بیش از دو ماه از آغاز طرح تحول نظام سلامت کشور می‌گذرد. به همین مناسبت برای آشنایی بیشتر با نقاط قوت و ضعف این طرح ملی با یک متخصص متعهد دغدغه‌مند در این حوزه که تجربه حضور در عالی‌ترین سطوح تحقیقاتی و مدیریتی سیستم بهداشت و درمان غرب را پشت سر گذاشته تا فرصت خدمت‌رسانی به هموطنانش را در آغوش بگیرد، همکلام شدیم. دکتر مجتبی مجتهدزاده کسی است که مفتخر به اخذ جایزه حکیم جرجانی از دوازدهمین جشنواره ابن سینا است و بارها در دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران از جانب دانشجویانش به عنوان استاد نمونه متعهد به تربیت متخصص مردمی مورد تقدیر قرار گرفته است. مجتهدزاده محقق برگزیده دانشگاه‌های آمریکاست اما پیشرو بودن در عرصه جهانی داروسازی بالینی و طب اورژانس را تنها مسیری برای خدمت به خلق الله و تربیت انسانی برمی شمارد. او کارگشایی از گره‌هایی که پیش روی نظام سلامت کشورمان قرار دارد را نیازمند دستان درد ستیز و تفکر طبیبانه دانست و از ضرورت به راه افتادن «طرح تعهد» در ذیل اجرای طرح تحول نظام سلامت برایمان صحبت کرد. به اتاقش که مزین به عکسی از رزمندگان اسلام در جنگ تحمیلی است وارد می‌شویم و پای درد دل این استاد کهنه کار اما جوان دل و پاک نیت می‌نشینیم.

گفت وگوی اختصاصی کیهان با پروفسور مجتهدزاده:

طرح تحول نظام سلامت و چند پیشنهاد راه‌گشا

*** اگر نگاه ما به طرح تحول نظام سلامت فقط این باشد که بیمار ۱۰ درصد از هزینه‌های درمانی را پرداخت می‌کند و مابقی را دولت و بیمه‌های می‌پردازند ما به مراد مولف جفا کرده ایم! اقتصاد مقاومتی همچین منزلتی ندارد؛ چون آن پولی که دولت می‌دهد هم از جیب عمومی مردم پرداخت می‌شود! ما که نمی‌خواهیم سر مردم را خدای ناکرده کلاه بگذاریم! این را کودکان دبستانی هم متوجه می‌شوند که چه کسی «در واقع» هزینه‌ها را پرداخت می‌کند!**

*** یکی از بیمارستان‌های ما در دو هفته گذشته فقط ۳ میلیارد تجهیزات هزینه روی دست سیستم گذاشته است در یکی دیگر از بیمارستان‌ها در روز اول اجرای طرح تحول نظام سلامت تمام IVIG آن بیمارستان تمام شد! این دارو اختصاص به بیماری‌های خاص و نادر خودایمنی دارد...یعنی در چنین روزی همه بیماران مراجعه‌کننده مبتلا به این نوع از بیماری‌های نادر بودند؟!!**

*** جناب آقای دکتر مجتهدزاده! با توجه به موقعیت‌های عالی تحقیقاتی و علمی که در خارج از کشور داشتید چه شد که تصمیم به بازگشت به ایران گرفتید؟**

داروسازی بالینی در آمریکا از اواخر دهه ۷۰ میلادی شکل گرفت و در دهه ۹۰ به اوج شتاب خودش رسید.به طوری که فاصله‌اش با طب نوین دست کم در برخی عرصه‌ها خیلی نزدیک شد.بعد از این که دوره تکمیلی مراقبت‌های ویژه در قسمت جنوبی آمریکا- تگزاس- را به اتمام رساندم چون متخصصین این رشته و دوره تکمیلی عده‌شان انگشت شمار بود، طبیعتا فرصت‌های شغلی متنوعی از سوی حوزه‌های دانشگاهی، صنعت و غیره می‌توانست مطرح باشد و مجالی هم بود برای تجربه اندوزی بیشتر. اما دنیای غرب به ویژه ایالات متحده آمریکا یک مجموعه‌ای است از ضعف‌ها و قدرت‌ها! شما تا بیایید قدرت‌ها را کسب بکنید خودبخود ضعف‌هایش هم سراغ شما می‌آید. یک اتفاقاتی هم دست به دست همدیگر داد و باعث شد که من سال ۱۹۹۳ برای بازگشت به کشور مصمم بشوم.

البته خیلی از کسانی هم که رحل اقامت در دنیای غرب را با تمام جذابیت‌هایش برگزیدند لزوما تمام تعلقات و تعهداتشان را نسبت به کشور و مردم و خانواده شان از دست نداده اند. منتها همواره توجیه می‌کنند که در یک فرصتی بعد از این که اندوخته‌ها و تجربه‌ها به کمال رسید، برمی گردم!

