

# بررسی دارو توسط فرهنگستان علوم پزشکی

## در مصاحبه با دکتر ربابه شیخ الاسلام و دکتر سیما مهرآیی

### مقدمه

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

خانم دکتر ربابه شیخ الاسلام و دکتر سیما مهرآیی از جمله داروسازانی هستند که در این رابطه مصاحبه‌ای انجام داده‌اند. در این قسمت، مصاحبه این دو بزرگوار را با فرهنگستان مرور می‌کنیم:

مطلع شویم و به‌عنوان مستندات تاریخی از آن‌ها استفاده کنیم. منتها قبل از شروع سؤال‌های ما خواهش می‌کنیم، ابتدا معرفی کوتاهی از خودتان داشته باشید. بنابراین، اگر موافق باشید از معرفی شروع بفرمایید.

خانم دکتر شیخ الاسلام: من در ۲۰ سال گذشته بیشتر روی تغذیه جامعه کار کرده‌ام و خیلی درگیر مسایل دارویی نبودم آن چیز که از

خانم دکتر، همان‌گونه که استحضار دارید، فرهنگستان علوم پزشکی ۲ پروژه را هم‌زمان جلو می‌برد. یکی واردات دارو و مکمل‌ها از سال ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۰ و دیگری هم مستندسازی نظام دارویی ایران از ۱۳۳۴ تا ۱۳۹۰. از آن‌جا که شما دو بزرگوار، از همان ابتدای بحث برنامه‌ریزی در حوزه دارو پس از انقلاب، مشارکتی فعال داشتید، باید حتماً به حضورتان می‌رسیدیم تا از نظراتتان

آن زمان به صورت درخشان تر در ذهن دارم زمانی بود که باید کل داروهای کشور که با نام تجاری بودند ابتدا بر اساس فرمولشان فهرست می کردیم و میزان مصرف آن ها را که یک فرمول داشتند (مواد اولیه یکسان داشتند) با هم جمع می کردیم و مقدار به دست آمده را به عنوان رقم تخمینی برای داروی ژنریک که همان ماده اولیه را داشت ثبت می کردیم. اقلام دارویی کشور خیلی زیاد بود و فکر می کنم سخت ترین کار این بود که ما برای تولید داروی ژنریک تخمین درستی بزنیم که بعد مردم مواجه با کمبود نشوند. متأسفانه آن زمان ما نه آمارنامه دارویی و نه اطلاعاتی که بتوانیم به آن ها استناد کنیم داشتیم، خیلی کار دشواری بود. با توجه به گذشت زمان ممکن است من نتوانم همه موارد را به خوبی به یاد بیاورم. مگر این که خانم دکتر مهرآبی حرف بزنند تا من کم کم مواردی یادم بیاید. ← خانم دکتر، بیشتر سؤالاتی که ما مربوط به تاریخی است که سرکار و خانم دکتر مهرآبی برنامه ریزی امور دارو را شروع کردید و به یک جایی رساندید و برنامه ریزی را در اداره دارو جا انداختید.

شما، دو تا مسؤولیت و وظیفه داشتید، یکی راه اندازی واحد برنامه ریزی که کار جمع آوری اطلاعات و آمار دارو هم در دل آن بود و یکی هم نقشی که شما با حضور در آن جلساتی که صبح ها تشکیل می شد و تقریباً برای جابه جایی نظام برند به ژنریک سیاست گذاری می کرد، داشتید. حالا اول می خواستیم که شما لطف کنید خودتان را معرفی بفرمایید.

خانم دکتر شیخ الاسلام: من ربابه شیخ الاسلام هستم، دکترای داروسازی را در سال ۱۳۴۸ گرفتم،

از دوران دانشجویی در کارخانه داروسازی کار می کردم و بعد مدیر تولید شدم ولی بعد به استخدام معاونت دارو در وزارت بهداشت درآمدم. دوره ای که سرپرست دفتر برنامه ریزی دارویی کشور بودم، سال های اول انقلاب بود، در سال ۶۷ خودم را به حوزه معاونت بهداشتی که اغلب برنامه هایش پیشگیری از بروز بیماری بود منتقل کردم. چند سال بعد در دانشکده بهداشت مدیریت سلامت عمومی را خواندم و MPH گرفتم و مجدداً بعد از سال ۷۲ که کارم مطالعه کمبودهای تغذیه ای در کشور بود، مجدداً در همان دانشکده برای تخصص اپیدمیولوژی نام نویسی کردم ولی چون هم زمان کار هم می کردم این تخصص و پایان نامه اش حدود ۷ سال طول کشید. من کار بسیار سخت و دوست داشتنی خود را تا سال ۱۳۸۴ که دولت نهم به سرکار آمد با شور و شوق ادامه دادم. اقداماتی که در این مدت برای کشور و مردم کردم باعث غرور و سربلندی من است، اگرچه بعد از بازنشستگی ام بخشی از کارها دنبال نشد.

در این سال بدون تمایل شخصی با رتبه دانشیاری بازنشسته شدم. بعد از بازنشستگی مؤسسه «تغذیه، سلامت، توسعه» و متعاقب آن انجمن علمی غذا و تغذیه حامی سلامت را ایجاد کردم و با توجه به تجربه طولانی و درک عمیق من نسبت به تأثیر تغذیه در سلامت و توانمندی به ایجاد اولین تارنمای علمی و آموزشی تغذیه و سلامت به نام بهسایت ایران [www.behsite.ir](http://www.behsite.ir) برای فارسی زبانان ایران و جهان پرداختم این سایت در حال حاضر روزانه بیش از ده هزار نفر بیننده دارد. خانم دکتر مهرآبی: من سیما مهرآبی هستم. دیپلم از دبستان و دبیرستان ژاندارک، فارغ التحصیل

۸-۷ سال کار در بخش خصوصی، فکر کردم که با توجه به تجربیاتم در تولید، بهتر است جایی باشم که بتوانم سطح کیفی تولید دارو در کشور را ارتقا دهم بنابراین، در معاونت دارویی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و با حقوقی معادل یک دهم حقوقی که در بخش خصوصی می‌گرفتم به‌عنوان کارشناس نظارت بر امور دارو مشغول به کار شدم.

#### ← خانم دکتر، چه سالی؟

فکر می‌کنم تا ۱۳۵۴ من در آن کارخانه کار می‌کردم. بنابراین، سال ورودم به وزارت بهداشت ۱۳۵۴ بود.

#### ← خانم دکتر، کدام کارخانه؟

کارخانه تهران داروی فعلی و میسین سابق. بعد از استخدام در معاونت دارویی چند سال کار در قسمت نظارتی داشتیم و بعد از انقلاب به‌عنوان مدیر دولتی کارخانه داروسازی پارک دیویس که نام فعلی آن الحاوی است انتخاب شدم.

در جلسات توجیهی که با حضور همه مدیران ایرانی و جدید کارخانه‌های داروسازی کشور تشکیل شد گفته شد که تمامی کارخانجات باید مدیر ایرانی داشته باشند.

آقای دکتر نیلفروشان یادتان هست در اولین جلسه یک یادداشت به شما دادم؟

#### دکتر نیلفروشان: بله.

خانم دکتر شیخ‌الاسلام: این خاطره از یادم نمی‌رود، تعجب کرده بودم از افرادی که به‌عنوان مدیر دور میز هستند، چون انتظار نداشتم در آن سطح باشند، یعنی فکر می‌کردم خیلی‌هایشان نمی‌توانند در حد مدیر، کارخانه داروسازی را اداره کنند. آقای دکتر مثل همیشه مختصر و مفید و کوتاه روی یادداشت من نوشتند: خیرالموجودین.

سال ۱۳۵۲ از دانشگاه تهران و تخصص از دانشگاه مون‌پلیه فرانسه (داروسازی صنعتی) و تخصص دیگرم حقوق داروسازی از دانشگاه پاریس در سال ۵۴ و ۵۶ است. سمت‌هایی که در داروپخش داشتیم کارشناس بخش علمی، معاون واحد علمی و برنامه‌ریزی داروپخش است که بعد هم به‌عنوان کارشناس ایجاد بانک اطلاعاتی از سال ۶۱ تا سال ۷۲، در خدمت خانم دکتر شیخ‌الاسلام بودم. از سال ۷۲ تا سال ۷۶ هم در داروخانه خودم که در لواسان تأسیس کردم مشغول بودم. در سال ۷۶ تا ۷۸ یک مرخصی کوچکی به خودم دادم چون خیلی کارم سنگین بود و از سال ۷۸ در داروسازی زهراوی ابتدا به‌صورت کارشناس و بعد به‌صورت مدیر واحد فروش مشغول شدم تا آخر سال ۸۹ و در ابتدای ۹۰ درخواست بازنشستگی کردم.

← خانم دکتر شیخ‌الاسلام، شما جلساتی داشتید در ساختمان داروپخش در میدان دکتر فاطمی. تا آن‌جا که من یادم می‌آید در آن جلسات مرحوم دکتر مظلومی بودند، دکتر آذرنوش بودند، جنابعالی بودید، خانم دکتر طالقانی، آقای دکتر مصطفوی، احتمالاً نفرات دیگری هم بودند مثل دکتر محمد و غیره. بفرمایید که دلیل تشکیلیش، مدتش و نتیجه‌اش چه بود. یعنی فرآیند این جلسات چه بود؟

ضمناً اگر موافق باشید، چنانچه اتصال شما به بدنه نظام دارویی کشور به قبل از این زمان هم برمی‌گردد، می‌توانید از آن‌جا هم شروع بفرمایید.

خانم دکتر شیخ‌الاسلام: همان‌طور که گفتم از زمان دانشجویی در کارخانه داروسازی کار می‌کردم و خیلی به تولید دارو در کشور و خودکفایی در عرصه دارو اعتقاد داشتیم. یک زمانی رسید بعد از

## ← خانم دکتر، کلمه خیرالموجودین آن زمان باب بود.

بله، در کارخانه الحاوی یا پارک دیویس چند ماه به عنوان مدیرعامل با همکاری آقایان دکتر روشن ضمیر و محمددخت و بعد دکتر نجفی کار کردم. ۳۱ شهریور ۱۳۵۸ در همان کارخانه بودم که با بمباران فرودگاه، جنگ تحمیلی آغاز شد. ابتدا فکر می‌کردیم زلزله شده، چون در آزمایشگاه همه لوازم با آمدن صدای انفجار لرزید و ما دیدیم که رفت و آمد ماشین‌ها در جاده کرج قطع شد و جاده خلوت شد. بعداً فهمیدیم که فرودگاه را زده بودند. بعد از یک سال و چند ماه پیشنهاد شد که من در برنامه‌ریزی دارویی کشور شرکت کنم و این همان آغازی است که شما به آن اشاره کردید. گروهی متشکل از داروسازان با تجربه باید بر اساس مصرف تک‌تک اقلام دارویی تجاری یا برند آن زمان میزان مصرف هر قلم را تخمین می‌زدند و بعد کار بعدی که سخت‌تر و دشوارتر بود این بود که میزان تولید داروهای جدید ژنریک باید بر اساس این تخمین و این که چه داروی ژنریکی جانشین آن داروی تجاری خواهد شد، محاسبه می‌شد. برای مثال اگر ۷ نوع شربت پپرازین‌سیترات با نام‌های مختلف در کارخانه‌های متفاوت تولید می‌شد ما باید مصرف آن ۷ نوع را در سال‌های گذشته می‌دانستیم و جمع آن را برای داروی ژنریک پپرازین‌سیترات می‌گذاشتیم. به هر حال، در جریان این کار مرا به عنوان سرپرست دفتر برنامه‌ریزی دارویی کشور برگزیدند تا هماهنگی‌ها و برنامه‌ریزی منسجمی را برای تأمین داروی کافی بر اساس فهرست انجام دهم، بنابراین، فهرست و مقدار هر قلم دارو خیلی مهم بود. من آن زمان هم به انجام طرح

ژنریک به دلیل این که داروها راحت‌تر و ارزان‌تر به دست مصرف‌کننده می‌رسید اعتقاد داشتیم، هم به دلیل شرایط بحرانی و اهمیت تأمین دارو برای مردم و جبهه‌ها پذیرفتم. من می‌دانستم که باید کار به گونه‌ای سامان داده شود که کشور با کمبود مواجه نشود، ضمن این که شرایط دشوار کشور و جنگ وضعیت ما را حساس‌تر می‌کرد. در اوایل کار آقای دکتر روشن ضمیر که در پارک دیویس بودند هم به ما ملحق شدند، از خانم دکتر مهرایی هم خواهش کردیم که بیایند و به همراه چند نفر دیگر از جمله خانم دکتر مهین‌راد به ما بپیوندند. من خیلی تلاش داشتم که با یک گروه کوچک ولی خیره کار بکنیم. علتش هم این بود که وقتی جمعیت یک اداره زیاد می‌شود، برعکس آن چه آدم فکر می‌کند، کار کمتری انجام می‌شود. آدم‌ها همیشه با هم مسایلی پیدا می‌کنند، گاهی دلشان می‌خواهد بیشتر با هم گپ بزنند، بنشینند غذا بخورند ولی این جمع کوچک ما (این تعداد کم)، گاهی اوقات آن قدر کار می‌کردیم که متوجه نمی‌شدیم وزارتخانه تعطیل شده. به هر حال، در آن دوران به این نتیجه رسیدیم که چند کار باید انجام بشود:

۱- چون می‌خواهیم از سیستم تجاری به سیستم ژنریک برویم باید قسمت قیمت‌گذاری با روش درستی قیمت داروهای ژنریک را تعیین کند. آن‌ها برای تعیین قیمت فرمولی داشتند و قیمت مواد اولیه هر محصول را که کارخانه‌های تولیدکننده دارو، خودشان باید از منبعی معتبر تهیه می‌کردند داشته باشند، ولی کم کم متوجه شدیم که یک ماده اولیه یکسان با قیمت‌های متفاوت وارد می‌شود و چون قیمت داروهای ژنریک برای همه کارخانه‌ها یکسان بود، آن کارخانه‌ای که مواد

