



ژنریک از دیدگاهی دیگر

«قسمت دوم»

بازخوانی

در طول سالهای جنگ تحمیلی بر سیستم دارویی کشور سایه انداخته و بدیهی است که با بهبود نسبی شرایط اقتصادی - سیاسی میهن اسلامی، تدارک داروهای موردنیاز نیز تغییرات مطلوبی خواهد نمود.

با گذشت حدود یک دهه از شروع اجرای طرح ژنریک توفیقات آن تاحدودی مشهود گشته است. چنانکه ذکر شد مشکلات اقتصادی

*معاون امور دارونی و غذانی وزارت بهداشت- درمان و آموزش پزشکی

در مقطع حاضر با عنایت به تجارت بدست

الف- مواد اولیه، ب- فرمولاسیون، ج- ماشین آلات، د- نیروی انسانی ذیلاً در حدامکان در رابطه با موارد مزبور در «طرح ژنریک» مطالعه عرضه میگردد.

الف- مواد اولیه: همکاران محترم به حساسیت مواد اولیه مصرفی در صنعت داروسازی وقوف کامل دارند. خرید مواد اولیه در مورد «داروهای تجاری» که عموماً بصورت تحت لیسانس ساخته میشند از منابع ثابتی که غالباً کمپانی های مادر بوده اند صورت میگرفت. این مواد اگرچه قیمت خرید بالایی داشتند لکن نوعاً با مشخصات Specification ثابتی وارد میگردیدند ولذا یک «داروی تجاری» در مقاطع مختلف تولید، اثربخشی معین و تقریباً ثابتی از خودنشان میداد که بدون تردید این امر از نقاط قوت «داروهای تجاری» است. با اجرای «طرح ژنریک» تولید کنندگان داخلی با چند نکته موافق گردیدند. اولاً قیمت تهیه مواد اولیه منابع قبلی بوضوح بیشتر از منابع جدید بود و چه بسا در بعضی موارد قیمت فروش مواد اولیه کمپانی های چندملیتی چندین برابر قیمت رقیب در سایر کشورها بود. ثانیاً همکاری و هماهنگی با شرکت های مادر یا کشور های متبع آنها روز بروز بیشتر به سردى میگرائید. ثالثاً کنترل قیمت خرید تمام کالاهای وارداتی منجمله مواد اولیه داروئی و تاسیس مراکز تهیه و توزیع مشکل جدیدی برای تدارک این اقلام ایجاد نمود. از اینرو تولید کنندگان داخلی به سایر فروشندهای مواد اولیه در سطح جهانی

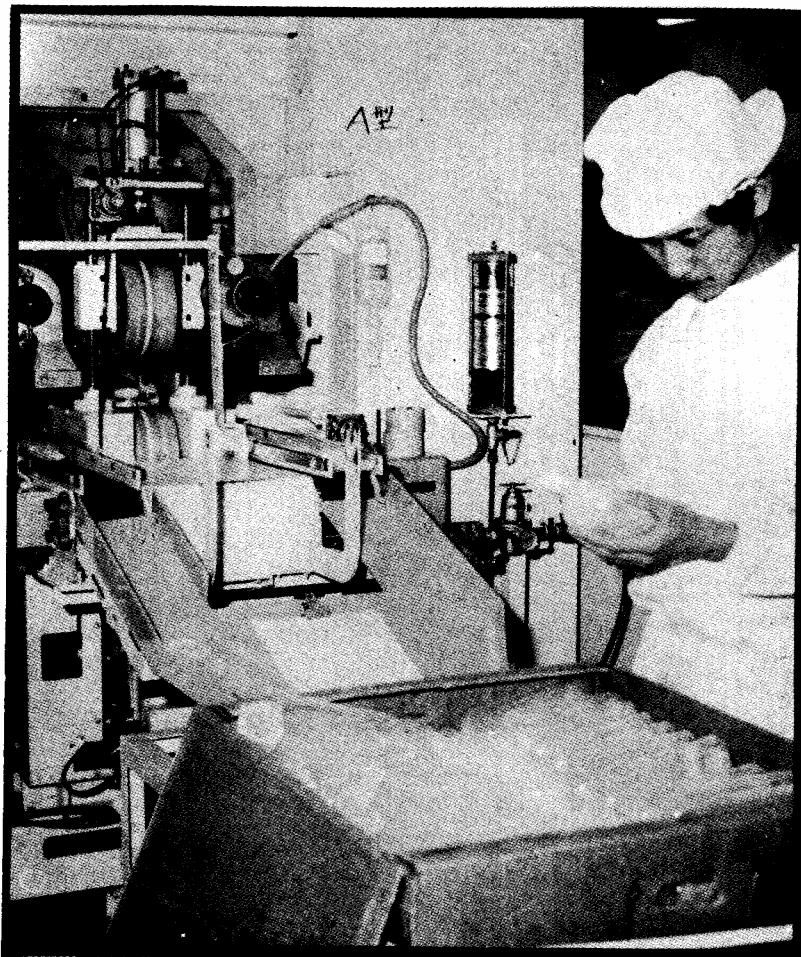
آمده، قضاوت در مورد سیاست های داروئی میتواند بیشتر به واقعیت نزدیک باشد. زمان آن رسیده است که در مورد ابعاد مختلف «نظام نوین دارویی» بیندیشیم و با رفع مشکلات و نقصان های موجود، زمینه را برای رشد و تعالی این مجموعه هموار کنیم. بازخوانی «نظام نوین دارویی» نه تنها از جامعیت و کارآئی آن در طول مدت اجرانمی کاهد بلکه گاهی در جهت تکامل و پویایی آن نیز محسوب میگردد. نقطه نظر هایی که در این سطور مطرح میگردد صرفاً نظرات فردی بوده و در واقع شروع یک بحث جدی، دلسوزانه و صمیمی است تا شاید مسئولین و دست اندر کاران محترم پس از طبقه بندی نظرات و عقاید مختلف، جمع بندی مناسبی از یک بازخوانی عمیق «نظام نوین دارویی» بدست آورده و در اصلاح امور به اجرا بگذارند. شناخت دقیق مشکلات و نارسایی های موجود همراه با ارائه پیشنهادهای به نظر آمده، شالوده این بازخوانی است.

۱- کیفیت در تولید:

در طول سالهای گذشته در مورد کیفیت داروهای داخلی پیوسته اظهار نظرهای مختلف صورت گرفته است. بعضاً اعتقاد دارند که در خصوص پارهای محصولات کیفیت ساخت داخل نزول نموده و در برخی موارد نمیتوان از آنها نتیجه مطلوب را اخذ نمود. اساساً در یک نگاه کلی بحث کیفیت در خصوص فرآوردهای دارویی بسیکی از موضوعات زیر مربوط میشود:

اختلافاتی با یکدیگر دارند. توضیح این امر ضروری است که شرط لازم برای پذیرش یک ماده اولیه در وله اول تأیید آزمایشگاه کنترل کارخانه مربوطه میباشد، لکن درین چند

مراجمه و استعلام قیمت نمودند. نتیجه قهری این حرکت شکستن کامل قیمت‌ها و به رقابت کشاندن فروشده‌گان مواد اولیه دارویی به جمهوری اسلامی بود. تصدیق میفرمائید که در



محموله از یک ماده اولیه که از منابع مختلف وارد شده‌اند حتی پس از تأیید آزمایشگاه کنترل میتوان اختلافاتی را بلحاظ خلوص وغیره ملاحظه کرد. همین تغییرات در کیفیت ماده اولیه نهایتاً در داروی نهایی تولید شده نیز وجود دارد که کیفیت مواد اولیه وارداتی

حاکم بر آن دو نکته مشخص می‌گردد، نخست آنکه بعلت تغییرات منابع خرید، مواد اولیه وارداتی دارای مشخصات Specification ثابتی نیست و در نتیجه قدرت اثر یک «داروی ژنریک» لزوماً در طول زمان ثابت نیست. دوم آنکه «خرید ارزان» و اعمال «کنترل قیمت» بر خرید مواد اولیه قهرأ در کیفیت داروی حاصله تأثیر خواهد داشت و این تفکر که در همه موارد میتوان با قیمت ارزان، دارو یا ماده اولیه‌ای با کیفیت عالی تهیه نمود به صواب نزدیک نیست.

ب- فرمولاسیون: از ابتدای اجرای «طرح ژنریک» فرمولاسیون دارویی ابعاد مختلفی بخود گرفته است، در تعدادی از کارخانجات ملی شده روش‌های بکار رفته در سالهای نخستین اجرا و حتی بعضًا در حال حاضر، همان روش تولید داروهای تجاری تحت لیسانس بوده است و لذا با توجه به پشتونه علمی نسبتاً مناسب روش‌های مذکور، میتوان در مجموع فرمولاسیون این دسته از داروهارا در زمرة فرمولاسیون‌های قابل قبول طبقه‌بندی نمود. همزمان فرمولاسیون تعدادی از محصولات توسط داروسازان و متخصصین کارخانجات دارویی و بدون کمک از منابع خارجی صورت گرفته است، که این اقلام نیز عمدهاً موفق بوده‌اند. اگرچه در مورد بعضی محصولات بنظر میرسد که تجدید نظر در فرمولاسیون ضرورت دارد. با این ترتیب با گذشت زمان بتدریج سهمی از داروهای وارداتی توسط کارخانجات مختلف فرموله شده و از لیست واردات کاسته می‌گردد.

تأثیر خواهد گزارد. اگر چه باید اذعان داشت که نوسانات در ویژگیهای مواد اولیه همیشه و در همه موارد اثرات معنادار و عمیقی در داروی حاصله نخواهد داشت، لکن میتوان در برخی موارد در بچه‌های مختلف یک فرآورده این تغییرات را مشاهده کرد. بعضًا تصور می‌شود که فلاں دارو که توسط چند کارخانه بصورت ژنریک تولید می‌شود دارای قدرت اثر یکسان است و حال آنکه بدليل متفاوت بودن فرمولاسیون و تغییر منابع تهیه مواد اولیه و غیره این قضاوت در بعضی موارد درست نیست.

درواقع «داروی ژنریک» ساخت شرکت «الف» با همان دارو از کارخانه «ب» میتواند تفاوت داشته باشد، اگر نگوئیم که قطعاً با یکدیگر متفاوت‌اند. در شرایط فعلی کارخانجات دارویی هم بدنبال تامین مواد اولیه با کیفیت مرغوب می‌باشند و هم در مقام خرید آن با قیمت ارزان هستند. در برخی موارد این امر امکان‌پذیر است ولی قطعاً در همه موارد جمع این دو هدف مقدور نیست، و این تضاد بالتبوع در کیفیت داروی ساخته شده تأثیر خواهد داشت. به تعبیر دیگر این مفهوم که با ارزان‌ترین خرید، بهترین کیفیت ممکن ایجاد گردد، در بسیاری موارد امکان‌پذیر نیست. مدیریت تولید در شرایط فعلی اولاً موظف به خرید ارزان است، ثانیاً موظف به تولید با کیفیت مرغوب می‌باشد و متأسفانه هنوز معلوم نیست تا چه حدی در مورد قیمت یا کیفیت میتوان تعدیل نمود.

