

بررسی دارو توسط فرهنگستان علوم پزشکی در مصاحبه با دکتر محمدرضا شانه‌ساز

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 محمدرضا شانه‌ساز از جمله داروسازانی است که در این رابطه مصاحبه‌ای انجام داده‌اند. در این قسمت مصاحبه فرهنگستان با ایشان را مرور می‌کنیم.

← اداری که داشتید، به حضور شما رسیدیم که نقطه نظرات شما را جویا شویم.

آخر این که زیره به کرمان بردن است، این که من خدمت شما بگویم که دیگر لطفی ندارد، شما خودتان استاد هستید.

← آقای دکتر، خیلی ممنون. خواهش می‌کنم قبل

← آقای دکتر، همان‌گونه که استحضار دارید، فرهنگستان علوم پزشکی دو طرح پژوهشی (یکی مستندسازی نظام دارویی و دیگری واردات دارو از سال ۵۵ تا ۹۰) را در دست انجام دارد. با توجه به مسؤلیتی که در حال حاضر دارید و کارهایی که قبلاً انجام داده‌اید و مسؤلیت‌های اجتماعی و

از شروع، مختصراً خودتان را معرفی بفرمایید.

بسم... الرحمن الرحيم. خدمت شما و بقیه اساتید واقعاً بدون تعارف عرض می‌کنم که زیره به کرمان بردن است، اما اگر بخواهم از خودم شروع کنم، بنده ورودی ۱۳۶۵ دانشکده داروسازی اصفهان و فارغ‌التحصیل ۱۳۷۲ هستم و از همان موقع در بخش‌های مختلف اشتغال داشته‌ام. ابتدا از کمیته تجویر مصرف منطقی دارو (البته آن موقع اسمش کمیته بررسی نسخ بود) شروع به کار کردم که آن زمان آقای دکتر جمشیدی رئیس دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بنده را منصوب کردند تا پیگیر راه‌اندازی کمیته‌های تجویر مصرف منطقی دارو باشم. الحمدلله راه افتاد و خدا را شکر که پیوسته تا امسال یکی از فعال‌ترین کمیته‌های کشوری بود. البته، ناگفته نماند که من فقط همان دو، سه سال اول آن‌جا بودم. بعد از آن به‌عنوان مدیر دارویی دانشگاه فعالیت می‌کردم و از سال ۷۶ تا ۸۱ به‌عنوان معاون غذا و دارو دانشگاه مشغول بودم و از سال ۸۱ تا ۸۴ در یک مقطعی از سیستم اداری منفک بودم و دوباره از سال ۸۴ تا ۸۷ معاون غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی اصفهان شدم. از سال ۸۷ تا ۸۸ هم معاون پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و از سال ۸۸ هم که اول به‌عنوان مدیرکل دارو و بعد که دیگر سازمان تشکیل شد، مدیرکل در واقع تغییر ماهیت داد و یک رفورم شد به معاون دارویی سازمان غذا و دارو. ضمناً از همان سال ۱۳۷۲ هم در انجمن داروسازان به‌عنوان دبیر انجمن داروسازان اصفهان فعال بودم. در نظام پزشکی، همیشه حضور داشتیم تا امسال که حالا دیگر البته، امسال دیگر چون تهران هستم و به

لحاظ مشغله فوق‌العاده، دیگر برای انتخابات و عضویت در هیات مدیره انجمن داروسازان ایران ثبت نام نکردم. در این ۴ - ۳ سال اخیر هم که باز تشکیلات انجمن تغییر کرد، در خدمت شما انجام وظیفه می‌کردم و درس پس می‌دادم. در دوره قبل نظام پزشکی هم عضو هیات رئیسه مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی کشور بودم و هنوز هم به‌عنوان عضو مجمع هستم. این از سوابق اجرایی و اداری که حسب‌الامر شما خدمتان عرض کردم. **آقای دکتر، سال‌های اول انقلاب، یک سری تصمیماتی تحت نام نظام نوین دارویی مانند تبدیل نام برند به ژنریک، توزیع متمرکز و سراسری، واردات متمرکز توسط ۳ مؤسسه دولتی یا عمومی، تملک کارخانجات چندملیتی گرفته شد. می‌خواهیم نظر شما را با توجه به مسئولیت و کارهایی که دارید انجام می‌دهید بدانیم که آیا واردات آن موقع که توسط صدها شرکت انجام می‌شد، تبدیل شد به مجاز بودن فقط ۳ شرکت (شرکت سهامی دارویی کشور، داروپخش و کمی هم هلال‌احمر و مقدار ناچیزی هم شرکت کی‌بی‌سی) برای واردات دارو. آیا این تصمیم وفق مقررات بوده، نقاط ضعف و قوتش چیست و آیا این تصمیم با توجه به شرایط زمانی و به‌خاطر جنگ و تحریم و انقلاب و یا اصولاً احتیاج مملکت به این طرح بوده است؟**

به هر حال ما اگر به موفقیت‌هایی که در دارو اتفاق افتاده نگاه بکنیم، به‌طور قطع و یقین به این نکته خواهیم رسید که بخش اعظم تصمیمات، درست بوده و شاید ما کمتر بتوانیم صنعت استراتژیک و صنعت Knowledge Base (دانش

محوری) را مثل دارو نام ببریم که در کشور در زمینه خودکفایی توانسته است موفق عمل کند و واقعاً بخش‌های عمده‌ای از نیاز مملکت را پوشش داده و کاور کرده است و با این سیاست‌هایی که به هر حال در زمان‌های مختلف اعمال شده است، من مطمئن هستم که باز هم می‌تواند حرف‌های زیادی را در داروسازی (اعم از بخش نیازهای داخلی و هم نیازهای بین‌المللی و منطقه‌ای) بزند. به هر حال ما قبل از انقلاب واقعاً زیر ۲۵ درصد نیاز کشور را در داخل (آن هم عمدتاً توسط شرکت‌های چندملیتی) در داخل تولید می‌کردیم و الان دست یافتن به عدد بالای ۹۵ درصد نشان می‌دهد که کار و زحمت زیادی کشیده شده و برنامه‌ریزی‌های خوبی خصوصاً در مقطعی مثل جنگ به انجام رسیده است. من یادم هست که در سال ۶۶ و ۶۷ یک بازدید از چند تا از کارخانه‌های داروسازی داشتیم، دیدیم که نه فقط مدیران عامل که حالا به نوعی منصوب بودند، واقعاً خود کارکنان و کارشناسان حوزه‌های تخصصی که الان عده زیادی از آن‌ها یا بازنشسته شده‌اند یا الان در صنعت نیستند یا حتی خیلی از آن‌ها حتی در قید حیات نیستند که امیدوارم خدا رحمتشان کند، واقعاً به اتفاق می‌گفتند که خارجی‌ها فکر نمی‌کردند ما بعد از انقلاب بتوانیم در زمینه دارو روی پای خودمان بایستیم و مطمئن بودند هر جا ما مقاومت بکنیم، اما در زمینه دارو نمی‌توانیم و باید برویم دستمان را به هر حال به طرف دشمن دراز بکنیم ولی این اتفاق الحمدالله نیفتاد و کارهای خیلی خوبی انجام شد. جنگ با آن چالش‌های عظیم، نبود ارز، به هر حال حال اداره شد و این نشان می‌دهد که به هر حال

محدود کردن داروها خصوصاً در آن مقطع، از جمله تصمیمات علمی و درست بوده است.

الان هم ما دوباره داریم به موقعیتی مشابه شرایط آن موقع نزدیک می‌شویم که اگر قرار باشد بتوانیم پاسخگوی نیازهای دارویی مردم باشیم. باز هم باید به توزیع متمرکز به عنوان یک افتخار نگاه کنیم. مستحضر هستید که خیلی از کشورها می‌خواستند با همین توزیع متمرکز که از پایتخت (بغل گوش کارخانه) تا دورترین نقاط مرزی، دارو را به قیمت یکسان ببرند و در یک شرایط استاندارد و شرایط متعارف و تأیید شده‌ای در فارماکوپه‌های دارویی توزیع بکنند، نتوانستند. در حالی که ما این موفقیت را هم در سال‌های بعد از انقلاب داشتیم. به عقیده بنده بحث واردات متمرکز در آن سال‌ها که قطعاً درست بوده، الان هم بخش عمده‌ای از آن واقعاً می‌تواند به عنوان یکی از مواردی باشد که Induced demand تلقی و در واقع توزیع غیرمنطقی را به دنبال داشته باشد. چون بالاخره عرض کردم که من از ابتدای ورودم به عنوان عضو کمیته تجویز و مصرف منطقی دارو وارد سیستم شدم. برای همین واقعاً معتقدم که به هر حال ما الان باید برنامه‌ریزی داشته باشیم که دارو با این سبک استفاده، کشور را با مشکلات عدیده‌ای مواجه کرده است.

من الان در موبایلم دارم که می‌توانم به شما نشان بدهم و حتی اگر بخواهید تقدیمتان می‌کنم تا ببینید که مردم می‌آیند اینجا چقدر گرفتار هستند و به خاطر پول دارویشان (که حالا چند سالی هست که یک بودجه‌ای تأمین شده) تا چه حد با مشکل مواجه هستند. یک فردی (کارگر آرایشگاه) دارم که فکر می‌کنم این مثال خودش

و قوتی دارد. ما از این مسأله، البته، هیچ کشوری نمی‌تواند ادعا بکند که همه داروهایی را که تولید می‌کند، بهترین کیفیت را در میان داروهای دنیا دارد. هیچ‌کس، حتی خود آمریکا، سوئیس و غیره نمی‌تواند چنین ادعایی بکند و ما این واقعیت را داریم که بسیاری از داروهای تولید داخلمان، کیفیت مناسب را ندارند. الان وارداتمان هم چند دسته است. یک دسته آن‌هایی هستند که اصلاً مشابه تولید داخل ندارند، شاید داروی حیاتی هم باشند، مثل فاکتورهای خونی که حالا آن هم باز در بخش مالکیت که فرمودید، من عرض می‌کنم که ما در این قسمت هم اگر یک مقدار باز فکر بکنیم، همان‌ها را هم می‌توانیم در داخل تولید بکنیم. شاید واقعاً بخش مالکیت دولتی مهم‌ترین عامل وابستگی ما در خیلی از اقلام حیاتی و حساس باشد! به هر حال، ما خیلی از داروها را یا در داخل تولید نمی‌کنیم یا به میزان کافی تولید نمی‌کنیم و یا به‌گونه‌ای تولید می‌کنیم که کیفیت مناسب را ندارند. به هر حال ما داریم PMC انجام می‌دهیم، می‌بینیم، بعضی از داروهای تولیدی ما انصافاً از آن عنایتی که تولیدکننده باید نسبت به آن‌ها داشته باشد، برخوردار نیستند. برای همین وجود رقابت خارجی به صورت محدود می‌تواند انگیزه رقابت را در تولیدکننده داخلی ما ایجاد بکند ولی آن هم باید کاملاً حساب شده و کنترل شده باشد. یعنی ما روی بحث کیفیت دارو، توجه ویژه داریم. اگر یک دارویی واقعاً بتواند رقابتی بکند، باید شرایطی فراهم کنیم که کشور از نتایج مطلوب این رقابت محروم نشود. بنابراین، اگر امکان ورود برند اصلی به کشور وجود ندارد، می‌توان با تولید تحت لیسانس

گویای خیلی از مسایل که ما در واردات با آن‌ها مواجهیم باشد. آیا باز کردن واردات به این میزان درست بوده یا خیر؟ من مطمئنم این تصمیمات و اتخاذ این سیاست‌های اخیر کار درستی نبوده و ما الان با یک Induced Demand وحشتناک مواجه هستیم. به هر حال الان شرکت‌ها و کمپانی‌های مختلف دارند می‌روند، تبلیغاتی می‌کنند و علی‌رغم این که واقعاً بیمار توان مالی برای پوشش دادن به پول دارو را ندارد، پزشک اصرار می‌کند که باید بروی و به هر حال داروی خارجی را بگیری و مصرف کنی! من یک نمونه‌اش را نشان می‌دهم می‌آید اینجا، ما پولی می‌دهیم می‌گوییم برو همین داروی ایرانی‌اش هست، حتی باور کنید من از جیبم داروی ایرانی درآوردم و گفتم ببین من خودم هم دارم داروی ایرانی می‌خورم، اگر داروی ایرانی مشکل داشت، خود من مصرف نمی‌کردم. داروی ایرانی مصرف شده و در حال مصرف توسط خودم را نشان می‌دهم و می‌گویم ببین من خودم دارم این داروی ایرانی را مصرف می‌کنم. می‌گوید که نه. پزشکم اصرار کرده که حتماً باید خارجی‌اش را مصرف بکنی و من هم پدرم دارد می‌میرد و اگر خارجی نگیرم بعد می‌گویند به‌خاطر پولش نرفتی آن را تهیه کنی. یعنی این‌ها واقعاً اتفاق‌هایی بود که به‌خاطر خارج از ضابطه شدن واردات دارو رخ داد و بسیاری از مشکلات فعلی را آفرید.

