

حج صنفی

از میقات تا میعاد

گزارشی از

ششمین سمینار سراسری هیئت مدیره های انجمن های داروسازان کشور

۷ و ۸ خرداد - اصفهان

دکتر وحید محلاتی

مشکلاتمان دست یابیم و قطعنامه‌ای که کارگشا باشد و مردم و دردمندان و بیماران از نتایج مفید آن بهره‌مند گردند، حاصل گردد».

سیاست‌های آینده داروی کشور

اولین سخنران دکتر دیناورد رئیس شورای برنامه‌ریزی دارویی کشور بود که جامعه داروسازی را سربلند داشت، ضمن برشمردن علل این سربلندی و دستیابی به خودکفایی در زمینه فرمولاسیون اکثر داروها و

آغازگر جلسه آقای دکتر رضایی عضو انجمن داروسازی اصفهان بود که ضمن تجلیل از شهدای داروساز، شهیدان دکتر فقیهی، دکتر خرازی، دکتر پورمحمدی، دکتر مختاری، دکتر منتشر، دکتر سمندری، دکتر روح‌الامین، دکتر شیرازی و ... به روان پاک و طیبه همه شهدای ۸ سال دفاع مقدس درود فرستاد و سپس ضمن خوشامدگویی به حضار اظهار داشت: «این حج صنفی را آغاز کردیم و امیدواریم که به راه‌حل‌های خوبی برای حل

کسب توانایی آموزش سطوح بالای این رشته و راه‌اندازی رشته‌های تخصصی از تلاش داروسازان در کسب این افتخارات قدردانی کرد. اما در عین حال به معضلات زیادی که داروسازان با آن روبرو هستند اشاره کرد و رئوس اهداف و برنامه‌های شورای برنامه‌ریزی دارویی کشور را چنین شمرد:

«... ۱- فراهم بودن و در دسترس بودن دارو به طوری که خیال مردم از جهت وجود دارو و در دسترس بودنش راحت باشد.

۲- تضمین کیفیت و اثر بخشی دارو

۳- تجویز و مصرف منطقی دارو

۴- خودکفایی در زمینه تولید مواد اولیه. اکنون در حالیکه حدود ۴۰ قلم مواد اولیه دارویی در کشور تولید می‌شود بر روی اقلام دیگری هم سرمایه‌گذاری شده است.

۵- توسعه داروهای گیاهی: در این مورد منظورمان گیاهان دارویی نیست، بلکه منظور اشکال دارویی با منشاء گیاهی است که متأسفانه علی‌رغم پیشینه قوی علمی، تا رسیدن به حد مطلوب فاصله زیادی وجود دارد.

۶- توسعه صادرات دارو که زمینه‌ساز ارتقای کیفیت و خودکفایی تولید دارو خواهد بود.»

وی سپس برخی اقداماتی را که در راه نیل به اهداف فوق در حال انجام شدن است برشمرد و تنظیم فهرست داروهای ایرانی و دارونامه ایرانی، تدوین فارماکوپه ملی، تدوین ضوابط تولید داروهای جدید، تدوین ضوابط مربوط به ظواهر و کیفیت داروها، حمایت از تولید مواد اولیه، حمایت و اضافه کردن ۶ قلم داروی گیاهی به لیست بیمه‌ها، هماهنگی با بیمه‌ها برای منظم کردن فهرست‌های بیمه‌ها، راه‌اندازی مرکز

اطلاع‌رسانی، برقراری سیستم کنترل و بررسی نسخ را از این اقدامات دانست همچنین در مورد لزوم انجام آزمایشات بالینی برای همه داروها گفت: «در مورد داروهای ژنریک باید اثبات کنند که این دارو به همان اندازه خارجی‌اش موثر است. اگر بیماری قبلاً Adalat مصرف می‌کرده است، حال باید ابتدا هم سنگی و برابری نیفدپین در آزمایشات *in vivo* به ثبوت برسد. خوشبختانه در سال ۷۵، بر روی ۷۰ قلم انجام این آزمایشات آغاز گردید و امیدواریم در مورد همه داروها به چنین مدارک مستند و علمی دست یابیم.» دکتر دیناروند در عین حال عمده‌ترین شکل بر سر راه صادرات دارو را قوانین خودمان دانست و به مشکلات رقابت در بازار جهانی دارو نیز اشاره‌ای کرد.

