



بالاترین مقام دارویی کشور چگونه می‌اندیشد؟

مصاحبه با

دکتر ابوالحسن احمدیانی

معاون دارویی و غذایی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

از آبان ماه سال ۷۶ به عنوان نماینده تام‌الاختیار وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به کار مشغول شده و اکنون مدت کوتاهی است که با تشکیل مجدد معاونت دارویی وزارتخانه این سمت را به عهده گرفته است. از همین نکته مصاحبه خود را شروع نمودیم، کلام گرم و صدای رسای دکتر احمدیانی و مفاهیم جدیدی که مطرح می‌شد آنقدر ما را مشغول کرد که وقتی به خود آمدم حدود ۳ ساعت گذشته بود و هنوز حرف‌های زیادی باقیماند که به فرصتی دیگر موکول شد. وقتی دکتر احمدیانی از نگرش منطقی و علمی به مشکلات صحبت می‌کرد و ما را به خوب دیدن مسائل دعوت می‌کرد، یاد این بیت از شعرهای سهراب سپهری افتادم که،

پشم‌ها را باید شست

بهر دیگر باید دید.

«دکتر ابوالحسن احمدیانی استادیار گروه فارماکولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه شهید بهشتی است. پس از فراغت از تحصیل داروسازی عمومی در سال ۵۹ به علت درگیری‌های ابتدای انقلاب و جنگ در نهادهای انقلابی به خدمت می‌پردازد، اما در سال ۶۲ مجدداً به دانشگاه برگشته و تحصیلات خود را تا اتمام مقطع PhD پی می‌گیرد. در همین سال به سمت قائم مقام ریاست دانشگاه شهید بهشتی منصوب شده و از سال ۶۴ تا ۶۸ معاونت دانشجویی وزارت فرهنگ و آموزش عالی را به عهده می‌گیرد. از آن پس علاوه بر اشتغال به تحقیقات علمی، سرپرستی پایان‌نامه‌ها و شرکت در مجامع و سمینارهای بین‌المللی، به مدت ۴ سال نیز مدیر داروخانه طالقانی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران بوده و

■ آقای دکتر جنابعالی یک فرد دانشگاهی

هستید که در کار خود موفق بوده و علاقه زیادی به کار علمی دارید، چه شد که به کار اجرایی رو آوردید و قبول مسئولیت کردید؟

□ بسم الله الرحمن الرحيم. آقای دکتر فرهادی وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای من دو دلیل آوردند که من را برای پذیرش مسئولیت مجاب کرد یکی به خاطر سابقه همکاری و هم فکری که راحت تر می توانیم ارتباط برقرار کنیم و دیگر مطلبی که ایشان گفتند و من ابتدا خیلی خوب توجیه نبودم ولی الان به خوبی درک می کنم. ایشان فرمودند می خواهیم در «حوزه دارو و غذا» یک حرکت آکادمیک انجام شود و شما که هم دانشگاهی هستید و هم سابقه اجرایی دارید به آن بپردازید. من هم ابتدا خیلی باور نمی کردم که بتوانم از وضع علمی خودم در مسئله دارو بهره ای ببرم اما امروز به این نتیجه رسیدم که فراز علمی جایز در سیاست های دارویی کشور به شدت خالی بوده است.

■ همان طوری که استحضار دارید چند

سالی بود که معاونت دارویی، حذف و بحث سازمان دارو و غذا نیز به انجام نرسیده بود. تحولات اجرایی که در این مدت به وجود آورده اید چه بوده و بالاخره سرنوشت سازمان مذکور چه خواهد شد؟

□ من از ابتدا می دانستم که کار ما یک کار کیفی و گسترده است و از آقای دکتر فرهادی خواستم که اختیارات لازم را داشته باشم. ایشان هم در برنامه هایشان اعلام کرده بودند که معاونت دارو را از درمان جدا می کنند و بنابراین با اعطای حکم نمایندگی تمام الاختیار در امور دارو کار

شروع شد. در سازمان امور اداری و استخدامی برای تغییرات ساختاری مورد نظر نخواستیم تشکیلات ما را بزرگ و وسیع کنند، بلکه اهمیت دارو و غذا و کاری که باید برای تولید کیفی آن صورت بگیرد توضیح داده شد و آنها خود به این نتیجه رسیدند که این امر یک متولی مقتدر و مستقل می خواهد، وقتی به این نتیجه رسیدند معاونت دارو را به وزرات خانه برگرداندند. هم اکنون برای تشکیل سازمان دارو و غذا هم «ماده واحده» ای در چهارچوب قانون در دستور کار هیئت محترم دولت قرار گرفته که بعد از تصویب به مجلس شورای اسلامی خواهد رفت.

البته این که می گویم «سازمان دارو و غذا»، به دنبال بزرگ کردن تشکیلات نیستیم، حتی ممکن است که سازمان مذکور با شأن مناسب ساختار کوچکتری هم داشته باشد اما باید مقوله کاری آن عوض شود. به این معنی که به جای پرداختن به اجرا، این سازمان باید یک دستگاه قوی نظارتی باشد و آن دستگاه نظارتی قوی باید از نظارت شوندهگان از نظر علمی قوی تر، کارآمدتر و به روزتر باشد. یک مدتی در شرایط بحرانی و جنگی لازم بود و مجبور بودیم در کار اجرا دخالت کنیم ولی با تغییر این شرایط صحیح نیست که کارهای اجرایی را هر روز بیشتر کنیم. لذا منهای بحث ساختار تشکیلاتی که توان انجام این مهم را داشته باشد، در بازنگری هم که انجام شده به قانون های دارو و غذا و نارسایی های آنها نیز پرداخته شده است. بررسی آخرین اصلاحیه قانون دارو در سال ۶۷ یا اصلاحیه جزئی سال ۷۴، روح اجرایی را تا جزئیات امور نشان می دهد، در حالی که ما اعتقاد به این همه دخالت و اجرایی بودن نداریم. ممکن است همین حرف

توسط مدیران دیگر دستگاه‌های دولتی هم زده بشود، البته این یک علامت مثبت است. در روند کار اجرایی و تجربه ۲۰ ساله همه به این نتیجه رسیده‌اند که بهتر است دولت قسمت‌های اجرایی کار خودش را کوچک‌تر کند. اما علت آنکه برای سازمان دارو و غذا این حرف زده می‌شود فقط این نیست، در هر کجای دنیا که چنین سازمانی وجود دارد، وظیفه‌اش نظارتی و کنترلی است. ما ۵۲ کارخانه داروسازی و نزدیک به ۲۰۰۰ واحد تولیدی و بسته‌بندی رسمی غذایی داریم که اگر قرار باشد برای همه اینها وارد اجرا بشویم چه اتفاقی خواهد افتاد! در حالی که در دنیا این تجربه هست و خیلی بیشتر از این تعداد را با تعریف ضابطه و استاندارد برای آنها و نظارت بر اجرای آنها کنترل می‌کنند.

■ آقای دکتر آرزوی هر دولتمردی انجام اصلاحات کیفیتی است ولی به مرور زمان بحث دیوان‌سالاری و حجیم بودن مسؤولیت‌ها و کارها، همان مدیران با اهداف بزرگ را اسیر می‌کند. آیا شما در وزارت بهداشت با این مسئله مواجه نبودید که بدنه سیستمی که با آن کار می‌کنید، توان برآورد این اهداف بزرگ شما را ندارد و در این صورت چه راهی را پیش خواهید گرفت؟

□ در جهت تأیید صحبت شما به این موضوع اشاره کردم که برای این سازمان، تشکیلات بزرگ و عریض و طولی را پیشنهاد نمی‌کنم، اما باید مقتدر و مستقل باشد یعنی این‌که کیفیت بالایی داشته باشد. ممکن است ما فرضاً با ۱۰۰ نیروی PhD و تعداد کمی نیروی کارشناس بتوانیم بر کل سیستم نظارت داشته باشیم و اگر

ما نفس خودمان را نظارت علمی ببینیم، مجدداً به همان ورطه می‌افتیم و برای کنترل مجبور به دخالت در کوچکترین کارهای اجرایی می‌شویم. در واقع تعریف اهرم نظارتی است که دیوان‌سالاری را القا می‌کند یا دور می‌کند. الان این پیکره را و این بدنه را مناسب نمی‌بینیم و به همین دلیل درصدد تغییراتی هستیم، به طور مثال:

اغلب کارخانه‌های غذایی و دارویی محصولاتشان باید در آزمایشگاه کنترل وزارت بهداشت کنترل شود و این آزمایشگاه چشم و چراغ وزارت خانه از نظر تأیید و تصحیح محصولات است. یک روز تعداد کارخانه‌های دارویی ما حدود ۱۵ عدد بوده و همین آزمایشگاه را داشته‌ایم. بعد این تعداد به ۲۰ کارخانه رسیده است و همین آزمایشگاه بوده، کارخانه‌های غذایی از ۴۰۰ عدد به ۲۰۰۰ عدد رسیده و کارخانجات دارویی به ۵۲ عدد و هنوز هم همان آزمایشگاه را داریم. تعداد محصولات دارویی خیلی بیشتر شده و برای هر دارویی باید یک بار مواد اولیه خریداری شده و یک بار داروی ساخته شده کنترل شود. ببینیم با چه حجم عظیمی از کار روبرو هستیم. باید بدانیم این آزمایشگاه از اول تعریفش درست بوده؟ یعنی اگر محصولات ۴ برابر شود و اگر قرار باشد وسعت آزمایشگاه، نیروها و تجهیزات را چند برابر کنیم، از کجا سر در می‌آوریم. به این دلیل این راه غیر منطقی است که آزمایشگاه تابع متغیری به نام افزایش تعداد کارخانه‌ها و محصولات شود. این حتماً غیر منطقی و غیر علمی است. لذا در برنامه‌ها طوری طراحی کرده‌ایم که این آزمایشگاه نه تنها نباید بزرگتر شود بلکه شاید کوچکتر هم باشد! ما تعداد

بیشتری از آزمایشگاهها را که الزاماً هم نباید دولتی باشند به خدمت می‌گیریم و تأیید می‌کنیم. دانشگاههای ما یا بعضی آزمایشگاههای کارخانجات داروسازی از این جمله‌اند. اگر آنها را تصویب کنیم که شما صلاحیت کنترل دارو را دارید فقط کافی است که هر چند وقت یک بار آنها را مورد ارزیابی قرار دهیم که آیا دستگاهها، متخصصین و مواد آنها مطابق اصول، صحیح است یا نه. با این کار نظارت را قوی و کار دولت را کوچک کرده‌ایم چون فکر علمی داشته‌ایم.

■ به نظر می‌رسد بشر طبیعتاً به دنبال اجرا و فرماندهی است تا نظارت. وقتی برنامه‌ریزی متمرکز را دنبال کنیم خود به خود به اجرا رو می‌آوریم و در این صورت نظارت را فراموش می‌کنیم. آیا برای اجرا یا نظارت تعریف مشخصی داریم که کدام کارهایمان نظارتی است و کدام کارهایمان اجرایی.

□ من با این نظر که انسان بیشتر به فرماندهی علاقه دارد موافق نیستم. حداقل این است که نمی‌توانیم این مطلب را بر همه انسانها یکسان برانیم. اما بد نیست که ببینیم چرا خیلی از آدم‌های وارسته‌ای که مدیریت‌های پر درد سر را پذیرفته‌اند به سمت اجرایی شدن کشیده شده‌اند. شاید یک تحلیل غیر دقیق و غیر منطقی و غیر منطبق با واقعیت، بدون نفس خودبینی یک فرد مهذب، متواضع و سالم را از اتخاذ یک راه حل درست باز دارد. همانطور که در مورد آزمایشگاه مثال زدیم. اگر ۵۲ کارخانه بشود ۱۵۲ کارخانه و محصولات به جای ۸۰۰ به عدد ۴۰۰۰ برسد چه خواهیم کرد. آیا به اندازه یک شهر

بزرگ باید آزمایشگاه داشته باشیم؟ با روش غیر علمی، حتماً باید داشته باشیم. پس معلوم می‌شود که این روش یک اشکال مبنایی دارد.

استاد شهید مطهری می‌فرمایند که شک گذرگاه خوبی است اما ایستگاه خوبی نیست. بسیاری از مطالب علمی نو حاصل شک در مفاهیم پذیرفته شده قبلی هستند. با این دیدگاه خیلی جاها می‌توانیم موفقیت به دست آوریم. تجربه بشر هم بسیار با ارزش است. تجربه مدیریت اجرایی جوان ۲۰ ساله کشورمان به تدریج نقایص خود را برطرف خواهد کرد. یکی از دلایل ما برای وجود سازمان دارو و غذا با کیفیتی که گفتیم همین دلیل تجربی است. تجربه بین‌المللی هم نشان می‌دهد که هر کجا سازمان دارو و غذا وجود دارد حتی اگر بقیه ارکان حکومتی غرق در دیوان سالاری باشند، این سازمان باید وظیفه نظارتی داشته باشد. پس همان طور که در مورد آزمایشگاه دیدیم راه را اشتباه آمده‌ایم و باید راه دیگری پیدا کنیم. و لحظه لحظه به خودمان بگوییم که راه‌هایی را پیدا کن که در اجرا کمتر دخالت شود ولی نظارت تضمین شده باشد. از طرفی ما طبق قانون مسئول تضمین امنیت غذا هستیم و نه تأمین غذا. تأمین غذا به عهده وزارت کشاورزی و بازرگانی است. در دارو هم به عبارتی ما به طور غیر مستقیم مسئول تأمین هستیم. مسئول مستقیم صنایع داروسازی و بخش خصوصی هستند. ما اگر توجه داشته باشیم که مسئولیت‌ها غیر مستقیم است دیگر مستقیم عمل نخواهیم کرد. اگر به خاطر پاره‌ای محدودیت‌های سیستم اقتصادی کشور، سطح هزینه‌های مردم و نارسا بودن سیستم بیمه نبود، قدر مسلم بدانید

این اقل دخالت‌های اجرایی هم نبود. اما به خاطر وجود این محدودیت‌ها نمی‌توانیم ایده‌آلیستی گام برداریم، مجبوریم نقش غیر مستقیم در تولید داشته باشیم، به کارخانه‌ها بگوییم که چقدر تولید کنند چون محدودیت ارزی داریم و... این فاکتورها ما را محدود می‌کند. والا ما هیچ تمایلی به دخالت در اجرا نداریم.

■ برای نظارت کردن احتیاج به نیروهای کیفی و با انگیزه داریم و برای ایجاد انگیزه باید اهرم‌ها و امکاناتی در دست داشته باشیم. آیا سازمان دارو و غذا می‌تواند چنین نیروهایی را جذب و به خدمت گیرد؟

□ من فکر می‌کنم اگر به صورت یک مجموعه، کار را نگاه کنیم و برای مسئولین خوب تعریف کنیم مشکلی نخواهیم داشت. ما باید ثابت کنیم که با تشکیل این سازمان حجم کارهای اجرایی ما کمتر می‌شود. در همه دنیا هم همینطور است. ما باید از نیروهای متخصص پراکنده که در کشور داریم استفاده کنیم حتی به صورت پاره وقت چون سیستم نظارتی کارش کارمندی نیست، پروژه‌ای است. مثلاً مستندات یک دارو را به گروهی از متخصصین می‌دهید تا بعد از بررسی، تعریف مشکل و ارایه راه حل، به شما گزارش بدهند.

■ اجازه بفرمایید به اولویت‌های سیاست‌گذاری دارویی بپردازیم. ابتدائاً هر سیاستی در دارو اقتصادی خواهد بود. وقتی بحث سیاست‌های اقتصادی مطرح است باید از یک اقتصاد کلان تبعیت کنیم. قبلاً سیاست‌های برنامه ریزی، تخصیص ارز،

دولتی بودن شرکت‌ها و... همه با سیاست‌های اقتصاد متمرکز هماهنگ بودند. اما اکنون که به سمت خصوصی سازی شرکت‌های تولید کننده و توزیع کننده رفته‌ایم سیاست‌های وزارت بهداشت در این زمینه و هماهنگ با بعد نظارتی چگونه خواهد بود؟

□ ما باید ببینیم که به کدام اهداف می‌خواهیم دسترسی پیدا کنیم. فکر می‌کنم همه با این ۴ اصل موافق باشند که دارو با «کیفیت مطلوب»، «به اندازه کافی» و «به موقع» به دست مردم برسد. هم چنین دارو به گونه‌ای در دسترس مردم قرار بگیرد که «به مردم فشار مالی نیاید» و به تبع آن بتوانیم تا حد توان اقتصادی دولت (بیمه و ارز) فشار تحمل کنیم. اینها اهداف اصلی ماست.

