فصلنامه
سیاست‌نامهٔ علم و فناوری
دورهٔ ۱۶، شمارهٔ ۲، تابستان ۱۴۰۵

مقالهٔ پژوهشی

صفحات ۶۱-۷۶

ارزیابی سیاست‌های دارویی در ایران، مطالعهٔ موردی طرح دارویاری

: 20.1001.1.24767220.1405.16.2.4.9

علی خواجه‌نائینی[۱]
فائز دین‌پرستی‌صالح[۲]
حامد جعفری[۳]

چکیده

دارو یکی از اقلام استراتژیک در کشورهای مختلف است. یکی از برنامه‌های مرتبط با این حوزه در ایران، طرح دارویاری بود که در سال ۱۴۰۱ رسماً اجرا شد. این پژوهش با رویکرد کیفی و با هدف ارزیابی اجرای طرح دارویاری در چهار بُعد انجام شد: فرایند، نتایج، کارایی و تأثیرات. داده‌ها از طریق مصاحبهٔ عمیق با خبرگان و ذی‌نفعان حوزهٔ دارو گردآوری شدند. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نیز با روش تحلیل مضمون انجام شد. یافته‌ها در چهار مضمون پایه و ۲۶ مضمون فرعی سامان‌دهی شدند. رفع قاچاق معکوس دارو، جلوگیری از هدررفت منابع ارزی و افزایش داروهای تحت پوشش بیمه از جمله نتایج موفق طرح بودند. در مقابل، مشکل حاد نقدینگی در چرخهٔ تأمین دارو، تأخیر مکرر در پرداخت بدهی بیمه‌ها به داروخانه‌ها و شرکت‌های پخش، زنجیرهٔ تأمین را دچار آسیب جدی کرد و به ورشکستگی و آسیب به تولیدکنندگان داخلی منجر شد. همین نقص در تأمین مالی باعث شد طرح به هدف ثابت ماندن پرداخت از جیب مردم برای داروی نسخه‌ای نرسد. در مجموع، علی‌رغم مزیت‌های اولیه، مشکلات مربوط به نقدینگی و سطح اجرای سیاست (وزارتخانه به جای سطح ملی) موجب شد طرح به طور کامل به اهداف کلان خود نرسد.

واژگان کلیدی: ارزیابی سیاست، سیاست‌گذاری سلامت، سیاست‌های دارویی، طرح دارویاری

تاریخ دریافت: ۲۶ مرداد ۱۴۰۴ **تاریخ بازنگری: ۱۲ بهمن ۱۴۰۴** **تاریخ پذیرش: ۲۲ بهمن ۱۴۰۴**

۱. استادیار سیاست‌گذاری عمومی، دانشکدهٔ حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران (نویسندهٔ مسئول)؛ naieniali@atu.ac.ir
۲. دانشیار علوم سیاسی، دانشکدهٔ حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.
۳. دانشجوی دکتری سیاست‌گذاری عمومی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

مقدمه

با توجه به اهمیت و حساسیت فرآورده‌های دارویی، پس از افزایش ناگهانی قیمت ارز از اوایل سال ۱۳۹۷، دولت وقت با هدف کاهش آثار نامطلوب ناشی از این افزایش، دارو را جزو ۲۵ گروه کالاهای اساسی مشمول ارز ترجیحی بانکی قرار داد و ناچار شد ارز دولتی به ابتدای زنجیرهٔ تأمین و توزیع دارو (واردکنندگان و تولیدکنندگان) اختصاص دهد. در ادامه، به گفتهٔ وزیر بهداشت، مسئولان دولت سیزدهم برآن شدند تا با تدوین و اجرای سیاست حمایتی جدیدی و در قالب طرحی با عنوان «دارویاری» در زمینهٔ رفع مشکلات موجود گام بردارند. طرح دارویاری در تیر ۱۴۰۱ به صورت رسمی آغاز شد. پیش از این طرح، یارانهٔ دارو در قالب ارز ترجیحی در اختیار تأمین‌کننده قرار می‌گرفت که تأمین دارو یا مادهٔ اولیهٔ مورد نیاز شرکت‌های دارویی را بر عهده داشت. چنین سیاستی باعث کاهش قیمت تمام‌شدهٔ دارو، تسهیل دسترسی به دارو و افزایش توان مردم در تأمین داروی مورد نیاز خود می‌شد. این کاهش قیمت سبب شد قیمت داروی موجود در کشور نسبت به بازارهای جهانی ارزان‌تر شود. در نتیجه، چنین اختلاف قیمت وسوسه‌برانگیزی سبب قاچاق معکوس دارو به خارج از کشور شد که حجم آن را تا ۵میلیارد دلار عنوان کرده‌اند[۱]. در طرح دارویاری، یارانه به جای اینکه به صورت ارز ترجیحی به تأمین‌کنندگان مواد اولیه و داروهای وارداتی اختصاص یابد، از طریق بیمه به داروخانه‌ها داده می‌شد. در واقع، حذف ارز ترجیحی دارو را گران می‌کرد، اما اختلاف قیمت آن به داروخانه‌ها پرداخت می‌شد تا دارو با همان قیمت قبلی به دست مردم برسد. با اجرای طرح دارویاری، یارانهٔ دارو فقط از مسیر بیمه پرداخت می‌شد و برخورداری از مزایای این طرح منوط به تجویز پزشک و از طریق بیمه بود. از این رو، از مصرف بی‌رویهٔ دارو نیز جلوگیری می‌کرد[۲]. با توجه به اینکه طرح دارویاری به عنوان طرح ملی تدوین و اجرا شد، ارزیابی آن واجد پیامدهای مثبتی برای نظام سیاست‌گذاری است. همان‌گونه که در پژوهش‌های متعددی از جمله پژوهش سلطانی[۳] (2020)، طهوری[۴] و همکاران (2012) و ... بر ضرورت ارزیابی طرح‌های ملی تأکید شده است. این پژوهش، قصد دارد طرح دارویاری را در چهار بُعد فرایند، نتایج، کارایی و تأثیرات ارزیابی کند. در نتیجه، سؤال‌های تحقیق بر ارزیابی فرایند تدوین طرح، نتایج حاصل از اجرای طرح، هزینه و فایدهٔ طرح و اثربخشی طرح متمرکز است.

۱. سعید نیرومند، معاون مدیرکل مقابله و رصد جریان مالی ستاد مبارزه با قاچاق کالا و ارز، در گفت‌وگوی رادیویی: علت اصلی قاچاق وسوسه‌ای است که حاشیه سود قاچاق دارد، مجموع قاچاق معکوس (خروجی) ۴ الی ۵میلیارد دلار در سال است.

۲. معاون برنامه‌ریزی ادارهٔ کل دارویی سازمان غذا و دارو در گفت‌وگو با خبرگزاری ایرنا

3. Soltani

4. Tahouri

۱. چارچوب مفهومی

۱-۱. ارزیابی سیاست

بیشتر مدل‌های ارزیابی سیاست دیدگاه تحلیلی خود را بر فرایند منطقی مبتنی می‌کنند. از این فرایند برای تعیین تفاوت بین آنچه در اهداف اولیهٔ سیاست تصور شده است و آنچه عملاً از اجرای سیاست یا برنامه‌ای به دست آمده است، استفاده می‌شود. با این‌حال، بسیاری از مدل‌های دیگر تحلیل خود را بر روی اهداف متفاوتی متمرکز می‌کنند. این اهداف عبارت‌اند از: هدف واقعی ارزیابی، جایگاه ارزیاب در این فرایند، میزان وسعت یا محدودیت دامنهٔ ارزیابی و چگونگی سازمان‌دهی و اجرای ارزیابی. برای نمونه، چه ابزار اندازه‌گیری باید برای تعیین موفقیت یا شکست به کار گرفته شود.

معیارهای ارزیابی سیاست قراردادی‌اند، اما بیشتر بر اثربخشی و کارایی متمرکزند. بر این اساس، بخش نظارت داخلی یونسکو[۵] (2007)، برنامهٔ توسعهٔ ملل متحد[۶] (2009)، ادارهٔ سرپرستی کمک‌های خارجی ایالات متحده[۷] (2009) و سازمان توسعه و همکاری اقتصادی[۸] (2010) معیارهایی همچون اثربخشی، کارایی و دوام‌پذیری را برای ارزیابی بر می‌شمرند. در رویکرد مشابهی، دان[۹] (1994) شش معیار اثربخشی را نام می‌برد: کارایی، بسندگی، برابری، پاسخ‌دهی و تناسب. تئودولو و کافینیس[۱۰] (2004) در تحقیقی چهار نوع کلی از متداول‌ترین گونه‌شناسی‌های ارزیابی سیاست را شناسایی می‌کنند: ارزیابی فرایند، ارزیابی نتایج، ارزیابی تأثیرات و تحلیل هزینه ـ فایده. در گذشته، رویکردهای ارزیابی در حوزهٔ سلامت بیشتر به نتایج محدود می‌شدند و بر کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده یا طرح‌های شبه‌تجربی متمرکز بودند. با این حال، امروزه تمایل به استفاده از رویکردهای ارزیابی ترکیبی رو به افزایش است (Craig et al., 2008). به گفتهٔ مور[۱۱] و همکاران (2015)، یکی از روش‌های رایج در این زمینه ارزیابی هم‌زمان نتایج، فرایند و جنبه‌های اقتصادی است. این روش با کمک داده‌های کمی و کیفی زمینهٔ اجرایی مداخلات، نحوهٔ عملکرد آن‌ها و انطباق با اهداف اولیهٔ برنامه را بررسی می‌کند. پوپ و مایز[۱۲] (2020) برخی از ارزیابی‌ها را صرفاً کیفی قلمداد می‌کنند که بر مبنای مصاحبه

5. UNESCO Internal Oversight Service

6. United Nations Development Programme (UNDP)

7. United States Foreign Assistance Oversight Office

8. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)

