

بررسی دارو توسط فرهنگستان علوم پزشکی

در مصاحبه با آقای دکتر نوری

مقدمه

فرهنگستان علوم پزشکی پیرامون مستندسازی نظام دارویی کشور و واردات دارو از سال ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۰، دو طرح تحقیقی را مورد بررسی قرار داده است. در این رابطه با تعدادی از دست‌اندرکاران و کارشناسان این حوزه مصاحبه‌هایی را انجام داده‌اند که قرار است بعداً به صورت کتابی از طرف فرهنگستان علوم پزشکی منتشر شود.

آقای دکتر نوری از جمله داروسازانی هستند که در این رابطه، مصاحبه‌ای انجام داده‌اند. در این قسمت، مصاحبه ایشان را با فرهنگستان مرور می‌کنیم:

خیلی ممنون از تشریف‌فرمایی شما و مطمئناً هرگونه مسایلی که مورد بحث باشد تا آن‌جا که ما اطلاع داریم به عرض شما خواهیم رساند. بنده احتیاج نیست که جزئیات را بگویم ولی خوب سابقه طولانی در مسایل دارویی و داروسازی داشتم. از دانشکده داروسازی من مشغول به کار بودم تا تأسیس بعضی از کارخانه‌های داروسازی در تأسیسات و شرایط قبلی که من کار می‌کردم.

← آقای دکتر، همان‌گونه که مستحضر هستید، فرهنگستان علوم پزشکی دو پروژه تحقیقی (یکی مستندسازی نظام دارویی کشور و دیگری واردات دارو و مکمل‌ها از سال ۱۳۵۵ تا سال ۱۳۹۰) را در دست انجام دارد که امروز به همین منظور در خدمت شما هستیم. قبل از ورود به بحث، خواهش می‌کنیم ابتدا خودتان را به اختصار معرفی بفرمایید.

الان هم به نحوی در انجام کارها هستم ولی بیشتر سؤال من این است که بینیم سؤالاتی که دارید آیا برحسب اعداد و ارقام می‌خواهید یا این که به صورت کلیات؟ چون اعداد و ارقام طبیعتاً نیازمند آن است که مستنداتش را داشته باشیم اما اگر کلیات را بخواهید، طبیعتاً مسیری که بودن و طی شده را حدوداً می‌توانیم بگوییم.

البته، آقای مهندس نصیری و آقای مهندس اقتصاد هم در جریان مسایل دارویی ایران بوده و هستند. بنابراین، من قسمت‌هایی را می‌گویم و در هر بخشی هم که آقایان می‌توانند اطلاعاتی را تصحیح یا به آن اضافه بکنند خیلی مفید خواهد بود. از مجموعه خسروشاهی‌ها شروع می‌کنم، مسأله تأسیسات خسروشاهی به‌طور کلی تا آن‌جا که من اطلاع دارم، به این صورت بوده که آقایان کلاً در کار تجارت فعال بودند، از پدرشان آقای حاج‌حسن خسروشاهی گرفته تا پسران ایشان. آقای حاج‌حسن خسروشاهی مثل برخی از افراد خانواده‌های قدیم که در تجارت بودند، اما گاهی فرزندانشان را برای تحصیلات دینی تشویق می‌کردند، آقای حاج‌حسن خسروشاهی هم می‌روند به نجف و در نجف سال‌ها مشغول تحصیلات دینی بودند و درجات اجتهاد را می‌گیرند و به ایران و به همان تبریز برمی‌گردند و در تبریز ایشان نظرشان بر این بوده که (صرفاً) آن‌طور که بنده شنیده‌ام) از راه وعظ و این‌ها زندگی نکنند، کار تجارت را دنبال می‌کردند ولی در عین حال چون یک فرد بسیار مقدس و معتقدی بودند ایشان، جلساتی داشتند که در منزل یا مسجد یا در جاهای دیگر برگزار می‌شده که صبح‌های زود همیشه ایشان به افرادی که می‌خواستند

تحصیلات دینی بکنند درس حوزوی می‌دادند ولی در عین حال هم به کارهای تجارت بازار با دو برادر دیگرشان فکر می‌کنم یکی آقای غفار که پدر آقای علی خسروشاهی و دیگری آقای حسین خسروشاهی بودند که با ایشان همکاری داشتند.

← آقای دکتر، بنابراین، خسروشاهی‌هایی که در صنعت فعال بودند پسرعمو بودند؟
بله.

← آقای دکتر، ظاهراً آن اوایل (قبل از ورود به صنایع دارویی، بهداشتی و غذایی) پتوبافی داشته‌اند.

پتوبافی نبوده ولی اولین کارخانه‌ای که همین آقای حاج‌حسن خسروشاهی ایجاد می‌کند، یک کارخانه نساجی به نام آذربایجان در قزوین بوده است که با اخوانشان شریک بودند و همین‌طور با آقایان شالچی‌لرها از خانواده‌های خیلی قدیمی آذربایجان که یک شرکت داشتند و آن کارخانه‌شان هم تا سال‌های اخیر در جریان بود، نمی‌دانم الان هست یا خیر و چه کیفیتی دارد. در هر صورت بعداً این‌ها منتقل می‌شوند به تهران و در تهران هم با همان خصوصیتی که این‌ها در تبریز داشتند و به همان سیستم‌های سنتی (زندگی پدر با پسرها در یک خانه) زندگی می‌کردند و حتی بعدها که برادرهای بزرگ ازدواج می‌کنند (آقای جواد و آقای مجید) باز هم در همان خانه بودند، در تهران هم که می‌آیند در یک خانه بودند و ظاهراً خانه‌شان در امیریه بوده است. البته، دقیقاً نمی‌دانم که در کجای امیریه بوده و یا این که آن خانه اجاره‌ای بوده یا آن را خریده بودند. بعد از آن می‌روند در خیابان فخرآباد و در آن‌جا یک خانه می‌خرند که آن خانه را من دیده

آنجا تحصیلات اقتصاد را به پایان می‌رسانند و در همان‌جا هم به‌طور کلی پایه‌ریزی کارهای دارویی به‌وسیله ایشان انجام می‌شود. بعد هم آقای دکتر نصر... خسروشاهی که دکتر داروساز و شاگرد اول دانشکده داروسازی بودند، در ایران به کارهای داروسازی می‌پردازند و در همان ناصرخسرو که مرکز دارویی در آن زمان بود، یک مغازه‌ای می‌گیرند و این‌گونه فعالیت‌هایشان از همان‌جا آغاز می‌شود. در آن‌جا با آقای دکتر اکبری هم همکاری‌هایی داشتند.

◀ **آقای دکتر، لدلری کی به مجموعه اضافه شد؟**
 لدلری بعدها به مجموعه اضافه شد. اول نمایندگی ماکسون را می‌گیرند و محصول‌هایی را می‌آورند که همین آقای دکتر نصر... خسروشاهی مسؤول تبلیغاتش بودند. آقای دکتر کاظم خسروشاهی بعدها نیروهای انسانی تحصیل کرده جذب می‌کنند و کادرسازی می‌کنند و کار واردات و توزیع با کیفیت شکل می‌گیرد. بعد برای توسعه کارشان می‌آیند به خیابان اکباتان، در آن‌جا ساختمانی را که این روزها به آن آپارتمان (آپارتمان آن روزها خیلی زیاد نبود) گفته می‌شود، می‌گیرند و مشغول می‌شوند.

در مورد انتخاب فعالیت‌های تجاری در زمینه دارو هم که عرض کردم، آقای دکتر کاظم که می‌روند به آمریکا، در برنامه ایشان بوده است که ضمن تحصیل، بررسی بکند و ببیند که برای ایجاد فعالیت‌های جدید تجاری کدام یک از عرصه‌های صنعتی و اقتصادی مناسب‌تر است. این بود که ایشان به‌طور کلی روابطی پیدا می‌کند با ماکسون و از ماکسون برای ایران نمایندگی می‌گیرند. در هر صورت اول با ماکسون شروع می‌شود و

بودم که در وسط یک ساختمان قدیمی بود که آن مال خود آقای حاج‌حسن آقا بود و ایشان می‌نشستند و بعد هم چهار طرفش خانه‌هایی در حدود ۲۰۰ یا ۲۳۰ متر برای سه پسرشان که متأهل شده بودند ساخته بودند که آقای جواد و آقای مجید و آقای کاظم خسروشاهی در آن‌جا زندگی می‌کردند. اما کار و برنامه‌های این‌ها در قسمت دارو: آقای جواد و آقای مجید تحصیلات قدیمی دبیرستان و این‌ها داشتند و بعد تحصیلاتشان در بازار بود. البته، یک برادر بزرگ‌تر به نام آقای حاج‌احمد خسروشاهی هم داشتند که ایشان هم تحصیلات قدیمی داشتند. برادرهای بعدی تحصیلات جدید را دنبال کردند. آقای کاظم خسروشاهی که ایشان اقتصاد خوانده بودند، آقای دکتر نصر... خسروشاهی که داروسازی می‌خواندند و با مرحوم دکتر اکبری علاوه بر این که دوستی و ارتباطات نزدیکی داشتند در دوران دانشکده هم، هم‌دوره بودند و بعد هم آقای مهندس محمد خسروشاهی بودند که ایشان از دانشکده فنی فارغ‌التحصیل و مهندس شیمی می‌شوند. آقای کاظم خسروشاهی بعدها در یک کارهایی که این آقایان در تهران هم که می‌آیند ظاهراً در سرای سینا یک جایی داشتند در تجارت مشغول بودند، تجارت‌های قسمت‌های نساجی و چیزهای دیگر و آقای کاظم خسروشاهی که بعداً دکتر اقتصاد شدند به همان شیوه‌های مرسوم قدیمی به آمریکا می‌روند. البته، من در جزئیاتش نمی‌روم. چون خود آقای دکتر کاظم خسروشاهی یک کتابی نوشتند که شاید بهتر باشد علاقه‌مندان به آن قسمت‌ها مراجعه کنند، من خیلی خلاصه رد می‌شوم. در هر صورت ایشان می‌روند به آمریکا و در

بعد مسأله لدرلی پیش می‌آید، البته، وقتی کار در این‌جا توسعه پیدا می‌کند بیشتر به این فکر می‌افتند که آقای دکتر نصر... خروشاهی اصلاً بروند به آمریکا، چون آمریکا در آن موقع در مسایل دارویی پیشرو بود و البته، هنوز هم هست به خصوص در آن سال‌ها می‌دانید که آمریکا در مسایل دارویی واقعاً پیشرو بود. این است که آقای دکتر نصر... می‌روند به آمریکا و مدتی بعد هم البته، آقای مهندس محمد می‌روند به آلمان. هدفشان این بوده که از آمریکا و اروپا پروژه‌هایی را برای احداث واحدهای تجاری و صنعتی انتخاب کنند و از این طریق مسیر توسعه فعالیت‌هایشان را پی بگیرند که می‌توان گفت نقطه شروع این مرحله با واردات از ماکسون و لدرلی بوده است.

← آقای دکتر، چه سالی برای ایجاد کارخانه اقدام کردند؟

محصول‌های لدرلی چند سال بود که وارد ایران می‌شد، اولاً در آن سال‌ها لدرلی اول بود. لدرلی در آن موقع بدون تردید شرکت درجه اول دارویی دنیا بود، برای این که اولین شرکتی بود که آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الاثرا را به دنیا ارائه کرد. اول آن پنی‌سیلین که فلمینگ داد و بعد از آن به‌طور کلی دنبال آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الاثرا بودند. کلرتراسایکلین اولین مورد بود به نام اورومایسین که آن را از یک ماده‌ای می‌گرفتند به نام استرپتومایسین اوربومایسین. اوربو به زبان لاتین یعنی طلا و این را می‌گفتند چون مثل این بود که این قارچ برای لدرلی مثل طلا است. البته، این را هم ضمناً بگویم که لدرلی خودش به‌طور کلی شخص با کفایتی بوده، رئیس بهداری نیویورک

بود و مزرعه‌ای با کیفیت داشت، که من آن را دیدم، در همان مزرعه یک کارهای تحقیقاتی را شروع کرد، منتها سرمایه‌اش کافی نبود ماند. این بود که شرکت ساسانامید که نوعی کلسیم را که بیشتر در کشاورزی مصرف می‌شد، تولید می‌کرد، آمد لدرلی را خرید و تأمین مسایل مالی شد که توانست مسیر توسعه را ادامه دهد که منجر شد به تولید اولین محصولش به نام اورومایسین. اورومایسین خیلی خوب بود بعد جزو عوارض آن یک کمی زردی دندان بود. بعد کلرش را برداشتند شد آکرومایسین تتراسایکلین و بعد دفعات مصرف روزانه آن را کمتر کردند (دو بار در روز) که شد لدرمایسین و همین‌طور در رشته‌های دیگر هم خیلی توسعه پیدا کرد. مثلاً در زمینه کورتیزون‌ها که سال‌های اولش کورتیزون بود، هیدروکورتیزون بود، پردنیزون و پردنیزولون و این‌ها ارائه شدند. بعد لدرلی تریامسینولون را با مقدار مصرف کمتر و عوارض کمتر معرفی کرد. دایاموکس هم مال لدرلی بود که اخیراً قطره چشمی‌اش هست که با مقدار بسیار کم، قیمتی حدود ۱۵۰ دلار در آمریکا دارد ولی مال لدرلی نیست مال یک شرکت دیگر است. همین‌طور ترکیب‌های عوامل خون‌ساز و محصول‌های متعدد دیگر را باز لدرلی ارائه کرد. در هر صورت شرکت خیلی معظم و درجه اولی شد. مثلاً شرکت فایزر و یا مرک‌شارپ‌اندوهم (Merck Sharp & Dohm) بعد از آن بودند یا در ردیف آن. در هر صورت لدرلی اولین شرکت است که تبلیغات دارویی را به صورت علمی در ایران انجام می‌داد، یعنی ویزیتورهای آموزش دیده را در تهران و شهرستان‌ها برای ارتباط با پزشک، داروخانه و

کردند و محصول‌های دارول، قرص آکسار، بکف، مگنکس و یک سری محصول‌های دیگر هم تولید و معرفی شدند که گذشته از اهمیت تولید آن‌ها در تولیددارو که به جای خود بسیار مهم بود، از نظر مارکتینگ هم خیلی اهمیت داشت. مارکتینگ این سری محصول‌هایی با مارکتینگ محصول‌های مثل آکرومایسین و اورومایسین که بعدها عرضه شدند از هر نظر کاملاً متفاوت است. این‌ها به یک ترتیب خاصی معرفی می‌شدند مثلاً حتی معرفی گسترده‌تر آکسار را با یک برنامه‌ای که روی روستاها و نقاط دورافتاده تمرکز داشت انجام دادند. با کامیون‌هایی (کامیون‌های کوچک) می‌رفتند به دهات و با بلندگو بسته‌های دوتایی معرفی و داده می‌شد و حتی مسأله جالبی باب شد. این قرص دو تایی که می‌دادند که نمی‌دانم قیمت آن ۲ یا ۳ ریال بود، به مرور به صورت جایگزین پول خورد در دهات رد و بدل می‌شد امروز هم می‌بینید که آکسار هنوز در همه جای ایران نامی آشنا است و حتی نسبت به آن تقاضا هم وجود دارد. ببینید، کاری که این آقایان می‌کردند واقعاً صرفاً این نبود که پول در بیاورند. لازمه پول درآوردن این است که بی‌زینس بچرخد ولی در حقیقت فکری که داشتند این بود که تمام این محصول‌های ماکسون (تمام این برندها) را در یکی دو سال قبل از انقلاب خریدند. تمام این برندهایی را که مال ماکسون بود، با مذاکراتی که با ماکسون داشتند خریدند که یادم نیست آیا به نام خود تولیددارو خریدند یا به نام شرکت احمد خسروشاهی که قبلاً به نام حسن خسروشاهی و پسران بود که بعد شد کی‌بی‌سی. بعد هم برنامه‌های توسعه آن‌ها خیلی خوب تداوم پیدا کرد. از اول

مراکز پزشکی و معرفی صحیح محصول‌های با کیفیت به کار می‌گرفت. بعد هم که توسعه کاری پیدا شد، آقایان خسروشاهی‌ها، اولین کارخانه داروسازی را به نام تولیددارو در ایران و متعاقب آن سایانامید کی‌بی‌سی را برای ساخت محصول‌های لدرلی تأسیس کردند.

