

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 عبدالمجید 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 عبدالمجید چراغعلی هستم، فارغ‌التحصیل رشته داروسازی دانشکده داروسازی تهران، PhD داروسازی‌ام را از دانشگاه آلبرتا 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 بقیه‌ا... (گروه فارماکولوژی) است، فعلاً هم همان‌جا هستم.

← آقای دکتر، انشا... موفق باشید یک مجموعه یا جزوه‌ای 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 خدمتان هستیم تا از نقطه نظرات شما استفاده کنیم. اما ابتدا خواهش می‌کنیم که به اختصار خودتان را معرفی بفرمایید.

بسم... الرحمن الرحیم. البته، من خیلی جزییات جلسه را نمی‌دانستم اما حالا که شما فرمودید

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

بینید، فرهنگ ما ایرانی‌ها اصولاً بیشتر Verbal (شفاهی) است، خیلی علاقه‌ای به Documentation نداریم. برای همین هم همیشه مسایل تاریخی ما با اما و اگرهای 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 می‌شد، تقریباً ۳ تا کار انجام دادیم که آن سال‌های آخر به نظرم مستندسازی خیلی برایمان مهم بود. یکی بحث سیاست ملی دارویی ایران بود، همان که یک کپی‌اش خدمت شماست، علتش هم این بود که به هر حال همه کشورهای دنیا یک چیزی تحت عنوان سیاست کلی دارویی خودشان دارند و بر مبنای آن یک رفتارهایی را انجام می‌دهند، استراتژی و فعالیت‌هایشان را می‌گذارند. طبیعتاً ما علی‌رغم این که به نوعی داشتیم واقعاً این کار را می‌کردیم اما مکتوب نبود که با جمعی از دوستان نشستیم و آن را تدوین کردیم و دوره‌اش را هم همان اول کتاب توضیح دادم که در واقع یک Draft تهیه شد که به مراکز مختلف فرستادیم، فیدبک‌هایش گرفته و اصلاح شد و حالا یک چیزی به عنوان ویرایش اول تدوین شد و ما انتظار

داشتیم که دو سال یک بار یک بازبینی بشود که طبیعتاً هیچ‌وقت این اتفاق نیفتاد. همان که گفتم متأسفانه علاقه‌ای به Documentation نداریم، همین یک نسخه چاپ شد و بعد از آن هم که ما دیگر از وزارتخانه رفتیم، خیلی پیگیری نشد. یکی این قسمت بود، یک کار دیگری هم که انجام شد (البته آن بیشتر جنبه اجرایی داشت) این بود که یک گزارش عملکردی تهیه کردیم از یک برهه ۸ ساله‌ای که بالاخره وزارتخانه بین سال‌های ۷۶ تا ۸۴ پشت سر گذاشت، بنابراین، در واقع یک گزارش عملکرد تهیه کردیم که چه کارهایی انجام شد و ضعف و قوت آن چه بود که حالا افراد بعدی که می‌آیند از آن استفاده بکنند که آن هم در مجموعه وجود دارد. اما یک کار سومی هم بود که به نظر من تا حد خیلی زیادی به فعالیت‌های شما دارید انجام می‌دهید مربوط می‌شود و آن این بود که ما آمدیم گفتیم که بیاییم یک مستندسازی در بخش دارویی انجام بدهیم و بحث ما هم این بود که به هر حال ما یک نظامی داشتیم به نام نظام ژنریک، خوب الان هم تا حد خیلی زیادی همان را داریم. آمدیم گفتیم این نظام چه جوری شروع شد؟ اصلاً پایه‌اش 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 آذرنوش، مرحوم دکتر مظلومی، دکتر شبانی و ۷، ۸، ۱۰ نفر دیگر که اسامی‌شان 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 برعهده 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 (واردات 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 به‌طور کلی از نظر شما مثبت بوده است یا منفی؟ عرض کردم، ما مبنای قانونی برای آن پیدا نکردیم که واقعاً بگوییم مصوبه‌ای قانونی وجود دارد که این کار بشود. آن‌چه که همه دوستان می‌گفتند یک اجماعی بود که همکاران داروساز در آن موقع به آن رسیده بودند. البته، یک استناد خیلی ضعیفی وجود داشت و آن مصوبه شورای عالی انقلاب در مورد گرفتن کارخانجات داروسازی و واگذاری‌اش به صنایع ملی بود که به نظر من آن موضوع، ارتباطی به طرح ژنریک نداشت. ولی خوب به هر حال، دوستان می‌گفتند که آن موضوع باعث شد که بالاخره ما حالا به طریقی این کار را انجام بدهیم و منجر به ملی شدن صنایع و آن داستان‌ها شد.

نیستیم 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 و غیره. بحث و سؤال عمده ما هم این بود که اصلاً چه کسی گفت که در ایران نظام ژنریک باشد؟ مستندات و مصوباتش چه بود؟ چون بالاخره یک تغییر 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 مکتوب بود، آن‌هایی که از مجلات استخراج کرده بودیم و یک قسمت هم الکترونیکی (در واقع CD کنارش) بود که مصاحبه‌های با آن افراد 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 عمده ما همان بحث ژنریک بود. بالاخره داستانی بود که می‌گفتند در مسجد هفت‌تیر نشستند و صحبت‌ها شد و غیره 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 دوستان داروساز در آن زمان بود. خوب به هر

← آقای دکتر، آیا شما به آن مصوبه (آن متن ارایه شده به آقای بنی صدر 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. آن جا فقط گفته بود که چون شرکت‌های خارجی دارند می‌روند ...

