

چالش‌ها و آینده سیاست‌گذاری بازپرداخت در نظام سلامت ایران

لیلا زارعی^{۱*}، PhD، نازیلا یوسفی^۲، PhD، محمدجواد فروغی مقدم^۲، PhD، کامران باقری لنکرانی^۱ MD

^۱ مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
^۲ گروه اقتصاد و مدیریت دارو، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: لیلا زارعی، پست الکترونیک: leilazarei89@gmail.com

Citation: Zarei L, Yousefi N, Foroughi Moghadam M, Bagheri Lankarani K. Current challenges and future of reimbursement policy in Iranian health system. Iran J Health Insur. 2026;8(4):346-48.

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۴/۱۱/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۲۳

تاریخ تصحیح: ۱۴۰۴/۱۰/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۱۲

سردبیر محترم؛

ابلاغی مقام معظم رهبری، بر سه محور عدالت سلامت، شفافیت مالی، و اقتصاد مقاومتی در حوزه دارو تأکید می‌شد؛ از جمله کاهش پرداخت از جیب مردم، استقرار نظام جامع اطلاعات سلامت و مدیریت مبتنی بر ارزیابی فناوری سلامت [۶].

در سطح بین‌المللی نیز، کشورهای مانند آلمان، فرانسه و استرالیا با اجرای سیاست‌های بازپرداخت مبتنی بر نتایج و ارزیابی دقیق هزینه-اثربخشی داروها موفق شده‌اند هزینه‌ها را کنترل و عدالت درمانی را ارتقا دهند [۷]. در آلمان، مکانیزم سقف قیمت و بازپرداخت مبتنی بر کارایی واقعی دارو باعث صرفه‌جویی چشمگیر شد اما در مقاطعی، تخفیف‌های اجباری موجب فشار بر تولیدکنندگان و کاهش انگیزه نوآوری شد [۷]. در فرانسه، تمرکز بیش از حد بر کاهش قیمت و کم‌توجهی به تنوع نیازهای بالینی بیماران، گاه سبب کاهش دسترسی به برخی داروهای نوآورانه شد [۷]. در انگلیس نیز، محدودیت بازپرداخت برخی داروهای حیاتی برای بیماران خاص به نارضایتی اجتماعی و اعتراضات منجر شد [۴]. تجربیات سایر کشورها نشان می‌دهد که تعادل بین کنترل هزینه و تضمین دسترسی، ظرفیت‌های بالادستی می‌طلبد.

تجربه ایران نیز خالی از اشتباه نبوده است. تمرکز یارانه‌ها بر حلقه تولید به جای حمایت مستقیم از مصرف‌کننده، سیاست‌های ناپایدار ارزی و تصمیم‌گیری‌های جزیره‌ای بین وزارت بهداشت، سازمان برنامه و بودجه، بیمه‌ها و بانک مرکزی، پیامدهایی چون

نشست ملی با محوریت سیاست‌گذاری بازپرداخت در نظام سلامت ایران در تاریخ ۲۴ مهرماه ۱۴۰۴ در شهر شیراز برگزار شد. موضوعی که در شرایط کنونی اقتصادی و جمعیتی کشور، از اهمیتی حیاتی در پایداری نظام سلامت، عدالت درمانی و توسعه صنعتی دارو برخوردار است [۱،۲].

امروز نظام دارویی ایران درگیر مجموعه‌ای از چالش‌های توأمان اقتصادی، ساختاری و مدیریتی است؛ نظام دارویی از نوسانات ارزی و قیمت‌گذاری‌های دستوری گرفته تا بدهی‌های انباشته بیمه‌ها و کمبود نقدینگی در داروخانه‌ها رنج می‌برد. ناهماهنگی میان سازمان‌های بیمه‌گر، قیمت‌گذاری غیرواقعی و چندرخی بودن ارز، منجر به فشار فزاینده بر شرکت‌های داروسازی و واردکنندگان مواد اولیه شده است، به گونه‌ای که حتی با وجود تولید داخلی بیش از ۹۹ درصد داروهای مصرفی، نظام تأمین و توزیع کشور پیوسته در معرض کمبود و بحران نقدینگی قرار دارد [۳،۴].

در چنین شرایطی، پرداخت از جیب بیماران همچنان بالاست و شکاف بین هزینه‌های واقعی و پوشش بیمه‌ای موجب نارضایتی عمومی و اتلاف منابع شده است [۵]. متأسفانه ساختار فعلی بازپرداخت در ایران، به دلیل تأخیرهای طولانی در پرداخت بیمه‌ها و عدم کارایی. سازوکارهای پایش اصالت دارو، از عدالت و کارایی مورد انتظار فاصله دارد. در سیاست‌های کلی سلامت

اقتصاد مقاومتی و توجه به ثبات بازار دارو است.

