



بررسی دارو توسط فرهنگستان علوم پزشکی در مصاحبه با آقای دکتر احمد شیبانی

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.

آقای دکتر احمد شیبانی که از صاحب‌نظران عرصه دارو بوده و سال‌ها در رده‌های مختلف مسؤولیت داشته‌اند، از جمله افرادی هستند که در این تحقیق نقطه‌نظرانشان را اعلام کرده‌اند. در این قسمت از مجموعه مصاحبه‌های فرهنگستان، مصاحبه آقای دکتر احمد شیبانی را با هم مرور می‌کنیم.

به اختصار خودتان را معرفی بفرمایید.
بسم... الرحمن الرحیم، بنده عرض سلام و ادب و احترام دارم. خوشحالم که فرصتی است که در خدمتان هستم. من احمد شیبانی هستم. متولد ۱۳۲۹ با مدرک دکترای داروسازی، فارغ‌التحصیل سال ۱۳۵۴ از دانشگاه تبریز و در حال حاضر هم حدود ۳۷ سال سابقه کار در زمینه بهداشت و درمان

← آقای دکتر، همان‌گونه که استحضار دارید فرهنگستان علوم پزشکی ۲ پروژه تحقیقی (یکی مستندسازی نظام دارویی و دیگری واردات دارو و مکمل‌ها از سال ۱۳۵۵ تا پایان سال ۹۰) را در دست انجام دارد که امروز هم برای همین در خدمت شما هستیم. اما قبل از مطرح کردن پرسش‌هایمان می‌خواستیم خواهش کنیم که ابتدا

نه تحریمی و نه جنگی بود. این یک اتفاقی بود که به نظرم به دست بزرگان دارو و داروسازی کشور اتفاق افتاد که به نظرم طرح بسیار خوبی بود که الآن هم داریم نتیجه‌اش را می‌بینیم.

«آیا در آن تاریخ قوانین و مقررات با آنچه که قرار بود محقق شود، تطبیق داشت یا دستورالعمل‌ها و قوانین به تدریج با آن تطبیق داده شدند؟»

همان‌طور که مستحضرید قانون حاکم بر بحث دارو و بهداشت و درمان مربوط به سال ۱۳۳۴ بود. البته، قانون و مقررات مربوط به امور پزشکی، دارویی و مواد خوراکی و آشامیدنی سال ۱۳۴۶ ابلاغ شد که یک قانون تجارت محور بود. یعنی عمده‌تاً رویکرد آن به بحث واردات بود چرا که قبل از انقلاب، ما شاید چیزی حدود ۲۵ درصد داروی مورد نیازمان را در داخل تولید می‌کردیم و ۷۵ درصد آن را وارد می‌کردیم. آن چیزی هم که تولید می‌شد عمده‌تاً یک سری داروهای OTC و داروهای معمولی بود و داروهای تخصصی معمولاً وارد می‌شد. روح آن قانون تجارت محور بود و شاید در آن قانون بحث حمایت از تولید و مسایلی که لازم بود، دیده نشده است. مثلاً یکی از اتفاق‌های خیلی خوبی که در همین قضیه رخ داد که به نظر من در قالب نظام نوین دارویی کشور می‌شود تعریف کرد، بحث داروهای گیاهی است. ما در کشورمان در ارتباط با داروهای گیاهی منابع بسیار خوبی داریم. از این منابع استفاده نمی‌شد. خوشبختانه این کار اتفاق افتاد و اتفاقاً یک خلایی که ما در قانون داشتیم این بود که در قانون ۱۳۳۴، به داروهای گیاهی هیچ اشاره‌ای نشده بود و این یک خلاء قانونی بود که لازم بود با اجرای نظام نوین دارویی و در واقع، با

دارم که عمده‌تاً در حوزه دارو و داروسازی کشور انجام وظیفه کرده‌ام.

«آقای دکتر، در سال‌های اول انقلاب، اجرای طرح نظام نوین دارویی، تبدیل نام تجاری به ژنریک، توزیع متمرکز، واردات متمرکز و ... اتفاق افتاد. سؤال این است که آیا این به علت جنگ و تحریم بود یا اصولاً این سری تصمیمات می‌باید اجرا می‌شد؟»

چون من خودم از سال ۱۳۵۴ وارد وزارت بهداشت شدم و ابتدا هم به‌عنوان کارشناس بخش داروهای مخدر کارم را شروع کردم و در اوایل انقلاب و بعد از انقلاب هم توفیقی بوده که در حوزه دارو در وزارت بهداشت مسؤولیت‌هایی داشتم، به نظرم این کاری که به‌عنوان نظام نوین دارویی کشور یا به عبارتی همان طرح ژنریک اتفاق افتاد که در واقع، چه در زمینه تولید، چه در زمینه واردات، چه در زمینه توزیع و نهایتاً عرضه دارو یک نظام فراگیر و یک نقطه عطفی در بحث دارو و داروسازی کشور بود و می‌باید این اتفاق می‌افتاد و یک دستاورد بسیار خوبی بود در بین دستاوردهایی که به‌خصوص بعد از انقلاب اسلامی اتفاق افتاد. چون اگر غیر از این بود، طبیعتاً با این مسایل و مشکلاتی که ما بعد از انقلاب (بحث جنگ و به‌خصوص الآن که تحریم‌ها شدت پیدا کرده) داشتیم، طبیعی است که اگر این طرح و این سیستم نبود، معلوم نبود که الآن ما در حوزه دارو چه وضعی داشتیم و چقدر می‌باید هزینه می‌کردیم. به نظرم کل این طرح یک نقطه عطفی بود و می‌باید این کار انجام می‌شد و به نظرم از واجبات بود و مسلماً همان سال‌های اولیه انقلاب که این کار اتفاق افتاد، آن زمان هنوز به آن شکل

اجرای طرح ژنریک، در آن قانون یک اصلاحاتی صورت بگیرد و اجزای آن همگام و همسان با کار اجرایی در زمینه طرح ژنریک شود که خوشبختانه این اتفاق در سال ۱۳۶۷ رخ داد. در سال ۱۳۶۷ یک اصلاحیه‌ای برای قانون ۱۳۳۴ صورت گرفت که در آن قانون، آن چیزهایی که لازم بود در اجرای طرح ژنریک قانونمند و اجرایی بشود، در آن جا دیده شد و خیلی از مواد قانونی، از جمله آن ماده ۱۴ و حتی کمیسیون قانونی ماده ۲۰، اصلاحاتی صورت گرفت.

← آقای دکتر ببخشید، آیا این موضوع با نگاه به ضرورتی که برای طرح ژنریک دیده شد، انجام گرفت؟

بله، چون ببینید، اگر چنین اتفاقی نمی‌افتاد، از نظر قانونی شاید اجرای طرح ژنریک با مشکل مواجه می‌شد. چون ما در قانون قبلی بحث پروانه داشتیم، حتی داروی وارداتی پروانه می‌گرفت، در طرح ژنریک هم معمولاً برای اسامی ژنریک مخصوصاً در زمینه واردات، نمی‌شد پروانه‌ای برایشان صادر کرد، این یک بحثی بود که وجود داشت و چیزهای دیگر. حتی قیمت‌گذاری دارو در زمان قبل از انقلاب در اختیار وزارت بازرگانی بود. وقتی طرح ژنریک اتفاق افتاد، اتفاقاً یکی از شاخص‌های مهم نظام نوین دارویی کشور و طرح ژنریک بحث قیمت بود. قیمتی که همه مردم بتوانند به راحتی به دارو دسترسی داشته باشند، باید عامل قیمت در اختیار وزارت بهداشت می‌بود، چون همه نظارت‌ها با وزارت بهداشت بود و خود وزارت بهداشت هم به عنوان تأمین کننده دارو و به عنوان متولی سلامت، بالاخره باید این ابزار را در اختیار

می‌داشت. از جمله این ابزار، کمیسیون قیمت بود که در قانون سال ۱۳۳۴ تعریف نشده بود.

← آقای دکتر، چون در بحث مستندسازی، این موضوع خیلی مهم است، می‌خواهیم بدانیم که متولیان امر در آن زمان مثلاً بررسی کردند که طرح ژنریک، چه ضرورت‌های قانونی را ایجاد می‌کند پس باید بروند آن قوانین و مقررات را روزآمد کنند تا متناسب با نیازها و ضرورت‌ها باشد؟ خوب اگر این باشد در همه بخش‌هایش باید این اتفاق افتاده باشد که اتفاقاً یکی از مواردش قیمت است که شما به آن اشاره فرمودید، یکی از موارد دیگر می‌تواند بحث واردات باشد که می‌تواند چون جزو اهدافی است که در حقیقت طرح ژنریک به عنوان مهم‌ترین هدف خود، همیشه روی آن دست گذاشته و در حقیقت آن را یکی از عوامل نجات نظام دارویی کشور دانسته و موارد دیگری مانند کیفیت و غیره را هم مورد توجه داشته است. یعنی واقعاً با این نگاه که آسیب‌شناسی یا سنجش ضرورت‌ها لازم تشخیص داده شده کار انجام گرفته است و بعد این اتفاق دنبال شده یا نه، حسب مواردی که خیلی فوریت داشته مثلاً دوستان رفتند آن را دنبال کرده‌اند و راه را هموار کرده‌اند. اگر آن اتفاق افتاده، پس ما باید سرنخ آن را بگیریم تا به مستندات آن‌ها دست پیدا کنیم. بله، ببینید، اولاً عرض کردم خود طرح ژنریک و در واقع، نظام نوین دارویی به نظرم یک ضرورت بود. به تبع آن، اصلاح قانون و ابزارهایی که بتواند این طرح را جامع‌تر و اجرایش را تسهیل بکند، این هم به نظرم یک ضرورت بود. یعنی آن آسیب‌شناسی و آن مسایلی که در واقع، یک سیستم

بیشتر از نقاط ضعف آن می‌باشد چون طبیعی است که هر طرحی، هر پروژه‌ای، هر کاری، بالاخره هم نکات مثبت و هم نکات منفی‌ای دارد. حالا بعضی‌ها نکات مثبتش بیشتر است و بعضی موارد هم نکات منفی‌اش و گاهی هم نکات مثبت و منفی آن به یک اندازه است ولی به نظرم طرح ژنریک نقاط مثبت بسیار فراوانی داشت، طبیعتاً نقاط ضعفی هم بود که در عمل خودش را نشان داد. شاید یکی از نقاط ضعفی را که (اگر اسمش را بگذاریم ضعف) بتوانیم تعریف کنیم، بحث رقابت بود که وقتی این قضیه اتفاق افتاد، رقابت کم رنگ شد. چون بالاخره قرار شد که همه یک محصول با فرمول واحد را با یک اسم تولید کنند و همه هم با یک قیمت بفروشند. وقتی شما رقابت را هم از بحث اقتصادی و هم بحث تولید حذف می‌کنید، مسلماً پویایی در مجموعه کاهش پیدا می‌کند. شما نمی‌توانید مرکز تحقیقات و R&D را تقویت کنید، نمی‌توانید برای مارکتینگ جایی تعریف بکنید. در صورتی که در اقتصاد دنیا و در کالاهای و بنگاه‌هایی که اقتصادی هستند، رقابت و نهایتاً مارکتینگ در آن‌ها یک اصل است. چون آن‌ها است که رشد می‌دهد. به نظرم یکی از نکات شاید مشکل همین بحث رقابت بود که خوشبختانه در این سال‌های اخیر به‌گونه‌ای اصلاح شده است. اجازه برند ژنریک داده شده اجازه خود برند داده شده که رو به پیشرفت است. در هر صورت یکی از نقاط ضعف شاید بتوانیم بگوییم که همین قیمت بود و اگر نکته دیگری را هم بخواهیم بگوییم هم باز در همان رقابت می‌گنجد که آن هم خود یک قیمت بودن است که مسلماً مشکلاتی فراهم می‌کند. یعنی برای تولیدکننده شاید فرق

تجاری هم از نظر علمی و هم ملی در سیستم دارو به عبارتی، به یک سیستم ملی تبدیل شد، طبیعتاً اجرای آن هم مستلزم ابزار لازم بوده است. ابزار اجرایی آن هم قانون و آیین‌نامه‌ها و مواردی از این دست است. بنابراین، به تبع آن آسیب‌شناسی و آن بررسی‌ای که شد، مسلماً این اصلاح قانون هم به‌عنوان یک ضرورت بود و همین‌جوری و اتفاقی نبود که حالا چون ژنریک است، پس این قانون را اصلاح کنیم که مشکل ایجاد نشود. مثلاً یک چیز مهمی که در قانون سال ۱۳۳۴ وجود داشت این بود که عمدتاً صحبت از داروهای تجاری برند، اسم برند و تجاری داشت. در صورتی که ما از نظر قانونی باید دارو را به اسم ژنریک می‌آوردیم. اگر هم برندی می‌آمد، ولی ژنریک آن دارو درخواست می‌شد. وقتی این ضرورت وجود داشت، حتماً باید قانون هم، هم‌زمان با آن متحول می‌شد که به نظر من این کار با یک بررسی دقیقی صورت گرفت. چه بسا که ما طرح ژنریک را حدوداً از اوایل سال ۵۸ شروع کردیم ولی اصلاح قانون را ۶۷ انجام دادیم. ← پس یک ردپایی از این مباحث قانونی را می‌توان در واحد حقوقی وزارت بهداشت پیدا کرد، این‌طور نیست.

بله، هست. حالا مدارکش هست، خود آقای دکتر آذرنوش و ما در خدمتشان بودیم، ضمن این که بالاخره خیلی از مسایل دیگر را هم در کنار این مسایل اجرایی راحت کرد.

← حالا جدا از مطالبی که فرمودید، شما نقاط ضعف و قوت طرح ژنریک را در کل چگونه می‌بینید؟

به نظرم نقاط قوت این طرح ژنریک به مراتب

نکند که برود یک ماده گران تر و یا بالاخره با کیفیت‌های بالاتر را بیاورد، چون می‌داند اگر بیاورد به هر طریق باز هم همان قیمت است. که البته، این معایر با اصل رقابت است. نهایتاً طرح ژنریک نقاط قوت زیادی داشت که به خصوص در شرایط فعلی اهمیت آن‌ها بیشتر مشخص می‌شود.

← این کاملاً درست است منتها چون هدف خود رقابت که نیست، آن آثار منفی‌ای که سایه سنگین عدم رقابت روی قضیه کیفیت می‌اندازد بیشتر از همه در بحث درمان و کیفیت محصول قابل بررسی است.

بله، عرض کردم. مثلاً ما در یک برهه‌ای (همین ۳، ۴ سال اخیر) رسیدیم به شرایطی که تبلیغات در مورد دارو یک مقدار جمع و جور شد ولی حذف نشد. بالاخره همین جایزه دادن‌ها، یعنی رقابت اما این کار ما رقابت تعریف شده دنیا نیست. یک رقابت متداول تعریف شده در تجارت نیست، یک رقابت من‌درآوردی است.