***به نظر شما نقش «داروسازی بالینی» در طرحی که اکنون به نام «تحول نظام سلامت» در حال اجراست کجای این پازل می‌تواند تعریف شود؟**

من ابتدا می‌خواهم تشکر کنم از کسانی که خیلی با شجاعت این برنامه را مهندسی کردند و شاید در زمره طرح‌هایی باشد که بیش از پیش به عدالت نزدیک هست و واقعا برای مردم یک اتفاق بزرگی است. پیش از این من به یاد ندارم، طرحی در این اندازه به مرحله اجرا رسیده باشد. برای من که نزدیک به دو دهه و بیشتر در عرصه مراقبت‌های ویژه مفتخرم که به کشور خدمت کرده‌ام همواره در این سال‌ها شریک درد بیماران و دردمندانی بودم که مجبور بودند تمام پس اندازه و ذخایر سال‌ها درد و رنج و محنت را هزینه کنند برای درمانی که بعضا ممکن است فرجامش هم مشخص نباشد. به هر تقدیر شما گواهی می‌دهید وقتی انسان فرزند یا عزیزان و نزدیکانش در بخش‌های مراقبت‌های ویژه بستری می‌شوند ممکن است درمان به واسطه مشکلاتی طولانی شود وطولانی شدن درمان همان و بالا رفتن هزینه‌ها همان! در بعضی از موارد شاهد بیمارانی بودم در این سال‌ها که «همه چیز» را دادند و بیمارشان هم متاسفانه فوت شد. حال این که به نظر من این اصلا منصفانه نبوده و نیست و نخواهد بود! درد که بخشی از گوهر وجود افراد نیست! بیماری یک چیز عرضی است و حتما بیمار منزلت دارد! عجیب است که به نظر می‌رسد مهره گم شده در نظام سلامت ما همانا «بیمار» باشد. انگار اصلا فراموش کرده بودیم دارو و درمان را برای که می‌خواهیم! فکر می‌کنم طرح نظام سلامت از یک مسائل دیگری هم پرده پوشی کرد که شاید چهره ناخوشایند نظام سلامت باشد. کسانی که در طول این سال‌ها به واسطه آشفتگی‌هایی که در نظام تجویز و نظام مدیریت بر تجویز و فرهنگ مصرف بود بهره مند شدند و تبدیل شدند به موسسات قدرتمند اقتصادی و باید سوال کرد که این‌ها چقدر سهم داشتند در آموزش و پژوهش در مجموعه سیستم‌های درمانی اعم از پزشکی، داروسازی و پرستاری و غیره.

*** منظورتان به صراحت شرکت‌های چند ملیتی هستند؟**

بله! به طور قطع! مخصوصا یک مجموعه‌های ویژه‌تر و خاص‌تر که خیلی هم بیشتر بهره مند شدند! این که شما سوال تان را با نقش داروسازی بالینی در طرح تحول نظام سلامت آغاز کردید این سوال خیلی خاص بود. پاسخ ابعاد خیلی گسترده‌ای دارد. ما باید اصلا سوال کنیم که برای یک همچین رشته‌ای در دنیا چه منزلتی قائل شده‌اند و اصلا علت سبب‌ساز تولد چنین رشته‌ای در جهان چه بوده است؟ هر چقدر که درمان‌ها به سمت پیچیده شدن پیش رفت و طب فوق‌تخصصی‌تر شد و تولیدات جدیدی نیز در عرصه صنعت دارو اتفاق افتاد طبیعتا «پایش درمان» چه از منظر دارودرمانی و چه از منظر زیست درمانی نیازمند این بود که متخصصینی تربیت شوند که بر علوم دارویی تسلط دارند و در عین حال معلومات پزشکی مکفی نیز داشته باشند. این موضوع در مورد مراقبت‌های خاص، علم پیوند، نوزادان و مواردی از این دست به اوج خودش رسید و سبب‌ساز ایجاد رشته «داروسازی بالینی» شد که در واقع خدمات دارویی هم از منظر آماده‌سازی و نگاه داری و هم در حوزه تجویز و مصرف ساماندهی و مدیریت شود. این موضوع تاثیر خودش را در مباحثی مثل پایش سطح خونی داروها به تناسب موقعیت فیزیولوژیکی بیماری‌ها، بحث کنترل درد، و در مواردی از این دست تدوین دستورالعمل‌های دارویی را برعهده بگیرند. همه این موضوعات نیاز مضاعفی برای تربیت متخصصینی از داروسازی ایجاد کرد که به نوعی برنامه‌های تجویز و مصرف دارو را به صورت مستمر در بیماران بستری و مراکز درمانی پیگیری بکنند. آمار و ارقام هم در همان دهه ۸۰ میلادی به نفع داروسازی بالینی بود. چرا که در عمل دیدند که مداخلات این متخصصین به ازای هر ۱ دلار هزینه برای تربیت داروساز بالینی، ۱۸ دلار بازدهی به همراه داشته است. متوجه شدند که متخصصین این رشته می‌توانند هزینه‌های درمان را به شکل شگرفی پایین آورده و در عین حال کیفیت درمان را بهتر کنند و طول مدت بستری، عود بیماری و شرایط فیزیولوژیکی بیماران را خصوصا در حوزه‌هایی که ناپایداری وجود داشته، به بهبودی نزدیک کنند.

