



A Comparative Study of the Legal Framework Governing the Distribution of Pharmacies in Iran and France, with Emphasis on Population and Geographic Restrictions

 **Kheyrollah Parvin**
Professor, Department of public law, Faculty of Law and Political Science, University of tehran, Tehran, Iran.

 Khparvin@ut.ac.ir

 **Rezvan Vasheghani Farahani** 
PhD candidate of Health Governance, Faculty of Governance, University of tehran, Tehran, Iran.

 rezvanvasheghani@ut.ac.ir

Abstract

The distribution of pharmacies and the regulations governing their establishment, relocation, and merger constitute some of the most important policy instruments in the field of public health. To ensure equitable access to pharmaceutical services, many countries employ a “pharmacy network planning” system and regulate the balanced distribution of pharmacies through the application of demographic and geographic criteria. Using a descriptive-analytical method and a comparative approach, this study examines the legal framework governing pharmacy distribution in Iran and France.

The findings indicate that legal systems can generally be classified into four categories: population-based restriction systems, geographic restriction systems, mixed systems, and liberalized systems. France belongs to the group of countries that simultaneously apply both population and geographic restrictions, thereby managing the pharmacy network in a centralized and targeted manner. At the same time, through statutory exceptions, it seeks to guarantee access to medicines in underserved areas. In contrast, although Iran has historically imposed strict population and geographic restrictions on pharmacy establishment, its approach has gradually shifted toward reducing entry barriers and relaxing such restrictions following decisions of the Administrative Justice Court, the Competition Council, and the Deregulation and Business Facilitation Board.

An examination of the laws and regulations of both countries demonstrates that state intervention in determining pharmacy locations is considered necessary to achieve equitable access to pharmaceutical services and to protect public health. However, while France continues to maintain a stringent pharmacy network planning model, Iran has moved toward a system based on scoring mechanisms and greater competition among applicants.

Keywords:

Pharmacy; Pharmacy Network Planning; Pharmacy Licensing; Establishment Restrictions; Health Law; France.

How To Cite:

Parvin, K., & Vasheghani Farahani, R. (2026). A comparative study of the legal framework governing the distribution of pharmacies in Iran and France, with emphasis on population and geographic restrictions. *Health Law and Policy*, 1(1), pp. 55-82.

Received: 16/06/2026

Received in revised form: 17/08/2026

Accepted: 26/08/2026

Published online:



مطالعه تطبیقی نظام حقوقی حاکم بر پراکندگی داروخانه‌ها در ایران و فرانسه با تأکید بر محدودیت‌های جمعیتی و جغرافیایی

دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۲۶
بازنگری: ۱۴۰۵/۰۵/۲۶
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۲۶
انتشار برخط:

■ Khparvin@ut.ac.ir

■ rezvanvasheghani@ut.ac.ir

خیراله پروین^۱

رضوان واشقانی فراهانی^۲

چگونگی پراکندگی داروخانه‌ها و ضوابط حاکم بر تأسیس، انتقال، و ادغام آن‌ها از ابزارهای بسیار مهم سیاست‌گذاری در حوزه سلامت عمومی به شمار می‌رود. بسیاری از کشورها به منظور تضمین دسترسی عادلانه شهروندان به خدمات دارویی از نظام «برنامه‌ریزی شبکه داروخانه‌ها» بهره می‌گیرند و با اعمال معیارهای جمعیتی و جغرافیایی توزیع متوازن داروخانه‌ها را سامان‌دهی می‌کنند. این پژوهش، با روش توصیفی-تحلیلی و با رویکرد تطبیقی، نظام حقوقی حاکم بر پراکندگی داروخانه‌ها در ایران و فرانسه را بررسی می‌کند. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد نظام‌های حقوقی مختلف را می‌توان در سه دسته طبقه‌بندی کرد؛ شامل نظام محدودیت‌محور مبتنی بر محدودیت‌های جمعیتی یا محدودیت‌های جغرافیایی، نظام تلفیقی، نظام انتقالی. فرانسه در زمره کشورهای قرار دارد که به صورت تلفیقی، با اعمال هم‌زمان محدودیت‌های جمعیتی و جغرافیایی، شبکه داروخانه‌ها را به صورت متمرکز و هدفمند مدیریت و در عین حال با پیش‌بینی استثنائات قانونی دسترسی به دارو را در مناطق کم‌برخوردار تضمین می‌کند. در مقابل، ایران، اگرچه سابقه اعمال محدودیت‌های سخت‌گیرانه جمعیتی و جغرافیایی را داشته است، در پی آرای دیوان عدالت اداری و تصمیمات شورای رقابت و هیئت مقررات‌زدایی، رویکرد خود را به سمت نظام رقابتی و کاهش موانع ورود و تعدیل محدودیت‌های یادشده تغییر داده است. بررسی قوانین و مقررات دو کشور نشان می‌دهد هر دو نظام، با هدف تحقق عدالت در دسترسی به خدمات دارویی و حفظ سلامت عمومی، مداخله دولت در تعیین محل استقرار داروخانه‌ها را ضروری می‌دانند؛ با این تفاوت که فرانسه همچنان الگوی برنامه‌ریزی سخت‌گیرانه شبکه داروخانه را حفظ کرده، درحالی‌که ایران به سمت نظامی مبتنی بر امتیازدهی و رقابت بیشتر میان متقاضیان حرکت کرده است.

واژگان کلیدی:

برنامه‌ریزی شبکه داروخانه، حقوق سلامت، داروخانه، فرانسه، مجوز تأسیس داروخانه، محدودیت‌های تأسیس.

استناد:

پروین، خیراله، و واشقانی فراهانی، رضوان (۱۴۰۵). مطالعه تطبیقی نظام حقوقی حاکم بر پراکندگی داروخانه‌ها در ایران و فرانسه با تأکید بر محدودیت‌های جمعیتی و جغرافیایی. *حقوق و سیاست‌گذاری سلامت*، (۱۱)، صص ۵۵-۸۲.

۱. استاد، گروه حقوق عمومی دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۲. پژوهشگر دکتری حکمرانی سلامت، دانشکده حکمرانی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

مقدمه

سلامت عمومی از ارزش‌های اساسی مورد حمایت نظام‌های حقوقی معاصر است و دولت‌ها برای تضمین آن از ابزارهای گوناگون تقنینی و اجرایی و نظارتی بهره می‌گیرند. در میان اجزای مختلف نظام سلامت، دسترسی مناسب و مستمر و عادلانه به دارو از جایگاهی ویژه برخوردار است. زیرا دارو در بسیاری موارد آخرین حلقهٔ زنجیرهٔ درمان و یکی از نیازهای ضروری بیماران به شمار می‌رود. همچنین، دسترسی عادلانه به دارو یکی از ارکان بنیادین نظام سلامت است و عوامل اقتصادی و منطقه‌ای می‌توانند توانایی خانوارها برای دسترسی مؤثر به دارو را به طور معنادار تحت تأثیر قرار دهند (Rajabi et al., 2025). تحقق این هدف مستلزم وجود شبکه‌ای کارآمد از داروخانه‌هاست که بتواند خدمات دارویی را به صورت متوازن در سراسر قلمرو کشور ارائه دهد. از این رو، نحوهٔ پراکندگی داروخانه‌ها و قواعد حاکم بر تأسیس، انتقال، ادغام، و فعالیت آن‌ها همواره یکی از موضوعات مهم سیاست‌گذاری سلامت و تنظیم‌گری عمومی بوده است.

در اغلب کشورها، تأسیس داروخانه صرفاً یک فعالیت اقتصادی خصوصی تلقی نمی‌شود، بلکه به دلیل ارتباط مستقیم آن با سلامت شهروندان تابع مقررات خاصی است که فراتر از قواعد عمومی کسب و کار عمل می‌کنند. تجربهٔ نظام‌های مختلف حقوقی نشان می‌دهد دولت‌ها معمولاً برای جلوگیری از تمرکز داروخانه‌ها در مناطق سودآور و تضمین دسترسی ساکنان مناطق کم‌برخوردار به خدمات دارویی محدودیت‌هایی را در زمینهٔ محل استقرار داروخانه‌ها وضع می‌کنند. این محدودیت‌ها غالباً از طریق معیارهای جمعیتی، جغرافیایی، یا ترکیبی از هر دو اعمال می‌شوند. معیارهای جمعیتی بر مبنای نسبت تعداد داروخانه‌ها به جمعیت یک منطقه طراحی می‌شوند، درحالی‌که معیارهای جغرافیایی بر فاصلهٔ میان داروخانه‌ها، ویژگی‌های مکانی، شرایط دسترسی، و نیازهای منطقه‌ای تمرکز دارند. هدف مشترک این محدودیت‌ها تحقق توزیع متوازن خدمات دارویی و جلوگیری از شکل‌گیری نابرابری‌های جغرافیایی در دسترسی به دارو است.

با این حال، اعمال چنین محدودیت‌هایی همواره محل مناقشه بوده است. از یک سو، حامیان نظام برنامه‌ریزی داروخانه‌ها بر آن‌اند که مداخلهٔ دولت برای تضمین عدالت در سلامت و جلوگیری از شکست بازار ضروری است. زیرا، در غیاب مداخلهٔ عمومی، فعالان اقتصادی به طور طبیعی به سمت مناطق پرجمعیت و پردرآمد سوق پیدا می‌کنند و مناطق کم‌جمعیت یا محروم از خدمات کافی برخوردار نخواهند شد. از سوی دیگر، منتقدان این محدودیت‌ها بر این باورند که ضوابط سخت‌گیرانهٔ تأسیس داروخانه می‌تواند موجب کاهش رقابت، ایجاد انحصار، افزایش هزینه‌های ورود به بازار، و محدود شدن حق اشتغال داروسازان شود. از این منظر، مقررات محدودکننده باید تا حد امکان کاهش یابد و سازکار بازار نقش بیشتری در تعیین محل استقرار داروخانه‌ها ایفا کند. همین تعارض میان الزامات سلامت عمومی و اصول رقابت اقتصادی موضوع پراکندگی داروخانه‌ها را به یکی از مباحث مهم حقوق سلامت، حقوق اداری، و حقوق رقابت تبدیل کرده است.

اهمیت این موضوع در دهه‌های اخیر و هم‌زمان با تحول نقش دولت در ارائهٔ خدمات عمومی، افزایش هزینه‌های سلامت، رشد شهرنشینی، تغییر الگوهای جمعیتی، و توسعهٔ سیاست‌های مقررات‌زدایی بیش از پیش آشکار شده است. بسیاری از کشورها ناگزیر بوده‌اند میان حفظ نظام سنتی برنامه‌ریزی داروخانه‌ها و حرکت به سوی آزادسازی بازار دارویی تعادل برقرار کنند. در نتیجه، رویکردهای متفاوتی در نظام‌های

حقوقی جهان شکل گرفته است. بعضی کشورها همچنان بر نظام سخت گیرانه مبتنی بر برنامه ریزی جمعیتی و جغرافیایی تأکید دارند، برخی دیگر بخش قابل توجهی از محدودیت ها را حذف کرده اند، و گروهی نیز راه حل های میانه ای را برگزیده اند که ضمن حفظ مداخله دولت امکان رقابت بیشتر را برای متقاضیان فراهم می آورد.

