



بررسی دارو توسط فرهنگستان علوم پزشکی در مصاحبه با آقای دکتر لطفی و دکتر عطاءاله صالحی

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 با دو تن از دست‌اندرکاران امور دارویی یعنی آقایان دکتر لطفی و دکتر صالحی را که توسط فرهنگستان انجام شده است، با هم مرور می‌کنیم.

■ مصاحبه با آقای دکتر لطفی

← آقای دکتر لطفی شما سالیان سال قبل از انقلاب در داروپخش تشریف داشتید، داروپخش سه گروه دارو در دستور ساختش بود. یک گروه داروهایی که خود داروپخش فرموله می‌کرد، یک گروه داروهایی که تحت لیسانس می‌ساخت مثل داروهای مربوط به گلاکسو یا آلن اندهامبوریز

و یک گروه داروهایی که به صورت کنتراکت مینیوفکچرینگ به طور مثال برای شرینگ آمریکا و MSD آمریکا تولید می‌کرد. می‌خواهم در مورد تفاوت نحوه برخورد با شرکت‌های خارجی، نحوه برخورد اداره دارو و نحوه قیمت گذاری این محصولات، کنترل‌هایی که خارجی‌ها روی تولید شما داشتند، نظم و انضباطی که شما در ارتباط

کردیم به تولید که البته در فرآورده‌های ژنریک ما گاهی دچار مشکلاتی از نظر فرمولاسیون‌ها و تولید می‌شدیم که عمدتاً با تلاش خودمان با علاقه‌ای که در ما ایجاد شده بود، مشکلات فرمولاسیون و ساخت را برطرف می‌کردیم اما فرآورده‌های اسپسیالیته بدون ایراد بودند. درست همان طور که باید، ساخته می‌شدند و ما هم اجازه تغییرات نداشتیم. کارخانه‌های دیگری نظیر ICI و BDH از انگلیس به ما ملحق شدند و فرآورده‌هایشان را ساختیم. قبل از آن زمان اطلاع دارید که لابراتورهای داخلی ما از جمله دکتر عبیدی که بهترین بود، کنترل کیفیت نداشتند و کنترل کیفی ساخت هم توسط مسؤول فنی صورت می‌گرفت و با امضای مسؤول فنی، اداره کل امور دارو، کیفیت این داروها را می‌پذیرفت. البته قبل از داروپخش، کارخانه دون باکستر در شهر ری توسط کارخانه دون باکستر آمریکا و با همکاری دکتر اخوی ساخته شد که سرم می‌ساختند، در ابتدا سرم در شیشه بود و البته آن‌ها کنترل کیفی هم داشتند، تولید دارو هم با همکاری کارخانه‌های آلمانی و آمریکایی شروع کرد به ساختن فرآورده‌های تزریقی و محصولات دیگر، ولی داروپخش مؤسسه‌ای بود که همه چیز در آن دیده شده بود از جمله آزمایشات شیمیایی، میکروبیولوژی، آزمایشات تعیین مقدار پایداری در سرم‌ها، آمپول‌های حجم زیاد که در گذشته چنین کنترل‌های کیفی در کشور نداشتیم. بخش‌های تولیدی عبارت بودند از: بخش قرص‌سازی و کپسول‌سازی، بخش SPD تولید انواع آمپول‌های تزریقی، بخش استریفلیکس تولید محلول‌های تزریقی نیم لیتری و یک لیتری، بخش شربت

با این سه گروه دارو داشتید و همچنین چگونگی قراردادهای ما را راهنمایی بفرمایید؟

داروپخش خودش در واقع دارویی نداشت یعنی قبل از این که کارخانه احداث شود، بنگاه خیریه داروپخش تاسیس شده بود و از کارخانه‌ای به نام آلن اندهامبوریز فرآورده‌هایی به کشور وارد و توزیع می‌شد و بعد در سازمان شاهنشاهی خدمات اجتماعی تصمیم گرفتند که کارخانه‌ای بسیار مدرن در کشور دایر شود، با کارخانه آلن اندهامبوریز قرارداد بستند و پشت سر آلن اندهامبوریز هم گلاکسو قرار داشت. به همین منظور یک طراحی مدرن آن زمان را در جای بسیار مناسبی که نزدیک روستای وردآورد بود و نیروی انسانی هم داشت، از نظر آب و غیره و اوضاع محیطی هم بسیار مناسب بود، انتخاب نموده و طراحی کردند. دانش فنی دادند و کنسرسیون فرمان فرمایان هم این کارخانه را از هر لحاظ خیلی خوب و جالب ساخت که در واقع شروع ساخت کارخانه داروپخش سال ۱۳۳۸ بود و بعد هم آگهی دادند که ۵ نفر داروساز می‌خواهند اعزام کنند به انگلیس و در سال ۱۳۴۱ با یک گروه انگلیسی برگشتیم. زمانی که برگشتیم، کارخانه داروپخش هنوز تکمیل نشده بود ولی ما همه دست به کار شدیم و ابایی هم نداشتیم و همه نوع کار انجام می‌دادیم. چون خود آقایان متخصص انگلیسی هم مثل ما کار می‌کردند. ماشین‌ها را از انبار آوردیم در خطوط خودشان به کمک مهندسین نصب کردیم، بعد هم استخدام و بعد آموزش و طبق فرمول‌هایی که آلن اندهامبوریز داده بود حالا چه ژنریک و چه غیرژنریک یعنی برند که آن موقع اسپسیالیته می‌گفتند. شروع

سازی و سوسپانسیون، تولید پماد، کرم و امولسیون و بخش بسته بندی که بعدها بخش مدرن تولید کارپول های دندان پزشکی نیز آغاز به کار نمود که دانش فنی آن توسط آسترای سوئد به داروپخش انتقال یافت.

حدود سال ۱۳۴۵ کارخانه MSD و شرینگ آمریکا هم جهت تولید انواع فرآورده های اسپسیالیته (برند) تحت عنوان گروه سوم (Third Party) با داروپخش همکاری را شروع نمودند. برخورد اداره کل امور دارو برای تولید فرآورده های تحت لیسانس، گروه سوم و یا انواع ژنریک یکسان بود. کنترل های کیفی لازم روی نمونه ها صورت می گرفت و کارشناسان برای بازرسی به کارخانه می آمدند. البته کارخانه های مادر انگلیسی و آمریکایی که داروپخش فرآورده های آن ها را تولید می کرد نیز بازرسان خود را هر ساله جهت انجام کنترل های GMP به کارخانه اعزام و از اولین سری های ساخت محصولات خود نمونه برداری می کردند. هنگام تولید اسپسیالیته جدید کارخانه های چند ملیتی در داروپخش در بسیاری از موارد متخصصان داروسازی جهت تولید اولین سری ساخت در داروپخش حاضر می شدند و یا این که برای انتقال دانش فنی به دفعات در مراحل ساخت و کنترل در کارخانه مادر حاضر می شدیم. کارخانه های داروسازی انگلیسی (آلن هامبوریز، گلاکسو، BDH و ICI) بابت تولید داروهای اسپسیالیته و ژنریک در داروپخش درصدی تحت عنوان حق رویالتی دریافت می نمودند.

کارخانه های MSD و شرینگ آمریکا که تحت عنوان گروه سوم (Third Party) همکاری داشتند درصدی به کارخانه داروپخش پرداخت

می کردند. علاوه بر گلاکسو، آلن اندهامبوریز و سایر کارخانه های داروسازی انگلیسی که در واقع دانش فنی روز را به کشور منتقل نمودند و کارخانه مدرن روز را احداث و راه اندازی کردند، همکاری کارخانه های آمریکایی و همچنین آسترای سوئد نیز باعث گردید که سطح تکنولوژی در کارخانه داروپخش بالاتر رفته و ارتباطات در زمینه انتقال دانش فنی پیشرفته روز با همکاری نزدیک متخصصان انگلیسی، آمریکایی و سوئدی گسترده تر گردد.

◀ در چه سالی سیستم جدید تولید فرآورده های تزریقی آغاز شد؟

فرآورده های تزریقی و کارپول های دندان پزشکی از زمان مرحوم دکتر شاپور شفاهی شروع و قرارداد با آسترای سوئد بسته شد. یعنی از سال ۵۴-۵۵ و ادامه داشت تا این که بعد از انقلاب بهره برداری صورت گرفت و تقریباً سال ۵۸-۵۹ تکمیل شد.

◀ آقای دکتر، ظاهراً در داروپخش حدود ۱۱۰ قلم دارو داشتید، آیا این رقم صحیح است؟

بله اما با توجه به تعداد بسته بندی ها به ۳۳۰ قلم فرآورده در اشکال مختلف می رسید.

◀ تأمین ماده اولیه آن بخش که مربوط به شرینگ یا MSD بود و تحت عنوان Third Party، تولید می شد بر عهده داروپخش بود یا آن ها خودشان تأمین می کردند؟

فرآورده های اسپسیالیته (برند) که گلاکسو و آلن اندهامبوریز داده بودند دارای فرمول و دستورالعمل دقیق و خیلی Specific (خاص) بود و سایرین مثل MSD و شرینگ هم توضیحات ماده اولیه را که می نوشتند علاوه بر کد مواد، تمام مشخصات و

مورد قبول وزارت بهداشتی آن کشور قرار می‌گیرد. این‌ها خیلی سخت‌گیرتر از بازرسی‌های FDA بودند، زیرا نمی‌خواستند که فرآورده‌های خودشان که در ایران ساخته می‌شود ایرادی داشته باشد.

◀ یک کنترلی از MSD روی محصولات تان می‌شد اما او که نمی‌آمد در ارتباط با محصولات ژنریک که تولید داروپخش بود کنترل کند مثلاً محصول فنوباریتال، درسته؟ آیا بازرسانی که از اداره دارو می‌آمدند همه محصولات را کنترل می‌کردند یا فقط محصولات مربوط به تولید خودتان را؟

همه را، اداره کل امور دارو خوشبختانه از زمان دکتر نادری (سال ۱۳۴۰) اتفاقی که افتاد به موازات تاسیس داروپخش و تولیددارو و دون باکستر در اداره کل امور دارو هم تغییراتی ایجاد شد. برای اولین بار آقای دکتر نادری از فرمت‌های مربوط به سازمان بهداشت جهانی استفاده کردند و یک روشی را پیاده کردند که بعدها هم تقریباً ادامه همان روش بود. البته تکامل پیدا کرده بود ولی اساس همان بود. کارشناسان می‌آمدند و بازرسی‌های لازم را انجام می‌دادند، اما این بازرسی‌هایی که در داخل صورت می‌گرفت توسط کارشناسان اداره کل امور دارو مسلماً با آن جزئیاتی که از MSD یا شرینگ می‌آمدند نبود. مثلاً تا آن زمان مساله Cross Contamination که الان مطرح است، حتی از آلن اندهامبوریز یا گلاکسو هم نشنیده بودم. اما وقتی MSD و شرینگ آمدند، این‌ها را برای ما مطرح کردند. یعنی در واقع نشان می‌دهد که این مسایل ابتدا در کارخانه‌های پیشرفته مطرح می‌شد و برای جلوگیری از ضرر و زبانی که ممکن است در اثر این تداخل‌ها صورت بگیرد،

ویژگی‌های ماده را ذکر می‌کردند. بعد تدارک مواد اولیه دست گروهی بود که در انگلستان بودند.