← گاهی اوقات هم خودزنی می‌شود.

بله. وقتی یک رقابت من‌درآوردی است. مثلاً می‌رود می‌گوید آقا ۵ جعبه بخر، ۶ جعبه ببر که به نظرم این واقعاً در شأن دارو نیست و نبود، هیچ جای دنیا هم این اتفاق نمی‌افتد. شاید یکی از آثار منفی و آثار مشکل‌ساز ژنریک خود همین بحث است.

← حالا اتفاقاً من بحثم همین‌ها است. البته مباحث مربوط به این بخش خیلی گسترده است و ارزش عمیق‌تر شدن را دارد و چون شما دقیقاً در جایگاهی هستید که واقعاً این موارد به نوعی مسؤولیت بسیار سنگینی را روی دوش مجموعه می‌گذارد، بنابراین، اگر پاسخ این موارد را از شما

نشنویم، به جای دیگری نمی‌شود امید بست. همان‌طور که می‌فرمایید بحث رقابت خودش یکی از انگیزه‌های اصلی برای سرمایه‌گذاری در بخش‌های جدی در مبحث دارو است. بنابراین اگر فقط در زمینه این بحث قیمت یک مقداری دست باز شده باشد ولی واقعاً پروسه‌های لازم در هر کدام از بخش‌ها که آن اثربخشی لازم را باید داشته باشد، تدوین نشده باشند، خود این ضعف یک سری مسایل و مشکلات ایجاد می‌کند که قطعاً بعد از یک مدتی دوباره گریبان سیستم را می‌گیرد. برای همین می‌خواهیم بدانیم که با توجه به این شرایط و جایگاه سازمان غذا و دارو واقعاً برای این موضوع‌ها فکری شده، کاری شده، طرحی ریخته شده و می‌شود امید بست که این‌ها هر کدام در بخش‌های خودش تبدیل به برنامه‌ها و اهدافی بشود که انشا... وضع را بهبود ببخشد یا خیر؟

ببینید در بحث قیمت همیشه این محدودیت و یک حالت انقباضی وجود داشته. یعنی همیشه بالاخره سیاست‌های دولت به‌گونه‌ای بوده و هست که دارو از نظر قیمت نباید مثل بقیه کالاها، در معرض افزایش و تغییر قیمت و دو قیمتی و سه قیمتی قرار بگیرد. یک دلیل آن هم این است که خود دولت یک مصرف‌کننده عمده دارو است. بالاخره ما چیزی شاید حدود ۴۵ تا ۵۰ درصد مراکز درمانی دولتی‌مان مصرف‌کننده دارو هستند. بیمه‌های ما دولتی هستند که طبیعتاً باید بابت این قضیه هزینه کنند. به همین لحاظ شاید باز یکی از اشکالات دیگر دارو این است که وابستگی‌اش به مراکز دولتی و سازمان‌های بیمه‌گر

زیاد است. سازمان‌های بیمه‌گر هم مثل بقیه دنیا خصوصی نیستند که وارد رقابت شوند و خودشان مشتری‌مداری کنند. بلکه چون این‌ها دولتی هستند به ناچار یک حالت یک جانبه هم هست.

← **اتفاقاً آقای دکتر اهمیت موضوع همین جاست. یعنی بیمه‌ها باید سازوکاری ارایه کنند که جایگاه خودشان را داشته باشند و اصل هدف که ارایه خدمات مطلوب به مردم است نادیده گرفته نشود.**

ما می‌گوییم بیمه باید جوری بشود که اولاً نباید Global برای همه جا یک قرارداد ثابت را در نظر گرفته و به همه تحمیل کند. بلکه بیمه باید خرید خدمت کند، اصلاً بیمه باید برود در مناقصه. ما قبل از انقلاب هم داشتیم. یک شرکت سهامی دارویی کشور بود و برای مراکز دولتی، مناقصه می‌گذاشت، خرید می‌کرد. مثلاً در مورد آمپی‌سیلین سه محصول (آمپی‌سین، پمبرتین و پنترکسیل) با سه قیمت متفاوت ارایه می‌شدند و ارزان‌ترین آن‌ها را انتخاب می‌کرد. ولی الان این‌جوری نیست. متأسفانه، یکی از سیستم‌هایی که به نظرم به بحث دارو و شاید آن بحث رقابت آسیب می‌زند و آن بحث رشد و حضور در بازار دارو را هم تحت تأثیر قرار داده وضع بیمه‌ها است و این‌ها باعث شدند که قیمت دارو همیشه تحت کنترل باشد و قیمت واقعی برای محصولات دارویی ما آن‌طور که باید و شاید تعریف و سیاست‌گذاری نشود. تا قرار می‌شود ۲ ریال به قیمت دارو اضافه شود، بیمه‌ها می‌گویند دولت اعتبار ندارد. بیمارستان‌های دولتی خود وزارت بهداشت، مصرف‌کننده هستند. این است که همیشه دارو در معرض این محدودیت‌ها بوده و تا زمانی هم که این مشکلات حل نشود، ما به‌عنوان وزارت

بهداشت، سازمان غذا و دارو و هر سازمانی که در این رابطه مسؤولیت دارد، نمی‌توانیم در این موارد حرکت اثربخش جدی داشته باشیم. یکی این و دیگر این که بالاخره شما برای ژنریک، قیمت یکسان دارید و ناچار هستید که داشته باشید. مگر این که برند باشد. حالا برند هم در دنیا بالاخره تعریف خودش را دارد. برندهایی که ما الان داریم، اسامی که روی تولیداتمان می‌گذاریم، در واقع، یک شیوه داخلی خودمان است. ولی آن برندی که مورد قبول دنیا است و در حال حاضر مطرح است را که نداریم. به همین لحاظ قیمت به این علت این مشکلات را دارد و به نظرم این حالت انقباضی است و تا این قضیه هم حل نشود شاید خیلی از مشکلات مجموعه حوزه دارو، از جمله همان بحث رقابت و R&D و دیگر مسایل از این دست نتواند حل شود.

← **یعنی الان شما هم برنامه‌ای ندارید؟**

نمی‌توانیم داشته باشیم. چون بخشی از آن ما هستیم و بالاخره بخشی از آن هم به قیمت مربوط می‌شود، درست است که ما کمیسیون قیمت داریم و مسؤولیتش هم با ما است، ولی بالاخره نماینده وزارت صنعت و معدن و تجارت هم در آن کمیسیون هست. از همه مهم‌تر مصرف‌کننده ما مدعی است. منظور از مصرف‌کننده آن مصرف‌کننده نهایی و مریض‌هایی که می‌خواهند استفاده کنند، نیستند. منظور از مصرف‌کننده بیمه‌ها و مراکز دولتی هستند که بخش عمده مصرف‌کنندگان را تشکیل می‌دهند. همین الان اگر دقت کنید شاید بتوانم بگویم، تنها کالایی که کلاً در کشور دارد به صورت نسبی داد و ستد می‌شود دارو است. شما هیچ کالای

دیگری را نمی‌بینید که نسپه فروخته شود. اول پول را می‌گیرند بعد کالا را می‌دهند. در معدودی از کالاها هم امروز جنس را می‌گیرند، یک هفته دیگر پولش را می‌دهند، نه این که مثل دارو امروز یک دارویی را بگیرند و ۸ ماه یا ۶ ماه دیگر پولش را بدهند. به همین لحاظ این قضیه قیمت دارو یک بحث کلی دیگر دارد که مستقیم به سازمان غذا و دارو یا به وزارت بهداشت بر نمی‌گردد.

← آقای دکتر، شما ۱۲ سال مدیرکل اداره دارو بودید که مدت‌های مدیدی از آن در ارتباط با زمان جنگ بود، ارزش هم محدود بود و ارزش مورد نیاز تولید و واردات سهمیه‌بندی می‌شد. یک مسؤؤلان و بخش‌هایی را داشتید که متولی تأمین داروی کشور از نظر کمی بودند. یک بخشی هم داشتید که مسؤؤلیت کیفیت دارو (چه تولید داخل و چه واردات) را برعهده داشت. آیا هرگز بین کیفیت و کمیت تضادی پیش آمد که در واقع، به عدم عرضه دارو به دلیل کیفیت تأیید نشده منجر شود. به عبارت دیگر، موردی پیش آمد که برای این که کمیت مورد سؤال قرار نگیرد، یک مقداری فیتبله کیفیت را پایین بیاورید؟

یک نکته کلی خدمتتان عرض کنم. طبق قانون، مسؤؤلیت وزارت بهداشت در واقع، تأمین و نظارت و مراقبت از سلامت مردم است. در بحث مراقبت سلامت هم کیفیت حرف اول را می‌زند. حالا چه کیفیت کالا و چه کیفیت خدمات، فرق نمی‌کند. در خدمات بیمارستانی بالاخره کیفیت تعریف می‌شود، دارو و لوازم پزشکی را حداقل می‌توان به‌عنوان ابزار سلامت در نظر گرفت که کیفیت در مورد این‌ها به صورت جدی مطرح

است و وظیفه وزارت بهداشت، کنترل و نظارت بر کیفیت است. چرا وزارت بهداشت وارد کمیت شد؟ آن زمانی که ما در اداره کل دارو بودیم ناچار شدیم یک معاونتی به عنوان معاونت برنامه ریزی داشته باشیم، همان‌طور که شما اشاره فرمودید. برنامه‌ریزی تولید، برنامه‌ریزی واردات، شرکت‌ها را صدا کنیم، موجودی‌ها و حساب و کتابشان را بگیریم. علت این ورود ما هم بحث ارزش بود. زمان جنگ طبیعتاً ما از نظر ارزی محدودیت داشتیم. چه بسا الان هم داریم. که الان هم ما داریم یک مقدار تجربه زمان جنگمان را اجرا می‌کنیم. وقتی محدودیت ارزی به وجود آمد، از آن‌ور هم بالاخره از وزارت بهداشت این انتظار می‌رفت که دارو و لوازم پزشکی مردم را تأمین بکند. تأمین نه به معنای این که بخرد و بیاورد، یعنی بتواند برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی تأمین بشود، حساب و کتاب پیش آمد. وقتی حساب و کتاب و بحث کمی ورود پیدا کرد و این قضیه کماکان ادامه دارد. در صورتی که من حداقل به عنوان یک کارشناس ۳۶، ۳۷ ساله، این اعتقاد را دارم که ای کاش آن اتفاقات نمی‌افتاد و وزارت بهداشت کماکان همان بحث کیفیت را مطرح می‌کرد، کاری که در دنیا هم دارد اتفاق می‌افتد و تأمین‌کننده دارو، کسان دیگری مثل تولیدکننده‌ها و واردکننده‌ها هستند. در هر صورت ما زمان جنگ محدودیت ارزی داشتیم، کارخانجات‌مان نیازهای ارزی داشتند، واردات ما نیاز ارزی داشت و دولت هم آمد تصمیم گرفت و وزارت بهداشت را به عنوان تنها متولی تسهیم ارزش معرفی کرد و تقسیم برنامه‌ریزی شده ارزش را به او محول کرد. وقتی بحث ارزش آمد، بحث کمیت هم

این مهم پیدا کند. به نظرم این یک کاری بود که آن زمان ایجاب می‌کرد که بشود و چه بسا الآن هم که بحث تحریم است، باز هم در همان شرایط قرار داریم. حالا آن زمان سهمیه‌بندی از ابتدا بود تا انتها. از ارز که سهمیه‌بندی می‌شد، تا خود دواخانه سهمیه‌بندی بود. آن زمان داروها را به نسبت رتبه‌بندی (یک، دو و سه) به هر داروخانه‌ای می‌دادند ولی خوشبختانه امروز راه رفته در دوره‌های پیشین، چراغ راه آینده ما است.

← آقای دکتر، بالاخره نظرتان را نگفتید، به هر صورت زمانی بود که شما بین کمیت و کیفیت اولویت را به کمیت بدهید و کیفیت را فدای کمیت کنید؟

آقای دکتر ما هیچ موقع چنین کاری نکردیم. یعنی واقعاً به فکر ما هم خطور نکرد، ولی نمی‌خواهم بگویم این اتفاق هم نیفتاد. آدم باید صادقانه بگوید. وزارتخانه هیچ موقع دنبال این نبود که حالا چون ارز کم است، پس از کیفیت قابل قبول منطبق با استانداردها صرف نظر کند. منتها یک اتفاقی که افتاد این بود: یک زمانی باز به لحاظ همان درست خرج کردن ارز و از ارز کمتر، استفاده بیشتری کردن، آمدند یک مرکز قیمت‌گذاری در وزارت بازرگانی سابق ایجاد کردند و این مرکز که قیمت‌گذاری لوازم پزشکی و مواد اولیه دارویی را برعهده داشت، نهایتاً آمد یک دفتری در خود اداره کل دارو به این عنوان تشکیل شد. پروفورم که می‌آمد، مثلاً یک ماده اولیه‌ای از اروپا می‌آمد، از آسیا می‌آمد، از کشورها و شرکت‌های مختلف و با قیمت‌های مختلف می‌آمد منتها ارزان‌ترین آن‌ها (باز به لحاظ همان محدودیت ارزی) مورد تأیید ما

به تبع آن پیش آمد و ما وقتی می‌دیدیم مثلاً امروز ۱۰ میلیون دلار ارز داریم، در صورتی که همان روز ممکن بود ما ۱۰۰ میلیون دلار پروفورم داشته باشیم، می‌آمدیم به اندازه ۱۰ میلیون دلار پروفورم انتخاب می‌کردیم و برحسب اولویت به میزان ۱۰ میلیون دلار جدا می‌کردیم، می‌دادیم به بانک مرکزی. بانک مرکزی ارزش را می‌داد به شرکت و کارهایش انجام می‌شد. این انتظار را هم داشتند که وزارت بهداشت باید مواظب باشد، که این نگاه بر همین منوال ادامه یافت. الآن هم واقعاً همین مشکل هست. منتها چیزی که آن زمان اتفاق افتاد متناسب با شرایط کلی کشور در دوران جنگ بود. در حالی که مشکلاتی که این زمان وجود دارد به مراتب بیشتر از مشکلات زمان جنگ است، اولاً آن زمان نیاز ما، انتظار و درخواست مردم، خیلی تفاوت داشت با الآن و صنایع ما هم تازه شروع به کار کردند، منتها باز یک اتفاق خیلی خوبی که افتاد این بود که آن زمان علی‌رغم مشکلات ارزی و کمبودها، با این که ارزی که داده می‌شد باید برای ماده اولیه و داروی ساخته شده اختصاص می‌یافت، خوشبختانه عزیزان ما در مجموعه وزارت بهداشت، به کمک صنعت آمدند و یک مقداری ارز هم به ماشین‌آلات دادند. یعنی آن زمان به فکر توسعه کارخانه‌ها و ایجاد کارخانه‌های جدید هم بودند، که اگر واقعاً این اتفاق نمی‌افتاد شاید امروز به این جایگاهی که الآن برای تولید مطرح است نمی‌رسیدیم. این اتفاق افتاد و به نظر من هم در آن زمان غیر از این چاره‌ای نبود. عرض کردم هرچند این کار وظیفه وزارت بهداشت نبود، ولی کسی غیر از وزارت بهداشت هم نبود که ورود به

بود، برای این که ما بتوانیم از ۱۰ میلیون دلاری که داریم به اندازه ۱۵ میلیون دلار استفاده کنیم. خود این قیمت‌گذاری شاید یک مقدار باعث شد که مواد اولیه از بعضی جاهای دیگر هم آمد که بالاخره ممکن بود که از نظر کیفی، همان ماده اولیه اصلی نباشد. این یک واقعیتی است که نباید از نظر دور داشت اما نباید این را هم نادیده گرفت که بالاخره کیفیت آن محصول جایگزین هم باید کیفیت قابل قبول می‌بود، نه این که چیزی باشد که مثلاً ریجکت شده باشد یا کیفیتش رد شده باشد. در واقع کیفیت آن را هم باید آزمایشگاه تأیید می‌کرد. در هر صورت آن قیمت‌گذاری باعث شد که این قضیه به این شکل اتفاق بیفتد.

