

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

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.

بررسی بکنیم ببینیم بودجه‌اش را داریم؟ پولش را داریم که اصلاً این کار را بکنیم؟ چون پیاده کردن ناقص یک برنامه جدید خیلی بدتر از این است که آن برنامه را اصلاً اجرا نکنید و برنامه قبلی را هم به هم بریزید.

← ببینید آقای دکتر، دو تا سوال اینجا مطرح می‌شود. یک سوال عبارت از این است که اصولاً خارج از لیست دارویی کشور صلاح هست دارو از طریق فوریت یا تک نسخه وارد بشود یا خیر؟ سوال دوم (همان بحث قبلی خود شما است) این که آیا ما که درآمد سرانه‌مان به فرض ۷-۶ هزار دلار است، باید همان خدماتی را در بخش سلامت ارائه کنیم که کشورهای با درآمد سرانه ۴۰ هزار دلاری عرضه می‌کنند؟

یک روزی کمال‌الملک آمد پیش مظفرالدین شاه و گفت که آقا اجازه بدهید من برای تکمیل کارم بروم آلمان درس بخوانم. او هم در جواب گفت ما که نخست‌وزیری مثل بیس مارک نداریم که، بالاخره ما همه چیزمان باید به همه چیزمان بخورد. حالا این هم از آن موارد است. شما می‌خواهی با درآمد سرانه ۶ هزار دلار در سال، خودت را در نظام سلامت با یک کشوری که درآمد سرانه ۴۰ هزار دلار، ۴۵ هزار دلار دارد، برابر بدانی، در حالی که در بقیه مسایلت نمی‌توانی این کار را بکنی. وقتی که چنین اتفاقی رخ بدهد، آدم فکر می‌کند شاید یک مسایل دیگری پشت پرده هست اما می‌خواهند یک چنین کاری را به اسم سلامت انجام بدهند. بعد هم می‌آورند و چون ناقص می‌آورند، به ۴ نفر می‌رسد به ۶ نفر نمی‌رسد. بعد یک باره سر از بازار

← آقای دکتر، بعضی از مسؤولان و پزشکان که نظرات خودشان را در این مورد مطرح می‌کردند، می‌گفتند صرف‌نظر از فهرست دارویی کشور، اگر امروز یک دوايي آمده در دنیا که مورد تایید FDA یا مورد تایید اروپا یا حداقل ۲، ۳ تا از کشورهای اروپایی هست، اگر ما بخواهیم صبر کنیم تا این دارو بیاید جزو لیست دارویی ما و یک موسسه‌ای بخواهد آن را وارد یا تولید کند، که این روند مدت‌ها طول می‌کشد. پس بهتر است که از طریق تک نسخه یا از طریق فوریت‌ها و خارج از لیست دارویی کشور آن را وارد کنیم که مردم استفاده کنند. به نظر شما این حرف، حرف درستی است یا گریز از یک قانون‌مندی است؟

به نظر من در پاسخ آن کسانی که به قول شما این سوال را مطرح می‌کنند باید از خود آن‌ها پرسید که اگر این دارویی که امروز به عنوان خط مقدم یک روش دارویی برای درمان یک بیماری آمده در دنیا، ۶ ماه دیگر بیاید در نظام سلامت ایران چه اتفاقی می‌افتد؟ به نظر من قطعاً اتفاق خاصی نخواهد افتاد. چون ببینید ما وقتی پای بحث آقابانی که در این مورد تصمیم‌گیر هستند بنشینیم، می‌بینیم که تفکرشان در این بخش از نظام سلامت، تفکر مرسدس بنزی است ولی در مسایل دیگر، تفکرشان تفکر پیکانی است و این دو تا مساله با همدیگر نمی‌خواند. ما تا امروز توانستیم مشکلات تنفسی بیمارانمان را با اسپری سالیوتامول حل بکنیم، اسپری سالیوتامول هم در لیست دارویی ما هست، امروز یک دارویی می‌آید به نام سالمترول که در رده‌بندی سالیوتامول است، خیلی هم خوب است، خیلی هم پیشرفته است. یکی این که ما اول بیاییم

