مقاله پژوهشی

بررسی تأثیر سیاست‌گذاری طرح یارانه دارو (دارویار) بر پرداخت از جیب بیماران (مطالعه موردی اداره کل بیمه سلامت استان اصفهان)

فرشید اصلانی [۱]، حسن دهقانی [*۲]، حامد تصدیقی [۳]

[۱] دانشیار، گروه مدیریت دولتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
[۲] کارشناس سلامت خانواده و نظام ارجاع، اداره کل بیمه سلامت، اصفهان، ایران
[۳] کارشناس واحد مدیریت کیفیت، اداره کل بیمه سلامت، اصفهان، ایران

*** نویسنده مسؤول:** حسن دهقانی
dehghanimima@yahoo.com

ارجاع: اصلانی فرشید، دهقانی حسن، تصدیقی حامد. بررسی تأثیر سیاست‌گذاری طرح یارانه دارو (دارویار) بر پرداخت از جیب بیماران (مطالعه موردی اداره کل بیمه سلامت استان اصفهان). راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۳؛ ۹(۳): ۲۰۱-۱۹۲.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۱۶
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۳/۰۹/۰۴
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۱۳

زمینه و هدف: سیاست حذف ارز ترجیحی دارو (طرح دارویار) با رویکرد افزایش ضریب پوشش و تعهدات بیمه‌ای و توجه به پرداخت از جیب بیماران، خصوصاً بیماران صعب‌العلاج، مزمن و دهک‌های پائین بوده‌است. لذا هدف از این تحقیق، بررسی تأثیر این طرح بر قیمت و مصرف دارو و درنهایت پرداخت از جیب بیماران پس از اجرای آن است.

روش پژوهش: روش تحقیق مطالعه حاضر، توصیفی-تحلیلی بوده است. نمونه‌گیری اولیه به‌صورت غیر تصادفی و هدفمند و با انتخاب ۵ داروخانه انجام شد. پس از استخراج داده‌های داروئی بیمه‌شدگان مرتبط با این داروخانه‌ها از پایگاه داده سازمان بیمه سلامت، نمونه ۳۸۴ نفری تعیین‌شده از جدول مورگان، به‌صورت تصادفی مشخص و تعداد ۱۸۰۳ قلم داروی دریافتی آن‌ها بررسی گردید. سپس داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 17 و آزمون من-ویتنی تحلیل شد.

یافته‌ها: بررسی ۱۸۰۳ قلم دارو در دو بازه زمانی آبان ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ نشان داد حداکثر ریالی پرداخت از جیب مردم در آبان ۱۴۰۰ معادل ۱۸۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال و میانگین این متغیر ۱,۳۵۷,۰۰۰ ریال و میانه ۱۷۷,۲۵۰ ریال و این رقم در سال ۱۴۰۱ به ترتیب ۹۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال، ۱,۸۰۵,۰۰۰ ریال و ۱۸۱,۰۵۰ ریال بوده است. نتایج حاصل از تحلیل این داده‌ها نشان می‌دهد، پس از اجرای طرح دارویار، به دلیل تخصیص یارانه جبرانی، درمجموع پرداخت از جیب بیمار، تغییر قابل‌توجهی ایجاد نکرده است.

نتیجه‌گیری: این پژوهش به بررسی تأثیر طرح دارویار بر تغییرات قیمت، مصرف و پرداخت از جیب بیماران، پرداخته است. مقایسه داده‌های پرداخت از جیب، در دو بازه زمانی آبان ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ نشان داد حذف ارز ترجیحی دارو و اجرای طرح یارانه دارو تغییر محسوسی در پرداخت از جیب بیماران ایجاد نکرده است.

واژه‌های کلیدی: سیاست‌گذاری، یارانه دارو، دارویار، پرداخت از جیب، بیمه سلامت

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.18502/mshsj.v9i3.17295]

مقدمه

پرداخت هزینه‌های سلامت به شکل مستقیم از جیب بیمار، از شیوه‌های پرداخت هنگام دریافت خدمات سلامت همچون مشاوره، دارو و بستری می‌باشد (۱). پرداخت از جیب (out of pocket)، یک شاخص عدالت در سلامت است. جایی که هزینه‌های مستقیم از جیب از ۱۵ درصد کل هزینه کمتر باشد، خانوارهای بسیار کمی، مستعد تأثیر هزینه‌های کمرشکن هستند (۲).

دارو، کالایی راهبردی (strategic) است که می‌تواند سهم قابل‌توجهی از سبد هزینه‌ای خانواده را به خود اختصاص دهد. این کالا نقش بسزایی در اقتصاد و سلامت ایفا می‌کند، لذا تجزیه‌وتحلیل هزینه‌های دارو، به اثربخشی و بهینه‌سازی هزینه‌ها، با رویکرد توجه به اقتصاد خانواده و جامعه، کمک می‌کند (۳). الوندی و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای پرداخت از جیب خدمات سلامت را ۴ بخش عنوان کرده که هزینه‌های داروئی بالاترین سهم را داراست، لذا بالا بودن هزینه‌های داروئی، تأثیر زیادی بر پرداخت از جیب خواهد گذاشت (۴).

سرانه مصرف سالیانه دارو در سال ۲۰۱۰ در ایران ۴۵ دلار و به‌طور متوسط این سرانه در دنیا ۱۱۶ دلار برآورد شده است. با توجه به اینکه ۹۵ درصد داروهای عمومی و تخصصی موردنیاز در کشور، تولید داخل است؛ دلیل تفاوت سرانه مصرف، ارزان بودن این داروها می‌باشد. ۲۰ تا ۶۰ درصد از مصارف سلامت در کشورهای کم و متوسط درآمد مربوط به دارو بوده و تأمین ۹۰ درصد دارو در کشورهای درحال‌توسعه، با پرداخت از جیب مردم صورت می‌گیرد (۵). داوری (۱۳۹۰) در پژوهش خود به چالش‌های اقتصادی نظام سلامت ایران پرداخته و یکی از عواملی که سبب شده تا سالانه ۳/۵ میلیون نفر از جمعیت ایران زیرخط فقر بروند را، هزینه‌های بهداشت و درمان عنوان کرده است (۶). تولید، توزیع و قیمت‌گذاری دارو از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. اختصاص ارز ترجیحی راهکاری کوتاه‌مدت بوده و تبعات منفی داشته است. لیکن همواره تخصیص ارز دولتی به حوزه دارو، جهت تضمین دسترسی و توانمندی بیماران در تهیه دارو، در دستور کار دولت بوده است (۷).