9. Dunn

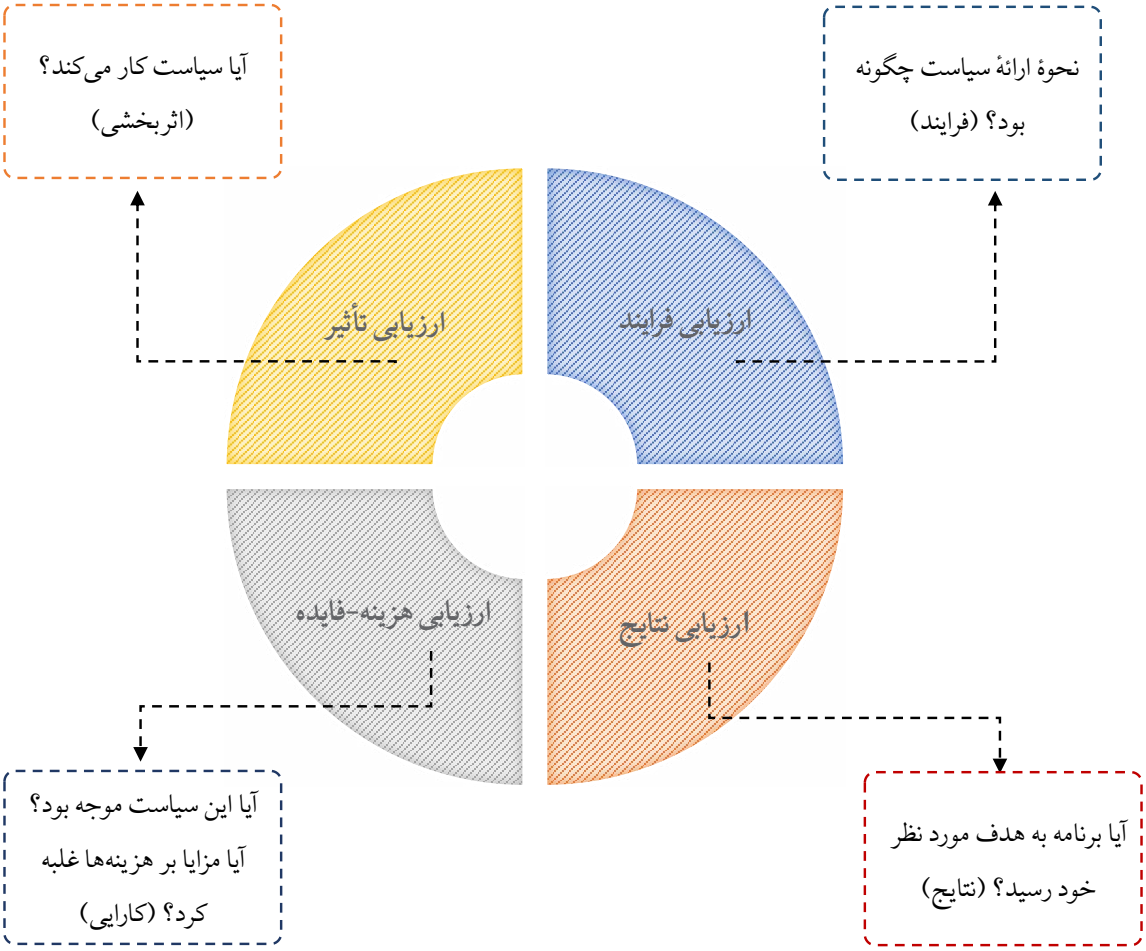
10. Theodoulou and Kofinis

11. Moore

12. Pope and Mayes

با کادر درمانی و بیماران انجام می‌شوند. همچنین، اشاره می‌کنند که می‌توان از روش‌های کیفی پیش از ارزیابی نتایج نیز بهره برد. از نظر اکاتین[1] و همکاران (2015)، تحقیقات کیفی در مرحلهٔ امکان‌سنجی ارزیابی به درک عمیق‌تری از قابلیت پذیرش و قابلیت اجرا کمک می‌کنند و فرایندهای ارزیابی را بهبود می‌بخشند.

بنابراین، با تکیه بر مبانی نظری یادشده و استفاده از مرور ادبیات موجود مدل مفهومی ارزیابی برنامه در تحقیق حاضر طراحی شده است که در شکل ۱ ارائه می‌شود.



شکل ۱: چارچوب مفهومی ارزیابی (یافته‌های محققان)

۱-۲. ارزیابی ابعاد چهارگانه طرح دارویاری

۱-۲-۱. ارزیابی فرایند

پرسش اصلی در این بخش چگونگی ارائهٔ سیاست است. بدین منظور ارزیابی فرایند طرح دارویاری در دو لایهٔ تدوین و اجرا امکان‌پذیر است. نخست، به دنبال پاسخ به این پرسش‌ها هستیم: ۱. آیا مسئله در تدوین طرح به‌درستی انتخاب و شناسایی شد؟ ۲. آیا در تدوین این طرح مطالعات کارشناسی به صورت همه‌جانبه و عمیق انجام شد؟ ۳. تجربهٔ کشورهای دیگر در برخورد با چنین مسائلی چه بوده و آیا از مطالعات تطبیقی بهره گرفته شده است؟ (Dunn, 2018; Bardach, 2012) ۴. آیا ذی‌نفعان در تدوین طرح مشارکت داشته‌اند؟ (Fischer, 2003). دوم، در ارزیابی اجرا این پرسش‌ها مطرح می‌شود: ۱. آیا برنامه طبق برنامه‌ریزی اجرا می‌شود؟ ۲. آیا اجرا به صورت مطلوب انجام شده است و منابع مالی، حمایت سیاسی و پشتیبانی‌های لازم به‌خوبی تأمین شده‌اند؟ (Rittel and Webber, 1973; Forester, 1993).

1. O'Cathain

۱-۲-۲. ارزیابی نتایج

در این بُعد از الگوی ارزیابی، پرسش اصلی این است: آیا برنامه به اهداف مورد نظر خود رسیده است؟ همچنین، ارزیابی در مقایسه با وضعیت پیش از اجرای طرح، چه عملکردهای مثبت یا منفی را نشان می‌دهد؟ (Rossi et al., 2004; Shadish et al., 2002).

۱-۲-۳. ارزیابی کارایی

پرسش‌های مطرح‌شده در این بخش عبارت‌اند از: ۱. آیا این سیاست موجه بوده است؟ ۲. آیا مزایا بر هزینه‌ها غلبه کرده است؟ (این پرسش‌ها هستهٔ مرکزی بررسی میزان کارایی در بُعد ارزیابی هزینه‌ـفایده است.) ۳. آیا مزایای طرح بیش از هزینه‌های متحمل‌شده بود و کارایی لازم را داشت؟ ۴. آیا از بهترین راه‌حل استفاده شد یا راه جایگزین باصرفه‌تری متصور می‌شود؟ ۵. آیا این برنامه بهترین استفاده از منابع است؟ ۶. آیا مداخله در مقایسه با جایگزین‌ها مقرون‌به‌صرفه بوده است؟ ۷. چه راه‌حل‌هایی برای کاهش هزینه و افزایش فایده در این سیاست متصور است؟ (Boardman et al, 2018; Mishan, and Quah, 2020; Layard and Glaister, 2018)

۱-۲-۴. ارزیابی تأثیرات

ارزیابی تأثیرات در پاسخ به این پرسش پیش می‌رود: آیا سیاست اثربخشی لازم را داشته است؟ در این بخش، تأثیرات سیاست بررسی می‌شوند، از جمله تأثیرات بلندمدت اولیه و ثانویه، مستقیم یا غیرمستقیم، عمدی یا ناخواسته. همچنین، چگونگی ارزیابی پیامدهای اجتماعی طرح بررسی می‌شود و اینکه طرح تا چه میزان به عدالت اجتماعی کمک می‌کند (Wong et al., 2020; Gertler et al., 2016; White, 2010).

۲. روش‌شناسی

به منظور جمع‌آوری داده‌ها، با یازده نفر از صاحب‌نظران و فعالان حوزهٔ سلامت و دارو (جدول ۱) مصاحبه شد. این افراد به صورت هدفمند انتخاب شدند تا با افرادی مصاحبه شود که عمیق‌ترین دانش را دربارهٔ تدوین و مشکلات طرح دارویاری داشته باشند. ملاک اصلی انتخاب مشارکت مستقیم در فرایند برنامه‌ریزی و اجرای طرح در سطح نهادهای دولتی، سازمان‌های بیمه‌گر و بخش تولید و همچنین سابقهٔ پژوهشی در این حوزه بود.

در ادامه، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته انجام شد. مصاحبه‌ها ضبط و سپس در قالب متن پیاده‌سازی شدند. داده‌های حاصل به روش تحلیل مضمون تحلیل شدند. نمونه‌ای از مضامین و کدگذاری‌های انجام‌شده در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۱: فهرست مصاحبه‌شوندگان

سازمان	تحصیلات	سابقه	مدت‌زمان مصاحبه	کد مصاحبه‌شونده
سازمان غذا و دارو	دکتری حرفه‌ای داروسازی	۱۲	۱۳۰ دقیقه	۱
سازمان غذا و دارو	دکتری حرفه‌ای داروسازی	۱۰	۱۱۰ دقیقه	۲
سندیکای صنایع داروهای انسانی	دکتری حرفه‌ای داروسازی	۳۵	۵۰ دقیقه	۳
مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی	دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۲۰	۶۰ دقیقه	۴
کمیتهٔ دارو و غذای مجلس شورای اسلامی	دکتری حرفه‌ای داروسازی	۲۰	۶۰ دقیقه	۵
استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و عضو انجمن داروسازان تهران	دکتری حرفه‌ای داروسازی	۳۰	۱۱۰ دقیقه	۶
سازمان تأمین اجتماعی	دکتری حرفه‌ای پزشکی	۳۰	۷۵ دقیقه	۷
استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مدیرگروه اقتصاد دارو	دکتری حرفه‌ای پزشکی	۳۰	۷۰ دقیقه	۸
داروساز ـ داروخانه	دکتری حرفه‌ای داروسازی و دستیار فارماکولوژی	۱۰	۶۰ دقیقه	۹
داروساز ـ داروخانه	دکتری حرفه‌ای داروسازی	۱۵	۶۰ دقیقه	۱۰
مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی	دکتری سیاست‌گذاری سلامت	۲۰	۶۰ دقیقه	۱۱

