

بررسی دارو توسط فرهنگستان علوم پزشکی در مصاحبه با آقای دکتر رسول دیناروند

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 رسول دیناروند از جمله داروسازانی هستند که در این رابطه، مصاحبه‌ای انجام داده‌اند. در این قسمت، مصاحبه ایشان را با فرهنگستان مرور می‌کنیم:

بسم ا... الرحمن الرحيم. خیلی زحمت کشیدید. من متولد سال ۱۳۴۳ در شهرستان بروجرد هستم، طبیعتاً تا دیپلم آن‌جا بودم، در سال ۱۳۶۱ در اولین کنکور بعد از انقلاب شرکت کردم و در رشته داروسازی همین دانشکده (دانشکده داروسازی دانشگاه تهران) پذیرفته شدم و در سال ۱۳۶۸ برای ادامه تحصیل به خارج از کشور رفتم و Ph.D در رشته فارماسیوتیکس یا فرمولاسیون از دانشگاه

← آقای دکتر، فرهنگستان علوم پزشکی دو طرح تحقیقاتی (یکی واردات دارو از سال ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۰ و دیگری مستندسازی نظام دارویی از ۱۳۳۴ تا ۱۳۹۰) را در دست انجام دارد. به همین منظور خدمتتان رسیدیم تا نقطه نظرات‌تان را جويا شويم، اما پيش از طرح پرسش‌هايمان خواهش مي‌کنيم ابتدا يك معرفي مختصر از خودتان داشته باشيد.

منچستر گرفتم و در اوایل سال ۱۳۷۴ هم در همین دانشکده به عنوان عضو هیئت علمی مشغول به کار شدم. البته، عضویت من در این دانشکده از نظر رابطه استخدامی مربوط به سال ۱۳۶۹ است منتها در آن چهار، پنج سال (موقع تحصیل) در مأموریت آموزشی بودم. بنابراین، عملاً از سال ۱۳۷۴ عضو هیات علمی دانشکده هستم، یعنی استادیار، بعد دانشیار و از سال ۱۳۸۴ (اوایل سال ۱۳۸۵) هم به عنوان استاد فارماسیوتیکس مشغول هستم. از سال ۱۳۸۸ هم به عنوان رئیس دانشکده داروسازی در خدمتتان هستم. منتها من همواره چه در حین تحصیل و چه در حین تدریس یک کار تمام وقت دیگری هم داشتم و آن هم کارهای اجرایی بوده، یعنی موقعی که دانشجو بودم این جا مسؤول مثلاً انجمن اسلامی دانشکده بودم و عضو شورا و دانشگاه، موقعی که در خارج از کشور هم درس می خواندم باز انجمن اسلامی و مرکز اسلامی و حتی مسؤولیت اتحادیه انجمن های اسلامی دانشجویان ایرانی در اروپا را داشتم، بنابراین، مشغولیت دوم را هم داشتم. وقتی هم برگشتم ایران، هم زمان در وزارت بهداشت بودم از همان روز یعنی من از سال ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۶ به عنوان قائم مقام معاونت درمان و دارو که آن زمان دکتر لاریجانی بودند که درمان و دارو ادغام شده بود با معاونت (به عنوان جانشین ایشان در امور دارو و غذا) همکاری داشتم که محل آن هم در همین ساختمانی بود که الان سازمان غذا و دارو است. از سال ۱۳۷۷ مشاور وزیر شدم که آقای دکتر فرهادی وزیر شدند، مشاور ایشان در فناوری های نوین بودم که در زمان آقای دکتر پزشکیان هم

ادامه داشت و مشاور ایشان هم بودم ولی بعد رفتم مدیرعامل شرکت داروسازی سبحان شدم هم زمان با وزارتخانه ام در سال ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۴. داروسازی سبحان را از یک شرکت به هر حال، مثلاً رتبه ۲۵ و ۲۶ در صنعت داروسازی کشور، رساندیم به رتبه دهم در آن زمان. بعداً شدیم هلدینگ و شرکت های دیگر گروه آمدند شدند زیرمجموعه ما و شد گروه دارویی سبحان و یک شرکت داروسازی جدید هم به نام سبحان اونکولوژی تأسیس کردیم برای تولید داروهای ضدسرطان که البته، تا زمانی که من بودم به بهره برداری نرسید، اما الان مشغول تولید است. من در سال ۱۳۸۴ مجدداً به وزارت بهداشت برگشتم و به عنوان معاون غذا و دارو آقای دکتر لنگرانی (وزیر بهداشت وقت) تا سال ۱۳۸۸ همکاری داشتم. بنابراین، در وزارتخانه همان جایی که فعالیتیم را شروع کردم، همان جا هم تمام کردم و انشا... که تمام شده و دیگر بر نمی گردم. وزارت بهداشت، چون به هر حال مسؤولیت حوزه غذا و دارو مسؤولیتی سخت است، چون به سلامت از آن جا عبور کردن سخت است. تا الان دو، سه تا وزیر افتادن و آخرین هم که خانم دکتر دستجردی بودند.

← آقای دکتر، در آن سال های اول انقلاب یک تصمیماتی گرفته شد که این تصمیمات یک نظام جدیدی را برای دارو ترسیم کرد که عنوان آن نظام نوین دارویی بود که عبارت بود از تبدیل نام برند به ژنریک، ایجاد یا توسعه شرکت های توزیع سراسری، واردات محدود و کنترل شده توسط دولت، قطع معرفی دارو، تملک کارخانجات چند ملیتی. سؤال ما این است که آیا شما فکر می کنید

انگلستان هم چنین مواردی دیده می‌شد که مثلاً تا دو، سه دهه قبل هم مالکیت صنایع بزرگ این‌ها در اختیار دولت بود. یعنی حتی زمانی که ما انقلاب کردیم تمام صنایع بزرگ مثلاً انگلیس و فرانسه دولتی بودند. این نگاه عمومی دنیا بود که باید دولت نقش خیلی قوی‌تری در اقتصاد داشته باشد. من فکر می‌کنم اتفاقاتی که در دارو هم افتاد به تبع همین‌ها بود والا این که مالکیت تولید دولتی بشود، این که واردات دارو باید دولتی و محدود بشود، این‌ها به نظر من سیاست‌ها و مطلوبی برای همه دوران نیستند. ممکن است برای زمان‌های خاصی مطلوب بشوند، ممکن است برای زمان جنگ که شما ارز ندارید و ارزتان محدود است، اولویت‌های اقتصادی‌تان چیز دیگری است، مجبور شوید که برخی امور را محدود کنید. اما در شرایط عادی به نظر من این سیاست‌ها، سیاست‌های درستی نیست، اما در مورد دارو ما کارهای دیگری هم کردیم. من فکر می‌کنم چند تا کار مفیدی که متناسب با شرایط انقلاب بود، انجام شد که یکی از آن‌ها طرح ژنریک بود. طرح ژنریک که بخشی از نظام نوین دارویی بود، به هر حال می‌آمد و این رقابت شدید در بازار را در حوزه دارو محدود می‌کرد و به اصطلاح تعداد داروها را محدود می‌کرد، ترکیب‌ها را ژنریک می‌کرد و براساس آن، بازار دارویی و هزینه مردم خوب به شدت پایین آمد و برای شرایط بعد از انقلاب به نظر من خیلی این مناسب بود اما ما به جایی در این طرح ژنریک رسیدیم که به یک ژنریک اجباری تبدیل شد. یعنی به‌طور کامل ما می‌خواستیم که اجباراً همه چیز ژنریک باشد و اجازه رقابت را ندهیم، حتی برای سال‌های بعد، که خوب

با توجه به مسؤولیت‌هایی که طی دو دوره به‌طور مستقیم تحت عنوان معاون غذا و دارو داشتید، تصمیمات یاد شده به‌خاطر شرایط جنگ، تحریم و انقلاب گرفته شد یا به‌خاطر رعایت نکات علمی، شرایط اقتصادی وقت یا سایر شرایط، اتخاذ چنین تصمیماتی لازم و ضروری بود؟

ببینید، ما بعد از انقلاب به هر حال، با توجه به نارضایتی عمومی از اوضاع کشور (در قبل از انقلاب) دست به تحولات اساسی زدیم. فرهنگی هم برای ما ایجاد شد و آن فرهنگ هم این بود که بخش خصوصی و افراد ثروتمند، به هر حال، غیرقابل اعتماد هستند و حتی این در قانون اساسی ما هم متبلور شد. ببینید در منابع اسلامی مالکیت محترم است، حد یقفی هم ندارد. یعنی در منابع اسلامی برای مالکیت از نظر میزان ثروت، محدودیت وجود ندارد و تا زمانی که شما در چارچوب شرع دارید فعالیت می‌کنید و تکالیفتان را انجام می‌دهید، داشتن ثروت مجاز است. ممکن است توصیه‌هایی شده باشد برای این که شما باید چه کار کنید، انفاق کنید. ولی هیچ‌گونه ممنوعیت مالکیت و یا ثروت وجود ندارد. با این وجود که منابع فقهی ما این‌جوری است، ولی در قانون اساسی، شما دیدید که صنایع بزرگ و کلاً بخش اقتصاد دولتی، خیلی بزرگ دیده شد. برای این که آن ذهنیت بخش خصوصی فاسد زمان شاه در ذهن مردم و رهبران کشور وجود داشت و همین‌طور نفوذ خیلی جدی افکار سوسیالیستی که آن زمان در همه دنیا بود، این فقط مربوط به ایران نبود. حتی در برخی کشورهای غربی که هیچ موقع در زمره کشورهای کمونیستی نبودند (در اردوگاه غرب بودند) مثل فرانسه، مثل

به تدریج این اصراری که وجود داشت اصلاح و بازار دارو هم رقابت پذیر شد و ثبت برند پذیرفته شد و به خصوص داروهای وارداتی اورجینال برندی را که قبلاً نمی توانستیم با نام ژنریک بیاوریم وارد شدند و بعداً این نگرش به صنعت هم توسعه پیدا کرد. به نظر من سیاست‌های اقتصادی ما برای برخی از تصمیمات در آن ابتدا و همین طور فرهنگ و جو عمومی کشور تبیین کننده بود که دنیا به هر حال اقتصاد دولتی را ترجیح نمی داد. بدیهی است الان اوضاع قاعدتاً بهتر است.

← آقای دکتر، به نظر شما اگر ما در بخش تملک کارخانجات چند ملیتی، تعامل تلطیف شده تری می کردیم یا یک کمی فیتیله شرایط انقلابی را در آن بخش پایین می کشیدیم، بهتر نبود؟ به نظر شما محدودیتی که به وجود آمد علت اصلی این واقعیت نیست که خارجی‌ها دیگر به راحتی نمی آیند؟ آیا ما در آن برهه و کاری که انجام شد یک مقدار شتابزده و احساساتی عمل نکردیم و آیا اصلاً می توانستیم با توجه به آن شرایط آن‌ها را نگاه‌شان داریم تا به یک شرایط متعادل تری برسیم یا خیر؟

خوب الان اگر ما بخواهیم بررسی کنیم به هر حال قطعاً به این نتیجه می رسیم که اگر همین الان هم یک شرکت چندملیتی بخواهد در ایران کارخانه تأسیس کند، ما از او تشکر و استقبال هم می کنیم، چون آن‌ها هنوز هم نیامده‌اند.

← آقای دکتر، خوب سؤال ما همین است که شاید عارضه آن کاری که آن روز انجام شد این است که امروز آن‌ها نمی آیند.

به هر حال ببینید، ما الان اگر بخواهیم با تمام

اطلاعات امروز و آن تغییر رویکرد جهانی که در مورد مالکیت اتفاق افتاده نظر بدهیم، قطعاً می گوییم آن تصمیم در آن زمان درست نبود که ما بیاییم صنایع دارویی را تملک کنیم ولی آن زمان آیا اصلاً شرایط این جوری بود که کسی بتواند این گونه فکر کند و اصلاً به نظر خود شما که دست‌اندرکار بودید، آیا واقعاً کسی بود که فکر کند آن زمان می شد که مالکیت را از آن‌ها سلب نکنیم؟

← آقای دکتر، صادقانه باید گفت که در آن تاریخ خیر. واقعاً آن زمان اصلاً این امکان وجود نداشت. حالا من خودم به هر حال، در آن زمان اطلاعی نداشتیم، چون من در سال ۱۳۶۲ و ۱۳۶۳ یک دانشجوی جوان بودم، اما یک ارتباطات کمی داشتیم و یک چیزهایی می فهمیدم، ولی از سال‌های پیش‌تر که زمان اوج آن تصمیم‌گیری‌ها بود، هیچ اطلاع نداشتیم.

