

از دیگران

انتخاب: ف. ر. راوی



مقدمه

قبلاً در همین صفحه از ماهنامه «بیمه همگانی خدمات درمانی» سخن گفته و از مقالات خواندنی آن نمونه‌ای خدمتتان تقدیم کرده‌ایم. این بار نیز با مشاهده و مطالعه مقاله‌ای که در بیست و دومین شماره این نشریه درج شده بود خواستیم تا از طریق «بازچاپ» آن در رازی، گستره مخاطبان مقاله را بیشتر کنیم. عنوان مقاله مورد اشاره «اصلاحات در نظام سلامت با تمرکز بر بخش دارو» است که توسط آقای دکتر رضا رشیدی کارشناس اداره کل مطالعات و پژوهش سازمان بیمه خدمات درمانی ترجمه شده است. تاریخ مقاله اصلی سال ۱۹۹۸ می‌باشد و از منابع سازمان جهانی بهداشت انتخاب شده که با توجه به تاکید آن بر نقش «دارو» در نظام سلامت، می‌تواند برای همکاران محترم خواندنی و قابل تعمق باشد. با تشکر از آقای دکتر رشیدی و همکاران محترمی که زحمت انتشار ویژه‌نامه علمی - تخصصی بیمه همگانی خدمات درمانی را می‌کشند، شما را به مطالعه این مقاله دعوت می‌کنیم.

«رازی»

اصلاحات در نظام سلامت با تمرکز بر بخش دارو

نظام تامین مالی دارو

مترجم: دکتر رضا رشیدی (M.D)

کارشناس اداره کل مطالعات و پژوهش سازمان بیمه خدمات درمانی

خلاصه

اصلاحات در بخش بهداشت و درمان فرآیندی است که با هدف تامین عدالت و بهبود کیفیت و کارایی این بخش از طریق ایجاد تغییرات در نظام سازمانی و تامین مالی خدمات بهداشتی - درمانی صورت می‌پذیرد. در این زمینه، نقش امروزی سازمان بهداشت جهانی، بهبود و ارتقاء شیوه‌ها و روش‌های ارائه خدمات بهداشتی سازمان یافته است که بتواند هر چه بهتر و کامل‌تر پاسخگوی مقولاتی همچون عدالت، کیفیت و کارایی باشند. تقریباً هر گونه نگاهی به سیاست دارویی ملی و توسعه بخش دارویی به طور مستقیم یا غیرمستقیم با آغاز اصلاحات در نظام بهداشتی - درمانی، تحت تأثیر قرار می‌گیرد. این نوشتار به طور اخص بر روی دیدگاه‌های مشخص مالی در روند اصلاحات بخش دارویی تمرکز نموده است.

مقدمه

اصلاحات عبارت است از پاسخی مناسب به نواقص موجود در شیوه‌ها و الگوها جهت رفع نیازهای فعلی یا آینده. در بخش بهداشت و درمان این نیازها عبارتند از:

- جمعیت سنی با نیازهای بهداشتی - درمانی متفاوت
- فعالیت دوباره برخی از بیماری‌ها نظیر وبا و سل
- ظهور بیماری‌های جدید هم‌چون ایدز
- افزایش نابرابری در دسترسی به خدمات

بهداشتی - درمانی

- عدم توانایی صندوق‌های عمومی برای پوشش نیازهای اساسی بهداشتی - درمانی جامعه
- عدم توانایی مکانیسم‌های رایج برای تطابق با هزینه‌های افزایش یافته و
- تقاضای افزایش یافته برای مداخلات پیشرفته تکنیکی
- بنابراین، اصلاحات در نظام مراقبت بهداشتی - درمانی موضوعی مهم و عمده در هر دو جامعه پیشرفته صنعتی و در حال توسعه می‌باشد.

توسعه است، استفاده گردد. در بسیاری از کشورهای این امر تحقق نمی‌یابد مگر آن‌که در طی رشد اقتصادی، نظام کارآمدی در جهت توزیع مؤثر و قوی منابع در دسترس و دارایی‌های موجود ایجاد گردد.

نکته دوم این‌که، آینده یک کشور نمی‌تواند مجزا و مستقل از جنبه‌های گوناگون فرهنگی، تاریخی، سیاسی و اقتصادی گذشته و حال آن کشور مدنظر قرار گیرد. توسعه اقتصادی و اجتماعی می‌بایست بر طبق ارزش‌های هر کشور بنا گردد و باید به آن ارزش‌ها احترام گذارد. به همین خاطر به علت تفاوت‌های موجود بین کشورها، می‌بایست مدل‌های توسعه گوناگونی به وجود آید. طبیعی است که اجرای یک نوع مدل توسعه برای همه کشورها باعث نادیده انگاشتن این تفاوت‌های بالقوه می‌گردد. بر همین اساس، سازمان بهداشت جهانی با همکاری اعضاء خود در جستجوی مدل‌های جدید توسعه برای کشورهای عضو به منظور بهبود وضعیت نظام بهداشت و درمان آن‌ها می‌باشد.

اصلاحات در نظام سلامت

اهداف اصلاحات در نظام سلامت می‌تواند از سه جنبه مورد مذاقه قرار گیرد:

۱- برابری (equity) شامل دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی - درمانی ضروری و اولیه برای بخش‌هایی از جامعه که از نظر مالی و امکانات جغرافیایی در مضیقه هستند.

۲- کیفیت (quality) که در واقع ترکیبی از مؤثر بودن درمان و رضایت مشتریان از خدمات می‌باشد.

هرچند در برخی از کشورها، اصلاحات به دلیل نظام‌های نامناسب بهداشتی - درمانی موجود به کندی صورت می‌پذیرد اما به خاطر تحولات اقتصادی و سیاسی که ناشی از هر دو نیروی داخلی و خارجی است، یک ضرورت انکارناپذیر می‌باشد. این کشورها به علت رویارویی با چالش‌ها و مشکلات متعدد نیازمند تعریفی جدید از ساختار اقتصادی و نیز بخش‌های اجتماعی خود هستند.

طبیعت اصلاحات اقتصادی در این‌گونه کشورها توسط سیاسیون تعیین می‌شود که بخش اعظمی از این سیاست‌ها تحت تأثیر و نفوذ تفکرات بازار آزاد سنتی است که البته به دلیل افزایش جهانی شدن بازار و شوک ناشی از طرح‌های اقتصادی به چالش فرا خوانده شده است.

اگرچه مزایا و مضرات تفکر بازار آزاد می‌تواند بسیار بحث‌انگیز باشد اما دو نکته باید مد نظر قرار گیرد:

اول این‌که، توسعه اجتماعی و اقتصادی هر دو به هم وابسته می‌باشند اما شبیه یکدیگر نیستند. در موارد متعددی به نظر می‌رسد که مدل‌های اقتصادی توسعه بر جنبه‌های اجتماعی آن ارجحیت یافته‌اند و این خود باعث دوری از مدل توسعه حقیقی شده است. در بعد اصلاحات در نظام بهداشتی - درمانی می‌بایست جهت‌گرای از توسعه تک بعدی با هدف کسب منفعت صرف اقتصادی، موضوعات بهداشتی - درمانی با دیدی کلان‌تر دیده شود و از شیوه‌های توسعه‌ای جامع‌تر که دربرگیرنده تمامی ابعاد از جمله ابعاد اجتماعی

عملکردی برای بخش بهداشت (از قبیل دخل و خرج منابع، چگونگی کارآمد کردن فعالیت‌ها و این‌که کدام خدمات در دسترس هستند و برای چه کسانی) و دیگری سازمان و مدیریت اجرائی بخش بهداشت.

در بخش ساختارهای سازمانی که در بعضی مواقع به ارزیابی مجدد از نقش دولت در بخش بهداشت و درمان ترجمه می‌گردد، قابل ذکر است که مداخلات دولت تا حدودی ضروری می‌باشد زیرا برخی از موضوعات اجتماعی از قبیل برابری و عدالت، نمی‌توانند صرفاً از خلال مکانیسم‌های بازار برآورده شوند. هم‌چنین از آنجا که کالای سلامت یک کالای اساسی است، تامین آن وظیفه دولت‌ها بوده و لذا همین امر تصدیق‌کننده لزوم حضور دولت در این بازار می‌باشد.

البته همیشه میزان مداخله دولت و این‌که چه مکانیسم‌هایی می‌تواند برای کارآمدتر کردن این مداخلات به کار برده شود، موضوعی مجادله‌آمیز و بحث‌انگیز بوده است.

این مقاله صرفاً بر بخش اصلاحات در نظام تامین مالی دارو تمرکز کرده و این مقوله را از هر دو منظر استراتژی‌های عملکردی و نیز سازمان‌های اجرایی مورد مذاقه قرار خواهد داد.

