

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Regional Office
for the Eastern Mediterranean
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Bureau régional de la Méditerranée orientale



مِنظَرَةُ الصِّحَّةِ الْعَالَمِيَّةِ
الكتب الإقليمي
لشرق البحر المتوسط

EM/RC 33/10
ش م/ل ١٠/٣٣

تموز/يوليو ١٩٨٦

الأصل بالإنكليزية

اللجنة الإقليمية
لشرق البحر المتوسط

الدورة الثالثة والثلاثون
البند ١٣ (١) من جدول الأعمال

الادوية الأساسية

المحتويات

الصفحة

١	١- مقدمة
٢	٢- القوائم المحددة للأدوية
٢	١-٢ القطاع العام
٢	٢-٢ القطاع الخاص
٤	٣- الحلقات العملية الوطنية المعنية بالاستعمال الرشيد للأدوية الأساسية
٥	٤- استخدام الاسم الجنييس للأدوية
٦	٥- مختبرات ضبط جودة الأدوية
٦	٦- التقدير الكمي للاحتياجات من الأدوية
٧	٧- توريد الأدوية وتخزينها وتوزيعها
٨	٨- إنشاء مراكز للدوائيات السريرية
٩	٩- تعزيز هيئات تنظيم الأدوية في الإقليم
١٠	١٠- صناعة الأدوية الأساسية وإنتاجها للرعاية الصحية الأولية
١٠	١١- نشر المعلومات الموضوعية عن الأدوية
١١	١٢- التخطيط للمستقبل
	الملحق الأول الحلقات العملية الوطنية المعنية بالاستعمال الرشيد للأدوية الأساسية
١٣	١٣
١٤	الملحق الثاني الأسماء التجارية لكبسولات الأمبيسلين عيار ٢٥٠ مغ
١٥	الملحق الثالث الأسماء التجارية لمستحضرات الحديد (أقراص)
	الملحق الرابع وثائق المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق البحر المتوسط في مجال الأدوية والمستحضرات الصيدلانية الأساسية
١٧	١٧

١- مقدمة

حتى قبل بدء تنفيذ برنامج عمل منظمة الصحة العالمية المعني بالأدوية الأساسية في عام ١٩٨٢ استجابة لعدة قرارات أصدرتها جمعية الصحة العالمية، كانت عدة بلدان بإقليم شرق البحر المتوسط قد اتخذت خطوات فعلية لإحلال النظام محل الفوضى التي كانت سائدة في مجال استعمال الأدوية. وكانت لتلك الفوضى عدة جوانب أبرزها ما يلي: توافر عدد كبير من الأدوية ذات الأسماء التجارية بلغ أحياناً خمسة وعشرين ألف دواء تحتوي على أربعة مادة فعالة؛ ووجود عدد كبير من الأدوية المركبة كثيراً ما كان يوجد معها عدة صانّات antibiotics ومجموعة من الفيتامينات؛ ووجود كثير من المقويّات ومزائج السعال المحتوية بلا ضرورة على ٣٠-٤٠% من الكحول؛ والإفراط في وصف الأدوية والاستعمال غير الضروري للأدوية. كما لم يكن يوجد لدى بعض البلدان تسهيلات لاختبار جودة الأدوية التي تستورد مقابل نفقات كبيرة تدفع بالعملة الأجنبية، ولاتسهيلات للإنتاج، مع ضعف الهيئة المعنية بتنظيم الأدوية وعدم وجود استخبارات سوقية يتم عن طريقها التأكد من المصادر التي يمكن استيراد الأدوية منها. هذا، وكانت المراكز الصحية الريفية كثيراً ما تعاني من نقص حاد في الأدوية، في حين كان يتعين في أحيان أخرى إعدام الأدوية لعدم استخدامها قبل الموعد المحدد لانتهاؤها. وأخيراً، فإن الضغوط الشديدة التي كان يمارسها مندوبو شركات الأدوية لترويج بيع الأدوية التي تنتجها هذه الشركات، كانت تؤدي إلى فرط استعمال الأدوية. وفي كثير من الأحيان لم تكن المعلومات المتاحة للأطباء حول الإنجازات التي تحققت في مجال فن المداواة موجودة إلا في منشورات شركات الأدوية هذه.

بيد أن هذه الصورة الكئيبة كانت تتغير بالفعل في سنة ١٩٨٢. فقد كانت بعض البلدان قد اتخذت خطوات لخفض عدد الأدوية المستعملة في إطار خدمات الصحة العمومية لديها، كما كانت قد أنشئت مختبرات جودة الأدوية من أجل دعم إنشاء وتشغيل الهيئات الوطنية لتنظيم الأدوية. وكان قد تمّ في بضعة بلدان البدء في صناعة الأدوية محلياً من صيغ محضرة في أول الأمر ثم من مواد خام بعد ذلك. وأدخلت طرق حديثة لتوريد الأدوية، وتمّ بنجاح، في بلدان الخليج، تطبيق الفكرة الجديدة الخاصة بالشراء الموحد لأدوية منتقاة. وبدأ استعمال المزيد من الأدوية غير المسجلة الملكية وتمّ، في جُلّ عطاءات شراء الأدوية، استخدام أسماء جنيسة generic.