*** پس جنابعالی داروساز بالینی را حلقه واسط بین بیمار و پزشک می‌دانید که می‌تواند با پایش کل سیستم درمان، هم هزینه‌ها را کاهش داده و هم کیفیت درمان را بهبود می‌بخشد.**

به طور قطع! رشته داروسازی بالینی با همین هدف تاسیس شد اما با مرور زمان محدود به همین‌ها هم نشد و دوره‌های تکمیلی نیز متولد برای تربیت محققین بالینی! یعنی متوجه شدند که این‌ها به علت پایش دائمی سیستم دارو- درمان می‌توانند محققین برجسته‌ای هم شوند. در عرصه سلامت برای این که بتوانید به بهترین شیوه درمانی دست پیدا بکنید لازمه اش این است که بتوانید مطالعات بالینی- بنیادی انجام دهید.

دهه ۹۰ ما شاهد این بودیم که در ۶ حوزه از تخصص داروسازی بالینی دوره‌های فلوشیپی یا «دوره تکمیلی تخصصی» هم شکل گرفت. فارغ التحصیلان این دوره دیگر هم تراز علمی متخصصینی به حساب می‌آیند که در همان حوزه طبابت می‌کنند؛ یعنی مرزها از میان برداشته می‌شود. چرا که «منطق پزشک سالاری» که نداریم، «بیمار محوری» است و نظام سلامتی که بر این اصول استوار است دیگر دغدغه صنفی ندارد. چرا که منزلت بیمار اینجا مد نظر است. طرح نوین تحول نظام سلامت که با محوریت «سلامت محوری» مولفه‌های خودش را مشخص کرده، چشم انداز خیلی روشنی را برای تمام حرف پزشکی حتی در سطوح عمومی، به ارمغان می‌آورد. اگر مراد ما کمال‌طلبی برای بیمار باشد طبیعتا حتی داروخانه‌های سطح شهر شما نیز نمی‌توانند سلامت محور نباشند. دیگر شما به عنوان یک شهروند نگران این نخواهید بود که فرزندتان در مراجعه به داروخانه یک فضای کاملا «غیر عادی» را که به طور معمول امکان تجربه کردن محتوای آن در زندگی کودکانه میسر نیست، تماشا کند!

*** علت این موضوع را چه می‌دانید؟**

این‌ها همه ناشی از بی توجهی به «منزلت شغلی» است چون وقتی فرهنگ «مصرف» مطرح باشد نهایتا ناچار به از دست دادن مواردی هستیم. به طور مثال وقتی یک کودک نیاز به ارتباط‌گیری معمولی با داروساز دارد اصلا امکان ورود به این حوزه را ندارد چه برسد به این که بخواهد با مادرش معلوماتی را نیز از آنجا کسب بکند! سوای از این که داروخانه یک «فروشگاه لوکس» است وسایل و تجهیزاتی که باید به طول معمول مخفی باشد و ضرورتی نیز برای آشکار ساختن شان وجود ندارد در داروخانه به عجیب‌ترین شکل ممکن به نمایش گذاشته شده است! خود این موارد نگرانی‌های حرفه‌ای را به دنبال می‌آورد.

*** داروخانه سلامت محور در کجای پازل قرار می‌گیرد؟**

وقتی ما می‌گوییم داروخانه «سلامت محور» در واقع از پیوند این واحد با داروسازی بالینی صحبت می‌کنیم. پس فارغ التحصیل داروسازی حتی در بخش عمومی در حقیقت پیوند با این موضوع دارند. دکترای حرفه‌ای ما در واقع قداستش در «بالینی» بودنش است. اگر بخواهیم فقط نگاه صنعتی و غیر بالینی داشته باشیم قداست این حوزه از بین می‌رود. یعنی ما عملا پذیرفته‌ایم که متخصصین «محصول محور» تربیت می‌کنیم! وقتی به فارغ التحصیل مدرک «دکترای حرفه ای» می‌دهیم یعنی به قداست علم توجه داشته ایم به این دلیل که این فرد قسم می‌خورد که از آبروی بیمار، از اعتبار و سلامت بیمار به واسطه معلومات دارویی که دارد حراست کند. همه این حوزه‌ها با حضور داروساز بالینی در نظام سلامت «بیمار محور»تر از پیش خواهد شد. ما می‌خواهیم تا ۱۰ سال آینده «داروخانه اطفال» داشته باشیم کما این که پزشک اطفال داریم! «داروخانه سالمندان» داشته باشیم! اگر نگاه ما به طرح تحول نظام سلامت فقط این باشد که بیمار ۱۰ درصد از هزینه‌های درمانی را پرداخت می‌کند و مابقی را دولت و بیمه‌ها می‌پردازند ما به مراد مولف جفا کرده ایم! اقتصاد مقاومتی همچین منزلتی ندارد؛ چون آن پولی که دولت می‌دهد هم از جیب عمومی مردم پرداخت می‌شود! ما که نمی‌خواهیم سر مردم را خدای ناکرده کلاه بگذاریم! این را کودکان دبستانی هم متوجه می‌شوند که چه کسی در واقع «هزینه‌ها» را پرداخت می‌کند!

