

بررسی دارو توسط فرهنگستان علوم پزشکی در مصاحبه با آقای دکتر مجتهدزاده

مقدمه

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

آقای دکتر مجتهدزاده از جمله داروسازانی هستند که در این رابطه مصاحبه‌ای انجام داده‌اند. در این قسمت، مصاحبه فرهنگستان را با ایشان مرور می‌کنیم:

از سال ۱۳۷۴ در دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده داروسازی در گروه آموزشی داروسازی بالینی شروع به کار کردم و تخصص هم داروسازی بالینی با گرایش مراقبت‌های ویژه است. محل خدمت هم بیمارستان‌های تابعه دانشگاه است و در حال حاضر هم در بخش ICU بیمارستان سینا فعالیت می‌کنم.

← آقای دکتر، لطفاً مختصری هم از تاریخچه

← آقای دکتر، همان‌گونه که استحضار دارید، فرهنگستان علوم پزشکی دو پروژه تحقیقی (یکی مستندسازی نظام دارویی کشور و دیگری واردات دارو از سال ۱۳۵۵ تا پایان سال ۱۳۹۰ را در دست انجام دارد. خواهش می‌کنیم قبل از ورود به بحث خودتان را به اختصار معرفی بفرمایید.

بسم ... الرحمن الرحیم، من مجتهدزاده هستم، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و

یک مقطعی) جزو اعضای این مجموعه بودند که حق رای داشتند. این شورا جلسات ماهیانه‌ای داشت که بنا به درخواست مؤسسه‌های تولیدکننده یا واردکننده دارو یا انجمن‌های علمی و همچنین بردهای تخصصی در خصوص یک مولکول که به فهرست اضافه بشود یا نه تشکیل می‌شد. به مرور زمان این تبدیل به یک مجموعه توانمند و قابل اعتنایی در نظام سلامت شد و سال ۸۶ به نوعی مهندسی و تلاش شد که تمام بردهای تخصصی و انجمن‌های علمی به نوعی در این شورا مشارکت داشته باشند. از همین‌رو، اضافه شدن مولکول‌های جدید به فهرست خیلی شتاب گرفت و سعی شد که دوباره یک نیازسنجی مجدد بشود، بیش از ۱۸ کمیته به‌عنوان زیر کمیته‌های زیرمجموعه شورا ایجاد شد. بنابراین، تقریباً تمام بردهای تخصصی به نوعی از این طریق می‌توانستند نماینده داشته باشند و کمیته‌های ۳ تا ۵ نفره مرکب از دبیران بردهای تخصصی و روسای انجمن‌های علمی تشکیل شد که خوش درخشید ولی خاتم فیروزه بواسحاق بود. چون ظاهراً به این نتیجه رسیدند که اصلاً نیازی به آن نیست و تعطیل کردند. حالا همین ۲، ۳ سال اخیر که همه چیز تعطیل می‌شود، وزارت بهداشت هم به این نتیجه رسید که دیگر خبری در یک چنین مجموعه مهمی نیست و این شورا تقریباً می‌شود گفت منحل و تبدیل به شورایی زیر نظر خود وزیر و شورای معاونان شد که خوب در واقع، نه وزیر بهداشت حتی اگر عضو هیأت علمی هم باشد در چنین جایگاهی قرار دارد چون اصلاً یک فرد اجرایی است و شورای معاونان هم همین‌طور. شورای معاونان وزارت بهداشت یعنی

شورای بررسی و تدوین فهرست دارویی کشور بفرمایید، از چه زمانی شروع شد، به کجا رسید و علت تشکیل آن چه بود؟

من در جریان تاریخچه دقیق تولد شورا نیستم. یک مقطع خیلی کوتاهی هم مسؤولیت شورا بر عهده من بود، منتها من جزییات و شأن نزول آن را نمی‌دانم که برای چه ایجاد شد. فقط می‌توانم عرض بکنم که من از سال ۷۵ حالا به‌طور غیررسمی و فکر می‌کنم از سال ۷۶ رسماً عضو شورای بررسی و تدوین داروهای ایران بدم و تصور من این است (حداقل این چیزی است که در واقع به صورت شفاهی به ما اعلام شد) که این شورا بالاترین جایگاهی بود که در کشور در خصوص مولکول‌های دارویی تصمیم‌گیری می‌کرد، به این معنا که تصمیم‌گیری می‌کرد که کدام مولکول یا یک اینتیتی در کشور مجوز مصرف و تولید داشته باشد و کدام یکی هم نداشته باشد و حالا به هر دلیلی از فهرست خارج بشود. به این دلیل هم یک شورایی در وزارت بهداشت شکل گرفته بود تحت عنوان شورای بررسی و تدوین داروهای ایران، محل استقرارش هم به واسطه موضوعیتی که داشت، تصمیم گرفته شد که در حوزه غذا و داروی وزارت بهداشت باشد، مسؤول آن هم معاونت غذا و دارو به‌عنوان رئیس شورا باشد و آن معاونت یک فردی را که معمولاً ترجیح می‌دادند عضو هیئت علمی دانشگاه باشد، به‌عنوان دبیر انتخاب بکنند. یک سری اعضای دایم هم داشت که از پزشکان معتمد در تخصص‌های مختلف بودند. تعدادشان هم معمولاً بین ۸ تا ۱۲ نفر به‌عنوان اعضای رسمی بود، خود وزیر و معاونت سلامت (و حالا معاونت درمان در

معاونت آموزشی، معاونت پژوهشی و در حقیقت معاونت سلامت و حوزه غذا و دارو هم که بالاخره به طور طبیعی نماینده خودش را داشت ولی با توجه به آن تغییراتی که اتفاق افتاده بود، خیلی نماینده Appealing نبوده که بتواند از جانب آن سازمان دفاع بکند. متأسفانه بعد از این که آقای دکتر دیناروند از حوزه معاونت خارج شدند، تمام اعضای شورا و تمام این افراد در واقع حکم‌هایشان باطل شد و یک مجموعه که فکر می‌کنم تقریباً بیش از بیست و خرده‌ای سال از عمرش می‌گذشت و به نوعی یک چیز استثنایی بود که در خیلی از کشورها وجود دارد، بالاخره در FDA مستحضر هستید که یک مؤسسه Drug Evaluation و Research یک حوزه بسیار قوی است با هزار و خرده‌ای کارشناس که چشم‌انداز این بود، یعنی در واقع شورا یک زیرمجموعه‌اش مدیریت تجویز و مصرف منطقی دارو به آن اضافه شده بود که این شامل کمیته کشوری تجویز و مصرف منطقی دارو، کمیته کشوری Drug Safety یا فارماکوویزیلانس یا ثبت عوارض ناخواسته دارویی، مرکز اطلاعات دارویی و سموم، تمام این‌ها زیرمجموعه‌های واحدهایی بودند که در مدیریت تجویز و مصرف منطقی دارو مهندسی شده بود که در رأس همه این‌ها شورای بررسی و تدوین بود. یعنی مراد مؤلف (هر کس که بود) در واقع پر از خیر بود، چون همه این‌ها را با هم دیده بود و منطقی هم هست به‌خاطر این که مستحضر هستید که یک مولکول یک ماهیت دینامیکی دارد. بالاخره هر فرآورده‌ای یک عمری دارد، یک زمانی اتر داروی بیهوشی بود ولی الان اگر بگوییم اتر همه به ما می‌خندند،

چون داروهای ایمن‌تری آمده و دیگر دلیلی ندارد که از اتر استفاده کنیم. خوب Dynamicity هم یعنی همین. تعامل با انجمن‌های علمی هم یعنی همین. یعنی انجمن‌ها خودشان تصمیم‌گیری بکنند که چه فرآورده‌ای برایشان مفید است و کدام نیست. بعد هم تعامل با انجمن‌های علمی باعث می‌شود که شما متوجه بشوید که حوزه‌ای در سلامت به لحاظ دارویی با فقر مواجه است. مثلاً نوزادان، ما بررسی کردیم دیدیم که ۵ درصد از داروهای ما به درد نوزادان می‌خورد، خوب این را چه‌جوری می‌توانست بررسی بکنند؟ باید یک تشکیلاتی باشد تا در ارتباط با انجمن‌های علمی باشد تا بتواند این مسؤلیت را به انجام برساند. ما بررسی کردیم و متوجه شدیم خوب بالاخره دومین علت مرگ و میر در کشور ما تصادف‌ها است، خوب طبیعی است که ما باید بر همان اساس، National Formulary مان را Adjust بکنیم. البته، بحث سازمان بهداشت جهانی (بحث ایسنش‌یال دراگ) را بررسی کردیم و ما شروع کردیم به تدوین فهرست‌ها. فهرست داروهای خطرناک و فهرست داروهای بیمارستانی را تدوین کردیم چون ما هیچ‌وقت فهرست داروهای بیمارستانی نداشتیم. به عبارت دیگر، این موضوع قبلاً اصلاً معنی نداشت می‌گفتند فهرست داروهای بیمارستانی یعنی چی؟ یعنی داروهایی که فقط مجوز توزیع و مصرف در بیمارستان را دارند. پیش از این هرگز چنین فهرستی نبوده است. فهرست داروهای Orphan یعنی داروهایی که به واسطه هزینه‌ای که دارند یا به‌خاطر آن، مثلاً ممکن است بیماری کوشر ۲۰ مورد در کشور بود، خوب برای چنین دارویی که وارد می‌شود باید یک تمهیداتی

و می‌گوید پس من می‌توانم بنویسم چون پزشکم، به هر شکلی که دلش می‌خواهد عمل کند. در هر صورت این قدرت دوباره به نفع مردم به دست وزارت بهداشت سپرده شد. در بحث داروهای MS فکر می‌کنم خیلی کامیاب بود، این داروهایی که واقعاً یک بار سنگینی را به نظام سلامت تحمیل می‌کرد و برای یک عده‌ای هم که متأسفانه نون‌دونی شده بود، خوشبختانه آن داروها را هم ما باز مشروط به پروتکل کردیم. نشستی داشتیم با یک عده‌ای از عزیزانی که بالاترین میزان این فرآورده‌ها را نسخه می‌کردند و توضیح دادیم که بالاخره دوران این بریز و بیاش‌ها دیگر به سر آمده است و شما باید قابل به پروتکل باشید و در این چارچوب دارو بنویسید. مزیت این داستان که کمیته کشوری تجویز و مصرف منطقی دارو هم در زیرمجموعه‌اش بود و کمیته ثبت عوارض ناخواسته دارویی هم زیرمجموعه آن بود و روسای اداره‌هایش هم اعضای اصلی و علی‌البدل اعضای علی‌البدل شورا بودن، مزیتش این بود که در واقع مرتب به شورا فیدبک می‌دادند در خصوص فرآورده‌هایی که در فهرست آمده. شما هم گواهی می‌دهید که مثلاً سرنوشت یک فرآورده و یک مولکول، در Post Marketing رقم می‌خورد. مثلاً داروی فلیمید که یک مقطعی برای جکسون اینسیژر یا پارشل سیژر مصرف می‌شد، این فرآورده ۶ ماه بعد توسط FDA ریکال شد. خوب چه جوری؟ برای این که متوجه شدند که آپلاستیک‌انمیا ایجاد می‌کند، خوب پس اگر وزارت بهداشت این اهرم‌های علمی و اجرایی را نداشته باشد، از کجا بدانند چه دارویی چه سرنوشتی را پیدا می‌کند؟ از

قابل بشوند. این ۲۰ بیمار باید شناسنامه‌دار باشند، شناسایی بشوند و دارو بر آن اساس برایشان تهیه و تأمین شود. نکته دیگری که ما متوجه شدیم این بود که متأسفانه موضع وزارت بهداشت تقریباً یک موضع انفعالی و ضعیف بود و بودن و نبودنش فرقی نمی‌کرد. یعنی هر مؤسسه دارویی به راحتی می‌توانست یک اعمال نظری بکند و یک مولکول را وارد فهرست بکند. مصداقش داروی Activated Protein C است که تقریباً از دستورالعمل‌های جهانی برای درمان سپسز حذف شده بود، در فهرست رسمی داروهای ایران بود. ما این فرآورده را که یک Treatment Course آن ۱۴۰۰۰ دلار برای مصرف‌کننده هزینه داشت را سریعاً از فهرست داروهای ایران خارج کردیم و آن را محدود به پوتلک کردیم. گفتیم اگر قرار است این فرآورده نوشته بشود، شاید در کشور ۱۰ نفر بتوانند بنویسند و بعد آمدیم این باب را باز کردیم که اساساً خیلی از فرآورده‌ها می‌توانند به فهرست اضافه بشود، منتها به شرط این که دستورالعملش تنظیم بشود و ما این فرآورده را محدود به دستورالعمل کنیم. مصداق آن یک طیف وسیعی از داروهای شیمی درمانی است که شما هم گواهی می‌دهید که این‌ها چه هزینه‌ای واقعاً بر دوش نظام سلامت بود و ما توانستیم با این کار در واقع عدالت را کامروا بکنیم و اگر یک بیماری هست به واسطه Stage ویژه‌ای از سرطان پستان که از داروی هرسپتین نفع می‌برد، دیگر معنا ندارد که هر بیمار دیگری هم به واسطه این که یکی ادعا می‌کند که:

