

مقایسه رشد هزینه‌های دارویی با رشد سرانه دارویی بیمه شدگان سرپایی اداره کل بیمه سلامت ایران در شهر اصفهان

حسینعلی قاسمی^۱، مهدیه رئیس‌زاده^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: جایگاه دارو و هزینه‌های آن در نظام مراقبت‌های سلامت کشور بسیار مهم است. مطالعه حاضر با هدف، تعیین رشد هزینه‌های دارویی در مقایسه با رشد سرانه دارویی بیماران سرپایی در بیمه سلامت ایرانیان انجام شد.

روش بررسی: مطالعه به صورت کاربردی و از نوع توصیفی-تحلیلی بود. ابزار مورد استفاده، فرم جمع‌آوری اطلاعات در برگزیده متغیرهای هزینه دارویی، سرانه دارویی، تعداد بیمه شدگان به تفکیک شهرستان، سرانه مصوب، سرانه عملکردی، تعداد داروخانه، داروهای پرهزینه، داروهای با بیشترین فراوانی سرانه و داروهای با بالاترین فراوانی مصرف بود. اطلاعات با استفاده از آمار توصیفی و آزمون همبستگی Pearson مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: سهم هزینه‌های دارویی از کل هزینه‌های بیمه سلامت اصفهان طی سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲ به ترتیب ۲۵، ۲۳، ۲۲، ۲۲ و ۳۱ درصد بود. مبلغ سرانه سال ۱۳۹۲ نسبت به سال‌های ۱۳۸۸، ۱۳۸۹، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ به ترتیب ۵۸، ۴۹، ۲۸ و ۲۱ درصد افزایش نشان داد. مبلغ هزینه‌های عملکردی دارویی و نرخ رشد آن در مقایسه با هزینه‌های مصوب در پنج سال مورد بررسی افزایش داشت. هزینه ۳۵ دارویی پرهزینه طی سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲، بیش از نیمی از هزینه‌های دارویی را به خود اختصاص داد. نتایج نشان داد که در طول این سال‌ها، با افزایش هزینه‌های عملکردی، بار مراجعه به داروخانه‌ها نیز کاهش یافته بود.

نتیجه‌گیری: عواملی همچون بازنگری در برنامه‌های بازپرداخت هزینه‌های دارویی، جایگزین نمودن داروهای کم‌هزینه‌تر و اصلاح الگوی تجویز دارو توسط پزشکان، می‌تواند در جهت بهینه‌سازی هزینه‌های دارویی مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: هزینه دارویی؛ تحلیل هزینه‌ای؛ بیمه

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۲/۱۴

اصلاح نهایی: ۱۳۹۵/۲/۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۳/۶

ارجاع: قاسمی حسینعلی، رئیس‌زاده مهدیه. مقایسه رشد هزینه‌های دارویی با رشد سرانه دارویی بیمه شدگان سرپایی اداره کل بیمه سلامت ایران در شهر اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۳ (۲): ۱۳۷-۱۳۲

بر اساس گزارش‌های صورت گرفته از مطالعه‌های گذشته، مشخص شده است که سهم هزینه‌های مراقبت سرپایی در مقایسه با مراقبت‌های بستری به نحو نامطلوبی بالا می‌باشد و این آمار در کشور ایران به طور تقریبی دو برابر کشورهای توسعه یافته است. این میزان از هزینه‌های مراقبت سرپایی بهداشتی و درمانی جایگاه دارو را در نظام مراقبت‌های سلامت کشور پررنگ‌تر می‌کند (۵).

بر اساس آمارهای موجود، رشد هزینه عملکردی دارویی (هزینه‌ای که بابت خدمات دارویی برای هر بیمه شده پرداخت گردیده است)، از رشد سرانه دارویی (مبلغ تخصیص داده شده بابت خدمات دارویی برای هر بیمه شده) که باید پرداخت گردد، بیشتر است (۶).

