



انواع روش‌های قیمت‌گذاری:

قسمت اول

دکتر صدرا ندیمی پرشکوهی^۱، دکتر حمیدرضا ابراهیمی نژاد کهن^۱

(^۱ دستیار گروه اقتصاد و مدیریت دارو دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران

چالش قیمت‌گذاری دارو

سال‌ها است که صنعت دارو از قیمت‌گذاری دستوری رنج می‌برد و صاحب‌نظران گوناگون راهکارها و پیشنهادات متفاوتی در زمینه برون رفت از این مشکل ارائه نموده‌اند، اما در همچنان بر یک پاشنه می‌چرخد. ماهنامه دارویی رازی بر آن گردید تا با چالش قیمت‌گذاری دارو، مجموعه مقالات شما صاحب‌نظران را طی سال ۱۴۰۲ به چاپ برساند و در پایان سال، با مقاله‌ای به جمع‌بندی و راهکارهای قابل اجرا در این زمینه پرداخته شود. در این زمینه، از اساتید گروه اقتصاد و مدیریت دارو دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی، سازمان غذا و دارو، سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی، انجمن داروسازان و کلیه صاحب‌نظران صنعت دارو مجدداً درخواست می‌شود تا مقالات خود را به دفتر ماهنامه دارویی رازی یا ایمیل نشریه ارسال دارند. ذکر چند نکته در این زمینه ضروری است:

۱. این موضوع یک چالش است و محل تضارب افکار گوناگون می‌باشد و نشریه رازی پذیرای تمام اندیشه‌ها می‌باشد.
 ۲. با توجه به این که قصد آن می‌باشد تا در اسفند ماه، جمع‌بندی از این مقالات، با توجه به مقررات بالا دستی و محدودیت‌های عملی چاپ شود، در زمینه این چالش، محدودیتی در چاپ تعداد مقالات با نظرات گوناگون در یک شماره وجود ندارد.
 ۳. در همین‌جا، از بزرگان سازمان غذا و دارو درخواست مجدد می‌گردد تا راهکارها و محدودیت‌های خود در این زمینه را ارائه دهند.
 ۴. مقاله جمع‌بندی برای کلیه دهنندگان مقالات ارسال می‌گردد تا پیشنهادات خود را در این زمینه بیان کنند.
- در حال حاضر، دکتر عبداللهی اصل، دکتر ندیمی و دکتر ابراهیمی نژاد پذیرفته‌اند که آغازگر و ادامه‌دهنده مقالات این بخش باشند که باید از ایشان تشکر و قدردانی کرد.

سردبیر

جنبه‌های حق برخورداری از سلامت جوامع به شمار می‌رود. با توجه به این که در بازار سلامت عوامل شکست بازار مثل عدم تقارن اطلاعات، تاثیر قابل توجه پزشکان در انتخاب رژیم درمانی بیمار و... وجود دارند، سپردن قیمت‌گذاری کالاها و خدمات سلامت به مکانیسم‌های بازار آزاد عمدتاً با نارضایتی جامعه و کاهش کارآمدی و عدالت مواجه خواهد شد. در نتیجه، دولت و نظام سلامت در عمده کشورها مداخلاتی در این زمینه انجام می‌دهند. در قیمت‌گذاری دارو، دولت‌ها باید جهت حمایت از حقوق مصرف‌کننده بکوشند تا امکان دسترسی و تامین کارآمد آن فراهم شود. در این نوشتار، ابتدا انواع شیوه‌های مرسوم قیمت‌گذاری دارو در جهان ارائه شده

قیمت‌گذاری، یکی از پویاترین مباحث در علم اقتصاد برشمرده می‌شود که از گذشته تا به امروز نظریات مختلفی پیرامون آن در محافل عمومی و تخصصی طرح شده است. به‌طور عام، قیمت یک محصول، اعم از کالا یا خدمت، به‌صورت تعادلی از عرضه و تقاضای آن در جامعه پیروی کرده که هر کدام تابع عوامل مختلفی شامل تعداد خریداران و فروشندگان، نوع محصول، ذائقه جامعه، قیمت مواد و ملزومات اولیه، محصولات مکمل و جایگزین و... می‌باشد.

