

نجات صنعت دارو از ارز یارانه‌ای

Posted on ۱۳۹۹/۰۹/۲۴ by [پگاه حبیبی](#)



Categories: [داروهای شیمیایی](#), [منتخب](#)

Tags: [دارو](#), [داروهای شیمیایی](#), [شیمیایی](#)



نرخ گذاری می کند. در حالی که در واقع، ۲۹ درصد تأمین مالی دارو توسط دولت انجام می شود ولی تصمیم گیری ۱۰۰ درصدی برای نرخ را در دستور کار قرار داده است، آن هم بدون در نظر گرفتن مکانیزم جبران کامل هزینه های تولید

میکائیلی: بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تامین اجتماعی نیز حدود ۱۲ هزار میلیارد تومان هزینه داروی بیماران خود را می‌پردازند. که سهم دولت از این طریق به ۵۶ درصد می‌رسد.

خیرآبادی: در ۳ سال اخیر میانگین نرخ رشد هزینه‌های سازمان‌های بیمه‌گر، بسیار کمتر از نرخ تورم بوده است و حتی در برخی سال‌ها، شاهد کاهش آن هم بودیم. بخش مهمی از افزایش بودجه سازمان‌های بیمه نیز به فصل یک یعنی حقوق و دستمزد مرتبط از سبد داروهای بیمه‌ای و کاهش بیمه‌شدگان باعث شد که هم به بیماران بابت گران شدن OTC است. حذف گروه داروهای دارو فشار بیشتری بیاید و هم به تولیدکنندگان

عبدەزادە: دغدغە دولت، مجلس و ھەمە ما، عدم تحمیل فشار مالی بە بیمارەن است. اما تغیرات نرخ ارز و افزایش قیمت کالاهای داخلی، طوری است که هزینه تولید دارو بە شدت افزایش یافته است. از یکسو سازمانهای بیمهگر با این منابع مالی که در اختیار دارند، توان افزایش سهم حمایتی را ندارند و از سوی دیگر، تولیدکنندگان هم نمی‌توانند فشار مالی بیش از توان خود را تحمل کنند. بە همین دلیل باید بە دنبال بررسی دقیق‌تر روش‌های حمایتی باشیم تا ھرکدام از عوامل مؤثر در این جریان، یعنی تولیدکننده، بیمه و دولت، وظایف تخصصی خود را داشته باشند و مسئولیت‌ها را متناسب با تخصص و اختیارات این سه ضلع، تعیین کنیم.

انتظار می‌رود که هر کدام از بخش‌ها، وظیفه ذاتی و قانونی خود را انجام دهد تا هماهنگی لازم با پلن توسعه‌ای داشته باشیم. وظیفه صنایع تولیدی کشور، به روز نگه داشتن زیرساخت‌های تأمین دارو است و وظیفه بیمه، حمایت از بیماران به‌ویژه در خصوص بیماری‌های صعب‌العلاج و داروهای پرمصرف و وظیفه دولت سیاست‌گذاری صحیح این امور است، اما اکنون شاهد جابه‌جایی وظایف و انتظارات هستیم.

با توجه به شرایط اقتصادی که بر فضای عمومی جامعه حاکم است، اکثر مردم قدرت پرداخت قیمت واقعی دارو را ندارند. آیا سازمان‌های بیمه‌گر می‌توانند ریسک‌های حاصل از آزادسازی قیمت ارز مواد اولیه دارو را به نفع جامعه مصرف‌کننده مدیریت کنند؟

میکائیلی: افزایش قیمت دارو، مستلزم افزایش فرانشیز یا منابع سازمان‌های بیمه‌گر یا هر دو است. البته در این زمینه هم به تجهیز منابع بیشتر و هم اولویت‌بندی احتیاج داریم. مشکل تصمیم‌گیری در شورای عالی بیمه در این است که برای پوشش بیمه در سقفی که هزینه پرداختی بیماران از حد متعارف بیشتر نشود، منابع مالی جدید نیاز است. اگر دولت این منابع را برای بیمه‌ها تأمین کند، می‌توان تغییر قیمت ایجاد کرد.