مقدمه

افزایش هزینه‌های بخش سلامت در اکثر کشورهای دنیا به اصلی‌ترین نگرانی‌های مدیران و سیاست‌گذاران سلامت مبدل شده است. از طرف دیگر، نظام‌های سلامت علاوه بر ارتقای سلامت افراد جامعه، باید مسؤلیت حفظ آن‌ها را در مقابل هزینه‌های مالی ناشی از دریافت خدمات سلامت نیز بر عهده داشته باشند. هزینه‌های دارویی، مشاوره و پرستاری به ترتیب بزرگ‌ترین بخش هزینه‌ای در نظام سلامت دنیا را تشکیل می‌دهند (۱). اجرای سیاست‌های مبتنی بر بازار در ایران، باعث افزایش قابل توجه هزینه‌های دارویی کشور شده است؛ به طوری که از ابتدای دهه ۸۰ تا انتهای آن، این هزینه افزایش ۱۰۷ برابری را نشان می‌دهد (۲).

نظام دارویی بخش بهداشت و درمان، نقش غیر قابل انکاری را در مورد تضمین دسترسی بیماران با پرداخت کمترین هزینه ممکن به بیشترین خدمات دارویی از طریق دخالت در چگونگی تخصیص یارانه‌ها و لحاظ کردن سهم هزینه‌های اقتصادی داروها در نظام بهداشتی کشور ایفا می‌نماید (۳). در این خصوص، مجموع هزینه داروهای مصرفی در کشور حدود ۴ میلیارد دلار در سال است که بدون لحاظ نقش سازمان‌های بیمه‌گر، پرداخت از جیب بیماران بیش از ۴۵ درصد از آن را شکل می‌دهد (۴).

مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد با شماره ۱۹۷۱۰۳۰۴۹۲۱۰۰۴ می‌باشد که با حمایت دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرضا انجام شده است.

۱- کارشناس ارشد، نظارت بر امور دارویی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرضا، اه ایران
۲- استادیار، فارماکولوژی، گروه علوم پایه، دانشکده دامپزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سنجند، سنجند، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: vet_mr@yahoo.com

سؤالات بررسی شد و بر اساس آن، همبستگی فرم مورد استفاده ۰/۸۱ به دست آمد که نشان دهنده پایایی لازم می‌باشد.

بعد از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی Pearson در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ (version 19, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در جدول ۱ به مقایسه هر دو مورد هزینه دارویی و هزینه‌های کل، بین سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲ پرداخته شد. در مقایسه هزینه‌های دارویی و هزینه‌های کلی درمانی اداره کل بیمه سلامت، میزان هزینه‌های دارویی سال ۱۳۹۲ نسبت به سال ۱۳۸۸، ۱۹۷ درصد و هزینه کل ۷۱ درصد افزایش داشت که نشان می‌دهد مبالغ هزینه دارویی افزایش نزدیک به سه برابر هزینه کل داشت. عمده افزایش هزینه‌های کل به واسطه هزینه‌های دارویی بود.

رشد هزینه‌های دارویی در مقایسه با رشد سرانه دارویی بیشتر بود. مبلغ سرانه سال ۱۳۹۲ نسبت به سال‌های ۱۳۸۸، ۱۳۸۹، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ به ترتیب ۵۸، ۴۹، ۲۸ و ۲۱ درصد افزایش نشان داد. با این حال، در همه سال‌ها، هر سال نسبت به سال قبل افزایش مبلغ سرانه مشاهده شد (جدول ۲).

فراوانی تعداد پزشکان عمومی، متخصص، فوق تخصص و دندان‌پزشک طی سال‌های ۱۳۸۸-۹۲ در شهرستان‌های مورد مطالعه استان نشان داد که تعداد پزشکان عمومی و دندان‌پزشک طی سال‌های مورد بررسی کاهش و تعداد متخصصان و فوق تخصصان افزایش داشت. همچنین، تعداد ویزیت و نسخ پزشکان عمومی، دندان‌پزشک و متخصص کاهش و تعداد ویزیت فوق تخصصان افزایش یافت.

مبلغ هزینه‌های دارویی طی سال‌های متوالی افزایش یافته بود. به جز نسبت رشد هزینه‌های دندان‌پزشکی در سال‌های ۱۳۹۰ به ۱۳۸۹، رشد هزینه‌ها در بقیه سال‌ها وجود داشت.

