نشریه علمی‌پژوهشی فرهنگستان علوم پزشکی
سال دوم، شماره چهارم، زمستان ۹۷، صفحات ۵۰۲ تا ۵۰۹

نظام دارویی ایران پس از انقلاب اسلامی*

نویسنده:
کامران باقری‌لنکرانی[۱]، مریم خیام‌زاده[۲]

چکیده

زمینه و هدف: اهداف نظام دارویی در همه کشورها افزایش دسترسی بیماران به داروهای اساسی با قیمت قابل قبول است. خودکفایی از اهداف اصلی دولت در سال‌های آغازین انقلاب اسلامی بود. از مهم‌ترین اقدامات که برای خودکفایی دارویی پس از انقلاب صورت گرفت، استقرار نظام نوین دارویی یا طرح ژنریک در کشور بود.

روش کار: جستجو در پایگاه های اطلاعاتی به زبان های فارسی و انگلیسی، استفاده ازاطلاعات منتشر نشده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تجارب شخصی

یافته‌ها: در راستای خودکفایی، کارخانجات ملی شدند و واردات محدود شد. درحال‌حاضر بیش از ۱۰۰ شرکت در حوزه تولید دارو، دویست شرکت در زمینه واردات دارو، هفتاد شرکت در توزیع دارو و بیش از یازده هزار داروخانه در عرضه دارو فعال هستند. از فهرستATC، حدوداً ۲۷ درصد مولکول‌های دارویی در بازار ایران عرضه می‌شوند. سهم تولید داخل از نظر کمی: بیش از ۹۷ درصد است. مجموع هزینه‌های داروهای مصرفی در کشور در سال ۹۶ حدود ۴ میلیارد دلار بوده است که بدون لحاظ کردن نقش سازمان‌های بیمه‌گر، پرداخت از جیب بیماران بیش از ۴۵ درصد آن را تشکیل می‌دهد. سرانه سالیانه مصرف دارو در ایران حدود ۵۷ دلار است که این شاخص در کشور ما نسبت به متوسط دنیا بسیار کمتر است. در سال‌های اخیر صادرات دارو حدود ۲۰۰ میلیون دلار بوده است ولی در سال ۹۷ به علت مشکلات ارزی، صادرات دارو ممنوع شد. بسیاری از محصولات با قیمت کمتر از بازار جهانی در داخل تولید می‌شوند. یارانه های دارویی هم قیمت برخی از اقلام وارداتی را به صورت مصنوعی پایین نگه داشته است.

نتیجه‌گیری: تشکیل سازمان غذا و دارو، از مهم‌ترین تحولات در عرصه دارویی کشور بود که می‌تواند زمینه‌ساز شفافیت و چالاکی در عرصه سیاست‌گذاری دارو باشد.

کلیدواژه: ایران، تحقیق و تولید داروها، کنترل داروها و مواد مخدر، نظام‌های تجویز دارو، نظام‌های دارورسانی

مقدمه

نظام سلامت، مسئول حفظ و ارتقای سلامت جامعه، پاسخ‌گویی به انتظارات مردم و تأمین مالی همراه با مشارکت عادلانه است. تهیه، توزیع و مصرف صحیح دارو از ارکان مهم درمان بوده و تأمین و دسترسی مردم به داروهای مؤثر و سالم، با کیفیت مطلوب و قیمت مناسب از اهداف مهم همه نظام‌های سلامت به‌شمار می‌رود. اهداف نظام دارویی در همه کشورها افزایش دسترسی بیماران به داروهای اساسی با قیمت قابل قبول است(۱). سهم هزینه‌های دارویی در کشورها متفاوت است اما نکته قابل توجه این است که هرچه سطح بهداشتی کشورها پایین‌تر باشد، سهم هزینه دارو در هزینه‌های نظام سلامت بیشتر است و برعکس در کشورهای پیشرفته و ثروتمند، سهم هزینه‌ای که صرف دارو می‌شود، کمتر است.(۲)

۱. استاد ممتاز دانشگاه علوم پزشکی شیراز.عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران
۲. دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی، استادیار، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران
* بخش مهمی از این مطالب در جلسه بزرگداشت چهلمین سالگرد پیروزی انقلاب اسلامی به‌صورت سخنرانی ارائه شده است.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-08]

سیاست‌های محوری حوزه دارو با توجه به اسناد بالادستی در نظام سلامت ایران عبارتند از فراهمی و در دسترس بودن دارو برای همه نیازمندان، تضمین کیفیت و اثربخشی دارو، منطقی کردن تجویز دارو، خودکفایی دارویی، توسعه صادرات دارو، توسعه داروهای گیاهی و همچنین حمایت از صنعت داروسازی(۳).