← آقای دکتر، الان دو تا بحث دارد مطرح می‌شود. یکی نامه آقای دکتر علمازاده که آن موقع مدیرعامل شرکت سهامی دارویی کشور بودند که وضعیت موجود و پیشنهادات را برای آقای بنی صدر رئیس جمهور وقت نوشتند و ایشان هم خودش آن را قبول می‌کند و بعد می‌فرستد برای شورای انقلاب و شورای انقلاب هم آن حرف‌ها را تأیید می‌کند و دستور اجرا می‌دهد. ولی این که بگوید ژنریک را اجرا نکنید نداریم. بلکه به آقای دکتر علمازاده 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 کنید، یک مصوبه این است که بروید تملک کنید، ولی مواردی مانند توزیع متمرکز و واردات متمرکز و تغییر نام برند و این گونه موارد را نداشتیم.

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

بکنند و بگویند مصوبه می‌گوید این کار را بکنید. این موارد در واقع موضوع‌هایی بود که بدون این که مبنایی 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 راهنما تحت عنوان تدوین سیاست‌های ملی دارویی دارد که وارد جزئیات 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 کنید، حالا آن چهارچوب هر چه هست. علتش هم این است که می‌گوید بالاخره شما به عنوان یک کشور، به عنوان یک نظام باید بگویید که می‌خواهید در چه چهارچوبی حرکت کنید، حالا آن چهارچوب هر چه هست. علتش هم این است که می‌گوید اگر شما آن چهارچوب را مشخص کنید 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 مراجعه کننده (مثلاً یک نفر که از آن‌ور 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

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 اشتباه نکنم، زمان آقای خاتمی بود) آن‌جا هم آقای دکتر احمدیانی از طرف وزارتخانه پیگیری کردند و یک بندی را در برنامه آوردند 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. ترکیبش 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 مهم‌ترین شوراها در بخش دارو است. البته، بعد برنامه ۵ ساله تمام شد و دولت جدید آمد و گفت ما اصلاً آن‌ها را قبول نداریم، آیین‌نامه‌ها دوباره کلاً رفت روی هوا.

← آقای دکتر، هم آیین‌نامه و هم عملکرد؟

بله هم عملکرد هم شورا، همه چیز رفت روی هوا. متأسفانه به هر حال این یک اشکالی است که در سیستم ما بوده. بله آیین‌نامه‌ها و شوراها همیشه وجود دارند اما مستندات این‌ها که واقعاً مشخص کنند که پایه قانونی تشکیل آن‌ها چه بوده است، این‌ها خیلی اساس ندارند. مثلاً به‌خاطر 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 مبناست و اگر هم جنابعالی مطالعه فرمودید دیدید که وارد جزییات 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 آیین‌نامه‌ها 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 ۱۰ صفحه بعد در اجرا ممکن است ۱۰۰۰ صفحه یا خیلی بیشتر بشود.

← آقای دکتر، شما رد پای این موارد را اصلاً در شورا یا ستاد عالی دارو ندیدید؟

رد پای چی را؟

← آقای دکتر، همین موارد را.

در واقع بحث ژنریک را می‌فرمایید؟

← آقای 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، شوراها، مختلف، همه چیز وجود داشته است. مثلاً یکی از شوراها خیلی فعالی که ما همیشه داشتیم و از اول انقلاب هم بود، شورای بررسی و تدوین داروهای ایران بود که همه‌جا به غلط به‌عنوان شورای فارماکوپه از آن نام می‌برند. این هم خودش هیچ‌وقت زیربنای حقوقی نداشته و اتفاقاً این هم در مستندات ما آمده است. یعنی آن را هم بدون این که اصلاً مبنایی داشته باشد یک کسی گفته

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 بنشین و وظیفه‌ات چیست؟ پایه و اساس آن اصلاً مشخص نبود که بگویم 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 بیاید 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 تفریط 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

هر چیزی را که می‌خواهیم، باید خودمان بسازیم. حالا بخش دارویی را من می‌گویم و کاری به غیره ندارم. خوب این کار واقعاً نه مقرون به صرفه است، نه امکان‌پذیر است و نه اصلاً منطقی است که تو بگویی آقا من هر چیزی 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 مقرون به صرفه نباشد 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 هر چیزی 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 هر چه در بازار جهانی هست را در اختیار داشته باشند. هیچ کشوری این جوری نیست. ما الان در دنیا یک چیزی حدود ۶۰ تا ۷۰ هزار قلم دارو داریم. آخر مگر امکان‌پذیر است که شما بتوانی همه این‌ها را داشته باشید؟ آمریکا هم که بروی می‌بینی ۱۰، ۱۲ هزار تایش را دارد، بالاخره هر کشوری بسته به توان خودش نیازش را مشخص و تأمین می‌کند. علتش 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. علتش این است

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 آمدم 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 بدهی. حتماً باید واردات داشته باشیم، در این مسأله اصلاً شک و تردیدی ندارم.

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

ببینید، این هم از آن نکات خیلی جالب است که واقعاً تفاوت‌های جدی ما با دنیا است. دنیا می‌گوید کشورهای مثل ما که در آن‌ها دولت دارد به نوعی هزینه‌های سلامت را می‌دهد (حالا قبلاً بیشتر و الان دارد کمتر می‌دهد)، این معقول نیست که بیاید 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 تقاضا پیروی نمی‌کند. شما یک فردی دارید به نام پزشک 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 تقاضا در ارایه محصولات، یک تعادلی 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 جیبش 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 کشورهای 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 سوپسید می‌دهیم، چون نرخ واقعی آن ارز ۲۵۰۰ تومان است، ببینید خودش دارد به آن سوپسید می‌دهد، بعد هم می‌گوید حالا که می‌خواهد وارد بشود باید ۶۰ درصد تعرفه بدهد، 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 بدهید، بالاخره قیمتت هم متعادل می‌شود.

