نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره پنجم، زمستان ۱۴۰۰، شماره چهارم، صفحات ۵۳۷ تا ۵۴۲

پژوهشی

بررسی چالش‌های آزادسازی ارز دارو و مقایسه آن با تداوم وضع موجود

لیلا زارعی[۱]، نازیلا یوسفی[۲]، سجاد آزمند[۳]، حسن جولایی[۴]، کامران باقری لنکرانی[*۵]

۱. استادیار مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
۲. استادیار اقتصاد و مدیریت دارو، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، عضو هیئت مدیره انجمن علمی مدیریت و اقتصاد دارویی ایران
۳. استادیار اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
۴. استادیار مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
۵. *نویسنده مسئول: استاد ممتاز دانشگاه علوم پزشکی شیراز، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت، پژوهشکده سلامت، شیراز، عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی، lankaran@sums.ac.ir

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۳/۳۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۱۲

چکیده

زمینه و هدف: این روزها، آزادسازی نرخ ارز به‌طورکلی و نقش آن بر بازار دارو و تجهیزات پزشکی به صورت ویژه، موضوع بحثِ اصلی مجامع علمی و رسانه‌ها بوده است. مطالعه حاضر با هدف بررسی تداوم یا عدم تداوم اعمال سیاست ارز ترجیحی در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی و راهکارهای کاهش آسیب‌های وارد بر بیماران و خانواده‌های آنها انجام شد تا سیاست‌گذاران محتوای غنی‌تری از مطالب ملتهب رسانه‌ای و نظرات شخصی برای تصمیم‌گیری در اختیار داشته باشند.

روش: پس از برگزاری جلسه گروه متمرکز با خبرگان و ذی‌نفعان سیاست ارز ترجیحی در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی شامل صاحب‌نظران در حوزه رگولاتوری، مجلس، بیمه، سامانه جامع غذا و دارو، سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی، سندیکای تولیدکنندگان مواد دارویی، نمایندگان بیماران، و دانشگاه‌ها، نظرات صاحب‌نظران، مورد بررسی قرار گرفت. نتایج به صورت کیفی و با روش تحلیل محتوی با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA20، تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه به تفکیک در سه بخش شامل: شرح وضعیت موجود، پیامدهای مثبت و منفی سیاست فعلی و سیاست اصلاح ارز ترجیحی پرداخته شده و در ادامه درخصوص الزامات اجرایی و توصیه‌های پیشگیرانه برای اجتناب از اثرات منفی هر دو سیاست نکات عملی ارائه شد.

نتیجه‌گیری: پس از اجرای هر یک از سیاست‌ها، ادامه جلسات با حضور ذی‌نفعان مختلف برای بررسی اثرات سیاست اتخاذ شده توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: ارز، سیاست‌گذاری، سیاست بهداشت، نظام‌های داروررسانی، وسایل و تجهیزات

مقدمه

نظام دارویی از بخش‌های مهم، پیچیده و حیاتی در نظام سلامت هر کشور است(۱). درحال‌حاضر، به لحاظ عددی ۹۶ درصد از نیازهای دارویی در داخل ایران تولید و ۴ درصد از داروهای مورد نیاز از طریق واردات تأمین می‌شود. تأمین بازار دارویی، نیازمند تأمین ارز برای تولیدکنندگان و واردکنندگان است. با توجه به اینکه ارزش ریالی داروهای وارداتی چیزی حدود ۴۰ درصد از کل بازار دارویی کشور می‌باشد، مسئله ارز مورد نیاز واردات دارو همواره مورد توجه مدیران و سیاست‌گذاران بوده است(۲). علاوه بر این بسیاری از فراورده‌های دارویی تولید داخل نیز نیازمند واردات مواد اولیه از خارج از کشور می‌باشند.

لذا با تغییر قیمت ارز، نه تنها داروهای وارداتی، بلکه تمام بازار دارویی کشور دچار افزایش قیمت چشمگیری می‌شود و با توجه به حساسیت فرآورده‌های دارویی از نظر سلامتی و سیاستی، پس از افزایش ناگهانی قیمت ارز از اوایل سال ۱۳۹۷، این کالا جز کالاهای اساسی مشمول ارز ترجیحی بانکی، در نظر گرفته شد. این سیاست که در برهه‌های زمانی مختلف با نام‌های متفاوتی مانند ارز دولتی، ارز یارانه‌ای و ارز ترجیحی مطرح‌شد، با اظهارنظرهای متفاوتی روبه‌رو بوده و موافقان و مخالفان خود را داشته است.

