

# بررسی دارو توسط فرهنگستان علوم پزشکی در مصاحبه با دکتر فریدون سیامک نژاد «قسمت آخر»

## مقدمه

فرهنگستان علوم پزشکی پیرامون مستندسازی نظام دارویی کشور و واردات دارو از سال ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۰، دو طرح تحقیقی را مورد بررسی قرار خواهد داد. 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.

یکی از کسانی که در این دو تحقیق طی مصاحبه‌ای مطول نظریاتش مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته، آقای دکتر فریدون سیامک نژاد است. ایشان به لحاظ این که در تمام حوزه‌های دارو در طول سال‌های انقلاب حضور داشته است، نظرات مورد توجه و قابل قبولی برای کارشناسان و مسؤولان دارویی فرهنگستان داشته‌اند. مصاحبه فرهنگستان علوم پزشکی با آقای دکتر فریدون سیامک نژاد را با هم مرور می‌کنیم.

داروی یخچالی و معمولی قابل نشده‌اند. مارژین همه داروها (داروی داخلی) ۱۲ درصد است، اگر قیمت داروی داخلی هم از یک عددی بالاتر باشد، برای این طرف هم قیمت مصرف کننده را ثابت نگه می‌دارند، اما اول مارژین داروخانه و بعد هم مارژین پخش را کم می‌کنند. این بزرگ‌ترین مشکل نظام قیمت‌گذاری ما است. من یک بار به یکی از این مسؤولان وزارت‌خانه می‌گفتم که آقا شما برای چی مارژین این دارو را کردید ۵ درصد (۵ درصد داروخانه، ۵ درصد پخش)؟ گفت، برای این که قیمت این دارو ۵ میلیون تومان است، گفتم خوب ۱۰۰ میلیون تومان باشد چه فرقی می‌کند؟ آقا تو چه یک قوطی دارو را ۱۰۰ میلیون بدهی، چه ۱ میلیون قوطی دارو را ۱۰۰ تومان بدهی چه فرقی می‌کند؟ این در مورد نظام قیمت‌گذاری تولید داخل. در مورد داروی خارجی که اصلاً هیچ قانون و مقرراتی برایش وجود ندارد. می‌گویند مارژین داروخانه یکی ۲۰ درصد، یکی دیگر ۱۸ درصد و دیگری ۱۵ درصد است.

#### ◀ شما مصوبات را می‌فرمایید؟

مواردی که اعلام می‌شود و آن چیزی که انجام می‌شود. در مورد مارژین پخش یک روز می‌گویند ۸ درصد، یک روز می‌گویند ۶ درصد، یک روز می‌گویند اگر یارانه‌ای باشد ۵ درصد، هر روز یک چیزی می‌گویند. یعنی شما نمی‌توانید حساب بکنید روی این قصه که اصلاً چه جوری هست. وقتی هم که نظام قیمت‌گذاری درست نباشد، یعنی راه تخلف در هر زمینه‌ای همچنان باز گذاشته شده است. به‌طور مثال، در مورد تولید الان آمدند دست

◀ آقای دکتر، نکته‌ای که اتفاقاً در شرایط فعلی خیلی بیشتر از گذشته خودش را نشان می‌دهد، چون بحث‌های حمایت از تولیدکننده داخلی و پیشگیری از واردات بی‌رویه و این‌گونه مسایل به‌صورت جدی‌تر دارد مطرح می‌شود، بحث اقتصاد دارو و در راس آن بحث نظام قیمت‌گذاری دارو در کشور است. در این مورد شما نظرتان چیست؟ آیا این نظام فعلی قیمت‌گذاری دارو در کشور (چه داخلی و چه خارجی) درست است؟ احیاناً اگر فکر می‌کنید نادرست است، اشکال آن کجاست و پیشنهادتان چیست؟

در نظام قیمت‌گذاری داروهای داخلی، بزرگ‌ترین مشکل این است که نه برای تولیدکننده جایگاهی برای تحقیقات و تبلیغات قایل شدند و نه برای عرضه‌کننده که در واقع داروخانه است، یک مارژین اساسی و درست و حسابی در نظر گرفته‌اند تا داروخانه بتواند سرویس لازم را ارائه بدهد. ببینید، اگر داروخانه واقعا اقتصادش سرپایی باشد، سرویس بهتری به بیمار خواهد داد. بنابراین، به اعتقاد من نظام قیمت‌گذاری دارو، به‌خصوص در بخش داروهای تولید داخل، همیشه در کشور با مشکل مواجه بوده و هیچ وقت هم علمی و منطقی به آن نگاه نکرده‌اند. همیشه یک نظام بسته‌ای را برای آن در نظر گرفته‌اند و گفته‌اند مثلاً مارژین پخش فلان قدر باشد. اتفاقاً به‌نظر من سیستم قیمت‌گذاری نسبت به گذشته بدتر هم شده است. یک زمانی می‌گفتند مارژین داروی داخلی برای پخش ۱۲ درصد و داروهای یخچالی ۱۵ درصد است. الان که اصلاً هیچ ارزشی برای داروی یخچالی قایل نیستند، چون تفاوتی بین

داخلی با همان ترکیب را از ۲۵۰۰ تومان به ۳۰۰۰ تومان تغییر بدهی باید اشکت را در آورند.

