



بررسی دارو توسط فرهنگستان علوم پزشکی در مصاحبه با دکتر عباس شفیعی

مقدمه

فرهنگستان علوم پزشکی پیرامون مستندسازی نظام دارویی کشور و واردات دارو از سال ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۰، دو طرح تحقیقی را مورد بررسی قرار خواهد داد. 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. در این قسمت مصاحبه دست‌اندرکاران طرح را با یکی از مفاخر داروسازی ایران یعنی آقای دکتر عباس شفیعی که سال‌های طولانی ریاست دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران را برعهده داشته‌اند، با هم مرور می‌کنیم.

دکتر عباس شفیعی هستیم، استاد دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران و رئیس مرکز تحقیقات علوم دارویی. **← آقای دکتر، دانشکده داروسازی از یک تاریخی اقدام به تأسیس داروخانه‌هایی در سطح شهر تهران کرد و متعاقب آن هم سازمان‌های دیگری از این اقدام پیروی کردند، از جمله هلال‌احمر. اولاً بفرمایید که این اقدام در زمان شما بود یا**

← آقای دکتر، همان‌گونه که استحضار دارید فرهنگستان علوم پزشکی دو پروژه، یکی مربوط به مستندسازی نظام دارویی ایران و دیگری واردات داروها و مکمل‌ها از ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۰ را در دست انجام دارد و ما امروز به همین خاطر در خدمت شما هستیم. قبل از ورود به مصاحبه و طرح سؤال‌ها خواهش می‌کنیم ابتدا لطف کنید و خودتان را به اختصار معرفی بفرمایید.

قبل از مسؤولیت شما به عنوان ریاست دانشکده داروسازی و بعد هم نظر تان را در مورد موضوعی که سالها است درباره جایگاه داروسازان در داروخانه، چه به عنوان مالک داروخانه و چه مسؤول فنی داروخانه جويا شویم. با توجه به نظری که می گوید که موسس داروخانه و مسؤول فنی داروخانه باید یک نفر باشد، آیا وجود این شخصیت حقوقی، تضادی با آن بحث ندارد؟

بسم الله الرحمن الرحيم. تصور می کنم که آقای دکتر فرسام تاریخچه ای را برای تان گفته اند که در واقع در زمان ایشان این داروخانه پایه گذاری شد. ← بله، یک بحثی هم با آقای دکتر فرسام بود که آیا اگر این داروخانه مثلاً در بیمارستان ۱۰۰۰ تخت خوابی تأسیس می شد، درست تر بود یا کنار خیابان؟

شما مستحضر هستید که از نظر قانون جمهوری اسلامی، نکته ای که شما می گوید سندیت ندارد. یعنی سرمایه گذاری آزاد است و هر کسی می تواند انجام بدهد، بنابراین، اگر مثلاً یک دانشگاهی بیايد یک داروخانه ای را بگیرد و مسؤول بگذارد مغایر قانون نیست، طبق قانون عمل کرده است. مثلاً یک شخص عادی که می رود یک داروخانه را سرمایه گذاری می کند و بعد هم مسؤول می گیرد. حالا ما هم به عنوان داروساز دوست داریم که همه این ها یکی باشد ولی واقعیت کاری که انجام شده طبق قانون بوده، خلاف قانون که نیست. یک موسسه ای آمده یک داروخانه گرفته و هدفش هم واقعاً تأسیس داروخانه آموزشی بوده است، حالا ضمن این که داروخانه آموزشی بوده، با توجه به شرایط زمان، یک خدماتی را هم در آن زمان

که زمان جنگ بوده است ارایه می داده و ملاحظه می فرمایید که واقعاً این داروخانه ها خیلی خدمت کردند، چون کمبود دارو بود، سیستم هم یک سیستم متمرکز بود برای این که دارو با هدف سوء استفاده از داروخانه خارج نشود و به دست مریض برسد، این باعث شد که ما بتوانیم زمان جنگ را به خوبی سپری بکنیم و مشکلات مردم حداقل باشد. بنابراین، ضمن این که کار آموزش خودش را انجام می داد، یک خدماتی را هم به مردم ارایه می کرد. امروز هم همین است، امروز هم این داروخانه ها دو تا نقش دارند، نقش اصلی از نظر ما آموزشی است که دانشجویان دانشکده را آموزش می دهند و نقش فرعی ارایه خدمت به مردم است. بنابراین، جواب سؤال شما این است که واقعاً قانونی بوده و پایه قانونی داشته و هیچ مشکلی از نظر قانون ندارد. هلال احمر هم همین طور، هلال احمر هم به عنوان یک موسسه ای آمده یک داروخانه ایجاد کرده است و بالاخره طبق قانون عمل می کند.

← آقای دکتر، فکر می کنم اگر بتوانیم تکلیف یک نکته را اینجا روشن کنیم، این فرمایش شما شاید خیلی دقیق تر قابل ارزیابی باشد. بحث بر سر این که یک شخصیت چه حقوقی و چه حقیقی می تواند داروخانه احداث کند یا نه؟ نیست، بحث این است که وقتی که شما یک داروخانه ای را با یک امکانی ایجاد می کنید، حقوق عده ای (مالکین یا صاحبان یک حرفه ای) را تحت تأثیر قرار می دهید چون بالاخره همان طور که می فرمایید یک سری امکانات به سمت آن مجموعه سوق داده می شود که این برای دیگران فراهم نیست، اعم از این که یک دارویی به طور اخص وارد می شود.

نکات ظریف را یک جوهری کالبدشکافی بفرمایید که بتواند کمک کند و در تاریخ این مملکت بماند. واقعیت این است که ما باید ببینیم که آن زمان چه شرایطی حاکم بوده، موقعیت با الان خیلی فرق می‌کرد. در آن شرایط شما امکان نداشت که این صحبتی که می‌کنیم بتوانید اجرا کنید. یعنی اگر این کار را می‌کردید، ببخشید آن داستان دلار امروز اتفاق می‌افتاد. برای این که وقتی یک سیستم از حالت متمرکز خارج شد، شما نمی‌توانی کنترلش کنی. یعنی یک سیستم کنترل‌کننده وجود ندارد. خوب آن موقع هم دارو محدود بود، اگر قرار بود من این دارو را که محدود است پخش کنم بین داروخانه‌های کشور، هیچ چیز به دست مریض نمی‌رسید. داستان می‌رفت روی سیستم بازار سیاه و این مسایل و متأسفانه مردم محروم می‌شدند. پس این که این داروخانه‌ها خدمت کردند در زمان خودش صددرصد مورد تأیید است یعنی من بدون غرض می‌گویم، برای این که ما اصلاً کارهای نیستیم و کارهای هم نبودیم، ولی خدمت واقعاً خیلی خدمت مهمی بود که زمانی که دارو محدود بود، به یک سیستم در حقیقت محدودی اطمینان حاصل شد و این سیستم محدود کارش را خوب انجام داد یعنی واقعاً در خدمت مردم بود، چیزی هم از آن خارج نمی‌شد. یعنی کمتر می‌توانستند در آن نفوذ بکنند که دارو را ببرند بیرون و دارو را در بازار آزاد بفروشند. امروزه ممکن است نیازی به وجود این سیستم نباشد. بنابراین، آدم وقتی که لزومی نداشت می‌گوید آقا الان لزومی ندارد، الان داروخانه‌ها دارند کار خودشان را می‌کنند، دیگر ما مشکل دارو نداریم. ببینید، هر زمانی ضوابط خودش

می‌دانم این‌ها را من کاملاً واردم. ← دیگر خود شما استاد هستید، کاملاً به موضوع اشراف دارید. نکته‌ای که هست این است که یک مسایلی باعث شد که در حقیقت دانشکده داروسازی، این احساس مسؤلیت را بکند که یک نقشی ایفا کند، یک بخشی از آن برمی‌گردد به بحث طرح ژنریک، بخشی از آن هم برمی‌گردد به بحث آموزشی که به عهده گرفته است. اما بعداً در حقیقت افتاد در یک مباحث اقتصادی که آن تضادی که اینجا امکان دارد که داروخانه‌داران احساس کنند که حقوق‌شان تضییع شده اینجا خودش را نشان می‌دهد که اگر مستحضر باشید که قطعاً به خاطر دارید، در زمان وزارت آقای دکتر شیخ‌الاسلام‌زاده، وزیر بهداشتی، مجوزی به دو تا داروخانه، یکی بیمارستان مهر و دیگری بیمارستان پارس داده شد که بتوانند در به روی خیابان باز کنند که عموم از این داروخانه‌ها استفاده کنند و هنوز که هنوز است این به‌عنوان یک مشکل در حرفه داروسازی مورد بحث است. نکته این است یعنی قطعاً یک استدلالی وجود داشته که این اتفاق بیفتد، یک مسایلی هم تحت شرایط زمانی چون دیگر هیچ محملی نبوده که این مسؤلیت را بخواهد به عهده بگیرد، افتاده روی دوش این مجموعه، کما این که همان‌طور که شما بحث فوریت‌ها را اشاره فرمودید در هلال‌احمر، آن محدود به یک اقلام خاص بود نه همه اقلام. حالا بعدها که مثلاً بنیاد شهید و این‌ها هم رفتند سراغ تأسیس داروخانه، باز دوباره یک چنین مواردی مطرح شد. ما می‌خواهیم با توجه به اشراف شما و تا جایی که حافظه‌تان یاری می‌کند، شما این

