



مصاحبه با



## دکتر ابوالحسن احمدیانی

□ با تشکر از شما دوستان عزیز در مجله رازی که ترتیب این مصاحبه را دادید و زمینه‌ای فراهم کردید برای یک آشنایی بیشتر با نظرات و برنامه‌های ما، با همکاران عزیزمان در گروه پزشکی سراسر کشور به خصوص داروسازان محترم که من در درجه اول نماینده آنها باید می‌بودم و نمی‌دانم که این شایستگی را داشتم یا نه؟ و هم چنین همکارهای خوب و زحمت‌کش پزشک در سراسر کشور که در یک همکاری

■ جناب آقای دکتر احمدیانی جنابعالی - تا آنجایی که ما دورا دور با شما آشنایی داریم - از افرادی با علاقه بسیار به کار دانشگاهی و به‌عنوان مدیر گروه فارماکولوژی دانشگاه شهید بهشتی بودید که با عشق، ایمان و دوستان خوب داشتید کار علمی می‌کردید و فوق‌العاده هم موفق، به چه دلیل شغل به این خوبی را ول کردید و رفتید و مسوولیت معاونت دارویی را پذیرفتند؟

تنگاتنگ این دو گروه شاید درمان معنادار بشود. من فرصت را اگر چه متأسفانه یک طرفه است، مغنم می‌شمارم و نظرات و صحبت‌های خودم را به دوستان عزیز سراسر کشور به این وسیله که شما فراهم کردید، می‌رسانم و اگر هم بتو بند با شما تماس بگیرند و نظرات خودشان را منعکس کنند، خوشحال می‌شوم که بدانم دیگران چه می‌گویند؟ چه قضاوتی داشتند؟ تا بتوانم ذهنیت را اصلاح کنم. من مشغول کار دانشگاهی بودم، نه علاقه‌ای داشتم و نه گرایشی به این قضیه که وارد کار اجرایی شوم، چون باور داشتم که نیروهای آشناتر، دلسوز، انقلابی و وارد در صحنه بوده‌اند که علی‌القاعده باید این مسوولیت را می‌پذیرفتند ولی این را همه می‌دانند، چیزی نیست که من بخواهم کتمان بکنم یا کسی بتواند کتمانش بکند که دوستان زیادی از جمع داروسازان لطف می‌کردند و به من مراجعه می‌نمودند و مصرانه می‌خواستند که ما را معرفی کنند تا در وزارتخانه مسوولیت کار دارویی را بپذیریم. خوب این اصرار هم خیلی طول کشید. من خیلی قبول نداشتم، بعد وزیر محترم من را خواستند و با من صحبت کردند. من با ایشان هم مفصل صحبت کردم. صادقانه و خیلی محکم از ایشان خواهش کردم که این کار را از من نخواهند.

من باور ندارم که نسبت به بقیه دوستان برتری داشته باشم، در حالی که دیگر دوستان ما در عرصه دارویی، حداقل به لحاظ تجربه و کارآزمایی که داشتند - طی آن ۱۸ سال قبل - به نظر می‌رسید که باید شایسته‌تر و مناسب‌تر باشند. به نظر من هم همین طور بود ولی یک مطلبی را به من فرمودند که اصرار بر این است

که ما باید در مورد دارو کار آکادمیک بکنیم. به هر حال احساس می‌شد که وجه آکادمیک در نظام دارویی کشور یک قدری جاش خالی است. خوب من هم پذیرفتم ولی با یک باوری که همیشه داشتم. این باور در من بوده، در جمع مدیران هم همیشه صحبت کردم، در جمع بعضی از کارکنان هم این صحبت را کردم. همین الان این پیام را به همه مدیران محترم - چه در عرصه دارو و چه دیگر عرصه‌ها - خواهم داد، این یک نگرش به انسانهاست و به جامعه و آن این‌که وقتی من مسوولیت دارویی را پذیرفتم، هرگز این امر بر من مشتبه نشد که من بهترین و شایسته‌ترین بودم. مجموعه شرایط ایجاب می‌کند که وزیری بخواهد نیرویی انتخاب بکند، کسانی را که می‌شناسد یا چند نفری که به او معرفی می‌شوند، این کار را انجام می‌دهد. من به سهم خودم، خیلی افراد را از جمع دارویی معرفی کردم. ولی به خاطر همین وجود آکادمیک، فقط. تنها علتی بود که دوستان امتنان می‌کردند و در نهایت، این مسوولیت را به دوش بنده گذاشتند. من می‌خواهم به همه مدیران این پیام را بدهم اگر یک وقت یک جایی یک مسوولیتی، یک مدیریتی گرفتیم خدای نکرده امر به ما مشتبه نشد که ما بهترین هستیم یا چند سر و گردن بالاتر هستیم. من فکر می‌کنم این اولین پله برای تضمین موفقیت در مدیریت است، یعنی آدم قبول کند که خیلی برتر نیست یا اتفاق خاصی نیفتاده است. از این رو، اگر این باور را داشته باشد و بداند که همه چیز را همگان می‌دانند بعد شروع می‌کند به مشورت و مشارکت و خلاصه با یک حرکت جمعی یک مسأله را پیش می‌برد.

■ آقای دکتر جنابعالی در جلسه روز آخر که معارفه جناب آقای دکتر آذرنوش و تقریباً یک جلسه خداحافظی بود، فرمودید که اول فکر بکنید بعد کار بکنید. تحلیل درازمدت داشته باشید. یا به کلام شاعر معروف چشمها را باید شست، جور دیگر باید دید. خودتان این کار را کردید؟

□ من فکر می‌کنم اصلاً فقط همین یک کار را کردم. اگر از من بپرسید که در دو سال کار دارویی چه کار کردم، می‌گویم همین یک کار را انجام دادم و کار دیگری نکردم. من خیلی به کارهای روزمره اعتقاد ندارم یک قدری هم شاید این حاصل کارم هست، شغلم هست که سال‌های طولانی است در کار دانشگاهی به صورت عمده به کار تحقیقاتی مشغول هستم. مجبورم روی مسایل تحلیل داشته باشم، فکر داشته باشم. درازمدت را ببینم، یک موضوع را که می‌خوانم برایش یک طرح خیلی دور را ببینم که با چندین پایان نامه بتوانم به آن نقطه برسم. از این رو شاید یک قدری عادت کرده باشم که آن طوری نگاه کنم. من نکته‌ای را که به خیلی از دوستان عرض می‌کردم و مکتوب به صورت یک نامه رسمی در همان اوایل دوره خدمت گذاریم نوشتم و به خیلی از مسوولین دادم (کمیسرین محترم بهداری مجلس، وزیر، دفتر ریاست جمهوری و به خیلی جاهای دیگر) یک نامه دو صفحه‌ای بود. علل کمبود دارو را نوشتم ولی در آن نامه در یک پاراگراف کامل از این دو صفحه، یک دیالوگی داشتم، یک بحثی داشتم که در حقیقت می‌خواستم اثبات بکنم، هیچ یک از مدیران قبلی ما در طول این ۱۸ سالی که مسؤولیت دارویی را داشتند، نه از نظر دلسوزی نه از نظر

بهره هوشی و نه از نظر توان اجرایی کمتر از بنده نبودند. هیچ کدامشان کمتر از بقیه مدیران کشور هم نبودند ولی علیرغم داشتن این صفات می‌دیدیم که ۱۸ سال مشکل دارو حل نشد و الان بهتر است که بگویم ۲۰ سال یعنی همیشه با این نوسانات جامعه مواجه بوده و همه این را می‌دانند که از سال ۶۰ تا حالا مساله‌ای به اسم ناصر خسرو و مساله‌ای به اسم نبود دارو وجود دارد. حالا بعضی وقتها این به ۱۲۰ - ۱۰۰ دارو می‌رسید و برخی اوقات به ۷۵ تا مثلاً نزدیک به ۴۰ - ۳۰ تا. هیچ وقت متأسفانه کمتر از این هم نشد. همه تان سابقه و تاریخچه‌اش را دارید. در هر مقطعی از زمان که وضع دارو را نگاه بکنید، این مشکلات را داشتیم. شاید اگر در جمع دوستان دارویی و دست اندرکاران و صاحبان تجربه می‌نشستیم، آنها چهارده، پانزده علت را می‌شماردند، ما این چهارده، پانزده علت را نوشتیم. نوشتیم اینها علل کمبود دارو هستند ولی در همان نامه من دفاع کردم که اینها از بقیه مدیران هیچ چیزشان کمتر نیست. در ثانی این مدیران در این مدت، تولید حدود ۲۵ - ۲۰ درصد داروهای بسیار معمولی و دم دستی را که برای ما از نظام قبلی به ارث مانده بوده را به تولید ۹۷ درصد رساندند. تعداد کارخانه‌هایمان را نزدیک به دو برابر کردند. در زمینه مواد اولیه رشد بسیار با ارزش و گران سنگی را به وجود آوردند. اگر این مدیران در آن جوه توانستند موفق بشوند، وجه اول هم که گفتیم، دلسوزی، انقلابی بودن، بهره هوشی و سوادشان هم کم نبوده پس چرا این مساله کمبود همیشه هست؟ من دارم یک مساله ریاضی و منطقی را مطرح می‌کنم.