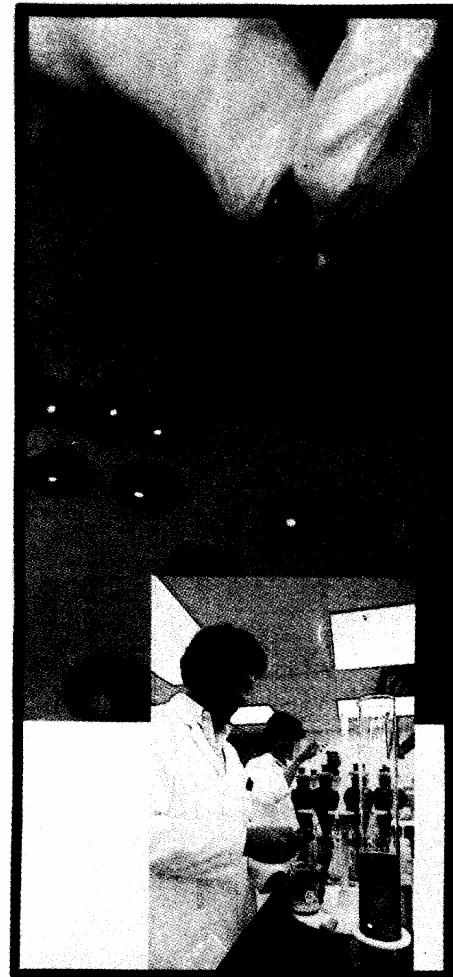
از مجموعه آنچه که در این بخش مطرح گردید با توجه به شیوه تامین مواد اولیه و ضوابط

بررسی لیست داروهای وارداتی نشان میدهدن، اینگونه داروها که در داخل تولید نمیگردند عمدتاً از کلاس درمانی بالای برخوردارند و حساسیت زیادی دارند. علت اصلی عدم ساخت

معمولی تلاش گسترده‌ای برای فرمولاتیون و ارزیابی اثرات درمانی آن صورت نگیرد در خصوص داروهای وارداتی نظری داروهای قلبی-عروقی یا اقلام سرطانی و امثال‌هم که قرار است در آینده در مدار تولید داخل قرار گیرند باید پس از بررسی دقیق، انجام فرمولاتیون باتکا، تست‌های مختلف آزمایشگاهی و کلینیکی توسط تولید کنندگان داخلی صورت پذیرد.

در سالهای اخیر تاحدودی این مکانیسم بر تولید بعضی از داروهای داخلی حکم‌فرما بوده، لکن برای این امر باید رواج مشخص و سیستم روشنی وجود داشته باشد تا ضمن حرکت در جهت قطع وابستگی و کاستن هزینه‌های سرسام آور ارزی، پشتوانه رضایت جامعه پزشکی و بیماران کشور نیز به عنوان مصرف کنندگان اصلی این تولیدات تحصیل گردد. بیماری که داروی خودرا از سیستم واردات دریافت مینموده بلا فاصله پس از تبدیل این فرآورده به تولید داخلی، اثرات دو داروی مزبور را نزد خود مقایسه میکند و در اغلب موارد بخصوص در روزهای اول شدیداً از تغییر فیزیکی داروی خودرنج میبرد.

نکته مهم دیگر در این رابطه تجدیدنظر در مورد فرمول داروهایی است که فرمولاتیون آنها قبلاً بعمل آمده، به عبارت دیگر انجام فرمولاتیون و بازنگری و رفع نقصان، جریان مستمری است که پیوسته باید بر فرآورده‌های دارویی حاکمیت داشته باشد. اهمیت این نکته بخصوص باقطع تقریباً کامل ارتباطات علمی



این اقلام در داخل کشور معمولاً نقص امکانات فنی، محدود بودن منابع مواد اولیه، انحصاری بودن تولید کننده و یا مشکلات فرمولاتیون بوده است. چنانچه برای تولید یک قرص مسکن

کارخانجات داروسازی کشور با کارخانجات معتر بین‌المللی بیشتر مشخص می‌گردد. در يك مورد بازنگری در فرمولاسیون قرص کیبیدین که در سال ۱۳۶۵ در مرکز تحقیقات

در طول سالهای گذشته در مورد کیفیت داروهای داخلی پیوسته اظهار نظر های مختلف صورت گرفته است.

شدید ارزی و در نتیجه کمبودهای دارویی، از طرف دیگر ملاحظه گردیده است که «تولید کننده» میل زیادی برای بازخوانی و اصلاح فرمولهای خود ندارد و باید صادقانه قبول کرد که تولیدات دارویی برغم نارسایی های پیش آمده بر احتی جذب بازار گردیده است و حال آنکه در يك بازار اشباع بطور طبیعی، مصرف کننده (پزشک و بیمار) در موضع «انتخاب» قرار می‌گیرند و در این صورت راه برای داروهای با کیفیت برتر هموار می‌شود. عصاره این بحث عبارت از ضرورت مطالعه، تجدید نظر و اصلاح فرمولاسیون داروهای براساس يك برنامه مدون زیر نظر اداره کل امور دارو می‌باشد. در این رابطه میتوان داروهای حساس را در اولویت بازخوانی فرمولاسیون قرارداد و با فرست کافی و سعه صدر، پرداختن به آزمایشات کلینیکی را در جامعه داروسازی کشور ترویج نمود.

ج- ماشین آلات: بطور قطع ماشین آلات و امکانات تکنولوژی میتواند در کیفیت دارو تأثیر داشته باشد. عمدۀ ماشین آلات صنایع داروسازی در ابتدای پیروزی انقلاب بعلت فرسودگی، آمادگی حفظ و رشد کمی و کیفی تولید را فاقد بود. در اینجا باید خاطرنشان کرد که سهمی از ماشین آلات، حتی در کارخانجات تحت پوشش شرکت های چندملیتی نیز قدیمی و شاید غیر قابل استفاده بود. یکی از تلاش های موفق مدیران واحد های تولیدی دارویی در سالهای اخیر، جایگزینی

دارو پخش انجام شد، آزادسازی خارج از حد لازم ماده موثره باعث گردید که تولید داروی مزبور در کارخانه دارو پخش متوقف و تدارک آن به واردات سپرده شود. این دارو در حال حاضر نیز توسط مرکز فوریت های هلال احمر و شرکت سهامی دارویی کشور از خارج وارد می‌گردد. اساساً کوچکترین تغییر در نحوه فرمولاسیون می تواند اثرات درمانی داروی مربوطه را متأثر سازد و چنانچه این تغییرات از قبل دقیقاً و عمیقاً بررسی نشوند نزول کیفیت و تغییرات اثرات درمانی احتمالاً میتواند وجود داشته باشد.

حاکمیت نظم و برقراری انضباط در حفظ فرمولاسیون و نهایتاً ثبات اثر دارو عنصر بسیار موثری است که میتواند موجب ارتقاء کیفیت در صنعت داروسازی کشور باشد. فرهنگ ایجاد انضباط در صنعت بسیار حساس داروسازی درسایه آموزش پرسنل و تقویت مدیران بخش های مختلف تولید تقویت خواهد شد.

در «نظام ژنریک» بلحاظ فقدان عنصر «رقابت» و «بازاریابی» از طرفی و محظوظات

آورده‌اند.

میتوان گفت همکارانی که کوله‌بار سالها تجربه داروسازی را بردوش داشته‌اند در دوره تحول داروسازی در کشور نیز در خدمت بوده وزحمات زیادی نیز متحمل گردیده‌اند.



مدیریت دولتی صنایع داروسازی در گوشه و کنار این صنعت، همکاری و همدلی مخلصانه داروسازان مزبور را لمس کرده است. اعمال فشار از طرف کارشناسان وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی و نیز تلاش مدیران دولتی در سطح صنعت داروسازی کشور، تعدادی از داروسازان جوان را در این عرصه بمیدان کشانده است، لکن براحتی میتوان قضاوت کرد که هنوز فاصله زیادی با آرمان‌های عنوان شده و حضور و سپرستی داروسازان در بخش‌های مختلف کارخانجات داروسازی وجود دارد. چنانکه در قبل ذکر شد یکی از عواملی که در این رابطه میتواند کیفیت دارو را متاثر سازد اعتقاد نیروی انسانی موجود به «انضباط» Discipline در فضاهای داروسازی کشور است، همان‌چیزی که بخصوص در سالهای اول انقلاب عنصر مهار کننده کیفیت دارو، بوده است. مهارت

ماشین آلات کهنه با ماشین آلات جدید بوده است که در کمیت و کیفیت داروهای تولیدی تأثیر بسزائی داشته است.

این تصور که فلان کارخانه داخلی وابسته ببیک شرکت چندملیتی بوده و داروهای تحت لیسانس را در بهترین شرایط و با پیشرفت ترین ابزار و ماشین آلات تولید مینموده در بسیاری از موارد صادق نیست. نمونه بارز این امر کارخانه داروپخش است که محصولات گلاکسو، آلن هانبوریز، مرک شارپ‌اند دوهم و شرینک آمریکا را تحت لیسانس آنها تولید مینمود و بعد از انقلاب اسلامی ماشین آلات و فضاهای کارخانه مزبور در سطح وسیعی نوسازی و بازسازی شده‌اند و اساساً بسط این گونه تمهدات بوده است که صنعت داروسازی توانسته علیرغم افزایش مصرف دارو در کشور رشد قابل توجه داشته باشد. امروز میتوان بجرات ذکر نمود که مجموعه تکنولوژیک صنعت داروسازی در شرایط اجرای «طرح ژئویک» بمراتب در وضعیت متعالی نسبت به قبل از انقلاب و دوره تولید «داروهای تجاری» قرار دارد و در این خصوص برای احراز کیفیت مطلوب جای نگرانی نیست.

د- نیروی انسانی: بطور قطع نیروی انسانی، افراد متخصص و با تجربه در هر صنعتی منجمله صنعت داروسازی نقش موثر داشته و دارند. صنعت داروسازی حتی در قبل از انقلاب جاذبه زیادی برای داروسازان نداشته و پیوسته افراد معدودی بعلت علاقه بیش از حد به این حرفه روی

داروسازی خارجی بعمل آمده لکن اعزام به دوره‌های آموزشی طولانی تر با زمان دو ماهه، سه ماهه یا پیشتر بندرت اتفاق افتاده است، حال آنکه در قبل از انقلاب بازدیدها و دوره‌های متعددی برای آموزش کارکنان، خصوصاً داروسازان جوان ترتیب می‌یافتد که در نهایت به ایجاد شرایط P.M. در محیط داروسازی کمک مینمود. در این بازدیدها، آشنایی با روش‌ها و تکنیک‌های مختلف و برخوردهای تازه‌های صنعت هدف اصلی خواهد بود و بدینوسیله میتوان تجارب ارزش‌های را بداخل کشور منتقل نمود.

۲- کیفیت در واردات:

بحث «کیفیت» در داروهای وارداتی واحد نکات ظرفی است. واردات داروهای مورد نیاز در دهه گذشته به اعتقاد عده‌ای از همکاران نخست با مشکل مواجه بود، لکن بمرور زمان روند اصلاحی در پیش داشته است. در سالهای نخستین اجرای «طرح ژئویک» ذهن مسئولین بیشتر متوجه مناقصه و خرید ارزان از منابع مختلف جهان بوده است. هجوم کمپانی‌های متعدد و حضور شرکت‌هایی که بعضاً بهیج وجه صلاحیت صادرات دارو به جمهوری اسلامی را نداشتند موجب شد که تدریجاً بحث استعلام و مناقصه محدود مطرح گردد، با این معنی که در رابطه با هر دارویی کمپانی‌های معتبر و قابل قبول انتخاب گردیده در استعلام قیمت شرکت داده شوند. این روند تقریباً در حال حاضر نیز جریان دارد و داروهای مورد نیاز با همین

داروسازان، شیمیست‌ها، مهندسین، تکنیسین‌ها و کارگران صنعت داروسازی با خمیر مایه انبساط میتواند از نوسانات کیفیت دارو و افت و خیز غیر طبیعی آن بکاهد.