سیاست‌گذاری در حوزه دارو، باید باهدف حمایت از بیماران بوده و اهداف مشترکی ازجمله دسترسی، استفاده منطقی و کیفیت، همواره موردتوجه دولت‌ها می‌باشد. از نارسایی‌های حوزه دارو می‌توان به مقرون‌به‌صرفه نبودن داروها برای شرکت‌های تولیدی داخلی به‌ویژه داروهای مربوط به بیماری‌های مزمن و کشنده و کیفیت داروهای عمومی (Generic medicine) اشاره کرد (۸). نتیجه پژوهش بارونی و همکاران (۱۳۹۵)، نشان می‌دهد، دو نوع پوشش حمایتی در کشور بایستی جایگزین سیاست ارز ترجیحی شود. اولاً تخصیص یارانه به صنعت دارو و ثانیاً مابه‌التفاوت قیمت ارز ترجیحی و قیمت ارز بازار، به سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت گردد (۹). دارو همواره از مهم‌ترین ارکان چرخه سلامت بوده است. بر همین اساس همواره توزیع و قیمت‌گذاری آن، حتی در بحرانی‌ترین شرایط کشور، از اولویت خاص دولت‌هاست (۱۰).

وگلر و همکاران (۲۰۱۱) سیاست‌های داروئی کشورهای اروپایی را مورد تحلیل قرار داده و ۸۹ اقدام را شناسایی نمودند. کاهش قیمت، تغییر در پرداخت‌های مشارکتی (co-payments)، ازجمله رایج‌ترین این اقدامات بوده است. در کشورهای اروپایی داروها غالباً از طریق بخش‌های خصوصی تهیه‌شده، لیکن عمدتاً با مشارکت دولت، در اختیار مصرف‌کننده قرار می‌گیرد. بیشترین اقدامات در ایسلند، کشورهای بالتیک (استونی، لتونی، لیتوانی)، یونان، اسپانیا و پرتغال انجام‌شده است. مهار هزینه در راستای جلوگیری از افزایش قیمت داروها، حتی برای کشورهای با درآمد بالا در اروپا همواره مدنظر بوده است (۱۱). ایبوکا و بسو (۲۰۱۶) در مطالعه یارانه‌های واکسیناسیون آنفولانزا در ژاپن و تأثیر میزان پرداخت از جیب متقاضیان واکسن آنفولانزا نشان دادند کاهش پرداخت‌های از جیب برای واکسیناسیون در بین افراد غیر مسن، از طریق یک برنامه یارانه‌ای بر سلامت جامعه مؤثر بوده است (۱۲). تحقیق سعید و همکاران (۲۰۲۲) در پاکستان باهدف ارزیابی قیمت‌ها، دسترسی و مقرون‌به‌صرفه بودن انسولین نشان داد با توجه به شایع بودن دیابت، مقرون‌به‌صرفه بودن انسولین از مهم‌ترین دلایل استفاده به‌موقع از آن بوده است. با توجه به اینکه انسولین یکی از پرمصرف‌ترین و مؤثرترین داروها، در درمان دیابت به شمار می‌رود، لیکن قیمت این دارو مقرون‌به‌صرفه نیست. لذا وظیفه دولت پاکستان، در نظر گرفتن یارانه مالی مؤثر، برای این داروی حیاتی است (۱۳).

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/mshsj.v9i3.17295]
Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

پژوهش ادواردز و همکاران (۲۰۲۲) در نیجریه در مورد مالاریا نشان داد دو عامل مهم درمان این بیماری، استفاده از روش ترکیبی داروئی مبتنی بر داروی آرتمیزینین و مقرون‌به‌صرفه داروها پس از اجرای طرح‌های یارانه‌ای از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۷ بوده است (۱۴). تحقیقات بوس و دوتا (۲۰۱۸) نشان داد ایالت‌های هند، استراتژی‌های مختلفی را برای جلوگیری از افزایش پرداخت از جیب بیماران، به مرحله اجرا درآورده‌اند. ایالت تامیل نادو و راجستان طرح داروی رایگان را در همه بیمارستان‌های دولتی اجرا و ایالت بنگال غربی طرح فروشگاه داروی قیمت منصفانه (fair price medicine shop) را ابداع کرده‌اند (۱۵). لیم و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه درمان داروئی سرطان پستان در سنگاپور، شانس جذب هرسپتین را قبل و بعد از یارانه‌ها، ارزیابی کردند. محققین دریافتند میزان جذب هرسپتین نسبت به قبل از اجرای برنامه، ۱۱/۴ درصد افزایش‌یافته است (۱۶).

با تشکیل سازمان بیمه سلامت در سال ۱۳۹۱، زمینه تحقق اهدافی چون عدالت، ارتقاء سطح کیفیت ارائه خدمات سلامت، کاهش پرداخت از جیب بیمه‌شدگان، رفع همپوشانی (overlap) بیمه‌ای در سراسر کشور فراهم گردید (۱۷). از سال ۱۳۹۱ به بعد، دولت اعتباراتی برای یارانه دارو، تخصیص داد. در سال ۱۳۹۲ ارز مرجع جهت واردات دارو حذف و ارز مبادله‌ای جایگزین شد. در ۱۳۹۲ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تصمیم گرفت، مجموع مبالغ مربوط به یارانه دارو و مابه‌التفاوت نرخ ارز واردات را به‌جای بیماران، به سازمان‌های بیمه‌گر، پرداخت کند. این اقدام افزایش هزینه داروئی افراد فاقد بیمه و بیماران خاص را به دنبال داشت. از سال ۱۳۹۵ به بعد، واردات محصولات داروئی، براساس نرخ ارز رسمی در نظر گرفته شد. در سال ۱۳۹۷ و با نقض برجام(Joint Comprehensive Plan of Action) نرخ ارز، دچار جهش شد. دولت جهت کاهش فشار بر اقشار فقیر جامعه و افزایش دسترسی به دارو، سیاست اختصاص ارز ترجیحی به دارو را در پیش گرفت (۱۸).