بخش دارویی و اصلاحات

دسترسی به یک سطح قابل قبول از نظر تامین داروهای با کیفیت، اثر بارزی بر سطح اعتماد عمومی و میزان تأثیر خدمات بهداشتی-درمانی دارد. کمبود دارو می‌تواند یک نظام بهداشتی

۳- کارایی (efficiency) شامل:

کارایی در تخصیص منابع (که منجر به توزیع منابع در بین خدماتی می‌شود که بالاترین حد بازدهی و سوددهی را در بخش سلامت دارند) کارایی مدیریت (مدیریت و ساختار نظام سلامت طراحی شده برای ارتقاء هرچه بیشتر کارایی در استفاده از منابع)

کارایی فنی و تکنیکی (بدین معنی که خدمات با کیفیت، با پایین‌ترین هزینه ممکن ارائه شوند) چالش واقعی در اصلاح نظام سلامت یافتن پاسخی مناسب برای دستیابی به این اهداف سه‌گانه با توجه به ارزش‌ها، هویت و اختصاصات هر جامعه می‌باشد. بنابراین، اصول مشخصی می‌بایست در یک فرآیند اصلاح مورد توجه قرار گیرند. به عنوان مثال در طی اصلاحات اخیر در مکزیک اصول ذیل مشخص شدند:

۱- بهداشت و درمان یک حق است به این معنی که دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی یک نیاز و حق بنیادی و اساسی است.

۲- دسترسی همگانی به این معنی که خدمات اولیه و ضروری بهداشتی می‌بایست در دسترس تمامی افراد جامعه باشد.

۳- احساس مسئولیت مشترک به این معنی که افراد به میزانی که توانایی دارند، در هزینه‌ها مشارکت می‌کنند ولی به میزانی که نیاز دارند از خدمات بهره‌مند می‌گردند.

۴- تکررگرایی به این معنی که خدمات موجود در بخش‌های دولتی و خصوصی در دسترس افراد بوده و افراد بتوانند با اختیار انتخاب کنند. ما می‌توانیم اصلاحات را در دو حالت وابسته به یکدیگر تحلیل نماییم. استراتژی‌های

بوتان

- برای یک کشور در حال توسعه غیر معمول است که بخش اعظم منابع مالی داروها را (۹۰ درصد) از طریق بخش دولتی تامین کند.
- سرانه مخارج دارویی دولتی حدود یک دلار است که ۷۰ درصد این میزان از طریق مشارکت دولت مرکزی و ۳۰ درصد مابقی از سوی اهداکنندگان کمک‌های مالی دو جانبه و چندجانبه پوشش داده می‌شود.
- یک فهرست دارویی وجود داشته (حاوی ۳۲۶ شکل دارویی بر اساس میزان مصرفی در سال ۱۹۹۵) که در خرید داروها از فروشندگان بین‌المللی به کار می‌رود.

اندونزی

- دولت تنها در ۲۵ درصد سرانه هزینه‌های دارویی (سرانه ۳/۷۵ دلار) مشارکت می‌نماید. از این میزان مشارکت، دو سوم توسط دولت مرکزی تامین شده و مابقی آن توسط طرح‌های بیمه درمان کارمندان شهری، بودجه‌های بخش‌ها و ایلات و نیز طرح‌ها و برنامه‌های خیریه تامین می‌گردد.
- میزان مشارکت دولت مرکزی برای تامین داروها هر ساله بر اساس سرانه سال ۱۹۹۰ که ۰/۵ دلار بوده است، سنجیده شده که از طریق بودجه‌های بخش‌ها و ایلات تامین می‌گردد.
- هرچند سفارش‌های دارویی خود را بعد از آگاه شدن درباره جداول، میزان بودجه و قیمت داروها، بر اساس فهرست داروهای اساسی ملی تنظیم نمی‌نماید. داروها از طریق هر دو کانال عرضه خصوصی و دولتی به انبارهای بخش‌ها حمل می‌گردند.

کادر ۱ - نقش هزینه‌های عمومی دارو در کشورهای بوتان و اندونزی

از این گذشته در کشورهای با درآمد پایین، بخش‌های دارویی عموماً سهم بیشتری را از کل مخارج بخش بهداشت و درمان در مقایسه با کشورهای دارای اقتصاد با ثبات (سهمی حدود ۱۵ درصد) به خود اختصاص می‌دهند. برای مثال، در کشورهایی همچون چین، اندونزی و تایلند این سهم حدود ۴۵-۳۵ درصد است. در بیشتر کشورهای آفریقایی، این سهم از ۵۰ درصد نیز بیشتر است. در کشورهای در حال توسعه، ۹۰-۵۰ درصد از کل هزینه دارویی توسط بخش‌های خصوصی تامین می‌گردد که نسبت به کشورهای صنعتی رقم قابل ملاحظه‌ای است.

را با چالش‌های فراوانی روبه‌رو کند، لذا طبیعی است که اصلاحات در نظام سلامت بدون توجه به این بخش مهم نمی‌تواند به سرانجام برسد.

هزینه‌های دارویی

هزینه‌های بخش دارو و نیز مخارج سایر بخش‌های بهداشت و درمان، وابسته به میزان توسعه اقتصادی است به طوری که با افزایش میزان GDP، این هزینه‌ها نیز افزایش می‌یابند. هرچند هزینه‌های دارویی به عنوان درصدی از GDP تفاوت خیلی کمتری را نسبت به سایر هزینه‌های بخش بهداشت و درمان نشان می‌دهد.

حمایت قرار داده است. برخی از این سیاست‌های ملی عبارتند از: انتخاب محصولات دارویی بر اساسی اولویت‌های بهداشتی - درمانی ملی برآورده کردن نیازها و احتیاجات منطقی کردن مکانیسم‌های عرضه دارو ارتقاء و بهبود روند مصرف منطقی دارو به عنوان مثال تشخیص و برآورد نیازهای بخش بهداشت و درمان و انتخاب اولویت‌های بهداشتی - درمانی فاکتورهای بسیار اساسی و بنیادی جهت موفقیت اصلاحات در بخش بهداشت و درمان می‌باشند. موضوع داروهای اساسی می‌بایست یکی از اهداف اصلی هر طرح اصلاحی در نظام سلامت باشد.

اصلاحات در نظام تامین مالی دارو

ایجاد تغییر در مکانیسم‌های تامین مالی در بخش بهداشت و درمان به خودی خود هدف

در این کشورها به طور متوسط ۳۴ درصد است).

از آنجا که هزینه‌های دارویی بخش عظیمی از هزینه‌های بهداشت و درمان را به خود اختصاص می‌دهند و نیز خرید محصولات دارویی اغلب به دلیل ناکارآمدی در تولید، تهیه و تدارک، ذخیره‌سازی و توزیع نیازمند ارزشهای خارجی می‌باشد، به همین خاطر داروها عنصر مهمی را در استهلاک هزینه‌های بهداشت و درمان تشکیل می‌دهند.

مفهوم داروهای اساسی

برای به حداقل رساندن استهلاک منابع و نیز ارتقاء سطح برابری و دسترسی، سازمان بهداشت جهانی (WHO) از سال ۱۹۸۱ از طریق وضع و اجرای برخی برنامه‌ها و طرح‌ها جهت داروهای اساسی، توسعه سیاست‌های ملی دارویی در خصوص داروهای اساسی را مورد

معیارهای سنجش برون ده	معیارهای عملی
برابری: به عبارت دیگر آیا این مکانیسم دسترسی همگانی به داروهای اساسی را ارتقاء می‌بخشد؟	پایداری و عملی بودن مکانیسم تامین مالی، به عبارت دیگر آیا مکانیسم تامین مالی می‌تواند به قدر کافی منابع طولانی مدت ایجاد نماید؟
کارایی: به عبارت دیگر آیا با توجه به منابع سرمایه‌گذاری شده، حداکثر مزایای بهداشتی - درمانی قابل دستیابی است؟	نیازهای سازمانی و اجرایی: بدین معنی که چه عناصر مدیریتی و سازمانی برای موفق شدن اجرای مکانیسم نیاز است؟
مصرف منطقی: یعنی آیا مکانیسم مالی اتخاذ شده باعث تشویق نسخه‌نویسی و مصرف منطقی داروها می‌شود؟	قابلیت پذیرش: به عبارت دیگر عوامل پذیرش سیاسی و عمومی مکانیسم فوق چیست؟

جدول ۱- معیارهای ارزیابی مکانیسم‌های تامین مالی دارو

سلامت است، به طوری که بهداشت و سلامتی را یک حق اساسی و بنیادی می‌داند و لذا بایستی این حق برای تمامی اقشار جامعه قابل وصول باشد. از سوی دیگر بخش‌های خصوصی ذاتاً به تنهایی نمی‌توانند اهداف اجتماعی کلانی همچون برابری و پایداری خدمات را محقق سازند و لذا نقش دولت بار دیگر مورد تأکید قرار می‌گیرد.