← آقای دکتر، در زمینه واردات دارو، بحث‌های مختلفی مطرح می‌شود. با یک عده‌ای که صحبت می‌کنیم، می‌گویند که جز برند، دارویی نباید وارد مملکت بشود، عده‌ای معتقدند که نه، داروی تولید خارج هم می‌تواند هم زمان که مشابه آن در داخل تولید می‌شود، وارد کشور شود و ما مشترک داشته باشیم، یعنی مشابه دارویی که وارداتی آن را داریم هم می‌تواند در داخل تولید بشود. سؤال این است که اصولاً تعرفه برای دارو لازم است یا خیر؟ چون اگر تعرفه گرفته بشود و بعد به خود حوزه دارو برگردد، خوب بالاخره به حوزه دارو کمک می‌کند ولی اگر برنگردد و برود جای دیگری خرج بشود، بعضی از اساتید به ما می‌گویند که این سبب می‌شود که قیمت دارو بالا برود، هزینه بیمه‌ها بالا برود و به تبع آن هزینه مصرف‌کننده بالا برود، یعنی تعرفه ضد سلامت عمل می‌کند، نه این که در خدمت سلامت باشد.

ببینید، همواره در وزارت بهداشت در طول تاریخ، روحیه و سیاستی که وزارت بهداشت در رابطه با بحث دارو داشته، حمایت از تولید بوده است. ما حتی آن زمانی که ارز کم داشتیم و سهمیه‌بندی بود، برای این که تولید مملکت شکل بگیرد به ماشین‌الات هم داده شد، کارخانه ایجاد شد کارخانه‌ها توسعه پیدا کردند و وزارت بهداشت همیشه با این روحیه بحث دارو را پیگیری کرده است. بحث این که داروی برند باشد، ژنریک باشد که البته، نظرات متفاوت است، بعضی از آقایان می‌گویند حتماً باید برند هم باشد که تولید داخلی بتواند کیفیت خودش را در روند رقابتی ارتقا بدهد که البته، من زیاد به این قضیه اعتقاد ندارم، چون در سال‌های اخیر این اتفاق افتاد. برند آمد و هیچ کارخانه‌ای نیامد کیفیت خودش را مثل آن برند بکند، بلکه تولید داخل فقط بازار خودش را از دست داد، این واقعیتی است. به نظرم وقتی که بحث آزادسازی در دارو در چند سال گذشته صورت گرفت و اجازه داده شد برندها را که در داخل به صورت ژنریک تولید می‌شود هم وارد شوند، آن هدف مطرح شده تحقق نیافت. من در مورد اصل کار مشکل ندارم ولی به نظر من بهتر بود که همه موارد مربوطه به صورت یک مجموعه و بسته دیده می‌شد. نمی‌شود که شما آزادسازی بکنی و بخشی را در چهارچوب ژنریک و برند آزاد بکنی ولی قیمت‌گذاری هم‌چنان با همان شرایط انقباضی و تحت کنترل باشد، یعنی ضوابط حاکم بر بازارتان مانند گذشته آن‌جوری باشد و به‌طور مثال توزیع‌تان هم‌چنان متمرکز باشد، این‌ها با هم نمی‌خواند. اگر قرار بود که این اتفاق بیفتد به

در سیستم سلامت خرج مردم بشود، خرج کیفیت دارو بشود، منتها خیلی خوب است، بلکه به نظرم از واجبات است ولی این اتفاق نیفتاده و نمی‌افتد. تنها نفعی که از تعرفه در دارو برده می‌شود، این است که یک مقداری باعث می‌شود اختلاف قیمت فاصله‌اش زیادتر شود و مردم یا پزشکان طبیعتاً به تولید داخل رو کنند. تنها چیزی که می‌شود برایش تعریف کرد این است وگرنه تعرفه مزایای دیگری ندارد.

← آقای دکتر، همان طور که شما اشاره فرمودید واقعاً تعرفه یکی از اهرم‌هاست که در آن دیدگاه جامع به همراه سایر مواردی که می‌تواند ابزار نظارت و کنترل تلقی بشود می‌تواند ایفای نقش کند، والا خودش به تنهایی که گاهی اوقات می‌تواند آثار منفی هم داشته باشد. حالا یکیش همان بحث بیمه‌هاست. یعنی بیمه‌ها اگر از سهم این ژنریک بازار که عمدتاً هم تولید داخلی است، واقعاً حمایت لازم، یعنی نه حمایت، اصلاً وظیفه اصلی خودشان را انجام بدهند، هم منافع خودشان را بیشتر Save کرده‌اند و هم صنعت را حمایت کرده‌اند، هم بستر را برای ارتقای دانش فنی و رشد تکنولوژی ایجاد کرده‌اند. منتها همان طور که فرمودید این‌ها همه‌اش باید با هم باشد. اتفاقاً یکی از نکاتی هم که می‌گویند که درست هم به نظر می‌رسد همین بحث برند است که می‌تواند به ارتقای کیفیت کمک کند، منتها برند با رعایت همه مواردش. مهم‌تر از آن، برند اصلی است نه هر برندی از هر جای دنیا؛ چون چه بسا برندهایی که در برخی از کشورها تولید می‌شوند اما از تولید ما هم پایین‌تر باشند، ولی وقتی به

نظرم باید به صورت یک بسته کامل این کار می‌شد که ظاهراً این اتفاق نیفتاد. اتفاقی که افتاد این بود یک دارویی که در داخل کشور به صورت ژنریک و به اندازه کافی و فراوان تولید می‌شد، در کنارش هم برند ژنریک آمد، هم برند آمد. به نظرم این به صنعت آسیب زد، ضمن این که هیچ موقع آن صنعت‌گر، آن تولیدکننده ما، نیامد کیفیت خودش را به سطح آن برند ژنریک برساند، چرا؟ به خاطر این که آن برند ژنریک یا آن برند با قیمت بالاتری وارد می‌شد، قیمتش هم تقریباً آزاد بود ولی تولید داخل اجازه افزایش قیمت نداشت. این مانع بود، نه این که خود کارخانه نخواهد یا مدیرانش نخواهند، این موانع وجود داشت. یک دارویی به اسم ژنریک ۱۰۰ تایش ۱۱۰۰ تومان بود (حالا من اسم دارو را نمی‌گویم) به اندازه کافی هم در داخل تولید می‌شد، الان هم دارو تولید می‌شود، ۳۰ سال هم هست که مصرف می‌شود و هیچ مشکل درمانی هم نداشت. در کنار این دارو برند ژنریکش آمد ۱۰۰ تایش حدود ۴۵۰۰ تومان، یعنی ۴ برابر قیمت ژنریک، برند اصلی‌اش هم آمد چیزی حدود ۱۴، ۱۵ هزار تومان. این‌ها چون نتوانستند در قیمت در تولید یک کاری بکنند که آن تولیدکننده بتواند شرایط خودش را بالا ببرد، پس این اتفاق نیفتاد این اصلاح کیفیت اتفاق نیفتاد، فقط یک مقداری تولید داخل را آسیب زد به گونه‌ای که همان رقابت من‌درآوردی شروع شد، رفتند جایزه دادند. یکی از چیزهایی که منجر به آن رقابت من‌درآوردی و به عبارتی خودزنی شد، همین‌ها بود. طرف دید فلان دارویش روی دستش مانده، برندها دارد می‌رود گفت آقا ۵ تا بخر ۶ تا یا ۷ تا ببر. به نظر من، اگر تعرفه‌ای که اخذ می‌شود بیاید

بحث قیمت‌گذاری می‌رسند، برای آن‌ها استثنا جدی قایل می‌شوند. این‌ها آن نکاتی است که اگر حیثاً در این زمینه اهداف و برنامه‌ای پیش‌بینی شده است کمی به آن‌ها بپردازید ممنون می‌شویم. ببینید، من قبلاً ۱۰، ۱۲ سال در اداره دارو بودم بعد رفتم در صنعت و ۱۰، ۱۲ سال هم آن‌جا بودم و سه، چهار سال پیش که به وزارتخانه برگشتم با این که از بیرون هم شاهد این مسایل بودم ولی وقتی به مجموعه برگشتم، دیدم خیلی تغییرات صورت گرفته است. مثلاً ما یک زمانی ۳ تا شرکت واردکننده دارو داشتیم، ۶ تا شرکت توزیع‌کننده دارو داشتیم. البته هم آن ۳ تا و هم آن ۶ تا هم کم بود و لازم بود که بالاخره یک تجدیدنظری در مجموعه صورت بگیرد. در این مورد که کسی بحثی ندارد. منتها این تجدیدنظر به گونه‌ای بود که به نظر من الآن یک مقدار جمع و جور کردنش کار راحتی نیست. چون الآن که در خدمتان هستم ۱۲۰ تا شرکت (آن ۳ تا تبدیل شد به ۱۲۰ تا) واردکننده داریم، ۱۴۴ تا شرکت توزیع‌کننده داریم. یعنی ۶ تا شرکت توزیع‌کننده ما که در واقع تا اقصی نقاط کشور دارو می‌برند و یکی از اهداف طرح ژنریک هم همین توزیع سراسری بود، تبدیل شد به ۱۴۴ تا که ۱۰۰ شرکت از این ۱۴۴ تا، استانی و فقط ۴۴ شرکت سراسری هستند که به نظرم این هم از آن مقوله‌ها است. ما معمولاً در دارو، در همه دنیا هم هست، قبل از انقلاب هم داشتیم بالاخره همه کارهای قبل از انقلاب که بد نبود بالاخره بعضی از تجربه‌ها خوب بود. ما به عبارتی یک HoldSellerهایی (یک عمده‌فروش‌هایی) در دارو داشتیم، داروخانه صبح به صبح موجودی در قفسه

را می‌شمرد، می‌دید مثلاً آمبی سیلین ۲ جعبه بیشتر ندارد یا قرص سرماخوردگی‌اش این جور است، شاگرد داروخانه کیسه می‌گرفت دستش می‌رفت به تعداد می‌خرید و آن روزش را می‌گذرانند. وقتی بخش‌های سراسری شکل گرفتند خوب آن‌ها دیگر تعطیل شدند. بنابراین، داروخانه امروز که پانزدهم است و دوایش را گرفته است باید تا ته برج منتظر بماند تا ۱۵ روز دیگر برای دارو بیاورند که خود این هم اشکال داشت و باید اصلاح می‌شد. منتها اصلاح نه به گونه‌ای که یک دفعه یک‌جوری شود که ۴۴ تا سراسری باشند، مگر کل حجم داروی ما چقدر است؟ حدود ۴۲۰۰ میلیارد تومان ما سال گذشته دارو به بازار دادیم، یعنی واقعاً ایجاب می‌کرد که ۱۴۴ تا شرکت ۴۲۱۰۰ میلیارد تومان را توزیع کنند؟ خوب این یک اشکال بود. ما وقتی به مجموعه برگشتیم، نمی‌خواستیم کارهای خوبی را که دوستان انجام دادند نادیده بگیریم. اول یک شعاری را مطرح کردیم که البته، بحث جدیدی هم نبود، بحث را دوستان دیگر هم داشتند منتها ما یک مقدار اجرایی‌اش کردیم. آن هم حمایت از تولید و مدیریت واردات بود که الآن سؤال شما این‌جا (مدیریت واردات) است. مدیریت واردات یعنی چه؟ ما گفتیم وقتی ژنریک یک دارویی دارد در داخل تولید می‌شود، چه ضرورتی دارد ژنریک این دارو وارد شود؟ ژنریک این دارو وارد شده که معلوم نیست از نظر کیفیت چی هست. ژنریک همین دارو دقیقاً آمده منتها با یک شکل و قواره و بسته بندی دیگر، برند ژنریکش آمده و برندش هم آمده. ما مدیریت این بخش را این‌جوری تعریف کردیم. گفتیم دارویی که ژنریک آن در داخل تولید

می‌شود دیگر اجازه ورود ژنریک آن را نمی‌دهیم. چون واقعاً هیچ توجیهی ندارد. چه با تعرفه، چه بی‌تعرفه. دارویی که برند ژنریک می‌آید، خوب بالاخره یک سری داروها را چون پزشک است که تجویز و برای مریض تکلیف تعیین می‌کند، خوب یک سری مریض‌ها (چون تمام هدفمان این است که مردم راحت باشند) به یک سری داروها (چه روانی چه اثردرمانی‌اش) عادت کرده‌اند، به پزشک می‌گویند این را برای من بنویس.

