



بررسی دارو توسط فرهنگستان علوم پزشکی در مصاحبه با دکتر عباس کبریایی زاده

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 عباس کبریایی زاده از جمله داروسازانی است که در این رابطه مصاحبه‌ای انجام داده‌اند. در این قسمت، مصاحبه فرهنگستان با ایشان را مرور می‌کنیم.

مسئولیت مدیر کلی دارو در وزارت بهداشت منفک شدم و برنامه‌ام این بود که بروم انگلیس و یک دوره فارماکواکونومی را بگذرانم و تقریباً کارهایم را هم کرده بودم و حتی منزل هم اجاره کرده بودم،

اگر اجازه بفرمایید من ابتدا یک مقدمه‌ای را عرض کنم بعد در خدمت شما هستم و به سؤالات پاسخ می‌گویم. من اگر خاطرتان باشد، تقریباً شهریور سال ۸۲ از

به هر صورت نشد و ماندم. وقتی دکتر پزشکيان و دکتر ظفرقندی دیدند من ماندم و نرفتم، قرار بر این شد که من با پیشنهاد خودم مرکز رشد دارویی دانشگاه تهران را ایجاد بکنم. این مرکز رشد دارویی در واقع، به این شکل مطرح شد که ما تحقیقات بسیار زیادی را در دانشکده‌ها می‌کنیم، اما هیچوقت دانشجو یک بستری پیدا نمی‌کند که تحقیقاتی را که دارد انجام می‌دهد، یک پله به صنعتی شدن نزدیک‌تر کند. این بود که ایده انکوباتور یا مرکز رشد فرآورده‌های دارویی شکل گرفت و تقریباً اواخر سال ۸۲ یا اوایل ۸۳ بود که من مرکز رشد فرآورده‌های دارویی دانشگاه را ایجاد کردم. تقریباً هم زمان همان موقع بود که ایده سنتز ماده اولیه ICL670 شکل گرفت که تنها مولکولی بود که در آن مقطع روی آن کار می‌شد، به‌عنوان یک آبرون چلیتور (Iron Chelator) یا شلات‌کننده آهن که به شکل خوراکی برای بیماران تالاسمی مطرح بود. تقریباً فکر می‌کنم آذر سال ۸۲ بود (۳، ۴ ماه بعد از این که من از وزارتخانه جدا شده بودم)، ما آمديم یک تیمی را تعیین کردیم برای این که سنتز را انجام بدهد. به‌دلیل پیچیدگی این مولکول، پیش‌بینی می‌شد که ما سنتزمان خیلی راحت نباشد ولی خوشبختانه حالا به‌دلیل اینکه تیم انتخابیمان تیم برخوردار از مهارت‌های لازم بود، ما تقریباً تا اواخر سال ۸۲ کار سنتز را انجام دادیم. طوری که به یاد دارم، دکتر شفیعی که بالاخره سرآمد همه در سنتز است، به من می‌گفت دکتر این کار خیلی سخت است، شما حالا سماجت می‌کنی ولی کار راحتی نیست. به هر حال کار سنتز انجام شد و سال ۸۳ سالی شد که من در واقع فکر کردم که

باید با اشتیاق بیشتری مرکز رشد را ایجاد بکنیم و واحدهایی را پایه‌گذاری کنیم که می‌توانند ایده‌های تحقیقاتی خودشان را تبدیل به محصول بکنند. بنابراین، مثلاً پارس نوترکیب پایه‌گذاری شد که پگ اینترفرون (Pegylated Interferon) را کار بکند یا در واقع پگاسیس روش (Roche) را کپی‌سازی بکند. شرکت پژوهش دارو آریا مسؤول شد که ماده اولیه ICL670 را تولید بکند که بعداً دفراسیروکس یا اکس جید نام گرفت. تقریباً در طول سال ۸۳ ما چندین پروژه را به موازات استارت زدیم، اینترفرون بتا را آقای دکتر ایلکا و دکتر فاضلی این‌ها را دعوت کردیم آمدند، مثلاً آقای دکتر وطن آرا مامور شدند روی خالص سازی مواد اولیه گیاهان دارویی با استفاده از نقطه جوش بحرانی کار بکنند. چندین شرکت در مرکز رشد دارویی دانشگاه تهران مستقر شدند که این پروژه‌ها را انجام بدهند. اوایل سال ۸۴ بود که آقای دکتر منتصری در عید دیدنی آمده بودند مرکز و با هم صحبت می‌کردیم، خلاصه باب ورود به صنعت باز شد، البته قبلش آقای دکتر نجفی با من یک صحبتی داشتند که من به‌عنوان عضو هیات مدیره داروپخش می‌رفتم ولی خودم را خیلی درگیر کار اجرا نکرده بودم. به خاطر دارم آن موقع آقای دکتر حسینی و هیات مدیره اصرار داشتند که من هم زمان با عضو هیات مدیره، مسؤولیت تحقیقات داروپخش را هم بپذیرم، گفتم من بنا ندارم خیلی درگیر کار صنعت بشوم و بنابراین، پذیرفتم که فقط در حد عضو هیات مدیره گاهی تردد بکنم. اما تقریباً پروژه‌هایی که ما در مرکز رشد اجرا کردیم، یک مقداری گرایش و علاقه خود من را به سمت

ما مجبور شدیم یک سری اصلاحات داخلی آن را انجام بدهیم. دلیلش هم این بود که صرفاً از مشاورین داخلی استفاده شده بود. ولی بخش جامداتش برای من خیلی تکان دهنده بود. یعنی وقتی رفتم در بخش جامدات دیدم اولاً یک سوله است (حالا این که شما فرمودید آلمان ها و این ها)، نه هواسازی، نه Change Room، نه شرایط خاصی و دقیقاً کار تولید داشت در سوله انجام می شد. تقریباً در جلسات اولیه ای که من با مدیران اسوه داشتیم در آن مقطع، این جمله را به آنان گفتم و بعداً مکرر این جمله را تکرار می کردم و آن این بود که ما نسلی هستیم که بالاخره نوجوانی ما مصادف شد با انقلاب، پس بنابراین، باور کردیم که می توانیم یک تحولات اجتماعی را رقم بزنیم. این نسل وقتی با یک باوری رشد می کند، این باور در او تقویت می شود و وجود دارد و نهادینه می شود. بعد جنگ اتفاق افتاد، دیدیم که در جنگ بالاخره همین نسل توانست بسیاری از تحولات را ایجاد بکند، حالا یک نسل یا نیم نسل از ما جلوتر همین شهید همت و شهید فرازی و امثال این ها بودند و من اتفاقاً در یکی از بحث هایی که در نوآوری در صنعت داروسازی برای دانشجویها دارم، آن جا روی این تاکید می کنم که شرایط جنگ و تحریم و محدودیت همیشه باعث می شود که نوآوری ها رشد بکند و نمونه اش هم جنگ ها است، در مورد جنگ جهانی دوم یکی از تعبیرهایی که به کار می برند این است که می گویند: جنگ جهانی دوم بزرگ ترین خدمت را به علم بشریت در سده ای که پشت سر گذاشتیم، کرد. یعنی بالاترین نوآوری ها را ما در جنگ جهانی دوم داشتیم و سرمنشا بسیاری

صنعت بیشتر و بیشتر کرد. سال ۸۴ بود که آقای دکتر منتصری بحث ورود من به صنعت را مطرح کردند. بحث ایشان آن موقع کیمیدارو بود که گفتم من به خاطر موقعیت دانشگاه و خانه ام که در غرب تهران است، اصلاً امکان ندارد برایم که بخواهم روی شرق تهران فکر کنم. چون آن موقع مرحوم دکتر ابهری مدیرعامل اسوه بود.

خلاصه ۲، ۳ هفته بعد آقای دکتر ابهری و دکتر منتصری با هم این بحث را مطرح کردند که دکتر ابهری فرمودند که اگر اجازه بدهید من از اسوه می روم هولدینگ سفادارو و شما بیاوید اینجا و نهایتاً من رفتم اسوه. من یک سری پایه های استدلالی برای انتخاب اسوه داشتم. یکی اینکه غرب تهران بود و به منزل من و دانشگاه نزدیک بود، دوم این که تمام خطوط تولید را داشت، یعنی خطوط مؤثر در داروسازی (جامدات، استریل و مایعات خوراکی) را داشت. بنابراین، از این نظر که یک شرکت کاملی بود و ضمناً کوچک هم بود، خیلی من را درگیر مسایل نیروی انسانی و کارگری و غیره نمی کرد. همان طور که شما فرمودید من روز اول که رفتم اسوه یک مقداری برایم ناباورانه بود. البته بماند که سال ۸۱ موقعی که من وزارتخانه بودم، خودم دستور تعطیلی یکی از خطوط اسوه را داده بودم، یعنی ما بخش استریل آن را تعطیل کرده بودیم و موقعی که من رفتم، بازسازی هایشان تمام شده بود و به همین دلیل وقتی که رفتم دیدم بازسازی بخش استریل تمام شده و تقریباً منتظر بازرسی وزارت بهداشت و شروع تولید هستند و نسبتاً هم خوب ساخته شده بود، هر چند واقعاً از نظر استانداردهای GMP همچنان مشکلات زیادی داشت که بعداً

از تحولاتی که در علم اتفاق افتاد به جنگ جهانی دوم برمی گردد. حالا این به منزله این نیست که جنگ چیز خوبی است ولی بالاخره محدودیت‌ها و جنگ باعث نوآوری می‌شود. این جمله را من برای بچه‌های اسوه آن‌جا گفتم که وقتی شما یک جایی را از آلمان‌ها تحویل گرفتید و ظاهر امر این است که آن چیزی که به ما گفته شده این بوده که این‌ها دارای دیسیپلین بودند، دارای انضباط بودند، دارای برنامه بودند، آن ۴ اصل پایداری سازمان را که به عنوان ۲ اصل مدیریت می‌شناسیم را واقعاً رعایت می‌کردند، برنامه‌ریزی، سازماندهی، هدایت و رهبری و کنترل می‌کردند و این ۴ ستون مدیریت را رعایت می‌کردند، به عنوان سمبل می‌گوییم که این‌ها این شرکت‌ها را ایجاد کردند. حالا الحاوی را هم به عنوان پارک دیویس آن موقع یا هوخست را یا هر کدام از این‌ها را در نظر بگیریم، مثلاً در مورد فایزر به خاطر هست که آقای دکتر فتحی همیشه این جمله را به کار می‌برد که انضباط مدیران تولید و مسؤولان آن موقع در فایزر چگونه بود. به بچه‌های اسوه در آن مقطع من گفتم که ما بالاخره پیش خودمان می‌گوییم که ما انشا... جلوی امام حسین رو سفید باشیم، جلوی شهدا رو سفید باشیم، جلوی پدر و مادرمان رو سفید باشیم و من می‌خواهم به شما بگویم که انشا... جلوی آلمان‌ها رو سفید باشیم. یعنی بالاخره این آلمان‌ها این جا یک چیزی را گذاشتند و قدیمی‌هایی که باهاشون صحبت می‌شود می‌گویند آلمان‌ها منظم بودند، آلمان‌ها دارای برنامه بودند، هدف داشتند، آلمان‌ها سازماندهی داشتند، آلمان‌ها رهبری و هدایت داشتند، همه این‌ها را آلمان‌ها داشتند،

حالا ما چه داریم؟ بنابراین، ما می‌خواهیم یک کاری بکنیم که انشا... جلوی آلمان‌ها رو سفید باشیم که اگر روز قیامت جلوی ما را گرفتند و گفتند اموال ما را تصاحب کردید و گرفتید، ما را هم بیرون کردید، شما بگویید که چه کردید که بهتر از عملکرد آن‌ها باشد. بنابراین، در کنار این که جلوی خیلی بزرگان و کسان دیگر می‌خواهیم رو سفید باشیم، باید جلوی این‌ها هم رو سفید باشیم و من اگر بخواهم پایه تحول در اسوه یا پله اولش را بگویم، پله اول این جمله بود که ما باید بتوانیم در مقابل کسانی که بالاخره نسل قبل از ما بودند و آن‌ها یک سری اقداماتی را انجام دادند، رو سفید باشیم و ما توانستیم بهتر از آن‌ها عمل بکنیم.

← **آقای دکتر، حالا آقای دکتر تفاوت این دو تا را نفرمودید.**

بله. ببینید، من شرایط آلمان‌ها را ندیدم که چگونه بوده ولی آن چیزی که من رفتم از اسوه دیدم چیز خوبی نبود. یعنی واقعاً خیلی توی ذوقم خورد. البته، آن بخشی از آن را که می‌شود به آلمان‌ها ربط داد این است که Layout کارخانه خیلی خوب نبود. یعنی ما اگر در داروسازی می‌گویید که Flow برای ما بسیار بسیار Critical است، آلمان‌ها در طراحی کارخانه اسوه Flow را ندیده بودند. البته، ممکن است در این سال‌های بعد از انقلاب ما Flow را برهم زده باشیم، یعنی من نمی‌توانم همه معایب را بیندازیم گردن آن‌ها ولی آن چیزی که من در اسوه دیدم، Flow خوبی نبود. بنابراین، سعی کردیم بازسازی بکنیم و بالاخره آن اصلاحات را انجام بدهیم که در جریان بخشی از آن هستید. در مورد الحاوی هم که من آمدم تقریباً، البته الحاوی

به نظر من یک مقداری سردرگم‌تر از اسوه است و آن وضعی که من در اسوه دیدم، در الحاوی بیشتر دیدم. منتها چون خودم اصولاً آدم ماجراجویی هستم، خوشم می‌آید از این که بالاخره این جور جاها بهتر می‌شود یک سری کارهای مؤثری را انجام داد. واقعیت این است که من زمانی که رفتم اسوه، هیچ اثری از مدیریت آلمانی ندیدم و اینجا (پارک دیویس) هم که آمدم هیچ اثری از مدیریت آمریکایی ندیدم. یعنی واقعاً نمی‌دانم یا آن‌ها قبل از رفتنشان کاری کردند که اصلاً چیزی از مدیریت باقی نگذاشتند و رفتند که فکر نمی‌کنم این جوری بوده باشد، یا ما تو این سال‌ها بالاخره بلایی سر این برنامه مدیریتی آن‌ها آوردیم.