← آقای دکتر، خوب طبیعتاً نقاط ضعف و قوت آن به دلیل این که از قبل یک طرح کاملاً جامع پیش‌رو نبوده است، قابل تشخیص نبود ولی آن چه که مهم است این است که در عمل بالاخره ما به آن رسیدیم. به نظر شما آقای دکتر این امکان داشت که خیلی زودتر از این‌ها بتواند مورد بازنگری قرار بگیرد و از یک سوی از نقاط ضعف آن به نوعی پیشگیری بشود؟ اگر این امکان بوده است، به چه زمانی و چه مواردی مربوط می شود؟

به نظرم این که ما قبل از سال ۱۳۶۸ می توانستیم انتظار تغییرات اساسی در آن سیاست‌ها را داشته باشیم، انتظار درستی نیست. برای این که ما با جنگ و مسایل پیامد آن مواجه شدیم و کلاً اوضاع

شاهد یک بلبشوایزی در واردات بودیم که صدای همه را درآورد. حال این که نقطه شروعش کجا بود و چه جوری این مسیر طی شد تا رسید به نقطه اوجی که بحث مکمل‌ها و یک سری از اقلام دیگر دارویی به آن دامن زد، خودش نقطه مقابل آن سیاست‌های انقباضی است به کنار، اما نکته مهم این است که ما ظاهراً یک طرح جامعی که روی آن یک اتفاق نظر و یک تسلط جدی و مؤثر داشته باشیم نمی‌توانیم طراحی کنیم، یا اگر هم می‌توانیم و این اراده وجود دارد، باز یک جاهایی تحت تأثیر این شرایط غیرمترقبه، یک دفعه به‌طور ناگهانی همه چیز به هم می‌ریزد. به نظر شما این برداشتی که من عرض می‌کنم واقعاً یک برداشت اساسی و جدی است که در عمل تجربه کرده‌ایم یا این که نه، شما امیدوار هستید که بالاخره یک روزی این اتفاق خواهد افتاد که برنامه‌ای جامع به اجرا گذاشته شود؟

نه ببینید من اعتقاد دارم که ما هیچ‌گاه در حوزه دارو سیاست‌های همه‌جانبه نداشتیم و معمولاً تک بعدی به این موضوع نگاه کردیم و به نظر من گاهی اوقات متأسفانه بسیار کوتاه‌بینانه با موضوع برخورد کرده‌ایم. این صحبت من یعنی چی؟ ببینید من فکر می‌کنم که بسیاری از اوقات اولویت‌های نظام سلامت را در حوزه دارو یا نظام دارویی به درستی تشخیص ندادیم. اولویت نظام دارویی این است که دارویی که برای سلامت مردم مورد نیاز است، باید در همه جا و برای همه افراد در دسترس باشد. به نحوی که کیفیتش هم تضمین بشود، یعنی دستگاه ناظری آن را کنترل کند. توصیه سازمان جهانی بهداشت برای همه کشورهایی که عمدتاً هم

کاملاً تغییر کرد. یعنی شرایط خیلی سخت شده بود ولی شما می‌بینید که بعد از جنگ و تغییر دولت، به هر حال سیاست‌های درهای باز آقای هاشمی رفسنجانی و خصوصی‌سازی و این‌گونه مسایل یواش‌یواش شروع شد. منتها آن تابو هنوز هم وجود دارد. یعنی هنوز هم بعد از ۳۴ سال که از انقلاب گذشته، باز اگر بخواهیم مثلاً در اختصاص منابع (مانند شرایط فعلی که دوباره ارز مرجع و ارز آزاد مطرح شده است) تصمیم بگیریم، باز هم همه نگران هستند که با اختصاص این ارز به بخش خصوصی، رانت بزرگی که به‌خاطر اختلاف نرخ‌ها مطرح می‌شود، موجب بروز مشکلات جدی شود و برای همین می‌بینید که باز بخش‌های دولتی و بخش‌های شبه دولتی و عمومی مطرح می‌شوند تا عامل اصلی برخی از کارها بشوند و در مورد کالاهای اساسی مانند دارو، واردات و تولید و توزیع آن دوباره نگاه برمی‌گردد به دوران جنگ. ما این را در جلسات می‌بینیم، برخی از دوستانی که مسؤلیت داشتند، دوستان داروساز، به صراحت اعلام می‌کنند که ما باید این‌ها را کنترل کنیم و دوباره برگردیم به مادر تخصصی و به هلال احمر و واردات را متمرکز کنیم، شرکت‌های خصوصی را تعطیل کنیم و ... بدیهی است که در چنین شرایطی ظرفیت‌های بخش خصوصی خودشان تعطیل می‌شوند.

← آقای دکتر، این در شرایطی است که در حقیقت ما می‌رویم به سمت تصمیمات انقباضی ولی در شرایطی که یک بستر بازتری فراهم می‌شود و امکان تصمیم‌های انبساطی هم هست هم ما می‌بینیم که باز با همین روش‌های غیر کارشناسانه پیش می‌رویم. کما این که در این چند سال اخیر

ترکیب داروهای وارداتی یک تعداد آن‌هایی است که مشابه تولید داخل ندارد، یعنی وقتی وارد شده تولید داخل نداشته، یک تعداد آن‌هایی است که مشابه تولید داخل دارد، نه به‌عنوان مستقیماً خود دارو، به‌عنوان آلترناتیو آن. یعنی مثلاً ما فرض کنید آتورواستاتین در داخل تولید می‌شود، روزواستاتین را هم واردات می‌کنیم، ما این‌ها را هم باز یک Category گذاشتیم. یک Category هم داروهای هستند که تولید داخل عیناً همان دارو را دارد. یعنی دقیقاً ما هم آتورواستاتین داریم و هم آتورواستاتین وارد می‌شود. این سه تا گروه را ما بررسی کردیم تا بدانیم که سهم بازار هر کدام از آن‌ها چقدر است؟ در هر سه گروه، گروهی که هیچ مشابه ندارد که اکثر واردات ما این‌ها است، می‌رود کنار. آن زمانی که مطالعه را انجام دادیم، ۷۰ درصد واردات این است از نظر به اصطلاح ربالی ارزی. یعنی اصلاً شما فرض کنید زمانی که من این مطالعه را انجام می‌دادم، از ۶۰۰ میلیون دلار وارداتی که داشتیم، ۴۰۰ و خورده‌ای میلیون دلار آن این‌ها است. خوب این اصلاً تهدیدی برای تولید ما نیست برای این که ما اصلاً صنعت پلاستما نداریم، مثلاً ما فاکتور هشت می‌آوریم، این فاکتور هشت آن زمان هشتاد میلیون دلار واردات داشته، این چه ربطی به داروپخش دارد؟ فاکتور هشت است دیگر. حالا شبیه این‌ها که کم نبودند. ۷۰ درصد داروها این‌ها بودند، ۳۰ درصد می‌ماند که آن هم داروهای که یا عیناً مشابه داشت و یا آلترناتیو داشت و ما نشان دادیم در آن مطالعه، که در آن‌جایی که عیناً مشابه داشته، عملکرد تولید ما و عملکرد واردات ما هر دو تا عملکرد صعودی

در زمره کشورهای جهان سوم هستند، این است که تولید ملی هم وجود داشته باشد. چرا؟ چون آن دسترسی را بیشتر فراهم می‌کند. یعنی توصیه به دسترسی دارو برای همه از مسیر تولید ملی فراهم می‌شود، چون تولید ملی ارزان‌تر و در بحران‌ها کمک‌کننده است. حتی برای کشورهای کوچک هم داشتن صنعت داروسازی توصیه می‌شود، حتی مثلاً کویت یک میلیونی هم باید کارخانه داشته باشد. خوب این را ما قبول داریم، اما گاهی اوقات می‌آییم یک چیزهای دیگر به آن اضافه می‌کنیم. مثلاً توسعه تولید ملی یا ارتقا، توانمندی ملی را فکر می‌کنیم مساوی با این است که واردات دارو ممنوع بشود. الان در صنعت داروسازی ما، همواره با این درخواست مواجه هستیم. من خودم در زمانی که مسؤول بودم این درخواست از من می‌شده و الان هم این درخواست هست. ممنوعیت واردات، محدودیت واردات هیچ کمکی به صنعت نمی‌کند، یعنی این اشتباه بزرگی است که ما نه فقط در صنعت دارو، در صنایع دیگر هم داریم، آن چیزی که به صنعت کمک می‌کند، توسعه بازار است. توسعه بازار یا داخلی است یا بازار خارجی است. من زمانی که مسؤولیت داشتم از آن‌جا که هیچ موقع من تصمیم‌های شخصی نمی‌گرفتم، یک شورایی داشتیم هر هفته، دو هفته، سه هفته یک بار جلسه داشتیم، تمام این افرادی که در دارو به هر حال کسی هستند حضور داشتند و جلسه می‌گذاشتیم و ما آن‌جا گزارش چندین مطالعه انجام شده را ارایه دادیم که مثلاً ترکیب داروهای وارداتی چیست، کدام یک از آن‌ها برای صنعت خطر تلقی می‌شوند. تمام این‌ها را ما مطالعه کردیم.

را ضرب در ۱۴ برابر کنید که می‌شود، جمعیت ایران، می‌شود ۶ میلیارد دلار. یعنی این که ایران ۶ میلیارد دلار واردات کند. در حالی که ما آن زمان ۶۰۰ میلیون دلار واردات می‌کردیم، یعنی یک دهم اردن. صادرات اردن ۲۵۰ میلیون دلار، یعنی ۳ میلیارد دلار و آن زمان ما ۴۰ - ۳۰ میلیون دلار صادرات دارو داشتیم. مشکل ما این است که خودش مشکل بزرگی است. این جوری نیست که اگر ما درها را ببندیم، وضع ما بهتر می‌شود. شما ببینید که یک مارکت اردن چه قدر بزرگ‌تر از ما است؟ اما خوب با صادراتی که دارد، تراز مثبت ایجاد کرده است. الان به خصوص ۵۰۰ می‌آورد و ۶۵۰ می‌فرستد بیرون. برای همین من فکر می‌کنم که یک زمانی اصلاً برای ما صرف کند که واردات ۱ میلیارد دلاری امروز ما بشود ۲ میلیارد دلار، اما صادرات مان هم بشود ۳ میلیارد دلار.

◀ آقای دکتر، اتفاقاً ما دقیقاً به دنبال کالبد شکافی موضوع هستیم تا ببینیم که مشکلمان کجا است. آیا مردم اردن از ما هوشمندتر هستند، مدیریت کلان حاکم بر آن مجموعه خیلی روزآمدتر است، بستر اقتصادی‌شان از ما بهتر است، ارتباطات با دنیای پیشرفته‌شان در حقیقت منطقی‌تر است، موضوع چیست؟ ما که الحمد ... در بسیاری از موارد، چندین گام جلوتر هستیم.

دخالت بیش از حد دولت، مثلاً من که می‌روم می‌شوم وزیر بهداشت، می‌شوم معاون غذا و دارو و یا رئیس سازمان غذا و دارو که جدیداً ایجاد شده است، من می‌خواهم برای همه تصمیم بگیرم. یعنی اشکال ما در این است که اگر یک مدیر صنعت دیر به من سلام کند، می‌گویم پروانه‌اش را ندهید و

بودند. یعنی سهم صنعت ما به هیچ عنوان کاهش پیدا نکرده، حالا ما این را نشان دادیم که چرا این اتفاق افتاده است. علت توسعه بازار است. صنعت ما نتوانسته بازار را توسعه بدهد، اما آن واردکننده نتوانسته بازار را توسعه بدهد و در سایه توسعه بازار، تولیدکننده ما سود برده. بهترین مثالی که ما زدیم پلاویکس و اسویکس بودند، یعنی من هنوز هم این را با اطمینان کامل می‌گویم. اسویکس از حضور پلاویکس به شدت سود برد. یعنی اگر پلاویکس را ما همان روز قطع کرده بودیم، اسویکس کلویدوگول بود با بازار یک پنجم بازار موجود. این یک واقعیتی است که وارداتی که در دارو صورت می‌گیرد، اگر مدیریت منطقی داشته باشد و روی اصول انجام بشود، هم پزشکان و بیماران راضی می‌شوند و هم صنعت آسیب نخواهد دید و رشد صنعتی هم می‌تواند محقق شود.

آن چیز دیگری که ما همواره از آن غفلت کردیم و از اولی بسیار مهم‌تر است، این است که ما هیچ موقع دنبال توسعه صادرات نرفتیم. من مثال اردن را بارها برای همکاران صنعت داروسازی زدم. واردات اردن (این آمار من مربوط به ۶ سال پیش است، آمار امروز را هم دارم ولی چون موضوع مورد بحث مربوط به آن زمان است، آنچه که می‌گویم آمار ۶ سال پیش است)، من گفتم واردات اردن ۴۰۰ میلیون دلار است، صادرات اردن ۲۵۰ میلیون دلار است، امروز می‌دانید برعکس است، واردات اردن ۵۰۰ میلیون دلار است، صادرات اردن ۶۵۰ میلیون دلار است. حتی آن ۳۰۰ و ۲۵۰ را هم اگر بگیرید، واردات اردن به نسبت جمعیتش (چون اردن ۵ میلیون نفر جمعیت دارد) یعنی شما ۴۰۰

یک مدتی او را در فهرست سیاه بگذارید تا حالش جا بیاید. این کارها خنده‌دار است، این رفتار مال ۱۰۰ سال پیش است. این رفتارهایی که ما فکر می‌کنیم تصمیم‌گیر حیات و ممات دیگران هستیم و جرأت پیدا می‌کنیم که این‌جوری رفتار کنیم. این اشتباه بزرگی است که ما داریم مرتکب می‌شویم و در حوزه مسؤولیت‌مان قانونمند رفتار نمی‌کنیم. من زمانی که مسؤولیت داشتم، از نظر اصولی مخالف تک نسخه‌ای بودم، یعنی فکر می‌کردم که این اشتباه است که شرکت‌هایی باشند که هر دارویی که مردم بخواهند را می‌آورند، بعد هم دیدیم که این تک نسخه‌ای‌ها اصلاً دیگر تک نسخه‌ای نبودند، تبدیل شده بودند به واردکننده بالک. با این که من مخالف بودم اما وقتی می‌خواستیم تصمیم بگیریم، بالاخره از یک جاهای دیگر، می‌گفتند که این سوپاپ اطمینان باید باشد. گفتیم خوب باشد، ولی آیا این سوپاپ اطمینان باید انحصاری در اختیار سه نفر باشد؟ بالاخره من نمی‌توانم بپذیرم، چون اگر این سوپاپ اطمینان لازم است، من نمی‌توانم در آن را به روی بقیه ببندم و بگویم این سوپاپ در اختیار همین سه نفر است. باید رقابت باشد، باید به هرکسی که خواست سوپاپ بشود، اجازه داد. نمی‌توانیم که محدودیت ایجاد کنیم. ما در آن‌جا گفتیم هرکسی می‌تواند بیاید تک نسخه‌ای تاسیس کند اما باید ضوابط ما را رعایت کند. یک سال پس از اجرای قانون، چهار تا شرکت تک نسخه‌ای با عملکرد ۱۱۰ میلیون دلار با آمار رسمی موجود تبدیل شدند به ۵۰ شرکت تک نسخه‌ای با جمع عملکرد ۷۷ میلیون دلار. به نظرم بزرگ‌ترین اشکال ما که فقط هم مشکل حوزه غذا و دارو

نیست، بلکه در جاهای دیگر هم هست، این است که زیادی دخالت می‌کنیم، بسیاری از تصمیماتی که ما می‌گیریم، تصمیمات غیرمرتبط با قانونی است که ما باید اجرا کنیم. قانون واقعاً به ما این قدر اختیار نداده است که ما هر روز عین موم آن را در اختیار خودمان بدانیم تا هر جور دلمان خواست آن را تغییر بدهیم. این بزرگ‌ترین اشتباه ما است. اگر ما صنایع داروسازی قوی داشته باشیم، همان اتفاق برایمان می‌افتد، در اردن رخ داد. الحکمه در اردن خیلی بزرگ‌تر از دستگاه نظارتی اردن است. یعنی مثلاً شما می‌روید در هند، آن شرکت‌های تاپ هند که همه آن‌ها را می‌شناسید، به قدری قوی هستند که دستگاه نظارتی هند در مقابل آن‌ها هیچ است. شما بروید آمریکا که بزرگ‌ترین دستگاه نظارتی دنیا (FDA) را دارد. می‌بینید شرکت‌های فارماسیوتیکال از نظر بنیه علمی، خیلی قوی‌تر از FDA هستند. شما فارماکوپه‌ها (USP) را نگاه کنید، بسیاری از داروهای ما می‌بینید که ۲ سال، ۳ سال، ۴ سال از عرضه آن‌ها به بازار گذشته است ولی هنوز منوگراف ندارد. ما برعکس فکر می‌کنیم. در واقع، نگاه ما به صنعت برعکس است، ما صنعت را از خودمان ضعیف‌تر می‌دانیم و دوست داریم که کنترلش کنیم، برای همین به وفور سیاست‌های کنترل‌کننده و محدودکننده داریم. همین الان در شرایط بحران و در وضعیت بسیار عجیب و غریبی قرار داریم. همین الان مثلاً شرکت داروسازی ما می‌گوید که فلان منبع دیگر نمی‌تواند ماده مورد نیازش را بدهد، بنابراین، نمی‌تواند از آن بخرد و مجبور است که از آن منبع دیگر بیاورد. بازدید GMP را برایش مطرح می‌کنیم. یعنی هنوز ما نمی‌پذیریم که

می‌تواند بهتر بیافتد. ما یک زمانی در بنیاد ۱۵ خرداد که من مدیرعامل مجموعه شرکت‌های خسروشاهی (تولی‌پرس، تولیددارو) بودم، آمار قبل از انقلاب را که نگاه می‌کردیم، بازار اصلی شرکت تولی پرس بازار منطقه بود، نه بازار ایران. در سال ۱۳۵۵، ۱۵۰ میلیون دلار صادرات داشته و من مطمئن هستم این شرکت اگر روند خودش را طی می‌کرد الان ۲ میلیارد دلار صادراتش بود، یعنی حتماً این اتفاق می‌افتاد.

