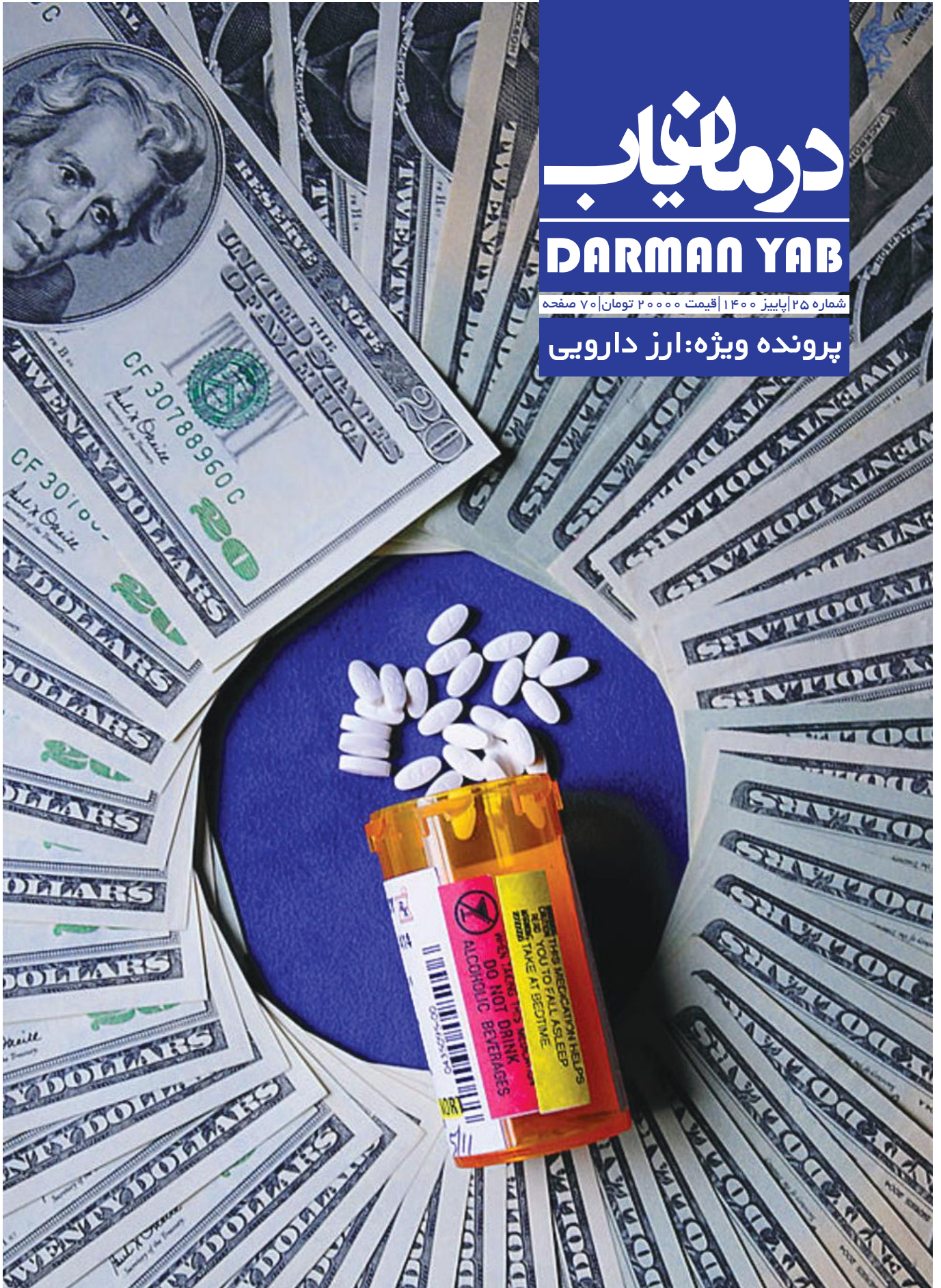


درمان‌یاب

DARMAN YAB

شماره ۲۵ | پاییز ۱۴۰۰ | قیمت ۲۰۰۰۰ تومان | ۷۰ صفحه

پرونده ویژه: ارز دارویی





گارانتی
مادام العمر

اولین دستگاه تست قند خون تولید شده در ایران و خاورمیانه

نتایج دقیق

- مطابق با استاندارد جهانی سنجش دقت گلوکومتر ISO ۱۵۱۹۷
- اندازه گیری قند خون با ۸ الکتروود در نوار های تست
- انجام تست قند خون در بازه هماتوکریت ۲۰ الی ۷۰ درصد

استفاده آسان

- بدون نیاز به کد گذاری
- سنجش قند خون تنها در ۵ ثانیه
- انجام تست با کمترین میزان حجم خون ۰/۵ میکرو لیتر

کنترل پیشرفته

- امکان ذخیره ۹۰۰ تست
- قابلیت نشانه گذاری تست (قبل و بعد از وعده غذایی)
- دارای دکمه خروج خودکار نوار از دستگاه

FDA Approved Component



Golden Life™

لبخند زندگی



FOLLOW US ON Instagram

goldenlife.iran

WWW.goldenlifenutrition.com

مشاوره پزشکی و تغذیه: ۰۲۱ ۱۷۵ ۱۷۵



Darman Yab Darou (P.L.S)
Make Health Accessible To All

۵ سخن سردبیر

۷ فصل اول
ارز ترجیحی برای دارو؛ فرصت یا تهدید

۲۱ فصل دوم
پیش نیازهای حذف ارز ترجیحی دارو

۲۹ فصل سوم
خطای سرنوشت ساز

۳۹ فصل چهارم
بررسی اولویت های ارزی در سازمان غذا و دارو

۴۹ فصل پنجم
صادرات دارو و مواد اولیه دارویی

۵۵ فصل ششم
رقابت سالم در صنعت دارو

۶۱ فصل هفتم
مکمل های غذایی



فصلنامه درمان یاب

شماره ۲۵ پاییز ۱۴۰۰

قیمت: ۲۰۰۰۰ تومان

تیراژ: ۵۰۰ نسخه

صاحب امتیاز: محمد بشری

مدیر مسئول: حمیدرضا محمدی

سرمدیر: سعید اویس

مسئول سرویس خبری: مریم افضلی و آزاده قشونی

آدرس عبور از ارز ترجیحی دارو



سعید اویس
سرمدیر

بحث نرخ ارز در حوزه دارو یکی از مناقشه برانگیزترین موضوعاتی بود که از ابتدای سال ۱۴۰۰ مورد توجه همه ذینفعان و سیاستگذاران قرار گرفت. چنانکه از ابتدای سال جاری بارها و بارها شاهد موضعگیری های بسیار متفاوت و مغایر یکدیگر در رابطه با آن بودیم که به صورتی آتشین، غافلگیرکننده و شوک آور فضای صنعت، داروخانه و حتی سیاستگذاری را تحت شعاع قرار داده و صد البته خیلی زود نیز تکذیب شدند.

همه سیگنال ها نشان از آن داشت که تصمیم گیری در مورد نرخ ارز دارو، هرچند ضرورتی انکارناپذیر بود ولی بدلیل تکانه هایی که می توانست ایجاد کند، بسیار سخت و پیچیده جلوه می کرد و ضمن اینکه نیاز به شجاعت و جسارت زیادی داشت و همه این ها اقتضا می کرد که این تصمیم باید همراه با یک اراده ملی و یک تقسیم کار همه جانبه باشد.

از یک سو اغلب فعالان اقتصادی معتقد بودند که ارز ۴۲۰۰ تومانی، هم رانت آور و فساد آفرین است؛ هم دست و پا گیر و کند کننده فرآیندهاست، هم اینکه منابع ارزی لازم برای تداوم آن فراهم نیست و هم اینکه نقض غرض است و زمینه ساز قاچاق معکوس دارو به خارج از کشور می شود.

از سوی دیگر، بسیاری از دولتمردان و بهارستان نشینان، ضمن اذعان به معضلات و پیامدهای تلخ استمرار ارز ترجیحی، سخت نگران موج تورمی ناشی از حذف ارز ۴۲۰۰ تومانی و آسیب دیدن اقشار ضعیف و متوسط جامعه بودند.

به هر حال با توجه به بحث انتخابات ریاست جمهوری در اواسط سال و تغییر کابینه، طبیعی بود که بحث ارز دارو، به نیمه دوم سال موکول شود و همین بلا تکلیفی انباشته شده، نگرانی های زیادی را به فعالان اقتصادی تزریق کرد و موجب کاهش امکان برنامه ریزی مناسب و داغ شدن بازار شایعات و تحلیل ها شد.

این روزها با انتخاب بهرام عین اللهی به عنوان وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و انتصاب هایی که ایشان در معاونت های زیرمجموعه خود و دانشگاه های علوم پزشکی انجام داده، به نظر می رسد زمان آن فرا رسیده باشد که هرچه زودتر شرایط برای تصمیم گیری در خصوص ارز دارو فراهم شود. اما نکته مهم و اساسی در این میان آن است که حذف ارز ۴۲۰۰ تومانی از دارو، نیاز به الزامات و زیرساخت ها و دورخیزهایی دارد که متأسفانه تا کنون مورد توجه قرار نگرفته و اقدامات لازم برای آن صورت نگرفته است. تامین نقدینگی صنایع، همراهی سازمان های بیمه گر در توزیع هدفمند یارانه دارو، تکمیل نسخه الکترونیک و ده ها مورد دیگر بخشی از نقشه راهی است که برای عبور سلامت از ارز ترجیحی دارو مورد نیاز است و ای کاش تا به امروز برای آن ها چاره اندیشی شده بود.

با تشکر از (به ترتیب حروف الفبا) فرامرز اختراعی، وحید بهشتی، مهدی پیرصالحی، پیمان ترجمی، محمدرضا جعفرزاده، کامران حاجی نبی، هاله حامدی فر، سجاد حسینی، مرتضی خیرآبادی، پیام دیندوست، ناصر ریاحی، محمدرضا زرگزاده، مهدی زرین، بابک زمانی، مجتبی سرکندی، حسام الدین شریف نیا، پویا شفیعی، حسن شکوهی، نریمان صدیقی، مهدی عبدوس، محمد عبده زاده، یونس عرب، سیدعلی فاطمی، امیر قلن بر، محسن کردی، میثم کریمی، وحید محلاتی، بابک مصباحی، سیدعلی معبودی، امیرحسین معینی زندی، محمدرضا موسوی، کاظم میکائیلی، محمد ناصری، صابر نامی، محمود نجفی عرب، میثم نورمحمدی، ابراهیم هاشمی و سندیکای تولیدکنندگان دارو، سندیکای تولیدکنندگان مواد اولیه دارویی، سندیکای تولیدکنندگان مکمل های غذایی، اتحادیه واردکنندگان دارو، اتحادیه واردکنندگان مکمل های غذایی، انجمن صنعت پخش دارو، انجمن داروسازان ایران و سایر دوستان و بزرگوارانی که ما را در تهیه این نشریه یاری دادند.

در فصلنامه درمان یاب تلاش زیادی در جهت تطابق مطالب با استانداردهای

روز پزشکی دنیا تا زمان انتشار، صورت گرفته است.

مطالب ارائه شده را الزاماً کامل و عاری از خطا نمی دانیم. ارجح آن است که خواننده

محترم، این اطلاعات را قبل از به کارگیری، با رجوع به منابع دیگر نیز تأیید نماید.

مطالب مندرج الزاماً مطابق دیدگاههای نشریه نیست و بازتاب دهنده نظر نویسندگان

یا مصاحبه شوندگان محترم است.

نشریه از دریافت مقالات و دیدگاه صاحب نظران استقبال می کند.

تمامی حقوق محفوظ است و هرگونه نقل، انتشار، اقتباس یا برداشتی بدون ذکر ماخذ

ممنوع است.



نشانی نشریه: تهران، اتوبان کردستان، خیابان شهید

ابطحی(بیستم امیرآباد)، تقاطع آزادگان، پلاک ۳۶

تلفن: ۸۸۶۳۸۸۱۴

وبسایت: darmanyabjournal.ir

Flusip®



بهبود سریع سرماخوردگی

همه روش های درمان سرماخوردگی در یک لیوان

@noyavision_group

www.flusip.com

فصل اول

ارز ترجیحی برای دارو؛ فرصت یا تهدید



نظر کارشناسان مورد توجه قرار نگرفت



■ محمود نجفی عرب
■ رئیس کمیسیون اقتصاد سلامت اتاق بازرگانی
تهران

تمامی فعالان صنعت دارو بالاتفاق از ابتدا نسبت به ارز ۴۲۰۰ تومانی اعتراض داشتند و دلایل فنی این موضوع را بارها ارائه کرده اند. حتی باید گفت که تمامی فعالان حوزه اقتصادی کشور بخصوص اتاق بازرگانی روی این موضوع اعتراض کردند و چندین نامه نوشته شد، جلسات متعدد برگزار شد که به نحوی دولت از این تصمیم برگردد.

متأسفانه در بحث تخصیص ارز ۴۲۰۰ تومانی به دارو از کارشناسان صنعت نظرخواهی نشد از بهمن ماه سال گذشته، تامین ارز ۴۲۰۰ تومانی برای دارو متوقف شده است. اساساً تامین ارز ۴۲۰۰ تومانی برای خود دولت هم مشکل است.

بخش زیادی از داروهای ما در حال قاچاق

شدن به خارج کشور است. امروز بیش از ۱ میلیارد دلار ارز ۴۲۰۰ تومانی برای تخصیص به تولیدکنندگان داخلی واکسن کرونا نیاز داریم؛ در حالیکه کل ارز تخصیص یافته به وزارت بهداشت، ۲٫۵ میلیارد دلار است که حدود ۱٫۵ میلیارد آن برای دارو است.

در واقع اساس تامین ارز ۴۲۰۰ تومانی با مشکل مواجه است و شاهد عینی آن هم شرکت هایی هستند که برای تامین اینترمدیت ها گیر افتاده اند.

باید به راهکارهای ارائه شده از سوی سندیکاها برای مدیریت بحران عمل کنیم. ضمن اینکه همکاران می گویند باید مراقب پرداخت از جیب بیمار بود، رفع این مشکل هم راهکارهای کارشناسی شده دارد.

باید این عامل فساد و دندان کاذب را از جا کند



■ محمد رضا زرگرزاده
■ عضو سابق هیات مدیره سندیکای تولیدکنندگان دارو

بحث راجع به اینکه ارز ۴۲۰۰ تومانی خوب است یا بد، حرفی تکراری و نخ نما شده و همه می دانیم که ارز ۴۲۰۰ مخمل صنعت و موجب فساد است.

اینکه چرا این مسئله حل نمی شود، به این موضوع بازمی گردد که اراده ای برای این امر وجود ندارد یا افراد مربوطه شجاعت این کار را ندارند و می خواهند آن را به گردن دیگری بیندازند.

باید یک شجاعتی در بدنه نظام وجود داشته باشد و این عامل فساد و دندان کاذب را از جا بکنند و خونریزی و درد آن را تحمل کنند و سپس با سلامت نفس کار پیش بروند. اگر کسی سنگی را در چاهی انداخت و گفت ارز یارانه ای و ترجیحی به صنعت دارو اختصاص می دهیم و بعد نتوانست آن را مدیریت کند، قرار نیست که ما در بدنه دارو همه مشکلات سازمان غذا

و دارو و وزارت بهداشت و دولت را حل کنیم. ما می گوئیم ارز را با هر نرخ مصوبی که امکان پذیر است به صنعت دارو بدهید و نکته دیگر اینکه وقتی ارزی نیست، وعده ی تخصیص آن را به سیستم دارو ندهید. اگر افزایش قیمت دارو بواسطه اصلاح نرخ ارز یک تهدید است، قطعاً نبود دارو و کمبود دارو، تهدید جدی تری برای نظام است.

ارز ۴۲۰۰ تومانی، برنده و بازنده ندارد. یعنی فکر نکنید که اگر ارز ۴۲۰۰ تومانی ماندگار باشد، بعضی گروه ها برنده می شوند و بعضی ها شکست می خورند.

متأسفانه یا خوشبختانه همه ما فعالان حوزه دارودر یک کشتی نشسته ایم و این به معنای آن است که باید با همفکری و همراهی یکدیگر، راه حل نجات را دنبال کنیم.

باید به تدریج داروها را از ذیل ارز ۴۲۰۰ تومانی خارج کرد اما به شرط

دوم اینکه طبق نامه ای که دکتر عبده زاده به معاونت های بانک مرکزی نوشته اند، با گذشت ۶۷ روز از سال، عددی نزدیک به صفر به دارو تخصیص داده شده و این یعنی فاجعه اما فاجعه دیگری هم ممکن است در راه باشد و آن، این است که با حذف ارز دولتی، رقمی به بودجه بیمه ها اضافه نشود. من نگران هستم چراکه اگر مابه التفاوت ارزی، به حساب بیمه ها واریز نشود، گرفتاری ها و بی سامانی های زیادی به نظام دارویی کشور اضافه خواهد شد.

در این رابطه دو نکته باید عرض کنم. اول اینکه ما از ابتدای سال ۹۹ از مسئولان سازمان غذا و دارو خواهش کردیم که برای آزاد کردن نرخ ارز دارو، پله هایی برای این کار تعریف کنند. همانطور که داروهای OTC و مکمل ها را از فهرست دریافتی ارز دولتی خارج کردند، برای مابقی داروها هم پله هایی تعریف کنند و آهسته آهسته داروهای دیگر را از زیر مجموعه این ارز خارج کنند تا هم صنعت و هم مصرف کننده بتوانند بار مالی آن را تحمل کنند.



■ **وحید محلاتی**
■ **رئیس هیات مدیره هلدینگ داروپخش**

شرط و شروط برای تغییر نرخ ارز دارو

افزایش خواهد یافت. در اساس تک نرخ شدن ارز، تردیدی نداریم و باید این ارز بصورت پلکانی به نرخ متعادل بازار آزاد برسد. اما به شرط اینکه نرخ آزاد هم به ثبات برسد. ممکن است تا ۱۰ سال آینده هم ما شرایط مطلوبی از لحاظ وجود منابع ارزی نداشته باشیم. بنابراین منابع باید کاملاً مدیریت شود و مدیریت این است که با ۱۵۰ میلیون دلار مواد واسط را تامین کنیم و با کمتر از ۵۰۰ میلیون دلار مواد اولیه دارویی را فراهم کنیم و برای داروهای حیاتی وارداتی، شاید ۱۰۰ تا ۱۵۰ میلیون دلار و مقداری هم برای داروهای بیماران خاص که داروهایشان در داخل تولید نمی شود. اینکه ارز آزاد شود و در پی آن، راه برای واردات دارو فراهم شود، این اتفاق به هیچ وجه نخواهد افتاد.

قیمتگذاری هم از تغییرات مستمر نرخ دارو عاجز است. اگر نرخ ارز دستکاری و شناور بشود، تقریباً تمامی واحدهای تولیدی دارو چاره ای جز تعطیل کردن نخواهند داشت. بنابراین میحث ثبات نرخ ارز، گریزناپذیر است؛ حال قیمت آن هرچه که می خواهد باشد. نقش موسسات حمایتی مانند بیمه ها باید بسیار جدی و برنامه ریزی شده باشد و نمی توانیم مستقل از آن، چنین کاری کنیم. با فضای حاکم بر بودجه و ارز، بیمه ها اصلاً امکان اصلاح نرخ را ندارند و حتی حاشیه های افزایش قیمت که مارجین تولید است، ۲ و نیم برابر خواهد شد و قیمت مواد موثره دارو، حداقل در زنجیره اولیه تولید ۲ و نیم تا ۴ برابر خواهد شد. بنابراین قیمت دارو از حدود ۴ برابر



■ **فرامرزا اختراعی**
■ **رئیس سابق سندیکای تولیدکنندگان مواد اولیه دارویی**

نمی توان ارز دارو را روی نرخ غیر ثابتی تنظیم کرد. باید نرخ ثابتی وجود داشته باشد تا انضباط را در نظام قیمت گذاری حفظ کند. امروز با تغییرات ترسناک تورم و قیمت های تمام شده، کمیسیون



ارز ۴۲۰۰ تومانی رانت آور است



■ مهدی پیر صالحی
■ نایب رئیس هیات مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی

رغم این همه مصوبه، ارزی برای تخصیص ندارد. من به عنوان عضوی از کمیسیون قیمتگذاری دارو، شاهد هستم که خیلی از داروها دچار کمبود می شود و سپس تصمیم گرفته می شود که ارز این داروها بصورت نیمایی تخصیص یابد که در نهایت فشار آن به مردم می آید. همین الان هم اگر دولت بخواهد برای حذف ارز اقدام کند، باید طبق پیشنهاد همکاران، بصورت پلکانی این اتفاق بیافتد و فهرستی تدوین شود تا چه داروهایی در ۶ ماهه اول، چه داروهایی در ۶ ماهه دوم و چه داروهایی سال آینده قرار است با ارز دولتی خداحافظی کنند.

ارز ۴۲۰۰ تومانی رانت آور است. اما اگر ارز ۴۲۰۰ تومانی بصورت ناگهانی از صنعت حذف بشود، با مشکل کمبود نقدینگی و کمبود دارو و منابع در صنعت تولید مواجه شویم. طبق محاسباتی که ما انجام دادیم، با ۲ برابر شدن قیمت ارز نسبت به قیمت پایه، به ازای اضافه شدن هر نرخ ۴۲۰۰ تومانی، بصورت متوسط باید ۲۵٪ به قیمت دارو اضافه شود و اگر ارز بطور کامل آزاد شود، ممکن است شاهد افزایش قیمت ۱۰۰ درصدی داروهای تولید داخل داشته باشیم. امروز ما با بی ارزی مواجه شده ایم. نگرانی بزرگ اینجاست که دولت علی

پایانی بر سیکل معیوب

از بیمه ها قیمت ارز را غیر واقعی نگه داریم، بیمه های ما هیچ وقت به فکر اصلاح ساختار مالی و افزایش توان خودشان برای پوشش بهتر نمی افتند. برای حمایت از صنعت، مالیات ها را اصلاح کنید، زمین ارزان و امکانات دیگر را در اختیار صنعت بگذارید. همه ما تا امروز در وجود و استفاده از این ارز مشارکت داشته ایم. اما بعضی از ما یک سال، برخی دو سال و برخی الان درک کرده ایم که ارز ۴۲۰۰ تومانی برای دارو تهدید است. اگر ما به این اصول توجه نکنیم و این راه ادامه دار شود، دوباره یک شوک دیگری وارد می شود و دوباره ارز سوسپیدی مهمان ما خواهد بود. اما وقتی به این ارز دسترسی نداریم و گیر افتاده ایم و هزینه هایمان با ارز آزاد حساب می شود و درآمدمان با ارز دولتی، بدنال اصلاح آن می افتیم. ما باید به دولت برای حکمرانی درست کمک کنیم و نگذاریم اتفاق ارز ۴۲۰۰ تومانی مجدد رخ دهد و گرنه الی الابد مشکلات، ماندگار خواهد بود و این سیکل معیوب کماکان ادامه دار خواهد بود.

بالا برود که نظامات مالی، اقتصادی و بیمه ای از ۳ سال قبل خود را با این جریان همگام کنند؟ جواب این است که حلقه مفقوده ای در حکمرانی وجود دارد که مدیران ما به دانش اقتصاد و اتفاقات رخ داده ی کشور توجهی نمی کنند و بیشتر دنبال روی صحبت ذی نفعان هستند؛ بدون اینکه در نظر بگیرند در سطح کلان باید چگونه تصمیم بگیرند. من نام این پرونده را که گذاشته اید: «حذف ارز ۴۲۰۰ تومانی؛ فرصت یا تهدید» را می پسندم؛ زیرا در همه اجزای سیستم دارویی، در آنجایی که ارز ۴۲۰۰ تومانی برایمان فرصت بود، از آن استفاده کردیم و آنجایی که به تهدید رسیدیم، می گوئیم چیز خوبی نیست. افرادی هم که الان می گویند ارز ترجیحی خوب است، هنوز تهدید به سراغشان نیامده است! اگر تهدید به سراغ آنها هم بیاید، به زبان می آورند که ارز ۴۲۰۰ چیز بدی است. هیچ کجای دنیا حمایت از یک صنعت یا حمایت از مردم، با تخصیص ارز صورت نمی گیرد. اگر برای حمایت



■ پیام دیندوست
■ فعال صنعت دارو

ما در طول ۴۰ سال گذشته چندین بار جهش ارزی را تجربه کرده ایم و بعد از چند سال به نقطه ای که الان هستیم رسیده ایم، اما از تجربیات گذشته درس نگرفتیم. امروز همه یک حرف را می زنیم و می گوئیم ارز ۴۲۰۰ تومانی خوب نیست و باید به تدریج برداشته شود. سوال من اینجاست که اگر امروز به این واقعیت اعتقاد دارید، چرا از ۳ سال پیش نپذیرفتیم که ارز بصورت تدریجی





گرفتار ارزی هستیم که اصلا وجود ندارد



■ محمد عبده زاده
■ رئیس هیات مدیره سندیکای صاحبان صنایع دارو

قسمت عمده ای از مواد اولیه و حد واسط تولیدی که از چین و هند تامین می شود، وابسته به ارز دولتی است و با مشکلاتی که در تامین ارز دولتی وجود دارد، عملاً تامین این اقلام با چالش جدی روبرو شده است و اکنون کمبود داروهای داخلی ما روز بروز در حال افزایش است.

امروز با اصرار بر تخصیص ارزی که اصلاً وجود ندارد، هم صنعت دارو گرفتار شده و هم سلامت مردم در خطر است. خود بانک مرکزی هم تمایلی به تخصیص این ارز ترجیحی ندارد. سقف اعتبار ارز ۴۲۰۰ تومانی برای دارو، محدود است و بسترساز یکسری کمبودها خواهد بود. ارزهای قابل دسترس برای تولید عملاً قفل شده و منجر به صف های طولانی شده است.