← آقای دکتر، فرهنگستان علوم پزشکی ۲ طرح تحقیقاتی را در دست مطالعه دارد، یکی واردات دارو و مکمل‌ها از ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۰ و دیگری هم مستندسازی نظام دارویی ایران از سال ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۰. در چند سال اول انقلاب، یک تحولاتی در نظام دارویی ایران اتفاق افتاد که تحت عنوان نظام نوین دارویی نام گرفت که عبارت بود از تبدیل نام برند به ژنریک، توزیع سراسری و تعطیل عمده فروشی‌ها و متمرکز شدن واردات توسط ۲، ۳ تا شرکت دولتی و عمومی و به دنبال آن تملک کارخانجات چند ملیتی. حالا سؤال ما این است که آیا این تصمیمات در یک شرایط متعادل و منطقی باید گرفته می‌شد، یا جنگ و تحریم و انقلاب سبب این تصمیمات شد؟

ما انواع روش مدیریت را که نگاه می‌کنیم، بالاخره یکی از روش‌های پس‌نیده مدیریت به روش موقعیتی یا Situational Management

است. آن چیزی است که بالاخره در دنیا پذیرفته شده، شما اگر موقعیت بحرانی پیدا می‌کنید، باید مدیریت بحران بکنید. اگر موقعیت توسعه‌ای هم پیدا بکنید باید مدیریت توسعه‌ای بکنید. اصلاً خود انقلاب یک بحران بود، بالاخره بحران اجتماعی بود، بحران اقتصادی بود، حتی بحران سیاسی بود و حتی از نظر من بحران اخلاقی و معنوی بود. حالا اگر واقعاً نگویم معنوی ولی دینی بود، چون بالاخره باورهای دینی افراد هم طیف‌های خاص خودش را دارد ولی خود انقلاب روی این‌ها توانست شرایط خاص ایجاد بکند. چون می‌گوییم انقلابی که روی داد یک انقلاب دینی و اعتقادی بود، پس بنابراین، بنیان‌های اعتقادی انقلاب بر روش‌های اداره جامعه تاثیرگذار بود و بنابراین، به نظر من تحولاتی که در سیاست‌ها و روش‌های اجرایی در بعد از انقلاب روی داد، اجتناب ناپذیر بودند. مهم نبود که مثلاً آقای بازرگان نخست وزیر باشد یا مثلاً آقای احمدی نژاد باشد. شرایط آن موقع ایجاب می‌کرد که به تناسب تحولات اعتقادی، اجتماعی، اقتصادی و رفتاری‌ای که داشت بروز می‌کرد، یک سیاست‌ها و روش‌های خاص آن موقع پیش گرفته بشود. دارو هم مستثنا از این واقعیت نبود. یعنی تفکر بر این بود که خارجی چپاولگر است، خارجی استثمارگر است و این تعبیر و باورها را ما نمی‌توانیم در آن مقطع نادیده بگیریم. با این باور و این تحول اجتماعی فرهنگی که رخ داده بود، ما با یک خلاء مواجه شدیم چرا؟ چون گفتیم شمای چپاولگر اخراج، در واقع فرصت دفاع و محاکمه و مذاکره و مناظره هم ندادیم، بنابراین، آن‌ها اخراج شدند و وقتی اخراج شدند ما باید از سویی برای آنچه که از آن‌ها باقی

مانده بود و از سوی دیگر، نیاز خودمان به دارو (چون نیازمان را که نمی‌توانستیم نادیده بگیریم) تصمیم می‌گرفتیم. بنابراین، به اعتقاد من مسئولان وقت با این بستر بهترین تصمیم را گرفتند. یعنی ما باید ببینیم که آن‌ها در چه بستری تصمیم گرفتند. در بستری تصمیم گرفتند که ما دچار خلاء حضور بازیگران اصلی بودیم. کسی که فایزر را ساخته بود، کسی که پارک دیویس را ساخته بود، کسی که جاهای دیگر را ساخته بود، حالا ما خودمان آن‌ها را اخراج کرده بودیم و امکان حضور برای بازی نداشتند. بنابراین، باید تیم جدیدی می‌چیدیم، تیمی را باید می‌چیدیم که از نظر ظرفیت تولید، از نظر کیفیت تولید، از نظر رفتارهای تولید، از نظر تمام فرآیندهایی که در عملیات تامین دخالت می‌کنند و به‌طور کلی، برای آن ظرف مناسب باشند. و بنابراین، ناچار شدند که مدیران کشور در واقع کاملاً آماتورها را بیاورند در صنعت داروسازی کشور و واقعاً هم می‌توانیم بگوییم که این‌ها (همین آماتورها) ناجی صنعت دارویی کشور بودند و باید به‌نظر من سیستم قدردان این آدم‌ها هم باشد چون بالاخره خلاء ایجاد شده در ساختار سیاسی اجتماعی ما باید پر می‌شد. بنابراین، به‌نظر من تصمیماتی که در آن مقطع برای تامین داروی جامعه گرفته شده با رویکردهایی که ما داشتیم و از طرف دیگر، در واقع اعتقاداتی که نسبت به این موضوع وجود داشت، به این نتیجه رسیدیم که ما خودمان خیلی از کارها را می‌توانیم انجام بدهیم. من توفیق این حضور مانند حضرت عالی و دوستان دیگر را نداشتم که از ابتدا درگیر این سیستم باشم ولی بالاخره از بیرون شاهد بودم، چون در واقع زمانی که وارد دانشگاه شدم،

درست از سالی که عملیات خیبر بود (سال ۶۳) یک راست از جنگ آمدم به دانشگاه و اولین چیزی که سال ۶۴ با آن مواجه شدم این بود که آن‌ها به ما آمیل‌نیتريت نمی‌فروشدند، تیوسولفات نمی‌فروشدند و بنابراین، این‌ها باید در دانشگاه (حالا آن موقع به‌دلیل این که مسؤولیتی هم در جهاد دانشگاهی داشتم) و توسط خودمان تولید شود. بنابراین، در آن مقطع آقای دکتر شفیعی، مرحوم دکتر قنبرپور، آقای دکتر رفیعی تهرانی آمدند دست به‌دست هم دادند و این داروها تولید شد که تا پایان جنگ هم تامین آن از طرف جهاد صورت می‌گرفت. می‌خواهم عرض بکنم که این تفکر و شرایط آن زمان با هم جمع شد و منجر به ایجاد یک ذوق و شاید یک خودشیفتگی هم شده بود. یعنی ما وقتی می‌دیدیم بالاخره به ما نمی‌دهند و ما خودمان تولید می‌کنیم، دچار نوعی شیفتگی هم می‌شدیم. پس بنابراین، تامین نیاز و دست‌یابی به یک دانش‌هایی که تا دیروز شاید خیلی جسارت ورود به آن‌ها را نداشتیم، این‌ها باعث یک شیفتگی هم می‌شد. بنابراین، من واقعاً فکر می‌کنم که اقداماتی که در طول ماه‌های اول انقلاب شد، من نمی‌خواهم دفاع کنم از مصادره شرکت‌ها یا تکذیب بکنم چون بالاخره باید ببینیم در آن مقطع شورای انقلاب و دیگران که این تصمیمات را گرفتند، چه استدلال‌هایی و پشتوانه‌هایی داشتند ولی می‌خواهم به شدت دفاع کنم از تصمیمات بعد از این تصمیم. یعنی بعد از این تصمیم هر تصمیمی گرفته شده به اقتضای زمان بوده، منتها یک عادت خیلی بدی که بالاخره در آدم‌ها وجود دارد، عادت به روش‌ها است. یعنی ما اشکال کارمان برمی‌گردد به بعد از جنگ که

در واقع در طول جنگ به نظر من سیستم بسیار خوب طراحی شده بود، بالاخره من خودم هیچوقت این از خاطرم نمی‌رود که عملیات کربلای ۵ من پایگاه هوایی امیدیه بودم، آن‌جا یک چیزی حدود ۱۰ هزار مجروح فقط در سالن‌های پایگاه هوایی منتظر انتقال بودند. ما آن‌جا یکی از چیزهایی که هیچوقت دغدغه‌اش را نداشتیم دارو بود. بالاخره همین سیستم توانست و اتفاقاً چند وقت پیش با سردار فتحیان با هم صحبت می‌کردیم و خاطرات آن موقع مرور می‌شد، چون ایشان خودش آن موقع فرمانده بهداری بود، من یک رزمنده و یک امدادگر معمولی بودم که با تیم‌های اضطراری می‌رفتم و می‌آدم و مسؤولیت تامین و مسابلی از این دست را نداشتیم و اتفاقاً این جمله را به ایشان گفتم، گفتم ببینید من به‌عنوان کسی که بالاخره در پایگاه در بخش اورژانس و این‌ها داشتیم کار می‌کردیم، این احسنت را در آن سن به‌عنوان یک دانشجو می‌گفتم که واقعاً احسنت به کسانی که دارند این تامین را انجام می‌دهند، پس بنابراین، اگر ما در دوران جنگ واقعاً توانستیم کم‌ترین دغدغه را برای اداره جنگ در بخش دارو داشته باشیم (نمی‌خواهم بگویم مردم دغدغه‌ای نداشتند ولی بالاخره دغدغه‌های حداقلی را داشتند) بخش عمده این موفقیت بر می‌گردد به آن تلاش‌های ارزشمندی که همه دست اندرکاران تامین آن نیازها از خودشان نشان می‌دادند اما اتفاقاتی که بعد از جنگ رخ داد، انتظار این می‌رفت که بالاخره شما وقتی می‌گویید ما برنامه توسعه در کشور داریم، چند وقت پیش با یکی از نماینده‌ها صحبت می‌کردیم به ایشان گفتم، گفتم بدترین حالت این است که

آدم بگوید من برنامه دارم ولی خودش به برنامه اش اعتقاد نداشته باشد. من اعتقاد این است که هیات وزیران (ربطی هم به دولت آقای احمدی نژاد ندارد) چون نه در دولت آقای هاشمی اعتقاد به برنامه توسعه همه جانبه وجود داشته، نه در دولت آقای خاتمی، در هر دو دولت در بخش دارو کم لطفی‌های زیادی به توسعه توانمندی‌های دارو شده است به تناسب فرصت‌هایی که بود و دولت آقای احمدی‌نژاد هم که کاملاً اعتقادی به برنامه ندارد. یعنی اصلاً به هیچی اعتقاد ندارد روش حکومت کردن ایشان شباهتی به عهد باستان هم ندارد، برنامه‌ریزی که جای خود دارد. ما بعد از جنگ اگر طبق چارچوب برنامه یعنی با همان شکلی که جنگ را اداره کردیم، اگر مملکت را اداره می‌کردیم، واقعاً با روش مدیریت موقعیتی، ما دچار چنین مشکلاتی که الان هستیم، نمی‌شدیم. در یک کلام اگر بخواهم عرضم را جمع بکنم در ارتباط با پاسخ به فرمایش شما می‌توانم بگویم ما در طول جنگ بنا به موقعیت زمان جنگ خیلی خوب عمل کردیم ولی در دوران بعد از جنگ می‌توانستیم خیلی خیلی بهتر از آنچه که عمل کردیم، عمل کنیم.

← آقای دکتر ببینید، سؤالی که مطرح شد، دو وجه را مدنظر دارد. یکی این که ما آن تصمیمی که تحت عنوان نظام دارویی یا طرح ژنریک گرفتیم، واقعاً یک پیش‌بینی برای آینده بود که ما با چه مسائلی و مشکلاتی مواجه می‌شویم و ما دانسته این پیش‌بینی را کرده بودیم و حالا داشتیم یک برنامه‌ای را طراحی می‌کردیم که در حقیقت مقابله کنیم با مسائلی که بعداً با آن‌ها مواجه می‌شویم. یکی دیگر این که نوعی نگرش خاص در پیش

گرفته شده بود که در دل خود بسیاری از برکات را به همراه داشت. به نظر شما کدامیک بوده است؟

نظر من این است که آن یک اعتقاد بود، یعنی همان جور که سرمنشاء انقلاب مبارزه با استکبار و مبارزه با طاغوت بود، وقتی ما می‌گوییم مبارزه با استکبار، تبلور استکبار را ما در چی می‌دیدیم؟ در حذف مظاهر استکبار می‌دیدیم. یعنی وقتی شما احساس بکنید در مقابل من حذف شدید و من دارم مالک داشته‌های شما می‌شوم و به جای شما تصمیم می‌گیرم، طبیعی است که شما نگاه استکباری به من خواهید داشت، یعنی می‌گویید این مستکبر است. بنابراین، نگاهی که در جامعه به حکومت طاغوت و شرکت‌های خارجی وجود داشت، یک نگاه اعتقادی بود که این‌ها مستکبر هستند، پس بعد از انقلاب هر آنچه که آثاری از استکبار بود ما باید از بین می‌بردیم. بدیهی است که با این نگاه، برند و برندسازی هم که یکی از ظواهر و شواهد استکبار بود، باید از بین می‌رفت. من در طول این سال‌ها این جوری برداشت کردم و فکر می‌کنم درست هم بوده. یعنی انقلاب، یک بستری را فراهم کرده بود که هر آنچه آثار چند رنگی را رقم می‌زند که می‌تواند فرصت‌های (به تعبیر اوایل انقلاب بگویم) چپاول ایجاد بکند، شرایطی را ایجاد بکند که زراندوزی و مال اندوزی رنگارنگ را رقم بزند که این‌ها آثار و تبعات برند است، پس این‌ها باید از بین بروند و بنابراین، شما نگاه می‌کنید شعار اول طرح ژنریک ما این بود که همه با یک نام ارایه شوند. غیر از این که نبود؟ همه یک شکل، یک نوع بسته بندی، دلیلی ندارد که ما رنگ‌های مختلف داشته باشیم، شکل‌های مختلف

داشته باشیم و غیره. به عبارتی، نمی‌خواهم بگویم اقتصاد کمونیستی ولی اقتصاد یکسان گرایی را در محصولات تولیدیمان می‌دیدیم. بنابراین، آن چیزی که به نظر من باعث شد طرح ژنریک در ایران شکل بگیرد، بستر اصلی اش اعتقاد در آن مقطع دکتر نیلفروشان و دوستان دیگری که در آن مقطع مسؤول بودند آمدند گفتند که ما اگر قرار باشد که استامینوفن را برویم به اسم مثلاً تایلنول بخریم یا به اسم تایبانول یا با هر برند دیگری بخریم، باید پول این برند را بدهیم، پس بنابراین، باید به جای ۱۰ تومان، ۵۰ تومان بدهیم. خوب ببخشید بیمار که نیستیم، اصلاً قبول نداریم این کار را. آقا استامینوفن، استامینوفن است، ما حاضریم بابت استامینوفن ۱۰ تومان پول بدهیم نه ۵۰ تومان. پس بنابراین، ۱. اعتقاد، ۲. مزیت‌های اقتصادی. یعنی اگر ما بخواهیم به قول آقایان بازاریاب‌ها بگوییم Core Competency این تصمیم چه بود؟ باید بگوییم اول اعتقاد و دوم اقتصاد بود.

← آقای دکتر، خیلی ممنون، منتها یک نکته‌ای هست و آن این که، بین آن چیزی که با یک نگاه کلی آدم به آن می‌رسد و این که در تعامل واقعی و در عرصه عمل بخش‌های خیلی ریزتر آن را لمس می‌کند، با آن چیزی که از قبل یک دانش و آگاهی نسبت به موضوع داشته و درستی و نادرستی همه ابعادش را می‌شناسد و متناسب با آن آگاهی و شناخت برنامه‌ریزی می‌کند، یک تفاوت جدی وجود دارد.

عذر می‌خواهم من چون فراموش کردم
سومی‌اش را بگویم، به نظرم نکته سومی که در

پایه‌های این سیاست وجود داشت، تفکر سازمان جهانی بهداشت بود. این در ذهنم بود که بگویم ولی متأسفانه، فراموش کردم. پس ۱. اعتقاد انقلابی‌گری ما بود، ۲. شرایط اقتصادی و باورهای اقتصادی ما بود، ۳. دستورالعمل‌های WHO به‌عنوان یک سازمان جهانی بود. یعنی سازمان جهانی بهداشت به‌عنوان سازمانی که طرفدار افزایش دسترسی و فراهمی دارو در جمعیت‌های فقیر و نیازمند است، این فرمول را توصیه می‌کرد همچنان که امروز هم توصیه می‌کند. حتی در آمریکا هم توصیه می‌کند، می‌گوید که این کار را بکنید.