← **آقای دکتر، شما صرف‌نظر از مسؤولیت‌های مختلفی که داشته‌اید، مدتی هم عضو کمیسیون بوده‌اید، با توجه به شناختی که از ترکیب اعضا در دوره‌های مختلف داشته و دارید و با در نظر گرفتن عملکرد این کمیسیون در مورد قیمت‌گذاری، شما اشکال کار را در چه می‌بینید؟ اشکال را در ترکیب اعضا می‌بینید، در عدم اقدام در راستای وظایف قانونی یا حاکم بودن یک تفکری می‌بینید که هیچ ربطی هم به رسالت حرفه ندارد یا مورد دیگری که شما به آن رسیده‌اید؟** ببینید، یک درصدی از این مساله را تفکر حاکم بر کمیسیون تشکیل می‌دهد اما بیشترین بخش آن مربوط به حضور یک سری از اعضای است که نگاه آنان به دارو هم همان نگاهی است که مثلاً به نوشابه یا پفک نمکی و سایر محصولات معمولی دارند و اصلاً هیچ سهمی برای خدمات تخصصی و عملی که در حوزه دارو ارائه می‌شود، قابل نیستند. آقا یک شیشه نوشابه مگر از چی تشکیل شده؟ یک اسانسی است که آماده می‌خرند و آب می‌بندند به آن و می‌کنند در شیشه و می‌دهند دست مردم. ما یک ساعت، یک ساعت و نیم زبان مان مو در می‌آورد که برای این آقایان تشریح بکنیم که آقا یک شیشه شربت از چه اجزایی تشکیل شده و چه قدر کار برده تا این جزء به جزء تبدیل شده به یک سوسپانسیونی که در طول ۳ سال پایدار باشد. یک ساعت، یک ساعت و نیم توضیح می‌دادیم باز

گذاشتند روی قیمت داروهای گیاهی که من فکر می‌کنم اگر بخواهند خیلی سخت‌گیری بکنند، ۳ سال دیگر داروهای گیاهی هم به سرنوشت داروهای شیمیایی دچار می‌شود. در صورتی که تولیدکننده داروی گیاهی می‌آید ۱۲۰ سی‌سی شربت می‌سازد، قاشق کنارش می‌گذارد، داخل یک جعبه با بهترین طراحی می‌گذارد و در واقع یک شربت سینه شیک و قشنگ را می‌دهد ۳۵۰۰ تومان. در حالی که یک شیشه شربت اکسپکتورانت ۶۵۰ تومان است. بنابراین، سخت‌گیری در مورد داروهای گیاهی هم به این معنی است که تو هم برو از سر و دم این محصولت مثل شربت اکسپکتورانت بزن که حاصل آن هم سرنوشت امروز داروهای شیمیایی است. تولید این جوری است، داروخانه همین جور است. بعد ما می‌گوییم داروخانه چرا سرویس عالی نمی‌دهد؟ خوب تو به اقتصادش برس، بعد از او بخواه که سرویس ایده‌آل بدهد.

همین بسته‌بندی داروهای گیاهی امروز را با داروهای شیمیایی مقایسه کنید، وقتی از کارخانه‌های تولیدکننده داروی شیمیایی سوال می‌کنید که چرا چنین بسته‌بندی ناخوشایندی داری؟ می‌گوید برای من یک مارژینی گذاشته‌اند که برای من صرف نمی‌کند، باید برای من صرف کند. بعد هم یک تنگ‌نظری‌هایی داریم که انگار کارخانه برای یک بسته دارو حتماً باید ۱۸/۵ درصد سود ببرد، آقا چرا ۲۰ درصد سود نکند، چرا ۲۲ درصد سود نکند؟ شما یک داروی مکمل خارجی را گذاشتی وارد بشود و آمده این‌جا یک بسته‌اش شده ۵۰ هزار تومان، ۶۰ هزار تومان، اما وقتی می‌خواهی قیمت یک بسته قرص مولتی‌ویتامین

پنی سیلین ۸۰۰ و ارز و مسایل فیما بین حوزه دارو و بانک بود، ما بودیم، دکتر نیک نژاد بود، واعظ مهدوی بود و عده‌ای دیگر، صحبت کردیم و این آقای رئیس کل بانک مرکزی برگشت گفت آقا همان جور که ما پنیر را از پنیر دانمارکی تبدیلی کردیم به پنیر بلغاری، خوب شما هم در مورد پنی سیلین ۸۰۰ همین طور عمل کنید. گفتم من متاسفم که رئیس کل بانک مرکزی فرق بین پنی سیلین ۸۰۰ را با پنیر نمی‌داند چیست. این آقا عصبانی شد و داد و بیداد کرد و آخر سر هم با ما رفیق شد چون فهمید که برادرم معلم فرزند ایشان است. مشکل مملکت ما این است که در مساله دارو، همه تصمیم‌گیری‌ها با وزارت بهداشت نیست. یک بخش‌هایی را آمده‌اند وارد وزارت بهداشت کردند که هیچ اشرافی نسبت به دارو ندارند، هیچ شناختی هم ندارند. رئیس کل بانک مرکزی از نگاه خودش حرفش غلط نبود، فکر می‌کرد که همان جور که پنیر دانمارکی را ما تبدیل کردیم به پنیر بلغاری، در مورد پنی سیلین ۸۰۰ هم می‌توانیم این کار را بکنیم. حالا این که، این پنی سیلین ۸۰۰ درست است که یک ویال است، آب مقطر در آن تزریق می‌کنی می‌شود سوسپانسیون و به بیمار تزریق می‌کنی ولی اگر یک پارَتیکل داشته باشد پدر مریض را درمی‌آورد. آقا پنیر بلغاری نهایتاً سفت است، نمی‌شود خورد، خوشمزه نیست، خوب نباشد کاری نمی‌کند که.