بتوانند از آن استفاده کنند. باید توجه داشته باشیم که این اصل در مورد داروهایی صدق می‌کند که تولید داخل دارند. ولی در مورد داروهایی که تولید داخل ندارند، اگر ما تعرفه بگذاریم عملاً آمدیم هزینه خودمان را بیشتر کرده‌ایم. برای این که روند مصرف دارو در کشور به‌گونه‌ای بوده است که به‌طور طبیعی در طول سال‌های بعد از انقلاب که من اطلاع دارم، همیشه بین ۴۰ تا ۴۵ درصد داروی کشور توسط دولت مصرف می‌شده است. بنابراین، شما هر تغییر قیمتی که بدهید پیش از هر چیز بار آن روی دوش خود دولت و بیمه‌ها سنگینی می‌کند. حاصل آن هم این می‌شود که پیش هر کس که می‌روی می‌گوید بیمه ۶ ماه است که پول نداده است.

← مصرف بی‌رویه را هم دامن می‌زد؟
بله.

← آقای دکتر، با توجه به اختلاف قیمت قابل توجه داروی برند وارداتی با مشابه داخلی آن که اگر تعرفه هم به آن اضافه شود این اختلاف بسیار چشم‌گیرتر می‌شود و با توجه به آن فرهنگی که وجود دارد که محصول خارجی بهتر است و قیمت چند برابر آن هم می‌تواند در معرفی و تبلیغات موثرتر، دست واردکننده آن را خیلی بازتر از تولیدکننده داخل کند، بدون تردید حاصل چنین سیاست‌گذاری تفوق داروی خارجی بر مشابه داخلی آن خواهد بود. حالا سوال ما این است که آیا اصولاً (حالا با تعرفه یا بی‌تعرفه) به داروی خارجی مشابه دارویی که تولید داخل دارد و به اندازه کافی هم در داخل تولید می‌شود باید

آزاد درمی‌آورد و تبدیل به رانت می‌شود و تبعات خاص خودش را دارد. بنابراین، من بحثم این است که اصلاً ما برای چی لیست دارو در مملکت داریم؟ این لیست دارویی یک منطقی پشتش بوده، اگر منطق پشتش هست و اگر قرار است که هر دارویی که وارد لیست دارویی ایران بشود، یک پروسه ۸ ماهه طی بکند، یا بیاییم این پروسه ۸ ماهه را کم‌تر بکنیم یا این که اجازه بدهیم این پروسه ۸ ماهه طی بشود. در غیر این صورت، اگر بخواهیم این استثناها را قابل بشویم بعد از یک مدت همه استثناها می‌شوند قاعده.

← ببینید آقای دکتر، ما یک سری داروهایی را داخل تولید می‌کنیم و یک تعدادی را هم وارد می‌کنیم. آیا این منطقی است که برای آن‌هایی که در داخل تولید نمی‌شوند و فقط وارد می‌شوند، تعرفه بگذاریم؟

ببینید اصلاً برای چه تعرفه می‌گذارند؟

← برای حمایت از تولید.

تمام شد رفت. به سازمان تجارت جهانی و این چیزها هم نگاه نمی‌کنند. شما یادتان می‌آید که دو، سه سال پیش آمریکا که خودش مبدع بازار جهانی و تجارت جهانی بود جلوی واردات فولاد را گرفت و تعرفه گذاشت، همه صدایشان درآمد. نظام تعرفه به‌خاطر حمایت از تولید است. مادامی که دارویی در داخل تولید می‌شود و می‌خواهی واردات داشته باشی (این که حالا چه وارداتی داشته باشی بعد می‌گویم خدمتتان) باید تعرفه وجود داشته باشد، چرا؟ برای این که قیمت این داروی وارداتی با مشابه داخلی آن باید آن‌قدر تفاوت معناداری داشته باشد که فقط آن کسانی که توانش را دارند