همچنین ابزارهای نظارتی و کنترلی این ارز نیز از دیگر معضلات بخش تولید است که پس از اختصاص ارز جلوه گری می کند. امروز باید با یک الگوی دیگری این پیشنهاد را به دولت مطرح کنیم. روز به روز که قیمت های سوخت و نهاده ها افزایش می یابد، مارچین سود دارو و حاشیه سود تولیدکننده رو به کاهش است و داروها ضررده می شوند. توسعه صنعت داروسازی با قیمتگذاری ارز ۴۲۰۰ تومانی

و خرید ماشین آلات با ارز بالای ۲۰ هزار تومان امکان نخواهد داشت. ارز دارو و ماده اولیه باید تک‌نرخ شود و مابه‌التفاوت نرخ ارز دارو به سازمان‌های بیمه‌گر داده شود. به طوری که پرداخت از جیب مردم تغییر پیدا نکند، اما از طرف دیگر هم قیمت‌گذاری صنعت داروسازی بر اساس نرخ ارز واقعی و به‌روز شود. باید توجه کرد که در حال حاضر فقط به ماده موثره دارو ارز دولتی تخصیص پیدا می‌کند که ارزش ماده موثره در تولید یک دارو حدود ۳۰ تا ۳۵ درصد است. بر این اساس ۶۵ درصد نهاده‌های تولید متاثر از قیمت‌گذاری ارز آزاد یا همان ارز نیمایی هستند. بقیه هزینه‌های صنعت هم مانند حقوق و دستمزد که ۴۰ درصد افزایش داشته یا هزینه‌های مواد مصرفی آزمایشگاه‌ها، حمل و نقل و... هزینه‌های روز کشور هستند که صنعت داروسازی کشور آن‌ها را تقبل می‌کند، اما موضوع این است که به دلیل اینکه یک قلم ماده موثره ارز دولتی ۴۲۰۰ تومانی دریافت می‌کند، قیمت‌گذاری دارو یک قیمت‌گذاری سرکوبگرانه است که باعث توقف توسعه صنعت داروسازی کشور شده است. ادامه این شرایط صنعت داروسازی را با چالش جدی مواجه می‌کند.

با توجه به این شرایط وقتی طی این سال‌ها به رشد سرمایه‌گذاری صنعت داروسازی نگاه می‌کنیم، در شش و هفت سال اخیر در بخش سرمایه ثابت می‌بینیم که از سال ۱۳۹۳ از ۳۷ درصد سرمایه‌گذاری در دارایی‌هایی ثابت در صنعت دارو، به حدود ۵.۵ درصد در سال ۱۳۹۹ رسیده است. یعنی روز بروز حاشیه سود این صنعت دارد کمتر می‌شود. البته شاید عدد سود افزایش یافته باشد، اما از آنجایی که خریده‌های شرکت‌ها با ارز است، وقتی نسبت به تورم حساب می‌کنیم، متوجه روند کاهشی

می‌شویم. به طوری که می‌بینیم که در سال ۱۳۹۳ یک دستگاه برای آزمایشگاه می‌خریدیم، ۲۰۰ میلیون تومان، اما اکنون همان دستگاه را بالای دو میلیارد تومان می‌خریم. بر همین اساس صنعت بر اساس این درآمد توان به روز کردن، نگه داشتن ماشین‌آلات و تجهیزاتی را ندارد و روز بروز این صنعت مستهلک می‌شود. وقتی هم مستهلک شود و نتواند صنعتش را بروز نگه دارد، از توسعه جا مانده و متوقف می‌شود. وقتی هم که صنعت دارو نتواند رشد کند، به سمت واردات می‌رویم. بنابراین باید ارز دارو تک‌نرخ شود.

لازم است که دولت در روش‌های تامین نقدینگی برای جبران نقدینگی شرکت‌ها کمک کند. به طوری که حد اعتباری شرکت‌های دارویی در بانک‌ها را برای دریافت تسهیلات افزایش دهد، مطالبات سازمان‌های بیمه‌گر به بیمارستان‌ها و شرکت‌های پخش زودتر پرداخت شود. تسهیلات بیمه‌ای و مالیاتی به صنعت داروسازی داده شود.

اگر می‌گوییم که صنعت داروسازی یک صنعت حیاتی و استراتژیک است، حمایت از این صنعت هم باید حمایت استراتژیک باشد و به صورت ویژه دیده شود. نه اینکه دولت به صنعت داروسازی به عنوان یک پیمانکار ارزان قیمت نگاه کند.

هیچ یک از دولت‌ها دوست ندارند که قیمت دارو افزایش یابد و دوست هم ندارند که هزینه آن را بپردازند. بنابراین این اختلاف و فشار را به صنعت‌گر و تولیدکننده آورده و می‌خواهند این هزینه را از جیب صنعتگر بپردازند. با این اقدامات صنعت داروسازی روز بروز به قهقرا می‌رود و روز بروز ضعیف‌تر و نحیف‌تر می‌شود. به همین دلیل هم هست که رشد سرمایه‌گذاری ثابت در صنعت داروسازی از ۳۷ درصد به ۵.۵ درصد رسیده است.



احتمال تغییر نرخ ارز دارو در نیمه دوم سال



■ حسام الدین شریف نیا
■ عضو هیئت مدیره انجمن عملی مدیریت و اقتصاد دارو

نرخ ارز را متحمل شوند و گریزی در این خصوص وجود ندارد ولی متأسفانه تا امروز یکبار سازمان های بیمه گر محاسبه نکرده اند که با حذف ارز دولتی چه بلایی بر سر اقتصاد بیمه ها خواهد آمد و مکانیزم های جبران اختلاف نرخ ارز را پیش بینی نکرده اند. باید تمرکز اصلی روی این مسئله باشد که با تغییر نرخ ارز صنعت دارو، چگونه جلوی فشار به مردم و بیماران گرفته شود و متأسفانه بیمه ها تصمیم و راهکاری برای این موضوع ندارند.

احتمالا در نیمه دوم سال شاهد تغییر نرخ ارز خواهیم بود و بازار وسیع تر خواهد شد. این واقعیتی است که بر اساس سیگنال هایی که دریافت می کنیم، قابل تحلیل است. نمی توان تصور کرد که ادامه دادن تخصیص ارز ۴۲۰۰ تومانی بدلیل مختلف امکان پذیر باشد. به هر حال روزی فرا می رسد که ارز ۴۲۰۰ تومانی کنار گذاشته شود و به نظر من، نیمه دوم سال شاهد این اتفاق خواهیم بود. نکته اساسی در این میان آن است که بیمه ها باید بار مالی تغییر

باید زیرساخت ها برای آزادسازی نرخ ارز فراهم شود

ارز ارتباط پیدا می کند، بحث قیمتگذاری است. در حوزه مواد اولیه دارویی آنچه که لازم است این است که قیمت گذاری ها باید عادلانه باشد. باید از فرمولی جهت قیمت گذاری استفاده کنند که حق کسی ضایع نشود. قیمت گذاری باید بر اساس کارشناسی تخصصی انجام شود و از نظرات کارشناسان نیز در قیمت گذاری استفاده کنند. متأسفانه پشت درب های بسته تصمیم گیری و قیمت ابلاغ می کنند و سیستم همه شرکت ها را به هم می ریزند. باید به صورت تخصصی تر در خصوص مواد موثره بحث شود. تمام عمر صنعت مواد اولیه ۳۰ تا ۴۰ سال است و در این سال ها موفقیت های بسیاری کسب کرده ایم و سوال اینجاست برنامه وزارت بهداشت و دولت برای حمایت از این صنعت چیست؟

که دنبال آزاد شدن نرخ ارز هستند، کجاست؟ نگاه بنگاهی و بازارمحور به دارو و درمان و سلامت، اساسا نگاه اشتباهی است. ما باید زیرساخت ها را برای آزادسازی نرخ ارز فراهم کنیم و بصورت پلکانی این مسیر را فراهم کنیم. این یک واقعیت مهم و غیرقابل انکار است. بدون تدارک کردن زیرساخت لازم برای آزاد شدن نرخ ارز، دچار گرداب خواهیم شد. دقت کنید که در صنعت تولید مواد اولیه داخلی تنها به مواد حد واسط ارز دولتی اختصاص می یابد و برای تأمین حلال ها و سایر موارد، ارزی به این صنعت تعلق نمی گیرد. ضمن اینکه همین ارز نیز به همه محصولات تعلق نمی گیرد و فقط برخی محصولات شامل تخصیص ارز دولتی می شوند. یکی از موضوعاتی که به بحث تخصیص



■ صابر نامی
■ دبیر اسبق سندیکای تولیدکنندگان مواد اولیه دارویی

ارز ۴۲۰۰ تومانی در تعطیلات نوروزی و شرایط کرونایی، به کمپانی هایی داده شده که اکنون بیشترین فشار را برای بحث آزادسازی نرخ ارز وارد می کنند. واقعا این موضوع جالب و قابل تامل است. باید تحلیل کرد که چطور چنین اتفاقی رخ داده است و منافع کسانی



این یارانه را قطع کنید

بتوانند دارو را با قیمت ارزان‌تر در اختیار مردم قرار دهند.

در عین حال یارانه‌ای هم که دولت قرار است برای حمایت از بیماران بپردازد، به طور مستقیم از طریق سازمان‌های بیمه در اختیار بیماران قرار گیرد یا پوشش بیمه‌ای افزایش یابد، نه اینکه قیمت دارو را به صورت مصنوعی ارزان نگه داریم که هم مصرف دارو را بالا می‌برد، هم قاچاق معکوس را به همراه دارد و هم باعث کمبود ارز و دارو می‌شود. اگر واقعا قیمت ارز را به ارز نیمایی بدل کنند و مابه‌التفاوت آن را به بیمه منتقل کنند، در کشور به نفع همه است.

بنابراین نظر ما این است که به جای ارز ترجیحی ۴۲۰۰ تومانی که منجر به ایجاد رانت و فساد در سیستم دارویی می‌شود و بحث برانگیز است، بهتر است ارز نیمایی دهند و ارز دارو تا جای ممکن تک‌نرخ شود و اگر هم دولت خواست یارانه‌ای به دارو دهد، آن را در اختیار بیمه قرار دهد تا به مردم فشار وارد نشود.

زیرا اگر ارز دارو تک‌نرخ شود، قطعا قیمت داروها افزایش می‌یابد، اما برای اینکه به مردم فشار وارد نشود، باید از سمت بیمه‌ها پوشش داده شود.

اولا دارو به اندازه کافی و به موقع تامین نشود. به طوری که ارز دولتی به صورت بسیار کند و قطره‌چکانی به واردکننده یا تولیدکننده دارو برای خرید مواد اولیه داده می‌شود و بر این اساس واردکننده و تولیدکننده نمی‌توانند به موقع دارو را تامین کنند و شاهدیم که بسیاری از داروها متاسفانه به موقع به دست مصرف‌کننده نمی‌رسد و مردم سرگردان به دنبال آنها می‌گردند.

چالش دیگری که داریم، بحث معروف قاچاق معکوس است؛ به طوری که دولت یارانه سنگین را پرداخت می‌کند، دارو را وارد ایران کرده و بعد می‌بینیم همان دارو مجدداً از کشور خارج شده و به چند برابر قیمت فروخته می‌شود. این مشکل از سال ۱۳۹۷ به بعد ایجاد شد و به دلیل تحریم‌های دولت ترامپ بود که این اتفاق افتاد و ما از همان زمان با این موضوع دست به گریبان هستیم.

دولت آینده اگر واقعا می‌خواهد به داروسازی کشور کمک کند، هیچ یارانه‌ای به این صنعت تخصیص ندهد و فقط یکسری معافیت‌های مالیاتی در حوزه زنجیره تامین دارو چه برای واردکننده و تولیدکننده و چه برای پخش‌کننده و داروخانه در نظر بگیرد تا



■ سید علی فاطمی

■ نائب رئیس انجمن داروسازان ایران

مهم‌ترین موضوعی که مورد درخواست ماست، دسترسی مردم به دارو است. متاسفانه در حال حاضر کمبودهای دارویی بیداد می‌کند و طی ۱۰ تا ۱۵ سال اخیر هیچ‌گاه به اندازه امروز کمبود دارویی نداشتیم. ما که در داروخانه کار می‌کنیم، شاهدیم که برای بدیهی‌ترین داروها و حتی برای یک داروی زخم معده ساده یا یک داروی اعصاب هم مردم دنبال دارو می‌گردند. یکی از مهم‌ترین اشکالاتی که منجر به بروز این عارضه شده است، کنترل قیمت ارز در حوزه دارو و بحث ارز دولتی ۴۲۰۰ تومانی است. این موضوع باعث شده که از آنجا که قیمت بسیار پایین است و یک‌پنجم قیمت واقعی است،

تمرکز بر زنجیره تامین دارو

موجود، نالان هستند و گلایه دارند. حالا اگر بازار و عددها هم کوچک باشد، مارژین‌ها هم پاسخگوی هزینه‌های شرکت‌ها نخواهد بود و این به معنای آن است که در یک چرخه معیوب گرفتار شده ایم.

در بحث آزادسازی نرخ ارز باید توجه ما به زنجیره تامین دارو باشد؛ از مواد اولیه و تولیدکننده تا پخش و داروخانه. اگر ما نتوانیم داروی مورد نیاز مردم را تامین کنیم، مجبور می‌شویم با سرعت چند برابر، دارو را وارد کنیم. امروز پخش‌ها از بابت مارژین‌های



■ پیمان ترحمی

■ مدیرعامل داروسازی خوارزمی



دولت، امسال زیر بار آزادسازی نرخ ارز دارو نمی رود



■ مرتضی خیرآبادی
■ عضو هیات مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی

امسال نمی توان نرخ ارز را بصورت پلکانی تغییر داد زیرا هر عددی که در بودجه سازمان ها مانند غذا و دارو و بیمه خدمات درمانی و خدمات نیروهای مسلح دیده شده، در بودجه تصویب شده است و تغییر آن به این راحتی ها امکان پذیر نیست.

اگر هم فکر می کنید که در شش ماه آینده، این اتفاق می افتد و نرخ ارز دارو تغییر می کند، من موافق این نظریه نیستم چرا که دولت بعدی هم مطمئناً زیر بار این کار نمی رود که ارز دارو را آزاد کند.

اجازه دهید مروری بر وضعیت ارز در سالهای گذشته داشته باشیم.

در سال ۹۶، ارز تخصیص یافته به صنعت دارو و صنایع وابسته ۳،۵ میلیارد دلار بوده که این مبلغ در سال ۹۹ به ۱،۵ میلیارد دلار کاهش یافته است. این درحالی است که علم در حال پیشرفت است و داروهای جدید در جهان تولید می شود. با این وضعیتی که برای اختصاص ارز وجود دارد، باید بگوییم که ما خواسته یا ناخواسته معتقدیم که باید با همین وضعیت ادامه دهیم و نیاز به داروهای جدید نباید داشته باشیم.

در سال ۹۹ بحرانی به نام کرونا ایجاد شد که همچنان هم ادامه دارد

و از سهمیه ۱،۵ میلیارد دلاری صنعت دارو، ۴۸۰ میلیون دلار به صورت پیش بینی شده به تأمین داروهای کرونا اختصاص یافت.

بنابراین سهم کل سیستم دارویی کشور، اعم از تولید مواد اولیه، تولید محصول نهایی دارویی و واردات دارو، حدود یک میلیارد دلار بود.

همین موضوع عامل کمبود برخی داروها شد، این در حالی است که در جنگ اقتصادی فعلی کمبود منابع ارزی برای همه افراد مشخص است و باید راه حلی که ارائه می شود، با توجه به محدودیت های فعلی باشد.

در سه ماهه پایانی سال ۹۸، با کمک بانک مرکزی، سهمیه خوبی به کارخانه های داروسازی اختصاص یافت که موجب تقویت انبارها شد و همین موضوع موجب شد تا تأمین دارویی سال ۹۹ مدیریت شود.

در بهمن ماه سال گذشته با تصویب مجلس، مقرر شد تا پایان مردادماه، ۹۰۰ میلیون دلار ارز از سهمیه ۱،۵ میلیارد دلاری به صنعت دارو اختصاص یابد اما تا چندی پیش حدود ۵۰۰ میلیون دلار از این مبلغ تخصیص یافته است و در حال حاضر حدود ۴۰۰ میلیون دلار کمبود ارز در صنعت دارو وجود دارد.

این در حالی است که انبارهای دارویی در سال ۹۹ برای سال ۱۴۰۰ پر نشده و خالی است.

به هر حال در کشور نهادی به نام سازمان غذا و دارو به عنوان متولی دارو وجود دارد که ۱۴۳۰ قلم دارو را برای فارماکوپه ایران تأیید کرده است و پزشک و بیمار به آن عادت کرده اند. کسی منکر شرایط سخت و محدودیت های تأمین ارز نیست اما حرف ما اینست که همین ۱،۵ میلیارد دلار سهم دارو، طبق توافقات تأمین شود. اگر توافق شده است که دولت تا پایان مرداد، ۹۰۰ میلیون دلار را به حوزه دارو تخصیص دهد، باید به آن عمل شود، چراکه فعالان صنعت دارو با

توجه به این توافق برنامه ریزی کرده است. تا زمانی که برنامه ریزی منظم در این حوزه صورت نگیرد، مشکل کمبود برخی داروها در برهه های زمانی مختلف رخ می دهد.

دولت با وجود همه مشکلات و افزایش هزینه های تولید، مرتباً بر سیستم دارویی فشار می آورد که قیمت را ثابت نگه دارد. از سال ۱۳۹۷ تا ۱۴۰۰ قیمت دارو، در هر سال، حداکثر ۱۵ درصد افزایش یافته است در حالی که ارز یورو در سال ۹۷ معادل ۳۷۰۰ تومان بوده است و الان معادل ۵۲۰۰ تومان است. علاوه بر آن، ارزی که به ما (تولیدکنندگان محصول نهایی) داده می شود فقط برای ماده اولیه دارویی است، در حالی که سایر هزینه ها مانند تهیه چسب، کارتن، لیبل و... نیز چندین برابر افزایش یافته است.

ما سال گذشته به دولت پیشنهاد دادیم که ارز دولتی را برای برخی داروها حفظ کن و برای بقیه اقلام ارز نیمایی اختصاص بدهد، سپس اختلاف قیمت ارز به سازمان های بیمه گر تعلق یابد و بیمه قیمت ها را پلکانی کند تا به مردم فشار اقتصادی وارد نشود.

با این کار دولت به تولیدکننده اجازه می دهد در صورت محدودیت تأمین ارز، بتواند با ارز آزاد دارویی مورد نیاز مردم را تولید کند و از سوی مقابل بیمه هم مردم را حمایت می کند. در سال گذشته دولت این کار را نکرد و حالا در سال ۱۴۰۰ محدودیت های ارزی آنقدر شدید شد که دولت مجبور شد برای ۱۰۰ قلم داروهای بدون نسخه، ارز نیمایی اختصاص دهد؛ ارز ۵۰۰۰ تومانی به ارز ۲۵۰۰۰ تومانی تبدیل شد اما قیمت دارو فقط ۸۰ درصد افزایش پیدا کرد، پس تولیدکننده متضرر می شود.

در تمام دنیا این بیمه ها هستند که باید نگران گرانی و پرداختی بیمار باشند و این کار صنعت نیست. مگر در صنایع دیگر و صنعت خودرو کسی به فکر مردم هست؟





ارز دارو به مرور در حال آزادسازی است

ما امروز حس نمی کنیم که ارز در حال آزاد شدن است اما واقعیت این است که ارز دارو به مرور در حال آزادسازی است. مبلغ ۳ میلیارد و ۷۰۰ میلیون ارز سالانه حوزه سلامت است که هر سال حسب حضور دکتر نمکی و تیم آنها، سناریوی ارزی کاهش پیدا کرده است. بطوریکه در سال ۹۸، یک میلیارد و ۶۵۰ میلیون به دارو و مواد اولیه ارز تعلق گرفته است. آمار ارزی سال ۹۹ هنوز دقیق اعلام نشده اما این رقم حدود یک میلیارد و ۳۰۰ میلیون (تجمیعی ماده اولیه و

ما امروز حس نمی کنیم که ارز در حال آزاد شدن است اما واقعیت این است که ارز دارو به مرور در حال آزادسازی است. مبلغ ۳ میلیارد و ۷۰۰ میلیون ارز سالانه حوزه سلامت است که هر سال حسب حضور دکتر نمکی و تیم آنها، سناریوی ارزی کاهش پیدا کرده است. بطوریکه در سال ۹۸، یک میلیارد و ۶۵۰ میلیون به دارو و مواد اولیه ارز تعلق گرفته است. آمار ارزی سال ۹۹ هنوز دقیق اعلام نشده اما این رقم حدود یک میلیارد و ۳۰۰ میلیون (تجمیعی ماده اولیه و



■ سجاد حسینی
■ کارشناس آمارهای دارویی

پیشنهاد تغییر نرخ ارز دارو بصورت پلکانی

که فشار کمتری از پس این اتفاق به مردم و شبکه خدمت رسانی یعنی تامین کننده دارو، وارد شود. بنظر می رسد یکی از روش ها تغییر نرخ ارز بصورت پلکانی است؛ البته ممکن است این روند هم موجب ایجاد رانت بشود، اما روشی نیست که مطلق باشد. از طرفی دولت بمنظور پوشش دادن نیاز نقدینگی شرکت های تامین کننده دارو، حتما باید مسیر دریافت تسهیلات را نزدیک تر و هموارتر سازد. طبیعتا زمانی که دولت ارز را گرانتر می فروشد، می تواند ریال مازادی که بدست می آورد را به تامین اعتبار بیمه هایی که قرار است مابه التفاوت را پوشش دهند، تزریق کند.

در سال ۹۲ وقتی قیمت ارز به یکباره ۲ برابر شد، همه شرکت های تامین کننده دارو اعم از تولیدکننده و واردکننده، برای تامین نقدینگی ریالی خود دچار چالش شدند، اما امروز ما نه اختلاف ۲ برابری، بلکه اختلاف ۵ برابری را تجربه می کنیم. اکثریت فعالان این حوزه، در چند موضوع اتفاق نظر دارند؛ اول اینکه ارز ۴۲۰۰ تومانی رانت آور است؛ دوم اینکه دولت منابع ارزی لازم به جهت تامین مداوم ارز ۴۲۰۰ تومانی را ندارد؛ سوم اینکه نقش بیمه ها به جهت حمایت بسیار مهم است. امروز به جای پرداختن به خوب یا بد بودن تخصیص ارز ۴۲۰۰ تومانی به دارو، باید راهکارهایی ارائه کنیم



■ محمد بشری
■ موسس هلدینگ درمان یاب



صنعت دارو با یک تهدید بزرگ مواجه است

در بر خواهد داشت و تامین نقدینگی بنگاه های صنعت برای این ارز، اتفاق ساده ای نخواهد بود؛ مخصوصاً در بستر سیاستگذاری هایی که امروز توسط نظام حکمرانی ما لحاظ می شود که حساس ترین تصمیم ها در بدترین زمان ها رخ می دهد. امروز این صنعت با یک تهدید بزرگ مواجه است که اگر نتوان به درستی و برنامه ریزی شده آن را مدیریت کرد، بخش بزرگی از صنعت قطعاً زمین خواهد خورد.

به جای پرداختن به اینکه ارز ۴۲۰۰ تومانی خوب است یا بد؛ باید تعریف مسئله را به این سمت ببریم که وقتی ارز ۴۲۰۰ تومانی حذف بشود، این تغییر برای ما فرصت است یا تهدید و در کدام موقعیت قرار خواهیم گرفت؟ حذف ارز ترجیحی گریزناپذیر است و اتفاق خواهد افتاد؛ باید امروز در صنعت دارو یک تیم بزرگ تشکیل شود و بررسی کند که با حذف ارز ۴۲۰۰ تومانی، چه اتفاقی در گروه های مختلف رخ خواهد داد چون این تغییر، تبعاتی



■ کامران حاجی نبی
■ عضو هیات علمی واحد علوم تحقیقات
■ دانشگاه آزاد تهران

سوبسید منشأ فساد است

به دست و پای این صنعتی که درگیر هزاران مسئله از جمله مشکلات بانکی و تحریم و کمبودهاست، می بندند تا آن را کنترل کنند، به مشکلات این صنعت اضافه می کنند. همه مستحضریم که کسی که دارد کار معمول خود را انجام می دهد باید مدام سوال و جواب پس بدهد، تعزیراتی شود و اسناد آن ۵۰ بار بررسی شود و از نهادهای مختلف بازرسی شود. ما با عدد ۴۲۰۰ مشکل نداریم بلکه با «ارز دو نرخ» مشکل داریم که عامل فساد است و بروکراسی ایجاد می کند و معضلی است که اصلاً نمی توانند آن را تامین کنند. ما در فرصتی که بودجه بسته می شد، باید همفکری می کردیم و راهکاری اصولی، تکنیکال و کنترل شده پیدا می کردیم که این سوبسید را هدایت کنیم. عمده بیماران کشورمان دارو را با بیمه دریافت می کنند. ما مسیر را داشتیم، متخصصان اقتصاد دارو را داشتیم اما در نهایت بودجه خود را به غیر تخصصی ترین شکل ممکن هزینه کردیم و از بین بردیم و خودمان را در مظان اتهام قرار دادیم.

سوبسید و ارز ترجیحی برای هر چیزی برای حمایتی است که دولت می خواهد از مصرف کننده نهایی و قشر آسیب پذیر صورت بگیرد و اگر سوبسید را «بخواید» به دست تارگت اصلی سوبسید برسانید، باید به انتهای زنجیره آن سوبسید را پرداخت کنید. علم اقتصاد نه در ایران بلکه در دنیا ثابت کرده که سوبسید، خود منشأ فساد است و هر چیزی که دو نرخی باشد درصدی از فساد در آن داخل می شود. حال ما اگر بگوییم خیلی افراد پاکدستی هستیم، ممکن است درصد آن فساد کم باشد اما در اصل قضیه سوبسید عامل فساد است و هر چه سوبسید در قسمت های اولیه زنجیره تزریق شود، هرز این داستان بیشتر می شود. کسی با حمایت از اقشار آسیب پذیر برای دریافت دارو با قیمت ارزان و کم کردن پرداخت از جیب بیمار در پرداخت دارو مخالف نیست. وقتی ما یک روشی اتخاذ می کنیم که منشأ فساد است، قابل کنترل نیست و از طرفی مراجع نظارتی هم می دانند منشأ فساد است و هزاران مرحله بروکراسی



■ هاله حامدی فر
■ نایب رئیس سندیکای صاحبان صنایع دارو

به نام دیابتی ها، به کام قاچاقچیان



■ پویا شفیعی

■ مدیرعامل شرکت آوان درمان نوین

همه ما داستان هایی شبیه به هم، راجع به مارهای کبرا در هندوستان، خرگوش های استرالیایی و موش های ویتنامی شنیده ایم.