یعنی واقعیت این است که متأسفانه در دارو به خصوص به قول شما در نظام قیمت‌گذاری دارو، کسانی دخالت دارند که هیچ شناختی نسبت به دارو ندارند، فقط نگاهشان به دارو مثل بقیه کالاهای

دوباره آخر سر، حرف، حرف خودشان بود. بعد هم اگر می‌خواست قیمت از آن کمیسیون در بیاید باید همه امضا می‌کردند دیگر، اگر یکی امضا نمی‌کرد، به خصوص اگر آن کسی که امضا نمی‌کرد مثلاً از سازمان برنامه و بودجه یا از وزارت صنایع بود، هیچ نتیجه‌ای حاصل نمی‌شد. ببینید ما هر کجا بنشینیم شعار می‌دهیم که آقا دارو کالای استراتژیک است. اما وقتی مسایل تولید آن مطرح می‌شود هیچ فرقی با تولید سایر محصولات ندارد، می‌رویم به کارخانه‌اش هم همان جوری نگاه می‌کنیم که به کارخانه برنج پاک کنی نگاه می‌کنیم. خوب پس این چه کالای استراتژیکی است؟ به داروخانه‌اش نگاه می‌کنیم، همان نگاهی را به آن داریم که به سوپرمارکت بغل دواخانه داریم. به هیچ بخشی از مسایل این حوزه استراتژیک نگاه نمی‌کنیم. فقط در شعارمان هر وقت حرف می‌زنیم می‌گوییم کالای استراتژیک است. اگر کالای استراتژیک است، تولیدش هم استراتژیک است، پخشش هم استراتژیک است، مصرفش هم استراتژیک است، عرضه‌اش هم استراتژیک است. شما نگاه کنید، برای تعرفه حق فنی دواخانه، اصلاً این ۵ تومان حق فنی که به وجود آمد سال ۶۷، شما یادتان هست دیگر، از بس ما رفتیم در گوش مهندس موسوی خواندیم تا آخر ما را ارجاع داد به (خدا رحمتش کند) مرحوم عالی‌نسب که من قصه‌اش را در سرمقاله رازی نوشتم که بالاخره این قدر ما گفتیم که به خدا یک بسته اسپیرین بچه که آن موقع ۱۳ تومان بود، مساله‌اش فرق می‌کند با یک قوطی کبریت. شما یادتان هست که سال ۶۷ یا ۶۸، یک جلسه‌ای در دفتر رئیس کل بانک مرکزی بود. جلسه راجع به

دیگر است.

به اعتقاد من، نگاه به صنعت داروسازی به‌عنوان یک کالای استراتژیک، باید یک نگاه خاص باشد. برای این که نظام قیمت‌گذاری مثلاً نوشابه همین است. نوشابه‌ساز می‌گوید آقا شیشه‌ام این قدر است، کپم این قدر است، مواد این قدر است و این قدر هم سود تولیدکننده، این قدر سود توزیع، این قدر قیمت مصرف‌کننده می‌شود. آن کسی که چنین نگاهی به صنعت نوشابه دارد، می‌آید در کمیسیون و می‌خواهد راجع به دارو هم همین‌گونه تصمیم بگیرد. چون نگاه، نگاه درستی نیست، این‌جا اشکال پیش می‌آید و گرنه بحث این نیست که آقا درست است که یک دانه شیشه شربت اکسپکتورانت یا یک شیشه شربت استامینوفن یک کپ و یک شیشه و یک لیبل و فلان است، ولی آیا هنر مخلوط کردن این‌ها به‌عنوان این که سلامت یک بیمار را تضمین نکند با هنر مخلوط کردن آن چیزی که نوشابه را به‌وجود می‌آورد یکی است؟ اگر می‌پذیریم که این نگاه یکی دانستن این دو صنعت اشتباه است، پس باید بپذیریم که این نگاه باید عوض بشود.

### ← خوب این را در شیوه‌ها در حقیقت شما می‌بینید یا در نوع نگرش خود آدم‌ها؟

به اعتقاد من قانون باید بیاید بگوید آقا در نظام قیمت‌گذاری دارو، در کمیسیونی که باید تصمیم بگیرد، نقش سازمان برنامه و بودجه چیست، نقش وزارت صنایع چیست. شما به جای این که از وزارت صنایع نماینده بیاوری، نماینده بیاور از صنعت داروسازی که صنعت مورد بحث را بشناسد.

