

فرم ثبت پایان نامه دانشجویان داروسازی

گروه: اقتصاد و مدیریت دارویی

دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۱- عنوان پایان نامه:

بررسی ظرفیت ایجاد شفافیت برای ارتقاء حکمرانی خوب در بخش نظارت دارویی عمومی ایران

Evaluation of Transparency capacity to Improve Good Governance in Pharmaceutical Sector, Iran

۲- مشخصات دانشجو:

شماره دانشجویی: ۸۹۱۱۲۶۶۰۹۶

نام و نام خانوادگی: یاسمن هرندی

۳- نیمسال اخذ درس پایان نامه:

تعداد واحد گذرانیده: ۱۸۱

نیمسال اول/دوم سال تحصیلی: اول ۹۳

۴- مشخصات اساتید راهنما و مشاور:

مسئولیت	نام و نام خانوادگی	مرتبه علمی	محل اشتغال
استاد راهنما	۱- دکتر شکوفه نیکفر ۲- دکتر اکبر عبداللهی اصل		
استاد مشاور			
همکار	۱- حسین بوذرجمهری ۲- مهدی ثنائی		

۵- تاریخ و امضاء اساتید راهنما، مشاور و دانشجو:

استاد یا اساتید راهنما استاد یا اساتید مشاور همکار دانشجو

۶- نظر شورای پژوهشی گروه آموزشی:

۷- نظر شورای پژوهشی دانشکده:

شورای پژوهشی دانشکده مطرح و به شرح ذیل اعلام می گردد:

در روز مورخ

تصویب نشد

نیاز به اصلاح دارد

تصویب شد

اطلاعات مربوط به پایان نامه

عنوان پایان نامه :

بررسی ساختار ایجاد شفافیت برای ارتقاء حکمرانی خوب در بخش نظارت دارویی عمومی ایران

Evaluation of Transparency capacity to Improve Good Governance in the Public Pharmaceutical Sector, Iran

الف) هدف از پایان نامه و ضرورت انجام :

مقدمه

امروزه «شفافیت» یکی از واژه‌های پر کاربرد توسط مسئولین و رسانه‌هاست و مردم نیز در مورد آن صحبت‌های بسیاری شنیده‌اند. اما از آنجایی که شفافیت مفهومی «بدیهی» تلقی می‌گردد کمتر به ابعاد مختلف آن پرداخته شده است تا آنجا که شفافیت با وجود کاربرد فراوان، به مفهومی گنگ تبدیل شده است. به این ترتیب با وجودی که تمامی مسئولین و رسانه‌ها «شفافیت» را مفهومی مثبت و ضروری تلقی می‌کنند اما زمانی که به جزئیات و مصادیق شفافیت وارد می‌شوند توافق نظرها کمتر می‌شود و یا حتی در مقابل آن جبهه گرفته می‌شود. به همین دلیل نیاز به مفهوم‌سازی و تعیین مصادیق دقیق شفافیت امری لازم و ضروری می‌نماید.

شفافیت مکانیزمی خودکنترل است که طی آن سازمان‌ها با نظارت و دخالت کمتر دولت، خود را کنترل می‌نمایند چرا که نظارت عموم مردم را بر خود احساس می‌کنند. با تصویب قانون انتشار و دسترسی آزاد به اطلاعات در سال ۱۳۸۸، شفافیت در جمهوری اسلامی ایران وارد مرحله جدیدی شد. طبق این قانون دسترسی آزاد به اطلاعات عمومی «حق» مردم تلقی می‌گردد: «هر شخص ایرانی حق دسترسی به اطلاعات عمومی را دارد، مگر آنکه قانون منع کرده باشد.» [1] تحت این قانون هر شخصی می‌تواند در رابطه با نهادهای دولتی و خصوصی، اطلاعات عمومی از جمله آمارها، گزارش‌های عملکرد، آیین‌نامه‌ها و ضوابط و بطور کلی هرگونه اطلاعاتی که محرمانه تلقی نمی‌گردد و انتشار آن موجب ضرر نیست را مطالبه نماید.

اثرات انتشار و دسترسی آزاد به این اطلاعات را به طور خلاصه می‌توان افزایش کارایی و بهبود فرایندها، افزایش پاسخگویی مسئولین، افزایش اعتماد عمومی، افزایش تقارن اطلاعاتی و بهبود فضای رقابتی و مشارکت عمومی عنوان کرد. شاید بتوان گفت مهم‌ترین مزیت برتری شفافیت به عنوان یک روش دستیابی به این اهداف، هزینه‌ی بسیار پایین اجرای آن در مقایسه با روش‌های بدیل خود است.

شفافیت در بخش دارویی نظام سلامت

حوزه‌ی نظام سلامت همواره برای مردم اهمیت ویژه‌ای داشته و مطالبه‌گری عموم جامعه از این حوزه بالاست. لذا شفاف ساختن این حوزه نه تنها از نظر افزایش اطمینان و اعتماد جامعه به این حوزه، بلکه از لحاظ افزایش رضایت عموم مردم نسبت به دولت‌ها و حکومت‌ها حائز اهمیت است. بخش دارویی از حوزه‌ی سلامت نیز به علت درگیری ملموس تر و روزمره جامعه توجه ویژه‌ای می‌طلبد. مطالعه‌ی حاضر در صدد است با اندازه‌گیری میزان شفافیت در نظام دارویی کشور جمهوری اسلامی ایران با استفاده از روش پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت، راهکارهایی برای حکمرانی بهتر این بخش از نظام سلامت ارائه دهد.

ادبیات موضوع

برای شناخت بهتر شفافیت و تأثیر آن در حوزه‌های گوناگون، باید از مطالعه‌ی ریشه و مفهوم این کلمه آغاز کرد. شفافیت کلمه‌ای عربی و از ریشه «شف» به معنای شفاف بودن، تابانی و درخشانی است [2]. در لغت‌نامه‌های مختلف تعاریف متعددی از شفافیت ارائه شده است. حسن عمید آن را «ویژگی هر چیز لطیف و نازک که از پشت آن اشیای دیگر نمایان باشند، مانند بلور و شیشه» عنوان می‌کند [3].

با الهام از صفت شفافیت در اجسام، مفهوم شفافیت به ادبیات حکومت‌داری نیز وارد شده است که به معنای امکان رؤیت اتفاقات درون نهادها و سازمان‌ها می‌باشد. شفافیت با کلمه‌ی Transparency در زبان انگلیسی معادل است. ریشه‌ی لاتین آن، کلمه‌ی «transparere» است که از دو بخش

تشکیل شده است؛ trans- به معنای درون (through) و parēre به معنای آشکار (appear) [4]. تعاریف متنوعی از مفهوم شفافیت در حوزه حکومت و جامعه مطرح شده است که در ادامه برخی از آنها مورد بررسی قرار گرفته‌اند:

- وضوح^۱ و اثربخشی^۲ فعالیت‌ها با تأثیر بر سیاست عمومی [5].
- جریان اطلاعات قابل اتکا^۳ و به هنگام^۴ اقتصادی، اجتماعی و سیاسی که برای همه‌ی ذی‌نفعان مرتبط در دسترس^۵ باشد [6].
- انتشار^۶ اطلاعات به صورت قاعده‌مند^۷ و دقیق^۸ [7].

آنچه به‌عنوان نخ تسییح، این تعاریف را به هم متصل می‌کند این نکته است که اطلاعات باید در دسترس باشند. پژوهشی در سال ۲۰۰۹ به دنبال تعریف چستی شفافیت، سه استعاره را برای این مفهوم در نظر می‌گیرد:

- شفافیت بعنوان ارزشی همگانی که توسط جوامع برای مقابله با فساد پذیرفته شده است.
- شفافیت مترادف با تصمیم‌گیری باز^۹ توسط دولت‌ها و سازمان‌های غیرانتفاعی.
- شفافیت بعنوان ابزاری مرگب از نظارت خوب^{۱۰} بر برنامه‌ها، سیاست‌ها، سازمان‌ها و کشورها^{۱۱}.

شفافیت در نخستین استعاره با پاسخگویی در هم آمیخته شده است. در دومین استعاره، همانطور که شفافیت، آشکاری و باز بودن^{۱۲} را تقویت می‌کند، نگرانی‌ها را نیز درباره محرمانگی و حریم‌ها تشدید می‌کند. در سومین تعریف، سیاست‌گذاران شفافیت را به همراه پاسخگویی، کارآیی و اثربخشی ایجاد می‌کنند. تحلیل انجام شده نتیجه‌گیری می‌کند که این معانی طرز رفتار روزانه‌ی اعضای سازمانها را و همچنین، نحوه‌ی شکل‌گیری و ایجاد سیاست‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. شفافیت در حال تبدیل شدن به حاکمیتی غیررسمی و اغلب مشروع و قانونی توسط عموم مردم است [8].

