



دسترسی به داروهای ضروری در ایران: انطباق با اسناد بین‌الملل

عباس کبریایی زاده^{۱*}، وحیده منتظری نجف آبادی^۲، رویا ایازی نصرآبادی^۲

چکیده

زمینه و هدف: بر اساس مفاد حق سلامت دسترسی آسان و سریع به داروهای باکیفیتیکی از حقوق اساسی و ضروری آحاد بشر می باشد. بنابراین، این داروها باید در زمان مناسب و به مقدار کافی در دسترس افراد نیازمند قرار گیرند.

روش‌ها: این مقاله با استفاده از اسناد و ضوابط موجود در سازمان غذا و دارو ایران و سازمان بهداشت جهانی تهیه گردیده است و با تطبیق و مقایسه آنها تبه صورت تحلیلی بیان شده است.

یافته‌ها: از منظر سازمان بهداشت جهانی، دسترسی به داروهای ضروری به‌عنوان یک حق حداقلی، ازجمله شاخص‌های اصلی حق سلامت محسوب می‌شود. این موضوع براساس مقرون به‌صرفه بودن، مورد توجه برخی کشورها به‌ویژه کشورهای فقیر و کمتر توسعه یافته قرار گرفته است. به‌علت اهمیت حیاتی این داروها، سازمان بهداشت جهانی هر ساله فهرست داروهای ضروری را با توجه به نیازهای حداقلی به‌صورت دوسالانه منتشر می‌کند.

نتیجه‌گیری: اگرچه جمهوری اسلامی ایران از طریق نظارت قانونی بر قیمت، و بازار دارو، به‌ویژه واردات دارو و اجرای طرح ژنریک، اقدامات جدی در راستای پاسخگویی به نیازهای دارویی شهروندان خود انجام داده است، اما درخصوص تهیه فهرست داروهای ضروری، کار جدی صورت نگرفته است. با این حال، با توجه به پیشرفت در این زمینه و رسیدن به خودکفایی نسبی کشور، به نظر نمی‌رسد که تنظیم فهرست داخلی متناسب با فهرست داروهای ضروری سازمان بهداشت جهانی ضروری باشد. هرکشوری براساس توان تولید و نیاز خود، فهرست مستقل داروهای ضروری خود را تدوین می‌کند. بر این اساس دولت ها باید فهرست داروهای ضروری را بر اساس فهرست سازمان بهداشت جهانی، شرایط اقلیمی، توان تولید و الزامات داخلی تنظیم و تامین (تولید یا واردات) نمایند تا عدالت در دسترسی به داروهای ضروری برای تمام اقشار جامعه فراهم گردد.

کلید واژه‌ها: حق سلامت، موجود بودن، قابل قبول بودن، مجوز اجباری، توزیع مناسب، کنترل بازار، طرح ژنریک.

نویسندگان:

۱- نویسنده مسئول: گروه سم شناسی و فارماکولوژی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
ایمیل: kebriaeesina@tums.ac.ir
۲- مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد دارویی و گروه فارماکولوژی و مدیریت داروسازی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی هوشمند، تهران، ایران.
۳- دکتری شیمی آلی، سازمان غذا و دارو، تهران، ایران.

موضوع:

حقوق و نظام دارویی و بهداشتی

استناد:

دوفصلنامه مطالعات حقوق و سلامت، سال اول، شماره ۱، ص ۹۵-۱۰۶، بهار و تابستان ۱۴۰۲

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۴/۱۰
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۵/۲۰
انتشار آنلاین: ۱۴۰۳/۰۶/۳۱



Access to Essential Medicines in Iran: Compliance with International Standards

Abbas Kebriaeezadeh,^{1*} Vahideh Montazeri Najafabadi,² Roya Ayazi-Nasrabadi³

Abstract

Background and Objective: According to the right to health, one of the most basic human rights, all individual have the right to essential medicines. These medicines should be available to those in need at the appropriate time and at a reasonable cost.

Methods: This article has been written using both printed books and e-books, as well as articles and documents, and employes a comparative-analytical for examination.

Results: From the perspective of the World Health Organization, access to essential medicines, regard as fundamental right and key indicator of the right to health. This issue is particularly significant for some countries, especially that are poor and less developed, due to concern about affordability. Because of the vital importance of these medicine, the World Health Organization publishes a list of essential medicine every two years, according to based on minimum needs.

Conclusion: Although the Islamic Republic of Iran has taken serious measures to address the pharmaceutical needs of its citizens by regulating price and the drug market, especially through the import of drugs and the implementation of the generic plan, serious work has not been done regarding the preparation of the list of essential medicines. However, considering the rejection of this need and reaching the relative self-sufficiency in the country, through the comprehensive generic plan, adjusting the internal list according to the World Health Organization's list does not seem necessary. Each country has its own independent list of essential medicines based on its production capacity and needs.

Keywords: right to health, availability, acceptability, compulsory license, appropriate distribution, market control, generic plan.

Authors:

1* - Corresponding Author:
Department of Toxicology and
Pharmacology, Faculty of
Pharmacy, Tehran University of
Medical Sciences, Tehran, Iran
Email: kebrieesina@tums.ac.ir

2-Pharmaceutical Management &
Economic Research Center and
Department of
Pharmacoeconomics and
Pharmaceutical Administration,
Faculty of Pharmacy, Tehran
University of Medical Sciences,
Tehran, Iran.

3- PhD. Of Organic Chemistry,
Food and Drug Administration,
Tehran, Iran.

Scope:

Law and Pharmaceutical and
Hygienic System

Cite:

J Law Health Stud, 2024, 1, 95-106

Article History:

Received: 30th June 2024

Accepted: 10th August 2024

ePublished: 21th September 2024



Save and Scan this article

Kebriaeezadeh, A, Law Health studies, Tehran University of Medical Sciences, Access to Essential Medicines in Iran in Compliance with International Documents, 2023



مقدمه

برای مبارزه با بیماری پرداخته است.^۳ همچنین، این کمیته در تفسیر عمومی شماره ۱۴ خود، دسترسی به داروهای اساسی را به عنوان حق بشر توصیف کرده که از عناصر اصلی تحقق عالی‌ترین سطح قابل حصول سلامت جسمی و روانی به شمار می‌رود.^۴ علاوه بر این، کمیسیون حقوق بشر سازمان ملل متحد نیز دسترسی به دارو برای بیماری‌های فراگیر نظیر HIV/AIDS را عنصری حیاتی برای تحقق تدریجی و کامل حق بهره‌مندی از عالی‌ترین سطوح قابل حصول سلامت برشمرده است.^۵

پیشینه پژوهش

طبق گفته سازمان بهداشت جهانی (WHO)، «داروهای ضروری» داروهایی هستند که «نیازهای بهداشتی اولویت‌دار جمعیت را برآورده می‌کنند» و «در نظر گرفته شده است که در چهارچوب سیستم‌های بهداشتی کارآمد همیشه به مقدار کافی، در دوز مناسب، با کیفیت مطمئن و با قیمتی که فرد و جامعه می‌توانند بپردازند» در دسترس باشد.^۶ گروه توسعه سازمان ملل، «دسترسی» را در این زمینه این‌گونه تعریف می‌کند: «داروها به طور مداوم در دسترس و مقرون به صرفه در مراکز بهداشتی عمومی / خصوصی و یا مراکز دارویی که در فاصله یک ساعتی از خانه‌های مردم قرار دارند، هستند».^۷ حق داروهای ضروری در کشورهای در حال توسعه به عنوان بخشی از حق بر سلامت، نه تنها به تولید، توزیع و قیمت‌گذاری داروها بستگی دارد، بلکه به انگیزه‌های تحقیق و توسعه داروهای مورد نیاز برای درمان بیماری‌ها و سیستم‌های بهداشتی فعال نیز بستگی دارد. به‌طوری که داروها بخشی از یک سیستم منطقی درمان با کیفیت هستند تا بتوان آن‌ها را به تمام مناطق مورد نیاز تحویل داد.^۸ در سال ۱۹۷۵، نیمی از جمعیت جهان به داروهای حیاتی و سایر داروهای ضروری دسترسی نداشتند. در حال حاضر، تخمین زده می‌شود که ۴۰۰ میلیون نفر از خدمات بهداشتی ضروری، از جمله واکسن‌ها و داروها برای روش‌های مدرن تنظیم خانواده، درمان ضد رتروویروسی برای HIV و درمان سل استفاده نمی‌کنند.^۹ کمیسیون Lancet در مورد سیاست‌های داروهای ضروری، پنج مانع کلیدی برای دسترسی همگانی به داروهای ضروری شناسایی کرد: مقرون به صرفه بودن