← آقای دکتر، حالا اتفاقاً یک بخشی از این بحثی که من دارم مطرح می‌کنم به همین بر می‌گردد، یعنی یک موقع است شما آگاهانه این تصمیم را می‌گیرید ولی یک موقعی هست که آن کلیتی که شما را به سمت اتخاذ یک تصمیم انقباضی می‌کشاند، همه این‌ها دیگر جزو ویژگی‌هایش می‌شود و طبیعتاً شما یک‌سری ریزه کاری‌های دیگری را نمی‌بینید. کما این که بسیاری از مواردی را که در این فاصله زمانی تا به امروز خود شما هم با پوست و استخوانتان لمس کردید، آیا واقعاً همه آن چیزی بود که آن موقع کشور را با آن مواجه می‌دیدید یا خودتان در عمل دیدید که نه، در جزییات این جوری نیست و مسایل خیلی پیچیده‌تر از این‌ها است. چون فقط بحث دارو و برند که نیست، در کنارش نوع فرهنگ برخورد پزشک با بیمار هست، نوع برخورد با اقشار مختلف و آن اقشاری که تحت پوشش سیاست‌های دولتی هستند، اقشاری که خودشان هزینه‌هایشان را می‌پردازند، اتفاقاً آن بخشی که

اعتقادات اسلامی ما است که می‌گوید آقا هر کسی که بالاخره توانایی دارد؟ مالک یک چیزی است، از یک امکانی باید برخوردار باشد والا فایده‌ای ندارد که شما یک جامعه کاملاً بی‌طبقه‌ای را در نظر بگیرید که از همان ابتدا هم با تفکر اسلامی تطابق نداشته است. بحث ما این است که اگر در حقیقت ما همه ابعاد آن تفکر را می‌شناختیم، طبیعتاً متناسب با آن هم باید طراحی می‌کردیم که منافع مان را در هر بخش آن حفظ کنیم ولی ظاهراً این اتفاق نیفتاد بلکه در همین دوره‌ها در بخش‌های دیگر مرتبط به همین بخش درمان و دارویی کشور، اتفاقات عجیب و غریب دیگری رخ داد که شما بیشتر مستحضر هستید. مثلاً پزشکی ما برای خودش این محدودیت را قایل نبود در صورتی که داروسازی ما و بخش تامین داروی ما در کشور این محدودیت را برای خودش قایل بود و بعد بالاخره آن زمانی که ما یک مقداری فرصت پیدا کردیم که حالا درها را باز کنیم، با یک سیلی از مسایلی مواجه شدیم که این‌ها در طول این زمان‌هایی که ما از آن‌ها غفلت کردیم، مشکلات عدیده‌ای آفریده‌اند که امروز با کوهی از آن‌ها مواجه هستیم. این نکته ظریف بعدی است که من می‌خواستم اگر شما احیاناً روی آن فکر کرده‌اید و ایده و نظری دارید بفرمایید.

بینید، من اعتقاد بر این است که ما نباید انتظار داشته باشیم از کسانی که در موقعیت‌های بحرانی دارند تصمیم می‌گیرند، برنامه‌ریزی سیستماتیک بکنند، به هر حال این‌ها برنامه‌ریزی موقعیتی می‌کنند. بنابراین، در اوایل انقلاب و دوران جنگ، تمام برنامه‌ریزی‌ها چه در درمان، چه جاهای دیگر

همه برنامه‌ریزی موقعیتی بوده است. یعنی هیچ کس برنامه‌ریزی سیستماتیک نکرده یا برنامه‌ریزی استراتژیک نکرده که بگوییم بلندمدت بوده. من هم در جایگاهی نیستم که قضاوت بکنم که مثلاً آقای دکتر نیک نژاد و دوستان دیگر که درگیر کار برنامه‌ژنریک بودند، حالا قبل از ایشان مرحوم دکتر پیش‌بین و تمام کسانی که بالاخره درگیر شدند در این جریان برنامه‌نویسی. بنابراین، می‌خواهم به شما بگویم که آقای دکتر نیلفروشان و نیلفروشان‌ها این جوری نبود که از اول بدانند آقا می‌آیند نظام دارویی را دستشان می‌دهند، حالا ما بنشینیم برایش برنامه‌ریزی بکنیم، این جوری نبوده. پس این یک نکته است که باید در نظر گرفته شود. اما چرا اتفاقات بعدی هم که رخ داد، دارو اصطلاحاً به قول فرنگی‌ها Encapsulated باقی ماند یعنی در کپسول خودش باقی ماند و خیلی رشد نکرد. من واقعاً ریشه این را در مالکیت می‌دانم. یعنی ببینید، ما درمان مان مالکیت دولتی را تحمل نکرد، رفت آزاد شد، یعنی پزشک‌ها رفتند در مطب‌هایشان، کلینیک زدند، بیمارستان‌های خصوصی ایجاد شد و آن‌هایی هم که در دولت بودند با برنامه‌هایی به سمت شرایط خصوصی شدن رفتند، این یک نکته بود. نکته دوم سهم دارو در قیمت تمام شده درمان بود. به‌طور متوسط در کشورهای در حال توسعه، سهم دارو در قیمت تمام شده درمان حدود ۲۵ تا ۳۰ درصد است و در ایران حدود ۲۸ درصد است، پس بنابراین، ما سهم دارو را در قیمت تمام شده نمی‌توانیم نادیده بگیریم. در حالی که مثلاً شما می‌توانید به من بگویید سهم رادیولوژی در قیمت تمام شده چقدر است؟ سهم آزمایشگاه در قیمت

تمام شده چقدر است؟ آن‌ها بسیار اندک هستند، بنابراین، شما مجبور هستید و مواجه می‌شوید با یک کالایی که خودش Encapsulated است، مالکیتش هم همچنان در اختیار دولت باقی مانده و ۲۸ درصد تا ۲۵ درصد از هزینه‌های سلامت را هم دارد به خودش اختصاص می‌دهد، پس باید این را کنترل کرد. بنابراین، یک نوع خودکنترلی یا خودسانسوری در ساختار سیاست‌گذاری و ساختار تصمیم‌گیری در دارو شکل می‌گیرد. بنابراین، همین امروز هم که ما داریم با هم صحبت می‌کنیم بیش از ۷۰ درصد مراکز تولیدی داروی ما در اختیار دولت است. یعنی یا سازمان تامین اجتماعی است یا ستاد اجرایی فرمان امام است یا بانک ملی و امثال این‌ها هستند. پس بنابراین، ما نمی‌توانیم جایگاه آن‌ها را در تصمیم‌گیری در مورد قیمت دارو که سهم قابل توجهی در هزینه درمان دارد، نادیده بگیریم. بنابراین، من اعتقاد این است که آن سیاست‌دوران جنگ که اجتناب‌ناپذیر بود، بعد از جنگ در واقع Encapsulated باقی ماند، داخل کپسول باقی ماند چرا؟ چون ساختار مالکیت به هم نخورد. من یک بار در یک جلسه‌ای که یکی از این نهادها ما را دعوت کرده بودند و سؤال پرسیدند که آقا به‌نظر شما بین این همه چالش‌هایی که در مورد دارو وجود دارد، مهم‌ترین چالشی که می‌تواند به اصلاح سیستم دارویی کمک بکند، کدام است؟ ببینید الان میزان صادرات یک شرکتی مثل عبدی ابراهیم در ترکیه، ۲ برابر کل صادرات صنعت داروسازی ما است. در حالی که شرکت عبدی ابراهیم ۲۰ سال قبل بوده ولی واقعاً در مقابل داروپخش ما جایگاهی نداشته است. من اخیراً رفته بودم ترکیه و از شرکتی به نام

امکان فراهم نیست. درست است؟
دقیقاً.

← آقای دکتر، من یک تصحیحی داشته باشم و آن این که تملک کارخانجات چندملیتی از جمله الحاوی فعلی و پارک دیویس قبلی با ۲ تا مصوبه شورای انقلاب بوده، یک مصوبه ورود و نظارت بود و مصوبه بعدی تملک بود و پول همه آنها هم داده شد و به تملک جمهوری اسلامی درآمدند. بله. کاملاً صحیح است. چون من کلمه مصادره را به کار بردم، آقای دکتر به جا اصلاح کردند. من در اسناد اسوه هم دیدم که پولش به آلمان‌ها داده شده بود.

← آقای دکتر، در ارتباط با واردات دارو، بحث‌های مختلف و سؤال‌های زیادی مطرح است. یک سؤال عبارت از این است که ما چرا تعرفه از دارو دریافت نکنیم. برای این که وقتی ما تعرفه دریافت می‌کنیم، قیمت تمام شده می‌رود بالا و مصرف کنندگان، بیمه‌ها و مراکز درمانی باید پول بیشتری بدهند، این پول بر نمی‌گردد به وزارت بهداشت یا اختصاصاً اداره دارو، پس تعرفه چه تأثیر مثبتی می‌تواند داشته باشد؟ از طرف دیگر، عده‌ای می‌گویند زمانی که ما واردات را آزاد می‌کنیم، برای حمایت از صنعت باید تعرفه را برقرار کرد. عده دیگری می‌گویند که ما زمانی که تولیدمان به کفایت رسیده، بنابراین، اجازه واردات داروهای مشابه تولید داخل را نباید بدهیم و باید داروهای را وارد کنیم که به اندازه کافی تولید نمی‌شوند یا اصلاً در داخل تولید نمی‌شوند. به‌طور کلی نظر شما در این مورد چیست؟
من فکر می‌کنم که ما اگر اصل را بر حمایت از

مصطفی نوزت بازدید می‌کردم. این شرکت که بیش از کل صنعت داروسازی ما دارد صادرات می‌کند، ۳۰ سال قبل یک سوله بود. خب چه اتفاقی افتاده که این صنعت ما دچار یک رکود و جاماندگی شده؟ بخش عمده این مشکل به‌نظر من بر می‌گردد به این که مصرف‌کننده و فروشنده و تامین‌کننده در یک قایق و کشتی سوار هستند و این‌ها ناچار هستند با همدیگر تعامل نکنند و همدیگر را تحمل کنند. بنابراین، ساختار مالکیت به اعتقاد من یک عامل بسیار تأثیرگذار بوده و تا زمانی هم که این ساختار مالکیت درست نشود، البته اگر از من امروز بپرسند ساختار مالکیت را اصلاح نکنیم یا نه، من می‌گویم اصلاح نکنیم، یعنی با همان استدلال مدیریت موقعیتی، چون کشوری که در مسیر بحران قرار دارد و امروز ما در مسیر بحران تحریم و تهدید قرار داریم، من اعتقاد این است که دولت باید با دقت و وسواس بیشتری حوزه دارویی را مدیریت کند ولی در شرایط آرامش و نرمال، معقول این است که بگوییم این صنعت باید مشکل مالکیت خودش را حل کند. اگر مشکل مالکیتش حل بشود، آن بحث توسعه و تأثیرپذیری هم خود به خود برطرف می‌شود.

← آقای دکتر، پس ما آن بخشی را که می‌خواستیم تحت عنوان یک سؤال از شما داشته باشیم که حالا مثلاً قوانین، مقررات، ضوابط متناسب با آن اهداف اولیه طرح تغییر پیدا کرده یا نکرده، من فکر می‌کنم شما با این فرمایشتان جواب آن را هم دادید. یعنی عملاً فکر می‌کنید که نیاز شدید وجود دارد که این اتفاق بیفتد ولی باز به‌علت این که ما داریم در مسیر بحران حرکت می‌کنیم، این

مصرف‌کننده قرار بدهیم، مشکل‌مان حل می‌شود. ما اگر در سیاست‌گذاری بیايیم بگوئیم که مرکز حمایت ما باید از مصرف‌کننده باشد، مصرف‌کننده کیست؟ مصرف‌کننده بیماری است که پول دارویش را به ۲ روش پرداخت می‌کند. یکی از جیب خودش پرداخت می‌کند و دوم از انفال و مالیات و سایر درآمدها که دولت دارد آن را پرداخت می‌کند، پس باز از جیب مصرف‌کننده دارد پرداخت می‌شود. یعنی پولی که دولت چه از محل مالیات، چه تعرفه‌ها و چه از انفال پرداخت می‌کند که حالا در ایران به خاطر نفت عموماً دارد از محل انفال پرداخت می‌شود، از جیب مصرف‌کننده دارد پرداخت می‌شود. ما اگر تمرکز سیاست مان را حمایت از مصرف‌کننده قرار بدهیم، یعنی بگوئیم ما می‌خواهیم مصرف‌کننده دسترسی و فراهمی مناسب دارو را داشته باشد. در یک کشوری که در واقع می‌خواهد آینده‌نگر باشد و در این آینده‌نگریش هم آثاری از ورود اعتقادات اجتماعی و دینی وجود دارد که می‌تواند زمینه‌های محدودیت را هم برایش فراهم بکند، در چنین جامعه‌ای که بالاخره دچار شرایط محدودیت هم می‌شود، اولین سیاست برای حمایت از مشتری یا مصرف‌کننده باید ایجاد زیرساخت‌های تولید و توسعه زیرساخت‌های تولید باشد. پس بنابراین، ما باید کاری بکنیم که داروهای موردنیاز جامعه مان از داخل تهیه بشود. هر عاملی که منجر به کاهش امکان تولید در جامعه بشود، می‌تواند دسترسی را تحت تأثیر قرار بدهد. ما به‌طور کلی وقتی که صحبت از مثلاً سیاست ملی دارویی یا National Drug Policy می‌کنیم، می‌گوئیم سیاست ملی دارویی ۴ تا ستون کلیدی دارد، یکی این که دارو در

اختیار مردم باشد، دسترسی داشته باشند، اصطلاحاً می‌گوئیم Accessible باشد. ستون دوم این است که دارو آن قدر ارزان باشد که مردم، ارزان که می‌گوئیم به معنی مبلغ ارزان نیست، قابل تهیه باشد، حالا یا سازمان بیمه شرايطی را فراهم بکند یا با سوبسید یا با روش دیگری که به‌طور طبیعی باید مناسب‌ترینش را انتخاب کرد، به اصطلاح برای مردم Affordable (قابل تهیه) باشد. سوم ساختاری داشته باشیم که آن دارو منطقی مصرف بشود و به عبارتی Rationality بر آن حاکم باشد و چهارم Quality داشته باشد، کیفیت لازم را داشته باشد. به این می‌گوئیم یک ساختار سیاست‌گذاری مشتری‌مدار، مصرف‌کننده‌گرا که می‌تواند تضمین بکند که در واقع، این بازار دارویی یک بازار دارویی سالمی است. پایه و اساس این که می‌تواند این ۴ اصل را برای ما تامین بکند این است که شما صاحب صنعت داروسازی باشید و بنابراین، به‌نظر من بزرگ‌ترین خدمت جمهوری اسلامی بعد از انقلاب، توسعه این صنعت بوده. یعنی من واقعاً با عمق وجود در کنفرانس‌ها و جاهای مختلف که صحبت می‌شود این را می‌گوئیم که جمهوری اسلامی و انقلاب بزرگ‌ترین خدمت را نسبت به توسعه صنعت داروسازی کرده است. منتها به نظر ما از این خدمت درست بهره‌برداری نکردیم. حالا هر سیاستی که به این خدشه وارد بکند، مورد قبول نیست. چون اگر مثلاً توسعه واردات شما منجر به این شود که خط تولید مثلاً رازک بخوابد، فقط خوابیدن خط تولید رازک نیست که بگوئیم مثلاً تولید لوزارتان تعطیل شد، بلکه دسترسی به لوزارتان در دراز مدت تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

پس بنابراین، حمایت از تولید داخل، حمایت از صنعت داخل، به منظور حمایت از دسترسی، Rationality، Affordability و Quality دارو برای بیماران باید وجود داشته باشد. حالا این سیاست در مقاطع مختلف متفاوت است. یعنی همین امروز که ما دچار تحریم‌ها و تقابل هستیم، معلوم است که من اصلاً جنایت می‌دانم که ما برویم از آمریکا مثلاً مکمل بیاوریم. چه دلیلی دارد که من به اشتغال زایی در آمریکا یا در اروپا کمک کنم و در عین حال آمریکا با این پول من خود من را تحریم بکند. پس بنابراین، بخشی از تصمیمات ما در این مقطع باید بیاید حول محور این قرار بگیرد که کدام یک از این‌ها در بلندمدت به نفع سیستم ما است و بنابراین، در طول این ۶، ۷ سال گذشته دیدید که من در مقالات متعددی که نوشتم و مصاحبه‌های متعددی که کردم گفتم که واردات مکمل‌ها از آمریکا را جنایت می‌دانم. اصلاً وقتی دولتی مثل دولت آقای خاتمی می‌آید می‌گوید که آقا ما می‌خواهیم گفتمان کنیم، رفاقت کنیم و غیره، در آن بستر آدم می‌تواند سیاست گذاری کند ولی وقتی شما می‌آیید در بستری قرار می‌گیرید که این بستر در واقع یک بستر طبقه بندی شده است و تقابل به نوعی در آن وجود دارد (نمی‌خواهم نه تأیید کنم، نه تکذیب کنم) شما در این بستر نمی‌توانید انتظار داشته باشید که آن بازار ما در اختیار آن‌ها باشد و آن‌ها اشتغالشان را داشته باشند.

