

بعد از حذف ارز ترجیحی دارو، چه کسی هزینه را می پردازد؟

گزینه های سیاستی برای حفاظت مالی بیماران
و پایداری پوشش بیمه ای در ایران

خلاصه سیاستی



۱. توجیه و هدف خلاصه سیاستی

۱. رشد هزینه داروی بیماران خاص سریع تر شده است؛ میانگین نرخ رشد هزینه داروی بیماران خاص و صعب‌العلاج از ۱۵ درصد قبل از حذف ارز ترجیحی به ۱۰۳ درصد پس از آن افزایش یافته است.

۲. فشار فقط محدود به بیماران خاص نیست؛ میانگین نرخ رشد کل هزینه‌های دارویی نیز از ۲۷ درصد به ۹۱ درصد رسیده است؛ یعنی کل نظام دارویی وارد دوره رشد هزینه‌ای شدیدتر شده است.

۳. بار مالی میان گروه‌های بیماری جابه‌جا شده است؛ سهم هموفیلی از کل هزینه دارویی بیماران خاص از ۲۷.۵ درصد به ۳۳.۹ درصد و سهم بیماران دیالیزی از ۹.۵ درصد به ۱۰.۷ درصد افزایش یافته است؛ در مقابل، سهم MS از ۳۹.۸ درصد به ۳۳.۶ درصد کاهش یافته است.

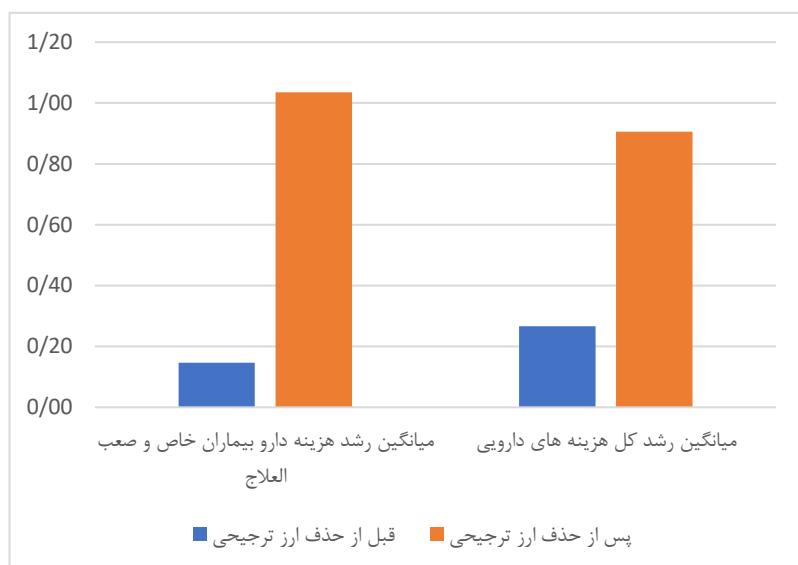
حذف ارز ترجیحی دارو با هدف اصلاح سازوکار حمایت مالی و کاهش ناکارآمدی‌های یارانه ارزی اجرا شد، اما شواهد موجود نشان می‌دهد که این سیاست، بدون استقرار همزمان سازوکارهای حمایتی هدفمند، می‌تواند فشار مالی قابل توجهی بر بیماران خاص و صعب‌العلاج، سازمان‌های بیمه‌گر و زنجیره تامین دارو ایجاد کند. بیماران خاص و صعب‌العلاج به دلیل نیاز مستمر به داروهای پرهزینه و درمان‌های طولانی‌مدت، نسبت به تغییرات قیمت دارو آسیب‌پذیرتر هستند و افزایش هزینه دارو برای آنان الزاما به کاهش مصرف منجر نمی‌شود، بلکه ممکن است بار مالی را به بیمار، بیمه یا سایر بخش‌های نظام سلامت منتقل کند.

یافته‌های گزارش نشان می‌دهد که پس از حذف ارز ترجیحی، میانگین نرخ رشد هزینه داروی بیماران خاص و صعب‌العلاج از ۱۵ درصد به ۱۰۳ درصد

افزایش یافته است. در همین دوره، میانگین نرخ رشد کل هزینه‌های دارویی نیز از ۲۷ درصد به ۹۱ درصد رسیده است. همچنین ترکیب هزینه‌های دارویی بیماران خاص تغییر کرده و سهم برخی گروه‌های پرهزینه‌تر، به‌ویژه هموفیلی و بیماران دیالیزی، افزایش یافته است. این شواهد نشان می‌دهد که مسئله اصلی فقط افزایش قیمت دارو نیست، بلکه نحوه توزیع بار مالی افزایش هزینه‌ها میان بیمار، بیمه و دولت است (جدول ۱، شکل ۱).

