

بررسی دارو توسط فرهنگستان علوم پزشکی در مصاحبه با دکتر محمدحسن واصفی

مقدمه

فرهنگستان علوم پزشکی پیرامون مستندسازی نظام دارویی کشور و واردات دارو از سال ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۰، دو طرح تحقیقی را مورد بررسی قرار داده است. 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 محمدحسن واصفی از جمله داروسازانی است که در این رابطه مصاحبه‌ای انجام داده‌اند. در این قسمت مصاحبه فرهنگستان با ایشان را مرور می‌کنیم.

بتواند گره گشا باشد. من محمد حسن واصفی، فارغ‌التحصیل سال ۵۴ از دانشکده داروسازی تبریز هستم. علی‌رغم علاقه‌ای که به کار کردن در صنعت داشتم، چون کار کردن در این بخش بسیار دور از ذهن و دور از انتظار بود. بنابراین، بعد از دوران سربازی چند سال در داروخانه‌های شهرستان‌های

◀ در خدمت آقای دکتر واصفی هستیم، اول از ایشان خواهش می‌کنیم که مختصراً خودشان را معرفی بفرمایند.

بسم الله الرحمن الرحيم. ممنونم از توجهی که فرمودید و امیدوارم جلسه امروز یا جلساتی که در این رابطه در خدمت شما دوستان و عزیزان هستیم،

مختلف فعالیت می‌کردم. به هر حال، فرصتی پیش آمد که از سال ۴۰ در خدمت بخش‌های مختلف صنعت داروسازی باشم، از کار کردن در سطح مدیریت شرکت داروسازی تا همکاری در گروه دارویی سازمان صنایع ملی در بخش توسعه صنعت داروسازی و بعد تولید و دو سال هم گروه صنایع غذایی و دارویی. از سال ۷۳ هم بعد از کوچک شدن و واگذاری شرکت‌های دارویی و غذایی صنایع ملی، به عنوان عضو هیأت مدیره و مدیر کارخانه وارد شرکت داروپخش شدم. این کار ادامه داشت تا سال ۷۶ که بعد از یک بررسی اقتصادی در مورد تفکیک داروپخش به فعالیت‌های مختلف، شرکت کارخانجات داروپخش تشکیل شد و من هم با توجه به سابقه‌ای که آن‌جا داشتم به عنوان رئیس هیات مدیره و مدیرعامل آن شرکت انتخاب شدم و تا سال ۸۰ در خدمت کارخانجات داروپخش بودم. کمتر از ۲ سال به شرکت رازک منتقل شدم و مدیرعامل رازک بودم و بعد از آن هم از سال ۸۲ تا خردادماه ۸۵ مدیرعامل هلدینگ داروپخش بودم. بعد از یک دوره فطرت چند ماهه به مجموعه شرکت صنایع شیر ایران که وابسته به سازمان بازنشستگی کشوری بود، پیوستم و آنجا هم مدتی به عنوان عضو هیأت مدیره و مدیر فنی هلدینگ شرکت صنایع شیر ایران و مدتی هم در شرکت پگاه تهران مدیرعامل بودم. سپس بنا به درخواست خودم وارد مرحله بازنشستگی شدم و گفتم یک مقدار نفس تازه بکنیم. خلاصه یک مدتی به این شکل گذشت و به توصیه دوستان عزیزی که از گذشته در خدمتشان بودیم، نزدیک به یک سال هست که به عنوان مدیرعامل در شرکت

سینادارو مشغول هستم.

← آقای دکتر، شما آن مدت که در سازمان صنایع ملی ایران تشریف داشتید وظیفه تان در ارتباط با مدیریت موبوط به یک سری کارخانجاتی تحت نام چندملیتی بود. یک بخشی هم به تعدادی از کارخانجاتی مربوط می‌شد که صاحبان آن‌ها رفته بودند. سؤالی که مطرح است و شنیده می‌شود این است که آیا رفتاری که در آن تاریخ مسؤولان همگی کردند و طی ۲ تا مصوبه، چون مصوبه اول در ارتباط با این بود که نگاهی بکنیم ببینیم وضعیت‌شان چیست، مصوبه دوم این بود که این‌ها را تحت تملک در بیاوریم، آیا امکان داشت که ما چنین کاری نکنیم و این‌ها را تحت تملک در بیاوریم و به ترتیبی ارتباط با آن‌ها را مدیریت کنیم که بعد بتوانیم دانش فنی و تکنولوژی‌های جدید را در چارچوب این ارتباط‌ها وارد کشور کنیم؟ آیا این امکان فراهم بود که ما بتوانیم چنین کاری را برای آن ۱۶ شرکت انجام بدهیم.

قانونی که مصوب شورای انقلاب بود، این جوری در متن نگاشته شده بود، چون من موقع تصویب این قانون که حضور نداشتم، از چند و چون آن موقع اطلاع ندارم ولی در متن قانون آمده بود به دلیل سهل‌انگاری یا حتی کوتاهی عمدی و ایجاد اختلال در عرضه دارو توسط شرکت‌های چندملیتی، این شرکت‌ها که ذکر نام شده بود به تملک دولت درمی‌آیند و بعد به هر حال، به موجب آن قانون این شرکت‌ها را داده بودند به صنایع ملی و آن‌جا تصریح کرده بودند که دولت موظف است که نسبت به تعیین تکلیف مالکیت این‌ها اقدام بکند.

← آقای دکتر، آیا از همان ابتدا تحت تملک

۶۷۳۸ که آن هم مصوب شورای انقلاب بود، شرکت‌هایی مثل تولیدارو و عبیدی به یک شکل دیگری تحت پوشش درآمد. البته، ما به این فکر می‌کردیم که ممکن است تولیدارو و شرکت‌های اقماری مجموعه سرمایه‌گذاری البرز برگردد به صاحبانش، یعنی این احتمال را هم می‌دادیم. کما این که بعدها دیدیم که شرکت دکتر عبیدی به ایشان برگشت و شرکت فرآورده‌های تزریقی که بخش کوچکی از سهام آن باید تعیین تکلیف مالکیت می‌شد، چون مال دون باکستر آمریکا بود و به موجب بیانیه الجزایر تعیین تکلیف شد. اما بقیه سهام آن بالاتکلیف مانده بود. بنابراین نشستند، ارزیابی کردند، دیدند اشکالی وجود ندارد و در نتیجه، به همان سهام‌داران قبل از انقلاب برگرداندند. بنابراین، می‌خواهم بگویم که اگر آن موقع این اصرار بر تعیین تکلیف وجود نداشت یا یک نوع زمینه‌هایی که حالا مربوط به اوایل انقلاب بود و آن تصوراتی که نسبت به سرمایه‌داری در کشور وجود داشت، اگر آن نگاه نبود، ممکن بود پدیده‌های دیگری اتفاق بیفتد و مثلاً براساس صرفه و صلاح کشور به گونه دیگری تصمیم‌گیری بشود ولی قانون بود و بعد هم در عمل به این شکل به اجرا درآمد.