جدول ۲: نمونه‌ای از تحلیل مضامین انجام‌شده

ردیف	مضمون پایه	مضمون فرعی	کدهای اولیه
۱	**فرایند تدوین و اجرا**	مطالعات کارشناسی	نبود سند رسمی اهداف و نقشهٔ راه طرح، تصور یک‌شبه بودن طرح میان ذی‌نفعان، اتکا به محاسبات نظری بدون توجه به شرایط واقعی کشور، نبود مطالعات تطبیقی مدون از تجربهٔ کشورهای دیگر، ابهام در پشتوانهٔ محاسبات اقتصادی و قیمت‌گذاری، شفاف نبودن فرایند کارشناسی و نبود مستندات در دسترس
		مشارکت ذی‌نفعان	حضور ذی‌نفعان در جلسه‌های بدون اثرگذاری واقعی، سلسله‌مراتبی بودن و نابرابری در قدرت بیان، اعمال نشدن آرای مخالف، اعلام بی‌اطلاعی سیاسی برخی نهادها علی‌رغم مشارکت قبلی، مشورت صوری، تعارض منافع
		پشتیبانی‌های سیاسی، مالی و اداری	حمایت ابتدایی و کوتاه‌مدت دولت از طرح، تداوم نداشتن پیگیری و نظارت در سطح عالی دولت، نبود حمایت مؤثر در سطح عالی اجرایی، واگذاری بار اصلی طرح به وزارت بهداشت بدون اختیار کافی، ضعف هماهنگی بین‌نهادی میان سازمان برنامه، بیمه‌ها و بانک‌ها، تأخیر در تأمین منابع مالی و نقدینگی مورد نیاز، متعهد نبودن دستگاه‌های مسئول به وظایف مصوب، رها شدن طرح پس از اجرای اولیه و کاهش پشتیبانی اجرایی
۲	**تأثیرات**	کاهش رانت	حذف امتیاز واردات ارزان، کاهش انگیزهٔ دست‌کاری در اولویت‌بندی تخصیص ارز، قطع امکان فروش ارز ترجیحی در بازار آزاد، کاهش نفوذ دلالان در زنجیرهٔ تأمین دارو، جلوگیری از تخصیص ارز به اقلام غیرضروری یا کم‌اولویت، کاهش پرونده‌های تخلف مرتبط با دریافت ارز ترجیحی، شفاف‌تر شدن مسیر تأمین و قیمت‌گذاری دارو، کاهش امکان انباشت سوداگرانهٔ مواد اولیه به وسیلهٔ برخی شرکت‌ها
		هدفمندسازی یارانه	انتقال بار مالی از دولت به بیمه‌ها، حذف یارانهٔ نهاده‌های تولید، تثبیت سهم پرداختی دولت، کاهش عدم توازن قیمتی نهاده‌ها و خروجی‌ها
		کاهش هدررفت منابع ارزی	حذف رانت ارز ترجیحی، کنترل قاچاق معکوس دارو، تخصیص یارانه به انتهای زنجیره (بیمار)، شفافیت گردش مالی یارانهٔ دارو، کاهش تقاضای القایی دارو، بهره‌گیری از ظرفیت تولید داخل، منطقی‌سازی واردات مواد اولیه

۳. یافته‌ها

۳-۱. ارزیابی فرایند

۳-۱-۱. ارزیابی تدوین طرح دارویاری

۳-۱-۱-۱. شناخت مسئله و مطالعات کارشناسی

در خصوص شناخت مسئله و مطالعات کارشناسی طرح دارویاری نگاه واحدی حاکم نیست. برخی آن را بی‌نظیر و برخی دیگر آن را ضعیف و متوسط ارزیابی می‌کنند، به گونه‌ای که به آن «طرح یک‌شبه» می‌گویند. اما شواهد نشان می‌دهد طرح دارویاری که پیش از اجرا با عنوان «حذف ارز ترجیحی صنعت داروسازی» شناخته می‌شد، موضوع تازه‌ای در بخش دارو نیست و از سال‌های ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ در میان نخبگان بخش دارو مهم بوده است. مصاحبه‌شوندهٔ کد هشت در خصوص شائبهٔ یک‌شبه بودن طرح چنین می‌گوید: «با رایزنی‌هایی که بین سازمان غذا و دارو و سندیکا و مجلس بود، تقریباً می‌شود گفت که حداقل یک سال بعدش به نتیجه رسید و یک‌شبه نبود». این طرح در دولت دوازدهم نیز مطرح شد، اما شرایط اجتماعی مانع اجرای آن شد تا اینکه در دولت سیزدهم پیگیری شد و در نهایت در ۲۳ تیر ۱۴۰۱ به اجرا درآمد. دست‌اندرکاران طرح مدعی یک تا یک‌ونیم سال طراحی و محاسبات برای آن هستند، ولی منتقدان طرح را ضعیف ارزیابی می‌کنند. آنان اشاره می‌کنند تاکنون سندی از طرح که نشان‌دهندهٔ اصول، اهداف و نقشهٔ راه طرح باشد منتشر نشده است. همچنین، پس از دو سال هنوز گزارشی از عملکرد طرح در دسترس نیست تا بتوان در خصوص کارشناسی طرح قضاوت کرد. آنان طرح را نیز دارای اشکالاتی مانند نبود ضمانت اجرایی، فقدان نهاد پایشگر

و منطبق نبودن با شرایط روز کشور می‌دانند. مصاحبه‌شوندهٔ کد چهار می‌گوید: «من از لحاظ کارشناسی ضعیف می‌بینم و اگر هم ایده‌ای بوده، این ایده شاخ و برگ پیدا نکرده بیاید کف.» در مقابل، طراحان به توافق‌نامهٔ ۴۲بندی و گزارش ۲هزارصفحه‌ای استناد می‌کنند، ولی بررسی مصاحبه‌ها نشان می‌دهد این توافق‌نامه فقط وظایف دستگاه‌ها را مشخص می‌کند و گزارش مذکور شامل محاسبات قیمت داروست و نه اهداف و سند طرح.

دستوری بودن طرح: برخی طرح را مبتنی بر مسئله می‌دانند که راهی جز آن نبود، اما گروهی دیگر آن را تصمیمی خارج از سیستم بهداشت و درمان تلقی می‌کنند و «دستوری» می‌خوانند. بر مبنای شواهد و طرح‌های مشابه در دیگر بخش‌های کشور، مانند اصلاح یارانهٔ آرد و نان و حذف ارز کالاهای اساسی، طراحان و مسئولان دولت معتقد به حذف ارز ترجیحی دارو بوده‌اند. حتی تکلیف قانونی در قانون‌های بودجهٔ ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ با هماهنگی و درخواست خود دولت انجام شده است. در خصوص جلسه‌های برگزارشده با دیگر ذی‌نفعان به نظر می‌رسد فضای کلی و جو سنگینی از پذیرش و توافق (هر چند در ظاهر) در خصوص حذف ارز وجود داشته است. بدین معنی که مخالفتی در اصل موضوع حذف ارز نبوده و فقط چگونگی اجرای طرح بررسی شده است. از این رو، طرح در حالت دوگانه‌ای میان توافق ضمنی و نانوشتهٔ ذینفعان و دستوری بودن قرار داشته است.

نبود اصول و اهداف بنیادین: همان‌گونه که پیش‌تر اشاره شد، از طرح دارویاری تاکنون سند مدونی از اهداف، اصول و سیاست‌ها منتشر نشده است. علاوه بر این، با گذشت بیش از دو سال از اجزای طرح هنوز گزارش رسمی از عملکرد طرح در دسترس نیست.

شکاف میان طراحی و اجرا: به نظر می‌رسد طرح بیش از آنکه بر واقعیت‌ها و شرایط کشور استوار باشد، بر محاسبه‌ها و تئوری‌ها پایه‌گذاری شده است. از این رو، در اجرا دچار مشکل شد و دستگاه‌ها از انجام وظایف محوله سر باز زده‌اند.

۳-۱-۱-۲. ارزیابی راه‌حل

در ارزیابی کارآمدی این طرح دو دیدگاه میان موافقان و مخالفان حذف ارز ترجیحی مطرح می‌شوند. گروهی حذف ارز ترجیحی را اقدامی ناگزیر می‌دانند و گروه دیگر معتقد به ادامهٔ اجرای آن سیاست بودند.

تخصیص ارز ترجیحی: در این زمینه بیان می‌شود سیاست قیمت‌گذاری دارو بر مبنای ارز ۴۲۰۰ فقط هزینه‌های تأمین مادهٔ اولیه را پوشش می‌دهد. این در حالی است که باقی هزینه‌ها از قبیل نیروی انسانی و تجهیزات تحت‌تأثیر تورم قرار داشتند که باید در قیمت نهایی دارو لحاظ می‌شدند. از این رو، به علت افزایش هزینه‌ها و ثابت ماندن سود، تولید به‌صرفه نبود و تمایل به واردات افزایش یافت. همچنین، واردکنندگانی که از رانت و فساد بهره‌ای نداشتند یا تخلف نمی‌کردند، باید ماه‌ها در صف تخصیص ارز منتظر می‌ماندند. در نتیجه، این قسمت نیز جذابیت خود را از دست می‌داد. متخصصان بر این باور بودند که تداوم چنین وضعیتی به ورشکستگی و از میان رفتن صنعت داروسازی می‌انجامد. از این رو، باید برای رفع آن ارز ترجیحی ۴۲۰۰ را حذف و قیمت‌گذاری واقعی را در دستور کار قرار داد. مصاحبه‌شوندهٔ کد هشت می‌گوید: «در واقعیت یک سری هزینه‌هایی برای تولید دارو رخ می‌دهد که مستنداتش هم توسط تأمین‌کننده وجود دارد، هم برای تولید و هم واردات و بیشتر برای تولید. اما حاکمیت این را به دلیل فشاری که روی آن هست، بابت اینکه باید تورم این بخش را کنترل کند، قبول نمی‌کند. درآمد شرکت بر اساس فروشی است که قیمتش را دولت تعیین کرده و قیمت را بر اساس ارز ۴۲۰۰ تومانی تعیین می‌کند. در صورتی که، هزینه‌ها ناشی از تورم جامعه است. پول برق را با تورم می‌دهد. کارگری و حقوقی که دولت تعیین کرده دارد می‌دهد، هزینه دارد، مواد غیریارانه‌ای را دارد با تورم می‌خرد، ولی درآمدش بر اساس چیست؟ لذا، یک عدم تراز خیلی بزرگی اینجا وجود داشت که سودآوری شرکت‌ها را به‌شدت تحت‌تأثیر قرار می‌داد و یک سری از آیتم‌های مؤثر بر قیمت تمام‌شده را هم دولت قبول نمی‌کرد، یعنی فشار مضاعف.» علاوه بر این، ایشان در خصوص واردکنندگان چنین ادامه می‌دهد: «در بخش تأمین، خود تأمین ارز برایش چالش شده بود، چون ارز یارانه‌ای بود، باید دولت تأمین می‌کرد و باید می‌رفت در صف ارز. در صف به صورت اتوماتیک می‌افتاد در اولویت‌بندی، چون ارز کم بود. لذا یک بخشی از صنعت ما داشت آسیب می‌دید.» همچنین، مصاحبه‌شوندهٔ کد سه بیان می‌کند: «اگر طرح دارویاری نبود، زنجیرهٔ تأمین به‌خصوص تولیدی‌ها و شرکت‌های پخش ورشکسته می‌شدند. داروخانه‌ها هم تقریباً همین‌طور.»

مخالفان حذف ارز ترجیحی چنین استدلال کرده‌اند که در شرایط شدت تحریم‌ها و جنگ اقتصادی حاکم، سیاست حذف ارز ترجیحی کارآمد نخواهد بود. به باور آنان، این سیاست در موارد مشابه نیز نتیجه نداده و موجب فشار مضاعف بر مردم شده است. در پاسخ به خطر ورشکستگی صنعت، آنان به بهره‌گیری از بسته‌های حمایتی برای اصلاح آسیب‌های صنعت دارو، از جمله نوسازی فرایندها تأکید می‌کنند. مصاحبه‌شوندهٔ کد هفت (مخالف حذف ارز در این شرایط) بیان می‌کند: «الان برای بنزین چی کار می‌کنیم؟ همچنان یارانه را می‌دادیم. می‌گفتند که تولیدکننده‌ها عملاً ورشکسته می‌شوند یا نمی‌شوند. الان هم می‌دانیم ورشکسته می‌شویم. حالا که ورشکستگی پخش و داروخانه‌ها رسمی است... شما وضع موجود را وقتی به هم می‌زنید و نمی‌توانید درستش کنید. دست نزنید.»

