پرونده امروز

دارو در محاق

مائده جعفری: این روزها دچار شدن به بیماری علاوه بر چالش سلامتی به یک شوک مالی و ویرانگر برای خانواده‌های ایرانی تبدیل شده است. تقاضا برای دارو و خدمات درمانی نوعی تقاضای بی‌کشش است؛ این به آن معنی است که بیمار برای حفظ جان خود ناچار به تامین دارو و پرداخت هزینه‌های خدمات درمانی است. افزایش سرسام‌آور هزینه‌ها، اقشار آسیب‌پذیر جامعه ایران را به سمت رها کردن درمان یا پناه بردن به بازار سیاه سوق داده است. این بحران علاوه بر تاثیرگذاری بر دسترسی بیماران به خدمات درمانی، صنعت دارو را زیر بار سیاستگذاری‌های نامتوازن فرسوده کرده است. تولیدکنندگان دارو امروز با موانع سنگینی همچون چندنرخی بودن ارز، جهش هزینه‌های نهاده‌های تولید و الزام به ارتقای استانداردهای پیچیده کیفی مواجهند. نهادهای دولتی با رویکردهای دستوری، توان تولیدکننده را تضعیف کرده‌اند. چرخه معیوب اقتصاد سلامت باعث شده تا انباشت بدهی بیمه‌ها و تاخیر‌های طولانی در تسویه مطالبات، شرکت‌های دارویی را در گرداب بحران نقدینگی و استقراض‌های پرهزینه بانکی گرفتار کند. این نگاه مقطعی و تثبیت دستوری قیمت‌ها، دیر یا زود به توقف تولید و کمیاب شدن اقلام دارویی منجر خواهد شد. راهکار پایدار برای خروج از این بن‌بست واقعی‌سازی بودجه سلامت و انتقال بار حمایت مالی از دوش تولیدکننده به شبکه‌های بیمه‌ای کارآمد است تا ضمن تضمین استمرار تولید، از بیماران در برابر هزینه‌های کمرشکن درمان محافظت شود. در پرونده امروز باشگاه اقتصاددانان به کالبدشکافی ریشه‌های بحران در اقتصاد دارو و سلامت می‌پردازیم.

بیماری به‌مثابه شوک مالی



مریم پناهی
کارشناس اقتصادی

امروزه بیماری به جای اینکه یک مشکل زیستی باشد بیشتر جنبه شوک مالی به خود گرفته است. گرانی دارو و تجهیزات درمانی و خدمات پزشکی به قدری شتاب گرفته است که بسیاری از خانوارهای کم‌درآمد توانایی پرداخت هزینه این خدمات را ندارند و رسیدگی به مواردی مثل سلامت دهان و دندان را از چرخه هزینه خانوار خود حذف کرده‌اند. هرچه سهم پرداخت مستقیم بیمار در تامین مالی نظام سلامت بیشتر باشد، خطر فقیر شدن خانوار به علت بیماری بالاتر می‌رود و این همان چیزی است که هزینه‌های کمرشکن درمان نامیده می‌شود. برای خانوارهایی که توان مالی کافی ندارند یک بیماری ساده هم می‌تواند تعادل کل زندگی را بر هم بزند. امروزه بیماری یک عضو خانواده، زندگی سایر اعضا را با چالش روبه‌رو می‌کند و کل خانواده را به زیر خط فقر سوق می‌دهد.

از طرفی بیماری از جنسی نیست که بتوان درمان آن را به تعویق انداخت یا لغو کرد و عملا زمان‌بندی و برنامه‌ریزی برای آن بی‌معناست. کسی که انسولین یا داروی قلب یا شیمی‌درمانی لازم دارد، در صورت صرف‌نظر از درمان یا به تاخیر انداختن آن، هزینه سنگین‌تری به بهای جان خود خواهد پرداخت. این مفهوم در اقتصاد تقاضای بی‌کشش نام دارد و مردم در هر صورت حتی با حذف هزینه‌های دیگر، خود را مجبور به خرید دارو و خدمات درمانی می‌کنند. با این حال عواقبی که گرانی دارو و سایر خدمات در حوزه درمان دارد غیرقابل چشم‌پوشی است و در صورت عدم پیگیری و حل مشکلات این حوزه، در آینده‌ای نه چندان دور تامین دارو یا خرید آن به مشکلی سراسری در کشور تبدیل خواهد شد.