◀ آقای دکتر، به هر صورت در هر شرایط مقداری از این مصرف مملکت، وارداتی خواهد بود. خوب آیا صلاح است که ما برای این مقدار مصرف تعرفه قابل بشویم یا خیر؟

ببینید، تولید داخلی ما به هر حال یک نقاط ضعف

یک داروی مشابه آن که برند اصلی نیست اما از کیفیت مطلوب و مورد تأیید سازمان‌های ذی‌ربط برخوردار است، از بروز خلأ در کشور پیشگیری کرد. **← آقای دکتر، وزارت بهداشت یک قدرت قانونی به نام کمیسیون ماده ۲۰ دارد. آیا خارج از این کمیسیون، محدودیت قانونی برای واردات دارو وجود دارد؟** ببینید، ما فرض می‌کنیم یک تعدادی دارو را در داخل یا نمی‌سازیم یا امکان ساختش را نداریم، خوب این باید وارد بشود. یک تعدادی دارو هست که به هر صورت کیفیت آن‌ها مورد سؤال است یا مقدار تولید داخلی آن‌ها کمتر از آن میزانی است که بتواند عرضه و تقاضا را تنظیم بکند، بنابراین، باید نسبت به واردات آن‌ها اقدام بشود. سؤال اصلی این است که اولاً چرا اداره دارو به خودش اجازه می‌دهد که به مؤسسه‌ای مجوز تولید دارویی را بدهد که بی کیفیت است یا از کیفیت استاندارد برخوردار نیست؟ چون بالاخره یک درصدی از مردم این دارو را دارند مصرف می‌کنند. اگر این شرایط به خاطر منافع بیمه یا ضعف سیاست‌گذاری‌های وزارتخانه دارد تحقیق می‌یابد، پس این موضوع مطرح می‌شود که اصولاً چرا باید به مؤسسه‌ای که استانداردهای لازم را ندارد اجازه تولید دارویی را بدهیم که مورد قبول نیست و بعد موازی با آن مجبور شویم داروی مشابه آن را وارد کنیم؟ و اصولاً حجم این‌ها چقدر است؟

این را خود شما کاملاً مستحضر هستید که به هر حال استانداردها همیشه کف را تعیین می‌کنند. خیلی از داروها هستند که این‌ها استاندارد خروج و Release در بازار را کسب می‌کنند، می‌توانند

وارد بازار بشوند اما وقتی می‌آیند به هر حال با انتظارات جامعه پزشکی و بیمار مواجه می‌شوند. حالا عمده‌تاً شاید بیمار کمتر بتواند در قضیه دارو رأساً اعمال نظری بکند مگر یک سری مسکن‌ها که خیلی زود می‌تواند در مورد آن‌ها قضاوتی داشته باشد ولی به صورت اصولی به هر حال خیلی از این داروها می‌آیند و در بازار حضور هم دارند و حتی خیلی‌هایشان در PMS که ما انجام می‌دهیم، مشکل خاصی از بُعد استانداردهای ما، حتی استانداردهای فارماکوپه‌ای هم ندارند ولی در اثربخشی و یا حتی پذیرش روانی بیمار شرایط مناسبی را اعمال نمی‌کنند. بالاخره مردم انتظاراتی دارند. حالا از آن بحث قیمت دارو که یک بحث کاملاً کلیدی در این داستان است که حتماً راجع به آن صحبت می‌شود بگذریم، به هر حال ما به لحاظ ایجاد رقابت به صورت محدود، ناگزیریم که اجازه بدهیم تا داروی خارجی بیاید و در کنار داروی ایرانی در بعضی از اقلام که ما مشکل داریم حضور پیدا بکند اما این که در سال‌های اخیر در این مورد افراط شده یا نه، متأسفانه باید بگویم که قطعاً این اتفاق افتاده است.

← آقای دکتر، ما اتفاقاً بحث اصلی‌مان همین است. ببینید، اگر ما بپذیریم که طرح ژنریک به عنوان یک نظام جدید دارویی در کشور حدود ۳۲ - ۳۱ سال پیش مطرح شد و ما حداقل ۳۰ سال این را تجربه کرده‌ایم و ابعاد مختلف آن طرح که در واقع همه این‌ها را پیش‌بینی کرده بود و ما امروز نباید دچار این شرایط می‌شدیم اعم از همین ضعف کیفیت بعضی از اقلام یا ضرورت واردات بعضی از داروها یا برآورده کردن

به مسؤولان که آن موقع تشریف داشتند بی‌حرمتی بکنم) بی‌محبا رفتیم جلو. یک مرتبه (ظرف یکی دو سال) از یک بازار کاملاً تعریف شده و حساب شده، به یک بازار کاملاً آزاد جهش کردیم و این با توجه به این که بالاخره آزادسازی هم خودش یک پکیج است و یک الزاماتی داشت و یک نیازهایی را طلب می‌کرد، ما در این قضیه بی‌محبا پیش رفتیم. مصداق آن هم همین شرکت‌های توزیع است. ما تا شرکت توزیع دارو در کشور داشتیم که به هر حال پوشش می‌داد، به یک جایی رسیده بودیم در این سال‌های ابتدایی دهه ۷۰ که این‌ها برای مملکت، برای سیستم دارویی‌اش این ۶ تا شرکت تعیین تکلیف می‌کردند، یعنی با همه آن مزایایی که داشتند، هر سیاستی را می‌آمد آن موقع معاونت غذا و دارو یا وزارتخانه یا حتی سازمان‌های دولتی دیگر می‌خواستند اعمال بکنند برای تغییر، اگر مطابق سیاست‌های این ۶ تا شرکت بود عمل می‌شد، اگر نه نمی‌شد. آمدند این را open کردند. مثالی که می‌خواهم بزنم در جهت این است، گفتند هر کس با هر شرایطی بیايد تقاضای پخش بدهد، ما به او مجوز می‌دهیم. در حالی که اگر ما همان موقع این استاندارد را برایش تعریف می‌کردیم و می‌گفتیم مثلاً انبار باید به این شکل باشد، شعب استانی باید به این شکل باشند، ممکن بود این ۶ تا مثلاً بشوند ۱۲ تا یا ۱۵ تا.

← آقای دکتر، در واردات هم ظاهراً همین کار را کردیم.

بله، در واردات هم همین کار را کردیم. در تولید هم همین کار را کردیم.

← آقای دکتر، حالا اتفاقاً ما دقیقاً سؤالمان همین

خواسته جامعه پزشکی و غیره. اگر این اتفاق افتاده، الان از نظر شما که واقعاً درگیر این کار هم بودید، همین الان هم مسؤولیت دارید، علت بروز مشکلات فعلی فاصله گرفتن از آن طرح ژنریک بوده یا این که این مشکلات حاصل نقاط ضعف خود طرح ژنریک بوده و باید از یک زمانی به این شرایط می‌پرداخته‌ایم و چون این اقدام صورت نگرفته با این مشکلات مواجهیم؟

البته، به نظر من سیستم ژنریک پویایی کافی را دارد ولی در این بحث که به لحاظ این که قیمت یکسان می‌دهد و در واقع، یک قیمت برابری را به همه محصولات با نام یکسان می‌دهد، صرف‌نظر از نام کمپانی، این یکی از چالش‌های طرح ژنریک است و در کشورهای مختلف هم اگر نگاه بکنیم، می‌بینیم که الان در خیلی از کشورهایی که سیستم ژنریک بوده، این‌ها به لحاظ این که بتوانند از مزایای رقابت در کیفیت، در تنوع محصول، در گرفتن سهم بیشتری از بازار منطقه و دنیا برخوردار بشوند، به نوعی اصلاحات روی آورده‌اند. ببینید اگر بخواهم نکته آخر را الان اشاره کنم باید بگویم که ما نمی‌توانیم بگوییم فقط و ۱۰۰ درصد ژنریک و نمی‌توانیم بگوییم ۱۰۰ درصد سیستم برند. اگر بخواهیم این گونه بیندیشیم، به نظرم به بیراهه رفته‌ایم.

← آقای دکتر، یعنی شما نظرتان این است که باید در حقیقت یک بازنگری روی نظام دارویی‌مان می‌کردیم و می‌رسیدیم به یک شرایط جدیدتر، جامع‌تر و کامل‌تر؟

دقیقاً. به نظر من در آن مقطعی که ما می‌خواستیم ژنریک را کنار بگذاریم، یک مقدار (البته نمی‌خواهم

است. شما که کاملاً درگیر هستید به نظر شما این اتفاق از کجا افتاد؟ یعنی جامعه پزشکی این را تحمیل کرد؟ خود وزارت بهداشت احساس کرد که باید این اتفاق بیفتد؟ صنعت این را دیکته کرد؟ یا حتی شاید به علت این که اصلاً چون متناسب با آن طرح ژنریک قوانین و مقررات و ضوابط لازم را تنظیم نکردیم، این سوراخ‌ها به وجود آمدند تا این اتفاق بیفتد یا انجمن داروسازان چنین خواسته‌ای داشت؟ این مشکل از کجا به وجود آمد؟ یا اصلاً بحث سرمایه‌گذاری و رشد و توسعه اقتصادی و این گونه مباحث در حقیقت یک در باغ سبزی نشان دادند تا ما بی‌محابا این کار را کردیم؟ ما می‌خواهیم ببینیم شما روی این موضوع آسیب‌شناسی داشتید تا مشخص شود که این مشکل از کجا به وجود آمد؟

دقیقاً همین‌طور است. اتفاقاً همین قوانینی که فرمودید مجموعه‌ای از عوامل را در دل خود دارد. بعضی از ضوابط منطقی بود و بعضی از آن‌ها غیرمنطقی و بیشتر سلیقه مدیران بود. من حالا باز هم اگر بخواهم خدمت شما مثال عرض کنم، باید به یک واقعیتی که در هر صورت با آن مواجه بودیم اشاره کنم. ببینید به هر حال ما به عنوان نظام نوپایی که می‌خواستیم خودمان خیلی از مسایلمان را Handle بکنیم، با توجه به این که در موقعیتی بودیم که حتی قوانین ما هم قوانینی بود که از خارج نشأت گرفته و عمدتاً مواردی بود که ما ترجمه کرده بودیم و در سیستم مدیریت همه‌جا مستشارهای خارجی به صورت مستقیم و غیرمستقیم حضور داشتند و خط و ربط‌های لازم را می‌دادند. در چنین شرایطی ما آمدم اولین اقدام

مهم بعد از استقرار جمهوری اسلامی را انجام دادیم، نوشتن یک قانون اساسی که با این که در این کار از نخبگان و تجارب مختلف استفاده کردیم. به جایی رسید که ظرف مدت کمتر از ۱۰ سال به این نتیجه رسیدیم که باید این قانون اساسی را یک بازنگری بکنیم. در سیستم دارو هم این الزام و ضرورت احساس می‌شد، ولی به نظر می‌آید که در تغییرات و بازنگری آن خیلی علمی عمل نکردیم. طرح ژنریک به هر حال یک تجربه‌ای بود در کشور که مدیران مؤمن و واقعاً ملی و پایبند به ارزش‌های ملی، مذهبی و اسلامی‌مان آن را نوشته بودند. شکی نیست که یک تجربه عمدتاً وطنی و ایرانیزه شده بود، اما باید بعد از مدتی یک تغییراتی درون آن داده می‌شد. اتفاقی که افتاد این بود که در ابتدای دهه ۷۰ (بعد از جنگ) که وضع اقتصادی مردم داشت بهتر می‌شد و درآمدها بالا رفته بود، انتظارات هم بالا می‌رفت که یک تبعات و عواقبی هم داشت که شاید بتوان گفت به جای این که ما یک تغییر با حساب و کتاب در رویکردهایمان داشته باشیم، متأسفانه گرفتار تصمیمات سلیقه‌ای مدیران شدیم. مثلاً یک واژه‌ای تحت عنوان بحث آزادسازی سر زبان‌ها افتاده و جزو تکالیف قانونی و برنامه‌های ما شده بود ولی این که چطوری این بحث آزادسازی مدیریت بشود که این خیلی مهم بود، متأسفانه، در این بخش از امور، خیلی از مدیران ما بی‌محابا آمدند تصمیماتی را اتخاذ کردند و همان‌طور که عرض کردم مثلاً در توزیع، در واردات حتی در تولید تغییرات بدون مطالعه‌ای را ایجاد کردند. مثلاً ما آمدم در مورد یک سری اقلامی که واقعاً این‌ها گردش خوبی داشتند، ۳۰ تا ۴۰ مجوز تولید

یعنی این که یک دفعه ۲۵، ۲۶ تا پروانه برای یک دارو صادر شود، باعث می‌شد که کارخانه برای این که داروهای جدید وارداتی را تولید بکند و آن خطر را بپذیرد، انگیزه‌اش را از دست بدهد.

