

# عدم تناسب قیمت دارو با نوسانات تورم

written by پگاه حبیبی | ۱۳۹۹/۰۹/۳۰



به گزارش مجله خبری غذا و دارو و به نقل از سپید، یکی از مباحث چالش‌برانگیز حوزه دارو در کشور نظام قیمت‌گذاری این محصول استراتژیک است. به باور فعالان این حوزه روش قیمت‌گذاری بسیار سخت‌گیرانه داروهای تولید داخل موجب شده تا رقابتی ناعادلانه‌ای بین داروهای تولید داخل و وارداتی ایجاد شود. آن‌ها معتقدند روش قیمت‌گذاری دارو در ایران روشی منسوخ است زیرا نه میزان تورم را در برمی‌گیرد و نه نوسانات شدید ارزی.

مکانیسم قیمت‌گذاری کالای استراتژیکی چون دارو به دلایل متعددی مانند عدم دسترسی مستقیم و بی‌واسطه مصرف‌کننده و بیمار به دارو، عدم تقارن اطلاعات بین ارائه‌کننده خدمت یعنی پزشک و داروساز و مصرف‌کننده و احتمال سوءاستفاده از این عدم تقارن اطلاعات، وجود مقررات محدودکننده برای ورود و خروج از این بازار، بحث حق اختراع و انحصار و قدرت بالای چندین شرکت برتر دارویی جهان که بیش از 50 درصد سهم بازار دارویی جهان را در اختیار دارند و از ساختار قیمت‌گذاری‌ها در بازار آزاد پیروی نمی‌کنند، باید به‌گونه‌ای باشد که هم منافع تولیدکننده و هم مصرف‌کننده تامین شود، اما این روند همچنان با چالش‌های عمده‌ای روبه‌رو است.

## مدل‌های قیمت‌گذاری دارو در جهان

شیرین فتاح، کارشناس اقتصاد و مدیریت دارو با تایید این نظر، روند قیمت‌گذاری دارو در ایران و جهان را تشریح کرد و گفت: «در جهان از شیوه‌های مختلفی برای قیمت‌گذاری دارو استفاده می‌شود مانند مدل قیمت‌گذاری مرجع که به دو شیوه قیمت‌گذاری مرجع داخلی و مرجع خارجی انجام می‌شود.»

وی افزود: «در روش قیمت‌گذاری مرجع داخلی، داروها بر اساس ماده موثره یکسان، اثرات فارماکولوژیکی یکسان اما با مواد موثره متفاوت و یا بر اساس متوسط قیمت داروهای مورد مصرف برای یک بیماری قیمت‌گذاری می‌شوند. ولی در روش قیمت‌گذاری مرجع خارجی که اکثر کشورهای اروپایی هم از آن استفاده می‌کنند و بیشتر برای داروهای وارداتی اعمال می‌شود، یک یا چند کشور به‌عنوان مرجع قیمت‌گذاری انتخاب شده و کمترین و یا میانگین قیمت موجود در این کشورها، به‌عنوان قیمت اصلی در نظر گرفته می‌شود. روش دیگر قیمت‌گذاری دارو بر اساس عملکرد است که اغلب بر پایه مطالعات فارماکوکونومیک، عملکرد دارو بررسی و قیمت تعیین می‌شود و می‌تواند اثربخشی دارو را در کنار هزینه‌های آن بررسی کند.»

فتاح اضافه کرد: «قیمت‌گذاری ترجیحی یا افتراقی، قیمت‌گذاری بر اساس کنترل سود، قیمت‌گذاری بر اساس حجم که با توجه به میزان مصرف داروهای با تقاضای القایی انجام می‌شود، قیمت‌گذاری بر اساس مدل‌های تسهیم خطر که برای داروهای مورد تأثیرات مستقیم و عوارض جانبی آن عدم اطمینان وجود دارد، قیمت‌گذاری بر اساس هزینه، قیمت‌گذاری بر اساس مناقصه و... روش‌های مرسوم و متداول دیگری در جهان هستند که برای قیمت‌گذاری دارو بکار گرفته می‌شوند.»

این کارشناس اقتصاد دارو ادامه داد: «برای مثال در ترکیه از سال 2002 قیمت‌گذاری مرجع و قیمت‌گذاری‌های مقایسه‌ای انجام می‌شود. در انگلستان و اسپانیا از روش کنترل سود سالیانه و در آلمان با اعمال سطح بازپرداخت هزینه دارو به روش قیمت‌گذاری مرجع، قیمت‌های فروش کنترل می‌شوند. البته در انگلستان و آلمان این اقدام آزادانه و توسط سازندگان دارو و در استرالیا، فرانسه، اسپانیا و ترکیه قیمت‌ها با فرایندهای خاص و معمولاً در کمیسیون‌های مشترک و بین بخشی انجام می‌شود. ضمن آنکه در اکثر کشورها، داروهای پیشخوانی (OTC) تحت پوشش بیمه نیستند و قیمت‌گذاری آن‌ها به دست رقابت در بازار سپرده می‌شود و قیمت داروهای بیمارستانی به‌جز داروهای انحصاری نوآورانه، در مناقصه‌های خرید کلان توسط یک یا گروهی از بیمارستان‌ها تعیین می‌شود.»

## روند قیمت‌گذاری دارو در ایران

وی در تشریح چارچوب قیمت‌گذاری دارو در ایران گفت: «نظام شورایایی قیمت‌گذاری در ایران طی یک فرآیند تصمیم‌گیری اداری بسته به نوع و مرجع دارو به شیوه‌های مختلفی عمل می‌کند. در این شورا داروهای وارداتی بسته به اینکه برند، برند ژنریک و یا ژنریک هستند قیمت‌گذاری می‌شوند؛ بدین صورت که برای داروهای برند اصلی، قیمت دارو در کشور مرجع یا سازنده در نظر گرفته شده و در نهایت با چانه‌زنی بین واردکننده و نهاد قیمت‌گذار، قیمت نهایی تعیین می‌شود. در مورد داروهای غیر برند اصلی هم قیمت برای داروهای با تکنولوژی بالا تا سقف 75 درصد قیمت مصوب برند اصلی و برای بقیه داروها دو تا سه برابر قیمت پایه داروی ژنریک داخلی تعیین می‌شود.»

فتاح افزود: «اما مرجع قیمت‌گذاری در مورد داروهای تولید داخل، برای داروهای ژنریک با در نظر گرفتن هزینه‌های تمام‌شده تولید هر دارو برای تولیدکننده و با افزودن درصدی از کل هزینه‌ها به‌عنوان سود، قیمت را تعیین می‌کند. در این روش علاوه بر هزینه‌های تولید، هزینه حمل‌ونقل، هزینه عمده‌فروشی، خرده‌فروشی و مالیات و ارزش‌افزوده هم بر عهده تولیدکننده می‌افتد. داروهای برند ژنریک هم بسته به میزان بهبود GMP شرکت تولیدکننده دو تا سه برابر قیمت پایه ژنریک قیمت‌گذاری می‌شوند.»

رزیدنت اقتصاد و مدیریت دارو تصریح کرد: «این شیوه قیمت‌گذاری یکی از بزرگ‌ترین چالش‌هایی است که نظام دارویی کشور با آن مواجه است چراکه به‌زعم فعالان این حوزه قیمت‌گذاری هرچند برای هر دارو به‌طور خاص صورت می‌گیرد، لیکن هزینه‌های تحقیق و توسعه و هزینه‌های اطلاع‌رسانی علمی، دوره خواب سرمایه در صنعت داروسازی، تفاوت‌های موجود بین کارخانه‌های تولیدی، خطوط تولید و هزینه‌های رعایت استاندارد GMP، انواع داروهای مشابه با کیفیت‌های متفاوت و ظرفیت‌های تولیدی کارخانه‌های مختلف را که الزاماً منجر به تفاوت هزینه‌ها می‌شود، در نظر گرفته نمی‌شود. لذا برای داروهای به‌ظاهر یکسان، قیمت‌گذاری یکسان انجام می‌شود.» وی اضافه کرد: «مشکل دیگری که در نظام قیمت‌گذاری در ایران وجود دارد تعیین قیمت برای دوره‌های زمانی آتی بر مبنای اسناد هزینه سال قبل از سال قیمت‌گذاری است که این امر در یک اقتصاد تورمی اجحاف مضاعف بر صنعت داروست.»

فتاح با بیان اینکه محصول اجرای این روش منسوخ‌شده قیمت‌گذاری دارو در ایران چیزی جز ایجاد شکاف عمیق قیمتی بین داروهای تولید داخل با داروهای وارداتی و افزایش سهم ریالی داروهای وارداتی در مقایسه با داروهای تولید داخل، به‌رغم کاهش حجم آن‌ها در بازار نبوده است، تاکید کرد: «نتیجه این روند به نحوی بوده که متوسط قیمت یک قلم داروی وارداتی گاه تا ۲۰ برابر متوسط قیمت یک قلم داروی تولید داخل است و در چنین شرایطی کفه سودآوری در بازار دارو بیشتر به سمت واردات دارو خواهد بود و سرمایه‌ها از سمت تولید به سمت واردات خواهد چرخید.»