← آقای دکتر، سایر تصمیم‌هایی که در آن تاریخ گرفته شد در وزارت بهداشتی اداره دارو در ارتباط با طرح ژنریک، یعنی مجموعه نظام دارویی کشور، طرح ژنریک، توزیع سراسری، یعنی حذف عمده‌فروشی‌ها و توزیع جزیی شرکت‌ها یا واردات کنترل شده توسط دولت، باز اگر به وضعیت تاریخی آن‌ها نظری داشته باشیم، از نظر

درآوردن مطرح شد یا تحت مدیریت قرار گرفتن؟

ملی شد یعنی مالکیت از آن‌ها سلب شد و بعد هم دولت موظف شد که تکلیف آن‌ها را از جهت اجرای قوانین روشن کند که بعد براساس بیانیه الجزایر، شرکت‌های آمریکایی اول تعیین تکلیف شدند و بعد به دنبالش (که خود آقای دکتر نیلفروشان هم به خوبی در جریان هستند و در آن‌جا نقش تعیین‌کننده داشتند خیلی بیش از امثال بنده) شرکت‌های اروپایی هم در همان مسیر رفتند. یعنی اگر بیانیه الجزایر پیش نمی‌آمد، شاید به گونه دیگری برای آن‌ها تعیین تکلیف می‌شد ولی با توجه به بیانیه طرح دعوی توسط شرکت‌های آمریکایی مثل فایزر و پارک دیویس و اسکویپ، ابتدا آن‌ها تعیین تکلیف شدند. بعد هم یواش یواش نوبت به شرکت‌های انگلیسی و آلمانی و غیره رسید و همه‌شان به همان روال مورد پیگیری قرار گرفتند. منتها ظاهراً شرکت‌های اروپایی به سهولت تسلیم مذاکره برای انتقال مالکیت نمی‌شدند، شاید اگر زمان می‌گذشت و بالاخره همین جور می‌ماند، مالکیت انتقال پیدا نمی‌کرد و بعد بالاخره ممکن بود به یک فرصت‌هایی برسد که در آن فرصت‌ها یک جور دیگری تعیین تکلیف بشود. در مورد شرکت‌های مشمول بند «ج» قانون حفاظت و توسعه صنایع ایران که به علت بدهی به بانک‌ها مشمول ملی شدن شده بودند، یک صراحتی در قانون حفاظت وجود داشت که حتی حق نداشتیم آن بدهی‌ها را پاس کنیم. اگر پاس می‌کردیم تأثیری در تعیین تکلیف‌شان نداشت و بعد بالاخره به تملک بانک‌ها درآمد همچون شرکت لقمان و شرکت سینادارو و امثال این‌ها، یا به موجب قانون

شما تصمیماتی که در آن برهه‌ها اتخاذ شد درست است و به‌طور کلی برای مملکت ما این مجموعه اقدامات یک نسخه شفابخشی محسوب می‌شود؟ اصولاً تصمیم‌گیری را در مقاطع خودش باید تجزیه و تحلیل کرد. نمی‌شود آدم زمان را در نظر نگیرد، موقعیت را در نظر نگیرد و بعد بنشیند در خلا بخواهد تحلیل بکند که یکی از برکات آن هم تشکیل شورای هماهنگی برنامه‌ریزی دارویی کشور بود. این اقدامات موجب شد که آن سلطه‌جویی یک مقدار رنگ باخت و تا حدی از آن تسلط‌ها کاسته شد، منتها ما نمی‌توانستیم با گذشته مقایسه درستی داشته باشیم. خود اجرای طرح ژنریک هم به عنوان یک مرحله عبور، به نظر من کار بسیار درستی بود. یعنی در آن طوفان‌های ناشی از انقلاب و هم‌چنین ناشی از جنگ، یک آرامش در نظام دارویی کشور به وجود آورد ولی بعد مساله این بود که حالا چه جوری باید از این نظام خارج بشویم، به چه نحو آهسته آهسته وضعیت را برگردانیم به شرایطی که بازار رقابت بتواند تعیین‌کننده باشد و مدیران چه نقشی می‌توانند داشته باشند. اینجا دیگر حالا وزارت بهداشت عادت کرده بود به یک نوع تصمیم‌گیری و اعمال مدیریت بیش از اعمال نظارت که حالا نمی‌توانست از این حالت خارج بشود، علی‌رغم این که تا امروز هم تغییرات بسیار زیادی در این صحنه اتفاق افتاده و باورم این است که مرز نظارت و دخالت از سوی وزارت بهداشت بر صنعت داروسازی کشور تعریف نشده است. بنابراین، اگر بخواهم خیلی کوتاه در مورد سؤال‌تان عرض بکنم، انگار یک نوع عادت و رویه به وجود آمد که خارج شدن از آن شاید موجب نگرانی‌هایی باشد.

← آقای دکتر، می‌فرمایید طرح ژنریک قابل مطالعه است و احتیاج به یک بازنگری دارد یا احتمالاً در ارتباط با واردات دارو هم آن حالتی که آن موقع فقط ۳ یا ۴ تا شرکت یا موسسه فعال بودند (شرکت سهامی دارویی کشور، داروپخش، هلال احمر و یکی هم کی‌بی‌سی) یا دو مورد توزیع قبل از انقلاب و یا سال‌های اول انقلاب را ببینید و شرایط توزیع که بعد اتفاقی افتاد، آیا شما فکر می‌کنید که توزیع هم احتیاج به بازنگری دارد و آیا آن توزیع قبل از انقلاب می‌توانست درست‌تر از این توزیع سراسری، متمرکز باشد؟

من باز تأکید کنم که چون آن سابقه قبل از انقلاب را من عملاً تجربه نکردم و فقط در حد داروخانه ارتباط خیلی ضعیفی با عرضه دارو داشتم، قضاوت مقایسه‌ای نمی‌توانم بکنم ولی تجربه عملی نشان داد که همین تصمیمات یعنی تصمیم لغو یک‌جور معرفی (حالا به بیان آن موقع) لجام گسیخته دارویی، واردات غیرمتمرکز، عدم وجود انسجام در توزیع دارو و نظایر این‌ها که آن ۶ تا هدف نظام نوین دارویی را تشکیل می‌داد، مجموعه منسجم و خوبی بود، عرض کردم تا آن مقطع. بعد از این که به هر حال جنگ تمام شد و قرار شد در خیلی از مسایل تجدیدنظر بشود که آیا لازم است همین وضعیت ادامه پیدا بکند یا نه، می‌بینیم که در بسیاری از صنایع کار آزادسازی چه در تولید چه در توزیع انجام شده و وزارتخانه‌های مربوطه یک نظارت‌های کلانی دارند یا یک وقتی اگر لازم باشد که یک جایی مشکل‌گشایی کنند، وارد موضوع می‌شوند ولی در حوزه دارو علاوه بر اعمال قانون و مقررات که ضرورت دارد، اعمال سلیق باقی ماند،

هنوز شاید نمی‌داند چه کار باید بکند. آزادسازی ارز، آزادسازی تصمیم‌گیری در مورد سرمایه‌گذاری، آزادسازی توزیع و ایجاد توزیع‌های متعدد و نظایر این‌ها جزو مواردی است که به این نتیجه رسیدند که باید این کارها را می‌کردند.

« ببینید، دهه اول بعد از انقلاب با توجه به این که کارخانه‌ها بحث شان بازده اقتصادی نبود بنابراین، قیمت‌گذاری دارو زیاد اهمیتی نداشت و کسی به فکر این نبود که ببیند این قیمت‌گذاری صرفه اقتصادی دارد یا ندارد. یعنی یک کسی پای سود پایان سال شرکت‌ها ننشسته بود ولی امروز تعداد زیادی از داروخانه داران می‌گویند ما امروز هم کالایی که می‌خریم با قیمت واقعی بازار می‌خریم، در حالی که شما می‌آید در ارتباط با قیمت دارو محدودیت ایجاد می‌کنید. تولیدکننده هم به ترتیبی همین حرف را می‌زند، نتیجتاً در بخش دارو حالا در ظاهر به عنوان حمایت از مردم یا حمایت از بیمه‌ها، قیمت‌ها مرتباً در فشار قرار می‌گیرند، در حالی که کسانی در این ارتباط فعالیت می‌کنند که باید حالا در تولید سرمایه‌گذاری کنند یا در عرضه و توزیع سرمایه‌گذاری کنند، در فشار هستند. چه راه حلی به نظر تان درست است که قیمت دارو متناسب با سایر کالاها بتواند خودش را در یک جای منطقی ببیند؟ آیا همین روش موجود یا نه، یک سری مؤسساتی ببینند یارانه بدهند یا بیمه بیاید کمک کند، ولی کسانی که درگیر سرمایه‌گذاری در این رشته هستند (فرض می‌کنیم) حالا در قسمت‌های مختلفش چه دارو باشد چه لوازم آرایشی باشد، چه نان باشد، چه آب باشد و غیره، این‌ها بتوانند

