



# گزیده‌های منهای بیست

گزیده مطالب رازی، بیست سال پیش از این در همین ماه

گردآوری و تدوین: دکتر مجتبی سرکندی

مقدمه

زیرعنوان بالا مطالبی از رازی ۲۰ سال پیش در همین ماه ارایه می‌شود. گذشت ۳۵ سال از انتشار اولین شماره رازی، نامه اعمالمان را آن قدر قطور و سنگین کرده است که بشود گاه که دلمان تنگ آن روزها می‌شود، به شماره سنگین و وزین صحافی شده هر سال نگاهی بیاندازیم، تورقی بکنیم صفحاتی چند از آن‌ها را بخوانیم و... حالمان خوب شود. آن قدر اثرزنی بگیریم که هم‌چون مدیرمسئول محترم و سردبیر نازنین پابر زمین محکم کنیم که: «به هر حال ما ادامه خواهیم داد». این سرزدن‌ها به شماره‌های پیشین ایده‌ای را در ذهن نشانند که گزیده‌هایی از همان شماره و صفحات مشابه ماه انتشاراتی فعلی مان گزین کنیم و شما را نیز در این «دل‌شدگی» با خودمان شریک نماییم. خواننده‌هایی قدیمی آن روزها برایشان زنده می‌شود و تازه خواننده‌های رازی هم پی می‌برند که بیست سال پیش رازی در مورد عرصه دارو در ایران و جهان چه نوشت به هر حال، به جستجوی زمان از دست‌رفته برآمدیم که با قدی اغراق و اغماض و با استعاره‌ای ادبی «بهشت گمشده» دست به قلم‌های رازی بوده است، بهشت گمشده‌ای که گفته‌اند: «بهشت گمشده» همان گذشته‌ای است که برای همیشه از دست داده‌ایم ولی ما قطعاً از آن گذشته را در جلد‌های صحافی شده از تعرض زمانه مصون داشته‌ایم.

\*\*\*



گزیده‌های مطالب این شماره به شرح زیر هستند:

- ۱- فهرست مقاله‌ها در شماره آبان ۱۳۸۳ / دکتر مجتبی سرکندی
- ۲- پاسداری صنعت داروسازی / دکتر فریدون سیامک نژاد
- ۳- دارو و داروخانه‌های دانشکده داروسازی "قسمت سوم" / مصاحبه با دکتر خیر اله غلامی



## فهرست مقاله‌های آبان ۱۳۸۳

تهیه و تنظیم: دکتر مجتبی سرکندی

عنوان	
پاسداری صنعت داروسازی / دکتر فریدون سیامک نژاد	سرمقاله
اکستازی (ECSTASY) چیست؟ / دکتر عباس پوستی	علمی
نقش تعدیل کننده های عملکرد لوکوترین ها در درمان آسم / دکتر نعمت اله آهنگر	
استابین و مخاطرات زیستی / محمد رضا خاکسار، دکتر محمود قاضی خوانساری	
هورمون درمانی / ترجمه سارا دبیریان	
پرسش و پاسخ / دکتر مرتضی ثمینی	
پزشکی و ادبیات / دکتر جهانگیر باختر	
معرفی کتاب	
دارو و داروخانه های دانشکده داروسازی "قسمت سوم" / مصاحبه با دکتر خیر اله غلامی	اجتماعی
در جهان داروسازی / دکتر بهنام اسماعیلی	
گزارش مرکز فارماکوویزیلانس ایران خرداد ۱۳۸۳ / دکتر خیر الله غلامی و همکاران	
رازی و خوانندگان	
سوالات مربوط به بازآموزی	
فرصت های شغلی	



## پاسداری صنعت داروسازی

دارویی ایران را نیز دگرگون نمود و دست اندرکاران وقت دارویی با پیاده کردن نظام نوین دارویی که منجر به ژنریک شدن داروها گردید، اولین گام را در راه رهایی از چنگ شرکت‌های چند ملیتی دارویی برداشته و قدم در راه اعتلای صنعت داروسازی ایران گذاشتند. این مساله باعث شد تا داروسازی این مملکت به دنبال پیدا کردن هویت از دست رفته خویش در پیش از انقلاب اسلامی بوده و گام‌های نخست را برای بازسازی نوسازی و برپایی صنعت داروسازی ایران بر پایه هویت ملی بردارد.

۳- تعداد کارخانه‌های داروسازی داخلی تا پیش از انقلاب اسلامی از تعداد انگشتان دو دست تجاوز نمی‌کرد و تولیدات داخلی، با

۱- کسانی که بازار دارویی ایران در قبل از پیروزی انقلاب اسلامی را به یاد دارند، حتماً این را می‌دانند که در آن زمان بازار دارو در قبضه شرکت‌های چند ملیتی بود. اصولاً تمام رژیم‌های وابسته همچون نظام ستم شاهی حاکم بر ایران قبل از انقلاب، در همه چیز وابسته‌اند و در ایران قبل از انقلاب نیز دارو از این قاعده مستثنی نبود. تولید داخلی دارو به‌عنوان یک صنعت ملی محلی از اعراب نداشت و همه چیز بازار دارویی ایران در چنگال اختاپوسی شرکت‌ها و کارخانه‌های خارجی و عمدتاً چند ملیتی قرار داشت.

۲- پیروزی انقلاب اسلامی ایران به موازات ایجاد دگرگونی در زمینه‌های مختلف سیاسی اجتماعی فرهنگی و اقتصادی، بازار



داروها تعلق بگیرد. این نکته دارای جنبه‌های مثبت و منفی در سال‌های اولیه پیروزی انقلاب اسلامی بود. جنبه مثبت آن همانا پایین نگه داشتن قیمت دارو و کمک به اقتصاد خانواده بود، اما جنبه منفی آن وابستگی هر چه بیشتر صنعت داروسازی به دولت بود که اگرچه در آن سال‌ها مساله بارزی به شمار نمی‌رفت، رفته رفته باعث شد که صنعت داروسازی در ایران دچار رخوت و سستی شده و از ماراتن رقابت جهانی و حتی داخلی عقب بماند. طوری که اصلاً تا سالین سال چیزی به نام رقابت در صنعت داروسازی مفهومی نداشت. البته، غیبت رقابت در صنعت داروسازی، علاوه بر وجود یارانه‌های ارزی و ریالی به دلیل ژنریک بودن نام داروها نیز بود.

