

مقایسه نظام قیمت گذاری و بیمه دارو در ایران و کشورهای منتخب

بهرام دلگشایی^۱ / سوگند تورانی^۱ / نادر خالصی^۳ / پیام دیندوست^۴

چکیده

مقدمه: داروها یک بخش اساسی و با هزینه - اثربخشی بالایی از مراقبت‌های بهداشتی، درمانی هستند که سهم عظیمی از هزینه‌های خانوارها را به خود اختصاص می‌دهند. از سوی دیگر نظام بیمه دارویی ایران با ساختار، سیاست‌ها و مقررات گذشته کارایی و اثربخشی لازم را نخواهد داشت. هدف پژوهش حاضر مقایسه نظام قیمت گذاری و بیمه دارو در ایران و چند کشور منتخب به منظور سازماندهی وضعیت قیمت گذاری و بازپرداخت هزینه‌های دارو بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع تطبیقی - توصیفی ست. منابع اطلاعات پژوهش عبارت‌اند از نظام بیمه دارو در کشورهای استرالیا، انگلستان، آلمان و اسپانیا، فرانسه و ایران. گردآوری داده‌های پژوهش از طریق کتابخانه‌ای و میدانی، و بانک‌های اطلاعاتی، شبکه اینترنت و مرکز اطلاعات و مدارک علمی ایران، بررسی پایگاه‌های اینترنتی، پرسشنامه و مصاحبه انجام گرفت.

یافته‌ها: در اغلب کشورهای مورد مطالعه ساختار تصمیم‌گیری به صورت کمیته‌های مشترک بین وزارت بهداشت و نظام بیمه می‌باشد. وزارت بهداشت به عنوان متولی سلامت نقش بیشتری در تعیین نوع داروی مورد تعهد؛ و سازمان‌های بیمه‌گر نقش بیشتری در قیمت گذاری با استفاده از قدرت چانه زنی دارند. بیمار کمترین مشارکت در پرداخت هزینه داروهای حیاتی را دارد. بیماران مزمن و اقشار آسیب پذیر برای کلیه هزینه‌های درمان مورد شناسایی و حمایت‌های خاص قرار می‌گیرند. مقررات انتخاب دارو در لیست بیمه و قیمت گذاری آنها شفاف و روش‌های قیمت گذاری برای داروهای مختلف متفاوت است. کنترل مصرف دارو از طریق اعمال محدودیت‌ها و مشوق‌ها برای پزشکان و داروسازان و کنترل هزینه با مذاکره، تعیین قیمت بر اساس حجم فروش، کاهش اجباری قیمت، دریافت تخفیف از تأمین کنندگان، توزیع کنندگان و داروخانه‌ها است.

نتیجه گیری: نظام بیمه دارویی ایران این نقص‌ها را دارد: دوگانگی مراجع تصمیم‌گیری برای دارو، شفاف نبودن ساز و کار انتخاب دارو در لیست بیمه، تمایز قابل نشدن میان داروهای گوناگون از نظر میزان و سطح بازپرداخت هزینه‌های دارویی، روش‌های سنتی نظام قیمت گذاری دارو، حمایت ناقص از بیماران مزمن و گروه‌های آسیب پذیر، نبودن راهکارهای تشویقی تجویز منطقی دارو برای داروخانه‌ها و پزشکان. پیشنهاد می‌شود در ساختار و مقررات نظام قیمت گذاری و بیمه دارو کشور بازنگری نظام مند صورت گیرد.

کلید واژه‌ها: بیمه دارو، قیمت گذاری دارو، پرداخت از جیب، کنترل مصرف دارو

◇ وصول مقاله: ۸۷/۶/۱۲، اصلاح نهایی: ۸۷/۱۱/۱۲، پذیرش نهایی: ۸۷/۱۲/۱۸

- ۱- دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ نویسنده مسئول (bdelgoshaei@yahoo.com)
- ۲- استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
- ۳- استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
- ۴- دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

مقدمه

مفهوم اساسی بیمه درمان تسهیم ریسک و بار مسئولیت پرداخت بیماری در بین گروهی از افراد جامعه می باشد. بحث های فراوانی در مورد داروهای مشمول بیمه وجود دارد! اولاً داروهای یک بخش اساسی و با هزینه-اثربخشی بالایی از مراقبت های بهداشتی درمانی هستند [۲]، ثانیاً داروها سهم عظیمی از هزینه های خانوارها را به خود اختصاص می دهند. [۳]

نظام دارویی ایران همانند دیگر نظام های دارویی جهان مشکل هزینه بالای داروهای جدید را دارد، با تبعات ناشی از تغییر نظام دارویی از نظام ژنریک محض به ژنریک-تجاری و دولتی محض به دولتی - خصوصی مواجه است. بدیهی است در چنین شرایطی نظام بیمه دارویی ایران با ساختار، سیاست ها و مقررات گذشته کارایی و اثربخشی لازم را [۴] نخواهد داشت و از آنجا که هزینه های دارویی بخش عظیمی از هزینه های بهداشت و درمان را به خود اختصاص می دهد (۲۰-۱۵ درصد کل بودجه بهداشت و درمان کشور [۵]) و همچنین به این دلیل که خرید این محصولات معمولاً نیاز به خرج کردن پول خارجی دارد، ناکارایی در انتخاب و قیمت گذاری داروها می تواند عامل عمده ای از اتلاف هزینه های بخش بهداشت و درمان را تشکیل دهد. [۶]

پایش میزان مصرف و نیز معیارهای کنترل هزینه، اغلب جهت پیشگیری از طریق تجویز بیش از حد یا احیاناً سوء استفاده از داروها مورد نیاز می باشد.

نقش سازمان های بیمه گر به عنوان خریداران خدمت در تهیه و تنظیم مقررات کنترل مصرف دارو بر کسی پوشیده نیست. [۷]

در مورد قیمت داروهای نیز بسیاری از دولت ها در سراسر جهان به وضع مقررات به طرق مختلف می پردازند [۸] که این منجر به تضمین فراهم بودن داروهای مورد نیاز برای بیماران با قیمت های مناسب می گردد. [۱۰]

در ایران چهار سازمان بزرگ تأمین اجتماعی، خدمات درمانی، کمیته امداد امام (ره) و خدمات درمانی نیروهای مسلح عمده ترین سازمان های بیمه گر هستند که حدود ۹۰

درصد جمعیت را تحت پوشش خود دارند. سیاست ها و مقررات کلان سازمان های فوق در شورای عالی بیمه خدمات درمانی تصویب و توسط سازمان های مذکور اجرا می شود. با تاسیس وزارت رفاه و تأمین اجتماعی نظام بازپرداخت هزینه های دارو از نظر تصمیم گیری و اجرا دچار تغییرات اساسی شده است و حتی در مواردی نقش سازمان ها معلوم نیست.