← نه از نظر خدمت‌رسانی به عنوان سوپاپ اطمینان. ولی آیا آن نقشی که مثلاً در آمریکا یا اروپا از Chain Store برای فروشگاه‌ها درست می‌شود این Chain Storeها برای داروخانه درست بشود، منطقاً این را درست می‌دانید یا می‌گویید که این درست در نمی‌آید و بحث دیگری مطرح می‌شود؟

یک بحث دیگر است. ببینید Chain Store یک چیز دیگر است و هر مملکتی هم یک سیستمی دارد که ممکن است جاهای دیگر کارآمد نباشد. سیستمی که در آمریکا به عنوان Chain Store داریم شما در مملکت ما که نمی‌توانی درست کنی. آن سیستم یک سیستم اقتصاد آزاد است، کارهای خودشان را می‌کنند، اصلاً دارو را هم ممکن است بسته‌بندی کنند درب خانه مریض تحویل بدهند. ما آن سیستم را نمی‌توانیم در این مملکت پیاده کنیم. چون آن سیستم برای یک مملکت پیشرفته در نظر گرفته شده که افراد آن آموزش دیده‌تر و تحصیل کرده‌تر هستند و خیلی فرق می‌کند با سیستم مملکت ما که حتی در شهرهای بزرگ هم مردم آن آموزش کامل دارویی را ندارند. ما این سیستم رانمی‌توانیم در مملکت داشته باشیم، بنابراین، اصلاً آن سیستم به درد این مملکت نمی‌خورد.

← آقای دکتر به دنبال تصویب قانون ۱۳۳۴ (چون قبل از آن کمیسیون‌های قانونی، شورای قانونی و امثال این‌ها را نداشتیم)، یک سری کمیسیون‌های قانونی تحت نام ماده ۲۰ شروع به کار کردند. بعد از انقلاب یک تعدادی از این انجمن‌های پزشکی (انجمن‌های علمی و صنفی پزشکی)

را دارد، آن زمان کاری درست بوده، ولی این زمان ممکن است نیازی نباشد، پس این یک امر دیگری است. ولی در این زمان هم ما واقعاً این داروخانه‌ها را از نظر آموزشی لازم داریم. یعنی موضوع این است که اگر ما در داروخانه‌های دانشکده‌های کل کشور، سیستم آموزشی نداشته باشیم تربیت داروسازان مان به خوبی انجام نمی‌شود. من خودم در داروخانه تور در خیابان لاله‌زار آموزش دیدم، مثلاً من دانشجوی بودم رفتم آن‌جا. اصلاً سیستم آموزشی که ما اینجا داریم با آن آموزش‌هایی که آن‌ها به من دادند زمین تا آسمان فرق دارد. اصلاً آن‌جا اهمیتی به ما نمی‌دادند، نمی‌گذاشتند ما اصلاً خدمات ارائه بدهیم. پس داروخانه‌های خصوصی برای آموزش به درد نمی‌خورند. من امروز هم از این سیستم دفاع می‌کنم و اصلاً دنبال این هستم که به تمام دانشکده‌های داروسازی در سطح کشور داروخانه آموزشی بدهند تا این‌ها بتوانند از نظر آموزشی استفاده کنند وگرنه ما سیستم آموزشی مان اصلاً به درد نمی‌خورد، همه زحمت‌هایی را که می‌کشیم برای این است که می‌خواهیم داروساز با سواد تربیت کنیم، می‌خواهیم داروسازی تربیت کنیم که در خدمت مردم باشد. اگر داروساز سواد نداشته باشد کل سیستم حرفه داروسازی روی هوا است. پس ما باید به این مساله فکر بکنیم.

← آقای دکتر ببینید، پس نقش این داروخانه یا نقش حقوقی این داروخانه‌ها و یک مقدار هم در مورد هلال احمر می‌گوییم، عبارت است از آموزش، خدمت‌رسانی و ...

هلال احمر را بگذارید کنار، چون از هلال احمر در سیستم آموزشی استفاده نمی‌کنیم، آن‌ها خدماتی است.

نفوذ می‌کنند و به این ترتیب می‌خواهند داروی خودشان را وارد فهرست کشور کنند. حالا به اعتقاد من، ما داروسازها در حقیقت سواد و اطلاعات دارویی لازم را داریم. از دید من، ما مثلاً داروساز بالینی داریم، یک زمانی ممکن بود دانشکده‌های داروسازی علم کافی نداشتند ولی امروز با توجه به این که اطلاعات داروسازی کامل شده و ما هم داروساز بالینی داریم، هم شیمی دارویی داریم، هم فارماکولوژی و به‌طور کلی آن چیزهایی که اصل قضیه تصمیم در مورد دارو هست را داریم، بنابراین، به اعتقاد من ما قانون ماده ۲۰ را باید اصلاح کنیم و کسانی را بگذاریم که تبحر کافی از نظر سیستم دارویی داشته باشند. آن‌هایی که تبحر دارویی دارند، داروسازها هستند. ما خودمان می‌دانیم پزشکان که تبحر دارویی ندارند. اگر یک چیزی را هم در مورد تخصص خودشان می‌دانند، اطلاعاتی هستند که در حقیقت نماینده‌های شرکت‌های دارویی که به اصطلاح پزشکان را ویزیت می‌کنند به آن‌ها می‌دهند. حالا این که آن اطلاعات تا چه اندازه درست یا نادرست است، بماند. ولی این سیستم آموزش دارویی توسط اساتید دانشکده داروسازی و متخصصان ارایه می‌شود. به اعتقاد من باید آن قانون ماده ۲۰ را اصلاح بکنند و اظهار نظر توسط متخصصان داروسازی انجام بشود. منظورم اساتید رشته‌های مختلف است که من قبلاً هم گفتم و از میان آن‌ها افرادی انتخاب شوند که در امر دارو وارد هستند و تا حد امکان هم افراد بی‌نظری هستند و شایستگی لازم را برای ادای دین وظیفه‌ای دارند و افرادی نیستند که تحت نفوذ شرکت‌های ذی‌نفع قرار بگیرند. با توجه به این که

آمدند حضور پیدا کرده‌اند. حالا در ارتباط با این که یک دارویی بخواهد وارد فهرست دارویی مملکت بشود یا یک دارویی بخواهد از فهرست دارویی مملکت حذف بشود، این مسیر را جنابعالی چگونه ترسیم و تعریف می‌کنید، یک مسیر صحیح. چون پزشکان یک عده‌ای اعتقاد دارند که همین که یک انجمن‌های پزشکی تخصصی اظهار نظری کنند در مورد یک دارویی، این باید بیاید برود و به فرض FDA ایران بپذیرد و عمل کند. آن طرف یک عده از پزشکان اظهار می‌کنند چون ممکن است منفعت خاص از گروه‌های پزشکی در این زمینه وجود داشته باشد بنابراین، ما نظر انجمن‌های پزشکی را نمی‌توانیم نظر قابل قبولی تلقی کنیم. طرف دیگر یک عده از پزشکان اظهار می‌کنند که آن کمیسیون ماده ۲۰، کمیسیون داروسازی است نه کمیسیون پزشکی یا کمیسیونی که جامعیت لازم را داشته باشد. یعنی بیشتر اعضای شرکت‌کننده در آن جلسه و رای قاطع متعلق به داروسازها است. خوب، حالا از نظر شما که خودتان هم سال‌ها عضو آن کمیسیون‌ها بودید، اگر قرار باشد یک مسیر منطقی برای این که یک دارویی در فهرست دارویی کشور وارد شود و یا از آن حذف شود، در نظر گرفته شود، کدام مسیر صحیح است؟

ما اگر واقعاً انجمن‌های بی‌نظری داشتیم، هیچ مشکلی نبود، شما می‌توانستید مسایل را از طریق انجمن‌ها با توجه به نیاز دارویی آن‌ها حل کنید. ولی همان‌طور که فرمودید متأسفانه انجمن‌ها نقش خودشان را ایفا نکردند و ما می‌بینیم که شرکت‌های واردکننده به طریقی در انجمن‌ها