بگرد آدم ذی‌صلاح و صاحب‌نظر در این حوزه را پیدا بکن. می‌خواهی از جهت بودجه‌ریزی کنترل بکنی، یک کسی را بیاور که اشراف داشته باشد نسبت به صنعت داروسازی. شما آمدی افرادی را گذاشتی و بعد این قصه، قصه الان نیست‌ها، از سال ۷۰ که من در کمیسیون قیمت بودم همین دردسر را داشتیم. همیشه نماینده سازمان برنامه شده بود برای ما لولو.

← آقای دکتر، حالا خود شما در تعامل‌تان به‌عنوان یک شرکت توزیعی با شرکت‌های داخلی و واردکننده، آیا واقعاً در پروتکل‌های‌تان این موارد را در نظر می‌گیرید؟ یعنی شما تفاوتی بین توزیع محصولی که یک شرکت واردکننده خارجی به شما می‌دهد که توزیع کنید و یک تولیدکننده داخلی قابل‌هستید؟ ما نه.

### ← اصلاً هیچ تفاوتی برایتان نمی‌کند؟

من یک نکته‌ای را بگویم حالا جدای از این، ما همیشه این ضرب‌المثل را داریم می‌گوییم آقا شرکت پخش، مرده‌شور است. کاری به بهشت و دوزخ مرده ندارد. واقعیتش این است که ما وقتی که با یک شرکتی به‌عنوان تامین‌کننده دارو قرارداد می‌بندیم، خودمان را موظف می‌دانیم براساس وظیفه‌ای که برایمان تعریف شده، این کالا را درست، سالم و به موقع در اقصی نقاط کشور توزیع کنیم. خیلی هم نگاه نمی‌کنیم (البته مارژین داروهای تولید داخل برای ما بیشتر است، یعنی سود توزیع داروهای ساخت داخل برای ما بیشتر

باید بدهیم، فاکتور ۸ بدهیم، نمی‌توانیم ندهیم که. اصلاً جدای از پول و اقتصاد و این حرف‌ها، من دواسازم و قسم خورده‌ام. روی این تعهد حرف‌های خودم هم که باشد نمی‌توانم نگاه بکنم که آقا این پول نداره، بدهکار است، مریض روی تخت است چه کار بکنیم؟ بالاخره باید یک‌جوری دوا را به او بدهم و بسازم باهاش.

◀ حالا آقای دکتر در سوال‌های قبل داریم ولی در این مورد شما بخش توزیع را مطرح کردید، قبل از انقلاب یک تعدادی توزیع کوچک بود، بعد هم یک تعداد زیادی عمده‌فروش در تهران و شهرستان‌ها بود و این‌ها کالا را می‌بردند و می‌دادند. آیا بعد از این مدت سی سال و خورده‌ای که گذشته و آن‌ها از بین رفته‌اند و این شرکت‌های توزیع بسیار گردن کلفت مویرگی ایجاد شده‌اند، آیا در حال حاضر احساس نمی‌شود که جدا از شرکت‌های توزیعی یا خود شرکت‌های توزیعی، نیاز به یک‌سری عمده‌فروشی‌های محلی دارند که نتیجتاً حجم داروی موجود در داروخانه بیاید پایین؟ مثلاً ما با آقای دکتر مذهبی‌آذر که صحبت می‌کردیم، می‌گفت که نه، بهتر است شرکت‌های توزیعی باشند و عمده‌فروشی نباشد ولی ایشان می‌گفت که به دلیل بسته شدن عمده‌فروش، نتیجتاً ما مجبوریم میزان موجودی دوايمان (استوک‌مان) را ببریم بالا. در حالی که قبل از انقلاب با توجه به این که هر روز یا هر یک روز در میان یا هر هفته می‌توانستند تامین بکنند،

است) منتها چون یک بنگاه اقتصادی معمولاً یک نقطه سر به سر دارد و شما یک بسته قرص داخلی را که توزیع می‌کنید باید بفروشید ۱۲۰۰ تومان، همان اندازه قرص خارجی را می‌فروشید ۱۸۷۰۰ تومان. درست است مارژینش ۱۰ درصد است ولی قدر مطلقش بیشتر است و چون ما بنگاه اقتصادی هستیم و یک نقطه سر به سر داریم، از آن نقطه سر به سر که بگذریم به هر حال سودمان پلکانی بالا می‌رود، این است که نگاه‌مان از نظر اقتصادی هم این نیست که مارژینش کم است، نگاه می‌کنیم که چه کالاهایی در مجموع می‌توانند از آن نقطه سر به سرشان بگذرند ولی کالا تا آن جایی که من اطلاع دارم به خصوص شرکت‌های پخشی که به هر حال از یک استخوان‌بندی قوی‌تری برخوردار هستند، از ابتدای انقلاب بوده‌اند و پخش‌های بزرگی که هستند، این‌ها معمولاً نگاهشان، حالا حداقل من خودم که در ۲ تا از این شرکت‌های پخش بزرگ بودم، هیچ وقت نگاه‌مان این نبوده است که آقا این دارو را که داریم توزیع می‌کنیم سودش برایمان بیشتر است یا آن داروی خارجی است یا داخلی. نوع دارو، کیفیت دارو، استراتژیک بودن دارو، نحوه استفاده‌ای که مریض باید بکند، این که چه مریضی باید از آن استفاده بکند. شما الان نگاه بکنید، تا ۳ روز پیش طلب سررسید شده ما از بخش دولت ۱۰۰ میلیارد تومان بود. ۱۰۰ میلیارد تومان طلب سررسید شده از بخش دولت.