◀ یعنی حتی MSD، محصولات Third Party، آن‌هایی که برای شرینگ آمریکا بود چطور؟ مواد مؤثره را آن‌ها می‌دانند ولی بعدها اعتماد پیدا کرده بودند و همان گروه همه آن‌ها را تهیه می‌کرد. ◀ در نتیجه گروه مربوط به گلاکسو مقیم انگلیس تدارک همه را می‌دید. چیزی که خود داروپخش فرموله کرده بود یا به صورت ژنریک تولید می‌شد مثل فنوباریتال چطور، آیا مواد اولیه آن‌ها هم از طریق انگلستان تأمین می‌شدند؟

بله اصولاً تمام مواد اولیه دارویی چه اکسیپیان و چه مواد مؤثره و ماشین آلات را گروهی بودند در انگلیس از کارخانه انگلیس داده می‌شد، Specification نوشته می‌شد، آن‌ها برابر آن تهیه می‌کردند و می‌فرستاد بعد در کارخانه در لایراتوار کنترل از نظر کیفی کنترل می‌شد و اگر تأیید می‌شد آن وقت مورد استفاده قرار می‌گرفت.

◀ بازرسی‌هایی که از آن‌جا می‌آمدند، بازرسی‌های خود کارخانه بودند یا از طرف وزارت بهداشتی انگلیس یا FDA آمریکا هم فرد یا افرادی می‌آمدند؟

بازرسی‌هایی که از گلاکسو، آلن اندهامبوریز، MSD و شرینگ می‌آمدند برای بازرسی، آدم‌هایی بودند که به جزئیات بسیار توجه داشتند. من تمام وقت با این‌ها بودم، این‌ها مربوط به خود کارخانه بودند چون کارخانه‌هایی نظیر گلاکسو، MSD، الای لیلی، فایزر و غیره آن قدر تیمشان پیشرفته هست که کارهایشان و معیارهایی که در عمل می‌آورند، بعدها به صورت رسمی در می‌آید و

به‌عنوان تجربیات علمی جدید رخنه پیدا می‌کرده و از طرف مراجع دارویی ابلاغ می‌شده، آنچه که کارشناسان ما اجرا می‌کردند دستورالعمل‌های سازمان بهداشت جهانی بود که ترجمه می‌شد و می‌آمد و به دست ما می‌رسید اما کارخانه‌های پیشرفته جهان برای خودشان معیارهای تنگ تر و سخت گیرانه تری داشتند و هنوز هم دارند. الان فارماکوپه می‌گوید که درصد ۹۵٪ مورد قبول است اما در کارخانه‌های درجه یک تا نیم درصد و حتی کمتر هم جلو می‌روند.

دستورالعمل‌هایی که ما برای ساخت داشتیم تمام از انگلیس و آمریکا و سوئد آمده بود و این دستورالعمل‌ها خیلی دقیق بود. فرض بفرمایید می‌گفتند بعد از این که بیج تمام شد چگونه باید این خطوط تمیز شود یا حتی در فضایی که ما کار می‌کردیم یکبار یک داروساز بسیار با تجربه آمده بود با ما داشتیم بازرسی می‌کردیم گفتیم این آگروز گرد و غبار را می‌برد بیرون، گفت خوب، کجا می‌برد؟

تا آن زمان در داروپخش چنین موضوعی مطرح نبود، گفت باید سر راه خروجی‌ها فیلتر بگذارید. اولین بار بود که من این را می‌شنیدم و آن زمان (سال ۱۳۴۶)، این موضوع حرف خیلی بزرگی بود. الان خوشبختانه این مسایل خیلی جدی گرفته شده، مثلاً در خروجی هوای بخش جامدات باید هپاهای H13 نصب کنند. یعنی تا این اندازه به Detail کارها می‌پردازند اما آن زمان این مسایل مطرح نبود. حتی قبل از انقلاب که ما بودیم، من مامور شدم که بروم بازدید کارخانه‌های داخلی خدمت آقای دکتر هم که کارخانه را دیدیم و آن

جلساتی که خدمت شما بودیم. یک نکته عرض کنم راجع به کارخانه‌های معتبر دنیا و ارتباطشان با ما. کارخانه‌های معتبر دنیا حتی از دانشگاه‌های معتبر هم به‌دلیل انجام R&D و هزینه‌هایی که می‌کنند کارشان پیشرفته تر است. این‌ها هستند که تحول ایجاد می‌کنند.

← آقای دکتر بعد از انقلاب یک کمیته‌ای تشکیل شد به سرپرستی جنابعالی که نظارت کنند بر وضعیت کارخانجات موجود در تهران، آن‌هایی که در داخل شهر هستند یک بازدید از شان بشود و ببینند کدام یک از آن‌ها می‌توانند در داخل شهر بمانند و کدام یک از این‌ها باید تعطیل کنند یا از شهر بروند بیرون. از جمله شرکت فاز که در حال حاضر پاک دارو است که در طبقه سوم ساختمانی در میدان توحید فعلی داشت شربت سازی یا قطره سازی می‌کرد یا لابراتوار هور موبوط به مرحوم لاله زاری و غیره. لطفاً بفرمایید اصولاً آن جلسات برای چه تشکیل می‌شد و نتیجه آن‌ها چه بود و چه کسانی عضو آن جلسات بودند و به کجا انجامید؟

در دفتر آقای دکتر نیک نژاد بود که در واقع کارگردان واقعی آقای دکتر نیلفروشان بودند که مدیران کارخانه‌ها و مسؤولین اداره کل امور دارو و افراد صنعتی در جلسات حضور پیدا می‌کردند و می‌دیدیم که آن زمان به خصوص لابراتوارهای کوچک داخلی وضع‌شان بسیار اسفانگیز بود از نظر همین Cross Contamination و غیره. آنتی بیوتیک می‌ساختند، ویتامین می‌ساختند و در یک جایی که اصلاً فضای کافی نبود، یک دالان ماندی را کرده بودند قرص سازی یا این

انگلیسی عوض می‌شدند و افراد جدید می‌آمدند. به همین علت تجربیاتی کسب شد که باید یک زمانی به کار گرفته می‌شد و من این را وظیفه خودم می‌دانستم و یک رسالت بود که باید بمانم و باشم و خوشبختانه با مدیرانی نظیر شماها مواجه شدم و روحیه گرفتم.

◀ شما به خاطر تان هست که بعد از ساخت و سازی که در داروپخش اتفاق افتاد، اولین خط تولید که راه اندازی شد کدام بخش بود؟

اولین بخش، بخش قرص سازی بود، بعد آمپول سازی سپس مایعات و بعد استریفلکس و بعد هم به تدریج مراحل بعدی تحقق یافت.

◀ اولین محصول تولید داخل در داروپخش را به خاطر دارید که چه بود؟

قرص‌هایی بود به نام APC و قرص‌های مسکن و سولفامیدها، این‌ها را ما اولین بار شروع کردیم به تولید که این‌ها قبلاً توسط بنگاه خیریه داروپخش وارد می‌شد.

◀ یعنی داروپخش از واردات خودش شروع کرد و یکی یکی جایگزین کرد؟

بله. وارداتی که از کارخانه آلن اندهامبوریز داشتیم در واقع داروهای ژنریک بر این اساس بود که خیلی جالب است گفته شود که آن زمان برای تأمین داروهای مورد نیاز ۲۵۵ درمانگاه و ۵ بیمارستان نیاز به داروهای ژنریک داشتند که رایگان و تحت پوشش سازمان شاهنشاهی و خدمات اجتماعی بود. این ۲۵۵ درمانگاهی که ایجاد شده بود در اقصی نقاط کشور بود. خدا رحمت کند دکتر جواد آشتیانی را که پایه این کار را پیاده کردند و به سخت‌ترین مکان‌ها و دهات، دارو را با قاطر می‌بردند چون

که باید بگویم در کنار قطره‌های چشمی استریل کارهای دیگری می‌شد که باعث آلودگی می‌شد که خوب جلسات بسیار مفیدی داشتیم. ما اساس کارمان بر این بود که تقسیم کار شود. یعنی کارها تخصصی شوند. فرض بفرمایید اگر یکی قطره چشمی می‌سازد در آن زمینه مایعات بیشتر توسعه پیدا کند، نه این که جامدات را هم داشته باشد. اگر کسی که آنتی‌بیوتیک می‌سازد، بتالاکتام تولید می‌کند، در همان زمینه کار کند و توسعه دهد تا Cross Contamination صورت نگیرد و حتی راجع به بهره‌وری و غیره هم آنجا مطالبی مطرح بود و از این کارخانه‌ها می‌آمدند و صورت جلساتی تهیه می‌شد و ملزم بودند که بروند و اصلاحات لازم را انجام دهند.

من باید عرض کنم که پیش از انقلاب ما مدیران خیلی خوب و عالمی داشتیم مانند آقای مهندس راجی و شاپور شفاهی که خیلی فنی و علمی بودند. بعد از انقلاب من با آقای دکتر نیلفروشان و آقای دکتر آذرنوش مواجه شدم و روحیه‌ای پیدا کردم که متوجه شدم الان زمان کار است. اگر این بزرگواران این روحیه را نمی‌دادند، من نمی‌توانستم کار کنم. این یک حقیقت است و باید گفته شود و در تاریخ بماند. ممکن است متخصص وجود داشته باشد اما وقتی مدیر با هدف و علاقه مند و با عشق و اشتیاق در راس نباشد کار پیش نمی‌رود و هستند متخصصان و دانشمندان و افراد فنی در کشور اما مدیر است که هدایت می‌کند و من واقعا از کار با این عزیزان لذت بردم.

ما از سال ۴۰ تا ۵۷ با گروه‌های متعددی از متخصصان انگلیسی و آمریکایی و سوئدی کار کردیم. هر ۴ سال به ۴ سال، ۴ نفر متخصص

جاده نبود.

← این بیمارستان‌ها و مراکزی که وابسته به این سازمان بودند در کجا ادغام شدند؟

بعد از انقلاب همه شان طبق یک مصوبه شواری انقلاب منتقل شدند به وزارت بهداشتی آن زمان.

← داروهایی که شما برای گلاکسو و شرینگ و MSD می ساختید آیا صادرات هم از ایران داشتید؟
خیر برای داخل بود. کلیه داروهای ساخت داروپخش برای تأمین نیازهای داخلی بود.

← آیا در مواردی دستور نمی دادند که برای جایی خاص به فوریت دارو بفرستید مثلاً به پاکستان، افغانستان یا جاهای دیگر؟

در شرایط استثنایی زلزله و سیل و فاجعه‌های طبیعی از طریق شیر و خورشید کمک می شد.