اما مهم‌ترین قسمت بحث رئیس شورای برنامه‌ریزی دارویی کشور که شاید به نوعی مهم‌ترین بخش سمینار هم بود به ارائه راه حل برای رفع مشکلات عدیده گریبانگیر داروی کشور مربوط می‌شد. دکتر دیناروند در این خصوص گفت «گاهی هم سیاستهای فعلی خودمان به کمبود داروها دامن می‌زند. از طرفی به دنبال ارزان بودن دارو و عدم رقابت و ... هستیم و از طرف دیگر این سیاستها قطعاً کمبود ایجاد می‌کند. اگر ما نتوانیم آنها را اصلاح کنیم کمبودها را هم خواهیم داشت. در مورد کیفیت دارو هم همین معضل را داریم. قیمت را پایین نگه می‌داریم و بعد به جایی می‌رسیم که کارخانه دیگر نمی‌تواند تولید کند. خیلی از تولیدات ما هزینه و سود آن سر به سر است حتی بعضی‌ها ضرر هم می‌دهند.

البته خیلی‌ها هم سود دارند. اما ضرر دهی

غیر منطقی است. در این صورت تولید کننده قطعاً به سمت کم هزینه تر شدن پیش می‌رود، قطعاً برشور نخواهد داشت، بسته بندی اش خوب نخواهد بود و هیچ تلاشی برای بهبود کیفیت و بالا بردن اثر بخشی دارو نخواهد کرد. تا زمانی که مصرف یک دارو فرضاً ۱۰۰ میلیون عدد است و این را به نسبت مساوی بین ۳ کارخانه تقسیم کنیم. هر چه تولید کنند، مصرف می‌شود و هیچ رقابتی برای بهبود کیفیت وجود نخواهد داشت. هر زمانی که هم تولید نکنند، سال بعد می‌توانند بیشتر تولید کنند. چون هر زمان دارویی یک ماه در بازار کمبود داشت مطمئن باشید فروش آن ۴ برابر می‌شود. چون داروخانه و بیمار اطمینان ندارند که روند تولید این دارو ثابت دارد بنابراین بیشتر می‌خرند و تاریخ آن یا در داروخانه یا خانه بیماری گذرد.

راه حل اساسی برای اصلاح این وضع ایجاد رقابت در همه زمینه‌های داروست. ابزار ایجاد رقابت حذف محدودیت‌هایی است که در شرایط جنگی و بحران اقتصادی مفید، ضروری و بهترین سیاست برای تضمین وجود دارو در کشور بوده اما امروز دیگر مفید نیست.

ظرفیت کشور این اجازه را می‌دهد که داروها را با کیفیت بهتر و حتماً با تضمین این که در داروخانه موجود است داشته باشیم. آن زمان داروساز هم وظیفه خود را بهتر انجام می‌دهد.

در همه جای دنیا اگر یک کارخانه‌ای می‌خواهد دارویی را تولید کند، اگر توانایی تولید با شرایط GMP را دارد پروانه می‌گیرد. اما ما این طور نیستیم. ابتدا نگاه می‌کنیم که برای کارخانجات دیگر چه اتفاقی می‌افتد بعد تصمیم می‌گیریم که گاهی یک تصمیم غلط است. مواردی

بوده که ما پروانه یک محصول را به ۲-۳ کارخانه داده‌ایم و بعد از یکی ۲ سال هیچ کدام نتوانسته‌اند دارو را تولید کنند. اما هم زمان یک کارخانه دیگر آماده بوده، جواب آزمایش را هم داشته است اما نتوانسته تولید کند چون به او پروانه نداده‌ایم.

ما انشاء... سیاست‌هایمان از این به بعد، به این صورت خواهد شد که کارخانه‌هایی که امکان تولید دارویی را دارند و مطابق روش‌های GMP عمل می‌کنند، بتوانند پروانه داروی مورد نظرشان را بگیرند. به این ترتیب مجبور خواهند شد نیروهای علمی بیشتری در همه سطوح (PHD، دستیار و داروساز عمومی) به خدمت بگیرند، آزمایشگاه تحقیق و توسعه تاسیس کنند و خلاصه این که جهشی در صنعت داروسازی ایجاد خواهد شد.

بحث دیگر رقابت در سهمیه است. ما باید تدریجاً به سمتی حرکت کنیم که هر کارخانه‌ای بیشتر تولید کرد و کیفیت خوبی داشت و مردم بیشتر خریدند بتوانند بیشتر تولید کنند. قطعاً کارخانه‌ای که دارویش کیفیت ندارد ممکن است تولیدش پایین بیاید یا ضرر کند اما مردم مهم هستند. مهم این است که داروی خوب در دسترس مردم باشد.

مسئله دیگر رقابت در قیمت است. ما باید برای کارخانه‌هایی که داروهای وارداتی را تولید کنند نسبت به کیفیت، قیمت‌های متفاوتی داشته باشیم. به همین نسبت نام دارو هم اختصاصی خواهد بود. البته برای بیمه قیمت پایه ژنریک رسمیت خواهد داشت. اما بیمار و پزشک انتخاب می‌کنند که کدام را مصرف کنند».