این مسئولیت اصلی دولت‌هاست که از قابلیت دسترسی مردم خود به محصولات دارویی اطمینان حاصل کنند و این اصل با توسل بر حق سلامت مندرج در اسناد و موازین ملی و بین‌المللی به ویژه در ارتباط با حق‌های بشری صورت می‌گیرد. امروزه، موضوع دسترسی به داروهای ضروری به‌عنوان بخش مهمی از حق سلامت، به‌ویژه در کشورهای توسعه نیافته و در حال توسعه دنبال می‌شود. این داروها با توجه به اولویت‌بندی نیازهای مراقبت سلامت جمعیت‌ها تعیین می‌شوند. موضوع دسترسی نیز شامل ابعاد کیفی، کمی، قیمت مناسب، و حتی دسترسی به اطلاعات مزبور، مطرح می‌باشد.^۱ داروهای ضروری شامل فهرستی از داروهای مورد نیاز جدی برای سلامت جامعه می‌باشد که در رویکرد حق‌های بشری از اهمیت فراوان برخوردار است. در ارتباط با موضوع دسترسی به داروهای ضروری، در دستورالعمل‌های اشتغال و حقوق بشر برای صنایع دارویی بند ۴۳ از تفسیر عمومی شماره ۱۴، اهمیت تدارک داروهای ضروری را مورد توجه ویژه قرار داده است.^۱ دولت‌ها موظفند از قابلیت دسترسی به محصولات دارو اطمینان حاصل کنند و این اصل با توسل بر حق سلامت مندرج در اسناد و موازین بین‌المللی حق‌های بشری صورت می‌گیرد. سازمان بهداشت جهانی، تحقق عملی دسترسی به دارو را به چهار بخش اصلی شامل: (۱) قیمت مناسب، (۲) کمک‌های مالی دولتی، مستمر و پایدار، (۳) انتخاب و استفاده معقول و منطقی دارو، (۴) شبکه عرضه و نظام مراقبت سلامت معقول تقسیم‌بندی کرده است. چنانچه این چهار عنصر فراهم گردد، دسترسی بیماران به دارو به‌نحو مطلوب صورت خواهد گرفت.^۲ قابل توجه است که دارو در پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌های فراگیر، بومی و محلی و بیماری‌های حرفه‌ای و شغلی نقش چشمگیری دارد و عامل مهمی در تحقق حق بر سلامت به شمار می‌رود. میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بند ۲ ماده ۱۲ به تعهد دولت‌ها جهت "پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌های فراگیر، بومی و حرفه‌ای و پیکار با این بیماری‌ها" اشاره کرده است. همچنین، در قسمت (ج) ماده مذکور به موضوع دسترسی به دارو به عنوان ابزاری

توصیف و بررسی

به موجب حقوق بین‌الملل، حق سلامت نه تنها در رابطه با مراقبت‌های پزشکی، بلکه برای مفهوم بسیار گسترده‌تر سلامت در نظر گرفته شده است. حق سلامت به سایر حق‌های بشر مرتبط است؛ و حتی عوامل مختلف اجتماعی-اقتصادی خارج از حوزه پزشکی نیز بر وضعیت سلامت افراد تاثیرگذار می‌باشند. باید توجه داشت که ترجمان «حق سلامت» چندان ساده و روشن نیست؛ اگرچه معنای اصلی این حق، همان دسترسی به مراقبت‌های سلامت می‌باشد. حق سلامت به معنای حق سالم بودن نیست، بلکه حق دریافت و بهره‌مندی از خدمات، امکانات و شرایطی است که برای پیشگیری، درمان و تخفیف بیماری‌ها و عارضه‌ها ضروری می‌باشند.^{۱۶} خدمات بهداشتی-درمانی شامل خدماتی هستند که متخصصان بهداشت و درمان، شامل پزشکان و پیراپزشکان به عموم مردم ارائه می‌دهند.^{۱۷} یکی از اجزای مهم این حق، دسترسی به فهرست حداقلی داروها تحت عنوان داروهای ضروری می‌باشد. مطابق اسناد و موازین بین‌المللی حق‌های بشری، حق سلامت به عنوان حق اساسی بشر از چهار عنصر یا رکن زیر تشکیل شده است:

(۱) موجود بودن: «موجود بودن» به معنای این است که کالاهای سلامت، به‌ویژه دارو و خدمات و مراکز بهداشتی-درمانی، باید به حد کافی در سطح ملی موجود و فراهم باشند.^{۱۸}

(۲) در دسترس بودن: این حق بدیهی مردم است که به دارو و درمان دسترسی داشته باشند. بنابراین، هر دولتی موظف است که سیاست‌های درست و عادلانه‌ای را در خصوص دسترسی و توزیع مناسب منابع مهم و حیاتی مربوط به خدمات مراقبت سلامت اتخاذ نماید.^{۱۹} دسترسی به دارو به این معناست که داروهای مورد نیاز باید در زمان مناسب، به مقدار کافی و مناسب و مقدار (دز) مصرفی استاندارد، در دسترس افرادی که به آن‌ها نیاز دارند (بیماران) قرار گیرد.^{۲۰}

(۳) قابل قبول بودن: تمامی خدمات و محصولات سلامت، از جمله دارو، باید متناسب با شان والای انسانی، جنسیت و اعتقادات مذهبی و فرهنگی، در دسترس و مورد مصرف بیماران و مراجعه‌کنندگان قرار بگیرند. همواره باید به

داروها، تامین مالی پایدار، کیفیت داروها، استفاده بهینه از داروها، و تحقیق و توسعه داروهای مورد نیاز.^{۱۰} کشورهای با درآمد پایین و متوسط (LMICs) اغلب دارای بخش زیادی از افراد آسیب پذیر مالی هستند که به داروهای ضروری یارانه‌ای دولتی وابسته هستند که در مراکز بهداشتی عمومی بدون هزینه یا با هزینه اسمی پائین ارائه می‌شوند.^{۱۱} با این حال، انبارش مکرر، بیماران را مجبور می‌کند به بخش خصوصی روی آورند، جایی که داروها در دسترس هستند اما اغلب با قیمت بالاتر. به عنوان مثال، ۶۰ درصد از خانوارهای کم درآمد، ۳۳ درصد در کشورهای با درآمد متوسط پایین، و ۲۵ درصد در کشورهای با درآمد متوسط بالا توانایی خرید چهار داروی رایج قلبی عروقی که در داروخانه‌های خصوصی به فروش می‌رسد را ندارند.^{۱۲} علیرغم تعهدات سیاسی سطح بالا برای بهبود، مقرون به صرفه بودن داروها (به عنوان مثال برای بیماری‌های غیر واگیر)، دسترسی به داروهای ضروری به جز چند دارو مانند داروهای ضد رتروویروس برای فقرای جهان پیشرفت کمی داشته است.^{۱۳} صنعت دارو در تمامی کشورها مهم‌ترین عامل سلامت جوامع می‌باشد. از طرفی، مصرف دارو در مقایسه با سایر روش‌های درمان، از جمله روش‌های تهاجمی جراحی، بسیار کم‌هزینه‌تر است. دولت‌ها به طرق مختلف از جمله رقابتی کردن تولید، مدیریت شبکه عرضه، و کنترل قیمت به نفع مصرف‌کننده (بیمار)، وارد عمل می‌شوند. شبکه عرضه یا توزیع از تولیدکنندگان عمده تا خرده‌فروشی‌ها شامل داروخانه‌های محلی، نقش مهمی در حوزه دسترسی فیزیکی و سلامت و پزشکی ایفا می‌کنند؛ و کنترل قیمت نیز به شکلی، دسترسی مالی را فراهم می‌نماید.^{۱۴} با توجه به توسعه اقتصادی و سیاسی جدید در ایران، وزارت بهداشت و درمان، سیاست‌های ملی دارویی کشور را در سال ۲۰۰۴ میلادی اصلاح کرد. بر این اساس، مهم‌ترین ویژگی‌های سیاست ملی دارویی جمهوری اسلامی ایران که بر دسترسی به دارو، تاثیر به سزایی دارند عبارتند از: کنترل قانونی و نظارت بر بازار دارو شامل تولید، واردات و توزیع؛ سیاست دارویی مبتنی بر طرح ژنریک که این طرح را در مرکز توجه قرار می‌دهند؛ ارتقای تولیدات داخلی؛ کنترل قیمت از طریق روش‌هایی نظیر یارانه دولتی و استفاده از بیمه سلامت و خودکفایی در تولید واکسن.^{۱۵}

