Brief Report

The Iranian Journal of Health Insurance | Volume 6, Issue 2, Summer 2023 | Pages: 151-158

journal.ihio.gov.ir

Investigating the Effect of Daroyar Plan on Indicators of the Number and Cost of Drug Prescriptions in Iran

Leila Ghamkhar[1] PhD, Mohammad Effatpanah[1,2] MD, Mehdi Rezaee[1,3] MD, Sepideh Mirsalehi[1] BA, Keyvan Tajbakhsh[1] PharmD, Fatemeh Hajialiasgari[4] PhD

[1] National Center for Health Insurance Research, Tehran, Iran
[2] Pediatric Department, School of Medicine, Imam Khomeini Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[3] Department of Orthopedics, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[4] Department of Electronic Health, School of Medicine, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran

***Correspondence to:** Fatemeh Hajialiasgari, Email: f-hajialiasgari@tums.ac.ir

Received: July 7, 2023 **Revised:** August 30, 2023 **Accepted:** September 9, 2023 **Online Published:** September 20, 2023

Abstract

Introduction: Daroyar project was implemented with the aim of regulating fair and sustainable access of people to medicines and increasing insurance coverage. This study investigated the effect of the plan on the number of prescriptions and the cost of the health insurance organization.

Methods: This study is a cross-sectional retrospective study. The research community is the outpatient electronic prescription of drugs of Iranian health insurance organization in the second 6 months of 1400 and 1401. In this study, the number of drug prescriptions, the cost paid by the insurance organization, and the number of service-providing pharmacies were extracted from the prescription dashboards of the Health Insurance Organization's electronic system. Data analysis was done using Excel 2019 software.

Results: The number of prescriptions increased by 71% and costs by 251% in 1401. The average cost increased by 105%, but the average number of prescriptions, excluding preferred currency, decreased by 12%. The preferred currency share of the total cost paid by the organization for electronic drug prescription was 57%. The highest cost paid by the organization was to Tehran province (13%). The amount of preferred currency has been increasing from October to March.

Conclusion: The Daroyar project has led to the improvement of people's access to pharmaceutical services. The decrease in the average net share of the organization per prescription is a sign of the coverage of cheap drugs. The significant share of the preferred currency indicates the success of the project in providing domestically produced drugs.

Keywords: Preferred Currency, Daroyar, Number of Prescriptions, Cost

Highlights

1. After the implementation of Daroyar plan, regardless of other effective variables, the number and cost of the organization increased by 71% and 251% respectively.
2. The average net share paid by the organization in prescriptions decreased by 12%, which can be due to the increase in the number of prescriptions and the coverage of low-cost drugs such as OTC drugs.

Citation:
Ghamkhar L, Effatpanah M, Rezaee M, Mirsalehi S, Tajbakhsh K, Hajialiasgari F. Investigating the effect of Daroyar plan on indicators of the number and cost of drug prescriptions in Iran. Iran J Health Insur. 2023;6(2):151-8.

Copyright © 2023 The Author(s); Published by National Center for Health Insurance Research. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[DOI: 10.66224/ihio.6.2.151]

گزارش کوتاه

فصلنامه علمی- پژوهشی بیمه سلامت ایران | دوره ۶، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۲ | صفحات ۱۵۱ تا ۱۵۸

مقایسه تعداد و هزینه نسخ دارویی قبل و بعد از اجرای طرح دارویار

لیلا غمخوار[۱] PhD، محمد عفت پناه[۲،۱] MD، مهدی رضایی[۳،۱] MD، سپیده میرصالحی[۱] BA، کیوان تاجبخش[۱] PharmD، فاطمه حاجی علی‌عسگری[۴*] PhD

[۱] مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران
[۲] گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
[۳] گروه ارتوپدی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
[۴] گروه سلامت الکترونیک، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

[*] **نویسنده مسئول:** فاطمه حاجی علی‌عسگری، پست الکترونیک: f-hajialiasgari@tums.ac.ir

دریافت: ۱۴۰۲/۰۴/۱۶ تصحیح: ۱۴۰۲/۰۶/۱۸ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۱۸ انتشار آنلاین: ۱۴۰۲/۰۶/۲۹

چکیده

مقدمه: یکی از اصلی‌ترین هزینه‌های نظام سلامت در حوزه دارو است. بر این اساس کشورهای مختلف سیاست‌های متفاوتی را برای کنترل هزینه دارو اتخاذ کرده‌اند. طرح دارویار با هدف تنظیم دسترسی عادلانه و پایدار مردم به داروها و افزایش پوشش بیمه‌ای اجرا شد. این مطالعه به بررسی اجرای طرح دارویار بر تعداد نسخ و هزینه سازمان بیمه سلامت در سال ۱۴۰۱ پرداخته است.