#### ◀ سررسید شده؟

سررسید شده. سررسید نشده که هیچی. ما باید به همین بخش دولت، دسفرال بدهیم، فاکتور ۷

**دلیلی نبود که استوک‌شان بالا باشد.**

ببینید، من چون قبل از انقلاب در بازار دارو نبودم، نمی‌دانم که حالا آن سیستم چگونه بوده است.

آن مساله‌ای است که همیشه به‌عنوان یک خطر داروسازی ما را تهدید می‌کرده است.

◀ حالا جدا از پخش اقتصادی و سودآوریش، آیا برای گسترش یک توزیع مناسب، عمده‌فروش اصولاً جایی در این سیستم دارد یا ندارد؟ چون شما می‌روید در آلمان، فرانسه، آمریکا، سوئیس نسخه‌ات را می‌دهی می‌گوید بعد از ظهر بیا، ۲ ساعت دیگر بیا. بعد وقتی ایستادی یا یک کمی جستجو می‌کنی می‌بینی که یک ماشین‌های کوچک مثل موتورسیکلت‌های ما که یک سقف خیلی کوچک هم دارند می‌آیند، یک بسته کوچک هم دستشان است، این بسته را می‌گذارد آن جا و رسید می‌گیرد و می‌رود. من نمی‌دانم آیا همه توزیعش همین است یا قسمتی از توزیعش همین است. پس معلوم می‌شود این وصل به یک جایی است به نام Wholesaler که آن Wholesaler این‌ها را برایش برمی‌دارد می‌آورد.

درست است. آن چیزی که پدیده استوک زیاد در داروخانه است، پدیده این ۵، ۶ سال اخیر است.

**◀ جایزه؟**

بله. جایزه و مدت بازپرداخت بیشتر برای رقابت! من در موقعی که شرکت پخش هجرت بودم (من از وزارتخانه که آمدم رفتم در شرکت پخش هجرت)، این خبرها نبود، هیچ کدام از این صحبت‌ها نبود. دارو را شما ۱ ماهه به دواخانه می‌فروختی، تخفیف هم نمی‌دادی. حالا این که چرا تخفیف به‌وجود آمد،

**◀ نمی‌توانید بگویید نمی‌دانم، می‌توانید بگویید عاملیت نداشتید ولی بودید.**

واقعیت این است که این را می‌دانم که آن موقع داروخانه یک دفترچه داشت مثل الان که دفترچه دارد، آقا دپومدرول ۲ تا، فلان ۲ تا، یک کیسه می‌داد دست طرف می‌رفت صبح به صبح از ناصرخسرو خرید می‌کرد و می‌آمد. بعضی‌هایشان هم دو بار در روز فردی را برای خرید دارو از ناصرخسرو می‌فرستادند. یک مساله بود که خوب از ناصرخسرو باید نقد می‌خرید. الان این توان وجود ندارد، این یک نکته، نکته دوم، اگر قرار باشد شرکت‌های پخش یک عمده‌فروشی‌هایی را داشته باشند در جاهای مختلف، یا این عمده‌فروشی مال خودشان است که می‌شود همان مراکز پخش‌ی که دارند. منتها در حال حاضر در ۱۹ تا استان دارند، آن موقع مثلاً می‌شد در ۲۴ تا استان. خوب این در ۲۴ تا استان گذاشتن و مرکز گذاشتن و فلان، هزینه دارد. مارژینی که الان به شرکت پخش می‌دهند کشش آن هزینه‌ها را ندارد. اگر هم قرار بشود که این دپوها و این عمده‌فروشی‌ها مال خودشان نباشد، می‌خواهند ۴ درصد سود بدهند به عمده‌فروشی، از کجا بیاورند؟

◀ آنچه که دکتر مزدهی‌آذر را کمی نگران کرده بود، می‌گفت که ممکن است همین عمده‌فروشی‌ها، بعدها شروع به نسخه‌پیچی کنند.

دریافت کرد که این سرویس ارایه بشود یا این که ما نباید این مسیر را برویم، اگر احیاناً بخش خصوصی یا عمده‌فروش‌ها و هر جای دیگری که این کار را می‌توانند به‌طور محلی انجام بدهند، آن‌ها این کار را بکنند منتها هزینه‌اش را بگیرند، شاید یک منطق باشد. یعنی دو تا آلترناتیو می‌تواند مطرح باشد، یکی این که خود توزیع برود به این سمت، یکی این که عمده‌فروشی‌ها بیایند روی این زمینه سرمایه‌گذاری کنند. اصلاً این را دیدید یا فکر می‌کنید عملی است، فکر می‌کنید در درازمدت اگر این بحران‌ها پشت‌سر گذاشته بشود اصلاً خودبه‌خود می‌روید به آن سمت که باید سرویس جدید بدهید تا بتوانید سرپا بمانید؟