- نسخه‌نویسی و تجویز بهتر دارو با آگاهی و شناخت بیشتر از این داروها.
- کاهش قیمت این داروها و افزایش رقابت و کاهش هزینه‌های مدیریت عرضه.
- افزایش آگاهی بیمار از نحوه مصرف دارو.^{۲۴}

دسترسی به داروهای ضروری در موازین بین‌الملل

از آنجا که موضوع سلامت و درمان با دارو پیوند ناگسستنی دارد، موضوع دسترسی به دارو از اهمیت حیاتی برخوردار شده است. در زمینه حقوق حق‌های بشری، استانداردهای حداقلی مورد توجه و از الزام قانونی برخوردار بوده است، لذا به‌صورت سالانه پس از بازنگری، فهرستی از این داروها تحت عنوان داروهای ضروری از سوی سازمان بهداشت جهانی و کمیته ذریبند منتشر می‌شود.^{۲۵} بدیهی است انتخاب فهرستی از داروهای ضروری، به مراقبت سلامت بهتر، مدیریت بهتر محصولات دارویی و کاهش هزینه این داروها منجر خواهد شد.^{۲۶} نخستین بار در سال ۱۹۷۷ سازمان بهداشت جهانی با انتشار فهرست داروهای ضروری، این داروها را در سطح جهانی معرفی کرد. فهرستی که هر دو سال یک بار، با توجه به شرایط کلی حاکم بر جهان، از سوی این سازمان به‌روزرسانی می‌شود و به کشورهای عضو توصیه می‌گردد تا برای تامین حداقل‌های دسترسی به اقلام دارویی به‌عنوان بخش مهم و اساسی از حق برخورداری از سلامت و به‌طور خاص مراقبت‌های سلامت برای شهروندان خود، آن را مدنظر داشته باشند. طبق تعریف این سازمان، داروهای ضروری عبارتند از: نیازهای دارویی در اولویت مردم در سراسر جهان. امروزه، بسیاری از سازمان‌های بین‌المللی (از جمله یونیسف، دفتر کمیساریای عالی پناهندگان و پزشکان بدون مرز) این فهرست را مورد تایید قرار داده و از آن پیروی می‌کنند.^{۲۷} دارو باعث نجات جان انسان‌ها، کاهش درد و رنج و ارتقای سلامت آن‌ها می‌شود. امروزه، توجه به سیاست‌های افزایش دسترسی جهانی به دارو اجتناب‌ناپذیر است، زیرا بیش از دو میلیارد نفر از مردم جهان، دسترسی کافی به داروهای ضروری و واکسن ندارند. پانزده درصد از جمعیت جهان، حدود نود درصد از داروها را مصرف می‌کنند؛ و این بیانگر بی‌عدالتی در دسترسی به دارو در کشورهای توسعه نیافته و در حال توسعه می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی برآورد کرده

پذیرش و مقبولیت خدمات ارائه شده توجه شود. اهمیت این مساله اگرچه ممکن است از سوی ارائه دهندگان خدمات مراقبت سلامت، به درستی درک نشود اما دریافت کنندگان خدمات، به خوبی از آن مطلع هستند.^{۲۱} (۴) با کیفیت بودن: تمامی کالاها از جمله دارو، خدمات و مراکز بهداشتی- درمانی باید از استانداردها و کیفیت مناسب برخوردار باشند.^{۲۲} براساس تفسیرهای مختلف منتشر شده از سوی سازمان بهداشت جهانی در خصوص حق سلامت، برای این که بالاترین استاندارد قابل حصول سلامت محقق شود، هشت عنصر ضروری بوده که یکی از آن‌ها، داروهای ضروری در حوزه مراقبت سلامت عمومی می‌باشد و این موضوع در اسناد بین‌المللی به‌عنوان یکی از عناصر اصلی حق سلامت به‌صراحت قید شده و در برنامه ویژه سازمان بهداشت جهانی در خصوص داروهای ضروری آمده است. البته، بعدها در سال ۲۰۰۸، سازمان بهداشت جهانی در تلاش برای بازنگری در خدمات مراقبت سلامت عمومی، در رابطه با حق سلامت برای همگان، این امر را به‌صورت عناصر چهارگانه تعریف کرد که اولین آن دسترسی به مراقبت‌های سلامت به‌ویژه دسترسی به داروهای ضروری بوده است.^{۲۳}

مزایای فهرست‌بندی داروهای ضروری

دسترسی به داروهای ضروری بخش اصلی حق سلامت و از اهداف ملی سلامت کشورها محسوب می‌شود. وجود چنین فهرستی اگرچه به تامین دسترسی برابر آحاد مردم یک جامعه کمک می‌کند، مزایای متعددی به‌شرح زیر دارد:

- ارتقای فهرست داروهای ضروری باعث ارتقای کیفیت خدمات مراقبت سلامت، مدیریت بهتر خدمات دارویی و استفاده بهینه از منابع سلامت می‌شود.
- تحقیقات بسیاری بیانگر تاثیرات مثبت این فهرست-بندی بر استفاده درست از دارو در نظام بهداشت و درمان می‌باشند.
- اطمینان از عرضه پیوسته این داروها، منافع بسیاری در جهت حفظ و ارتقای سلامت ایجاد می‌کند و اعتماد مردم را به سیستم سلامت جلب می‌نماید.
- استفاده از این فهرست باعث آسان‌تر شدن فرآیند تهیه، نگهداری، توزیع و ثبت و مدیریت موجودی دارو می‌شود.

مقررات در راستای سیاست‌ها، تدوین، تصویب و به‌مورد اجرا درمی‌آید. بنابراین، کمیته مزبور توصیه‌های کلی در زمینه قانونگذاری را در کشورهای عضو ارائه می‌دهد. هر ساله این کمیته بنا به شرایط بهداشت و سلامت و شیوع بیماری‌ها، فهرستی شامل داروهای ضروری را بنا بر نیازهای سلامت جوامع بشری منتشر می‌کند که اصطلاحاً به آن فهرست مدل گفته می‌شود.^{۲۸}

صدور مجوز اجباری

ابداعات دارویی به دلیل ارتباطی که با سلامت و حیات بشر دارند، از جایگاه والایی در میان سایر ابداعات برخوردار هستند. از این رو، هر چند ثبت این ابداعات، حقوق انحصاری برای صاحب ابداع به‌وجود می‌آورد، اما در موارد بروز وضعیت بحرانی مانند فراگیر شدن بیماری‌های مسری (کرونا و...) که سلامت یک ملت را به خطر می‌اندازد، صاحب مجوز نمی‌تواند بر حقوق انحصاری خود پافشاری نموده و مانع بهره‌مندی عمومی از محصول خود شود. در واقع، در مواقع بروز بحران‌های انسانی خصلت خصوصی بودن مجوزها از بین رفته و کشور دچار بحران می‌تواند با عدول از رعایت حق انحصاری صاحب ابداع و صدور مجوز اجباری برای تولید، از داروی جدید در راستای اهداف اجتماعی و عام‌المنفعه استفاده کند. شرکت‌های دارویی که به‌دنبال بازاری برای محصولات جدید خود می‌باشند، باید مجوز و تاییدیه‌های لازم را در خصوص پتنت و مجوز یا پروانه تولید اخذ نمایند (در مورد دارو، معمولاً زمان حمایت از این حق انحصاری، کمتر از سایر تولیدات می‌باشد که این امر از اهمیت حیاتی دارو ناشی می‌شود). البته، در این خصوص نیز تمایز میان داروهای جدید و ژنریک از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد، زیرا معمولاً باید حق انحصاری پتنت در مورد داروهای جدید رعایت شود. اما در مورد داروهای قدیمی‌تر معمولاً نیازی به رعایت این حق نمی‌باشد.^{۲۹} به‌موجب قوانین بین‌المللی، صدور مجوز اجباری بنا به ضرورت، برای تولیدات خاص از جمله دارو که از اهمیت حیاتی برخوردار می‌باشد، پیش‌بینی شده است. این مجوز در واقع نوعی حق اختیاری تولید، فروش و واردات انحصاری دارنده پتنت می‌باشد که در مواقع خاص در جهت منافع عمومی صادر می‌شود، این مجوز برای صادرات داروهای ژنریک به کشورهای در حال توسعه از

