



بررسی دارو توسط فرهنگستان علوم پزشکی در مصاحبه با آقای دکتر صادق جاویدان نژاد

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 صادق جاویدان نژاد از جمله داروسازان صاحب‌نظری است که از بنیان‌گذاران اولیه طرح ژنریک به همراه تعدادی از خبرگان این حوزه بوده است. در این قسمت، مصاحبه فرهنگستان با ایشان را مرور می‌کنیم.

← آقای دکتر، همان‌گونه که مستحضرید فرهنگستان علوم پزشکی دو پروژه تحقیقاتی (یکی واردات دارو و مکمل‌ها از سال ۱۳۵۵ تا پایان ۱۳۹۰ و دیگری مستندسازی نظام دارویی ایران) را در دست انجام دارد که امروز به همین علت در خدمت شما هستیم. خواهش می‌کنیم پیش از ورود به موضوع خودتان را به اختصار

معرفی بفرمایید.

بسم الله الرحمن الرحيم و به نستعين. من افتخار هم‌کلاسی بودن با آقای دکتر نیلفروشان را دارم و فارغ‌التحصیل سال ۴۵ - ۴۴ دانشکده داروسازی دانشگاه تهران هستم و خدا خواست بعد از فراغت از تحصیل از دانشگاه تهران و ازدواج در ایران برای ادامه تحصیل به هزینه شخصی ابتدا به کانادا و

بعد از چند ماهی به دانشکده داروسازی ایلینوی در شیکاگو پیوستم. برای شروع دوران PhD که در سال ۱۹۷۲ یعنی ۵ سال بعد در زمینه فیزیکی فارماسی (Physical Pharmacy) این دوره تحصیلی را به پایان رساندم. بعد از آن به ایران آمدم و در دانشگاه مشهد ابتدا به سمت مدرس و بعد به سمت مدیریت دانشکده یکی دو سالی مشغول بودم و خوب به دلیل خیلی مسایل سیاسی و انتظارات غلطی که در آن زمان معمول بود، مثل این که ۴ آبان باید برویم گل بندازیم جلوی مجسمه فلان کس و غیره، من مجدداً به آمریکا بازگشتم. در آمریکا مدتی در یک زمینه بالینی با یکی از دانشکده‌های پزشکی آن‌جا همکاری می‌کردم و بعد از آن به دانشکده داروسازی در اوکلاهاما پیوستم. با سمت دانشیاری شروع کردم به تدریس داروسازی. یکی از شاخه‌های تدریس من فرمولاسیون بود. شاخه دوم بعدها بحث بالینی داروها و چگونگی و چرایی مصرف داروها از نظر بالینی بود. انقلاب که پیروز شد بلافاصله استعفا دادم و با کمال افتخار که خیلی به این کاری که کردم، افتخار می‌کنم، آمدم به ایران و برای خدمت به دانشکده داروسازی دانشگاه تهران پیوستم و تا زمان بازنشستگی که سال ۱۳۷۷ بود، آن‌جا خدمت کردم و در آن سال‌های آخر که مرخصی بدون حقوق گرفته بودم، به‌عنوان مدیرعامل شرکت پاک‌دارو دو، سه سالی همکاری داشتم که بعد از اینکه سکنه قلبی کردم، ترجیح دادم که این آب و هوای تهران را ترک کنم و از آن سال در شمال هستم و ادامه کار تألیف کتاب‌هایی را که در سال ۱۳۵۹ شروع کرده بودم (اطلاعات دارویی و ...) را دنبال کردم.

← یعنی تطبیق ژنریک و برند؟

در واقع تطبیق دو سویه بود. یعنی مثل یک فرهنگ بود چرا؟ برای این که طیب اگر بخواید بتواند به راحتی استامینوفن بنویسد ولی با نام تجاری قبلی آن مثلاً استوفن آشنا است، چگونه این دو نام را مقابله کند. به هر حال کتاب‌های دیگری در زمینه عمر مفید داروها، مصرف بهینه داروهای تزریقی و همچنین با همکاری یک عده‌ای در زمینه مصرف نابه‌جای دارو در ورزش (دوپینگ) هم کتابی نوشتیم که شاید اولین کتابی بود که در این زمینه می‌آمد و خلاصه از نظر علمی فعالیت من در همین زمینه‌ها بود که شاید مجموعاً ۷ کتاب نوشتم.

← آقای دکتر، از دانشکده داروسازی دانشگاه مشهد نام بردید. از فعالیتتان در آن‌جا هم کمی بفرمایید.

دانشگاه مشهد یک دانشگاه بسیار نو تأسیس بود و رئیسش یک متخصص تغذیه بود. البته، درباره نحوه پیوستنم لازم نیست من وقت‌تان را بگیرم

بکنند این‌جا نه به‌طور موقت. بعد تدریس‌شان به زبان انگلیسی باشد ضبط بشود و به جای پلی‌کپی ما نوار ضبط شده را به دانشجو بدهیم. این سیستم را به اجرا بگذاریم و آن وقت در کنار هر استادی مترجمی باشد که در همان لحظه ترجمه کند به‌دلیل این که واقعاً استاد نداشتیم. البته، با رفتن من این نظم آن‌گونه که باید پا نگرفت.

← آقای دکتر، موضوع یا عنوان PhD شما چه بود؟

موضوع PhD من در ساختن یک سلول مصنوعی بود و نحوه جذب دارو در این سلول. سلول مصنوعی را ابتدا روس‌ها شروع کرده بودند ... نووا و غیره اوپارین این‌ها به دلیل این که ثابت کنند خدا وجود ندارد و حیات و هستی از خودش شروع شده است رفته بودند در آب‌های اولیه که اولین موجودات زنده تک سلولی ایجاد شده بود که ببینند که این در چه شرایط فیزیکی و چه شرایط ترکیبی شیمیایی وجود داشته که خوب همان را امروز هم بتوانند عمل بکنند و امروز آمیب بسازند. اگر آمیب بسازند یعنی این که خالق بی‌خالق.

در هر حال تر من در آمریکا روی سیستم‌های این ساخت بود میزان جذب کلرامفنیکل و دو سه داروی دیگر به داخل این سلول را مطالعه می‌کردم که اگر بخواهم بیش از این بروم جلو وقت شما را می‌گیرم.

← خوب، بعد از انقلاب مجدداً به ایران باز گشتید.

بله بعد از انقلاب آمدم ایران و ابتدا با جهاد سازندگی همکاری می‌کردم اگر به‌خاطر داشته باشید، جهاد برای استفاده بهینه از داروهای راکد مانده در جاهای مختلف اقداماتی انجام داد اولاً این‌ها داروهای منازل را جمع می‌کردند که کار

ولی من آن‌جا شروع کردم به تدریس. به‌خاطر این که استاد داروسازی دو یا سه نفر بیشتر نداشتند، شروع کردم به تدریس و عموماً سعی می‌کردم که هر درسی را که لازم بود بدهم به‌خاطر این که واقعاً آن‌جا قحط‌الرجال بود و یکی از تدریس‌های من اطلاعات دارویی بود نه به نام اطلاعات دارویی چون اصلاً آن روز به نام اطلاعات دارویی شناخته نمی‌شد ولی در حقیقت کارآموزی داروخانه‌ای را که سال‌ها در دانشکده‌های داروسازی معمول بود من به صورت پویا درآوردم. به‌گونه‌ای که دانشجویان بروند تحقیق کنند در داروخانه، نام ژنریک، نام علمی، ترکیبات داروها را که آن روز به نام تجارتي بود، تا وقتی که سرکلاس به آنان درس داده می‌شود با نام علمی، این‌ها بتوانند تطبیق بدهند با کار روز داروخانه که اگر فردا می‌روند در داروخانه بتوانند پل بزنند بین این دو تا و کاردکس‌هایی تهیه می‌کردند. اتفاقاً همین تفکر سالیان بعد زمینه‌ساز تدوین کتاب اطلاعات دارویی شد. یعنی این که بخشی از موارد کتاب اطلاعات دارویی که تدوین کردم از تدریس در آمریکا نشأت گرفته بود و بخش دیگری از آن، از همین روش تحقیقی که در دوره تدریس در دانشگاه مشهد به اجرا گذاشتم و این پویایی هم خیلی برای دانشجویان داروسازی ارزشمند بود و اصلاً حس می‌کردند برای یک کاری که فردا می‌خواهند به آن اشتغال پیدا کنند دارند عملاً آماده می‌شوند. یکی از کارهایی که آن روز در دانشکده داروسازی پی‌ریزی کردم، استفاده از استادان خارجی (حتی پزشکان خارجی هم داشتیم) معمول بود که من بیایم استادان تراز اول آمریکا و جاهای دیگر را دعوت بکنم که بیایند تدریس

کمیته علمی تشکیل شد و علت این که جایگاهش را در دانشکده داروسازی قرار دادند، دو تا بود. یکی این که ما می‌خواهیم اقلامی را انتخاب بکنیم که مناسب‌ترین و مفیدترین و مقرون به صرفه‌ترین برای مصرف مردم باشد و دیگر این که دانشکده داروسازی به‌خصوص در قسمت کاربرد دارویی و اطلاعات دارویی که، آن‌جا تدریس می‌کردیم بهترین جا برای این کار بود که اتفاقاً با کمک دکتر جمالی و دیگران ما همین کار را هم کردیم و آن روز تعداد مثلاً ششصد قلم از داروها با موازین خاص در آن‌جا تدوین شد.

← حالا یک سؤال این‌جا مطرح است، این همانی بود که بعداً زمان آقای دکتر پیش بین در روزنامه‌ها منتشر (۵۲۰ تا ۵۴۰ قلم دارو) شد؟

اتفاقاً من می‌خواهم به همان‌جا برسم. دلیل دوم استقرار کمیته در دانشکده داروسازی این بود که ما چگونه از نظر علمی، پل بز نیم بین مقاصد فعلی و کیفیت بالای داروهای فعلی که با ذهن طبیب انتخاب شده‌اند. چون مصرف‌کننده اصلی دارو طبیب است. حالا که این‌گونه است و واقعاً یکی از ارکان موفقیت طرح ژنریک خود مصرف‌کننده اصلی یا طبیب است، ما چه‌جوری این اطلاع‌رسانی را انجام دهیم؟ به همین دلیل آن کمیته‌های مشترک زیر نظر دکتر پیش‌بین شروع شد. خیلی هم در ابتدا مفید بود. من نمی‌دانم می‌توانم این را این‌جا بگویم یا نه ولی می‌گویم چون در سمینارهایی که مربوط به داروسازان بوده گفته‌ام، یک باور عمومی بود و شاید هنوز هم بعضی وقت‌ها هست، که طبیب داروساز را به‌عنوان این که اصلاً نقشی در درمان داشته باشد قبول نداشته و ندارد. ثابت کردن این

بسیار خوبی هم بود و بعد داروها را دسته‌بندی می‌کردند که اصلاً من به آن کسانی که به صورت جهادی آمدند تدریس می‌کردم به‌صورت خیلی ساده که مثلاً فرق پماد و کرم چیست و اشکال دارویی و این‌ها و بعد اهمیت تاریخ مصرف و اهمیت کیفی دارو و این که اگر یک دارویی یک قاشق ازش خورده شده این‌ها قابل مصرف نیست، این کارها را نکنند و یک مقداری بهینه‌سازی خدماتی بود که آن روز جهادسازندگی ارایه می‌داد و در طول هفته هم با همسر ماما بود و با اطباء دیگر برای خدمت‌رسانی می‌رفتیم به روستاها.

← آقای دکتر، یک سمیناری جامعه داروسازان بعد از انقلاب در تالار ابن سینا گذاشت که دکتر جمالی هم یک سخنرانی داشت، شما هم حضور داشتید. یکی از بحث‌های آن سمینار عبارت بود از مطالعه ترویج دارو که بعدها به دو کمیته تبدیل شد، یک کمیته در دانشکده داروسازی بود که دکتر فرسام اداره می‌کردند، یک کمیته هم در اداره دارو بود و وزارت بهداشتی ولی به دلیل این که زمان مرحوم آقای دکتر سامی و آقای دکتر یزدی این بحث هنوز به مرحله اجرا نرسیده بود تقریباً تعلیق شد تا این که زمان مرحوم دکتر پیش‌بین شروع شد. بعد شما عضو ستاد عالی دارو بودید زمان معاونت آقای دکتر پیش‌بین و هم‌چنین زمان معاونت آقای دکتر نیک‌نژاد. می‌خواستیم کمی درباره علت تشکیل آن ستاد، آن حلقه شش ضلعی که در واقع از آن ستاد بیرون آمد و طرح‌ها و برنامه‌های پیشنهادی آن بفرمایید.

من در آن کمیته‌ای که در دانشکده داروسازی فعالیت می‌کرد، حضور داشتم اصلاً علت این که

باور که آقا دارو یک سلسله نکات ظریف بالینی و تکنیکی دارد، و ظرافتی در ساخت دارد که داروساز فرصت بیشتری برای مطالعه آن‌ها داشته تا آن‌ها را تحصیل کند و به کار ببرد. رساندن این باور به قلب طبیب، یکی از اهداف آن جلسات مشترک بود که در خدمت آقای دکتر زرگر برگزار می‌شد.

← کسانی که آن‌جا حضور داشتند یادتان می‌آید که چه کسانی بودند؟

بله. از دانشکده داروسازی، من بودم، آقای دکتر جمالی هم بود.

← دکتر فرسام هم بودند؟

نه، دکتر فرسام ابتدا نبود، ایشان بعداً در ستاد بود. دو یا سه نفر بودیم از دانشکده داروسازی و در آن جلسه نهایی که در وزارتخانه و اداره دارو گذاشته شد که بگوییم بیایید ببینید، من یادم هست اطبا نشسته بودند یک لیست برای خودشان درست کرده بودند که آقا این‌ها را ما می‌خواهیم. تعداد اقلامی هم دانشکده داروسازی پاک‌نویس کرده بود و آورده بود. وقتی که این‌ها را به‌صورت الفبایی مقابله می‌کردیم، تعداد بسیار زیادی با توافق پزشک به انجام رسید و یک تعدادش هم جای بحث بود که تبادل نظرهای لازم انجام شد و بالاخره نتیجه‌اش شد ۵۲۰ قلم قابل انتشار.

← آقای دکتر، ملاک و معیار این انتخاب براساس یک روش و متدولوژی بود یا این که نه، فقط به مثلاً گروه‌های پزشکی تخصصی محول شد؟

شش معیار داشتیم در انتخاب این‌ها. یکی این که این داروها در کجا دارد مصرف می‌شود. دو، این داروها آیا توسط یک سازنده آبرومند ساخته می‌شود؟ مثلاً وقتی دست می‌گذاشت روی

فوروزیماید می‌دانستیم که فوروزیماید مربوط به یک شرکت قابل اعتبار آن روز مثل هوخست است. سومین مساله این بود که این داروها از نظر قیمت چه هزینه‌ای را می‌برد. البته، ما کیفیت را فدای قیمت نمی‌کردیم چون در مورد نیاز دارو به‌خصوص داروهای سرطانی اصلاً مساله قیمت مطرح نبود، همین‌طور در مورد داروی قلبی اصلاً این‌ها نبود ولی درباره یک سلسله داروهای عمومی این موضوع مورد توجه بود. چهار، یک اصلی را ما در نظر داشتیم این که داروی تک جزیی ارجح است بر داروی ترکیبی. چون قبلاً معمول بود در ایران (هنوز هم در خارج در بعضی جاها هست) که استامینوفن، به علاوه فنوباریتال به‌علاوه فلان فلان و ما حساب می‌کردیم، می‌گفتیم که یکی از معیارهای درمان خوب در خارج و آن چیزی که من یاد گرفته بودم این است که این‌ها می‌آمدند تشخیص درست و قطعی می‌دادند و تک‌درمانی می‌کردند. اسم داروهای چند جزیی را گذاشته بودیم هفت‌تیر هفتاد تیر و بعضی از اطبا برای این که خودشان را خلاص کنند، یک داروی هفت جزیی می‌دادند که بالاخره سه، چهار تا از این فشنگ‌ها به جایی بخورد. با این مخالف بودیم، پس چهارمین معیار این بود.