*** آیا امکان هماهنگ ساختن طرح با اقتصاد مقاومتی وجود دارد؟**

وقتی مرجع ما حکم می‌کند به «اقتصاد مقاومتی» من فکر می‌کنم که وزارت بهداشت مراد و مولف را فهمیده که این به معنای بهینه ساختن فرهنگ مصرف و فرهنگ تجویز است. ما ضمن این که با تمام وجود خوشحالیم از این که طرح تحول به نفع دردمندان جامعه است اما به عنوان متخصصین داروسازی بالینی نگرانی‌های خیلی بزرگی هم داریم. چرا که این طرح در واقع باعث «افزایش مصرف» شده است. هم در حوزه تجهیزات و هم در حوزه دارو!

متاسفانه جو غلطی حاکم شده مبنی بر این که حالا که قرار است دولت درصدش را بدهد ما بیاییم داروهای «برند خارجی» مصرف بکنیم! تجهیزات چنین و چنان استفاده کنیم! و در واقع اینجا تنها موسساتی مشخص و معلوم نفع می‌برند و ضرر نهایی باز هم متوجه مردم خواهد شد.

حتی من به عنوان یک جمله معترضه توام با اعلام خطر عرض می‌کنم که ادامه این طرح در شرایط فعلی باعث می‌شود نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در شش ماه آینده با بن بست مواجه شود!

*** پیشنهاد شما چیست؟**

ما نمی‌توانیم طرح تحول نظام سلامت را اجرایی کنیم بعد یک شبه انتظار داشته باشیم «تحول حقیقی» هم شکل بگیرد.وقتی مصرف به شکل آشفته و بی رویه‌ای بالا رفت «داروساز بالینی» هیچ نقشی نمی‌تواند برعهده بگیرد! در یک سیستم قانونمند فقط می‌توان با مدیریت دارویی مصرف را کنترل کرد، غیر از این باشد همان مراکز درمانی و کادر نظام سلامت تبدیل به جزئی از عوامل شکست سیستم خواهند شد.

بهترین اتفاقی که در صحیفه نظام سلامت پس از انقلاب رخ داد بحث «تولید دارو» بود. ما ۹۰ شرکت تولید دارو داریم و دست کم می‌توانم بگویم از این تعداد، ۲۰ درصدشان منزلت GMP دارند یعنی تولیدات آنها دارای کیفیت قابل قبول جهانی است. پس وزارت بهداشت می‌تواند با مدیریت دقیق بحث مصرف، درآمد حاصل از صرفه جویی ناشی از آن را صرف بهبود کیفیت تولیدات داخلی کند. جایی سخنرانی می‌کردم توصیه کردم به مستمعین که تمام ظروف پلاستیکی شیر و ماست را قبل از این که داخل کیسه بیندازید بشویید! این را عرض می‌کنم چون جنبه تربیتی دارد...بالاخره شما که نمی‌دانید این ظروف به دست چه کسی می‌افتد! پس شما که نسخه می‌نویسید برای داروهای برند خارجی در واقع بخشی از سهم کودک زباله جمع کن از درآمد عمومی کشور را به جیب شرکت‌های چندملیتی روانه می‌کنید! بالاخره این حکم قرآن است؛ وظیفه ماست! بنده اگر توانش را ندارم شخصا دستگیری کنم زمانی که دولت می‌خواهد ساماندهی کند عرضه مشارکت در این بخش را هم ندارم؟! بدون شک ما تجویز و مصرف مان بسیار بسیار ضعف دارد و کسی نمی‌تواند این را حاشا کند. ولو این که سرانه مصرف دارو ما برای هر نفر ۵۰ دلار باشد و با علم به این که در خیلی از کشورها این سرانه بیشتر است ولی باید بدانیم که سرانه مصرف بیماران بستری ما از این مقدار خیلی خیلی بیشتر است.

