

## هدفمند سازی یارانه دارو، از دو منظر عدالت و کارایی

جعفر عبادی

دانشیار و عضو هیئت علمی دانشکده اقتصاد دانشگاه تهران

محمد حسین قوام

دانشجوی مقطع دکتری دانشکده اقتصاد دانشگاه تهران

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۲/۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۷/۱۱/۲۰

### چکیده

در تئوری‌های اقتصاد رفاه همواره شاهد تبادل بین کارایی و برابری (عدالت) هستیم. در این تحقیق، رابطه مذکور در ارتباط با تحولات نظام دارویی ایران طی سال‌های ۷۶ الی ۸۵ مورد مطالعه قرار می‌گیرد. در همین راستا، در این تحقیق به بررسی فرایند هدفمندسازی یارانه دارو در ایران طی سال‌های ۷۶ الی ۸۴ از دو منظر عدالت توزیعی در بخش درمان، در ارتباط با هزینه‌های دارویی و تغییرات کارایی در بخش صنعت دارو، پرداخته شده است. در بررسی عدالت توزیعی، از آمار مربوط به هزینه‌های دارویی خانوار نمونه در دهک‌های هزینه‌ای و محاسبه میزان رشد این هزینه‌ها طی سال‌های مذکور، استفاده شده است. در بررسی کارایی صنعت دارو در ایران نیز، شاخص هرفین دال با استفاده از آمار مربوط به سهم ریالی هریک از شرکت‌های تولید کننده دارو از بازار دارویی ایران، محاسبه شده است. در همین راستا، تحولات بازار دارویی کشور و رقابتی‌تر شدن آن، همراه با افزایش تولید دارو در این بخش، به‌عنوان شاخصی برای افزایش کارایی صنعت در نظر گرفته شده است. پس از انجام مطالعات و بررسی‌های مذکور، مشاهده شد که با وجود افزایش کارایی در صنعت دارویی کشور طی سال‌های مذکور که به‌صورت رقابتی‌تر شدن بازار دارویی کشور و افزایش تولید دارو تجلی کرده است، وضعیت عدالت توزیعی در بخش بهداشت و درمان از منظر توانایی تمامی اقشار جامعه برای دسترسی به داروهای مورد نیازشان، تفاوت چشم‌گیری نداشته است.

طبقه‌بندی JEL: D60, D63, I11, I12, I18

کلید واژه: یارانه، دارو، عدالت توزیعی، کارایی

## ۱- مقدمه

مباحث مربوط به بررسی ارتباط بین دو مفهوم کارائی و عدالت از دیر باز ذهن بسیاری از اقتصاددانان را به خود مشغول کرده است. ادبیات اقتصادی بسیاری در این زمینه نوشته شده، که هر کدام از جنبه‌ای به بررسی این دو مفهوم پرداخته‌اند. امروزه دو مفهوم عدالت و کارایی و ارتباط بین آن‌ها در مطالعات بین رشته‌ای و هم‌چنین گرایش‌های مختلف خود رشته اقتصاد مورد توجه قرار گرفته است. مباحث مربوط به عدالت (که در این تحقیق از تعبیر "برابری" مفهوم عدالت استفاده می‌شود، زیرا تنها تعبیر کمیت پذیر از میان تعابیر مختلف مفهوم عدالت است)، به ویژه در نظام‌های مردم‌سالار از اهمیت بسیاری برخوردارند و به این دلیل است که می‌توانند اقتصادی‌ترین تصمیمات دولت را تحت الشعاع خود قرار دهند. در همین راستا، تلاش‌های بسیاری در جهت بررسی ارتباط بین این دو مفهوم در بخش‌های مختلف اقتصاد کشورها انجام شده است. یکی از مهم‌ترین این بخش‌ها، بخش بهداشت و درمان است. عدالت و برابری در برخورداری همهٔ دهک‌های درآمدی و هزینه‌ای، از امکانات درمانی و دسترسی به داروهای مورد نیاز و شیوهٔ مناسب طراحی بیمه‌های خدمات درمانی و هم‌چنین ایجاد برابری‌های بین استانی و بین شهری در برخورداری از این امکانات، همواره مدنظر مسئولان و سیاست‌گذاران دولتی بوده است. از سوی دیگر، طراحی و اعمال یک نظام بهداشتی و درمانی که علاوه بر ایجاد برابری (عدالت)، از کارایی مناسب برخوردار باشد، به تنهایی نمی‌تواند توسط مسئولان این بخش انجام پذیرد زیرا با توجه به حجم یارانه‌های فراوانی که در برخی کشورها از جمله ایران به این بخش داده شده، ضرورت نگرش اقتصادی دقیق در طراحی و برنامه‌ریزی این نظام بهداشتی و درمانی به شدت احساس می‌شود.

در همین راستا، مقولهٔ دارو از اهمیت خاصی در بین مباحث مختلف مربوط به بخش بهداشت و درمان برخوردار است. امروزه صنعت داروسازی به تدریج رتبهٔ اول را در بین صنایع مختلف جهان به دست می‌آورد و جایگزین صنعت تسلیحاتی می‌شود. دارو از نظر ارتباط مستقیم با سلامت و بهداشت جوامع مختلف، متناسب با اهداف سیاسی - اقتصادی و فرهنگی کشورها، مورد سوء استفاده‌های متفاوتی قرار گرفته است. قرار دادن

کشورهای جهان سومی به‌عنوان آزمایشگاه‌های زندهٔ صاحبان اول داروسازی‌های دنیا<sup>۱</sup>، نیازمند کردن کشورها به خودشان از طریق نفروختن تکنولوژی‌ها و داروهای طراز اول بیماری‌های مختلف، نمونه‌هایی از این سلطه‌گری‌ها هستند.

دولت ما برای نجات از این گرداب خطرناک، باید نگاه خود را در تخصیص اعتبارات به دارو در مقایسه با سایر اقلام مورد مصرف مردم تغییر داده و به‌عنوان یک کالای استراتژیک به آن نگاه کند و برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری و سایر مسائل حواشی آن را نیز در نظر بگیرد.

از سوی دیگر، بررسی اثر سیاست‌هایی که در جهت ایجاد برابری در دسترسی عموم مردم به داروهای مورد نیاز در این بخش انجام می‌گیرند، بر روی معیار کارایی بخش صنعت دارو، بسیار با اهمیت است، زیرا هیچ سیاستی در ارتباط با نظام دارویی کشور را نمی‌توان بدون توجه به بخش صنعت دارو طراحی و اجرا کرد. سیاست‌گذاری‌های مربوط به یارانه دارو یکی از مهم‌ترین این مباحث است.

مسائل مختلفی از جمله حجم وسیع قاچاق دارو از ایران<sup>۲</sup> به کشورهای همسایه و مصرف غیرمنطقی دارو در کشور و هدر رفتن سالانهٔ حجم بسیار بالای دارو به‌صورت داروهای تاریخ گذشته، موجب ایجاد عدم کارایی در سطح بسیار وسیع در بخش بهداشت و درمان کشور شده است. این در حالی است که این مشکلات را می‌توان ناشی از قیمت غیرواقعی و بسیار نازل دارو در داخل کشور بر اثر حجم بالای سوبسید پرداختی به برخی داروها و سیاست‌های مربوط به قیمت‌گذاری دارو توسط دولت دانست. بدین جهت ضرورت بررسی اثرات این سوبسید پرداختی بردارو، بر معیارهای عدالت و کارایی بخش بهداشت و درمان و معیارهای کارایی صنعت دارو، نه تنها اجتناب ناپذیر بلکه ضروری به نظر می‌رسد.

۱- در سال ۲۰۰۶، یک شرکت امریکایی به‌عنوان کمک‌های انسان دوستانه واکسن‌های جدیدی را برای کودکان نیجریه ارسال کرد که این واکسن موجب کوری، ناشنوایی و یا معلولیت تعدد قابل توجهی (حدود ۲۰ کودک) از کودکان نیجریه‌ای شد و خبر آن را نیز سازمان جهانی بهداشت تأیید کرد و واکنش دولت نیجریه را نیز در پی داشت.

۲- از سال ۷۹ و با قطع توزیع گستردهٔ یارانه دارو بر روی تمامی اقلام دارویی، قاچاق داروهای یارانه‌ای از داخل به خارج به‌طور چشم‌گیری کاهش پیدا کرد. در سال‌های بعد، تنها تعداد معدودی از داروهای خاص از جمله داروی شیمی درمانی بیمارهای سرطانی که تحت حمایت یارانه‌های دولت قرار گرفته‌اند، در معرض قاچاق از داخل به خارج کشور قرار گرفته‌اند. آنچه در مورد قاچاق دارو در شرایط کنونی مطرح است، قاچاق داروهای تقلبی و بی‌کیفیت از خارج به داخل کشور محسوب می‌شود.

در همین راستا، در مقاله حاضر، تلاش می‌شود تا وضعیت صنعت دارویی کشور و تحولات آن به واسطه سیاست‌های مربوط به هدفمندسازی یارانه دارو که طی سال‌های ۷۶ الی ۸۵ اجرا شده است، مورد بررسی واقع شود. این تحلیل از دو منظر عدالت توزیعی (در ارتباط با دسترسی تمامی مردم به داروهای مورد نیازشان) و کارایی صنعت دارویی (افزایش تولید و رقابتی‌تر شدن بازار دارو) انجام می‌پذیرد.

### ۳- تعریف هدفمندسازی یارانه دارو

هدفمندسازی به اقداماتی اشاره دارد که دولت طی آن یارانه‌های مورد نظر را به سوی گروه‌های جمعیتی هدف و مد نظر، هدایت و جهت دهی می‌کند. در کشورهای کم‌تر توسعه یافته، به‌طور عمده دو نوع هدفمندسازی برای یارانه‌های سلامت مطرح است. در نوع اول که با عنوان "هدفمندسازی برای عدالت" شناخته می‌شود، هدف، دسترسی به گروه‌های جمعیتی خاص است که بیش‌ترین نیاز را به کمک‌های دولت در امر سلامت دارند. نوع دوم هدفمندسازی با عنوان «هدفمندسازی برای کارایی» است. رویکرد این نوع هدفمندسازی به سمت ملاحظات سلامتی است که بیش‌ترین سود سلامت را به ازای هزینه صرف شده به دنبال دارند، یعنی به ازای هزینه‌هایی که صرف تخصیص یارانه‌ها شده است، بیش‌ترین منافع نصیب مخاطبان اصلی یارانه‌های مذکور شود که به‌طور مثال در ارتباط با مبحث دارو، این منافع می‌تواند از رهگذر رقابتی‌تر شدن صنعت دارویی و افزایش کارایی صنعت مذکور و متعاقب آن، افزایش کیفیت داروها و کاهش قیمت آن‌ها، حاصل شود.

به نسبتی از یارانه‌ها که به درستی به افراد گروه هدف می‌رسد، در اصطلاح «اثر بخشی هدفمندسازی» اطلاق می‌شود. با ترکیب دو مقوله هزینه و اثر بخشی، می‌توان معیاری ارائه کرد که مشخص کند یک سیاست هدفمندسازی خاص، تا چه حد کارایی دارد.