متأسفانه، به نظر من این نوع سیاست‌گذاری خیلی مینا 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 پولش را بدهد، 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 آقا جان من دارم برای خودم وارد می‌کنم، دیگر به خودم که نباید تعرفه بدهم. 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 تعرفه، 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 بپردازد؟ 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 وظیفه‌اش فراهم کردن دارو برای مردم است یا حمایت از صنعت داروسازی. این می‌تواند دو تا قسمت مختلف داشته باشد. یک فردی ممکن است بگوید آقا من از صنعت داروسازی تا جایی حمایت می‌کنم که بتواند به نظام دارویی کشور کمک بکند. یعنی ابزاری باشد برای کمک به نظام دارویی، نه این که صرفاً بیایم از صنعت داروسازی حمایت کنم چون یک صنعت است. این وظیفه وزارت بهداشت نیست، این وظیفه وزارت صنایع و سایر ارگان‌های مربوط است که همان‌طور که از صنعت خودرو و از صنعت مکت حمایت می‌کنند، از صنعت داروسازی هم حمایت بکنند. بنابراین، وزارت بهداشت می‌تواند وظیفه اصلی‌اش تأمین دارو با قیمت مناسب و کیفیت لازم برای درمان بیمارها باشد. حالا در این قسمت صنعت می‌تواند یک ابزار باشد. یک وقتی است که صنعت دارد به خوبی یک دارویی را تولید می‌کند، کیفیت خیلی خوبی هم دارد، کمیت کافی هم دارد، نیاز بازار را هم دارد تأمین می‌کند، خوب چه نیازی است که بخواهی خارجی آن را هم وارد بکنی؟ خوب این سؤال باید پاسخ داده بشود. می‌خواهی تنوع ایجاد بکنی؟ می‌خواهی جواب پولدارها را بدهی؟ بالاخره این باید روشن بشود. بله، در این مورد تو می‌توانی اگر لازم شد تعرفه بگذاری برای این که بگویی آقا من این دارو را دارم با کیفیت مناسب و اندازه مناسب تولید می‌کنم، ولی یک عده‌ای هستند خارجی آن را می‌خواهند، پولش را هم دارند. یکی از همکاران عالی‌رتبه خودمان می‌گوید آقا شما که نمی‌توانید جلوی مردم را بگیرید. باشد آقا تعرفه‌اش 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 این‌جوری استنباط می‌کنم که شما اصلاً معتقد به استفاده از یک اهرم مثل تعرفه برای سیاست‌گذاری و مدیریت در حوزه دارو نیستید. این به دلیل این است که کلاً به این قضیه معتقد نیستید یا این که فکر می‌کنید ما به درستی از این اهرم در طول تاریخی که همیشه فکر می‌کردیم باید از آن استفاده کنیم، استفاده نکردیم. این خودش خیلی نکته است. چون بعضی‌ها معتقد هستند که شما وقتی این درآمد را حاصل می‌کنید، باید آن را صرف اعتلای شرایط داروی کشور بکنید.

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

ببینید، نکته ظریفی که به نظر من وجود دارد، من نمی‌خواهم بگویم که با تعرفه موافقم یا خیر، می‌خواهم بگویم که به شرایط باید نگاه بکنیم. ما متأسفانه بعضی وقت‌ها سوراخ دعا را اشتباه می‌گیریم، این یک واقعیت است. ببینید، یک نقطه ضعف کلیدی‌ای که به نظر من در سیاست‌های وزارت بهداشت در ۳۰ سال گذشته بوده است، این است که خودش را متولی صنعت داروسازی می‌دانسته، یعنی تصمیمات تصمیم‌گیران ما در وزارت بهداشت خیلی وقت‌ها با صنعت داروسازی قاطعی می‌شده است. وزیر بهداشت یا معاون غذا و دارو باید تکلیف خودش را روشن بکند. باید مشخص

کشور می‌تواند بیاید این چلنج را با یک برند یا یک کمپانی پیشرفته‌ای داشته باشد و خودش این منافع را برای داخل مملکت Save کند، دولت باید این راه را هموار کند، نه این که خودتان سرچشمه بنشینید و هر جور دلتان می‌خواهد، تصمیم بگیرید بعد هم بنا به فرمایش شما، فواید و منافعش نصیب خود آن بخش نشود، فقط به اسم این بخش باشد ولی عملاً هیچ سودی به آن نرسد. منظورم این است که احیاناً در بررسی‌هایتان در این فازها به مواردی رسیده‌اید که بتواند کمک کند که حالا اگر قرار باشد استفاده مطلوب‌تری از این اهرم‌ها و اهرم‌های مشابه آن بشود مدنظر قرار بگیرند؟

من که مطالعه مکتوبی به آن مفهوم خودم شخصاً ندارم ولی به هر حال حتماً یک چیزهایی در مطبوعات و مقالات دنیا هست که می‌توان آن‌ها را جمع‌آوری کرد. ولی ببینید من می‌خواهم توجه خودمان را بیشتر به یک نکته‌ای جلب بکنم، چون من خودم چند سال پیش چندان به این موضوع معتقد نبودم، اما امروز هستم و آن این است که بالاخره ما کشوری با شرایط عادی نیستیم. یعنی واقعاً بالاخره یک بحث‌هایی را در مسایل اجتماعی، اقتصادی و به‌خصوص سیاسی داریم که یک چیزهایی را به ما تحمیل می‌کند. بنابراین، مقایسه کردن ما با هند و اردن و این‌ها شاید واقعاً منطقی نباشد. مثلاً یکی از مسایلی که من آن موقع (زمانی که در وزارت بهداشت بودم) خیلی دنبال می‌کردم و تلاش می‌کردم تا به یک جاهایی برسد (البته موفق هم نشدیم)، اما امروز که فکر می‌کنم، می‌بینم خوب شد که