دکتر دیناروند ضمن اعلام این مطلب که

اجرای سیاستهای فوق تدریجی و بر اساس سنجش مرحله به مرحله و اصلاح روش در هر مرحله خواهد بود، به اقتصاد بیمار دارو اشاره کرد و مارژین‌های تولید، توزیع و داروخانه را ناصحیح خواند و ابراز امیدواری کرد که با تغییراتی که انجام خواهند شد نتایج خوبی برای داروسازان و مردم به بار آید.

نقش اقتصاد برای ارائه بهتر خدمات

سخنران بعدی آقای دکتر آذرنوش بود که به عنوان رئیس انجمن داروسازان ایران این چنین آغاز کرد، «... من به سهم خود افتخار می‌کنم که با برادران و خواهرانی همکار هستم که مظلوم‌ترین قشر گروه پزشکی هستند و علی‌رغم کار سنگین و وظیفه حساس عملاً با حمایت از مجموعه دارو درمانی کشور، التزام و وابستگی خود را به آرمانهای انسانی و اسلامی نشان داده‌اند ما داروسازان خدا را شکر می‌کنیم و خوشحالیم که با عشق و علاقه، علی‌رغم این که به لحاظ اقتصادی و مالی منافع زیادی را از دست داده‌ایم اما همواره با نظام دارویی همگام بوده‌ایم.»

دکتر آذرنوش از نقش تعیین‌کننده مسائل اقتصادی در تمام شئون دارو درمانی صحبت کرد و گفت: «... برداشت ما و احساس ما این است که اقتصاد دارو آن چنان تاثیر تعیین‌کننده‌ای دارد که ما آن معنویتی را که در کارمان دنبال می‌کنیم تحت تاثیر قرار می‌دهد...». سپس به بحث اشتغال و نیروی انسانی پرداخت و گفت: «... تعدادی داروخانه را در سطح کشور بر اساس جمعیت تقسیم کرده‌ایم. وقتی نیروی انسانی اضافه شود این آمارها و ملاکها به هم می‌خورد

و شما باید معیارهای دیگری را تعریف کنید. گاهی این تغییر معیارها به لحاظ رشد اقتصادی است و باید تعداد داروخانه بیشتر شود تا عرضه خدمات دارویی راحت‌تر شود و دسترسی به دارو بیشتر باشد. ولی یک وقت چون داروسازان زیاد شده‌اند باید داروخانه زیادتری داشته باشیم در حالی که حجم مبادلات دارویی رشد چندانی ندارد، عنصر جدیدی هم وارد سیستم نکرده‌ایم و عملاً سهم هر یک از اعضای صنف از بازار کمتر خواهد شد...» و بالاخره ضمن نقل این روایت که: «اگر مشارکت کنید در درمان یک بیمار تا آخر عمر در ثواب‌های او شریک هستید.» و این که «ما دوست داریم اقتصاد هویت معنوی ما را مخدوش نکند» خواستار توجه جدی به مسائل اقتصادی دارو شد.

مشکلات داروسازی کشور از زبان میزبان سومین سخنران خانم دکتر شفیعی بود که از طرف انجمن داروسازان اصفهان افزایش بی‌رویه دانشکده‌های داروسازی بدون توجه به اشتغال داروسازان، تاسیس داروخانه‌های بدون مجوز و غیرقانونی وابسته به ارگانها و نهادها، پرداخت سوبسید به دارو و عدم پرداخت به موقع مطالبات داروخانه توسط سازمان‌های بیمه‌گر را از مشکلات دارویی دانست و خواستار معافیت مالیات داروخانه‌ها بمانند بقیه مشاغل که از یارانه استفاده می‌کنند، افزایش تعرفه داروسازان هم‌زمان با سایر حرف پزشکی و متناسب با شأن علمی و اجتماعی و روند تورم، اصلاح وضع بازرسی‌های متعدد از داروخانه‌ها و افزایش سود دارو گردید. هم چنین خواستار آن شد تا مرکز فوریت‌های دارویی هلال احمر

از فروش دارو و ساخت داروهای ترکیبی اجتناب کند و ...

از زبان دبیر انجمن

دکتر اصغر قدیری افشار دبیر انجمن داروسازان ایران با ارائه آمار و ارقام به تشریح وضعیت نابسامان داروخانه‌ها پرداخت و گفت: «در سال ۶۰ و با اجرای طرح ژنریک قیمت دارو ۳۰ تا ۴۰٪ کاهش یافت. قیمت دارو از سال ۷۱ تا ۷۵ هر سال نسبت به سال ماقبل به ترتیب ۱۰۸٪، ۶۸، ۳۸ و ۱۵٪ افزایش یافته است در صورتی که نرخ تورم در سال آخر (۷۵) ۳۵٪ اعلام گردیده پس قیمت دارو علی‌رغم تورم عملاً کاهش داشته و سرمایه داروخانه‌ها به جای افزایش، کاهش یافته است.»