ببینید، بحث عمده‌فروشی‌هایی که در گذشته در ناصرخسرو بود، الان بحثش این است که آقا آن موقع خیلی خوب بود برای این که داروخانه صبح به صبح مأمور خریدش می‌رفت و ۲ تا دپومدرول می‌خرید (بسته به نیازش) و باز فردا می‌رفت دو تا دیگر می‌خرید. یعنی این که ۲۴ ساعته به داروخانه سرویس داده می‌شد. الان ما در تهران داریم ۲۴ ساعته سرویس می‌دهیم به داروخانه، در شهرستان‌ها به دورترین شهرستان‌ها ۴۸ ساعته. بنابراین، اگر بحث عمده‌فروش، بحث سرویس‌دهی هست، بله، در اسرع وقت این اتفاق دارد می‌افتد. حتی ما در تهران به بعضی از داروخانه‌ها دو ساعته سرویس می‌دهیم. یعنی صورت می‌دهد، ۲ ساعت بعد دوایش دم در داروخانه تحویل می‌شود. موتورسوار داریم و پیک.

اصلاً درست بود، غلط بود، یا این که یک دارویی را که مثلاً ۵۰۰ هزار تا در سال مصرف داریم را به ۱۰ تا کارخانه بدهیم تولید بکنند، کاری به این مسائلیش نداریم. داروخانه به‌خاطر منافع خودش استوک دارد. چرا منافع دارد؟ برای این که الان شما به او می‌گویید آقا امروز سفیکسیم ۳ تا یکی است. او مطمئن نیست که در تور بعد شما هم ۳ تا یکی هست یا نیست، واقعاً هم نبوده، می‌خرد، می‌گوید آقا الان ۳ تا یکی الان اگر بخری مثلاً ۵ میلیون تومان بخری، چک یک ساله ازت می‌گیرم.

← خودزنی‌هایی که اصلاً رقابت را ناسالم کرده است!

خیلی‌هایشان باعث شد طرف دارو را یک ساله خرید گذاشت در دواخانه، پول دواخانه را برد ساختمان‌سازی. ساختمان‌سازی به خنسی خورد، حالا چک‌هایش دارد برمی‌گردد.

← حالا آقای دکتر نکته‌ای که در این قضیه هنوز به نظر من جای بحث دارد این است که شرکت‌های توزیعی با سمت و سویی که به سمت ارایه خدمات بیشتر و بهتر برای دسترسی منطقی‌تر مصرف‌کننده در حقیقت در نظر داشتند، می‌توانند این توسعه را این‌جوری ببینند که این را ببرند به سمت استوک کمتر در داروخانه، ولی شما همان‌طور که اشاره فرمودید که آقا این قیمت تمام شده توزیع را بالا می‌برد، آیا اصلاً روی این مطالعه شده که این قیمت تمام شده افزایش یافته واقعی که محقق می‌شود را بشود به طریقی



← آقای دکتر، صورت که می‌دهد یعنی این که شما در دوره‌هایی که خودتان می‌روید صورت می‌گیرید. نه، خارج از دوره خودمان.

← یعنی داروخانه می‌تواند ۳ تا سفارشش به شما بدهد مثلاً اینترنتی و شما سریع به او برسانید؟ ما هم پخش فوریتی داریم.

← نه فوریت را هم باز تعریف کردید دیگر. فوریت یعنی امروز آمدند از شما صورت ۸ روزه‌ها را گرفته‌اند، تور معمولی و مطابق روال را آمدند گرفتند، فردا شما دو قلم دوا احتیاج داری، زنگ می‌زنی، برایت می‌آورند.

← خوب شما آمدید این را تعریف کردید مثلاً دو روزه یا این که اصلاً زمان برایش قایل نیستید؟ یعنی می‌گویید مثلاً همین صبح رفته سفارش گرفته، ساعت ۴ بعد از ظهر می‌آید می‌گوید آقای روی اینترنت یا تلفنی که برای من این را بفرستید، شما می‌توانید با موتورسوار یا پیک خاص یا سیستمی که تعبیه شده این کار را ارایه بکنید.

ساعت ۴ بعد از ظهر این کار را نمی‌توانیم بکنیم و نمی‌کنیم ولی اگر در یک بازه زمانی مشخص وجود داشته باشد، این کار را انجام می‌دهیم.

← یعنی در نهایت شما در درازمدت این را می‌بینید که بتواند عملی بشود؟ اصلاً باید ببینیم، چرا؟ برای این که شما در یک

وضعیت ثابت اقتصادی و در یک نظامی که رقابت وجود دارد، یا باید که دو تا یکی دوایت را بفروشی یا این که باید سرویس خوب بدهی دیگر. وقتی دو تا یکی وجود نداشته باشد، چون دو تا یکی را کی می‌دهد؟ تولیدی می‌دهد دیگر، شرکت پخش که از خودش نمی‌تواند بدهد.

← ما هم دقیقاً حرفمان همین است یعنی اگر سیستم اقتصادی سالم بشود، داروخانه هم ضرورت نبیند که استوک بکند، شما خودبه‌خود به سمت ارایه خدمات و رقابت سالم می‌روید. مجبوریم این کار را بکنیم. مجبوریم برای این که بتوانیم روی پای خودمان بایستیم، سرویس خوب بدهیم.

