

بررسی دارو توسط فرهنگستان علوم پزشکی

در مصاحبه با آقای دکتر عبدالمجید چراغعلی

مقدمه

فرهنگستان علوم پزشکی پیرامون مستندسازی نظام دارویی کشور و واردات دارو از سال ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۰، دو طرح تحقیقی را مورد بررسی قرار داده است. در این رابطه با تعدادی از دست‌اندرکاران و کارشناسان این حوزه مصاحبه‌هایی را انجام داده‌اند که قرار است بعداً به صورت کتابی از طرف فرهنگستان علوم پزشکی منتشر شود.

آقای دکتر عبدالmajid چراغعلی از جمله داروسازانی هستند که در این رابطه، مصاحبه‌ای انجام داده‌اند. در این قسمت، مصاحبه ایشان را با فرهنگستان مرور می‌کنیم:

بیشتر مطلع شدم. من عبدالmajid چراغعلی هستم، فارغ‌التحصیل رشته داروسازی دانشکده داروسازی تهران، PhD داروسازی ام را از دانشگاه آبرتا کانادا گرفتم، بعد از آن هم بالاخره این‌ور و آن‌ور در بخش‌های مختلف وزارت بهداشت و در بخش دارو بودم ولی پست رسمی که از آن حقوق می‌گیرم، هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌است... (گروه فارماکولوژی) است، فعلًاً هم همان‌جا هستم.

← آقای دکتر، انشا... موفق باشید یک مجموعه یا جزوی‌ای منتشر شد تحت نام سیاست ملی

← آقای دکتر، همان‌گونه که اطلاع دارید فرهنگستان علوم پزشکی ۲ پروژه (یکی مستندسازی نظام دارویی از سال ۱۳۳۴ تاکنون و دیگری واردات دارو و مکمل‌ها از سال ۱۳۵۵ تا پایان سال ۱۳۹۰) را در دست انجام دارد. برای همین امروز در خدمتتان هستیم تا از نقطه نظرات شما استفاده کنیم. اما ابتدا خواهش می‌کنیم که به اختصار خودتان را معرفی بفرمایید.

بسم الله الرحمن الرحيم. البته، من خیلی جزیبات جلسه را نمی‌دانستم اما حالاً که شما فرمودید

دارویی که بانی خیر آن شما بودید در زمانی که آقای دکتر احمدیانی مسؤولیت معاونت را داشتند. می خواستم سؤال کنم که آیا شما در ارتباط با این برنامه تهیه شده، جزوی، مجموعه اسناد و مدارکی موجود دارید که ما بتوانیم مطالعه ای روی آن انجام بدهیم بعد بتوانیم جزو اسناد ضمیمه مطالعات انجام شده قرار بدهیم؟

بیینید، فرهنگ ما ایرانی ها اصولاً بیشتر Verbal (شفاهی) است، خیلی علاقه ای به Documentation نداریم. برای همین هم همیشه مسایل تاریخی ما با اما و اگرها زیادی مواجه بوده است. آن زمانی که من در معاونت غذا و دارو بودم فکر کردم که خوب است که بتوانیم یک چیزهایی را به صورت مستند داشته باشیم. در عین حال که این کار داشت انجام می شد، تقریباً ۳ تا کار انجام دادیم که آن سال های آخر به نظرم مستندسازی خیلی برایمان مهم بود. یکی بحث سیاست ملی دارویی ایران بود، همان که یک کپی اش خدمت شماست، علتش هم این بود که به هر حال ما یک نظامی داشتیم به نام نظام نژدیک، خوب الان هم تا حد خیلی زیادی همان را داریم. آمدیم گفتیم این نظام چه جوری شروع شد؟ اصلاً پایه اش چه بود، مستنداتش چه بود، چه کسی گفت این کار انجام بشود؟ سعی کردیم با استفاده از مقالات منتشر شده و یک تیمی که از دوستان تشکیل شد، این کار را انجام بدهیم. در واقع استراتژی ما دو بخش داشت، یکی مصاحبه با افراد کلیدی که مثلاً آن زمان در بخش دارو بودند و فعالیت داشتند مثل دکتر سیامک نژاد، دکتر آذربوش، مرحوم دکتر مظلومی، دکتر شیبانی و ۷، ۸، ۹ نفر دیگر که اسامی شان هست (مطمئن

حال برای خودمان جالب بود. بعد یک سری نقاط ضعف و نقاط قوتی که این طرح ایجاد کرده بود از دیدگاه افراد، نه از دیدگاه تاریخ، آن هم یک جزوه ۳۰، ۴۰ صفحه‌ای شده به اضافه CD مصاحبه‌ها که اگر آقای دکتر آذرنوش داشته باشد که حتماً می‌تواند به شما بدهد و اگر نه من می‌توانم یک نسخه از آن را به شما بدهم. این‌ها در واقع ۳ تا کاری بود که در کار مستندسازی در کنار وظایف روزمره‌ای که بر عهده داشتیم انجام دادیم.

← آقای دکتر، با توجه به گزارش سند ملی دارویی و آن دو تا کاری که انجام دادید، قطعاً کاری که در دهه اول انجام شد که بخش عمده آن به نام ژنریک (وارادات کنترل شده، توزیع سراسری، تملک کارخانجات خارجی) معروف بود را مورد توجه قرار داده‌اید. حالا می‌خواهیم ببینیم که به نظر شما آن مسایل تفکر یک عده‌ای بود یا یک طرح که مصوبات مشخص قانونی داشته است و به طور کلی از نظر شما مثبت بوده است یا منفی؟ عرض کردم، ما بنای قانونی برای آن پیدا نکردیم که واقعاً بگوییم مصوبه‌ای قانونی وجود دارد که این کار بشود. آن‌چه که همه دولتان می‌گفتند یک اجتماعی بود که همکاران داروساز در آن موقع به آن رسیده بودند. البته، یک استناد خیلی ضعیف وجود داشت و آن مصوبه شورای عالی انقلاب در مورد گرفتن کارخانجات داروسازی و واگذاری اش به صنایع ملی بود که به نظر من آن موضوع، ارتباطی به طرح ژنریک نداشت. ولی خوب به هر حال، دولستان می‌گفتند که آن موضوع باعث شد که بالاخره ما حالا به طرقی این کار را انجام بدھیم و منجر به ملی شدن صنایع و آن دولستان‌ها شد.

نیستم که شما هم بودید یا خیر) داشتیم.

← آقای دکتر، خیر نبودم.

متأسفانه، احتمالاً به شما دسترسی نداشتیم. یک قسمت هم استفاده از مطالب منتشر شده در مجلات دارویی آن زمان، مثل رازی و دارو و درمان وغیره. بحث و سؤال عده ما هم این بود که اصلاً چه کسی گفت که در ایران نظام ژنریک باشد؟ مستندات و مصوباتش چه بود؟ چون بالآخره یک تعییر اساسی بود، اصلاً یک چنین چیزی وجود دارد یا ندارد. خوب حالا نتیجه‌اش را خیلی نمی‌خواهم بحث بکنم اما همه را به شکل مستند درآوردیم و دو قسمت شد. یک قسمتش مكتوب بود، آن‌ها بیکه از مجلات استخراج کرده بودیم و یک قسمت هم الکترونیکی (در واقع CD کنارش) بود که مصاحبه‌های با آن آفراد کلیدی بود. آن مصاحبه‌ها را دیگر پیاده نکردیم و به شکل دیجیتال گذاشتیم و یک نسخه هم به همکارانی دادیم که مشارکت داشتند مثلاً دکتر آذرنوش و سایرین. البته، فکر می‌کنم من هم یک نسخه داردم. به نظرم آن هم می‌تواند خیلی به این فعالیت شما کمک بکند چون یکی از قسمت‌های عده ما همان بحث ژنریک بود. بالاخره دولستانی بود که می‌گفتند در مسجد هفت تیر نشستند و صحبت‌ها شد وغیره و خیلی دنبال این بودیم که ببینیم یک چنین تحولی در جایی مصوبه‌ای داشته است یا خیر؟ بیشتر دنبال این بودیم که البته، خوب ما به آن نرسیدیم، واقعاً به نظر می‌آمد یک چنین چیزی باید مثلاً در دولت یا مجلس یا جایی دیگر مصوبه‌ای داشته باشد. در حالی که بیشتر به نظر می‌آمد که به نوعی اجماع خود دولستان داروساز در آن زمان بود. خوب به هر

بگنند و بگویند مصوبه می‌گوید این کار را بکنید. این موارد در واقع موضوع‌هایی بود که بدون این که مبنای داشته باشد اتفاق افتاده بود. شاید هم به نظر من در آن ظرف زمانی، واقعاً غیر از آن هم نمی‌شد انتظار داشت. بالاخره در آن زمان همه سیستم یک جورهایی به هم ریخته شده بود.

◀ آقای دکتر، آیا این سیاست ملی دارویی، منطبق با آن برنامه و مصوبات بود؟

نه این اصلاً کاملاً مستقل است و بیشتر ابعاد آن بر مبنای آن چیزی است که WHO پیشنهاد می‌کند. WHO یک راهنمای تحت عنوان تدوین سیاست‌های ملی دارویی دارد که وارد جزیات نمی‌شود و حرفش این است که می‌گوید بالاخره شما به عنوان یک کشور، به عنوان یک نظام باید بگویید که می‌خواهید در چه چهارچوبی حرکت بکنید، حالا آن چهارچوب هر چه هست. علتش هم این است که می‌گوید اگر شما آن چهارچوب را مشخص بکنید و Transparency و شفافیت داشته باشد، بالاخره افرادی که با شما در ارتباط هستند می‌دانند که سیاست شما این است که مثلاً فقط داروهای ژنریک دارید، اصلاً کاری نداریم که مبنایش چیست. این بر این مبنای است که بالاخره وقتی یک مراجعته کننده (مثلاً یک نفر که از آن ور دنیا می‌آید و می‌خواهد بداند که اصول شما در بحث دارو چیست، ۵ صفحه به او بدهید و بگویید که اصولتان چیست و روی چه می‌خواهید صحبت

◀ آقای دکتر، آیا شما به آن مصوبه (آن متن ارایه شده به آقای بنی‌صدر که در شورای عالی انقلاب مطرح و به تصویب رسید) دسترسی داشتید؟
بله، مصوبه شورای عالی انقلاب هست.

◀ آقای دکتر، آن وقت هیچ کدام از ابعاد این نظام نوین دارویی را در آن ندیدید؟
نه، اصلاً آن‌جا فقط گفته بود که چون شرکت‌های خارجی دارند می‌روند ...

◀ آقای دکتر، الان دو تا بحث دارد مطرح می‌شود. یکی نامه آقای دکتر علامزاده که آن موقع مدیرعامل شرکت سهامی دارویی کشور بودند که وضعیت موجود و پیشنهادات را برای آقای بنی‌صدر رئیس جمهور وقت نوشتند و ایشان هم خودش آن را قبول می‌کند و بعد می‌فرستند برای شورای انقلاب و شورای انقلاب هم آن حرفها را تأیید می‌کند و دستور اجرا می‌دهد. ولی این که بگویید ژنریک را اجرا بکنید نداریم. بلکه به آقای دکتر علامزاده جواب می‌دهد که برو به عنوان مدیرعامل شرکت سهامی دارویی کشور این کارها را انجام بده. ولی این یک دستورالعمل برای وزارت‌خانه نبود. یک نکته هم که آقای دکتر فرمودند این است که ما دو تا مصوبه داریم از شورای انقلاب. یک مصوبه این که بروید وضعیت صنایع را بررسی بکنید، یک مصوبه این است که بروید تملک بکنید. ولی مواردی مانند توزیع مرکز و واردات مرکز و تغییر نام برنده و این گونه موارد را نداشتم.

این‌ها هیچ کدام‌شان به این شکل نبوده که مثلاً نشسته باشند دور هم و مصوبه شورای عالی یا دولت یا هر مجموعه دیگر را در آن زمان ارایه

باشد می‌نشینیم یک شورایی می‌گذاریم. فقط بعداً که یک مقدار کار جلو می‌رود، کمیسیون ماده ۲۰ یک مصوبه می‌گیرد که می‌گوید؛ من اختیاراتم را در این قسمت می‌دهم به شورا که بعد در برنامه ۵ ساله دوم (اگر اشتباہ نکنم، زمان آفای خاتمی بود) آن جا هم آفای دکتر احمدیانی از طرف وزارت خانه پیگیری کردند و یک بندی را در برنامه آوردن و این شورای بررسی و تدوین را اصلاً قانونی کردند که حالا وزارت بهداشت موظف است یک چنین شورایی را با آن ترکیب درست بکند. ترکیبیش هم کاملاً مشخص شد که مرکب از چه افرادی باشد، صرفاً بدون این که جایگاه و پایگاه حقوقی آن مشخص باشد. در حالی که آن واقعاً یکی از مهم ترین شوراهای در بخش دارو است. البته، بعد برنامه ۵ ساله تمام شد و دولت جدید آمد و گفت ما اصلاً آن‌ها را قبول نداریم، آینه‌نامه‌ها دوباره کل‌آ رفت روی هوا.