هر یکی از ما حکیم عالمی است
هر الَم را در کف ما مرهمی است

بودند، جزو اعضای این شورا بودند. این شورا هم درخواست‌هایی را که از طرف انجمن‌های علمی یا شرکت‌های دارویی که واردکننده یا تولیدکننده بودند (بعضی وقت‌ها داروها به شرط ساخت در داخل در آینده، وارد می‌شدند که البته ظاهراً این شرط حالا برداشته شده است، چون نسبت به آن مشکلاتی را متصور بودند. بالاخره شروطی برای این فرآورده که این ۳ سال اول این‌طوری باشد و بعد یک شرایط دیگری پیدا بشود، این‌ها یک مقداری قائم به مدیر بود اما بررسی‌هایی که خود ما کردیم، دیدیم که ما در یک سری از عرصه‌ها موفق هستیم) مورد بررسی قرار می‌داد و تصمیم لازم را می‌گرفت. اگر سازمان بهداشت جهانی معیار ما باشد، مثلاً در عرصه آنتی‌بیوتیک‌ها ما بیش از ۷۰ درصد از مولکول‌هایی را که باید داشته باشیم، داشتیم، در بعضی از زمینه‌ها هم باید بیشتر کار می‌کردیم. مثلاً زمینه‌هایی بود که ۱۵ درصد، ۲۰ درصد، ۳۰ درصد از آن مولکول‌های مورد نظر ما، یک فهرستی داشتیم که هر سال منتشر می‌شد و مستحضر هستید که بر اساس قوانین پزشکی قانونی کشور ما، اطلاق فقط می‌تواند بر اساس فهرست رسمی داروهای ایران نسخه بنویسند که این هر سال توسط وزارت بهداشت منتشر می‌شد و خارج از آن در یک شرایط خاصی که قانون‌گذار حتی آن را هم پیش‌بینی کرد و گفت حق مردم این است که بالاخره یک سیستم‌های دیگری هم وجود داشته باشد. می‌توان گفت که بحث تک‌نسخه‌ای از همین‌جا شکل گرفت. هدف آن هم این بود که چنانچه به‌صورت موردی دارویی را نیاز داشته باشیم که در فهرست نباشد، به شرط این که مثلاً در ۳

همه مهم‌تر این که صنایع ما چه‌جوری می‌توانند مسیر تعالی را طی بکنند وقتی بازخوردگیری وجود نداشته باشد و ما هرچه درست می‌کنیم خیلی عالی است، یعنی علیه‌سلام است؟ یعنی فرآورده‌های ما بدون مشکل است؟ از این مجموعه‌ای که الان خدمتتان عرض می‌کنم (کمیته کشوری تجویز و مصرف منطقی دارو) اصلاً چیزی نمانده است. ثبت عوارض ناخواسته دارویی که ۲ طبقه بود، به یک میز و یک کارشناس تبدیل شده و آن حوزه‌ای که به بحث اطلاعات دارویی و سموم مربوط می‌شد، به دانشگاه شهید بهشتی تفویض شده است. یعنی وزارت بهداشت، کیان خودش را به تاراج برده و در واقع آمده اختیارات خودش را به دانشگاه‌ها داده است. در واقع، وضعیت برعکس شده و آن شرایط هم یک چیز نمایشی دانشکده‌ای تبدیل شده است. چون دانشکده‌ها که خوب یک رسالت دیگری دارند، آن‌ها تعهدی ندارند که بخواهند مسؤلیت چنین مواردی را تا به آخر بر عهده بگیرند. آن‌ها می‌گویند کارشان آموزش است. به هر تقدیر گرچه در ابتدا گفتیم که من نمی‌دانم شورا کی متولد شد با این بازگشت به گذشته‌ای که داشتیم، من فکر می‌کنم که در واقع، بتوان گفت که این شورا زمان دولت شهید رجایی که بحث طرح داروهای ژنریک اجرایی می‌شد، متولد شد و به نوعی شکل گرفت اما در این سال‌ها مسیر تکاملی خودش را طی کرد و نهایتاً من تصورم این است که سال ۸۶، سال شکوفایی بود که این در واقع نهایتاً به بار نشست و همواره هم در این سال‌ها یک مجموعه‌ای از اساتید دانشگاه و افرادی که در یک حوزه‌هایی از علم طب و هم‌چنین در داروشناسی شاخص و صاحب‌نظر

هم در دنیا مطالعه کردند و به این رسیده‌اند که تا ۲۸/۳ درصد هم می‌توانیم Salt داشته باشیم. ما اصلاً هیچ‌جا ۵ درصد من درآوردی نداریم، ۳ درصد داریم، ۷/۵ درصد داریم، آن وقت ما ۵ درصد داریم. اگر هم بیاییم صحبت بکنیم می‌گویند آقا شما می‌خواهید به این سیستم ما شوک وارد کنید. سر این قضیه فرآورده یک سوم دو سوم، همه دلخور بودند. گفتند برای چه شما در مورد این فرآورده، یک شوک به صنعت وارد می‌کنید یک سوم دو سوم را می‌خواهید حذف بکنید. می‌گوییم بابا شورای دیالیز می‌گوید این فرآورده ایمن نیست، انجمن بیماری‌های خاص می‌گوید ایمن نیست، انجمن بیهوشی می‌گوید ایمن نیست، خوب پس چرا مصرف می‌شود؟ این فرآورده در واقع از فهرست رسمی داروهای ایران حذف شد ولی هنوز تولید می‌شود و اصلاً هیچکس هم کاری به این موضوع ندارد که چرا فرآورده‌ای که در فهرست نیست، هم‌چنان تولید می‌شود. اما سوآلی که مطرح می‌شود این است که چنین محصولی چرا تولید می‌شود؟ به‌خاطر این که مصرف‌کننده دارد، چرا مصرف‌کننده دارد؟ به‌خاطر این که یک طیف وسیعی از پزشکان ما (۸۰ درصد عزیزان ما که پزشک عمومی هستند) متأسفانه در مطب‌ها سرمدرمانی می‌کنند و بی‌بو و بی‌خاصیت‌ترین فرآورده‌ای که Benign است و هیچ اتفاقی نمی‌افتد یک سوم دو سوم است. زردش می‌کنند با ب کمپلکس، قرمزش می‌کنند با B12، ۱۵ هزار تومان، ۲۰ هزار تومان، کمتر یا بیشتر هم می‌گیرند. متأسفانه ما جلساتی هم که داشتیم برای این فرآورده، همه متفق‌القول بودند که محلول‌های هیپوتونیک خطرناک است،

کشور Register شده باشد و FDA Approve باشد، پزشک معالج یک فرمی را که بسیار هم سخت‌گیرانه در نظر گرفته شده است پر بکند و متعهد بشود که تمام مسایل پیرامون آن دارو را به جان می‌خرد و آن را برای مریض خود لازم می‌داند و هزینه‌اش را هم بالاخره به شرطی که باری هم برای نظام سلامت نداشته باشد و خود بیمار متعهد بشود که بیاورد، مجوز ورود آن صادر شود.

← آقای دکتر، یک بحث فرعی هم مطرح است که چه کار می‌شود کرد که سلیقه‌ها جای قوانین، مقررات و ضوابط را نگیرد. چون بارها دیده شده است که با تغییر یک وزیر، معاون یا مدیر کل، به‌طور ناگهانی یک تشکیلاتی که بر مبنای یک اصولی پایه‌ریزی شده است تغییر می‌کند و به تبع آن فضای ناشناخته جدیدی حاکم می‌شود. به نظر شما، برای پیشگیری از این موضوع چه باید کرد؟ پاسخش را خود حضرتعالی دادید، قانون و بعد هم احترام به قانون که این قانون برای همه لازم‌الاجرا بشود و همه هم نسبت به آن متعهد بشوند. ولی وقتی قانون نباشد خوب سلیقه مطرح می‌شود. می‌دانید ما در دنیای امروزی Matter of Opinion دیگر نداریم Level of Say Evidence می‌شود، یعنی نمی‌تواند یک نفر بیاید بگوید به نظر من وقتی یک مریض را می‌خواهید احیا بکنید، مثلاً می‌توانید محلول هیپوتون هم به او بدهید، خوب مریض می‌میرد. الان همه‌جا می‌گویند باید هیپرتونیک بدهی. وقتی این برای من الگو بشود، آن وقت دیگر من در فهرست رسمی داروهایم فقط ۵٪ NACL ندارم، ۷/۵ درصد هم دارم، ۱۵ درصد هم پیدا می‌کنم، بعد نگاه می‌کنم می‌بینم جاهایی

بالینی دارد، داروساز مجاز دارد، توانمندی دارد برای این که بتواند Sterile Manufacturing بکند، یعنی اتاق تمیز دارد، بتواند محلول‌های مغذی بسازد، بتواند خدمات TDM ارائه بدهد، بتواند خدمات کنترل درد ارائه بدهد، ADR، DPIC، او بتواند یونیت‌های کوچک‌تر تمام این واحدهایی که ما در وزارتخانه داریم را هم در خود آن مرکز درمانی ایجاد کند، چقدر آن قانون‌گذار می‌تواند باهوش باشد که همه این‌ها را ببیند. گفت ما آن وقت می‌آییم به این شکل سیستم‌مان را Decentralized (غیرمتمرکز) می‌کنیم و به همه این حق را می‌دهیم که بیایند آن داروهایی که برای مرکز یا بیمارستان خودشان مناسب تشخیص می‌دهند برای خودشان مشخص و فهرست دارویی موردنظر خودشان را تنظیم کند. مثلاً فرض بفرمایید که برای یک سانتر مثل بیمارستان روزبه (مرکز روانپزشکی است) داروی شیمی درمانی به درد می‌خورد یا نه؟ بنابراین، چنین بیمارستانی باید یک فرمولری داشته باشد که محدود بشود به داروهای روان‌گردان. اگر قرار است آن بیمارستان مثلاً متوترکسات داشته باشد، این دیگر در فرمولری‌اش نمی‌گنجد، برای آن باید دستورالعمل بنویسد و بازرسان نظام سلامت را توجیه بکند که چرا در این بیمارستان این‌ها دارند متوترکسات در فهرست قرار می‌دهند. اگر این روش نهادینه شود، چنانچه شما بعد از یک مدتی متوجه شوید که فرمولری کشورتان چه ضعف‌هایی دارد. وقتی که شما فرمولری داشته باشید، فرمولری‌تان هم یک چیز دینامیکی باشد، عملاً تمام مراکز درمانی را در انتخاب یک دارو و ورود آن به فهرست رسمی و یا خروج آن سهیم کرده‌اید. آن موقع دیگر

اساساً به یک نفر که شما می‌خواهید حجم بدهید، نباید هیپوتون بدهید مگر در یک موارد خیلی خیلی خاص، که بعد اگر نگاه بکنید شاید در یک مرکز درمانی شاید سالی مثلاً ۲ لیتر، ۳ لیتر یا ۵ لیتر یک سوم دو سوم مصرف می‌کنند. در صورتی که الان یک سوم دو سوم استراتژیک کشوری است، راست هم می‌گویند. البته، بحث مطرح شد که باید کار آموزشی بشود، باید سخنرانی بگذاریم، باید نشست‌های بازآموزی بگذاریم و یواش‌یواش این عادت از Practice خارج بشود که خوب قابل قبول است، این را آدم می‌پذیرد. ولی این که حضرتعالی فرمودید در واقع در کنارش ما پا را یک قدم فراتر گذاشتیم، ما گفتیم که حالا که قرار است ما یک فهرست برای کشور داشته باشیم، آیا این به این معنی است که این فهرست به درد تمام مریض‌خانه‌ها می‌خورد؟ نمی‌خورد که، پس چه کار باید بکنیم؟ گفتیم ما باید بیاییم بگوییم که مراکز درمانی ما خودشان بخش مراقبت‌های دارویی داشته باشند و باید بر اساس Level Care، Adopt بکنند که چه فرآورده‌هایی در فهرست رسمی دارویی کشور به درد آن‌ها می‌خورد. به این می‌گویند Institutional Formulary و برای همین در کمیته تجویز و مصرف منطقی دارو شروع به برگزاری Workshop کردیم. گفتیم در سطح کشور بیاییم کارگاه بگذاریم که چه جوری مراکز درمانی می‌توانند Formulary داشته باشند، چه جوری می‌توانند بخش مراقبت‌های دارویی داشته باشند. بعد گفتیم حالا بیاییم بخش مراقبت‌های دارویی را سطح بندی بکنیم. بگوییم اگر یک مرکز درمانی هست که متخصص داروساز

متادون بدهند. چون متادون را یا باید خوراکی بدهند یا IM و تا این بخواهد اثر بکند زمان می‌برد و آن دیپرشن تنفسی حاصل می‌شود. حالا ما تا پایان سال به نظر شما Misadventure ناشی از مخدرمان چقدر خواهد شد؟ شورا همین بود. یعنی یک مجموعه‌ای نبود که یک عده‌ای ماهیانه جمع بشوند تا یک داروهایی را به فهرست اضافه یا از آن خارج کنند، این یواش یواش تبدیل به یک مجموعه Multidisciplinary شد که انجمن‌های علمی و بُردهای تخصصی در آن مشارکت داشتند و بعد آمد گفت که شما بیاید مراکز درمانی را موظف بکنید که آن‌ها برای فرآورده‌های خطرناکشان هم فرمولری و هم پروتکل داشته باشند. مثلاً برخی از این فرآورده‌ها فقط باید در ICU و CCU و یا فقط باید در اورژانس و با امکانات ارزیابی مصرف بشود.