به هر حال مشارکت دولت در جهت ارایه برخی خدمات بهداشتی و نیز تامین داروهای اساسی، ضروری به نظر می‌رسد. البته سطح مشارکت دولت در بین مناطق و نیز بین کشورهای مختلف متفاوت می‌باشد.

تامین مالی عمومی ممکن است از طریق تخصیص بودجه توسط دولت‌های محلی و یا ملی و یا از طریق اجرای برنامه‌های تامین اجتماعی یا برنامه‌های بیمه بهداشت و درمان قابل دسترس باشد.

تهیه و تدارک داروها از طریق تامین مالی مستقیم توسط دولت این مزیت را دارد که اجازه هدف‌گذاری بهتری را جهت عرضه داروها به بخش‌هایی که بیشترین نیاز را دارند، داده و نیز به دولت این امکان را می‌دهد که بر روی کیفیت داروها کنترل مؤثرتری را اعمال نماید.

چه عواملی هزینه‌های عمومی را در بخش بهداشت و دارو تعیین می‌کنند؟

در عمل، هزینه سرانه واقعی به وسیله ترکیبی از عوامل تعیین می‌گردند که عبارتند از: تمایلات سیاسی، بازده اقتصاد ملی (output national economic)، سهمی از GNP که از طریق عواید مالیاتی دولت کسب می‌شود،

اصلاحات نیست بلکه یکی از اجزای قابل وصول در طی اصلاحات می‌باشد. اصلاح در این بخش نبایستی به عنوان قسمتی از فرمول اصلاحات اتخاذ شود بلکه می‌بایست به عنوان یکی از بهترین راه‌های برآوردن اهداف بخش سلامت مد نظر قرار گیرد.

برخی از معیارهایی که بایستی جهت ارزیابی مکانیسم‌های تامین مالی دارو به کار برده شوند، در جدول شماره یک ذکر گردیده‌اند.

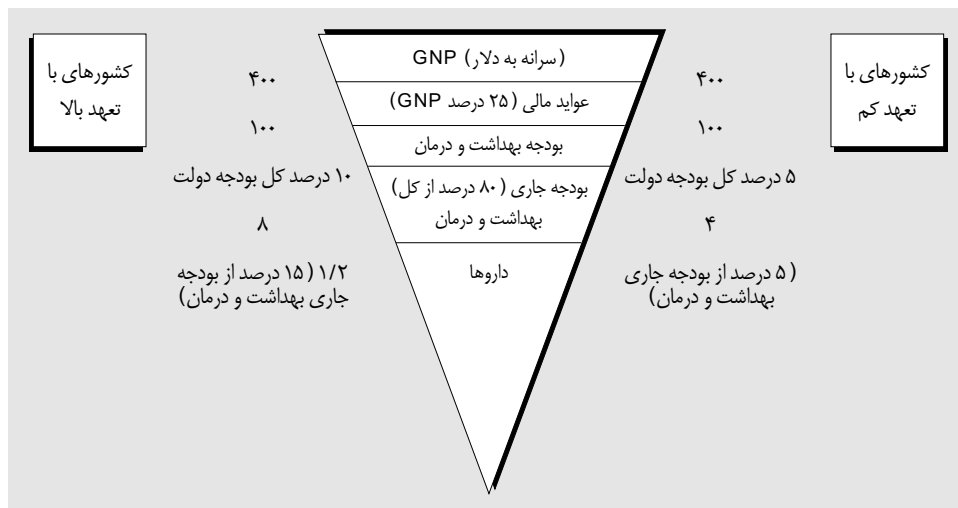
چندین مکانیسم قابل دسترس در زمینه تامین مالی داروها وجود دارد که اساساً شباهت زیادی با مکانیسم‌های تامین مالی در سایر بخش‌های بهداشتی - درمانی دارند.

۶ روش مختلف در ادامه به بحث گذارده خواهد شد، هرچند غیر از این روش‌ها، روش‌های گوناگون دیگری نیز وجود دارد.

بسیاری از نظام‌های بهداشتی - درمانی در خصوص تامین مالی داروها رویکردی متکثر داشته و از ترکیبی از روش‌های گوناگون بهره می‌برند. طبیعی است که این امر مسؤولیت دولت بوده که از بین روش‌های گوناگون، روش خاصی را انتخاب کرده و با مدیریت صحیح به سمت اهداف قابل وصول در بخش بهداشت و درمان حرکت کند.

۱- تامین مالی دارو از طریق درآمدهای عمومی دولت

تقریباً در هر یک از کشورهای جهان، دولت‌ها به نوعی در تامین مالی خدمات بهداشتی و دارویی نقشی را ایفا می‌نمایند. این نقش ناشی از شناخت و برداشت جامعه از بهداشت و



تا ۳۰ درصد GNP می‌باشد. هزینه‌های دولت در بخش بهداشت و درمان در کشورهای در حال توسعه (۷ - ۱/۶ درصد) عموماً نصف هزینه‌های دولت در کشورهای پیشرفته و دارای اقتصاد با ثبات (۱۲/۵ درصد) می‌باشد.

ترکیبی از درآمد پایین دولت و نیز تخصیص اندک بودجه به بخش بهداشت و درمان باعث شده است که هزینه‌های عمومی در این بخش در کشورهای در حال توسعه به عنوان سهمی از بازده اقتصاد ملی چیزی حدود نصف تا یک چهارم کشورهای دارای اقتصاد پیشرفته باشد. بر حسب هزینه واقعی، تفاوت‌ها در هزینه‌های عمومی بهداشت از این هم فراتر می‌رود.

چگونه تفاوت‌های تامین مالی بهداشت و دارو خود را در سطح ملی نمایان می‌سازد؟
اطلاعات هزینه‌های بهداشتی و دارویی توسط دولت در یازده کشور در جدول شماره

سهمی از مخارج دولت که به بهداشت اختصاص یافته، میزان پوشش موجود بیمه بهداشت و درمان دولتی، سهمی از مخارج بهداشتی که به هزینه‌های جاری در مقابل هزینه‌های سرمایه‌ای اختصاص یافته و نهایتاً سهمی از هزینه‌های بهداشتی - درمانی که به بخش دارویی اختصاص داده شده است.

تصویر بالا برخی از این عوامل را در مقایسه بین کشورهای که دولت‌هایشان در بخش بهداشت و درمان دارای میزان تعهد بالایی هستند با کشورهای با تعهد کم نشان می‌دهد. تفاوت واقعی منطقه‌ای در سطوح مخارج کلی دولت و حمایت عمومی و دولتی از بخش بهداشت و درمان در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. در کشورهای با اقتصاد با ثبات و کشورهای دارای اقتصاد در حال گذار، مخارج دولت مرکزی به طور کلی بیش از ۴۰ درصد GNP است در حالی که هزینه‌های دولت در سایر کشورها به طور متوسط تقریباً ۲۰ درصد

جدول ۲ - هزینه های کلی دولت و هزینه های بهداشتی

منطقه	متوسط درصد هزینه های کلی دولت به عنوان درصدی از GNP	متوسط درصد هزینه های کلی بخش بهداشت به عنوان درصدی از GNP	میانگین هزینه ها در بخش بهداشت عمومی به عنوان درصدی از GNP
کشورهای با اقتصاد با ثبات	۴۲/۵	۱۲/۵	۵/۹
حوزه خاورمیانه	۳۳/۲	۴/۳	۲/۶
کشورهای با اقتصاد در حال گذار	۵۵/۶	۴/۸	۳/۲
حوزه آمریکای لاتین و دریای کارائیب	۱۷/۱	۶/۷	۲/۹
آسیا و ایسلند به جز چین و هند	۱۹/۹	۴/۷	۱/۷
جنوب صحرای آفریقا	۲۹/۷	۷	۱/۶
هند	۱۷/۵	۱/۶	۱/۲
چین	-	-	۲/۱

هزینه های عمومی داروها مؤثر بوده و منجر به اختلاف در بین کشورهای در زمینه هزینه های عمومی جهت داروهای اساسی می گردند. در فرآیند بودجه ریزی دولت در کشورهای مختلف در خصوص هزینه داروهای اساسی بر مبنای تأثیرات طرح های بهداشتی - درمانی بر استفاده از خدمات درمانی، مقایسه با سایر کشورها، روند هزینه و مخارج یا تحلیل شکاف های بودجه ای، سرانه بودجه های دارویی، دیدگاه های سیاسی و نیز اثرات اقتصادی بر روی صنایع کوچک و منطقه ای بحث ها و مجادله هایی مطرح می گردد. روش ها نظام مندی برای ارزیابی نیازهای دارویی مبتنی بر میزان شیوع بیماری یا الگوهای مصرف وجود دارد و می تواند برای بررسی نیازهای مالی به کار برده شود.