جدول ۱. مقایسه میانگین مجموع هزینه و میانگین رشد هزینه دارویی بیماران خاص و صعب‌العلاج قبل و بعد از حذف ارز ترجیحی

میانگین رشد هزینه دارو بیماران خاص و صعب‌العلاج	میانگین مجموع هزینه دارو بیماران خاص و صعب‌العلاج (ریال)	
0/15	3,087,430,046,893	قبل از حذف ارز ترجیحی
1/03	23,351,898,489,982	پس از حذف ارز ترجیحی



شکل ۱. مقایسه میانگین نرخ رشد هزینه دارویی بیماران خاص و کل هزینه‌های دارویی قبل و بعد از حذف ارز ترجیحی

نکته سیاستی: پس از حذف ارز ترجیحی، رشد هزینه داروی بیماران خاص از رشد کل هزینه‌های دارویی فراتر رفته است؛ بنابراین جایگزینی یارانه ارزی با حمایت بیمه‌ای عمومی و غیرهدفمند ممکن است برای حفاظت مالی این بیماران کافی نباشد.

پیام‌های کلیدی برای تصمیم‌گیران

۱. حذف ارز ترجیحی، اگر با سازوکارهای حمایتی هدفمند همراه نشود، می‌تواند بار مالی را به بیماران، بیمه‌ها یا زنجیره تامین دارو منتقل کند.
۲. بیماران خاص و صعب‌العلاج به دلیل نیاز مستمر به داروهای پرهزینه، در برابر افزایش قیمت دارو آسیب‌پذیرترند و کاهش پوشش بیمه‌ای می‌تواند دسترسی آنان را مختل کند.
۳. حفظ پوشش بیمه‌ای بدون تامین مالی پایدار، می‌تواند به افزایش بدهی بیمه‌ها، تاخیر در بازپرداخت و اختلال در تامین دارو منجر شود.
۴. کاهش یا محدودسازی پوشش بیمه‌ای ممکن است در کوتاه‌مدت هزینه بیمه را کنترل کند، اما خطر افزایش پرداخت از جیب و تضعیف عدالت در دسترسی را افزایش می‌دهد.
۵. گزینه پیشنهادی، استقرار یک مدل پنج‌لایه حمایت پایدار است که همزمان حفاظت مالی بیمار، پایداری بیمه، خرید راهبردی، حکمرانی شفاف و پایش مبتنی بر داده را پوشش می‌دهد.
۶. تصمیم‌گیری درباره داروهای بیماران خاص باید از قواعد عمومی و یکسان فاصله بگیرد و بر اساس شدت نیاز، هزینه درمان، وضعیت پوشش، خطر پرداخت از جیب و شواهد هزینه-اثربخشی انجام شود.

این خلاصه سیاستی برای کمک به تصمیم‌گیران نظام سلامت تهیه شده است تا بتوانند درباره نحوه جایگزینی یارانه ارزی با حمایت بیمه‌ای پایدارتر تصمیم‌گیری کنند. تمرکز اصلی آن بر این پرسش است که پس از حذف ارز ترجیحی، چگونه می‌توان همزمان از بیماران آسیب‌پذیر محافظت کرد، فشار مالی بیمه‌ها را مدیریت نمود و دسترسی پایدار به داروهای ضروری را حفظ کرد.

۲. پیام‌های کلیدی و گزینه‌های سیاستی

حذف ارز ترجیحی دارو نباید به معنای انتقال ساده بار مالی از دولت به بیمه‌ها یا بیماران باشد. شواهد مطالعه نشان می‌دهد که پس از حذف ارز ترجیحی، هزینه‌های دارویی افزایش یافته، فشار مالی بر بیمه‌ها بیشتر شده و نگرانی درباره دسترسی و پرداخت از جیب بیماران خاص و صعب‌العلاج تشدید شده است. بنابراین، مسئله اصلی سیاستگذار این نیست که به ارز ترجیحی بازگردد یا هزینه‌ها را آزاد بگذارد؛ مسئله اصلی این است که چگونه حمایت دارویی از شکل یارانه ارزی غیرهدفمند به یک سازوکار پایدار، هدفمند و قابل پایش منتقل شود.