← آفای دکتر، هم آینه‌نامه و هم عملکرد؟

بله هم عملکرد هم شورا، همه چیز رفت روی هوا. متاسفانه به هر حال این یک اشکالی است که در سیستم ما بوده. بله آینه‌نامه‌ها و شوراهای همیشه وجود دارند اما مستندات این‌ها که واقعاً مشخص کنند که پایه قانونی تشکیل آن‌ها چه بوده است، این‌ها خیلی اساس ندارند. مثلاً به خاطر دارم، هر زمانی که معاون جدید غذا و دارو می‌آید، همیشه تقریباً رسم بوده که یک شورای مشورتی برای خودش درست می‌کرده است. این شورا در ابتدا مشورتی بوده، دوستان از صنعت و دانشگاه و جاهای دیگر می‌آمدند، معمولاً هم خیلی در تصمیم‌گیری‌ها مؤثر بودند. ولی این شورا بعد هم همیشه (مثلاً

بکنید. این سیاست‌های ملی دارویی بر آن مبنی است و اگر هم جنابالی مطالعه فرمودید دیدید که وارد جزئیات نشدیم. مثلاً در طب سنتی نظر ما این است، در داروهای ژنریک نظر ما این است، در حد یک صفحه یا نیم صفحه. طبیعتاً این بعد که می‌رود برای اجرا، خوب آینه‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های آن تدوین می‌شود. این به این معنی است که آن تصمیم‌گیرندگان دارویی کشور می‌گویند که آقا اصول و چارچوب حرکت من این ۱۰ صفحه است. حالا این ۱۰۰۰ صفحه یا خیلی بیشتر بشود. ← آفای دکتر، شما رد پای این موارد را اصلاً در شورا یا ستاد عالی دارو ندیدید؟

رد پای چی را؟

← آفای دکتر، همین موارد را.

در واقع بحث ژنریک را می‌فرمایید؟

← آفای دکتر، هم بحث ژنریک، هم سایر موارد دیگر که حالا تحت عنوان نظام نوین دارویی مطرح شد.

طبیعتاً در اداره دارو و معاونت غذا و دارو در سال‌های مختلف حالا با تشکیلات متعددی که داشت همیشه کمیته‌های مختلف، شوراهای مختلف، همه چیز وجود داشته است. مثلاً یکی از شوراهای خیلی فعالی که ما همیشه داشتیم و از اول انقلاب هم بود، شورای بررسی و تدوین داروهای ایران بود که همه‌جا به غلط به عنوان شورای فارماکوپه از آن نام می‌برند. این هم خودش هیچ وقت زیرینای حقوقی نداشته واتفاقاً این هم در مستندات ما آمده است. یعنی آن را هم بدون این که اصلاً مبنایی داشته باشد یک کسی گفته

هرچیزی را که می‌خواهیم، باید خودمان بسازیم. حالا بخش دارویی را من می‌گوییم و کاری به غیره ندارم. خوب این کار واقعاً نه مقرر نبوده است، نه امکان‌پذیر است و نه اصلاً منطقی است که تو بگویی آقا من هرچیزی که می‌خواهم باید خودم بسازم. اصلاً در بخش دارویی که واقعاً امکان‌پذیر نیست. شما که می‌خواهید یک دارویی را بسازید، ممکن است ۱۰ تا، ۲۰ تا، ۴۰ تا ماده مؤثره مختلف برای فرمولاسیون آن لازم داشته باشید. اصلاً مقرر نبوده است که شما خودتان همه آن‌ها را تولید بکنید. این است که حتماً ما باید یک تعاملاتی را با بیرون داشته باشیم در این قسمت و در این مسأله تردیدی نیست. اما از آن طرف هم این امکان وجود ندارد که شما هرچیزی که در دنیا هست را در بازار ایران داشته باشید. هیچ کشوری واقعاً این جوری نیست. من گاهی اوقات متأسف می‌شوم که می‌بینم بعضی از مقامات عالی‌رتبه نظام پزشکی کشور ما، یک برخوردهای عجیب و غریبی می‌کنند که مثلاً حق مردم است که هرچه در بازار جهانی هست را در اختیار داشته باشند. هیچ کشوری این جوری نیست. ما الان در دنیا یک چیزی حدود ۷۰ هزار قلم دارو داریم. آخر مگر امکان‌پذیر است که شما بتوانی همه این‌ها را داشته باشید؟ آمریکا هم که بروی می‌بینی ۱۰ هزار تایش را دارد، بالاخره هر کشوری بسته به توان خودش نیازش را مشخص و تأمین می‌کند. علت‌شن هم این است که بحث سلامت از مکانیسم عرضه و تقاضا پیروی نمی‌کند. یعنی این مثل تلویزیون و موکت و موبایل و این‌ها نیست که بگوییم آقا بازار خودش را متعادل می‌کند. علت‌شن این است

ماهی دو سه بار) تشکیل و رسمی هم می‌شده است. ولی مشخص نبود که تو اصلاً چه کاره‌ای، مثلاً اگر یکی می‌آمد می‌گفت آقای دکتر چراغعلی اصلاً کی گفته شما در این شورا بنشینی و وظیفه‌ات چیست؟ پایه و اساس آن اصلاً مشخص نبود که بگوییم من طبق این حکم و این قانون چنین مسؤولیتی را برعهده دارم. دوستان همین جوری و بدون این که حکمی داشته باشند می‌آمدند و نظراتشان هم واقعاً مؤثر بود. این‌ها بوده ولی متأسفانه هیچ کدام برای کمیته‌ها و شوراهای ما واقعاً مستندات لازم حقوقی که به قول امروزی‌ها محکمه‌پسند باشد را نداشته است. حالا یکی از شرکت‌ها یا یکی از افراد، یکی از تصمیمات شورا را challenge می‌کرده، می‌رفته دادگاه. فرض کنید یک موقع دادگاه بباید بگوید آقا شماها اصلاً کی هستید که دور هم نشستید و حالا مثلاً گفتید این کار انجام بشود. مثلاً کی به شما این حق را داده است؟ خوب این‌ها ایراداتی بود که از این نظر در سیستم ما وجود داشت.

◀ آقای دکتر، یک بحث که همیشه (چه قبل و چه بعد از انقلاب) در کشور مطرح بوده است، جایگاه واردات در مقابل تولید است. مثلاً اگر یک دارویی در فهرست دارویی کشور است و در داخل تولید می‌شود و نیاز کشور را تأمین می‌کند، مشابه خارجی آن می‌تواند مجوز ورود به کشور داشته باشد یا خیر، نظر جنابعالی در این مورد چیست؟ به نظر من، ما با دو مفهوم در یک جاهایی با افراط و تغییر برخورد کردیم و هنوز هم این کار را داریم می‌کنیم. یکی همان بحث واردات است. ببینید، من شخصاً معتقد نیستم که ما یک چیزی به نام خودکفایی را باید این جوری معنی بکنیم که

نیستیم.

واقعاً امکان‌پذیر نیست. بنابراین، همه تولیداتی که ما در داخل داریم انجام می‌دهیم یا فرمولاسیون‌هایی که می‌کنیم به نوعی از واردات شروع شده‌اند. یعنی اول دارو وارد کشور شده است، بعد ما آمدیم آن را تولید کرده‌ایم، این جوری نبوده که ما از ابتدا از نقطه صفر بیاییم یک دارویی را در داخل تولید بکنیم. پس عملاً واردات خودش می‌تواند یک کانالی برای گسترش صنعت داروسازی ما باشد. از نظر من ما باید یک دیدگاه متعادل داشته باشیم. یعنی دیدگاهی داشته باشیم که در عین حال که هدف اصلی و تارگت اصلی ما نظام سلامت کشور است، این جوری فکر کنیم که صنعت داروسازی هم می‌تواند یک بازوی خوبی برای کمک به این نظام باشد. بعد بگوییم حالا تو را تقویت می‌کنیم برای این که بتوانی آن نظام را ارتقا بدھی. حتماً باید واردات داشته باشیم، در این مسئله اصل‌آشک و تردیدی ندارم.

← آقای دکتر، با توجه به این مطالبی که فرمودید،
صلاح هست که ما برای واردات دارو تعرفه
بگذاریم؟

بینید، این هم از آن نکات خیلی جالب است که واقعاً تفاوت‌های جدی ما با دنیا است. دنیا می‌گوید کشورهایی مثل ما که در آن‌ها دولت دارد به نوعی هزینه‌های سلامت را می‌دهد (حالا قبل‌آیشتر و الان دارد کمتر می‌دهد)، این معقول نیست که باید هزینه‌های واردات خودش را افزایش بدهد و از جیب خودش بیشتر خرج کند. یعنی این دیدگاه که ما به دارو به عنوان یک منبع درآمد برای دولت نگاه بکنیم، به نظر من خطرناک‌ترین دیدگاهی

که در نظام سلامت اصولاً خدمات بهداشتی از نظام عرضه و تقاضاً پیروی نمی‌کند. شما یک فردی دارید به نام پژوهش که دارد برای یک مصرف‌کننده‌ای به نام بیمار تصمیم‌گیری می‌کند. بنابراین، حتماً باید یک نظام تصمیم‌گیری منطقی وجود داشته باشد تا بتواند از نظر عرضه و تقاضاً در ارایه محصولات، یک تعادل را ایجاد بکند. طبیعتاً شرکت‌های داروسازی در دنیا، می‌خواهند کالایشان را به عنوان دارو بفروشند، از هر راهی هم استفاده می‌کنند (عقلانی و غیرعقلانی) که این را بفروشند. بالاخره این دیگر باید زیرکی و معقولیت نظام ما باشد که تصمیم‌گیری بکند واقعاً چه داروهایی را می‌خواهد، باید ببیند که در جیش چقدر پول دارد و بر مبنای آن تصمیم‌گیری کند. مثلاً زمان جنگ آن محدودیت‌های مالی و اقتصادی که ما داشتیم باعث شده بود که ما واقعاً یک فهرست خیلی محدود دارویی داشته باشیم. چون توان اقتصادی کشور بیشتر از آن اجازه نمی‌داد. بعد از جنگ اوضاع اقتصادی مردم بهتر شد، اوضاع اقتصادی کشور بهتر شد، خوب این فهرست Expand شد، دو برابر شد بزرگ شد. خوب مقتضیات آن زمان آن را اقتضا می‌کرد. الان شاید مجبور باشیم باز دوباره کوچکش بکنیم چون بالاخره باز دوباره بحث‌های اقتصادی دارد برای ما به گونه‌ای دیگر مطرح می‌شود. این است که حتماً باید یک کنترل و نظارتی باشد و قطعاً باید یک تعادلی بین واردات و تولید داخل وجود داشته باشد. بعد بالاخره کشورهایی مثل ما، توان داشتن صنعت بر پایه R&D را ندارند، چون آن قدر هزینه‌ها بالا است که امکان‌پذیر نیست.

← آقای دکتر، نه، ما در شرایط ایجاد مولکول

می‌دهد، یعنی دلار مثلاً هزار و دویست و خورده‌ای تومان را که حالا تقریباً اصلاً وجود خارجی ندارد، به آن می‌دهد، بعد می‌گوید خوب داریم به آن سوبسید می‌دهیم، چون نز واقعی آن ارز ۲۵۰۰ تومان است، بینید خودش دارد به آن سوبسید تومن است، بعد هم می‌گوید حالا که می‌خواهد وارد بشود باید ۶۰ درصد تعرفه بدده، خوب آخر این چه کاری است؟ من واقعاً این را نمی‌فهمم. خوب همان اول بگو باید بروی با ارز ۲۵۰۰ تومان وارد کنی و تعرفه هم نمی‌خواهد بدھید، بالآخره قیمت هم متعادل می‌شود.

متأسفانه، به نظر من این نوع سیاست‌گذاری خیلی مبنا ندارد. علت‌ش هم این است که من به ذهنم می‌آید که دوستان (مدیران حوزه دارو)، این قسمت را یک مقدار وا داده‌اند و به بخش تجارت واگذار کرده‌اند. خوب بله طرف می‌خواهد ماشین وارد بکند، آن طرف هم وزارت اقتصاد و دارایی است که می‌خواهد درآمد داشته باشد، می‌گوید آقا ۱۰۰ درصد تعرفه بده چون منبع درآمد دولت است که بحث آن جدا است ولی در مورد دارو چون خود دولت دوباره می‌خواهد پوشش را بدده، خیلی منطقی نیست. من در روزنامه می‌خواندم که ریاست جمهوری می‌خواست تعدادی ماشین وارد بکند، بعد تعرفه‌اش را ۱ درصد کرد. منطقی است، چون می‌گوید آقاجان من دارم برای خودم وارد می‌کنم، دیگر به خودم که نباید تعرفه بدhem. همین قضیه در مورد دارو و رابطه آن با دولت صدق می‌کند که وقتی دولت دارد دارو وارد می‌کند، بیمارستان خودش دارد پول آن را می‌دهد، برای چه باید مجدداً ۶۰ درصد تعرفه از بابت آن بگیرد؟ این به

است که می‌تواند در یک کشور وجود داشته باشد. بنابراین، همه کشورهای دنیا کاری می‌کنند که هزینه دارویشان حداقل ممکن بشود. یعنی نه تعریفه، نه عوارض و نه هیچ مورد دیگری را به قیمت دارو اضافه نمی‌کنند، صرفاً برای این که قیمت را تا جای ممکن پایین نگه دارند. آخر این چه کاری است که از یک طرف ۱۰۰ درصد تعرفه بگیریم و قیمت را تا این حد بالا ببریم و بعد این هزینه بالای دارو در داخل کشور را خود دولت پردازد؟ یعنی دولت مثلاً مجوز ورود داروی X را می‌دهد و با همین تعرفه و عوارض و فلان و فلان قیمت آن را به ۳ یا مثلاً ۵ برابر افزایش می‌دهد، بعد خود دولت از جیب خودش آن را می‌دهد، یا آن را به مریض تحمیل می‌کند. آخر این چه دیدگاهی است که وجود دارد؟ یکی از مدیران WHO مقاله‌ای را منتشر کرد که در آن میزان تعرفه‌های دارویی در دنیا را بررسی کرده است. بالاترین آن‌ها مربوط به ایران است که آن زمان ۱۰۰ درصد بود، حالا نمی‌دانم شاید ۶۰ درصد شده باشد. بعد از ما چین است که یک مرتبه می‌رسد به ۱۳ درصد، یعنی از ۱۰۰ ما می‌آید به ۱۳، بقیه در حد ۲ درصد و ۳ درصد و اعدادی در این حدود است و جالب است که بدانید عدد ایران باعث بالا رفتن میانگین جهان شده است. یعنی شما یک مرتبه یک عدد بزرگ در کل جهان می‌بینید که مربوط به ایران است، خوب این عدد خیلی بالا است. بحث اصلی آن مقاله هم واقعاً همین است. آخر این چه استدلالی است که ما داشته باشیم؟ الان من برای شما مثال می‌زنم، ما داریم دارو وارد می‌کنیم (همین الان، در همین شرایط اقتصادی)، دولت هم به آن ارز مرجع