۶- در طول سال‌های جنگ تحمیلی این مساله نه تنها تاثیری بر صنعت داروسازی نداشت، بلکه امری ضروری برای کمک به این صنعت و حمایت از همگانی شدن بهداشت در آن سال‌های آتش و خون بود. البته، تخصیص ارز دولتی از یک سو و کمبود این ارز از سوی دیگر، باعث شده بود که ارز مورد نیاز کارخانه‌های داروسازی به موقع تامین نشود. این مساله که نتیجه طبیعی اش کمبودهای مقطعی دارویی بود، سال‌های سال سایه خود را بر داروسازی مملکت تحمیل کرده و در واقع، پاشنه آشیل این صنعت نوپا شده بود.

توجه به حجم گسترده و بالای شرکت‌ها و کارخانه‌های چندملیتی داروسازی، جایگاهی در بازار مصرف نداشتند. اگر هم اقلامی از تولیدات داخلی در داروخانه‌ها یافت می‌شد، از یک سو با تخفیف‌های بسیار بالا در قفسه‌های داروخانه‌ها جای گرفته بودند و از سوی دیگر، مصرف آن‌ها عمدتاً به صورت بدون نسخه صورت می‌گرفت و جایگاهی در نسخه پزشکان نداشتند.

۴- با تدوین اولین لیست دارویی ایران که منجر به حذف بسیاری از داروهای غیر ضروری گردید، اولین قدم در راه کمرنگ کردن حضور داروهای وارداتی یا تولیدی شرکت‌های داروسازی چندملیتی برداشته شد. به موازات این اقدام شرکت‌های موجود داروسازی داخلی به سمت جان گرفتن دوباره حرکت کرده و قدم‌های اولیه برای تاسیس کارخانه‌های داروسازی جدید برداشته شد. همچنین با ملی شدن کارخانه‌های داروسازی چندملیتی و تغییر نام آن‌ها عملاً این کارخانه‌ها نیز به جرگه کارخانجات داروسازی داخلی وارد شده و صنعت داروسازی شکلی تازه و دوباره گرفت.

۵- استراتژیک بودن دارو از یک سو و نقش اساسی و پررنگ دارو در سبد اقتصادی خانوار از سوی دیگر، باعث شد که علاوه بر تخصیص ارز دولتی به منظور پایین نگه داشتن قیمت دارو، یارانه ریالی نیز به



۷- اگر چه بعد از پایان جنگ تحمیلی صنایع مملکت یکی پس از دیگری از ارزش دولتی رهایی یافتند، صنعت داروسازی به دلیل استراتژیک بودنش کماکان مصرف‌کننده ارزش دولتی بود و به همین دلیل، مجبور بود همچون گذشته متکی به دولت بوده و دیرتر از دیگر صنایع روی پای خود بایستد. این نکته موجب شده بود که کماکان مساله رقابت در این صنعت جایگاهی نداشته باشد. اصرار بر ژنریک بودن تولیدات داخل به همراه یکسان بودن قیمت داروهای مشابه به دلیل ترس از حضور دوباره شرکت‌های چندملیتی، بی‌معنا بودن رقابت در صنعت داروسازی را به صورت نکته‌ای بارز در این صنعت مطرح کرده بود.

۸- پس از دوم خرداد سال ۷۶ که فصل جدیدی در تاریخ انقلاب اسلامی ایران به شمار می‌رفت، افق تازه‌ای در نظام دارویی ایران و به طبع آن صنعت داروسازی گشوده شد. یارانه‌های ریالی به تدریج حذف شدند. ارزش مواد جانبی و بسته‌بندی داروهای تولید داخل از گردونه ارزش دولتی خارج شد. به موازات این مساله بودجه سازمان‌های بیمه‌گر به منظور پاسداری از قدرت تهیه دارو توسط مردم افزایش یافت. ورود داروهای مشابه داخلی داشت توسط مراکز تک نسخه‌ای آزاد شد و رفته رفته نسیم ایجاد دگرگونی و تحول در نظام دارویی کشور و صنعت داروسازی ایران وزیدن گرفت.

۹- اگر چه وزیدن نسیم تحول در صنعت

داروسازی را باید ارج نهاد. اگرچه رقابت امری پسندیده است و باعث رشد داروسازی می‌شود. اگر چه تولید داروهای داخلی با نام تجارتي باعث می‌شود که داروی ایرانی دارای هویت شود. اگرچه وجود ارزش رسمی در صنعت داروسازی موجب می‌شود که کارخانه‌ها از هر منبعی که می‌خواهند مواد اولیه تهیه کنند و داروی تولیدی خود را علاوه بر تامین نیاز داخلی صادر نمایند. اگر چه واقعی شدن قیمت دارو باعث می‌شود تا کارخانه‌های داروسازی در جهت تحقیق و توسعه و بالابردن کیفیت تولیدات خود قدم بردارند. اگر چه... باید این نکته را مدنظر داشته باشیم که همه این خوبی‌ها زمانی پایدار شده و نهادینه می‌گردد که از خاطر نبریم که صنعت داروسازی ایران صنعتی نو پا است. هر چیز نوپایی نیاز به کمک دارد. از باغبان‌ها یاد بگیریم که از کاشته خود در مقابل بادهای سهمگین حراست می‌کنند و تا مادامی که درخت تازه غرس شده‌شان در برابر تندبادها، احتمال سرخم کردن دارد از آن محافظت مواظبت می‌نمایند.

۱۰- سخن کوتاه این که، اگرچه واردات دارو می‌تواند کمبودهای مقطعی بازار دارو را مرتفع نماید و بیماران نسخه به دست را از این داروخانه، روانه آن داروخانه نکند، ولی این حرکت تا زمانی درست و حساب شده است که واردات درست و حساب شده باشد.