در مباحث علمی و حقوقی، مطالعات متعددی به بررسی رابطه میان مقررات تأسیس داروخانه ها و دسترسی به خدمات دارویی اختصاص یافته است. بخش مهمی از این پژوهش ها بر ارزیابی آثار محدودیت های جمعیتی و جغرافیایی بر توزیع داروخانه ها، کیفیت خدمات، رقابت اقتصادی، و هزینه های سلامت متمرکز بوده است. همچنین، در سطح اتحادیه اروپا، مشروعیت محدودیت های مربوط به تأسیس داروخانه ها بارها موضوع بررسی نهادهای قضایی و تقنینی قرار گرفته و مباحث گسترده ای در زمینه ارتباط میان آزادی اقتصادی و حمایت از سلامت عمومی شکل گرفته است. در فرانسه، به منزله یکی از نمونه های شاخص نظام برنامه ریزی داروخانه، مقررات مربوط به سهمیه بندی جمعیتی و کنترل جغرافیایی استقرار داروخانه ها همچنان نقش محوری در سازمان دهی شبکه دارویی کشور ایفا می کند. در مقابل، ایران طی سال های اخیر شاهد تحولات مهمی در این حوزه بوده است. مقررات سنتی که سال ها بر پایه محدودیت های جمعیتی و فاصله ای استوار بودند، به تدریج، تحت تأثیر آرای دیوان عدالت اداری، سیاست های کلی بهبود محیط کسب و کار، تصمیمات شورای رقابت، و اقدامات هیئت مقررات زدایی بازنگری شده است. این تحولات موجب شد مسئله حدود و ثغور مداخله دولت در تعیین محل استقرار داروخانه ها به یکی از موضوعات مهم حقوق سلامت در ایران تبدیل شود.

با وجود اهمیت فزاینده این موضوع، بخش عمده پژوهش های موجود یا بر تحلیل وضعیت داخلی یک کشور متمرکز بوده اند یا از منظر اقتصادی و مدیریتی به مسئله پرداخته اند. در مقابل، مطالعات حقوقی تطبیقی که بتوانند با مقایسه نظام های مختلف نقاط قوت و ضعف هر یک را در تحقق اهداف سلامت عمومی و عدالت توزیعی آشکار سازند همچنان محدودند؛ به ویژه در خصوص مقایسه نظام حقوقی ایران و فرانسه پژوهش های جامع و مستقلی که تحولات اخیر حقوقی دو کشور را در زمینه پراکندگی داروخانه ها بررسی کرده باشند به ندرت مشاهده می شوند. از این رو، پژوهشی تطبیقی در این زمینه می تواند به غنای مباحث حقوق سلامت کمک کند و زمینه بهره گیری از تجربیات موفق سایر کشورها در فرایند اصلاح مقررات داخلی را فراهم آورد.

بر این اساس، پرسش اصلی پژوهش حاضر آن است که نظام حقوقی حاکم بر پراکندگی داروخانه ها در ایران و فرانسه بر چه مبانی و سازکارهایی استوار است و محدودیت های جمعیتی و جغرافیایی در هر یک از این دو کشور چه جایگاهی در سیاست گذاری دارویی دارند؟ همچنین این پرسش مطرح می شود که تحولات حقوقی اخیر در ایران چه تأثیری بر الگوی سنتی برنامه ریزی داروخانه ها داشته و این تحولات تا چه اندازه با رویکرد فرانسه قابل مقایسه است؟

فرضیه اصلی پژوهش آن است که هر دو کشور با هدف تأمین سلامت عمومی، تضمین دسترسی عادلانه به دارو، و جلوگیری از توزیع نامتوازن خدمات دارویی اصل مداخله دولت در تعیین محل استقرار داروخانه ها را پذیرفته اند؛ اما نحوه اعمال این مداخله متفاوت است. فرانسه همچنان از طریق نظامی متمرکز و مبتنی



بر محدودیت‌های هم‌زمان جمعیتی و جغرافیایی کنترل گسترده‌ای بر شبکه داروخانه‌ها اعمال می‌کند و در عین حال، با استفاده از استثنائات قانونی، نیازهای مناطق کم‌برخوردار را پوشش می‌دهد. در مقابل، ایران در نتیجه تحولات حقوقی و سیاست‌های تسهیل فضای کسب و کار به سمت کاهش محدودیت‌های سنتی و افزایش رقابت و استفاده از نظام‌های امتیازدهی برای اولویت‌بندی متقاضیان حرکت کرده است؛ هرچند همچنان برخی ملاحظات جمعیتی و منطقه‌ای در مقررات آن مشاهده می‌شود.

پژوهش حاضر با روش توصیفی-تحلیلی و با بهره‌گیری از رویکرد تطبیقی انجام شده است. در این زمینه قوانین، آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها، آرای مراجع قضایی، و اسناد سیاستی مرتبط با تأسیس و پراکندگی داروخانه‌ها در ایران و فرانسه مطالعه و سپس با استفاده از روش تحلیل حقوقی و مقایسه تطبیقی ارزیابی شدند. همچنین از منابع کتابخانه‌ای، مقالات علمی، گزارش‌های رسمی، و آثار پژوهشی مرتبط برای تبیین مبانی نظری و تحلیل یافته‌ها استفاده شد.

مقاله حاضر در پنج بخش اصلی تنظیم شده است. ابتدا مفهوم داروخانه و اهداف برنامه‌ریزی شبکه داروخانه تبیین می‌شود. سپس الگوهای مختلف برنامه‌ریزی شبکه داروخانه، از جمله نظام محدودیت‌محور و نظام تلفیقی و نظام انتقالی، بررسی می‌شود. در نهایت، با مقایسه دو نظام حقوقی، تلاش خواهد شد نقاط قوت و چالش‌های هر یک در تأمین دسترسی عادلانه به خدمات دارویی و تحقق اهداف نظام سلامت ارزیابی شود.

۱. مفهوم و اهداف برنامه‌ریزی شبکه داروخانه

بازار خدمات دارویی از جهات مختلف با سایر بازارهای اقتصادی تفاوت دارد. در این بازار، انتخاب مصرف‌کننده غالباً متأثر از تجویز پزشک است، اطلاعات میان عرضه‌کنندگان و دریافت‌کنندگان خدمات متقارن نیست، و دسترسی به دارو ارتباط مستقیم با حق بر سلامت و امنیت اجتماعی شهروندان دارد. از این رو، برخلاف بسیاری از فعالیت‌های اقتصادی که صرفاً تابع سازکار عرضه و تقاضا هستند، دولت‌ها معمولاً خود را موظف می‌دانند، از طریق ابزارهای مختلف تنظیم‌گری، توزیع مناسب خدمات دارویی را در سطح سرزمین تضمین کنند.

یکی از جلوه‌های این مداخله تنظیم پراکندگی جغرافیایی داروخانه‌هاست. تمرکز بی‌رویه داروخانه‌ها در مناطق برخوردار و تجاری، هرچند ممکن است از منظر اقتصادی برای فعالان این حوزه مطلوب باشد، می‌تواند به محرومیت مناطق کم‌جمعیت یا کم‌برخوردار از دسترسی مناسب به دارو و خدمات دارویی منجر شود. در مقابل، مداخله بیش از حد دولت نیز ممکن است به محدود شدن رقابت، ایجاد موانع ورود، و کاهش انگیزه سرمایه‌گذاری در این بخش بینجامد. از این رو، نظام‌های حقوقی مختلف همواره در جست‌وجوی ایجاد تعادل میان دو هدف بنیادین بوده‌اند: تضمین دسترسی عادلانه به خدمات دارویی و حفظ آزادی فعالیت اقتصادی. سازمان جهانی سلامت نیز مقرر داشته است سیاست‌های ملی دارویی به گونه‌ای طراحی شوند که دسترسی عادلانه به داروها را تضمین کنند و داروها به شکل مناسب، مقرون به صرفه، و در همه مناطق جغرافیایی، به ویژه برای گروه‌های کم‌برخوردار، در دسترس باشند (World Health Organization, 2025b).

با هدف تحقق این تعادل، کشورها الگوهای متفاوتی را برای ساماندهی پراکندگی داروخانه‌ها برگزیده‌اند. بعضی نظام‌های حقوقی، با اعمال معیارهای جمعیتی یا جغرافیایی، محل استقرار داروخانه‌ها را به طور مستقیم هدایت می‌کنند و بعضی دیگر، با تکیه بر سازکارهای رقابتی، نقشی محدودتر برای دولت در این حوزه قائل‌اند. تجربه کشورهای اروپایی نشان می‌دهد تنظیم‌گری داروخانه‌ها از الگوی واحدی تبعیت نمی‌کند. برخی کشورها از نظام‌های برنامه‌ریزی شده مبتنی بر محدودیت‌های جمعیتی و جغرافیایی بهره می‌برند، درحالی‌که برخی دیگر به سمت آزادسازی بازار حرکت کرده‌اند. مطالعات تطبیقی بیانگر آن است که انتخاب هر یک از این الگوها تابع موازنه‌ای میان اهداف رقابتی، دسترسی عمومی به دارو، و ملاحظات سلامت عمومی است و نمی‌توان یک مدل واحد را برای همه کشورهای تجویز کرد (Philipsen, 2013). مثلاً بسیاری از کشورها مقرراتی را برای تنظیم‌گری پراکندگی داروخانه‌ها اعمال می‌کنند که از آن با نام «برنامه‌ریزی شبکه داروخانه»^۱ یاد می‌شود. این مقررات گاهی در تعریف داروخانه گنجانده می‌شوند، مانند اسپانیا (Codex Nr 152 on education, 2018, Article 1). داروخانه‌ها معمولاً بر اساس معیارهای جمعیتی و جغرافیایی و در سرتاسر یک کشور یکسان‌اند گاهی بر اساس ویژگی‌های سرزمینی خاص یک منطقه تنظیم می‌شوند. مثلاً در اسپانیا مناطق خودمختار^۲ مجازند معیارهای تعریف شده در سطح ملی را با توجه به ویژگی‌های خاص خود تنظیم کنند (Law on the regulation of the services offered in community pharmacies, 1997, Article 2). برنامه‌ریزی شبکه داروخانه ممکن است در سطح محلی تعریف شود؛ مانند پیمانتا ارگانیکا در ایتالیا.^۳ این محدودیت‌ها اغلب ابزارهای تنظیم‌گری هستند که در زمینه برنامه‌ریزی داروخانه‌ها به دولت کمک می‌کنند. در نتیجه، باید هدفی برای برنامه‌ریزی شبکه داروخانه وجود داشته باشد. بنابراین، مجوز داروخانه معمولاً با مکان داروخانه یا واحد جغرافیایی مرتبط است؛ مانند فرانسه (Public Health Code, 2018, Article L5125-18).

برای اطمینان از عدالت و شفافیت در تصمیم‌گیری‌ها، در کشورهایی که نظام برنامه‌ریزی داروخانه دارند توصیف‌های گسترده‌ای از معیارهای لازم برای تأسیس داروخانه‌ها و مکان آن‌ها در قوانین یا مقررات گنجانده شده است.

در کشورهایی که نظام برنامه‌ریزی داروخانه دارند، نقل مکان یک داروخانه موجود نیز مستلزم احراز معیارهایی خاص است. مثلاً در مالت جابه‌جایی مکان داروخانه فقط در یک شهر یا روستا امکان‌پذیر است؛ آن هم در صورتی که امکانات بهتری در مکان جدید وجود داشته باشد و مکان جدید در فاصله مشخصی از داروخانه موجود باشد (Public Health Code, 2018, Article 11). به همین ترتیب، در پرتغال انتقال یک داروخانه باید دسترسی مردم به داروها و همچنین صرفه اقتصادی برای مالک داروخانه‌ای که

1. Pharmacy Network Planning
2. Autonomous Communities

3. In Italy, Law No 468/1913 Defined the Provision of Pharmaceutical Services as 'A Primary State Activity' Which Could Only Be Engaged in By Municipal Pharmacies or By Private Pharmacies Operating Under Government Licence. An Administrative Instrument for Controlling Supply Was Set in Place: The 'Pianta Organica', Which is a Form of Territorial Grid Designed to Ensure the Even Distribution of Medicinal Products Throughout the National Territory. Importantly, The Subsequent Royal Decree No 1265/1934 Confined the Selling of All Medicinal Products Exclusively to Pharmacies (Article 122).