می‌دانیم چقدر پول داریم، ما نمی‌توانیم بباییم در فهرست دارویی کشور داروهایی را قرار بدهیم که بسیار گران‌قیمت است. بعضی از این داروها حتی در فهرست دارویی کشورهای اروپایی هم نیست، حالا در کشورمان، ما دنبال یک دارویی که هنوز مورد تایید FDA هم قرار نگرفته می‌رویم تا به تدریج آن را وارد فهرست دارویی کشور بکنیم! تا زمانی که FDA آن را Approve کرد بلافاصله وارد فهرست دارویی کشور بشود. دارویی که هنوز در خود آمریکا و اروپا هم مصرف نمی‌شود و این مشکلاتی را برای داروی کشور ایجاد می‌کند. یعنی اگر دقت کنیم می‌بینیم، ارزی که دارید دیگر نمی‌تواند جوابگوی این داروهای بسیار گران‌قیمت جدید باشد. حالا یک عده‌ای هم اعتقاد دارند که شما باید فهرست‌تان آزاد باشد، دیگر این‌ها از کشورهایی مثل آمریکا هم آمریکایی‌تر هستند. می‌گویند شما همه چیز بگذارید در فهرست تا هر کسی اگر پول داشت بتواند برود تأمین بکند و از این مسایل و حالا کسی هم که ندارد استفاده نکند که این با منطق عدالت اجتماعی جور در نمی‌آید. دارو یا باید برای همه وجود داشته باشد یا این که اگر نیست برای هیچ‌کس وجود نداشته باشد. من نمی‌توانم بگویم که یک دارویی در فهرست گذاشته شود، اما کسی که پولدار است برود این دارو را استفاده کند، کسی هم که فقیر است و امکان ندارد، نتواند از آن دارو استفاده کند. دارو هم اسمش دارو است، یعنی باید خاصیت داشته باشد، یعنی این که من نمی‌توانم یک دارویی را در فهرست دارویی بگذارم که مثلاً می‌گویند که ۱۰ درصد عمر مریض را یا شانس زنده ماندن او را زیاد می‌کند، وقتی که شما مقایسه می‌کنی با

دارونما، می‌بینی که مثلاً این دارو ۱۰ درصد بهتر از آن دارونما است. حالا مثلاً ممکن است دو ماه عمر مریض را زیاد بکند، ولی در حقیقت یک مخارج بسیار گزافی را به خانواده بیمار تحمیل می‌کند که این بندگان خدا خودشان و خانواده‌شان با توجه به قیمت فوق‌العاده گران چنین داروهایی به امید یکی، دو ماه عمر بیشتر در آن شرایط بیماری می‌روند سرمایه‌گذاری می‌کنند که به اعتقاد من اگر مصرف هم نمی‌کردند شاید بیشتر از آن هم عمر می‌کردند ولی با این سبک که نمی‌شود ما سیستم دارویی کشور را اداره بکنیم. ما باید عدالت اجتماعی را رعایت بکنیم و روی داروهایی سرمایه‌گذاری بکنیم که واقعاً برای مردم لازم است. اعتقاد این است ما داروهای خیلی ارزان‌قیمتی داریم که مثلاً در زمینه پیشگیری است، باید آن‌ها را مصرف کنیم که مردم به بیماری مبتلا نشوند. وقتی که مبتلا به بیماری شدند و حالا ندانیم چه خاکی به سرمان بکنیم که درست نیست. ما باید سیستم تغذیه مملکت را درست کنیم. ما الان مثلاً می‌گوییم که سرطان ایجاد شد، بروید آخرین داروی گران‌قیمت را بیاورید تا این گروه از بیماران را درمان کنیم، آقا ما با قیمت خیلی کمتری می‌توانیم جلوگیری کنیم که طرف سرطان نگیرد. یعنی ما باید برویم روی سیستم بهداشت و پیشگیری کار بکنیم. مملکت باید در این سیستم کار بکند که متأسفانه در این سیستم ما خیلی کم کار می‌کنیم و بحث‌هایی هم که می‌شود، بحث‌هایی هم که در حقیقت من گاهی اوقات انجام می‌دهم همین است. می‌گویم آقا جان شما بروید غذایتان را درست کنید، شما بروید جلوی این فست‌فودها را که پر از مواد سرطان‌زاست

آیا باید اجازه فعالیت به این‌ها داده شود؟ چون این نقطه شروع ورود به فهرست دارویی کشور می‌شود، چه سیاستی باید اتخاذ کرد که اگر واقعاً براساس تشخیص صحیح یک طیب مشخص شود که بیماری یک دوايي را لازم دارد آن دارو وارد مملکت بشود، از طرف دیگر هم چه باید کرد که با این کار شرایطی را فراهم نکرده باشیم که متعاقب آن در اثر فشار افکار عمومی و فشار طیب این دارو بیاید و جزء فهرست دارویی قرار بگیرد، در هر صورت چه کار باید کرد؟

اعتقاد من بر این است که اصلاً این تک‌نسخه‌ای‌ها معنی ندارد، همین باعث شده که سیستم دارویی مملکت بایک بلیشویی مواجه بشود. ما نباید تک‌نسخه‌ای داشته باشیم. بالاخره ما یک فهرست دارویی داریم، یا یک دارویی در فهرست دارویی هست یا نیست. اگر هست، نمایندگی دارد یا در داخل تولید می‌شود، پس تکلیف روشن است. اگر نیست دیگر هیچ پزشکی نباید غیر از فهرست دارویی ما چیزی بنویسد. همه دنیا همین جوری است. شما در انگلستان اجازه ندارید خارج از آن فهرستی که در انگلیس است چیز دیگری بنویسید. ما سیستم‌مان اشکال دارد، که یک سیستم تک‌نسخه‌ای ایجاد کردیم و این باعث دردسر شده است. چون ابتدا به عنوان تک‌نسخه بوده (مثلاً ۱۰۰ تا عدد) یک مرتبه شده چندین میلیون. این غلط است. من عرض کردم ما باید اولاً یک کمیسیونی داشته باشیم که محققان و اساتید دانشگاه که به اندازه کافی سواد علمی دارویی دارند، جزو آن کمیسیون باشند، بعد فهرست دارویی کشور را هم مورد بازبینی قرار بدهند، اگر که یک دارویی

بگیرید، نروید پفک بدهید دست بچه که حساس هست و ترکیبات مختلفی در این پفک هست، رنگ‌های مختلف است که این رنگ‌ها معلوم نیست که چیست، ما خودمان می‌دانیم که وقتی یک چیزی حرارت بالا ببیند ترکیبات سرطان‌زا ایجاد می‌کند، حالا ما این‌ها را تبلیغ می‌کنیم، به دست بچه‌ها می‌دهیم، مردم این‌ها را می‌خورند بعد می‌شنویم یک بچه کوچک سرطان گرفته، حالا ما که خودمان باعث بیماری‌شان شده‌ایم می‌خواهیم این بچه‌ها را درمان کنیم.

← آقای دکتر در یک لحظاتی به دلیل شرایط انقلاب یا جنگ، دارو کم بوده، مرکز فوریت‌ها شروع به کار کرد. بعد هم به دلایلی تک‌نسخه‌ای‌ها شروع به کار کردند. سوالی که ما از خیلی از اساتید داشتیم، که حتی عده‌ای از آن‌ها در آمریکا هم Practice کرده‌اند، این است که آیا در آمریکا یک طیب حق دارد غیر از آن دارویی که FDA تایید کرده و در داخل آمریکا هست، دوايي را بنویسد؟ اساتید به ما گفتند خیر، اگر دارویی را FDA تایید نکرده هیچ طیبی حق ندارد آن را نسخه کند - چه در کشور دیگری تایید شده باشد چه تایید نشده باشد - به فرض یک دارویی در فرانسه تایید شده، در آمریکا تایید نشده، تا زمانی که این دارو در آمریکا تایید نشود و جزء فهرست دارویی آمریکا قرار نگیرد، این دارو حق ورود به آمریکا را ندارد. حتماً این سیاست در کشورهای اروپایی، ژاپن و جاهای دیگر هم هست. ما در ایران مواجه با این قضیه هستیم که یک تعدادی داروهای خارج از فهرست توسط مراکز فوریت و تک‌نسخه وارد مملکت می‌شوند.

