



## دیدگاهها

دست‌اندرکاران حرف پزشکی به بهداشت، درمان، آموزش و... است. با امید به دریافت نامه‌های شما عزیزان در این زمینه مطلب یکی از همکاران را با هم مرور می‌کنیم.

سردبیر

آسمان تاریخ طب ایران اسلامی و تمدن باستانی مردم این دیار انباشته از ستارگان درخشان و جای جای این سرزمین خاستگاه دانشمندان و علمای بزرگ طب و داروسازی است که بعضاً دارای شهرت جهانی بوده و کتابهایشان منبع و ماخذ پیدایش پدیده‌های مهم علمی و ابتکارات آنها منشاء ظهور بزرگترین و مهمترین

---

### مقدمه:

---

همانگونه که بارها نیز متذکر شده‌ایم، ستون دیدگاهها اختصاص به نقطه نظرات همکاران داشته و متعلق به فرد یا گروه خاصی نیست. نشریه رازی نیز این ستون را برای دیدگاههای مخاطبین خویش گشوده و همیشه چشم براه نامه‌های مخاطبین خویش خواهد بود. البته مطالب مطرح شده در این قسمت نظر نشریه نبوده و تنها بمنظور انعکاس دیدگاههای متنوع در ارتباط با دارو درمان جامعه گشوده است. غرض از گشایش این ستون همانطور که قبلاً نیز متذکر شده‌ایم، فتح بایی برای قلمی شدن چشم‌انداز تمامی

روشها و قواعد اکتشاف و ساخت فرآورده‌های داروئی بوده است.

اما اگر این علم در دوران قبل از اسلام بعثت تسلط زورمداران آمیخته با بعضی خدشه‌ها و خرافات بود با پذیرش آئین مقدس اسلام توسط ایرانیان شکوفائی خیره‌کننده‌ای یافت و به نحو شایسته و چشمگیری علوم پزشکی اسلامی در سراسر دنیا اشاعه یافت تا آنجا که سرمشق اندیشمندان سایر سرزمین‌ها گردید، لیکن این پدیده علمی هم مانند سایر علوم بعدها مورد سوء استفاده استعمارگران و قدرتهای استکباری قرار گرفت و علم داروسازی در جهت استثمار ملتها به کار رفت بدین معنی که تسلط غربیها بر تکنولوژی و صنعتی شدن کشورهای اروپائی موجب گردید علم داروسازی تبدیل به اهرمی برای استثمار مردم دیگر کشورها گردد.

داستان از آنجا شروع می‌شود که کشورهای اروپائی برای تولید بیشتر فرآورده‌های داروئی اقدام به ساخت کارخانجات داروسازی نمودند و علم شیمی را که از ابتدای قرن ۱۹ بسرعت روبه پیشرفت گذاشته بود در جهت سنتز مواد داروئی بکار گرفتند.

معرفی داروهای سولفامیدی در سال ۱۹۳۷ موجب پیدایش دگرگونی‌های عظیم در عالم طب و داروسازی شد به طوری که تلفات ناشی از آنفلوآنزا در همین سال از ۱۱۵ نفر به ۲۷ نفر درصد هزار کاهش یافت<sup>(۱)</sup> این کشف مهم باعث ترغیب هر چه بیشتر صاحبان صنایع داروئی به توسعه کارخانجات و گسترش تحقیقات و در نتیجه تولید داروهای جدید گردید. از طرفی مخارج هنگفت تحقیقات می‌بایستی از طریق تولید انبوه تامین می‌شد که با وجود کارخانجات عظیم کاری بسیار ساده بود ولی محدودیت ظرفیت مصرف کشورهای تولیدکننده از یک طرف و خطرناک بودن آزمایش داروهای جدید

بر روی هموطنان از سوی دیگر باعث جستجو برای یافتن بازارهای مصرف در سایر نقاط دنیا و خصوصاً کشورهای مستعمره و سایر کشورهای جهان سوم گردید.

این حقیقت تلخ یعنی آزمایش داروهای جدید بر روی مردمان سایر کشورها وقتی نمایان می‌شود که مشاهده می‌کنیم معرفی و کاربرد پنی‌سیلین (۱۹۴۰) استرپتومایسین (۱۹۴۶) و آنتی‌هیستامینیک‌ها (۱۹۴۷) با زمان کشف آنها یعنی بحبوحه جنگ جهانی دوم تقارن دارد و بقولی اکثریت داروهای جدید آلمان بر روی مردم کشورهای فتح شده بدست نازیها و اسرای جنگی آزمایش گردیدند.<sup>(۲)</sup>