۳ ارایه گردیده است. جدول مذکور اختلافات عمده ای را در بین کشورها نشان می دهد. ترکیب عواملی چون بازده ملی پایین، هزینه های دولت به عنوان سهمی از GNP و هزینه های عمومی در بخش بهداشت و درمان باعث شده است که سرانه هزینه دارو در بین ۱۱ کشور مذکور بسیار متفاوت باشد. دولت های چاد، گینه، هند، مالی و ویتنام همگی سرانه ای کمتر از ۵۰ دلار برای داروها هزینه می کنند. هنوز در کشور سریلانکا به عنوان یک کشور فقیر، هزینه سرانه دارویی حدود ۱/۳۴ دلار می باشد.

چگونه دولت ها سطح هزینه مصرف

عمومی برای داروهای اساسی را تعیین می نمایند؟

روشن است که فاکتورهای متعددی بر

جدول ۳ - هزینه‌های دولت در بخش بهداشت و دارو در برخی کشورهای منتخب

نام کشور	کل هزینه‌های دولت در بخش بهداشت		کل هزینه‌های دولت در بخش دارو	
	به عنوان درصدی از GNP	سرانه به دلار	به عنوان درصدی از بودجه	سرانه به دلار
بلغارستان	۳/۹	۴۴/۷۶	۱۸/۴	۸/۲۴
زیمبابوه	۲/۸	۱۲/۴۳	۳۶/۱	۴/۴۹
کلمبیا	۱/۵	۲۰/۰۳	۱۸	۳/۶۱
تایلند	۲	۳۳/۶۵	۵/۶	۱/۸۹
سريلانكا	۱/۵	۸/۵۸	۱۵/۶	۱/۳۴
فیلیپین	۰/۵	۴/۵۳	۱۳/۳	۰/۶
ویتنام	۱/۱	۲/۳۲	۲۰	۰/۴۶
گینه	۰/۴	۱/۷۳	۱۵/۸	۰/۳۷
مالی	۰/۴	۰/۷۴	۱۸/۸	۰/۱۴
هند	۳/۲	۱/۹۳	۶/۸	۰/۱۳
چاد	۰/۶	۱/۰۶	۴/۵	۰/۰۵

و هزینه‌های عمومی در بخش بهداشت به عنوان سهمی از GNP، در کشورهای در حال توسعه یک چهارم تا نصف این هزینه‌ها در کشورهای صنعتی بوده است.

اصلاحات در بخش تامین مالی بهداشت و درمان اگرچه می‌بایست باعث بهبود در روند استفاده از منابع عمومی شود اما در عین حال نباید موجب کاهش مصارف عمومی در بخش بهداشت و درمان گردد.

نهایتاً، سطح تعهد مالی دولت در خصوص مراقبت‌های بهداشتی - درمانی و نیز داروهای ضروری بازتابی از تصمیمات ملی است، به هر حال این تصمیمات می‌بایست به قدر کافی مبتنی بر یک تحلیل درست از نیازهای بهداشتی - درمانی و اختیارات مالی روشن و واضح اتخاذ گردند.

سازمان بهداشت جهانی (WHO) اخیراً یک حداقل سرانه‌ای (حدود یک دلار) را به عنوان یک رقم مناسب جهت هزینه‌های عمومی برای داروها پیشنهاد کرده است.

کفایت این رقم بستگی به فاکتورهای متعددی دارد که می‌توان به مواردی چون: حجم تامین مالی دولت جهت مراقبت‌های بهداشتی - درمانی، طیفی از بیماری‌ها که جهت آن‌ها دارو ارابه می‌گردد، دسترسی به سایر منابع مالی همچون بیمه و مبالغ پرداختی از سوی استفاده‌کنندگان، خطرات کاربرد برنامه‌های تطبیق ساختاری (SAP) و شدت سیاست‌های اصلاحی اقتصادی به طور برابر در همه بخش‌ها شامل بهداشت و سایر بخش‌های اجتماعی اشاره نمود. همان‌گونه که قبلاً ذکر شد تاکنون، مصارف

افراد است که از طریق مالیات بر حقوق یا درآمد تامین هزینه می‌گردد. خدمات ممکن است از طریق دولت، صاحبان شرکت‌های بیمه و شرکت‌های خصوصی ارائه شوند.

برنامه‌های پیش پرداخت اجتماعی

معمولاً مکانیسم‌های اختیاری جهت پوشش هزینه‌های مراقبت بهداشتی - درمانی روستاییان، اعضاء تعاونی‌ها و مستخدمان غیر رسمی به کار برده می‌شوند. این برنامه‌ها می‌توانند به عنوان گزینه‌ای جایگزین برای پرداخت دستمزد از سوی استفاده‌کنندگان از خدمات در نظر گرفته شوند.

بیمه درمان خصوصی

برخی مکانیسم‌های اختیاری از طریق کارفرمایان، انجمن‌های دو منظوره و یا شرکت‌های بیمه خصوصی ارائه می‌شود. پوشش خدمات پیشگیرانه و داروهای سرپایی ممکن است در این برنامه‌ها محدود شده یا وجود نداشته باشد.

بیمه درمان همگانی ویژگی تقریباً همه نظام‌های بهداشتی - درمانی در کشورهای توسعه یافته (به استثناء ایالات متحده) بوده و به نظر می‌رسد باعث بهبود استطاعت مالی افراد شده و از این طریق سطح برابری در دسترسی به خدمات و احساس مسؤولیت و مشارکت را در این نظام‌ها ارتقاء داده است.

در اغلب کشورهای در حال توسعه، این وضعیت کاملاً متفاوت است. مناطق با کمترین پوشش بیمه‌ای (میانگین) عبارتند از: جنوب صحرای آفریقا با ۱۰/۳ درصد، آسیا (به جز کشورهای چین و هند) با ۲۷/۳ درصد، آمریکای

برخی از هزینه‌های عمومی از سوی دولت‌ها به منظور اطمینان از دسترسی افراد فقیر جامعه به داروها و نیز اطمینان از تامین داروها برای بیماری‌های شایع و خطرناکی چون سل، بیماری‌های مقاربتی و سایر بیماری‌های مسری لازم و ضروری است.

سیاست‌گذاران، مسؤولان تامین مالی مراقبت‌های بهداشتی و نیز مدیران بخش دارویی می‌بایست با شیوه‌های تامین مالی عمومی داروها و نیز برنامه‌ریزی جهت مخارج عمومی در بخش دارویی آشنا باشند.

۲- بیمه درمان

مفهوم اساسی بیمه درمان عبارت است از تقسیم خطر و بار مسؤولیت پرداخت بیماری در بین گروهی از افراد و یا یک جامعه. این گروه از بیماران یک مخزن خطر را تشکیل می‌دهند و هر یک از این افراد یا خانوارها در جهت پرداخت هزینه‌های مراقبت درمانی خود، مشارکت می‌نمایند.

یک بیمه‌کننده ثالث، این پرداخت‌ها را جمع‌آوری نموده و سپس به طور کامل یا بخشی از آن را به طور مستقیم یا از طریق بازپرداخت‌ها جهت معالجه و درمان اعضاء شرکت‌کننده در این برنامه، پرداخت می‌نماید. مکانیسم‌های مختلف بیمه‌ای وجود دارد که می‌تواند هر دو بخش خصوصی و دولتی را درگیر نماید. برخی از این مکانیسم‌ها عبارتند از:

بیمه درمان اجتماعی

نوعی بیمه اجباری برای گروه‌هایی همچون کارمندان شهری، مستخدمان رسمی و سایر

۱ - بیمه اجتماعی

کاستاریکا

صندوق تامین اجتماعی کاستاریکا، هم اکنون پوشش بیمه درمان همگانی را تقریباً برای اکثر افراد ارایه می‌کند. صندوق‌های بیمه از منابع گوناگونی تغذیه می‌گردند از قبیل: کارفرمایان، کارمندان، خویش فرمایان و نیز یک حق سرانه که از دولت مرکزی دریافت می‌گردد. در این کشور صندوق تامین اجتماعی حدود ۸۰ درصد مخارج و هزینه‌های بهداشتی - درمانی شامل (اقدامات پیشگیری کننده و نیز درمانی) را پوشش می‌دهد. دسترسی به دارو در داروخانه‌های وابسته به صندوق تامین اجتماعی بسیار خوب بوده و داروهای عرضه شده به صورت رایگان و بدون دریافت فرانشیز می‌باشد. این داروها با نام ژنریک نسخه و توزیع شده و اغلب، داروهایی هستند که در فهرست دارویی صندوق تامین اجتماعی موجود می‌باشند.