واقعاً لازم است وارد فهرست کنند، اگر بعضی از داروها بی خود است، از فهرست خارج کنند. یعنی این فهرست لازم نیست که همیشه ثابت باشد، می تواند متغیر باشد. این نظر من است حالا دیگران هر کدام نظر خودشان را دارند ولی اعتقاد من این است که طبیب ما نباید غیر از فهرست دارویی کشور چیز دیگری بنویسد. اگر غیر از این باشد ما دیگر نمی توانیم سیستم دارویی کشور را کنترل کنیم. یعنی مرتباً شما فهرست های مختلف خواهید داشت. هر روز می آیند می گویند که یک دارویی نمی دانه در فلان کشور دارد مصرف می شود، دیگری می آید می گوید که FDA می خواهد این دارو را تأیید کند و باید سریع تر مقدمات ورود آن به فهرست دارویی کشور انجام شود که اصلاً هم از این خبرها نیست، حالا FDA هم باشد، دلیل ندارد. مگر همه داروهای FDA در اروپا هست؟ البته که نیست. آن ها هم یک فهرست دارند، می گویند فهرست ما این است و طبیب هایشان هم همان ها را می نویسند. بالاخره ما هم باید از یک کشوری الگو بگیریم. اینجا هم همین است باید یک فهرست دارویی داشته باشیم و طبق همان لیست هم عمل شود.

← آقای دکتر، یک نکته ای در این بحث ها بود، شما هم موارد خیلی ارزشمندی را اشاره فرمودید که این ها واقعاً آسیب های جدی ای را به مرور زمان به وجود آورده است. ما فکر می کنیم یکی از مسایلی که باعث می شود این شرایط به وجود بیاید و شرایطی که بخواهیم یک بنیان درست و محکم و متغنی را بنا بگذاریم، مرتباً به تأخیر می اندازد، این است که تحت تأثیر برهه های زمانی خاص، یک تصمیم های فوری می گیریم و

هر چند که به ظاهر آن تصمیم های فوری مشکل ما را در آن برهه زمانی حل می کند ولی یک تضاد آنتاگونیستی با آن بنیان های ارزشمند به وجود می آورد. همین بحثی که شما الان اشاره فرمودید، خوب مردم در مورد دارو که یک کار تخصصی است اصلاً ساکت هستند، می گویند آقا پزشک و داروساز در چلنجی که با همدیگر دارند، تکلیف این قضیه را - چه از جهت حرفه ای، چه از جهت اخلاقی، چه از جهت اقتصادی و چه از جهت اثربخشی اش - روشن می کنند. حرف آن ها دیگر برای ما حجت است و ما مجبوریم اطاعت کنیم، عقل و منطق این را به ما می گوید. منتها وقتی که ما تحت تأثیر شرایطی قرار می گیریم، یک دفعه این بنیان را تغییر می دهیم یعنی همان طور که شما اشاره فرمودید امکان دارد که ما بگوییم که چون آقای فلانی این کار را کرده، چون فلان کس آمده تحت تأثیر تبلیغات یک شرکت دارویی مثلاً یک حرکت نادرست کرده، پس دیگر این ارتباط ضرورتی ندارد. همان بخشی از حرفه که اسمش داروسازی است یا هر چیز دیگری، همان بیاید نظر بدهد. امکان هم دارد که از نظر علمی کاملاً در همه جای دنیا هم پاسخ گو باشد این مجموعه ولی پاسخ گویی یک بحث است، اغنای آن پزشک و بعد به تبع آن انتظار و توقع بیمار باز دوباره یک بحث دیگر است. آقای دکتر اگر این چلنج اتفاق نیفتد همیشه این مشکل باقی می ماند. در صورتی که وقتی که در یک محفل کاملاً علمی که این افراد حضور دارند قطعاً هم این ها افرادی هستند که دیگر الکشان را آویخته اند چون دنبال منافع پیش پا افتاده شخصی و دنیایی نیستند،

درمان کند، حرفی در این نیست. بعد هم که این‌ها می‌خواهند آخرین دارویی که در هر تخصصی وجود دارد و یک ماه پیش هم در دنیا آمده آن را استفاده نکنند. ما هم کشوری هستیم با بودجه دارویی محدود، این نیست که ما یک کشوری باشیم که پول خیلی زیادی داریم و هر کسی هرچه بخواهد ما بتوانیم برایش فراهم کنیم. حالا شما می‌خواهی ماشین سوار شوی همه دوست دارند یک ماشین خیلی خوب و گران‌قیمت سوار شوند، آیا امکان دارد که همه همان ماشین را سوار شوند؟ طبیعتاً نیست. باید با توجه به بودجه موجود کار کرد. به یک خانواده می‌گویند ماهی یک میلیون تومان داری، باید برای آن یک میلیون تومانش برنامه‌ریزی کند. ما بودجه مملکت‌مان این نیست که دارو بودجه خیلی وسیع داشته باشد که ما بتوانیم هر کاری بکنیم و هر مانوری بدهیم. به طور کلی کلیه دست‌اندرکاران نظام دارویی و پزشکان ما باید توجیه بشوند که بودجه ما محدود است و باید همکاری بکنند. بحث همکاری کردن است، اصلاً بحث مقابل هم قرار گرفتن نیست. در سیستم درمان ما داروهای اساسی وجود دارد. این داروهای اساسی باید وجود داشته باشند، در همه دنیا هم همین‌طور است. در فشارخون یک سری داروهای اساسی وجود دارد، این داروی اساسی باید باشد، غیر از این کاریش نمی‌شود کرد، درمان به‌وسیله این است. در هر رشته تخصصی هم همین است. یکی داروهای اساسی وجود دارد که ۹۵ درصد پزشکان داروهایی که می‌نویسند همین‌ها است و چیز دیگری نمی‌نویسند. ولی ممکن است برخی از پزشکان این اعتقاد را داشته باشند که آقا نه ما

حالا اگر خدای نکرده یک کسی هم بخواهد نفوذ کرده باشد، خود این افراد فرهیخته و امتحان پس داده با اتوریته‌ای که دارند این آدم را حذف می‌کنند و تکلیفشان را در حرفه روشن می‌کنند و دیگر ضرورتی ندارد که به صحن عمومی جامعه هم بیاید. کما این که خود شما مستحضر هستید که از گذشته‌های دور ما افرادی داشتیم که الگو بودند و وقتی حرف می‌زدند، همه حرف این افراد را روی چشمشان می‌گذاشتند. الان نکته این است که ما وقتی این بنیان‌ها را تغییر می‌دهیم، یک سری مسایل و مشکلات به مرور زمان به وجود می‌آید که این مسایل و مشکلات بعدها خیلی عمده می‌شود، یعنی همین بحثی که الان شما می‌فرمایید تضاد بین پزشک حتی در حد تخصصی که ما می‌گوییم آقا انجمن‌های تخصصی یک چنین مشکلی دارند و داروساز، اگر این در خود حیطه حرفه حل نشود، مسایلش هم‌چنان باقی می‌ماند. شاید امروز همه اطاعت کنند یا بترسند یا هرچیز دیگری و بکشند کنار، ولی آن زخم و آن مشکل و گره هم‌چنان هست و هیچ‌کس هم بالاخره این را باز نکرده است. ما فکر می‌کنیم یک بخشی از این مشکل در قانون است که به قول شما اصلاح نشده و یک بخشی دیگری از آن هم در همین بنیان‌ها است که از همان ابتدا ما می‌فکر می‌کنیم جزیره‌های جدا جدا از هم هستیم و بعد هر کدام هم آن دیگری را می‌خواهیم قبول نداشته باشیم و بالاخره هم این یکپارچگی در تصمیم‌گیری و عمل اتفاق نمی‌افتد. در این مورد اگر نظری هست بفرمایید.

ببینید، پزشک دوست دارد که مریضش را

باید هرچه دوست داریم بنویسیم، در یک مجله‌ای خواننده فلان دارو را مثلاً شرکت وایت آمریکا کشف کرده برای فلان بیماری، می‌خواهد این را همان فردا به مریضش بدهد. خوب آیا این برای ما امکان دارد؟ برای ما که امکان ندارد، نه تنها برای کشور ما بلکه برای هیچ کشور دیگری هم امکان ندارد. اصلاً بحث این نیست که بگوییم این محدود به ما هست، کشورهای دیگر هم همین هستند. این جور نیست که هر دارویی را هر پزشکی بتواند بنویسد. می‌گویند آقا ما یک فهرستی داریم، طبق آن باید نسخه بنویسید، منتها این فهرست را باید چنان درست کرد که جواب‌گوی درمان مملکت ما باشد. انجمن‌های علمی می‌توانند بگویند این فهرست‌هایی که شما درست کردید، برای ما خوب است، منتها یک دارو هست که شما فراموش کردید، بسیار خوب این دارو را پیشنهاد کنند، در کمیسیون بررسی می‌شود. یا می‌گویند آره یا می‌گویند نه. بالاخره همدیگر را توجیه می‌کنند دیگر، اجباری که در کار نیست، بحث همکاری است. من توضیحی که دادم ببینید همکاری در نظام دارویی کشور است که باید پزشکان، داروسازان همان‌هایی که شما فرمودید، متخصصان با همدیگر همکاری بکنند، یک فهرست مورد قبول‌شان باشد. بعد این را به پزشکان دیگر هم بگویند که آقا ما فهرستمان این است تا یکی از اعضای آن انجمن بر ندارد یکی داروی دیگر بنویسد. حداقل بگویند که ما از طرف انجمن‌ها رفته‌ایم با این داروها موافقت کرده‌ایم. بنابراین، هیچ تضادی ایجاد نخواهد شد. یعنی در اینجا من می‌خواهم بگویم همکاری نقش اساسی را بازی می‌کند، داروهایی هم که مورد