اجازه واردات داد یا خیر؟

من معتقدم اگر دارویی تولید داخل می‌شود و این داروی تولید داخل به اندازه کافی هم هست، لزومی به واردات مشابه آن در کنار تولید داخل نیست. این نگاه را ما آن موقع هم که در وزارت بهداشت بودیم داشتیم. منتها یک نکته‌ای فقط بود و آن هم این که یک نظری در مورد حضور برند اصلی یک دارو (نه هر داروی خارجی) در کنار داروی ژنریکی بود که در داخل تولید می‌شود. به‌طور مثال، شما اتورواستاتین در داخل دارید تولید می‌کنید، یک نظری بود که لیبیتور هم در بازار باشد، منتها فقط لیبیتور در بازار باشد. چون لیبیتور بالاخره یک تعریفی دارد، یک چارچوبی دارد، یک استانداردی دارد.

← یک سنگ محک است؟

هم محک است، هم این که به لحاظ ارتباطاتی که الان وجود دارد، شما اگر دنبال لیبیتور باشی، خیلی راحت امروز می‌توانی پول بدهی، فردا از دبی برایت بخرند بیاورند. این یک نگاه بود. منتها این نگاه تبدیل شد به واردات داروهای ژنریک خارجی، آن هم از کشورهایی که هیچ نام و نشان معتبری در داروسازی ندارند.

← از جمله قبرس؟

بله.

← آقای دکتر، یک نکته خیلی ظریفی این جا وجود دارد، اولاً که بالاخره بسیاری از کشورهای مطرح در دنیا که عاقلانه تصمیم می‌گیرند، نه این که فقط بحث داشتن و نداشتن برای آن‌ها مطرح باشد بلکه منطقی و عاقلانه تصمیم می‌گیرند، مثل سوئد، آن‌ها پس چرا این کار را نمی‌کنند؟ آن‌ها چرا

اجازه می‌دهند این اتفاق بیفتد لاقلاً تا یک حدی محدود. من فکر می‌کنم که اگر شما بتوانید نظرتان را راجع به این که چرا ما زود در این تصمیمات دچار تزلزل می‌شویم، مشکلات به‌وجود می‌آید، به هم می‌ریزد نظام دارویمان، اقتصاد دارویی، روابط و رانت و این‌ها جایگزین می‌شود؟ حالا خیلی مسایل یکی این که زیرساخت‌های مان اصلاً درست نیست، ما بیمه‌مان جایگاه خودش را ندارد که فرمولر خاص خودش را داشته باشد تا سهم تولید داخل در آن حفظ بشود و احیاناً اگر کسی هم خارج از بودجه می‌خواهد هزینه‌ای بکند این امکان را هم داشته باشد که این هزینه اتفاق بیفتد. یعنی من فکر می‌کنم یک حلقه مفقوده در این میان هست، وقتی ما آن تصمیمات را می‌گیریم، ضرباتی که می‌خوریم خیلی بیش از مواردی است که در کشورهای دیگر مشابه همین تصمیمات ما را می‌گیرند. یعنی ما وقتی تقلیدهای کور کورانه می‌کنیم، عوارض کارمان خیلی بیش از آن چیزی است که حتی بخواهیم پیش‌بینی کنیم. چرا؟ به دلیل یک‌سری از حلقه‌های مفقوده‌ای که داریم از جمله موردی که من گفتم. قطعاً شما هم نقطه نظراتتان خیلی می‌تواند این را تقویت کند، موارد دقیق‌تری را بفرمایید.

ببینید، یک نکته هست که آقای دکتر هم به آن اشاره کردند که آقا مریض می‌آید به این باور می‌رسد که داروی خارجی بهتر از داروی داخلی است. ببینید، واقعیتش این است که مصرف‌کننده واقعی و اولیه دارو پزشک است و مریض هم وقتی

لازم را در پی ندارد. شما ببینید اینترنت آمده در مملکت ما، ناقص‌الخلقه آمده. خیلی از سیستم‌ها هم همین جوری است. آنجا چرا خوب پیاده می‌شود؟ برای این که آن اعتماد عمومی وجود دارد، چون آن حلقه‌های جامعه به هم پیوسته، باعث می‌شود که آن مسایل حل بشوند. شما وقتی می‌گوی زنجیر، زنجیر باید حلقه‌های در هم دیگر باشد. یک حلقه‌اش اگر در هم نباشد که دیگر زنجیر نیست. ما مشکلمان این است.