◀ آقای دکتر، شما می‌فرمایید که تعداد کارخانه‌های داروسازی کشور حالا حدود ۱۰۰ تا شاید هم کمی بیشتر است، بعضی از اقلام دارویی هم که دارند تولید می‌شوند، ۱۵ تا ۲۰ تولیدکننده دارند. آیا با توجه به شرایط روز دنیا از نظر کیفی و صدور دستورالعمل‌ها و مقررات جدید، فکر می‌کنید که این شرکت‌ها بتوانند به بقای خودشان ادامه بدهند؟ آیا هر کارخانه‌ای حق دارد هر محصولی را تولید و به بازار عرضه کند؟ نه، این منطقی نیست. این واقعاً همان بحثی است که الان وجود دارد. چون همه کارخانه‌ها دارند روی یک‌سری محصولات که مثلاً ۲۰ قلم، ۳۰ قلم، ۵۰ قلم دارو که در ردیف اول قرار دارند فوکوس می‌کنند و همین باعث می‌شود که به هر حال ما در بخش واردات نتوانیم رقابت اثرگذار داشته باشیم. در صورتی که محدودیتی که الان دارد در یک حدی اعمال می‌شود (محدود به حداکثر ۸ تا پروانه برای هر دارو شده است) خیلی از کارخانه‌ها الان انگیزه پیدا کرده‌اند.

◀ آقای دکتر، آیا این محدودیت ۸ تا پروانه در مورد پروانه‌های موجود هم قابل تسری است؟

در مورد پروانه‌های موجود مثلاً در پایان مدت اعتبار، آن‌ها را تمدید نمی‌کنند. نه، شاید حتی نتوانیم تمدید هم نکنیم.

◀ آقای دکتر، خوب همین، ببینید در مورد همان‌هایی که همین الان تعدادشان بیشتر از

هم دادیم. یک الزام دیگر که حالا باز می‌خواهم بگویم، خیلی از این الزامات، درست بودند که ما می‌توانستیم متناسب با آن‌ها بهتر تصمیم‌گیری کنیم، اما چنین نکردیم. مثلاً بحث قاچاق و تقلب، خصوصاً در حوزه مکمل‌ها که از اواخر دهه ۷۰ زیاد شد، در شرایطی مرتباً اوج می‌گرفت که بسیاری از افراد شرکت‌های واردکننده مکرراً به داروخانه‌ها مراجعه و به صورت رسمی سفارش می‌گرفتند. ما می‌توانستیم مجوز با حساب و کتاب‌تری به مکمل‌ها بدهیم تا کنترل شده وارد کشور بشوند. ما با این برنامه می‌توانستیم واقعاً استراتژی داشته باشیم. ما بازارمان در منطقه حداقل، کاملاً Unique است. یعنی بازار ما از تمام منطقه خلیج فارس بزرگ‌تر است. با این که ما خودمان می‌گوییم کنترل کردیم، اما بازار ما به لحاظ پایین بودن قیمت، شاید از نظر ریالی یک مقدار کوچک باشد ولی از نظر عددی بازار خیلی بزرگی است. البته، می‌دانید که این هم یکی از مزیت‌های تولید ما بود که توانسته‌ایم قیمت داخل کشور را کنترل بکنیم. این کار حتی در مورد نمونه‌های خارجی که وارد کشورمان می‌شود هم تأثیر خود را داشت. ما آمدیم به محصولات داخلی‌مان به تعداد بیش از حد پروانه دادیم، یعنی هیچ محدودیتی قابل نشدیم و اصل هم بر این بود که ما قانوناً نمی‌توانیم محدودیت ایجاد بکنیم، حال این که کمیسیون ماده ۲۰ واقعاً می‌توانست این سیاست‌گذاری را بکند، کما این که الان در این ۳-۴ سال اخیر این کار را انجام داد و هیچ کس هم معترض نشد، اگر هم کسی رفت گله و شکایتی کرد، هرجایی که لازم بود، رفتیم و پاسخ دادیم. به هر حال، این‌گونه تصمیم‌گیری‌ها

۸ تا است، وقتی ما با آقای دکتر شیبانی صحبت می‌کردیم، ایشان می‌گفتند که ما سعی می‌کنیم در تمدید این محدودیت را رعایت کنیم.

این سعی کردن است، یعنی ما استانداردهایمان را بالا می‌بریم.

← آقای دکتر، دقیقاً ما حرفمان همین است، ببینید یک موقع هست که شما این را به‌عنوان یک اهرم مثل تعرفه یا هر اهرم دیگری استفاده می‌کنید تا سطح استانداردهایتان را ارتقاء بدهید و هیچ کس هم نمی‌تواند به این ایراد بگیرد. یک موقع هست که شما فقط یک فوری می‌گذارید که در حقیقت شرایط اقتصادی شرکت‌ها را در نظر بگیرید. به نظر ما اتفاقی که طی این سال‌ها افتاده است، همیشه همین بوده است. به جای این که وزارت بهداشت به آن وظیفه اصلی خود بچسبد که هیچ کس هم نمی‌تواند به آن ایراد بگیرد یا حتی دخالت کند که همان بحث کیفیت است، ما هی آمده‌ایم تحت عنوان دلسوزی نسبت به صنعت، دلسوزی نسبت به تجارت، دلسوزی نسبت به فلان حوزه دیگر، سایر مسائل را در اولویت قرار داده‌ایم. در صورتی که آن‌ها وظایف یک جاهای دیگری بوده است و اتفاقاً ما بعد سر همین موارد هم ضربه خورده‌ایم. یعنی وزارت بهداشت درست در همین بزنگاه‌ها پاسخگو نبوده است. به عبارت دیگر، مسؤولان وزارت بهداشت به مسؤولان حوزه‌های دیگر گفته‌اند مثلاً مشکل اقتصادی است، شما بیایید آن را حل کنید. ما بحثمان این است که می‌گوییم این تفکر یک جایی باید نهادینه بشود که یک بخشی از آن در گرو قوانین و مقررات و یک بخش مهم

آن هم در گرو پابندی به آن قوانین و مقررات است. ما ظاهراً در بخش قوانین و مقررات هنوز جدی وارد نشده‌ایم یعنی باز هم الان شما وقتی که به این جاها می‌رسید، قطعاً هم شما و هم بقیه عزیزان می‌فرمایید که کمیسیون، در صورتی که کمیسیون تا زمانی که این جوری بخواهد برود جلو، باز هم سلیقه‌ای خواهد بود. ولی اگر ضوابط چنین موضوع‌های مهمی مدون بشود و اصل هم بر رعایت جدی آن‌ها باشد، شاید امیدی به بهبود شرایط وجود داشته باشد. حالا سؤال ما این است که آیا به نظر شما شرایط به‌گونه‌ای هست که به این سمت برویم تا این موارد را نهادینه کنیم؟

ببینید اتفاقاً برای نیل به همین هدفی که فرمودید ما واقعاً برنامه‌ریزی داشتیم، در این وضعیت از ابتدای سال ۸۹، مرتب با مدیران شرکت‌ها جلسه گذاشتیم و گفتیم طی ۱۰، ۱۵ سال اخیر متأسفانه با صنایع پیشرفته دنیا فاصله زیادی پیدا کرده‌ایم که موجب شده است به رغم موفقیت‌های ارزشمندی که در تولید دارو داشته‌ایم، به‌خاطر مسایل مختلف رشد واردات خیلی بیشتر از رشد تولید داخل بوده است. متأسفانه، حالا یک بخشی از آن به‌خاطر سیاست‌های غیرکارشناسی (بگویم سلیقه‌ای) بوده است که واردات نسبت به تولید حدود ۳۰ برابر رشد داشته است. یعنی خود قدر مطلقش ۳۰ برابر بالا رفته است. این واقعاً نشان می‌دهد که یک بخشی از این می‌تواند به‌خاطر سیاست‌گذاری‌ها باشد، یک بخش دیگر آن هم واقعاً این است که صنعتمان باید پویاتر عمل بکند تا بتوانیم این خلأ و فاصله‌ای که به‌وجود آمده است را کم کنیم. در هر صورت از ابتدای ۸۹ ما مرتب با صنایع روی بحث کیفیت،

ایراد شکلی گرفت و برگرداند که برطرف شد و خوشبختانه الان هم شورای نگهبان تأیید کرده است. یعنی ما عضو شدیم و تا سال ۲۰۱۵ هم باید در واقع بتوانیم کارخانه‌هایمان را به جایی برسانیم تا با آن استانداردها تطبیق پیدا کنند. وقتی ما به پیکس پیوستیم به این معنی است که ما می‌توانیم داروهایمان را به کشورهای که عضو آن سازمان هستند صادر کنیم، کشورهای اروپایی، آفریقای جنوبی، مالزی، اندونزی، ژاپن، استرالیا. چون دیگر نمی‌تواند به ما ایراد فنی بگیرند. ما این برنامه را داشتیم، اما متأسفانه با این بحث تحریم‌ها که مواجه شدیم، از آن‌جا که بسیاری از این تغییرات مستلزم دستگاه‌های مختلف و امکانات متعدد می‌باشد، در حال حاضر متوقف شده است. متأسفانه، این اتفاق افتاده که تأمین کمبود داروهای مورد نیاز کشور فعلاً شده است اولویت اول ما که در این شرایط تا حدی برنامه‌های زیربنایی را تحت تأثیر قرار داده است.

◀ آقای دکتر، باز دوباره نکته‌ای که در این بحث مطرح است این است که آیا شما شرایط را در وضعیت فعلی جوری می‌بینید که به سمت بدتر شدن بروید یا احساس می‌کنید به مرور زمان مشکلات این یک سال و خورده‌ای دارد کم می‌شود و شما می‌توانید بروید به سمت اجرای این سیاست‌ها.