بر اساس مبانی تئوریک و مشاهدات تجربی و با توجه به این که تأمین و دسترسی اکثر مردم به عالی‌ترین سطح ممکن به داروهای مؤثر، سالم، باکیفیت و قیمت مناسب، از اهداف سند چشم‌انداز بیست ساله کشور ایران می‌باشد و از آنجایی که بررسی وضعیت الگوی هزینه و مصرف دارو می‌تواند نقش مهمی در سازمان‌دهی سیاست‌های سازمان بیمه سلامت در ارایه خدمات دارویی مناسب داشته باشد، در مطالعه حاضر، رشد هزینه‌های دارویی نسبت به رشد سرانه دارویی اداره کل بیمه سلامت ایران در سال‌های ۱۳۸۸-۹۲ مقایسه گردید.

روش بررسی

این مطالعه کاربردی از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به صورت گذشته‌نگر و با مطالعه اسناد مربوط و استخراج اطلاعات آماری مورد نظر انجام گرفت. جامعه پژوهش عبارت از اسناد بیمه شدگان سرپایی اداره کل، از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲ بود. در این مطالعه، جامعه منطبق بر نمونه بود و اطلاعات هزینه‌های همه بیمه شدگان تحت پوشش بیمه سلامت ایرانیان از سال ۱۳۸۸ تا پایان سال ۱۳۹۲ و به صورت ۵ ساله مورد بررسی قرار گرفت. بیمه شدگان روستایی به دلیل عدم دسترسی بودن اطلاعات سطح یک که به صورت سرانه پرداخت می‌گردد، از مطالعه کنار گذاشته شدند و مبالغ فقط برای بیمه شدگانی است که سرانه دریافت می‌نمایند.

جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز نیز با مراجعه به بیمه سلامت ایرانیان استان اصفهان و از طریق اسناد موجود در این سازمان انجام گرفت. برای بازیابی داده‌ها از منابع موجود، پژوهشگر از ابزارهایی مانند چک‌لیست یا فرم جمع‌آوری داده‌ها استفاده نمود که معتبرسازی آن به روش اعتبار محتوا، در واقع فرایند داوری افراد صلاحیت‌دار می‌باشد که بر پایه دانش، اطلاعات و تجربه‌های آن‌ها و نیز استفاده از آثار و نوشته‌های متخصصان انجام گرفت. از آنجایی که در این مطالعه ابزار مورد استفاده فرم بود، پایایی آن به وسیله همبستگی بین گروهی

جدول ۱: میزان رشد هزینه‌های دارویی و هزینه‌های کلی درمانی بیمه سلامت طی سال‌های ۱۳۸۸-۹۲

سال	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲
هزینه‌های دارویی (ریال)	۱۹۵۸۴۲۸۶۶۳۰۴	۲۱۷۳۰۷۵۵۵۴۶۵	۲۴۲۴۴۵۵۴۱۸۲۶	۲۹۲۹۲۵۲۹۲۹۱۸	۵۸۳۳۶۶۹۰۰۰۲۳
مبلغ (ریال)					
رشد سال ۱۳۸۸ (درصد)	۰	-	-	-	-
رشد ۱۳۸۹ (درصد)	۱	۰	-	-	-
رشد سال ۱۳۹۰ (درصد)	۲۳	۱۱	۰	-	-
رشد سال ۱۳۹۱ (درصد)	۴۹	۳۴	۲۰	۰	-
رشد سال ۱۳۹۲ (درصد)	۱۹۷	۱۶۸	۱۴۰	۹۹	۰
هزینه‌های کلی درمانی (ریال)	۷۶۵۰۰۷۳۹۹۷۵	۹۳۸۰۱۷۶۶۰۲۱۴	۱۰۹۰۰۱۸۸۸۴۹۲۷	۱۳۱۵۷۱۴۸۶۱۴۱۲	۱۸۷۷۴۰۲۸۹۸۳۰۹
مبلغ (ریال)					
رشد سال ۱۳۸۸ (درصد)	۰	-	-	-	-
رشد سال ۱۳۸۹ (درصد)	۲۲	۰	-	-	-
رشد سال ۱۳۹۰ (درصد)	۴۲	۱۶	۰	-	-
رشد سال ۱۳۹۱ (درصد)	۷۱	۴۰	۲۰	۰	-
رشد سال ۱۳۹۲ (درصد)	۷۱	۱۰۰	۷۲	۴۲	۰