مداد و خودکار باید می‌داشتیم متوقف می‌شد، اضافه‌کاری‌ها قطع می‌شد و بخشی از وقت من باید صرف تلاش برای خنثی کردن حیل‌های اداری هم می‌شد. گاهی هیچ توجهی به درخواست‌ها هم نمی‌کردند. یادم نمی‌رود آقای دکتر روشن ضمیر که اهل طنز هم بودند و هستند یک مداد کوچک را که دیگر نمی‌شد در دست گرفت را به ته خودکار خالی بسته بودند و با آن می‌نوشتند. چند بار خودم خریدهای ضروری را با هزینه شخصی انجام دادم ولی بعد از این که به یک جلسه‌ای دعوت شدم و مافوقان من از دکتر روشن ضمیر خواستند که چون مرد است به جای من بروم، تازه فهمیدم که دارند با زبان بی‌زبانی مرا رد می‌کنند. بله ممکن است یک عده‌ای اصلاً دلشان نخواهد که اطلاعات روشن بشود، همیشه شفاف‌شدن ممکن است کسانی را زیر سؤال ببرد. اصلاً شما هر تغییری را که بخواهید در هر جا صورت بدهید، یک مقاومت‌هایی پا می‌گیرد، این مقاومت‌ها شاید دلیل بدی هم پشتش نباشد، ولی خوب به هر حال، آن کارمندی که عادت کرده که طبق یک روندی کار بکند، حالا به او بگویند این روند را یک پله دیگر بالا ببر یا یک مرحله دیگر به آن اضافه کن، ممکن است خوشش نیاید و بگوید کار من را دارید زیاد می‌کنید و منطقی ما برای او قابل قبول نباشد. از طرف دیگر، همکاران ما خودشان را با کارشناسان سایر ادارات مقایسه می‌کردند و می‌دیدند که آن‌ها چقدر راحت هستند، کم کار می‌کنند، بیشتر اضافه‌کاری می‌گیرند. منظورم این است که در یک محیط کاری این مقایسه‌ها صورت می‌گیرد و برای یک عده‌ای یاس ایجاد می‌کند ولی من هم چنان اعتقاد داشتم باید با تمام توان کار کنیم. خبر هر کمبود دارویی

اولیه ارزان‌قیمت‌تری وارد می‌کرد، سود بیشتری نصیبش می‌شد. یعنی رقابتی منفی برای ورود مواد اولیه‌ای که کیفیت مطلوب نداشتند شروع می‌شد، بنابراین، برای آن که از قیمت‌ها اطلاعاتی موثق داشته باشیم از همکارانی که پروفرماها را می‌گرفتند خواستیم با ما همکاری کنند تا کلیه مواد اولیه و جانبی که هر کارخانه وارد می‌کند، براساس الفبا ثبت شود و بتوانیم متوجه موضوع بشویم تا راهی برایش پیدا کنیم. این یکی از بخش‌هایی بود که باید کامپیوتری انجام می‌دادیم.

۲- علاوه بر میزان و قیمت مواد اولیه، میزان داروهای ساخت هر کارخانه و کامپیوتری کردن اطلاعات و داشتن یک سیستم آماری و بانک اطلاعاتی که در برنامه‌ریزی به ما کمک کند لازم بود که این کار دشوار به عهده خانم دکتر مهرآبی گذاشته شد و جریان‌های خیلی دشواری از جمله مقاومت همکاران دیگر در اداره دارو که تغییر را نمی‌پذیرفتند، شروع شد. آن‌ها با فرد متخصص ما همکاری نمی‌کردند ولی به مرور زمان و سماجت و پیگیری خانم دکتر بالاخره جمع بندی جلسات این شد که اطلاعات دستی نباید جمع شود و از اطلاعات جمع‌آوری شده Sortهای مختلف قابل دریافت باشد. یعنی اگر میزان فروش قرص‌ها را می‌خواهیم یا حتی میزان و قیمت واردات لاکتوز به‌عنوان یک ماده جانبی را می‌خواهیم، باید این برنامه بتواند به راحتی به ما بدهد. با توجه به حساسیت‌های آن زمان گزارش‌ها و فیدبک‌های کارخانه‌ها را شخصاً دنبال می‌کردم و در جریان اخبار دارو بودم. متأسفانه، در این روزهای حساس دفتر دچار مشکلاتی می‌شد از جمله حمایت‌هایی که از نظر تهیه و خرید وسایل مصرفی حتی

روی آن‌ها انجام می‌دادند، در حالی که ما براساس Document‌های موجود در اداره دارو اطلاعات دارویی‌مان را، چه در مورد مواد اولیه و چه در مورد محصول ساخته شده و سایر موارد مورد نیاز حوزه دارو جمع می‌کردیم.

← خانم دکتر، شما طبیعتاً برای آن اتفاق جدیدی که قرار بود در کشور بیفتد (طرح ژنریک و همه مسایل دور و بر آن)، نیاز به یک اطلاعاتی داشتید که امکان داشت یک بخشی از آن اطلاعات در گذشته وجود داشته باشد که بتواند مبدا برنامه‌ریزی و محاسبات شما قرار بگیرد، امکان هم داشت اصلاً به این نتیجه برسید که تمام آن اطلاعات نمی‌تواند هیچ بخشی از این نیاز شما را تأمین کند. اگر این هم بوده، برای ما ارزشمند است. یعنی شما میزان مصرف، میزان داروی موردنیاز در هر کدام از گروه‌های دارویی، مواد اولیه و مواد جانبی مورد نیاز، مواد کمکی، مواد بسته‌بندی و غیره را می‌خواستید بدانید، بنابراین، با این معیار، آیا اطلاعاتی از قبل بود که بتواند برایتان مفید باشد یا نه؟

خانم دکتر شیخ‌الاسلام: همان‌طور که قبلاً گفتم گروهی از خبرگان دارویی با این وظیفه ابتدا در داروپخش و بعد بعضی از آن‌ها در معاونت دارو دعوت شده بودند که براساس IMS و براساس اطلاعات دیگری که از شرکت‌ها و سازمان‌هایی که خود واردکننده دارو بودند، مثل شرکت نفت و شرکت‌های خصوصی، هلال احمر، شرکت سهامی دارویی کشور برای تک‌تک اقلام دارویی پیش‌بینی ارایه دهند و ما پایه کار ژنریک را بر آن استوار کنیم. از طرف دیگر، ما از کارخانه‌ها توان تولید و ظرفیت تولیدشان را می‌گرفتیم که براساس آن میزان

ما را به جنب و جوش می‌انداخت و می‌دانستیم که بخشی از بیماران از کیفیت داروها گله می‌کنند. بعضی می‌گویند داروها ارزان است و قاچاق می‌شود و رقابتی که کارخانه‌ها قبل از طرح ژنریک برای بالا بردن کیفیت نام تجاری داروی خود داشتند دیگر وجود نداشت، تولیدکنندگان در جلساتی که با آن‌ها داشتیم عنوان می‌کردند قیمت دوغ و دوشاب یکی شده و به هر حال، از نظر من به‌عنوان یک طرفدار ژنریک این فکر به‌وجود آمد که ممکن است در کشوری که FDA قوی و نظارت مناسب، مردمی که قانونمند هستند و به منافع جامعه احترام می‌گذارند، این طرح خوب اجرا شود، ولی برای کشور ما (با توجه به نبودن سیستم نظارتی و قانون‌هایی که تولیدکننده جرأت کم گذاشتن از نظر مواد اولیه، نوع بسته‌بندی، مواد جانبی و ... نداشته باشد) شاید موفق نشود.

← خانم دکتر، می‌خواهیم بدانیم آیا آن اطلاعاتی که آن‌جا (بعد از انقلاب) جمع‌آوری می‌شد، هیچ ارتباطی با اطلاعاتی که قبل از انقلاب تحت عنوان IMS منتشر می‌شد، داشت؟ یعنی اطلاعات قابل استناد قبل و بعد از انقلاب چه از نظر عددی و ریالی و چه دسته‌بندی آماری و اطلاعات مختلف مورد نیاز در راستای یکدیگر قرار می‌گرفتند تا مقایسه‌ای را ممکن کند. ضمناً تا آن‌جا که شما اطلاع دارید فعالیت IMS تا چه سالی ادامه داشت و کی تمام شد؟

خانم دکتر شیخ‌الاسلام: من در این مورد کمتر از خانم دکتر مهرایی می‌دانم که روش کار IMS با روش کار ما کاملاً متفاوت بود. یعنی آن به‌صورت رندوم با جاهایی که قرارداد داشتند، اطلاعات را می‌گرفتند و جمع‌بندی‌های خاصی کارهای آماری

ما پشت این صحنه چشم‌مان به صدجا باشد، یعنی به جز کارخانه‌های دارویی و واردات دارو و پاییدن تولید و غیره، مراقب آمار بیماری‌ها، اپیدمی‌ها، نشانه‌های وبا یا مالاریا، سل مقاوم و ... نیز باشیم به هر حال، در مورد کارخانه‌های داروسازی که هر کدامشان برای خودشان براساس سهمیه خود برنامه‌ریزی داشتند، هم به یک توافق‌ها و نهایتاً برنامه پذیرفته‌شده‌ای می‌رسیدیم و در ارتباطی که با آن‌ها داشتیم، مشکلات آن‌ها را پیدا و در حد توان حل می‌کردیم.

◀ **خانم دکتر، شما قبل از انقلاب در داروپخش بودید، بعد از انقلاب شما هیچ بهره‌برداری‌ای از IMS در واحد برنامه‌ریزی و اطلاعات داشتید؟**

**خانم دکتر مهرآیی:** بله، من خاطر هست که ما در آن شرکت ایران‌والاس که در حوزه داروپخش و جناب‌عالی هم بود، شما یک بار من را در دفترتان خواستید و فرمودید که این اطلاعات IMS را به اطلاعات ژنریک براساس فهرست داروهای اصلی ایران تبدیل کنید و ما حدوداً ۵، ۶ نفر کارشناس داروساز آن‌جا بودیم، با خانم دکتر عطابخش، آقای دکتر یوسف‌نژادیان، سعی کردیم این کار را انجام بدهیم، ضمن این که بعضی جاها واقعاً سخت بود، چرا؟ همان‌طور که خانم دکتر فرمودند، IMS می‌آمد فروش ۱۰۰ تا داروخانه را به صورت اتفاقی یا رندوم می‌گرفت و با آن سیستم آماری مجهزی که داشت، تعمیم می‌داد به کل فروش کشور. این کار در آن زمان خوب هم بود برای این که شرکت‌های چندملیتی در واقع می‌آمدند ببینند فروششان در چه وضعیتی قرار دارد. مثلاً سپورکس گلاکسو در چه وضعی است؟ در واقع، آمار IMS بیشتر مورد بهره‌برداری شرکت‌های وارداتی قرار می‌گرفت تا

تولید و مواد اولیه مورد نیاز آن تولید را (البته میزان نیازشان را خودشان هم محاسبه می‌کردند و به اداره دارو می‌فرستادند) جزو سهمیه آن‌ها قرار دهیم و چون قسمت‌های دیگر اداره دارو براساس آن میزان نیازی که آن‌ها اعلام می‌کردند ارزش تخصیص می‌دادند یا حمایت‌هایی می‌کردند که آن‌ها بتوانند آن دارو را به آن میزان یا بیشتر بسازند، ما جداولی داشتیم و مقایسه می‌کردیم و تخمین کارخانه را در اول سال با تولید واقعی مقایسه می‌کردیم و به آن‌ها امتیازات منفی و مثبت می‌دادیم. بعضی وقت‌ها مجبور می‌شدیم که در کمبودهایی که به ما گزارش می‌شد مثلاً داروهای ضدسل و غیره، یا کارخانه تماس بگیریم و دلیل کمبود به وجود آمده را بررسییم اگر مشکل حل شدنی بود مثلاً منتظر جواب آزمایشگاه بودند یا قطعه‌ای از دستگاه خراب بود و قول می‌دادند زود آن را حل می‌کنند، ما منتظر می‌ماندیم ولی اگر مطمئن می‌شدیم که این کارخانه توانایی تولید را ندارد، با همکاری کارخانه مواد را به کارخانه دیگری که همان دارو را می‌ساخت ولی ماده اولیه نداشت منتقل می‌کردیم و مراقب بودیم تا میزان تولید شده را به جایی که نیاز بود برسانیم. ما با قسمت دارویی جبهه‌ها هم در تماس بودیم و کمبودهای آنان را هم می‌دانستیم و از طریق هلال احمر یا کارخانه‌های داخل سعی می‌کردیم مشکل کمبود را حل کنیم. سلامت جبهه‌ها برای این که اپیدمی در آن‌جا نداشته باشیم، همیشه در اولویت بود. هیچ وقت شما در هیچ جنگی نمی‌بینید که اپیدمی‌هایی گزارش نشده باشد، اما در ۸ سال جنگ ما، یک اپیدمی هم گزارش نشد و این نشان می‌دهد مدیریت سلامت در جبهه‌ها خوب عمل کرده است. عنوان دفتر برنامه‌ریزی باعث می‌شد

در آن مجله‌ای که آقای دکتر تقوی نظارت داشتند (طب و دارو) و در آن مقاله‌ها و آن مستنداتی که ایشان نگهداری می‌کردند بتوان آمار قابل استنادی را یافت. به هر حال، IMS می‌تواند رقم ریالی آن سال‌ها را نشان بدهد که کل بازار چقدر است. منتها کل بازار براساس آن فروش ۱۰۰ تا داروخانه استخراج و به کل تعمیم پیدا کرده است، بنابراین، رقم IMS یک رقم تخمینی است.

← خانم دکتر، بهره‌بردار آن اطلاعاتی که شما استخراج می‌کردید، حالا تحت عنوان بانک اطلاعات بود یا هر چیز دیگر، چه سازمان‌ها، مراکز، ادارات و ارگان‌هایی بودند، اعم از مراکز مرتبط با واردات، تولید، توزیع، نظارتی، مدیریتی و غیره؟

خانم دکتر شیخ‌الاسلام: صنایع دارویی داخلی بودند که می‌توانستند میزان‌های تولید خودشان را با کارخانه‌های دیگر بسنجند و رتبه خود را در تولید بدانند.