نیاز رشته‌های تخصصی مختلف است با نظر خود انجمن‌ها تهیه بشود. منظورم این نیست که همین امروز ما داروسازها بنشینیم این کار را بکنیم، برای این کار سال‌ها زحمت کشیده شده و متخصصان انجمن‌ها هم نظر داده‌اند روی این داروها. ولی این که این فهرست دارویی یک جوری باشد که من هر روز، هر ماه بیایم ده تا دارو به آن اضافه کنم عملی نیست. یعنی پولش را ندارم، بودجه‌اش را ندارم، امکاناتش را ندارم. باید این‌ها مثلاً هر شش ماه یا یک سال یک بار بنشینند این را مورد بررسی قرار بدهند و به روز بکنند. اگر یک داروی خیلی خوبی در این فاصله کشف شده باشد و باعث بشود که یک بیماری را واقعاً ریشه‌کن بکند و ما آن را نداشته باشیم، برای این دارو و داروهای دیگر محاسبه اقتصادی می‌شود، آخر می‌گویند وجود این داروها ضروری است و به نفع مملکت است، به نفع سیستم دارویی مملکت است، باعث بشود که یک بیماری را واقعاً ریشه‌کن بکند و ما آن را نداشته باشیم، برای این دارو و داروهای دیگر محاسبه اقتصادی می‌شود، آخر می‌گویند وجود این داروها ضروری است و به نفع مملکت است، به نفع سیستم دارویی مملکت است، باعث شود که کمتر برای درمان خرج زاید بشود. یعنی خلاصه‌اش این است که این سیستم‌هایی که هر روز ایجاد می‌کنند جواب‌گو نیست. اگر یک سیستم اساسی که در مملکت بوده، همان سیستم را بگیرند ادامه بدهند شاید امید بازسازی و بهبود وضعیت فراهم شود. متأسفانه این تک‌نسخه‌ای‌ها یک مرتبه و یک شبه در این مملکت زاییده شد که گرفتاری امروز را ایجاد کرده و گرنه ما که این مشکلات را نداشته‌ایم.

دو تا دارو را وارد فهرست بکنیم، یکی دو تا را هم خارج بکنیم. ولی این بحث ادامه دار است یعنی تحول دارد منتها تحولش هم همان طور که من گفتم باید در یک دوره شش ماهه یا یک ساله باشد، بالاخره باید ما یک سیستم صحیحی دایر بکنیم و این سیستم که ایجاد می شود ادامه پیدا کند. قدیمی ها هم این کارها را می کردند، بالاخره یک سیستم داشتند. باید همان سیستم را بگیریم و طبق آن سیستم ادامه بدهیم. مانند سیستم ژنریک، اگر قرار بود که هرچه دکتر تجویز می کند را بیاوریم، سیستم ژنریک که اصلاً نمی توانست استقرار بیابد و کاری از پیش ببرد. آمدیم گفتیم آقا سیستم ژنریک شد تمام شد. ما Brand Name نمی توانیم بیاوریم، پول نداریم. وقتی هم که پول نداریم، همین سیستم است.

البته آقای دکتر ما بحث مان خیلی فراتر از بودجه و پول است. یعنی معتقدیم اصلاً یک تصمیم منطقی که بحث فارماکوکونومی هم یک بخشی از آن است. خیلی از مسایل دیگر در کنارش هست که قطعاً آن ها هم مورد توجه هستند. من احساس می کنم که الان همین بحثی که شما می فرمایید، ما به جای این که خودمان بر مبنای آن تصمیمات منطقی، یک دوره هایی را در نظر بگیریم که در حقیقت Revise شدن فهرست مورد نظر در پی این یک اجماع از سوی متخصصان مربوطه صورت بگیرد، ما نشستیم و هر روز یک کسی یک پروژه می آید می گذارد روی میز ما، ما هم همه می دویم دنبالش تا این که مشکلی را حل کنیم. یعنی انگار خواسته یک کسی، با یک منافع مشخصی که ما شاید همه ابعادش را هم نمی دانیم می آید مطرح می شود و

← پس به طور مشخص نظرتان این است که ما از روزمرگی در بیاییم و یک سیاست درازمدتی داشته باشیم.

بله مثل همه چیز دیگر، مگر ما سیستم ۵ ساله و ۲۰ ساله نداریم؟

← حد و حدود بودجه مان را در نظر بگیریم.

طبق آن برنامه ریزی کنیم.

← نظر متخصصان بی طرف گروه های مختلف را هم در نظر بگیریم و با اصلاح قانون، کمیسیون ماه ۲۰ هم بیشتر جنبه علمی به آن بدهیم.

یعنی ما نرویم از انجمن ها پرسیم آقا این دارو را وارد فهرست بکنیم یا نکنیم.

← خودشان اگر چیزی بود درخواست می کنند.

نه بحث من این نیست، بحث من این است که گفتم هر شش ماه تا یک سال یک بار انجمن های همان رشته تقاضاهای خود را مطرح کنند.

نه این که هر روز بنشینند دارو بیاورند. ما الان مشکل مان این است، یک شرکتی می آید یک دارویی را ارایه می کند و بعد به انحاء مختلف فشار می آورد تا وارد کمیسیون شود، کمیسیون می گوید آقا از انجمن بپرسید. انجمن هم چه می گوید؟ انجمن هم می رود و بالاخره می گوید خوب اگر این دارو هم باشد خوب است. آیا این کار درست است؟ این که درست نیست. من گفتم اگر شما لیست دارویی دارید، تا حالا که این دارویتان درمان می کرده و یک شبه و یک مرتبه هم که دارو زاییده نشده است. باید هر ۶ ماه یا ۱ سال یک بار بنشینند دوباره ببینند داروهایی که در دنیا وجود دارد، چه داروهایی هست در این رشته تخصصی، ما چه داریم، چه قدر هم پول داریم، می توانیم کاری انجام بدهیم یا نه، ممکن است یکی

همه ما را دنبال خودش می‌کشاند. من حالا فکر می‌کنم که با توجه به این فرمایش شما، یک تجلی خیلی خیلی روشن در یک بحثی تحت عنوان مکمل‌ها ما در کشور داشتیم که خود این شده اصلاً بالای جون این نظام دارویی و در حقیقت تغذیه جامعه. آقای دکتر در این مورد نظرتان چیست؟ ببینید، اولاً اسمش مکمل است، ما می‌گوییم مکمل‌ها برای این که از این بلا درآید بیاید در سیستم دارویی.

← خوب نکته هم همین جا است آقای دکتر، در یک تاریخی تحت عنوان مکمل آمدند این را از فهرست دارو خارج کردند، مدیریتش را هم خارج کردند و بردند به یک بخش دیگر و نتیجتاً به صورتی وحشتناک در کشور گسترش پیدا کرد. از اشتباهات بوده و بلبشوی کامل ایجاد کرده و حالا می‌خواهند جمع و جورش کنند. ببینید ما متأسفانه چون مقطعی تصمیم می‌گیریم، این مشکلات ایجاد می‌شود. این‌ها می‌شود وابسته به یک مدیر. یک مدیر می‌آید و ایده‌اش این است، و آن را پیاده می‌کند. یک زمانی (ما همه بدبختی‌هایی که داریم همین است) گفتند که ما سیستم بازرگانی‌مان در حقیقت می‌خواهد وارد WTO بشود، این داستان WTO همین بالای مملکت شد. اگر می‌بینی که این مکمل‌ها این‌جوری شد، به این دلیل شد. WTO یعنی چی؟ یعنی درها را باز بگذار، رقابت کن، بازار آزاد است و هر کار می‌خواهی بکن.

← البته اشتباه فکر کردیم.