← آقای دکتر، ما یک ثبت دارو داریم، یک فهرست دارویی، این‌ها فرقی چیست؟ کشور ما، در مقایسه با کشورهای پیشرفته مثل آمریکا چه وضعیتی دارد و فرقی شرایط ما و آن‌ها چیست؟

تصورم این است که منظورتان از ثبت دارو یعنی این که در واقع یک مؤسسه‌ای یا یک فردی می‌خواهد یک فرآورده‌ای را بیاورد ثبت بکند که این فرآورده به فهرست یا فهرست دارویی کشور اضافه بشود.

← آقای دکتر، عملاً ما اداره‌ای داریم به نام اداره بررسی استاندارد و ثبت. فرد به‌عنوان تولیدکننده یا واردکننده می‌آید مدارکی می‌دهد که مثلاً می‌خواهد این دارو را تولید یا وارد بکند. در کنارش آن اداره ثبت و بررسی می‌گوید که باید دارو در فهرست باشد. مدیر اداره بررسی استاندارد نظرش این

شما آن را از فهرست خارج نمی‌کنید، این احاد آن نماینده‌های شما در نظام سلامت هستند که مراکز درمانی را تشکیل می‌دهند و این کار را می‌کنند. وقتی یک سفتریاکسون ایراد داشته باشد، از تبریز بیاید، از ساری بیاید، از مشهد بیاید، از ۵ تا مرکز بیاید و تمام این‌ها بیاوند در وزارت بهداشت، بعد خود وزارت بهداشت هم به‌عنوان قانون‌گذار می‌آید می‌گوید مثلاً این سفتریاکسون اکسیر است یا عبیدی است یا مثلاً مال زکریا اتفاقاً مشکل ندارد، پس سفتریاکسون‌های ما بی پدر و مادر نیستند، اگر یک مشکلی در سیستم تولید یک جایی پیدا شد. بعد بررسی‌های بیشتر نشان می‌دهند که این‌ها مثلاً از جمله جاهایی بوده است که سفتریاکسون‌ها را در میکروسبت به بیمار ندادند، سفتریاکسون‌ها همه را IV Push زدند، در برنامه تجویز مصرف منطقی ما هفته پیش یک داستانی را متوجه شدیم در بیمارستان، ۲، ۳ تا مریض آمدند با رینال کولیت، خیلی Grave است، با رینال کولیت پیش پا افتاده، مرفین را Push زدند مریض Arrest کرد. یعنی این مریض اگر درد می‌کشید، الان هنوز بالای سر زن و بچه‌اش بود چون بالاخره بدتر از این نبود که الان مرده است. برای این که او داد و فریاد می‌زند و خاموشش بکنند، مرفین را Push زدند. ما متوجه شدیم که یک طیف وسیعی از مخدرهای ما، دارد بد مصرف می‌شود. بنابراین، این را قانون کردیم، گفتیم در بیمارستان سینا از فلان تاریخ هیچ‌کس حق ندارد مرفین فنتانیل را IV Push بزند مگر در شرایطی که کاپنوگراف پالس‌اکسیمتر امکانات ارزیابی وجود داشته باشد. فقط باید در بخش‌ها IM بزنند و در مواردی که امکانش هست

است که بهتر است که ما ثبت و ورود به فهرست را همزمان و با هم انجام بدهیم. بله، خوب.

← آقای دکتر، می‌گویید مثل FDA، FDA هم فهرست وجود ندارد، FDA Approval می‌دهد برای مولکول.

صد درصد. اصلاً دلیلی ندارد که ما همه چیز را بیخودی بیچانیم، یعنی اصلاً این کار منطقی نیست. اگر واقعاً یک فرآورده‌ای، فرآورده مؤثر و مفیدی است، خود نظام سلامت باید برود دنبالش، لازم نیست کسی بیاید درخواست بدهد. آن‌ها خودشان می‌توانند بگویند آقا اصلاً این نشنال فرمولری ما است، ما در واقع چون توانش را نداریم آن‌گونه عمل می‌کنیم و گرنه شما اگر یک مجموعه فاخری باشید، می‌گویید آقا جان استاتین‌های خوب این‌ها هستند، این‌ها را باید بسازید. نه این که بیایند بگویند آقا من این را می‌خواهم بسازم و بعد بیاید آن قدر برایش تبلیغ بکند تا خود همین فساد ایجاد کند، برای این که باعث می‌شود که بی‌عدالتی ایجاد کند. چرا این استاتین آره، آن استاتین نه؟ این همه ایسین‌اوپتر است، چرا از بین این همه angiotensin con-verting enzyme فقط این ۳ تا؟ این همه ما receptor blocker داریم، چرا بقیه‌اش نباشد؟ بعد وزارت بهداشت می‌گوید که یکی از موارد، بحث اقتصادی این موضوع است، یک بحث دیگر آن هم ارزیابی این فرآورده‌ها و Compliance آن است، تمام این‌ها که کنار هم دیگر گذاشته بشود، من به این نتیجه رسیدم که این ۳ تا فرآورده در واقع ایسین‌اوپترهای خوبی هستند. آن طرفش

هم هست که مؤسسه‌ها، بر اساس مشاوره‌ها و مشاورانی که دارند، به آنان می‌گویند که شما بروید این را بسازید یا بروید این را بیاورید، چون رفتند فلان سمینار را دیدند. این اتفاق زمانی می‌افتد که شما همه چیزتان را در اختیار بقیه بگذارید تا برایتان تصمیم‌گیری بکنند. شما مشارکت می‌کنید ولی You Make The All Ultimate Decision. شما براساس آن مجموعه معتمدان‌تان، آن کسانی که خبره و صاحب نظر هستند، تصمیم‌گیری می‌کنید، معتمدان شما می‌آیند می‌گویند آقا جان فهرست شما که الان هزار و خرده‌ای است، باید به جایی برسد که در واقع ۲۰ هزار تا مولکول داشته باشیم. چشم‌انداز باید این باشد که در ۵ سال آینده به ۵ هزار تا برسیم، در ۱۰ سال آینده به ۱۰ هزار تا برسیم، یک سری هم باید ریکال بشود. به عنوان مثال، در واقع رئیس انجمن بیهوشی مراقبت‌های ویژه، اعلام کرده بود که هالوتان یک داروی خطرناک است و این‌ها از فهرست رسمی داروهای ایران حذف نمی‌کنند. آن خبرنگار هم در واقع خبرنگار رندی بود گفت من می‌خواهم شما را ارتباط بدهم با مسؤلش در وزارتخانه، ببینیم این کار را می‌کنند یا نمی‌کنند. زنگ زدند گفتند الان آقای دکتر قیامت پای تلفن است، دکتر قیامت گفت با کی؟ گفتند با دکتر مجتهدزاده گفت نه اتفاقاً ما با دکتر مجتهدزاده مشکلی نداریم، بعد هم آن فرد چون در حقیقت خیلی Master of Public Speaking است قضیه را بیچاند. گفتم اتفاقاً ما خیلی پیش‌تر از این‌ها از کتاب‌های مان حذف کرده بودیم. بنابراین، حتماً موافق حذف این فرآورده هستیم، بعد دیدیم که

داستان «مارادونا را ول کنید، غضنفر را بچسبید شد»، گفت البته، به نظر من باید روندگرایانه باشد، بعد خبرنگار گفت مرد حسابی تو خودت الان داشتی می گفتی این فلان، روندگرایانه باید باشد چیست؟ گفتم من حالا یک کار دیگر هم می کنم، برای این که استاد در واقع فرمایششان زمین نماند، ما یک جلسه اورژانسی با حضور وزیر بهداشت می گذاریم تا در حضور ایشان که تخصص گوارش دارند بیایید بگویند آقایان مگر نمی گویند هالوتان عارضه کبدی ایجاد می کند؟ ما هفته آینده جلسه می گذاریم، آیا آقای دکتر قیامت تشریف می آورند؟ اتفاقاً با آقای دکتر کوچک متفقاً آمدند. فکر می کنید دستاورد آن جلسه چه بود؟ گفتند در حال حاضر همه ماشین های بیهوشی مان با هالوتان ست شده و امکان حذف این فرآورده نیست، ۹۰ تا نامه از مدیر گروه های بیهوشی سراسر کشور آمد که اصلاً ما در اطفال چیز دیگر نمی توانیم بدهیم. پس نشان می دهد که این فرآورده باید در فهرست باشد، آن کسانی که نگران هستند که این هیپاتوتوکسیسیته ایجاد می کند خوب استفاده نمی کنند، ولی استفاده بکنند مشکلات خاص خودش را دارد. ببینید، این که حضرتعالی می فرمایید واقعیت این است که خیلی از حوزه هایمان در سازمان غذا و دارو به نوعی با یکدیگر Over Lab دارند، باید گفت که ما اصلاً می توانیم خیلی از واحدهایمان را حذف کنیم و کل این مجموعه را بکنیم ۲ تا طبقه که همه این کارها را انجام بدهند. یعنی واقعاً نیاز به این قدر گستردگی و کاغذبازی ها و در واقع پیچیده تر کردن کارها نیست. درست می گویند شما.

بحث خارج بشویم این را بپرسم. شما به بحث قانون اشاره فرمودید. مستحضر هستید که هم قانون جایگاه شورای بررسی را از گذشته های دور پیش بینی کرده بود، هم طبیعتاً یک مراحل تاریخی یا به عبارت دیگر، همان گونه که شما هم اشاره فرمودید این مسیر تکاملی را طی کرد. منتها خوب به قول خیلی از عزیزانی که تجربه های ارزشمندی در این سال ها داشتند، خود سلیقه مسؤولان رده بالای اجرایی و از طرفی هم آیین نامه ها خیلی تعیین کننده است. ما با توجه به این که آن جایگاه قانونی وجود داشت و با توجه به این که بالاخره آیین نامه هایی مدون شده بود که این جایگاه را به جای رساند تا به آن سطح شکوفایی و نقطه اوجش در سال ۸۶ (همان طور که اشاره فرمودید) برسد؛ می خواستیم ببینیم اشکال کار در کجا است؟ یعنی اشکال کار در این است که خود اهل حرفه، چون شما مستحضر هستید که بالاخره تشکیل انجمن های تخصصی در این دهه اخیر در حقیقت مراحل مطالعه خودش را طی کرد. یعنی هم از نظر تعداد، هم از نظر جزییات تخصصی به جایگاهی رسید که ما در گذشته هنوز به آن جا نرسیده بودیم، افرادی که در کشور چنین نقطه نظراتی داشتند، جایگاه حرفه ای خودشان را داشتند، یعنی واقعاً رفرنس بودند، الگو بودند، حرفه ایشان قابل قبول بود. همین جوری ما دچار این تنش ها و این بلا تکلیفی ها نمی شدیم. مشکل چیست؟ مشکل گستردگی علوم است؟ خیلی سریع رشد می کنند و به پیش می روند و ما همپای آن ها نمی رویم که این اتفاق ها می افتد یا ساختارهای ما اشکال

دارد که با این رشد و پیشرفت متناسب نیست که ما دچار این مشکل می‌شویم یا این که شرایط اقتصادی و عدم مدیریت منطقی در بُعد کلان و مسایل امثال این‌ها دست‌به‌دست هم داده است که ما را به این‌جا رسانده است؟ چون ما احساس می‌کنیم که بالاخره در جامعه پزشکی و در میان دست‌اندرکاران نظام دارویی کشور ما باید باشند کسانی که بقیه واقعاً باید حرف‌های آن‌ها را قبول داشته باشند و این‌ها آن قدر علمی حرف می‌زنند که کسی در مقابل آنان جز حرف علمی نباید حرف دیگری داشته باشد. چرا ما دچار این مشکل می‌شویم؟

واقعیتش این است که می‌گوید:

درد من درد یتیمی من است

اقای اوهانو که بعد از جنگ جهانی دوم در واقع ارکستریتز کارخانه توپوتا شدند می‌گفتند ما برای این که کامیاب بشویم در عرصه CQI (واژه ژاپنی کیزان را مطرح می‌کنند) کمال رستگاری این است که ما نگوییم Product بگوییم System of Production, and in the system of production How Individual Pieces Can Work Together. یعنی بالاخره صنعت شما باید دانش داشته باشد، مهارت داشته باشد و برای تولید اختیار و انگیزه داشته باشد. خوب اگر قرار باشد صنعت ما صنعت کپی‌برداری باشد، دنبال اینتیتی‌های جدید نباشیم، رقابت‌ها هم رقابت‌های ناسالمی باشد، بر اساس روابطی که حالا مثلاً یک کسی قبلاً مدیری بود در وزارت بهداشت بیاید، یعنی افراد جرأت نکنند که در ارایه حاصل سوابق علمی و اطلاعات علمی خودشان به وزارت بهداشت اعتماد

کنند و نگران باشند که نکند طرح یا اطلاعاتشان از آن‌جا لیک پیدا بکند به بیرون، من فکر می‌کنم که فرمایش شما درست است. یعنی یک جای کار اشکال داشته است که این بی‌اعتمادی‌ها را ایجاد کرده است خصوصاً در حوزه غذا و دارو که بالاخره در واقع بسیاری از مدیران فعلی صنعت، از مدیران گذشته اداره دارو بودند، بعد دوباره این یک حالتی است که باز دوباره برمی‌گردند (مثل این Recycled Phenomena در آریمی) می‌آیند و کانه (انگار که) در کل نظام واقعاً کس دیگری به غیر از این افراد نیست و همیشه هم همواره همین عزیزان بوده‌اند. این‌ها همه‌شان هم افراد برجسته‌ای هستند و اتفاقاً هم در زمره اساتید دانشگاه هستند. این‌ها را هم از خود عزیزان به نظرم باید سؤال کنید چون تمام سرنوشت دارویی کشور از تولید گرفته تا مصرف، تماشش توسط این دوستان رقم خورده است و ما هم فکر می‌کنیم به نوعی در واقع بر حسب اتفاق از نزدیکی این مجموعه می‌گذشتیم یک دفعه از یک جایی و یک کسی سؤال داشتیم و به ما گفتند آقا شما بیا این‌جا، والا این لزوماً به واسطه توانمندی یا صلاحیت علمی من نبوده، به‌خاطر آشنایی و این‌ها بوده، ولی امیدواریم کشورمان به یک جایی برسد که افراد براساس فقط آن وابستگی‌های سیاسی و ارتباطات قومی و عشیره‌ای‌شان نیابند در موقعیتی و در یک جایی قرار بگیرند، بلکه از منظر این که این‌ها واقعاً افراد نخبه و توانمند و صاحب‌نظر هستند در جایگاه مناسب خودشان قرار بگیرند. در غیر این صورت خیلی طبیعی است که افراد بگویند: ای آسمون کبود، برای همه بود برای ما نبود؟

و انجمن بزرگواران عفونی اصرار به ورود فرآورده ماکسی فلاکسوسین به فهرست دارویی کشور داشتند، علت آن هم مقاومت‌های ناشی از مصرف بی‌رویه سفالوسپورین‌ها در سطح جامعه بود که خود این آقایان از ۱۰ سال قبل اصرار به مصرف فراوان آن داشتند، منتها چیزی که هست چون در واقع می‌گویند دمانس ۲۰ سال قبل حمله می‌کند و من هنوز مشاعر خودم را اینتکت بود و از دست نداده بودم به آنان گفتم خانم دکتر فلان یادتان می‌آید شما یک نامه برای دکتر فرهادی نوشته بودید (آقای دکتر آذرنوش آن موقع معاون وزیر بود) که ایشان را بردارید از شورا، حرف‌های فلانی هجویات است و ما اصلاً چنین چیزی نداریم؟! شما آمدید داروی سفیکسیم اورال نسل سوم را وارد جامعه کردید که بیشترین مصرف را متخصصان اطفال و GPها داشتند و هر کس تب می‌کرد سفیکسیم به او می‌دادند، سفیکسیم که اصلاً هیچ پوششی برای استرپ ندارد و یک فرآورده‌ای است که مثلاً باید برای اورال گونورا به‌گونه‌ای بیزارکننده که اصلاً نداریم و واقعاً هم عجیب و غریب است، استفاده شود. در هر صورت، این فرآورده اضافه شد و الان یکی از علل آسینتوباکترها هم همین است. به هر شکل، این را می‌خواهم نتیجه‌گیری اخلاقی بکنم وقتی وزارت بهداشت اعتبار علمی خودش را به دست هر کسی بدهد که هر انجمنی، هر مؤسسه‌ای اراده بکند که هر فرآورده‌ای دلش بخواهد را وارد بکند با مکاتبات، که بیاید کمیسیون قانونی که واقعاً وزنی ندارد (شورا باید وزن داشته باشد)، کمیسیون قانونی که صرفاً استاد شفیع، استاد رفیعی‌تهرانی، از بزرگواران فرهنگستان و

شما وقتی نگاه می‌کنید می‌بینید که عدالت کامروا است، به این مفهوم است که در واقع آدم می‌تواند به راحتی یک مسیری را طی بکند و من فکر می‌کنم که اگر وزارت بهداشت صرفاً بخواهد به انجمن‌های علمی وابسته باشد، به شرطی که این‌ها همه‌شان واقعاً برگرفته از وفور ایمان و خلوص و اعتقاد باشد، چون واژه اخلاص یک کلمه است منتها یک عمر اگر بهش برسی، تازه معمولاً هم نمی‌رسیم. ما باید سؤال بکنیم که ما چقدر کارهایمان را داریم برای معادلات، من همین صحبت‌هایی را که دارم می‌کنم واقعاً چقدر این برای خدا است یا این که نه، برای نفس است. معمولاً برای نفس است. حقیقت قضیه هم همین است، ما در رابطه با داروی سفیکسیم در واقع اطلاع‌رسانی کردیم، آن موقع ما دانشیار هم نبودیم و تازه استادیار شده بودیم. مقاله‌ای هم نوشتیم داستان سفیکسیم لرستان، آن موقع شرکت داروسازی اکسیر لرستان بود و اعلام خطر کردیم گفتیم آقایان این داروی سوپرکس تا آنجایی که ما می‌دانیم هیچ جایی ندارد. عزیزان یک آقای متخصص اطفال را از کانادا آورده بودند و یک نامه‌ای را انجمن عفونی نوشت برای وزیر (آقای دکتر فرهادی) که یک کسی در این شورا هست به نام آقای دکتر مجتهدزاده و ما فکر می‌کنیم ایشان اصلاً مضر است برای این شورا و چیزی قریب به این مضمون گفته بودند که آیا یک آدم باسوادی نبود که به جای ایشان بگذارید آنجا تا بیاید نظر بدهد؟ ما عفونی هستیم و هر یکی از ما حکیم عالمی است، ما باید در رابطه با آنتی‌بیوتیک‌ها نظر بدهیم، ۱۰ سال گذشت و من شدم دبیر شورا

مادرا نه بدون منطق را از صنعت کنار بگذاریم و واقعاً آنجا که باید دارو Recall بشود، با شجاعت وزارت بهداشت به موقع و قاطع عمل کنیم، وقتی خود عزیزان (الناس مسلطون علی اموالهم) در سیستم مدیریت ذی نفع هستند، تعجب می کنم شما بزرگواران دنبال چه هستید. واقعاً مسأله خیلی ساده است، کجای دنیا به یک کسی که خودش در صنعت ذی نفع است، اجازه می دهند، بعد بگویند تو بیا نظر بده. خوب، او هیچ وقت نمی آید علیه خودش نظر بدهد و مدیران قبلی ما هم همین طور هستند. مدیر کل های قبلی. الان شما اسم ببر، همه این ها الان مسوولان تراز اول، البته، من فقط می توانم این حرف ها را بزنم. برای همین به نظر من این فرمایشات شما، تلف کردن وقت خودتان است.

← آقای دکتر، ما بحثمان مستندسازی این ها است. اتفاقاً چون یک موقع است آدم خودش بر می دارد این ها را می نویسد، می شود نقطه نظرات شخصی بنده و ایشان. ولی یک موقع است که می گوئیم آقا افرادی که این مراحل را طی کردند و با پوست و استخوانشان لمس کردند، از زمانی که اراده کردند بروند یک رشته تحصیلی یا یک تخصص را دنبال کنند، دنبال این بودند که این کشور را برسانند به سطحی که ایده آلشان است که اتفاقاً ما سؤال بعدی مان همین است. می خواهیم بگوئیم که حالا که ما رسیدیم به این جا، به نظر شما ما الان در منطقه در چه موقعیتی قرار داریم؟ آن موقع واقعاً آن بهترین ها درست بود؟ الان در چه شرایطی قرار داریم؟ و آیا با کشورهای منطقه تعامل داریم یا نه؟ واقعیت این است که بحث دارو و غذا و امنیت،

مفاخر علمی کشور ما همه در این وادی سهیم هستند، همه در این انحراف، همه شریک درد هستند بدون استثناء چهره های ماندگار کشور ما، علمای اعلام، تمام در این وادی نقش داشتند و رقم زدند و بهتر از این هم نمی شود. یعنی تا زمانی که ما خودمان به دست خودمان این سیستم را دگرگون نکنیم هیچ اتفاق جدیدی نمی افتد. در صورتی که ما اصلاً دوست نداریم چنین اقدامی صورت بگیرد چون این راحت تر است که ما یک نامه بنویسیم که این را به فهرست دارویی اضافه بکنید تا این که بخواهد آن مسیر علمی خودش را طی بکند. در رابطه با تولید هم همین است. در واقع باید بپذیریم که حتی یکی از شرکت های تولید کننده ما GMP ندارد. ما در آن فهرستی که داشتیم می کردیم از (A تا D)، گفتیم که در بهترین حالت ۳ یا ۴ تا از تولید کننده های ما لول C هستند. وقتی آقای دکتر شفیی در حضور رهبر انقلاب می آیند می گویند که ما دیگر فرآورده های خارجی نمی خواهیم، پس باید به ایشان بگوئیم خودت هم دیگر لیپیتور نخور. خود شما وقتی فرآورده های خارجی برند استفاده می کنی، نتیجه اش این می شود که ما الان در ICU هایمان مریض ها دارند ریفامپیسین تزریقی می گیرند، تازوسین تزریقی می گیرند، مروپنم، امنوپنم تزریقی، هایدوز امینوگلایکوساید می گیرند، ۵ تا آنتی بیوتیک با هم می گیرند نمی توانند آسینتوباکنتر را خاموش بکنند، برای این که دارو اثربخشی ندارد. حالا من اگر بگویم می گویند این ادعای فلان دارد! این به این معنی است که آیا ما دلمان نمی خواهد تولیداتمان در حد بهترین های دنیا باشد؟ ما باید تعصب های کورکورانه و حمایت های

من فکر می‌کنم که در بحث فناوری‌های نوین، در بحث داروهای بیولوژیک، به هر حال کلاً در بحث داروسازی ما اتفاق‌های ارزنده‌ای هم افتاده که باید بهش توجه بشود. من فکر می‌کنم کارهای خیلی خوبی شده، حالا زحماتی که آقای دکتر طباطبایی، آقای دکتر نایب‌پور و این عزیزان کشیدند و باعث شدند که واقعاً یک فضای باز بشود و آن ارزی که به‌طور معمول برای بعضی از فرآورده‌ها می‌رفت، صرف فرآورده‌های مثل اینترفرون‌ها، فرآورده اریتوساستومولیت‌ایجنس‌ها، فرآورده‌هایی بشود که من فکر می‌کنم که حتماً یک قدم رو به جلو است، خوب این خیلی ارزشمند است دیگر. در برخی از فرآورده‌ها به نظر من، خیلی بیشتر باید کار بکنیم و به نظر می‌آید که در بحث فرآورده‌های استریل و حالا حتی جامدات بسیاری از مؤسسه‌های ما توانمندی‌هایشان به لحاظ Pharmaceutical Engineering، در حد وضعیت بدوی است. یعنی دستگاه‌های مستهلک که عمر مفیدشان سپری شده و اصلاً کارایی ندارند و بخش قابل ملاحظه‌ای از خطوط تولید این‌ها باید مورد تجدیدنظر و بازسازی قرار بگیرد. جایی که آب آشامیدنی‌شان دارد مثلاً با فاضلاب قاطی می‌شود، وزارتخانه رفته گفته شما اصلاً تولید نمی‌توانید بکنید. این حتی شامل جاهایی مثل داروپخش است. یعنی من فکر می‌کنم که خیلی از شرکت‌های توانمند ما در واقع مدیرانی که در راس این‌ها هستند، معلوم نیست این‌ها به لحاظ مدیریتی لزوماً بهترین‌ها باشند و همین هم این مجموعه‌ها را تحت تأثیر قرار داده است و باعث شده که آن مؤسسه را که زحمت کشیده شده تا

بحث‌هایی هستند که با بحث‌های حکومتی گره خورده‌اند و پیشنهاد من این است که این سؤالاتان را باید به‌طور اخص از آقای دکتر شفیعی که واقعاً از پیشقراولان این حوزه هستند بپرسید، ایشان اعتقادشان است که ما یک مجموعه‌ای هستیم که Every thing is good، یعنی ما مشکلی نداریم. ولی فکر می‌کنم که می‌گویند: آن کس که ز کوی آشنایی است، داند. البته، می‌گویند که دو تا واژه کثیر در قرآن آمده، یکی این که واقعاً ذکر خدا کثیر (خیلی زیاد) و دیگر این که اجتنبوا من الظن اجتناب کثیر. به هر حال من فکر می‌کنم که حالا چون فرمودید در حاشیه کمتر برویم، به نظر می‌آید که ما وضعیتمان خیلی بهتر از این که می‌توانست باشد، به شرط این که صداقت داشته باشیم و به واقعیت‌ها و ضعف‌هایمان اعتراف بکنیم. به نظرم برخی از مؤسسات در این سال‌ها تلاش خیلی خوبی کردند و موقعیتشان موقعیت واقعاً ارزنده‌ای شده است که این جای تقدیر و تشکر دارد. برخی از مؤسسات هم به نظر من دور زدند و حالا وزارت بهداشت اعلام کرد آقا در خط سفالوسپورین، کار با پنم نمی‌توانیم تولید کنیم، تولید می‌کنند. حرف هم بزنی می‌گویند آقا کمبود ایجاد می‌شود، خوب بشود به جهنم. بعد مدیران هم عوض می‌شوند، دیگر آن فرد هم از آن موضع خودش عوض می‌شود می‌گوید نه ما هم اتفاقاً آن موقع مثل شما فکر می‌کردیم ولی غم بینوایان رخم زرد کرد، شرمنده. من فکر می‌کنم که وضعیت ما در منطقه، اگر منظورتان این است که با ...