روش پژوهش: در این مطالعه، منابع به زبان‌های فارسی و انگلیسی و پایگاه‌های اطلاعاتیpubmed, scopus و نیز SID, magiran, ISC با استفاده از کلیدواژه‌های "نظام دارویی، نظام سلامت، بازار دارویی، سیاست‌های ملی دارویی، صنعت دارویی، ایران، انقلاب، سازمان غذا و دارو" جستجو شدند. همچنین از اطلاعات منتشر نشده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تجارب شخصی استفاده شد.

نتایج

پیشینه داروسازی مدرن در ایران

سابقه پیدایش و ظهور داروسازی مدرن در ایران به صد سال پیش باز می‌گردد، زمانی که داروسازان اتریشی، آلمانی و فرانسوی نخستین داروخانه‌های مدرن را در شهر تهران افتتاح کردند. در همان زمان اساتید داروسازی اروپایی اقدام به برگزاری کلاس‌هایی در مدرسه دارالفنون کردند. با پایه‌گذاری و تأسیس دانشکده داروسازی دانشگاه تهران در سال ۱۳۱۳، نخستین فعالیت‌های بومی برای داروسازی مدرن صورت گرفت. در اواخر سال ۱۳۳۴، صنعت داروسازی ایران به صنعت داروسازی مدرن جهانی پیوست که نتیجه آن فراتر از واردات دارو از کشورهای آمریکایی و اروپایی؛ حجم کمی از تولید داخلی عمدتاً تحت لیسانس شرکت‌های بزرگ بین‌المللی بود. در اوایل دهه۴۰، با افزایش قدرت اقتصادی خانواده‌ها؛ همراه با رشد ناگهانی در تعداد ارائه‌دهندگان خدمات سلامت دولتی و یا غیردولتی، فرهنگ الگوی مراقبت‌های سلامتی در کشور تغییرات سریعی را شاهد بود. در این زمان بیش از ۴۰ شرکت خارجی با سرمایه‌گذاری مستقل فعالیت‌هایی را برای تولید دارو در ایران آغاز کردند.

از اتفاقات قابل ذکر برای این دوره می‌توان به آغاز کار شرکت‌های سهامی "تولیددارو" و "داروپخش" اشاره نمود. صنعت داروسازی ایران فعالیت خود را با تولید و فعالیت شرکت‌های چندملیتی آغاز نمود و اجزای دارویی اولیه (API: Active Pharmaceutical Ingredient)را به کشور وارد شد. در آخرین سال‌های رژیم گذشته بخش دارویی کشور به سمت بازاری رفته بود که سالانه ۳۰۰ میلیون دلار جریان داشت. چهار هزار نوع مختلف تولیدات و محصولات دارویی در ایران موجود بود. ۷۰ درصد این بازار از واردات و ۳۰ درصد بقیه از تولیدات داخلی تأمین می‌شد(۵و۴).

ویژگی‌های نظام دارویی در سال‌های منجر به انقلاب اسلامی را می‌توان اینگونه خلاصه کرد:

- واردکنندگان دارو مجوز از وزارت بهداری نمی‌گرفتند.
- فهرست دارویی وجود نداشت.
- توزیع دارو توسط سه شرکت داروپخش، تولید دارو و خوراک انجام می‌شد.
- توزیع بقیه تولیدکنندگان و واردکنندگان از طریق عمده‌فروشی دارو در تهران (ناصرخسرو) و بعضی عمده‌فروشی‌های دارو در بعضی مراکز استان‌ها انجام می‌شد.
- امکانات داخلی برای تولید دارو در کشور در حد شکر، وازلین، الکل و همچنین مواد بسته‌بندی شامل شیشه برای محلول‌ها و اقلامی نظیر جعبه، بروشور و کارتن بود.
- منبع تهیه شکر (قند و شکر هفت‌تپه)، وازلین (شرکت نفت- درصورتی‌که بو نداشته باشد) و الکل از کارخانجات تولید کننده الکل بودند.*

داروسازی پس از انقلاب اسلامی

انقلاب اسلامی ایران صنعت داروسازی را تغییر داد. خودکفایی و عدم وابستگی، اهداف اصلی دولت در سال‌های ابتدایی بود. این سیاست موجب خروج شرکت‌های چند ملیتی شد و دولت اسلامی جدید بخش مهمی از شرکت‌های دارویی را ملی کرد. به‌طور دقیق از حدود ۴۰ شرکت دارویی تولیدکننده، ۲۸ شرکت دولتی شدند و در حقیقت قوی‌ترین شرکت‌ها در زمینه تولید دارو در اختیار و مالکیت دولت درآمدند. بخش خصوصی تنها حدود ۱۲ درصد از تولیدات را برعهده داشت. شرکت‌های دولتی که اجازه واردات دارویی به کشور را داشتند عبارت بودند از شرکت سهامی دارویی کشور، شرکت داروپخش، شرکت Knowledge Business Care(KBC) و مرکز فوریت‌های دارویی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-08]