فشار این افزایش هزینه‌های درمان به‌طور یکسان همه اقشار را تحت‌تاثیر قرار نمی‌دهد. بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مثل سرطان، دیابت یا برخی بیماری‌های قلبی که به‌صورت مداوم به دارو و خدمات درمانی نیاز دارند، خانوارهای دهک‌های پایین، اقشار کم‌درآمد و ساکنان مناطق محروم و کم‌برخوردار بیش از سایر گروه‌ها از این شرایط آسیب غیرقابل جبران می‌بینند. برای این گروه از افراد درمان ممکن است کالایی لوکس به شمار برود و میان خرید نان برای بقا و دارو برای بیماری، خرید نان را انتخاب کنند؛ درحالی که آگاه هستند این انتخاب‌ها تاثیرات غیرقابل جبرانی بر بیماری‌شان می‌گذارد.

عوامل گرانی دارو

این روند افزایش قیمت فقط به داروهای وارداتی محدود نیست و محصولاتی که حتی مهر ساخت ایران دارند هم از آن جان سالم به در نبرده‌اند. به علت واردات مواد اولیه، قیمت این دسته از داروها نیز با روندی صعودی در حال افزایش است. در بعد دیگر می‌توان اثرات کاهش ارز ترجیحی برای پیش‌سازهای دارویی را بررسی کرد. طبق آخرین اخبار منتشرشده ۵۰۰میلیون دلار از ارز حوزه دارو حذف شده و رقم آن به ۳میلیارد دلار کاهش پیدا کرده است. این به معنی حذف کامل ارز ترجیحی حوزه دارو نیست؛ اما به خودی خود سهم پررنگی در این افزایش قیمت‌ها دارد و مشکلاتی در تامین دارو ایجاد کرده است. هر جهش در نرخ ارز تاثیر مستقیمی بر داروها و مواد اولیه آنها می‌گذارد و دسترسی به آنها را برای اقشار کم‌درآمد به معضلی مهم تبدیل می‌کند. علاوه بر بیماران، بخش بسیار زیادی از اقلام مصرفی در بیمارستان‌ها نیز به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم به قیمت ارز وابسته‌اند.

تحریم‌ها نیز بر این وضعیت اثر دوچندان گذاشته‌اند. هرچند دارو و کالاهای بشردوستانه رسما از تحریم مستثنی هستند، مشکلات مبادلات بانکی، گرانی حمل‌ونقل و بیمه و دیرکرد در تامین مالی عملا واردات را گران کرده است و به همین دلیل برخی داروهای خاص و تجهیزات جدید دیرتر به کشور می‌رسند و با قیمت بالاتری به دست بیمار می‌رسند.

بیمه‌ها باید در پرداخت هزینه‌های درمان نقشی پررنگ ایفا کنند؛ درحالی که امروزه اکثر خدمات درمانی از پوشش بیمه خارج شده و سهم قابل‌توجهی را بیماران می‌پردازند. خود سازمان‌های بیمه‌گر با کسری منابع روبه‌رو هستند و بیمه‌ها به جای نقش حمایتی، بیشتر به یک عنوان تبدیل شده‌اند.

برخی سازوکارهای غیراخلاقی نیز فشار را بر خانوار و بیماران بیش از پیش منتقل می‌کنند. برای مثال خدمات یا اقلام دارویی و مراقبتی‌ای که با وضعیت مالی بیمار سنجیده نشده‌اند و ضرورتی ندارند توسط پزشک یا داروخانه تجویز می‌شوند و بیماران به علت نابرابری اطلاعاتی و نداشتن تخصص ناچار به خرید آنها می‌شوند.