وی گفت: «مگر بنزین کالای حساسی نیست و مشمول یارانه؟ پس چرا قیمت آن در همین مدت از ۵۰ ریال به ۱۶۰ ریال رسیده و حداقل دستمزد کارگر داروخانه از ۱۳۰ ریال در سال ۵۶ به ۶۹۰ ریال در سال ۷۵ رسیده است.»

لذا در مدت ۱۹ سال قیمت دارو کمتر از ۲ برابر و دستمزد کارگر ۵۲ برابر شده است. سود داروها از ۳۳٪ با جواز نقدی و چک مدت‌دار در سال ۵۶، اکنون به ۱۶٪ رسیده است و اینها همه وضعیت نابسامانی را بر داروخانه‌ها حاکم کرده است.» دکتر قدیری هم چنین از سیستم اخذ مالیات از داروخانه‌ها، دیرکرد پرداخت مطالبات داروخانه‌ها از سازمانهای بیمه‌گر و افزایش بی‌رویه ظرفیت دانشکده‌های داروسازی انتقاد کرد و بالاخره اعلام کرد که سمینار سال آینده در شیراز برگزار خواهد شد.

هشدار! عوارض جدی در راه است

دکتر مژدهی آذر مسئول شورای عالی داروخانه‌های انجمن با تایید این آمار و سخنان هشدار داد که در صورتی که به این مشکلات رسیدگی نشود عوارض جدی گریبانگیر صنعت و داروخانه‌ها خواهد شد.

«... از نظر تولید، به کیفیت بی‌توجهی می‌شود، یکسری شیشه‌های دارویی بر چسب ندارد، شیشه مرغوب نیست و ... اما داروخانه‌ها، اجاره داده می‌شوند و از دست افراد صدیق خارج می‌شود و ... که عوارض بسیار دارد. وی گفت: چرا به فکر مردمی که به دنبال دارو سرگردان هستند نیستیم. ما تعهدی داده‌ایم قسم خورده‌ایم درد مردم را بفهمیم و به فکر آنها باشیم.»

و بالاخره خواستار اصلاح نرخ تعرفه و اصلاح نرخ دارو و سیستم بازرسی‌ها شد.

فرصتی برای ارائه خدمت

دکتر احمد شیپانی مدیر کل امور دارویی وزارت بهداشت با ذکر این نکته که داروساز داروخانه تنها عضو گروه پزشکی است که به راحتی در دسترس مردم است از داروسازان خواست از این فرصت جهت ارائه خدمات بهتر بکوشند.

بنیان مالی گام اول

اما صحبت دکتر پورکاظمی از انجمن داروسازان گیلان در مورد یک راه‌حل برای یک مشکل اساسی انجمن بود. وی دسترسی به یک بنیان مالی قوی را برای پیشبرد اهداف انجمن ضروری دانست. وی با اشاره به آمار دارویی که در ماهنامه رازی چاپ می‌شود به مشکلات

اقتصادی دارویی کشور اشاره کرد و ضمناً در جهت ایجاد اشتغال برای داروسازان جوان پیشنهاد کرد که آنها در مراکز متعدد بهداشتی درمانی کشور به کار گرفته شوند.

و بالاخره خواستار تاسیس یک شورای عالی متشکل از نمایندگان استانها به عنوان انجمن داروسازان ایران شد و گفت «تا عده‌ای ایثار نکنند انجمن ساختار مناسب را پیدا نخواهد کرد».

مشکلات صنعت داروسازی

دکتر اخوان مدیر عامل کارخانه «شیمی‌دارویی امین» این چنین شروع کرد: «عدالت نیست حرفه‌ای که این چنین شکوهمند و با ارزش در بین تمام صنوف توانست یک دگرگونی در وضعیت دارویی کشور ایجاد کند، که مایه مباهات کشور است، امروز این چنین دردمند باشد».

وی با اشاره به افزایش هزینه‌ها اضافه کرد: «... با همین سود مختصر، کارخانه‌های جدیدی تاسیس شده است که از مدرن‌ترین و عالی‌ترین کارخانه‌ها هستند و این کار با رعایت GMP و بالاترین استانداردها و بدون کمک‌گیری از خارج از این صنعت انجام شده است. با این رشد جمعیت و این مصرف دارو اگر این کار انجام نشده بود اکنون چطور می‌توانستیم پاسخگو باشیم. این کار را ما خانواده داروسازان انجام داده‌ایم».