وقد أدى برنامج عمل المنظمة للأدوية الأساسية إلى تعجيل الأنشطة الحالية وتعزيزها وإعطائها قوة دفع كما أدى إلى إيجاد أنشطة جديدة. والمفهوم الأساسي الذي يقوم عليه هذا البرنامج هو أنه من غير الضروري في أي بلد معيّن أن يكون هنالك أكثر من حوالي ٢٢٥ دواء وحوالي ١٥٠٠ مستحضر من أجل توفير الرعاية الصحية الكافية على مستوى عالٍ في مواجهة حوالي ٩٥% من الأمراض التي يتم التصدي لها. وحال قيام أي بلد بإدقاء الأدوية الأساسية اللازمة على أساس القوائم النموذجية الثلاث التي تقوم المنظمة بنشرها وتحديثها، يتبع ذلك اتخاذ خطوات متتالية، مثل التوريد والتوزيع وضبط الجودة. وتتناول هذه الورقة في موضع لاحق الفوائد التي تترتب على استخدام قائمة محدودة من الأدوية الأساسية. ويكفي هنا القول بأنه يتم دائماً إيضاح أن هذه القوائم لا تعدو كونها نماذج يسترشد بها كل بلد في وضع القائمة الخاصة به تبعاً للأوضاع الوطنية السائدة. وتم كذلك إيضاح أن كل بلد يحتاج إلى بضعة أدوية تكميلية إضافية لمعالجة ٥% من الأمراض التي لا تعالجها الأدوية الأساسية. وترى المنظمة دائماً أن هذه القوائم بحاجة إلى مراجعة وتعديل من حين لآخر من قِبَل الخبراء الوطنيين، وأن استعمال عدد محدود من الأدوية هو أمر ضروري لا في البلدان النامية فحسب بل في البلدان المتقدمة كذلك.

وبناء على وضع قوائم وطنية للأدوية التي ينبغي استعمالها على مختلف مستويات الرعاية الصحية، بدأت المنظمة، خلال السنوات القليلة الماضية، برنامجاً تعاونياً إقليمياً مع بلدان الإقليم يشمل على المقومات التالية:

- ١- وضع وتنفيذ السياسات الدوائية؛
- ٢- تعزيز الهيئات الوطنية لتنظيم الأدوية؛
- ٣- إنشاء شبكة مكمّلة من مختبرات ضبط جودة الأدوية؛
- ٤- إنشاء نظم محسّنة لتوريد الأدوية وتخزينها وتوزيعها؛
- ٥- التقدير الكمي للاحتياجات من الأدوية اللازمة للرعاية الصحية الأولية؛
- ٦- البحوث الدوائية؛
- ٧- تنمية القوى العاملة الصحية؛
- ٨- إنشاء مراكز للدوائيات السريرية (clinical pharmacology)؛
- ٩- توفير معلومات حديثة ودقيقة عن الأدوية؛
- ١٠- التشريع والتنظيم الدوائي؛
- ١١- إنتاج الأدوية الأساسية للرعاية الصحية الأولية؛
- ١٢- نشر وثائق المنظمة ومكتبها الإقليمي لشرق البحر المتوسط في ميدان الأدوية والمستحضرات الصيدلانية الأساسية.

ولا يتم تنفيذ كل هذه المقومات في جميع البلدان، ولكن يجري في معظم البلدان تنفيذ بعض هذه المقومات معاً. وقد بدأ مؤخراً في عدد من بلدان الإقليم تنفيذ برامج وطنية شاملة للأدوية تشمل على ستة مقومات أو سبعة على الأقل.

وعلى الرغم من تحسّن الوضع تحسناً كبيراً فما زال هنالك الكثير الذي يلزم فعله. فمثلاً لا يزال الإقراض في وصف الأدوية والاستعمال غير الضروري للأدوية مستمرين؛ وافتقار القطاع الخاص في معظم بلدان الإقليم يستعمل أعداداً كبيرة من الأدوية ذات الأسماء التجارية غير الضرورية التي يتم شراؤها بالعملة الصعبة، ويؤدي توافر هذه الأدوية بهذه الأعداد الكبيرة إلى فرط استعمالها في القطاعين الخاص والعام؛ وهناك نقص في القوى العاملة بالإقليم في مجالات كثيرة حيوية لوضع وتنفيذ سياسة دوائية رشيدة، مثل ضبط جودة الأدوية، وتوريدها وتخزينها وتوزيعها وكذلك الدوائيات السريرية. وما زال يتعين على صناعة الأدوية قطع شوط طويل قبل أن تتمكن من تحقيق الاكتفاء الذاتي؛ كما يحدث من حين لآخر نقص في الأدوية.