یکی از نکاتی که در مقایسه با قبل از



انقلاب در خصوص نیروی انسانی میتوان مطرح نمود و فی الواقع مهمترین عنصر موثر بر کیفیت دارو در این رابطه است برقراری دوره‌های آموزشی داخل و خارج از کشور و سپری نمودن دوره‌های علمی لازم است. طی ده سال گذشته بازدیدهای زیادی از کارخانجات

چرخش کرد، «کیفیت» یا «قیمت». پاسخ ابتدایی این سوال اینست که حتی الامکان باید محصولات مرغوب و با قیمت مناسب تهیه کرد، لکن انعکاس این پاسخ کلی در چهار چوب مسائل اجرایی و نحوه تصمیم گیری بسیار مهم است، لذا در خریدهای بعمل آمده بعضاً به «کیفیت» و در مواردی به «قیمت» عنایت شده است. اهمیت این مسئله وقتی بیشتر می‌شود که نهادهای نظارتی و سیستم‌های بازرگانی با این معضل موواجه گردیده و خود گرفتار این دو گانگی در رای می‌گردند.

در بعضی موارد بیمارانی که داروهای ثابتی را مصرف مینمایند نظری بیماران دیابتیک یا بیماران مبتلا به صرع و غیره از تغییر داروی خود اظهار نگرانی می‌کنند و بعضاً عدم بهبود را به تغییر داروی خود نسبت میدهند. مثلاً یک بیمار قلبی امروز «سیفیدیین» با برآلمان را دریافت می‌کند و فردانیفیدیین کانادارا مصرف مینماید. بدینه است که بیمار بین این دو دارو مقایسه می‌کند و اینکه مسئولین بخواهند عذر «برگزاری استعلام» و اجرای «قانون محاسبات عمومی» را به بیمار عرضه کنند، او را قانع نخواهد نمود. بلحاظ علمی نیز میتوان تفاوت قدرت اثر را در دو داروی مربوط به دو کارخانه مختلف ملاحظه نمود.

در این رابطه با تکیه بر انتخاب منابع معتبر و اجتناب از تغییر هرساله کارخانه تولید کننده خرید «دارو» میتواند با کیفیت بسیار مرغوب از کمپانی‌های معترض و طی قراردادهای مدت دار (مثال ساله یا بیشتر) صورت گیرد. برای

مکانیزم به کشور وارد می‌گردد و باین ترتیب کیفیت داروهای وارداتی در حد چشمگیری بالا رفته است. نکته قابل بحث در این خصوص آنست که دقیقاً در تمامی موارد این فرآیند، توفیق حاصل نمی‌گردد چرا که بعضاً تشخیص معتبر بودن یا نبودن یک شرکت یا مرغوبیت و عدم مرغوبیت یک فرآورده دارویی امر پیچیده‌ای است و مشکل وقتی بیشتر می‌شود که منابع جدید، قیمت‌های نازلی پیشنهاد میدهند. این مورد تقریباً نظریه شرایطی است که در بحث مواد اولیه نیز مطرح گردید. بین «تیوریدازین» شرکت ساندوزو و «تیوریدازین»، فلان شرکت اروپای شرقی اختلاف فاحش قیمت وجود دارد؛ آنچنانکه بین قیمت نیوفدیین شرکت با برآلمان (آدالات) بانیوفدیین فلان شرکت کانادائی اختلاف وجود دارد. در اینجا انتخاب بسیار مشکل است. اصولاً در مورد داروهای ساخته شده این حساسیت بیشتر است زیرا چنانکه ذکر شد داروهای وارداتی عمده‌ای اقلام بسیار حساسی هستند که برای بیمار اهمیت حیاتی دارند. من باب مثال جایگزینی یک اسپری با ماده موثره سالبوتامول Salbutamol برای جایگزینی فرآورده تولیدی شرکت گلاکسو (Ventoline) و یا جایگزینی یکی از ترکیبات لیدوکائین شرکت آسترای سوئد (Xylocaine) بالنوع مشابه کارخانجات دیگر با استدلال قیمت ارزان و صرفه جویی ارزی کار ساده‌ای نیست. نکته بسیار مهم اینست که در این رابطه نیز هنوز انتخاب صورت نگرفته است که بالاخره به کدام طرف باید

که خود برای بقاء سیستم حیاتی است.

تحقیق این امر باید یکبار و برای همیشه «کیفیت» را اصل قرارداد و با استفاده از قوانین خرید حاکم بر موسسات دولتی و با پرداختن به «کیفیت» مرغوب به این مهم اقدام نمود. چنانکه ذکر شد عنصر «کیفیت» باید فراتر از هر عنصر

توزیع بعض اعتقداد بر این دارند که مشکل اصلی نظام نوین دارویی در «توزیع» نهفته است و فی الواقع این «توزیع» است که با بی برنامه‌گی، ضایعات فراوانی را برای نظام ایجاد نموده است. فروش دارو در اماکن غیرمجاز (که از «ناصر خسرو» بعنوان سمبول یاد می‌شود) تراکم

داروهای تخصصی در مناطق دورافتاده، توزیع نامنظم، سهمیه‌بندی ناصحیح، تبعیض در توزیع، توزیع تحمیلی، توزیع دارو با تاریخ مصرف کوتاه و امثال‌هم از ادله این قضایت بحساب می‌آیند. در اینجا لازم میدانم نکاتی را در رابطه با علل برخی از این نارسایی‌ها ذکر نمایم:

۱- همکاران محترم بیاد دارند که در سالهای قبل از انقلاب اسلامی، بدليل باز بودن درهای واردات، توزیع دارو نیز بگونه دیگری صورت می‌گرفت. داروهایی مانند انسولین بین همه داروخانه‌ها توزیع می‌گردید و دسترسی آن ساده‌تر از امروز بود، حال آنکه در شرایط فعلی انسولین به داروخانه‌های محدودی جهت توزیع سپرده می‌شوند. باید باین نکته دقیق کرد که با توجه به زمینه‌های خروج غیرقانونی دارو از کشور که عمدتاً به علت ارزانی مفرط دارو صورت می‌گیرد، توزیع همگانی انسولین در سطح داروخانه‌های کشور منطقی نیست چراکه این دارو یا سایر داروهایی که شرایط مشابهی دارند بسرعت و براحتی می‌توانند وارد مجاری ناصحیح توزیع گردیده و باین ترتیب بیماران

۰ از استدای اجرای طرح ژنریک، فرمولاسیون داروئی ابعاد مختلفی بخود گرفته است.

دیگری در خرید دارو از کشورهای خارجی مطیع نظر قرار گیرد. بادآوردن میناید شرکت‌های سهامی داروپخش و سهامی دارویی کشور که بار عده واردات دارو را برداش دارند، هر دو تحت پوشش «قانون محاسبات عمومی» قرار دارند و برای ایجاد تحول لازم در دو شرکت مذبور باید از بعضی مواد آن در سطح وسیعی استفاده نمود.

توضیح انتهایی این بحث عبارت از آنست که مکانیسم پیشنهادی فوق مبنی بر تخصیص مقداری ارزاضافی به واردات دارو می‌باشد و با توجه به اینکه بلطف ثبات بدست آمده و تحصیل منابع ارزی بیشتر در شونات مختلف کشور آثار بازسازی و نوسازی بچشم می‌خورد، روش مذبور برای مجموعه اجرایی کشور قابل هضم می‌باشد. همانطور که در سالهای حضور جنگ امکان عملی این روش بهیچ وجه وجود نداشته است، استفاده از ارز رقابتی میتواند کمبودهای ارزی را تا حدودی پوشش دهد و در عین حال قیمت دارو را نیز در حد متعارفی تعديل نماید،

افراد توزیع می‌گردد در سطح گسترده‌ای از بازار بوفور بچشم می‌خورد.

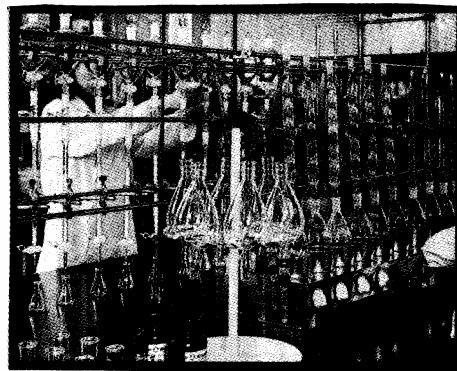
۳- در سالهای اخیر تدریجاً «بازار سیاه» دارو قوت گرفته است. اینکه متخلفین چرا تحت پیگرد قرار نمی‌گیرند پیوسته در اذهان عمومی مطرح است. بعضاً این تفکر وجود دارد که برخورد قاطع با متخلفین چاره درد است و حال آنکه در عمق این پدیده مسائل اقتصادی و فرهنگی بیچیده‌ای بچشم می‌خورد، به عنوان مثال در مورد مبارزه با مواد مخدر مشاهده می‌گردد که علیرغم اعدام‌ها و حبس‌های طویل‌المدت که طی برنامه‌های اخیر برای مبارزه با این طاعون خانمان برانداز مشهود بوده، هنوز تاریشه کن شدن کامل فاصله زیادی مانده است. اگرچه باید اذعان داشت که «بازار سیاه» دارو ابعاد محدودتری نسبت به قاچاق مواد مخدر دارد اساساً این استعداد در عناصر ناباب وجود دارد که با جمع آوری بسیاری از داروهای وارداتی و برخی داروهای تولیدی بمجرد احساس خلاء در زمینه عرضه یک دارو، نسب انتقال به «بازار سیاه» را برایش باز می‌کنند. مکانیسم‌های موجود شامل بازارسی، تعزیرات و کنترل توزیع در تضییف این بازار قطعاً موثر است، لکن علاج کامل و حل ریشه‌ای این معضل صرفاً با برخورد قهرآمیز حاصل نمی‌گردد.

مشاهده کارتن‌های دربسته دارو در «بازار سیاه» عمدتاً ذهن بیننده و شنونده را متوجه شرکتهای توزیعی می‌کند. حال آنکه تجربه مکرر سالهای اخیر و ریشه‌یابی بسیاری موارد، دخالت مستقیم شرکت‌های توزیع کننده را در

را در مضیقه بیشتری قرار دهند. نرخ بالای مرابری «دلار» و «ریال» براین سوء جریان حاکمیت دارد و لذا ساده‌لوحی است که با تغییر توزیع عادلانه این قبیل داروهای بین تمامی داروخانه‌های کشور، دسترسی همه بیماران را باین داروهای توقع داشته باشیم.

۲- بطور کلی نفس سهمیه‌بندی خود مولد «زیاده طلبی» است. در کشور ما در طول سالهای جنگ تحیلی بلحاظ تضییقات ارزی موجود پیوسته سهمیه‌بندی دارو بین استانها، شهرها، داروخانه‌ها، بیمارستانها و غیره وجود داشته و در واقع این «زیاده طلبی» بالاجبار ترویج گردیده است.

دریافت داروهای بیشتر از نیاز بویژه اقلام تخصصی زمینه مناسبی را برای معاوضه، فروش و نهایتاً جابجائی داروهای بوجود آورده و سرزنش کردن داروخانه‌ها به دریافت داروی مازاد



بر نیاز خیلی قابل دفاع نیست. این پدیده حتی در مورد ارزاق عمومی که با سیستم «کوپن» توزیع می‌گردد نیز مصدق دارد. کالاهای مختلفی که براساس تولیدی یا ورود محاسبه شده و با نشر «کوپن» به مقدار معین و براساس نیاز ضروری

نمیتوان شرکت‌های توزیع کننده را در این رابطه موردانتقاد قرارداد چرا که نتیجه تعديل روش شرکت‌های توزیع کننده و برگشت دادن بی‌قید و شرط دارو، استقال مشکل دارو از

این رابطه نفی کرده است. در مواردی که عناصری از شرکت توزیع در یک سوء جریان دخیل بوده معمولاً ارتباط این عناصر با واحدی نظیر داروخانه یا بیمارستان ملاحظه گردیده است و فی الواقع اعداد، ارقام و دفاتر در شرکت‌های توزیع کننده بیش از هر واحد دیگری وجود دارد، لذا با امکان کنترل کمی این واحدها احتمال استقال دارو از شرکت‌های مذبور به «بازار سیاه» نه غیر ممکن که ضعیف است.