### ۴- نگاهی بر تحولات نظام دارویی کشور و فرآیند هدفمندسازی یارانه دارو

#### طی سال‌های ۷۶ تا ۸۵

تحولات ویژه‌ای که در مسیر هدفمندسازی یارانه دارو ایجاد شده‌اند، به‌طور عمده از سال ۷۶ شروع شده و تاکنون ادامه یافته‌اند، ولی هنوز برای رسیدن به نقطه مطلوب نیاز

به تلاش و برنامه‌ریزی بیش‌تری نیاز است. برای این که نگاهی گذرا به این تحولات داشته باشیم ابتدا باید وضعیت پرداخت یارانه دارو در سال‌های ۷۶ و ماقبل آن را بررسی کنیم.

در سال‌های ۷۶ و ماقبل آن، یارانه دارو به‌صورت گسترده و به تمامی اقلام دارویی اعم از تولیدات کارخانجات داخلی و یا داروهای وارداتی و حتی به مواد بسته‌بندی و مقوای آن‌ها، تعلق می‌گرفت. در این سال‌ها، ارز یارانه‌ای به شرکت‌های تولیدکننده دارو داده می‌شد و آن‌ها با این ارز مواد اولیه مورد نیاز خود را وارد و به تولید دارو با این مواد اولیه وارداتی بسیار ارزان اقدام می‌کردند. برای داروهایی هم که به‌صورت ساخته شده وارد کشور می‌شدند، ارز یارانه به شرکت‌های واردکننده داده می‌شد. در این شرایط عمده، شرکت‌های تولیدکننده دارو و توزیع کننده دارو، دولتی بودند، یعنی در سه بخش تولید و توزیع و واردات، شرکت‌های دولتی بیش‌تر فعالیت‌ها را انجام می‌دادند. تولید هر کارخانه به‌صورت دستوری از سمت دولت تعیین می‌شد و با قیمت تعیین شده توسط دولت می‌بایست فروخته می‌شد. در سال ۷۶، حدود ۴۰۰ میلیون دلار ارز یارانه‌ای به بخش دارو اختصاص داده می‌شد<sup>۱</sup> که این حجم یارانه، هم برای مواد اولیه وارداتی هزینه می‌شد و هم برای واردات داروهای ساخته شده مورد استفاده قرار می‌گرفت. در سال ۷۶، حدود ۹۵٪ حجم عددی داروهای مصرفی در کشور توسط کارخانه‌های تولید دارو در داخل کشور تولید می‌شد و ۵٪ باقی مانده از خارج وارد می‌شد. از ارز یارانه‌ای که به دارو پرداخت می‌شد، ۵۲٪ به داروهای وارداتی که به‌صورت ساخته شده وارد کشور می‌شدند، پرداخت می‌شد و ۴۸٪ آن به مواد اولیه وارداتی برای تولید دارو در کارخانجات داروسازی داخلی تعلق می‌گرفت<sup>۲</sup>.

در چنین شرایطی، کشور در مورد حدود ۱۲۴ قلم دارو دچار کمبود دارویی بود. صف‌های بسیار طویل در جلوی داروخانه‌های ۱۳ آبان و هلال احمر در تهران، نشان از کمبود دارو در کشور بود. این وضعیت در مورد ۵ داروخانه دیگر شبیه هلال احمر یا سیزده آبان که در ۵ مرکز استان دیگر در سطح کشور وجود داشتند نیز صادق بود. صف‌های طولانی در جلوی این داروخانه‌ها سبب شد افرادی که نیاز اورژانسی به بعضی داروهای حیاتی و آن هم در زمان بسیار کوتاه داشتند، نتوانند داروی خود را تأمین

۱- گزارش معاونت دارویی وزارت بهداشت و درمان - سال ۱۳۷۶.

۲- گزارش معاونت دارویی وزارت بهداشت و درمان - سال ۱۳۷۶.

کنند، زیرا برای بسیاری از داروهای غیرضروری و غیراورژانسی نیز مردم به داروخانه‌ها مراجعه می‌کردند.

از سوی دیگر، تولید کارخانه‌های داخلی نیز بسیار محدود بود. ارزش یارانه‌ای که برای واردات مواد اولیه برای کارخانجات داخلی تخصیص پیدا می‌کرد (۴۸٪ کل ارزش یارانه‌ای پرداخت شده به بحث دارو)، برای تأمین نیاز مصرفی داخلی کافی نبود و کارخانجات با توجه به قیمت‌گذاری دولت نمی‌توانستند با مواد اولیه که با ارزش آزاد وارد می‌کردند، به تولید و فروش دارو در کشور بپردازند، بنابراین، همواره بخشی از ظرفیت کارخانجات تولید دارو در کشور بیکار بود. از سوی دیگر، ارزش یارانه‌ای که برای واردات داروهای وارداتی ساخته شده تخصیص پیدا می‌کرد، با توجه به کشف سالانه داروهای جدید در دنیا و قیمت‌های بسیار سنگین آن‌ها، برای تأمین نیازهای داخلی کشور از طریق واردات کافی نبود. هنگامی که این مشکلات مطرح می‌شد، گروهی مصرف دارو را در کشور بی‌رویه و زیاد می‌دانستند و بیان می‌کردند که مصرف دارو در کشور می‌بایست کاهش یابد، در صورتی که در همان شرایط بسیار از کارشناسان معتقد بودند که به دلیل وجود نداشتن فرهنگ مراجعه به پزشک و مشکلات اقتصادی مردم و عدم وجود پوشش بیمه‌ای درمانی مناسب، مصرف دارو در کشور ما پایین است و اگر این مشکلات حل شود، مصرف دارو در کشور افزایش می‌یابد.<sup>۱</sup>

در چنین شرایطی، ارزش یارانه‌ای به‌صورتی تقسیم می‌شد که از شربت کلسیم و مقوای داروها، تا ضروری‌ترین و حیاتی‌ترین داروها مشمول یارانه دولتی می‌شدند و بنابراین یا باید حجم تولید و واردات داروها به کشور بسیار کاهش می‌یافت (تا این ۴۰۰ میلیون دلار بتواند قیمت داروهای عرضه شده به مردم را به مقدار قابل توجهی کاهش دهد)، که در این صورت کشور با کمبود دارویی شدیدی مواجه می‌شد و یا این که اگر قرار به تخصیص ارزش یارانه‌ای برای تولید و واردات کامل حجم مورد نیاز برای مصرف داخلی می‌شد، یارانه اختصاصی، توان کاهش چشم‌گیر قیمت داروهای عرضه شده به بازار داخلی را نداشت. وضعیت دارویی کشور بیش‌تر در حالت نخست قرار داشت.

یکی دیگر از پیامدهای تخصیص ارزش یارانه‌ای به کارخانجات تولید شرکت‌های واردکننده دارو، فساد مالی سنگینی بود که در این موارد به وجود می‌آمد و این وضعیت

استفاده از توان اطلاعاتی سازمان‌های امنیتی و اطلاعاتی کشور را برای کنترل نحوه تخصیص این یارانه‌ها، اجتناب ناپذیر کرده بود.

از سوی دیگر، در این شرایط تمامی داروها توسط کارخانجات داخلی به صورت ژنریک عام تولید می‌شد و بنابراین داروی تولید شده توسط هیچ شرکتی از نام آن قابل شناسایی و تشخیص نبود و بنابراین شرکت‌های داروسازی که داروهایی با کیفیت پایین تولید می‌کردند، قادر بودند که سهم خود از بازار دارویی کشور را حفظ کنند و بنابراین هیچ بستری برای رقابت بین این شرکت‌ها برای تولید داروهایی با کیفیت بالاتر وجود نداشت.

در چنین شرایطی فرآیند هدفمندسازی یارانه دارو توسط برخی مسئولان بخش دارویی کشور شروع شد. این فرآیند دارای جنبه‌های متعددی بود، که حرکت به سمت هدفمندسازی یارانه دارو، با حرکت هم‌زمان در همه این جوانب همراه بود. در ابتدا، از خرداد سال ۷۷ اعلام شد که دیگر به مواد بسته‌بندی وارداتی یارانه تخصیص داده نمی‌شود.<sup>۱</sup> در مراحل بعدی یارانه داروهایی حذف شد که در صورت حذف یارانه، کم‌تر از ۱۵٪ افزایش قیمت پیدا می‌کردند و در مراحل بعدی یارانه داروهایی با افزایش قیمت احتمالی بالاتر حذف شد و بدین ترتیب سعی شد یارانه اختصاصی بسیاری از داروها به صورت پلکانی حذف شود تا سبب ایجاد شوک قیمتی در بازار دارو کشور نشود.

در هنگام حذف یارانه داروها، بسیاری، کارخانجات داروسازی در مواردی تا ۸ ماه ذخیره مواد اولیه برای تولید داروهایشان را در اختیار داشتند و بنابراین تا موقعی که نیاز به خرید مواد اولیه جدید نداشتند، موظف بودند با قیمت یارانه‌ای داروهایشان را عرضه کنند. در شیوه مرحله‌ای مذکور، حتی قیمت داروهایی که یارانه آن‌ها حذف می‌شد پس از مدتی و به تدریج در بازار دارویی کشور نمود پیدا می‌کرد و بنابراین هیچ شوک قیمتی به بازار دارویی کشور وارد نشد.

یکی دیگر از اقداماتی که به‌طور هم‌زمان با روند حذف یارانه از روی داروهای ساخت داخل انجام گرفت، حرکت دادن فضای صنعت داروسازی کشور به سمت رقابتی شدن بود. مسئولان دارویی کشور با انجام پاره‌ای از مقررات زدایی‌ها و ایجاد تسهیل در ورود بخش خصوصی و سرمایه‌گذاری آن در بخش صنعت دارویی، تلاش کردند که فضای صنعت داروسازی کشور رقابتی‌تر شود. هم‌چنین، اجازه دادن به بخش خصوصی برای

تأسیس شرکت‌های واردکننده دارو، توزیع کننده دارو و هم‌چنین اجازه تأسیس داروخانه‌های جدید از دیگر اقداماتی بود که به منظور رقابتی کردن حوزه‌های واردات دارو و توزیع دارو انجام گرفت. در سال ۷۶، تنها ۵۲ کارخانه داروسازی در کشور وجود داشت که ۳۰ کارخانه دولتی و ۲۲ کارخانه خصوصی بودند، ولی این عدد در سال ۸۵ به ۶۵ عدد رسیده است، که تمامی کارخانه‌های جدید التأسیس خصوصی بودند. هم‌چنین در حوزه واردات دارو در سال ۷۶، تنها ۳ شرکت دولتی فعالیت داشتند در حالی که در سال ۸۴، تعداد ۵۹ شرکت وارد کننده در کشور وجود داشتند که ۴۹ شرکت خصوصی بودند. در سال ۷۶، فقط ۵ شرکت توزیع کننده دولتی فعالیت می‌کردند، در حالی که این رقم در سال ۸۴ به ۱۶ عدد رسید که تمامی شرکت‌های توزیعی جدید التأسیس، خصوصی بودند. در همین راستا، تعداد داروخانه‌ها از ۴۲۰۰ عدد در سال ۷۶، به رقم ۷۴۰۰ عدد در سال ۸۴ رسید. بنابراین، تلاش‌هایی انجام گرفت تا فضای تولید دارو، توزیع دارو، واردات دارو و توزیع خرده فروشی دارو (داروخانه‌ها)، به فضاهای رقابتی تبدیل شود.<sup>۱</sup>

از سوی دیگر، تلاش‌هایی انجام گرفت تا کشور بتواند در تولید بسیاری از داروهای مورد نیاز خود به خودکفایی برسد. مثلاً در سال ۷۶، کار مطالعاتی تولید داروهای نوترکیب شروع شد و سال ۸۰، اولین داروهای نوترکیب در کشور تولید شد و در سال ۸۵، تعداد داروهای نوترکیبی که در کشور تولید می‌شد، به ۶ عدد رسید. بنابراین هم‌زمان با حذف یارانه داروهای دولتی و متمرکز کردن یارانه بر بخشی از داروهای وارداتی ضروری و در کنار حرکت دادن فضای عمومی دارویی کشور در حوزه‌های تولید و واردات و توزیع به سمت فضای رقابتی، تلاش‌هایی در جهت افزایش توانایی کشور در تولید داروهای جدید انجام گرفت. توانایی کشور در تولید ۶ داروی نوترکیب و هم‌چنین تولید حدود ۴۰ نوع داروی ضد سرطان در یک کارخانه در شهرستان رشت، از جمله اقداماتی بود که در این زمینه انجام گرفت. در همین راستا، در سال ۸۶ کشور موفق به تولید داروی مورد نیاز بیماران MS شد، که قبل از آن تنها توسط یک شرکت داروسازی آمریکایی و آن هم به صورت کاملاً انحصاری در دنیا تولید و فروخته می‌شد.