هلال احمر. KBC شرکت دارویی واردکننده کوچکی بود که از سال ۱۳۳۳ تأسیس شده بود ولی پس از انقلاب اسلامی تحت حمایت و پوشش بنیاد ۱۵ خرداد فعالیت خود را ادامه داد و به تدریج جایگاه مهمی نه در واردات که در تولید دارو در ایران و منطقه پیدا کرد. (۶و۴)

طرح ژنریک در ایران

از مهم‌ترین اقدامات که برای خودکفایی دارویی پس از انقلاب صورت گرفت، استقرار نظام نوین دارویی یا طرح ژنریک در کشور بود. برای جلوگیری از هدر رفتن سرمایه‌های ملی کشورهای درحال‌توسعه، سازمان بهداشت جهانی از سال‌ها قبل؛ نظام داروی ژنریک را به‌عنوان یک الگوی مناسب و اساسی معرفی کرده بود که داروسازی نوین پس از انقلاب با استفاده از این الگو شکل گرفت. با توجه به نقش داروهای ژنریک در رشد و توسعه صنعت دارو و هم‌چنین کاهش و یکسان‌سازی قیمت‌ها، وزارت بهداشت براساس مصوبه شورای انقلاب اسلامی، تصمیم به اجرا طرح ژنریک در کشور گرفت. منظور از طرح ژنریک تولید و عرضه دارو براساس نام غیرتجارتی و با نام فرمول شیمیایی اصلی، با قیمت یکسان و بدون توجه به شرکت سازنده بود. برند ژنریک یعنی مولکولی که با روش مشابه ساخته شده و نام اختصاصی جدیدی بر روی آن گذاشته شود. داروهای ژنریک به‌عنوان جایگزین داروهای برند ولی با قیمتی به مراتب کمتر، مورد توجه قرار گرفتند. یکی دیگر از اهداف تغییر نام داروها از تجارتی به ژنریک، در آغاز؛ حذف اقلام گوناگون شرکت‌های چند ملیتی بود(۸و۷و۵و۴).

قبل از انقلاب، با توجه به گسترش بازار مصرف دارو، بسیاری از شرکت‌های چندملیتی به‌منظور داشتن نمایندگی، اقدام به تأسیس شرکت و شعب تولیدی در ایران کردند که فقط داروهای غیراساسی را با نام تجارتی تولید می‌نمودند. این شرکت‌ها محصولات دارویی خود را به قیمت دلخواه می‌فروختند. با اجرای این طرح، هزاران عنوان داروی تجاری از بازار ایران حذف شد(۵و۴).

به‌صورت کلی نظام نوین دارویی کشور بر پایه‌های زیربنا گردید:

- استفاده از نام ژنریک برای همه داروهای تولیدی و وارداتی بازار دارویی کشور
- تدوین فهرست دارویی کشور و محدود کردن اقلام موجود در آن براساس فهرست داروهای اساسی
- واردات متمرکز و هدایت شده داروها صرفاً توسط شرکت‌های دولتی
- ملی کردن کارخانجات دارویی چند ملیتی
- معرفی علمی داروهای ژنریک به جای بازاریابی تجاری(۴و۳)

از مهم‌ترین اهداف نظام نوین دارویی کشور، تدوین فهرست دارویی بود. پس از تصویب فهرست داروهای ژنریک که با همکاری پزشکان و داروسازان صاحب‌نظر تهیه شده بود، واردات دارو صرفاً به داروهای اساسی که در فهرست بودند ولی تولید آن‌ها در داخل کشور ممکن نبود، محدود شد. فهرست داروهای ژنریک شامل ۳۰۰ قلم داروی ضروری سازمان بهداشت جهانی و حدود ۵۲۰ قلم داروی ژنریک به ۹۰۰ شکل دارویی تهیه شد. بر مبنای این فهرست از سوی وزارت بهداری، سهمیه تولید داروها بین شرکت‌های داروسازی از نظر نوع و تعداد تعیین شد(۵و۴)

از زمان انقلاب درسال ۱۳۵۷، فهرست کامل داروهای ژنریک با تأکید زیاد روی تولید داروهای اساسی و واکسن‌ها فراهم و کارخانجات ملی شدند و واردات محدود شد. این مقررات از مصرف تولیدات داخلی حمایت می‌کرد زیرا قیمت این داروها بسیار ارزان‌تر از داروهای برند تعیین می‌شد البته فرصت برای شرکت‌های بین‌المللی و چندملیتی وجود داشت که محصولات خود را در ایران ثبت کنند(۸و۷و۵)

تمام داروها در NDL (national drug list) این امکان را دارند که برای مجوز فروش بدون توجه به محل تولید دارو ثبت شوند (1,5,7,8,10,11,12).