روش بررسی: این مطالعه، مقطعی گذشته‌نگر است. جامعه پژوهش نسخ سرپایی الکترونیک دارو بیمه‌شدگان بیمه سلامت ایران در کلیه صندوق‌ها بیمه‌ای در ۶ ماهه دوم سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ است. تعداد نسخ پیچیده شده، هزینه پرداختی سازمان بیمه و تعداد داروخانه‌های ارائه‌دهنده خدمت، از داشبوردهای نسخ دارویی سامانه الکترونیک سازمان بیمه سلامت استخراج شده‌اند. با استفاده از آمار توصیفی، شاخص‌های تمایل مرکزی (میانگین) و فراوانی مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته ها: تعداد نسخ ۷۱درصد و هزینه‌ها ۲۵۱درصد در سال ۱۴۰۱ افزایش یافت. میانگین هزینه ۱۰۵درصد افزایش داشت اما میانگین نسخ بدون احتساب ارز ترجیحی ۱۲درصد کاهش پیداکرد. سهم ارزترجیحی از کل هزینه پرداختی سازمان بابت نسخ الکترونیک دارو ۵۷درصد بود. بیشترین هزینه پرداختی سازمان به استان تهران (۱۳درصد) بوده است. مبلغ ارز ترجیحی از مهرماه تا اسفندماه روند صعودی داشته است.

نتیجه‌گیری: با توجه به مطالعه انجام شده درباره طرح دارویار، می‌توان نتیجه گرفت که پس از اجرای این طرح تغییراتی نظیر افزایش تعداد نسخه‌های دارویی، هزینه‌ها و میانگین هزینه نسخه‌ها، تعداد داروخانه‌های الکترونیکی و پوشش بیمه‌ای برای دسترسی به داروها دیده شده است. در این مطالعه، تأثیر مستقیم طرح دارویار بر هزینه پرداختی سازمان بیمه مورد بررسی قرار نگرفته است.

واژگان کلیدی: ارز ترجیحی، دارویار، تعداد نسخ، هزینه

نکات ویژه

۱- پس از اجرای طرح دارویار فارغ از بررسی سایر متغیرهای موثر، تعداد و هزینه پرداختی سازمان به ترتیب ۷۱ و ۲۵۱ درصد افزایش یافت.
۲- میانگین سهم خالص پرداختی سازمان در نسخ به میزان ۱۲ درصد کاهش یافت که می تواند به علت افزایش تعداد نسخ و تحت پوشش قرار گرفتن داروهای کم هزینه همانند داروهای بدون نسخه (OTC) باشد.

مقدمه

افزایش هزینه در نظام سلامت یکی از چالش‌های مهمی است که در حال حاضر در سراسر جهان مورد بحث و بررسی قرار دارد [۱]. این افزایش هزینه‌ها می‌تواند ناشی از عوامل مختلفی همچون رشد جمعیت، پیشرفت‌های علمی و تکنولوژیکی، افزایش نرخ بیماری‌ها و افزایش نیازهای درمانی باشد. همچنین عواملی مانند افزایش قیمت داروها و تجهیزات مصرفی نیز منجر به افزایش هزینه‌ها در نظام سلامت می‌شود

[DOI: 10.66224/ihio.6.2.151]

[۲]. از تبعات منفی افزایش هزینه‌ها برای مردم و نظام سلامت می‌توان به کاهش دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، افزایش قیمت بیمه‌های سلامت و فشار مالی بر دولت و سایر نهادهای مرتبط اشاره کرد [۲].

یکی از اصلی‌ترین هزینه‌های نظام سلامت، در حوزه دارو است. به همین دلیل کشورهای مختلف، سیاست‌های متفاوتی را برای کنترل هزینه دارو اتخاذ کرده‌اند. به عنوان مثال در آمریکا یکی از راهکارهای کنترلی، محدود کردن سود شرکت‌های تولیدکننده دارو است تا بدین‌ترتیب اجازه بالا بردن خارج از عرف هزینه دارو را نداشته باشند و قیمت دارو برای بیماران مقرون به صرفه باشد [۳,۴]. یکی دیگر از شیوه‌های کنترلی در آمریکا، عقد قرارداد مبتنی بر ارزش با شرکت‌های دارویی است. در این روش، نهادهای بیمه‌گذار با شرکت‌های تولیدکننده دارو برای تولید داروی جدید قرارداد منعقد می‌کنند و سپس بعد از یک دوره زمانی، اثربخشی دارو را با استفاده از شاخص‌های معتبر بر روی بیماران اندازه‌گیری می‌کنند. درصورت مثبت بودن نتایج، داروها مشمول پوشش بیمه‌ای می‌شوند. در این شیوه، اولا شرکت‌های دارویی برای تولید داروی باکیفیت رقابت می‌کنند و ثانیا با تحت پوشش قرار گرفتن دارو، پرداختی از جیب بیماران تحت کنترل خواهد بود [۵]. در برخی از کشورهای آسیایی همانند تایلند، فیلیپین، ویتنام و سنگاپور از چندین شیوه مختلف، از جمله قیمت‌گذاری مرجع داخلی و خارجی گرفته تا مناقصات و مذاکرات با هدف مهار هزینه دارو، استفاده می‌کنند و بدین‌ترتیب ثبات قیمت، نوآوری و افزایش دسترسی را در کوتاه‌مدت و بلندمدت ارتقا می‌دهند [۱].