الان هم در بسیاری از مسایل احساس می‌شود، صنعت اگر بخواهد تصمیم بگیرد حتماً باید این تصمیم یک جایی بالاخره به تأیید وزارت بهداشت برسد، اگر نرسد نمی‌تواند راساً اقدام بکند. در توزیع هم همین مساله هست. یعنی توزیع متمرکز هم باز خیلی کمک خوبی بود که بالاخره عملاً همه داروی کشور در سبد ۵ شرکت توزیعی قرار می‌گرفت و با یک نرخ ثابت در تمام نقاط کشور یکنواخت و به تناسب نیاز مناطق مختلف توزیع می‌شد. این امر یکی از محسناتش این بود که امکان برنامه‌ریزی برای پیش‌بینی نیازهای دارویی آینده کشور را به وجود آورد و متناسب با آن، خلاء دارویی را که در آینده با آن مواجه می‌شدیم، مشخص کرد و در نتیجه، تصمیم‌گیری برای سرمایه‌گذاری در این حوزه را راحت کرد اما هیچ کدام از این‌ها نباید به این معنا باشد که دولت اگر این کمک‌ها را در این دوره کرد تا آخر و برای همیشه باید این کار را انجام بدهد. من مثالم این است که اگر یک بچه‌ای در خانواده‌ای متولد می‌شود، به هر حال این بچه که نباید تا سنین خیلی بالا پدر و مادرش دستش را بگیرند، از این ور خیابان به آن ور خیابان ببرند. اگر بچه خیلی کوچک باشد و رهاش بکنند که فوق‌العاده خطرناک است و خطر جانی برایش دارد و اگر بزرگ شد و باز بخواهند آن رفتار را با او بکنند، هم خیلی مضحک و خیلی غیرمنطقی است. من می‌خواهم بگویم این تصمیم‌ها در آن دوره واقعاً کارگشا، تعیین‌کننده و حافظ منافع ملی بود و در عمل هم نشان داد و بعدها تجدید نظرهایی که شد هم تجدید نظرهای درستی بود اما این تجدید نظرها هنوز هم آن کمال خودش را پیدا نکرده و

بازده اقتصادی مناسب در ارتباط با این دارو داشته باشند، چون به هر صورت دارو یک کالا است، جدا از نقشش در درمان. آقای دکتر، من یک پراتنز باز کنم، فکر می‌کنم این خیلی کمک کند که یک مقایسه خوبی ایجاد شود که حالا نقاط ضعفی را که مطرح کردیم شاید اینجا شما گویاتر بتوانید بیان بفرمایید. ببینید، آن زمانی که دولت با نظارت همه جانبه خودش تلاشی می‌کرد مباحث دارو را مدیریت کند، به همان دلیل هم می‌آمد به جد روی قیمت تکیه می‌کرد که افزایش پیدا نکند و حتی نسبت به گذشته هم قیمت به شدت آمد پایین. در قبالتش یک سری همکاری‌ها و مساعدت‌های جدی دیگری می‌کرد از جمله این که صنعت را درگیر بازار آزاد برای تأمین مواد اولیه، وسایل بسته بندی و حتی ماشین‌آلات ساده مثل خودرو، لاستیک، بنزین، مواد سوختی و غیره نمی‌کرد و بعد هم به طور طبیعی در بحث سرمایه‌گذاری‌های آینده صنعت هم، باز دوباره تسهیلاتی ایجاد می‌کرد، چه از طریق حاکمیت بر سهامش، چه از طریق تسهیلات بانکی و غیره. الان آن تفکر محدود کردن قیمت هم چنان هست، حالا اگر یک درصد ناچیزی تغییر کرده باشد ولی عمدتاً هست، در حالی که بحث حمایت‌ها و این‌ها تقریباً به طور کامل حذف شده است به جز بحث ارز که اخیراً هنوز یک مقداری به عنوان ارز مرجع در نظر گرفته شده (نمی‌دانم مستحضر هستید یا نه که حتی یک بخشی از آن هم متأسفانه دارد حذف می‌شود). مقایسه‌ای که هست این است که اولاً آن تفکر، تفکر درستی بود، که نهایتاً این بحث را جا انداخته که آقا دارو قیمتش نباید با قیمت‌های

جهانی مثلاً مورد مقایسه قرار بگیرد و در ثانی آیا شرایط فعلی می‌تواند تداوم پیدا بکند و قیمت لطمه نخورد یا خیر؟

اولاً در زمینه سرمایه‌گذاری در کشورهای آزاد کسی که تصمیم به سرمایه‌گذاری می‌گیرد، یک بازار هدفی را برای خودش مشخص می‌کند و در این بازار هدف، تصمیم می‌گیرد که به سمت و سوی کدام بیزینس برود. اگر مثلاً وارد بیزینس دارویی می‌شود، در کدام فیلد فعالیت کند، حوزه فعالیتش کجا و کدام بازارها است، با چه سهمی و الی آخر. فقط به این نگاه نمی‌کند که من در یک کشور هستم، بنابراین برای مردم این کشور می‌خواهم چه دارو یا داروهایی را تولید بکنم در نتیجه، بروم دنبال سرمایه‌گذاری. در سال‌های اول پیروزی انقلاب که واردات به هر حال خیلی زیاد بود و سرمایه‌گذاری برای جایگزینی واردات انجام شد، یک دوره‌ای بود و آن دوره تقریباً با همه این نکاتی که شما اشاره کردید به هر حال با موفقیت انجام شد و تقریباً کار به انتها رسید. ولی چون به هر حال نظام ما به گونه‌ای است که مجموعه مسایل سیاسی و اقتصادی‌اش به هم تنیده است یعنی مسایل سیاسی تعیین‌کننده‌تر از سایر مسایل است و این مساله و ویژگی‌های دیگر اجازه فعالیت و بازاریابی و رقابت در صحنه جهانی را به آن نمی‌دهد، بنابراین هر فرد سرمایه‌گذاری در داخل کشور (در مورد غیر دارو هم کم و بیش این صادق است ولی در مورد دارو مشخص‌تر) وقتی می‌خواهد سرمایه‌گذاری بکند نگاه می‌کند به یک محدوده جغرافیایی که به هر حال خاک جمهوری اسلامی است و یک تعداد جمعیت و یک مقدار

از انقلاب و با اجرای طرح ژنریک تعیین کننده تر شد و چون مصرف کننده عمده هم خودش است حاکمیتش را از طریق کمیسیون قانونی قیمت بیشتر کرده). عرض کردم، چون قضیه این است که عملاً برای سرمایه‌گذاری و رقابت در یک گستره خارج از مرز آزاد نیست، از این طرف انتظار دارد که این نقصان را دولت برطرف بکند، در حالی که دولت هیچ‌گاه نمی‌تواند این نقص را برطرف بکند. از آن طرف، بیمه‌ها هم عملاً بیمه‌های خصوصی نیستند، در صورتی که در کشورهای آزاد، بیمه‌ها خصوصی هستند و افراد از طریق بیمه‌ها به هر حال خودشان را در شرایط تأمین قرار می‌دهند و بیمه‌ها هم مشغول کار خودشان هستند. بیمه‌ها دولتی است، از این طرف، به هر حال وزارت بهداشت هم شبکه درمانی را عملاً تحت کنترل و تحت تسلط خودش دارد. این دو با توجه به این که به هر حال می‌خواهد قیمت هم برایش قیمت قابل تحملی باشد، اجازه فعالیت اقتصادی عملاً به تأمین کننده نمی‌دهد. حالا این چه تأثیری در مسایل کیفی دارد و یا در کمیت‌ها چه مشکلی ایجاد می‌کند، بماند اما آنچه که مسلم است آینده را آینده کاملاً مبهمی می‌کند، یعنی اصلاً هیچ کسی نمی‌تواند تصور بکند که مثلاً برای ۵ سال دیگر چه وضعیتی وجود خواهد داشت و او چه کار باید بکند. در نتیجه، همیشه دیده‌ها، دیده‌های کوتاه و برای زمان‌های کوتاه است.