از رها کردن درمان تا بازار سیاه

علاوه بر فشار مالی، این رویه باعث تغییرات خودسرانه در مصرف دارو نیز شده است. بیماران داروی خود را دیرتر می‌خرند و کاهش دُز و نیمه‌کاره رها کردن درمان از تبعات این قیمت‌های سرسام‌آور است که امروزه بیشتر دیده می‌شود. بیماری که درمان را رها می‌کند بعدها با وضعیتی وخیم‌تر و هزینه‌ای چندبرابر به بیمارستان بازمی‌گردد و این هزینه را در نهایت کل نظام سلامت می‌پردازد. همچنین کج‌رفتاری‌هایی مانند ذخیره‌سازی دارو در منزل بیشتر شده و افراد از ترس گران شدن لحظه‌ای یا عدم دسترسی به داروهای ضروری، مقادیری بیش از مصرف عادی خود خریداری می‌کنند تا برای ماه‌های آینده ذخیره داشته باشند. در صورت ادامه این روند و عدم کنترل قیمت‌ها، تقاضا برای دارو از بازارهای غیررسمی و بازار سیاه نیز گسترش خواهد یافت که این به نوبه خود مشکلات بزرگ‌تری همچون افزایش توزیع داروهای تقلبی به‌وجود می‌آورد و تهدیدی غیرقابل جبران برای حوزه درمان به شمار می‌رود.

برای خروج از این وضعیت بهترین اقدام حمایت از خود بیماران است. در صورت مهار دستوری قیمت‌ها دیر یا زود با کمبود دارو در کشور مواجه خواهیم شد. زمانی که قیمت مصوب از هزینه واقعی تولید عقب بماند، تولیدکننده زیان می‌کند و تولید دارو کم می‌شود. اما اگر قیمت واقعی و غیردستوری باشد و بخش عمده آن را بیمه بر عهده بگیرد، سهم بیمار از پرداخت کمتر می‌شود و تولیدکنندگان نیز انگیزه کافی برای تامین و تولید خواهند داشت. برای بهبود سازوکار بیمه، اولین اقدام شناسایی افراد نیازمند و در گام دوم تسویه بدهی‌های بیمه با داروخانه‌ها و دولت با بیمه‌هاست که باید با برنامه‌ریزی درست آغاز شود تا در گام‌های بعدی بتوان اقدامات موثرتری در این حوزه انجام داد.

در نهایت معیار موفقیت سیاستگذاری در حوزه سلامت باید میزان پرداخت از جیب بیمار و دسترسی واقعی او به درمان باشد، نه صرفا تعداد بیمارستان‌ها یا حجم بودجه. تا زمانی که خانوار در مواجهه با بیماری محافظت نشود، هیچ آماری از توسعه خدمات درمانی نمی‌تواند وضعیت واقعی را نشان دهد.

چالش همیشگی



دکتر محمد عبده‌زاده
رئیس کمیسیون اقتصاد سلامت اتاق بازرگانی تهران

برای اینکه تفاوت صنایع داروسازی با بقیه صنایع در حوزه بهای تمام‌شده را بررسی کنیم، لازم است چند موضوع کلی را در نظر داشته باشیم:

۱. شرایط تولید دارو، GMP، نیروی تخصصی و فوق تخصصی؛

۲. بودجه سازمان‌های بیمه‌گر، لایحه بودجه سنواتی، کسری بودجه مراکز درمانی؛

۳. دوره گردش عملیات در صنایع داروسازی؛

۴. هزینه‌های حقوق و دستمزد و سربار و حمل‌ونقل؛

۵. چندنرخی بودن ارز؛

۶. چالش تامین نقدینگی؛

۷. ساختار کمیسیون قیمت‌گذاری و شیوه تصمیم‌گیری.

ابتدا شرایط تولید گروه‌های مختلف دارویی از جمله داروهای خوراکی، پرخطر، پیوند تزریقی، بیوتک، واکسن و... را بررسی می‌کنیم.