← آقای دکتر، آیا به خاطرتان هست که چه سالی بود؟

تولیددارو اواخر سال ۱۳۳۹ یا اوایل سال ۱۳۴۰ بود.

← آقای دکتر، بهره‌برداری شد یا کلنگ زدند؟ بهره‌برداری شد. بهره‌برداری‌اش اوایل ۱۳۴۰ بود که در کتاب آقای دکتر کاظم خسروشاهی شرح آن هست. حتماً اوایل ۱۳۴۰ بود.

← آقای دکتر، لدرلی بعد از تولیددارو بود؟ بله. قابل توجه جنابعالی و همین‌طور آقایان است که بگویم برای ساخت دارو در ایران به‌طور کلی دو تا اصل در ایجاد این کارخانه‌های داروسازی گذاشته بودند و آن این بود که خودش باید لابراتوار کنترل داشته باشد و محصول‌هایش باید مطابق با استانداردهای بین‌المللی باشد. در آن سال‌ها و به‌عنوان اولین کارخانه داروسازی امکان نداشت که یک کارخانه داخلی با استانداردهای بین‌المللی دارو بسازد. اهمیت کار آقایان خسروشاهی‌ها در این بود که توانستند با شرایط فوق تولید تحت لیسانس را در تولیددارو به‌عنوان اولین کارخانه داروسازی کشور شروع کنند. اولین محصول‌هایی که تولید تحت لیسانس آن‌ها انجام گرفت، داروهای همان شرکت ماکسون بود که شرکت اولیه‌ای بود که این‌ها وارداتشان را با داروهای آن شرکت شروع

می‌دانستند که به‌طور کلی فرآورده‌های دارویی به تنهایی واقعاً ممکن است که نتواند کشش کافی داشته باشد. بنابراین، برای این که این برنامه توسعه را که لازمه حفظ و ادامه کسب و کارشان است، دنبال کنند، به فکر این بودند که وارد محصول‌های آرایشی و بهداشتی هم بشوند. بنابراین، اول رفتند روی شامپوهای گروه شوارتز کوف و بعد هم گروه محصول‌های بهداشتی را توسعه دادند و در ادامه همین برنامه‌ها و مسیری که می‌رفتند کارخانه‌های دیگری هم ایجاد و به مجموعه تولیددارو اضافه کردند که تحت نام تیدی بازارگزاری شد. در همین زمان‌ها (که لدرلی هم وسعت خوبی پیدا کرده بود در ایران) با لدرلی صحبت کردند که آن‌ها هم بیایند و در ایران خطوط تولید محصول‌هایشان را طراحی و اجرا کنند که این برنامه هم انجام شد.

← آقای دکتر، وقتی که لدرلی آمد این‌جا، آن موقع مسؤلیت جناب‌عالی در لدرلی چه بود؟

در اول که لدرلی تأسیس شد، می‌دانید که من از زمان دانشجویی همکاری می‌کردم، از اول چون همان شرکت پایه‌گذار اولین پخش سراسری و پخش مستقیم در ایران بود. در هر صورت خیلی مذاکرات شد و شرکتی تشکیل شد به نام سایانامید - کی‌بی‌سی که به صورت ۵۰ - ۵۰ بود. نکته مهم این که لدرلی در همه جای دنیا کارخانه داشت ولی تا آن‌جا که من اطلاع دارم فقط در دو جا شراکت ۵۰ - ۵۰ داشت یکی در ژاپن با تاکدا و دیگری در ایران بود با آقایان خسروشاهی به نام همین سایانامید - کی‌بی‌سی. بنابراین، در همان محوطه‌ای که تولیددارو بود یک زمینی در حدود ۲۷ یا ۲۸ هزار متر را به آن شرکت واگذار کردند و لدرلی هم آمد و

تأسیساتش ایجاد شد. البته، من که کارم را با عنوان فروشندگی شروع کردم (فروشندگی به داروخانه‌ها) که بعد عرض می‌کنم خدمتتان که با ویزیتوری و بعد سوپروایزری و مراحل مختلف ادامه دادم. وقتی این شرکت سایانامید - کی‌بی‌سی تشکیل شد از اول مسؤلیت‌ش با من بود. یکی از خصوصیات لدرلی در آن دوران کپسول‌های لدرلی بود. یادتان هست که کپسول‌های یک‌پارچه بود با مارک و داخلش پودر بود و ماشینی که آن‌ها را می‌زد از ابداعات خود سایانامید بود به نام اکوژل. این ماشین که آمد این‌جا، ما از ایران یک دکتر داروساز همکار را که در مارکتینگ کار می‌کرد، انتخاب کردیم که رفت آمریکا، به مدت شش ماه یا نه ماه تعلیمات مختلف را در آن‌جا دید و ایشان از آن‌جا که آمد قرار بود به مدت شش ماه هم یک نفر آمریکایی بیاید به ایران که هم موازی با ایشان کار کند و هم سایر دکترها و افرادی را که آن‌جا کار می‌کردند آموزش بدهد و این کار انجام گرفت. من خودم به‌خاطر دارم که این ماشین اکوژل که شروع به کار کرد. یکسره و با حجم بسیار بالا کپسول تولید می‌کرد. البته، داخل آن پودر نمی‌ریختند، رشته‌های ژلاتین که می‌ریختند همین‌طور محصول می‌داد بیرون و زیرش ظرفی بود و همه می‌رفت در آن ظرف و پر می‌شد تا این که خط را کاملاً تنظیم کردند چون واقعاً ماشین خیلی حساسی بود.

آن ماشین جزو اختراعات سایانامید و لدرلی بود. ← آقای دکتر، آیا آن موقع اداره داروی وزارت بهداشت برای این که مجوز تولید تحت لیسانس بدهد، هیچ نظارت و دخالتی در ارتباط با قرارداد لدرلی ایران با لدرلی آمریکا و این که این‌ها چه

محصول‌هایی را دارید و در آمریکا و دنیا لدرلی هستید، ما هم در ایران کی‌بی‌سی و خسروشاهی هستیم و ما هم این‌جا را داریم در اختیار شما می‌گذاریم. بنابراین، برابر آن رویالیتی که آن‌ها می‌گرفتند، این‌ها هم Management Fee، را در نظر می‌گرفتند.

این نکته‌ای که شما می‌گویید خیلی مهم است الان هم به نظرم مهم است. مهم این است که به‌طور کلی افرادی که با این شرکت‌ها طرف می‌باشند، باید افرادی باشند که واقعاً می‌توانند با این‌ها صحبت بکنند. آن افرادی که در آن موقع، نمی‌گویم تنها خسروشاهی‌ها، بلکه، به‌طور کلی آن افرادی که صحبت می‌کردند یا حتی مرحوم دکتر اکبری، این‌ها می‌دانستند که به آن‌ها چه بگویند و چگونه مذاکره کنند. الان هم همین‌طور است. آقای بهزاد، آقای مهندس نصیری، آقای مهندس اقتصاد این‌ها می‌دانند که با کی طرف هستند، آن‌ها را می‌شناسند و اطلاع کافی دارند. بنابراین، می‌توانند با آن‌ها صحبت بکنند. در هر صورت چه در زمان قدیم و چه الان طبیعتاً اگر افرادی باشند که ندانند طرف‌هایشان چه کسانی هستند بعید است که بتوانند با موفقیت کارها را پیش ببرند.

← آقای دکتر، چه مقدار از این داروها در ایران ساخته می‌شد و چه مقدار از آن‌ها وارداتی بود. در ابتدا که تمام محصول‌های لدرلی وارداتی بود، وقتی که مسایل ساخت داخلی مطرح شد، همان‌طور که همیشه هدف آن گروه بود که همه چیز را بیاورد داخل و در مجموعه تولیددارو به تولید نهایی برساند، همان‌گونه برنامه‌ریزی شد. تمام محصول‌هایی که لدرلی قبلاً وارد ایران می‌کرد

درصدی را بابت تحت لیسانس بپردازند (۳ درصد، ۷ درصد، ۱۲ درصد) داشت؟ اصولاً فرآیند کار اخذ این‌گونه مجوزها چگونه بود؟

می‌دانید تولیددارو چند سال جلوتر ایجاد شد، آن موقع مسایل ساده‌تر بود ولی لدرلی چند سال دیرتر در ایران شکل گرفت. زمانی که طبیعتاً اداره و تشکیلات دارویی خیلی مجهزتر شده بود، خیلی رسیدگی‌هایی می‌کردند ولی مطمئناً آن رسیدگی‌ها مثل امروز نبود که تجربه ۵۰ ساله در دستگاه‌های دولتی ایجاد شده است. آن‌چه که در این‌جا انجام می‌گرفت و مشخص بود، نوع قرارداد و توافقی بود که مشخص می‌کرد که طرفین واقعاً چطور با همدیگر شراکت بکنند در آن‌جا اگر آن رویالیتی می‌گرفت آقایان خسروشاهی هم این‌جا Management Fee می‌گرفتند. یعنی بابت رویالیتی آن، این طرف ایرانی هم Management Fee می‌گرفت.

← آقای دکتر، منظورم این است که نقش اداره دارو این‌جا چه بود؟ چون وزارت بهداشتی که اطلاع نداشت یا اگر هم اطلاع داشت حق دخالت نداشت در بین این شرکت‌هایی که به فرض Management Fee که دارند اخذ می‌شود چند درصد است. ولی منظور این است که اداره دارو به‌طور کلی چه نظارت و دخالتی داشت در ارتباط با آن عدد حق لیسانسی که دریافت می‌شد. چون من یادم می‌آید که داروپخش بابت بعضی از اقلام ۱۲ درصد و بعضی از اقلام دیگر فرضاً ۲ درصد می‌پرداخت. نه این اینطوری نبود، ۴ درصد بود. ۴ درصد کلاً بود و عین آن ۴ درصدی که آن‌ها رویالیتی می‌گرفتند این‌جا، خیلی راحت گفتند شما

تماماً در ایران ساخته شد به استثنای متوتروکسات و تیوتپا که داروهای ضدسرطان بودند.

← آقای دکتر، یعنی این گونه نبود که به طور هم زمان هم یک سری تولید وهم یک سری واردات تحت همان برند داشته باشند؟

به هیچ وجه، اصلاً چنین چیزی نداشتیم. وقتی که سایانامید - کی بی سی تشکیل شد تمام آن محصول هایی که قبلاً توسط لدرلی وارد می شد دیگر در ایران ساخته می شد و از آن ها هیچ وارداتی انجام نمی گرفت. اصلاً از نظر مارکتینگ هم درست نیست که شما از یک محصولی هم واردات داشته باشید و هم بسازی. مسأله خیلی مهمی است که در آن زمان در سایانامید - کی بی سی و همین طور در تولید دارو رعایت می شد. البته کار سایانامید - کی بی سی و همین طور در تولید دارو رعایت می شد. البته، کار سایانامید - کی بی سی به علت نوع محصول هایش سخت تر بود. چون قبولاندن این موضوع به دکترها که بیابند مثلاً آکرومایسین، اورومایسین، لدرمایسین و لدرکورتی را که قبلاً در آمریکا ساخته می شد، با آن چه که در داخل ساخته می شود، جایگزین کنند که کار آسانی نبود.

← آقای دکتر، مثلاً شما سال های ۵۴، ۵۵ تولید سفالوسپورین های نسل اول را داشتید؟

خیر، پنی سیلین و استرپتومایسین جزو محصول های تولید دارو بود. تولید دارو هم (چون مسؤولیتش با من بود آن سال ها) این محصول ها را به طور کلی به صورت کنتراکت منیوفکچرینگ می ساخت پمبریتین و پنترکسیل که تحت نام و لیسانس بیچام بودند، در آن زمان وارد می شدند و بعداً در یک شرکت ایرانی در تهران تولید و

معرفی شدند. ببینید این ها خیلی مخلوط می شود و اگر بخواهم همه را بگویم خیلی طول می کشد. ببینید تولید دارو که تشکیل شد اول برنامه اش این بود که به طور کلی محصول های تحت لیسانس را می ساخت، مارکتینگش و این ها جداگانه، بعد از این که تجربه لابراتوار کنترل را هم پیدا کرد، از مسایل دوبلیکاسیون که ایجاد هزینه است، به طور جدی جلوگیری می کرد. بنابراین، آن لابراتوار کنترلی که در تولید دارو ایجاد شد به تمام این ها من جمله سایانامید - کی بی سی هم ارایه خدمت می کرد. بنابراین، دیگر نیامد یک لابراتوار کنترلی دیگری هم ایجاد کند، همان بود در همان تشکیلات منتها با حفظ استقلال به کل مجموعه سرویس می داد. یکی تولید دارو بود و دارو تولید می کرد، یکی هم محصول های سایانامید - کی بی سی را تولید می کرد و یکی هم لابراتوار کنترل بود. لابراتوار کنترل هم دو قسمت بود، یکی برای تیدی (آرایی) و بهداشتی) و یک قسمت هم برای دارویی. ولی در تولید دارو چون از اول برنامه ریزی اش بر این پایه بود که خودش بتواند محصول های خودش را بسازد، ولی وقتی که تجربه کافی پیدا کرد و لابراتوار کنترل هم داشت این کار را بکند. بنابراین، از آن موقع محصول های خودش و هم چنین محصول های رقبای اصلی خودش مثلاً همان پمبریتین بیچام که آن موقع در ایران پر فروش ترین بود هم چنین پنترکسیل را تحت نام خود تولید دارو تولید کرد.