است که اگر دسترسی به دارو برای همگان میسر شود، سالانه جان بیش از نود میلیون نفر از مردم جهان را نجات خواهد داد.^{۲۸}

معیارهای انتخاب به‌عنوان یک داروی ضروری

هرکشوری بنا به شرایط خود از جمله شیوع بیماری‌ها و توان تولید، فهرست داروهای ضروری خود را تنظیم می‌کند. این فهرست برای کشورهای کمتر توسعه یافته و فقیر از اهمیت بیشتری برخوردار می‌باشد، زیرا در این کشورها، اغلب دسترسی حداقلی به خدمات مراقبت سلامت از جمله دارو، فراهم نیست. به هر حال، انتخاب این فهرست براساس معیارها و اولویت‌های سازمان بهداشت جهانی عبارتند از: نتایج ارزیابی تاثیر و کارایی و ایمنی حاصل از کارآزمایی‌های بالینی و مطالعات اپیدمیولوژیک (همه‌گیری‌شناسی)، نسبت منافع به مخاطرات، هزینه‌های کمتر و سهولت تولید.^{۲۹}

اقدامات سازمان بهداشت جهانی

به‌منظور ارتقای دسترسی بیماران به داروهای ضروری، سازمان بهداشت جهانی به‌طور رسمی اقداماتی را به شرح ذیل دنبال کرده است.

- انتشار فهرست: نخستین تعریف داروهای ضروری به سال ۱۹۷۷ بازمی‌گردد که معنای اصلی و پایه مدنظر قرار گرفته بود. در سال ۲۰۰۲ این مفهوم توسعه یافت و به داروهایی که نیازهای در اولویت مراقبت سلامت مردم را تامین می‌کنند، تغییر پیدا کرد.^{۳۰} دو نوع فهرست از سوی سازمان بهداشت جهانی برای داروهای ضروری ارائه شده است. فهرست اول براساس تعریف اول از این داروها تنظیم شده و شامل فهرستی انحصاری مطابق حداقل نیازهای دارویی می‌باشد. فهرست دوم شامل مجموعه‌ای جامع‌تر از داروهای بیماری‌های خاص (نظیر ایدز) است که به تجهیزات، امکانات و آموزش‌های ویژه‌ای نیاز دارند.^{۳۰}

- کمیته کارشناسی: کمیته کارشناسی ناظر بر داروهای ضروری وابسته به سازمان بهداشت جهانی از ۸ تا ۱۲ عضو تشکیل شده که جملگی از اعضای هیات مشورتی این سازمان در خصوص ارزیابی و مدیریت و سیاست‌گذاری در حوزه دارو می‌باشند. قوانین و مقررات گاهی به سیاست‌گذاری نیز تعبیر می‌شوند. در واقع، قوانین و

ارتقای دسترسی به داروهای ضروری راهکارهای متعددی توصیه شده است که مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از: ۱- تدارک زیر ساخت در تولید، ۲- کمک مالی دولتی، ۳- سیستم توزیع مناسب شامل مدیریت عرضه داروها، به‌طوری که در زمان و مکان مناسب به فرد مناسب برساند، ۴- استفاده از تمامی پتانسیل‌ها و فرصت‌های ممکن از جمله استفاده از بخش خصوصی در تولید و عرضه.^{۳۷}

طرح ژنریک

هدف اصلی طرح ژنریک (که با توصیه سازمان بهداشت جهانی پس از انقلاب اسلامی در ایران آغاز گردید)، ارتقای تولید داخلی با تاکید بر ارتقای دسترسی به‌ویژه به داروهای ضروری و واکسن بود. طرح موسوم به ژنریک یکی از راهکارها برای دور زدن حق ثبت اختراع در حوزه دارو می‌باشد. این روند با آغاز طرح بعد از انقلاب شروع و با پایان گرفتن جنگ تحمیلی عراق علیه ایران در قالب طرح‌های توسعه پنج ساله کشور به شکل جدی‌تر و رسمی‌تری و با همکاری نهادهای دولتی نظیر بانک مرکزی، سازمان صنایع ملی، وزارت تجارت و با مسئولیت مرکزی و اصلی وزرات بهداشت و درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولی اصلی امر بهداشت و درمان کشور دنبال شد.^{۳۵} به‌هر حال، طرح تولید و عرضه ژنریک داروها در کنار طرح ملی و بومی‌سازی صنعت دارویی کشور، با تکیه بر نیروهای متخصص و توان داخلی، جان تازه‌ای به این صنعت داد و آن را کاملاً متحول نمود، طوری که امروزه از افتخارات کشور جمهوری اسلامی ایران به شمار می‌رود. البته، در کنار این طرح‌های اصلی باید به سیاست خصوصی‌سازی و به‌کارگیری شرکت‌های نیمه‌دولتی و خصوصی در این حوزه که طی سال‌های ۱۹۹۳ تا ۱۹۹۸ اتفاق افتاد نیز اشاره کرد.^{۳۶} اگرچه طرح ژنریک باعث کاهش خروج ارز از کشور می‌شود، اما به خودکفایی دارو کمک شایانی می‌کند و در کل، دسترسی به دارو در داخل کشور افزایش می‌یابد، کیفیت پایین ناشی از قیمت پایین و ثابت اعلام شده توسط دولت؛ و افزایش هزینه‌های مربوط به تحقیق و تولید داروهای جدید (که نیازمند کارآزمایی‌های بالینی دقیق و مکرر دارند)، از جمله مشکلات این طرح در ایران شناخته می‌شوند. تمامی کشورها بر اساس کنوانسیون‌ها و میثاق‌های مهم بین‌المللی، قائل به حق ثبت و اعطای گواهی اختراع و

اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد تا مردم فقیر بتوانند به داروهای مورد نیاز خود دسترسی پیدا کنند. براساس ماده ۳۱ توافقنامه تریپس (TRIPS: Trade Related Aspect of Intellectual Property Rights)، کشورهای عضو سازمان جهانی تجارت، در موارد خاص می‌توانند مجوز اختیاری و داوطلبانه پتنت را از دارنده آن بگیرند و به‌جای آن مجوزی اجباری را صادر می‌کنند.^۳ موافقتنامه تریپس در خصوص فراهم بودن و موجود بودن داروهای ژنریک ارزان قیمت، قابل تامل می‌باشد. این توافقنامه تمامی کشورهای عضو سازمان تجارت جهانی را ملزم می‌سازد تا برای حمایت از مصرف‌کننده و حفاظت از حق سلامت و دسترسی به داروهای اساسی، حداقل حمایت قانونی از حقوق مالکیت فکری را در این موارد اعمال نمایند.^۱

دسترسی به دارو در ایران

قیمت بالای محصولات دارویی باعث کاهش قدرت خرید و ناامیدی مصرف‌کننده از دسترسی به نوع و میزان داروی مورد نیاز می‌شود؛ و در نتیجه، حق اساسی سلامت شهروندان از این طریق تضییع می‌گردد.^{۳۳} به هر حال، با توجه به اهداف حیاتی دارو، کنترل قیمت محصول دارویی بسیار مهم و حیاتی می‌باشد. بنابراین، دولت‌ها به‌موجب وظیفه‌ای که در قبال حمایت و حفاظت از مردم دارند، قیمت این محصولات را از طریق سیاست‌هایی نظیر فرانشیز و اختصاص یارانه کنترل می‌کنند تا دسترسی اقتصادی به محصولات دارویی فراهم شود.^{۳۴} اگرچه تغییرات اقتصادی مهمی در بسیاری از حوزه‌های اقتصادی از جمله صنعت دارو، در دهه‌های چهل و اوایل دهه پنجاه شمسی در ایران رخ داد و سرمایه‌گذاران داخلی و خارجی به سرمایه‌گذاری در حوزه حیاتی دارو ترغیب شدند؛ و این امر باعث رشد و توسعه اولیه این صنعت به شکل مدرن شد، اما یک رشد اساسی و مبتنی بر توسعه پایدار، همراه با استقلال و خودکفایی نسبی صنعت دارویی ایران، بعد از پیروزی انقلاب اسلامی شکل گرفت. طی سال‌های پس از انقلاب، دولت جمهوری اسلامی ایران با وجود مشکلات فراوان اقتصادی، تحریم‌ها و غیره صدها میلیون دلار به این امر اختصاص داد. روندی که به موازات پیروزی انقلاب اسلامی و با شکل‌گیری طرح موسوم به طرح ژنریک دنبال شد.^{۱۵} به هر حال، به‌منظور