از همین رو الگوی تقریبا ثابتی که در این سه داستان متفاوت شبیه به هم، وجود دارد به عنوان یک دستاورد مدیریتی در سیاستگذاری مطرح و تحلیل می شود.

معروف ترین داستان مربوط به قرن هجدهم در هندوستان است، زمانی که مارهای سمی کبرا رها شده در گوشه و کنار خیابان های شهر دهلی به یک معضل اجتماعی تبدیل شده بود.

دولت وقت هند تصمیم گرفت برای جمع آوری مارهای سمی از مردم کمک بگیرد. چیزی شبیه همین اتفاق هم در مقاطع زمانی دیگر، در پایتخت ویتنام اتفاق افتاد.

شکل آنجا وجود موش های زیاد در سطح شهر بود. نمونه های مشابه دیگری نیز در مورد خرگوش های استرالیا و مکزیک نیز ثبت شده است که البته هیچ ارتباطی با یکدیگر ندارند.

در تمام موارد مسئولین تصمیم گرفتند که در ازاء تحویل هر مار یا موش، به مردم پول پرداخت کنند. پرداخت پول باعث ایجاد انگیزه برای جمع آوری مار یا موش ها از سطح شهر می شد. در نگاه اول به نظر می رسید که راه حل خوبی بود.

اما پس از مدتی، علی رغم اینکه انتظار می رفت تعداد مار یا موش ها کمتر شود اما نتیجه عکس شد. تعداد مارها و موش ها نه تنها کمتر

توجهی افزایش یافت.

نتیجه مدیریتی

هر تصمیمی که گرفته می شود، زنجیره ای از پیامدها را به دنبال خواهد داشت. وقتی در سیاستگذاری، تمام تمرکز به اولین تاثیر و نتیجه مورد انتظار معطوف می شود، به دلیل افق محدود زمانی و نیز تاثیر تغییر یک جزء سیستم بر روی تمامی

نشد بلکه افزایش نیز یافت. چرا که مردم فقیر محلی شروع کرده بودند به پرورش و تکثیر مار و موش تا آن را به مقامات محلی بفروشند.

دولت با اطلاع از این موضوع، خرید مار و موش را متوقف کرد. مردم نیز دیگر قیمتی نداشت را در شهر رها کردند و تعداد آنها در شهر نسبت به قبل از اجرای طرح به شکل قابل



رفتار آن سیستم، ممکن است شاهد نتایج غیرقابل پیش بینی باشیم. تلخی داستان آنجاست که با نیت خیر حمایت از بیماران، در سالهای گذشته به صورت فزاینده ارزش تخصیص داده شده، که نه تنها به شدت به تولید ضربه زده، بلکه باعث شده بیمار دیابتی نتواند کالای قاچاق شده را به راحتی در بازار ایران پیدا کند.

واقعیت هایی که نادیده گرفته می شود

در صنعت سلامت نیز، می توان به تخصیص ارزش دولتی نوارهای

قند خون، جهت حمایت از بیماران دیابتی به عنوان یک تصمیم اشتباه سیستمی اشاره کرد.

در حقیقت، سیاستگذار با تخصیص ارزش حمایتی به واردات این محصول انتظار داشته که قیمت این محصول برای چند میلیون بیمار دیابتی، پایین بماند.

■ **حقیقت اول:** نوار تست قند خون، تنها وسیله پزشکی است که ضمن دریافت ارزش ترجیحی، در مراکز درمانی استفاده نمی شود.

■ **حقیقت دوم:** نوار تست قند خون، دارای سیستم traceable نیست.

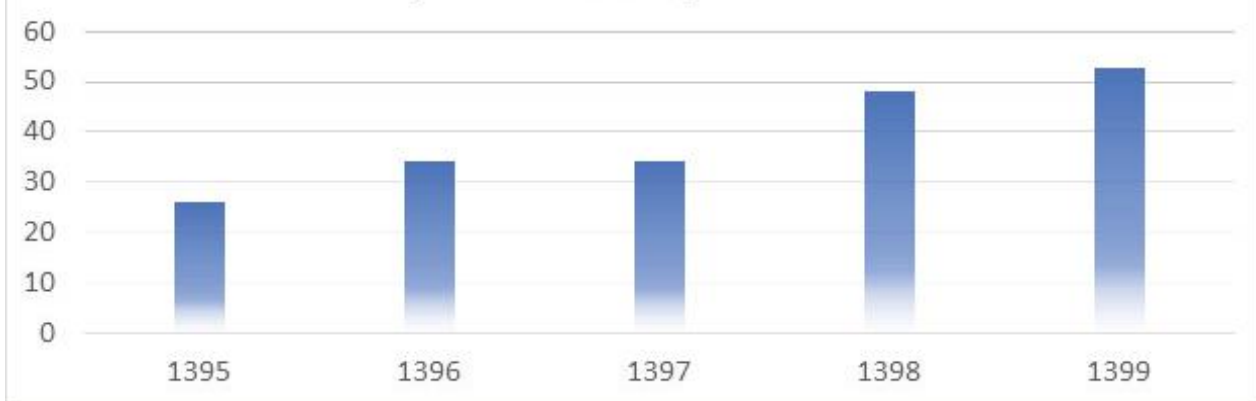
■ **حقیقت سوم:** قیمت نوار وارداتی

گران قیمت (فرضا برند اکیوچک) در ایران حدود ۱۰ دلار و در کشور همسایه عراق در حدود ۸ دلار است.

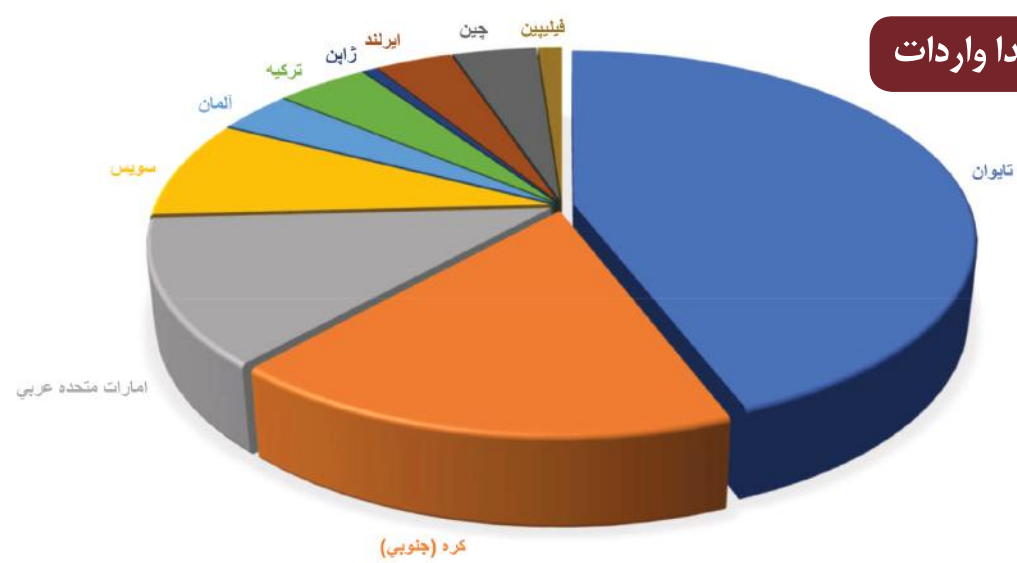
■ **حقیقت چهارم:** نوار تست قند خون، نیاز به خدمات پس از فروش ندارد.

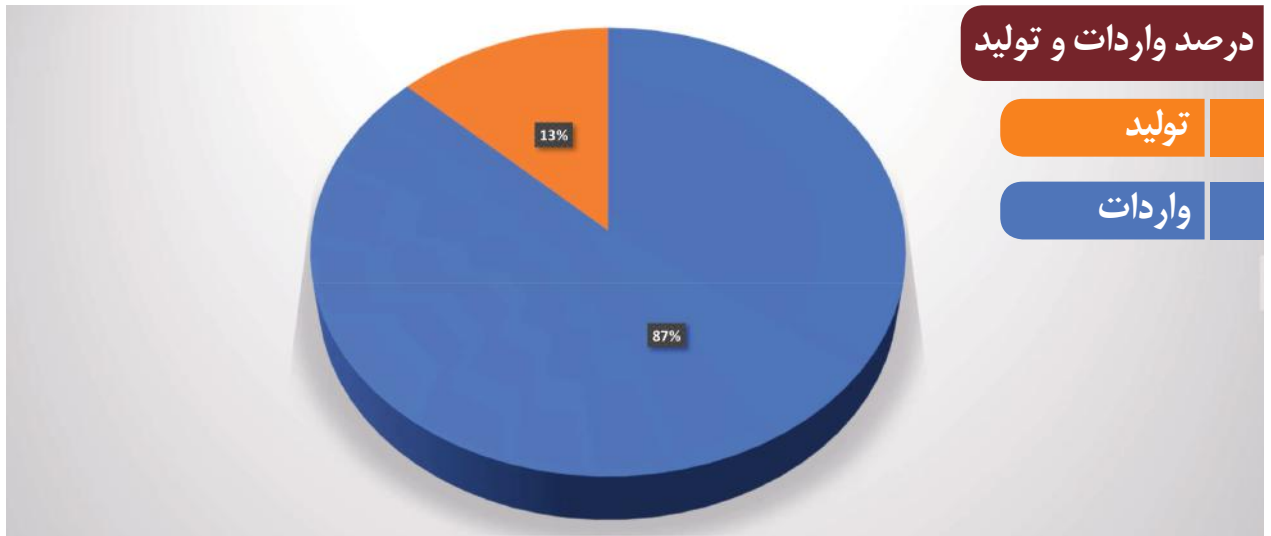
حالا فرض بفرمایید سیاستگذار جهت حمایت از مصرف کننده داخلی، قیمت مصرف کننده را با ارزش ترجیحی کمتر از ۱۰۰ هزار تومان قیمتگذاری کند، این به آن معنی است که یک قاچاقچی، به راحتی می تواند نوار را به قیمت ۷۰ هزار تومان از بازار خریداری کرده، چند هزار تومانی

واردات (میلیون دلار)



مبدا واردات





نکته قابل توجه این که هزینه تست قند خون، برای مراکز درمانی و همچنین برای خیل زیاد افراد دیابتی نوع ۲ که مصرف کمی دارند، چندان چشمگیر نیست.

براین اساس، استاندارد می شود که در اکثر کشورها انجام می شود، پوشش بیمه برای بیماران پرمصرف و آزاد سازی قیمت ها برای سایرین است.

ممکن است این طرح در ابتدا کمی سخت به نظر برسد اما با مرور پایگاه داده های وزارت بهداشت از بیماران انسولینی و با نگاه به اعداد و ارقام این یارانه بزرگ، دلیل کافی برای این کار هویدا می شود.

نکته پایانی آنکه با سود سوداگری قاچاق نوارهای تست قند خون می شد یک یا دو کارخانه تولید نوار تست قند خون در ایران احداث کرد. هنر سیاستگذاری سلامت، تخصیص بهینه منابع است.

حمایتی به واردات داده شده است. این مهم در بهترین حالت به معنی اعطای سوبسید به تولید کننده های عمدتاً آسیایی و در بدترین حالت اعطای سوبسید به قاچاقی خواهد بود. ضمن اینکه در سال ۱۴۰۰ نیز، چند تولید کننده دیگر به بازار اضافه خواهند شد.

مقصد ارزهای ترجیحی کجاست؟

سوال اساسی در این میان آن است که مصرف کننده نهایی این سوبسید ارزی کیست و سرانه این یارانه به چه اشخاصی تعلق می گیرد؟ واقعیت این است که بیشترین مصرف کننده این یارانه، افراد دیابتی نوع ۱ و همچنین افراد دیابتی نوع ۲ که انسولین مصرف می کنند، هستند که آزاد سازی قیمت ها می تواند فشار اقتصادی زیادی را به آنها وارد کند.

برای قاچاق معکوس آن از مرز هزینه کند و با فروش آن به قیمت نزدیک به ۸ دلار (با فرض دلار ۲۵ هزار تومانی) سرمایه خود را در چند روز دو برابر سازد.

حقیقت تلخ این است که با وجود کمبود منابع ارزی و ورود تولید داخل این محصول به بازار، شاهد افزایش واردات نوارهای تست قند خون در طول سال های گذشته بودیم به طوری که در سال ۱۳۹۹، بیش از ۵۰ میلیون دلار ارز حمایتی به آن تخصیص داده شده است.

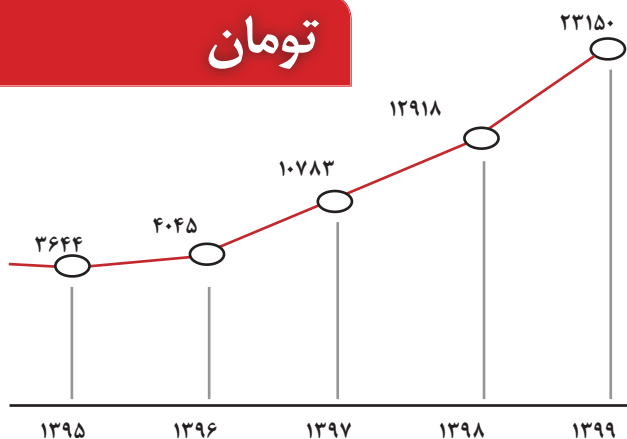
با این حال به دلیل قاچاق معکوس همواره کمبودهایی را در سطح عرضه داشته ایم.

با وجود اینکه اولین تولید کننده داخلی (با برند آوان)، ظرفیت تولید به اندازه کل بازار را داراست، نه تنها محدودیت در واردات سال ۹۹ اعمال نشده، بلکه سهم عمده این ارز

تعداد	مصرف سال نوار	ارزبری نوار (یورو)	یارانه (تومان)	سرانه یارانه (تومان)
۷۰۰۰۰۰	۶۳۰۰۰۰	۳۷۸۰۰۰۰	۷۵۶۰۰۰۰۰۰۰	۱۰۸۰۰۰۰
دیابت نوع ۱				
۵۰۰۰۰۰	۲۰۰۰۰۰	۱۲۰۰۰۰۰۰	۲۴۰۰۰۰۰۰۰۰	۴۸۰۰۰۰
دیابت نوع ۲ با انسولین				
۱۵۰۰۰۰۰	۲۲۵۰۰۰۰	۱۳۵۰۰۰۰۰۰	۲۷۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱۸۰۰۰۰
دیابت نوع ۲ و حاملگی				
قاچاق	۴۰۰۰۰۰	۲۴۰۰۰۰۰۰	۴۸۰۰۰۰۰۰۰۰۰	
بیمارستان و مراکز درمانی	۸۰۰	۴۰۰۰۰۰	۴۸۰۰۰۰۰۰۰۰۰	
	۵۶۸۰۰۰۰	۳۴۰۸۰۰۰۰۰	۶۸۱۶۰۰۰۰۰۰۰۰	

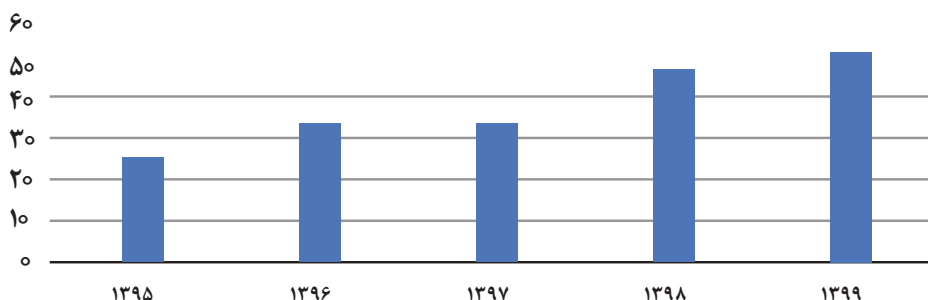
از سال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۹، همزمان با افزایش ۶ برابری نرخ ارز، واردات دستگاه و نوار تست قند خون، دوبرابر شده است

تومان



متوسط قیمت دلار

واردات (میلیون دلار)



نمودارهای بالا نشان می دهد رشد ارزی نوار و دستگاه تست قند خون، با افزایش فاصله نرخ ارز دولتی و آزاد ارتباط مستقیم دارد. یعنی هرچه اختلاف قیمت ارز دولتی و آزاد بیشتر شده، شاهد افزایش تقاضا برای واردات دستگاه و نوار تست قند خون بوده ایم. این به آن معناست که قاچاق معکوس این کالا نقش پر رنگی در ایجاد کمبود و تقاضا داشته است.

هرچند که ارز چند نفری به صورت کلی فساد آور است ولی اگر قرار است تخصیص ارز دولتی بمنظور حمایت از مصرف کننده و نگرانی از ایجاد شوک قیمتی به بازار ادامه پیدا کند، بهتر است که صرفاً به تولید داخل اختصاص پیدا کند.

شاید اگر سهمیه بندی واردات نبود، رشد تقاضای واردات به دلیل نیاز بازار ۵ تا ۶ برابر می شده بود.

این رویکرد؛ یعنی حذف ارز دولتی از واردات و اختصاص آن به تولید داخل، در راستای همان رویکردی است که وزارت بهداشت نسبت به داروهای اتخاذ کرده و وقتی دارویی تولید داخل می شود، صددرصد جلوی واردات مشابه آن را می گیرد.

فصل دوم

پیش نیازهای حذف ارز ترجیحی دارو



مواجهه با سامانه نیما

دولت باید بلد باشد و حتما بلد است که دخل و خرج خود را مدیریت کند.

ایراد گرفته می شود که اگر نرخ ارز به نیمایی تغییر کند، مارژین هم به آن نسبت افزایش پیدا خواهد کرد و دولت از پس جبران آن برنخواهد آمد که من صراحتا عرض میکنم که صرفه جویی هزینه ای که از قاچاق معکوس دارو انجام می شود، بیش از مارژین واردکننده یا تولید کننده است که خواهد اضافه شود.

یعنی همانقدر که در آنجا صرفه جویی می شود، می تواند مارژین را پوشش دهد.

برداشت من از حذف ترجیحی ارز دارو، حذف اقلام دارویی است؛ نه اینکه ارز بطور ناگهانی به مبالغی مثل ۱۵ یا ۲۰ هزار تومان جهش پیدا کند.

چون در اینصورت مشکلی حل نخواهد شد.

بطوری که قرار است در هر ۶ ماه برخی از داروها از چتر پوشش ارز ۴۲۰۰ تومانی حذف شود.

که از این ارز استفاده کنند، می توانند پولی معادل ارز ۴۲۰۰ تومانی را بپردازند و مابقی را به بیمه ها بدهکار شوند و با طلبی که ایجاد می شود یا از قبل بستانکار بوده اند، این بدهی را تهاتر کنند.

با این مدل مابه التفاوت نرخ ارز مستقیما به حساب بیمه واریز میشود. در مورد برخی اقلام مانند داروهای وارداتی مشابه تولید داخل هم ارز دولتی آنها حذف شود، اما سهمیه یا کوتاژ هم برداشته شود. البته جزئیات این کار و چگونگی عملیاتی بودن این کار هم در این نامه پیش بینی شده است.

اما در این میان، ایراداتی هم گرفته شد از جمله اینکه در صورت تغییر ارز ۴۲۰۰ تومانی به ارز نیمایی، قیمت دارو بدلیل نوسانات نرخ نیمایی، ممکن است دچار تغییرات آنی شود. اما این وظیفه به گردن دولت است و میبایستی توسط بیمه با افزایش سهم بیمه پرداختی بیمار ثابت بماند.

نیاز نیست که ما برای مشکلات درآمدی دولت و سازمان برنامه و بودجه و غیره راه حل پیدا کنیم.



■ ناصر ریاحی
■ رئیس اتحادیه واردکنندگان دارو

در خصوص راهکار چگونگی تغییر ارز از نرخ ۴۲۰۰ تومانی به ارز نیمایی، ما اردیبهشت با رئیس جمهوری جلسه محدودی داشتیم که من این پیشنهاد را به صورت شفاهی ارائه کردم و اعضای حاضر در جلسه از این پیشنهاد استقبال کردند و در نامه ای به آقای دکتر نهاوندیان، معاون اقتصادی رئیس جمهور، نوشته شد که دولت یا بانک مرکزی، ارز ۴۲۰۰ تومانی دارویی بمیزانی که برای آن در نظر گرفته شده را ابتدا در سامانه نیما عرضه کند و اولویت خرید آن با شرکتهای دارویی باشد و اگر شرکتهای دارویی خواستند

مراقب باشیم از چاله به چاه نیافتیم

منابع ارزی نیمایی است که احتمالا نرخ متغیر خواهد داشت؛ اما امید این است که دامنه تغییر با توجه به ثبات قیمت گذاری در دارو حداکثر ۱۰ درصد باشد.

اگر نرخ ارز دولتی از دارو برداشته شود ولی باز هم دسترسی به ارز در آینده محدود به منابع ارز حاصل از فروش نفت و گاز با قیمت ثابت باشد از چاله به چاه میافتیم. به هر حال انتظار صنعت، دسترسی به



■ پیام دیندوست
■ فعال صنعت دارو





بیمه‌ها کجای داستان تک‌نرخ‌سازی ارز دارو ایستاده‌اند؟

این طرح کرد. به شرطی که به هر مبلغی که داروها را از فهرست دریافت ارز خارج می‌کنیم، به همان میزان، مبلغ مابه‌التفاوت به بودجه سازمان‌های بیمه‌گر تزیق شود. با این پیش‌شرط که سازمان‌های بیمه‌گر خود را بیمه نکنند، بلکه بیمار را بیمه کنند. سازمان‌های بیمه‌گر بدلیل اینکه محدودیت بودجه‌ای دارند، فقط بدنبال این هستند که فلان دارو را از لیست خارج کنند و بیشتر نگران بودجه خودشان هستند. همچنین باید سقف پوشش بیمه‌ای برای داروها از ۷۰ درصد به بیش از ۹۰ درصد افزایش پیدا کند و دولت هم به عنوان تصمیم‌گیر و حاکمیت مکلف است هم از بیمه حمایت کند، هم از صنعت و هم از مردم.

هر چقدر که ما تغییر نرخ ارز دارو را به تأخیر بیندازیم، آسیب‌ها و شدت آن هم برای صنعت، هم برای مردم و هم برای بیمه‌ها بیشتر خواهد شد. یک و نیم میلیارد بودجه ارزی دارو در سال ۱۴۰۰ در نظر گرفته شده که هرچه جلوتر می‌رویم این بودجه در موارد متعدد هزینه می‌شود و دیگر مابه‌التفاوتی برای بیمه‌ها وجود نخواهد داشت و در پی آن زمانی که دارو تغییر قیمت پیدا می‌کند، بیمه‌ها این تغییر را پوشش نمی‌دهند و در نهایت مردم متضرر این جریان خواهند شد. از این رو بهتر است با راهکارهایی که این کار را بهتر مدیریت می‌کند، مسیر را هموار کنیم. می‌توان بصورت پلکانی داروهایی را که تغییر نرخ ارز، کمترین افزایش را روی قیمت آنها می‌گذارد، را مشمول



■ محمد عبده زاده
■ رئیس‌سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی

برای تامین نقدینگی چاره‌اندیشی کنید

از پس این اتفاق، بسیاری از تولیدکنندگان کوچک، از تولید صرف نظر می‌کنند، زیرا دیگر تولید برایشان به صرفه نخواهد بود. هرچند که نوسان نرخ ارز نیمایی آزاردهنده خواهد بود، ولی قطعاً از وضع کنونی قابل تحمل‌تر است. ما امروز داریم چوب‌ساله‌های قبل را می‌خوریم. صنعت دارو دیگر ظرفیت پذیرش این را ندارد که بیمه تعریف کند که «۱۵ درصد افزایش قیمت» و از آن سو هم وزارت بهداشت به نظر بیمه‌ها تمکین کند. صنایع دیگر با این اعداد و ارقام قادر به فعالیت نیستند و واقعیت این است که اگر شرکتها تولید نکنند، دولت مجبور است برای واردات این داروها اقدام کند.

امروز حتی مدیران دولتی از جمله رئیس سازمان غذا و دارو هم به این باور رسیده‌اند که باید ارز دولتی دارو حذف شود. ما باید مجموعه‌های مرتبط و دولتی‌ها را یاری کنیم تا این اتفاق رخ دهد. من اطمینان دارم که با حذف ارز ۴۲۰۰ تومانی، بزرگترین دغدغه شرکتهای دارویی، اولاً موجود بودن آن ارز نیمایی یا ارز آزاد خواهد بود و ثانیاً بحث تامین نقدینگی. ممکن است با حذف ارز دولتی، تولید عددی دارو نیز کاهش پیدا کند. لازم است سازمان غذا و دارو فی‌الحال اعلام کند که محصول با ارز نیمایی قرار است به چه نحوی قیمتگذاری شود تا تولیدکننده برنامه ریزی تولید را برای محصول خود در نظر بگیرد.