طی سال‌های گذشته، با توجه به محدودیت منابع ارزی و سایر مشکلات ناشی از ارز ترجیحی، کالاهای مشمول ارز بانکی که به دلار ۴۲۰۰ تومانی معروف است، در چند مرحله از ۲۵ گروه کالایی به هفت و پس از آن به پنج گروه کالایی تقلیل یافت.

علاوه بر مشکلات مرتبط با تأمین ارز و بروز تخلفات، کارایی این روش نیز از لحاظ ایجاد دسترسی و عدالت طی زمان مورد تردید قرار گرفت. این

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

سیاست حمایتی که با هدف ثبات قیمت کالاهای اساسی و تضمین دسترسی به آنها در دستور کار قرارگرفته بود، به دلیل محدودیت منابع ارزی و مشکلات اجرایی، خود به مانعی در دسترسی تبدیل شد(۳). بنابراین علاوه بر اقدامات میان‌مدت برای جلوگیری از تبعات منفی این سیاست، مانند تقویت و اثربخش‌تر کردن سیاست‌های نظارتی، سیاست‌های بلندمدت مانند جایگزینی سایر سیاست‌های حمایتی در دستور کار سیاست‌گذاران قرار گرفت(۴). به همین منظور، در سال ۱۳۹۹، موضوع حذف ارز ترجیحی دارو در جلسات هیئت دولت مطرح شد؛ اما با توجه به مخالفت‌های شدید عده‌ای از مسئولان و اعتراض تعدادی از شرکت‌های واردکننده و تولیدکننده دارو، این موضوع اجرایی نشد.

با توجه به اهمیت تصمیم‌گیری صحیح در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف بررسی تداوم یا عدم تداوم اعمال سیاست مذکور و راهکارهای کاهش آسیب‌های وارد بر بیماران و خانواده‌های آنها انجام شده است. به این منظور، پس از برگزاری جلسه گروه متمرکز (Focus group) با خبرگان و ذی‌نفعانِ سیاست ارز ترجیحی در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی (شامل صاحب‌نظران در حوزه رگولاتوری، مجلس، بیمه، سامانه جامع غذا و دارو، سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی، سندیکای تولیدکنندگان مواد دارویی، نمایندگان بیماران، و دانشگاه‌ها)، نظرات صاحب‌نظران با روش تحلیل محتوا، تحلیل شد تا سیاست‌گذاران محتوای غنی‌تری از مطالب ملتهب رسانه‌ای و نظرات شخصی برای تصمیم‌گیری در اختیار داشته باشند.

گروه متمرکز حول دو سوال محوری زیر برگزار شد و در ادامه الزامات راهبردی و اجرایی هر دو سیاست آزادسازی ارز و حفظ سیاست موجود به صورت اجمالی مورد بحث قرار گرفت.

۱. از دیدگاه شما در صورت ادامه اعمال سیاست ارز ترجیحی دارو و تجهیزات پزشکی چه مشکلاتی به وجود خواهد آمد؟ راهکارهای شما برای رفع یا کاهش این مشکلات چیست؟
۲. از دیدگاه شما در صورت حذف سیاست ارز ترجیحی دارو و تجهیزات پزشکی چه مشکلاتی به وجود خواهد آمد؟ راهکارهای شما برای رفع یا کاهش این مشکلات چیست؟

روش

بعد از برگزاری جلسه گروه متمرکز تخصصی تحت عنوان «ارائه بسته سیاستی در خصوص ملاحظات اجرایی اعمال دو سیاستِ چند نرخی بودن ارز دارو و یا سیاست آزادسازی ارز دارو» با همکاری مشترک مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت و انجمن علمی مدیریت و اقتصاد دارویی ایران، با حضور ۲۰ نفر از خبرگانِ حوزه، نتیجه جلسه به صورت کیفی و با روش تحلیل محتوا با استفاده از نرم افزار MAXQDA 20، تحلیل شد.

نتایج به صورت شرح وضعیت موجود، پیامدهای مثبت و منفی سیاست فعلی و سیاست اصلاح ارز ترجیحی **و** الزامات اجرایی و توصیه‌های پیشگیرانه برای اجتناب از اثرات منفی هر دو سیاست ارائه شده است.