۲- شفاف سازی و هوشمندسازی پرداخت ها: پرداخت الکترونیکی و اعتباری مطالبات زنجیره تأمین، ضمن کاهش ریسک مالی برای تولیدکنندگان، زمینه مقابله با فساد و سوءمدیریت در پرداخت ها را فراهم می کند.

۳- نظارت موثر و بهینه سازی توزیع: با تأکید بر سامانه های رهگیری و نظارت، تلاش می شود تا از قاچاق، انبارداری غیرمجاز و توزیع نامناسب دارو جلوگیری شود.

۴- تعادل پیچیده میان کیفیت، قیمت گذاری و دسترسی: تعیین تعرفه خدمات و ممنوعیت برخی تصدی ها، نشان دهنده تلاش برای رفع تعارض منافع و افزایش کیفیت خدمات دارویی است. هرچند این موضوع نیازمند اجرا و نظارت دقیق است. اما باوجود پیشرفت در متن قانون و سیاست ها، نگرانی ها نسبت به مشکلات اجرایی، هماهنگ نبودن کامل بین دستگاه ها و کمبود منابع بودجه که ممکن است هدفمندی برنامه را تحت تأثیر قرار دهد، وجود دارد.

برنامه هفتم توسعه در حوزه دارو چارچوبی جامع با رویکردی استراتژیک ارائه کرده که بر خودکفایی، شفافیت، و هماهنگی میان بخش ها تأکید دارد [۸]. اجرای موفق این برنامه نیازمند پایش مستمر، فرآیندهای مدیریت قوی و همکاری فعال بین بخش دولتی و خصوصی است تا ضمن تضمین تأمین پایدار دارو، بتوان از اهداف عدالت سلامت، توسعه صنعتی و رفاه بیماران حمایت کرد.

یک مدل بالقوه آینده برای بازپرداخت در ایران احتمالاً شامل موارد زیر خواهد بود:

۱- اجرای خرید استراتژیک:

* توسعه مکانیسم های پرداخت مناسب به ارائه دهندگان خدمات.

* ایجاد ساختارهای حق بیمه واقع بینانه و منصفانه.

* ایجاد قراردادهای مناسب با تأمین کنندگان دارویی که شامل حاشیه سود معقول باشد.

۲- بهبود ساختار حاکمیتی:

* پرداختن به چالش های سیاست گذاری، اجرایی و قانونی.

کسری اعتبار، بدهی انباشته و اتلاف منابع ایجاد کرده است. از دیگر ضعف ها می توان به ساختار قیمت گذاری دارو اشاره کرد؛ جایی که سازمان غذا و دارو همزمان وظیفه حاکمیتی، نظارت کیفی و قیمت گذاری اقتصادی را برعهده دارد. امری که می تواند موجب تضاد منافع ساختاری و تأخیر در اصلاح نظام اقتصادی دارو شود. همچنین، اشکال در نظام مدیریت توزیع و قاچاق معکوس دارو، از چالش های اساسی زنجیره تأمین سلامت کشور به شمار می رود [۴].

از طرف دیگر، برنامه هفتم توسعه جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۳-۱۴۰۷) با محورهای کلان اقتصادی، اجتماعی، و فرهنگی، در بخش سلامت و به ویژه حوزه دارو، تکالیف روشن و راهبردهایی تعیین کرده است [۸] که می توان آن را به شرح زیر تحلیل و خلاصه کرد:

* تأکید بر تأمین پایدار ذخایر راهبردی دارو و تجهیزات پزشکی با کیفیت بالا و اولویت تولید داخلی، به گونه ای که ذخیره حداقل ۶ ماهه را تأمین کند.

* مسئولیت تنظیم گری سازمان غذا و دارو برای سامان دهی واردات رسمی و مدیریت دقیق ذخایر و تقویت تولید داخل دارو به منظور کاهش وابستگی.

* تکلیف به وزارت امور اقتصادی و دارایی به ایجاد سازوکاری برای پرداخت سهم یارانه دولت به صورت الکترونیکی و اعتباری در زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی.

* تعیین تعرفه خدمات دارویی و ممنوعیت تصدی بیش از یک شغل برای کارکنان بالینی نظام سلامت برای ارتقای کیفیت و شفافیت.

* حمایت از نظارت بر توزیع دارو، تنظیم فهرست داروهای سنتی و گیاهی کشور و توسعه صادرات دارو و تجهیزات پزشکی. * تأکید بر همکاری های بین بخشی و ارتباط دستگاه های اجرایی برای مدیریت و بهبود روند تولید، تأمین، قیمت گذاری و مصرف دارو. رویکرد این برنامه را می توان در این موارد جمع بندی کرد:

۱- تقویت تولید داخل و خودکفایی: برنامه هفتم به طور جدی بر کاهش وابستگی به واردات تأکید دارد. از طریق تقویت تولید داخلی و ذخیره سازی راهبردی که نشان دهنده یک رویکرد

- [DOI: 10.66224/ihio.8.4.346]