هدف کاربردی طرح:

ارائه‌ی تحلیل داده‌ها و پیشنهادهای جهت تهیه راهکارهایی برای افزایش شفافیت در نظام دارویی و مدیریت بهتر این بخش از نظام سلامت در کشور

ب) سوالات:

- آیا بخش دارویی عمومی ایران در حوزه‌ی ثبت داروها ظرفیت شفاف‌سازی دارد؟ و چگونه؟
- آیا بخش دارویی عمومی ایران در حوزه‌ی مجوز دادن به موسسات دارویی ظرفیت شفاف‌سازی دارد؟ و چگونه؟
- آیا بخش دارویی عمومی ایران در حوزه‌ی بازرسی و کنترل بازار ظرفیت شفاف‌سازی دارد؟ و چگونه؟
- آیا بخش دارویی عمومی ایران در حوزه‌ی کنترل ترویج دارویی ظرفیت شفاف‌سازی دارد؟ و چگونه؟
- آیا بخش دارویی عمومی ایران در حوزه‌ی مطالعات بالینی داروها ظرفیت شفاف‌سازی دارد؟ و چگونه؟
- آیا بخش دارویی عمومی ایران در حوزه‌ی انتخاب داروها ظرفیت شفاف‌سازی دارد؟ و چگونه؟

¹ Clarity

² Effectiveness

³ Reliable

⁴ Timely

⁵ Accessible

⁶ Dissemination

⁷ Regular

⁸ Accurate

⁹ open decision-making

¹⁰ good governance

¹¹ nations

¹² openness

- آیا بخش دارویی عمومی ایران در حوزه‌ی تأمین محصولات دارویی ظرفیت شفاف‌سازی دارد؟ و چگونه؟
- آیا بخش دارویی عمومی ایران در حوزه‌ی توزیع داروها ظرفیت شفاف‌سازی دارد؟ و چگونه؟
- آیا کلی بخش دارویی عمومی ایران ظرفیت شفاف‌سازی دارد؟ و چگونه؟

ج) روش اجرای پایان نامه :

روش اجرا توسط سازمان جهانی بهداشت ارائه شده و به شرح زیر است:

این ارزیابی به منظور فراهم کردن تصویری از سطح شفافیت برای کشورها در روندها و ساختارهای هشت کارکرد زیر در بخش دارویی، طراحی شده است:

- ثبت داروها
- مجوز دادن به کسب و کار دارویی
- بازرسی موسسات
- ترویج دارو
- مطالعات بالینی
- انتخاب داروهای اساسی
- تأمین داروها
- توزیع داروها

این روش تنها به دنبال اندازه‌گیری کمی نیست بلکه هدف آن جمع‌آوری اطلاعات کیفی در مورد شاخص‌های ساختاری و آگاهی‌ها از طریق مصاحبه با افراد آگاه کلیدی به وسیله‌ی یک سری پرسشنامه نیز هست. این ابزار برای ارزیابان بومی طراحی شده تا مصاحبه‌هایی نیمه-ساختارمند را اجرا کنند و سطح شفافیت را در کشورشان بررسی کنند. این روش شامل فهرستی از سوالات جهت پرسش از افراد آگاه و کلیدی است. این روش همواره باید جهت تناسب با شرایط خاص و نیازهای کشور تغییر یابد.

مصاحبه‌ها باید اندکی ساختارمند و بر اساس فهرست سوالات انجام شوند. این روش اطلاعات را به طور مستقیم از افراد مطلع از مبحث فراهم کرده، در کاوش ایده‌های جدید انعطاف‌پذیر بوده و به طور کلی برای اجرا هزینه‌ی زیادی ندارد.

نمرات حاصل از ارزیابی به منظور استفاده در ترکیب با جنبه‌های کیفی پرسشنامه‌ها، شامل نظرات افراد آگاه کلیدی، یادداشت‌های ارزیابان بومی، مدارک بدست آمده در طی مطالعه و دیگر مدارک تجربی موجود، هستند. این نمرات به تنهایی روشی برای رتبه‌بندی شفافیت در کشورها نیستند.

انتخاب و نقش ارزیابان بومی

دو ارزیاب بومی بایستی با اجازه از وزارت بهداشت و بر اساس توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت انتخاب شوند. ارزیابان ملاقات با افراد آگاه کلیدی را برنامه‌ریزی کرده، مصاحبه‌ها را انجام می‌دهند، نتایج را گردآوری و تحلیل می‌کنند و گزارشی از یافته‌های ارزیابی می‌نویسند.

انتخاب افراد آگاه کلیدی (حجم نمونه)

افراد آگاه کلیدی کسانی با اطلاع و علاقه‌ی خاص در بخش دارویی هستند. انتخاب این افراد بر اساس اطلاع دست اول آنان درباره‌ی موضوع و یا سطح درگیری آن‌ها در بخش دارویی است. افراد آگاه کلیدی باید مجموعه‌ای از مدیران ارشد و میانی و کارمندان سطح پایین باشند و باید نماینده‌ی موسسات متنوعی باشند تا پاسخ‌هایی از منظرهای مختلف به پرسشنامه‌ها داده شود. آن‌ها ممکن است از مقامات دولتی، نمایندگان بخش خصوصی و نهادهای مردمی و دیگر افراد درگیر با بخش دارویی باشند. هرچند لزومی ندارد همه‌ی افراد آگاه کلیدی از بخش دارویی باشند، گرفتن تأیید از قسمت‌های دیگر نیز کمک‌کننده خواهد بود.

تجربه نشان داده است که ۱۰ تا ۱۵ مصاحبه برای هر فعالیت بهینه است اما این اعداد ممکن است بسته به شرایط و بخش تغییر کنند. هرچه تعداد مصاحبه‌ها بیشتر باشد به جهت امکان مقایسه‌ی پاسخ‌های بیشتر، بهتر است. با توجه به این که پایان نامه حاضر بنا دارد اطلاعات خود را تنها از یک اداره (و در صورت احساس نیاز، تعداد بیشتری) گردآوری کند، تبعاً تعداد مصاحبه‌های انجام شده کمتر خواهد بود. می‌توان با برخی از افراد آگاه کلیدی در رابطه با فعالیت‌های متعددی مصاحبه کرد و پاسخ‌های آن‌ها را در نمره‌ی نهایی هر فعالیت به حساب آورد. با این حال این افراد تنها یک بار در شمارش نهایی افراد آگاه کلیدی محسوب می‌شوند. در آن صورت، نمی‌توان یک تعداد حداقل برای کل افراد آگاه کلیدی در نظر گرفت.

فهرست مکان‌ها پیشنهادی جهت مراجعه و مصاحبه با افراد کلیدی:

- وزارت بهداشت^{۱۳} (برای مثال، قسمت خدمات سلامت، واحدهای دارویی، پروژه‌های ملی برای کنترل بیماری‌ها، انبارهای پزشکی، بخش تأمین و غیره).
- مرجع تنظیمی پزشکی^{۱۴} (ثبت، بازرسی، کنترل ترویج، مجوز دادن، بخش‌های مطالعات بالینی و غیره)
- بنگاه‌های تأمین، واردکننده‌ها و پخش‌کننده‌ها از دو بخش دولتی و خصوصی
- اعضای کمیته‌هایی مثل کمیته‌های مناقصه، کمیته‌های درمانی، کمیته‌ی انتخاب داروهای اساسی در سطح ملی و منطقه‌ای
- وزارت صنعت، معدن و تجارت^{۱۵}
- آزمایشگاه‌های ملی کنترل کیفی
- دپارتمان‌های بازرسی^{۱۶} (داخلی و خارجی)
- صنایع (ملی و چند ملیتی) و شرکت‌های داروسازی
- موسسات غیردولتی مثل موسسات درگیر با فعالیت‌های مربوط به خدمات سلامت یا گروه‌های مدافع حقوق بیمار
- موسسات بخشنده‌ی بین‌المللی مثل سازمان جهانی بهداشت، UNICEF و بانک جهانی
- موسسات علمی (دانشگاه‌های ملی و محلی و موسسات تحقیقاتی)
- انجمن‌های تخصصی (انجمن پزشکی، انجمن داروسازی، انجمن بیوشیمی و غیره)
- رسانه‌ها (اگر از بخش دارویی آگاهی دارد)
- کمیته‌های اخلاقی، هیئت‌های بازبینی موسسات
- سرمایه‌گذاران بیمه سلامت^{۱۷}

وسعت کار نیازمند وقت و هزینه‌ی زیادی است که در قالب پایان‌نامه‌ی حاضر نمی‌گنجد، لذا انجام مصاحبه و جمع‌آوری اطلاعات تنها از طریق یک مکان، که به احتمال زیاد مرجع تنظیمی دارویی خواهد بود انجام خواهد گرفت.

مصاحبه با افراد آگاه کلیدی

همه‌ی شرکت‌کنندگان باید راجع به اهداف طرح آگاه گردند و ارزیابان برای مصاحبه، به صورت مکتوب با آن‌ها تماس برقرار کنند. الزامی است که پاسخ‌ها محرمانه و بی‌نام باقی بمانند و از این بابت به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شود. پرونده‌ها بایستی در یک موقعیت امن و به صورت قفل شده نگهداری شوند و شامل اسامی افراد نباشند، بلکه دارای شماره‌هایی باشند که به هر فرد آگاه کلیدی اشاره دارد. پس از اتمام مطالعه و پس از

¹³ Ministry of Health

¹⁴ Medicine Regulatory Authority

¹⁵ Ministries of finance, industry and commerce, customs and importation

¹⁶ Audit departments

¹⁷ Health insurance funds

زمانی معقول، حدود ۲ سال، پرونده‌ها باید معدوم شوند تا هیچ‌گونه شکافی در امانت‌داری ایجاد نشود. بهتر است افراد آگاه کلیدی فرم رضایت‌نامه را پر کنند که روندی استاندارد برای هر مطالعه‌ای است که سوژه‌های آن انسان هستند. این فرم محرمانه بودن مصاحبه را تصدیق می‌کند و به مصاحبه‌شوندگان اطمینان می‌دهد که اجباری برای پاسخگویی به همه‌ی سوالات ندارند.