واردات بی رویه و حساب نشده دلسردشان نکنیم که اگر غفلت کنیم معلوم نیست که بتوانیم یک بار دیگر این راه را طی نماییم، در یک کلام این که در این مسیر جدید با چراغ روشن و نور بالا حرکت کنیم، چرا که حتی حرکت با چراغ‌های کوچک در این مسیر پرخطر، ممکن است ما را به راهی بکشد که زبانم لال وقتی چشم باز کنیم متوجه شویم که: «نه از تاک نشان ماند و نه از تاک نشان» - والسلام  
**دکتر فریدون سیامک نژاد**

مواظب باشیم که خدای نکرده از آن طرف پشت بام نیفتیم صنعت داروسازی را به‌عنوان یک صنعت ملی و استراتژیک پاس بداریم و حمایت کنیم.  
 از یاد نبریم که داروسازان این مملکت خون دل خورده‌اند تا صنعت داروسازی را به اینجا رسانده‌اند. تلاش آن‌ها را ارج نهیم و دستشان را به گرمی بفشاریم. به خاطر داشته باشیم که سر بلندی داروسازان این مملکت سر بلندی داروسازی این مرز و بوم است. با



## دارو و داروخانه‌های دانشکده داروسازی

### «قسمت سوم»

مصاحبه با دکتر خیراله غلامی

بالینی آغاز به کار کردم. از سال ۱۳۷۵ وارد مجموعه داروخانه‌های دانشکده داروسازی شدم و به‌عنوان مدیر داروخانه ایثار مشغول به کار گردیدم. از سال ۱۳۷۶ تا بهمن ۱۳۷۹ به‌عنوان معاون پشتیبانی دانشکده داروسازی مشغول خدمت بودم. در این مدت در رابطه با داروخانه‌های دانشکده داروسازی از ۶ تیر ماه ۱۳۷۸ تا ۳ بهمن ۱۳۷۹ مسؤلیت سرپرستی داروخانه‌های دانشکده داروسازی را هم داشتم (یعنی هم‌زمان با معاونت پشتیبانی دانشکده داروسازی) که با تغییرات ساختاری در داروخانه‌های دانشکده داروسازی مصادف شد،

●●● با تشکر از این که قبول زحمت کردید و وقتتان را در اختیار ما قرار دادید. لطف نمایید ابتدا خودتان را معرفی کنید، بفرمایید تاکنون چه سمت‌هایی داشتید و چه زمانی مسئول داروخانه ۱۳ آبان شدید در واقع، مجموعه‌ای از فعالیت‌های خودتان را ذکر کنید.

من خیراله غلامی هستم. دانشیار دانشکده داروسازی گروه داروسازی بالینی. از فعالیت‌های خودم در گذشته باید بگویم که در آبان ۱۳۷۰ وارد دانشکده داروسازی دانشگاه تهران شدم و به‌عنوان استادیار داروسازی



### ●●● چه تغییراتی؟

داروخانه‌های دانشکده داروسازی از نظر ساختاری، پرسنلی و مالی تغییر پیدا کردند. سازمان بازرسی کل کشور و دیوان محاسبات اشکالاتی در این رابطه به سیستم گرفته بودند یعنی اشکالات پرسنلی و مالی.

به عبارت دیگر، این پرسش مطرح بود که چه کسی به این داروخانه‌ها اختیار داده تا پرسنل خودشان را استخدام کنند و سؤال بزرگ تر این بود که این داروخانه‌ها دولتی هستند یا نه؟

که چه هیچ کس نمی‌توانست بگوید که دولتی نیست، ولی پرونده‌های نظارتی حاکم بر یک سیستم دولتی در این داروخانه‌ها وجود نداشتند. در مرحله اول، شاید بزرگ‌ترین ایرادی که می‌گرفتند این بود که درآمدهای این مجموعه به خزانه دولت واریز نمی‌شد که بر سر همین مساله هم بحث‌های زیادی بود که منظور از درآمدها یعنی چه؟ اگر منظور سود خالص آخر سال بود که به خزانه دولت واریز می‌شد. از سال ۱۳۷۰ این کار انجام گرفته بود، ولی تفسیر این بود که درآمدها یعنی کلیه دریافتی‌هایی که به سیستم وارد می‌شود، باید به خزانه برود و بعد برگردد که هزینه بشود و این کار انجام نمی‌گرفت. از ۲۰ شهریور ۱۳۷۹ به دستور ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی

تهران، جناب آقای دکتر ظفرقندی پول به خزانه وارد شد. برگشت و هزینه گردید. این فرآیند مالی بود که انجام گرفت و در واقع، در یک چرخه دولتی قرار می‌گرفت. چرخه دولتی که مورد قبول سازمان نظارتی مثل سازمان بازرسی کل کشور و دیوان محاسبات بود. از نظر پرسنلی باز هم ما مشکل داشتیم چرا که پیشنهاد شده بود تا پرسنل به صورت شرکتی اداره شوند و پرسنل این را قبول نداشتند. تعداد زیادی از پرسنل با این فرض استخدام شده بودند که کارفرمای آن‌ها دانشکده داروسازی است و بر همین مینا فهرست‌های مالیاتی و بیمه‌ای آن‌ها رد گردیده بود و حال این افراد شرکتی شدن را به منزله عوض شدن کارفرما و اخراج تلقی می‌کردند که تا حدود خیلی زیادی برداشت درستی هم بود و نگران بودند که وضعیت آن‌ها چه خواهد شد؟ برای مدت شش ماه از طریق یک شرکت به آن‌ها پرداخت گردید تا این که در مجلس مصوبه‌ای تصویب شد که از آن به بعد دیگر داروخانه‌های دانشکده داروسازی به طور مستقیم می‌توانند استخدام را براساس قانون انجام بدهند و براساس قانون وزارت کار هم اداره شوند. مشکلات داروخانه‌های دانشکده داروسازی دوبعد داشت یکی بعد پرسنلی و یکی بعد مالی که هر دو حل گردید و در حال حاضر این سیستم مشکلی ندارد.