در هر صورت بیچام دو تا محصول داشت که ما در تولید دارو هر دو را ساختیم. مسأله این بود که مواد اولیه این را از کجا گیر بیاوریم. مواد اولیه اش

شما در مورد اداره کل دارو می‌فرمایید، آن‌ها به آن وضعیت فعلی در ایران نبود که در حال حاضر کاملاً وارد هستند و تجربه ۳۰، ۴۰ ساله را در سیستم‌های کنترل و نظارت پشت سر گذاشته‌اند ولی به هر حال رسیدگی می‌کردند. مخصوصاً قیمت‌ها باید حتماً تصویب می‌شد، در حد زمان خودش رسیدگی می‌کردند و معیارهایی داشتند. هر چند که به تفصیلات امروز بود ولی بررسی‌ها و رسیدگی‌ها تا حدی روی برنامه بود.

← آقای دکتر، در سال ۵۸ و ۵۹ به دلیل شرایط انقلاب یا به هر دلیلی و با پیاده شدن طرح ژنریک، دو تا مصوبه هست از شورای انقلاب که سرمایه‌گذاران خارجی در داروسازی در ایران به تملک دولت دربیایند از جمله شرکت سایانامید - کی‌بی‌سی. حالا سؤالی که امروز پیش روی ما است و باید روی آن بررسی کنیم این است که با توجه به این که علاقه‌مندیم شرکت‌های خارجی بیایند این‌جا و تحت لیسانس و یا هر شکل منطقی دیگری سرمایه‌گذاری کنند، آیا با توجه به این که نظام دارویی کشور قبلاً از برند شده بود ژنریک، اولاً این کار درست بود یا غلط بود و بعد، آیا می‌شد که با آنان تعامل و مذاکرات درازمدتی داشته باشیم و این‌ها را با عجله یا تحت فشار سیاسی و انقلابی قرار ندهیم و اجازه بدهیم که این‌ها در داخل ایران حضور داشته باشند؟

الان از برگشتن به آن چه نتیجه‌ای می‌خواهید بگیرید؟

← آقای دکتر، هدف بررسی تاریخی است.

نه، تاریخ یک مقدار بحثش مفصل می‌شود که آیا واقعاً ...

از یک کارخانه ایتالیایی بود. اول کاملاً رسیدگی کردیم که آن ماده ایتالیایی خودش Patent و اجازه دارد یا نه؟ مطمئن که شدیم قرارداد را بستیم و از آن خریدیم. تا این که خود رؤسای بیچام به ایران آمدند و رسماً اعتراض کردند و گفتند که ما شکایت می‌کنیم. ما به آنان گفتیم که این مدارک و مستندات و این هم کیفیت‌ها است به این ترتیب. بعداً با این‌ها صحبت شد که آقا شما شکایت بکنید، از این شکایت چه نتیجه‌ای می‌گیرید؟ به‌طور کلی، یک دعوایی بین شرکت‌های ایران و انگلیس و بین کارخانه ایرانی و کارخانه آن‌ها ایجاد می‌کنید و آن‌ها هم هنوز وارد می‌کردند (بعداً این دو محصول در شیمی‌کو که یک کارخانه داروسازی در ایران بود ساخته شدند). در هر صورت گفتیم آقا اصلاً شما مواد اولیه را بدهید، ما از شما می‌خریم. موافقت کردند ولی گفتیم با قیمت شما نه، با قیمتی که ما داریم و با همان قیمت خریدیم و همان کار انجام شد و حتی مسأله در دست بررسی آن‌ها این بود که بیچام برای تولید محصول‌هایش در ایران کارخانه مجزا تأسیس کند یا به وسیله تولیددارو داروهایش را تولید کند. در جریان این کار دیداری هم انجام گرفت که من خودم هم رفتم از کارخانه بیچام در لندن بازدید کردیم و خیلی پذیرایی مفصل و خوبی هم کردند. من اتفاقاً در لاپراتوارشان هم که رفتم دیدم یک یادداشتی هست که معرفی کرده‌اند که ما از تولیددارو آمده‌ایم و تولیددارو Possible Partnerهای بیچام برای ساخت این محصول‌ها در ایران هستند. یعنی این برنامه بود که اصلاً بیچام هم بیاید در آن گروه که بعد دیگر مسایل شیمی‌کو و آن مسایل دیگر پیش آمد. نکته‌ای که

← آقای دکتر، ببینید بالاخره مستندسازی داریم و می‌خواهیم ببینیم که آیا کاری که در آن زمان انجام دادیم از نظر اساتید درست بوده است یا غلط؟ اصلاً بحث آسیب‌شناسی است که مثلاً طرح ژنریک لزوماً باید چنین برخوردی را با جهان خارج می‌داشت یا نه به دلیل این که اصلاً آن‌ها یک اقدامی کرده بودند مثلاً در جمهوری اسلامی این عکس‌العمل ایجاد شد که حالا باید باهاشون این جور برخورد کنیم. بحث سر این است که اگر آدم برود دنبال این آسیب‌شناسی باید ببینیم که نکات مثبت و منفی‌اش، نقاط ضعف و قوت آن اقدام در آن دوره چه بوده است. چون بعضی‌ها فکر می‌کردند در حالی که آن‌ها حضور داشته باشند اجرای طرح ژنریک غیرممکن بود. چون دیگر نمی‌شد که برای آن‌ها همان منافع ایجاد بشود و همان جایگاه را داشته باشند و قبل از این که جمهوری اسلامی بخواهد یک چنین اقدامی بکند، آن‌ها اصلاً براساس پیش‌بینی‌هایشان اقداماتی انجام دادند، یا کشور را ترک کردند یا وارداتشان را تقریباً متوقف کردند و اقداماتی از این دست.

ببینید این یک بحث مفصلی است ولی چیزی که می‌خواهید نتیجه بگیرید، اولاً می‌دانید که سایانامید - کی‌بی‌سی و همین‌طور تولیدارو تنها شرکت‌هایی بودند که از ایران دارو صادر می‌کردند. ما علاوه بر تأمین بخش قابل توجهی از نیاز داخل، به تمام کویت (البته، بحرین نمی‌شد چون در آن زمان نمی‌شد از ایران به بحرین رفت)، قطر و دبی و امارات و عمان و کویت تمام این‌ها بود و در تمام این‌ها نماینده‌های محلی با همان

سیستم گرفته شده بود که اکثر این‌ها هم در آن موقع لبنانی بودند ولی نمایندگان وارداتی‌شان محلی بودند و افراد معتبری در کویت مثل آقای بهبهانی بودند و در جاهای دیگر هم افراد معتبر دیگری بودند و این کار انجام می‌شد ولی خوب بعد از انقلاب صادرات متوقف شد و نگرانی هم بود، زمان آقای دکتر پیش‌بین بود که گفتیم این‌ها را اگر قطع بکنید دیگر قطع شده و ایشان هم نگران این بود که دارو در ایران واقعاً باشد و نکند که با ادامه صادرات کمبود ایجاد بشود. ببینید یک ملاحظاتی بود در آن قسمت مسأله ژنریک، چرا ژنریک شد، شاید به این علت که نگرانی از لحاظ مسایل مختلف مانند جنگ و این‌ها بود که یک سال بعد شروع شد، در آن مسایل نگرانی آقایان این بود که آیا به‌طور کلی، دارو به وسیله آن‌ها می‌آید یا نمی‌آید، تأمین می‌شود یا نمی‌شود. مسایل سیاسی خیلی نقش داشتند. اگر بخواهیم اساساً از این مسأله نتیجه بگیریم، عرض من در اول این بود که کارخانه‌های داروسازی بین‌المللی، آن کارخانه‌های داروسازی ۵۰ سال پیش نیستند. این را شما توجه بکنید، لدرلی که خودش مقام اول یا دوم دنیا را داشت، به‌علت این که استراتژی‌های صحیحی از طرف مدیریتش گرفته نشد در حدود ۱۰، ۱۲ سال پیش حدود ۱۲، ۱۳ میلیارد فروش رفت و در حالی که الان هیچ‌جا حتی اسم لدرلی هم نیست. الان این همه شرکت‌های دارویی را که می‌بینید با همدیگر Joint می‌شوند حتی اسامی ۱۰۰ ساله می‌رود کنار و یک اسم جدید می‌گذارند و همه چیز تغییر می‌کند، این‌ها مسأله است. درست است که واقعاً آدم همیشه با نگاه به گذشته باید

نیلفروشان) جزو افرادی بودند که در آن زمان در جریان تصمیم‌گیری‌ها بودند و گفتیم که ممکن است در آن شرایطی که تصمیم‌گیری شده یک شرایط اجباری بوده که این تصمیم‌گیری می‌شده است. ولی این که غیر از این می‌شده یا نمی‌شده این سؤالی است که احتیاج به یک بحث خیلی طولانی دارد.

◀ آقای دکتر، جنابعالی سالیان سال است که با شرکت اکبریه همکاری داشته‌اید که نمایندگی شرکت Roche در ایران را دارد (حالا از این به بعد آقایان مهندس نصیری و مهندس اقتصاد هم مشارکت می‌کنند که بتوانیم به یک نتیجه‌ای برسیم)، در هر صورت سؤال ما درباره نحوه واردات است. می‌خواستیم ببینیم آن داروهایی که انتخاب می‌شود، شرکت روش است که به شما می‌گوید که چه دارویی را انتخاب بکنید، یا شما هستید که با توجه به شناختی که از بخش درمان و بهداشت مملکت و همچنین مقررات و وظایف اداره دارو دارید به شرکت روش توصیه می‌کنید که این دارو را وارد کند؟

البته، اگر موافق باشید شاید بهتر باشد که از نقطه شروع شرکت اکبریه یک مختصری را داشته باشیم، بعد وارد این بحث بشویم. چون حیف است که مختصری از تاریخچه اکبریه نداشته باشیم.

مهندس نصیری: آقای دکتر نوری هم داستان مرحوم دکتر اکبریه را شنیده‌اند در این مورد، خدا رفته‌گان را رحمت کند. اکبریه پدر مرحوم دکتر اکبریه، علی‌اکبر اکبریه فرزند ارشدشان یک ناخوشی لاعلاجی داشتند، ولی چون آدم باهوش

نسبت به آینده توجه داشته باشد و تصمیم‌گیری بکند، کاملاً درست است. ولی تغییرات به قدری در این ۲۰ سال اخیر سریع بوده است که باید ببینیم الان چه کارهایی می‌شود کرد. الان فرض کنید حجم فروش داروهایی که در آن سال‌ها مثلاً کل شرکت‌های دارویی که در ایران بودند ارقام ۴۰ میلیون، ۵۰ میلیون، ۶۰ میلیون تومان بوده، الان ملاحظه فرمایید که رقم‌ها به کجا رسیده است تازه تفاوت ارقام فعلی ما با موارد مشابه در سطح بین‌المللی چیست، این داروهای سرطانی در آن زمان فقط مسأله متوتروکسات و تیوتپا بوده که آن‌ها را هم لدرلی داده بود، این‌ها آن قدر کم بود که این‌ها را به طور جداگانه گذاشته بودند. در یک قسمتی در همان شرکت آقایان خسروشاهی‌ها، که کسی بیاید نقدی خریداری کند و ببرد، این قدر محدود بود، مثلاً ۳۰، ۴۰ تا. الان خوب داروهای سرطانی را ببینید، استراتژی‌های محصول‌ها خیلی عوض شده است. من پیشنهادی دارم آقای دکتر نیلفروشان که واقعاً خودشان به طور کلی، جزو افراد بسیار مؤثر در مسایل دارویی در تمام این سال‌ها بوده‌اند و هستند و جنابعالی که همین طور سابقه دارید ولی باید یک مقداری واقعاً به حال و آینده نگاه بشود. صرفاً گذشته از نظر تاریخ و تاریخ‌نویسی خیلی خوب است ولی از نظر برنامه‌ریزی به نظر من نگاه همیشه باید به آینده باشد مخصوصاً با تغییراتی که داشته و تغییرات فوق‌العاده زیادی هم بوده است.

◀ آقای دکتر، با همین نگاهی که الان شما توصیه می‌فرمایید فکر می‌کنید که آن زمان اصلاً این جور دیده شد، این جور تصمیم گرفته شد؟ ان را آقای دکتر بهتر می‌دانند. چون آقای دکتر

و افرادی که از شهرستان‌ها با اتوبوس می‌آمدند، صبح زود می‌رسیدند شمس‌العماره، دارو می‌خریدند و می‌ریختند در گونی و همان شب برمی‌گشتند به شهرستان. آن زمان به اصطلاح نقطه شروع آشنایی مستقیم اکبریه با داروهای ساخته شده بود. بعدها که در ایران طبق گفته آقای دکتر شرکت‌های داروسازی مثل شرکت‌های خسروشاهی‌ها راه افتاد اکثراً به صورت عمده‌فروشی کار می‌شد تا این که لاجوردی‌ها پخش را در ایران راه انداختند، پخش مواد غذایی را و آن اولین کار پخش گسترده در سطح کشور بود که بر پایه مطالعات خیلی خوبی که نسبت به نحوه خرید خانواده‌ها، افراد مسؤول خرید در خانواده‌ها و زمان خرید آنان انجام شده بود شکل گرفت. این موضوع مال ۳۵ یا ۴۰ سال پیش است که خیلی خوب رفتار کردند و موفق هم بودند که بعداً هم ما در توزیع دارو از آن استفاده می‌کردیم. این اساس اکبریه بود در ناصر خسرو.

← آقای مهندس، مواد اولیه را چه جوری ادامه دادند؟

مهندس نصیری: مواد اولیه را هنوز هم ادامه می‌دهیم.

← آقای مهندس، منظورتان این است که بعد از آوردن اولین محصولی که به عنوان داروی شیمیایی آوردند برای درمان فرزند خودشان و احیاناً به دیگران دادند، بعد حالا افتادند در واردات مواد اولیه؟

مهندس نصیری: دارو به صورت پودر.

← آقای مهندس، فینیشد پروداکت یا مواد اولیه؟ مهندس نصیری: ببینید فینیشد پروداکت آن موقع به صورت پودر بوده دیگر، به اصطلاح

و اهل مطالعه‌ای بودند به پدرشان پیشنهاد می‌کنند که برای معالجه بروند آلمان، گویا سال ۱۲۸۰ شمسی بوده، ۱۱۰ سال پیش شاید هم قبل‌تر. می‌روند آلمان، خوب بیماری فرزندشان را علاج کرده و برمی‌گردند ولی چیزی که دکتر علی اکبریه با خودش می‌آورد، داروهای شیمیایی بود، داروهایی بوده که آن موقع مختص درمان بوده است. فقط ماده شیمیایی نبوده و به صورت پودر وارد می‌کنند چون ایشان طیب بود که در تبریز به عنوان طیب مسجدی می‌شناختند و این شروع فعالیت دارویی اکبریه بوده که ایشان به مریض‌هایشان دارو می‌دادند بعد آن فرزند ارشدشان فوت می‌کند، دکتر اکبریه که آن موقع در سطح دبیرستان و یا دبستان بود شروع می‌کند به نسخه‌پیچی و بالاخره آن نسخه‌پیچی تبدیل می‌شود به داروخانه و در واقع داروخانه اکبریه (که لیسانسش را در این‌جا داریم) در حرم‌خانه، حرم‌خانه یک قسمتی است در تبریز. این ادامه پیدا می‌کند. تبریز هم (نمی‌دانم شما می‌دانید یا نه) به اصطلاح دروازه غرب بود به ایران به علت استانبول. بعد از جنگ دکتر اکبریه می‌آید تهران. جریان آذربایجان که اتفاق افتاد، پهلوی تمام اشخاصی که در تبریز کاره‌ای بودند را کوچ داد و به خارج از آذربایجان و از جمله این فعالیت دارویی بود که آمدند در ناصر خسرو به عنوان عمده‌فروش مواد اولیه دارویی، که هنوز هم که هنوز است توسط خانم وزیری اداره می‌شود و هم‌چنان در همان کار فعال است. بعد که داروهای ساخته شده آمد، دکتر اکبریه یک مغازه ما داشتیم درست روبه‌روی باب همایون جنب ساختمان دارایی، که آن‌جا عمده‌فروشی بود

کپسولی در کار نبوده.