ما باید برای رسیدن به این اهداف که راهش مثل میدان مینی می‌ماند که اطراف آن سیم خاردار و تله‌های انفجاری است، به سلامت طوری عبور کنیم که ایده‌آل‌های خودمان را در واقعیت‌ها ببینیم. بحث تسلیم واقعیت‌ها شدن نیست. اما واقعیت‌ها را بپذیریم و به تدریج مشکلات را از پیش رو برداریم مطلوب‌ترین حالت آن است که بگذاریم دارو، آزاد آزاد باشد و یارانه‌ای نگیرد. (الان همه داروهای ما از ارز یارانه‌ای استفاده می‌کنند).

این حالت باید برود به سمت ارز آزاد نه حتی ارز صادراتی. بعد این تفاوت نرخ ارز در قیمت دارو منعکس شود. آیا این امکان وجود دارد که با تبدیل نرخ ارز از ۱۷۵۰ ریال به حدود ۶۰۰۰ ریال افزایش قیمتی به میزان ۲/۵ تا ۳ برابر را بپذیریم؟ این در حالی است که ارز آزاد هم دستخوش تغییراتی است و دچار نوساناتی می‌شود. بقیه کالاهایی که با ارز آزاد تأمین می‌شود همین طور

هستند و قیمت آنها در بازار نوسان دارد. گاهی قیمت آنها بالا می‌رود آنقدر که خریدار عادی نمی‌تواند سراغ آن برود. این مقوله را برای دارو نمی‌توان متصور شد و در هیچ کجای دنیا چنین حالتی ندارد.

از طرف دیگر کارخانه‌های تولید کننده هم نباید دارویشان را با ضرر بفروشند. اصلاً با ضرر که تولید انجام نمی‌شود. اما اگر برای رقابت بخواهیم قیمت پایه‌ای بگذاریم، پایه‌اش همین نرخ ارز آزاد است که برای شرایط اقتصادی ما غیر قابل تحمل است.

■ در بسیاری از کشورهای داروها را به نرخ ارزان در اختیار مردم قرار می‌دهند یعنی در این شکی نیست که باید به مردم کمک کنیم بحثی که بیشتر مورد توجه است، این است که روشهایی که برای اتخاذ تسهیلاتی در نظر می‌گیریم سبب از بین رفتن تولید ملی نشود و نهایتاً خود مردم متضرر شوند.

□ در طولانی مدت همین طور است. در بحث اهداف وقتی عرض کردم، تأمین «کیفیت» و «کمیت» و «عرضه به موقع» دقیقاً ناظر به همین مطلب بود. یعنی ما باید از صنعت ملی حمایت کنیم، صنعتی که توانایی نداشته باشد و تأمین نشود، چطور می‌توان از آن توقع داشت که با کیفیت خوب، به اندازه کافی و به موقع دارو را تولید کند بلکه یک صنعت پویا و بالنده‌ای باید باشد که خودش را با پیشرفت‌های جهانی تطبیق دهد. اما حواسمان باشد که وقتی می‌خواهیم از این صنعت که سرمایه ملی است و پیشرفت آن به نفع مردم است و آینده مردم را تضمین می‌کند حمایت کرده و رشد بدهیم، یک وقت مردم در زیر این رشد له نشوند.

اعتقاد داریم که ما می‌توانیم از این میدان هنرمندانه رد شده و به اهداف تعیین شده برسیم. باید مرحله گذر را اندیشمندانه، نه با شعار و نه با فداکردن مصالح ملی و سلامتی جامعه پشت سر بگذاریم.

اما در مسائل اقتصادی، عمده‌ترین مطلب برمی‌گردد به شرایط اقتصادی. یعنی اگر شرایط اقتصادی مردم خوب بود، شرایط اقتصادی دولت برای تأمین ارز و شرکت‌های بیمه برای پرداخت‌ها خوب بود این بحث‌ها را نداشتیم. ما یک سیستم نظارتی مطلق بودیم که به‌طور غیر مستقیم فقط بر کیفیت داروها نظارت می‌کردیم و مراقبت می‌کردیم که دارو به موقع وارد بازار شود. من همینجا اشاره می‌کنم که اینطور نیست که فکر کنیم همیشه وقتی شرکت‌ها به منافع خود فکر می‌کنند، حتماً دارو را به موقع تولید و وارد بازار کنند.

این سیستم کنترلی در تمام کشورهای پیشرفته دنیا هم وجود دارد. شما در کشورهای اروپایی هم ممکن است یک وقتی به داروخانه‌ای مراجعه کنید و دارویی را نداشته باشد اما این یک استثنا است. اما اینجا دارد افراطی می‌شود. در آنجا دولت دخالت می‌کند و بلافاصله به کارخانه‌ای می‌گوید که دارویی را که کارخانه دیگر نتوانسته تولید کند، به بازار برساند. یعنی این چرخه کنترلی اهرم بالا سری را هم دارد. اخیراً در ملاقاتی از معاون دارویی کشور مصر پرسیدم که «آیا شما هم با کمبود مواجه می‌شوید؟» ایشان گفتند که در مقاطعی بسیار کوتاه و کوچک ولی به خاطر رابطه‌ای که با شرکت‌ها داریم، از شرکت دیگری می‌خواهیم تا کمبود را جبران کند.

■ آقای دکتر اجازه بدهید برگردیم به تولید، مدیران صنایع داروسازی حرف‌های زیادی دارند. آنها می‌گویند آیا ما مدیران این مملکت نبودیم که در زمان جنگ این صنعت را اداره کردیم و داروی کشور را تأمین نمودیم. آیا مدیران دلسوز نظام نیستیم که غالباً در همین وزارت خانه در سیاست‌گذاری شرکت کرده‌ایم. چرا اکنون که به طرف دیگر رفته‌ایم و سهامداران یک شرکت کارخانه‌شان را به بست ما سپرده‌اند، دولت به ما اعتماد نمی‌کند و چرا ارزی را که ولو کم باشد در اختیار خود صنعت قرار نمی‌دهد. مثلاً به انجمن صنایع دارویی و مسئولیتش را هم به آنها بسپارد.

□ آیا فکر می‌کنید که در این صورت اتفاقی می‌افتد؟ من می‌گویم هیچ اتفاقی نمی‌افتد. با این تغییر یا هر تغییری باید انتظار یک حادثه مثبت را داشته باشیم ولی من چنین چیزی نمی‌بینم. اجازه دهید بحث اقتصادی را ادامه دهیم تا به این مسأله هم برسیم. در بین مسأله اقتصادی ۲ مسأله هم باید بررسی شوند: بیمه و ارز. حقیقتاً خیلی معتقد نیستم که ارز کم است و برای این حرف هم دلایل و مستندات داریم که نشان می‌دهد که ما چطور به خاطر سیستم بوروکراسی‌مان و برنامه ریزی ضعیفان چه در کارخانجات داروسازی و چه در حوزه دارویی خوب عمل نکرده‌ایم. ما خیلی از داروها را الان تولید می‌کنیم که از نظر علمی تأیید نمی‌شود. اما در بحث بین ارز و بیمه، مشکل اصلی‌مان بیمه است. اگر سیستم بیمه ما اصلاح شود بسیاری از مشکلات ما حل خواهد شد. این یک نقطه کلیدی است.