تایلند

تقریباً ۷۲ درصد جمعیت تایلند پوشش بیمه‌ای خدمات بهداشتی - درمانی را از طریق مختلف دریافت می‌دارند. هر دو مقوله رفاه اجتماعی و تامین اجتماعی به طور مستقیم وابسته به استفاده از داروهای ضروری است. حدود ۶۷ درصد از مخارج خدمات بهداشتی توسط بخش خصوصی تامین می‌شود زیرا بیماران ترجیح می‌دهند خود درمانی کنند و یا در جایی که پوشش بیمه دولتی وجود ندارد به کلینیک‌های خصوصی مراجعه نمایند.

تایلندی‌ها متوجه شدند که کسب هدف برابری در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی صرفاً با ارایه پوشش بیمه اجتماعی خصوصاً در بخش روستایی به تنهایی به دست نمی‌آید، بنابراین یک نظام بیمه‌ای جداگانه [طرح کارت بهداشتی (اختیاری)] را جهت بیمه کردن مناطق روستایی ایجاد نمودند. استفاده از داروهای ضروری با کارت بهداشتی دولتی قانونی است. تأثیر این نوع از بیمه هم اکنون در حال ارزیابی و بررسی است.

۲ - بیمه مبتنی بر جامعه

گینه بیسائو

برنامه‌های پیش پرداخت در جوامع روستایی از طریق مراکز بهداشتی با مدیریت و مشارکت خود روستاییان به منظور تضمین ارایه خدمات بهداشتی - درمانی و نیز تامین دارو در طی نیمی از سال در مناطقی که اقتصاد پولی وجود ندارد، توسعه داده شده است. نرخ و شیوه‌های پیش پرداخت توسط روستاها تعیین می‌شود.

برای اشخاصی که در این طرح مشارکت می‌نمایند، در مدت اجرای برنامه استفاده از داروها و نیز خدمات به صورت رایگان می‌باشد. به طور متوسط بیش از ۹۰ درصد افراد واجد شرایط در این برنامه‌ها مشارکت می‌نمایند.

۳ - بیمه خصوصی

زئیر

اگرچه یک مکانیسم بیمه ملی در عمل برای اجرا تعیین نگردیده است لیکن انجمن‌های دو منظوره متعددی وجود دارند که انواعی از بیمه درمان را برای هر دو بخش روستایی و شهری ارایه می‌نمایند. هر کدام از این‌ها دارای خصوصیات متفاوتی می‌باشند و در همین زمینه مطالعه‌ای انجام شده است تا مزایا و مضرات هر یک مشخص گردد.

طرح‌های بیمه‌ای مطالعه شده تعدادی از انواع پوشش‌های بیمه‌های پایه و داروهای اساسی را ارایه می‌نمایند، هر چند تعدادی از آن‌ها اکثراً خدمات سرپایی را پوشش می‌دهند و برخی دیگر خدمات بستری را.

به طور کلی، این مکانیسم‌های بیمه‌ای محلی در مقایسه با نظام مبتنی بر پرداخت‌های مستقیم استفاده کنندگان متجر به بهبودی بیشتری در دسترسی و نیز تامین منابع مالی قابل اعتماد شده است.

کادر ۲ - انواع بیمه‌های درمانی و برخی نمونه‌ها

را بهبود نمی‌دهد بلکه میزان هزینه‌های ناشی از عوارض بیماری‌ها و بستری شدن را نیز کاهش می‌دهد.

همان‌طور که در کادر شماره ۲ بیان شده است، در همراهی با مکانیسم‌های گوناگون بیمه، مزایا و معایبی وجود خواهد داشت.

زمانی که طرح‌های بیمه طراحی می‌شوند، فاکتورهای گوناگونی می‌بایست مورد توجه قرار گیرند. برخی از این فاکتورها عبارتند از:

کدام جمعیت تحت پوشش قرار می‌گیرد؟

کدام داروها تحت پوشش هستند؟

سازماندهی خدمات چگونه است؟

مکانیسم‌های پرداخت به چه صورت است؟

کنترل هزینه چگونه صورت می‌گیرد؟

پوشش بیمه برای داروها ممکن است از طریق

داروخانه‌های خصوصی، داروخانه‌های

وابسته به مؤسسات بیمه‌ای، یا از طریق

لاتین با ۴۵ درصد و منطقه خاورمیانه با ۵۶/۷ درصد (جدول شماره ۴).

مکانیسم‌های بیمه (اعم از دولتی یا خصوصی) همه هزینه‌های دارویی را پوشش نمی‌دهند.

اولاً، داروها یک بخش ضروری و در عین

حال به میزان زیادی متأثر از مقوله هزینه -

اثربخشی در نظام‌های مدرن مراقبت بهداشتی

- درمانی می‌باشند، ثانیاً، داروها سهم عظیمی

در هزینه‌های خانوارها را به خود اختصاص

می‌دهند و به همین خاطر شمول آن‌ها هم در

برنامه‌های بیمه‌های اجباری و هم بیمه‌های

اختیاری، این برنامه‌ها را بیشتر قابل پذیرش

خواهند ساخت.

نهایتاً، درمان مؤثر اولیه بیماری‌های حادی

همچون مالاریا و پنومونی و بیماری‌های مزمنی

همچون دیابت تنها میزان سلامتی و بهداشت

جدول ۴ - توزیع پوشش بیمه درمان در برخی از مناطق دنیا

منطقه یا کشور	پوشش بیمه‌ای جمعیت در کشورها			فراوانی کشورها بر حسب توزیع پوشش بیمه‌ای	
	میانگین	میان	طیف پوشش	با بیمه	ناشناخته یا با پوشش بیمه‌ای کمتر از ۱٪
کشورهای با اقتصاد مبتنی بر بازار با ثبات	۹۸/۷	۱۰۰	۸۶-۱۰۰	۱۲	۱۲
منطقه خاورمیانه	۵۶/۷	۵۰	۱۵-۱۰۰	۷	۲۵
آمریکای لاتین و دریای کارائیب	۴۵	۳۵/۵	۶-۱۰۰	۲۰	۱۳
آسیا و جزایر آن	۲۷/۳	۱۰/۲	۱-۱۰۰	۱۲	۱۹
جنوب صحرای آفریقا	۱۰/۳	۸	۱-۲۶/۵	۱۳	۳۳
هند	-	۰/۵	-	۱	-
چین	-	۳۰	-	۱	-

جانشین برای ارایه پوشش دارویی و نیز شیوه‌هایی در جهت اطمینان از برابری و عدالت در خدمات در زمان کنترل هزینه‌ها، آگاه و مطلع شوند.

۳- پرداخت‌های مستقیم از سوی استفاده‌کنندگان از خدمات

هزینه‌ها و مخارج خصوصی دارویی در کشورهای در حال توسعه معمولاً سهمی بالغ بر دو سوم کل هزینه‌های دارویی را شامل می‌گردد. زمانی که فروش دارو توسط بخش خصوصی، شایعترین شکل فروش دارو باشد، برنامه‌های کنترل هزینه بهداشتی دولت و برنامه‌های اجتماعی دارویی، هم‌چنان بخش خصوصی را برای پوشش هزینه داروها به کمک می‌طلبند.

مبالغ پرداختی از سوی استفاده‌کنندگان از خدمات در کشورهای در حال توسعه، اصولاً یکی از راه‌های مشارکت در پرداخت هزینه‌های خدمات بهداشتی درمانی می‌باشند.

علی‌رغم این‌که یک سرمایه‌گذاری اولیه جهت تکمیل زنجیره عرضه برخی از داروهای انتخاب شده، انجام گرفته است، اما این مکانیسم‌ها در جهت پوشش هزینه داروها دارای ضعف و کاستی می‌باشند.

مبالغ دریافتی برای تامین مالی خرید داروهای جدید به‌کار می‌رود و یا ممکن است صرف انجام برخی برنامه‌های اجتماعی مثل ارایه سایر خدمات بهداشتی - درمانی شود.

برای اجرای این‌گونه طرح‌ها، قیمت‌ها، معمولاً بر اساس ترکیبی از رویکرد بازار و شیوه‌های محاسبه بر مبنای هزینه، تعیین می‌گردند.

برنامه‌های مدیریت مزایای دارویی صورت گیرد.

