

# کنترل هزینه‌های دارویی در کانادا\*

جوئل لخچین

ترجمه دکتر هرمز همایون پور

مقدمه

## رشد هزینه‌های دارویی

افزایش شدید هزینه‌های دارویی باعث شده که فشارهایی روزافزون برای کنترل این هزینه‌ها وارد شود. هزینه دارو در کانادا با سرعتی بیشتر از سایر هزینه‌های درمانی افزایش یافته است. در بحث پر دامنه‌ای که در باب کنترل هزینه‌های دارویی در گرفته است، جای این پرسش خالی است که آیا افزایش درصد هزینه‌های دارویی در بودجه مراقبت‌های درمانی راه مناسبی برای استفاده بهینه از اعتبارات موجود است؟ زیرا امکان دارد که صرف پول بیشتر برای دارو باعث شود که در هزینه‌هایی چون مخارج بیمارستان، به تناسب، صرفه‌جویی شود. به این پرسش بدون آگاهی از این‌که پزشکان به چه میزان داروی مناسب تجویز می‌کنند و اندازه‌گیری نتایج حاصل از درمان‌های مختلف (مثلاً، خواباندن در بیمارستان در برابر معالجه با دارو) نمی‌توان پاسخ داد. اما این‌گونه اطلاعات تاکنون در نظام درمانی کانادا فراهم نشده است. این مقاله، نخست می‌پردازد به دلایل رشد هزینه‌های دارویی، و از جمله نقش دولت فدرال

\* ترجمه مقاله‌ای است از کتاب زیر:

اصلاح نظام بهداشتی: موفقیت دولت، شکست بخش خصوصی، تدوین و تنظیم از دَییل دراچه و تری سالیوان، از انتشارات راتلج، لندن، ۱۹۹۹.

*Health Reform: Public Success, Private Failure*, Edited by Daniel Drache & Terry Sullivan, Routledge, London, 1999.

در قیمت‌گذاری داروها، و سپس مقولهٔ دخالت برای کنترل این رشد را در هر دو بخش عمومی و خصوصی بررسی خواهد کرد. بعد نگاهی خواهم انداخت به برخی از صور احتمالی ایجاد تغییر در ساختار مراقبت‌های درمانی و پیامدهای کنترل هزینه‌های دارویی. در آخر، به عنوان بخشی از نتیجه‌گیری، پاره‌ای از پیشنهادهای مقدماتی خود را در باب چگونگی برخورد با این موضوع مطرح خواهم کرد.

### دلایل رشد هزینه‌ها

بین سال‌های ۱۹۸۹ تا ۱۹۹۴، تعداد درخواست دارو از چهار کارخانهٔ بزرگ داروسازی کانادا به چهل و هشت میلیون مورد رسید.<sup>۱</sup> روی هم رفته، هزینه‌های مقرر دارویی بالغ بر دو بیست میلیون دلار افزایش یافت: ۴۱/۷ درصد از این مبلغ به تغییر تعداد متقاضیان استفاده از داروها مربوط می‌شود، اما اگر این عامل را کنار بگذاریم، سه عامل دیگر، یعنی بهای دارو، افزایش استفاده (تعداد درخواست هر متقاضی و تعداد تجویز دارو به هر متقاضی)، و (از ۱۹۹۰) تعداد داروهای جدید بیشترین نقش را در این روند داشتند؛ نسبت این سه عامل، به ترتیب، از این قرار بود: بهای دارو ۲۸/۶ درصد، افزایش استفاده ۲۵/۵ درصد، و داروهای جدید ۱۹ درصد.

صرف‌نظر از حق‌الزحمهٔ داروخانه‌ها، زمینه‌های صعود هزینه‌ها در بخش‌های خصوصی و عمومی یکسان بود: افزایش متقاضیان، افزایش استفاده، و افزایش بهای داروها. حق‌الزحمهٔ داروخانه‌ها در بخش خصوصی، به این علت که داروخانه‌داران تلاش می‌کنند تا محدودیت‌هایی را که از لحاظ حق‌الزحمهٔ آنها در برنامه‌های درمانی ایالت‌ها منظور شده جبران کنند، رو به افزایش دارد. نقشی را که داروهای جدید در افزایش هزینه‌ها دارند، اطلاعات مندرج در گزارش "گرین شیلد" - شرکتی غیر انتفاعی که طرح‌های بیمهٔ درمانی از پیش پرداخت‌شده<sup>۲</sup> عرضه می‌کند- روشن می‌سازد. بیش از نیمی از افزایش هزینهٔ نسخه‌ها در بخش خصوصی به داروهای جدید، و بخصوص (از ۱۹۸۷) داروهای ثبت‌شده و انحصاری<sup>۳</sup> مربوط می‌شود. از ۱۹۸۸ به بعد، بهای نسخه‌های شامل داروهای ثبت‌شده، با نرخ سالانه‌ای معادل ۱۳/۴ درصد افزایش یافته است، درحالی‌که هزینه نسخه‌های مربوط به داروهای غیر انحصاری در همین مدت افزایشی معادل سالانه ۷/۶ درصد داشته است (نگاه کنید به جدول ۲). علی‌رغم فراتشیزی که به هر یک از این داروهای جدید تعلق می‌گیرد، غالباً شواهدی در دست نیست که حکایت از مؤثرتر بودن آنها از داروهای موجود داشته باشد (لخچین، ۱۹۹۲).

۱. این کارخانه‌ها عبارتند از:

Blue Cross of Atlantic Canada, Commission de la Construction du Quebec, Green Shield Canada, and Shared Health Network Services. 2. prepaid health insurance plans

3. patented medications

جدول ۱. هزینه‌های دارویی در کانادا، ۱۹۷۵-۱۹۹۶

(به میلیون دلار)

سال	بخش عمومی*	بخش خصوصی**	جمع	درصد هزینه‌های عمومی	درصد کل هزینه‌های درمانی
۱۹۷۵	۳۲۹/۴	۷۷۵/۹	۱۱۰۵/۳	۲۹/۸	۹/۰
۱۹۷۶	۴۰۳/۷	۸۳۵/۹	۱۲۳۹/۶	۳۲/۶	۸/۸
۱۹۷۷	۴۶۲/۷	۸۹۴/۲	۱۳۵۶/۹	۳۴/۱	۸/۸
۱۹۷۸	۵۴۲/۴	۹۳۳/۹	۱۴۷۶/۳	۳۶/۷	۸/۶
۱۹۷۹	۶۲۷/۴	۱۰۴۰/۴	۱۶۶۷/۸	۳۷/۶	۸/۶
۱۹۸۰	۷۳۱/۲	۱۱۴۸/۶	۱۸۷۹/۸	۳۸/۹	۸/۴
۱۹۸۱	۸۷۶/۰	۱۴۵۹/۰	۲۳۳۵/۰	۳۷/۵	۸/۸
۱۹۸۲	۱۰۵۱/۴	۱۶۲۱/۳	۲۶۷۲/۷	۳۹/۳	۸/۶
۱۹۸۳	۱۲۲۴/۳	۱۷۴۰/۳	۲۹۶۴/۶	۴۱/۳	۸/۷
۱۹۸۴	۱۳۹۴/۰	۱۸۷۶/۵	۳۲۷۰/۵	۴۲/۶	۸/۹
۱۹۸۵	۱۶۲۰/۸	۲۱۰۵/۹	۳۷۲۶/۷	۴۳/۵	۹/۳
۱۹۸۶	۱۸۸۱/۳	۲۴۴۳/۹	۴۳۲۵/۲	۴۳/۵	۹/۹
۱۹۸۷	۲۱۰۶/۷	۲۶۶۴/۱	۴۷۷۰/۸	۴۴/۱	۱۰/۱
۱۹۸۸	۲۳۷۹/۵	۲۹۸۲/۴	۵۳۶۱/۹	۴۴/۴	۱۰/۵
۱۹۸۹	۲۷۱۴/۶	۳۳۴۲/۲	۶۰۵۶/۸	۴۴/۸	۱۰/۸
۱۹۹۰	۳۰۷۹/۲	۳۶۸۷/۲	۶۷۶۶/۴	۴۵/۵	۱۱/۱
۱۹۹۱	۳۴۵۶/۶	۴۰۴۹/۶	۷۵۰۶/۲	۴۶/۰	۱۱/۳
۱۹۹۲	۳۷۶۰/۸	۴۴۶۶/۳	۸۲۲۷/۱	۴۵/۷	۱۱/۷
۱۹۹۳	۳۸۷۴/۹	۴۷۳۲/۵	۸۶۰۷/۴	۴۵/۰	۱۲/۰
۱۹۹۴	۳۹۰۶/۱	۴۹۸۵/۰	۸۸۹۱/۱	۴۳/۹	۱۲/۲
۱۹۹۵	۳۹۶۴/۳	۵۲۶۰/۴	۹۲۲۴/۷	۴۳/۰	۱۲/۴
۱۹۹۶	۳۸۵۹/۸	۵۵۷۰/۸	۹۴۳۰/۶	۴۰/۹	۱۲/۵

\* شامل هزینه نسخه‌ها و داروهایی که بی‌نسخه فروخته می‌شود در اعتبارات قدرازان و ابتدایی، هزینه‌های کمک به کارگران، بیمارستان‌ها، و سایر نهاد‌های درمانی عمومی.

\*\* شامل هزینه نسخه‌ها و داروهای بی‌نسخه، پرداختی از سوی افراد و طرح‌های بیمه خصوصی.

منبع: دینگوال (۱۹۹۷).

جدول ۲. افزایش هزینه نسخه‌ها، ۱۹۸۷-۱۹۹۳\*

(افزایش هر نسخه به دلار)

داروهای غیر ثبت شده	داروهای ثبت شده موجود	داروهای ثبت شده جدید	
۱۰/۳۸	۲۳/۷۹	—	۱۹۸۷
۱۱/۷۶	۲۵/۶۸	۲۹/۹۶	۱۹۸۸
۱۲/۵۹	۲۸/۱۷	۳۲/۴۵	۱۹۸۹
۱۳/۴۶	۳۰/۱۳	۴۱/۴۵	۱۹۹۰
۱۴/۲۶	۳۱/۶۳	۴۵/۹۰	۱۹۹۱
۱۵/۸۱	۳۴/۴۸	۵۳/۶۰	۱۹۹۲
۱۶/۱۶	۳۵/۷۵	۵۶/۰۷	۱۹۹۳
۷/۶ درصد	۷/۰ درصد	۱۳/۴ درصد	میانگین افزایش سالانه ۱۹۹۳-۸۸/۱۹۸۷

منبع: گرین شیلد کانادا (۱۹۹۴).  
\* شامل هزینه‌های تولید کارخانه‌ای و توزیع بدون حق الزحمه نسخه‌پیچی.

نکته قابل توجه این است که دولت فدرال در این میان نقش چندانی بازی نمی‌کند، ولی البته سیاست‌ها و اقدامات آن در تعیین بهای داروها و گسترش یا محدود کردن حق انتخاب ایالت‌ها و خریداران خصوصی تأثیر فراوان دارد.