از طرفی ایران در حال الحاق به سازمان تجارت جهانی (WTO) است. یکی از ابزارهای حمایت از صنعت داخلی ایران که از نگرانی های اصلی عضویت در (WTO) است نظام بیمه داروست. [۱۱]

چالش هایی مانند صرف یارانه های مستقیم و برنامه انتقال آن به سازمان های بیمه گر و بودجه محدود سازمان های بیمه گر برای بازپرداخت هزینه های دارویی، لزوم بازنگری در ساختار بیمه دارویی [۳]، سیاست ها و مقررات انتخاب داروهای مورد تعهد بیمه، قیمت گذاری و مصرف منطقی دارو را دو چندان می کند. [۵]

روش بررسی

این پژوهش از نوع تطبیقی - توصیفی است که با هدف مقایسه ساختار نظام بیمه دارو و قیمت گذاری در ایران و کشورهای منتخب انجام شد. با توجه به ماهیت آن، پژوهش حاضر فاقد جامعه پژوهش بوده، کشورهای استرالیا، انگلستان، آلمان، اسپانیا، فرانسه، ترکیه و ایران به عنوان منابع اطلاعاتی مورد استفاده قرار گرفته اند.

در این پژوهش از روش کتابخانه ای و میدانی برای گردآوری داده ها استفاده شده است. در روش کتابخانه ای پژوهشگر با مراجعه به کتابخانه های مختلف دانشگاهی و سازمان های گوناگون، بانک های اطلاعاتی، شبکه اینترنت و مرکز اطلاعات و مدارک علمی ایران، اطلاعات مورد نیاز خود را جمع آوری نموده است. در روش میدانی از ابزارهای بررسی پایگاه های اینترنتی، پرسشنامه و مصاحبه جهت گردآوری اطلاعات و پاسخگویی به سوالات پژوهش استفاده گردید. پاسخ سوالات پژوهش در مورد هر کشور برای بررسی مجدد و تأیید به محققین و

برای تصمیم‌گیری در پوشش بیمه‌ای یک دارو دارند در فرانسه، آلمان (and Efficiency in Health care (Germany)) انگلستان (Institute for Quality of Clinical Excellence)، و استرالیا (The National Institute Sub-Committee) (Economics) نیز ایجاد شده‌اند.

در ایران مراکز تصمیم‌گیری درباره انتخاب و قیمت‌گذاری برعکس کشورهای منتخب است. شورای بررسی و تدوین لیست داروهای ایران که در بدنه وزارت بهداشت تشکیل شده است با ارزیابی اطلاعات کارایی، اثربخشی و اخیراً اقتصادی مجوز ورود یا ساخت دارو را بر اساس INN صادر می‌کند که این لیست مرجع تصمیم‌گیری برای انتخاب دارو در لیست تعهدات بیمه است. وزارت بهداشت نمی‌تواند به طور مستقیم درباره انتخاب یا عدم انتخاب دارو در لیست بیمه تصمیم بگیرد. شورای عالی بیمه هم اکنون بخشی از وزارت رفاه و تأمین اجتماعی است و وزارت بهداشت یک نماینده در این شورا دارد. از طرفی قیمت‌گذاری داروها در کمیسیون قیمت‌گذاری که زیر مجموعه معاونت دارو و غذا در وزارت بهداشت است انجام می‌شود و سازمان‌های بیمه‌گر نقشی در آن ندارند. اخیراً کمیته تعهدات دارویی در شورای عالی بیمه در حال طراحی سازوکاری برای مذاکره درباره قیمت با تأمین‌کنندگان داروست اما جایگاه قانونی آن تعیین نشده است. سازمان یا کمیته مستقل و مشخصی برای بررسی‌های اقتصادی دارو پیش‌بینی نشده است (جدول ۱).

فرآیندها و مقررات ورود و انتخاب دارو در لیست بیمه

در همه کشورهای منتخب، داروهای جدید ابتدا مراحل ثبت (Registration) و دریافت مجوز ورود به بازار (Marketing authorization) را طی می‌کنند. [۱۷]

در بیشتر کشورهای منتخب به استثنای آلمان و انگلستان پس از دریافت درخواست ورود دارو به فهرست بیمه، ارزش درمانی دارو با داروهای موجود مقایسه می‌شود و چنانچه این دارو برتری قابل توجهی نسبت به داروها و دیگر روش‌های درمانی رایج داشت، شایسته ورود به لیست داروهای قابل بازپرداخت توسط بیمه می‌شود

کارشناسان دارویی و بیمه‌کشور مربوطه ارسال گردید. پاسخ‌سؤالات پژوهش با استفاده از جدول مقایسه‌ای و نتایج مختلف مطالعات در مورد موفق بودن هر گونه سیاستی در نظام قیمت‌گذاری دارو مورد تحلیل قرار گرفت.

در این پژوهش متغیرهایی نظیر ساختار نظام بیمه و قیمت‌گذاری دارو، مقررات انتخاب، ورود و حذف دارو در لیست بیمه، روش‌های قیمت‌گذاری دارو، مقدار پرداخت از جیب بیمار و مقررات کنترل مصرف و هزینه‌های دارو مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

ساختار تصمیم‌گیری برای انتخاب و قیمت‌گذاری دارو

ساختار تصمیم‌گیری، در نظام بیمه دارو در انگلستان و استرالیا که بیمه سلامت جزئی از وزارت بهداشت است، تمامی مراحل تصمیم‌گیری در نظام سلامت انجام می‌گیرد. [۱۳] در فرانسه، آلمان، اسپانیا و ترکیه که تأمین منابع مالی و به عبارتی خریداری خدمات سلامت خارج از وزارت بهداشت است، ارزیابی‌ها و تصمیم‌گیری درباره بیمه شدن و قیمت‌گذاری دارو در کمیته‌های مشترک بین ارائه‌دهندگان خدمات، بخش نظارت‌کننده به خدمات و بخش خریدار انجام می‌شود. [۱۴]

میزان مشارکت بخش‌های مختلف در کشورها در دو تصمیم اصلی انتخاب دارو و قیمت‌گذاری متفاوت است، در آلمان و انگلستان مراحل ارزیابی و انتخاب دارو در لیست منفی و در فرانسه، اسپانیا، استرالیا و ترکیه در لیست مثبت در کمیته‌های مشترکی در بدنه بخش ناظر بر خدمات یعنی وزارت بهداشت و سلامت آن کشور با مشارکت سازمان‌های بیمه‌گر و با تأیید نهایی وزیر بهداشت انجام می‌شود. [۱۵]