پایش میزان مصرف و نیز معیارهای کنترل هزینه، اغلب جهت اطمینان یافتن از این‌که استفاده داروها از طریق تجویز بیش از حد و یا احیاناً سوء استفاده و کلاهبرداری باعث ورشکستگی شرکت‌های بیمه‌ای نمی‌شوند، مورد نیاز می‌باشند.

پوشش بیمه هنوز در بسیاری از کشورها پایین است و این مساله نیاز به تامین مالی به‌طور مداوم و پایدار از طریق عواید مالیاتی دولت، پرداخت‌های مصرف‌کنندگان و سایر منابع دارد.

ممکن است منافع ناشی از ارایه پوشش دارویی در کشورهای در حال توسعه و در حال گذار به‌طور کامل توسط متخصصان بیمه‌ای و نیز مدیران بخش داروهای اساسی به درستی درک نشود. به هر حال، می‌بایست تاکید شود که برخی از کشورهای در حال توسعه جهت اجرای کامل و همگانی پوشش بیمه با مشکلاتی روبه‌رو خواهند شد. این مساله ناشی از محدودیت استخدام رسمی، مشکلات موجود در پیگیری نسخ و نیز مکانیسم‌های دولتی ضعیف برای رسیدگی و تنظیم عناصر اساسی در جهت اجرای یک برنامه و طرح همگانی می‌باشد.

با این وجود، بیمه همگانی اجباری که شامل پوشش دارویی است، خصوصاً از بعد دستیابی به هدف‌های کلان اجتماعی نظیر برابری در ارایه خدمات بهداشتی - درمانی مفید می‌باشد. سیاست‌گذاران و مدیران نیاز دارند که به‌طور کامل درباره ارزش پوشش بیمه، مکانیسم‌های

استفاده صحیح از داروها از طریق ایجاد انگیزه‌های مالی جهت جلوگیری از مصرف بیش از حد دارو و مشارکت و احساس مسؤلیت بیشتر جامعه می‌گردند.

در چنین برنامه‌هایی اصل برابری و عدالت تقویت می‌گردد زیرا منابع محدود دولت می‌تواند بهتر و بیشتر بر روی نیازهای واقعی جامعه تمرکز کند.

آیا واقعاً این فواید در عمل نیز مشاهده می‌گردند؟

اغلب کشورهای جنوب صحرای آفریقا (۳۴ کشور از ۳۹ کشور) تجاری در زمینه بهبود هزینه در مراقبت بهداشتی - درمانی و مشارکت صندوق‌های دارو داشته‌اند. در کادر شماره ۲ برخی از این تجارب خلاصه گردیده است.

پرداخت‌های نقدی خدمات می‌تواند به عنوان یک اقدام مبتکرانه به طور موفقیت‌آمیزی اجرا گردد. هم‌چنین تامین مالی از سوی جامعه ممکن است بخشی از یک سیاست بهداشتی ملی را تشکیل دهد و این امر مزایای معینی را از نظر پیوستگی، انسجام و یارانه‌های مقطعی بیشتر در تلاش‌های اصلاحی ارایه می‌نماید.

زمانی که مکانیسم‌های دستمزد در سطح ملی سازماندهی می‌شوند، یک رویکرد از بالا به پایین همراه با تاسیس بیمارستان‌های بزرگ ملی و محلی ایجاد می‌شود. دلایل این امر شامل اصل برابری، اجرای نظام ارجاع، توان کسب درآمد، ظرفیت‌های اجرایی و ارزیابی‌های جامع می‌باشد.

برای دستیابی به موفقیت، مکانیسم‌های پرداخت از سوی استفاده‌کننده می‌بایست

انواع مختلفی از پرداخت‌های دارویی وجود دارد که هر کدام می‌توانند با تاثیرات متفاوتی بر الگوهای مصرف، سهولت وصول و محاسبه و توازن هزینه‌ها و درآمدهای دارویی، به کار برده شوند. برخی از این انواع پرداخت‌ها عبارتند از:

پرداخت بر اساس طول دوره درمان: دستمزد و حق الزحمه ثابت برای یک دوره حمله بیماری همراه با یک درمان استاندارد

پرداخت به ازاء هر نسخه: حق الزحمه استاندارد به ازاء هر ویزیت

دستمزد اقلامی: حق الزحمه استاندارد به ازاء هر قلم دارو

دستمزد اقلامی چندسطحی: حق الزحمه‌های استاندارد متفاوت برای سطوح دارویی متفاوت **دستمزدهای اقلامی متغیر:** دستمزدها بسته به مصارف دارو بر اساس نوع و هزینه متفاوت است.

به طور کلی، دستمزدهای اقلامی چندسطحی و اقلامی متغیر، در مشتریان انگیزه‌های بیشتری برای خرید داروهای با هزینه پایین و استفاده کمتر از داروها ایجاد می‌کنند اما این نظام‌های دستمزد، مشکلترین نظام‌ها از بعد وصول و محاسبه می‌باشند.

بر طبق نوع دستمزد انتخاب شده، می‌بایست دستمزدها به طور مکرر با میزان تورم تعدیل و تطبیق داده شوند.

در مجموع برای بهبود دسترسی و کارایی دارو، مزایای هدفمند طرح‌های بهبود هزینه (Cost - recovery) باعث تقویت بیشتر خدمات بهداشتی محلی نسبت به خدمات ارجاعی،

درآمدهای عمومی:

در ۳۴ کشور با نظام پرداخت‌های مستقیم از سوی استفاده‌کننده، درآمدهای کسب شده از طریق این پرداخت‌ها به‌طور کلی سهم ناچیزی از هزینه‌های جاری بهداشتی دولت را به خود اختصاص می‌دهد (تقریباً همیشه کمتر از ۱۰ درصد)، به هر حال در برخی از کشورها که این نظام برای بیش از چندین سال ادامه یافته، بهبودی در این درصد مشاهده شده است.

بهبود منابع مالی:

با بازگشایی صندوق‌های مالی اجتماعی دارو در ۱۷ کشور جنوب صحرای آفریقا میزان موفقیت برای بهبود این صندوق‌های مالی به‌طور متوسط حدود ۵۰ درصد بوده است. (با طیف موفقیتی از ۴۹ درصد تا ۸۳ درصد) تجارب کشورهای جمهوری آسیای مرکزی نشان می‌دهد که مراکز بهداشتی دولتی که دارای مدیریت مستقل بوده‌اند، میزان فروش داروهایشان کنترل شده‌تر بوده و نیز آن‌هایی که برای هر خدمت حق الزحمه جداگانه‌ای دریافت می‌کرده‌اند نسبت به سایر مراکز که این خصوصیات را نداشته‌اند، از نرخ بهبود هزینه بیشتر و بهتری برخوردار بوده‌اند.

استفاده از تسهیلات و کیفیت خدمات:

به نظر می‌رسد که تقاضا برای خدمات بهداشتی اجتماعی، مبتنی بر نظام پرداخت مستقیم از سوی استفاده‌کننده باعث افزایش اصل عدالت و برابری و نیز افزایش دسترسی به داروها شده است.

به هر حال از آنجا که نظام پرداخت‌های مستقیم توسط استفاده‌کننده تنها عامل در افزایش دسترسی به داروها نبوده و عوامل دیگری نیز در میزان مصرف خدمات موثر می‌باشند، به‌طور مکرر کاهش در استفاده از خدمات بهداشتی درمانی مشاهده می‌شود. استفاده از مراکز بهداشتی اجتماعی در ۷ کشور افزایش یافته در حالی که در ۴ کشور کاهش یافته است.

برابری و استطاعت مالی:

■ مطالعات انجام گرفته بر روی میزان مصرف خدمات بهداشتی - درمانی نشان می‌دهد که فقرا احتمالاً بیشتر از سایر افراد جامعه به دلیل افزایش قیمت خدمات درمانی در دسترسی به این خدمات دچار مشکل می‌گردند.

■ از ۲۵ کشور جنوب صحرای آفریقا که برنامه بهبود هزینه را اجرا می‌کنند، مشخصاً تنها یک کشور (زیمبابوه) سیاست رسمی در خصوص سقف درآمد ملی داشته که در آن امتیازات و معافیت‌هایی را برای فقرا و اقشار آسیب‌پذیر در نظر گرفته بود. ۱۴ کشور دیگر نیز جهت اقشار آسیب‌پذیر امتیازاتی را در نظر گرفته‌اند اما معیار مشخصی نداشت. ۱۰ کشور باقیمانده در این خصوص اقدام مشخصی صورت نداده و بیشتر این امر را به تصمیمات محلی واگذار نهموده بودند.

■ به سختی می‌توان معافیت‌های مبتنی بر درآمد را در جاهایی که استخدام رسمی محدود می‌باشد، تنظیم و اجرا نمود. در برخی کشورها وضوح سیاست‌های بخشودگی به‌عنوان یک سؤال مطرح می‌باشد.