باید توجه کرد این مطالعه قصد بررسی تأثیرات ارز ترجیحی را ندارد و این موضوع باید در مطالعات دیگری بررسی شود. با این حال، نتایج نشان می‌دهد شکاف شدید ایجادشده در نرخ ارز، پس از دو سال از اجرای طرح، علاوه بر مشکلات کنونی نظیر کمبود نقدینگی مشکلات گذشته را نیز تا حدودی احیا کرده است.

۳-۱-۱-۳. ارزیابی مشارکت ذی‌نفعان در تدوین طرح

چنان که از مصاحبه‌ها بر می‌آید، به منظور بررسی طرح، جلسات متعددی با ذی‌نفعان برگزار شده است و آن‌ها از حضور در این جلسات می‌گویند. همچنین، بر پایهٔ اخبار منتشرشده، در ابتدای اجرای طرح ذی‌نفعان به‌خوبی از طرح حمایت می‌کردند. با این حال، شواهد نشان می‌دهد میان «حضور در جلسات» از یک سو و «شنیده شدن آرا و اعمال آن‌ها در تدوین طرح» از سوی دیگر تفکیک وجود داشته است. به گونه‌ای که جلسات نه در قالب تمثیل میزگرد و سطح برابر، بلکه ساختاری سلسه‌مراتبی داشته‌اند. به صورتی که، خود سازمان غذا و دارو و وزارت اقتصاد تصمیم اصلی را می‌گرفتند و در جلسات طرح نظرهای مخالف آسان نبوده است. مصاحبه‌شوندهٔ کد هفت بیان می‌کند: «وقتی طرح می‌خواست جدی شود، بیمه‌ها از اول در جلسات بودند. ولی اینکه چقدر به حرفشان گوش دادند مهم است.» مصاحبه‌شوندهٔ کد یازده نیز چنین می‌گوید: «امکانی که مطرح کنیم داده نمی‌شد. تصمیم گرفته شده بود و نکته دیگر هم این بود که در این مواقع جو آن قدر سنگین می‌شود که اگر یک نفر مخالفت می‌کند، انگار با احکام الهی، احکام و وحی الهی مخالفت کرده است.» مصاحبه‌شوندهٔ کد هشت بیان می‌کند در تدوین طرح همهٔ ذی‌نفعان مد نظر قرار گرفتند. همچنین می‌گوید: «با من هم به هرحال در مقام دانشگاهی مشورت شد» ایشان تأکید می‌کند با وجود مشورت با همه، نمی‌توان آرای همه را دخیل کرد و رضایت همه را به دست آورد، بلکه باید به دنبال تفاهم و نقطهٔ تعادل بود: «ما نمی‌توانیم در فضایی مثل فارما که بخش‌های مختلف تعارض منافع دارند و یک جور فکر نمی‌کنند، نمی‌توانی یک چیزی درست کنید که همه خوششان بیاید. شما هنرت این است که تعادل ایجاد کنی. چون تو به عنوان دولت دنبال یک چیزی هستی. مریض دنبال یک چیز دیگر است. پخش و شرکت دنبال دیگری، پزشک دنبال یک چیز دیگری است. این‌ها با هم خیلی جاها هم‌راستا نیستند. ولی تو قدرتش را داری که بین این‌ها یک تفاهمی ایجاد کنی و تعادل ایجاد کنی. نظر دوستان گرفته شد. راه‌حلی هم که دادند راه‌حلی غیر از این نمی‌توانست باشد.» همچنین، طرح به علت ملاحظات اجرایی باید به صورت دفعی اجرا می‌شد، اما نظرهای ذی‌نفعان در عمل اجرا نشد و طرح بیشتر از اینکه عملیاتی باشد، رویکردی آکادمیک داشت و امکان اجرای مطلوب‌تر آن بود.

در این میان، دستگاه‌هایی مانند مجلس علی‌رغم آگاهی از طرح و شرکت در جلسات، بر مبنای ملاحظات سیاسی اعلام بی‌اطلاعی کردند. مصاحبه‌شوندهٔ کد پنج می‌گوید: «مجلس هم که مصاحبه کردند، یک جورایی اعلام بی‌اطلاعی کردند. با این که مطلع بودند؛ ولی کمیسیون‌هایشان اعلام کردند که اصلاً ما در جریان نبودیم؛ ولی قبلش در جلسات قبلی حضور داشت. یعنی من خودم مجلس، زمان دکتر روحانی، این موضوع رفته بودم، چون در مجلس ارائه داده بودند، دیگر چه برسد به بعدش. یعنی یک سال قبل برای مجلس ارائه شده بود توضیح داده شده بود، ولی اون موقع اعلام بی‌اطلاعی کردند که دردسری برایشان نشود اگر نارضایتی ایجاد کرد.»

۳-۱-۲. ارزیابی مطلوبیت اجرا و پشتیبانی‌های سیاسی، مالی و منابع انسانی

۳-۱-۲-۱. موفقیت در اجرا

به لحاظ تئوری، طرح کامل به نظر می‌رسید و سازمان غذا و دارو به تعهداتش پایبند بود. اما در واقع، به علت مشکلات و عمل نکردن دستگاه‌ها به تعهدات خود، طرح به صورت کامل اجرا نشد و آسیب جدی دید، به گونه‌ای که آنچه در عمل انتظار می‌رفت، تحقق پیدا نکرد. البته باید متذکر بود برخی عوامل خارج از طرح، مانند تغییر آیین‌نامهٔ تأسیس داروخانه تأثیراتی در اجرای طرح داشت که نباید به عملکرد طرح نسبت داد. مصاحبه‌شوندهٔ کد یک بیان می‌کند: «از نظر تکنیکال ایدئال اجرا شد، یعنی همان بیمه‌هایی که می‌گفتند امکان ندارد که این طرح به این عظمت قابلیت اجرا داشته باشه و می‌شود مثل طرح تحول سلامت. ولی ما با همان بیمه‌ها طرح را اجرا کردیم. دقت محاسباتمان بالای ۹۹ درصد بود. کارهایی که باید می‌شد و نشد چه بود؟ بعضی از اتفاقات روی این موضوع سوار شد، مثلاً می‌گفتند دارویاری را اجرا کردید، کمبودهای گسترده رخ داد. در صورتی که، این کمبودها هیچ ربطی به دارویاری نداشت.» همچنین، مصاحبه‌شوندهٔ کد یازده چنین می‌گوید: «قرار بود تفاوت قیمت دارویی ما به بیمه‌ها تزریق شود و مردم دارو را به قیمت شهریور ۱۴۰۰ بخرند که تقریباً صفر درصد اتفاق افتاد. نه منابع تزریق شد، نه برای قیمت دارو اتفاق افتاد و نه اصلاً چنین توان نظارتی که نه توان و نه تمایل از سوی سازمان غذا و دارو وجود داشت که بتواند بر روی قیمت دارو نظارت کند و مابه‌التفاوت را جبران کند.»

۳-۱-۲-۲. پشتیبانی سیاسی

پشتیبانی سیاسی را باید فراتر از حمایت‌های گفتاری و در عمل جست‌وجو کرد. دولت به دنبال حذف ارز ترجیحی و اجرای طرح دارویاری بود، به گونه‌ای که مشکلات اجرایی به دست ریاست‌جمهوری یا معاونت اول برطرف می‌شد. اما به نظر

می‌رسید طرح به اندازهٔ کافی در بدنهٔ دولت جدی گرفته نشد. این را می‌توان در سطح ساختاری و مرکز فرماندهی طرح دید که باید در سطح ریاست‌جمهوری یا معاونت اول اجرا می‌شد، ولی وزارت بهداشت به نوعی در این میان تنها گذاشته شد. به طور کلی، این طرح نیز مانند دیگر سیاست‌ها با یک دورهٔ کوتاه شیرین همکاری بین‌بخشی آغاز شد و سپس رها گردید. همچنین، حمایت سیاسی مجلس از طرح ضعیف ارزیابی می‌شود، زیرا خود را از آن کنار کشید و در جایگاه منتقد قرار گرفت.

۳-۱-۲-۳. مشکلات اجرای طرح

سطح اجرای طرح: طرح دارویاری در سطح وزارت بهداشت و درمان اجرا شد. وزیر بهداشت مسئول آن و رئیس سازمان غذا و دارو دبیر آن بود. این موضوع موجب شد وزارت بهداشت توان به خط کردن و مطالبهٔ مؤثر از دستگاه‌های مسئول خارج از وزارت‌خانه را نداشته باشد و با مشکلات عدیده‌ای در اجرا روبه‌رو شود. از این رو، طرح دارویاری باید در سطح ملی اجرا می‌شد، نه در حد یک وزارت‌خانه، به گونه‌ای که مسئولیت آن را رئیس‌جمهور یا معاون اول ایشان باید بر عهده می‌گرفت. مصاحبه‌شوندهٔ کد دو بیان می‌کند: «اصل گلوگاهی که من به صورت کلان در این ماجرا دیدم، این بود که این ماجرا آن جوری که باید و شاید توسط دولت جدی گرفته نشد. طرحی بود که باید در سطح ریاست‌جمهوری پیگیری می‌شد و اینکه چنین باری را بیندازیم گردن وزیر بهداشت، به لحاظ ساختاری کاملاً غلط است و آن جاهایی که ضعف بوده و دارویاری شکست خورده، همهٔ مسائل از این دست است که باید رئیس‌جمهور بالاسر ماجرا می‌ایستاد یا حداقل معاون اول رئیس‌جمهور.» مصاحبه‌شوندهٔ کد یک نیز می‌گوید: «ستاد فرماندهی این طرح باید می‌رفت ذیل نظر ریاست‌جمهور یا معاون اول، بزرگ‌ترین ضعف طرح این بود.»

تأمین نقدینگی: شاید بتوان مسئلهٔ نقدینگی را اصلی‌ترین مشکل طرح دانست. مشکلی که آسیب جدی به آن زد و در قالب اختلال در تأمین مالی و تزریق نقدینگی به چرخهٔ تأمین دارو نمایان شد. سازمان برنامه و بودجه سهم دارویاریی را با تأخیر پرداخت می‌کرد. بیمه نیز بدهی خود را به داروخانه‌ها به‌موقع پرداخت نمی‌کرد. این امر باعث ورشکستگی و حتی تعطیلی برخی داروخانه‌ها و شرکت‌های پخش شد و به دیگر اجزای زنجیرهٔ تأمین دارو آسیب وارد شد. در این میان، شاهد بروز چک برگشتی بسیار و از کار افتادن چرخهٔ نقدینگی بودیم. به گونه‌ای که تولیدکننده‌ها هم نقدینگی مورد نیاز را نداشتند.

