



بررسی دارو توسط فرهنگستان علوم پزشکی در مصاحبه با دکتر حسن فرسام

مقدمه

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

آقای دکتر حسن فرسام از پیش‌کسوتان داروسازی ایران از جمله کسانی است که نظریات‌شان مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته است. در این بخش، مصاحبه فرهنگستان علوم پزشکی با آقای دکتر حسن فرسام را با هم مرور می‌کنیم.

نیکو انجام می‌دهید از شما متشکرم چون به هر صورت مستندسازی سندی است تاریخی که می‌ماند و آیندگان خواهند دید چه کرده‌اند و چه نکرده‌اند و چه لغزش‌هایی داشته‌اند و چگونه می‌توانند از آن‌ها بهره ببرند.

← آقای دکتر، ابتدا می‌خواستیم از این فرصتی که در اختیار ما قرار دادید تشکر کنیم و خواهش کنیم که لطف کنید و خودتان را به اختصار معرفی بفرمایید.

خیلی متشکرم. لطف کردید. از این که کارهای

نام کامل من: حسن فرسام است، استاد دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران هستم. بعد از ۴۴ سال بازنشسته شدم و اکنون هم ۱۰ سال است که دعوت به کار می‌شوم و در حقیقت هنوز در دانشگاه هستم. به‌صورتی فراتر از نیم سده است که من در دانشکده داروسازی کار می‌کنم. غیر از سال‌هایی که برای تحصیل به خارج رفتم. گمان می‌کنم این گفتمان برای آن انجام می‌شود که در زمان بررسی و نقشه راه طرح ژنریک، من سرپرست دانشکده داروسازی بودم در هر صورت آمدن شما را سپاس دارم. اکنون آماده‌ام پاسخ‌گوی پرسش‌های شما باشم.

← آقای دکتر در مرداد ۱۳۵۸ یک سمیناری در تالار ابن‌سینا توسط جامعه داروسازان برگزار شد، جناب‌عالی رئیس این سمینار بودید. متعاقبش یک کمیته‌ای در دانشکده داروسازی به ریاست جناب‌عالی تشکیل شد که موضوع آن بررسی طرح ژنریک بود، چون این یکی از بندهای قطعنامه بود. اولاً می‌خواستیم بدانیم که علت‌های تشکیل سمینار چه بوده و بعد کمیته‌ای که تشکیل شد به چه نتایجی رسید؟ و اعضای آن چه کسانی بودند؟ و بالاخره مصوبات آن برای اجرا به چه مرجعی ارایه شد؟

برپایی آن سمینار به چند سبب بود، نخست آن که در کشور نظام دیگری استقرار یافته بود که در زمینه داروسازی انگیزه‌های خود را داشت. دوم نابسامانی ریشه‌دار نظام دارویی بود که نیاز به بررسی و تغییر در آن دیده می‌شد. سوم آن که سازمان جهانی بهداشت از چند سال پیش برنامه و رهنمودهایی برای بهبود سامانه دارویی داده بود که

فهرست اساسی داروها و پذیرش نام‌های ژنریک به جای نام‌های تجاری، از جمله آن رهنمودها بود. پیشنهاددهنده بررسی نام‌های ژنریک هم انجمن داروسازان (جامعه داروسازان پیشین) بود. برای بررسی این مسایل و طرح پیشنهادی جامعه داروسازان و آگاه شدن از آرا و نظرات موافقان و مخالفان و سود و زیان و موفقیت‌ها و شکست‌های احتمالی آن برگزاری یک سمینار پیشنهاد شد. در آن گردهمایی سخنان موافق و مخالف گفته شد. سرانجام قرار شد که گروهی برای بررسی طرح برگزیده شود. در این جمع، نمایندگان انجمن داروسازان، دانشکده داروسازی، وزارتخانه و صنایع داروسازی حضور داشتند. از داروپخش هم آقای دکتر نیلفروشان بودند که بخشی از هزینه‌ها را پذیرفتند. تا آن‌جا که به یاد دارم ما از دانشکده نیروی کار تهیه کردیم.

← منظور آن از نیروی کار در حقیقت کار گروه است؟

بله، کارگروه. در حقیقت در تاریخ ۵۹/۷/۲۰ آقای دکتر جاویدان‌نژاد مسؤول این کار در دانشکده داروسازی شدند. ایشان نامه‌ای به من نوشتند و افراد زیر را معرفی کردند: خانم دکتر فریده عطابخش برای تدوین اطلاعات دارویی طرح ژنریک، خانم فروغ دادبین (خدا رحمتشان کند) که باز هم برای تدوین اطلاعات آمدند، آقای دکتر توکلی صابری برای بررسی و مقایسه داروهای پیشنهادی برای پیوست به فهرست دارویی کشور، دکتر افشار (خدا رحمتشان کند) که سم‌شناس بودند و ایشان هم کار مقایسه عوارض و درمان و مسمومیت‌های دارویی را انجام می‌دادند، خانم

از ستون‌های طرح به شمار می‌رفتند به انگلستان بازگشتند و نظرات خود را درباره دشواری‌ها و آسیب‌های انجام طرح منتشر ساختند. آن موقع من مقاله آن‌ها را ترجمه کردم که در مجله پیام (در دو شماره) منتشر شد با عنوان «اقتصاد سیاسی کنترل شرکت‌های فراملیتی صنعت داروسازی در سری لانکا». آن‌ها در مقاله خود گفته بودند که نیروی شرکت‌های فراملیتی پشت صحنه بسیار نیرومند است و توانمندی آن‌ها تنها از شرکت‌شان نیست، بلکه از نفوذشان در درون نیروهای داخلی کشور است. نیروهایی مثل پزشکان، داروسازان، به هر حال این‌ها را نمی‌توان نادیده گرفت. باید آن‌ها را در برنامه دخالت داد.

در سری لانکا این کار را نکرده بودند و در نتیجه، با بین‌بست‌های بدی مواجه شدند. من این مقاله را مخصوصاً آن زمان انتشار دادم (خیلی هم دور نیست، نمی‌دانم تاریخ مجله پیام کی بود). آگاهی از نتایج کار آن‌ها و پیشنهادهایی که داده بودند می‌توانست انجام کار در ایران را بهتر کند، هرچند فضای سیاسی و اجتماعی و شور انقلابی در ایران با آن‌ها قابل قیاس نبود.

← یعنی آقای دکتر آن‌ها مطالعه کردند بعد به این نتیجه رسیدند که ...

نه، انجام دادند چند سالی هم دوام داشت. اما با کنار رفتن خانم باندرنا نایکه طرح هم با او فرو افتاد. ← آقای دکتر ببخشید همین‌جا یک نکته خیلی ظریف در فرمایشاتتان بود که من می‌خواهم ببینم که برداشت من دقیقاً درست بوده یا نه. شما فرمودید که پاکستان به دلیل این که طراحی درستی نکرده بود موفق نشد، آیا این موضوع را

مرتضایی که امر ماشین‌نویسی را به عهده داشتند، آقای حاصلی که آن زمان دانشجو بودند و اکنون مدیرعامل بیودارو هستند و آقای ناصری که دانشجو بودند. ما هم دو نفر را به این فهرست افزودیم. یکی آقای محور بود که دانشجویی کاردان و فعال بود؛ ایشان هم اکنون استاد یکی از دانشگاه‌های آمریکا هستند. دیگری هم آقای دکتر فخرالدین جمالی که آن موقع در دانشکده داروسازی بودند و بعد به کانادا مهاجرت کردند. ایشان اکنون استاد دانشکده داروسازی و علوم دارویی ادمنتون هستند. دکتر صادق جاویدان‌نژاد هم مسؤول این کار بود. طرح ژنریک در کارگروه بررسی گردید، پایه این طرح پیشنهاد سازمان جهانی بهداشت بود که اگر دقیق یادم باشد در سال ۱۹۷۶ این طرح را پیشنهاد داده بودند. در این پیشنهاد هیچ اجباری در تغییر نام نبود بلکه پیشنهاد داده بودند که یکی از سیاست‌هایی که می‌تواند کارساز باشد، تغییر نام داروها از تجارتي به ژنریک است. آن‌ها سمینارهایی گذاشته بودند و دو کشور هم در این مورد کار کرده بودند؛ یکی پاکستان که چون طراحی خوبی نکرده بود خیلی زود رها شد، دیگری سری لانکا بود که در زمانی که ما کار می‌کردیم، خانم باندرنا نایکه نخست‌وزیرش بود. دولت ایشان در آن زمان رنگ و بوی سوسیالیستی داشت، آن‌ها طرح ژنریک را بررسی کردند. دو نفر از همکاران آن‌ها سری لانکایی و یکی از آن‌ها استاد فارماکولوژی در انگلیس بود. آن‌ها راه کارها را بررسی کردند و دستاوردهایی هم داشتند. دیری نگذشت که دولت خانم باندرنا نایکه جای خود را به شخص دیگری داد، ادامه طرح متوقف شد و دو نفری که از انگلیس آمده بودند و

با بررسی دقیق انجام شده می‌فرمایید که طراحی درستی نکرده بودند یا این که امکان دارد در اجرا دچار مشکل شده بودند؟

ببینید، در پاکستان هم طراحی خوب نبود، هم اجرا خوب نبود. به دلیل این که کار دستوری آغاز گرفت و چون دستوری کار کرده بودند، در اجرا هم معلوم نبود نیروهای اجراکننده چه کسانی هستند. در مقاله‌ای که بدان اشاره شد این پیشنهاد دیده می‌شود که برای طراحی و اجرای کار نخست دولت را باید ببینید و تا دولت پشتیبان شما نباشد، شما قادر به انجام این کار نیستید.

باندرا نایکه هم به این دلیل توانست که خودش دولت بود. پیشنهاد دیگر آن‌ها این بود که باید اصلاح‌طلبان محلی خارج از دولت را دید و آن‌هایی که با این طرح موافق هستند، تجربه‌شان نشان می‌داد، چنانچه کسی از شما پشتیبانی نکند، نیروی‌تان کم است. باید صنعت داروسازی را ببینید، اگر صنعت حاضر به اجرای برنامه نباشد، یا با اکراه اجرا بکند، با دشواری مواجه خواهید شد. نکته دیگری که گفته بودند، دیدار و گفتگو با مخالفان داخلی اصلاحات بود. لازم است برنامه و دستاوردهای آن را با پزشکان، داروسازان و شرکت‌ها در میان گذاشت. مخالفان بر این باور هستند که با اجرای طرح، داروهای نوین را نخواهند داشت. در مورد صنعت هم می‌گفتند که همه یک فرمول می‌شوند و وقتی هم که همه یک فرمول را پیاده کردند، دیگر رشدی وجود نخواهد داشت. در ایران هم این باور دیده می‌شد. از نکات دیگری که گفتند این بود که نکات نهادی و مهم اصلاحات را منعکس نکنید، بنویسید چه می‌خواهید بکنید. توصیه دیگر

که (سازمان جهانی بهداشت هم گفته) بدان اشاره داشت خرید متمرکز بر پایه یک فهرست منطقی بود. این کار در ایران شد. خرید متمرکز از روی فهرست، به خصوص روی فهرست خیلی کار شد. به یاد دارم خانمی که آشوری یا ارمنی بود و در وزارتخانه کار می‌کرد یک کتابچه در اختیار کارگروه نهاد که فهرست داروهای موجود در ایران در آن آمده بود. شنیدم این فهرست بسیار به درد این کار خورد.