از طرف دیگر ارزیابی و قیمت‌گذاری در فرانسه، اسپانیا و ترکیه در کمیته‌های مشترکی با حضور نمایندگان وزارت بهداشت که بیمه‌ها نقش بیشتری در آن دارند انجام می‌شود. [۱۶]

کمیته‌های مستقل ارزیابی اقتصادی که جنبه مشاوره‌ای

جدول ۱: مقایسه ساختار تصمیم گیری در مورد لیست بیمه دارو در بیمه همگانی کشورهای منتخب

کشورها	مراجع تصمیم گیرنده در مورد لیست بیمه	سازمان های بیمه در انتخاب دارو نقش دارند
آلمان	G-BA که به وزارت بهداشت گزارش می دهد	بله
ترکیه	کمیته بازپرداخت با هماهنگی وزارت دارایی	بله
فرانسه	کمیسیون شفافیت زیر نظر وزارت بهداشت	بله
انگلستان	وزارت بهداشت	خیر (سازمان بیمه گر مستقل از وزارت بهداشت وجود ندارد)
استرالیا	کمیته مشاوران طرح خدمات دارویی وزارت بهداشت (PBAC)	خیر (سازمان بیمه گر مستقل از وزارت بهداشت وجود ندارد)
اسپانیا	مدیرکل دارو و فرآورده های سلامت در وزارت بهداشت	خیر
ایران	شورای عالی بیمه به هیأت وزیران پیشنهاد و هیأت وزیران تأیید و ابلاغ می کند	بله

نمایندگان نهادهای علمی و تخصصی، به دعوت دبیرخانه، است. در صورت حصول اجماع در دبیرخانه، درخواست به همراه مستندات آن در شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور مطرح می شود و تصمیم گرفته می شود که آیا آن دارو به فهرست سازمان های بیمه گر درمانی تابع قانون بیمه خدمات درمانی اضافه شود، آیا متخصصان ویژه ای مجاز به نسخه کردن این دارو هستند و آیا دارو باید در مراکز خاصی استفاده شود یا نه. شورای عالی بیمه خدمات درمانی لیست تأیید شده را برای اجرایی شدن به تأیید هیأت دولت رسانده سپس به چهار سازمان بیمه همگانی ابلاغ می نماید (جدول ۲). شورای عالی بیمه خدمات درمانی لیستی از داروهای رسمی ایران نیز تحت عنوان داروهای غیر قابل شمول در تعهدات بیمه ای (لیست منفی) که امکان پوشش بیمه ای ندارند را تهیه می کنند.

متأسفانه به جز فرم های درخواست ثبت، مدت زمان لازم، مقررات و شرایط بررسی درخواست ها مدون و شفاف نیست و تصمیم گیری بیشتر بر مبنای نظرات افراد به جای مدارک و شواهد علمی است.

فرآیندها و مقررات قیمت گذاری داروهای مورد تعهد بیمه
در انگلستان و آلمان قیمت گذاری دارو توسط سازندگان دارو آزادانه انجام می شود، در فرانسه، استرالیا، اسپانیا و ترکیه قیمت ها با فرآیندهای خاصی و معمولاً در کمیسیون های مشترک (بین بخشی) تعیین می شوند. [۱۹] البته در انگلستان با کنترل سود سالانه تأمین کنندگان دارو و

(لیست مثبت). در انگلستان و آلمان دارو به محض دریافت مجوز مصرف در کشور، به طور خودکار وارد لیست بیمه می شود و پس از آن ارزیابی های لازم روی دارو انجام می شود و در صورت صلاح دید، دارو از فهرست مشمول خارج و یا ادامه حضور آن در فهرست مشمول بیمه با شرایط خاص منحصر می شود (لیست منفی). سازو کار مناسب گزینش دارو برای ورود به فهرست بیمه با دقت و شفافیت کامل تعریف شده است. مراحل و مدت زمان لازم برای بررسی و نیز معیارهای بررسی با آیین نامه های اجرایی واضح و در اختیار متقاضیان ورود دارو به فهرست مشمول قرار دارند. [۱۷]

در ایران، داروها قبل از دریافت مجوز مصرف باید توسط شورای بررسی و تدوین فهرست داروهای در لیست داروهای ایران ثبت شوند. پس از ثبت در لیست داروهای ایران، تولیدکنندگان یا واردکنندگان می توانند برای دریافت مجوز مصرف در ایران از وزارت بهداشت و ثبت دارو در لیست داروهای مشمول تعهدات بیمه ای اقدام کنند. (لیست مثبت)

متقاضیان باید درخواست خود را به دبیرخانه شورای عالی بیمه خدمات درمانی ارائه کنند. درخواست ها به همراه مستندات شان در کمیته بررسی تعهدات دارویی سازمان های بیمه گر طرح می شوند. این کمیته متشکل از اعضای از سازمان های بیمه گر، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، سازمان نظام پزشکی و معاونت نظارت راهبردی ریاست جمهوری (سازمان مدیریت و برنامه ریزی سابق) و

جدول ۲: مقایسه مقررات ورود و خروج دارو به لیست بیمه همگانی کشورهای منتخب

کشورها	شرایط دارو برای ورود به لیست بیمه	شرایط خروج از لیست بیمه	مدت زمان لازم برای ورود داروهای OTC تحت پوشش دارو به لیست بیمه	بیمه همگانی قرار می‌گیرند
آلمان	همه داروها پس از دریافت مجوز فروش	غیرمؤثر بودن دارو، اثرات درمانی دارو به اثبات نرسیده	داروها به محض دریافت اجازه مصرف وارد لیست بیمه می‌شوند	اگر برای افراد بالای ۱۲ سال استفاده شوند خیر
ترکیه	عوامل بالینی: تأثیر کلی و تأثیر مقایسه‌ای، هزینه اثربخشی، اثر تحلیل بودجه، حجم فروش کل، قیمت‌های خارجی دارو	دارو در گروه OTC قرار گیرد	۳ ماه	خیر
فرانسه	منافع بالینی و نوآوری درمان، بهبود در خدمات پزشکی موجود، شدت بیماری	عکس شرایط ورود	۲ ماه	بعضی اگر توسط پزشک تجویز شوند
انگلستان	همه داروها پس از دریافت مجوز فروش	اثر درمانی خاصی ندارد یا برای بیماری مهمی نیست	داروها به محض دریافت اجازه مصرف وارد لیست بیمه می‌شوند.	خیر
استرالیا	وجود یک داروی مؤثرتر با سم کمتر، داروی جدید برای پیشگیری و درمان رضایت‌بخش نبودن دارو، سمی بودن یا یک بیماری مهم باشد، منافع اقتصادی، بیش‌تر بودن امکان سوءاستفاده از دارو اثربخشی بیشتر و سمی بودن کمتر از تا خواص درمانی آن؛ موارد مصرف دارو، داروی موجود، همه داروهای ژنریک از میان برود، در دسترس نبودن دارو، کارایی هزینه‌ای کمتر		حداکثر یک سال	خیر
اسپانیا	برتری‌های کلینیکی و هزینه‌ای و نوآوری نسبت به داروهای موجود در لیست داشته باشد	فرآورده‌های هم ارز ارزان‌تری در بازار وجود دارند، داروهای OTC	۳-۶ ماه	خیر
ایران	جزء فهرست داروهای رسمی کشور باشد، در داروهای هم‌رده‌هزینه اثربخشی مقایسه گردد، داروی انحصاری در درمان بیماری‌ها باشد جنبه درمانی داشته باشد	حذف از منابع علمی، عوارض جانبی شدید، قیمت نامتعارف در مقایسه با داروهای هم‌رده، اثر درمانی بسیار اندک، فاقد اثر نامتناسب، ورود داروهای جدید با اثر درمانی بیشتر یا عوارض کمتر	نامشخص	بله