در این میان، می‌توان سازمان برنامه و بودجه را مسئول اصلی در تأمین نشدن نقدینگی دانست. پس از آن، بیمه‌ها با تأخیر در پرداخت خود باعث آسیب به زنجیره شدند. همچنین، بانک‌ها با پرداخت نکردن تسهیلات موجب آسیب به تأمین نقدینگی در صنعت شدند. قیمت دارو حدود پنج تا شش برابر شده بود. ازاین‌رو، منابع مالی شرکت‌ها و داروخانه‌ها پاسخ‌گوی نیازهایشان نبود و زنجیره توان تحمل کمبود نقدینگی را نداشت. مصاحبه‌شوندهٔ کد یک مسئول اصلی تأمین نشدن نقدینگی را سازمانه برنامه و بودجه می‌داند و پس از آن راجع به بیمه‌ها بیان می‌کند: «بیمه‌ها به بهانهٔ تعویق دارویاری کار خودشان را معوق می‌کردند، خصوصاً تأمین اجتماعی.» همچنین، مصاحبه‌شوندهٔ کد شش می‌گوید: «مثلاً در حوزهٔ بیمه‌ها خیلی بد عمل شد. حتی اوایل طرح. شاید در یکی دو ماه اول همکاری خوب بود، ولی بعدش نه... به نظرم در این حوزه، حتی بیمه‌ها سعی کردند از این نمد کلاهی هم برای خودشان بدوزند.» مصاحبه‌شوندهٔ کد یازده بیان می‌کند: «قرار شد به شرکت‌ها به خاطر اینکه گردش مالی‌شان افزایش پیدا می‌کند و نیاز به سرمایه در گردش بیشتری دارند وام بدهند. چون قیمت دارو حدوداً پنج، شش برابر شده بود. نقدینگی‌های شرکت و داروخانه‌ها کفاف نمی‌داد. می‌گفتند که وام می‌دهیم که تا الان که من خدمت شما هستم، هیچ چیز به آن‌ها نداده‌اند. حداقل تا اوایل امسال هیچ. منظورم از هیچ چیز مثلاً یکی دو درصد است، آن هم به یکی از افراد نورچشمی پرداخت می‌شود.»

نوسانات قیمت ارز: در فاصلهٔ یک تا دو سال پس از اجرای طرح، نرخ ارز دوبرابر شد. چنین اتفاقی باعث شد قیمت‌گذاری دارو نیازمند تجدیدنظر شود و زنجیره تاب این نوسانات را نداشته باشد. در نتیجه، دوباره ارز دارو در همان رقم ۲۸هزار و ۵۰۰ تومان ثابت ماند و با رشد نرخ ارز، بار دیگر فاصلهٔ زیادی میان نرخ ارز دارو و ارز آزاد ایجاد شد.

۳-۲. ارزیابی نتایج

۳-۲-۱. رفع قاچاق معکوس

مسئله‌شناسی قاچاق معکوس: دربارهٔ وجود قاچاق معکوس نخبگان متفق‌القول‌اند. در این زمینه، بررسی میزان نیاز کشور به داروها و مقدار داروی تأمین‌شده نشان می‌دهد با وجود تأمین داروی بیش از نیاز کشور، همچنان دارو کم است. این امر نشان‌دهندهٔ نشت داروست. علاوه بر این، گزارش‌های ستاد مبارزه با قاچاق کالا و ارز نیز این موضوع را تأیید می‌کند. پیش از اجرای طرح، میزان قاچاق دارو ۵هزار میلیارد تومان تخمین زده شد، یعنی یک‌ششم بازار ۳۰میلیاردتومانی دارو که مبلغ بسیار زیادی است. مصاحبه‌شوندهٔ کد دو ضمن تأیید کمبود دارو در بازار با وجود تأمین داروی بیشتر از نیاز می‌گوید: «در داروهایی که برند بودند، فرضاً سال ۱۳۹۹، یک میلیون انسولین وارد کرده بودیم برای کل کشور، سال ۱۴۰۰ با دو میلیون واردات هم بازار اشباع نمی‌شد. تعداد مریض‌ها که به آن شکل زیاد نشده بود، این به یک شکلی داشت از زنجیره بیرون می‌رفت. مشخصاً یک جایی

یک لیکی وجود دارد.» اگرچه برخی موضوع قاچاق معکوس را نامرتبط با مسئله ارز ترجیحی می‌دانند. مصاحبه‌شوندهٔ کد یازده می‌گوید: «واقعی بودن قاچاق معکوس یک مسئله است، نسبت دادنش به این موضوع یک مسئله دیگر هست. من یک چیز دیگری بگویم، طبق اعلام خود سازمان غذا و دارو، بخشی از داروی رسمی ما قاچاق به داخل است! یعنی به داخل قاچاق می‌شود و رسوخ می‌کند در بازار رسمی. خب می‌توانیم بگوییم این هم به خاطر گران بودن داروی داخلی است؟»

ارزیابی طرح در رفع قاچاق معکوس: قاچاق معکوس را می‌توان در دو سطح خرد و کلان بررسی کرد. سطح خرد: در این سطح که عمدتاً مسافران دارو را جابه‌جا می‌کنند، تغییر خاصی مشاهده نمی‌شود. سطح کلان و سازمان‌یافته: شواهد نشان می‌دهد طرح در این سطح موفق عمل کرده است، زیرا با وجود کاهش هزینه‌های تأمین دارو، ذخایر دارویی ترمیم شده است و کمبودها به شدت قبل از اجرای طرح نیست. به عبارت دیگر، کمبودها علت دیگری به غیر از قاچاق معکوس دارد. مصاحبه‌شوندهٔ کد ۱۱ بیان می‌کند: «ما دوونیم میلیارد دلار خرج می‌کردیم. کمبود داشتیم، دپو هم خورده شده بود. الان هم دو میلیارد داریم خرج می‌کنیم. دپویمان ترمیم شده، کمبود هم کمتر شده.» با توجه به تشدید دوبارهٔ فاصلهٔ میان نرخ‌های ارز، انگیزهٔ قاچاق معکوس همچنان افزایش یافته است. با این حال، می‌توان گفت طرح زمینهٔ قاچاق معکوس را کاهش داده است. البته برخی نیز مسئلهٔ قاچاق را ناشی از نقص سیستم نظارتی می‌دانند، نه نرخ ارز. از این رو، طرح را در رفع قاچاق معکوس بی‌تأثیر ارزیابی می‌کنند.

۳-۲-۲. ثبات پرداخت از جیب و کنترل افزایش قیمت دارو برای مردم

علی‌رغم وجود نگاه‌های متفاوت در این خصوص، پرداخت از جیب برای داروهای آزاد و بدون نسخه که مشمول طرح نیستند افزایش یافت. دربارهٔ داروهای نسخه‌ایی نیز نگاه واحدی وجود ندارد. برخی افزایش پرداخت از جیب برای تأمین دارو را تا ۶۳ درصد[1] عنوان کرده‌اند. در کل، می‌توان گفت مطلق پراخت از جیب در طرح دارویاری افزایش پیدا کرده است. این افزایش برای برخی داروها هم‌سطح تورم و برای برخی دیگر بیش از آن بوده است. باید توجه کرد گاهی انصراف از درمان موجب کاهش پرداخت از جیب در داده‌های آماری است. همچنین، به علت دریافت داروی یارانه‌ای فقط از طریق نسخه، هزینه‌های جانبی مانند ویزیت پزشک نیز به برخی دیگری از بیماران خصوصاً بیماری‌های مزمن افزوده شده است.

۳-۲-۳. افزایش داروهای تحت پوشش بیمه

در این طرح، نظام دارویی و پرداخت یارانهٔ دولت از طریق سامانهٔ بیمه انجام می‌شود و خارج از آن امکان‌پذیر نیست. از این رو، همهٔ داروهای موجود در کشور باید در سامانهٔ بیمه ثبت شوند تا یارانه دریافت کنند. ثبت در این سامانه به معنای بیمه شدن داروها نیست، بلکه در لیست بیمه قرار گرفتن دارو فرایند و سازوکار مشخصی دارد که پس از ارزیابی در شورای عالی بیمه انجام می‌شود. مصاحبه‌شوندهٔ کد هفت می‌گوید: «پروسهٔ بیمه شدن یک دارو پروسهٔ خاصی است. باید ارزیابی انجام شود، بعد برود شورای عالی بیمه و آنجا مصوب کند. اگر تصویب کنند، تازه به فهرست بیمه اضافه می‌شود. ولی این [داروی بیمه‌نشده در دارویاری] که این مسیر را طی نکرده است، یک سوبسید به آن می‌دهند که از کانال بیمه منتقل می‌شود، ولی در تعهد بیمه نیست. یعنی اگر طرح دارویاری پول آن را ندهد، بیمه هیچ تعهدی راجع به محصول ندارد.» با توجه به نبود نگاهی واحد در این خصوص، به نظر می‌رسد در مجموع داروهای تحت پوشش بیمه افزایش پیدا کرده است، اما برخی آن را مرتبط با این طرح نمی‌دانند. در مقابل، برخی معتقدند بیمه برای جبران کمبود نقدینگی خود در اثر افزایش تعداد داروهای تحت پوشش بیمه کیفیت پوشش را کاهش داده است. ادعایی که نیازمند بررسی است.

۳-۲-۴. تسریع در پرداخت بدهی‌های بیمه‌ای به بخش دارو

به نظر می‌رسد پس از اجرای طرح، پرداخت بدهی‌های بیمه‌ای به بخش دارو بدتر شده است. چنان که برخی از وضعیت ایجادشده با تعبیر «افتضاح» یاد می‌کنند. بیمه در جایگاه صندوق و نهادی واسطه عمل می‌کند که تأمین نقدینگی آن بر عهدهٔ سازمان برنامه و بودجه است. با این حال، برخی معتقدند بیمهٔ تأمین اجتماعی از سهم دارویاری برای حل مشکلات دیگر خود استفاده می‌کند. پس از اجرای طرح، علاوه بر افزایش زمان پرداخت، حجم معوقات نیز افزوده و چندین برابر شده است. مصاحبه‌شوندهٔ کد هفت بیان می‌کند: «کل هزینهٔ دارویی ما، بود در سال قبل از طرح شش هزار میلیارد تومان بود. بعد از دارویاری این رقم شد سی هزار میلیارد سهم بیمه، که به‌یک‌باره رقم بزرگ شد. وقتی رقم درشت می‌شود حجم مطالبات هم حتی اگر یک ماه هم بشود برای داروخانه سخت است».