قصد تغییر مکان یا بهبود و افزایش خدمات دارویی را دارد تأمین کند (Law-Decree No 307/2007 on the legal regime of community pharmacies, 2007, Article 26). در مورد ادغام و نقل مکان و واگذاری داروخانه در فرانسه نیز قواعدی وجود دارد که در گفتار پیش به آن پرداخته شد.

در کشورهایی که تلاش برای تثبیت یا کاهش تعداد داروخانه وجود دارد، بعضی مقررات برای حمایت از ادغام وضع شده است. اما در عین حال این مقررات به گونه‌ای وضع شده‌اند که اطمینان حاصل شود ادغام منجر به عدم تعادل در دسترسی نخواهد شد. چون دسترسی عادلانه به داروها و محصولات سلامت زمانی تحقق می‌یابد که کشورها بتوانند، علاوه بر تأمین داروهای ایمن و مؤثر، توزیع پایدار و مقرون به صرفه آن‌ها را در سراسر نظام سلامت تضمین کنند؛ در غیر این صورت، نابرابری در دسترسی به خدمات دارویی افزایش می‌یابد (World Health Organization, 2025a). مثلاً در بلژیک، پس از ادغام داروخانه‌ها، امکان تأسیس یا انتقال یک داروخانه جدید در یک و نیم کیلومتری داروخانه قبلی وجود ندارد (Royal Decree on the opening, transfer and merge of community pharmacies, 2014, Article 3).

به طور کلی، سه حالت در خصوص برنامه‌ریزی شبکه داروخانه‌ها وجود دارد. در برخی کشورها «نظام محدودیت محور» مبتنی بر محدودیت‌های جمعیتی یا محدودیت‌های جغرافیایی بر تأسیس داروخانه‌ها سایه انداخته است (بخش دوم مقاله). برخی کشورها نیز مانند فرانسه «نظام تلفیقی» را برگزیده‌اند و محدودیت توأمان جمعیتی و جغرافیایی را برای تأسیس داروخانه اعمال می‌کنند (بخش سوم مقاله). برخی کشورهای دیگر رقابت کامل در تأسیس را برگزیده‌اند یا مانند ایران «نظام انتقالی از محدودیت محور به رقابتی» را تجربه می‌کنند (بخش چهارم مقاله). در ادامه به توضیح انواع این نظام‌ها پرداخته می‌شود و حسب مورد، ذیل هر یک، نظام‌های تنظیم‌گری کشورهای ایران و فرانسه بررسی خواهد شد.

۲. نظام محدودیت محور

برنامه‌ریزی شبکه داروخانه صرفاً بر تعیین تعداد داروخانه‌های مجاز در یک کشور استوار نیست، بلکه مستلزم تعیین معیارهایی است که بتوانند پراکندگی این مراکز را با نیازهای واقعی جامعه هماهنگ سازند. از این منظر، دولت‌ها برای هدایت استقرار داروخانه‌ها و جلوگیری از تمرکز نامتوازن آن‌ها در برخی مناطق از شاخص‌های عینی و قابل اندازه‌گیری استفاده می‌کنند. این شاخص‌ها امکان می‌دهند که تصمیم‌گیری درباره تأسیس، انتقال، یا ادغام داروخانه‌ها بر مبنای ملاحظات عمومی و نه صرفاً منافع اقتصادی متقاضیان صورت گیرد.

در میان ابزارهای مختلف تنظیم‌گری، معیارهای جمعیتی و جغرافیایی جایگاهی ویژه دارند. معیارهای جمعیتی بر این فرض استوارند که تعداد داروخانه‌ها باید با حجم جمعیت تحت پوشش متناسب باشد تا از یک سو دسترسی شهروندان به خدمات دارویی تضمین و از سوی دیگر از ایجاد ظرفیت مازاد و رقابت ناسالم جلوگیری شود. در مقابل، معیارهای جغرافیایی بر توزیع فضایی داروخانه‌ها تمرکز دارند و می‌کوشند از تمرکز بیش از حد آن‌ها در یک محدوده خاص جلوگیری و پوشش متوازن مناطق مختلف را تضمین کنند.

اگرچه بسیاری از نظام‌های حقوقی از هر دو دسته معیار به صورت هم‌زمان استفاده می‌کنند، میزان اتکا به هر یک از آن‌ها در کشورهای مختلف متفاوت است. برخی کشورها معیارهای جمعیتی را مبنای اصلی صدور مجوز قرار داده‌اند، برخی دیگر بر ضوابط جغرافیایی تأکید دارند، و گروهی نیز با تلفیق این دو رویکرد در پی تحقق اهداف سیاست‌گذاری دارویی خود هستند. از این رو، بررسی این دو دسته معیار مقدمه‌ای ضروری برای شناخت سازکارهای حقوقی حاکم بر پراکندگی داروخانه‌ها به شمار می‌آید.

در چندین کشور اروپایی مجوز افتتاح داروخانه جدید فقط زمانی صادر می‌شود که شرایط جغرافیایی خاصی محقق شود. رایج‌ترین معیار تعداد ساکنان داخل شهر یا شهرستان یا منطقه اداری مشخص است. معیارها برای ایجاد اولین داروخانه ممکن است با معیارهای تأسیس داروخانه‌های بعدی متفاوت باشد.

نمونه‌هایی از حداقل تعداد ساکنان به ازای هر داروخانه در قوانین ملی کشورها درج شده است. معیارهای جمعیتی معمولاً بر اساس سرشماری سازماندهی شده از سوی دولت‌هاست. در برخی کشورها محل‌هایی که در آن قابلیت تأسیس داروخانه وجود دارد به اطلاع عموم می‌رسد. مثلاً در ترکیه این اطلاع‌رسانی‌ها حداقل دو بار در سال انجام می‌شود (Law on Pharmacists and Pharmacies, 2014, Article 5). هرچند در مکان‌هایی مانند فرودگاه‌ها معیارهای جغرافیایی ممکن است همیشه منعکس‌کننده نیازهای دارویی مسافران نباشد، مقررات فرانسوی برای تعیین تعداد داروخانه‌هایی که بر اساس تعداد مسافران سالیانه می‌تواند در یک فرودگاه وجود داشته باشد قواعد خاصی تنظیم کرده است. اولین داروخانه زمانی می‌تواند ایجاد شود که بیشتر از سه میلیون مسافر در سال و برای داروخانه اضافی بیست میلیون مسافر اضافه وجود داشته باشد (Public Health Code, 2018, Article L5125-7).

چندین کشور نیز از معیار جغرافیایی برای تعیین اینکه مجوز داروخانه می‌تواند صادر شود یا خیر استفاده می‌کنند. این معیار با هدف جلوگیری از تمرکز داروخانه‌ها در یک منطقه در نظر گرفته می‌شود. برخی از این معیارها با معیارهای جمعیتی اشاره شده در بخش قبل همراه می‌شوند. یک معیار بسیار رایج فاصله بین داروخانه جدید و داروخانه موجود است. محاسبه این فاصله گاهی به وضوح بیان می‌شود (مثلاً با استفاده از یک خط مستقیم که از در داروخانه موجود کشیده می‌شود یا با محاسبه مسافت پیاده‌روی). این فاصله از صد متر در مقدونیه شمالی تا پنج کیلومتر در بلژیک (Royal Decree on the opening, transfer and merge of community pharmacies, 2014, Article 1) و اسلونی (Pharmacy Practice Act, 2017, Article 8) متغیر است. البته اندازه‌گیری دسترسی جغرافیایی به داروخانه‌ها صرفاً بر اساس زمان یا فاصله رانندگی می‌تواند نابرابری‌های واقعی دسترسی را پنهان کند. زیرا دسترسی پیاده و حمل‌ونقل عمومی نیز باید در ارزیابی عدالت فضایی خدمات دارویی لحاظ شود (Sharareh et al., 2025).

مقررات گاهی بر معیار جغرافیایی دیگری متکی است؛ واحدهای جغرافیایی. این واحد می‌تواند شهر، روستا، یا واحدی باشد که به طور خاص برای برنامه‌ریزی شبکه داروخانه‌ها ایجاد شده است. در فنلاند مجوز داروخانه برای یک ناحیه خاص (معمولاً شهرداری‌ها) اعطا می‌شود. شهرداری‌ها و شهرهای بزرگ ممکن است چندین حوزه داروخانه داشته باشند و در هر یک چند داروخانه وجود داشته باشد. ممکن است در یک حوزه خاص داروخانه‌ها بدون محدودیت ایجاد شوند؛ مثلاً بدون در نظر گرفتن حداقل فاصله تا داروخانه



موجود (Annual Report of Association of Finnish Pharmacies, 2017). حتی زمانی که محل داروخانه منحصرأ بر اساس واحدهای جغرافیایی (بدون معیار حداقل فاصله) تعیین شود، نحوه ترسیم واحدها نیز می‌تواند امکان وجود چندین داروخانه در مجاورت یک دیگر را محدود کند.

۳. نظام تلفیقی (مطالعه موردی فرانسه)

در نظام‌های تلفیقی محدودیت‌های جغرافیایی و جمعیتی به صورت توأمان وجود دارد؛ مثل کشور فرانسه که محدودیت‌های یادشده هنگام تأسیس و انتقال و ادغام داروخانه‌ها اعمال می‌شود (Public Health Code, 2018, Article L5125-3-3). در این کشور مدیر کل سازمان بهداشت منطقه‌ای مناطقی^۱ را در هر شهر^۲ با توجه به عوامل جغرافیایی و جمعیتی آن تعریف می‌کند. واحد جغرافیایی با مرزهای طبیعی یا شهری یا زیرساخت‌های حمل‌ونقل تعیین می‌شود. مدیر کل سازمان بهداشت منطقه‌ای در مصوبه‌ای^۳ نام راه‌ها، عوامل طبیعی، یا زیرساخت‌های حمل‌ونقلی را، که محدوده هر منطقه^۴ را احاطه کرده است، بیان می‌کند (Public Health Code, 2018, Article L5125-3-1). این مناطق محدوده و بستر اعمال معیار جمعیتی هستند.

در کد سلامت عمومی فرانسه ایجاد یا انتقال یا تجمع داروخانه‌ها تابع اصل «پوشش بهینه جمعیت» است و اعطای مجوز بر مبنای معیارهای جمعیتی و دسترسی جغرافیایی انجام می‌شود؛ به گونه‌ای که برای نخستین داروخانه در یک کمون حداقل دوهزار و پانصد نفر جمعیت و برای هر داروخانه اضافی حداقل چهارهزار و پانصد نفر جمعیت مورد نیاز است. اگر آخرین داروخانه در شهرهای کمتر از دوهزار و پانصد نفر جمعیت فعالیت خود را به طور قطعی متوقف کند، درحالی‌که تا آن زمان به جمعیت حدود دوهزار و پانصد نفر خدمت‌رسانی می‌کرده، صدور مجوز افتتاح داروخانه از طریق انتقال یا ادغام امکان‌پذیر است. تعداد ساکنان هر منطقه با توجه به آخرین سرشماری منتشرشده در مجله رسمی جمهوری فرانسه مشخص می‌شود (Public Health Code, 2018, Article L5125-4).