که شما یک زمانی دارویی را که در ایران ندارید و داروی حیات‌بخش هم هست، در داخل هم تولید نمی‌شود، وارد بکنید، بعد هم به آن تعرفه سنگین ببندید، خوب این اصلاً نقض غرض است. اصلاً به نظر من باید روشن بکنیم که ما می‌خواهیم تعرفه را کجا و به چه منظوری استفاده بکنیم. اگر شما بازار را می‌خواهید تأمین بکنید و در داخل ندارید، معذرت می‌خواهم پس تعرفه گرفتن کار احمقانه‌ای است. تو داری فشار به خودت می‌آوری. بعد تعرفه‌ای را هم که می‌گیرید که بر نمی‌گردد تا بگویید مثلاً صنعت را تقویت می‌کنید. آن می‌رود به جیب دولت، او هم که صد تا زخم دیگر دارد، پس آن را صرف زدن به آن زخم‌های خودش می‌کند. یعنی واقعاً شما دارید یک فشاری را به مریض و نظام سلامت جامعه وارد می‌کنید. در این مواردی که بنده گفتم، این کار اشتباه دارد صورت می‌گیرد بدون این که نتیجه‌ای داشته باشد.

← آقای دکتر، حالا اگر احیاناً شما مطالعه‌ای روی این داشته‌اید که در کشورهای مشابه کشور ما، در نظام دارویی‌شان موفقیتی داشته‌اند که قابل طرح است از جمله اردن، مصر و بعضی از کشورهای خلیج یا حتی هند، چین و جاهای دیگر، قطعاً آن‌ها هم از یکسری از اهرم‌های مدیریتی در این موضوع استفاده کردند که موفق بوده‌اند. شما اگر مطالعه‌ای دارید که تفاوتشان با ما چه بوده، ممنون می‌شویم که بفرمایید. یک نکته هم این که بعضی‌ها معتقد هستند که شما وقتی که می‌خواهید در مدیریت این حوزه از اهرم‌هایی استفاده کنید، باید نبض این اهرم‌ها در خود بخش مربوط بزنند، نه در سیستم دولتی. یعنی اگر تولیدکننده داخل

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 بده، من هم بهش دادم، من کجا به ایران یک چنین چیزی فروختم؟ یعنی در واقع هیچ مسؤولیتی در مورد آن فاکتورها برعهده 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 بزن، 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 هر جا (تک‌نسخه‌ای، غیر تک‌نسخه‌ای) برو هر جور که هست بردار بیاور که مثلاً نیاز کشور را تأمین بکنیم. من می‌خواهم بگویم 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 واقف هستند. شرکت رش، شرکت مرک، هر شرکت دارویی‌ای، می‌خواهد یک دارویی را وارد کند، اولین کاری که می‌کند این است که می‌آید در آن کشور دفتر نمایندگی می‌زند، تابلو بزرگی هم می‌زند (مثلاً دفتر نوونوردیسک، دفتر رش، دفتر فالان). حتی ممکن است به کارمندان 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) هر جور توانسته گرفته، بعد هم با لطایف‌الحیل داروها را یک‌جورایی وارد می‌کند که نه تهش معلوم است و نه سرش. بیشترین خطری که این داستان دارد که به‌عنوان نمونه در واردات فاکتورهای انعقادی آلوده (ما هنوز هم درگیر 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 معایبش بیشتر است عضو نمی‌شود. یعنی خیلی راحت می‌شود نتیجه گرفت. ولی ما در ایران این جور 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 هر جور 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 دیدگاهتان می‌تواند کاملاً متفاوت باشد. بحث داروسازی ما واقعاً همین است. یعنی این که بگویم 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 جاهایی 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 می‌گویم 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 جورایی کیس 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 داروسازی‌اش گفت که تا قبل از این که عضویتمان کامل بشود، هر چه می‌توانید از این داروهای Patent بزنید. بنابراین، شرکت‌ها و دانشگاه‌هایشان هر چه توانستند شب و روز از داروهای Patent زدند. بعد هم که عضو سازمان تجارت جهانی شد، گفتند از این به بعد دیگر نمی‌توانی، گفت باشد، از این به بعد نمی‌زنم، چون هر چه 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 نهان‌دیان یک کمیته‌ای درست کرده بود که در واقع ایشان ریاست آن کمیته را داشت و جلساتی می‌گذاشت 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 آن‌جا من به آقای دکتر نهان‌دیان گفتم ببینید آقای دکتر (چون ایشان هم از دیدگاه اقتصادی خیلی درست بحث را جلو می‌برد) واقعاً برخورد ما این جور درست نیست. علت آن، این است که مثلاً یک کشوری مثل اردن، یک کشوری مثل هند، می‌گوید که اگر

می‌گوید فلان 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 بیاور. واقعیت‌هایی است که به نظرم تصمیم‌گیران ما اگر بخواهند چشمشان را ببندند خیلی درست نیست. من به شخصه معتقدم جامعه ما، یک‌جورایی 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، هر چه دارو درآمد می‌خواهیم، جدیدترین MRI، جدیدترین دستگاه تجهیزات پزشکی و غیره باید در این مملکت باشد و به خودشان هم نگاه می‌کنند، می‌بینند جیبشان 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 هر چه می‌خواهید در اختیارتان هست، هر وقت خواستید بروید آن‌ور 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، فارماکواکونومی، اقتصاد سلامت) را

می‌شود، البته، و یا 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 آن‌جور 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 مالاریا مشکل داریم، نمی‌توانیم برویم آخرین مولکول‌ها را داشته باشیم. نظر شما چیست؟

ببینید، من این عرضی که خدمتان 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 مسافرت، وسط راه در بیابان به باد و باران می‌خورند مجبور می‌شوند شب یک جایی اقامت کنند، می‌روند در غاری بعد شب سر می‌شود، این خان به نوکرش می‌گوید بگرد بین 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؟

شروع کردند. یعنی چه؟ یعنی این جوری نیست که تو هر چه 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 یک جورایی دارد مطرح می‌شود که این جوری نیست که تو هر چه پول داشتی بتوانی هر چیزی را بخری، باید یک شیوه‌ای در برخورد با هزینه‌ها وجود داشته باشد. به نظرم ما مجبوریم از این شیوه استفاده نکنیم. به قول شما ما ۶، 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 وابسته‌ایم، 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 آرایه سرویس خوب نیست. آمریکا دارد بیشترین هزینه را در بخش سلامت انجام می‌دهد، ۲۰ درصد GDP را دارد در بخش سلامت هزینه می‌کند. واقعاً همه دنیا و حتی خودشان دارند می‌گویند که نظامشان به درد نمی‌خورد.