خیرآبادی: پیشنهاد ما این است که مابه‌التفاوت ارزش تخصیصی به قیمت ۴۲۰۰ تا نرخ نیمایی را به‌صورت ریالی در اختیار بیمه‌ها قرار دهند. افزایش قیمت ارزش خرید مواد اولیه دارو به نیمایی، می‌تواند کمک کند تا هم مشکلات داروسازها حل شود؛ هم توان مالی سازمان‌های بیمه‌گر افزایش یابد و هم بیماران، دسترسی به داروهای تجویز شده توسط پزشکان داشته باشند.

ممکن است برخی خوانندگان این میزگرد بگویند که شرکت‌های تولیدکننده دارو، به دنبال افزایش سود خود هستند و به اینکه این کار، چه دردرسهایی برای بیماران و خانواده آن‌ها به وجود می‌آید توجهی ندارند. پاسخ شما به این ابهام چیست؟

فرهت: تمام هم و غم شرکت‌های تولیدکننده دارو این است که مردم نهایت سود و آرامش را از وضعیت دارویی کشور ببرند. اما سیاست‌های کنونی باعث شده تا امکان حفظ وضعیت موجود، نوسازی، بهسازی، توسعه کارخانه‌های داروسازی فراهم نباشد. اکنون راه‌اندازی یک خط عادی داروی جامد، برای داروهای جنرال حدود ۱۵ تا ۲۰ میلیون دلار هزینه دارد که می‌تواند ۴۰ میلیون قرص در سال، با ۲۴ ساعت کار تولید کند. در بهترین حالت، این حجم تولید ۱۰۰ میلیارد تومان فروش سالانه و ۳۰ میلیارد تومان سود ناخالص به همراه دارد. یعنی نرخ برگشت سرمایه حدود ۱۳ تا ۱۶ سال. با چنین وضعی، سرمایه جدید به

بخش داروسازی جذب نمی‌شود. البته اکنون سرمایه‌گذاری‌های قبلی در حال تولید هستند اما اگر مدل اقتصادی اصلاح نشود، توسعه و بهبود فرآیند تولید در کارخانه‌ها متوقف شده و ظرف چند سال، توان تولید داروی کشور به شدت کاهش خواهد یافت.

از سوی دیگر الان حدود ۲۰ درصد داروی ساخت داخل به کشورهای همسایه قاچاق می‌شود که نوعی پرداخت سوبسید به شهروندان کشورهای همجوار به شمار می‌آید.

با محاسبه سهم سازمان‌های بیمه‌گر، در حال حاضر سرانه هزینه‌های دارویی هر ایرانی به‌طور متوسط ۲۲۰ هزار تومان است یعنی کمتر از ۲۰ هزار تومان در هر ماه. اگر این رقم به ۴۰ هزار تومان برسد، اکثر مردم دچار مشکل نمی‌شوند. اما به نام حمایت از مردم، داریم صنعت داروسازی کشور را تخریب می‌کنیم که در میان‌مدت، دود این کار به چشم مردم و دولت خواهد رفت.

عبدعزیز: اکنون برخی مردم به جای مراجعه به پزشک، خودسرانه دارو خریداری می‌کنند و گاهی بخشی از آن را هم دور می‌ریزند. می‌دانیم که قیمت می‌تواند الگوی مصرف را تغییر دهد. واقعی شدن قیمت دارو، مصرف آن را کنترل می‌کند.

خیرآبادی: سال ۹۷ برای تولید داروهای داخلی حدود ۷۰۰ میلیون دلار در نظر گرفته شد که ۹۷ درصد نیاز دارویی کشور را تأمین می‌کرد. اما برای ۳ درصد بقیه، حدود ۱/۵ میلیارد دلار هزینه شد. اگر وضعیت ایران مثل عراق، روسیه و افغانستان بود که صنعت داروسازی ندارند، امسال به قیمت‌های آسیایی (چین و هند) باید ۲۵ میلیارد دلار و به قیمت کارخانه‌های اروپایی ۴۰ میلیارد دلار برای واردات دارو هزینه می‌کردیم.