جدول ۲: مبلغ سرانه دارویی

سال	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲
مبلغ سرانه (ریال)	۱۸۶۰۱	۱۹۶۸۱	۲۲۸۱۹	۲۴۲۶۱	۲۹۴۰۰
رشد سال ۱۳۸۸ (درصد)	۰	-	-	-	-
رشد سال ۱۳۸۹ (درصد)	۵	۰	-	-	-
رشد سال ۱۳۹۰ (درصد)	۲۲	۱۵	۰	-	-
رشد سال ۱۳۹۱ (درصد)	۳۰	۲۳	۶	۰	-
رشد سال ۱۳۹۲ (درصد)	۵۸	۴۹	۲۸	۲۱	۰

این میزان در سال ۲۰۰۰، ۹/۷ درصد گزارش شد (۷). به طور کلی، هزینه‌های دارویی پس از مخارج بستری‌های بیمارستانی و ویزیت پزشکان، دومین و یا سومین بخش هزینه‌های نظام‌های سلامت در تمامی کشورها به شمار می‌رود (۸). علاوه بر این، در دهه‌های اخیر نرخ رشد هزینه‌های دارویی بسیار بیشتر از نرخ رشد کل هزینه‌های مراقبت‌های سلامت بوده است. یک بررسی در سوئد نشان داد که بین سال‌های ۱۹۷۴ تا ۱۹۹۵، هزینه‌های دارویی بر مبنای قیمت تعدیل شده بر اساس نرخ عمومی تورم، ۱۳۳ درصد افزایش یافته است. همچنین، در کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی بین سال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۷، نرخ رشد هزینه‌های دارویی ۵۰ درصد بود. در آمریکا نیز میزان هزینه‌های دارویی از ۵/۱ درصد کل هزینه‌های سلامت در سال ۱۹۸۰ به ۹/۷ درصد در سال ۲۰۰۰ افزایش یافته است. علاوه بر این، به نظر می‌رسد افزایش هزینه‌های دارویی در سال‌های آینده همچنان ادامه دارد و فشار شدیدی بر نظام‌های مراقبت سلامت وارد کند. بنابراین، در سال‌های اخیر هزینه‌های دارویی هم از نظر مقدار مطلق و هم از نظر سهم آن در کل مخارج سلامت، تبدیل به یک نگرانی عمده برای سیاست‌گذاران سلامت در دنیا شده است و علاقه زیادی برای طراحی برنامه‌ها و سیاست‌های کارآمد برای کنترل مصرف دارو از جمله افزایش قیمت‌ها، بازنگری در برنامه‌های بازپرداخت هزینه‌های دارویی و نیز افزایش سهم پرداخت مصرف‌کننده، ایجاد کرده است (۸).

در سال ۱۳۸۸، به طور متوسط سهم هزینه دارو از کل هزینه درمان بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی ۲۰ درصد بوده است (۶). بنابراین، با توجه به سهم زیاد هزینه‌های دارویی در هزینه‌های بهداشتی-درمانی، باید به این هزینه‌ها به عنوان جزء اصلی هزینه بهداشتی توجه ویژه‌ای شود.

نتایج آزمون همبستگی Pearson نشان داد که بین هزینه‌های دارویی و تعداد پزشک، تعداد ویزیت، تعداد نسخ، تعداد داروخانه و تعداد نسخ دارویی ارتباط معنی‌دار قوی وجود داشت و با افزایش هر یک از متغیرهای فوق، هزینه‌های دارویی به طور معنی‌داری افزایش یافته بود. این در حالی است که رشد هزینه‌های دارویی (هزینه‌ای که بابت خدمات دارویی پرداخت گردیده است) بیشتر از هزینه‌های مصوب (هزینه‌ای که بابت خدمات دارویی باید پرداخت گردد) بود؛ به گونه‌ای که هزینه‌های عملکردی دارویی در سال ۱۳۹۲ نسبت به سال ۱۳۸۸، ۱۹۷ درصد و هزینه مصوب بر اساس جدول ۳، ۴۲ درصد افزایش را نشان داد.

