



نوش دارو برای دارو

سخت است؟ در پاسخ باید گفت که بله، چون این مشکلات ساختاری هستند و هم‌چنان پابرجا باقی می‌مانند. نگاهی به مجموعه مقالات رازی طی ۳۰ ساله گذشته، بیانگر عنوان‌های تکراری و مشکلات لاینحل متعددی است که طی این سال‌ها نویسندگان و صاحب‌نظران گوناگون در مورد آن‌ها قلم فرسایی کرده‌اند. این عناوین شامل مشکلات قیمت‌گذاری، یارانه دارو، مسایل و مشکلات ایجاد شده توسط شرکت‌های بیمه‌گذار، مشکلات توسعه زیرساخت‌های صنعت داروسازی، مصرف منطقی دارو و ... می‌باشند.

طی مجموعه مصاحبه‌ای که اینجانب جهت جمع‌آوری تاریخ داروسازی به‌صورت شفاهی با جناب آقای دکتر نیلفروشان، جناب آقای دکتر آذرنوش و ... داشتم به مسایلی برخورد کردم که شرح برخی از آن‌ها در این جا می‌تواند راه‌گشا باشد. در اسفند ماه سال ۱۳۵۸، ستادی به نام «ستاد خودکفایی دارویی» تشکیل شد که با برنامه کاری

هنگامی که مقالات گزیده‌های منهای بیست نشریه رازی را انتخاب می‌کنم، اغلب به موضوعاتی برخورد می‌نمایم که بیست سال پیش دچار آن بوده‌ایم و امروز هم به آن مبتلا هستیم. در همین شماره چنانچه به بخش گزیده‌های منهای بیست مراجعه فرمایید با سرمقاله «کمیابی دارو، ضرورت همدلی» به قلم زیبای استاد عزیزم جناب آقای دکتر روشن ضمیر روبه‌رو می‌شوید که در مهر ماه ۱۳۷۸ به نگارش درآمده و طی آن بر تیزهوشی! مکارانه دلالان دارو و ارایه نسخه‌های غیرواقعی اشاره گردیده که هم‌اکنون نیز با آن روبه‌رو هستیم. سؤال اساسی این است که واقعاً چرا در این مدت نتوانسته‌ایم این مشکلات را حل کنیم؟ می‌توان این موضوع را درک کرد که ما یک کشور با شرایط عادی نیستیم و یک سری مسایل اجتماعی، اقتصادی و به‌خصوص سیاسی داریم که معضلاتی را به ما تحمیل می‌کنند اما واقعاً حل این مشکلات که سالیان سال پابرجا مانده‌اند، به راستی این قدر

دیگر، مدیران مستقر در کارخانجات در جلسات سیاست‌گذاری‌های کلی دارویی شرکت و نقش مستقیم و مؤثر داشتند. به عبارت دیگر، مدیران معاونت دارویی خود را متولی صنعت داروسازی می‌دانستند و مدیران صنعت داروسازی نیز خود را در سیاست‌گذاری معاونت دارویی مسؤول می‌دانستند. فراموش نکنیم که بیش از نیمی از یادگیری‌های ما به‌صورت ناخودآگاه و در اثر نوعی الگوبرداری ناخودآگاه عمیق و درونی‌سازی آن از محیط اطرافمان شکل می‌گیرد که متخصصان روانشناسی آموزش به آن پدیده یادگیری اسمزی می‌گویند. آن‌ها اعتقاد دارند زمانی که ما با افراد پرتلاش حشر و نشر داریم، ناخودآگاه عمل‌گراتر می‌شویم و هنگامی که با مدیران سیاسی دم‌خور باشیم، بعد از مدتی همه‌چیز را از نگاه سیاست تحلیل می‌کنیم. به همین دلیل افرادی که با مدیران دارویی آغاز انقلاب - چه مدیران معاونت دارویی و چه مدیران صنعت داروسازی - دم‌خور بوده‌اند و با آنان حشر و نشر داشته‌اند و پس از مدتی جانشین آنان شده‌اند، به این نقش حمایت و متولی صنعت داروسازی ادامه داده‌اند.

از سوی دیگر، طی سال‌های ۱۳۵۹ تا ۱۳۷۲ نیز معاونت دارویی با در اختیار قرار دادن ارز با نرخ دولتی برای واردات داروهای ساخته شده و تمام اجزای مورد نیاز برای تولید در داخل کشور (مواد مؤثره، مواد جانبی و کمکی، ملزومات بسته‌بندی، دستگاه‌ها و ابزارهای تولید و ...) باعث حمایت شدید و گسترده از صنعت داروسازی شد اما داروهای ساخته شده و وارداتی با قیمت ارزان، صوری و غیرواقعی در اختیار مصرف‌کنندگان قرار گرفت.

در هفت ماده و هفت تبصره برای تهیه آمار مصرف، تعیین فهرست داروهای ضروری، اولویت‌ها، تولید اشکال دارویی، مواد اولیه و بسته‌بندی، برنامه‌های آموزشی داروسازی و آموزش فنی صنایع شروع به کار کرد و با بهره‌جویی از فهرست ۳۰۰ قلمی سازمان بهداشت جهانی، فهرست داروهای ضروری ایران را به معاونت دارویی وزارت بهداشتی و بهزیستی ارایه کردند.