یافته‌ها

وضعیت موجود

کشور ایران در سال‌های گذشته تورم بالای بیست درصد را تجربه کرده است و افزایش نرخ ارز در این مدت به علت تبدیل شدن ارز به ابزار سرمایه‌گذاری برای مردم، بیشتر از نرخ تورم بوده است. در بازار دارویی ایران، قیمت داروهای وارداتی صد درصد به نرخ ارز وابسته است. به‌علاوه حداقل ۴۰ درصد از داروهای تولید داخل برای وارد کردن مواد اولیه و مواد حد واسط (Intermediate) از سایر کشورها وابسته به ارز می‌باشند. بنابراین با افزایش چشمگیر قیمت ارز در سال‌های گذشته، دولت مجبور شد برای کاهش اثرات نامطلوب ناشی از افزایش قیمت ناگهانی دارو به بیماران، به دارو ارز دولتی تخصیص دهد؛ اما با توجه به محدویت منابع، دولت در برطرف کردن فاصله بین درآمدها و هزینه‌های دارویی ناشی از تورم در بخش ارزی و ریالی با دشواری‌های فراوانی روبه‌رو می‌باشد. به‌طوری‌که در ابتدای سال ۱۴۰۰ یک میلیارد دلار ثبت سفارش دارویی در نوبت تخصیص ارز بانک مرکزی قرار داشت که به علت عدم وجود منابع کافی و عدم حمایت کافی بانک مرکزی در تخصیص ارز دارو، تولید و واردات دارو را با تأخیر مواجه کرده است. این درحالی است که تأمین ارز در سال ۹۹ نیز در زمان‌های لازم انجام نشده و در سال‌های گذشته، ۳۰ درصد ارز ترجیحی تخصیص داده شده در بخش سلامت و ۷۰ درصد در سایر بخش‌ها به علل مختلف به هدف نهایی خود نرسیده‌اند. این عدم تخصیص‌ها، تأخیر در تخصیص یا تخصیص‌های نامنظم می‌تواند کمبودهای دارویی در ماه‌های آتی را به دنبال داشته باشد. این بحران می‌تواند با عدم استفاده از ابزارهای صحیح علمی در مدیریت زنجیره تأمین در نظام دارویی کشور و همچنین با عدم استفاده از مدل‌های صحیح خرید (Purchasing) در نظام دارویی کشور تشدید شود. علاوه بر اقلام دارویی که در نوبت تخصیص ارز قرار دارند، بسیاری از اقلام دارویی نیز شامل تخصیص ارز نمی‌باشند و بیماران مصرف‌کننده آنها مجبور به پرداخت افزایش فزاینده قیمت آنها از جیب می‌باشند. از اقلامی‌که مشمول ارز ترجیحی نمی‌باشند می‌توان داروهای تحت لیسانس، برندهای دارویی، داروهای غیرنسخه‌ای، دستگاه‌هایی که ماهیت مصرفی ندارند مثل دستگاه‌های تصویر برداری و بسیاری از مواد و تجهیزات دندان‌پزشکی اشاره کرد. همچنین باید توجه داشت که بسیاری از هزینه‌های اقلامی هم که مشمول ارز ترجیحی هستند با ارز آزاد تهیه می‌شوند و یا به علت تورم ریالی دچار افزایش فراوان شده‌اند.

علاوه بر حوزه دارو، حوزه تجهیزات پزشکی شامل بخش‌های لوازم مصرفی پزشکی، لوازم مصرفی آزمایشگاهی، دندانپزشکی، دستگاه‌های پزشکی و آزمایشگاهی، قطعات یدکی، لوازم جانبی و مواد اولیه خط

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

تولید به حدود یک و نیم میلیارد دلار ارز در سال نیاز دارد؛ اما همان مقدار از تجهیزات که مشمول ارز دولتی نبوده‌اند، بزرگ شدن بازار تجهیزات پزشکی از ۱۶ به ۵۲ هزار میلیارد تومان را در پی داشته است. افزایش زیاد هزینه‌های سلامت منجر به این شده است که در سال ۹۷ ، ۷۰۰ هزار نفر به علت هزینه‌های سلامت به زیر خط فقر سقوط کرده و بیمه‌ها هم تنها با پوشش دادن بخشی از بازار دارویی (حدود ۱۲ هزار میلیارد تومان) از کل بازار ۴۰ هزار میلیارد تومانی، نتوانسته اند بیماران را از آسیب‌های مالی محافظت نمایند. به‌علاوه کاهش یافتن منابع خیریه‌ها به علت افزایش تورم، کاهش کمک‌های مردمی و افزایش بیماران محتاج به کمک‌های خیریه‌ای شرایط را برای بیماران نیازمند حمایت مالی دشوارتر کرده است.