← مطابق یکی از بندهای قانون مصوب سال ۳۴ و همچنین اصلاحیه سال ۶۷، مکمل‌ها جزو دارو حساب می‌شوند ولی لیستش را باید وزارت بهداشت تعیین کند. اما می‌بینیم در یک تاریخی با یک تعریفی، مکمل‌ها از بخش دارو رفت به غذا و بعد هم از سراسر دنیا انواع مکمل‌ها مستقیم و غیرمستقیم سرازیر می‌شوند به داخل کشور. بعد از چند سال دوباره از غذا به بخشی در ارتباط با دارو منتقل می‌شوند! می‌خواهیم بدانیم به نظر شما اصولاً این تفکر و این نحوه عمل که نگاه دیگری به مکمل‌ها بشود و بعد قیمت‌های متفاوتی داشته باشد و بعد وارداتش از دارو جدا بشود و شیوه‌های رسیدگی به صلاحیت تولیدکننده‌اش متفاوت از دارو باشد، استفاده از حدود اختیارات قانونی بوده و یا اعمال سلیقه شخصی، شما چه تعبیر و تفسیری از این قضیه دارید و جایگاه واقعی مکمل‌ها را کجا می‌دانید؟

من در مورد مکمل‌ها اعتقاد دارم که هنوز تعریف درستی از آن در کشور نداشته‌ایم. اما در

می‌رود پیش پزشک یک اعتقادی به پزشک دارد، چون اگر اعتقاد نداشته باشد اصلاً مریضی‌اش خوب نمی‌شود. آن پزشک وقتی به مریض می‌گوید آقا این دارویی که برایت نوشتم وحی مُنزل است، دیگر هرچه به این بیمار بگوید و هرکاری هم که بکند او باز هم دنبال آن دارو است ولی قطعاً در سوئد این جوری نیست. یعنی آن‌ها همه چیزشان با همه چیزشان می‌خواند. یعنی اگر قرار شد یک چنین نظامی در مملکت وجود داشته باشد، اگر قرار شد که بیمه‌ها فقط تقبل پرداخت داروی ژنریک را داشته باشند، مثل آمریکا، در آمریکا بیمه فقط زمانی پولش را می‌دهد که پزشک نوشته باشد پروپرانولول، اگر بنویسد ایندرال مریض باید خودش پول ایندرال را بدهد. وقتی یک چنین قانونی هست، ناگزیر پزشک هم به آن تن می‌دهد، داروساز هم به آن تن می‌دهد، مسوولان هم تن می‌دهند، بیمارستان هم تن می‌دهد. شما حتماً خودتان به کرات دیده‌اید، من هم دیده‌ام، خیلی‌ها دیده‌اند، مریض با یک نسخه بلندبالای داروی خارجی می‌آید به داروخانه، وقتی او را قانع می‌کنی، با همان داروی داخلی بلند می‌شود می‌رود. به کرات برای خود من پیش آمده، چه در دوره‌ای که در داروخانه‌های دانشکده داروسازی بودم و چه گاه‌گذاری که آدم در محل‌های دیگر است. به هر حال این جوری هست. این است که شما اگر می‌بینید که یک قانونی، یک نظامی، یک سیستمی که مثلاً در یک کشوری مثل سوئد هم خوب پیاده شده چون ما فقط ظاهر آن قانون را می‌بینیم و وقتی هم که می‌آید اینجا به صورت ناقص‌الخلقه می‌آید. مثل خیلی از تکنولوژی‌های دیگر، آن اثربخشی