برند ژنریک‌ها را اجازه بدهیم که وارد شوند و پزشک و بیماران را محروم نکنیم، بالاخره چند سال است این دارو آمده در مملکت و مصرف شده و مردم هم راضی هستند منتها به شرطی به شما اجازه می‌دهیم که بیاورید که در آینده به همین اسم که حالا اول یا آخرش یک اسم برند گذاشتید، در داخل بسازید اما سیاست ما برای برندها، این‌گونه است که گفتیم یک مدتی اجازه می‌دهیم با تعرفه بیاورید ولی مثل برند ژنریک نمی‌گوییم بیا از اول شروع کن به ساختن، فرصت بهت می‌دهیم. چون ما قبول داریم که بالاخره یک شرکت چندملیتی یک شرکت بزرگ، برند خودش را به راحتی که در اختیار نمی‌گذارد. به راحتی که نمی‌آید برنش را بدهد. او هم یک شرط و شروطی دارد، می‌گوید آقا شما دو سال از من بخر، بعد می‌آیم در کشور شما بسته‌بندی می‌کنم و در مرحله بعد بالک می‌آورم بعد پودر می‌آورم و بعد فرمول را می‌دهم. پس ما سه تکه کردیم، یعنی مدیریت واردات را اینطوری تعریف کردیم. داروهای همسان ژنریک به اسم ژنریک اجازه واردات ندارد. برند ژنریک بیاید در داخل بسازد، حالا برای آن هم باز یک فرصت

گذاشتیم، نگفتیم تو هم بیا از اول بساز، گفتیم بیا یک مرحله بسته‌بندی کن، ۶ ماه دیگر خود بالک را بیاور. برای برند هم همین کار را کردیم که الان این برنامه دارد اجرا می‌شود. اگر شما ملاحظه بفرمایید، متوجه می‌شوید که ظرف این ۳، ۴ سال اخیر شنیده یا دیده‌اید، بعضی از این شرکت‌های واردکننده ما یا کارخانه خریدند یا دارند کارخانه می‌سازند یا رفتند در یک کارخانه‌ای شریک شده‌اند. چرا؟ برای این که ببینند داروهایشان را این‌جا بسازند. این یکی از آن چیزهایی است که به نظر تقریباً جواب داد که البته من هنوز راضی نیستم. اما گفتیم مردم را محروم نکنیم، برای پزشک‌ها احترام قابل باشیم، چون آنان به هر دلیلی بالاخره این دارو را برای مریضشان نوشته‌اند، چون بعضی از مریض‌ها (به خصوص وقتی که از داروهای به‌طور مرتب استفاده می‌کنند) مثل بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی یا اعصاب و روان بعد از مدتی به آن داروها وابستگی پیدا می‌کنند ما نمی‌توانیم به راحتی داروهای مورد نیاز آن‌ها را حذف کنیم یا نادیده بگیریم و بگوییم مشابه آن در داخل هست. چون استفاده‌کنندگان آن‌ها به نوعی وابستگی روانی به آن شکل و شمایل پیدا می‌کنند که شناخت از بیماری و پروتکل‌های درمانی این را به ما دیکته می‌کند. در هر صورت ما این کار را براساس اصول مدیریت واردات دارو انجام دادیم و داریم پیش می‌رویم که بخشی از آن انجام شده و بخش دیگری از آن هم هنوز اجرایی نشده است. به نظر خود شرکت‌های وارداتی هم تقریباً از این قضیه استقبال کردند. بالاخره خود شما هم می‌دانید، بعضی از این داروهایی که به صورت

برند وارد کشور می‌شدند، بالاخره دارند می‌آیند تا در داخل ساخته شوند و بالاخره اسم کارخانه ایرانی رویش زده می‌شود و ارایه می‌شود. این موارد همگی در چارچوب برنامه‌ها و سیاست‌های واردات مدیریت می‌شوند.

← حالا خواهش می‌کنیم دستور بفرمایید آن فهرست واردکنندگان دارو و مکمل‌ها، فهرست توزیع‌کنندگان، فهرست تولیدکنندگان داروهای شیمیایی، بیولوژی و فهرست تولیدکننده داروهای گیاهی را در اختیار ما قرار بدهند.

ماده اولیه را هم می‌خواهید؟ چون یک اتفاق خوبی که بعد از انقلاب افتاد، رشد و توسعه تولید مواد اولیه در داخل بود.

← آقای دکتر، شما اشاره کردید که مدتی مدیرکل دارو بودید، رفتید و برگشتید، دیدید که اوضاع چقدر شلوغ است و چه تغییرات گسترده‌ای صورت گرفته است! آقای دکتر یزدی هم همین را می‌گفتند که خودشان مسؤول بودند، یک سال رفتند خارج از کشور یک دوره آموزشی ببینند وقتی برگشتند دیدند همه چیز تغییر کرده است. دستگاه فلان رفته آن‌جا، فلان قسمت رفته در حوزه یک معاونت دیگر، آقای فلان رفته به یک بخش دیگر و اصلاً دیگر آن قسمت دارو و نظارت بر بخش دارو یک چیزی شده که ایشان نه آن را می‌شناسند و نه می‌دانستند که چه کم داشتند و چه لازم داشتند. حالا سؤال ما این است که شما چه تمهیدات قانونی‌ای اتخاذ کرده یا خواهید کرد که این سیاست‌های تصویب شده با هر تغییری دچار دگرگونی و به هم ریختگی نشود؟

معمولاً ما آسیبی که در کار اجرا و در سیستم

تشکیلات اداری می‌بینیم از مدیریت‌های سلیقه‌ای است. بالاخره همین مدیریت سلیقه‌ای باعث می‌شود که خیلی از مسایل پایدار نباشد و خیلی از مسایل با یک نشست و برخاست و با یک عوض شدن نفر به هم بریزد. ما برای این که از این موضوع یک مقداری پیشگیری بشود و خدای نکرده شخصی نباشد، با مشورت دوستان یک سری آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌ها را اصلاح کردیم. اولین کاری که کردیم این بود که گفتیم آیین‌نامه ساخت و ورود که به نظرم شاهبیت دستورالعمل اجرایی بحث دارو است باید اصلاح شود. برای این کار در همان روزهای اول یک هیأتی متشکل از حدود ۲۰ نفر (افراد تولیدکننده، واردکننده و توزیع‌کننده) را انتخاب کردیم و خواهش کردیم که بنشینند نکته به نکته این آیین‌نامه را بررسی و براساس سیاست‌های جدید، آیین‌نامه را اصلاح کنند. خوشبختانه این کار اتفاق افتاد و یک آیین‌نامه‌ای که همین مواردی که من الآن دارم عرض می‌کنم در آن در نظر گرفته شده بود، تهیه شد. این یک کار. کار دیگری که کردیم، این بود که کمیسیون قانونی ماده ۲۰ که آن هم یکی از شاهبیت‌های قانون ۱۳۳۴ و اصلاحیه آن در ۱۳۶۷ است و بخشی از آن هم برمی‌گردد به ساخت و ورود دارو که یک کمیسیون است و بخشی از آن برمی‌گردد به مجوز داروخانه‌ها (شرکت‌های توزیع و داروخانه‌ها) که از وظایف یک کمیسیون دیگری است. بخش دیگر آن هم برمی‌گردد به قیمت که یک کمیسیون خاص خودش را دارد که همه این‌ها زیر چتر کمیسیون ماده ۲۰ (بند ۱ و ۲ و ۳) در نظر گرفته شده است. ما آمدیم این مسایلی که الآن خدمتتان عرض کردم را تحت

بله، جمع و جور شد.

← مثلاً این سیاست‌گذاری به بحث کیفیت کمک کرد؟

بله.

← بحث فهرست دارویی کشور مثلاً از گذشته بهتر شده است؟

بله. ببینید، در بحث فهرست دارویی، یک شورایی در وزارتخانه وجود دارد به اسم شورای بررسی و تدوین داروهای ایران که در واقع در راس دارو است که ثبت دارو از آن جا اتفاق می‌افتد. هر دارویی که می‌خواهد وارد فهرست بشود می‌رود در آن شورا. حالا قبلاً این شورا شاید به گونه‌ای بود که وسواس لازم برای بررسی‌های دقیق‌تر صورت نمی‌گرفت. ← اجازه بدهید که بحث آن را بعداً داشته باشیم. آقای دکتر، این که گفته می‌شود علت رغبت مردم به داروی خارجی عدم کیفیت داخل است، آیا این یک واقعیت است یا ناشی از عدم اطلاع‌رسانی فرهنگ نادرست و قیمت متفاوت است، چه اتفاقی می‌افتد که طبیب و مردم به عنوان مصرف‌کننده رغبت به آن دارند ولی رغبت به تولید داخل ندارند؟

بخش اصلی این موضوع مربوط به اطلاع‌رسانی است. ضعف اطلاع‌رسانی در محصول تولید داخل و قدرت و حدت و شدت اطلاع‌رسانی و ویزیت کردن شرکت‌های وارداتی، نکات اصلی این بحث محسوب می‌شوند، این اصل به‌خصوص در مورد داروهایی که همسانند، ژنریک هستند یا برند ژنریک، صدق می‌کند. حالا برندها یک تفاوت‌های خاص خودشان را دارند، ولی حداقل وقتی که یک پزشک یا مردم می‌روند در داروخانه، می‌گویند آقا

عنوان موارد مربوط به مدیریت واردات به صورت یک دستورالعمل تدوین کردیم که اگر خواستید من آن را به شما می‌دهم و اتفاقاً بد نیست که به عنوان اسناد این‌ها را ثبت کنید. یک سند خوبی است تا بالاخره آیندگان هم اگر بخواهند می‌توانند قضاوت بکنند.

ما یک مصوبه گرفتیم که دقیقاً این چیزهایی که خدمتان گفتم را بردیم در کمیسیون قانونی ماده ۲۰ و به تصویب رساندیم.

ما این موارد را به تصویب کمیسیون قانونی ماده ۲۰ رساندیم تا به راحتی قابل تغییر نباشد، ضمن این که آن آیین‌نامه‌ای که نوشتیم که به نظرم اگر آن آیین‌نامه را هم (که به صورت یک کتاب درآمده) به عنوان اسناد داشته باشید خوب است.

← آقای دکتر، تا از این موضوع رد نشدیم، خوب است که بفرمایید بعد از این اصلاحات چه اتفاقی افتاد؟ یعنی اصلاح مواردی که گفتید که کدام بخش از مشکلات را حل کرده یا می‌کند؟

اتفاق مهمی که به نظرم افتاد و می‌افتد، حمایت از تولید است. به نظرم بزرگ‌ترین نفع را در این میان، تولید می‌برد. طبیعی است که وقتی یک دارویی با نام ژنریک (نه برند) را بگویند خارجی است، چه پزشک و چه مردم، آن را به همان دارو با اسم ژنریک که گفته می‌شود داخلی است، ترجیح می‌دهند.

← آن که یک بحث کلی است.

یکی از اتفاق‌هایی که افتاد این بود که آن جایزه دادن‌ها و آن آشفتگی بازار از میان برداشته شد.

← شما فکر می‌کنید مثلاً بحث قیمت را کاملاً می‌شود از این طریق جمع و جورش کرد؟

این دارو ایرانی است، به درد نمی‌خورد، این‌ها همه‌شان که عالم و متخصص نیستند که بگویند آقا این اثرش این است، سطح خونی‌اش این‌جوری است و این‌گونه موارد علمی را مطرح کنند. معمولاً مریض‌ها که تابع پزشک هستند، مریض چون نمی‌داند، برایش فرق نمی‌کند. البته، ممکن است یک مریضی یک دارویی را خودش استفاده کند ببیند عوارض داده، سرگیجه و غیره داشته و برود به دکتر بگوید تا برایش عوض کند ولی این که مریض تشخیص بدهد که کیفیت این از آن بهتر است یا بدتر، مریض این ظرفیت‌ها را ندارد. طبیعتاً این ظرفیت در پزشک و داروساز است. به نظرم یکی از چیزهایی که باعث می‌شود مریض و گاهی اوقات بعضی پزشکان (البته نه همه‌شان) استقبال کنند و ورود پیدا کنند به داروی خارجی و به مریض هم بگویند باید بگردی و حتماً این دارو را پیدا کنی و ایرانی‌اش به درد نمی‌خورد، به نظرم ضعف ما در اطلاع‌رسانی، در نوع بسته‌بندی‌هایمان و این‌گونه موارد است. خیلی مهم هستند. از نظر ظاهر بالاخره صنعت داروسازی ما باید اقداماتی به عمل آورد.

← خوب آقای دکتر، می‌دانید که این موارد مشکلاتی دارند؟

بله، مهم‌ترین آن‌ها قیمت است دیگر.

← نه، خوب مقررات هست، نوع برخورد هست. ببینید دوستان تولیدکننده داخلی می‌گویند که وزارت بهداشت در این قضایا با واردکننده یک‌جور برخورد می‌کند و با تولیدکنندگان داخلی یک‌جور دیگر برخورد می‌کند.

نه، این دوستان این صحبت‌هایشان خیلی

منصفانه نیست.

← اتفاقاً به نظر می‌رسد که این‌ها نکات مهمی هستند که باید در مورد آن‌ها اطلاع‌رسانی شود. شما می‌گویید که اصلاً قانون گذاشته‌اید برای این کار یا مثلاً قبلاً قانون دست داروخانه را باز گذاشته بود که هرچی دلش می‌خواست بدهد و شما آمده‌اید مثلاً قانون تصویب کرده‌اید که دیگر این حق را نداشته باشد. خوب این‌ها نکات است. یعنی اگر این‌ها چیزهایی هستند که واقعاً می‌شود روی آن‌ها تکیه کرد، به نظرم خوب است که به این موارد بپردازید.

ببینید، ما الآن قانون داریم که اگر دارویی که در فهرست داروهای ایران نیست، پزشک حق ندارد آن را بنویسد، داروخانه هم حق ندارد بدهد. اگر پزشک بنویسد باید برود در هیأت انتظامی نظام پزشکی و سایر مراجع جوابش را بدهد. داروخانه هم اگر یک داروی خارج از فهرست در داروخانه‌اش باشد به‌عنوان یک داروی قاچاق تلقی می‌شود. این‌ها وجود دارد، این‌ها یک چیزهایی است که در واقع بازدارنده است و برای جلوگیری از ورود داروهای که مجوز ندارند، یا مصلحت نیست که در فهرست دارویی کشور باشند، تدوین شده‌اند. این‌ها همه در راستای حمایت از تولید است. یعنی تولید باید از این قضیه استفاده بکند. یک کار دیگر که اتفاق افتاد، ما در تولید یک‌جوری مدیریت کردیم، حالا ما دیدیم که با همین جایزه دادن‌ها همه‌اش به خاطر این نبود که داروی خارجی وارد شده است بلکه یک مقدار هم برمی‌گشت به سیاست‌های خود وزارتخانه. مثال: یک دارویی که شاید در سال به اندازه مثلاً ۵۰۰، ۶۰۰ میلیون قرص یا کپسول آن

یک عامل است، بحث فرهنگ اطلاع‌رسانی در مصرف دارو یک عامل است. در هر صورت این‌ها عواملی هستند که در مجموع می‌شوند، عوامل مؤثر در حوزه دارو.

