چالش‌ها و آینده سیاست‌گذاری بازپرداخت در نظام سلامت ایران

لیلا زارعی[1*] PhD، نازیلا یوسفی[2] PhD، محمدجواد فروغی مقدم[2] PhD، کامران باقری لنکرانی[1] MD

[1] مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
[2] 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 دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۱۲ **تاریخ تصحیح:** ۱۴۰۴/۱۰/۱۷ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۴/۱۰/۲۳ **تاریخ انتشار آنلاین:** ۱۴۰۴/۱۱/۱۹

سردبیر محترم؛

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 می برد. ناهماهنگی میان سازمان‌های بیمه‌گر، قیمت‌گذاری غیرواقعی و چندنرخی بودن ارز، منجر به فشار فزاینده بر شرکت‌های داروسازی و واردکنندگان مواد اولیه شده است، به‌گونه‌ای 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]. متاسفانه ساختار فعلی بازپرداخت در ایران، به دلیل تأخیرهای طولانی در پرداخت بیمه‌ها و عدم کارایی. سازوکارهای پایش اصالت دارو، از عدالت و کارآیی مورد انتظار فاصله دارد. در سیاست‌های کلی سلامت 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، کشورهایی 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 کارآیی 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 به‌جای حمایت مستقیم از مصرف‌کننده، سیاست‌های ناپایدار ارزی و تصمیم‌گیری‌های جزیره‌ای بین وزارت بهداشت، سازمان برنامه و بودجه، بیمه‌ها و بانک مرکزی، پیامدهایی چون

Copyright © 2026 The Author(s); Published by National Center for Health Insurance Research. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[DOI: 10.66224/ihio.8.4.346]

کسری اعتبار، بدهی انباشته و اتلاف منابع ایجاد کرده است. از دیگر ضعف‌ها می‌توان به ساختار قیمت‌گذاری دارو اشاره کرد؛ جایی‌که سازمان غذا و دارو همزمان وظیفه حاکمیتی، نظارت کیفی و قیمت‌گذاری اقتصادی را برعهده دارد. امری که می‌تواند موجب تضاد منافع ساختاری و تأخیر در اصلاح نظام اقتصادی دارو شود. همچنین، اشکال در نظام مدیریت توزیع و قاچاق معکوس دارو، از چالش‌های اساسی زنجیره تامین سلامت کشور به‌شمار می‌رود [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 می‌توان 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، به‌گونه‌ای که ذخیره حداقل ۶ ماهه را تأمین کند.
* مسئولیت تنظیم‌گری سازمان غذا و دارو برای سامان‌دهی واردات رسمی و مدیریت دقیق ذخایر و تقویت تولید داخل دارو به‌منظور 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 همکاری‌های بین‌بخشی و ارتباط دستگاه‌های اجرایی برای مدیریت و بهبود روند تولید، تأمین، قیمت‌گذاری و مصرف دارو.

رویکرد این برنامه را می‌توان در این موارد جمع‌بندی 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 ذخیره‌سازی راهبردی که نشان‌دهنده یک رویکرد اقتصاد مقاومتی و توجه به ثبات بازار دارو است.

۲- شفاف‌سازی و هوشمندسازی پرداخت‌ها: پرداخت الکترونیکی و اعتباری مطالبات زنجیره تأمین، ضمن کاهش ریسک مالی برای تولیدکنندگان، زمینه مقابله با فساد و سوءمدیریت در پرداخت‌ها را فراهم می‌کند.

۳- نظارت موثر و بهینه‌سازی توزیع: با تأکید بر سامانه‌های رهگیری و نظارت، تلاش می‌شود تا از قاچاق، انبارداری غیرمجاز و توزیع نامناسب دارو جلوگیری شود.

۴- تعادل پیچیده میان کیفیت، قیمت‌گذاری و دسترسی: تعیین تعرفه خدمات و ممنوعیت برخی تصدی‌ها، نشان‌دهنده 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 سیاست‌ها، نگرانی‌ها نسبت به مشکلات اجرایی، هماهنگ نبودنِ کامل بین دستگاه‌ها 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 بخش‌ها 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 مکانیسم‌های پرداخت مناسب به ارائه‌دهندگان خدمات.
* ایجاد ساختارهای حق بیمه واقع‌بینانه و منصفانه.
* ایجاد قراردادهای مناسب با تأمین‌کنندگان دارویی که شامل حاشیه سود معقول باشد.