← در چنین مواقعی محصول تولید شده تان ارسال می شد یا این که در چارچوب قرارداد بحث صادرات انجام می پذیرفت.

خیر اما زمان آقای مهندس راجی بعد دکتر شاپور شفاهی، گروهی از شوروی سابق آمدند به ایران و قرار بر این بود ما داروهای مورد نیاز کشورهای جنوبی شوروی سابق را تأمین کنیم. آمدند از کارخانه داروپخش بازدید کردند. حدود سال ۱۳۵۳ بود که مهندس راجی مدیرعامل بودند. آن‌ها کارخانه را دیدند و خیلی تعجب کردند و خودشان کارخانه به این مدرنی نداشتند و قراردادی، پروتکلی هم تهیه شد اما دیگر پیگیری نشد و تحقق پیدا نکرد. در واقع تنها اقدامی که شده بود این بود.

← آیا در ارتباط با نحوه قیمت گذاری گلاکسو یا Third Party با اداره دارو طرف شده بودند یا شما به عنوان داروپخش با اداره دارو طرف بودید؟

داروپخش طرف بود. آن‌ها به این مسایل کاری نداشتند.

← گویا شما در ارتباط با Third Party یک درصدی می گرفتید (کنترات منیوفکچرینگ) یک درصدی از تولید می گرفتید؟

داروپخش در محاسبه قیمت تمام شده درصدی از گروه سوم دریافت می کرد.

← یعنی این کار را از طریق داروپخش انجام می دادید؟

از طریق داروپخش انجام می شد و شما می دانید که قیمت‌ها تغییر پیدا نکرد. از همان اولین قیمتی که به ما داده بودند همان قیمت تا سال ۵۷ ادامه داشت. به همین دلیل هم کارخانه رو به ضرردهی رفت. ما برای این که ضرردهی را جبران کنیم رو آوردیم به کار ارتقا بهره‌وری و این جور مسایل، که یک مقدار زیادی هم موفق شدیم.

← البته ظاهراً سال ۵۵ بود که یک افزایش ۱۰ درصدی صورت گرفت، این طور نیست؟

بله، شرکت‌ها هم ناچار بودند واردات کنند و شروع کردند به واردات.

← برگردیم به قسمت مربوط به تدارک داروهای که متعلق به سازمان خدمات اجتماعی بود. نحوه تدارک آن‌ها چگونه بود، منظور آن بخشی است که برای بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های خدمات اجتماعی داشتید؟

کارخانه به یک قیمت بسیار نازل داروها را می داد به خدمات اجتماعی و آن‌ها هم رایگان می دادند به درمانگاه‌ها.

← از کارخانه داروپخش می آیم بیرون. زمانی که شما مدیر تدارکات سازمان خدمات اجتماعی

← آقای دکتر به خاطر دارید که در آن زمان اگر قرار بود این سازمان دارویی وارد کند، چه فرآیندی را طی می کرد؟

مستقل عمل می کردند، ابتدا از منابع مختلف قیمت‌های پیشنهادی را می گرفتند و آنچه که اقتصادی تر و مطمئن تر بود آن را پیش می بردند. درست همان پروسه‌ای که الان کم و بیش وجود دارد آن زمان هم بود که باید اداره کل امور دارو هم تأیید می کرد، بازرگانی و صنایع هم همینطور. من البته در این کارها زیاد درگیر نبودم که اطلاعات درستی داشته باشم.

← آقای دکتر شما بعد از انقلاب مسؤول پروژه‌های آتی داروپخش شدید، تعدادی از پروژه‌های داروپخش در زمان شما شروع و پیاده شد که اولین مورد آن پروژه سرم سازی بود بعد داملران بعد لرستان و موازی آن هم آنتی بیوتیک سازی ساری. در مورد فکر شکل گیری، نفراتی که با شما همکاری می کردند و سازمان و تشکیلات و کارهایی که در آن قضیه انجام شد، توضیحاتی بفرمائید.

اگر اجازه بدهید جور دیگری سؤال را مطرح کنم. آقای دکتر بحث طرح‌های توسعه داروپخش از قبل از انقلاب تا بعد از انقلاب را اگر می توانید بفرمایید که چگونه شکل گرفت و حمایت شد و روند تکامل اش را چگونه طی کرد؟

قبل از انقلاب ما در حال ایجاد تکنولوژی صنعت داروسازی در کارخانه بودیم. هر ۴ سال یکبار هم ۳ یا ۴ نفر متخصص انگلیسی می آمدند و در کارخانه ما مقیم می شدند و ما هم با این‌ها مشغول کار بودیم. از آمریکا و آسترای سوئد هم که رفت و

بودید، برای تأمین دارو در آن دوره شما داروهایی را که برای بیمارستان‌ها یا درمانگاه‌ها از منابع داخلی و خارجی تهیه می کردید به چه نحوی بود؟ کمتر از یک سال همکاری داشتیم و بعد آمدم به کارخانه. کمیسیونی بود متشکل از معاونین آقای انصاری که مدیرعامل بودند و این کمیسیون تصمیم می گرفت چه اقلام دارویی را تدارک ببیند آن هم در چارچوب یک فارماکوپه که به قیمت خیلی پایین می خریدند و دیگر ما کاری نداشتیم به این مساله و توزیع می کردند. البته این ژنریک‌ها در دواخانه هم بود. ژنریک‌ها برای این که ارزان در بیاید (مثلا قرص PAS برای سل) را در قوطی‌های ۱۰۰۰ تایی می ریختیم.

← آقای دکتر، گویا برای تأمین و تدارک نیاز مراکز درمانی وابسته به سازمان خدمات اجتماعی شما از کارخانه‌های داخلی یک مقدار دارو تهیه می کردید یک مقدار هم وارداتی بود، نحوه واردات را به چه ترتیب عمل می کردید؟

حقیقت امر به من تکلیف شد که این پست را قبول کنم، آقای مهندس راجی گفتند و من نپذیرفتم. من مسؤولیتی قبول نکردم و تدارکات را دادند به آقای طهماسبی. فقط آنچه که به من به اصرار خودم محول شد این بود که یک ساماندهی کنیم. این تشکیلات و مکانش را منتقل کنیم از بنگاه خیریه داروپخش بیاوریم به خود کارخانه داروپخش. ما این کار را کردیم. مرحوم آقای جواد ارباب زاده هم بود. ایشان هم خیلی کمک کردند ولی من در تدارکات و غیره مسؤولیتی نداشتیم. استعفا داده بودم به آقای مهندس راجی هم گفتم کار من صنعت است.

آمد بود یعنی ما دیدیم که تکنولوژی به حد بالایی رسید و من بعضی از این تکنولوژی‌های موجود را می‌دیدم نواقصی دارد، پیشنهادهاتی به مدیر عامل وقت می‌دادم از جمله پیشنهاد استفاده از تکنولوژی جدید سرم سازی بود تحت نام بلومولدفیلدسیل که من این را در سال ۵۶ - ۵۵ به مرحوم آقای دکتر شفاهی دادم ایشان مدیر خیلی خوبی بودند. من یک فیزیکیستی استادی کردم. مسایل فنی، اقتصادی همه را مقایسه کردم با استریفلکس و ایشان خیلی خوششان آمد و استقبال کرد. زمان گذشت و خبری نشد، پرسیدم آقای دکتر چه شد گفتند موافقت نشد با این پروژه که بعد از انقلاب یعنی در واقع در داروپخش من احساس می‌کردم که ضمن این که ما مرتبط بودیم با کارخانه‌های معتبر دنیا و اطلاعات فنی، اطلاعات GMP، اطلاعات تکنولوژی و غیره به ما می‌رسید و از این بابت راضی بودیم و سالی یکی دوبار هم ما می‌رفتیم از کارخانه‌های مادر در خارج بازدید می‌کردیم. از این بابت راضی بودیم و حقوق بسیار خوبی را به من می‌دادند. مع الوصف من دیدم محدودیت‌هایی در جهت گسترش کیفی و کمی وجود دارد.

بعد از انقلاب من همان گزارش را به آقای دکتر نیلفروشان دادم و ایشان به سرعت این را متوجه شدند که چقدر مفید است و به سرعت هم شروع کردند به پیاده کردن.

من داروپخش بودم زمان انقلاب ۵۷ - ۵۸ و داخل کارخانه دیدم اوضاع و احوالش خیلی خارج از کنترل شده، من احساس کردم به‌عنوان یک داروساز نمی‌توانم سرم و آمپول و داروهایی که در چنین شرایط سیاسی و شعارگونه تولید می‌شوند را

مطمئن باشم که کیفیت دارد و مریض بهبودی حاصل می‌کند و احتمالاً بیمار ممکن است در اثر تزریق این سرم‌ها و غیره جانش را از دست بدهد با آن اوضاع و احوال که کنترل نمی‌شد و هر کس راه خودش را می‌رفت. من استعفا دادم که بعد آقای دکتر نیلفروشان من را به طریقی آوردند داخل.

آن طریق هم این بود که آقای دکتر گفتند شما حالا که تابستان است یک ماه برو استراحت کن بعد بیا و من رفتم و برگشتم و استعفا را هم داده بودم. دکتر گفتند بریم یک جایی را ببینیم بعد اگر خواستی استعفا بده. من نمی‌دانستم کجاست و ایشان من را بردند شرکت دوپار آن زمان (سیناداروی فعلی) و وقتی آنجا را دیدم دلم سوخت و میخکوب شدم و در عرض ۹ - ۸ ماه کار کردیم و آنجا راه افتاد. مشکلات فراوانی داشت. بعد آقای دکتر به من حکمی دادند برای این که من بمانم. حکمی تحت عنوان مدیر پروژه‌های آتی داروپخش که در طبقه بالا و ساختمان داروپخش روبروی پارک لاله بود، مستقر شدیم که بسیار جای خوبی بود و الان شده تأمین اجتماعی. آگهی دادیم برای استخدام مهندس صنایع و مکانیک و راننده هم داشتیم و شروع کردیم به طراحی با همان گروه اندک که خوشبختانه انتخابی که کردیم، مهندس صنایع ما خیلی خوب بود و مهندس مکانیک ما هم الان بهترین مهندس تاسیسات شده و در برج میلاد کار می‌کند. با این‌ها شروع کردیم، با یک مداد و خط کش و کاغذ. خانم سعیدی هم که در کارخانه داروپخش منشی من بود آوردیم آنجا که بسیار فرد قابل و توانمندی بود و به زبان فارسی و انگلیسی هم مسلط بود. با این گروه ما کار کردیم

و اولین طرحی که ما تهیه کردیم (البته سرم سازی که در جریان بود) دامبران بود که طراحی کردیم بعد داروسازی لرستان بود که شروع کردیم به طراحی. در واقع، این کارها دست‌ورعمل آقای دکتر نیلفروشان بود که به من ابلاغ می‌کردند، که مثلاً یک پلان داروسازی داروهای انسانی با این ظرفیت یا یک شرکت داروهای دامی طراحی کنید. از گروه دامی شرکت دکتر پرهام رضایی استفاده کردیم، آمار گرفتیم. آماری که داده بودند خیلی وسیع و متنوع بود، مکمل‌ها و غیره. ما این‌ها را بررسی کردیم. داروهایی که به درد بخور بودند را درآوردیم و روی آن‌ها کار کردیم، طراحی شد و خوشبختانه الان هم خوب پیش می‌رود.