همچنین، عمده هزینه‌ها به ۳۵ دارو با هزینه بالا اختصاص داشت؛ به نحوی که در سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲ به تدریج کاهش یافته بود، اما در کل، هنوز در سال ۱۳۹۲ نیمی از هزینه‌های دارویی مربوط به ۳۵ دارو بود.

بحث

نتایج نشان داد که در مجموع هزینه‌های دارویی نسبت به کل هزینه‌ها در طی سال‌های مورد بررسی، حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد بوده است؛ به گونه‌ای که سهم هزینه‌های دارویی از سال ۱۳۸۸ تا سال ۱۳۹۲، از کل هزینه‌های بهداشتی بیمه سلامت ایرانیان به ترتیب ۲۵، ۲۳، ۲۲ و ۳۱ درصد می‌باشد. بررسی‌ها نشان می‌دهند که هزینه داروی مصرفی در کشورهای توسعه یافته حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد و در کشورهای در حال توسعه ۲۰ تا ۶۰ درصد کل مخارج نظام‌های سلامت را به خود اختصاص می‌دهند (۳). بر اساس گزارش‌ها در کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی در سال ۲۰۰۷، ۱۵ درصد از کل مخارج نظام‌های سلامت مربوط به هزینه‌های دارویی بوده است. در آمریکا نیز

جدول ۳: هزینه‌های دارویی مصوب

سال	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲
مبلغ	۱۶۶۳۴۸۷۴۳۰۰۰	۱۷۵۸۲۸۶۳۶۹۶۸	۱۹۷۵۴۹۹۲۴۶۶۴	۲۰۲۶۸۴۰۶۰۴۷۶	۲۳۷۷۰۸۱۷۲۸۰۰
رشد سال ۱۳۸۸ (درصد)	۰	-	-	-	-
رشد سال ۱۳۸۹ (درصد)	۵	۰	-	-	-
رشد سال ۱۳۹۰ (درصد)	۱۸	۱۲	۰	-	-
رشد سال ۱۳۹۱ (درصد)	۲۱	۱۵	۲	۰	-
رشد سال ۱۳۹۲ (درصد)	۴۲	۳۵	۲۰	۱۷	۰

۱۳۶۳ تا ۱۳۷۰، میزان مصرف دارو در ایران دو برابر شده است. گزارش‌های مالی نیز حاکی از آن است که در سال ۱۳۸۱، بیش از ۵۶۴۸ میلیارد ریال در کشور صرف تولیدات دارویی شده و در همان سال، بیش از ۶۳۸ میلیون دلار ارز به صورت حمایتی و غیر حمایتی به فرآورده‌های دارویی اختصاص یافته است (۱۱). بنابراین، نتایج مطالعه حاضر و سایر مطالعه‌ها بیانگر این موضوع است که تنها ۳۵ داروی پرهزینه حدود نیمی از هزینه‌های دارویی را تشکیل می‌دهند و می‌توان با جایگزین نمودن داروهای کم‌هزینه‌تر و تجویز صحیح‌تر پزشکان به سمت داروهای به‌صرفه‌تر، بسیاری از هزینه‌ها را کاهش داد.

نتایج آزمون همبستگی Pearson نشان داد که بین هزینه‌های دارویی و تعداد پزشک، تعداد ویزیت، تعداد نسخ، تعداد داروخانه و تعداد نسخ دارویی رابطه معنی‌دار قوی وجود دارد و با افزایش هر یک از متغیرهای فوق، هزینه‌های دارویی به طور معنی‌داری افزایش می‌یابد.

