

بررسی دارو توسط فرهنگستان علوم پزشکی در مصاحبه با دکتر علی منتصری

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

سلماس به دنیا آمده و دو فرزند دارد. وی که سال ۱۳۵۱ از دانشکده داروسازی دانشگاه تبریز با مدرک دکتری داروساز فارغ‌التحصیل شد، در دوران تحصیل به‌طور مستمر به تدریس و نمایندگی علمی شرکت‌های داروسازی پرداخته و در سال آخر دانشکده مسؤول فنی داروخانه شوش‌نو در اهواز بوده است. دوران خدمت نظام وظیفه‌اش را در بیمارستان ۵۰۲ ارتش در ارومیه سپری کرد و طی این دوره به تدریس فارماکولوژی برای پرستاران، نمایندگی علمی آلرگان و مسؤولیت فنی شب داروخانه شبانه‌روزی تخت جمشید می‌پرداخت. سال ۱۳۵۳ بعد از خدمت سربازی، در شرکت دارویی روش سوئیس در تهران استخدام شد و مراحل نمایندگی علمی، سوپروایزری و سرپرستی بیمارستان‌ها و منطقه فارس را در سوابق حرفه‌ای خود به ثبت رساند. در سال ۱۳۵۶ تغییر شغل داده به‌عنوان مدیر مارکتینگ داروپخش سمت سوپروایزری داروهای گلاکسوالن‌هان‌بوریر را داشته و در نهایت، بعد از دو سال مدیریت حوزه تهران و استان مرکزی پخش داروپخش و کار طاقت‌فرسای دوران گذر از کوران انقلاب، به‌وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتقل و در سمت مدیر برنامه‌ریزی دارویی کشور، معاونت برنامه‌ریزی اداره نظارت بر امور دارو و نماینده وزیر در بانک مرکزی به کار اشتغال داشت. تأسیس بخش کامپیوتری اداره کل، طراحی سیستم برنامه‌ریزی دارویی کشور و انتشار آمارنامه دارویی از یادگارهای دکتر منتصری در سمت معاونت برنامه‌ریزی دارویی اداره کل نظارت بر امور دارو می‌باشد. ایشان یکی از افراد تأثیرگذار در اجرای صحیح طرح ژنریک و

← آقای دکتر، همان‌گونه که اطلاع دارید، فرهنگستان دو پروژه در دست تهیه دارد، یکی واردات دارو و مکمل‌ها از سال ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۰ و دیگری مستندسازی نظام دارویی ایران از ۱۳۳۴ تا ۱۳۹۰. بنابراین، امروز مزاحمتون شدیم تا با توجه به مشاغل و مسؤولیت‌های مختلفی که داشتید، نظر شما را در مورد روند تاریخی این موضوع جویا شویم. قبل از ورود به بحث، می‌خواستیم خواهش کنیم که یک معرفی کوتاهی از خودتان داشته باشیم. البته، در مورد معرفی کوتاهی از خودتان، باید بگوییم که ما و بسیاری از دست‌اندرکاران حوزه دارو و نظام دارویی که شما را می‌شناسیم، اما از آن‌جا که این پژوهش به‌صورت مستند در فرهنگستان باقی می‌ماند، بنابراین، باید با این معرفی مختصر در ابتدای مصاحبه بتوانیم برای آیندگان نیز این امکان را فراهم کنیم که بدانند پاسخ چه کسی را با چه پیشینه‌ای مطالعه می‌کنند. در مورد پرداختن به نقش و جایگاه افراد یا گوشه‌هایی از یک نظام دارویی هم باید به استحضارتان برسانیم که برای ما موارد مهم در این پژوهش، منابع و مستندهایی است. بنابراین، در مواردی که خود اشخاص موضوع یا موضوع‌هایی را مطرح می‌کنند که خودشان در سیاست‌گذاری یا اجرای آن نقش داشته‌اند، بیان نقطه‌نظراتشان می‌تواند تقویت‌کننده مستندات باشد و در صورت عدم دستیابی به مستندات، آن‌چه که بیان می‌کنند، خود گوشه‌ای از سیر تاریخی است که به نوعی تدوین می‌شود.

دکتر علی منتصری به سال ۱۳۲۶ در شهر

تأمین‌کننده داروهای جبهه و جنگ در آن دوران بوده‌اند.

از سال ۱۳۶۹ به مدت دو سال عضو هیئت مدیره و قائم مقام مدیرعامل شرکت سهامی دارویی کشور، بزرگ‌ترین شرکت واردکننده دارو بود و از سال ۱۳۷۱ به مدت دو سال مدیرعامل شرکت جهان بهبود یکی از بزرگ‌ترین شرکت‌های واردکننده داروی بخش خصوصی بود. خدمت آقای دکتر منتصری در بخش خصوصی بیش از دو سال دوام نداشته و با قبول مسؤلیت مدیریت عاملی شرکت پخش رازی از سال ۱۳۷۴ به جرگه مدیران بخش سرمایه‌گذاری بانک ملی پیوسته و از جمله تأثیرگذارترین مدیران در مدت ۸ سال خدمت در پخش رازی بود. دکتر منتصری سپس به عنوان مدیرعامل شرکت داروسازی جابران‌حیان انتخاب شد و به مدت ده سال مدیرعامل این شرکت بزرگ تولیدکننده ویال‌های تزریقی و سایر داروها بود و بالاخره از سال ۱۳۹۰ تا به حال با عنوان مدیرعامل شرکت تازه تأسیس آفاشیمی به کار ادامه می‌دهد.

آقای دکتر منتصری طی دوران مدیریت خود به‌طور جنبی ریاست و عضویت هیئت مدیره بسیاری از شرکت‌های دارویی و نیز ریاست هیئت مدیره شرکت‌های داروسازی حکیم، ابوریحان، راموفارمین، دانا و کیمیدارو را برعهده داشت و در ضمن، عضو هیئت مدیره شرکت‌های تجهیزات رادیولوژی، پخش رازی و هولدینگ شفا دارو هم بود.

مسؤلیت‌های علمی و اجتماعی آقای دکتر منتصری کاملاً نشان‌دهنده فعالیت‌های این مدیر ارشد به‌عنوان یک فعال اجتماعی می‌باشد که

سردبیری مجله دارو و درمان، عضویت در هیئت تحریریه طب و دارو و نشریه دارویی رازی، عضویت در هیئت مدیره انجمن داروسازان و هم‌چنین هیئت مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی و عضویت در هیئت نمایندگان اتاق بازرگانی تهران و ایران از جمله آن‌ها است. نام‌برده عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد می‌باشد و برای دانشجویان داروسازی دانشگاه آزاد مباحث مدیریت را تدریس می‌کند. در ضمن، مدرس مارکتینگ دوره‌های MBA است.

همان‌طور که از بیوگرافی مشهود است، آقای دکتر منتصری بنا به درخواست جناب آقای دکتر نیک‌نژاد معاونت دارویی وقت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و موافقت آقای دکتر نیلفروشان مدیرعامل شرکت داروپخش مسؤلیت سامان‌دهی بخش برنامه‌ریزی اداره نظارت بر امور دارو را به‌عهده گرفتند و به قول خودشان افتخار همکاری با آقای دکتر آذرنوش را پیدا کرده و از جمله مدیران تأثیرگذار در نظام دارویی ایران است. طرحی که به «طرح ژنریک» مشهور شد.

← آقای دکتر، بفرمایید بعد از تشریف بردن به وزارت بهداشت (وزارت بهداشت امروز) علت تشکیل واحد برنامه‌ریزی چه بود؟ آیا این تفکر قبل از این که شما تشریف ببرید در آن‌جا وجود داشت؟ آیا آشنایی قبلی آقای دکتر آذرنوش از شما (با توجه به شناخت ایشان از دوره‌های تخصصی‌ای که شما دیده بودید) بود، یعنی شرایطی فراهم شده بود که شما رفتید یا این که شما رفتید و با ارزیابی شرایط، آن بخش و وظایف مربوط به آن را پایه‌ریزی کردید؟

معمولاً کار در داروپخش گروهی بود و آقای

با اسم تجارتي بودند، يك دارو مثلاً شامل ۵، ۶ يا ۷ قلم دارو می‌شد كه غالباً يك ماده Ingredient يكسانی داشتند، این‌ها را جمع زده بودند و به يك آماری رسیده بودند و آقای دکتر آذرنوش در اداره نظارت بر امور دارو دفتری تأسیس کرده بودند كه سازمان‌دهی تولید و واردات و مصرف را به عهده داشت. این دفتر توسط خانم دکتر شیخ‌الاسلام اداره می‌شد كه آقای دکتر روشن ضمیر هم با ایشان همکاری می‌کردند. خانم دکتر مهین‌راد هم آن‌جا بودند. یکی دو تا از پرسنل وزارت بهداشت را هم فرستاده بودند تا آن‌جا كار كنند.

← آقای دکتر، ببخشید با توجه به این كه ما بخش مستندسازی برایمان مطرح است، چرا این اتفاق افتاد كه چنین ضرورتی احساس شد؟ یعنی يك تغییری در ساختار نظام دارویی کشور اتفاق افتاد، در ضوابط و مقررات، تغییراتی ایجاد شد كه این اتفاق افتاد؟

شخصاً چون درس ماركتینگ می‌دهم می‌خواهم بگویم نیاز آن روز، ضرورت تأمین داروی کشور كه مسؤولیت آن بر عهده وزارت بهداشت بود، چنین ایجاد می‌کرد.