وزارت بهداشت یا دفتر خود ما بود که از این جمع‌بندی‌ها و مقایسه آن‌ها با تعهد تولیدکننده، به عدد واقعی‌تری نزدیک می‌شد.

از این اطلاعات برای درک واقعی میزان واردات مطلع می‌شدیم و چون همه نمایندگی‌های شرکت‌های خارجی واردکننده دارو که در ایران بودند تعطیل شده بودند و واردات کلیه داروهایی که تولید نمی‌شد به‌عهده شرکت سهامی دارویی کشور و سازمان هلال احمر بود، بعدها برای نیازهای فوری مرکز فوریت‌های هلال احمر هم ایجاد شد که با بوروکراسی کمتر می‌توانست دارو یا واکنس مورد نیاز را وارد کند. علاوه بر آن، سیستم بهداشت کشور می‌توانست بهره‌برداری کند که ما مراقب

شرکت‌های تولیدی. ولی کاری که گروه شورای عالی می‌خواست انجام بدهد این بود که ما در سطح کشوری، در سطح تولید آمار داشته باشیم و بتوانیم دقیقاً محاسبه کنیم تا دچار کمبود نشویم. بنابراین، جنابعالی فرمودید این‌ها را تبدیل کنید. خوب آن‌هایی که عیناً ژنریک بود مثل سپورکس که سفالکسین بود، این‌ها را ما می‌توانستیم تبدیل کنیم ولی مواردی بود که اصلاً در فهرست وجود نداشت و فروش‌هایی هم داشت، حالا من نمی‌توانم بگویم چقدر. مواردی بود که داروی ترکیبی بود، یعنی بخشی از دو داروی ژنریک را داشت که ما نمی‌توانستیم این را واقعاً تقسیم کنیم. بنابراین، ما یک زمان (فکر می‌کنم زیر ۶ ماه) گذاشتیم و یک فهرستی را هم براساس ژنریک تهیه کردیم و آوردیم خدمت جنابعالی. ولی من احساسم این بود که این فهرست مورد قبول جنابعالی واقع نشد، حالا من نمی‌دانم به چه دلیل، اما در هر صورت این کار انجام شد و آمد خدمت شما و من نمی‌دانم که چه اتفاقی برایش افتاد، من فقط تا این‌جا را می‌دانستم.

← خانم دکتر، آیا ما هیچ اطلاعات و آماری داریم که قبل از انقلاب مصرف دارو چقدر بوده؟

خانم دکتر مهرایی: از نظر ریالی یا تعدادی؟

← خانم دکتر، ریالی.

خانم دکتر مهرایی: از نظر ریالی قبل از انقلاب، من خدمت آقای دکتر بیاتی هم عرض کردم که چون ما در داروپخش فقط آمار داروپخش را تهیه می‌کردیم، بنابراین، خواسته شما را برآورده نمی‌کند. شاید بهترین جایی که این آمار می‌توانست وجود داشته باشد نزد اداره دارو قسمت واردات (خانم دکتر نیایان و خانم دکتر سیمونیان) بود. بنابراین ما متأسفانه هیچ اطلاعاتی نداشتیم. مگر این که



داشت. خوب وقتی که این تولیدکننده می‌بیند که این همه زحمت می‌کشد، باید به همان قیمت داروی خود را بفروشد که رقیب وی داروی با کیفیت پایین‌تر از محصول او را می‌فروشد و سود بیشتری می‌برد، به مرور انگیزه‌های خود را از دست می‌داد. در حقیقت این نقطه‌ضعف طرح ژنریک بود، یعنی رقابت در عرصه تولید دارو از بین می‌رود و شاید اگر یک سیستم Ranking به تولیدکننده می‌دادیم مانند هتل‌ها، ما هم می‌توانستیم حداقل کارخانه‌ها را به کارخانه‌های یک و دو و سه تقسیم کنیم و امکانات بیشتری به کارخانه‌هایی می‌دادیم که رتبه بالاتری دارند.

← خانم دکتر، قبل از این که برویم سراغ این بخش، چون این بخش آسیب‌شناسی طرح ژنریک برای ما خیلی اهمیت دارد که بعد به آن می‌پردازیم. قبل از این ببینیم که همان بحث برنامه‌ریزی شما، در حقیقت نیازتان چه بود و چه جوری این پایه‌گذاری اتفاق افتاد و بعد چه جوری به پیش رفت و شما احساس کردید که حالا از کجاها باید وارد ریز این اطلاعات بشوید، اطلاعات جدیدتر را باید بگیرید و این‌ها چه نقایصی دارند، چه مبانی جدیدی را باید بهش اضافه کنید. الان در این مرحله اگر ما بتوانیم آن کار بزرگی که اتفاق افتاده، به درستی تبیین کنیم شاید یک مستندی برای آیندگان باقی بماند چون ببینید مهم‌ترین نکته‌اش این بود که صنعت و تجارت دارو در مملکت داشت از شکل آزاد به شکل کاملاً متمرکز تبدیل می‌شد. این تمرکز طبیعتاً نیاز به یک اطلاعات دقیق داشت. چون در آن زمان یک جا قبول کرده بود که پاسخگوی همه چیز باشد. یعنی وزارت بهداشت تقبل کرده

نیازهای خاص آن‌ها بودیم که پشتیبانی کنیم و ببینیم که چه می‌خواهند و چه مشکلی وجود دارد. هر وقت که یک دارویی به هر حال، نیاز بود حتی از ارتباطات شخصی مان استفاده می‌کردیم تا این دارو حتماً تولید یا وارد بشود.

ضمن این که این سیستم اطلاعاتی برای اولین بار کل نیازهای مواداولیه دارویی را مشخص می‌کرد و سازمان صنایع می‌توانست به‌عنوان بهره‌بردار به متقاضیان موافقت اصولی تولید مواداولیه داروها را بدهد و همان‌طور که می‌دانید شرکت داروپخش هم با استفاده از همین آمار شرکت تماد (تهیه مواد اولیه دارویی) را تأسیس کرد تا به ساخت بعضی از اقلام مواد اولیه پردازد.

خانم دکتر مهرآیی: همان‌طور که در قسمت اول صحبتتان فرمودید، من خاطرم هست که اداره مبارزه با بیماری‌های واگیر مرتب با دفتر در ارتباط بودند و می‌خواستند بعضی از اقلام حتماً تأمین بشود.

خانم دکتر شیخ‌الاسلام: بله، درست است. هم آن‌جا، هم قسمت دارورسانی به جبهه‌ها و مرکز فوریت‌ها از نیازمندان اصلی اطلاعات بودند. ضمناً بهتر است یادآوری کنم علت این که خواستیم مواداولیه دارویی هم رصد شود و در فهرست بیاید، کیفیت همین مواد اولیه بود که ما با مقایسه قیمت‌ها می‌توانستیم پی به بروز یک مشکل بزرگ در عرصه ژنریک و نظام دارویی کشور ببریم. کارخانه‌ای که مواد اولیه خوب می‌خرد و در سیستمی کاملاً منطبق با GMP و کیفیت بالا یک داروی ژنریک را تولید می‌کرد، محصولش با داروی ژنریک مشابه که در کارخانه بسیار ضعیف و بدون رعایت اصول تهیه می‌شد قیمت یکسان

بود که پاسخگوی نیاز جامعه باشد، پاسخگوی ارزش مصرفی، بودجه ریالی مربوط به این بخش و مسایل و مشکلات جبهه و جنگ و این‌ها هم که خودش بحث جدایی بود و همه مسایل مربوط به داروی مملکت باشد. برای همین می‌خواهیم بدانیم که شما در حقیقت چه احساس نیازی کردید، به همان دلیل که می‌فرمایید که احساس کردید IMS به دردتان نمی‌خورد و نیازتان را برطرف نمی‌کند و بعد هم ساختار آن چه‌جوری شکل گرفت و بعد هم چه‌جوری به پیش رفت، تا این که بعد به آسیب‌شناسی آن برسیم.

**خانم دکتر شیخ‌الاسلام:** قبلاً گفتم گروهی که در ابتدا به آن‌ها اشاره کردم یک فهرست مقدماتی به ما دادند. شاید این همان فهرستی باشد که خانم دکتر مهرایی به آن اشاره کردند که براساس IMS و آمار داروهای که توسط شرکت‌های وارداتی که نمایندگی‌های شرکت‌های بزرگ و معروف را داشتند، به‌دست آمده بود. آن‌ها از سازمان‌های بیمه هم آمارهایی داشتند و تلاش جمعی دو سه ماهه‌ای انجام شده ولی ما یک کار دیگر هم در دفتر کردیم، ما از کارخانه‌های داروسازی میزان تک‌تک اقلام دارویی‌شان را با تهیه جداولی که برای همه فرستادیم گرفتیم. واردات شرکت سهامی و سازمان هلال‌احمر را هم داشتیم. درست است که کار بسیار دشوار بود ولی یک دبل چک بود که ما را مطمئن کند. این کار واقعاً وقت و انرژی زیادی از ما می‌گرفت. ما برای داروهای چند مواد اولیه‌ای تخمین‌ها را روی داروهای ژنریک تقسیم می‌کردیم. هر فهرستی که از کارخانه‌ای می‌رسید، ما این کار را روی فهرست انجام می‌دادیم و همین‌طور تعداد داروهای ژنریک بالا می‌رفت. این

مبنای کار ما بود، البته، من با یکی از اساتیدم در دانشکده بهداشت صحبت کردم و روش را برایشان توضیح دادم، ایشان گفتند اگر کارخانه آمار اشتباه یا زیادتر داده باشد شما به چه وسیله کنترل می‌کنید، چون کارخانه براساس تولید سال‌های گذشته سهمیه می‌گیرد، ممکن است آمار بالاتر بدهد. ما به‌طور تصادفی روی بعضی اقلام دارویی کارخانه‌ها در حضور مسؤول فنی و تولید مواد اولیه وارداتی را محاسبه می‌کردیم. اگر اطلاعات درست نبود آن کارخانه برای دفتر به‌طور محرمانه زیر سؤال بود. گاهی افراد کارخانه که به کار خود مطمئن بودند با ناراحتی می‌رفتند ولی چند روز بعد اسنادی را پیدا می‌کردند که بخشی از ماده اولیه را از کارخانه دیگر قرض کرده بودند و خود را تبرئه می‌کردند و ما هم خوشحال می‌شدیم. صادقانه بگویم هر کدام از ما در این شرایط بیش از چند نفر کار می‌کردیم و این احساس قوی که اکنون فرزندان یا برادران و پدران ما در جبهه‌ها می‌جنگند و از جان مایه می‌گذارند در همه ما چنان قوی بود که هرچه بیشتر کار می‌کردیم، خودمان را در حد آنان نمی‌دیدیم و با این حس و حال تا آن موقع که من دفتر برنامه ریزی را اداره می‌کردم ما دچار کمبودی که نتوانیم به سرعت حلش کنیم نشدیم. حتی در جبهه‌هایمان هم دچار کمبود نشدیم. البته، داروهای فوریتی جبهه‌ها را هم بارها و بارها پیگیری می‌کردیم. در مراحل بعدی ممکن است ما کمبودهایی داشتیم، منتها این باز به آسیب‌شناسی مربوط می‌شود. ببینید، علت بعضی از مشکلات این بود که ما همراه با طرح ژنریک آموزش منسجمی نه برای دانشجویهای پزشکی، نه برای پزشکان کشورمان نداشتیم و هم‌دلی آن‌ها را برای این برنامه جلب نکرده بودیم که

بود و از مردم، داروسازان و پزشکان خواسته شده بود همکاری کنند یا اگر نقطه نظری و پیشنهادی دارند به ورازت بهداشت خبر دهند. علت این که به یادم مانده این بود که زمانی که روزنامه را می‌خواندم از آن اقدام که برای اولین بار کاری که می‌خواهد انجام شود با همه در میان گذاشته می‌شود بسیار خوشحال شدم. ولی نظام نوین دارویی شاید به همان بسنده کرد، در حالی که پزشکان باید دوره‌های متفاوت بازآموزی در مورد همه داروهای جانشین شده را برحسب بیماری‌ها می‌دیدند و حتی در کارگاه‌های خاص شرکت داده می‌شدند، بعضی وقت‌ها آموزش اگر مداوم و مستمر نباشد و فرد اعتقاد نداشته باشد به عملکرد تبدیل نمی‌شود. اگر پزشکان بنام و مشهور کشور را به‌عنوان اساتید این دوره‌ها تعیین می‌کردیم یا با اعضای انجمن‌های تخصصی مختلف مرتباً جلساتی گذاشته می‌شد و در آن جلسات، همدلی بیشتر آن‌ها را جلب می‌کردیم، کار سنگ‌اندازی پزشکان به‌وجود نمی‌آمد.

← خانم دکتر، پس شما کنترل تولید را در میزان موجودی داروها در ارتباط با واردات و کنترل توزیع از بابت گسترده‌گی و پراکندگی توزیع و مراکز توزیع و داروها داشتید. آیا اصلاً این که به فرض یک بخشی از وزارتخانه یک نگرانی در ارتباط با کیفیت یک دارو حالا چه وارداتی چه تولیدی داشته باشد و در همان حال شما نگران عدم عرضه آن کالا باشید، سؤال ما این است که اگر چنین اتفاقی می‌افتاد، بالاخره حرف آخر را کی می‌زد؟ حرف را آن کسانی که مسؤول کیفیت بودند می‌زدند و جلوی ورود یا تولید را می‌گرفتند یا آن گروهی که نگران تأمین داروی کشور بودند؟ خانم دکتر شیخ‌الاسلام: اتفاقاً این مشکل

داروهای غیرژنریک را در نسخه ننویسند و مردم را به ناصر خسرو نکشانند. در حقیقت یک برنامه را باید کامل دید و طرح ژنریک مثلاً توزیع رادیده بود، گفته بود چند تا شرکت توزیع درست شود تا به وسیله این شرکت‌ها کل کشور را پوشش بدهد. قسمت تولید را دیده بود، قیمت‌گذاری داشت کار خودش را می‌کرد. من فکر می‌کنم یک چارچوبی را داشتیم و همان را رعایت می‌کردیم اما مواردی هم نادیده گرفته شد.