← برگردیم به آن بحث قبلی. آقای دکتر خدمت یکی از اساتید که رسیدیم، ایشان می‌فرمودند که کسانی که تحت نام انجمن‌های علمی پزشکی فعالیت می‌کنند، ممکن است تعدادی از این افراد عضو آن انجمن‌ها یا خود انجمن، یک سری وابستگی‌های مالی، یک سری انگیزه‌هایی داشته باشند، بنابراین، در ارتباط با انتخاب دارو، ورود دارو به فهرست، کاملاً بی‌طرف نیستند. خدمت یکی از اساتید دیگر که رسیدیم، می‌گفتند که قبلاً که آن شورای بررسی بود و یک سری وظایفی داشت و تشکیلات مفصلی داشت و در حدود ۱۵ واحد زیرمجموعه‌اش بودند و آن گروه‌های پزشکی بودند، بسیار بهتر از شرایط فعلی بود چون هیأت تشکیل‌دهنده شورای بررسی فعلی بیشتر هیأت اداری است تا هیأت علمی و بالاخره اگر وزیر یک حرفی بزند، همکاران و معاونان وزیر در مخالفت با وزیر حرفی نمی‌زنند. نتیجتاً از قیافه علمی درآمده و قیافه اداری پیدا کرده است. پس سؤال اول عبارت از این است که صحیح‌ترین شکل کار برای ورود یک دارو به فهرست و یا حذف، کدام است؟ سؤال دوم این است که خوب ما درآمد سرانه‌مان مثلاً ۶، ۷ هزار دلار است، با قدرت خریدمان مثلاً می‌شود ۱۱ هزار تا. خوب در مقایسه با کشورهای دیگر که درآمد سرانه‌ای بالغ بر ۴۰ هزار دلار دارند، باید در بخش سلامت‌مان همان انتظار را داشته باشیم که آن‌ها دارند یا نه،

نیاز بود، به ۲۲ شرکت داده شد که بسازند. همه شرکت‌ها هم فول ظرفیت می‌ساختند، تقسیم هم نکرده بودند که بگویند آقا ۵۰ تا از این ۵۰۰ میلیون را تو بزن، ۱۰۰ تا را دیگری بزند، ۱۰۰۰ تا فلان شرکت بزند و الی آخر.

← شاید هم در حال حاضر قدرتی نیست که بشود قانونی حرف زد.

آفرین، الآن دیگر نمی‌شود این کار را کرد. این اعمال قدرت را نمی‌شود کرد. این خودش باعث آشفتنی شده بود. ۲۲ تا، ۲۵ تا شرکت یک محصول را با یک ظرفیت خاصی تولید می‌کردند، خوب بازار هم کشش نداشت که باعث شد چه بشود؟ روی دست هم بلند شوند، آن اگر یک جعبه جایزه می‌داد بغلی‌اش ۲ جعبه می‌داد و آن دیگری ۳ جعبه که به نظرم اصلاً شأن و شئون‌ات دارو در این مدت یک مقدار تحت سؤال و تحت تأثیر قرار گرفت که ما آمدیم یک ضابطه‌ای گذاشتیم. مثلاً گفتیم برای تولید داروهای پرمصرف که ممکن است ۲ تا کارخانه حداکثر بس باشد، حداکثر ۸ تا کارخانه در نظر گرفتیم. یعنی اینجوری، هم یک محدودیت ایجاد کردیم تا دارو حیف و میل نشود، حالا ممکن است صنعت دچار مشکل بشود.

← یعنی پروانه‌ها را لغو کردید؟

نه، لغو نکردیم، آن‌هایی که پروانه داشتند لغو نکردیم، اما در چنین مواردی دیگر پروانه جدید ندادیم و گفتیم در پایان دوره پروانه قبلی، این محدودیت در نظر گرفته و تمدید نشود. به نظرم این خودش یک عامل بازدارنده بود، نمی‌گوییم همه این‌ها از این طریق حل شد، بالاخره باز قیمت یک عامل است در بحث دارو، خود تعدد تولیدکننده‌ها

ما باید یک مقداری انتظار و توقع مان را کم کنیم؟

یکی از چیزهایی که بسیار اهمیت هم دارد و در این دوره هم یک مقدار رویش کار شد، همین شورای بررسی و تدوین داروی ایران است، چون هر دارویی که بخواهد در کشور ارایه بشود، حالا چه تولید شود، چه وارد شود، در درجه اول باید بباید در آن شورا تا در صورت تأیید وارد فهرست بشود، به عبارتی این یک مرحله ثبت است. خوب همان طور که شما اشاره کردید قبلاً یک شورای عریض و طولیلی بود، افراد متفاوتی بودند، شاید خدای نکرده بعضی هایشان هم در این قضیه ذی نفع بودند بعضی هایشان تحت تأثیر بودند، جلسات هم حداقل ماهی یک بار صورت می گرفت. خود این یعنی ورود یک سری داروهایی که گاهاً ضروری هم نبوده و نیست و الآن هم ما داریم هزینه اش را می دهیم. شاید این دارو اگر الآن در فهرست نبود، راحت تر می توانستیم یک سری کمبودها و جاروجنجال و این وضعیت ارزی را مدیریت بکنیم. خلاصه این جوری بود و دقیقاً آن جا این سیاست گذاری ها می شد و از آن جا که بالاخره وزارت بهداشت سیاست گذار این حوزه است، یعنی جدا از این که یک دارو می خواهد وارد فهرست بشود، یک بحث تخصصی و علمی در دل خود دارد که این دارو در مقایسه با آن دارویی که در حال حاضر مصرف می شود مزیت دارد، مزیتش این است که روزی یک قرص مصرف می شود چون این آهسته رهش است، در صورتی که آن یکی را باید روزی ۶ تا مصرف کرد، این سطح خونی اش این جوری است و غیره. خوب این ضمن این که بحث علمی است، یک بحث سیاست گذاری هم هست. آیا ما

در جایگاه و شرایط ارزی و ریالی هستیم که لازم باشد هر دارویی وارد فهرست بشود؟ خوب این را هم بالاخره یکی باید تصمیم بگیرد. به همین لحاظ یکی از کارهایی که در وزارت بهداشت در دولت دهم اتفاق افتاد، اصلاح و تغییر این شورای بررسی و تدوین داروی ایران بود. از این که وزیر در جلسه است، جلسات قبلی هم وزیر بوده، اصلاً رئیس شورای بررسی و تدوین وزیر بوده و هست. حالا در آن جلسات ممکن است وزیر وقت یا نمی رفته یا کمتر می رفته ولی در جلسات این دوره وزیر خودش حضور داشت. می گفت تا من نباشم جلسه نگذارید. ضمن این که این اعضایی که در این جلسه بودند تلفیقی بود از شخصیت های اجرایی و علمی. بالاخره خود وزیر، خود معاونینش عمدتاً از اعضای هیأت علمی و متخصص رشته های مختلف هستند. بالاخره یکی از معاونان وزارتخانه متخصص ریه و فوق تخصص و عضو هیأت علمی دانشگاه است. یکی جراح و عضو هیأت علمی دانشگاه است. یکی متخصص داخلی و عضو هیأت علمی دانشگاه است. یکی متخصص و در واقع جراح بیماری های سرطانی است. می خواهم بگویم که اعضای شورا این ها هستند، ضمن این که اگر در این کمیسیون مواردی بود که آن شورا تشخیص می داد که از دو نفر متخصص دیگر هم سؤال کند، این کار انجام می گرفت.

← نماینده انجمن تخصصی دعوت می شد یا شخص؟

نه، انجمن نه. ببینید، انجمن ها معمولاً در جایی بودند که راه ورود شرکت ها بود به این جا. من خدای نکرده نمی خواهم اساعه ادب کنم، اساتید

قبلی این اتفاق‌ها نمی‌افتاد. حالا ما داروهای تقریباً زیادی با این شرایط داریم که الآن در تأمین آن‌ها مانده‌ایم. می‌خواهم بگویم این شورایی که در حال حاضر وجود دارد (حالا دوستان ممکن است بیرون یک بحث‌هایی داشته باشند) تلفیقی است از اجرا و تخصص. چون ما اعتقاد داریم که لازمه ورود یک دارو به فهرست، در درجه اول سیاست‌گذاری است که اصلاً در وضعیت مالی و اقتصادی و شرایط فعلی کشور لازم هست این دارو وارد شود یا نه؟ وقتی این‌ها دیده شد، می‌گویند از نظر تخصصی اثر دارد یا ندارد، مزیت آن به داروی قبلی چیست که به نظرم این یکی از کارهایی است که در این دوره اتفاق افتاد و می‌توانید همین اصلاح شورای بررسی و تدوین داروهای ایران را به عنوان یک سند در نظر بگیرید.

← آقای دکتر، یک نکته خیلی ظریف هست که وقتی ما به گذشته این شورا و روند تغییراتی که داشته نگاه می‌کنیم، آدم احساس می‌کند که با همه این تغییری که اتفاق افتاده شاید این یک نکته‌ای باشد که می‌شود به آن عنایت داشت. قبلاً روی خود اشخاص بیشتر تکیه می‌شده، اشخاصی که واقعاً خوشنام بودند، امتحان پس داده بودند دانشگاهی و اجرایی و همه معتقد بودند این‌ها آدم‌های سالمی هستند و حرف بی‌ربط نمی‌زنند و واقعاً هم ثابت کرده بودند که به وسیله هیچکس تهمین نمی‌شوند. حالا این که به دلایلی این مهم در حوزه سلامت یا خدای نکرده در کل جامعه کم رنگ شد یا گروه‌بازی‌ها باعث شد که این انگ چسباندن‌ها باب شود و یک سری مسایل دست به دست هم دادند تا همان‌طور که شما اشاره

هستند و افراد فرهیخته، ولی بالاخره یک راه ورود شرکت‌ها بود که از طریق انجمن‌ها داروهایشان را معرفی می‌کردند و جا می‌انداختند و ثبت می‌کردند اما این قضیه در این دوره اتفاق نیفتاد. گفتند نه، ما به انجمن کاری نداریم. ممکن است یک دارو را اصلاً یک پزشکی بیاید بگوید من می‌خواهم. اصلاً خود شرکت بیاید بگوید. اصلاً شرکت چرا ببرد انجمن بگوید؟ شرکت بیاید به اداره دارو بگوید که این مدارکم است و می‌خواهم این دارو ثبت شود. ما بررسی و کارشناسی می‌کنیم، می‌بریم در آن شورا و مورد بررسی قرار می‌دهیم. ضمن این که دیگر مثل شورای گذشته هر ماه جلسه نبود. چون ما اعتقاد داریم هر جلسه‌ای که باشد بالاخره ناچار هستید حداقل از ۱۰، ۱۵ تا درخواست، ۲ تا داروی جدید اضافه کنید با این شرایط فعلی. خود این نوعی محدودیت ایجاد کرد. الآن بعضی از داروها در فهرست آمده که بنا به گفته متخصصین، شاید اثر درمانی آن‌ها برای مریض حدود ۳۰ درصد باشد، ولی یک هزینه بسیار بسیار بالایی دارد.

← ظاهراً این بحثی است که آقای دکتر کلانتر معتمد در رابطه با هرسپتین و اشتباه مصرف آن داشتند.

بله. من دیگر اسم دارو را نمی‌خواستم ببرم. این یک دوره درمانش چیزی حدود ۸۹، ۹۰ میلیون تومان برای یک مریض هزینه دارد و نتیجه مصرف آن هم معلوم نیست، اصلاً متخصصین می‌گویند ۲۰، ۳۰ درصد بیشتر اثر ندارد. خوب اگر در آن شورا بررسی می‌شد، روی این سیاست‌ها هم کار می‌شد، بالاخره یک مسؤول اجرایی آن‌جا از این قضیه دفاع می‌کرد، در حالی که در دوره

فرمودید این وظیفه خطیر از جایگاه قانونی آن خارج شد و افتاد به دست انجمن‌ها. انجمن‌ها تاختند، یعنی به نوعی وزارت بهداشت را تحت فشار گذاشتند و وزارت بهداشت خلاصه یک مقداری از آن اصول جدی خودش عدول کرد و بعد که متوجه شد جامعه چقدر دچار مشکل شده آمد جلوی آن روند را گرفت. ولی نکته اصلی بحث من است و فکر می‌کنم اگر هم احیاناً قبلاً راجع به آن فکر نشده، بد نیست، چون بیرون ما احساس می‌کنیم این همیشه باز به عنوان یک نکته هست و مطرح است، این است که وقتی موارد فارغ از بحث اجرا مطرح می‌شود، مصالح عمده و کلان و درازمدت کاربران (بیمار، بخش بهداشت بخش سلامت و غیره) دیده می‌شود. ولی وقتی که توسط فقط آدم‌های اجرایی دیده می‌شود بالاخره آدم‌های اجرایی ملاحظاتی که در اجرا دارند، باعث می‌شود که خودبه‌خود چه نخواهند و چه نخواهند در حیطه تصمیم‌گیری یک مقداری محدود بشوند. در همه مباحث همین جوری است. وقتی Pure به عنوان یک آدم علمی، به عنوان یک آدمی که خودش دستش در کار درمان است و با مسایل همه جانبه آن رودررو مواجه است یا یک شخصیت آکادمیک است که ناگزیر است واقعاً روی آخرین مقالات علمی عنایت داشته باشد یا خودش اصلاً در تدریسی که دارد می‌کند، روی آن موارد نظراتی را اعمال می‌کند. یعنی در حقیقت دارد در جامعه هم بستر ایجاد می‌کند. این تفاوت ظاهراً الان در بیرون، دارد یک جویگاه این شورا را تحت تأثیر قرار می‌دهد، این احساسی است که ما داریم (یعنی در مذاکراتی که با سایر

دوستان داشتیم). حالا سؤال ما این است که آیا شما هم واقعاً این را در تعاملاتی که همین الان در جریان است می‌بینید و احساس می‌کنید یا نه این جوری نیست و شاید زیادی مته به خشخاش گذاشتن است؟

به نظرم واقعاً همین قسمت آخر فرمایشتان است واقعاً این جور نیست. بالاخره ما هم در اجرایییم، من از روزی که آمده‌ام تا به امروز (ظرف این ۳ سال و خورده‌ای)، شاید در جمع، ۱۰ تا جلسه هم نداشتیم. بنابراین، اتفاق خاصی نیفتاده. یعنی بالاخره این‌جا باید منعکس کرده باشند که در این صورت خود وزیر به عنوان یک آدم دانشگاهی بیشتر از همه باید تحت فشار قرار می‌گرفت، که مثلاً وزیر بگوید آقا نه، این روش را عوض کنید، مردم و پزشکان می‌خواهند. در صورتی که چنین چیزی نبود. به نظرم این یک مقدار بزرگ‌نمایی شده است و توسط یک عده خاصی مطرح می‌شود ضمن این که بالاخره همه ما اعتقاد داریم شرایط کشور ما به‌گونه‌ای است که مسلماً در کنار این جور چیزها، حتماً باید سیاست‌گذاری و اجرا دخیل باشد. نمی‌شود بگوییم که دارو بیاید در فهرست و وزارت بهداشت تو فقط برو تأمین کن. بالاخره وزارت بهداشت باید ببیند که اجزای مختلف تصمیم‌گیری با سیاست‌های کلان پیش بینی شده و امکانات موجود تطابق دارد یا خیر.