این وضعیت با افزایش قیمت‌ها و کاهش منابع سالانه بدتر خواهد شد. حذف ۱ میلیارد دلار ارز مورد نیاز دارو و تجهیزات در سال ۹۸ بدون پرداخت مابه‌التفاوتی به بیماران، منجر شد که تمام بار این حذف بر گرده بیماران در انتهای زنجیره تأمین قرار گیرد و بیمه‌ها مشارکتی در کاهش این آسیب نداشته باشند. حتی بین سال‌ها ۹۷ تا ۹۹ دولت از طریق ثابت نگه داشتن نرخ ارز و افزایش منابع سازمان‌های بیمه‌گر، باعث افزایش منابع بیمه‌ای، پرداخت بدهی‌های انباشته در حوزه سلامت و ایجاد مازاد منابع در برخی حوزه‌های بیمه‌ای شده است و شورای عالی بیمه اشراف کافی به بیمه‌ها برای سیاست‌گذاری مناسب را ندارد.

با وجود مشکلاتی که در اجرای سیاست تخصیص ارز ترجیحی به دارو و تجهیزات پزشکی وجود دارد، تصمیم‌گیری مجلس و دولت در مورد حذف ارز ترجیحی به علت پیامدهای سلامتی، اجتماعی و سیاسی آن بسیار مشکل می‌باشد. میزان تأثیر حذف ارز ترجیحی بر میزان پرداختی مردم در بخش‌های مختلف متفاوت می‌باشد. سیاست ارز ترجیحی سیاستی است که هم شرکت‌های دارویی و هم مردم را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موافقان و مخالفان بسیاری دارد. اما آنچه برای مردم اهمیت دارد قابل استطاعت (Affordability) بودن داروهاست و نه تخصیص یا عدم تخصیص ارز. درحال‌حاضر، یک پنجم یارانه ی هزینه‌های دارویی از طریق دفترچه‌های بیمه پرداخت می‌شوند و چهارپنجم آن از طریق تخصیص ارز ترجیحی بر روی تمامی داروها اعمال می‌شود. در صورت حذف ارز ترجیحی این مبالغ می‌تواند از طرف دیگر برای حمایت مالی از بیماران مصرف شود.

در ادامه به مقایسه دو سیاست تخصیص ارز ترجیحی و عدم تخصیص ارز ترجیحی پرداخته و پیامدهای مثبت و منفی هریک را بررسی می‌نماییم. جدول ۱ پیامدهای مثبت هریک از دو سیاست مورد بررسی را نشان می‌دهد.

جدول ۲ علاوه براینکه نشان می‌دهد که هریک از دو سیاست حفظ یا حذف ارز ترجیحی دارو می‌تواند چه پیامدهایی را بر بیماران، بر صنعت دارو و بر نظام سلامت داشته باشد، معضلات اجرایی هریک از دو سیاست را نیز نشان می‌دهد.

بررسی تجربه سایر کشورها

درحال‌حاضر، از نرخ ارز دو یا چندگانه (Dual/Multiple Exchange Rates) با اهداف متنوع در کشورهای مختلف استفاده می‌شود. این سیاست ارزی، انواع مختلفی دارد. به عنوان مثال، در برخی از کشورها، هم نرخ ارز تجاری (Commercial exchange rates) و هم نرخ ارز مالی (Financial exchange rates) به صورت ثابت تعیین می‌شود. برخلاف آن در شرایطی کشورها ممکن است نرخ‌های مختلف ارز را برای بخش‌های مختلف مانند واردات و صادرات کالاهای اساسی/ضروری و غیرضروری تعیین کنند. در واقع، استفاده از سیستم چند نرخی ارز به عنوان یک روش ضمنی برای اعمال تعرفه‌ها یا مالیات در نظر گرفته می‌شود. در این مورد، واردات کالاهای ضروری با نرخ ارز ترجیحی (Preferential exchange rate) انجام و به نوعی یارانه برای این گونه کالاها محسوب می‌شود. در حالی که واردات کالاهای غیرضروری و گاهی لوکس با نرخ ارز بسیار بالاتر، نوعی مالیات می‌باشد(۵، ۶).