## عدم تناسب قیمت با نوسانات ارزی و تورم

سید امیر رضویان، مدیرعامل یک شرکت داروسازی داخلی هم با بیان اینکه شیوه قیمت‌گذاری دارو باید با توجه به نوسانات ارز و تورم موجود تغییر کند، گفت: «نحوه

قیمت‌گذاری از سوی سازمان غذا و دارو به‌گونه‌ای است که میزان تورم در کشور را دربر نمی‌گیرد و تنها به مواد موثره دارویی که فقط بخشی از هزینه تولید دارو است توجه دارد درحالی‌که سایر اقلام با ارز آزاد تهیه می‌شود.»

وی با تاکید بر اینکه با این شیوه از قیمت‌گذاری دارو شرکت‌های داروسازی نمی‌توانند برای توسعه خود سرمایه‌گذاری کنند و این مشکل بزرگی است، افزود: «در حال حاضر صنعت داروی کشور با دو مشکل بزرگ تخصیص ارز و نحوه قیمت‌گذاری روبه‌رو است که آن‌هم ناشی از این است که سازمان غذا و دارو به آنچه صنعت می‌گوید باور ندارد.»

رضویان تاکید کرد: «دیدگاه سیستم دولتی به دارو این است که دارو برای کشور به شکل هزینه دیده می‌شود درحالی‌که به ارزش و تاثیر طولانی‌مدتی که این صنعت می‌تواند به وجود بیاورد توجه نمی‌شود؛ بنابراین اگر این نگاه به نگاهی ارزش محور نسبت به صنعت دارو تغییر کند و برای صنعت داروسازی کشور ارزش قائل شوند این صنعت می‌تواند در مدیریت بیماری‌ها در کشور کمک کند و میزان مرگ‌ومیر مبتلایان به بیماران غیر واگیر مانند دیابت، پرفشاری خون، سیستمیک قلبی و... را به شکلی چشمگیر کاهش دهد.»

مدیرعامل داروسازی دکتر عبیدی گفت: «متأسفانه طی سال‌های اخیر صنایع دارویی کشور نتوانسته سازمان غذا و دارو را قانع کند که در روش قیمت‌گذاری دارو تغییراتی ایجاد کند.»

### دارو ارزان‌ترین کالای کشور

هاله حامدی‌فر، نا‌یبر رئیس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران هم با بیان اینکه قیمت‌گذاری دارو در کشور ما توسط دولت انجام می‌شود، گفت: «قانونی که چند سال پیش گذاشته شد این بود که برای داروهای «های‌تک» یعنی داروهایی که نیاز به سرمایه‌گذاری‌های بلندمدت و هزینه‌های تحقیق و توسعه دارند، قیمت‌گذاری ۷۰ درصد قیمت داروی برند انجام شود؛ یعنی اگر داروی برندی که در بازار است تولید داخلش انجام شد، داروی داخلی ۷۰ درصد قیمت مشابه برند خود قیمت‌گذاری شود.»

وی با بیان اینکه این قانون در کشور سلیقه‌ای اجرا می‌شود، افزود: «موضوعی که در زمینه قیمت‌گذاری وجود دارد این است که در برخی موارد تولیدکننده حتی پس از چند سال تولید و فروش نمی‌تواند قیمت یک دارو را ۱۰ تا ۱۵ درصد هم افزایش دهد. در این شرایط به این نتیجه می‌رسد که تولید آن دارو برایش صرفه اقتصادی ندارد و دارو را از چرخه تولید حذف می‌کند؛ لذا این امر موجب می‌شود که بازار با کمبود آن دارو مواجه شود و برای جبران این کمبود، دولت مجبور به واردات آن دارو به ۵ برابر قیمت شود؛ اینجاست که می‌گوییم انگار دغدغه صنعت دارو فقط دغدغه تولیدکنندگان این صنعت است.»

حامدی‌فر با اشاره به مفهوم «هزینه-اثربخشی» در قیمت‌گذاری دارو اظهار داشت: «برای تعیین هزینه-اثربخشی لزومی ندارد دارو وارد بازار شود؛ حتی ممکن است دارو تولید هم نشده باشد و تولیدکننده می‌تواند بگوید من فلان دارو را با قیمت ایکس در دست تولید دارم و قرار است فلان بیماری را درمان کند. پس از آن کارشناسان اقتصاد دارو قیمت را محاسبه می‌کنند که برای اثربخشی این دارو، هزینه اعلام‌شده به‌صرفه است یا نه. این در حالی است که به‌صرفه بودن در افراد مختلف سطوح اقتصادی جامعه با یکدیگر فرق می‌کند؛ یعنی به‌عنوان مثال ممکن است برای یک طبقه جامعه که شرایط مالی خوبی دارد قیمت آن دارو به‌صرفه باشد و برای قشر پایین به‌صرفه نباشد. مشکل ما اینجاست که سازمان جهانی بهداشت اعلام کرده است که یک تا سه درصد GDP بازه قیمتی به‌صرفه بودن هزینه دارو است. این سازمان تمام کشورهای جهان و حتی کشورهای بسیار فقیر را هم در نظر می‌گیرد. یک درصد GDP مربوط به کشورهای محروم و کشورهای کم‌درآمد است؛ درحالی‌که کشور ما در رتبه‌بندی GDP سوم است، در این شرایط بازه قیمتی ما با کشوری مانند گامبیا یکی شده است؛ این در حالی است که کشور ما ذخایر

طبیعی دارد و ثروتمند است.»

وی تاکید کرد: «در حال حاضر ارزان‌ترین کالایی که در کشور به فروش می‌رسد، دارو است و این در حالی است که کالاهای دیگر با توجه به نرخ تورم تعیین قیمت می‌شوند.»

### وعده تحول در مدل‌های قیمت‌گذاری

در سوی دیگر مسئولان سازمان غذا و دارو بر عزم این سازمان جهت اصلاح روند قیمت‌گذاری تاکید دارند و خبر از تحول در مدل‌های قیمت‌گذاری دارو می‌دهند. سید حیدر محمدی، مدیرکل دارو و مواد تحت کنترل این سازمان از برخی تحولات در روش‌های قیمت‌گذاری دارو در سازمان غذا و دارو خبر داد و گفت: «نحوه قیمت‌گذاری دارو در سازمان غذا و دارو کمی متنوع و دچار تغییر شده است و با این شیوه‌ی جدید شرکت‌های داروسازی بر توسعه و تحقیق و کیفیت داروی خود بیشتر تمرکز خواهند کرد.»

وی افزود: «در فرآیند جدید قیمت‌گذاری دارو تاثیرگذاری داشتن GMP و سطح آن و همچنین داشتن بخش تحقیق و توسعه قوی در شرکت‌ها بر روی قیمت‌گذاری بیشتر شده است تا از این طریق بتوانیم شرکت‌ها را به ارتقای کیفیت و افزایش فعالیت‌های تحقیق و توسعه تشویق کنیم.»

---

## یارانه دارو در سال آینده / ردیف اعتباری جدا برای واکسن کرونا

written by پگاه حبیبی | ۱۳۹۹/۰۹/۳۰



به گزارش مجله خبری غذا و دارو، دکتر محمدرضا شانه‌ساز، درباره وضعیت ارز دارو در لایحه بودجه سال آینده، گفت: در لایحه بودجه پیشنهادی دولت برای سال ۱۴۰۰، معادل ۲.۵ میلیارد دلار برای ارز دارو و تجهیزات پزشکی اختصاص داده شده است.

### ارز دارو، دولتی می‌ماند

وی درباره برخی اظهارنظرها مبنی آزادسازی ارز دارو در بودجه سال آینده، افزود: حتی اگر ارز دولتی تمام کالاهای اساسی حذف شود، اما ارز دولتی ۴۲۰۰ تومانی دارو همچنان به قوت خود باقی است.

شانه‌ساز ادامه داد: در سال ۱۳۹۷ میزان ارز تخصیصی برای دارو و تجهیزات پزشکی ۳.۷ میلیارد دلار بوده که سازمان غذا و دارو از طریق افزایش زیرساخت‌های تولید و

افزایش سهم تولید در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی، صرفه‌جویی کرده و این رقم را در سال ۱۳۹۸ به سه میلیارد دلار کاهش داد.