از سوی دیگر، مسئولان دارویی کشور همه شرکت‌های تولیدکننده دارو را ملزم به تولید داروهای ژنریک خاص یا برند - ژنریک کردند. بدین ترتیب، زمینه برای رقابت شرکت‌های داروسازی برای ارتقای کیفیت محصولات شان فراهم شد. مجموع اقدامات مذکور، سبب رشد و پیشرفت صنایع داروسازی داخلی شد و سبب شد که توانایی مردم در دست یابی به داروهای مورد نیازشان افزایش یابد. در سال ۸۳، مطالعه‌ای توسط معاونت دارویی وزارت بهداشت انجام گرفت و اعلام شد در این مطالعه مشخص شده است که ۸۵٪ الی ۹۳٪ مراجعات مردم به داروخانه‌های هلال احمر و ۱۳ آبان در تهران و ۵ داروخانه مشابه این دو، در ۵ مرکز استان دیگر، در سال ۸۳، بی مورد بوده است<sup>۱</sup>، یعنی تمامی اقلام دارویی ۸۵٪ الی ۹۳٪ نسخه‌های ارجاع شده به داروخانه‌های مذکور، در داروخانه‌های معمولی در سطح کشور قابل یافت شدن بوده است<sup>۲</sup>، در نتیجه افزایش سطح تولید دارو در کشور، سبب رقابتی‌تر شدن فضای تولید و واردات و توزیع دارو و به‌طور خلاصه افزایش کارایی صنعت و نظام دارویی کشور بود. در سال ۷۶، تنها صادرات دارو حدود ۲/۵ میلیون دلار بود، در حالی که در سال ۸۴ در حدود ۷۰ میلیون دلار دارو از کشور صادر شد.

تأمین عدالت از منظر تسهیل دسترسی عموم مردم به دارو و افزایش کارایی صنایع داروسازی داخلی از طریق اقدامات مذکور، دو نتیجه بسیار مهم و توأمان فرآیند هدفمندسازی یارانه دارو هستند که در سال‌های ۷۶ به بعد انجام شده‌اند. افزایش چشم‌گیر تولید عددی دارو در ایران از رقم  $10^9 \times 13$  عدد در سال ۷۶ به  $10^9 \times 26/25$  عدد در سال ۸۴ و افزایش تعداد پروانه‌های تولید داروهای مختلف در ایران، از رقم ۹۶۰ قلم در سال ۷۶ به رقم بیش از ۲۰۰۰ قلم در سال ۸۴ و همچنین افزایش تعداد اقلام مولکول دارویی (ماده مؤثر دارویی) در ایران از ۷۵۰ قلم در سال ۷۶ به ۱۲۰۰ قلم در سال ۸۴، خود دلایلی قوی برای افزایش توانمندی صنعت داروسازی کشور طی فرآیند مذکورند<sup>۳</sup>. در همین راستا، با توجه به رقابتی‌تر شدن بازار دارویی کشور و با توجه به آمار ذکر شده در پاراگراف بالا درباره با افزایش تولید عددی دارو و افزایش تعداد

۱- منظور از عبارت «بی مورد بودن مراجعات به داروخانه‌های هلال احمر و مشابه آن در ۵ مرکز استان دیگر، این مطلب است که داروهای درخواستی افرادی که به این داروخانه‌ها مراجعه می‌کردند، در داروخانه‌های عادی کشور نیز وجود داشته است.

۲- اظهارات دکتر احمدیانی: معاون سابق دارویی وزیر سابق بهداشت و درمان دوره ۱۳۸۴-۱۳۷۶؛ سال ۸۶.

۳- آمارنامه دارویی معاونت دارویی وزارت بهداشت و درمان سال ۱۳۷۶ و ۱۳۸۴.

پروانه‌های تولید داروهای مختلف در ایران در سال‌های مذکور، می‌توان گفت که شواهد زیادی مبنی بر افزایش کارایی صنعت دارویی ایران طی فرایند هدفمندسازی یارانه دارو از سال ۷۶ الی ۸۴ وجود دارد. البته برای بررسی دقیق‌تر، وضعیت نهاده‌ها نیز می‌بایست مدنظر قرار گیرد. نتیجه بسیار مهم این تحلیل‌ها این است که طی فرایند هدفمندسازی یارانه دارو، عدالت از منظر امکان دسترسی همه اقشار مردم به داروهای مورد نیازشان و کارایی صنعت داروسازی به صورت هم زمان افزایش یافته است. البته لازم به ذکر است که آمارهای بیان شده در بالا به عنوان شواهدی که مؤید افزایش کارایی در صنعت دارو هستند، مطرح شده‌اند و استدلال اصلی در مورد اثبات افزایش کارایی صنعت دارو در بخش‌های بعدی مطرح می‌شود. حرکت در همین مسیر و برنامه‌ریزی و تلاش بیش‌تر در تمامی زمینه‌های مذکور، می‌تواند ضمن حفظ دستاوردهای کنونی، سبب رسیدن به موفقیت‌های هر چه بیش‌تر در عرصه نظام دارویی کشور شود.

#### ۵- بررسی تحلیلی مفهوم عدالت در بخش بهداشت و درمان

##### ۵-۱- بررسی تحلیلی مصادیق عدالت در ارتباط با مقوله دارو

در طول تاریخ جامعه بشری، اندیشمندان و عالمان زیادی درباره مفهوم عدالت و مصادیق آن سخن گفته و کتاب‌ها نوشته‌اند و هر یک در گوشه‌ای از عالم، به مقدار توانایی خود، جنبه جدیدی از این مفهوم وسیع را بررسی کرده‌اند. هر یک از این دانشمندان تلاش کرده‌اند در مطالعات و نظریات خود مصادیق جدید و کاربردی‌تری از مفهوم عدالت را معرفی کنند.

هر یک از این اندیشمندان به سهم خود دانش بشر را از این مفهوم ناب و پیچیده ارتقاء بخشیدند و تحلیل ارزشمند جدیدی از آن را ارائه کردند. آن چه که بر هیچ فرد محقق و منصفی، پوشیده نیست و همه به آن اعتراف دارند، این است که هر یک از مصادیق مفهوم عدالت متعلق به یکی از شرایط و موقعیت‌هایی است که مفهوم عدالت در آن بررسی و مصداق‌یابی می‌شود. هر مصداقی تحت یکی از شرایط خاص می‌تواند صحیح باشد و در این در حالی است که همین مصداق در شرایط و موقعیت دیگر، ممکن است صحیح نباشد. مثلاً هنگامی که به نیازهای اولیه انسان می‌رسیم، به طور حتم مصداق واقعی عدالت و تعبیر صحیح آن، همان مساوات است، به این معنا که همه افراد می‌بایست از نظر تأمین بعضی نیازهای اساسی آن‌ها، شرایط یکسان داشته باشند. مثلاً

همه کودکان در سن ۶ سالگی می‌بایست امکان شرکت در کلاس‌های درس مقطع تحصیلی ابتدایی را داشته باشند و هیچ‌گونه معیار استحقاق و یا شایستگی در این شرایط، نمی‌تواند معرف واقعی مفهوم عدالت باشد. در همین راستا، وقتی به بحث حقوق و دستمزد دریافتی افراد جامعه دقت می‌کنیم، نمی‌توان معیار مساوات را معرف صحیحی برای مفهوم عدالت معرفی کرد و در این شرایط، معیار شایستگی می‌تواند بیان‌کننده و توصیف‌گر خوبی برای مفهوم عدالت باشد. بنابراین، با مثال‌های بالا کاملاً روشن شد که مصداق صحیح برای مفهوم عدالت و تعبیر کارا برای معرفی این مفهوم، بسته به شرایط و موقعیت‌های متفاوتی که این مفهوم در آن‌ها بررسی می‌شود، می‌تواند متفاوت باشد. حال به بررسی و تحلیل مصادیق مختلف مفهوم و عدالت در بخش بهداشت و درمان می‌پردازیم و تلاش می‌کنیم که از این رهگذر، صحیح‌ترین مصداق را برای مفهوم عدالت بیابیم. البته تأکید بر این نکته کاملاً ضروری است که این مطالعه و تحقیق، روی فرآیند هدفمندسازی یارانه دارو و ابعاد مختلف این مقوله متمرکز است. بنابراین، تلاش می‌کنیم که مصداق صحیح مفهوم عدالت را در بخش بهداشت و درمان در ارتباط با مقوله یارانه دارو بررسی می‌کنیم. در همین راستا، می‌توان دو فرایند متفاوت را در نظر گرفت:

#### *فرایند نخست (تخصیص یارانه به صورت یکسان به تمامی داروهای موجود در بازار دارویی کشور)*

در فرایند نخست، عدالت در مقوله یارانه دارو این‌چنین تفسیر می‌شود که یارانه تخصیصی توسط دولت به صورت کاملاً مساوی بین تمامی اقلام دارویی در کشور پخش شود، یعنی از حساس‌ترین اقلام دارویی شبیه داروهای بعضی از بیماران خاص که اگر برای مدت نسبتاً کوتاهی دارو به آن‌ها نرسد، با خطر مرگ مواجه می‌شوند، تا غیرحساس‌ترین داروها (مانند شربت‌های ویتامین)، همگی یارانه دریافت کنند. اکنون گروه زیادی از کارشناسان و صاحب نظران بخش بهداشت و درمان کشور به مضر بودن این‌گونه تفسیر از عدالت در مقوله یارانه دارو اذعان دارند، ولی چون در گذشته گروه بسیاری طرفدار این تفکر بوده‌اند و هم‌اکنون نیز گروهی از آن حمایت می‌کنند، بررسی و تحلیل این تفسیر خاص از عدالت در بخش بهداشت و درمان، مفید به نظر می‌رسد.