← مانند تفنگ ساچمه‌ای.

بله ساچمه‌ای. پنجمین معیار برای این، نگاه به ساخت بود. البته، ما آن موقع در دانشگاه به این که کدام دارو در ایران ساخته بشود و به مسایلی از این دست دخالت نمی‌کردیم ولی ما داروهایی را که ظرفیت تولید آن‌ها در ایران بود (آن روزها شرکت‌های خارجی بودند، عیبیدی شروع کرده بود

که آن زمان منتشر شده بود تا چه حد مبنای تصمیم‌گیری شما قرار گرفت؟

«داروهای اساسی» سازمان بهداشت جهانی حقیقتش من سال‌های بعد با آن روبه‌رو شدم. چون من یک مدتی از فعالیت‌هایم این بود که دبیر مصرف منطقی داروها در ایران بودم توسط WHO. درست در زمانی که اواخر دوره دکتر فاضل و اوایل وزارت دکتر ملک‌زاده بود که ما از طریق اعضای که می‌آمدند از WHO با کلمه داروهای اساسی و مصرف منطقی داروها بیشتر آشنا شدم که در یک سمیناری هم بعداً در اندونزی شرکت کردم و در همین زمینه هم مقاله‌ای ارایه کردم.

خوب واقعیت این است که در آن روزهای ابتدایی ما گشاده‌دستی کرده بودیم. وقتی که مقایسه می‌کنم فهرست داروهای اساسی WHO را با آنچه که روز اول ما در نظر گرفته بودیم دیدم. ما خیلی گشاده‌دستی کرده بودیم. یعنی در حقیقت داروهای اساسی WHO برای کشورهای زیر فقر طراحی شده بود و حال آن که فهرستی که ما ارایه کردیم برای یک نظامی پیش‌بینی شده بود که نظام ۳۴۱۴ قلم دارویی دوره شاه را پشت سر گذاشته است و عادت کرده بود به عصاره شاخ گوزن سیبری در درمان (البته آن را هم بعداً می‌گوییم که وضع فعلی هم خیلی تفاوت با آن روز ندارد). می‌خواهم بگویم که ما می‌خواستیم فهرستی (به‌خاطر آن دلیل ششمی که عرض کردم) تحویل طبیب بدهیم که پذیرای آن باشد، با فرهنگ نسخه‌نویسی قبلی او خیلی فاصله نداشته باشد و واقعاً در طرح ژنریک در آن ششصد و چند قلمی که عرضه شد که بعداً پانصد و خورده‌ای قلم شد و در واقع، فهرست نهایی که

و غیره)، را مورد توجه قرار می‌دادیم و این مهم بود که کارخانه‌هایی در داخل آن‌ها را تولید کنند که ظرفیت ساخت داشته باشند و بالاخره ششمین مساله این بود که آیا این داروها از نظر باور پزشکان (بعضی تجارت‌زده بودند)، چه اعتباری می‌تواند داشته باشد، چون یک دوره بینابینی بود و در حقیقت ما مجبور بودیم یک تعداد از داروهای را که به باور این‌ها بخورد بگذاریم.

بعد از این مرحله برمی‌گردیم به داخل وزارتخانه. داخل وزارتخانه خود اطمینانی که در آن جلسه اول بودند و در ابتدا داروساز را قبول نداشتند، آن قدر به این فهرست تهیه شده توسط داروساز علاقه پیدا کردند (نه چون من داروساز هستم بخواهم این چنین بگویم)، که یک مقدار زیادی در آن باورهای قبلی خودشان نسبت به داروساز تجدیدنظر کردند. به هر حال، این کشید به جایی که لزوم تداوم تشکیل آن ستاد علمی دارویی مورد تأکید قرار گرفت. به‌گونه‌ای که ابتدا این داروها را دسته‌بندی کردیم و برحسب گروه‌های تخصصی پزشکی از متخصصان صاحب‌نظر آنان دعوت کردیم تا نظر بدهند فرض کنید برای دسته داروهای زنان گروهی از اطباء زنان، سرطان همین‌طور، چشم همین‌طور و در هر صورت از تخصص‌های مختلف بیایند و نسبت به آنچه که از دسته دارویی خودشان عرضه شده است اظهار نظر کنند و اگر کم و کسری‌ای هست آن‌ها هم نظرات خودشان را بدهند که طی جلسات مختلف این کار انجام شد و اقلامی هم توسط پزشکان مختلف ارایه شد و به تعدادی از فهرست‌ها هم اضافه شد.

← آقای دکتر، فهرست داروهای اساسی WHO

ارایه شد، نهایتاً خیلی فراتر از فهرست داروهای اساسی WHO بود.

← یعنی شما می‌فرمایید که مبنای ما برای انتخاب آن داروها، داروهای اساسی WHO در آن تاریخ نبود.

← حالا بعد آیا با صحبت‌های اطبا، تغییراتی در فهرست منتشر شده (۵۲۰ قلم اعلام شده) دادید یا خیر؟ آیا نامه‌هایی که اطبا نوشتند در جهت حذف بود یا اضافه کردن؟

در جهت اضافه کردن بود، متأسفانه یکی از گله‌هایی که ما داشتیم. امروز هم داریم و همیشه هم بوده، این است که اظهار نظر نسبت به حذف حتی توسط اعضای آن ستاد دارو بسیار بسیار کم بوده است. همیشه این بحث بوده که آقا فلان دارو الان در فلان ژورنال خارجی برای درمان فلان توصیه می‌شود. حالا این که تعداد داروی مثلاً ضدصرع موجود در این فهرست اصلاً کفایت می‌کند یا نه مهم نیست؟! اگر یکی را (مثلاً در مورد داروی ضدصرع دارم عرض می‌کنم)، فنی‌تویین به‌علاوه فنوباریتال که همیشه هم با دو نام تجارتي خاص در ایران بود را در نظر بگیریم، می‌بینیم که هرگز نشد وقتی که یک دارویی عرضه می‌شود، خوب یکی از آن‌ها که دیگر ضرورت ندارد حذف شود، این هیچ‌وقت نبوده است!

حالا اگر قرار باشد یک وقتی راجع به علل شکست طرح ژنریک صحبت کنیم اصلاً یکی از دردها و علت‌های مطرح همین موضوع بود. افزایش فهرست دارویی و عدم توجه به آنچه که موجود است، چرا؟ چون به ظرفیت‌های بالینی

توجه نشده است.

← آقای دکتر، جنابعالی مدتی داروخانه‌های دانشکده داروسازی را اداره می‌کردید و شاید هم مهم‌ترین نقش را در راه‌اندازی آن‌ها داشتید. می‌خواستیم که مختصری درباره این داروخانه‌ها و نقش اساتید، نقش دانشکده، نقش این مراکز در کارآموزی دانشجویها و شرایط فعلی آن‌ها بفرمایید. آیا کاری که در حال حاضر انجام می‌دهند با اهداف اولیه‌شان تطبیق دارد یا انحرافی در اهداف اولیه این طرح به‌وجود آمده است؟

دو دلیل بارز برای احیای داروخانه‌های علمی وابسته به دانشکده داروسازی وجود داشت. یکی این که ما ارتباط بین داروساز و مصرف‌کننده دارو که بیمار است را توسعه و ارتقا ببخشیم. الفبایی که مثلاً در یک بخشی از درس اطلاعات دارویی وجود داشت این بود که بابت هر دارویی، نکات قابل توصیه به بیمار ارایه شود و دنیا به این نتیجه رسیده بود که اگر دارو را با هر قیمتی و با هر تجربه بالای پزشکی تجویز نکنند ولی بیمار درست راهنمایی نشود و در نگهداری یا چگونگی مصرف آن دارو آموزش‌های لازم را نبیند، ارزش بهینه آن دارو پایین می‌آید. حالا این دارو ساخت خارج باشد یا ساخت داخل تفاوتی نمی‌کند. پس اولین هدف این بود. دومین هدف از تأسیس یا گسترش این داروخانه‌ها، تربیت دانشجویان دانشکده داروسازی بود که می‌خواستند فردا بروند به‌عنوان یک داروساز مستقل، خدمت دارورسانی به مردم را ارایه کنند. خوب در دوره قبل از پیروزی انقلاب اسلامی یک تعدادی داروخانه مثل داروخانه طالقانی فعلی یا همین داروخانه سیزده آبان فعلی، از قبل تأسیس

دارویی. اطلاعات دارویی در حقیقت پاک‌نویس بالینی کارآموزی داروسازی سابق بود. یعنی جنبه‌های علمی بالینی به این دوره کارآموزی می‌داد. بعد به تبع این که آنچه در دانشکده به اسم اطلاعات دارویی تدریس می‌شود یک جایی آزمایشگاه اطلاعات دارویی باشد، ما به آزمایشگاه نیاز داشتیم. آزمایشگاه‌های آن هم داروخانه‌ها شدند. بنابراین، در همان زمان دکتر منافی بود که این مساله تأسیس آن داروخانه‌ها یا احیای آن داروخانه‌ها توسط دانشکده داروسازی به عهده من گذاشته شد. بعد خوب داروخانه سیزده آبان هم اولین مورد آن بود.

← آیا در آن تاریخ اصلاً بحثی بود که درآمد حاصل از این قضیه باید برگردد به دانشکده و باعث تأسیس یا توسعه یا اداره بخش‌های مختلف دانشکده بشود؟
نه.

← به عبارت دیگر اصلاً درآمدی داشت؟
بله، درآمد داشت ولی واقعیت این است که ذی‌حسابی وزارت بهداشتی بسیار بسیار دستش بسته بود در این جور چیزها، به همین دلیل خیلی محدود ما می‌توانستیم راه برویم. ابتدا داروخانه ۱۳ آبان بعد داروخانه طالقانی بعد داروخانه بوعلی و موارد بعدی.
← داروخانه دکتر امینی؟

داروخانه دکتر امینی که خودش سال‌ها بعد آن را هدیه کرد. در حقیقت این را وقف کرد و کسی که از طرف دانشگاه معرفی شد که قبول وقف کند و تولیت آن را به‌عهده بگیرد من بودم و بعد از این داروخانه‌های بوعلی، داروخانه بیمارستان طرفه، این‌ها یکی پس از دیگری به کار گرفته شدند.

شده بود منتها برای تسهیل دارورسانی به مردم. آن موقع شاید همین بود.

← آن موقع که تأسیس شد مال وزارت بهداشت بود یا مال دانشکده؟

نه، مال وزارت بهداشتی بود، بعداً متعلق به دانشکده شد.

← شما چه سالی مسؤولیت آن جا را پذیرفتید؟
زمان وزارت چه کسی بود؟

من راستش وزارت را نمی‌دانم بلکه دومین معاون وزیر در طرح ژنریک آقای دکتر نیک‌نژاد بود.

← آقای دکتر، استحضار دارید که آقای دکتر نیک‌نژاد چون ۱۲ سال عمر کاری‌شان در معاونت وزارتخانه بود، بنابراین، مهم است که مشخص نشود که این موضوع مربوط به زمان ادغام وزارتخانه بود یا قبل از آن؟

نه قبل از ادغام بود. به‌خاطر این که ما آن قدر اعتقاد به این دو تا دلیلی که عرض کردم داشتیم که می‌خواستیم هرچه زودتر انجام شود.

← پس شاید زمان دکتر منافی بود؟
قبل از آن بود.

← خوب می‌شود زمان دکتر زرگر.

دکتر منافی چند سال وزیر بود؟

← چهار سال. از حدود سال ۵۹ تا ۶۳ آقای دکتر منافی بودند.

پس اگر ۵۹ بوده دوره آقای دکتر منافی بود.

← چون دکتر زرگر وقتی انتخابات مجلس مطرح شد، در انتخابات شرکت کردند و وکیل مجلس شدند.

بینید من از آمریکا که آمدم، یک درسی به دانشکده داروسازی اضافه کردیم به اسم اطلاعات

که الان یک بخشی از اطلاع‌رسانی دارویی به مردم و به حرف پزشکی از طریق همین ۱۳ آبان انجام می‌شود هرچند که من اصلاً انتقاد بزرگی دارم به نحوه اطلاع‌رسانی فعلی که یک فصل دیگر و جایگاه دیگری را می‌طلبد که انشا... بعداً در این مورد صحبت می‌کنم.

← آقای دکتر، جا دارد که کمی هم درباره بحث خدماتی که این داروخانه‌ها قرار شد بدهند و این که آیا چیزی به عنوان وظایف آن‌ها مدون شد که قبلاً در سرویس‌دهی از طریق داروخانه‌ها اصلاً مطرح نبوده است، بفرمایید. چون من احساس می‌کنم مقدمه یک بحث مسؤولیت فنی داروساز را هم در حقیقت شما بنیانش را گذاشتید.

حرف بسیار خوبی می‌زنید. جواب سؤال شما در دو بخش داده می‌شود. بخش اول، این که ما آمدیم از همان روز اول تابلوی این داروخانه‌ها را عوض کردیم و نوشتیم مرکز اطلاعات دارویی. که بعداً یک عده از داروخانه‌های خصوصی هم برای این که جنبه علمی خودشان را به مردم نشان بدهند برداشتند نوشتند داروخانه و مرکز اطلاعات دارویی فلان. دومین قسمتی که نقش داشت این بود که وظیفه‌ای تحت عنوان آموزش عملی دانشجویانی را که برای کارآموزی به آن‌جا می‌فرستادیم و می‌گفتیم آن چیزهایی را که دانشجوی داروسازی به عنوان درس می‌خواند، باید آن‌جا ببیند و دانشجو وقتی مراجعه می‌کرد به مسؤول فنی آن‌جا، می‌دید که او مجبور بود به عنوان پریسپتور و به عنوان مربی کارآموزی این آدم با بیمار صحبت کند. مثلاً دانشجو می‌پرسید که آقا من راجع به آنتی‌بیوتیک‌ها چه چیزهایی به بیمار باید بگویم؟ خود آن داروساز

ولی این که درآمدش بریزد به حساب دانشکده داروسازی این‌ها مسایلی بودند که خیلی بعدها مطرح شدند. آن وقت مساله جنگ، مساله کمبود دارو، مساله توجه به داروخانه‌های دولتی، مطرح بود اما، بعدها آن قدر در طول سال‌های بعدی بالا رفت که درآمد این داروخانه‌ها هم واقعاً چشم‌گیر شد و فرصت گسترش پیدا کردند به طوری که همین داروخانه ۱۳ آبان از محل انبار فعلی‌اش که داخل خیابان خردمند است یک قدم آمد به سر نیش که متعلق به تأمین اجتماعی بود و بانک رفاه بود. بانک رفاه که ول کرد و رفت، خالی کرد، ابتدا دانشکده داروسازی صحبت کرد که آقا ما اجاره می‌دهیم و ... که بعد رفت طبقه بالایش را گرفت. بعد من یک دفعه متوجه شدم که یک دیوار نازکی وجود دارد بین این‌ها یعنی بین طبقه بالای این محل و طبقه بالای داروخانه ۱۳ آبان قدیم. یک روز یکی از کارگراها گفت که آقا یک نفر تکیه داده و این دیوار ریخته است خلاصه به همین دلیل انبار بسیار بزرگی برای داروخانه ۱۳ آبان فراهم شد که بعد از آن با بودجه‌ای که به دانشکده اختصاص پیدا کرد، این ساختمان جدید داروخانه ۱۳ آبان بعد از مدیریت من، احداث شد و داروخانه‌های دیگر هم به تدریج تغییر داده شد و گسترش پیدا کرد ولی در اصل هدف همان دو مورد که گفتم بود. هدف تنها دارورسانی نبود. چون این دارورسانی که از قبل هم بوده است. در واقع می‌خواهم بگویم ضمن این که این دو هدف نظر ما بود واقعاً در زمینه دارورسانی نقش بسیار مفیدی را اجرا کرد و یک مقداری جلوگیری از فساد دارویی در زمینه داروهای نادر را هم گرفت و من خوشحال هستم

تحقق دستور پزشک است.
← آقای دکتر، ببخشید قبل از این که شما ادامه بدهید برای روشن تر شدن موضوع، سؤالم را به گونه‌ای دیگر مطرح می‌کنم؛ شما مدتی در داروخانه‌های آمریکا کار کرده‌اید، آیا در آن جا فقط به انواع این گونه برچسب‌ها بسنده می‌کردید یا با بیماری که آن جا بود صحبت می‌کردید؟

فرهنگ آنان فرق می‌کرد. برای این که وقتی یک بروشور را دست بیمار می‌دادی او می‌رفت و مطالعه می‌کرد. ما در ایران باید چیزی را تجویز بکنیم که بومی ایران باشد. در ایران ما از وضعیت نسخه‌نویسی آن چنانی که واقعاً این نقص‌ها را دارد، می‌خواهیم برسیم به یک قدم جلو. این یک قدم به جلوتر با این برچسب عملی است والا ایده‌آلش همان چیزی است که شما فرمودید، ما نمی‌خواهیم یک‌باره چنان تحول پیدا بکنیم که کامل کامل بشود، برای این که هیچ چیزی را نمی‌شود از وضع فعلی یک شبه به وضع مطلوب رساند. ولی بدانید اگر بیماری عادت کرد به این که با یک یا چند قلم داروی نسخه‌اش یک سری اطلاعاتی را بگیرد، به این فرهنگ معتقد می‌شود که داروها همین‌جوری هم قابل مصرف نیستند. چه بسا خود این باعث بشود که از خوددرمانی جلوگیری بکند و بگوید که دارو حساب و کتاب دارد و مصرف آن مستلزم اطلاعات لازم است. من همین‌جوری نمی‌توانم آن را مثلاً به بچه‌ام بدهم یا خودم بخورم. بنابراین مطلع قدم گذاشتن در ایجاد باور در بیمار بود که دارو مثل سایر کالاها نیست. یعنی خرید دارو با خریدن یک بسته کره فرق دارد.