دکتر اخوان کمبود اعتبارات بانکی، قیمت نامناسب و غیرواقعی و سود ناکافی دارو را مهمترین مشکلات صنعت داروسازی کشور بر شمرد و گفت: «اگر می‌خواهیم صنعتی پویا و

مترقی و متناسب با بقیه دنیا داشته باشیم باید یک تجدید نظر کلی بکنیم. دنیا دنیای تغییر است و شرکت‌های بزرگ برای حفظ سهم خود در بازارهای جهانی باید آمادگی لازم را برای تغییر داشته باشند و اولین و ابتدایی‌ترین گام داشتن نیروی متخصص در صنعت داروسازی است که بتواند در مقابل تغییرات فکر کند. ابتکار عمل داشته باشد. از طرفی طرح ژنریک در مقطع خود برای کوتاه کردن دست شرکت‌های چند ملیتی ضروری بوده اما امروزه زمینه لازم برای رشد و شکوفایی نیروهای داروساز را ایجاد نمی‌کند. باید در کنار این طرح، گروهی از فرآورده‌ها نیز از طرح خارج شوند...».

نقش بولتن استانی در استان مرکزی

دکتر اسلامی از انجمن اراک نمونه تلاشهای انجمن اراک برای رشد آگاهیهای مسئولین استان را بر شمرد و بر اهمیت انتشار بولتن استانی انجمن‌ها تاکید کرد و با اعلام این مطلب که در استان مرکزی، حقوق مسئول فنی را انجمن تعیین می‌کند، خواستار هماهنگی بیشتر داروسازان شد، از تشکیل صندوق قرض‌الحسنه داروسازان صحبت کرد و خواستار ارتباط ارگانیک انجمن داروسازان ایران با استانها شد.

روز دوم

اهمیت کار در اسلام

آیت‌الله طاهری امام جمعه محترم اصفهان با ذکر این مطلب که اسلام مخالف بیکاری و مشغول فعالیت‌های افراد است با بیان روایاتی اهمیت کار را در اسلام خاطر نشان کرد. بهترین کار را کار تولیدی دانسته و وظیفه افراد در کار

تولیدی را ارائه بهترین تولید دانست و با بیان این حدیث که «خداوند آن بنده‌ای را دوست دارد که وقتی کاری می‌کند آن را خوب انجام دهد» خواستار توجه داروسازان به کیفیت داروها شد و به سخنان خود پایان داد.

مشکلات توزیع

دکتر علی منتصری عضو هیئت مدیره انجمن داروسازان و مدیر عامل شرکت پخش رازی به صنعت توزیع پرداخت و جهت ورود به موضوع ابتدا در مورد marketing صحبت کرد و گفت: «marketing مجموعه اندیشه‌هایی است که از نگاه مشتری به موضوع تولید، توزیع و فروش توجه گردد. و در نهایت خواست و نیاز مشتری برآورده شود.

صنعت توزیع در زنجیره مارکتینگ جایگاه خاص خودش را دارد. این صنعت مشتمل بر فعل و انفعالاتی است که با دریافت کالا، جابجایی، نگهداری مطلوب و انتخاب بهترین روش حمل و نقل کالا به سرعت در اختیار مراکز متقاضی در سراسر کشور قرار گیرد. ساخت یک صنعت توزیع مطلوب و استاندارد نیاز به سرمایه‌گذاری هنگفتی دارد که بعد از تاسیس جزو سرمایه‌های ملی تلقی شده و حمایت و استفاده خوب از این شرکت‌های توزیع کالا سراسری در کشور را سامان خواهد داد. مزایای صنعت توزیع عبارتند از:

۱- توزیع سراسری با سرعت و نگهداری مطلوب

۲- اعتماد به شبکه گسترده

۳- تقلیل در ریسک. به این ترتیب کالای مرغوب و استاندارد به دست مصرف‌کننده می‌رسد.

۴- اعتماد به نگهداری مطلوب

۵- اعتماد به کارشناسی موثر

۶- قدرت فروش

۷- قدرت برگشت پول

۸- قدرت حفظ قیمت در اقصی نقاط کشور

۹- قانون‌مندی شبکه توزیع»