← آقای دکتر، احساس ما از فرمایشات شما این است که ما هنوز در شرایطی نیستیم که بتوانیم یک تصمیم جامع و مؤثر در تمام بخش‌های ذی‌ربط در نظام دارویی را حتی تدوین کنیم اما اگر قرار باشد که این اتفاق بیفتد، به نظر شما اولویت‌ها کدام هستند؟ یعنی به نظر شما اولین اقدام مهم کدام است و اقدام مهم بعدی کدام است؟ مثلاً بعضی‌ها می‌گویند که همه این‌ها در گرو قیمت است، بعضی‌ها می‌گویند همه این‌ها در گرو روابط سیاسی و بین‌المللی است اما قطعاً نمی‌تواند فقط در گرو یک یا دو مورد باشد، بنابراین، تصمیمی که ناشی از یک دقت نظر متأثر از آسیب‌شناسی دقیق باشد، چیزی فراتر از این خواهد بود. به نظر شما با این همه تجربه‌ای که در بخش‌های مختلف داشتید اولویت‌ها کدامند؟ من با این که بگوییم یک کار چیست مخالفم، یعنی من واقعاً فکر می‌کنم یک پکیج است، یک بسته است. در صنعت داروسازی کل پکیج را باید با هم دید، یعنی همه نظام دارو را باید با هم دید، در نظام دارویی که همه‌اش با هم دیده بشود، سهم من هم به‌عنوان رئیس دانشکده داروسازی

آن شرکت خودش به بلوغ لازم رسیده است. خوب بابا کاری ندارد که، ما می‌توانیم بگوییم شرکت فلان، شما می‌توانی خودت با مسؤلیت خودت کنترل کنی. یعنی ما شرایط موجود خودمان را هم درک نمی‌کنیم، به صنعت که اعتماد نداریم بماند، شرایط را هم درک نمی‌کنیم. به همین دلیل محدود هستیم. شرکت‌های داروسازی ایران شرکت‌های کوچکی هستند. اگر بخواهند بازیگری بزرگ بشوند و در منطقه نقش داشته باشند، باید داروپختی که فروشش ۲۰۰ میلیارد تومان است بشود ۵۰۰ میلیارد تومان. این به این معنی است که ما هیچ شرکت بزرگ‌تر از سایر شرکت‌های منطقه نداریم. هند را اصلاً بگذاریم کنار، چون ما اصلاً نمی‌توانیم با هند رقابت کنیم. جلفار را ببینیم که با شرکت‌های ما تأسیس شد، الان فروش جلفار را ببینید. برای این به جایگاه دست یافته است که اصلاً برای امارات کار نمی‌کرد. باور کنید اگر ما به جلفار اجازه ورود به بازار ایران را می‌دادیم (براساس یک استراتژی سیاسی چنین اجازه‌ای را ندادیم)، یعنی من تا بودم یک دانه اجازه بهش ندادم. خیلی فشار آوردند، چون آن شیخ آدم قوی بود، حالا الان ارتباطات با ایران یک کمی ضعیف است، ولی آن زمان واقعاً از طریق رابطان سیاسی داخل کشور فشار می‌آورد که راهش باز بشود و تلاش می‌کرد که یک سوراخ پیدا کند. باور کنید اگر ما اجازه می‌دادیم و جلفار شانس پیدا می‌کرد، الان Number one ایران شده بود. این اشکالات را ما داریم و به نظر من اگر این نگاه‌ها عوض بشود، مطمئنم که صنعت ما می‌تواند خیلی بزرگ‌تر بشود، به‌خصوص الان که این نرخ ارز به نفع صادرات است، این اتفاق

وابستگی به دولت الان در مورد ارز یعنی چی؟ من می‌گویم راه نجات این است که به شما ارز مرجع ندهند، اما بسیاری از مدیران صنعت با تمام وجود دنبال این هستند که مثلاً ارز آلومینیوم و ژلاتین و نشاسته و این‌ها که در حال حاضر آزاد شده، از سهمیه ارز مرجع استفاده کنند. لیدرهای صنعت، آقای دکتر نجفی و سایرین، این را می‌خواستند، این به نظر من نشان می‌دهد که ما جهت‌ها را متوجه نیستیم. اگر ما دنبال همان توسعه ارتباط با دولت باشیم، این یعنی همان کوچک شدن و من مثلاً می‌گفتم آقای دکتر نجفی (حالا من دکتر نجفی را می‌گویم برای این که رئیس سندیکا است دیگر)، شما چه جوری منفعت سندیکای خودت را دنبال می‌کنی اما فکر می‌کنی باید ارز مرجع بگیری؟ این یعنی چی؟ یعنی کوچک ماندن شما برای این که وقتی به شما ارز مرجع دادند، قیمت محصول شما را هم با ارز مرجع تعیین می‌کنند. ماست قیمتش دو برابر شد، مطمئن باش فردا در حقوق کار، تأثیر خودش را می‌گذارد. این اتفاقی که الان افتاده دقیقاً مشابه شرایط ابتدای جنگ و هم‌چنین زمان ابتدای دوره آقای هاشمی است که تورم سنگین ناشی از تغییر نرخ ارز به وجود آمد و شما مجبوری خودت را Adjust کنی و این اتفاق می‌افتد یعنی وضع همین جوری که نمی‌ماند، مطمئن باشید در یکی دو سال آینده حقوق تمام حقوق‌بگیرها باید Adjust بشود. مگر می‌شود شرایط زندگی یک کارگری که داشته ۵۰۰ تومان می‌گرفته و با آن زندگی می‌کرده و الان نمی‌تواند ادامه بدهد، برای این که ماست سه برابر شده، تغییر نکند؟! حالا صنعت داروسازی که همه چیز آن Adjust شده است اما تو نشده‌ای.

مشخص است. یعنی این که نحوه آموزش چگونه باشد، تعداد و ترکیب دانشجویان چگونه باشد، تا کجا می‌خواهم بروم، چه رشته‌هایی باید تربیت کنم یا این که اصلاً الان آموزش در خدمت نیازها هست یا نیست، من فکر می‌کنم که باید همه را با هم ببینیم. منتها استراتژی‌هایمان باید درست انتخاب بشود، یعنی آن چیزی که جهت‌ها را تعیین می‌کند، آن باید طوری باشد که این‌ها همه با هم درست تنظیم شده باشد، یعنی نباید متضاد عمل کنیم. در طول سال‌های گذشته ما در بسیاری از اوقات تصمیم‌هایمان متضاد بوده و شما می‌توانید نمونه‌های زیادی پیدا کنید که ما داریم در یک جایی یک تصمیم درست می‌گیریم و یک جایی دارد برعکس آن و به گونه‌ای کاملاً متضاد حرکت می‌کند. اگر جامع‌نگری لازم را نداشته باشیم، کارهایمان درست نمی‌شود. ممکن است همه تصمیمات را با هم نشود گرفت، پله پله باید تصمیم بگیریم، ولی به نظر من ما باید حتماً همه چیز را ببینیم. مثلاً از یک سال و نیم پیش در ارتباط با شرایط موجود، ما به‌عنوان یک گروهی از داروسازان برای چاره‌جویی فکر می‌کردیم که روند تحریم‌ها دارد سخت می‌شود، بنابراین، ما باید چه کارهایی بکنیم. جلساتی هم داشتیم، با وزیر قبلی هم جلساتی داشتیم، الان با آقای دکتر طریقت جلساتی داشتیم و صحبت‌هایی کردیم. بسیاری از حرف‌ها و پیشنهادهایی که از موضع صنعت ما مطرح می‌شد، نشان می‌دهد که هنوز هم حتی برای نجات خودش برنامه‌های غلط پیش‌بینی می‌کند. مثلاً ما می‌گوییم (من اعتقاد دارم) راه نجات صنعت ما، کاهش وابستگی به دولت در همه چیز است. کاهش

اجازه می‌دهی؟ حتی ممکن است تو یک چیزی گفته باشی، ولی کارشناس تو مطمئن باش می‌رود این را بیست برابرش را به او می‌گوید، آخر این چه کاری است که شما یک شرکت را در Black list می‌بری؟ الان ازت می‌ترسند، هیچکس نمی‌رود شکایت تو را بکند، ولی خوب تو با این کار تمام نظامات را بهم می‌ریزی.

◀ آقای دکتر، با تعریفی که شما از واردات داشتید، سؤال ما این است که چرا ما باید تعرفه داشته باشیم؟ تعرفه که در بخش سلامت خرج نمی‌شود که، می‌رود در خارج از این حوزه هزینه می‌شود در حالی که مصرف‌کننده (چه بیمه، چه دانشگاه علوم پزشکی و چه مردم) باید پول بیشتری بدهند. تأثیری هم در رقابت ندارد، یعنی این افزایش قیمت هیچ اثری در رشد صنعت ندارد. بالا بودن قیمت محصول وارداتی اثری مثبت در مصرف‌کننده ندارد. سؤال من این است که به رغم این مسایل چرا ما باید تعرفه را حفظ کنیم. خوب به‌طور کلی با دیدگاه حضرت عالی موافقم که تعرفه در کالاهای سلامت منطبق ندارد. اما واقعیت این است که ما از بین راه‌هایی که وجود دارد، باید یک راه را انتخاب کنیم. ببینید، من اعتقاد دارم هرکسی که تا امروز در وزارت بهداشت مسؤولیت گرفته، دیدگاه حمایت از صنعت را داشته است. یعنی هیچ‌کس در وزارت بهداشت دیدگاهش غیر از این نبوده و من خودم به هر حال بیش از حد خوشحالم که وقتی آمار سال ۱۳۸۴ را با سال ۱۳۸۷ (سال ۱۳۸۸ دیگر مال من نیست، نصف آن مال دکتر شیبانی است) مقایسه می‌کنم، می‌بینم که علی‌رغم همه سیاست‌های رفع ممنوعیت و

من به همه جانبه‌نگری اعتقاد دارم، اما شاه کلید نجات صنعت را در کاهش وابستگی هر چه بیشتر به دولت می‌بینم و من خودم در زمانی که مسؤولیت داشتم واقعاً تمام تلاشم این بود که نه من، نه کارشناس، نه مدیرکل نتوانیم شخصاً و سلیقه‌ای برای صنعت تصمیم بگیریم، ولی خود صنعت این را می‌خواهد، صنعت می‌گوید آقا چرا این همه پروانه می‌دهید؟ یا مثلاً هر رور پیش من بودند و می‌گفتند چرا با این فروش مدت‌دار برخورد نمی‌کنید؟ آقای دکتر آذرنوش مدیرعامل وقت TIPICO می‌آمد پیش من، مدیران شرکت فارابی یا شرکت آنتی بیوتیک سازی ساری را می‌آورد و می‌گفت مشکل این‌ها را حل کنید. می‌گفتم دکتر آذرنوش تو رئیس هر دوتا هستی، چرا می‌آیی پیش من برای حل مشکل این دوتا. این از این نمی‌خرد و می‌رود از خارج می‌خرد. آخر مگر چنین چیزی می‌شود؟ این نشان می‌دهد که ما دوست داریم ساده‌ترین و کوتاه‌ترین راه حل‌ها را برویم و نگاه ما به آن دستگاه نظارتی خیلی بیش از نظارت است. درحالی که آن باید کیفیت محصول ما را کنترل بکند، باید شرکت‌ها را رگولیت بکند. من به قدری باید قوی باشم که او واقعاً من را رگولیت کند، نه این که همه چیز من در اختیار وزارت بهداشت باشد، الان بحث مرگ و زندگی است و این باعث می‌شود که لابی هر کسی قوی‌تر باشد، بتواند بیشتر پروانه قیمت بگیرد، آن یکی نمی‌گیرد. الان رسماً مدیرعامل‌های برخی از کارخانه‌ها می‌آیند و می‌گویند که آن‌ها را در Black list گذاشتند. من زنگ زدم به دکتر شیبانی می‌گویم دکتر شیبانی، واقعاً این کار بزرگترین اشتباه تو است. آخر چرا تو

دیگر بی‌اثر می‌شود، یعنی برای این که دیگر واردات رسمی صورت نمی‌گیرد و قاچاق می‌شود، یعنی ما تعرفه را به خصوص در دارو و مکمل‌ها نمی‌توانیم از یک حدی بیشتر کنیم. قاچاق، همیشه به‌عنوان آلترناتیو واردات قانونی وجود دارد.