← آقای دکتر، مگر قبلاً نبود؟ ما بحثمان این است كه چه اتفاقی افتاد؟ چون قبلاً شرکت‌های دارویی خودشان وارد می‌کردند، تولید می‌کردند.

ما وارد يك نظام نوینی شده بودیم به اسم نظام ژنریك، این نظام ژنریك با نظام تجارتي كاملاً متفاوت بود. قبل از انقلاب شرکت‌های واردکننده و تولیدکننده، اکثراً چندملیتی بودند و آن شرکت‌هایی هم كه خصوصی بودند مثل دکتر عبیدی و خسروشاهی و غیره، تعدادشان خیلی

دکتر نیلفروشان مرتب جلسه‌هایی می‌گذاشتند، شیوه كار ایشان به شكلی بود كه وقتی می‌رفت به جلسه، مطالب آن جلسه را می‌آورد در شرکت، مدیرانش را دعوت می‌کرد و جلسه می‌گذاشت و هم فکری می‌کرد، بعد هم نتایج آن را می‌بردند و به مراکز ذی‌ربط ارایه می‌کردند، آن موقع هم نقش آقای دکتر نیلفروشان در وزارت بهداشت بسیار تعیین‌کننده بود، درست است كه آن زمان دکتر نیک‌نژاد معاون وزیر و آقای دکتر آذرنوش هم مدیرکل غذا و دارو بودند، ولی آقای دکتر نیلفروشان عملاً پدر سیستم دارویی بودند، ایشان در تغییر و انتخاب مدیران تأثیرگذار بود و واقعاً همه كاره سیستم دارویی بودند، به زعم من كه از دور نگاه می‌کردم اگر قرار باشد بگویند كه چه کسی بیشترین تأثیر را در بدو تأسیس سیستم دارویی بعد از انقلاب داشتند، من می‌گویم كه آقای دکتر نیلفروشان. البته، روابط نزدیکی كه ایشان با آقای دکتر پیش‌بین و آقای دکتر یزدی داشتند، در ایفای این نقش تأثیر به‌سزایی داشت.

خلاصه در شرایطی شروع کردیم كه سیستم دارویی داشت دچار مشكل می‌شد، كارخانه‌ها را داده بودند به مدیران ایرانی و مدیران كمپانی‌های خارجی یکی پس از دیگری از ایران می‌رفتند، واردات به شدت كم شده بود، آقای دکتر نیلفروشان، آقای دکتر آذرنوش و آقای دکتر نیک‌نژاد كمیته‌ای را تشكيل داده بودند به اسم كمیته برنامه‌ریزی كه در آن‌جا تصمیم می‌گرفتند كه کدام شرکت‌ها چه داروهایی را تولید و یا چه داروهایی را وارد كنند و ... در آن كمیته احتمالاً تصمیم اساسی این بود كه چه میزان دارو مورد نیاز جامعه است؟ چون داروها

زیاد نبود و خیلی هم فعال نبودند. یعنی در حقیقت تلاش می‌کردند اما نمی‌گذاشتند آن‌گونه که باید رشد کنند. بنابراین، اتفاقی که افتاد این بود که بعد از انقلاب طرح ژنریک مطرح شد. این هم زاده ذهن جوان‌های انقلابی آن دوره بود. چرا که همه خسته شده بودند از تعداد نمایندگان علمی که می‌رفتند تمام دکترها را ویزیت و بازاریابی می‌کردند (آن موقع ما حدود هزار نفر نماینده علمی داشتیم). من خودم که یک شب می‌رفتم در منطقه ویزیت کنم، معمولاً با ۵ تا ۱۰ نماینده علمی در مطب‌ها برخورد می‌کردم. بنابراین، آمدند نظام دارویی را تغییر دادند. وقتی که گفتند طرح ژنریک، اولش گفتند چرا این قدر برند خارجی باشد و ما این قدر تبلیغ کنیم. پس بیاییم این‌ها را به یک اسم ژنریک تبدیل کنیم. یعنی با این فلسفه شروع شد ولی وقتی که وارد شدند که این تغییر را ایجاد کنند، دیدند که نمی‌شود، چون این طرح برای خودش یک سیستم است، این سیستم برای خودش فرآیند واردات دارد، ساختار تولید دارد، فروش دارد، توزیع دارد و برنامه‌ریزی خاص می‌طلبد. اتفاقاً یک گلی کشیدند که گلب‌های مختلفی داشت که یکی از آن‌ها برنامه‌ریزی بود که این برنامه‌ریزی، شد برنامه‌ریزی متمرکز دارویی کشور. برای این که آن روز اولین شاهکاری که سیستم دارویی مملکت کرد این بود که سیستم را متمرکز کرد. شرکت‌های دیگر متمرکز نبودند. مدت‌ها کشور گرفتار بود، بعد از انقلاب فشار نیاز دارو شروع شد و ظرف مدت کوتاهی هم جنگ شروع شد، بعد از جنگ تمرکز فرماندهی ضرورت داشت و این ضرورت باعث شد تا یکی از مهم‌ترین شاخه‌هایی که طرح

ژنریک لازم داشت (شاخه برنامه‌ریزی دارویی کشور) ایجاد شود.

← آقای دکتر، پس خانم دکتر شیخ‌الاسلام بودند به اتفاق یک تعدادی از همکاران که کارهایی کرده بودند اما، هنوز سیستم پا نگرفته و تشکیلاتی نشده بود که جنابعالی تشریف بردید. آن موقع این جوری نبود که ما فکر کنیم که وظایف مشخص شده بود و شما بر مبنای آن وظایف رفتید آن مسؤلیت را برعهده گرفتید، آقای دکتر آذرنوش یک اصطلاحی دارند، می‌گویند سناریوی در صحنه (سوار قطار می‌شویم بعد بقیه مسایل) شما وقتی تشریف بردید آن‌جا چه وظایفی را برای این واحد تعریف کردید؟ چون بعداً این بحث مطرح شد که تعیین ارز برای هر واحد توسط این قسمت صورت بگیرد. یعنی میزان تولید یا واردات (کی چه قدر وارد یا تولید کند) را دفتر برنامه‌ریزی تعیین کند. در واقع، سؤال این است که آیا این سلسله مراتبی که مرحله به مرحله شکل گرفت و این وظایف تکامل پیدا کرد، تصمیمات مدیریتی بود یا اقتضای شرایط روز؟

برنامه‌ریزی از این‌جا شروع شد که یک سری دور هم نشستند گفتند آقا ما چه قدر دارو نیاز داریم، هر قلم را جمع زدند که چه قدر می‌شود، یک آمارهایی را به دست آوردند. آمارها را که به دست آوردند خانم دکتر شیخ‌الاسلام را گذاشتند مسؤول این کار بعد آقای دکتر روشن ضمیر هم در کنارش شروع کرد به کمک کردن ولی این افراد بلافاصله تغییر سمت پیدا کردند، چرا که خانم شیخ‌الاسلام را فرستادند شرکت الحاوی، وقتی ایشان رفت شغل بهتری پیدا کرد طبیعتاً آقای دکتر آذرنوش احتیاج به

دکتر آذرنوش چون نیاز داشت که آن بخش بتواند سازمان بگیرد تا مشکلاتش را حل کند. آقای دکتر نیک‌نژاد هم که معاون دارویی بودند، نیاز داشتند که با آمار و ارقام با مردم حرف بزنند و پاسخ‌گوی مقامات باشند که مرتب سؤال‌هایی می‌کردند. ما در آن دفتر شروع به کار کردیم، منتها در بدو امر با نیازسنجی آغاز کردیم و سیستمی طراحی شد که دربرگیرنده نظام واردات، تولید و توزیع بود. این سیستم را شخصاً تهیه کردم و آقای دکتر ویرایش فرمودند. بنابراین، تقریباً می‌توانم بگویم که زاده فکر بنده و آقای دکتر آذرنوش بود. یعنی نظم‌پذیری سیستم دارویی کشور، زاده فکر آقای دکتر آذرنوش و بنده بود که در قالب یک برنامه ارایه شد.

از سوی دیگر آمدم گفتیم خوب این کارها را می‌خواهیم انجام بدهیم، این کارها را که با یک نفر و دو نفر نمی‌شود انجام داد. آقای دکتر نیلفروشان پیشنهاد کردند قراردادی بین وزارت بهداشت و شرکت داروپخش منعقد شود که وزارت بهداشت ماهی ۶ میلیون تومان به شرکت داروپخش بدهد و شرکت داروپخش این سرویس را به وزارت بهداشت ارایه کند. حقیقتاً هزینه آن سرویس خیلی بالا بود ولی دکتر نیلفروشان به‌عنوان یک مقام عالی‌رتبه دارویی کشور می‌خواست این نظم و نسق به‌وجود بیاید و حاضر بود برایش فداکاری کند. این اراده باعث شد که ما یک قراردادی را تنظیم کردیم. آقای دکتر آذرنوش این کمک را کردند، این قرارداد آماده شد و فی‌مابین وزارت بهداشت و شرکت داروپخش هم که آن روزها دیگر شده بود یکی از شرکت‌های خود وزارت بهداشت و نقل و انتقال پول هم خیلی بین وزارت بهداشت و داروپخش

مدیر پیدا کردند. آقای دکتر روشن‌ضمیر نیز همان موقع دانشگاه قبول شد و می‌خواست برود PhD بگیرد، بنابراین، ایشان هم که خیلی مهره معروف و خوش‌نام و کارآمدی بود، رفت.