این‌ها اول که تبریز بودند فقط این‌ها را می‌آوردند و اگر یادتان باشد می‌ریختند در چهارگوش، بعد رویش نسخه می‌نوشتند که در آب حل بشود و یا در سایر محلول‌ها حل بشود، بعد که داروسازی در ایران راه افتاد و واردات دارو بود، عمده فروشی داروی ساخته شده را اکبری به ناصرخسرو داشت. ناصرخسرو چند تا حرفه داشت، از همه بدنام‌تر عطاری‌ها بودند و از همه خوشنام‌تر آن موقع دارویی‌ها بودند، این بود که مرحوم دکتر هم می‌گفتند یکی که اسمش به خوشنامی معروف شود، دیگر هر کاری بکند خوشنام است.

← آقای مهندس، محوریت‌شان هم خیلی تعیین‌کننده بود چون همه می‌آمدند از آن‌جا تهیه می‌کردند و گویا با وارد شدن محصول‌های مرک آلمان توسط شرکت اکبری توجه همه مراکز علمی و دانشگاهی به طرف اکبری جلب شد.

مهندس نصیری: بله. بعد داروسازی و تشخیص طبی که در ایران راه افتاد، کارخانه مرک آلمان (دارمشتاد) هم که به اصطلاح آن‌ها مواد دارویی استاندارد شده را داشت بستر ورود ما را به این مرحله که مرحله دوم فعالیت ما بود فراهم کرد که رفتیم در عرصه مواد اولیه داروسازی هم فعالیت را آغاز کردیم چون داروسازی حجمش کم بود. بعد که داروسازی حجمش بالا رفت ما هم ادامه دادیم. ولی خوب آن تشخیص طبی و هم‌چنین آزمایشگاه آنالیز دارو سر جایش ماند. بنابراین، اکبری بنیادش از همان تبریز شروع می‌شود و امروز هم که این‌جا هستیم.

← آقای مهندس، بعد برای این کار به‌عنوان

واردات مواد اولیه، با توجه به آن کارخانه‌های جدیدی که ایجاد شده بود، باید مجوز جدیدی از وزارت بهداشت می‌گرفت؟ و این اتفاق افتاد یا نه مثلاً با همان مجوزهای قبلی عمل می‌کرد یا چون وزارت بهداشت موردی عمل می‌کرد، همان مورد را می‌بردند رویش مجوز می‌گرفتند؟

مهندس نصیری: ببینید، ما واردات مواد اولیه‌مان خیلی محدود شد چون وزارت بهداشت اجازه نمی‌داد کسی که تولید نمی‌کند مواد وارد بکند. در این مورد در حقیقت بعد از انقلاب اجازه داده شد، آقای اقتصاد بهتر می‌دانند که مواد اولیه دارو ...

← آقای مهندس، سؤال را به ترتیبی دیگر می‌گویم. شما یک مقداری ماده اولیه وارد می‌کردی، مقدار بسیار زیادی هم راکتیوها یا موادی را که برای مراکز علمی و دانشگاهی و آزمایشگاه‌های تشخیص طبی حتی لابراتوارهای داروسازی وارد می‌کردید. آیا آن قسمت، در اداره دارو می‌رفت و اجازه می‌گرفت، آیا قبلش کمیسیون قانونی ماده ۲۰ و این‌ها هم می‌رفتند و از آن مسیر اجازه می‌گرفتید یا خیر؟

مهندس نصیری: قسمت دارویی نبود.

← آقای مهندس، قسمت دارویی نبود؟

مهندس نصیری: خیر، قسمت تجهیزات پزشکی بود. به اصطلاح، مواد شیمیایی از آن‌جا اجازه می‌گرفت. چون ما به‌عنوان ماده مؤثره نمی‌آوردیم. به‌عنوان کلاس شیمیایی می‌آوردیم بعد مواد جانبی را می‌آوردیم. ماده مؤثره بعد از انقلاب بود که آقای اقتصاد این کار را شروع کردند و هنوز هم که هنوز است ادامه می‌دهیم.

← آقای مهندس، حالا مواد اولیه‌ای که شما

می‌خواستید قبل از انقلاب وارد کنید، باید همان مسیری که توسط یک کارخانه طی می‌شد را طی می‌کرد؟ فرض می‌کنیم یک کارخانه داروسازی با توجه به پروانه دارویی که داشت، درخواستش را می‌داد به اداره دارو، مرحله پروفرم و بعد مرحله فاکتور و هر مرحله‌ای را که لازم بود می‌گذراند تأیید می‌شد، آیا به فرض اگر شما هم یک ماده اولیه‌ای را برای عرضه به کارخانه داروسازی می‌بردید همان مسیر طی می‌شد یا یک مسیر دیگری داشت؟

مهندس اقتصاد: البته، از سال ۶۶ (تقریباً زمانی که مهندس نصیری از شرکت اکبریه رفتند و برای مدتی به آمریکا تشریف بردند) تا زمانی که من آمدم، خوب اصولاً واردات مواد اولیه برای خود کارخانجات دارویی بود یعنی اصلاً بخش خصوصی اجازه نداشت مواد اولیه را بیاورد. ما (در حقیقت شرکت‌های خصوصی) به‌عنوان نمایندگان شرکت‌های فروشنده عمل می‌کردیم، نمایندگان شرکت‌های دارویی و خوب آن زمان هم با توجه به این که اصولاً ساخت مواد اولیه دارویی مسیر دیگری می‌پیمود و به سمت چین و هند سوق داده می‌شد، یعنی کارخانجات اروپایی به مرور تولید این‌ها را (به‌خاطر مسایل مختلف، از جمله صرفه‌های اقتصادی) عملاً به کارخانجات هند و چین محول کردند. در نتیجه، هنوز باز هم بودند کارخانجاتی که در اروپا تولید می‌کردند ولی مسیر کلی به آن سمت بود. خوب واردات مواد اولیه خیلی ساده‌تر هم بود یعنی فقط شما کافی بود که به اصطلاح نمونه‌گیری بشود، نمونه داده بشود به کارخانه دارویی بعد آن‌ها که تأیید می‌کردند یک

نمونه می‌رفت به آزمایشگاه رفرانس، آن‌ها هم که تأیید می‌کردند دیگر مسیر باز بود برای واردات. یعنی هنوز آن زمان مسأله GMP و این‌ها به آن صورت مطرح نبود، ولی خوب هنوز وارداتش در انحصار خود همین کارخانجات دارویی بود. ما یک دوره‌ای داشتیم، دوره‌ای که قیمت نفت خیلی پایین آمد (دهه ۶۰) و دیگر وزارت بهداشت دید کارخانجات با مشکل مواجه شده‌اند، این است که اجازه دادند که بخش خصوصی هم وارد این حیطه (عرصه ورود مواد اولیه) بشود که از همان زمان بود که شرکت اکبریه خیلی فعال شد. زمان معاونت دکتر آذرنوش در وزارت بهداشتی بود که این زمینه را هم خیلی تشویق کردند که شما بروید وارد بکنید تا بتوانیم نیاز کارخانجات را تأمین بکنیم. آن زمان بود که یواش یواش مسأله بازدید GMP هم در وزارت بهداشت شکل گرفت. هنوز خیلی مدون نبود ولی این بود که باید نمایندگان وزارت بهداشت یا مسؤولان فنی کارخانجات دارویی بروند و از کارخانه تولیدکننده بازدید بکنند، خط را ببینند. ولی خوب هنوز خودشان یادداشت می‌کردند و می‌آمدند و یک گزارشکی به وزارت بهداشت داده می‌شد که یعنی کارخانه به اصطلاح تأیید GMP شده است. ولی خوب مدون شدن این مسأله از زمان دکتر کبریایی‌زاده بود که کاملاً مدون شد و از یک‌سری روش‌های جهانی هم استفاده کردند و دیگر شکل پرسش‌نامه بلند بالایی داشتند که باید واقعاً می‌رفتند GMP کارخانجات و حتی خود خط را مورد بازدید قرار می‌دادند. یعنی اگر کارخانه را شما می‌رفتید آن‌جا نمی‌شد کل کارخانه را شما GMP کنید بیاید این‌جا موادش را بتوانید بخرید، حتماً

دارنده آن اطلاعات علمی و اقتصادی به روش می‌گویید یا روش و مؤسسات وابسته به آن می‌گویند که این دارو آمده و شما بیاید و نسبت به وارداتش اقدام کنید؟

این مسأله را در یک گام جلوتر باید بررسی بکنید، همان مسأله استراتژی است که این شرکت‌ها بررسی، مطالعه و تصمیم‌گیری می‌کنند. مثالش را عرض کردم، Roche اصلاً یک شرکت ویتامین‌ساز بود. ولی امروز اصلاً کل ویتامین را کنار گذاشته است. چیزی که من اتفاقاً با بعضی از این دوستان جراحم ۱۰، ۱۵ سال پیش صحبت می‌کردیم، صحبت به‌طور کلی بر سر سیستم‌هایی است که بدون این که شکم را باز نکنند عمل می‌کنند (لاپاروسکوپی)، این جراح‌های هم سن و سال بنده می‌گفتند فایده ندارد، باید شکم را باز کنی و بینی بعد عمل بکنی. در این مورد عده‌ای می‌گفتند این می‌کردند این کار بهتر از این است که شکم را باز کنید، بیمار شش روز بماند که زخم شکمش بهبود پیدا کند که خود این ممکن بود عوارضی داشته باشد و باعث شود که کلی مسایل و مشکلات و دوره نقاهت خیلی طولانی داشته باشد و ... امروز همان دوستان تمامشان از طریق لاپاروسکوپی عمل می‌کنند. این شرکت‌ها قبل از این که شما راجع به ایران که آیا Roche به ایران دیکته می‌کند یا ایران به او، اصل موضوع را باید در نظر بگیرید، این شرکت‌های دارویی اساساً Researchشان بر پایه پیش‌بینی‌های آینده و احتیاجاتی که پزشکی و داروسازی در حال و آینده دارند تنظیم و به اجرا گذاشته می‌شوند. عرض کردم ۳۰ سال، ۳۵ سال

باید خط به خط و به اصطلاح از A تا Z آن مورد خاص بازدید می‌شد تا بعد می‌آمد این‌جا و کارخانه‌ها اجازه داشتند که این مواد را بخرند. خوب زمانی که من آمدم شرکت اکبریه تقریباً کارکنان شرکت اکبریه بیشتر از ۱۴، ۱۵ نفر نبودند، حالا امروزه بزنیم به تخته تقریباً ۱۶۰، ۱۷۰ نفر پرسنل ما هستند. خوب آن موقع ما یک ترخیص‌کار داشتیم، مرحوم دکتر اکبریه یک راننده داشتند و چند تا منشی و کارکنان حسابداری.

← آقای مهندس، یعنی آمدید آن آرامش را به هم زدید؟

مهندس اقتصاد: ولی واقعاً خوب بود. یعنی این کاری که شروع کردیم و خوشبختانه تا امروز هم ادامه دارد برکاتی برای کشور داشته است. یعنی واردات دارو که اصلاً ممنوع بود، در انحصار سه تا شرکت دارویی (داروپخش، شرکت سهامی دارویی کشور و هلال احمر) بود تغییر یافت و از ظرفیت‌های موجود بهتر استفاده شد. ما تا آن زمان فقط روی بخش مواد اولیه و بخش کیت‌های آزمایشگاهی متمرکز بودیم.

← آقای مهندس، فکر می‌کنم علاوه بر آن سه مورد کی‌بی‌سی هم در آن زمان انحصار، مختصری کار واردات انجام می‌داد.

مهندس اقتصاد: بله کی‌بی‌سی یک مقدار محدود و مختصری وارد می‌کرد.

← آقای دکتر، حالا اگر برگردیم به واردات داروی ساخته شده، با توجه به این که شما قبل از انقلاب بالاخره در ارتباط با تحت لیسانس‌ها فعالیت داشتید به‌نظر شما آن دارویی که به ایران می‌آید با توجه به سیاست‌هایی است که شما به‌عنوان

ولی درآمد سرانه واقعی مان ۶۰۰۰ دلار است. آیا ما می‌توانیم با جایی مثل آمریکا یا اروپا که این رقم در مورد آن‌ها نزدیک ۴۰ هزار دلار در سال است، همان نگاه را داشته باشیم یا باید بیاییم ببینیم که اولویت‌های ما کجا است و سرمایه‌گذاری را روی آن اولویت‌ها متمرکز کنیم؟

ببینید، این که شما می‌فرمایید مسأله این است که آیا امروزه با این سیستم Communication که در دنیا هست می‌توانید به‌طور کلی دید افراد را محدود بکنید به داخل؟

← آقای دکتر، خیر.

بنابراین، امروز هر چیزی که در آمریکا، اروپا و در چین و غیره تولید می‌شود و معروف می‌شود، همه‌جای دنیا می‌دانند. این نکته‌ای که شما می‌فرمایید یک مسأله عمومی است. ما این مسأله را فقط در مورد دارو نداریم. در مورد شیک‌پوشی هم داریم، در مورد غذا هم داریم. این لباس‌هایی که شما می‌بینید الان در مغازه‌ها هست. مسأله دارو که شما می‌گویید، قبل از انقلاب داروی لدرلی، فایزر، مرک‌شارپ‌اند هم و تمام این شرکت‌های درجه اول دنیا به ایران وارد می‌شد. جمع فروش کل دارو در ایران در آن موقع یک میلیارد، دو میلیارد تومان نبود. هیچ کدام این مغازه‌هایی که شما الان پر و پیمان می‌بینید، همین میوه را در نظر بگیرید. من ۵۰ سال است ساکن تهران هستم، یک مغازه آرایشی - بهداشتی در خیابان لاله‌زار نو بود به نام ژیل، یکی دیگر بود به آقایان قاسمی‌ها که در نادری بودند. در این‌ها می‌رفتی مثلاً ۴ تا عطر بود، دو، سه تا کراوات هم می‌فروختند ولی الان ببینید چه مغازه‌هایی در ایران ایجاد شده و

پیش تنها دارویی که به‌عنوان سرطان مصرف می‌شد متوتروکسات و تیوتپا بود و شاید یکی دو تای دیگر و این‌ها چطور می‌آمد، ۲۰ تا، ۳۰ تا، ۴۰ تا می‌آمد، این‌ها اصلاً وارد سیستم پخش نمی‌شدند. این‌ها را در همان خیابان جمهوری اسلامی الان و نادری آن زمان، پیش یکی گذاشته بودند که منشی متصدی فروش تهران بود که اگر کسی آمد این را به او بدهد و ۴ تومان، ۵ تومان هم که قیمتش بود بگیرد. ولی امروز ملاحظه می‌کنید که داروهای سرطانی اصل داستان است. مثلاً امروزه داروهای بیوتکنولوژی و نانوتکنولوژی اساس کلی است.