همراه با افزایش هزینه‌های دارویی عملکردی، بار مراجعه به داروخانه‌ها نیز کاهش یافته است. بیشترین افزایش هزینه‌های عملکردی مربوط به سال ۱۳۹۲ نسبت به ۱۳۸۸ می‌باشد؛ یعنی ۱۹۷ درصد و در مقابل نیز بیشترین کاهش بار مراجعه مربوط به همین فاصله با ۸ درصد کاهش بود. در سایر سال‌ها نیز با افزایش هزینه‌های عملکردی، بار مراجعه کاهش داشته است که نشان می‌دهد بیماران با افزایش هزینه‌های دارویی، مراجعه خود به پزشک را کاهش داده‌اند که در سیستم بهداشتی-درمانی این کاهش مناسب نیست و نشان می‌دهد بیماران به علت بار مالی از سلامت خود و بهبودی آن گذشته‌اند. بنابراین، بار مالی و افزایش هزینه‌ها از مراجعه بیماران به داروخانه و بار مراجعه کاسته است.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، در سال ۱۳۸۱، مراجعه به داروخانه و مراجعان سرپایی بخش درمان به ترتیب ۳۵ و ۲۲ درصد از هزینه‌های سلامت کشور را به خود اختصاص دادند (۱۲)؛ در حالی که افزایش هزینه‌ها از کاهش این مراجعه خیر می‌دهد.

با توجه به این که تأمین و دسترسی اکثر مردم به عالی‌ترین سطح مناسب، از اهداف سند چشم‌انداز بیست ساله کشور ایران می‌باشد (۱۰)، باید در این راستا برنامه‌ریزی‌های اصولی صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به سهم زیاد هزینه‌های دارویی در هزینه‌های بهداشتی-درمانی، باید به این هزینه‌ها به عنوان جزء اصلی هزینه بهداشتی توجه ویژه داشت. در این ارتباط، سیاست‌های کارآمد برای کنترل مصرف دارو از جمله افزایش قیمت‌ها، بازنگری در برنامه‌های بازپرداخت هزینه‌های دارویی، افزایش سهم پرداخت مصرف‌کننده، جایگزین نمودن داروهای کم‌هزینه‌تر و اصلاح الگوی تجویز دارو توسط پزشکان می‌تواند مؤثر واقع شود.

پیشنهادها

لازم است سیاست‌گذاران سازمان بیمه سلامت در جهت تدوین برنامه‌ریزی‌های اصولی جهت بهینه‌سازی هزینه‌های دارویی و آموزش به مصرف‌کنندگان دارو، اصلاح الگوی تجویز دارو توسط پزشکان، بهبود شیوه‌های مدیریتی (به طور مثال استفاده از روش‌های نسخه‌نویسی Online برای پزشکان) و اصلاح بازنگری داروهای تحت پوشش بیمه اقدام نمایند.

بر اساس نتایج جدول ۱، مبلغ سرانه سال ۱۳۹۲ نسبت به سال‌های ۱۳۸۸، ۱۳۸۹، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ به ترتیب ۵۸، ۴۹، ۲۸ و ۲۱ درصد افزایش نشان داد. با این حال، در همه سال‌ها، هر سال نسبت به سال قبل با افزایش مبلغ سرانه مواجه بوده‌ایم. مبلغ هزینه‌های دارویی مورد مطالعه در سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲ نیز در سال‌های متوالی با افزایش روبه‌رو بوده است؛ به گونه‌ای که رشد هزینه‌های سال ۱۳۹۲ نسبت به سال‌های ۱۳۸۸، ۱۳۸۹، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ به ترتیب ۱۹۷، ۱۶۸، ۱۴۰ و ۹۹ درصد به دست آمد. در واقع، هزینه‌های دارویی به نسبت سرانه آن در سال‌های مشابه، نزدیک به بیش از سه برابر افزایش داشت و فاصله زیادی بین افزایش هزینه‌های دارویی در مقابل افزایش سرانه آن مشاهده شد. افزایش مبلغ سرانه در مقابل افزایش واقعی هزینه‌های عملکردی دارویی بسیار ناچیز می‌باشد. بنابراین، میزان رشد هزینه‌های دارویی در مقایسه با سرانه آن بیشتر بوده است.