← آقای دکتر، در قانون مصوب سال ۱۳۳۴

مسئول مجبور بود مراجعه کند به کتاب‌های مورد نظر خوب خوش‌بختانه کتاب اطلاعات دارویی یا کتاب‌های دیگر هم در دسترس بود که مشخص می‌کردند که مثلاً این شش تا مطلب را راجع به آمپی‌سیلین باید با بیمار در میان گذاشت و در مواردی هم این را انجام می‌داد. خود این، نقش تعالی سطح اطلاع‌رسانی به بیمار و آن هدفی که ما داشتیم را تا حدودی ایفا می‌کرد، منتها تا حدود بسیار ابتدایی.

← آقای دکتر، با توجه به تراکمی که در حال حاضر در این داروخانه‌ها هست، آیا این فرصت برای داروساز ایجاد می‌شود؟

حتماً راه دارد. کامل می‌شود. حتماً قرار نیست شفاهی انجام بشود، ما برچسب‌های بسیار جذابی داریم که با اشکال مختلف همراه آنتی‌بیوتیک می‌شود داد، منتها به هر بیماری بگویی که خواهش می‌کنم این را قبلاً مطالعه کن یا از انواع لیبل‌هایی که پشت چسب‌دار است روی بسته‌بندی بچسبانیم، بیمار آن را می‌خواند. قرار نیست که برای این قضیه حتماً وقت تلف بشود.

← آقای دکتر، می‌دانید که بسیاری از این ارتباطات در گرو سؤال و جواب است. چون شما وقتی نمی‌دانید که بیمار چه وضعیتی دارد، چه داروی دیگری غیر از این دارو مصرف می‌کند، دقیقاً سن و شرایط بیمار به چه ترتیب است، دلیل مراجعه‌اش به طبیب چیست، آیا نوشتن یک سری چیزهای کلیشه‌ای کمک می‌کند؟

ببینید یک وقت هست که ما نقص تجویز دارو را مطرح می‌کنیم، یک زمانی است که موضوع مورد بحث ما اطلاع‌رسانی برای مصرف صحیح دارو و

از مؤسسات پزشکی یک تعریف کلی کرده و مواردی (رادپولوژی، آزمایشگاه، بیمارستان، درمانگاه و داروخانه) اسم برده است. از اول هم یک بحثی مطرح بود که مؤسس و مسؤؤل فنی می‌تواند داروساز باشد یا نمی‌تواند. تا این که در سال‌های ۱۳۴۶ یا ۴۷، ۴۸ آقای دکتر شاهقلی آمد و یک موضوعی را مطرح کرد و آن هم این بود که بحث مسؤولیت از بحث مالکیت جداست. کما این که بیمارستان مؤسس دارد، یک فردی می‌تواند مؤسس باشد و فرد دیگری هم می‌تواند مسؤؤل فنی باشد، در واقع وظایف، تفکیک شده‌اند. ولی خوب در یک واحد کوچکی مثل داروخانه این تفکیک وظایف با یک واحد بزرگی مثل بیمارستان فرق می‌کند. در نتیجه این تفکیک وظایف یک سری تداخل‌هایی به وجود آورد. بعد آمدند گفتند که بسیار خوب ما در کمیسیون قانونی می‌آییم این مسؤولیت‌ها را یکی می‌بینیم و این جور عمل می‌کنیم. داروخانه دانشکده داروسازی که ایجاد شد، به این معنی است که شخصیت حقوقی هم تأسیس و اداره داروخانه را شروع کرده است. شما در آمریکا مدت‌های مدیدی زندگی و کار کردید و حتی در داروخانه هم کار کردید، بهتر از ما اطلاع دارید، آن جا یک فروشگاه‌های زنجیره‌ای هستند که داروخانه‌های زنجیره‌ای را در دل خود دارند. حالا اگر قرار باشد که ما هویت حقوقی دانشکده را بپذیریم و به او اجازه بدهیم که داروخانه اداره کند، از فردا سایر سازمان‌ها هم می‌گویند وقتی شما به او اجازه دادید پس به هر کس دیگری هم می‌توانید اجازه بدهید و باید اجازه بدهید و می‌رود از مراجع قضایی اجازه

می‌گیرد. ما این را از آقای دکتر فرسام پرسیدیم که آیا بهتر نبود دانشگاه و دانشکده داروسازی می‌آمدند داروخانه‌شان را به فرض، بیمارستان امام خمینی درست می‌کردند؟ می‌آمدند در بیمارستان سینا درست می‌کردند؟ اگر فردی هم از بیرون می‌آمد، می‌توانست از خدمت‌رسانی آن جا بهره‌مند بشود. نظر شما را می‌خواهیم پرسیم که آیا داروخانه متعلق به ارگان‌ها و سازمان‌ها در سطح شهر با توجه به این مشخصات اصولاً درست است یا خیر؟

از قدیم‌الایام و امروز داروخانه به‌عنوان یک مرکزی است که دو تا فعالیت انجام می‌دهد، یکی رساندن کالا به نیازمندان کالا که در این وظیفه، مانند هر محل دیگری است که کالا عرضه می‌کند، چه نعل اسب باشد، چه لنت ترمز و نان باگت. اما وظیفه دیگری که این نهاد را از سایرین جدا می‌کند. وظیفه علمی - خدماتی آن است. اگر ما بیاییم پیش خودمان تصور بکنیم که وظیفه علمی - خدماتی مراکز عرضه دارو به بیمار که داروخانه یکی از آن‌ها است، یک شعار است و در عمل چیز مهمی نیست (متأسفانه عده زیادی هم این وظیفه دوم را در عمل به یک شعار محض تبدیل کردند)، آن موقع این نهاد عرضه کالای اختصاصی سلامت مردم و خدماتی، به یک مغازه فرضاً لوازم یدکی اتومبیل تبدیل می‌شود، با این تفاوت که کالایش ممکن است خراب بشود مثل لبنیاتی‌ها که برای مصرف کره و شیرشان یک مدت زمانی در نظر گرفته می‌شود. ما باید اول از خودمان پرسیم که آیا جامعه و مردم در سراسر دنیا این استحقاق را دارند که در جایی که چنین کالایی به آنان عرضه

دلیل در خیابان‌ها درست شدند، دلیل اولش را شما می‌دانید که این داروخانه‌ها به‌عنوان ارایه خدمات صرف به بیمار در زمان حکومت گذشته بنیان‌گذاری و با تسهیلاتی به افراد واگذار شده بودند. بعدها به یک صورتی غیر از آن اهداف اولیه‌ای که تعریف شد درآمدند. دانشکده داروسازی که تجدید حیات این‌ها را بسیار لازم می‌دانست با کمک وزارت بهداشتی آن روز، با توجه به نیاز دارو در سطح جامعه، آمد و آن تصمیم را گرفت و اتفاقاً قرعه فال به نام من درآمد که دانشکده داروسازی، بنده را متولی اجرای آن کرد، حتی تولیت شرعی یک داروخانه‌ای که از طرف مرحوم دکتر امینی وقف شد، اصلاً به من واگذار شد که در محضر ثبت شده است. به دلیل این که با توجه به اهداف و نظراتی که دانشکده دارد، به دارو یک توجه خاص علمی دارد. قرار شد که شرایط را از آن وضعیت بازرگانی صرف ارتقا ببخشد. پس این هدف اولیه دست‌اندازی دانشکده داروسازی به داروخانه‌های مورد بحث بود. هدف دوم هم این بود که داروخانه‌های بیمارستان‌های دولتی قدیم (آن هدفی که شما می‌فرمایید) را به سطح بهتری از ارایه خدمات سوق دهد. این را از ابتدا در ذهن داشتند، اصلاً قرار بود مدیر دارویی بیمارستان امام خمینی یا دکتر شریعتی یا سینا یا هر کدام از آن‌ها، آن خدمات دارویی را بدهند ولی تمام جهان با یک مساله‌ای مواجه است (هم خارج، هم ایران)، داروهایی که در بیمارستان‌ها عرضه می‌شوند بیشتر Inpatient هستند تا Outpatient. اخیراً دیده می‌شود که داروخانه بیمارستان‌ها یک در دومی هم باز کردند که برای افزودن درآمد نسخه‌های بیرون را هم می‌پسجند. در آن روز

می‌شود، باید از یک سلسله زمینه‌های علمی و نیروی انسانی که بتواند این را ارایه بدهد و بستر و محیطی که بتواند این خدمات را ارایه بدهد، برخوردار باشد یا خیر؟ اگر یک کسی از چراغ قرمز راهنمایی رد بشود، زیاد هم این خلاف را مرتکب بشود، چاره‌اش این نیست که اصلاً چراغ راهنمایی را از سر این چهارراه برداریم، چون عده زیادی از چراغ قرمز رد می‌شوند. ما باید مقررات ناظر (خواهش می‌کنم به این کلمه ناظر که من به کار می‌برم بیشتر عنایت بفرمایید، چون من این کلمه ناظر را در جایی که مؤسس داروخانه باید دکتر داروساز باشد یا نباشد بعداً به کار خواهیم برد) داشته باشیم. اگر این نظارت علمی را از این مرکز ارایه کالای وابسته به سلامت مردم برداریم، مثل این است که به‌خاطر این که کسانی که خطاکار هستند و از چراغ قرمز عبور می‌کنند زیاد هستند، چراغ راهنمایی را به کلی از سر چهارراه برداریم. پس عصاره حرف من در جواب شما این شد که مرکز ارایه کالای مورد نیاز مربوط به سلامت مردم، یک شخص ویژه و یک نظارت ویژه را می‌خواهد. اگر این‌طور نباشد، کسانی که در سراسر دنیا اهل تفکر هستند و همین نیاز را می‌بینند، دیگر در احداث و توسعه دانشکده‌های داروسازی اقدام نکنند.

← اما سؤال من این نبود، سؤال من این بود که آیا بهتر نبود دانشکده داروسازی به جای این که در سطح خیابان‌ها داروخانه باز بکند، می‌رفت در مراکز درمانی علمی خودش این کار را می‌کرد؟ ببخشید من یک مقدار زدم تو خاکی برای این که جواب آن سؤال اول شما را داده باشم. داروخانه‌های دانشکده داروسازی که در سطح شهر هستند، به دو

آن هدف که ما بیاوریم دانشجو را برای کارآموزی داروسازی و خدمات دارو به مردم تربیت بکنیم، در بیمارستان‌ها عملی نشد و آن بندگان خدایی که آن‌جا بودند انرژی علمی‌شان از این بابت به هدر می‌رفت. بنابراین در سال ۱۳۵۹ که این کار توسط دانشکده داروسازی انجام شد، ساختار داروخانه‌های بیمارستان‌های دولتی این چنین بود و با بیمارستان‌های خصوصی هم که چنین ارتباطی وجود نداشت.

← آقای دکتر، ببخشید شما بحث خیلی خوبی را مطرح فرمودید که تا حالا اصلاً هیچ کس به آن نپرداخته بود منتها چون ما به دنبال مستندسازی هستیم، می‌خواهیم بدانیم این که می‌فرمایید آن داروخانه‌ها با این هدف ایجاد شدند، واقعاً بر پایه یک محمل قانونی مورد سیاست‌گذاری قرار گرفت یا یک جایی به صورت مدون پیش‌بینی شد یا اصلاً در یک دوره‌ای این کار اتفاق می‌افتاد که در تعامل بین پزشک، اساتید رشته پزشکی که آن‌جا دانشجوها را تربیت می‌کردند و بخش دارویی آن مجموعه‌ها اتفاق افتاده و یا مثلاً با این هدف دنبال شده باشد؟ این که من به فرمایش شما حساس شدم به خاطر این بود که استنباط کردم که شما می‌فرمایید که این داروخانه‌ها با این هدف احداث شده‌اند که بتوانند یک سری خدمات خاصی را که در بیرون داده نمی‌شوند ارائه کنند. من بحثم این است که واقعاً هیچ‌وقت این مسیر طی شده است؟ آیا این موضوع در جایگاه قانونی‌اش هیچ‌وقت تعریف شده است یا خیر؟ چون می‌خواهیم ببینیم که آیا در طول زمان به همین دلایل و دلایل دیگر (همان‌طور که من ده‌ها موردش را می‌توانم نام

ببرم) این انحراف‌ها ایجاد شده است؟ به عبارت دیگر، چون این سازوکار از اول با دقت بررسی و تعریف نشده است این انحراف به وجود آمده است و اصلاً این فقط یک ذهنیت بوده است و در عمل این داروخانه به دلایل مختلف از آن برداشت اولیه هم خیلی دور تر شده و بعد هم یواش یواش کم‌رنگ شده‌اند. کما این که مستحضر هستید که یک زمانی بعضی از این‌ها تقریباً کم‌رنگ شدند، بعد دوباره که یک مقدار وضعیت اقتصادی و بحث داروی انحصاری و توزیع آن چنانی و امثال این مسایل مطرح شدند این‌ها دوباره شکل گرفتند. برای روشن تر شدن این موضوع، خوب است این را هم بگویم: وقتی که در مورد این موضوع از آقای دکتر فرسام سؤال کردیم به ما گفتند، متأسفانه همکاری لازم بین دانشکده داروسازی و پزشکی نبود. بنابراین، ما نمی‌توانستیم اجازه پیدا بکنیم که این کارها را در داخل بیمارستانی انجام بدهیم که وابسته به دانشکده پزشکی است.