می‌خواهم همه را دعوت بکنم به این قضیه که باید علت مشکل دارویی در جای دیگری جستجو شود. هنوز هم این پیام را دارم که باید این مطلب را گفت. از این رو شعری که شما خواندید، من به آن شعر از روز اول اعتقاد داشتم. یعنی ما باید ببینیم که اصلاً مشکلمان در نظام دارویی کجاست؟ من به طور کلی گفتم من هیچ کاری بهتر از قبلی‌ها نمی‌توانم بکنم. ۱۸ ساله این کار دارد تکرار می‌گردد، بنابراین بیایید اصلاً نگاهمان را عوض کنیم و به مسایل روزمره توجه نکنیم. این قدر دنبال مسایل سطحی که ارز اگر بدهید دارو هست و اگر ندهید دارو نیست نباشیم. دنبال چیزهای دیگر باشیم. این تغییر نگرش بود.

■ یعنی می‌توان گفت که جنابعالی این تصور را داشتید که یک سیستم کلی طراحی کرد، یک سناریویی نوشت که در این سناریو مسایل را ببینید و بر اساس سناریو کار اجرایی انجام بدهید؟  
□ همین طور است.

■ آیا این سناریو را نوشتید؟ یا همکاران شما نوشتند؟ همین الان، مکتوب در ایران داریم یک چیزی که نوشته شده باشد و واقعاً نقاط ضعف و قوت را به صورت دقیق تحلیل کرده باشد؟

□ ما اینطور ادعا می‌کنیم. من این را ادعا می‌کنم چون اصلاً فکر کردم باید اولین کارم این نباشد که وارد همان چرخه تکراری ۱۸ ساله بشوم. علیرغم این که کارهای بسیار خوب و با ارزشی بود ولی همیشه این مشکل کمبود دارو و نارساییهای دارو از نظر کمی و کیفی را برای

مردم داشته است. از این رو فکر کردیم که باید علت را پیدا کرد. علت را به نظر خودمان در چیزی دیدیم که الان توضیح می‌دهم. بر آن اساس یک طراحی استراتژیک کردیم و مراحل و قدمهایی را یا به عبارتی تاکتیکهایی را طراحی کردیم که با اجرای آن تاکتیکها باید به آن هدف استراتژیک برسیم ولی آیا این اهداف تاکتیکی همه شان انجام گرفته، قطعاً نه. حدود ۵ سال، برای این کار وقت لازم بود که یک سالش را انجام دادیم.

■ جنابعالی در آن روزی که سخنرانی داشتید اعتقاداتان را اعلام نمودید. اعلام کردید نظام دارویی به کل باید عوض گردد که برای عوض شدن نظام دارویی جنابعالی فکر کردید و سناریو نوشتید. از این سناریو آن نکاتی که مهمتر هستند و باید عوض شوند را اسم ببرید؟

□ نظام دارویی ۱۸ ساله را نگاه بکنیم ببینیم چه بوده است. یک تغییری را دوستان بعد از انقلاب ایجاد کردند که من البته در آن هیچ سهمی نداشتم ولی باید از آن زحمات که پایه گذاری نظام ژنریک بود، تشکر کرد. یک ضرورت برای رشد و تکامل نظام دارویی ما بود اما این عامل هیچ دلیلی ندارد که همچنان ادامه پیدا کند. کما این که می‌بینیم از تقریباً سال ۱۳۷۵ به بعد دیگر این نظام ژنریک نمی‌تواند و نتوانست ایجاد رشدی را در صنعت دارویی و خدمات دارو رسانی اعم از رشد کمی یا کیفی بکند. بلکه شواهد و قراین زیادی وجود دارد که خیلی از جاها از سال ۷۵ به بعد همین تک نظامی باعث شد که قدری جلو رشد و تکامل سیستم دارویی ما هم گرفته شود. با تغییر نرخ ارز در حقیقت ما یک سیستم یارانه‌ای

را دعوت کردیم و در سیاستهای کلی حاکمیت برای نظام دارویی فراخوان دادیم در کشورهای مثل کشور ما پرداخت یارانه برای درمان و بهداشت مردم از بدیهیات است یعنی قطعاً باید انجام گیرد. هر کس فکر می‌کند که درمان را بدون یارانه دولتی می‌توان انجام داد، یک تفکر غیر مردمی و دور از واقعیات دارد. حتی پیشرفته‌ترین کشورها نتوانسته‌اند از این مساله اغماض کنند. چه رسد به کشوری مثل ما که بنیه اقتصادی قوی نداریم اما در محل و شیوه به کارگیری این پرداخت یک خطای بزرگ رخ داد و این پرداخت یارانه به سمت صنعت رفت. لذا جلوی هر گونه تحرک و پویایی را در صنعت گرفت. به جای این‌که به دست مصرف‌کننده برسد یعنی باید مصرف‌کننده تضمین و گارانتی می‌شد که شکل درمان و دارویش ارزان و بدون دغدغه تمام می‌شد، در حالی که دیدیم این یارانه به سمت صنعت رفت و باید از علمای اهل صنعت پرسید که به اتفاق، حمایت‌های یارانه‌ای را در صنعت عامل فساد صنعت می‌دانند. این را وقتی کاملتر می‌توان گفت که ببینیم در صنعتی صحبت می‌کنیم که بویی از انگیزه تحرک در آن نمی‌آید. یا اگر هست در زیر حد قابل قبول است یعنی ما الان در صنایع دارویی کدام انگیزه شاخص را برای افزایش تولید، بهبود کیفیت و تلاش برای به دست گرفتن بازار بیشتر داریم. هیچکدام از این انگیزه‌ها در صنعت داروسازی ما رنگی ندارند اما در بقیه صنایع ما این جوری نیست. به همین دلیل، بعد از سال ۱۳۷۰ تحول کیفی و کمی قابل ستایشی را در بقیه صنایع می‌بینیم. اگر هم بعضی از صنایع ما در برخی جاها لطمه خوردند حتماً علتش سیاستهای غلط وارداتی یا قاچاق

مواد تولیدات صنعتی است که وارد کشور می‌شود و یک مقداری ممکن است جنسهای ما را دست دوم قلمداد بکند. در دارو این طوری نیست. وقتی به دارو اجازه واردات ندادند که کار بسیار بسیار خوبی هم کردند. این سیاست فوق العاده خوب هست و باید همین طور بماند که اگر این سیاست بشکند، سیاست خطرناکی است. اگر اجازه ورود دارو را بدهیم در همان حدی که الان هست یعنی فقط دارویی که تولید نمی‌شود، واردات آن مجاز هست. این سیاست را من تأکید دارم که رویش اشاره بکنیم چون شنیدم بعضی‌ها متأسفانه نتوانسته‌اند از مساله تحلیل خوبی داشته باشند فکر می‌کنند که باید با واردات زیاد دارو مشکل را حل بکنیم.