اگر یارانه دولت به طور یکسان بین تمامی اقلام دارویی پخش شود، با توجه به حجم محدود آن، کشور قادر به تأمین مالی واردات داروهای مورد نیاز بعضی بیماران خاص از

خارج کشور نخواهد بود. این داروها که حجم آنها محدود است، به علت این که توسط تکنولوژی‌های بسیار بالا و به صورت انحصاری تولید می‌شوند، امکان تولید داخلی آنها هنوز وجود ندارد و به علت انحصاری بودن تولید آنها در جهان توسط چند شرکت داروسازی بین‌المللی، دارای قیمت بسیار بالا می‌باشند. با توجه به محدود بودن بودجه دولت در ارتباط با اختصاص یارانه به داروها و با توجه به این که در فرآیند مذکور یارانه بین همه داروها سرشکن می‌شود، سهم یارانه‌ای که به این داروهای خاص وارداتی تخصیص داده می‌شود بسیار کم است و بنابراین نمی‌توان همه نیازهای دارویی بیماران خاص را تأمین کرد و بسیاری از آنها به علت نرسیدن دارو با خطر مرگ مواجه می‌شوند. فساد مالی زیاد در دستگاه‌های دولتی و در کارخانجات خصوصی دولتی دریافت کننده این یارانه ایجاد می‌شود، که خود به منبع دیگری برای هدر رفتن این یارانه و نرسیدن آن به دست افراد نیازمند، تبدیل می‌شود. در چنین شرایطی کارخانجات دارویی داخلی نیز باید محدود باشند زیرا دولت نمی‌تواند برای حجم تولید بسیار بالا که از طریق ایجاد تعداد زیادی کارخانجات تولیدی، یارانه اختصاص دهد و بنابراین، این نوع تخصیص یارانه به صورت ضمنی بیان‌گر کارخانجات محدود تولیدکننده دارو در کشور نیز هست.

آنچه که در ارتباط با حمایت از فرایند نخست استدلال می‌شود، این است که قیمت تمامی داروهای توزیعی در کشور، باید کاسته شود و این کاهش قیمت از طریق اختصاص یارانه دولتی به آنان انجام گیرد. آنها در این فرایند بر این نکته تأکید می‌کنند که عدالت ایجاد می‌کند همه بیماران که به محصولات دارویی نیازمند هستند، بتوانند برای دریافت دارو از یارانه دولت بهره‌مند شوند، یعنی قیمت تمامی اقلام دارویی می‌بایست توسط یارانه دولتی کاهش یابد و این مستقل از این مطلب است که چه قدر دارو در کشور تولید می‌شود و این داروها ضروری هستند یا نه.

این تعبیر از عدالت به ظاهر تعبیر مساوات و برابری است، یعنی همه بیماران می‌بایست از یارانه دولت در مورد دارو استفاده کنند، ولی وقتی مطلب را دقیق‌تر مورد بررسی قرار دهیم، متوجه می‌شویم که این گونه تعبیر کردن مفهوم عدالت در مورد یارانه دارو، نوعی سفسطه است. اگر برآورده شدن نیاز مردم به درمان بیماری‌هایشان را یک نیاز اساسی بدانیم، آن‌گاه عدالت از منظر مساوات و برابری حکم می‌کند که همه افراد جامعه توانایی برآوردن این نیاز خود را داشته باشند. نیاز به درمان، حق همه افراد جامعه که می‌بایست برآورده شود. در فرایند مذکور، به علت تخصیص یارانه به صورت

گسترده روی تمامی اقلام دارویی، توانایی تأمین داروی بسیاری از بیماران خاص وجود نخواهد داشت و به علت کمبود دارویی با خطر مرگ یا خطر آسیب دیدن دائمی سلامتی‌شان، مواجه خواهند شد. در چنین شرایطی، اگرچه به علت تخصیص یارانه دولتی به تمامی داروها، به ظاهر مساوات رعایت شده است، ولی حجم بسیار محدود تولید و یا واردات داروی مورد نیاز بعضی بیماران خاص، سبب درمان نشدن بیماری آن‌ها شده و عملاً درمان بیماری‌هایشان، متوقف می‌شود، یعنی اساساً در فرآیند مذکور بی‌عدالتی قابل توجهی آن‌هم با تعبیر مساوات و برابری از مفهوم عدالت، انجام گرفته است. بر اساس این تحلیل، فرآیندی که به ظاهر عادلانه می‌نمود، کاملاً ناعادلانه است.

#### *فرآیند دوم (هدفمندسازی یارانه‌های بخش دارویی و حرکت به سمت رقابتی‌تر شدن بازار دارویی کشور)*

حال به فرآیند دیگری که در سال‌های اخیر به سمت آن حرکت شده است، می‌پردازیم. در این فرآیند، بر اساس تعبیر صحیح از مفهوم عدالت، یعنی برابری همه بیماران از نظر داشتن حق درمان شدن بیماری‌هایشان، برنامه‌ریزی‌ها و حرکت‌هایی انجام گرفته است. در این فرآیند، یارانه دارو از روی حجم وسیعی از داروها برداشته می‌شود و تلاش می‌شود تا با پیشرفت و توسعه صنعت داروسازی کشور، حجم تولید داروهای مذکور افزایش یابد. هم‌چنین، در این فرآیند تلاش می‌شود ضمن مقررات زدایی، موجبات تأسیس کارخانجات داروسازی جدید توسط بخش خصوصی، فراهم شده و با فعالیت آن‌ها، فضای صنعت داروسازی به سمت رقابتی‌تر شدن حرکت کند و از این منظر، هدف افزایش حجم تولیدات دارویی در کشور و افزایش کیفیت و کاهش هزینه تولید و قیمت تمام شده آن‌ها، تأمین شود. به‌طور خلاصه می‌توان گفت که تلاش می‌شود از طریق رقابتی‌تر شدن فضای صنایع داروسازی کشور، کارایی بخش صنعت دارو در کشور افزایش یابد، تا از این طریق بتوان داروهای متنوع‌تر و با حجم بیش‌تر و با قیمت نازل‌تر را در اختیار بیماران قرار داد.

در این فرآیند، یارانه دارو، بر اقلام بسیار محدودی از داروها متمرکز می‌شود. بیش‌تر این اقلام، داروهایی هستند که امکان تولید آن‌ها در کشور وجود ندارد و باید از خارج کشور وارد شوند و به علت قیمت بسیار بالای آن‌ها، باید یارانه زیادی صرف خرید آن‌ها شود. بنابراین، علاوه بر این که بیماران غیرخاص می‌توانند اقلام دارویی مورد نیازشان را با قیمت مناسب دریافت کنند (به‌طور مثال قرص فیناسترید، قبل از فرآیند

هدفمندی سازی یارانه دارو، به عنوان یک داروی وارداتی در بازار دارویی کشور عرضه می‌شد. قیمت هر عدد قرص فیناسترید که از کشور هند وارد می‌شد، ۲۵۰ تومان بود، پس از فرایند هدفمندی سازی یارانه‌ها و تقویت نسبی صنعت دارویی کشور، این قرص هم اکنون توسط شرکت‌های داخلی تولید و با قیمت ۴۰ تومان به ازای هر قرص، به بازارهای داخلی عرضه می‌شود. کاربرد این دارو در ارتباط با جلوگیری از ریزش مو است)، دولت این توانایی را خواهد داشت که داروهای مورد نیاز بیماران خاصی که امکان تولیدشان در کشور وجود ندارد را از خارج کشور وارد کند. در این فرآیند، یارانه‌های دولتی برای کاهش قیمت برخی از اقلام دارویی که قیمت تمام شده آن‌ها در کارخانجات داخلی، بالاست، به سازمان‌های بیمه گر پرداخت می‌شود. البته در حال حاضر، کشور در مسیر نیل به این هدف قرار دارد و یارانه‌ها به صورت ارز یارانه‌ای قطع شده اند، یعنی شرکت‌های دولتی یا خصوصی تولید کننده دارو، مواد اولیه خود را به صورت آزاد وارد می‌کنند و آن‌گاه دارو با قیمت آزاد تولید کرده و تحویل شرکت‌های توزیع کننده می‌دهند. دولت به برخی اقلام که قیمت تمام شده آن‌ها بالاست، یارانه‌ای را به شرکت‌های توزیع کننده دارو پرداخت می‌کند، که این شرکت، داروها را با قیمت پایین‌تر به داروخانه‌ها تحویل دهند (که تعداد این داروهای یارانه بگیر بسیار محدود است). این حرکت، نسبت به فرآیند نخست که به آن اشاره شد، بسیار عاقلانه‌تر است ولی تا فرآیند دوم فاصله زیادی دارد. اهداف فرایند دوم وقتی به طور کامل تأمین می‌شود که داروها با قیمت آزاد به داروخانه‌ها تحویل شوند و آن‌گاه بیمارانی که تحت پوشش سراسری بیمه‌ها قرار دارند (یعنی باید قرار داشته باشند)، هنگام خرید دارو، تنها بخش کوچکی از قیمت دارو را پرداخت می‌کنند و سازمان‌ها بیمه‌گر از طریق یارانه پرداختی به ایشان، بقیه قیمت داروها را پرداخت می‌کنند.

در این فرآیند، به علت افزایش قیمت داروهایی که بدون نسخه در داروخانه‌ها و به صورت آزاد فروخته می‌شوند، پدیده قاچاق دارو محدودتر می‌شود و بنابراین یارانه دارو کم‌تر به هدر می‌رود. از سوی دیگر، حجم مراجعه به پزشک‌ها افزایش بیش‌تری می‌یابد و پدیده مصرف غیرمنطقی دارو و خود درمانی کاهش پیدا می‌کند و این خود منبع دیگری برای هدر رفتن یارانه دارو می‌شود.

### **مقایسه فرایند اول و دوم**

در فرآیند نخست، حجم وسیعی از یارانه‌های اختصاصی بدون این که به دست افراد نیازمند برسد، از طریق پدیده‌های مذکور یعنی قاچاق، مصرف غیرمنطقی دارو و

خوددرمانی به هدر می‌رفت و این اتلاف وسیع منابع مالی کشور سبب می‌شد که دولت توانایی تأمین نیازهای دارویی همه مردم کشور را نداشته باشد، ولی در فرآیند دوم، ضمن این که جلوی این اتلاف منابع گرفته می‌شود، افزایش کارایی صنعت دارو سبب تولید بسیاری از داروهای مورد نیاز، در داخل کشور می‌شود و از این طریق روند واردات دارو که موجب بلعیده شدن حجم وسیعی از یارانه‌های دارویی کشور می‌شد، کاهش می‌یابد. در چنین محیطی است که عدالت به معنای واقعی آن تأمین می‌شود، یعنی علاوه بر این که طیف وسیعی از مردم می‌توانند از طریق تولیدات کارخانجات داروسازی داخلی، داروی مورد نیاز خود را با قیمت مناسب تأمین کنند، دولت قدرت مالی خود را روی تأمین داروهایی که امکان تولید داخلی آن‌ها، وجود ندارد، متمرکز می‌کند و بنابراین، به این طریق عدالت، یعنی برآورده شدن نیاز به درمان دارویی بیماری‌های همه افراد جامعه، تأمین می‌شود.

## ۲-۵- بررسی تحلیلی و آماری مخارج دارویی دهک‌های مختلف هزینه‌ای طی

### سال‌های اجرای سیاست‌های مربوط به هدفمندسازی یارانه دارو

در جدول ۱، آمار مربوط به متوسط هزینه‌های سالانه، یک خانوار نمونه در هر یک از دهک‌های هزینه‌ای طی سال‌های ۷۶ الی ۸۲ نشان داده شده است. در جدول ۲، آمار مربوط به متوسط هزینه‌های دارویی یک خانوار نمونه در هر یک از دهک‌های هزینه‌ای طی سال‌های ۷۶ الی ۸۲ آورده شده است. در نهایت در جدول ۳، آمار مربوط به درصد هزینه‌های دارویی یک خانوار نمونه از کل هزینه‌های سالانه آن‌ها در هر یک از دهک‌های هزینه‌ای طی سال‌های ۷۶ الی ۸۲، بیان شده است.