اما در کشوری مانند استرالیا که مطالعات اقتصاد دارو را رسماً در قیمت‌گذاری دخالت می‌دهد روش فوق جاری است. [۲۰]

قیمت‌گذاری مرجع بیشتر برای داروهای خارج از پتنت که ژنریک آن‌ها تولید شده‌اند به کار می‌رود. در استرالیا کاهش ۲۰ درصد از قیمت داروی اصلی به محض ورود ژنریک اجباری است. روش قیمت‌گذاری بر مبنای هزینه روش قدیمی و در حال منسوخ شدن در کشورهای توسعه یافته است، ترکیه نیز که قبلاً از روش قیمت‌گذاری

در آلمان با اعمال تعیین سطح بازپرداخت هزینه دارو به روش قیمت‌گذاری مرجع به طور غیرمستقیم قیمت‌های فروش کنترل می‌شوند.

روش‌های قیمت‌گذاری در کشورهای مختلف برای داروهای جدید انحصاری معمولاً، پس از مقایسه با قیمت همان دارو در کشورهای دیگر و انجام مذاکرات تعیین قیمت بر اساس حجم فروش انجام می‌شود. مقایسه قیمت داروهای جدید با داروهای هم‌گروه و با در نظر گرفتن مزایای بالینی به علت پیچیدگی‌های آن کمتر انجام می‌شود



درصدی از قیمت خرید و به صورت پلکانی و وابسته به قیمت است. [۲۴]

در انگلستان سود داروخانه رقم ثابت به ازای هر مورد در هر نسخه و در آلمان ترکیبی از رقم ثابت به ازای هر مورد در هر نسخه به علاوه درصد ثابتی از قیمت خرید است. سود ناخالص در ایران به صورت افزایش جبرانی (Mark-up) تعیین می شود که هم برای عمده فروش و هم برای داروخانه درصد ثابتی از قیمت خرید بدون توجه به قیمت دارو است. البته در مواردی سود توزیع کنندگان و داروخانه ها برای داروهای گرانتر از یکصد هزار تومان کمتر از داروهای دیگر است اما جدول مشخصی وجود ندارد. در همه کشورهای مورد مطالعه سود ناخالص دارو برای تأمین کننده دارو تعیین نمی شود [۲۳] اما در ایران به علت نظام قیمت گذاری بر مبنای هزینه، افزایش جبرانی ثابتی را به صورت درصدی از قیمت تمام شده کالا بدون توجه به قیمت برای تولیدکننده و یا واردکننده تعیین می کنند (جدول ۳).

مقررات مشارکت در پرداخت توسط بیماران و بازپرداخت هزینه های دارویی

آنچه در کشورهای منتخب به چشم می آید، تمایز قائل شدن میان داروهای گوناگون از نظر اهمیت اثرات درمانی آن ها و نیز بیماری های مربوطه از نظر حاد و مزمن بودن در تعیین سطح بازپرداخت هزینه دارو است. همچنین گروه های آسیب پذیر مانند کودکان، سالمخوردگان، بازنشستگان، بیکاران به میزان متفاوتی از دیگر گروه ها مشارکت در پرداخت هزینه دارو دارند. شاخص ترین این کشورها فرانسه است که وزارت بهداشت آن با تعیین چهار سطح بازپرداخت ۱۰۰ درصد، ۷۵ درصد، ۵۰ درصد و صفر درصد برای گروه های متفاوت دارویی از نظر ارزش درمانی و حاد و مزمن بودن بیماری از نظر میزان بازپرداخت داروها را گروه بندی کرده است. در استرالیا، بیماران با شرایط خاص بیماری با دریافت کارت مخصوص از دیگر گروه ها متمایز می شوند. [۲۳]

در ایران تعدادی بیماری تحت عنوان بیماری خاص

بر مبنای هزینه استفاده می کرد از سال ۲۰۰۲ قیمت گذاری مرجع و قیمت گذاری های مقایسه ای را مبنای قرار داده است. [۲۱]

در ایران مراحل قیمت گذاری همراه با دریافت مجوز مصرف انجام می شود. تعیین قیمت فروش دارو در داروخانه برای داروهای تولید داخل که اکثریت آن ها کپی یا ژنریک هستند بر مبنای هزینه و برای داروهای وارداتی با روش مقایسه غیر نظام مند با همان دارو در کشورهای یونان، اسپانیا و ترکیه است. کمیسیون قیمت گذاری برای تولید داروهای با تکنولوژی بالا مانند بیوتکنولوژی منافع بیشتری برای تولیدکنندگان داخلی در نظر می گیرد. [۲۲]

تعیین سطح بازپرداخت توسط بیمه ها

قیمت گذاری در زمان ثبت دارو در لیست بیمه به صورت غیرمستقیم و بر اساس اعمال روش تعیین سطح بازپرداخت با قیمت گذاری مرجع داخلی (مقایسه قیمت دارو با نام ژنریک، دوز و فرم مشابه بدون در نظر گرفتن بسته بندی) تعیین می شود.

در اکثر کشورها، داروهای پیشخوانی (OTC) تحت پوشش بیمه نیستند لذا قیمت گذاری آن ها به دست رقابت در بازار واگذار شده. قیمت داروهای بیمارستانی (به جز داروهای انحصاری نوآورانه جدید) در مناقصه های خرید کلان توسط یک یا گروهی از بیمارستان ها تعیین می شود. [۱۷]

در ایران اکثر داروهای پیشخوانی تحت پوشش بیمه هستند و قیمت های آن ها توسط کمیسیون قیمت گذاری مانند دیگر داروها تعیین می شود. همه داروهای بیمارستانی قیمت گذاری می شوند لذا تفاوتی در قیمت خرید بیمارستان ها علی رغم تفاوت در حجم و یا شرایط پرداخت آنها وجود ندارد.