◀ **شما منظور تان خانم دکتر سیمونیان است؟**

فکر می‌کنم، نام ایشان در خاطر من نبود.

◀ **آقای دکتر منظور تان فهرست دارویی همان**

۵۲۰ قلم است یا مواردی غیر از این؟

نه، منظورم فراهم آوردن یک فهرست اساسی و منطقی و بر پایه اولویت‌ها، دستاوردهای نوین علمی و پرهیز از داروهای هم فرمول و تکراری و... است.

◀ **منظور شما تفاوت برند و ژنریک است.**

توجه بفرمایید، شما بهتر از من می‌دانید که فراهم آوردن فهرست اساسی دارویی بار سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دارد. پذیرفتن نام‌های ژنریک پسندیده است اما بار مخالفت نظری و عملی را در پی خواهد داشت.

◀ **یک سری داروها هم بودند که مولکول آن‌ها می‌توانست اصلاً به عنوان یک داروی غیر اساسی تلقی بشود.**

بله، ببینید یک سری داروها بودند مثل پیرامیدون که اصلاً حذف شده بود. پیرامیدون داروی تب‌بر بود که سال‌های سال پزشکان نوشته بودند یا نظایر این‌ها.

◀ یا ترکیبی‌ها مثلاً؟

ترکیبی‌ها که جزو فهرست اساسی نبودند.

◀ آقای دکتر، منظور من مواردی مثل چندتا دارو با هم نظیر داروی سرماخوردگی یا بعضی از شربت‌ها است.

ببینید باز هم شما بهتر می‌دانید و باید مرا راهنمایی کنید. در داروهای مرکب یا ترکیبی تنها آن ماده دارویی جابه‌جا می‌شد که زیان‌بخش گزارش شده بود. برای نمونه استامینوفن جایگزین پیرامیدون شد. اما ما ترکیباتی در بازار داشتیم که به آن‌ها مُسکن می‌گفتند و پزشکان و بیماران به‌عنوان مُسکن بسیار طرف‌دار آن‌ها بودند.

◀ منظورتان دیپرون است که در ترکیب نوالژین و بارالژین به کار می‌رفت؟

آری، منظورم همان‌هاست به‌ویژه دولونورویون. ولی نوالژین و بارالژین به خاطر عوارضی که داشتند حذف شدند. هر چند در آلمان تا مدت‌ها در بازار بودند.

◀ آقای دکتر ببینید، ما به یک فهرستی رسیدیم که در حقیقت وزارتخانه هم آن را تحت عنوان ۵۲۰ قلم دارویی که در طرح ژنریک پیش‌بینی شده بود اعلام کرد. آن فهرستی که شما می‌فرمایید احیاناً خانم دکتر سیمونیان تهیه کردند، با این فهرست چه تفاوتی داشت؟

نه این را خانم سیمونیان تهیه نکردند، خانم سیمونیان فهرست کل داروها را داشتند.

◀ یعنی برند و ژنریک و همه چیز؟

همه داروهایی که آن موقع که ژنریک نداشتیم به بازار دارویی می‌آمد. از بین آن داروها، این فهرستی که من به شما دادم استخراج شد، بعد فارماکولوژی

همین‌ها و عوارض‌شان را بررسی کردند و تعدادی را حذف کردند، یک دستورات و رهنمودهایی هم سازمان جهانی بهداشت برای تهیه فهرست داروهای اساسی داده بود که بر مبنای آن ممکن است داروهای اساسی یک کشور ۸۰ قلم باشد و برای یک کشور دیگر ۲۰۰ قلم باشد. بنابراین، ممکن است داروی اصلی ما اصلاً ۲۰۰ تا باشد ولی با ترکیباتی که روی آن اضافه می‌کنیم مثلاً بشود ۴۰۰ قلم. در هر حال به‌نظر من این فهرست این‌گونه تهیه شد. یادمان هست که این فهرست مرتب می‌آمد و هر از گاه هم تغییر می‌کرد چون موافقان و مخالفانی داشت.

◀ آقای دکتر، پس متعاقب آن بررسی‌ها، فهرست تهیه شده رفت برای مراحل بعدی، یعنی از سطح تفکر در دانشکده، رفت به سطوح اجرا.

درست است، مرحله آغازین تمام شد و به اجرا در آمد. به نظر من ما کاستی‌هایی هم داشتیم. من بارها به آقای دکتر صادق جاویدان‌نژاد گفتم و پیشنهاد دادم که شما با انجمن‌های پزشکی (انجمن متخصصان) صحبت بکنید و به آن‌ها بگویید چه می‌خواهید بکنید. رضایت آن‌ها را بگیرید، در غیر این صورت برای آن‌ها یک دستور از بالا تلقی می‌شود.

◀ آقای دکتر، بعد از این که آن فهرست منتشر شد، یک سری اسنادی وجود دارد که گروه‌های پزشکی اظهار نظرشان را به اداره دارو و معاونت وقت ارسال کردند. ببینید، در آن زمان آقای دکتر زرگر و آقای دکتر منافی یک شورای عالی یا ستاد عالی تشکیل دادند که جنابعالی حضور داشتید، دکتر مرنندی، دکتر کلانتر معتمدی، دکتر ولایتی،

دکتر عقیقی، دکتر جاویدان نژاد، دکتر بیات، مرحوم دکتر پیش‌بین، مرحوم دکتر غرضی، دکتر مشایخی، دکتر نیک‌نژاد و من (نیلفروشان) هم در خدمتتان بودم. چند تا تصمیم متعاقب آن قضیه گرفته شد، یکی عبارت بود از عرضه دارو با نام ژنریک، یکی تعیین فهرست دارویی برای کشور، فهرستی که باید با توجه به نظر پزشکان تهیه می‌شد.

فهرست اساسی و منطقی دارو.

← فهرست منطقی دارو، توزیع سراسری دارو به تمام مراکز درمانی و داروخانه‌ها و تعطیلی مراکز عمده‌فروشی مثل ناصر خسرو، عدم تبلیغ دارو، واردات دارو توسط دولت و ...

یعنی خرید و پخش متمرکز دارو.

← بله و خرید کارخانجات خارجی مستقر در ایران یعنی همان چندملیتی‌هایی که بودند. سؤال این است که ما با توجه به شرایط اقتصادی آن زمان که می‌توانیم بگوییم که در اوایل انقلاب هنوز در شرایط اقتصادی کاملاً مرفهی بودیم و مشکلات اقتصادی که بعدها پیش آمد و ناشی از بعضی مسایل بود، هنوز پیش نیامده بود. مواردی مثل شرایط اقتصادی، انقلاب، تسخیر سفارت آمریکا، جنگ و بالاخره تحریم. به هر صورت این موارد بوده است. افکار عمومی مطرح می‌کند، می‌گوید شاید بعضی از تصمیماتی که آن زمان اتخاذ شد، تحت تأثیر فشار حاصل از این موارد بوده است. حالا اگر فرض کنیم که ما در یک شرایط طبیعی باشیم، به نظر شما کدام یک از این تصمیمات اشتباه یا شتاب‌زده بوده‌اند؟

ببینید، ما باید مقداری بیشتر درباره تصمیمات

کار می‌کردیم. چون بالاخره افرادی که در آن شورا می‌نشستند همه از موافقان طرح بودند. از طرفی، ما در شرایطی قرار داشتیم که هر نظریه مخالفی به راحتی امکان مطرح شدن نداشت و یک نوع هراس از مخالفت وجود داشت، مدیران کارخانه‌های خارجی رفته بودند، این دگرگونی‌ها سبب قدرت گرفتن کارخانه‌های داخلی می‌شد که شد، بسیار هم شد. پیش از آن نزدیک به ۱۵ شرکت خارجی داشتیم، آن ۱۵ شرکت، تقریباً تمام داروهای اساسی را تولید می‌کردند. شرکت‌های داخلی بیشتر داروهایی می‌ساختند که ترکیبی بودند. آن‌ها نیاز به دگرگونی اساسی داشتند. تازه شماری از صاحبان آن‌ها اقلیت مذهبی به‌شمار می‌رفتند و مهاجرت کردند. اگر آن گرما و آن شور و احساس آغازین سرد می‌شد امکان نداشت که دوباره بتوان چنین کاری را انجام داد. شرکت‌های چندملیتی هنوز نرفته بودند و پزشکان به آن سبک نسخه‌نویسی‌ها عادت داشتند و بسیاری از آن‌ها با واژه ژنریک آشنایی نداشتند. ← طرح دکتر شیخ‌الاسلام‌زاده که قبل از انقلاب به صورت دسته‌بندی داروها در گروه‌های A، B، C، D به اجرا گذاشته شد، اما در زمان شریف‌امامی لغو و متوقف شد. به نظر شما اگر آن طرح لغو نمی‌شد و ادامه پیدا می‌کرد، باز هم باید ژنریک مطرح و به اجرا گذاشته می‌شد یا خیر؟

ببینید، اولاً خود شما یک اگر گذاشتید روی موضوع، بعد هم شیخ‌الاسلام‌زاده این را از سازمان جهانی بهداشت گرفت، بدون تفسیر مطرح کرد و نگفت که در خیلی از کشورها بدون این که ژنریک باشد داروها این تقسیم‌بندی را دارند. در آن زمان دستور از بالا آمد و با مقاومت روبه‌رو شد. شاید

چنانچه خود ایشان می‌ماند راه هموارتر بود. من گفتم یکی از عوامل موثر دولت است. دولتی که خود شیخ‌الاسلام‌زاده را در زندان قرار داد، بعد دیگر هر قدر هم داد بزند که این طرح مال سازمان جهانی بهداشت است، فریادش به جایی نمی‌رسد. ما نمی‌توانستیم آن را ادامه بدهیم برای این که آن هم اشتباهاتی داشت. همان طور که گفتم آن طرح از بالا دستور داده شد. طرح ژنریک اتفاقاً از بالا دستور داده نشده، بلکه از سوی جامعه داروسازان و امثال آن مطرح شد و به این صورت درآمد. این را هم بگویم که من به خاطر گرفتاری دیگری که داشتم در جلسه‌های بعدی شرکت نداشتم. من فقط می‌دانستم که این‌ها می‌آیند، زیرا کس می‌خواهند (ما تنها جایی بودیم که یک دستگاه زیراکس را اجاره کرده بودیم و آن موقع حسابش هنوز هم یادم هست که دانشکده فقط ۱۸۰۰۰ تومان پول زیراکس داد و هرگز هم هیچ‌جا نگفت که من این را دادم، من الان دارم برای شما می‌گویم که این کار شد). پشتیبانی جامعه داروسازان هم بود، دانشجویان بودند، در هر صورت فضای مناسبی در اختیار بود.

البته، لازم است که من این‌جا یک تصحیحی انجام بدهم. آقای دکتر شکسته‌نفسی می‌کنند، آن موقع ایشان رئیس دانشکده داروسازی بودند و بسیاری از جلسات و تصمیمات گروه و فضای کارشناسی توسط دانشکده داروسازی به مدیریت و اداره و هدایت ایشان بود که به آن‌جا رسید. بعد هم جلساتی که ما در وزارت بهداشت داشتیم و خود من هم حضور داشتم، در خدمت ایشان بودیم.