← آقای دکتر، آیا علت مصرف داروی خارجی و گرایش طبیب یا بیمار برای مصرف داروی خارجی، جدا از تصمیمات مدیریت کلان ما (از موضع طرف مصرف‌کننده و رغبت وی) آیا عدم کیفیت تولید و عدم اطلاع‌رسانی به اطبا در ارتباط با تولید است، یا به‌خاطر مسایل فرهنگی است که ما رغبت به مصرف کالای خارجی داریم یا احياناً به‌خاطر موارد دیگر است؟

به نظرم همه این‌ها است. مطلب اول این است که اگر بازار ما محدود بشود، این چیزی است که صنعت ما همیشه طرفدار آن است، صنعت ما دوست دارد که در یک میدان باز فعالیت کند که بالاخره من بارها گفتم، شما یک گنج پرس کن بده به مردم که آلترناتیو نداشته باشد. این باعث شده ۲۰ سال ما بالاخره در یک میدان بسته‌ای حضور داشتیم. من یادم می‌آید که حتی سهم کارخانه‌ها را هم وزارت بهداشت تعیین می‌کرد، یعنی کالا ما برنامه می‌دادیم که مثلاً شما ۲۰ درصد تولید کن و آن دیگری تازه آمده است مثلاً ۵ درصد، آن یکی یک مقدار سینیورتر است ۴۰ درصد تولید کند. در این شرایط مطمئن باشید که هیچ تلاشی برای بهبود کیفیت نمی‌شود، هیچ تلاشی هم برای مارکتینگ نمی‌شود. بنابراین، هر دوتا ذهن مردم را می‌سارند، یعنی هم واقعاً من کیفیت را بالا نمی‌برم، هم مارکتینگ نمی‌کنم، برای این که نیار ندارم. داروی

محدودیتی که من اجرا کردم، سهم صنعت از نظر کمی بیش‌تر شده، اما از نظر ریالی متأسفانه، هیچ موقع کسی نتوانسته است این اختلاف را بگیرد.

← آقای دکتر، عدد درست کدام است نمی‌دانیم. از نظر ریالی سهم صنعت همیشه سهم در حال کاهش است، یعنی از ۲۰ سال پیش که سهم واردات از نظر ریالی ۱۵ درصد بود، هی دارد زیاد می‌شود و الان به بیش از ۴۰ درصد رسیده است. ولی از نظر کمی ما توانسته‌ایم ۹۶، ۹۷ درصد را حفظ کنیم. من فکر می‌کنم که ما باید بین مسیرهایی که وجود داشت انتخاب می‌کردیم. یک مسیر این است که سیاستی را که قبلاً هم داشتیم، ممنوعیت واردات مشابه تولید داخل. یک سیاست این بود که ما بگوییم اگر در واقع کالایی تولید داخل دارد، واردات ممنوع نمی‌شود محدود می‌شود. محدودیت واردات را این‌جوری عمل می‌کردیم و تعرفه‌ای برای آن در نظر می‌گرفتیم. در واقع در صورت تولید ژنریک در داخل به ژنریک خارجی اجازه واردات نمی‌دادیم، یعنی ما سیاستمان این بود. می‌گفتیم فقط به اورجینال برند اجازه رقابت با ژنریک خودمان را می‌دهیم برای این که اختلاف این قدر شدید هست که آن فقط سهم ۵ درصد مارکت خواهد بود. یعنی خوشبختانه این قدر اختلاف قیمت بالا است که اکثر مردم همین را می‌گیرند، بیمه همین را می‌دهد و همین را می‌خواهند. بنابراین، من فکر می‌کنم در آن شرایط داشتن تعرفه برای کالاهایی که مشابه هستند، فقط به اصطلاح یک مسکنی است برای خود ما که می‌خواهیم از صنعت حمایت کنیم. حتی اگر این تعرفه را از یک حدی بیشتر کنید هم

یک بسته است. ما این را تازه فهمیدیم. ببینید، ما مارکتینگ نداریم، حق مصرف کننده را رعایت نمی‌کنیم، بازاریابی وجود ندارد، در حالی که شما بخش زیادی از نیاز بیماران را از طریق بازاریابی می‌فهمی و به این وسیله متوجه می‌شوی که مریض چه می‌خواهد، پزشک چی می‌خواهد و بر مبنای این بررسی‌ها وضعیت محصول خود را اصلاح می‌کنی. شما بروشور ندارید، چگونه انتظار دارید؟ خوب معلومه خارجی را ترجیح می‌دهد. اثر دارونما هم هست، وقتی به ما اعتماد ندارد، دارویمان اثر نمی‌کند. این هم مطالعه و Publish شده است. خود من در New England که ژورنال بسیار معتبری است مطالعه انجام شده آن را خوانده‌ام. مطالعه چندتا هست اثر دارونما، یعنی بیماران را سه گروه کردند یک نوع painkiller را دادند، ولی بسته بندی‌هایشان را تغییر دادند. گفتند painkiller ۱ دلاری، اوربجنال برند، همه یکی. فقط بیماران به اصطلاح خودشان گزارش بدهند که اثر دارو چه بود؟ بیماری که painkiller ۱۵ دلاری خورده اثر بیشتری کرده در حالی که در واقع همه یک دارو گرفتند. اثر دارونما وجود دارد. وقتی پزشک یا بیمار به داروی ما اعتماد ندارد اثر لازم را هم از آن نمی‌گیرد.

◀ آقای دکتر، بانک مرکزی هر سال براساس آماري که ارایه می‌کند نرخ تورم را تعریف می‌کند، نرخ پایه بعد از انقلاب را هم سال ۱۳۶۳ در نظر گرفته است، بعد در سال ۱۳۹۰ هم ۳۵۰ قلم کالا را در نظر می‌گیرد. اگر آن روز ما دارو را ۱۰۰ بگیریم، امروز با سایر کالاها به هیچ وجه

تولید داخل ما به هر حال ما خودمان می‌دانیم که واقعاً استانداردهای کیفی را رعایت می‌کند و ما هم می‌دانیم که این نظر پزشکان که می‌گویند شما مواد اولیه تان را از هند و چین می‌آورید، بنابراین، کیفیت ندارد، درست نیست برای این که مواد اولیه آمریکا و اروپا هم از هند و چین می‌آید. من آمار سال ۲۰۰۷ FDA را نگاه می‌کرد ۸۰ درصد مواد اولیه دارویی آمریکا از هند و چین است.

یعنی حتی مواد اولیه برندها را هم گاهی اوقات می‌روند از آن جا می‌آورند. بنابراین، این‌ها را قبول ندارم، ولی به هر حال ما برای کیفیت کم تلاش کردیم. از این مهم‌تر در مارکتینگ هم ضعیف بودیم یعنی چون نیازی نداشتیم، بنابراین، مثلاً گاهی اوقات بسته‌بندی دارویی ما هیچ تناسبی با مقدار مصرفی آن ندارد. ما حتی در مورد داروهایی که مقدار مصرفی آن‌ها مثلاً ۱۴ قرص است، نیامدیم بسته‌بندی را در نظر بگیریم که من باب مثال مضربی از ۷ باشد. به رغم این که مقدار مصرفی این چهارده تاست، بیست و هشتاست، هفتاست، ده تایی بلیستر می‌کنیم. ببینید این خیلی فاجعه است که ما حتی بسته‌بندی مان متناسب با مقدار مصرفی نیست و داروخانه باید آن را قیچی کند در بیاورد. بیمار بسیاری از بسته بندی‌های دارویی ما را اصلاً هیچ موقع نمی‌بیند، فقط یک بلیستر می‌بیند. کجای دنیا این جوری است؟ اصلاً در کجای دنیا به شما بلیستر می‌دهند، کجا می‌ریزند در پاکت و به شما می‌دهند؟ بسته‌بندی دارویی طبق مقدار مصرف است. ۷ تا است، ۱۴ تا است، ۲۸ تا است، ۳۰ تا است و طبق دوز بسته می‌شود. آنتی بیوتک اگر ۵ تایی است، ۵ تا درون

قابل مقایسه نیست. آیا به نظر شما به فرض ارزش مرجع اخیر که برای تامین دارو در نظر گرفته شده است، علت این قضیه است یا خود سانسوری ما و یا تفکر حاکم بر اعضای کمیسیون ماده ۲۰ است یا خود صنعت رضایت ندارد تا برای واقعی شدن قیمت‌ها تلاش کند، بیمه‌ها دارند فشار می‌آورند، دولتی که خریدار دارو است نمی‌گذارد، چه اتفاقی افتاده که حاصل آن عدم توسعه در بخش‌های مختلف و مهم مانند تحقیقات و مطالعات و بعد واقعی نشدن قیمت تولیدات داخلی در مقایسه با واردات دارو است؟

چندتا مطلب در این امر دخالت دارد. یک مطلب کلاً آن فرمولی است که ما در قیمت‌گذاری دارو داشتیم که البته، اصلاح شد اما رعایت نشد، این که ما Cost Base هستیم. یعنی که ما قیمت‌گذاریمان براساس قیمت تمام شده است. خوب این برچیده شد، در دنیا هم دیگر این را عمل نمی‌کنند، در بسیاری از کشورها هنوز قیمت‌گذاری دارو انجام می‌شود، یعنی کشورهای کمی هستند که قیمت‌گذاری ندارند. البته، من طرفدار آزادسازی قیمت‌گذاری دارو نیستیم، بلکه واقعاً طرفدار قیمت‌گذاری دارو هستیم برای این که نشان داده شده در کشورهای که آزادی قیمت دارو وجود دارد، مارکت کنترل‌کننده قیمت نیست. در کاشی و سرامیک و غذا و همه بخش‌های دیگر هست، اما در دارو نیست. هزینه‌های دارویی آمریکایی‌ها خیلی بیش‌تر از هزینه دارویی اروپایی‌ها است، چون قیمت‌گذاری دارو در آمریکا به عهده خود فروشنده است، در اروپا کمیسیون هست که این کار را می‌کند. من طرفدار قیمت‌گذاری دارو

هستیم، اما می‌گوییم چند تا مسأله دخالت دارد، یکی این که متأسفانه هنوز ما به فرمول قیمت تمام شده اعتقاد داریم، یعنی هنوز می‌گوییم قیمت چند است؟ مثلاً شما می‌گویید ۱۰۰ تومان، خوب، گاهی اوقات قیمت ۲۰۰ تومان را هم به شما می‌دهیم ولی همش حواس مان هست (این در ذهنمان جا گرفته است) که از ۲ برابر قیمت تمام شده ات فراتر نرود. اما خیلی از اوقات تنها ۲۰ درصد یا ۳۰ درصد را به قیمت تمام شده شما اضافه می‌کنیم و همان را ملاک قیمت محصول شما قرار می‌دهیم، به هر حال این‌ها فشارهایی است که وجود دارد. این یک مطلب، مطلب دوم واقعاً همین است که می‌فرمایید به هر حال، بیمه تعیین‌کننده است، خود دولت اصلاً علاقه مند به افزایش قیمت دارو نیست برای این که باید از آن طرف این‌ها را جبران کند. یعنی دولت به شدت مخالف است. مطلب بعدی هم سیاست‌های غلط صنعت داروسازی است. متأسفانه در سال‌های اخیر یکی از مهم‌ترین ابزارهای افزایش فروش صنعت داروسازی به اصطلاح یکی بخر، دوتا ببر و مدت‌دار و این جور روش‌ها شده است و این اثر منفی خودش را در تجارت دارو می‌گذارد. یعنی همین الان (در شرایطی که ذخایر دارویی کشور کم شده، مواد اولیه کم شده، موجودی انبارها کم شده، تولید سخت شده) هم جایزه فروش را ما داریم، همین الان هم فروش مدت‌دار را داریم و این اشتباهی است که صنعت می‌کند و واقعاً سندیکای صنعت داروسازی باید این مشکل را حل کند، یعنی این‌ها می‌توانند واقعاً یک سدی برای خودشان بگذارند چون اگر این کار از یک حدی بگذرد، به‌خاطر اثر روانی

بخش خصوصی خوب عمل کرده، بعضی‌هایشان هم خوب عمل نکردند، یعنی بعضی‌هایشان واقعاً، بعضی شرکت‌ها به نظر من کوچک شدند. مثلاً روزدارو و این‌ها کوچک شدند، یعنی مدیریت خیلی به روزی اعمال نکردند. ولی به نظر من ضربه اساسی را همان شرکت‌های بزرگ تقریباً دولتی زدند و قبول دارم که این پاسخ و واکنش است، مثلاً صنعت ما هنوز نمی‌داند که مدیریت Cash Flow مهم‌تر از سود و زیان است. یعنی هنوز این را نمی‌داند که اول باید Cash Flow، یعنی دخل و خرج (این چیزی که بازاری‌های قدیمی ما می‌گویند) را تنظیم و رعایت کنیم، بعد سودآوری را. یعنی شما اگر وصولی‌ها و پرداختی‌ها را خوب تنظیم نکنی ولی روی کاغذ، چون سود و زیان را روی کاغذ حساب می‌کند، این قدر فروش است فوری، سریع آتش می‌زند و بعد می‌رسد به یک روزی می‌بینی خوب فروخته‌ای ولی هیچ ورودی نداری، چون یک ساله فروختی. روی کاغذ سود و زیان حاصل از عملکرد سال شما هم عالی است ولی کو؟

◀ آقای دکتر، سال‌ها پیش که آقای نمازی از طرف وزیر دارایی در مجمع داروپخش شرکت می‌کردند به من می‌گفتند که ما در هر چیزی که مربوط به دولت است مثل قند و شکر و آرد و خیلی از موارد دیگر، اول پول می‌گیریم و بعد کالا می‌دهیم. شما در بخش دارو (آن موقع ۴۵ روز بود)، ظاهراً به دلیل وابستگی حرفه‌ای چنین کاری را انجام می‌دهید. بعد وقتی من می‌گفتم که بیمه است، می‌گفت شما بیا نقد بفروش، داروخانه مجبور است قراردادش را با بیمه طوری

که در وزارت بهداشت ایجاد می‌کند، دشواری‌ها را بیشتر می‌کند. چون می‌گویند اصلاح قیمت‌ها باعث سود بیشتر شما می‌شود و قدرت مانور شما را برای این کارها بیشتر می‌کند و به جای این که سرمایه‌گذاری کنید و بیشتر صرف تحقیق و توسعه کنید، در خارج مارکتینگ داشته باشید، توسعه صادرات داشته باشید، سرگرم این کارهای پیش پا افتاده می‌شوید. من موافقم که صنعت ما چون نگاه درونی دارد، واقعاً در بسیاری از بخش‌های همین اتفاق می‌افتد؟ یعنی بسیاری در یک رقابت منفی، برای این که دیگران را از رده خارج کنند از این افزایش توان مالی برای چنین مقاصدی استفاده می‌کنند.