بنابراین، هر سیاستی که به منافع بلندمدت مصرف‌کننده کمک بکند، باید در موقعیت‌های خاص اتخاذ بشود و بنابراین، من از سیاست تعرفه حمایت می‌کنم. از سیاست حتی ممنوعیت

واردات حمایت می‌کنم. یعنی در مقطع امروز من اصلاً اعتقاد ندارم ما باید برویم دارو را وارد کنیم. یعنی امروز که شما مشکل اشتغال در کشور دارید، مشکل بهره‌وری دارید و غیره. پس بنابراین، در موقعیت خاص خودش باید تصمیم گیری بکنیم. یک زمان از ابزار تعرفه استفاده کنیم، یک زمان از ابزارهای خاص خودش استفاده بکنیم، برای این که بتوانیم قابلیت دسترسی در دراز مدت را برای مصرف‌کنندگان به نحو مطلوب فراهم بکنیم. در این صورت است که ما از امکانات و فرصت‌ها استفاده مطلوب کرده ایم.

◀ آقای دکتر، این فرمایشتان کاملاً درست است منتها با آن نگاهی که در حقیقت مسیر بحران را پیش روی کشور می‌بینید، به نظر من تضاد دارد. که چی؟

◀ آقای دکتر، یعنی این اهرم یا هر اهرم دیگری که تحت این عناوین که در درازمدت منافع را باید در حقیقت از این طریق حفظ کرد، مستلزم یک سری برنامه‌ریزی‌های کلان و درازمدت به خصوص در صنعت دارو است. البته، در صنعت‌های دیگر هم همین طور است، منتها در صنعت دارو این ویژگی بیشتر نهفته است.

نه، چرا دچار تضاد است؟ من این را متوجه نمی‌شوم.

◀ آقای دکتر، تضادش از این جهت است که چه بسا قبل از این که ما بخواهیم از این اهرم‌ها استفاده بکنیم تا در درازمدت به جایگاه مطلوب و مورد نظرمان برسیم، اصلاً بسترهای لازم برای نیل به اهداف اصلی مان را از دست داده باشیم. من بحثم این است که ما اگر نگاهمان نگاه کلان

است که می‌گوییم که آقا از این اهرم‌ها باید برای رسیدن به آن جایگاه‌ها استفاده کنیم، آن وقت هنوز ماهیت خود مالکیت در این بخش و تصمیم‌گیری‌های کلان در آن، سرمایه‌گذاری در بخش تحقیقات و غیره بلا تکلیف است و حتی استفاده از بودجه‌های کشور برای این بخش در مقایسه با سایر بخش‌ها اصلاً مطرح نیست! (شما بهتر مستحضر هستید که در بخش‌های دیگر اصلاً نگاه‌ها این‌جوری نیست، گاهی اوقات خیلی بودجه‌های کلان به آن‌ها اختصاص داده شده و می‌شود)،

ولی دور هم ریخته شده.

← آقای دکتر، بلکه دیگر. اصلاً از واردات پورشه بگیرد تا بقیه مسایل اقتصادی مشابه آن؟ در چنین شرایطی چگونه می‌توان به بسترسازی برنامه‌های بلندمدت در آینده امیدوار بود؟ حالا من بحثم این است که این ۲ تا با هم همخوانی ندارد، بلکه در حقیقت همان بی‌برنامه‌گی ما را نشان می‌دهد.

یک چیز را در نظر بگیریم که شما تو هاروارد هم که بروید، در سازمان جهانی بهداشت هم که بروید، در پاکستان هم که بروید یک جمله را همه به شما خواهند گفت و آن این که هیچ وقت دارو را با هیچ کالای دیگری مقایسه نکنید. نمی‌خواهم ورود پورشه را تأیید کنم، من می‌خواهم بگویم که در واقع دارو را به دلیل ارتباط مستقیم آن با حیات افراد، باید به‌طور خاص ببینیم اما این که شما می‌فرمایید ما دچار تناقض می‌شویم، زمانی که شما می‌آید این کار را می‌کنید، صنعت شما تنبل‌تر می‌شود، چون انحصار ایجاد می‌کنید،

نوآوری ایجاد نمی‌شود، خلاقیت ایجاد نمی‌شود، این‌ها معایب کار است. ببینید شما وقتی که دارید برنامه‌ریزی می‌کنید که صفر و صد نباید باشد. شما باید برای شرایط خاص، همان‌طور که عرض کردم من موافق این نیستم که ما به‌طور مطلق واردت را باید قطع کنیم. من می‌گویم باید مدیریت بکنیم. حالا مدیریت در چیست؟ در این است که کدام شرایط به نفع ما هست و اگر یک جایی لازم بود که کالایی را وارد هم بکنیم، اشکال ندارد منتها با چه هدفی؟ با هدف تأمین منافع بلندمدت مصرف‌کننده. من موقعی که رفتم اسوه، شما بهتر از من می‌دانید، من مجبورم این مثال را از آن‌جا بزنم، اجازه بدهید من اسم نمی‌آورم از اتفاقاتی که افتاد، من درست خرداد سال ۸۲ رفتم اسوه، بعد اولین محصولی هم که ما در آن مقطع بالاخره تولید کردیم و وارد بازار کردیم اسویکس بود. خدا رحمت کند مرحوم آقای دکتر ابهری را، کارهای اخذ پروانه و این‌ها زمان ایشان شده بود، ما وقتی که تولید کردیم، برند را هم (برند در واقع زمان من انتخاب شد) ما انتخاب کردیم، من به آقای X در یکی از این انجمن‌های تخصصی پزشکی مرتبط زنگ زدم گفتم که فلانی ما این دارو را در ایران تولید کردیم و می‌دانی که این یک داروی حیاتی هم هست و من علی‌رغم این که وزارت بهداشت الزام نکرده که دارو باید کلینیکال تریال بشود، به دلیل حساسیت دارو دلم می‌خواهد که حتماً کلینیکال تریالش را انجام بدهیم. به من گفت دکتر می‌دانی که به شما خیلی ارادت دارم و فلان، ولی به هیچ وجه قبول ندارم که صنعت ما لیاقت این را دارد که این دارو را بزند (با همین تعبیر). بعد هم یک روز دیگر دوباره

به من زنگ زد و گفت که آقای دکتر خیلی هم عذرخواهی می‌کنم این جوری حرف زدم و غیره. گفتم شما اصلاً به دانش من، به رشته من، به حرفه من توهین کردید و البته، من آن موقع جوابش را دادم، گفتم که شما لیاقت گفتن چنین جمله‌ای را ندارید، او هم ناراحتی من را متوجه شده بود که بعد به نوعی می‌خواست جبران کند. گفتم که به همین دلیلی که بیماران ما می‌آیند زیر دست شما و بالاخره جراحی می‌شوند، آنژیوگرافی می‌شوند و درمان می‌شوند، شاید به همین دلیل شما و بیماران باید زیر دست من داروساز هم بیایید اما علمی بیایید وارد شوید. اما ما بیکار ننشستیم، آمدیم چه کار کردیم؟ با مرکز تحقیقات قلب اصفهان صحبت کردیم، طبق اصول و گایدلاین‌های GCP و گایدلاین‌های WHO، مطالعه بالینی انجام دادیم و اثبات کردیم که این ۲ تا دارو از نظر وقایع بالینی (کلینیکال ایونت) با هم برابر هستند، به طوری که نماینده سانوفی وقتی که من را در یک جلسه‌ای دید، عین این جمله را به کار برد، گفت که Now we believe that Osx is a brand که بالاخره این یک برند است و بنابراین، امروز نگاه می‌کنید نزدیک ۶۵ درصد مارکت را دارد، ژنریک سازهای دیگری هم هستند، نزدیک ۸، ۹ شرکت ایرانی دیگر دارند این دارو را تولید می‌کنند، چرا آن‌ها برند نشدند؟ برای این که ما هزینه کردیم. باورتان می‌شود ۵۴۰ میلیون تومان هزینه کلینیکال تریال و مطالعات کیفی این دارو بود. خوب خرج کنی پزشکان باور می‌کنند. خرج بی‌ربط نکنیم که عده‌ای را هتل فلان و سفر فلان و غیره ببریم. در تمام دوره کاری‌ام یک مورد از این کارها را

نشنیدید که من کرده باشم، درست نمی‌دانم کادوی غیرمعمول بخواهم بدهم، کنفرانس غیرمعمول بخواهم برگزار بکنم و بنابراین، اسویکس شد یک برند و آن‌ها (پزشکان) هم باور کردند. شاید یک تعداد معدودی هم هستند باور نکردند، یک تعداد معدودی هم از مردم هستند که در اقوام همه ما هست، می‌گویند آقا این قدر پول دارم که خارجی را می‌خرم و اصلاً هیچ وقت وارد این شبهه هم نمی‌شوم. بنابراین، من نمی‌خواهم الان وارد آن وادی بشوم ولی می‌خواهم به شما بگویم که این فرمایشی که آقای دکتر فرمودند که چرا به داروهای خارجی تمایل دارند؟ یک بخشی اش واقعاً فرهنگی است، خدا رحمت کند یکی از اقوام من قبل از انقلاب رفته بود کربلا، خرده سواد فارسی داشت و انگلیسی که بلد نبود. می‌گفت «ما آن‌جا رفتیم بالاخره همه خرید می‌کردند و چیزهایی خریده بودیم و می‌گفت من یک دانه از این علاءالدین‌های خیلی کوچک دیدیم و خیلی شیک و قشنگ بود و ما هم خریدیم، بعد آن فروشنده به من گفت این خارجی است. من هم گفتم خارجی است دیگر. بعد آوردیم ایران و پسرم گفت که بابا این که همان علاءالدین خودمان است که خریدی، گفتم نه بابا جان این خارجی است. گفت خوب آن درست گفته است، چون برای او خارجی است». ببینید، خارجی پسندی بالاخره در فرهنگ ما است. من باز یک مثال دارویی برایتان بزنم، بالاخره این‌ها را ما باید به مردم اطلاع رسانی کنیم، مثلاً ویتامین ث جوشانی که در اسوه تولید می‌شد ۵۰۰ میلی گرم ویتامین ث داشت، ویتامین ث خارجی که می‌آمد ۸۷/۵ میلی گرم ویتامین ث داشت. مردم می‌رفتند

در داروخانه می‌گفتند آقا ویتامین ث خارجی به ما بده. خوب اسوه هیچ وقت اطلاع رسانی نکرده بود به مردم که آقا این ۵۰۰ میلی گرم ویتامین ث دارد، آن ۸۷/۵ میلی گرم ویتامین ث دارد. ما اطلاع رسانی کردیم به مردم، به داروسازها، به داروخانه ها، مال اسوه فروشش خوب است. یعنی می‌خواهم بگویم که بالاخره باید برای مارکتینگ، برای معرفی محصول و غیره هزینه کرد. جایی که باید پزشک را توجیه بکنیم و جایی که باید مردم را توجیه بکنیم، این کار را بکنیم. خیلی دردآور است، شما الان بروید در عربستان سعودی بگویید آقا اسم جلفار را شنیدید یا نه؟ به شما چه می‌گویند؟ می‌گویند شنیدیم، یک شرکت دارویی است. برای این که تلاش کرده خودش را معرفی کرده. من در مورد اسوه این کار را کردم، حالا اسوه یک مقدار اسم دینی و مذهبی و این‌ها هم هست بالاخره غلط انداز می‌شود. ما یکی از کارهایی که می‌کردیم در واقع Social Studyها بود، دادیم به بچه‌ها گفتیم بروید تحقیق کنید ببینید چند نفر از مردم می‌دانند که اسوه اصلاً یک شرکت داروسازی است. ۷ درصد از کسانی که مورد سؤال قرار گرفتند، می‌دانستند که اسوه یک شرکت داروسازی است. یکی گفته بود فیلم سازی است، یکی گفته بود نمی‌دانم چیست، هر کسی یک چیزی گفته بود. تازه از این ۷ درصد فقط ۳۰ درصد این آدم‌ها می‌دانستند ما چه محصولات دارویی تولید می‌کنیم. عمداً اسوه را مثال زدم. اسوه‌ای که مکمل ساز است. یعنی ممکن است شما بگویید آقا مثلاً شرکت پویش دارو را مردم نمی‌دانند چه محصولی تولید می‌کند، چون بالاخره محصولات تخصصی می‌زند، ولی داروسازی اسوه

۴۵، ۴۶ سال است دارد ویتامین ث می‌زند. یعنی آدمی نیست الان در این مملکت زندگی بکند و ویتامین ث اسوه را نخورده باشد. تعداد اندکی از مردم می‌دانستند که شرکت داروسازی اسوه چه محصولاتی می‌زند، یکی گفته بود نمی‌دانم مخمر آب جو می‌زند، یکی یک چیز دیگر گفته بود، تعداد اندکی می‌دانستند محصولات اسوه چیست. بنابراین، ما باید روی مارکتینگ سرمایه گذاری کنیم و تلاش هم بکنیم.