در راستای تغییر سیاست ارزی حوزه دارو، طرح دارویار در قانون بودجه ۱۴۰۱ مجلس شورای اسلامی به تصویب رسید و با دستور ریاست جمهوری از اواخر تیر ماه ۱۴۰۱ به اجرا درآمد [۶]. با اجرای این طرح کلیه داروها اعم از بیمه‌ای و غیربیمه‌ای مشمول تغییر سیاست ارزی قرار گرفتند. سابق بر این، یارانه یا ارز ترجیحی به مواد اولیه‌ای که در کارخانجات تولید یا وارد کشور می‌شد اختصاص می‌یافت و در واقع به ابتدای زنجیره تامین تعلق می‌گرفت. در طرح دارویار، یارانه داروها به انتهای زنجیره منتقل می‌شود، از طریق بیمه‌ها به مصرف‌کننده نهایی تخصیص می‌یابد و اختصاص ارز به داروهایی تعلق می‌گیرد که در داخل کشور تولید می‌شوند. بدین‌ترتیب افراد با هر پوشش بیمه‌ای، ارز داروی آنها به بیمه‌گذار پرداخت می‌شود و هر زمان به مراکز درمانی یا داروخانه برای دریافت دارو مراجعه کنند، به نوعی این یارانه را در قالب دارویی که پزشک تجویز کرده دریافت می‌کنند. این اقدام در راستای سیاست‌های کلی نظام سلامت مبنی بر مدیریت منابع از طریق نظام بیمه‌ای صورت گرفت. اگرچه طرح دارویار منجر به افزایش قیمت داروها می‌شود و قیمت دارو به سمت واقعی شدن پیش می‌رود، اما پرداخت این هزینه برعهده سازمان‌های بیمه‌گر است و پرداختی از جیب بیمار افزایش نمی‌یابد. با اصلاح سیاست‌های ارزی در کشور، پوشش بیمه‌ای داروها افزایش می‌یابد و سطح دسترسی مردم به داروها تسهیل می‌شود. کنترل منابع ارزی همچنین باعث می‌شود که دولت با آرامش بیشتر و در گستره وسیع نسبت به تامین داروی مورد نیاز بیماران اقدام کند.

یکی از اهداف اصلی اجرای طرح دارویار، توزیع یارانه دارو متناسب با نیاز بیماران است. با این طرح، تمام دهک‌های درآمدی قادر خواهند بود از یارانه دارو استفاده کنند و پرداختی از جیب بیماران تغییر نخواهد کرد و حتی در برخی موارد کاهش خواهد یافت. همچنین برای داروهایی که پیش از این تحت شمول حمایت‌های بیمه‌ای نبوده‌اند، پوشش بیمه‌ای برقرار می‌شود و کمبودهای دارویی و قاچاق معکوس کاهش می‌یابد. این اقدام همچنین منجر به کاهش تقاضای القایی در مصرف داروها می‌شود و تجویز و مصرف دارو روند منطقی‌تری خواهد داشت. در نهایت، طرح دارویار هدف حمایت ویژه از داروهای گران قیمت بیماری‌های مزمن، خاص و صعب‌العلاج است.

با اجرای طرح دارویار، پرداخت از جیب مردم برای آن دسته از داروهایی که پیش از اجرای طرح تحت پوشش بیمه بوده‌اند بدون تغییر باقی می‌ماند و در برخی موارد حتی کاهش هم می‌یابد. همچنین، تعدادی از داروهای پیشخوانی (OTC) که سابق بر این نیاز به تجویز پزشک نداشتند و تواتر مصرف بیشتری دارند، تحت پوشش بیمه قرار گرفته و پرداخت از جیب مردم برای این داروها

[DOI: 10.66224/ihio.6.2.151]

(اگر از مسیر بیمه‌ای تهیه شوند) نیز کاهش می‌یابد.

پیرو انتقال ارز ترجیحی دارو به سازمان‌های بیمه‌گر و پوشش افزایش قیمت اقلام دارویی توسط این سازمان‌ها، لازم بود تا آحاد جمعیت پوشش بیمه‌ای از یکی از سازمان‌های بیمه‌گر پایه داشته باشند. بر این اساس در قانون بودجه سال ۱۴۰۱، شش هزار میلیارد تومان برای تحت پوشش قرار دادن افراد فاقد بیمه تصویب شد [۷].

هدف از انجام این مطالعه، بررسی هزینه پرداختی سازمان بیمه سلامت در سرفصل دارو در نسخ سرپایی در قبل و بعد از اجرای طرح دارویار است. پیدا کردن معیارهای مناسب برای ارزیابی هزینه‌ها و تحلیل تفاوت‌ها قبل و بعد از اجرای طرح نیز از موارد مورد توجه در این مطالعه است.