رئیس سازمان غذا و دارو گفت: همچنین در سال ۱۳۹۸، سه میلیارد دلار به عنوان ارز دارو و تجهیزات پزشکی اختصاص یافت و در سال ۱۳۹۹ نیز ۲.۵ میلیارد دلار ارز به حوزه دارو و تجهیزات پزشکی اختصاص داده شد. البته ۵۰۰ میلیون دلار هم بابت اقلام مورد نیاز مقابله با کرونا توسط بانک مرکزی باید محاسبه شود.

### ردیف اعتباری جدا برای مقابله با کرونا

وی با اشاره به اینکه در سال ۱۳۹۹ علاوه بر ۲.۵ میلیارد دلار بودجه، ۵۰۰ میلیون دلار هم برای مصارف مربوط به اقلام دارویی و تجهیزاتی مورد نیاز مبارزه با کرونا باید از بانک مرکزی دریافت کنیم، عنوان کرد: در لایحه بودجه سال ۱۴۰۰ نیز ۲.۵ میلیارد دلار بابت ارز و تجهیزات پزشکی دارو اختصاص داده شده، ضمن آنکه تمام محاسبات مربوط به میزان اعتبار لازم برای تامین اقلام مقابله با کرونا و واکسن کرونا به صورت جداگانه دیده شده است.

## سومین خبرنامه رویداد تی‌پی‌نو منتشر شد

written by پگاه حبیبی | ۱۳۹۹/۰۹/۳۰



به گزارش مجله خبری غذا و دارو، تی‌پی‌نو رویدادی بی‌سابقه بود که توسط شرکت سرمایه‌گذاری دارویی تأمین (تی‌پی‌کو) به منظور جذب ایده‌های ناب در صنعت داروسازی کشور برگزار گردید و اکنون مراحل داوری این رویداد در حال انجام است.

این رویداد به منظور اطلاع‌رسانی مراحل و بررسی نظرات مشارکت‌کنندگان، خبرنامه‌ای تخصصی در نظر گرفته است که به صورت ماهانه از طریق سایت و شبکه‌های مجازی تی‌پی‌نو منتشر می‌شود.

اکنون با آغاز ورود به مرحله اعلام نتایج، شماره جدید «رویداد تی‌پی‌نو» روز دوشنبه 24 آذرماه 99 از سوی دبیرخانه این رویداد منتشر شد، این خبرنامه به صورت الکترونیک در دسترس مخاطبان قرار گرفته است.

مهم‌ترین مطالب این شماره خبرنامه با عناوین «تی‌پی‌نو حلقه واسط دانشگاه و صنعت»، «تی‌پی‌نو آگاهی دانشجویان از حوزه صنعت را بالا می‌برد» و «تی‌پی‌نو می‌تواند کارایی پایان‌نامه‌های دانشجویی را افزایش دهد» آورده شده است.

این خبرنامه که به صورت نسخه PDF در دسترس قرار گرفته است، از طریق لینک زیر قابل مطالعه است.

---

# ارز ۴۲۰۰ تومانی، صنعت دارو را نابود کرده است

written by فخر ده بزرگی | ۱۳۹۹/۰۹/۳۰



به گزارش خبرگزاری مجله خبری غذا و دارو، محمود نجفی عرب، امروز در هجدهمین جلسه هیأت نمایندگان اتاق بازرگانی، صنایع، معادن و کشاورزی تهران، اظهار داشت: ۹۷ درصد از داروی مورد نیاز کشور در داخل تولید می‌شود و حداکثر حدود ۳۰ درصد ارز ۴۲۰۰ تومانی در حوزه تولید دارو هزینه می‌شود و بقیه ارز مورد نیاز تولید دارو ارز نیمایی است.

عضو هیأت نمایندگان اتاق بازرگانی تهران افزود: بر این اساس فقط مواد اولیه و مواد اکتیو تولید دارو مشمول ارز ۴۲۰۰ تومانی می‌شود و به همین دلیل این موضوع زیان هنگفتی را به حوزه تولید دارو وارد کرده است.

نجفی عرب ادامه داد: از آنجا که تهیه ماشین آلات و قطعات یدکی تولید دارو و در مجموع سرمایه‌گذاری در بخش تولید دارو، بر مبنای ارز نیمایی انجام می‌شود و در مقابل کالاهایی که در حوزه دارو تولید می‌شود باید بر مبنای ارز ۴۲۰۰ تومانی فروخته شود در نتیجه در ۲ سال گذشته نرخ استهلاک سرمایه‌گذاری به شدت افزایش یافته و بنابراین در حوزه تولید دارو هیچ سرمایه‌گذاری انجام نشده است.

عضو هیئت نمایندگان اتاق بازرگانی تهران گفت: در مجموع ارز ۴۲۰۰ تومانی که در حوزه تولید دارو تزریق می‌شود منجر به نابودی توسعه و سرمایه‌گذاری صنعت دارو شده و آسیب زیادی به این بخش وارد کرده است.

وی افزود: بنابراین اگر در بودجه سال ۱۴۰۰ باز هم به تولید دارو ارز ۴۲۰۰ تومانی اختصاص یابد مشکلات تولید در بخش دارو به صورت کاملاً جدی افزایش می‌یابد.

---

## گزینه مهم سرمایه‌گذاری

written by پگاه حبیبی | ۱۳۹۹/۰۹/۳۰



به گزارش مجله خبری غذا و دارو و به نقل از دنیای اقتصاد، کالاهای اساسی در ۲۵ گروه کالایی طبقه‌بندی می‌شوند و به غیر از مواردی چون ذرت، دانه‌های روغنی، جو، روغن خام و بخشی از دارو و تجهیزات پزشکی که با ارز ۴۲۰۰ تومانی وارد می‌شود، مابقی با ارز نیمایی که در حال حاضر از محدوده ۲۵ هزار تومان عبور کرده است، تامین می‌شوند. در سال جاری بنا به مصوبه ستاد اقتصادی دولت، سقف واردات دارو و تجهیزات پزشکی، با نرخ ۴۲۰۰ تومان یک میلیارد دلار در نظر گرفته شد.

نکته مهم و موثری که پیش روی شرکت‌های فعال در این صنعت است، موضوع حذف نرخ ارز ۴۲۰۰ تومانی است؛ البته تا به امروز نیز برخی شرکت‌ها مشمول چنین تغییراتی بوده‌اند؛ چنانچه بخش‌های مرتبط با بسته‌بندی، داروهای مکمل و OTC پیش از این از فهرست کالاهای مشمول دریافت ارز ۴۲۰۰ حذف شده‌اند و در حال حاضر تنها به ماده موثره، نرخ ارز ۴۲۰۰ تومانی تخصیص داده می‌شود. با توجه به حساسیت بالای موضوع تامین نرخ ارز کالاهای اساسی، به نظر می‌رسد در آینده‌ای نه چندان دور به سمت تک‌نرخ شدن ارز و حذف تامین نرخ ارز ۴۲۰۰ تومانی از تمامی گروه‌های کالایی باشیم، با این حال این فرآیند چنان‌که تا به امروز به صورت یک‌جا اتفاق نیفتاده و مرحله به مرحله پیش رفته است، در آینده نیز به همین صورت خواهد بود.

شرکت‌های فعال در صنعت دارو، در ریزش مرداد ۹۹ تا به امروز، کاهش قیمت زیادی را تجربه کرده‌اند و متعاقباً با ارائه گزارش‌های ۶ ماهه آنها، نسبت‌های P/ E (TTM) این شرکت‌ها تا حد زیادی تعدیل شدند؛ گرچه برای ایجاد درک صحیح‌تری از این نسبت لازم به ذکر است که در این نسبت، سودآوری شرکت‌ها در بازه ۱۲ ماه اخیر در مخرج کسر قرار می‌گیرد و این در حالی است که رویکرد سرمایه‌گذاران در بازارهای مالی «آینده‌نگر» است و حال سوال اساسی اینجاست که آیا نسبتی که با رویکرد «آینده‌نگر» سرمایه‌گذاری در بازارهای مالی در تضاد است، می‌تواند به صورت «انفرادی» مبنای تصمیم‌گیری و تحلیل قرار گیرد؟

بدون شک، تحلیل روندهای تاریخی و گذشته‌نگر یکی از قدم‌های مهم تحلیل شرکت‌ها، شاخص‌ها، بازارها و... است؛ اما باید به این نکته مهم نیز توجه داشت که ما در بازار سرمایه گذشته سهم را نخریده‌ایم که حال براساس یک شاخص گذشته‌نگر راجع به سرمایه‌گذاری تصمیم‌گیری کنیم، امکان حذف نرخ ارز ۴۲۰۰ در شرکت‌های دارویی و متعاقباً دریافت افزایش نرخ فروش این شرکت‌ها برای حفظ حاشیه سود که مبتنی بر روش نرخ‌گذاری حاکم بر شرکت‌های فعال در این صنعت است، یکی از مهم‌ترین پتانسیل‌های آتی این صنعت است. در نرخ‌گذاری اقلام دارویی، بهای تمام‌شده تولید دارو که شامل مواد، دستمزد و سربار است، وزن بالایی دارد، بنابراین بدون شک تغییرات در هزینه مواد مصرفی، نرخ فروش و متعاقباً مبالغ فروش را متاثر خواهد کرد.