جدول ۱ - مقایسه پیامدهای مثبت دو سیاست

حوزه اثر	سیاست تخصیص ارز ترجیحی	سیاست حذف ارز ترجیحی
اثرات مثبت بر نظام سلامت	• عدم تغییر قیمت داروها • عدم تأثیر بر استطاعت‌پذیری • اجتناب از اثرات اجتماعی و سیاسی ناشی از تورم	• عدم نیاز به افزایش سالانه پرداخت مابه‌التفاوت ارز به علت اینکه منابع بیمه به تبع افزایش سالانه قیمت ارز و تورم خودبه‌خود افزایش می‌یابد. • افزایش دسترسی با رفع محدودیت‌های ارزی
اثرات مثبت بر صنعت دارو	• نغع بسیاری از شرکت‌های دارویی از اختلاف نرخ ارز • حفظ سطحی از تولید و واردات بدون نیاز به درخواست افزایش قیمت	• رفع موانع تولید و واردات درخصوص محدویت ارز تخصیصی • عدم اتلاف زمان در وقفه‌های طولانی عدم تخصیص ارز • امکان گرفتن قیمت متناسب با هزینه‌ها و افزایش حاشیه سود
اثرات مثبت برای بیماران	• عدم افزایش میزان پرداخت از جیب درخصوص بسیاری از داروها • حفظ استطاعت‌پذیری داروها	• افزایش سایر پوشش‌های حمایتی مانند بیمه‌ها

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

جدول ۲- مقایسه پیامدهای منفی دو سیاست

حوزه اثر	سیاست تخصیص ارز ترجیحی	سیاست حذف ارز ترجیحی
اثرات منفی بر نظام سلامت	• وجود مشکل در تأمین بعضی داروها به علت قاچاق معکوس • داشتن پیامدهای منفی درازمدت پرداخت یارانه به حوزه دارو (تخصیص ارزترجیحی) خارج از مسیر بیمه‌ها همچون کاهش قدرت مدیریت و تأثیر نظارت، بی‌اثر شدن راهنماه، تجویزهای غیرمنطقی پزشکان، آغاز خوددرمانی • بیمه کردن غیرهوشمندانه غیرهدفمند ۶۰ ه م ت از بازار دارویی کشور در عمل به علت اختلاف ارز آزاد و ترجیحی (تبدیل شدن بازار دارویی از ۴۰ ه م ت به ۱۰۰ ه م ت در صورت آزاد شدن ارز) • مجبور شدن دولت به باز گذاشتن دست واردکنندگان، در صورت ایجاد بحران کمبود دارو در کشور • پدیدار شدن بیماری‌های حادتر و افزایش هزینه‌های درمان مردم در صورت عدم دسترسی به دارو	• نگرانی جدی نسبت به پرداخت ما به التفاوت ارز از طریق بیمه‌ها با توجه به سوابق و تجربیات گذشته • عدم پوشش بیمه و حمایت بیمه‌ای همه داروها • غیرقابل استطاعت شدن حجم عظیمی‌از داروها و نیازهای بسیار ضروری مردم با افزایش نرخ ارز • اقلام دارویی خارج از بیمه، مکمل‌ها و داروی‌های وارداتی • پیامدهای اجتماعی و اقتصادی
اثرات منفی بر صنعت دارو	• مشکلات شرکت‌های دارویی واردکننده به علت عدم پرداخت ارز در بازه‌های زمانی طولانی • مشکلات شرکت‌های تولیدکننده به علت وقفه‌های مکرر در پرداخت ارز • دریافت ارز توسط شرکت‌های دارویی فقط برای ماده مؤثره دارویی و نادیده گرفتن سایر زنجیره تولید دارو • امکان تعطیلی برخی کارخانه‌ها در صورت اصرار بر روال فعلی • ناگزیر بودن شرکت‌های دارویی برای وارد کردن مواد اولیه با ارز آزاد یا نیمایی در صورت عدم تأمین ارز مرغوب	• عدم وجود نقدینگی کافی برای تأمین ارز مورد نیاز • احتمال عدم کسب مجوز افزایش قیمت متناسب با افزایش هزینه‌ها
اثرات منفی برای بیماران	• افزایش پرداخت از جیب مردم درخصوص داروهایی که مشمول ارز ترجیحی نیستند • بروز کمبودهای دارویی	• افزایش پرداخت از جیب مردم با خارج کردن اقلام مختلف از تخصیص ارز ترجیحی • افزایش یافتن قیمت دارو در صورت حذف ارز ترجیحی • عدم حمایت سیستم رگولاتوری، بانک مرکزی و دولت از شرکت‌ها و بیماران در صورت حذف ارز ترجیحی
معضلات اجرایی	• وارد کردن برخی داروها به میزان چند برابر نیاز سالانه به علت نبود اولویت‌بندی و شاخصمند نبودن تخصیص ارز • فساد ارز ۴۲۰۰ تومانی و هر ارز دارای اختلاف با قیمت اصلی • جذابیت داشتن دو پوشش حمایتی برای سوداگران برای قاچاق دارو به خارج از کشور (قاچاق معکوس) • ایجاد رانت • مشکل بودن کنترل ارز ترجیحی در حوزه تجهیزات پزشکی به علت تنوع بسیار زیاد • عدم امکان ادامه روند فعلی تأمین ارز توسط بانک مرکزی	• عملیاتی نبودن اختصاص مابه التفاوت ارز به بیمه‌ها براساس تجربیات گذشته در کشور • دیده نشدن سایر افزایش هزینه‌ها در زنجیره تولید دارو در صورت عملیاتی شدن پرداخت مابه‌التفات قیمت ارز