← آقای دکتر، شما فرمودید که قبل از انقلاب هنوز وارد بازار کار و حوزه تخصصی دارو نشده بودید و اطلاع ندارید ولی خوب بعضی چیزها را اطلاع دارید. قبل از انقلاب ویزیتور می‌رفت پیش طبیب، نمونه می‌برد، بروشور می‌برد، اطلاعات می‌داد، یک مقداری از کارهایشان بد بود ولی یک مقدار زیادی از کارهایشان هم درست و خوب بود. بعد از انقلاب این‌ها تعطیل شد بعد حالا به ترتیبی است که بعضی از شرکت‌های خارجی دارند، ایرانی‌ها تقریباً ندارند. نحوه اطلاع‌رسانی به نظر شما چه جوری باید باشد؟ چون طبیب از داخل دانشگاه می‌آید بیرون و ارتباطش قطع می‌شود، چه کار باید کرد که این اطلاعات روز را داشته باشند؟

← **خوب آقای دکتر، آیا شما معتقدید که در حقیقت برای این که این اتفاق نیفتد یا وظیفه معرفی دارو و اطلاع رسانی به پزشک به درستی انجام بگیرد، باید پروتکل‌های خاص این کار تدوین بشود یا شده و فقط کافی است از یک جایی دقت نظر و کنترل‌هایی روی آن بشود که مثلاً اجرایی بشود و امثالهم.**  
کدام مساله؟

← **یعنی همین پروتکل پروموشنینگ که در کشور بخواهد جا بیفتد.**

ببینید همان گونه که آقای دکتر گفتند واقعیتش همین است، مثل همان موضوع لیست دارویی هست و این که نظام دارو چه مدلی است و پزشک چه نگاهی دارد نسبت به دارو. در مورد تبلیغات هم همین جور هست، ببینید، الان نماینده علمی می‌رود، داروی شرکت X را به پزشک معرفی می‌کند و پزشک هم آن دارو را می‌نویسد و می‌آید در داروخانه، داروخانه داروی Y را دارد و به او می‌دهد و می‌رود. کنترلی وجود ندارد. بنابراین، این سیستم که نماینده علمی باید دارو را به پزشک معرفی بکند، برای این که وقتی نماینده علمی نشسته و دارد صحبت می‌کند، پزشک می‌تواند آشنا بشود با دارو، یک نمونه را هم پزشک می‌بیند، جلوی چشم است. منتها باید که آن سیستم‌های بگیر و ببندش درست باشد که آقا رابطه این نماینده علمی با پزشک چه شکلی باید باشد، پزشک بر چه مبنایی این را باید نسخه بکند، اگر نسخه کرد داروخانه موظف است که

ببینید، آن سیستم هم که در گذشته بود و به اصطلاح می‌رفتند پزشک را ویزیت می‌کردند، اگر جنبه‌های مثبت آن کار را بگیریم و جنبه‌های منفی آن را رها کنیم. این که جمع شد بلافاصله در نظام ژنریک، برای این که اصلاً محلی از اعراب نداشت این مساله. پزشک می‌خواست بنویسد رانیتیدین، شما رانیتیدین هر جا که در داروخانه داشتی بهش می‌دادی. الان که نظام برنند شده، حالا برنند ژنریک یا هر چیزی، الان شرکت‌های داخلی همه‌شان نماینده علمی دارند. هم می‌آیند داروخانه را ویزیت می‌کنند و هم پزشک را ویزیت می‌کنند و غیر از این اگر شما بگویید غیر از این روش دیگری هست، من چیزی به ذهنم نمی‌رسد. برای این که شما ممکن است بگویید به صورت مجله مثلاً ممکن است مجله باشد که هست ولی ما به لحاظ مشغله‌های کاری که داریم، یک مقدار آن فرهنگ خواندن در ما ضعیف شده. یا باید شما سایت بزنی که باز سایت را هم طرف باید وقت بکند و برود در سایت که ببیند یا این که به هر حال ویزیتور یا آن کسی که نماینده علمی هست برود دارو را معرفی بکند، واقعاً هم به عنوان معرفی کننده دارو باشد، نه این که برود دم پزشک را ببیند، یخچال برایش ببرد و یا بسیاری از کارهای غیر حرفه‌ای را انجام دهد، من هنوز هم فکر می‌کنم بهترین راه معرفی دارو همان کارهایی است که در گذشته می‌شد.

← **البته، کارهای نادرست فقط در گذشته نمی‌شد حالا هم می‌شود، مسافرت فرستادن و ویزا گرفتن و ...**  
بله هنوز هم می‌شود..

مال گروه ۱۳ آبان است و بیمارستان و داروخانه‌هایی که مال هلال احمر است، آخر در مورد ۱۳ آبان اساتید دانشگاه می‌گویند این نقش آموزشی هم دارد و اگر ما این‌ها را ببندیم، فارغ‌التحصیل‌ها بدون حضور در مراکز واقعی نمی‌توانند از تجربه‌های علمی برای کسب مهارت بهره‌مند شوند.