به همان اندازه مهم است که سوالات حالت تهدیدآمیز نداشته باشند. هدف این طرح تعیین ضعف‌ها و قوت‌های سازمانی در بخش دارویی است تا اقدام مناسب بعدی به منظور بهبود عملکرد بخش دارویی توسط دولت صورت گیرد.

مصاحبه‌های نیمه-ساختارمند داده‌های کیفی و کمی فراهم می‌آورند. سوالات موجود در پرسشنامه در ارتباط با شاخص‌های ساختاری و شاخص‌های فرایندی و میزان آگاهی افراد از وجود و به‌کارگیری این شاخص‌ها هستند. برخی از سوالات ادراکات افراد آگاه کلیدی از شفافیت فرایند را جویا می‌شوند، پس برخی از پاسخ‌ها فردی خواهند بود.

مهم است که دقیقاً آن‌چه که فرد آگاه ذکر می‌کند مکتوب شود، به خصوص برای سوالات باز، تا از تفاسیر فردی یا برداشت‌های غلط جلوگیری شود. هرگاه احساس شود که فرد آگاه مایل به پاسخ دادن نیست یا منظور سوال مطرح شده را متوجه نمی‌شود، می‌توان از تکنیک کاوش استفاده کرد. تکنیک کاوش شامل زمان دادن به فرد آگاه برای فکر کردن بدون مزاحمت می‌باشد (لازم است ارزیاب صبر نشان دهد) و سپس تلاش برای کمک کردن با پرسیدن سوال به نحو دیگری (بدون اینکه حرفی در دهان فرد آگاه بگذارد) یا مثال زدن است.

شاخص‌های نمره‌دهی و دستورالعمل‌های تفسیر

چهار روش برای تعیین سطح شفافیت به کار می‌روند. با این حال، تنها روش ۱ و روش ۲ برای نمره‌دهی به شفافیت مورد استفاده قرار می‌گیرند و در نمره‌دهی نهایی به آن‌ها اهمیت یکسانی داده شده است. روش ۳ امکان مقایسه‌ی وجود قیود قانونی یا ساختارها و روندهای اداری با مشاهده‌ی استفاده از آنها را در عمل فراهم می‌آورد. روش ۴ از سوالات باز جهت کسب اطلاعات بیشتری که ممکن است از طریق پرسشنامه به دست نیاید، بهره می‌برد.

روش ۱:

اطلاع فرد آگاه از وجود یا عدم وجود مدارک در دسترس عموم، ارزیابی می‌شود. روش اول برای به حداقل رساندن تفسیر شخصی از جواب پاسخ‌دهنده، شامل مجموعه‌ای از سوالات دو جوابی (بله/خیر) است. علاوه بر این، مصاحبه‌گران بایستی برای تأیید پاسخ‌های مثبت از افراد آگاه تقاضای مدرک نمایند.

در این روش، به هر «بله» (وجود مدرک) ارزش ۱ و به هر «نه» (عدم وجود مدرک) ارزش ۰ تعلق می‌گیرد. ارزش ۱ نشان‌دهنده‌ی شفافیت بالا است (به شرط این که توسط وجود یک مدرک در دسترس عمومی که توضیح‌دهنده‌ی معیار تصمیم‌گیری یا فرایند است، تأیید گردد). از طرف دیگر، نمره‌ی ۰ نشان‌دهنده‌ی شفافیت پایین است، چرا که عدم وجود یک روند استاندارد شده یا معیار تصمیم‌گیری مستند، گستره‌ی بزرگی برای صلاح‌دید تصمیم‌گیران و دیگران فراهم می‌آورد که ممکن است از آن سوء استفاده شود. به طور خلاصه:

- زمانی که فرد آگاه پاسخ «بله» می‌دهد و مدرک یافت می‌شود، نمره ۱ است.
- زمانی که فرد آگاه پاسخ «نه» می‌دهد و مدرک یافت می‌شود، نمره ۰ است.
- زمانی که فرد آگاه پاسخ «بله» می‌دهد و مدرک یافت نمی‌شود، نمره ۰ است.
- زمانی که فرد آگاه پاسخ «نه» می‌دهد و مدرک یافت نمی‌شود، نمره ۰ است.

روش ۲:

این روش شامل سوالات و مجموعه‌ای از زیرسوالات یا شاخص‌هاست. هر کدام از این معیارها به شکلی درآمده‌اند که یک جواب بله یا نه داشته باشند. مانند روش ۱ به هر «بله» نمره‌ی ۱ و به هر «نه» نمره‌ی ۰ تعلق می‌گیرد. اگر فرد آگاه پاسخ را نداند امکان درج «نمی‌دانم» وجود دارد. مجموع پاسخ‌های «بله» شمارش شده و بر مجموع پاسخ‌های معتبر تقسیم می‌شود. برای به‌دست آوردن مجموع پاسخ‌های معتبر، مجموع پاسخ‌های «نمی‌دانم»

از مجموع معیارهای موجود برای هر شاخص کسر می‌گردد. نمره‌ی نهایی برای شاخص، مجموع پاسخ‌های «بله» تقسیم بر مجموع پاسخ‌های معتبر است.

در این نوع محاسبه، به هر شاخص نمره‌ای بین ۱ و ۰ تعلق می‌گیرد. مانند شاخص‌های روش ۱، ارزش ۱ نشان‌دهنده‌ی شفافیت بالا (به شرط این که توسط وجود یک مدرک در دسترس عمومی که توضیح‌دهنده‌ی معیار تصمیم‌گیری یا فرایند است، تأیید گردد) و ارزش ۰ نشان‌دهنده‌ی شفافیت پایین است. با این تفاوت که در این مورد حالتی بین ۰ و ۱ نیز امکان‌پذیر است.

البته اگر پاسخ فرد آگاه به اکثر معیارها «نمی‌دانم» باشد، آن‌گاه کل پاسخ برای آن شاخص و آن فرد نامعتبر تلقی خواهد شد و در نمره‌دهی نهایی به حساب نخواهد آمد. در واقع کثرت پاسخ «نمی‌دانم» می‌تواند تصویر کاملاً تحریف‌شده‌ای از واقعیت به دست دهد.

روش ۳:

سوالات فردی هستند که مشاهدات فرد آگاه را جویا می‌شوند. پرسش از مشاهدات آن‌ها بینش ارزشمندی از سطح شفافیت هر عملکرد فراهم می‌آورد. این روش به عنوان یک تکنیک تثلیث متقاطع تأیید یا رد داده‌های جمع‌آوری شده در روش‌های ۱ و ۲ به کار می‌رود.

به یاد داشته باشیم این سوالات ممکن است سوالات حساسی باشند و فرد آگاه ممکن است احساس ناخوشایندی داشته باشد یا تمایل نداشته باشد که فوراً پاسخ دهد. بهتر است قبل از پرسیدن چنین سوالاتی به افراد آگاه یادآوری شده و اطمینان داده شود که پاسخ‌های آن‌ها محرمانه است. سوالات، با استفاده از مقیاس لیکرت، با یک ادعا آغاز شده و از فرد آگاه سوال می‌شود آیا کاملاً موافق - موافق - تصمیم نگرفته - مخالف یا کاملاً مخالف است. سپس ارزیابان پاسخ فرد آگاه را روی پاسخ‌نامه علامت می‌زنند.

راهی برای نمایش دادن این اطلاعات، مشخص کردن محدوده‌ی نتایج حاصله از فرد آگاه روی نمودار میله‌ای است. برای مثال، می‌توان نتیجه گرفت که ۱۰ نفر از ۱۵ نفری که با آن‌ها مصاحبه شده (یا ۶۷٪) با آن ادعا موافق یا کاملاً موافق هستند و این که در کل مشاهده‌ی مثبتی از فرایند انتخاب اعضای کمیته‌ی ثبت وجود دارد. اطلاعات مضاعف به دست آمده در طول مصاحبه با افراد آگاهی که با یک ادعا مخالفت کرده‌اند می‌تواند به متن مشروح افزوده شود تا همه‌ی نظرات نمایش داده شوند.

روش ۴:

سوالات باز هستند و به افراد آگاه این امکان را می‌دهند که نهاده‌ی مضاعفی برای عملکرد به طور کلی فراهم آورند. این همکاری‌ها برای ارزیابان ارزشمند خواهد بود، به خصوص در زمان نوشتن گزارش و ارائه‌ی پیشنهادهایی جهت اقدام. همچنین می‌توانند به انواع رفتار غیراخلاقی مشاهده شده را کشف کنند که مغایر با یک سیستم دارای عملکرد خوب است. پاسخ‌های این سوالات در محاسبه‌ی نمره‌ی هر عملکرد به حساب نمی‌آیند. با این حال، اطلاعات کیفی مهمی هستند که در بخش مشروح گزارش گنجانده شده و می‌توانند به تصدیق یافته‌های حاصل از روش‌های ۱ و ۲ کمک کنند.

نمره‌دهی هر عملکرد

زمانی که همه‌ی مصاحبه‌ها تکمیل شد، نمره‌ای برای هر عملکرد محاسبه خواهد شد (ثبت، مجوز دادن، بازرسی، ترویج، مطالعات بالینی، انتخاب، تأمین و توزیع). نمره‌ی نهایی تنها با شاخص‌هایی محاسبه می‌شود که از روش‌های ۱ و ۲ استفاده کرده‌اند، این کار به کمک اوراق نمره‌دهی انجام می‌شود.