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

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، ۳، ۲ 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 یک سری از دوستان 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 تعیین‌کننده باشد، یعنی اگر واقعاً آدم‌هایی که آن‌جا می‌نشینند، آدم‌های 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. بالاخره من هم عضو کمیته انتخاب داروهای WHO Essential هستم، جلساتی که می‌روم آن‌جا، اولین سؤالی 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

می‌کنیم. علت آن هم این است که به‌خاطر همان بحثی که من گفتم، چون تحقیق و توسعه نداریم؛ بنابراین، می‌گوییم شرکت داروسازی تولیدکننده، چقدر خرج کردی؟ مارژینت را بگیر و دارویت را بفروش. شرکت هم می‌آید می‌گوید من این قدر پول ماده اولیه دادم، این قدر اکسپینت دادم، این قدر پول کارگر و آب و برق و استهلاک و فلان دادم که جمعاً شد X ریال، ما هم می‌گوییم این قدر هم مارژینت، بگیر برو دارویت را بفروش. اصطلاحاً به این روش می‌گویند Cost Plus که خوب بعضی از کشورها این کار را انجام می‌دهند. خوب طبیعتاً مزیت این روش این است که شما قیمت دارو را کنترل می‌کنید، هزینه‌ها را کنترل می‌کنید. اما ایرادش این است که بالاخره منابع مالی لازم را برای صنعت ایجاد نمی‌کند تا بتواند خودش را توسعه بدهد و روی فرمول‌های جدید کار بکند. یکی از علت‌های این وضعیت این است که سال‌ها صنعت دارویی کشور دولتی بود. دولت می‌گفت تو که پول ندادی، من دلار ۷ تومان به تو دادم، اصلاً حرف تو این وسط چیست؟ بیا هزینه‌هایت را بگیر و برو. خوشبختانه اخیراً یک سری تغییرها (در واقع به صورت نانوشته) داده شده است، به‌گونه‌ای که اخیراً ما در مورد داروهای جدید دیگر این کار را نمی‌کنیم. قیمت داروی جدیدی که در ایران تولید می‌شود را یک جورایی با قیمت وارداتی می‌سنجند. می‌گویند مثلاً تا به حال داشتیم وارداتی آن را ۱۰۰ تومان می‌خریدیم، 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 می‌گیرند) بگیر. خوب به نظر من این برخورد

که من با شرکت ارتباطی دارم، طبیعتاً در مورد آن موضوع می‌توانم یک Bias داشته باشم این که خیلی روشن است که ما باید این‌ها را واقعاً روشن بکنیم. دوستانی که از بخش بالینی می‌آیند بالاخره باید آدم‌های منطقی‌ای باشند. ببینید، متأسفانه این مشکل افراط و تفریط خیلی به ما آسیب می‌زند. نه به این که یک زمانی می‌گوییم آقا هر چی هست، حتی آخرین داروها، آخرین منوکلونال آنتی‌بادی‌ها بیاید 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 آدمیزاد وجود داشته باشد، متأسفانه این به نظر من خیلی نمی‌تواند منطقی باشد.

◀ آقای دکتر، در همین بحث شما مسیر تاریخی قیمت دارو را در کشور ما چه جوری ارزیابی می‌کنید؟

منظورتان قیمت‌گذاری است.

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

قیمت‌گذاری دارو یک علم است، یک علم کاملاً مکتوب است و روش‌های مختلفی برای قیمت‌گذاری وجود دارد و هر کدام از آن‌ها هم استدلال‌های خاص خودشان را دارند که حالاً من نمی‌خواهم وارد آن بحث بشوم. بالاخره اساتید خودشان آشناتر هستند اما یک چیزی که ما همیشه از آن برای قیمت‌گذاری دارو در ایران استفاده کردیم، روشی است که اصطلاحاً به آن می‌گویند Cost Plus. یعنی در واقع ما هزینه‌ها را محاسبه

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 خدمتان داشتم و آن این که دارو از سیستم عرضه و تقاضا پیروی نمی‌کند. ما نمی‌توانیم به آن به‌عنوان 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 جور 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 دارویی‌اش حمایت بکند)، می‌آیند یک مارژینی را برای صنعت در نظر می‌گیرند. می‌گویند صنعت داروسازی برای این که بتواند به بقای خودش ادامه بدهد، مثلاً باید سالی ۵ درصد، ۶ درصد سود داشته باشد، بنابراین، ضمن این که قیمت‌گذاری را به آن شیوه‌ای که من گفتم انجام می‌دهد، می‌آید این مارژین را هم برایش می‌بیند و اگر ببیند که واقعاً به هدف حمایتی که می‌خواهد نمی‌رسد، یک جورایی 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

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 بالاخره بتواند بقا پیدا کند و واقعاً سرمایه‌گذاری لازم را انجام بدهد، در عین حال باید از آن‌ور حواسمان 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 بالاخره وزارت بهداشت در وهله 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 هیچ‌وقت 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 جاهایی