■ آقای دکتر دو نکته مهم را اشاره کردید، اجازه بدهید ما در این محدوده بیشتر بحث کنیم یکی در ارتباط با یارانه بود. واقعیت امر این است که همه قبول دارند باید به مردم نیازمند کمک کرد و الحمد لله سیاستهای دولت جمهوری اسلامی هم در این راستا است و اعتقاد جنابعالی این بوده که یارانه به سیستم درمان کشور داده شود. مردم نیازمند باید دارو را ارزان بخرند ولی این پول ارزان خریدن و این کمک ارزان خریدن را دولت باید به آنها که نیازمند هستند بدهد، یعنی از طریق نهادهای بیمه‌ای و نهادهایی مثل کمیته امداد امام و از این مسیر در واقع یارانه باید تزریق گردد. این درست است اما این‌که چقدر در این امر موفق شدید و چقدر تلاش کردید این یک سوال است؟ سوال دوم این می‌باشد که بحث انگیزه و رقابت را مطرح کردید و آن

چیزی که همگان به آن اعتقاد دارند، در نظام دارویییمان انگیزه و رقابت وجود ندارد اگر رقابت وجود نداشته باشد در نهایت امکان دسترسی به کیفیت مطلوب عملی نیست. استدعا داریم که پاسخ بفرمایید چقدر در این زمینه تلاش کردید؟ و دوم، چقدر در ایجاد زمینه انگیزه و رقابت موفق بودید و تلاش کردید و توانستید در این زمینه قدم بردارید؟ □ ما آن نکته اصلی را در همین بحث محل ضرورت پرداخت یارانه ولی تصحیح روش پرداخت دیدیم و نکته دوم ایجاد زمینه و بستر برای رقابت می‌باشد. هر کدام اینها وابسته است به یک سری عملیات اجرایی دیگر و برنامه‌های دیگر که آن را من عرض می‌کنم و کارهایی که در این زمینه کردیم. به لحاظ نظری کارهایمان باقی نمانده است. در بحث رقابت راه این بود که ما بتوانیم نظام دارویییمان را از سیستم تک قطبی ژنریک در بیاوریم و همراه با نظام ژنریک یک نظام تجارتي و غیر ژنریک را هم اجازه فعالیت دهیم. در بخش تولید من فقط عرض می‌کنم، صحبت من روی تولید است. یعنی در ضمن این‌که نظام ژنریک را حفظ می‌کنیم یک نظام تجارتي و آزاد و رقابتي هم بگذاریم که برای نظام دارویی تولیدی ما وجود داشته باشد. این کار را انجام دادیم، برنامه‌اش را نوشتیم یک قسمت آن را بدون این‌که سر و صدا شود و برای شروع آن سال ۱۳۷۸ را در نظر گرفتیم و از اول فروردین ۱۳۷۸ آن را اجرا کردیم و همین اواخر حدود ۲۵۰ قلم لیست دارویی را تهیه کردیم که به صنایع ابلاغ بکنیم که این داروها را با شرایط ارز غیر یارانه‌ای تولید بکنند و مجاز باشند هم ژنریک و هم غیر ژنریک آن را تولید نمایند. با نام تجارتي

باب میل خودشان و مورد تأیید وزارتخانه عرضه بکنند و از اول فروردین ۱۳۷۹ اینها مجاز باشند که این کار را بکنند. وعده هم داده بودیم که تا اول دی ماه این لیست را در اختیارشان قرار می‌دهیم. لیست به موقع حاضر شده بود ولی برای این‌که یک وقتی مشکلات کمبود و یا دیگر مسایل تشدید نشود قرار بود که از اواسط اسفند اعلام شود. اغلب کارخانه‌های بزرگ و مهم ما این آمادگی را داشتند و خیلی هم شاید خوشحال بودند که این کار دارد صورت می‌پذیرد. برای این‌که این عملیات را تضمین بکنیم، این برنامه را در قانون برنامه سوم نوشتیم.

ما (خیلی این نکته مهم است من خواهش می‌کنم به آن توجه داشته باشید) نیازی نداشتیم که این برنامه را در قانون سوم بنویسیم یعنی بدون قانون هم اجازه داشتیم این کار را بکنیم برای این‌که منع قانونی نداشت. ایجاد رقابت و نظام غیر ژنریک و اختصاص ارز آزاد یا ارز واریزنامه‌ای برای آن داروها، چرا ما این را نانونی کردیم؟ اتفاقاً دوستان صنعت هم از من پرسیدند و تعجب هم کردند گفتند شما که از اول فروردین ۱۳۷۸ یک قسمتش را اجرا کردید. در طول سال ۷۸، برنامه خودمان را عمل کردیم. برای این عدد من سند و دلیل دارم. برای این‌که ۶۰ میلیون دلار ارز از ۴۲۰ میلیون دلار را ما به صنعت دادیم که به صورت ارز غیر یارانه‌ای استفاده بکنند یعنی ارز آزاد استفاده کنند که می‌شود ۷۰٪ آن کاری که باید انجام می‌گرفت. همه مواد جانبی و همه مواد بسته بندی را موکد گفتیم که مال همه داروها بدون استثنا باید با این ارز باشد. این شروع برنامه بود شاید خیلی‌ها نتوانستند حتی متوجه این قضیه گردند.

■ برداشت ما این است که یک موضوعی بر دو موضوع اول اضافه فرمودید که به زعم ما این دو تا موضوع با هم کاملاً فرق دارند. جنابعالی موضوع یارانه را مطرح کردید و تغییر یارانه را از صنعت، توزیع و داروخانه □ و رقابت را.

■ به سیستم درمانی کشور، یا به مصرف کننده یا به بیمه‌ها به هر شکلی که بالاخره می‌بایست طراحی می‌شد. تا آنجا که اطلاع داریم همکارهای جنابعالی و خود حضرتعالی یک مقدار یارانه‌هایی که موجود بود را جابجا کردید. مثلاً یارانه‌ای که به آنتی‌بیوتیک داده می‌شد، آنها را حذف کردید و این کار بسیار مثبتی بود که بدون این‌که هیچ تحول نامطلوبی هم در جامعه بوجود بیاید بخوبی اجرا می‌شد و الان هم دارد در حقیقت آنتی‌بیوتیک باز هم به قیمت ارزان داده می‌شود و هیچ ضرورتی نداشت که این قدر یارانه به آنتی‌بیوتیک بدهند. این کار بسیار مثبتی بود که همکارهای شما و جنابعالی انجام دادید ولی غیر از این کار دیگری در حال حاضر در سیستم دارویی برای متحول کردن یارانه صورت نپذیرفته است.

البته صحبت زیاد شده ولی عمل نگردیده، در ارتباط با ایجاد انگیزه و رقابت به نظر من آزادسازی (شما بحث آزاد سازی را مطرح می‌فرمایید) ایجاد انگیزه و رقابت نمی‌کند. یعنی این‌که می‌فرمایید به‌عنوان یک تحول ۲۵۰ قلم دارو را لیست کردید و ارز شناور کردید. یعنی شما آزادسازی را بوجود

آوردید. این آزاد سازی با مفهوم تجاری کردن دارو و ایجاد انگیزه و رقابت دو موضوع کاملاً جداگانه‌ای هستند. ارتباط اینها را - اگر فکر می‌کنید ارتباطی دارد - بفرمایید؟

□ هر دو مطلبی که شما فرمودید به نظر من قدری مخلوط کردید با یک بحث دیگر. یعنی یارانه دو بحث دارد. من خواهش می‌کنم آن قسمت دوم بحث را الان مطرح نکنید. ما نظام صنعتمان را گفتیم یارانه بگیر بوده است. این یارانه را باید از روی دوشش برمی‌داشتیم. ارز ۲۰۰ تومانی به جای ارز ۸۰۰ تومانی یعنی یارانه دادن به صنعت. این ۶۰۰ تومانی را که به صنعت می‌دهیم بابت هر ۱ دلار، یارانه است و این یارانه برای صنعت سم است. همین ۶۰۰ تومان را دولت محترم که دارد در اختیار می‌گذارد، بجای صنعت بیاید بدهد به بیمه که به مصرف کننده برسد. این بحث یارانه. بحث کلان یارانه است. آن یارانه که شما گفتید فوق العاده ناچیز و جزئی بوده کاری هم به آن نداشتیم یک یارانه مستقیم ریالی هر ساله توی چهار، پنج سال اخیر (البته چهار سال اخیر) وزارت بهداشت می‌گرفته است که بعضی از داروها را قیمتش را پایین تر نگه دارد. این یارانه را همچنان حفظ کردیم. یک عملیات داخل وزارتخانه‌ای بود. لیست داروهایی که وزارت بهداشت مجاز بود هر سال تعیین می‌کرد که به کدام دارو یارانه دهد. ما داروهای ارزان قیمت را که یارانه می‌گرفتند، یارانه‌اش را حذف کردیم. همه را به صورت یک توده یارانه‌ای بردیم سراغ داروهایی که گران قیمت می‌باشد و هر کسی ممکن است به آن بیماری مبتلا شود. مثل سرطان بیماری‌های خونی و بیماری‌های پیوند اعضا، یک همچنین بیماریهایی باید از