جمله آخرم را هم عرض بکنم که به سؤال برسیم، و بنابراین، ساختار ما در شرکت هایمان و وزارت بهداشت باید دچار تحول بشود. آن جایی که از من سؤال پرسیدند که آقا بالاخره چالش اصلی سیستم دارویی چیست گفتم یکیش مالکیت است، دومش قیمت است. اسوه چرا این کارها را توانست انجام بدهد؟ چرا ۵۴۰ میلیون تومان توانست خرج بکند برای اسویکس؟ برای این که اگر ۵۴۰ میلیون تومان خرج کرد، سود خالصش از این دارو طی سه سال به ۷ میلیارد تومان رسید. وقتی ۷ میلیارد تومان سود درآورد، ۵۴۰ میلیون تومان خرج مطالعه بالینی اش توجیه دارد و همه می‌پذیرند که چنین خرج‌هایی بکند ولی وقتی که نتواند خرج بکند، بدیهی است که نمی‌تواند رقابت کند. الان شما نگاه بکنید، اصلاً در این وضعیت با هر حساب و کتابی پیش بروید این صنعت خرج و دخل اش منطق ندارد. آقای معماریان یک مثال قشنگی جلوی وزیر زد که من خیلی خوشم آمد، گفت خانم وزیر، یک بسته اومپرازول، از یک نان سنگک ارزان تر است. یک نان سنگک الان گران تر از یک بسته اومپرازول است. خودتان حساب کنید

بینید که آیا این صنعت می‌تواند روی پایش بایستد یا نه؟

← آقای دکتر، حالا سؤال ما روی همین بحث استراتژی و مسیر بحران است. اگر سال ۶۳ را معیار قرار بدهیم و بگذاریم ۱۰۰ (طبق همان روالی که معمولاً بانک مرکزی در مورد همه کالاهای سال پایه را سال ۶۳ در نظر می‌گیرد) و دارو را در کنار ۳۶۰ قلم کالایی بگذاریم که بانک مرکزی ملاک قرار می‌دهد. آمار نشان می‌دهد که این‌ها هیچ ارتباط منطقی با داروی ساخت داخل ندارند. یعنی با یکدیگر بسیار فاصله دارند آیا این تفاوت به دلیل نفوذ بیمه در وزارت بهداشت است؟ نفوذ نمایندگان وزارت صنایع و تجارت است؟ اراده‌ای است که همیشه این‌ها برای کنترل به کار می‌گیرند؟ خود وزارت بهداشت است که خریدار دارو است؟ یک خودسانسوری در ما وجود دارد که ما فکر می‌کنیم که اگر قیمت بیشتر بشود تراز این‌ها هم متفاوت می‌شود چون بعضی وقت‌ها آدم می‌شنود وقتی یک تراز خیلی مثبت است، همکاران ما در وزارت بهداشت در می‌آیند می‌گویند دیدی آن ترازش اینقدر مثبت بود، چرا این قیمت را بالا گرفته که چنین اتفاقی بیفتد؟ و و، آیا این کسانی که عضو آن کمیسیون ماده ۲۰ هستند باید تغییر کنند تا تصمیمات آن به سوی یک تحول منطقی سوق پیدا کند؟ چه کار باید کرد؟ چون خیلی از مواردی را که شما توانستید برای اسویکس انجام بدهید، برای خیلی از کالاهای جمله محصولات اینجا که حالا تشریف دارید نمی‌توانید انجام بدهید. حالا اگر ما نوآوری می‌خواهیم، اگر GMP روز می‌خواهیم، بهبود

شرایط می‌خواهیم، رقابت خارجی می‌خواهیم (من یادم می‌آید قبل از انقلاب از ترکیه محصولات Roche) و بایر قاچاق می‌شد می‌آمد ایران به دلیل این که ایران قیمتش ۲ تا ۳ برابر قیمت داروهای ترک بود. الان به طور مسلم این قضیه عکس شده، پس یک اتفاقی در منطقه هم افتاده و همه این‌ها هم در گرو قیمت است، چه کار باید کرد که قیمت به تعادل برسد؟

بینید، من خیلی به Price اعتقاد ندارم، یعنی در واقع به قیمت اعتقاد ندارم. اعتقاد واقعاً به Cost است. در واقع من اعتقاد بر این است که ما باید در ساختار قیمت‌گذاریمان بیاییم جوری عمل بکنیم که، شما در فایزر هم که بروید، می‌بینید که ممکن است که مثلاً فلان محصولش ۵ درصد حاشیه سود داشته باشد، اما قطعاً لیبیتورس ۹۸ درصد حاشیه سود دارد.

← آقای دکتر، ۵ درصد از اول ۵ درصد بوده؟ نه، نه، آن روزی که اول کار بوده آن هم ۹۸ درصد بوده. ولی امروز ۵ درصد حاشیه سود دارد. چرا این اتفاق رخ می‌دهد؟ برای اینکه بنگاه‌ها برای اقتصادی اداره کردن خودشان برنامه دارند. من روزی که رفتم اسوه، اصلاً برنامه‌ای نگذاشتم که من با متفورمین می‌خواهم اسوه را بسازم، با لورازپام می‌خواهم اسوه را بسازم. من اولین کاری که کردم این بود که حدود ۱۵، ۱۶ قلم پروانه اسوه را دادم دست آقای دکتر ابهری خدا رحمتش کند، گفتم آقا شما به عنوان رئیس هلدینگ هر کس این‌ها را خواست بده برود. ما تا روزی که بالاخره یک جایگزینی پیدا بشود، این‌ها را موقتاً تولید می‌کنیم حتی به ضرر هم شده تولید می‌کنیم، ولی برنامه من

این است که ظرف یکی، دو سال آینده تولید این‌ها را تعطیل کنم. بنابراین، ما سعی کردیم استراتژی افزایش ارزش واحد تولیدی را دنبال کنیم. حالا من برای اینکه ارزش واحد تولیدی‌ام را ببرم بالا، می‌دانید ارزش واحد تولیدی در صنعت داروسازی ما چقدر است؟ حدود ۷۰، ۸۰ تومان است. یعنی این سمبه‌ای که می‌رود بالا و می‌آید پایین، با این انرژی، در این شرایط، با این قیمت ارز و غیره دارد یک محصولی را می‌زند ۷۰ تومان، ۸۰ تومان. پس حالا من برای اینکه این مشکل را حل بکنم باید چه کار بکنم؟ باید نوآوری بکنم. نمی‌توانم سال‌های سال اکسپکتورانت (من الحاوی را مثال می‌زنم) در مملکت ۵۰۰ تومان و ۶۰۰ تومان فروش رفته و بعد من فردا بیایم بگویم که آقا من می‌خواهم قیمت این را بکنم ۴۰۰۰ تومان. نه بیمه می‌پذیرد، نه مصرف‌کننده می‌پذیرد، هیچ کس نمی‌پذیرد اما اگر بیایم که در واقع بگویم اکسپکتورانت پلاس زدم، کاری که در دنیا می‌کنند. مثلاً ما یکی از کارهایی که اینجا داریم می‌کنیم در همین عرصه است، بنابراین، قطعاً سال آینده سید محصولات ما با سید امسال متفاوت خواهد بود. آن سید آن قدر برای من حاشیه سود دارد که حالا اگر اکسپکتورانت ۵ درصد، ۱۰ درصد هم داشت قابل تحمل باشد. پس بنابراین، کاری که ما باید بکنیم این است که در واقع نوآوری را در صنعت مان رونق بدهیم. حالا شما خاطرتان هست این سیاست، سیاستی است که زمانی خود ما گذاشتیم، گفتیم اگر کسی داروی جدید تولید کرد خصوصاً اگر از نام برند استفاده بکند، قیمتش را مطابق قیمت مقایسه‌ای می‌دهیم. البته، حتی آن را هم مطابق قیمت جهانی ندادیم.

بنابراین، مثلاً قیمت اسویکسی که در اسوه تولید شد، ۱۰۰۰ تومان شد که یک سوم پلاویکس آن موقع بود که ۳۲۰۰ تومان بود و همین قیمت ۱۰۰۰ تومان توانست اسوه را تغییر بدهد. اسورالی که ما در اسوه تولید کردیم، نوارتیس قیمت داد ۱۶ دلار ما دادیم ۳ دلار. نوارتیس بعداً در دنیا که ۳۶ دلار می‌فروخت آمد در ایران گفت من حاضرم ۱۲ دلار هم بدهم، باز دکتر دیناروند و این‌ها گفتند فاصله قیمتی خیلی زیاد است. می‌خواهم بگویم اگر شرکت نوآوری بکند و کشور هم از نوآوری حمایت بکند، صنعت داروسازی به مرور به جایگاه مورد انتظارش دست پیدا می‌کند. حالا یادی هم به خیر بکنیم از مرحوم دکتر تربتی که آخرین یادگارش پیگیری این آیین نامه قیمت بود، خدا رحمتش کند با سماجت با دکتر شیبانی این را پیگیری کرد تا بالاخره این آیین نامه قیمت تصویب شد.

← آقای دکتر، خبری نیست!

نه ابلاغ شده، تصویب هم شده.

← آقای دکتر، بله ولی عملاً به اجرا گذاشته نشده است!

یعنی آقای دکتر شیبانی هیچ منعی برای اجرای آن ندارد، بخشی از آن همان فرمایش آقای دکتر است، خودسانسوری داریم، تنگ نظری داریم، خودمان را آنچه که هستیم نمی‌بینیم. من این را هم بگویم خدمتتان، یک اتفاقی برای من حدود یک سال قبل رخ داد، خیلی احساس عزت و افتخار کردم. وزیر بهداشت تونس من را دعوت کرد، بالاخره من به‌عنوان مقام دولتی خیلی جاها رفته بودم ولی این که وزیر بهداشت یک کشور من را به‌عنوان مدیرعامل یک شرکت داروسازی دعوت

کند برایم ویژگی داشت. رفتم آن جا، گفتند که ما (قبلش معاون وزیر بهداشت تونس آمده بود ایران و از اسوه بازدید کرده بود) آمدیم اسوه را بازدید کردیم و می‌خواهیم از شما خواهش کنیم و دعوت کنیم که هم داروهایتان را در تونس ثبت کنید، چون قیمت‌های شما خیلی قابل رقابت است و غیره و هم اصلاً بیایید در کشور ما سرمایه گذاری کنید و شریک بشوید یا نه، انتقال دانش فنی بدهید که داروهای ضدسرطان را اینجا بتوانیم تولید بکنیم. حالا به لطف خدا انشا... ماده اولیه اش را هم داریم در داخل تولید می‌کنیم. این واقعاً برای من مایه افتخار بود که من به‌عنوان مدیرعامل یک شرکت (یک آدم تولیدکننده) وزیر بهداشت یک کشور دیگر می‌آید و چنین درخواستی را از ما دارد. بنابراین، این خودش برای سازمان عزت می‌آورد، برای آدم‌ها اطمینان خاطر می‌آورد، اعتماد به نفس می‌آورد. این‌ها را به‌نظر من باید یک مقداری در کشور مورد توجه و حمایت قرار داد و به‌عنوان نمونه‌هایی از موفقیت‌های انکارناپذیر مطرح کرد. شما الان نگاه کنید آقای دکتر مهبودی، آقای دکتر طباطبایی، این‌هایی که در حوزه بایوتک دارند کار می‌کنند، حالا من خودم چون بالاخره در یک بخش‌هایی از این‌ها در پویش دارو درگیر بودم و هستم، بالاخره این‌ها واقعاً مایه عزت است. ما بالاخره در دنیا هم (خبر دارم در دنیا چه خبر است) تعداد کشورهایی که در حد ما می‌توانند چنین کارهایی را به انجام برسانند، زیاد نیستند، ولی ما قدر این‌ها را نمی‌دانیم. با دست راستمان می‌زنیم در سر مهبودی، با دست چپمان می‌زنیم بر سر طباطبایی و این به فرمایش شما قدرناشناسی در

ما ایرانی‌ها وجود دارد.

← آقای دکتر، ظاهراً ۱۵ سال پیش هم در شرایطی قرار گرفتیم که بعضی از داروها در کشور نبودند یا کم بودند و عده‌ای در ناصر خسرو نسخه به‌دست و سرگردان به دنبال داروی مورد نیازشان بودند و شاید مسؤولان فکر کردند که اگر بیایند تک نسخه‌ای را برقرار بکنند، مساله کمبود دارو در کوتاه مدت حل می‌شود اما بعدها خود این یک وبال گردن و نتیجتاً مسیری شد برای واردات عمده یا ورود مولکول‌های جدید دارویی به فهرست دارویی مملکت. حالا سؤال ما این است که آیا اصلاً این تک نسخه‌ای لازم هست یا خیر؟ گذشته از این آیا این صحیح است که داروهایی که جزو فهرست ما نیستند، از مسیر تک نسخه به درخواست پزشک و تامین مالی بیمار، وارد بشوند یا خیر؟

اجازه بدهید من هم برای تطهیر خودم جواب سؤال شما را بدهم و هم در واقع جواب داده باشم. همه تان می‌دانید من جزو آن‌هایی هستم که از اول مخالف تک نسخه‌ای‌ها بودم، بارها هم نوشتم. چون در دوران ما این اتفاق هم رخ داد، البته قبل از ما رخ داده بود ولی خوب حالا دوره‌ای هم که ما وزارتخانه بودیم، مجوزهایی صادر شد. حالا بالاخره دوست مشترک من و شما آقای دکتر آذرنوش، ایشان برخلاف من خیلی اعتقاد داشت به این قضیه و من در آن مقطع یک هفته‌ای در سفر بودم و ایران نبودم و وقتی برگشتم دیدیم دکتر آذرنوش آیین نامه را برده و به امضای وزیر رسانده و کار از کار گذشته است که رفتم پیش دکتر فرهادی و با دکتر فرهادی صحبت کردم

که شما چرا با آن موافقت و امضا کردید؟ که دکتر فرهادی گفت من فکر کردم شما هم پاراف کردی و با آن موافقت داری که حالا از این قصه می‌گذرم. ببینید، اعتقاد خود من این است که دارو در واقع بعد از اسلحه مقررات زده شده‌ترین کالاها در دنیا است. این حرف من نیست، شما در هاروارد بیزینس جورنال (Harvard Business Journal) هم که بروید، ده‌ها مقاله دارد می‌گوید دارو Highly Regulated است. وقتی Highly Regulated شد، شما یک جاهایی در واقع کمبود دارید و می‌خواهید در این کمبودها بستان این Highly Regulated را بای پس (Bypass) بکنید دیگر. پس باید چه کرد؟ این فرمول تک نسخه‌ای این جا (در Shortage ها) در می‌آید، در محدودیت‌ها بروز و ظهور پیدا می‌کند. در ایران هم تقریباً Regulation ها بسیار مشابه دنیا است. در این موقعیت‌ها ما باید چه کار بکنیم؟ من در آن مقطع به آقای دکتر فرهادی گفتم که مسؤول واردات و تامین دارو خارج از چارچوب ضوابط، دولت است نه بخش خصوصی. یعنی وقتی که شما می‌خواهید در واقع Regulation ها را دور بزنید، این مسؤولیت برعهده شرکت سهامی دارویی کشور و هلال احمر آن هم به صورت کنترل شده قرار می‌گیرد. پس بنابراین، سپردن واردات تک نسخه‌ای به بخش خصوصی اگر نگوییم جنایت است، کار درستی نیست، برای این که بخش خصوصی دنبال منافعش است و مثل این است که افسری سر چهارراه ایستاده و می‌گوید که آقا به من امروز اجازه دادند که ۵۰ تا ماشین را اجازه بدهم ورود ممنوع حرکت کنند، این مامور به چه کسانی اجازه می‌دهد؟ به دوستان، به فامیل، به کسانی

که با آن‌ها ارتباط مالی داشته باشد و غیره. دقیقاً واردات تک نسخه‌ای یعنی واردات از مسیر ورود ممنوع به چه کسانی؟ به کسانی که ۱۰ نفر هستند، ۵ نفر هستند، پس انحصار ایجاد می‌کند، پس در واقع رانت ایجاد می‌کند، پس فرصت طلبی و خیلی مسایل دیگر ایجاد می‌کند. بنابراین، به‌طور مطلق اعتقاد من این است که وارد کردن بخش خصوصی به بحث تک نسخه‌ای کاری اشتباه است (این را به آقای دکتر لنکرانی هم رفتم گفتم که در زمان آقای دکتر پزشکیان به همین دلیل مهارش کردیم). بالاخره ما که نمی‌توانیم در مملکت را ببندیم، یک سری داروهای جدیدی در دنیا تولید می‌شوند که نیاز به آن‌ها ایجاد می‌شود، این‌ها هم در واقع باید در چارچوب استانداردها تعریف بشوند.

