



داروخانه زنجیره‌ای فرصت‌ها و تهدیدها

دکتر نازیلا یوسفی، دکتر سید حسام‌الدین شریف‌نیا، دکتر مهدی محمدزاده

گروه اقتصاد و مدیریت دارو، دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

داروخانه متجلی می‌گردد. داروسازان که دارای دانش گسترده بالینی و تخصص لازم در مورد استفاده از داروها هستند، می‌توانند با کمک به بیمار در استفاده بهینه از داروی مناسب منجر به کاهش مشکلات مرتبط با دارو و بهبود سلامت شوند (2). زیرا داروسازان هنگامی که توسط بیماران مورد مشورت قرار می‌گیرند، فرصت ارایه خدمات برای پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت جامعه را دارند (3). باید توجه داشت که دسترسی بیماران به داروها، کیفیت ارایه خدمات دارویی، قیمت داروها و هزینه‌های بیمار می‌توانند تحت تاثیر نحوه سازمان‌دهی و قوانین حاکم بر داروخانه‌ها قرار گیرند. بنابراین، توجه به پدیده داروخانه‌های زنجیره‌ای که یکی از انواع ساختارهای سازمانی در داروخانه می‌باشد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

در کشور ایران، ارایه خدمات دارویی و تحویل دارو بر عهده حدود 8300 داروخانه است که 88 درصد آن‌ها مالکیت حقیقی داشته و بقیه شامل داروخانه‌های وابسته به ارگان‌ها و نهادهایی با مالکیت حقوقی هستند (1) و کمتر از 9 درصد آن‌ها شبانه‌روزی می‌باشند. آنچه از این داروخانه‌ها از طرف بیماران و نظام سلامت انتظار می‌رود، در دسترس بودن داروی با کیفیت در زمان مناسب در محل مناسب با قیمت مناسب و به تعداد مناسب است که با خدمات مناسبی به بیمار ارایه شود. این هدف از طریق زنجیره تامین دارو از تولیدکننده مواد اولیه تا بیمار نهایی محقق می‌شود و داروخانه، آخرین و از مهم‌ترین حلقه‌های این زنجیره است. وظایف نظام سلامت هم از بعد درمانی (Medical) و هم از بعد پاسخ‌گویی (Responsiveness) در

توسط داروخانه‌های زنجیره‌ای پیچیده می‌شود که بیش از 70 درصد کل نسخ در این کشور را تشکیل می‌دهد (5). تشکیل داروخانه زنجیره‌ای فرصت‌ها و تهدیدهایی را برای نظام سلامت بیماران، جامعه، صاحبان داروخانه‌های مستقل صاحبان دیگر داروخانه‌های زنجیره‌ای و داروسازان شاغل در داروخانه‌ها (مسئولین فنی) در پی خواهد داشت که در این مقاله تلاش گردیده تا این مزایا و معایب از دیدگاه موافقان و مخالفان مورد بررسی قرار گیرند.

■ روش تحقیق

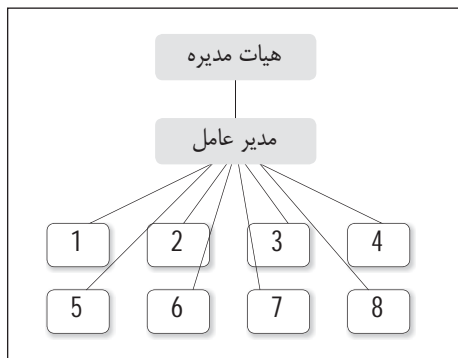
مقاله‌های مرتبط با داروخانه‌های زنجیره‌ای و قوانین داروخانه‌ها در Google scholar و pub med و science direct با واژه‌های داروخانه مستقل داروخانه زنجیره‌ای و قوانین داروخانه جستجو شد و در نهایت، متون و مقاله‌های منتشره در خصوص داروخانه‌های زنجیره‌ای در جهان، تجربیات مثبت و منفی، قوانین و مقررات حاکم و دیدگاه‌های موافقان و مخالفان در کشورهای مختلف مانند آمریکا کشورهای اروپایی، روسیه، هند، آفریقا و طیفی از کشورهای در حال توسعه مورد بررسی قرار گرفت.