الان صنعت، دارویی را تولید می‌کند و به پخش

می‌دهد، شرکت پخش آن را در اختیار داروخانه می‌گذارد ۴۰٪ خریداران شرکت‌های پخش، داروخانه‌های بیمارستانها و مراکز دولتی هستند و ۶۰٪ بقیه داروخانه‌ها و مراکز خصوصی که البته هر دو ۵۰ درصد نسخه‌هایشان را بیمه شدگان تشکیل می‌دهند. هر دوی این نهادها بنیه مالی ضعیفی دارند و توان پرداخت پول خرید داروهایشان را ندارند. این ناتوانی و ضعف به صنعت هم منتقل می‌شود و یک بن بست ایجاد می‌کند. مثلاً داروخانه خصوصی توان خرید دارو به اندازه کافی ندارد، ۲ بسته امپرازول می‌خرد این منهای بحث سهمیه بندی و ضریب است که من شخصاً به آن اعتقاد ندارم و انشالله... بعداً در برنامه‌هایمان آن را اصلاح خواهیم کرد. اما این مرکز پول ندارد دارو را به اندازه کافی بخرد چون می‌داند که اگر این دارو را بخرد در حالی که بیشتر مشتری‌هایش بیمه هستند (حدود ۶۰ - ۷۰٪ بیماران بیمه هستند). باید نقد یک ماهه بخرد و نسیه ۲ تا ۵ ماهه از بیمه پول بگیرد. این مقرون به صرفه نیست. لذا من بحث عملکرد بیمه‌هاست. و فکر می‌کنم نقطه بسیار حساس سیستم دارو بیمه است. این سیستم بیمه به نظر می‌رسد. خیلی مشکل‌دار باشد! بیمه یک علم است و در همه جای دنیا در دانشگاه‌ها تدریس می‌شود، مدرک PhD دارد. سیستم بیمه ما علمی نیست. اگر همه بگویند علمی است، یک دلیل برای رد آن وجود دارد و این‌که اگر علمی و منطقی بود الان نباید مشکلی می‌داشت. سیستم خدمات درمانی ما باید هزینه‌هایش را از درآمد خودش تأمین بکند و نه کمک دولت. اگر سیستم بیمه صحیح شد و توانست سریع پول داروخانه را بدهد، داروی بیشتری در داروخانه وجود خواهد داشت و بیماران امنیت و

احساس خاطر جمعی خواهند داشت.

جامعه ما غیر قابل تحمل است و با توجه این که مصرف دارو معمولاً دائمی نیست و همه هر روز مصرف کننده آن نیستند به نظر می رسد افزایش قیمت دارو برای جامعه زیاد محسوس نباشد، خیلی وقتها شاید نگران یک جو، در مطبوعات خودمان برای تغییر قیمت هستیم. شاید اگر بتوانیم با یک روش اطلاع رسانی مناسب به ارباب جراید و مسئولین رده بالای کشور آنها را در تصمیم گیری ها مشارکت بدهیم، از این دوران گذار موفق تر عبور خواهیم کرد با توجه به این که شاید دوران گذار افزایش منطقی قیمت های دارو بیش از حد طولانی شود. سیستم اقتصادی کشور ما و دیگر کالاهایمان از اقتصاد متمرکز خارج شده ولی دارو هم چنان در همان شرایط به سر می برد.

□ من به بحث قبلی که با شما داشتم مجدداً اشاره می کنم و تأکید دارم که اگر این ۲-۳ مانع سر راه نبود و یک سیستم بیمه علمی داشتیم، هیچ دلیلی نداشت که ما ارز یارانه ای بدهیم و فشار را تحمل کنیم. اغلب مشکلات هم حل می شد. الان مدیران صنعت ما هم این مسائل را مطرح می کنند اما به این ترتیب ما یک طرف مشکل را حل کرده ایم. اما مسئله دارو مثل بقیه کالاها نیست و نمی توان با آن ریسک کرد. باید طوری عمل کنیم یک ضربه جدی به جامعه وارد نشود. برای دارو مجموعه عواملی وجود دارد که باید همه آنها با هم دیده شوند و اگر همه آنها را با هم نبینیم جای دیگری ضربه می خوریم ولی در برنامه هایمان که هنوز فرصت نشده در مورد آن صحبت کنیم آنها را دیده ایم و برای اثبات این که آن مطالب را قبول داریم و فقط منتظریم تا زمینه

■ در حال حاضر سیستمی داریم که از یک طرف دولت تولید داخل را حمایت می کند (به عنوان هدف ملی) و از طرف دیگر به عنوان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تخصیص دهنده ارز هستیم، تعیین کننده برنامه تولید و توزیع و میزان موادی که باید وارد شوند و در نهایت تعیین کننده قیمت. در صورتی که عمده مصرف کننده دارو غالباً بیمارستان های دولتی و بیمه های دولتی هستند. یعنی اگر قیمت دارو را برای حمایت از صنعت بالا ببریم، نگران پرداخت های خودمان خواهیم بود. آیا همین مطلب علت پایین بودن مارژین شرکتها نیست؟

□ نه، اگر توان مالی مردم ما اجازه می داد که دارو قیمت خودش را پیدا کند، بیمه سیستم منطقی داشته باشد جای هیچ نگرانی نبود. چون بیمه نباید تحمیلی بر دولت باشد. اگر بیمه درست باشد، دولت خریدار دارو نباید نگران این وضعیت باشد چون می داند که از بیمه هزینه را دریافت خواهد کرد. ما عیب اصلی کارمان اینجاست.

■ سال ۷۶ حدود ۱۲۰۰ میلیارد ریال فروش داروهای کشور بوده است که مربوط به فروش ۱۵ میلیارد عدد دارو می باشد یعنی به طور متوسط هر واحد کالا (یک عدد دارو) ۸ تومان قیمت داشته است. مقایسه این عدد با دیگر کالاهای کشور، و نه قیمت جهانی دارو... نشان دهنده ارزانی دارو است. با توجه به این که شما می گوئید افزایش قیمت برای

اجرای آنها فراهم شود مثالی برایتان می‌زنم. همین الان داروهای که مواد اولیه آنها در داخل کشور تولید می‌شود و خیلی وابسته به ارز نیستند، مشخص کرده‌ایم و به کارخانه‌های تولید کننده گفته‌ایم که محدود به برنامه‌های تولید ما نباشند. حتی به صادرات و رقابت فکر کنند. اگر چه تعداد این گروه داروها کم است اما امیدواریم تا به تدریج تعداد آنها زیاد شود و برای آن برنامه داریم. رأس این برنامه‌ها افزایش تولید مواد اولیه دارویی در کشور است که متأسفانه در سال‌های گذشته کمتر مورد توجه قرار گرفته است در صورتی که ارزیابی زیادی ندارد و تکنولوژی سطح بالایی نمی‌خواهد و اگر با یک عزم ملی خوب عمل کنیم ظرف ۵ الی ۶ سال به نقطه خوبی می‌رسیم. هر دارویی که ماده اولیه‌اش تولید داخل بشود، آزاد می‌شود.

در راستای همین اقدامات ما پرسشنامه‌ای را با سؤالات بسیار برای صنایع داروسازی کشور فرستاده‌ایم که الان مشغول تجزیه و تحلیل آماری و علمی نتایج آن هستیم. مثلاً پرسیده‌ایم اگر قرار شود بین ۳ تا ۱۰ داروی تولیدی شان آزاد بشود، کدام داروها خواهد بود. اولویت‌ها که مشخص شدند به تدریج شروع می‌کنیم و در این بحث قایل به همه یا هیچ نیستیم. هر دارویی شرایط مناسب را پیدا کند آزاد خواهد شد. البته آزادسازی فقط در تعداد دارو نیست و آزادی‌های دیگری هم باید به کارخانه‌ها داد. در همان پرسشنامه از کارخانه‌ها نظرخواهی کرده‌ایم که اگر قرار باشد اسم خاص و محلی برای داروهایتان بگذارید، برای کدام این کار را می‌پسندید و اصلاً نظرتان راجع به این قضیه چیست البته تا تکمیل تحقیقات و نتیجه‌گیری

هنوز تصمیمی در این امور گرفته نخواهد شد.

■ بخشی مهمی از واردات دارو به صورت متمرکز از طریق شرکت سهامی، داروپخش و هلال احمر انجام شده است. آیا قصد ندارید که از واردات هم تمرکز زدایی کنید؟

□ خیر، در این زمینه ضرورتی نمی‌بینیم و برنامه خاصی نداریم، در سیستمی که برای واردات دارو داریم، باید ببینیم چه مشکلی داریم و اگر مشکلی داریم به دولتی بودن بخشی از آن وابسته است یا نه. اگر علت، این بود باید اصلاح شود ولی ما الان در واردات دارو مشکل اساسی نداریم و اگر داشته باشیم ربطی به دولتی و خصوصی بودن ندارد.