داروهایی استفاده بکنند که معمولاً گران قیمت هستند و این بیماری هم معمولاً کسی را خیر نمی‌کند. طبقاتی نیست. ما گفتیم یک نوع آرامش خاطر بیشتر ایجاد بکنیم. به جای این که به شربت کلسیم ۳۰۰ تومان یارانه بدهیم که ارزش درمانی ندارد این ۳۰۰ تومان یارانه را برداریم بگذاریم روی دارویی مثل داروی پیوندی و سرطانی که لااقل آنجا خدمتی کرده باشیم. این دو تا بحث به کل با هم متفاوت است. اصلاً بحث دوم (یارانه مستقیم ریالی) نقشی در نظام دارویی ما نداشتند. ما اصلاً راجع به آن صحبت نمی‌کنیم. البته ما خواستارش بودیم و در برنامه هم هر سال می‌نویسیم. در قانون بودجه هم نوشتیم باز هم آن را می‌گیریم. ولی آن یارانه‌ای را که در نظام دارویی تأثیر می‌گذاشت، پرداخت یارانه مستقیم به صنعت بود به ازای هر دلار ۶۰۰ تومان که ما گفتیم جایش را عوض کنیم، به بیمه بدهیم. این را بگویم که یکی از نقاط خطرناک است که اگر پیگیری و اجرا نشود. کل نظام دارویی که ما طراحی کردیم ممکن است با شکست مواجه بشود. ممکن که نه، حتماً با شکست مواجه می‌شود. اما آن بحث رقابت که فرمودید. مترادف همدیگر نیست. من یک توضیحی دادم. ما نیامدیم بگوییم. که به جای ارز ۲۰۰ تومانی بیابید، ارز ۸۰۰ تومانی بگیرید و این آزادسازی بشود. گفتیم نه؛

۱- شما بیابید به جای ارز ۲۰۰ تومانی، ۸۰۰ تومانی بگیرید.

۲- داروهایی که تاکنون می‌زدید فقط در قالب ژنریک بودند، الان اجازه دارید داروها را در قالب غیر ژنریک هم بزنید یعنی با حفظ طرح ژنریک، آن قسمتی که دارد با اسم تجارتي می‌آید بیرون،

آن انگیزه رقابت است. این دیگر اصلاً بحث اقتصاد آزاد نیست. یعنی کارخانه وقتی که می‌بیند یک دارویی را می‌تواند با ارز آزاد تولید کند، وزارتخانه دیگر به آن برنامه نمی‌دهد که از این چقدر تو بیشتر حق نداری بزنی، یک حداقلی را فقط از آنها خواهش می‌کند. بالای آن سقف مجاز است که بزند، می‌تواند تبلیغ علمی خودش را بکند. می‌تواند خودش را بشناساند برای این که از کارخانه‌های دیگر جلوتر بیفتد و بیشتر مورد توجه پزشک و مریض قرار بگیرد، باید کار کیفی بکند. اینها هم زمینه رقابت هستند.

■ آقای دکتر احمدیانی بحثی که الان هست. بعد از حدود دو سال که حضرتعالی معاون امور دارویی بودید، باز هم می‌گوییم خواهد شد. یعنی در حقیقت هنوز که هنوز است با این همه فکر و این همه برنامه و این همه نوآوری، هنوز نام ژنریک را داریم حتی یکی دانه نام تجارتي در سیستممان نیست. قیمت، بسته‌بندی، توزیع و مواد اولیه یکسان هستند و همچنان رقابت وجود ندارد و همچنان انگیزه وجود ندارد و این در حقیقت سؤالی است که خودبه‌خود ممکن است خوانندگان رازی داشته باشند. درست است که افکار زیادی فکر تزریق شده و در این مشکلی نیست ولی اقدام عملی را هنوز در حقیقت کسی در بازار دارویی ندیده است.

□ خیلی از رسانه‌ها و برخی مسؤولین در دوره‌ای که ما در خدمت دوستان بودیم، سوال می‌کردند و همه می‌دانستند که کمبود دارویی که اتفاق افتاد در طول سال ۷۸-۱۳۷۷ به خاطر کاهش قیمت نفت و عدم تخصیص ارز بود. هم



ناکافی و هم بی موقع که پرداخت می‌کردند یا عدم پرداخت به موقعش، این طوری می‌توانم بهتر بگویم. ولی وقتی که از اردیبهشت سال ۱۳۷۸، ریاست محترم جمهوری توجه خاصی به این قضیه کرد و یک کمیته‌ای را مسؤول پیگیری این مسأله نمود، گزارش هفته به هفته می‌خواست. برای این کار ارز خوبی را تخصیص دادند یعنی بانک مرکزی هم که دستش باز بود همکاری بیشتری کرد ولی من بعضی وقتها جملات خیلی اعجاب انگیزی را می‌دیدم که یا برابرم می‌نوشتند یا در روزنامه‌ها یا در صدا و سیما مطرح می‌کنند یا نامه رسمی به من می‌دهند حالا که مسأله ارز حل شد پس چرا باز هم کمبود دارویی هست؟ و برخی یک تحلیل بسیار سطحی می‌کردند که پس حتماً مشکل از توزیع است. من معمولاً اینها را جواب نمی‌دادم. چون آدم نباید اصلاً روی آن وقت بگذارد. نظام تولید و صنعت آن هم یک کالایی مثل دارو خیلی بعید است که بتوان راجع به آن این گونه صحبت کرد. همین الان هم فرض کنید که یک میلیارد دلار بردارید به یک وزیر مسکنی بدهید و بگویید ظرف سه ماه دیگر هم از شما حل مشکل مسکن را می‌خواهم. یا حتی بگویید کل مشکل مسکن را شما برآورد کنید، وزیر مسکن برآورد می‌کند مثلاً ۵ میلیارد دلار می‌خواهد. اگر این مقدار را به وی بدهید آیا این منطقی است که بگویید بعد از یک سال مشکل مسکن باید حل شده باشد. چون پول تنها که مسکن نمی‌سازد. معلوم نیست که توان تولید سیمان و آهن آن قدر باشد و نیروی کار لازم وجود داشته باشد. باید با این مثال قضیه روشن گردد، چون از این موضع زیاد سوال شد، من فکر می‌کنم این سوال را یک بار باید بالاخره پاسخ

گفت. اول بحث عرض کردم، ما می‌خواهیم نظام دارویی را متحول کنیم این نظام دارویی بعد از ۱۸ سال باید تغییر کند که نیاز به یک مرحله مطالعاتی دارد. من می‌خواهم به شما عرض بکنم که یک قدری توجه بیشتر داشته باشیم. باید از اهل تجربه و علم یاد گرفت. اتحادیه اروپا برای یورو ۶ سال مطالعه کرد. تا آن را واحد پولی خودشان کردند. حتماً توانایی علمی، دانشگاهی و استادانشان در رشته‌های اقتصادی و صنعتیشان بیشتر از ما بوده ولی ۶ سال مطالعه کردند. بعد از ۶ سال مطالعه گفتند نیاز به سه سال تجربه در سطح شهرهای این کشورها است. برای کنار گذاشتن یک نظام دارویی ۱۸ ساله، ظرف چه مدتی باید این کار را کرد. پیام من در این مصاحبه این است که وظیفه دوستان دارویی ما این است که بروند دیگر گروه‌ها و افراد ذی‌ربط در این قضیه را خوب توجیه کنند. با مسأله دارو تقریباً هیچ کس آشنایی کاملی ندارد نسخه‌های غلطی در این قضیه پیچیده می‌شود.

ما یک سال کار طراحی و برنامه ریزی کردیم، سال دوم از اول فروردین ۱۳۷۸ شروع عملیات بود. فهرست داروها به گونه‌ای نبود که به آسانی و ظرف یک هفته بتوان گفت که باید به کدام دارو اجازه داد تا اول بیرون بیاید. من همین الان اگر اعلام بکنم که همه داروها مجاز هستند که آزاد بشوند، مطمئن باشید که ۱۰ درصد این کار را نخواهند کرد. شما توان نقدینگی صنایع را می‌شناسید یعنی یک قدری باید با واقعیتها صحبت کرد. ۲۵۰ قلم دارو را امسال مشخص کردیم که از اول فروردین مجاز هستند با نام تجاری و با بسته بندی خاص بیرون بیایند. از

این به بعد شما باید بروید دنبال صنایع بپرسید که آقا علیرغم این که به شما از ۷۸ گفته شد، با شما مشورت شد، برنامه عملیاتی با شما کنترل و چک گردید، لیست دارویی همه از اول فروردین ۷۹ در اختیار تان هست، چرا با تأخیر دارو تولید می‌کنید؟

اداره دارو از ۶ فروردین ۱۳۷۹ قادر است به آنها مجوز تولید تجارتي را بدهد ولی آیا شما انتظار دارید که صنایع این کار را بکنند؟ من مطمئن هستم که صنایع ما زودتر از شش ماه توانایی این کار را ندارند. شش ماه که من می‌گویم بسیار خوش بینانه است.