۳-۳. ارزیابی هزینه ـ فایده

نگاه‌های مختلفی در این زمینه وجود دارد. برخی معتقدند صنعت داروسازی در حال فروپاشی و ورشکستگی بود و این طرح مانند نقطهٔ تنفسی برای صنعت عمل کرد. از نظر آنان، چاره‌ای جز حذف ارز ترجیحی نبود، زیرا در صورت اجرا نشدن، بسیاری از شرکت‌های دارویی تعطیل می‌شدند و یک تا دو میلیارد دلار باید

---

۱. دکتر فاطمه محمدبیگی، نمایندهٔ مردم قزوین در مجلس شورای اسلامی در اردیبهشت ۱۴۰۳

هزینهٔ واردات دارو را می‌دادیم. مصاحبه‌شوندهٔ کد سه در خصوص آسیب‌های طرح می‌گوید: «به نظر من نفعش و مزایایش این‌قدر بوده که این قبیل چیزها قابل‌چشم‌پوشی است... بله خیلی به ما [تولیدکننده] فشار آمد و می‌آید. ولی در مقابل اتفاقی که می‌افتاد هیچ است، چرا که اگر نمی‌شد، الان همهٔ شرکت‌ها تعطیل بودند و الان دو میلیارد دلار. یک میلیارد دلار هزینهٔ واردات می‌دادیم که با ده برابر این هم نمی‌توانستیم دارویی کشور را تأمین کنیم.» در مقابل، برخی هزینه ـ فایدهٔ اجرای طرح را در سال نخست مثبت ارزیابی می‌کنند، اما معتقدند ادامهٔ این سیاست آسیب‌زننده و هزینهٔ آن بیش از فایدهٔ آن بود و باید در آن بازنگری و اصلاح می‌شد. برخی دیگر نیز بر این باورند که اگر مشکلاتی همچون تأمین نشدن نقدینگی را پیش از اجرای طرح می‌دانستند، بهتر بود طرح را اجرا نمی‌کردند، زیرا در شرایط فعلی و با شیوهٔ اجرایی موجود، هزینه‌های آن بیش از فوایدش است. مصاحبه‌شوندهٔ کد هفت می‌گوید: «به نظر من اگر می‌خواستیم برگردیم نقطه سرخط، اگر دولت می‌گفت من پول را نمی‌توانم تأمین کنم، نباید طرح را شروع کنیم. با این شرایط نباید شروع کرد؛ چون نوسانات اجتماعی‌اش خیلی زیاد بود.»

۳-۴. ارزیابی تأثیرات

۳-۴-۱. دسترسی مردم به دارو

دربارهٔ دسترسی مردم به دارو نیز دیدگاه‌های یکسانی وجود ندارد که مؤید بررسی بیشتر در این باره است. دسترسی به دارو دو مؤلفهٔ اصلی دارد: فراهمی و توان خرید. فراهمی به معنی موجود بودن داروست، اما دسترسی به بهره‌مندی واقعی بیماران از دارو و مصرف آن برای بهبودی بیماری اشاره می‌کند. تخصیص ارز از گذشته شرایط بهتر و منظم‌تری دارد که نویددهنده تأمین دارو و دسترسی بهتر است. برای نمونه، صف‌های تخصیص ارزی که گاه تا شش ماه به طول می‌انجامید، برطرف شده است که نشان‌دهندهٔ تأمین بهتر داروست. با این حال، مشکلات هنوز پا برجاست و بیشتر نوع مشکلات تغییر کرده است. برای نمونه، کمبود ارز اکنون به صورت کمبود نقدینگی در تأمین دارو اثر می‌گذارد. همچنین، تأخیر در پرداخت بدهی داروخانه‌ها و آزادفروشی برخی داروها به دسترسی مردم به دارو آسیب رسانده است. ازاین‌رو، برخی شرایط را بدتر از شرایط پیش از اجرای طرح می‌دانند. در ارزیابی این موضوع، باید عوامل خارج از طرح را نیز در نظر گرفت. برای مثال، آزادسازی مجوز تأسیس داروخانه‌ها در همین دوران اتفاق افتاد و موجب کاهش دسترسی مردم به دارو شد.

۳-۴-۲. کاهش کمبودهای دارویی

در بررسی کمبودهای دارویی دو تعریف از «کمبود» مطرح است که اختلاف در آمارهای اعلامی نیز از همین تفاوت ناشی می‌شود. به گونه‌ای که برخی کمبودها را در حدود ۳۰۰ قلم و حتی بیشتر از آن اعلام می‌کنند و برخی دیگر ۱۰۰ قلم. بر اساس یک تعریف، کمبود دارو شامل نبود یک برند تولیدکنندهٔ دارو هم می‌شود. وقتی برند ژنریک دارویی موجود نباشد، جزو کمبودها حساب می‌شود. در تعریفی دیگر (مبنای سازمان غذا و دارو)، فقط نوع دارو را در نظر می‌گیرند، نه برند آن را. اگرچه به لحاظ علمی تعریف دوم تا حدی درست است، اما آنچه مردم در کمبود احساس می‌کنند، تعریف اول و برند ژنریک است.

چنان که بر می‌آید طرح دارویاری حداقل در ابتدای اجرا موجب کاهش کمبودهای دارویی شده است. کاهش قاچاق معکوس، سروسامان گرفتن روند تخصیص، از میان رفتن صف تخصیص ارز و کاهش مصرف دارو از جمله علت‌های مطرح‌شده برای این بهبود است. همچنین، برخی عوامل اثرگذار بر کمبودهای دارویی خارج از طرح بودند. برای مثال، عوامل کمبود آنتی‌بیوتیک را در پاییز ۱۴۰۱ این‌گونه می‌شمارند: باز شدن مدارس بعد از دوران کرونا، افزایش شیوع بیماری‌های عفونی و کاهش تولید کارخانه‌های داروسازی در ایام کرونا به علت کاهش مصرف آنتی‌بیوتیک. علاوه بر این، متعهد نبودن به تأمین نقدینگی و مشکلات داخلی و مدیریتی صنعت داروسازی را نیز از عوامل مؤثر در این کمبودها می‌دانند. مصاحبه‌شوندهٔ کد دو می‌گوید: «در دوران کرونا، خیلی از آنتی‌بیوتیک‌ها در شرکت‌های پخش یا در داروخانه‌ها تاریخ گذرانده بودند. چون ریت بیماری‌های باکتریال بسیار پایین آمده بود، مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها هم پایین آمده بود، مدرسه‌ها باز نبود و بچه‌ها سرما نمی‌خوردند. ولی سال ۱۴۰۱ شروع باز شدن مدرسه‌ها بود، آنفولانزا هم شایع شده بود و مصرف آنتی‌بیوتیک بالا رفت. در آن مقطع، در کل دنیا کمبود آنتی‌بیوتیک داشتیم.» وی همچنین دربارهٔ کمبود انسولین بیان می‌کند: «انسولین که کمبود شده است، یک سری برندهای خاص است. به این دلیل که آن هم مشکل جهانی است. یعنی شرکت نوو که انسولین تقریباً کل دنیا را تأمین می‌کند، خط نوومیکس را روی یک داروی چاقی به اسم «وگووی» گذاشته بود. چون سوددهی‌اش بالاتر بود و نوومیکس را کمتر تولید می‌کند. مشکل از این جنس است و خیلی درگیر مشاغل ارزی و دولتی نیست.»

۳-۴-۳. هدفمندسازی یارانهٔ دارو

در خصوص هدفمندسازی یارانهٔ دارو، برخی معتقدند در این سیستم، فقط به کسانی یارانه داده می‌شود که به پزشک مراجعه کرده‌اند. از این رو، مراجعهٔ آنان به پزشک نشانهٔ نیاز واقعی‌شان به دارو تلقی می‌شود، پس ۱۰۰ درصد یارانه به هدف خود رسیده است. همچنین، اجرای طرح از طریق کاهش قاچاق معکوس و رانت ناشی از تخصیص ارز، موجب از میان رفتن

عوامل هدررفت منابع شده است و به هدف نشستن یارانهٔ دارو بر گروه هدف کمک کرده است. در مقابل، برخی بر این باورند طرح از نظر طراحی کاملاً بر بهبود هدفمندسازی به نفع مردم منطبق است، ولی در اجرا به هدف خود نرسیده و تفاوت خاصی ایجاد نشده است. گروهی نیز این طرح را فرصت طلایی برای اجرای نظام بیمهٔ پلکانی می‌دانند که می‌توانست هدفمندی یارانه را به صورت مطلوب‌تری محقق کند، ولی این فرصت از دست رفت. همچنین، برخی معتقدند این طرح در عمل نه‌تنها موجب اصلاح یارانه‌ها به سود مردم نشد، بلکه به ضرر آن ها تمام شد. به عبارت دیگر، دولت از یک سو یارانهٔ ارزی را حذف کرد، از سوی دیگر یارانهٔ ریالی را به میزان مقرر پرداخت نکرد. در نتیجه، یارانهٔ دارو عملاً به نوعی حذف شد. با توجه به کمبود آمار، اطلاعات و گزارش‌های معتبر دربارهٔ آثار طرح در این زمینه، ارزیابی موفقیت هدفمندسازی یارانهٔ دارو نیازمند بررسی بیشتر است.

۳-۴-۴. جلوگیری از هدررفت منابع ارزی

در این خصوص، طرح را می‌توان حداقل در شش ماه اول، یعنی در دورهٔ تخصیص ارز نیمایی، موفق ارزیابی کرد. یکی از علل این موفقیت، صرفه‌جویی ارزی ناشی از کاهش قاچاق معکوس، در نتیجه جلوگیری از هدررفت منابع بود. مصاحبه‌شوندهٔ کد سه نیز بیان می‌کند پیش از اجرای طرح، اختلاف زیاد ارز به هدررفت منابع می‌انجامید. به این صورت که: «۳۰ درصد [اور پرایس می‌کرد و ارز] را اگر مثلاً طرف می‌گرفت، آزاد می‌فروخت. اندازهٔ کل فروش آن محمولهٔ دارویش بیشتر سود می‌کرد. حتی با ۱۰ درصد هم اتفاق می‌افتد.» همچنین پیش از اجرای طرح، ارز به داروهای غیرضروری تخصیص پیدا می‌کرد. همین‌طور، تأمین و خرید ارز با قیمت بهتری انجام می‌شد که به کاهش هدررفت منابع کمک می‌کرد. با این حال، برخی معتقدند اگر هدف اصلی طرح، صرفهٔ ارزی بوده است، این صرفهٔ ارزی از طریق حذف ارز دارو و تأمین نشدن دارو برای مردم و بروز کمبودهای دارویی انجام شده است. از نظر آنان، دولت در این زمینه دچار مشکل شده است و باید حد بهینه را پیدا کند. مصاحبه‌شوندهٔ کد شش می‌گوید: «منابع ارزی مصرف نشد [چون] ریال نبود. الان گفتند که ما تنها صنعتی [هستیم] که ارز هست [ولی] ریال نیست. یعنی [درکاهش مصرف ارز] موفق بوده. درست است؟ بستگی دارد به این که موفقیت را چه بدانید. تا یک چیزی خرج نشود، ارزی خرید نمی‌شود. ... آن آدمی که دارویش تهیه نشد، سکته کرد و مُرد، کجای این محاسبات آمده؟ شما وقتی که یک چیزی را تأمین نمی‌کنید، عوارض دارد دیگر. این‌ها کجای محاسبات هست؟ کی حساب کرده این‌ها را؟ ... حد بهینه‌ای وجود داره برای کم کردن. نمی‌گویم نباید کمش کرد. باید حد بهینه را پیدا کرد و پایین برد.»

