Volume 25, Issue 2 (March- April 2026)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

Implementation of Drug Subsidy program: challenges and solutions

SeyedeMaryam Mousavi[1], Ali Mohammad Mosadegh Rad[1], Nabi ShariatiFar[2], Ebrahim Jaafaripooyan[1*]

1. Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Department of Environmental Health Engineering, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 7 October 2024
Accepted for publication: 22 November 2025
[EPub a head of print- 28 February 2026]
Payesh: 2026; 25(2): 165- 177

Abstract

Objective(s): The "Drug Subsidy" plan, implemented by the Ministry of Health and Medical Education on July 23, 2022, represents a major reform in pharmaceutical policy in Iran. Given the significance of this national initiative for organizing and improving the country's pharmaceutical system, understanding the emerging implementation issues and challenges is crucial for achieving its intended goals. Therefore, this study aimed to identify the challenges in implementing this plan at Tehran University of Medical Sciences from the stakeholders' perspective and to offer solutions.

Methods: This qualitative study was conducted in 2023. Semi-structured interviews were conducted with 23 managers, key informants from Food and Drug and Treatment deputies, health insurance experts, doctors, pharmacists, and technical managers of pharmacies at Tehran University of Medical Sciences, selected through purposive and snowball sampling. Data analysis was performed using thematic analysis assisted with MAXQDA software (version 2020).

Results: The challenges and solutions were categorized into three main areas: Financing (e.g., the limited allocation to the subsidy plan in the national budget bill), implementation (e.g., delays in the clearance of pharmaceutical raw materials due to increased value-added tax), and monitoring and supervision (e.g., the costs associated with monitoring and evaluation).

Conclusion: Although the Drug Subsidy plan marks a pivotal step in reforming currency policies, attaining its objectives requires overcoming existing hurdles. Based on the conducted assessment, securing sustainable and earmarked financial resources, streamlining executive and customs procedures, and strengthening infrastructure and supervisory mechanisms appear essential for the program's improvement and ultimate success.

Keywords: Drug assistantship, Medication, Health system, Iran

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.66224/payesh.25.2.165]

* Corresponding author: Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
E-mail: ejaafp@yahoo.com

سال بیست و پنجم، شماره دوم، فروردین ـ اردیبهشت ۱۴۰۵

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

اجرای طرح دارویار: چالش‌ها و راهکارها

سیده مریم موسوی[۱]، علی محمد مصدق راد[۱]، نبی شریعتی فر[۲]، ابراهیم جعفری پویان [۱*]

۱. گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲. گروه مهندسی بهداشت محیط دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۷/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۱

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۹ اسفند ۱۴۰۴]

نشریه پایش: ۱۷۷- ۱۶۵ :(۲)۲۵؛ ۱۴۰۵

چکیده

مقدمه: یکی از مهم‌ترین اصلاحات انجام شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ارتباط با دارو در نظام سلامت ایران، اجرای طرح "دارویار" از ۲۳ تیرماه سال ۱۴۰۱ بوده است. اگرچه این طرح با اهداف مهمی جهت ساماندهی نظام دارویی کشور آغاز شد، اما اجرای آن با چالش‌هایی روبرو بوده است که بررسی دقیق آن‌ها برای بهبود روند اجرا و دستیابی به نتایج مورد انتظار ضروری به نظر می‌رسد. از این رو، مطالعه حاضر با هدف شناسایی چالش‌های اجرای طرح دارویار در دانشگاه علوم پزشکی تهران از دیدگاه ذینفعان و ارائه راهکارهای اجرایی انجام پذیرفت.

مواد و روش‌کار: این مطالعه از نوع کیفی بود که در سال ۱۴۰۲ انجام شد. ۲۳ نفر از مدیران و کارشناسان معاونت غذا و دارو، کارشناسان معاونت درمان، کارشناسان بیمه سلامت، پزشکان و مراجعه‌کنندگان به داروخانه‌ها و مسئولین فنی داروخانه‌ها در حوزه دانشگاه علوم پزشکی تهران از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی برای مصاحبه نیمه‌ساختاریافته انتخاب شدند. روش تحلیل موضوعی با کمک نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۰ جهت تحلیل داده‌ها به کار گرفته شد.

یافته‌ها: چالش‌ها و راهکارهای شناسایی شده در سه دسته کلی مرتبط با تامین مالی مانند سهم کم دارویار در لایحه بودجه، چالش‌های اجرای طرح مانند عدم ترخیص مواد اولیه دارویی به دلیل افزایش مالیات بر ارزش افزوده و چالش‌های مرتبط با پایش و نظارت طرح مانند هزینه‌بر بودن پایش و نظارت دسته‌بندی گردیدند.

نتیجه‌گیری: اگرچه اجرای طرح دارویار گامی مهم در اصلاح سیاست‌های ارزی است، اما دستیابی به اهداف آن نیازمند گذار از چالش‌های موجود است. بر اساس آسیب‌شناسی انجام‌شده، اقداماتی نظیر تضمین منابع مالی پایدار و تخصیص‌یافته، اصلاح فرآیندهای اجرایی و گمرکی و تقویت زیرساخت‌ها و سازوکارهای نظارتی، برای بهبود، توسعه و موفقیت این برنامه ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: طرح دارویار، دارو، نظام سلامت، ایران

کد اخلاق: IR.TUMS.SPH.REC.1401.220

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت

E-mail: ejaafp@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.66224/payesh.25.2.165]

مقدمه

اهمیت دارو و تجهیزات پزشکی به‌عنوان یکی از ارکان بلوک‌های ساختاری نظام‌های سلامت هم از نظر نقش تاثیرگذار آنها در خدمات درمانی ارائه شده و هم از منظر مخارج بالای آنها همیشه مورد توجه نظام‌های سلامت در دنیا بوده است. بنابراین، مدیریت بازار دارو با هدف تضمین دسترسی بیماران و کنترل هزینه‌ها، به‌دلیل تنوع بالای سیاست‌های قیمت‌گذاری با چالش‌های پیچیده‌ای در نظام‌های سلامت مواجه است [۱]. کشورهای مختلف، به‌ویژه با درآمد کم و متوسط، از ابزارهای سیاستی متنوعی شامل تنظیم مستقیم قیمت و اعمال سقف‌های قیمتی تا مقررات‌زدایی هدفمند و استفاده از مکانیسم‌های بازار برای مواجهه با این چالش‌ها بهره می‌برند[۲]. با این حال، اجرای موفقیت‌آمیز این سیاست‌ها با موانع متعددی از جمله چالش‌های تامین مالی، محدودیت‌های زنجیره تامین، و ظرفیت‌های اجرایی نظام سلامت مواجه است. یکی از پیامدهای نامطلوب سیاست‌های قیمتی نامناسب، به‌ویژه قیمت‌های دستوری، می‌تواند کمبود داروهای ضروری و در عین حال ارزان‌قیمت باشد که خود نیازمند مداخلات سیاستی برای تضمین صرفه اقتصادی تولید و تداوم عرضه است [۳]. سازمان جهانی بهداشت (WHO) نیز یکی از اهداف اصلی نظام‌های سلامت را تضمین دسترسی عادلانه به محصولات ضروری پزشکی، واکسن‌ها و فناوری‌هایی می‌داند که ایمن، مؤثر و مقرون به صرفه باشند؛ امری که تحقق آن مستلزم وجود سیاست‌ها، استانداردها، مقررات، شفافیت قیمت‌ها، تضمین کیفیت و سیستم‌های تدارکات و توزیع کارآمد است [۴]. ایران با حدود ۸۴ میلیون نفر جمعیت و سرانه تولید ناخالص داخلی نزدیک به ۵۵۵۰ دلار آمریکا [۵] دارای یک نظام سلامت متشکل از بخش‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی است که در تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت مشارکت دارند. علاوه بر این، اصل ۲۹ قانون اساسی، برخورداری از خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت‌های پزشکی را حق همگانی دانسته و دولت را موظف به تأمین آن از محل درآمدهای عمومی و مشارکت‌های مردمی کرده است [۶]. در چنین بستری، سیاست‌گذاری و مدیریت حوزه دارو با هدف تحقق این حق قانونی و دستیابی به اهداف نظام سلامت، اهمیتی دوچندان می‌یابد و با چالش‌های خاص خود روبروست. بازار دارویی ایران به عنوان یک کشور در حال توسعه، به شدت به بخش دولتی وابسته است و تحت تاثیر سیاست‌های ملی دارویی (National Drug Policy) قرار دارد[۷]. مولفه‌های اساسی این سیاست‌ها استفاده از پزشکی مبتنی بر شواهد، ارتقاء تولیدات ملی در حوزه غذا و دارو، کنترل قیمت‌ها و کمک به شکل‌گیری صنعت ملی دارو است[۸]. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جهت دسترسی به‌صرفه به داروها، از تولیدات داخلی حمایت کرده که منجر به بهبود دسترسی تمامی اقشار جامعه به داروهای با کیفیت در کشور شده است [۹]. این دستاوردها موجب شده است که بیش از ۹۶ درصد از نیازهای دارویی از طریق تولیدات داروهای داخل کشور تامین شود. با این حال، بخشی از مواد اولیه تولید دارو از طریق واردات تامین می‌شود که متاثر از تغییرات قیمت ارزی است[۱۰]. سالانه هزینه تامین دارو و تجهیزات پزشکی در جایگاه دوم بعد از هزینه‌های مربوط به نیروی انسانی و به عنوان بخش مهمی از مخارج اصلی نظام سلامت قرار دارد، که در ایران سرانه هزینه دارویی ۱۹/۵ درصد از کل هزینه بهداشت و درمان را تشکیل می‌دهد[۱۱]. از مشکلات مهم صنعت دارویی کشور در سالیان اخیر کاهش تخصیص ارز دولتی به دارو و اختلاف قیمت آن در بازار آزاد است که باعث افزایش قیمت دارو و کمبود برخی اقلام دارویی شده است. از این رو، سیاست ارز ترجیحی با هدف جلوگیری از افزایش قیمت کالاهای اساسی از جمله دارو و حمایت از اقشار کم درآمد جامعه به کار گرفته شده است [۱۲]. در راستای اجرای این سیاست، با بروز تاثیرات زیان‌بار تخصیص ارز ترجیحی و چند نرخی بودن ارز، اقداماتی مبنی بر بهبود این سیاست صورت گرفت [۱۲].