◀ آقای دکتر، حالا یک نکته‌ای هست، بعضی‌ها معتقدند که این تصمیم اولیه صنعت یا هر بخش متأثر دیگر نیست، این یک ری اکشن است در مقابل یک سری نقاط ضعفی که حاصل همان عدم جامع نگری است، یعنی اگر مثلاً بیمه‌ها وظایف خودشان را انجام بدهند، صنعت به جای این که بیاید این جواری رقابت ناسالم کند، منافع خودش را در آن سمت و سو Save می‌کند.

ببینید، در بسیاری از شرکت‌های ما مدیریت غلط جریان دارد. من صنعت داروسازی را وقتی می‌گویم، مالکیت در صنعت را می‌گویم که دولتی است، بخش خصوصی ما یک کمی بهتر عمل کرده است، چون یکی از دوستان همین ۳-۲ هفته پیش یک آماری را در مورد سهم بازار براساس مالکیت تهیه کرده بود که نشان می‌داد و سهم بازار بخش خصوصی همواره بیشتر شده است، درحالی که تعداد داروخانه‌هایش بیشتر نشده است. نه این که همه

دیدم که وجود دارد. یعنی دارویی در آمریکا وجود دارد، در انگلیس نیست، شرکت‌هایی هستند که با مسؤولیت پزشک و بدون هیچ‌گونه حمایت دولتی، این را رسماً از آن‌جا می‌خرند، می‌آورند و به بیمار تحویل می‌دهند، اما NHS هیچ‌گونه حمایتی نمی‌کند. چون NHS پول دارو را به مردم می‌دهد، می‌گوید این هزینه‌اش با خودت است، ببخشید، این اصلاً قابل بررسی نیست. بنابراین، با ریسک پزشک و بیمار این اتفاق می‌افتد.

← آقای دکتر، یعنی مسؤولیت‌های تبعی و عوارض آن با پزشک است. یعنی در حقیقت بحث حمایت از مصرف‌کننده است.

نه هیچ حمایتی می‌کند و نه مسؤولیت آن را می‌پذیرد. پزشک و بیمار با مسؤولیت خودشان این کار را انجام می‌دهند. این اگر باشد، تک نسخه‌ای بی‌زینس بسیار کوچکی خواهد بود و انحصار پیدا می‌کند به واردات تک نسخه‌ای.

← آقای دکتر، بودن این محصول در فهرست دارویی کشور برایمان مهم است.

اگر بود، تک نسخه‌ای نیست. اما الان تک نسخه‌ای ما چه کار می‌کند؟ داروهای غیررسمی را بالک وارد می‌کند، یعنی می‌رود ۱۰۰ هزار ویال می‌آورد.

← آقای دکتر، حالا آن بحث بعدی است که در واقع، انحرافی است که اتفاق افتاده. منتها یک نکته هست و آن این‌که آن موارد پروتکل خاص خودش را دارد، یعنی در حقیقت یک تعریفی شده است که مربوط به بخش تحقیق و بخش مطالعات بالینی خاصی است که حالا پزشکی دارد انجام می‌دهد، نه به این شکل که مثل داروی معمولی

انجام بدهد که نقد بگیرد، بعد می‌بینید که نظام نسبی به نظام نقد تبدیل می‌شود. آقای دکتر از این که بگذریم می‌رسیم به این‌که به هر صورتی سوپاپ اطمینانی به نام فوریت‌ها و تک نسخه‌ای باید وجود می‌داشت، ولی آیا این تک نسخه‌ای، اجازه دارد خارج از فهرست دارویی مملکت دارو را بیاورد ولو این‌که براساس تصمیم مسؤولین، درخواست طیب یا فشار بیمار باشد؟ آیا اصولاً این پذیرفتنی و قابل قبول است و اصلاً در کشورهای مختلف (به فرض در غرب اروپا، کاری به آمریکا نداریم) چنین رویه‌ای وجود دارد که خارج از فهرست دارویی، با تجویز طیب و با اجازه مسؤولین دارو وارد کشور بشود؟

من یک ارزیابی کردم، اتفاقاً آن چیزی که به نتیجه رسیدم این بود که ما باید تک نسخه‌ای داشته باشیم ولی فوریت دارویی نداشته باشیم. تک نسخه‌ای‌های ما تبدیل شدند به فوریت‌های دارویی. من اتفاقاً آمدم با یک زرنگی خاصی به همه این‌ها مجوز تک نسخه‌ای دادم و مجوز واردات فوریتی را از همه گرفتم. به همین دلیل آن ۱۱۰ میلیون دلار رسید به ۷۰ میلیون دلار. برای این‌که گفتم من هیچ نیازی به واردات ندارم، واردات می‌خواهید بروید شرکت واردکننده ثبت کنید، نمایندگی بگیرید و به صورت رسمی وارد کنید. چون من آن را هم اجازه می‌دهم. صداً شرکت هم آمدند و ثبت شدند. اما اگر تو واردات می‌خواهی، نمی‌توانی تک نسخه‌ای بشوی، به هیچ عنوان من این دوتا را با هم قاطی نمی‌کنم. تک نسخه‌ای فقط می‌تواند نسخه‌ای را که دارویش در بازار ایران نیست، با مسؤولیت پزشک بیاورد. من این را در کشورهای غربی هم

مطمئن داروهای خاص را بر عهده‌اش گذاشت، بنابراین، اولین مورد از این داروخانه‌ها تاسیس شد و بعد هم توسعه پیدا کرد و تعدادشان به هفت داروخانه رسید. علاوه بر این، موازی با این داروخانه‌ها، ارتش و هلال احمر هم داروخانه دارند و حتی این رویه به بعضی از شهرستان‌ها هم سرایت کرد. در هر صورت جدا از وظایف آموزشی که انگیزه اولیه شکل‌گیری داروخانه‌های دانشکده داروسازی بود، آیا شما حضور چنین داروخانه‌هایی را در عرصه این خدمت‌رسانی مفید می‌دانید؟

من با آن نگاهی که معتقدم که به نفع، یعنی نگاهم که کاهش نقش دولت است قطعاً با توسعه نقش دولت در ارایه دارو، عرضه دارو مخالفم. یعنی من با داروخانه‌های ارتش و سپاه و هلال احمر و بنیاد شهید و دانشکده‌های داروسازی با همه این‌ها مخالفم، برای این‌ها که این‌ها به شدت به اقتصاد داروخانه آسیب می‌زنند. یک داروخانه ما دارد معادل ۱۰۰، ۲۰۰، ۳۰۰ تا داروخانه بخش خصوصی کار می‌کند، چون به خصوص الان که این اختلاف نرخ ارز هم مطرح است و ما دیگر اعتماد نمی‌کنیم این داروها را به بخش خصوصی بدهیم، همه می‌آیند در داروخانه‌های ما و درآمد سایر داروخانه‌ها را به شدت کاهش می‌دهد. علت این که داروخانه‌های ما خوب خدمت ارایه نمی‌دهند، علت این‌ها که بسیاری از داروخانه‌های ما واقعاً بیشتر یک فروشگاه به نظر می‌رسند، نه یک محیط ارایه خدمت، این است که اقتصادشان ضعیف است. درآمد بسیاری از داروخانه‌های ما (شما نگاه نکنید به داروخانه‌های شمال شهر تهران) واقعاً در تهران و بسیاری از شهرستان‌ها از یک سوپرمارکت

بیاید در حقیقت در عرصه مصرف.

من به شدت با آن مخالفم. من می‌گویم تک نسخه ای، فقط تک نسخه‌ای است، نمی‌توانی تعداد بیاوری، مثلاً ۱۰۰۰ ویال وارد کنی و بگویی این ۱۰۰۰ بیمار خواهد داشت، نه، به هیچ عنوان. اگر ۱۰۰۰ بیمار دارد باید بید Register شود. اگر Register شد، می‌تواند واردات کند، نشد نمی‌تواند. این یک چیزی است که من واقعاً به آن اعتقاد دارم و عمل کردم، غیر از این نیست.

← آقای دکتر، یعنی شما به نظرتان می‌رسد که تک نسخه باید باشد ولی تک نسخه با مسؤولیت طبیب با پروتکل تعریف شده.

فقط تک نسخه عمل کند و این شیوه در دنیا هم هست، اما در ایران این شکل غیرمنطقی پیدا کرده است و به آن می‌گویند فوریت‌های دارویی، فهرست کمبودها حتی داروی تولید داخل مثلاً کلیدینیوم سی را می‌گیرند و می‌گویند برو بیاور. آقا مگر شما می‌توانید ۵۰۰ میلیون قرص کلیدینیوم سی را جایگزین کنید؟ نمی‌شود. این بیش غلط است.

← آقای دکتر، با توجه به تاسیس داروخانه‌های دانشکده داروسازی که در شرایط زمانی خاصی (زمان جنگ و بمباران‌ها و موشک‌پرانی‌ها) شکل گرفت، سؤالی مطرح است که آیا این اقدام به ضرر داروسازان و حرفه داروسازی نیست؟ چون همان‌گونه که استحضار دارید داروخانه‌های دانشکده با در نظر گرفتن وظایفی که بر عهده‌اش گذاشته شده است (گرایش آموزش) این مسیر را دنبال کردند. کما این‌که در ابتدای شکل‌گیری هم این بحث مطرح بود که در تهران داروخانه شبانه روزی نبود، داروخانه‌ای نبود که بشود توزیع

کمتر است. علتش هم واضح است، برای این که اکثر داروهای مهم را به آن‌ها نمی‌دهند. هر چند که الان من به‌عنوان رئیس دانشکده داروسازی از داروخانه خودمان به شدت لذت می‌برم.

← آقای دکتر، باید این اتفاق بیفتد چون در هر صورت این یک منبع درآمدی محسوب می‌شود. نه به‌عنوان منبع درآمد، برای ما یک به اصطلاح پایگاه مهم آموزش است، دانشجویهایمان آن‌جا می‌روند، درآمد هم دارد دانشگاه، به دانشکده خیلی نمی‌رسد واقعاً. ولی خوب ما به نظرم خیلی تشکر هم می‌کنیم از وضع موجود، چون بالاخره ۲۰۰ میلیارد تومان فروش سالم‌ان است.

← آقای دکتر، با توجه به این وظیفه تک نسخه‌ای‌ها که مورد سؤال و بحث مان بود و همین‌طور فعالیت این داروخانه‌ها آیا صلاح می‌بینید که آن وظیفه تک نسخه‌ای را این داروخانه‌ها انجام بدهند؟

خوب بدیهی است که این هم باز موجب توسعه قدرت آن‌ها می‌شود. حالا داروخانه‌هایی که وابسته به دولت هستند نمی‌توانند، واقعیتش این است که چنین توانایی و امکانی را ندارند ولی بخش خصوصی می‌تواند این کار را بکند.

← آقای دکتر، آخر چطور این وظیفه را می‌شود به هلال احمر داد؟

هلال احمر ساز و کار واردات دارو را داشت. شما می‌دانید خانم رهیده، تقریباً ۸ درصد واردات دارو را انجام می‌داد. خانم رهیده یک زمانی (زمانی که سهم واردات شرکت سهامی دارویی و داروپخش هر کدام به ۲۰ میلیون دلار رسیده بود) بیش از ۳۰۰ میلیون دلار واردات انجام می‌داد. آن ساز و

کار را آن‌ها دارند. یعنی دفتر در خارج از کشور، پول، نمایندگی و ارتباطات قبلی را داشتند، منتها الان ما نگاه مان از تک نسخه‌ای نگاه فوریتی است. یعنی الان وقتی می‌گویند تک نسخه‌ای، هیچ کس واردات تک نسخه‌ای در ذهنش نمی‌آید، برای همه واردات بدون ضابطه دارو تداعی می‌شود. الان هم تک نسخه‌ای‌هایی که مجوزشان باطل نشده است دارند همین کار را می‌کنند و حتی من شنیدم که بعضی‌هایشان دیگر نمی‌آیند وزارت بهداشت مجوز بگیرند. یعنی به یک جاهایی وصل شدند و می‌آورند، به خصوص از ترکیه در باز شده، می‌گویند سوار قاطر می‌کنند و از ماکو، کردستان و چنین جاهایی می‌آورند و دیگر اصلاً کاری به این حرف‌ها ندارند.

← آقای دکتر، متأسفانه بعضی از روسای دانشگاه علوم پزشکی شهرستانها در این مورد تصمیم گرفتند که عوارض وحشتناک بعدی خودش را داشته است. چون در مورد فهرست دارویی یک تعریفی شده بود و یک هیئتی برای نظارت بر این موضوع مهم در نظر گرفته شده بود که مستقر در وزارت بهداشت بود که بعد تعطیل شد و تبدیل به یک جلسه شبه اداری شد که زیر نظر وزیر است. در این‌گونه موارد در دنیا چکار می‌کنند؟ روش درست اضافه شدن هر مولکول به فهرست یا فهرست دارویی کشور کدام است؟

واقعیت این است که برخی از سازوکارهایی که ما الان در وزارت بهداشت داریم، مربوط به زمانی است که بیمه عملاً زیرمجموعه ما بود. این سازوکار که دارو قبل از Registration، به فهرست اضافه بشود، اشتباه است. یعنی واقعیت این است

می‌گوید من الان دارم با ماهی مثلاً ۱۰۰۰ دلار MS را درمان می‌کنم، در حالی که قیمت داروی تو الان ۱۸۰۰ دلار است، اما اثر بخشی آن هم دو برابر نیست و شبیه بقیه است، بنابراین، آن را به فهرستم اضافه نمی‌کنم. شرطش این است که تو هم قیمتت را به دوره درمانی ۱۰۰۰ دلار برسانی. ما در ایران این سازوکار را الان خراب و با همدیگر قاطی کردیم، بنابراین، برخی از داروها هستند که ما از ترس افزایش هزینه‌ها آن‌ها را به فهرست اضافه نکردیم یا اصلاً جلسه نگذاشتیم در حالی که واقعاً اگر اضافه شود، برای مردم بسیار هم عالی است و برای صنعت هم همین‌طور. صنعت زحمت کشیده و یک داروی جدیدی را فرموله کرده است و دوست دارد این را تولید کند. چه دلیلی دارد که باید صبر کند تا یک شورایی که وجود ندارد یا تشکیل نمی‌شود یا واقعاً الان دیگر سیاسی تصمیم می‌گیرد، در مورد آن نظر بدهد.