وهذه الورقة إذ تتناول بعض مجالات العمل التعاونية وتحدد الاحتياجات والمعوقات وتقدم الأسباب الداعية لتنفيذ بعض البرامج، فإنه يرجى أن تساعد بذلك على زيادة تعجيل البرامج الوطنية للأدوية الأساسية التي يعتمد عليها، من نواح كثيرة، نجاح مختلف البرامج الوطنية للرعاية الصحية الأولية. فما لم يتوافر باستمرار عدد محدود من الأدوية المأمونة الفعالة بأسعار في متناول المستهلك، في مستوى الرعاية الصحية الأولية، وما لم يتم وصف هذه الأدوية وصفاً رشيداً ويتناولها المرضى تناولاً صحيحاً، فإن تنفيذ برنامج الرعاية الصحية الأولية يصبح بكامله في خطر.

٢- القوائم المحدودة للأدوية

١-٢ القطاع العام

إن الفائدة الأولى لقائمة الأدوية المحدودة هي تخفيض التكاليف. وقد أفلح خمسة عشر بلداً في الإقليم، باستعمالها قوائم محدودة من الأدوية، في خفض عدد الأدوية المستعملة في خدمات الصحة العمومية

خفضاً كبيراً. فقد اُفلحت في إنقاذها في المتوسط إلى السدس، وإن كان أحد البلدان قد أفلح في إنقاذها إلى جزء من أربعة عشر. ويعد هذا تقدماً هائلاً بالنظر إلى الوفورات المالية التي تحققها البلدان المعنية. وإذا فعلت جميع البلدان النامية ذلك، حققت وفورات هائلة. فإذا خفض أي بلد من عدد الأدوية المستعملة فيه مكتفياً باستبعاد الأدوية الخطرة أو غير الفعالة، فمن المنتظر أن يحقق بهذا التدبير المتواضع وحده وفورات يبلغ معدلها ٢٠٪، فإذا أضيف إلى هذا التدبير قيام السلطات المعنية في البلد بشراء الأدوية شراء موحداً واستعمال الأدوية الجنيصة فقد يبلغ معدل الوفورات ٦٠٪.

وقد تمّ حتى في بعض البلدان المتقدمة الحدّ من وصف الأدوية خفضاً للتكاليف، ففي المملكة المتحدة فإن الأدوية الوحيدة التي توصف ويمكن صرفها على نفقة الحكومة في بعض الفئات العلاجية (حالات السعال والبرد، والمقويات ومضادات الحموضة وغيرها) هي الأدوية التي تلبى الاحتياجات السريرية clinical needs الحقيقية بأقل تكلفة. وهذا التقييد البسيط جداً قد وفر وحده للحكومة ٧٠ مليون جنيه استرليني في الفترة القصيرة بين نيسان/إبريل وتشرين الأول/أكتوبر ١٩٨٥. وجدير بالذكر أنه يؤخذ بتقييد مماثل في جمهورية ألمانيا الاتحادية. ويوجد بالمملكة المتحدة أيضاً كتبات وصفات للمستشفيات، عبارة عن قوائم مختصرة للأدوية المستعملة تستخدم كأدلة يسترشد بها أطباء المستشفيات في وصف الأدوية؛ وقد أثبتت هذه الكتبات جدواها. ويحتوي أحدها على ٥٩٤ دواء (مختزلة من ١٢٠٠ دواء في السابق) اعتمدها مجموعة مستشفى ويستمنستر في لندن فحققت وفورات بلغت ٧٠٠٠٠ جنيه استرليني في الميزانية السنوية المخططة، كما أدى مشروع مماثل في واند سويرث إلى تحقيق وفورات في الإنفاق على الأدوية في عام ١٩٨٤ بلغت ٥٠٠٠٠٠ جنيه استرليني.

والأموال الموفرة يمكن استخدامها في تحسين أقسام أخرى من أقسام الخدمات الصحية. كما أنّ خفض التكاليف وتعزيز الجدوى في مجال شراء وتوزيع هذا العدد الأقل من الأدوية يمكن أن يؤدي إلى توفير كميات أكبر من الأدوية التي تهم الحاجة إليها في مستوى الرعاية الصحية الأولية.

٢-٢ القطاع الخاص

وقد تحقق تقدم أقل من ذلك بكثير في مجال استخدام قوائم محدودة من الأدوية في القطاع الخاص، غير أن الفوائد التي تعود على القطاع الخاص من ذلك لا تقل عن الفوائد التي تعود على القطاع العام. ومن العوامل المؤثرة الحاسمة في هذا الصدد بالنسبة لبعض البلدان النامية ندرة العملات الأجنبية اللازمة لشراء الأدوية من الخارج. بيد أن ثمة أسباباً كثيرة تؤكد أن الأخذ بقوائم محدودة من الأدوية لجميع أنماط الخدمات الطبية، لا الخدمات الصحية الحكومية وحدها، من شأنه أن يفيد الطب بوجه عام. فالأدوية الضارة وغير الفعالة لن توصف، إذ أنها لن تظهر في هذه القوائم؛ والفوضى الناجمة عن توافر أعداد كبيرة من الأدوية المتماثلة ذات الأسماء المختلفة لن يكون لها وجود؛ كما يتم تيسير نشر المعلومات الموضوعية الدقيقة بين الأطباء. بيد أن الفائدة الرئيسية تتمثل في تحسين مستوى المعالجة. فحيثما تتوافر الأدوية بلا ضوابط أو قيود فإنها تصبح عرضة لأن توصف بافراط أو أن يساء وصفها. فيحدث في بعض الحالات أن توصف للمريض الواحد مستحضرات متماثلة ولكن ذات أسماء تجارية مختلفة. وغني عن البيان أن وصف الأدوية الخاطيء هذا قد ينطوي على خطر جدّي يهدد صحة المرضى، بل حياتهم ذاتها.