◀ آقای دکتر، حالا به این نکته که شما اشاره فرمودید ما فکر می‌کنیم که خود به خود در عمل هم یک مقاومتی در جامعه حالا از طرف پزشکان و بعد یک شانناژهایی هم که بالاخره چند ده هزار

نیاز و یک‌سری پیش‌بینی‌هایی می‌کند و به هر حال، می‌رود سرمایه‌گذاری می‌کند. گاهی وقت‌ها هم می‌بینیم که این سرمایه‌گذاری‌ها مخصوصاً در سال‌های اخیر که یک مقدار بی‌محابا صورت می‌گیرد و نتیجه‌اش حتی در بخش خصوصی هم منجر به متوقف شدن سرمایه‌گذاری و بی‌خاصیت شدن آن می‌شود. سرمایه‌گذار، سرمایه‌گذاری‌اش را کرده ولی می‌بیند که کاری نمی‌تواند از پیش ببرد، به خاطر این که در این محدوده جغرافیایی داشته حرکت می‌کرده. عرض کردم به دلیل شرایط سیاسی - اقتصادی کشور، نه تنها محدودیت‌ها از بین نرفته بلکه بیشتر و بیشتر هم شده است. وقتی این جوری است، یعنی برای ۷۵ میلیون نفر جمعیت می‌خواهیم تصمیم‌گیری بکنیم، باید ببینیم این ۷۵ میلیون چقدر دارو لازم دارد، چند تا کارخانه هست و مثلاً حالا اگر این ۷۵ میلیون، ۴ سال دیگر بشود مثلاً ۷۸ یا ۸۰ میلیون، برای آن زمان چه سرمایه‌گذاری با چه ظرفیتی باید ایجاد کرد. بدین ترتیب قدرت مانور سرمایه‌گذار برای تصمیم‌گیری در زمینه سرمایه‌گذاری وجود ندارد. در نتیجه همه‌اش حول و حوش همین محدوده دارد حرکت می‌شود. حالا وقتی این جوری است بله انتظار دارد که بنزینش را هم بدهد، لاستیکش را (همین الان هم شاید انتظار داشته باشد) بدهد، ارزش را هم بدهد، برای این که دارد برای این محدوده تعیین تکلیف می‌کند. وقتی این جوری نگاه می‌کند، از آن طرف هم انتظار دارد که دولت عملاً قیمتی به او بدهد که این قیمت توجیه اقتصادی سرمایه‌گذاری را داشته باشد (البته باید بدانیم که قبل از انقلاب هم قیمت دارو را دولت تعیین می‌کرده ولی بعد

واردکننده قبل از انقلاب وجود داشته (خیلی جالب است که بدانید قبل از انقلاب حدود ۲۰ هزار نفر در بحث واردات فعال بودند) است و این‌ها هم بالاخره مسایلشان تحت تأثیر تصمیمات طرح ژنریک و تبعات آن قرار گرفته بود. همیشه بحث کیفیت را مطرح می‌کردند، شما خودتان را به عنوان یک تولیدکننده، به عنوان یک مدیر بخش صنعت چه قدر در مقابل این بحث، جدی و چقدر خودتان را پاسخگو می‌دیدید و آیا فکر می‌کردید که باید در این تعاملات حضور می‌داشتید و اصلاً آیا این فضا ایجاد شده بود یا نه، به همان علت که وزارت بهداشت خودش را مسؤول می‌دانست، این قضیه هم خیلی قضیه‌ای جدی در کشور نشد؟ از جهت کیفی؟

← بله.

تا یک دوره‌ای (دوره طولانی بعد از اجرای طرح ژنریک)، به هر حال می‌شود گفت ارتباط ما به‌طور عادی با کشورهای اروپایی برقرار بود. یعنی از منابع معتبر اروپایی مواد و داروهایمان را تأمین می‌کردیم. یا همان منابعی بود که در گذشته شرکت‌های فعال در ایران نیازهایشان را از آن منابع تهیه می‌کردند و یا منابع دیگری که به هر حال، می‌توانستیم نسبت به آن‌ها اطمینان داشته باشیم. ضمن این که امکانات داخل کشوری هم برای کنترل دقیق مواد ورودی به شرکت‌ها بسیار بالا رفت، یعنی اصلاً قابل مقایسه با قبل از انقلاب نبود. در گذشته شرکت‌های چندملیتی عملاً این‌جا کنترل دارو نمی‌کردند، دارویی که این‌جا تولید می‌کردند نمونه‌هایش می‌رفت اروپا و تقریباً من آن‌چه که می‌دانم این است که بدون اشکال

برمی‌گشت، یعنی صد در صد داروهایی که تولید داخل انجام می‌شد، توسط شرکت مادر تأیید می‌شد و بعد می‌رفت وارد بازار می‌شد. بنابراین، خیلی آن‌ها دلسوزانه نسبت به داخل کشور عمل نمی‌کردند، سایت‌های تولیدیشان هم همین‌جور بود. وقتی در یک سایتی در کنار دارو با یک فاصله کمی مثلاً سم هم تولید می‌کردند یا در یک پلنتی مواد شیمیایی تولید می‌کردند، در یک پلنتی داروی انسانی و دامی و مثلاً این‌ها در کنار هم و با یک فاصله نه چندان معقول استقرار داشتند و تولید می‌کردند، انواع این موارد نشان می‌داد که این‌ها چیزی به عنوان GMP که بالاخره یک سابقه دیرینه‌ای در صنعت دارد و یکی از پایه‌ها است را در این‌جا خیلی جدی نمی‌گرفتند و به‌طور کامل اعمال نمی‌شد. حالا شما ببینید ما این شرکت‌ها را تحویل گرفتیم، منابع، منابع قابل قبول و مطمئن، امکانات و تجهیزات کنترل کیفی ما هم بسیار پیشرفته و ماشین‌آلات تولیدی، روزآمد و با ظرفیت‌های بالایی به کار گرفته شد و اصلاً دارو داشت کاملاً به روز تولید می‌شد، شرایط خیلی خوب بود. حالا می‌رسیم به نکته‌ای که شما اشاره فرمودید، من کاملاً به‌خاطر دارم که با جایگزینی ماشین‌آلات و با اعمال مدیریت‌های مناسب‌تر نسبت به اوایل تصدی مدیریت دولتی، بازده شرکت‌ها فوق‌العاده بالا رفت و علی‌رغم کاهش قیمت مصرف‌کننده اغلب داروها و سود ناشی از این افزایش بازدهی تولید، به گونه‌ای شد که این سؤال پیش آمد که اصلاً ما این سودها را می‌خواهیم چه کار بکنیم. سودها فوق‌العاده بالا بود. یک زمزمه‌ای هم حتی در گروه دارویی پیش آمد که بعضی از دوستان می‌گفتند که

از دست بدهند یعنی فکر می‌کردند اگر از دست بدهند مواجه با مشکلات عمده‌ای می‌شوند. در مجموع می‌خواهم بگویم که به هر حال سرمایه‌گذار می‌خواهد سود مناسب خودش را داشته باشد. این سود مناسب را سعی می‌کند که از راه‌های مختلف به دست بیاورد که یکی از راه‌های عمده‌اش کاهش قیمت تمام شده و کاهش قیمت مواد است.