درست است ولی این‌ها به سال‌های ۵۸ و ۵۹ مربوط می‌شد. این‌هایی که شما در آن شورا

می‌گویید نماینده انجمن‌ها نبودند. در هر صورت جاویدان نژاد هم با یکی دو گروه از پزشکان صحبت کرد ولی این گروه‌ها کسانی بودند که وی با آن‌ها آشنا بود. ما هیچ رهنمودی برای پزشکان درست نکردیم که بگوییم ابعاد مختلف این طرح در تئوری و عمل چیست و در هر بخش چگونه باید عمل شود.

اگر یادتان باشد همین مرکز تحقیقات، آن زمان در چه شرایطی بود و دکتر جریری که فرماندار تهران بود هم کلاس من بود و ایشان به ما کمک کرد. یعنی آن موقع پول خیلی خوبی به ما داد که آن کارها را بکنیم. جلسات مرتب تشکیل می‌شد و دکتر نوری هم بودند، هنوز صورت‌جلساتش در دانشکده است و نشان می‌دهد که چه تصمیم‌هایی گرفته شد. خوشبختانه با آمدن سرپرست، آن‌جا سامان گرفت.

← آقای دکتر، ظاهراً آن موقع همه آن‌ها معاونان دکتر زرگر و بعد هم معاونان آقای دکتر منافی (یعنی گروه پزشکی) بودند.

نظر شما درست است و بررسی سامانه دارویی در معاونت دارویی انجام می‌گرفت. من همان‌گونه که گفتم در سال ۵۸ بیشتر و در سال ۵۹ کمتر شرکت داشتم.

در هر صورت من فکر می‌کنم که اگر ما می‌آمدیم یک نشریه خاصی درست می‌کردیم و در مورد تک‌تک کارهایمان آن موقع به همه پزشکان اطلاع‌رسانی می‌کردیم، پایه‌های کار را محکم‌تر کرده بودیم. در واقع، باید همان موقع از بخش‌های درگیر مانند مدیران صنایع داخلی و انجمن‌ها و سایرین می‌خواستیم که نظر خود را

به صورت کتبی بنویسند. آن زمان نگرش‌ها بیشتر انقلابی بود و گمان بر این بود که گسترده کردن بحث ممکن است سبب از دست رفتن زمان شود. دیدیم که پس از تصویب طرح بسیاری نسخه‌ها با نام تجارتي نوشته می‌شد. در این باره بیشتر پزشکان مخالف نبودند بلکه با نام‌های ژنریک آشنایی کافی نداشتند. به نظر می‌رسد که دچار مشکلات هم شدیم، دچار بازار سیاه شدیم. درست است که طرح سامانه نوینی به دست داد و گام‌های ارزشمندی برداشته شد ولی به هر صورت نسخه‌نویسی ستون اصلی این بدنه است. آن‌چه در این باره گفته شد از مواردی بود که در آن مقاله به آن‌ها اشاره شده بود و در آخر هم گفته بود که اگر این کارها را نکنید، شکست می‌خورید. همین که دولت باید پشتیبان باشد که در ایران بود، هماهنگی باید باشد که کم‌وبیش هماهنگی بود و سرانجام آن که دستاورد طرح ژنریک برای داروسازی و پزشکی ایران در آن دوره گوارا و نیکو بود.

در اینجا اجازه بدهید به چاپ کتاب داروهای ژنریک اشاره بکنم. بس بایسته‌تر بود اگر در کتابی که به نام داروهای ژنریک چاپ شد در بخشی کوتاه به پیشینه این کار اشاره می‌شد. نام افراد، دانشکده‌ها، انجمن‌ها و سازمان‌هایی که در آن نقش داشتند، آورده می‌شد تا نوشتاری باشد برای آیندگان. چاپ نخست کتاب به دور از این یادآوری‌ها، شتاب‌زده و نادرست بود.

← آقای دکتر منظور تان همان دو جلدی است؟

نه، یک تک جلدی بود، که دکتر جاویدان‌نژاد آن را چاپ کرد و فقط از دو نفر به عنوان همکار یاد کرد و دیگر هیچ صحبتی از دانشکده و وزارتخانه

و انجمن داروسازان و دیگران نکرد. وزارتخانه هم چون مالکیت کتاب را از آن خود می‌دانست با شتاب نسخه دیگری از همان کتاب را به نام خودش چاپ کرد که آن هم شتاب‌زده و نادرست بود. مهم‌تر از همه شیوه نگارش بود و این که روشن نبود کتاب برای چه کسانی نوشته شده است و تا چه میزان می‌توانند از آن بهره بگیرند و چون و چرا نوشتن در نظر گرفته نشد.

← درست است مالکیتش مال وزارت بهداشتی بود؟

هر دو نسخه‌اش هست حالا نگاه کنید ببینید که چگونه است. بعدها دکتر جاویدان‌نژاد همراه با خانم دکتر حاج‌بابایی کتابی در دو جلد در آوردند با نام: «اطلاعات دارویی بالینی داروهای ژنریک ایران». در این کتاب نام ژنریک یک دارو در کنار نام تجارتي آمده است. جا داشت چنین کتابی زودتر نوشته شود. در صورت اجرای طرح ژنریک برای سال‌های دراز، کاری است بسیار در خور و دشوار. در هر کار بزرگ لغزش‌هایی هم دیده می‌شود.

← بله مثلاً به جای پلازیل آمده بود متوکلوپرامید، خوب طبیب نمی‌دانست.

هنوز بعد از گذشت این سال‌های طولانی برخی از طبیب‌های ما می‌نویسند پلازیل. ولی طرح به نظر من موفقیت‌هایی داشت. برای صنایع که من خیلی صاحب‌نظر نیستم ولی می‌بینم که صنایع، دوره شکوفایی را با این طرح گذراندند. اگر بعدها کاستی‌هایی دیده شده باید سبب‌یابی شود. ممکن است از نبود یا کمبود پژوهش باشد و سبب‌های دیگر؟ دشواری دیگر اجرای طرح از آغاز ارزانی داروها بود و کاستی‌های نظام بیمه در ایران که هنوز هم گرفتار آن هستیم. در هر

صورت فکر می‌کنم طرح ژنریک کار مفیدی بود که بعد هم دیدیم که باید متحول بشود. آن گلی هم که در آورده‌ام، آن گل به هر صورت قشنگ بود، در اسنادتان آن گل را باید بگذارید. آن گل نماد زیبایی بود از برنامه طرح نوین دارویی. این طرح را می‌توان دستاوردی برشمرد از هماهنگی تمام نیروهای علمی، تولیدی، مدیریتی و مردمی.

◀ آقای دکتر، شما مدتی رئیس دانشکده بودید، احتمالاً در همان زمان یا قبل از آن داروخانه ۱۳ آبان را دادند به دانشکده، یا متعلق به دانشکده بود اما فعال شد. بعد هم چند تا داروخانه دیگر اضافه شد. می‌خواهیم بدانیم اصولاً آیا وظیفه دانشکده، داروخانه‌داری و ورود به عرصه اقتصاد دارو و رقابت با بخش خصوصی است؟

این را به ما ندادند، من در عرض ۹ ماه دوندگی گرفتم. اجازه بدهید نگاهی گذرا به آموزش کارآموزی در دوره آموزش داروسازی بکنیم. کارآموزی در آغاز در سال یکم داروسازی انجام می‌گرفت. دشواری در آن بود که دانشجو آگاهی درباره داروسازی نداشت و اگر چیزی یاد می‌گرفت عملی بود و دور از دانستن خواص مواد دارویی. به‌نظر می‌رسید بسیاری از داروخانه‌ها علاقه چندانی به آموزش داروهای ترکیبی خود به دانشجو ندارند و تا اندازه‌ای منطقی بود. در داروخانه دانشجو بیشتر به خواندن نام داروها بر روی شیشه‌ها می‌پرداخت و گاهی هم باید گردگیری می‌کرد. در حالی که هدف آن بود که در داخل شهر کار کنند، رفتار با مردم را فرا بگیرند، با فضای فیزیکی و ماهیت کار داروخانه‌داری آشنا شوند، با خم و چم نسخه‌پیچی آشنا بشوند. من در سال یکم در داروخانه‌ای

کارآموزی کردم که بیمارانی هم داشت و از صبح زود پشت در صف می‌کشیدند. دو نفر شاگرد هم داشت که دارو می‌ساختند هم برای دادن به بیماران هم برای نسخه‌پیچی. این را اضافه کنم که در سال‌های آغازین دانشکده برای کارآموزی داروخانه‌هایی برگزیده می‌شدند. دانشکده تابلوهایی درست کرد که این تابلوها به داروخانه‌های مورد نظر داده می‌شد و می‌گفتند که شما در حقیقت معلم کارآموزی داروسازی هستید. داروخانه‌ها این تابلو را پشت در داروخانه می‌آویختند که خود نوعی ارزش و اعتبار به آن داروخانه می‌داد. شماری از استادها مانند پزشکان داروخانه گرفتند. برای نمونه رئیس دانشکده مرحوم دکتر نامدار داروخانه داشت، دکتر نظامی داروخانه پدرش را داشت، دکتر شرقی داروخانه پدرش را اداره می‌کرد. آزمون نهایی کارآموزی داروسازی در دوره‌ای که من دانشجو بودم بستگی به کارآموزی نداشت و بیشتر به یک شوخی می‌مانست. بعد از کودتای ۲۸ مرداد یعنی از سال ۳۴ که تجارت و سرمایه‌گذاری آزاد شد، شرکت‌های جدید دارویی به عرصه آمدند. البته، ما از سال‌های بسیار دورتر شرکت‌های دارویی داشتیم که به داروخانه‌ها دارو می‌دادند ولی دانشجو آن‌ها را نمی‌شناخت حتی بسیاری از پزشکان هم آن‌ها را چندان نمی‌شناختند.

شماری از این نمایندگی‌ها الگویی نوین داشتند. آخرین اطلاعات دارویی را با نمونه دارویی در شماییلی زیبا به پزشکان و داروخانه‌ها می‌دادند. برای نمونه شرکت دارویی خسروشاهی و برادران (KBC) به تمام دانشجویان گروه پزشکی بسته‌ای از تشریح تمام رنگی بدن انسان هدیه کردند. ما

برای نخستین بار با اندام‌های بدن آشنا شدیم. بعدها بهترین کارخانه‌ها مال همین خسروشاهی‌ها بود و اعتبار بالایی داشت.

با آمدن این شرکت‌ها آگاهی پزشکان و داروسازان با داروهای نوین شتاب گرفت. خلاصه کنم، با آمدن شرکت‌های نوین دیدار مرتب از پزشکان و داروخانه‌ها هم سرعت گرفت و تبلیغات دارویی هم گسترش یافت. باور من بر آن است که این شرکت‌ها بر دانش و فرهنگ پزشکی و داروسازی اثر ژرف داشتند. اثرهای مفید بود ولی اثرهای نامطلوب بسیاری هم همراه داشت. البته، نه از سوی تمام شرکت‌ها. شغل تازه‌ای ایجاد شد با نام «ویزیتوری دارویی» که با استفاده از دانشجویان پزشکی و دانشجویان داروسازی انجام می‌گرفت. کار آن‌ها این بود که نمونه‌های دارویی را همراه با آگاهی علمی درباره آن‌ها در اختیار پزشکان می‌گذاشتند و دستمزد خوبی هم می‌گرفتند. با توجه به آن که شرکت‌های دارویی که در چند دهه در ایران فعالیت داشتند، تفاوت‌های بارزی با یکدیگر داشتند و برخی از آن‌ها کارهای غیراخلاقی و آسیب‌رسان هم داشته‌اند، برای روشن شدن خدمات و زیان‌های آن‌ها بر سامانه داروسازی از تولید تا آموزش و پژوهش باید بررسی علمی دقیقی انجام بگیرد. اکنون اجازه بدهید به اصل برنامه برگردیم.