■ محمدرضا زرگرزاده
■ فعال صنعت دارو



تخمین ایجاد بازار جدید ۱۰۰ هزار میلیارد تومانی دارو با آزادسازی نرخ ارز



■ سیدسجاد حسینی
■ کارشناس آمارهای دارویی

شد که سازمان برنامه و بودجه حتی نمی توانست ردیف درآمدی آن اعداد و رقم ها را هضم کند؛ چه برسد به اینکه آن را تامین و به سازمان های بیمه گر تزریق کند. حتی گمان می رفت که شاید شاکله بیمه ها هم با ورود این حجم از نقدینگی از پس این موضوع، دچار مشکل شود. حسب این تجربیات، نگرانی ها از پس این بود که با ایجاد این حجم از نقدینگی مابه التفاوت، سیکل وارد مسیرهای معیوبی شود. از این رو باید زیرساخت های بیمه ها هم به تناسب این قضیه اصلاح شود. اکنون حسب اعداد و ارقامی که ما محاسبه کرده ایم، اگر میزان ارز را در

در آغاز تخصیص ارز ۴۲۰۰ تومانی که توسط آقای جهانگیری مصوب شد، مابه التفاوت ارز بازار در محدوده ۵ تا ۶ هزار تومان بود که سازمان برنامه و بودجه قصد یکسان سازی داشت و می خواست میزان مورد نیاز برای پرداخت مابه التفاوت ناشی از اختلاف ارز را به سازمان های بیمه گر پردازد. در آن زمان صحبت از رقمی حدود ۵ هزار میلیارد تومان پوشش، توسط سازمان برنامه و بودجه برای افزایش بودجه عملیاتی بیمه ها بود. اما حسب گذشت زمان که نرخ ارز بصورت صعودی تا ۳۰ هزار تومان رفت، اعداد مختلف و بعضا بسیار سنگینی را برای مابه التفاوت نرخ ارز در سازمان برنامه و بودجه ترسیم

صنعت دارو به «ریفاینسینگ» احتیاج دارد

به این شکل که خریدهای ارزی ما با نرخ جدید به شکل اعتباری اتفاق بیافتد و ما بعد از واردات کالا و فروش آن، پول را بعد از یکسال با یک اعتبار اسنادی کوتاه مدت به بانک عامل برگردانیم و بعد تسویه با بانک مرکزی اتفاق بیافتد. بنظر من در مورد این افزایش سرمایه در گردش در صنعت دارو باید جدی فکر کرد و راهکار اصولی

یکی از الزاماتی که درخصوص کنترل شوک ناشی از حذف ارز دولتی حائز اهمیت است، این است که فکری اساسی برای افزایش سرمایه در گردش مورد نیاز صنعت دارو صورت گیرد. یکی از ابزارهای معمول Refinancing است که بانک های عامل صنایع دارویی، واردکننده ها و تولیدکننده ها می توانند از این ابزار استفاده کنند.



■ نریمان صدری
■ فعال صنعت دارو





خارج بیمه را جیب خود پرداخت می کند. تقریباً یک چهارم تنوع دارویی کشور تحت پوشش بیمه های سه گانه نیست، که مشمول افزایش قیمت می شود. حدود ۳۶ درصد بازار دارویی تحت پوشش عملکرد بیمه های سه گانه است و مابقی آن پرداخت از جیب بیمار تلقی می شود که حدوداً ۷۰ هزار میلیارد تومان رقم پرداختی از سوی بیماران خواهد بود. پیش از این، یکی از پیشنهادات کارشناسان سازمان برنامه و بودجه این بود که کلیه داروها وارد لیست بیمه و مارژین نیز افزایش یابد و کلیه ایرانیان تحت پوشش بیمه ها قرار گیرند و دولت با پرداخت مابه التفاوت ارز ۴۲۰۰ تومانی با ارز مبنای مد نظر، حمایت از مصرف کنندگان را عملیاتی نماید.



۳۲ هزار میلیارد تومانی که در سال ۹۸ بوده است، حدود ۹ تا ۱۰ هزار میلیارد تومان سهم عملکردی بیمه ای بوده است. از این رقم، پرداخت ۷۰٪ وظیفه بیمه ها و ۳۰ درصد پرداخت از جیب بیمار بوده است. (آمار میانگین تقریبی است)

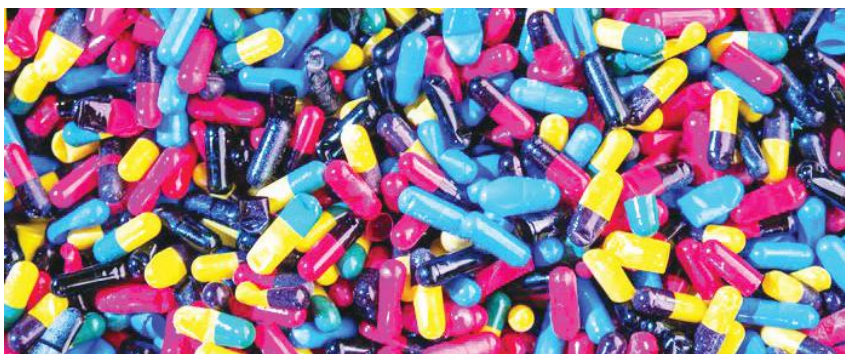
این بدان معناست که بین ۳۳ تا ۳۶ درصد بازار را بیمه ها پوشش می دهند. اگر ما بخواهیم ارزش داروهای عملکردی بیمه های سه گانه را به بازار جدید ۱۰۰ هزار میلیاردی تعمیم دهیم، بیمه ها باید تقریباً ۲۷ هزار میلیارد تومان برای تعهدات عملکردی مصرف سال داروهایی که خودشان پوشش می دهند را تامین نمایند. بیمار هم هزینه ای شامل مارجین و داروهای تحت پوشش بیمه و داروهای

رقم ۲۵ تا ۲۷ تومان با نرخ نیمایی و با احتساب هزینه های تبادلات موثر در نقل و انتقالات بانکی، در نظر بگیریم، ایجاد بازار جدید دارو را با رقمی نزدیک به ۱۰۰ هزار میلیارد تومان تخمین زده ایم.

البته هنوز وزارت بهداشت آمار رسمی از حجم بازار دارویی ۱۳۹۹ منتشر نکرده است.

اما این اعداد و ارقامی که از پس بازارهای جدید شکل می گیرد، حسب کاهش قیمت دلار، بین ۹۵ تا ۱۰۰ هزار میلیون تومان بازار تخمین می خورد که قسمتی از این رقم، سهم عملکرد خود بیمه هاست.

طبق بررسی های ما و بر حسب در نظر گرفتن بودجه های سه گانه و همچنین حسب پرداخت روش ۳۰:۷۰ توسط بیمه ها، در بازار حدوداً



داشت و این راهکارها را زودتر با بانک های عامل و بانک مرکزی در میان گذاشت. در خصوص اقدامات در سطح بنگاهی، پس از حذف ارز دولتی، یک آسیب قیمتی در یکسال آینده منتظر ماست و من بعيد می دانم صددرصد جبران قیمت اتفاق بیافتد. آسیب این اتفاق بیشتر جایی را هدف قرار می دهد که حاشیه سود ناخالص پایین تری وجود دارد.



سه نکته در مورد حذف ارز ترجیحی دارو

اسپری های تنفسی کاملا از فهرست دریافت ارز حذف شوند و اینطور نباشد که یک مولکول از لیست ارز ۴۲۰۰ تومانی خارج شود و مولکول دیگری در لیست باقی بماند؛ چراکه سبب ایجاد رانت می شود.

مورد سوم اینکه با این اتفاق نیاز مالی شرکت های واردکننده به ریال ۵ برابر و شرکت های تولیدکننده حداقل ۲ برابر می شود.

از این رو بانک مرکزی باید همکاری لازم را با بانک های عامل انجام دهد؛ به نحوی که اعطای ریالی بیشتری را به زنجیره تامین یعنی چه تولیدکننده، چه واردکننده و حتی بیمارستان ها صورت گیرد.

با توجه به ضرورت حذف ارز ۴۲۰۰ تومانی، اگر قرار است دارویی را از لیست بیمه یا از لیست ارز ۴۲۰۰ تومانی خارج کنند، بهتر است چند نکته رعایت شود:

نکته اول اینکه بهتر است در آغاز، داروهای بیمارستانی از لیست خارج شوند. چرا که هم تحت کنترل بیشتری از وزارت بهداشت و بیمه ها قرار دارند و هم اینکه چون پرداخت از جیب بیمار برای این داروها ۱۰٪ است، بیمار فشار افزایش قیمت را متحمل نمی شود.

دوم اینکه ملاک حذف این داروها از لیست ارز ۴۲۰۰ تومانی هم باید ATC CODE باشد، بدین معنا که therapeutic area مشخص باشد؛ برای مثال



محمد بشیری
موسس هلدینگ درمان یاب

سازمان های بیمه گر باید تمکین کنند

تامین شود. نباید اینطور باشد که مسئولان به سازمان های بیمه گر بگویند که آیا شما مایل هستید که اینکار را انجام بدهید یا خیر؟

چطور است که وقتی یک حکمی به صنایع ابلاغ می شود، همه ما در صنعت مجبور به انجام آن هستیم اما ابزار عدالت جامعه می تواند از اجرای این طرح طفره برود؟

ارز ۴۲۰۰ فسادزا و رانت آور است، من تصور می کنم که هیچ کس با ضرورت تغییر نرخ ارز مخالف نباشد. اما نگرانی هایی بابت عدم تمکین سازمان های بیمه شاید وجود دارد که باعث تردید در انجام آن می شود.

این موضوع یک راهکار مشخص دارد و آن، این است که باید با دستور حکمرانی به سازمان های بیمه گر، شرایط برای این کار



حسن شکوهی
رئیس اتحادیه واردکنندگان مکمل های غذایی



بیمه‌ها آمادگی دارند

سازمان‌های بیمه وجود دارد که یارانه دارو، نشان دار شود تا در سرفصل‌های دیگر هزینه نشود و این دغدغه خاطر صنعت دارو برطرف شود.

نکته قابل توجه این است که بر اساس آنچه که آمار نشان می‌دهد می‌توان گفت اگر ۱۷۷ قلم دارو مدیریت شود، حدود ۶۰ درصد هزینه‌های بیمه مدیریت خواهد شد. بنابراین می‌توانیم با این داروها آغاز کنیم.

می‌توانیم آزاد شدن ارز دارو را به صورت پالیوت بر روی تعدادی از داروهای منتخب انجام دهیم و سپس عمومیت به آن بدهیم.

ابتدا باید عرض کنم که حدود ۱۴ میلیارد تومان در سال گذشته به عنوان یارانه دارو توسط سازمان‌های بیمه گر توزیع شده است و این عدد می‌تواند اندازه و خط کش مناسبی را در اختیار قرار دهد که با چه حجمی از پول در حوزه دارو و بیمه مواجه هستیم.

به نظر من اگر ارز دولتی دارو حذف شود و این یارانه در اختیار بیمه‌ها قرار گیرد تا به مصرف‌کننده نهایی انتقال پیدا کند، سازمان‌های بیمه این توانایی و پتانسیل و زیرساخت را دارند که این مبلغ را توزیع کنند. ضمن اینکه این امکان در



■ کاظم میکاییلی
■ رئیس گروه تدوین و سیاست‌گذاری تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر پایه

اعتمادی به بیمه‌ها نیست

نامه‌هایی که به آنها زدیم، آنها متوجه شدند که ما چه می‌گوییم.

حرف ما این است که بیمه‌ها یک چاه عمیق پر نشدنی دارند و به هیچ‌صورتی این امکان از سوی آنها وجود ندارد که این پول به سمت بیمه‌ها هدایت و به درستی مدیریت شود که بیماران آسیب کمتری ببینند، این اتفاق در حال حاضر امکان‌پذیر نیست و با وضع امروز بیمه‌ها، ثمره آن مرگ هولناک بیماران بیشتری خواهد بود.

امروز سه قلم از داروهای بیماران تالاسمی کاملاً نایاب شده که یک قلم آن داخلی است و دو قلم آن هم وارداتی است.

حرف ما این است که باید بررسی شود چه تعداد دارو به دست مردم نرسیده است.

خیلی از دوستان توصیه می‌کنند که ارز ۴۲۰۰ تومانی باید برداشته شود. نگاهی که ما حامیان بیماران خاص در کشور داریم با نگاه صاحبان صنعت متفاوت است. ابتدا دولت و مجلس هم همین تصمیم را داشت اما با



■ یونس عرب
■ رئیس انجمن تالاسمی ایران



انجمن علمی دانشجویان داروسازی ایران (ایفسا)، نهادی علمی-اجتماعی متشکل از دانشجویان داروسازی دانشگاه ها و دانشکده های تابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد که به عنوان تنها انجمن دانشجویان داروسازی ثبت وزارت بهداشت، شبکه ای گسترده با بیش از ۲۰۰۰ عضو و ۱۶ لوکال فعال در سراسر ایران ایجاد کرده است و تبادل علم و تجربه در سطح محلی، کشوری و بین المللی را ممکن می سازد.

ایفسا همچنین به عنوان عضوی فعال از IPSF (فدراسیون بین المللی دانشجویان داروسازی) در انجام پروژه ها، کمپین ها و کنفرانس های دانشجویی و دارویی با این سازمان همکاری نموده و فرصت کسب تجربه های بین المللی و دسترسی به کارآموزی های بین المللی از طریق WHO، FIP، IFMPA، UN و ... را در اختیار اعضای فعال خود قرار می دهد.

این انجمن از دیرباز با هدف تعامل دانشجویان داروسازی در سراسر کشور، در راستای ارتقای دانش و توانمندی های دانشجویان و نیز خدمت رسانی به جامعه و کمک به ارتقای سلامت عمومی آحاد مردم فعالیت می نماید و تاکنون موفق به برگزاری بیش از ۱۴۰ کمپین، مسابقه، مدرسه و دوره در قالب بیش از ۴۵۰ جلسه کلاس آموزشی گردیده است.

این انجمن در طی سالیان اخیر به همت بیش از ۲۵۰ دبیر اجرایی، موفق به همکاری و انعقاد تفاهم نامه و قراردادهای متعدد با سایر انجمن ها، شرکت های دارویی، پژوهشکده ها، مراکز تحقیقات، قطب های علمی و ... گردیده است. ایفسا همچنین در رویدادهای بزرگ داروسازی کشور همچون ایران بایو، ایران فارما و IPSS نقش فعالی ایفا کرده است. دانشجویان داروسازی در این شبکه بزرگ، فرصت فعالیت و تعریف پروژه های مختلف علمی، آموزش در حوزه های مرتبط با خود، برگزاری و برنامه ریزی دوره ها، افزایش ارتباطات و شبکه سازی را خواهند داشت.

فصل سوم

خطای سرنوشت ساز



اصل ماهیت سازمان غذا و دارو برای رگولاتوری است و نه چیز دیگر



■ محمود نجفی عرب
■ رئیس کمیسیون اقتصاد سلامت اتاق بازرگانی

خود بردند. امروز کمیسیون ماده ۲۰ قیمتگذاری از پنج عضو تشکیل شده که ۴ نفر آنها حقوقی از بعد وزارت بهداشت هستند و یک نفر هم از وزارت صحت حضور دارد و یک نفر هم از جانب وزیر بهداشت در این جلسات حضور دارد.

امروز وزارت بهداشت باید وظایف و مسوولیت های خود را ویرایش کند و بخشی از وظایف خود را به سندیکاها و اتحادیه ها برون سپاری کند در حالیکه این وظایف اصلا در حیطه مسوولیت این وزارت خانه نیست. مسوولیت تاسیس کارخانه داروسازی، نقشه، قیمتگذاری و فرع بر ماجراست. سازمان غذا و دارو که حتی اساسنامه هم ندارد و مصوب نشده است، باید فقط در چارچوب رگولاتوری تعریف شود و فقط وظایف یک رگولاتوری را انجام دهد.

هم مسوولیت کمیت، هم کیفیت، هم قیمت گذاری را بر عهده داشته باشد و در عین حال مصرف کننده هم باشد.

برآیند مجموع تضادهایی که امروز در این سازمان است، گرفتاری هایی است که امروز با آن مواجهیم و امروز در دنیا هم چنین سازمانی وجود ندارد. در حالیکه وزارت بهداشت می تواند مسوولیت های حاکمیتی بر عهده دارد را به نحوی از بخش خصوصی با قیمت و کیفیت بهتر خرید کند.

قبل از انقلاب هیچ یک از وظایف امروز بر عهده وزارت بهداشت نبوده است. حتی کمیسیون قیمتگذاری ماده ۲۰ که اصلاحاتی در آن ایجاد شد، قیمتگذاری در سازمان غذا و داروی وزارت بهداشت نبود، بلکه در سازمان حمایت از مصرف کننده بود که سپس با اصلاح در قالب ماده ۳۴ مجددا قیمتگذاری را زیر کلید

در تعریف تشکیل وزارت بهداشت، ورود به حوزه کمیت نیست و در تعریف تشکیل وزارت صحت، مسوولیت کمیت کالاهای مورد نیاز اعم از تولید و واردات لحاظ گردیده است.

امروز در سازمان غذا و دارو تضاد منافع فراوانی در شرح وظیفه هایی که برای خودشان تعریف کرده اند، می بینید. چطور ممکن است یک سازمانی



امان از انحصار گرایی، تعارض منافع و عدم شفافیت

مورد سوم این است که وزارت بهداشت نباید متولی همه فاکتورها باشد. باید فقط قانونگذار و رگولاتور باشد و بحث تامین از این سازمان جدا شود. در این خصوص پیشنهاد من این است که ما باید به قانون برگردیم و کاری کنیم که مسئولیت هایی که قانون بر عهده وزارت بهداشت قرار نداده ولی به مرور به این وزارتخانه تحمیل شده را به متولی اصلی آن بازگردانیم. سه مسئله ای که امروز کاملاً مشهود است، انحصارگرایی و تعارض منافع و عدم شفافیت است. این ها را اگر کنار قانون گریزی و عمل سلیقه ای بگذاریم، درک خواهیم کرد که ما از کجا آسیب دیده ایم.

نیست، اما سیستم سیاستگذاری ما جوان نشده است و این یک پارداوکس جدی ایجاد کرده است. باید به نسل جوان اجازه دهیم که بیش از پیش وارد عرصه شود، حتی اگر بخواهد آزمون و خطا کند. این موضوع طبیعتاً هزینه هایی را به دولت، صنعت و مردم تحمیل خواهد کرد ولی به نظر من اگر به صورت مدیریت شده انجام شود، مزایای آن بیش از هزینه هایش است.

مورد دوم، بحث سیاست های ارزی غلطی است که اتخاذ شد و ابعاد مختلف صنعت و نظام دارویی کشور را تحت شعاع خود قرار داد. در کنار آن عدم شفافیت است که بیشترین آسیب را به صنعت زده است.



■ حسن شکوهی
■ رئیس اتحادیه واردکنندگان مکمل های غذایی

من چند مسئله را می خواهم به عنوان مهمترین مشکلات نظام سلامت عرض کنم که امیدوارم به صورت عمیق تر مورد بررسی، تحلیل و آسیب شناسی قرار گیرد. اول اینکه در طول چند دهه اخیر، شاهد هستیم که جامعه جوان شده و این موضوع قابل انکار

وقتی تامین اولویت است، دخالت حداکثری می شود

سازمان با تغییرات متزلزل می شود. مورد دیگر که شاید ریشه در کل سیستم دولت دارد این است که مدیران پاسخگو نیستند و در واقع مشکلات صنعت از همین نقطه شعله ور می شود. مواردی از جمله محدودیت های بی رویه در واردات و عدم توجه به تولید تحت لیسانس و اشتباهات در حمایت از برخی تولیدات، مکانیزم های غلط در قیمتگذاری و حضور نیروهای طرحی در سازمان و خیلی از این موارد از استراتژی های غلط این سازمان است.

امروز تمامی گلایه ها حاکی از دخالت های نابجا و بیش از حد دولت در امور است. وقتی که روسای سازمان غذا و دارو استراتژی خود را تامین دارو برای مردم می دانند، ناگزیر به دخالت حداکثری در صنعت می شوند. ما استراتژی صحیحی در تعریف روند فعالیت های دولت نداریم و از مدیرانی هم که پشت میزها آمده اند، کسی هنوز جسارت این را نداشته است که دنبال تغییر راه باشد. بنابراین اولین معضلی که با آن روبرو هستیم، همان جسارت است و اینکه شاید احساس می کنند که جایگاه افراد و



■ پیمان ترحمی
■ مدیرعامل شرکت داروسازی خوارزمی



مشکلات فقط با متانت و خویش‌نهادی اهلالی صنعت حل می‌شود



■ مهدی عبدوس
■ مدیرعامل اسبق سازمان تدارکات پزشکی
■ هلال احمر

اگر بخواهیم فضای دارویی کشور را آسیب شناسی کنیم، نکته اساسی آن است که خانواده دارویی کشور که خانواده کوچکی است و تعداد بازگیران در آن محدود هستند، باید خودشان در جمع خودشان مشکلات

پیچ سخت عبور کنیم و بعد سر فرصت، دولت جدید فرآیندهای آسیب شناسی شده را مدنظر قرار دهد.

باید با خویش‌نهادی و متانت موضوعات مبتلا به صنعت دارو را آسیب شناسی کرد و فارغ از منافع شخصی یا بنگاهی اجازه دهیم منافع ملی ارجحیت پیدا کند. اینکه مأموریت یا چارت سازمانی یا شرح وظایف سازمان غذا و دارو نیاز به بازبینی و اصلاح دارد یا نه، موضوعی است که باید با دقت و تامل و مشارکت همه ذینفعان مورد تحلیل و بررسی قرار گیرد و این شجاعت در میان دولتمردان وجود داشته باشد که اقدام مناسب بر اساس نتایجی که حاصل شده، به عمل آورند.

داخلی را مرتفع کنند. در غیر این صورت سیستم های دیگری وارد می‌شوند و کنترل نظام دارویی از دست اهالی آن خارج می‌شود. نتیجه این اتفاق آن است که شاهد هستیم در چند سال اخیر صنعت دارو بیشتر از گذشته افت کرده است. وقتی وضعیت صنعت بدلیل لجبازی های بین خودمان اصلاح نشود، دیگران که از جنس صنعت نیستند، به آن ورود و دخالت می‌کنند.

ضمن اینکه توجه کنید که همه وزارتخانه ها در انتهای دوره دولت ها معمولا دچار نوعی بی‌حوصلگی می‌شوند. همیشه در این روزهای پایانی دولت ها، اتفاقات تکراری می‌افتد و من امیدوارم فعلا فقط بتوانیم از این

سازمانی که اساسنامه اش مصوبه مجلس را ندارد



■ محمدرضا زرگرزاده
■ عضو سابق هیات مدیره سندیکای تولیدکنندگان دارو

زنجیره تامین دارو شروع کردیم به خط کشی کردن های بی اساس و این اعتبار صنعت ما را زیر سوال برد. نکته سوم هم ضعف NGO و سندیکاهای ماست. به کشورهای دیگر رجوع کنید و ببینید برنامه های سال های آتی توسعه دارویی آنها را چه کسانی نوشته اند؟ آیا دولت برایشان برنامه ریزی کرد یا سندیکاها و داروسازان جمع شدند و با هم دور یک میز برنامه های توسعه صنعت دارو را تدوین کردند و خواسته های خود را به دولت ارجاع دادند.

زمانی که تصمیم دولت به این رسید که معاونت دارو به سازمان غذا و دارو مبدل شود و اظهار کردند که باید اساس نامه این سازمان ظرف شش ماه به مجلس برود و این اساس نامه هرگز نرفت. در ادامه هم سازمان را بدون اساسنامه رها کردیم. این موضوع سبب شد که وظایف اصلی سازمان روشن نشود و بزرگترین اشتباه استراتژیکی ما این بود که این موضوع را مطالبه نکردیم.

یکی دیگر از بزرگترین خطاهای سرنوشت ساز ما زمانی بود که در



ابتدا باید دولتی بودن را رها کنیم

لیست می شود و کارخانه برای مذاکره به سراغ بیمه می رود و در صورت پذیرفتن بیمه، دارو در دسترس کل جامعه قرار می گیرد؛ اما در کشور ما اینطور نیست و قیمتگذاری کاملاً دستوری است. وزارت بهداشت به بیمه دستور می دهد که فلان دارو را با فلان قیمت تحت پوشش داشته باش. تا زمانی که تکلیف خودمان را با یک سری از مولفه های اساسی اقتصاد، نظیر همین بحث دولتی بودن صنعت، مشخص نکرده ایم نمی توانیم جهش خاصی در صنعت ایجاد کنیم.

شاید یکی از معضلات اصلی ما مداخلات دولت در همه امور است. ۷۰ درصد تولید داروی کشور در دست دولتی هاست. بنابراین تولید کننده دولت است، از طرفی بخش عمده خریدار هم دولت است، قانونگذار، ناظر و قیمتگذار هم که خود دولت است. شعارهای زیادی می دهیم اما اگر می خواهیم واقعا کاری کنیم ابتدا باید دولتی بودن را رها کنیم. در تمام کشورهای دنیا وقتی دارو تولید می شود قیمت آن را کارخانه تعیین می کند و اگر کیفیت و اثربخشی آن تایید شود، وارد



■ ابراهیم هاشمی
■ عضو هیات مدیره انجمن صنعت پخش ایران

حکمرانی خوبم آرزوست

حکمرانی خوب، باید خودمان هم به عنوان جزئی از نظام دارویی درست عمل کنیم. اینجا بحث سیستم است، شما نمی توانید انتظار داشته باشید که دولت درست کار کند و ذینفعان دیگر نادرست. مثلاً بخشی از آیین نامه ها و مقررات با فشار اعضای صنعت در سازمان تصویب و اجرایی می شود. اگر می گوئیم انحصار چیز بدی است، باید ببینید چه کسانی این تصمیمات و مقررات را به سازمان غذا و دارو تحمیل کرده اند؟ خودمان گفتیم و سازمان غذا و دارو را هل دادیم که وارد کارهای اقتصادی و صنعتی بشود. یک سیستم مطلوب آن است که همه اجزا آن با هم و هماهنگ درست عمل کنند.