ابتدا باید برای هر شاخص (با استفاده از روش‌های ۱ و ۲) یک نمره‌ی متوسط محاسبه شود. این کار با افزودن همه‌ی نمرات یک شاخص و تقسیم آن بر تعداد کل پاسخ‌های معتبر انجام می‌شود (همواره باید از پاسخ‌های نامعتبر مثل «نمی‌دانم» و «کاربردی نیست» صرف نظر کرد). نمره‌ی متوسط برای هر شاخص بازه‌ای بین ۰ و ۱ دارد. سپس مجموع همه‌ی نمرات متوسط (برای همه‌ی شاخص‌هایی که از روش‌های ۱ و ۲ استفاده می‌کنند) بر تعداد شاخص‌های یک عملکرد تقسیم می‌شود تا درصد شاخص‌هایی که نمره‌ی ۱ گرفته‌اند به دست آید. سپس درصد به دست آمده در ۱۰ ضرب شده و به یک مقیاس ۰ تا ۱۰ تبدیل می‌شود.

نمره‌ی متوسط پاسخ هر سوال به یک مقیاس ۱۰ نمره‌ای برای متوسط گروه تبدیل می‌شود تا درجه‌ی استعداد برای شفافیت در عملکردهای متفاوت و همچنین سیستم‌های بهداشت و درمان متفاوت، تحلیل و مقایسه شود. این اعداد نهایی جهت کمک به تعیین سطح شفافیت در هر عملکرد طراحی شده‌اند.

این اطلاعات کمی در گزارش مشروح به همراه داده‌های کیفی اضافی مربوط به شاخص‌هایی که از روش‌های ۱ و ۲ استفاده می‌کنند و ممکن است طی بحث‌ها توسط فرد آگاه به اشتراک گذاشته شوند، تکمیل می‌گردد.

مهم است ارزش اطلاعات کیفی جمع‌آوری شده توسط این روش را در ذهن داشته باشیم. تمرکز بر کمی‌سازی دقیق نیست بلکه بر این است که بفهمیم ایرادها و ضعف‌های سازمانی کجا هستند.

مقایسه‌ی مقاطع شاخص‌ها

بخش حساس این تحلیل مقایسه‌ی نتایج شاخص‌هایی است که اطلاعات یکسانی را با روش‌های متفاوت ارزیابی می‌کنند. جدول زیر فهرستی از شاخص‌های قابل مقایسه را فراهم می‌آورد و می‌تواند در بخش تحلیل ارزیابی و همچنین گزارش نهایی ارزیابی به کار رود.

شاخص‌های روش ۳	شاخص‌های روش ۱ و ۲
I.11	I.8 و I.9
I.14	I.10
II.11	II.3, II.4
II.13	II.6
III.10	III.5, III.6
III.11	III.3, III.6, III.7, III.8
IV.11	IV.1
IV.12	IV.3
IV.13	---
IV.14	IV.4
V.13	V.9
V.14	V.6
V.15	V.1, V.2
VI.2	VI.10
VI.6	VI.8, VI.10
VII.9	VII.7
VII.14	VII.1, VII.8
VIII.2	VIII.1
VIII.18	بیشتر سوالات (مثل VIII.6, VIII.8, VIII.11, VIII.16)

بخش ۱: ثبت داروها

ثبت داروها (اجازه‌ی بازاریابی یا مجوز دادن به محصول) یکی از عناصر سیستم کنترل دارویی یک کشور را تشکیل می‌دهد. فرآیندی از آزادسازی یک محصول برای بازاریابی پس از طی ارزیابی‌های مربوط به تعیین کیفیت، اثربخشی، ایمنی و مناسب بودن اطلاعات محصول است.

شاخص I.1:

آیا فهرست به‌روزی از همه‌ی محصولات دارویی ثبت شده در کشور موجود است؟

شاخص I.2:

اگر چنین لیستی وجود دارد، آیا حداقلی از اطلاعات را فراهم می‌کند؟

شاخص I.3:

آیا دستورالعمل‌های مکتوبی درباره‌ی ارائه‌ی درخواست ثبت محصولات دارویی برای متقاضیان وجود دارد؟
شاخص I.4:

آیا دستورالعمل‌های مکتوبی درباره‌ی چگونگی ارزیابی درخواست‌های ارائه شده جهت ثبت محصولات دارویی برای ارزیابان وجود دارد؟
شاخص I.5:

آیا فرم درخواست استاندارد برای ارائه‌ی درخواست ثبت محصولات دارویی وجود دارد؟
شاخص I.6:

آیا راهنماهای کتبی که در مکان و چگونگی مواجهه‌ی ماموران ثبت داروها با درخواست‌ها محدودیت ایجاد کنند وجود دارند؟
شاخص I.7:

آیا یک کمیته‌ی رسمی فعال که در بررسی درخواست‌های ثبت محصولات دارویی سهیم باشد، وجود دارد؟
شاخص I.8:

آیا معیار واضح مکتوبی برای انتخاب اعضای کمیته وجود دارد؟
شاخص I.9:

آیا مستندات مکتوبی که ترکیب و شرایط ارجاع کمیته را توضیح دهد وجود دارد؟
شاخص I.10:

آیا راهنماهای مکتوبی در مورد تضاد منافع در خصوص عملیات ثبتی وجود دارد؟
شاخص I.11:

تا چه حد با این عبارت موافق هستید: «در ایران اعضای کمیته‌ی ثبت به صورت عینی و سازمان‌یافته‌ای و بر پایه‌ی معیار اجباری مکتوب انتخاب می‌شوند»؟ (بنگرید به سوال I.8)

شاخص I.12:

آیا برای فرآیند تصمیم‌گیری کمیته، راهنماهای واضح و فراگیر وجود دارد؟
شاخص I.13:

آیا یک سیستم پیگیری مستقل و رسمی برای متقاضیانی که درخواست دارویی آن‌ها رد شده وجود دارد؟
شاخص I.14:

تا چه حد با این عبارت موافق هستید: «هدایا و مزایای اعطا شده به مامورین در رأس ثبت داروها هیچ تأثیری بر تصمیم نهایی آن‌ها ندارند»؟
شاخص I.15:

تا چه حد با این عبارت موافق هستید: «کمیته‌ی ثبت به صورت منظم جلسه برگزار کرده و از جلسات خود صورت جلسه تهیه می‌کند»؟
شاخص I.16:

به نظر شما چه نوعی از رفتار غیر اخلاقی در سیستم ثبت کشور ایران متداول است؟
شاخص I.17:

اگر شما در بالاترین موقعیت از لحاظ اختیارات بودید اولین اقدامی که در جهت بهبود فرآیند ثبت در کشور خود انجام می‌دادید چه بود؟

بخش ۲: مجوز دادن به موسسات دارویی

مجوز دادن به موسسات دارویی یک فعالیت تنظیمی مربوط به نهاد تنظیمی دارویی کشور است. وظیفه‌ی اولیه‌ی این نهاد، اجرای سیستمی از مدیریت و اقدامات است به جهت اطمینان از این که همه‌ی محصولات دارویی تحت کنترل آن با استانداردهای قابل قبولی از کیفیت، ایمنی و کارآمدی، تطابق دارند؛ ترویج و بازاریابی محصولات دارویی مطابق با اطلاعات تأیید شده‌ی محصول است؛ مصرف دارو منطقی است و همه‌ی پرسنل، فضاها

و فعالیت‌های مربوط به ساخت، نگهداری، پخش، فروش، تأمین و توزیع این محصولات با الزامات تطابق دارد تا از انطباق مستمر این محصولات با استانداردها، تا زمان رسیدن به مصرف‌کننده‌ی نهایی اطمینان حاصل کند.

شاخص II.1:

آیا داشتن مجوز برای راه‌اندازی یک موسسه‌ی دارویی یک الزام قانونی است؟

شاخص II.2:

آیا نهاد تنظیمی دارویی واحدی با مسئولیت صدور مجوزهای موسسات دارویی دارد؟

شاخص II.3:

آیا دستورالعمل‌های کتبی برای ارائه‌ی درخواست مجوز وجود دارد؟

شاخص II.4:

آیا راهنماهای مکتوب جهت ارزیابی درخواست‌های مجوز وجود دارد؟

شاخص II.5:

آیا ارائه‌ی گزارش بازرسی قبل از مجوز دادن یکی از الزامات تصمیم‌گیری در صورت صدور یا عدم صدور مجوز است؟

شاخص II.6:

آیا یک کمیته‌ی فعال و رسمی برای ارزیابی درخواست‌های مجوز موسسات دارویی وجود دارد؟

شاخص II.7:

آیا معیارهای واضح و مکتوب برای انتخاب اعضای کمیته وجود دارد؟

شاخص II.8:

آیا مستندات مکتوبی که ترکیب و شرایط ارجاع به کمیته را شرح دهد وجود دارند؟

شاخص II.9:

آیا نهاد تنظیمی دارویی پس از صدور مجوز یک بازرسی منظم (حداقل هر دو سال) از همه‌ی موسسات دارویی مجاز به عمل می‌آورد؟

شاخص II.10:

آیا فهرست به روزی از همه‌ی موسسات دارویی مجاز در کشور موجود است؟

شاخص II.11:

تا چه حد با این عبارت موافق هستید: «مجوز دادن به موسسات دارویی به صورت نظام‌مند و با توجه به سیاست‌ها و آئین‌نامه‌ها صورت می‌گیرد»؟

شاخص II.12:

آیا یک سیستم پیگیری مستقل برای متقاضیانی که درخواست مجوز آن‌ها رد شده وجود دارد؟

شاخص II.13:

تا چه حد با این عبارت موافق هستید: «کمیته‌ی رسمی که درخواست‌های مجوز برای موسسات دارویی را بررسی می‌کند کاملاً فعال است و به صورت منظم جلسه برگزار می‌کند»؟

شاخص II.14:

به نظر شما، در کشور ایران چه نوعی از فعالیت‌های غیر اخلاقی به طور معمول در فرآیند مجوز دادن به موسسات دارویی اتفاق می‌افتد؟

شاخص II.15:

اگر شما در بالاترین موقعیت از لحاظ اختیارات بودید اولین اقدامی که در جهت بهبود فرآیند مجوز دادن به موسسات دارویی در کشور خود انجام

می‌دادید چه بود؟

بخش ۳: بازرسی و کنترل بازار

هدف از بازرسی اطمینان از این است که فعالیت‌های دارویی مثل تولید، واردات، صادرات، توزیع و ترویج مطابق با قوانین، استانداردها و راهنماها و همچنین طبق قوانین و مقررات دارویی کشور انجام می‌شوند.