← آقای دکتر، قبل از انقلاب سازمان حمایتی (حالا بگوییم سازمان‌های عمومی یا دولتی) خودشان با فهرست دارویی که داشتند، داروی مورد نیازشان را (اعم از وارداتی یا تولید داخل) تامین می‌کردند. مناقصه (حالا یا جزئی یا کلی) می‌گذاشتند و به یک قیمت توافقی می‌رسیدند، این حالت نبود که بیایند و قیمت درمان را تعیین کنند این حالت نبود. ولی می‌آمدند قیمت دارو را تعیین می‌کردند و بر مبنای قیمت دارو خرید می‌کردند. بعد از انقلاب با توجه به توسعه توزیع و ژنریک، آن‌ها تعطیل شدند.

برای این که دارو همه جا قیمتش یکی بود و دیگر نیازی نبود. من اعتقاد دارم سازمان‌های بیمه گر

که هر کسی که می‌خواهد دارویی را ثبت کند، باید به سازمان غذا و دارو مراجعه کند و دارویش را براساس فقط چگونگی کیفیت، اثربخشی و مقایسه آن با داروهای قبلی مارکت، ثبت کند. وجود شورایی دائمی در آن سازمان غذا و دارو ضروری است تا وقتی می‌خواهد اجازه ثبت بدهد، بررسی کند که این کیفیت و اثر بخشی در مقایسه با آلترناتیوهای موجود خوب است یا بد. یعنی این شورا باید هر هفته جلسه بگذارد و تصمیم بگیرد. آن شورای بررسی و تدوین فعلی ما که حتی الان دیگر وزیر هم تشکیل نمی‌دهد، البته در دوران دکتر شیبانی تقریباً این‌جوری شد، یعنی اختیارش را از ایشان گرفتند و آن را به سطوح بالاتر منتقل و تعطیلش کردند. به نظر من این سازو کار باید در دستگاه‌های حمایتی و بیمه‌ها تشکیل بشود. یعنی بگوید خوب دارو را اجازه دادید، قیمتش را هم تعیین کردید، در بازار هم هست، حالا چه تولید داخل باشد یا واردات. از این مرحله به بعد، دیگر من هستم که باید تصمیم بگیرم که آیا می‌خواهم آن را به فهرست داروی حمایتی اضافه کنم یا نه. اوست که می‌تواند چانه بزند و بگوید شرکت فلان درست است که به تو قیمت داده اند مثلاً هر ویال ۷۰ هزار تومان، اما من به شرط این که مثلاً آن را به ۳۰ تومان کاهش بدهی به فهرستم اضافه می‌کنم. این در دنیا هم هست. یعنی شما مثلاً در انگلیس، در استرالیا در این کشورها دارو Register شده، در مارکت هم هست، اما مثلاً در انگلیس، NHS هنوز آن را به فهرست اضافه نکرده است. فهرست آن یعنی فهرست حمایت، در استرالیا هم همین‌طور است و روی قیمت چانه می‌زند،

چه در واردات و امثالهم. آیا الان شما احساس می‌کنید که دانشکده واقعاً یک طرح جامعی را در رابطه با این موضوع در پیش گرفته است و به طور کلی شرایط را به نحوی می‌بینید که واقعاً بشود آن خلأهای موجود در بخش‌های داروسازی را برنامه‌ریزی شده دنبال کرد؟

ببینید ما باید واقعیت را بپذیریم. آموزش داروسازی ما در خدمت نیازهای دارویی ما نبوده است. یعنی داروسازی که ما تربیت می‌کنیم همین الان، نه داروسازی است که در صنعت نقش ایده آل ایفا کند، نه داروسازی است که وقتی می‌رود داروخانه جایگاه واقعی خودش را داشته باشد و نه داروسازی است که به هر حال بتواند وظایف نظارتی به خوبی انجام بدهد. برای ادامه تحصیل ایده ال است، یعنی داروسازهای ما وقتی می‌روند در داخل یا خارج از کشور Ph.D می‌خوانند، بسیار عالی هستند. بنابراین، تربیت ما معلوم است، یک تربیت Science Oriented است.

تربیت مهارت افزایی و تکنولوژی مدار نیست. ما Scientist بار می‌آوریم. از یک جنبه دیگر هم اگر نگاه کنیم، یک اشکال دیگری هم که ما داریم این است که در کشور سطوح مختلف خدمات دارویی داریم، اما سطوح مختلف آموزش داروسازی نداریم. مثلاً ما پایین‌تر از Pharm D نداریم. اصلاً امکان ندارد که حتی به آن فکر کنیم. برای این که اگر ما یک تکنسین تربیت کنیم، یک فوق دیپلم داشته باشیم، یک لیسانس داشته باشیم، این خطرناک است. برای همین در برابرش ایستادیم، ۳۰ سال هم هست که اجازه ظهور و بروز به آن را نمی‌دهیم. مثلاً ما ۲۰۰۰ مرکز بهداشت

و بیمه رسانی‌های بزرگ ما باید فهرست خودشان را داشته باشند و چانه زنی قیمت نکنند. یعنی من واقعاً فکر می‌کنم این راه، راه صحیحی است، حتماً به نفع بیمه هاست که چانه بزنند و بگویند درست است سازمان غذا و دارو به شما این قیمت را داده است، اما اگر می‌خواهی داروی تو در فهرست بیمه قرار بگیرد قیمت من این است. به نظر من حتی بعضی از بیمارستان‌های ما هم می‌تواند از این روش استفاده کنند. الان می‌بینید که یک بیمارستان در سال ۴۰ میلیارد تومان دارو می‌خرد. خوب می‌تواند بنشینند و با چانه زنی منافع هر چه بیشتر کاربران خودش را تامین کند.

← آقای دکتر، فرمولر خاص خودش را داشته باشد.

بله، بگوید آقا آنتی‌بیوتیک من در این جا ایمی پنم است و به این دلیل من نوروپنم مصرف نمی‌کنم، تمام شد. متأسفانه الان ما این کارها را نمی‌کنیم به جهت این که همه چیز متکی شده به آن سیستم قیمت‌گذاری و آن سیستم قیمت‌گذاری هم سیستم چانه زنی نیست و بالاخره سیستم هیئتی است.

← آقای دکتر، مستحضر هستید که شرایطی را که در حقیقت طرح ژنریک ایجاد کرد، طبیعتاً در شیوه حاکم بر دانشکده داروسازی هم بی‌تأثیر نبود و ما در حقیقت آن رشدی را که از یک چنین مراکز علمی توقع می‌رفت، به صورت خیلی جدی نمی‌دیدیم تا این که یک سری از عزیزانی که در رشته‌های تخصصی در خارج از کشور تحصیل کرده بودند با موفقیت برگشتند و با وجود آن‌ها احساس می‌شد که این فضا داده در همه ابعاد تغییر می‌کند، چه در صنعت، چه در داروخانه،

بیشتر بر پایه تفکر Science Basic شکل گرفته و در برنامه گنجانده شده است را کمتر کنیم و تکنولوژی را بیشتر کنیم. داریم این کارها را انجام می‌دهیم، یعنی این مباحث دارد به آن سمت می‌رود اما هنوز به نقطه مطلوب نرسیده است.

← آقای دکتر، شما در یک مصاحبه‌ای مطالبی را دوباره تعداد داروساز در سال ۱۴۰۴ که ما ۳۰ تا داروساز در سال ۱۴۰۴ به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر داشته باشیم که با جمعیت آن روز که پیش‌بینی می‌شود، ۹۵ میلیون نفر باشد، این عدد به حدود ۲۶ هزار، ۲۷ هزار نفر می‌رسد. آیا آن نکته‌ای که در مورد اقتصاد داروخانه فرمودید، با وضع موجود و شرایطی که براساس برآورد شما در آینده برای تعدادی از مراکز مثل مراکز بهداشتی، مراکز غذایی یا رگولاتوری ایجاد و فضاهای کاری بهتری فراهم می‌شود، آیا به نظر شما برنامه‌های پیش‌بینی شده با شرایط زمانی مورد نظر (سال ۱۴۰۴) تناسب لازم را دارد؟

ما پس از بررسی در مورد صنعت داروسازی بازار دارویی ایران را در سال ۱۴۰۴، بین ۸ تا ۱۰ میلیارد دلار برآورد کردیم، درحالی که بازار ما الان ۳ میلیارد دلار است. یعنی چون با نرخ مرجع باید حساب کنیم، می‌گوییم امسال ۳ میلیارد دلار است، که تازه ۱ میلیارد آن وارداتی است. ما این جوری پیش‌بینی می‌کنیم، یعنی نه با یک تلاش خیلی عجیب غریب، بلکه واقعاً براساس یک شانس پیش‌بینی می‌کنیم که کسب و کار دارویی ما در سال ۱۴۰۴ به ۱۰ میلیارد دلار برسد که رقم قابل توجهی است. البته، در آن شرایط ما وارداتی حدود ۳ میلیارد دلار داریم و پیش‌بینی ما این است که

داریم، نه خانه بهداشت‌ها، ۱۸۰۰ مرکز بهداشت داریم. این مراکز بهداشت داروخانه کوچک دارند. در داخل یکی از این داروخانه‌ها داروساز نیست. من نمی‌گویم داروساز لازم دارد، اصلاً اعتقاد ندارم که آن‌جا داروساز لازم دارد، اما به هر حال پایین‌تر از داروساز که نیاز دارد، اما ما نداریم. برای همین یک ماما، یک پرستار یا یک بهداشت‌کاری، چیزی می‌گذارند آن‌جا.

← آقای دکتر، در صنعت هم همین کار را می‌کنیم. بله در صنعت هم همین‌گونه است، هر چند الان همین Pharm D که ما تقویت می‌کنیم، باید بیاید در صنعت یاد بگیرد. من به هر حال مدیر صنعت بودم. من به داروساز صفر کیلومتر یک حقوق می‌دادم، به داروساز ۲ سال کار کرده سه حقوق می‌دادم. یعنی واقعاً بعد از ۲ سال تازه می‌فهمید که در صنعت چه کاری می‌تواند بکند. خوب معلوم است که ما در دانشگاه نه مهارت صنعت و نه داروخانه را به او دادیم. من واقعاً به این اعتقاد دارم که ما داریم Scientist خوب بار می‌آوریم. یعنی نگاه ما یک نگاه کاملاً علم محورانه است، نه خدمت و حرفه و مهارت محورانه. ما در دانشکده داروسازی داریم یک کارهایی می‌کنیم، اما یک فشارهایی هم از بیرون دارد وارد می‌شود. مثلاً این که شما در دارو MBA داشته باشید تا Business دارویی و مدیریت دارویی بدانند، خوب این نشان می‌دهد که ما در این موارد خیلی ضعیف بودیم و جدیداً دارد این مسایل که ما باید سهم Training و کارآموزی و کارورزی را بیشتر کنیم جدی‌تر دنبال می‌شود. برای همین به نظر می‌رسد که بهتر است برخی از درس‌های داروسازی که علم زیادی است چون

سال ۱۴۰۴، با توجه به این که در حال حاضر ما حدود ۱۰۰ واحد تولید دارو داریم، بعد هم بعضی از تولیدات هم ۵ تا ۱۵ تولیدکننده دارد و با توجه به سیاست‌های کوتاه مدتی که وزارتخانه اتخاذ کرده به بیش از ۸ تا تولیدکننده مجوز تولید یک محصول را نمی‌دهد. آیا با توجه به شرایط تولید، شرایط کیفی تولید رقابت‌هایی که به هر صورت به وجود می‌آید، آیا درست و صحیح است که ما هی واحدهای کوچک، کوچک تحت نام واحدهای داروسازی درست کنیم، آن طرفش هم وقتی از نظر تحقیقات و تولید کم می‌آوریم، بخواهیم برویم با رقابت‌هایی داخل خودمان مشکلات مان را حل کنیم؟ راه صحیح چیست؟ یعنی شما فرض کنید امروز شما برگردید به مدیریت هلدینگ سبحان، آیا می‌آید کارخانجات کوچک را می‌خرید و با آن‌ها توافق می‌کنید؟

اگر اجازه بدهید من از دو نگاه موضوع را بررسی می‌کنم. یکی این که وزارت بهداشت بگوید که راه چیست. که در این مورد وزارت بهداشت است که می‌گوید اگر این نیاز کشور است، باید اجازه بدهد که تولید بشود یا نشود. یک نگاه دیگر این که (خود من به این اعتقاد دارم)، به هر کسی که Qualified است، اجازه تولید داده شود. این کاری است که خود من هم کرده‌ام.

← آقای دکتر، ببخشید سؤال من این است که واقعاً روی Qualified بایستند.

بله، به هرکسی که Qualified است اجازه بدهم. یعنی اگر من می‌خواهم تولید دارو داشته باشم، ضوابط این است بفرما ضوابط را رعایت کن بیا مجوز بگیر و تولید کن. یعنی من اعتقاد این

صادراتی در حدود ۱/۵ میلیارد دلار و یک صنعت حدود ۸-۷ میلیارد دلاری داریم که دست یافتنی است. چون ۱۳ سال باقی مانده است و احتمال این که به هر حال مشکلات ما حل بشود، شرایط بین المللی مان، تحریم‌ها و این گونه موانع برطرف شوند، وجود دارد. در آن شرایط، بازار داروی ایران ۳ برابر امروز است، بنابراین، کشش داروخانه‌ها ۳ برابر امروز می‌شود و شما فکر کنید که مثلاً یک دفعه ۸ هزار داروخانه خصوصی شما، می‌شود ۲۵ هزارتا. بنابراین، می‌توانید برای ۱۵ هزار داروساز فضا ایجاد کنید. پس نیاز به نزدیک ۳۰ هزار نفر داروساز در آن زمان دارید. در واقع، متناسب با آن حساب و کتاب‌ها است و اصلاً داروساز اضافه نخواهیم داشت.

← آقای دکتر، آیا آن گروهی که برای بیمارستان‌ها و تحت نام داروساز بالینی، پیش‌بینی شده است هم متناسب با سایر برنامه‌ها است یا مقداری دیرتر به این گونه موارد می‌رسیم؟

بله، منظور من داروساز بالینی است. البته، ما داریم فکر می‌کنیم، شاید بهتر باشد که داروساز بالینی به جای این که تخصص بگیرد، دوره‌های کوتاه مدت را بگذراند. یعنی احتمال این که ما در واقع، برای داروسازان موجود دوره‌های ۱ ساله تعریف کنیم که داروساز بالینی بشوند نه به عنوان متخصص، بلکه به عنوان کسانی که یک درجه‌ای را دارند، بتوانند بروند در بیمارستان سرویس دهی بکنند. این در ذهنمان هست که اگر بخواهیم متخصص داشته باشیم، ظرفیت آموزش مان اجازه نمی‌دهد که به آن حد برسیم.