روش بررسی

این مطالعه، مقطعی گذشته‌نگر و از نوع توصیفی-تحلیلی است که به بررسی و مقایسه تعداد نسخ الکترونیک دارو و هزینه پرداختی سازمان بیمه سلامت در ۶ ماهه دوم سال ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ در کل کشور پرداخته است. جامعه پژوهش نسخ سرپایی الکترونیک دارو بیمه‌شدگان بیمه سلامت ایران است. در این مطالعه جامعه منطبق بر نمونه است و کلیه اسناد فوق‌الذکر مربوط به ۶ ماه دوم سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه داده‌های مربوط به تعداد (نسخ پیچیده شده) و هزینه نسخ (هزینه پرداختی سازمان بیمه) مربوط به کلیه صندوق‌های بیمه‌ای (کارکنان دولت، ایرانیان، همگانی، روستایی و سایر اقشار) در دو حالت با احتساب ارز ترجیحی و بدون احتساب ارز ترجیحی (سهم خالص سازمان) و داروخانه‌های ارائه‌دهنده خدمت از داشبوردهای نسخ دارویی سامانه الکترونیک سازمان بیمه سلامت استخراج شده‌اند. در داشبورد آماری سازمان بیمه سلامت سهم خالص سازمان و هزینه ارز ترجیحی در دو ستون مجزا قرار دارند. معیار ورود شامل کلیه نسخ الکترونیک دارویی مربوط به ۶ ماهه دوم سال ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ که هم به‌صورت الکترونیک تجویز و هم به‌صورت الکترونیک پیچیده شده‌اند و معیار خروج شامل نسخ دارویی است که به‌صورت کاغذی تجویز شده‌اند. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار اکسل ۲۰۱۹ انجام پذیرفت. آمار توصیفی شامل شاخص‌های تمایل مرکزی (میانگین)، جمع کل و فراوانی متغیرهای مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها

تعداد کل نسخ در ۶ ماهه دوم سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ به ترتیب ۱۶،۰۷۰،۰۴۵ و ۲۷،۵۱۵،۹۶۰ عدد بوده که در سال ۱۴۰۱، ۷۱درصد رشد در تعداد نسخ اتفاق افتاده است. هزینه پرداختی سازمان بیمه سلامت در ماه‌های مورد مطالعه در سال ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ به ترتیب ۱۵،۸۱۳،۳۳۰ و ۵۵،۴۹۵،۷۰۹ میلیون ریال بوده است. میزان رشد هزینه در سال ۱۴۰۱ حدود ۲۵۱درصد بوده است. میانگین هزینه نسخ نیز در سال ۱۴۰۰، مبلغ ۹۸۴،۰۲۵ و در سال ۱۴۰۱ حدود ۲،۰۱۶،۸۳۸ ریال بوده است که بدین‌ترتیب رشد ۱۰۵درصدی در میانگین هزینه نسخ در سال ۱۴۰۱ دیده می‌شود (جدول ۱). طبق جدول ۱ بیشترین‌درصد رشد تعداد و هزینه نسخ در داروخانه‌های خصوصی دیده می‌شود. در داروخانه‌های دولتی دانشگاهی کمترین رشد هزینه وجود دارد.

تعداد داروخانه‌های ارائه‌دهنده دارو به‌صورت الکترونیک در سال ۱۴۰۱ نسبت به سال ۱۴۰۰، ۳۷/۷درصد رشد داشته‌اند. داروخانه‌های مستقل از ۱۱،۱۵۷ مورد در سال ۱۴۰۰ به ۱۵،۶۴۸ مورد در سال ۱۴۰۱ (۴۰/۳درصد) افزایش داشتند، داروخانه بیمارستان‌ها از ۵۹۲ مورد در سال ۱۴۰۰ به ۵۶۰ داروخانه در

جدول ۱ | تعداد و هزینه پرداختی سازمان بیمه سلامت بابت نسخ الکترونیک دارو در ۶ ماهه دوم سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ به تفکیک مالکیت داروخانه‌ها در کشور

مالکیت داروخانه	تعداد نسخ			هزینه پرداختی (میلیون ریال)		
	۱۴۰۰	۱۴۰۱	درصد رشد	۱۴۰۰	۱۴۰۱*	درصد رشد
خصوصی	۱۳،۶۲۹،۷۶۸	۲۳،۹۰۴،۲۳۵	۷۵	۹،۴۵۹،۳۴۱	۳۷،۲۲۰،۰۰۰	۲۹۳
دولتی دانشگاهی	۱،۷۲۴،۳۲۷	۲،۸۳۴،۶۲۵	۶۴	۴،۰۲۰،۲۰۳	۱۱،۴۴۵،۶۱۳	۱۸۵
عمومی غیردولتی	۲۵۷،۷۵۳	۲۸۵،۰۲۱	۱۱	۱،۴۵۰،۲۳۸	۴،۲۰۳،۱۵۵	۱۹۰
دولتی غیردانشگاهی	۳۰۴،۸۵۶	۳۰۳،۰۵۳	-۱	۶۷۱،۴۹۰	۱،۹۹۸،۶۲۴	۱۹۸
خیریه	۱۵۳،۳۴۱	۱۸۸،۹۸۲	۲۳	۲۱۲،۰۵۹	۶۲۷،۷۵۵	۱۹۶
مجموع	۱۶،۰۷۰،۰۴۵	۲۷،۵۱۵،۹۱۶	۷۱	۱۵،۸۱۳،۳۳۰	۵۵،۴۹۵،۱۴۷	۲۵۱