به روزرسانی شرایط تولید منطبق بر دستورالعمل‌های بین‌المللی، کنترل‌های پس از تولید، فارماکوویژیلانس مطالعات بالینی، بیواکی والانسی و... هزینه‌های سنگینی برای شرکت تولیدی ایجاد می‌کند که با شیوه‌های قیمت‌گذاری گذشته‌نگر و Cost Plus نه تنها انطباق نداشته است، بلکه این شیوه قیمت‌گذاری و نگرش بر بهای تمام‌شده است باعث شده که توان کارخانه‌های داروسازی در به‌روزرسانی زیرساخت‌ها کاهش چشم‌گیری یابد. از طرفی شرکت‌های داروسازی ملزم به رعایت استانداردهای تولید دارو هستند و در مقابل افزایش هزینه‌های تولید در هیچ‌جای مدل قیمت‌گذاری دیده نمی‌شود.

در کنار این موضوع به‌دلیل ماهیت تولید دارو، کارخانه‌های داروسازی حامل اشتغال نیروهای متخصص از رشته‌های مختلف داروسازی، شیمی، مهندسی و... است، از یک طرف توسعه بدون نیروی متخصص امکان‌پذیر نیست و از طرف دیگر شرکت‌ها باید به اندازه‌ای سودآور باشند که بتوانند محل جذب نیروی تخصصی همراه با توسعه فردی و سازمانی باشند.

متاسفانه نگاه به صنایع داروسازی به سمتی است که این حوزه از صنایع شبیه بنگاه‌های خیریه دیده می‌شوند و در اغلب موارد بار ناکارآمدی سایر حوزه‌ها متوجه صنایع داروسازی می‌شود.

طی سال‌های گذشته به‌صورت متناوب بودجه حوزه سلامت در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی متناسب با تعهدات دولت نبوده و هر سال بار بدهی سازمان‌های بیمه‌گر به مراکز درمانی بیشتر شده و به‌دلیل تورم افسارگسیخته، افزایش هزینه‌ها و تغییرات قیمت‌ها، عملا بودجه سازمان‌های بیمه‌گر کفاف تعهداتشان را نمی‌دهد. در نتیجه این موضوع عمق بدهی سازمان‌های بیمه‌گر به حدود یک‌سال رسیده است و مراکز درمانی توان ارائه خدمات باکیفیت را مثل گذشته ندارند، تجهیزات بیمارستانی مستهلک، مطالبات کادر درمان معوق و نارضایتی‌ها به حدی شده که خود نمایندگان مجلس هم از این وضعیت ناراضی هستند.

در مواردی که مطالبات مراکز درمانی توسط سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت می‌شود به‌دلیل ناترازی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی عملا پرداخت بدهی به مراکز دارو و تجهیزات پزشکی در ردیف آخر تعهدات قرار می‌گیرد. به عبارتی شرکت‌های داروسازی ملزم به تامین دارو تجهیزات مراکز هستند؛ ولی در مقابل نه تنها تعهدی وجود ندارد، بلکه مطالبه‌گر هم هستند.

تناسب نداشتن بودجه و تعهدات باعث شده است که دوره گردش عملیات در صنایع داروسازی به حدود یک‌سال برسد؛ ولی هزینه‌های سنگین بالای ۴۰ درصد تامین نقدینگی از طریق تسهیلات بانکی، حاشیه سود شرکت را ببلعد؛ به‌طوری که کار شبانه‌روزی شرکت‌های تولیدی عملا صرف پرداخت هزینه تسهیلات بانکی می‌شود.

هزینه حقوق و دستمزد در صنایع داروسازی به‌دلیل ماهیت کار تولید دارو به علاوه وجود نیروهای تخصصی عملا متفاوت و بسیار بیشتر از سایر صنایع بوده و سهم تعیین‌کننده‌ای در بهای تمام‌شده ایجاد می‌کند. به‌خصوص در شرکت‌های کوچک و دانش‌بنیان این سهم بیشتر و قابل ملاحظه است.