گزینه‌های سیاستی اصلی

در این خلاصه سیاستی، سه گزینه برای مدیریت پیامدهای حذف ارزش ترجیحی دارو بررسی می‌شود

گزینه ۱: ادامه جبران عمومی و غیرهدفمند از طریق بیمه

در این گزینه، حمایت دارویی عمدتاً از مسیر افزایش تعهد بیمه‌ها ادامه می‌یابد، بدون آنکه سازوکار مشخصی برای اولویت‌بندی داروها، سقف پرداخت بیمار، خرید راهبردی یا پایش اثرات مالی طراحی شود.

گزینه ۲: کنترل هزینه از طریق کاهش یا محدودسازی پوشش

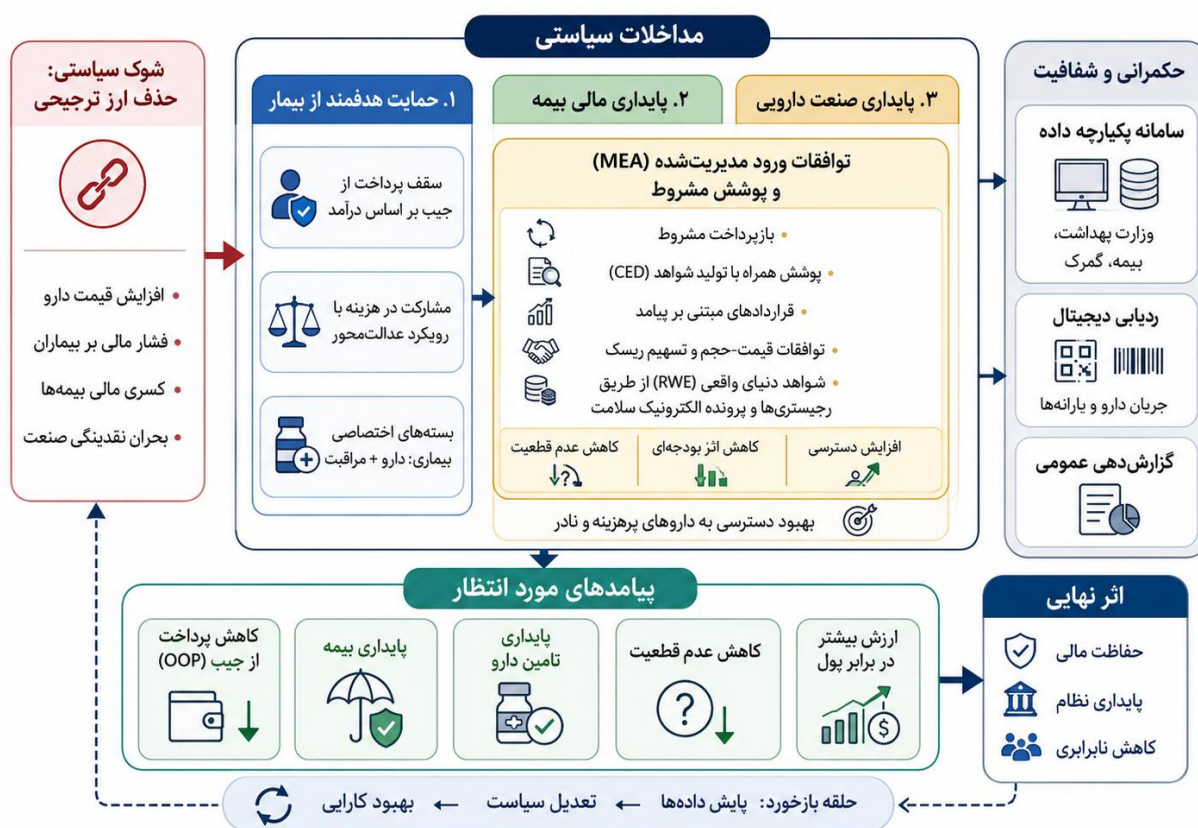
در این گزینه، بیمه‌ها برای کنترل هزینه، بخشی از افزایش قیمت دارو را به بیمار منتقل می‌کنند یا پوشش برخی داروها را محدود به اندیکاسیون‌ها یا گروه‌های خاص می‌سازند.