■ یافته‌ها

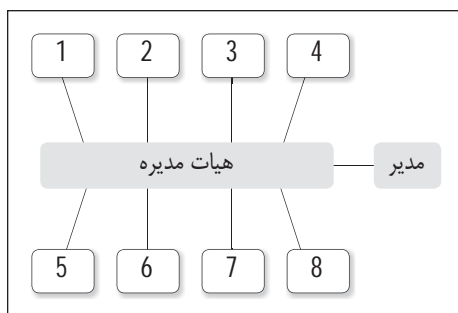
ایده فروشگاه‌های زنجیره‌ای و رویکرد بسیار سودآور آن به ویژه در ایالات متحده آمریکا منجر شد صاحبان داروخانه‌های کوچک و بزرگ بیاندیشند که در صورت پیروی از همان الگوی Chain Stores و با بهره‌وری از منابع مشترک و تقسیم هزینه‌های موجود، امکان پوشش جغرافیایی

آمارهای غیررسمی حاکی از آن است که بیش از 50 درصد داروخانه‌های موجود در تهران اجاره‌ای هستند و برخی افراد سرمایه دار ممکن است بیش از 10 داروخانه در را در اجاره داشته باشند. یعنی شبکه داروخانه‌های زنجیره‌ای علیرغم مخالفت مقام‌های ذیصلاح بهداشتی و اعلام غیر قانونی بودن و برخورد قضایی به صورت غیر رسمی در کشور وجود دارد. تاسیس این گونه داروخانه‌های زنجیره‌ای برای تجاری‌سازی داروخانه‌ها و جبران عدم گردش مالی مناسب داروخانه‌های مستقل توسط سرمایه‌داران غیر متخصص و با اجاره این داروخانه‌ها از داروسازان صورت می‌گیرد. این نوع داروخانه‌ها اغلب برای جبران هزینه‌ها و کسب درآمد مناسب به روش‌های نادرست متوسل می‌شوند که در تعارض با منافع بیماران و اهداف نظام سلامت می‌باشد. اخلال در نظام عرضه دارو و ایجاد کمبودهای غیر واقعی، کیفیت پایین خدمات دارویی و عرضه محصولات نامرغوب از جمله نگرانی‌های اعلام شده از طرف مسئولان دارویی کشور در رابطه با داروخانه‌های زنجیره‌ای است (4). گرچه این نگرانی‌ها در فضای خالی از قوانین نظارتی مناسب صحیح می‌باشد و تجربه داروخانه‌های زنجیره‌ای غیر رسمی و غیر قانونی در ایران و داروخانه‌های زنجیره‌ای بخش دولتی دستاورد مناسبی را برای نظام دارویی کشور نداشته است، داروخانه‌های زنجیره‌ای در بسیاری از کشورها به صورت رسمی وجود داشته و وضع قوانین و نظارت مناسب توانسته است آن‌ها را به فرصتی برای عرضه مناسب‌تر دارو تبدیل نماید. در آمریکا سالانه نزدیک به 2,7 میلیون نسخه

کشورها پذیرفته شده نمی‌باشد. در ادغام نوع اول از نوع قراردادی (contract CDS)، از اتحاد تعدادی داروخانه مستقل و تشکیل هیات مدیره از مدیران داروخانه‌های مستقل موجود ایجاد می‌شود که توسط یک مدیرعامل مدیریت گردد.



اما در داروخانه‌های زنجیره‌ای تک مالکی (sole-ownership CDS) هیات مدیره تشکیلی از سهامداران می‌باشد که مدیرعاملی برای مدیریت داروخانه‌هایی که تاسیس می‌کنند، تعیین می‌شود.



قوانین مرتبط با تاسیس داروخانه در کشورهای مختلف از تنوع بسیاری برخوردار است اما به طور کلی، می‌توان کشورها را به دو دسته Deregulated countries (با قوانین نسبتاً آزاد)

بیشتر و سود بالاتر را در کنار تامین خدمات بهتر و ارزانتر خواهند داشت. بنابراین، زنجیره‌ای از داروخانه‌ها با نام Chain Drug stores و یا به اختصار CDS در آمریکا شکل گرفت به طوری که امروزه ارایه 75 درصد نسخ در آمریکا را تحت پوشش قرار می‌دهند.