این که حال بحث سیاست کلی که وجود دارد حالا بحث انرژی هسته‌ای و این‌ها، جدا از این که از نظر سیاسی بالاخره برای ما حیثیتی شده، از نظر اقتصادی هم خوب واقعاً یک موضوع مهمی است. یعنی ما به هر حال یک جایی مجبوریم از

چالش‌های جدی داشتیم و به‌صورت پلکانی به واحدهای تولیدی فشار می‌آوردیم و در عین حال به آن‌ها مهلت هم می‌دادیم و با این برنامه‌ها و کارشناسی و بازرسی‌ها، بعد از یک‌سال به جایی رسیدیم که در سه ماه اول سال ۹۰ ما همه صنایع را بازخوانی کردیم تا قلم به قلم محصولات همه شرکت‌ها را مشخص کردیم که چقدر ماده اولیه داریم، چقدر تولید و واردات، نزد ماده اولیه‌ساز، تولیدکننده دارو و توزیع داریم. خوشبختانه این کار را برای تولید، برای کیفیت، برای GMP هم شروع کردیم. یعنی مدیرعامل و مسؤول فنی و مدیران تولید و آزمایشگاه را می‌خواستیم و می‌گفتیم آقا این چک لیست ما است، شما این نقاط ضعف و این نقاط قوت را دارید. در مورد نقاط قوت که داستان درد نکند خیلی هم خوب، ما کارهایتان را تسریع می‌کنیم، ولی از این نقاط ضعف مثلاً این تعداد مشمول موارد Critical است، این تعداد مواردی است که می‌شود با یک فرصت دادن برطرف کرد. بنابراین، شروع کردیم به فرصت دادن و همه به‌صورت مکتوب متعهد شدند که در فاصله زمانی پیش‌بینی شده، موارد ایراد را به نحوی برطرف کنند تا بتوانند تأییدیه GMP وزارت بهداشت را بگیرند، چون اخذ تأییدیه را بگیرد، واقعاً می‌تواند به آسانی بروید تأییدیه WHO را بگیرید و بعد بروید برای اخذ تأییدیه اروپا، آمریکا، استرالیا و ژاپن اقدام بکنند. ما واقعاً برای این قضیه برنامه داشتیم. حتی ما توانستیم به معاهده پیکس بپیوندیم، الان عضو شدیم و سال گذشته مجلس هم تأیید کرد. ابتدای سال گذشته مجلس تأیید کرد و رفت شورای نگهبان که در واقع یک

نفت و اتکا به نفت کم نکنیم، حالا اگر بخواهیم مثال بزنیم، از وضعیت خشکسالی مان گرفته تا آلودگی هوایمان، واقعاً خیلی از این‌ها به واسطه انرژی‌های جدیدی مثل انرژی هسته‌ای قابلیت حل شدن را دارند، ولی در زمینه دارو ما در کوتاه‌مدت یک عوارضی را داریم تحمل می‌کنیم. در صنایع دیگرمان هم به همین شکل است. ما در کوتاه‌مدت داریم عوارضی را تحمل می‌کنیم، من البته قایل به این هستم که مثل ابتدای جنگ، واقعاً در شش ماه یا یک سال اول جنگ، عراق همین‌جور می‌آمد جلو، یعنی ما هیچ عملیات موفقی نداشتیم، بعضاً می‌آمدیم یک عملیات ایزابی متوقف‌کننده‌ای در برابر دشمن انجام می‌دادیم، اما بعد از شش ماه رسیدیم به یک نقطه‌ای که خودمان را پیدا کردیم، دست و پایمان را جمع‌وجور کردیم و دشمن را متوقف کردیم. دقیقاً اولین عملیات موفق بزرگمان که تحت نام ثامن‌الائمه (شکست حصر آبادان) و در ۵ مهر ۶۰ بود را دقیقاً یک سال و ۵ روز بعد از شروع جنگ انجام دادیم. من الان هم تصورم این است که صنعت ما دارد آرام، آرام دست و پای خودش را جمع می‌کند، تکلیف خودش را می‌فهمد خیلی از بخش‌های دیگر ما دارند خودشان را تطبیق می‌دهند تا راهکارهایی را پیدا کنند و اگر ما یک مقدار به صنعت میدان بدهیم، قطعاً به موفقیت‌هایی دست خواهیم یافت. ببینید الان واقعاً تبلیغاتی که شده به نفع صنعت ما نیست، به نفع مردم نیست. من با قاطعیت به شما عرض می‌کنم که واقعاً ما فقط ۵ تا ۱۰ درصد کمبود دارویی داریم و ۹۰ تا ۹۵ درصد موضوع جو روانی و تبلیغات کمبود دارو است که یکی از اثرات آن همین جا است که ما

نمی‌توانیم به صنعتمان بگوییم، آن روندی را که برای اصلاح GMP شروع کردیم، ادامه بدهد. چون الان همه از ما دارو می‌خواهند. در صورتی که واقعاً کمبود دارو به این شوری که الان دارند می‌گویند نیست. من حدود ۱۵، ۱۶ سال است که داروخانه داشتم و دارم، داروخانه‌ام هم در اصفهان است، کمتر به آن می‌رسم، هفته گذشته که رفتم داخل داروخانه وحشت کردم. آن قدر دارو بود که به عمر دوران داروخانه‌داری‌ام این قدر استوک در داروخانه‌ام ندیده بودم. همین سرمی که همه می‌گویند کم است و نیست، من تازه با پرسنل دعوا کردم گفتم آخر شما چه‌طوری می‌خواهید این‌ها را بفروشید. از بقیه همکارانمان هم پرسیدم، دلم می‌خواهد شما هم این را بپرسید، همه‌شان می‌گویند الان ما واقعاً با مشکل مواجهیم. بله یک سری اقلام مثل کلیدینیوم‌سی، یک اقلامی که واقعاً جنبه حیاتی ندارند. کمبودها واقعاً این‌ها است و این وضعیتی که الان دارد به‌وجود می‌آید، به‌خاطر دست و پا زدن یک عده‌ای است. اما من مطمئن هستم، به زودی انشالله مخصوصاً بعد از انتخابات ریاست جمهوری و بالاخره استقرار دولت بعدی یک شرایط سیاسی پایداری به‌وجود می‌آید، من مطمئنم. اولاً صنعت ما (در غیاب آقای دکتر من همیشه گفته‌ام که در سایه زحمات و اخلاصی که بزرگوارانی مثل آقای دکتر نیلفروشان داشتند) آن قدر قوی هست که نگذارد چه در حوزه فینیش‌پروداکت و چه ماده اولیه برای مملکت مشکل خاصی پیش بیاید. در ثانی ما الان به سرعت داریم ماده اولیه‌ها را در داخل تولید می‌کنیم و کارهایش را داریم پیش می‌بریم و من پیش‌بینی‌ام این است که ما تا حدود ۶ ماه تا ۱ سال

زمانی که باز یک دفعه احساس نیاز به ارایه چنین سرویس‌هایی بشود، مجدداً چنین مسایلی به وجود خواهد آمد؟ دوباره شاهد حضور خلق الساعه شرکت‌ها یا آدم‌هایی که از طریق روابط می‌آیند و یک شبه راه صد ساله را طی می‌کنند نخواهیم بود؟ دیگر این که در شرایط فعلی، واقعاً آن‌هایی که هم عاشق این حرفه هستند، هم سوابقشان درخشان است و هم مهارت‌های لازم را دارند، می‌آیند تا در این صنعت سرمایه‌گذاری لازم را بکنند؟ منظورم این است که بستری فراهم می‌شود که این مهم محقق شود. این از آن نکاتی است که می‌شود به عنوان نقطه امید برای آینده صنعت داروسازی از آن استفاده کرد. بنابراین، اگر شما در این زمینه‌ها هم برنامه‌ای دارید، بفرمایید ممنون می‌شویم.

ببینید، مشکلات ما در صنعت واقعاً بیش از این که ابزاری باشد سخت‌افزاری است، مشکل عمده ما در عدم توانایی در جذب و اخذ گواهی‌های بین‌المللی، ضعف در مستندسازی (documentation) است، یعنی باید بی‌رودرباستی بگویم که documentation بلد نیستیم. در صورتی که شما اگر توجه کنید می‌بینید هندی‌ها در این کار فوق‌العاده جلو هستند، یعنی بلد هستند. مثلاً برای نوشیدن همین چای می‌نشینند، ۳ الی ۴ تا SOP می‌نویسند. در صنعت ما متأسفانه این کار اتفاق نمی‌افتد. البته، حالا خوشبختانه بعضی از صنایع ما این کار را شروع کردند، یعنی آمدند شرکت‌های هندی یا نفرات هندی آن‌ها را آوردند یا افرادی را استخدام کردند که در حال حاضر چندتا از کارخانه‌های کشور این کار را کردند که کار خیلی

دیگر به یک شرایط پایداری می‌رسیم که بتوانیم دوباره بحث‌های ارتقای کیفیتمان را جلو ببریم. آقای دکتر، نکته‌ای که باز در این جا مطرح است که قطعاً برمی‌گردد به سیاست‌گذاری‌هایی که شما می‌توانید در این فاصله حتی کوتاه یک مقداری به آن بپردازید، این است که ما واقعاً در بحث زیرساخت‌هایمان، نیازهای جدی‌تر داریم، چون دوباره اگر این گردونه تند بشود، اگر این زیرساخت‌ها درست نباشد، مثلاً یکی از مباحث همان بحث رگولاتوری که شما هم مطرح می‌فرمایید، بحث ارتقای GMP، این که کار وزارت بهداشت نیست که بتواند این سرویس را بدهد به این شرکت‌ها، خود این شرکت‌ها هم که توان این را ندارند. توان خرید چنین خدمت و سرویس را هم از خارج از کشور به این سادگی‌ها ما نمی‌توانیم داشته باشیم، چون مستحضر هستید که هزینه‌هایش خیلی بالا است ولی این که ما بستر حضور فعال شرکت‌هایی را در داخل کشور فراهم بکنیم که اگر این نیاز مجدداً به‌طور جدی ایجاد شد، ما باز دچار مشکل نشویم، این از آن موارد است. آیا در این زمینه‌ها کاری اتفاق افتاده؟ آقای دکتر، این موضوع را به‌خاطر این عرض می‌کنم که در همه این سال‌هایی که بحث باز شدن درها مطرح شد، ما که از دور می‌دیدیم چه فشاری روی وزارت بهداشت بود، ولی جالب است که در همان شرایط هم مسایلی را مطرح می‌کردند که خود وزارت بهداشت می‌رفت زیر سؤال مثل این که می‌گفتند، آقا این‌ها پرونده‌ها را فلان می‌کنند و اطلاعات را می‌دهند به دیگران و ...، ما بحثمان این‌ها است یعنی آیا درست

خوبی است. اگر این شروع بشود، آموزش داده بشود و به اصطلاح تعمیم پیدا کند. من مطمئنم بسیاری از مشکلات ما حل می‌شود. اگر از من، به عنوان یک کارشناسی که ۲۰ سال است دارد در حوزه دارو کار می‌کند بپرسند که مهم‌ترین مشکل صنعت شما در ناتوانی در اخذ گواهی‌های بین‌المللی چیست؟ من می‌گویم documentation. ما نمی‌توانیم مستندسازی کنیم. هندی‌ها در این کار برعکس ما خیلی توانمند هستند و حتی برای اروپایی‌ها هم، هندی‌ها دارند این کار را انجام می‌دهند. در این قضیه ما چند تا شرکت متقاضی داریم. قبل از برنامه پنج ساله پنجم ما یک خلاء داشتیم، آن هم این بود که این موضوع به صراحت در قانون نیامده بود که وزارت بهداشت می‌تواند چنین کارهایی را به بیرون بسپارد. خوشبختانه بند «و» ماده ۳۸ برنامه پنج ساله پنجم این اختیار برون‌سپاری را به وزارت بهداشت داده است. تاکنون هم چند تا شرکت آمده‌اند و در قدم اول به صورت انجام کارهای آموزشی که ما خودمان هم داریم با آنان همکاری می‌کنیم، مواردی را آموزش می‌دهند. می‌دانید که ما واقعاً کارشناس‌های قوی داریم، برخی از آن‌ها بعد از انقلاب در صنعت خودمان رشد کردند، عده‌ای هم در زمره متخصصانی هستند که در خارج از کشور مثلاً مسؤول R & D کمپانی‌های بزرگ بودند که الان در کشور هستند و این افراد و هم‌چنین خیلی از همکاران خودمان که بازنشسته شده‌اند، مثل خانم دکتر ملک‌الکتاب، خانم دکتر باطومچی و امثال اینها که سال‌ها این‌جا کار کرده بودند و تجربه داشتند آمادگی دارند که این شرکت‌ها را راه‌اندازی کنند، ما هم خیلی از کارها مثل نقشه