شاخص III.1:

آیا در قانون/آئین نامه‌ی پزشکی، ماده‌ای مربوط به بازرسی از موسسات دارویی وجود دارد؟

شاخص III.2:

آیا ماده‌ی قانونی مربوط به بازرسی به اندازه‌ی کافی فراگیر هست؟

شاخص III.3:

آیا راهنماهای مکتوب برای رده‌بندی عدم انطباق با فعالیت‌های تولید خوب (GMP) وجود دارد که انواع کمبودها و اقدامات متناظری را که باید توسط نهاد نظارتی صورت گیرد، تشریح کند؟

شاخص III.4:

آیا راهنماهای مکتوب برای رده‌بندی عدم انطباق با فعالیت‌های توزیع خوب (GDP) وجود دارد که انواع کمبودها و اقدامات متناظری را که باید توسط نهاد نظارتی صورت گیرد، تشریح کند؟

شاخص III.5:

آیا دستورالعمل‌ها / سازوکارهای مکتوبی وجود دارد که از تبانی‌های مقرراتی بین بازرس و سازنده یا توزیع کننده‌ی مورد بررسی جلوگیری کند؟

شاخص III.6:

آیا راهنماهی مکتوب مربوط به تضاد منافع در فعالیت‌های بازرسی وجود دارند؟

شاخص III.7:

آیا یافته‌ها و نتایج حاصل از بازرسی مورد بازبینی داخلی قرار می‌گیرند؟

شاخص III.8:

آیا دستورالعمل‌های استاندارد (SOPs) برای بازرسین در مورد نحوه‌ی اجرای بازرسی‌ها وجود دارد؟

شاخص III.9:

آیا معیارهای مکتوبی برای انتخاب و استخدام بازرسین وجود دارد؟

شاخص III.10:

تا چه حد با این عبارت موافق هستید: «راستی و امانت بازرسین به هیچ عنوان تحت تأثیر منافی مانند رشوه‌ها، هدایا، اجناس یا مزایای دیگر و غیره، نیست.»؟

شاخص III.11:

تا چه حد با این عبارت موافق هستید: «فعالیت‌های بازرسی به منظور جلوگیری از تورش و سوگیری مطابق با راهنماها و دستورالعمل‌ها اجرا می‌شوند»؟

شاخص III.12:

به نظر شما چه نوع رفتارهای غیر اخلاقی در حوزه‌ی بازرسی در کشور ایران متداول هستند؟ می‌تواند شامل رشوه، هدایای مادی، پارتی بازی، تضاد منافع و غیره باشد.

شاخص III.13:

اگر شما در بالاترین موقعیت از لحاظ اختیارات بودید اولین اقدامی که در جهت بهبود فرآیند بازرسی در کشور خود انجام می‌دادید چه بود؟

بخش ۴: کنترل ترویج دارویی

اطلاعات مربوط به دارو مشخصاً نحوه‌ی استفاده‌ی مصرف‌کنندگان و تأمین‌کنندگان دارویی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از همین رو تنظیم اطلاعات داروها و ترویج آن‌ها به منظور جلوگیری از انتشار اطلاعات غلط و گمراه‌کننده ضروری است.

شاخص IV.1:

آیا در قانون/آئین‌نامه‌ی پزشکی، ماده‌ای مربوط به ترویج و تبلیغ داروها وجود دارد؟

شاخص IV.2:

آیا مواد قانونی مربوط به ترویج و تبلیغ داروها اشاره‌ی صریحی به فرم‌های ترویج دارو دارند؟

شاخص IV.3:

آیا تأیید اولیه‌ی مقتضیات ترویج و تبلیغ از نظر قانونی الزامی است؟

شاخص IV.4:

آیا مواد قانونی فرآیندی برای ترویج و تبلیغ داروها پیش‌بینی کرده‌اند تا در صورت تخطی، جرائمی را اعمال کند؟

شاخص IV.5:

آیا یک روند شکایت رسمی برای گزارش دادن فعالیت‌های ترویجی غیر اخلاقی وجود دارد؟

شاخص IV.6:

آیا بنگاه یا کمیته‌ای وجود دارد که مسئول نظارت و اجرای مواد قانونی مربوط به ترویج داروها باشد؟

شاخص IV.7:

آیا معیار واضحی برای انتخاب اعضای این بنگاه / کمیته وجود دارد؟

شاخص IV.8:

آیا مستندات مکتوبی که ترکیب و شرایط ارجاع به بنگاه / کمیته را توضیح دهد وجود دارد؟

شاخص IV.9:

آیا فرآیندهایی استاندارد مکتوب و در دسترس عموم وجود دارند که راهنمای بنگاه‌های مسئول نظارت و پیش-تأیید ترویج و تبلیغ داروها باشند؟

شاخص IV.10:

آیا رهنماهای مکتوبی درباره‌ی تضاد منافع در کنترل فعالیت‌های ترویج داروها وجود دارد؟

شاخص IV.11:

تا چه حد با این عبارت موافق هستید: «مواد قانونی مربوط به ترویج داروها با مشورت گسترده با همه‌ی احزاب ذی‌نفع تهیه شده‌اند»؟

شاخص IV.12:

تا چه حد با این عبارت موافق هستید: «اصول پیش-تأیید ترویج و تبلیغ به صورت نظام‌مند قبل از عمومی شدن آن‌ها به دست می‌آید»؟

شاخص IV.13:

تا چه حد با این عبارت موافق هستید: «جامعه‌ی مدنی / موسسات غیردولتی تأثیر به‌سزایی در بهبود کنترل ترویج داروها در کشور ایران دارند»؟

شاخص IV.14:

تا چه حد با این عبارت موافق هستید: «جرائم پیش‌بینی شده در مواد قانونی مربوط به ترویج داروها، در صورت تخطی به صورت نظام‌مند اعمال می‌شوند»؟

شاخص IV.15:

به نظر شما چه نوع رفتار غیراخلاقی در حوزه‌ی ترویج داروها در کشور ایران متداول است؟

شاخص IV.16:

آگر شما در بالاترین موقعیت از لحاظ اختیارات بودید اولین اقدامی که در جهت بهبود فرآیند ترویج داروها در کشور خود انجام می‌دادید چه بود؟

بخش ۵: مطالعات بالینی داروها

نقش دولت فراهم آوردن چهارچوب قانونی برای تنظیم مطالعات بالینی است.

شاخص V.1:

آیا ماده‌ای قانونی وجود دارد که تنظیم مطالعات بالینی را الزام آور کند؟

شاخص V.2:

آیا راهنماهای مکتوب ملی درباره‌ی قواعد مطالعات بالینی خوب وجود دارد؟

شاخص V.3:

آیا یک راهنمای مکتوب و در دسترس عموم برای ارائه‌ی درخواست جهت اجرای مطالعات بالینی به نهاد تنظیمی دارویی وجود دارد؟

شاخص V.4:

آیا یک روند یا سیاست مستند برای ارائه‌ی درخواست مطالعه‌ی بالینی به کمیته‌ی مستقل اخلاقی وجود دارد؟

شاخص V.5:

آیا مقرراتی برای تولید، واردات، صادرات و استفاده از محصولات تحقیقی وجود دارد؟

شاخص V.6:

آیا یک کمیته‌ی بازبینی رسمی با مسئولیت بازبینی درخواست‌ها و نتایج مطالعات بالینی در نهاد تنظیمی دارویی وجود دارد؟

شاخص V.7:

آیا مکانیسم‌های گماردن به منظور اطمینان از این که افراد درگیر در بازبینی درخواست‌ها و نتایج مطالعات بالینی، مهارت به روز و کافی در همه‌ی

زمینه‌های لازم را دارند، وجود دارند؟

شاخص V.8:

آیا یک سیستم مستقر و موثق برای بازرسی از مطالعات بالینی وجود دارد؟

شاخص V.9:

آیا راهنماهای ملی تأسیس یک کمیته‌ی اخلاقی مستقل را الزام می‌کنند؟

شاخص V.10:

آیا کمیته‌ی بازبینی برای بررسی درخواست‌های مطالعات بالینی یک جدول زمان‌بندی دارد؟

شاخص V.11:

آیا راهنماهای مکتوبی درباره‌ی تضاد منافع در فعالیت‌های مطالعه‌ی بالینی وجود دارد؟