از آنجا که اجازه عرضه دارو در مکان مورد نظر داروساز متقاضی تأسیس داروخانه باید با توجه به بهینه بودن و تأمین نیازهای جمعیت ساکن در آن مکان باشد، شرایطی برای اخذ مجوز داروخانه از مدیر کل سازمان بهداشت منطقه‌ای لازم است که در ادامه به آن‌ها اشاره می‌شود.

انتقال^۵ و ادغام^۶ داروخانه‌ها نباید تأمین داروی لازم برای جمعیت ساکن در منطقه را به خطر بیندازد. هنگامی که یک محله یا شهرداری فاقد داروخانه قابل دسترس عموم (با وسایل نقلیه یا به صورت پیاده) باشد یا داروخانه پارکینگ نداشته باشد، عرضه دارو به خطر می‌افتد.

1. Quartier
2. Commune
3. Arrêtée
4. Quartier
5. Transferts
6. Regroupements

افتتاح داروخانه^۱، خواه از طریق ایجاد داروخانه^۲ مشروط به رعایت شرایط جمعیتی یادشده خواه از طریق انتقال یا ادغام، نباید در مناطقی همچون مناطق آزاد شهری، مناطق اولویت دار سیاست شهری، و مناطق بازآفرینی روستایی باشد.

بهینه بودن عرضه دارو با توجه به نیازهای دارویی هر منطقه نیز زمانی محقق می شود که دسترسی به داروخانه جدید تسهیل شود؛ داروخانه قابل شناسایی باشد، دارای مسیر پیاده روی و خدمات حمل و نقل و پارکینگ باشد، محوطه داروخانه به گونه ای باشد که مأموریت های داروخانه و دسترسی دائمی عمومی را برای ارائه خدمات آماده باش و اضطراری امکان پذیر کند، و داروخانه جدید نیازهای جمعیت ساکن در منطقه مربوطه یا جمعیتی را که با توجه به مجوزهای ساختمانی قابل افزایش است تأمین کند (Public Health Code, 2018, Article L5125-3-2).

در کشور فرانسه، دو یا چند داروخانه در صورتی می توانند با یک دیگر ادغام شوند که در محل اصلی آن ها تعداد داروخانه های بیشتری نسبت به آستانه یادشده وجود داشته باشد. محل ادغام این داروخانه ها می تواند محل یکی از آن ها یا محل دیگری باشد. اگر ادغام در مکان جدید انجام شود، داروخانه جدید فقط پس از تعطیلی داروخانه های ادغام شده می تواند به نحو مؤثر فعالیت خود را آغاز کند. هنگام ادغام داروخانه ها، معیارهای جمعیتی و جغرافیایی محل ادغام برای صدور مجوز مد نظر قرار می گیرد. با پایان گرفتن دوره دوازده ساله از زمان صدور مجوز ادغام، مدیر کل سازمان بهداشت منطقه ای می تواند، پس از مشورت با نماینده تعیین شده در سطح منطقه (توسط هر یک از سندیکاهای نماینده این حرفه و شورای نظام داروسازی ذی صلاح)، به ادغام پایان دهد و در صورتی که نیازهای دارویی مردم به نحو مطلوب برآورده نشود مجوز افتتاح داروخانه جدید را صادر کند (Public Health Code, 2018, Article L5125-5).

هر گونه تغییر در شبکه شهری داروخانه یا شهرهای مجاور با ابتکار یک یا چند داروساز یا شرکت داروسازی صورت می گیرد و ارزیابی خسارتی که با تعطیلی دائم یک یا چند داروخانه وارد می شود باید با نظر قبلی مدیر کل سازمان بهداشت منطقه ای باشد (Public Health Code, 2018, Article L5125-5-1). در فرانسه در خصوص مناطق ضعیف تر نیز احکام حمایتی پیش بینی شده است. مدیر کل سازمان بهداشت منطقه ای نیازهای تأمین دارو را برای جمعیت منطقه تحت صلاحیت خود، در چارچوب طرح منطقه ای سلامت، ارزیابی می کند. در مقررات مربوطه مناطقی که در آن دسترسی مردم به دارو رضایت بخش نیست تعیین و عرضه دارو با توجه به ویژگی های جمعیتی و بهداشتی و اجتماعی ساکنان آن و پیش بینی توسعه در این مناطق تعریف می شود. این مقررات پس از مشورت با شورای نظام داروسازی ذی صلاح، اتحادیه استانی متخصصان سلامت داروسازان^۳، نماینده استانی تعیین شده از سوی سندیکاهای صنفی به نمایندگی از این حرفه تنظیم می شود (Public Health Code, 2018, Article L5125-6).

در مناطق تعریف شده، موافقت نامه درج شده در کد قانون تأمین اجتماعی فرانسه اقداماتی را برای حفظ یا بهبود عرضه دارو پیش بینی می کند. مدیر کل سازمان بهداشت منطقه ای می تواند اقداماتی را برای ترویج

1. L'ouverture D'une Officine

2. Création

3. L'union Régionale Des Professionnels De Santé Pharmaciens

یا حفظ عرضه دارو در این مناطق اتخاذ کند (Public Health Code, 2018, Article L5125-6).

در مناطق یادشده، مدیرکل سازمان بهداشت منطقه‌ای، پس از مشورت با شورای نظام داروسازی ذی صلاح و نماینده منطقه‌ای تعیین‌شده از سوی سندیکاهاى صنفی، به نمایندگی از این حرفه، طی مصوبه‌ای، فهرست شهرهای هم‌جوار فاقد داروخانه را، که یکی از آن‌ها حداقل دوهزار نفر سکنه داشته باشد، به منظور تجمیع برای رسیدن به آستانه جمعیتی لازم، مشخص می‌کند. افتتاح داروخانه از طریق انتقال یا ادغام در این مناطق ممکن است مجاز باشد (Public Health Code, 2018, Article L5125-6-1).

در مناطق یادشده، پاسخ بهینه به نیازهای دارویی جمعیت منطقه با توجه به شرایطی همچون دسترسی و موقعیت مناسب ارزیابی می‌شود. مدیرکل سازمان بهداشت منطقه‌ای می‌تواند در داخل این مناطق مجوز افتتاح داروخانه از طریق انتقال یا ادغام، به‌ویژه با یک مرکز خرید یا خانه سالمندان یا یک مرکز بهداشتی، را صادر کند (Public Health Code, 2018, Article L5125-6-2).

با توجه به برنامه‌ریزی شبکه داروخانه در فرانسه، برخی ترجیحات خاص در مجوزدهی به داروسازان ضروری است. مثلاً درخواست‌های مربوط به ادغام بر درخواست‌های انتقال اولویت دارند. همچنین درخواست‌های تأسیس داروخانه بر درخواست‌های انتقال داروخانه تقدم دارند. در بین درخواست‌های تأسیس داروخانه، داروسازانی که هرگز مجوز داروخانه نداشته‌اند از اولویت برخوردارند. هنگامی که یک شرکت درخواست تأسیس مجوز را ارائه می‌کند، اصل اولویت زمانی قابل اعمال است که همه داروسازان سهامدار شرکت از آن شرایط بهره‌مند باشند.

با هدف رفع نیازهای دارویی و بهبود دسترسی بیماران به داروهای ضروری، قوانین فرانسه برخی وضعیت‌های خاص را از شمول قوانین حاکم بر توزیع داروها مستثنا کرده‌اند. در این خصوص، می‌توان به توزیع دارو توسط پزشکان اشاره کرد. پزشکانی که در شهرهای بدون داروخانه فعالیت دارند، می‌توانند با اجازه مدیرکل سازمان منطقه‌ای سلامت^۲ برخی داروها و تجهیزات پزشکی لازم را نزد خویش نگه دارند و با توجه به تجویز خود این اقلام را، بر اساس فهرستی که پس از مشورت با شورای ملی نظام پزشکی^۳ و شورای ملی نظام داروسازی^۴ به تصویب وزیر بهداشت می‌رسد، به مراجعان خود عرضه کنند. این مجوز فقط زمانی به پزشکان اعطا می‌شود که منافع مربوط به سلامت عمومی را تأمین کند (Public Health Code, 2018, Article L4211-3). هر پزشکی که با پزشک دارای مجوز فعالیت داروسازی^۵ جایگزین شود، به طور خودکار، در طول مدت فعالیت در آن جایگاه، اختیار عرضه دارو با کیفیت بیان شده را دارد. البته، به محض ایجاد داروخانه در شهر یادشده، مجوز پزشک مسترد^۶ می‌شود.

پزشکان دارای مجوز فعالیت داروسازی در حدود اختیارات خود مشمول همه تعهدات قانونی و مقرراتی هستند که بر عهده داروسازان است. این پزشکان به هیچ‌وجه نمی‌توانند داروخانه عمومی داشته باشند و

1. Commune

2. L'agence Régionale De Santé

3. Conseil National De L'ordre Des Médecins

4. Conseil National De L'ordre Des Pharmaciens

5. Un Médecin Bénéficiaire D'une Autorisation D'exercer La Propharmacie

6. Retiré

صرفاً می‌توانند داروهایی را که خودشان تجویز کرده‌اند به بیمار عرضه کنند (Public Health Code, 2018, Article L4211-3).

گاهی نیز دارو را مؤسسات ذی‌صلاح توزیع می‌کنند. به طور استثناء، اشخاص حقوقی با رعایت استانداردهای توزیع خوب^۱، که وزیر بهداشت تصویب می‌کند، می‌توانند در منزل، تحت نظارت داروسازی که در نظام داروسازی احراز صلاحیت شده است، به توزیع دارو بپردازند. مجوز این اشخاص حقوقی را مدیر کل سازمان منطقه‌ای سلامت، پس از مشورت با مراجع ذی‌صلاح نظام ملی داروسازی، صادر می‌کند. در صورت وقوع تخلف نیز ممکن است این مجوز را مدیر کل سازمان منطقه‌ای سلامت تعلیق یا لغو کند (Public Health Code, Article L4211-5).

همچنین، استثنائاً در شرایط اضطراری، مانند وقوع حادثه هسته‌ای یا اقدام تروریستی، که یک تهدید جدی علیه سلامتی حادث می‌شود و نیاز به توزیع دارو شدت می‌گیرد، ممکن است محصولات بهداشتی، از جمله دارو، از محل ذخایر دولت توسط متخصصان سلامت و بدون حضور داروساز، تحت مسئولیت نماینده دولت، در بخش مورد نظر توزیع شود (LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 153). این استثناء در سال ۲۰۱۹ در فرانسه نسخ شد.^۲

در خصوص توزیع داروهای آلرژن نیز قانون‌گذار استثناء قائل شده است؛ هر فرد پس از مشورت با آکادمی ملی پزشکی^۳ می‌تواند از سازمان ملی امنیت دارویی و محصولات سلامت محور^۴ مجوز تهیه و عرضه داروهای آلرژن را دریافت کند. این مجوز برای مدت پنج سال صادر می‌شود و هر پنج سال یک بار قابل تمدید است. مصوبه شورای دولتی شرایط صدور، تمدید، تعلیق، و لغو این مجوز را تعیین می‌کند (Public Health Code, 2018, Article L4211-6).

در خصوص داروهای گیاهی نیز مقرر شده است عطاران^۵ که تا تاریخ ۲۰ سپتامبر ۱۹۴۱ فارغ‌التحصیل شده‌اند می‌توانند تا پایان عمر به این حرفه اشتغال ورزند. عطاران واجد شرایط می‌توانند گیاهان یا قسمت‌هایی از گیاهان دارویی را برای مصارف پزشکی نگهداری کنند و به فروش برسانند. فروش گیاهان دارویی به عموم مردم در همه اماکن عمومی، منازل شخصی، و فروشگاه‌ها به غیر از داروخانه‌ها و عطاری‌ها اکیداً ممنوع است. عطاران واجد شرایط در حرفه خود مشمول قوانین و مقررات حاکم بر فروش محصولات دارویی توسط داروسازان هستند (Public Health Code, 2018, Article L4211-7).