بنابراین، اصل برابری و عدالت به‌عنوان یک موضوع حیاتی باقی مانده است. سهولت استفاده، شیوه‌های مطمئن برای تعیین و بخشودگی‌ها در مکانیسم‌هایی که پرداخت مستقیم از سوی استفاده‌کننده را مطالبه می‌کنند، به آسانی قابل دستیابی نیستند.

کادر ۳ - برخی از مزایای نظام پرداخت از سوی مصرف‌کننده در آفریقا

مکانیسم های بهبود هزینه یک واقعیت ملموس در بسیاری از کشورهای در حال توسعه می باشند.

به هر حال، بررسی های اخیر نشان می دهند که اجرای این برنامه ها در عمل با مشکلات زیادی مواجه می شود. در مجموع، هنوز موضوعاتی همچون نظام های موثر بخشودگی و نیز برابری و عدالت هم چنان در کانون توجه باقی مانده اند. نظام پرداخت مستقیم از سوی استفاده کننده می تواند به عنوان مکملی جهت تخصیص مالی دولت برای بخش دارو به کار رود اما نبایستی جایگزین این تخصیصات گردد. کوشش ها و تلاش های آینده نیازمند اطمینان حاصل کردن از این است که درس های گرفته شده از پژوهش ها و تجربه ها واقعی جهت طراحی و اجرا و کنترل برنامه های پرداخت مستقیم از سوی استفاده کننده ها برای اطمینان از دسترسی به داروها و بهبود مصرف منطقی آن ها به کار برده می شوند.

۴- تامین مالی داوطلبانه و سایر منابع مالی محلی

طرح های دارویی اجتماعی درگیر در صندوق های مالی در گردش، بیمه درمان اجتماعی پیش پرداخت شده و برنامه های بیمه تعاونی خصوصی که قبلاً مورد بحث قرار گرفته اند، هم چنین می توانند در داخل این تقسیم بندی قرار گیرند.

سازمان های غیردولیت (NGOs) مکرراً با این مسایل و سایر طرح های تامین مالی اختیاری در ارتباط بوده و می توانند نقش عمده ای را در ارائه خدمات بهداشتی - درمانی در برخی

به طور کلی به وسیله بهبود کیفیت در خدمات ارائه شده همراهی شوند. این بدان معنی است که مکانیسم های بهبود یافته عرضه دارو هر دو، پیش نیاز و نتیجه برنامه های موفق می باشند. اگرچه دسترسی به تجارت خارجی خصوصاً در طرح ها و برنامه های اجتماعی مشکل است اما برای باقی ماندن و پایداری عرضه مناسب دارو ضروری می باشد. بررسی های اخیر در زمینه تجربه های ناشی از برنامه های دارویی اجتماعی و صندوق های مالی دارو نشان می دهد که عوامل زیر جهت بهبود دسترسی به داروها، برابری و عدالت در دسترسی و نیز افزایش کارایی نظام دارویی ضروری و اساسی می باشند:

- ۱- کنترل و نگهداری منطقه ای و محلی درآمدهای عمومی
- ۲- عرضه مطمئن داروهای با کیفیت مناسب و قیمت پایین.
- ۳- اجرای منطقه ای سطوح قیمت و مکانیسم های تعیین قیمت مناسب
- ۴- مکانیسم های حمایتی همچون تعیین قیمت های متفاوت و در نظر گرفتن برخی معافیت ها و بخشودگی ها
- ۵- ادامه یارانه دولتی برای برخی گروه های هدف
- ۶- جهت گیری تجاری برای کارکنان، امور مالی و مدیریت عرضه
- ۷- ارزیابی های مداوم برای اطمینان از پاسخگویی مکانیسم ها
- ۸- اجرای برنامه ها در مراحل مختلف و بر طبق جدول برنامه ریزی شده.

درمانی و داروها را پرداخت می‌نمایند. این مکانیسم‌ها به طور کلی از طریق مشارکت مستقیم یا توسعه و افزایش صندوق‌ها حمایت می‌شوند. این صندوق‌ها برای برآورد نیازهای فوری بخشی از آحاد جامعه در نظر گرفته می‌شوند اما نمی‌توانند به طور پایدار نیازهای دارویی بخش عظیمی از جامعه را تامین نمایند.

طرح‌های اجتماعی و سایر طرح‌های تامین مالی داوطلبانه، می‌توانند نقش مهمی را در ارایه خدمات بهداشتی - درمانی در کشورها بازی نمایند و نیز می‌توانند طوری عمل نمایند که به ساختارهای سنتی جامعه احترام گذارده شود.

۵- تامین مالی از سوی اهداکنندگان و اهدا دارو

کمک و یاری بخش اهداکنندگان منابع مالی دوجانبه یا چند جانبه در زمینه‌های بهداشتی - درمانی غیر از سازمان‌های غیردولتی که در بالا درباره آن‌ها بحث شد، می‌باشد.

میزان مشارکت این منابع در تامین مالی هزینه بهداشتی - درمانی از کشوری به کشور دیگر متفاوت می‌باشد. در منطقه جنوب صحرای آفریقا درصد متوسط کمک و یاری این بخش تقریباً ۳۰ درصد، آسیا (به جز چین و هند) ۱۱ درصد و در کشورهای آمریکای لاتین زیر ۸ درصد است.

به هر حال، این میانگین‌ها می‌توانند تفاوت‌های بسیار زیاد موجود بین کشورها را مخفی نمایند. برای مثال، در برخی از کشورهای آمریکای لاتین، این کمک‌ها حدود ۲۰ درصد یا

کشورهای در حال توسعه بازی نمایند. سازمان‌های غیردولتی و مؤسسات غیرانتفاعی تقریباً ۱۹ درصد از کل خدمات بهداشتی - درمانی در سال ۱۹۹۰ را به خود اختصاص دادند. برآورد می‌شود که سازمان‌های غیردولتی ۲۰-۳۰ درصد از کل مخارج بهداشتی - درمانی را در کشورهای جنوب صحرای آفریقا و کشورهای آسیایی با درآمد کم، پوشش دهند و در برخی موارد، آن‌ها بیشتر از نیمی از کلیه خدمات درمانی را ارایه می‌نمایند.

داروهای تهیه شده از سوی سازمان‌های غیردولتی (NGO) می‌توانند هم از سوی اهداکنندگان محلی و هم از سوی اهداکنندگان خارجی تهیه گردند. بنابراین، معمولاً این سازمان‌ها می‌بایست هزینه‌ها را به منظور تداوم فعالیت خود بهبود بخشند.

مراقبت‌های بهداشتی - درمانی فراهم شده از سوی کارفرمایان می‌توانند هم به طور مستقیم از طریق انعقاد قرارداد با بخش‌های خصوصی و یا از طریق انعقاد قرارداد با شرکت‌های بیمه ارایه گردند. ممکن است تاثیر این منابع مالی کم اهمیت پنداشته شود.

برآورد شده است که در تانزانیا (یک کشور با حداقل بیمه رسمی) حدود ۱۳ درصد از جمعیت به خدمات بهداشتی - درمانی ارایه شده از سوی کارفرمایان دسترسی دارند. بنابراین، توجه به این منبع مالی در جهت توسعه استراتژی‌های تامین مالی ارزشمند می‌باشد.

از سایر مکانیسم‌های داوطلبانه می‌توان به صندوق‌های بیماری اشاره کرد که جهت اقشار فقیر جامعه، هزینه‌های خدمات بهداشتی -

حتی بیشتر از کل هزینه‌های بهداشتی را شامل می‌گردند. در منطقه جنوب صحرای آفریقا، چندین کشور وجود دارند حدود نیم یا بیشتر از نیمی از هزینه‌های بهداشتی را از این منابع تامین می‌نمایند.

کمک اهداکنندگان در بخش بهداشت و درمان می‌تواند شامل خدمات بیمارستانی، کلینیکی، درمانی، کنترل بیماری‌ها، واکسیناسیون و غیره باشد.

این کمک‌ها می‌تواند به اشکال مختلف از جمله کمک‌های تکنیکی همچون انتقال دانش، تجربه و مهارت‌ها باشد. در بخش دارویی، اهداکنندگان ممکن است علاوه بر تاسیس نظام‌های عرضه دارو، توسعه شیوه‌های کنترل کیفیت، ارتقاء مصرف بهینه و منطقی دارو و نیز شیوه‌های آموزشی آن، در اتخاذ سیاست‌ها توسعه‌ای و اجرای آن‌ها نیز مشارکت نمایند.