نظارت بر بازار

اگرچه این طرح با تکیه بر نیروها و توان داخلی به بومی‌سازی صنعت دارویی کشور، کاهش ارزبری و خودکفایی کمک شایانی کرده، کیفیت پایین تولیدات مشابه داخلی و همین‌طور نیاز به بودجه فراوان برای تحقیق و ساخت این داروها، از جمله چالش‌های جدی این طرح می‌باشند. به‌منظور ارتقای دسترسی در ایران، سیاست‌های بسیاری با هدف کنترل و نظارت بر بازار دارو دنبال می‌شوند که مهم‌ترین آن‌ها تقسیم‌بندی داروها به سه گروه داروهای عادی، داروهای هشدار و داروهای فوریتی می‌باشد تا با توجه به کمبودهای احتمالی، دسترسی به شکل بهینه و براساس اولویت‌ها تامین شود. ماده ۹۳ قانون چهارم توسعه، تامین و دسترسی به داروهای خاص و فوریتی را پیش‌بینی کرده و در قالب دستورالعملی الزامات عرضه به مصرف‌کننده شامل نیاز به نسخه پزشک متخصص و اعلام نام بیمار و پزشک مربوط به سازمان غذا و دارو را مشخص کرده است. علاوه بر این، مرکز داروهای تک نسخه‌ای، با نظارت بر روند واردات متناسب با نیاز کشور، وظیفه مهمی در رابطه با تامین دسترسی به داروهای مزبور (خارج از فهرست داروهای ضروری که تولید داخلی ندارند، اما اهمیت حیاتی دارند) بر عهده دارد.

کنترل قیمت و مبارزه با گران‌فروشی

در زمینه کنترل قیمت، جمهوری اسلامی ایران با توجه به موضوع عدالت اجتماعی و اهتمام به حقوق مردم فقیر، با جدیت بیشتری وارد عمل شده و با تصویب قوانین تعزیراتی، به مقابله جدی با گران‌فروشی پرداخته‌است. این موضوع در رابطه با اقلام دارویی، با تصویب و اجرای قانون خاص برای محصولات پزشکی و درمانی و به‌ویژه دارو که از اهمیت حیاتی برخوردار است با جدیت بیشتری دنبال می‌شود، لذا برای گران‌فروشان مجازات سنگین‌تری در متن این قانون در نظر گرفته شده که حتی تعطیلی محل و ابطال پروانه اشتغال نیز، مدنظر قانون‌گذار بوده- است. قیمت دارو یکی از مهم‌ترین ابعاد است که باید مورد نظارت قرار گیرد تا دسترسی به این داروها فراهم شود. در حالی که مردم جوامع فقیر مجبورند از جیب خود هزینه‌های داروهای ضروری را بپردازند، در

حق‌های خاص مادی و معنوی برای مدت زمان مشخصی هستند، اما در عین حال اختراعاتی وجود دارند که اعطای این حق به آن‌ها با منافع، مصالح و سلامت عمومی در تضاد می‌باشد. از جمله این موارد می‌توان به اختراعات مربوط به حوزه بهداشت و سلامت و به‌ویژه دارو اشاره کرد. با توجه به این که اکثر ابداعات و اختراعات در کشورهای پیشرفته است، با به رسمیت شناختن حق انحصاری کشورهای قدرتمند، کشورهای کمتر توسعه یافته یا در حال توسعه امکان دسترسی به منابع دارویی را نخواهند داشت.^{۳۷}

توزیع مناسب

توزیع مناسب در دو حوزه قابل بررسی است: ۱- توزیع مراکز عرضه در سطح محلی (توزیع داروخانه‌ها) و ۲- توزیع دارو قابل بررسی است. موضوع توزیع مناسب و شبکه عرضه موثر و کارآمد دارو و به‌ویژه داروهای ضروری برای کشورهای مختلف، از اساسی‌ترین موضوعات بهداشت و درمان محسوب می‌شود. یکی از عناصر مهم نظارت و ارزیابی این حوزه، دسترسی به دارو و به‌طور خاص داروهای ضروری است که از این طریق میسر می‌شود. کمبود دارو و عدم دسترسی فیزیکی و مالی که از موجود نبودن، توزیع نامناسب و قیمت بالای این محصولات دارویی ناشی می‌شود می‌تواند به دسترسی خدشه جدی وارد سازد و در نتیجه حق‌های اساسی بشر را زیر سؤال ببرد.^{۳۸} در خصوص دسترسی به دارو از جمله داروهای ضروری و حیاتی، نظیر داروهای بیماران سرطانی، در برخی موارد جمهوری اسلامی ایران به دلیل تحریم‌های غیرانسانی غرب و نوسانات نرخ ارز و کمبود بودجه، با مشکلات جدی همراه بوده، و این امر با توجه به نرخ ابتلا به سرطان در ایران بسیار حائز اهمیت است،^{۳۹} البته طی سال‌های اخیر با تکیه بر نیروها و توان داخلی در تولید داروهای ضدسرطان، به موفقیت‌های قابل قبولی دست یافته که نشان از همدلی و دلسوزی مسئولان نظام جمهوری اسلامی ایران دارد، هرچند این مشکل هنوز به- طور کامل در دسترسی به این نوع داروهای حیاتی حل نشده است.

کشورهای ثروتمند این پرداخت از طریق راهکارهایی نظیر بیمه یا طرح‌های دولتی، به‌منظور تامین داروهای ضروری بیماران صورت می‌گیرد. این موضوع همواره به‌عنوان یکی از موضوعات مورد حمایت برخی از جوامع مدنی و سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن‌ها) بوده است.^{۲۵} کنترل قیمت (که دسترسی اقتصادی را مهیا می‌کند)، ازجمله مهم‌ترین راهکار برای تامین دسترسی به دارو می‌باشد. که در خصوص داروهای ضروری از اهمیت حیاتی برخوردار بوده و جایگاه خاصی در حقوق بشر دارد. در ایران این وظیفه خطیر بر عهده سازمان غذا و دارو است که توسط کمیته قیمت‌گذاری براساس قوانین و مقررات انجام می‌شود.^{۳۶}

مقایسه روش‌ها و نحوه دسترسی به داروهای ضروری در ایران، اتحادیه اروپا و آمریکا

جدول ۱ به مقایسه روش‌ها و نحوه دسترسی به داروهای ضروری در ایران، اتحادیه اروپا و آمریکا پرداخته است.^{۴۳،۴۲،۴۱،۴۰}

جدول ۱. مقایسه روش‌ها و نحوه دسترسی به داروهای ضروری در ایران، اتحادیه اروپا و آمریکا

معیار	آمریکا	اتحادیه اروپا	ایران
چارچوب قانونی	قوانین FDA و دستورالعمل‌های فدرال	چارچوب‌های قانونی اتحادیه اروپا شامل دستورالعمل‌ها و مقررات EMA	قوانین ملی و مقررات وزارت بهداشت
استانداردهای تولید	استانداردهای GMP تحت نظارت FDA	استانداردهای GMP تحت نظارت EMA	رعایت استانداردهای ملی و بین‌المللی GMP
دسترسی به داروهای ژنریک	دسترسی گسترده به داروهای ژنریک با حمایت از تولید داخلی و واردات	دسترسی گسترده به داروهای ژنریک با حمایت از تولید داخلی و واردات	حمایت از تولید داروهای ژنریک و کاهش قیمت
کنترل قیمت	کنترل قیمت داروها توسط بازار و نظارت FDA	کنترل قیمت داروها توسط دولت‌های عضو و نظارت EMA	تنظیم قیمت داروها توسط دولت و وزارت بهداشت
توافقات بین‌المللی	همکاری‌های گسترده با سازمان‌های بین‌المللی و توافقات منطقه‌ای	همکاری‌های گسترده با سازمان‌های بین‌المللی و توافقات منطقه‌ای	همکاری‌های محدود با سازمان‌های بین‌المللی
نظارت و بازرسی	نظارت و بازرسی توسط FDA	نظارت و بازرسی توسط EMA و نهادهای ملی کشورهای عضو	نظارت و بازرسی توسط وزارت بهداشت و سازمان غذا و دارو
دسترسی به داروهای نوآورانه	دسترسی گسترده به داروهای نوآورانه با حمایت از تحقیقات و توسعه	دسترسی گسترده به داروهای نوآورانه با حمایت از تحقیقات و توسعه	محدودیت در دسترسی به داروهای نوآورانه به دلیل تحریم‌ها و مشکلات اقتصادی
پایش و ارزیابی	پایش و ارزیابی گسترده با استفاده از داده‌های جامع و سیستم‌های نظارتی پیشرفته	پایش و ارزیابی گسترده با استفاده از داده‌های جامع و سیستم‌های نظارتی پیشرفته	پایش و ارزیابی محدود به دلیل کمبود منابع