کند که وظیفه اش فراهم کردن دارو برای مردم است یا حمایت از صنعت داروسازی. این می تواند دو تا قسمت مختلف داشته باشد. یک فردی ممکن است بگوید آقا من از صنعت داروسازی تا جایی حمایت می کنم که بتواند به نظام دارویی کشور کمک بکند. یعنی ابزاری باشد برای کمک به نظام دارویی، نه این که صرفآ بیایم از صنعت داروسازی حمایت کنم چون یک صنعت است. این وظیفه وزارت بهداشت نیست، این وظیفه وزارت صنایع و سایر ارگان های مربوط است که همان طور که از صنعت خودرو و از صنعت موکت حمایت می کنند، از صنعت داروسازی هم حمایت بکنند. بنابراین، وزارت بهداشت می تواند وظیفه اصلی اش تأمین دارو با قیمت مناسب و کیفیت لازم برای درمان بیمارها باشد. حالا در این قسمت صنعت می تواند یک ابزار باشد. یک وقتی است که صنعت دارد به خوبی یک دارویی را تولید می کند، کیفیت خیلی خوبی هم دارد، کمیت کافی هم دارد، نیاز بازار را هم دارد تأمین می کند، خوب چه نیازی است که بخواهی خارجی آن را هم وارد بکنی؟ خوب این سؤال باید پاسخ داده بشود. می خواهی تنوع ایجاد بکنی؟ می خواهی جواب پولدارها را بدھی؟ بالاخره این باید روشن بشود. بله، در این مورد تو می توانی اگر لازم شد تعریف بگذاری برای این که بگویی آقا من این دارو را دارم با کیفیت مناسب و اندازه مناسب تولید می کنم، ولی یک عده ای هستند خارجی آن را می خواهند، پولش را هم دارند. یکی از همکاران عالی رتبه خودمان می گوید آقا شما که نمی توانید جلوی مردم را بگیرید. باشد آقا تعریف اش را هم بده استفاده هم بکن. این فرق دارد با این

نظر من یک دیدگاه کاملاً غیرمنطقی و غیرمعقول است که وجود دارد.

← آقای دکتر، من از فرمایشات شما این جوری استنباط می کنم که شما اصلاً معتقد به استفاده از یک اهرم مثل تعریفه برای سیاست‌گذاری و مدیریت در حوزه دارو نیستید. این به دلیل این است که کلاً به این قضیه معتقد نیستید یا این که فکر می کنید ما به درستی از این اهرم در طول تاریخی که همیشه فکر می کردیم باید از آن استفاده کنیم، استفاده نکردیم. این خودش خیلی نکته است. چون بعضی‌ها معتقد هستند که شما وقتی این درآمد را حاصل می کنید، باید آن را صرف اعتلالی شرایط دارویی کشور بکنید.

یک موقع است شما می فرمایید که آقا قانون درست بوده ولی ما نتوانستیم از آن استفاده درست بکنیم، به همین دلیل اصلاً نفس قانون هم می رود زیر سؤال، دودش هم باز دوباره در چشم مصرف کننده و حتی دولت می رود.

ببینید، نکته طریفی که به نظر من وجود دارد، من نمی خواهم بگویم که با تعریفه موافقم یا خیر، می خواهم بگویم که به شرایط باید نگاه بکنیم. ما متأسفانه بعضی وقت‌ها سوراخ دعا را اشتباه می گیریم، این یک واقعیت است. ببینید، یک نقطه ضعف کلیدی ای که به نظر من در سیاست‌های وزارت بهداشت در ۳۰ سال گذشته بوده است، این است که خودش را متولی صنعت داروسازی می دانسته، یعنی تصمیمات تصمیم‌گیران ما در وزارت بهداشت خیلی وقت‌ها با صنعت داروسازی قاطی می شده است. وزیر بهداشت یا معاون غذا و دارو باید تکلیف خودش را روشن بکند. باید مشخص

کشـور می تواند بباید این چلنـج را با یک بـونـد یا یک کـمـانـی پـیـشـرفـتـهـای دـاشـتـهـ باـشـدـ وـ خـودـشـ اـینـ منـافـعـ رـاـ بـرـایـ دـاخـلـ مـملـکـتـ Save کـنـدـ، دـولـتـ بـایـدـ اـینـ رـاهـ رـاـ هـموـارـ کـنـدـ، نـهـ اـینـ کـهـ خـودـتـانـ سـرـچـشـمـهـ بـنـشـيـنـيـدـ وـ هـرـجـورـ دـلـتـانـ مـیـ خـواـهـدـ، تـصـمـيمـ بـگـيرـيدـ بـعـدـ هـمـ بـنـاـ بهـ فـرـماـيـشـ شـسـماـ، فـوـاـيدـ وـ مـنـاعـشـ نـصـيبـ خـودـ آـنـ بـخـشـ نـشـوـدـ، فـقـطـ بـهـ اـسـمـ اـينـ بـخـشـ باـشـدـ وـ لـیـ عـمـلـاـ هـيـچـ سـوـدـیـ بـهـ آـنـ نـرـسـدـ. مـنـظـورـمـ اـينـ اـسـتـ کـهـ اـهـيـاـنـاـ درـ بـرـرـسـيـ هـايـتـانـ درـ اـينـ فـازـهاـ بـهـ مـوـارـدـيـ رـسـيـدـهـاـيـدـ کـهـ بـتوـانـدـ کـمـکـ کـنـدـ کـهـ حـالـاـ اـگـرـ قـرـارـ باـشـدـ استـفـادـهـ مـطـلـوبـ تـرـیـ اـزـ اـينـ اـهـرـمـهـاـ وـ اـهـرـمـهـاـيـ مشـابـهـ آـنـ بـشـودـ مـدـنـظـرـ قـارـ بـگـيرـندـ؟

من کـهـ مـطـالـعـهـ مـكـتـوبـ بـهـ آـنـ مـفـهـومـ خـودـ شـخـصـاـنـ دـارـمـ وـلـیـ بـهـ هـرـ حـالـ حـتـمـاـ یـکـ چـیـزـهـایـ درـ مـطـبـوعـاتـ وـ مـقـلـاتـ دـنـیـاـ هـسـتـ کـهـ مـیـ تـوـانـ آـنـ هـاـ رـاـ جـمـعـ آـورـیـ کـرـدـ. وـلـیـ بـیـنـیـدـ مـنـ مـیـ خـواـهـمـ تـوـجـهـ خـودـمـانـ رـاـ بـیـشـترـ بـهـ یـکـ نـکـتهـایـ جـلـبـ بـکـنـمـ، چـونـ مـنـ خـودـ چـندـ سـالـ پـیـشـ چـنـدانـ بـهـ اـینـ مـوـضـوـعـ مـعـتـقـدـ نـبـودـ، اـمـاـ اـمـرـوزـ هـسـتـ وـ آـنـ اـینـ اـسـتـ کـهـ بـالـاـخـرـهـ مـاـ کـشـورـیـ باـ شـرـایـطـ عـادـیـ نـیـسـتـیـمـ. يـعنـیـ وـاقـعـاـ بـالـاـخـرـهـ یـکـ بـحـثـهـایـ رـاـ درـ مـسـاـیـلـ اـجـتمـاعـیـ، اـقـتصـادـیـ وـ بـهـ خـصـوصـ سـیـاسـیـ دـارـیـمـ کـهـ یـکـ چـیـزـهـایـ رـاـ بـهـ ماـ تـحـمـیـلـ مـیـ کـنـدـ. بـنـابرـاـینـ، مـقـایـسـهـ کـرـدـنـ مـاـ بـاـ هـنـدـ وـ اـرـدنـ وـ اـینـ هـاـ شـایـدـ وـاقـعـاـ مـنـطـقـیـ نـبـاشـدـ. مـثـلاـ یـکـیـ اـزـ مـسـاـیـلـ کـهـ مـنـ آـنـ مـوـقـعـ (ـزـمـانـیـ) کـهـ درـ وزـارتـ بـهـداـشتـ بـودـمـ) خـیـلـیـ دـنـبـالـ مـیـ کـرـدـ وـ تـلـاـشـ مـیـ کـرـدـ تـاـ بـهـ یـکـ جـاـهـایـ بـرـسـدـ (ـبـلـتـهـ مـوـفـقـ هـمـ نـشـدـیـمـ)، اـمـاـ اـمـرـوزـ کـهـ فـکـرـ مـیـ کـنـمـ، مـیـ بـیـنـمـ خـوبـ شـدـ کـهـ

کـهـ شـماـ یـکـ زـمـانـیـ دـارـوـیـ رـاـ کـهـ درـ اـیرـانـ نـدـارـیدـ وـ دـارـوـیـ حـیـاتـبـخـشـ هـمـ هـسـتـ، درـ دـاخـلـ هـمـ تـولـیدـ نـمـیـ شـودـ، وـارـدـ بـکـنـیدـ، بـعـدـ هـمـ بـهـ آـنـ تـعـرـفـهـ سـنـگـینـ بـبـنـدـیدـ، خـوبـ اـینـ اـصـلـاـ نـقـضـ غـرـضـ اـسـتـ. اـصـلـاـ بـهـ نـظـرـ مـنـ بـایـدـ روـشـ بـکـنـیـمـ کـهـ مـاـ مـیـ خـواـهـیـمـ تـعـرـفـهـ رـاـ کـجـاـ وـ بـهـ چـهـ مـنـظـورـیـ اـسـتـفـادـهـ بـکـنـیـمـ. اـگـرـ شـماـ باـزاـرـ رـاـ مـیـ خـواـهـیدـ تـأـمـیـنـ بـکـنـیدـ وـ درـ دـاخـلـ نـدـارـیدـ، مـعـدـرـتـ مـیـ خـواـهـمـ پـسـ تـعـرـفـهـ گـرـفـتـ کـارـ اـحـمـقـانـهـایـ اـسـتـ. توـ دـارـیـ فـشـارـ بـهـ خـودـتـ مـیـ آـورـیـ. بـعـدـ تـعـرـفـهـایـ رـاـ هـمـ کـهـ مـیـ گـیرـیدـ کـهـ بـرـنـمـیـ گـرـددـ تـاـ بـگـوـيـدـ مـثـلاـ صـنـعـتـ رـاـ تـقـوـيـتـ مـیـ کـنـیدـ. آـنـ مـیـ رـوـدـ بـهـ جـیـبـ دـولـتـ، اوـ هـمـ کـهـ صـدـ تـاـ زـخـمـ دـیـگـرـ دـارـدـ، پـسـ آـنـ رـاـ صـرـفـ زـدـنـ بـهـ آـنـ زـخـمـهـایـ خـودـشـ مـیـ کـنـدـ. يـعنـیـ وـاقـعـاـ شـماـ دـارـیـدـ یـکـ فـشـارـیـ رـاـ بـهـ مـرـیـضـ وـ نـظـامـ سـلامـتـ جـامـعـهـ وـارـدـ مـیـ کـنـیدـ. درـ اـینـ مـوـارـدـ کـهـ بـنـدهـ گـفـتـ، اـینـ کـارـ اـشـتـبـاهـ دـارـدـ صـورـتـ مـیـ گـیرـدـ بـدـونـ اـینـ کـهـ نـتـیـجـهـایـ دـاشـتـهـ باـشـدـ.