شاخص V.12:

آیا یک فهرست / پایگاه داده‌ای از همه‌ی درخواست‌های تأیید و رد شده‌ی مطالعات بالینی در دسترس عموم وجود دارد و آیا این فهرست منتشر

شده است؟

شاخص V.13:

تا چه حد با این عبارت موافق هستید: «اعضای کمیته‌ی مستقل اخلاقی به صورت نظام‌مند و بر اساس معیار انتخاب مکتوب انتخاب می‌شوند»؟

شاخص V.14:

تا چه حد با این عبارت موافق هستید: «اعضای کمیته‌ی بازبینی نهاد تنظیمی دارویی به صورت نظام‌مند و بر اساس معیار انتخاب مکتوب انتخاب می‌شوند»؟

شاخص V.15:

تا چه حد با این عبارت موافق هستید: «نهاد تنظیمی دارویی تضمین می‌کند که مطالعات بالینی انجام شده در کشور مطابق با مقررات و اصول فعالیت‌های کلینیکی خوب (GCP) هستند»؟

شاخص V.16:

به نظر شما چه نوعی از رفتارهای غیر اخلاقی در حوزه‌ی مطالعات بالینی در کشور ایران متداول است؟

شاخص V.17:

اگر شما در بالاترین موقعیت از لحاظ اختیارات بودید اولین اقدامی که در جهت بهبود روش انجام مطالعات بالینی در کشور خود انجام می‌دادید چه بود؟

بخش ۶: انتخاب داروها

انتخاب تعداد محدودی از داروهای اساسی به منظور بر طرف کردن مشکل تساوی و دسترسی به داروها از اهمیت زیادی برخوردار است، چرا که تأثیر قابل توجهی بر کیفیت مراقبت و هزینه‌ی درمان دارد.

شاخص VI.1:

آیا دولت یک فهرست داروهای اساسی (EML) ملی که به طور رسمی اتخاذ شده و در دسترس عموم است دارد؟

شاخص VI.2:

تا چه حد با این عبارت موافق هستید: «فهرست داروهای اساسی ملی از طریق مشورت با همه‌ی احزاب ذی‌نفع و با استفاده از یک روند مبتنی بر شواهد تهیه شده است»؟

شاخص VI.3:

آیا راهنماهای مکتوب واضح و در دسترس عموم برای روند انتخاب یا حذف داروها از لیست داروهای اساسی ملی وجود دارد؟

شاخص VI.4:

آیا لیست داروهای اساسی مطابق با آئین‌نامه‌های سازمان جهانی بهداشت است؟

شاخص VI.5:

آیا کمیته‌ای با مسئولیت انتخاب فهرست داروهای اساسی ملی وجود دارد؟

شاخص VI.6:

تا چه حد با این عبارت موافق هستید: «کمیته‌ی مسئول انتخاب فهرست داروهای اساسی ملی به دور از تأثیر خارجی عمل می‌کند»؟

شاخص VI.7:

آیا معیارهای واضحی برای انتخاب اعضای کمیته‌ی انتخاب داروها وجود دارد؟

شاخص VI.8:

آیا راهنماهای مکتوبی درباره‌ی تضاد منافع در انتخاب داروهای اساسی وجود دارد؟

شاخص VI.9:

آیا شرایط ارجاعی واضح و در دسترس عموم وجود دارد که نقش و وظایف کمیته‌ی انتخاب داروها را تشریح کند؟

شاخص VI.10:

آیا دستورالعمل‌های استاندارد برای فرآیند تصمیم‌گیری در این کمیته وجود دارند؟

شاخص VI.11:

به نظر شما چه نوع رفتارهای غیر اخلاقی در فرآیند انتخاب در کشور ایران متداول هستند؟ می‌تواند شامل رشوه، هدایای مادی، پارتی بازی، تضاد منافع و غیره باشد.

شاخص VI.12:

اگر شما در بالاترین موقعیت از لحاظ اختیارات بودید اولین اقدامی که در جهت بهبود انتخاب داروها در کشور خود انجام می‌دادید چه بود؟

بخش ۷: تأمین محصولات دارویی

تأمین به صورت فرآیند به دست آوردن منابع از طریق خرید از تولیدکنندگان یا فروشندگان یا توزیع کنندگان تعریف می‌شود. در بیشتر کشورها هزینه‌های دارویی سهم بزرگی از هزینه‌های سلامت را شامل می‌شود. در نتیجه تأمین داروها عامل تعیین کننده‌ی اصلی در فراهم بودن داروها و هزینه‌های کلی مراقبت‌های بهداشتی است.

شاخص VII.1:

آیا دولت از رویه‌های شفاف و صریح برای تأمین محصولات دارویی استفاده می‌کند؟

شاخص VII.2:

آیا راهنمای مکتوبی برای کارمندان دفتری وجود دارد که مشخص کند چه نوع روش تأمین برای انواع مختلف محصولات استفاده شود؟

شاخص VII.3:

آیا تأمین از طریق یک روش تعیین عملی برای تعیین مقدار داروهایی که باید خریداری شود انجام می‌شود؟

شاخص VII.4:

آیا یک فرآیند رسمی رجوع برای متقاضیانی که پیشنهاد آن‌ها رد شده است وجود دارد؟

شاخص VII.5:

آیا یک کمیته‌ی مناقصه و مزایده وجود دارد؟ اگر وجود دارد آیا عملکردهای اساسی دفتر تأمین و کمیته‌ی مناقصه به طور واضح تفکیک شده‌اند؟

شاخص VII.6:

تا چه حد با این عبارت موافق هستید: «تصمیمات کمیته‌ی مناقصه همواره در فرآیند تأمین لحاظ می‌شوند»؟

شاخص VII.7:

آیا معیار مشخصی برای عضویت در کمیته‌ی مناقصه وجود دارد؟

شاخص VII.8:

آیا راهنماهای مکتوبی درباره‌ی تضاد منافع در فرآیند تأمین وجود دارند؟

شاخص VII.9:

تا چه حد با این عبارت موافق هستید: «اعضای کمیته‌ی مناقصه به صورت نظام‌مند و بر اساس معیار مشخصی انتخاب می‌شوند (بنگرید به سوال

6.V)»؟

شاخص VII.10:

آیا یک سیستم اطلاعاتی برای مدیریت کامپیوتری وجود دارد که برای گزارش مشکلات تأمین فرآورده به کار رود؟

شاخص VII.11:

آیا دستورالعمل‌های استاندارد برای بازرسی منظم مرسوله‌ها وجود دارد؟

شاخص VII.12:

آیا یک سیستم کارآمد پس از مناقصه برای نظارت بر و گزارش عملکرد فروشندگان به کمیته‌ی مناقصه وجود دارد؟

شاخص VII.13:

آیا ممیزی‌های منظمی از دفتر تأمین صورت می‌گیرد؟

شاخص VII.14:

تا چه حد با این عبارت موافق هستید: «سیستم تأمین در کشور ایران به صورتی کاملاً شفاف عمل می‌کند»؟

شاخص VII.15:

به نظر شما چه نوع رفتارهای غیر اخلاقی در سیستم تأمین در کشور ایران متداول هستند؟ می‌تواند شامل رشوه، هدایای مادی، پارتی بازی، تضاد منافع و غیره باشد.

شاخص VII.16:

اگر شما در بالاترین موقعیت از لحاظ اختیارات بودید اولین اقدامی که در جهت بهبود دستگاه‌ها و فرآیندهای تأمین در کشور خود انجام می‌دادید چه بود؟

بخش ۸: توزیع داروها

استراتژی‌های بسیار متفاوتی برای توزیع فرآورده‌های دارویی وجود دارد. به منظور جلوگیری از هرگونه دزدی، واگرایی^{۱۸} یا کلاهبرداری، هر فعالیتی در توزیع فرآورده‌های دارویی بایستی مطابق با اصول انبارش خوب (GSP) و توزیع خوب (GDP) صورت گیرد.

شاخص VIII.1:

آیا سیستمی در محل وجود دارد که بتواند ترخیص را تسهیل کند؟

شاخص VIII.2:

تا چه حد با این عبارت موافق هستید: «ترخیص به روانی صورت می‌گیرد و نیازی به رشوه و هدیه برای تسهیل این روند نیست»؟

شاخص VIII.3:

آیا یک سیستم بازرسی وجود دارد که بررسی کند آیا داروهای دریافت شده از گمرک یا به طور مستقیم از فروشنده، با آن‌هایی که فروشنده فرستاده است مطابقت دارد؟

شاخص VIII.4:

آیا یک سیستم کدگذاری برای شناسایی داروهای دولت وجود دارد؟

شاخص VIII.5:

آیا محصولات در گمرک یا انبارها به صورت نظام‌مند و منظم قفسه‌بندی می‌شوند؟

شاخص VIII.6:

آیا یک سیستم مدیریت امنیت به منظور سرپرستی انبارش و توزیع وجود دارد؟

شاخص VIII.7:

آیا دستورالعمل‌های استاندارد برای مدیریت موجودی در همه‌ی سطوح سیستم توزیع وجود دارد؟

شاخص VIII.8:

آیا یک سیستم مدیریت موجودی در همه‌ی سطوح سیستم توزیع وجود دارد که حداقلی از اطلاعات را درمورد عوامل زیر فراهم کند؟