وإن استبعاد الأدوية غير الضرورية وغير المفيدة من السوق من شأنه أن يؤدي إلى زيادة استخدام الأدوية الأساسية وتحسين استعمالها. فمثلاً حدث في بنغلاديش عقب الأخذ مؤخراً بسياسة دوائية جديدة أن استُبعد من السوق ١٦٦٦ دواء ضاراً أو غير ضروري أو غير مفيد وتم استعراض ٤٥ دواء أساسياً.

وكان من نتائج ذلك زيادة نسبة مجموع مبيعات السوق من هذه الأدوية الأساسية الخمسة والأربعين التي كانت نسبة مبيعاتها بالسوق في عام ١٩٨١ تبلغ ٣٠.٣% والتي ارتفعت في عام ١٩٨٤ إلى ٦٤.٧%. ويبين هذا بجلاء أن الأطباء وكذلك الجمهور يتحولون إلى الاستعمال الرشيد للأدوية الأساسية في حال غياب الأدوية الأخرى «الضارة» أو «غير الضرورية» أو «غير المفيدة».

ومن الفوائد الهامة للحدّ من الأدوية التي تتاح للاستعمال هو أن تعليم الأطباء وكل العاملين الصحيين الآخرين يصبح بذلك أسهل وأجدي بكثير جداً. فمن الصعب للغاية على الطالب أن يستوعب معلومات عن أعداد كبيرة من الأدوية فضلاً عن حفظها في ذاكرته. وهذه الفائدة تمتد إلى مرحلة الدراسات العليا، إذ لا يُنتظر أن تضاف إلى قائمة الأدوية سوى عدد قليل نسبياً من الأدوية الجديدة كما لا يُتوقع أن يُستبعد من هذه القائمة سوى عدد قليل نسبياً من الأدوية. ومن الأسهل نسبياً إعلام العاملين الصحيين عن هذه التغييرات القليلة.

وإن أي محاولات تبذل لتنظيم القطاع الخاص بالحد من عدد الأدوية التي تتاح له، تلقى دائماً معارضة لا يرفع لواعها منتجو الأدوية وحدهم. ويُدعى في المقام الأول بهذا الصدد أن من غير العدل أن يُحرم من أفضل الأدوية المرضى القادرين على شرائها. بيد أن غلاء الأدوية لا يعني كونها جيدة، فليست أغلى الأدوية أفضلها بالضرورة. هذا، وقد فُرِضت في بعض البلدان المتقدمة قيود شديدة على الأدوية دون أي إحياء بان الرعاية الصحية ستتأثر بهذه القيود. ففي النرويج مثلاً بدءاً من عام ١٩٧٦ في الأخذ بمعيار «الحاجة» عند النظر في الأدوية المطلوب تسجيلها، وكان من نتيجة ذلك أن عدد الأدوية المسجلة بذلك البلد تبلغ الآن حوالي ١١٠٠ دواء، أي عُشر عدد الأدوية المسجلة في بعض البلدان الأوروبية. ولم يؤد ذلك إلى الشكوى من مستوى الرعاية الطبية. وفي إنكلترا قررت مؤخراً مجموعة من الممارسين العاملين الاقتصار على قائمة من ١٣٧ دواء فقط ووجدت أن هذا العدد يرضي تماماً ٩٠% من مرضاهم. وما يهم ملاحظته هو أن أولئك الممارسين لم يقصدوا في المقام الأول توفير المال، وإنما هم «أرادوا تحسين أسلوبهم في وصف الدواء». هذا، وقد اتضح مؤخراً من دراسة مقارنة أجريت في مستشفين اثنين، أحدهما بالولايات المتحدة الأمريكية والثاني باسكتلندا، ذوي مستوى علاجي واحد، أن استعمال كثير من الأدوية المختلفة في العلاج ليس أفضل من استعمال أدوية أقل. فالمستشفى الأمريكي كان يستعمل عشر صادرات antibiotics في ٧٥% من حالات المعالجة في حين أن المستشفى الاسكتلندي كان يستعمل لنفس هذه النسبة من الحالات ثلاث صادرات فقط.