پدر این جریان، جک اکرد (Eckerd) یکی از بزرگترین نوآوران و پایه‌گذاران خدمات داروخانه‌ای بود که داروخانه او، معروف به «اکرد دراگز» تاسیس 1898 میلادی، تا پیش از خرید شدن بیش از 2800 شعبه در سراسر ایالات متحده داشت. داروخانه‌های زنجیره‌ای هوک نیز از مدل‌های موفق داروخانه‌های زنجیره‌ای در ایالات متحده است که پس از تاسیس در 1900 میلادی و انجام چند ادغام حدود 2500 شعبه دارد. «شاپرز دراگ مارت» با 1000 شعبه در کانادا، «نپ استار» با 2002 شعبه در چین، «والگرینز» با 6252 و «سی وی اس فارماسی» با 6200 شعبه در آمریکا جزو پیشتازان این صنعت هستند.

ساختار داروخانه‌های زنجیره می‌تواند بر اساس ادغام افقی یا عمودی تشکیل گردد. در ادغام افقی (Horizontal) تعدادی داروخانه به صورت مشارکتی یا تک مالکی با هم ادغام می‌شوند اما در ادغام عمودی (Vertical) داروخانه با شرکت پخش و عمده فروش و کارخانه به صورت عمودی ادغام می‌شوند. در حالت دوم گرچه به علت این که کل زنجیره هویت یکسانی پیدا می‌کند، از دست به دست شدن کالا و موارد markup مکرر جلوگیری شده و قیمت‌ها پایین می‌آید اما به علت market dominance ناشی از این لوپ در اغلب

توان تامین بهتر داروساز به علت شبکه اطلاعات و توان پرداخت بهتر، توان بهتر در مدیریت کمبود منابع مالی، امکانات online بیشتر، لجستیک یکپارچه Integrated Logistics، به کارگیری ساختارهای لجستیکی ماهواره‌ای RFID و GPS برای مدیریت بهینه زنجیره تامین دارو و شراکت اطلاعات Information Sharing که علاوه بر ایجاد منافع اقتصادی برای داروخانه می‌تواند با پیش بینی کمبودها و برنامه‌ریزی برای آن‌ها از کمبودهای دارویی منطقه‌ای جلوگیری به عمل آورد. تمام این موارد نهایتاً باعث می‌گردد دارو با قیمت مناسب و در زمان مناسب به مشتری برسد و به طور کلی، منجر به بهبود عملکرد داروخانه‌ها شود. تجربه هند نشان می‌دهد که داروخانه‌های زنجیره‌ای حتی موجب تحریک رقابت داروخانه‌های مستقل و بهبود کیفیت برای حفظ مشتریان و در نهایت منجر به افزایش خدمت‌رسانی دارویی به جامعه گردیده است (9).

گرچه در حالت خوش بینانه تمام موارد فوق در سایه قوانین مناسب و نظارت دقیق می‌تواند محقق شود، داروخانه‌های زنجیره‌ای معایبی نیز دارند که باید مد نظر قرار گیرند. معایب و مخاطرات داروخانه‌های زنجیره‌ای از منظر مخالفان شامل کاهش رقابت کیفی به علت کاهش تعداد رقبا و تسلط بر بازار، جلوگیری از ورود داروخانه‌های زنجیره‌ای بعدی و ایجاد انحصار است به طوری که در نروژ 97 درصد بازار را تنها 3 گروه داروخانه و در ایسلند 85 درصد بازار دارویی را 2 گروه داروخانه در اختیار دارند، همچنین محدود شدن داروسازان به قوانین داخلی داروخانه زنجیره‌ای و سلب خلاقیت

مانند انگلستان، هلند، ایرلند، آمریکا، کانادا، هند چین، آفریقای جنوبی، آمریکای لاتین و Regulated countries (با قوانین مشخص برای کلیه موارد مرتبط با تاسیس داروخانه) مانند اتریش، دانمارک اسپانیا، فنلاند، ترکیه و ایران تقسیم نمود (6).