(قبلاً ماه‌ها یک شرکت، یک کارخانه داروسازی معطل می‌شد تا بیاید این‌جا و نقشه‌اش را به تأیید برساند) و تهیه و تأیید آن را که یکی از مراحل طولانی و پردردسر برای شرکت‌های متقاضی بود، به این شرکت‌ها محول می‌کنیم. ما در حال حاضر این شرکت‌ها را Refer می‌کنیم. ما به متقاضی می‌گوییم، اگر این شرکت نقشه شما را تأیید کرد، ما هم قبول داریم. یا در بحث آموزش، ما قرار است الان برای بازدید GMP که ماه‌ها شرکت‌هایمان معطل می‌شوند، الان داریم این شرکت‌ها را به استناد همین بند به اصطلاح Register می‌کنیم تا این‌ها بروند این کار بازدیدهای GMP ما در خارج از کشور را انجام بدهند، البته، ما در آینده بحث خیلی از کارهای دیگر را هم در دست هماهنگی داریم. در مثل مناقشه نیست اما شما اگر به اقدام شهرداری به عنوان یک سازمانی که مسیر خیلی طولانی بوروکراسی دارد، توجه کنید، می‌بینید که آمده یک سری شرکت را شناسایی و ثبت کرده است و به عنوان کارگزارهای خودش معرفی کرده است و تمام کارهای بوروکراسی را آن‌ها برایش انجام می‌دهند. کمیسیون‌ها فقط کارهایی که تصمیم‌گیری نهایی است را در کمیسیون و با حضور شهردارها و معاونین شهردار و کسانی که از نظر قانونی پیش‌بینی شده‌اند مورد بررسی و سیاست‌گذاری و تصمیم قرار می‌دهند. ما هم در این بخش واقعاً به استناد این بند داریم بستر همکاری با این شرکت‌ها را فراهم می‌کنیم و در یک سال اخیر هماهنگی‌های بسیار مهمی صورت گرفته است. ولی قبول دارم چون ابتدای کار است، سرعت آن کند است. اگر ما بتوانیم این مسیر را

که ما چه جوابی بدهیم. واقعاً همین جور است که می‌فرمایید. ببینید، ما یک بحثی که به هر حال آن هم در قانون اساسی مان مورد صراحت قرار دارد، این است که خدمات درمانی و بهداشتی باید رایگان باشد. این جزو انتظاراتی است که واقعاً برای مردم به وجود آمده، اگر چه این یکی از بندهایی است که ما نتوانستیم اجرایش بکنیم و شاید واقعاً هم نشود اجرایش کرد، یعنی این یک بندی است که به هر حال خیلی با شرایط فعلی ما تناسبی ندارد. **← آقای دکتر، در آموزش هم همین بحث وجود دارد.**

بله، در آموزش هم همین داستان را داریم. این‌ها دقیقاً ایده‌آلیستی نگاه کردن ما به قضایا است که آن‌ها را در قانون لحاظ کردیم. این انتظار مردم است که به هر حال می‌گویند، لااقل هزینه تمام شده خدمات و کالایمان را در بخش بهداشت و درمان و به تبع آن در دارو به عنوان یک بخش اساسی از این خدمات براساس قانون باید بپذیرید. اما به نظر بنده، موانع متعددی برای تحقق این خواسته پیش روی وزارت بهداشت قرار دارد. دومین بحث این است که مصرف‌کننده اصلی دارو دولت است و همین باعث می‌شود که به هر حال همیشه این مقاومت، حتی بیمه‌ها به شدت اصرار دارند که در کمیسیون قانونی قیمت، حتی در قانون که الان در مجلس در حال بحث است، مرکز پژوهش‌های مجلس اصرار دارد که حتماً باید نماینده وزارت رفاه در بیمه هم عضو کمیسیون باشد و در قیمت‌گذاری هم باید به عنوان یک عضو صاحب رای حضور داشته باشد. حالا قبلاً چون بیمه‌ها به نوعی زیرمجموعه وزارت بهداشت

تسریع بکنیم، زمان‌های رسیدگی به پرونده‌ها خیلی کوتاه‌تر می‌شود، بالاخره ما در وزارتخانه ۴، ۵ تا بازرس و کارشناس بیشتر نداریم، ما به این ترتیب شرکت‌هایی را شناسایی می‌کنیم، اما بی‌رودربایستی خدمتتان عرض کنم، ما کارخانه‌هایی داریم که ممکن است ۲ سال یک بار هم بازدید و بازرسی نشوند. به هر حال بعد اگر شرکت‌هایی که چنین ظرفیت‌های تخصصی دارند بیایند و در عرصه وارد بشوند و به عنوان کارگزارهای سازمان غذا و دارو همکاری کنند، قطعاً می‌توانند به این بازدیدها و رسیدگی‌ها سرعت ببخشند.

← آقای دکتر، بانک مرکزی هرچند وقت یک بار نرخ تورم را اعلام می‌کند و ۳۵۰ قلم کالا را به عنوان مبنا در نظر می‌گیرد. یک گزارشی در ارتباط با سال ۱۳۶۳ در دست است که در مقایسه با گزارش سال ۱۳۹۰ مشخص می‌کند که در میان آن ۳۵۰ قلم دارو، رشد قیمت متناسب با بقیه را دریافت نکرده و هنوز پایین‌تر از بقیه است. مشکل کجاست؟ مشکل خود کمیسیون است؟ نفقات عضو آن هستند؟ نقش بیمه است که ممکن است مشکل داشته باشد؟ مشکل خودسانسوری است؟ چه اتفاقی برای دارو دارد می‌افتد که نتیجتاً قیمتش تا این اندازه محدود است؟ من خودم یادم می‌آید قبل از انقلاب داروی قاچاق از شرکت‌های معروف و معتبر ترکیه می‌آمد، حالا هم مطلع هستید که دارد از ایران قاچاق می‌رود ترکیه. چه کار می‌شود کرد که قیمت دارو لااقل متناسب با سایر کالاها به قیمت واقعی نزدیک شود.

البته، شما در سؤال‌هایی که می‌فرمایید چون سمت استادی دارید، راهنمایی هم می‌فرمایید

بودند عمدتاً، آن‌جا می‌گفتند که خوب خود وزیر بهداشت هر دو تا مسؤولیت را دارد، الان که بیمه از وزارت بهداشت جدا شده است، این به هر حال یک قسمت از خواسته بیمه است، اگر بخواهیم واقعیت را بگوییم. من فکر می‌کنم علت این موضوع این است که بخش عمده تولید دارو در کشور ما دارد توسط بخش عمومی و دولتی انجام می‌شود. اگر بخش خصوصی بیاید، می‌آید به هر اهرمی شده، پافشاری می‌کند که دارو قیمت واقعی خودش را پیاده نکند. کما این که در کشورهای دیگر هم واقعاً این اتفاق افتاده، اما در کشور ما این‌گونه نیست و از آن‌جا که به هر حال یک بخشی از هزینه خدمات عمومی را خود دولت می‌دهد یا هزینه‌ها را من غیرمستقیم برای بیمه‌شدگان جبران می‌کند و از طریق مالیات و خیلی از کارهایی که چندان هم محسوس نیست، در واقع به نوعی به این شرکت‌ها آوانس می‌دهد، بنابراین، آن‌ها دنبال واقعی کردن قیمت نیستند. دولت دارد از یک طرف هزینه بیمه‌ها را تقبل می‌کند، از یک طرف دیگر هم دارد به اصطلاح یک جورایی شرکت‌ها و کارخانه‌های داروسازی را که به نوعی به بدنه غیرخصوصی وصل هستند، حمایت می‌کند. بنابراین، دارو قیمت واقعی خودش را پیدا نمی‌کند و این هم واقعاً به ضرر ما است، به نفع ما نیست. یعنی مصرف غیرواقعی دارویی که در کشور ما وجود دارد، عوارض طولانی مدتی را باقی می‌گذارد که واقعاً هزینه‌های بعدی را بالا می‌برد. متأسفانه، این‌ها در جایی هم ثبت نمی‌شود و از آن‌جا که تقبل هزینه‌های دارو باز برعهده بخش بیمه قرار دارد و به لحاظ این که به هر حال بیمه می‌خواهد پوشش بدهد، اما خیلی دنبال

واقعی کردن نقش خودش در این وظیفه قانونی نیست، می‌بینیم هزینه اقلام حیاتی که طرف باید هستی مادی‌اش را بگذارد تا پول آن دارو را فراهم نکند، نمی‌پردازد، ولی شما اگر ملاحظه بفرمایید، می‌بینید هزینه خیلی از مسکن‌ها و مصرف بی‌رویه آنتی‌بیوتیک‌ها که متأسفانه بسیار هم وحشتناک است را می‌پذیرد. بگذارید من اشاره‌ای به این اعداد و ارقام داشته باشم. یک کاری به تازگی روی وضعیت نسخ‌هایمان شده است که گزارش آن را گرفتم، نشان می‌دهد که ما داریم بیشترین پول را بابت مصرف آنتی‌بیوتیک می‌دهیم. به‌خاطر این که الان سیستم بیمه ما درست پوشش نمی‌دهد، خوب این باعث مصرف بی‌رویه دارو می‌شود. بعد از آن طرف دارد پول اضافه را بابت این موارد می‌دهد، بعد دولت و سازمان حمایت مقاومت می‌کنند که قیمت بالا نرود. می‌خواهم بگویم که واقعاً این بخش موضوع مدیریتی است، یعنی ما در بخش مدیریتی یک خلاها و یک اشکالاتی داریم که باعث می‌شود نتوانیم پول دارویمان را درست هزینه بکنیم و برای همین بیشترین فشار را می‌گذاریم روی قیمت دارو که قیمت دارو بالا نرود، چون مجبور شویم پول نابه‌جا هزینه بکنیم. ← **آقای دکتر، شما مستحضر هستید که در همه جای دنیا می‌آیند با روش‌هایی که منافع همان شرکت‌های بیمه هم در حقیقت Save بشود، این مسایل را حل می‌کنند، نه این که بخواهند همه مشکلات را فقط با بحث قیمت بپوشانند و بدیهی است که در یک چنین چالش‌هایی هم طبیعتاً وزارت بهداشت باید در صف اول باشد، شما احساس نمی‌کنید که خود وزارت بهداشت در**

می‌کند، چون می‌تواند حتی در فرمولر خودش محصولات تولیدی خودش را بهتر حمایت کند، این هم باز از آن نکات است. منتها ما همه این‌ها را می‌گذاریم کنار، همه را می‌خواهیم با بحث قیمت حل کنیم. حال سؤال ما این است که آیا شما فکر می‌کنید که اگر وزارت بهداشت بخواند واقعاً به وظیفه دقیق خودش عمل کند، نمی‌تواند این مشکل را حل کند؟

ببینید، من بیش از ۸۰ درصد فرمایشات شما را درست قبول دارم، یعنی کاملاً درست است اما بالاخره وزارت بهداشت یک قسمتی از دولت است، می‌گویند چاقو هم دسته خودش را نمی‌برد، همیشه تابع سیاست‌هایی است که در دولت طرح‌ریزی و اجرا می‌شود. ضمن این که می‌خواهم بگویم این‌طور نیست که وزارت بهداشت هم کاملاً دست روی دست گذاشته باشد. من یکی دو تا از اقدامات را عرض می‌کنم، البته نمی‌دانم حالا این بحث چقدر جای مطرح شدن دارد. چون باید مثل بحث هدفمندسازی یارانه‌ها، اول یک زمینه‌سازی فرهنگی برای مردم بشود تا بستر آن آماده بشود، بعد با مردم در میان گذاشته بشود. الان نماینده حوزه‌های درمان و غذا و دارو از طرف وزارت بهداشت و کلیه بیمه‌ها در جلسات متعددی که گذاشتند، دارند در بحث تغییر نظام پرداخت در بیمه‌ها به نتیجه نهایی می‌رسند من یک نکته را خدمتتان عرض کنم، اگر به من بگویند دارو در کشور پرمصرف است یا کم‌مصرف؟ می‌گویم قطعاً دارو بدمصرف هست اما پرمصرف نیست. ما در زمینه دارو پرمصرف نیستیم، من عرض کردم، آنتی‌بیوتیک در کشور ما خیلی دارد مصرف می‌شود،