اشاره نشده است، اما این حق یکی از حقوق بنیادین برای تحقق حق بهره‌مندی از سلامت جسمی و روانی مطلوب به شمار می‌رود. یکی از مهم‌ترین مسائل مرتبط با دارو، بحث حمایت از ابداعات و نوآوری‌های دارویی و تعارض احتمالی میان آن با نظان بین‌المللی حقوق بشر می‌باشد. شورای تریپس در دوحه با تصویب و صدور تصمیم در مورد اجرای مفاد بند ۶ اعلامیه، چهارچوب جدیدی برای مجوزهای اجباری و رفع تعارضات مطرح شده، تعریف کرده است. دسترسی به داروهای ضروری از مهم‌ترین مولفه‌های تحقق و تامین سلامت در جوامع مختلف می‌باشد. با توجه به مزایای بسیار بالای فهرست‌بندی داروهای ضروری، انجام آن در کشورهای مختلف از سوی سازمان جهانی بهداشت، توصیه شده است. ارتقاء کیفیت خدمات مراقبت سلامت، اطمینان از عرضه مناسب داروهای ضروری، بهینه شدن فرآیند تهیه، نگهداری، توزیع، ثبت و مدیریت موجودی داروهای ضروری، نسخه نویسی هدفمند، کاهش قیمت دارو و افزایش آگاهی بیماران، از مزایای مهم فهرست نویسی داروهای ضروری می‌باشد. چهار رکن موجود بودن، در دسترس بودن، قابل قبول بودن و با کیفیت بودن، همواره باید در ارائه خدمات سلامت، مد نظر باشد. ۱۵ درصد مردم جهان حدود ۹۰ درصد داروها را در اختیار دارند و این امر، اهمیت تحقق دسترسی عادلانه، برای همه مردم جهان را نمایان می‌سازد. در ایران نیز مساله فهرست نویسی داروهای ضروری بسیار با اهمیت می‌باشد و لازم است بر اساس معیارهای انتخاب داروهای ضروری که سازمان جهانی بهداشت تعیین نموده است، مشخص گردند تا سیاست‌گذاران، واردکنندگان و تولیدکنندگان، با هدف‌گذاری صحیح، مانع سودجویی سوداگران شده و موجبات تحقق اصل دسترسی صحیح و همگانی را فراهم گردانند. برخی راهکارها برای ارتقای دسترسی به داروهای ضروری عبارتند از: ۱- حمایت و کمک‌های دولتی ۲- ارتقاء زیرساخت‌های تولیدی ۳- بهینه سازی و هوشمندسازی سیستم توزیع ۴- فعال سازی بخش خصوصی. اجرای طرح‌های ژنریک و مهندسی معکوس با استفاده از توان مجموعه‌های دانش‌بنیان، در کنار فهرست نویسی

برای بهبود دسترسی به داروهای ضروری در ایران و انطباق با اسناد بین‌المللی، می‌توان به موارد زیر توجه کرد:

- استفاده از چارچوب‌های تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد: چارچوب‌های تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد (EtD) می‌توانند به شفافیت و کارایی در ارزیابی و انتخاب داروهای ضروری کمک کنند. این چارچوب‌ها به هماهنگی بین لیست‌های داروهای ضروری و راهنماهای بهداشتی کمک می‌کنند و از تکرار کارها جلوگیری می‌کنند.^{۴۴}

- استانداردهای تولید خوب (GMP): رعایت استانداردهای تولید خوب (GMP) برای تضمین کیفیت، ایمنی و اثربخشی داروها ضروری است. همکاری‌های بین‌المللی برای هماهنگ‌سازی استانداردهای GMP و تقویت ظرفیت‌های نظارتی می‌تواند به بهبود دسترسی به داروهای با کیفیت کمک کند.^{۴۵}

- توافقات بین‌المللی برای دسترسی عادلانه به واکسن‌ها و داروها: توافقات بین‌المللی که به دسترسی عادلانه به واکسن‌ها و داروها تأکید دارند، می‌توانند به کاهش نابرابری‌ها در دسترسی به داروهای ضروری کمک کنند. این توافقات باید شامل مکانیزم‌های قوی برای اجرای تعهدات و همکاری‌های بین‌المللی باشند.^{۴۶}

- کنترل قیمت و بهبود زنجیره تأمین: تنظیم قیمت داروها و بهبود مدیریت زنجیره تأمین می‌تواند به افزایش دسترسی به داروهای ضروری کمک کند. این شامل استفاده از مجوزهای اجباری و حمایت از تولید داروهای ژنریک است.^{۴۷}

- همکاری‌های بین‌المللی و منطقه‌ای: همکاری‌های بین‌المللی و منطقه‌ای برای بهبود دسترسی به داروهای ضروری و جلوگیری از ورود داروهای تقلبی و بی‌کیفیت ضروری است. این همکاری‌ها می‌توانند شامل بازرسی‌های مشترک GMP و استفاده از مکانیزم‌های اتکای منطقه‌ای باشند.^{۴۸}

یافته‌ها

اگرچه در اسناد بین‌المللی حقوق بشر صریحاً به حق دسترسی داروهای اساسی و ضروری به عنوان "حق بشر"

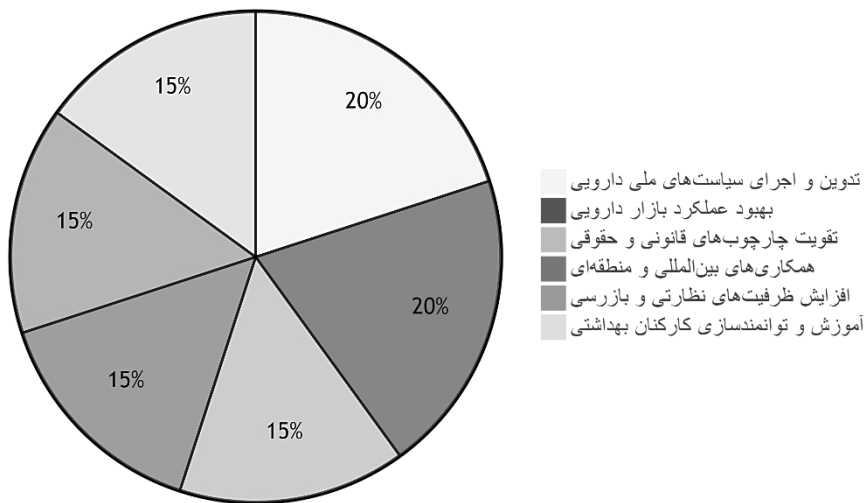
- بهبود عملکرد بازار دارویی (۲۰٪): تنظیم بازار دارویی برای کاهش قیمت‌ها و افزایش دسترسی به داروهای ژنریک و تقویت تولید داخلی داروها.^{۵۱}

- همکاری‌های بین‌المللی و منطقه‌ای (۱۵٪): استفاده از توافقات بین‌المللی و همکاری‌های منطقه‌ای برای کاهش هزینه‌ها و بهبود زنجیره تأمین داروها.^{۵۲}

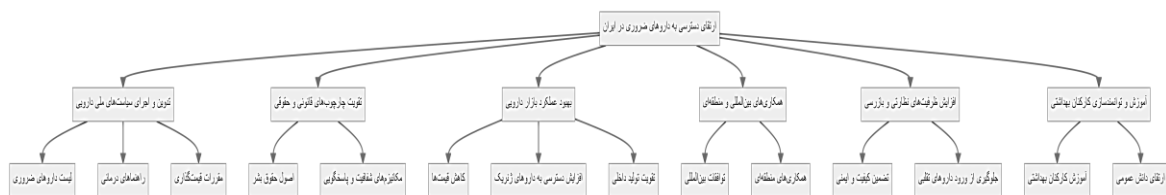
- افزایش ظرفیت‌های نظارتی و بازرسی (۱۵٪): تقویت سیستم‌های نظارتی و بازرسی برای تضمین کیفیت و ایمنی داروها و جلوگیری از ورود داروهای تقلبی.^{۵۳}

- آموزش و توانمندسازی کارکنان بهداشتی (۱۵٪): آموزش و توانمندسازی کارکنان بهداشتی برای استفاده بهینه از داروهای ضروری و ارتقای دانش عمومی درباره استفاده صحیح از داروها.^{۵۴}

نمودار ۱ بهترین راهکارهای منطبق بر روش‌های بین‌المللی برای ارتقای دسترسی به داروهای ضروری در ایران را پیشنهاد می‌دهد. همچنین فلوجارت مربوطه با جزئیات ارائه شده است. (نمودار ۲)



نمودار ۱. بهترین راهکارهای منطبق بر روش‌های بین‌المللی برای ارتقای دسترسی به داروهای ضروری در ایران



نمودار ۲. فلوجارت بهترین راهکارهای منطبق بر روش‌های بین‌المللی برای ارتقای دسترسی به داروهای ضروری در ایران

داروهای ضروری، نظارت بر بازار و قیمت‌ها، می‌تواند وضعیت داروهای ضروری را ساماندهی نماید.