همان‌طور، که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، متوسط هزینه‌های دارویی یک خانوار نمونه در هر یک از دهک‌های هزینه‌ای در سال ۸۲ نسبت به سال ۷۶، رشدی بین ۲۴۵٪ الی ۳۵۸٪ داشته است. کم‌ترین رشد متعلق به دهک هزینه‌ای ششم و بیش‌ترین رشد مربوط به دهک هزینه‌ای اول است. آمار فوق نشانگر این است که متوسط هزینه دارویی خانوار نمونه در همه دهک‌ها بدون استثنا طی سال‌های انجام فرایند هدفمندسازی یارانه دارو، افزایش یافته است. در همین راستا، اگر درصد افزایش هزینه‌های دارویی دهک اول و دهک دهم را مقایسه کنیم، مشاهده می‌کنیم که متوسط هزینه‌های دارویی سالانه دهک اول ۳/۵ برابر شده است، در حالی که همین رقم برای

دهک دهم ۳/۳ برابر است، بنابراین این می‌توان گفت هزینه‌های دارویی سالانه خانوارهای دهک اول نسبت به دهک دهم، به‌طور نامحسوسی افزایش پیدا کرده است، ولی می‌توان گفت که این هزینه‌ها به‌طور نسبی برای دهک اول در مقایسه با دهک دهم طی زمان انجام فرایند هدفمندسازی یارانه دارو طی سال ۷۶ الی ۸۲، افزایش محسوسی نداشته‌اند.

از سوی دیگر، اگر به آمار مربوط به درصد هزینه‌های دارویی از کل هزینه سالانه خانوار نمونه در هر یک از دهک‌های هزینه‌ای که در جدول ۳ آورده شده‌اند، توجه شود، مشاهده می‌شود که این رقم برای دهک اول از ۱/۳۹ در سال ۷۶، به ۲/۲۰ در سال ۸۲ رسیده است، که نشانگر رشد ۵۱ درصدی رقم مذکور است. رشد این نسبت برای دهک دهم هزینه‌ای، ۴۵/۸ درصد بوده است. این رشد برای سال‌های بین ۷۶ الی ۸۲ برای دهک‌های میانی، دارای نوسانات قابل توجهی است. این نوسانات بین ۱۶/۶ درصد در دهک هفتم و ۵۸/۹ در دهک ششم است. این نوسانات شدید می‌توانند ناشی از وقایعی باشند که در سال‌های مذکور، به‌صورت عمده این دهک‌ها را متأثر کرده‌اند، ولی در این تحقیق به آن‌ها اشاره نشده است. البته این نوسانات می‌توانند ناشی از بعضی اشتباهات در جمع‌آوری آمار مربوط به هزینه و درآمد خانوار نیز باشند در جدول ۳، اگر آمار مربوط به درصد افزایش سهم هزینه‌های دارویی مربوط به دهک اول هزینه‌ای را با دهک دهم هزینه‌ای مقایسه کنیم، مشاهده می‌شود که نسبت فوق طی سال‌های ۷۶ الی ۸۲ برای دهک اول، ۵۱ درصد و برای دهک دهم ۴۵/۸ درصد رشد داشته است. بنابراین، سهم هزینه‌های دارویی در دهک اول کمی بیش‌تر از دهک دهم در سال‌های مذکور رشد داشته است. اگر این مقایسه را بین دهک دوم و دهک دهم انجام دهیم، مشاهده می‌کنیم که درصد افزایش سهم هزینه‌های دارویی برای دهک دهم، بیش‌تر از دهک دوم افزایش یافته است. با توجه به این‌که عدالت توزیعی، تعبیری از مفهوم عدالت است که بر مناسب بودن آن برای بررسی مفهوم عدالت در بخش بهداشت و درمان، تأکید کردیم، بنابراین با توجه به آمار جداول ۱ الی ۳، یعنی با مقایسه درصد افزایش سهم هزینه‌های دارویی در دهک نخست و دهک دهم، می‌توان گفت که وضعیت عدالت توزیعی طی فرایند هدفمندسازی یارانه دارو، به‌طور نامحسوسی بدتر شده است، ولی به‌طور محسوس، این وضعیت از نظر عدالت توزیعی، با وضعیت نسبی دهک‌های مختلف، قبل از انجام فرایند مذکور، تفاوتی نکرده است.



بنابر این طی فرایند هدفمندسازی یارانه دارو طی سال‌های ۷۶ الی ۸۴ با وجود افزایش کارایی بخش صنعت دارو، وضعیت عدالت توزیعی از نقطه نظر توزیع برابر فشارهای هزینه‌ای ناشی از فرایند مذکور بر دهک‌های مختلف هزینه‌ای (درآمدی)، تغییر محسوسی نکرده و ثابت مانده است.

## ۶- بررسی تحلیلی مفهوم کارایی در صنعت دارویی ایران

### ۱-۶- بهینگی پرتو و کارایی صنعت داروسازی کشور

در زمینه کارایی در ادبیات اقتصاد خرد متعارف جهان، نظریه بهینه پرتو، همواره یکی از مطرح‌ترین مفاهیم و معیارها برای سنجش کارایی نهادها و وضعیت‌های مختلف اقتصادی بوده است. حال به بررسی این مفهوم در صنعت داروسازی می‌پردازیم و سعی می‌کنیم با استفاده از آن، کارایی صنعت داروسازی ایران و تغییرات آن را طی تحولات هشت سال اخیر تحلیل و بررسی کنیم.

بهینه پرتو به شرایطی گفته می‌شود که هنگام تولید چند محصول، با توجه به منابع محدود، نتوان توزیع جدیدی از نهادها را برای تولید محصولات مذکور به کار برد، به طوری که تولید هیچ کالایی کاهش نیابد و حداقل تولید یک کالا افزایش یابد. هرگاه بتوان با تخصیص جدیدی از نهادهای تولیدی محدود، سطح تولید کل مجموعه تولیدی مورد نظر را به طریق فوق افزایش داد، تخصیص اولیه و فرآیند تولیدی نخست بهینه پرتو نبوده است و اگر در شرایط جدید، دیگر نتوان چنین تخصیص جدیدی را انجام داد، آن‌گاه شرایط کنونی بهینه پرتو خواهد بود.

در صنعت داروسازی ایران و طی تحولات ویژه‌ای که در سال‌های اخیر در آن انجام گرفته است، می‌توان تغییرات کارایی صنعت مذکور را با توجه به مفهوم بهینه پرتو بررسی و تحلیل کرد. در همین راستا، می‌توان صنعت داروسازی را به صورت مجموعه‌ای متشکل از تعدادی از کارخانجات تولیدی داخلی دانست که به طور عمده با وارد کردن مواد اولیه مورد نیاز خود اقدام به تولید دارو در کشور می‌کنند. در این میان، تعدادی شرکت تولیدکننده مواد اولیه در کشور نیز وجود دارند، که مجموعه تولید آن‌ها بخشی از نیاز مواد اولیه صنعت داروسازی کشور را تأمین می‌کند.

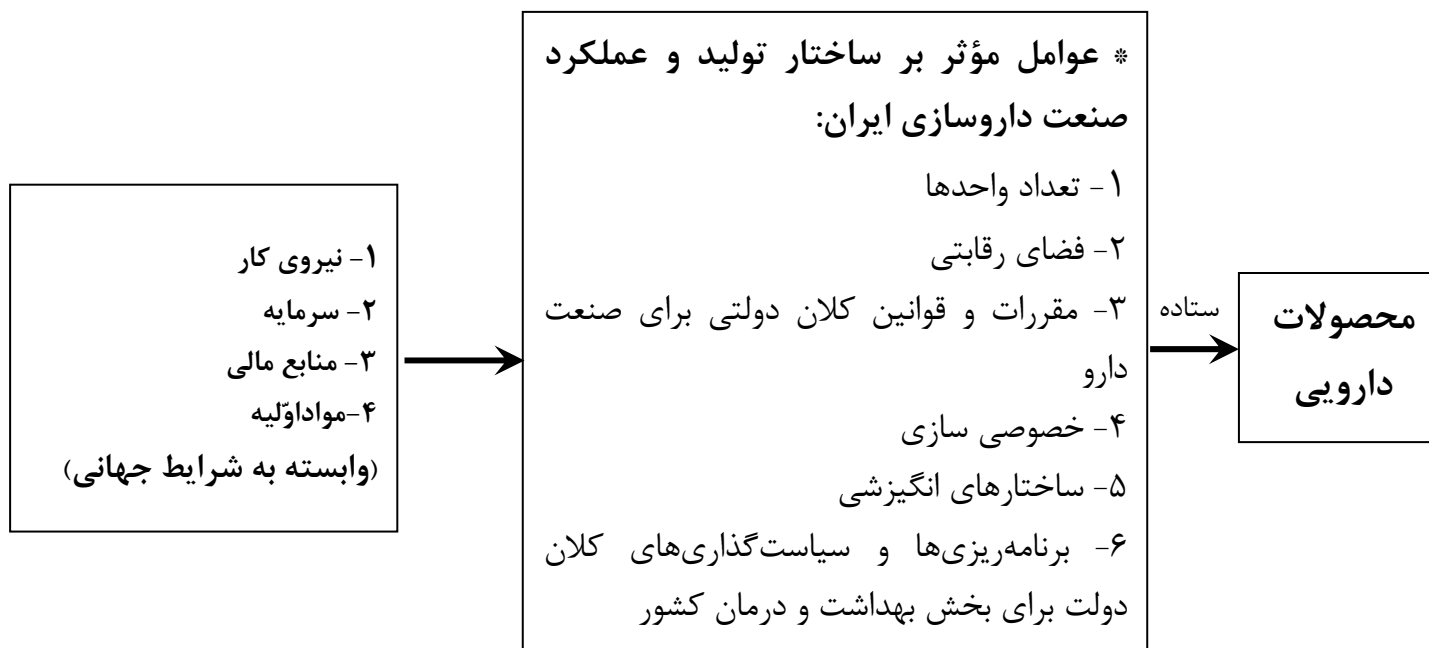
اگر عملکرد صنعت داروسازی ایران را به دقت بررسی کنیم، می‌توانیم عوامل محدودی را به عنوان عوامل تأثیرگذار بر این عملکرد معرفی کنیم. همان طور که در نمودار ۱ نشان داده شده است، عملکرد صنعت داروسازی کشور تابعی از تعداد