آقای دکتر آذرنوش در ضمن این که بنده را می‌شناخت و از روی استیصال دنبال یک فردی می‌گشت که بتواند بیاید آن‌جا کار کند، حالا من که رفتم آن‌جا، آقای دکتر آذرنوش دیگر این دفعه به من دستور سازمانی دادند. یعنی من شدم مسؤول برنامه‌ریزی دارویی کشور و موظف شدم که این سازمان را شکل بدهم. یعنی در حقیقت این سازمان خیلی هم مورد نیاز بود، یک سازمان در نطفه بود که حالا افراد آن هم رفته بودند و کاملاً متلاشی شده بود. آقای دکتر آذرنوش هم که واقعاً آن موقع‌ها دست و پا می‌زد تا داروی مورد نیاز مردم را تهیه کند. با جسارت به بعضی از شرکت‌ها اجازه ورود دارو می‌داد، خیلی‌ها هم از بیرون فشار می‌آوردند که چرا به این و آن اجازه ورود دارو دادید، این طرف نیاز مردم بود، برای همین انواع تقاضاها مطرح و در هر حال، در یک چنین شرایطی نیاز داشت که یک نظاماتی را داشته باشد. من رفتم وزارت بهداشت، آقای دکتر به من یک میز دادند و دو تا پرسنل. خانم دکتر مهین‌راد هم تقریباً سه ماه کار کرد و بعداً ایشان هم رفت. منتها پشت سر من سه تا حامی بزرگ بود، یک حامی بزرگم آقای دکتر نیلفروشان بود که خودش نقش بسیار تعیین‌کننده‌ای در سیستم دارویی داشتند و من مأمور خدمت از داروپخش در اداره دارو بودم و ایشان از من به‌عنوان نیروی خودش حمایت می‌کرد، دومین نفر که حامی من بود آقای

چنان که بعدها خیلی از مؤسسات از ما تقلید کردند و این کارها را انجام دادند و واژه ژنریک در حقیقت به مرور در مملکت رشد کرد.

وقتی به عقب (آن روزها) برمی‌گردم، فکر می‌کنم یک سری عوامل دست به دست هم دادند که این اتفاق افتاد چون در یک کشور سنتی مثل ایران خیلی سخت است که شما تحول بسیار عمیقی ایجاد کنید.

عرض کردم اصلی‌ترین مسأله نیاز بود، دومین مسأله ایمان و اعتقاد و عشق و علاقه بود که مسؤولان واقعاً داشتند و برای حل مشکلات دارویی مملکت و این که بگویند که این طرح ما موفق است، دلسوزانه تلاش می‌کردند. این خیلی مهم بود یعنی با تمام وجودشان پشت طرح بودند. آقای دکتر نیلفروشان، آقای دکتر آذرنوش، آقای دکتر نیک‌نژاد از من حمایت می‌کردند، ولی من می‌دانستم آقایان دارند از نظام دارویی کشورشان و از کارهای خوبی که انجام می‌گرفت و موجب تشویق می‌شد، حمایت می‌کنند و همکارانم هم شبانه‌روز کار می‌کردند، طوری که مثلث بنده و خانم دکتر مهرآبی و آقای دکتر آذرنوش و ذهنیتی که از مارکتینگ داشتیم، ذهنیتی که از کار کردن در کمپانی‌های خارجی داشتیم. همکارم خانم دکتر مهرآبی در فرانسه تحصیل کرده بود و به زبان انگلیسی و فرانسه تسلط داشت، همه این‌ها باعث شد که ما نیرویم از خودمان یک چیزی را درست کنیم. هر سه تایمان با هم تقریباً یک کمیته‌ای را ناشناخته (نه این که بنشینیم هی هر روز جلسه بکنیم) تشکیل داده بودیم که از خودمان یک چیزی را در نیابوریم بلکه، برویم ببینیم کجای دنیا یک

مشکلی نداشت، منعقد گردید و من شروع به استخدام افراد و کامپیوترایز کردن سیستم کردم. یعنی سیستم دستی شروع شد و یک سال همه کار را دستی انجام دادیم دفتر و دستک درست شد، کار را تقسیم کردیم، تک، تک کارخانه‌های داروسازی را در قالب یک برنامه آوردیم. مثلاً مشخص کردیم که تولیدکننده‌های اموکسی سیلین چه شرکت‌هایی هستند و سهم تولیدشان چه قدر است و بعد چه موادی لازم دارند و از کجا می‌آید، همه این موارد را در دفتری ثبت کردیم. تمام این سیستم با همکاری و کارایی بجه‌های جوانی که تازه استخدام کرده بودیم و حمایت آقای دکتر آذرنوش و آقای دکتر نیلفروشان، محقق شد. این نظم که به وجود آمد، از آقای دکتر نیلفروشان تقاضا کردم که خانم دکتر مهرآبی هم از داروپخش به جمع ما بپیوندند و ایشان مدیریت قسمت کامپیوتر را علی‌رغم داروساز بودن پذیرفتند. محل کار ایشان در اداره کل تأمین اجتماعی بود که در قالب قرارداد همکاری می‌کردند. مرکز کامپیوتری تأمین اجتماعی را اینتل می‌گفتند. اینتل تمام امارهای دارویی را که ما آن موقع داشتیم، برای اولین بار با آن برنامه Process, Mainframe می‌کردند و برای اداره دارو امارها را تهیه می‌کرد و در اختیار قرار می‌داد. شاید جزو نادر شرکت‌ها در کشور بودیم که ارتباطات سیستماتیک تلفنی دیتا با اینتل داشتیم. یعنی من در سال ۱۳۶۰ روی میز کامپیوتری داشتیم که این کامپیوتر به صورت آنلاین بود. اطلاعات را از Mainframe می‌گرفتم. آن موقع اصلاً یک چنین مسایلی نبود، PC هم نیامده بود و هیچ کس هم یک چنین چیزهایی را نداشت. یعنی ما پیشرفته‌ترین بودیم

درمی‌آوریم. یعنی ما مرتب تولید آمار می‌کردیم، منتها می‌گذاشتیم در کشوی میزمان، خیلی مواقع هم کاربردی نداشت، گاهی یک مقاله می‌نوشتیم. ولی وقتی که پیش می‌آمد، آقای دکتر نیک‌نژاد با گفتن علی کامپیوتری می‌فرمودند دکتر منتصری یک جعبه مارگیری دارد که همه چیز در داخل آن هست. در صورتی که من جعبه مارگیری نداشتیم، من اطلاعات و آمار داروی مملکت را همیشه به روز در دستم داشتم.

← آقای دکتر، این اطلاعات آماری به آن جایی رسید که شما تولید و واردات دارو را به دقت کنترل و مشخص می‌کردید که مثلاً شرکت سهامی دارویی کشور یا دارویخش و هلال‌احمر چه کار کنند و چه میزان وارد کنند و یا شرکت‌های تولیدکننده داخلی چقدر و از چه نوع محصولی تولید کنند. تا جایی که گویی به تدریج آن حالت ایجاد شد که به قول دکتر تربتی (خدا رحمتش کند) اداره دارو، مدیرعامل تمامی کارخانجات داروسازی و شرکت‌های واردکننده است. چون اوست که می‌گوید که چقدر بساز، چقدر وارد کن، چقدر ارز بگیر، قیمت چقدر است. حالا سؤال این است که آیا رفتن به چنان شرایطی که در واقع تمرکز قدرت کامل مدیریت و کنترل هر اتفاقی که در دارو می‌افتد و تصمیم‌گیری در مورد آن کنترل، در یک مرکزی به نام اداره دارو و معاونت و حوزه برنامه‌ریزی اتخاذ می‌شود، یعنی صادر شدن تقریباً تمام دستورات کلان مدیریتی هر کارخانه یا مؤسسه تجاری از جانب یک مرکزی که مغز متفکر آن، بخش برنامه‌ریزی حوزه معاونت بود، یک وضعیت درست بود یا خیر؟

اتفاق خوبی افتاده است که ما می‌توانیم از آن‌ها بهره‌برداری کنیم.

با توجه به سابقه، من و دکتر آذرنوش و خانم دکتر مهرآیی هر سه IMS را می‌شناختیم. ما با IMS کار کرده بودیم و می‌دانستیم چه شکلی آمارها را جمع کنیم و به صورت ۴ ماهه و ۶ ماهه و ۱۲ ماهه گزارش بدهیم. این‌ها را تبدیل به برنامه کردیم و وقتی که این برنامه کامپیوتری درآمد ما دقیقاً IMS آمریکا را گذاشته بودیم جلویمان و از آن تقلید کرده بودیم و کتاب IMS درست کرده بودیم. متأسفانه، دوستان سیستم را به هم زدند، خیلی ظلم بود برای مملکت در صورتی که آن کتاب اگر هنوز ادامه پیدا می‌کرد الان به جایی رسیده بودیم که ما می‌دانستیم که کدام داروخانه چه قدر و چگونه دارو مصرف می‌کند. در واقع، می‌توانستیم در حال حاضر هم آمار درست داشته باشیم. چون آمار شهرستان‌ها را درآورده بودیم و اصلاً فوق‌العاده پیشرفت کرده بودیم. جامعه هم مرتب ما را تقویت می‌کرد و احترام می‌گذاشت. ما هم علاقه داشتیم و همگی به صورت شبانه‌روزی کار می‌کردیم. مثلاً من هیچ‌وقت برای همان روز کار نمی‌کردم، همیشه برای آینده کار می‌کردم. این ذهنیت بود، از دوران دانشجویی هم این حالت را داشتم و در کمپانی‌هایی هم که کار می‌کردم این روحیه را داشتم.