بهترین راهکارهای منطبق بر روش‌های بین‌المللی برای ارتقای دسترسی به داروهای ضروری در ایران
پیشنهاد می‌شود برای ارتقای دسترسی به داروهای ضروری در ایران و انطباق با روش‌های بین‌المللی، می‌توان به موارد زیر توجه کرد:

- تدوین و اجرای سیاست‌های ملی دارویی (۲۰٪): تدوین سیاست‌های ملی دارویی که شامل لیست داروهای ضروری، راهنماهای درمانی و مقررات قیمت‌گذاری باشد، می‌تواند به بهبود دسترسی به داروهای ضروری کمک کند.^{۴۹}

- تقویت چارچوب‌های قانونی و حقوقی (۱۵٪): استفاده از اصول حقوق بشر و قوانین بین‌المللی برای تضمین دسترسی عادلانه به داروهای ضروری و ایجاد مکانیزم‌های شفافیت و پاسخگویی.^{۵۰}

نتیجه گیری

یکی از روش‌های تحقق عالی‌ترین سطح قابل حصول سلامت جسمی و روانی برای هر فرد، تامین نیازهای اولیه در زمان بیماری و دسترسی به داروهای اساسی، ضروری و حیات‌بخش می‌باشد. راهکاری متعددی به‌منظور ارتقای دسترسی به دارو وجود دارند که برخی از مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از: تدارک زیرساخت‌های تولید، کمک مالی دولت، کنترل و مدیریت شبکه عرضه، و استفاده از تمام توان و پتانسیل‌های داخلی کشورها. مطابق اسناد و موازین بین‌المللی حق‌های بشری، دسترسی به داروهای ضروری، مهم‌ترین حق سلامت به حساب می‌آید. فهرست داروهای ضروری باید براساس معیارهای مشخصی شامل تاثیر و کارایی، ایمنی و مقرون به صرفه بودن تهیه شود. سازمان بهداشت جهانی ضمن توصیه به کشورهای جهان، خود نیز اقداماتی را به‌منظور افزایش این حق دسترسی حداقلی (به‌ویژه در کشورهای کمتر توسعه یافته) دنبال می‌کند که از آن جمله، تهیه و به‌روزرسانی فهرست داروهای ضروری با توجه به شرایط کلی جهانی و تشکیل و فعالیت کمیته ناظر بر این داروها می‌باشد. تنظیم فهرست مذکور نیز مزایای متعددی دارد که مهم‌ترین آن‌ها مدیریت بهتر دارویی، ارتقای کمی و کیفی دسترسی به دارو، جلب اعتماد مردم به سیستم بهداشت و درمان، نسخه‌نویسی و تجویز بهتر دارو، کاهش قیمت دارو، افزایش آگاهی و علاقمندی بیماران به استفاده از دارو و دنبال کردن درمان خود از این طریق می‌باشند. این فهرست باید براساس معیارهای مشخصی شامل تاثیر و کارایی، ایمنی و مقرون به صرفه بودن تهیه شود، تا مزایای کمی و کیفی در استفاده از دارو را به همراه داشته باشد. جمهوری اسلامی ایران اگرچه در به‌کارگیری اقدامات مهمی در زمینه دسترسی به دارو شامل کنترل قانونی قیمت، نظارت بر شبکه عرضه دارو، کنترل بازار دارو و به‌ویژه واردات و اجرای طرح ژنریک نسبتاً موفق بوده، اما در تهیه و انتشار فهرست داروهای ضروری با توجه به

شرایط و توانایی‌های داخلی، رسماً کاری صورت نداده است. به نظر می‌رسد که این نقیصه نه به‌علت بی‌توجهی مسئولان، بلکه از عدم نیاز و انطباق فهرست داروهای ضروری داخلی با فهرست حداقلی سازمان بهداشت جهانی ناشی می‌شود، زیرا جمهوری اسلامی ایران به‌خود کفایت نسبی در صنعت دارو دست یافته و توانسته نیاز به دسترسی دارویی شهروندان خود را تا حد قابل قبولی برطرف نماید. در حالی که محافل بین‌المللی وابسته به حق‌های بشر به دنبال تامین دسترسی حداقلی به محصولات دارویی و به‌ویژه داروهای ضروری هستند، خوشبختانه کشور ما به دلیل اهتمام مسئولان، از این حد پایه عبور کرده و در بسیاری از حوزه‌ها به‌ویژه واکسن و سرم خودکفا شده است. استفاده از طرح‌های ژنریک و ویژه کشورهای در حال توسعه و اولویت‌بندی در ساخت، توزیع و واردات دارو، نقش مهمی در تحقق این هدف مهم ایفا کرده‌اند، هرچند هنوز مشکل دسترسی به برخی داروهای حیاتی به‌طور کامل حل نشده است. ارتقای دسترسی به داروهای ضروری در ایران نیازمند اتخاذ راهکارهای منطبق بر روش‌های بین‌المللی است. این راهکارها شامل تدوین و اجرای سیاست‌های ملی دارویی، تقویت چارچوب‌های قانونی و حقوقی، بهبود عملکرد بازار دارویی، همکاری‌های بین‌المللی و منطقه‌ای، افزایش ظرفیت‌های نظارتی و بازرسی، و آموزش و توانمندسازی کارکنان بهداشتی می‌باشد.

تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم در تهیه این مقاله ما را یاری کردند، تشکر می‌کنیم.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

منابع مالی

وجود ندارد.