■ در حال حاضر به ازای ارز صادرات یک صادر کننده می‌توان کالاهایی را وارد کرد. شاید افرادی باشند که بخواهند بعضی از داروها را که گران هستند و ارز زیادی طلب می‌کند، وارد کنند.

□ بله، اما آن دارو به قیمتی غیر متعادل با بقیه داروها وارد بازار و فروخته خواهد شد. این اختلاف قیمت هنوز در سیستم پذیرفته نیست.

■ اجازه فرمایید وارد بحث توزیع شویم. آیا جنابعالی از توزیع دارو راضی هستید؟

□ خیر. زیرا یکی از علل قطعی و یقینی مشکلات دارویی در توزیع است. الان سیستمی را برای توزیع داریم که به نظر من مناسب است. سازماندهی، تجربه و توانایی خیلی خوبی دارد و البته مثل هر کاری ممکن است مشکلاتی هم در آن وجود داشته باشد. اما این که دارو خوب توزیع

می‌شود یا نه، زود بر نمی‌گردد به این‌که بگوییم پس این ۶ تا شرکت زیادی هستند. در سؤالی قبل گفتید که واردات را می‌خواهید به بخش خصوصی واگذار کنید یا نه. من پاسخ دادم که نگویید بخش خصوصی یا دولتی، واردات فعلی ما چه مشکلی دارد که من روش آن را تغییر بدهم و فکر دیگری برایش بکنم. وقتی مشکل ندارد که نمی‌رویم راه دیگری را تجربه کنیم. ما در مسئله توزیع با سیستم‌های توزیع مشکل نداریم، اگر داشته باشیم قابل حل و رفع و اصلاح است. مشکلاتمان در برنامه‌های توزیعی است. مثلاً سهمیه‌های استانی و داروخانه‌ای در زمان جنگ تصمیم بسیار خوبی بود. اما فراموش کرده‌ایم که آن شرایط تمام شده، تولیدمان بیشتر شده، دسترسی به دارو بیشتر شده و دستمان خیلی بازتر شده ولی ما هنوز همان سیستم محدود را نگه داشته‌ایم. یعنی اگر اشکالی هست در جای دیگری است نه در سیستم‌های توزیع. ما تقریباً بهترین سیستم توزیعی که می‌توانیم داشته باشیم، داریم. ممکن است برنامه‌های توزیع را درست کنیم، کما این‌که مشغول آن هستیم، کمیته‌ای تشکیل داده‌ایم که سیستم سهمیه بندی و ضریب را بازنگری کرده و احتمالاً آن را از بین ببرد. اما توزیع فقط تابع سازماندهی و برنامه ریزی نیست.

ببینید وقتی بیمار در داروخانه‌های شهر دنبال داروی بیمارستانی می‌گردد و مثلاً نسخه TNG (آمپول) را می‌بینید. این چه معنی دارد. این ربطی به سیستم توزیع ندارد. نباید زود قضاوت کرد و سریع هم یک راه حل برای آن پیشنهاد کرد باید علت را از راه منطقی و علمی پیدا کرد و همان طور هم رفع علت نمود وگرنه ضربه می‌خوریم.

راه حل‌های غیر منطبق با موازین علمی به خطا منجر می‌شود.

■ دو موضوع هست که موضوع روز نظام دارویی کشور است. یکی مسئله اقتصاد دارو و داروخانه است و دیگری را خود حضرتعالی مطرح کرده‌اید و آن هویت داروساز در داروخانه است. در این ارتباط چه کارهایی انجام داده‌اید و چه برنامه‌هایی دارید؟

□ با عنایت به آنچه در انتهای پاسخ سؤالات قبل گفتم می‌خواهم جمله‌ای را بگویم که برای بسیاری از افراد که نسبت به دارو و داروسازی آشنایی ندارند و حتی برخی همکاران ثقیل است و آن این‌که «داروخانه اقتصادی نیست» و چرخ اقتصادی داروخانه لنگ است و می‌پرسند اگر اینطور است پس چرا سرقتی فلان داروخانه در شهرستان ۲۰ تا ۳۰ میلیون تومان خرید و فروش می‌شود.

خوشبختانه من چون تابحال هیچ وقت داروخانه نداشته‌ام راحت‌تر می‌توانم از این مطلب دفاع بکنم. ببینید اگر از این که فردی وضع اقتصادی خوبی دارد بخواهیم نتیجه بگیریم که وضع اقتصادی داروخانه خوب است به خطا رفتارم این دیگر حساب عدد و رقم است. محاسباتش را انجام دهید و دیگر به عهده هر که بخواهد قضاوت کند.

اغلب داروخانه‌ها در روز بین ۱۰۰ تا ۱۵۰ نسخه می‌پیچند گروهی از این بیشتر و گروهی هم کمتر. قیمت متوسط نسخ هم مشخص است حداکثر ۵۰۰۰ ریال برای هر نسخه. سود دارو هم مشخص است ۱۶/۵٪ برای داروخانه، حق فنی این ۱۰۰ نسخه را هم به طور متوسط ۶۰ تومان

برای هر کدام حساب کنید. اما به این نکته توجه داشته باشید که حدود ۶۰ تا ۷۰٪ بیماران بیمه هستند. مبلغ کمتری پرداخت می‌کنند و پول آن ۴ ماه بعد وصول می‌شود.

از آن طرف هزینه مسئول فنی، کارگر فنی، کارگر ساده، آب، برق و مالیات، استهلاک داروخانه و سرمایه‌ای که داروخانه به صورت اندوخته دارو نگهداشته است از آن کم کنید. واقعیت این است که اگر داروخانه‌ای اقتصاد خوبی دارد از فروش دارو نمی‌تواند باشد یعنی با یک رابطه منطقی و متعارف نمی‌تواند سود خوبی داشته باشد. داروخانه و داروساز طی یک روند ۳۰-۴۰ ساله هویتش گرفته شده است و داروخانه شده یک بنگاه اقتصادی که برای گردش خوب این بنگاه، داروساز ممکن است خیلی کارها بکند که خودش هم می‌داند در شأن او نیست. فروش کالاهای غیر دارویی را هیچ داروسازی که از دانشکده بیرون می‌آید دوست ندارد. این یک جبر است که چون از قسمت غیر دارویی سود بیشتری می‌برد و آنجا را اقتصادی می‌کند، پس به این طرف کشیده شده است. داروسازی که می‌داند نباید بدون نسخه دارو بدهد، وقتی دارو را بدون نسخه می‌دهد و نسخه‌ای را که رویش ننوشته باید «تکرار شود» با این که احتمال می‌دهد نباید تکرار می‌کند برای این است که بتواند اقتصادش را بچرخاند. این ملاک نیست. ملاک همان اعداد و محاسباتی است که برای ۱۰۰ نسخه باید انجام شود. که اگر در یک روال علمی، منطقی و قانونی بخواهد رد و بدل شود آنجا چه اتفاقی می‌افتد. یک شرایط ناهنجاری ایجاد شده که این شرایط ناهنجار شرایط بدتری را خلق کرده است. ما ابتدا باید

بنیادش را درست کنیم، آنها خودشان از این شرایط دست می‌کشند.

من برای احیای هویت داروساز، یک پیشنهاد شخصی دارم به عنوان یک داروساز که شاید تنها راه حل آن این باشد که ما سرنوشت اقتصاد داروخانه را از فلسفه وجودی آن که مشاوره دارویی با بیمار و پزشک است جدا کنیم. یعنی اگر داروساز این نقش را پیدا کند می‌شود داروساز. ما باید شخصیت داروساز را از داروفروشی جدا کنیم. داروساز باید کسی باشد که دارو را در اختیار مریض قرار می‌دهد و نه این که بفروشد. شما در کشورهای پیشرفته غربی بعضاً می‌بینید این طوری است. کشور سوئد یک سیستم بیمه خوبی دارد و اصلاً غالب داروهایش مجانی است و داروساز نقش دکتریش را ایفا می‌کند. البته من، تنها راه حل را این نمی‌دانم که دارو را مجانی بدهیم و از جای دیگر پولش تأمین شود. ما می‌توانیم دارو در اختیار مریض قرار دهیم و پولش را هم بگیریم. مگر ما پزشکمان چه کار می‌کند، خدمت علمی ارائه می‌دهد، در ضمن ارتزاق هم می‌شود. داروساز هم باید به ازای خدمت علمی که ارائه می‌دهد ارتزاق شود نه ما بازای فروش دارو.