در قانون‌گذاری باید توجه کرد که قوانین داروخانه، یک زنجیره به هم پیوسته از قوانین مرتبط با مالکیت داروخانه، فروش و اجاره، فاصله کیفیت خدمات، زمان انتظار، حضور داروساز تعرفه‌های فنی، امکان تاسیس داروخانه‌های زنجیره‌ای و ... می‌باشد و تغییر در هر یک از اجزای قانون مستلزم بازنگری در کلیه قوانین مرتبط خواهد بود. هم‌چنین باید توجه داشت تدوین قوانین داروخانه‌های زنجیره‌ای در کشور بدون بازنگری در کلیه قوانین مرتبط منجر به مشکلات فراوانی خواهد شد (7، 8). مزایای داروخانه زنجیره‌ای از دیدگاه موافق شامل افزایش تعداد داروخانه‌ها و دسترسی بهتر بیماران به دارو، قیمت‌های پایین‌تر به علت امکان قدرت چانه‌زنی بهتر و امکان عقد قراردادهای وسیع‌تر با تولیدکننده‌ها و بیمه‌ها برای پرداخت‌ها و بازپرداخت‌ها خصوصاً در مورد داروهای ژنریک، هزینه‌های کمتر نگهداری و حمل و نقل به علت استفاده از امکانات مشترک و تقسیم هزینه‌ها، بسته شدن داروخانه‌هایی که فعالیت‌های آن‌ها توجیه اقتصادی ندارد و ممکن است برای جبران ضعف اقتصادی به ارایه محصولات و خدمات بی کیفیت روی آورند، گسترش خدمات جدید، افزایش internal quality به علت اجرای استانداردهای یکسان بدون در کلیه شعب، امکان ایجاد وفاداری در مشتری و جذب و حفظ مشتری

مستقل‌ها 85 درصد و در زنجیره‌های 58 درصد بوده است. مطالعه‌های متعدد نشان می‌دهد که رضایت مشتریان از داروخانه‌های مستقل بیشتر بوده است. بیشترین و جدی‌ترین نگرانی مخالفان داروخانه‌های زنجیره‌ای، تشدید کمبودهای دارویی به علت اقتصادی نبودن تاسیس داروخانه زنجیره‌ای در جاهای دورافتاده و از طرفی از بین رفتن داروخانه‌های مستقل می‌باشد که منجر به تشدید مشکل دسترسی در مناطق دوردست می‌شود. همچنین از آن‌جا که خرید و نگهداری داروهای کم مصرف / کم صرفه / کمیاب (hard to find medicines) اقتصادی نمی‌باشد، دسترسی به این داروها مشکل می‌شود. مطالعه‌ها نشان داده در صورتی که داروی مورد درخواست در داروخانه موجود نباشد (out of stock) در داروخانه‌های مستقل، احتمال پیدا کردن آن 80 درصد و در داروخانه‌های زنجیره‌ای 55 درصد است (10). به علاوه، داروخانه‌های زنجیره‌ای وابسته به وام‌های سنگین هستند و بدهی‌های آن‌ها سنگین‌تر از داروخانه‌های مستقل می‌باشند. بنابراین، در زمان بحران این داروخانه ضعیف‌ترین قسمت زنجیره سلامت خواهند بود (11).

■ بحث

تمام بحث‌های بیان شده از طرف موافقان و مخالفان داروخانه زنجیره‌ای را می‌توان در سه محور دسترسی (accessibility)، کیفیت (Quality) و اقتصادی (economic) خلاصه نمود.