بر اثر مقرراتی که صدور اجباری پروانه جهت داروهای تجویزی را نخست محدود و سپس ملغی کرد (قوانین C-22 و C-91)، "هیئت بررسی بهای داروهای ثبت شده"<sup>۱</sup> تشکیل شد. وظیفه این هیئت آن است که بر بهای اولیه داروهای ثبت شده مراقبت کند و اجازه ندهد که قیمت این داروها از نرخ تورم، که در "شاخص بهای مصرف‌کننده"<sup>۲</sup> منعکس می‌شود، تجاوز کند. یکی از معیارهایی که هیئت مزبور بر اساس آن تشخیص می‌دهد که آیا قیمت اولیه داروهای جدید تناسب دارد یا نه، مقایسه این قیمت با قیمت داروهای مشابه در هفت کشور دیگر است:

1. Patented Medicine Prices Review Board (PMPRB)

2. Consumer Price Index

فرانسه، آلمان، ایتالیا، سوئد، سوئیس، بریتانیا، و ایالات متحد آمریکا. در آخر سال ۱۹۹۴، قیمت فروش دویست قلم از داروهای ثبت شده در کانادا معادل ۵۷ درصد از میانگین بین‌المللی کم تر بود؛ در همان زمان، قیمت هشت درصد از تولیدات دارویی در کانادا از همه کشورهای دنیا تجاوز می‌کرد (هیئت بررسی بهای داروهای ثبت شده، ۱۹۹۶b).

مقایسه قیمت‌ها در کانادا و هفت کشور منتخب ممکن است تصویر دقیقی از چگونگی بهای داروها در کانادا در قیاس با اکثر کشورهای صنعتی به دست ندهد. شاخص برابری قدرت خرید<sup>۱</sup>، به معنای نرخ تسعیری است که قدرت خرید پول‌های مختلف را در وضعیتی مساوی نشان دهد. وقتی از این شاخص برای مقایسه قیمت مواد دارویی در هفت کشور مورد استناد "هیئت بررسی" با ۲۴ کشور عضو "سازمان همکاری اقتصادی و توسعه" (او ای سی دی)<sup>۲</sup> استفاده کنیم، آشکار می‌شود که قیمت‌ها در هفت کشور مزبور حدود ۶-۷ درصد از کشورهای عضو او ای سی دی بیشتر است (او ای سی دی، ۱۹۹۶).

گزارشی اخیر از "هیئت بررسی" ادعا می‌کند که مقررات فدرال برای قیمت‌گذاری داروهای ثبت شده باعث ۲/۹ تا ۴/۲ میلیارد دلار صرفه‌جویی در نظام مراقبت‌های درمانی کانادا شده است (هیئت بررسی بهای داروهای ثبت شده، ۱۹۹۷). با این حال، در مدتی که از تأسیس و فعالیت این هیئت می‌گذرد، دولت‌های ایالتی نیز به‌نوبه خود اقداماتی جداگانه برای کاهش قیمت داروها انجام داده‌اند.

یکی از راه‌های متمایز ساختن تأثیر اقدامات "هیئت بررسی" و ایالت‌ها، بررسی نکات مربوط به قیمت داروهای غیر ثبت شده است. هیئت فقط بر بهای داروهای ثبت شده نظارت دارد، در حالی که ایالت‌ها باید بهای داروهای ثبت شده و ثبت نشده، هر دو، را به نحو یکسان کنترل کنند. هیئت، شاخص بهای داروهای ثبت نشده<sup>۳</sup> را تهیه می‌کند، و بعد بررسی خود را بر مبنای مقایسه این شاخص با شاخص بهای داروهای ثبت شده صورت می‌دهد. به گزارش هیئت، در سال‌های ۱۹۸۸-۱۹۹۵، شاخص بهای داروهای ثبت نشده سالانه ۴/۲۵ درصد ترقی کرد، در حالی که شاخص بهای داروهای ثبت شده، در همان مدت، نرخ افزایش سالانه‌ای معادل ۱/۶۳

1. Purchasing Power Parities (PPPs)
2. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)
3. non-patented medicine price index (NPMPPI)

درصد داشت. این تفاوت، یعنی سالانه  $2/62$  درصد، که جمعاً به  $3/68$  میلیارد دلار صرفه‌جویی منجر شده است، به نظارت و مقررات تدوین‌شده از سوی هیئت منتسب می‌شود. اعتبار این نتیجه‌گیری هیئت، به روش تهیه شاخص بهای داروهای ثبت‌نشده از سوی هیئت بستگی دارد. "کمیتۀ سیاست‌گذاری مواد دارویی"<sup>۱</sup> که از سوی دولت فدرال، ایالت‌ها، و سرزمین‌های کانادا تشکیل شده است، سفارش داد که تحقیقی جامع در این باره به عمل آید. بنا به گزارش این تحقیق، که با روشی متفاوت صورت گرفت، نرخ رشد سالانه شاخص بهای داروهای ثبت‌نشده، در سال‌های ۱۹۸۹-۱۹۹۴، فقط  $0/7$  درصد بود؛ که سطح بمراتب پایین‌تری از شاخص بهای داروهای ثبت‌شده داشت (شرکت مشاور پروگان، و دیگران، ۱۹۹۵). اگر نرخ افزایش بهای داروهای ثبت‌نشده کمتر از داروهای ثبت‌شده باشد، در این صورت، هرگونه صرفه‌جویی را که حاصل شده باشد باید ناشی از اقدامات ایالت‌ها، و نه "هیئت بررسی"، دانست.

این نتیجه‌گیری‌های متعارض در باب نرخ افزایش بهای داروهای ثبت‌نشده، این سؤال را هم مطرح می‌کند که آیا گسترش صلاحیت هیئت به حوزه داروهای ثبت‌نشده اساساً تأثیری بر قیمت کلی داروها خواهد داشت یا نه؟

بین سال‌های ۱۹۶۹ تا ۱۹۹۱، کانادا نظامی اجباری برای صدور پروانه جهت مواد دارویی داشت. صدور اجباری جواز، در واقع، به معنای نفی ثبت داروهاست. صدور پروانه اجازه داد که انواع ژنریک داروهای موفق، ظرف ۴-۵ سال بعد از تولید و به بازار رفتن انواع اصلی، وارد بازار کانادا شود. قانون C-22 که در ۱۹۸۷ به تصویب رسید، مهلتی ۷-۱۰ ساله معین کرد و مقرر داشت که پس از این مدت برای کارخانه‌های تولیدکننده داروهای دارای نام تجاری<sup>۲</sup> جواز صادر شود، اما قانون C-91 که در ۱۹۹۳ گذشت، به دسامبر ۱۹۹۱ عطف به ماسبق کرد و صدور اجباری پروانه را از آن تاریخ بکلی ملغی ساخت.

نخستین داروهای ژنریک که وارد بازار کانادا می‌شوند، به ملاحظات رقابتی، با بهایی تخفیفی عرضه می‌گردند که نوعاً ۲۵ تا ۳۵ درصد از داروی اصلی کم‌تر است؛ چنانچه تعداد داروهای ژنریک رقیب به ۴ یا ۵ نوع برسد، تفاوت قیمت داروی اصلی با داروی ژنریک حتی می‌تواند به ۵۰ تا ۶۰ درصد بالغ شود (لخچین، ۱۹۹۳). بنا به گزارش "کمیسیون تحقیق در باب

1. Federal/ Provincial/ Territorial Pharmaceutical Policy Committee

2. brand-name

صنعت داروسازی<sup>۱</sup> (۱۹۸۵)، رقابت داروهای ژنریک، در سال ۱۹۸۲، حداقل باعث ۲۱۱ میلیون دلار صرفه‌جویی در اعتبارات درمانی کانادا شد؛ به عبارت دیگر، اگر چنین رقابتی وجود نمی‌داشت، هزینه دارویی کانادا از ۱/۵۳ میلیارد دلار به ۱/۷۴ میلیارد دلار افزایش می‌یافت. دشوار است که بتوان درباره چگونگی تأثیر لغو صدور اجباری پروانه بر هزینه‌های دارویی کانادا به نتیجه‌ای قطعی رسید. گزارشی که برای "انجمن کانادایی تولیدکنندگان دارو"<sup>۲</sup>، سازمانی که معرف شرکت‌های کانادایی تولید داروهای ژنریک است، تهیه شد، چنین برآورد می‌کند که هزینه تراکمی قانون C-91 برای کانادا، در سال‌های ۱۹۹۳-۲۰۰۰ معادل ۱/۷ میلیارد دلار، و از سال ۱۹۹۳ تا سال ۲۰۱۰ معادل چهار میلیارد دلار است (شوندلمری، ۱۹۹۳).

"کمیسیون تحقیق در باب صنعت داروسازی" برآورد کرده است که صدور اجباری پروانه باعث ۱۲ درصد صرفه‌جویی شده بود. اگر این رقم را در میزان فروش داروهای ثبت‌شده در سال‌های ۱۹۸۸-۱۹۹۵ منظور کنیم، به این نتیجه می‌رسیم که لغو صدور اجباری پروانه احتمالاً باعث افزایش هزینه‌های دارویی کانادا به میزان ۲/۳۰ تا ۲/۴۳ میلیارد دلار در آن دوره هفت ساله شده است (هیئت بررسی بهای داروهای ثبت‌شده، ۱۹۹۷). البته معلوم نیست که آیا کنترل و مقررات‌گذاری هیئت بررسی می‌توانست از این صرفه‌جویی از دست‌رفته پیشگیری کند یا نه؟

### استراتژی‌هایی برای محدود کردن هزینه‌های دارویی در بخش عمومی

باید به خاطر داشت که بخش اعظم هزینه‌های دارویی بخش عمومی ناشی از برنامه‌های دارویی ایالت‌هاست (جدول ۳)؛ به همین دلیل، بخش حاضر از مقاله صرفاً می‌پردازد به ارزیابی اقداماتی که برای مهار قیمت‌ها از سوی دولت‌های ایالتی صورت گرفته است. هر چند برنامه‌های ایالتی فقط ۱۹ درصد جمعیت را در برمی‌گیرد، به دلیل دامنه پوشش جمعیتی این برنامه‌ها - مثلاً، این واقعیت که تمام ایالت‌ها و سرزمین‌ها، همه یا بخش عمده‌ای از افراد ۶۵ ساله به بالا را تحت پوشش دارند - هزینه دارویی پرداختی ایالت‌ها معادل ۴۱ درصد از کل هزینه‌های دارویی بخش عمومی است. (در کانادا، ۶۲ درصد جمعیت تحت پوشش مقررات دارویی خصوصی، ۱۹ درصد تحت پوشش مقررات دارویی ایالتی، هفت درصد تحت پوشش مقررات عمومی و خصوصی، و دوازده درصد فاقد هر نوع پوششی هستند (دینگوال، ۱۹۹۷).)

1. Commission of Inquiry on the Pharmaceutical Industry
2. Canadian Drug Manufacturers Association

جدول ۳. اجزای هزینه عمومی در باب مواد دارویی، ۱۹۹۶\*

ادارات بهداشتی دولتی	بیمارستان‌ها و دیگر نهادها	غرامت کارگران	دولت فدرال	دولت‌های ایالتی	به میلیون دلار
۸۲/۶	۷۹۰/۶	۴۰/۸	۱۵۹/۱	۲۷۵۵/۹	
۲/۲	۲۰/۶	۱/۱	۴/۲	۷۲/۰	درصد کل

منبع: دینگوال (۱۹۹۷).  
\* شامل داروهای با نسخه و بی‌نسخه، ارقام سر راست شده است و به همین جهت به ۱۰۰ نمی‌رسد.

اکنون مدتی است که کم و بیش همه ایالت‌ها کوشش کرده‌اند تا از طریق تشویق فروش داروهای ژنریک به کنترل هزینه‌های دارویی موفق شوند؛ این کار را معمولاً یا از راه اجباری کردن فروش ارزان‌ترین داروهای ژنریک انجام می‌دهد، یا آن‌که فقط قیمت داروهایی را به داروخانه‌ها می‌پردازند که بهای آنها معادل ارزان‌ترین قیمت داروهای ژنریک باشد (آندرسن، ۱۹۹۰). این استراتژی اکنون کارساز است اما با توجه به این‌که، بر اثر لغو صدور اجباری پروانه، عرضه داروهای ژنریک محدود شده است، اهمیت و نقش مثبت جانشین کردن داروهای ژنریک به‌عنوان عاملی برای کنترل هزینه، ممکن است کاهش پیدا کند.