هم به شدت بالا بردیم. آن زمان که ما در وزارت بهداشت بودیم، دوشنبه به دوشنبه می‌رفتیم بانک مرکزی، دفتر مدیرکل ارز بانک مرکزی. ما صبح دوشنبه می‌رفتیم آن‌جا. دو، سه ساعت بودیم و چانه می‌زدیم تا ۱۵ میلیون دلار ارز می‌گرفتیم می‌آمدیم وزارتخانه. حالا چقدر پروفرا داشتیم؟ ۳۰۰ میلیون دلار. می‌نشستیم بالا و پایین می‌کردیم و جدا می‌کردیم، کمبود هم نداشتیم، مشکل هم نداشتیم. یک باره آمدند آن قدر واردات را گسترده کردند، طرف می‌آمد در داروخانه، آقا من چه کار بکنم که الان فلان مکمل نیست؟ می‌گفتیم هیچی، مگر تا دیروز که نبود چه اتفاقی افتاد؟ یادم می‌آید آن زمان جنگ مثلاً سال‌های ۶۴-۶۳ نشست بودم در طبقه بالای داروخانه ۱۳ آبان (آن موقع‌ها هم که این جوری نبود)، دیدم پایین سروصدا است. از آن بالا نگاه کردم دیدم یک خانمی می‌گوید آقا این چه وضعیتی است؟ در جنگ و فلان و من از کمردرد مُردم، این دوایم پیدا نمی‌شود. رفتم گفتم ببینم نسخه‌ات چیست؟ دیدم نوشته ب کمپلکس ۳ تا، ب ۱۲ هم ۳ تا. سه‌هیمه بود به هر نسخه ۱ ب کمپلکس می‌دادند ۱ ب ۱۲، به این خانم گفته بودند ۱ ب کمپلکس بگیر و ۱ ب ۱۲، بزن و این اصلاً ربطی به کمر درد ندارد. حالا ما چگونه می‌خواستیم این خانم را قانع بکنیم که اولاً یک دانه ب کمپلکس و یک دانه ب ۱۲ بزن امروز کارت راه بیفتد، دکتر هم که گفته هر ۳ روز یک بار بزنی، تا ۳ روز دیگر هم خدا بزرگ است ببینیم چه می‌شود و در ثانی اصلاً ربطی به کمردرد تو ندارد. موضوع مکمل‌ها همین جوری شده بود. یعنی یک بازاری به‌وجود آمده بود و بعد هم ما که دستمان

مورد جایگاه آن، به اعتقاد من رفت در بخش غذا برای این که آن جا گل و گشادتر بود. بعد خواستند جمعش بکنند دیدند در اداره غذا نمی‌توانند جمعش بکنند، برگرداندند به اداره دارو، برای این که نظارت بیشتری بشود و جمع و جور بشود. ولی در کل، اعتقادم بر این است که مکمل در مملکت ما تعریف نشده که یک چارچوبی برای مکمل قایل باشیم و هر چیزی که در این چارچوب گنجید امکان عرضه پیدا کند. من یادم می‌آید که دکتر نیک‌نژاد (معاون داروی وقت وزارت بهداشت) همیشه می‌گفت، در گذشته یک دارویی تحت عنوان شاخ گوزن وارد کشور می‌شد. حالا من می‌خواهم خدمت شما عرض کنم که ما آمدیم این دارو را حذف کردیم و جلوی ورود آن را گرفتیم. متأسفانه، می‌بینیم که مزخرف‌تر از شاخ گوزن را تحت عنوان مکمل غذایی و دارویی آوردند و در این مملکت ریختند. یک کاری کرده بودند که دیگر اصلاً داروخانه دنبال دارو و وظیفه اصلی‌اش نبود، برای این که مکمل هم قیمتی بالاتر و هم سودش بیشتر بود و هم بی‌رویه مصرف می‌شد. جایزه می‌دادند، امکانات می‌دادند و غیره. اصلاً خیلی از داروخانه‌ها از آن وظیفه اصلی خودشان دور شده بودند. این است که باز این سوال برای خودم مطرح است که ۱۰ سال پیش که این مکمل‌ها در مملکت نبود، نظام سلامت چه لطمه‌ای دید؟ و ما با وجود واردات این همه مکمل (صحبت ۱۵۰ میلیون دلار و ۲۰۰ میلیون دلار است) چه مزیتی را به‌دست آوردیم؟

← تازه با ورود و مصرف بی‌رویه آن‌ها در حوزه سلامت آسیب هم دیدیم.