به منظور حمایت از مصرف‌کنندگان خدمات دارویی، طرح دارویار یا اصلاح سیاست‌های ارزی با هدف جلوگیری از مشکلات ایجاد شده به واسطه تخصیص ارز ترجیحی، در ۲۳ تیرماه ۱۴۰۱ در کشور آغاز گردید[۱۳]. مسئولان ارشد نظام سلامت با اجرای این طرح به دنبال ساماندهی تخصیص ارز ترجیحی دارو، از طریق حذف بخشی از ارز ترجیحی داروهای وارداتی و مواد اولیه بوده‌اند تا به جای آن با افزایش پوشش بیمه‌ای داروها، ضمن کنترل قیمت دارو، هزینه خرید دارو از جیب مردم با افزایش چشمگیری همراه نباشد. این اقدام در راستای سیاست‌های کلی نظام سلامت مبنی بر مدیریت منابع از طریق نظام بیمه‌ای بود که با حذف ارز ترجیحی دارو، اعتبار مورد نیاز برای اجرای طرح دارویار به جای پرداخت به شرکت‌های دارویی به منظور تامین مواد اولیه و خرید دارو، از طریق سازمان برنامه و بودجه‌ی کشور در اختیار سازمان‌های بیمه‌گر قرار گرفت تا سهم پرداختی بیمه‌ها افزایش یابد. در واقع، دارو با قیمت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.66224/payesh.25.2.165]

معمول بازار خریداری شده و بیمه مابه‌التفاوت ارز را روی دارو اعمال می‌کند و به داروخانه پرداخت می‌کند [۱۳]. اقداماتی به منظور پایش این طرح انجام شده که شامل استقرار تیم بازرسی ویژه در وزارت بهداشت با هدف تضمین بهره‌مندی مردم از طرح، اعلام عمومی قیمت دارو در برنامه کاربردی تیتک و سایت رسمی سازمان غذا و دارو، امکان گزارش موارد تخلف از طریق سامانه ۱۹۰ وزارت بهداشت یا برنامه کاربردی تیتک، می‌باشد [۱۴]. با توجه به اهمیت این طرح در سیاست‌گذاری دارویی کشور، شناسایی مشکلات آن نیازمند پژوهش‌های عمیق‌تری است تا نور کافی به مسیر سیاست‌گذاران در بهبود فرایند اجرای طرح بتاباند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف شناسایی چالش‌ها و ارائه راهکارهای بهبود طرح دارویار انجام پذیرفت.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی بود که در سال ۱۴۰۲ در محیط دانشگاه علوم پزشکی تهران با روش پدیدارشناسی تفسیری و به منظور توصیف، تبیین و تفسیر چالش‌های اجرای طرح دارویار و شناسایی راهکارهای رفع آنها انجام شد. رویکرد پژوهش‌های کیفی به صورت استقرایی است که مناسب با موضوعاتی است که دانش اندکی در آن مورد وجود دارد. این نوع تحقیق به مطالعه ماهیت پدیده‌های مورد بررسی پرداخته و به کشف، تبیین و تفسیر پدیده کمک می‌کند [۱۶, ۱۵].

تعداد ۲۳ مصاحبه چهره به چهره نیمه‌ساختاریافته برای جمع آوری داده‌ها، با گروه هدف انجام گردید؛ این تعداد بر اساس اصل اشباع داده‌ها در تحقیقات کیفی حاصل شد، به این معنی که مصاحبه‌ها تا زمانی ادامه یافت که اطلاعات جدید و معناداری به دست نمی‌آمد. مشارکت‌کنندگان به این دلیل انتخاب شدند که نماینده گروه‌های اصلی ذینفعان درگیر در طرح دارویار بوده و دارای تجارب و دیدگاه‌های متنوع و ارزشمندی در خصوص موضوع مطالعه بودند. این افراد شامل: مدیران و کارشناسان سازمان غذا و دارو، کارشناسان معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تهران، کارشناسان سازمان بیمه سلامت، پزشکان، مسئولان فنی شاغل در داروخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران و مراجعه‌کنندگان به داروخانه‌ها بودند. بیشتر مصاحبه‌شوندگان دارای مدرک تحصیلی دکتری (۸۷ درصد) و سابقه کاری ۱۵ سال و بیشتر (۴۸ درصد) بودند. (جدول ۱). برای انتخاب مشارکت‌کنندگان جهت حضور در مصاحبه، از روش‌های نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی با رعایت حداکثر تنوع استفاده شد تا افرادی که بیشترین تجربه و اطلاعات را در زمینه‌ی اجرای طرح دارویار داشتند، برای مطالعه انتخاب شوند. همچنین، داشتن حداقل ۳ سال سابقه کار مرتبط و اعلام رضایت داوطلبانه برای شرکت در پژوهش، از معیارهای ورود به مطالعه بود. سوالات راهنمای مصاحبه باتوجه به اهداف پژوهش طراحی شد (راهنمای مصاحبه در پیوست ۱ ارائه شده است). زمان و مکان انجام مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با توجه به نظر مشارکت‌کنندگان تعیین گردید و مدت زمان هر مصاحبه بین ۳۰ تا ۸۲ دقیقه متغیر بود.

فرآیند تحلیل داده‌ها طبق روش تحلیل موضوعی شش مرحله‌ای براون و کلارک انجام شد [۱۷]: ابتدا، محققان با مطالعه مکرر متن مصاحبه‌های پیاده‌شده، با داده‌ها آشنا شدند (مرحله ۱). سپس، کدهای اولیه مرتبط با اهداف پژوهش از متن استخراج گردید (مرحله ۲). در ادامه، کدها بررسی و دسته‌بندی شده و مضامین (تم‌های) بالقوه اولیه شناسایی شدند (مرحله ۳). این مضامین در مراحل بعدی بازبینی، تعریف و نام‌گذاری نهایی گردیدند (مراحل ۴ و ۵) تا گزارش نهایی تهیه شود (مرحله ۶). برای کمک به مدیریت و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۰ استفاده شد. در این مقاله، نقل‌قول‌های مستقیم از مصاحبه‌شوندگان با علامت "م" و شماره مشارکت‌کننده مشخص شده‌اند.

برای تضمین اعتبار و کیفیت داده‌های کیفی در این مطالعه، معیارهای چهارگانه گوبا و لینکلن شامل باورپذیری (Credibility)، قابلیت انتقال (Transferability)، قابلیت اعتماد (Dependability) و تأییدپذیری (Confirmability) مدنظر قرار گرفت و راهبردهای زیر به کار گرفته شد [۱۹, ۱۸].