□ دسترسی (accessibility)

■ دسترسی به داروخانه

از آن‌جا که تعداد داروخانه‌ها در کل افزایش

حرفه‌ای برای ارتقای کیفیت خدمات از داروسازان شاغل در داروخانه‌ها و تبدیل شدن داروسازان به کارمندی بدون استقلال حرفه‌ای، عدم قطعیت در پذیرش مسؤلیت‌های قانونی توسط داروسازان در موارد سهل‌انگاری یا خطا به علت جدایی مالکیت از داروسازان، محدود شدن فرصت‌های شغلی داروسازان به مسؤلیت فنی چند داروخانه زنجیره‌ای از معایب ذکر شده برای داروخانه‌های زنجیره‌ای است به طوری که بعضی معتقد هستند آنچه در داروخانه‌های زنجیره‌ای ارزان می‌شود، دارو نیست بلکه داروساز است. به علاوه، از آن‌جا که دغدغه اصلی این داروخانه‌ها مدیریت موضوع سفارش‌ها و رسیدن به اهداف مالی از پیش تعیین شده turnover target بوده و مهم‌ترین راهبرد آن‌ها افزایش تعداد شعب و فروش است ممکن است به اهداف نظام سلامت در این داروخانه‌ها توجه کافی مبذول نگردد. مطالعات انجام شده در چند کشور اروپایی نشان می‌دهد که تمرکز این داروخانه‌ها بیشتر بر فروش محصولات غیر دارویی است به طوری که در داروخانه‌های مستقل، بالای 93 درصد فروش متعلق به دارو می‌باشد اما این رقم در زنجیره‌ای‌ها کمتر از 65 درصد است. علاوه بر این، از آن‌جا که در داروخانه‌های زنجیره‌ای داروسازان سرشان شلوغ بوده و کمتر در دسترس هستند کیفیت خدمات کاهش می‌یابد. بر اساس مطالعه‌های موجود کیفیت و سرعت ارائه خدمات در داروخانه‌های مستقل بالاتر بوده، اطلاعات و خدمات شخصی بیشتری به بیمار ارائه می‌شود، همچنین شکایت از عدم توجه در داروخانه‌های زنجیره‌ای 10 درصد و در مستقل‌ها 2 درصد، رضایت از زمان انتظار در

نظارت دقیق، به علل ذکر شده و به علت توجه بیشتر به اقلام غیر دارویی به علت سودآوری بیشتر در خصوص داروهای نسخه‌ای موجود بودن دارو (Availability) به طور کلی کاهش می‌یابد.

□ کیفیت (Quality)

■ کیفیت پرسنل

داروخانه‌های زنجیره‌ای به‌عنوان یک سازمان قوی، برای جذب نیروهای کارآمد امکانات و توانایی‌های بیشتری خواهند داشت. هم‌چنین می‌توانند استانداردهای بالاتری را تبیین کرده و پرسنل را تحت آموزشهای مداوم قرار دهند اما در صورت عدم وجود قوانین و نظارت صحیح می‌تواند انحصار ایجاد شده داروسازان را در پیدا کردن مکان مناسب برای اشتغال با مشکل مواجه کرده و خلاقیت‌های شغلی آن‌ها را تحت تاثیر قرار دهد. با توجه به قدرتمندتر شدن صاحبان داروخانه‌ها استقلال حرفه‌ای داروسازان از دست رفته و نقش داروسازان کم‌رنگ می‌شود.

■ کیفیت ارائه خدمات

در مورد کیفیت خدمات دارویی نظرات متفاوتی وجود دارد از یک سو عده‌ای بر این باور هستند که کاهش تمرکز بر داروهای نسخه‌ای و افزایش فروش فرآورده‌های غیر نسخه‌ای و غیر دارویی منجر به کاهش کیفیت خدمات دارویی شده و ارائه مشاوره‌های دارویی به علت شلوغی این داروخانه‌ها و بار کاری بالا علیرغم تبیین استانداردهای داخلی بالاتر کم می‌شود اما در داروخانه‌های مستقل به علت تک مالکی بودن و ثبات مدیریت، کیفیت خدمات در طول زمان ثابت و پایدارتر خواهد بود. از سوی دیگر، عده‌ای معتقد هستند کیفیت ارائه