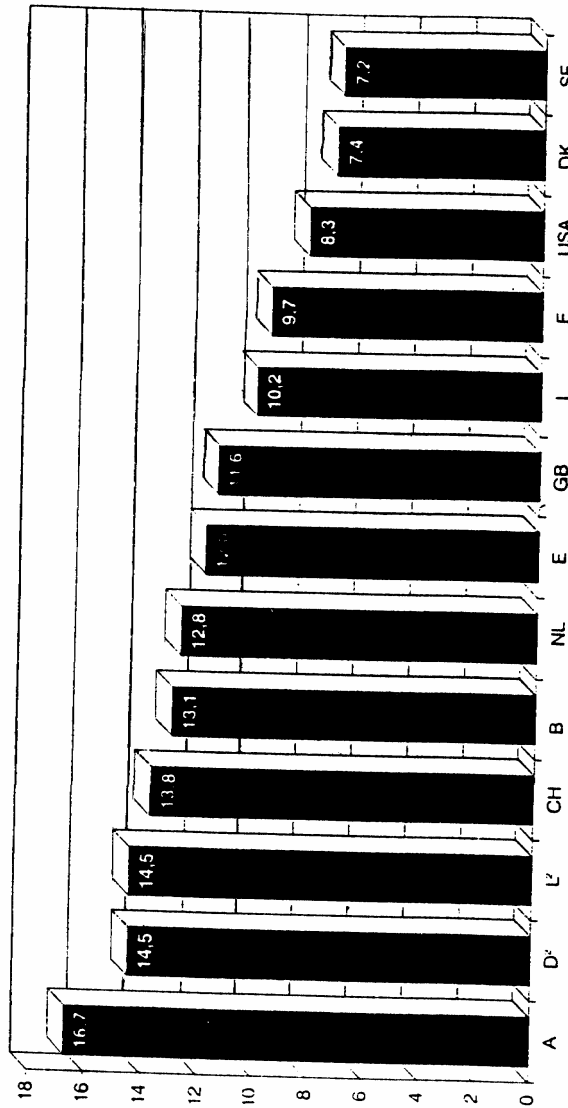
وی سپس به ریشه مشکلات داروسازی کشور پرداخت و آن را گذر از سیستم اقتصاد متمرکز دانست که تعیین لیست دارویی، تعیین اهداف تولید و واردات، محاسبه مواد مورد نیاز، تعیین میزان ارز، تامین منابع مالی و حمایت‌های یارانه‌ای و در نهایت هر گونه حمایت سیاسی و مقرراتی دولت لازمه آن است.

اگر فزونی عرضه بر تقاضا تامین گردد و محدودیت‌های برنامه‌ای، ارزی و اعتباری برداشته شود در آن صورت اقتصاد دارو قالب طبیعی خود را خواهد یافت و در عرصه رقابت و تشویق کیفیت معضلات موجود به حداقل خواهد رسید.

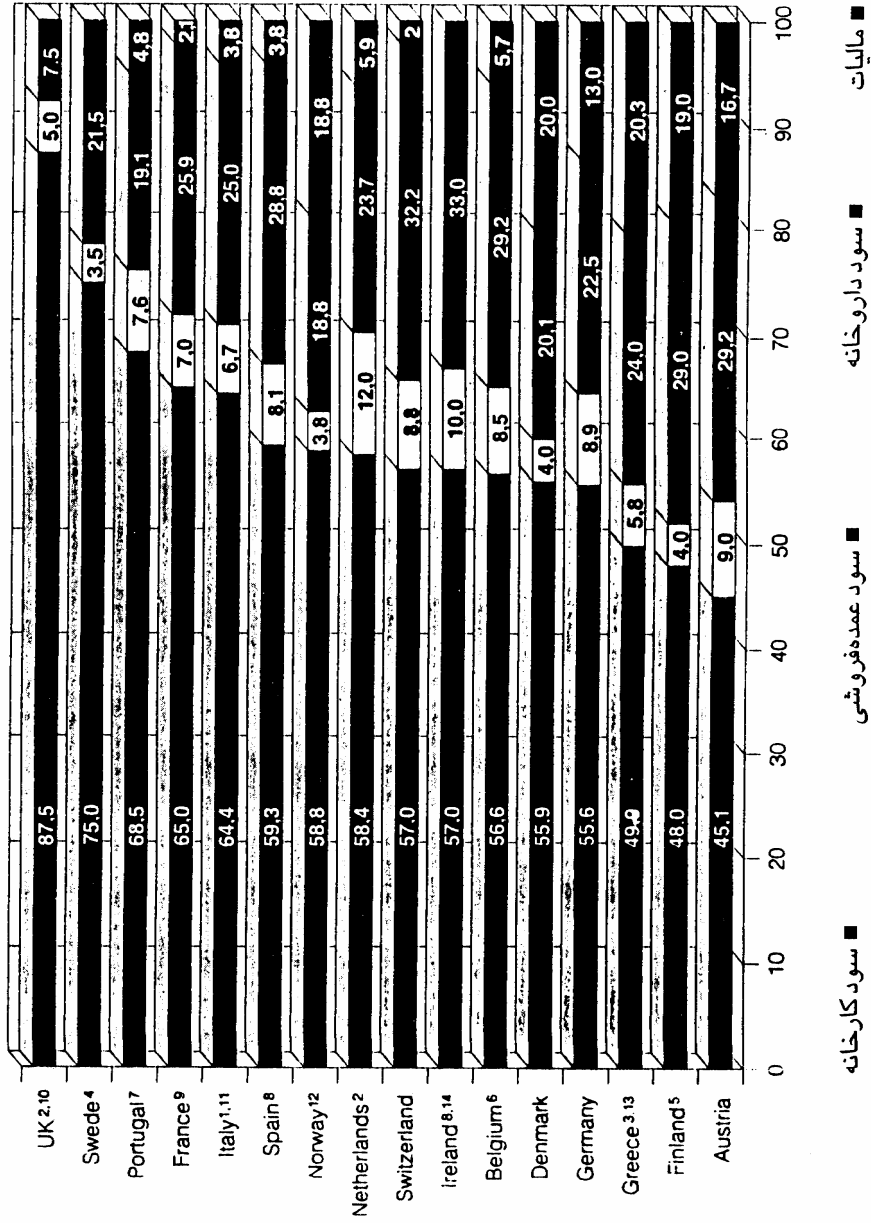
دکتر منتصری با نشان دادن اعداد و ارقام سال ۱۹۹۶ مربوط به آمار فروش و سود دارو در کشورهای مختلف و مقایسه آن با وضع مطلوب در ایران اشاره نمود که در بین ۱۶ کشور اروپایی حداقل سود تولیدکننده ۴۵/۱٪ در اتریش و حداکثر ۸۷/۵٪ در انگلستان است. (جدول ۱) متأسفانه این عدد برای صنعت داروسازی ملی ایران ۱۳ درصد می‌باشد. مارژین توزیع‌کننده آن هم به صورت عمده فروشی در کشورهای مذکور حداکثر ۱۲٪ در هلند بوده در صورتی که توزیع از کانال عمده فروشی فرق بسیاری با توزیع سراسری در کشور بزرگی مثل