می‌خواهم بگویم واقعاً حداقل طی مدت این سه سال، سه سال و نیم که بنده این‌جا هستم چیزی در آن سطح به ما منعکس نشده است. گفتم اگر می‌شد، عمدتاً باید به وزیر می‌رسید و وزیر هم بالاخره یک فکری می‌کرد. بالاخره

دارویی خارج از فهرست نه می‌تواند وارد شود، نه می‌تواند تجویز شود، نه می‌تواند عرضه بشود. قانونش را داریم. الآن هم اگر یک پزشکی یک داروی خارج از فهرست بنویسد، اگر به ما معرفی‌اش کنند در نظام پزشکی، در هیأت انتظامی محکومش می‌کنیم. اگر بازرسان ما بروند داروخانه و در آنجا چنین دارویی را ملاحظه کنند با مسؤول داروخانه برخورد می‌کنند و پرونده‌اش را می‌دهند به مراجع قضایی. منتها یک اتفاقی که افتاد، این بود که یک سری از داروهایی که وارد فهرست شدند (اتفاقاً به مورد خوبی اشاره کردید) یکی از مسیرهایی که داروها از آن طریق وارد فهرست می‌شدند تک‌نسخه‌ای‌ها بودند. چون می‌آمدند در شورا و در شورا هم یک افرادی بودند که بالاخره مقاومت می‌کردند و آن‌ها که می‌دیدند حریف نیستند. می‌رفتند این داروها را به یک عبارتی، از طریق یک سری از پزشکان نسخه می‌کردند، دست‌میز می‌دادند و مریض هم که مستاصل به خودشان مراجعه می‌کرد، می‌گفتند آقا برو هلال احمر و ۱۳ آبان و بعد برو در ساختمان فخررازی برای می‌نویسند تا بیاوری و ما اقدام کنیم و این شد یک بدعتی و اسم تک‌نسخه‌ای به خودش گرفت که به نظرم یکی از اشکالات سیستم دارویی ما، همین تک‌نسخه‌ای‌ها است. ما آمدم عنوان تک نسخه را برداشتیم. گفتم من دیگر هیچ شرکتی را به عنوان تک‌نسخه‌ای نه اجازه می‌دهم، نه شما اسمی ببرید. بگویید فوریتی. فوریتی با تک‌نسخه‌ای تفاوت دارد. ما یک دارویی را سفارش دادیم، دارو رسمی است و مجوز دارد و دارد می‌آید. به دلایلی آمدنش طولانی شده، یک گپی ایجاد شده. این گپ را می‌توانیم

همه متخصصان همان‌طور که شما گفتید افرادی هستند بسیار بسیار فرهیخته، متدین، اصلاً ویزیتور به مطبشان راه نمی‌دهند، اصلاً به شرکت‌ها کاری ندارند.

به نظر من به‌خصوص اگر این نبود، باز الآن وضع ما با این شرایط تحریم به مراتب بدتر بود. ما روزی که این شورا را تغییر دادیم، نمی‌دانستیم که این فشارها و این تحریم‌ها تا این حد وارد می‌شود ولی به نظرم یک فرجی شد در این قضیه. بنابراین، به نظرم بیشتر همان بزرگ‌نمایی‌ها است.

← آقای دکتر، بنا به ضرورتی، تک نسخه و فوریت‌ها مطرح شد. بعد این‌ها شروع به کار کردند، بعد در طول مدت فعالیت خود جدا از این واردات مشخص و محدود، یک واردات گسترده هم کردند. حالا سؤال من در آن ارتباط نیست سؤال من در این باره است که هر کشوری برای خودش یک فهرست دارویی دارد و طبیب هر دارویی را مطابق فهرست دارویی تجویز می‌کند. قانوناً این‌گونه به نظر می‌رسد و گویا برنامه سوم یا چهارم هم موضوع را چنین دیده بود، شاید هم جزو دستورالعمل‌ها هست ولی ما دیدیم (شاید الآن هم باشد) که طبیبی برمی‌دارد به ضرورت یک نسخه‌ای می‌نویسد، این نسخه می‌آید حوزه اداره دارو یا حوزه معاونت، بعد هم به یکی از این تک نسخه‌ای‌ها ارایه می‌شود. به نظر شما این موضوع تا چه حد مورد تأیید قانون یا دیدگاه‌های وزارت بهداشت است و گسترش این موضوع که دارویی خارج از فهرست دارویی کشور باید برای مصرف وارد مملکت بشود، تا کجا مجاز است؟ این موضوع یک اشکال قانونی دارد، یعنی هیچ

بگوییم آقا به صورت فوریتهی ۱۰۰ تا، ۲۰۰ تا ۳۰۰ تا، ۱۰۰۰ تا بیاورید تا برسد به بازار مصرف تا خلایبی حاصل نشود. تک نسخه‌ای به این معنا بود که یک دارویی، اصلاً عنوانش هم این بود و متأسفانه این کار غلط اصلاً جا افتاد، من وقتی آمدم گفتند این‌ها که تک نسخه‌ای است گفتم یعنی چه که تک نسخه‌ای است؟ گفتند مجوز داشته گفتم چه مجوزی؟ در فهرست هست؟ گفتند نه. یعنی خودبه‌خود برای کارشناسان مجموعه ما هم این طوری جا افتاده بود که تک نسخه‌ای باید اجازه داشته باشد و مراکز تک نسخه‌ای اجازه گرفته‌اند. یک زمانی با همت آقای دکتر آذرنوش به ۲، ۳ تا تک نسخه‌ای اجازه داده شد تا این گونه موارد را که داروی مجاز و رسمی تلقی می‌شوند اما هنوز وارد نشده‌اند که به بازار عرضه شوند و مثلاً ممکن است ۱۰ روز دیگر به کشور برسد، اجازه داده شود که به تعداد خیلی محدود ۴۸ ساعته وارد شود. ولی استثناء موردی آن قدر گسترده شد که تعداد تک نسخه‌ای‌ها به ۴۹ تا رسید و بعد این‌ها همه داروهای خارج از فهرست می‌آوردند که ما جلوی این را گرفتیم. گفتیم ما دیگر تک نسخه‌ای نداریم و فوریتهی است، هر کس داروی خارج از فهرست بیاورد، اشکال دارد. چون دارو را خارج از فهرست می‌آوردند و روی قلم پزشک می‌انداختند و مریض را وابسته می‌کردند و بعد می‌گفتند آقا اگر این دارو نباشد نمی‌شود که، مردم دنبالش هستند، بعد می‌آمد در فهرست. بعضی از این داروها از این طریق وارد فهرست شدند که دیگر الآن به آن معنا ما در سیستم تک نسخه‌ای نداریم.

← آقای دکتر، آیا اصل فوریتهی، فقط شامل

داروهایی است که در فهرست هست؟
بله، چون دارویی که در فهرست دارویی ایران نیست و ثبت نشده، به هیچ عنوان اجازه ورود ندارد مگر این که به صورت قاچاق بیاید که بالاخره قاچاق هم مسیر خودش را دارد که اصلاً و کلاً خلاف است.

← آقای دکتر، یک بند قانون سال ۱۳۳۴ و اصلاحیه سال ۱۳۶۷ آن که ویتامین‌ها، داروهای تقویتی و مواردی از این دست را جزو دارو دانسته و پیش‌بینی کرده که وزارت بهداشتی هر سال باید فهرست آن‌ها را اعلام بکند. برداشت یک تعدادی از مسئولان این بوده که چون وزارت بهداشتی اعلام نکرده است، پس این‌ها دارو نیستند، بلکه غذا و مکمل هستند. بعد آمد رفت در یک بخش دیگر، شما تشریف آوردید و دوباره به حوزه دارو برگردانید. حال، سؤال ما این است که آیا اصولاً بحثی تحت نام Food Supplement یا مکمل‌ها، باید وجود داشته باشد و اگر پاسخ مثبت است جایگاهش کجاست؟ جایگاهش در حوزه دارو با همان مشخصه‌ها است یا در حوزه غذا است یا اصلاً باید یک جایگاه جدیدی برای آن پیش‌بینی کرد؟ به عبارت دیگر، نحوه برخورد وزارت بهداشت و مشخصاً حوزه معاونت دارو و غذا در بحث مکمل‌ها باید چگونه باشد؟

حضرتعالی و دوستان می‌دانید، مکمل دارو تلقی نمی‌شود، چون دارو از نظر ما یا برای پیشگیری است یا برای درمان است. مکمل‌ها هم همان‌طور که از اسمشان پیداست، در واقع یک کمبودی در بدن است، تکمیل‌کننده بعضی از مواد هستند که بدن دچار کمبود آن‌ها شده است. این‌ها می‌توانند

اعتقاد داریم مکمل‌ها غذایی‌اند. به عنوان یک Food Supplement که بتواند یک کمبودی را در بدن یک فرد جوان کودک، خانم شیرده جبران بکند. آهنش را تأمین کند، منیزیمش را تأمین کند و غیره. حالا علت این که ما الآن آن را بردیم در گروه دارو، دقیقاً اجرایی و نظارتی است. ما دیدیم در داخل کشور بیش از ۱۲۰ تا شرکت واردکننده مکمل با یک گردش مالی بسیار بسیار بالا داشتیم و داریم که به نظر من ۸۰، ۹۰ درصد آن اضافه است و این واقعیتی است. یعنی بی‌خود از جیب مردم پول می‌رود و پزشکان بسته‌های رنگارنگ نسخه می‌کنند، در حالی که در آن حدی که برایش تبلیغ می‌شود و مردم هزینه می‌کنند، واقعاً اثربخشی ندارد. به نظرم در مصرف‌های بی‌رویه آن‌ها همین بس که چه بسا ملاحظه می‌کردید که در خیلی از سوپرمارت‌ها در کنار شیرینی و شکلات هم این مکمل‌ها عرضه می‌شد. علت این که ما آوردیم در گروه دارو دقیقاً یک ضرورت نظارتی بود تا بتوانیم یک مقدار آن وضع را جمع و جور کنیم. چون این‌ها از وزارت بهداشت ارزش می‌گرفتند. یعنی در کنار دارو ارزش می‌گرفتند اما در یک حوزه دیگر مسیر واردات کنترل و عرضه را طی می‌کرد و هیچ کنترلی هم روی آن نبود و قیمت‌گذاری هم نداشت. ما ۲، ۳ تا کار در مورد مکمل‌ها کردیم، یکی این که اداره مکمل‌ها را آوردیم در مجموعه معاونت دارویی سازمان. برای این که آن ضوابطی که برای دارو وجود دارد، کم و بیش در مورد آن‌ها هم انجام بشود. دوم، دیگر اجازه اضافه شدن یک شرکت واردکننده را ندادیم. یعنی شرکت دیگری را به این شرکت‌ها اضافه نکردیم چون بالاخره هرچقدر

ویتامین یا مواد معدنی باشند که عمدتاً به عنوان مکمل‌های غذایی مطرح هستند. حالا اخیراً یک کلمه دارویی هم ته آن چسبانده‌اند (مکمل‌های غذایی و دارویی). معمولاً به عنوان Food Supplement مطرح هستند و غذایی است. منتها در ۳، ۴ سال پیش آمدند بعضی از ویتامین‌ها که در واقع پروانه دارو داشتند و در اداره دارو مورد بررسی قرار می‌گرفتند و مجوز دریافت کردند، این‌ها را هم با یک تعریفی بردند در زمره مکمل‌ها. مثلاً گفتند ویتامین B12، ویتامین B6، ویتامین B1، کلاً B کمپلکس، اگر میزان ویتامین‌های B آن فلان قدر باشد، مکمل است و از این مقدار بالاتر باشد، دارو است. که به نظر می‌رسد که خود این هم جای بحث دارد.

← این موضوع را کجا تعیین می‌کند؟

دوستانی که قبلاً این‌جا مسؤلیت داشتند، تعیین کرده بودند که خود این هم قابل بحث است. من آدمم گفتم این که حساب ۲، ۲ تا ۴ تا است. چون الآن می‌گویید مثلاً یک قرص B کمپلکس، حاوی این میزان ویتامین‌های B است و آن را غذا محسوب می‌کنید. خوب اگر طرف برود ۲ تا بخورد، می‌شود دارو. چه روش تضمین شده‌ای برای کنترل آن وجود دارد؟ پس این‌ها دارو است، این‌ها نباید جدا می‌شد. حالا اتفاق افتاد. مثلاً قرص‌های جوشان را بردند در گروه مکمل‌ها در صورتی که قرص جوشان ویتامین C و حتی مولتی‌ویتامین‌های جوشان را هم داشتیم. این‌ها را گذاشتند در گروه مکمل‌ها که به نظرم این سیاست‌گذاری به عبارتی، شاید تا حد زیادی سلیقه‌ای بود، شاید هم مبنای کاملاً منطقی نداشت. ما الآن هم

این‌ها اضافه می‌شدند، دوباره به مشکلات اضافه می‌شد. سوم قیمت‌گذاری کردیم. به نظرم اتفاقی که افتاد توانست یک مقدار مسایل را کنترل کند. قیمت‌ها واقعاً در حد ۱۰ تا ۲۰ برابر بود. وقتی آمدیم قیمت‌گذاری کردیم، بالاخره با مقاومت بعضی‌ها مواجه شدیم ولی خوشبختانه رفتیم جلو که به نظرم این هم دقیقاً یک عامل کنترلی بود. الآن وضعیتی که مکمل‌ها دارند، ما ۳، ۴ تا کار کنترلی و نظارتی برایشان کردیم، یک، قیمت گذاشتیم، دو، بردیم در دارو و ضوابط دارو برایش اعمال بکنیم که کنترل بشود، سوم، آمدیم از مشمول ارز مرجع آن را خارج کردیم، گفتیم هر کس مکمل می‌خواهد و دوست دارد، قوی بشود، برود آن را با قیمت ارز مبادله‌ای پردازد که به نظرم این خودش یک جور مدیریت محدودیت‌ها بود و البته، ممکن است یک عده با این قضیه راضی نباشند و به ما هم انتقاد داشته باشند، انتقادشان هم درست است کاری ندارم. ولی ما احساس کردیم در این شرایط فعلی باید تا حدی جلوی ریخت و پاش‌ها را بگیریم که قیمت‌گذاری اثر بسیار مهمی در کنترل شرایط داشت و از آن طرف آمدیم گفتیم مکمل می‌خواهی ارایه کنی؟ بیا در داخل تولید کن. بیا در داخل هر میزانی می‌خواهی تولید کن ما هم مانع نمی‌شویم، به هر شکل هم مسیر تولید را تسهیل کردیم که بیایند در داخل این‌ها را تولید کنند که بسیاری از مسایل پیش نیاید، که الآن در واقع مسؤول امور مکمل‌ها یک اداره کلی در مجموعه دارو و با این مدیریتی است که خدمتتان عرض کردم.