می‌یابد، دسترسی به داروخانه به طور کلی افزایش می‌یابد. بر اساس گزارش South African Pharmacy Council در آفریقای جنوبی گرچه تاسیس داروخانه زنجیره‌ای منجر به بسته شدن داروخانه مستقل می‌شود، تعداد داروخانه‌های این کشور در چهار سال اول پس از مقررات زدایی 15 درصد افزایش پیدا کرده است (9). باید توجه داشت که این افزایش به صورت یکنواخت نخواهد بود و افزایش در تعداد داروخانه‌های شهری با کاهش در مناطق روستایی و دورافتاده همراه خواهد بود. تشکیل داروخانه‌های زنجیره‌ای منجر به تجمع داروخانه در مناطق شهری و کاهش داروخانه در مناطق روستایی خواهد شد و تاثیر آن بر دسترسی در مناطق شهری مثبت و در در مناطق روستایی منفی خواهد بود. بنابراین، در تدوین قوانین داروخانه‌های زنجیره‌ای باید تمهیدات لازم برای اجتناب از این مشکل مثلاً با الزام تاسیس شعبه برای داروخانه‌های زنجیره‌ای در مناطق روستایی (مانند ضوابط کشور استرالیا) در نظر گرفته شود.

■ دسترسی به داروهای نسخه‌ای

در ادغام عمودی به علت غلبه پخش‌ها به داروخانه‌ها و در ادغام افقی به علت صرفه اقتصادی، داروهای پرمصرف همیشه موجود و داروهای کم مصرف نایاب خواهند بود چون تمایلی به انبار داروهای کم مصرف وجود ندارد. بر اساس مطالعه‌های انجام شده 64 درصد فروش داروخانه‌های زنجیره‌ای تنها مربوط به 200 داروی پرفروش بوده است. این عدم دسترسی خصوصاً در مناطق روستایی شدیدتر خواهد بود.

■ دسترسی به دارو

در صورت عدم وجود قوانین هوشمندانه و

□ اقتصادی (economic)

■ هزینه‌های داروخانه

در داروخانه‌های زنجیره‌ای، هزینه‌ها به علت استفاده از منابع مشترک و تقسیم هزینه‌ها (economies of scale) کم می‌شود. اما گاهی هزینه‌های زیاد ایجاد زیرساخت‌ها و هزینه‌های زاید یا تجملاتی در کل هزینه‌ها را بالا می‌برد.

■ تاثیر بر اقتصاد داروخانه‌های مستقل

تاثیر داروخانه‌های زنجیره‌ای به‌عنوان یک رقیب قوی بر اقتصاد داروخانه‌های مستقل انکارناپذیر است. این می‌تواند با ادغام داروخانه‌های با گردش مالی نامناسب در داروخانه‌های زنجیره‌ای منجر به نجات داروخانه‌های کم‌بضاعت شود. بر اساس قوانین کشور فنلاند فقط داروخانه‌هایی که گردش مالی کمتر از 50 درصد میانگین گردش مالی داروخانه‌های مستقل را داشته باشند، می‌توانند شعبه‌ای از داروخانه زنجیره‌ای باشند و در غیر این صورت باید مستقل گردند. بنابراین، داروخانه‌های کم‌بضاعت جذب داروخانه‌های زنجیره‌ای شده و نجات می‌یابند اما در صورت فقدان قوانین مدیرانه تاسیس داروخانه‌های زنجیره‌ای می‌تواند منجر به از بین رفتن داروخانه‌های مستقل گردند. در ایران در حال حاضر حدود 45 درصد کل دارو در کمتر از 3 درصد داروخانه‌ها که عمدتاً وابسته به مراکز دولتی مانند دانشکده‌های داروسازی، هلال احمر و نهادهای نظامی هستند به فروش می‌رسد و بیش از 95 درصد داروخانه‌ها که در اختیار بخش خصوصی هستند فقط 55 درصد فروش داروها در کشور را در اختیار دارند. بنابراین، تشکیل داروخانه‌های زنجیره‌ای می‌تواند حیات داروخانه‌های مستقل را بیش از پیش با تهدید مواجه نماید (15).