من می‌گفتم اگر فردا وزیر بهداشتی سوئیس بیاید ایران، از وزیر امور خارجه ما در مورد دارو چه سؤالی خواهد کرد؟ خواهد گفت که ما چه تجارتی با شما داریم، کدام کمپانی‌ها کدام دارو را چه قدر و با چه نرخ می‌کنند؟ تمام آمارها را

اجازه بدهید اول سیستم را بشکافم بعد برسم به محاسن و معایب آن. ما چه کار می‌کردیم؟ اول می‌آمدیم براساس اطلاعاتی که جمع‌آوری می‌شد، شناخت دقیق از شرایط روز و نیازهای آینده کشور پیدا می‌کردیم. می‌دانید که فرماندهی و قدرت دست کسانی است که اطلاعات دارند. آقای دکتر آذرنوش این نبوغ را داشت که می‌خواست تمام قدرت اداره امور دارویی مملکت را در دستش بگیرد، برای این که بتواند به مملکت خدمت بکند. برای این که قدرت را در دست بگیرد به اطلاعات نیاز داشت و من هم عاشق کار بودم که آن را به سرانجام برسانم، همکارانم هم همه با شوق کار می‌کردند. ما آمدیم چه کار کردیم؟ گفتیم اول بیاییم آمارهایی را که از سال‌های مختلف داریم جمع کنیم. فرض کنید ما نشستیم در سال ۶۱ و می‌خواستیم آمارهای سال‌های قبل را داشته باشیم، باید می‌گفتیم آمار سال‌های ۵۹ و ۶۰ و حتی برگردیم به عقب (سال ۵۸) و بعد بگوییم این آمارها را دارو به دارو در بیاوریم و درآوریم، بعد آمدیم براساس اطلاعات و داده‌های ۳، ۴ یا ۵ ساله، Estimate کردیم و گفتیم که نیاز کشور به این دارو چقدر است، یعنی این در یک پروسه برنامه‌ریزی بسیار مفصلی با مشورت کردن با شرکت‌های واردکننده، تولیدکننده، طی جلسات متعدد به بار می‌نشست، نه این که یک نفر بنشیند و تمام کارها را انجام بدهد. ما تلاش کردیم تا آن روابط زیبا را ایجا کنیم. بنابراین، نه مغرور بودیم، نه خودخواه، تنها به خدمت کردن می‌اندیشیدیم و همگی احساس رضایت می‌کردیم چون مشکلات کارخانه را حل می‌کردیم، مشکلات تولیدکننده را

حل می‌کردیم، مشکلات همه را حل می‌کردیم. یعنی ما شده بودیم مغز متفکر سیستم دارویی مملکت. بنابراین، ما آمدیم فهرستی از پیش‌بینی‌ها تهیه کردیم و بعد از این کار، کتاب دارویی درست شد و در آن کتاب میزان نیاز مشخص شد و این که چه شرکت‌هایی پروانه این دارو را دارند و دارند تولید می‌کنند. بعد هم با هر یک از آنها جلسه می‌گذاشتیم و می‌گفتیم شما چقدر قدرت تولید دارید؟ مثلاً می‌گفتیم ما نیاز به ۵۰۰ هزار تا از فلان دارو داریم. یکی می‌گفت من می‌توانم ۵۰ هزار عدد تولید کنم، می‌نوشتیم تعهد فلان شرکت مثلاً ۵۰ هزار تا، دومی را صدا می‌کردیم، سومی را مابقی، بعد آخر سر محاسبه می‌کردیم که چقدر دارو باید تولید و چقدر دارو باید وارد کنیم، یعنی مابه‌التفاوت نیاز کشور و توان تولید آن را می‌آوردیم و می‌گذاشتیم برای واردات که آن موقع شرکت سهامی هم تنها شرکت واردکننده داروی مملکت بود. برنامه را با یک گزارشی می‌دادیم به شرکت سهامی و شرکت سهامی هم براساس برنامه ما اجازه واردات دارو داشت. یک سری داروها هم بودند که اصلاً نمی‌توانستیم تولید کنیم، این‌ها را می‌آوردیم در فهرست‌مان می‌نوشتیم، می‌نوشتیم واردکننده IPI، یعنی شرکت سهامی دارویی کشور. یعنی تمام این توتال سیستم به شکل دستی عمل می‌کرد، بعد این اطلاعات داده می‌شد به کامپیوتر و می‌رفت و آنالیز می‌شد.

خوب این یک طرف قضیه بود، طرف دیگر قضیه این بود که هر ماه گزارش تولید، گزارش واردات و گزارش توزیع را می‌گرفتیم و آن‌ها را مرتب آنالیز می‌کردیم و فرمت‌هایی داشتیم که نشان می‌داد

نه. این کار را ما زودتر از زمان شروع جنگ انجام دادیم. وقتی که جنگ شد، کمبود دلار پیدا شد. وقتی کمبود دلار پیدا شد و تخصیص ارز توسط بانک مرکزی مطرح شد، ما چون سیستم داشتیم، فوری به بانک مرکزی گفتیم که ما می‌دانیم که چقدر دارو لازم داریم، ارز مورد نیاز را محاسبه می‌کردیم و بقیه مسایل آن به سرعت هماهنگ می‌شد. یعنی در حقیقت این سیستم بود که کمک کرد تا ما نجات پیدا کنیم. یعنی اگر این سیستم طراحی نشده بود و به این خوبی کار نکرده بود و ما از کامپیوتر به این خوبی استفاده نکرده بودیم، اصلاً بحث دارو را در زمان جنگ می‌باختیم. یعنی از این که امروز به نسل حاضر می‌گوییم که ما با افتخار جنگ را پشت سر گذاشتیم و هیچ وقت مشکل دارو نداشتیم، نه این که ما مشکل دارو نداشتیم، بلکه ما شبانه‌روز همکارانمان را به سته می‌آوردیم. یعنی در حقیقت ما مشخص می‌کردیم که آقا اولویت‌هایمان کجاست. مثلاً در یک مقطعی که جنگ بود به من حکم دادند که به‌عنوان وزیر در بانک مرکزی هماهنگی‌های لازم را انجام دهم. خوب من این فهرست‌ها و پروفروماها را می‌گرفتم، می‌رفتم بانک مرکزی و بانک مرکزی به ازای هر یک از این پروفروماها ارز لازم را تخصیص می‌داد. می‌رفتم پیش آقای نیازی (معاون ارزی وقت بانک) و می‌گفتم که ۳۰۰ میلیون دلار ارز لازم داریم. می‌گفت فقط ۵۰ میلیون دلار داریم. حالا من بودم و ۳۰۰ میلیون دلار پروفروما در دستم که باید به‌عنوان مغز متفکر مجموعه و به‌خاطر داشتن اعداد و ارقام، از فردا صبحش می‌نشستم تا براساس اولویت‌ها تصمیم بگیرم که در مورد کدام

که چقدر دارو وارد کشور شده، چقدر دارو تولید شده و چقدر دارو مصرف شده است. این کمک می‌کرد که ما بفهمیم مملکت در چه شرایطی قرار دارد. bottleneck و گرفتاری‌هایمان کجا است. مرتب آقای دکتر نیک‌نژاد مصاحبه می‌کرد و جواب می‌داد، ما آمار می‌دادیم، می‌گفت این دارو رسیده و در گمرک است، فلان دارو این‌جا است، برای این که تمام این اطلاعات در دست بود و مرتب از طریق آقای دکتر آذرنوش به معاونت ذی‌ربط و خود وزیر گزارش می‌دادیم. سیستم پویا بود. به مرور زمان، دریافتیم که همه این‌ها برای پاسخ به نیازمان کفایت نمی‌کند. برنامه تولید، واردات و توزیع دارو را دادیم و گفتیم حالا باید چگونه کنترل بکنیم که ببینیم این برنامه اجرایی می‌شود یا نه. از طریق برنامه توزیع متوجه شدیم که چه دارویی مصرف می‌شود، چقدر مصرف می‌شود، رشد فروشمان چقدر است، همه این‌ها آنالیز می‌شد، بعد آخر سر آمدیم رسیدیم به این‌جا که اگر کارخانه‌ای که قبول مسؤولیت می‌کند که برود ۵۰ هزار تا از این ماده را بیاورد، اگر رفت ۲۰۰ هزار تا آورد چه اتفاقی می‌افتد؟ خوب ما زیر سؤال می‌رفتیم. آمدیم بخش مواد اولیه درست کردیم، باز هم همین دفتر و دستک. حالا این دفعه دارو را براساس فرمول و بچ‌شیت آن آنالیز می‌کردیم و می‌گفتیم مثلاً این شرکت این قدر فویل لازم دارد، این قدر ماده جانبی لازم دارد و این قدر ماده اولیه و بعد هم برای رسیدگی به این کار دفتری درست کردیم تا هر کسی که می‌خواست واردات کند، می‌آمد در آن دفتر و بررسی می‌شد که می‌دید که این پروفرمایی که آورده در قالب برنامه‌اش هست یا

اقدام شود و کدام در نوبت بماند. مثلاً سفالوتین سدیم باید تأمین شود. کلرامفنیکل برای تیفوئید، لازم است ولی ویتامین ب کمپلکس را بگذارم کنار، فلان دارو را بگذارم کنار و این نشان می‌داد که ما قدرت تصمیم‌گیری داشتیم. چیزی که امروز نداریم و برای همین با بدبختی‌ها دست و پنجه نرم می‌کنیم. چون اطلاعات ندارند. رئیس جمهور مملکت می‌گوید آقا چقدر ارز مصرف کردید؟ یک آمار ندارند بدهند که چقدر ارز مصرف کردند. در صورتی که آن موقع آقای دکتر آذرنوش همه این اطلاعات را در دستش داشت، سخنرانی می‌کرد، این جلسه می‌رفت اطلاع‌رسانی می‌کرد، آن جلسه می‌رفت می‌گفت. خوب نشان به آن نشان که این اطلاعات در دستش بود و واقعاً هم آدم خوشنامی بود و برای همین واقعاً همه به سر ایشان قسم می‌خوردند. آقای دکتر نیک‌نژاد سخنرانی نمی‌کرد مگر این که قبلاً آمار و اعدادش را آنالیز کرده باشیم. آقای دکتر آذرنوش ادبیاتش خیلی خوب است و من هم دست به قلمم خوب است ولی آن موقع‌ها خیلی اداری نشده بودم. من آدم مارکتینگ بودم نه آدم اداری و میرزا بنویس. اما ایشان مثل این که یک مدت در دفترخانه هم کار کرده‌اند (اگر اشتباه نکنم) و قشنگ‌ترین نامه‌ها را می‌نوشتند. من آن چارچوب را درست می‌کردم و با اعداد و آمار ارایه می‌کردم و بعد ایشان ویرایش می‌کردند و یک نامه خوب تهیه می‌شد و می‌رفت.