◀ حالا آقای دکتر این حالت به حق یا به ناحق، این فرض را به وجود آورده و این حساسیت را به وجود آورده که ممکن است داروی تولید داخل آن کیفیت لازم را نداشته باشد و من طبیب و من مصرف‌کننده لازم است که برای درمانم از داروی با کیفیت استفاده کنم. به نظر شما ما این حساسیت را چه جوری می‌توانیم رفع کنیم. ما چه جوری می‌توانیم به طبیب بگوییم که مطمئن باشد دارد داروی با کیفیت مصرف می‌کند. یک نکته هم من بگویم، من فرض می‌کنم قبل از انقلاب، حدود سال‌های ۴۷، ۴۸، ۴۹، کارمند بایر بودم، وقتی من برای معرفی دارو به پزشک مراجعه می‌کردم، هم داروی داخل را معرفی می‌کردم و هم داروی وارداتی را. پس هیچ‌وقت به طبیب نمی‌گفتم که این داروی داخل بد است و داروی خارجی خوب است. ما امروز تولید تقریباً تحت لیسانس به جز چند مورد استثنا نداریم. سرمایه‌گذاری خارجی در ایران هم نداریم. پس کسانی که می‌روند برای معرفی دارویشان نزد طبیب و مراکز درمانی، خودشان را به عنوان نمایندگان یک موسسه خارجی معرفی می‌کنند، این رقابت یک زمینه و یک حساسیتی را در مقابل تولید داخل ایجاد کرده است، چون تا زمانی که این رقابت در داخل (مثلاً

ما باید قیمت دارو را باز هم از این مقدار که هست پایین‌تر بیاوریم که من مخالفت کردم در آن جلسه و گفتم که از این تصمیم چیزی گیرتان نمی‌آید. شما این قیمت را حفظ کنید تا یک مدت طولانی و این بازده مناسب اقتصادی یا سود مناسب را صرف سرمایه‌گذاری بکنید و این برای آینده خوب است. حالا این دوره به هر حال با موفقیت پیش رفت. یواش یواش با آزاد شدن شرایط اقتصادی بعد از زمان جنگ، قیمت تمام شده‌ها شروع به بالا رفتن کرد و با بالا رفتن قیمت تمام شده و ثابت ماندن قیمت مصرف‌کننده، تبعاً حاشیه سود شرکت‌ها کم می‌شد. در این‌جا شرکت‌ها ضرورتاً به این فکر افتادند که به چه شکل می‌توانند قیمت تمام شده‌شان را کاهش بدهند. چون از آن طرف هم معمولاً قسمت اعظم قیمت تمام شده (بین ۶۵ تا ۷۵ درصد قیمت تمام شده) را قیمت مواد تشکیل می‌دهد، در نتیجه رفتند دنبال پیدا کردن منابعی که بتوانند مواد اولیه ارزان‌تری را در اختیار ما قرار بدهند و از این به بعد بود که گرایش به سمت کشورهای آسیایی زیاد شد تا با کاهش قیمت تمام شده ما بتوان سود را حفظ کرد. به نظر من، جا افتادن تدریجی این عادت یکی از مفسده‌هایی بود (هرچند که شاید خیلی هم به صراحت نتوان گفت مفسده ولی مطمئناً یکی از مسایلی بود) که یک علامت سؤال به وجود آورد که ما در کیفیت کجا داریم می‌رویم؟ وزارت بهداشت روی آن روالش (قیمت‌گذاری و قیمت‌ها را تحت کنترل داشتن و محدود کردن) ماند و دولت هم در همه ادوار (هم دولت اصلاحات و هم بعدی و قبلی) همه‌شان نتوانستند و نخواستند این اشرافشان را

دهه ۷۰) نبود، هیچ کس بحث کیفیت را به این شدت مطرح نمی کرد ولی امروز این بحث مطرح می شود که داروی تولید داخل کشور ممکن است کیفیت لازم را نداشته باشد. اولاً ما برای رفع این مشکل در تولید باید چه کار کنیم؟ دوماً در ارتباط با انعکاس موضوع به پزشک و مصرف کننده و داروخانه و جلب همکاری های داروسازهای کشور باید چه کار بکنیم؟

ببینید، در مورد کیفیت، من یک قضاوت خیلی عمومی دارم. می گویم اگر قرار باشد داروی تولید داخل کیفیت مناسب را نداشته باشد، باید وضعیت درمان کشور در طول سال های طولانی بعد از انقلاب، خیلی بد شده باشد. جمعیت که رشد سریعی داشته، مقدار تولید هم که افزایش چشمگیری پیدا کرده و سال ها است که به لحاظ کمی حدود بالای ۹۵ درصد داروی مصرفی، تولید داخل است. بنابراین اگر کیفیت داروی داخلی پایین آمده باشد باید مردم از درمانشان نتیجه نگیرند و تبعاً باید عوارض ناشی از عدم معالجه را تحمل کنند. یعنی باید فاجعه اتفاق افتاده باشد، این اتفاق که نیفتاد، یعنی چنین پدیده ای به وجود نیامد. علاوه بر این چون مدتی طولانی مسؤولیت صادرات دارو را در گروه دارویی داشتیم و به کشورهای مختلف آسیایی و آفریقایی رفت و آمد می کردم و برایم مهم بود که علاوه بر افزایش کمی صادرات دارو، از دیدگاه پزشک و داروساز آن کشورها درباره کیفیت دارو اطمینان پیدا کنم. با افتخار می توانم بگویم که از کیفیت داروهای ما اظهار رضایت می کردند و این اظهار نظر را از زبان مصرف کننده نقل می کردند.

← حالا شما در حال حاضر و همین الان، یک

سال است مدیرعامل سینادارو هستید، شما تعداد زیادی قطره های چشمی دارید تولید می کنید، اگر نگوئیم انحصاری، بالای ۹۰ درصد قطره های چشمی مملکت را دارید تولید می کنید و بالای دو سوم اسپری ها را هم دارید تولید می کنید. آیا شما به عنوان یک کار کیفی، حالا ممکن است من قرص سردردی مصرف کنم و سردردم خوب یا بد بشود، ولی شما به عنوان این که گروه متخصصان چشم و گروه متخصص های ریه با شما طرف هستند، آیا شما شکایت خاصی که ناشی از مصرف دارویتان باشد، در ارتباط با محصولاتتان داشته اید؟

برای من خیلی جالب توجه است که سینادارو خیلی مورد اعتماد جامعه تخصصی چشم پزشکی و جامعه متخصصان بیماری های تنفسی و آسم و آلرژی است. من هر از چند گاهی در کارتابلم نامه ای دارم از پزشکان بیمارستان های فوق تخصصی تهران و شهرستان ها که درخواست می کنند تعدادی از داروهایی را که در حال تحقیق است، برای معالجه در مطب در اختیارشان قرار بدهیم. داروهایی که هنوز در حال تحقیق است، یعنی پروانه نگرفته و رسمیت به تمام معنی کلمه ندارد. این نگرش جامعه پزشکی برایم خیلی جالب است، من در شرکت های دیگر این حالت را ندیدم. در شرکت رازک این اعتماد را در مورد داروهای دامی دیدم که باور خیلی زیادی نسبت به آن وجود داشت و از نام فایزر به بعد همین طور این اعتماد و اطمینان حفظ شده بود، در اینجا هم واقعیت این است که من با این مطلب مواجه هستم.