دانشکده داروسازی توجه چندانی به کارآموزی نداشت و هر روز این شاخه اساسی کم‌مایه‌تر می‌شد. کار داشت به آن‌جا می‌رسید که بعضی‌ها، یک قوم و خویش و آشنایی پیدا می‌کردند و او هم می‌نوشت که کارآموزی کرده است. داروخانه‌های

بیمارستان‌ها هم رابطه‌ای با دانشکده و کارآموزی نداشتند.

← **حتماً به خاطر این که از فارماکولوژی چیزی نخوانده بودند.**

بله، تنها داروشناسی نبود، از داروسازی چیزی نخوانده بودند، در آن زمان برنامه آموزشی در دست بررسی بود. دانشکده دندانپزشکی هم درمانگاهی باز کرده بود که دانشجویان با بیماران از نزدیک آشنا می‌شدند. در همان زمان این اندیشه در ذهن من آمد که چرا دانشکده داروسازی بخشی برای کارآموزی داروساز نداشته باشد. به رئیس وقت دانشکده پیشنهاد دادم همان‌طوری که دندانپزشکی درمانگاه باز کرد، رشد کرد، مریض‌ها را پذیرفت و توانست که بخش‌های مختلف درست کند، ما هم بیاییم در اینجا (یک زمینی که در آن والیبال و فوتبال بازی می‌کردند) داروخانه باز کنیم. گفتند اینجا کسی نمی‌آید. گفتم اگر باز کنید می‌آیند.

← **آقای دکتر، این کار انجام شد؟**

نه، با این پیشنهاد، موافقت نشد. در آن زمان وزارت بهداشتی بر آن شد تا با سرمایه خود داروخانه باز کند و در اختیار داروسازان قرار دهد. برای نمونه در دو داروخانه سرمایه‌گذاری کرد و اداره آن‌ها را با شرایطی به داروسازان سپرد.

← **کجا آقای دکتر؟**

یکی همین داروخانه ۱۳ آبان فعلی است و یکی هم داروخانه نمونه (داروخانه طالقانی فعلی) است.

← **آقای دکتر، آیا این موضوع که می‌فرمایید مربوط به بعد از انقلاب است؟**

نه، قبل از انقلاب این کار را کردند.

← **یعنی در حقیقت در ارتباط با همان پیش‌نیازی**

را به اجرا بگذارم. نخست با رئیس بهداری استان صحبت کردم.

← خاطرتان هست چه سالی بود؟

سال ۵۸-۵۹ بود. ممکن است بعضی از صحبت‌ها در این مورد، در سال ۵۸ شده باشد ولی ۵۹ جدی‌تر بود. گفتم که ما داروخانه نداریم، ما کارآموزی نداریم، بچه‌های ما نمی‌دانند داروخانه چیست، نمی‌دانند سفته، چک و سرقفلی چیست. این‌ها را نمی‌دانند. ما برای خود دانشکده داروخانه شهری می‌خواهیم. صحبت‌های زیادی کردیم، آقای دکتر اخوان که الان در داروخانه بیمارستان پارس هستند، ایشان آن موقع آن‌جا مسؤول بهداری و فردی بسیار صمیمی بودند. ناگفته نماند قبل از این‌ها در زمانی که هنوز آقای بازرگان سر کار بود من با فرد دیگری که می‌توانست در این موضوع موثر باشد هم صحبت کرده بودم.

← پس می‌شود شش ماه اول سال ۵۸.

بله، منتها آن‌ها در حد صحبت بود، بعد که موقعیت را مناسب دیدیم رفتیم در یک جلسه‌ای نشستیم، شش، هفت ماهی گفتگو کردیم آقای بیات، نماینده وزارت بازرگانی بود و درباره مساله مالیات و یک سری مسایل حقوقی دیگر نکته‌هایی می‌گفتند و نظر چندان موافقی نداشتند. البته، ایشان حق داشت چون نماینده وزارتخانه بود.

← در وزارت بهداری؟

در بهداری استان. من به ایشان گفتم آقای بیات، همکاری کن بگو مالیاتش را چه باید بکنیم، ما هم همان‌گونه عمل می‌کنیم که دو داروخانه با سرمایه وزارتخانه دارند، می‌کنند. سرانجام یک موافقت ضمنی کردند که شش داروخانه به صورت

که شما احساس کرده بودید و سعی می‌کردید که طرحی هم بدهید، آن دو مورد در همان راستا بودند؟

نه، اصلاً به هیچ وجه، هدفشان کمک به بعضی از داروسازها بود تا سرمایه داشته باشند و کار کنند. همین. هدف کمک مالی بود، هیچ چیز دیگری نبود.

← یعنی امکان اشتغال برای یک عده از داروسازها ایجاد کرده بودند؟

بله. دو داروخانه را به صورت نمونه درست کرده بودند، شاید طرحی هم داشتند که من از آن آگاهی ندارم.

← باز شدن این داروخانه‌ها شما را برانگیخت تا طرح خودتان را به اجرا بگذارید.

خیر، انگیزه باز کردن داروخانه همانند یک بخش در من از گذشته بود که به آن اشاره کردم. پس از پیروزی انقلاب من به عنوان سرپرست موقت دانشکده داروسازی از سوی استادان، دانشجویان و کارکنان برگزیده شدم (اشاره کنم در دانشکده داروسازی و چند دانشکده دیگر یک شورای هماهنگی مرکب از سه نفر از استادان، سه نماینده از دانشجویان و سه نماینده از کارکنان تشکیل شد. دو نفر از استادان که یکی از آنان امور مالی و دیگری کارهای آموزشی را برعهده داشت و استاد سوم هم با دانشجویان همکاری می‌کرد. نباید از یاد برد که انقلاب شده بود و انبوهی از خواسته‌های دانشجویی و کارمندی در یک زمینه احساسی فوران داشت). دانشکده داروسازی از موقعیت ویژه‌ای برخوردار بود. من بر آن شدم تا از این فرصت بهره‌برداری کنم و اندیشه داشتن داروخانه به منزله بخش داروسازی

پراکنده در سطح شهر داشته باشیم و بابت هر کدام از این داروخانه‌ها هم یک میلیون تومان به ما بدهند (که آن موقع یک میلیون تومان خیلی بود) ما هم هزینه‌های داروخانه‌ها و پول داروهایی که خریداری می‌کنیم را بدهیم و بعد خودمان دیگر آن‌ها را اداره کنیم. این رای در صورت جلسه‌ای نوشته شد ولی عملاً آقای بیات گفت که امضا نمی‌کند، آقای دکتر اخوان هم گفت موافقم ولی امضا نمی‌کنم، وقتی اعضای آن موافقت کردند و بهداری استان هم گفت بروید درست بکنید، بسیار خوشحال شدیم ولی مساله مالی را چه بکنیم ما که پولی در بساط نداشتیم. این فکر به نظر من آمد که باید از صاحبان این دو داروخانه کمک بگیریم. باید یاد بکنم از آقای دکتر رحیم شبستری‌لر که این داروخانه ۱۳ آبان کنونی دست ایشان بود، فکر می‌کنم نامش ۴ آبان بود. به ایشان گفتم ما این کارها را کرده‌ایم و حالا نیازمند همکاری شما هستیم. خیلی استقبال کرد گفت که من ۸۰ تومان بدهی دارم، متاسفانه ندارم بدهم گفتم خب حالا یک کاریش می‌کنیم، اتفاقاً من هم نداشتم رفتم از خواهرم ۸۰ تومان گرفتم و دادم و گفتم این ۸۰ تومان، درست کن، بدهی‌های این‌ها را بده، چند شرط هم گذاشتیم، یکی این که از وزارتخانه کسی را به‌عنوان مسؤول، قبول نکنیم چون نظر آن بود که دانشگاهی‌ها باشند. دکتر جاویدان‌نژاد هم مسؤولش بشود، یک اتاق کوچک برای زیراکس درست کردیم که نسخه‌ها را زیراکس بکنند. دانشجویها همه بروند و همکاری کنند، استادها تعدادی‌شان می‌رفتند کار می‌کردند، آقای دکتر شفیعی می‌رفت کار می‌کرد، دکتر خلج می‌رفت کار

می‌کرد، البته دستمزد ناچیزی هم داده می‌شد. من خودم گاهی می‌رفتم منتها پول نمی‌گرفتم، برای این که سر می‌زدم. برنامه آن بود که این داروخانه‌ها الگوی کارآموزی باشند. جامعه داروسازان با این کار چندان موافق نبود، دلیلی هم که می‌آوردند این بود که شما هر کدام از این‌ها را که باز بکنید، تا یک کیلومتری‌ش همه داروخانه‌ها بسته می‌شوند. راست هم می‌گفتند و پیش‌بینی‌شان دقیق بود ولی ما هم چاره‌ای نداشتیم. باور کنید، چون داشتیم به یک جایی می‌رسیدیم که داروسازی از خدمات دارویی تهی می‌شد. در واقع، سوپرمارکت بود مثل الان که اگر به دادش نرسیم مفهوم داروسازی از خدمت به بیماران تهی می‌شود. این داروخانه را گرفتیم و خود دکتر شبستری‌لر هم مدت کوتاهی بود بعد گفت می‌خواهد برود داروخانه باز کند یا با شرکتی همکاری کند و رفت. خانم دکتر کامروا (اگر نام ایشان را اشتباه نگوییم) بودند که ماندند خیلی هم خوب کار کردند. در واقع، دانشکده با این داروخانه بنای کارآموزی را گذاشت. من چون هنوز سرپرست دانشکده بودم، موضوع را به شورای دانشگاه تهران بردم. شورا هم به دانشکده داروسازی اجازه داد تا هرگونه که صلاح است عمل کند و در حقیقت، تمام اختیارات را به دانشکده دادند. اشاره کنم که در گرفتن و باز کردن داروخانه‌ها، دانشگاه و دانشکده پزشکی هیچ کمکی نکردند که امروز اختیاردار آن شده‌اند. داروخانه دوم هم در سال ۱۳۶۰ در اختیار دانشکده قرار گرفت.

◀ منظورتان داروخانه طالقانی است؟

بله، منتها در این جا بعضی از دانشجویها و مخصوصاً این آقای دکتر حمید خویی برای طالقانی

خیلی دوندگی کرد تا بالاخره آن جا را هم گرفتند.

← **آقای دکتر، زمان جنابعالی بود که دکتر امینی داروخانه‌اش را به دانشگاه داد؟**

خیر، داروخانه امینی چند سال بعد از سوی آقای دکتر امینی وقف دانشکده شد. سند آن هم در دانشکده است. برنامه ما آن بود که در سراسر تهران یعنی در شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز، داروخانه دانشکده‌ای داشته باشیم.