می‌دانم. این‌ها این تصور را داشتند. همین الان هم می‌گویند که آقا من اگر می‌خواهم که وارد

WTO بشوم باید چنین و چنان کنم. اولاً ما را راه نمی‌دهند. ثانیاً اگر یک روز بخواهند ما را راه بدهند، حالا فرض کن بگویند تو فردا بیا، ما باید چی کار کنیم؟ ما باید در حقیقت مملکت و اقتصاد مملکت را در نظر بگیریم. ببینیم چه موقع صلاح هست که وارد WTO بشویم. حالا در سیستم دارو در حقیقت چینی‌ها و هندی‌ها کاری که انجام دادند این بوده، این‌ها آمدند قبل از این که وارد WTO بشوند، یک مدتی کار کردند که همه داروهایی را که برای مملکت خودشان لازم دارند، خودشان تولید کنند. به یک جایی رسیدند که نه تنها می‌توانند این کار را بکنند، حالا می‌توانند دارو تولید کنند و ثبت بکنند و به این ترتیب می‌توانند وارد اقتصاد دارو در دنیا بشوند. بررسی کردند گفتند الان موقعش است. گفتند آقا تا حالا ما هرچی درست کردیم مال خودمان است، از حالا به بعد ما دیگر جزو قانون به اصطلاح مالکیت فکری و معنوی هستیم. متأسفانه، مسؤولان ما که آن موقع سر کار بودند اشتباه کردند و در جلساتی که می‌رفتم هی این حرف‌ها را تکرار می‌کردند. حرف‌هایشان این بود که ما نمی‌توانیم جلوی واردکننده را بگیریم. بالاخره این تفکر غلط بود که در حقیقت هرچیزی را هر کسی می‌خواهد وارد کند، که مکمل‌ها از جمله آن‌ها بود. بنابراین، در موضوع مکمل‌ها، یک عده‌ای سواستفاده کردند و از هر جایی مکمل وارد کردند، این‌ها نه تنها کیفیت خوبی ندارند، بلکه بسیاری از این مکمل‌ها مضر هم هستند. الان می‌بینی برای جوان‌های ما چه مکمل‌هایی را تجویز می‌کنند که پر از ترکیبات است و باعث مریض شدن جوان‌ها می‌شود. از طرفی سیستم غذایی‌مان با دنیا فرق می‌کند. ما

در حقیقت این همان موضوعی است که می‌گوییم ما از نظر سیستم دارویی روزمره تصمیم می‌گیریم، نه این که یک قانون جامع داشته باشیم که بگوییم طبق این قانون عمل می‌کنیم، بلکه یواش یواش و قدم به قدم می‌رویم جلو. حالا این مکمل‌ها هم داستانش همین بود.

◀ آقای دکتر، مستحضر هستید که بیش از ۹۰ درصد و یا به عبارتی بیش از ۹۵ درصد داروی مصرفی (از نظر عددی) کشور در داخل تولید می‌شود. با توجه به این مهم دو سؤال مطرح است. یکی این که چگونه می‌شود اطمینان پزشکان را نسبت به داروهای تولید داخل جلب کرد و دیگر این که به نظر شما اگر دارویی در داخل تولید می‌شود آیا باز هم باید مجوز ورود داروهای خارجی مشابه به آن را به داخل داد یا خیر؟

ببینید، اولاً اعتقاد من این است که در این که ما داروسازان در صنعت، باید چیزی را که تولید می‌کنیم با کیفیت بالا و در حد اعلا کیفیت باشد، هیچ حرفی نیست. یعنی این که ما دارویی ندهیم بیرون که خدای نکرده کیفیت لازم را نداشته باشد. این را هم توضیح بدهم که من اطمینان دارم که بالای ۹۵ درصد داروهای تولید ما کیفیت لازم را دارند، کیفیت خوب هم دارند.

◀ آخر این چیزی که شما می‌فرمایید را چند دفعه فرمودید و بعد سؤال مطرح می‌شود که آن ۵ درصد کدام است.

توجه داشته باشید که این مریض و طبیب هستند که باید در مورد اثر درمانی دارو نظر بدهند، آن هم این است که ما یک اثر روانی داریم و آن اثر روانی

یک کشوری هستیم که هم غذایمان خوب است و هم میوه می‌خوریم، سبزیجات می‌خوریم، همه چیز داریم. اغلب که از من سؤال می‌کنند جوابم این است که شما نیازی به مکمل‌ها ندارید، زیرا همه چیز داری می‌خوری، مگر چقدر ویتامین C می‌خواهی، چقدر ویتامین A می‌خواهی، چقدر ویتامین B1 می‌خواهی؟ همه این‌ها در سیستم غذایی ما وجود دارد. پس مکمل چه صیغه‌ای است که ما داریم پول مملکت را خارج می‌کنیم که این‌ها وارد بشوند؟ مکمل‌ها برای یک مملکتی ممکن است خوب باشد در آمریکا و اروپا طرف وقت ندارد، غذایی را از بیرون تهیه می‌کند و فاقد ویتامین‌ها است. بنابراین، مجبور است مولتی‌ویتامین مصرف کند. و یا مکمل‌ها را بخورد. ما سیستم مکملی‌مان کاملاً متفاوت است و من با اطمینان این حرف را می‌زنم. اگر شما یک سیستم مکملی را که تمام این ریزمغذی‌ها در داخلش هست را به یک عده از جوان‌ها بدهید یا خود شما بخورید، می‌بینید آن روز عصبی هستید، نمی‌توانید کار بکنید، حالا نمی‌دانید برای چیست ولی وقتی به سیستم غذایی خودتان خوب دقت بکنید، می‌بینید امروز مثلاً یک همچنین چیزی خوردید، خوب این برنامه مال مردم آن کشورها است. ما بدنمان با این نوع تجویزها سازگاری ندارد. حالا آمده‌اند این مکمل‌ها را وارد کرده‌اند که در حقیقت هم برای مردم ضرر دارد، هم مقدار زیادی پول مملکت خارج می‌شود. برای این که این مشکل را حل کنند گفتند که مکمل دارو است (برای این که جمع و جورش کنند) تا مجوزی بگیرند که بیاید در سیستم ماده ۲۰ تا به اصطلاح براساس قانون نسبت به آن اقدام بکنند که

گفته پزشک است به مریض. چون اگر پزشک به مریض بگوید که این داروی خارجی چنان است و ایرانی اش هم این است و به بیمار القا کند که این داروی خارجی مؤثر است و داروی داخلی مؤثر نیست، من به شما اطمینان می‌دهم که اگر او (بیمار) داروی داخلی را مصرف کند مؤثر نیست. چون اثر روانی اصلاً یک موضع بسیار مهم است که نباید آن را دست کم گرفت. وقتی پزشک به شما می‌گوید آقا این داروی مناسب شما است، شما هم نگران نباش این را بخور خوب می‌شود، تمام است، بیمار هم با چنین اعتماد و دلگرمی داروی تجویز شده توسط این پزشک را می‌خورد خوب می‌شود چون بالاخره ما که می‌دانیم که علاوه بر دارو سیستم دفاعی بدن مهم‌ترین نقش را بازی می‌کند.

خوب حالا ما یک مشکلی که داریم این است، وقتی که شما یک دارویی دارید که در داخل تولید می‌شود، یک مشابه وارداتی هم دارد و طبیب می‌گوید آن داروی وارداتی بهتر از این است، کار را خراب کرده است، تمام شد. من بارها گفته‌ام و می‌گویم آقا من این-ویتامین E ۱۰۰ میلی‌گرمی داروپخش را می‌خورم بابا خوب است، روی من اثر می‌گذارد، کلسیم D داروپخش را می‌خورم خوب است واقعاً. ازیتیکول اسوه را برای کلسترولم می‌خورم خوب است. به ترتیبی که خود من به متخصص گوارش می‌گفتم بابا مگه تو کلسترول خودت بالا نیست؟ گفت آره، گفتم ببین تو این دو تا دارو را: یکی آتورواستاتین شرکت سبحان را ۲۰ میلی‌گرم و دیگری ۱۰ میلی‌گرم ازیتیکول اسوه را بخور و دو ماه بعد برو آزمایشگاه اگر در حد طبیعی

پایین نیامد گناهِش گردن من. خودش مصرف کرد گفت آقا عجیب این‌ها مؤثر است، خیلی خوب است. خوب حالا مشابه خارجی هر دو این‌ها هم هست. ← **آقای دکتر، بحث قیمت‌ها را نداریم.**

نه اتفاقاً موضوع قیمت‌ها مهم است. من می‌گویم این ۲۰ میلی‌گرمی که دارم می‌خورم آتورواستاتین مشابه خارجی اش ۷۰ هزار تومان، داخلی مثلاً ۲ هزار تومان است. واقعاً برای خانواده‌هایی که ندارند، اقتصاد دارو هم یک مساله است. این را که من می‌دانم مؤثر است و قیمت آن هم ۲ هزار تومان است چرا باید یک داروی ۷۰ هزار تومانی به جای آن بخورم. خوشبختانه بعضی‌ها را خودم امتحان کردم دیدم خارجی اش حتی ماده مؤثره ندارد که برایم خیلی عجیب بود و همان موقع من پیگیری کردم، دیدم چون این‌ها به صورت قاچاق وارد می‌شوند، آن محصول اصل خارجی نیست و برای همین هیچ ماده مؤثره‌ای ندارد.