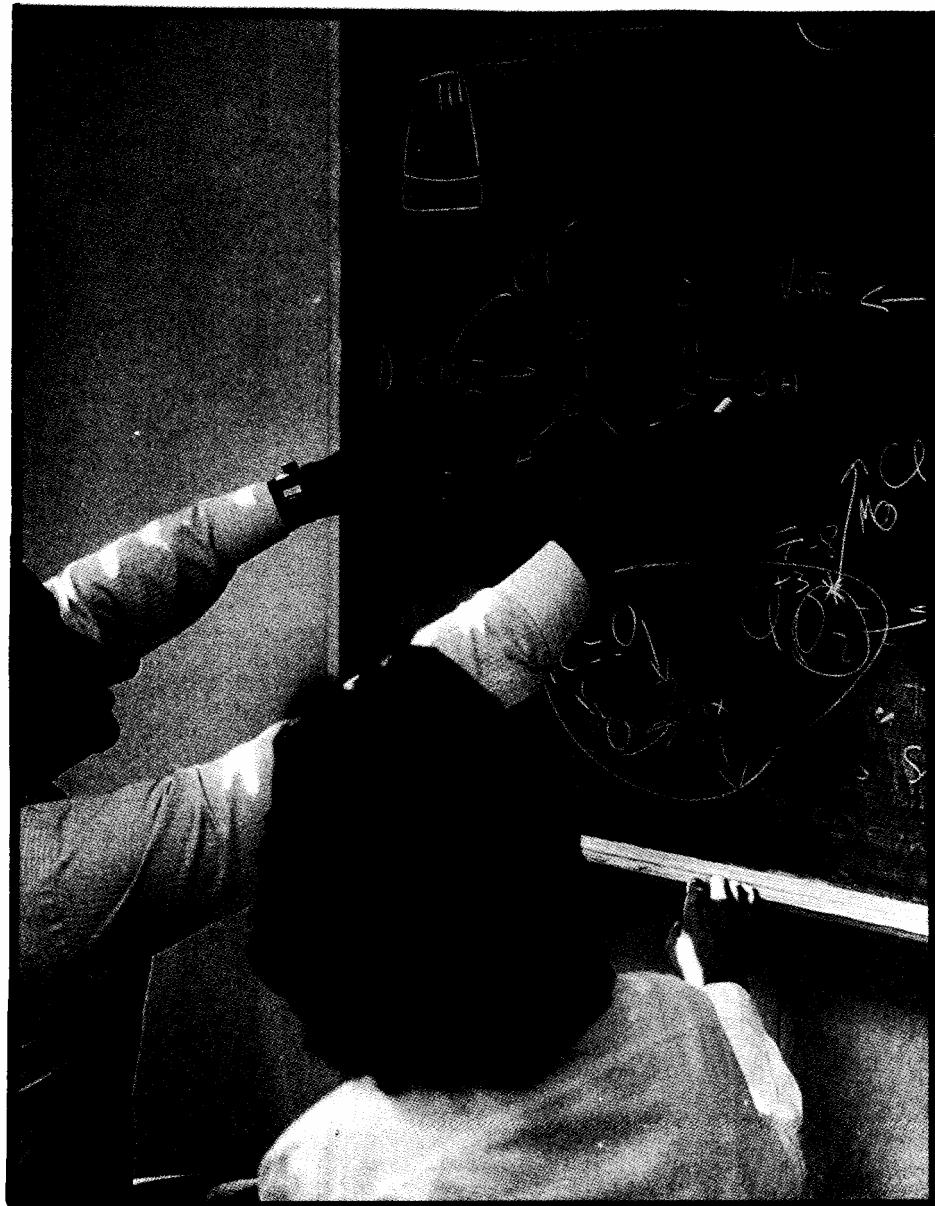
۳- حاکمیت نظم و برقراری الضبط در حفظ فرمولاسیون و نهایات بات اثر دارو، عنصر بسیار موثری است که می‌تواند موجب ارتقاء کیفیت در صنعت داروسازی کشور باشد.

داروخانه به شرکت توزیع کننده است. به کرات اتفاق افتاده است که واحدهای اعم از خصوصی یا دولتی خواستار مرجع نمودن اقامی از داروها بوده‌اند که تاریخ مصرف آنها بسیار از داروها بوده‌اند که تاریخ مصرف آنها باشد کوتاه بوده است و تlux تر آنکه مثلاً در ماههای قبل کمبود شدید همین داروها وجود داشته است. خلاصه کلام اینکه در صورت ادامه توزیع دارو با شرایط فعلی با تاکتیک‌هایی از قبیل مرجع نمودن دارو با قیمت‌های کاهشی بر حسب تاریخ مصرف میتوان عارضه جریان یک‌طرفه دارو به داروخانه را تخفیف داد که فی الواقع حل‌ریشه‌ای در اصلاح پارامترهای دیگر است.

۴- ستادهای توزیع دارو نهادهایی هستند که در سالهای اخیر در توزیع دارو به نقاط مختلف استان سهیم بوده‌اند. در شرایط ایده‌آل شرکت توزیع کننده بیشترین صلاحیت برای سهمیه‌بندی داروها و تقسیم آن بین واحدهای مختلف را دارند، لکن شرایط مذبور در حال حاضر در واحدهای توزیعی سراسر کشور

۴- برگشت داروهای مازاد از داروخانه روای درستی ندارد. علت اصلی این امر طبیعی نبودن توزیع است. مرجع نمودن دارو هنگامی میتواند روند عادی خود را داشته باشد که داروهای مورد درخواست داروخانه‌ها با آنها تحويل گردد. در غیراینصورت وضعیت مشابه وضع موجود اتفاق خواهد افتاد که در آن داروخانه پیوسته طلب داروی بیشتری دارد و از بیم کمبود روزهای آینده و به تجربه تlux روزهای گذشته بیشتر از مصرف متعارف از شرکت توزیع کننده درخواست دارو میکند. اگر در این زیاده طلبی در مورد یک یا چند قلم داروخانه بجایی بررسد که بعلت مصرف کم احتمال انقضای تاریخ مصرف بعضی از داروها برایش مطرح گردد بجز موارد محدود جهت مرجع نمودن این داروها به شرکت توزیع کننده راهی وجود ندارد. در نتیجه مقداری داروی مازاد جهت معاوضه با داروخانه‌های دیگر ایجاد خواهد شد که احتمالاً به بازارهای غیرقانونی سرازیر میگردد. از طرف دیگر

حاکمیت ندارد. در بعضی از نقاط کشور و آنهم در رابطه با بعضی از شرکت‌ها، مسئولان پخته ندارد ولذا سپردن توزیع در این وضعیت بطور



کامل به شرکت‌های توزیع کننده مقرون بصلاح نیست. از طرف دیگر باید گفت که

و مجرب شاغلند که توانایی برخورد فعال با بازار و تسلط بر آن را به شایستگی دارند ولی این

مسئولان دارویی سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان در استانها نیز در شرایط یکسانی قرار ندارند. در بعضی از استانها کشور تسلط و خبرگی این همکاران دیدنی است و در بعضی دیگر از استانها نیز بعلت تغییر مکرر مسئولان دارویی تلاش برای پیدا کردن یک مسئول مجرب نامید کننده می‌باشد، بعضی کمبودهای دارویی به عملکرد ستادهای توزیع دارو ربط داده می‌شود، حال آنکه همه میدانیم که بیشترین علت کمبود دارو در سرچشمه آن یعنی تولید و ورود است که بر همگان روشن می‌باشد. طبیعی است که در ستادهای توزیع دارو مقدار دارویی توزیع می‌شود که به استان رسیده و اطلاق توزیع غلط در داخل استان نمیتواند توجیه کمبود دارو از طرف مرکز نشینان باشد. باین ترتیب قضاؤت در خصوص ستادهای توزیع دارو بصورت جمعی اصولی نیست، لکن فقط میتوان باین حکم کلی رسید که تشکیل ستادهای توزیع دارو با تعیین چارچوب و ظایف و تدوین شرح و ظایف در وضعیت فعلی میتواند نافع باشد.

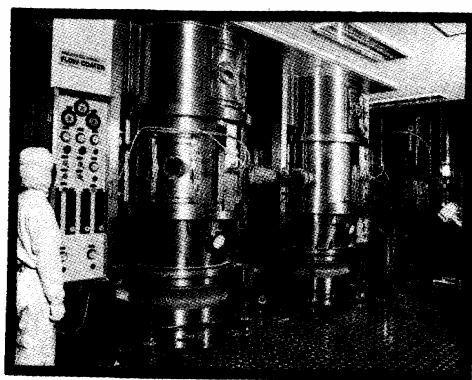
۶- در مورد اقتصاد داروخانه صحبت‌ها و اظهار نظرهای زیادی مطرح شده است. داروخانه‌داری اگرچه به عنوان یک مشغله پرزرق و برق در جامعه انعکاس دارد، لکن در بطن این حرفه تلخی‌ها و مضلات زیادی بچشم می‌خورد. علیرغم مشکلات زیاد در توزیع دارو معهداً در اینبوه مشاغلی که کالا یا خدمتی را رائه میدهند، هیچ واحدی نظیر داروخانه و هیچ کالایی نظیر دارو یافت نمی‌شود. قیمت دارو روی

تمامی بسته‌بندی‌ها بطور خواناً درج شده و مثلاً این امکان برای نهادهای نظارتی مختلف و حتی تشکیلات «بیمه» وجود دارد که تا حدود زیادی براین قیمت نظارت داشته باشد، بخصوص که سهم قابل توجهی از وجه داروی تجویز شده توسط مراکز بیمه پرداخت می‌شود. اگرچه پرداخت نسبتاً طولانی وجه داروهای تحویلی از طرف «بیمه» خود مشکل بزرگی است. در سالهای اخیر شمار بیشتری از کالاهای با درج قیمت مصرف کننده به بازار عرضه گردیده و در سطح کشور ارائه می‌گردد، حال آنکه حتی برای نمونه در یک مورد هم اینگونه اقلام با قیمت درج شده روی آنها بفروش نمی‌رسد.

حساسیت امر نسخه پیچی و استرس‌های فراوان ناشی از مصرف ناصحیح دارو نیز به مشکلات «داروخانه» مزید است که این ویژگی نیز در بین کالاهای مختلف منحصر بفرد می‌باشد. به صورت کاملاً محسوس است که داروخانه در مقایسه با سایر موسسات پزشکی بلحاظ اقتصادی در شرایط بسیار نازلی قرار دارد و این شرایط خودزمینه مساعدی برای ایجاد و گسترش انحراف در «داروخانه» می‌باشد. جان کلام اینکه اقتصاد ناسالم در داروخانه اجازه جریان توزیع عادلانه را نخواهد داد و نمیتوان بدون حل این معضل در انتظار یک توزیع علمی و پویا برای دارو بود، بخصوص آنکه داروخانه و اصولاً داروسازان، کانون‌ها یا افرادی هستند که بیشترین حمایت جدی را از اجرای «طرح ژئوپلیک» نموده‌اند و در واقع بدون حمایت کلی این قشر امکان موقفيت بسیار بعید بود.

این امر برای همه داروخانه‌ها و حتی بیماران مطلوب نیست.