واقع، دارد کوتاه می‌آید در این چالش‌ها و ترجیح می‌دهد که آن قدر درگیر نشود و در واقع، این مسایل به‌خاطر درگیر نشدن خود وزارت بهداشت در چالش‌های مربوطه دارد به وجود می‌آید؟ ما احساس‌مان این است. چون معتقدیم واقعاً اگر وزارت بهداشت، ببینید یک موقع هست ما راهکار نداریم (که ما معتقدیم که راهکار وجود دارد، کما این که پیش از این هم وجود داشته است)، خوب توقعی نمی‌رود، اما یعنی شما مستحضر هستید که اصلاً قبلاً بیمه‌ها فرمولر خاص خودشان را داشتند و به همین دلیل می‌آمدند منافع خودشان را Save می‌کردند. این‌جوری نبود که هرچی که در بازار هست بیمه هم باید تقبل بکند و حاصلش هم ۱۸۰ درجه نقطه مقابل آن جایگاه قانونی در بیاید که الان با آن مواجهیم. یعنی شما که مستحضر هستید که بارها هم از طریق وزارت بهداشت مطرح شده که مردم باید ۳۰ درصد می‌پرداختند و ۷۰ درصد را باید بیمه‌ها تقبل می‌کردند، الان بدتر از این شده، یعنی نه این که عکس شده، چون اگر عکس می‌شد باید جای ۳۰ درصد و ۷۰ درصد عوض می‌شد، اما آمار و ارقام خود وزارت بهداشت می‌گوید ۲۵ درصد را بیمه دارد می‌پردازد و مردم دارند ۷۵ درصد را می‌پردازند و این به علت این است که بیمه جایگاه خودش را ندارد، سازوکار خودش را طراحی نمی‌کند و به اجرا نمی‌گذارد که اتفاقاً ما معتقدیم از آن‌جا که بخش عمده تولید هم باز در اختیار خود همین بیمه‌ها و به‌خصوص تأمین اجتماعی است، طبیعی است که اگر قوانین و مقررات دقیقی را طراحی کند، به نوعی باز دوباره منافع خودش را بیشتر Save

← آقای دکتر، چند سال پیش به دلایلی اجازه دادند که مؤسساتی تحت عنوان تکنسخه‌ای یا فوریتی ایجاد بشود. این‌ها یک سری وظایف فوریتی موقتی داشتند، بعد به مؤسسات پایه واردکننده تبدیل شدند. سؤال ما این است که ما یک فهرست دارویی در مملکت داریم که هر سال هم کم و زیاد می‌شود. به نظر شما آیا طبیب حق دارد به اعتبار یا بهانه وجود تکنسخه‌ای‌ها، خارج از آن فهرست تجویز کند یا خیر؟

نه.

← آقای دکتر، اگر مبنا و محمل قانونی ندارد و از طرفی هم شما به هر صورت با رسانه‌ها و توقعات مصرف‌کننده، طبیب و مراکز مختلف مواجه خواهید بود که مثلاً این دوا فورس‌ماژور است و باید بیاید و یک تعداد مؤسسه هم هستند که جدا از قضیه فوریت‌ها، علاقه‌مند هستند که داروهایی که در فهرست نیست را وارد کنند، به نظر شما چه باید کرد؟

دقیقاً همین‌طور است. اتفاقاً این موضوع به‌عنوان یک نقطه چالش برای ما است، مخصوصاً که متأسفانه ما پذیرفتیم دارویی که در فهرست نیست، تجویز بشود و بیاید مصرف بشود. از همین طریق هم انتظاراتی به‌وجود آمده است. ما در این چند سال گذشته سعی کردیم با ترکیب جدید شورای بررسی و تدوین داروها، این قضیه را تا یک حد زیادی کنترل کنیم، آمديم بخش واردات تکنسخه‌ای (آن داروهایی که در فهرست داروهای ایران نیست) را تقریباً جمع کردیم چون واقعاً در کمتر جایی این‌جوری عمل می‌شود که هر دارویی را هر کس برای بیمار نوشته باید بیاورند تا مصرف کند.

مسکن و کورتون (رقم اول است) خیلی دارد مصرف می‌شود، اما سایر داروهای مهم جایگاه لازم خودشان در حوزه مصرف را ندارند. شاید برایتان جالب باشد و ضمناً مایه تعجب که در بیشتر نسخ ما حتماً دگزانتازون (کورتون) داروی اول است. از آن طرف شما نگاه کنید بیمار دیابتی ما کمتر از آن میزان از داروهای دیابت که باید مصرف کند دارد مصرف می‌کند. بیمار قلبی - عروقی ما کمتر از آن میزانی که پیش‌بینی می‌شود دارد مصرف می‌کند. پس آن‌جاها و در داروهایی که اتفاقاً باید مصرفمان بالا باشد، کم مصرفیم. جایی که نباید مصرف کنیم، داریم بیشتر مصرف می‌کنیم. این یعنی دور ریختن، بعد همه این‌هایی (آنتی‌بیوتیک، کورتون و مسکن) که پر مصرف است را هم بیمه از قضا قبولش دارد و همه‌اش را پرداخت می‌کند! نتیجه‌اش چه می‌شود؟ ببینید، هزینه‌های درمان یک بیماری که الان می‌تواند با یک گلی‌بنکلامید یا متفورمین قندش کنترل بشود و به مراحل حاد نرسد، به‌خاطر عدم مدیریت در مصرف منابع وقتی وارد مراحل حاد بیماری می‌شود که کارش به انسولین کشیده می‌شود و می‌فهمد که باید انسولین مصرف کند با آن همه عوارض و غیره، که الان داریم می‌گوییم باید برویم مثلاً پن بیاوریم، پن ۲۷، ۲۸ هزار تومان است و باید از خارج وارد شود، چه هزینه‌های سرسام‌آوری به بیمار تحمیل می‌شود که تازه این بخش موضوع شاید برای خیلی‌ها قابل تحمل باشد، مهم قسمت بعدی و موقعی است که به قطع عضو یا از دست دادن بینایی یا کلیه بیمار منجر می‌شود که باید دیالیز بشود. پس ما دارو را واقعاً بد مصرف می‌کنیم.

ناشناخته‌ای داشته باشند که بعدها ظاهر بشود. مشکل تالیدومید که چند سال پیش مطرح شد، ما فکر می‌کردیم که آن شکل در ایران نیست، بعد از انقلاب که وارد نمی‌شد و Register هم نشده بود، بنابراین، بدون مجوز و شاید توسط مسافر وارد شده و توسط افراد معدودی استفاده شده باشد. وقتی که بحث آن مطرح و در اخبار هم اعلام شد، تا الان ما دوتا مریض داشتیم که تالیدومید مصرف کردند و با عوارض آن مواجه شدند، در صورتی که ما اصلاً فکر نمی‌کردیم در ایران باشد. آمدند الان مراجعه کردند ما هم تأیید کردیم و پرونده‌شان را کامل کردیم تا بروند برای خسارت‌شان. این در مورد داروهای قدیمی، بدیهی است که داروهای جدیدی که تحت عنوان تک‌نسخه‌ای وارد شده‌اند که متأسفانه برخی از آن‌ها تأییدیه‌های معتبر لازم را هم نداشته‌اند جای خود دارد. به هر حال الان ما هم توجه کردیم و سعی کردیم این‌جوری محدود بکنیم منتها بحث آن فشاری که فرمودید پزشکان دارند به ما می‌آورند و خیلی از مباحث دیگر هم چنان وجود دارد. همین چندی قبل همکاران در معاونت پژوهشی با یک دارویی که داروی شناخته شده‌ای نبود، این همه فوق تخصص ریه داریم، هیچ‌کدام این دارو را تجویز نکرده بودند، قیمت آن هم خیلی گران (چند میلیون) بود، اتفاقی این را (چون فرم‌ها می‌آمد این‌جا) درآورده بودند دیده بودند حدود بالای ۹۰ درصد آن را یک متخصص داخلی تجویز کرده است که در هر صورت واقعاً در بخش مصرف منطقی (عذر می‌خواهم چون من خیلی در این قضیه دل پرخونی دارم) قابل بررسی است. من همیشه به خانم دکتر می‌گفتم، الان هم

در حالی که وقتی قرار باشد که یک دارو بیاید در کشور مصرف بشود، باید چندتا فرم تکمیل و یک زونکن بزرگ اطلاعات بدهد تا آخر بیاید در شورا، عوارضش، این که چند سال است عرضه شده است، در چه کشورهایی مصرف شده، مورد بررسی قرار گیرد. اما ما آمدیم همه این‌ها را به بهانه کمبود دور زدیم و گفتیم اگر یک پزشک می‌گوید، بیماری نیاز دارد و عوارضش را هم می‌پذیرد، می‌تواند وارد شود! آخر ما که سیستم ثبت عوارضمان به آن شکل نیست، پایش نمی‌شود و به محض این که طرف وارد می‌کند، بعد دیگران هم به آن تأسی می‌کنند و همین شرايطی پیش می‌آید که از چند سال گذشته به همان دلایلی که حضرت‌عالی خیلی موجه و ولی خیلی مفید اشاره فرمودید، شکل گرفته و بسیاری از مشکلات فعلی را آفریده است چون این داروها همگی بسیار گران قیمت هستند، خوب این مؤسسه‌ها می‌روند پزشک را ویزیت می‌کنند و بعد طرف برمی‌دارد می‌آورد و بعد مریض باید پولش را از جیبش بدهد، چون دارویی که در فهرست نیست که بیمه قبول نمی‌کند. برای همین ما آمدیم از سال ۸۹ با آیین‌نامه جدید این مراکز تک‌نسخه‌ای را تقریباً بستیم، یعنی دیگر واقعاً به آن شکل نمی‌آید، فقط هلال احمر، شرکت سهامی دارویی و اوزان که وابسته به تأمین اجتماعی است، با تأیید ما و یا استفاده از همان روال تکمیل فرم‌ها و تعهدات توسط پزشک و ... مجاز به وارد کردن این‌گونه داروها هستند. چون جدا از بحث اقتصادی که قطعاً توجیهی ندارد، از نظر سلامت جامعه هم زیان‌های جدی را در پی دارد. چون داروهایی که جدیداً عرضه می‌شوند ممکن است عوارض

به مصداق شعر:

ابتدا باید که دفع موش کرد

وان سپس در جمع غله کوش کرد

عرض می‌کم که ما هی داریم این داروها را برمی‌داریم می‌آوریم، اما وقتی در مصرف و در تجویز نظارت نباشد، نباید با مشکلات مواجه شویم؟ از این طرف هی داریم دارو می‌آوریم در مملکت، از آن طرف کوچک‌ترین نظارتی روی تجویز نداریم. حاصل آن، این است که می‌گوییم آقا از بیمه خارج شود، می‌گوییم اصلاً بیمه نیاورد. در صورتی که وقتی پزشک نوشت، مردم متوقع‌تر می‌شوند.

← آقای دکتر، شما یک روزی آن شورای بررسی را داشتید و تشکیلات عریض و طویل در حد خودش حالا قابل قبول و محترم، بعد یک روز گفتید آن شورای بررسی نه، این بیاید تحت نام یک شورای (بیشتر) اداری زیر نظر وزیر این کار را انجام بدهد، که آن هم مثل این که مدت‌های مدید است که تشکیل نشده است. حالا عده‌ای معتقد هستند همان جور که ما می‌توانیم ماشین گران قیمت داشته باشیم، کت شلوار مارک‌دار داشته باشیم، کفش فلان داشته باشیم، چرا داروی فلان نداشته باشیم. آیا با توجه به درآمد سرانه کشور ما در مقایسه با درآمد سرانه مثلاً کشورهای غربی، اصولاً ما می‌توانیم از نظام درمانی خودمان این انتظار را داشته باشیم که دقیقاً همان شرایط درمانی را برای ما تأمین کند و هر دارویی که آن‌ها مصرف می‌کنند ولو خیلی لوکس را در اختیار همه قرار دهد؟

نه، قطعاً این از نظر اقتصاد سلامت واقعاً منطقی نیست.

← آقای دکتر، حالا من یک جور دیگر سؤال می‌کنم، اگر ما برسیم به این که دارو قیمت واقعی خودش (مشابه قیمت اروپایی) را داشته باشد، یعنی بگوییم رانیتیدینی که ما داریم تولید می‌کنیم، قیمتش همان رانیتیدین آلمان یا انگلیس باشد. سطح عرضه و تقاضا (از نظر قیمت و تعداد دارو) در کشور ما در مقایسه با سطح عرضه و تقاضا در اروپا در کجا قرار گرفته؟

الان که واقعاً یک تفاوت نجومی دارد.