سود ناخالص تعیین شده برای عمده فروشی در آلمان، ترکیه و فرانسه درصدی از قیمت خرید و به صورت پلکانی وابسته به قیمت دارو است. در دیگر کشورها این میزان درصدی از قیمت خرید اما ثابت است. سود ناخالص تعیین شده برای داروخانه های ترکیه، فرانسه، استرالیا و اسپانیا



جدول ۳: مقایسه ساختار و مقررات قیمت گذاری دارو در کشورهای منتخب

کشورها	روش های قیمت گذاری داروها	مرجع قیمت گذاری	زمان تجدید نظر در قیمت دارو	مذاکره برای تخفیف بر اساس حجم فروش یا صورت می پذیرد؟	تولید کنندگان به صورت بازگشت پول یمه ها تخفیف می دهند؟	قیمت گذاری تطبیقی استفاده می شود؟	داروهای OTC قیمت گذاری می شوند؟
آلمان	آزاد برای داروهای انحصاری؛ مرجع برای داروهای ژنریک	تولیدکنندگان	هر سال یکبار	بله	بله	بله	خیر
ترکیه	ثابت به روش مقایسه ای بین المللی	وزارت بهداشت	سه ماه پس از کاهش ۵ درصد یا بیشتر در قیمت محصول اصلی	بله	بله	بله	بله
فرانسه	ثابت با روش مقایسه ای برای داروهای انحصاری	CEPS	۵ سال	بستگی به رتبه دارد ASMR	بله	بله	خیر
انگلستان	آزاد اما با کنترل سود برای داروهای انحصاری؛ قیمت گذاری ثابت برای داروهای ژنریک	تولیدکنندگان	با درخواست تولیدکنندگان و در شرایط خاص	خیر	بله	خیر	خیر
استرالیا	بر مبنای هزینه؛ مرجع بررسی هزینه اثربخشی ثابت همراه با مذاکره برای داروهای انحصاری؛ مرجع برای داروهای ژنریک	مرجع قیمت گذاری خدمات دارویی	حداقل سالی یکبار	بله	بله	بله	خیر
اسپانیا	مذاکره برای داروهای انحصاری؛ مرجع برای داروهای ژنریک	کمیسیون بین وزارتی قیمت گذاری داروها	حداکثر سالی یکبار	بله	بله	بله	خیر
ایران	مذاکره؛ مقایسه ای بین المللی غیرنظام مند	وزارت بهداشت	مشخص نیست	بله به شکل چانه زنی	مشخص نیست	بله	بله

بیشتر و مشارکت در هزینه کمتری نسبت به دیگر سازمان ها برخوردارند. [۲۲]

همچنین میزان مشارکت در هزینه دارو به گونه ای طراحی شده است که ضمن جلوگیری از ارائه داروی مجانی به بیماران سرپایی بیماران با پرداخت های سرسام آور دچار مشکلات اقتصادی نمی شوند، مثلاً در آلمان میزان فرانشیز ۱۰ درصد قیمت دارو با شرایط حداقل ۵ یورو و حداکثر ۱۰ یورو به ازای هر دارو در نسخه تعیین شده است. در انگلستان

انتخاب شده اند که تعدادی از داروهای مخصوص این بیماران علاوه بر دریافت یارانه برای کاهش قیمت از میزان مشارکت در هزینه صفر درصد برخوردارند. لیست بیماری های خاص در سازمان های بیمه گر مختلف هستند اما بیماری های مشترک آن ها شامل پیوند، تالاسمی، هموفیلی و دیالیزی می شوند. از طرفی در ایران گروهی از مردم که به علت شرایط اقتصادی ضعیف تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) قرار می گیرند از حمایت های



فقط ۶/۴ پوند به ازای هر قلم دارو دریافت می شود و در استرالیا سقف کل ۶۳۷۳ دلار استرالیایی یک سال به عنوان فرانشیز تعیین شده است. در اکثر کشورهای منتخب پرداخت از جیب برای داروهای بیمارستانی صفر است. [۲۴] در ایران میزان فرانشیز برای داروهای سرپایی (به جز داروهای خاص) ۳۰ درصد و داروهای بیمارستانی ۲۰ درصد است. البته بیمارستان های متعلق به تأمین اجتماعی از بیماران تحت پوشش خود برای داروهای بیمارستانی مبلغی دریافت نمی کنند و بیماران تحت پوشش نیروهای مسلح و کمیته امداد امام خمینی (ره) نیز ۱۰ درصد برای داروهای بیمارستانی پرداخت می کنند.

در اکثر کشورهای منتخب بیمه های خصوصی حتی المقدور میزان پرداخت از جیب بیماران را کاهش می دهند اما در ایران پوشش بیمه های خصوصی محدود و فعالیت آن ها منحصر به داروهای بیمارستانی است [۲۵] (جدول ۴). همچنین به دلیل تعرفه بالای گمرکی برای داروهای وارداتی دارای مشابه تولید داخل و اعمال روش قیمت گذاری مرجع داخلی، بیماران مجبور به پرداخت مبالغ قابل توجهی از جیب خود برای خرید داروهای وارداتی هستند.

فرایندها و مقررات کنترل مصرف و هزینه های دارو توسط سازمان های بیمه گر

راهکارهای کنترل مصرف دارو در کشورهای منتخب شامل تدوین راهنماهای ملی درمانی و سعی در اجرای آن با مشارکت انجمن های علمی تخصصی، آموزش به پزشکان برای نسخه نویسی دارو به نام ژنریک، محدودیت تعداد داروی هر نسخه، ایجاد محدودیت در نسخه کردن بعضی داروها، گذاشتن شرط دریافت مجوز برای آن ها، تعیین بودجه نسخه نویسی برای پزشکان برحسب تخصص آنها، مرتبط کردن دستمزد پزشکان با تجویز بیشتر داروهای ژنریک ارزان است. در سطح داروخانه راهکارهای انتخابی برای ارائه داروهای ارزانتر به بیماران شامل معافیت از ارائه تخفیف به بیمه ها در صورتی که داروی ژنریک بفروشند، تعیین سود بیشتر برای داروهای ژنریک و اجازه جایگزینی