← آقای دکتر، یک سؤالی این‌جا مطرح می‌شود و آن این که مصرف دارو در کشورهای مختلف مثلاً آمریکا ۷۰۰ دلار به ازای هر نفر، ژاپن ۴۵۰ دلار به ازای هر نفر یا حد متوسط دنیا حدوداً ۱۰۰ دلار به ازای هر نفر است، ما با جمعیتی حدود ۷۵ میلیون نفر به قیمت مصرف‌کننده مثلاً ۳/۵ میلیارد دلار دارو مصرف می‌کنیم.

در چه سطحی؟

← آقای دکتر، با قیمت مصرف‌کننده، مصرف سرانه دارو در کشور ما حدود ۳۵ دلار است. در حالی که میانگین سرانه مصرف دارو در دنیا ۱۰۰ دلار است با احتساب این که مصرف سرانه جایی مثل چین یا هند مطمئناً زیر ۱۰ دلار است یا آفریقا و یا بعضی از جاهای آمریکای لاتین. ما از نظر بهداشت باید که تمام آن سطوح را حفظ بکنیم ولی در بخش درمان جایگاه‌مان را با توجه به درآمد سرانه‌مان که ۶ هزار دلار یا ۶۵۰۰ یا ۷۰۰۰ دلار است تعیین بکنیم. ممکن است با توجه به پایین بودن قیمت دلار، قدرت خریدمان ۱۱ هزار دلار باشد

بشود که این داروهای گران قیمت برایش مورد لزوم باشد، از هر جایی شده سعی می‌کنیم آن را برسانیم. داشته باشیم یا نداشته باشیم، وسایل مان را می‌فروشیم و با تلاطم بیشتر. حالا آیا سیاست‌گذاران مملکت باید طوری باشند که آن داروها باشد منتها سعی هم بشود با فشاری که به این کارخانه‌ها می‌آید بتوانند این‌ها را با قیمت ارزان‌تر بیاورند، ولی در مورد آن نکته‌ای که شما فرمودید من این را می‌خواهم خدمتان عرض کنم که در حقیقت احتیاجات است که سیستم‌های برنامه‌ریزی کارخانه‌های داروسازی را زیاد می‌کند. آن‌ها یک چیزی را ایجاد نمی‌کنند که بعد در آن ببینند که اصلاً بیخود کار کرده‌اند. الان می‌گویند یک فرآورده دارویی برای این که به نتیجه برسد حدود یک میلیارد دلار هزینه Research آن است، ده سال طول می‌کشد و تازه معلوم نیست که آخر سر این همان باشد که پیش بینی می‌شد. این Mergerهایی که این شرکت‌ها به این شدت عظیم (می‌گویم همه چیز عوض شده در این ۱۵، ۲۰ سال اخیر) شده‌اند به همین مناسبت است که بتوانند کارهای موازی نکنند. یعنی هر کدام هزینه‌های سرسام‌آوری را متحمل نشوند که در آخر دو محصول مشابه را ارایه کنند. البته، همه این‌ها محرمانه بوده است، ولی الان ببینید چگونه است. پس بنابراین، این‌ها می‌بینند چه چیزهایی واقعاً مورد نیاز است همان را ارایه می‌کنند. ببینید در گذشته ما خودمان در اصفهان، نمی‌دانم شما یادتان هست دکتر نفیسی و دکتر حکمی یک پروتوزیل بود، بهترین دارویی بود که برای عفونت‌ها بود و هر کس با مشکل عفونی مواجه می‌شد این دارو را به

از سر تا پا تمام این‌ها یا بعضی از آن‌ها تقلبی یا چینی یا هندی است ولی به اسم همان فرانسوی می‌فروشدند. آن نکته‌ای که شما می‌فرمایید یک مسأله‌ای است که من حیث‌المجموع باید ببینیم. الان مسأله مهم این است که مقایسه بفرمایید آیا به‌طور کلی، حجم مصرف دارو نسبت به حجم سایر چیزهایی که در مملکت ما مصرف می‌شود واقعاً همان نسبت است؟ اولاً من واقعاً نمی‌دانم آن رقمی که شما گفتید، ولی امروزه مسأله دارو اولاً در همه جای دنیا مسأله است. اهم آن‌ها در خود آمریکا است. چون دولت آمریکا هم پولش را نمی‌دهد، بیمه‌ها می‌دهند. جنگ و جدال دایمی است بین بیمه‌ها و شرکت‌های دارویی و دولت. هر رئیس جمهوری که می‌آید به‌عنوان اولین مسایلی که می‌خواهد توجه مردم را جلب بکند می‌رود سراغ وعده‌ها و طرح‌های پزشکی و بهداشتی. باطناً هم تلاش و کوشش می‌کنند حالا اگر بشود یا نشود. در اروپا هم همین‌طور است. حتی در بعضی جاها که دارند مصرف می‌کنند و الان سیستم‌های رفاهی‌شان منطقی عمل می‌کنند، مثل آلمان که خودش را حفظ می‌کند برای این که دائماً دارد آن فرانشیزی که باید بیمار بدهد را اضافه می‌کند، نمی‌آیند دارو را محدود بکنند می‌گویند اگر این دارو را می‌خواهی باید پولش را خودت بدهی ولی دولت نمی‌تواند این را بدهد. یک جایی هم مثل فرانسه این کار را نمی‌کند.

ببینید آن نکته‌ای که شما می‌فرمایید اولاً آیا ما می‌توانیم این را محدود بکنیم؟ الان ما که در اطراف این میز نشستیم، اگر خدا نکرده یکی از افراد خانواده‌مان مبتلا به یکی از این بیماری‌هایی

او می‌دادند و تا می‌خورد ادرارش زرد می‌شد (جزو علامت‌هایش بود). خوب تجویز این دارو مشکلات بسیار زیادی را هم به دنبال داشت. اتفاقاً یکی از اقوام نزدیک من مبتلا به تیفوئید شد. آقای دکتر نفیسی هر روز می‌آمد ایشان را می‌دید (هر روز بدون استثنا). فقط مسأله‌ای که به بیمار توصیه می‌شد این بود که فقط سوپ خیلی رقیق باید بخورد، چیز دیگری نباید بخورد تا روده‌اش سوراخ نشود. حدود ۴۰ روز این طول کشید و این بیمار گوشش کالا کر شد. می‌دانید که بعدها با پیدا شدن کلرامفنیکل این مشکل برطرف شد.

الان هم همین است، مسأله سرطان یک بیماری خیلی کشنده‌ای بود. امروز هم درمان نمی‌شود ولی طول عمر بیمار را اضافه می‌کند، کیفیت آن را تغییر می‌دهد. بیماری MS همین مسأله را با اینترفرون دارد، عمر این دارو ۱۰ سال است. در ۱۰ سال پیش خود آمریکا مثلاً تردید داشت که این را مصرف بکند یا نکند. من این را از قول یک متخصص معروف اعصاب در ایران می‌گویم که ایشان می‌گفت: که در آمریکا اگر الان این را مصرف نکند مریض می‌تواند طبیب را سو بکند. ۱۰ سال هم بیشتر نیست ولی امروز در ایران می‌بینید اگر یک مریضی با عدم وجود این دارو در کشور روبه‌رو شود، در مجلس و این طرف و آن طرف مسأله می‌شود.

← آقای دکتر، یک نکته‌ای هست که من فکر می‌کنم تجربیات ارزشمند شما بتواند کمک کند. ببینید، ما احساس می‌کنیم که همین فرمایشات شما در جهان پیشرفته کاملاً تعاملات منطقی را دارد دنبال می‌کند و بنابراین، همیشه در همه بخش‌هایش به‌طور منسجم دارد می‌رود جلو، با

هم می‌رود جلو. ولی چرا در کشور ما، ما مرتباً و مکرراً داریم سر همین مسایل چلنج می‌کنیم و بعد هم به جایی نمی‌رسیم؟ نظر خودم را عرض می‌کنم و می‌خواهم که شما اصلاح بفرمایید. ما پزشکی‌مان کاملاً آزاد است که هر بخشی از تحقیقات جدید، علوم جدید در این حرفه و یافته‌های جدیدی را که به آن رسیده، دنبال کند به‌عنوان یک وظیفه حرفه‌ای، اخلاقی و حتی دینی برای درمان بیمارش. ولی از این طرف بخش‌های دیگری که باید سرویس بدهند به کاربر نهایی واقعی که حالا پزشک تعیین‌کننده‌ترین نقش را در مورد آن ایفا می‌کند، این‌ها به هیچ‌عنوان هم سطح آن پیش نمی‌روند. در گذشته این اتفاق با حضور یک سری از اساتید و متخصصان اهل فن تحت عنوان شرکت‌های خارجی، رخ می‌داد (همان بحثی که شما می‌فرمایید)، یعنی خود این‌ها هم آینده را می‌دیدند، در دل حقیقت تحقیقات علمی و پیشرفت‌ها بودند، هم سطح نیاز طبیب یا حتی پیش از اعلام نیاز او برنامه‌ریزی می‌کردند، آماده‌سازی می‌کردند. ما احساس می‌کنیم که این گپ الان وجود دارد. شما راجع به این نظراتان چیست؟

ببینید این نکته‌ای که شما می‌فرمایید کاملاً صحیح است. الان همین نکته‌ای که الان من عرض کردم این داروها، آمریکا، اروپا، ایران، آفریقا فرقی نمی‌کند، این کمپانی‌های بزرگ که سرمایه‌گذاری می‌کنند براساس پیش‌بینی نیاز دنیا این کار را می‌کنند. این شرکت‌ها همه شرکت‌های خصوصی هستند. به هیچ وجه پیرو سیاست‌ها نیستند. سیاست‌های دولتی همیشه

که به طور کلی نوع دارو و تهیه دارو تغییر کرده، روش‌های معرفی این‌ها هم تغییر کرده است. این نکته‌ای است که باید به آن توجه کرد. نکته‌ای که جنابعالی فرمودید که آیا ما این‌جا به روش می‌گوییم یا روش به ما، در واقع هیچ کدام. اساس قضیه الان فرض بفرمایید که این داروهایی که مربوط به روش است، این‌ها هیچ کدام ۲۰ سال پیش در ایران نبود. امروز همه این‌ها هست. براساس چه؟ براساس نیاز. ولی مسأله و مشکلی که الان هست برای این کار، این است که جنابعالی که در تمام جلسات این‌ها هم تشریف دارید، صحبت سر این است، آیا محدودیت برای این‌ها قایل بشوند؟ گذشته را رها کنیم، الان این بررسی که شما می‌فرمایید، وقتی نافع است که به درک صحیح از شرایط جهانی منجر شود. الان داروهای هندی در خود آمریکا هست ولی با آزمایشات لازم و تحت شرایط مشخص.

← آقای دکتر، طبیب ایرانی در حال حاضر، با توجه به اطلاع یا سلابق و تنوع طلبی به هر دلیلی، نسبت به داروی تولید داخل یک بی‌اعتمادی را اظهار می‌کند. حرفش هم عبارت از این است که شما می‌روید ماده اولیه را از چین و هند می‌آورید قبول هم ندارد (شاید اطلاعات ندارد، شاید قبول ندارد) که آمریکایی یا اروپایی هم مقدار زیادی از Source موادشان هندی و چینی هستند. مثلاً آقای مهندس اقتصاد هم که نمی‌روند پیش طبیب‌ها و بگویند که براساس اطلاع دقیقی که ایشان دارند اروپایی‌ها و آمریکایی‌ها هم همین را مصرف می‌کنند یا اگر تفاوتی هم هست در چیست. بنابراین چه کار باید کرد تا اطمینان طبیب ایرانی نسبت به دارو حاصل شود؟

این‌ها را محدود می‌کند و این‌ها همیشه با آن مبارزه می‌کنند در همه‌جا. پس این را توجه داشته باشید در خود آمریکا اگر بزرگ‌ترین مصرف دارو را دارد، از آن طرفش شرکت‌های بیمه است، دولت است که همیشه با همدیگر این‌ها مشغول جدال هستند و این جدالشان هم علنی است. این بر علیه او می‌گوید و او بر علیه این، در روزنامه، تلویزیون ولی براساس یک سری حرف‌های منطقی. مسأله معرفی این‌ها به طبیب هم دقیقاً عین این داستان است. ببینید، خود من ویزیتوری می‌کردم، ویزیتوری این بود که ۴ تا نمونه برمی‌داشتی می‌آوردی پیش یک آقای (آن‌ها را هم یاد می‌گرفتی که چی هست و این مثلاً ژورال است و این یکی لدرمایسین و فلان) ۴ دقیقه، ۵ دقیقه، حتی برای همین آموزش می‌دادند و هفته‌ای یک روز هم جلسه بود. ولی امروز این کسی که می‌خواهد برود فرضاً یک داروی ضدسرطان را توضیح بدهد، کلی باید مطالعه بکند، کلی کلاس برود. یعنی افرادی که این فرآورده‌ها را معرفی می‌کنند، قبل از این که این ویزیتور که ما می‌گوییم یا نماینده طبی یا هر عنوانی که می‌گذاریم، باید از بین افرادی انتخاب بشوند، بعد یک برنامه‌های مفصل آموزشی را باید طی کنند تا به آن‌ها کیف بدهند که برو. بعد هر دو، سه ماه یک بار او دائماً به طور کلی تحت تعلیم است. این برنامه آموزشی او مرتباً تغییر می‌کند، براساس پیشرفت و براساس احتیاج طبیب. سابق بر این اصلاً کنگره‌ای نبود، الان اکثر این داروها از طریق کنگره‌ها منتشر می‌شود. اکثر این‌ها از طریق بروشور و نشریات یا کتابچه‌های کوچک منتشر می‌شود. بنابراین، کاملاً همان‌طور

را بیمه‌ها تعیین می‌کنند. ولی ما که در ایران به آن صورت که فورس بیمه‌ها را نداریم که پزشک ایرانی هم مثل طبیب آمریکایی بداند که اگر با یک بیمه قراردادش لغو شد، مطبش هم تعطیل می‌شود. ما در ایران این را که نداریم. در هر صورت یک طبیب معروفی است، نگرانی هم از این بابت‌ها ندارد. ما چه جوری می‌توانیم اعتماد طبیب را نسبت به ادعایی که می‌کنیم جلب کنیم و به او اثبات کنیم که حرفش مستند علمی دارد یا شنیده‌هایی است که از اعتبار علمی و تجربی برخوردار نیست؟ بحثم آن فورس سیاسی و این‌ها نیست.