چندنرخی بودن نرخ و افزایش مکرر نرخ ارز و تاخیر فراوان برگشت مطالبات شرکت‌های دارویی و کارخانه‌های مرکز درمان، شرکت‌های توزیع، بحرانی را در زنجیره تامین دارو و تجهیزات پدید آورده است به نام چالش نقدینگی که در سال‌های قبل این موضوع به این شدت وجود نداشت؛ ولی این موضوع که ریشه در کسری بودجه دولت از یک طرف و افزایش نرخ ارز در طرف دیگر دارد موضوع بسیار مهمی است که اگر چاره‌ای برای آن اندیشیده نشود در کنار وضعیت دشوار و متغیر حمل‌ونقل با هزینه‌های سرسام‌آور می‌تواند توقف و مشکلات جدی در زنجیره تامین دارو به‌وجود آورد.

همه این موارد ذکرشده پیش گفتاری بود برای بررسی قیمت‌ها توسط کمیسیون قیمت‌گذاری وزارت بهداشت مستقر در سازمان غذا و دارو که اطلاعات همه شرکت‌ها باید بررسی، محاسبه در حد اعتدال قیمت‌گذاری کنند. فارغ از اعضای این کمیسیون که اکثریت دولتی هستند و دفاع نماینده صنعت در اغلب موارد به جایی نمی‌رسد، حضور سازمان‌ها و نهادهای متعدد از دولت و مجلس و بیمه و... که به لحاظ قانونی مستندی برای عضویت در کمیسیون قیمت ندارند؛ ولی به‌دلیل تحلیل و اعمال نظر عملا تصمیم‌گیر اصلی قیمت دارو خود دولت بوده که توسط سازمان‌های بیمه‌گر خریدار دارو تجهیزات پزشکی نیز تعیین می‌شود به عبارتی خریدار، قیمت‌گذار و سیاستگذار همه این زنجیره دولت است.

در خاتمه آنچه نیازمند اصلاح و بازنگری است تغییر ساختار و شیوه قیمت‌گذاری اجتناب‌ناپذیر است. ثبات نرخ ارز، ثبات بازار و آرامش در زنجیره حمل‌ونقل کمک می‌کند که صنایع داروسازی و تجهیزات پزشکی در کنار مراکز درمانی، خدمت‌رسانی بهتر، موثرتر و رضایت‌بخشی انجام دهند، همه این عوامل محقق خواهد شد اگر دولت لایحه بودجه سلامت را وقعی و متناسب با تعهدات ببیند. در غیر این صورت ناکارآمدی سازمان‌ها و کاهش کیفیت سلامت به یک چالش جدی تبدیل خواهد شد.

فراتر از قیمت‌گذاری





دکتر محمد هاشمی
سخنگوی سازمان غذا و دارو

از منظر سیاستگذاری سلامت، افزایش هزینه‌های دارو و خدمات درمانی را نمی‌توان صرفا به نوسانات نرخ ارز یا تغییر قیمت اقلام مصرفی محدود کرد. آنچه امروز اهمیت بیشتری دارد، حفظ تعادل میان پایداری نظام تامین، توان اقتصادی تولیدکنندگان و قدرت خرید مردم است؛ تعادلی که بدون اصلاح سازوکارهای تامین مالی و تقویت نظام بیمه‌ای امکان‌پذیر نخواهد بود. سلامت از جمله حوزه‌هایی است که آثار تحولات اقتصادی در آن، مستقیم و ملموس در زندگی مردم نمایان می‌شود. افزایش هزینه‌های درمان، دارو، تجهیزات پزشکی و خدمات تشخیصی، علاوه بر آنکه فشار اقتصادی خانوارها را افزایش می‌دهد، می‌تواند بر میزان مراجعه به مراکز درمانی، استمرار درمان و حتی پیامدهای سلامت جامعه تاثیر بگذارد. از این منظر، موضوع افزایش هزینه‌های سلامت را نباید صرفا یک مساله اقتصادی یا صنفی تلقی کرد، بلکه با موضوعی چندبعدی در حوزه سیاستگذاری عمومی مواجه هستیم که به‌طور مستقیم با عدالت در دسترسی به خدمات سلامت ارتباط دارد. در حوزه دارو، این مساله پیچیدگی بیشتری دارد؛ چراکه قیمت نهایی یک فرآورده دارویی حاصل عملکرد یک زنجیره به‌هم‌پیوسته است. تامین ارز، واردات مواد اولیه و مواد حد واسط، تولید، بسته‌بندی، حمل‌ونقل، توزیع و در نهایت پوشش بیمه‌ای، همگی بر هزینه نهایی و امکان دسترسی بیمار اثرگذارند. بنابراین، تحلیل افزایش هزینه دارو بدون توجه به تمام حلقه‌های این زنجیره، تصویری ناقص از مساله ارائه می‌دهد.