در حقیقت اصل قضیه ما این است که ما کیفیت دارویمان خوب است، من اول هم گفتم، مقام معظم رهبری هم فرمودند که داخلی‌ها را مصرف کنید، ولی مفهومی این نیست که کالایان کیفیت نداشته باشد. کالایان باید کیفیت داشته باشد که مردم راضی شوند. از نظر کیفیت یکی از بهترین سیستم‌های تولیدی ما داروی ما است، بین تمام محصولاتی که در مملکت تولید می‌شود. داروی ما از نظر کیفیتی بهترین است چون خوشبختانه کسانی که در کارخانجات داروسازی هستند تحصیل کرده‌اند، به کیفیت اعتقاد دارند و بالاخره کار کرده‌اند، بنابراین، کیفیت داروی ما خوب است. یکی هم مساله تبلیغات است. این را من اعتقاد دارم.

یوآش جای خودشان را به تولیدات داخل می‌دهند. ← آقای دکتر، بحث کیفیت که می‌فرمایید خوب یک بحثی است که یک کف دارد و یک سقف بی‌انتهای آن چه که در حقیقت می‌تواند همیشه مورد ایراد قرار بگیرد این است که این کیفیت مورد قبول، کیفیتی است مثلاً نزدیک به کف در بهترین حالت یا یک مقدار بالاتر. روی مردم هم که ما همان‌طور که شما فرمودید خیلی کار فرهنگی نکرده‌ایم، همیشه فکر می‌کنند که باید بهترین را بگیرند، در صورتی که این بهترین یک زمانی فقط پول بیهوده است که این که یک دستگاه هم که طرف می‌خواهد بخرد، می‌خواهد همه آپشن‌هایش را داشته باشد در صورتی که از ۱۰ تا آپشن آن در طول تمام ۵ تا ۱۰ سالی که آن دستگاه در منزلش هست هیچ‌وقت استفاده نمی‌کند ولی پولش را قبلاً پرداخته، در صورتی که یک کشوری مثل ژاپن، یک کشور پیشرفته‌ای که مردمش تربیت شده‌اند و این فرهنگ‌ها را خوب می‌شناسند، آن‌ها قدرت انتخاب دارند. اما نکته‌ای که ما داریم این است که در این بحث مقایسه کیفیت دو تا محصول که خوب طبیعتاً بحث جان انسان و سلامت هم مطرح هست، اگر ما حلقه‌های مفقوده‌ای در کشور داریم که آن‌ها جای مانور دارد که این کیفیت را هی نیایند و تو سر صنعت ما بزنی، این‌ها شناخته شده است، این‌ها الان برای ما مشخص است و شاید برنامه‌های اجرایی آن‌ها هم مشخص نشده باشد تا مثلاً سرمایه‌گذاری کنیم که این‌ها را برطرف کنیم و در یک برهه زمانی برسیم به جایی که پای مسایلس هم محکم بایستیم. مثلاً یک زمانی ما بحث Bioavailability را نداشتیم

یعنی ما باید در مورد داروهای داخلی مان تبلیغات داشته باشیم و باید برویم با پزشکان صحبت کنیم و به آنان و هم‌چنین به انجمن‌ها اطلاعات لازم را بدهیم. یکی هم کنگره‌ها است، در کنگره‌ها هم شرکت کنیم و اطلاعات بدهیم. بالاخره در کنگره‌ها پزشکان جوان هم می‌آیند، این پزشکان جوان باید یوآش یوآش با سیستم دارویی مملکت آشنا بشوند. یک پزشک که فارغ‌التحصیل می‌شود، وقتی که با داروهای مملکت آشنایی ندارد، طبیعتاً اگر ویزیتور یک شرکت خارجی برود و داروی خارجی را معرفی کند و او هم آن را تجویز می‌کند. ما اگر سیستم تبلیغات و اطلاع‌رسانی مؤثر داشته باشیم هیچ دلیلی ندارد که داروی خارجی مشابه آن را وارد کنیم. داد و بی‌دادهای من در کمیسیون‌ها هم همین است که وقتی کیفیت تولید داخل خوب است و قیمتش هم خیلی پایین‌تر از آن خارجی است، چه دلیلی دارد که مشابه خارجی را وارد کنیم؟ که کارخانه تولیدکننده ما را تضعیف کند و باعث شود نیروی کارگری که آنجا هست، نتواند درآمد کافی را داشته باشد. ما یک مقداری باید عرق ملی داشته باشیم. آن عرق ملی را ما متأسفانه نداریم، و آن جامعه پزشکی هم نداریم، که از این مهم واقعاً حمایت کند و این صنعت را نگه داریم. این صنعت اگر از بین برود برای مملکت ضایعه است. ما باید صنایع داخلی مان را حفظ و تقویت کنیم. آن چند درصدی هم که ملاحظه می‌کنید از خارج وارد می‌شود به این علت بوده که در آن زمان تولیدش اقتصادی نبوده ولی در سال‌های اخیر رفته‌اند دنبال آن‌ها و دارند تولید می‌کنند. انشا... یکی، یکی جانشین می‌شوند و داروهایی که وارد می‌شوند هم یوآش

الان شروع شده است، چند سال دیگر انشا... تمام محصولات که کارخانجات ما دارند تولید می کنند همه شان این مرحله را هم می گذرانند، Clinical Trial هم همین طور و امثالهم، در حقیقت من احساس می کنم که اگر واقعاً کار جدی روی این موارد بشود، ما این خلاء را هم در بحث اطلاع رسانی و تبلیغات می توانیم جبران کنیم تا دیگر کمتر اسیر این شانتاژها بشویم. آیا دانشکده داروسازی یا یک مجموعه ای که این مسؤلیت را بر روی دوش خودش می بیند در این زمینه کار کرده که این ها را آسیب شناسی بکند و بگوید اگر ما قرار است یک مجموعه ای مثل FDA در مملکت داشته باشیم که حرف اول و آخر را بزند، کدام مسیر را باید برویم تا به این ها برسیم؟

کاش دیروز آمده بودید، یک فهرست بلندی از داروها بود که من امضا کردم که اینجا آزمایش شده بود و به وزارت بهداشت ارسال گردید که مثلاً خلوص این دارو چند درصد است، ناخالصی اش چیست و ...

بینید در مورد مرکز اطمینان، خوشبختانه وزارت بهداشت علاوه بر این که خودش امتحان می کند، دانشگاه را هم دخالت داده. یعنی دانشکده های داروسازی کشور را هم دخالت داده، مراکز را به اصطلاح Approve کرده اند. خودش که نمی تواند همه را انجام بدهد، بنابراین، تعداد زیادی از آزمایشات را برای ما می فرستد و ما هم انجام می دهیم جوابش را می دهیم به آن ها. با صنایع همین است، ما با صنعت هم رابطه داریم، بایواکی والانس می کنیم برای داروهایی که حیاتی است و تازه آمده. حالا مثالش، لتروزول را یک

دارویی است که جزو آن هایی بود که وارد می شد، ما خودمان سنتز کردیم، از ماده اولیه شروع کردیم، خود لتروزول را سنتز کردیم فرمولاسیون کردیم دادیم به ایران هورمون. ایران هورمون اخیراً آمده، لتروزول را تولید کند. ماده اولیه را از داخل خریده است در حالی که قبلاً از خارج وارد می کرد. کیفیت لتروزول سنتز شده هم توسط ما و هم توسط ایران هورمون تایید شده است. تقاضای بایواکی والانس کرده است تا فرمولاسیون دارویی با ماده سنتز شده داخلی تفاوتی نداشته باشد یعنی این کارها در این مملکت انجام می شود. یک موقع بود که انجام نمی شد ولی الان دارد این کارها انجام می شود. من عرض کردم، اصلاً موضوع کف و این ها در کار نیست که ما بگوییم که کیفیت داروهای ما کف است و کیفیت داروهای آن ها رأس است، این طور نیست. داروهای ما به همان کیفیتی است که داروی خارجی است، ما امتحان می کنیم. یعنی طبیب ها این حرف ها را می زنند، این ها هم اطلاعاتی است که خارجی ها به آنان می دهند. ما این دارویی که برای تالاسمی است را در ایران تولید کردیم، وقتی که ما تولید کردیم، نوارتیس آمد گفت که این داروی این ها ناخالصی که فلان جسم را دارد مثلاً ناخالصی ۱۰۰ppm است ما بررسی کردیم متوجه شدیم که در داروی ما ۳۰ppm است. برای این که جواب آن ها را بدهیم یک دفعه دیگر خالص کردیم، ما دانستیم که ناخالصی با چی از بین می رود و آن را به ۵ppm رسانده وارد بازار کردیم، بعد ساکت شدند. یعنی وقتی که رفتند دیدند که کیفیت داروی ما از کیفیت داروی خودشان بهتر است موضوع تمام شد. بدین ترتیب این دارو در اسوه تولید شده و وارد