◀ آـقـایـ دـکـتـرـ، حـالـاـ اـگـرـ اـهـيـاـنـاـ شـماـ مـطـالـعـهـایـ رـوـیـ اـینـ دـاشـتـهـاـيـدـ کـهـ درـ کـشـورـهـایـ مشـابـهـ کـشـورـ مـاـ، درـ نـظـامـ دـارـوـیـ شـانـ مـوـفـقـیـتـیـ دـاشـتـهـاـنـدـ کـهـ قـابـلـ طـرـحـ اـسـتـ اـزـ جـمـلـهـ اـرـدنـ، مـصـرـ وـ بـعـضـیـ اـزـ کـشـورـهـایـ خـلـیـجـ یـاـ حـتـیـ هـنـدـ، چـینـ وـ جـاهـایـ دـیـگـرـ، قـطـعاـآـنـهـاـ هـمـ اـزـ یـکـسـرـیـ اـزـ اـهـرـمـهـایـ مدـیرـیـتـیـ درـ اـینـ مـوـضـوـعـ اـسـتـفـادـهـ کـرـدـنـدـ کـهـ مـوـفـقـ بـودـهـاـنـدـ. شـماـ اـگـرـ مـطـالـعـهـایـ دـارـیـدـ کـهـ تـفـاوـتـشـانـ باـ مـاـ چـهـ بـودـهـ، مـمـنـونـ مـیـ شـوـیـمـ کـهـ بـفـرـمـایـدـ. یـکـ نـکـتهـ هـمـ اـینـ کـهـ بـعـضـیـهـاـ مـعـتـقـدـ هـسـتـنـدـ کـهـ شـماـ وـقـتـیـ کـهـ مـیـ خـواـهـیدـ درـ مـدـیرـیـتـ اـینـ حـوـزـهـ اـزـ اـهـرـمـهـایـ اـسـتـفـادـهـ کـنـیدـ، بـایـدـ نـبـضـ اـینـ اـهـرـمـهـاـ درـ خـودـ بـخـشـ مـرـبـوـطـ بـزـنـدـ، نـهـ دـرـ سـیـسـتـمـ دـولـتـیـ. يـعنـیـ اـگـرـ تـولـیدـکـنـنـدـهـ دـاخـلـ

چنین دارویی را خواسته است یا برای چه خواسته است. بعد هم نه در کمبودها مسؤولیتی دارد، نه در کیفیت مسؤولیتی دارد و نه در هیچ بخش دیگر آن. اصلاً شفافیت اقتصادی هم وجود ندارد. از طرفی، آن شرکت صادرکننده هم این مسؤولیت را نمی‌پذیرد. در مورد فاکتورهای خونی آلوده وارداتی، آمدند به شرکت فرانسوی گفتند مگر تو این‌ها را به ما نفروختی؟ گفت نه، من کجا این را به شما فروختم؟ گفتند یعنی چی نفروختی؟ گفت یک بابایی آمد گفت این پول، به من این قدر فاکتور بد، من هم بپesh دادم، من کجا به ایران یک چنین چیزی فروختم؟ یعنی در واقع هیچ مسؤولیتی در مورد آن فاکتورها بر عهده نگرفت، در حالی که آن دارو در ایران بود. یک نکته خیلی جالب اختلاف ما با دنیا همین است. بعد ما گفتیم آقا آخر این چه کاری است؟ خوب حالا این قدر شرکت داروسازی داریم، تو بیا دفترت را در ایران بنز، دارویت را هم بیاور، مسؤولیتش را هم بپذیر و هر اتفاقی هم که افتاد پاسخگو باش. ولی خوب آیا یک چنین چیزی در ایران قابل انجام است؟ قطعاً قابل انجام نیست، چون اگر این جوری بود که الان با این بحث‌های اقتصادی که دفترها بسته شده بود و رفته بودند و ما می‌ماندیم با دهان باز. بنابراین، در این شرایط ما داریم می‌گوییم آقا از هرجا (تکنسخه‌ای، غیر تکنسخه‌ای) برو هرجور که هست بردار بیاور که مثلاً نیاز کشور را تأمین بکنم، من می‌خواهم بگوییم که مقایسه ما با کشورهای دیگر مثل هند و اردن از این نظرها واقعاً امکان‌پذیر نیست. مثلاً هند در این دو سه سال چه کار کرد که این قدر در دارو پیشرفت کرد؟ هند آمد گفت که می‌خواهد

موفق نشدیم، همین بحث واردات بود. ببینید، دنیا دارو را چه جوری وارد می‌کند؟ بالاخره آقای دکتر در این قسمت خیلی بیشتر از بنده واقع هستند. شرکت رش، شرکت مرک، هر شرکت دارویی‌ای، می‌خواهد یک دارویی را وارد کند، اوین کاری که می‌کند این است که می‌آید در آن کشور دفتر نمایندگی می‌زند، تابلو بزرگی هم می‌زند (مثالاً دفتر نوونوردیسک، دفتر رش، دفتر فلاں). حتی ممکن است به کارمندانش حقوق دلاری هم بدهد چون پرسنل خودش هستند. بعد این که مراحل قانونی ثبت و ورود آن به کشور را به انجام می‌رساند، مسؤولیت کامل دارویش (از نظر Safety)، از نظر کمی و از نظر قیمت) را هم می‌پذیرد. آن دولت هم می‌آید با آن شرکت روی قیمت وارد چانه‌زنی می‌شود، چون بالاخره صاحب و مالک آن کالا است. همه دنیا دارند این کار را می‌کنند. خوب ما هم فکر می‌کردیم که باید این کار را بکنیم. وقتی در دنیا این کار را می‌کنند چرا ما در ایران نباید این کار را بکنیم؟ یعنی مثلاً الان در ایران واردکننده ما حسن آقا است، فرض کنید آقای چراغعلی رفته یک دفتری زده، ۶ تا نمایندگی از ۶ تا شرکت رقیب (خیلی جالب است مثلاً هم از این و هم از آن) هرجور توانسته گرفته، بعد هم با لطایف‌الحیل داروها را یک‌جوابی وارد می‌کند که نه تهش معلوم است و نه سرش. بیشترین خطیری که این داستان دارد که به عنوان نمونه در واردات فاکتورهای انعقادی آلوده (ما هنوز هم در گیر آن هستیم) اتفاق افتاد، این است که اولاً این شرکت واردکننده چون Agent است مسؤولیت نمی‌پذیرد. می‌گوید آقا من آوردم دیگر، به من چه که چرا دولت

عضو آن سازمان بشود، برایش این مزایا را دارد، این معایب را هم دارد. اگر مزایایش بیشتر است عضو می‌شود، اگر معایبیش بیشتر است عضو نمی‌شود. یعنی خیلی راحت می‌شود نتیجه گرفت. ولی ما در ایران این جوری نیستیم. ما در ایران می‌گوییم که می‌خواهیم عضو سازمان تجارت جهانی بشویم چرا؟ چون حال آمریکا را بگیریم، چون او دارد با من مخالفت می‌کند، او نمی‌خواهد بگذارد من عضو بشوم و من هم هرجور شده می‌خواهم عضو بشوم. این اصلاً دیگر نیازی به این ارزیابی‌ها ندارد، اصلاً یک دعوای سیاسی است که باید جور دیگری آن را حل کرد و به او گفتم شما دیدگاه‌هایتان می‌تواند کاملاً متفاوت باشد. بحث داروسازی ما واقعاً همین است. یعنی این که بگوییم من خودم را با هند مقایسه کنم، با اردن مقایسه کنم و غیره، بالاخره آن‌ها باز یک تفاوت دیگری که با ما دارند این است که صنعت‌شان در مجموع یک صنعت خصوصی است. بخش خصوصی فعالیت می‌کند، بالاخره با همه نکات مثبت و منفی که می‌تواند داشته باشد خودش را به یک جهایی رسانده است. بیش از ۹۰، ۹۵ درصد صنعت در مملکت ما دولتی یا شبه دولتی است، فرقی هم نمی‌کند، تازه شبه دولتی‌ها از جهاتی بدتر هم هستند. بنابراین، این که من به این صنعت می‌گوییم آقا این کار را بکن آن کار را می‌کند، این شیوه برخورد کن، همان شیوه برخورد می‌کند، مقایسه کردن این‌ها به نظر من خیلی منطقی نیست. یعنی به نظرم باید یک جور ای بسیار خودمان را مستقل بکنیم.

← آقای دکتر، آن شورای تدوین دارو یا کمیته فارماکوپه با هر اسمی و هر شرایطی، تشکیل

عضو سازمان تجارت جهانی بشود، چون در صورت عضویت در سازمان تجارت جهانی دیگر نمی‌توانی کپی بکنی و این یک اصل خیلی روشنی است، آمد به شرکت‌های داروسازی اش گفت که تا قبل از این که عضویتمان کامل بشود، هرچه می‌توانید از این داروهای Pattent بزنید. بنابراین، شرکت‌ها و دانشگاه‌هایشان هرچه توانستند شب و روز از داروهای Pattent زند. بعد هم که عضو سازمان تجارت جهانی شد، گفتند از این به بعد دیگر نمی‌توانی، گفت باشد، از این به بعد نمی‌زنم، چون هرچه می‌خواست بزند تا آن موقع زده بود. آیا ما واقعاً در ایران هم می‌توانیم این کار را انجام بدهیم یا نمی‌توانیم انجام بدهیم؟ بنابراین، من فکر می‌کنم که مقایسه ما با این گونه کشورها شاید خیلی منطقی نباشد. ما باید کیس خودمان را در واقع به نوعی انتزاعی ببینیم، اصولاً ارتباطات و رفتار ما با دنیا خیلی متفاوت است. مثلاً من یادم هست که در همین بحث عضویت ایران در سازمان تجارت جهانی که یک زمانی خیلی داغ شده بود در دولت قبل، همین آقای دکتر نهادنیان یک کمیته‌ای درست کرده بود که در واقع ایشان ریاست آن کمیته را داشت و جلساتی می‌گذشت و یک بار هم در جلسه‌ای ما را دعوت کرده بود، خوب بالاخره ما در حوزه دارو خیلی بحث داشتیم که اگر عضو آن سازمان بشویم چه اتفاقی می‌افتد. بعد آن جا من به آقای دکتر نهادنیان گفتم ببینید آقای دکتر (چون ایشان هم از دیدگاه اقتصادی خیلی درست بحث را جلو می‌برد) واقعاً برخورد ما این جوری درست نیست. علت آن، این است که مثلاً یک کشوری مثل اردن، یک کشوری مثل هند، می‌گوید که اگر

می‌گوید فلان شده من پالان بیندازم روی خودم؟ خلاصه دعوایش می‌کند و یک ساعت بعد که می‌گذرد می‌بیند خیلی سرد شد، بعد می‌گوید برو آن را بیاور، ولی اسمش را نیاور. واقعیت‌هایی است که به نظرم تصمیم‌گیران ما اگر بخواهند چشممان را بینند خیلی درست نیست. من به شخصه معتقدم جامعه‌ما، یک جورایی جامعه Casting است یعنی ما جامعه طبقاتی داریم، مثل چیزی که در هند و این‌ها هست. یعنی یک گروه‌هایی در جامعه ما وجود دارند، حالا به هر دلیلی، به دلیل وابستگی‌های اقتصادی، وابستگی‌های سیاسی، وابستگی‌های اجتماعی، که این‌ها با عموم جامعه یکسان نیستند. خوب این‌ها معمولاً این ادعا را دارند که آقا اصلاً پول مهم نیست، هرچه دارو درآمد می‌خواهیم، جدیدترین MRI، جدیدترین دستگاه تجهیزات پزشکی و غیره باید در این مملکت باشد و به خودشان هم نگاه می‌کنند، می‌بینند جیشان می‌تواند هزینه‌هایش را پرداخت کند ولی خوب عموم جامعه این جور نیست. به نظرم ما مجبوریم در بخش سلامت یک جورایی دو نوع تصمیم‌گیری بکنیم. یعنی به آن‌ها بگوییم آقا شما هرچه می‌خواهید در اختیاراتان هست، هر وقت خواستید بروید آن ور آب هر کار می‌خواهید بکنید. ولی برای عموم جامعه واقعاً امکان‌پذیر نیست. یعنی در بخش سلامت، خوب نتیجه‌اش همین می‌شود. ببینید من نمی‌توانم آخرین مدل دارو و تجهیزات فلان را داشته باشم و به همه هم بدهم. خوشبختانه الان یک بحثی را در دنیا داریم و جالب این است که اول هم پولدارها این بحث (اقتصاد دارو، فارماکوکنومی، اقتصاد سلامت) را

می‌شود، البته، ویا مدتی است که تشکیل نشده است. یک بحثی شما داشتید در ارتباط با این که دارو کالایی مثل ماشین یا چیزهای دیگر نیست که بتوانیم آن جور مقایسه کنیم. از طرف دیگر، ما که درآمد سرانه‌مان (که حدود ۶ هزار دلار است و اگر قدرت خرید را در نظر بگیریم می‌شود ۱۰، ۱۲ تا) در مقایسه با کشورهای پیشرفته که درآمد سرانه‌شان ۴۰، ۴۵ هزار دلار است، چه جوری می‌توانیم انتظار درمان و سلامت مطلوب را داشته باشیم. یعنی باید در بخش سلامت، چون بعضی‌ها صحبت می‌کنند می‌گویند در بخش سلامت پول مطرح نیست، امکانات مطرح نیست، چگونه می‌توانیم آخرین مولکولی که در دنیا می‌آید را داشته باشیم، از طرف دیگر، می‌گویند نه، ما هنوز در مسایل ساده‌ای مثل سل و مalaria مشکل داریم، نمی‌توانیم برویم آخرین مولکول‌ها را داشته باشیم. نظر شما چیست؟

ببینید، من این عرضی که خدمتتان دارم واقعاً بعضی وقت‌ها به مذاق بعضی از دوستان خوش نمی‌آید می‌گویند نگو، ولی خوب به هر صورت من فکر می‌کنم اگر ما بخواهیم واقع‌بینانه برخورد کنیم باید به این بحث توجه کنیم. داستانی هست که می‌گویند خانی داشت با نوکرش می‌رفت مسافت، وسط راه در بیابان به باد و باران می‌خوردند مجبور می‌شوند شب یک جایی اقامت کنند، می‌روند در غاری بعد شب سر می‌شود، این خان به نوکرش می‌گوید بگرد ببین اینجا چیزی هست که ما روی خودمان بیندازیم، می‌گردد و طبیعتاً چیزی پیدا نمی‌کند، می‌آید می‌گوید آقا یک پالانی این‌جا هست، می‌خواهی آن را بیاورم رویت بیندازی؟

بهره‌مند نیستند.