← **یعنی جانمایی کرده بودید؟**

بله، جانمایی کرده بودیم، برای نمونه مکانی را در شمال غرب راه‌آهن در نظر داشتیم که به ما ندادند که بعد دوراهی قپان جایگزین آن شد که بعدها دانشکده با سرمایه خودش داروخانه ایشار را باز کرد. بعد داروخانه دولتی دیگری هم که در داخل بیمارستان بوعلی در شرق تهران بود در اختیار دانشکده قرار گرفت. البته با سرمایه دانشکده داروسازی.

در این جا باید بگویم که در به عمل درآمدن ایده تأسیس این داروخانه‌ها اعضای علمی دانشکده و دانشجویان نقش بسیار داشته‌اند، به‌ویژه که در گشایش داروخانه‌های بعدی من نقشی نداشته‌ام چون دیگر سرپرست دانشکده نبودم. شاید اشاره کردم که برای رفع خستگی به بخش دارویی امیرآباد رفتم.

در این جا باز هم می‌گویم که قبول دارم که گفته‌های جامعه داروسازان درست بود ولی آموزش هم یک مساله خیلی مهمی بود و این کاری که ما برای اولین بار در دنیا برای داروسازی کردیم یک الگو است. در کشورهای دیگر ممکن است دانشجویان داروسازی بروند برای سایر مراکز و

داروخانه‌ها کار نکنند، اما ما نمی‌توانستیم این کار را بکنیم. الان می‌بینید که همه دانشکده‌های داروسازی دست کم یک داروخانه برای کارآموزی دارند.

← **آقای دکتر منظور تان داروخانه سطح شهر است؟**

بله. منتها ببینید، گرانی دارو و بعضی از مشکلاتی که پیش آمد سبب شد که مثلاً داروهای اختصاصی درست بشود. این در طرح ما که نبود. این در سیاست‌گذاری‌های وزارتخانه بود که مجبور شدند داروهای اختصاصی و سهم‌بندی‌ها را درست کنند. به باور من شایسته است انجمن داروسازان در سیاست‌گذاری‌ها و سهمیه‌بندی‌ها شرکت فعال داشته باشد.

باز کردن داروخانه‌های دانشکده‌ای به کارآموزی هستی بخشید. اکنون دانشکده‌های شهرستان‌ها به ما اعتراض می‌کنند که شما ساعت کارآموزی را بردید ۱۲ ساعت. ما با دارا بودن یک داروخانه توان انجام این برنامه را نداریم.

همه داروخانه‌ها از همه داروها باید سهم داشته باشند موافقم. همه داروخانه‌ها باید سهم داشته باشند ولی این که چگونه باید این کار را بکنیم، به‌نظر من مطالعه می‌خواهد، باید بنشینیم و از زوایای مختلف ببینیم که وضع چگونه است و چه باید کرد.

← **آقای دکتر، این موضوع در آن مبانی اولیه طرح ژنریک پیش‌بینی شده بود ولی اصلاً دنبال نشد. یعنی آن بحث پخش متمرکز و نظارت در آن جا دیده شده بود که داروخانه‌ها سهم بکشوند ولی اصلاً دنبال نشد.**

برای این که اصولاً وقتی که فقط ژنریک آمد در بازار، اگر قرار باشد بقیه داروهایی که با قیمت‌های گزاف هم می‌آمد و هنوز هم می‌آید و شما بابت آن‌ها سوبسید می‌دهید را در جاهای دیگری که کنترلی نمی‌توانید بر آن‌ها داشته باشید ارایه شوند، یک روزه تمام می‌شوند. چون همان اختلاف زیاد قیمت باعث می‌شود که نسخه‌های غیرمنطقی هم بیشتر به بازار ارایه شود.

← آقای دکتر، یک نکته در این مباحثی که شما الان اشاره فرمودید هست که من همیشه فکر می‌کردم که چرا دانشکده داروسازی روی این سرمایه‌گذاری نکرد، چه قبل از انقلاب و چه بعد از انقلاب، و آن این که بالاخره تعداد بیمارستان‌هایی که متعلق به خود دانشگاه تهران بود، کم نبودند. این‌ها هم داروخانه‌های قابل توجهی داشتند، یعنی خود بیمارستان پهلوی سابق (۱۰۰۰ تخت‌خوابی) و امیراعلم و سینا، خوب گردش مالی این‌ها هم کم نبود. چرا این تفکر هیچ‌وقت این‌جوری دیده نشد که یک دگرگونی اساسی در داروخانه‌های آن بیمارستان‌ها اتفاق بیفتد (این در حالی است که اتفاقاً فضایی هم در یک دوره‌ای باز شده بود که امکان باز کردن در این داروخانه‌ها به روی عموم و به‌عنوان یک داروخانه داخل شهری هم فراهم بشود). چرا هیچ‌وقت روی این طرح کار جدی نشد؟

خلاصه برایتان بگویم ببینید، دانشکده‌ها، بیمارستان‌ها از سال ۱۳۳۴ بخش دارویی درست کردند. در آغاز در زیرزمین دانشکده و بسیار ناچیز بود، سپس به امیرآباد برده شد و زیر نظر دانشکده پزشکی نهاده شد. در سال ۱۳۳۷ آمدند برای بخش

دارویی، با همکاری کرسی‌های پزشکی یک فرمولر بیمارستانی درست کردند که بیشتر داروهای ترکیبی می‌ساختند که نزدیک به ۶۰ قلم دارو را در بر می‌گرفت. در سال ۱۳۵۳ داروهای ویژه (تجارتی) یا اسپسیالیته‌ها زیاد شد که پزشکان نسبت به آن‌ها شیفتگی بیشتر داشتند. سهم ریالی این داروها بسیار فراتر از داروهای ترکیبی بود. در نتیجه از سال ۵۳ بخش دارویی جزو مجموعه دانشکده داروسازی شد ولی همان ۶۰ قلم را می‌ساخت و در اختیار بیمارستان‌های دانشگاه می‌گذاشت.

← یعنی شما می‌فرمایید آسیب‌شناسی‌اش این بوده که دانشکده داروسازی نتوانسته بود خودش را روزآمد کند یا مشکل دیگری بود؟

خیر، اشاره کردم که از دهه ۳۰ داروهای نوینی به بازار عرضه شد که کمتر در بیمارستان‌ها به کار گرفته می‌شد. در حقیقت بخش دارویی یک فرمولر بیمارستانی بود برای داروهای ترکیبی. باید گفت که در کتاب‌های درسی دارویی و داروشناسی، داروهای جالینوسی جای بسیار اندکی داشت.

← آقای دکتر، شما فرمودید که پشت دانشکده یک زمین والیبال بود و پیشنهادتان این بود که آن زمین والیبال را بگذارند برای داروخانه که دانشجو استاژ ببیند، مردم هم ببینند و بتوانند از آن‌جا داروی مورد نیازشان را تأمین کنند. فرض کنیم با توجه به فضایی که در بیمارستان ۱۰۰۰ تخت‌خوابی بود و مرکز دارویی هم داشت، آیا نمی‌شد همین فکر در همین بیمارستان ۱۰۰۰ تخت‌خوابی به اجرا گذاشته شود و یک فضای ۱۰۰ متری، ۱۵۰ متری برای خود مراجعین به بیمارستان ۱۰۰۰ تخت‌خوابی در نظر گرفته شود

تا همه آن مقاصد عملی شود؟

ببینید، داروخانه‌های بیمارستانی در اختیار دانشکده پزشکی بود. مدیرکل دارویی بر پایه نیاز پزشکان، فهرست دارویی مورد نیاز بیمارستان را در کمیته ویژه بررسی می‌کرد و به تصویب می‌رساند. دکترهای داروساز در داروخانه بیمارستان در فراهم ساختن فهرست دارویی بیمارستان نقش چندانی نداشتند. از سوی دیگر فضا و محیط کار آن‌ها آمادگی پذیرش کارورز برای کارآموزی را هم نداشت. من پس از مقاله‌ای که در سال پنجاه درباره داروسازی بیمارستانی و نقش داروساز نوشته بودم و در مجله داروپزشکی چاپ شد و دردرساز هم شد، از داروسازان بیمارستان‌های دانشکده پزشکی تهران دعوت کردیم برای آگاهی از برنامه کارآموزی بیمارستانی به دانشکده بیایند. تعدادی آمدند و شماری از آن‌ها هم بسیار موفق بودند. در جلب آن‌ها دو مشکل داشتیم. یکی شورای مالی بود که باید مشخص می‌شد که در صورت انتقال چگونه بودجه آن‌ها را فراهم سازیم، دوم دادن عنوان سازمانی آن‌ها بود. نکته آن بود که حقوق آن‌ها از دستیاران ما بیشتر بود. به آن‌ها پیشنهاد کردیم به عنوان مدرس با ما همکاری کنند که همه به جز دو نفر موافقت کردند.

از خود دانشکده داروسازی بودند یا از وزارتخانه؟

از نیروهای دانشکده پزشکی بودند. با همه این تفاسیر آقای دکتر عارفی مدیریت دانشگاه تهران نامه‌ای نوشتند و همه را در اختیار ما گذاشتند. آقای دکتر رفیعی هم چون سرپرست بخش دارویی بودند برای بررسی و گفتگو معرفی شدند.

آقای دکتر رفیعی تهرانی؟

بله. پس از بررسی از جهات گوناگون به‌ویژه نداشتن بودجه و ناراضی بودن بخشی از آن‌ها به این نتیجه رسیدم که فعلاً موقع اجرای آن نیست. البته، من از شورای دانشگاه برای اداره این داروخانه‌ها مصوبه گرفتم که زیر نظر دانشکده داروسازی باشد ولی دشواری‌های بسیاری در بر داشت.

اکنون که با شما حرف می‌زنم با فعالیت مسئولان دانشکده و مدیر بخش داروسازی بیمارستانی آقای دکتر غلامی همه آن داروخانه‌ها در اختیار دانشکده قرار گرفته‌اند.

آقای دکتر، طبیعتاً وقتی یک مطالعه دقیق انجام می‌شود، منافع خود اهل حرفه، منافع مردم، منافع پزشکان، منافع نظام دارویی کشور، همه این‌ها در نظر گرفته می‌شود و نهایتاً شما یک تصمیم می‌گیرید که بهترین نتیجه را داشته باشد. یعنی وقتی که فقط یک بعدی نگاه بشود همیشه این نگرانی وجود دارد. بنابراین، جمع جبری هر فکر و تصمیمی باید در نظر گرفته بشود.

همه این حرف‌ها مال زمانی است که یک سامانه بهداشتی و دارویی با سیاست و برنامه مشخص داشته باشیم. سازمان‌های حرفه‌ای بتوانند در سرنوشت یک حرفه نقش اساسی داشته باشند. شما خوب می‌دانید در آغاز انقلاب انجمن داروسازان چندان رسمیت نداشت. هنوز هم با آن‌چه که باید باشد خیلی فاصله دارد. داروسازی حرفه‌ای بسیار ارزشمند است. اما در کشور ما هنوز از جایگاه ارزشمند خود برخوردار نیست.