در ایران نیز آیین‌نامه تأسیس داروخانه طبیعی و سنتی، مصوب ۱۳۹۵/۰۴/۲۲، به استناد سند ملی گیاهان دارویی و طب سنتی شورای عالی انقلاب فرهنگی، مصوب ۱۳۹۲، به تصویب وزیر بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی رسیده است. به موجب این آیین‌نامه، داروخانه طبیعی و سنتی مؤسسه‌ای است پزشکی که با اخذ مجوز کمیسیون ماده ۲۰ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی، دارویی، و مواد خوردنی و آشامیدنی، مصوب

1. Les Bonnes Pratiques De Distribution

2. Abrogé Par Loi N 2019-774 Du 24 Juillet 2019 - Art. 68

3. Académie Nationale De Médecine

4. L'agence Nationale De Sécurité Du Médicament Et Des Produits De Santé

5. Herboristes

6. Herboristeries

۱۳۳۴، تأسیس می‌شود و به ارائه خدمات و عرضه فرآورده‌های طبیعی و سنتی مبادرت می‌کند. پروانه تأسیس این داروخانه‌ها در ایران منحصرأً برای دارندگان مدرک دکتری تخصصی داروسازی سنتی یا دکتر داروساز، که دوره‌های آموزشی مورد تأیید وزارت را سپری کرده و مسئولیت فنی داروخانه را نیز بر عهده دارد، صادر می‌شود. تأسیس این داروخانه‌ها، برخلاف داروخانه‌های دیگر، به شرط تأیید صلاحیت مؤسس، بدون رعایت حد نصاب جمعیت و فاصله مانعی ندارد.

علاوه بر پیش‌بینی این وضعیت‌ها، در بعضی موارد امکان صدور مجوز داروسازی موقت برای بعضی افراد وجود دارد. یکی از این افراد وزیر بهداشت است که می‌تواند شخصاً یا با تفویض اختیار به مدیر کل مرکز مدیریت ملی، پس از مشورت با شورای ملی نظام داروسازی، به صورت موقت مجوز فعالیت داروسازی را در چارچوب آموزش‌های تخصصی در گروه‌های مختلف حرفه داروسازی برای افرادی صادر کند (Public Health Code, 2018, Article L4221-1-1)؛ مثلاً کارآموزان داروسازی خارجی و داروسازان دارای مدرک دیپلم در کشوری غیر از کشورهای عضو اتحادیه اروپا و کشورهای طرف توافق‌نامه منطقه اقتصادی اروپا یا کنفدراسیون سوئیس (Public Health Code, 2018, Article L4221-1-1) و داروسازان متخصص دارای مدرک تخصصی که دارای مجوز قانونی فعالیت در کشور متبوع خود هستند، مشروط به اینکه در چارچوب توافق‌نامه دوجانبه همکاری با فرانسه یا توافق‌نامه همکاری میان اشخاص حقوق عمومی یا خصوصی از یک سو و یک مؤسسه بهداشت عمومی از سوی دیگر باشد (Public Health Code, 2018, Article L4221-1-1). همچنین دانشجویان داروسازی که عضو نیروهای ذخیره سلامت^۱ هستند^۲ و سال دوم دوره داروسازی خود را گذرانده‌اند، مشروط به اینکه در گروه متشکل از حداقل یک داروساز و تحت نظارت وی فعالیت کنند، می‌توانند صلاحیت یک داروساز را داشته باشند (Public Health Code, 2018, Article L4221-15). دانشجویان داروسازی دارای مدرک دوره آموزشی در سال سوم تحصیل خود نیز مجازند به منظور ارتقای مهارت خود، خارج از ساعات دانشگاه، به فعالیت داروسازی بپردازند (Public Health Code, 2018, Article L4241-10).

همان‌طور که ملاحظه شد نظام حاکم بر پراکندگی داروخانه‌ها در فرانسه ترکیبی از محدودیت‌های جمعیتی و جغرافیایی را در بر می‌گیرد. علاوه بر این، به منظور برنامه‌ریزی شبکه داروخانه، در این کشور استثناهایی بر این قواعد کلی وارد شده است تا دسترسی به دارو را در همه مناطق فرانسه تضمین کند.

۴. نظام انتقالی از محدودیت محور به رقابتی (مطالعه موردی ایران)

در مقابل نظام‌های مبتنی بر برنامه‌ریزی شبکه داروخانه، برخی کشورها رویکردی مبتنی بر آزادی تأسیس داروخانه را برگزیده‌اند. مبنای نظری این رویکرد آن است که سازکار رقابت و انتخاب آزاد محل فعالیت، در

1. Réserve Sanitaire

۲. ذخیره سلامت شامل پرستاران، پزشکان، داروسازان، پیراپزشکان، و دستیارانی است که به منظور پاسخگویی به موقعیت‌های اضطراری، که تهدید جدی علیه سلامت قلمداد می‌شوند، ایجاد شده است؛ اعم از اینکه شاغل در بخش خصوصی یا دولتی یا بازنشسته یا دانشجو باشند.

مقایسه با مداخله مستقیم دولت، کارایی بیشتری در تخصیص منابع و پاسخگویی به نیازهای بازار دارد. بر این اساس، تعیین تعداد و محل استقرار داروخانه‌ها به تصمیم فعالان اقتصادی واگذار می‌شود و نقش دولت عمدتاً به نظارت بر صلاحیت حرفه‌ای، کیفیت خدمات، و رعایت الزامات بهداشتی محدود می‌شود. بنابراین، به دلیل ملاحظات خاص حوزه سلامت، عملاً نظام آزاد/ رقابتی صرف در تأسیس داروخانه‌ها وجود ندارد.

برخی کشورها جز رعایت برخی الزامات قانونی هیچ محدودیت جمعیتی یا جغرافیایی در مورد محل داروخانه جدید ایجاد نکرده‌اند؛ مثلاً در بلغارستان (Petkova & Atkinson, 2017)، چک (Nachtigal et al., 2017)، آلمان (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, 2017)، ایرلند، هلند، نروژ و همچنین آلبانی، ارمنستان، آذربایجان، بلاروس، گرجستان، قزاقستان، قرقیزستان، روسیه، تاجیکستان، اوکراین، ازبکستان.

این آزادسازی و لیبرالیزاسیون به سوی افزایش تعداد داروخانه‌ها و ایجاد رقابت میان آن‌ها گرایش دارد. اما داروخانه‌های جدید در درجه اول در مناطق شهری، که دسترسی خوبی به داروها و متخصصان دارویی دارند، تأسیس می‌شود؛ حال آنکه در مناطق روستایی هیچ داروخانه‌ای وجود ندارد یا تعداد داروخانه‌ها محدود است.

طرفداران این الگو بر آن‌اند که حذف محدودیت‌های جمعیتی و جغرافیایی موجب کاهش موانع ورود به حرفه داروسازی، افزایش رقابت، توسعه سرمایه‌گذاری، و در نهایت بهبود دسترسی مصرف‌کنندگان به خدمات دارویی می‌شود. با این حال، منتقدان بر این باورند که دارو و خدمات دارویی صرفاً یک کالای اقتصادی نیست و واگذاری کامل پراکندگی داروخانه‌ها به منطق بازار می‌تواند به تمرکز داروخانه‌ها در مناطق برخوردار و کاهش دسترسی ساکنان مناطق کم جمعیت یا محروم منجر شود. از این رو، حتی در کشورهایی که رویکرد آزادسازی را پذیرفته‌اند معمولاً ابزارهای غیر مستقیم تنظیم‌گری برای حفظ تعادل در دسترسی به خدمات دارویی به کار می‌رود.

بررسی تجربه کشورها نشان می‌دهد نظام‌های حقوقی معاصر کمتر به سمت آزادی مطلق یا مداخله مطلق حرکت کرده‌اند و اغلب تلاش می‌کنند میان الزامات رقابت اقتصادی و اهداف عدالت در سلامت تعادل برقرار کنند. در همین زمینه، برخی کشورها محدودیت‌های سنتی جمعیتی و جغرافیایی را به طور کامل کنار گذاشته‌اند؛ درحالی‌که برخی دیگر، از جمله ایران، بدون حذف کامل این محدودیت‌ها، نقش و تأثیر آن‌ها را در فرایند صدور مجوز تأسیس داروخانه کاهش داده‌اند و در گرایش به نظام آزاد نوعی «نظام انتقالی» یا «شبه‌رقابتی با نظارت حداقلی» را برگزیده‌اند.

در ایران قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی، مصوب ۱۳۶۷، یکی از وظایف این وزارتخانه را تدوین و ارائه سیاست‌ها، تعیین خط‌مشی‌ها، و نیز برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های مربوط به تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی، پژوهشی، خدمات بهداشتی، درمانی، دارویی، بهزیستی، و تأمین اجتماعی دانسته است. به همین منظور این وزارتخانه در مصوبات متعدد به وضع محدودیت‌های جمعیتی و جغرافیایی برای تأسیس داروخانه و صدور مجوز آن اقدام کرده است. مثلاً در جدول «الف» موضوع ماده ۴ آیین‌نامه تأسیس و اداره داروخانه‌ها، مصوب ۱۳۹۳/۱۲/۱۵، محدودیت‌های جمعیتی برای



تأسیس داروخانه وضع شده بود. همچنین در جدول‌های موضوع ماده ۱۵ آیین‌نامه یادشده فاصله داروخانه‌ها از یک‌دیگر با توجه به جمعیت شهرها تعیین شده بود؛ یعنی دو معیار جغرافیایی و جمعیتی در تنظیم‌گری پراکندگی داروخانه‌ها مد نظر قرار گرفته بود. در سال‌های اخیر تلاش‌هایی برای رفع محدودیت‌های جمعیتی و جغرافیایی و رفع انحصار دریافت مجوز تأسیس داروخانه صورت گرفت و متقاضیان با طرح شکایتی خواستار حذف محدودیت‌های یادشده در تأسیس داروخانه شدند که منجر به صدور آرای شورای رقابت، دیوان عدالت اداری، و هیئت مقررات‌زدایی و تسهیل صدور مجوزهای کسب‌وکار شد. در نهایت وزیر بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی «آیین‌نامه داروخانه‌ها» را، در تاریخ ۱۴۰۰/۰۳/۰۸، تصویب کرد.