ومن المعتقدات الأخرى الخاطئة الشائعة التي تؤدي إلى استعمال أدوية لا ضرورة لها هو أن الأدوية الجديدة أفضل من مثيلاتها القديمة. ومن أمثلة ذلك انتشار استعمال دواء السيفالوسبورين مع كونه غير ضروري في غالب الأحيان. ومن المعروف الآن أن هذا الدواء قد يصيب مستعمله بالآلرجية allergy والتآقي anaphylaxis وأن من التأثيرات الجانبية لهذا الدواء اتلاف الكلية.

٣- الحلقات العملية الوطنية المعنية بالاستعمال الرشيد للأدوية الأساسية

من الآليات الفعالة جداً في خفض عدد الأدوية المستعملة في بلد ما، قيام الأطباء والصيادلة وغيرهم في الحلقات العملية الوطنية المعنية بالاستعمال الرشيد للأدوية الأساسية بانتقاء وتحديد هذه الأدوية. فالمشتركون في مثل هذه الحلقات العملية يستعرضون الأدوية المستعملة في البلد، في إطار المداواة

الرشيدة، ويقارنونها من حيث اختلافها وعددها بما تقترحه منظمة الصحة العالمية من أدوية من حيث هذين الاعتبارين (الاختلاف والعدد). وتُجرى في هذه الحلقات مناقشات، تعقد في مجموعات، بشأن الحاجة إلى كل من هذه الأدوية، ثم تُعرض توصيات المجموعات عادة على الجلسات العامة وتُنَاقش فيها. وقائمة الأدوية التي يتم في نهاية الأمر انتقاءها هي قائمة يتم التوصل إليها باتفاق الآراء، وليست مفروضة من سلطة مركزية. ويحدث في أحيان كثيرة أن تُستبعد من قائمة الأدوية الوطنية بعض الأدوية الواردة في قائمة المنظمة ويُضاف إلى القائمة الوطنية في ضوء الاحتياجات الوطنية أدوية غير مدرجة في قائمة المنظمة. بيد أنه يُلاحظ دائماً أن القائمة التي يتم الاتفاق عليها في نهاية الأمر تكون أقصر من القائمة الجاري استعمالها في البلد المعني.

ويبيّن الملحق الأول لهذه الورقة الحلقات العملية التي عقدت في عام ١٩٨٥ والحقات المزمع عقدها في عامي ١٩٨٦ و ١٩٨٧. ويتضح أنه بحلول نهاية عام ١٩٨٧ يكون قد عقدت اثنتان وعشرون حلقة عملية في خمسة عشر بلداً بالإقليم.

وقد أصبح واضحاً جداً أن هذه الحلقات الدراسية لا تخفّض، باتفاق الآراء، عدد الأدوية المستعملة في البلد، فحسب، بل تتيح مزيداً من المعلومات وتوضّح الشكوك وتحو ما في أذهان الأطباء وغيرهم من سوء فهم لمفهوم الأدوية الأساسية. كما أن هذه الحلقات تقوم بدور هام في نشر الرسالة القائلة بأنه يمكن بفضل عدد محدود من الأدوية المنتقاة بعناية توفير طب ومداواة من الدرجة الأولى.

٤- استخدام الاسم الجينيس generic name للأدوية

يوجد لكل دواء اسم عام بسيط، هو اسمه الجينيس أو اسمه الدولي غير المسجّل الملكية. وفوائد استخدام الأسماء الجينية للأدوية بدلاً من أسمائها التجارية هي فوائد كثيرة، أهمها أن استخدام الاسم الجينيس أقل إثارة للبلبل، لاسيما عندما يكون للدواء الواحد عدة أسماء تجارية مختلفة. ويرد في «الدليل الشهري للاختصاصات الطبية» (طبعة الشرق الأوسط) ١٩ اسماً تجارياً مختلفة تماماً للأمبيسيلين (انظر الملحق الثاني)، بعضها مثير للكثير من البلبل، و ٢٧ نمطاً مختلفاً من مستحضرات الحديد التي تؤخذ بالفم، وجميعها ذات جرعات مختلفة وإضافات مختلفة (انظر الملحق الثالث). والتقيّد باستعمال الأسماء الجينية للأدوية ذو تأثير مباشر في تدريب العاملين الصحيين، بما فيهم الأطباء، فلن يكونوا مطالبين إلا بمعرفة اسم واحد فقط لكل دواء. ومن المزايا الأخرى لهذا النظام أنه يتيح للمصادلة قدراً من المرونة لدى تحضير الأدوية، كما أنه يبسط كثيراً الإجراءات الإدارية المتّبعة في شراء الأدوية وتخزينها وتوزيعها.

ولعل أعظم فوائد استخدام المنتجات ذات الأسماء الجينية أنه يؤدي إلى خفض التكاليف، حيث أن هذه المنتجات (أ) تكون في حد ذاتها أرخص بنسبة ١٠ - ٣٠% عما سواها (ب) وتكون عادة متوافرة فسي «عبّوات للمستشفيات» كبيرة (ج) وتقل تكاليف المناولة عند تخفيض عدد المنتجات الموحدة المعيار بسبب تبسيط الإجراءات الإدارية وانقاص معدل رأس المال الذي يبقى قابلاً بالمخزن.