شرایط ایران فرق میکند پس حکمرانی خوب در سازمانهای ایرانی ما قابل پیاده شدن نیست. در یک حکمرانی خوب سیاست های کلان شفاف است و اتفاقاً این سیاستها در تضاد با هم نیستند. مثلاً در حوزه سلامت سیاستها باید حول منافع بیمار تعریف شود. از موارد دیگر میتوان به ساختار و وظایف درست (مثلاً سازمان دارو نمیتواند در عین حال هم به فکر کمیت باشد و هم کیفیت)، آیین نامه ها و مقررات دقیق، شفاف سازی، پاسخگویی، جوابگویی و مشارکت ذینفعان نام برد که انتظار ما اینست هر کدام از اینها با هم و به طور جامع پیاده شود نه اینکه یک سال شفافیت بر سر زبان باشد و سال دیگر ساختار. جدا از انتظار ما از دولت برای



■ پیام دیندوست
■ فعال صنعت دارو

خیلی از موارد مطرح شده تحت عنوان فرصت سوزی های صنعت دارویی کشور، معلول یک مشکل کلی است تحت عنوان عدم وجود حکمرانی خوب. Good Governance یک استاندارد جهانی است و کسی نمیتواند بگوید



از حوزه غذا درس بگیرید

چرا روغن در کشور کم است. اما در زمینه دارو خیلی از مدیرانی که در حوزه دارو بسیار خبره هستند، در پوزیشن های سازمان با تنوع و تضاد وظایف قرار می گیرند. ما همه وظایف را بر گردن یک سازمان آویخته ایم این خطای بزرگی بوده که صنعت دارو را تحت شعاع خود قرار داده است. مطالبه مشخص من از دولت این است که نباید یک چرخ را از ابتدا کشف و اختراع کنیم. تمام دنیا سازمان های غذا و دارو دارند و مشخص است که سیستم های غذا و دارویی آنها چگونه عمل می کنند و فقط جایگاه رگولاتوری دارند و صحبت هایشان برش دارد و مذاکره ای نیست. همه بلاهایی که بر سر هویت مستقل سازمان غذا و دارو آمده است، فقط حاصل تضاد منافع است و تنها مطالبه من این است که سازمان غذا و دارو زودتر به جایگاه اصلی خود برگردد.

کشور کمبود است، چون سازمان غذا و دارو هم متولی کیفیت است و هم متولی تامین دارو، در نتیجه نمی تواند یک گزینه را انتخاب کند. در صورتی که برای FDA و EMA و TGA استرالیا اهمیتی ندارد که وضعیت تامین دارو در بازار چگونه است. اگر قرار باشد یک سازمان هم مسئول تهیه فهرست دارویی باشد، هم مسئول تامین دارو و هم باید مراقب کنترل بودجه دارو باشد و هم به فکر تامین و تخصیص ارز دارو، هر چهره نامداری در صنعت دارو هم که در پوزیشن های مختلف این سازمان غذا و دارو قرار بگیرد، با این ساختار سازمان، مطمئنا بهتر از این عمل نخواهد کرد. جدیداً به این مسئله توجه کرده ام که مسئولیت های سازمان غذا و دارو در حوزه غذا کاملاً به شکل درست تعریف شده و سازمان جایگاه رگولاتوری دارد و هیچ وقت مورد مواخذة قرار نمی گیرد که



■ هاله حامدی فر
■ نایب رئیس کمیسیون اقتصاد سلامت ایران

وقتی تضاد منافع در وظایف یک سازمان تعریف می شود، همیشه مشکل ایجاد می شود. به طور مثال مجموعه ای که از سازمان غذا و دارو مطالبه تولید بدون GMP داشته است، اگر این دارو در کشور مازاد باشد، مطمئناً سازمان غذا و دارو مجوز نخواهد داد و حتی ممکن است خط تولید را تعطیل کند. اما وقتی یک داروی خاص در

فقدان مدل اقتصادی در سازمان غذا و دارو

مدیران سازمان، متخصصین مالی و سرمایه گذاری حضور داشته باشند و در ذیل همین مدل اقتصادی، ما گنجینه ارزشمندی از تجارب فعالان این صنعت داریم. مسئله بعدی هم مدل مدیریتی است. همه جای دنیا، سازمان های غذا و دارو مدل مشخص مدیریتی دارند و با تغییر مدیران بالادستی یا میانی، قوانین اعتبار ۲ تا ۱۰ ساله دارند و تغییر نمی کنند.

اگر فرض را بر این بگیریم که سازمان غذا و دارو روند اجرای امور را به همین سبک ادامه دهد، چند نقیصه دارد. یکی اینکه مدل اقتصادی زنجیره تامین ندارد و اگر قرار است از مصرف کننده، تولیدکننده، توزیع کننده و تمام شاخص های اقتصادی صنعت دارو را رسیدگی و نظارت کند باید یک مدل اقتصادی داشته باشد و لازمه این کار این است که در کنار



■ مهدی زرین
■ فعال صنعت دارو



برخی از تصمیمات موثر بر صنعت دارو، «بیرون از فخر رازی» گرفته می شود

و دارو گرفته می شود. اگر من قرار بود روی صندلی ریاست سازمان غذا و دارو قرار بگیرم، که البته کاندید این امر نخواهم شد، کار خود را از تغییر در ساختار سازمانی آغاز می کردم، فرایندها را مجدداً تعریف می کردم و اصلاح ساختار سازمانی را به جدیت ادامه می دادم، علی الخصوص از وزیر بهداشت درخواست می کردم که از انتصاب چهره های تکراری که کارنامه تجربیات گذشته آنها نمرات خوبی نداشته است، استفاده نکند و نیروهای تازه نفس با اندیشه های نو به سازمان وارد شوند تا در پی آن شاهد اتفاقات خوبی در صنعت دارو باشیم.

فرد بعدی که در دولت آینده سکاندار صنعت دارو می شود، بزرگترین خطایی که می تواند مرتکب شود این است که همه راه هایی که تا امروز در مدیریت این سازمان طی شده را ادامه بدهد. باید فردی این فرمان را به دست بگیرد که به تمام مسائل صنعت آگاه باشد، شجاع باشد، بسیاری از فرایندها را دوباره تعریف کند و در کنار آگاهی و شجاعت، بتواند با ارتباط با بالادستی تغییر ساختاری برای سازمان غذا و دارو رقم بزند. باید رویکردی بیرونی داشته باشد و با مراکز تصمیم گیرنده بیرون از سازمان تعامل ایجاد کند؛ چرا که بسیاری از تصمیمات موثر بر صنعت دارو، بیرون از سازمان غذا



■ بابک مصباحی
■ فعال صنعت دارو

فقدان تخصص امور مالی و آماری در سازمان غذا و دارو

در سازمان وجود داشته باشد، باید اصلاحات داخلی داشته باشد و افراد پرپتانسیل تری در سازمان مستقر شوند. اما وقتی چنین چیزی نیست و بدنه کارمندی هم تمایلی به انجام این کار ندارد و در عنوان شرح وظایف آنها هم درج نشده، هرچه سریع باید این جراحی در سازمان غذا و دارو انجام شود.

سازمان غذا و دارو از بعد امور کمی فوق العاده ضعیف است و افراد شاخصی برای انجام امور کمی، امور مالی و آماری و اقتصادی ندارد و این فضا باعث می شود که خیلی از امور همیشه ضعیف ارائه شوند. اگر بخواهیم از فضای کنونی حاکم در سازمان غذا و دارو استفاده کنیم و این شرح وظایف



■ سجاد حسینی
■ کارشناس و تدوینگر آمارنامه های دارویی



انتقاد از محدودیت های قانونی و ساختاری سازمان غذا و دارو



■ محمد عبده زاده
■ رئیس هیات مدیره سندیکای صاحبان صنایع دارو

دارو، رگولاتوری و کنترل کیفی داروی کشور است، اما اکنون این سازمان باید پیگیر تایید ثبت سفارش و تایید نرخ ارز باشد و همچنین پیگیر باشد که چه کسی ارز دریافت کند و چه کسی ارز دریافت نکند یا اینکه بیشترین چالش شان در حوزه بازرگانی و اقدامات کمی است تا کیفی. به نظر من یکی از اقداماتی که در دولت جدید باید انجام شود، در راستای چابک سازی، شفاف سازی و تسهیل تولید در وزارت بهداشت است.

شاه بیت قضیه این است که اگر رئیس سازمان غذا و دارو بیشترین تمرکز خود را بر روی رفع پیچیدگی های ساختاری خود سازمان غذا و دارو بگذارد، برخی از قوانین را اصلاح و یا تفکیک کند و برخی از شرح وظایف را از سازمان غذا و دارو جدا کند، بنظر من توانسته است کار بزرگی انجام دهد.

به رئیس و مدیران کل تحمیل می شود، نمی توان در جهت تغییر کاری از پیش برد. ساختار سازمان غذا و دارو هم به لحاظ قانونی و هم به لحاظ ساختار منابع انسانی و هم فقدان ابزاری برای پیشبرد امور، اجازه خیلی از امور را نمی دهد. باید اذعان داشت که تولید صنعت دارو از وزارت صمت گرفته شده و به وزارت بهداشت داده شده که فقدان ابزار حمایتی است.

امور بررسی نحوه تخصیص ارز و سیاست ارزی به کارشناسانی در اداره دارو داده شده که خود من سالها با آنها کار کرده ام و میدانم ساختار مالی به این مفهوم در اداره دارو نداریم. مباحث کمیته و قیمتی هم جای بحث دارد.

متأسفانه شرح وظایف متعددی روی سر سازمان غذا و دارو ریخته ایم به گونه ای که کار اصلی این سازمان فراموش شده است. کار اصلی سازمان غذا و

اگر این سوال از رئیس بعدی سازمان پرسیده شود که با این ساختار سازمان و ارتباطات قانونی با مدیران بالادستی، می تواند کاری از پیش برد یا خیر، از دید تجربیات من، جواب این سوال خیر است. چرا که خیلی از امور بدلیل محدودیت های قانونی و ساختاری سازمان و بدلیل سیاست هایی که از مقام وزارت





لطفا فقط «رگولاتور» باشید

نشسته ایم و به این نتیجه رسیده ایم! این یعنی اینکه تصمیم جمعی با یک امضا طلایی به آنها تحمیل شده و یا اینکه خود درگیر رانت هستند!

نمی‌گوییم که اگر امور به وزارت صمت برود، امضاهای طلایی به وجود نخواهد آمد، قطعا در آنجا هم به وجود خواهد آمد. اما در آن صورت سازمان غذا و دارو می‌تواند مطالبه‌گری کند.

واقعا مگر اموری که تا امروز به سندیکاها تفویض شده بد اجرا شده است؟ خیلی مواقع از هراس سلب اختیار توسط سازمان، اگر از سازمان سخت‌تر نگرفته باشند، آسان‌تر هم نگرفته‌اند. مضاف بر اینکه هم تسریع در امور بوجود آمده و هم امور توسط کارشناس از جنس همان صنعت انجام می‌شود.

سازمان غذا و دارو در حوزه غذا به خوبی نقش رگولاتوری را ایفا می‌کند و بیهوده خودش را درگیر مسائل دیگر نمی‌کند. ای کاش در حوزه دارو نیز به همین صورت فقط نقش رگولاتوری را بر عهده داشته باشد.

مطالبه اصلی از دید من این است که سازمان غذا و دارو باید رگولاتور باشد و بس. چیز دیگری نباید از این سازمان بخواهیم و گرنه این وضع مداومت خواهد داشت و هر کس که بر ریاست این سازمان قرار بگیرد اوضاع تغییری نخواهد کرد.

از طرفی تصدی‌گری را از دولت کم کنیم و به سندیکاها بسپاریم، سازمان غذا و دارو می‌تواند نقش رگولاتوری که بهترین نقش برای سازمان است را به درستی ایفا کند.

امضاهای طلایی آفت صنعت شده است. وقتی شرکت الف در سهمیه ارزی قرار می‌گیرد و شرکت ب که همان مولکول را وارد می‌کند، در لیست قرار نمی‌گیرد، نشان می‌دهد که شرکت الف به امضاهای طلایی نزدیک‌تر بوده است.

این موضوع در حالی اتفاق می‌افتد که مولکول محصول در لیست کمبودهاست یا یک مولکول دارویی یکسان (با برند و سازنده مشابه است)؛ اما به یک شرکت سهمیه ارزی تخصیص یافته است و شرکتی که به امضای طلایی نزدیک نیست، سهمیه ارزی دریافت نکرده است. این کار مصداق بازار امضای طلایی است و اولین بار نیست که در کشور اتفاق می‌افتد و آخرین بار هم نخواهد بود.

این مساله ای که اکنون به آن اشاره کردم، در همین لیست اقلام هشدار سازمان فروردین و اردیبهشت آمده و وقتی با کارشناسان پایش صحبت می‌کنیم که چرا برند شرکت خاص را کمبود اعلام می‌کنید و نه نام ژنریک را، اعلام می‌دارند که ما شش نفر کارشناس



محمد بشری

موسس هلدینگ درمان یاب

من در یک جلسه دوستانه که تعدادی از مدیران سابق سازمان غذا و دارو حضور داشتند، یادآور شدم که وقتی خود شما عزیزان از سازمان غذا و دارو خارج و به بخش خصوصی ملحق می‌شوید، اظهاراتی مطرح می‌کنید که بر خلاف عملکردتان در سازمان است و خود شما می‌شوید «منتقد سازمان غذا و دارو» چرا که در واقع مشکل از آدم‌ها نیست، بلکه از ساختار است؛ چرا که سازوکارها و قوانین مشکل دارد.

اگر سازمان غذا و دارو از قاضی و مفتش و زندانبان بودن فقط به قانونگذار و رگولاتور مبدل شود، هرچیز در جای خود خواهد بود. متأسفانه وظایف وزارت صمت به گردن سازمان غذا و دارو گذاشته شده و این مشکل ساز است. اگر بتوانیم وظایف وزارت صمت را که به وزارت بهداشت محول شده، به وزارت صمت برگردانیم و



دفاع از داروسازی، دفاع از منافع ملی است



■ محمد باقر ضیاء
■ رئیس انجمن داروسازان ایران

عموم فعالان حوزه دارو و غذا با صدای بلند اذعان دارند که امکان تامین سلامت مردم در جهان در هم پیچیده امروز، بدون وجود یک سازمان مقتدر که متولی حوزه کیفیت دارو و غذا باشد، تصویری محال است.

در چنین شرایطی بدیهی است که رسیدن به مقصود، بدون بهره گیری از دانش داروسازان و بدون بهره مندی از آرا و نظرات تشکل های تخصص مرتبط، غیر ممکن است ولی مروری بر وضعیت داروسازان در کشور ما نشان می دهد که شرایط موجود به هیچ وجه در خور چنین دانشی نیست. توقع منطقی آن است که در مواجهه با دانشی که زندگی تک تک افراد جامعه مدیون پیشرفت و توسعه آن است، هرگونه سیاستگذاری و تصمیم سازی در عرصه سلامت، به گونه ای شکل بگیرد که از یک سو

منجر به تقویت جایگاه داروسازان شود و از سوی دیگر آراء و نظرات داروسازان به وضوح در آن لحاظ شود.

این در شرایطی است که وقتی در کنگره های جهانی و نمایشگاه های بین المللی که در کشورهای دیگر برگزار می شود، از وضعیت بهداشت و درمان کشورهای توسعه یافته سوال می کنیم، کمتر کسی را می توان یافت که در ضرورت ارتقاء جایگاه داروسازان، توانمند سازی ایشان و بهره برداری از ظرفیت و پتانسیل آن ها شک و تردید داشته باشد. تجربه جهانی نشان داده اگر کشوری به دنبال اجرای بسیاری از سیاست های پیشگیری و درمان بیماری ها هستند و به صورت قاطع در نظر دارند که بحران هایی نظیر مصرف بی رویه دارو، مصرف خودسرانه دارو، مسمومیت های دارویی، مقاومت های میکروبی و ده ها معضل دیگر را مدیریت و گره گشایی کنند، باید با سرمایه گذاری و اعتماد بر داروسازان، برای ایفای نقش ایشان، ظرفیت سازی کنند.

از سوی دیگر، علاوه بر نقش داروسازان در جامعه به عنوان نزدیک ترین و در دسترس ترین گروه پزشکی به آحاد جامعه، مطالعات جهانی بیانگر آن است که نقش داروسازان در بیمارستان ها

نیز کمتر از نقش پزشکان نیست و ارائه مشاوره های دارویی به کادر درمان، آگاه سازی آنان نسبت به مخاطرات دارویی، کنترل دارویی بیماران خاص، آموزش بیماران برای نحوه مصرف دارو در زمان بستری و ترخیص، پیشگیری از تداخلات دارویی و غذایی، کنترل فرآیند نگهداری دارو می تواند از جمله مزایای حضور داروسازان در بیمارستان ها باشد که متأسفانه در کشور ما نسبت به آن، توجه لازم صورت نمی گیرد.

آنچه رنج این بی توجهی ها را بیشتر می سازد، این واقعیت است که در کشور ما مصرف بی رویه برخی داروها در بیمارستان ها، بسیاری از اعتبارات نظام سلامت را هر روز بیشتر از روز پیش می بلعد و حضور داروسازان در بیمارستان ها می تواند علاوه بر کاهش هزینه خانواده ها، به اقتصاد بیمارستان ها نیز کمک شایانی کند.

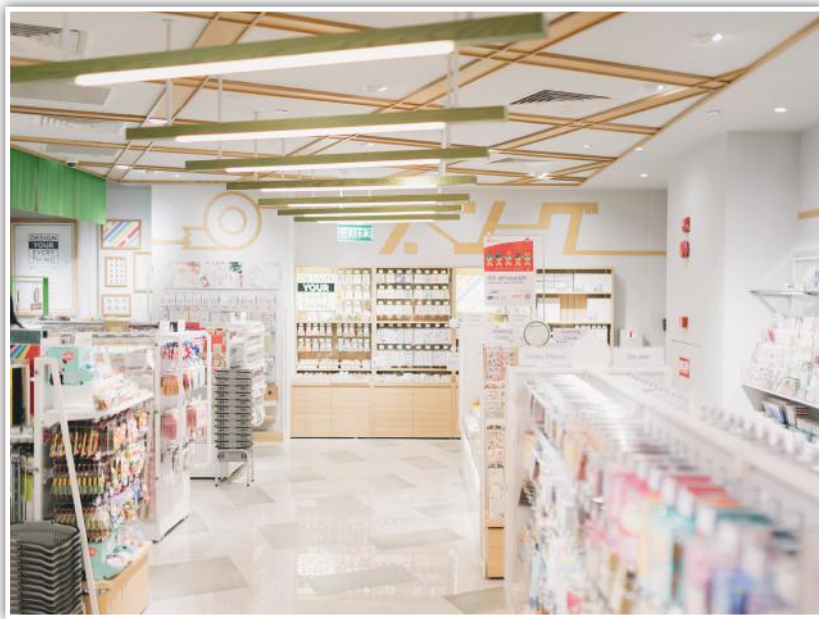
بر این اساس، سخت باور داریم که منافع ملی کشورمان حکم می کند برای آینده جوانانی که از بودجه بیت المال برای ایشان هزینه شده تا داروساز شوند و برای صیانت از سلامت جامعه، باید ارتقاء جایگاه داروسازی و بهره برداری از ظرفیت ایشان، بیش از گذشته مد نظر سیاستگذاران قرار گیرد و از غافلگیری کردن داروسازان پرهیز شود.

فصل چهارم

اولویت های ارزی در سازمان غذا و دارو



لیست توزیع سه ماهه ارز دارو، زیر ذره بین



مسئولین مراقب باشند که معمولاً بزرگترین رانت ها و سهم خواهی های دارندگان امضاهای طلایی در این ماه های پایانی دولت ها رخ می دهد.

در سال های اخیر، بحث ارز دولتی دارو و نحوه تقسیم و توزیع آن میان شرکت های دارویی، تبدیل به یکی از مناقشه برانگیزترین بحث های حوزه سلامت شده است.

اخیراً گزارشی از سوی سازمان غذا و دارو با عنوان (لیست ثبت سفارشات دارویی دارای اولویت - هشدار ۱-۱۴۰۰) منتشر شده که آن را باید یک گام مثبت و موثر در مسیر شفاف سازی عملکرد سازمان غذا و دارو دانست و جای تقدیر و تشکر از مسئولین مربوطه دارد.

تحلیل این گزارش می تواند اطلاعات خوبی را در اختیار قرار داده و برای همه ذینفعان مفید باشد، هرچند که گزارش مربوط به بازه زمانی کوتاهی از سال ۱۴۰۰ است و طبیعی است که وقتی کل آمار یک سال در اختیار نیست، مقایسه ها نمی تواند معیار و پایه درست و دقیقی داشته باشد و نمی تواند همه واقعیت را منعکس کند. توجه به این گزارش از آنجایی حائز اهمیت است که در ماه های اخیر، میزان کمبودهای دارویی در سراسر کشور به شکل آزاردهنده ای افزایش پیدا کرده است.

بر اساس نظر سایر کارشناسان عدم توجه به اولویت ها و سوء مدیریت در تخصیص ارز نیز

می تواند در ایجاد کمبودهای دارویی بسیار موثر باشد.

عقل حکم می کند که در صورت کمبود ارز، پس از واردات مواد اولیه و واسطه ای که واردات آن ها برای تولید داروهای ایرانی ضرورت دارد، باید ارزهای دولتی برای داروهای بدون مشابه داخلی اختصاص پیدا کند. آن هم باید بر اساس اولویت بندی و مبتنی بر معیارهای شفاف انجام شود.

ضمن اینکه در گام نخست باید داروهای پایه، فراگیر و عمومی مورد توجه قرار گیرد.

به گفته این کارشناسان، یکی از نکاتی که در هنگام توزیع ارز دولتی باید بیش از پیش در بحث اولویت بندی ها مورد توجه سیاستگذاران باشد، وسعت تعداد بیماران است. به عنوان مثال

هرچند تامین داروهای orphan ضروری است و دسترسی به آن ها به هیچ وجهی قابل انکار نیست ولی با توجه به اینکه هزینه ارزی داروهای orphan بالاست، بهتر است از ظرفیت سازمان های مردم نهاد استفاده شود و اینکه سازمان غذا و دارو بودجه دارویی ۱۰ هزار نفر را مثلاً به ۱۰ بیمار مبتلا به بیماری های نادر اختصاص دهد، در شرایط کمبود منابع ارزی، کار درست و مناسبی به نظر نمی رسد و اتخاذ چنین سیاستی ممکن است ریشه در سوء مدیریت یا سوء تدبیر یا نفوذ امضاهای طلایی و رانت داشته باشد. البته بدیهی است که وقتی همه امور اعم از برنامه ریزی، قیمتگذاری، توزیع ارز، نظارت کیفی، تامین و ... به یک سیستم در یک وزارتخانه و یک سازمان سپرده شود، نتیجه ای



در پایان، بحث را اینگونه می‌توان جمع بندی کرد که به نظر می‌رسد حذف ارز دولتی از حوزه دارو، یک اولویت اساسی برای کاهش فساد و سوء مدیریت در این حوزه است و به نظر قاطبه کارشناسان بهترین تصمیمی که رئیس آتی سازمان غذا و دارو می‌تواند اتخاذ کند، عزم و تلاش برای حذف ارز ۴۲۰۰ تومانیست. اما تا آن زمان، باید با استفاده از ابزارهای شفافیت زاء، نحوه تخصیص ارزها دائما و به صورت مستمر گزارش شود. ضمن اینکه باید در نحوه توزیع ارز و تعیین اولویت‌ها بازنگری شود تا از تامین تمامی داروهای حیاتی در تمام حوزه‌های درمانی اطمینان حاصل شود. بهتر است دستگاه‌های نظارتی نسبت به این موضوع توجه بیشتری داشته باشند و ریشه برخی کمبودهای دارویی را از زوایای دید خطا یا فساد در توزیع ارز دنبال کنند.

■ منبع: خبرگزاری فارس

از بابت سهم خواهی دارندگان امضاهای طلایی می‌افتد. چرا که مسئولین، عمر صندلی‌های مدیریتی خود را حداکثر شش تا هفت ماه می‌بینند و بر این اساس تلاش می‌کنند که منافع دوستان خود را در نیمه اول هر سال تامین کنند. مرور (لیست ثبت سفارشات دارویی دارای اولویت - هشدار ۱-۱۴۰۰) نشان می‌دهد که مسئولین سازمان غذا و دارو در ماههای نخست سال جاری، بخش عمده‌ای از ارز داروهای ساخته شده وارداتی را به شرکت‌هایی اختصاص داده‌اند که اقدام به واردات داروهای کم مصرف می‌کنند و اینکه این اتفاق، یک سیاست و تدبیر گره گشا بوده یا اینکه ناشی از سوء مدیریت یا خطا یا فساد و رانت، موضوعی است که در ماه‌های آینده و بر اساس لیست‌های آتی و همچنین میزان کمبودهای داروهای عمومی و پایه قابل قضاوت خواهد بود.

بهتر از این نخواهد داشت. نگرانی اصلی در این خصوص آن است که با وجود محدودیت‌های ارزی و تشدید آن، در پشت صحنه‌ی توزیع ارز، کنش و واکنش‌هایی برای انحراف مسیر اختصاص ارز دولتی صورت گیرد و تبعیض در برخورداری از ارز دولتی میان شرکت‌ها و داروها پررنگ شود.

به‌طور کلی ارز ترجیحی، بدلیل اینکه محدود است، همواره در معرض رانت و خطا قرار می‌گیرد و نتیجه آن فریب شدن دارندگان امضای طلایی است. به‌هرحال ممکن است برخی چهره‌ها در روندهایی که در آنها افراد حرف اول و آخر را می‌زنند و نه سیستم، به واسطه لابی‌ها و نفوذهایی که دارند، بتوانند مسیر توزیع ارز را تحت شعاع قرار دهند. این موضوع از آنجایی حائز توجه بیشتر است که به‌گفته برخی کارشناسان، همیشه در ماه‌های پایانی دولت‌ها، اتفاقات ناگواری





اوضاع و احوال تخصیص ارز به مواد اولیه دارویی



■ میثم کریمی
 ■ دبیر سندیکای تولیدکنندگان
 مواد اولیه دارویی

ماهه اول سال است. امروز در شرایطی که درآمدهای ارزی کشور کاهش پیدا کرده، بر اساس جلسات متعددی که با بانک مرکزی و سازمان غذا و دارو برگزار شده، عرض می کنم که به نظر می رسد ارز لازم برای تامین داروها اختصاص داده نشده است.