■ جناب دکتر احمدیانی بالاخره چه کسی باید این راه را هموار کند؟

□ اتفاقاً مسئله مهمی را مطرح کردید. برای اجرا این طرح ۳ بستر می‌خواهد هر ۳ هم در چهارچوب کار فرهنگی، اطلاع رسانی و روشن‌گری است:

۱- همکاران داروساز. در سراسر کشور باید به این معنی توجه داشته باشند. البته، یقین می‌دانم

که نسل جوان با توجه به شتابی که دارد و عطشی که برای این کار دارد و این مسئله را شخصاً ارزیابی کرده‌ام خیلی استقبال خواهد کرد اما به این معنی نیست که نسل قدیم استقبال نمی‌کنند. این حرف را قبول کنیم که یک مشاور دارویی هستیم. مریض را بپذیریم و برایش توضیح بدهیم. نه این‌که دارو را بریزیم در پلاستیک ۲ تا خط هم رویش. بیماری که ببینید دکتر داروساز برایش دل می‌سوزاند، بیشتر به او بها می‌دهد، با پزشک در مورد داروهای نسخه او مشورت می‌کند، حق المشاوره او را هم پرداخت خواهد کرد. داروخانه نباید بنگاه اقتصادی باشد، دکتر داروساز نباید فروشنده دارو باشد باید تحویل دهنده و ارائه دهنده دارو و خدمات باشد و وقتی به قفسه نگاه کرد فکر نکند من کدام دارو را بدهم مقرون به صرفه است.

۲- مردم. برای مردم کار فرهنگی خوبی انجام نشده است. در مخیله و فرهنگ مردم این طوری است که پزشک، درمان و دارو همه باید مجانی و بسیار ارزان باشد. چرا؟ با کدام منطق؟ از طرفی کسانی که بیمه هستند ۲۵٪ قیمت کل نسخه را خودشان می‌پردازند حال هر چقدر پول دارو شده باشد. چرا باید ۲۵٪ ثابت باشد یعنی اگر شما ۱۰۰ هزار تومان هزینه داشتید ۲۵٪ بدهید و اگر ۵۰۰ تومان هم هزینه شد همین درصد را باید بپردازید. معلوم است منطقی نیست. باید نرخ بیمه را به نفع نسخ گران قیمت تغییر داد تا بیمه معنی پیدا کند یعنی کسی که در معرض فشار اقتصادی قرار می‌گیرد سیستم بیمه نجاتش دهد نه کسی که می‌خواهد ۵۰۰ تومان پول دارو بدهد. برای آگاهی مردم راهش این است که این بحث‌ها به تدریج در قالب همین مصاحبه‌ها مطرح شود.

۳- مسئولین - مجلس - ارباب جراید. اگر این گروه توجیه شود اجرای طرحها آسانتر قابل پیاده شدن است.

ما دنبال این طرح‌ها هستیم به ریز هم محاسبات را انجام داده‌ایم، به گونه‌ای که به مردم فشار نمی‌آید داروخانه دار هم زود به پولش می‌رسد، بدون نسخه هم دارو نمی‌فروشد چرا که می‌خواهد حق فنی‌اش را بگیرد و به شخصیت‌اش احترام بگذارد و شروع می‌کند به مطالعه و افزایش معلومات و این به نفع کشور، مردم، بهداشت و بیمه است و مشکلات را حل خواهد کرد.

■ آقای دکتر فکر می‌کنید مصرف دارو در ایران منطقی است یا غیر منطقی؟

□ مطمئناً غیر منطقی است. یعنی مصرف بی رویه و تجویز غیر منطقی هر ۲ با هم است. ما متوسط تعداد اقلام دارو در چند کشور آسیایی و آفریقایی را بررسی کرده‌ایم ۲/۴ قلم دارو در هر نسخه بود. اما این عدد در کشور ما نزدیک ۴ تا ۵ است. علت آن هم فرهنگی است. اول مربوط به مردم ماست. مردم را چگونه باید آموزش داد تا به عدد منطقی ۱/۵ برسیم که مورد نظر WHO است. شما اشاره کردید الان ۱۵ میلیارد عدد دارو در سال مصرف می‌شود این باید برسد به حدود ۶ میلیارد یعنی بقیه مصرف بی‌رویه است. صدا و سیما دانشگاه عمومی است پس باید برای ارتقای سطح فرهنگی، علمی و دانش مردم در رابطه با دارو و سلامتی برنامه پخش کند. این‌که در یکی دو برنامه یک مطلبی گاهی پخش شود که کافی نیست، این دانشگاه نیست. دانشگاه یعنی یک دوره‌ای، یک درسی بدهد و نتیجه‌اش معلوم

باشد. اگر کار صدا و سیما در این زمینه موفق بود، الان مردم ما نباید اینطور بودند. پراکنده کاری دانشگاه نیست. آموزش روش می‌خواهد، تعریف شده و با برنامه. ما از صدا و سیما توقع همکاری خیلی وسیع داریم. به نظر در این زمینه کار کافی نشده است. هر از چندی یک تبلیغ بهداشتی و یک میان پرده‌ای می‌بینیم، این هدر دادن هزینه و فیلم است. اگر خوب و با نظم برنامه ریزی شود بعد از مدتی اثر خودش را باید نشان دهد. البته روشهای دیگر هم مربوط به وزارت خانه و زمان‌های بیمه است که کار لازم نشده است.

توجیه منطقی داشته باشد. برای چه باید این کار را انجام دهیم. وقتی بخواهیم در هر شهرستانی و هر محله‌ای آن قدر داروخانه داشته باشیم که مردم آسان به داروخانه دسترسی پیدا کنند، بعد از آن غیر منطقی است و مصرف بی‌رویه بیشتر دارو را خواهیم داشت. یک داروخانه باید هم بتواند به مردم خدمات کافی ارائه دهد و هم خودش از نظر اقتصادی گردش داشته باشد. منطقی‌تر آن است که به جای زیاد کردن پایگاه‌های دارویی، پایگاه داروسازان را در داروخانه‌ها بیشتر کنیم.

■ روزهای اولی که به داروخانه رفتم با همین شرایط خیلی دوست داشتم که برای بیماران توضیحاتی بدهم. اما سرعت ورود بیمار به داروخانه آنقدر زیادست که فرصت مشاوره گرفته می‌شود. یعنی تعدادی مراجعین به داروخانه بیشتر از توان یک نفر برای پاسخگویی است.

□ ما وقتی قرار شد مشاور بیمار باشیم، هر کسی یک ظرفیتی دارد، یک داروساز باید وقت روزانه‌اش با ۵۰ تا ۶۰ مریض پر شود. اگر به داروخانه بیماران بیشتری مراجعه می‌کند باید داروسازان دیگری را هم به خدمت بگیرد. سیستم را باید بازنگری و خانه تکانی کنیم.

■ آیا با توجه به بحث شلوغی داروخانه، آیا فکری برای افزایش تعداد داروخانه‌ها طوری که از نظر اقتصادی هم گردش داشته باشد کرده‌اید؟
□ تعداد داروخانه‌ها خواهد بیشتر شود باید

■ آیا مثل کشورهای پیشرفته کشور ما هم سیستمی برای اطلاع رسانی و ثبت عوارض داروها داریم؟

□ بله خوشبختانه داریم. در دوره جدید واحد جدیدی به نام واحد تحقیق و توسعه تشکیل داده‌ایم که به واقع فلسفه وجودی این حوزه معاونت است. این دفتر از قسمت‌های مختلفی تشکیل شده که یک واحد آن، واحد ثبت عوارض ناخواسته داروها (ADR) است. بنیاد این قسمت ۵ سال پیش گذاشته شده ولی اکنون پس از فراز و نشیب‌های بسیار از حالت محلی بیرون آمده تا حالت کشوری و ملی پیدا کند الان در تمام استانها با دانشگاه‌های علوم پزشکی ارتباط برقرار کرده‌ایم و از تخصص‌های مختلف مشغول عضوگیری و تکمیل کادر هستیم تا هر گزارشی را به مرکز منعکس کنند. دو سمینار آموزشی هم اخیراً برقرار شده برای اساتید محترم و پرستاران بیمارستان امام و شریعتی تهران، دفترمان را هم با استفاده از نیروهای هیئت علمی دانشگاه تقویت کرده‌ایم، اخیراً نیز به عضویت ADR مرکزی سازمان بهداشت جهانی درآمده‌ایم

و گزارشات را برای آنها هم می‌فرستیم.