یکی از برداشت‌های رایج این است که تخصیص ارز ترجیحی به دارو باید مانع افزایش قیمت آن شود. درحالی که برخورداری بخشی از زنجیره تامین از حمایت ارزی، لزوما به معنای ثابت ماندن تمام هزینه‌های تولید و واردات نیست. حتی در شرایطی که بخشی از مواد اولیه با ارز حمایتی تامین می‌شود، هزینه‌های دیگری مانند مواد جانبی، بسته‌بندی، دستمزد، انرژی، حمل‌ونقل و تامین مالی همچنان تحت‌تاثیر تحولات اقتصادی قرار دارند. در شرایط تحریم و محدودیت‌های تجاری نیز فرآیند انتقال پول، خرید خارجی، حمل محموله‌ها و ترخیص کالا با دشواری‌ها و هزینه‌های بیشتری همراه می‌شود.

این شرایط به‌ویژه در دوره‌های بحرانی و جنگی می‌تواند زمان و هزینه تامین مواد اولیه و داروهای وارداتی را افزایش دهد. از سوی دیگر، تولید دارو در داخل کشور به معنای استقلال کامل از واردات نیست. بخش قابل‌توجهی از مواد موثره، مواد حد واسط، تجهیزات و فناوری‌های مورد نیاز داروسازی همچنان به منابع خارجی وابستگی دارند. بنابراین، هرگونه تغییر در شرایط تامین این اقلام می‌تواند بر هزینه تولید اثر بگذارد. در چنین شرایطی، سیاستگذاری صحیح مستلزم آن است که قیمت‌گذاری بر مبنای هزینه‌های مستند و ضوابط مشخص انجام شود. تثبیت مطلق قیمت‌ها بدون توجه به تغییر هزینه‌های واقعی، ممکن است در کوتاه‌مدت به نفع مصرف‌کننده به نظر برسد؛ اما در صورت تضعیف توان مالی تولیدکننده، می‌تواند استمرار تولید و عرضه را با مخاطره مواجه کند. در مقابل، انتقال مستقیم تمام افزایش هزینه‌ها به قیمت نهایی نیز می‌تواند دسترسی بیماران را دشوارتر کند. راهکار پایدار، ایجاد تعادل میان این دو ضرورت است. یکی از مهم‌ترین چالش‌های صنعت داروسازی کشور، مساله نقدینگی و مطالبات انباشته در زنجیره تامین است. تولیدکننده برای ادامه فعالیت خود به سرمایه در گردش نیاز دارد؛ اما زمانی که مطالبات شرکت‌های دارویی از مراکز درمانی و داروخانه‌ها با تاخیر پرداخت می‌شود و منابع بیمه‌ای نیز به‌موقع به چرخه بازنمی‌گردد، توان شرکت‌ها برای خرید مواد اولیه، پرداخت هزینه‌های جاری و برنامه‌ریزی تولید کاهش می‌یابد.