کشور برای تأمین همه کالاهای اساسی نظیر روغن، برنج، نهاده‌های دام و طیور ۹/۵ میلیارد دلار هزینه می‌کند که تأمین ارز آن، بسیار دشوار است. اگر صنعت دارو نداشتیم، قطعاً با بحران بزرگ ارزی مواجه می‌شدیم. مثلاً عراق با یک‌سوم جمعیت ایران، سال گذشته ۲۱ میلیارد دلار دارو وارد کرد.

چرا برای صنعت داروسازی که سالانه دست‌کم ۴۰ میلیارد صرفه جویی ارزی ایجاد می‌کند، این همه دردسر مقرراتی ایجاد می‌کنیم؟ در حالی که اگر صنعت داروسازی نداشتیم، تحریم‌ها ما را زمین‌گیر می‌کرد. ترکیه ۱۰۰ میلیارد دلار در صنایع داروسازی خود سرمایه‌گذاری کرده تا بتواند از ایران جلو بزند ولی ما مدلی را انتخاب کرده‌ایم که مانع جذب سرمایه جدید است.

ایران در صنعت داروسازی الان رتبه نخست منطقه را در اختیار دارد. تنها رشته دانشگاهی است که به دلیل ظرفیت صنعتی، پیشتاز، مهاجرت نخبه‌ها روند معکوس دارد.

برخی افراد غیر مطلع می‌گویند داروهای ایران تأثیر خوبی ندارد. در حالی که اکنون ۹۵ درصد بیماران قلبی و ۹۳ درصد بیماران روانی با داروهای ایرانی مداوا می‌شوند. کل آنتی‌بیوتیک‌ها داخلی است و بالای ۹۰ درصد داروهای ریوی نیز در داخل تولید می‌شود.

همه این‌ها درست، ولی آیا به اتکای این اطلاعات، می‌توانیم نسخه افزایش قیمت دارو را برای اقتصاد سلامت کشور تجویز کنیم؟

خیرآبادی: وقتی بحث خرید از صنایع داروسازی داخلی می‌شود، قیمت‌های پایین تعیین می‌شود ولی هنگام خرید داروی خارجی، ۳ تا ۴ برابر هزینه پرداخت می‌شود. بنابراین اگر صنعت داروسازی تضعیف شد، با توجه به محدودیت منابع بیمه‌گراها، بیماران باید چند برابر هزینه بپردازند.

اگر مشکلات صنایع داروسازی حل نشود، در سال اول سهم ۳ درصدی واردات به ۵ درصد می‌رسد و به جای ۱/۵ میلیارد دلار باید ۲/۵ میلیارد دلار پرداخت کنیم.

البته اصلاح قیمت دارو به معنای آن نیست که همه بار مالی آن بر دوش بیماران و خانواده آن‌ها قرار گیرد. بلکه باید سه ضلع. مثلث دولت (بیمه‌گراها)، بیمار و داروساز، هرکدام جایگاه منطقی خود را داشته باشند.

مثلث یا مربع؟ نمی‌توان این بازی را با ضلع چهارم یعنی مشتری خارجی داروهای ساخت ایران تلفیق کرد؟

فرهت: پتانسیل خوبی وجود دارد ولی برای صادرات دارو، با مشکلات متعددی مواجه هستیم. مراودات بانکی، تعامل سیاسی، دریافت ویزای تجاری، مدل ارتباط بین کشورها، مقررات چگونگی بازگشت ارز و... همگی مانع توسعه صادرات دارو هستند.

همیشه افق دید برخی تصمیم‌گیران این بوده که در فضای بسته برای خودمان تولید کنیم و به بیرون کاری نداشته باشیم. حال آنکه دانش متخصصان ایرانی، آن قدر قوی است که می‌توانیم در جوامع بین‌المللی حرف‌های جدی بزنیم.

در بیوتک موقعیت خوبی داریم و اکنون به روسیه و ترکیه صادرات داریم. در بازار آمریکای مرکزی و جنوب آفریقا نفوذ کرده‌ایم. ولی برخوردهای مقطعی، آسیب‌های بلندمدت به همراه دارد.