از آنجا که دارو و تجهیزات پزشکی برای همه کشورهای جهان جز کالاهای ضروری محسوب می‌شوند، بنابراین سیاست‌های اعمالی در این حوزه با هدف اعمال تعرفه انجام می‌شود.

سقوط سیستم برتون وودز (Bretton Woods system) باعث شد که بسیاری از کشورها در اوایل دهه ۱۹۷۰ نرخ ارزهای دو یا چندگانه را به عنوان گامی گذرا برای حرکت از نظام تک نرخی و ثابت ارز به نظام نرخ ارز شناور، اتخاذ کنند. اتحادیه اقتصادی بلژیک-لوکزامبورگ، فرانسه، ایتالیا، هلند و انگلستان بزرگترین اقتصادهای اروپایی بودند که در آن زمان چنین کاری را انجام دادند. سیستم چند نرخی ارز در سایر کشورهای جهان از جمله آفریقا و آمریکای لاتین و برخی از کشورهای آسیایی مانند چین، ازبکستان، ترکمنستان و ایران مورد استفاده قرار گرفته است(۵).

میزان اختلاف بین نرخ‌های مختلف ارز توسط عوامل مختلفی مانند کسری بودجه دولت و عدم ثبات اقتصاد کلان تعیین می‌شود. به‌طور کلی، این اختلاف در کشورهای اروپایی بسیار کمتر از کشورهای آسیایی است(۲).

به مرور زمان و با اثبات تأثیرات مخرب سیستم چندنرخی ارز، اکثر اقتصادهای پیشرفته برای کنار گذاشتن این سیاست ترغیب شدند. در سال ۱۹۸۴ اعضای صندوق بین‌المللی پول که از نظام نرخ ارز چندگانه استفاده می‌کردند ۴۱ کشور بودند درحالی‌که این تعداد در سال ۱۹۹۸ به ۲۴ و در سال ۲۰۰۲ به ۱۴ کشور کاهش یافت. درحال‌حاضر کشورهای جهان حتی در مواجهه با بحران‌ها، در مورد استفاده از نرخ ارز چندگانه محتاطانه تصمیم‌گیری می‌کنند(۵).

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نظر همه خبرگان شرکت‌کننده در این مطالعه، اصلاح سیاست چند نرخی بودن ارز در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی ضروری است و آنچه مورد مناقشه است، زمان و نحوه اجرای این سیاست است.

تا زمانی که سیاست تخصیص ارز ترجیحی برقرار است، توجه به موارد زیر ضروری به نظر می‌رسد؛ تعیین اولویت‌ها و شاخص‌ها برای تخصیص و تأمین ارز توسط سازمان غذا و دارو با توجه به شرایط ارزی کشور، تحریم‌ها و محدودیت منابع و اولویت‌بندی، تخصیص ارز براساس داده‌های معتبر و ابزارهای در دسترس سازمان غذا و دارو، شفافیت کامل روندهای مربوط به اصلاح ارز دارو و کنترل قاچاق معکوس. به‌علاوه در این شرایط با توجه به احتمال بیشتر وقوع کمبودهای دارویی، مدیریت زنجیره تأمین و کنترل موجودی بازار باید با دقت بیشتری انجام گیرد. همچنین با توجه به اینکه تولیدکنندگان مواد اولیه ارز ترجیحی دریافت می‌کنند، نظارت بر قیمت‌گذاری مواد اولیه دارویی نیز در این شرایط ضرورت خواهد داشت.