برخی از این اهداکنندگان ترجیح می‌دهند در بازار خدمات دارویی به علت هزینه‌های زیاد وارد نشوند در حالی که برخی دیگر با توجه به اهمیت این بخش و نیز نیازهای فوری برخی کشورها به داروهای اساسی و عدم توانایی آن‌ها در رفع این نیازها ترجیح می‌دهند که وارد این عرصه شوند. کمک‌هایی که از سوی این منابع در اختیار جوامع قرار می‌گیرد در رفع رنج و آلام انسان‌ها موثر بوده و به آن‌ها اجازه می‌دهد تا فرصت کافی برای حل معضلات بهداشتی خود در طولانی مدت داشته باشند.

چالشی که با کلیه منابع مالی ناشی از کمک‌های خارجی (خصوصاً زمانی که در تامین مالی هزینه‌های جاری مشارکت می‌نمایند)

وجود دارد، این است که اجازه ندهیم این منابع جایگزین تلاش کشورها به منظور توسعه مکانیسم‌های تامین مالی پایدار گردند. برای کسب این هدف علاوه بر توسعه اقتصادی و سیاسی نیاز به یک انقلاب مجدد در تعیین اولویت‌ها، ساختارها و مکانیسم‌های بخش بهداشت و درمان و هماهنگی اجزای مختلف آن می‌باشد. گذر از مکانیسم‌های خارجی به مکانیسم‌های داخلی نیازمند یکپارچه سازی محتوای طرح‌های کمک‌رسانی است. مشخص است که یک توسعه پایدار در خلال مدت زمان نسبتاً کوتاه قابل دستیابی نیست خصوصاً اگر اقتصاد کشور در حال رشد نبوده و یا تعهدات طولانی‌تر از سوی اهداکنندگان نیاز باشد.

موضوع دیگر، مشکلات خود این مراکز اهداکننده کمک‌های دارویی است. این مشکلات به طور وسیعی مورد توجه قرار گرفته‌اند. در میان این مشکلات می‌توان به اهداء داروهایی که تناسبی با وضعیت نیازهای جامعه هدف نداشته، اهداء داروهایی که برچسب‌های غیر خوانا داشته یا فاقد برچسب بوده، داروهایی که تاریخ انقضای آن‌ها سپری شده یا نزدیک است سپری گردد و یا اهداء داروهای با کیفیت زیر استاندارد اشاره نمود. به همین خاطر چهار اصل عمده ذیل برای اهداء داروها همراه با ۱۲ دستورالعمل خاص تعیین شده‌اند. چهار اصل ذکر شده عبارتند از:

- ۱- در نظر گرفتن حداکثر مزایا برای دریافت‌کنندگان کمک
- ۲- احترام قبایل شدن برای نیازها و درخواست‌های دریافت‌کننده کمک

متفاوت مصرف بهتری داشته باشند. گرچه می‌توان این گونه استدلال کرد که مسؤولیت بدهی‌های کلی هیچ تغییری نمی‌کند اما هزینه فرصت یک واقعیتی است که بسیاری از کشورهای در حال توسعه باید مد نظر قرار دهند.

نیازمندی‌های بسیاری از کشورهای در حال توسعه در برآوردن نیازهای دارویی فوری، نمی‌تواند مورد اغماض قرار گیرد و این امر به طور شایان توجهی، باعث پیچیدگی موضوعات می‌گردد.

فقر می‌تواند کشورها را (هم‌چنین افراد) مجبور سازد که به منظور برآورد کردن نیازهای فوری، تصمیماتی را اتخاذ نمایند که از دیدگاه بلند مدت منطقی به نظر نمی‌رسد. در واقع کشورهای فقیرتر بیشتر وام‌های دارویی را صرف تهیه دارو می‌نمایند. این در حالی است که فقیرترین کشورها از یک شرایط ملایم‌تر وام بهره می‌برند، در نتیجه این وام‌ها به طور کلی یک مکانیسم تامین مالی مطلوب در خصوص خریدن کالاهای تکراری و هزینه‌های جاری نیست.

از آن‌جا که منابع این کشورها فوق العاده محدود می‌باشد، لذا مداخله‌های به عمل آمده از سوی جامعه جهانی در جهت حمایت از تامین مالی دارو می‌تواند ارزش زیادی را دارا باشد. این نوع مساعدت به فقیرترین کشورها، آن‌ها را قادر می‌سازد که نیازهای فوری خود را مرتفع سازند و از هزینه‌های فرصت فاصله گرفته و نیز فرصت اضافی را به منظور توسعه مکانیسم‌های تامین مالی داخلی، در برآوردن

۳- اهداء داروهای دارای استاندارد بالا
۴- وجود ارتباط موثر بین اهداکننده و دریافت کننده کمک
هدف از این اصول به حداکثر رساندن مزایای حاصل از اهداء داروها می‌باشد.

۶- وام‌های توسعه

نقش کمک‌های مالی بانک‌های توسعه در بخش بهداشت و درمان عمده و در حال افزایش است. در خصوص بانک جهانی، در طول دوره ۹۵ - ۱۹۸۹ از کل مبلغ ۷۹۴۵ میلیون دلاری که جهت مصرف در بخش بهداشت و تغذیه در نظر گرفته شده بود، حدود ۱۳۱۱ میلیون دلار صرف بخش دارویی شده است (۱۶/۵ درصد). از کل مبلغ ۱۳۱۱ میلیون دلار، ۷۷۹ میلیون دلار برای داروها، ۲۶۸ میلیون دلار برای تجهیزات دارویی و ۲۵۷ میلیون دلار صرف آموزش و سایر موارد گردیده است.

این نوع از منبع مالی بیشتر به منظور حمایت و توسعه ظرفیت‌های زیرساختی و منابع انسانی بلند مدت به کار می‌رود و جهت تحت پوشش قرار دادن هزینه‌های جاری نظیر تهیه دارو کمتر به کار می‌رود. مانند کمک‌های اهدایی، وام‌ها می‌توانند راه‌های حل کوتاه مدتی را ارایه نمایند که باعث کاهش انگیزه‌ها در توسعه مدل‌های تامین مالی بلند مدت می‌شود. اما نقاط ضعفی نیز در رابطه با این وام‌ها وجود دارد. کشورها نه تنها نباید از منابع محدود خود هیچ وام عمده و بهره‌ای بپردازند بلکه با در نظر گرفتن هزینه‌های فرصت، وام‌ها ممکن است برای سایر طرح‌های توسعه با ماهیت‌های

وام‌ها و شیوه سیاست‌گذاری‌ها است. وام‌های دارویی می‌باید با توصیه‌های تکنیکی جامعی که از سیاست‌گذاری‌های دارویی ملی یک کشور حمایت می‌نماید، همراهی شوند.

به حال شیوه سیاست‌گذاری می‌باید مستقل از هر ابزار مالی در دسترسی کشورها قرار گیرد.

استفاده از وام‌ها به عنوان یک ابزار در اشاعه سیاست‌گذاری‌های خاص (بدون در نظر گرفتن مزایا و معایب آن‌ها) می‌تواند برای کشورهایی مضر باشد که به معنای واقعی از وام‌های دارویی در بلند مدت هیچ بهره‌ای نمی‌برند. شروط وام‌ها ضروری می‌باشد، اما آن‌ها نباید تعیین‌کننده سیاست‌گذاری‌های دارویی یک کشور باشند. بلکه این سیاست‌گذاری است که می‌بایست ترکیب مناسبی از انواع شیوه‌های تامین مالی در یک کشور را تعیین نمایند.

منبع

WHO / DAP (1998) Health reform and drug financing.

اهداف بلند مدت نسبت به نیازمندی‌های کوتاه مدت، به آنها می‌دهد. این امر قاعده‌تاً می‌باید به توسعه پایدارتری منجر شود.

هر چند معمولاً بخش‌های دارویی هزینه‌های تکراری را تشکیل می‌دهند، لیکن می‌توان از وام‌های توسعه در موارد زیر در بخش دارویی بهره برد.

این موارد عبارتند از:

- ۱- ذخیره سرمایه در گسترش دارو
- ۲- تهیه دارو به عنوان بخشی از یک وام عمده‌تری که توازن پرداخت‌ها را از طریق تامین مالی تمامی پیش‌نیازهای واردات برای یک دوره زمانی محدود مورد حمایت قرار می‌دهد.
- ۳- در برخی موارد معین، تامین مالی دارویی برای برنامه‌هایی در جهت حذف بیماری‌های خاصی که می‌توانند به طور موثرتری با داروهایی درمان شوند که به طور گسترده برای سایر مشکلات بهداشتی - درمانی استفاده نمی‌شوند.

علاوه بر این مقررات، موضوع مهم دیگری که می‌بایست مورد توجه قرار گیرد، ارتباط بین