در مقایسه بین مبلغ هزینه‌های عملکردی دارویی و مصوب، هزینه‌های عملکردی در هر سال مورد بررسی بیشتر از هزینه‌های مصوب بود. همچنین، نرخ رشد هزینه‌های عملکردی بیشتر از هزینه‌های مصوب به دست آمد؛ به گونه‌ای که هزینه‌های عملکردی سال ۱۳۹۲ نسبت به سال ۱۳۸۸، ۱۹۷ درصد و در مصوب ۴۲ درصد افزایش داشته است. بنابراین، اختلاف زیادی بین افزایش هزینه‌های دارویی و افزایش هزینه‌های مصوب طی سال‌های مورد بررسی وجود دارد و این اختلاف در هزینه‌های عملکردی بیش از هزینه‌های مصوب می‌باشد. مصرف سرانه دارو در ایران حدود ۳۷۰ واحد در سال و معادل حدود ۲۰ دلار آمریکا بوده است. این سرانه از نظر ارزش به نسبت پایین است و علت آن، کنترل ساختگی سرانه هزینه دارو توسط دولت از طریق تولید داروهای ارزان قیمت در داخل کشور می‌باشد (۹).

یارانه دارو در ایران در بین کالاهای اساسی، رتبه سوم را دارد و دولت برای کاهش هزینه خود و کنترل مصرف دارو از سال ۱۳۷۶ تاکنون، نسبت به حذف تدریجی یارانه از برخی داروها اقدام نموده است (۱۰). ایمانی و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که بین متغیرهای ناخالص داخلی، سرانه کل هزینه‌های سلامت و کل هزینه‌های دارویی با متغیر مصرف ریالی سرانه دارو رابطه معنی‌داری دارند. همچنین، متغیرهای تولید ناخالص داخلی، کل هزینه‌های سلامت و کل هزینه‌های دارویی ۹۹/۳ درصد واریانس تغییرات میزان مصرف سرانه دارو و ۹۹/۸ درصد تغییرات متغیر کل هزینه‌های دارویی را تبیین می‌نمود (۳). بنابراین، باید یا از افزایش هزینه‌های دارویی جلوگیری کرد و یا سهم سرانه دارویی را برای داروها افزایش داد تا از فشار مالی بیماران تا حدی جلوگیری نمود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هزینه ۳۵ داروی با هزینه بالا در سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲، حدود نیمی از هزینه‌های دارویی را به خود اختصاص می‌دهد. در سال ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ هزینه ۳۵ دارو از کل هزینه دارویی به ترتیب ۵۰/۷ و ۵۸/۸ درصد، در سال ۱۳۹۰ حدود ۵۰ درصد، در سال ۱۳۹۱، ۴۸/۸ درصد و در سال ۱۳۹۲، ۴۰/۸ درصد بود که نشان می‌دهد حدود نیمی از هزینه‌ها بر روی ۳۵ نوع دارویی با هزینه بالا معطوف است.

بر اساس گزارش‌ها، ایران نیز در سال ۱۳۵۶ مصرف‌کننده بیش از ۱۰ درصد دارویی مصرفی کل قاره آسیا بوده است. همچنین، در دهه ۷۰ با میانگین رشد سالانه مصرف فرآورده‌های دارویی به میزان حدود ۱۱/۵ درصد در مقایسه با میانگین رشد ۹ درصدی جهان، دارای یکی از بالاترین میزان‌های افزایش مصرف دارو بوده است. آمارها نشان می‌دهند که تنها در طی سال‌های