← خانم دکتر، آموزش را هم دیده بودند طبیعتاً. خانم دکتر شیخ‌الاسلام: من الان فکر می‌کنم که شاید آموزش را در نظام نوین دارویی آن طور که باید انجام ندادیم و البته، این قسمت جزو شرح وظایف دفتر ما نبود.

← خانم دکتر، شاید در حقیقت در اجرا خوب پیش نرفت، یعنی یک مبحثی تحت عنوان آموزش قطعاً دیده شده بود، به همان دلیل هم مثلاً دانشکده داروسازی آمده بود داروخانه‌های وابسته به دانشگاه را ایجاد کرده بود که در بحث Training دانشجوها وارد بشود، ولی همان طور که می‌فرمایید نباید تنها به یک یا دو نکته در حوزه آموزش منحصر می‌شد.

خانم دکتر شیخ‌الاسلام: باید یک مقدار وسیع‌تر می‌شد.

← خانم دکتر، بله، باید یک برنامه جامع‌تری در حوزه آموزش اتفاق می‌افتاد که الان نکته ما این است که آیا از نظر شما این اتفاق افتاد یا نیفتاد؟ خانم دکتر شیخ‌الاسلام: به‌طور مبهم به یاد دارم که در ابتدای طرح نظام نوین دارویی، یک‌بار در یک روزنامه که یادم نیست کدام روزنامه بود (شاید اطلاعات)، نظام نوین کاملاً شرح داده شده

با آن پارتی‌ای که وارد کرده‌اند مغایر و متفاوت بود بعضی وقت‌ها در مورد کیفیت این اتفاقات می‌افتاد و من همیشه به معاونت گزارش می‌دادم.

← خانم دکتر، حالا اگر این اتفاقات می‌افتاد، کی کوتاه می‌آمد؟ واحد عرضه و تأمین دارو کوتاه می‌آمد یا واحد کیفیت؟

خانم دکتر شیخ‌الاسلام: هیچ کدام به آن صورت کوتاه نمی‌آمدند، آن‌ها پافشاری می‌کردند که تقصیر را به گردن دیگری ببندازند، اگر دارو مهم بود و کمبودش مشکل‌ساز، از مرکز فوریت‌ها می‌خواستیم تا رسیدن پارتی جدید شرکت سهامی مقداری وارد کنند. به نظر من آن‌ها هم واقعاً خیلی خوب کار می‌کردند. به هر حال، من فکر می‌کنم این سوپرویزیونی (Supervision) که ما روی همه چیز داشتیم، بعضی وقت‌ها به ضررمان هم می‌شد. چون خیلی‌ها به ما پشت‌پا می‌زدند، خیلی‌ها نمی‌خواستند چنین سوپرویزیونی باشد. نمی‌خواستند آدم‌هایی باشند که به همه چیز کار دارند. دلشان می‌خواست باری به هر جهت رفتار بشود. حتی من یکی از نامه‌های عجیب و غریبی که دیدم این بود که به ما یک آدرسی دادند و گفتند در این‌جا داروهای ترکیه به‌صورت بالک وارد می‌شود و می‌رود در یک خانه در بسته‌بندی یکی از برندهای خیلی معروف بسته‌بندی می‌شود و بعد می‌آید در بازار. چون هنوز در بازار دارویی، طرح ژنریک کاملاً جایگزین نشده بود، یکی از این آدرس‌ها را پیدا کردیم و خیلی جالب بود که من دیدم که از این Plateها دارند که حتی اندازه درازه را کنترل می‌کنند که مثلاً باید فلان قدر میکرون باشد و هیچ تفاوتی بین این محصول و برند اصلی از نظر قیافه ظاهری و رنگ و جعبه‌اش نباشد و

به شدت وجود داشت. دوره‌ای از زمان، رئیس آزمایشگاه کنترل دارو دو پست داشت. با سمت اول دارو را غیرقابل قبول اعلام می‌کرد و در پست بعدی از آزمایشگاه می‌خواست که دارو را آزاد کند. گاهی اوقات ما نامه‌هایی از پزشکان دریافت می‌کردیم و یا تلفن‌هایی به دفتر ما می‌شد و یا یادداشت‌های عجیب و غریبی می‌رسید که طوری نوشته بودند که در آینه باید می‌خواندیم و اطلاعات این‌گونه هم دریافت می‌شد. نامه‌های زیاد دندان‌پزشکان کشور بود که راجع به آن آمپول تزریقی گزیلوکابین مطرح می‌کردند که اصلاً بی‌حسی نمی‌دهد و البته این دارو توسط شرکت سهامی دارویی کشور وارد شده بود. این یادداشت‌ها می‌گفتند که داروها از کجا و توسط چه کسانی به بازار ناصر خسرو می‌رود و ما مسأله را به معاونت منعکس می‌کردیم.

مثلاً فرض کنید بعضی از داروها که برای استان هرمزگان می‌رفت، برمی‌گشت و دور می‌زد و دارو را به یک جای دیگر در تهران می‌رساند که باز هم در چنین مواردی آن نامه‌ها و امثال آن‌ها نشان می‌داد که چه اتفاقی افتاده است. یادم می‌آید که به قسمت بازرسی داروخانه‌ها زنگ می‌زدیم و جریان را می‌گفتیم بازرس‌ها گاهی می‌رفتند شاید پیدا نمی‌کردند و بعضی وقت‌ها هم جعبه‌های بزرگی را پیدا می‌کردند که آن‌ها را در جاهایی مخفی کرده بودند. به‌خاطر دارم که در مورد آن آمپول گزیلوکابین یا بی‌حس کننده که خودمان هم در دفتر برنامه‌ریزی خیلی دغدغه داشتیم و نمی‌دانستیم چه کار کنیم و نمی‌دانستیم چه کسی را مقصر بدانیم و نمی‌دانستیم چرا آزمایشگاه کنترل دارو کار نکرده. آن‌ها می‌گفتند که این‌ها نمونه برای ما ندادند، بعضی وقت‌ها می‌گفتند نمونه‌ای که این‌ها دادند

با حوزه خودم صحبت کنم. چون آن کاری بود که هر روز انجام می‌دادم. من خودم همیشه فکر می‌کردم این IMS اشکال دارد. بنابراین، سؤال شما به این شکل می‌تواند جواب داده بشود که همان مطلب کارشناسی که فرمودید که هر کاری چگونه باید درست انجام بشود. اگر IMS فروش داروخانه‌های دولتی را ندارد پس ما باید برویم به سمت سیستمی که دقیقاً تمام فروش‌ها را دربر بگیرد و کاری نداشته باشیم به ۱۰۰ تا داروخانه. یعنی این جمله‌ای که جنابعالی فرمودید به نظر من پاسخ بود، یعنی کارشناس‌هایی که علاقه‌مند بودند و شتاب انقلاب گرفته بودند و می‌خواستند یک جاهایی را پر کنند. ولی خوب زمزمه‌هایی هم بود که مثلاً ممکن است که این سیستم، چون به هر حال، متمرکز بود، ولی خوب تا چه حد درست بود، تا چه حد شایعه بود، ولی به نظر می‌آمد این کار درست است، یعنی چون تمام کارها در دفتر برنامه‌ریزی بود، من آن چیزی که فقط می‌شنیدم، این بود که احساس می‌کردم چقدر زنده است. یعنی وقتی یک دارویی نبود، بلافاصله دستور داده می‌شد که وارد بشود. من خیلی لذت می‌بردم. حالا حتماً خانم دکتر هم آن چیزی را که من دیدم، می‌دیدند. چون وقتی می‌دیدند نیست، سفارشش را می‌دادند.

**خانم دکتر شیخ‌الاسلام:** این سؤال شما خیلی از بالا به موضوع نگاه می‌کند و به دنبال Justification این اقدام دسته‌جمعی است. اگر یادتان باشد قبل از انقلاب هم روی شرکت‌های چندملیتی، ترفندهایشان، تبلیغاتشان و ... خیلی بحث می‌شد. آن‌هایی که مردم و سلامت آن‌ها دغدغه‌شان بود نمی‌خواستند سلامت مردم بازیچه دست یک عده سودجو قرار گیرد که با برندهای

جعبه‌هایش هم در ایران چاپ و تهیه می‌شد و بعد یک شکایتی علیه آن فردی که این کار را کرده بود تنظیم شد. خوب با این وضع دشمنی یک عده زیادی را هم برای خودمان خریدیم.

◀ **خانم دکتر،** قبل از انقلاب و جهان آزاد و غرب، یک مدل دیگر بود، یک مدل دیگر هم نظام کمونیستی بود که همه چیز متمرکز بود. اما این مدلی که در ایران پیاده شد، جدا از تبدیل نام برند به ژنریک، این که واردات کنترل شده باشد، تولید کنترل شده باشد که هر کس به چه دلیل، چه میزان از فلان محصول را تولید کند، توزیع کنترل شده باشد که به فرض ما بدانیم سیستان و بلوچستان ۲/۲ درصد، تهران ۲۷ درصد و اصفهان ۸ درصد داروی کشور را مصرف می‌کند. یعنی در توزیع هم مدیریت مرکزی و کنترل بود، در تولید و در تخصیص ارز و در این که چه کارخانه‌ای چقدر و به چه میزان بسازد هم مدیریت بود. این مدل را ما از کجا آوردیم؟ این مدل حاصل برداشت کارشناسان بود، برداشت جلسات بود یا سازمان بهداشت جهانی این مدل را توصیه کرد، این مدل از کجا اقتباس شده بود؟

**خانم دکتر مهرآیی:** من واقعاً در بخش کامپیوتر هرگونه اطلاعاتی باشد در خدمت هستم ولی در مورد شورای عالی متأسفانه چیزی نمی‌دانم.

◀ **خانم دکتر،** خود شما در آن زمانی که بودید و بالاخره این کارها را داشتید نگاه می‌کردید، هیچ‌وقت به فکرتان رسید که ما داریم چه کار می‌کنیم، از کجا مدل گرفتیم؟ صبح که می‌آیم یک تصمیمی می‌گیریم، آیا این تصمیم خودمان است یا جلویمان یک چیزی هست و غیره؟

**خانم دکتر مهرآیی:** پس من می‌توانم در ارتباط

مختلف، یک دارو را می‌آورند و پزشکان را هم با کادوهای آن چنانی نمک‌گیر می‌کنند. بنابراین، با توجه به الگوهایی که در دنیا وجود داشت برای رهایی از این ترندها، عده زیادی از جمله خود جنابعالی به‌عنوان خط‌دهنده و متفکر سعی کردید دگرگونی‌هایی مطلوب را به‌وجود آورید. ما می‌دانستیم که افرادی که نگران هستند بعد از انقلاب این شرکت‌ها مردم را در معرض کمبود بگذارند، طرح نظام نوین دارویی کشور را ترسیم کرده‌اند و این عده کاری به ضرر مردم نخواهند کرد، من به‌عنوان کسی که در وسط کار به جمع ملحق شده بودم و نه از اول کار، این منطق قوی وجود داشت. از طرف دیگر، در بعضی از کشورهای اروپایی و غیراروپایی مثل شوروی یا کشورهای سوسیالیستی، طرح ژنریک انجام می‌شد. اگر به کل کشور نگاه کنید، می‌بینید که در بخش بهداشت هم‌زمان با این، یک تحول بزرگ صورت گرفت، سازمان جهانی بهداشت اجلاس بزرگی را در آلماتا برگزار کرد و همه کشورهای منطقه در این اجلاس با فلسفه PHC یا Primary Health Care آشنا شدند و متعهد شدند که سیستمی را در کشورهایشان طراحی و اجرا کنند که همه مردم به خدمات پایه پزشکی و خدمات بهداشتی به راحتی دسترسی داشته باشند. خودتان می‌دانید که آن مکعب بزرگ که اهداف PHC را مشخص می‌کرد در واقع بیانگر تفکری بود که در پس این طرح قرار داشت. خوب بنابراین، وقتی که این تفکر در کل کشور بود و در یک وزارتخانه، یک معاونت هم داشت با این تفکر تلاش می‌کرد تا چنین خدماتی را به مردم برساند، قطعاً در یک معاونت دیگر هم این بود که

در کنار آن خدمت، ما دسترسی به داروی ارزان‌تر و مطمئن‌تر را فراهم کنیم و جلوی آن سودجوها را بگیریم، جلوی آن تبلیغات خیلی وسیع و نادرست را بگیریم، جلوی آن پورسانت‌هایی که یک عده رد و بدل می‌کنند و کارهایی که به پزشکان داده می‌شود را بگیریم. در مورد کیفیت دارو ما خیلی زود به مشکل پی بردیم که حتی خودم چند بار به معاونت مسأله کاهش کیفیت را که اصولاً اداره نظارت مسؤولش بود می‌گفتم. ایشان مثل این بود که من از فرزندشان انتقاد می‌کنم، یادم می‌آید این جریان که تولیدکننده‌ای آمده بود و می‌گفت وزارتخانه فرقی بین دوغ و دوشاب نمی‌گذارد را به آقای دکتر آذرنوش گفتم و ایشان گفتند شما تحت تأثیر این حرف‌ها قرار نگیرید و کارتان را با جدیت ادامه دهید. سال ۱۳۷۹ حدود ۱۷ سال بعد از شروع طرح ژنریک ملاقاتی با ایشان در کارخانه داروسازی آریا داشتیم، تأکید ایشان این بود که مدیریت کارخانه بروند و برای داروهایشان نام تجاری ثبت کنند. نمی‌دانید من چقدر از این حرفشان تعجب کردم. در این کشور این باب شده یکی می‌آید با عشق و علاقه یک کاری را انجام می‌دهد، یک عده هم با او همکاری می‌کنند. نفر بعدی که می‌آید، دو تا مشکل که می‌بیند، به جای حل مشکل، درخت را از ریشه می‌خواهد بزند، نمی‌گوید که این کار را یک عده‌ای با زحمت، با مرارت، با جان‌کندن درست کرده‌اند، ما بیاییم این کار را درست کنیم. می‌گویند اگر می‌خواهید ایده‌ای را خراب کنید، آن را بد اجرا کنید. شاید پیشنهادی هم که من برای رتبه‌بندی کارخانه‌ها به دلیل کاهش کیفی کار بعضی کارخانه‌ها کرده بودم، ثمربخش نبود، چون هم پارتی‌بازی و هم کارهای غیراخلاقی دیگر برای