مهندس اقتصاد: من فکر می‌کنم، زمانی که آقای دکتر می‌فرمودند تمام داروهایی که در سطح بین‌المللی بود در ایران هم تحت لیسانس تولید می‌شد، آن دوره البته، سن من زیاد قد نمی‌دهد که تا چه حد این اطمینان برای متخصصان و پزشکان ما وجود داشت که آن داروها قطعاً خوب است و از نظر آن‌ها داروهای با کیفیتی است. یک دوره (اصلاً کاری به طرح ژنریک نداریم) به نظر می‌آید که صنعت داروسازی ما فاصله گرفت از علم پیشرفته دنیا. یعنی همان چیزی که شما فرمودید، متخصصان ما شرکت می‌کردند در بسیاری از کنگره‌ها در آمریکا و اروپا و داروهای جدید را می‌دیدند ولی در ایران می‌دیدند که عملاً در داخل پیشرفتی نکرده، شما حتماً خودتان خاطرتان هست که کارخانجات دارویی ما، چه مرحله‌ای را گذرانند، ابتدای سال وزارت بهداشت می‌آمد سهمیه‌بندی می‌کرد. می‌گفت مثلاً پاراستامول ۲ میلیارد باید تولید بشود، کارخانه عبیدی آن قدر

ببینید، این نکته‌ای که شما فرمودید می‌خواهم کلی بگویم. الان چه طبیب چه مریض، اصلاً مریض را بگویم، طبیب وسیله‌ای است برای شفای مریض.

← آقای دکتر، ولی مصرف‌کننده دارو طبیب است، مریض نیست.

وسيله است. سؤال باید بکنید اصلاً چرا به آن تفاوت باور دارد. سؤال باید بفرمایید که چرا الان در همان امریکا، داروهای هندی وجود دارد. چرا الان لیبیتور و فایزر هنوز قیمت قبلی‌اش را حفظ کرده، در حالی که Patentش هم تمام شده، قیمتش هم خیلی آمده پایین، رقبایش هم هستند. مسأله این است، آیا سیستم را به وسیله زور و فشار می‌توانید وادار بکنید؟ آیا می‌توانید به یک شرکت خارجی بگویید من به تو اجازه نمی‌دهم برای این که در کارخانه داخلی فراهم شده است؟ این طبیعتاً پیش طبیب و پیش مریض که برود، به او می‌گوید، آیا او نمی‌گوید این چیزی که الان دنبالش می‌گردی دیگر نیست، داخلی‌اش تهیه شده و دیگر اجازه نمی‌دهند وارد شود؟ من نمی‌گویم خوب است یا بد فقط از جناب‌عالی که در مسایل هستید سؤال می‌کنم.

← آقای مهندس، بعد از این که آن دوره Patent لیبیتور گذشت، به سرعت هم قیمت سهام آن شرکت مربوط در بازار بورس می‌آید پایین و هم قیمت آن دوا کمتر می‌شود. خوب پس مؤسسه‌های بیمه هستند که این‌جا می‌آیند و می‌گویند که من فلان داروی مربوط به ساندوز یا کجا و کجا و (هر کدام از این‌ها که هست) را قبول دارم. بنابراین، من دیگر لیبیتور را نمی‌پردازم. یا کیفیت آن‌تورواستاتین را قبول دارم یا ندارم. آن

انگیزه دادید و یک مقدار هم وزارت بهداشت روی قیمت‌ها با انعطاف‌پذیری برخورد کرد، بنابراین، الان یک دوره چند ساله است که عملاً داریم پیشرفت را احساس می‌کنیم. این خودش یک تجربه‌ای بود و نتیجه‌اش این است که زمانی که شما بخواهید همه چیز را محدود کنید، طبعاً آن‌جا درجا می‌زنید، زمانی که شما یک مقدار آزادسازی بکنید و امکان رقابت را به شرکت‌ها بدهید، این خودش باعث پیشرفت می‌شود. بنابراین، امیدوار هستیم که حداقل این مسیری که آغاز شده، باعث بشود که متخصصان ما نسبت به آن‌چه که در داخل الان دارد تولید می‌شود، چون می‌دانید که الان شرکت‌های چندملیتی هم آمده‌اند و دارند سایت‌های تولید کارخانجات ما را GMP می‌کنند، Validate می‌کنند. قطعاً امیدواریم که این‌ها به این منتهی بشود که متخصصان ما نسبت به آن‌چه که در داخل تولید می‌شود اعتمادشان جلب بشود.

دکتر نوری: با توجه به این که این زحمتی که شما می‌کشید در واقع یک بررسی تاریخی است که شاید یک زمانی برای تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری‌های آینده کشور مفید باشد، خوب است که این نکته را بگوییم چون نکته بسیار مهمی است. همان‌گونه که می‌دانید سیاست‌گذاری در مسایل مربوط به دارو در تمام این ۴۰ سال دائماً تغییر کرده است، یعنی این واقعاً یکی از مسایلی است که باید به آن توجه بشود. نکته بعدی این که، آیا باید به‌طور کلی، برای پیشرفت، رقابت‌ها را محدود کرد یا این که ایجاد رقابت کرد. همان کاری که در همه جای دنیا انجام می‌شود، در آمریکا و در اروپا، تمام این شرکت‌ها در تمام مسایل

تولید کن، پورسینا این قدر تولید کن، اسوه این قدر تولید کن. خود این به نظرم یک عاملی بود که عملاً مسأله رقابت را کاملاً از بین برد، اصلاً رقابتی وجود نداشت، انگیزه‌ای وجود نداشت. یکی این بود، یکی هم قیمت‌های خیلی پایین بود که برای محصول‌هایی دارویی در نظر گرفته می‌شد. بنابراین، خود این مجموعه باعث شد که یک دوره حداقل ۲۰ ساله صنعت دارویی ما درجا بزند در عین این که علم دنیا داشت پیشرفت می‌کرد، متخصصان ما هم با توجه به تحقیقاتی که خودشان می‌کردند و با شرکت در کنگره‌ها، عملاً دیدند که صنعت دارویی از آن فاصله گرفته است. من فکر می‌کنم در آن دوره یک تأثیر قابل توجهی داشته که پزشکان ما احساس کردند که داروهای تولید داخل از آن کیفیت لازم برخوردار نیست. خوب این را یک دوره هم ما داریم که وزارت بهداشت اجازه داد که داروها در سطح وسیع‌تری وارد بشود، اولاً این را از انحصار شرکت‌های دولتی بیرون آورد، به بخش خصوصی اجازه داد که بیایند داروها را وارد بکنند. در این حال مارکتینگ که اصلاً ممنوع بود اجازه داده شد که پروموشن انجام بشود. خود این مجموعه باعث شد که، حالا از این جهت نتیجه‌ای عاید شد؟ عملاً شما ببینید که یک سری کارخانجاتی که در داخل بودند و با همان روش‌های سابق ادامه فعالیت می‌دادند، به این سمت سوق داده شدند که بیایند و بروند روی محصول‌های جدید کار بکنند، حتی بیایند به‌صورت تحت لیسانس با شرکت‌های بزرگ دارویی وارد فعالیت بشوند. پس این نشان می‌دهد که یک اثر مثبتی داشته، یعنی زمانی که شما آمدید مسأله رقابت را ایجاد کردید،

علاوه بر ثبات مالی اش باید سیاست‌هایی را اتخاذ کند که حفظ بشود. بنابراین، همیشه قصدش این بوده که یک کاری هم بکند. برای همین، دکتر اکبریّه از اول به این آقایان روشی‌ها می‌گفت و در گوش این‌ها می‌خواند که شما باید بیایید در ایران یک کاری بکنید. نتیجه چی شده؟ نتیجه این شده که شما به هر کدام از این شرکت‌های دارویی که می‌رفتیم، می‌رفتیم پیش مقامات مختلف، اول صحبتشان بود که بیایید در ایران سرمایه‌گذاری بکنید. سرمایه‌گذاری در ایران خیلی بیشتر از حد لازم شده است ولی آیا از این سرمایه‌گذاری‌ها درست استفاده می‌شود یا نمی‌شود؟ مسأله این است که حالا صرف‌نظر از مسایل سیاسی، به این آقایان گفته شده، ما دو تا کارخانه، این‌ها وارد شده‌اند، یکی مسأله سبحان، ببینید همین سبحان را خود من در مراحل اولیه‌اش بودم، سویران شروع شد و مسایل و کیفیت سویران بود بعدها یک بچه‌ای را هم متولد کرد که سبحان انکولوژی شد، دکتر دیناروند بودند خود ایشان گفتند یک ترتیبی بدهید و ما هم دنبالش رفتیم. ولی ببینید مسأله در این است که الان کارخانه زهراوی، کارخانه زهراوی ۱۵ سال پیش نیست و ۳ تا محصول به آن داده شد. اول کلسیتریول، گفت روش نه کلسیتریول را به آن می‌دهد و نه می‌تواند بدهد، نه به‌طور کلی، اسم (روکاترول) را می‌دهد. مواد اولیه و تکنولوژی همه را می‌دهد ولی حتی اجازه نمی‌دهد که روی قوطی اسم روش را بنویسید. مسأله دوم همان سلسپت بود که آوردیم و الان شما به‌طور کلی، زهراوی که امروز می‌بینید در مقایسه با زهراوی ۱۰ سال پیش به کل عوض شده، یعنی الان حتی

می‌تواند با هم همکاری بکنند جز قیمت. در این مورد با هم شدیداً رقابت دارند. الان عرض کردم، داروهای هندی در آمریکا هم هست. مسأله بعدی لازم‌اش این است که ما یک برنامه‌های واقعاً کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت داشته باشیم که این‌ها را متأسفانه نداریم. مسأله بعدی ثبات مدیریت است که نداریم. شما الان یکی از افرادی هستید که بسیار خدمت کرده‌اید به حل و فصل مسایل دارویی این مملکت در زمان جنگ، یک علتش صرف‌نظر از این که جناب‌عالی خودتان یک آدم واجد شرایط بودید، این بود که مدت طولانی‌ای در رأس داروپخش بودید. ولی الان عمر مدیریت مدیران در این کارخانجات را ببینید، شش ماه، یک سال، خیلی که طولانی بشود دو سال است. شما اصلاً در مدت دو سال هیچ برنامه‌ای نمی‌توانید ایجاد بکنید. مسأله بعدی این است که به‌طور کلی، هدفمان تداوم حمایت از صنایع دارویی است. آیا باز هم می‌خواهیم این حمایت را با ایجاد محدودیت در حوزه رقابت به انجام برسانیم؟ اگر پاسخ مثبت است پس همین است که هست. شما الان یک نکته‌ای گفتید، چه‌طور شد روش الان در ایران بعضی محصول‌هایش ساخته می‌شود. دلیل این موضوع خیلی واضح است، این جایگاهی که امروز برای شرکت اکبریّه ایجاد شده است از یک نقطه‌ای توسط مرحوم دکتر اکبریّه شروع شد و زمانی هم که شرکت روش می‌خواست همکاری‌اش را با شرکت اکبریّه آغاز کند، شرکت اکبریّه هم یک شرکتی بود که مثل هر شرکتی، دوامش به این است که مسایل مالی‌اش بخواند، در غیر این صورت این شرکت هم باید دَرش را ببندد و برود. پس

این کار لازم‌هش چيست؟ لازم‌هش این است که دولت امکان رقابت آزاد را فراهم کند. به آن خارجی بگوئید که تو بیا ۱۰۰ تومان بفروش. ولی اگر آن داخلی هم می‌خواهد ۱۰ تومان بفروشد برود ۱۰ تومان بفروشد. نه این که بگویند تو ۱۰ تومان بفروش ما جلوی آن ۱۰۰ تومانی را می‌گیریم. نکته‌ای که جنابعالی فرمودید کاملاً بیمه در این جا مراعات می‌کند. یعنی الان بیمه، از هر محصول ارزان‌ترینش را که در بازار هست می‌پذیرد، عین داستان آمریکا. الان فرض کنید که اگر یک جنسی در ایران ساخته شده، قیمتش هم هست مثلاً ۵۰ تومان، ولی وارداتش هست ۷۵ تومان، در چنین بازاری، شما که می‌دانید، نه تنها خارجی‌اش بلکه داخلی آن هم با مشکل مواجه می‌شود. چون بیمار اگر آن ۷۵ تومان را بگیرد، بیمه هزینه آن ۵۰ تومانی را می‌پذیرد و مابه‌التفاوت آن را هم مریض می‌دهد. بنابراین، این چند نکته‌ای که من گفتم و واقعاً مسأله‌ای که الان دارد اجرا می‌شود، همین است. شاید اگر بنده هم جای آن آقایان بودم همین کار را می‌کردم، چون مشکل اصلی این است که کوتاه‌مدت به این نگاه می‌کنیم. جنابعالی با ژنریک شروع فرمودید و رسیدید به این مسأله که الان داریم در مورد آن صحبت می‌کنیم. راهی را ما باید برویم که ۱۰ سال دیگر این صحبت‌ها را نکنیم و صحبت اصلی بنده این است که اول از همه باید یک سیاست‌گذاری صحیح باشد و وقتی هم که موضوع مورد بحث دارو باشد بدون تردید باید به‌صورت درازمدت به آن نگاه کنیم. ما باید ببینیم ۱۰ سال دیگر می‌خواهیم کجا باشیم؟ ۲۰ سال بعد می‌خواهیم کجا باشیم؟ مسأله بعدی این است که

مسأله میزان Air Condition این‌ها در راهرو مشخص است که چه مقداری از MMF بیشتر نباید داشته باشد که وقتی یک هم‌چین صحبتی شد مدیریت آن زمانش می‌گفت که آقا ما (چون این را می‌دانید که می‌تواند اختلال‌های مسایل جنسی ایجاد کند) اصلاً خانم نمی‌آوریم این‌جا، گفتند نمی‌شود، مرد هم همین است. تعیین کردند که مقدار آن در هر یک از فضاها از چه میزان نباید بیشتر باشد. دستگاه Air Condition آن‌جا و هم‌چنین دستگاه‌های کپسول‌سازیشان، تمام این‌ها کلاً عوض شد، حالا دارند می‌سازند و به نام سل‌سپت بازارگزاری می‌کنند. در همین فاصله قیمت MMF که به این‌ها می‌دادند را چندین دفعه تنزل دادند و پایین آوردند. بعد رواکوتان پیش آمد، عین داستان است. رواکوتان را با تمام تلاشی که واقعاً مدیریتش هم می‌کند و هنوز این‌ها نتوانستند موافقت بکنند که بروند به تهیه محلی. از آن طرف الان شرکت سبحان، شرکت سبحان فوق‌العاده تغییرات دارد. در قسمت تهیه‌اش به‌علت این که دائماً این‌ها می‌آیند چک می‌کنند. حتی علاوه بر چکی که از محیط ساخت و افراد ساخت به عمل می‌آید، بهداشت افراد را هم رسیدگی می‌کنند. اصلاً یک Section در روش مخصوص این است که رسیدگی بکند و ببیند که آیا افرادی که در این محیط کار می‌کنند از سلامتی کامل برخوردار هستند؟ آیا محیط ایجاد عوارض نمی‌کند؟ اتفاقاً این آقای که می‌آید هر دو دفعه دانشگاه خواست که سخنرانی بکند و این کار را کردند. ببینید حالا این‌ها را دائماً ببینید محدود کنید یا کاری کنید که همان کارخانه داخلی X و Y هم این کار را بکنند.