تحقیق باستانی و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد، با توجه به تبعات تخصیص ارز ترجیحی دارو ازجمله؛ انتظار طولانی شرکت‌های داروئی به‌منظور تخصیص ارز ترجیحی و محدودیت‌های بانک مرکزی در منابع قابل تخصیص، قطعیت و پیش‌بینی پذیری کل زنجیرهٔ تأمین دارو دچار چالش شد که این موضوع سبب بروز کمبودهای داروئی گردید (۱۹). لذا براساس قانون بودجه سال ۱۴۰۱ مصوب ۱۴۰۰/۱۲/۲۵ مجلس شورای اسلامی، طرح دارویار در تیرماه ۱۴۰۱ براساس جزء یک‌بند «س» تبصره (۱) قانون بودجه (دولت می‌تواند تا معادل سقف ردیف ۱۸ جدول مصارف تبصره ۱۴ قانون را به مابه‌التفاوت ارز ترجیحی برای واردات کالاهای اساسی، دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی اختصاص دهد) به مرحله اجرا درآمد.

براساس اطلاعات پایگاه اطلاع‌رسانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طرح یارانه دارو (دارویار) با حذف ارز ترجیحی دارو در جهت تحقق ۳ هدف عمده، اجرائی شد. اولاً ضریب پوشش داروها توسط سازمان‌های بیمه‌گر افزایش یابد. ثانیاً مابه‌التفاوت قیمت داروهای غیر بیمه‌ای، توسط این سازمان‌ها پرداخت گردد و ثالثاً پرداخت از جیب مردم با اجرای این طرح، حتی‌الامکان بیشتر نشده بلکه در مورد برخی داروها، کاهش قیمت‌ها را هم به دنبال داشته باشد. درنتیجه افراد دارای بیماری‌های صعب‌العلاج یا مزمن، در صورت اجرای موفق طرح مذکور، در صورت نظارت مؤثر مسئولین ذی‌ربط، می‌توانند به سهولت داروهای گران‌قیمت و پرمصرف خود را تهیه نمایند. لذا این مطالعه باهدف بررسی تأثیر این طرح بر قیمت و مصرف دارو و درنهایت پرداخت از جیب بیماران پس از اجرای آن انجام شد.

روش پژوهش

این تحقیق ازلحاظ هدف، کاربردی و ازلحاظ رویکرد، توصیفی- تحلیلی در دو بازه زمانی آبان ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ بوده و مطالعه کمی محسوب می‌شود. جامعه آماری این تحقیق، شامل کلیه بیمه‌شدگان صندوق‌های بیمه‌ای سازمان بیمه سلامت (مانند صندوق کارمندان، ایرانیان، روستائیان و سایر اقشار) شهرستان اصفهان، به تعداد ۵۲۱ هزار نفر می‌باشد. نمونه‌گیری اولیه به‌صورت غیر تصادفی و هدفمند و با انتخاب ۵ داروخانه که طرح یارانه دارو را پوشش می‌دادند، انجام شد. سپس داده‌های داروئی شامل؛ تاریخ ویزیت، نام دارو، تعداد داروی تجویزی، نام داروخانه، مبلغ کل هزینه، سهم سازمان، سهم ارز ترجیحی و سهم بیمه‌شده مربوط به بیماران مراجعه‌کننده به این داروخانه‌ها مربوط به بازه زمانی پیشگفت، از بانک‌های اطلاعاتی سازمان بیمه سلامت ایران، استخراج شد. با استفاده از

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/mshsj.v9i3.17295]

جدول مورگان، ۳۸۴ نفر نمونه از بین مراجعین به داروخانه‌های منتخب، به‌صورت تصادفی معین و ۱۸۰۳ قلم داروی مصرفی این بیماران، مبنای پیمایش و تحلیل آماری قرار گرفت.

پس از دریافت داده‌های داروئی مراجعین به ۵ داروخانه منتخب، در قالب فایل Excel، داده‌ها با بررسی جزئیات مربوط به بیمه‌شده، نام و کد دارو و اطلاعات مربوط به قیمت دارو با سامانه‌های کاربردی بیمه سلامت، مورد صحت سنجی قرار گرفتند. سپس داده‌ها از جهت تطابق با نیازهای پژوهش، بررسی و داده‌های پرت، حذف شدند. داده‌های تعداد اقلام مصرفی به تفکیک نوع دارو، تجمیع و میانگین داده‌های قیمت و پرداخت از جیب، مبنای محاسبه و ارزیابی قرار گرفت. در پایان از نرم‌افزار SPSS [17] و به دلیل مستقل بودن داده‌های داروئی (یعنی دریافت کنندگان در دو دوره آبان ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱یکسان نبوده‌اند) از آزمون من-ویتنی به‌عنوان یک آزمون نا پارامتریک، جهت تجزیه‌وتحلیل آماری استفاده گردید. در مطالعه حاضر، به دلیل سهولت در جستجو، از نام و کد ژنریک دارو استفاده‌شده و کلیه داده‌های داروئی براین‌اساس، موردمطالعه قرارگرفته است. داروی ژنریک (Generic medicine) یک نام عمومی دارد و ممکن است توسط هر تولیدکننده‌ای، در سراسر جهان، تولید و عرضه شود.

