



تأثیر هدفمند کردن یارانه‌ها بر دارو

بهره‌مند می‌شدند. به عنوان مثال، بنابر گزارش بانک جهانی، در سال ۱۳۷۵، ۴۰ درصد مردم ایران زیر خط فقر بودند که این روش توزیع همگانی یارانه می‌توانست به مقدار زیادی موثر واقع گردد. از سوی دیگر، مساله انرژی، جمعیت و بالا رفتن ضریب شهرنشینی، درخواست‌های جدیدی را در سطح جامعه به وجود آورده که توزیع همگانی یارانه‌ها نمی‌تواند روش مناسبی باشد.

نگاهی به آمار بیانگر آن است که در گروه‌های درآمدی ده‌گانه، سه گروه کم درآمد اول، کمتر از گروه‌های پر درآمد از یارانه‌ها استفاده می‌کنند. بهره‌مندی دهکه‌ای درآمدی از کل یارانه‌ها (انرژی، کالاهای اساسی و دارو) در سال ۱۳۸۰ بین قرار است: دهک اول $\frac{3}{8}$ ، دهک دوم $\frac{4}{9}$ ، دهک سوم $\frac{6}{4}$ ، دهک هشتم $\frac{13}{3}$ ، دهک نهم ۱۵ و دهک دهم ۲۰/۵ درصد. بنابراین، باید پرداخت یارانه‌ها را به سوی گروه‌های کم درآمد سوق داد.

حذف یارانه‌ها در بخش دارو صورت نمی‌پذیرد اما حذف یارانه‌های غیر مستقیم سوخت، آب، برق و گاز در این بخش نیز تاثیر دارد. البته، هیچ مدل و الگویی وجود ندارد که با قاطعیت پیش‌بینی کند تا در این عرصه چه روی خواهد داد.

نگارنده که خود یکی از مدافعان طرح هدفمند کردن یارانه‌ها می‌باشد و به حقانیت آن اعتقاد دارد، باید اذعان کند که برنامه‌ریزی، اجرا ارزیابی و پایش این طرح معطوف به سیاست‌گذاری مناسبی می‌باشد و تاکنون هیچ طرح مشخص و مدونی وجود ندارد که نشان دهد تا حذف یارانه‌ها چه تأثیر مستقیم و غیر مستقیمی در عرصه دارو خواهد گذاشت و راههای مقابله با آن چیست؟ در حدود ۴۰ سال است که در ایران برای کالاهای اساسی و سپس انرژی به شکل مستقیم یا بالقوه (هزینه - فرصت) یارانه پرداخت می‌گردد. در ابتدا، پرداخت یارانه به صورت واقعی انجام می‌گرفت و گروه‌های اجتماعی گوناگون از آن

■ حذف این یارانه‌ها منجر به افزایش قیمت مواد اولیه تولید داخلی می‌شود.

■ حذف یارانه‌های مذکور در توزیع دارو باعث افزایش شدید هزینه‌های حمل و نقل و توزیع می‌گردد.

■ با توجه به آن که نگهداری دارو در انبارهای گوناگون باید با دقت خاصی و تحت شرایط ویژه‌ای در زمینه دما و رطوبت صورت پذیرد، انبارش داروها با توجه به مصرف بالای حامل‌های انرژی از هزینه بالایی برخوردار می‌باشند که این امر در مورد کارخانجات دارویی، شرکت‌های توزیع کننده و داروخانه‌ها صادق است.

■ کالاهایی مانند دارو تقاضای مصرف پایین و افزایش هزینه‌های سربار بیشتری دارند. بنابراین، باید قیمت‌ها افزایش بیشتری پیدا کنند و از آن جایی که تعیین قیمت، برخلاف دیگر صنایع در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است و این وزارت‌خانه اعتقادی به افزایش قیمت داروها ندارد. در نتیجه، ممکن است تولید و توزیع کاهش پیدا کنند.

از سوی دیگر، چنانچه قیمت‌های داروهای تولید داخل افزایش یابند، مزیت رقابتی داروهای تولید داخل در بازارهای داخلی به شدت کاهش یافته و میزان واردات بالاتر می‌رود که این امر، منجر به کاهش بیشتر تولید و استغال خواهد شد.

یکی از کشورهایی که در زمینه پرداخت نقدی یارانه‌ها، تجربه ناموفقی دارد، شیلی است. البته پرداخت یارانه سلامت به صورت نقدی هم بخشی از برنامه دولت این کشور بود. پس از حذف یارانه سلامت، قیمت‌ها در عرصه بهداشت و درمان بسیار

طرح هدفمند کردن رایانه‌ها علاوه بر اصلاح ساختار اقتصادی با اصلاح و منطقی کردن قیمت‌ها از طریق قطع یارانه‌ها از گروه‌های پر درآمد و پرداخت به گروه‌های کم درآمد باعث می‌شود که رفاه اجتماعی حداکثر گردد.