■ آقای دکتر در این شک نیست که شما فکرهاي بسیار خوبی را در سیستم دارویی تزریق کردید. کارشناسها به خوبی واقف هستند و تغییر و تحول در یک نظام بیست ساله هم یک شبه انجام نمی‌گیرد و همین قدر که مسؤولین به جایی رسیدند که تصور می‌شود دارند قدمهای استوارتری برمی‌دارند و در این کار هم جنابعالی نقش تعیین کننده‌ای داشتید ولی در هر حال این بحثها در جامعه ما وجود دارد، اگر ما دارو را با نام ژنریک تولید بکنیم و مدیر عامل یک کارخانه داروسازی هم فقط یک بار آن هم در پایان سال به مجمع عمویش گزارش بدهد، هیچ انگیزه‌ای را ندارد که به‌طور ممتد و همیشه یک دارویی را عرضه بکند مگر این که این دارو با نام تجارتي باشد و بازار و سهم بازاری او را بترساند، یعنی بترسد که بازار را از دست بدهد، چرا که اگر نام تجارتي باشد. اگر به موقع تولید نکند مثلاً در فرودین ماه رقیب

می‌آید و بازار آن شرکت را می‌گیرد و این انگیزه‌ای قوی برای تولید سریع و به موقع است. در هر حال این مساله، بسیار مهم می‌باشد، هر چند که موضوع ارز در کمبودهای دارویی نقش تعیین کننده دارد ولی یک سری مسایل دیگر هم وجود دارد می‌خواهیم سوال کنیم که به نظر شما غیر از ارز، عوامل دیگر در کمبودها نقش تعیین کننده دارند یا نه؟ اگر دارند چه عواملی هستند؟

□ عرض کنم بعد از مساله ارز در کمبودهایی که وجود داشته (عللی که سبب کمبود در طول این سالها می‌شد) یکی از عواملی که ما فکر می‌کنیم انحصار تولیدی دارو است. شما در داخل کشور تولید ۷۰۰ قلم دارو داشتید، که قریب ۴۵۰-۴۲۰ تای آنها متأسفانه انحصاری بوده حالا به هر دلیلی، از کمبود نقدینگی، ضعف مدیریت آن کارخانه، ضعف مدیریت در وزارت بهداشت، مشکلات ارزی و برای شکستن این امر، فهرست داروهایی که به صورت منوپول تولید می‌شد به تمام کارخانه‌ها دادیم، آنها را به تولید این فهرست دارویی دعوت کردیم تا از این حالت انحصار در بیایند. مجوز هر دارویی را به دو تا سه کارخانه دادیم. ما به کارخانجات نوشتیم. آنها اعلام آمادگی کردند. ما هم مجوز دادیم ولی می‌دانید یک دارو تا پرونده‌اش مجوز بگیرد، یک سال می‌کشد. پروسه خرید و تولید و عرضه هر یکسال دیگر، یعنی دو سال دیگر این دارو به بازار می‌آید. از این رو ۵-۳ سال دیگر این مساله حل می‌شود و این امر در حالی می‌باشد که نظام ژنریک است، حالا اگر قرار بشود این نظام غیر ژنریک هم باشد. تجارتي و رقابتي در حقيقت

انگیزه خوبی برای کارخانه می‌باشد. ما این  
اواخر یک سیاست دیگر را طراحی کردیم که  
وزیر محترم آن را در ده روز اول دی ماه  
(به‌طور مفصل) اعلام نمودند و آن این نکته  
هست که ما برای سرمایه‌گذاری در مورد خیلی  
از داروها به صورت تجارتي فراخوان دادیم.  
یعنی بحث انحصار تولید حتی انحصار در  
صنعت داروسازی هم بوده یعنی اجازه داده  
نمی‌شد که کارخانه‌ای اضافه گردد، در حالی که  
در آن سیاست جدید ما اعلام کردیم اگر کسی  
می‌خواهد در ردیف داروهایی که وزارت  
بهداشت اعلام می‌کند. همان داروهایی که  
نیازهای کشور هست (داروهایی که وارد  
می‌کنیم، داروهای ضد سرطان، داروهای  
پروتئینی نو ترکیب، داروهای که مثل آب مقطر و  
سرم در آن مشکل داریم) هر کس می‌خواهد  
سرمایه‌گذاری بکند یعنی محدودیت در سرمایه  
گذاری و تأسیس کارخانه داروسازی را هم  
برداشتیم و شما این را عنایت دارید من خواهش  
می‌کنم که این را خوب منعکس بفرمایید که دولت  
وظیفه‌اش سیاست‌گذاری است و نظارت است.  
نه این که خودش وارد کارهای اجرایی بشود. اگر  
این شعار را امروز همه قبول دارند، ما هم باید  
همین کار را می‌کردیم. دولت باید در حد وسع و  
توان زمینه‌هایی را فراهم کند که راه برای رقابت،  
برای تولید و برای شکستن انحصار باز شود.  
حالا اگر یک وقتی بخش خصوصی جلو نمی‌آید  
یا صنایع ما سست هستند و هنوز این رقابت را  
تمرین نکردند، دیگر نباید دولت را مقصر دانست.  
البته دوستان صنعت می‌آیند می‌گویند که این  
داروها را که شما آزاد کردید ما این قدر نقدینگی  
نداریم که به زودی وارد این کار بشویم انتظار

دارند دولت کمکشان بکند ولی من فکر می‌کنم این  
انتظار، انتظار معقولی نباشد. چون دولت این  
توانایی را ندارد تا بخواهد پشتیبانی مستقیم  
ریالی بکند.

■ آقای دکتر حضرتعالی دو موضوع مهم را  
 مطرح فرمودید: دولت و وظیفه دولت. اجازه  
 بدهید که از این دو مورد هم سوالاتی  
 داشته باشیم. استحضار دارید که اگر ارز  
 نداشته باشیم، دارو تأمین نمی‌شود و این  
 عنصر اصلی هست. اگر دولت ما توانمند  
 نباشد که دارو بخرد باز هم کمبود ایجاد  
 می‌شود، یکی از معضلات دوره جنابعالی  
 این بود که سیستم‌های دولتی دارویی قدرت  
 خرید نداشتند. مرتب به جنابعالی گزارش  
 کمبود می‌رسید، در حالی که آن دارو در بازار  
 نبود ولی بیمارستانها نسخه می‌نوشتند و به  
 دست بیمار می‌دادند و بیمار را سرگردان  
 می‌کردند در این زمینه چه کاری انجام دادید؟  
 □ من به شما نکته‌ای را در ارتباط با تغییر نظام  
 دارویی گفتم. نظام دارویی فقط صنعت  
 داروسازی نیست. فقط واردات دارو نیست. فقط  
 توزیع دارو نیست. زنجیره‌ای است که باید  
 هماهنگ و منظم کار بکند. در این زنجیره هر جا  
 عیب بکند حتماً این انتقال نیرو و حرکت دچار  
 اختلال خواهد شد. شما داروخانه را هم باید در  
 این قضیه ببینید. شما داروساز و شرکتهای  
 توزیعی را هم، باید در این ادی ببینید.  
 نمی‌توانیم، یک طرف قضیه را حل کنیم. یک طرف  
 دیگر قضیه را حل نکنیم. اصلاً چرا باید دولت  
 قریب به ۵۰ درصد داروها را بخرد و مصرف  
 کننده‌اش باشد؟ اصلاً ببینیم این درست هست که