با توجه به نکات فوق روشن است که تنها «عرضه» کافی دارو در سطح گسترده خواهد توانست مشکل «بازار آزاد» را حل کند و



درخواست داروخانه‌ها را برای دریافت داروی بیشتر تقلیل دهد، و اینکه این ذهنیت وجود داشته باشد که با استمرار وضع موجود و افزایش ندادن عرضه دارو، صرفاً با دست یازیدن به مکانیسم خاصی قادر خواهیم بود توزیع عادلانه داشته و «بازار آزاد» را از بین ببریم تفکر ع بشی است. البته در مورد داروهای تخصصی توزیع گسترده و عمومی بهیچ وجه مورد توصیه نیست چرا که شرایط اقتصادی جامعه براین فرآیند حاکمیت دارد. چنانکه همکاران محترم استحضار دارند توزیع عمومی این داروها در همه داروخانه‌ها با هدر رفتن آنها همراه خواهد بود، لکن در مورد سهم عظیمی از داروها تنظیم «عرضه و تقاضا» تنها راه حل زیربنایی برای حل بسیاری از مشکلات توزیع است. در اینجا ذکر یک نکته ضروری است که نظارت‌های

۷ - در زمان اجرای «طرح تجاری» در قبیل انقلاب داروهای مشخصی دارای پروانه ساخت با ورود بودند و بهمین ترتیب از طرف کمپانیهای مربوط تدارک می‌گردیدند. در شرایطی که یک «پزشک» بهر علت دارویی خارج از فرمولر کشور تجویز مینمود، این بیمار بود که از طریق ارتباطات شخصی و حائز امتیازی نسبت به تهیه آن از خارج از کشور اقدام می‌گرد. در این رابطه پیوسته مسافران خارج از کشور حامل این قبیل داروها بودند. به تعبیر دیگر «دولت» یا «نظام» در خارج از محدوده لیست داروهای پذیرفته شده خود احساس مسئولیتی نداشت، لکن در شرایط فعلی عمدها بلحاظ گران بودن هزینه تهیه دارو باین شکل در مقایسه با نرخ دولتی ارز، بیماران را اقدام نمی‌کنند و از وزارت بهداشت و درمان توقع دارند که این داروها را تهیه دارو به قابل توجهی از بیماران که جهت تهیه دارو به فوریت‌های دارویی هلال احمر ارجاع می‌گردند. بعلت همین مکانیسم دچار مشکل می‌گردند. از طرف دیگر وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی نیز برای کم کردن برخورد با بیماران و جلب رضایت نسبی آنها روز بروز به لیست خود اضافه مینماید. این افلام تدریجیاً در سیستم جای خود را باز نموده و با مصرف بیشتر بصورت یک داروی تخصصی مطرح می‌گردند، لکن از آنجا که امکان توزیع بطور عام وجود ندارد با نظارت خاصی به بیماران تحويل می‌گردد. در اینجا ناگزیر تحويل این داروها به داروخانه‌های دولتی یا نمونه مطرح می‌گردد که

مختلفی که در حال حاضر بر سیستم توزیع اعمال میگردد در رفع مشکلات و گلوگاههای موجود اثر تخفیفی خود را خواهد داشت و نمیتوان به بدهانه عرضه ناکافی از رایزنی های مختلف برای اصلاح وضع موجود چشم پوشید. بهر حال رسیله این نارسایی ها را باید در جای دیگر جستجو کرد که همان تنظیم «عرضه و تقاضا» است و فی الواقع بدون نظر داشتن به این قاعده، اجتناب از بسیاری ضایعات مقدور نخواهد بود. با توجه به مطالب گفته شده طرح مسائلی چون سپردن توزیع به بخش خصوصی یاروش های دیگر نیز بطور قطع تغییر مشهودی در بهبود سیستم توزیع کشور در برخواهد داشت. آنچه میتوان در خصوص توزیع در شرایط فعلی و حتی در شرایط بهبود «کمیت» دارو مطرح نمود در دو بخش خلاصه میشود:

- ۱- ارتباطات تولید کنندگان و توزیع کنندگان
- ۲- اطلاع رسانی پزشکی یا معرفی داروهای ژنریک.

• بطور قطع نیروی انسانی، افراد متخصص و با تجربه در هر صنعتی منجمله صنعت داروسازی نقش مؤثر داشته و دارند.

پوشش دولت یا نهادها در یک رابطه تشکیلاتی ملزم به عقد قرارداد با یکی از توزیع کنندگان هم خانواده خود میباشد و با این ترتیب امکان مانور برای تولید کنندگان از طرفی و انگیزه ارتقاء کیفی در شرکت های توزیعی تضعیف میگردد. از آنجا که بیش از هشتاد و پنج درصد صنعت داروسازی دولتی یا تحت پوشش دولت و نهادهای مختلف میباشد، لذا اثرات این سیاست در کل سیستم منعکس میگردد. در یک تحلیل ابتدائی این نتیجه حاصل میگردد که چنانچه تولید کنندگان قادر باشند در صورت لزوم به شرکت توزیعی مورد علاقه خود مراجعت نمایند، رقابت ایجاد شده بین شرکت های توزیعی میتواند شرایط بهتری درامر توزیع برای مصرف کننده و نیز برای تولید کننده بوجود آورد. نحوه دریافت جنس از تولید کننده، نرخ دریافتی توزیع کننده از تولید کننده، زمان پرداخت وجه به تولید کننده، دفعات توزیع دارو در طول ماه، زمان دریافت وجه از داروخانه ها و بیمارستانها و عوامل دیگری از این قبیل میتوانند مبنای قضاوت در مورد نحوه عمل شرکت های توزیع کننده باشند و فی الواقع تولید کننده پس از ملاحظه جهات مختلف به عقد قرارداد با یکی از شرکت های توزیعی اقدام خواهد نمود و نه براساس یک تصمیم اداری و یا احتمالاً یک سنت، و بهر تقدیر باید بدنبال مکانیسمی بود که در آن توانائی، ابتکار، خلاقیت و پویایی هرچه بیشتر رشد کند. ذکر این توضیح ضروری است که طرح این موارد نه حاکی از اختلال در شرکت های

۱- ارتباطات تولید کنندگان و توزیع کنندگان در حال حاضر بر اساس قراردادهای موجود تولید کنندگان با عقد قرارداد از طریق شش شرکت توزیعی محصولات خود را در سطح کشور توزیع مینمایند. تولید کنندگان تحت

عوارض جانبی کمتر نگیر ترسیم می‌گردد.
عمده‌ترین تلاش شرکت‌ها برای جا اندادختن
داروی مورد نظر خود در مقایسه با داروهای
مشابه شرکت‌های رقیب است و لذابیاران
تبليغاتی نقش بسزائی در پذیرش دارو نزد
پژوهشکاران دارد.

از آنجا که حاکمیت سرمایه و اصالت سود
که بر قریب باتفاق این جوامع سایه انداده است
مانع از حفظ حریم اخلاقیات و پاسداری از
ارزش‌هاست، از اینرو دست زدن به انواع و
اقسام ترفندهای تبلیغاتی وزیر پا گذاشت برخی
اصول انسانی در این فرآیند امری عادی و
پذیرفته شده است.

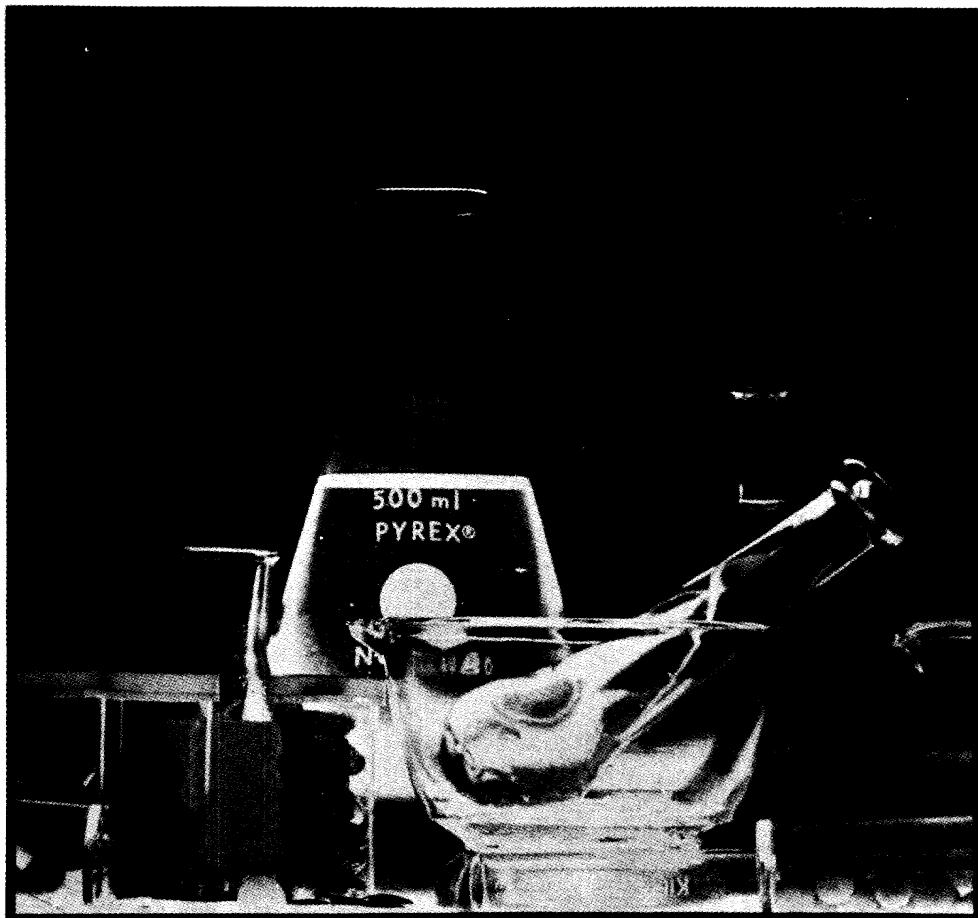
همکاران محترم یقیناً با موارد متعددی از
تخلفات شرکت‌های دارویی بخصوص در رابطه
با کشورهای جهان سوم برخوردموده‌اند و
نیازی به توطیل کلام نیست. جمهوری اسلامی با
داعیه انقلاب فرهنگی و اخلاقی در جستجوی
راهی بجز آنچه که تابحال در دنیا مرسوم بوده
می‌باشد و این همان معضلی است که به اعتقاد
عدمی از همکاران در سیستم دارویی کشورمان
وجود دارد. افرادی که از نزدیک با دفاتر ژنریک
شرکت‌های توزیعی آشنا هستند تلاش زیاد
کارکنان صدیق این واحده‌ها ملاحظه
نموده‌اند. این دفاتر مسئولیت معرفی «داروهای
ژنریک» را در سطح کشور به عهدde دارند و در
طول سالها زحمات زیادی را متحمل شده‌اند ولذا
مجددأ باید بادآور شد که طرح این مسائل نه
در مقام انتقاد از افراد که در صدد طرح
کامیابی‌ها و ناکامی‌های روش‌های بکار برده

توزیع کننده است که فقط در مقام طرح
روش‌های ارتقاء کیفی توزیع است، و اینکه
شرکت‌های توزیعی در طول سالهای بعداز
انقلاب از صادق‌ترین باران انقلاب بوده‌اند،
بر کسی پوشیده نیست.