← حالا اگر شما این دارو را دارید به اندازه کافی

تولید می‌کنید و کیفیتش هم مورد قبول جامعه پزشکی هست، آیا صلاح است اجازه داده شود که مشابه این دارو وارد و حتی با قیمت خیلی متفاوت تر ارایه بشود؟

ببینید، من یک بحث سرمایه‌گذاری را کردم، من وقتی که نمی‌توانم عملاً در بازار خارج با همان شرکت‌های مشهور دست و پنجه نرم کنم و آن‌جا رقابت بکنم، طبیعی است که دوست دارم پای آن‌ها هم به داخل کشور باز نشود و اگر کسی هم بخواهد این کار را بکند، من با او مخالفت کنم ولی هم من باید بتوانم در بیرون رقابت کنم، هم دیگران باید بتوانند در داخل با من رقابت کنند. این حالت، با وضعیت درمانی کشور، بیمه‌ای کشور و شرایط اقتصادی ما با بیرون مرزها سازگاری ندارد. وقتی سازگاری ندارد، بله من هم موافق نیستم که اجازه داده بشود که یک شرکت خارجی بیاید و مثلاً این‌جا با من رقابت بکند و قیمتش هم چند برابر باشد. این خیلی ساده است.

← شما از شغل خودتان بیایید بیرون و به فرض بشوید مدیرکل اداره دارو یا معاون غذا و داروی وزارت بهداشت، داروی سینادارو را مراکز درمانی تأیید کرده‌اند و آزمایشگاه‌های کنترل هم تأیید کردند و بعد یک مؤسسه خارجی مشابه این دارو را برمی‌دارد می‌آورد و می‌گوید من می‌خواهم در بازار ایران وارد شوم. آیا وزارت بهداشت باید این اجازه را بدهد یا نباید بدهد؟

من به نظرم همان کاری را می‌کنم که ظرف سال‌های اخیر آقای دکتر شیبانی کرده است. حداکثر به او اجازه می‌دهم آقا تو اگر می‌خواهی بیا در حد ظرفیت در داخل آن برند را تولید و عرضه کن

که در نتیجه آن چرخه تولید بیشتر بچرخد. عرض کردم وقتی که آن طرف امکان حضور نداشته باشد، از این طرف انتظار طبیعی من این است، اصلاً جدا از این که مدیرعامل سینادارو باشم یا نباشم.

← یعنی معتقد هستید که این کار باید مدیریت بشود تا صنعت داخلی مورد حمایت قرار بگیرد.

بله. علاوه بر دقت سختگیرانه‌ای که برای ثبت و صدور دارو به همه کشورها هست و تا مراحل ثبت را طی نکند نمی‌تواند وارد آن کشور بشود، این مشکل در لوازم خانگی ما هم هست، در صنعت غذا هم هست، در صنعت پوشاک هم هست.

← آقای دکتر، ممکن است یک تعدادی از مردم ما یا یک تعدادی از اطباء ما، بگویند وقتی در خیابان‌های تهران مائسین پورشه هست، چرا اجازه نمی‌دهید من داروی فلان موسسه آمریکایی، انگلیسی و یا مثلاً سوئیسی را بردارم بیاورم.

پورشه می‌آید به قیمت می‌فروشد بعد خریدار داخلی هم

← فرض کنیم آن دارو را هم بیاورد و به هر قیمتی بفروشد، آیا صلاح نظام درمانی مملکت ما این هست که اجازه چنین کاری را بدهد؟

بله، این به صلاح هست. ببینید، از این طرف خودروساز ما اگر عرضه‌اش را داشته باشد، بتواند در بازارهای کشورهای دیگر بازاریابی بکند و بتواند بفروشد، ببرد بفروشد، از آن طرف هم اجازه دهیم که این کار در داخل هم صورت بگیرد. پورشه و بی‌امو و لکسوس هم بیاید. ما مشکل مان فقط در دارو نیست. عرض کردم، نظام سیاسی اقتصادی کشور (این دو تا کلمه را هم با هم به کار می‌برم،

یا هر کدام از این‌ها شرایط خاص خودشان را از نظر سیاسی اقتصادی و بهداشتی دارند و تعیین تکلیف می‌کنند که ...

ظاهراً این‌طور است، یعنی آن‌چه که در بازار آمریکا هست، در بازار کشورهای دیگر هم در صورتی که بازاریابی بکنند و بتوانند رقابت بکنند، در صورت ثبت قابل عرضه هست.

← ممکن است باشد. ولی آقای دکتر، ببینید اگر National Policy آن‌ها ایجاب بکند، این اتفاق می‌افتد. سؤال ما این است که آیا الان در خود آمریکا واقعاً این جوری است که اگر یک دارویی در کوبا حتی آزمایش شده و به نتیجه رسیده، این لزوماً باید بیاورد در کشورش چون یک پزشکی می‌خواهد آن را نسخه کند؟ یا یک ضوابطی گذاشته شده که آن تعیین‌کننده است؟ حالا من از کوبا می‌آیم بیرون و می‌روم سوئیس. حتی هند و چین.

← بسیار، در هر صورت ظاهراً ما داریم همین کار را می‌کنیم. یعنی در این‌جا پزشک‌مان یا بخش تخصصی‌مان برمی‌گردد می‌گوید آقا چون این اتفاق افتاده، من باید این را هم بیاورم در داخل نسخه کنم و شما یا موظف هستید که این را ببرید در فهرست دارویی تان و یا حداقل این که شما برای من از طریق تک نسخه‌ای تأمین کنید. من استنباطم از صحبت شما این است که دارویی که در داخل کشور به اندازه کافی وجود دارد، از جهت کیفیت هم مشکلی در موردش وجود ندارد، مثلاً کارهای بالینی آن هم انجام شده و نتایج آزمایش‌های بالینی آن هم نشان می‌دهد که برابر است. آیا باید اجازه ورود مشابه خارجی آن داده

نمی‌گوییم فقط نظام اقتصادی) ما در واقع شرایط را به گونه‌ای محدود کرده که ما عملاً قدرت رقابت در بیرون مرزها را نداریم. به عنوان یک مطلب خیلی ساده، می‌دانید که ما هنوز عضو WTO نشدیم، بعد از سال‌ها که ناظر بودیم و بعد هم ما را از نظارت انداختند و بعد دوباره بعد از سال‌ها تلاش کردیم و دوباره ناظر شدیم، حالا فعلاً ناظر هستیم و باز دوباره کی ما را از نظارت هم بیندازند معلوم نیست. بنابراین عضو WTO نیستیم. وقتی نیستیم، نظام تعرفه بین ما و کشورهای دیگر نمی‌تواند تعرفه حداقلی باشد که بین دو کشور عضو WTO وجود دارد و به این ترتیب ما قابلیت رقابت اقتصادی با کشورها را نداریم مگر کشورهایی که بتوانیم به صورت دوگانه، یعنی به صورت متقابل با هم یک تعرفه‌هایی را توافق بکنیم. به این ترتیب نه حمایت جدی دولت را برای صادرات داریم و نه نظام تعرفه‌ای شرایط قابل رقابتی ایجاد می‌کند. روابط نه چندان متعارف سیاسی هم که کار را مشکل‌تر می‌کند. به این ترتیب دولت چاره‌ای ندارد که با نظام تعرفه‌ای و حتی غیرتعرفه‌ای از تولید داخل اعم از دارو و غیر دارو حمایت کند و جلوی واردات را بگیرد.

← ما دو تا بحث جدا داریم. یک بحث این است که (سؤال از حضورتان) مثلاً ما وارد بازار آمریکا می‌شویم. یک FDA هست، بعد در مقابل به فرض انگلیس هم برای خودش یک سری مقررات و مؤسسات ناظر و بازرسی‌کننده دارد. آیا هر دارویی در انگلیس هست، باید در آمریکا باشد؟ یا بالعکس هر دارویی را FDA تأیید می‌کند، انگلیس هم باید آن دارو را برای خودش بیاورد؟

آشنا شد، فوراً برای بیمار از آن استفاده نکند. یعنی از پروتکل درمانی استفاده کند که منطبق با آن سند ملی باشد. وزارت بهداشت هم همواره باید از آخرین دستاوردهای دارو درمانی اطلاع داشته باشد و در صورتی که با National Policy مغایرت نداشته باشد، از آن استقبال کند.