در صورت تصمیم به اجرای سیاست حذف ارز ترجیحی، حرکت کردن تدریجی از ارز ۴۲۰۰ به سمت ارز نیمایی ضروری است. در صورت تصمیم به پرداخت مابه‌التفاوت فقط نباید به مابه‌التفاوت ارز توجه کرد؛ بلکه این یارانه باید در سایر بخش‌های زنجیره تأمین از ابتدا تا انتها مدنظر قرار گیرد.

برای اجتناب از آسیب به بیماران و صنایع در این حرکت، دو نوع پوشش حمایتی می‌تواند جایگزین سیاست ارز ترجیحی شود؛ اعطا یارانه به صنعت دارو و پرداخت مابه‌التفاوت قیمت ارز ترجیحی و قیمت ارز بازار به سازمان‌های بیمه‌گر برای ایجاد پوشش حمایتی برای بیماران و در واقع پرداخت یارانه به انتهای زنجیره توزیع دارو. در ضمن هر نوع تغییر سیاستی باید به‌گونه‌ای برنامه‌ریزی شود که منجر به کاهش دسترسی بیماران و آسیب به سلامت آنها نشود.

حذف تدریجی ارز ترجیحی و تخصیص معادل ریالی آن به بیمه‌ها برای برخی اقلام دارویی و اختیار دادن به مجریان برای آزاد کردن ارز برخی داروها در محدوده تورم و مدیریت آنها با سامانه‌های کنترل اصالت، می‌تواند آغاز مسیر حذف ارز دولتی باشد. در صورت جدی شدن پرداخت مابه‌التفاوت از طریق بیمه‌ها برای کاهش تبعات احتمالی اتخاذ سازوکار مناسب ضروری است. به‌علاوه در صورت حذف سیاست ارز ترجیحی باید درخصوص ضرورت اختصاص ارز به همه عوامل تولید دارو همچون ماشین‌آلات، دستگاه‌های آزمایشگاهی و استانداردها اقدام شود.

شرکت‌های دارویی برای تولید و واردات نیازمند وجود منابع ارزی صرف نظر از نرخ آن می‌باشند و تعهد بانک مرکزی به تأمین ارز از منابع موجود به صنعت دارویی می‌تواند مشکلات فعلی صنعت دارو را مرتفع سازد. مبلغ مابه‌التفاوت پرداختی به ارز در این حالت می‌تواند به‌گونه‌ای به بیمه‌ها پرداخت شود که اقلام بیشتری از داروها تحت پوشش بیمه درآیند و فرانشیز بیمه از ۳۰ درصد به ۵ درصد تقلیل یافته تا فشار افزایش قیمت‌ها بر بیماران احساس نشود. این سیستم حمایتی باید قبل از اجرایی کردن سیاست حذف ارز ترجیحی برقرار شود تا حذف ارز ترجیحی موجب افزایش پرداخت از جیب مردم نشود. در این مسیر باید از تکرار تجربیات قبلی آزادسازی نرخ ارز داروهای OTC و داروهای تحت لیسانس که هزینه‌های ناشی از آنها تنها به بیماران منتقل شد اجتناب شود.

درخصوص داروهایی که ملاک‌های ورود به فهرست بیمه را ندارند؛ اما بیماران مزمن برای مصرف آنها ماهانه پرداخت بالایی دارند پوشش مستقل داروهای خارج از لیست برقرار شود. همچنین حمایت از داروهایی که پروتکل مصوب ندارند، ولی برخی بیماران به اجبار برای حفظ حیات خود به صورت خارج از موارد مصرف تأیید شده (Off lable) از آنها استفاده می‌کنند، به صورت مستقل و خارج از قالب دفترچه بیمه برای اینکه به روال تبدیل نشوند.

هزینه‌های داروهای بیمارستانی و بستری راحت‌تر از سایر بخش‌ها با تخصیص بودجه مربوطه به سازمان‌های بیمه‌گر مدیریت می‌شوند. و در نهایت تمام این موارد مستلزم این است که تمام افرادی که تا به حال بیمه نشده‌اند تحت پوشش بیمه درمانی درآمده و فرایندهای درمانی و زنجیره تأمین دارو به ترتیب در پرونده الکترونیک سلامت و سامانه تیتک قابل ردیابی باشد.