Directorive روش (Roche) کرده‌اند، الان هم خودش رئیس هیأت مدیره است و ۲۰ سال است که چنین مسؤولیتی را دارد و تازه این آقا اتریشی است که دارد شرکت سوئیسی را اداره می‌کند. الان یک آقای که سوئیسی است (من نمی‌گویم کی بد است کی خوب است) تعداد زیادی آمریکایی را آورده در بازل مستقر کرده است. چون سیستم دارویی امروز را تشخیص داده و می‌داند که با سیستم ۲۰ سال پیش نمی‌تواند آن را اداره بکند. من با آن تجربه‌ای که دارم یادم می‌آید ۳۰ سال پیش که می‌رفتیم، توی یک کارخانه سوئیسی یا آلمانی، یک آدم خارجی آن‌جا نبود. ولی امروز وقتی تشریف می‌برید می‌بینید در همه طبقاتش افراد خارجی مشغول هستند. عرض کردم، مدیریتش کاملاً افتاده دست افراد خارجی و عین این داستان را نوارتیس انجام داده و عین آن را شنیدیم الان بایر دارد انجام می‌دهد. چرا چون این‌ها وضع را می‌بینند، پیش‌بینی هم می‌کنند. بنابراین، یک نکته اساسی که باید مورد توجه قرار گیرد و از این تجربه جنابعالی هم باید استفاده شود، چون خوشبختانه جنابعالی در تماس و ارتباط با آقایان هستید، این است که واقعاً اساس قضیه را بگذارید روی این که در مسأله دارو سیاست‌گذاری جامعی بشود و از این رفتن به این جزئیات یک مقدار خارج بشویم و کلی‌تر نسبت به مسایل فکر کنیم. سیاست‌گذاری کل، با همین وضعی که ما داریم، با همین وضعی که دنیا دارد، با این محدودیت پولی، جنگ، حالا هم که این تحریم‌ها که متأسفانه اضافه شد. در هر صورت باید ببینیم می‌خواهیم ۵ سال بعد چه باشیم، ۱۰ سال بعد چه باشیم.

آیا به‌طور کلی، ما در این برنامه‌ریزی و با این کیفیت به مسایل رسیدگی می‌کنیم؟ باید برنامه‌ریزی داشته باشیم. یک دفعه نمی‌تواند صنایع دارویی ما مثل آلمان بشود. آن یک سابقه ۱۰۰ ساله دارد. باید بگوییم کوتاه‌مدت این، بلندمدت آن، در ۱۵ سال دیگر می‌خواهیم این‌جا باشیم و با آن هم می‌خواهیم رقابت بکنیم. بعداً در این مسأله و این کیفیتی که هست ایجاد رقابت بکنیم نه این که جلوی رقابت را بگیریم. اگر آن خارجی آمد این‌جا و آن داخلی هم توانست با آن رقابت بکند، برود بکند. ولی اگر به‌علت کیفیت نامطلوب، اگر به علت حمایت دولتی نادرست، آن خارجی که می‌آید ۱۰ تا مانع بگذارند در برابرش و آن داخلی را ترجیح بدهند بگویند برو. الان می‌دانید که داستان مدیکال تریال خیلی مفصل است. بعد هم مسأله مهم‌تر از همه ثبات مدیریت است و این تغییرات سریعی که در حوزه مدیریت در این شرکت‌های دارویی وجود دارد، در زمان‌های کوتاه، هیچ مشکلی را حل نمی‌کند. هر کسی باشد، هر کاری هم بخواهد بکند، زمان می‌خواهد. الان همین شرکت روش، این آقای که الان رئیس هیأت مدیره آن است، تا آن‌جا که من یادم می‌آید ۲۰ سال است که در این جایگاه است و از همان ۲۰ سال پیش دارد جانشین خودش را آماده می‌کند، یک کسی که ایشان مثل یک Executive Director هم عمل می‌کرده، الان یک کسی را پرورش می‌دهد که Executive Director بشود. این Executive Director را اول گذاشتند داستان جن‌تنک در آمریکا را حل و فصل بکند، آن کار را کرده، موفق هم بوده و بعد او را آورده‌اند Execu-

به ایران، این تمام این مسیر تحت کنترل است و درجه حرارتش ضبط می‌شود و وقتی که آمد این جا آن را می‌خوانند و Release یا Reject می‌کنند و حتی دیدم اخیراً این کارتن‌ها که می‌آید مثل سابق نیست که یکی یا دو تا دستگاه ضبط حرارت در آن می‌گذاشتند، الان یک طوری تعبیه کردند که می‌گوید اگر من این را بگذارم بیشتر این گوشه این قوطی را کنترل می‌کند، اما وسط این قوطی چه می‌شود؟ بنابراین، طوری تعبیه کرده‌اند که در همه جای کارتن درجه را نشان بدهد. خوب مهم این است که آیا تک‌نسخه‌ای‌ها می‌توانند در چنین شرایطی و با رعایت همه فاکتورهای کیفی عمل کنند؟ من مخالف یا موافق تک‌نسخه‌ای‌ها نیستم. می‌گویم الان هم ممکن است لازم باشد، ولی مسأله این است که اساساً به‌طور کلی، می‌تواند با چنین شرایطی محصول مورد نظرش را وارد کند و علاوه بر آن آیا آن کنترلی که الان یک نماینده رسمی در مقابل این دارد، می‌تواند داشته باشد؟ نکته مهم‌تر این که به‌طور کلی، این داروها عوارض دارد، مسأله دارد، اگر یک عارضه برای کسی پیش بیاید چه کسی جوابگوی آن است؟ الان هر دارویی که اکبری به مثلاً از روش یا مربوط به شیرینگ سابق یا بایر فعلی وارد می‌کند، هر شکایتی از هر کجا بود این شرکت مسؤول است. حتی در همین اتاق مجاور اینجا سه نفر پزشک نشسته‌اند، این‌ها مجبور هستند اگر یک دکتری، گفت آقا این مریض من آمده این داروی شما را خورده و استفراغ کرده، یک شکل پیش بینی شده که ده نفر (فقط کارشان همین است) باید بروند پیش آن شکل پر کنند و آن را بفرستند به آن قسمت مربوط که من واقعاً

← آقای دکتر، از یک زمانی در طول این چند سال، برای تأمین برخی از کمبودها تک‌نسخه‌ای‌ها فعالیتشان را شروع کردند و هم‌چنان در عرصه اقتصاد دارو فعال هستند. به نظر شما آیا استمرار تک‌نسخه‌ای‌ها با توجه به این که بالاخره شما کشورهای دیگر را هم دیده‌اید و با توجه به این که شاید در یک زمانی در یک محدوده کوچکی از عرصه دارو می‌توانست اثر تسکینی داشته باشد، در درازمدت به نفع نظام دارویی است یا به ضرر آن؟

ببینید، الان در شرایط فعلی ما در موقعیت خاصی هستیم. ولی داروهایی که ما الان صحبت می‌کنیم و این داروهایی که مورد بحث هست داروهایی است که الان همه این‌ها را می‌گویند زنجیره سرد تهیه کند باید برود کنار. شما یک روز تشریف بیاورید این انباری را که در شرکت اکبری زحمت کشیده شده و مخصوصاً آقای مهندس نصیری خیلی زحمت کشیده‌اند تا محصول‌های روش پس از ورود به کشور در آن نگهداری شوند را ببینید متوجه می‌شوید که آقای مهندس این‌ها را وادار کرده است که ۲، ۳ میلیارد خرج بکنند که این شرایط برای نگهداری این محصول‌های دارویی فراهم شود. من اتفاقاً یک جلسه بودم، می‌گویند آقا مثلاً این دستگاهی که شما گذاشته‌اید، ترمومترهایی که گذاشته‌اید که سنجش‌ها را ضبط می‌کند، آن گوشه گذاشته‌اید خوب آن گوشه را نشان می‌دهد پس این وسط چی؟ این جنس را این وسط هم می‌گذارید یا نمی‌گذارید؟ حال سؤال در این است که این جنسی که مثلاً این جا می‌آید، از آمریکا مثلاً می‌رود به سوئیس، از سوئیس می‌آید

کجای کار اشکال دارد که این مسیر باز شده. همان طور که شما فرمودید شرکت اکبریه به عنوان نماینده شرکت روش و بایر آمده این تجهیزات و وسایل را آماده کرده برای تضمین درمان یک فرد مریض ولی اگر جای دیگر یک اتفاق دیگر بیفتد چه جوری می شود جلوی این اتفاق ها را گرفت؟ معمولاً تک نسخه ای ها در دو عرصه فعالیت می کنند. یکی آن داروهایی است که هنوز در بهداری ثبت نشده است.

← آقای دکتر، در همین مورد آیا حق دارد بیاورد یا خیر؟

در این مورد نه، ولی تک نسخه ای ها یک نقش دیگری را هم در شرایط فعلی ایفا می کنند. البته، در شرایط فعلی، ممکن است مجبور هم باشند و آن این که محصولاتی را می آورند که این ها به طور کلی، نمایندگی رسمی هم دارد. دو تا مسأله است. نکته ای که شما می فرمایید یعنی دارویی که به طور کلی، هنوز ثبت وزارت بهداری نشده است. یکی دیگر آن سیستمی است که الان دارد اجرا می شود و آن این که در عین حالی که نمایندگی رسمی محصول مورد نظر در کشور هست، می روند از X و Y و از جاهای مختلف می آورند، من صحبت می کنم آن بود. ولی نکته ای که الان شما می فرمایید، اگر آن سیستمی که بهداری دارد، رعایت بشود، می شود عمل کرد. یعنی الان می گویند اگر آقای دکتر مثلاً برای یک مریضی به هر دلیلی می گویند فعلاً این دارو برای تو لازم است، این نسخه اش را می برد به مدیرکل دارویی در وزارت بهداشت می دهد که ایشان هم واقعاً بسیار فعال هستند، نمی دانم روزی چند ساعت کار می کند و همیشه هم سعی می کنند

فرمی که این ها پر می کنند دیدم، فکر کردم که آیا خود آن دکتر هم دچار وحشت می شود یا نه. سؤال این است که هر کسی که می خواهد دارویی را وارد بکند، اول باید ببیند به عنوان مسؤولان داروی این مملکت، آن شرایط لازم برای این داروها را می تواند فراهم بکند تا برساند به ایران؟ دوم، این شرایط لازم را می تواند فراهم بکند تا برساند به دست مریض یا نه؟

← آقای دکتر، ببینید شما در آمریکا به فرض FDA یک فهرست دارویی را مشخص می کند، طیب از بیم این که اگر بیاید یک دارویی خارج از فهرست بدهد، آن بیمار یا وکیل بیمار بیاید سو کند، هیچ وقت خارج از آن فهرست خودش را به خطر نمی اندازد که دارویی که در فهرست نیست را به مریض توصیه کند، ولی در ایران چون این مطلب وجود ندارد، ممکن است یک طیب به خودش اجازه بدهد، دارویی را که هنوز در فهرست دارویی ایران نیست برای بیمار نسخه کند. وقتی در فهرست دارویی ایران نیست یعنی مسیرهای مرتبط را طی نکرده، بنابراین، طیب به دلیل اطلاعی که دارد و یا در یک کنگره خارجی شرکت کرده، آن را نسخه می کند، مریض هم می آید می رود سراغ تک نسخه ای تا برایش وارد کند. این مسیر را چه جوری باید یک مسیر منطقی باشد که همه مسؤولان برخورد کنند، در ضمن، مریض هم بالاخره به آن دارویی که واقعاً مورد لزومش هست برسد. آیا فهرست دارویی ما یک فهرست دارویی کاملی نیست که طیب برای مریضش نگران است یا نه، شاید طیب نمی خواهد در این سیستم محدود قرار بگیرد.

مصرف می‌شود اما در ایران موجود نیست پس بنابراین، آن مراحلش را طی کرده و یک دارویی است که مراکز اروپایی یا آمریکایی تصویب کرده‌اند.

← آقای دکتر، یک نکته‌ای در این جا باید در نظر گرفته شود و آن این که دارویی سالیان سال است در سوئیس مصرف می‌شود ولی در آمریکا هنوز FDA اجازه نداده. ما این داروها را داریم. نقطه مقابلش را هم داریم. پس این که چون به فرض FDA اجازه داده، ما هم باید آن دارو را داشته باشیم این خود یکی از مسایل مورد بحث است. یعنی باید ما به آن کیفیت لازم برسیم تا بتوانیم برای خودمان یک فهرست دارویی مشخصی را داشته باشیم.

خوب همین، باید داشته باشیم و فرمایشتان درست است، اول سازمانش را باید درست کنیم. بعد صحبت مدیریتش را داشته باشیم.

مهندس نصیری: آقای دکتر یک سؤال خیلی خوبی کردند که اطمینان طبیب به داروهای ما، تا آن جا که من می‌دانم در میان ۵۰۰ یا ۱۰۰۰ عالم طراز اول دنیا، از ایران داروساز هم داخلشان هست. یعنی استعداد داروسازی را ما داریم. نه تنها داریم بلکه در دنیا هم اشخاصی را داریم که توانستند ابراز وجود کنند. پس اشکال از داروساز نیست. اشکال مدیریت داروسازی است. آن اطمینان باید جلب بشود. بعد این موضوع من را می‌کشد به یک موضوع دیگر که شما اول پرسیدید که آسیب‌شناسی بکنیم، وقتی که جنگ اول تمام شد، لغت کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه مطرح شد. بعد اقتصاددان‌های انگلیس که احساس

مسایل و مشکلات را حل کنند، ایشان هم آن را تأیید می‌کنند و ارجاع می‌دهند و به یک کسی می‌گویند این را بیاور. این یک مسأله دیگر است، یعنی یک داروی خاص، با تأیید وزارت بهداشتی برای یک مریض خاصی زیر نظر یک طبیب می‌خواهد تأمین شود و به مصرف برسد. طبیعتاً این را هم طبیب مسؤول است و هم وزارت بهداشتی که این را مدیریت می‌کند.

← آقای دکتر، حالا سؤال این است که مدیر کل دارویی وزارت بهداشت بسیار هم آدم فعال، پاک، سالم، تمام‌وقت، آیا ایشان می‌تواند جانشین آن کمیته‌های پزشکی علمی برای انتخاب یک دارو باشد؟

سؤال من در این است که آیا کمیته‌های پزشکی با آن تعداد محدودی که دارند فرصت دارند اساساً یا هفته‌ای یک جلسه می‌نشینند و تمام این مسایل را رسیدگی می‌کنند.