خدمات در داروخانه‌های زنجیره‌ای به علت توان مالی داروخانه برای جذب تعداد بیشتر داروساز و امکان پرداخت‌های مناسب‌تر به آن‌ها افزایش یافته و توجه به نقش داروساز از سوی مردم به علت کیفیت بالاتر خدمات دریافت شده افزایش می‌یابد به طوری که تمایل به پرداخت حق فنی و حق مشاوره به داروسازان در داروخانه‌های زنجیره‌ای بیشتر از داروخانه‌های مستقل است و زمان ارایه مشاوره نیز در این داروخانه‌ها با توجه به تعداد بالای داروسازان می‌تواند بیشتر باشد (12 13). حجم کاری بالا برای داروسازان (چه در داروخانه‌های مستقل و چه در داروخانه زنجیره‌ای) احتمال بروز Drug-drug interactions (DDIs) را افزایش می‌دهد (14). به نظر می‌رسد این تفاوت‌ها به علت شرایط متفاوت در کشورهای مختلف از نظر تعداد داروخانه‌های زنجیره‌ای و قدرت غلبه بر بازار آن‌ها می‌باشد.

■ مشارکت در اهداف نظام سلامت

تمرکز بر سود و ارقام و ارقام ممکن است منجر به تضعیف نقش داروساز در مراقبت‌های سلامتی در داروخانه‌های زنجیره‌ای شود و همراستایی با اهداف نظام سلامت در ارایه خدمات سلامتی و پیشگیری صورت نگیرد. گرچه در صورت وجود قوانین و نظارت صحیح امکانات داروخانه‌های زنجیره‌ای خود فرصتی برای ارایه خدمات سلامت خواهد بود به طوری که در سال‌های اخیر، داروخانه‌های زنجیره‌ای به طور فزاینده‌ای نقش مهمی در ارایه مراقبت از بیمار از طریق فعالیت‌هایی نظیر غربالگری‌های بهداشتی و درمان و کمک به آموزش بیماران ایفا نموده‌اند (5).

■ قیمت مصرف‌کننده

(Externality)، ماهیت کالاهای سلامتی به‌عنوان کالای عمومی (Public Goods) و در نهایت، سلطه بر بازار (Market power) می‌باشد که مصرف‌کننده را مجبور به انتخاب می‌نماید. در داروخانه‌های زنجیره‌ای به علت افزایش قدرت و ایجاد انحصار سلطه بر بازار و اجبار در انتخاب گزینه ارابه شده شدیدتر خواهد بود و با توجه به خصوصیات مذکور در بازار سلامت داروخانه زنجیره‌ای می‌توانند با فروش مکمل‌ها، داروهای غیر نسخه‌ای و ... برای بالا بردن سود منجر به افزایش هزینه‌های نظام سلامت گردند.

■ نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد همان‌گونه که در کشور ما رخ داده است حتی اگر قوانین مجوز داروخانه‌های زنجیره‌ای را صادر نکنند به علت محرک‌های اقتصادی موجود، این داروخانه‌ها به صورت پنهانی و غیر قانونی تشکیل خواهند شد. تشکیل داروخانه‌های زنجیره‌ای مزایا و معایبی را برای بیماران، داروسازان و نظام سلامت همراه خواهد داشت که می‌توان از منافع آن به‌عنوان یک فرصت استقبال و با تدوین قوانین هوشمندانه درخصوص ساختار سازمانی، شرایط موسسان، شرایط تاسیس استانداردهای ارابه خدمت، کنترل حاشیه سود و ... و نظارت مناسب از معایب آن جلوگیری نموده یا آن‌ها را کاهش داد اما سکوت در برابر این پدیده و اجازه تشکیل داروخانه‌های زنجیره‌ای غیر قانونی باعث می‌شود که معایب داروخانه‌های زنجیره‌ای به صورت ناخواسته بر جامعه تحمیل شود، در حالی که جامعه از مزایای آن محروم مانده است.