← آقای دکتر، با این فرمایش شما ما یک واحد بسیار منضبط و منظم برنامه‌ریزی داشتیم که A تا Z دارو را مدیریت می‌کرد. یک مقدار زیادی از همه این وظایف به بحث تأمین مربوط می‌شد که

در واقع، بحث کمیت بود. آن طرف هم در حوزه اداره دارو، بخش مهمی بود که به کیفیت دارو مربوط می‌شد و کارش نظارت فنی بود، واحدی که باید بر کیفیت واردات و تولید نظارت بکند. آیا هرگز شد که یکی از این دو تا مدیریت، خودش را فدای آن دیگری بکند. یعنی به خاطر کمبود و کسری دارو، به علت شرایط جنگ و نبود ارز، هرگز موردی پیش آمد که آن طرف (خانم دکتر باطومچی، خانم دکتر ملک‌الکتاب و به‌طور کلی آن گروه) در برابر مسئولان تأمین دارو تسلیم بشوند و کوتاه بیایند؟

اتفاقاً خیلی بحث جالبی است، یعنی داروسازی ما، بحث خودکفایی و کیفیت، من می‌خواهم برایتان بگویم که اصلاً و بدون تردید عامل خودکفایی دارویی کشور، برنامه‌ریزی متمرکز بود. چرا؟ برای این که وقتی برنامه‌ریزی متمرکز شد، دکتر آذرنوش که فردی بسیار خلاق بودند، گفتند که بخش برنامه‌ریزی، معاونت برنامه‌ریزی دارویی کشور بشود، حکم را زدند و من شدم معاون آقای دکتر آذرنوش در اداره کل و وقتی که معاون شدم دیگر سمت و مسؤولیت من برنامه‌ریزی دارویی کشور شد. یعنی وقتی این لقب برنامه‌ریزی دارویی کشور را پیدا می‌کنید، دیگر فقط بحث تولید و واردات نیست، بلکه، تولید و خودکفایی و بقیه مسایل هم در حیطه مسؤولیت شما قرار می‌گیرد.

آن موقع ما یک درگیری داشتیم بین اداره دارو و شرکت سهامی دارویی کشور به اضافه سازمان صنایع ملی ایران، آقای دکتر آذرنوش شعاری داشتند، می‌گفتند تنها راه‌هایی از دست آقای دکتر لولاور تولید و خودکفایی. این شعار، شعار قشنگی

یک طرف جنگ داشتیم، از یک طرف کمبود ارز داشتیم، از یک طرف مردم باید دارو را با ارزان ترین قیمت می خریدند و از یک طرف هم ما باید دارو را تأمین می کردیم. وقتی که شما همه این عوامل را کنار هم بگذارید، غیر از این راه، راه دیگری را پیدا نمی کنید و اما اشتباهات مان ...

◀ آقای دکتر، حالا قبل از این که به این موضوع برسیم، شما بگویید که آیا در دنیای بزرگ، شرق، غرب، کشورهای پیشرفته با اقتصاد کاملاً آزاد، کشورهای پیشرفته با اقتصاد کنترل شده مثل سوئد و کشورهای شرق (قبل از فروپاشی) آیا کشوری بود که نظام دارویی اش از نظر مدیریت متمرکز بر حوزه دارو به نظام دارویی ما در آن زمان نزدیک باشد؟

یادم نرود که آقای دکتر نیلفروشان و آقای دکتر آذرنوش این شانس را دادند که سه ماه در انگلستان، زبان خارجی ام را تقویت کنم و این باعث شد که با سازمان بهداشت جهانی مرتباً در تماس باشم و پیشرفت‌ها را به اطلاع آن‌ها برسانم. حتی آقای گریفیست آمدند سیستم دارویی کشور را Evaluate کردند و گزارش‌های بسیار جامعی را هم ارایه دادند. سازمان بهداشت جهانی هر وقت می آمد ایران و سیستم ژنریک ما و سازمان‌دهی آن را می دید، می گفت در دنیا کاملاً منحصر به فرد است و واقعاً هم منحصر به فرد بود. بعد می رفت در مجلاتش می نوشت که ایران تنها کشوری است که توانست این طرح ژنریک را اجرا کند. از آن تاریخ به مرور زمان کمپانی‌های چندملیتی به سوی تولید محصولات ژنریک سوق داده شدند. یعنی آن موقع، شرایط با امروز که شما می بینید این همه

بود. حالا آمار و اطلاعات دست ما است، می دانیم چه دارویی را می توانیم و چه دارویی را نمی توانیم تولید کنیم. بعد آمدیم تخصیص ارز دادیم برای ماشین‌آلات و کمک کردیم که ماشین‌آلات بیاورند و کمپانی‌ها را تشویق کردیم که بتوانند نوسازی بکنند. در این مبحث نوسازی دو تا اتفاق می افتاد، یکی تولید عددی و دوم کیفیت تولیدات دارویی ما بالا می رفت. وقتی که برنامه ریزی دارویی رسید به آن جا که قیمت را کنترل کنیم (قدم به قدم می رفتیم جلو)، رسیدیم به کنترل قیمت. با همه درگیری که با وزارت بازرگانی داشتیم، ولی وقتی ما قیمت را کنترل می کردیم هیچ وقت داروی با کیفیتی که گران بود را Delete نمی کردیم. یعنی یک کمپانی که می رفت یک ماده اولیه گران قیمت را می خرید، آقای دکتر آذرنوش می گفت ارزش را بدهید، بگذارید برود بخرد و بیاورد، دارد پول خرج می کند تا داروی خوب برای ما تولید کند. این باعث شد که کیفیت دارو به مرور زمان رشد کرد. به عبارت دیگر، هم صنعت رشد می کرد، هم کیفیت رشد می کرد و هم به طور مرتب داروهای جدید به فهرست اضافه می شدند. یک کمیته کاری داشتیم که من هم عضو آن کمیته بودم، به طور مرتب کتاب دارویی تغییر پیدا می کرد. هر جلسه که می نشستند یک سری داروها را حذف و یک سری داروها را اضافه می کردند. یعنی سیستم به صورت هوشمندانه، همه مسایل را به صورت متمرکز کنترل می کرد. این که مغز متفکر دارویی کشور اداره دارو و برنامه ریزی دارویی بود، این حرفی درست است. برای این که در غیر این صورت نمی توانستیم نجات پیدا کنیم. از یک طرف تهدید و تحریم داشتیم، از

ژنریک‌ساز در دنیا زیاد شده خیلی فرق داشت. ما جزو ژنریک‌سازهای اصلی بودیم و هنوز هم که هنوز است ما کشور ژنریک‌ساز بزرگ دنیا هستیم. بنابراین، ما مراداتمان با خارج از کشور همیشه باعث افتخارمان بود. دو موضوع در وزارت بهداشت همیشه موجب افتخار بود، یکی دارو و دیگری بهداشت. در بهداشت هم در آن سال‌ها واقعاً آقای دکتر مرندی شاهکار کردند و ما جزو بهترین‌های دنیا بودیم. سازمان بهداشت جهانی واقعاً مرتب عواملش در ایران بودند، مرتباً جلسه و رفت و آمد داشتیم. ما در جاهای مختلف که می‌رفتیم این‌ها را می‌دیدیم و حتی به‌عنوان مشاور برنامه‌ریز دارویی برای کشورهای مختلف همکاری می‌کردیم. کما این که بنده را با گروهی فرستادند به کشورهای سوئد و دانمارک تا مشاوره بدهیم، یعنی تا این حد ما را از نظر بین‌المللی قبول داشتند ولی در هر حال، در آن تاریخ ما منحصربه‌فردترین کشور بودیم و بعدها دیگران از ما تقلید کردند. در آن تاریخ آقای دکتر آذرنوش یک لطفی کرده بودند، من جزو افرادی بودم که مجله اسکریپت مرتب برایشان می‌آمد و من تمام آمار دنیا را هم بررسی می‌کردم، چون می‌خواستم خودمان را با دنیا مقایسه کنم، مرتب یا مقاله می‌نوشتیم یا برای آقای دکتر آذرنوش و آقای دکتر نیک‌نژاد مطلب تهیه می‌کردم. ما منحصر به فردترین کشور بودیم و در منطقه خاورمیانه اصلاً فاصله ما با صنایع دارویی کشورهای دیگر قابل مقایسه نبود. این آماری نیست که بگوییم که ما ۱۰۰ بودیم، در حالی که بهترین کشورهایی که در این منطقه بودند ۶۰ هم نبودند. جایی که شکست خوردیم و یا به عبارت دیگر از جمله نقاط ضعف و