### ●● پس در عین حال منتخب هم هستند؟

بله در عین حال جزء داروخانه‌های منتخب هستند. ما در سطح تهران بیش از ۲۰ داروخانه منتخب به انتخاب وزارتخانه داریم که حتی شامل بعضی از داروخانه‌های خصوصی هم می‌شود که ما هم جزء آن‌ها هستیم. در مورد این که فلسفه وجودی آن‌ها چه بوده و چرا به وجود آمدند، بسیار روشن است. کسانی که به دنبال این کار بودند و این داروخانه‌ها را به وجود آوردند، افرادی بودند مثل آقای دکتر فرسام که بسیار پیگیری کردند و این داروخانه‌ها در زمان ریاست دانشکده داروسازی ایشان به وجود آمد. فلسفه تشکیل آن‌ها هم شرکت در آموزش دانشجویان داروسازی بود با توجه به این که سایت‌های آموزشی دانشجویان گروه پزشکی بیمارستان‌ها بودند، قرار بر این بود که سایت‌های آموزشی دانشجویان داروسازی هم این داروخانه‌ها باشند که بودند و هنوز هم هستند. بعد از شروع جنگ به‌طور طبیعی یک خلا توزیع دارو در کشور به وجود می‌آید و داروخانه‌هایی را که سیستم می‌تواند به آن‌ها اعتماد کند یا در واقع می‌توانست روی آن‌ها حساب کند، این داروخانه‌ها بودند. به همین دلیل به تدریج وزنه توزیع دارو را به گردن این داروخانه‌ها گذاشتند و آن‌ها شروع به توزیع دارو کردند، در سطح تهران حدود ۲ درصد از کل دارویی که

### ●● آقای دکتر سؤالی که اینجا مطرح

می‌گردد این است که از نظر جنابعالی، فلسفه تشکیل داروخانه‌های منتخب چه بود؟ این که چرا تشکیل شدند و این که چرا نقش آموزشی این داروخانه‌ها که اساس تشکیل شان بود، به نقش دیگری واگذار گردید یا در حین این که همان نقش آموزشی را داشتند به سمت توزیع دارو آمدند. سؤال من دقیقاً این است که این‌ها چرا تشکیل شدند؟ چرا این داروخانه‌ها نقش آموزشی خود را واگذار کردند؟ و بعد در عین حال هم آموزشی داشتند و هم نقش توزیع عادلانه؟

اولاً باید بگویم واره‌ای را که به کار بردید یعنی داروخانه‌های منتخب، این‌ها به‌عنوان داروخانه‌های منتخب نام‌گذاری نشدند. اسم این‌ها داروخانه‌های دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران است و هیچ اسم دیگری ندارند. داروخانه‌های منتخب یک وادی دیگری است که ما در سطح تهران حدود ۲۰ داروخانه منتخب داریم که وزارتخانه این اسم‌ها را روی آن‌ها گذاشته و آن‌ها را انتخاب کرده است و داروخانه‌های دانشکده داروسازی بخشی از داروخانه‌های منتخب هستند، کل آن‌ها نیستند. اسم اصلی این داروخانه‌ها، داروخانه‌های دانشکده داروسازی است.



می‌توانند بهتر عمل کنند. در واقع، باید بگویید که در مقایسه با کدام سیستم خوب عمل کرده‌اند یا بد. شما باید یک مبنایی را داشته باشید، اگر شما با سایر داروخانه‌های دانشکده داروسازی در کشور مقایسه می‌کنید، خیلی بهتر عمل کرده‌اند. خیلی از داروخانه‌های دانشکده داروسازی در کشور اصلاً سایت آموزشی داروخانه‌ای ندارند، اما اگر بخواهید با ایده داروخانه‌های آموزشی که در دنیا وجود دارند، مقایسه کنید طبیعتاً ما با ایده‌آل‌ها خیلی فاصله داریم، ولی تجربه‌هایی که دانشجویان در این داروخانه‌ها می‌آموزند طبق گفته خودشان برای آن‌ها ارزشمند بوده است که می‌تواند از نظر کیفیت و کمیت بیشتر باشد. می‌توان روی این نکات کار کرد و اما در مورد این که این داروخانه‌ها باید منتخب باشند یا نه؟ چه باید بکنند، دخل و خرج را تامین بکنند یا نه به نظر من راه آینده برای این داروخانه‌ها، تخصصی شدن خدمات آن‌ها است. ما می‌توانیم در این داروخانه‌ها خدمات بسیار تخصصی ارائه بدهیم و بابت آن‌ها هزینه‌هایمان را دریافت کنیم. با این کار هم پویایی سیستم خودمان را از نظر اقتصادی از دست نمی‌دهیم، هم این که یک سری خدمات تخصصی و فوق تخصصی ارائه می‌گردد که در کشور وجود ندارد و به آن‌ها نیاز داریم. مثل داروهای ترکیبی تزریقی،

در کشور فروخته می‌شد، از این داروخانه‌ها توزیع می‌گردید. مقدار عددی آن را دقیقاً نمی‌دانم و شاید هنوز هم این روند ادامه دارد، همین عامل باعث ایجاد مشکل برای دانشجویان داروسازی گردید، اما از سال ۱۳۷۱ به بعد دوباره این نقش آموزشی داروخانه‌ها تا حدودی احیا شد و با گماردن اساتید برای دانشجویان داروسازی سعی کردند تا این نقش را احیا کنند و این که تا چه حد موفق بودند، باید نظر کسانی را که این دوره‌ها را طی می‌کنند جویا شد.

●●● آقای دکتر شما جایگاه این داروخانه‌ها را در شرایط فعلی به چه صورت می‌بینید؟ این که این داروخانه‌ها همان‌طوری که فرمودید به صورت منتخب نباشد و داروخانه‌ها تنها به سمت آموزشی شدن بروند و در آن‌ها تنها اطلاعات علمی ارائه شود و یا اینکه سرویسی را داشته باشند که در واقع دخل و خرج آن‌ها را تامین کند؟ کلاً نظر ما این است که در باب آموزشی شدن آن‌ها کمی صحبت کنیم. از نظر شما داروخانه‌ها از بعد آموزشی تا به حال خوب عمل کرده‌اند یا بد؟ خوب است که من سؤال‌ها را یکی یکی عنوان کنم. بحث ما بعد آموزشی قضیه است. در یک جمله بفرمایید که آیا این داروخانه‌ها در این بعد تا به حال خوب عمل کرده‌اند یا بد؟





●● آقای دکتر کمی به عقب برگردیم زمانی که شما مسوول داروخانه‌های دانشکده داروسازی بودید، مشکلات اساسی شما چه بود؟

البته آن برهه، یک برهه خاص با مشکلات خاصی بود. تدوین راه کارهایی جهت مشروع کردن پروسه‌های مالی ما کار بسیار سختی بود که باید انجام می‌شد. تکلیف پرسنل از این نظر که روشن شود که کارفرمای آنان چه کسی است نیز باید مشخص می‌گردید. این نکته شاید خیلی ساده به نظر بیاید ولی از نظر قانونی بسیار کارهای پیچیده‌ای بود که باید صورت می‌پذیرفت. مشکل دیگری که سیستم دارد بار اضافی هست که از طرف جامعه به آن تحمیل می‌شود. نسخه‌های زیاد و شلوغی داروخانه‌ها همیشه هست و همین طور افزایش فروش و توزیع و باید گفت که کنار کشیدن خودمان هم شاید صلاح نباشد.