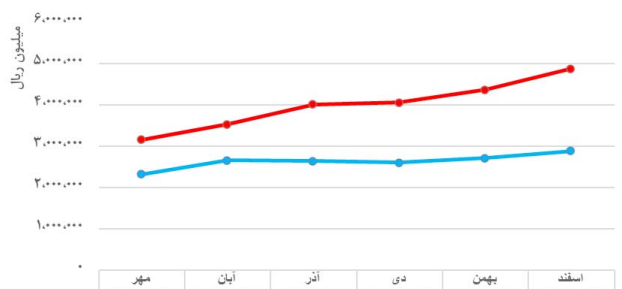
* هزینه پرداختی سازمان بیمه سلامت در سال ۱۴۰۱ با احتساب ارز ترجیحی می باشد

[DOI: 10.66224/ihio.6.2.151]

سال ۱۴۰۱ (۵/۴درصد) کاهش داشتند و داروخانه درمانگاه‌ها از ۸۹ در سال ۱۴۰۰ به ۹۱ مورد در سال ۱۴۰۱ (۲/۳درصد) افزایش داشتند.

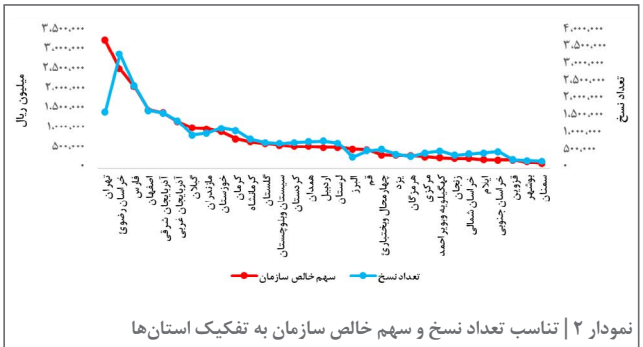
در نمودار ۱ هزینه پرداختی نسخ در سال ۱۴۰۰ و سال ۱۴۰۱ بدون در نظر گرفتن هزینه ارز ترجیحی مشاهده می‌شود. هزینه پرداختی سازمان بیمه سلامت در سال ۱۴۰۱ بدون در نظر گرفتن ارز ترجیحی، ۵۲درصد افزایش داشته است.

نتایج نشان می‌دهد که میانگین هزینه نسخ بدون در نظر گرفتن هزینه ارز ترجیحی در ماه‌های مورد مطالعه در سال ۱۴۰۱ نسبت به سال ۱۴۰۰ حدود ۱۲درصد کاهش یافته است. نمودار ۲ تناسب افزایش هزینه پرداختی سازمان بدون ارز ترجیحی نسبت به افزایش تعداد نسخ در استان‌های مختلف را نشان می‌دهد. در تمام استان‌ها، به غیر از استان تهران، روند افزایش هزینه متناسب با روند افزایش تعداد نسخ است. در استان تهران میزان افزایش هزینه بیشتر از میزان افزایش تعداد نسخ است که این موضوع نشان می‌دهد بیشتر داروهای تجویزی در نسخ تهران، داروهای پر هزینه هستند.

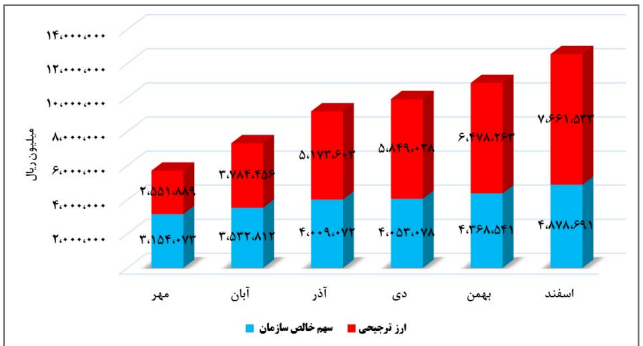


	مهر	آبان	آذر	دی	بهمن	اسفند
سال 1400	۲،۳۲۳،۰۳۲	۲،۶۵۳،۸۶۲	۲،۶۳۷،۷۴۰	۲،۶۰۴،۰۵۳	۲،۷۱۲،۵۹۹	۲،۸۸۲،۰۴۲
سال 1401	۳،۱۵۴،۰۷۲	۳،۵۳۲،۹۱۹	۴،۰۰۹،۱۴۵	۴،۰۵۳،۰۹۶	۴،۳۶۸،۵۴۰	۴،۸۷۹،۱۶۱