جدای از این که آسیب دیدیم، توقع مردم را

در کار بود می‌دیدیم که هر کس از مادرش قهر کرده بود رفته بود یک شرکت زده بود و فقط ۳ تا مکمل برمی‌داشت می‌آورد. الان در این یک ساله اخیر، بیشتر از ۳۰، ۴۰ تا از این شرکت‌های مکمل جمع شده‌اند. یک عده‌ای از آن‌ها هم که پرزورتر و پر قدرت‌تر بودند و ارتباط داشتند و غیره، آن‌ها هم دارند نفس‌های آخرشان را می‌کشند. الان ۶ ماه است در مملکت ما ژریاتریک‌فارماتون نیست، چه اتفاقی افتاده؟

بعد هم در قالب این مکمل، همه آن چیزهایی که یک زمانی با هدف دستیابی به استقلال جلوی واردات آن گرفته شد و در لیست دارویی ایران نرفت، دوباره آمد.

← آقای دکتر به نظر شما چه اشکالی به وجود آمد که این اتفاق افتاد که بحث پروتکل رفتن یک قلم دارو به طریق خیلی نادرست تری، در فهرست دارویی کشور دچار این همه اختلال شد یا مکمل‌ها به صورت عنان گسیخته وارد کشور شدند؟ یعنی بالاخره ما یک قانون داشتیم، یک کمیسیون که مسؤولیتش این بوده و در ماده ۲۰ تصریح شده بود و خوب این که داشت کار خودش را انجام می‌داد و این مسایل هم اتفاق نمی‌افتاد. به نظر شما چی شد که یک دفعه این اتفاق افتاد؟ آن کمیسیون مسؤولیتش را گذاشت زمین؟

من این سوال را با یک گستردگی بیشتری از خود شما می‌پرسم، چه اتفاقی در مملکت افتاد که ما این قدر واردات داشتیم؟

ببینید، در ارتباط با واردات به اعتقاد من (در بخش سلامت را عرض می‌کنم خدمتتان) فقط نگاه

مدیریت نبود. برای این که وقتی شما نگاه بکنید به واردات در نظام سلامت، می‌بینید هم‌خوانی دارد با واردات در کل مملکت. یعنی آدم از این نتیجه می‌گیرد که شما قانون و تعرفه و برنامه ۵ ساله چهارم و امثالهم را هم داشته باشید، لزوماً به هدف نمی‌رسید. چون کجای برنامه ۵ ساله چهارم اجرا شد که این قسمتش (موارد مربوط به حوزه سلامت آن) اجرا بشود؟ یکی از مسایلی که قانون ۵ ساله چهارم بود که وقتی تصویب شد و وقتی از شورای نگهبان هم گذشت، چون برنامه ۵ ساله چهارم از سال ۸۴ می‌باید شروع می‌شد، در دی ماه سال ۸۳ یعنی در آخرین سال آقای خاتمی تصویب شد. یک بندش این بود که قیمت حامل‌های انرژی در طول اجرای برنامه ۵ ساله چهارم طوری افزایش پیدا بکند که در پایان برنامه ۵ ساله چهارم، قیمتش بشود فوب خلیج فارس. این قانون ۵ ساله چهارم، تصویب شد در مجلس ششم، رفت شورای نگهبان هم تصویبش کرد. در اواخر زمان آقای خاتمی، مجلس بندی را تصویب کرد که مساله افزایش قیمت منتفی شد.

← بانی خیرش هم دو نفر از همین نمایندگان فعلی مجلس بودند.