*** این‌ها همه نشان می‌دهد که ما در کشورمان هم بد نسخه می‌نویسیم و هم بد تجویز می‌کنیم. راهکار چیست؟**

به نظر من برای این که طرح تحول نظام سلامت موفق باشد یک اراده‌ای باشد که ۵ تا ۱۰ سال نیاز است. چون همزمان باید یک اتفاقات بزرگ فرهنگی و یک رنسانس ایجاد شود و ما واقعا باید شاهد این باشیم که حداقل ۳۰ تا ۵۰ درصد از ده هزار داروخانه فعلی، سلامت محور شوند. یعنی باید کاری کنیم که بیماران نیاز به بیمارستان پیدا نکنند نه این که کل سیستم به سمت بستری شدن بیماران حرکت کند و در پایان بگوییم ده درصد از هزینه‌ها برعهده بیمار باشد! تدوین برنامه‌های «سلامت محور» از الزامات این سیستم است. به مردم شیر بدهیم، آرد را غنی کنیم! دخانیات را محدود کنیم. پلاستیک جمع می‌کنند، باشد.

*** «منطق پزشک سالاری» که نداریم، «بیمار محوری» است و نظام سلامتی که بر این اصول استوار است دیگر دغدغه صنفی ندارد. چرا که منزلت بیمار اینجا مد نظر است.**

*** طرح نوین تحول نظام سلامت که با محوریت «سلامت محوری» مولفه‌های خودش را مشخص کرده، چشم انداز خیلی روشنی را برای تمام حرفه‌های پزشکی حتی در سطوح عمومی، به ارمغان می‌آورد.**

*** آیا برنامه‌ای برای دانشگاه‌ها هم وجود دارد؟**

در حوزه داروسازی، باید دانشکده‌های سراسر کشور در حوزه تربیت داروسازان بیمار محور و سلامت محور بسیج شوند. این‌ها را برای کسانی می‌گوییم که دوست دارند طرح تحول سلامت تا ۵ آینده حقیقتا عملیاتی شود. ما که نمی‌گوییم تا ۶ ماه آینده باید موفق شویم!! ما که نمی‌خواهیم دولت و کشور خودمان را بیچاره کنیم و بعد هم بگوییم دیدید ما گفتیم نمی‌توانید! معلوم است که نمی‌شود! شما چطور می‌خواهید خیابان‌ها را تمیز کنید وقتی ما پنجره اتوموبیل مان را پایین می‌کشیم و زباله‌هایمان را بیرون پرتاب می‌کنیم؟! می‌گوییم شعار هم نمی‌دهیم و خودمان هم دلسوزانه عمل می‌کنیم! همه داروسازان را با سیستم ارزش‌گذاری حرفه‌ای تبدیل می‌کنیم به «داروساز بالینی»! می‌توانند چون مدرک شان دکترای حرفه‌ای است و برای این منظور آموزش دیده اند. وقتی داروخانه‌های ما سلامت محور شوند هر داروخانه باید ۵۰ تا ۱۰۰ پرونده دارویی تهیه کند. وقتی داروخانه‌ها سلامت محور شد بعد ما یک قدم به جلو می‌رویم و می‌گوییم حالا بعضی از این داروخانه‌ها «جمعیت خاص محور» شوند. بعد تقسیم بندی می‌کنیم: داروخانه الف در شهرستان ب می‌شود مسئول آموزش و پایش دیابت!

*** به این ترتیب مصرف نیز کنترل می‌شود؟**

بله! بیشترین میزان «عود بیماری» که مشاهده می‌کنیم به علت مصرف نادرست است ولو این که تجویز هم عالمانه باشد. در بحث تجویز، استثنائا در دسته داروهای OTC یا همان داروهای بدون نسخه، نیازی به ورود داروساز نداریم اما در بحث مصرف به طور قطع باید دخالت کند و آموزش و پایش را برعهده بگیرد. ما بحث «دارو پزشک خانواده» را با همین هدف مطرح کردیم. همه بیماران می‌توانند به داروخانه‌ها مراجعه کنند و به قول معروف «در کوی ما شکسته دلی می‌خرند و بس!» بیمار با داروساز صحبت می‌کند، مشورت می‌گیرد و هزینه این مشاورت‌ها را نیز «بیمه» برعهده می‌گیرد. وقتی یک بیمار به علت عود فشار خون، سکته مغزی می‌کند، یک ماه هم در بیمارستان بستری می‌شود دست آخر هم با یک هزینه ۱۵ میلیون تومانی فوت می‌کند! اما چقدر از این بیماران مراجعه شان به مراکز درمانی کم می‌شود اگر پرونده شان در داروخانه باشد و فرضا دوهفته یک‌بار فشارخون شان توسط داروساز چک شود؟ واضح است که هم تعداد پزشکان محدود است و هم وقت شان بهتر بیمه به واسطه پایش پرونده‌های بیماران از وی حمایت می‌کند.