◀ آیا طرف اصلی این طرح‌های توسعه در بعد از انقلاب، بحث سرمایه‌گذاری به‌عنوان یک فعالیت اقتصادی (حالا در کنارش یک کار حرفه‌ای داروسازی بود) یا نه یک مورد دیگری مثل ضرورت تأمین داروهای مورد نیاز کشور از داخل و یا بحث رشد دانش فنی و انتقال تکنولوژی و امثال آن‌ها مدنظر بوده است؟

بعد از انقلاب این فکر به شدت رواج داشت و هدف شرکت سهامی داروپخش و آقای دکتر نیلفروشان خودکفایی در صنعت و نیز اشتغال‌زایی و صرفه‌جویی و افزایش درآمد بود و در این راستا از توانمندی‌هایی که طی ۲۰ سال گذشته در زمینه‌های تکنولوژیک و تولید دارو کسب کرده بودیم به‌گونه‌ای استفاده کنیم که دیگر نیاز نباشد ارز بدهیم و از خارج دارو بیاوریم. مثلاً ارز می‌دادیم و سرم‌های نیم لیتری یا یک لیتری سنگین وزن از اقصی نقاط دنیا به ایران می‌آمد. خوب، با این

سرم‌سازی که در داروپخش احداث شد به‌ویژه در زمان جنگ خدمت بسیار ارزشمندی صورت گرفت. تا جایی که حتی صادرات هم پیش آمد. پس ملاحظه بفرمایید برنامه این بود که به خودکفایی برسیم و دانش فنی موجودی که در ۲۰ سال گذشته کسب شده بود از بین نرود چون ممکن بود افراد از کشور بروند یا حادثه‌ای پیش آید که دیگر نتوانند کار کنند. این نیروها به خوبی مدیریت و به خوبی جذب شدند تا در جهت گسترش صنعت برای رسیدن به خودکفایی گام‌های ارزشمندی بردارند. حتی در زمینه‌های تولید مواد اولیه هم گام‌های بسیار مؤثری برداشته شد. آقای دکتر ذوالفقاری (خدا رحمت کند ایشان را) در جریان انقلاب سال ۵۷ - ۵۸ در داروپخش به ما ملحق شدند. ایشان آدمی بودند که هدف‌های بلندپروازانه‌ای داشتند و می‌گفتند که ما باید مواد اولیه تولید کنیم. جلساتی در خدمت آقای دکتر داشتیم من شخصاً زیاد باورم نمی‌شد با آن ویژگی‌ها و Specification هایی که ماده اولیه دارد، ما چگونه می‌توانیم در داخل تولید کنیم اما گفتند ما می‌توانیم. آقای دکتر، واحدی را در اختیارشان گذاشتند تا این که پس از سال‌ها تلاش و پیگیری، تماد امروزی را به ارمغان آورده است. فراموش نکنیم که این‌جا را با چند تا مهندس شروع کردند و با عشق و علاقه‌ای که ایشان داشتند. آقای بهشتی را هم از کارخانه آوردند آنجا و مهندس دیگری که تحصیل کرده آمریکا بود، ایشان هم بود و شروع کردند به بعضی کارها مثلاً تریاک‌های قاچاق را گرفتند و مرفین آن‌ها را استخراج کردند، دکتر شفیع‌ی آمد، از مرفین، سولفات مرفین برای تزریق تهیه شد و ال‌گزیربارگوریک تهیه شد منتها

بعد از انقلاب این فکر به شدت رواج داشت و هدف شرکت سهامی داروپخش و آقای دکتر نیلفروشان خودکفایی در صنعت و نیز اشتغال‌زایی و صرفه‌جویی و افزایش درآمد بود و در این راستا از توانمندی‌هایی که طی ۲۰ سال گذشته در زمینه‌های تکنولوژیک و تولید دارو کسب کرده بودیم به‌گونه‌ای استفاده کنیم که دیگر نیاز نباشد ارز بدهیم و از خارج دارو بیاوریم. مثلاً ارز می‌دادیم و سرم‌های نیم لیتری یا یک لیتری سنگین وزن از اقصی نقاط دنیا به ایران می‌آمد. خوب، با این

بعد از انقلاب این فکر به شدت رواج داشت و هدف شرکت سهامی داروپخش و آقای دکتر نیلفروشان خودکفایی در صنعت و نیز اشتغال‌زایی و صرفه‌جویی و افزایش درآمد بود و در این راستا از توانمندی‌هایی که طی ۲۰ سال گذشته در زمینه‌های تکنولوژیک و تولید دارو کسب کرده بودیم به‌گونه‌ای استفاده کنیم که دیگر نیاز نباشد ارز بدهیم و از خارج دارو بیاوریم. مثلاً ارز می‌دادیم و سرم‌های نیم لیتری یا یک لیتری سنگین وزن از اقصی نقاط دنیا به ایران می‌آمد. خوب، با این

بهره‌وری چندانی نداشت این کارها. یعنی تریاک حدود ۹ درصد یا ۱۰ درصد مرفین داره، آن موقع آنچه که در می‌آمد بیرون با آن تکنیک و روش حدود ۳ درصد بود، بعد هزینه‌ها خیلی در تباد بالا رفته بود به طوری که به آن هدفی که پیش بینی شده بود، نمی‌رسیدند. آقای دکتر نیلفروشان به بنده ابلاغ کردند که بروم ببینم اگر واقعاً مقرون به صرفه نیست و همش باید هزینه کنیم و مضافاً به این که چون یک واحدی ایجاد شده بود که می‌توانست خطرناک باشد (ممکن بود اسید از آن بالا بریزه روی سر پرسنل)، خواستند ما بریم آنجا یک کاری کنیم و گزارشی بدهیم. من رفتم و با کمک مهندس بهشتی (در این زمان دکتر ذوالفقاری رفته بود برای تحصیلات به انگلیس و آن مهندسی هم که با او کار می‌کرد رفته بود آمریکا) و بعد از اتمام کار در اداره مرکزی، من بعد از ظهرها می‌رفتم آنجا تا ۱۰ تا ۱۲ شب کار می‌کردیم و آنجا را رساندیم به یک جایگاه صنعتی. یک مقدار زیادی کارهای GMP و ایمن سازی و اصلاحات انجام دادیم، مشکلات و گره‌ها را از بین بردیم مثلاً سولفات باریم تولید می‌شد آنجا از ابتدا یعنی از اسید سولفوریک که در داخل بود و سنگ باریم هم وجود داشت. آنجا ترکیب می‌شد ری اکشن در راکتورها انجام می‌گرفت، می‌شد سولفات باریم. بعد این را فرموله کرده بودند برای عکسبرداری. شکایات زیادی به ما می‌رسید و خیلی هم کلمات رکیکی استفاده می‌کردند و حق هم داشتند برای این که بیماران آن محصول را می‌خورند گلوله گلوله می‌شد و عکس هم نشون نمی‌داد من آمدم این را فرموله کردم و اصلاح کردم و ساختیم و پر کردیم و دادیم و این

دفعه تشویق نامه آمد از پزشکان. از این قبیل کارها انجام شد. سولفات منیزیم را در سطح صنعتی با گرید حتی ۶ در آنجا ساختیم. رسید به سودآوری که خوشبختانه بعدها هم آنجا خیلی خوب جلو رفت و رسید به این حد فعلی.

فراموش کردم بگویم برای بالا بردن استخراج مرفین ما مهندس بهشتی را فرستادیم به اروپا و رفتند در چند کارخانه کارآموزی کردند و برگشتند و تحول ایجاد کردند که استخراج مرفین به حدود ۸ درصد رسید و این سودآوری را بالا برد. بعد موضوع کارخانه تولید شهید رزکانی یونیدو. زمان دکتر نیلفروشان به اتفاق رفتیم به یونیدو در وین و آنجا قراردادی بسته شد (چون ایران مرتباً به آن صندوق UNDP دلار می‌داد و استفاده هم نکرده بودیم) بعد از بسته شدن قرارداد متعاقباً رفتیم و به همراه آقای دکتر آذرنوش جلسات متعددی با متخصصین آمریکایی، اروپایی و هندی داشتیم و تأکید هم بر این بود که از اروپا دانش فنی را برای ایجاد مولتی پروجکت پلان می‌خواهیم. اول گفتند نه از هند می‌دهیم و برای این که آن ۴ میلیون دلاری که آن‌ها می‌خواستند مجانی بدهند نمی‌رسید و ما گفتیم برخی از این راکتورها در داخل ایران ساخته می‌شود و آن به عهده ما. بالاخره رضایت دادند که دانش فنی را از اتریش و مجارستان بدهند و ماشین آلات هم به همین ترتیب از اروپا بدهند بعد ما وقتی با آقای دکتر فاضل رفتیم کوبا از پلنت آن‌ها که یونیدو ساخته بود دیدن کردیم که یک پلنت خراب بود. دانش فنی را از هند گرفته بودند و اصلاً گفتند نمی‌توانیم از آن استفاده کنیم. آنجا بود که فکر کردیم عجب کار درستی انجام دادیم

سهامی داروپخش با شرکت‌ها و کارخانه‌های دولتی و یا خصوصی که نیازمند مشاوره و کمک فنی، داروسازی، طراحی، فرمولاسیون، آموزش و غیره بودند در حد توان همکاری داشته‌ام. پس از اتمام خدمت در داروپخش از سال ۱۳۷۱ تا کنون به‌عنوان مشاور کارخانه‌های داروسازی همکاری داشته‌ام. درباره طرح ژنریک هم یک گزارشی برای فرهنگستان تهیه کردم، گفتم عنصر رقابت را بیاورید داخل چون ژنریک حالت ایستایی دارد. و این عنصر رقابت متأسفانه به حدی رسیده که خودش دارد صنعت داروسازی را هلاک می‌کند که باید فکری برای آن کرد.

■ مصاحبه با آقای دکتر عطاءاله صالحی

◀ در خدمت آقای دکتر صالحی هستیم. آقای دکتر، لطفا خودتان را مختصر معرفی بفرمایید.
من عطا... صالحی هستم. فاغ التحصیل سال ۱۳۴۹. بعد از استخدام در وزارت بهداشتی، به زاهدان رفتم. یک دوره کوتاهی در زاهدان بودم. بعد از زاهدان استعفا دادم آمدم تهران تا انقلاب. تا آن زمان به‌صورت آزاد کار می‌کردم بعد از آن از طریق وزارت بهداشتی مجدداً دعوت به کار شدم و برای بار اول در شرکت سهامی دارویی کشور مشغول به کار بودم، بعد در یکی از شرکت‌های پخش به‌عنوان مدیرعامل مشغول به کار شدم و بعد از آن مجدداً برگشتم به محل اصلی که در استخدام آن (اداره دارو) بودم. از سال ۱۳۶۱ در اداره دارو بودم تا سال ۱۳۷۸. بعد هم بازنشسته شده و به کارهای متفرقه مشغول بودم تا امروز که در این داروخانه مشغول هستم.

