون راه‌حل حکمرانی دارویی اختصاص ارزش ۴۲۰۰ تومانی به حوزه دارو بود که با مخالفت‌های بسیاری از سوی حامیان آزادسازی نرخ ارزش مواجه شد و تا همین

۱- از جمله مهم‌ترین کمبودهای دارویی مربوط داروی انسولین است.

امروز هم این درگیری‌ها بر سر این موضوع ادامه دارد. در واقع نوسان همیشگی نرخ ارز در ایران، تصمیم‌گیری درباره قیمت‌گذاری داروها را نیز با سردرگمی مواجه کرده، به طوری که تورم ناشی از افزایش قیمت‌ها فشار زیادی را به بیماران منتقل ساخته است. از این حیث، لازم است به مطالعه ساختارهای معیوب تصمیم‌گیر و معجزی سیاست‌های حوزه دارویی پردازیم.

این پژوهش به دنبال آن نیست که وضعیت نامناسب نظام دارویی کشور را به نوعی سوء مدیریت یا عدم سیاست‌گذاری فرو کاهد، بلکه مسئله این پژوهش شناخت ایده‌های غالب و رویکردهای هژمونیک حوزه دارویی به ویژه در نسبت با مفهوم «بازاری شدن»^۱ است. از این حیث با یک مسئله ساختاری چندوجهی روبه‌رو هستیم که امر پزشکی و دارویی را به امر سیاسی و اقتصادی پیوند می‌زند. به عبارت دیگر با مسئله‌ای در حوزه «حکمرانی دارویی»^۲ مواجهیم.

مطالعات اجتماعی حوزه سلامت که توجه کافی به تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌های سطح کلان در حوزه سلامت و دارو نداشته باشند، نمی‌توانند به اندازه کافی به نسبت بازار و نظام سلامت پردازند. اهمیت این پژوهش در این است که ضمن توجه به موضوع تغییر سیاست‌ها در این حوزه و با بررسی نتایج تغییرات آن سیاست‌ها، به واکاوی بخشی از چالش‌هایی مبادرت می‌کند که شهروندان ایرانی در این حوزه با آن مواجه هستند. از این رو وضعیت دسترسی به دارو در مرکزیت این پژوهش قرار دارد و تلاش می‌شود به علل ریشه‌ای و ساختاری دشواری‌ها و نواقص موجود در این زمینه پرداخته شود.

ملاحظات مفهومی و نظری

همان‌طور که اشاره شد مفهوم اصلی این پژوهش، مفهوم «بازاری شدن» است. از این رو توجه به تمایز «بازار» و «نظام بازار (آزاد)» که ایده مرکزی کارل پولانی محسوب می‌شود

1. Marketization
2. Pharmaceutical Governance

برای این پژوهش اهمیت دارد. تأکید پولانی بر این است که اگرچه بازارها عمری به‌اندازه قدمت بشریت دارند، اما ایده بازار آزاد خودتنظیم‌گر، امری متأخر است و معنایش این است که همه چیز فقط و فقط با قیمت‌های بازار هدایت می‌شود (پولانی، ۱۳۹۶: ۱۱۵). پولانی با مدنظر قرار دادن «نظام بازار آزاد خودتنظیم‌گر» به عنوان امری آرمانشهری بر وجه غیرقابل تحقق بودن آن پافشاری می‌کند. اما چنین تأکیدی از جانب پولانی به معنای دست برداشتن از شناخت تبعات تلاش‌ها برای ایجاد نظام بازار آزاد نیست.

پولانی به‌هیچ‌عنوان چنین تلاش‌ها و جهت‌گیری‌هایی را طبیعی‌انگاری نمی‌کند و با مطالعات خود وجه تاریخی آن را نشان می‌دهد (پولانی، ۱۳۹۶: ۱۰۷). او از قضا در مثال‌های تاریخی خود اهمیت نقش‌آفرینی دولت‌ها برای مقابله با سرعت بازاری‌سازی مناسبات اجتماعی را یادآوری می‌کند (پولانی، ۱۳۹۶: ۱۰۹). تز اصلی پولانی این است که «ایده بازار آزاد خودتنظیم‌گر، آرمانشهری محض بود و چنین نهادی نمی‌توانست مدتی مدید وجود داشته باشد، مگر این که جوهر انسانی و محیط‌زیست را نابود کند» (پولانی، ۱۳۹۶: ۵۰).

اسلیتر و تونکیس این امر را تحت عنوان «جامعه بازار» مطرح می‌کنند. مفهوم «جامعه بازار» ناظر به این امر است که ارزش‌ها و ساخت‌های مبادلات بازار تا چه اندازه به سایر قلمروهای زندگی تسری یافته است یا به عبارتی دیگر، چه میزان میانجی‌گری بازار بر ساحت‌های غیراقتصادی زندگی نفوذ کرده است. «میانجی‌گری بازار» به این اشاره دارد که تولید و مصرف مدرن به نحو فزاینده‌ای به تولید و مصرف کالا بدل شده است، بنابراین جنبه‌های اصلی بازآفرینی اجتماعی هم به میانجی‌گری بازار شکل می‌گیرند. این میانجی‌گری می‌تواند با سلطه و بیگانگی همراه باشد، به این معنی که بین نیاز و کالا رابطه مستقیمی برقرار نباشد و بنگاه‌های بازارمدار آن را هدایت کنند (اسلیتر و تونکیس، ۱۳۸۶: ۸۲).

سیاست‌های راست جدید از زمان ریگان و تاچر، گفتمان تازه‌ای را رقم زد که آن را با «نئولیبرالیسم» می‌شناسیم و مقارن با آن ضمن کنار گذاشته شدن اقتصاد کینزی، نوع

جدیدی از نقش بازار شکل گرفت. وندی براون معتقد است که نئولیبرالیسم را عموماً فعال کردن مجموعه‌ای از سیاست‌های اقتصادی می‌دانند که با اصل بنیادین تأیید بازار آزاد سازگار باشد. این‌ها عبارت است از مقررات زدایی از صنعت و گردش سرمایه، و کاستن ریشه‌ای از تمهیدات دولت رفاه و حمایت‌هایی که برای اقشار آسیب‌پذیر در نظر گرفته شده، و خصوصی‌سازی و برون‌سپاری اموال عمومی از آموزش گرفته تا پارک‌ها و خدمات سلامت و رفاه اجتماعی و زندان‌ها و ارتش، جابه‌جایی مالیات تصاعدی با مالیات نزولی و طرح‌های تعرفه‌ای، پایان دادن به بازتوزیع ثروت به‌مثابه رویه‌ای اجتماعی-سیاسی، و تبدیل هر نوع نیاز و خواست بشری به بنگاهی سودآور از شهریه دانشگاه تا پیوند اعضا و حقوق آلودگی و پولی کردن همه چیز و تسلط فزاینده سرمایه مالی بر سرمایه تولیدی در پویایی اقتصاد و زندگی روزمره است (اباذری، ۱۳۹۹: ۱۰).

تبدیل ساختارهای عمومی و جمعی در حوزه مراقبت‌های بهداشتی به مصرف‌کنندگان و تولیدکنندگان فردی، به همان اندازه که سیاسی است، اقتصادی و فرهنگی و اخلاقی نیز هست. این تغییرات ریشه‌های تاریخی مهمی دارد. در دموکراسی‌های غربی حداقل بخش زیادی از نظام مراقبت‌های سلامت به‌طور کامل به بازار عرضه می‌شود؛ یعنی کاملاً مشمول مبادله بی‌قید و شرط خدمات هستند و صرفاً بر اساس عرضه و تقاضا مدیریت می‌شوند. تمرکززدایی در حوزه سلامت و برون‌سپاری مهم‌ترین راه ورود به بازار در این حوزه است (Feiler et al., 2018: 15). از این نظر راه مهم کنترل نظام سلامت عمومی، توسعه اشکالی از خصوصی‌سازی و ایجاد بستر برای بازار است. این نوع بازاری‌سازی از طریق شکل‌های جدیدی از سازمان‌دهی و مدیریت مالی میسر می‌شود که نام آن را مدیریت عمومی جدید می‌گذارند. این نوع مدیریت از طریق بهبود بهره‌وری و ایجاد سود در سازمان‌های نیمه‌خصوصی و نیمه‌دولتی در حوزه سلامت ایجاد می‌شود (André & Hermann, 2009: 14).

توجه به موضوع بازاری‌سازی تمام مناسبات اجتماعی از منظری دیگر نیز حائز اهمیت است. این که نگرش یکسان و یکدست کننده به حوزه‌های مختلف اجتماعی-اقتصادی

خطایی است که به ویژه در هنگام غلبه ایده‌های بازارگرایانه خود را بروز می‌دهد. بر این اساس باید حداقل میان سه قلمرو تفکیک قائل شد. اول قلمرو مرکزی و هسته‌ای فعالیت‌های انحصاری اقتصادی؛ دوم قلمرو انحصارهای رقابتی یا بازارهای ناقص؛ و سوم قلمرو بیرونی یا پیرامون. نکته مهم این است که رقابت کامل تنها در این قلمرو ممکن است (گروچی، ۱۳۹۸: ۷۵۱). اهمیت این تفکیک در این است که نمی‌توان و نباید با تمام قلمروها یکسان برخورد کرد. دو قلمرو اول فاقد ظرفیت برای رقابتی سازی کامل است و تحمیل چنین وضعیتی بر آن قلمروها منجر به ضعف و ناکارآمدی می‌شود.