← آقای دکتر، خاورمیانه را بفرمایید، مثلاً با ترکیه، عربستان، اردن.

خود دانشکده داروسازی، چه نقشی می‌تواند در بهبود این شرایط داشته باشد؟ مثلاً بحث اختصاص بودجه لازم به بخش دارو یا حالا به قول بعضی‌ها خود جایگاه قیمت دارو که یکی از نکات بسیار تعیین‌کننده در کیفیت دارو است و احیاناً نقش سیستم‌های اجرایی یا قوانین و مقررات در تصمیم‌گیری‌ها را چگونه می‌بینید و اولویت‌هاشان کجاست؟

من خودم در یک سردرگمی به سر می‌برم و در واقع به نظرم در خصوص آن رسالت‌ها و مأموریت‌های فردی افراد یک تضادی وجود دارد و در همه این موارد، مطالب با هم خلط شده‌اند. یعنی این‌ها همه‌شان به نوعی در یک راستا هستند و شما درست می‌فرمایید، این‌ها لازم و ملزوم همدیگر هستند. یعنی شما توقع‌تان این است که یک فارغ‌التحصیل دانشگاهی در واقع بتواند در یک سطح، آپدیت بکند که یک توانمندی‌هایی را داشته باشد که بتواند مثلاً در داروخانه، در صنعت و ... رو به جلو برود. خوب آموزش داروسازی (می‌دانید که کوری کلوم یک چیز دینامیک است) مرتباً براساس نیازها تغییر می‌کند. این اتفاق هم افتاده ولی با وجود این به نظر می‌آید که فارغ‌التحصیل‌های ما نه برای عرصه‌هایی مثل داروخانه‌های بیمارستانی و شهری آزموده هستند و نه اساساً توانمندی لازم را برای صنعت دارند و شاید حوزه صنعت و تولید جزو ضعیف‌ترین زمینه‌هایی هستند که در دانشکده‌ها دارد به آن‌ها پرداخته می‌شود، علی‌رغم این که شاید بالاترین میزان حجم هیئت علمی را معمولاً این گروه‌های آموزشی به خودشان اختصاص داده‌اند. بنابراین، باید ریشه‌یابی خیلی عمیق بشود

به یک جای خیلی خوبی برسد، امروز با مشکل مواجه کند. من فکر می‌کنم یک تغییر و تحولاتی که در ماه‌های اخیر اتفاق افتاده، خیلی خیلی برای فارماسوتیک کشور محسوب نمی‌شود. ولی در هر حال باید نمره قبولی داد. اگر ما بخواهیم همه‌اش سیاه‌نمایی نکنیم و بگوییم آقا هیچ کاری هم نشده، این بی‌انصافی است. به نظر من به همان اندازه ما در برنامه‌های تجویز و مصرف منطقی ضعیف عمل کردیم، خیلی از شرکت‌ها آشفته بازاری در خصوص نوع برخوردشان با مشتری و پزشک ایجاد کرده‌اند. تعاملاتشان غیرحرفه‌ای و غیرقابل قبول است و وزارت بهداشت هم یا بدش نمی‌آید یا این که کاملاً چشمش را بسته است. ولی به نظرم می‌آید که وضعیت ما در بحث تولید، یک وضعیت میانگین قابل تحمل است. یعنی خیلی خیلی بد نیست، طبعاً فاصله‌مان با کشورهایی هم که بالاخره در این زمینه مدعی هستند، خیلی زیاد است. ما باید به آن‌ها یک مقداری نزدیک باشیم و این قانون است دیگر. ولی این که حتی اگر شده از دشمن هم مجبور بشویم که برویم یک علمی را بیاوریم، دستشان را هم می‌بوسیم اگر در وادی باشد که در همان حوزه است و شامل کشورهای دیگر هم می‌شود.

← آقای دکتر، با توجه به تجربیات ارزشمند شما و با توجه به این احساس خیلی خوبی که نسبت به جایگاه صنعت دارویی کشور داشتید و دارید و هنوز هم باز امیدوار هستید که بتواند این اتفاق بیفتد، می‌خواستیم نظر شما را داشته باشیم که اگر ما بخواهیم یکی یکی پاشنه‌های آسپیل‌مان را در این حوزه نظام دارویی شناسایی نکنیم، مثلاً

که این‌ها را می‌سازد. یعنی الان بهترین جراحی‌های ما به این دلیل جراحی‌های خوبی هستند که دوره انترنی موفق‌تری داشتند. چیزی که ما اصلاً نداریم و گرچه یک مدتی است آن هم دانشگاه علوم پزشکی تهران یک خیزی برداشته، دانشجویها را می‌آورد به مراکز درمانی، الان دانشجویها مثلاً دو هفته ICU می‌آیند، دو هفته غدد می‌آیند. یعنی بعد از این همه سال تازه ما متوجه شدیم این‌ها حداقل بروند ببینند، حالا آموزشش جای خود دارد و از این منظر خیلی فاصله داریم با جاهای دیگر دنیا. بالاخره در دنیا یا آمده‌اند روی بحث صنعت خیلی خیلی کار کرده‌اند و فارغ‌التحصیلاتشان ولو این که لیسانس داشته باشند، افراد توانمندی هستند که می‌توانند مستقیماً در عرصه صنعت، یا در فارماسی پرکتیس ورود بکنند. مال ما هیچ کدام است، به‌خاطر این که از خودگذشتگی نداریم، خیلی از حوزه‌های ما انحراف ایجاد کرده، یکی از این‌ها بحث داروسازی سنتی و پزشکی است در واقع حالا آدم خیلی هم جرات ندارد صحبت بکند. به هر تقدیر خود آن هم به نظر می‌آید که یک سیکل معیوب ایجاد کرده باشد و خود ما در آمریکا، اصلاً دپارتمان فارموکوگنوزی نداشتیم و هنوز هم ندارند. در حقیقت این یک مجموعه‌ای است که با Medicinal Chemistry تلفیق شده نیاز به دیویژن و دپارتمان به این شکل ندارد. این به این معنا نیست که آن علم کم ارزش است، بلکه گسترده کردنش در سطح عمومی آن قدر ضرورتی ندارد و ما آن قدر بزرگ کردیم و بزرگ‌ترش هم کردیم، نانو هم اضافه کردیم، بیومتریال را هم به آن اضافه کردیم، همین‌طور هم داریم اضافه می‌کنیم و در

که چرا دانشجویها در طول مدت تحصیل چند ساله‌شان آن حداقل‌های لازم برای این که بتوانند به‌عنوان یک مسوول فنی، یعنی حداقلش این است که آقا شما مثلاً تفاوت بین آب‌ها را می‌دانید، Validation می‌دانید چه‌جوری است، می‌دانید چه‌جوری می‌توانید یک منوگراف دارویی تنظیم بکنید. آیا واقعاً کار در اتاق تمیز را می‌دانید؟ به نظر من حتی بهترین دانشکده‌های داروسازی ما هم در این زمینه‌ها واقعاً فقیر هستند. افراد بعد از فارغ‌التحصیلی‌شان تازه وقتی که می‌روند یک جایی شروع به کار می‌کنند، آن‌جاها هستند که برایشان Staff Development می‌کنند و برایشان یک برنامه‌های آموزشی را برایشان شروع می‌کنند. یعنی این اتفاق طبعاً در محیط کار می‌افتد نه در مراکز آموزشی. حالا آقای دکتر دیناروند تصمیم گرفتند که بالاخره داروسازی را به نوعی گرایشی بکنند و چند گرایش ایجاد بشود، اصلاً این داستان‌ها سالیان سال دعوی پر از تکرار بوده‌اند و چیزی از داخلشان در نمی‌آمده و مشکلی هم که وجود دارد این است که گویا بود و نبود دبیرخانه شورای داروسازی برای وزارت بهداشت هیچ فرقی نمی‌کند! یعنی نشان می‌دهد که در واقع وزیر بهداشت آن قدر به حوزه داروسازی اعتماد ندارد که بگذارد این‌ها خودشان برای خودشان تعیین تکلیف بکنند. طبیعتاً وقتی شما دانش عمومی‌تان متزلزل باشد، این ضعف روی آموزش تخصصی سایه می‌اندازد چون اساس همین‌ها (از خارج از کشور که نمی‌آیند) می‌روند در دوره تخصصی. در دوره تخصص هم که فرصتی نیست. مهم‌ترین رکن آموزش پزشکی دوره انترنی است. آن است

واقع هر کدام از این دیویژن‌ها تنها مشکلات ما را اضافه می‌کنند. ما یک بحثی در حوزه ICU داریم، می‌گویند که هیچ‌وقت شما ICUهایتان را زیاد نکنید. شما بیایید Inertmediate Careهایتان را زیاد نکنید، بیمارستانان را Acute Care نکنید اما ICUاتان را بکنید ۱۰ تا، ۱۵ تا فوق تخصصی. ما در واقع هی داریم دیویژن‌هایمان را زیاد می‌کنیم، هر کدام از این‌ها می‌خواهند یک واحدی را تدریس بکنند برای این که با دانشجویهای عمومی ارتباط داشته باشند. خوب خیلی طبیعی است که ما به جای این که بیاییم این را FOCUS بکنیم، داریم هی سطح را زیاد و عمق را کم می‌کنیم. آموزش تخصصی و دوره‌های بینابینی مثل دوره MS می‌تواند خیلی کمک‌کننده باشد. من فکر می‌کنم که شاید در واقع باز به دوره لیسانس، فوق لیسانس، دکترای باید واقعاً نگاه کرد و بعد من فکر می‌کنم مسیر تکاملی‌اش را باید طی بکند و به دوره فارمدی هم باز باید به‌عنوان کلینیکال فارماسی نگاه بشود. دلیلی ندارد ما این همه طولانی مدت دانشجویهایمان را نگه داریم و بعد از این که فارغ‌التحصیل بشوند تازه موارد جدی‌تر را در محیط‌های کاری آموزش ببینند. الان همسر من این روزها (چون ایشان کارشناس اداره دارو هستند، خانم دکتر کنعانی) و در سطح کشور مرتب دارند برنامه برگزار می‌کنند، همین الان هم که دارم صحبت می‌کنم ایشان دانشکده شهید بهشتی دارند برنامه اتاق‌های تمیز را برگزار می‌کنند. یک جمعی از عزیزانی که در این برنامه‌ها شرکت می‌کنند، PhDهای فارماسوتیک دارند، خوب آن وقت این یک مقداری شبهه ایجاد می‌کند که پس حتماً این‌ها

← آقای دکتر، آیا هیچ‌وقت بیمه در شورای بررسی ورود دارو به فهرست دارویی، حضور داشته است؟ بله.

← آقای دکتر، نفر دارد آن‌جا؟

بله دارد ولی متأسفانه قضیه بیمه حتی از یک کلاف سردرگمی که اصلاً از نگو و نپرس هم گذشته است. نماینده‌هایی که همواره حضور داشتند، به نظر من متأسفانه، هیچ‌وقت همگام و هم‌آواز و با برنامه‌های وزارت بهداشت همراه نبودند. حتی در جاهایی هم که فرآورده‌ای را به فهرست بیمه اضافه کردند، با خطا همراه بوده است. مصادیقش برخی از آنتی‌بیوتیک‌ها هستند که از باب این که مثلاً آمدند دلسوزی کرده باشند برای سوانح سوختگی، کارباینم‌ها را آوردند ارزان کردند که همه ببرند و بزرگ‌ترین فاجعه‌های انسانی را بیمه رقم زد و آن هم در واقع به‌خاطر این که وزارت بهداشت آن کار را باید بکند و به‌عنوان آن ... یعنی تمام این درها از آموزش بگیرید تا خدمات، تمام این‌ها به‌خاطر سوءمدیریتی است که متأسفانه در حد واقعاً کلان من در این سال‌ها در وزارت بهداشت (شخص وزیر گرفته تا معاونان) دیدم.