ضمناً باید در نظر داشت که حذف نرخ ارز ۴۲۰۰ مواد موثره شرکت‌ها، یک پتانسیل آتی و محقق نشده است. بنابراین به نظر می‌رسد، توانایی تکرار، پایداری و در گام بعدی رشد سودآوری شرکت‌ها از اهمیت بالاتری برخوردار باشد. یکی دیگر از ویژگی‌های مهم شرکت‌های این صنعت تنوعی است که پیش روی سرمایه‌گذار وجود دارد، بسته به میزان ریسک‌گریزی و رویکرد سرمایه‌گذاری و فاکتورهای معاملاتی چون نقدشوندگی، می‌توان در شرکت‌هایی اعم از تولیدی، پخش (که در صورت داشتن موجودی کالای مناسب، می‌توانند گزینه‌های جذابی در صورت رشد نرخ‌های فروش باشند) یا هلدینگ، سرمایه‌گذاری کرد.

در جمع بندی دومورد بالا باید گفت با توجه به گزارشهای اخیر شرکتهای و انتظار تکرار سودآوری و نیز تنوع گزینههای پیش روی سرمایه گذاری در این صنعت، میتوان از این دو منظر شرکتهای گروه دارویی را یکی از مهم ترین گزینههای پیش روی سرمایه گذاران برای متنوع سازی و اصلاح پرتفو در شرایط فعلی با افق سرمایه گذاری بلندمدت دانست.



نماد	نسبت درآمد فصل آخر به چهار فصل اخیر (درصد)	نسبت سود خالص فصل آخر به چهار فصل اخیر (درصد)	نسبت سود ناخالص فصل آخر به چهار فصل اخیر (درصد)	نسبت سود عملیاتی فصل آخر به چهار فصل اخیر (درصد)	نسبت هزینه مالی ۴ فصل اخیر به درآمد ۴ فصل اخیر (درصد)	حاشیه سود خالص ۴ فصل آخر (درصد)	حاشیه سود ناخالص ۴ فصل آخر (درصد)
دعبید	۳۰	۳۵	۳۱	۳۴	۶	۲۹	۶۲
دره‌آور	۴۱	۶۱	۵۴	۵۶	۸	۳۲	۵۱
دتماد	۳۹	۴۲	۴۰	۳۹	۲	۴۱	۵۲
دسانکو	۴۴	۴۸	۳۹	۳۹	۱۴	۹	۴۲
دشیری	۱۳	۵۴	۲۰	۵۴	۳	۱۵۵	۴۱
دسبحان	۳۳	۴۲	۳۵	۳۸	۶	۳۷	۵۴
دالبر	۳۰	۴۵	۳۳	۳۵	۱۰	۴۲	۴۹
دبالک	۳۶	۵۲	۴۳	۴۸	۵	۲۱	۳۹
کاسپین	۳۰	۳۲	۲۹	۳۱	۷	۲۷	۴۶
دشیمی	۳۰	۴۳	۳۶	۳۶	۶	۲۵	۴۴
فجام	۳۶	۴۱	۴۱	۴۲	۰	۳۱	۳۹
دفرا	۳۸	۴۰	۴۲	۴۳	۰	۵۰	۶۵
درازک	۳۴	۳۲	۳۶	۳۷	۸	۳۸	۵۰
دابور	۳۲	۳۹	۳۶	۳۷	۵	۳۴	۵۰
دقاضی	۳۳	۳۷	۳۶	۳۷	۱	۵۳	۶۷
داوه	۳۷	۳۶	۳۶	۴۰	۲	۲۳	۴۳
دکپسول	۳۵	۳۵	۳۳	۳۴	۰	۳۰	۴۴
دارو	۳۲	۳۳	۳۲	۳۳	۸	۲۷	۴۵
دروز	۳۳	۳۲	۲۹	۳۰	۲۰	۶	۳۶
دلر	۳۰	۳۲	۳۲	۳۲	۵	۳۶	۵۲
دامین	۳۱	۳۱	۲۹	۳۱	۷	۳۳	۵۳
دیران	۳۳	۳۱	۲۸	۳۰	۱۰	۲۹	۵۱
ددام	۳۰	۳۱	۳۱	۳۲	۷	۳۴	۵۳
دزهرای	۳۱	۲۹	۳۰	۳۲	۱۹	۸	۳۶
دتولید	۲۹	۲۹	۳۰	۲۹	۷	۲۵	۴۴
الحاوی	۳۶	۲۷	۳۰	۳۰	۶	۱۵	۴۷
دسینا	۲۸	۲۷	۲۹	۳۲	۶	۲۸	۵۵
دکیمی	۳۰	۲۴	۳۴	۳۸	۶	۴۲	۳۶
دجابر	۴۲	۲۰	۵۹	۷۰	۱۱	۵۴	۳۳
کی بی سی	۲۸	۱۶	۶۴	۵۱	۴	۱۶	۹
دپارس	۳۲	۱۵	۴۰	۴۲	۴	۹۵	۵۰
دفارا	۲۴	۱۲	۱۹	۲۰	۵	۳۳	۴۲
دسبحا	۰	۱۰	-	-۱	۰	۱۳۹	-
دکوثر	۲۴	۱	۲۹	۳۰	۱۶	۶۰	۲۶
دلتما	۲۹	۵۸	۳۹	۷۲	۱۶	۲۳۶	۲۳
داسوه	۲۵	-۱	۲۲	۱۹	۱۱	۳۹	۴۷
میانگین ساده	۳۱	۳۲	۳۵	۳۷	۷	۴۵	۴۵

## ریسک‌های سرمایه‌گذاری

البته باید توجه داشت که این صنعت نیز با ریسک‌های مخصوص به خود همچون نوسانات شدید نرخ ارز، قیمت‌گذاری دستوری محصولات، ضعف تکنولوژیک در برخی شرکت‌ها، بهره‌وری پایین در بخش مواد اولیه و مشکل سرمایه در گردش و هزینه‌های مالی نیز روبه‌رو هستند. براساس گزارش بانک مرکزی، در هفت ماه نخست سال جاری ۶/۲ میلیارد دلار ارز ۴۲۰۰ تومانی برای تامین کالاهای اساسی تخصیص داده شده است. برای این منظور ۶/۱ میلیارد دلار برای ذرت، ۹۸۵ میلیون دلار برای دارو، ۷۷۸ میلیون دلار برای روغن خام و... اختصاص یافته است.

طی سال ۹۸، رقمی معادل ۵۲/۱ میلیارد یورو برای واردات داروی ساخته‌شده، تخصیص داده شده بود که ۴/۱ میلیارد یورو تامین شده و این در حالی است که رقم ثبت سفارشها معادل ۰۱/۲ میلیارد یورو بوده است و تنها ۶۹ درصد ثبت سفارشها تامین ارز شده‌اند. به‌طور کلی تامین ارز در دسته‌های مختلف دارویی اعم از مواد اولیه، ملزومات تولید، ملزومات دارویی و... در سال ۹۸ نسبت به ۹۷ بیش از ۲۰ درصد کاهش داشته است. در حال حاضر ۵۵ درصد از مواد اولیه دارویی توسط شرکت‌های دانش‌بنیان های‌تک در داخل کشور تولید می‌شود و بیش از ۹۵ درصد مواد و لوازم بسته‌بندی هم در داخل تولید می‌شود و نیاز شرکت‌های داروسازی را تامین می‌کند. همچنین در حال حاضر ۹۷ درصد از داروهای موردنیاز کشور از نظر عددی در داخل تهیه و تولید می‌شود و حدود ۳ درصد به‌صورت داروی ساخته‌شده وارد می‌شود.

### نگاهی بر عملکرد شرکت‌های دارویی بازار سرمایه

در جدول زیر سعی شده است تا نگاهی کلی به عملکرد شرکت‌های این گروه در بازه زمانی ۴ فصل اخیر ارائه شود. در انتها میانگین هر ستون نیز ارائه شده است و به این ترتیب مقایسه هر شرکت با متوسط عملکرد شرکت‌های گروه می‌تواند دید مناسبی از جایگاه عملکردی شرکت در داده‌های مالی فصل آخر و چهار فصل اخیر هر شرکت ارائه کند.