●● آقای دکتر من یادم می‌آید که در گذشته داروخانه‌هایی مثل داروخانه امام خمینی داروهای شیمی درمانی توزیع می‌کردند، اما هیچ وقت موفق نبودند. شما علت موفقیت داروخانه‌های دانشکده را در چه می‌بینید و این که به نظر شما علت عدم موفقیت سایر داروخانه‌ها چه بوده است؟

در حقیقت، من سیستم داروخانه‌های دیگر را نمی‌دانم و نمی‌توانم قضاوت کنم، ولی

داروهای تزریقی به‌طور کلی، داروهایی که باید برای بیمار به‌صورت روزانه تهیه بشود و در حال حاضر انجام نمی‌گردد.

●● یعنی داروهای تزریقی را در داخل داروخانه آماده بکنند؟

بله. به همین دلیل می‌گویم که داروهای تخصصی را ارایه بدهیم. در فضای ۱۳ آبان و سایر داروخانه‌های ما که همگی بزرگ هستند. امکان چنین کاری هست. منتهی باید ببینیم که پرداخت شرکت‌های بیمه چقدر باشد که بتواند جبران بکند. دوم نیازهای بیماران را که بیمارستان‌ها نمی‌توانند جوابگو باشند، داروخانه‌های ما می‌توانند برطرف کنند. بیمارستان‌ها به واسطه مشکلات مالی و پرسنلی یک سری از خدمات تخصصی را که باید ارایه نمایند، نمی‌کنند و در نتیجه این داروخانه‌ها می‌توانند وظایفی را که به عمل نمی‌آیند، انجام دهند.

در حال حاضر هیچ داروخانه‌ای این کارها را انجام نمی‌دهد و جایش خالی است.

همین‌طور ارایه خدمات آموزشی به بیماران، ما می‌توانیم کلاس‌های متعددی در سطح شهر داشته باشیم. یعنی، در داخل داروخانه‌ها برای مردم تدریس کنیم که داروهایشان را چطور مصرف کنند. در مورد دیابت، آسم، صرع و به‌طور کلی بیمارهایی که داروی زیاد مصرف کنند، می‌توانیم کلاس‌هایی را بگذاریم و اطلاعات خوبی را به بیماران بدهیم که دچار مشکل نشوند.



خوشحال بیرون بروم، ولی کارکنان داروخانه واقعاً مشکل بسیاری از افراد را حل می‌کنند. فکر می‌کنم که مردم همه این نکته را می‌دانند، وقتی به این داروخانه‌ها می‌آیند، امید دارند که دست خالی از این جا بیرون نروند و بیشتر اوقات هم بیرون نمی‌روند.

●●● شما فرمودید حس هم دردی در بین افراد وجود دارد. این می‌تواند دلیل موفقیت باشد، اما برای این که افراد بتوانند به این سمت حرکت کنند، مستلزم وجود سیستمی است که این را به افراد القا کند و ...

در ادامه آن صحبت‌ها باید گفت که عوامل دیگری هم دخیل بودند. در اینجا افراد شناخته شده‌ای سرپرست این داروخانه‌ها بودند. سالیان سال آقای دکتر سیامک‌نژاد، بعد آقای دکتر نقدی که در حدود ۱۵ - ۱۴ سال این سیستم را اداره کردند وقتی من وارد سیستم شدم و برای عوض کردن آن سیستم را بررسی کردم (چرا که برای یک سیستم باید تمام اجزا آن را کالبد شکافی کرد) که بعد از این کار واقعاً سلامت سیستم برای ما محرز شد. با این که سازمان نظارتی ایراد داشتند که پروسه دولتی طی نشده و باید می‌شد، ولی سلامت سیستم کاملاً مشخص بود. این هم یکی از عوامل مهم در موفقیت این سیستم بوده است، چرا که به نظر من وقتی سیستم سالم کار می‌کند و در آن مشکلی

باید بگویم که پرسنلی که در داروخانه‌های ما هستند، کارکنانی هستند که بسیار به بیمار حساس می‌باشند. علیرغم شلوغی که در این داروخانه‌ها وجود دارد، کارکنان آن تا جایی که می‌توانند به بیماران کمک می‌کنند، نه این که هیچ‌وقت مشکلی به وجود نمی‌آید، مشکل هست، ولی شاید آن حس هم‌دردی با مردم و این که اگر کسی مشکلی دارد، باید آن را رفع کرد، همیشه حاکم بوده است. من به یاد دارم زمانی که سرپرست بودم یک آقای آمد که نسخه IVIG داشت و بیمه هم نبود، دختر ۱۱ ساله وی نیاز به این دارو داشت حدود ۷۰۰,۰۰۰ تومان پول داروی او می‌شد. گفت من ندارم و سرش را پایین انداخت من اتفاقی آنجا بودم، آن مرد گفت دختر من حدود ۶ - ۵ سال پیش این طوری شده و من هر چی داشتم، فروختم و الان دیگر پول ندارم که این دارو را تهیه کنم. هر چه می‌خواهد بشود، می‌شود و از دست من خارج است. علیرغم این که ۷۰۰,۰۰۰ تومان پول دارو بود ما دارو را از محل کمک‌های مردمی و اهدایی به او دادیم. من فکر کنم، این حس هم‌دردی با مردم و کارهای آن‌ها را راه انداختن باعث شده که سیستم، علاوه بر این که توانسته خودش را در بحران‌ها با کمک کردن به مردم سر پا نگه دارد، واقعاً با دعای خیر مردم توانسته باقی بماند. این نیست که هر کسی که وارد می‌شود



داروخانه را خالی بگذارند. فقط ۴ - ۳ ساعت در داروخانه می‌خوابیدند بیدار می‌شدند و دوباره شیفت می‌دادند. این نوع کار کردن سیستم را سرپا نگه داشت.