واقعاً، اصلاً دسترسی ندارند. خوب این نشان می‌دهد که صرفاً وجود منابع، نمی‌تواند آن شرایطی را که شما می‌خواهید ایجاد بکند. اما کوبا را ببینید، ۲، ۳ درصد GDP را دارد می‌دهد با یک اقتصاد خیلی ضعیف اما واقعاً یکی از بهترین نظام‌های سلامت و بهداشت را به صورت عمومی دارد، یعنی دسترسی عموم را تا حد خیلی زیادی راحت کرده. چرا؟ چون بالاخره در کوبا به این نتیجه رسیدند که الزاماً داشتن آخرین دارو یا آخرین تکنولوژی سلامت، به معنی ارتقای سلامت نیست. آن‌ها سعی می‌کنند که در واقع به نوعی با گسترش عدالت در بخش سلامت خودشان نیازهای عمومی خودشان را پاسخ بدهند. به نظرم باید تکلیف خودمان را در این مورد روشن کنیم، یعنی به یکسری از دولستان و افراد این جامعه بگوییم هر کاری می‌خواهید بکنید، بکنید، اما برای عموم جامعه حتماً باید یک نظام داشته باشیم و طبیعتاً جایی مثل شورای بررسی و تدوین داروهای ایران می‌تواند در بخش دارو خیلی تعیین کننده باشد، یعنی اگر واقعاً آدم‌هایی که آن‌جا می‌نشینند، ادم‌های بی‌غرضی باشند و ارتباط‌شان با بیرون و درون در حد منطقی و در چهارچوب اصولی حرفه باشد. من نمی‌گویم ارتباط نداشته باشند اما این ارتباط‌ها باید مشخص باشد. بالآخره من هم عضو کمیته انتخاب داروهای WHO Essential هستم، جلساتی که می‌روم آن‌جا، اولین سوالی که (در فرمی که پر می‌کنیم) از ما می‌کنند این است که آیا با این موضوع ارتباطی دارید؟ با کدام شرکت ارتباط دارید؟ چرا؟ چون بالاخره آدمیزاد است دیگر، وقتی

شروع کردند. یعنی چه؟ یعنی این جوری نیست که تو هرچه پول داشتی بتوانی خرج کنی، باید منطقی و درست خرج کنی. کی این بحث را اول شروع کرد؟ انگلستان، سردمدار بحث اقتصاد و سلامت در دنیا انگلیسی‌ها هستند، خوب آن‌ها خیلی بیشتر از ما پول دارند، در این مسأله که تردیدی نیست، حالا ما هم اخیراً خوشبختانه در ایران هم بالاخره این بحث‌ها یک‌جوراً دارد مطرح می‌شود که این جوری نیست که تو هرچه پول داشتی بتوانی هرچیزی را بخری، باید یک شیوه‌ای در برخورد با هزینه‌هایت وجود داشته باشد. به نظرم ما مجبوریم از این شیوه استفاده بکنیم. به قول شما ما ۷ درصد (دولتی‌ها می‌گویند) GDP، غیردولتی‌ها می‌گویند ۵ درصد GDP را داریم در بخش سلامت می‌دهیم که یک درصدی از آن هم صرف دارو می‌شود. خوب این به این معنی است که ما کشور ثروتمندی نیستیم، حداقل در این قسمت منابع کافی نداریم و این منابع مرتب هم دارد کم می‌شود، یعنی بالاخره به نفت و ابسته‌ایم، نفت هم معلوم نیست امروز و فردا در دنیا چه می‌شود و انتظار این که من آخرین دارو و بهترین تکنولوژی را داشته باشم واقعاً این جوری نیست. نکته دیگر این که الزاماً وجود منابع زیاد در سلامت به معنی ارایه سرویس خوب نیست. آمریکا دارد بیشترین هزینه را در بخش سلامتش انجام می‌دهد، ۲۰ درصد را دارد در بخش سلامت هزینه می‌کند. واقعاً همه دنیا و حتی خودشان دارند می‌گویند که نظم‌شان به درد نمی‌خورد.

← آقای دکتر، بله، گفته می‌شود که ۱۵ درصد مردم در آمریکا اصلاً از خدمات بهداشت و درمان

می کنیم. علت آن هم این است که به خاطر همان بحثی که من گفتم، چون تحقیق و توسعه نداریم؛ بنابراین، می گوییم شرکت داروسازی تولیدکنندۀ، قادر خرج کردی؟ مارژینت را بگیر و دارویت را بفروش. شرکت هم می آید می گوید من این قدر بول ماده اولیه دادم، این قدر اکسپلیت دادم، این قدر بول کارگر و آب و برق و استهلاک و فلاں دادم که جماعت شد \times ریال، ما هم می گوییم این قدر هم مارژینت، بگیر برو دارویت را بفروش. اصطلاحاً به این روش می گویند Cost Plus که خوب بعضی از کشورها این کار را انجام می دهند. خوب طبیعتاً مزیت این روش این است که شما قیمت دارو را کنترل می کنید، هزینه ها را کنترل می کنید. اما ایرادش این است که بالاخره منابع مالی لازم را برای صنعت ایجاد نمی کند تا بتواند خودش را توسعه بدهد و روی فرمول های جدید کار بکند. یکی از علت های این وضعیت این است که سال ها صنعت دارویی کشور دولتی بود. دولت می گفت تو که پول ندادی، من دلار ۷ تومان به تو دادم، اصلاً حرف تو این وسط چیست؟ بیا هزینه هایت را بگیر و برو. خوشبختانه اخیراً یک سری تغییرها (در واقع به صورت نانوشه) داده شده است، به گونه ای که اخیراً ما در مورد داروهای جدید دیگر این کار را نمی کنیم. قیمت داروی جدیدی که در ایران تولید می شود را یک جواری با قیمت وارداتی می سنجند. می گویند مثلاً تا به حال داشتیم وارداتی آن را ۱۰۰ تومان می خریدیم، حالا که در داخل تولید کردی دستت درد نکند، بیا مثلاً ۳۰ تومان یا حالا ۴۰ تومان (در واقع یک درصدی از وارداتی را برایش در نظر می گیرند) بگیر. خوب به نظر من این برخورد

که من با شرکت X ارتباطی دارم، طبیعتاً در مورد آن موضوع می توانم یک Bias داشته باشم این که خیلی روشن است که ما باید این ها را واقعاً روشن بکنیم. دوستانی که از بخش بالینی می آیند بالاخره باید آدم های منطقی ای باشند. ببینید، متأسفانه این مشکل افراط و تفریط خیلی به ما آسیب می زند. نه به این که یک زمانی می گوییم آقا هر چی هست، حتی آخرین داروها، آخرین منوکلونال آنتی بادی ها بباید وارد بازار بشود، نه به این که الان حدود یک سال و نیم دو سال است که اصلاً شورا تعطیل شده و عملاً وجود خارجی ندارد که بگوییم آقا آن نباشد، این باشد. آخر بالاخره باید یک تعادلی در تصمیمات آدمیزad وجود داشته باشد، متأسفانه این به نظر من خیلی نمی تواند منطقی باشد.

← آقای دکتر، در همین بحث شما مسیر تاریخی قیمت دارو را در کشور ما چه جوری ارزیابی می کنید؟

منظورتان قیمت گذاری است.

← آقای دکتر، در هر برهه ای چگونه بوده، از نظر شما آثار تصمیمات هر دوره چه جوری بوده و الان چه وضعیتی دارد؟

قیمت گذاری دارو یک علم است، یک علم کاملاً مكتوب است و روش های مختلفی برای قیمت گذاری وجود دارد و هر کدام از آن ها هم استدلال های خاص خودشان را دارند که حالمن نمی خواهم وارد آن بحث بشوم. بالاخره اساتید خودشان آشناتر هستند اما یک چیزی که ما همیشه از آن برای قیمت گذاری دارو در ایران استفاده کردیم، روشی است که اصطلاحاً به آن می گویند Cost Plus، یعنی در واقع ما هزینه ها را محاسبه



نیوزیلند شما می‌بینید که صنعت داروسازی ندارد، اصلاً برایش مهم نیست. می‌گوید من فقط از طریق مناقصه می‌خرم، هر کس پایین‌ترین قیمت را داد از همان می‌خرم و اصلاً هم برایش مهم نیست که از کجا آورده است. می‌خواهد پایین‌ترین قیمت را بخرد. برای همین شما پایین‌ترین قیمت دارو در دنیا را در آن جا می‌بینید، چون فقط از طریق مناقصه خرید می‌کند. بنابراین، ما که یک صنعت ملی داریم، هم باید به نوعی هوای صنعتمان را داشته باشیم تا بالآخره بتواند بقا پیدا کند و واقعاً سرمایه‌گذاری لازم را انجام بدهد، در عین حال باید از آن ور حواسمن به جیب مردم و جیب دولت و جیب نظام سلامت هم باشد که این قیمت‌ها به‌گونه‌ای باشد که در توان پیش‌بینی شده برای نظام سلامت باشد. به‌خاطر این که بالآخره وزارت بهداشت در وله اول مسؤول تأمین سلامت مردم است و صنعت داروسازی می‌تواند اولویت دوم آن باشد یا دیدگاهش این باشد که من این صنعت را می‌خواهم برای این که ابزار من در تأمین نظام سلامت باشد. این‌ها دیدگاه‌های مختلفی است که به‌نظر من، البته، ما هیچ وقت در بخش سلامت بهطور جدی این‌ها را مورد بحث قرار ندادیم، اما به‌طور مشخص در بخش دارو Cost Plus هستیم. یعنی در واقع هزینه‌ها را می‌گیریم و مارژین را به آن اضافه می‌کنیم. عرض کردم در مورد داروهای جدید خوشبختانه این نگاه تا حدی تغییر کرده و شکل قیمت‌گذاری یک مقدار متفاوت شده است اما در مجموع به این شکل عمل می‌کنیم.

آقای دکتر، یعنی شما معتقد هستید که در همه ابعاد آن همین مسیر را رفته‌ایم یا یک جاهايی

تا یک حد خیلی زیادی مشوقی مؤثر برای داروهای جدید محسوب می‌شود که می‌شود روی آن بیشتر کار بکنند. اما یک چیز مسلم است، آن هم همان عرضی است که من خدمتتان داشتم و آن این که دارو از سیستم عرضه و تقاضا پیروی نمی‌کند. ما نمی‌توانیم به آن به عنوان یک کالا مانند سایر کالاها نگاه کنیم و قیمت دارو را آزاد بکنیم. در هیچ جای دنیا هم این کار را نکرده‌اند. شما هر جای دنیا بروید، می‌بینید که یک سیستمی برای قیمت‌گذاری دارویی خودشان دارند. علت آن هم این است که دارو مثل تلویزیون نیست که ما بگوییم اگر در بازار بود و قیمتش هم خوب بود، مردم می‌خرند، اگر نبود هم نمی‌خرند، یعنی بازار خودش قیمت را تعیین می‌کند. واقعاً به هیچ عنوان این جوری نیست. ولی در مورد این که چه نظام و چه سیستمی داشته باشیم؟ گفتم ^{۴، ۵} تا سیستم قیمت‌گذاری وجود دارد. من یک مثال برای شما بزنم. در انگلستان (چون می‌خواهد از صنعت دارویی اش حمایت بکند)، می‌آیند یک مارژینی را برای صنعت در نظر می‌گیرند. می‌گویند صنعت داروسازی برایین که بتواند به بقای خودش ادامه بدهد، مثلاً باید سالی ^۵ درصد سود داشته باشد، بنابراین، ضمن این که قیمت‌گذاری را به آن شیوه‌ای که من گفتم انجام می‌دهد، می‌آید این مارژین را هم برایش می‌بینند و اگر ببینند که واقعاً به هدف حمایتی که می‌خواهد نمی‌رسد، یک جوارابی هم قیمت بعضی از داروها را بالا می‌برد. همه این کارها صرفاً برای این که بتواند در مجموع از صنعت حمایت کند، انجام می‌شود. چون معتقد است اگر صنعت باشد، در درازمدت به نفع کشور است. یک جایی مثل

من هم این را می‌گویم، ببینید ما کلاً از نظر نوع نگرش می‌توانیم^۳ تا دیدگاه داشته باشیم. یکی این که به قول انگلیسی‌ها Optimistic یعنی کاملاً خوش‌بین باشیم، دیگر این که کاملاً بدین (Pessimistic) باشیم یعنی بگوییم آقا همه آن‌ها که به من مراجعه می‌کنند دزد هستند، سوم این که Skeptical (متنقد) باشیم، یعنی مستند هر ادعایی را بخواهیم. یعنی در دارو ما واقعاً می‌توانیم این کار را بکنیم، بگوییم آقا مثلاً تویی که به من می‌گویی ۱۰۰ دلار، خوب این ۱۰۰ دلار را ز کجا آوردي؟ بالاخره ۲ تا سؤال بکنیم. یک راه خیلی ساده آن هم این است که ما الان می‌توانیم قیمت‌های خودمان را با دنیا بستجیم. آموکسی‌سیلینی که تو برای من آوردي بالاخره Refrence Price هست این‌ور دنیا، آقا چین این‌قدر دارد بالاخره یک عدد و رقم از این مقایسه‌ها حاصل می‌شود، از این طریق می‌توانیم ببینیم آن عددی که فرد به ما گفته است چقدر منطقی و معقول است. خوب حالا خوشبختانه تا یک حدی ما این کار را داریم انجام می‌دهیم، بنابراین، می‌توانیم از این شیوه‌ها استفاده بکنیم، اما به هر حال، همیشه این امکان وجود دارد که یک کارهایی را انجام بدهند. منتها آن بحثی که می‌گوییم بعضی از کشورها فقط مارژین را در نظر می‌گیرند و خیلی کاری با بقیه موارد ندارند. کاری به این ندارند که تو چقدر هزینه کردی، تو ۵ درصد در سال باید در مجموع سودت باشد. از اداره بورس هم سایر اطلاعات شما را می‌گیرند، مثلاً می‌گویند دارو پخش اگر سود تو بیشتر از ۵ درصد بود معلوم است سر من را کلاه گذاشتی، اگر کمتر هم بود، من سال

نوسانات غیرمعقولی هم وجود داشته است؟ مثلاً بر مبنای همین شیوه جایگاه صنعت را پایین در نظر گرفتیم، ولی مثلاً جایگاه داروی وارداتی را آمدیم بر مبنای شیوه Refrence Price مشخص کردیم.