دولت‌های ایالتی، به‌منظور کنترل هزینه‌های دارویی، معمولاً از یکی یا تعداد بیشتری از این راه‌ها استفاده می‌کنند: محدودیت‌های مقرراتی<sup>۱</sup>، انتقال هزینه<sup>۲</sup>، بهبود شیوه‌های مدیریت، و تنظیم فهرست قیمت‌های پایه و جلوگیری از تغییر قیمت داروهای مشمول محدودیت‌های مقرراتی. اما از آن‌جا که هر یک از این راه‌ها ممکن است بیش از یک تأثیر داشته باشد، نتیجه گرفتن از کاربرد آنها قطعی نیست. مثلاً حذف داروهایی که بی‌نسخه فروخته می‌شود از فهرست قیمت‌های پایه، از جمله کارهایی است که برای انعطاف پذیر کردن محدودیت‌های مقرراتی صورت می‌گیرد، اما اگر بیمار به استفاده از این داروها ادامه دهد، عملاً فقط نوعی انتقال هزینه صورت می‌گیرد نه صرفه‌جویی. به همین نحو، بعضی از این اقدامات، نظیر انتقال هزینه ممکن است بر میزان استفاده از داروها تأثیر بگذارد.

1. formulary restrictions

2. cost-shifting



## محدودیت‌های مقرراتی

همه ایالت‌ها از محدودیت‌های مقرراتی استفاده می‌کنند تا پوششی را که برنامه‌های مختلف آنها دارند محدود کنند. استدلال آنها این است که این‌گونه محدودیت‌ها باعث مهار هزینه‌ها می‌شود. آنیس استدلال می‌کند (۱۹۹۴) که این محدودیت‌های مقرراتی، فی‌نفسه، هزینه‌ها را پایین نمی‌آورد، بلکه سطح و میزان جایگزینی داروهای ژنریک است که می‌تواند چنین نقشی بازی کند، در حالی که این‌گونه داروها معمولاً در حوزه محدودیت‌های مقرراتی قرار ندارند.

کارخانه‌های تولیدکننده داروهای مشهور و دارای نام تجاری نیز غالباً نسبت به مؤثر بودن محدودیت‌های مقرراتی ایجاد تردید می‌کنند. صرف‌نظر از منافعی که طبعاً این تولیدکنندگان در این حوزه دارند، استدلال آنها بر این ادعا مبتنی است که هر چند محدودیت‌های مقرراتی ممکن است باعث کاهش هزینه‌ها شود، به دلیل هزینه‌هایی که از جهات دیگر در نظام ایجاد می‌کند، در مجموع باعث افزایش هزینه‌های دارویی و درمانی می‌شود. چون درباره این موضوع پژوهش‌های مشخصی در کانادا صورت نگرفته است، مخالفان محدودیت‌های مقرراتی معمولاً به آنچه در امریکا اتفاق افتاده است استناد می‌کنند. در آن‌جا، ایالت‌ها، در حوزه مدیک‌اید<sup>۱</sup>، از مقررات آزاد کمک‌های درمانی (یعنی پرداخت هزینه هر نسخه‌ای که صادر شده) به سوی محدودیت‌های مقرراتی روی کرده‌اند یا بالعکس. (هزینه درمانی فقیران را در امریکا مدیک‌اید می‌پردازد.) اما یکی از نقاط ضعف این پژوهش‌ها، عدم توجه آنها به میزان عقلانی بودن محدودیت‌های مقرراتی است. محدودیتی که از لحاظ تدوین ضعیف بوده و داروهای مهم را از شمول کار خارج کند، می‌توان انتظار داشت که باعث افزایش کلی هزینه‌ها شود. بنا به تحقیقی که درباره مقررات محدودکننده در ۵۲ بیمارستان بزرگ امریکایی وابسته به دانشکده‌های پزشکی صورت گرفته است، پنجاه درصد از مقررات مزبور فقط شامل بیش از ۲۰ درصد از تولیدات دارویی بوده، و آن هم داروهایی که نه فقط به تحقق هدف‌های درمانی موردنظر کمک نکرده‌اند بلکه، بر مبنای پنج شاخص مستقل، تنها تأثیراتی فرعی داشته‌اند (راکر، ۱۹۸۱). علاوه بر این، مدیک‌اید در امریکا، گذشته از محدودیت‌های دارویی، در سایر زمینه‌ها—مثلاً، تعداد و بسامد ویزیت پزشکان—نیز محدودیت‌هایی ایجاد می‌کند، که این قبیل محدودیت‌ها در نظام مدیکر<sup>۲</sup> کانادا وجود ندارد.

1. Medicaid

2. Medicare

با آنکه به این پرسش که آیا محدودیت‌های مقرراتی، فی‌نفسه، باعث صرفه‌جویی کلی در هزینه‌ها می‌شود یا نه هنوز پاسخ قطعی داده نشده است و مباحثه در باب این موضوع جریان دارد، ایالت‌های کانادا به اقدامات مختلفی برای محدود کردن دامنه شمول آن دست زده‌اند: از طریق خارج کردن برخی تولیدات دارویی از فهرست مربوط؛ از طریق سخت کردن شرایط ورود داروها به فهرست؛ و از طریق محدود کردن استفاده از بعضی داروها.

در اوایل دهه ۱۹۹۰، دولت ایالتی اونتاریو، به‌عنوان بخشی از برنامه کنترل هزینه‌ها، تعدادی از داروها را از فهرست محدودیت‌های مقرراتی خود حذف کرد. این که آیا این کار باعث صرفه‌جویی شد یا نه هنوز معلوم نیست، بخصوص که دولت برای تجزیه و تحلیل نتایج این فهرست‌زدایی کوششی به عمل نیاورد. تحقیقی که نسبت به چگونگی کار پزشکان در ناحیه کینگستن صورت گرفت به این نتیجه رسید که پزشکان معمولاً داروهای مشمول فهرست را جایگزین داروهایی که از فهرست خارج شده‌اند می‌کنند (گادوین، و دیگران، ۱۹۹۶).

جمهوری ایرلند نیز، مثل ایالت اونتاریو، نام بسیاری از داروها را از فهرست بازپرداختی<sup>۱</sup> خود حذف کرد. تحقیقی مقدماتی که در باب نتایج این کار به عمل آمد نشان داد که بر میزان تجویز داروهای مولد هزینه افزوده شده است و، بنابراین، عملاً صرفه‌جویی قابل ملاحظه‌ای صورت نگرفته است (فراندو، و دیگران، ۱۹۸۷). شاهد بعدی بر این که یک سیاست غیردقیق فهرست‌زدایی نمی‌تواند باعث صرفه‌جویی مهمی شود، وقتی ظاهر شد که مدیک‌اید ایالت نیوجرسی نام دوازده طبقه از داروهایی را که تأثیر درمانی آنها محل تردید بود از فهرست خود خارج کرد. بررسی نتایج حاصل از این اقدام نشان داد که هر چند داروهای فهرست‌زدایی شده فقط هفت درصد از داروهای تجویز شده در سال پایه بررسی را تشکیل می‌دادند، چه از لحاظ مصرف کلی دارو و چه از نظر کل هزینه‌ها، کاهش قابل ملاحظه‌ای حاصل نشده بود. به علاوه، هر چند داروهای فهرست‌زدایی شده از نظر تأثیر درمانی محل تردید بودند، بررسی آثار مطلوب و نامطلوب استفاده از داروهای جایگزین معلوم کرد که کیفیت کلی درمان‌ها بهبود چشم‌گیری پیدا نکرده است (سومرای، و دیگران، ۱۹۹۰).

ایالت اونتاریو از نظر اعمال محدودیت بر پاره‌ای از طبقه‌بندی‌های گران‌قیمت و مورد سوءاستفاده دارویی نیز از سیاستی همانند پیروی کرد. با این حال، امکان بهره‌گیری از این‌گونه

1. reimbursed list

اقدامات برای کنترل استفاده از دارو و کاهش هزینه‌ها به چگونگی مدیریت نظام درمانی بستگی دارد. حسابرس کل ایالت اونتاریو، برای تنظیم گزارش مالی سال ۱۹۹۶ خود، از حسابرسی مربوط به طبقه‌ای از داروهای محدودشده استفاده کرد (اداره حسابرسی ایالتی، ۱۹۹۶). وی، بر مبنای بررسی داروهایی از این طبقه که بین ژانویه تا ژوئن ۱۹۹۵ مصرف شده بود، دریافت که هزینه پرداختی ایالت برای این داروهای محدودشده به ۳۸ میلیون دلار می‌رسد؛ ۱۳ درصد از متقاضیان، دلایلی "دیگر" برای مصرف این داروها داشتند، و ۲۱ درصد (۶/۶ میلیون دلار) به دلایلی استناد می‌کردند که در واقع ربطی به جهات درمانی این داروها نداشت. (وزارت بهداشتی اکنون دلایل "دیگر" را از فرم‌های بررسی خود حذف کرده است.)

ایالت‌های اونتاریو و بریتیش کولومبیا اکنون، قبل از آن‌که دارویی را وارد فهرست خود کنند، گزارش ارزیابی دارویی-اقتصادی آن را مطالبه می‌کنند. منطق کار آنها این است که داروها نه فقط باید سالم و مؤثر باشند تا بتوانند وارد فهرست شوند بلکه، در مقام مقایسه با داروهای دیگر، از نظر اقتصادی نیز باید به صرفه باشند. فکر اصلی لزوماً محدود کردن هزینه نیست، بلکه به حداکثر رساندن بهره‌گیری از منابع مالی است. کوپل و دروموند (۱۹۹۳) به بررسی ۸۵ گزارش ارزیابی مربوط به سال‌های ۱۹۸۶ تا ۱۹۹۱ دست زدند و به این نتیجه رسیدند که این گزارش‌ها بالقوه برای تصمیم‌گیری مناسب بوده‌اند، اما بسیاری از آنها از نظر روش کار نقاط ضعفی داشتند که این شبهه را ایجاد می‌کرد که کارفرمای بررسی‌ها مایل به پیروی از روش تحقیق خاصی بوده است.<sup>۱</sup>

و نهایتاً آنکه، مسئولان ایالتی پرداخت هزینه‌ها از وارد کردن داروهای جدید، و غالباً گران‌قیمت، به فهرست‌ها خودداری می‌کنند. در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۵، ایالت‌ها از پذیرفتن ۱۴ تا ۵۲ درصد از تولیدات جدید شرکت‌های دارویی چند ملیتی سر باز زدند (انون، ۱۹۹۵).

۱. باید پذیرفت که کوپل و دروموند نسبتاً در همان روزهای اول رایج شدن بررسی‌های دارویی-اقتصادی به نتیجه‌گیری‌های خود رسیدند و احتمال دارد که کیفیت کار از آن زمان تا کنون بهبود یافته باشد. اما ایوانز (۱۹۹۵) اساساً منکر بررسی‌های دارویی-اقتصادی است. به نظر او، بسیاری از مسائل مربوط به روش کار در این بررسی‌ها- مثلاً طرح این سؤال که "حیات انسانی چه ارزشی دارد؟"- احتمالاً حل‌شدنی نیستند، زیرا به نظریه‌های مختلف در باب چگونگی کارکرد اقتصاد، یا پشداوری‌های ایدئولوژیکی متضاد در این باب، مربوط می‌شوند. با این حال، این بحث که بررسی‌های دارویی-اقتصادی آیا به بهره‌گیری بهتر از منابع می‌انجامد یا نه، هنوز جریان دارد و به نتیجه‌ای قطعی نرسیده است.