با شکایت ذی‌نفعان، فارغ‌التحصیلان رشته داروسازی، به شورای رقابت و دیوان عدالت اداری، محدودیت‌های جمعیتی و جغرافیایی در خصوص صدور مجوز تأسیس داروخانه بررسی شد. نتیجه رسیدگی‌های صورت گرفته طی دادنامه‌های صادره از دیوان عدالت اداری در بهمن ۱۳۹۷ و شهریور ۱۳۹۸ (هیئت عمومی دیوان عدالت اداری، آرای شماره ۲۰۴۷ و ۲۰۴۹) لغو موانع مقرراتی در مورد محدودیت‌های جمعیتی و جغرافیایی صدور مجوز تأسیس داروخانه در آیین‌نامه و ضوابط یادشده بود؛ بدین ترتیب در دو رأی هیئت عمومی تبصره ۱ ماده ۲، ماده ۱۵، جدول «الف» ماده ۴ «آیین‌نامه داروخانه‌ها» و همچنین ماده ۶ و تبصره ۴ بند ۴ ماده ۴ «ضوابط داروخانه» ابطال شد. این در حالی است که شورای رقابت، با توجه به صلاحیتی که در صدر ماده ۶۲ و بند ۱ ماده ۵۸ قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی برای او در نظر گرفته شده است،^۱ اعمال این محدودیت‌ها را رویه ضد رقابتی شناسایی کرده و دستور توقف این رویه را صادر کرده بود (شورای رقابت، تصمیمات شماره ۱۳۹۵/۱۲/۲-۲۸۲، ۱۳۹۶/۰۷/۱۰-۳۰۹، ۱۳۹۶/۳/۲۲-۱۳۹۵). با این حال وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی تا مدت‌ها از اجرای احکام مذکور استنکاف کرد و دلایلی نیز از سوی برخی مسئولان برای عدم اجرای احکام دیوان عدالت اداری مطرح شد (مرکزالمیری، ۱۴۰۰، ص. ۲۲۱). تا اینکه بر اساس اختیار قانونی موضوع تبصره ۲ ماده ۷ قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی^۲ هیئت مقررات‌زدایی و تسهیل صدور مجوزهای کسب‌وکار در نشست سی و سوم (مورخ ۱۳۹۸/۱۰/۰۲) وزارت بهداشت را موظف کرد: «در راستای اصلاح رویه‌های مرتبط با مجوز تأسیس داروخانه‌ها ... حداکثر ظرف مدت سه هفته عناوین و شناسنامه مجوزهای ثبت شده در درگاه ملی مجوزهای

۱. شورای رقابت تنها مرجع رسیدگی به رویه‌های ضد رقابتی است و مکلف است رأساً و یا بر اساس شکایت هر شخصی اعم از حقیقی یا حقوقی از جمله دادستان کل یا دادستان محل، دیوان محاسبات کشور، سازمان بازرسی کل کشور، تنظیم‌کننده‌های بخشی، سازمان‌ها و نهادهای وابسته به دولت، تشکل‌های صنفی، انجمن‌های حمایت از حقوق مصرف‌کنندگان، و دیگر سازمان‌های غیر دولتی بررسی و تحقیق در خصوص رویه‌های ضد رقابتی را آغاز و در چارچوب ماده ۶۱ این قانون تصمیم بگیرد.

۲. هر یک از مراجع صادرکننده مجوز کسب‌وکار موظف‌اند درخواست متقاضیان مجوز کسب‌وکار را مطابق شرایط مصرح در درگاه مذکور دریافت و بررسی کنند. صادرکنندگان مجوز کسب‌وکار اجازه ندارند به دلیل «اشباع بودن بازار» از پذیرش تقاضا یا صدور مجوز کسب‌وکار امتناع کنند. امتناع از پذیرش مدارک و درخواست مجوز و تأخیر بیش از ظرف زمانی تعیین شده در درگاه مذکور در صدور مجوز برای متقاضیانی که مدارک معتبر مصرح در درگاه یادشده را ارائه داده‌اند مصداق اخلاف در رقابت موضوع ماده ۴۵ این قانون است.

کشور G4B.ir را تکمیل و به روزرسانی نماید و همچنین این وزارتخانه (سازمان غذا و دارو) حداکثر ظرف مدت دو ماه نسبت به اصلاح آیین نامه و ضوابط تأسیس و اداره داروخانه ها با حذف محدودیت های جمعیتی و جغرافیایی (حدود فاصله و سقف تعداد برای صدور مجوزهای جدید و یا تمدید) مطابق آرای هیئت عمومی دیوان عدالت اداری با رعایت مواد ۲ و ۳ قانون بهبود مستمر محیط کسب و کار اقدام نماید.» (کمیته تخصصی هیئت مقررات زدایی، ۱۳۹۸).

اصلاح این آیین نامه را مراجع متعدد پیگیری کردند (نامه معاون قضایی دادستان کل کشور، ۱۳۹۹) و در نهایت «آیین نامه تأسیس، ارائه خدمات، و اداره داروخانه ها» در تاریخ ۱۴۰۰/۰۳/۰۸ به تصویب وزیر بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی رسید.

در ماده ۳ آیین نامه یاد شده شرایط و مدارک لازم برای بررسی و احراز صلاحیت متقاضی تأسیس داروخانه از سوی کمیسیون قانونی دانشگاه و صدور گواهی تشخیص صلاحیت حرفه ای متقاضی تأسیس و نیز مجوز اولیه (موافقت اصولی) فهرست شده است. در جدول شماره ۱ آیین نامه، حداقل امتیاز لازم برای صدور موافقت اصولی (اولویت بندی بر اساس امتیاز) درج شده است که با توجه به آن برای تأسیس داروخانه در شهرهای پرجمعیت تر امتیاز بیشتری لازم است. همچنین در جدول شماره ۳ آیین نامه یاد شده مشابه شرایط اشاره شده برای اخذ پروانه تأسیس تنظیم شده است. علاوه بر این، در جدول شماره ۵، با توجه به جمعیت مناطق، فاصله معیار بین دو داروخانه متفاوت است.

گرچه در آیین نامه جدید «فاصله معیار» برای تأسیس داروخانه در نظر گرفته شده و جمعیت شهرها در میزان امتیاز لازم برای صدور پروانه تأسیس تأثیرگذار است، با هدف اجرای آرای دیوان عدالت اداری و هیئت مقررات زدایی، حد نصاب های جمعیتی و جغرافیایی برای تأسیس داروخانه ها حذف شده است؛ با این توضیح که با توجه به جدول شماره ۴ آیین نامه یاد شده، که نحوه کسب امتیاز مربوط به صدور پروانه تأسیس را نشان می دهد، فاصله معیار فقط یکی از ملاک های اعطای امتیاز محسوب می شود و در کنار ملاک های دیگر همچون مساحت محل، انبار استاندارد، و ... در کسب امتیاز لازم برای اخذ پروانه تأسیس مؤثر است. علاوه بر این، حد نصاب جمعیتی در آیین نامه جدید وجود ندارد و جمعیت مناطق مؤلفه ای در نظر گرفته شده است که با افزایش آن امتیاز لازم برای اخذ پروانه تأسیس افزایش می یابد. بنابراین، در آیین نامه جدید، محدودیت های جمعیتی و جغرافیایی با اجرای نظام امتیازدهی به نحوی تعدیل شده است و در نهایت ضوابط اجرایی آیین نامه در تاریخ ۱۴۰۰/۰۵/۲۴ به تصویب رئیس سازمان غذا و دارو و معاون وزیر بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی رسیده و همه دستورالعمل ها و بخش نامه های مغایر با این ضوابط لغو شده است. همان طور که بیان شد، این انحصار زدایی و تعدیل محدودیت های جمعیتی تأسیس داروخانه راهی پُر فراز و نشیب طی کرده است. مهم ترین استدلال موافقان محدودیت صلاحیت قانونی و اختیاری وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی در مجوزدهی برای تأسیس داروخانه در مقام متولی امور بهداشت و درمان است. اما استدلال های مخالفان محدودیت مجوز، علاوه بر ضرورت انحصار زدایی و تسهیل صدور مجوز، به الزام قانونی ناشی از ماده ۷ قانون اجرای سیاست های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی بازمی گردد که استناد به «اشباع بودن بازار» برای عدم صدور مجوز کسب و کار را ممنوع کرده است.



نقش «هیئت مقررات‌زدایی و تسهیل صدور مجوزهای کسب‌وکار» نیز در تحول نظام حقوقی تأسیس داروخانه انکارناپذیر است. این هیئت به موجب ماده ۷ قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی تشکیل شده است و صرفاً نهادی مشورتی یا هماهنگ‌کننده نیست؛ بلکه از صلاحیت قانونی برای بررسی، اصلاح، و تصویب شرایط و فرایندهای صدور مجوزهای کسب‌وکار برخوردار است و دستگاه‌های اجرایی مکلف‌اند ضوابط صدور مجوزهای خود را با مصوبات آن منطبق سازند. از این‌رو، تحولات مربوط به تأسیس داروخانه در ایران را نمی‌توان صرفاً در پرتو آرای دیوان عدالت اداری یا تصمیمات شورای رقابت تحلیل کرد؛ بلکه باید نقش هیئت مقررات‌زدایی را به منزله یکی از محرک‌های نهادی مهم این تحول مورد توجه قرار داد.

نقطه عطف مداخله این هیئت در حوزه داروخانه‌ها «مصوبات سی و سومین نشست هیئت مقررات‌زدایی و تسهیل صدور مجوزهای کسب‌وکار» مورخ ۱۳۹۸/۱۰/۰۲ است. هیئت یادشده در این نشست، به استناد ماده ۷ قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴، موضوع «اصلاح رویه‌های مرتبط با مجوز تأسیس داروخانه‌ها» را در دستور کار قرار داد و وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی را مکلف کرد ضمن ثبت و شفاف‌سازی کامل مجوزهای مربوط در درگاه ملی مجوزهای کشور، ظرف مدت معین، به اصلاح آیین‌نامه و ضوابط تأسیس و اداره داروخانه‌ها اقدام کند. در این مصوبه به طور مشخص بر حذف محدودیت‌های جمعیتی و جغرافیایی، از جمله سقف جمعیتی و محدودیت فاصله و سایر موانع ورود به بازار داروخانه‌ها، تأکید شده است.

اهمیت این مصوبه در آن است که برای نخستین بار یک نهاد فرابخشی، خارج از ساختار وزارت بهداشت، محدودیت‌های سنتی حاکم بر صدور مجوز داروخانه را، از منظر رقابت و تسهیل کسب‌وکار و رفع انحصار، ارزیابی کرد و اصلاح آن‌ها را به منزله یک تکلیف سیاستی و تنظیم‌گری مطرح ساخت. بنابراین آیین‌نامه تأسیس، ارائه خدمات، و اداره داروخانه‌ها مصوب ۱۴۰۰ را باید نه صرفاً نتیجه بازنگری داخلی وزارت بهداشت، بلکه حاصل تعامل و فشار نهادی مجموعه‌ای از بازیگران، از جمله دیوان عدالت اداری و شورای رقابت و به‌ویژه هیئت مقررات‌زدایی، دانست. در واقع، این هیئت در گذار از الگوی سنتی مبتنی بر محدودیت‌های سخت جمعیتی و جغرافیایی به سوی نظامی رقابتی‌تر و مبتنی بر تسهیل ورود به حرفه داروسازی نقشی مهم ایفا کرده است.

با وجود تحولات یادشده در گذار به نظام رقابتی، توزیع داروخانه‌ها در مناطق شهری ایران متناسب با جمعیت نیست و تمرکز داروخانه‌ها در مناطق مرکزی شهر منجر به کاهش دسترسی عادلانه در مناطق حاشیه‌ای شده است (یغفوری و همکاران، ۱۳۹۲، ص. ۹). به عبارت دیگر، ساختار شبکه توزیع دارو در ایران به شدت متمرکز و تحت نظارت نهادهای حاکمیتی است و این ساختار می‌تواند بر دسترسی جغرافیایی به داروخانه‌ها و دارو اثرگذار باشد (دیناروند و جهانبخش، ۱۳۸۰، ص. ۱). بنابراین، کمبود داروخانه در مناطق روستایی و کم‌برخوردار همچنان یکی از چالش‌های نظام سلامت ایران محسوب می‌شود (محمدی و الماس‌پور، ۱۳۸۱، ص. ۱؛ تقوایی و شاهمیوندی، ۱۳۸۹، ص. ۱) و نیازمند هماهنگی میان سیاست‌گذاری و توزیع و مدیریت داروخانه‌ها است و ضعف در هر یک از این حلقه‌ها می‌تواند به اختلال در دسترسی دارویی منجر شود (Shahbahrani et al., 2024).