به منظور افزایش باورپذیری موارد زیر لحاظ شدند:

- از روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع برای اطمینان از دربرگرفتن طیف وسیعی از تجارب و دیدگاه‌های مرتبط با طرح دارویار استفاده شد.
- پس از انجام هر مصاحبه و پیاده‌سازی اولیه، خلاصه‌ای از یافته‌های کلیدی در اختیار مشارکت‌کننده‌ها و متخصصان (Respondent and Peer Examination) قرار گرفت تا صحت برداشت محقق را تأیید یا اصلاح نماید.
- صرف زمان کافی برای هر مصاحبه و انجام مصاحبه‌ها تا رسیدن به نقطه اشباع داده‌ها به درک عمیق‌تر پدیده کمک کرد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.66224/payesh.25.2.165]

به منظور افزایش قابلیت انتقال نیز توصیف نسبتاً دقیقی از زمینه مطالعه (دانشگاه علوم پزشکی تهران)، مشخصات مشارکت‌کنندگان (جدول ۱)، روش گردآوری و تحلیل داده‌ها ارائه گردید تا خوانندگان بتوانند قابلیت کاربرد یافته‌ها در زمینه‌های مشابه را ارزیابی کنند.

به منظور افزایش قابلیت اعتماد و تأییدپذیری، نیز فرآیند کدگذاری و استخراج مضامین توسط بیش از یک محقق انجام و نتایج به طور مرتب مورد بحث و بازبینی قرار گرفت تا از سوگیری فردی کاسته و پایداری تحلیل افزایش یابد. علاوه بر این، سعی شد مراحل انجام پژوهش، از انتخاب مشارکت‌کنندگان تا تحلیل نهایی، به روشنی ثبت و مستندسازی شود تا قابلیت ردیابی فرآیند وجود داشته باشد.

ملاحظات اخلاقی نیز مدنظر تیم پژوهشی بود. پژوهش حاضر با دریافت کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گردید (IR.TUMS.SPH.REC.1401.220). همچنین، مواردی همچون آزادی مصاحبه‌شوندگان برای شرکت در مصاحبه، اخذ رضایت آگاهانه، ضبط صدا با کسب اجازه از مصاحبه‌شوندگان، حفظ استقلال مصاحبه‌شوندگان و حفظ محرمانگی در اطلاعات شرکت‌کنندگان و مواجهه بی‌طرفانه پژوهشگران در برخورد با داده‌ها در تمامی مراحل پژوهش رعایت گردید.

یافته ها

در این مطالعه، تعداد ۱۷ چالش مشخص در مسیر اجرای طرح دارویار شناسایی شد. این چالش‌ها در ۳ گروه اصلی به شرح زیر طبقه‌بندی شدند (جدول ۳):

- چالش‌های تامین مالی: شامل مواردی نظیر سهم ناکافی طرح از بودجه کل کشور، تاخیر سازمان برنامه و بودجه و سازمان‌های بیمه‌گر در پرداخت تعهدات مالی، و مشکلات نقدینگی شرکت‌های دارویی.
- چالش‌های اجرا: شامل مواردی مانند عدم وجود ستاد راهبری قدرتمند و ناهماهنگی بین دستگاهی، مشکلات ناشی از افزایش مالیات بر ارزش افزوده و تاخیر در ترخیص مواد اولیه، و فراهم نبودن برخی زیرساخت‌های اجرایی.
- چالش‌های پایش و نظارت: شامل مواردی همچون هزینه‌بر بودن فرآیند نظارت، دشواری انتقال تمرکز نظارتی از شرکت‌ها به تعداد زیاد داروخانه‌ها، ضعف در انضباط مالی برخی سازمان‌های بیمه‌گر و قاچاق معکوس دارو به خارج از کشور به دلیل تفاوت قیمت ناشی از یارانه

علاوه بر این، تعداد ۱۶ راهکار مشخص برای رفع یا کاهش چالش‌های شناسایی‌شده در اجرای طرح دارویار، از تحلیل داده‌ها استخراج و مورد بررسی قرار گرفت. جزئیات چالش‌ها و راهکارهای شناسایی‌شده از تحلیل داده‌های کیفی حاصل از مصاحبه‌ها، در جدول ۲ به طور کامل ارائه گردیده است. همانطور که در بخش قبل اشاره شد، چالش‌ها در سه گروه اصلی مالی، اجرایی، و پایش و نظارت دسته‌بندی شدند. به طور مشابه، راهکارهای شناسایی‌شده برای بهبود اجرای طرح دارویار نیز در سه دسته اصلی شامل راهکارهای مرتبط با تامین مالی، راهکارهای مرتبط با اجرا، و راهکارهای مرتبط با نظارت و پایش طبقه‌بندی گردیدند که در ادامه به تفصیل مورد بحث قرار می‌گیرند.

چالش‌های تامین مالی: چالش‌های مرتبط با تامین مالی به عنوان یکی از موانع اصلی در اجرای موفق طرح دارویار توسط مشارکت‌کنندگان مطرح شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که این چالش‌ها شامل مضامین فرعی متعددی از جمله: سهم کم دارویار از لایحه بودجه، از بین رفتن مکانیسم نیمایی و دولتی شدن مجدد ارز، تاخیر در آزاد شدن نرخ ارز داروهای وارداتی، ثابت ماندن قیمت دارو بدون در نظر گرفتن نرخ تورم، عدم رعایت فواصل پرداخت توسط سازمان برنامه و بودجه و تاخیر بیمه‌ها در پرداخت مطالبات، تعلل بانک مرکزی در پرداخت وام‌های حمایتی به شرکت‌های دارویی، و اختصاص بودجه دارویار به امور غیر مرتبط توسط برخی سازمان‌ها بود (جزئیات در جدول شماره ۳). در ادامه، هر یک از این چالش‌ها به تفصیل شرح داده می‌شود:

سهم کم دارویار از لایحه بودجه: اعتبار ۶۹ هزار میلیارد تومانی طرح دارویار در لایحه بودجه سال ۱۴۰۲، انتقاد کارشناسان حوزه سلامت را برانگیخت. این درحالی است که سهم دارویار از بودجه سال ۱۴۰۳ نیز مطابق پیش‌بینی‌ها درنظر گرفته نشده است و در صورت عدم اصلاح این رقم، اختلال در زنجیره تولید و تأمین دارو و دشواری در دسترسی به اقلام دارویی، اتفاقی محتمل است. در تأیید این موضوع، یکی از مدیران شاغل در سازمان بیمه سلامت (مشارکت‌کننده م.۱۵) در خصوص اهمیت بودجه تخصیص داده شده به دارویار بیان داشت: "قبل از هر چیزی کم درنظر گرفتن بودجه برای اجرای طرح دارویار را می توان به عنوان چالش اساسی برای آن درنظر گرفت که با آنچه برآورد شده بود واقعا اختلاف قابل توجهی داشت." [م.۱۵].

از بین رفتن مکانیسم نیمایی و دولتی شدن مجدد ارز: حذف ارز ترجیحی دارو و جایگزین کردن ارز نیمایی یکی از اقدامات مهم دولت سیزدهم در حوزه سلامت است. با این وجود تلاش دولت برای

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.66224/payesh.25.2.165]

تغییر مبنای قیمت ارز نافرجام مانده و از بین رفتن مکانیسم نیمایی و دولتی شدن مجدد ارز و قیمت گذاری دستوری یکی از چالش‌هایی است که توسط برخی از مصاحبه‌شوندگان عنوان شد. یکی از مدیران شاغل در سازمان غذا و دارو در این خصوص این‌گونه عنوان داشت: "...دارویار اجرا شد و ۶ماه بعد از شروع طرح، نرخ ارز را تثبیت کردند! با این رویکرد ما مجدد برگشتیم به مشکلات پیش از اجرای طرح و نگرانی های مربوط به ثابت ماندن نرخ ارز. "[م.۱۶].

– **تأخیر در آزادسازی نرخ ارز داروهای وارداتی:** حذف ارز ترجیحی داروها طی دو مرحله انجام شد. در این سیاست ابتدا ارز ترجیحی داروهای تولید داخل آزاد شد و همین موضوع زمینه ایجاد مشکلاتی ازجمله ایجاد انگیزه برای دپوی داروهای وارداتی برای فروش توسط شرکت‌های دارویی و داروخانه‌ها با قیمت بیشتر را ایجاد کرد. یکی از کارکنان شاغل در سازمان غذا و دارو در این زمینه گفت: " فاز اول که تیر ماه بود داروهای تولید داخل آزاد شد و در فاز دوم و در چند بخش داروهای وارداتی به ترتیب اولویتی که داشتند آزاد شدند. این موضوع را ما مطرح کرده بودیم که تمام داروها طی یک مرحله آزاد بشوند اما متاسفانه ضمن اجرای طرح، آن‌طور که برنامه‌ریزی شده بود پیش نرفت." [م۱].

ثابت ماندن قیمت دارو بدون در نظر گرفتن نرخ تورمی دارو

صنعت دارو یکی از صنایع راهبردی کشور است و ضروری است که قیمت گذاری محصولات دارویی به صورت واقعی تعیین شود، تا تولیدکنندگان انگیزه و توان لازم برای تامین داروی مورد نیاز مردم را داشته باشند. ثابت ماندن قیمت دارو بدون در نظر گرفتن نرخ تورمی دارو به عنوان یکی از مشکلات و چالش‌های اجرای طرح دارویار بیان شد. یکی از مدیران سازمان غذا و دارو عنوان کرد: " دولت یارانه روغن، گندم، نهاده‌های مرغ و تخم مرغ را عوض نکرد؟ دارو هم همین‌طور است. نمی‌شود بدون در نظر گرفتن نرخ تورم، یک قیمت ثابت و دستوری برای آن تعیین کرد." [م. ۲۳].