در حوزه سلامت، دارو به‌عنوان یکی از راهبردی‌ترین کالاها شناخته شده و در حفظ و ارتقای سلامت جامعه نقش قابل توجهی ایفا می‌کند. دسترسی به دارو از مهمترین

قیمت‌های مرجع می‌تواند درونی یا بیرونی تعیین شوند. قیمت مرجع بیرونی در محیط وجود دارد و توسط مصرف کنندگان برای ارزیابی ارزش یک محصول استفاده می‌شود. قیمت‌گذاری مرجع درونی در حافظه مصرف کننده ذخیره شده و به‌عنوان محدوده ارزش وجود دارد، مانند قیمت‌های عادلانه، تاریخی، میانگین قیمت‌های بازار و....

در میان اقدامات تنظیم قیمت، قیمت‌گذاری مرجع خارجی (External Reference Pricing) به‌طور گسترده توسط سیاست‌گذاران اروپایی برای مهار هزینه‌های دارو استفاده می‌شود. اگرچه در تئوری، ممکن است در تعدیل قیمت‌ها به بالا و پایین کمک کند. این شیوه قیمت‌گذاری، از قیمت داروهای مشابه در سایر کشورهایی که از نظر معیارهای اقتصادی (مانند GDP) مشابه کشور مبدا باشند، به جهت قیمت‌گذاری دارو در داخل کشور استفاده می‌شود (۲). به‌طور معمول، از این قیمت‌ها به‌عنوان نقطه شروع مذاکره با صنایع دارویی به جهت قیمت‌گذاری، مطابق توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی (WHO) استفاده می‌شود. ERP توسط مرکز همکاری WHO برای سیاست‌های قیمت‌گذاری و بازپرداخت به‌عنوان «استفاده از قیمت‌های» یک دارو در یک یا چند کشور به منظور استخراج معیار یا قیمت مرجع جهت اهداف تنظیمی» تعریف شده است. به این ترتیب، تغییرات در قیمت دارو در یک کشور بر قیمت آن در کشورهای دیگر تأثیرگذار است. علاوه

و در ادامه مکانیسم قیمت‌گذاری چند مورد از کشورهای منتخب با جزئیات بیشتر ذکر خواهد شد. از خوانندگان محترم تقاضا می‌شود پیشنهادات و انتقادات خود را جهت بهبود محتوا با سردبیر محترم ماهنامه و تیم نویسندگان در میان بگذارند.

۱. قیمت‌گذاری مرجع (Reference Pricing)

تاکتیک‌های قیمت‌گذاری با رویکرد اقتصاد رفتاری دارای نقاط قوت بسیاری هستند که امروزه اهمیت قابل توجهی پیدا کرده است. مفهوم قیمت‌گذاری مرجع که یک نوع تاکتیک قیمت‌گذاری با رویکرد اقتصاد رفتاری است، از سال ۱۹۷۰ مطرح شده و به‌عنوان رویکرد مورد علاقه پژوهشگران بازاریابی و فعالان بازار در حوزه مطالعات رفتار مصرف کننده تبدیل شده است. قیمت مرجع عبارت است از قیمتی که در راستای آن قیمت‌های دیگر ارزیابی می‌شوند. به عبارت دیگر، قیمت مرجع، قیمتی است که به‌عنوان یک قیمت نرمال، رایج یا قیمت بدون تخفیف، به خریدار کالا یا خدمات ارائه می‌شود (به‌طور مثال، قیمت مرجع دارویی ۲۰ دلار است و قیمت پرداختی ۱۷ دلار می‌باشد). در واقع، قیمت‌گذاری مرجع روش متداولی است که فروشنده قیمت مرجع را در کنار قیمت فروش به منظور مقایسه و با هدف افزایش درک مصرف کننده از ارزش معامله ارائه می‌کند (۱).