ببینید، الان شد ۴ تا مطلب. من در یک قسمت خدمتتان بگویم، آن نظری که جنابعالی دارید در بسیاری از بیمارستان‌ها الان عملی است. برای شما مثال می‌زنم، در بیمارستان شهید رجایی (تخصصی قلب) که من دیروز از آن‌جا مرخص شدم، الان دکتر فرساد که در رشته داروسازی بالینی تخصص گرفته است (شاگرد خودم هم بود)، دارد آن‌جا را اداره می‌کند. قسمت Inpatient آن جداسست (همان‌طور که فرمودید، مثل خیلی از بیمارستان‌های دیگر)، قسمت Outpatient هم دارد که بسیار فعال و بسیار شلوغ است. اما همین حرفی که ایشان زدند، من را می‌فرستند آن‌جا

که بهتر است بیایم بیمارستان‌ها را هم بکشیم به سمت ارایه این خدمات. آمدم صحبت داروسازی بالینی را کردیم تا از این طریق داروساز را ببریم در بیمارستان مستقر کنیم تا این کارها را بکند، یعنی پل ارتباطی بشود بین طبیب و مردم. یک روز ما را (من و یک آقای دکتری که از آمریکا آمده بود) دعوت کردند و گفتند که آقا شما بیاید تعریف کنید که آکنه یعنی چه؟ فرق آکنه و مثلاً رزاسه چیست؟ حالا رزیدنت‌ها را هم نشانده بودند، خوب این عزیز ما یک مقداری اطلاعات داشت و جواب داد، گفتند نه آقا شما هنوز نمی‌دانید آن بنیادش چرکی است این بنیادش فلان است.

یعنی در حقیقت سؤالات تخصصی پوست را در داروخانه بیمارستان رازی مطرح کردند، برای چه؟ برای این که بگویند اصلاً شما پایتان را باید در خط خودتان بگذارید، از دیدگاه ما شما جایگاهتان شمردن قرص است و ما هم می‌دانیم چه بکنیم. یعنی آن فرهنگی که حاکم است، همان‌گونه که پیش‌تر عنوان کردم، ما که نشستیم با همدیگر طرح ژنریک را تدوین بکنیم، اصلاً پزشکان برای خاطر این که داروساز را واقعاً از ته دل و انصافاً عادل و لایق نمی‌دانستند که راجع به فهرست داروها اظهار نظری بکند، خودشان رفتند یک مجموعه فهرستی تهیه کردند. آن جا شده بود یک میدان مقابله و بعد خوشبختانه ظرف ۴ - ۳ ساعت وقتی دیدند که در این فهرستی که دانشکده داروسازی تهیه کرده بود، عمقی وجود دارد و نگاه علمی مطرح است، آن موقع آشتی شروع شد. اصلاً یکی از مشکلاتی که جامعه داروسازی و دانشکده‌های داروسازی دارند (چه در این جا و چه در خارج) این است که

کارآموزی، مگر این که کارآموزی دوره‌ای باشد مثل طبیب‌های انترن که الان می‌فرستند بخش قلب. من که برای آموزش و یادگیری می‌روم آن‌جا، من بیشتر با داروی قلب سروکار دارم. اگر قرار باشد که با داروهای اعصاب و روان آشنا بشوم باید من را بفرستند داروخانه بیمارستان روزبه یا مشابه آن تا متوجه بشوم، همان‌طور که شما اشاره فرمودید بیماری که می‌خواهد مرخص بشود دارویی که باید ببرد خانه آیا خانواده وقت دارند یا تمایل دارند که دارویشان را در داروخانه بیمارستان بپیچند یا نه؟ گو این که این‌ها یک پنجره به خیابان هم باز کرده‌اند که اگر طبیبی دارویی را آن‌ور خیابان هم نسخه کرد، بیاید آن‌جا بگیرد. ولی به‌طور کلی که حساب بکنیم، من را که می‌فرستند آن‌جا تا ارایه خدمات دارویی به افرادی که خارج از بیمارستان مراجعه می‌کنند (نه Inpatient) را یاد بگیرم، عملاً شانس من از همکارانی که در داروخانه‌های سطح شهر اشتغال پیدا می‌کنند کمتر است. این دلیل اول، دلیل دوم همان است که آقای دکتر فرسام فرمودند و من در جلسه قبل که با همدیگر صحبت‌هایمان این‌جا ضبط شد، به این موضوع اشاره کردم. سؤالی است که ۳ هفته پیش تلفنی از دکتر فرساد پرسیدم. در خود آمریکا هم همین‌طور بود، من هم در داروسازی بیمارستانی آن‌جا کار کردم و هم در داروخانه بیرون، بردش را دارم، آن‌جا هم وقتی نگاه می‌کنی می‌بینی که اصولاً این فرهنگی که طبیب داروساز را قبول نداشته باشد یک مساله فرهنگی بسیار قدیمی است. اگر اجازه بدهید مثال بزنم، یک وقتی (آن اوایل، شاید سال‌های ۶۳ - ۱۳۶۲) قرار شد که ما اطلاعات دارویی را درس بدهیم، ما فکر کردیم

چه جوری بین اهداف پزشک و نیازهایی که بیمار دارد آشتی ایجاد کنند. بنابراین، داروساز می‌تواند شانه به شانه طبیب کار بکند (این که می‌گویم شانه به شانه نه از نظر فیزیکی) تا این خدمات داده بشود، تا چند سال پیش پذیرش این موضوع از طرف پزشکان یک مقداری با امتناع روبه‌رو بوده است اما حالا که متوجه می‌شوند در بعضی از مراکز علمی بیمارستانی ایران و قبل از این هم در کشورهای غربی مسایل مهم و تعیین‌کننده‌ای مطرح است، این رابطه بهتر شده است. مثلاً وقتی که فشار خون بیمار افت می‌کند و جواب آزمایش خون او مقدار پتاسیم را این‌جور نشان می‌دهد، دیگر این‌جا شما نمی‌توانید فوراً ما را به کار ببرید. شما باید به دنبال یک نگه‌دارنده پتاسیم باشید و این‌گونه نکات را مورد توجه قرار دهید.

با ارایه این مسایل علمی از طرف داروساز، آغوش طبیب برای پذیرش بازتر شده و آن قهر یواش یواش دارد به سمت آشتی می‌رود. یکی از این مسایل که دانشکده داروسازی واقعاً آن روز در نظر داشت این بود که با نظارت اساتید، افرادی را بفرستد آن‌جا که با هدف تدریس، یاد بدهند که دانشجوی داروسازی یا فارغ‌التحصیل دانشکده داروسازی دو تا بال (یک بالش رساندن خدمات مورد نیاز علمی به بیمار و بال دومش ایجاد پل ارتباطی با طبیب) داشته باشد. اصلاً همان سال‌های اول طرح ژنریک که یادتان هست، هرجایی می‌رفتیم می‌گفتیم که اگر می‌خواهید طرح ژنریک پیاده بشود که یک طرحی است که مظلوم واقع شده است (شاید به سؤال بعدی‌تان مربوط بشود)، نمی‌توانید همین جوری ره‌ایش کنید، بلکه باید مثل یک گلی

که در گلدان می‌کارید دایم به فکر تغذیه و شرایط رشد آن باشید. یکی از این کارها ایجاد پل ارتباطی علمی، آگاهی‌بخش و رساندن اطلاعات به طبیب است و یکی از جاهایی که می‌تواند این اطلاعات را به طبیب برساند، مراکز عرضه خدمات دارویی است. حالا خیلی خوب است که وزارت بهداشت و درمان در بعضی از شهرها یک دفتری را درست کرده و یک شماره‌ای هم داده است ولی ساده‌ترین و راحت‌ترین راه، همان داروخانه علمی است. جایی که به‌عنوان یک مرکز علمی درست شده است و به محض تماس پزشکان اطراف، موضوع را از طریق کتاب‌های مرجع مانند مارتین دیل و ... بررسی و نیاز طبیب را برطرف می‌کند و چیزی که طبیب وقتش را ندارد، ظرف چند دقیقه با ارایه رفرنس به او جواب بدهد.

پس حالا جواب سؤالتان را این‌گونه بدهم، چرا داروخانه در شهر ایجاد شد؟ خلاصه کنم: دو علت داشت، یکی این که در بیمارستان‌ها هدف تربیتی دانشجوی تأمین نمی‌شد، دوم این که در شهر وسیله ارتباط با طبیب راحت‌تر فراهم بود. اصلاً در هر زمانی در ایران در این سی و چند سال، همیشه یکی از اهداف وزارتخانه این بوده که توزیع دارو، هم از نظر کیفی و هم از نظر کمی با خللی مواجه نشود، در حالی که متأسفانه انگیزه‌های تجارته همیشه آن‌چنان قوی بوده که با احتکار و قضایای دیگر از سوی برخی از افراد، این بخش از خدمات سلامت هم مانند جاهای غیردارویی که روغن و لنت ترمز و سایر موارد را احتکار می‌کنند که بتوانند گران‌تر بفروشند و قاچاق کنند و آن مسایلی که شما بهتر از من می‌دانید، پیش می‌آید. در این مورد در حقیقت

که من اطلاع دارم هرگز بدون مجوز در آن کشور دارویی وارد، تولید یا عرضه نمی‌شود.

← یعنی شما تا آن مدتی که آن‌جا کار می‌کردید چه در داروخانه بیمارستان و چه در داروخانه سطح شهر، با موردی برخورد نکردید که یک طبیعی بگوید چون مثلاً فلان دارو جزو فهرست کشور نیست، می‌خواهد از طریق وارد کند؟

یا این که خدا نکرده یک طبیعی بیاید آن دارو را داشته باشد، خودش به بیمار بدهد و ...، واقعیت این است که اصلاً این جزو گناهان کبیره بود.

← ببخشید آقای دکتر ظاهراً قانون در کشور ما هم با همین نیت پیش‌بینی کمیسیون ماده ۲۰ را کرده اما چرا این اتفاق در کشور ما واقعاً هیچ‌وقت نیفتاد؟

منظورتان اعمال این ممنوعیت است؟

← بله.

متأسفانه ما اصلاً از نظر اعمال قانون به نفع بیمار و به نفع نظام دارویی، همیشه مقهور انگیزه‌های تجارتي بوده‌ایم.

← یعنی شما می‌فرمایید علی‌رغم این که محمل قانونی دارد، ولی در اجرا ما همیشه دچار این مشکل بودیم و با تحقق آن فاصله داشتیم؟

در زمینه‌های مختلف، همین وضعیت را داشته‌ایم. بخشی از درد دل‌های من همین است که من می‌دهم آن‌ها را بخوانید و هر جا توانستید منعکس کنید.

← آقای دکتر، پس اگر این باشد، خوب است که چند تا مساله را در ارتباط با آن مشخص کنیم. یکی این که شاید ساختار این کمیسیون در حقیقت اشکال داشته یا در طول دوره‌های

وزارتخانه همیشه دفاع می‌کرده که آقایان افراد علمی این‌جا هستند، مورد اعتماد هستند، دانشکده نظارت دارد، پس به پشتوانه همین مسایل سهمیه را این چنین کنید تا کشور دچار مشکل نباشد و خودتان می‌دانید که داروهای اختصاصی را همان‌طور که فرمودید می‌دادند به این مراکز که مسایل تجاری‌اش حل بشود. ولی آنچه که از نظر علمی به دانشکده مربوط می‌شد، من فکر می‌کنم هنوز هم که هنوز است، جایگاه آموزش‌رسانی این در سطح شهر هم وسیع‌تر و گسترده‌تر و هم منطقی‌تر است. بنابراین، ما اگر بخواهیم بیاییم یک جایی را در بیمارستان ایجاد بکنیم، اصلاً با یک وضعیت دیگری روبه‌رو می‌شویم.

← آقای دکتر، شما سالیان سال در آمریکا تشریف داشتید، FDA یک فهرست دارویی را برای کشور تعریف می‌کرد، این فهرست شامل تعدادی برند و عبارت از آن‌هایی بود که هنوز در Patent بودند. تعدادی برند ژنریک بود که از Patent آمده بود بیرون و شرکت‌های مختلف با نام تجاری عرضه می‌کردند، تعدادی هم ژنریک بودند. ولی مولکول دارو را FDA قبول کرده بود که در فهرست دارو باشد. سؤال این است که آیا خارج از فهرست دارو کسی، مؤسسه یا سازمانی (اعم از خصوصی یا وابسته به دولت) بود که بتواند داروی خارج از لیست را وارد آمریکا بکند؟

تا آن‌جا که من اطلاع دارم هرگز. دلیلش هم این است که دارویی اجازه داشت در آن‌جا ساخته بشود یا وارد بشود یا دست بیمار داده بشود که حتماً آن نام علمی‌اش (من نمی‌گویم تجاری‌اش) پروانه FDA را گرفته باشد. من با قاطعیت می‌گویم تا جایی

زمانی دچار دگرگونی شده که این اتفاق نیفتاده یا همیشه متکی به فرد بوده که اگر فردی مثلاً اوتوریتی لازم را داشته، می‌توانسته این کاریزما را آنجا اعمال کند و آن کاریزما اگر بوده، نقش خودش را ایفا کرده و از این قضا یا پیشگیری کرده، ولی وقتی که نبوده است یک مقداری سهل‌تر و ساده‌تر با موضوع برخورد شده است، بعد این نفوذها ایجاد شده یا این که نه، ما اصلاً سازوکار درستی را برای این تعریف نکرده‌ایم؟ من از شما یک خواهشی دارم، می‌توانید یک مقداری راجع به آن کمیسیون ماده ۲۰ برای من تعریف کنید؟

← ببینید کمیسیون ماده ۲۰ در واقع آمده چند تا کمیته در نظر گرفته که آن کمیته‌ها روی همه مسایل پیرامون حذف و ورود یک محصول دارویی در فرمولر کشور یا فارماکوپه ملی و مانند آن‌ها نظر بدهد و بعد یک کمیته‌هایی (مثلاً بحث کمیته قیمت به مرور زمان) ایجاد شده که از دل وزارت بازرگانی خارج شده و آمده در دل یکی از این کمیته‌ها. ساخت و ورود هم همین‌طور این‌ها هر کدام کمیته‌هایی بودند که از دل این کمیسیون ماده ۲۰ درآمده بودند. یعنی هر آنچه که در ارتباط با موضوع دارو و تجهیزات پزشکی و مانند آن‌ها بوده است در حقیقت نبض این مهم باید یک جایی در وزارتخانه که از اختیارات وزیر هم هست بزند. آن هم آمده یک زمانی مثلاً جای آن کمیسیون، یک ستاد یا شورای عالی تشکیل داده و بعد هم به مرور، کمیته‌های مختلف را در زیرمجموعه خودش شکل داده است. حالا فهمیدم. یعنی پس ما دو تا نهاد داشتیم در

ابتدای پیاده کردن طرح ژنریک که جزو جوابیه قبلی من هم بود. یکی کمیسیون دارویی بود، یکی شورای عالی دارو بود. کمیسیون دارویی‌اش این بود که یک عده افراد ثابت از دانشگاه، از صنعت، از جامعه پزشکی و جاهای مختلف داشت که ۷، ۸، ۱۰ نفر بودند که به صورت هفتگی یا دو هفته یا ماهی یک‌بار دور هم جمع می‌شدند و براساس یک دستور کار فعالیت می‌کردند. شورای عالی دارویی هم که بالاتر از این بود باز از یک عده‌ای تشکیل شده بود و یک تصمیماتی را می‌گرفتند. این‌ها شد کمیسیون ماده ۲۰؟ چون من با ماده ۲۰ آشنا نیستم. ← نه، همان اولی که گفتید، آن کمیسیون ماده ۲۰ است که آن حکم تصمیماتش را در قانون ... پس اجازه بدهید راجع به آن بگویم. یکی از انتقادهایی که من از ابتدا داشتیم، نسبت به هسته یا نطفه تشکیل آن کمیسیون بود که از پیشنهادات طرح ژنریک هم شروع شد. ← نه آقای دکتر. آن کمیسیون ماده ۲۰ مربوط به قانون ۱۳۳۴ است که کسانی که برای عضویت آن پیش‌بینی شده‌اند عبارتند از: معاون دارویی وزارتخانه، مدیرکل دارو، مدیر عامل شرکت سهامی دارویی کشور، یک داروساز آزاد به پیشنهاد وزیر و ۳ یا ۴ نفر هم کسانی که به عبارتی افراد شاخص حرفه تلقی می‌شوند، مثلاً استاد زهرشناسی که دکتر کاراپطیان می‌رفت، استاد داروشناسی و دو تا پزشک داخلی که در جمع، اعضای کمیسیون را تشکیل می‌دهند که در قانون مصوب سال ۱۳۳۴ پیش‌بینی شده است. پس آن گروه که برای طرح ژنریک بود فرق داشت؟ ← بله و این کمیسیون باید در مورد این که یک

دانشگاه داشت، این قسمت دوم بود چون می‌خواهد بداند که کدام دارو را چه‌جوری به صورت روان به مردم برسانم. من نگاه می‌کردم می‌دیدم که افرادی را به سبب نام آوردند آن‌جا که این شخص مثلاً راجع به یک دارویی با نگرش شیمی خودش یا با نگرش رشته خاص خودش نگاه می‌کرد و آن‌جا یک آره یا نه می‌گفت. این آره یا نه آن‌جا دقیقاً باید مثل آره یا نه مثلاً مسایل فقهی باشد، رشته خودش را داشته باشد نه این که همین‌جوری، یا دقیق‌تر باشد، مثلاً فرض کنید کسی که در رشته ژینکولوژی (رشته زنان) هست باید راجع به داروی زنان نظر بدهد، آخر من پوست چه نظری راجع به داروی زنان بدهم؟ این قضیه خیلی مهم بود. یا مثلاً می‌آمدند افرادی را آن‌جا می‌گذاشتند که آخر سر من نگاه می‌کردم می‌دیدم ای داد بیداد با یک انگیزه تجارتي یک شرکتی رفته دارو را اول به طبیب‌ها بدون اجازه خوراند، که این دارو به درد فلان بیماری می‌خورد و ... بعد تعداد قابل شماری از طبیب‌ها را نیازمند این دارو (چون نسخه را می‌نوشتند و مردم این‌ور و آن‌ور آواره می‌شدند) کرده است و بعد حالا موضوع را آوردند به سطح عمومی جامعه کشانده‌اند.