اشکال‌های کارمان بود (سعی کردیم‌ها ولی نشد) متأسفانه به سیستم دید مارکتینگ نداشتیم، آمدیم به شرکت‌های توزیع‌کننده مأموریت دادیم که دفاتر علمی و بازاریابی باز کنند. کلی هم سرمایه دادیم چون برایشان درصد در نظر گرفتیم، اما نشد. برای این که تولیدکننده و واردکننده باید کالای خودشان را معرفی کنند، توزیع‌کننده نمی‌تواند این کار را بکند. یعنی نشان داده شد که شخص ثالث نمی‌تواند داروی ما را معرفی کند. چون ما دارویمان را معرفی نکردیم. چون آدم‌های بسیار بسته‌ای بودیم (نگاه‌مان به سیستم دارویی کشور نگاه بسته‌ای بود). آن اهمیت لازم را به رابطه با پزشک و بازار و مارکتینگ ندادیم. علی‌رغم این که من دوره مارکتینگ دیده بودم ولی واقعاً دانشی را که امروز دارم، با آن روز مقایسه می‌کنم، می‌گویم ای کاش آن روز این دانش (تازه ما بهترین‌ها بودیم) را داشتیم. آقای دکتر دعوت می‌کرد از تولیدارو آقای دکتر نوری می‌آمد. آقای دکتر آذرنوش معمولاً اهل مشورت بود، همه را می‌آورد نظرات جمع می‌شد، خرد عمومی را به کار می‌گرفت.

ولی این خرد عمومی با ژنریک بسته شده بود. از همان ابتدا ما نتوانستیم با پزشک‌ها رابطه خوبی ایجاد بکنیم. انتشاراتمان ناقص بود. علی‌رغم این که مجله دارو و درمان را چاپ کردیم، من خودم هم سردبیر آن بودم، مدیرمسئول آن هم آقای دکتر آذرنوش بود ولی نتوانستیم چندان رابطه‌ای ایجاد کنیم. اگر رابطه‌ای بود، متأسفانه در سطحی گسترده صورت نگرفت و همین ضعف باعث شد که پزشک‌هایمان آن روزها که نیاز داشتند، می‌نوشتند، اما آن روزی که نیاز نداشتند به داروهایمان پشت

بدهید، می‌گویند شما مگر نگفته بودید که دارو استراتژیک است؟ ما چرا باید یک چنین کالای استراتژیک را آزاد کنیم؟ نشان به آن نشان که ده سال به ما ارز دولتی دادند و ما همه را صرف ارزان رساندن دارو به دست مصرف‌کننده کردیم و کارخانه‌هایمان همه به زمین نشستند و شما ۱۰ سال عقب‌ماندگی دارویی داشتید و کشورهای همسایه از ما جلو زدند، اگر هم از ما جلو نزدند ولی به ما رسیدند. یعنی بزرگ‌ترین شکست ما به روز نبودن این تخصیص ارز دولتی و بسته بودن سیستم بود. آن روزی که سیستم را بسته بودیم، باید یاد می‌گرفتیم که آکاردنتی بازش کنیم، منتها کسانی آن سیستم را بسته بودند، که در آن روزی که باید آن را باز می‌کردند، در سر کار نبودند. یعنی در حقیقت آقای دکتر آذرنوش یک دورهای رفت و بعدها مجدداً آمد. آقای دکتر نیک‌نژاد بیرون از مجموعه بودند، آقای دکتر نیلفروشان دیگر مسیرش عوض شده بود، بنده از آن‌جا آمده بودم بیرون و اصلاً دیگر آن مسیر احیا نشد. ولی بعدها که آقای دکتر آذرنوش معاون وزیر شدند، باز هم این شاهکار را زدند که ارز دولتی را تبدیل به ملتی کردند و شروع کردند که صنعت را نجات بدهند. یعنی اگر بخواهم بگویم که صنعت داروسازی در دهه اول بعد از انقلاب به‌خاطر این طرح‌ها و این سیستم‌ها رشد و شکوفایی بسیار بالایی داشت، در دهه دوم به شدت زمین خورد و عقب نشست و کیفیت‌ها پایین آمد و ماشین‌آلات کمتر خریده شد و بعد در دهه سوم یواش یواش شروع کردیم به گرفتن ارز آزاد و صنعت دوباره ماشین‌آلات خرید و شروع کرد به رشد کردن که از آغاز دهه

کردند و این آسیب را که می‌بینید در بازار ایران در سال‌های اخیر در زمینه رشد واردات رخ داده است، زاده آن روزها است. من همیشه در مصاحبه‌ها می‌گویم ولی کسی به آن توجه نمی‌کند. واقعاً با پزشک‌ها میانه خوبی ایجاد نکردیم. ما را دوست داشتند، می‌رفتیم به جلسه‌هایشان و سخنرانی می‌کردیم، ولی قبولمان نداشتند، می‌خواستند یک روزی از ما انتقام بگیرند. چرا که کتاب می‌خواستند، نمی‌دادیم، آمار می‌خواستند، نمی‌دادیم، فهرست دارویمان را می‌خواستند، نمی‌دادیم. اطلاع‌رسانی را نمی‌شناختیم، فکر می‌کردیم که اگر بازاریابی کنیم باعث رشد مصرف دارو می‌شود. هم الان هم بعد از ۳۰ سال به بخشنامه‌ای که آقای دکتر شیبانی زده (واردات دارو و تبلیغات ممنوع) که توجه می‌کنید، می‌بینید که باز هم همان تفکر است. آن تفکر، تفکر غلطی بود و ما شکست خوردیم. یعنی ما در حقیقت بزرگ‌ترین طرفدارمان را که باید مارکت و مصرف‌کننده می‌بود، از دست دادیم. دومین عاملی که واقعاً به‌عنوان مشکل با آن مواجه شدیم، شرایط بعد از جنگ بود. شاهکاری که ما در جنگ کردیم، بلافاصله بعد از جنگ باید آزادسازی می‌شد، باید کارمان را با ارز آزاد ادامه می‌دادیم، مثل تمام کمپانی‌های دیگر. آن همه که رفته بودیم صحبت کرده بودیم، آن همه مطلب که دکتر آذرنوش نوشت و سخنرانی کرد و گفت دارو استراتژیک است، چرا می‌گفتیم دارو استراتژیک است؟ برای این که می‌خواستیم ارز بیشتری بگیریم. می‌خواستیم مقامات را به اهمیت موضوع حساس‌تر کنیم. حالا این کلمه استراتژیک بودن درست بعد از جنگ یقه ما را گرفت. آمدیم بگوییم که آقایان به ما ارز آزاد

چهارم که داستان‌های خودش را دارد، با شرایط فعلی مواجه شد.

آقای دکتر آذرنوش گفتند: من یک موردی را یادآوری کنم که آقای دکتر منتصری نگفت. ما در سال ۶۸ وقتی آمدیم در معاونت دارویی، اولین سمینار بازخوانی نظام ژنریک را در هتل لاله برگزار کردیم، مبنای این بازخوانی هم همان جداول و اطلاعاتی بود که آقای دکتر گفته بود و همان موقع ما به این نتیجه رسیده بودیم که می‌خواستیم این را جا بیندازیم که باید آزادسازی کنیم، منتها ارزی در کار نبود. یعنی ارز صادرات (پسته و قالی) بود، منتها نه مقدارش معلوم بود و نه منبع و نرخ آن. داریم در مورد کالایی صحبت می‌کنیم که تمام جزییات آن برنامه‌ریزی دارد. بنابراین، علی‌رغم این که ایشان قبلاً چند تا سناریو برای آزادسازی با ارزهای آزاد نوشته بودند، چون ارزی وجود نداشت، ما نتوانستیم این کار را انجام بدهیم، اما وقتی که در سال‌های بعد این فضا ایجاد شد، من خودم شانس آوردم و شانس بزرگی هم بود. آن موقع آقای دکتر در مسوولیت‌های دیگری بودند و توفیق پیدا نکردم که مجدداً در وزارتخانه در خدمتشان باشم، ولی مقصودم این است که ما یک مصوبه از مجلس به صورت یک طرح گرفتیم، حال مجبورم که یک مقدار از خودم دفاع کنم، چون خیلی‌ها فکر می‌کنند ما تک‌نسخه‌ای را آوردیم، این طور نیست. ما تک‌نسخه‌ای را به خاطر همین فرمایش آقای دکتر، باز کردن همان قفلی که خودمان زده بودیم، گذاشتیم و بعد گفتیم شرکت‌ها بیایند کار کنند و این تک‌نسخه‌ای‌ها آن قدر کوچک می‌شوند که جمع می‌شوند ولی زودتر از آن یا هم