با این ملاحظات، در این مقاله بر آنیم که غلبه ایده‌های بازارگرایانه و تلاش برای اجرای سیاست‌های مبتنی بر ایده بازار آزاد در حوزه دارو و تنش‌های ناشی از چنین تلاشی را به همان معنای پولانیایی مطالعه کنیم. پژوهش حاضر، به دنبال فهم بسترهای اصلی چالش‌های موجود در حوزه دارو در سطح کلان است و می‌کوشد مواجهه‌های انتقادی با تلاش سیاست‌گذارانه برای شکل دادن به بازار دارو داشته باشد. در واقع این پژوهش، نگاه تجاری‌محور به دارو به مثابه یک کالای عمومی را به نقد می‌کشد.

ملاحظات روش‌شناختی

پژوهش حاضر، پژوهشی اسنادی است و میدان پژوهش شامل تمام حوزه‌های خبری و تحلیلی دارو می‌شود. اما در چنین مطالعه‌ای که حاوی جنبه‌های پنهان و واقعیت‌های مخدوش شده است، اکتفا به اسناد کفایت نمی‌کند. برای تأیید اعتبار حاصل از یافته‌های اسنادی با کارشناسان و متخصصان این حوزه نیز مصاحبه‌هایی به عمل آمده است. برای گردآوری داده‌ها در بخش مصاحبه، مصاحبه مسئله محور در دستور کار قرار گرفت. مصاحبه مسئله محور یعنی مصاحبه‌ای که در آن پژوهشگر متوجه مسئله‌ای اجتماعی است؛ مصاحبه‌ای که هدفمند و فرآیندمحور است، یعنی خطی نیست و قابلیت بازبینی در حین پژوهش وجود دارد (فلیک، ۱۳۹۱: ۱۷۹).

مشارکت‌کنندگان در این پژوهش از میان ۲۰ نفر از افراد صاحب‌نظر در حوزه دارو انتخاب شدند. تسلط بر روند سیاست‌گذاری حوزه دارو، آشنایی با فضای سازمان غذا و دارو و عملکرد آن و آشنایی با امور داروخانه‌ها، از جمله معیارهای مهم انتخاب مشارکت‌کنندگان در این پژوهش بود. با توجه به چارچوب مفهومی این پژوهش، افراد مشارکت‌کننده به پرسش‌هایی پاسخ دادند که در شروع مصاحبه به شکل باز از آن‌ها سؤال شد؛ مانند اینکه «به‌طور کلی چالش‌های نظام دارویی در چه بخش‌هایی است؟» سپس با توجه به پاسخ‌ها و اهداف و چارچوب مفهوم پژوهش، پرسش‌های اختصاصی‌تری طرح شد.

جدول ۱- مشخصات مشارکت‌کنندگان

مصاحبه شونده	دولتی	خصوصی
صاحب شرکت دارویی	۲	۳
اعضای انجمن داروسازان و سندیکاهای دارویی	۲	۱
اعضای هیئت‌علمی دانشکده‌های داروسازی	۴	-
مسئول فنی داروخانه	۳	۲
کارشناس و تحلیل‌گر اقتصاد دارو	۱	۲

یافته‌ها

صنعت داروسازی مدرن در ایران با ورود شرکت‌های بین‌المللی در دهه سی و چهل شمسی شکل گرفت. در آن زمان بیش از ۷۰ درصد داروها در ایران وارداتی بود. در آن دوره نمایندگان شرکت‌های چندملیتی دارویی، بازیگران اصلی حوزه دارو در ایران بودند و تجارت دارو بر اساس داروهای «برند» انجام می‌گرفت (صدقی‌نیا، ۱۳۷۸: ۲۳). بعد از انقلاب، فضای دارویی ایران به دلیل آرمان‌های عدالت‌خواهانه نظام سیاسی جدید و تغییر مناسبات اجتماعی تغییر کرد. در این دوران با خروج شرکت‌های دارویی خارجی از کشور و آغاز جنگ و اهمیت تأمین دارو، دولت و کارشناسان داروسازی بیش از هر چیز به دنبال

رفع نیازهای دارویی کشور بودند. به همین علت اقداماتی در راستای دولتی شدن حوزه دارو از جمله «تشکیل نظام نوین دارویی» در سال ۱۳۵۸ صورت گرفت.

همچنین ایجاد طرح ژنریک^۱ مهم‌ترین تغییر فضای دارویی بعد از انقلاب بود که در برابر تجاری شدن قرار می‌گرفت. به‌طور کلی در سال‌های بعد از انقلاب تا اوایل دهه هفتاد شمسی، دولت نقش قابل‌توجهی در رشد و صنعت داروسازی در کشور داشت (مرکز پژوهشی آرا، ۱۳۹۷: ۴۳). بازیگران اصلی دارو در این دوره، شرکت‌های ملی تولیدی چون شرکت سهامی دارویی کشور، شرکت دارو پخش و مرکز فوریت‌های دارویی هلال‌احمر بود. تدوین فهرست دارویی کشور، واردات متمرکز و هدایت‌شده داروها صرفاً توسط شرکت‌های تولیدی، ملی کردن کارخانجات دارویی چندملیتی، و معرفی علمی داروهای ژنریک به جای بازاریابی تجاری از اقدامات ضد سیاست‌های بازارگرایانه بود (باقری لنگرانی و خیام‌زاده، ۱۳۹۷: ۵۰۴).

از دهه هفتاد شمسی به بعد، حوزه دارو تحت تأثیر تلاش‌ها و تصمیم‌های بازارگرایانه قرار گرفت و نتیجه آن شکل‌گیری چالش‌های متعدد در این حوزه بود. در واقع همین تناقضات و تنش‌ها دشواری‌های بعد را در حوزه دارویی رقم زد. در ادامه برخی تغییرات را بیشتر شرح می‌دهیم.

انحصاری سازی، دستاورد خصوصی‌سازی: در دوران سازندگی شرکت‌های داروسازی دولتی با واگذاری به سازمان تأمین اجتماعی و شرکت‌های سرمایه‌گذاری بانک‌ها، نه به‌طور کامل، ولی تا حدی خصوصی‌سازی شدند. در این راستا بعضاً اشخاص حقیقی به خرید کارخانه‌ها اقدام کرده و شرکت‌های داروسازی خصوصی را تأسیس کردند. با شروع دوران سازندگی، کاهش مصرف دارو و همچنین خصوصی‌سازی جزو اهداف وزارت بهداشت شد که البته با اهداف نظام سلامت تطابق نداشت. با اجرای

سیاست‌های اصل ۴۴، بنابراین بود که سیاست‌گذاری‌ها بر عهده بخش دولتی باقی بماند. اما در عمل فضای شبه‌دولتی با قدرت خود زمینه‌های لازم را برای ورود بخش خصوصی باز کرد.

در واقع نواقص موجود، خصوصی‌سازی در حوزه دارو را به ایجاد اختلال در نظام دارو و سلامت دچار ساخت. حاکمیت دارویی ظاهراً در اختیار دولت است و دولت در بخش دارو چندین هلدینگ وسیع دارد که شامل تی‌پی‌کو، گروه شفا، و گروه البرز است که عملاً بخش زیادی از سهام‌داران آن را بخش خصوصی تشکیل می‌دهد. این ادغام بخش دولتی و خصوصی، در عمل به عدم شفافیت رویه‌ها انجامید (صالحی، ۱۳۹۷).

در این دوره، هدف سازمان غذا و دارو در هم شکستن الگوی طرح ژنریک و ایجاد یک بازار رقابتی قرار گرفت؛ بازاری که در آن «قیمت» بهترین و مؤثرترین نشانه کیفیت و گرفتن سهم بازار باشد. اما در عمل این وضعیت نه تنها به شرایط رقابتی، بلکه به سلطه و نفوذ برخی از شرکت‌ها و ایجاد انحصار دامن زد. با آزادسازی نرخ ارز، دولت برای جلوگیری از افزایش قیمت داروها برای مصرف‌کننده نهایی اقدام به وضع یارانه مستقیم برای تولیدکنندگان و واردکنندگان کرد؛ یعنی تخصیص یارانه به سمت عرضه. درحالی‌که شعار دسترسی آسان به دارو به عنوان هدف مهم وزارت بهداشت قلمداد می‌شد، دو شعار «عدالت‌محوری» و «دسترسی آحاد مردم به مهم‌ترین امکانات سلامت و بهداشت» از جمله دارو با «حاکمیت بازار» و شرایط اقتصادی و سیاسی و اقتضانات آن، در تناقض بود (نوابی، ۱۳۹۹: ۱۲۲). نمونه‌ای از پیامدهای چنین امری این بود که علیرغم کافی بودن حجم بسیاری از داروها در کشور، توزیع مناسبی صورت نمی‌گیرد تا جایی که در جایی دارو کم می‌آید و جایی دیگر در حال فاسدشدن است (بوذرجمهری، ۱۳۹۴: ۱۳).

سازمان غذا و دارو با استناد به ناکارآمدی شرکت‌های سهامی دارویی کشور و خاصیت شبه‌دولتی‌شان نتوانست با عادی‌سازی فضای رقابت، مکانیسم‌های بازار را تغییر دهد. هدف این بود که با نظام «قیمت‌گذاری آزاد»، امکان هماهنگی بین تصمیمات فردی و نظم بازار ایجاد شود، اما نه تنها نظمی برای تصمیم‌گیری‌های سازمانی شکل نگرفت، بلکه

«تصمیم‌گیری‌های سلیقه‌ای» و نفوذ عده‌ای خاص، قیمت‌گذاری دارو را به نفع برخی از شرکت‌های دارویی یا افراد خاص در نظام سلامت شکل داد. بنابراین خصوصی‌سازی این حوزه با توجه‌های بیشتری دنبال شد؛ برای نمونه افزایش شرکت‌های برند-ژنریک که تحت عنوان «تولید تحت لیسانس» توانستند راه ورود بسیاری از شرکت‌های وارداتی را به حوزه دارو باز کنند نمونه‌ای از «سیاست درهای باز» این حوزه بود. سیاست درهای باز و افزایش واردات دارویی، سبب شکل‌گیری حلقه‌های قدرت در بخش واردات و حتی تولید شد. دادن مجوزهای غیرقانونی و امتیازات به برخی از شرکت‌ها و افراد سبب انحصاری شدن واردات و در سال‌های بعد تولید شد.

