



مقدمه

همکارمان آقای دکتر سهراب‌پور در مورد دستورالعمل‌های وزارت بهداشت پیرامون چگونگی توزیع دارو مطالبی را عنوان کرده‌اند که گرچه اظهار داشته‌اند حرف دل خیلی از همکاران داروساز است، ولی قطعاً صادر کنندگان این دستورالعمل‌ها، برای خود دلیل دارند. لذا با این قید که بیان دیدگاه همکاران در رازی لزوماً به معنای قبول آن نزد دست‌اندرکاران این مجله نیست، ولی به دلیل باز کردن باب گفتگو بین همکاران، دیدگاه همکارمان آقای دکتر سهراب‌پور را با هم مرور می‌کنیم و چشم انتظار دیدگاه‌های دیگر همکاران در این زمینه می‌مانیم.

«سردبیر»

مشکلات دارویی کشور سالهاست که مورد بحث خیلی از صاحب نظران حوزه‌های مختلف

بوده و هست. اینجانب به‌عنوان یکی از افرادی که به‌طور مستقیم و در سطح مصرف با این مشکلات تماس دارم، می‌خواهم مطالبی را به استحضار برسانم. می‌دانم که این حرف‌ها، حرف دل خیلی از همکاران داروساز که در داروخانه‌ها کار می‌کنند، نیز هست.

حرف من در رابطه با تقسیم‌بندی داروها به‌عنوان داروهای بیمارستانی و یا تخصصی است. مفهوم داروی بیمارستانی چیست و از کدام فارماکوپه دارویی استخراج شده است؟

اگر هدف از نامگذاری یک دارو به‌عنوان داروی بیمارستانی این است که آن دارو، فقط باید در بیمارستان مصرف شود و آن هم برای بیماران بستری، باید گفت که در حال حاضر چنین امری، عملاً اجرا نمی‌شود. همه می‌دانند و می‌بینند که داروهای بیمارستانی برای بیماران سرپایی نیز تجویز می‌شوند و نمی‌توان مصرف

این داروها را به بیمارستان‌ها محدود کرد. محدود کردن مصرف داروهای بیمارستانی به بیمارستان‌ها، در صورتی امکان‌پذیر است که داروخانه‌های بیمارستان‌ها اجازه نداشته باشند که داروهای بیمارستانی را به نسخ بیماران سرپایی بدهند ولی بر همگان روشن است که با داشتن نسخه می‌توان هر دارویی را از داروخانه‌های بیمارستان‌ها تهیه کرد. بنابراین اگر هدف از ایجاد این محدودیت‌ها برای بیماران و تبعیض برای داروخانه‌ها، جلوگیری از مصرف نابه‌جای داروهای جدید و محدود کردن آن به موارد مقاوم به درمان‌های قدیمی و معمول بود، می‌بینیم که عملاً چنین نشده است. نتیجه این محدودیت این شده است که بیماران باید برای دریافت یک داروی به اصطلاح بیمارستانی، سراغ داروخانه‌های بیمارستانی بروند که نتیجه این رفتار تبعیض‌آمیز در مورد داروخانه‌های بیمارستانی با سایر داروخانه‌ها، برای بیماران این ذهنیت را به وجود می‌آورد که حتماً داروخانه‌های بیمارستانی، ویژگی‌های خاصی دارند که بقیه داروخانه‌ها فاقد آن هستند و این ویژگی‌ها، این امتیاز را به آن‌ها می‌دهد که داروهای بیمارستانی فقط در اختیار داروخانه‌های بیمارستانی قرار داده شوند. یا شاید افرادی که در داروخانه‌های بیمارستان‌ها کار می‌کنند، شایسته‌تر، پاک‌تر و چه می‌دانم شاید معصوم‌تر از آن‌هایی هستند که در داروخانه‌های غیر بیمارستانی کار می‌کنند و بنابراین مورد اعتماد وزارت محترم بهداشت و درمان هستند که لیاقت دریافت چنین داروهایی را دارند.