یافته‌ها

قیمت (هزینه) یک قلم دارو مجموعی از هزینه سهم سازمان و هزینه سهم بیمه‌شده است. به‌عنوان‌مثال اگر قیمت یک‌قلم دارو **n** ریال و در یک بازه زمانی ۱۰۰ قلم از این دارو تجویز و مصرف‌شده باشد هزینه کل این قلم دارو **۱۰۰n** محاسبه و سهم هزینه‌ای که بیمار پرداخت می‌کند، میزان پرداخت مستقیم از جیب عنوان می‌گردد. با توجه به اینکه معمولاً دارو تعرفه قیمتی ثابتی ندارد لذا میانگین این متغیر در نظر گرفته‌شده است. همچنین ممکن است اقلام داروئی در بازه‌های زمانی مذکور از ۱ تا بالای ۱۰۰۰ بار تجویز و مصرف‌شده باشند لذا در تحلیل آماری پژوهش مذکور، از میانگین مصرف استفاده‌شده است. با این توصیف نتایج تجزیه‌وتحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از ۵ داروخانه شهرستان اصفهان که ترکیبی از داروخانه هلال‌احمر، بخش خصوصی و داروخانه‌های زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی بودند نشان داد از بین ۱۸۰۳ قلم دارو، قرص متفورمین ۵۰۰ میلی‌گرم ازنظر تعداد، بیشینه مصرف را در سال ۱۴۰۰ داشته و قرص مایکوفنولات ۵۰۰ میلی‌گرم بیشینه مصرف را در سال ۱۴۰۱ داشته است. ویال آریوسون (فاکتور ۷) بیشترین هزینه کل را در سال ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ داشته است. آمپول پلریکسافور ۲۰ بیشترین قیمت را در سال ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ داشته و باعث بیشترین پرداخت از جیب در این ۲ سال شده‌است.

میانگین قیمت ۱۸۰۳ قلم دارو در سال ۱۴۰۰ معادل ۴۰۳,۴۰۳ ریال و در سال ۱۴۰۱ برابر با ۵۲۹,۳۹۲ ریال بوده‌است که افزایش ۲۴ درصدی را نسبت به سال ۱۴۰۰، نشان می‌دهد. معمولاً ۱۸۰۳ قلم دارو، هرکدام، قیمت‌های متفاوتی دارند. در سال ۱۴۰۰ داروئی با ۹۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال، حداکثر قیمت را به خود اختصاص داده و در سال ۱۴۰۱ داروئی با ۱۱۹,۷۰۴,۹۸۵ ریال، عنوان بالاترین قیمت را، دارا بود (جدول ۱). اگر در جدول داده‌های قیمت، خصوصاً در سال ۱۴۰۱ برای داروئی، عدد صفر منظور شده باشد، نشان‌دهنده آن است که بیمه‌شده برای آن، پرداخت از جیبی نداشته و ۱۰۰ درصد سهم بیمه‌شده، توسط دولت پرداخت می‌گردد.

جدول ۱: آمار مقایسه‌ای مربوط به قیمت دارو

عناوین	قیمت ۱۴۰۰	قیمت ۱۴۰۱
تعداد کل اقلام معتبر	۱۸۰۳	۱۸۰۳
داده‌های ازدست‌رفته	۰	۰
حداکثر	۹۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۱۹,۷۰۴,۹۸۵
حداقل	۱	۰
میانگین	۴۰۳,۴۰۳	۵۲۹,۳۹۲
میانه	۵,۵۳۰	۹,۰۰۰
مد	۹۷,۳۵۰	۲۵,۰۵۴
انحراف معیار	۳,۲۰۰,۶۱۰	۴,۱۰۶,۳۱۰

جدول ۱ نشان می‌دهد تعداد کل اقلام معتبر، تغییری نداشته است و میانگین قیمت، افزایش را نشان می‌دهد.

میانگین مصرف ۱۸۰۳ قلم دارو در سال ۱۴۰۰ عدد ۱,۰۶۱ را نشان داده و در سال ۱۴۰۱، به عدد ۱,۱۶۶ رسیده است. این بدین معنی است که در آبان ماه ۱۴۰۰ به‌طور میانگین، یک دارو ۱,۰۶۱ بار، تجویز و مصرف‌شده، درحالی‌که این میزان مصرف از یک‌قلم دارو در سال ۱۴۰۱ به عدد ۱,۱۶۶ رسیده که افزایش ۸/۵ درصدی را نسبت به سال ۱۴۰۰ نشان می‌دهد. با توجه به خروجی نرم‌افزار تحلیل داده‌ها، از بین ۱۸۰۳ قلم دارو

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/mshsj.v9i3.17295]
راهبردهای مدیریت در نظام سلامت، سال نهم، شماره ۳، شماره پیاپی ۳۳

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

در آبان ۲ سال موردمطالعه، آماره مد، عدد ۱ را نشان می‌دهد. این بدان معنی است که اقلام داروئی که تنها یک‌بار استفاده‌شده‌اند، پرتکرارترین عدد مصرفی را به خود، اختصاص داده‌اند. همچنین در سال ۱۴۰۰، داروئی با ۴۰,۶۱۰ بار تجویز، بیشترین رقم تجویز و مصرف را به خود اختصاص داده، درصورتی‌که در سال ۱۴۰۱، این عنوان، مربوط به داروئی با ۳۶,۷۴۳ بار تجویز و مصرف می‌باشد (جدول ۲).

جدول ۲: آمار مقایسه‌ای مربوط به مصرف دارو

عناوین	مصرف ۱۴۰۰	مصرف ۱۴۰۱
تعداد کل اقلام معتبر	۱۸۰۳	۱۸۰۳
داده‌های ازدست‌رفته	۰	۱
حداکثر	۴۰,۶۱۰	۳۶,۷۴۳
حداقل	۱	۱
میانگین	۱,۰۶۱	۱,۱۶۶
میانه	۱۰۰	۱۱۰
مد	۱	۱
انحراف معیار	۳,۵۶۰	۳,۸۴۶

طبق جدول ۲، میانگین مصرف، اندکی افزایش داشته که محسوس نبوده است.

میانگین رقم پرداخت از جیب در آبان سال ۱۴۰۰ معادل ۱,۳۵۷,۰۰۰ ریال و رقم مذکور در آبان سال ۱۴۰۱ برابر با ۱,۸۰۵,۰۰۰ ریال بوده است. حداکثر رقم پرداخت از جیب مردم در آبان سال ۱۴۰۰ معادل ۱۸۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال و در آبان سال ۱۴۰۱ این رقم برابر با ۹۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال بود. لذا حداکثر پرداخت از جیب در آبان سال ۱۴۰۱ به نسبت ماه مشابه در سال ۱۴۰۰، کاهش ۵۰ درصدی را به دنبال داشته است (جدول ۳).