وعلى الرغم من هذه المزايا الكبرى التي لا يمكن إنكارها، فإن بعض الأطباء يعارضون استخدام المنتجات ذات الأسماء الجينية. ويبدو أنهم يؤمنون بوجود قوة «سحرية» كامنة في أدوية بعينها تحمل أسماء تجارية، وقد كان أحرق بهم أن يقارنوا بموضوعية مكوناتها الكيميائية. وهم يحتجّون بأن جودة المنتجات ذات الأسماء الجينية أقل مضمونية. ويؤكد هذا الوضع أهمية وجود مختبر لضبط جودة الأدوية في كل بلد من أجل اختبار الأدوية وبالتالي إقناع الأطباء بكون المنتج ذي الاسم الجينيس بالمستوى المنشود. وهناك حل آخر يتمثل في توريد «منتجات جينية بأسماء تجارية»، أي منتجات جينية تنتجها شركات دوائية ذائعة الصيت. والفرق بين هذا المُنتج والمُنتج الجينيس هو أن يوضع على المُنتج الجينيس ذي الاسم التجاري، بالإضافة إلى اسمه الجينيس، اسم المُنتج علاوة على ضمان منه بجودة المُنتج.

وجدير بالملاحظة في هذا الصدد أن جمهورية إيران الإسلامية تمارس شراء الأدوية وتوزيعها باسمها الجنييس. والمأمول أن تنظر البلدان الأخرى في الأخذ بهذه الممارسة.

٥- مختبرات ضبط الأدوية

من المخاوف الشائعة في شتى أرجاء العالم هو أن يكون دواء ما دون المستوى المنشود، أو يكون غير فعال على الإطلاق أو حتى سامّ. وقد قامت شركات الأدوية الدولية الغيرة على سمعتها بإنشاء نظم لضبط الجودة حتى يمكنها فحص عينات من منتجاتها قبل بيعها. بيد أنه يلزم بعد وصول هذه المنتجات إلى البلدان المدارية (الحارة) وبعد تخزينها في ظروف ربما لا تكون باعثة على الرضا، التأكد من أن فعاليتها لم تقل. وهناك أيضا شعور عام لدى الأطباء، أشير إليه آنفاً، بأن الأدوية الجنييسة التي ليست عليها أسماء شركات دوائية ذائعة الصيت، والتي ربما يتم الحصول عليها بأسعار أقل من أسعار الأدوية ذات الأسماء التجارية، تكون على الأغلب دون المستوى المنشود. وهذا الرأي لا يقوم بالضرورة على أساس سليم، ولكنه من ضمن المصاعب التي ينبغي التغلب عليها قبل أن يكتب النجاح للأخذ بقوائم للأدوية ذات الأسماء الجنييسة. ومن الطرق الهامة، بل الأساسية، للتغلب على هذه الصعوبة ضبط جودة الأدوية.

ويتطلب ضبط جودة الأدوية استخدام طرائق كيميائية وجراثيمية microbiological ودوائية pharmacological، وقد أصدر المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق البحر المتوسط إرشادات لإنشاء مختبرات لإجراء اختبارات باستخدام هذه الطرائق الثلاث. وقد تحقق تقدم كبير، وهناك سبعة عشر بلداً تقوم فعلاً بإنشاء مختبرات لهذا الغرض، وإن كان من غير الممكن في القريب العاجل ولا من الضروري لكل بلد أن تكون لديه مختبرات تجري عملية الضبط هذه بالطرائق الثلاث جميعاً. ويتطلع برنامج المنظمة إلى إقامة شبكة تكون فيها المرافق الموجودة بمختلف البلدان مكتمل بعضها بعضاً، بحيث يمكن إرسال عينات من بلد ما إلى بلد آخر لاختبارها فيه. ومن المتوقع أن يكون الضبط الكيميائي متاحاً في البلدان الثلاثة والعشرين كلها، والضبط الجراثيمي في ستة منها على الأقل، والضبط الدوائي في أربعة منها على الأقل. والمأمول أن يتم أيضاً إنشاء مركزين اثنين على الأقل يكونان قادرين على إجراء دراسات عن التوافر الحيوي للأدوية، أي قدرة المستحضرات الدوائية بعد إعطائها للمريض على الاحتفاظ بالتركيز المطلوب للدواء في النسيج tissues للمدة المطلوبة.

وقد ساعدت المنظمة على إقامة هذه الشبكة بإسداء المشورة المهنية بشأن إنشاء المختبرات، وبالحصول على الأموال اللازمة لتوفير المعدات، وباتخاذ الترتيبات اللازمة لتدريب العاملين في مختبرات معترف بامتيازها سواء في الإقليم أو أقاليم أخرى. وقد تمّ في السنتين الماضيتين إرسال ثمانية وعشرين شخصاً للتدريب على ضبط جودة الأدوية.