۲- اطلاع رسانی پژوهشکاری یا معرفی داروهای ژنریک:
مسئولیت معرفی «داروهای ژنریک» در
حال حاضر به عهدde شرکت‌های توزیع کننده
است. شرکت‌های مزبور با استفاده از محل یک
درصد فروش داروهای ژنریک این وظیفه را
تابحال انجام داده‌اند. فعالیت‌های انجام شده به
نسبت امکانات موجود در سطح شرکت‌ها قابل
توجه بوده است. معرفی داروهای موجود در
کشور ما بروشی کاملاً متفاوت با سایر نقاط دنیا
صورت می‌گیرد و بهمین دلیل الگوی خاصی
برای جمهوری اسلامی وجود ندارد تا براساس
آن برنامه‌های انتشار اطلاعات دارویی هدایت
شود. در سایر کشورهای، تولید کننده، افزایش،
وقت و سرمایه قابل ملاحظه‌ای برای
«بازاریابی» صرف می‌کنند و فی الواقع تدوین
اطلاعات علمی مانند موارد مصرف و عوارض
جانبی و غیره در چهار چوب «بازاریابی»
صورت می‌گیرد. مثلاً برای معرفی یک داروی
جدید هزینه‌ها و تلاش حیرت‌آوری صورت
می‌گیرد. بروشورهای متعدد، ویزیت‌های مکرر
و هدایای مختلف (Reminder) در نقش
گذاردن یک دارو در بازار اثر تعیین کننده
دارد. طبیعی است که در این روش معرفی دارو و
موارد مصرف با قوت بیشتری مطرح شده و

را پر نماید. این حقیقت روش وجود دارد که خواهناخواه «دفاتر ژنریک» بطور کمی و کیفی نباید کاملاً دنباله رو و مجری روش ها و سیاست های قبلی باشند و میتوان پذیرفت که در شده است.

در ایام قبل از «طرح ژنریک»، دهها شرکت فعال در بازار دارویی ایران هر کدام تشکیلات مستقلی برای معرفی داروهای خود



«نظام ژنریک» تبلیغات برای جامعه پزشکی تقلیل قابل ملاحظه ای خواهد داشت. لکن بهر تقدیر برای معرفی داروهای متعددی که تدریجاً به لیست دارویی کشور اضافه گردیده اند و نیز انتشار اطلاعاتی به گروه هایی از پزشکان داشتند. پس از بر جایه شدن این شرکت ها در واقع وظایف علمی تبلیغاتی واحدهای مربوطه، به دفاتر ژنریک منتقل گردیده است. ملاحظه میفرماید که چه حجم عظیمی از فعالیت باید در این واحدها متمرکز شود تا خلاء پیش آمده

خود را داشته باشد. اگر پذیریم که برای حضور در مطب وارائه اطلاعات صحیح به پزشک به افراد لایق و تحصیلکرده و مجرب نیاز است، در واقع حلقه افراد واجد شرایط برای این امر را بسیار تنگ کرده‌ایم. شرکت‌های توزیع کننده پیوسته برای استخدام افراد قابل و مشخصاً «داروساز» مشکلات فراوانی داشته‌اند، چراکه اولاً افراد داوطلب واجد شرایط بسیار نادرند و عمده‌تاً برای پذیرفتن این شغل کراحت دارند، ثانیاً دستمزد در خواستی غالباً فراتر از حدود و ضوابط شرکت‌هاست و نمیتوان عملاً این افراد را در خدمت داشت، ضمن اینکه انجام ویزیت بدون نمونه و هدایا از مشکلترين امور است. اينکه در ميان انبوهی از بيماران يك نماينده علمي و لو تحصيلکرده و مسلط، خارج از نوبت داخل مطب پزشك گردد و با دست خالي و فقط با کلام شيرین خود آنچنان پزشك را مجنوب كند که دغدغه بيماران کم‌حصوله در مطب را برای دقايقي از ذهن پزشك دور ساخته و صرفاً اورادر مقام بهره‌برداری از مطالع علمی قرار دهد بيشتر

جوان که بلحاظ سن و سابقهٔ فعالیت با «داروهای تجاری» بیگانه‌اند تلاش بسیار زیادی مورد نیاز است که قطعاً از آن مقدار که تابحال صورت گرفته بمراقب بیشتر است. برای روش‌شن شدن بیشتر، بحث را در دوزمینه ادامه میدهیم: الف- نحوه معرفی داروها ب- ساختار اداری تشکیلات. در خصوص تعیین نحوه معرفی داروها تابحال جلسات متعددی با شرکت افراد مختلف برگزار گردیده است. مشخص‌ترین روش بکار گرفته شده در سایر کشورها و حتی در کشور خودما در قبل از انقلاب اسلامی همان روش «ویزیت در مطب» است. در این روش اثر بخشی بیشتری برای انتقال اطلاعات یا طرح نقطه نظر شرکت‌ها ملاحظه گردیده و في الواقع اثر تعیین کننده‌ای در ایجاد فروش داشته است. بدون تعارف بیشترین ارزش «ویزیت در مطب» برای شرکت‌ها مرhone ارائه «نمونه‌های دارویی» و «هدایای» مختلف است و بلطف همین مکانیسم بعضی از شرکت‌ها زحمت استخدام پزشك، داروساز یا دانشجوی پزشكی و داروسازی را هم بخود نمیدادند و «نمايندگان علمی» خودرا از افراد بدون تحصیلات دانشگاهی انتخاب می‌کردند، ولی بهر صورت این مفهوم پذیرفته شده است که با يك مصاحبه خصوصی در مطب، انتقال مطالع علمی و آگاهی به داروهای مختلف می‌تواند به بهترین شکل صورت گیرد مشروط براینکه «نمايندگان علمی» یا ویزیتور، خود را بار علمی متناسبی برخوردار بوده و در مقام بحث علمی توانایی ابراز وجود در محدوده داروهای

ه در بعضی موارد بیمارانی که داروهای ثابتی را مصرف می‌نمایند نظیر بیماران دیابتیک یا بیماران مبتلا به صرع و غیره از تغیر داروی خود اظهار نکرانی می‌کنند.

به يك رويا شباخت دارد تا واقعيت! لذا بعلت مجموعه‌ای از این مشکلات، مقوله «ویزیت در مطب» به فراموشی سپرده شده است. يكی از روش‌های اطلاع‌رسانی پزشكی برگزاری

فوق چنانچه ملاحظه میفرمائید روش‌های معرفی داروها در حال حاضر بعضًا نسبت به قبل تغییر مشهودی نداشته و حتی در زمینه برگزاری سمینارها یا کنفرانس‌ها وغیره حرکت‌های جلوتری صورت گرفته است، معهدها جمله دست‌اندر کاران بر این عقیده‌اند که حجم خدمات علمی لازم به جامعه پزشکی بسیار کم بوده، در عین حال «سمت گیری» معرفی داروها نیز طبیعی نیست. برای روشن شدن این بحث قدری توضیح اضافی ضروری بنظر میرسد.

چنانچه استحضار دارید خدمات علمی مختلف از قبیل ویزیت‌های فردی و دست‌جمعی، برگزاری سمینارها، انتشار بروشورها و کتابها توسط دفاتر ژنریک صورت گرفته و اعتبار لازم برای این خدمات از محل یک درصد ژنریک تا میگردد. در این فرآیند چند مشخصه وجود دارد:

الف- نام تولید کننده در معرفی داروها به پزشکان و داروسازان عنوان نمی‌گردد، چنانچه توزیع کننده یک داروی خاص از تولید کننده‌های مختلف جهت توزیع دریافت نماید فقط خود را ملزم به معرفی فرمول و اثرات دارو بطور عام میداند و کمتر در مقام ذکر نام از تولید کننده‌گان بر می‌آید. این عمل چنانچه ذکر شد (یعنی یکسان بودن خواص و اثرات داروهای هم‌فرمول که در کارخانه‌های مختلف در شرایط متنوع تولید می‌گردند) و حال آنکه میدانیم لزوماً فرآورده‌های مزبور با یکدیگر بلحاظ قدرت اثر همسان نیستند.

ب- بعلت سهمیه‌بندی تولیدات دارویی بین

کنگره‌ها و سمینارها بوده است. در سالهای اول اجرای «طرح ژنریک» گردهماییهای برگزار شده عمده‌تا در مقام معرفی کلیت «طرح ژنریک» و ضرورت اجرای آن در کشور بود. در سالهای بعد بلحاظ امکان بهره‌برداری بیشتر از ارزش‌های آموزش غیرمستقیم تدریجاً کنگره‌ها و سمینارها به بحث‌های پزشکی و درمانی کشیده شد، با این امید که در شناخت بیماریهای مختلف بحث استفاده از دارو و نیز طرح خواهد گردید و ازین‌رو آشنایی با «داروهای ژنریک» نیز تحصیل خواهد شد. قضاآوت در مورد استفاده از این مجتمع علمی در رابطه با اهداف «نظام نوین دارویی» متغیر است، ولی آنچه که با تفاوت مورد پذیرش کارشناسان قرار گرفته است اینکه گردهماییهای مزبور بهیچ وجه پاسخگوی نیاز مفرط جامعه پزشکی به «اطلاعات دارویی» نیست و لذا همچنان مشکل برسر راه مانده است.

انتشارات مختلف یکی از مفیدترین حرکت‌های انجام شده در شرکت‌های دارویی است و به سهم خود توانسته تا حدودی از خلوت این بازار بکاهد. بخصوص کتاب‌هایی که بصورت وademکوم، مجموعه‌ای از داروهای مختلف را جمع آوری کرده خدمت بسزائی در این رابطه نموده است.

بکار گیری فیلم‌های مختلف با هزینه وزحمات زیاد نیز یکی از روش‌های اتخاذ شده در شرکت‌های دارویی است. این فیلم‌ها بشكل داستانی و مستند و اینیمیشن تهیه گردیده و در جای خود ارزشمند بوده‌اند. باعث نیت به موارد

داروهای خود احساس نگرانی میکند ضرورت معرفی داروی خود را بیشتر احساس میکند و عملأ قادر به اقدام خاصی نیست و تنها راه برای او درخواست از توزیع کننده برای حركت جدی تر است که در همه موارد توفیق بهمراه ندارد.

هـ- تمکن از خدمات علمی چند شرکت در یک «دفتر ژنریک» خود عامل بازدارنده انتشار اطلاعات علمی است. هر شرکت توزیع کننده متفکل پوشش دادن به صدھا قلم داروست و این نیاز هر گز نمی‌تواند با امکانات موجود و سازماندهی جاری بشرم بنشیند.

کارخانجات مختلف و بزرگی در متعادل کردن مقدار تولید با مقدار مصرف، این معرفی مختلف داروها هم میتواند غیر ضروری باشد. چرا که بهر تقدیر تولید کننده و توزیع کننده بلحاظ کشش بازار، از عدم فروش داروهای خود نگرانی زیادی ندارند. نتیجه این بی‌میلی



پیشنهاد

در صورتیکه هر تولید کننده بتواند عنان معرفی داروهای خود را راساً در دست بگیرد، میتوان فضای دیگری را برای انتشار اطلاعات دارویی تصور نمود باین منظور باید ۱- اعتبار مربوط به یک درصد ژنریک یا هر رقم دیگر به تولید کننده اختصاص بابد و هر تولید کننده کادرهای علمی لازم را خود استخدام نماید. ۲- زمینه تجویز و نسخه‌نویسی بر حسب نام کارخانه برای محصولات هم فرمول هموار شود و در واقع نوع داروی ژنریک کاملاً مشخص شود مثلاً شکل: (دارو پخش) Tab Methyldopa d-p Tab Methyldopa Razak ۳- ارتباط نمایندگان علمی با شرکت‌های توزیعی بمنظور انتقال اطلاعات بازار حفظ واستمرار بابد. برای این امر محل استقرار واحد علمی هر شرکت

شرکت‌های توزیعی به معرفی جدی، پیگیر و کامل فرآورده‌های مختلف دارویی است.

ج- کیفیت مرغوب و نامرغوب داروهای کمتر نمایش داده میشود و به عبارت دیگر پزشک پس از تجویز یک «فرمول دارویی» قضاوی صحیحی از تجویز خود و داروی بکار رفته پیدا نمی‌کند، چرا که یک بار فرآورده شرکت «الف» و یک بار فرآورده شرکت «ب» به بیمار تحويل میگردد.