بله. یا آمدند قیمت گازوییل را از ۱۶ تومان و ۵ ریال کردند ۴۵ تومان. رئیس مجلس وقت هم با افتخار اعلام کرد و گفت آقا ما می‌خواهیم یک عیدی بدهیم امسال به مردم، گازوییل را باز کردند ۱۶ تومان و ۵ ریال. بنابراین، در مورد نظام سلامت و واردات هم برمی‌گردد به مساله واردات و نگاه به واردات و نگاه به تولید داخل در کل مملکت. در مورد میوه، تا پایان دولت هشتم یک قلم میوه

هدمندی یارانه‌ها، ۳۰ درصد ناشی از درآمدهای دولت از افزایش قیمت‌ها به بخش تولید برسد. الان شده چه قدر؟ هیچی، همه گرفتاری‌هایمان این است. قرار بود که به ۵ تا دهک جامعه پول بدهند، به ۷۰ میلیون پول دادند. حالا هم که به طرف می‌گوید آقا تو که احتیاج نداری واسه چی پول گرفتی، به خاطر آن اعتمادی که وجود ندارد، می‌گوید آقا پولم را می‌گیرم هر طور که خودم دلم بخواهد خرج می‌کنم.

← ببینید، ما سیستم موجودمان این است که یک مولکول جدیدی که می‌آید، متقاضی آن مولکول جدید یا طبیب است یا انجمن‌های پزشکی است یا واردکننده که بیشتر واردکننده‌ها هستند، این‌ها اطلاع می‌دهند و بعد هم آن کمیسیون مربوطه تشکیل می‌شود و موضوع در آن جا مورد بررسی قرار می‌گیرد. این یک سیستم. یک سیستم دیگر هم هست که من هر دوایی دارم، لازم نیست که یک موسسه‌ای بیاورد، من خودم می‌آورم، یعنی ممکن است این Register بشود ولی جزو لیست دارویی ما نباشد، یعنی جزو لیست دارویی بیمه نباشد، جزو لیست دارویی دولت نباشد ولی مصرف آن آغاز شود. می‌خواهیم ببینیم کدامش درست‌تر است؟ یعنی وقتی می‌رویم نظام آمریکا یا فرانسه یا انگلیس را بررسی می‌کنیم، می‌بینیم که هر کسی یک داروی جدیدی را آورد، این می‌آید جزو لیست دارویی قرار می‌گیرد بعد هم مثلاً سیبلا می‌آید در آمریکا، امروز اتورواستاتین را ثبت می‌کند و می‌رود در اصطلاح ما IRC آن را

خارجی در مملکت نبود غیر از موز که آن موز هم می‌گفتند که آقا سیب می‌دهند (تهاتر می‌کنند) موز می‌گیرند. در برنامه هم گفته بودند که واردات باشد، ما می‌خواهیم جزو WTO باشیم و فلان بکنیم تا تعرفه ۹۰ درصد، چند دفعه شب عید آمدند تعرفه واردات میوه را صفر کردند؟ خوب مشخص است، پرتقال مصری می‌آمد کیلویی مثلاً ۳۵۰۰ تومان، داخلش بود ۴۰۰۰ تومان. کی می‌آید بخرد؟ پدر مملکت درآمد. الان شما نگاه کنید امسال یک دانه میوه خارجی نیست. شما در هر خیابانی راه می‌روی ۴ تا وانتی ایستاده و پرتقال و نارنگی و انار و سیب گذاشته و می‌فروشد.

انگور از شبلی آورده‌اند. خوب حالا انگور به آن بزرگی نخوریم چه اتفاقی می‌افتد؟ آقا ما سی سال در وسط زمستان انگور نخوردیم، حالا هم نخوریم چه اتفاقی می‌افتد؟

می‌خواهم عرض بکنم که آقا قانون درست، اما تنها با قانون مشکل حل نمی‌شود. آمدند یک حرف به ظاهر قشنگی را هم زدند که آقا ما می‌خواهیم جزو WTO بشویم و از حالا باید رقابت ایجاد بکنیم، از حالا باید در مملکت را باز بکنیم و غیره ولی در کنارش هم گفته تعرفه ۹۰ درصد. شما در مورد همین داروها نگاه بکنید، چندتایشان تعرفه ۹۰ درصد گرفتند؟ خیلی‌هایشان اصلاً تعرفه نگرفتند. اصلاً چرا بین دارو و نظام سلامت و سایر موارد غیر ضروری تفاوتی از نظر تسهیلاتی که باید سیستم بانکی ارایه کند، وجود ندارد؟!