من منظورم الان است، یعنی الان که شما

می‌فرمایید باز نگرانی این جوری باعث می‌شود که نتوانید؟

این داروخانه‌ها اکنون با دانشکده داروسازی همراه هستند تا آن‌جا که من آگاهی دارم تلاش آن است که سیمای داروسازی بیمارستانی را به خود بگیرند. آن‌ها باید با پزشکان همکاری علمی - دارویی داشته باشند، بتوانند درباره عوارض ناخواسته، بر همکنش‌های دارو - دارو، دارو - غذا و زهرشناسی دارویی اطلاعات لازم را در اختیار پزشکان، بیماران، پرستاران و دیگران بگذارند. در آغاز دهه ۶۰ درباره آن چه گفته شد چند پایان‌نامه در دانشکده نوشته شد. ولی شرایط برای انجام آن کارها فراهم نبود. در این زمینه گروه داروسازی بیمارستانی صاحب‌نظر است و می‌تواند سخن بگوید.

← آقای دکتر، منظور تان داروسازی بالینی است؟
تا آن‌جا که آگاهی دارم داروسازی بالینی با داروخانه بیمارستان چندان کار ندارد، با پزشکان و دانشجویان در بخش‌های بیمارستانی کار دارد و تازه در آغاز کار است. در بیمارستان‌ها جای خود را باز کرده و مورد توجه پزشکان (به‌ویژه جوان‌ها) و دانشجویان قرار گرفته است.

← آقای دکتر ما فرض می‌کنیم که در آمریکا، استرالیا یا در اتریش زندگی می‌کنیم، یک نظام دارویی و یک فهرست دارویی است. آیا می‌توانید تصور کنید که پزشک اجازه داشته باشد تا نسخه‌ای خارج از آن فهرست دارویی بنویسد که بعد موسساتی مثل تک نسخه یا فوریت هلال احمر یا شبیه به این مراکز برای تأمین آن‌ها ایجاد بشود؟

ببینید، تا آن‌جا که آگاهی دارم گروه کاری شما قرار است تغییرات و دستاوردها و کاستی‌های داروسازی در طرح ژنریک را مستندسازی کند. گفتمان درباره برنامه‌های مقطعی وزارتخانه درباره تک‌نسخه‌ای‌ها را باید در برنامه دیگری به بحث گذاشت. درباره تک نسخه‌ای‌ها تنها یک بار با همکاران دیگر به مجلس رفتیم که با باز کردن آن‌ها مخالفت شد. از طرفی، من چندان درباره سیاست‌های اخیر آگاهی ندارم.

← آقای دکتر، سؤال من این است که آیا FDA یک فهرست دارویی برای آن کشور تعریف کرده است؟

ببینید، برای پاسخ گفتن به این پرسش باید سامانه دارویی و پزشکی آمریکا را دید که بر پایه سرمایه‌داری فرامیتی است که کاستی‌ها و دستاوردهای خود را دارد. در این باره کتاب‌های بسیاری نوشته شده است که ترجمه یکی از آن‌ها در سال‌های آغازین انقلاب در دو شماره یک مجله دارویی چاپ شد و ادامه نیافت.

به گمان من تمام کشورها برحسب شرایط خودشان فهرست دارویی دارند. الگوبرداری کور به دور از شرایط اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و ... کار درستی نیست. به باور من تنها باید از تجربه‌ها و دستاوردها بر شالوده شرایط ملی، فرهنگی، دینی و ... بهره گرفت. به‌طور کلی الگوبرداری حتی در زمینه‌های علمی و فنی هم باید با ارزشیابی انجام گیرد.

← آقای دکتر، فرض می‌کنیم که ما یک دارویی داریم در داخل تولید می‌کنیم و به اندازه کافی هم هست، آزمایش‌ها را هم از هر نظر (چه بالینی و

چه آزمایشگاهی) پاس می‌کند. آیا در این صورت صلاح (صلاح مملکت، صلاح بیمار، مصرف‌کننده، پزشک) است که ما مشابه یا هم فرمول این دارو را از خارج وارد کنیم؟

گمان می‌کنم این در قانون ما هست، کسی نمی‌تواند خارج از فهرست دارویی، دارویی همانند را وارد یا نسخه کند (مگر در شرایط خاص مانند کمبودهای توجیه‌پذیر). ولی بازارهای دارویی را به سادگی نمی‌توان کنترل کرد. نمونه بارز آن داروهای قاچاق است که سیمای جهانی دارد.

من فکر می‌کنم که ما یک چیزی به اسم سیاست ملی دارو می‌خواهیم. این را یک فرد نمی‌تواند بگوید. یک فرد نظر خودش را می‌تواند بگوید. ما باید سیاست ملی دارو National Drug Policy داشته باشیم. در برنامه‌ریزی سیاست ملی دارو باید از همه نیروهایی که در کار آموزش، پژوهش، تولید، واردات و صادرات و مدیریت، شیوه عرضه اطلاعات دارویی کارگزار و موثر هستند، به درستی بهره گرفت. کنترل‌های دارویی باید پیوسته مورد اعتماد باشد. نه این که اگر برای نخستین ساخت پاسخ خوب گرفتید در ادامه تولید دیگر توجه لازم به معیارها در کار نباشد. باید اخلاق داروسازی را در تمام رشته‌ها به‌ویژه در تولید همواره در نظر داشت. از سوی دیگر، بسیاری از نابسامانی‌های دارویی ریشه در سیاست‌های اقتصادی و برداشت‌های نادرست دارد. در این باره شایسته است از اقتصاددانان و صاحبان صنعت نظرخواهی کنید.

◀ حالا اگر از بیمه صرف‌نظر کنیم و موضوع وظیفه وزارت بهداشت و معاونت ذی‌ربط و سازمان غذا و دارو را در نظر بگیریم برای پزشک، بیمار یا

داروساز یا شرکت‌های دارویی این سؤال مطرح است که اگر یک دارویی در داخل، تولید می‌شود که کیفیت‌ها را به‌طور کامل پاس کرده و مورد قبول است. آیا در این مورد باز می‌توانیم دارویی هم فرمول وارداتی مشابه آن را هم داشته باشیم یا خیر؟

روشن است پاسخ منفی است.

◀ نه آقای دکتر، آن بحث ماهواره و قاچاق را جدا کنیم. ما فضای رسمی را می‌گوییم.

فرهنگ مردم از آن جمله فرهنگ مصرف دارو، فضای رسمی نمی‌شناسد. داروسازان باید با خدمات دارویی ارزشمند با مردم رابطه خوب برقرار کنند. آن چنان که مردم نیک و بد دارو را از آن‌ها بپرسند. یکی از اشکالات انجمن‌های داروسازی که پیش از این اشاره شد، این است که با مردم رابطه ندارند. باید دید در جاهای دیگر رفتار داروساز با پزشک، بیمار و جامعه چگونه است. حرفه داروسازی از روی درجه تحصیلی و قفسه‌بندی تجملی داروخانه ارزشیابی نمی‌شود بلکه شیوه رفتار علمی، اخلاقی و کرداری داروساز پایه ارزشیابی است. نکته دیگر آن است که در قوانین داروسازی، جدا از همانندسازی‌های علمی باید فرهنگ ملی خود را در نظر بگیریم. برای نمونه چنانچه پروانه تأسیس همانند مطب به داروساز داده نشود باید منتظر تخلف‌ها و کاستی‌های خدمات دارویی بود.

داروساز می‌تواند برای باز کردن داروخانه از فرد دیگر کمک مالی و یا شریک بگیرد ولی باید همواره پروانه تأسیس به نام داروساز باشد. کاری که در زمان باز شدن داروخانه‌ها به سبک اروپا برقرار بود. من بارها گفته‌ام که در مطب هم

سرمایه‌گذاری صورت نمی‌گیرد. اگر شما آمدید یک تشکیلاتی مثل بیمارستان درست کردید، بله، آن‌جا سرمایه‌گذاری مفهوم دارد. برای این که در نهایت معلوم نیست صاحب داروخانه کیست، آن وقت مدیرش مسؤول است. اگر مثل شرکت‌های زنجیره‌ای درست کردید، چون صاحبش معلوم نیست تا هر دقیقه بیايد بگوید که تو این‌طور بکن، تو آن‌طور نکن شاید قابل اجرا باشد ولی این که ما برای آلودگی‌های ۲۵ و ۳۰ متری پروانه تأسیس بدهیم، این که سرمایه‌گذاری نیست. تجربه گرفتن مسؤول فنی ناگوار است. اگر باور ندارید بروید یک مطالعه میدانی بکنید و نتایج آن را ببینید.

← آقای دکتر، یک نکته‌ای که من احساس می‌کنم خودش در این تعاملاتی که شما می‌فرمایید تأثیر داشته که نگذاشته است حرفه داروسازی کشور به درستی مسیرش را طی کند، حالا در ارتباط با مسؤولان، وزارت بهداشت، مردم و مخاطبان که همان بیماران هستند و حتی پزشکان، احساس می‌شود که در حوزه پزشکی فضای بازتری ایجاد شده که پزشکان ما اطلاعات روزآمدتری داشته باشند، به همین دلیل سطح دانش خودشان را هر روز بیشتر ارتقا داده‌اند. اما در سطح داروسازی، ما می‌بینیم که این اتفاق به صورت جدی نیفتاده است. به گونه‌ای که گاهی حتی در تعامل داروسازان و پزشکان هم ما یک نوع مرعوبیت را در داروسازان می‌بینیم. یعنی احساس می‌شود که پزشکان قالب می‌شوند. فکر می‌کنم که شاید از این منظر، مسایل قابل بحث و بررسی باشد. من چنین باوری را ندارم. برنامه‌های بازآموزی برای همه است. خوب و بد آن را باید بررسی کرد.