دولت توانمند هست یا نیست؟ ۳۵ درصد داروها را دولت مستقیم می‌خرد. دانشگاهها می‌خرند. بیش از ۵۰ درصد نسخ خدمات درمانی را هم دولت باید بدهد، یعنی تقریباً بیش از ۷۵ درصد مصرف کننده دارویی کشور خود دولت است. هر وقت دولت توان مالی ندارد، کمبود دارو در بازار بوجود می‌آید. اگر چنین واقعیتی هست راه حل‌های مختلفی ممکن است به ذهن متبادر شود، یکی این است که بگوییم دولت را توانمند بکنیم یا این‌که فکر کنیم آیا اصلاً دلیلی دارد که دولت در این زنجیره دخیل باشد؟ که حالا ضعف و یا قوت او تأثیری بر نظام دارویی بگذارد؟ راه حل اول غیرمنطقی و غیرعقلانی است تا کجا باید دولت را تقویت کنیم؟ چطور تقویت کنیم؟ دولت یک درآمد محدودی دارد. کشورمان هم وضع اقتصادیش مشخص می‌باشد. پس این راهش نیست باید گشت از فکر منطقی و ریاضی استفاده کرده و فکر دیگری کرد. اصلاً به نظر من دولت نباید در این قضیه دخیل می‌بود. حالا باید تمام ایستگاه‌ها بررسی شود. من فقط به دوتای آن اشاره می‌کنم که به نظر من تعیین کننده است. یکی داروخانه‌های بیمارستانها و مراکز درمانی دولتی است. چرا اینها باید دست دولت باشد؟ این داروخانه‌ها اصلاً نباید متعلق به دولت باشند. اگر درون بیمارستانهای دولتی و مراکز درمانی شما داروخانه‌های خصوصی باشد، بار مالی سنگینی از دوش دولت برداشته شده و بخش خصوصی هم خودش می‌داند چکار بکند. ما در قانون بودجه سال ۷۸ برای آن طرح نوشتیم که در کمال تأسف تصور نشود. کاملاً کم لطفی نماینده‌های مجلس بود که حاضر نشدند نظر کارشناسی از ما بخواهند.

بخش درمان و دارو را با همدیگر دیدند و با همه یک دفعه مخالفت کردند، در حالی که بخش دارویش باید جدا می‌شد. ما این را در برنامه پنج ساله نوشتیم که با این قسمتش مخالفت کردند ولی یک بند دیگری را به ما اجازه دادند و تا از آن بند دیگر استفاده کردیم و دستورالعملش را هم فرستادیم از جناب وزیر هم خواهش کردیم به همه دانشگاهها دستور دهند چون دانشگاههای ما در این قضیه هنوز توجیه نیستند. من خواهش کردم این اوخری که داشتیم می‌آمدم تا این امر را اجباری بکنند، زیرا تازه قانون پنج ساله تصویب شده بود. به عبارت دیگر، رؤسای محترم دانشگاهها در یک برنامه زمان بندی حداقل ۴۵ درصد داروخانه‌های بیمارستانهایشان را در اختیار بخش خصوصی قرار بدهند و اصرار هم داشتیم که هر داروخانه دست یک نفر نباشد. داروخانه بیمارستان باید به تخت بیمارستان، به تعداد بیمار و نسخ نگاه بکند باید حدود ۱۰-۳ بسته به ظرفیت بیمارستان - داروساز داشته باشد، برخلاف آنچه که الان در بیمارستانهای دولتی رسم است. یک تحول در حقیقت ایجاد شود که مهم‌ترین مساله‌اش همین مساله اقتصادی است. اصلاً این بار سنگینی است که از دوش دولت برداشته می‌شود.

مساله دوم مساله بیمه است. در همان مساله اول بار سنگین بر دوش دولت بود و درست نمی‌توانست بدهی بیمارستان‌هایش را به شرکت‌های توزیعی دارو پرداخت کند. فروشنده یک بخش اقتصادی است. بخش اقتصادی باید اقتصادی فکر کند. تنها با ایثار و فداکاری که نمی‌توان کار انجام داد. موسسه زمین می‌خورد. خدمات رسانی به مردم کم خواهد شد. این بدهی

از روی دوش بیمارستان برداشته خواهد شد. می‌آمد روی داروخانه‌ای که مسؤل آن بخش خصوصی است و خودش با شرکت‌ها هماهنگ می‌کند. در داروخانه‌های خصوصی هم بار سنگینی بر عهده بیمه است و چون بیمه خوب پرداخت نمی‌کرد نظام داروخانه یک نظام فاسدی از آب در می‌آمد، درست هر کس به چشم علمی و منطقی به این موضوع نگاه کند این را می‌فهمد. اگر من ۵۰۰ داروخانه را در شمال تهران بررسی کنم و فکر کنم داروخانه یعنی این، تعریف غلطی است. ما ۶۵۰۰ داروخانه در سطح کشور داریم. قریب به اتفاق در روز کمتر از ۱۰۰ نسخه می‌پیچند. قریب به اتفاق در نقاطی از شهر و کشور قرار گرفته‌اند که امکان فروش مواد جنبی و آرایشی و بهداشتی را ندارند. همین نظام غلط غیر علمی و غیر اقتصادی بیمه که باز هم بارش را دولت می‌کشد به نظام دارویی شما منعکس می‌شود. ما برای آن مطالبی که عرض کردیم همین را دیده بودیم. تغییر محل یارانه از صنعت به مصرف کننده که بیمه باشد یعنی همین. یعنی سالی ۵۰۰ میلیون دلار از دارو. ۵۰۰ میلیون دلار ۲۰۰ تومانی با ۵۰۰ میلیون دلار ۸۰۰ تومانی، ببینید تفاوت آن چقدر است. ۵۰۰ میلیون دلار ۶۰۰ تومان، یارانه‌ای است که به صنعت می‌دهیم. آن را به بیمه بدهیم می‌بینید که چگونه بیمه شکوفا می‌شود. یک روز پرداخت داروخانه عقب نمی‌افتد. یعنی زنجیر روغن کاری می‌شود.

■ اجازه بدهید یک سؤال تاریخی که بارها از جنابعالی می‌شد را هم مطرح نمایم و هم جواب دهیم. یک بار جنابعالی اوایل تشریف فرمایی خود گفته بودید. مشکل دارویی کشور

تنها ارز نیست که برداشت غلطی از آن شد. منظور جنابعالی این نبود که ما ارز نیاز نداریم. منظور شما ایجاد انگیزه بود، مدیریت کارآمد بود و در نهایت این ساختار بده بستان دولتی را، دولت خود تخصیص اعتبار به بیمه‌ها می‌دهد. بیمه‌ها به بیمارستان‌ها پول می‌دهند. بیمارستان‌ها به شرکت‌های توزیع و شرکت‌های توزیع به بخش تولید هر کجای این چرخه معیوب باشد مشکل ایجاد می‌شود. دولت در این چرخه نقش تعیین کننده مهمی دارد و تا زمانی که دولت بزرگترین مصرف دارویی را در کشور ما دارد. این روند ادامه دارد.

□ آن اوایلی که سه چهار ماه بود کار را شروع کرده بودم گفتم که ارز کم نیست و مشکل دارو تنها ارز نیست. بعد از مدتی در تبریز یک سخنرانی برای مدیران دارویی خودمان داشتیم. آنجا گفتم حتی اگر یک میلیارد دلار در اختیار دارو قرار بدهیم مشکل دارو حل نمی‌شود. بعضی‌ها که عادت ندارند اگر ابهامی برای آنها پیش می‌آید بروند بپرسند و خودشان سریع تحلیل می‌کنند، این مطلب را نتوانستند جمع کنند و آن را تناقض گفتند. که بعدها من آن را در محافلی که مربوط بود توانستم جمع کنم و هنوز هم به آن باور دارم. ما مشکل کمیت ارز نداریم. مادامی که صنعت دارویی ما به ارز دولت و نفت وابسته است این صنعت مشکل دارد. حرف رقابت را نزنید. حرف رفع کمبود و کیفیت را نزنید. برای این که توان ما آنجا شناخته شده است. از یک نظام دولتی چقدر می‌توان انتظار داشت که درآمد خود را به دارو اختصاص دهد. یعنی مشخص است که کسی که تنها به ارز نگاه

باشد باید علت این امر باشد و بالاخره عامل سود این است که شما با این یک میلیارد دلار دارو را تأمین نمی‌کنید. روستایی ایرانی با روستایی انگلیسی خیلی شرایط متفاوتی دارد. یکی از خورنده‌های نظام دارویی ما نظام درمانی غلط است. یعنی به غلط داروی ما مصرف می‌شود. الان نصف جمعیت ما به دارو دسترسی ندارد.

■ آقای دکتر نمی‌توان گفت دلیل این‌که آنجا ارز بیشتری مصرف می‌کنند این است که سودآوری صنعتشان بالاتر است. ما سودآوری صنعت را در حداقل قرار داده‌ایم. استهلاک دستگاه‌ها را داریم. در حقیقت، صنعت ما به مرور زمان دارد از بین می‌رود. داروخانه‌ها به علت مشکل مادی تقریباً سرویس نمی‌دهند. یعنی در دراز مدت ما هزینه بسیار زیادی را در این رابطه باید بپردازیم. به دلیل این‌که صنعت ما مصرف‌کننده‌اش دولت است سود آن همیشه در پایین‌ترین وضع قرار گرفته است. در مورد سود دارو و قیمت آن و سود توزیع‌کننده اگر مطلبی دارید بفرمایید.