هم به نوعی تصفیه‌هایی براساس محاسبات خودشان روی آن بکند. ولی معمولاً هلال‌حمر کمتر از شرکت سهامی دارو وارد می‌کرد و مرکز فوریت‌ها که بعد درست شد فقط به فوریت‌ها می‌رسید. البته، در زمان شروع طرح، نه تنها هلال‌حمر، بلکه خیلی جاهای دیگر مثل شرکت نفت، بیمارستان‌های ارتش و ... دارو وارد می‌کردند، چون معاونت در اجرای طرح آن هماهنگی لازم را با آن‌ها، پشت میز (نه از طریق روزنامه) نکرده بود، هر کدام برای خودشان یک نوع مقاومت‌هایی را نشان می‌دادند. یادم هست که ما برای جمع‌آوری آمار مشکل داشتیم. ارتش، وزارت نفت، نیازهای خودشان را وارد می‌کردند. آن‌ها خودشان را ملزم نمی‌دانستند به این که این آمار را به وزارت بهداشت بدهند و تلاش‌های ما هم بی‌ثمر می‌ماند و بعد هم حمایتی هم از بالاتر نمی‌شد. می‌گفتند به هر حال ما در کل داریم یک نظامی را درست می‌کنیم و کم‌کم آن‌ها به ما ملحق خواهند شد ولی من فکر می‌کنم همان‌طور که فرمودید برنامه، هر برنامه‌ای را که ما بخواهیم اجرا کنیم، باید این سه مرحله را که به آن Triple A می‌گویند بگذرانند اول یک Assessment باید انجام شود که وضع موجود را ببینیم، بعد این Assessment را آنالیز می‌کنیم، تا ببینیم مشکلات چیست و چه راه‌حلی دارد و بعد Action یا اقدام انجام می‌شود. مشکل این بود که ما در جریان هر برنامه اجرایی باید این سیکل را در محدوده‌های زمانی تجدید کنیم. یعنی ما باید مجدداً Assessment کنیم، آنالیز کنیم و action را تصحیح کنیم. این کار در طرح ژنریک نشد و وقتی ما که در کوران کار بودیم مشکلی را می‌گفتیم، بالاتری‌ها ما را نه به‌طور مستقیم، بلکه

گرفتن رتبه‌ای بالاتر شروع می‌شد. خانم دکتر، پس شما نتیجه‌گیری تان و صحبتی که می‌فرمایید عبارت از این است که مسایل نشأت گرفته از شرایط روز بود و حضور یک تعدادی کارشناس دلسوز که یک شناختی هم از گذشته داشته‌اند هم به انجام آن برنامه‌ها کمک کرد. این که با توجه به شرایط و جنگ و انقلاب و پیش‌بینی مسایل آن‌ها و یا به فرض یک برنامه ۳۰ ساله جامع دیده شده باشد نبود. حداقل یک برنامه کوتاه‌مدت مثلاً ۱۰ ساله دیده شد که بعد به تدریج برنامه‌های بعدی دیده می‌شد. خوب، شما تکیه تان به شرکت سهامی دارویی کشور در ارتباط با واردات و بعد یک بخش دیگری هم به هلال‌حمر بود. آیا هلال‌حمر نقش یک واردکننده مستقل داشت یا تثبیتش به‌عنوان لکه‌گیری، به‌عنوان یک چیز فورس‌ماژور (فوریت‌ها) بود و آیا این فوریت برای داروهایی بود که در فهرست ژنریک بود یا نه، با توجه به احتیاجی بود که مثلاً در جبهه، مراکز حساس دیگر و یا یک تعدادی از اطبا یا بخش‌های بهداشتی داشتند؟ اگر هلال‌حمر اجازه پیدا کرد که خارج از فهرست دارویی مملکت، دارو وارد کند، از چه کسی دستور می‌گرفت، یعنی از شما به‌عنوان سرمنشأ تشخیص نیازها شروع می‌شد یا این خواسته از جای دیگری منتقل می‌شد به هلال‌حمر؟

خانم دکتر شیخ‌الاسلام: شما خوب آگاهید که در خیلی از موارد ممکن بود اصلاً کسی به ما اطلاع هم ندهد، دارویی برای جای خاص لازم بود و معاونت مطلع می‌شد و حتی تلفنی به فوریت‌ها سفارش می‌داد، ما هم همیشه نتیجه کار، تخمین‌ها را به مقام بالاتر می‌دادیم و ممکن بود مقام بالاتر

غیرمستقیم سرزنش می کردند. همان که گفتم هیچ حمایتی از دفتر نمی شد و حتی ابزار مصرفی اداری برایمان تهیه نمی شد به دلیل همین گزارش ها بود و درست وقتی که به دلیل همین مسایل رفتم، در مدیریت جدید پرسنل دفتر چند برابر شد و میزان تخمین هایی که ما انجام داده بودیم کاهش یافت که خیلی لطمه به طرح زد.

کاری که مورد نقد قرار نگیرد و در دامنه های زمانی تصحیح و بازنگری نشود و همه مجبور به اطاعت بی قید و شرط باشند، همین طور می شود و نتیجه آن که کسانی که با اعتقاد، با انگیزه برای مردم یک کاری را صورت دادند، یک مرتبه شرمند مردم بشوند.

این چرخه اگر وجود نداشته باشد نه تنها در این برنامه، بلکه در هر برنامه ای کارها آن جور که باید، خوب جلو نمی رود و تعصب بر ایده ای که در یک بستر جدید دارد اجرا می شود و فاکتورهای مختلف روی آن اثر می گذارند درست نیست. تا اجازه انتقاد نداشته باشیم کارها به همین روال است.

← خانم دکتر، ما متعاقب مصاحبه ای که با یک تعدادی از مدیران قبل از انقلاب داشتیم مثل آقای دکتر سیفا...، آقای دکتر مصطفوی و ... برایمان مشخص شد که هلال احمر، ارتش، شرکت نفت، دانشگاه علوم پزشکی و تأمین اجتماعی قبل از انقلاب برای خودشان دارو وارد می کردند. تنها مؤسسه دولتی که می آمد یک مجوزی از اداره دارو می گرفت، فقط شرکت سهامی دارویی کشور (بنگاه کل دارویی) بود، آن هم پروانه نبود، مجوز بود، ولی دیگران نمی آمدند. این نظمی که شما در ارتباط با کنترل تولید، واردات و توزیع دادید، به چه ترتیبی مستقر شد که همه جا را

گرفت به طوری که امروز دیگر هیچ مؤسسه ای خودش واردکننده دارو نیست. آیا این نظم، نظم دستوری بود که از طریق اداره دارو اعمال شد، که مثلاً شما اجازه ندارید یا گمرک اجازه ترخیص ندارد، یا آن ها احساس کردند که در نظم کلی که شکل گرفته دیگر از آن ها سلب وظیفه شده است؟ خانم دکتر شیخ الاسلام: می دانید که من در ابتدای کار دفتر و اولین نفری بودم که دفتر را براساس نیازی که بود هدایت می کردم و فکر نمی کنم قطع شدن واردات برای آن ها ناگهانی اتفاق افتاده باشد ولی به مرور که دفاتر شرکت های دارویی چندملیتی تعطیل می شد، این ارگان ها شبکه اصلی ارتباطی خود را از دست می دادند و بازاریابی شرکت های دارویی چندملیتی هم مسلماً قطع می شد و آن ها نمی دانستند و نمی توانستند دارویی را وارد کنند.

خانم دکتر مهرایی: من شاید بتوانم یک جوابی بدهم هر چند جواب های من مثل جواب های خانم دکتر جامع و کامل نیست. به نظر من شاید بحث تخصیص ارز نقش اساسی را داشته، چون وقتی که ارز را تخصیص نمی دادند، یک عده نمی توانستند فعالیت مورد نظرشان را به انجام برسانند و حتی اگر می خواستند اقدام کنند باید با ارز آزاد این کار را انجام می دادند. خوب آن موقع درست است که ارز ۷ تومانی بود و بعد بالاتر رفت. من فکر می کنم خود این خیلی بحث مهمی بود و این که دارویی که وارد می شد از سوی شرکت سهامی قیمتش خیلی ارزان تر از دارویی بود که دیگران می خواستند وارد کنند. آن بحثی که جناب عالی فرمودید (راجع به سؤال قبلی، برای این که آن چیزی که من در ذهنم است برای جلسه ارایه کنم) که چطور شد که کشیده شد؟



حوزه معاونت باشد ناگزیر مشکلاتی که اشاره شد به وجود می‌آید.

خانم دکتر شیخ‌الاسلام: این همان آسیب‌شناسی است.

◀ خانم دکتر، بله، این‌جا طبیعتاً می‌توانست یک مشکل اتفاق بیفتد و آن این‌که هر جا که کیفیت از سطح لازم برخوردار نبود، چون سرنخ دست همین بخش بود، احیاناً خدانکرده تحت تأثیر آن بحث پاسخگویی و این‌ها قرار بگیرد و بعد دستوری مسأله کیفیت پیش برود جلو. طبیعتاً هم یک مواردی بوده، ولی این موارد گاهی اوقات برنامه‌ریزی شده، به‌عنوان حمایت منطقی از تولید بوده تا خودشان را به سطح قابل قبول برسانند که خوب طبیعتاً این ایراد جدی ندارد، یعنی آگاهانه این حمایت می‌شده ولی یک جاهایی حالا به هر دلیلی، واقعاً غیرمنطقی می‌توانست اتفاق بیفتد، آیا شما چنین مواردی را در ذهنتان دارید؟ چون بالاخره همان‌که می‌فرمایید مثلاً سیتانوس و امثالهم دچار مسایلی بود، خوب واقعاً اتفاق افتاد. حالا یک مواردی به قول شما سربعاً با جایگزینی مشکل حل شد ولی در حقیقت آن نقیصه اصلی در سیستم سر جای خودش باقی ماند. ما هم نیامدیم در حقیقت بازنگری کنیم و تغییری در برنامه ایجاد کنیم که دیگر تکرار نشود خوب همین اتفاق‌ها هم رخ می‌داد. در حقیقت می‌خواهیم اگر مواردی از این نوع یا از منشأ یک سری شانتازهایی که می‌خواستند این خدمات به این بزرگی را زیر سؤال ببرند به‌خاطر تان هست بفرمایید، چون چنین مواردی قطعاً می‌تواند گره‌گشا و مفید باشد. خانم دکتر شیخ‌الاسلام: جواب دادن به این خیلی سخت است، چون آن موقع من یادم هست

آن شتاب انقلاب، بحث نظام نوین دارویی، بحث انقلاب و کشته‌ها و شهیدان و این‌ها، خیلی بستر خوبی را برای تمام (باز ادامه همان بحث‌ها است) کارشناسانی که فکر خوب داشتند فراهم می‌کرد، آن‌ها هم آمدند روی صحنه و بعد به مرور رفتند و کسان دیگری آمدند که آن قدر دل نمی‌سوزاندند، در نتیجه، به همین جاهایی کشیده شد که بحث خانم دکتر بود که همیشه می‌گفتند که مبدا ما تولیدمان یا مهم‌تر از آن، نظام نوین دارویی ما با بحث کمبود پیوند بخورد. چون وقتی کمبود بشود، دیگر ما از هر جا می‌رویم مواد اولیه می‌آوریم، بعد کمبود ارز را هم می‌گفتند. آن موقع است که ما می‌آییم از همه جا وارد می‌کنیم، از بنگلادش و غیره، در صورتی که خود جنابعالی در جلساتی که در داروپخش داشتیم می‌فرمودید ما می‌خواهیم که ژنریک‌مان از نظر سطح کانادا باشد، ولی به کجا کشیده شدیم؟ به این‌جا که مثلاً مواد اولیه‌مان را از بلوک شرق وارد کنیم.

◀ خانم دکتر، خانم دکتر مهرآبی اشاره دقیقی داشتند، غیر از مطلبی که من به آن اشاره کردم یک گلوگاه دیگر هم به‌وجود آمد که آن ارز بود و آن باعث شد که چون یک جا متولی تأمین داروی کشور شد، همه راه‌ها به آن‌جا ختم بشود، به همین دلیل دیگر کسی نمی‌توانست اصلاً وارد بحث واردات بشود. به اضافه این‌که اصلاً در بحث اصلی طرح ژنریک هم بحث حمایت از تولید داخلی بحث اساسی بود که باید می‌رفت به این سمت. ولی اگر این تمرکز را بخواهیم مثبت تلقی کنیم باید به تبعات منفی هم اشاره کنیم چون اگر یک جا هم متولی تولید و واردات باشد و هم تشخیص کیفیت، یعنی زیر نظر یک

که گاهی اوقات خود ما به آزمایشگاه کنترل دارو زنگ می‌زدیم و آن‌ها را زیر فشار می‌گذاشتیم. برای این که نگران بودیم که از این محموله‌ای که به هر حال، مشکل پیدا کرده، چه در سطح واردات، چه در سطح تولید که آمده بودند نمونه‌برداری کرده بودند و هنوز در قرنطینه نگه داشته بودند، گاهی مشکل کمی ماده اولیه نبود مثلاً برچسب فرض کنید کج چسبانده شده بود یا در شیشه به راحتی باز نمی‌شد و از این قبیل اشکالات می‌گفتیم زودتر جواب بدهید. ضمناً باید اشاره کنم که آزمایشگاه اغلب واژه قابل قبول را به کار می‌برد ولی ما به همان اکتفا می‌کردیم. من خودم شخصاً آن قدر نگران این نبودم اما از کمبود ترس داشتم، چرا؟ چون من اعتقاد دارم یک عده‌ای از مردم که دارو می‌خورند، اگر دارو نخورند هم خوب می‌شوند، مثل قضیه تحقیقات با پلاسبو. اما این نگرانی که دارو نیست، بیشتر مردم را می‌ترساند و می‌روند می‌خرند و انبار می‌کنند. دیگر این که داروهایشان را که می‌گیرند، مثلاً یک قاشقش را می‌خورند و دیگر ادامه نمی‌دهند. بنابراین، در ذهن من کمبود پررنگ‌تر از همه چیز بود.