در چهار ستون اول نسبت درآمد، سود خالص، ناخالص و عملیاتی هر نماد در سه ماهه آخر نسبت به چهار فصل اخیر آورده شده است. با توجه به اهمیت موضوع هزینه مالی، متوسط نسبت هزینه مالی به درآمد چهار فصل اخیر شرکت نیز در ستون بعدی و در دو ستون آخر برای ایجاد درک دقیق‌تری از جایگاه عملیاتی شرکت‌ها نسبت به یکدیگر و همچنین مارجین ناخالص و خالص شرکت‌ها نیز ارائه شده است. به‌طور کلی ذکر چند نکته در رابطه با بررسی نمادهای این گروه حائز اهمیت است. بحث حذف نرخ ارز از این به بعد شرکت‌هایی را به لحاظ عملیاتی بیشتر متاثر خواهد کرد که پیش از این اولاً به اندازه کافی نرخ رشد نداشته‌اند و ثانياً هنوز جزو شرکت‌هایی هستند که مشمول دریافت ارز ۴۲۰۰ تومانی هستند. بنابراین شرکت‌هایی که مواد مصرفی در قلم بهای تمام‌شده آنها وزن بالایی دارد، ارز ۴۲۰۰ دریافت می‌کنند و هنوز افزایش نرخ نداشته‌اند، این شرکت‌ها بیشترین پتانسیل آتی برای تاثیرپذیری از این محل را دارند.

دو دسته مهم از شرکت‌های دارویی که در جدول بالا ارائه نشده‌اند، عبارتند از: شرکت‌هایی با ماهیت سرمایه‌گذاری یا هلدینگی، از جمله والبر، تیپیکو، شفا و برکت و نیز شرکت‌های پخش از جمله دتوزیع، پخش البرز و هجرت که هر دو نوع از این شرکت‌ها گزینه‌های جذابی برای انتخاب در صنعت دارو هستند. همچنین متوسط نسبت تقسیم سود در صنعت دارو ۷۷ درصد و بتای صنعت زیر یک است که در صورتی‌که رویکرد سرمایه‌گذاری بلندمدت و با دید مجمع اتخاذ شود، با در نظر داشتن ویژگی بتای زیر یک، همان‌طور که پیش از این اشاره شد، صنعت مناسبی برای ایجاد تنوع در پرتفوی سرمایه‌گذاری است.

# چرا صادرات دارو کاهش یافته است/ علت بسته شدن فهرست دارویی کشور

written by فخر ده بزرگی | ۱۳۹۹/۰۹/۳۰



به گزارش خبرنگار مهر، صنعت داروسازی به عنوان یک صنعت استراتژیک در دنیا شناخته می‌شود که توانسته سهم زیادی در کسب درآمد و رشد اقتصادی برخی کشورها داشته باشد. اهمیت این موضوع وقتی نمایان می‌شود که بدانیم بعد از تجارت اسلحه، فروش دارو توانسته از جایگاه ویژه‌ای در مبادلات تجاری برخوردار شود.

این در حالی است که صنعت داروسازی کشورمان با توجه به جایگاهی که در تأمین نیازهای دارویی کشور دارد، اما با مشکلات و چالش‌های زیادی در مسیر رشد و توسعه مواجه است که در شرایط تحریم‌ها، این وضعیت به مراتب سخت‌تر شده است. البته دست‌اندرکاران صنعت داروسازی کشور به خصوص تولیدکنندگان داروهای با تکنولوژی بالا و «های‌تک»، معتقدند اگر مقررات دست و پاگیر داخلی نباشد، تولیدکنندگان می‌توانند به آسانی از سد تحریم‌ها عبور کرده و وارد رقابت با شرکت‌های قدرتمند خارجی شوند.

حسام‌الدین مدنی رئیس هیأت مدیره و محمدرضا کاظمعلی دبیر انجمن تولیدکنندگان صادرکنندگان محصولات بیوتکنولوژی پزشکی ایران، با حضور در خبرگزاری مهر، به گوشه‌ای از مسائل و مشکلات تولید و صادرات داروهای بیوتک پرداختند.

– دلایل وزارت بهداشت برای بستن فهرست دارویی چیست؟

کاظمعلی: ما نباید تمام تقصیرها را به گردن سازمان غذا و دارو و وزارت بهداشت بیاندازیم. آن‌ها هم با مشکلاتی روبرو هستند از جمله ارز که باید تخصیص داده شود. مطلب بعدی اینکه اگر بخواهیم چنین کاری کنیم باید بیمه‌ها قبول کنند که ممکن است بعضاً بیمه‌ها این مسئله را قبول نکنند. ارتباطی که وزارت بهداشت با سازمان برنامه و بودجه و بانک مرکزی دارد باید در راستای تقویت تولید داخل و توسعه صادرات باشد. به دلیل عارضه‌ای که هر کسی فقط سازمان خودش را می‌بیند، راه به سرعت پیش نمی‌رود.

قضیه داروهای تکنسهای که بخواهد و بتواند وارد بازار شود چیزی است که سازمان غذا و دارو با وزیر بهداشت پیگیری می‌کنند تا مصوبه آن را از هیئت دولت بگیرند تا مثل داروهای خارجی وارد بازار شود. یک زمانی از طریق دولت و هیات دولت تصویب می‌شود و راهی راحت تر است اما جایی که هماهنگی با سازمان‌های دیگر مطرح است، کار به کندی پیش می‌رود.

مدنی: اینکه در سازمان غذا و دارو، وزارت بهداشت و یا سایر سازمان‌ها کارها به کندی پیش می‌رود، این است که مدیران جرات خود را از دست داده‌اند. کسی حاضر نیست به راحتی ریسک کند. به بانک مرکزی نامه بنویسید، جواب نمی‌دهد و می‌گوید ما به هیچ

شرکتی جواب نمیدهیم. بالاخره این شرکتها برای مملکت است و باید جواب نامه را بدهند. مدیران و مسئولان برای اینکه از موضع تهمت دور شوند، سعی میکنند محتاطانه کار کنند و این احتیاط بیش از حد باعث کندی کارها میشود. باید با سرعت مطمئنه حرکت کنید، شاید سرعت مطمئنه ۸۰ کیلومتر باشد اما شما با ترس به جای ۸۰ کیلومتر با ۲۰ کیلومتر حرکت میکنید اما منجر به تصادف، کندی، خلل در رفت و آمد میشود. مدیران و مسئولان کشور ما از ترس اینکه دو سال یا سه سال، کسی سراغشان نیاید، اقدامی نمیکنند یا اقدام به کارهای روشن و واضح میکنند.

- آیا داشتن فهرست دارویی هزینه‌ای برای دولت دارد؟

مدنی: بله. وقتی فهرست دارویی باز باشد، دارو باید با قیمت ارزان‌تر تهیه شود. مردم نمیتوانند دارو به قیمت سوئیس بگیرند اما حقوق با قیمت بنگلادش داشته باشند. وقتی حقوق مثل سوئیس نمیشود برخی اقلام ضروری مثل دارو از طرف دولت شامل سوبسید میشود. هر چه دامنه این داروها و تعداد آنها بیشتر باشد دولت باید پول بیشتری بدهد و وارد بیمه کند. پیشنهاد ما این بود که ارز ۴۲۰۰ تومانی را حذف کنید. اولاً این ارز ۴۲۰۰ تومانی منبع فساد است و ثانياً منبع قاچاق میشود (ارز داخل کشور پایین است و در کشورهای همسایه بالا است) به راحتی به جای دیگر میبرد و سود بیشتری به دست آورد. پیشنهاد این بود که قیمت‌گذاری را به خود شرکتهای دارویی و بیمه‌ها واگذار کنید و یک مسئولیت از وزارت بهداشت کم میشود. بیمه با شرکتهای برای قیمت وارد مذاکره میشوند و مستقیم به جای اینکه بیمه به کارخانجات پول بدهد که مواد اولیه ارزان قیمت بخرد، ارز آزاد وارد کنند و آن پولی که به کارخانه میدهد را از مردم حمایت کند و مردم را بیمه کند و با شرکتهای کارخانجات و هلدینگها در مورد محصولات به توافق برسند.

یک هماهنگی هوشمندانه داخل سیستم مطلوبید و از آنجایی که سازمانها با هم ارتباطی ندارند و هر سازمان به دنبال این است که مشکل خود را برطرف کند، این ارتباط برقرار نمیشود. تکلیف مشخص است، مردم دارو مصرف میکنند، وزارت بهداشت در مورد قیمت پاسخگو نیست، بیمه‌ها مسئول هستند و کارخانجات تکلیف خودشان را میدانند و وقتی قیمت‌ها واقعی شد، قاچاق صورت نمیگیرد.