این حرف پوشش خیلی قشنگی است. راست می‌گویند. شما یادتان هست موقعی که ما درس می‌خواندیم هیچ جا نبود، یک کاغذ دستمان می‌گرفتیم و می‌رفتیم به این دواخانه و آن دواخانه التماس می‌کردیم که اجازه بدهد مدت کارآموزی‌مان را آن‌جا بگذرانیم، طرف هم می‌گفت که آقا نمی‌خواهد بیایی، برو بابا ولم کن، ۶ ماه دیگر بیا یک کاغذ بگیر و ببر واحدت را بگذران. خوب داروخانه‌ها این نقش را داشتند، منتها به لحاظ مشکلاتی که تا جنگ و در دوره جنگ بود، به هر حال می‌باید یک جایی دارو را می‌دادند که مطمئن بودند که به دست مریض می‌رسد ولی وقتی جنگ تمام شد، الان این را عرض بکنم خدمتان، داروخانه‌های دانشکده داروسازی، ۱۳ آبان و غیره چون من ارتباط دارم با هاشون (ارتباط کاری نه ولی اطلاع دارم) به شدت گردش مالی‌شان پایین آمده است.

← چون دیگران هم دارند خدمت می‌دهند. برای این که داروخانه ۱۳ آبان موقعی داروخانه ۱۳ آبان بود که شما از داروخانه محله خودتان نمی‌توانستی دوایت را تهیه بکنی ولی الان شما ۸۰ درصد، ۹۰ درصد دارویت را از محل‌ت می‌توانی

کدام دارو را بدهد. در گذشته خب نماینده علمی که می‌رفت با یخچال پنبریتین را جا می‌انداخت، برای این بود که اگر پزشک می‌نوشت پنبریتین، داروخانه حق نداشت پتترکسیل به او بدهد. ولی الان که این‌جوری نیست. این است که اگر یک سیستمی در مملکت ما جواب نمی‌دهد، همیشه به این علت نیست که این سیستم، سیستم غلطی است. خیلی وقت‌ها هم به خاطر این است که ما درست بلد نبودیم اجرایش بکنیم.

← نه مسایل دیگرش هم در حقیقت درست نشده که این‌ها بتواند با هم یک سیستم جامعی را ارایه کنند.

همان زنجیره است دیگر. یعنی شما نگاه بکن، در آمریکا می‌گوید آقا داروی جدید باید به وسیله نماینده علمی به پزشک معرفی بشود. اما به موازات آن، این را هم می‌گوید که رابطه نماینده علمی با پزشک باید چگونه باشد، تعریفش می‌کند.

← کدهای اتیکس حرفه را برای هر دو تعریف می‌کند.

اگر پزشک این دارو را نوشت، داروخانه حق ندارد، داروی دیگر بدهد. همه این مسایل با هم است دیگر.

← سوال آخر، به نظر شما این داروخانه ۱۳ آبان درست بود افتتاح شد؟ در مقطع زمانی تا جنگ بله، بعدش نه.

← یعنی حالا این تعداد داروخانه‌هایی که

**که سرویس به بیرون هم بدهند و مراکزی هم برای آموزش دانشجویان باشند.**

همین کاری که دارند الان می‌کنند دیگر. داروخانه‌های بیمارستانی را دارند تحویل‌شان می‌دهند.

◀ **نه منظورم اجاره دادن و این‌ها نیست، منظورم این است که به فرض بیمارستان امام داروخانه‌ای داشته باشد که به بیمارهای مختلف دارو بدهد و دانشجو هم آن‌جا آموزش ببیند.**

همین را عرض می‌کنم. می‌دانید که رئیس دانشگاه علوم پزشکی تهران طی این ۳، ۴ ساله علاوه بر ۱۳ آبان و سایر داروخانه‌های دانشکده داروسازی کشور، داروخانه بیمارستان‌های دولتی را هم به دانشکده داروسازی واگذار کرد. یعنی الان داروخانه بیمارستان امام خمینی که هم به داخل سرویس می‌دهد و هم به خارج از بیمارستان، دست داروخانه‌های دانشکده داروسازی است. همان‌جا می‌تواند به دانشجویان داروسازی هم آموزش بدهد.

◀ **آقای دکتر، از وقتی که گذاشتید متشکریم. من هم از شما تشکر می‌کنم.**

تهیه بکنی. نگاه به این ۴، ۵ ماه اخیر نکنیم‌ها، این به کنار، این بالاخره یک مقطع زمانی است و حل می‌شود عملاً خیلی‌ها دیگر به دواخانه ۱۳ آبان مراجعه نمی‌کنند مگر به‌خاطر داروهایی که یک سیستم خاصی می‌خواهد، مریض خاص است، داروی خاص است، بیمه خاص است، باید برود آن‌جا. تازه آن را هم می‌توانند به هر حال تعمیم بدهند به همه‌جا، خیلی لزومی ندارد، یعنی به هر حال یک زمانی ما نیاز داشتیم، شما یادتان است که سال ۶۴، ۶۵ شب در تهران فقط داروخانه‌های دانشکده داروسازی باز بودند.

◀ **بله در بمباران‌ها و موشک‌باران‌ها فقط آن‌ها بودند.**  
من خودم سرپرستش بودم.

◀ **شهرستان بدتر بود.**  
به قول شما شهرستان بدتر بود، ولی وقتی که جنگ تمام شد خیلی لزومی نداشت که هم‌چنان در همان سطح فعالیت‌شان را ادامه بدهند.

◀ **خوب، پس این‌ها می‌توانند بیایند در مراکز بیمارستان‌های دولتی، داروخانه‌هایی باشند**