جدول ۳: آمار مقایسه‌ای مربوط به پرداخت از جیب دارو

عناوین	پرداخت از جیب ۱۴۰۰	پرداخت از جیب ۱۴۰۱
تعداد کل اقلام معتبر	۱۸۰۳	۱۸۰۳
داده‌های ازدست‌رفته	۰	۰
حداکثر	۱۸۴,۰۰۰,۰۰۰	۹۲,۰۰۰,۰۰۰
حداقل	۰	۰
میانگین	۱,۳۵۷,۰۰۰	۱,۸۰۵,۰۰۰
میانه	۱۷۷,۲۵۰	۱۸۱,۰۵۰
مد	۰	۰
انحراف معیار	۵,۹۳۶,۰۸۰	۵,۵۵۴,۸۵۰

با توجه به نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و تایید نشدن فرض نرمال بودن داده‌ها، برای تحلیل داده‌ها از آزمون ناپارامتریک استفاده شد. در این پژوهش، متغیرهای پرداخت از جیب، قیمت و مصرف موردبررسی قرار گرفتند. نتایج حاصله نشان داد، تفاوت معنی‌داری بین قیمت‌های داروها در ۲ ماه متناظر در سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱، وجود داشته و اگرچه درسال ۱۴۰۱ بعضاً قیمت داروها نسبت به سال ۱۴۰۰ افزایش یافته است ولی تفاوت میزان مصرف داروها در سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱، معنی‌دار نبوده، لیکن این افزایش قیمت تأثیر معنی‌داری در روند مصرف دارو نداشته است و میزان پرداخت از جیب نیز افزایش محسوسی نداشته است (جدول ۴).

جدول ۴: شاخص‌های مرکزی، پراکندگی، توزیع عوامل، نتایج آزمون‌های آماری

سال مؤلفه‌های نرمال	قیمت ۱۴۰۰ (ریال)	قیمت ۱۴۰۱ (ریال)	مصرف ۱۴۰۰ (تعداد)	مصرف ۱۴۰۱ (تعداد)	پرداخت از جیب ۱۴۰۰ (ریال)	پرداخت از جیب ۱۴۰۱ (ریال)
میانگین	۴۰۳,۴۰۳	۵۲۹,۳۹۲	۱,۰۶۱	۱,۱۶۶	۱,۳۵۷,۰۰۰	۱,۸۰۵,۰۰۰
انحراف استاندارد	۳,۲۰۰,۶۱۰	۴,۱۰۶,۳۱۰	۳,۵۶۰	۳,۸۴۶	۵,۳۹۶,۰۸۰	۵,۵۵۴,۸۵۰
آماره **Z** آزمون کولموگروف-اسمیرنوف	۱۹,۱۰۱	۱۹,۰۵۳	۱۶,۲۶۰	۱۶,۱۷۸	۱۷,۳۹۲	۱۵,۸۲۲
مقدار p^* آزمون کولموگروف-اسمیرنوف	$< ۰/۰۰۱^*$	$< ۰/۰۰۱^*$	$< ۰/۰۰۱^*$	$< ۰/۰۰۱^*$	$< ۰/۰۰۱^*$	$< ۰/۰۰۱^*$
آماره **Z** آزمون من ویتنی		- ۳/۱۶۳		- ۰/۴۳۴		- ۱/۳۱۷
مقدار p^* آزمون من ویتنی		$۰/۰۰۲^*$		- ۰/۶۶۵		۰/۱۸۸

* معنی‌دار در سطح $p < ۰/۰۵$

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/mshsj.v9i3.17295]

بحث

این پژوهش به بررسی تأثیر طرح دارویار بر تغییرات قیمت، مصرف و پرداخت از جیب بیماران، پرداخته است. مقایسه داده‌های پرداخت از جیب، در دو بازه زمانی آبان ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ نشان داد حذف ارز ترجیحی دارو و اجرای طرح یارانه دارو تغییر محسوسی در پرداخت از جیب بیماران ایجاد نکرده بود. نتایج تحقیق امیر اسماعیلی و عمرانی (۲۰۱۹) که در ایران انجام شد نشان داد، دارو کالایی راهبردی و حیاتی است و تهیه آن باقیمت متناسب با وضعیت اقتصادی و درآمد خانوار، همواره ذهن بیمار و خانواده او را به خود معطوف کرده، لذا نوسانات قیمت دارو، حائز اهمیت خواهد بود. تأثیر هزینه‌های دارویی بر ایجاد و توسعه فقر خانوارهای ایرانی، بررسی‌شده است. فقر به‌عنوان یک شاخص، برای ارزیابی میزان حمایت مالی در برابر هزینه‌های سلامت، مورداستفاده قرار می‌گیرد (۲۰). تحقیقات شاکواری و آگوستان (۲۰۱۹) در مجارستان نشان داد، در این کشور، توجه خاصی به هزینه‌های بهداشت و درمان وجود دارد. در این راستا، یارانه‌های بیمه سلامت، به‌ویژه یارانه دارو، اهمیت فزاینده‌ای پیدا می‌کند (۲۱). ویانچی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی که در ایران انجام دادند، به اهمیت افزایش ضریب پوشش بیمه‌ای داروها پرداخته‌اند. همچنین بررسی این محققین نشان می‌دهد در راستای حفاظت مالی بیماران در برابر هزینه مربوطه، سیاست‌گذاران در کشورهای درحال‌توسعه، در تلاش برای مقابله با افزایش هزینه‌های دارویی هستند. بار بیماری‌ها می‌تواند روی توسعه کشورها تأثیر منفی داشته باشد. لذا تأمین دارو و کنترل هزینه‌های آن، همواره باید به‌صورت هوشمندانه، در دستور کار سیاست‌گذاران باشد (۲۲).