تولید رانتی: در دوره تعدیل ساختاری اگرچه خصوصی‌سازی همچنان گفتمان مهمی در حوزه دارو است، شعارهای دیگری چون «ممنوعیت واردات مشابه داخلی» و «حمایت از تولید داخل» نیز در این سال‌ها از حوزه دارو به گوش می‌رسید. «نظام ارز دوگانه» و «واردات بی‌رویه و مازاد بر نیاز بازار» شرایطی را ایجاد کرده که تولید برخی داروها تنها در صورت ارتباطات رانتی ادامه پیدا کند. در واقع گسترش واردات و سیاست‌های مصوب در این مورد به تعارضات زیادی منجر شده است.

از زمانی که سیاست درهای باز مسلط شد، برخی از شرکت‌های خصوصی با همکاری شرکت‌های چندملیتی به تولید داروهای تحت لیسانس پرداختند. این حمایت‌ها نه تنها در عمل بلکه در قانون نیز توسط قانون‌گذار اعمال شده؛ برای نمونه بند چهار سیاست ملی دارویی کشور به این موضوع اشاره می‌کند: «سازمان غذا و دارو باید شرکت‌های داروسازی چندملیتی علاقه‌مند به ورود به بازار دارویی کشور را به تأسیس دفتر مستقیم نمایندگی خود در داخل کشور ترغیب نماید تا پروانه داروهای این شرکت‌ها به نام خود آن‌ها ثبت شده و مسئولیت کامل کیفیت، سلامت و تأمین به موقع و کافی داروها در بازار دارویی کشور مستقیماً بر عهده شرکت‌های صاحب پروانه باشد». این در حالی است که

همه موفقیت‌های خودکفایی در نظام دارویی بر اساس بیرون راندن شرکت‌های چندملیتی پس از تدوین تصویب طرح ژنریک حاصل شده بود.

درحالی که ارز مصرفی برای واردات داروهای خارجی چندین برابر داروهای داخلی بوده (۸۰۰ میلیون دلار در برابر ۱۴۰ میلیون دلار)، دولت به حد کافی از بخش تولید حمایت نکرده است. عدم شفافیت در تقسیم ارز تخصیصی بین سازندگان دارو نیز آسیب‌زا بوده است. ارز دولتی در این حوزه بدون نظارت صنفی تقسیم و مقدار زیادی ارز به چند شرکت محدود دارای رانت داده می‌شود. در این میان بسیاری از تولیدکنندگان دارو مقدار کمی ارز دریافت می‌کنند یا در مواردی ارز تخصیصی با تأخیر زیاد به دست سازنده رسیده و مواد اولیه موردنیاز داروساز با مشکلات و سختی زیاد تأمین می‌شود.^۱ به علاوه تصمیمات جدید برای حذف آن، نتیجه‌ای جز بالا رفتن قیمت ناگهانی دارو برای اقشار کم‌درآمد نخواهد داشت.

واردات رانتهی: بر اساس برخی از گزارش‌ها، واردات دارویی در انحصار چند شرکت بزرگ دارویی قرار دارد که با استفاده از ارتباطات و قدرت پنهانی که در سازمان غذا و دارو دارند توانسته‌اند واردات داروهای خاص و گران‌قیمت را به عهده گیرند (دیدهبان شفافیت و عدالت، ۱۳۹۶). در دهه نود شمسی و به خصوص بین سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۲ این نوع از واردات افزایش می‌یابد. زیر پا گذاشتن برنامه‌های نظارتی و پروانه‌های تولیدی و وارداتی و واردکردن محصولات خاص زمینه انحصارگرایی را فراهم کرد.^۲ حاصل آن نوعی مقاطعه‌کاری و ناکارآمدی رویه‌های قانونی دولت بود.

۱- بر اساس داده‌های حاصل از رقم بودجه سال ۱۴۰۰، از ۸ میلیارد دلار برای تأمین کالاهای اساسی، ۱/۵ میلیارد دلار سهم دارو بود. ۹۹۳ میلیون دلار دارو با ارز ۴۲۰۰ تومانی وارد ایران شده است که ۱۴/۵ درصد مجموع اقلام وارداتی با ارز ترجیحی است. بر این اساس و با توجه به اخبار ناشی از فساد بر سر گرفتن ارز ۴۲۰۰ تومانی، تصمیماتی بر حذف این ارز و جایگزین کردن آن در جریان بوده است.

۲- بر اساس گزارش سیاستی آسیب‌ها و فسادها در نظام دارویی کشور، شرکتی تنها سه ماه پس از ثبت، قبل از داشتن واحد تولیدی، موفق به کسب مجوز تولید ۲۱ قلم داروی ضد سرطان شده است (اشتریان و همکاران، ۱۳۹۹).

همچنین نظارت کافی بر تجویزهای غیرمنطقی برخی از پزشکان صورت نمی‌گیرد. مهندس «الف» در این زمینه می‌گوید:

«تجویز بیش از حد داروهای برند و خارجی در مقابل داروهای داخلی به افزایش واردات داروهای مشابه داخلی دامن زد. فرهنگ تجویز داروهای سلیقه‌ای در حوزه دارو بر اساس تشخیص پزشکان بوده و تشخیص برخی از پزشکان بر مبنای ارتباط با داروخانه یا برخی از شرکت‌های دارویی است.»

تقاضای القایی برای بسیاری از داروهای گران‌قیمت که عمدتاً وارداتی هم هستند یکی از مهم‌ترین نتایج این روند است. به دلیل نفوذ انحصارات برخی از شرکت‌ها و استفاده برخی از پزشکان مورد اعتماد جامعه پزشکی از برخی از داروهای برند یا داروهای خاص، این عدم تقارن اطلاعاتی^۱ گاه به‌طور عمد شکل می‌گیرد. معنای عدم تقارن اطلاعاتی این است که اطلاعات به‌طور مساوی بین بازیگران نظام سلامت به اشتراک گذاشته نمی‌شود که در نتیجه موجب ناکارایی‌های قابل توجه و آسیب‌پذیری در برابر فساد می‌شود (جودکی، ۱۳۹۶: ۸۵).

این وضعیت به ایجاد «بنگاه‌های رانتی» منجر شده است. نفوذ بنگاه‌های رانتی، ساختار عرضه، تجویز و درمان کشور را به خطر می‌اندازد. این بنگاه‌ها تشخیص می‌دهند که در کدام محصولات دارویی سودآوری بیشتر است و پس از آن رایزنی برای ورود داروی مدنظر در لیست دارویی و تجویز پزشکان صورت می‌گیرد. خاصیت این نوع داروها به این صورت است که توسط پزشکان فوق تخصص تجویز می‌شود و معمولاً این تجویزها به دلیل ارتباط پزشکان و بخش دارو یا ترجیح به استفاده از داروی خارجی بدون اطلاع بیمار است. همچنین پروتکل درمانی درستی برای بیماری‌های خاص وجود ندارد و بنابراین پزشکان اگر دارویی را تجویز کنند این دارو بدون انطباق با دستورالعمل مصوب تأمین و مصرف می‌شود.

ارجحیت واردات بر تولید داخلی: سیاست‌گذاری‌های فعلی حوزه دارویی که ولو به صورت غیرمستقیم منجر به افزایش درصد داروهای وارداتی شده است، در نهایت فشار قیمتی داروها را به مصرف‌کنندگان تحمیل کرده است.

در دهه هشتاد شمسی، و با استقرار مجدد سازمان غذا و دارو، مسئله تحریم‌ها و ارز تبدیل به مهم‌ترین چالش پیش روی نظام سلامت شد. بر این اساس، فهرستی ۲۵۰ قلمی از داروهای تهیه شد که گمان می‌رفت آزادسازی ارز موردنیاز برای تولید آن‌ها، تأثیر هنگفتی بر نظام دارویی کشور نمی‌گذارد و هم‌زمان ارز موردنیاز برای تدارک اجزای غیر از مواد مؤثر نیز به ارز آزاد تبدیل شد. بر این اساس و با توجه به توجیه افزایش هزینه‌های ارزی و به بهانه عدم امکان رقابت میان تولیدکنندگان و واردکنندگان و عدم دسترسی مصرف‌کننده نهایی به دارو و همچنین با بهانه داشتن مشوق افزایش کیفی داروها برخی سیاست‌ها تغییر می‌کند.