از آن‌جا که اجرای «طرح ژنریک» بر صنایع داخلی تکیه داشت، از اواخر سال ۱۳۵۸ برای اعمال مستقیم تصمیم‌های دولت بر مدیریت شرکت‌های خارجی، ناظران دولتی به این کارخانه‌ها اعزام شدند اما کم‌کم به این نتیجه رسیدند که نظارت صرف راه‌چاره نیست و در نهایت، در خرداد ماه ۱۳۵۹ شورای انقلاب اسلامی طی مصوبه‌ای به وزارت صنایع و معاون اجازه داد تا به پیشنهاد وزارت بهداشتی و بهزیستی، به اعزام مدیران دولتی به کارخانه‌های داروسازی اقدام کند. این مدیران از تیر ماه ۱۳۵۹ در کارخانه‌های دارویی استقرار یافتند و این به معنای خلع‌ید از شرکت‌های دارویی با سرمایه‌گذاری خارجی (و در پاره‌ای از موارد، شرکت‌هایی با مالکیت خصوصی افراد ایرانی) بود و از تقریباً ۴۰ شرکت داخلی تولیدکننده دارو، ۲۸ شرکت رسماً به مالکیت دولت درآمدند.

در این دوران نمی‌توان تمایزی بین مجموعه مدیران معاونت دارویی وزارت بهداشتی و بهزیستی با مدیرانی که جهت استقرار در شرکت‌ها انتخاب شده‌اند، قائل گردید. گاهی مدیران معاونت دارویی هم‌زمان به‌عنوان مدیران کارخانجات دارویی نیز نقش‌آفرینی می‌کردند و از سوی

پس از سال ۱۳۷۳ نیز این روند ادامه یافت و معاونت دارویی از یک سو، خود را موظف به حمایت از بیماران و پرداخت کم آنان جهت درمان می‌دانست و از طرف دیگر، انبوه مشکلات تأمین دارو - چه تولیدی و چه وارداتی - فرا روی آنان بود. بنابراین، تصمیم به کارشناسی قیمت، محاسبات و تحلیل قیمت و در نهایت، تصمیم‌گیری در کمیسیون مربوط پرداختند و از آنجایی که به‌طور کلی در کشور ایران تقریباً ۷۰ درصد هزینه دارو را دولت و بخش عمومی (شرکت‌های بیمه‌گذار) پرداخت می‌کنند و دولت نیز علاقه چندانی به افزایش قیمت دارو ندارد، این کمیسیون نیز با همان نگاه دولتی به قیمت محصولات دارویی می‌نگرد. فارغ از این که چگونه می‌توان به‌طور روزآمد نقش شرایط متغیر تولید و تورم و سایر عوامل را برای دارو که خود یک کالا نیست و مجموعه‌ای از مواد مؤثره، مواد جانبی، کمکی، بسته‌بندی و ... می‌باشد، محاسبه و در زمان مناسب بدون تحمیل هزینه برای تولیدکننده در قیمت دارو لحاظ نماید. حاصل این اندیشه منجر به عدم رشد صنعت، پایین آمدن مستمر کیفیت، ناتوانی شرکت‌ها در سرمایه‌گذاری و اجرای پروژه‌های جدید، عدم انجام تحقیق و توسعه و ... می‌شود اما باز این اندیشه به‌صورت اسمزی تاکنون ادامه پیدا کرده است.

پیامد و برآیند آشکار و اجباری اندیشه‌های یادشده، تمرکزگرایی دولتی در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در بخش دارو است. هرچند نهادها و سازمان‌های بسیار متنوعی (وزارت صنعت، شرکت‌های بیمه‌گذار، بانک مرکزی و ...) به لحاظ عملکرد و شرح وظایف خویش در بخش دارو نقش

بازی می‌کنند اما متولی رسمی داخلی این بخش وزارت بهداشت بوده و هست که تصمیم‌گیری، سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در تک‌تک اجزای این بخش را بر عهده گرفته است. بنابراین، تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری در چگونگی تقسیم و تسهیل حمایت‌های دولتی از بخش دارو، به‌ویژه تعیین سهمیه‌های ارزی بخش‌های مختلف صنعت داروسازی کشور، از عمده‌ترین و اصلی‌ترین وظایف و فعالیت سازمان غذا و دارو می‌باشد.

نباید فراموش کرد که طی سال‌های گذشته و در حال حاضر ایران با جدی‌ترین بحران‌ها در زمینه فراهم آوردن ارز دست به‌گریبان بوده که گاهی مانند اول دولت آقای خاتمی به‌خاطر افت شدید بهای نفت و زمانی مانند دولت آقای احمدی‌نژاد و دولت کنونی به دلیل تحریم‌ها می‌باشد.

تمامی این مسایل هنگامی به پایان می‌رسند که سازمان غذا و دارو از تصدی‌گری و تمرکزگرایی دولتی در عرصه دارو دست برداشته و نقش اصلی خود یعنی حمایت از بیمار را بازی کند و چنانچه وزارت بهداشت قصد حمایت از صنعت داروسازی را داشته باشد، باید در راستای حمایت از بیماران باشد و تعیین قیمت را برای دارویی که قصد بیمه شدن آن وجود ندارد، به بازار آزاد و برای دارویی که قصد بیمه شدن آن هست، به شورای عالی بیمه بسپارد تا تولیدکننده یا تأمین‌کننده با چانه‌زنی به قیمت مناسب دست یابد. این قیومت سازمان غذا و دارو، مانند بندنافی است که تا بریده نشود، جنین دارو به استقلال در زندگی دست نمی‌یابد و این تنها نوش دارو برای نظام دارویی است.

دکتر مجتبی سرکندی