کنترل کنند، ظرفیت کمی برای تأثیرگذاری بر آن دارند.

ممکن است این سوال مطرح شود که آیا استفاده از ERP، ممکن است به ابزاری برای دستیابی به DPR و افزایش دسترسی به داروهای گران قیمت نوآورانه در بازار کشورهای کم درآمد و در نتیجه، افزایش رفاه تبدیل شود یا خیر؟ در پاسخ باید گفت، اگر کشورهای مختلف از فرمول متفاوت، مرجع قیمت متفاوت، سید متفاوت و... استفاده کنند، ممکن است به تفاوت قیمت منجر شود. اما اگر این امر در سطح اتحادیه اروپا هماهنگ شود، ERP ممکن است به ابزاری برای دستیابی موثر به DPR و افزایش رفاه جمعیت اتحادیه اروپا تبدیل شود (۳).

۲. روش $cost-plus$

در این روش تمام هزینه‌های مستقیم، غیرمستقیم و ثابت دخیل در فرآیند تولید و فروش دارو، تحقیق و توسعه (R&D)، بسته‌بندی، پخش و... محاسبه شده و سپس درصدی از پیش تعیین شده به آن اضافه می‌گردد و قیمت نهایی دارو محاسبه می‌شود. اگرچه این روش، قیمت محصولات و خدمات را به گونه‌ای حفظ می‌کند که هزینه تولید را پوشش دهد و حاشیه سود کافی را برای شرکت فراهم کند، با این حال، روش مذکور حاوی نقاط ضعفی از قبیل عدم رضایت تولیدکنندگان از قیمت ارزان و غیرمنطقی داروها می‌باشد. این نوع قیمت‌گذاری معمولاً برای

بر اتحادیه اروپا، روش ERP در سراسر جهان، در کشورهای همچون برزیل، اردن، آفریقای جنوبی، ژاپن، ترکیه، کانادا و استرالیا نیز اعمال می‌شود و اغلب آن‌ها از کشورهای اتحادیه اروپا به‌عنوان کشور مرجع استفاده می‌کنند. در حالی که ERP به‌طور گسترده در اروپا استفاده می‌شود، فرآیندها و در دسترس بودن اطلاعات قیمت از کشوری به کشور دیگر متفاوت است که از عوامل محدودکننده این روش محسوب می‌شود.

مطالعات نشان داده که به کارگیری این روش منجر به همگرایی قیمت می‌شود. در همین حین، از شیوه قیمت‌گذاری افتراقی (differential pricing) یا DPR به‌عنوان یک روش برد-برد از دیدگاه بیماران و صنعت داروسازی با بهبود دسترسی و مقرون به‌صرفه بودن داروها و در عین حال حفظ انگیزه‌های تحقیق و توسعه استفاده می‌شود. قیمت‌گذاری افتراقی روشی است که در آن یک دارو در کشورهای مختلف با قیمت‌های گوناگون و مربوط به شرایط همان کشور توزیع شده و به فروش می‌رسد. بنابراین، علی‌رغم این که روش ERP منجر به همگرایی قیمت در سراسر اروپا می‌شود، تنوع روش‌های مورد استفاده برای ERP و همچنین سایر سیاست‌های قیمت‌گذاری می‌تواند عامل وجود تفاوت در قیمت‌های موجود باشد. این تفاوت‌ها فقط می‌تواند توسط کشورهای خاصی ایجاد شود و اگرچه شرکت‌های داروسازی سعی می‌کنند ERP را

داروهای قدیمی و متعارف انجام می‌شود که در آن بازار بسیار رقابتی بوده و قیمت بالاتر نمی‌تواند سهم بازار مورد نیاز را به دست آورد. در ایران اگرچه اخیراً و برای داروهای جدید از روش external reference pricing برای قیمت‌گذاری استفاده می‌شود، کماکان برای ۹۵ درصد داروهای موجود در بازار از روش cost-plus استفاده می‌گردد (۴). شایان ذکر است که این روش در بسیاری از کشورها منسوخ شده و جای خود را به روش‌هایی همچون قیمت‌گذاری مرجع، قیمت‌گذاری بر مبنای ارزش و یا قیمت‌گذاری حجمی داده است.