البته، من اصلاً تصمیم‌گیر اصلی نبودم، ولی در جریان این کار همیشه وزنه را می‌دادم به این که حتی اگر در حد قابل قبول است وارد بازار شود. خصوصاً اگر مواد اولیه اصلی را دارد، نظر من این بود که اجازه بدهید بیاید در بازار، محموله را برنگردانید، برای این که ما الان ممکن است مشکل کمبود داشته باشیم. بنابراین، در ترازوی ذهن آدم باید همیشه این‌ها در تعادل باشند.

گاهی مواردی پیش می‌آید که تصمیم‌گیری را مشکل می‌کند. برای مثال سم د.د.ت. برای از

بین بردن لارو پشه آنوفل مدت‌ها است ممنوع شده، ولی اگر خود ما یک کدام مسؤؤل مبارزه با مالاریا بودیم و سم‌های دیگر ارزبری بالایی داشتند و متولیان حاضر نبودند آن را جانشین کنند چه می‌کردیم؟ آیا می‌گذاشتیم مالاریا یک استان را بگیرد واز کنترل خارج شود یا با حداکثر احتیاط همان سم ارزان‌تر را برای کشتن لارو مورد استفاده قرار می‌دادیم؟ جواب به این سؤال‌ها بسیار سخت است و باید با توجه به شرایط قضاوت کرد.

← خانم دکتر، این ارزی که می‌دادند برای واردات یا برای تولید یا برای هر کارخانه‌ای، اطلاعاتش یا تصمیمش یا دستورش از واحد برنامه‌ریزی می‌آمد یا بخش دیگری در اداره دارو یا حوزه معاونت بود که این اطلاعات را می‌گرفت و پس از تحلیل، نتیجه می‌گرفت که مثلاً از ۱۰۰ بسته از این دوا، ۴۰ تایش باید در این کارخانه تولید بشود، ۳۰ تایش در فلان کارخانه.

خانم دکتر شیخ‌الاسلام: ما اصلاً در قسمت ارز دخالت نمی‌کردیم.

← خانم دکتر، منظور آن میزانی است که هر واحدی باید تولید بکند.

خانم دکتر شیخ‌الاسلام: بله، آن را براساس خط تولید و آمار قبلی کارخانه تعیین می‌کردیم.

خانم دکتر مهرایی: من تا آن‌جا که به یادم دارم، چون زمان آقای دکتر منتصری هم آن‌جا بودم، یک گروهی که خود جنابعالی و دکتر شیبانی هم جزو آن بودید، همگی می‌نشستیم و از خود مجلس در واقع با داشتن فهرست‌های کامپیوتری که چقدر تولید است، چقدر واردات است، جمع این‌ها چقدر ارز است و این فهرست به مجلس برده می‌شد.

← خانم دکتر، نه ببینید، مجلس میزان کل را

که در تقسیم این ارز یا هر امکان دیگری اتفاق می افتاد. این جاها واقعاً احساس کردید که کار به صورت جدی دارد برخلاف آن منطقی که همه این زحمات بابت آن‌ها کشیده می شود اتفاق می افتد یا نه؟ من کاری ندارم درست بوده یا غلط، چون همان طور که خودتان هم اشاره فرمودید امکان دارد از نگاه بالاتر، آن یک کار منطقی تری بوده. ولی در حرفه شما با توجه به آن اصولی که شما به آن پایبند بودید، آیا این تفاوت یک جاهایی واقعاً نقض غرض تشخیص داده می شد یا نه؟

خانم دکتر شیخ الاسلام: کاملاً حالا رفتیم به قسمت آسیب شناسی، من به خاطر دارم که ما از دفتری که کنار ما بود و مسؤول نظارت بر کارخانه‌ها بود می خواستیم که به ما یک گزارشی بدهند. یعنی وقتی می روند این کارخانه را می بینند، ببینند از نظر آن‌ها اگر فرضاً به یک کارخانه خوب ۵ امتیاز بدهیم، این کارخانه چند امتیاز می گیرد، اما این کار هرگز انجام نشد. برای این که ظاهر آن‌ها می رفتند با مقامات بالاترشان صحبت می کردند و این کار صورت نمی گرفت در حالی که ما خیلی دلمان می خواست این ارزیابی را داشته باشیم، ولی نداشتیم.

خانم دکتر، یعنی هیچ بازخوردی از واحد بازرسی برای تعیین رنکینگ واحدهای تولیدی به دست شما نمی رسید که در امتیاز بعدی تان تأثیر بگذارد.

خانم دکتر شیخ الاسلام: بله درست است. نمی رسید.

خانم دکتر مهرآیی: یک بحث دیگر هم این بود که برای کیفیت چون شما بیشتر بحثتان کیفیت است، من تا آن جا که یادم می آید واحد بازاریابی

تعیین می کرد ولی این که چه میزانی داده بشود به تهران دارو و چه میزان داده بشود به ایران دارو، این مدنظر است.

خانم دکتر مهرآیی: ما یک بچ‌شیت‌هایی داشتیم مثلاً برای اسپرین که این چه موادی دارد.

خانم دکتر، درست است، ولی سؤال این است که پارس دارو باید چقدر اسپرین بسازد و تولیدارو چقدر؟

خانم دکتر شیخ الاسلام: براساس ظرفیت تولیدی بود که کارخانه به ما گزارش داده بود. اگر کارخانه یک نکته منفی در گذشته داشت، یک مقداری از بعضی داروهایش کم می شد. چون این‌ها نمره می گرفتند.

خانم دکتر، اتفاقاً رسیدیم سر آن نقطه‌ای که در بحث کیفیت باید به آن پردازیم. ببینید، طبیعتاً به علت این که وزارت بهداشت این محوریت را در تمام ابعاد بحث تعدیل دارو به خودش مرتبط می دانست، یک جاهایی باید یک ملاحظاتی می داشت. یعنی فرض بگیریم شما بر مبنای همان ارزیابی که می کردید به این نتیجه می رسیدید که به شرکت X که با کیفیت مطلوب یا در رنج بالاتر از کف (خیلی بالاتر از کف) می تواند یک محصولی را تولید کند، خوب منطقاً شما باید سهم ارزی این را بیشتر کنید تا آن شرکت بتواند داروی مطلوب را به دست مردم برساند. ولی از یک طرف چون وزارت بهداشت در برنامه کلی و نسبتاً جامعی که مرتبط با وزارت صنایع، سایر واحدهای تولیدی و امثالهم هم بود، باید به فکر حمایت از واحدهای تولیدی هم می بود که در آینده بتواند حالا این‌ها را ارتقا بدهد. یک جاهایی واقعاً تفاوت به وجود می آمد بین ارزیابی که شما داشتید و تصمیم گیری نهایی

بیشتر می‌خواست در آن شرایط بحرانی و جنگ، دارو را تأمین بکند و بیشتر مسأله کمیت مهم بود، ضمن این که خوب به کیفیت هم پرداخته می‌شد. بحث آزمایش‌های هم‌سنگی زیستی است. چون ببینید بحث بیواکی‌والانسی و آزمایش‌های هم‌سنگی زیستی بعداً در وزارت بهداشت مطرح شد. این می‌توانست یک نمره خیلی خوبی باشد برای تعیین کیفیت، همان بحث خانم دکتر که گفتند، نمره‌بندی بشود و به جای این که ما یک دفعه از ژنریک برویم به سوی برند، بدون این که آنالیز کنیم که چرا ما رفتیم برای ژنریک که حالا داریم دوباره می‌رویم برند، ما می‌توانستیم با همان ابزار طرح ژنریک کار را تکامل بدهیم نه این که دوباره برگردیم به همان شرایط قبل و یکی از این‌ها آزمایش‌های هم‌سنگی ریستی بود که مثلاً من خودم وقتی می‌روم داروخانه می‌گویم که آنلول فلان کارخانه را بده چرا؟ برای این که می‌دانستم که مسؤل فنی آن‌جا آن زمان کی بوده و شاید از آن زمان از نمره ۲۰ هنوز یک ۱۰ مانده باشد. این کار اگر در همان اوایل ژنریک انجام می‌شد، خیلی می‌توانست در نمره‌بندی واحدها مؤثر باشد.

← خانم دکتر، ما در یک شرایط خاصی مثل هیجانات انقلاب، گرفتن سفارت و جنگ قرار گرفتیم. بنابراین، یک مقدار زیادی به اصطلاح سناریوی در صحنه می‌نوشتیم. یعنی کارهایی که در ارتباط با تبدیل نام ژنریک، توزیع کنترل شده سراسری، واردات کنترل شده، عدم معرفی دارو به سبکی که قبل از انقلاب بود، انجام شد. آیا این کارها به دلیل شرایطی بود که در ارتباط با تحریم‌ها و قطع ارتباطها به ما تحمیل شد یا این که این تصمیمات، تصمیماتی بود که باید

در جهت تأمین منافع ملی گرفته می‌شد؟ حالا اگر هم تحریم نبود، شاید به این تصمیمات درست بود ولی آیا تحریم‌ها و فشار جنگ سبب شد ما چنین تصمیمی بگیریم یا این تصمیمات متکی به یک اصولی بود که باید بالاخره گرفته می‌شد؟ چون یک مقدار زیادی برمی‌گردد به همان آسیب‌شناسی که در یک برهه‌ای از زمان یک سری تصمیماتی گرفته شد و آن نظام، آن شرایط، آن ناصر خسرو، آن عمده‌فروشی‌ها، آن سیستم واردات، آن گسستگی واردات در ارتباط با این که هر کسی از هر جایی بردارد بیاورد، تبدیل شد به یک نظام متمرکز کنترل شده. آیا این را هر مدیر عاقلی، هر گروهی باید انجام می‌دادند یا آن مسایل ما را مجبور کردند که این کارها را انجام بدهیم؟

خانم دکتر شیخ‌الاسلام: ما وقتی دانشجوی دانشکده داروسازی بودیم، یعنی از آن موقع که دانشجو بودیم (قبل از این که انقلاب بشود) این تفکر وجود داشت که شرکت‌های چندملیتی عوارض داروها را کمتر از آن که در برشورهای خارجی‌شان وجود دارد می‌نویسند و برعکس موارد مصرف را برای کشورهای در حال توسعه بیشتر می‌نویسند. این جو مقابله با شرکت‌های چندملیتی با دانستن این که برای فروش بیشتر کادوهای گرانی که در حد ماشین و سوئیچ ماشین و ویلا و این‌ها می‌دهند می‌دیدیم. یعنی این در حقیقت اقدامات غیرحرفه‌ای بود که ماها را دل‌چرکین می‌کرد، بنابراین، زمینه روانی‌اش کاملاً آماده بود، این یک نکته، دوم این که ما در کشورمان آموزش دانشگاهی داریم ولی این آموزش ما را برای کار در زمینه همان آموزش توانمند نمی‌کند. بسیاری از

← خانم دکتر، نظر شما چیست؟

خانم دکتر مهرآیی: ببینید، یک اصطلاحی آقای دکتر آذرنوش در مورد من به کار بردند و آن هم این که تو سرباز گمنام انقلاب بودی، من شخصاً در سطح فرمانده‌ها و سردارهای بزرگ نبودم.

← خانم دکتر، سؤال ما این است، به عنوان داروساز، به عنوان یک کارشناس، بفرمایید که آیا این تصمیم‌های گرفته شده، تصمیم‌های مقطعی بودند یا هر زمانی که یک عده آدم مفید، صالح فهمیده دور هم جمع می‌شدند باید این تصمیمات را می‌گرفتند؟

خانم دکتر مهرآیی: من باز به قول خانم دکتر می‌روم در آن کشورهای قدیمی مغزم، سالی که شما تشریف آوردید و آن جوی که خانم دکتر یک مقدار گفتند را که به خاطر می‌آورم، می‌بینم ما یک دفعه دیدیم که یک نوع دیگر هم وجود دارد. یعنی همین مشکلاتی که ما می‌دیدیم که مثلاً پزشک می‌آمد هم سپورکس می‌نوشت و هم کفلکس را، آیا نمی‌دانست که این‌ها یکی است؟ برای این که هم آن سوئیچ ماشین را بگیرد و هم آن یکی را این کار را می‌کرد.

← خانم دکتر، یعنی در یک نسخه هر دو را می‌نوشت.

خانم دکتر مهرآیی: بله ما داشتیم. یا همین الان مجلس هلند آمده اعتراض کرده به بازاریابی دارویی دنیا که این دارد از طریق هدایا و این‌ها به پزشک، تبلیغاتش را پیش می‌برد. این اصلاً نباید باشد. یعنی پزشک باید چیزی را که کیفیت دارد، بنویسد نه براساس تبلیغات. ولی می‌بینیم که این موارد هنوز در دنیا هست. کنگره‌هایی که اساتید دعوت می‌شوند با خانواده‌هایشان و غیره. پس

دوره‌های آموزشی دانشگاهی باید بازنگری شوند و دانشجو برحسب شرایط علمی جدید آموزش داده شود. برای مثال، یک داروساز اگر بخواهد داروخانه بزند یک نیازهای درسی دارد، اگر بخواهد داروساز صنعت شود کاملاً نیازهای درسی متفاوتی دارد. اصولاً در دانشکده اصلاً مدیریت دارو یا برنامه‌ریزی دارو در سطح کلان و خرد جایگاهی ندارد، همین Trippl A را که من می‌گویم، باید در آموزش هم مورد استفاده قرار گیرد نه این که ۳۰ سال یک سیستم تدریس شود. می‌خواهم بگویم هیچ یک از ما آن تخصص مورد نیاز برای هدایت یک برنامه کشوری را نداشتیم و به قول شما سناریوها در صحنه نوشته می‌شد. ولی با همان ندانستن، می‌دانستیم در موضع کیفیت، سواستفاده‌ها وجود دارد. اگر هم مسأله را مطرح می‌کردم ممکن بود که خیلی از بالاتری‌هایمان خوششان نیاید. من مثال را در تغذیه می‌زنم، کارشناسان تغذیه ما، توانایی حل مشکلات تغذیه کشور را ندارند. آن‌ها که دفتر برای دادن رژیم غذایی هم می‌زنند توانایی‌های زیادی را باید می‌آموختند که ندارند، یعنی متولیان آموزش کشور از پایین تا بالا باید با درک صحیح از مشکلات جامعه نگاهی دقیق‌تر به سیستم‌ها و متون درسی بکنند.