ایران دارد و بدیهی است هزینه بالایی
 نباشد. غالباً بالای ۲۵ درصد، ۲۹ درصد در فنلاند و
 بلژیک و ۳۲/۲٪ در سوئیس و ۳۳٪ در ایرلند
 مارژین داروخانه در کشورهای مذکور می‌باشد در صورتی که این مارژین در ایران

شکل ۱ - سود عمده فروشی برخی کشورهای اروپایی



شکل ۲ - ترکیب قیمت داروها در اروپا ۱۹۹۵.



طبق تصویب شورای عالی اقتصاد ۱۶٪ می‌باشد. مقایسه اعداد فوق زمانی معنی دارد که در شرایط مساوی قرار داشته باشیم (جدول ۲).

به نظر دکتر منتصری معضل اصلی میزان کم مارژین نیست هر چند که مارژین داروخانه در ایران نصف سایر کشورها است. مشکل اساسی تهیه و عرضه دارو با حمایت‌های ارزی و یارانه‌ای دولت و تخصیص ارز ۱۷۵۰ ریالی و استفاده از ۴۵۰ میلیارد ریال یارانه است که در نهایت قیمت واقعی به ۱/۴ تقلیل می‌یابد و ناگفته پیداست که اگر نصف مارژین واقعی سود داروخانه به ثلث قیمت واقعی دارو بسته شود نهایتاً انتظار صحت عمل و گردش مطلوب در داروخانه و رفع کمبودهای دارویی تصویری رویایی است.

کار برای خدا باشد

دکتر شاهچراغیان مسئول انجمن استان فارس اعتقاد دارد که در صورتی که کار برای خدا باشد، خدا هم به انجام آن کمک خواهد کرد و گفت: «به یاری خداوند و تلاش همکاران یک ساختمان ۲۶۰۰ متر مربعی با ۴ طبقه به نام خانه داروسازان فارس در شیراز ایجاد شده و سالن اجتماعات آن می‌تواند پذیرای پزشکان و داروسازان استان باشد. وی از افراد منتخب انجمن‌های داروسازی خواست سیاست زوده نباشد و با استفاده از مهارت‌های سیاسی و اقتصادی و ارتباطی اهداف خود را پیش برند.

در وقت باقیمانده استان فارس دکتر حسین خانی مانند بقیه از عدم انجام به موقع تعهدات از

سوی بیمه تامین اجتماعی شکایت کرد و گفت: «اگر بیمه در موعد مقرر پرداخت‌های خود را انجام نداد، چه کار کنیم و به کجا باید شکایت ببریم؟!».

تانگريد طفل!