۳. قیمت‌گذاری بر مبنای ارزش

(Value-based pricing)

این روش قیمت‌گذاری، که به نسبت روش‌های پیشین جدیدتر می‌باشد، در کشورهایی همچون آلمان، استرالیا، کره جنوبی و تایلند پیاده می‌شود. در این روش، قیمت‌گذاری یک فرآورده دارویی با ارزیابی اثربخشی بالینی و تغییرات کیفیت زندگی بیماران پس از استفاده در سطح جامعه (و نه صرفاً اتکا به داده‌های محدود کارآزمایی بالینی) صورت می‌پذیرد. اهداف کلی این روش عبارتند از:

الف) کاهش هزینه‌های نظام سلامت:

به دلیل کاهش هزینه روی داروهایی که اثربخشی اثبات شده در سطح جامعه نشان نداده‌اند. در این رابطه می‌توان به داروهای me too (مثل داروهای جدیدتر دسته

ب) افزایش انگیزه شرکت‌های دارویی
به منظور هدایت سرمایه‌گذاری و فرآیند تحقیق و توسعه روی داروهای مرتبط با مشکلات سلامت عمومی و نه صرفاً داروهای سودآور، در این زمینه می‌توان به بیماری‌های نادر و همچنین آنتی‌بیوتیک‌ها اشاره نمود که به‌طور معمول فرآیندهای تحقیق و توسعه داروی جدید به دلیل حاشیه سود نسبت پایین این گروه انجام نمی‌شود.

ج) بهبود پیامدهای بالینی در بیماران
ناشی از ارتباط این متغیر با قیمت نهایی فرآورده دارویی.

د) افزایش عدالت در سلامت که یکی از مولفه‌های ارزیابی آن، میزان دسترسی به دارو می‌باشد (۵).

در واقع، این روش در داروهای مرتبط با بیماری‌هایی استفاده می‌شود که شاخص بالینی مشخصی جهت اندازه‌گیری مثل سطح HbA1C در دیابت، یا تعداد حملات تنفسی در آسم دارند. با گسترش استفاده از پرونده الکترونیک سلامت که سوابق دارودرمانی افراد در آن درج می‌شود، می‌توان انتظار داشت که داده‌های موثری جهت این

۴. مباحث مالی و قانونی: چگونگی ترجمه

پیامدهای بالینی به واحد پولی، میزان نرخ تنزیل، تعیین بازه زمانی برای قیمت‌گذاری نهایی فرآورده در این بخش قرار می‌گیرند (۷). سازمان بهداشت جهانی، انجام مطالعات ارزیابی فناوری سلامت (HTA) را جهت اجرای هر چه بهتر این مدل پیشنهاد می‌کند (۸).

۴. قیمت‌گذاری بر مبنای حجم

(Volume-based pricing)