که حتی سولونت ریکاوری دیدیم حتی Scale lab دیدیم در این پروره، جلسات متعددی، شاید ۲ سال طول کشید تا به نتیجه برسد که خلاصه به نتیجه رسید و الان تحول ایجاد کرده. همان طور که احداث داروپخش در زمینه تولید اقلام دارویی فینیشد پروداکت در ایران تحول ایجاد کرد، ایجاد واحد شهید رزکانی یونیدو که الان شده شیمی دارویی داروپخش هم همان تحول را ایجاد کرد. عده زیادی داروساز، مهندس و شیمیست اعزام کردیم به کارخانه‌های اتریش و مجارستانی دوره دیدند و آمدند. ممکنه هیچ کدامشان الان آنجا نباشند همه رفتند برای خودشان واحد سنتز مواد اولیه زدند. اما این یکی از اقدامات بسیار عالی بود که باید گفته بشود و در تاریخ بماند که از زمان آقای دکتر نیلفروشان آغاز شد و آقای دکتر آذرنوش هم به خوبی ادامه دادند. در آن واحد پروژه‌های آتی که آقای دکتر به من ابلاغ کردند از این قبیل کارها صورت گرفت و من از این بابت وجدانا راضی هستم. اگر آقای دکتر نیلفروشان من را نمی‌بردند به شرکت دوپار (سینا داروی امروزی)، شاید من سرنوشت دیگری داشتم چون لابراتوار داروسازی را گرامی داشتم، اما ممکن بود دنبال آن کار بروم و خانواده هم مایل به مهاجرت بودند اما من گفتم الان زمان خدمت در این‌جا است. درست است که محدودیت‌ها بود اما در مجموع راضی‌ام.

ناگفته نماند، در داروپخش که با خارجی‌ها کار می‌کردیم فکر نکنید راحت بودیم ما صبح ساعت ۷ می‌رفتیم و بعد ساعت کارمان انتها نداشت. من شرایط را تحمل کردم تا بتوانم در شرایط مساعدتر خدمت بهتری ارایه دهم. در طول خدمت در شرکت

← آقای دکتر، شما مدتی که در اداره دارو بودید بیشتر فضای کاری تان در بخش داروهای ساخته شده (واردات داروهای ساخته شده) بود. می‌خواهیم ببینیم که در این فرصت (دو دهه) که شما آنجا تشریف داشتید، چالش‌هایی که در ارتباط با واردات دارو بود از نظر شما در آن زمان به چه ترتیب بود؟

زمانی که ما در اداره دارو مشغول بودیم مصادف بود با جنگ و مشکلات دوران جنگ. طبعاً چالش‌های مخصوص زمان جنگ را داشت از جمله تخصیص ارز، از جمله تهیه منابع برای خرید دارو که بی‌نهایت مشکل بود و روش‌های مختلفی برای خرید دارو وجود داشت که خودتان در جریان هستید و واقعا برای ما مشکل ساز بود. کارخانجات مشکل داشتند، مواد اولیه به راحتی به دست نمی‌آمد، منابعی که قبلاً می‌خریدند محدود شده بود و ارز هم به اندازه‌ای که مورد نیاز بود در اختیارشان قرار نمی‌گرفت و این مخصوصاً در زمانی که جنگ هم اضافه شد و بخش عظیمی از داروها را به جبهه‌ها می‌فرستادیم، اصلاً جدای از اختیارات ما، می‌گرفتند و می‌بردند جبهه و طبیعی هم بود که نیاز جبهه را باید در اولویت قرار می‌دادیم. بنابراین، ما چالش‌های بسیار زیادی داشتیم. کارخانجات هم جدیداً از آن دوران قدیم به دوران انقلابی به هر حال رو کرده بودند و مشکلات خاص خودشان را داشتند. بعضی از پرسنل شان رفته بودند، کارکنان جدید هم که مشکلات خاص خودشان را در تدارک دارو داشتند. داروهای فهرست دارویی مطابق با فهرست دارویی ژنریک باید عمل می‌کردیم. داروهای خارجی حذف شده بودند. داروهای

فهرست داخل (ژنریک) هم آن طور که باید در اختیار قرار نمی‌گرفت یا به دلیل محدود بودن منابع خرید، از کیفیت خوبی برخوردار نبود و ما با مشکلات زیادی مواجه بودیم.

← آقای دکتر، در همان زمان بود که هلال احمر به‌عنوان فوریت شروع به کار کرد؟

بله و این هم یک شرایط ناخواسته بود. البته هلال احمر فعال بود ولی ما بسیاری از داروها، هر جا که به مشکل برخورد می‌کردیم به هلال احمر اجازه می‌دادیم و طبیعی هم بود بعضی از داروها، فهرست دارویی محدود بود، تقاضای پزشکان زیاد بود، یعنی هر پزشکی مطابق سلیقه خودش یک دارویی برای بیمار می‌نوشت که برخی از آن‌ها جزء فهرست ما هم نبود، جزء واردات هم نبود.

← آقای دکتر، سؤال این است که آیا این داروهایی که طبیب می‌نوشت، در فهرست دارویی کشور بودند؟

این‌هایی که می‌نوشتند جزء فهرست دارویی ما نبود و با توجه به فشارهایی که از اطراف به ما می‌آمد، از طریق مریض‌ها، از طریق خود پزشک‌ها، مجبور می‌شدیم این‌ها را بنویسیم. البته، در شرایطی خاص، یک بررسی اولیه می‌کردیم.

← بعد این‌ها را می‌فرستادید به کمیسیون قانونی ساخت و ورود؟

این‌ها دو مورد داشت، بعضی از آن‌ها را به کمیسیون قانونی می‌فرستادیم که یک بررسی اولیه می‌شد بعد می‌آمد در کمیسیون قانونی، در کمیسیون قانونی یا تأیید می‌شد یا نمی‌شد. اگر تأیید می‌شد که می‌رفت جزء واردات هلال احمر، اگر هم تأیید نمی‌شد باز یک درگیری خاصی داشتیم.

من باید برنامه ریزی کنم و کلی بیاورم. به همین جهت تک نسخه ای‌ها یواش یواش شروع به فعالیت کردند.

◀ با همین دیدگاه اگر بخواهیم نگاه بکنیم، چه مشکلی بود که شرکت سهامی دارو بتواند این کار را انجام بدهد؟ چرا باید هلال احمر وارد این گونه فعالیت‌های ورود دارو بشود؟

شرکت سهامی دارویی کشور خودش به اندازه کافی درگیر بود مضافاً به این که سیستم اداری بر شرکت سهامی دارویی کشور حاکم بود. هلال احمر خارج از این ضوابط با توجه به قدرت مدیریتی که در آن زمان بود، خانم دکتر رهیده خودش توان این را داشت که از هرجایی در کوتاه ترین زمان بیاورد. بنابراین، هلال احمر فهرست بسیار بالا بلندی پیدا کرد. بعدها (بعد از ما) تک نسخه ای‌ها شروع به فعالیت کردند، تا زمانی که ما بودیم تک نسخه ای‌ها هنوز فعال نشده بودند.

◀ آیا هلال احمر آن دارو را که می‌آورد می‌آمد برای قیمت از شما اجازه می‌گرفت؟

اصلاً هیچ تأییدیه جدیدی نمی‌گرفت که این را از کجا آورده یا نیاورده، خودش رسماً می‌آورد و به مریض هم می‌گفت مثلاً این تاریخ بیا برایت آوردم. ◀ آیا برای ورود همان مجوز اولیه شما کافی بود؟ یعنی بعد نظارتی در گمرک یا جای دیگر صورت نمی‌گرفت؟

دو تا موضوع مورد توجه بود. یکی این که جز، فهرست دارویی بود. یکی این که در فهرست نبود. در هر صورت در آن جلسه خودمان تصمیم می‌گرفتیم که بعد از هماهنگی و تماس با پزشک تصمیم بگیریم. بعد هم می‌نوشتیم هلال احمر از

◀ آقای دکتر، ملاک کمیسیون قانونی برای تأیید یا عدم تأیید چه بود؟

اولاً این دارو باید در کشورهای پیشرفته مصرف می‌شد و سابقه مصرف چندین ساله در آن کشورها می‌داشت، دوماً تهیه اش آسان باشد، یعنی مثلاً در چند کشور این دارو ساخته بشود و ما بتوانیم راحت به صورت ساخته شده آن را وارد کنیم. یعنی اگر در انحصار آمریکا بود، طبیعی بود که مشکلات خاص خودش را داشت. بنابراین، داروهای را معمولاً تأیید می‌کردند که ما بتوانیم راحت آن‌ها را تهیه بکنیم. بعضی از داروهای هم که در کمیسیون رد می‌شد، این‌ها را دیگر به صورت موردی به یک واحدی ارجاع می‌دادیم به این معنی که یک فرد خاصی بعد از ظهرها می‌آمد مجدداً یک بررسی دیگر می‌کرد، اگر مشابهی برای آن‌ها بود با پزشکش تماس می‌گرفت، اگر پزشک متقاعد می‌شد که از آنچه که داشتیم در فهرست می‌دادیم. اگر متقاعد نمی‌شد، دیگر این اختیار را داشتیم که برایش بنویسیم از هلال احمر بیاید.

◀ آیا تک نسخه ای‌ها در همان شرایط موازی با هلال احمر درست شد یا تک نسخه ای‌ها بعداً آمدند؟

هلال احمر خودش خیلی تمایل نداشت و برایش مقرون به صرفه هم نبود که یک قلم یک قلم بیاورد، به همین جهت تک نسخه ای‌ها یواش یواش وارد شدند و از هر جا که شد به صورت تکی با DHL یا هر هواپیمایی که می‌آمد با هزینه زیاد می‌آوردند. هلال احمر به این جهت خودش هم تمایل نداشت، مدیر آن هم بارها در جلسات می‌گفت من تمایلی ندارم یک قلم یک قلم بیاورم،

این دارو (مثلاً انسولین) که آن موقع انسولین در فهرست دارویی نبود، وارد کند. حالا مثلاً اگر برای دانمارک بود، هلال احمر می‌رفت آن را می‌آورد، حتی زمانی هم که آن مریض می‌خواست با همان مجوز می‌آوردند.

← آقای دکتر، چه در سال‌های جنگ که با محدودیت مواجه بودیم و چه در سال‌های بعد از جنگ که گشایش‌هایی ایجاد شد، آیا برای شما اول سال یا در یک زمانی از سال سهمیه‌ای برای واردات دارو تعیین می‌کردند؟

بله. سهمیه بودجه دارویی کشور مشخص می‌شد. اصولاً بودجه دارویی وزارت بهداشت و همه وزارتخانه‌ها بعد از عید در اردیبهشت یا خرداد تعیین می‌شد و ارز وزارت بهداشت هم بعد از این که مشخص می‌شد، تقسیم می‌شد. شرکت سهامی دارویی کشور به‌عنوان واردکننده، کارخانجات داروسازی به‌عنوان تولیدکننده، هلال احمر به‌عنوان بازاری واردکننده. ما هم براساس آن فهرست و قیمتی که داشتیم چه برای مواد اولیه و تولید و چه برای ورود داروی ساخته شده، سهمیه ارزی تعیین و تقسیم می‌کردیم.