زمان با آن، یک مصوبه از مجلس به صورت طرح گرفتیم، به نام طرح استفاده از ظرفیت‌های خالی. چون در قانون برنامه سوم طبق ماده ۱۹۶ اجازه استفاده از ارز با نرخ آزاد را نمی‌دادند، ما در آن جا یک مصوبه گرفتیم و خود من در صحن علنی به جای وزیر دفاع کردم و مبنای آن هم این بود که هر چقدر شما ارز دولتی می‌دهید، بدهید، ولی چون ظرفیت داریم بگذارید اگر ارز آزاد آمد بتوانیم زیر نظر وزارت بهداشت، با نرخی که وزارت بهداشت می‌دهد دارو بسازیم و دارو با این مصوبه آزاد شد، نه از جای دیگر. از نقطه صفر آزادی دوا، از مصوبه ظرفیت‌های خالی‌اش را که ما از مجلس گرفتیم و شخص بنده (معذرت می‌خواهم که این را می‌گویم چون بعضی‌ها مصادره کردند و گفتند که آن‌ها این کار را کردند، البته، مهم هم نیست) این کار را کردم، چون دکتر فرهادی گفت که نمی‌تواند بیاید، من رفتم مجلس که خود این هم داستانی دارد که گفتم نیست. در هر صورت به هر شکلی بود تلاش کردیم و این مصوبه را از مجلس گرفتیم که اجازه بدهند از ارز آزاد در صنعت استفاده کنیم. ← آقای دکتر، در هر صورت در دهه دوم، به خاطر همین شرایطی که آقای دکتر آذرنوش می‌فرمایند و احتیاج مردم، یک شرایطی ایجاد شد (ناصر خسرو و کالای قاچاق و ...) که در نتیجه، یک مجوزی صادر و به چند تا مؤسسه اجازه داده شد که داروهای مردم را تحت عنوان تک‌نسخه وارد کنند، به هلال احمر هم اجازه داده شد که فوریت‌ها را انجام بدهند. آیا اصولاً شما فکر می‌کنید که در میان کشورهای مطرح و پیشرفته چیزی به نام تک‌نسخه، فوریت و امثال این عنوان‌ها وجود

دارد که بتوانند خارج از سیستم فهرست دارویی کشور، دارویی را وارد کنند؟

اجازه بدهید من اصلاً تاریخچه این مسأله را بگویم، آن موقع که من در خدمت آقای دکتر آذرنوش و به‌عنوان معاون اداره کل نظارت بر امور دارو مشغول بودم، جزو اعضای کمیسیون ثبت داروهای ایران بودم. این کمیسیون، کمیسویی بود که بیشتر اعضای آن را پزشکان تشکیل می‌دادند و اجازه می‌دادند داروهای جدیدی که در کشورهای دیگری ساخته می‌شد و مورد نیاز مملکت بود، وارد فهرست دارویی ایران بشود. البته، می‌دانید که آن هم خیلی Regulated است و هنوز هم ادامه دارد. یکی از اعضای که در آن کمیسیون شرکت می‌کرد، خانم رهیده بود (خدا رحمت کند آقای دکتر حبیبی را). یک روز خانم رهیده آمد دفتر من و گفت می‌توانیم از طریق وزارت امور خارجه (ببینید برنامه‌ریزی متمرکز یکی از ایرادهای بزرگش که نگفتم همین کمبودهای مقطعی است، برای این که شما وقتی متمرکز برنامه‌ریزی می‌کنید می‌گویید که مثلاً ۱۰۰ تا می‌خواهم حالا ۱۰۱ عدد می‌آورد، بعضی مواقع این یکی زود می‌آید گاهی هم دیر می‌آید، خوب ارز هم که کم بود، در برنامه‌ریزی متمرکز اگر ارز هم بریزید باز هم در بعضی اقلام کمبود دارید مخصوصاً که داروها را هم ژنریک کرده باشید و برند دیگری هم نباشد که با هم رقابت کنند تا شاید آن یکی بتواند در آن مقطع کمبودها را برطرف کند) کمبودها را تأمین کنیم، بنابراین بگذارید ما این کار را از طریق هلال‌احمر انجام دهیم. گفتیم چقدر پیشنهاد خوبی است، برویم پیش آقای دکتر

آذرنوش ببینیم ایشان چه می‌گویند که ایشان هم از این پیشنهاد استقبال کردند. گفتند خیلی خوب است، چون مستاصل شده بودند، بعضی از داروها مثلاً کلاً ۱۰ تا یا ۵۰ تا مصرف داشت، نه کسی آن را تولید می‌کرد، نه کسی وارد می‌کرد. آمدیم گفتیم خانم رهیده شما این را از طریق کانال‌های وزارت امور خارجه انجام بدهید و ایشان با تلاش‌هایی که انجام داد، نمایندگی‌های ایران در کشورهای خارجی را Involve این جریان کرد، از طریق فکس بعضی از داروهایی که ما نداشتیم به سفارتخانه‌مان در کشور مربوطه اعلام می‌کردند و آن‌ها هم نسبت به خرید آن اقدام می‌کردند و از کانال گمرکی هم که آزاد کرده بودند، می‌آمد و دارو تأمین می‌شد و چون ایشان مدیری قَدَر بود به سرعت رشد کرد، بنابراین، تک‌نسخه‌ای از آن‌جا باب شد و فتح باب آن هم با هلال‌احمر بود که الان هم کارخانه و همه این ساختارها زاده آن تفکری است که ما آن روز داشتیم و من در اداره دارو بیشترین کمک را می‌کردم، فهرست به هلال‌احمر می‌دادم که چه داروهایی را بیاورد، کمبودها را هم که به ایشان اعلام می‌کردم، فوری انجام می‌دادند.

خانم رهیده یکی از آدم‌های بزرگی است که نقش مهمی در حل این بخش از مشکلات حاصل از جنگ ایفا کرد. مثلاً در تأمین آنتی‌دوت‌های دارویی به کمک آقای دکتر آذرنوش کار ارزشمندی انجام دادند. یعنی ما تمام آنتی‌دوت‌هایی که برای جنگ‌های شیمیایی مورد نیاز بود، با برنامه از خارج آوردیم. در حقیقت خانم رهیده در زمان جنگ با آوردن این آنتی‌دوت‌ها از خارج و رساندن آن‌ها به جبهه‌ها، خیلی کمک به‌سزایی کرد. منتها بعد از

آن باز هم کمبودهایی ایجاد شد و با سوءاستفاده دیگران از آن فضا و فشارهای زیادی که برای واردات آوردند، تک‌نسخه‌ای‌ها توسط بعضی از ارگان‌ها و اشخاص ایجاد شدند. چون ایجاد آن در یک دوره محدودی درست بود، ولی گسترش آن به تعداد ۵۰ تا شرکت تک نسخه‌ای یک برنامه‌ای بود که من هنوز هم آن را درک نمی‌کنم. چون در حقیقت عامل گسترش واردات شد.

اما در مورد بخش دیگر سؤال شما باید بگویم که در هیچ جای دنیا مجاز نیستند. دارویی که خارج از فهرست‌شان هست را مصرف نکنند، ولی مسافران حق دارند و از یک کشوری به کشور دیگر آن هم به اندازه مصرف یک بیمار از آن دارو می‌برند، ایران هم آزاد بود، یعنی ایرانیانی که خارج از کشور بودند برای مادرشان، پدرشان دارو می‌فرستادند و این بود ولی نه به این گستردگی.

به نظر من، تک‌نسخه‌ای مستمسکی بود که بعداً به بهانه نیاز رشد واردات قوی‌تر بشود. آن موقع هم وضع مالی کشور خوب شده بود، ارز هم بود، بنابراین، همه داشتند این کارها را می‌کردند که این خودش یک داستان دیگری است.

← آقای دکتر، هر کشوری با توجه به شرایط اقتصادی‌اش در ارتباط با برقراری توازن بین تولید و واردات کالا، یک تعرفه‌ای برای حمایت از تولیدش می‌گذارد. ما هم بعد از انقلاب آمدیم روی دارو تعرفه گذاشتیم. ولی می‌دانید که پول دریافتی تعرفه در بودجه کل کشور صرف می‌شود، نمی‌آید در بخش (چه آموزش و پژوهش و چه صنعت) دارو مورد بهره‌برداری قرار گیرد. در صورتی که پولی که از بابت تعرفه گرفته می‌شود،

موجب می‌شود که قیمت دارو برود بالا و این بیمه و مصرف‌کننده هستند که باید از بابت تعرفه‌ای که دولت می‌گیرد هزینه بیشتری را بپردازند. حال سؤال این است که آیا گرفتن این تعرفه، کمکی به پیشرفت صنعت می‌کند یا خیر؟

من شخصاً مسأله تعرفه و تأثیر تعرفه را بعدها که رفتم مقداری اقتصاد خواندم، یاد گرفتم، نقشی که تعرفه در کشورها بازی می‌کند، چیست. مخصوصاً آقای دکتر آذرنوش، من و آقای دکتر حقیقی را یک سفری فرستادند دانمارک که آن‌جا یک چیزهایی یاد گرفتیم که بعداً به دانشم اضافه شد. در آن دوره‌ای که من در اداره دارو بودم ما اقدامی در مورد تعرفه نکردیم ولی اگر این را می‌فهمیدیم و می‌توانستیم تعرفه را در خدمت نظام دارویی به کار بگیریم، خیلی به ما کمک می‌کرد. چون یک عدد درشتی بود. الان هم باید این اتفاق بیفتد. یعنی در حقیقت ما اگر می‌خواهیم صنعت داروسازی کشورمان را رشد بدهیم، می‌توانیم بودجه ارزی و ریالی که از محل دریافت تعرفه بابت واردات دارو کسب می‌شود را صرف بخش‌های مختلف حوزه دارو، مخصوصاً صنعت بکنیم تا به رشد و توسعه صنعت داروسازی کمک کند. این کار یک کاری است بسیار سازمان یافته و Regulated که در تمام کشورها هم اتفاق می‌افتد کما این که اصلاً کشورهایمانند هند، چین و ... از این کانال‌ها به شدت رشد کردند. یعنی کمک‌هایی که دولت می‌کند، از بودجه دولت صورت نمی‌گیرد، بلکه از محل تعرفه‌ها انجام می‌شود. تعرفه باید برمی‌گشت. حتی بعد از آقای دکتر آذرنوش آمدند گفتند شما بیایید بابت یک سری کارهایی که وزارتخانه می‌کند

یا این که نه، یک کار نادرستی بوده که مغایر با آن اهداف و برنامه‌ریزی‌ها بوده است. خواهش می‌کنیم در این زمینه هم اگر احیاناً سابقه‌ای در ذهنتون هست، بفرمایید.