گزینه ۳: استقرار مدل پنج‌لایه حمایت پایدار از بیماران خاص و صعب‌العلاج (گزینه پیشنهادی)

این گزینه، مسیر پیشنهادی مطالعه است. در این مدل، حمایت مالی بیمار با تجمع ریسک بیمه‌ای، خرید راهبردی، توافقات ورود مدیریت‌شده، حکمرانی شفاف و پایش مبتنی بر رجیستری ترکیب می‌شود تا هم از بیمار محافظت شود و هم پایداری بیمه و زنجیره تامین دارو حفظ گردد.

۳. گزینه‌های سیاستی، مزایا و معایب

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که پس از حذف ارزش ترجیحی، مسئله اصلی سیاستگذار صرفاً جبران افزایش قیمت دارو نیست، بلکه مدیریت همزمان چند فشار به‌هم‌پیوسته است: افزایش هزینه دارو، افزایش خطر پرداخت از جیب، فشار مالی بر سازمان‌های بیمه‌گر، اختلال در نقدینگی زنجیره تامین و نگرانی‌های مربوط به عدالت در دسترسی. بنابراین، پاسخ سیاستی نیز نمی‌تواند به یک اقدام منفرد، مانند افزایش تعهد بیمه یا محدودسازی پوشش، محدود شود. مدل سیاستی پیشنهادی این خلاصه سیاستی بر همین منطق استوار است. این مدل، گذار از یارانه ارزی غیرهدفمند به حمایت پایدار و مبتنی بر شواهد را پیشنهاد می‌کند و پنج جزء مکمل را در کنار هم قرار می‌دهد: حمایت مالی هدفمند از بیمار، تجمع ریسک و تامین مالی پایدار بیمه‌ای، خرید راهبردی و توافقات ورود مدیریت‌شده، حکمرانی شفاف قیمت‌گذاری و بازپرداخت، و پایش مبتنی بر رجیستری و داده‌های بیمه‌ای. هدف این مدل آن است که حفاظت مالی بیماران خاص و صعب‌العلاج، پایداری مالی بیمه‌ها و پایداری زنجیره تامین دارو به‌صورت همزمان دنبال شود (شکل ۲).



شکل ۲. مدل سیاستی برای حفاظت اقتصادی از بیماران نادر و صعل‌العلاج؛ گذار از ارزش ترجیحی به حمایت هدفمند مبتنی بر بیمه

با این حال، اجرای این مدل یکی از چند مسیر ممکن سیاستی است. برای تصمیم‌گیری شفاف‌تر، در ادامه زیر سه گزینه اصلی را مقایسه می‌شود: ادامه جبران عمومی و غیرهدفمند از طریق بیمه، کاهش یا محدودسازی پوشش بیمه‌ای، و استقرار مدل پنج‌لایه حمایت پایدار. این مقایسه نشان می‌دهد هر گزینه چه پیامدهایی برای بیمار، بیمه، عدالت، هزینه اجرا و پایداری نظام دارویی دارد (جدول ۲).

جدول ۲. مقایسه گزینه‌های سیاستی برای مدیریت پیامدهای حذف ارزش ترجیحی دارو بر حفاظت مالی بیماران، پایداری بیمه و تامین دارو