مطالعه حاضر در خصوص تأثیر طرح دارویار بر مصرف دارو نشان می‌دهد، اگرچه شروع طرح دارویار در کشور، سبب افزایش قیمت داروها گردید، لیکن، اقدامات جبرانی دولت در اختصاص یارانه به مصرف‌کننده (بیمار)، تغییری در میزان مصرف دارو ایجاد نکرد. تحقیق رشیدیان و صوفی در ایران (۱۳۹۴) نشان می‌دهد، هرچند افزایش قیمت دارو، می‌تواند سایر نیازهای خانوار را تحت‌الشعاع قرار داده و حتی خانوارها را به زیرخط فقر بکشاند، لیکن حتی‌الامکان در مصرف دارو، تغییری ایجاد نمی‌کند (۱). استرالیا نمونه‌ای از کشورهای اجراکننده سیاست یارانه دارو می‌باشد. در این کشور سیاست ملی داروها برای عموم ساکنین اعمال شد. بخش‌های کلیدی این خط‌مشی شامل یارانه‌های دارویی، بر دسترسی به‌موقع به داروهای باکیفیت و مقرون‌به‌صرفه و مصرف ایمن و عاقلانه، تمرکز دارد (۲۳). جازوسکی و همکاران (۲۰۲۳) در مطالعه خود، اختصاص یارانه به افراد کم‌درآمد در آمریکا در قالب طرح مدیکر بخش D که هزینه داروهای تجویزی و بسیاری از واکسن‌ها را پوشش می‌دهد را، سبب دسترسی عادلانه افراد به دارو و کاهش هزینه پرداختی آن‌ها ارزیابی می‌کنند (۲۴). ادوارد و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود دریافتند، مشخصاً تخصیص یارانه کامل، به داروی آنتی میلوما در آمریکا، به‌تنهایی برای افزایش ترغیب مصرف یا دسترسی عادلانه به این دارو کافی نبوده و بهره‌مندی بیماران از آموزش‌های مختص به این بیماری، شاخص‌های مذکور را، بهبود می‌بخشد (۲۵). یافته‌های پژوهش سعید و همکاران (۲۰۲۲) که به مطالعه داروی انسولین در پاکستان پرداخته است نشان می‌دهد، وظیفه دولت برای افزایش دسترسی بیماران به انسولین، اختصاص یارانه است. لذا مصرف انسولین، در صورت اعمال سازوکارهای مالی جبرانی، تغییری پیدا نخواهد کرد (۱۳). نتیجه پژوهش ادوارد و همکاران (۲۰۲۱) در تانزانیا نشان می‌دهد، مصرف داروهای ضد فشارخون، علاوه بر تخصیص یارانه، به عواملی همچون؛ دسترسی، مشاوره مؤثر به ارائه‌دهنده خدمات برای مراقبت بیمار محور و به‌کارگیری استراتژی پایبندی بیمار به دارو، بستگی دارد و حمایت صرف دولت، تنها عامل مصرف دارو تلقی نمی‌گردد و عوامل مهم دیگری در مصرف تأثیرگذارند (۲۵). براساس نتایج مطالعه گروتن دورست و همکاران (۲۰۰۵) در بریتیش کلمبیای کشور کانادا در خصوص داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی، قیمت‌گذاری مرجع (reference pricing) بر مصرف این داروها تأثیر گذاشته و چنانچه هزینه این داروها، بالاتر از قیمت مرجع باشد، مابه‌التفاوت آن توسط بیمار پرداخت می‌گردد (۲۶). درحالی‌که در کشور ما به دلیل تعیین قیمت داروها توسط سازمان غذا و دارو و نظارت مستمر بر اجرای قیمت‌گذاری، فروش دارو بالاتر از قیمت مرجع صورت نمی‌گیرد.

به استناد اطلاعات مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، قانون بودجه سال ۱۴۰۱ به دولت اختیار داده که

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/mshsj.v9i3.17295]
Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

حذف ارز ترجیحی دارو به‌گونه‌ای مدیریت شود که پرداخت از جیب بیمار، حتی‌الامکان زیاد نشود. باوجود تغییر قیمت‌ها در سال شروع اجرای طرح دارویار، تخصیص یارانه در انتهای زنجیره تأمین دارو، افزایش پرداخت از جیب را به دنبال نداشته است. پژوهش نصری و شجاعی (۱۳۹۶) در ایران نشان می‌دهد، ۱۶/۹۵ درصد از جمعیت، با صرف بیش از ۱۰ درصد از کل هزینه‌های سلامت، درگیر هزینه‌های کمرشکن شده‌اند (۳). لذا توجه مستمر به میزان و تغییرات هزینه‌های پرداختی بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است. براساس تحقیق دلپسند و همکاران (۱۳۹۰) با رصد بالا رفتن قیمت‌های داروها به‌صورت موردی، گنجاندن یک داروی خاص در فهرست داروهای یارانه‌ای، جهت حفاظت مالی بیماران ارزشمند خواهد بود (۲۷). برآیند کلی پژوهش‌های پیشگفت، مراقبت و حفاظت مالی از بیماران، در مقابل نوسانات هزینه‌های داروئی است. این امر همواره دغدغه دولتمردان و سیاست‌گذاران حوزه سلامت بوده و هست. در بررسی پژوهش‌های انجام‌شده، رویکردهای متفاوتی نیز نسبت به پژوهش کنونی، ازنظر شکل و روش تأثیرگذاری بر پرداخت از جیب بیماران، وجود دارد. لذا ادامه روند طرح دارویار، ضمن دستیابی به سایر اهداف گفته‌شده با انجام نظارت مستمر توسط کارشناسان مربوطه، ضروری به نظر می‌رسد.

با توجه به سهم بالای دارو از هزینه‌های درمانی در کشور و جدید بودن طرح یارانه دارو اهمیت این موضوع بر کسی پوشیده نیست. دستیابی به بانک اطلاعات بیمه‌شدگان سلامت از نقاط قوت این طرح است و از محدودیت‌های آن می‌توان به عدم امکان دستیابی به اطلاعات بیمه‌شدگان سایر سازمان‌های بیمه‌گر اشاره نمود. به‌دلیل یکسان بودن قوانین مرتبط با بیمه‌ها (مصوبات شورای عالی بیمه) و یکسان بودن قیمت‌های دارو برای تمامی بیمه‌شدگان در کلیه سازمان‌های بیمه‌گر، یافته‌ها قابل‌تعمیم است.