●●● خوب آقای دکتر حالا به شرایط فعلی برگردیم. در چند ماه اخیر صحبت‌هایی شده که البته، خود شما بهتر می‌دانید. طبق آمارهایی که داده شده ۷۰ درصد نسخه‌هایی که به ۱۳ آبان می‌رود نسخه‌هایی است که در داروخانه‌های دیگر هم وجود دارد یا سؤال می‌شود که آیا منطقی است که ۲ درصد کل داروهای کشور را تنها هفت داروخانه توزیع کنند؟ یک بخش‌نامه در مورد سهمیه‌بندی کردن این داروخانه بود که از طرف وزارتخانه صادر شد و بعد هم که تلفنی لغو شد. سؤال من این است که اولاً آیا شما این راه کارها را درست می‌بینید؟ این که این درصدها به این صورت باشد؟ و این که خود شما به‌عنوان یک راه کار پیشنهادی چه فکری می‌کنید که بیمار داروخانه نزدیک منزل خود را رها نکند، به داروخانه‌های دانشکده نیاید و یک باری را به اینجا اضافه نکند؟ من نمی‌دانم که این درصدها از کجا می‌آید. باید ببینیم مرجع این آمارها چیست و آیا درست هستند یا نه؟ فقط می‌توانم بگویم از زمانی که من سرپرست داروخانه‌ها بودم، سعی کردیم که یک سری از افرادی

نیست (علاوه بر سخت کار کردن کارکنان) عامل بسیار مهمی بوده و به سیستم کمک کرده، البته علیرغم چیزهایی که گفته شد، حداقل وقتی که ما داشتیم سیستم را عوض می‌کردیم هیچ چیزی نبود که ما را به سمتی ببرد که خدای نکرده کار خلاقی در سیستم انجام گرفته است. عامل دیگری که می‌توان مطرح کرد اتصال این داروخانه‌ها به مرکز علم یعنی دانشکده داروسازی بود. علاوه بر آن، به جوان‌هایی که در این مرکز یعنی دانشکده تحصیل می‌کردند و در این سیستم کار می‌کردند، متصل بود، این افراد سیستم را پویا نگه می‌داشتند. کسانی که سال‌های سال بدون چشم‌داشتی و صادقانه برای این سیستم کار کردند، چرا که این داروخانه‌ها به دانشکده داروسازی تعلق داشتند و این افراد هم به دانشکده تعلق خاطر. من فکر می‌کنم این چند عامل توانست این داروخانه‌ها را موفق کند. سالم بودن مدیریت، کارکنان خوب و هم‌دردی با مردم، وصل بودن به مرکز دانشگاهی، داشتن نیروهای جوان و پویا، استفاده کردن از نقطه نظرهای این افراد (چرا که بعضی‌هاشان واقعاً به سیستم خیلی کمک کردند) و دانشجویانی که خالصانه و مخلصانه گاهی شبانه روز کار کردند. ما دانشجو داشتیم که ۷۲ ساعت از داروخانه بیرون نیامده بود و تا ۵ - ۴ شبانه روز در داروخانه بودند، زیرا نمی‌خواستند شیفت



می‌دهد که تمام داروهایش را از یک داروخانه بگیرد، داروخانه‌ای که تمام داروهایش را دارد. ●●● البته، باید توجه داشته باشید که این در صدی که دادند درصد نسخه‌هایی است که می‌توانند از جاهای دیگر تهیه کنند.

من فکر می‌کنم که نسخ نیست بلکه اقلام دارویی است. یعنی اقلام دارویی را نگاه کرده‌اند، ولی اگر نسخه‌ها را توجه کنند، ببینند که این نسخه را به‌طور کامل کجا پیچیده‌اند. آیا ۱۳ آبان کامل می‌پیچد یا جای دیگر؟ در این صورت خواهید دید که نسخه‌هایی که وارد ۱۳ آبان می‌شوند، بیشتر نسخه‌هایی هستند که جاهای دیگر به‌طور کامل پیچیده نمی‌شوند. دلیل این مساله این است که تمام داروها همه جا وجود ندارد و این یک ایراد است. در این شرایط هم تقریباً برای ما غیر ممکن است که همه داروها را همه جا داشته باشند. مثلاً قرص سدیم والپروات را وقتی در بازار نبود، یک دفعه ۲۰۰۰ تا در سطح تهران توزیع کردند که مثل ریختن یک پارچ آب روی یک هکتار زمین خشک بود. اگر این روی ۲۰۰۰ تا را در یک داروخانه می‌گذاشتند، شاید بهتر بود. چرا که همه می‌دانستند که آنجا هست و به آنجا مراجعه می‌کردند. ما برای اجرای یک سیاست همیشه باید گام به گام عمل بکنیم، در غیر این صورت به سیستم ضربه می‌زنیم. البته، باید بگوییم که در هیچ

را که به ۱۳ آبان می‌آیند، به داروخانه‌های دیگر بفرستیم. مثلاً داروخانه‌های اطراف ۱۳ آبان اما مردم قبول نمی‌کردند. من به یک خانمی گفتم که باید یک ساعت اینجا معطل بشوید. بهتر است به خیابان بالایی بروید، هم خلوت است و هم داروهای شما را دارند. این خانم به من جواب داد که من می‌خواهم داروهایم را از ۱۳ آبان بگیرم، شما چه کار دارید. من نمی‌دانم چرا این ذهنیت وجود دارد. به خاطر اعتماد است یا به خاطر عدم اعتماد به جاهای دیگر؟ چرا که گاهی ممکن است به شما اعتماد نداشته باشند، ولی به خاطر عدم اعتماد به جاهای دیگر به طرف شما می‌آیند. من علت واقعی را نمی‌دانم. ارایه خدمات بهتر هست؟ ما آن چنان خدماتی ارایه نمی‌کنیم که تصور کنیم این عامل بیمار را جلب می‌کند. البته، به خاطر شلوغی این داروخانه‌ها، فرصتی هم برای این کار نیست، ما اصلاً با بیمار صحبت نمی‌کنیم. یک سری هم به خاطر مقرراتی که بیمه‌ها، دارند، به این داروخانه مراجعه می‌کنند. مثلاً ممکن است چهار قلم دارو نوشته شود که سه قلم داروهای معمولی و یک قلم داروی تخصصی باشد. اگر این شخص آن سه قلم را در یک داروخانه دیگر بگیرد، مجبور است که قلم چهارم یعنی داروی تخصصی خود را خارج از بیمه تهیه کند یا باید برود تا پزشک یک نسخه دیگر بنویسد. به همین دلیل، ترجیح



دارو پشت در داروخانه بود. همان چیزی که نیاز داشتیم و در نتیجه، لازم نبود ما چیزی را انبار کنیم.