"انجمن کارخانه‌های دارویی کانادا"<sup>۱</sup> بخصوص به این موضوع توجه فراوان دارد. از قول رئیس این انجمن نقل شده است که "چون این داروهای جدید غالباً از داروهای موجود بهره اقتصادی بیشتری دارند، در درازمدت بالقوه می‌توانند باعث صرفه‌جویی قابل ملاحظه‌ای در نظام مراقبت‌های درمانی شوند." (نقل شده در انون، ۱۹۹۵).

درستی این ادعا محل تردید است، زیرا "هیئت بررسی بهای داروهای ثبت شده" فقط هشت درصد از داروهای جدیدی را که از ژانویه ۱۹۹۱ تا دسامبر ۱۹۹۵ به بازار عرضه شدند، در شمار داروهایی که "اثر فوق‌العاده" داشتند یا به نسبت داروهای موجود دارای تأثیر درمانی بس بیشتری بودند طبقه‌بندی کرده است (هیئت بررسی، ۱۹۹۶). وقتی به موضوع از زاویه تأثیرگذاری بر نسخه‌نویسی و تجویز دارو بنگریم، مشاهده می‌کنیم که سیاست خودداری از واردکردن داروهایی به فهرست، احتمالاً درست همان تأثیر خارج کردن بعضی داروها را از فهرست دارد: گاهی دارویی که تناسب کمتری دارد به جای دارویی که موجود نیست مصرف می‌شود، و گاهی دارویی که خاصیتش از حد نیاز تجاوز می‌کند به مصرف می‌رسد. کوتاه سخن آنکه، تاکنون شواهدی قانع‌کننده دال بر این که محدودیت‌های مقرراتی ایالت‌ها باعث صرفه‌جویی کلی قابل ملاحظه‌ای شده باشد عرضه نشده است.

### انتقال هزینه

در ۱۹۹۶، اونتاریو آخرین ایالتی بود که سرانجام نظام مبتنی بر اشتراک در پرداخت و افزایش سهم پرداختی استفاده‌کنندگان از برنامه دارویی را به اجرا درآورد. هدف این است که بار بخشی از هزینه‌ها از دوش دولت برداشته شده و به استفاده‌کنندگان از درمان‌های دارویی منتقل شود. اونتاریو امیدوار است که از این راه سالانه ۲۲۵ میلیون دلار صرفه‌جویی کند؛ در بریتیش کولومبیا، پس از اِعمال این روش، مبلغی که دولت ایالتی صرف هزینه‌های دارویی می‌کرد، از ۲۸ میلیون دلار در ۱۹۸۶/۸۷، به حدود شش میلیون دلار در ۱۹۸۸/۸۹ کاهش یافت (آندرسن، و دیگران، ۱۹۹۳). بدین ترتیب، انتقال هزینه آشکارا باعث صرفه‌جویی می‌شود، اما پرسش این است که آیا بیمارانی که مشمول پرداخت این فرانشیزها می‌گردند، از خریدن داروهای لازم خودداری نخواهند کرد، و این موضوع چه تأثیری بر سلامتی آنها خواهد داشت؟ هریس و

1. Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada (PMAC)

همکاران او، در یک سازمان بهداشتی، به بررسی تأثیر فرانشیز و نظام مشارکت در پرداخت بر چگونگی استفاده از داروهای "اصلی" و "اختیاری"<sup>۱</sup> پرداختند (۱۹۹۰). استفاده از هر دو نوع دارو کاهش یافت، اما این کاهش در مورد داروهای اختیاری بیشتر بود. لختین به بررسی و تحلیل مقولهٔ پرداخت نقدی برای مواد دارویی، در گروه‌های کم‌درآمد و پردرآمد کانادا در سال‌های ۱۹۶۴ تا ۱۹۹۰، اقدام کرد. در قالب درصد کل هزینه‌های یک خانواده، حتی بعد از به اجرا درآمدن برنامه‌های دارویی جدید ایالت‌ها، هزینهٔ سرانهٔ خرید دارو در گروه کم‌درآمد معادل هفت برابر گروه پردرآمد بود.

در کانادا شواهدی وجود دارد دال بر این‌که پرداخت فرانشیز باعث خودداری افراد از خرید کامل نسخه‌ها خواهد شد. ایالت نووا اسکوتیا از اول ژوئن ۱۹۹۰ مقرر کرد که همهٔ سالخوردگان (افراد از ۶۵ سال به بالا)، بجز آنهایی که در آسایشگاه‌ها و خانه‌های سالمندان هستند، برای هر نسخه سه دلار پردازند. اطلاعات اولیه حاکی از کاهش تعداد کل افرادی است که از برنامهٔ دارویی این ایالت استفاده می‌کنند؛ تعداد نسخه‌هایی نیز که برای افراد معاف نشده از پرداخت فرانشیز تجویز می‌شود کاهش یافته است (پژوهش و آمار، شرکت مراقبت‌های درمانی ایالت‌های دریایی، ۱۹۹۱).

هر چند نووا اسکوتیا خود به بررسی تأثیرات درمانی کاهش استفاده از داروها اقدام نکرده است، بنا به پژوهش‌های دیگری که صورت گرفته، برقراری موانع مالی تأثیری منفی بر سلامت فقیران دارد. سومرای و همکاران او (۱۹۹۱، ۱۹۹۴)، از فرصتی "طبیعی" که پیش آمده بود، برای بررسی این موضوع که وقتی نیو همپشر مقرر کرد که استفاده‌کنندگان از برنامهٔ دارویی آن ایالت نمی‌توانند در هر ماه بیش از سه نسخه داشته باشند چه اتفاقی افتاد، سود جستند. در یازده ماهی که این محدودیت بر جا بود، احتمال آنکه بیمارانی که قبل از اجرای این مقررات منظمأ سه نسخه یا بیشتر در ماه می‌گرفتند در آسایشگاه‌ها بستری شوند به شدت بیشتر شد، و به مجردی که این افراد به آسایشگاه‌ها پذیرفته می‌شدند، معمولاً دیگر به جامعه باز نمی‌گشتند (سومرای، و دیگران، ۱۹۹۱). در جامعهٔ بیماران روانی، این محدودیت باعث شد که بلافاصله از میزان استفاده از داروهای آرام‌بخش و معالجه بیماری‌های روانی کاسته شود. همچنین، باعث شد که بیماران به‌طور متوسط ناچار به یکی دو بار مراجعه به مراکز بیماری‌های روانی در هر ماه شوند،

1. "essential" and "discretionary" drugs

و استفاده از سرویس‌های اضطراری بیماران روانی به شدت افزایش یابد. در مجموع، میانگین هزینه سرانه مراقبت از بیماران روانی، در طول مدت برقراری محدودیت مزبور، به هفده برابر صرفه‌جویی ناشی از مصرف داروها رسید (سومرای، و دیگران، ۱۹۹۴).

بدین ترتیب، به اندازه کافی آشکار شده است که انتقال هزینه باعث می‌شود که فقیران و سالخورده‌گان از مصرف متناسب داروهای لازم محروم شوند و، به علاوه، هزینه‌هایی که بر نظام مراقبت‌های درمانی تحمیل می‌گردد به میزانی باشد که به احتمال قوی هرگونه صرفه‌جویی در مصرف داروها را جبران کند.

### بهبود شیوه‌های مدیریت

شبکه‌های آن-لاین درمانی اکنون کم‌وبیش در همه ایالت‌ها به راه افتاده است. این شبکه‌ها را ایالت‌ها به راه انداختند تا مدیریت برنامه‌های درمانی خود را بهبود بخشند. شبکه‌ها نوعاً داروخانه‌ها را به هم می‌پیوندند و اطلاعات لازم را در مورد نسخه‌هایی که تجویز شده است برای آنها فراهم می‌سازند. شبکه دارویی کامپیوتری در بریتیش کولومبیا، اطلاعات لازم را در مورد خصوصیات داروها، خواص عملی آنها، و برداشت‌های مصرف‌کنندگان بی‌درنگ عرضه می‌کند. شبکه ایالت سسکچوان دارای نوعی نظام اخطاردهنده است که وقتی دارویی مشابه در طول هفت روز متوالی مورد نیاز مصرف‌کننده‌ای باشد، به داروخانه‌ها هشدار می‌دهد. در ایالت نیوبرونسیک، شبکه کامپیوتری، مصرف گذشته داروها را بررسی می‌کند، و وقتی موجودی یک دارو برای استفاده یک بیمار کافی نباشد، مراتب را به اطلاع پزشک مربوط می‌رساند تا او دلایل ضرورت ادامه مصرف آن دارو را توجیه کند (فیشرمن و مک لافلین، ۱۹۹۵).

امید بر این است که این‌گونه گذشته‌نگری‌ها و آینده‌نگری‌ها باعث بهبود کیفی تجویز داروها و صرفه‌جویی شود. تا به امروز هنوز گزارشی از تحقیق و ارزیابی درباب کارایی این شبکه‌های کامپیوتری منتشر نشده است. ایالت‌های امریکا نیز در برنامه‌های دارویی خود شبکه‌های مشابهی به راه انداخته‌اند. سومرای و لیپتن (۱۹۹۵) به بررسی چگونگی وضع و پیشرفته بودن شبکه‌های امریکایی اقدام کردند که یافته‌های گزارش آنها بدین شرح است: این ادعا که بررسی مصرف گذشته داروها (DUR) از نظر تأمین داروهای مورد نیاز بیماران و پیشگیری از بستری شدن آنها در بیمارستان‌ها سودمندی و کارایی فراوان دارد تا حدودی اغراق‌آمیز است؛

مبنای این ادعا، عمدتاً بر تحقیقات نامنسجم و جانبدارانه و منتشرنشده پایه دارد. وقتی می‌توان گفت که بررسی مصرف گذشته داروها به واقع سودمند است که پژوهش‌های کافی در این زمینه صورت گیرد و نتایج آنها برای کنترل و تطبیق و مقایسه منتشر شود و مسلم گردد که این روش از جهت روابط تعاملی داروها، پیشگیری از مصرف زیادی داروها، حل مشکلات دارو-درمانی، و کاهش اثرات منفی و جدی داروها مفید و مؤثر است. متأسفانه، هنوز شاهد قاطعی بر تحقق این پیش‌فرض در دست نداریم و غالب یافته‌ها و نتیجه‌گیری‌ها فاقد اعتبار کافی است. محدودیت‌های ذاتی تکنولوژی و پایگاه‌های اطلاعاتی کنونی بدین معناست که بررسی مصرف گذشته عمدتاً به مشکلات ناشی از مصرف زیاد معطوف است و مشکلات ناشی از مصرف کم را در درمان‌های دارویی نادیده می‌گیرد (مثلاً، در موارد افسردگی یا فشارخون). اگر به این بهانه که بیمار زودتر از موقع متقاضی دریافت مجدد دارو می‌شود از دادن دارو به او خودداری کنیم، ممکن است مانع از تقلب یا سوءاستفاده شویم، اما مسلماً نکات ظریف دیگری را که در این جریان وجود دارد نادیده گرفته‌ایم.

### تنظیم قیمت‌های پایه

در نظام مبتنی بر فهرست قیمت‌های پایه، مبلغی که باید بابت هر طبقه دارویی بازپرداخت شود معین می‌گردد و، بر این اساس، بیماران باید هر تفاوتی را که بین این مبلغ و قیمت فروش دارو موجود باشد خود پردازند. طبقات داروها، بر اساس نظر کارشناسان، وقتی که آنها تأثیر یکسان و بی‌خطری داروهای قرارگرفته در هر طبقه را تأیید کردند، تعیین می‌شود. پس از آن، پزشکان طبعاً باید داروهایی را تجویز کنند که مطابق فهرست از همه ارزان‌ترند.