- فکر میکنید که روش پیشنهادی به نفع بازار دارویی کشور میشود؟

مدنی: بله. در واقع این پول را سیستم به وزارت بهداشت میدهد و وزارت بهداشت به شرکتهای اختصاص میدهد تا مواد اولیه را تهیه کنند. وقتی این پول برای پشتیبانی مردم باشد و قرار باشد مستقیم به جیب مردم برود، جلوی شرکتهایی که رقابت با تولید داخل میکنند گرفته میشود چون مجبور است ارز آزاد بگیرد ولی الان برای بخشی از داروها ارز دولتی میگیرد و مجبور است با بیمه چانه بزند، بیمه زیر بار نمی‌رود و بنابراین قیمت واقعی نمیشود.

البته هر قاعده‌ای میتواند استثنائاتی هم داشته باشد مثلاً داروهای تک نسخه‌ای که در داخل تولید نمیشود تحت نظارت کمیته‌ای متشکل از دولت و بیمه به صورت هوشمندانه و مانیتور شده برنامه‌ریزی شود. ما باید برای یک دلار هم برنامه‌ریزی در کشور داشته باشیم. امسال وزارت بهداشت می‌گوید ۱۰۰ میلیون دلار میخواهم اما ۷۰ میلیون دلار میدهند. در حالی که وزارت بهداشت برای صد میلیون دلار قاعده و حسابی دارد. یا می‌گوید من پول نمیدهم. وقتی بیمه به صورت مستقیم یا با تولیدکنندگان در ارتباط باشد، مسائل و مشکلات را بفهمد و سازمانی در خود به وجود آورد تا به صورت مستقیم با شرکتهای وارد مذاکره شود، بیمه متوجه میشود که بازار چگونه است، گمرک چقدر است و خودش متوجه میشود. سازمان غذا و دارو چطور قیمت‌گذاری میکند؟ شرکت باید تمام این موارد را به سازمان ارائه دهد و سازمان بر اساس آن قیمت‌گذاری میکند. سازمان قیمتی میدهد و شرکت قبول نمیکند، سازمان غذا و دارو از دو طرف تحت فشار قرار می‌گیرد. یک طرف شرکت و طرف دیگر بیمه. بیمه می‌گوید بیشتر نمیدهم و شرکت می‌گوید که من این مقدار میخواهم. کاری کنیم که شرکت مستقیم با بیمه چانه بزند و کنار

بیابند. به این صورت نه سازمان غذا و دارو متهم می‌شود و هم اینکه جلوی ارزهایی که بیهوده برای واردات مصرف می‌شود، گرفته می‌شود و بسیار برای کشور و صرفه‌جویی ارزی مفید است.

- محصولات داخلی ما مشابه وارداتی دارد؟ اگر موجود است باعث رقابت می‌شود یا قدرت ما را زیر سؤال می‌برد؟

مدنی: یکی از بزرگ‌ترین معضلات شرکت‌های دارویی کشور ما، مسئله ارز است. زمانی که ارز مناسب به شما اختصاص پیدا نمی‌کند، طبیعتاً در قیمت‌گذاری دچار مشکل می‌شوید. از ما خواسته می‌شود برای کاهش ارزی خود برای تأمین مواد اولیه حرکتی داشته باشیم و میزان ارزی خود را کاهش دهیم. در حالی که بررسی‌ها نشان می‌دهد در ۷ ماهه اول سال ۱۳۹۷ نزدیک به ۱۰ میلیون دلار واردات محصولات دارویی بیولوژیکی مشابه تولید داخل داشتیم. اصرار بر این است که اگر کمبود ارزی برای واردات مواد اولیه وجود دارد چرا این ارز به واردات محصولاتی داده می‌شود که داخل ایران بعضاً ۱۰ سال است تولید می‌شود و نیاز کشور را تأمین می‌کنند و بعضاً صادر می‌شوند، چه نیازی است که این محصولات وارد کشور شود؟

- کاهش حجم صادرات به علت تحریم‌ها بوده یا مسائل دیگر دخالت داشته است؟

کاظمعلی: الان می‌توانیم صادرات را با تصحیح ماده ۹ مصوبه هیات وزیران برای داروهای تک نسخه‌ای که جلوی واردات آن گرفته می‌شود، داشته باشیم و همچنین این مصوبه را برای داروهای تولید داخل هم داشته باشیم، باعث می‌شود که فشاری به بیمه‌ها وارد نشود و راه صادرات فراهم می‌شود. مشکلات تحریم بین‌المللی، تحریم بانک‌ها، انتقال ارز صادراتی و... که شرکت‌های ما با آن مواجه هستند، وجود دارد اما راه حلی که در داخل کشور برای آن در نظر گرفته‌ایم مصوبه هیات وزیران است.

- چرا از ۵۰ میلیون دلار به زیر ۲۰ میلیون دلار رسیدیم؟

مدنی: به علت مشکلاتی که بر سر صادرات است. مسئله اول اینکه مثلاً بانک مرکزی می‌گوید ارز حاصل از صادرات باید ۴ ماهه بازگردد که این اصلاً امکان‌پذیر نیست. بسیاری از شرکت‌ها صادرات کردند اما نتوانستند ارز را بازگردانند. بانک مرکزی باید این مدت را به ۹ ماه تا یک سال افزایش دهد. این شرکت‌ها در لیست سیاه بانک مرکزی قرار گرفتند و به دادگاه انتقال داده شدند؛ بنابراین شرکت‌ها از صادرات صرف‌نظر می‌کنند. مسئله دیگر اینکه سازمان غذا و دارو به خاطر برخی مشکلات داخلی، اجازه صادرات هر دارویی را نمی‌دهد که به نظر کار درستی است. باید ابتدا مردم کشور خودمان مورد اهمیت قرار گیرند و بخشی از این دارو اجازه صادرات ندارد و صادرات پایین می‌آید.

مسئله دیگر عدم تأمین به موقع ارز است. وقتی شرکت‌های ما سفارش خارجی مواد اولیه خود را می‌دهند طبیعتاً یک سری شرکت‌های خارجی هستند که تأمین مواد اولیه می‌کنند و هر شرکتی اعتبار اولیه‌ای نزد شرکت‌های خارجی دارد، وقتی ارز به موقع به شرکت‌ها تعلق نمی‌گیرد در تأمین مواد اولیه دچار مشکل می‌شوند. زمانی که در تأمین مواد اولیه دچار مشکل می‌شوند در زمینه تولید هم دچار مشکلات می‌شوند و طبیعتاً صادرات دستخوش تغییر می‌شود.

- شرکت‌های بایو فقط روی دارو کار می‌کنند یا محصولات دیگر هم هست؟

کاظمعلی: ما اعضای انجمن تولیدکنندگان و صادرکنندگان محصولات بیوتکنولوژی هستیم. تنها به بحث دارو نمی‌پردازیم و بحث واکسن هم هست. شرکت‌هایی در حوزه تشخیصی و تولید کیت‌های دارویی هستند. شرکت‌هایی در حوزه تولید تجهیزات استفاده شده در خطوط صنایع دارویی کار می‌کنند. در حوزه واکسن، شرکت‌هایی در حال تولید دارو هستند.

مدتی قبل واکسن HPV تولید و رونمایی شد. واکسن‌های دیگر هم در حال کار است. شرکت‌هایی داریم که در محصولات فرآورده‌های خونی و پلاسما فعالیت می‌کنند و این شرکت برای اولین بار توسط بخش خصوصی در ایران تأسیس شده و وابستگی ما را به محصولات مشتق از پلاسما را برطرف خواهد کرد.

- رقبای ما از کدام کشورها هستند؟

مدنی: در محصولات «های تک» رقبای ما، آمریکایی‌ها و اروپایی‌ها هستند و در ارتباط با داروهای شیمیایی، چین و هند رقبای ما هستند.