■ اجازه فرمایید به مسئله رقابت بپردازیم. در بحث رقابت یک بعد تاریخی داریم. کسی از داروسازان شک ندارد که ژنریک پل خودکفایی بود و در زمان جنگ نجات دهنده دارو داروسازی کشور شد ولی اکنون که تولید داخل رشد کرده است چرا نتوانیم در کشور خودمان برای داروهای خودمان برای ایجاد رقابت اجازه دهیم که هم ژنریک باشد و هم داروهایی که رقابت شدیدی دارند، نام تجاری داشته باشند، سوآلی است که خیلی‌ها می‌پرسند. در خیلی موارد از بعد سیاسی از ژنریک دفاع می‌کنیم و نه از دید کاربردی. نظر حضرتعالی نسبت به رقابت و مطلق ژنریک بودن نظام دارویی چیست؟

□ فلسفه وجودی ژنریک که از دستاوردهای انقلاب بوده باید فوق‌العاده مورد تکریم و احترام قرار بگیرد. کشور ما زمانی مورد تاخت و تاز شرکت‌های چند ملیتی دارویی بوده و داروهای غیر ضروری گوناگون با تبلیغ و با شکل‌های مختلف متأسفانه تجویز و مصرف می‌شد. برای مقابله با این هرج و مرج و در حقیقت دست یازیدن به ثروت و سلامت مردم ما به دست شرکت‌های چند ملیتی یک حرکت انقلابی باید صورت می‌گرفت، این حرکت در نظام دارویی طرح ژنریک بود که به همه بنیانگذاران و پاسدارنش تا امروز باید حقیقتاً درود فرستاد. اما امروز نکته دیگری را می‌خواهم بگویم. آن روزی که این کار شروع شد ما بضاعت تولید دارویی زیادی نداشتیم. شما یادتان هست که واردات دارو هم به

سختی اما به نام ژنریک انجام می‌شد زیرا می‌خواستند آثار آن مسائل منفی را بزدایند. اصلاً یک نوع حربه و اهرم مبارزاتی بود و به این خاطر قداست پیدا کرد.

اما امروز ببینیم که در کجا قرار گرفته‌ایم. ما الان به آن هدفی که مد نظر بوده رسیده‌ایم: شکستن بازار چند ملیتی‌ها.

اکنون بدون این‌که سخت به همان اهرم‌ها بچسبیم باید راه‌هایی را پیش بینی کنیم و پیشنهاد بدهیم، اما اگر قرار است شیوه مان را عوض کنیم باید یک چیزهایی را فراموش نکنیم، نباید حتی راه احتمالی برگشت به آن سیستم را باز بگذاریم. باید سفت و سخت و با تعصب مواظب باشیم و از این سنگر پایداری کنیم.

من ابتدا هدفمان را عرض کردم. تأمین داروی کیفی در کمیت لازم و به موقع. پس در قالب صنعت ملی خودمان اگر بتوانیم سیاستی را اتخاذ کنیم که فشار مالی بر بیمه، مردم، دولت و ارز دولتی نیاید، هر سیستمی می‌خواهد باشد، باشد. مهم محقوبی است. ایجاد این سیستم و زایش آن با ژنریک بود. از این فرزند تازه به دنیا آمده نگهداری شد تا به بلوغ برسد. اکنون به این بلوغ رسیده است و می‌تواند سر پای خودش بایستد. در حقیقت ژنریک را باید مادر نظام مقدس دارویی مان بدانیم که حالا فرزندش به بلوغ رسیده و فقط باید به این فرزند یاد بدهد که هر جوری می‌خواهی راه برو، فقط مواظب باش که در کجاها چه تله‌هایی سر راه هست که در آن دام و تله‌ها نیفتی.

ما نباید اجازه بدهیم دوباره سیستم‌های چند ملیتی برگردند یا اجازه بدهیم که در رقابت، مصالح ملی ما و ارزش‌های انقلاب مورد خدشه قرار بگیرد، این خیلی مهم است و ما برای رقابت

باید یکسری خط قرمزها را مراقب باشیم که از آنها عبور نکنیم. چون دستاوردهای ژنریک ساده به دست نیامده است که آنها را آسان از دست بدهیم. یکی از سمبل‌های افتخار داروسازان کشور است که توانستند از ارزش‌های انقلاب پاسداری کنند و دست بیگانه را کوتاه کنند و آن شیوه‌های نامأنوس با فرهنگ ما را که ریشه‌اش قطع شده دوباره برنگردانند. با این دید من بحث رقابت را قابل طرح می‌دانم.

بحث رقابت که مطرح می‌شود، یکسری عواملی باید مطرح شود. یکی این‌که رقابت یعنی چه، رقابت به چه انگیزه‌ای، رقابت تا کجا و شرایط رقابت چیست؟ آیا رقابت یک تعریف یکسان در همه جا و همه زمان‌ها دارد؟ قطعاً اینطور نیست. اینها باید تعریف شود به یک وحدت نظر برسیم، بعد وارد بحث رقابت شویم. اگر بپرسید با رقابت موافق هستید؟ می‌گویم ۱۰۰٪ بله. برای رقابت برنامه دارم و دارم اجرا می‌کنم. آثارش را در سالهای ۷۸ و ۷۹ در سیستم دارویی کشور خواهیم دید. چون شروع شده آثارش را آن موقع خواهیم دید و فقط تابه حال این برنامه اعلام نشده بود.

اما حالا این اتفاق دارد می‌افتد. حالا یا کم رنگ یا پر رنگ مدیران صنعت ما دارند به تدریج متوجه می‌شوند که ما زمینه‌های رقابت را ایجاد کرده‌ایم. ایجاد رقابت سالم بین کارخانجات در حقیقت به خاطر تشویق در تولید به موقع، کافی و با کیفیت است. و بعد بتوانیم کاری کنیم که از عرصه کشور خودمان برویم بیرون بتوانیم صادر کننده دارو باشیم. چرا این همه بازارهای آسیای میانه، خاورمیانه، کشورهای عربی و آفریقایی بازار گران‌ترین داروهای شرکت‌های

چند ملیتی باشد. در حالی که هم گرایش بعضی از این کشورها از نظر فرهنگی و مردمی به ما بیشتر است و هم ما می‌توانیم داروی ارزانتری در اختیار آنها قرار بدهیم. برای این کار یک سری شرایطی را باید فراهم کنیم. اما برای رقابت تعریف داریم. ما در شرایطی هستیم که اگر آنها دیده شود، نسخه‌ای برای رقابت می‌توان نوشت، اما نه آن نسخه‌ای که به سادگی به ذهن متبادر می‌شود و نه مثل بقیه کالاهای کشور. رقابت تا کجا؟ ما این اجازه را از نظر ارزش‌های عقیدتی، فرهنگی و اسلامی نداریم که در میدان رقابت یکی را حذف کنیم. اگر قرار بشود که از نظر ما نمره ۱۵ تا ۲۰ مورد تأیید باشد، اگر کارخانه‌ای با کیفیت ۱۸ ساخت یعنی خیلی خوب است. اگر کارخانه دیگری این کار را با ۱۹ انجام داد. این دیگر به خاطر کیفیت محصول نیست، کیفیت بسته بندی است، اطلاعات خوب به پزشک رساندن است، کیفیت برشور است. اما در یک رقابت بدون محدودیت ۱۹ جای خود را باز می‌کند و ۱۸ حذف می‌شود. چرا؟ در حالی که دارویش از نظر اثربخشی و کیفیت خود دارو داروی خوبی بوده است. ما با کدام مجوز عقلی و شرعی بگوییم این صنعت ملی که میلیون‌ها دلار هزینه‌اش شده و صدها نفر در آن کار کرده‌اند و طی ۱۰-۲۰ سال به اینجا رسیده است به خاطر یک رقابت این چنینی از صفحه روزگار حذف شود. در حالی که اگر نمی‌توانست نمره ۱۵ بگیرد، به عنوان حکومت، خودمان آن را حذف می‌کنیم. این حذف ضد ارزش نیست، اتفاقاً پاسداری از ارزش‌ها است چون در جهت حفظ سلامتی مردم است.