متوسط موجودی فعال^{۱۹}، مقدار موجودی تضمینی^{۲۰}، فراوانی سفارش مجدد^{۲۱}، مقدار سفارش مجدد^{۲۲}، متوسط موجودی^{۲۳}، زمان سفارش^{۲۴}، تاریخ انقضا^{۲۵}

شاخص VIII.9:

آیا کارکنان داخلی حداقل هر سه ماه یک بار مدارک موجودی را با شمارش فیزیکی مطابقت می دهند؟

شاخص VIII.10:

آیا ممیزی های مستقلی از انبارهای گمرک توسط بازرسان یا ماموران خارجی صورت می گیرد؟

شاخص VIII.11:

آیا سیستمی (کامپیوتری یا دستی، قدیمی یا به روز) به منظور ردیابی حرکت محصولات دارویی از انبار دارویی به یک موسسه ی بهداشتی وجود دارد؟

شاخص VIII.12:

آیا موسسه ی بهداشتی رویه ی مناسبی برای درخواست دارو دارد؟

شاخص VIII.13:

آیا دستورالعمل های مکتوب و مناسبی برای حمل و نقل داروها از و تحویل آنها به انبار وجود دارد؟

شاخص VIII.14:

آیا یک سیستم ارتباطی کارآمد برای سفارش، سفارش مجدد و شکایات بین فروشنده و مصرف کننده ی نهایی وجود دارد؟

شاخص VIII.15:

آیا دستور کاری برای نظارت و ارزیابی عملکرد سیستم توزیع دارویی وجود دارد؟

شاخص VIII.16:

آیا جرائمی برای افراد یا بنگاه ها / شرکت هایی که مرتکب دزدی یا فعالیت های مفسدانه ی دیگر مربوط به توزیع می شوند وجود دارد؟

شاخص VIII.17:

آیا موسسه ی بهداشتی^{۲۶} دستورالعمل های مناسبی برای از بین بردن داروهای منقضی شده و یا فاسد شده دارد؟

شاخص VIII.18:

تا چه حد با این عبارت موافق هستید: «به ندرت کمبودهایی در سیستم توزیع داروها در کشور ایران رخ می دهد».

شاخص VIII.19:

اگر شما در بالاترین موقعیت از لحاظ اختیارات بودید اولین اقدامی که در جهت بهبود دستگاهها و فرآیندهای توزیع دارو در بخش دولتی در کشور خود انجام می دادید چه بود؟ [9]

¹⁹ average working stock

²⁰ amount of safety stock

²¹ frequency of reordering

²² quantity of reordering

²³ average inventory

²⁴ lead-time

²⁵ expiry date

²⁶ MS/health facility

انطباق با زمینه بومی

هر کشوری برای مدیریت بخش‌های دارویی خود سیستم خاصی (گاهی منحصر به فرد) دارد. همچنین بخش‌های دارویی کشورها در سطوح مختلفی از توسعه یافتگی قرار دارند. این روش به صورت مقیاس‌هایی طراحی شده تا به کاربران اجازه دهد حوزه‌هایی که بیشتر به آن‌ها مربوط است را انتخاب کنند. همچنین می‌تواند برای سیستم‌های دارویی پیچیده‌تر تکمیل گردد. قرار نیست این روش رویکردی باشد که «با یک اندازه برای همه متناسب» باشد.

بنابراین ممکن است برخی سوالات یا حتی برخی قسمت‌ها به طور کلی برای یک کشور به کار نرود. برخی سوالات ممکن است نیاز به سازگار شدن با تفاوت‌های جزئی سیستم‌ها و ساختارهای یک کشور داشته باشند (برای مثال، وجود کمیته به جای یک بخش؛ وجود یک گروه از افراد مسئول به جای یک کمیته رسمی؛ وجود یک کمیته اخلاقی به جای هیئت بازدید سازمانی؛ یا یک دستورنامه ملی دارو به جای فهرست داروهای ضروری).

وظیفه‌ی ارزیابان است که قبل از (یا در مراحل اولیه) مصاحبه با افراد آگاه کلیدی تطابقت لازم با زمینه بومی را انجام دهند. چنین تغییراتی بایستی به وضوح در قسمت روش گزارش‌ها بیان شوند.

مشخصات ابزار جمع‌آوری اطلاعات و نحوه جمع‌آوری آن:

ابزار مورد استفاده در این پژوهش توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) در قالب ابزار اندازه‌گیری شفافیت ارائه شده است که پرسش‌نامه‌های آن پس از ترجمه و بررسی روایی و پایایی آنها مورد استفاده قرار خواهند گرفت.

د) پیشینه علمی:

در مقاله‌ای که در سال ۲۰۱۲ منتشر شد مطالعه‌ای در کنیا صورت گرفت تا نظرات سیاست‌گذاران دارویی و ذی‌نفعان دیگر را درباره‌ی شفافیت در بخش دارویی جمع‌آوری کند. دو ارزیاب بومی مطالعه را در فاصله‌ی ماه‌های مه و ژوئیه سال ۲۰۰۸ و با استفاده از ابزار ارزیابی سازمان جهانی بهداشت اجرا کردند. در مجموع با ۱۱۳ فرد آگاه کلیدی مصاحبه شد. مصاحبه‌شوندگان از نهاد تنظیمی داروها (برد داروسازی و سموم)، دپارتمان تأمین و توزیع دولت، وزارت‌خانه‌های دیگر دولت، دانشگاه‌ها، داروخانه‌ها شهری، صنایع خصوصی داروسازی، NGOها، رسانه و موسسات قانونی بودند. به شاخص‌های کمی نمره داده شد و از یک سیستم رتبه‌بندی برای نمایش درجه‌ی شفافیت استفاده شد. متوسط نمره‌ی نهایی برای ثبت داروها ۴/۳۶ بود که نشان‌دهنده‌ی شفافیت متوسط است. متوسط نمره‌ی نهایی برای مجوز موسسات دارویی ۵/۲۱ بود که نشان‌دهنده‌ی شفافیت متوسط است. متوسط نمره‌ی نهایی برای کنترل ترویج دارو ۴/۵۳ که نشان‌دهنده‌ی شفافیت متوسط است. متوسط نمره‌ی نهایی برای کنترل مطالعات بالینی ۶/۲۵ بود که نشان‌دهنده‌ی شفافیت بالا است. متوسط نمره‌ی نهایی برای گزینش داروها ۲/۹۵ بود که نشان‌دهنده‌ی شفافیت پایین است. متوسط نمره‌ی نهایی برای تأمین داروها ۷/۰۱ بود که نشان‌دهنده‌ی شفافیت بالا است. متوسط نمره‌ی نهایی برای توزیع داروها ۷/۸۲ بود که نشان‌دهنده‌ی شفافیت بالا است. [10]

در مقاله‌ای که در سال ۲۰۰۹ منتشر شد مطالعه‌ای در اردن صورت گرفت که تصویری فراگیر از سطح شفافیت در شش فعالیت اساسی بخش عمومی دارویی (ثبت، ترویج، بازرسی، انتخاب، تأمین و توزیع داروهای) بدست می‌دهد. روش کار هم اطلاعات کیفی و هم کمی بدست می‌دهد. دو مامور معرفی شده از طرف وزارت غذا و داروی اردن و وزارت سلامت (ارزیاب ملی و کمک-ارزیاب) داده‌ها را از طریق مصاحبه با افراد آگاه کلیدی جمع‌آوری کردند. اطلاعات جمع‌آوری شده توسط یک روش کمی‌سازی به مقیاس صفر تا ۱۰ برگردان شد تا از نظر شفافیت نمره‌ای به هر فعالیت تعلق بگیرد. داده‌های کمی نشان می‌دهند که حوزه‌های تأمین و توزیع دارو بیشترین نمرات را به خود اختصاص دادند و شفافیت آن‌ها بالا است؛ ثبت و انتخاب داروها شفافیت بالایی دارند و بازرسی داروها شفافیت متوسط دارد، درحالی‌که ترویج دارو کمترین نمره را گرفت و کمترین شفافیت را داراست. [11]

در مقاله‌ای در سال ۲۰۰۹ نتایج بررسی شفافیت در جمهوری عربی سوریه منتشر شد. این گزارش یک برآورد گسترده از سطح شفافیت در هشت فعالیت اصلی بخش دار (ثبت، صدور مجوز، بازرسی، ترویج، مطالعات بالینی، انتخاب، تأمین و توزیع داروها) ارائه می‌دهد. نتیج از طریق مشورت با طیف گسترده‌ای از ذی نفعان در دو کارگاه ملی که در مارس ۲۰۰۹ در دمشق و حلب برگزار شدند مورد تأیید قرار گرفتند. دو رزیاب ملی که از طرف وزارت سلامت انتخاب شده بودند ۷۰ فرد آگاه کلیدی را به دقت از بخش‌ها و زمینه‌های مختلف مربوط به دارو و با توجه به توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت انتخاب کردند. ارزیابان در مجموع ۱۱۸ مصاحبه با این افراد انجام دادند. اطلاعات جمع‌آوری شده توسط یک روش کمی سازی به مقیاس صفر تا ۱۰ برگردان شد تا از نظر شفافیت نمره‌ای به هر فعالیت تعلق بگیرد. داده‌های کمی نشان می‌دهد که حوزه‌های صدور مجوز، تأمین و توزیع دارو بیشترین نمره را به خود اختصاص داده و شفافیت بالایی دارند؛ ثبت، بازرسی، انتخاب و ترویج دارو شفافیت متوسط دارند؛ در حالی که مطالعات بالینی کمترین نمره را گرفته و شفافیت کمی دارد. [12]