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 بدبین (Pessimistic) باشیم یعنی بگوییم آقا همه آن‌هایی که به من مراجعه می‌کنند دزد هستند، سوم این که Skeptical (منتقد) 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 از کجا آوردی؟ بالاخره ۲ تا سؤال بکنیم. یک راه خیلی ساده آن هم این است که ما الان می‌توانیم قیمت‌های خودمان را با دنیا بسنجیم. آموکسی‌سیلین که تو برای من آوردی بالاخره Reference Price هست این‌ور دنیا، آقا چین این قدر 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 عده‌ای بیایند مثلاً با سندسازی یک کارهایی را انجام بدهند. منتها آن بحثی که می‌گویم 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 داروپخش 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 Reference 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 تغییر 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 یک‌جوری با ۲۰ دلار قضیه را حل می‌کند و مابه‌التفاوت آن طبیعتاً در جیبش 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 صادرکننده. 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. نمی‌گویم همه این کار را می‌کنند اما حداقل از نظر تئوری این امکان وجود دارد. علت این که

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 روبه‌روی داروخانه ۱۳ آبان تشکیل شد که کارهای آموزشی انجام می‌داد. از طرف دیگر، سایر مؤسسات عمومی مثل هلال‌احمر و ارتش هم آمدند داروخانه ایجاد کردند. می‌توانیم بگوییم که داروخانه هلال‌احمر 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 بدهم. دانشکده‌ها هم می‌گویند برنامه‌های آموزشی‌شان را توسط این‌ها انجام می‌دهند، در حالی که قبلاً که از داروخانه‌های خصوصی توقع آموزش دانشجویان را داشتیم، کاری انجام نمی‌شد. درستش کدام است؟

باز سؤال سختی است. یعنی به نظر من همان‌طور که خود جنابعالی گفتید شرایط ما شرایط عجیب و غریبی است. این واقعیتی است و ما واقعاً نباید تعارف بکنیم، دولت به بخش خصوصی در

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 خودرو داریم؟ در صنعت لبنیات 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 مالی‌اش را بدهد دست ۱۰، ۱۵ تا داروخانه‌ای که همه آن‌ها هم دولتی هستند؟ خوب معلوم است این‌ها درآمدهای خیلی زیادی را ایجاد می‌کنند، بعد این درآمدها می‌شود حیاط خلوت خیلی‌ها، حالا دوستان خودمان را می‌گویید در دانشگاه تهران. بالاخره داروخانه ۱۳ آبان 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 به‌عنوان داروخانه و درمانگاه و غیره داریم؟ آیا واقعاً همه‌شان دلشان برای مریض‌ها و مردم سوخته است؟ نه طبیعتاً این نیست. آخر کجای دنیا هلال‌احمر داروخانه زده که شما دومی آن باشید، لااقل آدم باید یک مثال‌هایی را بیاورد! ما همه چیزمان یک جورایی یونیک است. آخر کجای دنیا هلال‌احمر به‌عنوان سازمان خدماتی در بحران، می‌آید برای من کار اقتصادی بکند؟

این‌ها بالاخره حتماً برایشان منافع دارد که این کار را می‌کنند والا وقتی که، تازه گفتم حتی در شرایطی که ما در مملکتمان در وضعیت بحرانی هم نبودیم (باز من یکی دو سال اخیر را نمی‌گویم، 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، حتماً 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 برای ۱۰۰ تا داروخانه بزند. این‌ها به نظر من بیشتر آن علایق اقتصادی است که واقعاً این مراکز دارند و حتماً 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 می‌خواندید، بالاخره در یکسری از شهرهای کوچک که در آن‌جا 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 بیاید وسط.

بله، حتماً باید اینکار را بکند.

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

واردات 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 بیاییم واردات انجام بدهیم. بعد الان ۵۰، ۶۰ تا تک‌نسخه‌ای در این مملکت است که هر کدامشان کلی گردش اقتصادی دارند. این‌ها واقعاً متأسفانه هست. جواب سؤال شما، آیا واقعاً این از نظر علمی درست است؟ قطعاً درست نیست. حتماً 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 بعید می‌دانم چون این‌ها به‌طور مرتب گسترش پیدا کرده‌اند تا این که کم بشوند.

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 ۶۰، ۷۰ درصد گردش مالی آن استان در اختیار همین چند تا داروخانه است. خوب

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 تحویل می‌دادند؟
بله، البته در کانادا سیستم بهداشتی کاملاً دولتی است، در عین این که بخش خصوصی وجود دارد. بعد آن‌جا بیمه 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 منتها خیلی دقیق و با حساب و کتاب.

← آقای دکتر، سؤال من به‌طور 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 مقرون به صرفه باشد دیگر.
← آقای دکتر، بسیار خوب، وقتی موقعیت یک شهر به این سطح می‌رسید، دولت واگذار می‌کرد و کنار می‌رفت، می‌رفت یک جای دیگر یا نه، دولت هم موازی کارش را ادامه می‌داد؟

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

← آقای دکتر، اطلاع دارید که اخیراً سازمان دارو

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 مبنا باشد که یک مرکزی باشد که جایگاهی خیلی بالا به‌خصوص در بخش غذا داشته باشد. حالا در بخش دارو می‌گوییم همه سیاست‌ها تقریباً در وزارت بهداشت متمرکز است ولی در بخش غذا، استاندارد و جاهای دیگر و مراکز 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 اظهار نظر 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 زیر نظر 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

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 ۱۳۴۶ و ۱۳۶۷ است. شما که مستندات و سیاست ملی را مورد بررسی قرار دادید، آیا خلاء قانونی در آن احساس کردید که تغییری لازم باشد؟