عدم رعایت فواصل پرداخت مشخص پول توسط سازمان برنامه و بودجه و تاخیر بیمه در پرداخت مطالبات

بخشی از چالش‌های مرتبط با تامین مالی طرح دارویار به عدم رعایت فواصل پرداخت مشخص پول توسط سازمان برنامه و بودجه مربوط می‌شود. در بودجه سال ۱۴۰۲، ۶۹ همت برای طرح دارویار اختصاص یافته بود که باید در هر ماه یک دوازدهم آن واریز می‌شد. این درحالی است که تا شش ماه اول سال ۱۴۰۲ حدود ۲۳ همت واریز شد. عدم رعایت فواصل پرداخت توسط سازمان برنامه و بودجه منجر به تاخیر سازمان‌های بیمه در پرداخت مطالبات داروخانه‌ها و شرکت‌های دارویی شد. درنهایت این امر تولید دارو و دسترسی مردم و بیماران را به دارو با مشکل مواجه می‌کند. مسئول فنی یکی از داروخانه‌های بیمارستانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران گفت: " مهم‌ترین چالش بحث تامین اعتبار است. وقتی به موقع انجام نشود باعث نارضایتی شرکت‌های دارویی و همین‌طور داروخانه‌ها می‌شود. با این رویکرد عملا شرکت‌های دارویی قادر نخواهند بود نیاز دارویی کشور را تامین کنند." [م. ۷]

تعلل بانک مرکزی در پرداخت وام های حمایتی به شرکت‌های دارویی: اختلال در تولید و توزیع دارو با تعلل بانک مرکزی در پرداخت تسهیلات حمایتی به شرکت‌های دارویی و عدم تامین نقدینگی لازم ازجمله چالش‌هایی بود که روند اجرای طرح را با مشکل مواجه کرد. باتوجه به اختلاف بین نرخ ارز ترجیحی و ارز نیمایی شرکت‌های دارویی خصوصا شرکت‌های تولیدکننده با چالش شدید نقدینگی مواجه شدند و به سرمایه‌در گردش بیشتری نسبت به قبل از اجرای طرح دارویار نیاز داشتند. یکی از مدیران سازمان بیمه سلامت نیز نظر مشابه داشتند: " قرار بود بانک‌ها به شرکت‌های واردکننده وام بدهند و نقدینگی در اختیارشان بگذارند که بتوانند مواد اولیه واردکنند و بعدا بانک مرکزی مابه‌التفاتش را بدهد. این اتفاق در ماه‌های اول اجرای طرح نیفتاد و این باعث کمبود برخی از اقلام دارویی شد." [م. ۲].

اختصاص بودجه دارویار به امور غیر مرتبط توسط برخی سازمان‌ها: موضوع دیگری که توسط مصاحبه‌شوندگان به عنوان یکی از چالش‌های مرتبط با حیطه تامین مالی عنوان شد، اختصاص بودجه دارویار به امور غیر مرتبط توسط برخی از سازمان‌های درگیر در اجرای طرح بود. کارشناس سازمان بیمه سلامت بیان کرد: " بودجه تخصیص داده شده بود ولی بعضی از ذینفعان قسمتی از بودجه دارویار را برای کارهای دیگری به‌کار بردند و خود طرح با مشکل مواجه شد و وقفه در روند اجرا ایجاد کرد." [م.۲۲]

چالش‌های اجرایی: به رغم دستاوردها و مزایای شمرده شده برای طرح، چالش‌های اجرایی در طرح دارویار عنوان شده و با گذشت زمان برخی از آثار مثبت آن که با صرف منابع زیادی به دست آمده بودند، روند معکوس به خود گرفته که نیاز به بازبینی دارند. چالش‌های فرعی شناسایی شده در این حوزه در پنج دسته به شرح زیر قرار گرفت.

عدم تشکیل یک قرارگاه/ ستاد تصمیم‌گیری با قدرت اجرایی کافی:

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.66224/payesh.25.2.165]

واگذاری کلیه امور دارویار به وزارت بهداشت و عدم تشکیل یک ستاد تصمیم‌گیری با قدرت اجرایی کافی که بتواند هماهنگی بین بخشی لازم بین ارگان ها و سازمان‌های ذینفع درگیر در اجرای طرح را فراهم کند، به عنوان یکی از چالش‌های مهم اجرای طرح دارویار از دیدگاه ذینفعان مطرح شد. یکی از نظر یکی از مدیران سازمان غذا و دارو طرح در این مورد بدین شرح بود: "در مورد هماهنگی بین بخشی که عرض کردم خوب نبود، ما لازم داشتیم که رئیس جمهور یا معاون اول ایشان به عنوان رئیس ستاد تصمیم‌گیری اوضاع را تحت کنترل بگیرند. درحالی که ابتدای طرح این مهم به وزیر بهداشت واگذار شد و خب ایشان قدرت اجرایی کافی برای متقاعد کردن سازمانی مثل برنامه و بودجه یا بانک مرکزی نداشتند درنتیجه اینجا هم اجرای طرح با مشکل مواجه شد." [م.۱۸]

وجود اختلاف درنحوه بستن سندهای مختلف بین سازمان‌های بیمه‌ای: سازمان‌های بیمه به عنوان یکی از ذینفعان درگیر در طرح دارویار، نقش پررنگی در اجرای موفق طرح داشته و دارند. یکی از موضوعاتی که توسط برخی از مصاحبه‌شوندگان مورد تاکید واقع شد؛ اختلاف بین نحوه بستن سندها بین سازمان‌های بیمه پایه بود. تجربه کارشناس معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تهران در این مورد: "ما با سازمان‌های بیمه گر به خاطر نحوه اجرایی شدن کار و تفاوت هایی که در سندها و پرونده های مختلف وجود داشت به شدت درگیر بودیم، گاها بین بیمه‌های مختلف اختلاف وجود داشت. مثلا بیمه سلامت و تامین اجتماعی میگفتند که ستون ارز ترجیحی جدا محاسبه شود، مبالغی که در اسناد سفره ای لحاظ می‌شود و میزان تعهد هم جدا. ولی بیمه نیروهای مسلح به این شکل نبود و اصرار داشت که مبلغ تعهد با مبلغ ارز ترجیحی جمع بسته و یک عدد کلی ارائه شود." [م.۲۱].

عدم ترخیص مواد اولیه دارویی به دلیل افزایش مالیات بر ارزش افزوده: در طراحی اولیه طرح دارویار مالیات برارزش افزوده اقلام دارویی یک درصد محاسبه شده بود؛ این درحالی است زمانی که طرح به مرحله اجرا رسید این رقم از یک درصد به نه درصد افزایش پیدا کرد. شرکت‌های دارویی از ترخیص داروها و مواد اولیه امتناع کردند و همین موضوع باعث ایجاد کمبودهای دارویی در ماه‌های اول اجرای طرح شد. این روند تا اوایل آذرماه سال ۱۴۰۱ ادامه داشت و درنهایت پیرو بخشنامه رئیس دفتر معاون اول رئیس جمهور شماره ۲۲۹/۱۴۰۱/۱۱۳۰۶۶۹ مورخ ۱۴۰۱/۸/۷ در خصوص کاهش مالیات بر ارزش افزوده مواد اولیه دارو، مقرر گردید مالیات بر ارزش افزوده اقلام دارویی از ۹ درصد به یک درصد از ابتدای سال ۱۴۰۱ محاسبه گردد. یکی از کارشناسان سازمان غذا و دارو نیز تجربه خود را اینگونه بیان کرد: " در طراحی این طرح طبق توافقاتی که از قبل صورت گرفته بود، مالیات بر ارزش افزوده را یک درصد لحاظ شده بود. طرح که به مرحله اجرا رسید همه چیز تغییر کرد. گفته شد که باید با مالیات ۹درصد اقلام دارویی و مواد اولیه را ترخیص کنند. شرکت‌های دارویی هم داروها را ترخیص نمی کردند." [م. ۱۰]