← یعنی اول تقاضایش را در جامعه ایجاد کردند و بعد هم به‌عنوان یک نیاز عمومی مطرح کردند. بله، همین‌جور بود. نیاز ایجاد می‌کردند بعد می‌آوردند در آن جمع و وقتی که ایجاد می‌شد، چون ممکن بود که مردم سروصدا کنند و موضوع به مجلس کشیده شود و ال و بل بشود و وزیر استیضاح بشود، همه به تکاپو می‌افتادند، بعد هم چشم‌چشم می‌گفتند و در فهرست دارویی وارد

دارو وارد فهرست بشود و یا از آن خارج بشود، این مؤسسه فلان محصول را بسازد و آن مؤسسه فلان محصول را نسازد، در مورد همه این‌ها این کمیسیون حق اظهار نظر داشت. بعد پروانه‌ای که داده و یا لغو می‌شد، بر مبنای دستوری بود که آن کمیسیون در مورد آن تصمیم می‌گرفت.

پس من فهمم خودم را تصحیح می‌کنم. پس این‌ها آمدند این جمع را که من خدمتان عرض کردم تشکیل دادند که از صنعت و سایر مراکز مربوط باشند و هیچ‌وقت معاون وزیر و افراد اجرایی دیگری نبودند، آن‌وقت محل قانونی‌اش را گذاشتند آن کمیسیون ماده ۲۰. این مساله اداری خود وزارتخانه است. ولی می‌خواهم بگویم که این جمعی که عملاً دور هم می‌نشست و بعد از شکل‌گیری طرح ژنریک، من به ساختار آن انتقاد داشتم. این بود که آقایان شما می‌خواهید ظاهراً انجام وظیفه بکنید یا می‌خواهید به‌عنوان آدم زنده، برای داروی مملکت تعیین تکلیف کنید؟ اگر می‌خواهید به صورت فعال این کار را بکنید، آن مسایل اداری و مانند آن‌ها را یک جور دیگری حل کنید. مثلاً دانشکده داروسازی قرار بود یکی را دعوت کند، این‌ها اکتفا می‌کردند که طرف اسمش در دانشکده داروسازی است، دیگر ما چه کار داریم به درد طرح ژنریک می‌خورد یا نمی‌خورد. همه می‌دانند که دانشکده‌های داروسازی دنیا یک بخشی دارد مربوط به شیمی دارو، سنتز دارو، صنعت دارو، یک بخشی هم دارد که مربوط به خدمات دارو و توزیع دارو است که همین قسمت اطلاعات دارویی و داروسازی بالینی و همه این‌ها در این بخش دوم جای می‌گیرد. طرح ژنریک نیازی که به

شود. اصلاً این وارد فهرست دارویی شدن یا از فهرست دارویی حذف شدن‌ها مطابق آن اهدافی که FDA یا جاهای دیگر دارد، یک نظارت‌های بسیار قوی اجتماعی درمانی می‌خواهد و باید افراد واقعاً مناسب چنین مسؤولیتی، این‌گونه تصمیمات را بگیرند. من این انتقاد را به آن جمع داشتم. اگر یک کسی می‌آمد یک حرف‌هایی می‌زد که خوشایند مدیر کل دارویی آن زمان نبود، یک اتفاق خیلی جالب رخ می‌داد، دیگر دعوتش نمی‌کردند (اصلاً دعوتی بود) یا جالب است بعضی وقت‌ها بود می‌خواستند یک دارویی حتماً وارد فهرست بشود، من جاویدان نژاد که ارتباط جالبی داشتم با فلان کس، من را حتماً دعوت می‌کردند که یک رای اضافه آن‌جا داشته باشم. بسیاری از اوقات یکی از مشکلات از آن‌جا شروع می‌شود که گفته می‌شود اصل، فرمایش شماست.

← آقای دکتر، بعد از این که واردات آزاد شد، در نتیجه مقدار زیادی دارو وارد کشور شد. قبل از انقلاب مؤسساتی (متعلق به خارجی‌ها) داشتیم که در داخل تولید می‌کردند، تعداد زیادی مؤسسه داشتیم که تحت لیسانس محصولاتی را تولید می‌کردند، مثلاً اکثر تولیدات داروپخش یا تولیدارو یا آن موقع IDI (لقمان) تحت لیسانس تولید می‌شدند. تعدادی هم تولیدکننده خاص ایرانی داشتیم، ولی حالا تولیدکننده (حالا اگر بگوییم ۹۵ درصد عددی) همه این‌ها اصولاً تولیدکننده‌های داخلی هستند. در مقابل تعدادی مؤسسات هستند که وارد می‌کنند. یک ذهنیتی برای طبیب ایجاد شده که داروی ساخت داخل (صرف‌نظر از این که تبلیغاتی است که واردکننده‌ها کرده‌اند، یا نه،

واردکننده تبلیغ نکرده، خود طبیب چنین استنباطی پیدا کرده است) کیفیت لازم را ندارد! ما رفتیم پیش متخصص پوستی، در محضر یک استادی در یک مرکز علمی، دکتر متخصص پوست گفت که من به هیچ‌وجه هیدروکینون ایران را نمی‌نویسم چون تماشای ایجاد یک سری بشورات جلدی می‌کند (حساسیت می‌دهد). با چنین مسایلی چگونه باید برخورد کنیم و چه کار بکنیم که با طبیب به تفاهم معقول و منطقی برسیم تا در سایه تبادلات علمی و حرفه‌ای اطمینان او را به تولیدات داخلی جلب کنیم.

باز یکی از مسایلی که به‌عنوان وجه تضمین طرح ژنریک در همان سال‌ها مطرح شد، نگهداری کیفیت بالا و تعالی کیفیت داروی ساخت داخل بود تا این جور بهانه‌ها را (از نظر کیفی) از طبیب یا بیمار بگیریم، این یک موضع است. موضوع دیگر هم ایجاد پل ارتباطی علمی و مستمر بود تا بتوانیم این حقایق را در ذهن طبیب بنشانیم. ما در این قسمت دوم قضیه (ایجاد پل ارتباطی با طبیب) اصلاً هیچ کاری نکردیم. بعدها این بخش منحصر به کلاس‌های بازآموزی قانونی شد که حتماً باید طبیب‌ها و داروسازها و غیره دوره‌هایی را ببینند که در آن‌ها داروسازها بیایند و حقایق دارویی را در جلسات مطرح کنند و جالب این که طبیب هم به انگیزه گرفتن امتیاز، بیاید به حرف‌های این‌ها گوش بدهد که اصولاً خود این به‌رغم نقاط مثبتی که بازآموزی دارد، در تمام جهان منسوخ شده و در ایران هم کیفیت اجرای آن با شکست روبه‌رو است. ← حالا ما وارد بحث بازآموزی نمی‌شویم. سؤال این است که ما در وقتی که بازآموزی می‌کنیم

بیشترشان به آن قسمت بیمار و بالین بیمار است. من همیشه برای فارماکولوژی یک احترام خاصی قایلم حالا اگر یک کسی با زبان خودش، در طول خدمتشان از طرف یک نهادهای که انگیزه تجارتهای ندارد استخدام بشود به اسم ویزیتور علمی، بیاید این دفعه بگویند این محصول ابوریحان با فلان محصول خارجی برابری می کند قطعاً تأثیرگذار است. یا حتی خیلی ساده به شما بگویم از نظر فراهمی بیولوژیک در خون، اگر فلان دارو ۷۸ درصد هم خودش را آزاد بکند و در اختیار سلولهای گیرنده قرار بگیرد، این اصلاً بالاتر از حداقل نیاز درمانی است. حالا این که این دارو نود و چند درصد خودش را ارایه می دهد، ساخت داخل هم هست. رساندن این باور مستلزم تسلط به دانش مربوط است. وقتی من این را نمی برم برسانم، طبیب هم در معرض این قرار می گیرد که آقا پلاویکس خارجی اثر می کند و به بیمارش می گوید تو برو با قیمت آن چنانی دربه در دنبالش بگرد و نرو دنبال این که مشابه داخلی آن را ۱۰۰ تایی اش را به قیمت ۴۷ تومان بخری! خوب این خیلی ساده است و نیازی به استدلال ندارد که از نظر روانی معلم بیمار، طبیب است، حالا خود این طبیب یک معلم می خواهد که آن هم داروساز است در حالی که ما این معلم را برایش فراهم نکردیم، چون به اصل قضیه توجه نداشتیم. این که بیاییم این پل ارتباطی را با طبیب ایجاد کنیم، یک ضرورت است. در حالی که ما این کار را نکردیم (البته، هنوز هم دیر نیست).

← آقای دکتر، خوشبختانه بحث ما به جای خیلی حساس و دقیقی رسیده است، من فکر می کنم که اگر ما واقعاً بخواهیم این را آسیب شناسی

داریم در مورد کیفیت استامینوفن صحبت می کنیم، ما در بازآموزی نمی گوییم که کیفیت تولید داخل قبول است، کیفیت تولید خارج رد است. ما در بازار دو تا استامینوفن داریم، این طبیب هم می آید در مورد خواص و عوارض و بقیه موارد مربوط به استامینوفن آشنا می شود. ما در بازآموزی در مورد مقایسه کیفیت محصول تولید شده در داخل و امتیاز آن که با طبیب صحبت نمی کنیم. ظاهراً آقای دکتر می خواهند به یک نکته ای بپردازند که قطعاً به همین ارتباط با طبیب مربوط می شود که اگر در بستر درستش اتفاق نیفتد می تواند یک محمل برای سوء استفاده تلقی شود، بنابراین، اگر موافق باشید بشنویم.

بله. من واقعاً همان سالها پیشنهاد می کردم و الان هم ادامه می دهم. همان طور که شرکت تجارتهای ویزیتور استخدام می کرد و الان هم هست، که برود یک یا چند داروی خاص را پشت سر هم با تأکید در یک زمان مختصر به طبیب بقبولاند، در حقیقت آنچه که نماینده آن شرکت دارویی عنوان می کرد، چیزی نبود که فارماکولوژی به آن قسم خورده باشد. ولی از نظر روان شناسی از آن بخش های روانی استفاده می کرد. بعد از انقلاب ما واقعاً طبیب را از این اطلاعات محروم کردیم، فرض کنید نیامدیم شرکت سازنده خاصی مثل رازک و داروپخش و غیره (این لابراتوارهایی که از نظر کیفی در سطح بسیار بالایی قرار داشتند) را به پزشکان نشان بدهیم تا طبیب ما بداند که واقعاً از نظر دارو فقیر است. من وقتی این را می فهمم که می بینم بیشتر این ها در دانشکده هم از فارماکولوژی نمره خوبی نیاوردند و توجه

کنیم تا مشخص شود که این موضوع واقعاً به تفاوت جایگاه صنعت کشور ما و صنعت داروسازی کشورهای پیشرفته مربوط می‌شود یا به مسایل دیگر، تا حد زیادی به شناخت دقیق مشکل مربوط به این حوزه نزدیک می‌شویم. به‌طور مثال اصلاً ما در بخش ارتقاسازی که خودش یک کار تخصصی است به شدت ضعف داریم.

اتفاقاً به نکته خیلی خوبی اشاره می‌کنید. من جزو کسانی هستم که از همان موقعی که از آمریکا برگشتم، داروهای ایران را دیدم و با بسیاری از کارخانه‌ها روبه‌رو شدم، من با این عقیده موافق نیستم که ایران علیل است و محصولش ضعیف است. برای این که حقیقت این است که بیشتر مواد اولیه داروها از خارج وارد می‌شود، همان ماده‌ای که آن‌ها به کار می‌برند در این جا هم استفاده می‌شود (مثلاً اسم بیریم ماینوکسیدیل)، این می‌آید با اصولی که همین کتاب‌های علمی به ما یاد دادند، فرضاً با الکل مخلوط می‌شود و شرایط خاص خودش را طی می‌کند، پس این نزدیک به همان محصولی است که در خارج هست، یا اگر برای تولید فلان قرص فلان نشاسته را به کار می‌برند، این‌ها احتیاط می‌کنند و همان نشاسته را به کار می‌برند، گیرم که بازدهی این در خون یک درصدی هم کمتر باشد و اگر آن ۹۸ درصد خودش را آزاد می‌کند و این ۹۵ درصد آزاد می‌کند، این که واقعاً در حد همان ۵ درصد است که از نظر علمی برای همه مجاز است، بنابراین، دارویی است که جواب می‌دهد. این یک حقیقت است که در مورد اکثر کارخانه‌های داروسازی فعلی ما صدق می‌کند. سرهم‌بندی نمی‌کنند، در وان حمام شربت

درست نمی‌کنند، در حالی که فلان شربت که از خارج می‌آید ممکن است در وان حمام هند درست بشود. خود رساندن این واقعیت که ما کفایت داریم و داریم درست کار می‌کنیم و ماده اولیه همان است، یک کار مهم است. یک عده از این طبیب‌ها خیال می‌کنند که ماده اولیه فلان قرص را ما داریم می‌سازیم، خوب معلوم است سنتز این‌جا با سنتز خارج، قابل مقایسه نیست. به استثنای بعضی از سنتزها که داریم، ما اصلاً سنتز نمی‌کنیم.