تاکنون فقط بریتیش کولومبیا به تنظیم فهرست بها برای سه طبقه دارویی اقدام کرده است: داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی (برای درمان‌های روماتیسمی)؛ نیترات‌ها (برای درمان‌های قلبی)؛ پیشگیرنده‌های تیدروژنی (مثل رانتیدین یا زنتاک) به اضافه اومه پرازول (عمدتاً برای درمان زخم‌های معده و اثنی عشر). بنا به گزارش وزارت بهداشتی این ایالت، از اکتبر ۱۹۹۵ که این برنامه به مرحله اجرا درآمد تا اوت ۱۹۹۶، معادل ۲۱ میلیون دلار صرفه‌جویی شد (هادسن، ۱۹۹۶).<sup>۱</sup>

۱. بریتیش کولومبیا، در اوایل ۱۹۹۷، دو طبقه دارویی دیگر مربوط به کنترل فشارخون را نیز به فهرست خود اضافه کرد.

کشورهای دیگری چون دانمارک، آلمان، هلند، نیوزیلند، و سوئد نیز تاکنون به تنظیم فهرست‌های بهای پایه دست زده‌اند. تحقیقی که در باب تجربه کشورهای اروپایی در این زمینه صورت گرفته مدعی آن است که این نظام در اروپا عمدتاً با شکست مواجه شده است. به گفته زامیت- لوسیا و داسگوپتا (۱۹۹۵)، متعاقب به اجرا درآمدن این فهرست، گاهشی موقتی در هزینه بعضی اقلام دارویی پیش آمد، اما کل هزینه‌ها تغییری نکرد. در بیان علت این امر گفته می‌شود که عوامل دیگری، نظیر حجم داروهای تجویز شده و تغییر ترکیب نسخه‌ها (مثلاً انتقال از داروهای قدیم به داروهای جدید)، دلیل اصلی بالا رفتن هزینه‌ها هستند. در عین حال، این دلیل نسبت به بریتیش کولومبیا مصداق ندارد، زیرا در آنجا نسخه‌ها دقیقاً مرکب از داروهایی است که در فهرست بها وارد شده‌اند. به همان نسبتی که شرکت‌های دارویی مایل به تشویق استفاده از داروهای جدیدتر و گران‌تر هستند، در بریتیش کولومبیا هدف این است که تا جای ممکن از داروهای قدیمی و ارزان‌تری که دارای همان خواص و تأثیر داروهای جدید باشند استفاده شود.

شرکت‌های دارویی چند ملیتی، به رهبری PMAC، در ابراز مخالفت خود با شیوه ابداعی بریتیش کولومبیا صراحت کامل داشتند، و علاوه بر آغاز یک مبارزه تبلیغاتی تمام عیار، به دادگاه شکایت بردند.<sup>۱</sup> PMAC مدعی است که داروهای موجود در فهرست غالباً از انواع قدیمی‌اند که اکنون داروهای جدید، با تأثیر بیشتر و/ یا آثار جانبی کم‌تر، جایگزین آنها شده‌اند و، در نتیجه، اگر هم استفاده از داروهای قدیمی باعث صرفه‌جویی شود، در نهایت، هزینه‌هایی که کلاً بر بهداشت عمومی تحمیل می‌شود، از این صرفه‌جویی تجاوز خواهد کرد (انون، ۱۹۹۵). با این همه، صرف‌نظر از بعضی شواهد غیر جدی، PMAC تاکنون نتوانسته است اطلاعات و دلایلی قاطع در اثبات ادعای خود ارائه دهد.

در اوایل دهه ۱۹۹۰، ایالت کبک، بر مبنای دستورالعمل‌های "هیئت بررسی بهای داروهای ثبت‌شده"، داروهای ثبت‌نشده را نیز وارد محدودیت‌های مقرراتی خود کرد. در ۱۹۹۲-۱۹۹۳، وزارت بهداشتی اونتاریو بر بهای داروها معادل دو درصد افزود، و تهدید کرد که هر دارویی بیش از مبلغ مقرر جدید به فروش برسد، نام آن از فهرست آن ایالت حذف خواهد شد. در سال بعد

۱. این شرکت‌ها در شکایت خود به دیوان عالی بریتیش کولومبیا محکوم شدند. (انون، ۱۹۹۶). تاکنون فقط این ایالت آمادگی مقابله با تهاجم صنعت داروسازی را داشته است؛ بقیه ایالت‌ها فعلاً فقط با علاقه ماجرا را پیگیری می‌کنند.



(۱۹۹۴)، همین ایالت، بهای داروهای مشمول محدودیت‌های مقرراتی خود را تثبیت<sup>۱</sup> کرد. اقدامات حاد و ناپخته‌ای از این قبیل مسلماً هزینه‌های دارویی عمومی را کاهش خواهد داد؛ اگر داروهای از فهرست خارج شوند، احتمالاً تغییراتی در عادات نسخه‌نویسی و تجویز و نیز هزینه‌های کلی درمانی پدید خواهد آمد اما این گونه اقدامات بعید است که واجد هیچ تأثیر دیگری باشند.

همان‌طور که در جدول ۱ دیدیم، از ۱۹۹۵ تا ۱۹۹۶، کل هزینه‌های دارویی بخش عمومی کاهش یافت، که بازتاب کم‌شدن هزینه‌ها در برنامه‌های دارویی ایالت‌ها - از ۳/۸۶ میلیارد دلار در ۱۹۹۵ به ۲/۷۶ میلیارد دلار در سال بعد - محسوب می‌شد. "هیئت بررسی" ممکن است در این کاهش نقشی بازی کرده باشد، اما منطقی آن است که تأثیری نیز برای اقداماتی که ایالت‌ها به اشتراک انجام دادند قائل شویم. فقدان آمار و اطلاعات لازم اجازه نمی‌دهد که نقش هر یک از اقدام‌ها و ابتکارهای ایالت‌ها را دقیقاً اندازه‌گیری کنیم. و حتی مهم‌تر از آن اینکه، اطلاعات کافی وجود ندارد تا بر آن اساس بتوانیم تغییراتی احتمالی را که بر اثر اقدامات کنترلی صورت گرفته در بخش دارویی در هزینه‌ها و عادات نسخه‌نویسی پدید آمده است روشن سازیم.

### استراتژی‌هایی برای محدود کردن هزینه‌ها در بخش خصوصی

بخش خصوصی بیمه‌شده در کانادا حدود ۴۴ درصد از حجم دلاری داروها را مصرف می‌کند که کمی بیشتر از بخش عمومی است. دارو اکنون بخش عمده هزینه‌های درمانی بخش خصوصی را جذب می‌کند که بالغ بر ۳۰ درصد کل این هزینه‌هاست. تا همین اواخر، در برنامه‌های دارویی بخش خصوصی خبری از اقدامات مربوط به کنترل هزینه‌ها نبود. حتی اکنون هم، با توجه به این که هزینه‌های دارویی فقط به هفت درصد از مجموع مزایای بیمه‌ای هر فرد شاغل می‌رسد (فیشرمن و مک لافلین، ۱۹۹۵)، و نیز با عنایت به این‌که، به نظر شرکت‌های بیمه، داروهای جدید عامل اصلی افزایش هزینه‌ها محسوب می‌شوند، تنها اقلیتی از شرکت‌ها دست به اقدامات مربوط به کنترل هزینه‌های دارویی زده‌اند. معمول‌ترین استراتژی در زمینه کنترل هزینه دارویی، جایگزین کردن داروهای ژنریک در مقطع خرید بوده است. اما از ۴۰۱ شرکت که "هیئت

1. Freeze

کنفرانس کانادا<sup>۱</sup> در باب آنها بررسی کرد، تنها ۱۶ درصد از چنین راهبردی استفاده کرده بودند (تیلور، ۱۹۹۶). حتی تعداد کمتری از شرکت‌ها از روش‌های دیگر - نظیر وضع محدودیت‌های مقرراتی، تعیین سقف حداکثر برای دستمزدها، و ارسال پستی داروها - سود می‌بردند. فقط پنج شرکت، از خدمات "ناظر امور دارو"<sup>۲</sup>، که در کانادا معادل "مدیران کنترل امور دارویی"<sup>۳</sup> است، استفاده می‌کردند، و تنها سی و سه شرکت دیگر در صدد چنین کاری بودند. علی‌رغم دامنه محدود کنونی استفاده از این‌گونه مدیران، از آن‌جا که بیمه‌شدگان خود مایل به بهره‌گیری از خدمات این مدیران هستند تا بهای داروها برای آنها نیز کم‌تر تمام شود، به احتمال قوی تعداد و نقش آنها رو به افزایش خواهد داشت. قرائنی در تأیید این نظر وجود دارد: فشار شدیدی که بر اثر عواملی چون سالمندشدن نیروی کار، مقرری‌های فزاینده از کارافتادگی، انتقال هزینه از سوی دولت‌های محلی، و افزایش سطح استفاده از نظام مراقبت‌های درمانی، بر هزینه‌ها (و حق بیمه‌ها) وارد می‌شود؛ گسترش برنامه‌های انعطاف‌پذیر درمانی که حق انتخاب و حق بیمه‌های بسیار متنوعی فراهم کرده است؛ تحول سریع شبکه رایانه‌ای دارو که شرایط پرداخت الکترونیکی و مستقیمی را که مدیران کنترل امور دارویی بر آن نظارت دارند تأمین کرده است. این ناظران یا مدیران، چنین خدماتی برای شرکت‌های بیمه انجام می‌دهند: بررسی ادعاهای متقاضیان بازپرداخت؛ اطلاع‌دهی و گزارش‌دهی منظم به بیمه‌گران و/یا کارفرمایان در باب میزان مصرف داروها و عملکرد برنامه‌ها؛ ارسال منظم صورت حساب متقاضیان برای طرف‌های سوم (بیمه‌گران)؛ کمک به مسئولان و مدیران تدوین محدودیت‌های مقرراتی؛ و مطالبه مبالغی که باید از سوی داروخانه‌ها بازپرداخت شود (انون، ۱۹۹۵b). همان‌طور که توصیف نقش آنها نشان می‌دهد، ناظران امور دارو، کم‌وبیش، در صدد ایفای همان نقشی هستند که هم‌تایان آنها در بخش عمومی انجام می‌دهند (فیشرمن و مک‌لافلین، ۱۹۹۵).

راهبرد وضع محدودیت‌های مقرراتی، غالباً با اقتباس از برنامه‌های دارویی ایالت‌ها، در بخش خصوصی نیز رو به گسترش است اما، در این بخش، هدف آن است که جمعیت فعال و شاغل تحت پوشش قرار گیرد. برخی از ناظران امور دارو، مثلاً در شعبه کانادایی شرکت فاکس مایر<sup>۴</sup>، نظیر برنامه‌های ایالت‌ها، داروخانه‌ها را به صورت الکترونیکی به هم پیوند داده‌اند، و در

1. Conference Board of Canada      2. Pharmaceutical drug adjudicator (PDA)  
3. pharmaceutical benefits managers (PBMs)      4. Fox Meyer

زمینه‌هایی چون بررسی میزان مصرف دارو، تعداد و بسامد ویزیت پزشکان، تعدد مراجعه به داروخانه، و دیر یا زودشدن تحویل دارو فعال هستند (مک لارن، ۱۹۹۵). شبکه‌های الکترونیکی از این جهت نیز سودمندند که بررسی دعاوی متقاضیان را به سرعت ممکن می‌سازند و موجبات اطلاع بیمه‌گران و مسئولان طرح‌های دارویی، هر دو، را از صحت دعاوی و شرایط پرداخت، در همان زمان پیچیدن نسخه‌ها فراهم می‌کنند. برخی از طرح‌های بخش خصوصی، استفاده از به اصطلاح "خدمات پستی دارویی"<sup>۱</sup> را آغاز کرده‌اند تا هزینه نسخه‌پیچی را کاهش دهند. این هزینه، در بخش خصوصی، با نرخ‌های بالاتر از برنامه‌های دولتی روبه افزایش دارد. فاکس مایر و پاره‌ای از شرکت‌های دیگر نظیر لیبرتی موچوال (سابقاً بلو کراس اونتاریو<sup>۲</sup>)، در تلاش برقراری "شبکه داروخانه‌های طرف قرارداد"<sup>۳</sup> هستند: به این ترتیب که با داروخانه‌ها قرارداد می‌بندند تا، از یک سو، داروخانه‌ها به دستمزد کم‌تری برای نسخه‌پیچی متعهد شوند و، از سوی دیگر، شرکت‌ها تعهد کنند که گروه‌های کارفرمایی طرف قرارداد با خود را به ارسال حجم زیادی از نسخه‌ها برای این داروخانه‌ها وادار سازند.