وهذه الشبكة تعمل الآن جيداً، ويمكن للمنظمة، مع زيادة تطوير هذه الشبكة، اتخاذ الترتيبات اللازمة لإرسال العينات رأساً إلى المكتب الإقليمي من أجل فحصها مخبرياً إما في الإقليم وإما خارجه.

٦- التقدير الكمي للاحتياجات من الأدوية

التقدير الكمي للاحتياجات من الأدوية هو عملية تقدير الكميات المطلوبة من الأدوية اللازمة لمؤسسة صحية معينة (مستشفى، مثلاً) أو لجميع المؤسسات الصحية في منطقة معينة أو بلد معين لمدة

معينة. وهو خطوة من الضروري اتخاذها في التخطيط الفعلي أو الإدارة الفعلية لأي برنامج من برامج توريد الأدوية. وفي حين ينبغي أن يكون التقدير السليم للاحتياجات من الأدوية هو أساس توريد جميع الأدوية، فليس الأمر كذلك في كثير من الأحيان. وتقدير الاحتياجات المستقبلية من الأدوية ليس بالأمر اليسير، إذ أن الطلبات الجديدة من الأدوية تقوم عادة على حجم استعمال الأدوية في السنة السابقة. وهذه طريقة لا يعول عليها إطلاقاً إذا لم يكن الاستعمال الفعلي للأدوية قد تم تسجيله على نحو سليم، لاسيما لو أن استهلاك الأدوية كان غير رشيد أو مضطرب بسبب نقص التوريدات أو عدم انتظامها. ويمكن إعطاء أمثلة عديدة للأدوية التي تُطلب بكميات مفرطة في الكبر أو الصغر. ففي أحد بلدان هذا الإقليم لزم إعدام أدوية قيمتها عدة آلاف من الدولارات لأنها لم تُستعمل وحلّ الموعد المحدد لانتهاؤها مفعولها، على حين أن كينيا طلبت من مستحضرات الإيزونيازيد المعروفة تجارياً باسم ان هـ* (INH) والتياسيتازون كميات تكفي البلد مدة سبع سنوات على الأقل. والتقدير السليم للاحتياجات اللازمة مستقبلاً من الأدوية هام من الناحيتين الطبية والمالية، فبه يتسنى تفادي نقص الأدوية الأساسية وفرط تخزينها الباهظ التكاليف.

وقد تم حتى الآن تقديم الدعم من المنظمة في مجال تقدير الاحتياجات الدوائية المستقبلية في بلدان هذا الإقليم بطريقتين اثنتين. فأولاً، قامت المنظمة بإجراء دراسة للتقدير الكمي للاحتياجات الدوائية للقطاع العام في عدة بلدان. وثانياً، يجري الآن إعداد دليل تدريبي من أجل تدريب العاملين الوطنيين على الطرائق الضرورية في هذا الصدد، كما يجري اختبار هذا الدليل ميدانياً.

٧- توريد الأدوية وتخزينها وتوزيعها

هناك اختلافات كثيرة بين بلدان الإقليم من جهة وبين بلدان أوروبا من جهة أخرى فيما يخص النواحي العملية لتوريد الأدوية. ففي أوروبا يتم التفاوض بشأن معظم العطاءات عن طريق التلكرس، ويتم تأكيد الطلبات أو متابعتها هاتفياً، والبريد الذي تُرسل به مستندات الشحن يتميز بكونه سريعاً ومضموناً، كما أن ضبط جودة الأدوية يتم بسرعة. وجميع هذه الأنشطة وكثير غيرها يمكن أن تكون صعبة جداً في معظم بلدان إقليم شرق البحر المتوسط، مما يعوق، إلى حد بعيد، الإدارة السلسة لأقسام التوريدات وتوزيع الأدوية بوجه عام.

وهذه المشاكل الإقليمية مردها جزئياً وليس كلياً لنواحي النقص في البنية الأساسية. ولاشك أن هذه المشاكل يؤدي إلى تفاقمها وجود نقص عام في القدرة الإدارية، ولذلك فإتياً كانت التسهيلات والامكانيات القائمة، فإنها لا تستخدم بكفاية. ومن ثم فلا يلزم تحسين البنى الأساسية فحسب، بل يلزم تدريب كبار العاملين على المهارات الإدارية وتقديم التدريب التقني لسائر العاملين المعنيين بسلسلة التخزين والتوزيع. فحتى عام ١٩٨٦ لم تكن بالإقليم تسهيلات للتدريب في هذا المجال، غير أنه في آذار/مارس ١٩٨٦ عقدت في عمان بالاردن الدورة التدريبية الإقليمية الأولى في توريد الأدوية الأساسية وتخزينها وتوزيعها في مستوى الرعاية الصحية الأولية. وهذه الدورة الإدارية التي عقدت بالعربية قد أعدت خصيصاً لتلبية احتياجات بلدان الإقليم وحضرها مسؤولون كبار من ثلاثة عشر بلداً عربياً.