افزایش صادرات، به سیاست‌های قابل اتکا نیاز دارد. آیین‌نامه‌هایی که هر روز عوض می‌شوند و اینکه هر روز یک رویه جدید اعلام شود، مانع تدوین استراتژی توسعه صادرات در شرکت‌های تولیدکننده دارو است.

عبده‌زاده: مسیر صادرات دارو هم تقریباً مسدود شده است. چون می‌گویند بخشی از این دارو که ماده مؤثره آن است، با ارز ۴۲۰۰ تأمین شده است. حال آنکه می‌توان صادرکننده را مکلف کرد معادل صادراتی که از ارز دولتی استفاده کرده، ماده مؤثره را با منابع ارزی خود وارد کشور کند.

مدیران شرکت‌های تولیدکننده از وضعیت مقررات تولید و تجارت دارو خسته شده‌اند. بخشنامه‌های جدید، هیچ‌کدام تسهیل‌کننده فضای کسب‌وکار نیستند.

آقای میکائیلی، اکنون دو سال است که مسیر ورود داروهای جدید به فهرست رسمی دارویی کشور بسته است. به نظر شما با این دست‌ورالعمل‌های خلاقیت ستیز، می‌توانیم شاهد رشد علمی و صنعتی در ساخت دارو باشیم؟

میکائیلی: فهرست رسمی دارویی کشور در اختیار سازمان غذا و دارو است. با توجه به اینکه این سازمان وظیفه تأمین ارز را بر عهده دارد و از این نظر در مضیقه هستند، برای ورود داروهای جدید محدودیت قائل می‌شوند. این وضع حتماً جلوی خلاقیت و توسعه را می‌گیرد. صنایع تولید داروهای بیوتک انتقادهای زیادی دارند. داروهای کنترل کرنا ساخت داخل، پشت بوروکراسی سازمان غذا و دارو گیر کرد درحالی‌که می‌شد به‌عنوان داروی کمکی از آن‌ها جدی‌تر از این استفاده کرد.

شورای عالی بیمه و سازمان‌های بیمه‌گر می‌توانند در این زمینه تسهیلگری کنند. حتی اگر برخی سازندگان به حمایت در مراحل تحقیق و توسعه یا تولید آزمایشی نیاز داشته باشند، بیمه‌ها را کنار خود ببینند. بیمه‌ها در فرآیندهای نوآورانه در فازهای تحقیقاتی، پژوهشی، «تأمین به شرط اثربخشی»، می‌توانند کمک کنند.

عبده‌زاده: فهرست دارویی کشور ۲ سال است که بسته شده است و به جز برخی موارد مرتبط با کرنا، قفل آن باز نشد. از وزارت بهداشت خواستیم که دست کم به شرط تولید داخل، این فهرست را باز کنند؛ حتی شرط تولید ماده اولیه در داخل را هم نپذیرفتند. درحالی‌که با این کار، شرکت‌های دانش‌بنیان نابود می‌شوند.

داروهای جدید، کیفیت زندگی و طول عمر بیمار را افزایش می‌دهد. اما وزارت بهداشت حتی پس از تاییدیه‌های بالینی و ارزیابی اقتصادی هم این داروها را وارد فهرست رسمی نمی‌کند.

خیرآبادی: وقتی پزشکان داروی جدید را تجویز کنند، بیمار و خانواده او با هر قیمت و شرایطی که شده، آن را به‌دست می‌آورند. پس چه بهتر که وزارت بهداشت این حقیقت را بپذیرد و اجازه دهد شرکت‌های تولیدکننده داخلی با قیمت بسیار پایین و کیفیت مطمئن و با حداقل ارزبری این داروها را تولید کنند، این کار هم به نفع بیمار و هم به نفع توسعه صنعت است. نه اینکه تجارت چمدانی دارو به یک شغل تبدیل شود.

ادامه این گفت‌وگو در شماره آینده منتشر خواهد شد.