وضعیت فعلی بازار دارویی ایران

مطالعات مختلف انجام شده بر روی مصرف دارو در ۱۳ سال گذشته در دو دوره مورد بررسی (۸۴-۷۹، ۹۱-۸۵) بیانگر آن است که تعداد داروهای مصرفی کشور از حدود ۱۶,۲ میلیارد عدد به ۳۳,۵ میلیارد عدد رسیده و رشدی معادل ۱۰۶ درصد را به همراه داشته است. ایرانیان در سال ۹۱، حدود ۳۴ میلیارد عدد دارو مصرف کرده‌اند که ۳۲,۵ میلیارد عدد آن تولید داخل بوده است(۹).

درحال‌حاضر بیش از ۱۰۰ شرکت در حوزه تولید دارو دویست

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-08]

شرکت در حوزه واردات دارو و هفتاد شرکت در حوزه توزیع دارو در کنار بیش از یازده هزار داروخانه در حوزه عرضه دارو فعال هستند(۱۰).

از فهرست ATC، حدوداً ۲۷ درصد مولکول‌های دارویی در بازار ایران عرضه می‌شوند. درحال‌حاضر بیش از ۴۲۰۰ دارو شامل داروهای شیمیایی، گیاهی و بیولوژیک ثبت شده و مجوز دریافت کرده‌اند. این موارد شامل ۲۴۰۰ دوز مختلف از حدود هزار نوع دارو است(۱۰).

سهم تولید داخل از نظر کمی: بیش از ۹۷ درصد است. با اینکه سطح خودکفایی تولید دارو در زمینه کمی ازسال ۱۳۷۰ تغییر نکرده، اما سهم کارخانجات داخلی از بازار ریالی دارویی به‌طور قابل‌توجهی کاهش یافته است. بازار دارویی کشور در سال ۹۶ حدوداً ۱۹ هزار میلیارد تومان براورد شده که سهم تولید داخل از نظر مالی؛ ۷۰ درصد بوده است. این سهم از سال ۸۰ تا ۹۱ روند کاهنده داشته و تا ۶۰ درصد هم رسیده اما از سال ۹۱ زیاد شده و اکنون به ۷۰درصد صعود کرده است.*

دلیل اصلی افزایش سهم ریالی داروهای وارداتی در سهم بازار دارویی کشور، توسعه و گسترش فهرست داروهای ملی است که شامل تعداد بیشتری از انواع داروهای شیمیایی و بیولوژیک می‌شوند که به دلیل تکنولوژی برتر مانند مونونوکلونال آنتی بادی‌های جدید و داروهای ضدسرطان و پروتیین‌های نوترکیب در ایران تولید نمی‌شوند و ضمناً هزینه بالاتری هم دارند. از آن‌جایی‌که این قبیل داروها بسیار گرانقیمت هستند، توسط یارانه‌های دولتی حمایت می‌شوند و پوشش بیمه‌ای دارند(۱۰).

داروهای ضد سرطان؛ فاکتورهای انعقادی برای بیماران هموفیلی، داروهای کاهش دهنده آهن مورد مصرف در بیماران تالاسمی، و مولتیپل اسکلروز اصلی‌ترین داروهایی هستند که از طرف دولت به آن‌ها یارانه تعلق می‌گیرد(۱۰).

بیشتر داروهایی که یارانه دریافت می‌کنند در کشور تولید نمی‌شود. اما ۲۵ درصد کل ارزش داروهای وارداتی در بازار مربوط به اقلامی است که تولید داخلی هم دارند و با تولیدات داخلی در رقابت هستند. این موضوع به ظاهر قدرت انتخاب بیشتری به پزشکان و نیز بیماران می‌دهد ولی هزینه زیادی به کشور تحمیل می‌کند(۱۰).

گردش مالی دارو در ایران

مجموع هزینه‌های داروهای مصرفی در کشور در سال ۹۶ حدود ۴ میلیارد دلار بوده است که بدون لحاظ کردن نقش سازمان‌های بیمه‌گر، پرداخت از جیب بیماران بیش از ۴۵ درصد آن را تشکیل می‌دهد.