نوعی از توافق تقسیم خطر (Risk sharing arrangement) میان پرداخت کننده و سازنده به حساب می‌آید. در این مدل، که در سال‌های اخیر با اقبال مثبتی در اروپا، کانادا و چین مواجه شده است، سازنده ملزم است تا در صورت فروش حجمی بیشتر از حدآستانه تعیین شده توسط پرداخت کننده، در قیمت نهایی تخفیف قائل شده و فرآورده را با قیمتی کمتر از قیمت اولیه ارائه کند. در واقع، شرکت سازنده ارایه این تخفیف را در ازای تصاحب سهم بیشتر بازار (استراتژی کمیت بیشتر در برابر قیمت کمتر) می‌پذیرد (۹، ۱۰). برخلاف قیمت‌گذاری بر مبنای ارزش که عمدتاً داروهای برند در حوزه سرطان، خودایمنی، بیولوژیک و سایر حیطه‌های درمانی تخصصی را در برمی‌گیرد، این نوع قیمت‌گذاری بیشتر شامل داروهای ژنریک و همچنین واکسن‌ها می‌باشد که توسط پرداخت کننده در حجم‌های زیاد از شرکت سازنده خریداری می‌شود (۶). هدف اصلی این

نوع قیمت‌گذاری در اختیار کارشناسان قرار گیرد. یکی از چالش‌های استفاده از این روش، داده‌های گمراه‌کننده بیمارانی است که پایبندی مناسبی به رژیم دارویی نداشته و در نتیجه، اثر مطلوب بالینی در آن‌ها ظاهر نمی‌شود. به منظور غلبه بر این مانع، طراحی ابزارهای دیجیتال با هدف پایش پایبندی بیماران به رژیم دارویی در دستور کار قرار دارد (۶).

در نگاه عملیاتی، اجرای این مدل قیمت‌گذاری با توجه به عناصر زیر انجام می‌شود:

۱. **استراتژی قیمت‌گذاری:** بسته به شرایط بازار هدف و میزان رقابتی بودن آن می‌توان قیمت‌گذاری فرآورده را به‌طور کامل به روش ارزش-محور انجام داده و یا قیمت‌گذاری به شیوه معمول انجام شده و براساس میزان موفقیت یا شکست دارو به‌صورت درصدی از قیمت کاسته شده یا بدان اضافه گردد.

۲. **انتخاب نوع پیامد هدف:** پیامدهای بالینی می‌توانند بلندمدت یا کوتاه مدت باشند. همچنین تناوب پایش این پیامدها باید تعیین شده و با تناوب پرداخت تطبیق داده شود.

۳. **منبع داده‌ها:** در دسترس بودن و صحت داده‌های مرتبط با عملکرد دارو از اهمیت قابل توجهی برخوردار است. انتخاب مدل نمونه‌گیری در کنار تعیین منبع داده، کارآزمایی بالینی و یا سطح جامعه (real-world) باید با مشورت متخصصان بالینی و اپیدمیولوژی انجام گیرد.

۶. رجوع به بندهای قرارداد و الزام تامین کننده به اجرای آن در صورت لزوم
روش مذاکره از ساختار منعطف‌تری برخوردار بوده و عمدتاً به چانه زنی تامین کننده و پرداخت کننده مربوط می‌شود. اندازه و پیچیدگی قرارداد، تعداد ذی نفعان و روابط میان آن‌ها و سایر شرایط محیطی (مالی، قانونی، رگولاتوری) در روند مذاکره موثر می‌باشند. عمده موضوعاتی که در این روند مورد بحث قرار می‌گیرند، عبارتند از: قیمت و کیفیت فرآورده، برنامه زمانی پرداخت، خطرها و سایر موانع و چالش‌های احتمالی. بسته به شرایط، مناقصه و مذاکره می‌توانند به صورت مکمل در کنار سایر روش‌های قیمت‌گذاری و یا جداگانه مورد استفاده قرار گیرند (۸).