□ قبل از آن‌که بررسی کنیم سود صنعت کم است یا کافی است باید عرض کنم فرمول آن غلط و غیر علمی است. من اقتصاد نمی‌دانم ولی آن قدر هم ناشی نیستم که نتوانم این جمله را به مسوولین اقتصادی محترمی که یک چنین سودی را برای صنایع ما نوشته‌اند عرض بکنم. می‌خواهم متواضعانه خدمتان عرض بکنم که صد در صد این فرمولی که نوشته‌اند غیر علمی و غلط است. یعنی مال دوران پارینه سنگی است. عنایت بفرمایید اسمش ۱۳ درصد است. این

می‌کند یک راه حل منطقی و ریاضی را در پیش نگرفته است. از این رو بالا و پایین می‌رود و حرص می‌زند ارز باید بیشتر شود. چون دولت درآمد محدودی دارد. باید انتظار داشته باشیم همیشه مشکل دارویی وجود داشته باشد. اگر بخواهیم مشکل نداشته باشیم باید خودمان را از آن سیستم خلاص نماییم. باید ارز صنعت دارو غیر وابسته به نفت باشد. دارو یک کالای استراتژیک و حیاتی است. نمی‌توان کمبود آن را تحمل کرد. اگر کسی این را این‌گونه ببیند رابطه درازمدت و عاقلانه با کمترین ضربه پذیری را برای آن می‌بیند ولی راه حل‌های دیگر را حتی یک آدمی که در حجره نشسته باشد و سواد علمی و اقتصادی هم نداشته باشد نیز می‌تواند ارایه کند. این‌که ما خیلی وقت‌ها در روزنامه‌ها و رسانه‌ها می‌بینیم از همین دسته است. من در آنها استدلال ریاضی و منطقی نمی‌بینم. قدرت تحلیل نمی‌بینم. آقا ارز بدهید ما حل می‌کنیم این که هنر نیست. امروز را هم نگاه نکنید. ۱۸ سال روز را نگاه کردیم. امروز روز را نگاه نکنیم. کمی آینده‌نگر باشیم.

■ سؤالی که در جاهای مختلف مطرح می‌شود این است که کشور انگلستان با ۸ میلیارد دلار ارز داروی ۵ میلیون نفر انگلیسی که بیماری آنها از، ایرانی‌ها هم کمتر است را تأمین می‌کند. دولت ایران تقریباً با یک میلیارد دلار این کار را می‌کند. علت این شاهکاری را که ما انجام می‌دهیم و می‌توانیم ۶۰ میلیون نفر را با یک میلیارد دلار تأمین کنیم چیست؟

□ من دقیق نمی‌توانم جواب بدهم. اختلاف نرخ خدمات و سطح درمان که رسیدگی و دسترسی

جوری نیست. ممکن است یک کارخانه در یک دارو ۴۰ درصد سود ببرد و از داروی دیگر ۵ درصد هم سود نبرند. میانگین گرفتن در مورد کالایی دقیقاً بازی با سرمایه سرمایه گذار است. یعنی اگر من احساس خطر بکنم که با سرمایه من بازی می‌شود و با یک عینک به همه ما نگاه نمی‌شود حتماً پا جلو نمی‌گذارم. برای کارخانه فرسوده و مستهلک ۱۳ درصد سود بالایی است او دارد ۳۰ تا ۴۰ درصد سود می‌برد. قیمت تمام شده توسط دستگاه‌های اقتصادی اصلاً صحت ندارد. یعنی یک قرص استامینوفن ساده با یک قرص روکش داده شده سودی یکسان دارد. یعنی گرایش را به تولید داروهایی که در چند پروسه تولید می‌شوند را از صنایع گرفته‌اند. ما را همان این نیست که برویم سراغ مسوولان اقتصادی و بگوییم که همه داروها را تک تک بررسی کنند. چون نظام ژنریک شما می‌گوید همه داروها با یک قیمت باید بیرون بیاید. کارخانه‌ای که اصلاً GMP ندارد با کارخانه‌ای که در بهترین شرایط استاندارد است، محصولی با قیمت واحد تولید می‌کند. وقتی شما گفتید که من دارو را اجازه دادم با اسم تجاری بزنید، با ارز آزاد بزنید و رقابتی بزنید قیمت گذاری آن عوض خواهد شد. آن موقع باید سراغ آن مسوولان محترم رفت و گفت این دارو با داروی قبلی متفاوت است و این کارخانه هم با آن کارخانه متفاوت است. سازمان حمایت آدم‌های اقتصاددان و درجه یکی دارد. آنها به من می‌گفتند: شما ساده اندیشی! اگر اینها ۱۳ درصد سود داشتند که به تابلو بورس نمی‌آمدند. تابلو بورس باید ۳۰ یا ۴۰ درصد سود داشته باشد. من گفتم شما بیایید بنویسید ۱۳ درصد، ۴۰ درصد

نمی‌خواهد بنویسید. شما ۱۳ درصد را بده چون من از صدیق‌ترین مدیران ترانزنامه داشتم که ۷ درصد سود برده بود. من از آقای عبدالکریمی معتمدتر نمی‌شناسم. ایشان متعهد است برای فرزندان شهید کار بکند. به من می‌گفت که بنیاد شهید ۷ درصد سود برده بود. دنبال این نرویم که فلانی مدیریت ندارد، بهره‌وری بلد نیست. یک راه اصلاح نظام دارویی یعنی اضافه کردن نظام آزاد به نظام ژنریک و بعد تعیین قیمت براساس نظام تجارتمی می‌باشد. علیرغم این ما حدود دو سه ماه قبل تقاضایی از شورای اقتصاد کردیم که حداقل یک درصد سود برای شرکت‌های توزیعی و ۲/۵ درصد سود داروخانه‌ها را افزایش دهند که این در دستور کار قرار گرفته است و انشاء... تصویب خواهد شد.

■ آقای دکتر جنابعالی در سخنرانی‌های مختلف در جاهای مختلف فرمودید. وظیفه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی نظارت بر امر دارو است. چه کرده‌اید که دولت این بار سنگین را که بر دوشش است و وزیر عوض می‌کند. معاون عوض می‌کند و گرفتاری را برای وزارتخانه ایجاد می‌کند به تدریج از دوشش برداشته شود.

□ البته این شرایط بنده را عوض نکرد. هیچ فشاری از این ناحیه به من نبود. باز من گفتم ما باید از راه حل‌های کوتاه و تسکینی دست برداریم. اگر این نظام دارویی ما به سمت نظام آزاد شدن برود هر دارویی که آزاد می‌شود، جز کنترل کیفی آن کاری نداریم که انجام بدهیم. الان همه کار برای تولید دارو در اداره دارو انجام می‌شود و در آن صورت، مسوولیت‌ها به

کارخانجات واگذار می‌شود. یعنی اگر ارز در اختیار کارخانه قرار نگیرد. وزارتخانه تنها به این صورت عمل می‌کند که دارو و محصول آخر کیفیت دارد یا خیر و دوم این‌که مطمئن باشیم جنس وجود دارد. یعنی اگر منوپولیسیم سکسته شود و آزادسازی نیز انجام گیرد، دیگر دغدغه‌ای برای کنترل وجود نخواهد داشت. دقیقاً مثل صنایع غذایی و آرایشی و بهداشتی.