از جمله می‌توان به قانون تأمین داروهای خاص (مصوب ۱۳۷۸/۵/۱) اشاره کرد که مطابق آن اگر دارویی سابقه ورود یا تولید در کشور نداشته باشد، لزوماً باید برای تولید یا واردات آن از ارز آزاد استفاده شود. این اقدامات در حقیقت وضعیت ارز دولتی و اقدامات سخت‌گیرانه را در هم شکست. رفع وابستگی دارو از ارز دولتی این فرصت را برای بخش خصوصی فراهم کرد که در عرصه واردات نیز وارد شود. آقای دکتر «پ» در این زمینه می‌گوید:

«در دوره ۱۳ ساله منتهی به سال ۱۳۹۷، ارزش تولید دارو ۲۸ درصد کاهش و ارزش واردات دارو ۲۸ درصد افزایش داشته است. واردات آن هم با ارز دو نرخی نتیجه‌ای جز خروج ارز و نفع شرکت‌های خارجی از آن نداشته است. این نوع نظام ارز دوگانه و واردات بی‌رویه نیز شرایط را برای تولیدکنندگان واقعی دارو سخت کرد و در این شرایط تنها افرادی که دارای ارتباطات سیاسی بوده و جزئی از شبکه رانت در سازمان غذا و دارو بودند توانستند با استفاده از بهره‌مندی از این نفوذ به رانت‌های قابل‌توجهی دست یابند. این شرایط نه تنها به کسب یک

اعتبار یارانه‌ای بالا انجامیده، بلکه شکل فضای رقابتی را نیز تغییر داد. در این فضا دیگر موضوع بر سر میزان کیفیت دارو در بازار نیست، بلکه برای تمایل به قرار گرفتن در این نوع ارتباطات است.»

مسائل تخصیص ارز از جمله مسائل همیشگی حوزه دارو بوده است. از جمله می‌توان به اظهار نظر دیده‌بان شفافیت و عدالت مبنی بر تخصیص ۷۰ درصد ارز به فقط پنج شرکت واردکننده اشاره کرد (کیهان، ۱۳۹۹). یکی از تولیدکنندگان و صاحب یکی از شرکت‌های دارویی در این زمینه می‌گوید:

«پارسال در کشور بعضاً دارویی بوده که تا ۱۲ تولیدکننده هم داشت. نزدیک ۷۰۰ هزار یورو ارز به ۴۸۸ قلم دارو اختصاص داده شد. یعنی به عبارتی نزدیک به ۴۰ درصد بودجه واردات دارو، به داروهایی اختصاص داده شد که ما برایشان تولیدکننده داشتیم.»

آقای دکتر «ب» نیز می‌گوید:

«در حال حاضر با ارز ۴۲۰۰ تومانی، به نهاده‌های تولید داخل ارز ۸۵۰۰ تومانی ارائه می‌شود. از سوی دیگر به واردکننده اجازه داده می‌شود با قیمت دلخواه خود، کالای خود را در بازار بفروشد و در عمل نیز نظارتی بر قیمت‌گذاری این دست از کالاها وجود ندارد. اما تولیدکننده داخل قیمت کالای خود را بالا نمی‌برد، در صورتی که قیمت اغلب داروهای وارداتی ۵۰ درصد بیشتر از داروهای تولید داخل هستند.»

اگرچه به نهاده‌های تولید داخل، ارز دولتی اختصاص پیدا می‌کند؛ اما برای بخش‌های دیگر که باید از خارج از کشور تهیه شود نیز ارز آزاد در اختیار قرار می‌گیرد. داروهای وارداتی تمام و کمال با دریافت ارز ۴۲۰۰ تومانی به کشور وارد می‌شوند. واردکنندگان دارو هیچ مالیاتی نمی‌دهند و معاف از مالیات هستند درحالی که تولیدکنندگان دارو باید مالیات بر ارزش افزوده بپردازند و حق ندارند که آن را از مشتری دریافت کنند. این

واردات و تبعیض در حالی صورت می‌گیرد که داروی خارجی با چند ده برابر قیمت نسبت به داروی داخلی به دست بیماران می‌رسد.

همچنین در این شرایط ارزی، نوعی اتلاف منابع نیز ایجاد شد. تخصیص ارز به داروهای کم‌کاربرد، بدون توجه به اولویت‌ها و راهبردهای کلی کشور صورت می‌گیرد. در سال ۱۴۰۰، از مجموع بیش از ۴۳۰ شرکت تأمین‌کننده دارویی، تعداد ۹۳ شرکت مشمول دریافت ارز شده‌اند که از این تعداد ۳۰ شرکت جهت واردات محصول ساخته شده ارز گرفته‌اند. کل ارز تخصیص یافته به دارو و مواد اولیه دارویی، ۱۳۱ میلیون یورو بوده که ۵۵ درصد به حوزه تولید و مواد اولیه دارویی و ۴۵ درصد به حوزه واردات محصول ساخته شده دارویی وارد شده است. در حوزه واردات محصول ساخته شده دارویی، چهار شرکت دارویی بیش از ۶۲ درصد ارز دارو را دریافت کرده‌اند. از مقایسه سهم واردات سال ۱۴۰۰ با دو سال گذشته، چنین برمی‌آید که در سال‌های ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹، به ترتیب ۳۸ درصد و ۳۹ درصد ارزش کل واردات دارویی کشور متعلق به چهار شرکت است.

تحلیل گزارش منتشرشده از سوی سازمان غذا و دارو نشان می‌دهد که بخش بزرگی از منابع ارزی (۲۶ درصد) در حوزه واردات، تنها به چهار دارو از داروهای کم‌کاربرد^۱ (کمیاب یا نادر) اختصاص یافته است که حداکثر حدود ۳۰۰۰ بیمار را پوشش می‌دهد. این در حالی است که بر اساس گزارش‌ها، در اروپا و آمریکا، بار هزینه‌ای که کل داروهای کمیاب به پیکره دارویی نظام درمانی وارد می‌کند، به ترتیب ۳ تا ۶/۶ درصد و ۱۱ درصد است. این گزارش نشان می‌دهد که محصول Myozyme با ۸ میلیون یورو در رتبه اول دریافت ارز قرار داشته است و پس‌از آن محصولات Feiba، Novomix، Vimizim و Naglazyme با اختصاص ۵/۲، ۴/۱، ۳/۴ و ۲/۷ میلیون یورو به ترتیب بیشترین ارز را دریافت کرده‌اند (فارمانیوز، ۱۴۰۰).

جدول ۲- نتایج ارزیابی دو داروی کم کاربرد (منبع: فارمانیوز، ۱۴۰۰)

نام دارو	فروش عددی	فروش عددی	تخمین عددی واردات	تخمین عددی واردات
	سال ۱۳۹۸	۶ ماهه ۱۳۹۹	جهت تأمین مصرف سه‌ماهه ۱۴۰۰	جهت تأمین مصرف سالانه ۱۴۰۰
MYOZYME	۲۱۵۸۹	۷۰۸۷	۱۴۰۰۰	۵۶۰۰۰
NAGLAZYME	۶۱۹۷	۱۳۲۵	۳۸۰۰	۱۵۲۰۰

از سوی دیگر کمبود برخی از اقلام دارویی در این زمان، بیماران صعب‌العلاج را با مشکل عدم دسترسی به داروی موردنیاز روبه‌رو ساخت. عکس‌العمل سازمان غذا و دارو صدور مجوز فعالیت به تعداد انگشت‌شماری واحد خصوصی واردکننده دارو تحت عنوان «مراکز تک‌نسخه‌ای» بود که توانستند بخش زیادی از داروهای وارداتی مهم را به خود اختصاص دهند. در نهایت قدم بعدی اعطای فعالیت به شرکت‌های خصوصی برای ثبت و وارد کردن دارو بود. با این تغییرات زمینه لازم برای ایجاد یک فضای کاملاً تجاری در این حوزه ایجاد شد.

انحرافات دارویی همراه با احساس نیاز کاذب دارو و کمبود کاذب محصولات داخلی در شکل‌گیری این وضعیت نقش مهمی داشتند. برای نمونه واردات قاچاق و لانچ داروی جدید و گاه سوءاستفاده از انجمن‌های بیماران خاص و صعب‌العلاج (راه‌اندازی اعتراضات توسط بیماران و خانواده‌هایشان) برای زیر فشار گذاشتن نظام دارویی به ثبت دارو بدون رعایت پروتکل‌های نیازسنجی درمانی و هزینه‌بخشی از جمله تلاش‌ها در این حوزه بود.

افزایش شرکت‌های وارداتی دارویی: بر اساس قانون، اگر دارویی شرایط تولید داخل داشته باشد، دولت باید محدودیت‌هایی بر واردات آن اعمال می‌کند و فقط ۳۰ درصد نیاز بازار را به واردات اختصاص می‌دهد (آیین‌نامه واردات اقلام دارویی، معاونت

غذا و دارو). اما به دلیل وجود تحریم‌های بسیار در سال‌های اخیر و افت کیفیت داروهای داخلی، نیاز بیمار و افراد به داروهای برند نیز افزایش یافته است. به همین دلیل برخی از داروهای خارجی نیز به بازار سیاه راه یافتند. از سوی دیگر در همین محدوده قانونی برخی از داروها که تولید داخلی دارند نیز وارداتی بیش از ۳۰ درصد را به خود اختصاص می‌دهند. این تخطی از قانون که توسط برخی از افراد ذی‌نفوذ مدیریت می‌شود، در غیاب یک ساختار نظارتی به بازار عرضه می‌شود.