دکتر شهریاری رئیس انجمن استان خراسان گفت: «همه مشکلات دارویی از تولید تا توزیع را باید داروخانه به مردم جواب بدهد. داروخانه‌ای که این همه مشکلات را دارد باید با برقراری یک ارتباط عاطفی با بیمار آلام او را بکاهد. اگر چه همکاران ما رسالت خود را فراموش نمی‌کنند ولی به علت عملکرد بد سیستم داروسازی از تولید، توزیع و خرده فروشی همه مشکلات به بیمار منتقل می‌شود. داروخانه باید جایی باشد که همه داروها را داشته باشد یا بتواند در اسرع وقت برای بیمار تهیه کند... اگر روز به روز به تعداد داروخانه‌های منتخب اضافه کنیم مشکلات مردم اضافه‌تر خواهد شد اما اگر به همه داروسازان کشور بها بدهیم و مشکلات آنها را حل کنیم، مشکلات دارویی کشور حل خواهد شد. دکتر شهریاری خواستار توجه دسته جمعی داروسازان به مسئله بیمه شد و در مورد بازرسی تعزیرات از داروخانه‌ها گفت: «در استان خراسان به همه داروسازان اعلام کرده‌ایم که بازرسین و ناظرین را فقط دانشگاه علوم پزشکی ابلاغ بزنند و دیگری حق بازرسی از داروخانه را نداشته باشد».

و در پایان ضمن قانونی دانستن حق داروسازان برای اعتراض به بیمه‌ها در جهت

ارائه بهتر خدمات به مردم گفت: «تا نگرید طفل کی نوشد لبن».

صنعت از زبانی دیگر

دکتر جمال واقفی مسئول گروه صنعت در هیئت مدیره انجمن بسیاری از مشکلات داروخانه را ناشی از مشکلات صنعت دانست و گفت «نمی‌شود بگوییم قیمت دارو پایین باشد و کیفیت‌ها بالا باشد. وقتی هزینه مواد کمکی، بسته‌بندی، فرد کارگر و دیگر هزینه‌های غیرمستقیم ماهانه افزایش پیدا کرده است حتی افزایش قیمت سالیانه نیز کمکی نخواهد کرد به طوری که دارویی که در بهمن ۷۵، ۲۳۰ تومان برای تولید کننده هزینه داشته در فروردین ۷۶، ۲۴۰ تومان و در خرداد ۷۶، ۲۷۰ تومان هزینه داشته است و حالا مشخص می‌شود که وقتی اکنون از اندوخته‌های سالهای قبل استفاده می‌کنیم، رقابت نمی‌تواند وجود داشته باشد، کیفیت دارو و بسته‌بندی آن هم پایین است». وی خواستار تلاش همه داروسازان برای رفع مشکلات دارویی کشور، حذف یارانه دارو و اعمال یک سیستم قیمت گذاری صحیح برای داروها شد.

اقتصاد ورشکسته داروخانه

و بالاخره دکتر سهیلی از کرمانشاه آخرین سخنرانی را این گونه شروع کرد: «بحث من نه اقتصاد داروخانه که اقتصاد ورشکسته داروخانه است» و به دلسری و واگذاری داروخانه‌ها از سوی داروسازان اشاره کرد.

و ضمن تبیین مشکلات خواستار تشکیل

سازمان دارو و غذا، برقراری مجدد سود ۲۴٪ برای خرده فروشی دارو، اصلاح سیستم قیمت گذاری دارو از جمله نحوه قیمت‌گذاری داروهای ترکیبی شد».

کاهش ظرفیت و قیمت واقعی در قطعنامه

و بالاخره با ارائه قطعنامه‌ای مشتمل بر ۱۱ بند سمنار به کار خود پایان داد این قطعنامه خواستار

■ اقدام و بررسی جهت تضمینی مناسب برای دریافت کلیه مطالبات داروخانه‌ها از بیمه‌ها مطابق قراردادهای جدید

■ تعدیل ظرفیت پذیرش دانشکده‌های داروسازی

■ استفاده از داروسازان در داروخانه‌های مراکز بهداشتی درمانی که فاقد مسئول هستند.

■ افزایش تعرفه حق فنی داروخانه به میزان ۳۰۰ تا ۹۰۰ ریال با احتساب ۲۰٪ بهای هر نسخه.

■ اقدام در جهت واقعی شدن قیمت‌های دارو و تعدیل مارژین در ۳ بخش تولید، توزیع و داروخانه و انتقال یارانه این بخش‌ها به بیمه‌های همگانی

■ اجرای قانون تعزیرات در خصوص داروخانه صرفاً توسط وزارت بهداشت

■ معافیت مالیات فروش دارو تا زمانی که مشمول یارانه است

■ تعطیل داروخانه‌های فاقد مجوز

شد و با پیشنهاد تاسیس سازمان دارو و غذای کل کشور به آخر رسید.