نمودار ۱ | روند هزینه پرداختی سازمان بدون در نظر گرفتن ارز ترجیحی به تفکیک ماه در کل کشور در سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱



نمودار ۲ | تناسب تعداد نسخ و سهم خالص سازمان به تفکیک استان‌ها



نمودار ۳ | سهم ارز ترجیحی به هزینه کل نسخ الکترونیک دارو به تفکیک ماه

مبلغ پرداختی بابت ارز ترجیحی توسط سازمان بیمه سلامت در داروهای سرپایی در ۶ ماهه دوم سال ۱۴۰۱ حدود ۳۱،۴۹۸،۷۷۲ میلیون ریال بوده که به‌طور میانگین بابت هر نسخه ۱،۱۴۴،۷۴۵ ریال بوده است. مبلغ پرداختی بابت ارز ترجیحی حدود ۵۷درصد کل مبلغ پرداختی سازمان بیمه سلامت بابت نسخ سرپایی دارو بوده است. نمودار ۳ سهم ارز ترجیحی به تفکیک ماه را در سال ۱۴۰۱ در کل کشور نشان می‌دهد.

درصد ارز ترجیحی از کل هزینه پرداختی سازمان بابت نسخ الکترونیک دارویی از ۴۵ در مهرماه به ۶۵درصد در اسفند ماه افزایش یافته است. بالاترین مبلغ پرداختی بابت ارز ترجیحی مربوط به استان تهران (۳،۸۹۵،۸۳۸ میلیون ریال) و کمترین ارز ترجیحی پرداختی مربوط به استان سمنان (۱۹۵،۸۹۸ میلیون ریال) است.

بحث

در ایران، طرح دارویار به منظور تغییر سیاست ارزی کشور در زمینه دارو و تسهیل دسترسی مردم به داروها به تصویب رسید. براساس این طرح، یارانه ارزی به جای صنایع داروسازی مستقیما به سازمان بیمه‌ها واریز می‌شود [۶]. در این مطالعه تغییرات تعداد نسخ، هزینه‌ها و میانگین هزینه نسخ، تعداد داروخانه‌های ارائه‌دهنده دارو به‌صورت الکترونیک، در قبل و بعد از اجرای طرح دارویار مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته است. لازم به ذکر است که در این مطالعه اثر خالص طرح دارویار بر هزینه پرداختی سازمان مورد بررسی قرار نگرفته و فاکتورهای مخدوش‌گر،

[DOI: 10.66224/ihio.6.2.151]

همچون تعداد افزایش تعداد پزشکان تجویزکننده دارو به‌صورت الکترونیک در سال ۱۴۰۱ و بهره مندی بیشتر افراد از پوشش بیمه‌ای در سال ۱۴۰۱ به دلیل رایگان شدن حق بیمه برای دهک‌های پایین‌تر، مورد بررسی قرار نگرفته است.

یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است که تعداد نسخ در سال ۱۴۰۱ نسبت به سال ۱۴۰۰ افزایش قابل توجهی با رشد ۷۱درصدی داشته است. این رشد عمدتاً مربوط به داروخانه‌های خصوصی بوده که ۷۵درصد افزایش در تعداد نسخ را تجربه کرده‌اند. از علل افزایش تعداد نسخ در سال ۱۴۰۱ می‌توان به دسترسی بیشتر پزشکان به سامانه‌های نسخه نویسی الکترونیک و استقرار بالای ۹۰درصد سامانه‌های نسخه‌نویسی الکترونیک اشاره کرد. از دیگر عوامل می‌توان رایگان کردن حق بیمه برای بیمه‌شدگان دهک‌های پایین نیز نام برد. اتخاذ سیاست رایگان کردن حق بیمه برای دهک‌های پایین سبب شد تعداد بیمه‌شدگان افزایش یافته و بالتبع افزایش تعداد نسخ دارویی نیز دور از انتظار نبود. از سوی دیگر پس از اجرای طرح دارویار، برخی از اقلام داروهای OTC تحت پوشش بیمه قرار گرفتند. داروهایی را که افراد، سابق بر این بیماران به‌صورت آزاد تهیه می‌کردند، با اجرای طرح دارویار می‌توانند به‌صورت بیمه‌ای دریافت کنند و شاید یکی دیگر از علل افزایش تعداد نسخ تحت پوشش قرار گرفتن همین اقلام دارویی باشد.