### ●● شما افزایش قیمت دارو هم داشتید؟

بله ولی در مقابل پولی که باید بخواهید به حدی ناچیز است که قابل مقایسه نیست. در واقع، خواب پول خیلی بیشتر بود. اینجا هم همین طور است. اینجا هم به اجبار داروخانه‌ها این کار را می‌کنند. پول در بیمه می‌خواهد، ولی اگر نیاز فردا را به جای ۱۵ روز پیش همان فردا دریافت کنیم، باز هم در پرداخت‌ها جلو هستیم.

### ●● آقای دکتر از کشورهای دیگر

صحبت کردید. من اطلاع ندارم آیا در کشورهای دیگر هم داروخانه‌های منتخب وجود دارد یا نه؟

خیر، من خدمت شما عرض کردم که هر داروخانه‌ای می‌تواند هر دارویی را داشته باشد. البته، بر حسب نیازش منتهی باید سفارش بدهد. محدودیتی ندارد.

### ●● آقای دکتر در ارتباط با پررنگ‌تر

شدن نقش آموزشی داروخانه‌های دانشکده داروسازی چه برای دانشجویان داروسازی و چه برای مردمی که جهت دریافت دارو

مراجعه می‌کنند، چه پیشنهادی دارید؟

شاید منطقی‌ترین راه این باشد که بار کاری خودمان را کم کنیم. یک سری از داروهایی که به داروخانه‌های ما داده

جای دنیا این طور که همه داروخانه‌ها همه داروها را داشته باشند، اصلاً مقرون به صرفه نیست ولی سیستمی دارند که داروخانه‌ها می‌توانند دارو را سفارش بدهند و دارو را ظرف ۴۸ - ۲۴ ساعت برای بیمار تهیه کنند. می‌دانند که عمده فروش آن‌ها تمام داروها را دارند. با عمده فروش خود تماس می‌گیرند و دارو را سفارش می‌دهند. با سفارش بعدی که معمولاً ۲۴ ساعته است، دارو را تحویل می‌گیرند. هیچ داروخانه‌ای در خارج از ایران بیشتر از ۱۰ بسته آموکسی سیلین ندارد، ولی ما گاهی در انبارهایمان ۱۰۰۰ - ۵۰۰ بسته ۱۰۰ تایی انبار می‌کنیم. این خودش نامتعادل کردن سیستم توزیع می‌شود. در صورتی که اگر داروخانه بداند که در صورت نیاز، شرکت پخش داروی مورد نیاز را ۲۴ ساعته در اختیار می‌گذارد، هیچ وقت در انبار چنین رقم‌هایی نخواهند داشت. گردش خودشان را ۲۴ ساعته می‌کنند، چرا که باید پول پرداخت کنند. داروخانه‌های ما هم که داروها را انبار می‌کنند، مجبور هستند از بانک پول بگیرند و ۲۴ درصد مضاربه بدهند، در حالی که اگر دارو به قول معروف *Just in time* باشد، یعنی وقتی نیاز دارید، در دسترس شما باشد، احتیاجی به انبار دارو نیست. من به‌عنوان یک داروساز که در کشورهای دیگر کار کرده‌ام، عملاً دیده‌ام که ما شب ساعت ۱۱ دارو سفارش می‌کردیم، صبح ساعت ۸



استفاده نمود که با مردم صحبت بکنند. پیشنهاد دیگر من در رابطه با آموزشی‌تر شدن و کاربردی‌تر شدن رشته داروسازی در دانشگاه علوم پزشکی تهران است، ما در سال‌های اول تحصیل دانشجویان احتمالاً سال اول یا دوم این دانشجویان را وارد داروخانه‌ها کنیم. حداقل برای ۵۰ - ۴۰ ساعتی داروخانه‌ها را ببینند، قبل از این که درس‌های اصلی آن‌ها شروع بشود. این کار کمک زیادی به دانشجویان می‌کند. این که دانشجویان ببینند که به کجا می‌روند، چه رشته‌ای را می‌خوانند، دید بهتری پیدا می‌کنند و یک مقدار داروها را بهتر می‌شناسند که وقتی سر کلاس صحبت می‌شود، بدانند که راجع به چه صحبت می‌گردد. راه سوم این است که اصلاً از سال اول برای دانشجویان داروسازی به ترتیب شیفت‌های یک ماهه در داروخانه‌ها بگذارند. هر ماه ۱۰-۵ نفر از دانشجویان وارد سیستم بشوند. بعد ماه دوم، ماه سوم ... همین‌طور یک ماه یک ماه. فقط به‌عنوان آشنایی با داروسازی و داروخانه‌ها این روش می‌تواند در دراز مدت هم داروخانه‌ها را پویا بکند و هم رشته داروسازی را. این عقیده شخصی من است که هر جا ما جوانانمان را وارد سیستم می‌کنیم، سیستم ما پویا