بر اساس بند «و» بیانیه فرهنگستان علوم پزشکی: «در نظام دارویی ژنریک واردات دارو صرفاً باید در مورد داروهای موجود در فهرست داروهای ایران که تولید داخلی ندارند و در سازمان غذا و دارو به ثبت رسیده‌اند یا تولید داخلی آن‌ها به تشخیص سازمان غذا و دارو کفایت نیاز بیماران را نمی‌دهد صورت پذیرد» (فرهنگستان علوم پزشکی، ۱۳۹۸: ۳۶۵). واردات داروهایی که در داخل کشور تولید می‌شوند، باید ممنوع و در صورت کمبود این داروها باید امکانات لازم در جهت تقویت تولید داخلی و توسعه امکانات کارخانجات تولیدکننده داخلی سازمان یابد. در شرایط نیاز حیاتی به برخی از داروها با تأیید سازمان غذا و دارو برای پوشش نیازها در یک بازه کوتاه زمانی، مقادیر محدودی از این دارو می‌تواند وارد شود.^۱

در آغاز برنامه پنج‌ساله اول توسعه، ۴۴ شرکت داخلی تولیدکننده دارو وجود داشت که بیش از ۹۰ درصد داروی کشور را تأمین می‌کردند. از این میان، ۲۶ شرکت متعلق به دولت و نهادهای عمومی و ۱۸ شرکت خصوصی در تولید داخلی دارو بود. در همان زمان کل واردات دارویی ساخته‌شده در اختیار بخش دولتی بوده است. ۷۱ درصد از واردات داروهای ساخته‌شده را شرکت سهامی دارویی کشور، ۲۶ درصد را شرکت دارو پخش و ۲ درصد آن را شرکت کی‌بی‌سی^۲ عهده‌دار بوده‌اند. بعد از جنگ و با شروع برنامه‌های

۱- در تاریخ نگارش این گزارش، داروهایی که خارج از فهرست دارویی هستند به شکل شفاف از داروخانه‌های معتبر مثل ۱۳ آبان در اختیار مردم قرار می‌گیرد.

تعدیل ساختاری، جهت‌گیری زیربنایی و مشخصی در جهت واحدهای تولیدکننده دارو به بخش خصوصی شکل گرفت. از جمله نتایج آن افزایش نرخ اعتبارات ارزی در دسترس دارو بود.

به گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس، از سال ۱۳۷۳ تمامی بخش دارویی کشور ناچار شد چه برای واردات داروی ساخته‌شده و چه برای واردات ملزومات موردنیاز تولید دارو در داخل کشور از ارز شناور (۲۴ برابر قیمت دولتی آن زمان) استفاده کند. اما برای جلوگیری از انتقال مستقیم اثر ناشی از افزایش قیمت ارز به مردم و تولیدکنندگان دارو در کنار اجرای سیاست حذف تخصیص ارز به قیمت دولتی، با پرداخت یارانه مستقیم ریالی به تولیدکنندگان و واردکنندگان از افزایش ناگهانی قیمت دارو جلوگیری شد. سیاست‌گذاری متمرکز و دولتی در مورد سهمیه‌بندی ارز در دسترس دارو و نیز بهره‌جویی الزامی این بخش از نرخ دولتی ارز، سبب شد منابع ارزی قابل‌استفاده بخش دارویی، متأثر از توان دولت در فراهم آوردن ارز به نرخ رسمی باشد و در نتیجه کاهش درآمدهای ارزی دولت موجب اختلال جدی در عرضه دارو شود. در واقع واردات دارو بدون توجه به راهبردی درازمدت صورت گرفت و در زمان کمبود ارز نیز سیاست‌های انقباضی را در پیش گرفتند (آذرنوش و نیلفروشان، ۱۳۹۷: ۱۴۸).

در سال ۱۳۸۴ تولید دارو در کشور به دلیل استدلال غلطی از سوی وزارت بهداشت کاهش یافت. مسئولان در آن تاریخ استدلال می‌کردند که هزینه‌های تولید دارو در کشور بسیار بیشتر از واردات دارو است. همین مسئله باعث شد، دولت نهم دستاورد دولت قبل از خود در برابر کردن نسبت تولید داخلی دارو به واردات دارو را از سال ۱۳۸۵ به هم بزند و باعث افزایش میزان واردات دارو به کشور شود. پس از آن اولین پیامدهای این تصمیم غلط متوجه مصرف‌کنندگان شد. به طوری که در بهمن‌ماه سال ۱۳۸۵، رئیس سابق اتحادیه واردکنندگان دارو از افزایش ۱۰۰ درصد قیمت داروهای وارداتی در کشور خبر داد. این تصمیم غلط در دولت دهم نیز ادامه یافت و کشور را هم‌زمان با افزایش نرخ ارز و تحریم‌های بین‌المللی علیه، به پرتگاهی از کمبودهای دارویی رساند (نجاتی، ۱۳۹۴).

مطابق آمارنامه دارویی کشور در سال ۱۳۸۵، هم‌زمان تعداد شرکت‌های واردکننده دارو از تعداد شرکت‌های تولیدکننده دارو پیشی گرفت و به تبع آن ارزش واردات دارو از ۶۰۰ میلیون تومان سال ۱۳۸۳، به یک میلیارد و ۳۰۰ میلیون تومان در سال ۱۳۸۵ و تعداد شرکت‌های واردکننده دارو از ۲۳ شرکت در سال ۱۳۸۳ به ۵۰ شرکت در سال ۱۳۸۵ رسید. در جهشی بی‌سابقه تعداد شرکت‌های واردکننده دارو از ۴۷ شرکت در سال ۱۳۸۴، به ۱۸۳ شرکت تا پایان سال ۱۳۹۰ رسید. از طرفی شرکت‌های تولیدکننده دارو نیز به دلیل رانت و لابی واردکنندگان، ضربه بزرگی خوردند و زمین‌گیر شدند. به طوری که آمارهای رسمی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی نشان می‌دهد، درصد تولیدکنندگان دارو نسبت به واردکنندگان، از ۲۹۰ درصد سال ۱۳۸۰ و ۱۱۹ درصد سال ۱۳۸۴، به ۵۷ درصد در سال ۱۳۹۰ رسید (خبر آنلاین، ۱۳۹۴).

سهم واردات از کل فروش دارو در ایران به دلار بین سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲ به طور میانگین ۳۸ درصد بوده است. این در حالی است که در این مدت مقدار عددی داروی فروش رفته وارداتی، سهم کمتری از بازار داروی ایران داشته است و علت این امر بالا بودن قیمت داروهای وارداتی نسبت به داروهای تولید داخل است. در سال ۱۳۹۳ تعداد ۱۴ قلم دارو حدود ۹۰ درصد واردات دارویی ایران را به خود اختصاص داده بودند. سه قلم سایر مکمل‌های دارویی برای خرده‌فروشی که تولید داخلی مشابه ندارند، سایر داروهایی که تولید داخل ندارند و دارای هورمون یا محصولات فاقد آنتی‌بیوتیک و آنتی‌سرم‌های دیگر مشتقات خونی و محصولات مصونیت بخش حتی اگر تغییر شکل یافته باشند یا از طریق فرآیندهای بیوتکنولوژیک بدست آمده باشند به ترتیب با ۲۲، ۱۳ و ۱۲ درصد، بیش‌ترین سهم واردات محصولات دارویی ایران در این سال را به خود اختصاص داده بودند (بانک خاورمیانه، ۱۳۹۴: ۲۴).

از سوی دیگر در اواخر دهه هشتاد شمسی با ایجاد شبهه در خصوص کیفیت داروهای تولید داخلی، بستر واردات اقلام تولید داخل فراهم شده است. به طوری که بر اساس

آمارنامه‌های دارویی کشور، فروش داروهای وارداتی از ۶۲۵۸ میلیارد ریال در سال ۱۳۸۶ به ۱۵۴۳۴ میلیارد ریال در سال ۱۳۸۹ رسیده است. آقای دکتر «و» در این زمینه می‌گوید:

«در دهه نود واردات دارو با حدود ۸ درصد تعداد داروی مصرفی ۴۲/۵ درصد هزینه را به خود اختصاص داده است. به این ترتیب قیمت هر واحد داروی وارداتی ۶۷۶۴ ریال و هر واحد داروی تولید داخل به‌طور میانگین ۷۶۵ ریال بوده است. نکته مهم این است که میزان داروهای تولید داخل که قبلاً ۹۶ درصد و سهم واردات ۴-۵ درصد اعلام می‌شد، امروز به ۹۲ درصد تولید داخل و ۸ درصد واردات تغییر کرده است.»

در سنوات اخیر نیز غالباً متجاوز از ۴۰ درصد از ارزی که جهت واردات دارو اختصاص یافته شده است، متوجه واردات محصولاتی شده است که بعضاً حتی تا ۲۲ تولیدکننده داخلی داشته است (اشتریان و همکاران، ۱۳۹۹: ۷۳).

بازی بی‌پایان مجوزها: به نظر می‌رسد فضای شکل‌گرفته در حوزه دارویی ایران به گونه‌ای است که دارو را بیشتر به‌مثابه یک کالای اقتصادی مطرح می‌کند و انواع کنش‌ها و تصمیم‌گیری‌ها از این منظر قابل بررسی است. سازمان غذا و دارو طبق مقررات ملی دارویی وظیفه دارد که در قبال برخی از درخواست‌ها، نظارت لازم را اجرا کند (چراغعلی، ۱۳۹۶: ۲۶)، اما به دلیل عدم وجود «رویه‌های منطقی و قانونی در دادن مجوزها» و وجود «نفوذ و رانت دولتی» در این نظام، مشکلات زیادی ایجاد شده است. به علاوه در سال‌های اخیر به دلیل غلبه نگاه ضد دولتی و گسترش واگذاری‌ها به بخش خصوصی، مجوزهای بسیاری در سطوح مختلف به افراد و شرکت‌های دارویی داده شده است.

مجوزهای قانونی زیادی در حوزه اختیارات سازمان غذا و دارو تعیین شده که این مجوزها در تمام سطوح زنجیره تولید یا واردات یک دارو وجود دارد. افرادی که در نظام دولتی و سازمانی نفوذ دارند معمولاً با «انحصار اطلاعات اداری» می‌توانند فرآیندهای اخذ مجوز را به‌سادگی طی کنند.