← آقای دکتر، اگر بخواهیم به آن عدد بپردازیم، مثلاً می‌توانیم بگوییم ۴۰۰۰ میلیارد تومان که امروز اگر آن را به دلار تبدیل کنیم، می‌شود ۱ میلیارد دلار یا به فرض ۱ میلیارد و ۲۰۰ میلیون دلار. مثلاً ۲ سال پیش می‌شد ۴ میلیارد دلار، درسته؟ بعد می‌آییم می‌گوییم که سرانه مصرف هر کسی در دنیا ۱۰۰ دلار است فرض می‌کنم، مثلاً ۷۰۰ میلیارد دلار برای ۷ میلیارد جمعیت. با این وضعیت، سرانه مصرف ما با توجه به جمعیتمان یک دفعه می‌شود مثلاً ۲۰ دلار. در حالی که ۲ سال پیش ۴۰ دلار بوده، درست است؟ ۲۰ دلار نسبت به ۱۰۰ دلار بسیار فاجعه است در حالی که از آن طرف می‌بینیم اگر به قیمت طبیعی برسد، ممکن است این رقم ۲۰ دلار نباشد، بلکه ممکن است ۶۰ یا ۷۰ دلار باشد. این را کجا چگونه ارزیابی می‌کنید؟ این جا، جای دیگر، کجا وزن لازم را به آن می‌دهید که در قبال حرف طبیب، اقدام قابل دفاع باشد؟ چون هیچ جای دنیا همه داروهای موجود در جهان را در اختیار ندارند. نه همه داروهای سوئیس در آمریکا هست و نه همه داروهای آمریکا در سوئیس. حالا آن کمیسیون که

شد که حدود ۲۰ درصد پاسخ‌دهی داشته است، آن هم پاسخ‌دهی نه به این معنی که بهبود قابل اتکا حاصل شده باشد، بلکه جلوی پیشرفت بیماری‌شان تا حدی گرفته شده است. یعنی باید آزمایش می‌شد و یا مثلاً آنوکسوپارینی که الان آمده به صورت خیلی گسترده، سالیانه چیزی حدود ۵۰ میلیارد تومان (با ارز مرجع می‌گوییم، دلار و یورو آزاد را لحاظ نمی‌کنم)، به عبارت صحیح‌دیر مثلاً در سال ۹۰، ۴۷ میلیارد تومان هزینه مصرف آنوکسوپارین برای جلوگیری از لخته شدن خون بیماران قبل از عمل جراحی می‌شده است. حال این که الان واقعاً چند نفر از اعضای انجمن ارتوپدی مصر هستند که آقا در این شرایط چرا دارید آن را در این مورد جایگزین آسپیرین می‌کنید که اگر یک دوره ۱۴ روزه قبل از عمل جراحی مصرف بشود، واقعاً تفاوت معناداری بین این دو وجود ندارد. حالا مثلاً یک دوره آسپیرین ۸۰ طرف مصرف بکند، این در یک سال باور کنید ممکن است به یک میلیارد تومان هم نرسد. چون کل مصرف آسپیرین ما در سال که اکثر افراد بالای ۴۰ سال هم بنا به توصیه پزشکان (کسانی که سابقه خون‌ریزی‌های بدون دلیل ندارند و هموفیلی نباشند، اگر سابقه فشارخون دارند خوب است که آسپیرین مصرف کنند) سعی در مصرف مداوم آن دارند، با همه این موارد، حدود ۳ الی ۴ میلیارد تومان است، در هر صورت شما ببینید ۴۰، ۵۰ میلیارد تومان کجا، زیر ۱ میلیارد تومان کجا؟ خوب این‌ها تفاوت است. الان در سیستم جدید این ترکیبی که آمده و به اصطلاح شکل گرفته است به هر حال یکی از آیت‌های مهمی را که دارد بررسی می‌کند، بحث Cost - Benefit بودن

تحت نظر وزیر است یا آن شورای بررسی، چگونه داروی مورد نیاز فهرست را انتخاب می‌کرد و اگر طبیب نفوذ دارد، بیمه نفوذ دارد و یا واردکننده اعمال نفوذ می‌کند، چگونه می‌توان به یک شرایط مطلوب دست یافت تا به رغم ورود یک دارو با قیمت فوق‌العاده، شرایط بیمار نیز براساس منطق مورد قبول حرفه رعایت شود؟

شما جداً سؤال‌هایی می‌فرمایید که هر چه ما می‌خواهیم حاشیه بزنیم و رد شویم، نمی‌شود. مستحضر هستید که قبلاً یک گروهی از اطباء می‌نشستند و در مورد یک دارو بحث می‌کردند. به هر حال یک گزارشی هم کارشناس‌های ما آماده می‌کردند، الان هم تقریباً به همین شکل است و این‌ها براساس مزیت دارو (چه مزیت درمانی و بحث اقتصاد دارو که یک عامل بسیار اساسی است)، بحث Cost - Benefit بودن یک دارو است که این مزایا را برای ما به همراه می‌آورد، ولی بحث هزینه اثربخشی، پول که دارد به بیمار و به نظام سلامت تحمیل می‌کند، آیا به این اثرات درمانی که از این دارو انتظار می‌رود می‌ارزد یا نه؟ این نبوده است، یک اکیبی می‌نشستند دور هم و تصمیم می‌گرفتند. خوب این نگرش در دوره قبل تغییر کرد. یعنی مثلاً یک دارو هرسپتین، بدون بررسی هزینه اثربخشی آن و بدون این که Guideline برایش نوشته بشود می‌آمد، یک مرتبه برای یک دوره درمان با ارز سابق یا ارز مرجع که من محاسبه می‌کردم، یک چیزی بین ۴۵ تا ۹۶ میلیون تومان یک دوره درمان این دارو هزینه در بر داشت، در حالی که در بررسی که از همه بیمارانی که سرطان سینه داشتند صورت گرفت، مشخص

دارو (فرم ۳) است که فکر می‌کنم به این وسیله دقیقاً هزینه اثربخشی سنجیده می‌شود. اتفاقاً یک مشکلی هم که ما قبل از این در بحث اقتصاد سلامت در دانشگاه داشتیم این بود که تشکیلات منسجمی نداشتیم. الان یک انجمنی راه افتاده است، شرکت‌ها، اصلاً موقعی که می‌خواهند مجوز یک دارویی که شناخته شده است را بگیرند، ما واقعاً نمی‌خواهیم به آن‌ها هزینه بی‌خودی تحمیل کنیم. چون وقتی به قیمت این داروها و حداکثر تفاوتی که می‌تواند مطرح باشد نگاه می‌کنیم، می‌بینیم مثلاً همان روزی ۲، ۳ تایی که باید مصرف شود مثلاً ۵ سنت، ۶ سنت مابه‌التفاوت خواهد داشت، بنابراین، از آن‌ها هزینه اثربخشی را نمی‌خواهیم، ولی عمده داروهایی که الان درخواست ورود دارند داروهای گران‌قیمت هایتک هستند، به همه این‌ها می‌گوییم بروند به هزینه خودشان این بررسی را انجام بدهند و نتایج آن را ارائه کنند، الان هم یک مرجعی در یکی از مراکز تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی تهران هست که همین کار را انجام می‌دهد. ما تا الان ۷، ۸ و ۱۰ مورد از متقاضیان این داروها را فرستادیم و اتفاقاً جالب است که خدمتتان عرض کنم که وقتی ما این بحث را مطرح می‌کنیم خیلی از شرکت‌ها اصلاً دیگر پیگیری را رها می‌کنند، چون خودشان می‌دانند که این cost Benefi نیست و این برای بیمار در قبال هزینه‌ای که تحمیل می‌کند ارزش اقتصادی ندارد. جالب است از تعداد زیادی که آمدند ما به ۷، ۸ تایشان که گفتیم، تا حالا فقط ۲، ۳ تایشان مراجعه کرده‌اند، یعنی برای خودشان قابل دفاع می‌دانستند و رفتند. بقیه اصلاً نرفتند و این یکی از مواردی بود که از

سال گذشته به مراحل ثبت دارو اضافه شده است و من فکر می‌کنم که این خودش می‌تواند یکی از همان دلایل فنی که اول بحث فرمودید باشد که از تقاضای بی‌رویه جلوگیری کرده است.

← آقای دکتر، در یک تاریخی مکمل‌ها از بخش دارو به حوزه غذا رفت و بعد دوباره با قیمت‌های متفاوت و شرایط متفاوت برگشت. اصولاً جای مکمل‌ها کجاست؟ یعنی این وزارتخانه جایگاه مکمل و نظارت بر (هم تولید، هم واردات و هم عرضه) آن را کجا می‌داند؟ یعنی بر این باور است که مکمل‌ها باید در داروخانه‌ها ارائه شوند یا می‌توانند در سوپرمارکت‌ها و خواربارفروشی‌ها هم عرضه شود؟

بله، متوجه فرمایشاتتان هستم. البته، خوب نظرات کارشناسی و سلیقه‌ها متفاوت است ولی خوشبختانه قانون تکلیف این یکی را تعیین کرده است. براساس تبصره ۳ ماده ۳ قانون و مقررات امور پزشکی و دارویی، مکمل‌ها دارو محسوب می‌شوند. ← آقای دکتر، درست است ولی گفته است به شرط این که وزارتخانه هر سال فهرست آن‌ها را منتشر کند.

بله، ما هم داریم الان منتشر می‌کنیم. از زمانی که (از سه ماهه چهارم سال ۸۹) آمده است این فهرست را منتشر می‌کنیم. در هر صورت قبلاً موارد زیادی رخ می‌داده است. کما این که مثلاً در مورد دارو، ما موردی که یک دارو بیش از ۲۰ تا پروانه تولید داشته است را به‌عنوان یک مشکل مطرح می‌کردیم، در حالی که واردات مکمل‌ها، ما مثلاً شاهد واردات بیش از ۴۶ تا محصول گلوکوزامین کندرتین بودیم! حالا بعضی از آن‌ها را اتفاقاً بعضی

کردند. به هر صورت این‌ها هزینه‌های دارویی تلقی می‌شوند که در نسخ پزشکان در سال ۸۹، ۹۰ این‌ها را می‌توانید ببینید. پرهزینه‌ترین داروها را می‌توانید در آن نسخه‌ها ملاحظه بفرمایید. در صورت نیاز من کپی آن‌ها را هم تقدیمتان می‌کنم تا وضعیتمان را ملاحظه کنید. بعد هم آنتی‌بیوتیک‌ها جای بحث و بررسی جدی دارند.

◀ آقای دکتر، در رأس همه سفیکسیم.