← آقای دکتر، یک نکته مهم‌تر این جا وجود دارد. در همه جای دنیا به خصوص کشورهای پیشرفته، این بخش، فرآیند و قوانین خاص خودش را از نظر حقوقی دارد. یعنی اگر این اتفاق قرار است بیفتد باید برود آن فرآیند را طی بکند. شما نمی‌توانید بدون این که این فرآیند را تدوین کرده باشید، نظارت و کنترل کرده باشید، بیاید مسؤولیتش را به یک فرد بدهید چون در نهایت، آن فرد نمی‌تواند به ازای این مسؤولیتی که به او واگذار شده، هیچ پاسخ‌گویی علمی، قانونی و حرفه‌ای داشته باشد.

ببینید، این گونه داروهای مورد بحث ما دو دسته هستند، یکی داروهایی است که الان در دنیا دارد

است. وزارت بازرگانی است؟ وزارت صنایع است؟ FDA است؟ این هم باید مشخص بشود.
 ← آقای مهندس، به نظر می‌رسید که باید FDA باشد.

مهندس نصیری: ولی خوب الان هم بخشی از فعالیت‌های وزارت صنایع را انجام می‌دهد هم وزارت بازرگانی را و هم مرکز قیمت‌گذاری است.
 ← آقای دکتر، شما به حق بحث استراتژی را مطرح فرمودید و واقعاً خوب برنامه‌های اجرایی بر پایه همان‌ها قابل تدوین است کاملاً درست است، منتها ما ظاهراً به دلیل این که هیچ وقت به خصوص در طول این سی ساله اخیر به شکل جامع به موضوع نگاه نکردیم، عمده‌تاً یک سری چیزها برایمان اصل شده که هر وقت قرار شده در این حوزه تصمیم بگیریم اول روی این‌ها تصمیم گرفته‌ایم. مثل فرمولر دارویی کشور یا به عبارتی فهرست دارویی کشور، آیا اصلاً شما به این محدود کردن اعتقاد دارید یا نه؟ به نظر شما خود این واقعاً منطقی دارد یا نه، البته این باز همان طور که خودتان اشاره فرمودید در یک طرح جامع جایگاهش مشخص می‌شود، نمی‌شود جدای از بقیه مسایلش این را به تنهایی دید؟
 اول یک نکته را بگویم، من خودم این را دیدم، در مطب یک طیب خیلی پر مریض که این را جلوی چشم مریضش گذاشته بود که The Generic That FDA Approve, Is As Good As Brand. یعنی مسأله در این است که آن جنسی که از آمریکا و اروپا می‌آید از فیلتر آن‌جاها گذشته. ما در همین شرکت اکبریه رواکوتان را دنبال می‌کردیم. رواکوتان یک کپسولی است

می‌کردند سلطه استعماری‌شان دارد از بین می‌رود، کینز و این‌ها، آمدند گفتند خوب یک اقتصاد کشاورزی وقتی که مستقل بشود این به کجا خواهد کشید؟ اول نساجی می‌رود، که ما وارد آن شدیم، بعد می‌رود در صنایع سفید (پنچال و ماشین لباسشویی و ...)، بعد امور ساختمانی، آخرین مرحله که به آن صنایع اطمینان می‌گویند که صنعت دارویی است. این مراحل را اگر یک موقعی زودتر از آن مرحله واردش بشوند و یا از باب ناچوری واردش بشوند، خوب آن عملاً عقب‌نشینی می‌کند و عقب می‌اندازد. پس این موضوعی است که باید آن طوری هم نگاه کرد چون این خیلی مطالعه شد و بعد هم که آمریکا، استعمار اقتصادیش را شروع کرد، آن هم به همین حساب شروع کرد که من، چه کار بکنم که رقابت‌م در دنیا طوری باشد که نفوذ بلندمدت و قطعی باشد. این واقعاً برای من باعث افتخار است که ما از ۱۰۰۰ تا عالم دنیا، داروساز داریم پس ما هیچ اشکال دارویی نداریم. دو هفته قبل نیویورک تایمز مجله اصلی آمریکا یک مقاله‌ای نوشت که آمریکا از ایران چه می‌تواند یاد بگیرد. این را هیچ کس منعکس نکرد این‌جا. در صورتی که در مورد طب و هزینه دارو، از شیراز دو نفر دکتر بردند که الگوی خانه سلامت را در می‌سی‌سی‌پی پیاده کنند و فکر می‌کنند که در ۵ سال آینده بیشتر از ۱۰ میلیارد دلار صرفه‌جویی هزینه بشود. دو نفر پزشک ایرانی که اسم‌هایشان هم هست و دانشگاه شیراز با دانشگاه جکسون می‌سی‌سی‌پی قرارداد بسته است که این طرح را پیاده کند. پس ما خیلی چیزها داریم. نکته این‌جا است که ما نفهمیدیم وزارت بهداشت‌مان چه کاره

و این چیزی که پیش آمده، یک پارادوکس را با خود دارد! ببینید شما در فضای روش و شرکت اکبریہ دارید زندگی می‌کنید ولی واقعیت این است که مقدار بسیار زیادی از داروها یا مکمل‌هایی که وارد ایران می‌شود، من از یکی از انجمن‌های تخصصی که آمده وارد واردات شده، یک محصول گلوکوزامین دیدم که بازار را هم به دست گرفته بود، اما اصلاً معلوم نبود این کجا تولید شده. خوب بعد مثلاً من امروز خبر دارم محصول‌هایی که دارد در ونکوور کانادا تولید می‌شود، این‌ها مال چین است. یعنی ما در این فضا هم هستیم. یا مثلاً دارویی که در قبرس دارد تولید می‌شود و دارد می‌آید چون فقط قبرس در منطقه اروپا است، دارد به‌عنوان محصول اروپایی به فروش می‌رود، این فضای اروپا نیست. تولید در قبرس تولید در فضای اروپا نیست. تولید قبرس سوئیس نیست و این حقیقتی است.

در مورد فرمایش جنابعالی بگویم که این داروهای گران‌قیمت ۴، ۵ میلیون (۱ عدد ۴، ۵ میلیون تومان) می‌دانید بعضی از این‌ها تقلبی هستند؟ می‌دانید این‌ها تقلبش هم در بازار هست؟ واقعاً مسأله این است که سازمان دارویی کشور همیشه خوب کار کرده است منتها در حد امکاناتش. ← آقای دکتر، یک سؤال انتهایی ما در مورد درج تاریخ مصرف روی محصول‌های دارویی، در خارج و ایران است. این موضوع (درج تاریخ انقضا) از چه سال‌هایی شروع شد؟

آن‌طور که من یادم می‌آید مطمئناً از ۴۰ سال پیش و تاریخ‌گذاری روی این‌ها مسأله این است که ...

که ۳، ۴ سال پیش بود که وارد می‌شد. این در تابستان آمده بود در گمرک مهرآباد مانده بود، چند روز بیشتر (زنجره سرد و... نیست)، روش نوشت که نه این را شما نگه دارید، گفت به ما بنویسید که درجه حرارت به‌طور کلی، فرودگاه مهرآباد در آن زمان چه بوده، ما هم آن‌چه می‌توانستیم نوشتیم قانع‌کننده نبود، کوتاه می‌کنم قضیه را، در حدود ۷۰۰ - ۶۰۰ هزار فرانک بود، گفت این‌ها را نمی‌توانید، مصرف کنید بگذارید کنار. عین داستان چندی پیش برای همین مابترا پیش آمد، چند سال پیش. مابترا آمد، هنوز نرسیده به گمرک این‌جا گفت همان‌جا متوقفش کنید تا من اطلاع بدهم. طول کشید بعد گفتند این را مصرف نکنید، چرا؟ چون ۲ درصد این استاپرهایی که سرش زده می‌شد (۲ درصد این‌ها) آن‌طور که باید فیکس نیست. تمام این‌ها را از بین بردند، حدود ۳ میلیون بود. مسأله این بود که حالا زیر نظر وزارت بهداشتی گفته بود از بین برود، بهداشتی گفت من نمی‌توانم باید اجازه بگیرید، اجازه گرفتیم بعد این‌ها را برگرداندیم به خود Roche که با رعایت شرایط لازم از بین ببرد. ولی عرض من در این نکته است که آن می‌گوید The Generic That FDA Approve, Is As Good As Brand. مسأله ما در این‌جا این است که آن جنس‌های خارجی که می‌آید درست است ولی آیا واقعاً به‌طور کلی، تمام کارخانه‌های داخلی ما (اصلاً خود کارخانه، خود کارکنان در تمام سطوح و شرایط فضاها، مختلف آن‌ها) آن‌طور که باید تحت کنترل باشند هستند؟ البته، من خودم شخصاً بر این باورم که اکثراً هستند.

← آقای دکتر، این چیزی که شما دارید می‌فرمایید

← آقای دکتر، یعنی در ایران زمان آقای دکتر نادری بود یا قبلش بوده؟

اصلاً ما مثلاً محصول‌های لدرلی که تهیه می‌شد از اول بود، مال سال ۱۳۴۰، یا چهل و خورده‌ای بود ولی یک نکته‌ای هست در مورد همین تاریخ مصرف. این تاریخ مصرف ثابت نیست.

← آقای دکتر، بله این را می‌دانم. سؤال را این طور مطرح کنیم که وزارت بهداشت سابق از چه تاریخی همه را موظف کرد؟ نمی‌دانم.

← آقای مهندس، چون ظاهراً یک زمانی وظیفه نبوده ولی از یک زمانی موظف شدند این کار را بکنند.

مهندس نصیری: دکتر ۵۷ داشتیم.

← آقای مهندس، بله خیلی قبل از آن بود.

مهندس نصیری: آن موقع کاملاً معلوم بود و مقرراتش کاملاً معلوم بود.

← آقای دکتر، چون همان طور که آقای دکتر می‌فرمایند بحث واردات، بحث خود مواد اولیه، بحث نگهداری، همه این‌ها می‌توانست تعیین کننده باشد و فقط آن تاریخ که خیلی تعیین کننده نیست. شنیده شده که زمان آقای دکتر نادری در ایران مؤسسه‌های واردکننده یا تولیدکننده مکلف به این کار شدند.

اولاً دو تا نکته هست، آقای دکتر نادری بسیار آدم باسواد و بی‌نظیری هستند و من هم خیلی خدمتشان ارادت دارم و از هر نظر مرد شایسته‌ای هستند و واقعاً هیچ‌گونه نظر خاصی هم ندارند. منتها تاریخ‌گذاری به‌طور کلی، (محصول‌های داخلی را من عرض نمی‌کنم و نفی حرف آقای دکتر نادری

هم نیست، ایشان بسیار فرد محترمی هستند) ولی مسأله این است که جنس‌هایی که از ایران تهیه شده فایزر، اسکویپ و فلان و تمام این‌هایی که بوده، این‌ها از زمانی که تولید شده در ایران اگر تاریخ داشته، آن‌ها تاریخ می‌گذاشتند و نمی‌توانستند که نگذارند یعنی جنس لدرلی اگر در سایانامید - کی‌بی‌سی تهیه می‌شده متعاقب دستور لدرلی باید می‌گذاشته. اگر جنس به‌رینگر در تولیدارو تهیه می‌شده متعاقب آن، هر وقتی که به‌رینگر می‌گفته مجبور بوده است که عمل کند.

من این را خدمتتان بگویم، دکتر عقیقی را که می‌شناسید. ما جنس لدرلی که در این جا می‌ساختیم دفتر خودمان در شهر بود هفته‌ای دو روز هم می‌رفتیم کارخانه، ساختمان دفتر مرکزی در همان خیابان نادری بود، این لدرلی بسته‌هایش زرد و آبی بود و این علامت مشخصه‌اش بود رو متن سفید می‌آمد، این را تعیین کرده بودند که اگر زرد و آبی ۵ درصد واریاسیون داشته باشد نسبت به زرد و آبی لدرلی، نمی‌پذیرند و ما با آقای دکتر عقیقی که در آن زمان مدیر لابراتوار کنترل تولیدارو بودند تا ۸، ۹ شب نشستیم و آن نمونه‌ها را با ذره‌بین‌های ساده نگاه می‌کردیم و تازه این‌ها باید می‌رفت تا دوباره توسط لدرلی چک و تأیید شود. یک نکته دیگر را هم بگویم و آن این که این کارخانه‌هایی که تعیین شد از جمله سایانامید - کی‌بی‌سی، از جمله لدرلی و عین این در تولیدارو و محصول‌های به‌رینگر و غیره، این‌ها در اول First Degree Of Autonomy می‌دادند، بعد Second Degree Of Autonomy بعد Third Degree Of Autonomy

اظهار لطف فرمودید که انشا... با زحماتی که شما می کشید طوری بشود که مؤثر باشد و حتماً هم مؤثر خواهد بود ولی من یک نکته‌ای که باید بگویم در طی این سال‌ها به‌طور کلی، قسمت‌های مختلف وزارت بهداشتی، سازمان دارویی و تمام این‌ها چه از نظر نفرات، چه از نظر سازمانی، چه از نظر اهداف بسیار پیشرفت کرده. یعنی حتی زمان آقای دکتر نادری یا قبل از آن هم، آقای دکتر نادری که خیلی زحمت کشیدند (تحصیل کرده فرانسه بودند و خیلی کمک‌های زیادی کردند) ولی همین اداره داروی امروز و سازمانی که دارد را وقتی در نظر می‌گیرید، می‌بینید که بسیار جلو رفته و پیشرفت کرده. آقایان هم واقعاً به‌خصوص آن‌هایی که در رأس قرار می‌گیرند واقعاً هدفشان این است که با وضعیت موجود تصمیماتی بگیرند که دارو باشد در مملکت، دارو درست و با قیمت مناسب هم باشد. خیلی هم در این کارها زحمت می‌کشند. انشا... واقعاً به این ترتیب جلو برود ولی آن قسمت‌هایی که من عرض کردم هم مورد توجه باشد که سیاست‌گذاری باید مشخص باشد، رقابت آزاد باشد و تثبیت مدیریت طولانی‌مدت یک اصل جدی تلقی شود.

First Degree چه بود؟ یعنی فقط به شما اجازه می‌دادند که نمونه‌برداری کنید و نمونه محصول را به کارخانه لدردلی در آمریکا می‌فرستادند و جنس می‌ماند تا کارخانه مادر Release بکند. بعد از مدتی که این‌ها را چک می‌کردند می‌دیدند درست است Second Degree Of Autonomy می‌دادند، بعد از یک سال یا بیشتر، مثلاً این لابراتوار هدف مشخص بود که فرضاً اگر این ۳ درصد واریاسیون داشته باشد، ۳ درصد پذیرفته است. این بود، نمونه هم بود با این اجازه می‌دادند که این انجام بشود بعد از ۳، ۴ سال که این انجام می‌شد، Third Degree Of Autonomy را می‌دادند که خیلی نادر بود و این بود که اگر این واریاسیون در حد قابل قبول بود، General Manager شرکت می‌توانست تصمیم بگیرد که Release بکند یا نکند. هر محصولی که می‌خواست Release بشود باید این مراحل را طی می‌کرد. آن مورد قوطی‌اش یا بسته‌بندی‌اش بود، این هم خود محصول که به این شکل باید دنبال می‌شد. من یک نکته‌ای که باید در خاتمه عرض بکنم این است که از همه شما خیلی ممنون هستم که