References

1. Suerie Moon. Respecting the Right to Access to Medicines: Implications of the UN Guiding Principles on Business and Human Rights for the Pharmaceutical Industry. *Health and Human Rights*, Volume 15, No. 1, June 2013; P 33.
2. Obijiofor Aginam & Others. *The Global Governance of HIV/AIDS: Intellectual Property and Access to Essential Medicines*. Edward Elgar Publishing, Inc. 2013; P 59. <https://doi.org/10.4337/9781849804929>
3. Hestermeyer H. *Human rights and the WTO: the case of patents and access to medicines*. Oxford University Press; 2008 Aug 7.
4. UN Economic and Social Council, General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant), E/C.12/2000/4, UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), 11 August 2000, <https://www.refworld.org/legal/general/cescr/2000/en/36991> [accessed 09 August 2024]
5. Secretary-General UN. *Access to medication in the context of pandemics such as HIV/AIDS, tuberculosis and malaria: report of the Secretary-General*. 2008.
6. World Health Organization, 'Essential Medicines: Definition', available at http://www.who.int/medicines/services/essmedicines_def/en/. See also MDG Gap Task Force, *Millennium Development Goal 8: Delivering on the Global Partnership for Achieving the Millennium Development Goals: MDG Gap Task Force Report 2008* (New York: United Nations, 2008) at 36.
7. Nino FS. *Sustainable Development Goals—United Nations*. United Nations Sustainable Development. 2015;2. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals-retired-link/>. Accessed 12 Mar 2022.
8. Marks SP. *Access to essential medicines as a component of the right to health. Realizing the right to health*. Zurich, Switzerland: Rüfer and Rub. 2009:82-101.
9. World Health Organization, World Bank. *Tracking universal health coverage: first global monitoring report* [Internet]. Geneva; 2015. [cited 2019 February 13]
10. Wirtz VJ, Hogerzeil HV, Gray AL, Bigdeli M, de Joncheere CP, Ewen MA, Gyansa-Lutterodt M, Jing S, Luiza VL, Mbindyo RM, Möller H. Essential medicines for universal health coverage. *The Lancet*. 2017 Jan 28;389(10067):403-76.
11. Mahmić-Kaknjo M, Jeličić-Kadić A, Utrobičić A, Chan K, Bero L, Marušić A. Essential medicines availability is still suboptimal in many countries: a scoping review. *Journal of clinical epidemiology*. 2018 Jun 1;98:41-52.
12. Khatib R, McKee M, Shannon H, Chow C, Rangarajan S, Teo K, Wei L, Mony P, Mohan V, Gupta R, Kumar R. Availability and affordability of cardiovascular disease medicines and their effect on use in high-income, middle-income, and low-income countries: an analysis of the PURE study data. *The Lancet*. 2016 Jan 2;387(10013):61-9.
13. Hogerzeil HV, Liberman J, Wirtz VJ, Kishore SP, Selvaraj S, Kiddell-Monroe R, Mwangi-Powell FN, von Schoen-Angerer T. Promotion of access to essential medicines for non-communicable diseases: practical implications of the UN political declaration. *The Lancet*. 2013 Feb 23;381(9867):680-9.
14. Forouzandeh Zarenezhad & Others. *Developing a Model for Agile Pharmaceutical Distribution: Evidence from Iran*. *J. Basic. Sci. Res.*, 3(1)161-172, 2013; P 161.
15. Abdol Majid Cheraghali. *Iran Pharmaceutical Market*. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research*, 2006, 1-7, P 2.
16. Michel Belanger. *Global Health Law: An Introduction*. Cambridge Scientific Publishers, 2011; P 89.
17. Allen Buchanan. *Justice and Health Care: Selected Essays*: 2009; P 203-206.
18. John Tobin. *The Right to Health in International Law*. Oxford University Press, 2012; P 159-161.
19. Christopher Stone. *Resource Allocation and Rationing Strategies in the NHS*, 2010; P 1.
20. Jakkrit Kuanpoth. *Patent Rights in Pharmaceuticals in Developing Countries: Major Challenges for Future*. Edward Elgar Publishing, Inc. 2010; P 163. <https://doi.org/10.4337/9781849808958>
21. Gillian LewandoHundt & Others. *The Provision of Acceptable Health Care in Rural Remote Areas and the Right to Health: Bedouin in the North East Region of Jordan*. *Social Science & Medicine*. *Social Science & Medicine* 74(2012) 36-43. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.042> . PMID:22024202
22. Irina Haracoglou. *Competition Law and Patents: A Follow-on Innovation Perspective in the Biopharmaceutical Industry*. Edward Elgar Publishing, Inc, 2007; P 78. <https://doi.org/10.4337/9781848440111>

23. Hans V. Hogerzeil & Zafar Mirza. The World Medicines Situation 2011: Access to Essential Medicines as Part of the Right to Health. World Health Organization, 2011; P 4.
24. WHO & Kenya's Ministry of Public Health & Ministry of Medical Services. Kenya Essential Medicines List 2010, 2010; P xiv.
25. World Health Organization. Essential Drugs Monitor. Number 33 (2003).
26. Richard Laing. The Patent Status of Medicines on the WHO Model List of Essential Medicines. WHO/WTO/WIPO Technical Symposium. 2011;
27. Kyla Hyford & Others. Improving Access to Essential Medicines Through Public-Private Partnerships. International Vaccine Access Center (IVAC), 2004; P 1.
28. Lisa Forman & Jillian Clare Kohler. Access to Medicines as a Human Right. University of Toronto Press; 2012; P 93. <https://doi.org/10.3138/9781442698277>
29. Ghana's Ministry of Health. Ghana Essential Medicines List. Sixth Edition, 2010; P Introduction.
30. Brian M. Kaiser. World Health Organization's Essential Medicines List: From Idea to Implementation. Prepared as Part of an Education project of the Global Health Education Consortium and Collaborating Partners. 2007; P 5.
31. Alison Sinton. WHO Essential Medicines Process. Splaine Consulting WHO Essential Medicines Brief, 2014; P 2.
32. Cythia M. Ho. Access to Medicine in the Global Economy. Oxford University Press, 2011; P 5.
33. Ronald J. Vogel. Pharmaceutical Economics and Public Policy. Routledge, Jul 2007; P 27.
34. OECD Health Policy Studies. Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market. OECD Publishing, 2008; P 97.
35. Kavous Basmenji Pharm D. Pharmaceuticals in Iran: An Overview (History of Contemporary Medicine in Iran). Arch Iranian Med 2004; 7(2): 158- 164. P 159.
36. Kebriaeezadeh et al. DARU Journal of Pharmaceutical Sciences 2013, 21:52. P 1. <https://doi.org/10.1186/2008-2231-21-52> . PMID:23805853 PMCID:PMC3718624
37. Sheikhi M. Challenges of Intellectual Property in the Field of Health. Social Welfare Quarterly. 2006; 5 (20): 61.
38. Kheirollah Gholami & Others. Three Years Evaluation of Drug Shortages from Educational Pharmacies in Tehran. Iranian Journal of Pharmaceutical Research .2012, 11 (2): 565-572. P 565.
39. World Report Lancet. Vol 14 March 2013. 381:279. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70015-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70015-9) . PMID:23452357
40. Houda I, Dickhoff C, Uyl-de Groot CA, Reguart N, Provencio M, Levy A, Dziadziuszko R, Pompili C, Di Maio M, Thomas M, Brunelli A. New systemic treatment paradigms in resectable non-small cell lung cancer and variations in patient access across Europe. The Lancet Regional Health-Europe. 2024 Mar 1;38.
41. Volodina A, Jahn A, Jahn R. Public health relevance of medicines developed under paediatric legislation in Europe and the USA: a systematic mapping study. BMJ Paediatrics Open. 2024;8(1).
42. Liu M, Lu Y, Li J, Zhang Y, Zhang S, Liu Y. Orphan drug policy analysis in China. Frontiers in Pharmacology. 2024 Jun 13;15:1278710.
43. Cordeiro MA, Vitorino C, Sinogas C, Sousa JJ. A Regulatory Perspective on Biosimilar Medicines. Pharmaceutics. 2024 Feb 25;16(3):321.
44. Piggott T, Moja L, Garcia CA, Akl EA, Banzi R, Huttner B, Kredt T, Lavis JN, Schünemann HJ. User-experience testing of an evidence-to-decision framework for selecting essential medicines. PLOS Global Public Health. 2024 Jan 11;4(1):e0002723.
45. Chejor P, Dorji T, Dema N, Stafford A. Good manufacturing practice in low-and middle-income countries: Challenges and solutions for compliance. Public Health Challenges. 2024;3(1): e158.
46. Ortiz-Millán G. Ethical and Practical Considerations for an Agreement to Ensure Equitable Vaccine Access; Comment on "More Pain, More Gain! The Delivery of COVID-19 Vaccines and the Pharmaceutical Industry's Role in Widening the Access Gap". International Journal of Health Policy and Management. 2024 Apr 28.
47. Amin MQ, Kristina SA, Satibi S. Availability, prices, and affordability of essential medicines in Asia: A systematic review. Journal of Applied Pharmaceutical Science. 2024 May 24.
48. Sorato MM, Davari M, Kebriaeezadeh A. Improving access to medicines to reduce marketing and use of substandard and falsified medicines in Africa: Scoping review. The Journal of Medicine Access. 2024 Mar;8:27550834241236598.
49. Quick JD. Essential medicines twenty-five years on: closing the access gap. Health policy and planning. 2003 Mar 1;18(1):1-3.
50. Hogerzeil HV. Essential medicines and human rights: what can they learn from each other?. Bulletin of the World Health Organization. 2006;84:371-5.
51. Mackintosh M, Mujinja PG. Markets and policy challenges in access to essential medicines

-
- for endemic disease. *Journal of African Economies*. 2010 Nov 1;19(suppl_3):iii166-200.
52. Chivukula MV, Tisocki K. Approaches to improving access to essential cancer medicines in the WHO South-East Asia Region. *WHO South-East Asia journal of public health*. 2018 Sep 1;7(2):62-6.
53. Abbott FM. Managing the hydra: the Herculean task of ensuring access to essential

- medicines. *International Public Goods and Transfer of Technology after Trips*. 2004 Dec 21:393-424.
54. on Neuroscience F, Disorders NS. Improving Access to Essential Medicines for Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in Sub-Saharan Africa: Workshop Summary.