واحدهای صنعتی یا تعداد شرکت‌های داروسازی فعال در این صنعت است. هر چه این تعداد بیش‌تر باشد، صنعت داروسازی کشور، عملکرد رقابتی‌تر از خود نشان می‌دهد. البته تعداد شرکت‌های سازنده دارو نمی‌تواند به تنهایی معرف رقابتی‌تر شدن فضای صنعت دارویی کشور باشد، بلکه سهم هر کدام از این شرکت‌ها از بازار، بسیار مهم است. نوع مقررات حاکم بر صنعت دارو که توسط دولت وضع می‌شود، از دیگر عوامل تأثیرگذار بر عملکرد صنعت داروسازی در ایران است. حضور بخش خصوصی در این صنعت، بر عملکرد آن به ویژه در کشورهایی که حجم زیادی از صنایع‌شان دولتی است، تأثیر دارد. نوع مدیریت مدیران صنایع داروسازی و ساختارهای انگیزشی آن‌ها بر عملکرد صنعت دارو تأثیرگذار است. عوامل مؤثر در عملکرد صنعت داروسازی که در نمودار ۱ ترسیم شده، همان بخش از صنایع داروسازی است که طی سال‌های اخیر تحولات بسیار زیادی در اجزایی آن انجام شده است. آن‌چه به‌عنوان داده، وارد جعبه عملکرد صنایع داروسازی می‌شود، نیروی کار و سرمایه و مواد اولیه صنعت داروسازی است، که مورد آخر به میزان بسیار زیادی تحت تأثیر شرایط جهانی است. در سال‌های اخیر، یعنی از سال ۷۶ تا کنون، بخش ستاده در صنعت دارو دچار تحول چشم‌گیری شده و به شدت افزایش یافته است. تولید دارو در سال ۷۶ به میزان ۱۳ میلیارد عدد بوده، در صورتی که این رقم در سال ۸۴ به ۲۵.۲۶ میلیارد عدد رسیده است این تولید بیش‌تر و بهبود در عملکرد صنعت داروسازی کشور، منتج از عوامل مختلفی است. مقررات‌زدایی و تسهیل عملکرد شرکت‌های داروسازی داخلی، اجازه ورود بخش خصوصی و سرمایه‌گذاری و تأسیس شرکت‌های جدید داروسازی خصوصی که به معنی غیردولتی‌تر شدن صنعت داروسازی کشور است، افزایش تعداد شرکت‌های تولیدکننده دارو در کشور که به معنی رقابتی‌تر شدن فضای صنعت داروسازی در کشور می‌باشد، اجرای سیاست‌هایی در جهت ایجاد انگیزه برای شرکت‌های داروسازی داخلی برای افزایش حجم تولید و ارتقاء کیفیت و بهبود عملکرد کارخانه‌هایشان که این سیاست سبب شده در مدیریت صنایع داروسازی تحولاتی ایجاد شود و مدیران از یک فضای دستوری و دولتی وارد یک فضای رقابتی شوند، همگی جزء عواملی هستند که موجب ارتقای عملکرد صنعت داروسازی کشور و افزایش کارایی در صنعت مذکور شده‌اند.

اجازه تولید داروهای برند - ژنریک و حتی الزام شرکت‌های تولیدکننده داروهای ژنریک به تولید داروهای برند - ژنریک، سبب شده است که هر شرکت داروسازی در صورت کاهش کیفیت محصولاتش دچار مشکل شده و بازار خود را از دست بدهد و

بنابراین خود این تحول، افزایش تلاش شرکت‌های داروسازی برای بهبود کیفیت داروهایشان و افزایش سهم شرکت خود از بازار دارویی کشور و حتی تلاش برای صادرات محصولات دارویی خود به خارج کشور، را موجب شده است. صادرات دارویی ایران در سال ۷۶، ۲/۵ میلیون دلار بوده است که در سال ۸۴ به حدود ۷۰ میلیون دلار رسید است که این خود بیان‌گر افزایش تولید و بهبود کیفیت تولیدات صنعت داروسازی کشور، بر اثر ارتقای کارایی عملکرد صنعت مذکور است.

ساختار تولید در صنعت داروسازی ایران



نمودار ۱ - ساختار تکنیکی و اقتصادی صنعت داروسازی ایران

## ۲-۶- بررسی تحولات مربوط به ساختار بازار دارویی ایران طی سال‌های ۷۶

## الی ۸۵

همان‌طور که در قسمت قبل بیان شده، فضای بازار دارو در کشور از یک فضای انحصاری به سمت فضای رقابتی‌تر در سال‌های اخیر حرکت کرده است. فعالیت تعداد بیش‌تری از کارخانجات تولیدکننده دارو در کشور و بیش‌تر بخش خصوصی در صنعت داروسازی از طریق تأسیس شرکت‌های جدید تولیدکننده دارو، خود نشانگر رقابتی‌تر شدن صنعت دارو، در ایران است.

در چنین شرایطی، گروهی با توجه به ویژگی‌های بازارهای رقابتی، بیان می‌کنند که کالای عرضه شده در این بازارها می‌بایست همگن باشد، تا رقابت بین این بنگاه‌های اقتصادی تشدید و دارو می‌بایست به‌صورت ژنریک و نه به‌صورت برند - ژنریک<sup>۱</sup> تولید شود. این استدلال از سوی اکثر صاحب نظران در صنعت داروسازی رد می‌شود، زیرا صنایع داروسازی از جمله صناعی هستند که نوآوری در آن‌ها بسیار بزرگ است. در سطح جهانی، منافع حاصل از هزینه‌های تحقیق و توسعه و اکتشاف داروهای جدیدتر و مؤثرتر در درمان بیماری‌های مختلف است که صنایع بین‌الملل را سودآور و قدرتمند در بازارهای جهانی نگه می‌دارد و به آن‌ها اجازه می‌دهد تا مدت‌های طولانی در بازار جهانی دارو به حیات خود ادامه دهند.

از سوی دیگر اگر به وضعیت داروهای ژنریک دقت کنیم، متوجه می‌شویم که تولید داروهای ژنریک آن هم به‌صورت ژنریک عام می‌تواند سبب کاهش توانایی شناسایی شرکت تولیدکننده محصولات دارویی توسط بیماران و پزشکان شود. پزشکان تنها نام ژنریک دارو را در نسخه می‌نویسند و صاحبان داروخانه‌ها نیز صرف نظر از کیفیت متفاوت داروهای تولید شده در شرکت‌های مختلف داروسازی، داروی هر شرکت داروسازی را که داشته باشند به مشتریان می‌دهند و بنابراین کیفیت محصولات تولیدی کارخانجات داخلی در سهم آن‌ها از بازار دارویی کشور بسیار کم اهمیت می‌شود.

۱- اگر به ابتدا یا انتهای نام علمی یا ژنریک یک دارو، عبارتی اضافه شود که نشان‌دهنده داروی ژنریک تولید شده توسط یک شرکت داروسازی خاص باشد و این دارو را از داروهای مشابه ژنریک تولید شده توسط شرکت‌های داروسازی دیگر مجزا کند، آن‌گاه به این نوع نام‌گذاری، نام‌گذاری برند - ژنریک یا ژنریک خاص گویند. در مواردی، یک دارو علاوه بر دارا بودن نام ژنریک یا علمی، یک نام تجاری مخصوص به‌خود دارد، که نشان‌دهنده داروی ژنریک تولید شده توسط یک شرکت خاص است. این نوع نام‌گذاری نیز، نام‌گذاری برند - ژنریک محسوب می‌شود.

طرفداران تولید دارو به صورت ژنریک به یک نکته بسیار مهم در زمینه ویژگی‌های بازارهای رقابت کامل توجه ندارند و آن این که در بازارهای رقابتی، مصرف‌کنندگان و تولیدکنندگان دارای اطلاعات کامل هستند، یعنی مصرف‌کنندگان ویژگی‌های تمامی محصولات مشابه موجود در بازار و شرکت‌های سازنده آن‌ها را می‌دانند و عدم تقارن اطلاعاتی بین مصرف‌کنندگان و تولیدکنندگان وجود ندارد. در بازار دارو آن هم بازاری که داروها به صورت ژنریک عام تولید می‌شوند، به علت آگاه نبودن اکثر مردم در زمینه دارو و همچنین آشکار نبودن کیفیت داروهای تولید شده توسط شرکت داروسازی داخلی برای مردم و از همه مهم‌تر، مشخص نبودن نام شرکت‌های تولیدکننده دارو در نام ژنریک داروها، یک عدم تقارن اطلاعاتی شدیدی بین مصرف‌کنندگان دارو در بازار و عرضه‌کنندگان داروها، پدید می‌آید و این موضوع به معنای نقض یکی از فروض اساسی بازارهای رقابتی است. یعنی حرکت به سوی تولید داروهای ژنریک اگرچه در ظاهر تأمین‌کننده یکی از ویژگی‌های بازارهای رقابتی است، ولی در عمل سبب نقض یکی دیگر از ویژگی‌های بازارهای رقابتی می‌شود و البته این وضعیت از ویژگی‌های بسیار مهم بازارهای دارویی جهان و همچنین بازار دارویی ایران است.

با توجه به جدول ۵، مشاهده می‌شود که ۵ شرکت داروسازی داخلی حدود ۳۰ درصد و ۱۳ شرکت داروسازی داخلی ۵۰ درصد بازار دارویی کشور را در اختیار دارند، بنابراین، می‌توان گفت که بازار دارویی ایران در حال حاضر غیرانحصاری است ولی به طور قطع نمی‌توان گفت که بازار دارویی ایران به صورت رقابت انحصاری یا رقابت کامل درآمده است. در شرایط کنونی، بعضی از شرکت‌های داروسازی، داروهای خود را به صورت ژنریک عام به بازار دارویی عرضه کرده و بعضی دیگر داروهای خود را به صورت برند-ژنریک تولید و عرضه می‌کنند. برداشته شدن اجبار عرضه دارو توسط شرکت‌های داروسازی به صورت برند-ژنریک در زمستان سال ۸۴، بر پیچیده‌تر شدن شرایط بازار دارویی ایران افزوده است. فرایند هدفمندسازی یارانه دارو و تقویت صنعت دارویی کشور که به طور مشخص از سال ۷۶ آغاز شد، وضعیت بازار دارویی کشور را از یک وضعیت انحصاری به سمت شرایط غیرانحصاری سوق داد.

بر اساس سهم فروش ریالی شرکت‌های داروسازی داخلی، از کل بازار دارویی کشور که آمار آن در جداول ۴ و ۵ آورده شده است<sup>۱</sup>، مشاهده می‌شود که شاخص هرفیندال در سال ۸۵، نسبت به سال ۷۹ کاهش یافته است و از عدد ۰/۰۳۸ در سال ۷۹، به عدد ۰/۰۳۶ در سال ۸۵ رسیده است و بنابراین می‌توان گفت که بازار دارویی ایران در سال ۸۵، نسبت به سال ۷۹ رقابتی‌تر شده است، که این رقابتی‌تر شدن طبق تئوری‌های اقتصاد خرد به معنای افزایش کارایی صنعت دارویی کشور است. افزایش حجم تولید دارو در سال ۸۵ نسبت به سال ۷۶، یکی از نتایج مشهود و مورد انتظار این تغییر ساختار و رقابتی‌تر شدن بازار دارویی کشور است. طبق تئوری‌های اقتصاد خرد، انتظار داریم که هر چه ساختار بازار یک محصول رقابتی‌تر شود، حجم تولید آن محصول در کل بازار افزایش پیدا کند، که با مراجعه به جداول ۴ و ۵ می‌توان مشاهده کرد که فروش ریالی دارو در بازار دارویی ایران در طی سال‌های مذکور افزایش چشم‌گیری داشته است.

نکته دیگری که در این جا می‌بایست بدان اشاره کرد، اینست که این بازار در حال حاضر نه دارای ویژگی‌های بازار رقابت انحصاری و نه بازار رقابت کامل است. در شرایط کنونی، به نظر می‌رسد که بهترین گزینه برای بازار دارویی ایران، یک بازار رقابت انحصاری است، که این امر می‌بایست از طریق وضع قوانین شفاف و اجرای قاطعانه آن‌ها درباره ملزم کردن تمامی شرکت‌های داروسازی داخلی به تولید و عرضه داروهایشان به صورت برند-ژنریک، انجام پذیرد. بازار رقابت انحصاری دارای یک تفاوت مهم با بازار رقابت کامل است و آن این‌که با وجود متعدد بودن تعداد عرضه کنندگان محصول در آن، محصولات عرضه شده دارای تشابه کامل نیستند و از هم متمایزند و این همان بازاری است که بازار دارویی ایران برای رشد و توسعه خود می‌بایست به سمت آن حرکت کند. حرکت دادن کورکورانه بازار دارویی کشور به سمت بازار رقابت کامل آن هم از طریق استقرار نظام ژنریک عام، می‌تواند سبب عدم کارایی شدید و حتی فروپاشی بازار دارویی کشور و متعاقب آن تحویل ضربات بسیار سنگین به صنعت داروسازی کشور شود، که باید به صورت جدی از آن اجتناب شود.