نظام قیمت‌گذاری دارو در دو کشور

۱. استرالیا

در استرالیا، دولت فدرال از طریق طرح Medicare خدمات سلامت شهروندان خود را تحت پوشش قرار می‌دهد. یکی از زیر شاخه‌های این طرح، طرح مزایای دارویی (PBS) نام دارد. طرح مزایای دارویی، به پوشش هزینه داروهای نسخه‌ای که در داروخانه‌های شهری، بیمارستان‌های خصوصی و بخش سرپایی و اورژانس بیمارستان‌های دولتی توزیع می‌شوند، کمک می‌کند. علاوه بر داروهای موجود در فهرست PBS، دولت فدرال تامین مالی جهت تهیه تعدادی از داروهای

روش، افزایش توانایی پرداخت (Affordability) پرداخت کننده (بیمه و پرداخت از جیب مردم) و در نتیجه، افزایش دسترسی (Access) جامعه به دارو می‌باشد.

۵. مناقصه و مذاکره

(Tendering and negotiation)

از جمله روش‌های اصلی قیمت‌گذاری که به خصوص در کشورهای کم درآمد و یا نهادهای بین‌المللی که از جانب این کشورها عملیات تامین دارو را انجام می‌دهند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. در کشورهای پردرآمد نیز، بخش عمومی و یا بیمارستان‌ها از این روش جهت تامین مواردی همچون واکسن استفاده می‌کنند. در این روش‌ها، قیمت‌گذاری به شیوه رقابتی انجام شده و در عمده مواقع قیمت فرآورده با مقداری تخفیف محاسبه می‌گردد.

در مناقصه، پس از دریافت و ارزیابی پیشنهادات تامین کنندگان، بهترین گزینه موجود توسط پرداخت کننده برگزیده می‌شود. در این روش، معیارهای از پیش تعیین شده جهت انتخاب نهایی شامل: قیمت پیشنهادی، کیفیت دارو و ارزش تخمینی می‌باشند. مراحل عملیاتی این روش به شرح ذیل می‌باشد:

۱. تعیین قوانین و مقررات مربوط به مناقصه
۲. اعلام فرآورده‌های هدف
۳. آماده‌سازی و انتشار فرم‌های دعوت به مناقصه
۴. داوری و اعلام برنده
۵. ارزیابی عملکرد تامین کننده

بسیار تخصصی را، که عمدتاً مربوط به سرطان هستند، نیز برعهده دارد. روش اصلی قیمت‌گذاری برای داروهای ژنریک و برای گروهی از داروهای مشابه که می‌توانند به جای یکدیگر استفاده شوند (داروهای یک گروه درمانی)، قیمت‌گذاری مرجع می‌باشد. حداکثر مبلغ بازپرداخت بیمه برای هر دارو در یک گروه درمانی، بر مبنای قیمت ارزان‌ترین دارو در آن گروه بوده و بیماران مابه‌التفاوت بین قیمت داروی تهیه شده و قیمت مرجع را پرداخت می‌کنند. اگر بیمار به دلیل بالینی تایید شده توسط پزشک نتواند دارویی را در همان گروه درمانی مصرف کند، دولت حق بیمه را از جانب وی پرداخت خواهد کرد. همچنین قیمت‌گذاری cost-plus نیز در مقیاس اندک به کار می‌رود. قیمت‌های حاصل از هر دوی این روش‌ها پیشنهادی بوده و پس از توافق با تامین‌کننده نهایی می‌شود. در مورد داروهای جدید، شرکت‌های داروسازی قیمت دارو را در بازار غیر PBS به‌صورت آزادانه و بدون دخالت نهاد نظارتی تعیین می‌کنند. در مواردی که شرکت بخواهد داروی خود را در فهرست PBS وارد نماید (دولت نمی‌تواند در این زمینه اجبار کند)، کمیته مشورتی طرح، که مسؤوّل ارزیابی قیمت پیشنهادی برای فهرست است، می‌تواند تا زمانی که شرکت قیمت را کاهش نداده یا مصرف‌فرآورده را برای یک زیرگروه خاص بیماران، که احتمالاً بیشترین منفعت را از آن می‌برند، محدود نکند، درج در فهرست را رد