ببینید، بالاخره این شیوه نقص‌های خاص خودش را دارد. یکی از نقص‌هایی که این شیوه (Cost Plus) دارد سندسازی است. یعنی چه؟ یعنی طرفی که می‌آید به من مراجعه می‌کند می‌تواند در هزینه‌هایش دست ببرد. مثلاً ۱۰۰ دلار خریده، به طرف تجاری خود می‌گوید مثلاً ۱۵۰ دلار بزن، بالاخره عدد را تعییر می‌دهد. یکی این کار را می‌تواند بکند، یکی این که می‌تواند بعداً بعد از این که از من قیمت گرفت برود منابعش را عوض بکند. یعنی می‌آید از من قیمت می‌گیرد مثلاً ۱۰۰ دلار ماده اولیه، بعد می‌رود یک منبعی پیدا می‌کند که یک جوری با ۲۰ دلار قضیه را حل می‌کند و مابه التفاوت آن طبیعتاً در جیش می‌رود. خوب از نظر تئوری حداقل امکان بروز چنین مسائلی وجود دارد. در مورد واردات هم همین اتفاق می‌افتد. در مورد واردات که ما نمی‌توانیم Cost Plus کار بکنیم چون که دیگر هزینه ندارد، واردات می‌آید چه کار می‌کند؟ می‌آید یک فاکتور به ما نشان می‌دهد می‌گوید آقا من این قدر این را خریدم، این هم فاکتور شرکت صادر کنند. ما یک مارژین چند درصدی هم روی آن می‌گذاریم و می‌گوییم خوب حالا بفروش. طبیعی است که او می‌تواند به راحتی در مورد فاکتور توافق بکند و آن را دستکاری بکند. نمی‌گوییم همه این کار را می‌کنند اما حداقل از نظر تئوری این امکان وجود دارد. علت این که

ایران اعتماد ندارد، در این مسأله تردیدی نیست. به همین خاطر استقلال و پرسپولیس را هم به بخش خصوصی واگذار نمی‌کند. چون اصولاً نمی‌تواند اعتماد بکند که بخش خصوصی کارها را به درستی انجام دهد. صحبت دارو را بگذارید کنار، واقعاً ما کجا داریم بخش خصوصی فعال باشد؟ در صنعت لبنتیات داریم؟ کجا داریم که بخش خصوصی فعال باشد؟ اصولاً دولت نمی‌تواند یا نمی‌خواهد به بخش خصوصی اعتماد کند. خوب همین وضعیت در دارو هم هست. بله از نظر علمی و تئوری بگویید، آخر کجای دنیا می‌آید مثلاً ۵۰ درصد گردش مالی اش را بدهد دست ۱۵ تا ۱۰ درآمدش کجاست؟ در اختیار رئیس دانشگاه است خوب خیلی کارها می‌تواند با آن انجام بدهد. طبیعی است که من حاضر نیستم از این بگذرم. چرا (بالاخره زمان آقای دکتر آذرنوش هم چنین مواردی را داشته‌ایم) ما این قدر مؤسسات خیریه چپ و راست به عنوان داروخانه و درمانگاه و غیره داریم؟ آیا واقعاً همه‌شان دلشان برای مریض‌ها و مردم سوخته است؟ نه طبیعتاً این نیست. آخر کجای دنیا هلال احمر داروخانه زده که شما دومی آن باشید، لااقل آدم باید یک مثال‌هایی را بیاورد! ما همه چیزمان یک جورابی یونیک است. آخر کجای دنیا هلال احمر به عنوان سازمان خدماتی در بحران، می‌آید برای من کار اقتصادی بکند؟

بعد یک‌جوری جبران می‌کنم. کاری ندارم که تو برای ماده اولیه ۱۰۰ دلار دادی، ۱۵۰ دلار دادی. بالاخره برخوردهای متفاوتی می‌تواند مطرح باشد. ← آقای دکتر، بعد از انقلاب داروخانه‌های دانشکده داروسازی ایجاد شدند که تا به حال به حدود ۷ داروخانه رسیده است. ابتدا، بحث بر سر این بود که ما کمبود داروها و نبود آن را در اختیار این مراکز قرار بدهیم، بعد بحث آموزش پیش آمد و یک تشکیلات آموزشی هم در همان خیابان کریمخان زند رویه‌روی داروخانه ۱۳ آبان تشکیل شد که کارهای آموزشی انجام می‌داد. از طرف دیگر، سایر مؤسسات عمومی مثل هلال احمر و ارتش هم آمدند داروخانه ایجاد کردند. می‌توانیم بگوییم که داروخانه هلال احمر در تهران دارد یک مقداری پول وارداتش را می‌دهد ولی بعد وقتی وارد جزییات قضیه می‌شویم، می‌بینیم که نزدیک ۵۰ درصد فروش دارو در مملکت، توسط مؤسسات عمومی زیر پوشش دولت دارد انجام می‌شود. بخش خصوصی می‌گوید به من اعتماد نداری، من را قبول نداری، من اینجا هستم، دولت می‌گوید من حاضر نیستم سوپاپ اطمینانم را از دست بدhem. دانشکده‌ها هم می‌گویند برنامه‌های آموزشی شان را توسط این‌ها انجام می‌دهند، در حالی که قبل‌اکه از داروخانه‌های خصوصی توقع آموزش دانشجویان را داشتم، کاری انجام نمی‌شد. درستش کدام است؟ باز سؤال سختی است. یعنی به نظر من همان طور که خود جنابعالی گفتید شرایط ما شرایط عجیب و غریبی است. این واقعیتی است و ما واقعاً باید تعارف بکنیم، دولت به بخش خصوصی در

این‌ها بالاخره حتی برایشان منافع دارد که این کار را می‌کنند والا وقتی که، تازه گفتم حتی در شرایطی که ما در مملکتمنان در وضعیت بحرانی هم نبودیم (باز من یکی دو سال اخیر را نمی‌گوییم، منظورم در دهه گذشته است) از نظر اقتصادی یک مقدار آرامش بیشتری در جامعه بود. آن زمان هم این‌ها حاضر نبودند بگذرند. آن زمان که دیگر جنگ و فلان نبود. به نظرم می‌آید که جمع و جور کردن این‌ها کاری سخت است اما تردیدی نیست که این‌ها کاملاً از نظر علمی مبنا ندارند، حتی مبنا ندارند. اصلاً لزومی ندارد و دلیلی ندارد، اصلاً شما با چه توجیهی می‌خواهید بگویید که هلال احمر ما در ایران داروخانه دارد و دارو می‌فروشد، بعد هم وقتی که باید در زلزله بم باشد، نیست. این جوری است دیگر، قرار است در بحران‌ها وجود داشته باشد، وجود ندارد ولی بگو داروخانه بزن، همین فردا حاضر است برایت ۱۰۰ تا داروخانه بزن. این‌ها به نظر من بیشتر آن عالیق اقتصادی است که واقعاً این مراکز دارند و حتی هم قابل توجه است (می‌شود اعدادش را درآورد). انجمن داروسازان هم گاهی اوقات یک اعدادی را در این موارد می‌دهد) و خوب حاضر نیستند بگذرند.

◀ آقای دکتر، شما در آلبرتای کانادا مدتی درس می‌خوانید، بالاخره در یکسری از شهرهای کوچک که در آن جا وجود داشت، فارغ از بُعد اقتصادی و این که به صرفه است یا نه بالاخره باید مراکز بهداشتی در آن‌ها درست بشود و در چنین مواردی دولت باید بباید وسط.

بله، حتی باید اینکار را بکند.

◀ آقای دکتر، خوب حالا سؤال ما این است که آیا

وارادات دارو دارد، فروش دارو دارد. حرف هم می‌زنی، همین فرمایش شما، می‌گویند آقا بالاخره شرایط بحرانی است، نمی‌توانیم اعتماد بکنیم، باید یک سوپاپ اطمینانی داشته باشیم. حالا بدتر از آن به قول خود دوستانی که اعلام می‌کنند (آدم در روزنامه‌ها می‌خواند) که گاهی بالاخره حتی ردپای مراجع اطلاعاتی و امنیتی را هم مطرح می‌کنند. اصلاً تکنسخه‌ای از کجا در ایران شروع شد؟ تکنسخه‌ای را همین دوستان اطلاعاتی امنیتی آمدند گذاشتند، گفتند آقا دارو امنیتی شده، فلان شده، ما بباییم واردات انجام بدهیم. بعد الان، ۵۰، ۶۰ تا تکنسخه‌ای در این مملکت است که هر کدامشان کلی گرددش اقتصادی دارند. این‌ها واقعاً متأسفانه هست. جواب سؤال شما، آیا واقعاً این از نظر علمی درست است؟ قطعاً درست نیست. حتی درست نیست. بالاخره وقتی شما ۹۰ درصد داروخانه‌های دیگر را دارید می‌توانید به راحتی این خدمات را بدهید، این دیدگاه که ما بگوییم همه این‌ها دزد هستند و همه این‌ها غیرقابل اعتماد هستند، متأسفانه خوب وجود دارد دیگر و به نظر من کار عجیب و غریبی است. نمی‌دانم می‌شود در کوتاه‌مدت این کار را انجام داد که این‌ها یک جورایی جابه‌جا شوند. من بعيد می‌دانم چون این‌ها به طور مرتب گسترش پیدا کرده‌اند تا این که کم بشونند.

شما الان ببینید (تهران را بگذارید کنار) در هر مرکز استانی یک داروخانه هلال احمر، یک کمیته امداد و به قول شما نیروهای ارتش و جاهای دیگر وجود دارد. می‌بینید ۷۰، ۸۰ درصد گرددش مالی آن استان در اختیار همین چند تا داروخانه است. خوب

و غذا یا غذا و دارو تشکیل شد به جای معاونت، به عبارت دیگر مسؤول این حوزه هم معاون وزیر است و رئیس سازمان. شما که از بیرون نگاه می‌کنید فرقی بین این شرایط جدید و وضعیت گذشته ملاحظه می‌کنید؟

این هم به نظر من یکی از اشتباهات اخیر وزارت بهداشت بود. شاید ۳۰ - ۲۰ سال است که این بحث سازمان غذا و دارو را در مملکت داشتیم. ببینید بحث این بود، ما چرا می‌خواستیم سازمان غذا و دارو داشته باشیم؟ می‌خواستیم بر این مبنای باشد که یک مرکزی باشد که جایگاهی خیلی بالا به خصوص در بخش غذا داشته باشد. حالا در بخش دارو می‌گوییم همه سیاست‌ها تقریباً در وزارت بهداشت متمرکز است ولی در بخش غذا، استاندار و جاهای دیگر و مرکز دیگری هستند که درگیرند. برای همین گفتیم شما یک سازمانی درست بکنید که جایگاهش بالاتر از معاونت، حتی بالاتر از وزارت بهداشت باشد که بتواند در این قضایا دخالت و اظهارنظر بکند که حتی من یادم هست که زمان مجلس ششم بود که آقای دکتر پیرمؤذن و سایر اعضای کمیسیون آن موقع دنبال این موضوع بودند، زمانی که آقای دکتر احمدیانی معاون وزیر بود، ما یکی از مخالفان تشکیل سازمان غذا و دارو بودیم، چرا چون آن‌ها بحث‌شان این بود که می‌خواهند معاونت را به سازمان تبدیل کنند، گفتیم آخر این کار چه مشکلی را حل می‌کند؟ معاون تو بشود رئیس سازمان غذا و دارو زیرنظر وزیر بهداشت. خوب این که دارد همان کار را انجام می‌دهد. بحث ما این بود که اگر شما این تغییر را به وجود بیاورید، دیگر نمی‌شود هیچ تغییر دیگری

داروخانه چنین مراکزی هم دولتی بود؟ در مراکزی که داشتند، بخش‌های درمانی پیش‌بینی شده بود و خودشان هم داروخانه‌هایشان را اداره می‌کردند.

◀ آقای دکتر، آن وقت هنگامی که بخش خصوصی آمد، رها می‌کردند و تحويل می‌دادند؟ بله، البته در کانادا سیستم بهداشتی کاملاً دولتی است، در عین این که بخش خصوصی وجود دارد. بعد آن جاییم دارو را نمی‌داد. یعنی شما باید دارو را خودت می‌پرداختی مگر این که یک بیمه مکمل برای خودت می‌گرفتی، ولی خوب اگر آن بیمه را داشتی، دیگر فرقی نمی‌کرد که به بخش خصوصی مراجعه کنی یا به بخش دولتی، دفترچه یا کارت بهداشتی می‌بردی، دارویت را می‌گرفتی، بعد آن بیمه پولش را حساب می‌کرد متنهای خیلی دقیق و با حساب و کتاب.

◀ آقای دکتر، سؤال من به طور مشخص این بود که یک خدمتی را دولت می‌دهد، بعد شرایط شهر و فرهنگ شهرنشینی به آن جایی می‌رسد که یک بخش خصوصی می‌آید یک داروخانه تأسیس می‌کند.

بدیهی است که باید مقرر باشد دیگر.◀ آقای دکتر، بسیار خوب، وقتی موقعیت یک شهر به این سطح می‌رسید، دولت واگذار می‌کرد و کنار می‌رفت، می‌رفت یک جای دیگر یانه، دولت هم موازی کارش را ادامه می‌داد؟

حقیقتش را بخواهید من هیچ وقت این موضوع را از این دیدگاه بررسی نکردم، بنابراین، نمی‌توانم اظهار نظر کنم.

◀ آقای دکتر، اطلاع دارید که اخیراً سازمان دارو

درست کنند.