۳-۴-۵. جلوگیری از توزیع رانت و رفع زمینهٔ فساد

مصاحبه‌شوندگان بر وجود گستردهٔ رانت و فساد پیش از اجرای طرح تأکید می‌کنند. به باور آن‌ها، هر جا کمبود منابع و اولویت‌بندی هست، احتمال شکل‌گیری رانت و فساد نیز است. همچنین، گزارش‌ها نشان می‌دهند پروندهٔ تخلفات زیاد بوده که با شروع اجرای طرح از تعداد آن‌ها بسیار کاسته شده است. با این حال، باید توجه کرد با توجه به اختلاف نرخ ارز این موضوع در حال بازگشت به سیستم است.

۳-۴-۶. اصلاح الگوی مصرف و کاهش تقاضای القایی

اصلاح الگوی مصرف و کاهش تقاضای القایی را می‌توان در دو بُعد بررسی و ارزیابی کرد: نخست، تقاضای القایی در خرید مواد اولیه به وسیلهٔ تولیدکنندگان و واردکنندگان دارو؛ دوم، تقاضای القایی در خرید محصول نهایی دارو از طریق مردم. دربارهٔ تقاضای القایی در خرید مواد اولیه، گفته می‌شود شرایط کنونی به شرکت‌ها اجازهٔ انباشت مواد اولیه را نمی‌دهد و این انباشت به علت کاهش نقدینگی به جای سودمندی موجب ضرر است. از این رو، طرح در این بخش موفق عمل کرده است. مصاحبه‌شوندهٔ کد دو می‌گوید: «چون دیگر باید پول بدهد و چون مشکل نقدینگی هم دارد، به اندازهٔ دو ماه بعدش بیشتر خرید نمی‌کند که خط تولیدش نخوابد. نمی‌گویم لزوماً رویکرد درستی است، ولی الان اقتصاد شرکت در راستای منفعت اقتصادی مملکت است. آن موقع، مملکت دنبال این هست کمتر [ارز] بدهد. شرکت می‌گوید هرچه بیشتر بخرم، بُرد کردم که خب این‌ها در تعارض با همدیگر است.»

دربارهٔ تقاضای القایی در خرید محصول نهایی دارو از سوی مردم دیدگاه‌های متفاوتی وجود دارد. عده‌ای افزایش قیمت داروی آزاد را در کاهش تقاضای القایی نهایی مؤثر می‌دانند، هرچند تأکید می‌کنند که این موضوع به بررسی و مطالعهٔ بیشتر نیازمند است. مصاحبه‌شوندهٔ کد یک می‌گوید: «این‌ها را باید مطالعهٔ واقعی انجام داد. ولی موردی به ما گزارش می‌رسد، مثلاً کسی تا دیروز می‌گفت یک ورق آموکسی‌سیلین بده. بعد از اجرای طرح، وقتی گفته شده این‌قدر هزار تومان پشیمان می‌شود. قیمت اثر دارد دیگر.» در مقابل، برخی آن را مؤثر نمی‌دانند، زیرا افرادی که قبل از اجرای طرح توانایی مالی برای خرید داروی اضافه را داشته‌اند، همچنان این توانایی را دارند و تغییری در این خصوص شاهد نیستیم. همچنین، بیمار با درخواست از پزشک دارویی را که می‌خواهد از طریق نسخه و به صورت یارانه‌ای و قیمت مناسب دریافت می‌کند. حتی در این میان کسانی در ازای دریافت مبلغی اقدام به نسخه‌نویسی در سکوهایی مانند دیوار و دورزدن نظام بیمه‌ای می‌کنند. با این حال، باید توجه کرد مصرف دارو بیش از آنکه به دست بیمار باشد، به دست پزشک است. مصاحبه‌شوندهٔ

کد هفت می‌گوید: «پزشک که بگوید [دارو را] بگیر، می‌گیری دیگر!» بنابراین، برای کاهش تقاضای القایی دارو، به جای بیمار باید بر پزشک تمرکز کرد. افزون بر این، کاهش مصرف دارو در پی افزایش قیمت، لزوماً به علت کاهش تقاضای القایی نیست، بلکه ممکن است به علت کنار گذاشتن درمان در افراد نیازمند باشد. بنابراین، لزوماً کاهش مصرف نشانگر مطلوبی نیست.

۳-۴-۷. عدالت اجتماعی

دربارهٔ عدالت اجتماعی، برخی مصاحبه‌شوندگان طرح را در راستای تحقق عدالت اجتماعی می‌دانند. در مقابل، عده‌ای معتقدند پیامدهای اجرای طرح تأثیراتی بر ضد عدالت اجتماعی گذاشته است. از دیدگاه گروه نخست، جلوگیری از هدررفت ارز، جلوگیری از رانت و فساد و استفاده از نظام بیمه برای اعطای یارانه از مصادیق تحقق عدالت اجتماعی به شمار می‌رود. برای مثال، مصاحبه‌شوندهٔ کد هشت اثر طرح را در زمینهٔ تحقق عدالت خوب ارزیابی می‌کند و می‌گوید: «ارز (یارانه) بیشتر برای بیمارانی که بیشتر نیاز داشتند می‌رسد. به جای اینکه بین گروه‌های مختلف ریخت‌وپاش بشود.» با این حال، باید آثار طرح را در دهک‌های مختلف سنجید، زیرا ممکن است افزایش قیمت دارو در اثر اجرای طرح دسترسی دهک‌های پایین را به دارو دچار مشکل کرده باشد. در مجموع، عده‌ای معتقدند اجرای طرح در ابتدا به تحقق عدالت اجتماعی کمک کرده است. اما در ادامه، بدون بازنگری به آن ضربه می‌زند.

۳-۴-۸. پیامدها و تأثیرات پیش‌بینی‌نشده

مصاحبه‌شوندگان بیش از پیامدهای پیش‌بینی‌نشده به مشکلات پیش‌بینی‌نشده اشاره می‌کنند. مشکلاتی مانند تأمین نقدینگی، ضعف مدیریت، نوسان‌های ارزی بعد از اجرای طرح که در ارزیابی اجرای طرح بررسی شدند. دربارهٔ پیامدها و تأثیرات پیش‌بینی‌نشده، برخی معتقدند با آنکه طرح برای تنفس به صنعت داروسازی بود، پس از گذشت دو سال به صنعت داروسازی آسیب زده است. به‌ویژه، در حالت کمبود نقدینگی تولیدکننده‌ها مجبورند برای کاهش هزینه‌های خود کیفیت تولید را کاهش دهند. در نتیجه، طرح در بلندمدت موجب کاهش کیفیت در تولید و آسیب به اعتبار صنعت داروسازی می‌شود. مصاحبه‌شوندهٔ کد شش می‌گوید: «در کوتاه‌مدت تولیدکنندهٔ ایرانی را نجات داد، ولی در درازمدت تولیدکنندهٔ ایرانی را نابود کرد. برای همین سال اول که تمام شد، باید سریع بازبینی می‌شد.» ایشان همچنین بیان می‌کند وقتی دارویی در بازار رسمی تأمین نمی‌شود، آن دارو کمیاب و از طریق قاچاق تأمین می‌شود. در نتیجه، در درازمدت آثار نامطلوبی بر اعتبار داروی ایرانی می‌گذارد. به گفتهٔ وی: «[فلان دارو را] عده‌ای می‌خواهند. تو سرویس نمی‌دهی. می‌رود قاچاق می‌آورد. بعد قاچاق که آورد، مردم کم‌کم فرهنگ دارویشان چی می‌شود؟ داروی ایرانی به درد نمی‌خورد. از آن طرف هم، واقعاً دارند کیفیت را کم می‌کنند در کارخانه‌ها. خب نتیجه‌اش چه می‌شود؟ ببین چهل سال، سی سال سرمایه‌گذاری شد که مردم داروی ایرانی مصرف کنند، خوب هم بشوند. کیفیت دارو داشت بالا می‌رفت، به خودکفایی هم برسیم. آمدیم چیکارش کردیم؟ ضعیفش کردیم اعتبار را داریم از بین می‌بریم.»

نتیجه‌گیری

قرار گرفتن طرح دارویاری در دستور کار را می‌توان حاصل وضعیتی دوگانه‌ای دانست: از یک سو، توافق ضمنی و نانوشتهٔ ذی‌نفعان و از سوی دیگر، دستوری بودن از طریق توافق میان مجلس و دولت در قالب قانون بودجه. نقاط ضعف طرح عبارت‌اند از: دور بودن از واقعیت و شرایط کشور، نداشتن ضمانت اجرا و نبود نهاد پایشگر. همچنین نبود سند منتشرشده‌ای از اهداف و گزارش عملکرد طرح.

اگرچه در تدوین طرح جلسات متعددی با ذی‌نفعان برگزار شد، میان صرف حضور آنان در جلسات و شنیده شدن دیدگاه‌هایشان و اعمال آن دیدگاه‌ها در تدوین طرح تفکیک وجود داشت. برخی نهادها مانند مجلس با وجود اطلاع از طرح، با انگیزه‌های سیاسی، اعلام بی‌اطلاعی از طرح کرده‌اند. طرح در عمل کامل اجرا نشد و انتظارات را محقق نکرد. بخشی از علل آن را باید در تدوین و فرایند اجرای طرح جست‌وجو کرد. طرح آن‌گونه که باید در دولت جدی گرفته نشد و بر پیگیری و نظارت آن اهتمام نشد. در ابتدا، یک دورهٔ کوتاه همکاری بین‌بخشی شکل گرفت، ولی پس از مدتی این همکاری رها شد. همچنین، این سیاست در سطح وزارت بهداشت اجرا شد، در حالی که این وزارتخانه توان همراه کردن دستگاه‌های ذی‌ربط مانند سازمان برنامه و بودجه، بانک مرکزی و دیگر دستگاه‌های مرتبط را نداشت.

می‌توان چنین گفت که اصلی‌ترین مشکلی که آسیب جدی به طرح دارویاری زد، مسئلهٔ کمبود نقدینگی بود. عملکرد سازمان برنامه و بودجه، بیمه‌ها و بانک‌ها به زنجیرهٔ تأمین نقدینگی در صنعت آسیب رساند. همچنین، افزایش شدید نرخ ارز تجدیدنظر در قیمت‌گذاری دارو را ضروری کرده بود، اما این بازنگری انجام نشد و نرخ ارز دارو به میزان ۲۸هزار و ۵۰۰ تومان ثابت ماند. مسئله‌ای که مسبب همان مسائلی می‌شود که دارویاری برای رفع آن‌ها اتخاذ شده بود.