← آقای دکتر، اگر بخش تولید را بگذاریم کنار، در بخش واردات کی بی‌سی، هلال احمر، داروپخش و شرکت سهامی دارویی کشور هر کدام مقداری داروی ساخته شده وارد می‌کردند، درست است؟ بودجه کل این موارد هم در اختیار حوزه معاون دارو قرار می‌گرفت که جناب‌عالی با توجه به توان هر کدام از این‌ها تقسیم می‌کردید. آیا در طول سال هیچ وقت نبود که بودجه زیاد یا کم بیاید؟ در این صورت شما چه جوری مدیریت می‌کردید

تا عرضه و تقاضا تنظیم بشود؟

واقعیت این است که مکرر و مکرر در حال پیگیری موضوع بودیم. روزی نبود که ما با سازمان برنامه و بودجه جلسه یا تماس نداشته باشیم. یا از طریق وزیر یا از طریق خود بخش‌های ذی ربط سازمان برنامه که ارتباطی برقرار کرده بودیم و حتی جلساتی با آن‌ها داشتیم که مرتب دعوتشان می‌کردیم تا بالاخره یک سهمیه‌ای می‌گرفتیم. ما هر چه بیشتر پافشاری می‌کردیم آن‌ها بیشتر تحت فشار قرار می‌گرفتند. می‌رفتیم بانک مرکزی بالاخره یک سهمیه‌ای فراتر از آن می‌گرفتیم. منتها آن قدر هم زیاد نبود.

← آقای دکتر، آن موقع شما در چهارچوب برنامه‌ریزی دقیقی که براساس آن سهمیه‌بندی تولید و واردات مشخص نشده بود این کار را مدیریت می‌کردید، بنابراین فقط کافی بود که آن بودجه نهایی را که پیش بینی کرده بودید بتوانید از بانک مرکزی بگیرید والا بعدش دیگر در تسهیم آن که مشکل نداشتید؟

بانک مرکزی هم یک جا ارز مورد نیاز را نمی‌داد. در حد ۴۰ میلیون، ۵۰ میلیون، ۱۰ میلیون، همین طور خرد خرد بر اساس، الویت‌هایی که ما چه در بخش واردات و چه در بخش تولید تعیین می‌کردیم، می‌پرداخت و ما هم طبق آن بودجه‌ای که داشتیم می‌گفتیم الان مثلاً این اولویت ماست، مولتی ویتامین اولویت ما نیست و پروفرم را هم براساس آن اولویت‌ها از کارخانجات یا از واردکننده می‌پذیرفتیم و آن‌ها می‌رفتند گشایش اعتبار می‌کردند.

← آقای دکتر، در مورد تخصیص ارز بخش‌های

هلال احمر که با ما کاری نداشت و کی بی سی هم چندان رقم جدی نبود؟ و شرکت سهامی دارویی و شرکت داروپخش موارد اصلی بودند.

← استنباط من این می شود که در حقیقت چارچوب قانونمند طرح ژنریک باعث شده بود که شما فشار زیادی از سوی واردات نداشتید چون رعایت می شد، ولی ظاهراً از یک تاریخی تابوی واردات شکست. آیا آن موقع شما تشریف داشتید؟ همان طور که در سؤال قبلی پاسخ داده شد، نظر به این که تعداد کارخانجات تولیدکننده بیشتر از شرکت های واردکننده بودند، طبیعی بود که فشار از جانب مدیران تولیدی بیشتر باشد.

← آقای دکتر، این که کاملاً طبیعی است چون کمیت تعیین می کرد این را، ولی ما بحث مان این بود که در حقیقت شما چون ضوابط را رعایت می کردید، چون طرح ژنریک برایتان ملاک بود، طبیعی است که از سوی واردات خیلی فشار جدی ای وارد نمی شد مگر در محدوده ای که مصوبات داشت و غیره. ولی از یک زمانی چراغ سبزی داده شد به واردات. من بحثم این است که در این زمان شما تشریف داشتید یا بعد از شما بوده. یا اصلاً زمان شما فشارها شروع شده و می خواستند وارد کنند مثلاً شماها مقاومت می کردید. بنابراین، خیلی دیگر نمی توانستند فشار قانونی به شما بیاورند که آقا شما مجوز این را صادر کردی، ارزش را هم باید تأمین کنی. ولی از یک دوره ای این اتفاق افتاد که اینها آزادتر شدند بعد هم هی ارز به آنها اختصاص داده شد. به عبارت دیگر، گویی چراغ سبزی به نمایندگی شرکت های خارجی داده شد که خودتان شروع

مختلف تولید و واردات شما می آمدید می گفتید این قدر برای واردات، اینقدر برای تولید. حالا این واردات بالاخره از یک جایی می خواست فشار بیاورد که افزایشی پیدا کند دیگر. تولید هم طبیعتاً به یک نوعی دلش می خواست که ظرفیت هایش را بالا ببرد، ماشین آلات جدید آورده بود و امثالهم. شما این جا باید در حقیقت این را به نوعی مدیریت می کردید که هم از اهداف اولیه طرح ژنریک و غیره خیلی دور نشوید که بعد پاسخ گویی به دنبالش می داشت، هم به نوعی نیاز کشور تأمین بشود. آیا هیچ وقت اتفاق افتاد که این دو تا فشاری بیاورد که بتواند شما را دچار یک سری مسایل و مشکلات بکند؟

بله، صد در صد. همیشه ما تحت فشار بودیم و همیشه اینجور موارد را در جلساتی که در دفتر معاونت دارویی داشتیم، آنجا هم کمیسیون بود که کارها را می بردیم آنجا و در جلسات آن کمیسیون به صورت شورایی تصمیم می گرفتند که الان این مبلغ را به واردات بدهیم یا به مواد اولیه و غیره. بنابراین، از این نظر خیلی تحت فشار بودیم. بیشتر این فشارها از طریق تولید وارد می شد یا از طریق واردات؟

صد در صد تولید. ببینید واردات یک تشکیلات بود اما تولید در آن زمان من یادم هست که چیزی حدود ۴۳ تا کارخانه داروسازی داشتیم، پس ۴۳ تا مدیرعامل فشار می آوردند. بنابراین، طبیعی بود که روزانه حداقل باید با ۴، ۵ تولیدکننده جلسه می گذاشتیم که فشار زیادی را از سوی تولیدکنندگان تحمل می کردیم. در حالی که کلاً ۴، ۵ واردکننده بیشتر نداشتیم که از میان آنها،

کنید به واردات. یعنی مثلاً به شرکت اکبریه گفتند تو که نمایندگی شرکت روش را داری، شروع کن به وارد کردن داروهای روش. این زمان شما نبود؟ زمان ما نبود. یعنی مثلاً به اکبریه ما هیچ اجازه وارداتی به عنوان نماینده شرکت خارجی ندادیم. کانال ما هلال احمر بود.

← آقای دکتر، شما اول سال می آمدید به فرض ۱۵ قلم دارو تعیین می کردید که شرکت سهامی دارویی کشور بیاورد، آیا وقتی وارد می کرد، باز این باید می آمد در کمیسیون و اجازه می گرفت یا چون شما به او اجازه داده بودید دیگر نیازی نبود؟ بله، نیازی به مجوز مجدد نبوده است، زیرا واردات براساس فهرست دارویی بود که قبلاً از کمیسیون قانونی مجوز کلی را دریافت نموده بود.

← یعنی دیگر به کمیسیون قانونی نمی رفت؟ خیر، نمی رفت.

← شما هم دیگر کاری به آن نداشتید که امروز به فرض از پارک دیویس آورده، فردا از بایر بیاورد. به فرض اجازه می دادید که یک آمپی سیلینی بیاورد، شرکت سهامی هم امروز از یک شرکت می آورد، فردا از یک شرکت دیگر می آورد، این پروفرمایش را می آورد و می آمد قسمت های مختلف به امضا می رساند و وارد می شد، همین طور است؟ بله همینطور است.

← با توجه به تغییراتی که در سطح مدیریت اتفاق می افتاد این که یک زمانی آقای دکتر آذرنوش مدیر کل بود، یک زمانی آقای دگر شیبانی مدیر کل بود، یک زمانی فرد دیگری مدیر کل بود، این تصمیمات با توجه به حضور این آدم ها تغییر

می کرد یا استمرار داشت؟

خیر معمولاً تغییرات آن چنان نبود که مدیر جدید با سیستم بیگانه باشد بلکه اکثر آن ها که جایگزین می شدند، همگی با روال و ضوابط کار آشنا بودند و معمولاً در حوزه معاونت چارچوب کار مشخص می شد. اما در صورت تغییر منابع، دقت و کنترل بیشتری توسط واحدهای ذی ربط اداره دارو چه از نظر بررسی قیمت و چه از نظر کیفی تا مرحله بازدید از کارخانه (منبع جدید) انجام می گرفت.

← آقای دکتر در آن بحث بررسی کیفیتی، نقش آزمایشگاه کنترل در چه مرحله ای صورت می گرفت، قبل از این که وارد بشود نمونه می فرستادند آزمایشگاه کنترل یا شرکت هایی که سابقه داشتند، دیگر نیازی به تحقق این مرحله نداشتند؟

اگر منابع جدید بود (واقعا سیستم خوبی داشتیم) حتماً بازدید از کارخانه مبدا انجام می گرفت. اگر صلاحیتش توسط افرادی که بازدید کرده بودند تأیید می شد، نمونه می آمد. نمونه را آزمایشگاه کنترل تأیید می کرد و پس از تأیید پروفرم می گرفتند، ماده می آمد، ترخیص می شد، قبل از توزیع باز نمونه برداری توسط کارشناسان وزارت بهداشت بعد هم آزمایشگاه انجام می شد و پس از تأیید آزمایشگاه اجازه مصرف و توزیع داده می شد. این روال بود، الان هم هست.

← آقای دکتر هیچ وقت اتفاقی افتاد که از یک محصول (از یک دارو) چند تا برند اجازه ورود پیدا کنند؟

حضور ذهن ندارم ولی فکر نمی کنم. مگر این که مقطعی مثلاً کمبود بوده یا آن شرکت فروشنده به

← آقای دکتر، آیا همین ۴ تا موسسه یا به عبارت دیگر (به جز هلال احمر که فوریت‌ها بود) فقط این ۳ موسسه دارویشان را می‌آوردند و می‌آمدند قیمت گذاری می‌کردند؟

بله.