در مقاله‌ای در سال ۲۰۰۸ یافته‌های ارزیابی‌های شفافیت صورت گرفته در پنج کشوری که در سال ۲۰۰۶ به برنامه‌ی مدیریت خوب در حوزه‌ی پزشکی (GGM) پیوستند (بولیویا، کمبوجیه، اندونزی، مغولستان و گینه‌ی نو) منتشر شد. سطح شفافیت در پنج فعالیت اساسی بخش دارویی عمومی (ثبت، ترویج، بازرسی، انتخاب و تأمین داروها) سنجیده شد. در هر کشور دو ارزیاب بومی داده‌های کیفی و کمی را از طریق مصاحبه با افراد آگاه کلیدی، که به دقت انتخاب شده بودند، جمع‌آوری کردند. اطلاعات کیفی نشان داد که با این وجود که پنج کشور دارای انواع متفاوتی از بخش دارویی عمومی هستند اما دارای نقاط قوت و ضعف مشترکی هستند و با چالش‌های مشابهی برای ارتقای مدیریت خوب در بخش دارویی عمومی روبه‌رو هستند. اطلاعات جمع‌آوری شده توسط یک روش کمی‌سازی به مقیاس صفر تا ۱۰ برگردان شد تا از نظر شفافیت نمره‌ای به هر فعالیت تعلق بگیرد. البته داده‌ها به هیچ وجه نمایانگر فساد احتمالی موجود در این کشورها نیستند. [13]

در مقاله‌ای در سال ۲۰۰۶ یافته‌های ارزیابی‌های شفافیت صورت گرفته در اولین کشورهایی که به پروژه‌ی GGM پیوستند (جمهوری دموکرات مردم لائوس، مالزی، فیلیپین و تایلند) منتشر شد. این گزارش تصویری فراگیر از سطح شفافیت در سه فعالیت اساسی بخش دارویی عمومی (ثبت، انتخاب و تأمین داروها) را بدست می‌دهد. در هر کشور دو ارزیاب بومی داده‌های کیفی و کمی را از طریق مصاحبه با افراد آگاه کلیدی، که به دقت انتخاب شده بودند، جمع‌آوری کردند. اطلاعات کیفی نشان داد که با این وجود که چهار کشور دارای انواع متفاوتی از بخش دارویی عمومی هستند اما دارای نقاط قوت و ضعف مشترکی هستند. برای مثال همه‌ی این کشورها دارای دستورالعمل‌های شفاف‌ی برای تأمین داروها هستند ولی هیچ کدام الزامی به پر کردن فرم تعارض منافع برای اعضای کمیته‌های ثبت و انتخاب داروها نداشتند. اطلاعات جمع‌آوری شده توسط یک روش کمی‌سازی به مقیاس صفر تا ۱۰ برگردان شد تا از نظر شفافیت نمره‌ای به هر فعالیت تعلق بگیرد. البته داده‌ها به هیچ وجه نمایانگر فساد احتمالی موجود در این کشورها نیستند. گزارش شد هر چهار کشور دارای فهرستی از محصولات دارویی، دستورالعمل‌های مکتوب و یک فرم درخواست استاندارد جهت تسلیم درخواست‌ها و کمیته‌ای مسئول ثبت محصولات دارویی، بودند. با این حال، هیچ کدام از این کشورها مدارک مکتوبی که ساختار و شرایط ارجاع به کمیته‌ی ثبت را توضیح دهد نداشتند و همچنین فاقد فرم تعارض منافع برای اعضای کمیته بودند. فرایند تصمیم‌گیری در کشورها بسیار متفاوت بود، اما هر کدام یک مدرک مکتوب رسمی برای همه‌ی تصمیم‌های مربوط به درخواست‌ها داشتند. یک فرایند رجوع برای کسانی که درخواست‌هایشان رد شده بود در اکثر کشورها وجود داشت ولی سطح فعالیت هر کدام متفاوت بود. گزارش شد که همه‌ی کشورها دارای یک فهرست داروهای ضروری ملی هستند و ضوابط در دسترس عمومی و روندهایی شفاف برای انتخاب فرایند جهت شمول یا حذف از فهرست هستند. اعضای کمیته‌ی انتخاب نیز مانند کمیته‌ی ثبت، ملزم به پر کردن فرم تعارض منافع نبودند. به طور کلی معیار انتخاب اعضای کمیته‌ی انتخاب در همه‌ی کشورها با اندکی تفاوت نمره‌ی نسبتاً کمی گرفت. شرایط ارجاع برای کمیته‌ی انتخاب در برخی از کشورها موجود بود ولی همیشه در دسترس عموم قرار نداشتند. فرایند تصمیم‌گیری سطوح مختلفی از وضوح و شفافیت داشتند. گزارش شد هر چهار کشور از روندهای رقابتی و شفاف برای تأمین محصولات دارویی استفاده می‌کنند. همچنین از روش تعیین کمیت برای تعیین مقدار محصولات جهت خریداری استفاده کردند. به طور کلی سیستم پس از مناقصه چه منظور نظارت و گزارش عملکرد تأمین‌کنندگان در هر چهار کشور نمره‌ی بالایی به خود اختصاص دادند. با این حال فرایند رجوع برای درخواست‌کنندگانی که پیشنهادشان رد شده، بسته به کشور باید برانگیخته یا تقویت شوند. شاخص

مربوط به ممیزی ادارات تأمین در اکثر کشورها نمره‌ی کمی را به خود اختصاص داد که نشان دهنده‌ی نیاز به تقویت این خدمت است. معیار عضویت در این کمیته در کشورها بسیار متفاوت بود. در برخی از کشورها عضویت بر پایه‌ی عملکرد و در دیگران بر اساس زمینه‌ی تخصص بود. سیستم مدیریت اطلاعاتی که برای گزارش مشکلات محصول استفاده می‌شوند نیز متفاوت بودند، در برخی از کشورها به صورت دستی و در برخی به صورت کامپیوتری به ثبت می‌رسیدند، در برخی به صورت متمرکز و در برخی به صورت غیرمتمرکز بودند. [14]

ه) پیشنهاد دهنده موضوع:

حسین بوذرجمهری، دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران

و) از امکانات و همکاری کدام سازمان و مرکز پژوهشی و یا واحد صنعتی جهت انجام این پروژه استفاده می‌شود (حسب مورد)

برگ اطلاعات پیوست

۱- فهرست وسایل و مواد مورد نیاز در این تحقیق:

-

۲- کاربرد احتمالی داروسازی:

-

۳- نوع مطالعه: مطالعه تجربی

۱	بررسی نوع بیماران (Case Series) <input type="checkbox"/>
۲	بررسی مقطعی (Cross Sectiinal) <input type="checkbox"/>
۳	مورد اشاره (Case Control) <input type="checkbox"/>
۴	کوهورت (Chort) <input type="checkbox"/>
۵	مطالعه تجربی (Experimental) <input type="checkbox"/>

۴- جدول زمانی اجرای پایان نامه:

شماره	شرح هر یک از فعالیتهای اجرایی پایان نامه به تفکیک	زمان
۱	تهیه مرور متون	۱ ماه
۲	ترجمه ی ابزار و استانداردسازی	۲ ماه
۳	جمع آوری داده	۵ ماه
۴	تحلیل	۱ ماه
۵	تهیه گزارش نهایی	۱ ماه

منابع و مراجع

- 1 مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. (۱۳۸۸). قانون انتشار و دسترسی آزاد به اطلاعات [دسترسی در تاریخ: ۲۳/۰۸/۱۳۹۵] قابل دسترسی از طریق <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/780303>
- 2 دهخدا عا. (۱۳۷۲). لغت نامه دهخدا: مؤسسه چاپ و انتشارات دانشگاه تهران.
- 3 عمید ح. (1381). فرهنگ فارسی عمید: انتشارات امیر کبیر.
- 4 Harper D. (2007). Online etymology dictionary. 2001. Available from: www.etymonline.com/index.php.
- 5 Drabek Z, Payne W. (2002). The impact of transparency on foreign direct investment. Journal of Economic Integration ۷۷۷-۸۱۰، ۷.
- 6 Bellver A, Kaufmann D. (2005). Transparenting transparency: Initial empirics and policy applications. World Bank Policy Research Working Paper ۱-۷۲، ۷.
- 7 Mitchell RB. (1998). Sources of transparency: information systems in international regimes. International Studies Quarterly ۱۰۹-۳۰، ۷.
- 8 Ball C. (2009). What is transparency? Public Integrity ۱۱، (4) ۲۹۳-۳۰۸، ۷.
- 9 Measuring transparency in the public pharmaceutical sector Assessment instrument, (2009).
- 10 WHO Regional Office for Africa. (2012). Measuring Transparency to Improve Good Governance in the Public Pharmaceutical Sector -- KENYA. Retrieved from Geneva, Switzerland:
- 11 Who Regional Office for the Eastern Medi. (2009). Measuring transparency to improve good governance in the public pharmaceutical sector: Jordan: World Health Organization.
- 12 WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean Region. (2009). Measuring transparency to improve good governance in the public pharmaceutical sector SYRIAN ARAB. Retrieved from
- 13 World Health Organization. (2008). Measuring transparency to improve good governance in the public pharmaceutical sector: A comparative analysis of five country assessment studies. World Health Organization Available from: <http://www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/documents/en/index.html>.
- 14 Organization WHO. (2006). Measuring transparency in medicines registration, selection and procurement: four country assessment studies.