ما یک سری مشکلات در داروخانه داریم که ریشه‌ای هم هست. دولت وقتی که قیمت دارو را کنترل می‌کند به نفع خودش کنترل می‌کند که این به ضرر داروخانه تمام می‌شود و چون به ضرر داروخانه تمام می‌شود، دولت ناچار می‌شود در جاهایی یک سری امتیازهایی را به داروخانه بدهد، این امتیازها غلط است. مثلاً یکی از غلط‌ترین امتیازهایی که به داروخانه‌ها داده شده، این داروخانه‌های زنجیره‌ای است. اگر ما در کشور داروخانه‌های زنجیره‌ای داشته باشیم، سیستم داروخانه‌ای مملکت Regulated می‌شود، نظم می‌گیرد، سیستم فروش کمپانی‌ها هم زنجیره‌ای است و توزیع‌شان تکمیل می‌شود، هرچند که به ضرر داروساز می‌شود. خوب یک سری داروسازها بروند در این داروخانه‌های زنجیره‌ای کار کنند، حتماً نباید خودشان یک داروخانه داشته باشند. این تفکر که هر داروساز باید یک داروخانه داشته باشد، غلط است. در هر حال، ما باید داروخانه‌های زنجیره‌ای داشته باشیم باید قیمت دارو و مارژین داروخانه را درست کنیم و از آن حمایت کنیم، ولی نباید دست داروخانه‌دار هم دراز باشد که دولت از او حمایت بکند. مگر یک مهندس مکانیک که فارغ‌التحصیل می‌شود چه می‌کند؟ خودش تلاش می‌کند، می‌گردد به همه جا مراجعه می‌کند، شغل پیدا می‌کند، هیچ‌وقت هم وابسته به دولت نیست، نیاز به دولت هم ندارد.

پول بدهید. ما الان یک پروفرمایی که در دستمان است، همین‌طور پول می‌ریزیم همه‌جا. ولی حتی این پول هم به خود وزارتخانه بر نمی‌گردد تا از آن استفاده کند. در صورتی که این یک اصل قانونی است که اگر شما برای این پروفورما مثلاً مهر می‌زنید، ازش ۳۰۰ هزار تومان بگیری این ۳۰۰ هزار تومان باید در قالب بودجه به وزارت بهداشت بر گردد و وزارتخانه هم برای آموزش و رشد و توسعه علمی از آن استفاده کند، ولی این اتفاق نمی‌افتد. متأسفانه، هنوز موضوع برگشت این‌گونه وجوه و تخصیص آن به حوزه‌های مربوطه در کشور ما خیلی سیستماتیک نشده است و حداقل در مورد دارو من موردی را ندیدم.

← آقای دکتر، مستحضر هستید که یک بخش قابل توجه این موضوع در گرو همان اطلاعات دقیق در بحث برنامه‌ریزی است. یعنی اگر این اطلاعات نباشد تا تبدیل به یک استراتژی شود، برنامه اجرایی آن مدون نمی‌شود و طبیعی است که این اتفاق نمی‌افتد و حاصل آن همین می‌شود. منتها یک نکته دیگری هم در این بحث اتفاق افتاد که ما فکر می‌کنیم آن هم یک تأثیری در جایگاه داروسازها و فعالیت آنان در بخش خصوصی داشته است که به حوزه داروخانه برمی‌گردد. در این مورد هم ظاهراً با توجه به آن برنامه‌ریزی‌های دقیقی که در بحث توزیع داشتید، طبیعی است که مسایل و مشکلات حادی نباید وجود می‌داشت، ولی می‌بینیم که یک داروخانه‌هایی مثل دانشگاه، مثل هلال احمر و یک دوره‌ای هم بنیاد شهید و این‌ها شکل گرفتند که آن‌ها هم به نوعی یا باید معلول ضعف اجرا بعد از برنامه‌ریزی باشند

← آقای دکتر، در موردی که شما فرمودید غفلت کردیم (ارتباط وزارتخانه با تولید، توزیع، عرضه دارو و طبیب)، خوب این متأسفانه استمرار پیدا کرد و حالا به جایی رسیده است که طبیب یک نگرانی در ارتباط با کیفیت تولید داخلی (چه این نگرانی واقعیت داشته باشد و چه یک شانتاژ دور از واقعیت باشد) دارد و این جدای از توصیه‌هایی است که به هر دلیلی می‌کند، چون من یادم می‌آید، قبل از انقلاب، من که از طرف بایر برای معرفی دارو می‌رفتم، نمی‌گفتم این ۴ قلمش وارداتی است و مثلاً ۵ قلمش تولید داخل است، اصل را بر این می‌گذاشتم که از طرف بایر و برای معرفی دارو رفته‌ام. ولی امروز کسی که از طرف بایر برای معرفی دارو می‌رود، همه داروهایش داروهای وارداتی است. پس دیگر حمایتی و توجهی به تولید ندارد. اولاً این نظری که همه اطبا نسبت به داروی تولید داخل دارند درست است؟ و در ثانی برای رفع آن چه باید کرد؟

در مورد داروسازهای کشورمان، یک سری قوانینی را درست می‌کنیم، یک سری بدعت‌هایی را درست می‌کنیم که این بدعت‌ها غلط است و بعد ما را گرفتار می‌کند. یکی از رفتاری‌های ما این است که می‌گوییم آقای تولیدکننده حق واردات ندارد. چه کسی گفته که تولیدکننده حق واردات ندارد؟ وقتی ما اجازه نمی‌دهیم تولیدکننده، واردکننده هم باشد که در کنار داروی تولیدی‌اش، واردات را هم تبلیغ کند و در کنار وارداتش داروی تولیدی داخلی‌اش را هم تبلیغ کند، خوب بدیهی است که منحصر به یک بخش می‌شود و واردکننده می‌رود هر کاری دلش می‌خواهد می‌کند، واردکننده چون

نرخ دست خودش است، یعنی شرایط محصول در خارج از کشور نرخ را تعیین می‌کند، بعد یک مارژین رویش اضافه می‌شود، در حقیقت یک حاشیه سود بسیار بالایی دارد که از محل آن هر درصدی که در بخواهد صرف تبلیغات می‌کند در صورتی که در تولید داخلی، ما یک چنین حاشیه سودی نداریم. به نظر من درمان این مسأله در درازمدت در این است که باید برندسازی کنیم ولو این که ژنریک برند داشته باشیم. من فکر می‌کنم برند ژنریک‌ها می‌تواند خیلی رشد داشته باشند. مثلاً اسویکس شرکت اسوه را ببینید که در مقابل ۱۵ تا تولیدکننده چه فروشی دارد یا مثلاً رانیتیدین شرکت کیمیدارو و همین‌طور داروهای دیگر را ببینید، بنابراین، باید برند ژنریک داشته باشیم، باید تبلیغاتمان خیلی قوی‌تر از این حرف‌ها باشد. باید به شرکت‌های تولیدکننده اجازه واردات هم بدهیم، نباید این‌ها را از این کار محروم کنیم. بگذاریم این‌ها همه با هم مخلوط بشوند و بروند برندشان را معرفی کنند و رشد کنند. این آینده صنعت داروسازی واقعاً در گرو یک سری تصمیمات کلیدی است که متأسفانه گرفته نمی‌شود و این یک بیماری است که به تولیدکننده اجازه ندهند تا واردکننده هم باشد.

← آقای دکتر، ما در مورد بحث قیمت صحبت نکردیم چه در بحث برنامه‌ریزی و چه در شرایط فعلی اگر نقطه‌نظری دارید، بفرمایید.

من در تمام دورانی که در وزارت بهداشت بودم در قیمت نقش نداشتم. چون هیچ‌وقت در کمیسیون قیمت نبودم ولی خوب نظراتم را به آقای دکتر آذرنوش منتقل می‌کردم که چرا باید قیمت دارو تا این حد پایین باشد؟ و آقای دکتر آذرنوش هم

۷۰ درصد مصرف دارو توسط دولت انجام می‌گیرد. بنابراین، در هیچ کجای دنیا دیده نشده که خود مصرف‌کننده، تعیین‌کننده نرخ باشد و این نه سود بیمه را به همراه دارد و نه به صنعت داروسازی کمک می‌کند. بهتر است بیمه‌ها اقتصادی باشند و در قالب بیمه تکمیلی و فهرست‌های دارویی مختلف، بیمه پاسخ‌گوی درآمد و هزینه‌اش باشد و صنعت به دنبال بازار منطقی.

معمولاً با پایین بودن قیمت دارو راضی نبودند.
← آقای دکتر، آیا به عنوان نقطه ضعف آن نظام دارویی هیچ وقت ...

نقطه ضعف نظام ما این است که خود مصرف‌کننده اصلی قیمت‌گذار داروی کشور است. حدود ۳۵ تا ۳۶ درصد داروها را بیمارستان‌های دولتی به‌طور مستقیم می‌خرند و حدود ۳۰ تا ۳۵ درصد داروها را هم بیمه‌ها از طریق دفترچه می‌پردازند. یعنی