مطلب دیگری که در این جا می‌بایست به آن اشاره شود، تغییرات کارایی صنعت دارویی کشور در شرایط بازاری متفاوت است. همان طور که تئوری‌های اقتصادی بیان

۱- آمار مذکور از آمارنامه دارویی معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت و درمان مربوط به سال‌های ۷۹ و ۸۵ استخراج شده است.

می‌کنند، کارآیی اجتماعی در بازارهای رقابتی به حداکثر می‌رسد و در بازارهای انحصاری این کارآیی اجتماعی به شدت کاهش می‌یابد. بنابراین، نفس حرکت دادن بازار دارویی کشور از شرایط انحصاری به یک وضعیت رقابتی‌تر، می‌تواند سبب افزایش کارآیی این بازار و صنعت دارویی کشور شود. نکته‌ای که در این جا باید بدان توجه کرد، این است که از نقطه نظر تئوریک (تئوری محض) کارایی در بازار رقابت کامل بیش‌تر از کارایی در بازار رقابت انحصاری است. ولی به‌علت مشکلات ساختاری‌ای که ذکر شد (عدم تقارن اطلاعات و...)، بازار رقابت کامل در مورد مقوله دارو نمی‌تواند کارایی خود را داشته باشد. در حقیقت اگر بازار دارویی کشور از طریق برقراری نظام ژنریک عام به سمت یک بازار رقابت کامل سوق داده شود، به‌علت نقض بسیاری از ویژگی‌های ذاتی بازار رقابت کامل، علاوه بر این‌که بازار دارویی کشور به یک بازار رقابت کامل تبدیل نمی‌شود، تغییر ساختاری مذکور ممکن است که به آشفتگی و فرو پاشی بازار دارویی ایران منجر شود بنابراین به‌شدت توصیه می‌شود که با برقراری نظام ژنریک خاص یا برند ژنریک، بازار دارویی کشور به سمت یک بازار رقابت انحصاری سوق داده شود. در چنین شرایطی کارایی صنعت دارویی کشور به‌علت ایجاد رقابت بین شرکت داروسازی برای افزایش تولید عددی و افزایش کیفیت محصولات دارویی و در نهایت تصاحب سهم بیش‌تری از بازار، افزایش پیدا می‌کند و این در حالی است که چنین نتایجی هرگز در صورت برقراری نظام ژنریک عام پدید نمی‌آید.

## ۷- نتیجه‌گیری

با توجه به تحلیل‌های انجام گرفته در بخش‌های مختلف این مقاله، می‌توان به این جمع‌بندی و نتیجه‌گیری کلی دست یافت که طی فرایند هدفمندسازی یارانه دارو طی سال‌های ۷۶ الی ۸۲، کارایی بخش صنعت دارو افزایش یافته است. این افزایش کارایی به دلیل رقابتی‌تر شدن بازار دارویی ایران است، که این رقابتی‌تر شدن ساختار بازار دارویی ایران با محاسبه شاخص هرفیندال بر اساس آمار مربوط به سهم بازاری شرکت‌های تولید کننده دارو در سال‌های ۷۹ و ۸۵، کاملاً قابل مشاهده است. میزان افزایش تولید عددی محصولات دارویی صنعت داروسازی ایران و افزایش تعداد پروانه‌های تولید دارو و هم‌چنین افزایش مولکول‌های دارویی یا ماده‌های مؤثر دارویی، طی سال‌های ۷۶ الی ۸۲ (افزایش چشم‌گیر تولید عددی دارو در ایران از رقم  $10^9 \times 13$



عدد در سال ۷۶ به  $10^9 \times 26/25$  عدد در سال ۸۴ و افزایش تعداد پروانه‌های تولید داروهای مختلف در ایران، از رقم ۹۶۰ قلم در سال ۷۶، به رقم بیش از ۲۰۰۰ قلم در سال ۸۴ و همچنین افزایش تعداد اقلام مولکول دارویی (ماده مؤثر دارویی) در ایران، از ۷۵۰ قلم در سال ۷۶، به ۱۲۰۰ قلم در سال ۸۴) از نتایج رقابتی تر شدن بازار دارویی ایران و افزایش کارایی در آن می‌باشد.

در همین راستا، طبق تحلیل‌های انجام گرفته در بخش پنجم، فشار هزینه‌ای که به دهک‌های مختلف هزینه‌ای طی فرایند مذکور وارد شده است، وضعیت عدالت توزیعی را به‌طور محسوس تغییر نداده و تنها به‌طور نامحسوس کمی بدتر شده است. بنابر این طی فرایند هدفمندسازی یارانه دارو طی سال‌های ۷۶ الی ۸۴، با وجود افزایش کارایی بخش صنعت دارو، وضعیت عدالت توزیعی از نقطه‌نظر توزیع برابر فشارهای هزینه‌ای ناشی از فرایند مذکور بر دهک‌های مختلف هزینه‌ای (درآمدی)، تغییر محسوسی نکرده و ثابت مانده است.

## ۸- پیشنهادهای سیاستی

- ۱- تقویت صنایع دارویی داخلی از طریق مقررات زدایی به‌منظور حضور فعال بخش خصوصی در این بخش و ایجاد یک فضای رقابتی تر بین شرکت‌های فعال دارویی کشور در چهار حوزه تولید، واردات، توزیع و خرده فروشی.
- ۲- عرضه دارو در داروخانه‌ها با قیمت بازار.
- ۳- تحت پوشش قرار گرفتن تمامی مردم کشور توسط بیمه‌های درمانی سرپایی و بیمه‌های مکمل.
- ۴- واردات داروهای مورد نیاز کشور که امکان تولید داخلی آن‌ها وجود ندارد، آن هم پس از انجام تحلیل‌های دقیق هزینه، اثر بخشی برای انتخاب داروهای وارداتی.
- ۵- تدوین یک برنامه میان مدت (به‌طور مثال ده ساله) برای آماده سازی صنایع داروسازی داخلی برای پیوستن به بازارهای جهانی و رقابت با شرکت‌های بزرگ داروسازی جهان
- ۶- قیمت‌گذاری واقع بینانه و کارشناسانه اقلام مختلف دارویی به شکلی که هیچ‌یک از داروهای مورد نیاز کشور برای صنایع داخلی، زیان‌آور نباشد.

۷- تشویق سازمان‌های بیمه‌گر برای انجام تحلیل‌های هزینه - اثر بخشی برای تحت پوشش قرار دادن داروها.

۸- سرمایه‌گذاری دولتی برای تولید داروهایی که مورد نیاز کشور هستند و به‌علت هزینه‌های بالای دست‌یابی به تکنولوژی تولید آن‌ها، برای بخش خصوصی سود آور نیست.

### فهرست منابع

- ۱- آصف‌زاده، سعید؛ ۱۳۷۱؛ "اقتصاد بهداشت"؛ نشر دانش آموز.
- ۲- "اصلاحات نظام سلامت: تأمین مالی و نظام‌های پرداخت"؛ ماهنامه توسعه سلامت؛ سازمان مدیریت و وزارت بهداشت؛ شماره ۳۳؛ ۱۳۸۴.
- ۳- "اصلاحات نظام سلامت: وضع مقررات و نظارت"؛ ماهنامه توسعه سلامت؛ سازمان مدیریت و وزارت بهداشت؛ شماره ۳۳؛ ۱۳۸۴.
- ۴- "اقتصاد بهداشت برای کشورهای در حال توسعه"؛ مؤسسه عالی آموزش و پرورش و مدیریت و برنامه‌ریزی؛ ۱۳۸۳.
- ۵- "آمارنامه دارویی ایران"؛ معاونت دارویی وزارت بهداشت و درمان؛ سال‌های ۱۳۷۶ الی ۱۳۸۵.
- ۶- "آمارنامه هزینه و درآمد خانوارهای شهری و روستایی"؛ مرکز آمار ایران؛ سال‌های ۱۳۷۹ الی ۱۳۸۳.
- ۷- چارلزلی؛ ۱۳۷۶؛ "اقتصاد بهداشت"؛ نشر اقتصاد نو.
- ۸- حسین عیوضلو؛ ۱۳۸۴؛ "عدالت و کارایی"؛ انتشارات امام صادق.
- ۹- "عنوان گزارش: یارانه دارو"؛ دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی؛ ۱۳۸۵.
- ۱۰- فهیمی، عبدرضا؛ ۱۳۷۱؛ "عنوان پایان‌نامه: برآورد تقاضای خدمات درمانی در ایران"؛ استاد راهنما: دکتر عبادی؛ دانشگاه تهران.
- ۱۱- "مبانی نظری عدالت اجتماعی"؛ مدیریت بهره‌وری بنیاد مستضعفان و جانبازان؛ ۱۳۷۵.

۱۲- منتصری، علی؛ شه‌میرزادی، محمد علی؛ پیش‌گر، میترا؛ قاسمی، محمد رضا؛ ۱۳۸۲؛ "قیمت‌گذاری در صنعت داروسازی ایران، مشکلات و آسیب‌ها"؛ شرکت داروسازی جابرین حیان.

۱۳- "نظام دارویی کشور تهدیدها و آسیب‌ها"؛ مؤسسه تدبیر اقتصادی؛ ۱۳۸۲.

- 14- Abraham J; 2002 "Making regulation responsive to interests: streamlining drug industry watch dogs"; BJM, November 16; 325: 1164 – 9.
- 15- Abraham J; 2002; "The pharmaceutical industry as political player "; Lancet november 9, 360: 1498 – 502.
- 16- Acton J.P, 1975 "non monetary factor in the demand for medical services", Journal of Political Economy.
- 17- Arrow K.J, 1963 "uncertainty and the welfare economics of medical care", journal of American Economic Review.
- 18- Cady J.F, 1976 "an estimate of the price effect of restrictions on drug price advertising", Journal of Economic Inquiry.
- 19- Charles Phelps; 2003 "Health Economics (3rd edition)".
- 20- Coffey R.M, 1986 "the effect of time price on the demand for medical services", Journal of Human Research.
- 21- Di masi ja , et al; 2003 "The price of innovation: new estimate of drug development cost"; journal of health Economics; 22; 151-85.
- 22- Henderson and Quant; 1980 "Microeconomic: a mathematical approach"; Mac Grow Hill.
- 23- Laryrd, R and Walters , R; 1978 "Microeconomics Theory"; Mac Grow Hill.
- 24- Moyniham R. et al; 2002 "Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering"; BMJ, April 13; 324: 886 -91.