گفتند با واردات کاری نداشته باشید، تولید هم بالاخره خودش را یک‌جوری اداره می‌کند. شما نگاه بکنید، قرار بر این بود که در مرحله اول طرح

می‌گیرد و شروع می‌کند به کار کردن، به نام آتورواستاتین در لیست دارویی آمریکا نیست، به نام لیپیتور است. آتورواستاتین سیپلا است، آتورواستاتین مریلن است، آتورواستاتین ساندوز است. به نظر شما کدام یک از این‌ها به صلاح ما است که انجام بدهیم؟

قبل از انقلاب، ایران هم همین‌جوری بود اگر یادتان باشد. سفالکسین بود با ۳ تا اسم تجاری یا مثلاً پنبریتین که بود پنترکسیل و بینوتال هم بودند. ولی در کنارش هم قانون وجود داشت. پزشک می‌نوشت پنبریتین شما حق نداشتید پنترکسیل بدهی، اگر این کار را می‌کردید با شما برخورد می‌شد.

← بله، تا سال ۶۷ هم به همین منوال بود.

ولی الان که این‌جوری نیست. پس وقتی این‌جوری نیست شما نمی‌توانید یک بخشی از قانون آمریکا را بپذیرید و یک بخشی از آن را رها نکنید. در آمریکا اگر پزشک بنویسد لیپیتور، پدر آن دواخانه را درمی‌آورند اگر غیر از لیپیتور چیز دیگری بدهد. حق هم ندارد به مریض بگوید آقا تو به جای لیپیتور می‌توانی فلان قرص را بخوری. لیپیتور نوشته، باید لیپیتور تحویل دهد، آتورواستاتین سیپلا نوشته، آتورواستاتین سیپلا داده می‌شود. اگر قرار باشد که ما نظام پزشکی‌مان،

نظام نسخه‌نویسی‌مان، نظام نظارت بر سیستم سلامت‌مان مثل آمریکا باشد، خوب فهرست دارویی‌مان هم باید مثل آمریکا باشد ولی اگر قرار باشد که بگوییم آقا در آمریکا چرا هر کس می‌آید دارویش را ثبت می‌کند؟ پس ما هم بیاییم این‌جا ثبت بکنیم، همه هم می‌گویند به‌به و چه‌چه ولی بعدش چی؟ نماینده شرکت سیپلا می‌رود دم همه را می‌بیند، داروخانه هم هرچه لیپیتور می‌نویسند، آتورواستاتین سیپلا می‌دهد. با هزار ضرب و زور هم مریض را قانع می‌کند که آقا بهترینش همین است. همین الان هم دارد همین اتفاق می‌افتد. منتها خوب برند ژنریک است. خیلی از داروها اسم برند دارند و واقعاً هم اسم برندشان کارساز است. یعنی طرف می‌آید گلی‌بنکلامید کیمیدارو می‌خواهد، برای این که گلی‌بنکلامید کیمیدارو قبل از انقلاب بوده دائونیل، حالا فرمولاسیون آن واقعاً فرمولاسیون خوبی است، اما داروخانه می‌آید گلی‌بنکلامید فلان شرکت را به او می‌دهد، برایش هم مهم نیست که بیمار خورد یا نخورد، بعد هم که ازش می‌پرسی آقا چرا گلی‌بنکلامید فلان کارخانه را دادی؟ می‌گوید برای این که آن را در داروخانه داشتیم. باید یک جاهایی به‌گونه‌ای بسته عمل بکنی تا روزی برسد که بتوانی همه نظامت را با آن وضعیت هماهنگ بکنی. مشکل ما این است.