← آقای دکتر، یک طرحی در مجلس هشتم مطرح بود و حالا هم هست که گویا رفته است که مرکز پژوهش‌ها بررسی شود که تغییر قانون ۱۳۳۴ و ۱۳۶۷ و ۱۳۴۶ است. شما که مستندات و سیاست ملی را مورد بررسی قراردادید، آیا خلاصه قانونی در آن احساس کردید که تغییری لازم باشد؟

آمریکایی‌ها یک شعارات دارند که می‌گویند هرچه قانون کمتر باشد بهتر است. علت‌ش این است که می‌گویند هرچه قانون کمتر باشد، ما بهتر می‌توانیم اجرا بکنیم، این فرق دارد با آیین‌نامه و مقررات. ما متأسفانه قوانین خیلی متعددی را داریم که هیچ کدام از آن‌ها معمولاً اجرا نمی‌شود. گاهی اوقات با هم تداخل هم دارند. برای همین وقتی قانونی را تصویب می‌کنیم، مجلس الان یاد گرفته است و در آخر آن یک بند می‌گذارد و می‌گوید همه قوانین قبلی ملغایه، چون همه با هم یک جورایی درگیر می‌شوند. واقعیت‌ش این است که من فکر می‌کنم قانون ۱۳۳۴ از نظر کلی هیچ ایرادی ندارد، یعنی Concept و کلیات را در اختیار شما گذاشته است، حالا در بخش تنبیهات و مواردی از این دست شاید نیاز به بازنگری داشته باشد، چون بالاخره مال ۱۳۳۴ است. بدیهی است یک تومان جریمه در آن زمان خیلی سنگین بوده اما الان یک میلیاردش هم ممکن است خیلی عدد قابل توجه و مؤثری نباشد که حتی ما پیشنهادمان (با دولت) که صحبت می‌کردیم) این بود که ما یک پارامتری را داریم در این مملکت که هر سال تغییر می‌کند و آن دیه است، دیه را هر سال قوه قضائیه تعیین می‌کند و

ایجاد کرد. بالاخره مجلس که نمی‌تواند هر روز یک سازمان درست بکند، می‌گوید من درست کردم. متأسفانه این اتفاق افتاده، چرا؟ برای این که یک روز وزیر بهداشت (خانم دکتر دستجردی) گفت ما چارت وزارت بهداشت را عوض کردیم، اصلاً دارو و غذا کلاً حذف شد و ساختار تشکیلاتی برای وزارت بهداشت درست کردند که دارو و غذا در آن نبود، دکتر شیبانی حتماً متوجه شد که این وسط بین هوا و زمین بلا تکلیف مانده است، بعد گفتند نه ما حتماً یک سازمان غذا و دارو درست می‌کنیم. رفتند یک چیزی به نام سازمان غذا و دارو چسبانندنده این و حالا یک جورایی به قول شما هم رئیس سازمان غذا و دارو و هم معاف است. یک شترگاوپلنگی شده که به نظر من هیچ تفاوتی ایجاد نمی‌کند حتی اخیراً دوستان می‌گویند این سازمان باعث شده است که ردیف‌های پرسنلی خیلی کمتری نسبت به معاف است را به آن اختصاص بدهند و منابع مالی آن هم که همان است. خوب به نظر من یک چیز خیلی آبکی درآمد که اصلاً کاری دست نبود، یعنی واقعاً یا ما باید یک سازمان غذا و داروی مقتدری (مثل آن چیزی که کشورهای دیگر دارند) درست می‌کردیم تا امیدی به بهمود اوضاع می‌داشتمی یا به همان اختیارات معاف قانع می‌شدیم. همین کره را ببینید (نمی‌گوییم FDA)، حتی اخیراً من شنیدم عربستان هم دارد این کار را می‌کند، یا ما باید چیزی شبیه به آن داشته باشیم یا اگر نه، همان معاف باشد و ادعایی هم نداشته باشد، آقا معاف غذا و دارو است بالاخره خوب در حد توانش هم دارد کار می‌کند. به نظرم این کار درستی نبود که به این شیوه سازمان غذا و دارو

◀ آقای دکتر، یعنی شما معتقد هستید که الان ما نیاز به بازنگری در خود قوانین نداریم، بلکه بیشتر باید آیین نامه و دستورالعمل‌ها را مورد توجه و روزآمد شدن قرار دهیم؟

نظر من واقعاً این است. نمی‌خواهم بگویم که نیاز نداریم، من هم خوشحال می‌شوم بگوییم خوب یک روشکی دادیم و آن را بازبینی کردیم. اما من می‌خواهم بگویم که این حیاتی نیست، یعنی آن جوری نیست که الان وزارت بهداشت دستش از نظر قانونی بسته باشد. مثلاً کاری بخواهد انجام بدهد، اما چون دستش از نظر قانون بسته است نمی‌تواند، بالاخره ما قوانین دیگری هم داریم، سند توسعه ملی داریم، برنامه داریم، همه این‌ها در بخش سلامت هم قرار می‌گیرد، بنابراین ضرورتی ندارد چیز جدیدی تصویب کنیم.

◀ آقای دکتر، واقعاً این نظر نظر درستی است. چون می‌آیند ابرویش را درست کنند، می‌زنند چشم‌ش را هم کور می‌کنند و این عجیب است که استراکچر قانون ۱۳۳۴ تا این حد قشنگ نوشته شده است.

فکر می‌کنم ترجمه قوانین فرانسوی‌ها است.◀ آقای دکتر، بله و یک اصلاحیه هم که در سال ۶۷ انجام شد که یک سری از نقایص آن را به تناسب زمان ما برطرف کرد. الان قوانینی که برای اصلاح و تجدیدنظر ارایه می‌شوند، یقیناً به نظر من مشکل ایجاد خواهد کرد. حداقل در قانون ۵۸ را می‌گذارد. جای مسؤول فنی یا هر دو تایش را می‌بیند، این موارد کارهایی هستند که الان با یک آیین نامه‌هایی هم می‌شود آن‌ها را به گونه‌ای انجام داد.

معمولًاً اعداد خوبی هم هست، بنابراین، شما برای این که هر روز این جرایم را تغییر ندهید، جرایم را یک درصدی از دیه بگذارید، مثلاً بگویید این جریمه‌اش یک هزارم درصد دیه است. طبیعتاً وقتی آن تغییر می‌کند، این هم تغییر می‌کند و خیالتان برای همیشه راحت می‌شود. فرمانده نیروی انتظامی چند روز پیش مصاحبه‌ای کرد و گفت: ما خودمان را کشتم که این جرایم راندگی را بالا ببریم که ارزش بازدارندگی داشته باشد، عبور از چراغ قرمز مثلاً شد ۵۰ هزار تومان، الان دیگر ۵۰ هزار تومان هم عددی نیست و دوباره باید بشینیم و مثلاً آن را ضربدر ۱۰ بکنیم. ولی واقعاً شما اگر قانون ۱۳۳۴ را بخوانید، کلیات و همه‌چیز در آن به صورت کلی دیده شده است، حالا دوستان می‌خواهند رنگ و لعاب بهتر و جدید به آن بدهند بگویند مصوبه ۹۲ یا ۹۳، ایرادی ندارد اما من نگرانی که دارم این است که ممکن است ما بیاییم یک قانونی بگذاریم، ۲۰ صفحه، فکر کنیم همه‌چیز را هم باید در آن ببینیم. در صورتی که بالاخره در قانون فقط باید مفاهیم کلی دیده شود. مثل همین سیاست ملی‌ای که من خدمتمن عرض کردم. دیگر نباید این قدر وارد جزییات بشود. بگویید مثلاً کل واردات ما یا تولید داخل ما این است در حد یک یا دو صفحه، بقیه‌اش هم وزارت بهداشت برو آیین نامه بنویس، برو مقررات بنویس. چون آن‌ها را تو می‌توانی هر سال روزآمد کنی. بنابراین، به ذهن من می‌آید واقعاً هیچ وقت در این سال‌ها احساس نکردیم کمیود یا خلاء قانونی داریم ولی خوب متأسفانه در اجرا در مورد همان هم همیشه دچار مشکل بودیم و اجرایش عملاً امکان‌پذیر نبود.

تنظيم می کنند. خوب ما الحمداء... هر روز مجلسمان جلسه دارد تازه وقت هم کم می آورده، خوب وقتی شما دائماً این قوانین را می گذاری، هی می بینی این با آن اختلاف دارد. قانون استاندارد می گذارند می بینند با قانون وزارت بهداشت تداخل پیدا کرد، یا با آن یکی دعوا شد. خوب یک سری قوانین کلی مملکت بگذارید و بگویید این است و لاغیر. در بحث دارو هم واقعاً همین است. خوب قانون ۱۳۳۴ چه نقصی دارد؟ شما می بینی همه کلیات در آن وجود دارد. حالا به قول آقای دکتر یک اصلاحیه هم دارد. بله در مورد آن قسمت مجازات هایش حق با دوستان است مثلاً می گویند ضعیف است، آن را هم باز الان بگذاری سال بعد دوباره عدد تغییر می کند، برای آن هم باید یک فکر منطقی بکنی. یعنی واقعاً نیاز اورژانس مانیست که ما مثلاً کمیسیون بهداری و سایر بخش ها همه در گیر بشوند که می خواهیم آن را اصلاح کنیم. بله اگر یک وقتی دارند که آزاد است، نونوارش بکنیم. ولی این که دوباره تغییر پیدا بکند، خوب متأسفانه در مجلس ما معمولاً این جور نیست که خیلی کارشناسی شده باشد، یک جورابی می بینید که طرف طرح دو فوریت می دهد، با اصل قضیه هم مخالفت می کنند می رود، کلیاتش را مصوب می کنند بعد یک مرتبه می بینی با همه داستان مخالفت می شود. آدم یک چیزهای عجیب و غریبی می بیند.

← آقای دکتر، چه چیزی می دهی و چه چیزی می گیری اصلاً حساب و کتاب ندارد. یعنی یک چیزی از این ور می دهی، چیز دیگری از ان ور (بسته به مزاج و شرایط جو زمان) در می آید.
آقای دکتر ما از قبل از انقلاب تا حدود ۲۰ سال

باز می گوییم ظرف جامعه ما خیلی لازم است دیدنش. شما بروید مجلس ما را به صورت کلی با مجلس دنیا مقایسه کنید. من آن جوری نبود که بروم همه پارلمان ها را ببینم اما حدائق یک چند تایی که به خاطر علاقه شخصی ام نگاه کردم، این جوری نیست که مجلس هر روز بنشیند قانون تصویب بکند. من به طور اتفاقی یک بار که برای حضور در یک جلسه دارویی به سوئیس رفته بودم، دیدم هتلی که در آن اقامت داشتیم شلوغ شد، گفتم این جمعیت زیاد برای چیست، گفتند نمایندگان مجلس هستند، گفتم نمایندگان مجلس در هتل چه کار دارند؟ گفتند جلسه پارلمان است، گفتم در هتل؟ گفتند نه ساختمان بغلی پارلمان است، نماینده ها می آیند اینجا اتاقشان اینجا است. بعد علاقه مند شدم دیدم آزاد است رفتم در مجلس نشستم. دیدم آنجا نماینده هایشان در سال، ۴ - ۳ بار تشکیل جلسه می دهند. فقط هم قوانین عمده و اصلی را مصوب می کند بقیه اش وظیفه دولت است که بروд آیین نامه بنویسد. این نبود که هر روز بنشینند قوانین مختلف در بیاورند. پارلمان یک سری سیاست های کلی را تنظیم می کرد. برای من خیلی جالب بود که می گفتند نماینده های مجلس سوئیس شغلشان نمایندگی نیست، اینها شغل دیگری دارند و از یک راه دیگری زندگی شان اداره می شود و در ضمن، نماینده هم هستند. مثلاً معلم است، خیاط است، راننده است، سرمایه دار است، بعد انتخاب شده به عنوان نماینده. نه حقوقی از دولت به عنوان نمایندگی اش می گیرد و نه هیچ چیز دیگر. در سال ۴ - ۳ بار می آیند و دولت فقط پول این هتشان را می دهد، شب در آن می خوابند و می روند قوانین را

مثال منطقی‌تر است. مراکز طب سنتی خودمان چه عطاری‌ها و چه آن‌هایی که جدید باز شده‌اند، یک شیشه آن‌جا گذاشته مثلاً آب فلان گیاه بعد پشتیش یک کاغذ چسبانده که از مشکلات موی سرتا ناخن پا (همه‌چیز) را خوب می‌کند. یعنی مشکلی نیست که این بطری برطرف نکند، هرچه که شما بخواهید. FDA هم آمد گفت تو اگر ادعای درمانی می‌کنی، باید ثابتش بکنی. بعد آن مراحل خاص خودش را دارد. بنابراین، شما می‌بینید در FDA روی مکمل‌ها زده که این مورد بررسی و تأیید ما قرار نگرفته است، یعنی ما تنها چیزی که آمدیم برای مکمل‌ها گفتیم، این بود که آقا داخلش سه نباشد، آرسنیک نباشد، قارچ نداشته باشد تا مردم بخورند و بمیرند. چرا چون بالاخره با این گشايشی که از نظر اقتصادی در دنیا و در کشور ما هم ایجاد شده، مردم توقعاتشان بالا رفته. دیگر این روزها این همه ماهواره و اینترنت و حتی مجلات داخلی خودمان هر روز تبلیغ می‌کنند. بالاخره شما که نمی‌توانید دائمًا با مردم بجنگید و چلنچ کنید. من را از سوی یک برنامه تلویزیونی بردۀ بودند، خیلی جالب بود، طرف گفت آقای دکتر راجع به ویتامین‌ها و مکمل‌ها صحبت بکنید (بنده خدا از یک جایی شنیده بود، وزارت بهداشت به آن‌ها گفته بود) بعد هم می‌خواهیم یک جوری باشد که مخالفت کنید که بگویید مردم نخورند. گفتم نه اصلاً این جوری نیست. بعد طرف در برنامه زنده از من سوال کرد، گفتم مولتی‌ویتامین می‌خورید، اشکال ندارد، مجری گفت آقای دکتر، گفتم بالاخره شما که نمی‌توانید جلوی همه را بگیرید. ما آن چیزی که مخالفت می‌کنیم می‌گوییم سراغ تزریقی‌ها نروید،