ولی با وجود این گله‌ها از آموزش، هر فردی در جریان زندگی و کار، تجربه کسب می‌کند و من می‌توانم بگویم که ما می‌دیدیم که با تجربه‌تر از ما افرادی بوده‌اند که با دلسوزی نظام جدیدی را نوشته‌اند، نظامی که مانند پازل قطعاتی دارد که تا جفت و جور نشود شکل اصلی به دست نمی‌آید. یک قطعه این پازل به ما سپرده شد و من تا آنجا که می‌توانستم تلاش خودم را کردم.

هنوز این موضوع در دنیا حل نشده، در حالی که این مسأله به جان انسان مربوط است. بنابراین، من فکر می‌کنم که آن شورای عالی که اول از همه تشکیل شد، تمام پایه‌ها را گذاشت، حتی تأمین مواد اولیه جانبی دارو را هم از نظر دور نداشت. من، آن شکل کلی که نظام نوین دارویی کشور و تمام این‌ها در آن پیش بینی شده بود را خاطر هست. منتها چرا انجام نشد، به خاطر همان موضوعی که عرض کردم که آن نیروهای خوب رفتند کنار، نیروهای خوب را اذیت کردند، به مصداق این که می‌گویند انقلاب فرزندهای خودش را می‌خورد، آن‌ها رفتند کنار و بعد افرادی که (نه این که بگویم همه، بلکه موردی) آمدند بیشتر به فکر منافع خودشان بودند تا مردم و آن کاری که باید انجام بشود. در نتیجه، آن طرحی که باید همیشه به‌عنوان یک چشم‌انداز جلوی ما باشد، دنبال نشد. بنابراین، آن که باید پرورده می‌شد و رشد پیدا می‌کرد و تبدیل به یک شور و حال می‌شد، به‌صورت خیلی عادی دنبال شد.

**خانم دکتر شیخ‌الاسلام:** ببخشید من یک موضوع کوچکی را می‌خواستم در مورد مواد اولیه بگویم که حالا یادم افتاد. وقتی ما روی مواد اولیه کار می‌کردیم، تمام نگرانی ما از چه بود؟ از این که ما داریم می‌گوییم مرگ بر آمریکا و ممکن است یک زمانی درگیر یک جنگ بزرگ‌تری بشویم، خوب اگر آنتی‌بیوتیک نباشد چه کنیم؟ برای همین گروهی جمع شدند که مواد اولیه آنتی‌بیوتیک‌های مهم را در داخل کشور تولید کنند، حتماً یادتان هست که برای این کار چه تلاشی شد، ولی آیا حمایت لازم از این گره بزرگ داروسازها که دغدغه بزرگی داشتند صورت گرفت؟ بنابراین، آن عشق برای حمایت از استقلال کشور به نظر من

آن زمان‌ها خیلی پررنگ بود.

◀ خانم دکتر، حالا اتفاقاً من سؤالی که می‌خواستم مطرح کنم حول و حوش همین قضیه بود. ببینید، با تمام این تلاش‌هایی که اتفاق افتاد که انصافاً کار بسیار بزرگی بود، ما به یک جایی رسیدیم که خوب خوشبختانه پزشکان ما پذیرفته بودند و دیگر ژنریک نسخه می‌کردند و حتی اگر شما در یک برهه زمانی (شاید مثلاً شش سال پیش) می‌گفتید که آقا برند بنویس، اصلاً شاید خیلی از پزشکان نمی‌دانستند که چه برندی را بنویسند. ولی چی شد که یک دفعه ما رسیدیم به شرایطی که انگار که باید دقیقاً برویم به شرایط آزاد دنیا و به نظر شما این چگونه و از کجا اتفاق افتاد؟ یعنی خوب پزشکان ما که انتخاب‌کننده واقعی بودند و قبل از مصرف‌کننده نهایی ایفای نقش می‌کردند، آن‌ها که پذیرفته بودند و بندگان خدا داشتند نسخه‌هایشان را می‌نوشتند. چی شد که یک دفعه به‌طور ناگهانی ما با یک واردات عجیب و غریبی مواجه شدیم که طبیعتاً شاید به جرأت بشود گفت که از حیطة مکمل‌ها شروع شد و به راحتی به حوزه دارو نفوذ کرد که حالا ما که دارو و مکمل‌ها را با هم می‌دیدیم، یعنی در یک Cat-egory می‌دیدیم ولی به هر صورت از یک زمانی این دو بخش از هم جدا شدند، بعد هم اتفاقی که افتاد، این بود که دقیقاً به تمام ابعاد دارو هم نفوذ کرد که الان شما به راحتی می‌بینید که هر پزشکی، هر نسخه‌ای را می‌نویسد، هیچ کس هم جلودارش نیست مگر این که بخواهد بحث بیمه مطرح باشد، در غیر این صورت فکر نمی‌کنم در کشور ما اصلاً کسی مانع نوشتن یک دارو توسط یک پزشک باشد، چه این دارو در فهرست دارویی ما باشد و

هر حال، خیلی چیزها را زیر پا گذاشتم و با کسانی صحبت کردم که نمی‌خواستیم و درخواست کردم که در انستیتوپاستور مثل قبل سرم بسازیم و رئیس انستیتو می‌گفت ما شیشه تمیز نداریم و کسی را نداریم که شیشه‌ها را بشوید و استریل کند. من خواهش کردم در نماز جمعه برویم صحبت کنیم و عده‌ای داوطلب می‌شوند و به کمک ما می‌آیند و همین کار با سختی‌های زیاد انجام شد. یک عده زیادی از داوطلبان آمدند شیشه‌ها را شستند (شیشه‌های قدیمی را) و توسط مسؤول مربوطه استریل شدند و سرم‌ها تولید شد و به کرمانشاه و جاهای دیگری که درخواست داشتند ارسال شد. تبعیدگاه بعدی‌ام کارخانه داروسازی ابوریحان بود که یک زمانی خارج شهر بود ولی با ساخت‌وسازها آمده بود وسط محله‌هایی که مردم زندگی می‌کردند که آن‌جا هم نه جایگاهی داشتیم و نه اتاقی، بالاخره آن‌جا هم خیلی نگران و ناراحت بودم چه کار کنم که با کمک استادی در یک آزمایشگاه معتبر و با هزینه شخصی‌مان تحقیقی روی میزان هورمون در خون افرادی کردیم که در کنار این کارخانه در تهرانپارس دارند زندگی می‌کنند و نشان دادیم که میزان هورمون خون مردم اطراف کارخانه بالا است و من با رئیس کارخانه درگیر شدم که چرا فیلترهای مخصوص نمی‌گذارد و به هر حال، آن‌جا هم دشمنی‌ها را به جان خریدیم. هر جا که رفتیم سعی کردیم مشکلی را که حداقل واضح است ثابت کنم و برای حل آن کوشش کنم. یک مسأله که نمی‌خواستیم آن را بگویم ولی نمی‌گویم برای کدام اقدام من صورت گرفت و خیلی من و خانواده‌ام را زجر داد این بود که یک روز کلاه پسر مرا که از مدرسه برمی‌گشت یک موتوری برداشته

چه در فهرست دارویی ما نباشد. این وضعیت به نظر شما از کجا و چه‌جوری اتفاق افتاده؟

خانم دکتر شیخ‌الاسلام: آقای دکتر حالا که شما به جای حساس رسیدید بگذارید من بگویم که نتیجه آن چند سال کار شبانه‌روزی ما در دفتر برنامه‌ریزی دارویی چه پاداش‌هایی برای من داشت. شاید فکر کنید حرف‌هایی که من می‌زنم ربطی به موضوع ندارد، در حقیقت من به‌عنوان یک نمونه کوچک که با عشق و صداقت کار کرده بودم چرا مستحق آن رفتارها بودم. به هر حال، این نوشته‌ها را افرادی خواهند خواند، اگر ما چنین برخوردهایی با خادمان صادق خودداشته باشیم، آنان که نظاره‌گر هستند دیگر از این الگو تبعیت نمی‌کنند، وقتی این اتفاقات افتاد من بخش دارو را ترک کرده بودم، ولی این اتفاقاتی که شما به آن اشاره کردید مرا واقعاً متأثر کرد و می‌کند. می‌دیدم و می‌بینم که نتیجه کار پرمشقت گروهی دلسوز چه آسان به یغما می‌رود کسی هم نمی‌داند به چه بگوید و به کجا شکایت برد. بگذارید به پاداش‌هایی که به من داده شد اشاره کنم. من بعد از دفتر برنامه‌ریزی در حقیقت دو تا تبعیدگاه داشتم که آن تبعیدگاه‌ها هم مرا نخواستند بودند و بنابراین، من کاری برای انجام دادن نداشتم. یکی انستیتوپاستور بود که نمی‌دانستم برای چه آن‌جا بودم، نه می‌زی داشتم نه حتی یک صندلی که بنشینم. به یاد دارم که فقط یک کاری را توانستم بکنم و آن این بود بعد از بمباران‌های شدید کرمانشاه، مرحوم دکتر عقیقی دوستم که آن‌جا خدمت می‌کرد به من زنگ زد که مشکل خیلی حاد است و به ما سرم برسائید، متأسفانه سرم‌هایی که از طریق شرکت سهامی وارد شده بود مشکل داشت و من رفتم به

بود و بچه هراسان این موضوع را به من گفت، همان شب تلفن کردند اگر ادامه بدهی این بار خودش را خواهیم برد و این مسأله موجب خیری شد که من به‌طور کلی از قسمت دارویی وزارت بهداشت کنار بکشم و خود را از معاونت دارویی به بخش بهداشتی که عمده کارشان پیشگیری از بیماری‌ها، خطر فاکتورها و حفظ و ارتقای سلامت بود و هست منتقل کنم.

← خانم دکتر، دکتر جواهری رئیس ابوریحان بودند؟

خانم دکتر شیخ‌الاسلام: بله، البته، ایشان با این که نتیجه کار من نارحتشان کرد ولی برای کاهش نشت مواد به بیرون از کارخانه اقداماتی کردند. علت این که من به بخش بهداشت رفتم هم این بود که دیگر به این نتیجه رسیدم که من دیگر نمی‌توانم جایگاهی در نظام دارویی کشور داشته باشم و البته، در دارو هم که بودم، اگر یادتان باشد فیلم‌های خیلی خوبی را (با کمک روانشاد دکتر تنها، شرکت توزیع پخش هجرت) برای سلامت و با ایده سلامت می‌ساختیم و سعی می‌کردم بودجه‌ها برود برای پیشگیری از بیماری‌های اسهالی که بچه‌ها را می‌کشت و مبارزه با آن از اولویت‌های اداره بهداشت خانواده در معاونت بهداشت بود.

← خانم دکتر، ما مواجه هستیم با یک درهم‌ریختگی ناشی از واردات در زمان غیرمناسب یا واردات غیرمنطقی و بی‌رویه و بعد فشار به تولید، در این جا ۲ سؤال را با هم داریم. یک سؤال این است که اگر تولید به اندازه کافی باشد و کیفیت آن تولید هم مطلوب باشد، آیا منطقی هست که موازی با آن اجازه واردات داده بشود یا خیر؟ سؤال دوم عبارت از این است که چه جوری می‌شود طیب را

نسبت به کیفیت تولید قانع و مطمئن کرد؟  
خانم دکتر شیخ‌الاسلام: در مورد سؤال اولتان که به هر حال، جواب منفی است، مگر این که داروهایی باشد که امکان تولید آن‌ها با کیفیت مطلوب در کشور فراهم نباشد و یا هنوز بررسی‌های لازم در مورد خواص آن‌ها و امکان تولید در داخل انجام نگرفته باشد که آن هم باید برود توسط کارخانه‌ای که توانمند است مورد بررسی قرار بگیرد چون به هر حال، صنعت دارو همیشه در حال رشد است و ما در طول این سال‌ها دیدیم که خیلی از داروهای وارداتی ما توسط همین کارخانه‌های داخلی تولید شد. ما تعداد کارخانه‌هایمان زیاد است، ظرفیت تولیدمان بالا است، کیفیت موادمان هم خوب است، کارشناسان خوبی هم در بخش صنعت داریم، الان دکترای صنعتی هم داریم، پس ابتدا باید به تولید داخلی فکر کنیم و اگر واردات در مقطعی ضروری است، البته می‌توان وارد کرد. دومین سؤالتان هم که چگونه می‌توانیم نظر و اعتماد پزشکان را جلب کنیم، ببینید، ما مسایل اجتماعی جامعه را جدا از هم نمی‌توانیم ببینیم یعنی اتفاقاتی که در سطح سیاسی می‌افتد، در سطح اجتماع می‌افتد، این‌ها کنش و واکنش‌هایی را در پی دارند که روی هم اثر می‌گذارند. وقتی که مثلاً در سطح بالای کشور رقم دلاری بالا یک سه به اضافه چند صفر دزدی می‌شود، حتی روی به‌ورز خانه بهداشت یک دهکده دور اثر می‌گذارد، می‌گوید این‌ها دارند ثروت ما را چپاول می‌کنند، من این‌جا روز و شب کار کنم و حقوقی اندک داشته باشم. یک مسلول اگر در یک روستا باشد، به‌ورز مرد ما باید هر روز خودش برود داروی سل را به او بدهد. وقتی که من با یک به‌ورز برای یک تحقیق مصاحبه می‌کردم



نام «ما چرا چنین شدیم» چاپ شده است، به تمام نکات ظریف فرهنگی ما ایرانیان که دارد موجب درجا زدنمان می‌شود و راهمان را بر توسعه می‌بندد و ناشی از دیکتاتوری سال‌های سال بر گرده ملت بوده می‌پردازد. از چنگیز و مغول و قتل و غارت و فلان گرفته تا این که این نسل، نسلی شده که فقط به فکر حفظ منافع خودش است و به منافع ملی کمتر می‌اندیشد. اگر ما دورنگی، نان به نرخ روزخوری، چشم و هم‌چشمی برای داشتن زیاد به هر قیمتی را به‌عنوان یک اپیدمی دردناک ببینیم، می‌توان نشست و برای حل این مشکل اساسی راه حل پیدا کرد ولی اگر فکر کنیم که فرهنگ ما بهترین و هنر تنها نزد ایرانیان است و بس در همین دور باطل خواهیم ماند.