فراهم نبودن بستر و زیرساخت لازم برای اجرا: یکی از موانع کلیدی در مسیر اجرای موفق طرح دارویار، ضعف در زیرساخت‌های فنی و الکترونیکی بود. علیرغم اینکه اجرای طرح نیازمند تبادل دقیق داده‌ها بود، برخی زیرساخت‌های اجرایی فراهم نبود. چالش اصلی در این حوزه عدم یکپارچگی سیستم‌های اطلاعاتی بود؛ به طوری که نیاز به اتصال نرم‌افزارهای واسط به نرم‌افزار بیمه سلامت برای تسهیل تبادل داده‌ها و به‌روزرسانی سامانه‌های سازمان‌های بیمه‌گر جهت اطمینان از سازگاری و کارایی احساس می شد. مسئول فنی داروخانه یکی از بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بیان کرد: "فقدان یک نرم‌افزار واحد برای مدیریت نسخه و موجودی دارو در داروخانه‌ها و نبود یک وب‌سرویس یکپارچه از سوی سازمان غذا و دارو برای تبادل اطلاعات با سازمان‌های بیمه، فرآیند اجرا و نظارت را با دشواری مواجه کرد. این نقص‌های فنی باعث شد که پایش دقیق طرح و جلوگیری از تخلفات دشوارتر شود."[م. ۹]

تمایل مردم به خوددرمانی و عدم مراجعه به پزشک: این چالش ریشه در فرهنگ عمومی و مسائل اقتصادی دارد و می‌تواند اهداف طرح دارویار (که بر مبنای نظام نسخه‌نویسی استوار است) را تحت تأثیر قرار دهد. تمایل مردم به خوددرمانی و اجتناب از مراجعه به پزشک اغلب به دلایلی همچون هزینه‌های بالای خدمات درمانی، دسترسی محدود به پزشک در برخی مناطق و دانش کم افراد درباره بیماری‌ها رخ می‌دهد. پیامد این موضوع فراتر از شکست طرح دارویار است و می‌تواند منجر به تأخیر در تشخیص و درمان بیماری‌ها، افزایش شدت بیماری و در نهایت تحمیل هزینه‌های سنگین‌تر به نظام سلامت ناشی از عوارض بیماری‌ها شود. از دید یکی از پزشکان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی تهران، "زمانی که بیماران به جای مراجعه به پزشک و دریافت نسخه (که شرط بهره‌مندی از یارانه دارو در طرح دارویار است) به خوددرمانی روی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.66224/payesh.25.2.165]

می‌آورند، چرخه رسمی توزیع و قیمت‌گذاری دارو دچار اختلال می‌شود. راهکار مقابله با این چالش، افزایش آگاهی عمومی و ارتقای دسترسی به خدمات پزشکی با هزینه مناسب می‌باشد. "[م.۲۰]

چالش‌های مربوط به نظارت و پایش: از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، چالش‌های فرعی مربوط به نظارت و پایش در اجرای طرح دارویار در چهار حوزه ازجمله: هزینه‌بر بودن نظارت و پایش طرح، دشواری انتقال بحث نظارتی از شرکت‌های دارویی به داروخانه‌ها، انضباط مالی سازمان‌های بیمه گر و قاچاق معکوس دارو به خارج از کشور به دلیل تفاوت قیمت ناشی از یارانه بود. دیدگاه یکی از مدیران سازمان بیمه سلامت در این مورد بدین صورت بود: " این واقعیت که توجه به مسئله نظارت و پایش در اجرای هر طرح یا برنامه ای ازجمله اجرای طرح دارویار مستلزم صرف هزینه و زمان هست قابل چشم پوشی نیست. [م.۲۰]. کارشناس سازمان غذا و دارو عنوان داشت: "یکی از مهم‌ترین چالش‌های اجرای طرح دارویار بحث نظارتی هست، ما به جای اینکه روی ۱۰تا از شرکت‌های تولید و توزیع نظارت داشته باشیم، الان باید مثلا ۲۰۰۰ داروخانه را کنترل کنیم. چون مراکز زیاد می‌شود؛ دست متخلفین کوچک و تخلف های کوچک بازتر می‌شود و خب کار نظار ت هم سخت‌تر می‌شود." [م.۵].

یکی از چالش‌های تاثیرگذار بر روند اجرای طرح دارویار، تسویه به روز مطالبات داروخانه‌ها و به تبع آن مطالبات شرکت‌های دارویی از طرف سازمان‌های بیمه گر بود. یکی از طراحان طرح دارویار در این خصوص این چنین عنوان داشتند: "...نقد دیگری که وارد هست مسئله ضعیف بودن انضباط مالی سازمان‌های بیمه گر در پرداخت مطالبات داروخانه‌ها و مراکز درمانی با تاخیرهای چندماهه است."

[م.۲۳] یکی از مدیران شاغل در سازمان غذا و دارو در این خصوص بیان داشتند که: "بخشی از تاخیرهای صورت گرفته در پرداخت بروز مطالبات متوجه سازمان‌های بیمه گر است. به‌کارگیری مکانیسمی که باعث عملکرد بهتر سازمان‌های بیمه گر در پرداخت مطالبات گردد ضروری به‌نظر می رسد."[م.۱۶]. قاچاق معکوس دارو در ایران پدیده‌ای است که در آن، داروهایی که با ارز دولتی و یارانه‌ای تهیه شده و یا در داخل کشور با قیمت پایین تولید می‌شوند، به صورت غیرقانونی از مرزهای کشور خارج و در کشورهای همسایه با قیمت گزاف به فروش می‌رسند. این پدیده که ریشه در تفاوت فاحش قیمت دارو در ایران و کشورهای منطقه دارد، به یکی از چالش‌های اصلی نظام سلامت کشور تبدیل شده و کمبودهای دارویی و آسیب‌های جدی به بیماران را در پی داشته است. این معضل زمانی اوج گرفت که دولت برای حمایت از بیماران و کنترل قیمت دارو، ارز ترجیحی با نرخ ۴۲۰۰ تومان برای واردات دارو و مواد اولیه دارویی تخصیص داد. این سیاست در حالی که با هدف مثبت طراحی شده بود، به دلیل اختلاف چشمگیر این نرخ با نرخ ارز در بازار آزاد، انگیزه‌ای قوی برای سودجویان ایجاد کرد تا داروی ارزان‌قیمت را از شبکه توزیع رسمی کشور خارج کرده و در بازارهای خارجی به فروش برسانند. کارشناس سازمان غذا و دارو درخصوص قاچاق معکوس دارو بیان داشت:" قاچاق معکوس دارو اثرات مخرب و گسترده‌ای از جمله کمبود های دارویی، افزایش هزینه بیماران، آسیب به تولیدکنندگان داخلی، هدر رفت منابع ارزی و یارانه ای دولت، بر نظام سلامت و جامعه ایران بر جای گذاشته است. یکی از مهم‌ترین این اقدامات در این راستا اجرای "طرح دارویار "بوده است."[م. ۱۰].

جدول ۱: مشخصات جمیعت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

مشخصات مشارکت‌کنندگان	فراوانی	درصد
جنسیت		
مرد	۱۷	۷۳/۹۱
زن	۶	۲۶/۹
میزان تحصیلات		
کارشناسی	۲	۸/۶
کارشناسی ارشد	۱	۴/۴
دکتری و بالاتر	۲۰	۸۷
تجربه کاری		
۱۵ سال و بیشتر	۱۱	۴۷/۸۲
۱۰-۱۵	۸	۳۴/۷۸
کمتر از ۱۰ سال	۴	۱۷/۳۹

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.66224/payesh.25.2.165]

جدول ۲: تعداد مشارکت‌کنندگان به تفکیک سازمان محل فعالیت

محل خدمت مصاحبه‌شوندگان	تعداد افراد
مدیران شاغل در سازمان غذا و دارو	۴
مدیران شاغل در سازمان بیمه سلامت	۴
مسئولین فنی شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران	۳
کارشناسان شاغل در سازمان غذا و دارو	۴
کارشناسان شاغل در سازمان بیمه سلامت	۳
پزشکان شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران	۳
کارشناسان شاغل در معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تهران	۲