← این‌ها موسسات عمومی بودند. آیا چیزی به‌عنوان مثلاً سود واردکننده یا چیزی شبیه به این هم برای آن‌ها در نظر گرفته می‌شد یا نه دیگر قیمت تمام شده شان بود و عرضه می‌کردند برای مصرف؟

سود که حتما داشتند، بدون سود که وارد کننده وارد نمی‌کرد، ولی فکر می‌کنم سودش، من در آن کمیسیون تعیین قیمت نبودم ولی یک سودی برای وارد کننده در نظر می‌گرفتند که فکر می‌کنم حدود ۱۰ درصد بود.

← آیا آن‌ها هم مثل تولیدکننده‌ها موظف بودند محصولاتشان را برای توزیع به پخش‌ها بدهند یا خودشان توزیع را هم انجام می‌دادند؟

اصلاً ما آن زمان ۵ تا پخش بیشتر نداشتیم و در زمان ما همه موظف بودند در قالب این ۵ تا پخش داروهایشان را توزیع کنند. چون برنامه ریزی بر اساس آن بود، بنابراین موظف بودند به این ۵ تا توزیع کننده بدهند. اما شرکت سهامی دارویی کشور می‌توانست رسماً به سازمان‌های دولتی دارو بفروشد.

← آقای دکتر، فرض می‌کنیم شرکت سهامی دارویی کشور، یک دارویی را وارد کرده است، رئیس آن هم وزیر وقت بهداشتی است، بیمارستان کنار آن که بیمارستان امام است احتیاج به یک دارو دارد، بیمارستان می‌نوشت به رئیس شرکت سهامی و رئیس شرکت سهامی به معاونت که آقا

اندازه کافی نتوانسته نیاز مملکت را برطرف کند، بوده بله.

یعنی مثلاً شرکت سهامی دارویی کشور در سال ۲ پارتی آمپی سیلین آورده، پارتی اولش را رفته از بایر آورده، پارتی دومش را رفته از بریستول آورده و ما در بازار دارویی ۲ پارتی از یک محصول اما از دو شرکت مختلف داشتیم که امکان هم داشته که مثلاً با یک قیمت یا دو قیمت متفاوت وارد بازار بشود. بله بوده. ما در شرایط خاصی (شرایط تحریم نسبی) بودیم. وقتی ما نمی‌توانستیم از منابع اروپایی بگیریم، طبیعی بود که این تغییر قیمت‌ها به خصوص در مورد داروهای ساخته شده که از ۲ و یا حتی ۳ منبع و با قیمت‌های مختلف، که در آن تازه بخشی را هم دولت به‌صورت یارانه قبول می‌کرد تا قیمت‌ها را ثابت نگه دارد و این‌گونه حمایت‌ها آن زمان می‌شد.

آیا قبل از انقلاب شرکت سهامی دارویی کشور که بنگاه کل دارویی بود با یک مجوز دارو وارد می‌کرد یا نه برای داروهایی که وارد می‌کرد پروانه می‌گرفت؟

من قبل از این که به شرکت سهامی دارویی کشور بیایم در شرکت‌های واردکننده نبودم، اصلاً قبل از انقلاب در بخش دیگری کار می‌کردم ولی مثل این که پروانه‌ای نداشتند، آن موقع هم با مجوز می‌آوردند.

← یعنی مؤسسات عمومی قبل از انقلاب اگر می‌آمدند اجازه می‌گرفتند با مجوز نسبت به واردات دارو اقدام می‌کردند، بنابراین، این‌ها پروانه نداشتند.

من ندیدم.

این اگر از طریق پخش بیاید حداقل ۱۱ درصد هزینه اضافی به آن تعلق می‌گیرد، پس به شرکت سهامی بگو این را بفرستد برای بیمارستان امام به همان قیمت که به پخش می‌فروشد. شما هیچ‌وقت با این قضیه (شکایت‌هایی: که دو طرف داشته باشند) مواجه بودید؟

من خودم در بخش فروشش نبودم ولی فکر می‌کنم بوده است.

← یعنی این چیزها طبیعی بود.

بله طبیعی است دیگر.

← آیا هیچ‌وقت پخش یا شرکت سهامی دارویی کشور به این موضوع اعتراض نکردند؟

نه، پخش هیچ‌وقت مدعی شرکت سهامی نبود. شرکت سهامی زورش زیادتر از پخش بود. مگر داروپخش.

← در آن تاریخ.

بوده، نمی‌شود که نباشد.

← آقای دکتر، شما هر چه پیش می‌رفتید، جمعیت بیشتر می‌شد، فهرست دارویی گسترده تر می‌شد،

آیا در همان زمان که شما تشریف داشتید (از سال ۶۱ به بعد) بودجه دارویی کشور متناسب با آن افزوده می‌شد یا بودجه فریز بود؟

تا آن‌جا که من یادم است، بودجه ما بین ۲۳۰ میلیون تا ۲۵۰ میلیون دلار در نوسان بود و کل بودجه هرگز از ۳۰۰ میلیون هم بیشتر نشد. نوسان خیلی کمی داشت. برای این که هر سال ارز همان قدر بود. ارز اضافه تری نمی‌دادند که. این چند سالی که ما دیدیم، ارز وزارت بهداشتی همیشه در حد خیلی جزئی تغییرات داشته است

← آقای دکتر، بعد از این که جنگ تمام شد

و دولت عوض شد، آقای هاشمی رفسنجانی تشریف آوردند و بعد بابت آن پول، امکانات ارزی مملکت بهتر شد، واردات کالاهای دیگر یا تولید کالاهای دیگر توسعه پیدا کرد، میسر شد. آیا جامعه پزشکی نسبت به این محدودیتی که ایجاد شده بود برای این که دارو ژنریک است، این میزان تولید است، این میزان واردات است، شما مجبوری با توجه به شرایط جنگ یا دهه اول انقلاب این را تحمل کنی. بعد دهه دوم، از سال ۶۸ به بعد دیگر با تعویض دولت تا آمدن آقای هاشمی، یک گشایشی در عرضه پول ایجاد شد، آیا جامعه پزشکی ما برخوردش با ادارات ستادی مثل اداره دارو، مثل سابق بود یا فشار می‌آورد که میزان ارز دارو بیشتر بشود؟

طبیعی است. من یادم می‌آید زمان آقای میرحسین موسوی بود و شرایط جنگ و اینجور چیزها بود، هر کس هر ادعایی می‌کرد ما می‌گفتیم جنگ است، اولویت با جنگ و جبهه‌ها است. طبیعی هم بود بعد از آن، همه متوقع بودند و می‌گفتند الان که شرایط خوب شده و شرایط صلح است، چرا اینجوری است.

← خوب آن وقت بودجه تان بیشتر شد یا نشد؟ سهمیه ما جزئی تغییر کرد، نه تغییر جدی نکرد.

← یعنی روش کار هم تغییر نکرد؟

همان بود، سالیان سال روش همان بود.

← آیا آن وضعیت تا حدود سال‌های ۸۰ هم ادامه پیدا کرد؟

بله، شاید بعد از ۸۰ هم همان طور بود. همان سیستم بود.

← آقای دکتر، شما یک دوره‌ای آن جوری کار

این بحث برمی گردد به شرایط مملکت ما. شرایط ما شرایط خاص است. یعنی ما از زمان سال ۶۰ تا حالا در جنگیم، هنوز هم در جنگیم، هنوز هم در تحریم هستیم. سیستم ما که باز نیست. بنابراین، وقتی سیستم مان باز نیست ما نمی توانیم بگوییم همه چیز باید آزادانه و به وفور وجود داشته باشد. من خودم شخصا اصلا مخالف آن قسمت هستم. نمی دانم چه کسانی پشتش هستند. واقعا اصلا لزومی ندارد این همه لوازم آرایشی به این شکل، حالا قیمت هایش هم اصلا خارج از کنترل است دیگر نرخ هم برایش نمی دهند می گویند آزاد است. آرایشی آزاد است هر چه می خواهید بیاورید. ما هر روز تغییر قیمت داریم. دارو نمی تواند با این وضع مواجه باشد چون با جان مردم ارتباط دارد، نمی توانیم درها را باز کنیم و بگوییم هر چه شد بیاید. باید ضابطه مند باشد فرق می کند با آرایشی - بهداشتی. نه آن ژنریک محدود چون هر روز داروی جدید در دنیا ساخته و عرضه می شود، تحقیق می شود و می آید به بازار و نه این که درها را کاملاً مثل سابق باز کنیم. من فکر نمی کنم این گونه درست باشد چون باز بر می گردد به وضعیت گذشته و همان ۴ تا کارخانه ای هم که داریم بسته می شود و آدم تاسف می خورد. الان شنیده ام که کارخانه های داروسازی در مرز ۱۰۰ تا است، ایرانی ها در این ها زندگی می کنند، اصلا مساله شعار و این حرف ها نیست، برادر من، خواهر من، فامیل من این جا زندگی می کند. حالا کمی حاشیه بروم، عبیدی، روزدارو، می سین و دو سه تای دیگر، ما از اولش دیدیم این ها چه وضعی داشتند، الان خدا را شکر کارخانجات خیلی خوبی

کردید، قبل از انقلاب هم بالاخره در امور دارو کار کردید، مدتی هم در پخش بودید، حالا هم در بخش خصوصی و در داروخانه کار می کنید، کدام یک از این روش ها را صحیح می دانید؟

منظورتان کدام روش هاست؟

ببینید، وقتی نظام ژنریک بود بسته بود و تعداد اقلام محدود بود، در حالی که قبل از انقلاب شرک های وارداتی و تولیدی متعددی می آمدند رقابت می کردند هم در تولید و هم واردات.. وضعیت فعلی و عنان گسیختگی مجدد واردات را هم می بینید. به نظر شما کدام یک از این شرایط مطلوب است؟

من چیزی بین این ها را می پسندم. نه آن همه محدود. ژنریک، که اصلا با چنگ و دندان هم تا این جا نگه داشته شده است. همه ژنریک با مخالفت ها و تضادهای بسیاری مواجه شد، نه آن به اصطلاح تنگی دید و فقط در قالب ژنریک و نه نقطه مقابل آن. دنیا در حال تحول است، هر روز داروی جدید می آید ما نمی توانیم محدودش کنیم، نه آن مورد پسند من است و نه این که درها باز باشد، آن هم تا این حد آزاد و باز. اصلا هیچ جای دنیا هم اینجوری نیست دیگر این وضع پسندیده نیست.

حالا اگر یک کسی بیاید بگوید من در قفسه های شما نگاه می کنم آخرین لوازم آرایشی دنیا هست؟ من آخرین داروهای دنیا را هم می خواهم؟ پول هم در جیبم دارم، یک جای خوب مملکت و در یک خیابان معروف هم واقع شده ایم، یک داروخانه خیلی شیک هم هست، پس چرا من را از داروی جدید محروم می کنید. به نظر شما آیا این حرف منطقی است؟

شده اند، مدرن هم شده‌اند و تولیدات خیلی خوب هم دارند. این پیشرفت‌ها با همین حمایت‌های داخلی محقق شده است. اگر بخواهیم درها را مثل گذشته باز کنیم آن‌ها ببینند، همین کارخانه‌ها را باید ببندیم و پرسنل این‌ها هم باز بروند ویزیتور بشوند. این درست و پسندیده نیست.