تا قبل از دهه هشتاد شمسی، واردات دارو به شکل «واردات متمرکز» توسط شرکت سهامی دارویی کشور صورت می‌گرفت. شرکت سهامی دارویی واردات بیش از ۷۰ درصد داروی کشور را از طریق ساختاری کاملاً دولتی به عهده داشت که تحت نام ژنریک صورت می‌گرفت. اما در دهه هشتاد با ایجاد مراکز تک‌نسخه‌ای و با فعال‌تر شدن مجدد شرکت‌های دارویی وارداتی خصوصی، الگوی واردات تغییر کرد و این سیاست‌ها در بستر «خصوصی‌سازی واردات» انجام شد. این اقدام، تغییر توازن و انتقال وظایف در فرآیند اخذ مجوزها و واگذاری نظارت بر آن به بخش خصوصی بود.

مراکز تک‌نسخه‌ای در واقع واحدهای خصوصی واردکننده دارو بودند که از سازمان غذا و دارو مجوز گرفتند. این مراکز و مؤسسات از طریق ارتباط با شرکت‌های وارداتی و شرکت‌های پخش از طریق رفاقت‌ها و بده بستان‌های بین نهادی، مجوز واردات داروهای مختلف را در بخش‌ها و زمان‌های مختلف می‌گرفتند. مرکز فوریت‌های هلال‌احمر، یکی از سازمان‌هایی بود که از طریق مجوز واردات تک‌نسخه‌ای و دریافت داروهای اهدایی از سایر کشورها، نسبت به توزیع این داروها به منظور پاسخ به نیازهای موجود اقدام می‌کرد. این مجوزها، مجرای برای ورود بسیاری از شرکت‌های دارویی به عرصه دارو شد. این شکل خصوصی‌سازی واردات در عمل همان تخلف در فرآیند اعطای مجوز بود.

به تدریج و با رفع نیازهای موقتی به داروهای تک‌نسخه‌ای، موضوع واردات موقت دارو تبدیل به نیاز دائمی به این قبیل داروها شد. با تسهیل در روند ورود دارو به فهرست دارویی کشور، داروهای جدید وارداتی نیز هر روز به فهرست دارویی اضافه شدند (آذرنوش و نیلفروشان، ۱۳۹۷: ۱۲۹).

در حقیقت شرکت‌های وارداتی خصوصی در ادامه فعالیت مراکز تک‌نسخه‌ای به فعالیت خود به شکل واردات حجیم اقدام کردند. حجم ریالی واردات از ۱۳ درصد در سال ۱۳۷۸ به ۳۶ درصد در سال ۱۳۹۰ رسید. تعداد شرکت‌های فعال فوریتی دارویی ۳۰، شرکت‌های واردکننده فرآورده‌های دارویی ۱۵۹ و شرکت‌های واردکننده مکمل ۷۶ شرکت در سال ۱۳۹۱ بود. این وضعیت به گسترش داروهای مختلف، حتی داروهای

ناموجود در فهرست دارویی کشور منجر شد. این در حالی است که بر اساس قانون برنامه ششم توسعه مصوب ۱۳۹۵ ماده ۷۲ بند پ، تجویز داروهای خارج از فهرست دارویی، تخلف محسوب می‌شود.

این شرایط منجر به باز شدن راه‌هایی برای ایجاد بازارهایی خارج از محدوده قانونی شد. به علاوه اجازه واردات داروهای که در داخل کشور تولید می‌شود به اشکال مختلف و با دور زدن قانون انجام شد. این اقدامات با آزادسازی دارو از اتصال به ارز دولتی امکان‌پذیر و تسهیل شد. سازمان غذا و دارو با شکستن این قوانین و با اهداف ایجاد بازار رقابتی کامل اقدام به چنین فعالیت‌هایی کرد.

تجاری‌سازی و آزادسازی تأسیس داروخانه‌ها: از اوایل دهه نود شمسی، نرخ صدور مجوز برای تأسیس داروخانه‌ها بالا رفت. آیین‌نامه تأسیس داروخانه در سال ۱۳۹۳، بسیاری از موانع تأسیس داروخانه را به بهانه افزایش اشتغال و در دسترس قرار گرفتن کالاهای سلامت محور حذف کرد و مجوز فعالیت‌های اقتصادی داروخانه‌ها نیز ذیل عنوان کسب‌وکار^۱ صادر شد.

یکی از خروجی‌های این سیاست‌ها، نحوه تغییر کاربری داروخانه و تبدیل آن به مکانی برای خریدوفروش همه چیز به نام کالاهای سلامت محور بود. همچنین دادن مجوز به افراد غیرمتخصص، خرید امتیاز مجوز داروخانه‌ها و امکان تأسیس چندین داروخانه توسط یک شخص به عنوان سرمایه‌دار از جمله تغییراتی است که در سال‌های اخیر در این حوزه ایجاد شده است که مورد حمایت انجمن داروسازان ایران نیز قرار گرفته است. برای نمونه فاطمی عضو انجمن داروسازان در این باره گفته است: «خریدوفروش مجوز داروخانه

۱- عموم و اطلاق تعریف مندرج در ماده یک قانون اصلاح مواد ۱، ۶ و ۷ قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی مصوب سال ۱۳۹۳ از لفظ «مجوز کسب‌وکار» شامل پروانه‌های تأسیس داروخانه‌ها می‌شود و از طرفی طبق تبصره ۲ ذیل ماده هفت قانون اخیرالذکر صادرکنندگان مجوز کسب‌وکار اجازه ندارند به دلیل «اشباع بودن بازار» از پذیرش تقاضا یا مجوز کسب‌وکار امتناع کنند.

حق صاحب داروخانه است و همکاری و سرمایه‌گذاری داروساز منعی ندارد» (ایستا، ۱۳۹۸).

در چارچوب این حمایت‌ها، تمایل سرمایه‌گذاران در این حوزه و ایجاد شراکت داروساز با سرمایه‌گذار جهت خرید پروانه تأسیس داروخانه، موجب به وجود آمدن قیمت‌های نجومی خرید و فروش مجوز داروخانه‌ها و شکل‌گیری بازار سیاه در این حوزه شده است.^۱

این نوع تغییرات منجر به شکل‌گیری پدیده‌ای به نام «داروخانه‌های اجاره‌ای» می‌شود. همچنین به جهت مخالفت وزارت بهداشت با اصلاح برخی از آیین‌نامه‌ها و آزاد بودن خرید پروانه داروخانه توسط سرمایه‌داران تاکنون گسترش یافته است. این امر به تدریج با گسترش خود می‌تواند موجب «انحصار و احتکار داروهای خاص و کمیاب و افزایش قیمت داروها» توسط صاحبان سرمایه‌گذار داروخانه شود.

تجاری‌سازی دارو و آزادسازی فروش دارو و اقلام غیر دارویی: تغییرات ایجادشده در ضوابط داروخانه‌ها و عدم اقدامات نظارتی و قانونی، سبب فروش داروها و اقلام دارویی شد که بعضاً بدون نسخه یا با ضوابطی خارج از چارچوب قانونی فروخته می‌شود. در ماده ۵ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴ آمده است: «دخل و تصرف یا تغییر در نسخه پزشکی به هر صورت که باشد، بدون اجازه خود پزشک از طرف داروساز ممنوع است». با این که در آن قانون گفته می‌شود فروش دارو بدون نسخه پزشک ممنوع است اما در بند ۳ ماده ۲۲ آیین‌نامه تأسیس و اداره داروخانه‌ها مصوب ۱۳۹۳ یکی از وظایف مسئول فنی را عرضه داروهای بدون نسخه مطابق فهرست و ضوابط اعلام‌شده و ارائه راهنمای دارویی جهت استفاده از آن‌ها لحاظ کرده است. فروش آزاد داروهایی که طبق ضابطه فقط با نسخه

۱- بر اساس قانون جدید خرید و فروش مجوز داروخانه‌ها از نظر قانون حق صاحب داروخانه است و همکاری سرمایه‌گذاری و داروساز منعی ندارد.

پزشک ممکن است می‌تواند از قانون داروهای بدون نسخه یا بر اساس ضوابط فروش داروهای بدون نسخه^۱ تبعیت کند که این خود گردش اقتصادی داروخانه‌ها را تغییر داده است.

در ماده ۱۷ فصل دوم قانون یادشده، تأکید شده است که داروخانه باید دارو را از شبکه‌های توزیع تعیین شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و تدارک کند. رعایت نکردن ضوابط این ماده جرم محسوب شده و متخلف به مجازاتی مانند جریمه نقدی قطع سهمیه دارویی تا مدت سه ماه و تعطیل موقت داروخانه تا مدت یک سال محکوم می‌شود. اما به‌طور کلی به دلیل عدم نظارت دقیق و یا عدم اجرایی شدن ضوابط و به‌روز نبودن میزان جریمه‌ها، داشتن لابی‌ها با سازمان‌های تعزیراتی و غیره به اقتصاد پنهان داروخانه دامن می‌زند.