این مساله یک پیامد مهم دارد و آن هم اینکه حتی اگر ظرفیت تولید در کشور وجود داشته باشد، نبود منابع مالی کافی می‌تواند مانع استفاده موثر از این ظرفیت شود. به بیان دیگر، پایداری بازار دارو تنها به وجود کارخانه، خط تولید یا مواد اولیه وابسته نیست، بلکه گردش منظم منابع مالی نیز یکی از پیش‌شرط‌های اساسی آن است. در چنین شرایطی، تسویه هدفمند مطالبات معوق، تامین سرمایه در گردش، تسریع در پرداخت بدهی بیمه‌ها و تامین به‌موقع منابع ارزی و ریالی باید در زمره اولویت‌های سیاستگذاری قرار گیرد. نمی‌توان از صنعت دارو انتظار استمرار تولید و عرضه داشت؛ اما همزمان منابع مالی مورد نیاز آن را برای دوره‌های طولانی در چرخه مطالبات معوق نگه داشت. افزایش هزینه‌های سلامت زمانی به یک مساله جدی اجتماعی تبدیل می‌شود که سهم پرداخت از جیب مردم از توان اقتصادی خانوار فراتر برود.

در این میان، نظام بیمه‌ای باید نقش اصلی خود را در محافظت مالی از بیماران ایفا کند. در واقع، قیمت دارو به‌تنهایی تعیین‌کننده هزینه‌ای نیست که بیمار پرداخت می‌کند. میزان پوشش بیمه‌ای، نوع قراردادها، سرعت تایید نسخ، فرآیند پرداخت مطالبات و هماهنگی میان بیمه‌های پایه و تکمیلی، همگی در تعیین سهم نهایی بیمار نقش دارند. ممکن است دارویی در شبکه رسمی تامین موجود باشد؛ اما به‌دلیل ناکافی بودن پوشش بیمه‌ای یا تاخیر در تایید هزینه‌ها، بیمار برای تهیه آن با دشواری مواجه شود. این موضوع به‌ویژه درباره بیماران مبتلا به بیماری‌های خاص، صعب‌العلاج و سرطان اهمیت بیشتری دارد؛ زیرا وقفه در درمان این بیماران می‌تواند پیامدهای جدی بالینی به همراه داشته باشد. از این رو، بازنگری در پوشش بیمه‌ای متناسب با تغییر هزینه‌های تامین، کاهش فرآیندهای اداری غیرضروری، تسریع در پرداخت مطالبات و هماهنگی میان بیمه‌های پایه و تکمیلی باید همزمان با سیاست‌های قیمت‌گذاری دنبال شود. هدف آن است که اصلاحات اقتصادی در زنجیره تامین، به کاهش دسترسی بیماران به درمان منجر نشود.

یکی از راهبردهای مهم برای کاهش آسیب‌پذیری نظام سلامت، تقویت تولید داخلی دارو و توسعه ظرفیت تولید مواد اولیه است. تجربه محدودیت‌های تجاری و تحریم نشان داده است که وابستگی بیش از اندازه به منابع خارجی یا تمرکز تامین بر چند مسیر محدود، می‌تواند امنیت دارویی کشور را تحت‌تاثیر قرار دهد. البته حمایت از تولید داخل نباید صرفا به افزایش تعداد اقلام تولیدی محدود شود. آنچه اهمیت دارد، ارتقای کیفیت، توسعه فناوری، سرمایه‌گذاری در تولید مواد موثره و حد واسط، کاهش وابستگی‌های راهبردی و ایجاد توان رقابت پایدار است. در این مسیر، استفاده از داروهای تولید داخل که مجوزهای لازم را دریافت کرده و از کیفیت و اثربخشی قابل قبول برخوردارند، می‌تواند به استمرار درمان و کاهش آسیب‌پذیری زنجیره تامین کمک کند. با این حال، انتخاب دارو باید همواره بر مبنای شواهد علمی، شرایط بالینی بیمار و نظر پزشک انجام شود.