← آقای دکتر، اتفاقاً ما با توجه به تجربه و همچنین تعصب شما نسبت به حرفه می‌خواهیم بدانیم، اگر بپذیریم که طرح ژنریک یک معایبی برای صنعت، برای مصرف‌کننده، برای پزشک و برای داروخانه داشته و یک محدودیت‌هایی را هم ایجاد کرده است (با محاسنش کاری نداریم، محاسنش قطعاً خیلی زیاد است)، آیا می‌توانید فهرست وار این‌ها را بشمارید؟

بله. ببینید، طرح ژنریک عیب بزرگش همین مواردی است که شما گفتید، یعنی مصرف‌کننده اختیاری ندارد، درست است که پزشک روی نسخه می‌نویسد، اما اختیاری ندارد. این یک عیب بزرگ است. یک محصولی (مثلاً استامینوفن) که در یک کارخانه بزرگ مثل داروپخش، با آن تجهیزاتی که دارد ساخته می‌شود، با استامینوفنی که در یک کارخانه دیگری که مثلاً یک دستگاه مدرن هم ندارد، هر دو به یک قیمت می‌آید به بازار. متخصص‌هایی که آن‌جا هستند با متخصص‌هایی که این‌جا هستند زمین تا آسمان فرق دارند. یک چیزی که همیشه ما آن زمان هم بحث داشتیم می‌گفتند به ما سهمیه بیشتر بدهید برای این که ما اینجوری هستیم. نمی‌شود ما طرح ژنریک را در همین قالبی که الان هست محدود کنیم، بلکه این‌ها به تدریج در قالب واردات یا در قالب

شرکت‌هایی که قوی تر هستند از بین می‌روند.
← چه چیزهای دیگری را به‌عنوان معایب می‌بینید؟

طرح ژنریک باید در قیمتش باز شود.
← نه خود معایب طرح ژنریک را بفرمایید، همین که فرمودید، مثلاً بحث نوگرایی، تحول، پیشرفت. بله، این‌ها باعث می‌شود که اصلاً تحقیقات به حداقل برسد، چون بخش تحقیقات را دیگر نمی‌توانید داشته باشید، چون قیمت هایتان آن قدر نیست که اجازه چنین هزینه‌هایی را بدهد. داروخانه‌ها هم سودشان آن قدر زیاد نیست، بنابراین داروخانه‌ها هم کاری نمی‌توانند بکنند. ژنریک معایب زیادی دارد. یکی از آن‌ها همین محدود بودن قیمت‌ها، محدودیت در واردات مواد اولیه و محدود بودن در توزیع است، البته توزیع پراکنده‌ای هم که الان هست آن هم زیاد جالب نیست، غلط است. من شنیدم چهل و خورده‌ای شرکت توزیع کننده داریم. یکی از معایب بزرگی که دارد، مصرف کاذب است که شما در آماره‌ایتان می‌بینید. داروسازها الان هر گوشه و کناری مثل ما که در آپارتمان داروخانه داریم، داروخانه تاسیس می‌کنند. یک مقداری من استوک می‌کنم، یک مقداری در این شرکت‌های جدید توزیع کننده استوک می‌شود، همیشه آمار توزیع و مصرف شما با انحراف‌هایی مواجه است، مصرف از کجا درمی‌آید. مصرف واقعی از فروش شرکت‌های توزیع کننده به دست می‌آید نه فروش کارخانجات. بخش زیادی از فروش شرکت‌های توزیع کننده هم در همین انبارهای خود پخش است. بنابراین، به آن ۴ موردی که گفتم همین توزیع را هم باید اضافه کرد.

می‌افتد باز دوباره امکان دارد یک مشکلی باشد و بیمار به شما فشار بیاورد یا منافع داروخانه ایجاب کند یا هر چیز دیگری یا توزیع کننده اصلاً امکان دارد این وسط نقشی ایفا نکند. از این گونه موارد اگر چیزی به ذهنتان می‌رسد، مثل همان طرح ژنریک بفرمایید ممنون می‌شویم. چون این‌ها چیزهایی است که شما در عمل و به‌طور روزمره لمس می‌کنید، بعد هم در گذشته در تصمیم‌گیری‌ها یتان، در تعاملاتتان با صنعت و با بخش‌های دیگر تجربه کرده‌اید. بنابراین، الان خیلی راحت می‌توانید کنتراست خوب و بد این‌ها را تشخیص بدهید.

بله من همین مورد را که شما گفتید تأیید می‌کنم، واردات داروهای مشابه با قیمت آن‌چنانی یکی از بزرگ‌ترین مشکلات ما است. به خصوص مثلاً ویتامین ث جویدنی داخلی داریم، ویتامین ث جویدنی وارداتی هم داریم، ولی قیمت این کجا و قیمت آن کجا. اصلاً این واقعا به تولید داخل ما لطمه می‌زند و من نمی‌دانم چرا این‌ها را اجازه می‌دهند. یکی از مشکلات ما همین است. البته مشکل زیاد است باید فهرست کنم.

فکر می‌کنید می‌توانید مثلاً سر یک فرصتی این‌ها را قلمی بفرمایید.

بله. حتماً

چون بالاخره این‌ها اصلاً فارغ از این که شما این را فرمودید یا کس دیگری، این‌ها می‌ماند.

وقتی آدم تنها است، در تنهایی خیلی چیزها به یادش می‌آید. من اگر سؤالات را می‌دانستم شاید بهتر جواب می‌دادم.

آقای دکتر، جامعه پزشکی نسبت به کیفیت

آقای دکتر، شما می‌فرمایید نه افراط نه تفریط. شما خودتان فرمودید تعداد شرکت ۴۰ تا شده و بد است، آن موقع فرضاً ۵ تا بوده شاید آن موقع هم بد بوده. آن موقع تعداد کارخانه‌ها چقدر بوده حالا صد و خورده‌ای است شاید بد است. آن موقع اصلاً اجازه واردات نمی‌دادند حالا اجازه واردات می‌دهند. این‌ها هم شاید یک مقداری درست و علمی نباشد. شما چیزهایی که به نظرتان می‌رسد را فهرست وار بفرمایید.

الان حضور ذهن ندارم.

آقای دکتر از نظر شما قیمت داروی مشابه وارداتی نسبت به تولیدی، همین الان یک معضل هست یا نیست؟ آیا واقعا به نظر شما باید همین اختلاف قیمت وجود داشته باشد؟

واقعیت این است که این‌ها را من بررسی نکردم، چرا دروغ بگویم؟

سؤال من این است، استامینوفن تولید داخل داریم، استامینوفن خارجی هم داریم، آیا قیمت این‌ها متفاوت است؟ خیلی.

خب از نظر شما منطقی است یا نه؟

نیست، اصلاً یکی از مشکلات ما همین است. آقای دکتر، بحث ما هم همین است، شما می‌فرمایید که یکی از مسایل این است که وقتی قیمت (در مورد واردات و تولید) بر مبنای یک منطق درستی تعیین نمی‌شود، خود این یعنی هل دادن سیستم به سمت واردات. این می‌شود اشکال دیگر. حالا موردهای دیگری از این دست هم قطعاً وجود دارد. مثلاً بحث نسخه پزشک که خودبه‌خود بدون این که او بداند چه اتفاقی برایش

تولید داخل خیلی نظر کیفی ندارد.

این چیزی است که ما از بدو انقلاب، با توجه به مسایل و مشکلاتی که پیش آمد، به مرور گرایش پیدا کردیم (این دیگر چیزی است که همه ما می‌دانیم) به سمت واردات مواد اولیه از هند و چین، این دیگر بزرگترین فاجعه برای صنعت داروسازی ما بود. طبیعی است که نظر پزشکان اصلاً نظر مساعدی روی ساخته‌های داخلی نباشد. ما این‌جا مکرر و مکرر با مراجعینی مواجهیم که می‌گویند این گچی است، می‌گویم همین گچی را می‌آیند کارتن کارتن می‌برند آمریکا، آن طور هم نیست. گفتم من خاک صنعت داروسازی را خوردم، به آن صورت که می‌گویید هم نیست.

← راه حل چیست؟

ما باید سیستم را باز کنیم تا کارخانجات داروسازی برون سطح دانش و تکنولوژی خودشان را بالا ببرند، نظارت وزارت بهداشتی باید همین باشد، نه نظارت رفع تکلیفی. نظارت باید کیفی باشد. برون با مقایسه کارخانجات مختلف منابع بهتر را شناسایی کنند.

شما خودتان در جریان هستید، آمپی‌سیلین یا آموکسی‌سیلین از گرید ۹۰ دارد تا ۱۰۰. فروشنده می‌گوید کدامش را می‌خواهی؟ این دیگر به آن مدیرعامل کارخانه داروسازی بستگی دارد که برود گرید ۹۰ را بیاورد یا گرید ۱۰۰. طبیعی است که با توجه به ثابت بودن قیمت تمام شده گرید ۹۰ را بیاورد. چون قیمت تمام شده معمولاً براساس پایین‌ترین قیمت محاسبه می‌شود، در صورتی که قیمت باید تا حدی آزاد باشد و تولیدکننده اختیار داشته باشد که از منابع معتبرتر خرید نماید، طبیعتاً

قیمت تمام شده هم زیادتر خواهد شد و آن وقت تولیدکننده می‌تواند برای خودش اسم غیرژنریک انتخاب کند و به بازار عرضه نماید. در این‌جا با مشکل بیمه و چند نرخ بودن قیمت یک دارو مواجه می‌شویم که باید راه حلی برای آن پیدا شود تا بیمار و پزشک با توجه به کیفیت بهتر دارو حق انتخاب داشته باشند. خدا رحمت کند آقای دکتر عبیدی را که کم‌به وزارتخانه می‌آمد، وقتی که می‌آمد در جلسات احترام خاصی برایش قائل بودیم. می‌گفت سرم را بزنی من ماده آنتی‌هیستامینی که در قرص سرماخوردگی می‌زنم غیر از بهرینگر از هیچ جای دیگر نمی‌آورم، می‌خواهید پول بدهید، می‌خواهید ندهید. شما همان قیمتی را که تأیید می‌کنید تأیید کنید، من می‌روم می‌آورم و می‌رفت می‌آورد. کیفیت دارویش هم هنوز مطلوب است. الان همان قرص سرماخوردگی را که از قبل از انقلاب به اسم کوریزان بوده مجدداً با نام کوریزان به بازار آمده است.

یک مقدار ما باید بینابینی عمل کنیم، خوشبختانه تمام کسانی که الان در سیستم دارویی مملکت هستند همه کسانی هستند که از همان اول بودند و در کارخانجات متعدد مدیریت کرده‌اند (یک سری جدید هم آمده‌اند) همه این‌ها هم ضعف‌ها را می‌دانند، سیستم به آنان اجازه نمی‌دهد. خود ما هم در مقطعی که در تولید مسؤولیت داشتیم، از منتقدین سیستم دارویی بودیم. در هر صورت اشکالات وجود دارد.