جدول ۳: چالش‌ها و راهکارهای اجرای طرح دارویار از دیدگاه ذینفعان

مضامین اصلی	مضامین فرعی	راهکارها	کد
تامین مالی	سهم کم دارویار از لایحه بودجه از بین رفتن مکانیسم نیمایی و دولتی شدن مجدد ارز تأخیر در آزادسازی نرخ ارز داروهای وارداتی ثابت ماندن قیمت دارو بدون در نظر گرفتن نرخ تورمی دارو عدم رعایت فواصل پرداخت مشخص پول توسط سازمان برنامه و بودجه تاخیر سازمان‌های بیمه در پرداخت مطالبات داروخانه‌ها و شرکت‌های دارویی تعلل بانک مرکزی در پرداخت وام های حمایتی به شرکت‌های دارویی اختصاص بودجه دارویار به امور غیر مرتبط توسط برخی سازمان‌ها	تامین اعتبار به موقع و رعایت فواصل پرداخت همکاری سازمان‌های بیمه در پرداخت بروز مطالبات تسویه مطالبات شرکت‌های دارویی پیش از اجرای طرح تامین سرمایه‌در گردش شرکت‌های دارویی تعیین نرخ دارو متناسب با ساز وکار بازار تخصیص اعتبارات نشان دار برای دارویار	بودجه ناکافی، مشکلات ارزی، قیمت‌گذاری دستوری، تأخیر در پرداخت، مقاومت سیستم بانکی، انحراف منابع
اجرا	عدم تشکیل یک قرارگاه/ ستاد تصمیم‌گیری با قدرت اجرایی کافی وجود اختلاف در نحوه بستن سندهای مختلف بین سازمان‌های بیمه‌ای عدم ترخیص مواد اولیه دارویی به دلیل افزایش مالیات بر ارزش فزوده فراهم نبودن بستر و زیرساخت لازم برای اجرا تمایل مردم به خوددرمانی و عدم مراجعه به پزشک	تشکیل ستاد تصمیم‌گیری در سطح رئیس جمهور یا معاون اول استفاده از داشبورد دارویار اجرای طرح ژنریک و فرهنگ سازی درخصوص مصرف دارو معرفی یک وب‌سرویس با قابلیت اتصال به نرم‌افزارهای داروخانه‌ها و HIS الزام داروخانه‌ها برای استفاده از یک نرم‌افزار واحد فرهنگ سازی و آموزش به مردم	ضعف ساختار مدیریتی، ناهماهنگی بیمه‌ها، موانع گمرکی و مالیاتی، زیرساخت فنی ضعیف، فرهنگ مصرف، تغییر رفتار بیمار، فرهنگ سازی
پایش و نظارت	هزینه‌بر بودن نظارت و پایش طرح دشواری انتقال بحث نظارتی از شرکت‌های دارویی به داروخانه‌ها ضعف در انضباط مالی بیمه‌ها قاچاق معکوس دارو به خارج از کشور به دلیل تفاوت قیمت ناشی از یارانه	پایش و آسیب شناسی مداوم برای شناسایی انحراف‌ها تشکیل کمیته پایش در استان‌ها زیرنظر دانشگاه‌های علوم پزشکی تمرکز واحدهای نظارتی نظام سلامت در بخش‌های کلان‌تر (اهمیت نظارت بر عملکرد سازمان‌های بیمه گر) تقویت نظارت‌های گمرکی و مرزی و برخورد با شبکه‌های توزیع غیررسمی، افزایش شفافیت در زنجیره تامین و توزیع دارو	پایش پرهزینه، پیچیدگی نظارت، عدم انضباط مالی، قاچاق معکوس

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش شناسایی، تبیین و تفسیر چالش‌های مرتبط با اجرای طرح دارویار در دانشگاه علوم پزشکی تهران و ارائه راهکارهایی به منظور بهبود اجرای طرح بود. اجرای طرح دارویار با سه گروه اصلی ازجمله چالش‌های تامین مالی، چالش‌های اجرای طرح و چالش‌های مرتبط با نظارت و پایش مواجه بود. چالش‌های تامین مالی در قالب هشت چالش فرعی (سهم کم دارویار از لایحه بودجه، از بین رفتن مکانیسم نیمایی و دولتی شدن مجدد نرخ ارز، تأخیر در آزادسازی نرخ ارز داروهای وارداتی، ثابت ماندن قیمت دارو بدون درنظر گرفتن نرخ تورمی دارو، عدم رعایت فواصل پرداخت مشخص پول توسط سازمان برنامه و بودجه، تاخیر سازمان‌های بیمه گر در پرداخت مطالبات داروخانه‌ها و شرکت‌های دارویی، تعلل بانک مرکزی در پرداخت وام‌های حمایتی به شرکت‌های دارویی و اختصاص بودجه دارویار به امور غیرمرتبط توسط برخی از سازمان‌ها)، چالش‌های اجرا در قالب پنج چالش فرعی (عدم تشکیل یک قرارگاه/ ستاد تصمیم‌گیری با قدرت اجرایی کافی، وجود اختلاف درنحوه بستن سندهای مختلف بین سازمان‌های بیمه‌ای، عدم ترخیص مواد اولیه دارویی به دلیل افزایش مالیات بر ارزش افزوده، فراهم نبودن بستر و زیر ساخت لازم برای اجرا و تمایل مردم به خوددرمانی و عدم مراجعه به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.66224/payesh.25.2.165]

پزشک) درنهایت چالش‌های نظارت و پایش در سه دسته چالش فرعی (هزینه‌بر بودن نظارت و پایش، دشواری انتقال بحث نظارتی از شرکت‌های دارویی به داروخانه‌ها و ضعف در انضباط مالی بیمه‌ها) بود.

تامین بودجه کافی در اجرا و پیشبرد کامل طرح دارویار از مهم‌ترین فاکتورهای موثر در موفقیت این طرح محسوب می‌شود. طرحی که برای اجرای آن در سال ۱۴۰۱ به حدود ۷۳ هزار میلیارد تومان منابع مالی نیاز داشت تا در اختیار بیمه‌ها قرار گیرد، در همان سال اول با کسری بودجه مواجه شد. در اولین سال اجرای این طرح حدود ۵۰ درصد اعتبار پیش‌بینی شده مورد نیاز تامین نشد. این موضوع برای سال ۱۴۰۲ از همان ابتدا مساله دار بود زیرا بودجه مورد نیاز برای اجرای این طرح در سال ۱۴۰۲ که از سوی سازمان غذا و دارو پیش‌بینی شده بود، حدود ۱۰۷ هزار میلیارد تومان بود که در لایحه دولت و مصوبه مجلس فقط حدود ۶۷ هزار میلیارد تومان آن تصویب شد و پیدا بود که سالی پر چالش در حوزه دارویی در پیش است[۲۰] . موضوعی که نگرانی اصلی همه مصاحبه‌شوندگان نیز بود و درتایید یافته‌های پژوهش حاضر بود. تمام افراد مشارکت‌کننده در مصاحبه خاطر نشان کردند سهم کم دارویار از لایحه بودجه زنگ خطری برای ادامه روند طرح بود و اگر بودجه کافی برای دارویار مد نظر قرار نگیرد، قطعا طرح شکست خواهد خورد. طرح دارویار با هدف حذف ارز ترجیحی روی کار آمد، این درحالی است که بعد از چندماه از شروع شدن طرح دارویار نرخ ارز مجدد به ثبات رسید و علیرغم نوسانات نرخ ارز در بازار آزاد دولت ارز نیمایی را در قیمت حدودی ۲۸/۵۰۰ ثابت نگه داشت. این رویکرد طرح دارویار را که با هدف کاهش آسیب‌های ناشی از تخصیص ارز ترجیحی آغاز شده بود با مشکل مواجه کرد. همچین شواهد پژوهش نشان داد، چالش دیگری که دارویار با آن مواجه شد تاخیر در آزاد سازی نرخ ارز داروهای وارداتی و به عبارتی دو مرحله‌ای شدن آزاد سازی نرخ ارز داروها بود. موضوعی که عواقب آن از ابتدا به مسئولین ذیربط گوشزد شده بود، اما با این حال اجرایی شد.

عدم امکان ترخیص مواد اولیه دارویی از گمرک به دلیل افزایش مالیات بر ارزش افزوده مواد اولیه دارویی از ۱ درصد به ۹ درصد در بودجه سال ۱۴۰۱ یکی از چالش‌های مطرح شده در مطالعه انجام شده توسط نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی بود که یافته‌های مطالعه حاضر را تایید می‌کند[۲۱]. تاخیر سازمان‌های بیمه در پرداخت مطالبات دارویی نیز یکی از چالش‌های مهم در حوزه بهداشت و درمان است. این تاخیرات می‌تواند تأثیر مستقیمی بر عملکرد داروخانه‌ها و ارائه داروها به بیماران داشته باشد. این مسئله می‌تواند به عوامل مختلفی بستگی داشته باشد، از جمله فرآیندهای بیرونی (مانند تأخیر در تصویب مطالبات) یا مشکلات داخلی (مانند نقص در فرآیندهای داخلی سازمان‌های بیمه). برای حل این مسئله، لازم است که فرآیندهای پرداخت مطالبات دارویی بهبود یابد، زمان‌بندی مناسب برای پرداخت مطالبات تعیین شود و همچنین از سوی داروخانه‌ها نیز فرآیندهای دقیق و شفافیت بیشتر در ارائه مطالبات به سازمان‌های بیمه مورد نظر است. همچنین، استفاده از فناوری‌های نوین و سیستم‌های خودکار شده پرداخت مطالبات می‌تواند به بهبود این مسئله کمک کند[۲۲]. در این راستا، سازمان تأمین اجتماعی به عنوان یکی از متولیان اصلی بیمه در کشور در ۱۲ آبان سال ۱۴۰۲ اعلام کرده بود که مابه‌التفاوت مطالبات مربوط به اجرای طرح دارویار داروخانه‌ها تا پایان آبان ماه، به شکل کامل تسویه و پرداخت شده و با وجود مشکلات نقدینگی که در سازمان تأمین‌اجتماعی وجود دارد، این سازمان خود را متعهد به همکاری کامل و مؤثر با طرح دارویار می‌داند[۲۳].