در هر صورت این مطلب جدا از مستندسازی است. ← آقای دکتر، همین بحثی که شما می‌فرمایید یعنی این که واقعاً فضای لازم فراهم نشده که این رشد در داروسازی ایجاد بشود یا نه اصلاً مشکلات سیاسی، ساختاری و امثالهم این‌ها هر یک خودش به یک نوعی ترمز بوده ولی در پزشکی مثلاً این ترمزها نبوده است. این‌ها جای بحث و بررسی ندارد؟

ببینید، ارزش‌های یک حرفه بیشتر به پرستاری‌های یک حرفه از مردم و جامعه مربوط می‌شود. پزشکی و داروسازی در گذشته جدایی بازاری از هم نداشتند. با این همه ساختن دارو کاری جداگانه بوده است که تمام پزشکان از عهده آن برنمی‌آمدند. این نکته در مصر بوده است و در ایران هم رازی در آغاز جلد بیست و دوم کتاب حاوی آورده است کسی را که آشنایی با دارو و فرآورده‌های دارویی دارد پزشک نمی‌داند (برای آگاهی بیشتر می‌توان به آن کتاب که آقای دکتر محمود طباطبایی با چیره‌دستی ترجمه کرده، بازگشت کرد). مردم از دیرباز با پزشک آشنا بوده‌اند، و برای درمان نزد داروفروش هم می‌رفته‌اند حتی دواخانه معنی مطب را هم با خود داشته است. داروخانه به صورت کنونی از دارالفنون به بعد درست شده است. البته، ما در بیمارستان‌ها داروخانه‌های بزرگ داشته‌ایم ولی مدرسه‌ای که بخواهد داروساز تربیت بکند، نداشته‌ایم. دوم این که داروساز تا دهه سی با مردم رابطه‌ای نزدیک داشته است. گفتم که در سال اول دانشکده در ۱۳۳۱ کارآموزی می‌کردم. هر صبح نزدیک به ۵۰، ۶۰ نفر بیمار پشت در نشسته بودند تا داروی خود را که فراهم شده بود

که طبیب به کیفیت داروی ساخت داخل اعتماد پیدا کند؟

یکی از ویژگی‌های دارو، داشتن کیفیت استاندارد است. تا آن‌جا که من آگاهی دارم داروسازی ایران در ساخت و کنترل از توانایی شایسته‌ای برخوردار است. بیشتر داروهای ساخت داخل از کیفیت لازم برخوردار هستند. البته، کاستی‌هایی هم دیده می‌شود که بیشتر به مسایل اقتصادی ارتباط دارد تا توان صنعت و کنترل دارو. در تمام جهان داروهای تقلبی دیده می‌شود. تبلیغات دارویی هم با ترفندهایی که دارد می‌تواند در دادن دارو به بیمار بسیار اثرگذار باشد. فرهنگ جامعه هم در همه چیز از جمله در دارو نقش دارد. کم توجهی به انجمن‌های دارویی و نگرش‌های دولت‌مدار را هم نمی‌توان نادیده گرفت. ببینید، داروساز باید خودش با بهره‌گیری از توان علمی، فنی و اجتماعی خود حرفه خود را رشد و اعتبار دهد. منتظر نباشد تا وزارتخانه برای او از بالا کار کند. باید به خودش و حرفه‌اش علاقه‌مند باشد.

◀ خوب ارتباط را چه‌جوری برقرار کند؟ من فرض می‌کنم مثلاً در واحد تولیدی که امروز دارم یک دارویی، مثلاً قرص استامینوفن می‌سازم، فلان موسسه واردکننده هم دارد استامینوفن وارد می‌کند، طبیب باید چگونه و با چه اطلاعاتی به محصول تولید داخل اقبال نشان دهد؟

سرچشمه تمام این کارها ریشه در اقتصاد، فرهنگ و اخلاق دارد. برای نمونه سوداگری در یک اقتصاد سوداگرانه، خودش را در تمام ابعاد زندگی نشان می‌دهد، به‌ویژه در کشورهایی که از منابع طبیعی خود درآمدهای سرشار دارند. این

دریافت کنند. شماری از آن‌ها هم برای درمان سرپایی آمده بودند. آن‌ها می‌دیدند که داروساز برای آن‌ها کاری انجام می‌دهد که پزشک یا خود آن‌ها از پس آن بر نمی‌آمدند، تردید نیست که ارزش یک حرفه را مردم تعیین می‌کنند. اگر مردم از یک حرفه‌ای خدمات علمی و فنی و اخلاقی دریافت نکنند، ارزیابی خوبی از آن حرفه نخواهند داشت. بار فرهنگی مردم از بیماری را هم باید دید. مردم هنگامی که بیمار می‌شوند گاه خود را درمانده می‌بینند و به پزشک متوسل می‌شوند، همانند توسل جستن به یک امام‌زاده. پزشک به واسطه برخورداری از دانش ویژه مورد احترام قرار می‌گیرد. در آن‌جا هم رفتار پزشک ارزش او را تعیین می‌کند. داروساز چنانچه از دانش و آگاهی و مهارت خود برای بیمار بهره‌گیرد نباید انتظار شایسته‌ای از بیمار داشته باشد. به گمان من مردم در ایران خود را با داروسازان نزدیکتر احساس می‌کنند زیرا بدون وقت قبلی می‌توانند به آن‌ها مراجعه و مشورت کنند. سامانه داروسازی باید از این رویکرد بهره‌گیری خردمندانه کند. مسایل فرهنگی و اقتصادی کشور هم در کارهای داروسازی نقش دارند. مانند کمپایی دارو و کاستی‌های بیمه‌ای که بر خدمات دارویی آثار ناگوار دارد. اجازه بدهید در این باره کوتاه بیایم.

◀ آقای دکتر مدتی است در مورد کیفیت داروهای تولید داخل یک سری بحث‌هایی مطرح می‌شود. هم از طرف مسئولان و هم اطباء و مصرف‌کننده (بیمار). به نظر شما چگونه می‌شود کیفیت را تنظیم کرد و تطبیق داد و درست کرد یا چگونه می‌شود ارتباطی را با طبیب برقرار کرد

موضوع فقط مربوط به دارو نیست، اتومبیل هم همین طور است، ما می‌خواهیم حتی چیزهای ملی خودمان را هم با واردات تأمین کنیم. برای بهبود داروسازی باید سیاست‌گذاری خردمندانه داشت. از توان علمی و فنی دانشکده‌ها، صنایع داروسازی و صنایع وابسته به آن از انجمن‌های علمی و حرفه‌ای، واردکننده‌های دارویی و به‌ویژه از بخش خصوصی کارآمد بهره گرفت. من فکر می‌کنم داروهای ما خوب هستند. اگر مثلاً ۵ مورد داریم که کیفیتشان پایین است اصلاً دلیلی ندارد که بگوییم بد هستند. مثل این است که بگوییم همه پزشکان ما خوب هستند، بلکه خوب هستند ولی دلیل ندارد که همه‌شان مثل همدیگر باشند. هر جای دنیا هم بروید همین طور است. آمریکا داروی کلسترول می‌سازد برای شما، سه ماه بعدش می‌آید همه را جمع می‌کند، در حالی که آن همه هم تحقیق کرده است. دارو یک حوزه ساده‌ای نیست که آدم به سادگی از کنار آن بگذرد.

← آقای دکتر چرا این اتفاق می‌افتد؟ یعنی شما فکر نمی‌کنید چون آن‌ها یک جایی دارند (FDA یا هر چیز دیگری) که می‌تواند در این زمینه با استدلال‌ها و مستندات کافی حرف آخر را بزند، می‌تواند این اتفاقات بیفتد که محصول تولیدی خود را جمع کند، می‌تواند بگوید آقا در این سطح نیستی و امثالهم. ما اشکالمان این است که چنین جایگاهی را نداریم یا اگر داریم مثلاً به‌طور کامل نیست. مثل این که مثلاً ما بحث Bioavailability را در کشورمان نداریم که بتوانیم بگوییم سیستم نظارت و کنترل ما بی‌نقص و کامل است. قیاس با آمریکا چندان ساده نیست. الگوبرداری

ما از داروسازی آمریکا در زمینه‌های علمی و فنی مقوله دیگری است. می‌تواند برای ما سودمند باشد ولی سامانه‌های پزشکی، دارویی آن‌ها برای خودشان است و کاستی‌های خود را دارد.

آشنایی ما با فراهمی زیستی و همسنگی زیستی به چند دهه پیش برمی‌گردد. برای بسیاری از داروها هم انجام می‌گیرد. اگر صادرات دارویی ما افزایش یابد انجام این آزمایش‌ها هم رشد تدریجی خواهد داشت.

← در همه محصولات و در همه داروهای تولیدی داریم؟

برای همه داروها لازم نیست. بستگی به دگرگشت (متابولیسم) داروها دارد.

← بالاخره در آن مواردی که لازم هست، الان ما داریم آن آزمایشات را انجام می‌دهیم، مستنداتش را ارایه می‌کنیم؟

تا آن‌جا که آگاهی داریم انجام می‌گیرد.

← خوب اگر این‌ها باشد، همه بحث‌های مربوط به مقایسه‌های دوسوکورشان می‌تواند اتفاق بیفتد دیگر.

درست متوجه پرسش شما نشدم. به نظر می‌رسد با مستندسازی چندان ارتباط نداشته باشد.

← چرا آقای دکتر، چون علت این که این حرف‌ها مطرح می‌شود انحراف‌هایی است که به تضعیف تولیدات داخلی و هموارتر کردن واردات منجر شده است.

واردات یک بحث دیگر است.

← آقای دکتر، ما متهم می‌شویم به این که چون داروی با کیفیت لازم را نداریم، ناگزیر متوسل به واردات می‌شویم.

سرمایه‌گذاری کرده. یک وارداتی است فرض می‌کنیم همان بایر، وقتی می‌رود پیش طبیب، دیگر انگیزه ندارد که از تولید داخلی دفاع کند. امکان دارد در ارتباط با تولید یک نظر دیگری را به طبیب القا کند، از طرف دیگر، او نماینده یک شرکت خارجی هم است.

دشواری ما آن است که درباره داروسازی در ایران و ساختن داروهای تحت لیسانس پیش از بررسی و نظرخواهی از کارشناسان، با نگرش سیاسی داوری قاطع می‌کنیم. درباره فعالیت‌های نادرست شرکت‌های فراملیتی مطالعات ارزشمندی در جهان شده است. ما نباید ساخت داروهای زیر گواهی خارجی را مونتاژ بخوانیم. داروسازی ایران به گفته کارشناسان نامور داروسازی از این شیوه تولید بسیار بهره برده‌اند. ارتباط پزشکان با کارخانه‌ها به شیوه‌های ارایه اطلاعات نوین علمی به جامعه پزشکی مربوط می‌شود. دور نگه داشتن جامعه پزشکی از دستاوردهای نوین دارویی زیان‌بخش است. شیوه تبلیغات را باید پایش کرد.

◀ سؤال ما همین است که برای این که بشود کیفیت و آن هویت دارویی را به طبیب بشناسانیم، چه کار باید بکنیم؟ آیا باز همان ویزیتورها را راه بیندازیم؟

نه، ببینید، مساله ویزیتور نیست، مساله پیشرفت است، سطح علمی و فنی را باید بالا برد. راه این کار پژوهش است و آشنا شدن با دنیای پژوهش. اگر خودمان پژوهش نکنیم درباره تبلیغات دست بسته خواهیم بود. ناراستی‌های تبلیغات یک مساله جهانی است. تجربه گذشته ما نشان می‌دهد که ما بسیاری از اثرات نامطلوب داروها را نمی‌شناختیم و

من بر این باورم که اگر کسی می‌گوید داروهای داخلی کیفیت ندارند، باید برای ادعایش سند بدهد. بر پایه سوگندی که خورده است و اخلاق پزشکی باید گزارش بدهد. این که من بگویم من این را دادم اثر نکرد، شاید شما برای ۱۰ نفر هم بدهید اثر نکند، آدم‌ها مثل هم نیستند. این‌ها مسایلی است که ما باید دقت کنیم که به همین سادگی اظهار نظر نکنیم. برخی بر این باور هستند که چون ما جزو کشورهای جهان سوم یا درست‌تر رو به رشد هستیم، آنچه تولید می‌کنیم همانند نمونه خارجی نیست و گاه خودروسازی را نمونه می‌آورند. شاید آن‌ها از رشد داروسازی آگاهی نداشته باشند. داروسازی شاید جزو اندک صنایعی است که نمی‌تواند رها از استاندارد باشد برای آن که با جان مردم سروکار دارد. البته، کاستی‌هایی هم دارد. در مورد قیاس با آمریکا، خود آمریکا آن فرشته‌ای که ما فکر می‌کنیم نیست. همه می‌دانیم ۴۰ درصد آمریکایی‌ها اصلاً بیمه نیستند. درگیری اوپاما را با کنگره آمریکا بر سر بیمه همگانی دیدید.