در ارزیابی طرح دارویاری بنا بر اهداف مطرح‌شده می‌توان گفت که طرح در رفع قاچاق معکوس موفق عمل کرده و توانسته است زمینهٔ وقوع آن را کاهش بدهد. با این حال، میزان مطلق پرداخت از جیب در طرح دارویاری افزایش پیدا کرده است. در زمینهٔ داروهای تحت پوشش بیمه، به نظر می‌رسد مجموع داروهای تحت پوشش بیمه افزایش پیدا کرده است، اما برخی آن

را مرتبط با این طرح نمی‌دانند. همچنین، در پرداخت بدهی‌های بیمه به حوزهٔ دارو علاوه بر افزایش تأخیر زمانی، حجم معوقات بیمه نیز افزوده شده است.

بررسی آثار سیاست حذف ارز ترجیحی در سال ۱۴۰۱ نشان می‌دهد در دسترسی دارو که دو مؤلفهٔ فراهمی دارو و توان خرید مطرح است، مشکلات هنوز پابرجاست و فقط نوع مشکلات تغییر کرده است. اجرای طرح مسئلهٔ کمبود داروها را کاهش داده است، ولی به علت مشکلات مطرح‌شده این کمبودها در حال افزیش است.

طرح را دست‌کم در شش‌ماههٔ اول اجرا، یعنی دورهٔ تخصیص ارز نیمایی، می‌توان در جلوگیری از هدررفت منابع ارزی موفق ارزیابی کرد، اما باید به آسیب‌هایی همچون تأمین نشدن دارو برای مردم توجه کرد. در زمینهٔ جلوگیری از رانت و رفع زمینهٔ فساد، با اجرای طرح از میزان آن بسیار کاسته شد، اما به علت اختلاف نرخ ارز این موضوع در حال بازگشت به سیستم است.

اگرچه طرح در نظر کاملاً بر بهبود هدفمندسازی به نفع مردم منطبق است، ولی این گزاره در عمل نیازمند بررسی است. دارویاری در کاهش تقاضای القایی در خرید مواد اولیه به وسیلهٔ تولیدکنندگان و واردکنندگان موفق بوده است، ولی درخصوص تقاضای القایی در خرید محصول نهایی دارو از سوی مردم دیدگاه‌های متفاوتی وجود دارد. برخی معتقدند مصرف دارو بیش از آنکه به دست بیمار باشد، به دست پزشک است.

منابع

Bardach, E. (2012). *A Practical Guide for Policy Analysis: The Eightfold Path to More Effective Problem Solving (4th ed.).* CQ Press.

Boardman, A. E., Greenberg, D. H., Vining, A. R., and Weimer, D. L. (2018). *Cost-Benefit Analysis: Concepts and Practice (5th ed.).* Cambridge University Press.

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M. (2008). "Developing and Evaluating Complex Interventions: The new Medical Research Council guidance". *BMJ*, 337:a1655

Dunn, W. N. (2018). *Public Policy Analysis: An Integrated Approach (6th ed.).* Routledge.

Dunn, W.N. (1994). *Public Policy Analysis: An Introduction.* Prentice Hall, Upper Saddle River.

Dylst, P., Vulto, A., and Simoens, S. (2011). "Reference Pricing Systems in Europe: A Comparative Analysis". *Journal of Applied Clinical Medical Physics*, 13(2), pp. 26-44.

Fischer, F. (2003). *Reframing Public Policy: Discursive Politics and Deliberative Practices.* Oxford University Press.

Forester, J. (1993). *Critical Theory, Public Policy, and Planning Practice: Toward a Critical Pragmatism.* State University of New York Press.

Gertler, P. J., Martinez, S., Premand, P., Rawlings, L. B., and Vermeersch, P. M. (2016). *Impact Evaluation in Practice (2nd ed.).* The World Bank.

Layard, R., and Glaister, S. (Eds.). (2018). *Cost-Benefit Analysis (3rd ed.).* Cambridge University Press.

Mishan, E. J., and Quah, E. (2020). *Cost-Benefit Analysis (6th ed.).* Routledge.

Moore, G. Audrey, S. Barker, M. Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., and O'Cathain, A. (2015). "Process Evaluation of Complex Interventions". *Medical Research Council guidance. BMJ* 350: h1258

O'Cathain, A., Hoddinott, P., Lewin, S. et al. (2015). "Maximising the Impact of Qualitative Research

in Feasibility Studies for Randomised Controlled Trials: Guidance for Researchers". *Pilot and Feasibility Studies,* 1: 32.

Pope, C., Mays, N. (2020). *Qualitative Research in Health Care.* Wiley-Blackwell

Rittel, H. W. J., and Webber, M. M. (1973). "Dilemmas in a General Theory of Planning". *Policy Sciences*, 4(2), pp. 155–169.

Rossi, P. H., Lipsey, M. W., and Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A Systematic Approach (7th ed.).* Sage Publications.

Shadish, W. R., Cook, T. D., and Campbell, D. T. (2002). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference.* Houghton Mifflin.

Soltani, A. M. (2020). "National Evaluation System; a Missing Link in the Legislation and Planning System of the Islamic Republic of Iran". *Iranian Journal of Public Policy*, 5(4), pp. 137-154. {in Persian}

Tahouri, H. , Nouri, M. and Jalili, P. (2012). "Structural Proposal for Evaluation and Implementation of National Schemes for Technology Development". *Rahyaft*, 22 (51). {In Persian}

Theodoulou, S. Z., and Kofinis, C. (2004). *The Art of the Game: Understanding American Public Policy Making.* Recording for the Blind and Dyslexic.

Wagstaff, A. (2018). "Universal Health Coverage: Revisited". *The Lancet*, 392(10156), pp. 1419–1429.

White, H. (2010). *An Introduction to the Use of Randomized Control Trials to Evaluate Impact*. The World Bank.

Wong, V. C., Cook, T. D., and Barnett, M. L. (2020). *The Impact of Causal Inference Methods on Policy Analysis: An Introduction to Randomized and Quasi-Experimental Designs*. Routledge.

World Health Organization (2000). *World Health Report 2000*, Health Systems: Improving

World Health Organization (2000). *World Health Report 2000*, Genevva.

Science and Technology Policy Letters
Volume 16, Issue 2, Summer 2026

Evaluation of Drug Policies in Iran: A Case Study of the Drug Subsidy Plan (Daruyar)

Ali Khajeh Naeini[1]
Faez Dinparasti Saleh[2]
Hamed Jafari[3]

Abstract

Drugs are one of the strategic items in various countries. One of the programs related to this field in Iran was Drug Subsidy Plan , which was officially implemented in 1401. This research was conducted with a qualitative approach and aimed to evaluate the implementation of the Daruyar in four dimensions: process, results, efficiency, and impacts. Data were collected through in-depth interviews with experts and stakeholders in the field of medicine. Data analysis was also conducted using thematic analysis. The findings were organized into four main themes and 26 sub-themes. The successful results of the plan included eliminating reverse drug smuggling, preventing the wastage of foreign exchange resources, and increasing the number of drugs covered by insurance. On the other hand, the acute liquidity problem in the drug supply cycle, frequent delays in paying debts from insurance companies to pharmacies and distribution companies, seriously damaged the supply chain and led to bankruptcy and damage to domestic manufacturers. This lack of financing prevented the plan from achieving its goal of maintaining a stable out-of-pocket payment for prescription drugs. Overall, despite the initial advantages, problems related to liquidity and the level of policy implementation (ministry instead of national level) prevented the plan from fully achieving its major goals.

Keywords: Policy Evaluation, Health Policymaking, Drug policies, Drug Subsidy Plan

1. Assistant Professor of Public Policy, Faculty of Law and Political Science, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran; naieniali@atu.ac.ir

2. Associate Professor of Political Science, Faculty of Law and Political Science, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

3. PhD Student of Public Policy, University of Tehran, Tehran, Iran.

نقش‌نامه و فرم تعارض منافع

الف) نقش نامه

پدیدآورندگان	علی خواجه‌نائینی	فائز دین‌پرستی صالح	حامد جعفری
نقش	نویسندهٔ مسئول	نویسنده	نویسنده
نگارش متن	کمک به نگارش متن اصلی		نگارش متن اصلی
ویرایش متن و ...	پاسخ به یادداشت‌ها و اصلاح	—	—
طراحی / مفهوم‌پردازی	مفهوم‌پردازی ایده	مفهوم‌پردازی ایده	مفهوم‌پردازی ایده
گردآوری داده	—	—	گردآوری داده‌ها
تحلیل / تفسیر داده	تحلیل داده‌ها	تحلیل داده‌ها	تحلیل داده‌ها
سایر نقش‌ها	—	—	—

ب) اعلام تعارض منافع

در جریان انتشار مقالات علمی تعارض منافع به این معنی است که نویسنده یا نویسندگان، داوران و یا حتی سردبیران مجلات دارای ارتباطات شخصی و یا اقتصادی می‌باشند که ممکن است به طور ناعادلانه‌ای بر تصمیم‌گیری آن‌ها در چاپ یک مقاله تأثیرگذار باشد. تعارض منافع به خودی خود مشکلی ندارد بلکه عدم اظهار آن است که مسئله‌ساز می‌شود.

بدین وسیله نویسندگان اعلام می‌کنند که رابطه مالی یا غیرمالی با سازمان، نهاد یا اشخاصی که موضوع یا مفاد این تحقیق هستند ندارند، اعم از رابطه و انتساب رسمی یا غیررسمی. منظور از رابطه و انتفاع مالی از جمله عبارت است از دریافت پژوهانه، گرنت آموزشی، ایراد سخنرانی، عضویت سازمانی، افتخاری یا غیررسمی، اشتغال، مالکیت سهام، و دریافت حق اختراع، و البته محدود به این موارد نیست. منظور از رابطه و انتفاع غیرمالی عبارت است از روابط شخصی، خانوادگی یا حرفه‌ای، اندیشه‌ای یا باورمندانه، و غیره.

چنانچه هر یک از نویسندگان تعارض منافعی داشته باشد (و یا نداشته باشد) در فرم زیر تصریح و اعلام خواهد کرد:

مثال: نویسندهٔ الف هیچ‌گونه تعارض منافعی ندارد. نویسندهٔ ب از شرکت فلان که موضوع تحقیق بوده است گرنت دریافت کرده است. نویسندگان ج و د در سازمان فلان که موضوع تحقیق بوده است سخنرانی افتخاری داشته‌اند و در شرکت فلان که موضوع تحقیق بوده است سهامدارند.

اظهار (عدم) تعارض منافع: با سلام و احترام؛ به استحضار می‌رساند نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی ندارد.

نویسندهٔ مسئول: علی خواجه‌نائینی

تاریخ: ۱۴۰۵/۰۷/۲۰