مبلغ پرداختی سازمان بیمه سلامت بابت نسخ دارویی در سال ۱۴۰۱ نسبت به سال ۱۴۰۰ افزایش قابل توجهی داشته است. نرخ رشد کلی هزینه‌ها تقریباً ۲۵۱درصد بوده که داروخانه‌های خصوصی با افزایش خیره‌کننده ۲۹۳درصدی، بالاترین نرخ رشد هزینه‌ها را داشتند. افزایش تعداد داروخانه‌های خصوصی در سال ۱۴۰۱ و پراکندگی زیاد داروخانه‌ها در مناطق جغرافیایی مختلف از یک سو و دسترسی راحت بیماران به داروخانه‌های خصوصی از سوی دیگر، می‌تواند از علل افزایش هزینه در داروخانه‌های خصوصی باشد. سازمان‌های بیمه‌گر کشورهای توسعه‌یافته از ابزارهای مختلفی برای کاهش هزینه‌های دارو استفاده می‌کنند؛ همانند کاهش قیمت دارو به صورت دوره‌ای و دستوری، کاهش قیمت به نسبت حجم فروش دارو، دریافت تخفیف از تأمین‌کنندگان دارو توزیع‌کنندگان و داروخانه‌ها بدون کاهش قیمت رسمی، پرداخت هزینه داروهای بیمارستانی بر اساس نظام پرداخت گروه‌های وابسته تشخیصی که موجب می‌شود بیمارستان‌ها همیشه برای مذاکره و دریافت قیمت‌های ارزانتر مشتاق باشند [۸].

افزایش قابل توجه تعداد نسخه‌ها و هزینه ها، به ویژه در داروخانه‌های خصوصی، نیاز به مدیریت موثر هزینه‌ها و نظارت بر سیستم مراقبت‌های بهداشتی را برجسته می‌کند. تعداد زیاد داروخانه‌های خصوصی در کشور، پوشش جغرافیایی وسیع‌تر داروخانه‌های خصوصی که سبب می‌شود تعداد بیشتری مشتری داشته باشند، دسترسی آسان‌تر مردم به داروخانه‌های خصوصی به دلیل تعداد بیشتر و پراکندگی جغرافیایی از دلایل بیشتر بودن تعداد و هزینه نسبت به سایر داروخانه‌ها محسوب می‌شوند.

رشد سهم خالص سازمان (بدون در نظر گرفتن ارز ترجیحی) در سال ۱۴۰۱ نسبت به سال ۱۴۰۰ حدوداً ۵۲درصد بوده و میانگین هزینه هر نسخه تحت این شرایط در سال ۱۴۰۱ نسبت به سال ۱۴۰۰ حدود ۱۲درصد کاهش یافته است. این امر به احتمال زیاد به دلیل تحت پوشش قرار گرفتن داروهای کم‌هزینه، مانند داروهای OTC است که باوجود بالا رفتن تعداد نسخ، هزینه نسخ در سال ۱۴۰۱ نسبت به ۱۴۰۰ تغییر چندانی نکرده و همین امر سبب کاهش میانگین هزینه نسخ شده که نشان می‌دهد دسترسی مردم به داروهای ضروری و اولیه به‌صورت بیمه‌ای بهتر شده است. طبق گزارشات سامانه‌های سازمان بیمه سلامت، تعداد اقلام دارویی در سال ۱۴۰۱ نسبت به سال ۱۴۰۰ حدود ۲۴درصد افزایش داشته است. البته این سیاست در ایران با سایر کشورها متفاوت است، به نحوی که در اکثر کشورها داروهای OTC تحت پوشش بیمه نیستند و قیمت‌گذاری آنها از طریق رقابت در بازار تعیین می‌شود [۹].

تناسب رشد تعداد نسخ و سهم پرداختی خالص سازمان در اکثر استان‌ها به‌جز تهران نشان‌دهنده مدیریت بهینه منابع در این استان‌هاست. نبود تناسب در استان تهران، شاید به دلیل تجویز بیشتر داروهای پرهزینه باشد که نیاز به بررسی بیشتر

[DOI: 10.66224/ihio.6.2.151]

در مطالعات آینده دارد، خصوصا اینکه بالاترین سهم پرداختی سازمان به دارو در استان تهران نیز است. برخی از عوامل احتمالی که می‌توانند باعث افزایش بیشتر هزینه‌های پرداختی سازمان بیمه در استان تهران شوند، عبارتند از: ۱- جمعیت بالاتر و چگالی جمعیت بیشتر در تهران که منجر به افزایش تقاضا برای خدمات درمانی و دارویی می‌شود. ۲- وجود بیمارستان‌ها و مراکز درمانی بزرگ‌تر و فوق‌تخصصی در تهران که استفاده از داروهای پیچیده‌تر و گران‌قیمت‌تر را در پی دارد. ۳- بروز بیشتر بیماری‌های مزمن و پیچیده در تهران به دلیل آلودگی و استرس و سایر موارد. ۳- تراکم جمعیت بیشتر در تهران که سبب انتقال سریع‌تر بیماری‌ها می‌شود و نیاز به دارو و درمان را بیشتر می‌کند. ۴- تجویز داروهای پیشرفته‌تر توسط پزشکان متخصص تهران.