همان‌گونه که قبلاً ذکر شد، پیش‌بینی دقیق اثرات انتقال یارانه‌ها از حالت غیر مستقیم به مستقیم، کاری بس پیچیده، سخت و تا حدی غیر ممکن است، زیرا انجام چنین کاری نیاز به یک بانک اطلاعاتی دقیق و گسترده حاوی صدھاً متغیر اقتصادی، اجتماعی، داخلی و خارجی دارد. از طرف دیگر، یک مدل کلان اقتصادی و اجتماعی لازم است تا رفتار متغیرهای گوناگون اقتصادی و اجتماعی را بتوان در ارتباط با یکدیگر شناسایی کرد و به شبیه‌سازی ارتباط میان آن‌ها پس از نقدی کردن یارانه‌ها پرداخت. راه حلی که در شرایط فقدان این سیستم یک پارچه وجود دارد Targeting روشن سیستم‌های هدف‌گیری (Systems) می‌باشد. در این روش با اهداف گوناگون تلاش می‌گردد تا به طور نسبی اطلاعاتی از جامعه مصرف به دست آید. متأسفانه، در این روش فقط چشم‌اندازی مبهم از آن‌چه ممکن است روی دهد ارایه می‌شود.

به راستی آثار حذف یارانه‌های حامل سوت بر عرصه دارو چه می‌باشد و صنعت داروسازی با چه چالش‌هایی روبرو می‌باشد؟ مطالبی که به صورت اولیه به ذهن مبتادر می‌گردد، عبارتند از:

■ حذف یارانه‌های پرداختی در بخش سوت، آب برق و گاز به تولید کنندگان دارو باعث افزایش شدید هزینه‌های تولید این کارخانجات می‌گردد.

بالا رفت، در حالی که مردم یارانه‌های نقدی را در بخش‌های واجب‌تر مانند مسکن و خوارک هزینه کردند. از همین‌رو، سازمان بهداشت جهانی توصیه کرد تا سهمی از یارانه‌ها که جهت عرصه سلامت در نظر گرفته می‌شود، به سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت گردد و این سازمان‌ها شرایطی را فراهم نمایند تا کسانی که درآمد کافی ندارند، تحت پوشش قرار گیرند و انتخاب درمان‌ها و داروهایی که باید تحت پوشش بیمه باشند، با دقت بیشتری انجام گیرند. گرچه در ایران، پرداخت یارانه دارو حذف نشده است اما باید دانست که در حال حاضر، این میزان یارانه به برخی داروها خاص تخصیص می‌یابد که حتی در آن موارد نیز کفاف نمی‌دهد. بنابراین، لازم است که امکانات حمایتی در این حوزه لحاظ شود. به عبارت دیگر، سهم یارانه‌های سوت، آب، برق و گاز که از عرصه دارو به دست آمده در اختیار نهادی قرار گیرد تا دوباره به این حوزه بازگردد.

البته، با توجه به ناتوانی شرکت‌های بیمه‌گذار در پرداخت بدھی خود به داروخانه‌ها و شرکت‌های پخش، پرداخت استحصال شده از یارانه‌ها به این

شرکت‌ها تا حدی مورد شک و تردید می‌باشد. در صورتی که قصد آن وجود داشته باشد تا از سازمان‌های بیمه‌گر در این زمینه استفاده گردد، باید نگاه جدیدی به ساختار وظایف و عملکرد بیمه‌ها انداخت و این شرکت‌ها را با پرداخت بدھی‌های معوقه دولتی تقویت کرد تا آن‌ها نیز بتوانند منابع مالی لازم را تأمین کنند. یکی از تجربیات موفق در برخی کشورها، محدود ساختن بیمه پایه و رشد و گسترش بیمه‌های تکمیلی است، بدین نحو، هزینه سازمان‌های بیمه‌گر برای خدمات پایه مانند دارو افزایش چندانی پیدا نمی‌کند.

در نهایت، به نظر می‌رسد که باید طرحی در مورد اثر غیر مستقیم حذف یارانه‌های سوت، آب، برق و گاز یا حامل‌های انرژی بر عرصه دارو تدوین گردد و در این طرح، مدل اقتصادی برای سازمان‌ها، کارخانجات دارویی، توزیع کنندگان، داروخانه‌ها در نظر گرفته شود و نقش سازمان‌های بیمه‌گر و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در آن بررسی و تبیین گردد.

دکتر مجتبی سرکندي