می‌شود، یک سری داروهای تخصصی‌مان را کم بکنیم تا بتوانیم بار کاریمان را کم کنیم و بتوانیم به دانشجویان رسیدگی کنیم که البته، این راه به دلایل مختلف عملی نیست. شاید عملی‌ترین راه این باشد که ما در داروخانه‌های مختلف قسمتی را با اسم قسمت مشاوره درست کنیم. قسمت آرایشی - بهداشتی داروخانه‌هایمان را حذف بکنیم مگر آن اقلامی که واقعاً ضروری است. قسمت‌های آرایشی - بهداشتی را به‌صورت اتاقک‌های کوچک در بیاوریم. اتاق‌های مشاوره در داروخانه‌ها طراحی کنیم که وقتی مردم احتیاج دارند به این اتاق‌ها ارجاع داده شوند. در مواردی که احساس شود تا بیمار باید اطلاعات بیشتری راجع به دارو درمانی خود بگیرد، در رابطه با نسخه‌هایی که پیچیده هستند، اقلام زیادی دارند و یا دارو باید به شکل خاصی مصرف شود، باید به بیمار آموزش داده شود. در کل آموزش حتی برای نسخه‌های هم اساسی است و می‌تواند در بهبود فرآیندهای درمانی کمک کند. این یک راهی است که خرج زیادی هم برای سیستم ندارد و راه اندازی آن راحت است. تنها سختی آن این است که باید نیروهای کارآمد داشته باشید که همیشه در آنجا بنشینند. از داروسازهای بالینی با استعدادی که در حال فارغ‌التحصیل شدن هستند و یا از رزیدنت‌های داروسازی بالینی هم می‌توان





سرپرست داروخانه‌های دانشکده کار کردم و هم زمان به‌عنوان معاون مالی - اداری دانشکده داروسازی نیز بودم که از ماه سال ۱۳۷۶ تا بهمن ۱۳۷۹ طول کشید. ۱/۵ سالی بین معاون پشتیبانی بودن و سرپرست داروخانه‌های دانشکده تلاقی وجود داشت. بعد از آن هم برای یک فرصت مطالعاتی به آمریکا رفتم. بعد از برگشت هم از مهر سال ۱۳۸۰ در معاونت غذا و دارو به‌عنوان رئیس دفتر تحقیق و توسعه مشغول به کار شدم که البته، در دانشکده هم وظایف آموزشی خودم را انجام می‌دهم.

●● پس شما دقیقاً از چه زمانی در داروخانه حضور داشتید؟

از ۴ اردیبهشت سال ۱۳۷۵ تا دوم بهمن ۱۳۷۹. ●● آقای دکتر بعد از این مصاحبه من چه سؤالی را مطرح می‌کردم جنابعالی پیش خودتان می‌گفتید که یک مصاحبه خوبی را انجام داد؟ چه سؤالی مانده که من نپرسیدم و اگر می‌پرسیدم شما اینطور فکر می‌کردید؟

شما تقریباً تمام سوال‌ها را گفتید. منتهی سؤال اصلی این است که سیاست‌گذاری داروخانه‌هایی که دانشجویان داروسازی باید در آن‌ها دوره ببینند را چه کسی باید بگذارد؟ به چه شکل باید بگذارند؟ چه مرجعی باید استانداردهای آن را تعیین کند؟ و وقتی این استانداردها را تعیین کردند، بازوی اجرایی

می‌شود، زیرا از نظرات آن‌ها، قدرت جوانی آن‌ها و نحوه نگاه کردن به مسایل روزشان بهره‌مند می‌شویم و سیستم را به جلو می‌بریم.

●● آقای دکتر لطف کنید و سابقه خودتان را در عرصه داروسازی بیان فرمایید. من از سال ۱۹۷۹، در آمریکا ایالت داکوتای شمالی وارد رشته داروسازی شدم، لیسانس ۵ ساله داروسازی خودم را در ۱۹۸۳ گرفتم. بعد وارد رشته شیمی دارویی شدم (یا همان علوم دارویی با گرایش شیمی دارویی) گردیدم و فوق لیسانس خودم را در ۱۹۸۶ گرفتم. سپس، وارد دوره تخصصی داروسازی بالینی شدم و در سال ۱۹۸۹ فارغ التحصیل گردیدم. همان سال به‌عنوان استادیار دانشکده داروسازی دانشگاه ایالتی داکوتای جنوبی پذیرفته شدم و دو سال یعنی تا سال ۱۹۹۱ به‌عنوان استادیار گروه داروسازی بالینی تدریس می‌کردم. در سال ۱۹۹۱ به ایران آمدم فکر می‌کنم تیر ماه ۱۳۷۰ بود، آبان ماه ۱۳۷۰ وارد دانشکده داروسازی شدم و به‌عنوان استادیار گروه داروسازی استخدام شدم که چند سال بعد گروه داروسازی بالینی تشکیل شد و بعد در سال ۱۳۷۸، هم به‌عنوان دانشیار دانشکده داروسازی گروه داروسازی بالینی شروع به کار کردم. در این مدت از سال ۱۳۷۵ تا تیر ماه سال ۱۳۷۸ به‌عنوان مدیر داروخانه ایشار خدمت می‌کردم. بعد از سال ۱۳۷۸ به‌عنوان



تدوین نشده هم دانشکده‌های پزشکی و هم دانشکده‌های داروسازی باید به فکر آن باشند. من فکر می‌کنم که این‌ها سؤالاتی هستند که اگر مطرح شوند شاید خیلی‌ها را به فکر بیندازد تا سراغ یک سری از کارها بروند که باعث شود واحدهای آموزشی ما پویاتر شود.

### ●●● سؤال‌ها فعلاً جوابی ندارند؟

تا آنجایی که من می‌دانم، ندارند. می‌دانم که این کار باید از شورای آموزشی تخصصی داروسازی شروع گردد. به نظر من شورای آموزشی داروسازی و تخصصی در حقیقت همان دبیرخانه، از آنجا باید شروع بشود. حالا آن‌ها چه مقدار اختیارات دارند یا ندارند، من جواب را نمی‌دانم.

آنچه خواهد بود؟ وقتی استانداردها تعیین شد، اگر داروخانه‌های دانشکده داروسازی آن استانداردها را نداشتند و یا رعایت نکردند از نظر قانونی چه کسی می‌تواند با آن‌ها برخورد کند؟ ضمانت اجرایی آن چیست؟ این‌ها سؤالاتی است که باید مطرح شود و سیستم باید برای آن‌ها واقعاً جواب داشته باشد. یعنی جوابی که بتواند آموزش دانشجویان داروسازی را ارتقا بدهد. اگر یک بار بیمارستانی تصمیم بگیرد که انترن یا رزیدنت را خودش راه ندهد چه کسی با آن برخورد می‌کند؟ قانوناً چه وضعیتی خواهد داشت؟ آیا این قوانین تدوین شده یا نشده، من نمی‌دانم. اگر تدوین شده پس ما خیلی عقب هستیم. ما باید به دنبالش باشیم و اگر