سفیکسیم ۴۰۰ اول است، سفیکسیم ۲۰۰ مثلاً پنجم است. شربت آن مثلاً ششم یا سوم است. خوب این‌ها حاصل نوعی مقاومت است که نشان می‌دهد ما داریم بودجه‌هایمان را این‌گونه دور می‌ریزیم. متأسفانه، در تجویز پزشکان سیستم نظارتی کاملاً مؤثری صورت نگرفته بود. البته، بررسی‌های گسترده و خوبی انجام شده است و بیش از ۴۰۰ میلیون نسخه پزشک را در این ۴، ۵ ساله بررسی کردیم. به پزشک هم فیدبک داده می‌شود. ما داریم این‌ها را به پزشک فیدبک می‌دهیم و کاملاً جنبه مشورتی دارد و به هر حال هیچ الزامی ندارد که پزشک در قبال این تجویزش بخواهد پاسخ‌گویی داشته باشد. خوب این دور ریز منابع Out of Pocket ما، دارد هزینه‌های درمان را بالا می‌برد که همه‌اش هم مربوط به بیمه است، چون ما راجع به نسخی که در بیمه هست داریم اظهار نظر می‌کنیم، نسخ آزاد را ما بررسی نمی‌کنیم، یعنی منبعی نداریم که بخواهیم به اتکای آن، این بررسی را در آن حوزه هم انجام بدهیم. به هر حال این دورریزی است که هست، حالا در مکمل‌ها هم همین‌طور، سال ۸۴ که عدد و رقم رسمی ما ۲۵ میلیون دلار بوده، سال ۸۷ که ما آمديم تحويل

از شرکت‌ها روی شم بیزینسی که داشتند، خودشان تحت عنوان چند تا برند مختلف وارد کرده بودند. علت هم داشت، حالا بعد که ما جلوییش را گرفتیم، خیلی جالب بود، بعد که دیگر خیلی گیر افتادند، آمدند در بحث‌هایی که با ما داشتند گفتند علت آن این است که ما باید هزار گاهی پزشک را با یکی از این برندها ویزیت کنیم. حالا موضوع چه بود؟ برند مثلاً ایکس می‌آمد (حالا من اسم نمی‌ارم) می‌رفت به پزشک می‌گفت این مزیت را دارد، فلان است، بهمان است و پزشک شروع می‌کرد به نوشتن (حالا بعضی‌ها متأسفانه به لطایف‌الحیل می‌نویسند که حالا وارد آن نمی‌شویم)، ۲ ماه، ۳ ماه می‌گذشت بعد می‌دید که نه، مریض‌هایش رضایت‌مندی ندارند، همین شرکت باید دوباره می‌رفت یک برند جدید را می‌آورد و همین روند ادامه داشت تا این که وقتی ما داشتیم قضیه را جمع می‌کردیم، واقعاً تعداد این‌ها به بالای پنجاه تا رسیده بودند. خوشبختانه در حال حاضر جلوی آن‌ها گرفته شده است، در هر صورت در گذشته با مکمل‌ها مانند همه مواد غذایی برخورد می‌شد، یعنی همان‌طوری که یک کسی یک تن می‌آورد فقط می‌گفتند آقا ارزش غذایی این چیست، نگاه می‌کردند تا ببینند آیا با استانداردهایی که ما خودمان داریم، حتی استانداردهای سازمان استاندارد که از نظر سلامتی خیلی نازل‌تر بود، تطابق دارد یا نه که اگر داشت تأیید می‌کردند و می‌گفتند آقا بیاید، عین یک تن، عین یک آب میوه. در واقع نگاه آنان بیشتر یک نگاه صنعتی بود. ولی الان نه نگاه، نگاه دارویی شده است و دنبال اثرات آن هستند، دنبال آن هستند، دنبال عوارض آن هستند و این را محدود

گرفتیم، اعدادش را که می‌دیدیم رفته بود به ۴۵۰ میلیون دلار رسیده بود!

← آقای دکتر، آماری که گمرک و مرکز مبادلات نشان می‌دهد، دریافت حدود ۵۰۰ یا ۴۵۰ میلیون دلار بابت مکمل‌ها در سال ۸۷ است که خودتان هم به آن اشاره داشتید. آیا مگر روند این نبوده است که ارز مورد نیازشان باید از طریق وزارت بهداشت تأیید می‌شد؟

یعنی ارز مبادله‌ای بهش دادند، ارز مرجع نمی‌گیرد.

← آقای دکتر، بله، ارز مرجع نمی‌گیرد. ولی بالاخره تحت نام مکمل‌ها ۵۰۰ میلیون دلار دریافت کرده‌اند، مگر این‌گونه نبوده است که این‌ها باید اول از وزارت بهداشت اجازه بگیرند، بعد بروند وارد کنند؟

درست است. در واقع از اواخر سال ۸۹ ما از حدود ۹۱۶ مورد درخواست مکمل وارداتی که داشتیم، به حدود ۱۰۰ تا ۱۰۴ و ۱۰۵ تا مجوز داده‌ایم که ۹۰ تا از آن‌ها هم به شرط تولید بود. یعنی اجازه واردات نبوده‌ها، در واقع اجازه واردات به ۱۴، ۱۵ قلم داده شد و بقیه مشروط بر این بود که آن برند بیاید و در داخل تولید بشود، حتی وارداتش هم نبود که بگوید یک سال یا ۶ ماه بیاور و بعد تولید کن.

← آقای دکتر، به چند تا؟

حدود ۱۴، ۱۵ تا.

← آقای دکتر، نه به جز آن، تعداد بیشتری که فرمودید.

ما گفتیم به نود و خورده‌ای مورد به این شرط که بیاید آن برند در ایران تولید بشود اجازه ورود به بازار ایران را می‌دهیم، نه اجازه واردات، یعنی

آن‌ها نمی‌توانند وارد کنند.

← آقای دکتر، سازمان غذا و دارو تشکیل شد، شما سالیان سال در حوزه معاونت دارو و غذا حالا یا در تهران یا در اصفهان کار کرده‌اید. آیا این دو تا فرق عمده‌ای با یکدیگر دارند یا خیر؟

واقعیت این است که قطعاً سطح حضور در جلسات، اگر حالا آدم از نظر اداری نگاه بکند، به هر حال به‌عنوان رئیس سازمان یا معاون وزیر متفاوت است و به همان جهت اوتوریته هم که در جلسات (از کمیسیون‌های مجلس شورای اسلامی گرفته، تا کمیسیون‌های دولت) دارد، این که یک نفر به‌عنوان رئیس سازمان و معاون وزیر شرکت می‌کند متفاوت است.

← آقای دکتر، وقتی چنین مقامی وارد کمیسیون بهداشتی مجلس می‌شوند، چون خودشان تصویب نکردند، بلکه دولت تصویب کرده است، آیا نسبت به این که تو قانونی هستی یا قانونی نیستی موضع‌گیری ندارند؟

ابتدا به ساکن این بوده، حتی دادند این بحث را چون ما مصوبه شورای عالی اداره کشور را داریم. یکی دو جلسه اول مشخصاً همین بود که آقا شما چه کاره‌اید ما شما را قبول نداریم. ارجاع شد به مرکز پژوهش‌های مجلس، آن‌جا یک بررسی کارشناسی انجام شد و آن‌جا گفتند که نه این تشکیلات کاملاً قانونی است چون از ادغام دو، سه تا تشکیلات به‌وجود آمده است. یک اتفاق دیگر هم افتاد، آن هم این که خود مجلس هم آمده ردیف بودجه جداگانه به سازمان داده است. این به این معنی است که مجلس هم کلیت سازمان را قبول کرده است. البته اساسنامه باید برود در مجلس دوباره بحث و تصویب

بشود. این به این معنی است که پذیرفته‌اند که به آن ردیف جداگانه داده‌اند. همین‌طور ابهامی هم که از نظر بودجه‌ای داشته‌اند، از میان رفته است. چون مستحضر هستید که قبلاً بودجه ما می‌رفت به وزارتخانه. الان بودجه‌های ما به‌خاطر این که ردیف جداگانه داریم، بنابراین، در جذب و دیتکشن درآمد‌هایمان خیلی می‌توانیم شفاف‌تر عمل بکنیم و این قدرت مانور ما را بیشتر می‌کند.

← آقای دکتر، استحضار دارید که این داروخانه‌های دولتی (۱۳ آبان، هلال احمر، ارتش) تحت شرایط خاصی ایجاد شدند. امروز شما فکر می‌کنید این‌ها لازم باشند یا خیر؟ چون شما هم جزو شورای عالی نظام پزشکی و هم جزو انجمن داروسازان ایران و هم معاون سازمان غذا و دارو هستید، پاسخ شما برایمان اهمیت دارد.

حالا من از کدام جنبه جواب بدهم؟

← آقای دکتر، اصلاً از جنبه مصلحت کشور.

ما یکی از مشکلاتی که در بخش دارو داریم، بالا بودن سهم دولت در بخش‌های مختلف است. ببینید، ما الان بیشترین واردات دارویمان (پول و ارزمان) کجا دارد مصرف می‌شود؟ فرآورده‌های خونی، واکسن‌ها و فرآورده‌های بیوتک. همه این‌ها اقلامی هستند که به نوعی دولت روی آن‌ها دست دارد و اجازه رانت برای سیستم‌ها درست کرده است. ببینید ما الان در واکسن‌سازی، دو تا مؤسسه تولید واکسن رازی و پاستور را داریم. پاستور متعلق به وزارت بهداشت و رازی متعلق به جهاد است. من در ستاد ویژه هم گفته‌ام، کشور هند که تمام داشته‌هایش به‌عنوان افراد آموزش دیده را از قبل مؤسسه رازی ایجاد کرده است

(می‌دانید که اولین نفراتی که در این مورد آموزش دیدند دوره‌های آموزشی خودشان را در سرم‌سازی رازی گذراندند)، الان شده یکی از بزرگ‌ترین واکسن‌سازها و ما دست نیازمان به طرف آن دراز است. متأسفانه، در فرآورده‌های خونی هم همین اتفاق افتاده است. من در ستاد تدابیر ویژه، در پدافند و غیره همیشه این را گفتم، بعضی‌ها هم ناراحت می‌شوند، ولی ما بیشتر ارزمان دارد آن جایی می‌رود که دولت دست گذاشته است و جایی ورود کرده که می‌گوید استراتژیک است. ما می‌گوییم آقا تأمین واکسن استراتژیک است نه تولید آن. یعنی واکسن یک کالایی است که باید در مملکت باشد. ولی حالا این که تولید آن را بخش خصوصی برعهده داشته باشد یا بخش دولتی، این مهم نیست. چون واکسن هم بالاخره عین داروهای دیگر است و این استدلال در بحث داروخانه هم صادق است. یعنی الان یکی از علت‌هایی که داروخانه‌های ما در دادن خدمات جدید، ناتوان هستند این است که بیش از ۵۰ درصد داروی کشور دارد در سیستم دولتی فروش می‌رود و بقیه آن توسط حدود ۹۰۰۰ داروخانه خصوصی توزیع می‌شود. واقعیت این است که سهم داروخانه‌های خصوصی زیر ۵۰ درصد و نزدیک به ۴۰ درصد است، منتها من دارم رعایت می‌کنم که می‌گویم حدود ۵۰ درصد در ۹۰۰۰ داروخانه فروخته می‌شود. البته، شاید این داروخانه‌های دولتی را برای بخش آموزش نیاز داشته باشیم، خوب است می‌توانیم استفاده کنیم، ولی الان ما داریم از این‌ها استفاده‌های کاملاً اقتصادی و تجاری می‌کنیم. این واقعاً به نفع مملکت نیست و بنابراین، ما خدمات دارویی، چون

داروخانه‌هایمان از نظر اقتصادی واحدهای ضعیفی هستند خیلی از مسایل (اجاره‌های پشت پرده، ورود افراد غیرمتخصص و خیلی تخلفات پشت پرده در داروخانه‌ها) که دارد اتفاق می‌افتد به‌خاطر همین است که داروخانه‌ها واقعاً از نظر اقتصادی فعال و پویا نیستند.

◀ آقای دکتر، وقتی یک داروخانه در کنار یک خواروبار فروشی (از نظر سرمایه، دانش، حاشیه سود فروش هر محصول و ...) مورد مقایسه قرار می‌گیرند و هیچ تناسب و منطقی برای پذیرفتن این همه تفاوت بین آن دو وجود ندارد و در ضمن ۵۰ درصد سهم حاصل از فعالیت داروخانه را هم جای دیگر می‌گیرد، نمی‌شود از داروخانه انتظار داشت که حضرت عباسی کار بکند. واقعاً همین‌طور است. شما در مورد مالیات،

چگونگی برخورد دارایی با داروخانه را ببینید، واحد داروخانه تمام خرید و فروش دارویش، همه رو است، همه این فاکتوری که از شرکت‌های پخش دارو می‌گیرد یک نسخه می‌رود دارایی، از بیمه هم آن‌چه که به‌عنوان دریافتی می‌گیرد، یک نسخه می‌رود به دارایی. ملاحظه می‌کنید که داروخانه دارد واقعاً مانند یک کارمند مالیات می‌دهد، چون همه چیزش شفاف است. ولی با خیلی از بخش‌ها و مشاغل دیگر اصلاً این‌گونه برخورد نمی‌شود. خوب این‌ها هزینه‌ها را بالا می‌برد در صورتی که واقعاً بخش دولتی (از جمله داروخانه‌های مورد بحث) از معافیت‌های ویژه‌ای در بخش مالیات برخوردارند و خیلی از این مالیات‌ها را نمی‌دهند و خیلی از هزینه‌هایی را که به داروخانه‌های خصوصی تحمیل می‌شوند، هم ندارند.