خود رساندن این حقایق نیازمند افراد متخصص است و پل ارتباطی برای آموزش فردی می‌خواهد نه آموزش جمعی، چون در آموزش‌های جمعی به اکثریت نمی‌رسد، آخر ببینید، شرکت‌های خارجی سابق بر این که این‌جا محصول را خودشان تولید می‌کردند، ویزیتورهای خودشان را با انگیزه تجارتنی مرتب می‌فرستادند و این حقایق را متذکر می‌شدند و با منحنی به طبیب نشان می‌دادند تا ببینید، این محصول بازدهی فراهمی بیولوژیکی‌اش چه بوده است. من معتقد هستم که هم کارخانه‌های سازنده توان آن را دارند که این ابزار علمی را از کار فعلی خودشان فراهم بکنند و هم افرادی که در دانشکده‌های داروسازی تربیت می‌شوند واقعاً انگیزه دارند که اقا بیابند این نکات را در یک جایی فرا بگیرند و به پزشکان ارایه بدهند. یکی از ضعف‌های بزرگ ما این است که در مقابل آن اعتقاد غلطی که نسبت به داروی داخلی مطرح می‌شود، احساس مسؤولیت نمی‌کنیم. یک تعدادی از بستگان من طبیب هستند و از ضعف فلان دارو که حرف می‌زنند بهشان می‌گویم آقا این جور نیست، تو این باور غلط خودت را به بیمار خودت هم منتقل

بگوییم برخی از طبیب‌ها یا بعضی از همکاران خودمان، می‌گویند که وقتی کت و شلوار فلان و کفش فلان و ماشین فلان وارد کشور می‌شود، چرا داروی مورد علاقه پزشک و بیمار وارد و مصرف نشود؟

بله، این همان فرهنگ غلط است، خود فرهنگ کت و شلوارش هم غلط است و انشالله... ما به یک سمت و سویی برویم که کفش فلان را هم وارد نکنیم. چون می‌دانید که در پس بسیاری از این وارداتی‌ها چه مسایلی وجود دارد. البته، خوشبختانه این کارها در دارو نمی‌شود ولی در چیزهای دیگر می‌شود، کفش ایرانی را درست می‌کنند به نام کفش ایتالیایی از آن جا وارد می‌کنند. بعد هم به یک قیمت‌های عجیب و غریبی می‌فروشند. بگذریم.

مدیرعامل پاک‌دارو بودم، آمدند پیش خود من و گفتند ماینوکسیدیلی که تو تولید می‌کنی از نظر کیفی خیلی خوب است (واقعاً هم از نظر کیفی سعی کرده بودم مواد اولیه‌اش را از تولیدکنندگان متفرقه نخرم و از تولیدکننده اصلی بخرم. در این صورت ساختش که دیگر کاری ندارد) جلد و قواره‌اش هم که مثل آمریکایی است، بنابراین، تو نویس ساخت ایران، من از تو این جور می‌خرم و ...، گفتم تو هر کاری بکنی من ساخت ایران را می‌نویسم.

← من احساس می‌کنم این جا دوباره یک نکته خوبی هست که جا دارد به آن بپردازیم. آقای دکتر یک بخشی از این که شما می‌فرمایید برمی‌گردد به شرایط ما، یعنی شرایط ما ایجاب نمی‌کند که مقهور این حرف‌های رقابت سالم (اجازه دادن این که مثلاً دانش فنی جدید و تکنولوژی جدید هم بیاید در کنار وضعیت ما تا بتواند شرایط ما را

می‌کنی و به این معضل اجتماعی دامن می‌زنی، در صورتی که این نیست. منتها ما کجا ضعف داریم؟ آن جایی که این پل ارتباطی را با بهره‌برداری از حقایق موجود به دل طبیب نشانده‌ایم و الا بسیاری از طبیب‌ها واقعاً مشتاق این چیزها هستند.

← آقای دکتر، اگر دارویی در داخل به اندازه کافی تولید می‌شود و از کیفیت خوبی هم برخوردار است، صلاح است که به خاطر ملاحظاتی (نگرانی از محدودیت‌هایی که می‌توانند برای ما به وجود بیاورند یا مسایلی مانند WHO) مشابه آن را هم وارد کنیم؟ به عبارت دیگر آیا به نظر شما مجازیم یا صلاح است که بیاییم ورود مشابه خارجی آن را منع کنیم؟

من فکر می‌کنم لازم است. به خاطر این که اصلاً انگیزه تجارتي توزیع داروهای خارجی همیشه این بوده که بیايند در یک کشور گستره مصرف خودشان را آن قدر زیاد کنند که تولید داخلی آن کشور را فلج کنند. این منحصر به دارو نیست، در کالاهای دیگر مثل پارچه و لامپ و غیره نیز همین‌طور است. ما وقتی تولید کافی داریم، کیفیت درست داریم اما اجازه می‌دهیم که مشابه خارجی هم در کنارش باشد. دیازپام می‌سازید والیوم هم وارد شود، بعد اگر کسی خواست از این استفاده کند. اما چون انگیزه فشار تجارتي پشت آن والیوم هست، حتی اگر شده قیمتش را بیاورد پایین، تبلیغات آن چنانی و ویژگی مرتب پزشک و اصلاً فرهنگ‌سازی می‌کند که آقا خارجی‌اش هست، ارزان هم هست، مورد تأیید همه دنیا هم هست.

← آقای دکتر، اصلاً فرض کنیم گرانتی، برای این که سوآلی که مطرح می‌کنند بعضی‌ها یا بهتر

ارتقا ببخشند و ... بشویم و سراغ این‌ها برویم، یک موقع هست که اصلاً سازوکار لازم وجود دارد، روش‌های مورد نیاز آن هم در دنیا وجود دارد، تدوین شده، جاهایی هم در دنیا هستند که دارند به یک نوعی این موضع را مدیریت می‌کنند که همین خارجی هم ببیند ولی در دل این تصمیمات مدیریتی، حمایت‌های لازم از صنعت داخلی هم خوابیده است. من فکر می‌کنم چون بالاخره شما تجربه بیرون از ایران را هم دارید و این می‌تواند خیلی به ارایه نظر کارشناسی کمک کند، بفرمایید که ما مشکلاتمان کجاست که گاهی اوقات واقعاً مقهور آن شیوه‌هایی می‌شویم که آن‌ها مطرح می‌کنند؟ یعنی اشکال ما در همان بحثی است که شما می‌فرمایید، وقتی او محصولش را می‌آورد، به دلیل همان انگیزه‌های تجاری، روش‌های خیلی مؤثری را در بحث ارتقاسازی دنبال می‌کند و بعد ما جا می‌مانیم؟ یا این که نه، اصلاً قوانین و مقررات ما و تصمیماتی که در سیستم‌های مدیریتی گرفته می‌شوند (از قیمتش بگیرد تا ممنوعیت‌هایی که ایجاد می‌کنیم) ما را این‌گونه گرفتار می‌کنند؟ یعنی مثلاً تا یک شرکت داخلی بخواهد یک نوع تبلیغی از همان تبلیغاتی که آن‌ها می‌کنند را انجام بدهد، فردا نابود است ولی با آن واردکننده خارجی آن قدر مماشات می‌شود تا این که صدای همه در بیاید. به عبارت دیگر، مشکلات فرهنگی که به نوعی در برخورد ریشه‌ای با این گونه از مسایل پیش روی مسوولان (ضعف قوانین و مقررات، جوسازی‌های گوناگون و عدم توانایی مسوولان در مواجهه با آن‌ها و ...) است، شرایطی را فراهم می‌کند که به راحتی می‌تواند مورد سوء

استفاده قرار بگیرد!

بخش زیادی از مشکلات ما در ارتقاسازی است، مقدار کمتری از آن هم به سخت‌تر شدن مسیر حضور کالای خارجی مربوط می‌شود، ما از نظر قوانین و اجرای آن‌ها مشکل داریم و متأسفانه، این منحصر به دارو نیست. شما در مورد هر کالایی با همین وضع مواجه هستید. من این‌جا یک مثالی بزنم. در شرکت لامپ اسرام که در ایران شده بود لامپ ایران (قبل از این که کم‌مصرف‌ها عرضه شوند)، به گونه‌ای دست‌اندازی شده بود که کیفیت محصول داخل چنان پایین آورده شود تا جایگزین آن از خارج وارد شود.

← منظورتان خود اسرام است؟

خود اسرام وارد کند. انشالله... در دارو این جور نشود، من آن قدر به همکاران داروساز خودم ایمان و اطمینان دارم (این را هم شعار نمی‌دهم‌ها) که حداقل به خاطر آن سوگند حرفه‌ای که خوردند، نیایند در کارخانه داروسازی این جور اخلاص ایجاد کنند و می‌دانم که نمی‌کنند. پس از این بابت خاطر جمع است. این ارتقاسازی که می‌فرمایید واقعاً کلی کار است. اقا چرا آن‌ها هم در داخل کشور خودشان و هم کشورهای دیگر موفق هستند؟ ارتقاسازی را با روان‌شناسی آن چنان عجین کردند که موفق هستند. من خودم ویزیتور اسکوتیپ بودم قبل از این که بروم آمریکا، ویزیتور روش بودم. با چه انگیزه‌ها و اطلاعاتی این دو تا منحنی که من به طبیب نشان می‌دادم، آقا این منحنی زاناکس آپجان آمریکا است، این منحنی آلپرازولام ساخت فلان است، این چاپ شده توسط دو تا استاد دانشگاه آلپرازولام ایرانی را می‌گویم) در مجله بین‌المللی

است، با آن قدرت خریدمان حساب کنیم البته با توجه به بالا رفتن دلار، دیگر قدرت خریدمان هم می‌آید پایین، اگر نگوئیم پایین‌تر از GDP می‌شود و فرض کنیم که در حد همان GDP (۶ هزار دلار می‌شود) گروه کشورهای پیشرفته از کره و استرالیا و ژاپن گرفته تا اروپا و آمریکا حدود ۴۰ هزار دلار است. ما به جز بخش مربوط به بهداشت که باید به‌عنوان پایه حداکثر امکانات را در آن حوزه برای مردم فراهم کنیم، آیا در بخش درمان شرایط ما باید عین آن چیزی باشد که امروز در غرب و آمریکا روی میز طبیب است، یعنی ما باید از مسؤولان انتظار داشته باشیم که دقیقاً همان‌ها هم روی میز طبیب ایرانی باشد؟ به عبارت دیگر، آیا ما در بخش درمان و وسایل پزشکی، بخش بیمارستانی، پروتکل‌های درمانی و اقتصاد دارو باید مانند آن‌ها نگاه بکنیم یا ما یک کشور میانه هستیم (نه مثل بعضی کشورهای آفریقایی و نه مثل کشورهای غربی). بنابراین، باید بتوانیم با درآمد خودمان دارو و هزینه درمان مان را تأمین کنیم؟ برخی از دوستان گفتند که باید از چیزهای دیگر بزنیم و به درمان بپردازیم، یک عده می‌گویند به یک طبقاتی از جامعه که پولدار هستند، باید اجازه داده شود تا همان‌گونه که امکانات خودش را صرف خرید ماشین و کت و شلوار و میوه دلخواهش می‌کند، در مورد داروی مورد نظرش هم همان‌گونه عمل کند. نظر شما در این مورد چیست؟

دکتر فاضل جراح شناخته شده ایران، مقداری از خدمات پزشکی خودش را قبل از انقلاب در بیمارستان‌های آمریکا و مطب خودش در آن جا ارایه

فلاں است و این هم مال آپجان یا جای دیگر است. شما طبیبی، من ویزیتور هستم، به خودت نشان می‌دهم. همه چیزهایی را هم که دیدی با مقایسه منحنی‌ها به شما ارایه کردم و دیدی که در فلاں مجله مورد قبول دنیا هم چاپ شده است، نه در ایران، خوب ببین، این ۹۸ درصد است، تازه مال آن زانکس ۹۷ درصد می‌باشد، حالا کدامش را می‌پسندی؟ زاناکس را من مثال زدم، اگر بروید سراغ صدها مورد دیگر متوجه می‌شوید که این‌ها وجود دارند. خوشبختانه، راه‌هایی که شرکت‌های تجارتي برای ارتقاسازی رفتند به‌عنوان متدلوژی در دسترس است، ما می‌توانیم از همان متدلوژی آن‌ها برای عرضه کالای داخلی خودمان استفاده بکنیم و پیش برویم. پس جواب آخر سؤال شما این است که اگر به هر صورتی روزنه‌ای باز کنید تا بخواهید داروی خارجی وارد شود، چون ما در این قسمت ارتقاسازی ضعیف هستیم و چون متأسفانه در وسط کار افرادی با انگیزه‌های مالی تتمیع می‌شوند، حتی در سیستم اجرایی (خدا نخواست) نگاه می‌کنی می‌بینی که بستر هموار مصرف آن‌ها آن‌چنان دامن گیر می‌شود که اصلاً داروهای ساخت داخل می‌روند کنار. اگر یک روزی قرار باشد که داروهای ژنریک و طرح ژنریک به بوت‌فراموشی یا انزوا کشیده بشود، یکی از راه‌های انحرافی‌اش این است که ما بگذاریم داروهای خارجی به راحتی وارد شوند. اصلاً چرا بگذاریم، شما بگوئید که آن‌ها آمده‌اند، تمام شد. فوقش نمی‌خواهی؟ بنویس آلپرازولام عبیدی را می‌خواهم. ببخشید که اسم بردم.

← آقای دکتر، سرانه GDP ما حدود ۶ هزار دلار

داد. ایشان یکی از افراد موفق است همراه آقای دکتر مردی که با پیروزی انقلاب آمد تا خدماتش را به این مملکت بدهد. من از دهان خود ایشان شنیدم که می‌گفت در اتاق عمل آن‌جا مقداری هزینه‌ای که ما به بیمار تحمیل می‌کنیم به خاطر وسایل جانبی‌ای است که می‌خواهیم با استفاده از آن‌ها بهداشت را فراهم کنیم و غیره، این‌ها را در ایران که من آمدم (حالا ایشان کی آمده؟ ابتدای انقلاب) همان کارآیی و همان بازده را با وسایل موجود دارم ارایه می‌دهم و حتی بعد از هر عملی، آن‌جا مجبور می‌شدیم آنتی‌بیوتیک بدهیم که عفونت نکند، در ایران بعد از عمل با همین وضعیت اتاق عمل آن‌جا من این کار را نمی‌کنم. چرا؟ به دو دلیل. یکی این که نوع بخیه زدن جوری من جراح در دانشگاه دارم تدریس می‌کنم به پزشکان که مثل بستن بند پوتین این جوری نخ بخیه را نکشند. دارم یاد می‌دهم به کارآموزان بیمارستانی و طبیبان که وقتی می‌خواهند بخیه را ببندند مثل بخیه پوتین نکشند، چرا؟ چون شما وقتی این نخ را می‌کشی، یک مقداری این سلول را پاره می‌کنی. تو با این کار خیال می‌کنی که می‌خواهی قشنگ جفت بشود ولی همین پارگی خودش منشا کانون عفونی می‌شود. با این کار دیگر آنتی‌بیوتیک نمی‌دهم. بعد یک حرف جالب‌تری هم می‌زد: می‌گفت من در ایران یک مورد عفونت دیدم که آن هم مسیحی بود، آن هم شاید به این علت بود که چون نوع تطهیر ایرانی‌ها با نوع تطهیر مسیحی‌ها فرق دارد، گویا او دستش را به خیلی از جاهای آلوده‌اش می‌زد، احتمالاً عفونت را از جایی که خاراند بود به محل بخیه منتقل کرده بود. حالا چرا همین کار را که در

آمریکا می‌کردیم و آنتی‌بیوتیک می‌دادیم؟ برای این که آن‌ها هم نوع تطهیرشان متفاوت است. البته من این‌ها را از دهان خودشان شنیدم. می‌خواهم بگویم که آموزش صحیح در مورد نحوه انجام یک کار (حالا این جراحی بود) چه مقدار کمک می‌کند که ما وضع موجود را (این را از دهان طبیب درجه یک این مملکت که رئیس فرهنگستان علوم پزشکی، رئیس نظام پزشکی و الی آخر است دارم می‌گویم) حالا این که من معتقد باشم ایران در دنیای طبقه چندم است و باید فلان بکنیم، که نمی‌تواند ملاک باشد. این که باید داروی روز دنیا را بیاورم این‌جا، این بیشتر یک توهم است. در مورد خود همین موضوع هم باید آموزش داده بشود. بنابراین من در جواب سؤال شما، اعتقاد ندارم که او را بیاوریم و یا اجازه بدهیم و بگوییم که شما هر دو تا محصول را در فهرست بگذارید و اجازه ورود خارجی را هم بدهیم و اگر آن که ماشین ۴۰۰ میلیون تومانی سوار می‌شود بخواهد این کار را بکند، متأسفانه می‌شود یک جامعه دو طبقه، در اصل موضوع همان خرمایی است که حضرت علی(ع) آمد به هم زد و گفت مردم را طبقه‌بندی نکن، خوب و بد را قاطی کن همه بخورند. این را ما باید به درستی آموزش بدهیم. هم در تمرین پزشکی و هم در داروسازی. متأسفانه، در اینجا کم می‌گذاریم. اگر در قیامت بپرسند تو که می‌توانستی در اجرا و مراحل دیگر این ایده و تفکرت را ارایه بدهی و ندادی، چرا قصور کردی و کم گذاشتی، چرا خدمت به مردم را به این‌جا کشیدی، چه جوابی داریم؟