طرح نظام دارویی یا طرح ژنریک که با هدف کاهش هزینه های دارویی در سبد خانوار و کاهش واردات دارو در سال ۱۳۵۸ اجرا شد؛ یکی از راهکارهای اساسی برای اجرای هرچه بهتر طرح دارویار مطرح شد. در این راستا، شواهد قبلی تاکید کرده است که عدالت در سلامت و استفاده از داروهای ژنریک به‌عنوان روشی مهم در حوزه بهره‌وری منابع مالی یکی از عوامل مهم در حوزه اقتصاد سلامت در دنیا است؛ بر همین اساس، نظام سلامت ایران با اجرای طرح تحول نظام دارویی پس از پیروزی انقلاب اسلامی، استراتژی‌هایی را برای کاهش هزینه‌های دارویی به کار گرفت که گامی مؤثر در این زمینه محسوب می‌شد[۲۴]. نتایج مطالعه انجام شده توسط نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی مبنی بر لزوم اجرای دقیق طرح ژنریک براساس سیاست های کلی سلامت نیز هم راستا با نتایج مطالعه ما بود [۲۱]. بحث مهم دیگر قیمت گذاری دستوری دارو بدون توجه به نرخ تورم و نوسانات شدید ارزی در کشور بود. قیمت گذاری دستوری که تا پیش از اجرای طرح ملی دارویار گریبان گیر صنعت دارویی کشور بود و مشکلات زیادی را در حوزه اقتصاد دارو به بار آورده بود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.66224/payesh.25.2.165]

واقعی شدن قیمت دارو و نزدیک شدن آن به قیمت بازار جهانی یکی از اهداف دیده شده در طرح دارویار است. بدون اصلاح قیمت، تولید دارو با مشکل مواجه می‌شود و کشور با کمبود دارویی مواجه خواهد شد. ارزیابی دقیق پیامدهای مالی طرح دارویار با چالش مهمی روبرو است که در سطح بین‌المللی نیز به آن اشاره شده است. یکی از این چالش‌ها فقدان شفافیت و دسترسی به قیمت‌های واقعی پرداخت، به دلیل تخفیفات و قراردادهای محرمانه است. به عبارتی تحلیل‌ها اغلب بر اساس قیمت‌های خرده‌فروشی یا قیمت درب کارخانه داروها انجام می‌شود که ممکن است تصویر کاملی از هزینه‌ها و اثربخشی واقعی سیاست‌ها ارائه ندهد [۲۵]. همچنین یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج مطالعه گوان و همکاران در چین همخوانی دارد که نشان می‌دهد کنترل قیمت برخی داروها لزوماً منجر به کنترل هزینه کل نمی‌شود، زیرا حجم و ترکیب مصرف داروها (تمایل به داروهای جدیدتر/گران‌تر) و سیاست‌های بازپرداخت بیمه‌ها نقش تعیین‌کننده‌تری دارند[۲].

درخصوص اختصاص بودجه دارویار به امور غیر مرتبط، نیاز به اصلاح سیاست‌ها و ارائه راهکارهای مالی مناسب از جمله جداسازی کامل حساب این اعتبارات از سایر حساب‌های دستگاه‌های ذینفع در اجرای طرح ازجمله دانشگاه‌های علوم پزشکی و سازمان‌های بیمه گر بود. همین‌طور برای وجود اختلاف در نحوه بستن سندهای مختلف بین سازمان‌های بیمه‌ای، ممکن است لازم باشد استانداردها و روش‌های ارتباطی مشترک تعیین شود.

تمایل مردم به خود درمانی و عدم مراجعه به پزشک یکی از چالش‌های مهم در حوزه بهداشت و درمان است. این مسئله ممکن است به دلایل مختلفی همچون هزینه‌های بالای درمان و خدمات پزشکی، دسترسی محدود به خدمات پزشکی در برخی مناطق، دانش کم افراد درباره بیماری و روش‌های درمان اتفاق بیفتد. این چالش‌ها می‌توانند منجر به مواردی مانند تأخیر در تشخیص و درمان بیماری‌ها، افزایش شدت بیماری‌ها و افزایش هزینه‌های درمانی ناشی از عوارض بیماری‌ها شوند. برای حل این چالش‌ها، افزایش آگاهی عمومی درباره اهمیت مراجعه به پزشک، ارتقای دسترسی به خدمات پزشکی و ارائه خدمات پزشکی با هزینه مناسب و کیفیت بالا از اهمیت بسزایی برخوردار است. در مطالعه انجام شده توسط نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی، جلوگیری از تقاضای القایی به عنوان یکی از راهکارهای اجرای موفق طرح دارویار مطرح شده است که مشابه با نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر بود [۲۱]. همان‌طور که قبلا اشاره شد، طرح دارویار یکی از طرح‌های مهم در حوزه بهداشت و درمان است که هدف از آن کنترل و نظارت بر استفاده از داروها، افزایش اطمینان از کیفیت داروها و کاهش مصرف نادرست داروها است. هزینه‌بر بودن نظارت و پایش طرح دارویار ممکن است به دلایلی ازجمله کمبود منابع انسانی، منابع مالی و پیچیدگی‌های فنی باشد. این چالش می‌تواند تأثیر مستقیمی بر کیفیت و قابلیت دسترسی به داروها و خدمات بهداشتی داشته باشند که برطرف کردن آن نیازمند تخصص فنی، همکاری بین سازمان‌ها و موسسات مختلف و تخصیص منابع مالی و انسانی مناسب است. همچنین، راهکارهای زیر می‌توانند بهبود زیرساخت‌های مرتبط با سیستم های بهداشت و درمان را تسهیل کرده و به بهبود عملکرد و کارایی این سامانه‌ها کمک کنند: اتصال نرم‌افزارهای واسط به نرم‌افزار بیمه سلامت جهت تسهیل در تبادل داده‌ها، الزام داروخانه‌ها برای استفاده از یک نرم‌افزار واحد برای مدیریت نسخه و موجودی دارو، بروزرسانی سامانه‌های سازمان‌های بیمه‌گر جهت اطمینان از سازگاری و کارایی و معرفی یک وب‌سرویس توسط سازمان غذا و دارو به سازمان‌های بیمه جهت تبادل اطلاعات به صورت یکپارچه. یافته‌های مطالعه حسن و همکاران نیز عدم وجود یا ضعف سازوکارهای ارزیابی فناوری سلامت در بسیاری از کشورهای مورد بررسی را به عنوان عامل کلیدی مطرح کرده که می‌تواند به تصمیم‌گیری‌ها و نظارت کمتر مبتنی بر شواهد منجر شود[۱].

تحلیل چالش‌های طرح دارویار در ایران و مقایسه آن با تجربیات و شواهد بین‌المللی، پیچیدگی ذاتی اصلاحات نظام دارویی را برجسته می‌سازد. موفقیت چنین طرح‌هایی به ندرت تنها با یک مداخله سیاستی حاصل می‌شود و نیازمند رویکردی جامع و هماهنگ است، که ابعاد مالی (تأمین پایدار، شفافیت قیمت)، اجرایی (هماهنگی قوی بین‌بخشی، زیرساخت کارآمد، مدیریت بازار ژنریک و برند) و نظارتی (پایش مؤثر، انضباط مالی) را همزمان مد نظر قرار دهد. پیشنهاد می‌گردد مدیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت با اقدام به رفع سه دسته چالش‌های اصلی ازجمله چالش‌های مرتبط با تامین مالی، چالش‌های مرتبط با اجرا و درنهایت چالش‌های مرتبط با نظارت و پایش بهتر به موفقیت اجرای طرح کمک کنند. فراهم کردن زیرساخت‌های و شرایط موردنیاز از جمله نسخه‌نویسی الکترونیک، تخصیص منابع مالی پایدار، هماهنگی سازمان‌های متولی، تدوین اسناد جامعه و شفاف از پیشران‌های موثر بر اجرای

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.66224/payesh.25.2.165]

طرح دارویار در کشور است که باید مورد توجه مسئولان ارشد حوزه دارو و درمان قرار گیرد. همچنین، ضرورت دارد تحقیقات بیشتری در ارتباط با طرح دارویار در دانشگاه‌های علوم پزشکی دیگر کشور انجام گردد تا دانش و بینش عمیق‌تری در این زمینه حاصل گردد. ارائه الگوهای مناسب در جهت اجرای کامل طرح دارویار، الگو گرفتن از برنامه کشورهای پیشرو در جهت حمایت از بیماران و تبیین دیدگاه ذینفعان مختلف و زیرساخت‌های موردنیاز می‌تواند موضوع تحقیقات آتی باشد.