جدول ۱ - آمار متوسط هزینه‌های سالانه یک خانوار نمونه در هر یک از دهک‌های هزینه‌ای

دهک	دهک ۱	دهک ۲	دهک ۳	دهک ۴	دهک ۵	دهک ۶	دهک ۷	دهک ۸	دهک ۹	دهک ۱۰	دهک / سال
۷۶	۲۸۸۵۳۲۲	۵۱۲۰۵۲۷	۶۷۰۱۳۷۳	۸۱۸۲۸۹۸	۹۶۸۹۳۰۵	۱۱۴۰۶۵۴۵	۱۳۴۰۷۶۲۴	۱۶۲۶۷۱۹۴	۲۱۰۱۷۱۹۷	۳۸۶۵۹۷۷۶	
۷۷	۲۵۵۱۳۸۷	۲۹۱۴۸۷۲	۸۲۸۰۲۰۵	۱۰۱۲۲۵۲۵	۱۲۰۰۳۴۹۵	۱۴۲۰۷۳۲۲	۱۷۰۹۱۵۵۷	۲۰۶۶۸۷۰۵	۲۶۸۶۰۹۴۷	۴۷۲۵۶۸۱۷	
۷۸	۴۳۲۹۵۶۵	۶۸۴۸۱۲۴	۹۹۱۰۹۱۹	۱۲۰۶۱۱۹۱	۱۴۲۸۳۷۸۳	۱۶۸۳۷۱۵۱	۲۰۳۶۷۸۹۹	۲۴۲۲۷۰۹۸	۳۱۶۶۴۴۵۵	۵۷۵۶۳۸۰۵	
۷۹	۴۸۷۳۴۶۴	۸۵۴۰۶۴۷	۱۱۵۳۵۲۳۴	۱۳۸۰۱۰۴۶	۱۶۱۳۹۸۳۳	۱۸۸۸۸۳۲۳	۲۲۷۸۳۴۳۰	۲۷۵۳۸۵۷۴	۳۶۱۴۲۰۷۹	۶۹۰۵۸۵۴۸	
۸۰	۴۴۱۷۲۷۲	۹۸۲۶۶۴۳	۱۲۹۰۸۱۶۵	۱۵۸۵۱۷۷۷	۱۸۹۸۰۲۱۵	۱۹۴۱۰۹۶۱	۲۳۲۹۱۳۷۴	۲۸۲۵۸۴۴۲	۳۶۶۶۳۱۲۳	۶۸۶۱۲۲۰۳	
۸۱	۶۴۷۲۱۸۶	۱۲۳۳۰۴۲۳	۱۶۱۶۵۵۴۷	۱۳۷۰۷۹۴۱	۲۳۳۶۵۳۵۶	۲۷۶۳۷۴۲۸	۳۲۷۴۳۵۲۶	۴۰۰۶۹۱۱۴	۵۲۴۴۹۳۴۱	۱۰۰۵۱۶۸۴۴	
۸۲	۸۳۷۳۵۳	۱۶۰۰۳۰۸۲	۲۰۳۰۴۱۶۳	۲۴۲۶۸۶۵۳	۲۸۶۶۵۹۴۹	۲۴۹۴۳۸۸۱	۴۰۸۰۰۳۴۲	۴۹۴۵۳۹۱۲	۶۳۶۷۴۵۸۲	۱۱۵۲۵۶۴۵۵	

منبع: مرکز آمار ایران

جدول ۲ - آمار متوسط هزینه‌های دارویی یک خانوار نمونه در هر یک از دهک‌های هزینه‌ای طی سال‌های ۷۶ الی ۸۲

دهک	دهک	دهک	دهک	دهک	دهک	دهک	دهک	دهک	دهک	دهک	دهک / سال
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		۷۶
۱۸۶۴۸۸	۱۲۵۷۶۷	۱۱۵۲۶۲	۹۷۵۴۷	۸۹۴۲۹	۷۵۵۳۷	۷۴۰۲۴	۶۵۶۰۱	۵۷۴۳۰	۴۰۲۴۸		۷۷
۳۰۳۱۰۷	۱۹۸۴۳۷	۱۲۹۱۹۱	۱۲۷۵۵۳	۱۱۴۹۱۶	۹۳۸۲۶	۹۷۹۷۴	۷۹۴۷۱	۶۵۶۸۸	۴۹۷۰۹		۷۸
۳۰۶۳۸۵	۲۰۹۸۷۱	۱۵۸۲۳۰	۱۸۴۲۵۵	۱۳۹۵۴۹	۱۴۳۸۱۳	۱۲۶۲۸۵	۹۸۹۹۷	۸۷۶۴۰	۶۱۵۶۰		۷۹
۴۴۳۴۴۸	۲۵۹۳۹۷	۲۲۸۴۱۵	۲۲۴۷۰۹	۱۹۲۰۶۴	۱۶۰۶۵۸	۱۴۹۶۲۴	۱۴۴۹۸۴	۱۱۷۸۰۰	۷۳۹۹۷		۸۰
۵۹۷۱۹۸	۳۶۴۸۳۹	۲۵۸۱۸۱	۲۲۸۰۴۳	۲۲۵۷۵۴	۲۱۸۵۹۳	۱۸۳۷۸۳	۱۴۹۲۸۱	۱۳۶۴۳۵	۱۰۰۳۶۶		۸۱
۸۰۸۰۹۲	۵۴۸۵۸۹	۵۰۴۳۱۲	۳۴۵۴۴۱	۳۰۹۴۲۰	۳۱۷۲۸۴	۲۷۰۹۵۵	۲۵۶۰۲۴	۲۴۱۷۵۸	۱۸۴۳۸۵		۸۲
۸۰۸۰۹۲	۵۴۸۵۸۹	۵۰۴۳۱۲	۳۴۵۴۴۱	۳۰۹۴۲۰	۳۱۷۲۸۴	۲۷۰۹۵۵	۲۵۶۰۲۴	۲۴۱۷۵۸	۱۸۴۳۸۵		درصد افزایش هزینه‌های دارویی
۳۳۳٪	۳۳۶٪	۳۴۵٪	۲۵۴٪	۲۴۵٪	۳۲۰٪	۲۷۳٪	۲۹۰٪	۳۲۰٪	۳۵۸٪		

منبع: مرکز آمار ایران

جدول ۳ - آمار درصد هزینه‌های دارویی خانوار نمونه از کل هزینه‌های سالانه آن‌ها طی سال‌های ۷۶ الی ۸۲

سال	دهک	دهک ۱	دهک ۲	دهک ۳	دهک ۴	دهک ۵	دهک ۶	دهک ۷	دهک ۸	دهک ۹	دهک ۱۰
۷۶	۱/۳۹	۱/۱۲	۰/۹۷	۰/۹۰	۰/۷۷	۰/۷۸	۰/۷۲	۰/۷۰	۰/۵۹	۰/۴۸	
۷۷	۱/۹۴	۲/۲۵	۰/۹۵	۰/۹۶	۰/۷۸	۰/۸۰	۰/۷۴	۰/۶۲	۰/۷۳	۰/۶۴	
۷۸	۱/۴۲	۱/۲۷	۰/۹۹	۱/۰۴	۱/۰۲	۰/۸۲	۰/۹۰	۰/۶۵	۰/۶۶	۰/۵۳	
۷۹	۱/۵۱	۱/۳۷	۱/۲۵	۱/۰۸	۰/۹۹	۱/۰۱	۰/۹۸	۰/۸۲	۰/۷۱	۰/۶۴	
۸۰	۲/۲۷	۱/۳۸	۱/۱۵	۱/۱۵	۱/۱۵	۱/۱۶	۰/۹۷	۰/۹۱	۰/۹۹	۰/۸۷	
۸۱	۲/۱۴	۱/۶۱	۱/۴۰	۱/۶۹	۱/۱۴	۱/۰۵	۰/۹۹	۱/۰۱	۰/۸۹	۰/۶۹	
۸۲	۲/۲۰	۱/۵۱	۱/۲۶	۱/۱۱	۱/۱۰	۱/۲۴	۰/۸۴	۱/۰۱	۰/۸۶	۰/۷۰	
درصد افزایش سهم هزینه‌های دارویی از کل هزینه سالانه		۵۱	۳۴/۸	۲۹/۸	۲۳/۳	۴۲/۸	۵۸/۹	۱۶/۶	۴۴/۲	۴۵/۷	۴۵/۸

منبع: مرکز آمار ایران

جدول ۴ - آمار فروش ریالی شرکت‌های دارویی در سال ۷۹

ردیف	شرکت	فروش ریالی	سهم فروش ریالی (Si)
1	آریا	21,217,048,627.00	0.013362420
2	ابوریحان	28,296,474,939.00	0.017821017
3	اسوه	47,938,086,114.00	0.030191232
4	البرز دارو	34,518,872,708.00	0.021739860
5	الحاوی	25,150,517,257.00	0.015839704
6	امین	43,117,041,304.00	0.027154956
7	انستیتو پاستور - کارخانه	6,054,372,128.00	0.003813022
8	ایران دارو	26,366,932,355.00	0.016605798
9	ایران هورمون	20,486,056,929.00	0.012902044
10	بهبسا	4,839,522,430.00	0.003047914
11	بهوزان	16,383,081,670.00	0.010318005
12	پارس دارو	40,478,951,420.00	0.025493496
13	پاک دارو	7,350,767,722.00	0.004629487
14	پورسینا	23,192,652,689.00	0.014606648
15	تولید دارو	78,797,724,121.00	0.049626520
16	تهران دارو	15,164,468,707.00	0.009550527
17	تهران شیمی	31,515,810,924.00	0.019848543
18	ثامن	28,968,264,145.00	0.018244107
19	جابرین حیانی	146,155,844,688.00	0.092048419
20	جالینوس	9,361,359,661.00	0.005895750
21	حکیم	24,248,654,118.00	0.015271714
22	خوارزمی	14,083,228,767.00	0.008869566
23	دارو پخش - کارخانه	143,666,550,205.00	0.090480670
24	رازک	35,665,280,724.00	0.022461864
25	من	1,277,426,000.00	0.000804518
26	روز دارو	31,101,301,990.00	0.019587487
27	زکریای تبریز	4,974,149,900.00	0.003132701
28	زهرآوی	28,890,142,927.00	0.018194907
29	سیحان دارو	27,598,416,123.00	0.017381382
30	سپها هلال احمر	18,146,276,160.00	0.011428459
31	سینا دارو	45,938,896,840.00	0.028932150
32	شفا	10,448,416,240.00	0.006580374
33	شهر دارو	20,253,823,690.00	0.012755784
34	شهید قاضی	33,026,817,700.00	0.020800169
35	عبیدی	37,277,728,702.00	0.023477378
36	عماد درمان پارس	10,029,871,640.00	0.006316777
37	صنعتی پارس	31,160,076,010.00	0.019624502
38	فارابی	49,556,712,526.00	0.031210637

39	فارماشیمی	1,234,499,390.00	0.000777483
40	فراورده‌های تزریقی	17,804,691,500.00	0.011213330
41	نیاک	56,020,180.00	0.000035281
42	لرستان	86,369,734,248.00	0.054395344
43	آترا	13,196,810,326.00	0.008311303
44	کوثر	44,785,661,154.00	0.028205846
45	گسترش دارویی	37,450,411,950.00	0.023586133
46	کیمیدارو	54,439,738,300.00	0.034285949
47	گیلارانکو	4,631,514,386.00	0.002916911
48	لقمان	75,873,446,500.00	0.047784820
49	مداوا	6,320,062,761.00	0.003980353
50	رامو فارمین	11,220,542,725.00	0.007066657
51	مهر دارو	7,585,445,900.00	0.004777286
52	مینا	3,989,149,040.00	0.002512352
53	بالک	159,488,180.00	0.000100445
	جمع	1,587,814,837,340.00	1.000000000
<b>شاخص هرفیندال</b>			