← آقای دکتر، حالا ما یک سؤالان هم این است که حالا ما برمی‌گردیم عیناً به همین سؤال که شما وارد شدید. یک بخشی در وزارتخانه هست که حالا توسط یک سازمانی یا امروز توسط یک کمیته زیر نظر وزیر، داروهای جدید، مولکول‌های جدید می‌آید و تصویب می‌شود و واردکننده، تولیدکننده می‌سازند. سؤال این است که ما با درآمد سرانه ۶ هزار دلار یا قدرت خرید ۱۱ هزار دلار، باید همان شرایطی را داشته باشیم که مردم یک کشوری با سرانه ۴۰ هزار دلاری و ۵۰ هزار دلاری دارند یا نه، ما باید در بخش درمان متفاوت فکر کنیم؟ یک عده می‌گویند که درمان و تامین سلامت بالاترین چیزی است که باید برایش سرمایه‌گذاری کرد و برای تامین آن باید خرج کرد، در این قسمت نباید اغماض کرد ولی عده دیگری می‌گویند نه، مقدار بسیار زیادی از این‌ها

داروهای مشابه تولید داخل است و اقتصاد دارو در چنین سیاست گذاری نادیده گرفته شده است، باید اجازه داد که دوره مورد نیاز برای قطعیت اثرات درمانی و بی ضرر بودن آن‌ها براساس پروتکل‌های مورد تأیید کشورهای پیشرفته طی شده باشد و سپس برای وارد فهرست شدن آن‌ها تصمیم گیری بشود. آن بحثی که شما در مورد تک نسخه‌ای داشتید و بعد برگشتید به این قسمت که ما نباید مردم را از دارو محروم بکنیم، این خط میان محرومیت و خط ولخرجی دست و دل‌بازانه (یعنی افراط و تفریط) در کجا است؟

اجازه بدهید من در این فاصله یک اسلاید را هم به شما نشان بدهم. ببینید، ما وقتی که می‌رویم مطالعه‌ها را در دنیا نگاه می‌کنیم می‌گویید که یک مطالعه‌ای آمده‌اند انجام دادند در فاصله سال‌های ۱۹۸۱ تا ۲۰۰۳ حدود ۲۸۷۱ مولکول جدید در فاصله این ۲۳ سال در دنیا عرضه شده. ۲ دهم درصد (۰/۲ درصد) این دسته از مولکول‌ها واقعاً تحول ایجاد کرده (اجازه بدهید من اسم دارو را نیاورم). یعنی از ۲۸۷۱ مولکول فقط ۷ تا مولکول توانسته تحول ایجاد کند. یکی از آن‌ها را که خیلی راحت می‌شود مثال زد و در کتاب‌ها هم مثال می‌زنند ایماتینیب است، یعنی توانست CML را قابل درمان بکند و بگوید آقا در درمان سرطان CML مؤثر است. ۷۷ تا این‌ها یعنی ۲/۷ درصد واقعاً Real Advance بوده، یعنی یک نوآوری خوبی بوده و توانسته است مثلاً انسولین رگولار را بکند NPH، یعنی فرآیند درمان را اصلاح بکند. درمان تالاسمی را راحت‌تر بکند. ۷/۶ درصد یعنی ۲۱۷ تا مولکول، پیشرفتی بوده، مثلاً آمفوتریسین اینتراونوس را

آمدیم لیپوزومال کردیم. ۱۵/۸ درصد یعنی ۴۵۵ تا مولکول مفید بوده، مثلاً مریض به جای این که روزی ۲ بار مصرف بکند، ۱ بار مصرف می‌کند. مثلاً مزالازین را مریض روزی ۸ تا قرص باید می‌خورد حالا ۲ تا قرص می‌خورد. ۶۶ درصد هیچ نوآوری‌ای نداشته. ۲/۸ درصد یعنی ۸۰ تا مولکول اصلاً علمی نبوده. ۴/۲ درصد به نوعی وارونه بوده، یعنی تبلیغات بوده و ادعای صورت گرفته محقق نشده است (با دارونما فرقی نداشته). مثلاً نیفیدپین که ثابت شد در Ischemic Heart Disease با دارونما هیچ فرقی ندارد. یعنی اثر اولیه ادعا شده آن نبود. یعنی اثر اولیه ادعایی (مثلاً گفتند این دارو ضدافسردگی است، بعد دیدند نه با دارونما هیچ فرقی ندارد) اثبات نشده است. ببینید چرا چنین اتفاقاتی برای دارو در دنیا می‌افتد. چون دارو وارد حوزه سوداگری شده است. بنابراین، یکی از چیزهایی که باید توجه داشته باشیم این است که دارو در یک بازار سوداگری است (حالا من خواهم این است که این قسمت را در مصاحبه تان چاپ نکنید چون من گاهی اسم دارو را می‌آورم، مثلاً ما آمدیم بررسی کردیم، باز من جاهایی که بتوانم پرهیز بکنم از اسم دارو آوردن) مثلاً آمدند دیدند که ما یک پدیده‌ای داریم در صرع به اسم تشنجات کنترل نشده، یک مریضی مثلاً دارد کاربامازپین مصرف می‌کند، فنی توپین مصرف می‌کند، می‌گوییم اصطلاحاً ۱۰ تشنج کنترل نشده دارد، داروی جدیدی نسل جدید می‌آید که این ۱۰ تا را می‌کند ۸ تا، اما هزینه درمان را می‌کند ۵ برابر، چون داروی جدید است دیگر. آمدند هم در قلب و عروق، هم در صرع مطالعه کردند دیدند که دارویی که ادعا شده اینترکتیبل سیژر را کنترل می‌کند و

مثلاً هزینه بیمار را ۴ برابر، ۶ برابر برده بالا، این با نوشیدن یک چای سنبلی الطیب برابر است. یعنی مریض یک عدد تی بگ می‌خورد اثربخشی آن می‌شود به اندازه دسته جدیدی که مثلاً دارد هزینه درمان را تا ۶ برابر افزایش می‌دهد. بنابراین، ببینید من می‌خواهم برگردم به بحث سوداگری. دارو یک بازار سوداگرانه در دنیا دارد، ایران هم جدا از آن نیست. شرکت‌های بسیار زیادی دارند سرمایه‌گذاری می‌کنند و روش‌های فروش را به کار می‌گیرند، روش‌های معرفی را به کار می‌گیرند. ما نزدیک به ۵۰ هزار قلم شکل دارویی در دنیا داریم که در دسترس است. هر کشوری تعداد محدودی از آن‌ها را دارد. یعنی فرانسه حدود ۷۶۰۰ تا حدود ۸۰۰۰ تا از آن‌ها را دارد، ایران حدود ۲۶۰۰، ۲۷۰۰ تا دارد، آمریکا که بیشترین تعداد را دارد حدود ۱۲ هزار یا ۱۳ هزار تا است. یعنی کشورهای مختلف تعداد محدودی از این اقلام را دارند. آیا ما باید به مردم بگوییم که هر ۵۰ هزار قلم را برای شما فراهم می‌کنیم؟ اتفاقاً حوزه دارو و حوزه درمان چون جزو حوزه‌های تخصصی هستند، ما باید به عنوان دولت، به عنوان سیاست‌گذار به نمایندگی از مردم نیازهای مردم را تعریف کنیم. حدود دسترسی را باید دولت برای مردم تعریف بکند، اما وقتی که این حدود دسترسی را تعریف کرد، باید نظام بهداشت و درمان را ملزم به رعایت آن بکند. بنابراین، اگر ما آمدیم گفتیم آقا ما ۲۶۰۰ قلم دارو را در پکیج درمانمان می‌توانیم بگنجانیم، دولت باید سازوکاری را فراهم بکند که این ۲۶۰۰، ۲۵۰۰ قلم توسط سازمان نظام پزشکی ما تجویز بشود. در حالی که ما الان مشکلمان چیست؟ مشکلمان این است که

می‌آییم به مردم می‌گوییم که شما این ۲۵۰۰ قلم دارو است، در داروخانه هم غیراز این نباید باشد اما من به پزشک مراجعه می‌کنم پزشک می‌گوید نه، من دیشب مقاله خواندم، آخرین مقاله او که خواندم معین می‌کند که درمان بیماری شما با این دارو است و این دارو تشخیص من است. من خاطرم هست خودم یک دوره‌ای رفته بودم انستیتو کوری پاریس (البته انستیتو انکولوژی کموتراپی، با انستیتو کوری هسته‌ای متفاوت است)، بعد برای یک بیمار داروی خارج از فهرست می‌خواستند بنویسند. من به پزشکش گفتم (یعنی تشخیص داده بود که برای بیمارش باید یک داروی خارج از فهرست و فرمولر بیمارستان را بنویسد) که الان Approach شما چیست. گفت من این را در فرم مخصوص پر می‌کنم، می‌دهم به کلینیکال فارماکولوژیست بیمارستان و ایشان می‌فرستند افسیس AFSAPS اگر افسیس تأیید کرد. گفتم خوب این چقدر طول می‌کشد. گفت حداکثر حدود ۴۸ ساعت بیشتر طول نمی‌کشد و اگر آن‌ها تأیید کردند ما این دارو را برای این بیمار استفاده می‌کنیم. گفتم بعد هزینه‌اش چه می‌شود؟ گفت هزینه‌اش را دولت تقبل می‌کند. گفتم اگر این طوری باشد شما مثلاً هر چه داروی خارج از فهرست بخواهید می‌نویسید، گفت نه من آخر ماه باید بروم جواب بدهم که اولاً رئیس بیمارستان من را می‌خواهد که تو ۵ تا کیس داشتی که خارج از فرمولر نوشتی، چرا؟ باید دفاع بکنم، اگر نتوانم کمیته علمی بیمارستان را قانع بکنم، همان جا رئیس بیمارستان می‌نویسد و از حقوق خود من برداشت می‌کنند، بنابراین، من نسبت به آنچه که دارم می‌نویسم باید جوابگو باشم. ما در ایران چنان

بله این دارو معجزه می‌کند، سرطان ریه را درمان می‌کند و فلان می‌کند. گفتیم این لپ تاب را بهت می‌دهم لطف کن یک دقیقه این گزارش FDA، را نگاه کن، اولاً که FDA، درست یک ماه قبل گزارش داده است که این دارو هیچ مزیتی نسبت به داروهای موجود ندارد، ثانياً اصلاً فایل مطالعات فاز ۳ فارماکولوژی را هنوز پذیرش نکرده و حتی شرکتی که این را به شما فروخته تخلف کرده است. FDA به آن شرکت گفته که مدارکت کامل نیست، برو کامل کن برگرد بیا! بنابراین، این دارو اصلاً اجازه فروش ندارد. گاهی ما مواجه می‌شویم با یک چنین شرایطی، در حالی که آن پزشک انکولوژی که این دارو را تازه برای همکار ما که خودش جراح بود (یعنی این دارو برای یک جراح نوشته شده بود و آن جراح هم رفته بود ۳۰۰ میلیون تومان خرج کرده و این دارو را گرفته بود) نوشته بود، حالا شما حساب کنید چه بلایی سر یک کارگر، یک کاسب، یک طلافروش و غیره می‌آید. بنابراین، حاکمیت مسئول نظام دادن به پکیج درمان است، در آن صورت ما مشکل نخواهیم داشت، یعنی واقعاً اگر ما نظام درمانمان درست باشد، مصرف دارویمان قابل کنترل است.

← آقای دکتر، یعنی مشکل از پروتکل‌ها است که به درستی تدوین نشده؟
بله.

← آقای دکتر، در یک تاریخی البته آن بند قانونی مکمل‌ها یک مسئولیتی را متوجه وزارت بهداشت می‌کند که هر سال باید وزارت بهداشت فهرست دارو را معلوم کند (بند ۳ یا ۲).
نه، ماده ۱۹۲ قانون برنامه سوم بود.

ساختاری در بهداشت و درمانمان نداریم. یعنی ساختار بهداشت و درمان ما، اگر در غالب سیستم فرمولری باشد و ما فرمولری را رعایت کنیم، این اتفاق اصلاً رخ نمی‌دهد. بله اگر یک بیماری واقعاً لازم بود که داروی خارج از فهرست بگیرد، بنده به‌عنوان انکولوگ باید بروم دفاع بکنم و اگر هم دفاع کردم دولت باید پولش را بدهد اما چند تا انحراف از فرمولر را من می‌توانم توجیه بکنم؟ باز یک مثال دارویی بزنم، ما از بین مشتقات ایماتینیب الان (چون این اتفاق در هیات مدیره نظام پزشکی برای خود من رخ داد) ایماتینیب را داریم، جفتینیب را داریم، ارلوتینیب را داریم، لاپاتینیب را داریم، دازاتینیب را داریم و ۴، ۵ تا نسل جدید دیگری که وارد شده را داریم. یکی از همکارهای پزشک ما آمد در جلسه هیات مدیره، خودش هم عضو هیات مدیره است، شروع کرد داد و فریاد که آقا (آقای دکتر شیبانی هم نشسته بود) این چه مملکتی است، همکار من برای این که فلان دارو را بگیرد ۳۰۰ میلیون تومان هزینه کرده، ۳۰۰ میلیون تومان دیگر هم الان باید هزینه بکند که می‌شود ۶۰۰ میلیون تومان برای درمان بیماری فلان. من یک لحظه گفتیم لطف کن اسم این دارو را بگو، اسمش را گفت من بلافاصله Search کردم، حرف‌هایش که تمام شد دکتر شیبانی هم بنده خدا گفت خوب آقای دکتر می‌فرستادید ما یک بررسی‌ای می‌کردیم، به بیمه‌ها می‌گفتم و فلان، البته منتهی هم سر سیستم گذاشت و بله البته آقای دکتر صدر و این‌ها هم کمک کردند و ایشان بیمه‌اش را گرفت و غیره. من گفتم که آقای دکتر ۲، ۳ دقیقه تحمل کنید، گفتم شما این دارو را می‌شناسید یا نه؟ گفت که

← آقای دکتر، نه جدا از آن، یک ماده قانونی است. ماده ۳ است دیگر. ماده ۳ قانون می‌گوید که وزارت بهداشت، البته، مکمل‌ها را نمی‌گوید، غذای اطفال و داروهای دامپزشکی را می‌گوید.

← آقای دکتر، نه، یک چیزی می‌گوید که داروهای تقویتی، داروهای ویتامین‌ها می‌گوید حکم دارو دارند.

← آقای دکتر، بله حکم دارو دارند که باید هر سال وزارت بهداشت فهرست آن‌ها را منتشر کند. به هر صورت در یک تاریخی تحت نام مکمل‌های غذایی (Food Supplement) این‌ها در حیطه وظایف اداره غذا قرار گرفتند و بعد برگشت. اولاً طی این مدت با قیمت‌های بسیار متفاوتی عرضه شدند، در مورد منبع شان هم منابع تعداد زیادی از این‌ها معلوم نبود که کجا هستند، به نام کشورهای اروپایی بود ولی از جاهای دیگر دنیا بی‌نام و نشان وارد می‌شد. حالا به هر صورت آقای دکتر، مکمل‌ها غذا هستند یا دارو هستند و برخورد با آن‌ها باید به چه ترتیب باشد؟

تبصره ۳ ماده ۳ می‌گوید کلیه فرآورده‌های تقویتی، تحریک کننده، ویتامین‌ها و غیره که فهرست آن‌ها توسط وزارت بهداشت اعلام و منتشر می‌گردد، جزو اقلام دارویی هستند. ببینید، این مقررات ایران نیست، این مقرراتی است که در همه دنیا هست. اگر نگوییم در همه دنیا، لااقل در کشورهای پیشرفته هست که فرآورده‌های تقویتی به دلیل این که دوزاژ شده هستند و ما نمی‌توانیم این‌ها را از Daily Allowance بیشتر مصرف بکنیم. یک Allowance Dosage برای روزانه دارند، همان‌طور که ما می‌گوییم استامینوفن

روزی حداکثر ۴ گرم قابل مصرف است یعنی اگر بالای ۴ گرم شد، مسمومیت می‌دهد، Allowance Dose ویتامین ث هم مثلاً ۱ گرم است، یعنی اگر میزان مصرف بالاتر از این رفت اسهال می‌دهد، تحریک می‌کند و موجب اختلال می‌شود. پس بنابراین، ویتامین‌ها، در واقع فرآورده‌های تقویتی یا تحریک کننده‌ها و بقیه، همه این‌ها در واقع دوزاژ شده هستند و به عبارتی، باید با مقدار تنظیم شده مصرف بشوند. بنابراین، مقررات دارو باید برایشان حاکم باشد. از طرف دیگر، یعنی به نظر من اشتباهی که در وزارت بهداشت صورت گرفت، اگر خاطراتان باشد در دوره من، به هیچ وجه من اجازه ندادم که مکمل‌ها از اداره دارو بیرون. دلیلش هم این بود که استانداردهایی که باید برای کنترل کیفیت این‌ها لحاظ بشود از دارو پیچیده‌تر هستند. به دلیل اینکه این‌ها کامبینشنال هستند. یعنی شما وقتی می‌گویید استامینوفن یا آتلولول، شما با یک مولکول دارویی مواجه هستید. ولی وقتی که می‌گویید مولتی ویتامین، ۲۰ تا، ۱۵ تا، ۱۶ تا، گاهی ۴۰ تا Ingredient به هم دیگر اضافه می‌شوند و یک مولتی المنت را می‌سازند یا مولتی ویتامین را می‌سازند. بنابراین، آنالیزهای این‌ها خیلی مهم و ناخالصی‌هایشان خیلی خیلی مهم‌تر است. چون در مسیر تولید مکمل‌های ویتامینه، اصولاً ناخالصی‌ها خیلی بیشتر وارد می‌شود چون بعضاً یا پایه نچرال یا پایه فرمنتیشن دارند، بنابراین، عموماً ناخالصی‌هایشان (چه المنتال چه غیرالمنتال) زیاد می‌شود. بنابراین، اعتقاد خود من واقعاً بر این است، حالا در دوره‌ای هم که به عنوان سندیکا آمدم راه اندازی کردیم یکی از استدلال‌های خود من

این بود که ما به عنوان سندیکا به وزارت بهداشت فشار بیاوریم که آقا مکمل‌ها باید در دارو باشد و سلامت مردم دیده بشود. حالا متأسفانه بالاخره به قول معروف مثل نامادری و فرزندخوانده به آن نگاه شد و به نظر من یکی از نقاط ضعف وزارت بهداشت که باید بگوییم حتی لازم است که وزارت بهداشت یک روزی بابت این کار استغفار کند. در واقع لجام گسیختگی در مکمل‌ها بود که یک عده‌ای بالاخره به مکتبی رسیدند.