کند. این فرآیند به تولیدکنندگان جهت تنظیم قیمت‌ها به منظور دریافت تاییدیه کمیته مشورتی، انگیزه می‌دهد. در خصوص داروهایی که تقاضای ورود به فهرست PBS دارند، تحت نظارت نظام سلامت کشور که تنها پرداخت‌کننده می‌باشد، دولت فدرال مختار است که مستقیماً در قیمت‌گذاری داروهای نسخه‌ای تحت پوشش طرح مداخله کند. دو کمیته مستقل، کمیته اقتصادی و کمیته مصرف‌بهرینه دارو، داده‌های هزینه-اثربخشی و سابقه مصرف داروهایی که تامین‌کنندگان آن‌ها به دنبال قرار گرفتن در فهرست PBS هستند، ارزیابی می‌کنند. در این راستا، عوامل زیر مورد بررسی قرار می‌گیرند: تعداد مداخلات موجود برای بیماری مدنظر، میزان پیشرفت پیامدهای بالینی داروی جدید، هزینه وارد شده به بودجه PBS و در نهایت، سود اقتصادی احتمالی ناشی از اثربخشی دارو. پس از در نظر گرفتن تمامی این عوامل، کمیته‌ها قیمتی را پیشنهاد می‌کنند و در صورت عدم موافقت سازنده دارو با این قیمت، دارو یا تایید نمی‌شود و یا با محدودیت دسترسی تایید می‌شود (۱۱). پس از ارزیابی اقتصادی و بالینی ۷۰ درخواست ارسالی به PBS در سال ۲۰۲۰، بیش از نیمی از درخواست‌ها در نهایت تایید شدند و از میان ۲۷ درخواستی که مورد تایید قرار نگرفتند، تنها سه دارو به دلیل نگرانی‌های مالی توصیه نشدند (۱۲).

کنترل قیمت و قیمت‌گذاری داروها استفاده می‌کند. قیمت معامله را می‌توان از طریق سیستم‌های خرید عمده و مناقصه کاهش داد و هر استان یک مرکز مناقصه دارویی ایجاد می‌کند. در حال حاضر، بسیاری از استان‌ها دارای یک «سیستم مناقصه انتخابی دو پاکته» هستند که در آن شرکت کنندگان در مناقصه، اطلاعات کیفیت دارو و همچنین قیمت را در دو پاکت مهر و موم شده جداگانه قرار می‌دهند. سپس مرکز مناقصه با استفاده از پاکت اول، سه داروی با کیفیت را به‌عنوان نامزد انتخاب کرده و با باز کردن پاکت دوم برای مقایسه قیمت آن‌ها، فرآیند تکمیل می‌شود. بنابراین، از بین سه تولیدکننده منتخب، شرکتی که کمترین قیمت را ارائه دهد، برنده مناقصه خواهد بود. با این حال، روش‌های مناقصه استاندارد نیستند و در نظر گرفتن قیمت دارو به تنهایی، بدون اولویت بندی کیفیت قبلی، می‌تواند رخ دهد. علاوه بر این، اگر قیمت پیشنهادی کمتر از هزینه واقعی تولید باشد، تولیدکنندگان قادر به تولید و عرضه دارو نیستند و این امر منجر به کمبود دارو می‌شود. در نهایت، قیمت پیشنهادی مربوط به خرید یا حجم نیست. بنابراین، رویه‌های مناقصه در چین به شدت نیاز به بهبود دارد. اخیراً، برنامه‌های دولت چین برای تدوین یک سیستم قیمت‌گذاری مرجع دارو پیشنهاد شده است. چنین سیستمی بر قیمت داروهای ژنریک داخلی و داروهای بدون حق پتنت تأثیر خواهد گذاشت (۱۴).