آمریکایی‌ها یک شعاری دارند که می‌گوید 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 ملغاً، 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 دوستان 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 افتاد، 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 بلاتکلیف مانده است، بعد گفتند نه ما حتماً یک سازمان غذا و دارو درست می‌کنیم. رفتند یک چیزی به نام سازمان غذا و دارو چسباندند به این و حالا یک جورایی به قول شما هم رئیس سازمان غذا و دارو و هم معاون است. یک شترگاوپلنگی شده که به نظر من هیچ تفاوتی ایجاد نمی‌کند حتی اخیراً دوستان می‌گویند این سازمان باعث شده است که ردیف‌های پرسنی خیلی کمتری نسبت به معاونت 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 بهبود اوضاع می‌داشتیم یا به همان اختیارات معاون 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 معاون باشد و ادعایی هم نداشته باشد، آقا معاون غذا و دارو است بالاخره خوب در حد توانش هم دارد کار می‌کند. به نظرم این کار درست‌تری 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 آیین‌نامه و دستورالعمل‌ها را مورد توجه و روزآمد شدن قرار دهیم؟

نظر من واقعاً این است. نمی‌خواهم بگویم که نیاز نداریم، من هم خوشحال می‌شوم بگویم خوب یک روشکی دادیم و آن را بازبینی کردیم. اما من می‌خواهم بگویم که این حیاتی نیست، یعنی آن‌جوری 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. حداکثر در قانون QA را می‌گذارد. جای مسوول فنی یا هر دو تایش را می‌بیند، این موارد کارهایی هستند که الان با یک آیین‌نامه‌هایی هم می‌شود آن‌ها را به‌گونه‌ای انجام داد.

معمولاً 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 کشتیم که این جرایم رانندگی 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 بنشینیم و مثلاً آن را ضربدر ۱۰ بکنیم. ولی واقعاً شما اگر قانون ۱۳۳۴ را بخوانید، کلیات و همه‌چیز در آن به‌صورت 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 ۱۰، 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 خدمتتان عرض کردم. دیگر نباید این قدر وارد جزییات بشود. بگوید مثلاً کل واردات ما یا تولید داخل ما این است در حد یک یا دو صفحه، بقیه‌اش هم وزارت بهداشت برو آیین‌نامه بنویس، برو مقررات بنویس. چون آن‌ها را تو می‌توانی هر سال روزآمد کنی. بنابراین، به ذهن من می‌آید واقعاً هیچ‌وقت در این سال‌ها احساس نکردیم کمبود یا خلاء قانونی داریم ولی خوب متأسفانه در اجرا در مورد همان هم همیشه دچار مشکل بودیم و اجرائش عملاً امکان‌پذیر نبود.

تنظیم می‌کنند. خوب ما الحمداً... هر روز مجلس‌مان جلسه دارد تازه وقت هم کم می‌آورد، خوب وقتی شما دائماً این قوانین را می‌گذاری، هی می‌بینی این با آن اختلاف دارد. قانون استاندارد می‌گذارند می‌بینند 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 نقضی دارد؟ شما می‌بینی همه کلیات در آن وجود دارد. حالا به قول آقای دکتر یک اصلاحیه هم دارد. بله در مورد آن قسمت مجازات‌های حق با دوستان است مثلاً می‌گویند ضعیف است، آن را هم باز الان بگذاری سال بعد دوباره عدد تغییر می‌کند، برای آن هم باید یک فکر منطقی بکنی. یعنی واقعاً نیاز اورژانس ما نیست که ما مثلاً کمیسیون بهداشتی و سایر بخش‌ها همه درگیر بشوند که می‌خواهیم 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 جورایی می‌بینید که طرف طرح دو فوریت می‌دهد، با اصل قضیه هم مخالفت می‌کنند می‌رود، کلیاتش را مصوب می‌کنند بعد یک مرتبه می‌بینی با همه داستان مخالفت می‌شود. آدم یک چیزهای عجیب و غریبی می‌بیند.

← آقای دکتر، چه چیزی می‌دهی و چه چیزی می‌گیری اصلاً حساب و کتاب ندارد. یعنی یک چیزی از این‌ور می‌دهی، چیز دیگری از آن‌ور (بسته به مزاج و شرایط جو زمان) در می‌آید. آقای دکتر ما از قبل از انقلاب تا حدود ۲۰ سال

باز می‌گوییم ظرف جامعه ما خیلی لازم است دیدنش. شما بروید مجلس ما را به صورت کلی با مجلس دنیا مقایسه کنید. من آن جوری نبوده که بروم همه پارلمان‌ها را ببینم اما حداقل یک چندتایی که به خاطر علاقه شخصی‌ام نگاه کردم، این جوری نیست که مجلس هر روز بنشیند قانون تصویب بکند. من به‌طور 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، نماینده‌ها می‌آیند این‌جا اتاقشان این‌جا است. بعد علاقه‌مند شدم دیدم آزاد است رفتم در مجلس نشستم. دیدم آن‌جا نماینده‌هایشان در سال، ۴ - ۳ بار تشکیل جلسه می‌دهند. فقط هم قوانین عمده و اصلی را مصوب می‌کند بقیه‌اش وظیفه دولت است که برود آیین‌نامه بنویسد. این نبود که هر روز بنشینند قوانین مختلف در بیاورند. پارلمان یک‌سری سیاست‌های کلی را تنظیم می‌کرد. برای من خیلی جالب بود که می‌گفتند نماینده‌های مجلس سوئیس شغلشان نمایندگی نیست، این‌ها شغل دیگری دارند و از یک راه دیگری زندگی‌شان اداره می‌شود و در ضمن، نماینده هم هستند. مثلاً معلم است، خیاط است، راننده است، سرمایه‌دار است، بعد انتخاب شده به‌عنوان نماینده. نه حقوقی از دولت به‌عنوان نمایندگی‌اش می‌گیرد و نه هیچ چیز دیگر. در سال ۴ - ۳ بار می‌آیند و دولت فقط پول این هتلشان را می‌دهد، شب در آن می‌خوابند و می‌روند قوانین را