به هر حال با واقعیت‌های امروزی و

محدودیت‌های ما از نظر قیمت، ارز، مردم و بیمه یک نوع رقابت را اعمال می‌کنیم. اگر یک روزی این محدودیت‌ها برداشته شود، نوع دیگری اعمال می‌شود. اگر همه محدودیت‌ها از بین برود، نوع متعارف رقابت برقرار خواهد شد با توجه به شروطی که عرض کردم. الان ما سیستم رقابت را به صورت مرکزی اعمال می‌کنیم. این چیزی است که بعضی‌ها به غلط می‌گویند که شما در اجرا دارید دخالت می‌کنید. نه، این دخالت در اجرا نیست بلکه اهرم‌هایی را برای ایجاد انگیزه و ایجاد رقابت در جهت ارتقای کیفیت و تأمین کمی و به موقع دارو به صورت مرکزی به کار می‌بریم که عبارتند از:

۱- کارخانه‌ای که تولید کافی و به موقع داشته باشد، و تقاضای اخذ مجوز داروی جدید یا بالا بردن ظرفیت تولید داروهای قبلی خود را داشته باشد بر کارخانه مشابه که در این موارد کوتاهی کرده، مقدم است. سال جاری، سال پایه است برای صنایع تا تعهدی را که وزارت بهداشت به آنها داده در طول سال به بازار برساند. در طول سال هر کس نمره کمتر آورد مورد بازخواست قرار می‌گیرد و هر کس بهتر کار کرد مورد تشویق قرار می‌گیرد. برای جریمه ممکن است تعهد سال بعدش کم شود یا اصلاً قطع شود به تناسب عملکرد.

۲- به کارخانه‌ای که در طی مدت زمان مقرر نتوانسته مجوز اولیه برای تولید یک دارو را به ثمر برساند، مجوز بعدی را به سختی می‌دهیم یا اصلاً مجوز دیگری نخواهد گرفت.

۳- انجام آزمایشات (Post Marketing Surveillance) PMS. یعنی آزمایش کنترل کیفیت داروی عرضه شده به داروخانه. اگر کارخانه‌ای در این

آزمایشات نقص داشته باشد، کمتر مورد اعتماد واقع خواهد شد، بقیه داروهایش هم بیشتر کنترل می‌شود و پروانه جدید هم نخواهد گرفت.

۴- ادامه بازرسی اصول GMP از کارخانه‌ها و پیگیری موارد نقص. این‌که آیا در فاصله بازرسی‌ها کارخانه نقائص خود را برطرف کرده است یا خیر. اگر نه، آن کارخانه نباید انتظار حمایت وزارت خانه را به عنوان یک کارخانه خوب داشته باشد.

۵- از کارخانه‌ها خواسته‌ایم برای داروهایشان شناسنامه علمی داشته باشند چرا که متأسفانه اغلب فاقد چنین شناسنامه‌ای هستند. هر کدام که سریع‌تر و بهتر و با همکاری مناسب آن را خوب تهیه کرد وظیفه‌اش را خوب انجام داده اما اگر نتوانست، یعنی از نظر کیفیت پایین است. کارخانه‌های ما که می‌خواهند همه جنبه‌های صنعت را از ارز گرفته تا تعهد خودشان عمل کنند و تقاضای آزاد سازی دارند آیا در همه ابعاد به بلوغ رسیده‌اند؟ می‌توانند بگویند ظرف ۱۰ سال اخیر هر دارویی که تولید کرده‌اند به آزمایشگاه داده‌اند همان دفعه اول تأیید شده است؟ می‌توانند بگویند GMP شان کامل است و بدون مشکل؟

ممکن است جواب این باشد که کسی آنها را تا بحال نخواست است؟ خوب باید این کارها در هر صورت انجام می‌شد.

اگر در قیمت نمی‌توانیم کاری بکنیم اهرم‌های دیگری داریم. می‌توانیم بگوییم شما جایزه‌ات این است که این را تولید انحصاری بگیری. یا اجازه تولید ۵ داروی جدید داری در مقایسه با کارخانه‌ای که خوب عمل نمی‌کند.

با فرض این‌که همه شرایط هم درست باشد و

طبق خواست صنایع آزادسازی همه جانبه هم صورت بگیرد، هم چنان اجازه تولید در دست وزارت خانه است. اگر GMP نقص دارد و... در اوج آزادی هم می توان جلوی عیوب را گرفت. عکارخانه ای که آزمایشگاه کنترل مورد تأیید داشته باشد از امتیاز بسیار زیادی برخوردار می شود. یادآوری می کنم که کار تدوین ضوابط برای تصویب برخی آزمایشگاههای کارخانجات به عنوان بازوهای وزارت بهداشت شروع شده است.

۷- کارخانه ای که از نیروی تخصصی بیشتر استفاده کند، حتماً مورد توجه بیشتری خواهد بود و در رقابت از حریفش جلو خواهد زد. در حال حاضر کارخانه ای با ۴ محصول و کارخانه ای با ۱۰۰ محصول باید ۱ مسئول فنی داشته باشند. این کجایش علمی است. نسبت تعداد نیروهای علمی و تخصصی در کارخانه ها با نسبت فرآورده هایشان دیده نشده و نوشته نشده است. شاید عقل اقتصادی بگوید از ۲ دکتر داروساز استفاده کن اما عقل علمی و یک سیستم نظارتی این را قبول ندارد.

۸- حق انحصار تولید فرآورده های جدید برای ۳ تا ۵ سال به کارخانه هایی که باید مطابق معیارهای بالا مورد تشویق قرار گیرند.

اینها شکل های مختلف رقابت با اهرم مرکزی است. همه این شرایط می توانند کارخانه ها را با انگیزه، پر تلاش و با اشتیاق برای افزایش کیفیت محصولاتشان بنماید.

■ جناب آقای دکتر احمدیانی به عنوان آخرین سؤال، در عرصه دارویی موفقیت و شکست را در چه می بینید؟

□ معنی شکست را نمی فهمم اما معنی موفقیت را می توانم تعریف کنم: اگر بتوانیم با مشارکت عملی همه داروسازان کشور و هم فکری با هم، راه حلی را برای پیشرفت وضع دارو و داروسازی و داروسازان کشور پیدا کنیم که قریب اتفاق به یک طرح و حرف واحد که مصالح ملی و ارزش های اسلامی و انقلابی ما را پاسداری کند و به آن حریم خدشه ای وارد نشود و این طرح تضمین کننده این باشد که مشکل دارو و داروسازی را حل کند ولو این که به عمل نرسد این یک موفقیت است.

من فکر می کنم که خانواده بزرگ دارویی کشور هنوز هم حرف و هم صدا نیستند. زمان می خواهد برای نشستن و مشارکت در حل مسایل، مردم بالاخره انتظار به حقی از ما دارند. بالاخره مسئله داروی کشور را چه کسانی باید حل کنند؟ مهندسين يا معلمين يا... که نیاید آن را حل کنند. ما اگر این مهم را به انجام برسانیم لاقلاً یک هدیه ای به مردم داده ایم که ما فرزندان داروساز شما در کشور مسئله دارویی تان را حل کرده ایم. می دانیم کجا هستیم و چگونه و کجا باید برویم. این وظیفه ملی ماست.

■ از این که وقت خود را بدون تعیین سقف در اختیار ما گذاشتید ممنونیم. امیدواریم مسایل مختلف دیگری را که مدنظر داشتیم در فرصت دیگری پی بگیریم.

تذکر

این مصاحبه توسط آقایان دکتر علی منتصری و دکتر وحید محلاتی تهیه و تنظیم شده است.