◀ آقای دکتر، ما در حال حاضر بالای ۱۰۰ تا کارخانه داروسازی داریم، یک تعدادی هم می‌گویند در راه هستند دارند می‌آیند، در عین حال هم بعضی از محصولات و تعداد زیادی از محصولات تولید داخل، تعداد تولیدکننده‌ها بسیار زیاد است، آنوقت رعایت شرایط GMP، مقررات امروز، تهیه مدارک، آن رگولاتوری‌هایی که باید اتفاق بیفتد، باید چه کار کرد که در آینده ما یک نظمی برای تولید و عرضه دارو و کیفیت دارو داشته باشیم. چون حالتی که دارد می‌شود به نظر می‌رسد سرمایه‌گذار در مرحله اول نمی‌داند دارو چه اصول و کیفیت و چه استاندردی باید داشته باشد. بعد هر اداره دارو به دلیل اینکه می‌گوید اگر من به این پروانه ندهم، باید زیر سؤال مقامات قضایی قرار بگیرم، نتیجتاً من نه می‌توانم اجازه ایجاد کارخانه را ندهم و نه می‌توانم اجازه تولید را ندهم. پس در چنین شرایطی چه کار باید کرد که به نظمی برسد؟

دولت به نظر من ۲ تا وظیفه بیشتر ندارد، یکی این که انحصار ایجاد نکند، همین کاری که الان وزارت بهداشت دارد می‌کند و هر کسی می‌رود یا

مراجعه می‌کند، در صورت حایز شرایط بودن مجوز می‌دهد. دوم در واقع اطلاع رسانی بکند، یعنی بستر اطلاعاتی لازم را فراهم بکند که این کار را نمی‌کند. یعنی نه وزارت بهداشت و نه دولت هیچ کدام این کار را نمی‌کنند. یعنی اگر همین الان شما بروید به آن‌جا مراجعه کنید و بگویید آقا ظرفیت تولید قرص کوند در ایران چقدر است، هیچ کس پاسخگو نیست. چون این وجود ندارد، خیلی‌ها دارند در فضای تاریک کار می‌کنند، در فضای تاریک دارند سرمایه‌گذاری می‌کنند. من اعتقاد این است که ما باید اصول اقتصادی را، اصول اولیه اقتصاد را که عدم مداخله رانت جویانه دولت باشد در تنظیم سیاست‌های اقتصادی مدنظر داشته باشیم. یعنی اگر ما مداخله رانت جویانه داشته باشیم، مشکل ایجاد می‌کند. من به خاطر دارم که سال ۷۸ بود چند نفر دیگر از همکارانی که در صنعت داروسازی هستند، این‌ها زیر بغل یک بنده خدایی را گرفته بودند و آمدند دفتر و بعد هم یک پیرمردی آمد و نشستند، گفتیم موضوع چیست؟ گفتند که آقا ما می‌خواهیم پروانه فلان شرکت را بخریم. حالا آن موقع هم ما چون ارز می‌دادیم دیگر همه را حفظ بودیم که داریم به کی ارز می‌دهیم چقدر می‌دهیم و وضعیت کارخانه‌ها را می‌دانستیم. من هم که خود ایشان را نمی‌شناختم اما بعد گفتند که ایشان صاحب آن کارخانه داروسازی هستند. من گفتم که من چیزی به این نام نشنیدم، اصلاً کارخانه داروسازی با این عنوان نمی‌شناسم. این پیرمرد هم یک پروانه‌ای درآورد، حالا دستش هم می‌لرزید و گفت این پروانه کارخانه من است. بعد گفتم که حالا چی را می‌خواهی به این‌ها بفروشی؟

گفت می‌خواهم کارخانه را بفروشم. گفتم که حالا این که از نظر من اصلاً ارزش ندارد، همین الان آقای دکتر تقاضا کنند من به ایشان پروانه می‌دهم. گفت نه، من کارخانه داروسازی دارم. گفتم کارخانه‌ات کجاست؟ یک چیزهایی گفت. گفتم ببین شما اگر Asset دارید، بروید Asset تان را به این‌ها بفروشید ولی ورقه پروانه تاسیس از نظر من ۲ ریال هم نمی‌ارزد که بعد متوجه شد که دارد چه اتفاقی می‌افتد گفت آقای دکتر شما نان ما را آجر کردید. ظاهراً آن موقع یک توافقاتی کرده بودند که یک مبلغی بفروشند، مبلغش هم بزرگ بود که من به آنان گفتم آقا چه ضرورتی دارد، هر کس مراجعه بکند در صورت حایز شرایط بودن به او پروانه می‌دهیم. یک روز هم یکی از قضات ما را احضار کرد (به خاطر اختلافی که یک آقای که با یکی از همکاران داروساز و گروهشان در مورد فارابی پیدا کرده بودند) و گفت آقا شما شاکی دارید (یعنی از اداره کل شکایت کرده بودند، نه از بنده) اما من خودم رفتم آن‌جا و بعد گفت که آره این جوری است و یک آقای آمده و مثلاً از سال ۶۳، ۶۴ تقاضا داشته بهش پروانه ندادند و این‌ها. گفتم من حالا کاری ندارم زمان جنگ بالاخره به‌علت اینکه مساله ارز بوده و این‌ها بالاخره مجوز نمی‌دادند، حالا الان ایشان بیاید مراجعه کند به او پروانه می‌دهیم، ایشان هم نوشت پرونده مختومه، آقا برو پروانه ات را بگیر، تمام شد رفت. یعنی ببینید، من اعتقادم این است که دولت باید شرایط آزاد را ایجاد کند اما باید اطلاع رسانی هم بکند، تا اتفاقی که برای ماکارونی افتاد رخ ندهد ولی در عین حال اعتقاد من این است که حتی دولت

اگر اطلاع رسانی هم نمی‌کند، نباید راه را ببندد. من که دارم سرمایه گذاری می‌کنم ناگزیرم بروم بررسی کنم. وقتی شما می‌خواهی مثلاً ۱۰ میلیارد تومان پول خرج کنی، ۲۰۰ میلیون تومان هم خرج کن برو اطلاعات جمع کن و مطالعه کن، وضعیت بازار را ببین چه جوری است. بنابراین، من اعتقادم این است که دولت باید آزاد بگذارد تا ملت بیاید سرمایه گذاری کنند اما، خود سرمایه گذاران هم وظیفه شان است تا بروند اطلاعات جمع بکنند.

← آقای دکتر، فکر نمی‌کنید که عدم انجام وظایفی که همین دولت یا به قول معروف سیستم نظارت و کنترل وزارت بهداشت بر عهده دارد، خود این قبل از بحث اطلاع رسانی یک بستر نادرستی فراهم می‌کند برای این که این اتفاقات بیفتد؟ یعنی بالاخره فقط اگر قرار باشد دولت اطلاع رسانی بکند و به عوارض بعدی اتفاقاتی که می‌افتد کاری نداشته باشد، همان رقابت ناسالمی به وقوع می‌پیوندد که در این چند سال اخیر در حوزه فروش دارو رخ داد. من می‌خواهم بگویم یک چیزی هست که اگر آن اتفاق بیفتد شاید اصلاً به‌طور ریشه‌ای از این مسایل پیشگیری کند.

ببینید، من اعتقادم این است که ما باید بپذیریم که بلد نیستیم آداب توسعه پایدار و توسعه مستمر را رعایت کنیم. آداب توسعه پایدار این است که ما به سمت بنگاه‌های بزرگ برویم. منتها ما باید بپذیریم که فرآیند ما اجازه نمی‌دهد، یعنی وقتی که آقای خسروشاهی بزرگ می‌شود، باید او را زد، وقتی آقای ایروانی (کفش ملی) بزرگ می‌شود، باید او را زد. من رفتم افغانستان، آقای قشلاقی وزیر بازرگانی شان را دیدم و ایشان آن موقع که

من او را دیدم رئیس اتاق بازرگانی بود، بعد شد وزیر بازرگانی. فکر می‌کنید اولین جمله‌ای که به من گفت چی بود؟ گفت صاحب کفش ملی در افغانستان منم و صاحب کفش ملی در ایران ایروانی بود، ما با هم شروع کردیم. این شخص به عنوان یک افغانی آن قدر با غصه و غم در مورد کفش ملی ایران حرف زد که تاثرآور بود. بالاخره ما باید بپذیریم که فرهنگ مان در سرمایه گذاری، فرهنگ خورده مالکی است. بنابراین، مالکیت‌های بزرگ را به راحتی نمی‌توانیم بپذیریم. شما اصلاً این کلمه کارخانه‌دار مفت خور است را شاید فقط در ایران می‌شنوید و بنابراین، این فرهنگ تا اصلاح نشود، حالا ما در دارویی خودمان که کوچولویی مثال می‌زنیم. یک روزی یکی از این نفتی‌ها که با من حرف می‌زد می‌گفت شما (صنعت دارو) پول خرد ته جیب ما هم نیستید. دارو واقعاً همین است، پول خرد ته جیب آن‌ها هم نمی‌شود. یعنی ما وقتی حرف می‌زنیم، مثلاً می‌گوییم آقا ۲ میلیون دلار، از نظر خودمان خیلی بزرگ حرف می‌زنیم که می‌گوییم ۲ میلیون دلار اما وقتی او حرف می‌زند ارقامی که می‌گوید ۵۰۰ میلیون دلار، ۶۰۰ میلیون دلار یا ۲ میلیارد دلار است و این جوری حرف می‌زند. حالا این دارو، همین قدر کوچولو مانده است، در سایر صنایع مان هم که می‌رویم وضع به همین منوال است. بنابراین، ساختار سرمایه گذاری در کشور تا زمانی که به سمت مسیر صحیح خود نرود، ره به جایی نخواهد برد و من واقعاً اعتقاد این است. من با یکی از دوستان روحانی مجلس که صحبت می‌کردم گفتم شما اگر وظیفه تاریخی خودتان را انجام ندهید باید بدانید که آسیب می‌بینید. وظیفه

تاریخی تان این است که فرهنگ را اصلاح کنید. چون خیلی از مشکلات آن را خودتان ایجاد کردید، بنابراین، کس دیگری غیر از شما هم نمی‌تواند این اصلاح را انجام دهد و مردم به شما اعتماد می‌کنند. یعنی شما اگر از فردا بالای منبرهایتان بگویید که آقا تولید ثروت عبادت است، کسی که دارد اشتغال‌زایی ایجاد می‌کند بروید صبح به صبح دستش را ببوسید، تکریمش بکنید، می‌توان امیدوار بود که شرایط در آینده بهبود یابد.

یک روز به یکی از مسؤولان این را گفتم، گفتم آقا، درد این مملکت است که تو هنرمندان را بغل می‌کنی می‌بوسی ولی حاضر نیستی یک کارخانه‌دار را بغل دست خودت بنشانی. این درد مملکت است، یعنی جرات نمی‌کند غیر از این عمل کند. چون اگر او این کار را بکند فردایش می‌گویند آقا این ۲ تا دستشان در دست یکدیگر است.

← آقای دکتر، قبل از انقلاب موسسات عمومی و دولتی مثل ارتش، سازمان تامین اجتماعی، شیروخورشید قبل (هلال احمر فعلی)، دانشگاه‌ها، این‌ها فرمولر و فهرست دارویی خودشان را داشتند. از طریق مناقصه مقداری از داروهایشان را از داخل تهیه می‌کردند و مقدار زیادی از نیازشان را از خارج تهیه می‌کردند. بعد از انقلاب این وضعیت تغییر کرد و کل واردات دارو متمرکز شد. آیا فکر می‌کنید که صلاح است مجدداً این موسسات مسؤلیت تامین نیاز دارویی مراکز خودشان را بر عهده داشته باشند و خودشان واردات و تامین داروی مورد نیاز خودشان را در بر بگیرند؟

ما در مدیریت تامین اصطلاحی داریم با اسم

Supply Chain Managment یا مدیریت زنجیره تامین که یک فصلی به اسم Strategic Procurement یا تامین استراتژیک دارد که می‌گوید، اگر شما در واقع بآلک نیاز دارید، بآلک بخرید، پکیج نخرید. یعنی وقتی که مثلاً شما در بیمارستان روزی ۱۰۰۰ تا آمپول مصرف دارید، بسته هایتان را ۱۰۰۰ تایی بخرید، چرا بروید بسته ۱۰ تایی یا ۵ تایی بخرید؟ این اصلاً اصطلاح علمی است، یعنی کاری که قبل از انقلاب می‌شده، کار علمی و کار درستی بوده و به نظر من الان هم باید برگردد به وضعیت گذشته و من می‌گویم، بارها هم در صحبت با بیمه‌ها همین را به آنان گفته‌ام که شما باید بیایید بنشینید مثلاً با فارابی قرارداد ببندید، بگویید آقا به جای این که آموکسی سیلین را در بلیستر بریزی (جالب است که ما پروانه اش را هم داده ایم) اگر یادتان باشد در وزارت بهداشت زمان خود من پروانه دادیم به فارابی و گفتیم آقا شما برو سفالکسین را ۱۰۰۰ تایی بسته بندی کن، دکتر منتصری جزو کسانی بود که زود آمد پروانه اش را گرفت، حالا من نمی‌دانم چرا اجرا نشد، ولی الان کارخانجات این گونه پروانه‌ها را هم دارند.

← آقای دکتر، قبل از پرداختن به این موضوع، یک بحثی ماند که نظر شما را نگرفتیم. با توجه به این دیدگاهی که شما در بحث آزاد کردن سرمایه گذاری و امکانات تاسیس واحدها دارید، نظرتان راجع به محدود کردن پروانه‌های یک دارو به چند تا شرکت محدودتر چیست؟ فرض می‌کنیم همان اوپرازول که گفتید، ۲۰ تا، ۲۲ تا موسسه دارند تولید می‌کنند. الان مستحضر هستید که ظاهراً شده ۸ تا، یعنی محدودیت صدور مجوز (حداکثر

برای ۸ شرکت) گذاشته شده است.