طبق یافته‌ها، مبلغ پرداختی بابت ارز ترجیحی توسط سازمان بیمه بالغ بر ۳۰۰۰ میلیارد تومان بوده است. این مبلغ حدود ۵۷درصد از کل هزینه پرداختی سازمان بیمه را در داروی الکترونیک تشکیل می‌دهد. از آنجا که ارز ترجیحی به داروهای تولید داخل که مواد اولیه آنها از خارج تامین می‌شود تعلق می‌گیرد، بنابراین سهم بالای ارز ترجیحی نشان می‌دهد که مقدار قابل توجهی از داروهای تحت پوشش بیمه، داخلی تولید شده است. به این دلیل می‌توان گفت طرح دارویار در تامین داروهای تولید داخل موفق بوده است. اما با این حال بخش تولید داخلی نیاز به تقویت برای کاهش وابستگی به واردات دارد. به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که طرح دارویار موفقیت نسبی در افزایش دسترسی، کنترل هزینه و حمایت از تولید داخلی داشته، اما هنوز نیازمند بهبود و اصلاحات بیشتر برای دستیابی به اهداف کلی نظام سلامت است.

عوامل متعددی همچون افزایش تعداد پزشکان تجویزکننده دارو به صورت الکترونیک و یا رایگان شدن حق بیمه برای دهک‌های پایین و استفاده بیشتر این اقشار از نسخ بیمه، ممکن است در افزایش تعداد نسخ دخیل باشند، اما با دسترسی نداشتن به داده‌های مربوطه، در این مطالعه توصیفی مورد بررسی قرار نگرفتند. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده برای بررسی اثر خالص طرح دارویار بر تعداد نسخ عوامل تاثیرگذار دیگر نیز مورد بررسی قرار گیرند.

نتیجه‌گیری

با توجه به مطالعه انجام شده درباره طرح دارویار، می‌توان نتیجه گرفت که پس از اجرای این طرح تغییراتی نظیر افزایش تعداد نسخه‌های دارویی، هزینه‌ها و میانگین هزینه نسخه‌ها، تعداد داروخانه‌های الکترونیکی و پوشش بیمه‌ای برای دسترسی به داروها دیده شده است. در این مطالعه، تأثیر مستقیم طرح دارویار بر هزینه پرداختی سازمان بیمه مورد بررسی قرار نگرفته است. پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتر بر روی اثرات اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی طولانی‌مدت طرح دارویار انجام گیرد، سطح رضایتمندی مردم و کارکنان صنعت درمان از طرح بررسی شود و مشکلات و محدودیت‌های موجود در اجرای طرح بررسی و تحلیل شود.

تأییدیه اخلاقی: مطالعه حاضر مورد تأیید سازمان بیمه سلامت ایران قرار گرفت.
تعارض منافع: در مطالعه حاضر هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.
سهم نویسندگان: طرح ایده: مهدی رضایی، محمد عفت‌پناه، لیلا غمخوار؛ جمع‌آوری و تجزیه داده‌ها: کیوان تاجبخش، سپیده میرصالحی؛ تحلیل داده‌ها: محمد عفت‌پناه، لیلا غمخوار، فاطمه حاجی‌علی‌عسگری.
منابع مالی: این مطالعه مورد حمایت مالی هیچ سازمان و یا ارگان خاصی قرار نگرفته است.

References

1. Verghese NR, Barrenetxea J, Bhargava Y, Agrawal S, Finkelstein EA. Government pharmaceutical pricing strategies in the Asia-Pacific region: an overview. J Mark Access Health Policy. 2019;7(1):1601060. doi: 10.1080/20016689.2019.1601060.
2. Wirtz VJ, Hogerzeil HV, Gray AL, Bigdeli M, de Joncheere CP, Ewen MA, et al. Essential medicines for universal health coverage. Lancet. 2017;389(10067):403-76. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31599-9.
3. Ben-Aharon O, Shavit O, Magnezi R. Does drug price-regulation affect healthcare expenditures?. Eur J Health Econ. 2017;18(7):859-67. doi: 10.1007/s10198-016-0832-z.
4. Stadhouders N, Koolman X, Tanke M, Maarse H, Jeurissen P. Policy options to contain healthcare costs: a review and classification. Health Policy. 2016;120(5):486-94.

[DOI: 10.66224/ihio.6.2.151]

doi: 10.1016/j.healthpol.2016.03.007.
5. Branning G, Lynch M, Hayes K. Value-based agreements in healthcare: willingness versus ability. Am Health Drug Benefits. 2019;12(5):232.
6. The budget law of 1401 of the whole country [Internet]. Available from: https://rc.majlis.ir/fa/law/show/1742795. [Persian]
7. Rezaee M. Insurance coverage for uninsured people. Iran Health insurance Organization. 135941; 2022. [Persian]
8. Delgoshaei B, Tourani S, Khalesi N, Dindoust P. Pricing and reimbursement of pharmaceuticals in iran and selected countries: a comparative study. Journal of Health Administration. 2006;8(2):55-9. [Persian]
9. Aufegger L, Yanar C, Darzi A, Bicknell C. The risk-value trade-off: price and brand information impact consumers' intentions to purchase OTC drugs. J Pharm Policy Pract. 2021;14(1):1-3. doi: 10.1186/s40545-020-

[DOI: 10.66224/ihio.6.2.151]