*** با سیستم پایش شرکت‌های چندملیتی چه کنیم؟ الان مانیتورینگ تجویز و مصرف دارو در مطب پزشکان و بیمارستان و داروخانه‌ها در دست شبکه گسترده تبلیغات و ترویج همین شرکت‌هاست!**

شورای تدوین سیاست‌های دارویی ایران چندین سال تعطیل بود! دوباره از بهمن ماه سال گذشته بازگشایی شد، یعنی ما سیستم کارشناسی را به کل از سیستم سلامت حذف کرده بودیم! و در واقع تمام کارهایی که سال‌ها زحمت کشیده بودیم تا نهادینه بشود نابود شده بود. در یکی از این جلسات ۸ داروی جدید خونی را بررسی می‌کردیم. اگر ۵ قلم از این داروها را در سیستم دارویی کشور می‌پذیرفتیم بخش قابل ملاحظه‌ای از ارز دارویی برای واردات این داروها هزینه می‌شد. اگر ما این موضوع را می‌پذیرفتیم دیگر پولی برای آسم و بیماری‌های واگیردار و غیره باقی نمی‌ماند و کل ارز کشور برای واردات این داروهای برند خاص هزینه می‌شد. پروفسور قوام‌زاده را دعوت کردیم. ایشان گفتند من با ورود یک قلم از این داروها به نظام سلامت موافق نیستم! بروید به جای این‌ها «واکس» وارد کنید. این فرد به نظر من ارزش قانونگذاری در سیستم دارو و درمان کشور را درک کرده است.

می‌گوید «به هوس باز نیاید، به تمنا نشود...اندر این راه بسی خون جگر باید خورد!» ما می‌دانیم اصلاح فرهنگ مصرف و تجویز زمان بر است. اما باید در جهت نائل شدن به این هدف اقداماتی نیز انجام دهیم. هی نباید تکرار کنیم که چرا برای سربازان مین می‌کارید و بعد هم می‌گویید خنثی کنند؟! تربیت همین است! بالاخره ما باید در دانشگاه‌هایمان دانشجویان را بیاوریم «پای دیابتیک» را ببینند. الان دو سه سالی است که دوره‌های دوهفته‌ای کاروزری برای دانشجویان داروسازی می‌گذاریم. این فارغ التحصیلان می‌شوند «سلامت محور!» دیابت را دیده، آسم را می‌شناسد! این‌ها با گذراندن یک دوره تکمیلی می‌توانند تبدیل به «دارو پزشک خانواده » در حیطه دیابت، آسم یا فشارخون شوند.

*** ظاهرا پیش از این که جنابعالی این دوره‌های کاروزری را ابداع کنید داروسازان از پس تزریقات نیز برنمی آمدند حال این که سال‌ها دروس تئوری سخت را می‌گذراندند؟**

بله! ما حتی اساتیدی داشتیم که می‌گفتند «مگر داروساز عقده تزریق دارد؟! این کارها را پزشک بکند!» حال این که یک داروساز وقتی خودش تزریق انسولین را به صورت علمی یاد نگرفته چطور می‌خواهد از پس آموزش به بیماران دیابتی بربیاید؟! هدف این است که مثلا ۵ بیماری عمده کشور را انتخاب کنیم و در این حوزه‌ها داروسازان را آزموده کنیم. به این ترتیب داروساز در آن حوزه خاص مدعی می‌شود نه به این معنا که داروهای دیگر را دست بیمار نمی‌رساند بلکه با این هدف که بیمار دیابتی را فرضا به یک شکل ویژه توجه می‌کنم! قند خون شما را هم اندازه می‌گیرم! مشاوره تخصصی می‌دهم درخصوص کیفیت زندگی با دیابت یا فشارخون! رایگان هم هست! درآمد حاصل از کمتر بستری شدن این بیماران به واسطه کنترل پروسه تجویز و مصرف دارو و خدمات اینجا هزینه می‌شود...تامین هزینه مشاوره و خدمات داروساز با این روند کاملا قابل توجیه است. نه این که مطابق شکل فعلی بودجه عمومی مردم در جیب فلان واردکننده و شرکت چند ملیتی به صورت تضمینی واریز شود! پس سرمایه‌گذاری شرکت‌های بیمه بر طرح «دارو پزشک خانواده» دارای توجیه اقتصادی ویژه است.

*** به این ترتیب هدف اولیه این می‌شود که پای بیمار به بیمارستان و مراکز درمانی باز نشود و هدف دوم نیز تامین خدمات برای بیماران بستری است.**

در حال حاضر به جز یکی دو بیمارستان در اغلب مراکز درمانی ما تجهیزات پزشکی ویژه وجود ندارد. به واسطه نمایش تجهیزات در دو بیمارستان که نمی‌توان کار کشوری انجام داد! پس تکلیف بقیه چیست؟!