■ آقای دکتر یکی از دغدغه‌های بسیار مهم دولت اشتغال است و اشتغال داروسازان نیز از این موارد است. جنابعالی در این مورد چه کرده‌اید؟

□ من اشاره کردم که مجوز داریم و از وزیر خواش کردم که دستوری برخورد کنند تا دانشکده‌ها بیایند داروخانه‌های خودشان را در اختیار بگذارند. این یک اشتغال زایی با حرمت و غیر کاذب است. یعنی اگر ۱۰ داروساز آزاد به جای ۱۰ داروساز مستخدم دولت در یک داروخانه بیمارستان کار کنند. احساس وجود و احساس کار کیفی می‌نمایند. ما به صنایع یک ضوابطی را داده‌ایم و جای آیین‌نامه‌ای را خالی می‌دیدیم. هیچ تناسبی بین خطوط تولید و تعداد فرآورده‌ها و داروها وجود نداشت. ما این را به صورت یک آیین‌نامه و بخش‌نامه درآوردیم و صنایع مجبور هستند بروند به سمت جذب نیروی داروساز بیشتر. بنابراین، در این کار گام اساسی‌تری را برداشتیم. یعنی همه صنایع اگر امروز هم نفهمند فردا در بازار رقابت متوجه خواهند شد. که یک دکتر داروساز که به تمامی مراحل تولید بهتر آگاه است تا یک تکنسین یا لیسانس شیمی. اقدام دیگر این بود که تبصره‌ای

وجود داشت که یک درصد از فروش نه سود (متأسفانه) از صنایع گرفته شود و در اختیار بازآموزی قرار داده شود. تا این را به این صورت پیشنهاد کردیم که پنجاه درصد آن به صنایع بخشیده شود و با پنجاه درصد دیگر نیروی متخصص جذب نماید. قبلاً صنایع برای جذب نیروی متخصص انگیزه نداشتند حالا ما آمدیم هم پول این کار را برایشان فراهم کردیم و هم بحث رقابتی انگیزه برایشان ایجاد خواهد کرد. یعنی اگر صنعتی بداند ۴ و یا ۵ استاد متخصص نه عمومی داشته باشیم. کیفیت فرآورده‌هایش بسیار بهتر خواهد بود حتماً این کار را خواهد کرد من در دوره خودم این سیاست را بارها ابلاغ کردم که اگر کیفیت یک محصولی را ۳ استاد دانشگاه پذیرفته باشند و مسوولیت آن را قبول کرده باشند از کلیه مراحل نظارت آزمایشگاهی معاف خواهد بود. این یک انگیزه ایجاد اشتغال برای جوان‌های بعدی ما که دارند PhD می‌شوند هم هست. در مورد توزیع هم همین طور. هر کدام از ۶ شرکت توزیعی ما اگر به‌طور متوسط ۲۰ شعبه در سراسر کشور داشته باشند، یعنی ۱۲۰ جا. در حال حاضر ۳۰ تا ۴۰ قسمت توسط داروساز اداره می‌شود. ما ابلاغ کردیم و فکر می‌کنم شرکت‌های توزیعی دارند همکاری می‌کنند. یعنی در هر واحد خودشان به عنوان مسوؤل واحد یک داروساز استخدام می‌نمایند. اما چیزی که از همه مهمتر است اگر به داروساز خوب توجه شود، اگر تعرفه حق فنی داروخانه به موقع داده شود و افزایش ۲/۵ درصد سودی که پیشنهاد کردیم تصویب شود داروخانه یک تکان اقتصادی خواهد خورد. من بحثی را از ابتدا مطرح می‌کردم



«احیای هویت داروسازها» نگفتیم می‌خواهیم به داروسازان هویت بدهیم. از قبل داشته‌اند. الان کم‌رنگ شده است. برای این‌که این را برجسته کنیم که مردم بدانند فرق فروشنده دارو با یک مشاور خوب درمانی چیست. در داروخانه‌های شلوغ داروساز برای مشاوره با مریض وقت ندارد. ما با انجمن داروسازان این مطلب را مطرح کردیم. یعنی آن زمان که اقتصاد داروخانه بهتر شد و تعداد نسخه‌ها از ۱۷۰ تا ۱۸۰ عدد در روز بیشتر شد. دیگر داروخانه نباید به یک داروساز بسنده کند و باید داروساز بیشتری را بگیرد ولی راه اصلی اشتغال زایی برای داروسازان جوان خودمان را آن داروخانه‌های بیمارستان‌ها می‌دانم که باید واگذار بشود و به صورت اجاره یا فروش در اختیار داروسازان قرار بگیرد.

■ آقای دکتر احمدیانی ۸۰ درصد فارغ‌التحصیلان در داروخانه‌ها مستقر می‌شوند برای داروسازان داروخانه در این مدت چه کاری انجام دادید و چه پیشنهادهایی برای آینده دارید؟

□ من کاری که توانستم انجام بدهم این بود که حدود ۶ یا ۷ بار با نماینده‌های دانشجویان داروسازی نشست داشتم. سعی کردم امید را در آنها القا کنم. با اعداد و ارقام و طرح‌هایی که داشتیم آنها را از یأس و ناامیدی که در بعضی از آنها ایجاد شده بود نجات دهیم. بارها از آنها خواستم و الان هم خواهم خواست هم مسوولین فنی داروخانه‌ها و هم آنهایی که داروخانه دارند به انجمن داروسازان بهای بیشتری بدهند و حضور بیشتری داشته باشند. تحرک بیشتری را انجمن لازم دارد. کار دیگر ما این بود که سعی

کردیم در همه مشاوره‌های خود از انجمن داروسازان استفاده کنیم. انجمن داروسازان در حقیقت نماینده شاخص داروسازان کشور است. تعرفه داروخانه را به صورت واحد درآوردن خدمت خوبی است که هر سال آسان‌تر بتوانند این افزایش تغییر را داشته باشند. همین که ما یارانه را از داروهای ارزان قیمت برداشتیم و به سمت داروهای خاصی بردیم به نفع داروخانه بود. اصلاح قیمت دارو که در طول ۲ سال قبل صورت گرفت هم به نفع داروخانه و هم به نفع صنعت بود و کم کردن تعداد داروخانه‌های دولتی و افزایش داروخانه‌های خصوصی خدمتی به داروسازان است. یعنی الان باید داروخانه‌ها راضی باشند که رقیب خصوصی داشته باشند به جای این‌که رقیب دولتی داشته باشند. یکی دیگر از کارهایی که انجام دادیم داروخانه‌هایی که غیر خصوصی بودند و خیلی ضابطه‌مند نبودند، ادامه فعالیت آنها را خیلی قبول نداشتیم و اجازه ندادیم که ادامه فعالیت دهند. البته باید بیشتر برای داروخانه‌ها کار کرد. برنامه‌ای برای کامپیوتری کردن داروخانه‌ها داشتیم که سازمان برنامه و بودجه و تأمین اجتماعی اعلام آمادگی کردند که سرمایه‌گذاری کنند تا اجرا شود. امیدواریم که این برنامه انجام شود و اگر کار دیگری هم باید انجام می‌دادیم و انجام ندادیم ما را انشا...خواهند بخشید. من وقت خوبی برای طرح مسایل داروخانه‌ها صرف کردم اما به دلیل مسایل مختلف از جمله مسایل اقتصادی که در جامعه دیده می‌شود، توفیق مناسبی در جهت خدمت‌گذاری به این دوستان به دست نیاوردم ولی یک پیام برای دوستان داروساز دارم که این خدمت را توانستم برایشان

انجام دهم که معتقدم کافی نیست و آن این است که در بسیاری از محافل و شاید در همه محافل بسیار با تعجب به من نگاه می‌کردند وقتی که می‌گفتم اقتصاد داروخانه‌ها اقتصاد ناتوانی است. برای خیلی از افراد جا نمی‌افتاد. من به سهم خود سعی کردم این مطلب را در خیلی جاها با عدد و رقم جا بیاندازم.

■ آقای دکتر! در مورد اشتغال زایی آیا همه داروسازان جوان با وضع مادی خودشان می‌توانند داروخانه‌های بیمارستان‌ها را تحویل بگیرند.

□ اجازه بدهید من آیین نامه موجود در این رابطه را باز کنم. اول این که باید حتماً به داروساز داده شود دوم این که اجاره است. سوم بسته به تخت بیمارستان ۳ تا ۱۰ داروساز نیاز دارد. چهارم

این که کسی که یک داروخانه در جای دیگر دارد. دیگر نمی‌تواند دوباره این داروخانه‌ها را تحویل بگیرد. پنجم این که شما حدود ۴۰۰ بیمارستان در کل کشور دارید اگر هر کدام ۴ داروساز در اختیار خود قرار دهد ۱۶۰۰ داروساز می‌شود.

■ علی رغم این که می‌گویید اقتصاد داروخانه‌ها خراب است. چرا اول امسال تعرفه داروخانه‌ها پایین آمد.

□ پایین نیامد، تعرفه یک (range) داشت ما تعرفه را ثابت کردیم. ما میانگین آن را بالا بردیم. وسط سال حدود مهرماه بنا داشتیم که تعرفه‌ها را بالا ببریم بنابر دلیلی نشد و در اواخر آذر به وزیر پیشنهاد دادیم که تعرفه‌ها اضافه شود. ایشان موافقت کردند اما دیگر به دوره من کفاف نکرد و امیدوارم که به زودی این امر انجام گیرد.