بررسی‌ها نشان می‌دهند که هزینه‌های داروهای مصرفی در کشورهای توسعه‌یافته حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد و در کشورهای در حال توسعه حدود ۲۰ تا ۶۰ درصد از کل مخارج نظام‌های سلامت را به خود اختصاص می‌دهند. البته در کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی در سال ۲۰۰۷ معادل ۱۰ درصد از کل مخارج نظام‌های سلامت مربوط به هزینه‌های دارویی بوده است. نکته قابل‌توجه این است که در دهه‌های اخیر نرخ رشد هزینه دارویی بیشتر از نرخ رشد کل هزینه‌های مراقبت سلامت بوده است(۱۳).

سرانه سالیانه مصرف دارو در ایران حدود ۵۷ دلار است که این شاخص در جهان معادل ۱۵۵ دلار است. به عبارت دیگر، سرانه در کشور ما نسبت به متوسط دنیا بسیار کمتر است. سهم هزینه‌های دارویی به کل هزینه‌های سلامت در سال ۹۶ به حدود ۱۳ درصد کاهش یافته است. سابقاً این مقدار حدود ۳۰ درصد بود. حدود ۳۰ درصد از پرداخت از جیب مردم برای هزینه‌های درمان صرف دارو می‌شود.

افزایش هزینه‌های بخش سلامت در اکثر کشورهای دنیا به اصلی‌ترین نگرانی‌های مدیران و سیاست‌گذاران سلامت تبدیل شده است. مسئولان نظام سلامت باید علاوه بر ارتقای سلامت جامعه، دغدغه‌های هزینه‌های مالی ناشی از خدمات سلامت را که بیمار را متحمل می‌شوند را نیز داشته باشند(۱۴).

براساس آمار موجود، رشد هزینه‌های دارویی پرداخت شده برای خدمات دارویی هر بیمار بیمه شده از رشد سرانه دارو و یا مبلغ تخصیص داده شده بابت خدمات دارویی (هزینه شده) که باید پرداخت شود، بیشتر است(۱۴).

وابستگی ارزی دارو

۵۰ درصد مواد اولیه دارویی تولید داخل هستند. بیش از ۹۵ درصد لوازم و مواد بسته‌بندی دارو نیز در داخل کشور تولید می‌شوند و برخی صادر هم می‌شوند. از مجموع ۲ میلیارد دلار

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-08]

ارزبـری دارو در سـال ۱۳۹۶، ۸۰۰ میلیـون دلار بـرای مـواد اولیـه واردات دارو به کشور هزینه شده است.

حدود ۱ میلیارد یورو یا ۲/۱ میلیارد دلار از هزینـه ارزی بـرای واردات دارو در سال ۱۳۹۶ هزینه شده است که تقریباً معادل میزان واردات دارو در سال ۹۱ است. برای مقایسه خوب است بـدانیم کـه مجموعه شش کشور حاشیه خلیج فـارس ۱۵ میلیـارد دلار از بـازار ۲۰ میلیـارد دلاری دارویـی خـود را وارد مـی‌کننـد. عـراق نیـز بـا جمعیتـی نصـف ایـران حـدود ۲ میلیـارد دلار واردات دارو دارد. کشورترکیه با جمعیتی معادل ایران بیش از ۵ میلیـارد دلار واردات دارو از بازار حـدود ۱۰ میلیـارد دلاری دارد(۱۳) افغانسـتان حـدود ۷۵۰ میلیون دلار واردات دارو داشته است.

درحال‌حاضر از ۲/۱ میلیارد دلار یـا یـک میلیـارد یـورو داروی وارداتی؛ حدود ۸۰۰ میلیون دلار بـه داروهـایی اختصـاص دارد کـه مشابه تولید داخل ندارند. ۴۰۰ میلیون دلار مابقی واردات دارویـی، به داروهایی اختصاص دارد که علیرغم داشتن مشابه تولیـد داخـل، ولی کماکان واردات آن‌ها به دلایلـی قطـع نشـده اسـت. در برخـی مواقع تولید داخل تکاپوی مصرف داخلی را نمی‌دهد اما در بسـیاری از موارد نیاز القایی در شکل‌گیری این میزان واردات از داورهایی که تولید داخل دارند؛ مؤثر بوده است.

بسیاری از داروهای برنـد اصـلی و یـا تولیـدات برنـد ژنریـک از شرکت‌های بین‌المللی و یا چند ملیتی نیز وارد بازار دارویـی کشـور شده‌اند(۱۰).