ماده اولیه چینی دارد به آمریکا، به اروپا و به کشور ما هم صادر می‌شود. به‌عنوان مثال پتروشیمی خودمان، اتردوپترول خود ما را می‌فرستاد به اروپا، مرک آن را بسته‌بندی می‌کرد و می‌فروخت به ما با صد برابر قیمت. من یک روز آن را آنالیز کردم، دیدم که GC آن کاملاً مشابه GC مرک است. اتردوپترول اینجا تولید کردم فروختم (یک زمانی بود ما اینجا امیرآباد اتردوپترول تولید می‌کردیم می‌فروختیم به مصرف‌کننده)، به‌طور خلاصه می‌گویم این ماده‌هایی که آن‌ها تولید می‌کنند دارند خودشان صادر می‌کنند به اروپا و آمریکا و ما داریم از آن‌ها می‌خریم. حالا ما متأسفانه می‌گوییم که ماده اولیه از چین و هند است پس این دارو خراب است. مدرک و دلیلی نداریم که این خراب است. براساس چه مدرکی این را می‌گوییم؟ روی این که یک روز مثلاً چین و هند آن کیفیت لازم را نداشتند، حالا امروز چین و هند کیفیت لازم را بیشتر از خود آمریکا دارند. خود اروپا و آمریکا دارد می‌رود آن‌جا سرمایه‌گذاری می‌کند و آن جنس‌ها را دارد تولید می‌کند به ما می‌فروشد. پس خلاصه کنم، ما با HPLC بررسی می‌کنیم که غیر از آن ماده چه ناخالصی‌هایی دارد. سپس تعدادی از ناخالصی‌ها را یکی‌یکی سنتز می‌کنیم ببینیم این ناخالصی چیست که تا آن جایی که ممکن است جلوی این ناخالصی‌ها را بگیریم. ولی همان خارجی را هم که می‌گیریم می‌بینیم دقیقاً این ناخالصی‌ها را دارد منتها یک محدودیت دارد. می‌گوید مثلاً USP ۰/۳ درصد بنابر این، باید بالاتر از ۰/۳ درصد نباشد. پس کیفیت ما کف نیست. یعنی کیفیت ما همان کیفیتی است که داروی مشابه خارجی دارد. البته من بگویم

بازار گردیده و هم اکنون صادر می‌شود.
«اتفاقاً ما عرض‌مان همین است، این که این‌گونه موارد بخواهد به صورت موردی انجام بشود و بعد از این که یک پروژه برای ما تعریف کردند و کلی مشکلات آفریدند این خیلی متفاوت است با این که با یک نگاه جامع، یک بنیان‌هایی را بگذاریم که در یک فاصله زمانی مشخص و برنامه‌ریزی شده و سرمایه‌گذاری شده برسیم به یک جایگاه پیش‌بینی شده؟»

این را خوب است که شما بدانید که متأسفانه شاید خود داروسازان مقصر باشند که می‌روند می‌گویند که آقا این ماده اولیه را ما از اروپا وارد کردیم اما حالا این را از هند و چین داریم وارد می‌کنیم. این‌ها باعث تأسف است، کسانی این حرف‌ها را می‌زنند که راجع به کیفیت چیزی نمی‌دانند. ما این‌ها را بررسی می‌کنیم. یعنی ماده اولیه و دارویی که در چین و یا هند دارد تولید می‌شود، دارد به آمریکا و اروپا صادر می‌شود. من در یک شرکتی بودم، یک ماده‌ای را از انگلستان وارد می‌کرد و این را رقیق می‌کرد این‌جا می‌فروخت به‌عنوان ضد عفونی‌کننده. ماده اولیه‌اش را من نگاه کردم گفتم این ماده چینی است، چرا از چین نمی‌خری می‌روی از انگلیس می‌خری؟ این همه با این دنگ و فنگ بعد رقیق می‌کنند، به صورت کانتیر محلول رقیق شده‌اش را می‌آورد. گفتم ماده اولیه‌اش را بگیر و خودت همین‌جا رقیق کن، چرا می‌روی با کانتینر این‌ها را وارد می‌کنی و این همه پول مملکت را هم هدر می‌دهی؟ همین‌جا تولید بکن. این ماده‌های اولیه را ما کنترل می‌کنیم. نه این که ماده اولیه چینی بد است، این طور نیست.

می‌گذارد می‌بینم خوب است. یا یک ویتامین E ۱۰۰ که می‌خورم می‌بینم اثر مناسب دارد منتها چیست، من چون اعتقاد دارم، دیگر طبیب نمی‌تواند به من بگوید داخلی اثر ندارد، من خورده‌ام و اثر آن را دیده‌ام اما بیمار معمولی که این‌طور نیست. مریض به حرف پزشک گوش می‌کند و نقش این پزشک بسیار مؤثر است. ما باید پزشکان را با خودمان هماهنگ بکنیم، توجیه‌شان بکنیم. من واقعاً اعتقاد دارم که اگر این کارخانجاتی که ما داریم بیایند این کار را بکنند اصلاً نظر عوض می‌شود.

بهترین کارخانجات را داریم، برونند مقایسه کنند با کارخانجاتی که در خارج هست. بیایند ببینند که این کارخانجات چه دستگاه‌هایی دارند، چه کیفیتی دارند. این دستگاه‌هایی که ما داریم اصلاً ۱۰ درصد هم کار نمی‌کنند. یک چنین قرص‌زنی که برخی شرکت‌های دارویی ما دارند اگر واقعاً در خارج کار بکند می‌تواند محصولاتش را به تمام دنیا صادر کند. در حالی که ما حتی استفاده کامل هم از این سیستم‌ها نمی‌توانیم بکنیم.

◀ در همه بخش‌هایمان همین است.

بله می‌دانم. من که واردم در این بخش‌ها. می‌خواهم بگویم در حقیقت ما هم تولیداتمان خوب است فقط باید تبلیغ بکنیم و واقعاً بشناسانیم چون من مدافع صنعتیم، یعنی می‌دانم واقعاً صنعت چه زحمتی دارد می‌کشد و چقدر هم موفق است، منتها یک عده‌ای هستند که نفع‌شان در واردات است و آن عده نمی‌گذارند که این صنعت رشد بکند. باید یک عده‌ای از صنایع داخلی پشتیبانی بکنند که زمین نخورند.

که کارخانجات ما به دلیل این که خیالشان راحت است، مواد را می‌گیرند بسته‌بندی می‌کنند شاید هم زیاد دنبال این کار نیستند، این اشتباه است. ما باید غیر از این که به کارخانه اطمینان می‌دهیم، خود کارخانه هم باید کنترل داشته باشد، نباید فقط دانشگاه‌ها داشته باشند. کارخانجات ما هم باید سیستم کنترل‌شان را قوی کنند، همه محصولات خودشان را خودشان بررسی و کنترل کنند. یعنی چیزی بدون کنترل از داخل کارخانه بیرون نباید که خوشبختانه من می‌دانم کارخانجات خوب ما (یعنی کارخانجات بزرگ ما) این کار را می‌کنند. حالا کارخانجات کوچک را اطلاع ندارم (یعنی نرفتم اوضاع‌شان را ببینم، وقت این کارها را هم ندارم) که بگویم هر کدام‌شان از نظر بررسی و این‌ها چه کار دارند انجام می‌دهند. ولی در جمع، مجموعه کارخانجات ما هم نسبتاً خوب هستند، کارخانجات بزرگ ما همه‌شان کنترل می‌کنند.

حالا من این‌ها را که شاهد بودم می‌دانم. مثلاً اسوه را شاهد بودم، چون بالاخره یک مدتی با آن‌جا همکاری داشتم، می‌رفتیم نگاه می‌کردیم و بهترین دانش‌جوییم که اینجا بود را گذاشته بودم آن‌جا، از سیستم کنترل و واقعاً شاهکار است این بچه اصلاً استعداد عجیبی دارد. من تنها کاری که کردم این بود که نگذاشتم او برود خارج، فرستادمش در اسوه. او واقعاً نابغه است. برای همین است که می‌گویم من مثلاً این دارویی که می‌خورم واقعاً داروی خوبی است، روی من اثر می‌گذارد. بیخودی نمی‌گویم. کلسیمم را هر وقت آزمایش می‌کنم در حد خوب و طبیعی است، از نظر تأثیری که در زندگی‌ام