- با توجه به توانمندی صنعت داروسازی کشور، آیا امکان حذف واردات دارو وجود دارد؟

کاظمعلی: اگر مشکلاتی که پیش رو داریم، برداشته شود، می‌توانیم در شرایط حاضر تا ۲۰۰ میلیون دلار در سال صادرات داشته باشیم. اگر صنعت توسعه یابد صادرات هم افزایش پیدا می‌کند. هیچ کشوری کل نیاز دارویی خودش را تأمین نمی‌کند، چون توجیه اقتصادی ندارد. ما نباید به سمتی حرکت کنیم و بگوییم می‌خواهیم خودکفایی صددرصدی در حوزه دارو داشته باشیم. این از لحاظ اقتصادی اصلاً مقرون به صرفه نیست. سه الی چهار درصد اقلام دارویی که وارد می‌شود نزدیک به ۴۰ تا ۴۵ درصد به لحاظ ارزی هزینه ایجاد می‌کند. طبیعتاً شرکت‌های ما که روی داروهای حیاتی دست می‌گذارند، هم به تأمین داخلی و هم به صرفه اقتصادی آن فکر می‌کنند. بعضی از بیماری‌های ژنتیکی هست که تعداد مبتلایان آن بیشتر از ۲۰۰ نفر در کشور نیست. تولید این محصول در داخل مقرون به صرفه نیست مگر اینکه دولت حمایت جدی کند یا سمن‌ها از شرکت‌های داروسازی می‌خواهند داروی این بیماری را کشف و تولید کنند؛ اما شرکت بین‌المللی که داروی این بیماری نادر را تولید می‌کند برای دنیا تولید می‌کند و بازار آن در کشور ما کم است و ما به سمت تولید آن داروها نمی‌رویم. از ۱۵۰ محصول بایوتک که تأییدیه جهانی دارند ما روی ۴۰ محصول تمرکز داریم. اگر بتوانیم این ۴۰ محصول گران‌قیمت بایوتک را که برای بیماری‌های صعب‌العلاج مثل هموفیلی، سرطان، ام‌اس و... است را تولید کنیم به سراغ محصولات دیگر می‌رویم. باید زیرساخت‌های آن فراهم شود. در حال حاضر ما در آسیا متنوع‌ترین محصولات بایوتک را داریم. به لحاظ فروش در آسیا جایگاه سوم را داریم. اگر از الان سرمایه‌گذاری و حمایت‌های دولتی یا ایجاد زیرساخت‌ها در توسعه این صنعت در کشور ما انجام نپذیرد ما در چند سال آینده این جایگاه را در آسیا از دست خواهیم داد. ما رقبای جدی در منطقه داریم مثل کره جنوبی، ژاپن، تایوان و... را در حوزه بایوتک در آسیا داریم. یکی از این کشورها محصولاتش را تا ۲۰۳۰ پیش فروش کرده است و ظرفیت تولید بسیار بالایی دارند و می‌توانند بازار دنیا را تسخیر کنند.

مدنی: اگر الان در این جایگاه هستیم به خاطر سیاست‌گذاری ۲۰ سال گذشته بوده است. اگر می‌خواهیم در آینده این صنعت حفظ شود و رشد داشته باشد و در منطقه و آسیا حرفی برای گفتن داشته باشیم باید از الان زیرساخت‌های لازم در این حوزه را فراهم کنیم. به نظر من صنعت داروسازی ما و بیوتکنولوژی و مکمل‌ها و تجهیزات پزشکی ما، صنعت پیشرفته‌ای است. آدم‌های نخبه بسیار زیادی در خود دارد. اگر امروز دولت و مسئولین اهتمام و توجه کافی به این صنعت و رشد آن داشته باشند، به عنوان یکی از مزیت‌های رقابتی جمهوری اسلامی می‌تواند در رقابت با کشورهای دیگر فعالیت کند، اما اگر اهتمام کافی نکند، در چند سال آینده عقب می‌مانیم.

# اعتبار ۱۰۰۰ میلیارد تومانی در سال ۱۴۰۰ برای خرید و تولید واکسن کرونا

written by پگاه حبیبی | ۱۳۹۹/۰۹/۳۰



به گزارش مجله خبری غذا و دارو، مبلغ ۱۰۰۰ میلیارد تومان در سال ۱۴۰۰ برای خرید و تولید واکسن کرونا در ردیف تحت عنوان «یارانه دارو و شیرخشک» زیرمجموعه سازمان غذا و دارو پیش‌بینی شده است.

روابط عمومی سازمان برنامه و بودجه خبر داد برای مدیریت و مقابله با بیماری کرونا در سال ۱۴۰۰، همانند سال جاری تأمین اعتبار بسته‌های مختلفی از جمله بسته خرید و تولید واکسن کرونا پیش‌بینی شده است.

در این زمینه به آگاهی می‌رسد:

۱- طی ردیف شماره ۱۲۹۴۵۳ تحت عنوان «یارانه دارو و شیرخشک»، مبلغ ۱۰۰۰ میلیارد تومان برای خرید و تولید واکسن کرونا، به منظور واکسیناسیون رایگان جمعیت پرخطر، در لایحه بودجه سال ۱۴۰۰ یادار شده است.

۲- برای مدیریت و مقابله با بیماری کرونا در سال ۱۴۰۰، همانند سال جاری تأمین اعتبار بسته‌های مختلفی از جمله بسته خرید و تولید واکسن کرونا و نیز واکسن آنفلوانزا در قالب منابع استقراضی از صندوق توسعه ملی در دستور کار قرار دارد.

---

## نجات صنعت دارو از ارز یارانه‌ای

written by پگاه حبیبی | ۱۳۹۹/۰۹/۳۰



به گزارش مجله خبری غذا و دارو و به نقل از دنیای اقتصاد، در حال حاضر واردات ماده مؤثر داروهای انسانی، با ارز ۴۲۰۰ تومانی صورت می‌گیرد. جالب است که شرکت‌های تولیدکننده داروهای انسانی، خواهان حذف این ارز هستند و معتقدند بهتر است یارانه

تخصیص یافته به دارو، به صورت ریالی و به شرکت‌های بیمه‌گر توزیع شود. از دید آن‌ها، لازم است که دولت و شرکت‌های بیمه‌گر مسئولیت حمایت از بیماران را بر عهده بگیرند و شرکت‌های تولیدکننده، بر پایداری و توسعه تولید متمرکز شوند. برای بررسی دیدگاه‌ها در این زمینه، میزگردی را با حضور آقایان محمد عبده‌زاده رئیس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی، مرتضی خیرآبادی عضو هیات‌مدیره این سندیکا، پویا فرهت مدیرعامل شرکت سرمایه‌گذاری تأمین (تی‌پی‌کو) و کاظم میکائیلی عضو دبیرخانه شورای عالی بیمه کشور برگزار کردیم که قسمت نخست را در ادامه می‌خوانید.

اکنون برای واردات ماده مؤثره داروهای انسانی، ارز ۴۲۰۰ تومانی تخصیص می‌یابد و برخی تصور می‌کنند این کار، حمایت از کارخانه‌های داخلی ساخت دارو برای دستیابی ارزان‌تر به مواد اولیه است. آیا با این تحلیل موافقت می‌کنید؟

عبده‌زاده: به هیچ‌وجه! در تولید دارو، چندین قلم مواد به‌کار می‌رود که فقط ماده مؤثره آن از ارز ۴۲۰۰ استفاده می‌کند. حدود ۳۰ درصد از هزینه‌های تولید دارو به ماده مؤثره اختصاص دارد ولی بقیه مواد آن اعم از وارداتی یا تولید داخل، همگی متأثر از قیمت ارز نیما می‌هستند. مواد جانبی، آزمایشگاهی، بسته‌بندی اولیه، جعبه کاغذی و... متناسب با تحولات ارز نیما می‌گران شده‌اند. اما قیمت‌گذاری دولتی حاکم بر بازار دارو، به افزایش این هزینه‌ها و مسائلی مانند حقوق و دستمزد، تجهیزات آزمایشگاهی، تعمیرات و قطعات یدکی ماشین‌آلات تولید و... هیچ توجهی نداشته و وزارت بهداشت قیمت محصول نهایی را متناسب با افزایش هزینه‌ها اصلاح نمی‌کند.

این درحالی است که ما معتقد به ارز تک‌نرخ به دور از ایجاد زمینه رانت و فساد با تعهد تثبیت و تأمین آن هستیم، ولی چنانچه دولت بخواهد قیمت‌های فعلی را حفظ کند، یا باید همه عوامل مؤثر در تولید، با ارز دولتی تأمین شود که عملاً امکان‌پذیر نیست، یا قیمت فروش دارو متناسب با تغییرات هزینه‌ها اصلاح و برای حمایت از مصرف‌کنندگان، چاره دیگری اندیشیده شود. در غیر این‌صورت کارخانه‌های تولیدی با ادامه سیاست فعلی ورشکست خواهند شد.

جالب است که به سایر کالاهای اساسی مثل لبنیات، گوشت، مرغ و... اجازه داده می‌شود متناسب با افزایش هزینه‌های تولید، قیمت‌ها را افزایش دهند؛ اما بازار دارو به‌رغم افزایش سرسام‌آور قیمت نهاده‌های تولید با تثبیت نسبی قیمت محصول نهایی مواجه است. هزینه‌ها در ۳ سال اخیر چندین برابر افزایش یافته ولی قیمت دارو حدود ۳۰ درصد رشد کرده است؛ با این توجیه که ماده مؤثره با ارز دولتی وارد می‌شود. درحالی‌که حتی همه احتیاج کارخانه‌ها به ماده مؤثره هم تأمین ارز نمی‌شود. از طرف دیگر بودجه ارزی تأمین دارو و مواد اولیه نیز کاهش چشمگیر داشته و به ۱/۵ میلیارد دلار در سال رسیده که نزدیک به ۵۰۰ میلیون دلار آن صرف تأمین داروهای موردنیاز کرونا شده است درحالی‌که بودجه ارزی موردنیاز تأمین داروی کشور بیش از دو میلیارد دلار بدون داروهای موردنیاز کرونا است.