اصلی‌ترین محدودیت این مطالعه عدم تعمیم‌پذیری نتایج به دلیل روش کیفی انجام مطالعه بود. همچنین، نتایج این مطالعه مطابق با ویژگی‌های جامعه تعریف شده در این مطالعه یعنی دانشگاه علوم پزشکی تهران بود که برای تعمیم آن نیاز به مطالعات اختصاصی بیشتری است. از دیگر محدودیت‌های انجام مطالعه ملاحظات شغلی افراد در ارائه‌ی اطلاعات در زمان انجام مصاحبه و دسترسی سخت به نمونه‌های مطالعه و جلب مشارکت و همکاری مصاحبه‌شوندگان برای انجام مصاحبه بود، که همراه داشتن معرفی‌نامه و دادن اطمینان خاطر به افراد به منظور محرمانه ماندن اطلاعات مصاحبه تاحدودی به حل این محدودیت‌ها کمک کرد. باتوجه به جدید بودن اجرای طرح دارویار در نظام سلامت کشور، پژوهشگر با محدودیت شواهد نیز مواجه بود.

این مطالعه با بررسی عمیق دیدگاه‌ها و تجارب ذینفعان تکلیدی طرح دارویار، نشان داد که اگرچه این طرح با اهداف مهمی در راستای اصلاح سیاست‌های ارزی و مدیریت منابع دارویی اجرا شد، اما موفقیت آن در گرو رفع چالش‌های ساختاری و سیستماتیک عمیقی است که فراتر از مسائل اجرایی روزمره قرار دارند. پیام اصلی حاصل از این پژوهش آن است که پایداری و دستیابی به اهداف طرح دارویار، بیش از هر چیز، به تضمین منابع مالی پایدار و قابل پیش‌بینی و مهم‌تر از آن، به ایجاد هماهنگی واقعی و کارآمد بین دستگاهی (شامل وزارت بهداشت، سازمان برنامه و بودجه، بانک مرکزی، سازمان‌های بیمه‌گر و صنعت دارو) وابسته است. ضعف در هر یک از این دو رکن اساسی، می‌تواند کل طرح را با خطر عدم موفقیت مواجه سازد. لذا، تمرکز سیاست‌گذاران و مجریان، علاوه بر رفع موانع اجرایی مشخص، باید بر تقویت این زیربناهای مالی و مدیریتی-هماهنگی استوار گردد تا اطمینان حاصل شود که طرح دارویار می‌تواند به اهداف خود در حمایت از بیماران و صنعت داروسازی، ضمن جلوگیری از هدررفت منابع، دست یابد.

تعارض منافع: نویسندگان اعلام می‌دارند که تعارض منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

سهم نویسندگان

سیده مریم موسوی: انجام مصاحبه‌ها، پیاده سازی و کدگذاری مصاحبه‌ها، تدوین مقاله

علی محمد مصدق راد: نظارت و ارائه نظرات اصلاحی

نبی شریعتی‌فر: نظارت و ارائه نظرات اصلاحی

ابراهیم جعفری پویان: تحلیل و تفسیر داده‌ها، ارائه ایدکه و همکاری در تدوین مقاله

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با عنوان " آسیب‌شناسی اجرای طرح دارویار در دانشگاه علوم پزشکی تهران از دیدگاه ذینفعان و ارائه راهکار" با کد اخلاق (IR.TUMS.SPH.REC.1401.220) بود که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران انجام شد. نویسندگان از تمامی مشارکت‌کنندگان در این طرح تقدیر و تشکر می‌نمایند. همچنین، نویسندگان مراتب سپاسگزاری خود را از داورانی که با بیان نظرات خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، اعلام می دارند.

منابع

1. Hasan SS, Kow CS, Dawoud D, Mohamed O, Baines D, Babar ZUD. Pharmaceutical policy reforms to regulate drug prices in the Asia Pacific Region: The case of Australia, China, India, Malaysia, New Zealand, and South Korea. Value in Health Regional Issues 2019;18:18-23

2. Guan X, Wushouer H, Yang M, Han S, Shi L, Ross-Degnan D, et al. Influence of government price regulation and deregulation on the price of antineoplastic medications in China: a controlled interrupted time series study. BMJ Open 2019;9:e031658

3. Rong X, Yin J, Duan S, Sun Q, Babar ZUD. The effects of pricing policy on the prices and supply of low-cost medicines in Shandong, China: evidence from an interrupted time series analysis. BMC Public Health 2020;20:588

4. Borghi J, Brown GW. Taking Systems Thinking to the Global Level: Using the WHO Building Blocks to Describe and Appraise the Global

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.66224/payesh.25.2.165]

Health System in Relation to COVID-19 journal of Global Policy 2022;13:193-207
5. Mosadeghrad AM, Khodayari R, Abbasi M, Karimi F. Sustainable financing strategies for the iranian health system: a scoping review journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2021;19:137-156 [Persian]
6. Ramazani RK. Constitution of the islamic Republic of Iran journal of Middle East 1980;34:181-204 [Persian]
7. Kebriaeezadeh A, Koopaei NN, Abdollahiasl A, Nikfar S, Mohamadi N. Trend analysis of the pharmaceutical market in Iran; 1997–2010; policy implications for developing countries journal of Pharmaceutical Sciences 2013;21:52 [Persian]
8. Cheraghali AM. Trends in Iran pharmaceutical market journal of Pharmaceutical Research 2017;16:1-7 [Persian]
9. Cheraghali AM, Nikfar S, Behmanesh Y, Rahimi V, Habibipour F, Tirdad R, et al. Evaluation of availability, accessibility and prescribing pattern of medicines in the Islamic Republic of Iran Journal of Eastern Mediterranean Health 2004;10:406-415 [Persian]
10. Zarei L, Yousefi N, Azmand S, Joulaei H, Bagheri Lankarani K. The challenges of stopping dual exchange rate in pharmaceutical products and its correction effects in Iran journal of Culture and Health Promotion of Academy of Medical Sciences 2022;5:537-54 [Persian]
11. Wong ZY, Hassali MA, Alrasheedy AA, Saleem F, Yahaya AH, Aljadhey H. Malaysian generic pharmaceutical industries: Perspective from healthcare stakeholders journal of Pharmaceutical Health Services Research 2014;5:193-203
12. Pourasghari H, Saadati M, Moradi N, Rezapour A, Yusefzade N, Dehnad A, Arablou J.Analyzing the policy of allocating preferential currency to medicine and presenting policy options for Iran Health management journal of Halth Administration 2022;25:45-61 [Persian]
13. Atrak Daily. Implementing the Darooyar Project and reforming medicine foreign exchange policies. Atrak Daily 2022 [Available from: https://www.atrakdaily.ir/fa/Main/Detail/28372/]
14. Moj News. Darooyar Project and actions taken in line with it. Moj News 2022 [Available from: https://www.mojnews.com/]]
15. Grossoehme DH. Overview of qualitative research. Health Care Chaplaincy 2014;20:109-122
16. Maggs-Rapport F. Combining methodological approaches in research:ethnography and interpretive phenomenology journal of Advanced Nursing 2000;31:219-225
17. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology journal of Qualitative Research in Psychology 2006;3:77-101
18. Shenton AK. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. Educ Inf 2004;22:63-75
19. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. 1st Edition, Beverly Hills, CA: Sage Publications; 1985
20. Doshanbehayedarouei.ir. An overview of the challenges of Darooyar Project from the perspective of government media. Doshanbehayedarouei.ir 2023 [Available from: https://doshanbehayedarouei.ir/pharma/12322/]
21. Challenges and Solutions for the Implementation of Darooyar Project journal of Culture and Health Promotion 2023;7:147-149 [Persian]
22. Mohammadinejad Gh. A comparative study of payment systems for hospital services by insurance organizations in several selected countries and providing a suitable model for Iran journal of Health Managemen 2000;6:94-144 [Persian]
23. IRNA. Settlement of the claims of Darooyar project of independent outpatient pharmacies until the end of December. IRNA 2023 [Available from: https://www.irna.ir/news/85008722/]
24. Generic Drug System, an Example of justice in health in the field of pharmaceutical services journal of Culture and Health Promotion 2018;2:423-37 [Persian]
25. Janssen Daalen JM, den Ambtman A, Van Houdenhoven M, van den Bemt BJF. Determinants of drug prices: a systematic review of comparison studies. BMJ Open 2021; 11:e046917

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.66224/payesh.25.2.165]