«ببینید، برای رسیدن به راه‌های منطقی، که بتواند از این مسایل پیشگیری کند، طبیعتاً شما می‌توانید یک نقطه نظراتی داشته باشید، تجربیات و نظراتتان قطعاً می‌تواند با ارزش باشد، چون به این گونه موارد اندیشیده‌اید. بنابراین، فکر می‌کنید که چه راهکارهایی می‌توان انجام داد تا به راه‌های منطقی برسیم؟ یعنی خلاهایمان کجا است، پاشنه آشیل ما در صنعت دارو کجا است؟ فرض بگیرید اگر یک سندیکا به عنوان تولیدکنندگان باید ایفای نقش کند، این را احساس می‌کنید که نقطه ضعف جدی است و روی آن کار نکردیم و یا اصلاً دیر به آن پرداختیم، الان هم که پرداختیم واقعاً آن نقش واقعی خودش را نمی‌تواند ایفا کند. یا بحث مثلاً قانونی کمیسیون، یک زمانی یک اتوریته‌ای داشته که واقعاً می‌توانسته این مسایل را بخواهد و عمل بشود و الان این‌ها مثلاً تضعیف شده و تقسیم شده به بخش‌های مختلف یا یک سری فضاهای دیگری ایجاد شده که این فضاها در حقیقت آن مدیریت را تا حدی تضعیف کرده و بنابراین، شما نمی‌توانید به راحتی آن چیزهایی که فکر می‌کنید درست است و غلط است را به دقت به انجام برسانید. من فکر می‌کنم این‌ها نقاطی است که نظرات شما در مورد آن‌ها می‌تواند به ما کمک کند.

شود؟ همین چند روز پیش نتیجه آزمایش بالینی در مورد دو تا از داروهایمان (یکی قطره چشمی و دیگری هم اسپری تنفسی بود) در بیمارستان بقیه آمد، کاملاً از هر حیث نشان می‌داد که در مقایسه با برندهای اصلی کاملاً یکنواخت است. منظور شما این است که آیا در این حالت داروی رقیب هم باید بیاید در بازار ما یا نه؟

«این سؤال اول است. سؤال دوم این است که آیا هر دارویی در آمریکا هست، ما باید بیاوریم در فهرست دارویی؟

نه. آن دیگر بحث National Policy است و مشخص می‌کند که چه داروهایی باید بیاید و چه دارویی در واقع ضرورت درمان ما است.

«آخر دنبال این قضیه، حضور فوریت و تک نسخه می‌آید وسط که به فرض من طیب، امروز در گزارش علمی یا در کنفرانس رفته‌ام، فلان داروی آمریکایی یا اروپایی یا هر جای دیگر را می‌بینم، احساس می‌کنم مریض من به آن احتیاج دارد، نسخه می‌کنم و می‌فرستم اداره دارو و بعد بقیه مسیری که جنابعالی اطلاع دارید. می‌خواهم ببینم که آیا امروز در آمریکا هم وضع همین‌طور است؟ این وضعیت و انتظاری که طیب ما دارد، آیا یک طیب آمریکایی هم به خودش اجازه می‌دهد که چنین انتظاراتی داشته باشد و تا زمانی که FDA، یک دارویی را تایید نکرده است بیاید این دارو را تجویز کند؟

مطمئناً نه. اولاً National Policy در مورد دارو و درمان باید به وسیله همه دست‌اندرکاران دارو و درمان به عنوان یک سند ملی پذیرفته شود و لازم‌الرعایه باشد و پزشک اگر با داروی جدیدی

ورود؟ گفتیم این نمونه یک شیشه شربت و یک جعبه قرص است پروانه ورود دیگر چیست؟ گفتند نه امکان ندارد شما بدون پروانه ورود بتوانید دارو را ترخیص بکنید، اجازه ترخیص به شما نمی‌دهیم. ما دیدیم بخش دارویی اصلاً خالی ماند. من آن‌جا گفتم داروهای داخل این‌ها را بردارید و اجازه بدهید قوطی خالی را ببریم در غرفه بگذاریم. فقط در همین حد اجازه دادند. ما اجازه نداشتیم یک عدد قرص ببریم. این از اروپا، ما رفتیم یمن برای ثبت دارو و صادرات دارو که در هر صورت اقداماتی را برای صادرات به آن‌جا شروع کرده بودیم. آن‌جا گفتند وقتی می‌خواهی ثبت کنی باید یک تعدادی نمونه از هر دارویی بیاوری. گفتیم داریم می‌رویم با خودمان ببریم. بردیم آن‌جا، گفتند دارو را اجازه نمی‌دهیم، مگر ثبت کرده باشید. گفتیم ثبت ندارد، داریم ثبت می‌کنیم. گفتند نمی‌توانیم اجازه بدهیم. دقت کنید! این نوع برخورد در مورد نمونه‌ای بود که برای وزارت بهداشت کشور برده بودیم. حالا یک نماینده‌ای آن‌جا بود و آمد و خلاصه صحبت کرد و بالاخره با شرایط جهان سومی در مجموع مساله حل شد و نمونه را ما ترخیص کردیم، ولی در روال عادی اجازه چنین کاری داده نمی‌شد.

◀ پروتکل دارد، شما باید آن را طی می‌کردید. موضوع همین نکات است. ببینید آقای دکتر، من فرض می‌کنم، من ثروتمند پول دارم می‌روم بنز و فلان مائسین را می‌خرم ولی در بخش دارو با توجه به آن وابستگی فرهنگی که پیدا می‌شود، آن دیگر من به فرض ثروتمند فرش خانه‌ام را نمی‌فروشم بروم بنز بخرم ولی ممکن است فرش خانه‌ام را بفروشم و بروم فلان دارو را بخرم.

وزارت بهداشت به اعتقاد من به طیف عرضه دارو در کشور (وارداتش، تولیدش، توزیعش) خیلی بیشتر به‌ها داده و پرداخته تا بخش درمان و جهت دهی پروتکل‌های درمانی و هدایت درمان و پزشکی کشور به سمت یک policy که مصالح ملی در آن دیده شده باشد. این قسمت آزاد و رها است، آن بخش کاملاً رویش تسلط وجود دارد. این دو با هم ناسازگاری دارند و گرنه پروتکل‌های درمانی توسط جوامع متخصص، توسط انجمن‌ها با نظارت خوب وزارت بهداشت، اگر مشخص بکند که برای این طیف از بیماری‌ها وجود این داروها ضرورت دارد، به هر حال یک بخش از این داروها تولید داخل است و یک بخش از آن هم تولید داخل نیست و به دلایل اقتصادی یا تکنولوژیک و دانش فنی، در داخل تولید نمی‌شود. بنابراین، باید وارد شود، در حالی که ما می‌بینیم که چنین چیزی نیست. وقتی به این شکل نیست، بنابراین پزشک هم می‌نویسد، وزارت بهداشت را هم یک جوری تحت فشار قرار می‌دهد. بیمار هم برایش نظر پزشک حجت است و آن را می‌گیرد و می‌گوید آقا نجات من در این است و وزارت بهداشت باید به من این فرصت را بدهد که من از این دارو استفاده کنم، حالا از هر جا و از هر راهی که لازم باشد باید آن را به دست بیاورم. در این بخش خوب است دو خاطره از دو کشور غربی و شرقی را یادآوری کنم. به خاطر دارم یک بار برای شرکت در یک نمایشگاه بین‌المللی رفته بودیم اتریش، در غرفه ایران رشته‌های مختلف صنایع حضور داشتند. یک بخش هم دارو بود، در بخش دارو ما یک سری نمونه باید می‌بردیم، نمونه‌هایمان را که بردیم گمرک گفت که پروانه

که توده مردم چند ده میلیونی را، یا نه ما اصلاً قصدمان ...