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرضا به

جهت تصویب و تأیید انجام پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد نظارت بر امور دارویی تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Ghanati E, Hadiyan M, Daghighi Asli A. Economic expenditures of multiple sclerosis medications and feasibility of providing health insurance policies for medications. *J Health Adm* 2011; 14(45): 37-54. [In Persian].
2. Davari M, Kohan S, Enjzab B, Javadnoori M. Promoting the efficient use of human resources in reproductive health services in Iran: A cost-service analysis. *Health Inf Manage* 2012; 8(7): 929-37. [In Persian].
3. Imani A, Rasekh H, Golestani M. The relationship between pharmaceutical expenditures, health care expenditures and gross domestic product in Iran: 1999-2008. *Pharm Sci* 2012; 18(1): 9-17.
4. SalamatNews. Fifty-six percent of public health expenditures are financed by people [Online]. [cited 2012]; Available from: URL: <http://www.salamatnews.com/news/50617/> [In Persian].
5. World Health Organization. The world health report 2000- health systems: improving performance [Online]. [cited 2000]; Available from: URL: <http://www.who.int/whr/2000/en/>
6. Sethi RC. Prescription drugs: recent trends in utilization, expenditures, and coverage. *EBRI Issue Brief* 2004; (265): 1-35.
7. World Health Organization. The world medicines situation [Online]. [cited 2004]; Available from: URL: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js6160e/>
8. Sarma S, Basu K, Gupta A. The influence of prescription drug insurance on psychotropic and non-psychotropic drug utilization in Canada. *Soc Sci Med* 2007; 65(12): 2553-65.
9. Razzaghi EM, Movaghar AR, Green TC, Khoshnood K. Profiles of risk: a qualitative study of injecting drug users in Tehran, Iran. *Harm Reduct J* 2006; 3: 12.
10. Andayesh Y, Keshavarz K, Zahiri M, Mirian I, Beheshti A, Imani A, et al. The effects of drug subsidies exclusion on price index of sectors and household's expenditures using structural path analysis. *J Health Adm* 2011; 13(42): 45-56. [In Persian].
11. Palesh M, Fredrikson S, Jamshidi H, Jonsson PM, Tomson G. Diffusion of magnetic resonance imaging in Iran. *Int J Technol Assess Health Care* 2007; 23(2): 278-85.
12. Naghavi M, Jamshidi HR. Utilization of health services in Iran. Tehran, Iran: Tandis Publications; 2005. [In Persian].

Comparison of Increase in Medication Costs and Medication Funding Per Capita of the Outpatients Insured by the Iranian Salamat Insurance in Isfahan, Iran

Hosseinali Ghasemi¹, Mahdiah Raeeszadeh²

Original Article

Abstract

Introduction: Medication and its cost in the country's health care system are of grave importance. Thus, the aim of this study was to investigate the increase in medication costs in comparison to the increase in medication funding per capita of the outpatients insured by the Iranian Salamat Insurance in Isfahan, Iran.

Methods: This was a descriptive-analytic study. The data were collected using an information form including the variables of pharmaceutical expenditure, pharmaceutical expenditure per capita, the number of insured per city, approved cost per capita, operating cost per capita, the number of pharmacies, expensive drugs, drugs with the highest rate per capita, and drugs with the highest frequency of use. The collected data were analyzed using descriptive statistics and the Pearson correlation coefficient.

Results: From 2009 to 2013, the drug costs constituted, respectively, 25, 23, 22, 22, and 31 percent of the total health care costs of the Iranian Salamat Insurance. Amount per capita in 2013 compared to years 2009, 2010, 2011, and 2012 were 58, 49, 28, and 21 percent higher, respectively. Drug operating cost and its growth rate had increased during the studied 5 years, compared to the approved costs per capita. More than half of the total drug cost in 2009-2013 was allocated to the 35 most expensive drugs. The Pearson correlation showed that with increase in operating cost, the number of visits to pharmacies decreased.

Conclusion: Revision of drug reimbursement, substitution of lower-cost drugs, and modification of the prescription pattern used by physicians can be effective in the optimization of drug costs.

Keywords: Drug Costs; Cost Analysis; Insurance

Received: 27 May, 2015

Accepted: 3 May, 2016

Citation: Ghasemi H, Raeeszadeh M. Comparison of Increase in Medication Costs and Medication Funding Per Capita of the Outpatients Insured by the Iranian Salamat Insurance in Isfahan, Iran. Health Inf Manage 2016; 13(2): 132-7

Article resulted from MSc thesis No. 19710304921004 funded by Islamic Azad University, Shahreza Branch.

1- MSc, Drug Supervision, Islamic Azad University, Shahreza Branch, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Pharmacology, Department of Basic Sciences, School of Veterinary Medicine, Islamic Azad University, Sanandaj Branch, Sanandaj, Iran (Corresponding Author) Email: vet_mr@yahoo.com