پیش، چیزهایی تحت نام مکمل نداشتیم. بعد آمد تحت نام مکمل و بعد آمد در یک بخشی، بعد رفت در غذا و مقدار بسیار زیادی واردات انجام شد، بعد دوباره آمد در حوزه دارو. آیا چیزی به نام مکمل، غذا، جدا بودن از دارو باید باشد؟ در دنیا به چه ترتیب است؟ البته ما می‌بینیم که خیلی از این‌ها حالا تحت نام مکمل یا غیرمکمل حتی در سوپرمارکت‌ها آمده و دارد فروش می‌رود. جای این کجا است؟

ببینید، Supplement یا مکمل حتماً وجود دارد در دنیا، حتی به رقم‌های خیلی قابل توجهی می‌فروشند، گاهی اوقات از دارو هم بیشتر می‌فروشند. علت آن چیست؟ علتیش از این‌جا ناشی می‌شود که یکی از اصول مسلم اولیه ما در پزشکی، رضایت بیمار است. یعنی می‌خواهیم مراجعه‌کننده ما راضی باشد. برای همین است که مثلاً من به شخصه فکر می‌کنم بعضی وقت‌ها نوشتن داروی اضافه برای بیمار به شرطی که رضایتش را جلب بکند شاید ایرادی نداشته باشد. برای این که می‌خواهم در نهایت بیمار آن آرامش روحی و روانی را پیدا بکند. در بحث مکمل‌ها واقعاً همین است. یک سری از مکمل‌ها هستند که مریض احساس می‌کند که وقتی آن‌ها را می‌خورد خوب است، مثلاً مولتی‌ویتامین و غیره. FDA آمد چه کار کرد؟ بالاخره خوب است آدم از تجربیات دنیا استفاده کند، گفتم مبنای ما در مورد مکمل این است که Do Not Harm، آسیب نزند. سم و آشغال داخلش نباشد، ولی این که این فلان اثر را دارد، کسی حق ندارد ادعای اثری برایش بکند. ما در طب سنتی هم همین را داریم. آن هم یک

مریض هم راضی ولی ما باید مطمئن باشیم که حداقل سلامت در این باونه وجود دارد. مکمل‌ها هم همین است. من موافق نیستم چون متأسفانه ما بحثمان افراط و تغیریط است، گاهی به این‌ها ارز می‌دادیم، ارز نبود پول مملکت را می‌دادیم مکمل بیاورند، این‌ها واقعاً کار اشتباھی است. واردات را باید خیلی کنترل کرد ولی اگر صنعت داخلی می‌خواهد مکمل بزنده، آقا بگذار بزنده، بالاخره شما هم یک حداقل نظارتی روی آن بکن، مردم هم استفاده می‌کنند. چون آن جا دیگر دارو نیست. روی یک مکمل می‌تواند همان سیستم عرضه و تقاضا حاکم باشد. طرف می‌رود یک قرص فلان بخرد باید هزار تومان بدهد، خوب اگر پول داشت می‌دهد اگر نداشت نمی‌دهد، اگر نخورد هم اتفاقی نمی‌افتد. یعنی آدم می‌تواند یک دیدگاه تساهله را در بحث مکمل‌ها داشته باشد. منتها بیشتر باید به این توجه داشته باشیم که به صنعت داخلی کمک کند ولی این که ارز بدھیم و غیره، پریروز خدمت آقای دکتر در جلسه بودیم دوستان همین را گفتند، گفتند شما نمی‌توانید در مملکت آدامس و پورشه و شکلات داشته باشید، بعد به دارو که می‌رسید بگویید نه، ارز نداریم. خوب بالاخره این‌ها خیلی با هم جور در نمی‌آید. اگر داری که باید به همه بدھی و اگر نه که هیچ. به نظرم مکمل‌ها هم باید زیرنظر کلی وزارت بهداشت باشند، اصلاً نباید رها بشوند. ولی این که بگوییم با این‌ها بخورد دارویی بکنیم و پرونده بیاورند و این‌ها واقعاً ضرورتی ندارد. من آمار بعضی از کشورها را دارم مثلاً فروش مکمل‌ها در استرالیا سالی حدود ۷ میلیارد دلار بود. دارویش حدود ۹ میلیارد دلار بود. ۷ میلیارد

يعنى Do Not Harm، خطر برای مردم ایجاد نکن. بعد در همان تلویزیون گفتم، می‌دانید تبیجه‌اش چه می‌شود؟ همه فاضلاب‌های ما پر از ویتامین است، چون شما الان مولتی‌ویتامین می‌خورید، نیم ساعت بعد همه‌اش در دستشویی است. خوب اگر پولت زیادی است می‌خواهی بدھی، بدھ. یعنی می‌شود یک برشوردهای این جوری با آن کرد. بعد آن طرف صنعت را هم داریم، بالاخره این صنعت هم باید یک جوری بگردد. اگر تو قیمت دارویش را داری کنترل می‌کنی، خوب این جا که به او پول نمی‌دهی، بعد می‌گویی مکمل هم که نساز، خوب بالاخره باید این گردش مالی را داشته باشد که آخر سال جواب مجمع و سهامدارش را بدهد، بگویید ما از این جا هم یک چیزهایی درآوردهیم. بنابراین، من به شخصه با وجود مکمل واقعاً مخالفتی ندارم. ولی این که بگوییم الا و بلا مکمل هم مثل دارو است، این هم شاید واقعاً لزومی نداشته باشد. اما آن چیزی که لازم است حتماً داشته باشیم نظارت است. نظارت هم از نظر کیفی و هم سلامت. این‌ها حتماً باید کنترل بشود که پدر مردم را در نیاورند مثل آن قارچ کامبوجیا و فلان که در می‌آید. بالاخره باید مراقب این چیزها باشیم. طب سنتی ما هم واقعاً همین است دیگر، وزارت بهداشت به نظر من یک برشور کاملاً منطقی در مورد گیاهان دارویی دارد، همین است. مثلاً طرف می‌آید این گیاه دارویی فلان، می‌گوید آقا بررسی کن، سمتی یا آلدگی نداشته باشد، در همین حد کافی است. مردم سال‌ها است دارند باونه را می‌خورند، خوب می‌خورند دیگر، هیچ اتفاقی هم نیفتاده و اشکالی هم ندارد. خوب استفاده کنند، صنعت هم خوشحال،

تأثید می کند که وارد کشور شود و همین جوری بی رویه به بازار ارایه گردد، مردم که متوجه نادرستی آن نمی شوند مگر این که عوارضش بزند بیرون. خود شما مستحضر هستید به قدری عوارض بسیاری از این مکملها زیاد شد که اصلًا در بخش بدنسازی و این مقوله‌ها فاجعه و مشکلات جدی آفرید و در درسرهای زیادی را برای جوان‌های کشور ایجاد کرد که الان دارند تلاش می کنند تا یک مقداری از آن‌ها کم کنند ولی تا این موج باید به حد تعادل برسد، خیلی مشکلات دیگر هم می آفربند. من بحث این است، آن جایی که ما باید بحث اطلاع‌رسانی، نظارت و کنترل و اعلان آلام‌های به موقع را داشته باشیم، فکر می کنم با توجه به همان فرمایش شما که ما هنوز آن زیرساخت‌ها را نداریم که بتواند این اتفاق‌ها بیفتد، بنابراین، در مورد کنترل و نظارت‌شان هم نمی توانیم این قدر سهل با قضیه برخورد کنیم. شما قطعاً در آن دوره‌ها چالش‌هایی را داشتید. اگر در این زمینه هم نقطه‌نظری هست بفرمایید. یکی از نکاتی که نقاط ضعف بخش سلامت ما محسوب می شود این است که مردم ما، به بخش سلامت اعتماد ندارند. منظورم به مجریان بخش سلامت است. در همه دنیا رسم است که مردم دولتها را قبول ندارند. یعنی شما در ۹۰ درصد کشورهای دنیا بروید به دولتهایشان بد و بیراه می گویند، این یک خصوصیت طبیعی همه انسان‌ها است. فرقی هم نمی کند در اروپا باشد یا در آسیا ولی در اغلب کشورهای دنیا، همین مردم به مجریان سلامت دولتشان کاملاً مطمئن هستند. یعنی اگر امشب وزارت بهداشت یک اطلاع‌یهای

دلار مکمل می فروخت خوب می دانید چه گردش اقتصادی ای برای صنعت آن ایجاد می کند؟ مردم هم اگر دارند، هزینه می کنند. این است که به نظر من نه خیلی این طرفی، نه آن طرفی. باید یک اعتدالی را رعایت بکنیم با دیدگاه کمک به صنعت داخلی، اگر صنعتی واقعاً می خواهد هر مکملی را بزند، مکملی که بحث سلامتش تأثید شده، خوب بگذارید بزند. این که سختگیری بکنیم و بگوییم نخیر نزن، کار درستی نیست. چون من یادم می آید که مثلاً آن زمانی که ما در وزارت بهداشت بودیم، یک کارخانه‌ای آمده بود می گفت که می خواهد از این مایع پنیر (آب پنیر) پروتئین ۷ (همین VM پروتئین) درست کند، دو سال بود بندۀ خدا می رفت و می آمد همه می گفتند نه. گفتم خوب بگذارید بزند، آب پنیر را یک پودری بزند باید در بازار، این‌هایی که می‌روند بدن‌سازی خوب بخورند، ایرادی ندارد. ← آقای دکتر، همان طور که مستحضر هستید، ما نوسانات خیلی زیادی را در طول واردات مکمل‌ها در کشور داشتیم، تولیدش هم نتوانست خیلی جدی بشود ولی این نوسانات قطعاً به یک سرنخ‌هایی برمی گشت که یک بخش قابل توجهی از آن در حقیقت به دوره اول در وزارت بهداشت مربوط می شد، بعد رفت سراغ غذا و تغییرات جدی تری افتاد که باز دوباره برگشته است. بحث این است که حالا باز شما خودتان هم یک مسؤولیت مهم داشتید در وزارت بهداشت و لابراتوار کنترل، نقش لابراتوار کنترل در این جا صرف نظر از بحث علمی، به خاطر جایگاهی که خود وزارت بهداشت در اذهان عمومی داشت، یعنی وقتی که وزارت بهداشت یک محصولی را

نگرانی ما بوده و دنیا هم همین جور است، واقعاً مسئله سلامت این‌ها است. شما اصلاً نمی‌توانید مکمل‌ها را از نظر کیفیت و اثربخشی کنترل بکنی. مکمل یعنی چه؟ یعنی یک ترکیب با ۱۰۰ تا ماده مؤثره، روی قوطی‌اش را که می‌خوانی می‌بینی دیگر جا ندارد، زیرش را هم نوشته، بالایش را هم نوشته. حالا ممکن است یکی از آن‌ها هم اثر داشته باشد یا نداشته باشد، کدامش است؟ برای همین است که اصولاً ما هیچ وقت این را وارد فاز دارو نمی‌کنیم چون دارو یک ماده مؤثره آن بالا هست، تکلیفش هم معلوم است ولی در مکمل‌ها آن چیزی که وزارت بهداشت باید همیشه به نظر من بحث جدی اش باشد این است که این‌ها سلامت جامعه و بیمار را تهدید نکند. والا در بقیه موارد شما کاری نمی‌توانید انجام بدی. زمانی هم که ما آزمایشگاه کنترل بودیم بحث واقعاً همین بود، مکمل‌ها از نظر آلودگی میکروبی، قارچی، بحث فلزات سنگین و از این نظرها کنترل می‌شدند که این چیزها داخلشان یا در آن مواد مؤثره اعلام شده‌شان ماده‌ای نباشد که واقعاً مورد ابهام یا سؤال باشد، والا در مورد بقیه موارد آن نمی‌شود خیلی کار زیادی انجام داد.

بدهد که آقا فلان همبرگر را نخورید، آلوهه است یا فلان دارو، یا فلان آب آلوهه است، واقعاً فردا همه مردم آن‌ها را می‌ریزند در سطل آشغال، چون معتقد هستند که درست می‌گوید. متاسفانه، مردم ما حتی به این بخش هم اعتماد ندارند. یعنی وقتی که ما آن داستان دیکلوفناک را در مملکت داشتیم و اتفاقاتی افتاده بود، وزارت بهداشت اطلاعیه می‌داد که مردم دیکلوفناک استفاده نکنید، مردم می‌گویند ۴ تا بگیریم بگذاریم در خانه، حتماً باز می‌خواهند یک جوری قیمت را بالا ببرند. یعنی حتماً سعی می‌کنند خلاف آن عمل بکنند و این به نظر من یکی از نقاط ضعف عمده بخش سلامت ما در ایران است. والا مثلاً چرا وزیر بهداشت بیاید بگوید آقا جراحی بینی این جوری است، خوب مردم نباید فردا بروند جراحی، چرا ما مثلاً از این نظر اول هستیم، چون مردم اعتمادی ندارند، می‌گویند این دارد زور خودش را می‌زنند. بله این فرمایش شما درست است، در بخش اطلاع‌رسانی ما می‌توانیم بهتر از این عمل بکنیم. مثلاً بگوییم آقا این مکمل این مشکل را دارد یا این مشکل را ندارد. حالا اگر مردم قبول می‌کنند یا نمی‌کنند، آن دیگر ضعف ما است اما ما در بخش مکمل‌ها، در بخش آزمایشگاه کنترل، در بخش وزارت بهداشت، آن چیزی که همیشه