در عمل نظارتی عملیاتی بر روی نسخه‌های پزشکان انجام نمی‌شود. به علاوه طرح نسخه‌های الکترونیکی (که با هدف نظارت بر نسخ پزشکان از سوی نظام پزشکی طراحی شده است) به دلیل ضعف زیرساخت‌های لازم هنوز با مشکلاتی در اجرا مواجه است. نظارت بر نسخ پزشکان در درجه اول در داروخانه صورت می‌گیرد، اما به دلیل قصوری که در داروخانه در این زمینه وجود دارد، معمولاً این روندهای قانونی با اختلال مواجه است. روابطی که بین زنجیره تأمین دارو از شرکت‌های پخش تا تولید و واردات و داروخانه وجود دارد، بعضاً بر پایه سودآوری است. از سوی دیگر پزشک نیز می‌تواند همیشه از اختیارات و جایگاه علمی خود برای نسخ غیرمنطقی استفاده کند. تنها مواردی که می‌تواند به صراحت در برابر این اقدامات قرار گیرد، اجرای دستورالعمل‌های درمانی و نظارت بیرونی و اجرای مقررات سخت و جدی بر زنجیره تأمین دارو است. در برخی موارد نیز به دلیل تجویز نسخه داروهای خارجی به این وضعیت دامن زده می‌شود. آقای دکتر «و» می‌گوید:

«در اوایل دهه نود مطالعاتی داشتیم که بر اساس آن درصد سود (مارژین) داروخانه‌ها برای داروهای وارداتی و تولیدی یکسان است. لذا برای تحویل یک نسخه مثلاً با سی عدد از یک قلم داروی سه هزار تومانی، $18900 = 21\% \times 90000$ تومان سود دریافت می‌شود در حالی که قیمت سی عدد داروی تولید داخل $660 = 22\% \times 3000$ تومان سود داروخانه بوده است. داروخانه‌داران ترجیح می‌دهند داروی خارجی تحویل مشتریان بدهند. اغلب کسانی که نسخه‌های دارویی خود را به داروخانه‌ها تحویل داده‌اند، شاهد تشویق مصرف‌کننده داروخانه‌ها برای تحویل داروی خارجی بوده‌اند.»

بنابراین می‌توان گفت که آزادسازی در حوزه دارو، سبب شکل‌گیری جریان جهت‌دهی به مصرف دارو و همچنین تغییر رویه‌های درمانی نیز شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که غلبه ایده‌های بازارگرایانه در بخش تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری حوزه دارو عملاً سبب به فعلیت درآمدن سازوکارهایی شد که حوزه دارو با به‌کارگیری و اولویت‌گذاری آن‌ها، منافع بخشی از اشخاص حقیقی و حقوقی یعنی صاحبان برخی از شرکت‌ها یا افرادی را که در برخی از شرکت‌ها صاحب سهام هستند تأمین می‌کنند^۱ یا از طریق پروتکل‌های معیوب، فضا را برای ایجاد گسترش بازار از طرق غیرقانونی فراهم می‌سازد. این نوع بازاری‌سازی را ما در اینجا ایجاد بازارهای ثانویه نامیدیم که نتیجه عملکرد رگلاتوری^۲ (وضع مقررات و نظارت) و یا به عبارتی سطح ساختاری و سیاست‌گذاری، افزایش اختیارات لجام‌گسیخته و سطحی و به عبارتی «عدم مدیریت صحیح دارو» است (نوابی، ۱۳۹۹: ۱۲۲).

۱- دکتر نمکی وزیر سابق بهداشت از اصطلاح امضاهاى طلايى در مورد اين موضوع نام بردند.

همان‌طور که در بخش نظری اشاره شد، این پژوهش مبتنی بر دیدگاهی پولانیایی است که مطابق آن برخی جهت‌گیری‌های بازارگرایانه در مورد کالاهای عمومی همچون بهداشت و سلامت و قرار دادن آنها ذیل منطق بازار، عواقب سختی برای جامعه دارد. این موضوع موجب نوسانات بسیاری در بازار دارو در ایران شده است.

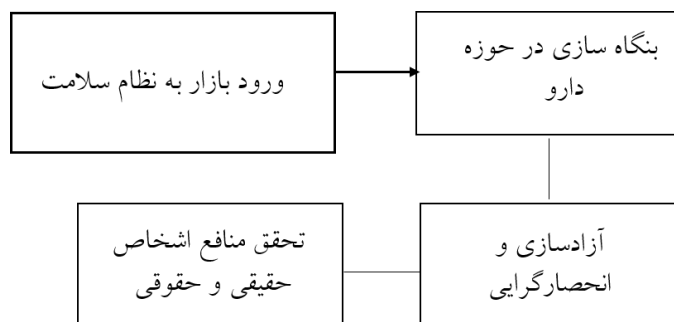
بازارها وقتی از قید مقررات رها می‌شوند، درهم‌ریختگی اقتصادی و اجتماعی در پی دارند (اسمیت، ۱۳۹۱: ۱۳۱) و در حوزه سلامت، منجر به نابرابری در دسترسی به خدمات درمانی می‌شوند. در این شرایط، به جای آنکه دولت عملکرد بازارها را محدود کند، عملاً جدایی بازارها از نظارت اجتماعی رخ می‌دهد (فیلهو و جانستون، ۱۳۹۴: ۲۶۸). ذیل منطق بازار هر چیزی نوعی کالا قلمداد می‌شود. حوزه‌هایی مثل سلامت، دارو و پزشکی نیز بار ارزشی اجتماعی و حیاتی خود را از دست داده و فقط به منزله کالایی جهت خرید و فروش نگریسته می‌شوند. این وضعیت منجر به شکل دادن به مطرودان و ایجاد بحران‌ها و در مقابل به انحصار درآمدن ثروت و قدرت نزد گروه‌های خاص می‌شود.

ویژگی خاص حوزه سلامت این است که مصرف‌کنندگان اغلب تصمیم نمی‌گیرند چه خدمات بهداشتی مصرف کنند، بلکه این نظام سلامت است که در مورد درمان آن‌ها تصمیم می‌گیرد. مصرف‌کنندگان ملزم هستند با هر قیمتی داروی خود را تهیه کنند (Mackintosh & Koivusalo, 2005: 101). از این رو بیماران یا مصرف‌کنندگان کاملاً تحت تأثیر نوسانات قیمتی این حوزه قرار می‌گیرند.

نظام دارویی ایران به دلیل قرار گرفتن در معرض ایده‌های بازار آزادی و اجرای برخی از سیاست‌های بازارگرایانه در معرض نوعی فرآیند بازاری‌سازی قرار دارد که به واسطه آسیب‌هایی که به لحاظ اجتماعی و اقتصادی به بدنه جامعه وارد می‌کند، می‌توان آنها را «بازارهای بد» نامید. منظور از بازارهای بد، بازارهایی است که حاصل به هم پیوستن چند عنصر هستند: اول، با استفاده از نوعی اشتیاق آزمندانه در جامعه به اغوای مشتریان و مصرف‌کنندگان می‌پردازند و در نتیجه علاوه بر ساختن نیازهای کاذب، افراد را به سوی خرید محصولات خود می‌برند. دوم، از طریق اجرای برخی از سازوکارها در راستای نظام

میل بازار (بازاریابی، رسانه‌ها، تبلیغات و غیره) در جهت گردن نهادن افراد به روابط محوری حاصل از بازار عمل می‌کنند. سوم، شبکه‌ای از منافع و روابط قدرت ایجاد می‌کند که بر وفق آن، رویه‌های قانونی و رسمی وسیله‌ای برای ایجاد بازارهای پنهان (اعم از شرکت‌ها، داروخانه‌ها و غیره) می‌شود.

«هسته این نوع فرم‌اسیون هژمونیک متشکل از کردارهای اقتصادی-سیاسی است که هدفشان تحمیل حاکمیت بازار مقررات زدایی، خصوصی‌سازی، ریاضت مالی و محدود کردن نقش حکومت به نگهبانی از حقوق دارایی خصوصی، بازارهای آزاد و تجارت آزاد است» (اباذری، ۱۳۹۹: ۱۲). نظارت‌های حداقلی، استراتژی‌های بازار محور در تعیین سیاست‌ها و دستورالعمل‌ها و ایجاد یک فضای انحصاری برای ساختن یک اقتصاد پنهان در حوزه دارو، سبب شکل‌گیری بسترهای لازم برای بازی نیروهای جدید شد و در این بستر، اقتصاد درمان و دارو تحت شرایط خاص این سیاست‌ها قرار گرفت.



شکل ۱ - بازارگرایی در نظام دارویی ایران (منبع: یافته‌های پژوهش)

در این پژوهش در سطح نهادی و رسمی، به لایه‌هایی از سیاست‌گذاری دارویی پرداخته شد. دریافتیم که چگونه قاعده‌گذاری در حوزه دارو می‌تواند در خدمت بازاری‌سازی به همان معنایی که گفتیم قرار گیرد. در واقع سیاست‌ها و اقدامات

بازارگرایانه در نظام سلامت و به‌طور خاص در حوزه دارو در قالب مقررات زدایی، آزادسازی و بازاری‌سازی تغییرات زیادی در این حوزه ایجاد کرده است.

تأکید بر این نکته مهم است که برخی از مقررات‌زدایی‌ها در حوزه دارو از طریق مجوزهای بی‌حد و حصر، عدم نظارت بر قانون در داروخانه‌ها و مراکز پزشکی، و آزادسازی تولید و واردات برخی از محصولات جدید می‌تواند بر تسهیل فروش برخی از داروها به شکل پنهان و قاچاق یا حتی به شکل آشکار مؤثر باشد. به این ترتیب برخی اختلال‌ها در رویه‌های سازمانی ایجاد شد که اهمیت آن از منظر جامعه‌شناختی می‌تواند توجه به بازیگرانی باشد که در این رویه‌ها نقش آفرینی و مداخله دارند یا از آن سود می‌برند.