در چند ماهه آغازین سال ۱۴۰۰ طبق آخرین آمار گردآوری شده از ثبت سفارش هایی که تخصیص ارز صورت گرفته، حدود ۳۵ تا ۴۰ میلیون دلار به شرکت های ماده موثره ارز اختصاص داده شده که برای ابتدای سال رقم بسیار پایینی است زیرا بیشترین ارزی که شرکت ها نیاز دارند، در شش

اولویت ها را جدی بگیرید

مبتلا به بیماری های نادر هستند هم جزو جامعه ما هستند و باید درمان شوند. البته این داروها نسبت به سایر داروها اولویتی ندارند. دارو کلا از سایر اقلام بیشتر پر سر و صدا است. و از طرفی هم صنوف مختلف حوزه دارو با هم رقابت دارند و در مطالبه گری همسو نیستند. کل نیاز دارو به ارز اعم از داروی

به نظرم در صورت کمبود ارز، تنها اولویت این است که داروهای بدون مشابه داخلی قطعاً باید سریعتر وارد شوند. با توجه به اینکه داروهای وارداتی با کمتر از یک میلیارد دلار قابل ورود به کشور هستند و اینکه جایگزین ندارند حتی به مواد غذایی و نهاده های دامی اولویت بیشتری دارند. نباید فراموش کنیم کسانی که



■ ناصر ریاحی
 ■ رئیس اتحادیه واردکنندگان دارو





در کشور مصرف کنیم. بنابراین در چنین شرایطی نباید توقع داشته باشیم که ارز داروهای برند خارجی، در اولویت قرار گیرد. اما به هر حال باید تلاش کرد که ارز دارو، به صورت کلی تامین شود و بر اساس اولویت ها و به دور از رانت و سوء مدیریت تقسیم شود.

به داروهایی که بیشتر مورد نیاز مردم است، تسهیل می شد و تامین داروهای اساسی در اولویت قرار گیرد. ما در سوئیس نیستیم بلکه در ایران نشستیم و حتی برق هم به طور مستمر نداریم، چه برسد به اینکه داروی برندی که یک ماه است در امریکا به تایید رسیده،

متاسفانه امروز بسیاری از داروهای مورد نیاز بیماران در داروخانه ها کمبود است و این در حالی است که ظرفیت، تولید و واردات هر دو در اختیار است اما ارز به جاهای دیگری می رود. باید در بحث اختصاص ارزها، اولویت ها به گونه ای در نظر گرفته می شد که دسترسی مردم



بهداشت و سازمان غذا و دارو است که کمتر تشکلهای را بیازی میگیرد. از سوی دیگر با توجه به نقش چندگانه اش که تامین و مصرف و نظارت و ارز و بیمه و ... در حوزه اختیاراتش قرار دارد امکان مطالبه گری جدی ندارد. بنظرم وجود ارز ترجیحی از تمام جنبه ها به صنعت دارو لطمه زده است و از جمله دلیل اصلی کمبود دارو، کمبود ارز ترجیحی است.

ساخته شده، مواد اولیه و مواد واسط، سهم بسیار کوچکی از نیازهای ارزی کشور است. در حوزه های دیگر، تشکلهای قوی تر هستند و با سازمانهای ذیربط ارتباط مستقیم دارند و در مواقع بروز کمبود ارز در رسانه موضوع بشكل گسترده مطرح می شود ولی متاسفانه در حوزه دارو در کشور ما تنها سازمان و نهاد ذیربط تامین کنندگان دارو، وزارت



پیشنهادهایی برای اولویت بندی توزیع ارز

در اقتصاد خانوار ندارند اما نبود آنها زندگی افراد را مختل می کند. شما ببینید چرا در این کشور یکروز کمبود موز و سیگار و قهوه و ... نداریم؛ بلکه انواع برندها موجود است!

اگر من در زمینه تعیین ارز مسئول بودم از روز اول اعلام می کردم که ارز اینترمدیت ها آزاد شود سپس ارز ماده اولیه را همراه با داروهای وارداتی مشابه تولید آزاد می کردم و در انتهای به داروهای وارداتی خاص بدون مشابه تولید داخل می رسیدم. با این کار به آرامی نرخ داروها اصلاح میشد، بیمه ها و شرکتهای بودجه خود را تطبیق میدادند و از همه مهتر دسترسی دارو وضعیت مطلوبی می داشت.

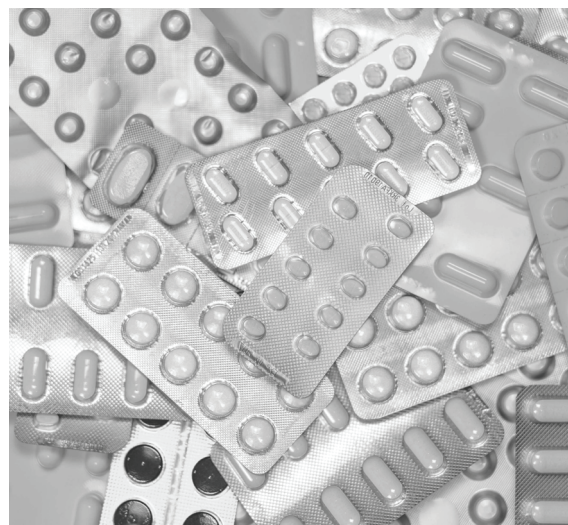
نظام دارویی تجربه چین دوره گذاری را در ابتدای دهه ۸۰ داشت و با روش فوق، شرایط به خوبی مدیریت شد.

بخش است و اگر اختلالی در تامین اینترمدیت ها و مواد اولیه پیش بیاید، از نظر تعدادی وسعت گرفتاری که برای بیماران ایجاد می شود، بیشتر از داروهای وارداتی است. چراکه بیمارانی که داروهای وارداتی استفاده می کنند، تعدادشان کم است. ضمن آنکه باید تلاش کرد تا کل سهم تخصیصی به حوزه دارو سالانه کمتر نشود تا هیچ بیماری بی دارو نماند. توجه کنید که افزایش نرخ ارز در اینترمدیت ها تاثیر کمتری در قیمت نهایی خواهد داشت، چون فرض بر این است که ارزش افزوده بالایی دارند. در ماده اولیه هم همینطور است و اگر نرخ ارز افزایش پیدا کند، تاثیر سهمگینی در قیمت نهایی نخواهد گذاشت که بیماران گرفتار شوند؛ ضمن اینکه قیمت ریالی هر واحد از داروهای تولید داخل در حد چند صد تومان است که حتی با دو برابر شدن قیمت آنها تاثیری



■ پیام دیندوست
■ فعال صنعت دارو

به نظر من اولویت اول اختصاص ارز در حوزه دارو باید به مواد اولیه و اینترمدیت ها باشد. به این دلیل که ارزش افزوده بالایی در اینترمدیت ها و مواد اولیه وارداتی وجود دارد و همچنین از نظر تعدادی، ۹۷ درصد داروهای کشور وابسته به این



نگرش سیستمی داشته باشیم

آسیب آن نه تنها کمبود دارو، بلکه ورشکستگی شرکت های تولیدکننده چه فینیش ساز و چه مواد اولیه ساز و آسیب به صنعت و مردم شده است. اصلا چه معنا دارد که تخصیص ارز دست وزارت بهداشت باشد؟ چه معنا دارد که میزان واردات دارو در دست وزارت بهداشت باشد و ناظر کیفی هم خودش باشد؟ باید یکبار بطور دقیق برنامه ای برای نیازهای دارویی نوشته شود و بر اساس نوع و گروه دارو اولویت بندی صورت گیرد. وقتی همه امور را به دست یک سیستم سپرده شود، نتیجه ای بهتر از این نخواهد داشت.

را برای تخصیص ارز بکار میبردم که دخالت افراد و سلیقه ها در امر تخصیص ارز به میزان ۹۹ درصد قطع شود و بصورت کاملا سیستماتیک، بر اساس اولویت، بر اساس حیاتی بودن دارو، سوابق شرکت، نیاز کشور و ضوابط موجود ارز تخصیص یابد و نیاز نباشد افراد برای تخصیص ارز به سازمان مربوطه مراجعت داشته باشند. امروز علت کمبود دارو، بی برنامهگی، بهم ریختگی، نبود آینده نگری و انحصار است که مدتهاست فریاد می زنیم سازمان غذا و دارو ناظر و متولی کیفی است و باید از حوزه تامین و قیمتگذاری خارج شود که



■ حسن شکوهی
■ رئیس اتحادیه واردکنندگان مکمل های غذایی

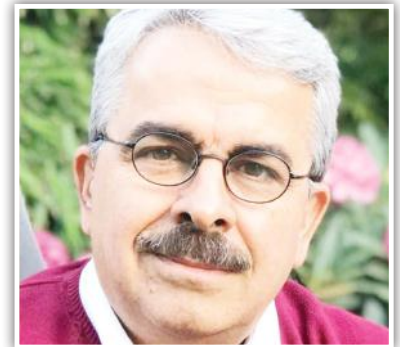
اساسا سیستم تخصیص ارز در کشور کاملا اشتباه است و من اگر مسئولیتی داشته باشم، این سیستم تخصیص ارز را برای دارو بکار نمی بردم، بلکه سیستمی

ریشه یابی کمبودهای دارو

که داروی دیگری برای بیمار تجویز کنید. سازمان غذا و دارو بدانید مصرف برخی از داروها مانند فنی توئین را نمی توان بطور ناگهانی قطع کرد. بطور مشخص کمبود این دو دارو چند وقتی است که زندگی من و همکارانم را مختل کرده است. اگر برنامه ریزی ها در تامین دارو می خواهد اینگونه باشد که دو قلم داروی اساسی در بازار نایاب شود، کل این برنامه ریزی ها اشکال اساسی دارد و باید در آن تامل کرد. تصمیم گیری درباره سیستم دارویی کشور، باید نگاهی به آینده داشته باشد و تهیه داروهای گران برای تمام بیماری ها فکری برای آن صورت بگیرد.

فنی توئین مصرف می کنند، درصد قابل توجهی هستند. بخش مهمی از بیماران ما که دچار لرزش هستند، سالها پیریمیدون مصرف می کنند و اگر مصرف آن قطع شود، قادر به نوشیدن یک لیوان آب هم نیستند. اینکه داروخانه ای در ترکیه برای ایران فنی توئین تامین کند، یک سرشکستگی ملی است.

نمی دانیم چطور برنامه ریزی کرده اند که یک عدد کپسول یا شربت فنی توئین در شهر تهران پیدا نمی شود و فایده این برنامه ریزی ها برای تامین دارو چیست که بیماران ما از نبود دارو تشنج کرده اند! و همه موارد به پزشک معالج ارجاع داده می شود



■ بابک زمانی
■ پزشک متخصص اعصاب و روان

بعد از گذشت ۴۰ سال از پزشکی و ۳۰ سال از نورولوژیست بودنم بخاطر ندارم که بیماران تا این حد به دنبال کپسول فنی توئین و قرص پیریمیدون باشند. درصد کسانی که در ایران قرص



توزیع ارز دارو در شرایط محدودیت باید بر اساس اولویت های فراگیر و شفاف باشد

معیارهای تنظیم شده، در نظر گرفته شود والا فساد و امضای طلایی بر صحنه تقسیم ارز سایه خواهد انداخت.

اما در مورد داروهای orphan، تصمیم گیری بسیار سخت است و نسخه نویسی برای تعیین اولویت اختصاص ارزی به آن ها دشوار است

به هر حال عقل حکم می کند که در شرایط محدودیت های شدید ارزی و بودجه ای، دولت ها قادر نیستند بودجه سلامت ۱۰هزار نفر را مثلاً برای ۵ کودک اختصاص دهند.

در خصوص داروهای orphan دولت ها باید از پتانسیل و ظرفیت انجمن ها و سازمان های مردم نهاد استفاده کنند.

تنظمی و منتشر می کند، داروهای پایه که برای زنده ماندن مردم لازم است، معمولاً در اولویت قرار می گیرند و اگر قرار است که در یک نظام ارز ترجیحی، اختصاص ارز سهمیه بندی و اولویت بندی شود طبیعی است که این داروها باید در اولویت قرار گیرند.

در این میان قطعاً بخش قابل توجهی از ارز باید به داروهای ایرانی اختصاص پیدا کند، چرا که وسعت بیشتری از مردم را در بر می گیرد. بعد از آن هم نوبت به داروهای برند می رسد که مشابه داخلی ندارند.

همه این ها باید در یک نظام شفاف و پاسخگو شکل بگیرد تا امکان سوء استفاده و رانت کاهش پیدا کند و اولویت ها بر اساس



■ امیرحسین معینی زندی
■ فعال صنعت دارو

سیاست های دولت ها در سراسر دنیا برای تعیین لیست اولویت تامین داروها متفاوت است. ولی به طور کلی داروهای ضروری هر کشور که معمولاً سازمان بهداشت جهانی هم در این خصوص لیست های توصیه ای

ارز دارو را باید گرفت

و نمایش و روزنامه های غیر تخصصی نیست.

راه حل مسائل دارویی فقط و فقط در گرو همنوایی و هماهنگی گروه های تخصصی دارویی است و هرگونه تقابل موجب خساراتی به بدنه دارو شده است که هیچکس از آن سود نبرده جز منفعت طلبان بی صلاحیت.

اگر من جای سازمان غذا و دارو بودم، تیم های کارشناسی را صدا می زدم و اجازه می دادم که کارشناسان نظر بدهند و از نظراتشان بیش از اکنون، استفاده می کردم.

ارز دارو را باید گرفت. مدیران سازمان و صنعت نباید بنشینند تا ارز دارو اختصاص پیدا کند. دکتر عبده زاده در دوران مدیریت خود نشان دادند که باید دویید و ارز دارو را گرفت.

وقتی فقط اشاره ای کنید که ما ارز دولتی نمی خواهیم، دولت آنقدر صنم دارد که ما در آن یاسمن هستیم.

نکته مهم آن است که ما برای حل مسائل دارو نیازی نیست آنها را به کف خیابان بکشیم و نقل محافل کنیم! دارو اصیل است و جای آن در کف خیابان و شوآف



■ محمدرضا زگرزاده
■ عضو سابق هیات مدیره سندیکای تولیدکنندگان دارو



بخش عمده‌ای از کمبودهای دارویی به بحث ارزی برمی‌گردد

اما به طور کلی بهترین روش، مقایسه میزان مصرف داروها با موجودی شرکت‌های پخش است. وقتی دپوی دارو از مصرف عمده کمتر شده، باید در لیست اولویت تخصیص ارز قرار گیرد. من معتقدم وظایف سازمان غذا و دارو از حالت حرفه‌ای خارج شده است. عملاً سازمان غذا و دارو در هیچ نقطه از دنیا بیش از مسولیت رگولیشن برعهده ندارد. سازمان غذا و دارو باید به جایگاه رگولاتوری بازگردد و بحث قیمتگذاری و تامین در حیطه امور این سازمان نباید قرار بگیرد.

بخش عمده‌ای از کمبودهای دارویی به منشا ارزی برمی‌گردد. ارزش دولتی گرفتاری‌های خاص خودش را بر صنعت تحمیل می‌کند. اما یک بخش از کمبودهای دارویی هم به نحوه قیمتگذاری برمی‌گردد. ندیدن واقعیت‌های اقتصادی در تعیین قیمت دارو و وجود دولتی که هم رگولاتور است و هم خریدار دارو، همه چیز را دستوری می‌کند و خروجی یک سیستم دستوری، کاملاً مشخص است که در نهایت شکست است. مشکلات ما چندعاملی است و به یک عامل محدود نمی‌شود.



■ مجتبی سرکندی
■ فعال صنعت دارو

برای پیشگیری از فساد ارزی در حوزه دارو باید زیرساخت فراهم شود

ما به رئیس سازمانی احتیاج داریم که بخش قابل توجهی از برنامه‌های خود را در خارج از سازمان ترتیب دهد و ارتباطات خوبی با مراکز تصمیم‌گیرنده داشته باشد. به طور کلی باید اولویت‌های ارزی در حوزه دارو، ابتدا به مواد اولیه و مواد بینابینی و سپس داروهای برندی که مشابه داخل ندارند، باشد و اینکه تبعیض یا رانت در این روند بوجود نیاید، یک الزام و ضرورت است که باید زیرساخت آن فراهم شود.

در رابطه با ارز دارو، سه ضلع خیلی مهم است. یکی نوع ارز، یکی مقدار ارز و دیگری زمانبندی تحویل ارز. هرچند که بی‌برنامگی که در بدنه دارویی وجود دارد، آسیب‌های زیادی به تامین دارو وارد کرده است ولی توجه کنید که قسمت عمده‌ای از مشکلات مربوط به خارج از بدنه دارویی است. بسیاری از تصمیماتی که در رابطه با دارو انجام می‌شود، در بیرون از حوزه دارویی کشور اخذ می‌شود و توسط مراکز صورت می‌گیرد که ارز در دست آنهاست.



■ بابک مصباحی
■ فعال صنعت دارو



اقلام اساسی ارز ترجیحی در گذر زمان



موجود، در سال گذشته بالغ بر ۳ میلیارد دلار برای واردات اقلام اعلامی آن وزارت تامین ارز شده است.

همچنین براساس سهمیه ارزی تعیین شده آن ستاد برای شش ماه اول سال ۱۴۰۰ نیز، مبلغ ۱/۵ میلیارد دلار برای واردات وزارت بهداشت تعیین شده که تا ابتدای خردادماه بالغ بر یک میلیارد دلار آن براساس اولویت‌های اعلامی آن وزارتخانه تخصیص یافته است. از این مبلغ به میزان ۲۱۰ میلیون دلار برای خرید واکسن و معادل ۵۶۰ میلیون دلار برای سایر اقلام تامین ارز و پرداخت شده است؛ بنابراین جمع تامین ارز صورت گرفته در دو ماهه اول سال جاری به میزان ۷۷۰ میلیون دلار است که از ۵۰ درصد کل سهمیه شش ماه اول نیز بیشتر بوده است.

بنابراین عدم کفایت موجودی برخی اقلام، ارتباطی به موضوع تامین ارز ندارد.

اما گزارش ارزی سازمان غذا و دارو که بر روی وبسایت این سازمان قابل ملاحظه است، قطعاً می‌تواند جزئیات بیشتری از این آمار را نشان دهد.

واردات با کالاهای اساسی انجام شد، اما هیچ‌گاه مشخص نشد تخصیص این حجم ارز ترجیحی تا چه اندازه در کنترل تورم موثر بوده است.

در سال ۹۹ نیز فهرست مشمولان دلار ۴۲۰۰ محدودتر شد. قرار بر این بود که در ابتدای سال، حجم ارز ترجیحی از ۱۵ میلیارد دلار سال گذشته به ۹ میلیارد دلار برسد و در نتیجه بخشی از کالاهای، از چتر دلار ارزان خارج شوند. در سال ۹۹ بنا به مصوبه ستاد اقتصادی دولت به میزان ۸ میلیارد دلار ارز با نرخ ۴۲۰۰ تومان به منظور تامین کالاهای اساسی به تفکیک ۵/۵ میلیارد دلار برای اقلام کالای اساسی (ذرت، دانه روغنی، روغن خام، کنجاله، جو و گندم) و ۱/۵ میلیارد دلار برای دارو و یک میلیارد دلار برای تجهیزات پزشکی در نظر گرفته شده است.

به گزارش روابط عمومی این بانک، بر اساس مصوبه ستاد هماهنگی اقتصادی دولت در سال ۱۳۹۹ مبلغ ۲/۵ میلیارد دلار سهمیه ارز ترجیحی برای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین شد که با توجه به شرایط خاص

به منظور اینکه تصویری از لیست اقلام مشمول ارز ۴۲۰۰ تومانی در طول زمان داشته باشیم؛ کافی است لیست اقلام مشمول ارز ترجیحی را از سال ۹۷ تاکنون بررسی کنیم.

در مرداد ۱۳۹۷ پس از اینکه دولت به این نتیجه رسید که توان حراج ذخایر ارزی به میزان نامتناهی با نرخ ترجیحی را ندارد، لیست مشخصی را برای واردات کالاهای اساسی تنظیم کرد.

این لیست در ابتدا شامل دارو، برنج، ذرت، دام و طیور، دانه‌های روغنی، تجهیزات پزشکی، گوشت گاو و گوسفند، انواع روغن، کاغذ، سم، کود و داروهای دامپزشکی، کنجاله، جو، سایر غلات و فرآورده‌ها، لاستیک، حبوبات، کره و محصولات لبنی بدون کره، چای و ماشین‌آلات و تجهیزات تولیدکننده کالاهای اساسی مثل کمباین می‌شد.

اما در سال ۹۸، دولت به این نتیجه رسید که فهرست را باید لاغرتر کند و چای، کره، حبوبات و گوشت را از لیست کنار بگذارد. در ادامه این فهرست در سال ۹۹ نیز نحیف‌تر شد.

سال ۹۸، حدود ۱۵ میلیارد دلار

فصل پنجم

صادرات دارو و مواد اولیه دارویی



ارز دولتی، فربه شدن قاچاق و کوچک شدن صادرات قانونی

در بحث مواد اولیه وارداتی، بدلیل بروکراسی ارز ترجیحی، چابکی لازم را از دست داده ایم و در خصوص مواد اولیه داخلی، برای اینکه مشخص شود از ارز نیمایی یا ترجیحی استفاده شده است، باید از سندیکای تولیدکنندگان مواد اولیه تاییدیه ای گرفته شود که فرایند آن هم شفاف نیست.

بحث تخصیص ارز ۴۲۰۰ تومانی تاثیر زیادی روی صادرات محصولات ما می گذارد.

ما با ارز ۴۲۰۰ تومانی و قیمت پایین محصول در بازار داخل، عملاً بازار صادراتی کشورهای اطراف را از دست داده ایم، چرا که نقش قاچاق در این موضوع موثر است.

صادرات مهیا می کنند. ما از زمان پرداخت پول برای تهیه مواد اولیه تا زمان بازگشت پول گرفتار موانع بسیار زیادی هستیم که تاب و توان شرکت ها را از بین می برد. ما طی سالها تلاش می کنیم بازار صادراتی ایجاد کنیم اما بازارها قطعاً منتظر ما نمی مانند و رقبا به سرعت به میدان آمده و جایگزین می شوند. علاوه بر همه مشکلاتی که گریبان صادرکنندگان را گرفته است، از سال ۹۷ به بعد که بحث ارز ۴۲۰۰ تومانی مطرح شد، موانع جدیدی هم به دلیل تخصیص ارز ترجیحی، به مشکلات این حوزه اضافه شد.



■ محسن کردی
■ مدیرعامل شرکت داروسازی اکسیر

امروز شرایط اقتصادی اصلاً عادی نیست و از ابتدای فرایند تا انتهای فرایند، موانع بسیار زیادی در بحث صادرات وجود دارد در حالی که کشورهای دیگر بستر را برای

دو مسئله کلیدی در صادرات دارو

پیگیری های اشتباه نمایندگان شرکت ها است. ناظر به همین موضوع در مواردی در سازمان غذا و دارو داشته ایم که ظرف ۴۸ ساعت از ورود درخواست صادرات به اداره کل دارو و شماره شدن مجوز در دبیرخانه سازمان پاسخ داده شده؛ چرا که در این موارد نه در موجودی قلم دارویی و نه با منشأ ارزی آن مشکلی وجود نداشته است. این دو مسئله، کلید اصلی در بحث صادرات است. باید عدم کمبود دارو و بحث ارزی برای ما احراز شود و اگر در این دو مسئله مشکلی وجود نداشته باشد، هیچ شرکتی به هیچ وجه برای دریافت مجوز صادراتی معطل نمی شود.

در بحث ممنوعیت صادرات محصولات تولیدشان از مواد اولیه و واسط ارز دولتی استفاده شده است و اکثر شرکتها در جریان آن قرار گرفته اند، این اشکال از سوی نهادهای ناظر وارد شده و چالش آن را سازمان غذا و دارو متحمل شد و برای حل این قضیه مکاتبات متعددی با بانک مرکزی انجام شد. شرکت های تولیدی باید برای هدف صادرات، مواد اولیه را با ارز نیمایی (IRC صادراتی) یا در قالب ورود موقت وارد و با مقصد صادرات تولید کنند. از لحاظ فرایندی دلیل بسیاری از زمانبر بودن فرایند اخذ مجوزهای صادرات، عدم پیگیری در تکمیل مدارک درخواستی و یا



■ سید علی معبودی
■ مسئول امور صادرات اداره کل داروی سازمان غذا و دارو

در شورای سیاستگذاری صادرات سازمان غذا و دارو بصورت دوره ای جلسات متعدد برگزار می شود و تقریباً پر چالش ترین جلسات به دارو و مواد اولیه اختصاص دارد.



تراکم قوانین و بروکراسی اداری سختگیرانه، صادرکنندگان را اذیت می کند

توسط سازمان غذا و دارو صورت می گیرد متناسب نیست. در حال حاضر قیمت دارو براساس مدل های عرضه و تقاضا تعیین نمی شود و قیمت گذاری ها نیز هیچ تناسبی با هزینه های تولید ندارد و این موضوع جزو بزرگ ترین چالش های شرکت های داروساز محسوب می شود. معتقدم که حذف ارز ۴۲۰۰ تومانی به شرط اجرای درست، باعث تامین سریعتر ارز مورد نیاز جهت خرید مواد اولیه، رونق تولید و تامین نیاز بیماران کشور خواهد شد اما امروز با این روند نصف و نیمه تخصیص ارز بانک مرکزی، نه تنها صنعت دارو که بیماران و نیازمندان دارو در کشور نیز آسیب خواهند دید.



آن ها صرف امور حاشیه ای نشود. ما در ادامه رکوردشکنی های عملیاتی خود موفق شدیم با دسترسی به کسب فروش ۲۱۵۰ میلیارد ریال در بهار ۱۴۰۰، بیشترین فروش فصلی را در تاریخ نیم قرنی خود ثبت کنیم ولی نکته اساسی آن است که تا بحث ارز به نقطه ثبات و تعادل نرسد، این دستاوردهای بزرگ نمی تواند پایدار و برقرار باشد.