← آقای دکتر، با توجه به تعریف‌های غیرشفافی که بعد از انقلاب از مکمل‌ها شد، اصولاً مکمل‌ها

ورزشی است، بحث من واردات ویتامین ث است، مولتی ویتامین‌ها، مینرال‌ها، زینک و قرص و کپسول آمپول و این‌ها است. آیا مسیری که برای این‌ها تعریف می‌شود این است که ما بفرستیم سراغ غذا و در آن جا هم فقط از بابت کیفیت به موضوع نگاه بکنند؟

حقیقت این است که این موضوع دو بخش دارد. یکی از نظر درمانی و از نظر آسیب‌ها و عوارض جانبی روی بدن و مصرف فوق‌العاده این موارد و دیگری هم مسایل اقتصادی و اضافه کردن مصرف بی‌رویه مواردی است که واقعاً شخص تا این حد نیاز ندارد. حالا کدام یک از این‌ها منظورتان است؟ هر دو یا یکی؟

← هر دو. حالا شاید هم نیاز داشته باشد ولی چون از نظر فرهنگی من وقتی می‌روم پیش طبیب و آنتی‌بیوتیک برای خودم، همسرم یا بچه‌ام می‌نویسد به او می‌گویم یک ویتامین هم بنویس که این بدنم را خشک نکند. آقای دکتر، من فکر می‌کنم خوب است که شما اول یک تقسیم‌بندی انجام بدهید تا ببینیم آیا این مکمل‌ها به نوعی قابل دسته‌بندی هستند که یک بخشی از آن‌ها برود در گروه داروها که یک نظارتی روی آن‌ها بشود یا نه، اصلاً باید آزاد باشد. منتها بحث تکلیف آن بخش‌هایی که آموزش عمومی در مورد آن‌ها باید جدید گرفته شود، آگاهی‌های لازم به مردم داده شود تا مردم خودشان در انتخابشان دقت کنند، مثل آدامس. شما می‌بینید که در این مملکت این همه آدامس دارد وارد می‌شود، هیچ کس هم نمی‌گوید آقا حق ندارید وارد کنی، اما مردم خودشان رعایت می‌کنند، اگر هم می‌خواهند

دارو هستند؟

غیر دارو هستند من یک کتابی نوشتم به اسم مصرف نابه‌جای دارو در ورزش. از نظر من دارو نیستند.

← پس اداره غذای وزارتخانه می‌تواند همان‌طور که در مورد روغن و گوشت و آدامس و قند نظارت و دقت می‌کند، در مورد مکمل‌ها هم عمل کند؟ ببینید، مساله برمی‌گردد به آن نکته‌ای که در مورد کمیته فارماکوپه یا کمیته دارویی گفتم.

← با این نظر شما، موضوع به حوزه دارو مربوط نمی‌شود!

مربوط نمی‌شود ولی توضیح، لازم دارد. اول آمدیم مردم را مکمل‌زده کردیم، حتی اجازه دادیم هرجوری وارد بشود و هر دارنده باشگاهی اجازه داشته باشد بفروشد، مردم حتی این چیزها را بخورند، حالا وقتی مردم را مکمل‌زده کردیم، چون می‌خواهیم جلوی پیش را بگیریم و چون دیدیم آسیب‌هایی پیدا می‌شود، آن وقت پروانه می‌دهیم و می‌گوییم این وارد بشود یا آن وارد نشود!!

← حالا فرض کنیم که ما ابتدا به ساکن و همین الان در ابتدای راهیم و آن کارها را هم قبلاً نکردیم و خراب و زخمی نکردیم. شرکتی می‌خواهد قرص مولتی ویتامین بیاورد، شربت تقویتی بیاورد و بعد هم بیاید برود (چون توسط طبیب تجویز می‌شود و معمولاً مصرف هم توسط داروخانه دامن زده می‌شود) طبیب را ببیند، طبیب هم تجویز کند، داروخانه هم بگیرد و بعد به تدریج هم خود افراد به صورت OTC بگیرند و بعد هم به تدریج برود سر از خواربارفروشی‌ها در بیاورد، چه باید کرد؟ بحث من فقط آن‌هایی نیست که در باشگاه

مصرف کنند آن قدر ناچیز است که هیچ نگرانی جدی ای به وجود نمی آورد. یا مواردی مثل شکلات و امثال آن. بنابراین، در حال حاضر بحث ما یکی در تقسیم بندی است، مثلاً مکمل های دارویی، مکمل های غذایی و ... بحث دیگر ما در این مورد هم آن اهرم های نظارتی و کنترلی است.

بینید، در خصوص مکمل های غذایی یا مکمل های دارویی وظیفه ما در این جا آموزش به مردم است که به خصوص از تلویزیون خیلی راحت می شود این کار را کرد. مثلاً در حال حاضر برنامه دکتر سلام تلویزیون به نظرم موفق هم هست و برنامه خوبی است، کوتاه است اما به هر صورت با مردم صحبت می کند. اگر این اطلاعات را به عموم مردم و با زبان قابل فهم مردم ارایه کنیم بدون تردید اثرگذار است.

← من این جا یک پرائتز باز کنم، مستحضر هستید ما این را برای اولین بار در کشور با بحث دکتر روزنفیلد شروع کردیم در روزنامه همشهری. ماشاا... این در واقع همان اطلاع رسانی به مردم است.

← دکتر نیلفروشان - اصلاً دکتر روزنفیلد وجود دارد؟ بله اصلاً در شبکه های آمریکایی همین برنامه را داشتند. دکتر نیلفروشان - پس این نبود که هر کسی بخواهد می تواند یک صحبتی تحت نام دکتر روزنفیلد بکند. خیر، ما آن مجموعه را چاپ کردیم و بعد هم به صورت کتاب در آمد و خیلی هم استقبال شد و چهار پنج بار هم چاپ شد.

این واقعاً خدمت بسیار زیادی است و نیاز جامعه است. من اجازه می خواهم اصلاً کمی در مورد

تشنگی جامعه بگویم. یک وقتی کتاب اطلاعات دارویی را دانشگاه چاپ کرد (حالا بگذریم از این که قیمتش خیلی ارزان بود)، هر کسی می دید آن قدر تشنه بود که اصلاً دیگر رسیده بود به جایی که با دفترچه بسیج بروند بخرند. این را نمی گویم چون مولفش من بودم، می خواهم بگویم تشنگی جامعه برای فراگیری این مسایل خیلی زیاد است. برای این که چه اکسی متولون و چه مولتی ویتامین را طرف نیاید خودسرانه استفاده بکند، اطلاعاتی در مورد چگونگی مصرف آن ها دارد، مکمل های خاصی که وارد می شوند هم همین طور است. حرف اول من همان است که شما فرمودید، رساندن آگاهی در خصوص این ها باید حرف اول را بزند. چون این جا دیگر طبیب نیست که نسخه کند. مساله دوم، با داشتن این آگاهی ها، برمی گردم به آمریکا، می بینم هم آن مغازه مکمل فروشی را آزاد گذاشته، هم داروهای این چینی را در خارج از قسمت دارویی، OTC گذاشته آن جا. OTC یعنی چی؟ یعنی خودت بردار و هر چه قدر هم که می خواهی بردار. خوب آیا این مشکلات درمانی به عقل آن نظامی که مقررات OTC را آزاد گذاشته نرسیده است؟ چرا، ولی آن آگاهی که دارد به جامعه منتقل می کند، آن آگاهی که به خانواده و به فرد می دهد این شفافیت را ایجاد می کند که این محصولات را نباید بیش از حد استفاده کنیم، چون کلیه من را از کار می اندازد. یا مثلاً اگر اکسی متولون باشد بیضه من را از فعالیت می اندازد و گیرم که مثلاً این عضله را هم تقویت کند و ... پس جواب سؤال، برای جمع و جور کردن این ها، باید از مصرف کننده شروع کرد. مصرف کننده هم

شرایط خودمان باید یک تصمیمی می‌گرفتیم که متناسب با شرایط کشور در آن زمان باشد؟ با این که اصلاً یک بحث سیاسی بود که ناشی از سرخوردگی‌های گذشته بود مثل بقیه تصمیمات گذشته‌مان، بنابراین ما می‌خواستیم مثلاً طرفی را که دشمن خودمان می‌دانستیم بچزائیم، حالا غرب یا هر جای دیگری باشد تفاوت نمی‌کند. کدام یک از این‌ها بود؟ طبیعتاً با شناختی که ما داریم و نظر شما را راجع به طرح ژنریک می‌دانیم، اگر شما به‌طور مشخص بفرمایید ممنون می‌شویم. آن وقت تنها چیزی که باقی می‌ماند این است که جواب این سؤال را پیدا کنیم که چه شد که یک دفعه ما داریم ۱۸۰ درجه نسبت به آن وضعیت می‌چرخیم؟

ما یک کشور دنیای سومی بودیم و هستیم که این فرهنگ در ذهن مردم جا افتاده بود که ما داریم نفت می‌فروشیم، نیازهایمان را وارد می‌کنیم. این ذهنیت، فرهنگ نوآوری را در انسان می‌کشد. از یک جا باید شروع بکنیم، چه انقلاب بشود چه نشود، باید از یک جایی شروع کنیم که اقا تو ایرانی، فارغ‌التحصیل همان دانشگاهی هستی که کتب علمی‌اش را می‌آورد به خورد تو می‌دهد. چطور شد همان تو ایرانی وقتی می‌روی در خارج، صاحب ابداع می‌شود، استعدادهایت فوران می‌کند، در همان ابتدای کار (در مورد دارو داریم صحبت می‌کنیم) سنتز می‌کنی و کارهای بزرگی را دنبال می‌کنی و به نفع یک کانال‌هایی خدمت بی‌شائبه خودت را ارایه می‌دهی، از کی و از کجا می‌خواهی شروع بکنی که آن استعداد خفته خودت را بیدار کنی و برخی‌زی؟ باید از یک جا شروع کنی. نظام

خوشبختانه تشنه این‌گونه موضوع‌ها است، فقط باید با زبان خودش و همان‌طور که فرمودند، از راه‌های رسانه‌های گوناگون باید اطلاع‌رسانی شود و انشالله... که بتوانیم. باور کنید در صورت کار درست در این حوزه مصرف می‌آید پایین. مردم بارها از من می‌پرسند که آیا این را استفاده کنیم. می‌گویم برای چه استفاده کنی؟ ایران یک کشوری است که آفتاب کافی دارد، میوه دارد و ما هم فرهنگ خوردن میوه را داریم. می‌گوید نه ویتامین ث جوشان خارجی آمده و ...

← آقای دکتر، سؤال آخر ولی بسیار بسیار مهم. ما در شرایط بعد از انقلاب، جنگ، تحریم یک سری سیاست‌های کلانی وزارت بهداشت را اتخاذ کرد. یکی ژنریک و یکی هم واردات کنترل شده و یکی هم توزیع سراسری بود. سؤال ما در مورد واردات کنترل شده و توزیع سراسری نیست، سؤال ما در مورد استفاده از نام ژنریک است. سؤال من به‌طور مشخص این است که اگر جنگ نبود، محاصره اقتصادی نبود، مشکلات انقلاب و رابطه با خارجی‌ها نبود، اصلاً ما می‌باید استفاده از نام ژنریک را در دستور کار قرار می‌دادیم؟ آیا آن تصمیم با توجه به شرایط آن زمان بود یا آن تصمیم می‌باید استمرار پیدا می‌کرد چون مثلاً مربوط به همه زمان‌هاست؟

من فکر می‌کنم شما مطرح فرمودید منتها شاید آقای دکتر نیلفروشان یک مقداری حساس هستند که این موضوع صریح و شفاف بیان شود که آیا ما بر مبنای یک سری اطلاعات، دانش و الگوهای برتر به یک ضرورتی رسیده بودیم که باید این اتفاق بیفتد یا این که نه، واقعاً ما به دلیل

تجارتی که ما آن را در مقابل نظام ژنریک تلقی می‌کنیم، انگیزه‌های خاص خودش را دارد و اصل که در قانون اساسی ما به یک صورتی است و جای دیگری هم (آمریکا) که به زبان عامیانه ما، باید گفت نظامی است که می‌گوید بکش و اگر نه کشته می‌شوی (قانون جنگ اول) به گونه‌ای دیگر، منطقی این است که اگر می‌خواهی از بین نروی، دیگران را از بین ببر. می‌خواهم بگویم اصلاً انگیزه‌های مسابقات تجاری در نظام دارو همین جوری است که من کارها و شیوه‌هایی را پیش بگیرم که رقیب من از بین برود. چون تفکرشان از بین بردن رقیب و از میدان به در کردن است. تا وقتی که این نظام حاکم هست که در عرصه اقتصادی آن، اصل بر اولویت نگاه تجاری است و در هر رشته‌ای هم این جوری است، ابداعات و اختراعات فقط براساس انگیزه‌های اقتصادی شروع می‌شود. یعنی وقتی پول و انگیزه مالی پشتش بود، من می‌آیم از استعدادهای خودم استفاده می‌کنم. پس برای جوشش استعدادهای انسان برای نوآوری، دو کار باید انجام بشود. یکی انگیزه تجاری که می‌گوید رقیب را از میدان بزن بیرون، بنابراین شب و روز بنشین فکر کن و استعدادت را به کار بیانداز و سنتز کن و هر کاری که می‌توانی بکن، برای این که از نظر مالی جلو بیفتی. دوم، متدلوژی است که از ضروریات شکوفایی استعدادها است. از قدیم‌الایام گفته‌اند که احتیاج، مادر اختراع است. حالا اگر ما در یک کشوری، در یک مقطع زمانی بیاییم سر کیسه تجارت را با آن انگیزه‌های خاص خودش شل کنیم و این موضوع فرهنگ غلطی را در آن کشور جاری کرده باشد، کما این که در ایران

آن زمان، نفت را می‌فروختیم و همه درآمدان را صرف واردات می‌کردیم. به عقیده بنده برای اصلاح وضعیت باید از متدلوژی نیاز شروع کنیم. یعنی یک جایی در آن واردات عنان گسیخته را ببندیم، حالا نیاز هم داری که داری. ظرف این سی و چند ساله، کشور ایران نشان داد، در همین عرصه دارو. این رادیوفارماسوتیکال‌هایی که واقعاً ایجاد کردیم و واقعاً می‌بینید که هم باور این که ما می‌توانیم را زمین تا آسمان تقویت کرد و هم از نظر اقتصادی به داد مردم رسید.