داروی ژنریک به جای برند در نسخ است. [۲۶] در زمینه کاهش هزینه ها بیمه ها از ابزارهای لازم در زمان قیمت گذاری برای کاهش قیمت دارو به صورت دوره ای و دستوری، کاهش قیمت به نسبت حجم فروش دارو، دریافت تخفیف از تأمین کنندگان دارو، توزیع کنندگان و داروخانه ها بدون کاهش قیمت رسمی استفاده می کنند. پرداخت هزینه داروهای بیمارستانی بر اساس سیستم DRG موجب می شود که بیمارستان ها همیشه برای مذاکره و دریافت قیمت های ارزانتر مشتاق باشند. همچنین تنوع در تأمین داروهای پیشخوانی، عدم قیمت گذاری و پوشش بیمه ای، زمینه رقابت در کاهش قیمت داروهای پیشخوانی را الزامی کرده است. [۲۷]

در ایران، تدوین راهنمای ملی درمانی در دست اقدام است، آموزش های پراکنده ای برای تجویز منطقی دارو انجام می شود. در حالی که عمده نسخ گران معمولاً توسط پزشکانی نسخه می شود که با بیمه قرارداد ندارند و سازمان های بیمه گر قدرت نظارت و کنترل نسخ آن ها را به طور مستقیم ندارند. بیمه ها سعی می کنند نسخ پزشکان را کنترل و گاهی بازخوردهای لازم را به آن ها بدهند. در سطح داروخانه، درصد سود داروخانه ها از فروش داروهای تولید داخل که معمولاً ارزانتر از نوع وارداتی هستند بیشتر است اما مقدار سود داروخانه از فروش داروی وارداتی گران بیشتر است. از طرفی فروش داروی ژنریک وارداتی درصد سود بیشتری نسبت به داروی وارداتی برند ندارد. داروخانه می تواند در صورت موافقت بیمار داروی ژنریک ارزانتر را جایگزین داروی برند نسخه شده نماید.

با توجه به اینکه بیمه ها نقش مهمی در مراحل قیمت گذاری ندارند، نمی توانند با تأمین کنندگان دارو مذاکره نموده، قیمت دارو را به نسبت حجم فروش و یا تخفیف های مورد نظر خود دریافت کنند. با توجه به اینکه نظام پرداخت (Disease Related Group) DRG در ایران عمومیت نیافته و قیمت های داروها از قبل تعیین شده و ثابت است. انگیزه ای برای چانه زنی و دریافت قیمت های ارزانتر برای بیمارستان ها وجود ندارد. همچنین در مورد داروهای



جدول ۴: مقایسه پرداخت از جیب بیماران برای داروهای منتخب

کشورها	میزان فرانشیز پرداختی بیماران برای دارو	مکانیسم پرداخت آن	تفاوت فرانشیز برای بیماران مختلف	تفاوت فرانشیز برای داروهای مختلف	نحوه حمایت دولت از اقبال کم درآمد
آلمان	۱۰ درصد قیمت دارو که حداقل ۵ یورو و حداکثر ۱۰ یورو باشد	به ازای هر بسته دارو	بیماران مزمن حداکثر ۱ درصد و افراد عادی تا ۲ درصد درآمد سالانه، افراد زیر ۱۸ سال، فقرا و بیکاران ۰ درصد	هزینه داروی صرفاً بیمارستانی بر اساس سیستم DRG پرداخت می شود	برخورداری از بیمه خصوصی بدون پرداخت حق بیمه، معاف از پرداخت سهم بیمار در هزینه های دارویی
ترکیه	سرپایی ۲۰ درصد، اعضاء E-S و بازنشستگان ۱۰ درصد	درصدی از قیمت دارو تا سقف مورد تأیید	بیماران خاص و قلبی ۰ درصد، بازنشستگان ۱۰ درصد، فقرا ۵ درصد	داروی صرفاً بیمارستانی متفاوت است	دارای کارت سبز با فرانشیز ۵ درصد
فرانسه	۶۵ درصد و ۳۵ درصد و ۰ درصد	درصدی از قیمت دارو + حق فنی	بیماران خاص و از کار افتاده ۰ درصد	داروی بیماری های خطرناک و مزمن و فقط بیمارستانی ۰ درصد، بیماری های جدی ۳۵ درصد، بیماری های حاد ۶۵ درصد، OTC ۱۰ درصد	حمایت توسط صندوق های محلی
انگلستان	فقط ۶/۴۰ پوند هزینه نسخه پیچی به ازای هر قلم دارو	مقدار ثابت برای هر مورد	تفاوتی ندارد	داروی صرفاً بیمارستانی ۰ درصد	فرانشیز ۰ درصد
استرالیا	۶۳۱/۳۰ دلار استرالیا در طی یک سال، مازاد بر این برای هر قلم دارو ۳/۳۰ دلار کانادا	تا سقف معین برای هر مورد	بیماران مزمن دارای کارت های مخصوص هستند و کمتر پرداخت می کنند	تفاوتی ندارد	دریافت مبلغ فوق العاده ویژه دارویی، کارت ویژه سنترالینک برای تخفیف در هزینه ها
اسپانیا	عموم ۴۰ درصد، کارکنان دولت و بازنشستگان ۳۰ درصد	درصد ثابت قیمت هر نسخه	بیماران مزمن ۱۰ درصد قیمت دارو تا سقف ۲/۶۴ یورو، بالای ۶۵ سال، بازنشستگان، معلولان، قربانیان حوادث کار و بیماران بستری ۰ درصد	تفاوتی ندارد	دریافت داروی رایگان
ایران	سرپایی ۳۰ درصد، بستری بیمه شدگان نیروهای مسلح و کمیته امداد ۱۰ درصد، بستری خدمات درمانی و تأمین اجتماعی ۲۰ درصد + حق فنی نسخه	درصدی از قیمت + حق فنی نسخه	۳۱ قلم داروی بیماران خاص اعضاء تحت پوشش کمیته امداد در بستری ۰ درصد و در سرپایی ۱۰ درصد فرانشیز	داروی صرفاً بیمارستانی - ۲۰ درصد در بیمه های مختلف متفاوت است	تقبل هزینه بیماران در مراکز طرف قرارداد کمیته امداد، پرداخت وام درمانی در وجه مراکز درمانی

که بیشتر به نفع داروخانه دار است. ممانعت از ورود داروهای جدید به فهرست شمول سازمان های بیمه گر، اصلی ترین راهکار نظام بیمه داروی ایران برای جلوگیری از رشد هزینه های دارویی بوده است.