ما ۶-۵ سال قبل پیش بینی کردیم...گفتیم همان طور که بیمارستان‌ها در حوزه ارائه خدمات تخصصی تقسیم بندی می‌شوند داروخانه‌ها را نیز به صورت تخصصی طبقه بندی کنیم. به طور مثال یک بیمارستان همیشه متخصص مقیم ارتوپد دارد، دیگری متخصص در ارائه خدمات قلب و عروق و جراحی و پیوند است. آن بیمارستانی که در یک حوزه تخصصی به صورت ویژه خدمات می‌دهد می‌شود «ریفرال! » یعنی در این حوزه تخصصی بیماران به آن ارجاع داده می‌شوند. بنده در وزارت بهداشت چند سال پیش پیشنهاد دادم همین تقسیم بندی در خصوص داروخانه‌ها نیز صورت بگیرد... خط اول در این تقسیم بندی بیمارستان‌هایی هستند که «بخش ویژه مراقبت‌های دارویی» دارند. در این بخش، یک حوزه مراقبت دارو و تجهیزات دارند و یک حوزه هم برای ارائه خدمات بالینی به بیماران دارند. به این ترتیب انواع خدمات تخصصی دارویی- درمانی که هم اکنون برای بیماران صورت نمی‌گیرد از جمله ۲۴ ساعته پایش دارویی به پزشک و بیمار ارائه می‌شود.

در چنین بیمارستانی دست کم ۳۰ داروساز در اتاق عمل و بخش‌ها فعالیت دارند. منظور «نسخه پیچ» نیست! داروسازی است که خدمات ویژه بالینی ارائه می‌دهد و نکته اینجاست که دنیا به این نتیجه رسیده است که این ۳۰ داروساز می‌توانند برای سیستم میلیاردها میلیارد صرفه جویی و پس انداز به بار بیاورند!

*** پس نظام سلامت نباید از تعیین ردیف بودجه برای استخدام این افراد نگرانی داشته باشد. درست است؟**

بله! این‌ها افسران نظارت بر برنامه‌های تجویز و مصرف دارو هستند که به صنعت دارو بازخورد می‌دهند درخصوص کیفیت محصولات و میزان بی خطری و امنیت آنها در بدن بیماران. این‌ها کسانی هستند که تعیین می‌کنند کدام دارو از سیستم تجویز و درمان کشور به علت «عدم موفقیت» باید جمع آوری شود. وقتی سیستم نظارت ما قوی شود و قدرت بدهیم به بخش فنی نظارتی وزارت بهداشت که در حوزه GMP کم قدرت است خودبخود تعداد شرکت‌های واردکننده کم می‌شود. چون داروهای تولید داخل هم کیفیت دارند و هم منزلت دارند! یعنی هم تعداد بسیاری از داروهای مورد نیازمان را تولید می‌کنیم و هم با پایش دقیق آنها در سیستم به بهبود کیفیت محصول داخلی کمک ویژه می‌رسانیم. خصوصیت مانیتورینگ یا پایش این است که با شناسایی داروی ضعیف می‌توانیم حتی با تغییر دوز مصرفی در برخی موارد خاص با کیفیت و بقای جامعه و آینده ما مطرح است و همه باید دست به دست همدیگر بدهیم تا این طرح موفق شود. پس اعلام آشکار مراکز درمانی که فقط «برند خارجی» مصرف می‌کنند ضرورت دارد تا جریمه‌هایی وضع شود و مردم بدانند چه کسانی از جیب آنها ولخرجی می‌کنند! پروانه فعالیت چنین مراکزی باید لغو شود!

بنده عرض کنم در کشوری که تحصیل کردم (آمریکا) اصلا چنین چیزی نبود! طرح ژنریک به وجود آمد برای پایین آمدن هزینه بیمه‌ها...برای این که اگر می‌خواستند پول به برند بدهند. البته طرح ژنریک هم دارای نظارت زیادی بود. هزینه‌ها باید صرف نظارت شود و ارتقای کیفیت نه برای تهیه برند چون این گونه هرگز کیفیت بهتر دست یافتنی نخواهد بود. دست آورد این طرح با نگاه کنونی این است که بسیاری از شرکت‌های تولیدی ما تضعیف می‌شوند و قدرت رقابت را از دست می‌دهند. هم اکنون دو سوم درآمدی ارزی ما برای خرید داروهای برند می‌رود در حالی که یک سوم بازار ما دست این شرکت‌هاست.

*** جالب اینجاست که به اندازه کل اروپا نیز دارو در داخل کشور مصرف می‌کنیم!**

بله! این در برخی حوزه‌ها مثل آنتی بیوتیک‌ها و مایعات تزریقی متاسفانه به اوج خودش می‌رسد. در برخی حوزه‌ها وضع مان بد نیست اما با ادامه طرح پیش رو به زودی زود موج مصرف گرایی به همه حوزه‌ها خواهد رسید. اینجا باید بگوییم که بخشی از هزینه ۹۰ درصدی دولت در پروسه دارو و درمان را باید شرکت‌های واردکننده دارویی بپردازند به این علت که در تمام این سال‌ها باید مشخص شود که این شرکت‌ها و موسسات چقدر به مردم ما بدهکار هستند. خدمت که نکرده‌اند هیچ مضرات زیادی را نیز به سیستم تحمیل کرده اند. بالاخره همه کسانی که به این مردم و جامعه خیانت کرده‌اند باید بدانند که سرانجام در دادگاه عدل الهی باید پاسخگو باشند. خود این شرکت‌ها اصرار دارند که دوستانشان را در بیمارستان‌ها به عنوان معرفی‌کننده خدمات و تجهیزات دارو و درمان وارد بکنند. نوع ارتباطات با این شرکت‌ها، مسافرت‌ها و خدمات رایگانی که بابت تجویز داروهای برندهای مذکور در حال حاضر در کشور وجود دارد با هیچ معیار بین‌المللی در این حوزه قابل توجیه نیست. و قطعا این موارد ثبت شده و قابل پیگیری توسط مراجع قانونی است. تقاضای ما این است که کل اجزای سیستم سلامت همگام با مردم و دولت کمک کنند برای ارتقاء و آب به آسیاب اسرائیل نریزند.