کتابی که گفتم این‌جا در ارشاد ۷ سال است که مانده و چاپ نشده مسأله این است که وقتی این مشکلات فرهنگی وجود دارد، من یک مرتبه می‌بینم که واقعا تصمیم‌گیری راجع به این که ورود مکمل‌ها، از بخش دارو که بالاخره یک قوانینی دارد، یک ضابطه‌ای دارد، بیاید برود در غذا و به یک عده خاص مجوزهای خاص بدهند، من دیگر چه فکری می‌کنم؟ من می‌گویم من دیگر مال این سیستم نیستم، من غریبه‌ام، من غیر خودی‌ام. **خانم دکتر مهرآبی:** اگر اجازه بدهید شاید تکرار باشد ولی یک تکه‌ای، آقای جمالی یک بحثی داشتید که چطور شد که ما از ژنریک که همه هم داشتند می‌نوشتند و این اسامی طولانی مثل مفنمیک‌اسید به جای پونستان را همه نوشتند و همه هم یاد گرفتند، چه شد که یک مرتبه رفتیم به سمت برند، در مورد آن باید بگویم که ما برنامه‌ریزی‌های بلندمدت ۵ ساله داشتیم، آقای

(Deep Interview) می‌دیدم که این به‌ورز زحمت‌کشی که گاهی اوقات سه کلاس ابتدایی درس خوانده و ما برایش دوره‌های آموزشی فراوانی گذاشته‌ایم و جزو سربازان خط مقدم جبهه بهداشت و سلامت است، چگونه با تغییرات پی‌درپی مدیران صدمه می‌بیند و چگونه مسایل ملی در سطح کلان روی او اثر می‌گذارد. الان وقتی که دزدی در بانک و بیمه و این طرف و آن طرف هست، شما انتظار دارید در قسمت دارو که همه‌اش هم می‌گویند مافیای دارویی، مافیای دارویی نباشد؟ من آن موقع در صدد نوشتن برنامه برای تغذیه جامعه در معاونت بهداشت بودم که شاهد این مسایلی که گفتید بودم. به آقای دکتر آذرنوش گفتم دکتر چه دارد می‌گذرد؟ گفت ببین، من بدبخت دارم برعکس همان کاری که برایش سینه زدم را انجام می‌دهم. چند سال بعد ایشان یک بازدید از کارخانه آریا داشتند، دکتر محمد به من گفت که دکتر آذرنوش می‌آید تو هم بیا. آن‌جا که رفتم، دکتر آذرنوش گفت که من به شماها توصیه می‌کنم بروید برند ثبت بکنید، من پیش خودم فکر کردم چرا ما در این کشور مرتب باید تکرار و تکرار و باز هم تکرار داشته باشیم و هی برگردیم به عقب و از نو بسازیم؟ غم وجود آدم را می‌گیرد، یک عده‌ای مایوس می‌شوند، یک عده‌ای سرتق‌بازی درمی‌آورند که نگذارند نتیجه‌های به‌دست آمده به هدر رود که کار دستشان می‌دهد. به هر حال، به دلیل واضحی اکنون تعداد مایوس‌ها و بی‌تفاوت‌ها و نان به نرخ روزخورها خیلی بیشتر از آدم‌های پرکوش برای منافع ملی می‌شود.

ولی ما لطمه‌ای که داریم می‌خوریم، بیشتر از مسایل فرهنگی است. خواهر من کتابی را نوشته «در اسارت فرهنگ»، این کتاب که در استرالیا به

دکتر نیلفروشان اصلاً همه این‌ها را می‌توانند خیلی خوب پاسخ بدهند.

← خانم دکتر، ما چون بحث مان مستندسازی هست، هر مستندی می‌تواند برایمان مفید باشد و الا خدانکرده می‌شود بحث سلیقه شخص یا اشخاص.

خانم دکتر مهرآیی: من یادم می‌آید که در برنامه‌ریزی ۵ ساله دفتر آقای دکتر آذرنوش با حضور آقای دکتر نجفی، آقای دکتر نیلفروشان، آقای دکتر سیامک‌نژاد، همه نشستند برنامه‌ریزی‌هایی که از بالا می‌آمد، یعنی به‌خاطر تجارت جهانی گفتند اصلاً باید برویم سراغ نام تجاری، یعنی هیچ کارشناسی در این مورد تصمیم نگرفت، بحث از بالا بود به‌خاطر سازمان تجارت جهانی و بحث رقابت، تمام این کارهایی که انجام شد که من حرص می‌خوردم می‌گفتم آخر این همه زحمت کشیدیم، اما حالا چطور شد که اصلاً بسترها هم فراهم شد، یعنی باز بحث کیفیت است. ما کیفیت خودمان را اعتلا ندادیم که برویم به طرف بالا، ما بیواکی‌والانسی انجام ندادیم، هنوز هم بعضی وقت‌ها به‌خاطر این که کمبود است، متیل‌دوپای یک کارخانه وارد بازار می‌شود در صورتی که بیواکی‌والانسی‌اش پاسخ منفی می‌دهد. یعنی این‌ها را باید رویش تأکید کرد اما آن بحثی که آقای دکتر فرمودند که ما چطوری می‌توانیم نظر طبیب را عوض کنیم، حالا در این شرایط موجود، ما تجربه خیلی خوبی درباره داروی پیوند داریم. من یادم هست زمان آقای دکتر نیلفروشان همان زمان خانم دکتر شیخ‌الاسلام گفتیم ما بیاییم تنورمین به اسم آنتولول تولید کنیم؟ فشارخون مریض چی، سکت می‌کند. ولی ببینید چقدر قشنگ آنتولول

تولید شد و حل شد و حالا بگذریم مریض چند تا دارو می‌خورد که یکی کار آن یکی را انجام می‌دهد. ما آمدیم آقای دکتر باقری و آقای دکتر توحیدی، داروی پیوند که مریض رفته کلبه‌اش را خریده فلان قدر و با چه بدبختی‌ای، حالا می‌خواهیم یک دارویی بدهیم که این کلبه را پس نزند. ما باز پایمان را گذاشتیم جای پای آن چندملیتی و برای این که موفق بشویم، گفتیم چرا پزشک قبول نمی‌کند؟ یکی بحث کیفیت است، پزشک را دعوت کردیم به کارخانه که بیاید تمام تجهیزات کارخانه را ببیند، با وجودی که مسایل داروسازی را خیلی نمی‌فهمد، چون برایش اصلاً یک فیلد دیگر تلقی می‌شود. ولی سعی کردیم با یک زبان ساده و عمیق برایش توضیح بدهیم که این‌جا چه کنترل‌هایی انجام می‌شود، که نباید مثل یک پزشکی که گفته بود آموکسی‌سیلین ۵۰۰ میلی‌گرمی را این‌ها ۲۰۰ میلی‌گرم ماده مؤثره می‌ریزند! قضاوت کند. آخر وقتی این همه در این کارخانه زحمت می‌کنند که نمی‌آیند ۵۰۰ را بکنند ۲۰۰. پزشک‌ها این چیزها را نمی‌دانند، برای همین دعوتشان کردیم و خیلی خوب برایشان توضیح دادیم. همان برنامه‌هایی که شرکت‌های چندملیتی می‌گذاشتند، ما در سطح ملی آوردیمشان در کارخانه که ببینند کارخانه چه تجهیزاتی دارد و چقدر سطح کار بالا است، این جوری نیست که در سطل این داروها پر بشود.

← خانم دکتر، حالا سؤال ما این است که به نظر شما، اگر یک دارو به اندازه کافی در کشور تولید بشود و کیفیتش هم مورد قبول باشد، آیا باید اجازه واردات مشابه آن را از خارج داد یا خیر؟

خانم دکتر مهرآیی: معلوم است که خیر. به هیچ‌وجه. برای این که با این کار ما داریم به صنعت

به خانم رهیده. یعنی یک چیزهایی این جوری ممکن بود اتفاق بیفتد ولی این که آن جا به عنوان یک واردکننده عمده وارد عمل بشود، تا زمانی که من بودم اصلاً نبود.

← خانم دکتر، یعنی نیازش هم در برنامه ریزی احساس نشد؟

خانم دکتر شیخ الاسلام: قطعاً. البته، خیلی از افراد و سازمان‌های دیگر هم می‌خواستند نقشی در واردات دارو و یا مواد اولیه داشته باشند و یاد می‌آید که حرفش می‌شد که همه مواد اولیه صنعت دارو را مثلاً سازمان صنایع وارد کند که فکر خطرناکی بود و عده‌ای به منافع پشت واردات بیشتر فکر می‌کردند تا کاری که به نفع صنعت دارو و نهایتاً مردم باشد. من وقتی آقای دکتر منتصری آمدند، رفتم دیدنشان و گفتم که بهتر است ۳ کار انجام بشود. یکی این که ادارات دیگر باید در این امر مشارکت داشته باشند و آن نقاط ضعفی را که ما داریم آن‌ها ببوشانند و دوم مسأله کیفیت و رنگینگ مطرح شد و سومین مسأله‌ای که مطرح شد این بود که ما باید یک گروه نخبه (مثلاً ۴ نفر) از بزرگان خودمان را پیدا کنیم و بیاییم ببینیم که مشکلاتی که فعلاً در مورد ژنریک داریم (که من آن موقع فقط به قیمت‌ها توجه داشتم که چرا محصول یک کارخانه با شرایط بهتر با یک کارخانه با شرایط پایین‌تر یکی باشد؟ تا رقابت مثبت به رقابت منفی تبدیل شود) چه هستند در حقیقت همان Assessment و بعد کارمان را تصحیح کنیم قطعاً حالا بعد از این که من رفتم، آقای دکتر منتصری خودشان این کارها را به شما گفته‌اند که سامان دادند یا خیر یا اصلاً برنامه‌شان طور دیگری بوده است.

← خانم دکتر، من سؤال آخر را پرسیم، به جز

و سرمایه‌های مادی و معنوی کشور ضربه می‌زنیم. خانم دکتر، یک سؤال دارم، ببینید، ما طبیعتاً در بحث واردات هم به شکل کاملاً متمرکز عمل کردیم، شرکت سهامی دارو (بنگاه دارویی سابق) نقش خودش را ظاهراً خیلی خوب ایفا کرد. منتها از یک جایی ظاهراً احساس شد که یک بخشی از واردات، حالا کوچک و بزرگی‌اش اصلاً موضوع بحث ما نیست ولی بالاخره ولو دو قلم، ولو ۱۰ قلم، ولو ۲۰ قلم، می‌تواند توسط یک سازمان یا یک جای دیگری هم صورت بگیرد که به دلیل وجود خانم دکتر رهیده در آن مجموعه هلال احمر ظاهراً به آن جا محول شد. ولی نکته اصلی این است که آیا برنامه ریزی و اطلاعاتی که استخراج می‌شد، مجموعه را به این سمت و سو هدایت می‌کرد که این وظیفه تقسیم شود و بخشی از آن بر عهده هلال احمر گذاشته شود یا این که این‌ها یک مورد کوچکی بود که هیچ‌وقت در سطح برنامه‌های شما جایی نداشت و خوب خودبه‌خود فارغ از آن جا تصمیم گرفته می‌شد؟

خانم دکتر شیخ الاسلام: ببینید، من چون مدت کوتاهی در دفتر برنامه ریزی بودم، تا زمانی که من آن جا بودم، مرکز فوریت‌های هلال احمر آن نقش هموارکننده و تسهیل کننده را داشت، در واقع یک چهارگوشه (مربع تصمیم‌گیری) بود بین خانم دکتر طالقانی، آقای دکتر وزیریان در خوزستان (به عنوان مدیرعامل منطقه‌ای) من و خانم رهیده. ما در این چارچوب، با هم ارتباط داشتیم. مشکل که پیش می‌آمد، من به آقای دکتر نیک‌نژاد می‌گفتم که مثلاً یک چنین مشکلی پیش آمده، شرکت سهامی توان حل آن را دارد یا ندارد، دکتر همان جا زنگ می‌زد به شرکت سهامی، بعد خودش زنگ می‌زد

هلال احمر بعداً این تک‌نسخه‌ای‌ها هم شروع به فعالیت کردند. می‌خواهیم بدانیم که آیا اصولاً با توجه به فعالیت هلال احمر، از نظر شما حضور تک نسخه‌ای یک تصمیم شخصی بوده یا مملکت به فعالیت این تک‌نسخه‌ای‌ها احتیاج داشته است؟  
خانم دکتر شیخ‌الاسلام: من در زمان تک‌نسخه‌ای‌ها در بخش دارو نبودم که بتوانم ببینم که چگونه در این مورد تصمیم گرفته شده است.

خانم دکتر مهرآبی: ببخشید یک بحثی بود که خانم دکتر در دفتر برنامه‌ریزی پیش کشیدند برای پیشگیری از مطلب کمبود، گفتند ما یک انباری داشته باشیم، انبار داروهای ضروری (من می‌خواهم برسم به یک نتیجه‌گیری) که اگر یک دفعه یک

داروهای حساسی نباشد، از این انبار کمک بگیریم که مشکلات بعدی نداشته باشیم. حالا در مورد واردات هم همین‌طور، یک سری کمبودهایی مقطعی به‌وجود آمد، بعضی وقت‌ها داروهای نبود، ببینید این مسایل بسترهایی را برای فعالیت یک عده دیگری هموار می‌کند. اگر ما در کنار این وارداتمان (شرکت‌های وارداتی) یک انبارهای ذخیره‌سازی داشتیم، کمتر چنین زمینه‌سازی‌هایی برای ایجاد واحدها یا سازمان‌هایی که از آن‌ها یاد می‌کنید صورت می‌گرفت. یعنی هر کسی می‌گوید خوب کمبود داشتیم ما مجبور بودیم این شرکت‌های تک نسخه‌ای را به‌وجود بیاوریم که ۱۰، ۱۵ روزه وارد کنند.