نتیجه‌گیری

مقایسه قیمت داروها قبل و بعد از طرح دارویار نشان داد، قیمت‌ها به‌طورمعمول، بعد از اجرای طرح روند افزایشی داشته است. لیکن مبالغی که بیماران و خانواده‌های آن‌ها جهت دریافت دارو پرداخت کرده‌اند با توجه به در نظر گرفتن یارانه دارو (سهم ارز ترجیحی) متناسب باقیمت، افزایش محسوسی نداشته است. بررسی داده‌های داروئی بیماران، در راستای تأثیر سیاست‌گذاری طرح دارویار نشان می‌دهد، حذف ارز ترجیحی تأثیر چندانی برافزایش پرداخت از جیب بیماران نداشته و هزینه‌های داروئی تحت کنترل بوده و حمایت دولت، مانع فشار مالی به بیمار و خانواده او در قبال دریافت دارو شده است. لذا جهت پایش رضایتمندی بیماران در دریافت خدمات داروئی، نظارت مستمر و فعال، ضامن موفقیت پایدار طرح خواهد بود. انجام چنین مطالعاتی، کمک شایانی به سیاست‌گذاران بخش سلامت خواهد کرد و سبب کاهش دغدغه بیمار و خانواده ایشان شده و فرآیند درمان را بدون ایجاد اخلال در روند مصرف دارو تا رسیدن به نتیجه، بهبود خواهد بخشید.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.PNU.REC.1403.056 از دانشگاه پیام نور می‌باشد. داده‌ها و اطلاعات استفاده‌شده در این پژوهش در اختیار هیچ فرد یا سازمانی قرار نگرفته است.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله، نویسندگان از کسانی که ایشان را در انجام مطالعه، مساعدت کرده‌اند، سپاسگزاری می‌نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: ح. د، ف. الف، ح. ت

جمع‌آوری داده‌ها: ح. د، ح. ت

تحلیل داده‌ها: ح. ت، ح. د

نگارش و اصلاح مقاله: ح. د، ف. الف، ح. ت

سازمان حمایت‌کننده

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت دولتی گرایش خط‌مشی گذاری (سیاست‌گذاری) عمومی است و از سوی هیچ سازمانی موردحمایت مالی قرار نگرفته است.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/mshsj.v9i3.17295]

References

1) Rashidian A, Soofi M. Methodology of the assessment of financial protection against health costs. Iranian Journal of Epidemiology 2015; 11(1): 82-93. [Persian]
2) Dini Torkamani A. Subsidies, growth and poverty. Refah J 2005; 5(18): 1-30. [Persian]
3) Nasri M, Shojaee A. Investigating the most expensive prescribed items in the prescriptions of treatment office of the insured of health insurance organization in 2014 and 2015. J Ilam Uni Med Sci 2017; 25(4): 12-1. doi: 10.29252/sjimu.25.4.1. [Persian]
4) Alvandi R, Abdi Z, Riazi-Isfahani S, Ahamdnezhad E. Out-of-pocket payments for health services in line with universal health coverage in 2017 in Iran. Hakim Health Sys Res 2021; 24(2): 119-27. [Persian]
5) WHO. Guideline on country pharmaceutical pricing policies. 1st ed. (translate by Ali Hassanzadeh). Tehran: Avash publication in cooperation with Iranian Health Insurance Organization; 2015: 7-9. [Persian]
6) Davari M. Economic challenges of Iran health system. Journal of Health Information Management 2011; 8(7): 915-7. [Persian]
7) Pour Asghari H, Saadati M, Moradi N, Rezapour A, Yousefzadeh N, Dehnad A, et al.
Policy analysis of allocating the subsidized currency to medication in Iran and development of political alternatives. Journal of Health Administration 2022; 25(2): 45-61.
8) Zablei P, Hashemi Meshkini A, Varmaqani M, Gholami H, Vazirian I, Zekri HS, et al. Pharmaceutical laws and regulations in Iran: an overview. J Res Pharm Pract 2015; 5(3): 155-61. doi: 10.4103/2279-042X.185709.
9) Barouni M, Jalaei SA, Jafari S. The effect of exchange rate uncertainty on import of medical and pharmaceutical products in Iran. Health and development *Journal* 2016; 5(1): 13-23. [Persian]
10) Jafari M, Rezaizadeh MJ, Abbasi B. Investigating the regulations governing the distribution and pricing of the Iranian pharmaceutical system from the perspective of the right to health. Medicine and Cultivation 2019; 29(4): 296-310. [Persian]
11) Vogler S, Zimmermann N, Leopold C, De Joncheere K. Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis. South Med Rev 2011; 4(2): 69-79. doi: 10.5655/smr.v4i2.1004.
12) Ibuka Y, Bessho SI. Out-of-pocket payments and community-wide health outcomes: an examination of influenza vaccination subsidies in Japan. Health Econ Policy Law 2016; 11(3): 275-302. doi: 10.1017/S1744133116000037.
13) Saeed A, Lambojon K, Saeed H, Saleem Z, Anwer N, Aziz MM, et al. Access to insulin products in Pakistan: a national scale cross-sectional survey on prices, availability, and affordability. Front Pharmacol 2022; 13: 820621. doi: 10.3389/fphar.2022.820621.
14) Edwards HM, Sarwar R, Mahmud P, Emmanuel S, Maxwell K, Tibenderana JK. The private sector market for malaria rapid diagnostic tests in Nigeria: results of the 2018 market survey. Malar J 2022; 21(1): 190. doi: 10.1186/s12936-022-04209-3.
15) Bose M, Dutta A. Health financing strategies to reduce out-of-pocket burden in India: a comparative study of three states. BMC health services research 2018; 18: 1-10. doi: 10.1186/s12913-018-3633-5.
16) Lim JT, Koh JJ, Ho PJ, Liu J, Lim SH, Tan EY, et al. Impact of subsidy on the use of personalized medicine in breast cancer. Value Health Reg Issues 2022; 29: 108-15. doi: 10.1016/j.vhri.2021.10.002.
17) Iran Health Insurance Organization. What were the missions of forming the health insurance organization?. Available from URL: http://ihio.gov.ir. Last access: may 14, 2023.
18) Ekhlasi M, Peikanpour M, Rasekh H. Explaining the possible achievements and consequences of various exchange rate policies in pharmaceutical sector: a qualitative study. Iran J Health Insur 2021; 4(2): 118-27. [Persian]
19) Bastani P, Dehghan Z, Kashfi SM, Dorosti H, Mohammadpour M, Mehralian G. Challenge of politico-economic sanctions on pharmaceutical procurement in Iran: a qualitative study. Iranian Journal of Medical Sciences 2022; 47(2): 152-61. doi: 10.30476/IJMS.2021.89901.2078.
20) Amiresmaili M, Emrani Z. Studying the impoverishing effects of procuring medicines: a national study. BMC International Health and Human Rights 2019; 19: 1-8. doi: 10.1186/s12914-019-0210-x.
21) Eisingerné Balassa B, Csákvári T, Ágoston I. Health insurance pharmaceutical expenditures in Hungary. Orv Hetil 2019 ;160(1): 49-54. doi: 10.1556/650.2019.31394.
22) Viyanchi A, Ghatari AR, Rasekh HR, SafiKhani H. Administrative process and criteria ranking for drug entering health insurance list in Iran-TOPSIS-based consensus model. Iran J Pharm Res 2016; 15(1): 369-81. [Persian]
23) McLachlan AJ, Aslani P. National medicines policy 2.0: a vision for the future. Aust Prescr 2020; 43(1): 24-6. doi: 10.18773/austprescr.2020.007.
24) Jazowski SA, Samuel-Ryals CA, Wood WA, Zullig LL, Trogdon JG, Dusetzina SB. Association between low-income subsidies and inequities in orally-administered antimyeloma therapy use. Am J Manag Care 2023; 29(5): 246-54. doi: 10.37765/ajmc.2023.89357.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/mshsj.v9i3.17295]