◀ ولسی می‌گویید، یعنی فلان طبیب که در فلان بیمارستان نشسته می‌گوید که مریض من حق دارد از این امکانات استفاده کند.

این همان صحبتی است که می‌گوییم، Policy در زمینه درمان مشخص نیست دیگر.

◀ کمترین عارضه‌اش آقای دکتر این شده که الان داروساز شما در داروخانه از بیماری که شما از قیافه‌اش هم می‌توانی حس بکنید که این بنده خدا از چه قشر و در چه سطحی است، می‌پرسد که خارجی می‌خواهی یا ایرانی؟ دیگر فاجعه از این بالاتر؟

دختر من در خیابان دادمان شهرک غرب نزدیک خیابان سپهر می‌نشیند. یک داروخانه روبه‌روی خانه‌شان هست. می‌گوید ما هر وقت می‌رویم این‌جا هر چه می‌خواهیم به ما می‌گوید که خارجیش را داریم. این نشان می‌دهد که آن Policy به هم خورده و در حد حرف باقی مانده است. ما اگر مثلاً ۷۵ میلیون جمعیت داریم، توش چند هزار نفر در موقعیت پورشه سواری هستند. اصلاً کاری با این نداشته باشیم. فوقش این است که پزشکش را هم اینجا پیدا نکنند، اصلاً بلند شود برود جای دیگری درمان بکند، کاری به آن نداریم.

◀ از این موضوع بگذریم. ما ده‌ها کارخانه، بعد از دهه اول و آن کارخانجات عظیمی که ساخته شد مثل فارابی، دانا، زهراوی، اکسیر، بعد یک تعدادی کارخانه‌های کوچک ساخته شده و اخیراً دارد هی پا به عرصه می‌گذارد که بعد بازار هم یک مقداری مشکل تقاضا پیدا می‌کند و این‌ها شروع

بنابراین، این‌جا ما یک مقداری باید تفاوت قایل بشویم بین شرایط عرضه کالاهای مختلف. چون ما مشکلی که پیدا می‌کنیم قبل با آقای جمالی صحبت می‌کردیم که آیا باید بگوییم آیا ما هم می‌خواهیم خدمات درمانی را طبقاتی کنیم؟ که بگوییم آقای فلان، خانم فلان، تو بیا برو قطره‌های سینادارو را مصرف کن، ولی آقای فلان، خانم فلان تو برو قطره‌های فلان موسسه خارجی را و چون وابستگی فرهنگی ایجاد می‌کند، به تدریج مصرف آن کالای (دارو) خارجی می‌رود بالا و کالای سینادارو علی‌رغم تمام تأییدیه‌هایی که اخذ کرده، زیر سؤال برود و مورد بحث از سوی مصرف‌کننده، طبیب و مراکز درمانی قرار بگیرد. نکته دیگر این که، شما به عنوان یک لابراتوار تولیدی می‌گویید کالایم قابل قبول است، دلیلی ندارد من تخفیف خاصی به داروخانه بدهم، قیمتم چند برابر باشد و بعدش هم خدانکرده یک کادویی، مسافرتی، برنامه‌ای چیزی برای طبیب در نظر بگیرم یا تنظیم بکنم. مسلماً در درازمدت شما در رقابت جایی برای حضور نخواهی داشت. بعد هم در درازمدت واحدهای تولیدی داخلی آرام آرام و یکی پس از دیگری بازار را دست شرکت‌های خارجی می‌دهند و از صحنه خارج می‌شوند.

ببینید، کسی که پورشه سوار می‌شود، این آدم قاعدتاً درآمد فوق‌العاده بالایی دارد که حداقل یک ویلا هم در دبی دارد و در فلان خانه هم سکونت دارد و در فلان کشور هم امکانات زیستی دارد و رفت و آمد و سفر می‌کند. آیا توجه ما باید به این طیف از افراد جامعه باشد، یعنی این طیف افراد را هم بخواهیم به همان اندازه پشتیبانی بکنیم

در دهه‌های اول و دوم بعد از انقلاب چه جوری می‌دیدید و الان چگونه می‌بینید؟

در دهه اول و دوم بحث موافقت اصولی مطرح بود. یعنی اگر کسی می‌خواست تصمیم بگیرد باید می‌رفت درخواست می‌کرد، بعد یک سری صنایع ممنوعه وجود داشت که آن قدر توسعه پیدا کرده بود که نباید در آن زمینه‌ها سرمایه‌گذاری جدید می‌شد. یعنی یک جور دولت سالاری بوده و دولت تعیین تکلیف می‌کرد و یک سری صنایع هم بودند که می‌توانستند رشد و توسعه پیدا بکنند. در مورد صنعت داروسازی می‌آمد احاله می‌داد به وزارت بهداشت که تو تعیین تکلیف بکن. وزارت بهداشت هم نگاه می‌کرد می‌دید که اگر ۱۰۰ واحد دارو می‌خواهد داشته باشد، حالا مثلاً ۷۰ یا ۸۰ واحد دارو دارد تولید می‌شود، بنابراین، جا دارد که این متقاضی هم بیاید به عنوان گرفتن بخشی از سهم بقیه نیاز کشور. در دو دهه اول عمدتاً به این شکل پیش رفت ولی بعد دیدگاه و Policy وزارت بهداشت این جور تغییر پیدا کرد (وزارت صنایع هم همین طور و اصلاً دولت هم همین طور) که ما چه کار داریم هر کسی می‌خواهد در هر زمینه‌ای فعالیت بکند، بیاید ما کاری نداریم. عملاً در صحنه دارو هم دارد اتفاقی می‌افتد، شبیه به آن چه که در پفک و دستمال کاغذی اتفاق افتاد.

← یعنی شما معتقدید که الان سیاست هدایت و حمایت در بحث سرمایه‌گذاری تقریباً وجود ندارد. بله.

می‌کنند به تخفیف دادن و بعد شروع می‌کنند به ساختن تولیدات مشابه که مثلاً یک کالایی مثل آتورواستاتین در حدود بیست تولیدکننده دارد یا اومپرازول پانزده تولیدکننده دارد و غیره. باید چه کار کرد؟ اداره دارو هم از طرف دیگر می‌گوید که من نمی‌توانم برای کسی انحصار ایجاد کنم، هر کسی که می‌آید من باید اجازه بدهم و عوامل عرضه و تقاضا خودشان به تعادل می‌رسند. چه کار باید کرد که ما به تخریب بیشترین صنعت و عوارض ناشی از این قضیه مبتلا نشویم؟

من فکر می‌کنم که به سرمایه‌گذار فقط باید اطلاعات داد. اگر منابعی را در اختیار داشته باشد که اطلاعات مورد نیازش را دریافت بکند و تصمیمش را بگیرد حالا برای این که بازار اشباع از دارو باشد و این بخواهد در حالت اشباع بازار هم باز به تولید رو بیاورد، نمی‌شود جلویش را گرفت و نباید جلویش را گرفت. منتها باید این توجه را به او داد که آقا تو می‌خواهی تصمیم بگیری باشد، مراجعه کنید مثلاً به سندیکا و اطلاعات لازم را از سندیکا بگیرید، بدانید و با آگاهی بروید تصمیم تان را بگیرید.

← یعنی شما در واقع معتقدید که مدیریت کلان جامعه در این حوزه، باید خودش با اعلام صحیح اطلاعات و نیازهای آینده کشور، هدایت کند سرمایه‌گذاری‌ها را به سمتی که در حقیقت هم پیشگیری کند از این موارد، هم آن بخشی از خلاء را پر کند که در حقیقت نیاز واقعی جامعه است. بله دقیقاً.

← حالا همین نکته خیلی ظریف و مهم، این را شما