با این حال، علی‌رغم چنین فعالیت‌هایی، هنوز آمار و اطلاعات منتشرشده چندانی در دسترس نیست تا بر اساس آنها بتوان تأثیر و کارآمدی این اقدامات را ارزیابی کرد. فاکس مایر ادعا می‌کند که طرح الکترونیکی آن باعث شده است که هزینه کارفرمایان بابت پرداخت مزایای اعضای برنامه‌های دارویی تا ۲۵ درصد کاهش یابد. به گفته یکی از سخنگویان این شرکت، چهل درصد از ۲۵ درصد صرفه‌جویی مزبور، ناشی از فعالیت ناظران امور داروست (مک لارن، ۱۹۹۵). صرف‌نظر از این ادعاهای یک‌جانبه که هنوز از سوی منابع مستقل تأیید نشده است، واقعاً روشن نیست که این صرفه‌جویی‌ها، اگر هم صحت داشته باشد، آیا از لحاظ بهبود وضع نسخه‌پیچی‌ها و صرفه‌جویی‌های کلی در نظام مؤثر بوده است یا نه؟ تحقیقی که پژوهشگران امریکایی از نظر ارزیابی وضع هشت عدد از بزرگترین مؤسسات ادارات ناظر بر امور دارو و مدیریت پرداخت مزایا در هشت شرکت کارفرمایی بزرگ انجام دادند به این نتیجه رسید که تا زمانی که این مؤسسات قادر نشوند که پیامدهای درازمدت برنامه‌های دارویی بخش خصوصی و هزینه‌بیماری‌ها را ردیابی و شناسایی کنند، امکان ارزیابی قطعی طرح‌های مزبور را نخواهند داشت (شولمن، و دیگران، ۱۹۹۶).

1. "mail order pharmacy services"

2. Liberty Mutual (formerly Ontario Blue Cross)

3. preferred provider network

استفاده از خدمات پستی دارویی نیز ممکن است جوابگوی هزینه‌های خود نباشد. هر چند این روش، هزینه نسخه‌پیچی را به حدود پنج دلار کاهش می‌دهد، در قیاس با ۱۰ تا ۱۵ دلار در داروخانه‌های معمولی، از آن‌جا که باعث توزیع حجم زیادی از داروها می‌شود، ممکن است به اتلاف بیشتر بینجامد؛ اتلافی که چه بسا هرگونه صرفه‌جویی ناشی از کاهش دستمزد نسخه‌پیچی را بی اثر کند. از لحاظ ارزیابی رضایت بیماران و کیفیت مراقبت‌های دارویی نیز تحقیقات کافی به عمل نیامده است (کرکینگ، و دیگران، ۱۹۹۰).

اخیراً گرایشی در این باب پدید آمده است که شرکت‌های دارویی خود مؤسسات ناظر بر امور دارویی را در اختیار بگیرند. در مه ۱۹۹۵، شرکت دارویی الی لیلی<sup>۱</sup> اقدام به خرید رکس پلاس<sup>۲</sup> کرد که دومین سازمان نظارت بر امور دارویی در کاناداست و مدیریت مزایای درمانی حدود ۱,۲۰۰ شرکت، با ۵۰۰,۰۰۰ کارمند، را بر عهده دارد (انون، ۱۹۹۵). این ادغام، نگرانی‌هایی جدی در باب تعارض منافع پدید آورد: به این معنا که سازمان مزبور به جای آنکه به فکر منافع بیماران و رقیبان باشد، در صدد حفظ منافع شرکت دارویی مالک خود برآید. معاون امور بازاریابی و توسعه فعالیت رکس پلاس، به این ترتیب درصدد پاسخگویی برآمد: "ما نمی‌توانیم، به ضرر مشتریان خود، برای فروش داروهای هیچ شرکتی، اعم از لیلی یا دیگران، فشار بیاوریم، زیرا موضوع به سرعت افشا خواهد شد و به حسن شهرت ما در رسیدگی به‌دعای متقاضیان مزایا و توانایی رقابت‌مان در بازار لطمه خواهد زد" (نقل شده در مک لارن، ۱۹۹۵).

با این حال، تجربه ایالت متحد آمریکا حکایت کامل از آن دارد که انگیزه اصلی خرید مؤسسات ناظر بر امور دارو، افزایش فروش محصولات دارویی شرکتی است که اقدام به خرید می‌کند. در ۱۹۹۳، مرک<sup>۳</sup>، که در آن زمان بزرگترین شرکت دارویی دنیا بود، مؤسسه مدکو<sup>۴</sup> را خرید، که بزرگترین مؤسسه خدمات پستی دارویی در آمریکا و یکی از سه سازمان بزرگ نظارت بر امور دارویی در آن کشور محسوب می‌شد. سال بعد، از قول معاون کل مدکو نقل شد که مدکو اطلاعاتی در زمینه بعضی از فعالیت‌های خود به مرک داده است که باعث افزایش قدرت رقابتی این شرکت شده است (انون، ۱۹۹۴). گزارشی که در نوامبر ۱۹۹۵ از سوی دیوان محاسبات<sup>۵</sup> منتشر شد حاکی از این بود که از زمان ادغام مرک-مدکو، محدودیت‌های مقرراتی در مسیر

1. Eli Lilly

2. Rx Plus

3. Merck

4. Medco Containment Services

5. General Accounting Office (GAO)

گسترش سریع فروش محصولات دارویی مرک حرکت کرده است. دیوان محاسبات، همچنین متوجه شد که مدکو برخی از محصولات شرکت‌های دارویی رقیب مرک را که با محصولات این شرکت رقابت می‌کردند، از فهرست داروهای مندرج در محدودیت‌های مقرراتی حذف کرده است. (شولمن، و دیگران، ۱۹۹۶).

در ۱۹۹۴، شرکتی امریکایی که مالک لیلی بود، به خرید مؤسسه PCS<sup>۱</sup> اقدام کرد که بزرگترین مؤسسه مدیریت برنامه‌های مزایای دارویی در آن کشور محسوب می‌شد. در آن‌جا نیز، نظیر کانادا، لیلی منکر ظرفیت و توانایی خود در افزایش حجم فروش محصولات خود از طریق دستکاری در محدودیت‌های مقرراتی PCS شد. اما، در همان زمان، رئیس شرکت لیلی، در توجیه خرید PCS سخنانی به این شرح ایراد کرد: «این [معامله] به ما کمک می‌کند تا حتی مقدار بیشتری پروزاک<sup>۲</sup> بفروشیم» (نقل شده در شولمن، و دیگران، ۱۹۹۶). اطمینان دادن‌های لیلی مانع از آن نشد که «کمیسیون بازرگانی فدرال<sup>۳</sup>» امریکا به تحمیل بعضی محدودیت‌ها در رابطه لیلی و PCS اقدام کند (گیبالدی، ۱۹۹۵)<sup>۴</sup>.

### آینده مهار هزینه‌های دارویی

حرکت به سوی فهرست کردن بیماران مرحله اول مراقبت‌های درمانی سرعت می‌گیرد. بنا به این راهبرد، نام بیماران با یک پزشک عمومی برای هر بیمار ثبت می‌شود و، از آن پس، دسترسی بیمار به مراقبت‌های درمانی و خدمات تخصصی پزشکی منوط به نظر آن پزشک عمومی است. این راهبرد، راهی جدید برای کنترل هزینه‌های دارویی بر می‌گشاید. به مجردی که توانستید بیماران یک پزشک عمومی را بشناسید، امکان برآورد داروهای مورد نیاز آن بیماران و هزینه درمان آنها را خواهید یافت. این امر، با کاربرد شیوه‌های مرسوم به «کنترل هزینه»<sup>۵</sup>، عمدتاً در بریتانیا تحقق پذیرفته است. در این شیوه‌ها، بودجه‌ای برای هزینه‌های پیش‌بینی‌شده دارویی و نیز خدمات و مشاوره‌های تخصصی و غیرتخصصی معین می‌شود. «کنترل هزینه» به این

1. PCS Health systems

2. Prozac

3. Federal Trade Commission

۴. طُرفه آنکه، شرکت‌های دارویی در همان حالی که از محدودیت‌های مقرراتی ایالت‌های کانادا شکایت می‌کنند، آماده هستند که به‌هنگام خرید مؤسسات ناظر بر امور دارویی، از کاربرد این‌گونه محدودیت‌های مقرراتی استقبال کنند.

5. "Fundholding" Practices

ترتیب صورت می‌گیرد که در پزشکان عمومی انگیزه صرفه‌جویی تقویت می‌شود، زیرا آنها می‌توانند صرفه‌جویی‌هایی را که در بودجه مصوب خود به عمل آورده‌اند، در سایر زمینه‌های مصوب خدمات پزشکی خرج کنند. سابقه امر در بریتانیا نشان می‌دهد که ایجاد این انگیزه می‌تواند در کوتاه‌مدت باعث صرفه‌جویی در نسخه‌نویسی و تجویز دارو شود (ویلسن، و دیگران، ۱۹۹۵). در عین حال پژوهش‌هایی که در این باب صورت گرفته است، فقط بر هزینه‌های تجویز دارو، و نه بر کیفیت خدمات و اثر داروها، تمرکز داشته‌اند. در صورتی که بهبود کنترل هزینه نباید به بهای کاهش سطح کیفی خدمات تمام شود.

تخصیص بودجه به مرحله اول مراقبت‌های درمانی مشکلات حل‌نشده دیگری نیز دارد. بودجه دارویی معمولاً بر اساس سن و جنس بیماران تخصیص می‌یابد. این شیوه می‌تواند باعث شود که پزشکان عمومی فقط "لقمه‌های چرب‌تر" را برادران؛ بدین معنا که افرادی را که بیماری‌های مزمن یا بیماری‌های پرهزینه‌ای چون ایدز دارند، از ثبت‌نام نزد خود بازدارند. بدین ترتیب، این شیوه نیاز به اصلاح دارد تا به صورتی درآید که هم "نیاز" و هم ملاحظات بودجه‌ای را تأمین کند. پزشکان عمومی، همچنین، احتمال دارد که بیماران را زودتر از موقع مناسب برای بستری شدن به بیمارستان‌ها معرفی کنند و دیرتر از زمان لازم از بیمارستان‌ها مرخص سازند، زیرا مخارج دارویی، در طول مدت بستری بودن بیماران، از بودجه بیمارستان‌ها، و نه از بودجه پزشک عمومی مربوط، هزینه می‌شود.