نتیجه

بررسی نظام‌های حقوقی حاکم بر تأسیس و پراکندگی داروخانه‌ها نشان می‌دهد داروخانه در حقوق معاصر صرفاً یک بنگاه اقتصادی یا محل عرضه دارو تلقی نمی‌شود، بلکه نهادی است که در تقاطع منافع عمومی و حق بر سلامت و آزادی فعالیت اقتصادی قرار دارد. از این رو، دولت‌ها همواره کوشیده‌اند از طریق وضع قواعد ناظر بر تأسیس و اداره و پراکندگی داروخانه‌ها میان ضرورت دسترسی عمومی به خدمات دارویی و الزامات رقابت و کارایی اقتصادی تعادل برقرار کنند.

مطالعه تطبیقی نظام حقوقی فرانسه و ایران بیانگر آن است که هر دو کشور اصل مداخله دولت در ساماندهی عرضه خدمات دارویی را پذیرفته‌اند؛ اما در شیوه و میزان این مداخله تفاوت‌های قابل توجهی وجود دارد. در حالی که نظام حقوقی فرانسه همچنان بر برنامه‌ریزی شبکه داروخانه مبتنی بر معیارهای جمعیتی و جغرافیایی تأکید دارد و از طریق سازکارهای دقیق صدور مجوز و انتقال و ادغام داروخانه‌ها در پی تضمین توزیع متوازن خدمات دارویی است، حقوق ایران در سال‌های اخیر به سمت کاهش محدودیت‌های سنتی و تقویت رویکردهای رقابتی حرکت کرده است. تصویب آیین‌نامه تأسیس، ارائه خدمات، و اداره داروخانه‌ها در سال ۱۴۰۰ و جایگزینی بخشی از محدودیت‌های پیشین با نظام امتیازدهی مهم‌ترین نمود این تحول به شمار می‌آید.

البته ارزیابی نهایی کارآمدی نظام امتیازدهی موضوع آیین‌نامه تأسیس، ارائه خدمات، و اداره داروخانه‌ها مصوب ۱۴۰۰ نیازمند گذشت زمان و مطالعات میدانی گسترده‌تر است. با این حال، شواهد و گزارش‌های نظارتی موجود حاکی از آن است که این نظام توانسته است بخشی از موانع ورود به حرفه داروسازی را کاهش دهد و زمینه افزایش تقاضا برای تأسیس داروخانه را فراهم آورد. در مقابل، شواهد کافی برای اثبات موفقیت این نظام در تحقق یکی از اهداف مهم تنظیم‌گری داروخانه‌ها، یعنی توزیع متوازن جغرافیایی خدمات دارویی، در دست نیست. برخی گزارش‌ها نشان می‌دهد همچنان بخش قابل توجهی از متقاضیان تأسیس داروخانه مناطق شهری و برخوردار را برای فعالیت ترجیح می‌دهند؛ موضوعی که می‌تواند به تداوم تمرکز داروخانه‌ها در برخی نقاط و استمرار کمبود دسترسی در مناطق کم‌برخوردار منجر شود.

از این رو، به نظر می‌رسد ارزیابی نهایی اصلاحات اخیر نباید صرفاً بر مبنای تعداد مجوزهای صادرشده یا میزان تسهیل ورود به بازار صورت گیرد، بلکه لازم است شاخص‌هایی نظیر توزیع جغرافیایی داروخانه‌ها، دسترسی جمعیت مناطق محروم به خدمات دارویی، آثار رقابتی ناشی از افزایش تعداد داروخانه‌ها، و کیفیت خدمات ارائه‌شده نیز سنجیده شوند. بدین ترتیب، موفقیت یا عدم موفقیت نظام جدید زمانی به طور دقیق قابل ارزیابی خواهد بود که علاوه بر اهداف اقتصادی و رقابتی میزان تحقق اهداف سلامت عمومی و عدالت در دسترسی به خدمات دارویی نیز بررسی شود.

با این حال، یکی از درس‌های مهم نظام فرانسه برای ایران ضرورت تفکیک میان «رفع انحصار» و «حذف کامل برنامه‌ریزی شبکه داروخانه» است. حذف یا کاهش محدودیت‌های ورود اگرچه می‌تواند رقابت را افزایش دهد، در صورت فقدان سازکارهای هدایت‌کننده، ممکن است به تمرکز داروخانه‌ها در مناطق برخوردار و کاهش انگیزه سرمایه‌گذاری در مناطق کم جمعیت یا محروم منجر شود. نظام فرانسه با استفاده از

واحدهای جغرافیایی مشخص، ضوابط جمعیتی، و کنترل نقل و انتقال داروخانه‌ها تلاش کرده میان آزادی فعالیت اقتصادی و عدالت در دسترسی به خدمات دارویی تعادل برقرار کند. سیاست‌گذار ایرانی نیز باید، علاوه بر توجه به تسهیل ورود به بازار، به آثار توزیعی تصمیمات خود بر دسترسی جغرافیایی شهروندان به خدمات دارویی توجه کند.

درس مهم دیگر توجه به نقش برنامه‌ریزی مستمر و مبتنی بر داده در تنظیم شبکه داروخانه‌هاست. در فرانسه، تصمیم‌گیری درباره ایجاد، انتقال، یا ادغام داروخانه‌ها بر مبنای شاخص‌های جمعیتی و نیازهای واقعی هر منطقه صورت می‌گیرد؛ درحالی‌که در ایران پس از کاهش محدودیت‌های سنتی هنوز سازکار جامعی برای ارزیابی مستمر آثار جغرافیایی و جمعیتی نظام جدید شکل نگرفته است. ازاین‌رو، به نظر می‌رسد مناسب‌ترین الگو برای ایران نه بازگشت به نظام محدودیت‌های سخت‌گیرانه گذشته است نه پذیرش آزادی مطلق تأسیس داروخانه؛ بلکه بهتر است یک نظام تنظیم‌گری متوازن استقرار یابد که در آن به رقابت اقتصادی، دسترسی عادلانه به خدمات دارویی، و ملاحظات سلامت عمومی به طور هم‌زمان توجه شود.

توضیحات:

تأمین مالی

این پژوهش از مرکز ملی تحقیقات حقوق سلامت، حمایت مالی دریافت نکرده است.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافع در ارتباط با این پژوهش وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش بر پایه تحلیل اسناد و منابع کتابخانه‌ای انجام شده و مستلزم اخذ کد اخلاق نبوده است.

مشارکت نویسندگان

تمام مراحل طراحی پژوهش، تحلیل، نگارش و بازنگری مقاله با مشارکت همه نویسندگان انجام شده است.

منابع

الف) فارسی

مقالات

۱. تقوایی، مسعود، و شاهپوندی، احمد. (۱۳۸۹). پراکنش خدمات بهداشتی و درمانی در شهرستان‌های ایران. رفاه اجتماعی، ۱۰(۳۹)، ۳۳-۵۴.
۲. دیناروند، رسول، و جهانبخش، حجت. (۱۳۸۰). ارزیابی و آرایه مدل توزیع منطقه‌ای دارو در ایران. طب و تزکیه، ۴۲(۱۰)، ۱۷-۱۰.
۳. محمدی، عباس علی، و الماس پور، فرهاد. (۱۳۸۱). کاربرد سامانه‌های اطلاعات جغرافیایی برای تجزیه و تحلیل شبکه، توزیع فضایی و مکان‌یابی داروخانه‌ها. تحقیقات جغرافیایی، ۶۷(۶۷)، ۵۰-۶۲.
۴. یغفوری، حسین، فتوحی، صمد، و بهشتی‌فر، جاسم. (۱۳۹۲). کاربرد سامانه اطلاعات جغرافیایی در تجزیه و تحلیل توزیع فضایی و مکان‌یابی داروخانه‌ها (مطالعه موردی: داروخانه‌های شهر جهرم). مجله پژوهش و برنامه‌ریزی شهری، ۴(۱۴)، ۱-۲۰.

گزارش‌ها

۱. مرکزالمیری، احمد. (۱۴۰۰). گزارش نظارت بر اجرای احکام قانونی مجوزهای کسب‌وکار (۳): فرایند پرچالش حذف انحصار تأسیس داروخانه (گزارش شماره ۱۷۷۳۸). مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.

قوانین، مقررات، آرا

۱. آیین‌نامه تأسیس، ارائه خدمات، و اداره داروخانه‌ها (مصوب ۱۴۰۰/۰۸/۱۲).
۲. تصمصم شماره ۱۳۹۶/۰۷/۱۰-۳۰۹ شورای رقابت مصوب سیصد و نهمین (۳۰۹) صورت جلسه شورای رقابت.
۳. تصمصم شماره ۱۳۹۵/۱۲/۲-۲۸۲ شورای رقابت مصوب دویست و هشتاد و دومین (۲۸۲) صورت جلسه شورای رقابت.
۴. تصمصم شماره ۱۳۹۶/۳/۲۲-۲۹۵ شورای رقابت مصوب دویست و نود و پنجمین (۲۹۵) صورت جلسه شورای رقابت.
۵. رأی شماره ۱۰۵۲ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری با موضوع ابطال جدول «الف» ماده ۴ شاخص جمعیت آیین‌نامه تأسیس و اداره داروخانه‌ها (مصوب ۱۳۹۸/۰۶/۰۵).
۶. رأی شماره‌های ۲۰۴۷ و ۲۰۴۹ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری با موضوع ابطال تبصره ۱ ماده ۲ و ماده ۱۵ آیین‌نامه تأسیس و اداره داروخانه‌ها (مصوب ۱۳۹۳/۱۲/۱۵) و ماده ۶ و تبصره ۴ بند ۴ ماده ۴ ضوابط تأسیس و اداره داروخانه‌ها (مصوب ۱۳۹۴/۰۴/۳۱).
۷. قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی (مصوب ۱۳۳۴/۰۳/۲۹ با اصلاحات و الحاقات بعدی).
۸. نامه معاون قضایی دادستان کل کشور خطاب به وزیر بهداشت (مورخ ۱۳۹۹/۰۵/۲۵) و نامه شماره ۸۰/۱۵۰۰۷۷ معاون امور اقتصادی وزارت امور اقتصادی و دارایی خطاب به معاون وزیر بهداشت و رئیس سازمان غذا و دارو (مورخ ۱۳۹۹/۱۰/۰۱).