محور مقایسه	گزینه ۱: جبران عمومی و غیرهدفمند از طریق بیمه	گزینه ۲: کاهش یا محدودسازی پوشش بیمه‌ای	گزینه ۳: گذار به حمایت هدفمند بیمه‌محور
توضیح گزینه	افزایش هزینه دارو پس از حذف ارزش ترجیحی عمدتاً از طریق افزایش تعهد بیمه‌ها جبران می‌شود، بدون آنکه نظام مشخصی برای اولویت‌بندی، سقف پرداخت بیمار، خرید راهبردی یا پایش اثرات مالی مستقر شود.	بیمه‌ها برای کنترل هزینه، بخشی از افزایش قیمت دارو را به بیمار منتقل می‌کنند یا پوشش را به گروه‌های خاص، اندیکاسیون‌های محدود یا داروهای منتخب کاهش می‌دهند.	حمایت از بیمار از طریق بسته‌ای ترکیبی انجام می‌شود: سقف پرداخت از جیب بر اساس درآمد، مشارکت در هزینه با رویکرد عدالت‌محور، بسته اختصاصی بیماری، تامین مالی پایدار بیمه‌ای، توافقات ورود مدیریت‌شده، پوشش مشروط، حکمرانی شفاف و پایش داده‌محور.
مزایای اصلی	اجرای سریع‌تر؛ نیاز کمتر به تغییر ساختاری؛ کاهش شوک فوری به بیمار در کوتاه‌مدت؛ قابل اجرا با سازوکارهای موجود بیمه‌ای.	کاهش فشار مالی کوتاه‌مدت بر بیمه‌ها؛ امکان کنترل مصرف غیرضروری؛ قابلیت اعمال سریع در داروهای فاقد شواهد کافی یا دارای هزینه بسیار بالا.	ایجاد تعادل بین حفاظت مالی بیمار، پایداری مالی بیمه‌ها و پایداری تامین دارو؛ هدفمند شدن منابع؛ کاهش پرداخت از جیب؛ افزایش شفافیت؛ امکان مذاکره قیمت؛ کاهش عدم قطعیت درباره داروهای پرهزینه و نادر.
معایب و ریسک‌ها	افزایش کسری یا بدهی بیمه‌ها؛ تاخیر در بازپرداخت؛ افزایش فشار نقدینگی بر زنجیره تامین؛ تداوم حمایت غیرهدفمند؛ نبود تضمین برای حمایت بیشتر از بیماران آسیب‌پذیر.	افزایش پرداخت از جیب؛ کاهش دسترسی بیماران کم‌درآمد؛ احتمال تاخیر یا قطع درمان؛ تشدید نابرابری؛ انتقال مستقیم بار مالی سیاست به بیمار.	نیازمند داده قابل اعتماد، هماهنگی بین سازمانی، قواعد شفاف بازپرداخت، ظرفیت مذاکره با صنعت و پایش مستمر؛ اجرای آن نسبت به دو گزینه دیگر پیچیده‌تر است.
هزینه و امکان‌پذیری اجرا	هزینه مستقیم برای بیمه‌ها بالا است. امکان‌پذیری اداری در کوتاه‌مدت نسبتاً بالا، اما پایداری مالی آن پایین است.	هزینه مستقیم بیمه را کاهش می‌دهد، اما هزینه مالی و اجتماعی بیمار را افزایش می‌دهد. از نظر اجرایی ساده‌تر است، اما از نظر پذیرش اجتماعی و عدالت، پرریسک است.	هزینه طراحی و اجرا متوسط تا بالا است، اما در بلندمدت می‌تواند از طریق هدفمندی، قراردادهای مشروط، خرید راهبردی و پایش داده‌محور، کارایی منابع را افزایش دهد.
ملاحظات عدالت	ممکن است همه بیماران به ظاهر حمایت شوند، اما بدون هدفمندی، بیماران کم‌درآمد یا دارای بار مالی بالاتر لزوماً حمایت بیشتری دریافت نمی‌کنند.	بیشترین خطر را برای بیماران کم‌درآمد، بیماران دارای درمان مستمر، بیماران مناطق محروم و مصرف‌کنندگان داروهای گران‌قیمت ایجاد می‌کند.	مناسب‌ترین گزینه از منظر عدالت است؛ زیرا حمایت را بر اساس شدت نیاز، توان پرداخت، نوع بیماری، هزینه درمان و خطر پرداخت از جیب بالا تنظیم می‌کند.
اثر بر پایداری بیمه	در کوتاه‌مدت دسترسی را حفظ می‌کند، اما در صورت نبود تامین مالی پایدار، می‌تواند کسری و بدهی بیمه‌ها را افزایش دهد.	فشار مالی بیمه را کاهش می‌دهد، اما با انتقال هزینه به بیمار، هدف حفاظت مالی را تضعیف می‌کند.	از طریق تجمع ریسک، تامین مالی پایدار، اولویت‌بندی مبتنی بر شواهد و قراردادهای مدیریت‌شده، پایداری بیمه را تقویت می‌کند.
اثر بر زنجیره تامین و صنعت دارو	اگر بازپرداخت بیمه‌ها با تاخیر انجام شود، نقدینگی صنعت و داروخانه‌ها آسیب می‌بیند.	ممکن است با کاهش تقاضای موثر بیماران، دسترسی واقعی به دارو را کاهش دهد و اختلال در بازار ایجاد کند.	با پرداخت به‌موقع، شفافیت در قیمت‌گذاری و بازپرداخت، توافقات قیمت و حجم، و پایش جریان دارو، به پایداری تامین کمک می‌کند.
نیازهای اجرایی کلیدی	افزایش منابع بیمه‌ای، مدیریت بدهی‌ها، هماهنگی با سازمان برنامه و بودجه، پایش پرداخت بیمه‌ها.	تدوین ضوابط محدودسازی، تعیین گروه‌های مشمول، مدیریت پیامدهای اجتماعی و پیشگیری از حذف بیماران آسیب‌پذیر.	سامانه یکپارچه داده، رجیستری بیماران، اتصال داده‌های بیمه و پرونده الکترونیک سلامت، ردیابی دیجیتال جریان دارو و یارانه، گزارش‌دهی عمومی، سازوکار مذاکره و قراردادهای مشروط.
جمع‌بندی سیاستی	برای کاهش شوک فوری به بیمار مفید است، اما اگر بدون منابع پایدار و ابزارهای خرید راهبردی اجرا شود، می‌تواند به کسری بیمه و اختلال تامین منجر شود.	برای کنترل هزینه بیمه جذاب است، اما از منظر حفاظت مالی و عدالت، پرریسک‌ترین گزینه است و نباید راه‌حل اصلی باشد.	گزینه پیشنهادی خلاصه سیاستی است؛ زیرا به جای انتقال بار مالی، یک مسیر جایگزین برای حفاظت مالی بیمار، پایداری بیمه، ثبات تامین دارو و کاهش نابرابری ایجاد می‌کند.