میکائیلی: سازمان‌های بزرگ بیمه‌گر یعنی تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و بیمه نیروهای مسلح، سالیانه حدود ۱۰ هزار میلیارد تومان کمک هزینه دارو به بیماران پرداخت می‌کنند. هزینه دارویی که بیمه‌گرها می‌پردازند، ۳۲ درصد کل هزینه‌های آن‌هاست درحالی‌که در کشورهای توسعه‌یافته، این سهم حدود ۱۳ تا ۱۴ درصد است.

یکی از دلایل این وضعیت، درآمد پایین‌تر ایرانیان نسبت به سطح آن کشورها است. همچنین تعرفه‌های خدمات درمانی در دو بخش خصوصی، حدود ۲/۵ برابر تعرفه دولتی است.

طبیعی است که با این وضعیت، امکان افزایش کمک هزینه دارو توسط بیمه‌گرها وجود ندارد، مگر اینکه منابع جدید و پایداری برای این کار در نظر گرفته شود.

خیرآبادی: سال گذشته مجموع بازار دارویی کشور حدود ۳۴ هزار میلیارد تومان بوده



که ۱۰ هزار میلیارد تومان هزینه آن توسط بیمه‌ها تأمین شده است. این درحالی است که دولت ادعا می‌کند ۵۶ درصد هزینه دارو را پرداخت می‌کند و به اتکای این ادعا، نرخ‌گذاری می‌کند. درحالی‌که در واقع، ۲۹ درصد تأمین مالی دارو توسط دولت انجام می‌شود ولی تصمیم‌گیری ۱۰۰ درصدی برای نرخ را در دستور کار قرار داده است، آن‌هم بدون در نظر گرفتن مکانیزم جبران کامل هزینه‌های تولید.

میکائیلی: بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تأمین‌اجتماعی 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 است. حذف گروه داروهای OTC از سبد داروهای بیمه‌ای و کاهش بیمه‌شدگان باعث شد که هم به بیماران بابت گران شدن دارو فشار بیشتری بیاید و هم به تولیدکنندگان.

عبده‌زاده: دغدغه دولت، مجلس و همه ما، عدم تحمیل فشار مالی به بیماران است. اما تغییرات نرخ ارز و افزایش قیمت کالاهای داخلی، طوری است که هزینه تولید دارو به‌شدت 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. به همین دلیل باید به دنبال بررسی دقیق‌تر روش‌های حمایتی باشیم تا هرکدام 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 هرکدام 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 ارز تخصیصی به قیمت ۴۲۰۰ تا نرخ نیمایی را به‌صورت ریالی در اختیار بیمه‌ها قرار دهند. افزایش قیمت ارز خرید مواد اولیه دارو به نیمایی، می‌تواند کمک کند تا هم مشکلات داروسازها حل شود؛ هم‌توان مالی سازمان‌های بیمه‌گر افزایش یابد و هم بیماران، دسترسی سهل‌تری 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 دردسرهایی 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 ۴۰۰ 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 عمدتاً 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.

عبده‌زاده: 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 بیمه‌گرها، بیماران باید چند برابر هزینه پردازند.

اگر مشکلات صنایع داروسازی حل نشود، در سال اول سهم ۳ درصدی واردات به ۵ درصد می‌رسد و به‌جای 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 (بیمه‌گرها)، 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 تأمین‌شده 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 کرونا 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 بینند. 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 کرونا، 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 به دست 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 ارزیابی 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.

## آغاز تست واکسن کرونای تولید ستاد اجرائی امام از دی ماه

written by پگاه حبیبی | ۱۳۹۹/۰۹/۳۰



به گزارش مجله خبری غذا و دارو، رئیس ستاد اجرائی فرمان امام (ره) گفت: تست انسانی واکسن کرونای تولیدی ستاد اجرائی با مجوز صادر شده از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از هفته اول دی آغاز و در سه فاز ۲۸ روزه انجام خواهد شد.

وی با اشاره به این تفاهم‌نامه‌ها اظهار کرد: پس از اینکه رهبر معظم انقلاب در سال ۹۲ سیاست‌های اقتصاد مقاومتی را ابلاغ کردند متوجه شدیم که تغییر نگرش در این حوزه لازم و ضروری است.

رئیس ستاد اجرائی فرمان امام (ره) تأکید کرد: روح اقتصاد مقاومتی، محوریت دادن و میدان دادن به مردم است که اگر این اتفاق بیفتد خیلی از مسائل حل می‌شود که نمونه‌اش تفاهم‌نامه امروز بین ستاد و وزارت جهاد کشاورزی است.

وی افزود: در ۶ ماه آخر سال گذشته با اجرای ۱۰ هزار طرح در سیستان و بلوچستان توسط ستاد اجرائی، ۱۶ هزار تن گوشت قرمز تولید شد و با اجرای تفاهم‌نامه امروز تا پایان امسال نیز از سه طریق اشتغال‌های خرد و خانگی، تهاتر و ساماندهی تولیدات، این میزان به ۴۸ هزار تن خواهد رسید.

مخبر با بیان اینکه ستاد اجرایی فرمان امام (ره) در هر دو حوزه امنیت غذایی و دارویی ورود کرده، گریزی به بحث تولید واکسن ایرانی کرونا کرد و افزود: تست انسانی واکسن کرناوی تولیدی ستاد اجرایی با مجوز صادر شده از سوی وزارت بهداشت از هفته اول دی آغاز و در سه فاز ۲۸ روزه انجام خواهد شد.

وی ادامه داد: دانشمندان ستاد اجرایی اطمینان دارند که بهترین و مطمئن‌ترین واکسن کرونا در کشور را تولید خواهیم کرد و به دلیل استفاده از ویروس کشته‌شده، این واکسن هیچ خطری برای مردم عزیزمان نخواهد داشت.

مخبر خاطر نشان کرد: این واکسن ابتدا بر روی ۵۶ نفر تزریق خواهد شد، در فاز دوم این واکسن به ۵۰۰ نفر تزریق خواهد شد و برای فاز سوم هیچ محدودیتی اعمال نمی‌شود و می‌توانیم به تولید انبوه برسیم و سه الی چهار ماه بعد از تست انسانی ما به نقطه‌ای خواهیم رسید که کشور از واردات این واکسن بی‌نیاز خواهد شد.

رئیس ستاد اجرایی فرمان امام (ره) افزود: با سیل عظیمی از متقاضیان برای تست واکسن کرونا مواجه هستیم.

## داروهای تحت پوشش بیماران کرونایی در بخش سرپایی و بستری

written by پگاه حبیبی | ۱۳۹۹/۰۹/۳۰



به گزارش مجله خبری غذا و دارو، مهدی رضایی؛ معاون بیمه و خدمات سلامت سازمان بیمه سلامت در خصوص داروهای تحت پوشش بیماران کرونایی اظهار کرد: مبنای عملکرد سازمان بیمه سلامت برای پوشش داروها و خدمات بیمه‌شدگان مبتلا به کرونا دستورالعمل‌های تدوین شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است.

او افزود: این دستورالعمل از ابتدای شیوع این بیماری، بروز رسانی شده و جهت اجرا ابلاغ شده است.

معاون بیمه و خدمات سلامت سازمان بیمه سلامت تصریح کرد: بر همین اساس و به موجب ابلاغیه معاون درمان وزارت بهداشت در خصوص نسخه هشتم راهنمای تشخیص و درمان کووید ۱۹، داروهای هیدروکسی کلروکین سولفات و کلروکین فسفات در بخش سرپایی و داروهای اینترفرون بتا در بخش بستری، برای بیمه‌شدگان مبتلا به کرونا تحت پوشش قرار دارند.

او تصریح کرد: این داروها پیش از این نیز در فهرست تعهدات سازمان قرار داشته‌اند که به موجب این ابلاغیه، برای درمان کووید ۱۹ نیز پذیرش و پرداخت می‌شود.

رضایی تأکید کرد: از تاریخ ۲۵ آبان به موجب ابلاغیه وزیر بهداشت و مصوبه هفتاد و

نهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور، داروهای فاویپرواویر و رمدسیویر، جهت درمان کرونا مبتنی بر دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، از تاریخ مذکور تحت پوشش بیمه قرار گرفته است.

معاون بیمه و خدمات سلامت سازمان بیمه سلامت افزود: سایر داروهای مورد استفاده اعم از داروهای مسکن، ضد سرفه، ضد تهوع، داروهای ضد انعقاد و آنتی بیوتیک بر اساس فهرست تعهدات بیمه پایه و طبق مفاد راهنمای تجویز ابلاغی، برای درمان این بیماران، پرداخت می‌شود.