۲- بهبود ساختار حاکمیتی:

* پرداختن به چالش‌های سیاست‌گذاری، اجرایی و قانونی.

[DOI: 10.66224/ihio.8.4.346]

* توسعه هماهنگی بین بخشی بهتر.
* تقویت سیستم‌های اطلاعاتی برای تصمیم‌گیری.

۳- رویکردهای مبتنی بر ارزش:

* اجرای چارچوب‌های ارزیابی ارزشِ کالا و خدمات سلامت.
* توسعه فرآیندهای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد.
* ادغام ارزیابی فناوری سلامت در تصمیمات بازپرداخت.

۴- ملاحظات پزشکی شخصی‌سازی شده:

* ادغام تدریجی فارماکوژنومیک در تصمیمات بازپرداخت.
* توسعه مکانیسم‌های بازپرداخت خاص برای رویکردهای پزشکی دقیق.
* پرداختن به مسائل اخلاقی و دسترسی درمان‌های شخصی‌سازی شده.

نتیجه‌گیری

این نشست در سال دوم اجرای برنامه تلاشی برای اجرایی شدن این بندها و یافتن راهای برون‌رفت از مشکلات فعلی بود. به این امید که با توجه به ظرفیت‌های دانشی و صنعتی کشور، سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، اجرای کامل تکالیف قانون توسعه هفتم، ارتقای شفافیت مالی و استفاده از تجارب بین‌المللی، مسیر پایداری برای نظام دارویی ایران رقم بخورد. این نشست فرصتی برای بازنگری نقادانه در خطاهای گذشته، بهره‌گیری از تجربه جهانی و طراحی نظام بازپرداختی عادلانه، شفاف و پایدار برای آینده‌ای سالم‌تر و کارآمدتر فراهم آورد.

تشکر و قدردانی: بدین‌وسیله از تمامی سخنرانان فرهیخته و حضار محترم در اولین نشست تخصصی سیاست‌گذاری بازپرداخت در ایران که موجبات بحث علمی پیرامون این مسئله را ایجاد کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.
تأییدیه اخلاقی: مقاله حاضر مورد تأیید مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت قرار گرفت.
تضاد منافع: نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافعی مرتبط با تحقیق حاضر ندارند.
سهم نویسندگان: هر چهار نویسنده سهم یکسانی در تهیه و تدوین مقاله سهم داشتند.
منابع مالی: مقاله حاضر مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

References

1. Aryankhesal A, Behzadifar M, Bakhtiari A, Shahabi S, Azari S, Darvishi Teli B, et al. Exploring the landscape of health technology assessment in Iran: perspectives from stakeholders on needs, demand and supply. Heal Res Policy Syst. 2024;22(1):11.
2. Doshmangir L, Bazyar M, Rashidian A, Gordeev VS. Iran health insurance system in transition: equity concerns and steps to achieve universal health coverage. Int J Equity Health. 2021;20(1):37.
3. Doshmangir L, Rashidian A, Kouhi F, Gordeev VS. Setting health care services tariffs in Iran: half a century quest for a window of opportunity. Int J Equity Health. 2020;19(1):112.
4. Fakhrzad N, Yazdi-Feyzabadi V, Fakhrzad M. Drivers of vulnerability to medicine smuggling and combat strategies: a qualitative study based on online news media analysis in Iran. BMC Health Serv Res. 2024;24(1):383.
5. Jalali FS, Jafari A, Bayati M, Bastani P, Ravangard R. Equity in healthcare financing: a case of Iran. Int J Equity Health. 2019;18(1):92.
6. Joulaei H, Zarei N, Keshtkar V, Keshavarzian A, Keshani P, Hatam N, et al. A Review of General Health Policies Announced by the Supreme Leader of Iran. Cult Heal Promot J. 2018;2(1):32–53. [Persian]
7. Behzadifar M, Ghanbari MK, Azari S, Bakhtiari A, Rahimi S, Ehsanzadeh SJ, et al. A SWOT analysis of the development of health technology assessment in Iran. Zeng Z, editor. PLoS One. 2023;18(3):e0283663.
8. Judiciary. Law of the Seventh Five-Year Development Plan of the Islamic Republic of Iran. Off Newsp Islam Repub Iran. 2024;80(23093):1-60.

[DOI: 10.66224/ihio.8.4.346]