د- در مواردی که تولید کننده در مورد

تولید کننده میتواند در داخل مجموعه شرکت توزیعی مربوط به خود باشد باین ترتیب ارتباط تشکیلاتی واحدهای علمی با تولید کنندگان و ارتباط فیزیکی با توزیع کنندگان آنها ایجاد

◦ ستادهای توزیع دارو نهادهایی هستند که در سالهای اخیر در توزیع دارو به نقاط مختلف استان سهیم بوده‌اند.

خواهد گردید.

۴ – از دانشجویان رشته‌های پزشکی و داروسازی در سالهای بالا بمتابه مناسب‌ترین عناصر جهت ایجاد حركات‌های علمی استفاده گردد، یادآوری مینماید در سال ۱۳۵۶ تعداد ۳۵۰۰ نفر نماینده علمی با تحصیلات مختلف در کشور اشتغال داشتند که اگر این رقم فوق العاده را تعديل نمائیم باز به تعدادی قابل توجه از کادرهای علمی در این رابطه نیاز داریم.

قیمت‌گذاری

از مهم‌ترین ویژگیهای نظام داروئی جمهوری اسلامی ایران وجود «قیمت ثابت» برای اشکال دارویی «هم فرمول» میباشد. عنصر «قیمت» نقش بسیار حساس و تعیین کننده‌ای را در مجموعه دارویی کشور ایفا مینماید. در ابتدای «قیمت‌گذاری» داروهای در «طرح ژنریک» بیک نکته اهمیت فوق العاده زیادی داده شده و آن عبارت بود از احتراز از قیمت‌های نابرابر برای داروهای «هم فرمول»

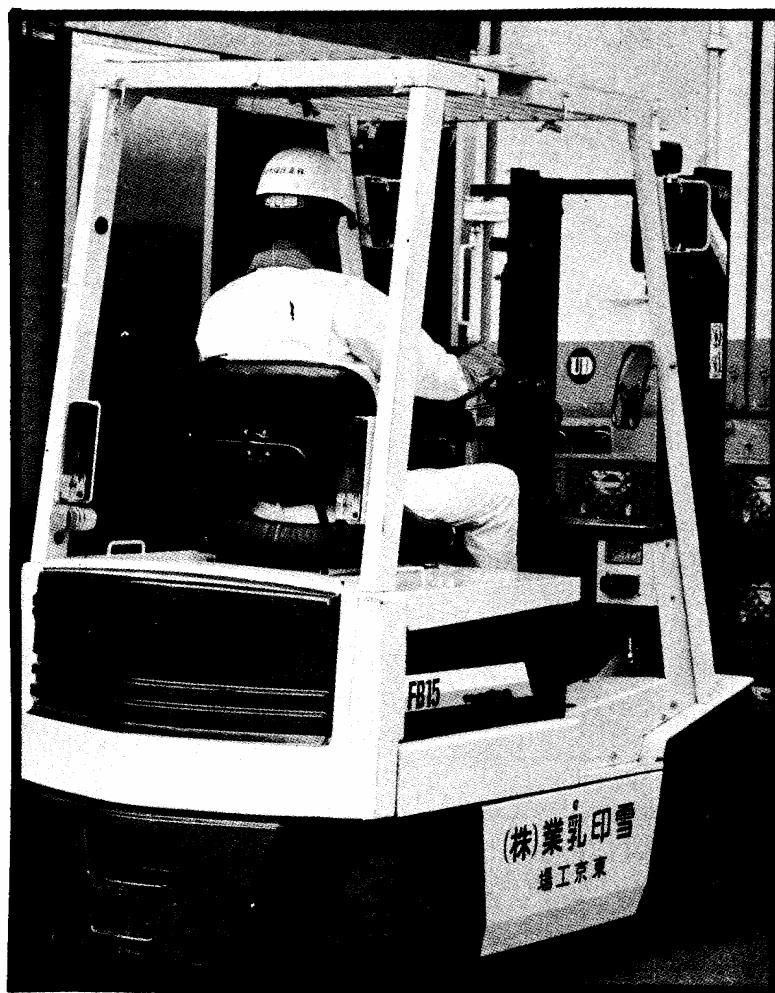
کارخانجات مختلف. من باب مثال قرص کوتريمو کسازول که در «طرح ژنریک» با فرمول ۴۰۰ میلی گرم سولفامتو کسازول و ۸۰ میلی گرم تری متیپریم در کارخانجات مختلف تولید میشود باید با قیمت واحدی در داروخانه

به بیمار عرضه شود چرا که در صورت حضور نرخ‌های مختلف، بیم سوء استفاده در «قیمت‌گذاری» نسخه‌یمه با ارائه داروی ارزان و محاسبه داروی گران وجود دارد و این تدبیر منجر به یکسانی «قیمت» در اشکال داروئی «هم فرمول» گردید. رسیدگی به تخلفات بعضی داروخانه‌ها در طول سالهای اخیر نشان داده که این تصمیم در رابطه با تسهیل در امر نسخه‌ی پیچی و جلوگیری از برخی سوءاستفاده‌ها بصواب قرین بوده است، لکن در مورد سایر ابعاد و عوارض «نرخ‌گذاری ثابت» میتوان قدری بیشتر موضوع را مورد بررسی قرار داد.

چنانکه در قبل نیز گفته شد تعیین «قیمت» داروها در اداره کل امور دارو با همکاری جمعی از متخصصین امر و تصویب «کمیسیون قانونی ساخت دارو» صورت گرفت. در فرم‌های ابتدایی تدوین شده هزینه‌های مختلف تولید اعم از هزینه‌های مواد اولیه، مواد بسته‌بندی و نیز هزینه‌های دستمزد کارگر، سربار و غیره به دقت پیش‌بینی شده بود. کنترل‌های زیادی در مورد صحت و تطبیق ارقام ابرازی کارخانجات در فرم‌های مزبور بعمل میآمد و سرانجام «قیمت» یک فرآورده دارویی برای کارخانه «الف» تعیین و تصویب میگردید، لکن کارخانه «ب»، «ج» و غیره برای تولید همین فرآورده

اقدام به یک نوع «اختلاف زدایی» نموده است. باین معنی که با از بین بردن «نام تجاری» متعدد و گوناگون، «نام ژنریک» یا «نام علمی» محدود را جایگزین ساخته و به داروخانه این

از تمامی این پیچیدگی‌ها، دقت‌ها، و کنترل‌ها معاف بود چرا که بالا جبار می‌باشد این فرآورده‌ها را بهمان «قیمت» مصوب برای کارخانه «الف» به بازار ارائه نماید. این مکانیسم



اختیار را داده است که داروی «هم فرمول» داروی تجویز شده را از هر کارخانه ممکن به بیمار تحويل نماید. «اختلاف زدایی» مزبور نه تنها به مقدار ماده موثره، نوع بسته‌بندی و «نام

بطاهر ساده، اثرات عمیقی در سیستم عرضه دارو ایجاد مینماید که انشا طا... در حد توان به شرح آن پرداخته خواهد شد.

بطور کلی «طرح ژنریک» در طول اجرا

ژنریک» کشیده شده بلکه «قیمت مصرف کننده» را نیز تحت پوشش قرار داده است. چنانچه کارخانجات مختلف داروسازی برای تعیین «قیمت» فرآورده‌های تولیدی خود در هر مورد از تونل کنترل و بازبینی هزینه‌های ابرازی عبور نمایند طبیعی است که سود آوری این کارخانجات در طیف متعادلی با یکدیگر همخوانی خواهد داشت و حال آنکه در شرایط فعلی که فقط اولین کارخانه‌ای که محصول جدیدی را فرموله می‌کند زیر ذر میان قرار می‌گیرد، دامنه سود کارخانجات کاملاً متفاوت و حتی دوراز یکدیگر می‌باشد. به عبارت دیگر در صد سود تولید کنندگان بدون هیچ استدلال منطقی با یکدیگر تفاوت فاحش دارد که این حالت طبیعی نیست و نمیتوان تحلیل خاصی برای بروز آن ارائه نمود. علت اصلی تفاوت مزبور چنانکه ذکر شد اینست که تعیین «قیمت» هر دارو بمانند هزینه‌های اولین تولید کننده همان دارو صورت می‌گیرد و تولید کننده دوم و سوم داروی مزبور بدون بازبینی هزینه‌های مربوط، با همان قیمت مطلوب برای تولید کننده اول، داروی خود را عرضه می‌نمایند.

نکته مهم دیگری که در این بحث وجود دارد آنست که با «روش» قیمت یکسان راه برای داروهای با کیفیت بهتر بیشتر مسدود خواهد گردید و اساساً انگیزه ارتقا کیفیت محصول برای تولید کننده از بین خواهد رفت و این امر بخصوص در شرایط «کمبود دارو» قشید می‌شود و به واقع نمی‌توان توجیه کرد که

اگر دو کارخانه با سطح کیفی متفاوت با یکدیگر اقدام به تولید فرآورده مشخصی بنمایند چرا باید فرآورده مزبور برای هر دو کارخانه بیک قیمت ارائه شود. آیا هراس از سو استفاده در نسخ بیمه ارزش خلق چنین ضایعه‌ای را دارد و اینکه آیا میتوان روش را بوجود آورد که ضمن در برداشتن محسان «قیمت یکسان» در عین حال فاقد اشکالات مطروحه باشد؟ این عارضه که یکی از مشکلات «نظام نوین دارویی» بشمار می‌رود با گذشت زمان خود را بصورت جدی تری نشان میدهد. پروژه‌های بشمر رسیده یا پروژه‌هایی که در شرف اجرا و تکمیل هستند در تشديد و بروز عینی عارضه مزبور نقش تعیین کننده دارند. روزی که پروژه سرماسازی داروپخش بشمر رسید مشخص گردید که قیمت‌های موجود برای فرآورده‌های مختلف تزریقی با حجم بالا که تا آن زمان فقط در شرکت فرآورده‌های تزریقی تولید می‌شد در پروژه مذکور صرفه اقتصادی ندارد. به عبارت دیگر «قیمت تمام شده» در «پروژه سرماسازی

» انتشارات مختلف، یکی از مفیدترین حرکت‌های انجام شده در شرکت‌های داروئی است و به سهم خود توانسته تا حدودی از خلوت این بازار بگاهد.

داروپخش» بعلت بالا بودن تکنولوژی و مستهلك نشدن هزینه‌ها بمراتب بالاتر از قیمت تمام شده در شرکت فرآورده‌های تزریقی می‌باشد و در حال حاضر نیز که «پروژه

سرماسازی شهیدقاضی» در تبریز در شرف بهره‌برداری می‌باشد این مسئله صادق خواهد بود.