◀ قبل از انقلاب ۱۶ شرکت دارویی در ایران بودند، شرکت‌های معروف آمریکایی، آلمانی و فرانسوی در ایران بودند. بنابراین، وقتی که نماینده یکی از این شرکت‌ها می‌رفت پیش طبیب، فرض می‌کنیم مثلاً نماینده همان بایر، در مورد محصول وارداتیش حرف می‌زد، در مورد محصول تولید داخل هم حرف می‌زد. هیچ‌وقت علیه تولید داخل حرف نمی‌زد. به‌علت این که نمی‌توانست بیاید علیه کارخانه تولیدی متعلق به کمپانی متبوعش حرف بزند. ولی حالا ما نه تحت لیسانس داریم، نه خارجی آمده این‌جا

نمی‌دانستیم. اطلاعات دارویی در کشورهای جهان سوم با اروپا و آمریکا بسیار تفاوت دارد. کارخانه، باید حافظ دارویش باشد. پس اگر دارویش جایگاه لازم را نداشت می‌رود علت آن را جویا می‌شود و بعد هم می‌رود اصلاحش می‌کند. ارتباط منطقی و درست با جامعه پزشکی سودمند است.

← آقای دکتر، به سیاست‌ها هم برمی‌گردد. یعنی ما یک‌جا آمديم دست گذاشتیم روی قیمت تمام‌شده و این امکان را از کارخانه گرفتیم. منظورم این است که این کارها هزینه دارد.

باید یادمان باشد در آغاز انقلاب با نگرش‌های تند و احساسی و سیاسی و رفتن مالکان کارخانه‌های خارجی طرح ژنریک بسیار کارساز بود و به کارخانه‌های داروسازی داخلی بسیار کمک کرد. این طرح مانند دارو زمان سپری شدن دارد که کم و بیش شد. دشواری‌های دارویی را باید با کارشناسی گروهی حل کرد.

← منظورتان این است که باید بازنگری می‌شده است؟

مگر می‌شود بدون پژوهش کاری کرد؟ بدون پژوهش که کاری نمی‌توان کرد. چرا؟ چون بدون پژوهش همان می‌شود که خیلی از کشورهای دیگر هم می‌کنند. اگر می‌خواهد روزآمد بماند، باید به مهم‌ترین نیاز خود که توسعه و گسترش است توجه کند.

← آقای دکتر، آماری که در همان آمریکا که شما می‌فرمایید یا در سایر کشورها وجود دارد، نشان می‌دهد که به تدریج میزان مصرف داروهای ژنریک دارد بالا می‌رود. حالا با فشار بیمه‌هاست یا فشار مصرف‌کننده، شرایط این‌گونه است.

همین الان ساندوز که یک شرکت معتبر است، فقط و فقط در آمریکا دارد نزدیک به ۱۰ میلیارد دلار داروهای با نام ژنریک توزیع می‌کند.

شالوده اقتصادی دارد، گرانی پرشتاب داروهای نوین است داشتن داروهایی با نام ژنریک همواره لازم است. اگر جز این باشد بخش بزرگی از مردم توان خرید داروها با نام تجارتي را ندارند. تازه بیمه‌ها را هم باید در نظر گرفت، نباید طرح نوین دارویی را با داشتن داروهای ژنریک، وابسته به هم دید. داروهای ژنریک هم باید همان معیارهای داروهای برند را داشته باشند.

← ولی اطمینان هم دارند.

بله، اطمینان دارند.

← یعنی باید نگاه کنیم ببینیم که آن سلب اطمینان از کجا شروع شده.

سلب اطمینان نتیجه اقتصاد سوداگرانه است و ریشه فرهنگی هم دارد. نیازمند کار فرهنگی و اجتماعی است.

← یعنی پیشنهاد شما این است که صنعت ما باید ارتباط علمی با طبیب داشته باشد، پروموشننگ داشته باشیم و طبیب را نسبت به مصرف داروی داخلی راضی و قانع بکنیم؟

من از آگاهی لازم در زمینه صنایع داروسازی برخوردار نیستم. در گذشته مگر چند درصد برای این تبلیغات می‌گرفتند، نزدیک ۳۰ درصد بهای دارو بود. اکنون باید با شرکت‌های پخش دارو و صنایع تماس گرفته شود و راه کار منطقی را عرضه کنند. یک شرکت دارویی باید حافظ منافع خودش باشد. مگر اکنون نمی‌روند داروخانه‌ها و آن‌ها را ویزیت نمی‌کنند؟ کارخانه و بخش‌های دارویی، با تجربه‌ای

مورد توجه قرار نگرفته است. طرح پزشک خانواده با دارو هم بستگی بسیار دارد و باید جایگاه آن در این طرح روشن شود.

◀ طب ملی هم همین بود دیگر.

ببینید، بسیاری از کشورها از پزشک خانواده بهره می‌گیرند، نظام پزشکی هم در پی این کار است. امید است به سود مردم عمل شود.

◀ آقای دکتر، صرف‌نظر از قیمت، شما سالیان سال استاد دانشکده بودید، در سمت‌های اجرایی که نگوییم ولی سمت‌های علمی داشتید، سالیان سال عضو پیوسته فرهنگستان بوده‌اید. اگر فکر می‌کنید که برای تغییر قانون (چون به هر صورت یک طرحی در حال حاضر در مجلس مطرح است) باید اتفاقی بیفتد که شرایط به‌گونه‌ای شود که عرضه دارو با کیفیت لازم در وضعیت مناسبی قرار بگیرد و در این زمینه نقطه نظری به نظر تان می‌رسد بفرمایید.

ببینید این یک اصلی است که سازمان جهانی بهداشت هم گفته، دارو باید با کیفیت خوب در دسترس و با بهای مناسب برای همه باشد. حالا این به این معنی نیست که اگر مثلاً من رفتم در یک روستا، داروخانه آن روستا باید داروی قلبی را در داروخانه‌اش داشته باشد، اصلاً به این معنی نیست. این را پزشک یا پزشکان و داروسازان آن‌جا تعیین می‌کنند که باید چه فهرستی از داروها را داشته باشند و چگونه می‌توانند سایر داروها را برای بیماران آن منطقه فراهم سازند. با بهره‌گیری از رایانه سراسری می‌توان بسیاری از دشواری‌های دارویی در بخش‌های دور افتاده را حل کرد. پیک‌های موتوری هم اکنون دارو را در

که دارند باید خودشان راه درست‌تر را پیشنهاد کنند. ◀ آقای دکتر، آیا وزارتخانه این قدرت را به خودش می‌دهد که اگر یک شرکتی تخلفی داشت با آن برخورد جدی بکند؟

قانون است که اجازه می‌دهد.

◀ خوب همین اشکال قانونی چیست؟

گفتم که، داشتن یک سیاست‌گذاری مشخص در حوزه دارو که همه موارد را دیده باشد، یکی از ضرورت‌ها است و همان‌جا باید دیده شود که پزشک چگونه باید با دارو آشنا شود. چه کسی باید این کار را انجام بدهد. خوب بیایند بنشینند. اگر می‌گویند باید مراکز پخش برون، خوب مراکز پخش این کار را بکنند. اما اگر پزشک گفت که این دارو خوب نیست، اگر داروخانه گفت که مردم از این دارو راضی نیستند، شرکت‌های پخش باید کارخانه‌ها را از گفتار پزشکان و داروسازان آگاه سازند. وزارتخانه هم باید سبب شکایت از دارو را توسط کارشناسان بررسی و برطرف کند.

◀ حالا این اشکال در قوانین مان وجود دارد، در دستورالعمل‌های مان وجود دارد.

طبیعی است که قوانین ما باید نو شوند، بسیاری از مسایل دارویی در سال ۱۳۳۴ مطرح نبود. تا آن‌جا که اطلاع دارم و در جریان بودم بارها از نوسازی قوانین داروسازی سخن گفته شده و قوانین کهنه بازمینی و به مجلس داده شده است ولی هنوز ما در سال ۱۳۳۴ هستیم و با چشم و ابروی آن قانون ور می‌رویم. فرهنگستان علوم پزشکی به تازگی نقشه راه ۱۴۰۰ و قوانین داروسازی را بازنگری کرد و برای بررسی در اختیار مسؤولان نهاد. دریغا که پزشک خانواده چندان

اعصابی باقی می‌ماند؟ آیا روان او دردمند نمی‌شود؟ حالا گرانی و بیمه هم جای خود را دارند.

← علاوه بر خدماتش باید یک پولی هم از جیبش بدهد.

از این نظر دگرگونی‌هایی باید ایجاد کنیم، هم در قوانین مان، هم در اجرای آن‌ها و هم در سیاست مان. باید انجمن‌ها را به‌طور رسمی به‌عنوان شاخص بشناسیم. هنوز انجمن‌های ما را نمی‌شناسند. انجمن‌ها باید در تدوین قوانین مشارکت داشته باشند. انجمن‌ها باید بنشینند بگویند که این قوانین چطور هستند. ما هنوز این کارها را نمی‌توانیم بکنیم. وقتی قانون می‌نویسند ما می‌گوییم داروخانه چون یک واحد کوچک است مانند مطب باید داروساز صاحب پروانه تأسیس باشد. حضور فردی جز داروساز لغزش‌های بسیاری به همراه دارد دیگر نباید بگویند که این مالکیت است و باید سرمایه‌گذاری در آن آزاد باشد. باید بگویند همانند مطب است و به راستی در داروسازی نوین داروساز یک داروپزشک است.

در پایان، اگر سخنانی نادرست گفته‌ام که حاصل ناآگاهی من بوده است از تمام همکاران صمیمانه پوزش می‌خواهم.

منزل تحویل می‌دهند. امیدوار باشیم که اطلاعات دارویی هم همراه داروها باشند. برخوردار بودن از رایانه سراسری برای داروسازان زیان‌بخش به‌نظر نمی‌رسند. این موضوع را هم داروخانه‌داران بهتر از من می‌دانند که داروخانه ندارم.

← **بله منظور تان مسایلی مثل فرار مالیاتی است؟**
این‌ها آموزش و کار فرهنگی می‌خواهد. جامعه داروسازان و انجمن‌ها باید این کارها را بکنند. من یک روز که میهمان انجمن بودم گفتم داروسازی کنونی باید خدمات علمی، اخلاقی و اجتماعی را در اختیار مردم و گروه‌های پزشکی بگذارد و راه‌های نوینی مانند خدمات تلفنی و در منزل را برای بیماران به‌ویژه سالمندان برقرار کند و برای این خدمات حق ویزیت دریافت کند. البته، این وظیفه دولت است که خدمات دارویی تلفنی و در منزل و راه دور را برنامه‌ریزی کند. بیمار نباید برای یک دارو سرگردان شود. اگر باور ندارید سری به داروخانه‌هایی بزنید که داروهای بیماری‌های خاص را در اختیار دارند. هستند بیمارانی که توان پرداخت بهای دارو را ندارند. گاهی از دکتر داروساز می‌خواهند نصف دارو را بدهد. کاری که برای هیچ داروسازی مقدور نیست.

با آن‌چه گفته شد، آیا برای بیمار و خانواده او