← آقای دکتر، حدود ۱۰۰ تا کارخانه تولید اشکال مختلف دارویی جدا از ماده اولیه و داروهای گیاهی

داریم.

البته، ۱۰۰ تا با احتساب بعضی از تولیدکنندگان داروهای گیاهی، در غیر این صورت تقریباً حدود ۸۵، ۸۶ تا است.

← آن‌هایی که در راه هستند و دارند می‌آیند هم هستند. با توجه به شرایط GMP روز، هر قدر به طرف جلوتر می‌رویم، کار سخت‌تر می‌شود. با این شرایط آیا فکر می‌کنید که این‌ها می‌توانند ادامه کار بدهند؟ آیا شما می‌توانید کاری برای ادغام آن‌ها یا عدم ورود آن‌ها انجام بدهید؟

ببینید، من اول هم عرض کردم بالاخره آن زمان جنگ هم که ما محدودیت ارز داشتیم و گرفتاری بود، مجموعه دوستانی که زحمت می‌کشیدند تلاش می‌کردند که به فکر تولید باشند و اگر این اتفاق که الآن افتاده است، رخ نمی‌داد، الآن باید وضع ما بدتر هم می‌بود. منتها بالاخره تولیدکننده‌ها بنگاه اقتصادی هستند. باید دخل و خرجشان با هم جور بیاید دیگر. حالا من بحث قیمت را با شما داشتیم که مسایل و مشکلات مربوط به خودش را دارد که این‌ها خودش یک مشکلاتی در سر راه توسعه و ارتقای تولید محسوب می‌شود. ما اعتقاد داریم، با زیاد شدن کارخانه، مشکلات حل نمی‌شود. چون مشکل ما میزان و تعداد کارخانه و این‌ها نیست. چه بسا الآن هم این کارخانجات را داریم، چون بحث صادرات ما یک بحثی است که متأسفانه آن‌طور که باید و شاید ما نتوانستیم به آن پردازیم. نتوانستیم نگاه‌مان را به بیرون مرزها و کشورهای خارجی داشته باشیم و روی صادرات کار بکنیم و دقیقاً به نیازهای داخلی خودمان اکتفا کردیم که عرض کردم همان بازار آشفته و آن

بیوتکنولوژی‌های تک‌بزند و بعد هم می‌گویند که ۴ تا OTC هم به ما بده تا چرخمان بچرخد. واقعیتی است. ما می‌گوییم آقایان شما چرخ را با استامینوفن و OTC نچرخان، شما چرخ را برو در حوزه صادرات بچرخان، روی کیفیت کار کن، چهار تا محصول خوب بزن، الان در صنعت دیگر کمیت و این که یک کارخانه چند هزار متر است و چقدر کارگر دارد و ۱۰۰۰ قلم دارو تولید می‌کند، جایگاه ندارد. الان دقیقاً بحث اصلی بحث کیفیت است. بحث داروهای های‌تک و بیوتکنولوژی به‌گونه‌ای است که می‌شود در یک جای کوچک و جمع و جور، کارخانه‌ای بسیار موفق راه‌اندازی کرد. یک کارخانه حتی ممکن است با ۳ قلم دارو در صنعت شاخص باشد و در امر رقابت یک کارخانه‌ای با ۱۵۰ قلم دارو را هم در بازار رقابت به چالش بگیرد. الان صنعت دیگر تعریفش کمیت نیست، صنعت تعریفش کیفیت است. تعریفش محصول است، نوع محصولی که انتخاب می‌کنند، بسیار اهمیت دارد. این اتفاق به نظرم باید در صنعت داروسازی ما حتماً رخ بدهد در غیر این صورت ما مشکل خواهیم داشت.

← آقای دکتر، اتفاقاً ما بحث‌مان همین است، اگر از آن وظایفی که وزارت بهداشت دارد به‌عنوان اهرم‌هایی که می‌تواند به ارتقای GMP شرایط تولید بیانجامد، استفاده بشود، طبیعتاً کمک می‌کند که از رشد بی‌رویه تعداد واحدها جلوگیری بشود و به سمت ارتقای شرایط واحدهای موجود یا حتی به ایجاد واحدهای با سطح GMP بالاتر بیانجامد. آیا در این زمینه شما الان برنامه هدفی دارید؟ ببینید، ما یک سری اهرم‌های قانونی داریم، از

خودزنی‌ها و رقابت‌های من‌درآوردی پیش آمد. یک بخشی از این‌ها شاید به خاطر همین تعدد کارخانجات است و بخش دیگری از آن که به بحث قیمت و بحث چرخش اقتصادی کارخانجات برمی‌گردد این است که کارخانجات فعلی آن توانی که بتوانند GMP خود را جوری ارتقا دهند که روزآمد شوند یا به عبارتی آن را FDA Approve بکنند، کار ساده‌ای نیست و اگر هم این کار اتفاق نیفتد، همین وضعی است که الان وجود دارد و بالاخره ما هم الان آمدمیم با یک سری ضوابط و حالا یک مقدار نیروی وزارت بهداشت، یک مقدار جلوی بعضی از کارها را گرفتیم. گفتیم مثلاً یک محصول را ۸ تا شرکت بیشتر نزنند، اگر ۲۰ تا ۲۵ تا باشند می‌روند جایزه می‌دهند اما این که نمی‌تواند ادامه داشته باشد. چون وزارت بهداشت، جناب‌عالی می‌دانید که از نظر قانون ما نمی‌توانیم به کارخانه‌ها ورود پیدا کنیم و بگوییم بروید Joint بشوید، بروید آن بحث مرجینگ یا موارد مشابه آن را انجام بدهید به نظرم باید سندیکا، صاحبان صنایع چه بخش خصوصی، چه بخش وابسته به نهادها، حتماً برای این قضیه فکری بکنند. چون الان در دنیا هم دارد اتفاق می‌افتد دیگر، حالا شرکت‌های کوچک که هیچی، شرکت‌های بزرگ هم دارند در همدیگر ادغام می‌شوند. چون بالاخره بقایشان را در این می‌بینند. چون بالاخره بحث هم‌افزایی هم وجود دارد دیگر. به نظرم باید در داخل کشور ما هم این اتفاق و هم اتفاق دیگری بیفتد، کارخانجات ما باید یک مقدار سراغ تولید تخصصی بروند و کار بکنند. یعنی حالا مثلاً طرف می‌آید می‌گوید که می‌خواهد ۲ قلم داروی سرطانی بزند، دو قلم هم داروی

این که یک شرکتی GMP اش را رعایت نکرد، یک شرکتی محصول بی کیفیتی زد، یک شرکتی ضوابط و قانون را رعایت نکرد، مسؤول فنی نداشت و غیره بالاخره باهانش برخورد بشود. ولی معمولاً در کشور ما، بعضی مواقع اجرای قانون تحت تأثیر یک سری فورس‌ها و یک سری مسایلی قرار می‌گیرد که این اتفاق به راحتی نمی‌افتد. الآن شما ببینید.

← آقای دکتر، شما در کمیت این کار را کردید. زیرا وقتی که شما می‌آید، می‌گویید که به بیش از ۸ تا تولیدکننده داخلی مجوز نمی‌دهید، یعنی یک اهرمی برای کنترل کمیت در نظر گرفته‌اید. حالا بحث کیفیت هم همین‌ها است. سؤال ما این است که آیا اصلاً روی این موضوع کار شده است که ببینید اگر قرار باشد این اعمال نظارت‌ها به ارتقای کیفیت بیانجامد، چه کارهایی و چگونه باید انجام بشود؟

اگر این کار به طور جدی صورت بگیرد و قانون رعایت شود و خواسته وزارت بهداشت اعمال بشود حداقل بیش از ۹۰ درصد کارخانجات ما با مشکل مواجه می‌شوند و کشور در شرایطی است که در واقع، پذیرش این جور قضایا کار راحتی نیست. ما الآن یک تعداد زیادی از کارخانجاتمان تحت پوشش هلدینگ‌ها هستند که مدیریت آن‌ها بر عهده چند نهاد است. بنابراین، شما به محض این که یک برخوردی می‌کنید، بالاخره این بحث‌ها توسط جاهای مختلف پیش می‌آید. پس یک سری واقعیت‌هایی وجود دارد که نمی‌شود نادیده گرفت. به نظر من این که دوستان صنعت فکر می‌کنند اگر ما یک کمکی بهشان بکنیم، یک چشم‌پوشی‌ای بکنیم به نفعشان است و به آن‌ها کمک کرده‌ایم

این‌ها سلیقه‌ای و کوتاه‌مدت است. یعنی این‌ها باید بدانند که بالاخره برخی از این محدودیت‌ها و این فورس‌هایی که توسط وزارت بهداشت اعمال می‌شود، تا حدی سلیقه‌ای است. چون مثلاً من که می‌آیم، اگر یک مقدار سخت‌گیرتر هستم و چیزی بلد نیستم و قلدربازی درمی‌آورم، یک جور کار می‌کنم، یکی دیگر می‌آید که منطقی‌تر است و با یک فکر بهتر یک مقدار مثلاً کوتاه می‌آید، شاید همین رفتار سلیقه‌ای باعث شده تا الآن صنعت داروسازی ما به روزمرگی افتاده است. یعنی اگر بخواهد یک مقدار آینده دورتری را ببیند، بالاخره باید برود وام و تسهیلات بگیرد و هزار جور این‌ور و آن‌ور، چون دخل و خرجش با همدیگر مطابقت ندارد و دخل و خرجش هم همه‌اش این نیست که این همه تولید بکنیم ظرفیت بالا، تعداد تولید بالا و فقط هم در داخل. صنعت دنیا اگر در یک کاری پیشرفت کرده است، بالاخره بخشی از آن را مدیون حمایت‌های دولتی از جمله حمایت‌های اقتصادی است و حال آن که ما عمدتاً چنین چیزی را نداریم. یکی هم این که فعالیت‌های خود را به بیرون از مرزها کشانده است. در صورتی که ما همین الآن اگر یک دارویی را یک کارخانه‌ای تولید بکند و ببینیم در بازار داخلمان کم است، اجازه صادرات آن را نمی‌دهیم.

← خوب این حمایت دولت است دیگر.

می‌خواهم بگویم همان‌طور که اول عرض کردم وزارت بهداشت به خاطر همین موارد وارد کمیت شد و اصل قضیه وظیفه وزارت بهداشت که نظارت بر کیفیت بود، به عبارتی تحت‌الشعاع کمیت قرار گرفت و هنوز هم که هنوز است همین جور

که وجود دارد، به خصوص در شرایط فعلی که بالاخره ما امکاناتمان بسیار بسیار محدود است امکانات که عرض می‌کنم اول ارز است و بعد ریال است و هزار جور مشکل دیگر، الآن هم اگر این کارها در غالب یک ضابطه‌ای صورت بگیرد، دقیقاً ضوابط و مقررات وزارت بهداشت را رعایت بکنند داروهای خارج از لیست نیاورند، بیش از اندازه نیاورند، اگر رعایت بکنند به نظرم اجازه دادن به بعضی از مراکزی که این امکانات را دارند، باز نه این که عمومی بشود. عرض کردم، سال‌ها پیش که من از این جا رفتم، ۶ تا شرکت توزیع داشتیم وقتی که برگشتم دیدم ۱۴۴ تا شده‌اند. ۳ تا شرکت واردکننده داشتیم برگشتم دیدم ۱۲۰ تا شده‌اند. نه به آن ۳ تا و نه به این ۱۲۰ تا. واقعیت این است که یک بازنگری در ژنریک لازم بود. همان طور که عرض کردم باید پکیج دیده می‌شد، یک تکه‌اش دیده شد و یک تکه‌اش دیده نشد. الآن هم آن جاهایی که ظرفیت و امکانات دارند و می‌توانند هماهنگ با وزارت بهداشت عمل بکنند، الآن اگر بشود از این فرصت‌ها و ظرفیت‌ها استفاده کرد به نظرم خوب است.

◀ شما فکر می‌کنید خود شرکت‌های وارداتی که تعدادشان همین طور افزایش پیدا کرده، اگر یک جایی یک ظرفیتی وجود دارد که می‌تواند به این هدف بیانجامد، بهتر نیست که به کمک به این شرکت‌ها فکر کرد تا این که خودش بیاید یک مجموعه جدیدی ایجاد کند یا فارغ از آن ضوابط خودش بیاید از امکانی که دارد استفاده بکند که در این صورت باز هم شرایط خودبه‌خود می‌رود به آن سمت که در گذشته وجود داشت.

است. برای همین بعد از سی و چند سال، هنوز هم می‌بینیم در بازار فلان دارو نیست. می‌خواهم بگویم که تفاوت ما با بقیه جاهای دنیا در همین‌ها است. ولی مع الوصف یک کارهایی انجام دادیم که بتواند تا یک حدی در مقابل یک سری کارهای غیرمجاز و کارهایی که ممکن است در آینده به کیفیت آسیب بزند، بازدارنده تلقی شود ولی یک واقعیت را نباید نادیده گرفت که به علت‌های مختلف، به قول معروف در این رابطه ۱۰۰ درصد نمی‌شود اعمال قانون کرد.

◀ آقای دکتر، مطلع هستید که قبل از انقلاب مؤسسات دولتی و عمومی مثل شرکت نفت ارتش، تأمین اجتماعی، داروی مورد مصرف مراکز درمانی خودشان را وارد می‌کردند. بعد از انقلاب به خاطر محدودیت ارزی یا ضرورت توزیع گسترده یا حضور فعال و انحصاری شرکت سهامی دارویی کشور، واردات به سبک گذشته متوقف شد. شما فکر می‌کنید که درست است مجدداً مؤسسات عمومی و دولتی نیاز خودشان را به هر طریق که صلاح می‌دانند (اعم از مناقصه‌ای یا به هر صورتی که به نفع‌شان است) وارد کنند؟

آن وقتی که نظام نوین دارویی و طرح ژنریک اتفاق افتاد، یکی از مشخصه‌های آن تمرکز بود. بالاخره توزیع متمرکز شد. به عبارتی، واردات متمرکز شد و به تبع، آن تقریباً همه بخش‌های مرتبط حالت متمرکز گرفتند. شاید همه آن رویه که وجود داشت هم بد نبود. بالاخره یک شرکت‌هایی بودند یک امکانات و ظرفیت‌هایی داشتند، می‌توانستند مشکل مجموعه خودشان را حل کنند. من اعتقاد دارم الآن هم در این شرایطی

من الان شرایط فعلی را می‌گویم.

← بله، برای همین عرض می‌کنم، چون می‌فرمایید آن شرایط، خودبه‌خود منجر می‌شود به این که شرکت فلان ...

می‌دانم چه می‌گویید، می‌گویید مثلاً آن دارویی که شرکت نفت می‌خواهد خوب شرکت X که دارد می‌آورد، خوب از آن بگیرد. من می‌گویم شرکت نفت الان یک امکانی دارد، یک ارزی دارد، این ارز را هم برای خودش می‌خواهد بیاورد، به جای دیگر هم نمی‌دهد.