والاً چه دلیلی دارد که دارویی مثل آمپول

ترامادول فقط به داروخانه‌های بیمارستان‌ها تحویل داده می‌شوند. همه می‌دانند که عوارض دیکلوفناک از نوع آنافیلاکسی پنی‌سیلین‌ها نیست که به سرعت بروز کنند و بنابراین نیاز به اقدامات کمکی سریع و مجهز در بیمارستان داشته باشند و این دارو خواه در بیمارستان تحویل مریض شوند یا در خارج از آن، در سرعت بروز عوارض جانبی آن تفاوتی نخواهد کرد. و تازه در هر جایی هم که تزریق شود، عوارض آن به سرعت بروز نخواهد کرد.

در مورد آنتی‌بیوتیک‌های محدود به داروخانه‌های بیمارستان‌ها (از نظر تحویل دارو) هم نمی‌توان استدلال کرد که هدف جلوگیری از گسترش مقاومت میکروبی بوده است. برای این که همانطور که اشاره شد، این داروها علاوه بر بیمارستان‌ها در بیماران سرپایی نیز به فراوانی مصرف می‌شود و بنابراین مصرف آن‌ها محدود به بیمارستان‌ها نشده است. از سوی دیگر آیا می‌توان گفت که میکروبی‌هایی که در بیماران بستری وجود دارند، در بیماران سرپایی وجود ندارند؟ روشن است که گسترش میکروبی‌ها و سایر عوامل بیماری‌زا در دنیای امروز به حدی سریع است که به هیچ وجه نمی‌توان ادعا کرد که سوش‌های میکروبی بیمارستانی فقط محدود به بیمارستان‌ها هستند و در بین سایر بیماران گسترش نمی‌یابند. بنابراین کنترل میکروبی‌ها هم در بیماران بستری و هم در بیماران سرپایی ضروری است و محدود کردن مصرف داروهای فوق به بیمارستان‌ها، حتی از نظر علمی هم منطقی به نظر نمی‌رسد.

در مدتی که طرح تقسیم‌بندی داروها به اجرا

در آمده است، از محدود سازی توزیع دارو به داروخانه‌ها و توزیع گزینشی آن‌ها، نتایجی به بار آمده است که سعی می‌کنم به پاره‌ای از آن‌ها، اشاره‌ای داشته باشم:

■ مورد اول - برتری دادن به داروخانه‌های بیمارستانی در برابر داروخانه‌های غیر بیمارستانی:

می‌دانیم که داروخانه‌های بیمارستان‌ها اکثراً تشکیلات مستقلی دارند که معمولاً حق امتیاز و بهره‌برداری از آن‌ها به یک داروساز واجد شرایط؟ اجاره داده شده است. ولی به هر حال چون داروخانه بیمارستان به حساب می‌آیند، از یک طرف پشتوانه وزارت بهداشت را دارند که به عنوان داروخانه بیمارستانی، استحقاق دریافت داروهای بیمارستانی و کمیاب یا نایاب را پیدا کرده‌اند و از طرف دیگر در حوزه پزشکان بیمارستان هستند که هر کدام از این پزشکان صاحب اعتبار و نامی هستند و بالطبع هر کدام در طول روز، بیماران متعددی را ویزیت می‌کنند که با توجه به برتری‌های تبعیض آمیز داروخانه‌های بیمارستانی نسبت به سایر داروخانه‌ها، کمتر به ذهن مریض‌خو می‌کند که داروهای خود را از داروخانه خارج از بیمارستان دریافت کند و همین برتری‌های اعطایی است که باعث شده وقتی به بعضی از داروخانه‌های بیمارستانی برای دریافت دارو مراجعه می‌کنی، گویا با انسان‌هایی مافوق این آدم‌های به اصطلاح کوچه و بازار که حتی از گوشه چشمشان هم افتخار نگاه به ارباب رجوع را نمی‌دهند، روبرو می‌شوی که آدم جرأت سؤال کردن که نه، جرأت نگاه کردن هم به این قیافه‌های از مایه‌تران را ندارد.

آخر داروهایش منحصر به خودش است و بس و بیمار نمی‌تواند این داروها را از داروخانه‌های بیرون تهیه کند چون چنین داروهایی را ندارند.