← آقای دکتر، ما حد متوسط درآمد سرانه‌مان حدود ۶ هزار دلار است حالا می‌گویند قدرت

خرید (PBP) می‌رسد به ۱۱ هزار دلار. در مقایسه با یک کشور غربی که علی‌الاصول این رقم در آن‌ها حدود ۴۰ هزار دلار است، آیا ما در حوزه سلامت باید چنین کشوری را ملاک و الگوی خودمان قرار بدهیم یا خیر، آیا این حق مردم ما است که از بالاترین سطح امکانات بهره‌برداری کنند؟ بعضی‌ها می‌گویند به اندازه ۶ هزار یا ۱۱ هزار قدرت خریدمان حرف بزنیم، بعضی‌ها می‌گویند در حوزه سلامت باید بالاترین و بهترین را داشته باشیم، به هر حال کدام یک از این حرف‌ها درست است؟

معنی کرمانشاهی یک شعری دارد: عجب صبری خدا دارد که در همسایه صدها گرسنه، چند بزمی گرم عیش و نوش می‌دیدم و ... حالا حداقل با داستان‌های اخیری که مطرح است، مرتباً بحث دانه درشت‌ها و آفازاده‌ها و این‌ها را مطرح می‌کنند و این که هی همه جا این همه چمدان‌های طلا و دلار پیدا می‌کنند، من فکر می‌کنم که داستان «ای آسمون کبود، برای همه بود برای ما نبود» شده است. اگر واقعاً عدالت کامروا بشود و امور درست نظارت بشود و توزیع ثروت بر اساس عدالت انجام بشود و دولت هم بتواند درست، عمل کند، بدیهی است که این حق مردم است که از آموزش گرفته تا بهداشت از امکانات خیلی بهتری بهره‌مند بشوند، چون کشور ما کشور ثروتمندی است و همواره هم بوده، هم تولیدکننده نفت هستیم، هم منابع دیگری داریم، در واقع اگر که به لحاظ اجرایی درست و هدفمند هزینه بشود، نه این که حالا پول را بدهیم دست مردم، بلکه برایشان درست سرمایه‌گذاری بکنیم مثل پدر و مادرهایی که باید برای بچه‌ها

سرمایه‌گذاری بکنند، نه این که دولت کار خودش را راحت نکند و پول را بدهد دست مردم که بعد پول بی‌ارزش و ورق کاغذ بشود، اگر درست بشود من تردیدی ندارم که هم در آموزش، هم در سلامت ما مشکلی نخواهیم داشت، البته، مستحضر باشید که هیچ کشوری آشفتگی، این که من عرض کردم تولد بخش مراقبت‌های دارویی در مراکز درمانی باعث می‌شود که داروها با اصول و منطق مصرف بشود، مثال می‌زنم خدمت شما، رانیتیدین چقدر قیمت دارد؟ براساس FDA، فقط سایمتیدین برای استرس آلسل پروفلکسس اندیکاسیون دارد، یعنی بیماری که می‌آید بستری می‌شود، برای پیشگیری از خونریزی‌های گوارشی، فقط می‌توانند به او سایمتیدین بدهند. اگر قرار است به مریض رانیتیدین تزریقی، فاموتیدین تزریقی (که ما نداریم، خوب حالا چرا نداریم؟ در صورتی که می‌توانیم داشته باشیم) داده بشود، پزشک معالجش باید دو صفحه فرم پر بکند، بعد توجیه علمی بکند در آن کشوری که فرمودید سرانه‌اش چقدر فاصله دارد با ما، مو را از ماست می‌کشند بیرون. ما هفته گذشته یک جلسه مهمی در رابطه با آلومین داشتیم. اولاً قیمت آلومین شده حدود ۷۰ و خرده‌ای هزار تومان، یعنی ۲ برابر شده است. دوم این که یک Uni-versal shortage هست در رابطه با فرآورده‌های مشتقات پلاسما، بنابراین، گذاشتیم، گفتیم که از تاریخ امروز، هیچ کس نمی‌تواند آلومین را:

۱ - به‌عنوان منبع انرژی استفاده کند، حد شرعی دارد در بیمارستان ما، کشیک می‌گذاریم، برخورد می‌کنیم.

۲ - برای کسانی که در واقع باد می‌کنند، بیاید

کلویید بدهید به خاطر این که بادشان را کم کند. فقط و فقط برای فلویید دیس اسیتیشن، فقط و فقط کسانی که به دنبال شوک سپتیک افت فشار پیدا می کنند، می توانید یک تک دوز ۲۰۰ سی سی آلبومین بدهید. باید محدودش کرد و شما می توانید یک به اصطلاح نشنال فرمولری داشته باشید که مثلاً شامل ۳۰ هزار تا دارو باشد.

← آقای دکتر، یعنی شما می فرمایید که مصرف به جا ولی استفاده از حداکثر امکانات؟

هر چند شما طبیعتاً باید منابع تان را هم نگاه بکنید. آقای دکتر لاریجانی رفته بودند به یکی از کشورهای آفریقایی، دیده بودند یک صف طولانی است، سؤال کردند این مال چیست؟ گفتند این مال دیالیز است، گفتند خوب این چرا این قدر طولانی است؟ گفتند در این میان خیلی ها می میرند، گفت چرا؟ گفتند به خاطر این که در کشورشان فقط یک مرکز دیالیز هست و نمی توانند برای مریض های سی آرفین بیش از این هزینه بکنند، برای این که بیماری های دیگری هم دارند، اگر آن ها نمی توانند خودشان را پرزنت بکنند نباید حقشان ضایع بشود، این ها از وظایف وزارت بهداشت است.

← آقای دکتر، در یک دوره تاریخی تک نسخه ای ها ایجاد شدند و گسترش پیدا کردند. آیا در یک نظم منطقی باز احتیاج به این تک نسخه ای ها هست؟ خیر.

← آقای دکتر، یک داروی جدیدی را FDA یا ۳، ۲ تا از کشورهای اتحادیه اروپا تأیید کرده اند، حالا یک طبییی احساس می کند که بیمارش به این دارو احتیاج دارد، در چنین مواردی چه باید کرد؟ در مورد همه فرآورده ها صادق است. شما یک

نشنال فرمولری دارید، مجموعه ای از داروها داخلش هست. بعضی از داروها مثل فلکیناگ، مگسلنتین می گویند آقا مرگ ناگهانی را زیاد می کند، داروهای ضد آریتمی، خوب طبیعتاً ممکن است که در طول سال ۵ مورد مصرف بشود. یک دفعه می بینید ۲ تا مقاله آمده که مگسلنتین را برای نوراتیک بین هم می شود داد، خوب دارو باید در فهرست باشد. آقا در Attention Deficit Disorder در Pediatric، انجمن کالج اطفال آمریکا به این نتیجه رسیدند که این فرآورده، فرآورده خوبی است، این باید در فهرست دارویی کشور باشد، حالا شما ممکن است این را محدود بکنید، بگویید آقا این بر اساس پروتکل فقط برای این ۵ مرکز با این ۵ طبیب Accessible باشد. این که نمی شود که شما یک آشفته بازاری را درست بکنید، بگویید این تک نسخه ای است. چون یک سری مشکلات دیگری ایجاد می شود که به لحاظ اجرایی نظارت را سخت می کند. یعنی ما خودمان عملاً داریم زمینه را برای سودجویی یک عده فرصت طلب و حق و ناحق شدن ایجاد می کنیم.

← آقای دکتر، از این بحث می آیم بیرون و می رویم سراغ بحث داروسازی بالینی. می خواهیم بدانیم که علت تشکیل و زمان تشکیل آن چه بود؟ فکر می کنم هر چه تا به حال سؤال کردید در واقع در صلاحیت علمی من نبود که بخواهم راجع به آن ها نظر بدهم و این خیلی بد است که آدم دلش بخواهد در همه چیز نظر بدهد، می شود واعظ غیر متعظ، منتها خوب شما متواضعانه سؤال کردید، ولی من آن قدر تواضع نداشتم که بگویم من در این زمینه ها صلاحیت ندارم نظر بدهم و اگر هم

است، این رشته به درد کشور ما می خورد. البته، واقعاً بعد از این همه سال سخت است که آدم بتواند به عقب برگردد، دوران خیلی سختی بود، علتش هم این بود که پزشکانی که نمی خواستند داروسازها را بپذیرند به عنوان یک عنصر بالینی و داروسازهایی که اساساً تمایلی نداشتند که چنین تحولی باید اتفاق بیفتد و شاید بزرگترین مشکل، مشکل همین داروسازهایی بود که این انقلاب را واقعاً خیلی بهش قایل نبودند. حالا خداوند اسباب خیر را فراهم کرد، بیمارستان شریعتی بالاخره با اولین گروه دستیار و هیئت علمی مواجه شد که رفتند و مستقیماً در عرصه، با کمتر حمایت وزارت بهداشت، چون شما تبعاً وقتی یک رشته جدیدی را ایجاد می کنید (شما هم گواهی می دهید دیگر) یعنی آن ابزار قانونی، دانشکده ما هم در واقع خوب بافت Basic داشت، دانشکده‌ای از Health Care Provider بود که بیشتر Science محور بود تا بخواهد Practice محور باشد و خیلی دوران سختی بود، خیلی اساتید ما اذیت شدند و مورد نامهربانی قرار گرفتند منتها خوب بالاخره خدا خیلی کمک کرد و در آن سال‌ها رزیدنت‌های خیلی خوبی داشتیم. در حال حاضر در آستانه برگزاری چهاردهمین آزمون در سطح کشور هستیم، دانشکده‌های مازندران در ساری و شهید بهشتی و بهزودی هم اصفهان امکان پذیرش دستیار دارند. همان طور که مستحضر هستید ماهیت این رشته هم این است که در واقع آن داروسازی سنتی را به پزشکی نوین نزدیک بکند، همان طور که استحضار دارید و سؤالاتتان هم در بحث شورا، بحث Complexity Drug Therapy بود، فکر می کنم شاید یکی از عللی که آقای دکتر دیناروند

در صحبت‌هایم به مواردی اشاره کردم، می‌خواهم همین‌جا حلالیت بطلبم.

داروسازی بالینی سال ۱۳۷۶ رسماً به عنوان گروه آموزشی در دانشگاه علوم پزشکی تهران متولد شد و از سال ۱۳۷۲ و یا حتی خیلی زودتر از این‌ها هم صحبت‌هایی مطرح می‌شد، منتها خوب خریدار نداشت، اما رفته رفته به نظر می‌آید که در آن سال‌ها مسایلی را مطرح کردند که برخی از آموزش‌ها باید در دانشکده داروسازی توسط داروسازها به داروسازها داده بشود. البته، پیش از آن دروسی بود که ماهیت بالینی داشت، حالا واحدهای دارودرمانی یا اطلاعات دارویی و یا حتی داروسازی بیمارستانی بود. در آن سال‌ها این ضرورت احساس شد که می‌تواند این دیسپلین ایجاد بشود، سال ۷۴ حتی شورای آموزش داروسازی و تخصصی مصوب کرده تا بتواند در این رشته دوره دستیار برقرار بشود و اولین سالی بود که رزیدنت گرفته شد و سال ۷۶ شورای گسترش دانشگاه‌ها این رشته را تصویب کرد. موقعی که این رشته تصویب شد، رشته طب اورژانس رد شد، می‌خواهم بگویم این یکی از سال‌هایی بود که خیلی سخت یک رشته‌ای هست که قرار است به هر حال در داروسازی ایجاد بشود و بالینی هم هست، سؤال کردند که این همان داروسازهایی هستند که موقعی که ما جان‌هاپکینز بودیم می‌آمدند مثلاً در بخش نوزادان، دوز داروها را تنظیم می‌کردند، محلول‌های خاصی را آماده می‌کردند، این همان رشته است؟ دکتر شفیعی فرمودند بله، حالا حداقل به ذهنشان رسید که تأیید بکنند فرمایشات وزیر را و وزیر گفت این خیلی رشته خوبی است و کاملاً برای من ملموس