پیشخوانی، علی رغم تنوع بالای تأمین کنندگان که موجبات رقابت را فراهم می کند به علت تعیین و تثبیت قیمت، تأمین کنندگان به جای رقابت در کاهش قیمت که به نفع بیماران خواهد بود در ارائه شرایط پرداخت رقابت می کنند



جدول ۵: مقایسه راهکارهای تجویز منطقی دارو در کشورهای منتخب

کشورها	راهکارهای تشویقی تجویز منطقی دارو برای پزشکان	راهکارهای محدودکننده تجویز نیمه منطقی دارو توسط پزشکان	راهکارهای تشویقی تجویز منطقی دارو برای داروخانه‌ها
آلمان	از طریق مذاکره انجمن پزشکان و صندوق‌های بیمه تعیین می‌شود	الزام توضیح پزشک به بیمار بابت نسخه کردن داروهای گران تر از RP، محدودیت بودجه نسخ	داروخانه با ارائه ژنریک به بیمار می‌تواند از پرداخت تخفیف به بیمه‌ها معاف شود
ترکیه	مشوق مستقیم وجود ندارد، معمولاً همه پزشکان داروها را با نام برند تجویز می‌کنند	محدودیت تعداد داروی هر نسخه توسط صندوق‌های بیماری	داروی ژنریک سود بیشتری برای داروخانه دارد
فرانسه	داروها، تجویز بیشتر داروی ژنریک منجر به افزایش تعرفه پزشک تا ۲۰ یورو می‌گردد	محدودیت تعداد داروی هر نسخه، اخذ مجوز از جهت نسخه کردن داروهای لیست منافع محدود	سود داروی ژنریک و برند برابر است
انگلستان	پاداش برای استفاده بهینه از بودجه، آموزش پزشک جهت نسخه کردن دارو با نام ژنریک	تعیین بودجه نسخه‌نویسی پزشکان بر حسب نوع تخصص	سود داروی ژنریک بیشتر است.
استرالیا	تبلیغ مصرف صحیح دارو	تعیین بودجه نسخه‌نویسی برای پزشکان عمومی	داروخانه مجاز به جایگزینی ژنریک در نسخه بیمار است
اسپانیا	نسخه‌نویسی با نام بین‌المللی INN تشویق می‌شود	وجود ندارد	داروخانه مجاز به جایگزینی ژنریک در نسخه بیمار است
ایران	راهکار رسمی وجود ندارد پزشکان جهت راحتی بیمار در استفاده از بیمه داروی ارزان و ژنریک را نسخه می‌کنند	نیاز به تأییدیه نسخ برای داروهای گرانتر از سقف تعیین شده	داروخانه در صورت تأیید بیمار مجاز به جایگزین ژنریک در نسخه بیمار است

ندارند، فاصله لیست داروهای دارای مجوز مصرف روز به روز، با لیست داروهای تحت پوشش بیمه و در نتیجه پرداخت از جیب برای داروهای جدید، در حال بیشتر شدن است.

داروهای موجود در لیست بیمه، در موارد بسیاری اهمیت و اولویت بالایی ندارند (مانند داروهای پیشخوانی) در حالی که داروهای مهم از نظر درمانی اما گران قیمت خارج از لیست هستند.

از آنجا که سازمان‌های بیمه‌گر نقشی در قیمت گذاری و به روز کردن قیمت داروها ندارند از قدرت مذاکره آن‌ها استفاده نمی‌شود. این امر ریسک خرید دارو با قیمت بالاتر از قیمت‌های منطقی را بالا می‌برد.

نظام دارویی و بیمه در حال گذار از دولتی محض به خصوصی-دولتی و نظام دارویی در حال گذار از ژنریک محض به ژنریک-تجاری است. در این شرایط ثبات، شفاف سازی و سرعت در تصمیم‌گیری اولین قربانیان هستند.

وضع مقررات برای تعیین محل مصرف دارو و پزشک تجویزکننده و نیز مشخص کردن سقف برای هزینه‌های دارویی قابل پذیرش، محدود کردن تعداد نسخ قابل پذیرش از پزشکان طرف قرارداد- به ویژه پزشکان عمومی- و تذکر شفاهی و کتبی به داروخانه‌ها درباره رشد هزینه‌های دارویی و تنبیه داروخانه از طریق تعلیق یا لغو قرارداد را هم می‌توان از تلاش‌های سازمان‌های بیمه‌گر ایران برای مهار هزینه‌های دارویی دانست (جدول ۵).

بحث و نتیجه‌گیری

ساختار کنونی تصمیم‌گیری برای انتخاب و قیمت گذاری دارو در ایران متفاوت از کشورهای توسعه یافته است و با چنین ساختاری نمی‌توان انتخاب بهینه و به موقع داروها و قیمت آن‌ها را داشت. از آنجایی که وزارت بهداشت به عنوان متولی سلامت نقش مؤثری در انتخاب داروها ندارد و از طرف دیگر سازمان‌های بیمه‌گر به علت بهره‌وری پایین از توابع مالی موجود امکان تأمین هزینه داروهای جدید را

References

1. Vicenzo A. [No Title]. Health Policy 2000; 50: 197-218.
2. Dietrich ES, et al. [No Title]. Journal of Pharmaceutical Finance, Economics and Policy 2003; 12(3): 205-34.
3. Freemantle N. [No Title]. Health Policy 1999; 46; 255-65.
4. Salmivaara A. [No Title]. Health Policy 2003; 66; 1-10.
5. Office of monitoring on medicine and drug. [Pharmaceutical statistics]. Tehran: Kimidarou; 2006. [Persian]
6. Kazemi Z. [Survey effect of exchange rate unification on the medicine marketing Iran, 2004] [M.Sc. Thesis]. Tehran: Iran University of Medical Sciences, School of Management and Medical Information Science; 2005. [Persian]
7. Cheraghali M. Essential Drug Monitor. Geneva: WHO; 2003.
8. Le Grand A. [No Title]. Health Policy and Planning 1999; 14(2): 89-102.
9. Lundberg L, et al. [No Title]. Health Policy 1999; 44: 123-34.
10. Noyce R. [No Title]. Health Policy 2000; 52: 124-45.
11. WHO. Pharmaceuticals in the Trade Related Aspects of the Intellectual. Geneva: WHO; 2000.
12. Healthcare Management Committee. [Comparison study of structure of health care system in Iran with selected countries]. Tehran: Healthcare Management Committee; 2006 [Persian]
13. An Urch Publishing Report: Pharmaceutical Pricing & Reimbursement Systems Country Insight. United Kingdom; 3 February 2005.
14. Monique FM. Public Health: LSE Health and Social Care, London school of Economics and Political Science, London, UK: Comparative Approaches to Pharmaceutical price Regulation in the European UNION; 2002.

مقررات قیمت گذاری در ایران از روش قدیمی قیمت گذاری بر مبنای هزینه پیروی می کند. رعایت نکردن قوانین پنتت در ایران باعث شده اکثر داروهای جدید کپی برداری و قبل از ورود داروی اصلی وارد بازار شوند. این امر مقررات قیمت گذاری را پیچیده می کند.