■ مورد دوم - رونق بازار آزاد دارو

این یک اصل مسلم است که بارها و بارها در طول تاریخ و در عرصه‌ای مختلف به اثبات رسیده است که ایجاد محدودیت و انحصار نایباً و غیرمنطقی در مورد یک کالا، فقط و فقط به نفع دلالت‌ها و واسطه‌ها و فرصت طلب‌ها به ضرر توده مردم محروم و نیازمند بوده است. در عرصه دارو، بارها و بارها شاهد تکرار این محدود کردن‌ها بوده و هستیم. از یک طرف داروهای بیمارستانی که توسط شرکت‌های توزیع دارو فقط به بیمارستان‌ها تحویل می‌شود، سر از بازار آزاد دارو درمی‌آورند. بالطبع بیماران غیربیمارستانی که داروهای بیمارستانی برای آن‌ها تجویز شده است، مجبورند این داروها را با هزار زحمت و در مواردی هم از بازار آزاد تهیه کنند و داروخانه‌های غیربیمارستانی هم برای راه انداختن کار بیماران غیربیمارستانی خود و برای این که اعصاب خردکنی‌های ناشی از «نداریم گفتن‌های تکراری به بیماران بی‌خبر از دنیای دارو» را کم کنند، ناچار می‌شوند این داروهای به اصطلاح بیمارستانی را با قیمتی بالاتر از قیمت مصرف کننده از بازار آزاد تهیه کنند.

موضوع بعدی در مورد در بدر کردن بیماران و عذاب دادن بی‌دلیل برای بیماران و تحمل بار مالی بیشتر به آن‌ها چه از جهت هزینه‌ها و در دسرهای به دنبال دارو گشتن و چه از بابت روی آوردن به بازار آزاد داروست.

و اما مختصری در مورد داروهای تخصصی: راستش نمی‌دانم پزشکان وقتی تخصص می‌گیرند، تخصصشان در مورد بیماری‌هاست یا داروها. یک پزشک در حوزه تخصصی خود، داروساز بالینی نیست که بخواهد در مورد داروها در حد تخصصی دقیق شود، بلکه عمدتاً در مورد بیماری‌هاست که دقت بیشتری به خرج می‌دهد. مسلماً تجربه هر پزشکی در مورد داروها، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بیماران که به مصرف طولانی مدت داروها نیاز دارند، ممکن است در مرتبه اول مراجعه به پزشک متخصص نیاز به بررسی دقیق‌تر از نظر بیماری و نیز اثر داروهای کاندید شده برای بیماری او داشته باشند ولی پس از تعیین رژیم درمانی موثر برای او، یک پزشک عمومی نیز قادر به ادامه درمان او هست. بنابراین ملزم ساختن بیماران به این که داروهای دایم‌المصرف خود را باید با نسخه پزشک متخصص دریافت کنند، به نظر یک کار اضافی و نوعی سرگردان کردن بیمار است. ضمن این که باز همان داستان داروهای بیمارستانی تکرار می‌شود. (محدود کردن تحویل داروهای تخصصی به بعضی از داروخانه‌ها، به وجود آوردن نارضایتی در بین

بیماران به خاطر دربه‌در کردن بیماران برای پیدا کردن داروی مصرفی خود و تصور این که داروخانه‌هایی که این داروها به آن‌ها تحویل داده نمی‌شود، خودشان این داروها را به مریض تحویل نمی‌دهند و نهایتاً رونق دادن به بازار آزاد این داروها و ... بحث در این زمینه‌ها جای بسیاری دارد ولی اینجانب به خاطر طولانی شدن مطلب می‌گذرم.

راستی - کشورهای پیشرفته صنعتی در مواردی مثل داروهای تخصصی و بیمارستانی چه طور عمل می‌کنند؟ مسلماً تجربیات آن‌ها، البته بعد از بومی‌سازی، برای ما نیز می‌تواند مفید باشد.

در قرآن کریم آمده است که اگر کسی یک نفر را بکشد، انگار که همه انسان‌ها را کشته است و اگر کسی یک نفر را زنده کند، مثل این است که همه انسان‌ها را زنده کرده است. بنابراین مسئولیت ما (به عنوان دست‌اندرکاران حوزه درمان و دارو) خیلی زیاد است. و پیدا است که اگر با به وجود آوردن کمیابی و یا نایابی برای یک دارو، باعث مرگ یک انسان بشویم، خودمان را مشمول مضمون آیه فوق کرده‌ایم.

دکتر حمدالله سهراب‌پور