سرمایه‌گذاری خارجی در صنعت دارو

گسترش بازار موجب سرمایه‌گذاری‌های جدید در بخش دارویی شد. بیش از ۳۰ کشور برای تأسیس کارخانه‌های دارویی در کشـور درخواست مجوز کردند. کل سرمایه‌گذاری آن‌ها بیش از یک بیلیون دلار بـوده کـه بـا توجـه بـه انـدازه بـازار و تجـارت دارویـی یـک سرمایه‌گذاری عظیم به شمار می‌رفت، البته این مقدار در مقایسه با کشورهایی با GDP مشابه که سرمایه‌گذاری معادل ۲,۲ بیلیون دلار بود، بسیار کمتر است. یک دلیل برای بـازار کـوچکتر ممکـن اسـت قیمت پایین تولیدات داخلی در کشور باشد که حدود ۹۷ درصد نیاز کمی دارو را تأمین می‌کند. البته تحریم‌های فعلی این روند را تقریباً متوقف کرده است(۱۰).

صادرات دارو

در سال‌های اخیر صادرات دارو حـدود ۲۰۰ میلیـون دلار بـوده است ولی در سال ۹۷ به علت مشکلات ارزی، صادرات دارو ممنـوع شد.

ایران در صادرات دارو نسبت به کشورهای منطقه عملکـرد قابل قبولی نـدارد زیـرا بـه‌عنـوان مثـال ترکیـه سـالیانه ۸۰۰ میلیون دلار و اردن ۵۰۰ میلیون دلار از صـادرات دارو درآمـد کسب می‌کند. میزان صادرات صـنایع دارویـی در ایـران از ۶۱ میلیـون دلار در سـال ۸۵ بـه ۱۵۳ میلیـون دلار در سـال ۹۴ رسیده است. از سال ۸۵ تـا سـال ۹۰ شـاهد رشـد باثبـات در صادرات منـابع دارویـی بـوده‌ایـم امـا در سـال‌هـای ۹۱ و ۹۲ صادرات نسبت بـه سـال‌هـای گذشـته کـاهش داشـته اسـت. صادرات دارویی ایران در بازارهای توسعه یافتـه ماننـد اروپـا و آمریکا جایگاه چندانی ندارد و عمـده سـهم صـادرات دارویـی ایران در کشورهای همسـایه ماننـد افغانسـتان و عـراق اسـت، بنابراین برنامه‌ریزی برای حفظ و تداوم این بـازار در صـادرات ایران نقش کلیدی دارد. به نظر می‌رسد این بازارها در صـورت عدم برنامه‌ریزی برای حفظ، به زودی توسط رقبـای ایـران در منطقه یعنی اردن و ترکیه از دست بروند. کشورهای افغانستان و عراق بزرگترین مقصد صـادرات دارویـی ایـران تـا سـال ۹۳ بوده‌اند و در مجموع حدود ۶۷,۴ درصد از کـل صـادرات بـازار دارویی را شامل مـی‌شـدند. در سـال ۹۳ میـزان صـادرات بـه افغانستان ۴۵ میلیون دلار، کشـور روسـیه ۱۵ میلیـون دلار و عراق ۹ میلیون دلار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

سیاست‌گذاری دارویی؛ چالش‌ها و فرصت‌ها

تشکیل سازمان غذا و دارو از سال ۱۳۸۹ تحول مهمی در زمینه دارو کشور محسوب می‌شود که امکان تمرکز و تعـالی در سیاست‌گذاری دارویی را بیش از پیش همراه بـا چـالاکی فـراهم آورد. بایـد از ایـن ظرفیـت اسـتفاده بیشـتری کـرد. متأسفانه این سازمان هنوز در شـفافیت و چـالاکی بـا نقطـه مطلوب فاصله دارد.

همانگونه که ذکر شد هـم‌اکنـون ۹۷ درصـد از داروهـای

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-08]

مورد نیاز کشور در داخل تولید می‌شود ولی از نظر هزینه و مالی ۷۰ درصد بازار مربوط به داروی تولید داخل کشور است. سه درصد کمیت که به داروهای وارداتی تعلق می‌گیرد داروهای گرانقیمت مانند داروهای شیمی‌درمانی و بیوتکنولوژی را شامل می‌شود. سهم مالی داروهای وارداتی نسبت به حجم این داروها بسیار بیشتر است(۵و۱۰) به‌همین دلیل توجه به تولید داروهای گرانقیمت از رسته داروهای ضد سرطان و یا داروهای بیوتکنولوژی در کاهش وابستگی ارزی و هزینه‌های دارویی نقش مهمی می‌تواند ایفا کند.