مهم‌تر از همه این‌که، روزبه‌روز روشن‌تر می‌شود که برای بهبود نظام مراقبت‌های درمانی در کانادا ضرورت دارد که همه عوامل مربوط، به شکلی گسترده‌تر از امروز، در هم ادغام و یکپارچه شوند. بدین معنا که الگویی یافته شود که کارآیی، دردسترس بودن، و کنترل هزینه را به صورتی متعادل امکان‌پذیر سازد. پیشنهادی که اکنون روزبه‌روز با اقبال بیشتری مواجه می‌شود، الگویی است که آن را "نظام خدمات یکپارچه"<sup>۱</sup> می‌نامند. این نظام، شبکه‌ای از سازمان‌های مراقبت درمانی است که مستقیماً خدماتی پیوسته و هماهنگ به جمعیت تحت پوشش خود عرضه می‌دارد یا آنکه موجبات تأمین این خدمات را فراهم می‌سازد، و مسئولیت سلامتی جمعیت تحت پوشش از لحاظ درمانی و مالی بر عهده آن است (لیت، و دیگران، ۱۹۹۶).

تأمین مالی این نظام بر مبنای الگوی سرانه است؛ بدین معنا که وزارتخانه‌های بهداشتی

ایالات، برای هر فرد ثبت‌نام شده، مبلغ ثابت بالقوه‌ای می‌پردازند که بنا به سن، جنس، و وضعیت سلامتی بیماران می‌تواند تغییر کند. این مبلغ، دربرگیرنده هزینه سالانه تمام خدمات درمانی دولتی است؛ از جمله دارو و وسایل، ویزیت پزشکان عمومی، و خدماتی که از سوی مؤسسات "نظام خدمات یکپارچه" و پزشکان و مؤسسات وابسته به آن عرضه می‌شود (لیت، و دیگران، ۱۹۹۶).

اگر "نظام خدمات یکپارچه" در کانادا به مرحله اجرا درآید، راه را برای استفاده از "مدیریت بیماری‌ها"<sup>۱</sup> هموار خواهد کرد. "مدیریت بیماری‌ها" به مفهوم کنترل عواملی بیش از صرف هزینه است؛ در معنایی کلی عبارت است از "روندی که همه جنبه‌های مراقبت درمانی - از پیشگیری و آموزش، تشخیص و درمان اولیه و ثانویه، مراقبت‌های دوران نقاهت، و نهایتاً، آموزش‌های بعدی - را در برمی‌گیرد" (هال، ۱۹۹۵). در ایالات متحد آمریکا، شرکت‌های دارویی، به دلایل زیر، نقش پیشقراولی را در زمینه "مدیریت بیماری‌ها" برعهده داشته‌اند:

- آگاهی روزافزون از این موضوع که میزان سودبری از محصولات دارویی احتمالاً هرگز نمی‌تواند به سطح دهه‌های پیشین برسد و باید به دنبال فرصت‌ها و حوزه‌های جدید بود؛
  - تشخیص این موضوع که منافع حاصل از فعالیت‌های تحقیق و توسعه<sup>۲</sup> رو به کاهش دارد، زیرا بسیاری از بیماری‌های "آسان" شناخته شده‌اند؛
  - تشخیص این موضوع که کسانی که برای مراقبت‌های درمانی خود پول می‌پردازند، به کل هزینه‌های درمانی، و نه فقط هزینه دارو، توجه دارند.
- تاکنون حدود ده دوازده شرکت در صدد یکپارچه کردن عوامل دارویی و درمانی (نظیر تشخیص و تحویل دارو) و خدمات دیگر مربوط به بیماری‌های مزمن سخت از قبیل آلزایمر، آسم، افسردگی، صرع، و زخم معده برآمده‌اند (آندرس، ۱۹۹۵).
- این‌جا، در کانادا، نیز شرکت‌های دارویی در این مسیر گام گذاشته‌اند. ماریون مه‌رل دوو<sup>۳</sup> (اکنون هوخست ماریون روسل<sup>۴</sup>) به خرید کلینی دیتا<sup>۵</sup> اقدام کرد که یک شرکت اطلاعات دارویی است (انون، ۱۹۹۴b)، و میرک دست به استقرار برنامه "مدیریت درمان بیماران"<sup>۶</sup> زد (انون، ۱۹۹۶b).

1. "disease management"

2. research and development

3. Marion Merrel Dow

4. Hoechst Marion Roussel

5. Clinidata

6. PATIENT HEALTH MANAGEMENT<sup>(b)</sup>

گرچه مفهوم مدیریت بیماری‌ها پرجاذبه است، بعضی از مفروضات پایه‌ای آن ممکن است درست نباشد. برای مثال، شرکت‌های دارویی در توجیه نظام مدیریت بیماری‌ها غالباً استدلال می‌کنند که پیروی بهتر از رژیم دارویی باعث کاهش هزینه‌های جانبی نظیر ویزیت پزشکان، آزمایش‌ها، و بستری شدن در بیمارستان می‌شود. اما این استدلال، هرچند ظاهری آراسته دارد، اشتباه است. بدین معنا که بسیاری از رژیم‌های دارویی مورد قبول، بر تحقیقات اولیه مربوط به "رشته حفظ سلامت"<sup>۱</sup> افراد یا الگوهای عملیاتی موجود، که لزوماً در حد مطلوب نیستند، پایه دارند (هریس، ۱۹۹۶)؛ و تاکنون هرگز نسبت به نتایج منفی درمانی پیروی نادرست از رژیم‌های دارویی تحقیقات کافی و مستند صورت نگرفته است. از همین رو، اقدام در جهت تشویق پیروی درست از این رژیم‌ها ممکن است واجد نتایج مثبت درمانی نباشد.

به همین دلیل، مالکیت شرکت‌های دارویی بر مؤسسات ناظر امور دارو (PDAS) و "مدیران کنترل امور دارویی" (PBMS)، که موجب ورود این شرکت‌ها به حوزه مدیریت بیماری‌ها می‌شود، پرسش‌هایی جدی مطرح کرده است. در آمریکا، برخی از برنامه‌های درمانی بزرگ از این که شرکت‌های دارویی مستقیماً با اعضای آنها معامله کنند اکراه دارند، زیرا از این بابت که این شرکت‌ها نسبت به نیازهای واقعی بیماران با انصاف و واقع‌بینی عمل کنند گرفتار تردیدند. همان‌طور که یکی از مدیران درمانی گفته است، "صرف‌نظر از آنچه در باب تمایلشان به کاهش کلی هزینه‌ها بگویند، این شرکت‌ها عمدتاً برای افزایش فروش داروهایشان فشار خواهند آورد." پزشکان از این نگرانند که متصدیان طرح‌های مدیریت بیماری‌ها از این که داروهای تولیدی رقیبانشان را به بیماران تجویز کنند اکراه داشته باشند و، در همین حال، مدیران مزایای درمانی نیز مایل نباشند که اطلاعات محرمانه مربوط به بیماران را به شرکت‌های غریبه بدهند (آندرس، ۱۹۹۵).

نهایتاً آنکه، در کانادا نگرانی‌هایی جدی در باب فرسایش و تضعیف نظام درمانی دولتی وجود دارد. در ۱۹۷۵، از هر دلاری که در این زمینه خرج می‌شد، بالغ بر ۷۶ سنت آن از محل اعتبارات عمومی بود؛ در ۱۹۹۴، این رقم به ۷۲ سنت کاهش یافت (بخش سیاستگذاری و مشاوره، نظام درمانی کانادا، ۱۹۹۶). شیوه‌های عرضه یکپارچه خدمات، به‌طور بالقوه، راه را برای ورود هر چه گسترده‌تر شرکت‌های انتفاعی خصوصی به نظام درمانی هموار خواهد کرد، و



نقش بخش عمومی را باز هم کاهش خواهد داد. در برخی از الگوهای "نظام خدمات یکپارچه" (IDS)، شرکت‌ها مجاز به در اختیارگرفتن عرضه خدمات، شامل مدیریت بیماری‌ها، خواهند بود. تأمین اعتبار از سوی بخش خصوصی، به علت پرداخت حقوق‌های بالاتر، معمولاً به معنای افزایش کلی هزینه‌ها (همیلتن، و دیگران، ۱۹۹۴)، و به علت تعدد تأمین‌کنندگان مستقل اعتبارات، به معنای بروز دشواری‌های بیشتر در امر برنامه‌ریزی مراقبت‌های درمانی است. افزایش تأمین اعتبارات خصوصی، همچنین، باعث شکل‌گیری نوعی نظام درمانی دو مرحله‌ای<sup>۱</sup> می‌شود که، در واقع، با گسترش مدیکر عمده‌تأملفی شده بود.

### نتیجه‌گیری

هزینه‌های دارویی، بخشی از مخارج کلی مراقبت‌های درمانی است که در بخش‌های دولتی و خصوصی، هر دو، با سرعتی شتابان رو به صعود دارد. تا زمانی که اطلاعات و ارقام کافی موجود نباشد که نشان دهد صرف هزینه بیشتر در حوزه درمان‌های دارویی از لحاظ مالی مؤثر و موجه است، پرداخت‌کنندگان عمومی و خصوصی به تلاش برای مهار هزینه‌های دارویی ادامه خواهند داد. یکی از عواملی که اکنون باعث افزایش هزینه‌ها شده است، عرضه داروهای جدید، و گران‌تر، است که لزوماً اثربخشی بیشتری ندارند. این امر پدیده تازه‌ای نیست، اما وقتی صدور جوازهای دارویی اجباری بود، نمونه‌های ژنریک و ارزان‌تر داروها غالباً با سرعت بیشتری عرضه می‌شد و باعث رقابت در قیمت‌ها می‌گردید. از زمان تصویب قانون C-91، این وضعیت دیگر حکمروایی ندارد. در عوض، اکنون فرض بر این است که "هیئت بررسی بهای داروهای ثبت شده" (PMPRB) قیمت پایه داروهای جدید را کنترل می‌کند، ولی نسبت به چگونگی عملکرد این هیئت پرسش‌هایی جدی مطرح است.

پرداخت‌کنندگان عمومی و خصوصی، هر دو، به تدوین برنامه‌هایی برای کنترل هزینه‌ها دست زده‌اند. هرچند برخی از این برنامه‌ها موجب کاهش هزینه‌های مستقیم پرداخت‌کنندگان شده است، تردیدهای اساسی وجود دارد که از نظر بهبود کیفی نسخه‌نویسی و تجویز دارو و کنترل کل هزینه‌ها نیز کاری صورت داده باشند. علاوه بر این، به استثنای پژوهش‌های دارویی-اقتصادی و تنظیم فهرست بهای داروها، هیچ یک از این برنامه‌ها تاکنون به مسئله هزینه سنگین

1. two-tier medical system

داروهای جدید نپرداخته‌اند، و درباره کم و کیف دو اقدام مزبور نیز بحث‌ها هنوز به نتیجه قطعی نرسیده است.

هر دو بخش عمومی و خصوصی ظاهراً علاقه‌مندند که طرح‌های امریکایی در کانادا نیز به مرحله اجرا درآید. یعنی استفاده از ناظران امور دارو و مدیریت بیماری‌ها در این کشور نیز مرسوم شود. در این هر دو مورد، در ایالات متحد آمریکا، صنعت داروسازی به شدت درگیر گشته است، و همین امر باعث بروز این نگرانی در کانادا شده که استقرار طرح‌های امریکایی مبادا موجب تداخل و تعارض منافع بشود و نفوذ بخش خصوصی را در نظام مراقبت‌های درمانی کانادا افزایش دهد، بخصوص که هیچ یک از این دو طرح، از لحاظ مهار هزینه‌های دارویی، با موفقیتی خاص در آمریکا همراه نبوده است. از ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۵، قیمت پایه محصولات شرکت‌های دارویی در آمریکا با نرخ سالانه‌ای معادل ۵/۳ درصد افزایش یافت، درحالی‌که این نرخ در کانادا معادل ۳/۱ درصد در سال بود (هیئت بررسی بهای داروهای ثبت شده، ۱۹۹۷).