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

25) Edward A, Campbell B, Manase F, Appel LJ. Patient and healthcare provider perspectives on adherence with antihypertensive medications: an exploratory qualitative study in Tanzania. BMC Health Services Research 2021; 21: 1-12. doi: 10.1186/s12913-021-06858-7.
26) Grootendorst PV, Marshall JK, Holbrook AM, Dolovich LR, O'Brien BJ, Levy AR. The impact of reference pricing of nonsteroidal anti-inflammatory agents on the use and costs of analgesic drugs. Health Services Research 2005; 40(5): 1297-317. doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00420.x.
27) Delpasand M, Olyaaeemanesh A, Jaafaripooyan E, Abdollahiasl A, Davari M, Kazemi Karyani A. Eliciting the public preferences for pharmaceutical subsidy in Iran: a discrete choice experiment study. Journal of Pharmaceutical Policy and Practice 2021; 14: 2-1. doi: 10.1186/s40545-021-00345-4. [Persian]

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.18502/mshsj.v9i3.17295]

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir CC BY-NC 4.0

Manage Strat Health Syst

Original Article

Investigating the policy Effect of Medicine Subsidy Plan (Daruyar) on Patients' Out-Of-Pocket Payments :A Case Study of the General Health Insurance Administration of Isfahan Province

Farshid Aslani [1] Hassan Dehghani [2*] Hamed Tasdighi [3]

[1] Associate Professor, Department of Government Management, Payam Noor University, Tehran, Iran
[2] BSc in Family Health and Referral System, General Department of Health Insurance, Isfahan, Iran
[3] BSc in Quality Management Unit, General Department of Health Insurance, Isfahan, Iran

* **Corresponding Author:** Hassan Dehghani
dehghanimima@yahoo.com

Citation: Aslani F, Dehghani H, Tasdighi H. Investigating the policy Effect of Medicine Subsidy Plan (Daruyar) on Patients' Out-Of-Pocket Payments :A Case Study of the General Health Insurance Administration of Isfahan Province. Manage Strat Health Syst 2024; 9(3): 192-201.

Received: July 06, 2024
Revised: November 24, 2024
Accepted: December 03, 2024

Funding: The authors have no support or funding to report.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

A B S T R A C T

Background: The policy of removing the preferred drug currency (Daruyar plan) has been with the approach of increasing the coverage ratio and insurance obligations and paying attention to patients' out of pockets, especially incurable, chronic and low-income patients. Therefore, the purpose of this research is to investigate the effect of this plan on price and consumption ,and ultimately, the out of pocket payments after its implementation.

Methods: The research method of this study was descriptive-analytical. Primary sampling included 5 pharmacies selected non-randomly and purposefully. After extracting the drug data of the insured persons related to these pharmacies from the database of the Health Insurance Organization, a sample of 384 people determined from the Morgan table was determined randomly and the number of 1803 items of medicine received by them was checked. Then the data was analyzed using SPSS $_{17}$ software and Mann-Whitney test.

Results: The survey of 1803 items of medicine in the two periods of November 2021 and 2022 showed that the maximum amount of out-of-pocket payment in November 2021 was equal to 184,000,000 Rials and the average of this variable was 1,357,000 Rials and the median was 177,250 Rials. This number in 2022 was 92,000,000 Rials, 1,805,000 Rials respectively and 181,050 Rials. The results of the analysis of these data showed that after the implementation of Daruyar plan, due to the allocation of compensatory subsidies, there has been no significant change in the total out-of-pocket payment of the patients.

Conclusion: This study investigated the effect of Daruyar plan on price changes, consumption and out-of-pocket payments of patients. The comparison of out-of-pocket payment data in the two time frames of November 2021 and 2022 showed that eliminating the preferred drug currency and implementing the drug subsidy plan has not made a significant change regarding patients' out-of-pocket payments.

Key words: Policy making, Medicine subsidy, Daruyar, Out-Of-Pocket payment, Health insurance

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.18502/mshsj.v9i3.17295]

Copyright: © 2024 The Author(s); Published by Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution Non-Commercial 4.0 International license (https://creativecommons. org/licenses/by-nc/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.