Articles

1. Nachtigal, P., Šimůnek, T., & Atkinson, J. (2017). Pharmacy practice and education in the Czech Republic. *Pharmacy*, 5(4), Article 54. <https://doi.org/10.3390/pharmacy5040054>.
2. Petkova, V., & Atkinson, J. (2017). Pharmacy practice and education in Bulgaria. *Pharmacy*, 5(3), Article 35. <https://doi.org/10.3390/pharmacy5030035>.
3. Philipsen, N. J. (2013). Regulation of pharmacists: A comparative law and economics analysis. *European Journal of Comparative Economics*, 10(2), 225–241. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2512267>
4. Rajabi, M. J., Ghasemi, M., Peikanpour, M., & Rasekh, H. R. (2025). Socioeconomic determinants of affordability of medication: A panel data econometric analysis in Iran. *BMC Health Services Research*, 25, Article 827. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13061-5>.
5. Sharareh, N., Tang, S., Bress, A., Mathis, W. S., Berenbrok, L. A., & Hernandez, I. (2025). *Geographic access to community pharmacies based on walking, driving, and public transportation in the 10 most populated U.S. areas*. *Journal of the American Pharmacists Association*, 65(6), 102479. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2025.102479>.
6. Shahbahrami, E., Kalhor, R., Amerzadeh, M., & Hasani, M. (1404). A dynamic management model for sustainable drug supply chain in hospital pharmacies in Iran. *BMC Health Services Research*, 24, 1205. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11692-8>

Reports

1. Association of Finnish Pharmacies. (2017). *Annual report 2017*. Association of Finnish Pharmacies.
2. Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände. (2017). *German pharmacies: Figures, data, facts 2017*. Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände.
3. World Health Organization. Regional Office for Europe. (2019). The legal and regulatory framework for community pharmacies in the WHO European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326394>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. World Health Organization. (2025). *Access to medicines and health products*. <https://www.who.int/medicines/en/>
5. World Health Organization. (2025). *Promoting national medicines policies*. <https://www.who.int/our-work/access-to-medicines-and-health-products/promoting-national-medicines-policies>.



Laws and Regulations

1. Arrêté royal concernant l'ouverture, le transfert et la fusion d'officines pharmaceutiques ouvertes au public [Royal Decree on the opening, transfer and merger of community pharmacies]. (2014, July 11). Moniteur Belge.
2. Code de la santé publique [Public Health Code]. (2018). Journal officiel de la République française.
3. Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto – Regime jurídico das farmácias de oficina [Law-Decree No. 307/2007 on the legal regime of community pharmacies]. (2007). Diário da República.
4. Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun [Law on Pharmacists and Pharmacies]. (2014, April 12). T.C. Resmi Gazete, 28970.
5. Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia [Law on the regulation of the services offered in community pharmacies]. (1997, April 25). Boletín Oficial del Estado.
6. Zakon o Lekarniški Dejavnosti (ZLD-1) [Pharmacy Practice Act]. (2017, December 22). Uradni list Republike Slovenije.
7. Кодекс Республики Молдова об образовании № 152 [Education Code of the Republic of Moldova No. 152]. (2018). Parliament of the Republic of Moldova.



Extended Abstract

Statement of the Problem

The distribution of pharmacies and the regulation of their establishment, relocation, and merger constitute one of the key policy instruments in the field of public health. In order to ensure equitable access to pharmaceutical services, states employ pharmacy network planning mechanisms and apply population-based and geographical restrictions. However, the degree and manner of state intervention in this area vary across legal systems, and there has always been a tension between the goals of equity in health and economic competition.

Research Objective

This study aims to conduct a comparative analysis of the legal framework governing the distribution of pharmacies in Iran and France and to examine the role of population and geographical restrictions in pharmaceutical policy-making in both countries. It also seeks to explain the evolution of Iran's legal system from a restriction-based model toward a more competitive approach and to compare it with the centralized planning model of France.

Research Method

This research is conducted using a descriptive-analytical method and a comparative approach. The data have been collected through the study of laws, regulations, judicial decisions, policy documents, and relevant academic sources. The analysis is based on comparing the legal structures of both countries in the regulation of pharmacy distribution.

Findings

The findings indicate that the French legal system is based on centralized planning and the simultaneous application of population and geographical restrictions, using precise mechanisms for licensing, relocation, and merger in



order to ensure a balanced distribution of pharmaceutical services. In contrast, the Iranian legal system in recent years, influenced by judicial rulings and deregulation policies, has moved away from strict regulatory models toward reducing restrictions and replacing them with scoring systems and increased competition.

Conclusion

The results show that neither strong state intervention nor full market freedom alone can achieve the objectives of the health system. The effective model is a balanced regulatory framework that maintains state oversight over the geographical distribution of pharmacies while avoiding unnecessary barriers to market entry. The comparative experience of Iran and France suggests that moving toward smart regulation based on the actual needs of the population can improve equitable access to pharmaceutical services.



References

- A'in-nameh-ye ta'sis, eraye-ye khadamat va edareh-ye darukhaneh [By-law on the establishment, provision of services, and management of pharmacies]. (2021). Ministry of Health and Medical Education. (in Persian)
- Ara-ye shomareh-ye 2047 va 2049 Hey'at-e Omumi-e Divan-e Edalat-e Edari mabni bar Ebtal-e Tabsareh-ye 1 Maddeh-ye 2 va Maddeh-ye 15 A'in-nameh-ye Ta'sis va Edareh-ye Darukhaneh [Judgment Nos. 2047 and 2049 of the General Board of the Court of Administrative Justice regarding the annulment of Note 1 of Article 2 and Article 15 of the pharmacy establishment and management by-law]. (2015). Divan-e Edalat-e Edari. (in Persian)
- Arrêté royal concernant l'ouverture, le transfert et la fusion d'officines pharmaceutiques ouvertes au public [Royal Decree on the opening, transfer and merger of community pharmacies]. (2014). Moniteur Belge. (in French)
- Association of Finnish Pharmacies. (2017). Annual report 2017.
- Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände. (2017). German pharmacies: Figures, data, facts 2017.
- Code de la santé publique [Public Health Code]. (2018). Journal officiel de la République française. (in French)
- Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto – Regime jurídico das farmácias de oficina [Law-Decree No. 307/2007 on the legal regime of community pharmacies]. (2007). Diário da República. (in Portuguese)
- Dinarvand, R., & Jahanbakhsh, H. (2001). Arzyabi va eraye-ye olgu-ye tozi-e manteghay-e daru dar Iran [Evaluation and presentation of regional drug distribution model in Iran]. *Teb va Tazkiyeh*, (42), 10–17. (in Persian)
- Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun [Law on Pharmacists and Pharmacies]. (2014). T.C. Resmi Gazete, 28970. (in Turkish)
- Kodeks Respubliki Moldova ob obrazovanii № 152 [Education Code of the Republic of Moldova No. 152]. (2018). Parliament of the Republic of Moldova. (in Russian)
- Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia [Law on the regulation of the services offered in community pharmacies]. (1997). Boletín Oficial del Estado. (in Spanish)
- Markazmalmiri, A. (2021). Gozaresh-e nezarat bar ejra-ye ahkam-e ghanuni-e mojavez-ha-ye kasb-o-kar (3): Farayand-e por chalesh-e raf-e enhesar-e ta'sis-e darukhaneh [Monitoring report on the implementation of legal provisions for business licenses (3): The challenging process of eliminating the pharmacy establishment monopoly] (Report No. 17738). Markaz-e Pazhuhesh-ha-ye Majles-e Shoraye Eslami. (in Persian)
- Mohammadi, A., & Almaspour, F. (2002). Karbord-e system-ha-ye etela'at-e joghrafiyayi dar tahlil-e shabakeh, tozi-e fazayi va makanyabi-e darukhaneh-ha [Application of geographic information systems for network analysis, spatial distribution and location of pharmacies]. *Pazhuhesh-ha-ye Joghrafiyayi*, (67), 50–62. (in Persian)
- Nachtigal, P., Šimůnek, T., & Atkinson, J. (2017). Pharmacy practice and education in the Czech Republic. *Pharmacy*, 5(4), 54. <https://doi.org/10.3390/pharmacy5040054>
- Nameh-ye Mo'aven-e Dadestan-e Kol-e Keshvar be Vazir-e Behdasht va Nameh-ye shomareh-ye 150077/80 Mo'aven-e Omur-e Eghtesadi-e Vezarat-e Omur-e Eghtesadi va





- Darayi [Letter of the Deputy Prosecutor General to the Minister of Health and Letter No. 150077/80 of the Deputy for Economic Affairs of the Ministry of Economic Affairs and Finance]. (2020). (in Persian)
- Petkova, V., & Atkinson, J. (2017). Pharmacy practice and education in Bulgaria. *Pharmacy*, 5(3), 35. <https://doi.org/10.3390/pharmacy5030035>
- Philipsen, N. J. (2013). Regulation of pharmacists: A comparative law and economics analysis. *European Journal of Comparative Economics*, 10(2), 225–241. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2512267>
- Qanun-e moghararat-e pezeshti, daruyi, mavadi-e khoraki va ashamidani [Law on medical, pharmaceutical, food and beverage regulations]. (1955). Majles-e Shoraye Melli. (in Persian)
- Rajabi, M. J., Ghasemi, M., Peikanpour, M., & Rasekh, H. R. (2025). Socioeconomic determinants of affordability of medication: A panel data econometric analysis in Iran. *BMC Health Services Research*, 25, 827. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13061-5>
- Ray-e shomareh-ye 1052 Hey'at-e Omumi-e Divan-e Edalat-e Edari mabni bar Ebtal-e Jadval-e Alef Maddeh-ye 4 Shakhs-e Jame'iyati-e A'in-nameh-ye Ta'sis va Edareh-ye Darukhaneh [Judgment No. 1052 of the General Board of the Court of Administrative Justice regarding the annulment of Table A, Article 4 of the population index of the pharmacy establishment and management by-law]. (2019). Divan-e Edalat-e Edari. (in Persian)
- Ray-e shomareh-ye 282 jalaseh-ye 282 Shora-ye Reghabat [Decision No. 282 of the 282nd meeting of the Competition Council]. (2017). Shora-ye Reghabat. (in Persian)
- Ray-e shomareh-ye 295 jalaseh-ye 295 Shora-ye Reghabat [Decision No. 295 of the 295th meeting of the Competition Council]. (2017). Shora-ye Reghabat. (in Persian)
- Ray-e shomareh-ye 309 jalaseh-ye 309 Shora-ye Reghabat [Decision No. 309 of the 309th meeting of the Competition Council]. (2017). Shora-ye Reghabat. (in Persian)
- Shahbahrami, E., Kalhor, R., Amerzadeh, M., & Hasani, M. (2025). A dynamic management model for sustainable drug supply chain in hospital pharmacies in Iran. *BMC Health Services Research*, 24, 1205. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11692-8>
- Sharareh, N., Tang, S., Bress, A., Mathis, W. S., Berenbrok, L. A., & Hernandez, I. (2025). Geographic access to community pharmacies based on walking, driving, and public transportation in the 10 most populated U.S. areas. *Journal of the American Pharmacists Association*, 65(6), 102479. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2025.102479>
- Taghvaei, M., & Shahivandi, A. (2010). Tozi-e khadamat-e behdashti-darmani dar shahr-ha-ye Iran [Distribution of health care services in cities of Iran]. *Faslnameh-ye Refah-e Ejtema'i*, 10(39), 33–54. (in Persian)
- World Health Organization. (2025a). Access to medicines and health products. <https://www.who.int/medicines/en/>
- World Health Organization. (2025b). Promoting national medicines policies. <https://www.who.int/our-work/access-to-medicines-and-health-products/promoting-national-medicines-policies>
- World Health Organization, Regional Office for Europe. (2019). The legal and regulatory framework for community pharmacies in the WHO European Region. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326394>
- Yaghfoori, H., Fotouhi, S., & Beheshtifar, J. (2013). Karbord-e system-e etela'at-e joghrafiyayi (GIS) dar tahlil-e fazayi va makanyabi-e darukhaneh-ha (Motale'eh-ye moredi: Darukhaneh-

ha-ye shahr-e Jahrom) [Application of Geographic Information System (GIS) in spatial analysis and pharmacy location (Case study: Pharmacies in Jahrom city)]. *Majalleh-ye Pazhuhesh va Barnameh-rizi-e Shahri*, 4(14), 1–20. (in Persian)

Zakon o Lekarniški Dejavnosti (ZLD-1) [Pharmacy Practice Act]. (2017). Uradni list Republike Slovenije. (in Slovenian)