از این برهه که بگذریم رقابت کشورهای اروپائی و امریکا برای فروش فرآورده‌های خود در سراسر دنیا چنان پیچیده و بغرنج می‌شود که بتدریج شرکتها و کارخانجات کوچک در گروه‌های بزرگتر و عاقبت در اشکال اقتصادی‌تر است و کارتل خودنمائی می‌کنند و پدیده‌ای بنام انحصارات داروئی به صورتی غیرقابل رقابت بوجود می‌آید. یکی از اهداف مهم انحصارات داروئی استعمارگری و تطمیع دولتمردان وابسته به استکبار جهانی است و از سیاستهای بارز اعمال شده این انحصارات ایجاد شعبه‌های ساخت فرآورده‌های داروئی در کشورهای جهان سوم با برنامه‌های زیر است:

- ۱- استفاده از نیروی کار ارزان.
  - ۲- فرار از پرداخت مالیات در کشور متبوع.
  - ۳- انتشار سریع فرآورده‌های داروئی تحت لیسانس در کشورهای همجوار. (کشور پذیرنده)
  - ۴- اعمال سیاستهای استعماری کشورهای سازنده اصلی در کشورهایی که پذیرای اینگونه کارخانجات می‌باشند.
- تلقینات شرکتها و کارخانجات داروسازی در

جهان سوم (که بعدها بنام فراملیتی و چند ملیتی لقب گرفتند) آنچنان در اعماق سیاستهای پزشکی و داروئی کشورهای پذیرنده نفوذ کرد که همه انباشته‌های علمی و ابتکارات دانشمندان سرزمینهای تحت سلطه را تحت‌الشعاع برنامه‌های استعماری خویش قرار داد و کشور ما که در دوران حکومت ستم‌شاهی، متاسفانه یکی از اهداف اصلی این یورش بود تا قبل از پیروزی انقلاب شکوهمند اسلامی، سرفرازی علمی خود را بکلی کنار گذاشته و غالب دانشمندان و پزشکان و داروسازان ما گوش به آهنگ فریبنده تبلیغات آنها سپرده بودند و با کمال تاسف هنوز هم پس از گذشت بیش از یک دهه از پیروزی انقلاب و جایگزینی نظام داروئی نوین بجای فرهنگهای منحن دیکته شده غرب مشاهده می‌کنیم، تعداد اندکی از پزشکان و یا محافل پزشکی تبلیغات استعمارگران را باور دارند.

ارائه نظام نوین داروئی در قالب طرح ژنریک اگر چه گام بسیار مهم در راه قطع وابستگی داروئی و پتک کوبنده‌ای بر پیکر استعمارگران بوده اما پدیده‌های جنبی انحصارات هنوز هم مانند تار عنکبوت بر پیکره طب و داروسازی ما ریشه دوانیده و تارفع کامل آنها راه درازی در پیش است مهمترین موانع موجود در این راستا بشرح زیرند:

**الف: دفترچه‌های بیمه‌درمانی**

**ب: فرهنگ نسخه‌نویسی**

**ج: تولید فرآورده‌های موازی در کارخانجات داروئی**

**د: ورود داروهای تجارتي توسط بعضی ارگانها**

**الف: بیمه‌های درمانی:** رواج بیمه درمانی خصوصاً بیمه کارکنان دولت همزمان با افزایش ورود فرآورده‌های داروئی بسته‌بندی شده (اسپسیالته) در حدود اوائل دهه چهل شمسی تحقق پذیرفت بدین ترتیب که ابتدا به فرهنگیان و کارمندان ادارات دولتی

دفترچه‌های مخصوص برای مراجعه به مطبهای آزاد اعطاء گردید و در جوار این اقدام درمانگاهها و بیمارستانهای بیمه اجتماعی گسترش یافت در این راستا نیز کارتهای مخصوص با عکس و مشخصات بیمه شده و افراد خانواده وی برای کارگران صادر شد که فقط جهت مراجعه به درمانگاههای بیمه اعتبار داشت این کارت‌ها بعداً به دفترچه تبدیل گردیده و همچنان مخصوص مراجعه به درمانگاهها در نظر گرفته شده بود ولی در حدود سالهای ۶۱ و ۶۲ طرح یکسان خدمات بیمه درمانی به اجرا درآمد که تبعات این تصمیم گریبانگیر نظام نوپای داروئی گردید و بدین ترتیب رواج مصرف دارو به اوج خود رسید.

**ب: فرهنگ نسخه‌نویسی:** تا قبل از اشاعه

بیمه‌گری به شکل صدور دفترچه و با توجه به محدودیت‌های آن زمان تعداد پزشکان شاغل در مراکز درمانی دولتی بیش از مطب‌داران بود زیرا اولاً فرهنگ مراجعه به پزشک متداول نبود و ثانیاً هزینه درمان در مطبها برای بیماران گران تمام می‌شد. اما دفترچه‌های بیمه مشکل را حل نمود و در آن روی سکه نیز نسخه‌نویسی بشکل امروزی بتدریج رواج یافت تا آنجا که مصرف داروهای رنگین بر فرآورده‌های ترکیبی و گیاهی پیشی گرفت و بالاخره با همگانی شدن دفترچه بیمه سیل خروشان بیمه شدگان به سوی مطبها برای دریافت داروهای که بعد از اجرای طرح ژنریک غالباً یکسان و یک شکل شده بودند سرازیر گردید.