نمی‌توان همه فرآورده‌های داخلی و خارجی را در تمام شرایط برای همه بیماران کاملا قابل جایگزینی دانست. بنابراین، حمایت از تولید داخل باید با حفظ حقوق بیمار، ارتقای کیفیت و تقویت اعتماد عمومی همراه باشد. هدف نهایی، افزایش توان کشور در تامین مستمر داروهای ایمن و اثربخش است، نه محدود کردن غیرمنطقی گزینه‌های درمانی. یکی دیگر از ابعاد مهم مدیریت هزینه‌های دارویی، نظارت بر شبکه توزیع و جلوگیری از شکل‌گیری بازارهای غیررسمی است. وجود دارو در انبار کشور الزاما به معنای دسترسی بیمار به آن نیست. ممکن است یک فرآورده در بخشی از زنجیره موجود باشد، اما به‌دلیل اختلال در توزیع یا عدم تناسب عرضه با نیاز مناطق، در زمان مناسب به دست مصرف‌کننده نرسد. در این زمینه، سامانه‌های رهگیری و رصد موجودی، بررسی الگوهای غیرمتعارف خرید و توزیع، تطبیق اطلاعات ثبت‌شده با موجودی واقعی و رسیدگی به گزارش‌های مردمی می‌توانند نقش مهمی در شناسایی اختلال‌ها داشته باشند. همچنین، عرضه خارج از شبکه، واسطه‌گری غیرمجاز و گران‌فروشی باید با مستندات کافی و از مسیرهای قانونی پیگیری شود. شفافیت در فرآیندهای قیمت‌گذاری، تخصیص منابع، صدور مجوزها و نظارت بر توزیع نیز از ضرورت‌های این حوزه است. هرچه تصمیم‌ها شفاف‌تر و پاسخگویی دستگاه‌ها دقیق‌تر باشد، امکان شکل‌گیری رانت و اختلال در بازار کاهش خواهد یافت. درنهایت، باید پذیرفت که مساله افزایش هزینه‌های درمان و دارو با یک سیاست مقطعی یا دستور اداری حل نمی‌شود. این مساله به مجموعه‌ای از اصلاحات هماهنگ در حوزه اقتصاد سلامت نیاز دارد؛ از تامین پایدار منابع ارزی و ریالی و اصلاح سازوکارهای تامین مالی گرفته تا تقویت بیمه‌ها، حمایت هدفمند از تولید داخل و نظارت موثر بر شبکه توزیع. همچنین لازم است سیاست‌های حمایتی به‌جای تمرکز صرف بر پایین نگه داشتن قیمت اسمی کالا و خدمات، بر کاهش هزینه واقعی پرداختی بیمار متمرکز شوند. ممکن است قیمت یک دارو متناسب با هزینه‌های واقعی تامین نیازمند بازنگری باشد؛ اما با پوشش بیمه‌ای مناسب و حمایت هدفمند، سهم پرداختی بیمار افزایش نیابد یا دست‌کم در سطح قابل تحمل باقی بماند. این همان نقطه‌ای است که سیاست قیمت‌گذاری باید با سیاست بیمه‌ای و حمایت اجتماعی پیوند بخورد. در حوزه خدمات درمانی نیز همین منطق برقرار است. افزایش هزینه‌های ارائه خدمات، بدون پیش‌بینی منابع پایدار برای مراکز درمانی و بیمه‌ها، می‌تواند کیفیت خدمات و دسترسی عادلانه را تحت‌تاثیر قرار دهد. بنابراین، مدیریت هزینه‌های سلامت باید با نگاه جامع به تامین مالی بیمارستان‌ها، مراکز درمانی، نیروی انسانی، تجهیزات پزشکی و دارو انجام شود. نظام سلامت زمانی می‌تواند در برابر بحران‌های اقتصادی، تحریم و شرایط اضطراری تاب‌آوری داشته باشد که میان سه مولفه اصلی آن، یعنی پایداری تامین، توان مالی ارائه‌دهندگان خدمات و قدرت خرید مردم، توازن برقرار باشد. معیار موفقیت سیاستگذاری در این حوزه، صرفا ثابت ماندن قیمت‌ها یا افزایش حجم تولید نیست، بلکه آن است که بیمار در زمان نیاز، به داروی باکیفیت و خدمت درمانی مناسب دسترسی داشته باشد و هزینه درمان، او و خانواده‌اش را با فشار اقتصادی غیرقابل تحمل مواجه نکند. این هدف باید محور اصلی هرگونه تصمیم‌گیری درباره آینده اقتصاد دارو و سلامت کشور قرار گیرد.