PBS استرالیا در کاهش هزینه داروهای نسخه‌ای بسیار موثر نشان داده است. گزارش اخیر دفتر پاسخ‌گویی دولت ایالات متحده نشان داد که قیمت داروهای تجویزی در ایالات متحده به‌طور متوسط ۴/۲۵ برابر گرانتر از استرالیا است. طبق نتایج گزارش مذکور، هزینه سرانه دولت استرالیا برای داروهای نسخه‌ای در سال ۲۰۱۸، ۶۵۱ دلار بوده، در حالی که این رقم برای ایالات متحده ۱۲۲۹ دلار محاسبه شده است (۱۳). گفتنی است با رویکرد مذکور، پرداخت از جیب بیماران نیز کاهش می‌یابد.

۲. چین

در چین، قیمت‌گذاری دارو توسط دولت مرکزی و استانی مدیریت می‌شود. با این حال، دولت تنها می‌تواند قیمت داروهای بازپرداخت شده توسط طرح‌های بیمه درمانی پایه و همچنین برخی از داروهای مخدر را کنترل کند. قیمت‌های اولیه داروهای ثبت شده را می‌توان آزادانه توسط تولیدکنندگان تعیین کرد، زیرا داروها فقط پس از ۲ سال در دسترس بودن در بازار، می‌توانند برای بازپرداخت بیمه پزشکی وارد فهرست بیمه شوند و پس از آن دولت حداکثر قیمت خرده‌فروشی را کنترل می‌کند. با این وجود، رقابت در بازار بین شرکت‌ها مجاز است. قیمت دارو در چین توسط دفتر قیمت‌گذاری کمیسیون توسعه و اصلاحات ملی (NDRC) تنظیم و اداره می‌شود. این کشور از روش مناقصه و مذاکره (Tendering & Negotiation) برای

1. Biswas A. Wilson EJ. Licata JW. Reference pricing studies in marketing: A synthesis of research results. *J Bus Res* 1993;27(3): 239-256.
2. Holtorf AP. Gialama F. Wijaya KE. Kaló Z. External Reference Pricing for Pharmaceuticals—A Survey and Literature Review to Describe Best Practices for Countries With Expanding Healthcare Coverage. *Value in Health Regional Issues* 2019;19: 122-131.
3. Rémuzat C. Urbinati D. Mzoughi O. El Hammi E. Belgaid W. Toumi M. Overview of external reference pricing systems in Europe. *J Market Access Health Policy* 2015;3(1): 27675.
4. Varmaghani M. Hashemi-Meshkini A. Abdollahiasl A. Heidar E. An overview to pharmaceutical financing in Iran. *J Pharmacoeconomics Pharmaceutical Management* 2017;2(1/2):. 45-49.
5. americanprogress.org/article/value-based-pricing-prescription-drugs
6. pwc.com/industries/health-industries/library/drug-pricing-models
7. Value Based Pricing - A New Concept in Pharmaceuticals; Necessity and moment for shift towards value in pharma; Vol 33; Edition 1
8. WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies; 2020
9. beroeinc.com/volume-based-procurement-vbp-MedTech
10. Zhang H. Zaric GS. Huang T. Optimal design of a pharmaceutical price–volume agreement under asymmetric information about expected market size. *Produc Operations Manag* 2011;20(3): 334-346.
11. Paris V. Belloni A. Value in Pharmaceutical Pricing Country Profile: Australia. (Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 2014), available at <https://www.oecd.org/health/value-in-pharmaceutical-Pricing-Australia.pdf>.
12. CAP analysis of Pharmaceutical Benefits Advisory Committee, “PBAC Outcomes,” available at <https://www.pbs.gov.au/info/industry/listing/elements/pbac-meetings/pbac-outcomes> (last accessed September 2021)
13. U.S. Government Accountability Office, “Prescription Drugs: U.S. Prices for Selected Brand Drugs Were Higher on Average than Prices in Australia, Canada, and France.”
14. Hu S. Zhang Y. He J. Du L. A Case Study of Pharmaceutical Pricing in China: Setting the Price for Off-Patent Originators. *Appl Health Econom Health Policy* 2015;13(1): 13-20.