← من یک نکته دیگر دارم، شرکت نفت فارماکوپه خودش را دارد، فهرست داروی خودش را دارد به جای این که بیاورد از شرکت اکبریه یک دارو را بخرد با قیمت مصرف‌کننده داخلی کشور می‌تواند از طریق مناقصه از یک شرکت خارجی با قیمت خیلی خیلی ارزان‌تر بخرد و در محدوده مخاطبان خودش مصرف کند، به این صورت هم از امکانات خودش استفاده کرده، هم قیمت تمام شده‌اش خیلی پایین‌تر آمده است. آقای دکتر اخیراً سازمان غذا و دارو تشکیل شد، فرق آن (از نظر اختیارات، بودجه، تشکیلات، سازمان) با معاونت چیست، یعنی اگر ما یک مقایسه‌ای بین سازمان غذا و داروی ایران و سازمان غذا و دارویی که هم‌اکنون می‌گوییم (FDA) داشته باشیم چه تفاوتی بین این دو می‌بینیم؟

از نظر ضوابط کاری و قانونی شاید بشود گفت که تفاوت زیادی با معاونت ندارد. منتها عمده‌ترین فرق آن مربوط می‌شود به اختیارات مالی و اداری که در شکل جدید به‌طور کامل به سازمان واگذار شده است. البته، این ناگفته نماند که حالا در شروع

کارش هستیم و حتماً این باید یک مسیر تکاملی را طی بکند و تکمیل شود.
← آیا اختیاراتی که از این‌جا به سازمان استاندارد رفت، هنوز برنگشته است؟

هنوز چیزی نرفته. هنوز هیچ اختیاری از مجموعه اختیارات این‌جا به موسسه استاندارد نرفته، آن‌ها قصد دارند که بخش غذا (دارو و لوازم پزشکی که استثنا است) یکی در بحث غذا و مواد آرایشی بهداشتی، آن‌ها یک مصوبه شورای عالی اداری دارند که برود، ما هم یک مصوبه شورای عالی اداری (با دست خط رئیس جمهور) داریم که همه این‌ها مال ما است که این‌ها باید در وزارت بهداشت باشد. هنوز چیزی نرفته و منتظر قانون مجلس هستیم و الان در مجلس در دست بررسی است. ما هم سعی کردیم که در این مدت اعضای حداقل ۳ تا از کمیسیون‌های مجلس را بیاوریم تا از آزمایشگاه و سازمان بازدید کنند و مجموعه را معرفی کردیم. اتفاقاً اگر به مجلس هم برود احتمالاً این انتقال صورت نخواهد گرفت. در هر صورت آن هنوز منتقل نشده است.

الآن ما گفتیم آقایان عیبی ندارد. من گفتم اصلاً چرا ما را روبه‌روی هم قرار دادید؟ ما هر دو دستگاه اجرایی دولتی هستیم، چرا ما را روبه‌روی هم قرار می‌دهید. آقایان بیا بیا بگویند غذا، بهداشتی آرایشی هرچی، همه‌اش مال استاندارد، وزارت بهداشت هم هیچ‌گونه مسؤلیت پاسخگویی تأمین سلامت را ندارد. روی همین قضیه مانده‌اند. می‌خواهم بگویم اولاً منتقل نشده. دوم این که الان سازمان یک فرق بسیار مهمی با معاونت غذا و دارو دارد آن هم این است که اختیاراتش در

داروخانه‌هایی داشته باشند. با اساتید دانشکده داروسازی که صحبت می‌کنیم، می‌گویند که نیت و وظیفه آنان آموزش است و هدف آنان کسب و کار نیست. با انجمن داروسازان که صحبت می‌کنیم می‌گویند که دوره تاریخی ضرورت آن گذشته است و ایجاد آن بنابه شرایط خاصی بوده، با دکتر سیامک‌نژاد که صحبت می‌کنیم می‌گوید زمانی بود که تنها داروخانه شبانه‌روزی ۱۳ آبان بود و چون جای دیگری نبود، باید این وظیفه را انجام می‌داد. آیا در حال حاضر (حالا جدا از قضیه اصل ۴۴ قانون اساسی) وجود این داروخانه‌های متعلق به موسسات دولتی و عمومی لازم است یا خیر؟ ببینید، آن زمانی که این داروخانه‌ها تأسیس شد، شاید آن بحث آموزشی‌اش نسبت به بحث خدمات‌رسانی آن یک مقدار ضعیف‌تر بود. اوایل انقلاب بود، داروخانه‌های شبانه‌روزی مشکل داشتند، بعد هم که جنگ شد، لازم بود بعضی از جاها بیایند به مردم خدمت دارویی برسانند. یعنی تا آن‌جا که بنده می‌دانم، داروخانه ۱۳ آبان و داروخانه به عبارتی دولتی، برای این ایجاد شدند که خدمات دارویی به مردم بدهند و جایگزین یک سری داروخانه شبانه‌روزی بشوند که تعطیل کرده بودند و یا خوب خدمت نمی‌دادند، از جمله هلال احمر. بعد یواش یواش آمد جلو، دانشکده‌های داروسازی گفتند حالا ما دانشکده داروسازی‌ایم، داروسازان ما باید بروند آموزش ببینند، ما داروخانه لازم داریم. با این نیت آمدند داروخانه‌هایی زدند، ولی همه‌شان به سمت مسایل انتفاعی و اقتصادی رفتند. تقصیر هم نداشتند، بالاخره آن‌جا به عبارتی یک بنگاه اقتصادی کوچک است باید چرخش بچرخد دیگر. با اسم

بحث اداری و مالی تقریباً می‌توانم بگویم ۱۰۰ شده است. یعنی ما این‌جا ذی حساب داریم، پول‌هایمان مال ما است ارقام بودجه را برای خودمان می‌بینند، استخدام با خودمان است، همه چیز با خودمان است، ردیف داریم. در واقع بحث یارانه‌ها یا بحث همین درآمدها قبلاً ۱۰ دور می‌زد بعد برمی‌گشت این‌جا، ۱۰۰۰ جا‌زش می‌زدند ولی الآن اولین کار این بود که حوزه اختیار اداری مالی را به ما دادند. حتی ذی‌حساب مستقل دارند که به نظرم خود این می‌تواند خیلی کمک‌کننده باشد و از سوی دیگر هم در مصوبه شورای عالی اداری، خیلی از وظایف ما گسترده شده است. یعنی حتی مسؤولیت خیلی از آن مواردی که قبلاً در بخش بهداشتی و آرایشی و یا غذا بود را به ما واگذار کردند، اسباب‌بازی‌ها را هم برعهده ما گذاشتند. البته، به عبارتی بوده منتها هیچ‌جا مکتوب نبوده است. می‌خواهم بگویم که هم گستردگی کارش و هم اختیاراتش نسبت به معاونت غذا و دارو بیشتر شده است. مصوبات و دستورالعمل‌های آن‌ها را هم به شما می‌دهم. مصوبه مجلس برای بودجه و شورای عالی اداری را هم داریم.

← آقای دکتر، یک جایی که سابقاً مال تأمین اجتماعی (جایی که در حال حاضر تحت عنوان داروخانه ۱۳ آبان مورد بهره‌برداری قرار دارد که در خیابان کریمخان است) بود، در هر صورت به خاطر ضرورت یا به هر علت دیگر، شد داروخانه ۱۳ آبان و به مرور هم توسعه پیدا کرد، بعدها هلال احمر هم داروخانه‌دار شد، ارتش هم که داروخانه دارد، ممکن است سازمان‌های دیگر دولتی و عمومی هم تمایل داشته باشند که چنین

آموزش آمدند جلو، ضمن این که حالا یک مقدار آموزش هم می‌دهند، ولی آن قسمت اقتصادی‌اش یک مقدار پررنگ‌تر شد و همان باعث شد که این‌ها یک سری داروهای تخصصی داشته باشند. به نظر من به خصوص الآن که ما هم داروساز زیاد داریم، هم افراد متقاضی در صف نوبت داریم و با این وضع اقتصادی اصلاً مصلحت نیست که چنین داروخانه‌یی چه به عنوان داروخانه دولتی یا هر عنوان دیگری داشته باشیم. به نظر من به همه داروخانه‌هایی که در سطح شهرها هستند می‌شود فرصت داد و از ظرفیتشان استفاده کرد تا داروهایی که لازم است را توزیع نکنند. بنابراین به نظر من آن زمان ایجاب می‌کرد و تشکیل آن‌ها یک ضرورت بود ولی الآن دیگر جایگزین زیاد دارد و ضرورتی احساس نمی‌شود.

← آقای دکتر، یک طرحی از زمان مجلس هشتم در مجلس مطرح است که در حال حاضر مسکوت مانده است. به نظر می‌رسد نیت آن طرح، اصلاح قانون دارو و امور پزشکی بوده است. آیا فکر می‌کنید این طرح فعال خواهد شد یا دیگر به طور کامل از دستور خارج شده است؟

ما سال ۸۸ که به این مجموعه ورود پیدا کردیم، دیدیم که ۴۰ نماینده مجلس طرحی را امضا کرده‌اند که خواستار اصلاح بعضی از بندهای یک قانونی که در واقع همین قانون ۳۴ و اصلاحیه ۶۷ است، هستند. ما وقتی وارد مجموعه شدیم، رفتیم قانون را گرفتیم، گفتیم ببینیم چی هست. قانون را گرفتیم با یک سری از دوستان نگاه کردیم دیدیم خوب این اشکالات زیاد است. یعنی هدف هم بیشتر این بود و هست (الآن هدف ما هم این است) که این قانون یک مقدار روحیه استفاده از

بخش خصوصی را در آن ارتقا ببخشیم و حتی در کمیسیون‌هایی که تصمیم‌گیر هستند بالاخره NGOها و این‌ها حضورشان پررنگ‌تر باشد. یکی از بحث‌ها این بود و موارد دیگری هم در نظر گرفته شد. در هر صورت ما گرفتیم یک اصلاحاتی انجام دادیم و از مجلس فرصت گرفتیم و بعد از کمیسیون یک فرصت گرفتیم و طرح را آوردیم به کمک ۲-۳ نفر از اعضای کمیسیون کمیته‌ای تشکیل دادیم و بالاخره حک و اصلاح کردیم و به مجلس برگرداندیم تا برود تصویب شود. متأسفانه در مجلس قبلی علی‌رغم پیگیری‌ها می‌گوییم این قانون به نظرمان قانون خوبی است و اگر اصلاح بشود، یک مقدار زیادی از این مسایل و مشکلات موجود در آن حل می‌شود. یعنی در واقع، اگر این اصلاحات انجام بشود، می‌شود گفت که یک قانون به روز است. شاید الآن باز بخواهد برود تصویب شود باز لازم باشد یک حک و اصلاحی بشود چون مجدداً بخشی از شرایط تفاوت کرده است. متأسفانه کماکان در مجلس است و هنوز اتفاق خاصی نیفتاده است. هر بار هم که ما می‌رویم یک پیگیری می‌کنیم، دوستان می‌گویند در نوبت است و از این حرف‌ها. ضمن این که این به صورت طرح هم هست، خود نماینده‌ها دادند و آن قدر این قانون با عجله داده شد که وقتی من آن را نگاه کردم دیدم که در آن هنوز با کلمه بهداری از وزارت بهداشت یاد می‌شود و صحبت از شهرداری و شرایط قدیم است. من آن را که دیدم گفتم بالاخره امضای آقای دکتر مردنی روی آن است. من آن را پس گرفتم، آوردم تمام آن اشکالات املائی و انشایی‌اش را درست کردم و برگرداندیم. منظورم

است، منتها چون ته آن ظرف باز است، هر چه در داخل آن بریزید، رد می‌شود. الآن واقعاً دارو چنین وضعی پیدا کرده است. بدون تعصب بگوییم، الآن این کمبود یا نبود دارو در کشور که در جامعه مطرح است و می‌گویند مافیا هستند و غیره، کمترین چیزی که می‌شود گفت این است که برخی از این موارد یک حرف‌های غیرمنصفانه‌ای است. به اندازه کافی دارو تدارک شده است. منتها، متأسفانه یک سری مسایل به خاطر وضعیت سایر بخش‌ها و نابسامانی‌های دیگر پیش می‌آید.

← آقای دکتر، سؤال من این نبوده!

الآن می‌گوییم خدمتتان، مهم این است که بالاخره مصرف یک‌جوری کنترل شود برای این که مصرف کنترل شود Guideline و پروتکل درمانی بدون و قابل اجرا و حتی لازم‌الاجرا می‌خواهد که ما نداریم. این وظیفه اصلی وزارت بهداشت است که با همکاری نظام پزشکی تحقق می‌یابد. در بحث اطلاع‌رسانی، اطلاع‌رسانی دو تا معنا دارد، یکی اطلاع‌رسانی که جنبه تبلیغاتی دارد (این که چی بنویس و چی ننویس و این گونه موارد) که معمولاً حالا NGOها دارند کار خودشان را می‌کنند و ما و نظام پزشکی هم اگر وارد بشویم، یک سری موانع بازدارنده می‌گذاریم. در قانون هم اطلاع‌رسانی و تبلیغ به عهده نظام پزشکی گذاشته شده است.

این است که حالا دیگر شسته و رفته است. منتها هنوز اتفاق جدیدی نیفتاده است.

← آقای دکتر، شما معاون دارو و غذای وزارت بهداشت، مدیر سازمان دارو و غذا و هم‌چنین عضو شورای عالی نظام پزشکی هستید، به عبارت دیگر، در ۳ سازمان و ارگان مسؤولیت دارید. اول بفرمایید که رسیدگی به اطلاع‌رسانی جزو وظایف سازمانی سازمان دارو و غذا است یا جزو وظایف سازمانی نظام پزشکی؟

ببینید، یکی از موارد مهم در بحث دارو تأمین و تدارک آن است، یکی هم بحث عرضه و تجویز و مصرف آن است. که حالا در بحث تأمین، چون اول عرایضم گفتم که بالاخره وزارت بهداشت چرا وارد کمیت شد، اصلاً هسته برنامه‌ریزی در اداره کل دارو به چه علت تشکیل شد، دیگر وارد آن قضیه نمی‌شوم. ولی یک بخش مهم در بحث عرضه و مصرف دارو وجود دارد که یکی از مباحث آن Guidelineها و پروتکل‌های درمانی است که به نظرم وظیفه اصلی وزارت بهداشت است که البته می‌تواند در این قضیه با نظام پزشکی هم همکاری بکند اما وظیفه بسار مهم وزارت بهداشت این است که Guidelineها را تعیین کند. به همین علت من پیروز هم در یک جلسه‌ای گفتم، الآن یک ظرف داریم، یک مظروف، مظروف بیشتر از آن ظرف