«سرماسازی شهیدقاضی» به قیمتی بالاتر از نرخ‌های موجود نیاز دارد. این همان نقطه‌ای است که سیستم دارویی کشور را وادار به تفکر بیشتر خواهد کرد سیستم یا باید قیمت‌های اعلام شده را ثابت نموده و «سرماسازی شهیدقاضی» را مجاب به استفاده از نرخ‌های موجود نماید که در اینصورت حتی راهاندازی این واحد بسیار

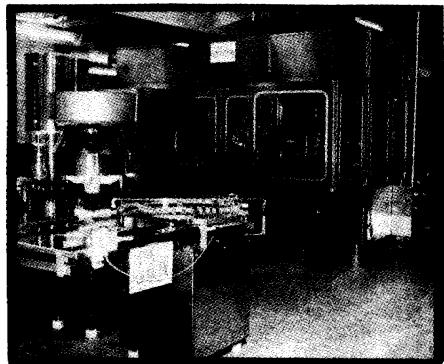
مدرن با مشکل جدی و ضرردهی مواجه خواهد گردید و یا اینکه در قیمت‌ها تجدیدنظر نموده و با بالابردن نرخ‌ها، راه را برای فعالیت واحد جدیدالتأسیس مذکور هموار سازد. در اینصورت سود بسیار قابل توجهی نصب شرکت فرآورده‌های تزریقی خواهد گردید که استدلالی برای آن وجود ندارد. اگر در نظر بگیریم کارخانه جدیدالتأسیس و مدرن «شیمیدارویی امین» که اخیراً در مدار تولید وارد شده و همچنین پروژه‌های «فارابی» در اصفهان، داروسازی لرستان در بروجرد، «استریل» در رشت، «ثامن» در مشهد و «زهراوی» در تبریز در فواصل نه چندان دور تدریجاً به جمع تولید کنندگان موجود اضافه گرددند، ملاحظه خواهید فرمود که مشکل عنوان شده در چه سطحی جدی مطرح گردیده و ورود به هر یک از دو مکانیسم موجود چه ضایعاتی را بدنبال خواهد داشت. پیشنهادی که در اینجا مطرح می‌شود عبارت از رجوع به «قیمت‌گذاری واقعی» و به تبع عدم «یکسانی

قیمت» در سطح تولید کننده است. با این معنا که در مورد ساخت هر فرآورده‌ای که تولید آن به کارخانه بخصوصی و اگذار می‌شود تمامی مکانیسم‌های کنترلی و بررسی دقیق هزینه‌ها اعمال گردد. در نتیجه این اقدام بعلت حضور عوامل مختلف در تولید فرآورده‌های دارویی، قیمت تمام شده برای محصولات هم‌فرمول بdest خواهد آمد. لکن برای توزیع کننده و داروخانه قیمت‌های پیشنهادی می‌تواند یکسان باشد.

در این روش نیاز به تعیین «نرخ ثبیتی پایه» در سطح تولید کننده می‌باشد که معمولاً باید بالاترین قیمت تمام شده در بین تولید کنندگان فرآورده مزبور با این امر اختصاص یابد مثلاً اگر برای تولید یک قرص سه کارخانه فعالیت مینمایند، بالاترین قیمت تمام شده در بین این سه کارخانه به عنوان «نرخ پایه» در نظر گرفته شده و نرخ فروش به توزیع کننده و داروخانه بر مبنای این نرخ برای هر سه کارخانه ثبیت می‌گردد. مابه التفاوت قیمت تمام شده واقعی و «نرخ ثبیتی پایه» از طرف تولید کنندگان بحساب دولت جمهوری اسلامی با هر حسابی که وزارت بهداشت-درمان و آموزش پزشکی تعیین مینماید واریز خواهد گردید.

بسالین مکانیسم اولاقیمت مصرف کننده در سطح داروخانه برای محصولات هم‌فرمول یکسان است. ثانیاً هر تولید کننده به قیمت واقعی خود دست می‌یابد و در نتیجه حاشیه سود مربوط در طیف تعیین شده خود قرار خواهد گرفت و

در نهایت اینکه «کیفیت» برتر میتواند جای خود را در قیمت تمام شده واقعی پیدا نماید و فی الواقع کارخانجات به تولید داروهای با کیفیت مرغوب بیشتر تمایل پیدا خواهد نمود. در امتداد این تفکر میتوان برای هر کارخانه یا



برای هر خط تولید کارخانه ضریبی تحت عنوان «ضریب کیفیت» که از شرایط G.M.P آن کارخانه نتیجه میشود در نظر گرفت و در تعیین «قیمت تمام شده واقعی» این ضریب را دخیل نمود.

حدودی توضیح داده شد.

در اینجا بار دیگر این نکته را مطرح مینماید که «نظام ژنریک» در ابعادی که در حال حاضر در کشور ما در دست اجراست در نوع خود «مثال» و «مانند» ندارند. مثلاً معلوم نیست چرا ماما باید در مقام یکسان کردن اشکال دارویی «هم فرمول» باشیم. یک علت روانی برای این اقدام در ابتدای امر تقلیدی از داروهای معتبر تجاری بوده است. مثلاً قرص متیل دوپا ساخت کارخانه داروپخش باین علت برنگ کرده ساخته شده که قبل از ساخت Aldomet همین

طرح یک موضوع:
در مواردی مشاهده شده است که برخی از همکاران به یک شکل نبودن بعضی از داروهای «هم فرمول» انتقاد می‌کنند. مثلاً، کبسول‌های مفنامیک اسید که در لابراتوارهای مختلف تولید میشود بلحاظ شکل ظاهری بایکدیگر تشابه ندارند یا مثلاً چرا الگزیر استامینوفن که توسط چند لابراتوار به بازار عرضه میگردد بایک رنگ، یا یک اسانس و یک شکل تولیدنی شود. این انتقاد از طرف بعضی از همکاران صاحب

بسیار ارزشمند بوده است و شاید اطلاق «بل خود کفایی» با آن پریراه نباشد و بدون تعصب میتوان گفت که در صورت عدم اجرای «طرح ژنریک» و استمرار «نظام تجاری» مشکلاتی

از مهمترین ویژگیهای نظام داروئی ایران، وجود قیمت ثابت برای اشکال داروئی هم فرمول میباشد.

بمراتب حادتر و شکننده‌تر از آنچه تا حال بر ایمان واقع شد در سرراه بوجود میآمد. لکن بلحاظ حضور «پویایی» که لازمه حیات هر مجموعه است «بازخوانی نظام نوبن دارویی» فرض گردیده است و لذا طرح مشکلات و گلوگاهها نباید در جهت تخریب ارزش‌های فراوان ایجاد شده در سالیان اجرای طرح بخدمت گرفته شود. اصلی‌ترین عنصر فراموش شده «نظام نوبن دارویی کشور» عنصر «رقابت» است که در اثر فقدان آن سیستم به رکود گرایش خواهد نمود و در صورت حضور میتواند مولد «حرکت» و «تعالی» باشد. برای شروع به این تحول پیشنهادات زیر مطرح میشود:

۱- انتقال دفاتر علمی معرفی «داروهای ژنریک» از شرکت‌های توزیع کننده به شرکت‌های تولید کننده بنحوی که هر کارخانه بتواند در يك تماس نزد يك بازار، محصولات خود را به جامعه پزشکی معرفی نموده و در عین حال از برخوردهای مختلف پزشکان، بیماران و داروخانه‌ها مطلع گردد.

کارخانه تحت لیسانس کارخانه مرک شارپ‌اند دوهم برنگ زرد تولید میگرددیه است. آیا باید کارخانه رازک هم قرص متیل‌دوپا را باشکل، رنگ و اندازه دارویی‌خش تولید کند؟ آیا قرص سایمیدین ساخت کارخانه کیمیدارو باید شیه قرص تاگامت Tagamet S.K.F. کارخانه تولید گردد؟ بنابراین ملاحظه میفرمائید که تلاش برای حفظ همسانی داروهای «هم‌فرمول» در واقع تلاشی برای بهم ریختن هرچه بیشتر ذهن بیمار و مریض است.

نکته مهم دیگری که در این ارتباط مطرح میشود اینست که همسانی داروهای «هم‌فرمول» امکان تشخیص يك دارو با كیفیت خوب يا بدرا ضعیف میکند. ملاحظه میفرمائید که اگر پزشکی بخواهد تاثیر يك دارو را در بیمار خود ارزیابی کند در اثر مصرف غیر ارادی فرآوردهای کارخانجات مختلف به يك نتیجه روشن نمیرسد و حال آنکه چنانچه فرآورده کارخانه خاصی را مرتباً تجویز نموده و اثرات آنرا دنبال و ارزیابی کند، بعداز مدتی به قضاوت صحیح در مورد فرآورده مزبور خواهد رسید و از اینجا به بعدزمینه رشد محصولات با کیفیت مرغوب پدیدار میگردد و کارخانه سازنده بلطف ایجاد رضایت در مصرف کننده به ارتقاء کیفیت دلگرم میشود.

نتیجه و پیشنهاد:

چنانکه در ابتدای بحث «بازخوانی» نیز مطرح گردید، تحول «نظام نوبن دارویی» و اجرای «طرح ژنریک» برای جمهوری اسلامی

ارتباط نزدیک تولید کنندگان با شرکت‌های توزیعی مربوط در این شرایط از حساسیت زیادی برخوردار است که خود جای بحث فراوان دارد.

۲- اجازه استفاده از نام کارخانجات سازنده داروهای تولید داخلی در نسخه‌نویسی بنحوی که فرآورده‌های دارویی کارخانجات مختلف هر یک با «نام ژنریک» و تحت یک هویت مستقل به بازار عرضه شوند. منباب مثل اطباء مجاز باشند و حتی تغییر شوند که قرص آمی‌تریپتیلین ۲۵ میلی‌گرمی را با قید کارخانه ایران دارو بطور مشخص تجویز نمایند. با این ترتیب داروخانه‌ها نیز مرجحاً ملزم به تحويل داروی مزبور به بیمار باشند که جهت این امر وضع مقررات جدیدی لزوم خواهد داشت بنحوی که عرضه خدمات داروئی را با توجه به امکانات موجود دچار تنگنا نمایند. این اقدام فقط محدود به داروهای تولید داخلی است و نباید به داروهای وارداتی تعیین یابد.

۳- قیمت گذاری داروها باید برپایه کیفیت محصول و بر حسب شرایط لا بر اتوارهای مختلف صورت پذیرد و با مکانیسم «تشییت نرخ» امکان رشد کیفیت را بیش از پیش هموار سازد. در این رابطه هماهنگی با سازمان حمایت از مصرف کنندگان و تولید کنندگان ضروری است و احتمالاً با اخذ مجوز از هیئت محترم وزیران زمینه قانونی مساعد خواهد گردید.

۴- اصل قرار دادن کیفیت در خرید مواد اولیه دارویی و نیز داروهای ساخته شده میتواند جهت روشنی را در راه احراز کیفیت مطلوب

نشان دهد. در این رابطه انعقاد قراردادهای چندساله میتواند دارو و مواد اولیه مرغوب را به قیمت‌های ارزانتری به بازار دارویی عرضه نماید.

۵- برای ساخت داروهای جدید و در عین حال حیاتی یا ضروری داخل کشور، خرید تکنولوژی (Now How) همراه با چند سال ماده اولیه از کارخانه دهنده تکنولوژی مورد توجه جدی قرار گیرد.

در خاتمه مجدداً یادآوری مینماید که حصول شرایط جدید در نظام دارویی و تزریق «عنصر» «رقابت» در مجموعه دارویی کشور مستلزم استفاده از منابع ارزی پیشتری است. که در این مجموعه دارویی کشور از نرخ دولتی به نرخ ترجیحی میتواند جوابگوی نیازهای ارزی مربوط باشد و باین ترتیب راه تعدیل مصرف دارو، بازسازی اقتصاد داروخانه و ممانعت نسبی از خروج دارو از مرزها هموار گردد. از آنجا که طرح و اجرای هر نظری مستلزم صرف زمان خواهد بود، بنظر میرسد نکات اشاره شده فقط پس از پخته شدن پیشنهادات و متعاقب تدوین برنامه‌های اصولی در صورت بهبود شرایط، قابل پیاده کردن خواهد بود ضمن اینکه طرح مسائل پیشگفت و ارائه پیشنهادات نظرات شخصی بوده و صرفاً با بی‌جهت گشودن زمینه بحث‌های مختلف و بمیدان کشاندن اندیشه‌هایی برادران و خواهران محترم همکار می‌باشد تا بتواند دربر گیرنده تمامی نظرات سازنده باشد.

پایان