تاکنون سازمان غذا و دارو، در کشاکش بین تمرکز بر سیاست‌های وارداتی و تولیدی و دسترسی همه مردم به داروهای موردنیاز خود بوده است و برای هر یک از این‌ها، سیاست‌هایی را در هر دوره اجرایی ساخته است. اما برخی اقدامات برای پیشبرد این اهداف، به ایجاد بازارهای سیاه، افزایش قاچاق و در مجموع ایجاد بازارهای بد منجر شده است.

ایجاد انحرافات دارویی یکی از عواملی است که از طریق احساس نیاز کاذب دارویی و کمبود کاذب محصولات داخلی در بازار شکل می‌گیرد. بر این اساس در واقع سیاست‌های تنظیم بازار و تغییرات آن، هدایت بازار دارویی را نه بر اساس تقاضای عینی نظام درمان، بلکه بر اساس احساس نیاز ساختگی شکل می‌دهد. ورود بی‌رویه و خارج از منطق قانونی دارو، راهی برای واردات داروی قاچاق از طریق برخی شرکت‌های دارای نفوذ است که البته تجویز غیرمنطقی پزشکان نیز به این وضعیت دامن می‌زند. این وضعیت نه تنها به ایجاد بازارهای فرعی دارو دامن می‌زند بلکه سبب ایجاد بازارهای ساختگی و کاذب نیز می‌شود.

تأکید بر تولیدات داخلی مازاد بر نیاز و ادعای تولید داخل برخی از داروها نیز نوعی انحراف بازار دارویی است و عملاً در مورد برخی داروها از مرحله مواد اولیه تا مرحله

۱۲۰ | فصلنامه علمی برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی | سال چهاردهم | شماره ۵۷ | زمستان ۱۴۰۲

نهایی دارو به شکل واردات است و تنها بسته‌بندی آن است که اکنون در داخل صورت می‌گیرد. از این حیث به‌طور واضحی صنعت تولیدی دارو به سوی صنعت بسته‌بندی دارو حرکت می‌کند.

این وضعیت موجب تخصیص مازاد ارز و استفاده از مزایای تولیدی برای برخی از بنگاه‌های تولیدی خواهد شد که نتیجه‌ای جز اتلاف منابع نظام دارویی و جهت‌گیری به سوی مصارف غیرضروری ندارد. در نتیجه نبود نظارت‌های قانونی قابل‌اجرا بر این موضوعات به خصوص استفاده از منابعی که می‌تواند صرف نیازهای مهم‌تر در نظام سلامت شود، هزینه‌های غیرقابل‌جبرانی را به همراه دارد و منجر به شکننده شدن بازار در برابر تقاضای افراد و مصرف‌کنندگان می‌شود و در نهایت ایجاد بازارهای کاذب و به تعبیری بازارهای بد را در پی دارد.

تعارض منافع: تعارض منافع نداریم.

سپاسگزاری: از تمام کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رسانده‌اند، سپاسگزاریم.

ORCID

Aida Navabi



<http://orcid.org/0000-0001-8195-5201>

Nooh Monavvary



<http://orcid.org/0000-0002-4557-3203>

Hossein Raghfar



<http://orcid.org/0000-0002-9783-7725>

منابع

- آذرنوش، مرتضی و نیلفروشان، مرتضی. (۱۳۹۷)، *سیر تحولات نظام دارویی در ایران*، تهران: نشر فرهنگستان علوم پزشکی ایران.
- ابادری، یوسف. (۱۳۹۹)، *بنیادگرایی بازار*، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- اسلیتر، دان و تونیکس، فرن. (۱۳۸۶)، *جامعه بازار*، ترجمه: حسین قاضیان، تهران: نشر نی.
- اسمیت، تونی. (۱۳۹۱)، *جهانی‌سازی، چهار الگو و یک رویکرد انتقادی*، ترجمه: فروغ اسدپور، تهران: نشر پژوها.
- اشتریان، کیومرث؛ سمنانیان، سعید و جلیلی، محدثه. (۱۳۹۹)، *گزارش سیاستی آسیب‌ها و فسادها در نظام دارویی کشور*، تهران: مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری.
- ایسنا. (۱۳۹۸)، *خریدوفروش میلیاردی مجوز داروخانه‌ها*، ۱۳۹۸/۴/۷، شناسه خبر: ۹۸۰۴۰۷۰۳۷۸۲.
- باقری لنگرانی، کامران و خیام‌زاده، مریم. (۱۳۹۷)، «نظام دارویی ایران پس از انقلاب اسلامی»، *نشریه علمی- پژوهشی فرهنگستان علوم پزشکی*، سال دوم، شماره چهارم: ۵۰۲-۵۰۹.
- بانک خاورمیانه. (۱۳۹۴)، *بررسی صنعت داروسازی در ایران*، تهران: گروه تحقیقات اقتصادی بانک خاورمیانه.
- بوذرجمهری، حسین و ثنایی، مهدی. (۱۳۹۴)، *بررسی اقدامات راهبردی به منظور ارتقاء نظام سلامت، مبتنی بر رویکرد شفافیت*، تهران: نخستین کنفرانس ملی مدیریت دولتی ایران.
- جودکی، حسین. (۱۳۹۶)، *شناسایی فسادهای احتمالی در نظام سلامت*، تهران: موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- خبر آنلاین. (۱۳۹۴)، «*ایران بحران دارویی را در سال ۹۳ چگونه پشت سر گذاشت؟*»، ۱۳۹۴/۱/۸، شناسه خبر: ۴۰۶۲۰۸.
- خبر آنلاین. (۱۴۰۱)، «*داستان غم‌انگیز کمبود داروی بیماران خاص و صعب‌العلاج*»، ۱۴۰۱/۱/۱۷، شناسه خبر: ۱۶۱۸۹۷۴.
- فرهنگستان علوم پزشکی. (۱۳۹۸)، «*بیانیه درباره طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور*»، *نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی*، سال سوم، شماره چهارم: ۳۶۴-۳۶۵.

۱۲۲ | فصلنامه علمی برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی | سال چهاردهم | شماره ۵۷ | زمستان ۱۴۰۲

- پولانی، کارل. (۱۳۹۶)، دگرگونی بزرگ، خاستگاه‌های سیاسی و اقتصادی روزگار ما. ترجمه: محمد مالجو، تهران: نشر شیرازه.
- دیده‌بان شفافیت و عدالت. (۱۳۹۶)، «گزارش درباره تخلفات سازمان غذا و دارو»، پایگاه خبری دیدبان شفافیت و عدالت، ۱۳۹۶/۴/۲۶.
- فیلهو، آلفردو سعد و جانستون، دبور. (۱۳۹۴)، *تولیرالیسم، خوانش انتقادی*، ترجمه: میر جواد سید حسینی و همکاران، تهران: نشر پرسش.
- چراغعلی، عبدالمجید. (۱۳۹۶)، «سیاست ملی دارویی جمهوری اسلامی ایران»، *نشریه رازی*. سال بیست و هشتم. شماره ۴: ۲۳-۳۰.
- صالحی، حسین. (۱۳۹۷)، *گزارش ساماندهی نظام دارویی کشور*، تهران: موسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی.
- صدقی‌نیا، محمدحسن. (۱۳۷۸)، *از عطاری تا ژنریک: مروری بر تحولات داروسازی در ایران* (مجموعه مقالات)، تهران: موسسه فرهنگی هنری بشیر علم و ادب.
- فارمانیوز. (۱۴۰۰)، *چهار واردکننده در صدر تخصیص ارز دارویی*، ۱۴۰۰/۴/۱۳، شناسه خبر: ۳۳۴۵.
- فلیک، اووه. (۱۳۹۱)، *درآمدی بر تحقیق کیفی*، ترجمه: هادی جلیلی، تهران: نشر نی.
- کیهان. (۱۳۹۹)، *تولید داخل داروهای وارداتی*. ۱۳۹۹/۵/۲۰، شماره ۲۲۵۳۴.
- گروچی، آلن. (۱۳۹۸)، *سهم اقتصاددانان آمریکایی در تفکر اقتصادی مدرن*، ترجمه: اسکافی و همکاران، تهران: نشر شیرازه.
- مرکز پژوهشی آرا. (۱۳۹۷)، *گزارش راهبردی مدیریت و اقتصاد و تحلیل استراتژیک صنعت دارو*. تهران: دپارتمان صنعت و بازرگانی مرکز پژوهشی آرا.
- نجاتی، محمدحسین. (۱۳۹۴)، *آغاز فاز بلندمدت ثبات بازار دارویی پس از لغو تحریم‌ها*، روزنامه شرق، ۱۳۹۴/۴/۲۵، شماره ۲۳۴۹.
- نوابی، آیدا. (۱۳۹۹)، *بررسی جامعه‌شناختی تجاری‌سازی داروهای هورمونی در ایران*. رساله دکتری جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.

- André, C., & Hermann, C. (2009). *Privatisation and marketisation of health care systems in Europe*. In *Privatisation against the European social model* (pp. 129-144). London: Palgrave Macmillan.
- Feiler, T., Hordern, J., & Papanikitas, A. (Eds.). (2018). *Marketisation, Ethics and Healthcare: Policy, Practice and Moral Formation*. London: Routledge.
- Mackintosh, M., & Koivusalo, M. (Eds.). (2005). *Commercialization of health care: global and local dynamics and policy responses*. United nations research institute for social development. Berlin: Springer.

استناد به این مقاله: نوایی، آیدا؛ راغفر، حسین و منوری، نوح. (۱۴۰۲). چالش‌های اجتماعی - اقتصادی نظام دارویی در ایران در وضعیت هژمونی بازارگرایی پس از دهه هفتاد. فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۱۴(۵۷)، ۱۲۳-۸۹.



Social Development and Welfare Planning Journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.