تولید محصولات مانند اینترفرون آلفا، بتا، گاما و اریتروپویتین در سال‌های اخیر نشان‌دهنده پیشرفت تکنولوژی در این زمینه‌ها بوده است. با حمایت وزارت بهداشت و علاقه و تمایل محققان دانشکدهای داروسازی، ایران در فناوری جدید و نوین فعالیت بیشتری می‌کند. توسعه بازار دارویی نه‌تنها برای صنعت سودمند است بلکه بیماران به داروهای ارزان و با تکنولوژی بالا دسترسی پیدا خواهند کرد، با این حال مسئله کیفیت هنوز به‌صورت یک هزینه و چالش واقعی باقی مانده است زیرا به این علت که بیماران به داروهای بین‌المللی و چندملیتی و با کیفیت بالا دسترسی پیدا می‌کند، انتظار بالاتری از محصولات داخلی خواهند داشت(۱۰).

درخصوص داورهای گرانقیمت پیشرفت‌های خوبی داشته‌ایم. به‌عنوان مثال اکنون در کشور ما تعداد ۲۲ نوع دارو از گروه داروهای بیوتکنولوژی تولید می‌شوند که در مقایسه با سایر کشورهای آسیایی مانند کره جنوبی با ۱۹ نوع، چین ۱۰ نوع، ژاپن ۳۱ نوع و هند با ۲۲ نوع داروی بیوتکنولوژی، موقعیت قابل‌توجهی را در آسیا به ایران اختصاص می‌دهد. قابل ذکر است که از این لحاظ ایران در غرب آسیا بی‌رقیب است. همچنین ما در تولید داروهای ضد سرطان دستاوردهای مهمی داشته‌ایم و اکنون بخش مهمی از نیاز داخلی را می‌توانیم با تولید بومی تأمین کنیم و حتی در این زمینه صادرات داشته باشیم.

درخصوص ثبات در چرخه تأمین دارو و حفظ دسترسی عامه مردم به داروهای ضروری با توجه به تحریم‌های اخیر مشکلاتی بروز نموده است. رفع این مشکلات در کوتاه‌مدت با یافتن منابع جایگزین برای واردات و تسهیل فرایندها و در طولانی‌مدت با تقویت تولید داخل و مدیریت مصرف به‌ویژه در داروهایی که بیش از حد مصرف می‌شوند قابل انجام است.

مصرف مکمل‌ها به چالش مهمی تبدیل شده است. برخی از آن‌ها نظیر داروهای موسوم به غضروف‌ساز با اینکه هیچ مستند علمی برای مصرفشان وجود ندارد به تدریج سهم مهمی در بازار دارویی یافته‌اند. مدیریت این نیاز غیرواقعی با ابزارهای چندگانه از آموزش و راهنمای درمان برای ارائه‌کنندگان خدمات تا افزایش سواد سلامت مردم امکان‌پذیر است.

بسیاری از محصولات با قیمت کمتر از بازار جهانی در داخل تولید می‌شوند(۱۰). یارانه‌های دارویی هم قیمت برخی از اقلام وارداتی را به‌صورت مصنوعی پایین نگه داشته است. همین امر زمینه قاچاق دارو به خارج را فراهم کرده است. در سال‌های اخیر مدیریت توزیع برخی از این داروها بهبود یافته و تا حدودی با این قاچاق مقابله شده است.

از سوی دیگر مشکل دسترسی به برخی داروها؛ بازار غیر رسمی و عرضه داروی قاچاق در داخل را نیز کماکان پر رونق نگه داشته است. هرچند برخی از داروهایی که در این بازار عرضه می‌شوند اصولاً در فهرست دارویی ایران نیستند اما برخی نیز به دلیل مشکلات مختلف علیرغم ضرورت مصرف؛ به میزان کافی در دسترس نیستند. این موضوع هنوز به خوبی حل نشده و چالش مهمی برای بیماران خاص است.

موضوع سیاست‌گذاری کلاً دارویی نقش داروی ژنریک و برند و یا ترکیب برند ژنریک هنوز مورد ابهام است در این زمینه خط مشی شفافی ابلاغ نشده است. درحالی‌که سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری بر ژنریک بودن داروها تأکید دارد اما فعالیت‌های مختلفی در این عرصه جریان دارد.

موضوع قیمت‌گذاری و پایین بودن قیمت دارو در مقایسه با موارد مشابه نیز از چالش‌های مهم بوده است. هزینه تمام شده و حاشیه سود؛ جوابگوی نوسازی و تحقیق و توسعه دارو در بسیاری از صنایع دارویی نیست. پرداخت یارانه به کارخانه می‌تواند گامی در این راستا باشد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-08]

The Pharmaceutical System in I.R. of Iran after the Islamic Revolution

Kamran Bagheri Lankarani, MD[1] and Maryam khayamzadeh,MD[2]

Abstract

Background and aim: The goal of the pharmaceutical system in all countries centers around increasing patient access to affordable drugs. The ideological basis of the Islamic republic of Iran emphasizes justice and self-sufficiency. This was one of the main vectors of activity in the health system including the pharmaceutical system. At the 40th anniversary of this important event the résumé of activities and challenges in this field including success and failures are summarized.