بیمه کارگری نشان خواهد داد که این تصمیم چه ضربه مهلکی بر پیکر داروسازی کشور وارد کرد. علاوه بر این تبعات دیگری بشرح زیر داشته است:

۱- ترغیب بیشتر پزشکان به مطب‌داری و خالی شدن بیمارستانها و درمانگاهها از پزشک

۲- قطع همکاری اغلب پزشکان متخصص با بیمه‌های درمانی بعلت هجوم بیش از حد بیمه شدگان.  
۳- تحمیل هزینه‌های گزاف بر بیمه‌ها برای پرداخت حق‌العلاج پزشکان و نسخ داروئی داروخانه‌ها.  
۴- انباشته شدن داروهای اضافی در خانه‌ها در اثر مراجعه مکرر بیمه شدگان به مطبهای پزشکان مختلف.

۵- ایجاد کمبود کاذب دارو در بازار داروئی بعلت نسخه شدن بی‌رویه داروهای عمومی و تخصصی.

### ج: تولید فرآورده‌های موازی در کارخانجات

**داروسازی** در یک سیستم باز اقتصادی ایجاد رقابت در تولید یکی از اصول اساسی و مطلوب برای بالا بردن کیفیت کالا و پیشرفت است. اما جاذبه‌های این نوع تولید در قالب طرح ژنریک نمی‌گنجد زیرا خصیصه‌های اصلی تولید رقابتی عبارتند از:

تنوع در رنگ - عطر - بسته‌بندی - و خصوصاً نام فرآورده‌های تولیدی که نهایتاً موجب ترغیب خریدار به مصرف می‌گردد اما در نظام نوین داروئی هدف اصلی افزایش مصرف دارو نبوده و لذا تولیدات موازی جز صرف انرژی و کار اضافی بهره‌ای دربر ندارد، به عبارت دیگر از ظرفیتهای موجود کارخانجات می‌توان در جهت تولید داروهای اساسی‌تر استفاده نمود.

### د: ورود داروهای خارج از طرح ژنریک

توسط شرکت سهامی داروئی کشور و بعضی ارگانها این کار محمل قانونی دارد اما واردات داروئی تجارتي که نظیر آنها در طرح ژنریک موجود بوده یا پیش‌بینی شده است قابل توجه نیست و ادامه آن نظام داروئی را آسیب‌پذیر می‌سازد شاید این نیز از ترفندهای شرکتهای چند ملیتی بوده که داروهای خود را با عناوین کمک به آسیب دیدگان حوادث

غیرمترقبه و یا هدیه دانشجویان خارج از کشور به منظور زنده نگه‌داشتن نام فرآورده‌های خود به سوی بازار داروئی ایران سرازیر کرده و متأسفانه عده‌ای از پزشکان نیز از این موضوع استقبال شایان می‌نمایند و در نسخه‌های تجویزی تأکید بر استفاده بیمار از داروی مورد نظر که ساخت فلان کارخانه خارجی باشد دارند.

با عنایت به مطالبی که عنوان گردید تغییرات اساسی در ساختار ابعاد مختلف امور پزشکی و داروسازی جهت پیشبرد اهداف نظام نوین داروئی ضروری به نظر می‌رسد و در این راستا اصلاحات زیر پیشنهاد می‌گردد:

۱- تجدید نظر کلی در صدور دفترچه‌های بیمه درمانی و اتخاذ روشهایی نظیر بانکها بمنظور جلوگیری از سوء استفاده‌های احتمالی و کنترل مراجعات بیمه‌شدگان به مطبها و مراکز پزشکی.

۲- توسعه فعالیت و افزایش تعداد کلینیکهای ویژه پزشکی در بیمارستانهای دولتی - زیرا در اینگونه کلینیکها با توجه به امکانات و محدودیتهای و کنترل‌هایی که وجود دارد خدمات پزشکی سالمتری به بیماران ارائه می‌گردد.

۳- حذف خطوط تولید موازی کارخانجات در حدود امکانات بنحوی که زمینه یا احتمال ایجاد انحصارات داروئی توسط شرکتهای خصوصی فراهم نگردد.

۴- تدوین اساسنامه سراسری جهت افزایش اختیارات و فعالیتهای ستادهای توزیع دارو در سراسر کشور.

والسلام - دکتر محمود زریخس زاده