***بعضی‌مراکز درمانی آشکارا اعلام می‌کنند که فقط «برند خارجی» مصرف می‌کنند! در اینجا ضرورت دارد جریمه‌هایی وضع شود و مردم بدانند چه کسانی از جیب آنها ولخرجی می‌کنند! پروانه فعالیت چنین مراکزی باید لغو شود! نوع ارتباطات عده‌ای با این شرکت‌های داروسازی خارجی، مسافرت‌ها و خدمات رایگانی که بابت تجویز داروهای برندهای مذکور در حال حاضر در کشور وجود دارد با هیچ معیار بین‌المللی در این حوزه قابل توجیه نیست.**

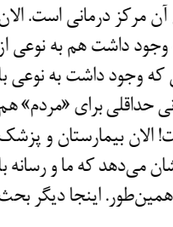
*** ما ضمن این که با تمام وجود خوشحالیم از این که طرح تحول به نفع دردمندان جامعه است اما به عنوان متخصصین داروسازی بالینی نگرانی‌های خیلی بزرگی هم داریم. چرا که این طرح در واقع باعث «افزایش مصرف» شده است. هم در حوزه تجهیزات و هم در حوزه دارو!**

*** جالب اینجاست که به اندازه کل اروپا نیز دارو در داخل کشور مصرف می‌کنیم!**

بله! این در برخی حوزه‌ها مثل آنتی بیوتیک‌ها و مایعات تزریقی متاسفانه به اوج خودش می‌رسد. در برخی حوزه‌ها وضع مان بد نیست اما با ادامه طرح پیش رو به زودی زود موج مصرف گرایی به همه حوزه‌ها خواهد رسید. اینجا باید بگوییم که بخشی از هزینه ۹۰ درصدی دولت در پروسه دارو و درمان را باید شرکت‌های واردکننده دارویی بپردازند به این علت که در تمام این سال‌ها باید مشخص شود که این شرکت‌ها و موسسات چقدر به مردم ما بدهکار هستند. خدمت که نکرده‌اند هیچ مضرات زیادی را نیز به سیستم تحمیل کرده اند. بالاخره همه کسانی که به این مردم و جامعه خیانت کرده‌اند باید بدانند که سرانجام در دادگاه عدل الهی باید پاسخگو باشند. خود این شرکت‌ها اصرار دارند که دوستانشان را در بیمارستان‌ها به عنوان معرفی‌کننده خدمات و تجهیزات دارو و درمان وارد بکنند. نوع ارتباطات با این شرکت‌ها، مسافرت‌ها و خدمات رایگانی که بابت تجویز داروهای برندهای مذکور در حال حاضر در کشور وجود دارد با هیچ معیار بین‌المللی در این حوزه قابل توجیه نیست. و قطعا این موارد ثبت شده و قابل پیگیری توسط مراجع قانونی است. تقاضای ما این است که کل اجزای سیستم سلامت همگام با مردم و دولت کمک کنند برای ارتقاء و آب به آسیاب اسرائیل نریزند.

دانشگاه در جبهه - ۷۱

دانشجوی شهید قدمعلی شجاعی



دانشجوی شهید قدمعلی شجاعی، فرزند عباسعلی در ۱۵خرداد۱۳۳۹ در روستای واجنات شهرضا به دنیا آمد. همزمان با شروع انقلاب قدمعلی به دانشگاه اصفهان پا گذاشت در رشته علوم اجتماعی به تحصیل پرداخت. وی نفر اول از منطقه برای اعزام به جبهه بود و مشوق اصلی جوانان روستا و منطقه برآن جنوبی شد. ازدواج مانع از اعزام او به جنگ نشد و حاصل ازدواجش محمد علی بود. قدمعلی چند بار مجروح شد و با وجود مجروح شدنش باز هم به جبهه می‌رفت و در یکی از عملیات‌ها در پاتک سنگینی که عراق زد نیروهای خودی مجبور به عقب نشینی شدند و در آن زمان که نیروها زیر آتش توپخانه عراق در حال عقب نشینی بودند، قدمعلی همه همرزمانش را به عقب فرستاد اما خودش همان جا ماند و جاودان شد. وی در ۱۲/۱۲/ ۱۳۶۲ در عملیات خیبر و منطقه طلائیه برای همیشه آسمانی شد.