Board Certified Pharmacotherapy Specialist است. من فکر نمی‌کنم هیچ رشته داروسازی یا پزشکی در کشور ما (حالا) شاید حرف من یک مقدار پارانوید باشد و شما بگویید به واسطه تعصب حرفه‌ایتان دارید این حرف را می‌زنید، چنین جایگاهی را کسب کرده باشد. مثلاً آیا در فارماسیوتیک می‌تواند ادعا بکند که از آمریکا جلوتر است و مثلاً فارماسوتیکش بیاید بگوید فارغ‌التحصیل‌های PhD Pharmaceutical این‌جا، در سطحی بالاتر از گروه مشابه خود در آمریکا هستند؟ البته، به هر حال قرار شد همان‌طور که فرمودید در مورد کیس خاص صحبت نکنیم، Generally صحبت نکنیم، بنابراین، این توانمندی و من فکر می‌کنم این نمادی از این است که این دوره، دوره موفقیتی بوده است. حالا این از باب بیرونی آن. از باب درونیش هم در خیلی از عرصه‌ها فاصله متخصصان ما به قدری با پزشکی نزدیک شده که تقریباً اصلاً نمی‌شود این فاصله را دید مگر این که اصرار بکنید، این کار را هم معمولاً باز داروسازها انجام می‌دهند. ما الان ۶ سال است داریم در مراقبت‌های ویژه فلو می‌گیریم، دوره فلوشیپ CU، فکر نمی‌کنم هیچ فلو فارغ‌التحصیل علوم پزشکی تهران باشد که در واقع نسبت به من به‌عنوان عضو هیئت علمی همان آن قدر تعصب نداشته باشد، همگی آن‌ها همه ما را بیشتر، از خودشان می‌دانند تا از حوزه داروسازی. حتی مدیر گروه آموزشی مربوطه اصرارش این است که این تغییر وضعیت داده بشود و در آن چهارچوب به این تخصص نگاه بشود. متأسفانه دانشکده هیچ‌وقت این‌ها را ندیده، یعنی در این

این توفیق را نصیب من کردند، این بود که احساس می‌کردند که شاید من بهتر می‌توانم با دو گروه پزشک و داروساز ارتباط برقرار کنم و این خودش نمادی از همین رشته است. یعنی رشته‌ای است که شما می‌توانید با پزشک و داروساز و هم‌چنین با صنعت ارتباط برقرار کنید و رابطه بین صنعت را با مصرف‌کننده نزدیک بکنید. چیزی که همواره نبوده است و تولیدکننده ما نمی‌توانست به خوبی با مصرف‌کننده Communicate بکند. در هر صورت این boundary شکسته شد.

← آقای دکتر، در این مدت در مراکزی که همکاری‌ها حضور دارند، عکس‌العمل پزشکان به‌طور کلی و عموماً چگونه بوده است؟ فرضاً پزشکان و متخصصان بیمارستان سینا یا بیمارستان شریعتی چه عکس‌العملی داشتند؟

من فکر می‌کنم با توجه به محدودیت‌هایی که بود، آن توفیقی که در این چند سال نصیب داروسازی بالینی شد، موفق‌تر بود از آن‌چه که در کشور مبدأ رخ داده بود و این را هم مستند عرض می‌کنم. سال گذشته که همایش داروسازی بالینی برگزار شد، از طرف American College of Pharmacy ACCP نماینده‌هایی آمده بودند، آقای مداکس که ACCP Executive هستند با خانم دهدال که اهل سوریه بودند و ایشان هم سایت ویزیت داشتند، آمدند عرصه‌ها را دیدند، با رزیدنت‌ها و با اساتید نشست‌های مجزا داشتند و بعد اعلام کردند که فاصله با استانداردها خیلی خیلی نزدیک است؛ تا حدی که ما می‌توانیم امتحان BCPS را در ایران برگزار کنیم که مخفف

است که کمک کرده تا این اتفاقی که شما در مورد داروسازی بالینی مورد اشاره قرار دادید بیفتد.

دقیقاً همین است. حتی بیمارانی که در این مسیر مواجه شدند و بالاخره بهبودی حاصل شد، بگذارید این طوری عرض کنم که برخی از فارغ التحصیلانمان مستقیماً آمدند فلوهای ما شدند، برخی از اینها مال زمانی است که اصلاً چنین حوزه‌ای نبوده است. مثلاً ۱۵ سال پیش فارغ التحصیل شدند که ما اصلاً نبودیم. چون ما بعداً رفتم بیمارستان سینا، قبلش شریعتی بودیم و این عزیزانی که مثلاً از اصفهان و جاهای دیگر آمدند، این در ظرف مدت خیلی خیلی کوتاهی یک رابطه عاطفی برقرار و خیلی مستحکم شد، به گونه‌ای که بعد از فارغ التحصیلی‌شان اولین کاری که کردند این بود که وقتی که رفتند در آن دانشگاه مطبوعشان، گفتند که باید این سرویس برایمان ایجاد بشود. برخی از آنها که حتی مسؤولیت‌های کشوری پیدا کردند، مثلاً در عرصه نوزادان، آمدند هم در شورای بُرد کشوری نوزادان و هم انجمن مصوب کردند که اگر قرار است که ICU نوزادان جدیدی ایجاد بشود که امتیاز فلو شیپ نوزادان به آن داده بشود، فقط و فقط منوط به این است که متخصص داروسازی بالینی داشته باشد و این برای Adult ICU هم اتفاق افتاد. یعنی الان در مصوبه هیات نظارت تشکیل دوره ICU هست که حتماً باید به صورت مقیم باشد و باید متخصص داروسازی بالینی مقیم داشته باشد. این که حالا این فلو، چه ربطی به ICU دارد؟ خوب بی‌ارتباط است. آدم اگر بخواهد نگاه بکند می‌گوید آقا خوب من دارم از یک حوزه دیگری یک چیزی را ریکوار می‌کنم

سال‌ها در واقع فقط این را دیده که خوب دانشجو دارد می‌رود، رزیدنت دارد می‌رود، چقدر تعریف دارند می‌کنند. منتها آن‌چه که در کانتکس گذشت را در این سال‌ها ندیدند، بعد سؤال هم اگر بکنید که خوب شما حالا چقدر ایثار کردید یا هدیه کردید برای این گروه آموزشی که به این تعالی برسد، من متأسفم که باید عرض بکنم که اتفاق زیادی نیفتاده است. اگر هم هرچه بوده به واسطه توانمندی‌های فردی و تعلق خاطر یک عده‌ای بوده که می‌خواستند یک کار کوچکی برای مملکتشان انجام بدهند.

◀ آقای دکتر، این ویژگی کارهای بزرگ و ریشه‌ای است، اتفاقاً هر جا که خود متولیان نتوانستند از خودشان و اهدافشان دفاع کنند و آن هدف را به درستی پرزنت کنند و شکل نمایشی و شکل حضور یک سری مسؤولان و غیره به خودش گرفت، اصلاً ما منحرف شدیم. یعنی می‌خواهم بگویم واقعاً این از آن الطاف ویژه خداوند بوده که در حق این رشته اتفاق افتاده و ما همیشه سؤالاتمان از خیلی از دوستان این بوده است. بعضی از دوستان دلخور هم می‌شدند این بوده که ما یک گپ اساسی بین سطح دانش داروسازان و پزشکانمان داریم. حالا شاید صوری باشد، شاید شرایط مطالعاتی این دو گروه و شرایط انتقال دانش به کشور ما مثلاً این بستر را فراهم کرده ولی برای داروسازی واقعاً ما همیشه مشکل داشتیم. یعنی ما احساس می‌کنیم که داروسازمان، آن طور که باید و شاید قدرت Challenge با پزشک را نداشته و همیشه عقب می‌نشسته و همیشه به نوعی مرعوب می‌شده، من احساس می‌کنم این از آن الطاف خفیه خداوند

دانشگاه نگاه نکنیم، این امکان نیست. این به مرور توسعه پیدا کرد و همین روند را هم باید ادامه داد. نگاه ما این است که ساری باید برای خودش و شهرهای زیرمجموعه خودش مثل قائم‌شهر، بابل، آمل تولید بکند. اصفهان هم همین طور برای خود استان این کار را انجام دهد. پس هدف اول ما این دانشکده‌های داروسازی بود. الان خیلی از همکاران رفتند به سمت دانشکده پزشکی، به عنوان مثال، در بیمارستان قلب شهید رجایی، دو تا متخصص داروسازی بالینی ما ردیفشان با گروه داخلی دانشکده پزشکی است و خیلی هم موفق هستند. بقیه... همین طور، ما متخصص داریم در صورتی که اصلاً آن‌جا داروسازی نداریم. با توجه به این که یک دوره ۳ سال و نیم تا ۵ سال طول می‌کشد که هر دستیار فارغ‌التحصیل بشود، خوب یک دورانی بود که ما خیلی آهسته داشتیم حرکت می‌کردیم. اولاً دوره را داریم بازنگری می‌کنیم که طول دوره برای دوره تخصصی کوتاه بشود و بعد دوره‌های تکمیلی مثل فلوشیپ داشته باشیم و همین باعث می‌شود که کار یک مقدار سرعت بگیرد و بعد هم به صورت هم‌زمان ما دوره‌های کوتاه‌مدت را نیز پیش‌بینی کردیم برای Pharmacy Training، یعنی دوره‌هایی که حتی داروسازهای عمومی ما هم لااقل آن توانمندی و مهارت‌های بالینی را برای انجام برخی از فعالیت‌های درمانگاهی پیدا بکنند که این به صورت خیلی جدی در دستور کار است. بعد هم خوب به نظر من از آن طرف هم وقتی که آن نظام سلامت جذابیت ایجاد می‌کند برای این حوزه، به لحاظ مسایلی مثلاً از منظر درآمد و

که آن قدر هم در کشور زیاد نیست، خوب من کار خودم را دارم سخت می‌کنم. یعنی حاضر شدند که این استاندارد لحاظ بشود تا این که آدمش بیاید تا این‌ها بتوانند فلو بگیرند.

← آقای دکتر، حالا حوزه نفوذ این تفکر چقدر است؟ شما در دانشگاه علوم پزشکی به تدریج دارید این کار را می‌کنید، فرض می‌کنم اگر سایر مراکز مانند بیمارستان‌های ارتش، بیمارستان‌های تأمین اجتماعی، وزارت راه یا حتی بخش خصوصی را هم در نظر بگیریم، فکر می‌کنید چقدر طول می‌کشد تا این ضرورت چه در چارچوب قانونی و چه در بعد علمی به عنوان یک اصل تحقق بیابد؟

در واقع می‌گویند Be, Don't Be Predictive Creative. اگر که این اراده وجود داشته باشد، ما به عنوان معلم آن کار خودمان را انجام می‌دهیم و اگر دست من بود ...

← آقای دکتر، بالاخره تعدادی به فرض فارغ‌التحصیل (شما فرمودید فعلاً تهران، بعد شهید بهشتی، ساری و اصفهان) می‌شوند.

نه، این‌ها جاهایی هستند که می‌توانند رزیدنت بگیرند. ما داریم برای کشور برنامه‌ریزی می‌کنیم.

← آقای دکتر، این گسترش چه جوری محقق می‌شود که ما به فرض بگوییم ۲۰ سال دیگر، ۱۵ سال دیگر، همه بیمارستان‌های کشور هم این مقررات را که به فرض امروز بیمارستان سینا دارد به اجرا می‌گذارد را به اجرا بگذارند؟

سیاست این بود که به ازای هر ۱۰۰ تخت خواب، یک متخصص داروساز بالینی باید وجود داشته باشد و خوب طبیعتاً وقتی که ما بخواهیم به یک

بین داروساز و پزشک هست، شما پزشک قبول نمی‌کنید.

بله، در دوره تخصصی‌اش این‌گونه است. آن فرمایش شما فقط شامل حوزه‌های Basic داروسازی است. یعنی پزشکان می‌توانند مثلاً در PhD سم‌شناسی، PhD فارماکولوژی شرکت کنند. عکس این هم صادق است دیگر، یعنی داروسازان در عرصه‌های بالینی پزشکی که نمی‌توانند شرکت کنند. این هم مورد نقد واقع شده بود. چون این یک اتفاقی است که فقط برای داروسازی افتاده است. یعنی هدفش این بود که داروسازی را کلینیکالی اورینتد بکند و اگر قرار است آن آموزش‌هایی که داده می‌شود برای گروه پزشکی باشد، باید اصلاً کل رشته مورد بازنگری قرار بگیرد. مضاف بر این که در آن کشورهایی هم که این رشته شکل گرفت، دوره تخصصی‌اش لاقلاً برای پزشکی نیست. البته، در دوره‌های تکمیلی که مثلاً Clinical scientist محور باشد، پزشکان هم می‌توانند شرکت بکنند. خود من الان از طرف مرکز تحقیقات علوم دارویی، PhD Bio Research می‌گیرم، خیلی‌ها ایشان هم پزشک هستند. البته، کاملاً هم کلینیکال است ولی آن اندوخته‌هایی که یک کلینیکال فارماسیست آموزش می‌بیند که مثلاً کلینیکال فارماسیست بشود، خیلی ضرورت ندارد که آموزش داده بشود. آن‌جا فقط یاد می‌گیرند که چه‌جوری در عرصه بالینی Research بکنند.

← آقای دکتر، شما دارید فردی را تربیت می‌کنید که برود در یک محیط بیمارستانی، ولی به نظر شما اندوخته‌هایی باید داشته باشد که فقط داروسازی صرف باشد.