در سه ماه ابتدای سال، هنوز تخصیص ارز جدی صورت نگرفته و اگر این شرایط تغییر نکند به زودی دچار کمبود شدید داروهای مورد نیاز خواهیم شد، زیرا منابع دارویی در حال کاهش است و از طرفی برای تامین مواد اولیه، ارز تخصیص نمی یابد و در نتیجه کمبود دارو در آینده کشور را تهدید می کند. تغییر مداوم قیمت مواد اولیه در داخل که افزایش روند قیمت مواد اولیه بسیار مشهود است که با قیمت گذاری هایی که در حوزه دارو



■ میثم نورمحمدی

■ مدیرعامل شرکت داروسازی ابوریحان

من با حدود ۱۵ سال سابقه تخصصی صادرات، در این سالها، سالی به سختی سال ۱۳۹۹ در بحث صادرات ندیدم. فارغ از بحث تحریم ها که واقعا آزاردهنده است و همه دوستان به آن اشراف دارند، بحث تراکم قوانین و بروکراسی اداری سختگیرانه مطرح است که صادرکننده را مورد اذیت و آزار قرار می دهد.

یکی از این ها، بحث تاییدیه گرفتن از شرکت های تولیدکننده مواد اولیه است. قوانین دست و پاگیری که در اداره دارو نوشته و ابلاغ شده، وقت و انرژی و توان شرکت ها را از بحث صادرات خارج کرده و به خود مشغول می دارد. بخشنامه های موجود، موجب زمانبر شدن پروسه صادرات شده و همین موضوع نظم برنامه ریزی ها را از بین می برد.

بحث ارز به یک بحران جدی برای تولیدکنندگان و صادرکنندگان تبدیل شده است و ای کاش هرچه زودتر این موضوع به یک سرانجام مناسبی می رسید تا فعالان اقتصادی تکلیف خودشان را بدانند و بیهوده وقت و انرژی



موانع شوک آور برای صادرات دارو

یک مانع جدی در بحث توسعه صادرات، تغییر مدیریت ها در شرکت های داخلی است. مسائل سیاسی هم دست و پاگیر و آزاردهنده است چرا که به طور مثال سایر کشورها در شکل دهی به همکاری ها، بدلیل پروپاگاندایی که علیه ایران وجود دارد، همراهی با شرایط ما برایشان قابل هضم نیست. همچنین در بحث هزینه هایی که برای صادرات با آن مواجه هستیم، نمیتوانیم هزینه ها را تحمل کنیم. موضوع عدم دانش صادراتی نیز از جمله معضلات پررنگ صادرات ماست و من معتقدم دانش صادراتی ما در حد بازار داخلی است.

ذاتی قوانین و فرهنگ کشور ما برای صادرات تعریف نشده است؛ بلکه برای واردات طراحی شده است. این موضوع را می توان به وضوح حتی در سازمان غذا و دارو دید. اینکه چه میزان افراد درگیر مسائل واردات هستند و چه میزان درگیر امور صادرات. نکته شوک آوری که وجود دارد این است که در حالیکه بازار ایران بازار اشباعی است و قاعدتا باید از بازارهای صادراتی استفاده کنیم ولی مشاهده می کنیم که بدلائیل مختلف نتوانسته ایم از پتانسیل شرکت ها برای فتح بازارهای صادراتی استفاده کنیم و با وجود زحمات شرکت های دارویی، این میزان صادرات اصلا درخور نیست.



■ پیمان ترحمی
■ مدیرعامل داروسازی خوارزمی

موانع صادرات دارو در دو دسته داخلی و خارجی تقسیم می شوند که باید برای هر دسته، راه حل ها و گره گشایی های متناسب با علل بوجود آورنده آنها تدارک دید. نکته مهم که به ما دید درستی می دهد این است که بطور

نیازمند واردات مواد حد واسطه هستیم

تولید مواد موثره دارویی و داروی نهایی جایگاه بسیار برتری دارد. متأسفانه این روزها برخی از کارشناسان از جمله کارشناسانی از سازمان غذا و دارو با بی منطقی انتقاد می کنند و آمارهای غلط و کذب منتشر کرده اند، در حالی که تمام آمار را بر اساس آمار ۶ ماهه آمارنامه سال ۹۹ توسط سازمان غذا و دارو منتشر شده، تهیه شده و می توان گفت حدود ۷۱ درصد مواد موثره دارویی و ۹۸ درصد داروی نهایی کشور، تولید داخلی هستند.

بیش از ۷۰ درصد مواد موثره داروهای تولیدی در داخل کشور تولید می شود، یعنی ما جزء کشورهای پیشرفته در حوزه تولید دارو هستیم. در خاورمیانه و آسیای جنوب غربی هیچ کشوری تولید ماده موثره دارویی ندارد و ایران جزء نادر کشورهای هست که در این زمینه فعالیت دارد، حتی در اروپا ۳۰ درصد مواد موثره تولیدی و ۷۰ درصد مابقی به کشورهای هند و چین وابستگی دارند که می توان گفت ایران در زمینه



■ فرامرزاختراعی
■ رئیس سندیکای تولیدکنندگان مواد اولیه دارویی



صادرات تحت تاثیر نرخ ارز

شد، بلافاصله صادرات قطع و به محض افزایش نرخ ارز به سمت ۲۵ هزار تومان دوباره صادرات شروع به کار کرد و این برآیند و قطع و وصل شدن در حضور در بازارهای هدف، به شدت برای ما آسیب زاست.

با وجود صرف انرژی فوق العاده مدیران شرکتی، برای اخذ یک مجوز صادراتی ۶ ماه است که در انتظار تایید سازمان غذا و دارو هستیم و ما با این معطلی ممکن است بازار صادراتی را از دست بدهیم.

اینکه تولید ماده موثره در کشور توجیه اقتصادی ندارد، حرف درستی نیست و هم تولید و صادرات آن برای کشور مزیت دارد. البته این هدف ریزی از پایه صورت گیرد.

نتوانستند بازار صادراتی خوبی را در ظرفیت های خودشان لحاظ کنند و عمدتاً ظرفیت های تولیدکنندگان صرف بازارهای داخلی شده است. اگر ظرفیت های تولیدی افزایش پیدا کند، تولیدکنندگان می توانند هزینه های سربار خود را کاهش دهند و بحث بازاریابی و بازاریابی را با موفقیت پیش ببرند.

عمده ضعف ما این است که برخی تولیدکنندگان از پایه چنین چشم اندازی نداشته اند و به صورت حساب شده به سمت بازارهای هدف پیش نرفته اند. اگر ما مقداری از پایه با ظرفیت بیشتری کار را اجرا کنیم، می توانیم برای کشور بازارهای صادراتی بزرگ ایجاد کنیم. وقتی نرخ ارز از ۲۵ هزار تومان به سوی ۲۱ هزار تومان کاهش می



■ محمدرضا موسوی

■ نایب رئیس هیات مدیره سندیکای

تولیدکنندگان ماده اولیه

صنعت ماده اولیه صنعتی جوان و بسیار پویاست. با توجه به اینکه ما همیشه بحث نرخ دستوری ارز را داشتیم و در مقاطع طولانی جلوی رشد نرخ ارز را گرفتیم، طبیعی است که شرکتها



دارویی همچون دیگر صنایع اگر از سود مناسبی برخوردار نباشد از بین خواهد رفت. شرکت های داروسازی مصرف کننده مواد موثره اند و اگر صدمه ای بخورند عواقب آن به زنجیره پایین تر وارد خواهد شد چون محصولات ما بازار دیگری به جز داروسازی ها ندارد.

ما کماکان در شرایط استفاده از ارز حمایتی و ارزان قیمت هستیم و حفظ و ثبات نرخ ارز در این حوزه برای جلوگیری از فشارهای مالی به مردم ضروری است.

و اگر این زنجیره قطع شود دچار بحران تأمین مواد دارویی خواهیم شد.

با وجود همت وزارت بهداشت و سازمان غذا و دارو برای تأمین مواد واسطه دارویی به عنوان اولویت نخست تأمین نیازهای دارویی اما شاهد کوتاهی و بی مهری هایی از سوی بانک مرکزی بودیم و فقط ۱۵۰ میلیون دلار پیک مصرف صنایع مواد موثره دارویی در سال ۹۸ بوده است.

فراموش نکنید که صنعت

جهت تولید ۷۱ درصد مواد موثره دارویی، رقمی حدود ۱۵۰ میلیون دلار ارز استفاده می شود.

همچنین ۳۹۹ ماده موثره دارویی در کشور تولید می شود.

بسیاری از اقلام تولیدی از ماده پایه تا انتها در داخل تولید می شود اما واقعاً نیازمند واردات مواد حد واسطه هستیم.

نکته اساسی که باید ذکر شود این است که مجموعه تولیدکنندگان مواد موثره دارویی و زنجیره بعدی یعنی محصولات دارویی کاملاً به هم وابسته اند



تعارض منافع و انحراف ریل ارز دولتی

برمی‌گردد؟

سهل‌انگاری‌هایی در گذشته صورت گرفته بود. به لحاظ اینکه پیش‌بینی‌های لازم انجام نگرفته بود اما در مقاطع بعد تا حدودی جبران شد. بحث تعهداتی که تجار ما در جهت برگرداندن ارز داشتند، مقررات آن اصلاح شد، زمان تعیین شد و سامانه تعهدات ارزی راه‌اندازی شد، سامانه جامع ارز شکل گرفت. واقعاً شاهد کار شبانه‌روزی در ستاد با هدایت آقای رحمانی فضلی بودیم که بخش اعظمی از تلاش‌هایی که باید صورت می‌گرفت بصورت شبانه‌روزی و با هدف‌گذاری خوبی انجام شد و توانستیم با این مقررات که دولت تصویب کرد و دستور رئیس‌جمهور وقت بود، بخشی از خروج کالاها را مهار کنیم.

■ گفته بودید واردات یکی از ارگان‌های دولتی می‌ز، صندلی و تلویزیون به جای تجهیزات پزشکی داشته!

متوجه شدیم یکی از وزارتخانه‌هایی که آن زمان گزارش آن را به مراجع ذیربط و دستگاه نظارتی دادیم، وزارت بهداشت بود که بخشی از ارزی‌هایی که گرفته بود باید به داروهای اضطراری مورد نیاز بیماران صعب‌العلاج اختصاص می‌دادند، متأسفانه بخشی به این ابزارآلات اینچینی اختصاص داد.

اولاً گزارش آن را هم به دولت و هم به وزیر وقت دادیم و هم اینکه به دستگاه‌های نظارتی دادیم و محکم ایستادیم و پرونده به سرانجام رسید.

شده، مشخص است به نام چه کسی است و کجا تزریق شده و در چه مکانی تزریق شده و دغدغه‌ای در این زمینه برای واکسن نداریم ولی در داروهای دیگر خلاهایی وجود دارد از مسیر صحیح و شبکه توزیع خارج می‌شوند و بعضاً شاهد اتفاقات تلخ در کشور هستیم.

برخی داروها خارج از شبکه است و به صورت بازار آزاد به فروش می‌رسد. به صورت قاچاق نیست که از کشور خارج شود یا در داخل به صورت قاچاق به فروش برسد. این سامانه‌ها آماده است و امکانات فراهم و طراحی شده و مستقر شده است. متأسفانه در نهایی کردن آن شاید تعارض منافع باعث شده است عملیاتی نشود.

■ تعارض منافع کجا با کجا؟

من تعارض منافع را در تولید و چرخه توزیع دارو کاملاً مشاهده می‌کنم. آقای نمکی هم بهتر از من می‌داند و آقای عین‌اللهی هم در آینده به این خواهد رسید. من از ایشان خواهش می‌کنم بعنوان یک اولویت در نظر بگیرند، البته نامه‌ای خدمت ایشان تقدیم کردیم که یک وقت ویژه‌ای را باید برای ساماندهی این سامانه‌هایی که از تامین مواد اولیه است، بگذارند؛ چون ما بخشی در مواد اولیه مشکل داریم.

■ چه میزان تقصیر را برای بانک مرکزی وقت می‌دانید که نتوانست تنظیم کند و چه مقدار به دیگر نهادهای نظارتی



■ سردار علی مویدی
■ رئیس ستاد مبارزه با قاچاق کالا و ارز

■ گفته بودید من صحبت‌های وزیر بهداشت را قبول دارم و مافیای دارو وجود دارد.

الان هم عرض می‌کنم و خدمت جناب آقای عین‌اللهی که اخیراً به عنوان وزیر بهداشت منصوب شدند و هم به مردم و هم کارگزاران نظام عرض می‌کنم، مافیایی که در دارو داریم در هیچ حوزه دیگری نداریم. در جلسه‌ای که خدمت آقای نمکی بودیم همین موضوع را تأیید کردند و بارها این را اظهار کردند. تا بحث سامانه‌ها در وزارت بهداشت صد درصد عملیاتی نکنیم، این خلاها و رانت‌ها به اهدافش می‌رسد و سودجویی خودشان را دارند.

■ مصداقی در خصوص مافیای دارو می‌توانید صحبت کنید؟ الان برای واکسن هم این وضعیت را داریم؟

واکسن نه، مسیر واکسن از روز اول با وزارت بهداشت مقررات تنظیم شد و تعداد واکسنی که در کشور تزریق



فصل ششم

رقابت سالم در صنعت دارو



قانون رقابت را جدی بگیریم

دست داده ایم. امروز تقریباً به جز موارد بسیار خاص، داروی وارداتی مشابه ساخت داخل نداریم و داروهای وارداتی موجود در بازار یا بدلیل عدم تامین نیاز است یا داروهای خاصی که مشابه تولید داخل ندارد.

در خصوص اینکه هم داروی داخلی و هم داروی خارجی هر دو در بازار باشند یا خیر، من تصور می‌کنم قانون رقابت و رقابتی که باعث پیشرفت می‌شود، ایجاب می‌کند که داروی وارداتی هم وجود داشته باشند اما همانطور که در جلسه ارز این موضوع را پیشنهاد کردم، می‌توان حمایت ارزی یا پوشش بیمه را از روی داروی وارداتی برداشت.

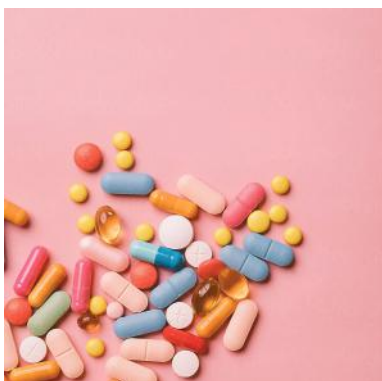
به شکل کلی موضوعیت ندارد. همه می‌دانند که بازار داروی ایران بدلیل تخصیص ارز ۴۲۰۰ تومانی و برخی فشارها کوچک مانده است. من معتقدم صنعت دارو در ایران پیشرفت خوبی داشته است که دلیل آن حمایت‌های وزارت بهداشت و دولت نیست، هرچند این حمایت‌ها هم تاثیر داشته است اما صنعت دارو در ایران قدمت دارد، ما داروسازان خوبی داریم، صنعتگران معتبری در این حوزه داریم و به مرور زمان کیفیت‌ها، کیفیت قابل قبولی شده اما ما می‌توانستیم بازار صادراتی هم داشته باشیم که بخاطر مسائل ارزی و دیگر عوامل، عملاً امکان صادرات را از



■ ناصر ریاحی
■ رئیس اتحادیه واردکنندگان دارو

در ایران انحصار به آن معنا در دارو وجود ندارد چون همه چیز تحت کنترل و مدیریت وزارت بهداشت است. البته ممکن است تولید یا واردات یک دارو به صورت انحصاری وجود داشته باشیم اما

شاخص اصلی را گم کرده ایم



اگر صحبت از کیفیت دو داروی ایرانی و خارجی است، تنها خط کش واقعی و شاخص اصلی می‌تواند کیفیت باشد. ما نباید صحبت از داروی وارداتی یا داخلی کنیم و دیدگاه خود را به بیمار القا کنیم.

ما امروز باید برای کیفیت شاخص تعریف کنیم و آن را ملاک تصمیم‌گیری‌ها قرار دهیم.



■ بابک مصباحی
■ فعال صنعت دارو

آیا تولید کنندگان ایرانی امکان رقابت با داروی وارداتی را دارند؟

ولی اصرار بر اینکه بگوییم همه داروهای ایرانی اثربخشی برابری با داروهای برند دارند، به بی صداقتی متهم می شویم. طبق ضوابط سازمان غذا و دارو همه داروهای ساخت ایران باید از لحاظ مطالعات برونتنی و آزمایشگاهی برابر با برند اصلی باشند و مطالعات Bioequivalence با برند اصلی نشان دهنده تایید این موضوع باشد و به حد داروی خارجی اثربخشی داشته باشند. اما قطعاً Bioequivalence هم با اثر بالینی برابر نیست و بعضی از داروها علی رغم اینکه بیواکی والانسی برابری با داروی برند دارند در بالین ممکن است اثرات متفاوتی داشته باشند که توصیه می شود شرکت های تولیدکننده نسبت به مطالعات بالینی هم اقدام کنند تا بتوانند نتایج مثبت حقیقی را به پزشکان ارائه کنند.

داروهای خارجی گرفته می شود. اگر نرخ ارز دارو بخواهد بصورت آزاد یا تک نرخ باشد، سازمان غذا و دارو باید در روش های قیمتگذاری هم تجدید نظر کند و باید بساط ارز ۴۲۰۰ تومانی و رانت های حاصل از آن برچیده شود و بصورت برابر داروهای داخلی و خارجی وارد رقابت شوند. باید داروی خارجی و داروی ایرانی هر دو در بازار وجود داشته باشد تا هم به لحاظ اخلاقی و هم به لحاظ دسترسی بیمار به دارو و هم به لحاظ ایجاد رقابت برای ارتقای کیفیت، شرایط مناسب فراهم شود. من همیشه و تمام قد از کیفیت داروی ایرانی دفاع کرده ام و هنوز هم دفاع می کنم. تا امروز ژنریک سازهای ما هم خوب عمل کرده اند و هم سهمی که در بازار دارویی دارند نشان می دهد که عملکرد خوبی دارند.



■ مهدی پیرصالحی
■ نایب رئیس سندیکای صاحبان صنایع دارو

امروز عملاً با تخصیص ارز ۴۲۰۰ تومانی اگر اجازه واردات دارو داده شود، بدلیل اختلاف نرخ ارز، رانت برای واردات ایجاد می کند. حتی اگر نرخ ارز آزاد شود و هم داروهای تولید داخل و هم داروهای وارداتی از ارز تک نرخ یا آزاد استفاده کنند، باز هم با شرایط حاکم قیمتگذاری، عملاً امکان رقابت از صنایع داخلی با





تفاوت کیفیت در داروهای ایرانی و خارجی توهم نیست

اثر بخشی یا عوارض جانبی ندارند و متأسفانه خیلی از این مسائل از مدیریت و چارت عجیب و غریب سازمان غذا و داروی کشور نشات می‌گیرد. ما داروی ایرانی را داروی بی کیفیتی نمی‌دانیم و اگر این سه سال این داروها در کشور نبود آمار مرگ و میر فراتر از این رقم می‌رفت و کسی روی این موضوع بحثی ندارد اما نحوه ورود ژنریک‌ها به بازار برای دریافت سهم بیشتر و سهم خواهی زیاد باعث رنجش خاطر بیماران می‌شود. بارها انجمن تالاسمی و وزارت بهداشت مورد حمله قرار گرفته است که چرا با سیاست کاری‌ها کاری می‌کنید که داروی خارجی بریده بریده به دست بیماران می‌رسد و چرا بسیار نایاب است و بیمار از نبود دارو رنج می‌برد.

فشار هستند. بخشی از مشکلات ما ریشه در مسائل داخلی دارد بخصوص تفاوت کیفیت در داروهای ایرانی و خارجی. من صدای بیماران تالاسمی هستم و مسائل از دید شخصی من مطرح نمی‌شود. چه دلیلی دارد که داروی برند وارد کشور نشده و مسئولین ذی‌ربط اجازه نداده‌اند حتی یک روز بیمار ما احساس رضایت کند که با متد درمانی روز دنیا پروسه درمان را طی می‌کند. شما مجوز واردات ۵ قلم داروی ژنریک را آنی صادر می‌کنید و دارو را فوراً وارد کشور می‌کنید و عملاً جلوی ورود داروی برند را می‌گیرید و حتی پزشکان هم مجال مقایسه کیفیت داروی خارجی و داخلی را در خصوص



■ یونس عرب
■ رئیس انجمن تالاسمی ایران

ما حدود ۲۳ هزار بیمار تالاسمی در کشور داریم که نیازمند درمان مادام‌العمر در کشور هستند و از ابتدای تحریم‌ها ما بزرگترین قربانی تحریم در کشور هستیم چرا که ۲۱۷ بیمار ما فوت کردند و همچنین حدود ۷ هزار بیمار ما بدلیل نرسیدن دارو یا مواد اولیه و تجهیزات پزشکی مورد نیاز تحت

کیفیت مقدم است

را با بیماران و پزشکان افزایش می‌دادند تا صدای آن‌ها را روشن‌تر و بهتر می‌شنیدند. حمایت از تولید ملی یک ضرورت است و نمی‌توان آن را به حاشیه راند ولی موضوع اساسی حائز اهمیت این است که باید سلامت بیمار و تامین نیازهای وی در اولویت قرار گیرد. اگر این موضوع به صورت اساسی و جدی مورد توجه قرار گیرد، شاهد خواهیم بود که حمایت از تولید ملی بر ریل درست و مناسب قرار خواهد گرفت.

در بحث واردات دارو یا مصرف داروی داخلی، آنچه که در اولویت اهمیت قرار دارد، سلامت بیمار و شنیدن صدای بیمار توسط تامین‌کننده، چه واردکننده و چه تولیدکننده است و در منظر دوم حمایت از تولید ملی و فراهم سازی زمینه اشتغال در کشور حائز اهمیت است. یکی از مهمترین اشتباهاتی که رخ داده، دقیقاً در همین موضوع است. ای‌کاش فعالان حوزه دارویی، اعم از فعالان اقتصادی و سیاستگذاران و تصمیم‌سازان، ارتباط خودشان



■ وحید محلاتی
■ رئیس هیات مدیره هلدینگ داروبخش

آیا مردم به کیفیت داروی تولید داخل اطمینان دارند؟



■ پیام دیندوست
■ فعال صنعت دارو

که میلیونها دلار صرف واردات موز، قهوه و سیگار با برندهای متنوع می شود آیا درست است برای صرفه جویی چندین میلیون دلار، والدین کودکان صرعی، بیماران پارکینسونی و تالاسمی که اساتید مربوطه تاکید کردند که بیمارانشان برای درمان صحیح، احتیاج به مصرف برند اصلی دارند را محروم کنیم و از آنها ناراضی نظام اجرایی و حتی نفرین کننده بسازیم؟

به نظر من با توجه به اینکه این گروه از بیماران بین ۵ تا ۱۵ درصد تعدادی از بیماریهای خاص هستند، برای پاسخگویی به نیاز آنها میتوان با بررسی آماری و تنظیم تامین و توزیع هدفمند، مانند کار خوبی که برای توزیع شیر خشک متابولیک انجام شد، رضایت بیماران را بدون آنکه صنعت داخلی آسیب ببیند بدست آورد.

و داروی ما بطور همزمان هم مسئولیت نظارت بر کمیت و هم کیفیت را دارد، گاهی یکی را قربانی دیگری میکند. متأسفانه هنوز تعدادی از کارخانجات داروسازی ما GMP ندارند و با این حال دارو تولید می کنند یا حتی برای بخشی از داروهایی که مطالعات هم ارزش زیستی لازم است، چنین مطالعاتی نمی بینیم و این درحالی است که مصرف کننده از این موارد آگاه شده و اطمینان وی نسبت به داروی داخلی سلب می شود.

همچنین نقص در مستندات کیفی داروها باعث شده ما حتی در صادرات توفیق خوبی نداشته باشیم و باید اذعان داشت که اطمینان مشتری داخلی و خارجی به برند ایرانی را در اکثر موارد دست دادیم. نکته دیگر اهمیت دادن به حقوق بیماران و حقوق شهروندی آنهاست. در کشوری

بنده در حال حاضر دارم از داروهای تولید داخل استفاده می کنم و اتفاقاً اکثر آنها داروهایی هستند که قبلاً خودمان برند اصلی آن را تامین می کردیم اما اکنون بدلیل محدودیت دیگر وارد نمی کنیم. البته من با توجه به اطلاعاتی که از سابقه فعالیت شرکتهای تولید کننده مانند اهمیت آنها به فرمولاسیون در مواد اولیه کیفی و نیز دارا بودن GMP برخی از شرکتهای تولیدی دارم، داروی خودم را از بین شرکتهای ایرانی انتخاب می کنم. اما باید توجه داشت که عموم مردم ما این اطلاعات را ندارند.

در حالیکه در کشورهای پیشرفته پزشک و داروساز و مردم این اطمینان را دارند که وقتی دارویی توسط رگولاتوری دارویی آن کشور تایید شده، در دامنه مورد قبولی از کیفیت قرار دارد. متأسفانه از آنجا که سازمان غذا

آیا واردات مانع تولید است؟



■ ایمان ترحمی
■ مدیرعامل شرکت داروسازی خوارزمی

علی رغم اینکه تمام تعلق خاطر من به تولید است ولی واقعیت این است که ما بعضا داروها را اکی والانت نمی کنیم و بررسی کلینیکال انجام نمی دهیم و این به این خاطر است که شاید آنچه که برای ما در این حوزه

در نظر گرفته می شود از نظر ریالی پوشش دهنده نیازهای مالی نیست. همه می دانیم که هزینه های کلینیکال واقعا بالاست و شرکت ها سعی می کنند از این کار طوری گریز بزنند. برخی از همکاران به غلط از ایجاد محدودیت و ممنوعیت برای همه داروها دفاع می کنند در صورتی که بخشی از بازار و بازاریابی را واردات انجام می دهد. برخی دوستان با تحت لیسانس و همچنین با تولید قراردادی مخالف اند. اما من معتقدم که اینها دانش و روح کیفیت برای ما در بر دارند. اما در مجموع محدودیت های وارداتی بیش از اینکه توسط تولیدکنندگان دارو ایجاد شده

باشد، از سوی سازمان غذا و داروست که برای گریز از مسائل ارزی خود ایجاد کرده است؛ وگرنه واردات امروز حجم زیادی ندارد و مسائل واردات در حوزه داروهای تخصصی وجود دارد. در اصل می توان گفت که بازار هم کشش واردات را ندارد. اما در اصل من معتقدم داروی ایرانی از کیفیت برخوردار است و اگر مدخلی بر فیزیکی و شیمی داشته باشیم، این مسئله کاملا مشهود است. اما بعضا گاهی داروها وارد مراحل کلینیکی نمی شود و من با انتقاد برخی از پزشکان نسبت به برخی داروها موافق هستم چراکه کاری که باید در انتهای فرایند انجام دهیم، انجام نمی دهیم.