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؟

بینید، 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؟ علتش 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، گفت مبنای ما در مورد مکمل این است که Do Not Harm، آسیب نزنند. 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

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 پشتش یک کاغذ چسبانده که از مشکلات موی سر تا ناخن پا (همه چیز) 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 آمدم نباشد، آرسنیک نباشد، قارچ نداشته باشد تا مردم بخورند و بمیرند. چرا چون بالاخره با این گشایشی 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 دایماً با مردم بجنگید و چلنج کنید. من را از سوی یک برنامه تلویزیونی برده 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 یک‌جوری باشد که مخالفت کنید که بگویید مردم نخورند. گفتم نه اصلاً این‌جوری نیست. بعد طرف در برنامه زنده از من سؤال 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،

مریض هم راضی ولی ما باید مطمئن باشیم که حداقل سلامت در این بابونه وجود دارد. مکمل‌ها هم همین است. من موافق نیستم چون متأسفانه ما بحثمان افراط و تفریط است، گاهی به این‌ها ارز می‌دادیم، ارز نبود پول مملکت را می‌دادیم مکمل بیاورند، این‌ها واقعاً کار اشتباهی است. واردات را باید خیلی کنترل کرد ولی اگر صنعت داخلی می‌خواهد مکمل بزند، آقا بگذار بزند، بالاخره شما هم یک حداقل نظارتی روی آن بکن، مردم هم استفاده می‌کنند. چون آن‌جا 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 تساهل را در بحث مکمل‌ها داشته باشد. منتها بیشتر باید به این توجه داشته باشیم که به صنعت داخلی کمک کند ولی این که ارز بدهیم و غیره، پربروز 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 بدهی 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 برخورد دارویی نکنیم 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

یعنی Do Not Harm، خطر برای مردم ایجاد نکن. بعد در همان تلویزیون گفتم، می‌دانید نتیجه‌اش 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 بدهی، بده. یعنی می‌شود یک برخورد‌های این‌جوری با آن کرد. بعد آن طرف صنعت را هم داریم، بالاخره این صنعت هم باید یک‌جوری بگردد. اگر تو قیمت دارویش را داری کنترل می‌کنی، خوب این‌جا 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، بگوید ما از این‌جا هم یک چیزهایی درآوردیم. 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 برخورد کاملاً منطقی در مورد گیاهان دارویی دارد، همین است. مثلاً طرف می‌آید این گیاه دارویی فلان، می‌گوید آقا بررسی کن، سمیت یا آلودگی نداشته باشد، در همین حد کافی است. مردم سال‌ها است دارند بابونه را می‌خورند، خوب می‌خورند دیگر، هیچ اتفاقی هم نیفتاده و اشکالی هم ندارد. خوب استفاده کنند، صنعت هم خوشحال،

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 تأیید شده، خوب بگذارد بزند. این که سختگیری بکنیم و بگوییم نخیر زن، کار درستی نیست. چون من یادم می آید که مثلاً آن زمانی که ما در وزارت بهداشت بودیم، یک کارخانه ای آمده بود می گفت که می خواهد از این مایع پنیس (آب پنیس) پروتئین V (همین VM پروتئین) درست کند، دو سال بود بنده خدا می رفت و می آمد همه می گفتند نه. گفتم خوب بگذارد بزند، آب پنیس را یک پودری بزند بیاید در بازار، این هایی که می روند بدن سازی خوب بخورند، ایرادی ندارد. ← آقای دکتر، همان طور که مستحضر هستید، ما نوسانات خیلی زیادی را در طول واردات مکمل ها در کشور داشتیم، تولیدش هم نتوانست خیلی جدی بشود ولی این نوسانات قطعاً به یک سرنخ هایی 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

تأیید 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 مکمل ها زیاد شد که اصلاً در بخش بدنسازی و این مقوله ها فاجعه و مشکلات جدی آفرید و در دسرهای زیادی را برای جوان های کشور ایجاد کرد که الان دارند تلاش می کنند تا یک مقداری از آن ها کم کنند ولی تا این موج بیاید به حد تعادل برسد، خیلی مشکلات دیگر هم می آفریند. من بحثم این است، آن جایی که ما باید بحث اطلاع رسانی، نظارت و کنترل و اعلان آلارم های به موقع را داشته باشیم، فکر می کنم با توجه به همان فرمایش شما که ما هنوز آن زیرساخت ها را نداریم که بتواند این اتفاق ها بیفتد، بنابراین، در مورد کنترل و نظارت تشان هم نمی توانیم این قدر سهل با قضیه برخورد کنیم. شما قطعاً در آن دوره ها چالش هایی را داشتید. اگر در این زمینه هم نقطه نظری 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 دولت ها را قبول ندارند. یعنی شما در ۹۰ درصد کشورهای دنیا بروید به دولت هایشان بد و بیراه می گویند، این یک خصوصیت طبیعی همه انسان ها 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 اطلاعیه ای

نگرانی ما بوده و دنیا هم همین جور است، واقعاً مسأله 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 هیچ‌وقت 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 جدی‌اش باشد این است که این‌ها سلامت جامعه و بیمار را تهدید نکند. والا در بقیه موارد شما کاری نمی‌توانید انجام بدهی. زمانی هم که ما آزمایشگاه کنترل بودیم بحثش 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، آلوده است یا فلان دارو، یا فلان آب آلوده است، واقعاً فردا همه مردم آن‌ها را می‌ریزند در سطل آشغال، چون معتقد هستند که درست می‌گوید. متأسفانه، 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 می‌زند. 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