در داروخانه‌های زنجیره‌ای انتظار می‌رود قیمت داروهای غیر نسخه‌ای و ژنریک کم شود. برای مثال در هند با این که قیمت‌های خرده‌فروشی دارو توسط دولت تعیین می‌شود، رقابت داروخانه‌های زنجیره‌ای موجب کاهش قیمت دارو و تحویل سریع دارو شده است به طوری که در سال 1997، شرکت Subhiksha، که دارای بیش از 1000 فروشگاه در 90 شهر این کشور است همه داروهای خود را با 10 درصد تخفیف نسبت به قیمت تعیین شده توسط دولت به فروش رساند. هم‌چنین مطالعه‌ای که در سال 2009 انجام گرفته نشان داد که در بین 100 داروی پر مصرف ژنریک در 37 داروخانه زنجیره‌ای در آمریکا 22 داروخانه اقدام به تخفیف در هنگام فروش داروهای ژنریک می‌نمایند که این اقدام باعث کاهش هزینه‌های دارویی برای مصرف‌کنندگان و ایجاد مزیت رقابتی در جذب مشتری می‌گردد (16). گرچه بسته به تعداد منابع ژنریک ساز و مکان عرضه دارو (شهر یا روستا) 80-30 درصد امکان چانه زنی در قیمت داروهای ژنریک وجود دارد اما کاهش قیمت مصرف‌کننده در گرو نظارت و کنترل مارژین سود داروخانه خواهد بود و به همین دلیل در خیلی از کشورها کاهش قیمت در نهایت اتفاق نیافتاد (9).

■ هزینه‌های بخش سلامت

چهار خصلت بازار سلامت که منجر به شکست در بازار سلامت می‌باشد و لزوم دخالت دولت‌ها به‌عنوان مسؤول سلامت جامعه را به دنبال دارد شامل تفاوت اطلاعاتی زیاد بین توصیه‌کننده/تجویزکننده دارو و بیمار (Information Asymmetry)، عوارض خارجی این بازار بر کل جامعه

تذکر

بهبودی بوده و هیچ‌گونه منافع یا تضاد منافی در موضوع برای نویسندگان وجود نداشته است

این پژوهش یک مطالعه دانشگاهی در گروه اقتصاد و مدیریت دانشگاه علوم پزشکی شهید

منابع

1. Rajab zadeh A. Nalchigar N. Nalchigar S. Model in risk factors in e-supply chain and its impact on organizational performance. Inform Technol Manag 2011; 4(2): 59-78.
2. PHARMACY PRINCIPLES FOR HEALTH CARE REFORM. December 2008.
3. Barber N. Anderson S. Improving quality of health care: the role of pharmacists. Quality Health Care 1994; 3:153-158.
4. Mahdavi B. yes or no to chain pharmacy, in ettelaat newspaper. 4 oct. 2012: Tehran.
5. Statement Of The National Association of Chain Drug Stores For U.S. House of Representatives Energy and Commerce Committee Subcommittee on Oversight and Investigations February 13, 2013.
6. Vogler S. Sandberger K. Impact of pharmacy deregulation and regulation in European countries. March 2012, Gesundheit Osterreich: Vienna.
7. The Regulation of Pharmacies in Six Countries. January 2003, The control of entry regulations and retail pharmacy services in the UK. p. 29-79.
8. Volkerink B. Nicolai van Gorp. Study of regulatory restrictions in the field of pharmacies. 22 June 2007: Rotterdam.
9. Lowe RF. Legislation, regulation, and consolidation in the retail pharmacy sector in low-income countries. Southern Med Review 2009; 2(2): 1-10.
10. Vogler S. Sandberger K. COMMUNITY PHARMACY IN EUROPE, Lessons from deregulation – case studies. February 2006, ÖSTERREICHISCHES BUNDESINSTITUT FÜR GESUNDHEITSWESEN AUSTRIAN HEALTH INSTITUTE: Vienna.
11. Pharmacy in russia. script, 2009. 2(4).
12. Cook DM. Medication Therapy Management Favors Large Pharmacy Chains and Creates Potential Conflicts of Interest. J Manag Care Pharmacy 2009; 15(6).
13. Hong SH. West Patient valuation of pharmacist services for self care with OTC medications. J Clin Pharmacy and Therapeut 2005; 30(3): 193-199.
14. Malone DC. Skrepnek GH. Murphy JE. Armstrong EP. Grizzle AJ. Rehfeld RA. Pharmacist workload and pharmacy characteristics associated with the dispensing of potentially clinically important drug-drug interactions. Med Care 2007; 45(5): 456-462.
15. Heidari Gharabaghi H. Zand Hesami H. impact of electronic commerce on supply chain management. Technol Develop 2010; 21: 42-48.
16. Dwibedi N. Assessment of generic drug discount programs offered by large chain pharmacies in the United States. J Generic Med 2009; 6(4): 363-368.