۴. روش تهیه خلاصه سیاستی

این خلاصه سیاستی بر پایه یک مطالعه ترکیبی تهیه شد که شامل تحلیل کمی داده‌های سازمان بیمه سلامت ایران، مصاحبه و پانل تخصصی با ذی‌نفعان، تحلیل اسناد سیاستی، و مرور متون داخلی و بین‌المللی درباره حمایت دارویی از بیماران خاص و صعب‌العلاج بود. گزینه‌های سیاستی از طریق تلفیق یافته‌های کمی و کیفی، بررسی تجارب سیاستی، و نگاشت هر مسئله اصلی به پاسخ سیاستی متناظر تدوین شدند. سپس گزینه‌ها از نظر مزایا، معایب، امکان‌پذیری، هزینه اجرا، پیامدهای عدالت و اثر بر حفاظت مالی بیماران و پایداری بیمه‌ها مقایسه شدند. مدل نهایی با تمرکز بر حمایت هدفمند بیمار، پایداری مالی بیمه، خرید راهبردی، حکمرانی شفاف و پایش داده‌محور طراحی و از طریق نظر خبرگان بازبینی شد (شکل ۳).



شکل ۳: مراحل تهیه شواهد برای خلاصه سیاستی؛ از تحلیل داده‌ها تا تدوین مدل سیاستی

۵. ملاحظات اجرایی مهم

✓ اجرای موفق مدل پیشنهادی نیازمند آن است که حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج فقط به افزایش تعهدات بیمه‌ای محدود نشود. اگر منابع پایدار برای بیمه‌ها پیش‌بینی نشود، حفظ پوشش می‌تواند به افزایش بدهی بیمه‌ها، تاخیر در بازپرداخت و اختلال در زنجیره تامین دارو منجر شود. در مقابل، کاهش یا محدودسازی پوشش بدون ارزیابی خطر مالی بیماران، احتمال افزایش پرداخت از جیب، تاخیر در درمان و تضعیف عدالت در دسترسی را افزایش می‌دهد.

✓ پوشش هدفمند نیز بدون داده قابل اعتماد قابل اجرا نیست. برای اجرای این رویکرد، اتصال داده‌های دارویی، بیمه‌ای، بیمارستانی، رجیستری بیماری‌ها و جریان توزیع دارو ضروری است. همچنین معیارهای تصمیم‌گیری باید شفاف، قابل پایش و قابل بازنگری باشند. تصمیم درباره داروهای پرهزینه، داروهای دارای عدم قطعیت اثربخشی و داروهای پرمصرف نباید با یک قاعده واحد انجام شود.