ببینید، هر ۲ این‌ها باید باشند. یعنی هم در واقع رقابت باید وجود داشته باشد هم محدودیت. این که می‌گویند دارو باید رگولیتد باشد، یکی از رگولیشن‌هایش هم همین است که شما ظرفیت‌های ملی تان را در نظر بگیرید. به نظر من این مثلاً ۸ تا حتی در مورد کالاهای پرمصرف هم منطقی است.

← آقای دکتر، ولی به هر صورت توافق جلسه‌ای است، تصمیم قانونی و براساس مستندات تلقی نمی‌شود.

نه ببینید، بالاخره یک نوع روش تصمیم سازی است. یکی از روش‌های تصمیم سازی این است که ما بالاخره اکسپرت پنل کنیم. افراد بیایند صحبت بکنند تصمیم بگیریم. این حتماً باید وجود داشته باشد، یعنی بالاخره شما نمی‌توانید بدون توجه به نقطه نظرات مطرح، در کشور تصمیم بگیرید. حتی می‌تواند آن رقابت ناسالم بین ۸ نفر هم اتفاق بیفتد. بنابراین، پشت بند این که کنترل می‌کنید، باید رگولیشن‌هایی هم وجود داشته باشد که شرکت‌ها بدانند که بالاخره باید به حدی برسند که بتوانند وارد این عرصه شوند و بعد هم که وارد رقابت می‌شوند باید بدانید که در واقع رقابت Clean و Dirty داریم و او تنها باید وارد رقابت Clean بشود، رقابت Clean چیست؟ من بسته بندی‌ام را بهتر می‌کنم، مارکتینگم را تقویت می‌کنم. مثلاً اگر شما فرانسه را در نظر بگیرید (چون از همه اروپا می‌توانند دارو را به فرانسه ببرند)، حالا می‌بینید چند تا شرکت در اروپا دارند رانیتیدین می‌سازند؟ اصلاً قابل شمارش هستند؟ احتمالاً ۲۰۰ یا ۵۰۰

و آیا این سازمانی که ایجاد شده می‌تواند ما را به آن هدف برساند؟

ببینید، ما اول باید به این سؤال جواب بدهیم که ما چرا نیاز به سازمان غذا و دارو داریم. یعنی اول به چرایی این برسیم. ما نیاز به سازمان غذا و دارو داریم که بتوانیم وظایف سازمانی خودمان را درست انجام بدهیم. سازمان غذا و دارو در تمام دنیا مسئول است که License بدهد، مسئول است که Registration داشته باشد، مسئول است که بتواند Inspection بکند و مسئول است که بازرسی‌های لازم را انجام بدهد. خوب یک سازمانی که این وظایف را به عهده دارد، نیاز به قانون دارد که این وظایف را انجام بدهد. در ساختار قانون گذاری ایران، سازمانی که بخواهد مجوز License صادر بکند، Registration Process داشته باشد، Inspection و بازرسی‌های ادواری داشته باشند، باید اختیاراتش را از مجلس بگیرد، چون دارد نوعی قانون گذاری می‌کند. با همین استدلال هر سازمان غذا و دارویی که مجوز آن به وسیله دولت داده بشود، چون این مهم جزو اختیارات دولت نیست، بنابراین، نمی‌تواند اختیارات قانونی لازم و کافی را داشته باشد. سازمان غذا و دارو برای این که بتواند این وظایف را انجام بدهد، باید بتواند نیابت قضایی داشته باشد. یعنی یک وقت می‌بینید مثلاً FDA آمریکا امروز اعلام می‌کند که مصرف فلان فرآورده ممنوع است. نمی‌گویند در ایالت کالیفرنیا یا در کبک یا در تهران، وقتی اعلام می‌کند، در همه دنیا ممنوع می‌شود. چرا ممنوع می‌شود؟ چون یک قاضی بلافاصله این حکم را تأیید می‌کند و بنابراین، پشت هر حکمی در FDA، یک اختیار قضایی وجود

تا شرکت در اروپا دارند این محصول را می‌سازند و همه هم در فرانسه حضور دارند. آیا در آنجا اصلاً می‌توانند وارد این وادی بشوند که بگویند هر کدام بیاید ما قیمت محصولات را تعیین می‌کنیم؟ یک کف گذاشته اند، گفته‌اند کف قیمت رانیتیدین در اروپا مثلاً جعبه‌ای ۳ دلار است و مثلاً تا ۱۵ دلار هم می‌تواند باشد. من می‌روم می‌گویم که آقا من می‌خواهم ۳ دلاری بفروشم، می‌گوید تو برو ۳ دلاری بفروش، شما هم به اندازه ۳ دلار برای مارکتینگ پول گذاشتی. من می‌روم آنجا می‌گویم می‌خواهم ۱۵ دلاری بفروشم، اما ۱۵ دلار من نباید باعث رقابت ناسالم اقتصادی بشود، اگر کوچک‌ترین انحرافی در رقابت (چون رقابت سالم را تعریف کرده اند) مشاهده شود، به شدت با آن برخورد می‌کنند اما اتفاقی که در کشور ما افتاده، این است که این رقابت موجود، یک رقابت ناسالم است. یک چیزی در ایران شنیده‌اند به اسم قیمت‌گذاری انتحاری آن قیمت گذاری انتحاری است نه فروش انتحاری و بنابراین، من فکر می‌کنم روش اجرا در ایران اشکال دارد.

← آقای دکتر، می‌دانید که سازمان غذا و دارو اخیراً تشکیل شد. البته، به نظر من شاید مسیر قانونیش را از بابت مجلس طی نکرده ولی بالاخره با مصوبه دولت تشکیل شد. از آقای دکتر شیبانی سؤال کردیم که این سازمان چه امکانات و وظایف و شرایطی دارد که معاونت نداشت. ایشان جز بحث مربوط به ذی حساب و پولی که به سازمان تعلق می‌گیرد و امکان دسترسی شان به منابع مالی سریع‌تر محقق می‌شود، بحث دیگری را مطرح نکرد. به نظر شما آن مدینه فاضله چیست

دارد. تا زمانی که قانون سازمان غذا و دارو در ایران حکم نیابت قضایی پیدا نکند و جایگاه قانونی از نظر نفوذ حکم را پیدا نکند، به نظر من سازمان غذا و داروی ما، یک اداره‌ای است که حالا اسمش را عوض می‌کنیم، به قول آقای دکتر شیبانی یک ذی حساسی راحت‌تر خواهیم داشت، پول هایمان زودتر می‌رود و می‌آید. بد نیست، چیز خوبی است، تبریک هم دارد ولی دیگر سازمان غذا و دارو نیست. یعنی آن غایت خواسته ما هیچ وقت محقق نشده است!

← **آقای دکتر، با شرایط فعلی ما، آیا فکر می‌کنید اصلاً امکان ایجاد چنین سازمانی وجود دارد؟**

حالا نمی‌دانم جواب سؤال شما خیلی سخت می‌شود.

← **آقای دکتر، سؤال را جور دیگری می‌گویم. با توجه به مجلس، یعنی اگر این برود مجلس، در حد خود همین وضعیتی که وجود دارد بر می‌گردد یا نه؟**

ببینید، چون این سؤال خیلی سیاسی می‌شود من هی مزه مزه می‌کنم که یک جوری جواب بدهم. حقیقتش این است که ما در یک کشوری زندگی می‌کنیم که شما برای تثبیت جایگاه خودتان، کافی است که زور آرنج خوبی داشته باشید. یعنی بتوانید که دیگران را پس بزنید و بروید جلو و به اول صف برسید. حالا این زور بازو یا زور آرنج در واقع یک جاهایی بیرونی است، یک جاهایی نه، خودمان این قدر قدرت داریم که برویم جلو و این کار را بکنیم. بنابراین، اگر مثلاً فرض کنید که یک فرد با نفوذی تصمیم می‌گیرد که مثلاً بین هزاران یا صدها سازمان فرهنگی‌ای که در کشور وجود دارند، بیاید یک سازمان فرهنگی فیلم‌های

مستند هم جدا درست بکند، برای فیلم‌های کوتاه هم سازمان جداگانه او ایجاد بکند. می‌بینید می‌شود دیگر، چرا؟ چون مثلاً فلان آدم بانفوذ پشت این جریان وجود دارد. به همان دلیل است که شما مثلاً در فرهنگ می‌بینید، هیچ کس جوابگو و پاسخگو نیست. در حوزه تخصصی و امثال این گونه موارد، نزدیکی به کانون‌های قدرت خیلی مهم است. یعنی شما بالاخره خودتان صاحب تجربه هستید و من فکر می‌کنم ما تا زمانی که از نظر سیاسی قدرتمند نباشیم یا یک فرد قدرتمندی در واقع، پرچم‌دار سلامت غذای مردم نباشد، هیچ کار اساسی صورت نمی‌گیرد. برای همین است که به نظر من آن فرد قدرتمند باید وزیر بهداشت باشد. یعنی خود وزیر بهداشت اگر پرچم سازمان غذا و داروی کشور را دست گرفت، می‌تواند آن وظیفه را انجام بدهد. بنابراین، مثلاً در مجلس ششم تلاش کردیم وارد این عرصه بشویم، اما علی‌رغم این که بیشترین تعداد پزشک و داروساز را در تاریخ مجلس، ما در مجلس ششم داشتیم، موفق نشدیم. چرا؟ چون پرچم دارمان باید خود وزیر می‌بود که متأسفانه نبود.

← **آقای دکتر، سؤال آخر، در یک تاریخی بعد از انقلاب، دانشکده داروسازی اداره داروخانه ۱۳ آبان را به عهده گرفت. بعد ۱۳ آبان بچه کرد و ۵، ۶ تا شد. بعد هم هلال احمر آمد داروخانه زد، ارتش هم داروخانه زد، مطمئناً نهادهای عمومی دیگری هم تمایل دارند که داروخانه بزنند. دانشکده داروسازی استدلالش این است که جدا از وظیفه‌ای که من در آن تاریخ داشتیم، امر آموزش را هم من از این طریق انجام می‌دهم. صحبتی با آقای دکتر فرسام و آقای دکتر شفیعی داشتیم،**

باید دست داروسازان فارغ التحصیلی باشد که هر سال نزدیک به ۷۰۰ نفرشان را ما داریم تحویل جامعه می‌دهیم، باید برای این‌ها بستر کار فراهم بکنیم. یک زمانی هم داروساز کم داشتیم، هم کمبودهای دارویی بود، هم سیستم توزیع مرکزی و مشکلات خاص زمانه خودش را داشتیم، در مقطع جنگ و یا سال‌های اندکی بعد از مقطع جنگ، وجود داروخانه ۱۳ آبان و داروخانه‌ها و دولتی برای کمک به زنجیره توزیع دارو لازم بود. ولی الان من فکر می‌کنم که به هیچ وجه برای زنجیره توزیع دارو نیاز نیست. بنابراین، اگر ما برای داروخانه ۱۳ آبان ۲ تا رسالت قایل باشیم، یکی کمک به زنجیره توزیع دارو و قابل دسترس کردن دارو برای مردم است که امروز به اعتقاد من (امروز که عرض می‌کنم حداقل از سال ۸۰ به این طرف) داروخانه ۱۳ آبان و داروخانه‌های دانشگاه دیگر وجودشان برای توزیع دارو خیلی ضروری نیست. دومین بحثی که پیش می‌آید این است که آیا ما برای آموزش به وجود این‌ها نیاز داریم یا نداریم؟ من اعتقاد دارم نیاز داریم. یک چیزی حدود ۷۰ درصد از نیاز آموزشی ما را داروخانه‌های بیمارستانی تامین می‌کنند و مثلاً اگر دانشجویی در داروخانه بیمارستان امام آموزش ببیند، بخش عمده‌ای از نیازهای آموزشی را آن‌جا فرا می‌گیرد، بخش دیگری از نیاز آموزشی فارغ التحصیل ما باید در بستر خدمات سرپایی صورت بگیرد. این هیچ الزامی ندارد در خیابان کریمخان باشد، این باید در مرکز بهداشتی درمانی روستایی شهری انجام بشود و دانشجوی ما باید برود مثلاً با مرکز بهداشتی درمانی شهر ری آشنا بشود، برود در محیط رباط کریم آشنا بشود. آنچه که در داروخانه

آقایان معتقد بودند که هنوز هم این احتیاج هست و مراکز بیمارستانی نمی‌توانند آن وظیفه را به عهده بگیرند. استاد دیگری معتقد بود که نه، الان بیمارستان‌ها بعد از این که آقای دکتر لاریجانی تشریف آوردند، قسمت داروخانه بیمارستان‌ها را هم به دانشکده دادند، نتیجتاً دانشکده می‌تواند این کار را انجام بدهد. حالا سؤال من این است که آیا وجود داروخانه‌های دولتی عمومی در حال حاضر به صلاح هست؟ با توجه به این که مطابق بعضی از آمارها بالای ۹۵ درصد توزیع بعضی از داروها توسط این داروخانه‌ها انجام می‌شود. من یک شوخی اول با شما بکنم، یک برنامه‌ای هست در تلویزیون جمعه صبح‌ها پخش می‌کند مال بچه‌ها به اسم فیتیله، این برنامه فیتیله را ما هم گاهی اوقات با بچه‌ها نگاه می‌کردیم، یکی از این‌ها که اتفاقاً همشهری ما هم هست و حدود ۳۷، ۳۸ سالش است، ادای یک بچه قنداقی را درمی‌آورد و مثلاً قنداقش کرده بودند و به روش یک بچه قنداقی گریه می‌کرد. آن آقای مجری به او می‌گفت که نون‌هال، نون‌هال عزیز. حالا ببینید، ما بالاخره جریان انقلاب ما شده یک نون‌هال سی و چهار پنج ساله، نهال انقلاب. یک زمانی برای این که نهال انقلاب آسیب نبیند ما نیاز داشتیم داروها و مردم را توزیع کنیم و داروخانه‌های ۱۳ آبان و امینی و غیره (حالا خود من هم بالاخره یک مدتی مدیرش بودم) لازم بود. ولی واقعاً اعتقاد من این است که ما توزیع داروی مردم (حالا آن تیکه‌های قبلی را پاک می‌کنیم ولی از اینجا) باید در غالب شبکه اقتصادی شفاف صورت بگیرد. ما اگر اعتقادمان بر این است که شبکه توزیع دارو،

۱۳ آبان در خیابان کریمخان یا طالقانی در میدان تجریش آموزش می‌خواهد ببیند، ۱۰۰ درصد آن را در بیمارستان شهدای تجریش می‌تواند فرا بگیرد. بنابراین، سیاست گذاری ما در آموزش داروسازی، باید حول محور این مهم باشد که کارآمدی لازم را با حداقل آسیب به خدمات داروسازی حرفه‌ای ما داشته باشد. بنابراین، اعتقاد من بر این است که اولاً خواسته ارتش و دیگران در این مورد یک نوع فرصت‌طلبی اقتصادی است و اصلاً قابل دفاع نیست. در داروخانه‌های دانشکده هم به‌نظر من باید به نوعی یک جابه جایی صورت بگیرد،

ماموریت آن‌ها باید برود به سمت داروخانه‌های آموزشی بیمارستانی و بخشی هم که نیاز به آموزش سرپایی دارد منتقل بشود به مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهری که آن‌ها هم باز در مراکز دولت وجود دارد و هیچ نیازی نیست که ما این فرصت اقتصادی بزرگ را از فارغ التحصیلان خودمان بگیریم. بالاخره باید باور بکنیم که متأسفانه (حالا اطلاع دارید شما حتماً) که بعضی از این داروخانه‌ها فروششان از یک شرکت تولیدی بزرگ مثل داروپخش بالاتر است و بنابراین، خوب یک فرصت بزرگی را دارد از جامعه داروسازی می‌گیرد.