← آقای دکتر، در بحث پیش‌بینی بازارمان در

به نفع مان است. دلیل دوم این است که ما الان برخی از داروسازان جوان را داریم که Ph.D گرفته اند، واقعاً این‌ها مخ هستند و بعضی از این‌ها فکر می‌کنند که باید در تولید وارد بشوند و می‌آیند در کارهای کوچک، شرکت‌های دانش بنیان، داروهای بیوتکنولوژی، داروهای نانوتکنولوژی و بعضی‌هایشان حتی در داروهای گیاهی و این‌ها دارند نتیجه می‌گیرند، یعنی می‌گویند مثلاً در سال در خرم آباد دارد ۲ میلیارد تومان می‌فروشد. خیلی ممنون آقای دکتر، من ۱۱ نفر پرسنل دارم بالاخره دارم سالی ۲۰۰ میلیون تومان سود می‌برم، یعنی می‌گذارم در جیب خودم. اصلاً دیگر می‌خواهم چه کار؟ و خوشحالی من این است که من ماهی ۲۰ میلیون درآمد دارم، خوشحالیم این است که دارم ۱۱ نفر را حقوق می‌دهم و لذت می‌برم و محصولات جدید و داروی گیاهی هم دارم به بازار ارایه می‌کنم. من فکر می‌کنم باید اجازه بدهیم و از نگاه یک هلدینگ هم بله، من اگر واقعاً بودم، به شدت علاقمند بودم که Takeover کنم، یعنی من به شدت علاقمند بودم کاری را بکنم که در دنیا می‌شود، تاریخچه بعضی از شرکت‌های داروسازی در دنیا را که می‌خوانید می‌گوید این سیصدمین Takeover یا Merging بود که ما انجام دادیم. مثلاً شروع کنید از روز اول ببینید که سانوفی اونتیس شرکت‌های کوچک، کوچک را هی خورده و بزرگ شده، تا رسیده که چند سال پیش که بزرگ‌تر از خودش را هم خورده است، اونتیس بزرگ‌تر از سانوفی بود. یک کوچک رفت یک بزرگ را گرفت. من اعتقاد دارم در ایران مشکل ما تعداد صنایع نیست، مشکل ما این

است که وزارت بهداشت نباید برای ذهن خودش امکان سنجی اقتصادی انجام بدهد، امکان سنجی او باید فنی باشد. امکان سنجی اقتصادی را باید سرمایه‌گذار انجام بدهد. سرمایه‌گذار اگر آن قدر بیخشد مخش تعطیل است که نمی‌داند باید کجا سرمایه‌گذاری کند، بفرماید سرمایه‌گذاری کند. الان ما مثلاً موردی داریم که ۴۰ میلیارد تومان سرمایه‌گذاری کرده و سرم سازی تاسیس کرده. این‌ها پیش من هم آمدند، گفتم بفرمایید، باور کنید ما نیاز به سرم نداریم، اما اگر شما می‌خواهید بزنید، بفرمایید تولید کنید، برای این که ما ۳-۴ تا سرم سازی درب و داغان داریم، شما بیا جای آن‌ها را بگیر، ما استقبال می‌کنیم شما سرم سازی بزنید، از خدا می‌خواهیم. برو بزن. اما مارکتینگ آن با خودت است. الان هر کس به من می‌گوید می‌گویم گلوگاه داروسازی در ایران تولید نیست، گلوگاه داروسازی در ایران فروش است. مرد فروشی، برو در تولید. به همین دلیل برخی از واردکننده‌هایی که می‌آیند پیش من، می‌گویم اتفاقاً شما برو در تولید، برای این که شما بازار و قدرت فروشتان بیشتر است. یعنی شما می‌توانی بیشتر بفروشی. شما به مارکت نزدیک تر هستی تا آن تولیدکننده سنتی ما. بنابراین، از نگاه یک شخص بی‌طرف مثل الان، من اعتقاد دارم باید اجازه فعالیت آزاد را به کسانی که دوست دارند در این حرفه بیایند بدهیم، به دو دلیل. دلیل اول این که به هر حال، صنایع دارویی ما برخیشان نتوانستند خودشان را بازسازی کنند و مشکلات جدی GMP دارند، وزارت بهداشت هم نمی‌تواند با این‌ها برخورد کند. به خصوص الان که اصلاً نمی‌تواند و اگر آلترناتیوهای بهتر بیاید

است که صنایع بزرگ نداریم. یعنی من معتقدم که می‌توانیم ۳۰۰ تا کارخانه داشته باشیم، اما ۱۰ تا کارخانه Top می‌خواهیم، ۱۰ تا کارخانه می‌خواهیم که بزرگ‌تر از داروپخش و بزرگ‌تر از اکسیر امروز است. این‌ها وقتی بزرگ شدند، وقتی یک شرکت ۸ میلیارد تومان سود سالش بود، این می‌تواند برود در افغانستان چادر بزند، می‌تواند برود در ازبکستان. اما وقتی سود من ۳ میلیارد تومان است، من از تهران هم نمی‌توانم بروم آن‌ورتر. یعنی نمی‌توانم سرمایه‌گذاری کنم. کوچک‌ها می‌توانند باشند، ترکیه ۳۰۰ تا شرکت پخش دارد، اما ۸۰ درصد توزیع در اختیار ۷ شرکت است. ما نباید از تعدد بترسیم. الان شرکت‌های توزیعی خودمان، آن ۱۰ تا شرکت اول چند درصد مارکت را دارند؟

← آقای دکتر، نود و خورده‌ای درصد.

۹۰ درصد ولی ۴۰ تا شرکت کوچک دیگر هم هست و باید بروید با آن‌ها صحبت کنید، برخی توزیعشان اندازه یک داروخانه است. یعنی مثلاً می‌گوید من امسال ۲ میلیارد تومان توزیع کردم، می‌پرسی کجا بوده عملکردت؟ می‌گوید من در استان بوشهر، ۲ میلیارد تومان توزیع کردم. خوب چه اشکال دارد؟ این‌ها را Regulate کنیم، نظارت کنیم. گاهی اوقات نظارت‌مان ضعیف است و اشکال دارد، یعنی اگر ما نظارت ضعیف کنیم این‌ها فاسد می‌شوند.

← آقای دکتر، نکته همین است که فرمودید، ممکن است ما آن فرد یا مؤسسه را بپذیریم، اما بعد نتوانیم نظارت داشته باشیم، چشم‌هایمان را نسبت به بعضی مسایل نظارتی ببندیم. این را باید حل کنیم. ما نباید به دلیل این‌که

نظارت‌مان ضعیف است، جلوی توسعه کشور را بگیریم. من با همین نگاه در مورد دارو، دانشکده‌های داروسازی هم شما می‌دانید، ۲۰ سال بود درس را بسته بودیم، آقای دکتر شفیع استاد بنده است و من واقعاً به ایشان ارادت دارم و احترام می‌گذارم، ولی این نگاهش بود و من وقتی آمدم وزارت بهداشت، من مسؤول این کار نبودم، من معاون غذا و دارو بودم، اما من به زور مجوز دادم تا ۴ تا دانشکده تاسیس بشود، برای این‌که محاسبه می‌کردم و می‌دیدم که من نه در استان‌های محروم، بلکه در استان‌های نیمه محروم هم داروساز ندارم و این یک اشکال است دیگر. بالاخره نمی‌شود گفت از ترس زیاد شدن داروسازها و بیکار شدن احتمالی عده‌ای، جلوی‌شان را ببندیم. چرا باید بترسیم؟ باور کنید یک دانشکده داروسازی در یک شهری که ایجاد می‌شود، شغل ایجاد می‌کند، اعتبار ایجاد می‌کند، مثلاً شما فکر کنید، برخی از شهرهای ایران اصلاً به دانشگاهشان زنده هستند. یعنی مثلاً شهر یاسوج به دانشگاه آزاد، پیام نور، دانشگاه دولتی، دانشگاه علوم پزشکی زنده است. استاد رفته، دانشجو از شهرهای دیگر رفته. گاهی اوقات ما می‌ترسیم، چون فکر می‌کنیم مثلاً بار دولت را زیاد می‌کنیم.

← آقای دکتر، فرق سازمان غذا و دارو که اخیراً تشکیل شد از نظر ماهوی با معاونت چیست؟ جدا از این بحثی که مطرح می‌شود که مثلاً بودجه‌شان را زودتر می‌دهند یا کد مستقل یا ذی حساب پیدا کرده‌اند، چه تفاوتی در کیفیت و کمیت فعالیت حوزه غذا و دارو ایجاد شده است؟ خوب اگر یادتان باشد ایجاد این سازمان غذا و

دارویی به هر حال همواره دنبال می‌شده است تا طبق مصوبه مجلس تاسیس بشود، به امید این که قدرت و اختیارات بیشتر داشته باشد. ما از سال ۸۷ با مشارکت افراد زیادی (حقوقدانان، کارشناسان تشکیلات متعدد مثل صنعت، انجمن داروسازان) یک قانون غذا و دارو نوشتیم که تاسیس سازمان غذا و دارو هم در آن پیش‌بینی شده بود و قرار بود که به صورت لایحه پیش ببریم، گفتند خیلی طول می‌کشد، البته اقدام کردیم. از طریق طرح هم اقدام کردیم. یعنی ۴۵ نماینده آن را امضا کردند، شد تبدیل به یک چیزی. این مسیر مجلس هم گاهی اوقات ۶-۵ سال طول می‌کشد تا این بیاید بیرون، الان ۴ سال از آن تاریخ گذشته ولی نمی‌دانم در چه مرحله‌ای است، منتها هم زمان ما آمدیم برای این که سازمان غذا و دارو را هم به هر حال قبل از این که حتی قانون اجازه بدهد، انجام بدهیم، در قانون برنامه توسعه پنجم که الان دو سالش گذشته، ما این را پیش‌بینی کرده بودیم به‌عنوان یک بند. ۶ تا بند در آن قانون، وزارت بهداشت داشت، بند ششمش، یعنی در قانون برنامه که حدود ۲۰۰ تا ماده است، ۶ ماده مال ما بود و این مواد را وقتی داشتند بررسی می‌کردند، متأسفانه جلسه هیات دولت فرصت بررسی و اظهار نظر در مورد ماده ششم آن را که مربوط به اجازه تاسیس این سازمان بود، پیدا نکرد و مکرراً موقوف به جلسات بعدی شد تا این که عمر آن دولت تمام شد و ما که ۴ سال طول کشیده بود تا دکتر لنکرانی را راضی کنیم سازمان غذا و دارو را بپذیرد، تلاش کردیم تا خانم دکتر دستجردی را توجیه کنیم، اولین جلسه دولت که جلسه امام رضا بود، هیچی. در جلسه

رسمی تهرانشان، موضوع ما که قانون برنامه بود در دستور بود و من با ایشان صحبت کردم و توضیح دادم که چی شده، گفت بنویس برای من. من دو صفحه هم نوشتم، اما می‌ترسیدم که ایشان توجیه نباشد و فکر می‌کردم که نگران هستند و واقعاً شک هم داشتیم، اما ایشان به من گفت که خیلی خوب است و من موافقم، در حالی که من می‌دانستم که چنین چیزی نیست، بلکه کلاً پزشکان موافق نبودند. بعد ایشان از جلسه هیات دولت که آمد بیرون، ما به ایشان زنگ زدیم که چه شد؟ گفت که رد شد آقای دکتر، بالاخره وزرا مخالفت کردند و انجام نشد. من دبیر هیئت دولت را می‌شناختم، فردای آن روز با ایشان چک کردم. گفتم داستان چه شد؟ گفت در واقع، خانم دکتر خودشان گفتند که با آن موافق نیستند و ما هم از خانم دکتر گله کردیم و گفتیم خانم دکتر، این اشتباه بود برای این که من می‌دانم شما الان توجیه نبودید، می‌دانم شما ۱ سال، ۲ سال دیگر توجیه می‌شوی چون توجیه آقای دکتر لنکرانی هم خیلی طول کشید. در هر صورت ما که حالا داریم می‌رویم ولی خانم دکتر اشتباه کردید. حتی این‌ها وقتی چارت وزارت بهداشت را تنظیم می‌کردند، چون اجازه ۵ تا معاون بیشتر نمی‌دادند، معاونت غذا و دارو را کلاً تعطیل کردند و یک مرکز توسعه غذا و دارو گذاشتند که باعث سروصدای شدید شد. نتیجه‌اش خوشبختانه این بود که این‌ها چون معاونت را نمی‌توانستند زنده کنند، مرکز را تبدیل کردند به سازمان و به نظر من درست است که مصوبه مجلس را ندارد، درست است که تنها چیزی که به آن اضافه شده است این است که در واقع اداری مالی آن مستقل شده، ولی

مطمئناً همین، از معاونت بهتر است. یعنی وجود سازمان همواره از معاونت بهتر است. برای این که معاونت را هر روز می‌شود تغییر داد، اما سازمان را نمی‌شود. یعنی به نظر من شاید دستاورد بزرگ این دولت در حوزه دارویی، همین است. بنابراین، اگر برسید که آقای دکتر شیبانی چه کاری انجام داده است، من می‌گویم ایجاد سازمان غذا و دارو دستاورد مثبتی است.

← آقای دکتر، آن طرحی که فرمودید، در حال حاضر در مرکز پژوهش‌ها در دست بررسی است و امیدواریم که به این مجلس برسد. آیا شما فکر می‌کنید آن طرح احتیاج به تغییرات دارد یا همان چیزی که ارائه شده کافی است؟

به هر حال ۴ سال از آن زمان گذشته است اما به نظر من اصلاح آن میسر است. مهم این است که پایه خیلی خوبی دارد، نگاه‌هایی که در آن جا وجود داشته این است که مدیریت یکپارچه است. هر کاری می‌خواهد انجام بشود، در قانون پیش‌بینی شده است. به این معنی که اگر چیزی پیش‌بینی نشده یعنی نباید انجام بشود. یک مقداری دست مدیران و کارشناسان را بسته برای این که باید قانون را رعایت کنند، چون الان ما یک مباحث کلی را پیش روی خودمان داریم، ولی دیگر هر کسی آن جا رفت، هر کاری که بخواهد می‌کند، قانونی هم هست! چون یکی از من پرسید شما یک چیزی تصویب کردید، آقای دکتر شیبانی کاملاً برعکس آن را تصویب کرده است! گفتم برای این که متأسفانه، قانون ما آن قدر گل و گشاد است که هر کسی هر کاری کرد، قانونی است.