✓ شاخص‌های پایش باید شامل پرداخت از جیب بیمار، سهم بیمه از هزینه دارو، تاخیر در بازپرداخت بیمه، تغییر مصرف دارو، کمبود دارو، موارد پرداخت بالای بیمار و پیامدهای دسترسی باشد. این شاخص‌ها باید به صورت دوره‌ای گزارش شوند تا امکان اصلاح سیاست، به‌روزرسانی پوشش و پیشگیری از انتقال بار مالی به بیماران فراهم شود.

۶. سیاست‌گذاری

مرکز تحقیقات عدالت در سلامت از تیم پژوهش و مشاورین علمی آن، دانشگاه علوم پزشکی تهران، سازمان غذا و دارو، سازمان بیمه سلامت، مشارکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها و پانل تخصصی، و نهادهایی که در فراهم‌سازی داده‌ها، اسناد و شواهد مورد استفاده در این مطالعه همکاری داشته‌اند، قدردانی می‌نماید.

۷. تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که در تدوین این خلاصه سیاستی هیچ‌گونه تعارض منافع مالی یا سازمانی مؤثر بر تحلیل گزینه‌های سیاستی نداشته‌اند.

اطلاعات بیشتر

- تاریخ تدوین: بهار ۱۴۰۵
- منبع: طرح پژوهشی مصوب "توسعه مدل سیاستی برای حمایت اقتصادی از بیماران خاص و صعب‌العلاج در پی حذف ارز ترجیحی"، با کد اخلاق: IR.TUMS.SPH.REC.1403.296
- وبسایت: herc.tums.ac.ir
- تلفن تماس: ۰۲۱-۶۲۹۲۱۳۳۶

۸. منابع شواهد و رفرنس‌های کلیدی

۱. گزارش نهایی پروژه تحقیقاتی «توسعه مدل سیاستی برای حمایت اقتصادی از بیماران خاص و صعب‌العلاج در پی حذف ارز ترجیحی»، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۴۰۴.
۲. داده‌های تجمیعی سازمان بیمه سلامت ایران درباره هزینه‌های دارویی، تعداد نسخ، نرخ رشد هزینه‌ها و ساختار هزینه دارویی بیماران خاص و صعب‌العلاج در دوره قبل و بعد از حذف ارز ترجیحی.
۳. اسناد و قوانین ملی مرتبط با سیاست ارز ترجیحی، سیاست‌های جبرانی دارویی، پوشش بیمه‌ای داروها، حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج، و برنامه‌های مرتبط با اصلاح یارانه دارو.
4. Makhtoumi et al., 2025. Strategies for financial protection for patients with cancer or special diseases in the health system: A scoping review. *Health Research Policy and Systems*.
5. Hedayati et al., 2023. The Variations in Catastrophic and Impoverishing Health Expenditures, and Its Determinants in Iran: A Scoping Review. *MJIRI*.
6. Aeenparast et al., 2022. Estimating the Catastrophic Health Cost in Iranian Health Insurance Policyholders and Its Relevant Factors.
7. Naghdi et al., 2022. Financing of Rare Diseases and Orphan Drugs in A Sanctioned Country: A Qualitative Study. *MJIRI*.
8. Mohammadshahi et al., 2025. The New Model of Prioritizing Orphan Drugs: The Case Study for Hemophilia, SMA, CF and MS. *Shiraz E Medical Journal*.
9. Czech et al., 2019. A Review of Rare Disease Policies and Orphan Drug Reimbursement Systems in 12 Eurasian Countries. *Frontiers in Public Health*.
10. Nicod et al., 2019. HTA programme response to the challenges of dealing with orphan medicinal products. *Health Policy*.
11. Postma et al., 2022. Assessing the value of orphan drugs using conventional cost-effectiveness analysis: Is it fit for purpose? *Orphanet Journal of Rare Diseases*.
12. Vreman et al., 2020. Application of Managed Entry Agreements for Innovative Therapies in Different Settings and Combinations: A Feasibility Analysis. *IJERPH*.
13. Rajabi et al., 2025. Socioeconomic determinants of affordability of medication: a panel data econometric analysis in Iran. *BMC Health Services Research*.