بدیهی است که انجام این موارد پیگیری بدون تلاش و چانه‌زنی برای افزایش بودجه سلامت و افزایش سهم دارو از بودجه سلامت امکان‌پذیر نخواهد بود. لذا نگاه سیاست‌گذاران باید نسبت به اولویت و اهمیت حوزه دارو تغییر کند.

برای تعیین پوشش‌های حمایتی ذکر شده، شفافیت معیارهای ورود دارو به حیطه حمایتی چه در حوزه تغییر فرانشیز و چه داروهای غیربیمه‌ای، مدیریت تعارض منافع مدیران در تصمیم‌گیری‌ها، داشتن تعیین حد آستانه پرداخت بیماران برای دقیق‌تر شدن تصمیمات، بازنگری فهرست داروهای بیمه‌ای به صورت مستمر، فراهم کردن زیرساخت‌هایی همانند تغییر سازوکار بیمه‌ها (پلکانی شدن پوشش بیمه)، استفاده از دانش اقتصاد سلامت و اقتصاد دارو برای مدیریت بهینه منابع موجود، انجام پژوهش‌های مرتبط با این حوزه و تعیین سیاست‌ها و تصمیم‌گیری‌ها براساس نتایج مطالعات ضروری است.

در نهایت پس از اجرای هرکدام از سیاست‌ها ادامه جلسات با حضور ذی‌نفعان مختلف برای بررسی اثرات سیاست اتخاذ شده توصیه می‌شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که مراتب تشکر و قدردانی خود را از انجمن علمی مدیریت و اقتصاد دارویی ایران که مقدمات برگزاری گروه متمرکز را فراهم نمودند، اعلام کنند.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

Original

The Challenges of Stopping Dual Exchange Rate in Pharmaceutical products and its Correction Effects in Iran

Leila Zarei[1], Nazila Yousefi[2], Sajad Azmand[3], Hasan Joulaei[4], Kamran Bagheri Lankarani[*5]

1. Assistant Professor, Health Policy Research Center, Institute of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, leilazarei89@gmail.com
2. Assistant Professor, Department of Pharmacoeconomics and Pharma Management, School of Pharmacy, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Member of board of director, Iranian Association of Pharma Management and Economics
3. Assistant Professor, Department of Medical Ethics, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz
4. Assistant Professor, Health Policy Research Center, Institute of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz
5. ∗**Corresponding Author:** Distinguished Professor of Internal Medicine, Health Policy Research Center, Institute of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, lankaran@sums.ac.ir

Abstract

Background: Nowadays, the exchange rate in general and its role on the market of medicine and medical equipment, in particular, have been a topic of discussion in scientific forums and the media. The aim of this study was to assess the continuity of the dual exchange rate policy in the field of medicine and medical equipment and the related harm to patients and their families.

Method: This qualitative study gathered the opinions of experts in the field and analyzed data by content analysis using MAXQDA 20 software.

Results: The dual/multiple exchange rate (DER) policy in Iran, will have deleterious effects in the healthcare sector.

Conclusion: We recommend continuation of talks with the various stakeholders to reform the current DER policy.

Keywords: Drug Delivery Systems, Equipment and Supplies, Foreign exchange, Health Policy, Policy Making

منابع

1. Barouni M, Jalaei A. The Effect of exchange rate uncertainty on import of medical and pharmaceutical products in Iran. J Heal Dev 2016; 5(1): 13-23. [In Persian]
2. Heidari H, Mohammadzadeh Y. An investigation of the effect of exchange rate on the pharmaceutical industry stock return in Tehran stock exchange: An application of the Markov Switching Approach. J Asset Manag Financ 2018; 6(2): 35-56. [In Persian]
3. New goods were announced to receive government exchange. 2020. Available at: https://tejaratnews.com [In Persian]
4. Eghtesad Online. Subsidized Foreign Currency: Ban of Pharma Industry. 2019. Available at: https://www.en.eghtesadonline. com/Section-economy-4/29708-subsidized-foreign-currency-bane-of-pharma-industry [In Persian]
5. Fan EX. A note on dual/multiple exchange rates. 2004. Available at: https://www.adb.org/publications/note-dualmultiple-exchange-rates
6. Kazerooni AR, Feshari M. The impacts of unified exchange rate system. Iran Econ Rev 2009; 14(24): 71-96.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]