کیفیت را در اولویت قرار دهیم



■ حسن شکوهی
■ رئیس اتحادیه واردکنندگان مکمل های غذایی

دارو یک کالای استراتژیک است و ما باید با تمام توان تولید نیاز کشورمان را پوشش دهیم؛ آنهم در شرایطی که وضع روابط مان با دنیا اینگونه است. این جزو اصول است و کسی بر روی آن تردیدی ندارد. اگر ما حرفی می زنیم و می گوئیم نباید خودمان را از سایر داروها محروم کنیم، بدلیل اولویت داشتن بحث سلامتی مردم و بحث کیفیت است. اینکه چون می توانیم نیاز صددرصدی کشور را تولید کنیم، دیگر هیچ چیز وارد کشور نکنیم، به لحاظ حکمرانی

غلط است. اگر بحث مصرف ارز اولویت است که باید بگوئیم که یک مطالعه نشان می داد که اگر همه داروهای مورد نیاز خود را از هند وارد کنیم که همه آنها هم برندهای تایید شده هستند، هزینه ارزی آن، حدود یک سوم هزینه هایی است که امروز داریم صرف می کنیم. بیا باید به کیفیت و اصول ارتقای آن توجه کنیم. انحصار باعث می شود که کیفیت افت کند و وقتی شما رقیب ندارید می توانید با یک گل هم پیروز شوید.

فصل هفتم

مکمل‌های غذایی



بازار مکمل های غذایی و امان نامه هایی برای انحصار و تعارض منافع

از سال ۱۳۸۶ که ما حدود ۱۵۰ میلیون دلار واردات مکمل های غذایی داشتیم در سال ۱۳۹۹ رسیدیم به ۳۶ میلیون دلار و در سال ۱۴۰۰ نیز تاکنون کل واردات مکمل های غذایی دو میلیون هشتصد هزار دلار است. معنای این آمار این است که ابر و باد و مه و خورشید و فلک در کارند، که برخی انحصاری تولید کنند و انحصاری بفروشند. نکته غم انگیز ماجرا این است که مدیر شرکت داروسازی که خودش تولیدکننده مکمل است، زمانی عضو کمیسیون تأیید و ورود مکمل ها باشد.

انحصاری در اختیار یک عده باشد، کار اشتباهی است. مهم ترین آفت این گونه کارها، آفت کیفیت محصولات است که در نهایت منجر به ضرر و زیان مصرف کننده می شود. متأسفانه عوامل متعددی جمع آمده تا سرنوشت مکمل های غذایی را به سرنوشت صنایع خودروسازی دچار کنند. نتیجه چنین رویکردی این است که به بهانه حمایت از تولید، کاری کنند که تنوع و تکثر محصول در بازار نباشد تا هر محصولی با هر کیفیت به راحتی در بازار بفروش برسد.



■ حسن شکوهی
■ رئیس اتحادیه واردکنندگان مکمل های غذایی

هیچ کس مخالف تولید نیست و اتفاقاً رشد تولید ملی باعث افتخار و غرور ملی است اما اینکه بازار ایجاد شده به طور

گلایه از عدم همکاری بابت تهیه آمارنامه

کنیم و همین قدر که شرکتها در این زمینه همکاری می کنند، ارزشمند و قابل تقدیر است. ما این آمارنامه را برای وزارت بهداشت هم ارسال می کنیم که متأسفانه وزارت بهداشت هیچ گونه عکس العملی به این گزارشها ندارد و نه در تأیید و نه در تکذیب آن عکس العملی نشان نمی دهد. در حال حاضر این اطلاعات تنها مرجع بررسیها و رسیدگیها و تصمیم گیریها است. به طور مکرر از سازمان غذا و دارو تقاضای انتشار منظم و دقیق آمارنامه واردات مکمل ها صورت گرفته که این موضوع مهم هم همواره با عدم پاسخ همراه بوده است.

صنعت از دولت آتی برای رئیس جمهور منتخب هم ارسال شود هیأت مدیره طی فراخوانی از شرکتها درخواست کرد تا مطالبات و پیشنهادات خود را برای سندیکا ارسال کنند تا پس از جمع بندی برای ایشان ارسال شود. چند سالی است که بر اساس اطلاعات رسالی از طرف شرکتها آن را تنظیم می کنیم و من به نوبه خودم از تمام این دوستان تشکر می کنم. هرچند برخی از شرکتها نیز کم لطفی می کنند و اطلاعات را در اختیار ما نمی گذارند و یا بنا بر ملاحظاتی اطلاعاتشان را به صورت ناقص ارسال می کنند ولی به هر حال فعلاً بنا نداریم به این عرصه ورود



■ محمدناصری
■ دبیر سندیکای تولیدکنندگان مکمل های غذایی

مشکلات ما در حوزه تولید مکمل های رژیمی غذایی کاملاً مشخص است و این موارد به صورت مکتوب هم برای دکتر بهفر ارسال شده است. به علاوه از آنجایی که قرار بود مطالبات



پیش نیازهای رونق و توسعه بازار مکمل‌های غذایی



■ امیر قلن بر
 ■ نایب رئیس اتحادیه واردکنندگان
 مکمل‌های غذایی

سیاست‌های تعرفه‌ای اعمال گردد. با این روش ضمن صرفه جویی، سرمایه‌های مادی و انسانی که صرف امور کارشناسی در جهت توقف صورت می‌گیرد، در مسیر ایجاد ارزش افزوده قرار می‌گیرند و ضمناً درآمدهای دولت نیز از طریق دریافت حقوق و عوارض گمرکی با تعرفه‌های بالاتر، حتماً افزایش خواهد یافت. شکی نیست که اتحادیه، سندیکا و انجمن‌های تخصصی در حوزه‌های مکمل و همچنین دارو می‌توانند در جهت تحقق اهداف سازمان اثرگذار باشند، به ویژه بخش قابل توجهی از امورات کارشناسی را به عهده بگیرند که متأسفانه این امر دائماً با جایجایی مدیران کل دست خوش تغییرات کمی و کیفی می‌شود. اگر امور به سندیکا، اتحادیه و انجمن واگذار شود، علاوه بر رشد کیفیت محصولات و کاهش بروکراسی اداری، قطعاً شاهد رونق بازار خواهیم بود.

است که باید از آن به عنوان علت العلل مشکلات نام برد. بحث ایجاد انحصار و محدودیت هم حائز اهمیت است و وقتی بازار کشور به بهانه حمایت از تولید داخل در اختیار یک عده خاص قرار گیرد، دیگر صحبت کردن از تنوع و تکثر محصول و کیفیت بی معنا خواهد بود. در این شرایط دیگر نمی‌توان از توسعه بازار حرف زد و مفاهیمی مانند رقابت، توسعه و نظم بازار و صیانت از بازار بی معنی است. نباید فراموش کنیم که موفقیت تولیدکنندگان در توسعه بازار و برند شدن در بازار، حاصل سرمایه گذاری در ورود و بازاریابی‌های پرهزینه چندین ساله وارد کنندگان بوده است. به همین دلیل عرض می‌کنم واردات، تکمیل کننده تولید داخل است و نباید بازار به سمت انحصار پیش برود و در همین جا پیشنهاد می‌کنم تا هر نوع محدودیت در واردات مکمل‌ها (و یا هر نوع کالای دیگر) فقط از طریق

حوزه مکمل‌های غذایی در چند سال گذشته بر اساس سیاست‌های وزارت بهداشت به گونه‌ای پیش رفته که بیش از نیمی از واردکنندگان سابق، امروز تولید کننده قراردادی شده اند و این موضوع به شرط لحاظ کردن برخی مسائل می‌تواند یک دستاورد برای کشور تلقی می‌شود. از جمله پیش نیازهای رونق و توسعه بازار مکمل‌های غذایی آن است که باور داشته باشیم که بخشنامه‌های ناگهانی، نظم و نظام شرکت‌ها را به هم می‌ریزد و این در کنار تنگناهایی که در عرصه تجارت خارجی وجود دارد، سبب می‌شود که شرکت‌های داخلی نتوانند تعهدات داخلی و خارجی خود را انجام دهند. از طرف دیگر وقتی مشکلات قیمت گذاری را نیز به این ناهنجاری‌ها اضافه کنید، به وضوح می‌بینید که بازار به سمت آشفتگی می‌رود. واقعیت این است که یکی از پایه‌های آشفتگی بازار، بحث قیمت گذاری



خوب و بد سیاست‌های سازمان غذا و دارو



■ وحید بهشتی
■ عضو سندیکای تولیدکنندگان مکمل‌های غذایی

بازار مکمل‌های غذایی در ایران از سال ۱۳۸۱ شروع به کار کرد. در این سال عمده بازار در اختیار واردات بود و تولیدکننده‌های مکمل‌های غذایی در آن زمان خیلی فعال نبودند اما به مرور تولیدکنندگان توانستند به بازار ورود کنند و سهم بازار مناسبی برای خود فراهم کنند.

اگر بخواهیم سال ۱۳۸۱ را با سال ۱۴۰۰ قیاس کنیم، باید بگوییم که هم بازار مکمل‌ها بسیار بزرگ‌تر شده است و شما کمتر خانه‌ای را پیدا می‌کنید که مصرف‌کننده یک نوع مکمل نباشند و هم اینکه سهم تولید رشد چشم‌گیری پیدا کرده است و این دو علامت نشان می‌دهد که پروسه توسعه به درستی پیش رفته است.

توسعه بازار با یک روش بسیار ساده‌ای شکل گرفت که آن هم الگوی عرضه و تقاضا بود و شرکت‌ها بر اساس این روش

محصولات را وارد کشور کرده و با برگزاری همایش‌ها و سمینارها و بر اساس نیاز جامعه محصولاتشان را عرضه می‌کردند.

متأسفانه هر چه این بازار بزرگ شد سیاست‌گذاری‌های نادرستی بر این بازار حاکم شد که می‌توان به محدودیت‌هایی در بحث واردات و تولید اشاره کرد متأسفانه در سال ۱۳۹۹ که محدودیت‌های ارزی بر کشور حاکم شد و ممنوعیت واردات صورت گرفت، با عدم حضور برنده‌های روز دنیا در کشور توسعه بازار از بین رفت چون وقتی محصول جدید با فرمولاسیون جدید وارد بازار نشود همه مجبور هستند بر روی یک محصول کار کنند و این موضوع قطعاً بازار را کوچک می‌کند.

در مورد توسعه بازار ذکر دو نکته ضروری است: اول اینکه عدم حضور محصولات روز دنیا باعث عدم توسعه می‌شود و مهم‌تر از آن بحث قیمت‌گذاری است که مانع رشد شرکت‌ها و محصولاتشان شده و متأسفانه الان ما یک تعداد مکمل یک دست و یک قیمت درست می‌کنیم که هیچ‌گونه حق انتخابی را به مصرف‌کننده نمی‌دهد و این باعث رکود بازار خواهد بود.

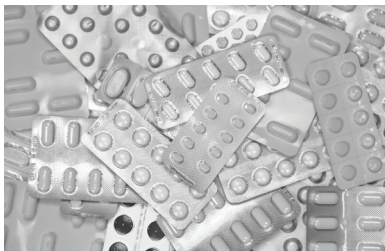
در خصوص نامه رئیس سندیکای تولیدکنندگان مکمل‌های غذایی در خصوص مخدوش بودن ادعای برخی شرکت‌های تحت

لیسانس، باید بگوییم که ثبت محصول در بازار دارویی ایران توسط مرجعی صورت می‌گیرد که این مرجع سازمان غذا و دارو است. این سازمان بر اساس دستورالعمل‌هایی که موجود است برای اینکه یک شرکت بتواند ادعای ورود محصول تحت لیسانس کند، یک سری مدارک و مستندات مطالبه می‌کند، چون وظیفه رگولاتوری در این خصوص به عهده سازمان غذا و دارو است. بنابراین بهتر است سندیکاها و اتحادیه‌ها وارد بحث رگولاتوری که مسئولیت اصلی سازمان غذا و دارو است، نشوند.

در خصوص انتقال تکنولوژی باید گفت: مگر می‌شود شرکتی که در تولید قراردادی کار می‌کند و با طرف خارجی قرارداد منعقد می‌کند، در قرارداد خود بحث انتقال تکنولوژی را نداشته باشد. چون بنگاه اقتصادی در این قرارداد به دنبال این است که در آینده‌ای نه چندان دور این محصول را خودش تولید کند.

اگر بازار بسته و محدود شود، مانند سایر بازارهای دیگری که در کشور شکل گرفته، قطعاً آسایش به مصرف‌کننده می‌رسد. ما باید تنوع و تکثر محصولات در بازار را به رسمیت بشناسیم تا مصرف‌کننده بر اساس نیازش انتخاب کند نه اینکه تولیدکننده از طریق ایجاد انحصار، محصولات خود را به مردم تحمیل کند.

زور انجمن به نهادهای بالادستی نمی‌رسد



تولید شود برگ سبز گمرکی یا حواله نرخ ارز را مطالبه می‌کنند، در صورتی که محصول هنوز وارد بازار نشده است.

همچنین اختلاف بین انجمن تولیدکنندگان داروهای گیاهی و سندیکای تولیدکنندگان مکمل با سازمان غذا و دارو هم از جمله مشکلاتی است که به این حوزه اثرگذار است.

سال ۹۷ پیرامون کمیسیون قیمت گذاری جلساتی تشکیل شد بمنظور اینکه هزینه‌های واقعی که به تولید تحمیل می‌شود از جمله هزینه‌های ترخیص و گمرکی که در آئین نامه هم دیده شده بود و اثرپذیری بالایی از نرخ ارز به خود دیده بود، اما با وجود تنظیم پیشنهادات، هنوز اتفاق مثبتی در این زمینه رخ نداده است.

یک نکته دیگر آن است که چابکی که باید در بررسی و روند صدور پروانه‌ها در سازمان غذا و دارو وجود داشته باشد متأسفانه نیست و معمولاً کارشناسان موقت و یا نیروهای طرحی هستند که کرونا هم مزید بر علت شده تا پروسه‌ها طولانی‌تر شود.



صنفی است، زورش به نهاد بالادستی مثل سازمان غذا و دارو نمی‌رسد. یکی از مباحث حائز اهمیت مطالبات ما در خصوص قیمت گذاری است. در سندیکای تولیدکنندگان مکمل، قیمت گذاری بر اساس دستورالعمل‌های ابلاغی از سوی سازمان انجام می‌شود اما در انجمن تولیدکنندگان محصولات گیاهی متأسفانه کشمکشی میان این انجمن و سازمان غذا و دارو وجود دارد و سازمان غذا و دارو مستنداتی را مطالبه می‌کند که به نظر مانع تراشی است تا مستند خواهی. برای مثال قبل از اینکه محصولی



■ محمد رضا جعفرزاده

■ مدیرعامل شرکت تولیدکننده مکمل

ما تا به امروز مطالبات مختلفی نظیر حق ثبت‌ها از جمله حق ثبت منبع و محصول را از طریق سندیکای تولیدکنندگان مکمل پیگیری کردیم، هرچند که هنوز به نتیجه نرسیده و موانعی که بر سر راه تولید گذاشته شده، برداشته نشده است، اما تا جایی که در توان سندیکا بوده، هیأت مدیره این مباحث را پیگیری کرده اند؛ اما چون سندیکا یک انجمن





هفت ایستگاه تولید کنندگان مکمل های غذایی

صدر مجوز است. به گفته ترحمی، وجود بروکراسی کند و درهم تنیده برای بحث صادرات و مسائل پیرامون صادرات جزو مهم ترین ایستگاه هایی است که سرعت فعالیت تولید کنندگان و صادر کنندگان را کاهش می دهد. تجربه نشان می دهد که واردات و تولید قراردادی باعث رشد و بالندگی تولید شده است و مخالفت با آن به این شکلی که الان مرسوم شده، چندان منطقی نیست و سیاست های سازمان در خصوص محدودیت حداکثری واردات باید تغییر کند. نکته پایانی آن است که برای تسهیل تولید و رفع موانع، نیاز به سازمانی داریم که پاسخگو باشد.

و هزینه شرکت های تولید کننده مکمل ها را هدر می دهند. چندی پیش تعدادی از اعضای سندیکای تولید کنندگان مکمل ها مسؤل شدند که موانع تولید را استخراج کنند. بر اساس این مطالعه می توان گفت که تأخیر در صدور مجوزهای تأسیس و همچنین صدور مجوزهای تولید، از مهمترین ایستگاه های تولید است. انتخاب محصول و قوانین رگولاتوری آن و ارائه PMF از دیگر ایستگاه های این مسیر شناخته شد. ایستگاه چهارم، قیمت گذاری است و بحث بعدی که سردرگمی زیادی را برای فعالان اقتصادی ایجاد کرده است، نمونه برداری برای



■ پیمان ترحمی
■ مدیرعامل شرکت داروسازی خوارزمی

متأسفانه ایستگاه های متعددی پیش روی تولید کنندگان مکمل های غذایی وجود دارد و با وجود همه تلاش ها، شاهد هستیم که این ایستگاه ها روز به روز، انرژی و توان



ضرورت توجه به تولید قراردادی

بازاری رو به رشد است و اگر موانع بین المللی صنعت رفع گردد، پتانسیل صادراتی این حوزه به واسطه دانش، اقلیم و تکنولوژی داخلی بسیار امیدوار کننده است و خوشبختانه تولید کنندگان این حوزه در دو دهه اخیر رشد خیره کننده ای داشتند اما راه طولانی هنوز در پیش است.

نکته اساسی در این خصوص آن است که باید با دولت برای رفع موانع تولید در این حوزه و فراهم نمودن بستر مناسب برای تولید کنندگان داروهای گیاهی چانه زنی کرد.

نکته پایانی که نباید از آن غافل شود این است که شرکت های تولید کننده قراردادی داروهای گیاهی نقش مهمی در رشد و بالندگی این حوزه داشتند و باید به این شرکت های جوان و چالاک یاری رساند.

که امروز در اختیار تولید کنندگان است، حاصل زحمات شرکت های وارد کننده قبلی و تولید کننده فعلی است و در این رابطه تولید کنندگان قراردادی می توانند نقش بسزایی ایفا کنند.

تشکل محوری، یکی از ضروری ترین رویکردها برای ایجاد همفکری و هم افزایی است ولی متأسفانه هنوز تولید کنندگان قراردادی سندیکای مستقلی برای خودشان ندارند و زیرمجموعه سندیکای تولید کنندگان مکمل هستند.

هر چند تولید کنندگان قراردادی در این سندیکا حق رأی ندارند ولی دوستان هیأت مدیره، رأی و نظر تولید کنندگان قراردادی را مد نظر قرار می دهند.

در کنار بحث مکمل های غذایی، باید توجه کنید که بازار داروهای طبیعی و گیاهی و سنتی هم



■ امیرحسین معینی زندی
■ نماینده شرکت های تولید کننده قراردادی مکمل های غذایی در سندیکای تولید کنندگان

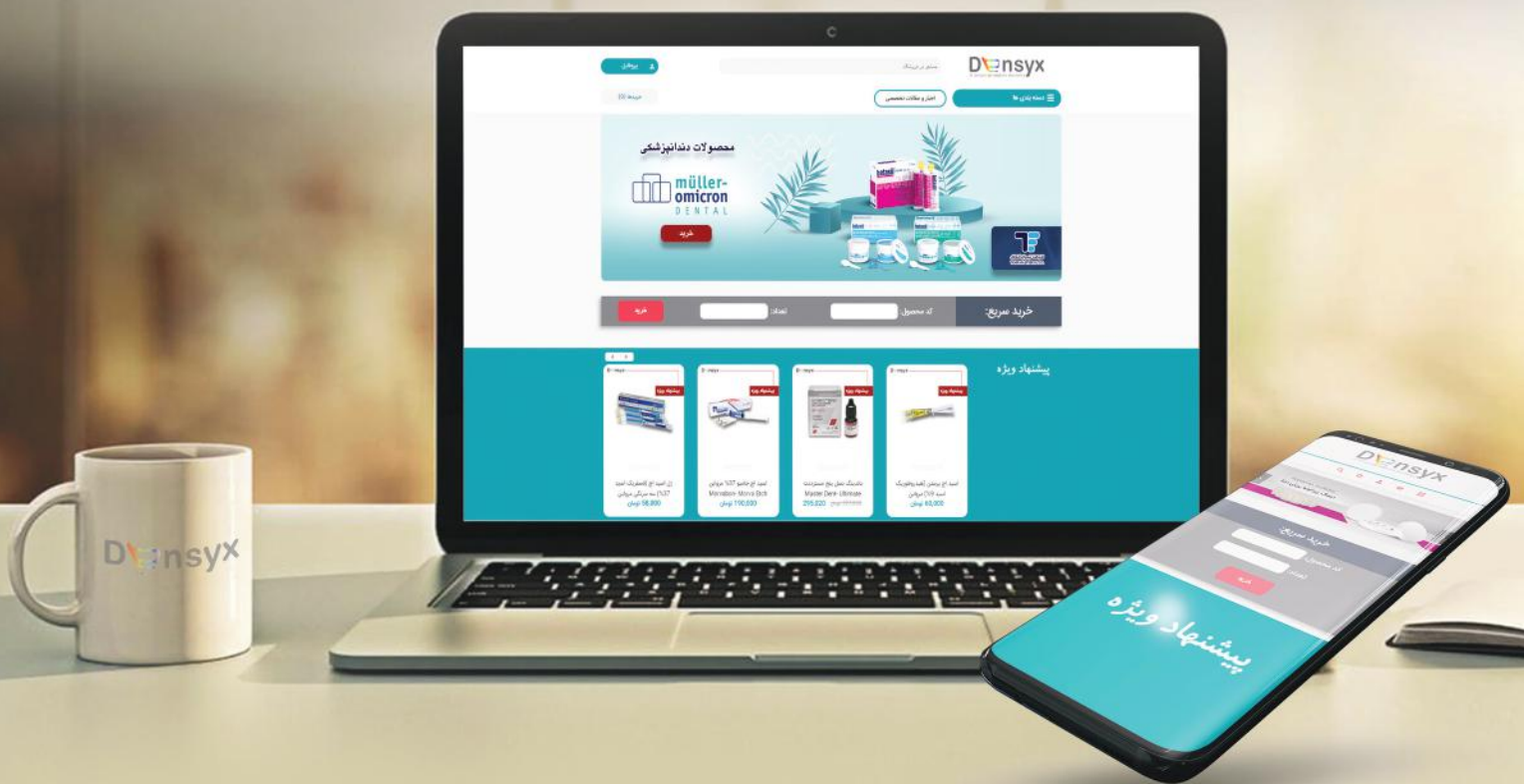
تولید قراردادی مکمل ها، از روش های مدرن برای توسعه صنعت است و مسیری است برای اینکه وارد کنندگان به تولید کننده تبدیل شوند و انتظار ما این است که سازمان غذا و دارو در این خصوص همراهی و همکاری بیشتری داشته باشد. نباید فراموش کنیم که بازاری



فروشگاه اینترنتی

دنسیکس


رویای دندانپزشکی مدرن



- ☑ دسترسی ۲۴ ساعته و سریع به فروشگاه
- ☑ انتخاب برند و کالاهای تامین کنندگان معتبر
- ☑ قیمت مناسب و تضمین اصالت کالا
- ☑ بیمه کالا تا مقصد
- ☑ سرعت در ارائه خدمات و تحویل فوری

ارمغان همیشگی ما به شما دندانپزشکان محترم
درفروشگاه آنلاین دندانپزشکی دنسیکس خواهد بود

Densyx.com

 densyx.shop


فروشگاه اینترنتی آنلاین دیابت

همراه همیشگی جامعه دیابتی کشور



- ✓ دسترسی ۲۴ ساعته و سریع به فروشگاه
- ✓ محصولات متنوع تست قند خون
- ✓ برندهای اکیوچک، آوان، ای بی چک و...
- ✓ تامین کالا باقیمت مصوب دولتی
- ✓ تضمین اصالت کالا
- ✓ ارسال فوری سفارشات و بیمه کالا تا مقصد

onlinediabet.com

 online.diabete



در محک عشق مرز ندارد

کودکان مبتلا به سرطان از هر خطه و با هر زبان و فرهنگی فرزند محک‌اند.

این سقف ۳۰ سال است برای آسایش آنها و خانواده‌هایشان در سراسر ایران بنا شده است. محک تا امروز بیش از ۳۵ هزار فرزند از شهرهای مختلف را حمایت کرده، دغدغه هزینه دارو و درمانشان را داشته و تلاش کرده سختی‌های درمان کودک بودن را از یادشان نبرد.

در محک عشق حد و مرزی نمی‌شناسد و اینجا با تمام فرزندانمان از هر جغرافیا و با هر قومیت، با یک زبان حرف می‌زنیم: زبان عشق

یاوران عزیز، در هر گوشه‌ای از ایران عزیزمان که زندگی می‌کنید، برای حمایت از فرزندان کوچک محک از سراسر کشور، همراهمان بمانید.

روش‌های حمایت از کودکان محک:

شماره کارت: ۰۵۹۰-۹۹۵۰-۹۹۱۱-۶۰۳۷

گزینه نیکوکاری اپلیکیشن آپ ۰۲۱-۲۳۵۴۰

از اینکه به پیام ما توجه می‌کنید، سپاسگزاریم.