بیش از ۵۰ درصد تأمین کنندگان دارویی متعلق به سازمان های بیمه گر هستند. این امر باعث می شود سازمان های بیمه گر در انتخاب داروهای مورد تعهد خود ملاحظاتی را در نظر بگیرند شاید به همین دلیل است که اکثر داروهای پیشخوانی را برخلاف دیگر کشورها پوشش می دهند. از طرف دیگر اکثر بیمارستان های ایران متعلق به وزارت بهداشت یا تأمین اجتماعی هستند که این امر واگذاری قیمت خرید به توافق بین فروشنده و خریدار تا زمانی که انتقال مدیریت یا مالکیت داروخانه های بیمارستانی به بخش خصوصی واگذار نشده است را دچار چالش می کند.

در حالی که سازمان های بیمه گر می توانند نقش مؤثری در منطقی و کم هزینه کردن نسخ دارویی داشته باشند، قرارداد نداشتن اکثر متخصصین پزشکی با بیمه ها که اتفاقاً داروهای گران قیمت نسخه می کنند، نقش نظارت گری آن ها را تضعیف کرده است.

تغییرات موضعی در ساختار، فرآیندها و مقررات قیمت گذاری با الگو برداری از نظام های سلامت توسعه یافته نتایج مثبت کوتاه مدتی را در بر خواهد داشت اما از آنجا که نظام بیمه دارو جزئی از نظام بیمه سلامت و نظام بیمه سلامت نیز جزء تفکیک ناپذیری از نظام سلامت کشور است، بهبود عملکرد در این زمینه برای دستیابی به اهداف اصلی ارتقاء سطح سلامت جامعه، محافظت شهروندان در مقابل مخاطرات مالی ناشی از هزینه های سلامت، ارتقاء رضایت مندی مشتریان نظام سلامت با رعایت کارایی و عدالت در نظام سلامت نیازمند بازنگری و تغییرات کلی در ساختار و فرآیندهای نظام سلامت و بیمه ایران است.

27. Lexchin J. MD, The effects of prescription drug user fees on drug and health services use and health status: a review of the evidence. joel.lexchin@utoronto.ca; 1999.
15. Elias Mossialos, Monique Mrazek, Tom Walley, regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality; 2004.
16. Pharmaceutical Benefits Scheme: the be all and end all? 2002. Available from: URL: <http://www.nps.org.au>
17. Office of Fair Trading: International survey of pharmaceutical pricing and reimbursement schemes, February 2007.
18. Gesetzliche Krankenversicherung, finance and organization of health services in Germany, 1999.
19. Panos Kanavos, Ismail Ustel, Joan Costa-Font. London School of Economics: Healthcare / Pharmaceutical Spending and Pharmaceutical Reimbursement Policy in Turkey; 2005.
20. URCH Publishing report: Pharmaceutical Pricing & Reimbursement Systems France, 23 May 2005.
21. Ilona Putz, Regional Manager, International Business Management, Hexal Ag, And Expert Opinion: Respond Of Turkey Questionnaire, 2007.
22. Hashemi A, [Pharmaceutical Pricing in Iran, Persian], Expert Of Social Insurance Organization, 2008.
23. Panos Kanavos, Lse Health and Social Care: Overview of Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Regulation in Europe, 2001.
24. Kim Sweeny Pharmaceutical Industry Project Working Paper Series: Australian Pharmaceutical Pricing in A Global Context Trends And Issues 2004.
25. Regional Committee For Europe Fifty-Fourth Session Copenhagen: Implementation of the Regional Office's Country Strategy 6-9 September 2004.
26. Department Of Commerce International Trade Administration Washington, DC: Pharmaceutical Price Controls in OECD Countries Implications for U.S. Consumers, Pricing, Research and Development, and Innovation U.S. December 2004.

Pricing and Reimbursement of Pharmaceuticals in Iran and Selected Countries: A Comparative Study

Delgoshaei B.¹ / Tourani S.² / Khalesi N.³ / Dindust P.⁴

Abstract

Introduction: Pharmaceuticals comprise a large portion of health care expenditures, including insurance organizations expenditures. Accumulated evidence suggests that the inefficiencies of Iran's health insurance structure have led to soaring out-of-pocket payments by the beneficiaries of health insurance organizations. This study was conducted to compare pricing and reimbursement of pharmaceuticals in Iran and a number of selected countries.

Methods: This is a comparative-descriptive study: the pricing and reimbursement of pharmaceuticals in Iran, Australia, Germany, Spain, Turkey, UK and France were analyzed and compared. The information sources are a combination of bibliographic and in-field search for details, Custom-built Questionnaires, Online structured search on the internet and several databanks, such as Iranian Center for Scientific Information and Documents, were explored.

Results: In the majority of studied developed countries, the key decision-making body ruling the domain of pharmaceuticals is a joint committee, Ministries of health, acting as the national stewards of health, have a prominent role in selection of covered pharmaceuticals, and the insurance organizations, apply their negotiating capacity to set prices. Patients' co-payments for vital prescription-only pharmaceutical are usually tolerable and minimal in the studied industrialized nations. Special provisions and schemes ensure the availability and affordability of necessary pharmaceuticals for chronic patients and/or vulnerable groups. Regulations governing the selection and pricing of pharmaceuticals are reliable and transparent. Containment of pharmaceutical consumption is done through providing prescribers and pharmacists with various limitations and incentives. Cost containment is exerted by price and volume negotiation, compulsory price reduction, and coercing rebates and discounts on suppliers, distributors and retailers.

Conclusion: Undefined and unreliable mechanisms of selecting drugs for coverage, a singular level of reimbursement for all covered drugs, relying on traditional price setting methods and a disregard for insurers' huge capacity for actively negotiating prices with suppliers, fixed profit margins for different drugs with different unit costs, providing insufficient support for the vulnerable classes [e.g. the retired] and indigent groups, and lack of motivation for rational prescribing and/or encouragement of dispensing low-price alternatives at the pharmacy level are all among the facets of the malfunctioning Iranian system which demonstrate the need for an overhaul of the country's pricing and reimbursement approach in regard to covered pharmaceuticals.

Keywords: *Pharmaceutical re-imburement; pricing; out-of-pocket expenditures; cost containment*

1- Associated Professor, School of Management and Medical Information Science, Iran University of Medical Sciences

2- Assistant Professor, School of Management and Medical Information Science, Iran University of Medical Sciences

3- Assistant Professor, School of Management and Medical Information Science, Iran University of Medical Sciences

4- M.Sc. Student, School of Management and Medical Information Science, Iran University of Medical Sciences