← آقای دکتر، در همین مباحث اولویت‌هایی که

مطرح کردید جایگاه قانون خیلی برایمان جای بحث دارد، منتها نمی‌دانم می‌شود وقت گذاشت یا خیر؟ آقای دکتر همان طور که می‌فرمایید، یکی از نکات اساسی ما روزآمد نکردن قوانین مان است، یک نگرانی هم وجود دارد که بعضی از این موارد اگر برود در پروسه مصوبات مجلس، اصلاً امکان دارد که به تاریخ بپیوندد یا یک سری مسایل و مشکلاتی را به دنبال داشته باشد مانند همین مورد قانون برنامه که شما اشاره فرمودید که از مواردی است که تقریباً با همین سرنوشت‌ها مواجه شده است. منتها ما احساس می‌کنیم که یک نکته دیگر که همیشه در کنار این بحث قوانین، مقررات و جایگاه ارزشمند آن‌ها می‌تواند مطرح باشد، فرهنگ پایبندی به این قوانین و مقررات است و پیشگیری از اعمال سلیقه‌ها در برهه‌های مختلف زمانی است. به نظر شما در این مورد می‌شود کاری کرد؟

به نظر من فرهنگ قانون‌گریزی در خون ما وجود دارد. علت اصلی آن هم این است که به نظر من از نظر اعتقادی ما سال‌ها تحت سلطه حکومت‌های جائر و غاصب بوده‌ایم. بنابراین، عدم رعایت قانون در فرهنگ دینی ما ریشه کرده است و حتی الان هم که ۳۰ سال است از انقلاب می‌گذرد و دیگر حکومت را از نظر اعتقادی غاصب نمی‌بینیم، هنوز آن تفکر در خون و فرهنگمان باقی است. شما مثلاً مالیات ندادن را در نظر بگیرید. می‌بینید که هنوز هم برای عدم رعایت قانون نه احساس شرم و نه احساس گناه می‌کنیم. در کشورهای غربی شما اگر مالیات ندهی، مالیات‌گریزان یک عده آدم‌های محدودی هستند. کسی که مالیات گریز است

غیرقانونی می‌کنیم و گاهی اوقات که به نفع خودمان است، تسهیلات قانونی بسیاری را برای خودمان قائل می‌شویم، یعنی دور می‌زنیم. این به نظر من یک بحثی است که اصلاً فراتر از حوزه دارو است. یعنی یک مشکل فرهنگی است که منحصر به یک حوزه نیست و خیلی طول می‌کشد ما این‌ها را درست کنیم.

← آقای دکتر، ما نظام‌های دارویی متفاوتی در دنیا داریم. مشابه نظام دارویی که به عنوان ژنریک در ایران اجرا شد، در کدام کشور به اجرا گذاشته شده است؟

هیچ کشوری. چون ژنریک اجباری نداریم. البته، ما الان اصلاحش کردیم. ببینید، هیچ کشوری در دنیا الان ادعا نمی‌کند ژنریک بد است. سازمان جهانی بهداشت هم به شدت حامی ژنریک است. خوشبختانه ما در کشورمان هم سیاست‌های حمایت از ژنریک را داریم. یعنی ما سیستم بیمه مان به نفع ژنریک است، سیستم وزارت بهداشت ما هم به نفع ژنریک است. سیاست‌های حمایت از ژنریک یعنی چی. یعنی آقای صاحب برند، وقتی دوره Patent شما تمام شد، دیگران می‌توانند بیابند داروی شما را کپی بزنند. این حمایت از ژنریک است و اجازه این‌گونه فعالیت‌ها را به تولیدکننده‌ها دادن، بیمه‌ها را از این‌گونه تمهیدات به نفع اقشار آسیب پذیر حمایت کردن و این موارد را ما در ایران داریم. آن چیزی که ۳۰ سال پیش دنبال کردیم اجباری بود، یعنی چی؟ یعنی حتی یک برند هم شرط حضورش در مارکت ایران، ژنریک بودن آن بود. یعنی می‌گفتیم آقا ما

یا احساس شرم می‌کند و یا کلاً آدم متخلفی است، یعنی واقعاً معروف است به این که این آدم متخلف است و چنانچه نیست، اگر لو رفت، آبروریزی می‌شود و شرایط برای او خیلی سخت می‌شود. اما در ایران الان افراد متدین را می‌بینید که چه راحت مالیات گریزی می‌کنند و احساس شرم هم نمی‌کنند. شما رانندگی ما را ببینید، ما همین الان می‌خواهیم از در این دانشکده یک عده با هم بیاییم داخل. امکان ندارد بی‌احترامی کنیم به همدیگر، یعنی احترام می‌کنیم می‌گوییم شما بفرمایید، در را نگه می‌داریم تا دیگران بروند بعد خودمان می‌رویم، اما در رانندگی می‌بینید یک کیلومتر اتومبیل در صف ایستاده، من می‌آیم از این کنار گاز می‌دهم می‌روم داخل و احساس شرم هم نمی‌کنم، بلکه احساس یک مقدار زرنگ بودن هم می‌کنم، یعنی می‌گویم که خوب بالاخره من توانستم و بقیه نفهمیدند که می‌توانند این‌جوری بروند داخل. یعنی خیلی راحت این کار را می‌کنیم. به نظر من ما هنوز به شدت این ضعف فرهنگ رفتاری را داریم. من اعتقاد این است که قانون‌گذاری خیلی مهم است، یعنی حتماً ضروری است. اما باور کنید رعایت قانون هزار برابر از آن مهم‌تر است، به خصوص برای ما که رعایت نمی‌کنیم. یعنی ما راحت قانون را دور می‌زنیم و متأسفانه، توجیه هم هستیم که می‌شود آن را دور زد. الان هم در دستگاه‌های اداری ما مردم را اذیت می‌کنیم. مثلاً کار مردم را راه نمی‌اندازیم، در حالی که می‌دانیم قانون به ما اجازه داده که کارشان را راه بیندازیم. یعنی گاهی اوقات سخت‌گیری‌های

ایران، در پاکستان چنین اتفاقی افتاده بود اما موفق نبود، اما ما نتوانستیم اطلاعات موثق و مستندی را پیدا کنیم.

نه، نه، پاکستان اصلاً اینطور نبود.

← آقای دکتر، در نظام دارویی که ما داریم، با همه تغییراتی که تا حالا داشته است، می‌توان گفت که مسیر درستی را طی کرده است یا خیر؟ منظورتان تغییراتی است که الان داریم می‌دهیم؟

← آقای دکتر، تغییراتی که به تدریج اتفاق افتاده است. اضافه شدن برند و ... ؟ بله.

← آقای دکتر، اما فرمودید آن کاری که به نام برند ژنریک انجام شده اشتباه بود.

خوب اصلاح کردیم دیگر. بله، یک اشتباه‌هایی صورت گرفته بود، مثلاً من که مسؤول بودم اشتباه‌هایی کردم، دکتر شیبانی هم کرده، هرکسی یک اشتباه‌هایی می‌کند، ولی مسیر کلی درست است. به نظر من مسیر کلی درست است. یعنی ما همیشه (هم در قیمت گذاری، هم در نام گذاری، هم در رقابت) به سمت ریلکس‌تر کردن رفتیم. یعنی الان مثلاً ما برای یک دارو ۲۰ تا پروانه داریم، درحالی که قبلاً اصلاً میسر نبود. مثلاً همین مورد بین ۳ - ۲ تا تولیدکننده توزیع شده بود.

← آقای دکتر، شما درباره قیمت‌گذاری یک اشاره کوتاهی کردید. سؤال ما این است که به نظر شما قیمت‌گذاری در سیستم ژنریک باید به چه صورتی باشد؟

ببینید، قیمت‌ها در ژنریک باید

برند نمی‌خواهیم. همه چیز باید ژنریک باشد. به نظر من ۱۰ سال پیش این تا حدی اصلاح شد. البته، همیشه افراط و تفریط می‌کنیم. من تا رفتم وزارت بهداشت، همان هفته دوم، یک نامه از بهداشت جهانی برای من آمد که این سیاست شما که نام ژنریک را با یک اصلاح جزیی به نام برند ثبت می‌کنید، این تخلف است و شما نباید این کار را بکنید. کسی حق ندارد که نام INN را به نام برند [این کار را آقای دکتر احمدیانی شروع کرده بود و اجازه می‌داد که شما مثلاً بنویسی استامینوفن عبیدی (Acetaminophen AB)] درج کند، در حالی که در ایران این‌ها این‌گونه برند شده بودند. خوب ما همه این‌ها را ممنوع کردیم چون بالاخره قانونمند نبود.

← آقای دکتر، برند - ژنریک شده بود.

بله، برند - ژنریک هم نمی‌تواند نام ژنریک را برند کند. اگر شما می‌خواهی برند ثبت کنی، باید نام اختصاصی بشود، کلک نباید بزنی. هم از نام ژنریک و منفعت ژنریک استفاده کنی (چون پزشکان وقتی می‌نویسند استامینوفن، داروخانه هر کدام را که دلش خواست می‌دهد)، هم از منفعت برند شدن که اختلاف قیمت را به دنبال دارد. برند - ژنریک یعنی نام اختصاصی برای یک دارویی که برند نیست، اورجینالی برند نیست. در حالی که الان ما در ایران این وضعیت را ساپورت می‌کنیم.

← آقای دکتر، ببخشید، آیا آن چیزی که اول انقلاب اتفاق افتاد، در جای دیگری از دنیا هم اتفاق افتاد؟ چون عده‌ای می‌گویند قبل از

خودمان دارم می‌بینم و اتفاقاً کار خوبی هم هست که خیلی از کشورهای دنیا (جهان سوم) ها دارند رعایت می‌کنند این است که کشور ما امکانات مالی و انسانی برای این که FDA را کپی‌سازی کند، ندارد. پس باید متکی باشد به نظارت‌های سازمان‌های بزرگ. مثلاً قانون ما اجازه داده است که مثلاً به دارویی که شهرت دارد، می‌توانی اجازه بدهی. خوب این شهرت یعنی چی؟ فقط یک برند نیست که، این شهرت یعنی این که مثلاً FDA Approval دارد. ببینید، بنابراین، الان این در ضوابط ما هم وجود دارد. شما اگر دارویی می‌آورید که در کشورهای معتبر یا ماده اولیه آن توسط کشورهای معتبر تهیه شده است. مثلاً هند خودش معتبر نیست، اما FDA ژاپن یا اروپا که معتبر هستند این دارو را تأیید کرده‌اند، ما اصلاً دیگر بازدید نمی‌کنیم. می‌گوییم یک جایی که FDA Approval دارد، دیگر نیازی به بازدید GMP هم ندارد.

← آقای دکتر، حتی اگر Free Sale کشورهای معتبر باشد.

اگر Free Sale داشته باشد برای داروی ساخته شده نیازی به بازدید ندارد. اعتقاد من این است که ما این را باید ادامه بدهیم. بازدیدهای GMP ما فقط باید برای مواد و فرآورده‌هایی باشد که در کشورهای معتبر تولید نمی‌شود یا در کشورهای معتبر مصرف نمی‌شود. مثلاً شما از مالزی یک جنسی را می‌آورید که این جنس مالزی در ژاپن مصرف می‌شود. بازدید نمی‌خواهد، برای این که آن ژاپنی که کشوری قدرتمند است حتماً نظارت‌های خودش را کرده است. FDA

Interchangeable باشد یعنی جایگزین هم و یکسان بشود. پس کسی نمی‌تواند بگوید داروی ژنریک عبیدی مثلاً ۱۰۰ تومان و داروی ژنریک سبحان ۱۲۰ تومان باشد. این نمی‌شود. قیمت ثابت از ویژگی‌های ژنریک است. شما اگر می‌خواهید به قیمت دیگری بفروشید باید بروید داروی با نام برند (اختصاصی) را انتخاب کنید. پس شما می‌شوی برند-ژنریک و قیمتت هم فرق دارد. الان در ایران این به رسمیت شناخته شده است، منتهی بیمه قیمت پایه را می‌دهد. بیمه الان می‌گوید خیلی ممنون و مابه‌التفاوت قیمت ژنریک را باید بیمار بدهد. سیاست درستی است. البته، بیمه گاهی اوقات همین سیاست خودش را هم رعایت نمی‌کند. یعنی بیمه گاهی اوقات می‌گوید من قیمت ژنریک را قبول دارم، قیمت برند را هم قبول دارم. یعنی الان داروهایی داریم که بیمه هزینه هر دوتا شکل آن را می‌دهد. یعنی اختلافش را از بیمار نمی‌گیرد.

← آقای دکتر، یک موضوعی در آمریکا در مورد مواد اولیه مطرح شد که FDA بازدید نمی‌کرد. کمپانی میلان هم آغازگر این قضیه بود که یک بودجه‌ای اختصاص بدهند تا FDA دفاتری در هند و چین بگذارد که بازرسی‌ها سرعت بیشتری داشته باشد. در اداره دارو، در مورد واردات، هم مواد اولیه، هم در مورد فینیشد پروداکت، آیا فقط یک بازرسی در ابتدا انجام می‌شود یا بعد از آن هم بازرسی‌های ادواری وجود دارد؟

ببینید، من اصلاً آن چیزی که در کشور

دستگاهی است که، اعتبار و بودجه آن ۳ برابر بودجه وزارت بهداشت ایران است. در حالی که وزارت بهداشت آمریکا سیزده تا سازمان دارد که یکی از آن‌ها FDA است. بنابراین، ما نمی‌توانیم به آن‌ها نزدیک بشویم. آقای دکتر شیبانی ۲ هفته پیش خبر خوشی دادند در یک جلسه‌ای که چارت ما آمد و خوشبختانه ۳۵۰ تا پست برای ما دیدند. می‌دانید که تا چند وقت پیش تعداد این پست‌ها ۱۱۰ تا بود. این در حالی است که

ما آن‌جا ۵۰۰ تا پرسنل داریم. ← آقای دکتر، یعنی ۱۵۰ تا باید بروند بیرون. به هر حال، باز هم باید یک عده‌ای بروند بیرون. ولی همین که از ۱۱۰ تا به ۳۵۰ تا رسیده بود، ایشان خیلی خوشحال بود اما آیا با این ۳۵۰ پست می‌توان این کارها را انجام داد، یعنی بازدیدهای ادواری و این‌گونه مسایل را به انجام رساند؟ اصلاً این خبرها نیست.