Methods: The related data were gathered through searching electronic databases in both Farsi and English. The published articles as well as the reports from Ministry of Health and Medical Education were used.

Results: In the early years after the Islamic revolution there was a trend towards self-sufficiency; most of the pharmaceutical industries were nationalized and imports were restricted while generic production was encouraged. Over time more private factories were launched; generic production was transformed to generic brand and brand production. This transformation was criticized recently with more emphasis on generic production again. Currently over 100 drug manufacturing companies, 200 drug importing companies, 70 drug distribution companies and over 11,000 drugstores are active in the nation. The quantitative share of domestic production was more than 97%. The total cost of drugs in Iran was about 4 Billion US dollars in recent years corresponding to the annual per capita drug usage of about $ 57 which is lower than the world average. The highest export figures of drugs from Iran has been around 200 million US dollars. Many products are manufactured domestically at a lower price than the world market. Drug subsidies have also kept prices artificially low for some imported items. Establishment of the Food and Drug Organization was one of the most important developments in the country's pharmaceutical field that could underpin transparency and efficiency in drug policy making.

Conclusion: The pharmaceutical system in Iran has transformed from a system mainly based on drug importation to a system with self-sufficiency and autonomy. But there are still many challenges in equitable drug access especially for more sophisticated drugs.

Key words: Drug and Narcotic Control, Drug Delivery Systems, Drug development, Iran, Medication Systems

منابع

1. Rashidian A. Policy Making Challenges, and the Need for Introducing Formal Structures for Evidence Informed Decision Making in the Health System. Hakim Research Journal 2014; 16(3): 258-61. [In Persian]
2. Karimi I, Salarian A, Anbari Z. A comparative study on equity in access to health services in developed countries and designing a model for Iran. J Arak Uni Med Sci 2010; 12 (4): 92-104. [In Persian]
3. Zaboli P, Hashemi-Meshkini A, Varmaghani M, Gholami H, Vazirian I, Zekri HS, et al. Pharmaceutical laws and regulations in Iran: An overview. J Res Pharm Pract 2016; 5(3): 155–161.
4. Basmenji K. Pharmaceuticals In Iran: An Overview. Arch Iranian Med 2004; 7(2): 158 – 164.
5. Kebriaeezadeh A, Nassiri Koopaei N, Abdollahiasl A, Nikfar S, Mohamadi N. Trend Analysis of the Pharmaceutical Market in Iran; 1997–2010; Policy Implications for Developing Countries. Daru 2013; 21(1): 52.
6. Cheraghali A. Current Status Of Biopharmaceuticals In Iran's Pharmaceutical Market. GaBI J 2013; 2(1): 26-9.
7. Cheraghali A. Iran Pharmaceutical Market. Iran J Pharm Res 2006; 5(1): 1-7.

1. Professor and Head, Center for Healthcare Research, Shiraz University of Medical Sciences, Fellow of the Academy of Medical Sciences IR Iran
2. Assistant Professor of Community Medicine Academy of Medical Sciences IR Iran

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-08]

8. Cheraghali A. Trend in Iran Pharmaceutical Market .Iran J Pharm Res 2017; 16(1): 1-7.
9. Comprehensive analysis of the pharmaceutical industry. Available at: https://www.fda.gov.ir/ [In Persian]
10. Dinarvand R. New National Drug Policy in Iran leading to Expanded Pharmaceutical. Iran J Public Health 2009; 38(1); 2009: 158-161.
11. Larijani B, Majdzadeh R, Delavari AR, Rajabi F, Khatibzadeh S, Esmailzadeh H, et al. Iran's Health Innovation and Science Development Plan by 2025. Iran J Public Health 2009; 38(1): 13-16.
12. Lankarani KB, Alavian SM, Peymani P. Health in the Islamic Republic of Iran, challenges and progresses. Med J Islam Repub Iran 2013; 27(1): 42-9.
13. Cheraghali A, Nikfar S, Behmanesh Y, Rahimi V, Habibipour F, Tirdad R, et al. Evaluation of Availability, Accessibility And Prescribing Pattern of Medicines In The Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health J 2004; 10(3); 406-15.
14. Ghasemi H, Raeeszadeh M. Comparison of Increase in Medication Costs and Medication Funding Per Capita of the Outpatients Insured by the Iranian Salamat Insurance in Isfahan, Iran. Health Information Management 2016; 13(2): 132-137. [In Persian]

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-08]