امتیازات قانونی، بحث بیمه، reimbursement، بین این‌ها در واقع یک اصل لوشاتولیه برقرار است مثل شیمی، یعنی یک معادله دو طرفه است. تو به همان اندازه‌ای که می‌توانی در یک رشته‌ای سرمایه‌گذاری بکنی، خوب به همان اندازه جواب می‌گیری. تا همین امروز فقط یک اتفاق یک طرفه بوده و ما از طرف مقابل (نه از طرف بیمه، نه از طرف وزارت بهداشت) اتفاق خاصی ندیدیم که این انگیزه‌ای بشود برای این که ما بتوانیم بیسشتر کار بکنیم. ولی فرمایش شما متین است، حتی ما در مقطع کوتاهی که در وزارت بهداشت هم بودیم، من حتی بحث Clinical Division را برای صنعت مطرح کردم. گفتیم صنعت پویا صنعتی است که جلوتر از جامعه حرکت بکند، خودشان بروند به سمت مولکول‌های جدید، بروند دنبال اندیکاسیون‌های جدید. یک مثال بزمن در رابطه با NAC، یک فرآورده‌ای که آنتی‌دوت استامینوفن بود (یک داروی استراتژیک است) توصیه شد که اکسیر تولید بکند، الان برای همه مراقبت‌های ویژه در مریض‌هایی که تحت تهویه مکانیکی هستند به‌خاطر استرس اکسیدودینی مورد استفاده قرار می‌گیرد. اصلاً اکسیر فکر نمی‌کرد که این فرآورده که به‌عنوان آنتی‌دوت استامینوفن در بهترین حالتش مثلاً در هر سال می‌تواند تعداد محدودی از آن مورد مصرف قرار بگیرد، الان تبدیل به یک فرآورده استراتژیک بشود. من فکر می‌کنم همه این‌ها می‌تواند از نقاط عطف چنین رشته‌ای باشد. ← آقای دکتر، در بعضی رشته‌های تخصصی داروسازی، پزشکان می‌توانند حضور داشته باشند. اما در کلینیکال فارماسی با این که تعامل

بله.

← آقای دکتر، و کسی که اندوخته‌های پزشکی دارد و در این محیط هم شاید تا حدودی آشنا باشد، نمی‌تواند در آن زمینه ...

نه اصلاً نمی‌تواند. یعنی اگر یک پزشکی بخواهد بیاید کلینیکال فارماسیست بشود، میزان واحدی که باید بگذرانند به‌عنوان Deficiency، خیلی خیلی بیشتر از آنی است که بخواهد یک داروساز بورد کلینیکال فارماسیست بشود. یعنی باید دقیقاً از اول بیاید بیوفارماسی بگذرانند، فیزیکیال فارماسی بگذرانند، چون می‌دانید فقط بحث Drug Monitoring نیست، یک بخش آن برمی‌گردد به آماده‌سازی دارو، یعنی واقعاً باید فارماسوتیک بلد باشد، بیوفارماسی بلد باشد، Medicine Care بلد باشد، خوب چه کاری است؟ اگر یک نفر بخواهد همه این‌ها را بلد باشد خوب باید برود دوباره دانشکده داروسازی. البته، خوب مثلاً فرض بفرمایید که شما می‌آیید به کلینیکال فارماسیستتان. یاد می‌دهید که نوار قلب بخواند، CT بخواند، X Ray بخواند، بابت آن‌ها یک روتیشن رادیولوژی می‌گذاری، یک روتیشن قلب می‌گذاری، درست است که این قرار نیست به اندازه یک رادیولوژیست CT بخواند، ولی می‌تواند مثلاً شیفت مدلاین را تشخیص بدهد، سربرا ادیمور کانتیورن را تشخیص بدهد. در نوار می‌تواند AF را بفهمد، ویتک را بخواند، VF را بخواند، ولی دیگر قرار نیست که بتواند نوار مغز مثل یک نورالوژیست Appreciate بکند. بنابراین، در یک حدود بالینی که بتواند با پزشک معالج Communicate بکند، یاد می‌گیرد ولی هنوز داروساز است. در توزیع دخالت دارد و بعد

بحث‌های قانونی و حقوقی آن هم هست، یعنی باید یک فردی باشد که به لحاظ قوانین کشوری بتواند Practical Pharmacy بکند.

← آقای دکتر، بین صحبتتان فرمودید آقای وزیر با دکتر شفیع‌ی صحبت کردند، آن آقای که در بخش کار می‌کردند کلینیکال فارماسیست بودند یا شخص دیگری بود؟

در واقع در شورای گسترش دانشگاه‌ها، خوب بالاخره ...

← آقای دکتر، منظورم این است که هاسپیتال فارماسیست بود یا کلینیکال فارماسیست؟ چون فرمودید که آقای دکتر شفیع‌ی فرمودند که در جان‌هاپکینز همان فرد کلینیکال فارماسیست بوده است، آیا واقعاً کلینیکال فارماسیست بوده است، آیا واقعاً کلینیکال فارماسی بود یا کس دیگری بود؟

دکتر شفیع‌ی که در واقع اصلاً در جریان نبودند. آشنا بودند در مورد رشته، ولی آن فرمایش آقای وزیر در مورد موضوعی بود که در همان زمان خودش هم کاملاً شناخته شده نبود. آقای وزیر داشت در رابطه با یک Senior pharmacist صحبت می‌کرد که در Satellite pharmacy بخش نوزادن قاعدتاً این‌ها باید یک افرادی باشند که خیلی فراتر از یک هاسپیتال فارماسیست معمولی هستند. یعنی یک افرادی هستند که توانمندی دارند در حوزه نوزدان. یعنی در واقع داروسازهایی هستند که برای عرصه آن جمعیت خاص Train شده‌اند. قاعدتاً این باید کلینیکال فارماسیست بوده باشد. منتها مستحضر هستید آن زمانی که دکتر مرندي جان‌هاپکینز بودند، کلینیکال فارماسی به مفهوم مدرنش از دهه

Care ندادند، چون من پزشک نبودم. ولی به لحاظ Knowledge، من در آن لول Operate می‌کردم. من ۲۲ تا Chapter رابرت تیلور را امتحان دادم. این هم که این عزیزان از نزدیک دیدند، من وقتی رفتم بیمارستان شریعتی مأمور به خدمت شدم. مسؤول ICU یک نفرولوژیست بود. ما شروع کردیم با آن راند کردن. یک روز به من گفت من پیشنهاد می‌کنم تو بیا این‌جا راند کن، به خاطر این که صحبت‌هایی مطرح می‌شد که می‌گفت تو این‌ها را از کجا می‌دانی، در داروسازی چه چیزایی می‌خوانید شما، تهویه مکانیکی چه جوری خواندی. چون ما موقعی که رفته بودیم، دستگاه‌های تهویه مکانیکی (ونتی‌لاتورها) این جوری تنظیم می‌شد. گفته بودند اگر این بوق می‌زند، شما آن قدر این‌ها را بچرخانید بچرخانید وقتی بوقش تمام شد، متوجه می‌شوید که این دستگاه براساس فیزیولوژی مریض ست شده است، گفتم آقا این‌جا دیوانه‌خانه است، یعنی چی این حرف؟ ما تازه آمدیم کارگاه تهویه مکانیکی گذاشتیم و برای شریعتی کارگاه CPR گذاشتیم. برای قلب و بیهوشی همه عجیب بود که این چه داروسازی است که آمده کارگاه CPR گذاشته، این‌ها مگر نباید دارو بسازند؟ چه ربطی دارد؟ این به مرور به جایی رسید که یک روز آقای دکتر گنجی (که خیلی هم باسواد و نفرولوژیست واقعاً ممتازی هستند) ویزیت می‌کرد، یک روز من ویزیت می‌کردم. رزیدنت‌های داخلی خیلی جالب است، اولاً یک شیفت من به سمت Critical Care داشتند، یعنی شروع شد به این که تزه‌های داخلی‌ها به سمت ICU آمد. از آن جالب‌ترش می‌دانید چه بود؟ چون در ICU ما بودیم، رزیدنت‌های داخلی و بیهوشی

۹۰ میلادی در آمریکا شکل گرفت.
← آقای دکتر، دقیقاً، منظورم همین بود. عملاً دکتر مرندی اشاره‌ای کردند به فردی که دکتر شفیع آن را کلینیکال فارماسیست می‌دانستند.
بله.

← آقای دکتر، ولی واقعاً کلینیکال فارماسیست نبودند.
چرا بودند دیگر.

← آقای دکتر، شما فرمودید که بعداً تخصص کلینیکال فارماسیست ایجاد شد.

ببینید، آن نهضت از اواخر دهه ۷۰ شروع شد، بعد مسیر خودش را در یک دهه طی کرد، این‌ها آن قدر از خودشان هنرمندی نشان دادند که آن وزارت آموزش عالی آمریکا را وادار کرد که بیاید دوره‌ها را بکند Pharm D و همه از آن حالت لیسانس داروسازی تا دهه ۹۰، به مرور رفتند به سمت دوره‌های پُست بکلرید، یعنی بعد از دوره‌های لیسانس، دوره‌های دو سال بعد از لیسانس، Pharm D، دیگر یواش یواش بعد دوره‌های ساب اسپشیالیته ایجاد شد. موقعی که من (دهه ۸۰) در آمریکا بودم، از لوئیزیانا لیسانس داروسازی گرفتم، آن نهضت تازه داشت شروع می‌شد، بعد من رفتم تگزاس، دوره Pharm D گرفتم، بعد یک سال رفتم جنرال رزیدنسی گذراندم در پن استیت، دوباره برگشتم تگزاس یک سال اسپشیال رزیدنسی گذراندم، دو سال فلوشیپ گذراندم. موقعی که من فلوشیپ را در آمریکا گذراندم، کتابی که من امتحان دادم با Clinical Care Medicine فرقی نداشت. من در بیلر درس خواندم، یعنی من وقتی که از آن‌جا فارغ‌التحصیل شدم، اگر به من مدرک Intensive

بودند، از بیمارستان زنگ میزدند و از رزیدنت‌های داخلی ICU، سؤال‌های دارویی را می‌پرسیدند. یعنی این امر مشتبه شده بود که رزیدنت‌های داخلی که برای روتیشن ICU می‌آیند، باید اطلاعات دارویی‌شان نسبت به بقیه رزیدنت‌های داخلی بیشتر باشد. بعضی وقت‌ها مسیرها اصلاً انحرافی است ولی در عین حال انحراف خوشایندی است. چون خود رزیدنتی خودمان هنوز آن قدر شکل نگرفته بود که ما بخواهیم رزیدنت‌های خودمان را ببریم بیمارستان. بعد به مرور تعداد رزیدنت‌های ما زیاد شد. جالب است خدمتان عرض بکنم، من یادم هست که آقای دکتر علاء، الان معاون پژوهشی ساری هستند، رزیدنت ما هستند، داروساز بالینی، بیمارستان سینا که برای روتیشن آمده بود، همکار بیهوشی ما در ICU تا مدت‌ها فکر می‌کرد که ایشان رزیدنت قلب است. بعد که فهمید این رزیدنت داروسازی بالینی است می‌گفت یعنی این قدر در این دوره، اکستنسیوولی به این‌ها خواندن نوار قلب را یاد می‌دهند؟ من واقعاً احساس می‌کردم که این از من هم جلوتر است. پس شما دودوره اولتان را مجبور بودید کسانی را Train بکنید و بدهید بیرون که واقعاً بتوانند از پس همه این‌ها بر بیایند و این خیلی از خودگذشتگی می‌خواست و

سخت بود که با حداقل امکانات تحقق یابد، یعنی ما از اولین دوره‌مان کم نگذاشتیم که بگوییم حالا چون دوره اول است، زودتر جمعش کنیم. کامپونت Research ما هم حتی با فارماسوتیک، با مدیسنال کمبستری که این‌ها پایه بودند، قابل برابری است. یعنی نگاه بکنید از نظر میزان کاری که این‌ها انجام دادند. البته، نتیجه‌اش این شد که مثلاً اولین دوره، دومین دوره، سومین دوره، حدود ۶ سال و نیم طول بکشد تا این‌ها فارغ‌التحصیل بشوند. طول دوره در واقع زیاد شد و بعد باعث شد که ما خیلی محصول‌های مان دیر برسد به طوری که در واقع وزارتخانه آمد ما را به خاک سپاه نشاند. ما را دو دوره تحریم کردند، گفتند این‌ها اصلاً ممکن است نتوانند فارغ‌التحصیل بدهند. گفتند تا زمانی که اولین دوره‌شان هنوز بیرون نیامده، اسمشان را هم بگذاریم گروهک داروساز بالینی. به هر حال بسی کند و کاوید و کوشش نمود، کز آن سنگ خارا رهی برگشود. در هر صورت خوشبختانه در حال حاضر ما چهاردهمین دوره‌مان را هم داریم برگزار می‌کنیم.

تذکره: این مصاحبه قبل از درگذشت استاد گرامی آقای دکتر عباس شفیعی انجام شده است. روح استاد شاد باد.