کنترل هزینه‌های دارویی دو وجه دارد: تنظیم بهای پایه داروهای جدید، و تضمین صرفه اقتصادی در تجویز داروها. تصمیم‌گیری نسبت به تعیین بهای مناسب برای داروهای جدید، به سادگی نمی‌تواند از طریق مقایسه قیمت‌های کانادا با هفت کشور دیگر، کاری که اکنون "هیئت بررسی" انجام می‌دهد، به ثمر برسد. حتی افزایش تعداد این کشورهای رقیب نیز کافی نخواهد بود، زیرا شرکت‌های دارویی اکنون به شکلی فزاینده برای داروهای جدید خود قیمت‌های بین‌المللی کم و بیش همانندی تعیین می‌کنند. "هیئت بررسی بهای داروهای ثبت شده"، نه اختیار قانونی دارد و نه منابع لازم و کافی که درصدد تجزیه و تحلیل این قیمت‌ها برآید.

تحقق صرفه اقتصادی در نسخه‌نویسی و تجویز دارو مستلزم دست‌زدن به پژوهش‌هایی است که فقط به جنبه‌های دارویی-اقتصادی محدود نباشد. از این بابت، دست کم باید درصدد شناخت شیوه‌های با صرفه برای نسخه‌نویسی پزشکان، آموزش مصرف‌کنندگان، استقرار پایگاه‌های اطلاعاتی به منظور کنترل چگونگی تجویز و استفاده از دارو، و توسعه و ترویج منابع اطلاعاتی دقیق در باب چگونگی درمان‌ها برآمد (لخچین، ۱۹۹۷). الگویی در این باب که چنین نظامی چگونه کار می‌کند، طرحی است که وزارت بهداشتی فدرال استرالیا در زمان دولت حزب کارگر در سال ۱۹۹۱ تدوین کرد و "برنامه درمانی و استفاده بهینه از داروها در استرالیا" نام دارد.

این برنامه قالبی فرابخشی دارد و بر مبنای مشارکت نمایندگان مصرف‌کنندگان، صنعت داروسازی، دولت، و کارشناسان دارویی در زمینه‌هایی شامل آموزش‌های درمانی، تحقیق، علوم رفتاری، پزشکی عمومی و تخصصی، مالکیت و مشارکت مردم، پرستاری، و داروخانه‌ها به اجرا درمی‌آید. تدوین آن بر شناختی که اکنون از داروها، چگونگی درمان کلینیکی بیماری‌ها، اصول اخلاقی، و حقوق مصرف‌کنندگان حاصل شده است مبتنی است (موری، ۱۹۹۵).

با توجه به آنچه مطرح شد، باید گفت که علی‌رغم مجادلات و مباحثات گسترده و پدیده، هنوز هیچ یک از پرداخت‌کنندگان عمومی و خصوصی، از لحاظ تبلور اراده سیاسی و تعهد به تخصیص منابع، که لازمه استقرار نظام کنترل بهای داروها و تضمین کیفیت مطلوب تجویز آنهاست، تمایلی قطعی از خود بروز نداده‌اند.

## منابع

- Anders, G. 1995. Drug makers help manage patient care. *Wall Street Journal*, 17 May, p. B1.
- Anderson, G. M., J., Kerluke, I. R., Pulcins, C., Hertzman, M. L. Barer, 1993. Trends and determinants of prescription drug expenditures in the elderly: data from the British Columbia pharmacare program. *Inquiry* 30:199-207.
- Anderson, L. J. 1990. *Provincial and territorial drug reimbursement programs: descriptive summary*. Ottawa: Drugs Directorate, Health Protection Branch, Health and Welfare Canada.
- Anis, A. H. 1994. Substitution Laws, insurance coverage, and generic drug use. *Med Care* 32: 240-256.
- Anon. 1994a. Repercussions of Lilly/FTC pact. Scrip No. 1972, 4 Nov., p. 7.
- Anon. 1994b. Canadian Managed-care move for MMD. Scrip No. 1980, 2 Dec., p. 13.
- Anon. 1995a. Dramatic changes in 1994 pharmaceutical sales reflect increasing problem of access to new medicines. *PMAC News*, March, pp. 1-3.
- Anon. 1995b. Eli Lilly busy Canadian claims processor. Scrip No. 2026, 19 May, p.9.
- Anon. 1995c. PMAC launches campaign against reference-based pricing. *PMAC News*, September, pp. 1-2.
- Anon. 1996a. Reference pricing to stay in Canada. Scrip No. 2138, 18 June, p. 14.

- Anon. 1996b. Recipe for better health. Best Health Management: A Merck Frosst Seminar on Managing Health care for a Better Tomorrow.
- Brogan Consulting Inc. 1995. Facts on escalating drug plan costs. *Group Healthcare Management* 3 (11): 1-27.
- Brogan Consulting Inc., W. N. Palmer & Associates. 1995. Review of prescription non-patented drug prices in Canada using public and private drug plan data 1989-1994. Submitted to Federal/Provincial/Territorial Pharmaceutical Policy Committee.
- Commission of Inquiry on the Pharmaceutical Industry. 1985. *Report*. Ottawa: Supply and Services Canada.
- Coyle, D., and M. Drummond, 1993. Does expenditure on pharmaceuticals give good value for money?: current evidence and policy implications. *Health Policy* 26: 55-57.
- Dingwall, D. C. 1997. Drug costs in Canada. Submitted to the House of Commons Standing Committee on Industry for the review of the Patent Act Amendment Act, 1992.
- Evans, R. G. 1995. Manufacturing consensus, marketing truth: guidelines for economic evaluation. *Ann Intern Med* 123: 59-60.
- Ferrando, C., M. C., Henman, O. I. Corrigan, 1987. Impact of a nationwide limited prescribing list: preliminary findings. *Drug Intell Clin Pharm* 21: 653-658.
- Fishman, R. and D. McLaughlin, 1995. *PbarmaFocus Canada 1999: looking forward with confidence*. Pharma Strategy Group, IMS International.
- Gibaldi, M. 1995. Vertical integration: the drug industry and prescription benefits managers. *Pharmacotherapy* 15: 265-271.
- Godwin, M., J., Chapman, D., Mowat, W., Racz, J., McBride, J. Tang, 1996. Delisting of drugs in Ontario: how attitudes and prescribing strategies of family physicians in the Kingston area changed. *Can Fam Physician* 42: 1309-1316.
- Green Shield Canada. 1994. *A report on drug costs*. Toronto.
- Hall, M. 1995. Disease management-what role for the industry in Europe? *Scrip Magazine*, June, pp. 29-32.
- Harris, B. L., A. Stergachis, and L. D. Reid, 1990. The effect of drug co-payments on utilization and cost of pharmaceuticals in a health maintenance organization. *Med Care* 28: 907-917.
- Harris, J. M., Jr. 1996. Disease management: new wine in new bottles? *Ann Intern Med* 124: 838-842.

- Himmelstein, D. U. and S. Woolhandler, 1994. *The national health program book: a source guide for advance*. Monroe, ME: Common Courage Press.
- Hudson, R. 1996. Reference based pricing in British Columbia's Pharmacare Program. Presented at First National Conference on Cost Effective Drug Therapy, Toronto, 27 November.
- Kirking, D. M., F. J. Ascione, and J. W. Richards, 1990. Choices in prescription-drug benefit programs: mail versus community pharmacy services. *Milbank Quarterly* 68: 29-51.
- Leatt, P., G. H. Pink, and C. D. Naylor, 1996. Integrated delivery system: has their time come in Canada? *Can Med Assoc J* 154: 803-809.
- Lexchin, J. 1992. Prescribing and drug costs in the province of Ontario. *Int J Health Serv* 22: 471-187.
- Lexchin, J. 1993. The effect of generic competition on the price of prescription drugs in the Province of Ontario. *Can Med Assoc J* 148: 35-38.
- Lexchin, J. 1996. Income class and pharmaceutical expenditure in Canada: 1964-1990. *Can J Public Health* 87: 46-50.
- Lexchin, J. 1997. After compulsory licensing: coming issues in Canadian pharmaceutical policy and politics. *Health Policy* 40: 69-80.
- McLaren, S. 1995. Managed care : a wealth of options. *Can Pharm J* 128 (10): 34-39.
- Murray, M. 1995. Australian national drug policies: facilitating or fragmenting health? *Development Dialogue*, No. 1: 149-192.
- Office of the Provincial Auditor. 1996. *1996 annual report: accounting, accountability, value for money*. Toronto: Queen's Printer for Ontario.
- Organization for Economic Co-operation and Development. 1996. *Purchasing power parities and real expenditures: GK results, volume II*, 1993. Paris: OECD.
- Patented Medicine Price Review Board. 1996a. *Eighth annual report for the year ended December 31, 1995*. Ottawa: Supply and Services Canada.
- Patented Medicine Prices Review Board. 1996d. 1996b. *The top 200 selling patented drug products in Canada (1994)*. Ottawa: Patented Medicine Price Review Board, Publication No. S-9607.
- Patented Medicine Prices Review Board. 1997. *The impact of federal regulation of patented drug prices*. Ottawa: Patented Medicine Prices Review Board, PMPRB Study Series S-9708.

- Policy and Consultation Branch, Health Canada. 1996. *National health expenditures in Canada, 1975-1994*. Ottawa: Supply and Services Canada.
- Research & Statistics, Maritime Medical Care Incorporated. 1991. *The effects of Copayment on utilization of the MSI seniors pharmacare plan*.
- Rucker, T. D. 1981. Effective formulary development-which direction? *Topics in Hosp Pharm Manage* 1: 29-45.
- Schondelmeyer, S. W. 1993. *The cost of Bill C-91: an economic impact analysis of the elimination of compulsory licensing of pharmaceuticals in Canada*. Canadian Drug Manufacturers Association.
- Schulman, K. A., E., Rubenstein, D. R., Abernathy, S. M. Seils, and D. P. Sulmasy, 1996. The effect of pharmaceutical benefits managers: is it being evaluated? *Ann Intern Med* 124: 906-913.
- Smalley, W. E., M. R., Griffin, R. L., Fought, L., Sullivan, and W. A. Ray, 1995. Effect of a prior-authorization requirement on the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs by Medicaid patients. *N Engl J Med* 332: 1612-1617.
- Soumerai, S. B. and H. L. Lipton, 1995. Computer-based drug-utilization review risk, benefit, or boondoggle? *N Engl J Med* 332: 1641-1645.
- Soumerai, S. B., D., Ross-Degnan, S. Gortmaker and J. Avorn, 1990. Withdrawing payment for nonscientific drug therapy: intended and unexpected effects of a largescale natural experiment. *JAMA* 263: 831-839.
- Soumerai, S. B., D., Ross-Degnan, J., Avorn, T. J. McLaughlin, and I. Choodnovskiy, 1991. Effects of Medicaid drug-payment limits on admission to hospitals and nursing homes. *N Engl J Med* 325: 1072-1077.
- Soumerai, S. B., T. J., McLaughlin, D., Ross-Degnan, C. S. Casteris, and P. Bollini, 1994. Effects of Limiting Medicaid drug-reimbursement benefits on the use of psychotropic agents and acute mental health services by patients with schizophrenia. *New Engl J Med* 331: 650-655.
- Taylor, C. L. 1996. The corporate response to rising health care costs. Ottawa: Conference Board of Canada.
- Wilson, R. P. II., I. M. Buchan, and T. Walley, 1995. Alterations in prescribing by general practitioner fundholders: an observational study. *BMJ* 311: 1347-1350.
- Zammit-Lucia, J. and R. Dasgupta, 1995. *Reference pricing: the European experience* Health Policy Review Paper No. 10. London: St Mary's Hospital Medical School.