◀ **حالا این کاری که انجام شده، این فکر، فقط جنبه ملی و اقتصادی قضیه است یا جنبه دینی و اعتقادی هم در آن لحاظ شده است؟**

اگر بخواهیم در مورد این مساله صحبت کنیم، اصلاً بحث به جای دیگر کشیده می‌شود که باید درباره آن سؤال جالب اولیه بحث کنیم که براساس تعلیمات دینی اگر تو استعداد خودت را ناشکوفاً بگذاری و از این دنیا بروی، یکی از نعمت‌هایی را که خدا به تو داده است، نادیده گرفته‌ای که باید پاسخ‌گوی آن باشی و «یستلونک عن النعیم» که آخر یکی از سوره‌ها آمده است، نعیم چیزهای دیگر هم هست از جمله این که اصلاً ما حق نداریم استعدادی که داریم را کور بگذاریم. تحصیل کرده‌هایمان بیشتر مسؤول هستند چون با پول این ملت (مالیاتی که آن پیرزن پرداخته) به دانشگاه رفته‌اند. آیا من به دانشگاه رفته‌ام که تنها جیب خودم را پر بکنم و فقط آسایش خانواده‌ام را تأمین کنم یا این که یک کاری به نفع شکوفایی استعدادهای کشور بکنم که مردم نتیجه بگیرند؟ این مستلزم این است که شروع آن از یک‌جایی

← آقای دکتر، سؤال‌های ما تمام شد اگر شما چیزی اضافه بر این‌ها به نظر تان می‌رسد بفرمایید.

من سرفصل را می‌گویم اگر سؤالی بود بفرمایید. حقیقت این است که ما باید از این سرگشتگی دارویی، از این که دارو به یک کالای صرفاً تجارتي تبدیل بشود که یک زخم قدیمی است، خارج شویم و جایگاه این مهم را به سطح یک کالای استراتژیک و ضروری برای ارایه خدمات درمانی بهتر ارتقا دهیم و برای این کار از نظر روانی این باور را در خود جامعه داروسازان و محققان کشور نهادینه کنیم که امثال من می‌توانیم و باید در آن جهت کار بکنیم.

استقرار پل ارتباطی بین تولیدکنندگان و مصرف‌کنندگان دارو از جمله بیمار و طیب، متدلوژی خودش را نیاز دارد و واقعاً ما در این کار کم گذاشتیم. من حیفم می‌آید با این ذخایر نیروی انسانی و این استعداد خوب ایرانی و این محیط استثنایی طبیعی ایران، در دام تجارتي درمان و دارو بیفتیم که آخرش هم به فقر می‌کشد. مثالی می‌زنم، جامعه پزشکی آمریکا در دام بیمه همگانی تجارتي افتاده است، بیمه همگانی خوب است ولی نه بیمه همگانی تجارتي. من شرکت کله‌گنده بیمه، می‌آیم به دانشگاه تهران یا وزارت دارایی یا فلان سازمان، می‌گویم من کارمندی را بیمه می‌کنم. فرض کنید به ازای هر نفر در سال فلان قدر تومان به من بده و کاری هم نداشته باش. بعد می‌آیم با تعدادی از افراد یا نهادهای پزشکی (طیب و دندانپزشک) قرارداد می‌بندم. آن شرکت که کوچک است چه کار می‌کند؟ می‌گوید که بابت هر یک نفری که

بخورد. این استارت می‌تواند انگیزه مالی آن چنانی باشد که در آمریکا مثلاً آن شرکت بزرگ تجاری به اسم بودجه تحقیقاتی به فلان دانشگاه و فلان شخص مثلاً به این دکتر محور خودمان یا دکتر جمالی خودمان می‌دهد. البته، این‌ها که گناهی ندارند، آن نظام از این کانال این کار را کرده است. یکی دیگر همان ایجاد نیاز است. شما در یک جامعه‌ای نمی‌توانی ایجاد نیاز بکنی، مگر این که بتوانی سر کیسه واردات را ببندی. گو این که کنترل واردات جزو سؤال شما نبود، ولی طرح ژنریک یک طرح فرهنگی بود. اصلاً فرهنگی که مصرف دارو را در مردم تعدیل بکند، از نظر رساندن اطلاعات به مردم و فرهنگی که مصرف دارو را در ذهن طیب تعدیل بکند، باور غلطش را نسبت به محصول خارجی از بین ببرد. چرا؟ همه این‌ها بسترسازی این فرهنگ، برای خاطر این که بتواند نبودن، از ظرفیت‌های خودمان استفاده کند. جای بحث نیست که در قسمت دارو و در قسمت غیردارو در کشور، استعدادی که از ایرانی جماعت بروز پیدا کرده، در عرصه هوافضا، نانو و سلول‌های بنیادی و غیره، همه این‌ها را که می‌بینید، همین ایرانی با همین وسایل محدود خودش انجام داده و می‌بینید، همین ایرانی وقتی می‌رود خارج در تراز بالای دانشمندان قرار می‌گیرد و چگونه از او و استعدادهای او استفاده می‌شود. این باور توانستن جز در سایه ایجاد یک سری محدودیت‌ها در حوزه‌هایی که قابل تحمل است، حاصل نمی‌شود.

واقعاً یک وجدان آگاه و حقیقت‌طلب می‌تواند خودش را راضی بکند که طی این سال‌ها در این جا نتوانسته کاری برای مملکتش انجام بدهد؟

می فرستی مثلاً اگر خود تو سالی ۱۰ هزار تومان گرفتی، سالی ۵ هزار تومانش را بابت هر یک نفر (همه تجارتي است) به من بده. آن شرکت می آید تعدادی طبیب و دندانپزشک استخدام می کند، یک طبیب هم به طور جداگانه (طبیب معتمد) استخدام می کند. روش هم این گونه است که چنانچه خدمات درخواستی پزشک یا داروساز یا ... غیرعادی بود، او را می فرستد نزد پزشک معتمد بیمه و اگر او تأیید کرد که نیاز دارد عکسبرداری رنگی بشود هزینه اش قابل قبول باشد، والا همین جوری ننویسد. هر کس نیاید آزمایش های فلان و فلان و فلان را بنویسد، اگر از ۵ قلم بیشتر شد، اگر پزشک معتمد تأیید کرد قبول است. آن هم می آید صرفه جویی می کند. بعضی وقتها همین بیمه می آید با پزشکان قرارداد می بندند و می گوید من هر بیماری ۳ هزار تومان به تو می دهم، آن ۲ هزار تومانش مال خودم و تو خودت می دانی و خودت. از این جا یک چیزی درست شد به اسم پزشک خانواده (Family Practitioner). اصلاً هسته ایجاد پزشک خانواده انگیزه تجارتي این شرکت های بیمه بود که اصلاً هر آدمی اول باید برود پیش پزشک خانواده، آن هم می گوید که من بابت هر بیماری مثلاً سالی این قدر می گیرم یا بابت هر یک دانه اش این قدر می گیرم که اگر او تأیید کرد تو نیاز داری که حتماً بروی پیش یک متخصص سرطان یا فلان و این ها (یعنی یک کانال و یک فیلتر است). داروخانه را هم همین جور. من همان موقع هایی که آن جا بودم دیدم که این ها هست و دیدم پزشکی و رساندن خدمات پزشکی همه اش تجارت شده است. واسطه های فعال در این عرصه

هم چه پول خوبی می برند.

← تازه یک بخش های حقوقی هم در کنار آن ها ایجاد شد که آن ها هم قول های این ها را می گرفتند و مسایل دیگری که به تبع عملکرد متخلفان پیش می آید.

شکایت ها و سو کردن ها. من دیدم که اگر ما بخواهیم در مملکت خودمان تقلید صرف داشته باشیم و بگوییم ببینید کاری که آن ها انجام دادند چه قدر خوب است، واقعاً هرز رفته ایم. آن ها به چه دلیل انجام دادند؟ باز با همان مقررات تجارتي و با انگیزه های تجارتي خودشان و اصلاً با هدف پولدار و پولدارتر شدن. حالا آن ها برگشتند به ژنریک. وقتی به نتیجه کار آن نظام نگاه می کنی، می بینی که فقیر به نیازهای درمانی خودش نمی رسد. بلکه باز به همان بزن و در رو و سری دوزی و این ها می رسد، غنی هم اصلاً می رود یک جورای دیگری مشکل خودش را حل می کند. یعنی در جامعه ای که غنی و فقیر وجود دارد جامعه ای طبقاتی است، این نظام پزشک خانواده و امثال آن قابل تقلید نیستند. جامعه ما چیزی را می خواهد که بومی خودش باشد و باید براساس آن رفتار کند. یکی از مسایلی که در مملکت ما کشته شده، روح آمار است. به ظاهر ما آمار داریم که اداره کل امور دارو آمار دفترچه های مصرف و ... منتها بعضی از این آمارها با تحلیل آماری همراه نیست. آمار را می گیرند، اعداد را می نویسند، اما از تحلیل آماری خبری نیست. من مثال می زنم، مثلاً نتیجه بعضی از این آمارها به این جا می رسد که براساس یک تحلیلی تعداد داروهایی که در هر نسخه می آید، را مشخص می کند.

← مثلاً ۳/۵ عدد است.

به نظر من این‌ها با تحلیل آماری همراه نبوده است. بعد جالب است که آن را با غرب و آمریکا که آن‌جا یکی دو تا است مقایسه می‌کنند. آخر آن‌جا که تعداد زیادی پژوهش‌افزین و غیره را به عنوان OTC در معرض خرید آزاد عموم گذاشته است، چه ربطی به این‌جا دارد که اگر پژوهش‌افزین بخواهی باید نسخه بشود. این‌ها در آن تعداد چند قلم نسخه‌نویسی ما لحاظ است در حالی که در آن کشورها در زمره OTC است. برای همین تحلیل آماری در این‌جا ضعیف است. بنابراین، در تولید، در توزیع، در واردات و در همه این‌ها یکی از موضوع‌هایی که بدجوری لنگ می‌زند تحلیل آماری است. فقط یک تشویش و ترسی که از ایجاد سروصدا در ما وجود دارد کافی است که بگوییم وارد کنید تا سروصدا ایجاد نشود. این‌ها جزو نقص‌های ما هستند.

همین‌جا باز قاچاق دارو پیش می‌آید که از مبادی غیر از آن مراکز ورود قانونی که هیچ قانونی هم برای آن‌ها حاکم نیست مطرح می‌شود که جایگاه اجرایی خاص خودش را می‌طلبد، بنابراین اصولاً مساله نداشتن آمار درست یکی از ضعف‌های جدی ماست.

من یک مثال می‌زنم، دو سه هفته پیش با دکتر اسکندر صحبت می‌کردم، قانون به فلان شرکت توزیع دارو اجازه می‌دهد که اگر یک کارخانه‌ای برای تسهیل امور اقتصادی خودش می‌خواهد یک دارویی را با شرایط خیلی خاصی (چون نقد می‌خواهد و روی این اسکونت‌های بازاری حساب می‌کند) وارد کند، به داروخانه بگوید که من یک

ساله به تو می‌دهم ولی اگر نقد بدهی، اسکونت یک ساله (یک عدد‌های بالایی می‌شود) را به تو تخفیف می‌دهم. خوب این را که به شرکت توزیع می‌دهد، شرکت توزیع هم می‌آید سراغ من داروخانه‌دار که اصلاً گردش کار سالیانه‌ام معلوم است که چه قدر است. من به او می‌گویم که خوب چه قدر می‌توانی تخفیف بدهی؟ فرض کن معمولاً مارژین قیمت فروش پخش به داروخانه فلان درصد است، وقتی من توزیع‌کننده دو برابر به او تخفیف می‌دهم به شرطی که حجم فلان قدر بخرد، آن وقت داروخانه که گردش کارش آن‌جوری نیست، یک جاویدان نژادی پیدا می‌شود که در گوشه و کناری پول دارد، می‌بیند که نمی‌تواند پولش را در ساختمان سرمایه‌گذاری کند، می‌آید می‌گوید به نام خودت که تو مجوز قانونی داری برای من این حجم دارو را بخر، پولش را هم همین حالا به تو می‌دهم. پول را من جاویدان نژاد می‌دهم (یعنی در واقع خریدار داروخانه نیست)، او هم چون نقد است این نقد من را می‌دهد به شرکت پخش با آن درصد و حالا شما تا آخر این فرآیند را می‌توانی پیش‌بینی کنی که چه می‌شود! قانون هم همه این بسترها را مجاز می‌داند. هیچ کس هم نیست که بیاید نظارت بکند.

ظاهراً گفته‌اند که معاونت‌های دارویی در هر استانی وظیفه دارند که بروند مثلاً ببینند گردش کار جاری این داروخانه به خصوص، مقداری که به عنوان مالیات داده شده، چه قدر است. بعد این جور خریدها را ببینند که از کجا می‌آید و به کجا رفته است. بدیهی است که این موارد گاهی اوقات هم به قاچاق منجر می‌شود. اما جلویش را نمی‌گیرند بعد

می‌بینی که این روند ایجاد فسادهایی کرده است. ← آقای دکتر، اگر بخواهیم نتیجه بگیریم. هدف شما از این بحثی که می‌فرمایید این است که ما در حقیقت در نظارت و اعمال قانون مشکل داریم یا این که اصلاً روش‌هایش مدون نشده است؟ نقیصه در خود روش‌ها است. یعنی الان نباید قانونی تصویب و یا روش‌ها بازنگری بشود و ... چرا، فرض کنید اگر به داروخانه‌ها ابلاغ بشود که آمار مالیاتی را که دارید می‌دهید، باید با این خرید و فروش‌تان تناسب داشته باشد، شاید امکان نظارت دقیق را فراهم کند.

← یعنی نظارت‌ها را فراتر از بحث کمیت و کیفیت دارو، مثلاً در بحث فارماکوکونومی آن هم می‌بینید، در بحث میزان فروش دارو و تعاملی که باید با سازمان‌هایی مانند دارایی و غیره داشته باشد هم می‌بینید، پس شما معتقدید که اصلاً در حقیقت در ساختارها و لینک شدن روش‌های کنترلی سازمان‌ها باید بتوانند خیلی فراتر از وضعیت موجود گام بردارند و به یک روش‌های جامع‌تری برسند، درست است؟

بله من چند تا راه حل را می‌گویم. تسهیل ساخت داخل، هموار کردن مسیر تسهیلات بانکی، تشویق سرمایه‌گذارها، به کارگیری نیروهای کارآمد، به کارگیری آزمایشگاه‌های تحقیق دانشکده‌ها در خصوص این که کیفیت داروها را ببریم بالا، مساله بررسی راه‌های قاچاق دارو، مبادی غیرقانونی، جلوگیری از مبادی مجهول دارو، پیگیری دست‌های پنهان ورود و توزیع دارو همان طور که

خدمتتان عرض کردم، نخبه‌سازی در تولید دارو، استفاده از راه‌های ارتقای اطلاعاتی همان‌طور که بحث شد، حالا اگر پویانمایی است. مثلاً وزارت نیرو پویانمایی نشان می‌دهد که گازتان را در آشپزخانه چگونه به دستگاه‌های مربوطه وصل کنید و از چه خطاهایی بپرهیزید و الی آخر، ایجاد کردن مراکز ارزیابی کاستی‌ها، یک جایی نظارت بکند که ایا مسایل اجرایی دارد درست انجام می‌شود یا نه، بعد علت ورود نقایص را مطالعه کند و در حقیقت طرح ژنریک نیازمند یک جهاد است و عوامل فرهنگی تضعیف کننده طرح ژنریک باید از میان برداشته شوند.

← باید شناسایی بشود یا شناسایی شده و باید روش‌های مقابله با آن تدوین و به اجرا گذاشته شوند؟

شناسایی بشود و از طریق ماهواره‌ها اصلاً در عرصه فرهنگ ایجاد اعتماد درست به فرآورده‌های داخلی و از بین بردن اعتماد کاذبی که به فرآورده‌های خارجی هست، کار بشود. در بیماران هم همین‌طور است. عوامل مدیریتی هم هست، واردات مقطعی که خودش واقعاً می‌بینید که ضربه وارد می‌کند و یک تصمیماتی به عنوان مقابله مقطعی گرفته می‌شود که بدبختانه بسیاری از آن‌ها برای همیشه اعمال می‌شود و اصلاً مورد توجه قرار نمی‌گیرند که وضع و به اجرا گذاشتن آن‌ها منحصر به یک مقطع و یا مقاطع خاص بوده است!!