وهناك أسلوب آخر لتحسين توريد وتوزيع الأدوية الأساسية استُخدم في اليمن الديمقراطية حيث بدأ في عام ١٩٨٤ تنفيذ برنامج شامل للأدوية. وقد عنى ذلك من الناحية العملية أن منظمة الصحة

* ان هـ : اختصار إيزونياكوتين هدرازين

العالمية تبذل جهداً كبيراً في دعم جميع مقومات أي برنامج من برامج الأدوية الأساسية. وفي مجال توريد الأدوية، شمل هذا الجهد منح بعثات دراسية لحوالي خمسة عشر موظفاً يعملون بتخزين الأدوية وتوزيعها، وتقديم دعم واسع النطاق في مجال إنشاء نظم توزيع الأدوية الأساسية. وهذا المثال جدير بمزيد من الدراسة.

١-٧ توريدات الأدوية باليمن الديمقراطية

تمت دراسة إحصاءات المَرَاضَة الصادرة عن الوحدات والمراكز الصحية لتحديد معدل الاحتياجات الشهرية من الأدوية الأساسية لهذه المؤسسات. وفي إحدى الدراسات الارتبائية، تم إعطاء ثلاث وحدات صحية عديدة kits معيارية شهرية بها ٢٨ دواء أساسياً بكميات كافية. ثم تمّ بعد بضعة أشهر تقييم ذلك، وتقرّرت بناء على إحصاءات إضافية للمَرَاضَة، الكميات النهائية للعتائد kits الشهرية للوحدات الشهرية (٢٢ دواء) وللمراكز الصحية (٤٦ دواء). ثم قامت اليمن الديمقراطية بعد ذلك بطلب العتائد المعبّاة من خلال قنوات التوريد المعتادة.

وقد بدأ في كانون الثاني/يناير ١٩٨٥، تنفيذ نظام التوزيع بمنطقة توبان بمحافظة لحج وتمّ اختصار «نقطتي استلام» في تلك المنطقة. وطُلب إلى العاملين الصحيين استلام عتائدهم المحصّنة من الأدوية كل شهر من نقطتي الاستلام هاتين. وبذلك فعليهم أن يتسلّموا عتائدهم المحصّنة الشهرية بدلاً من استلام مجموعة عشوائية مما قد يكون بالمخزن من أدوية.

وفي خلال عام ١٩٨٥ زاد باطراد عدد المناطق المشمولة بهذه الخدمات في محافظة لحج حتى بلغت أربع مناطق تضمّ ما مجموعه ٦٤ وحدة صحية ومركزين صحيين اثنين وتخدمها ست من نقاط الاستلام. وقد تحقق ذلك بعد خطة العمل التي أعدتها الحكومة والمنظمة في تشرين الأول/أكتوبر ١٩٨٥. وسوف يتم في عام ١٩٨٦ تغطية محافظة لحج كلها بتسع نقاط استلام، كما ستتم تغطية محافظة أخرى، هي محافظة أبيان بنظام التوزيع هذا الذي سيتمد بحلول كانون الأول/ديسمبر ١٩٨٦ ليشمل محافظة ثالثة، هي حضرموت. ويبدو أن نظام توزيع الأدوية هذا يؤدي مهامه بصورة باعثة على الرضا جداً ويمكن استخدامه نموذجاً للبلدان الأخرى في الإقليم.

٨- إنشاء مراكز للدوائيات السريرية

إن الدوائيات السريرية، التي هي اختصاص نشأ حديثاً ويشتمل على دراسة فعل الأدوية في الإنسان، يمكن أن تقدم الكثير للبلدان في إطار مساعيها لاستعمال الأدوية استعمالاً جيداً وحكيماً من أجل نفع سكانها. بيد أن إخصائيي الدوائيات السريرية قليلون الآن على صعيد العالم، ومن ثم فمن غير الواقعي أن نتوقع لكل بلد في الإقليم الحصول على اختصاصي بالدوائيات السريرية خلال السنوات القادمة. وتتعاون المنظمة مع البلدان على إنشاء أربعة مراكز للدوائيات السريرية كي تقوم بأداء الخدمات اللازمة لبلدان الإقليم وتدريب إخصائيي المستقبل في مجال الدوائيات السريرية من أبناء هذه البلدان وأجراء بحوث في هذا المجال. ولا بد لذلك من أن يفيد كثيراً في ترشيد استعمال الأدوية في بلدان الإقليم.

ويقدم إخصائيو الدوائيات السريرية ومراكز الدوائيات السريرية خبرة تشتد الحاجة إليها ولكنها كانت حتى ذلك الحين غير متاحة، في المجالات التالية:

- (أ) وضع سياسات دوائية وانتقاء مراجعة قوائم الأدوية؛
- (ب) تدريب العاملين والإخصائيين الصحيين على الاستعمال السليم للأدوية؛
- (ج) تقييم الأدوية الجديدة قبل تسجيلها؛
- (د) إجراء تقييم سريري للأدوية الجديدة والأدوية العشبية؛
- (هـ) إعداد ونشر المعلومات الموضوعية عن الأدوية؛

- (و) مساعدة الإخصائي السريري على اختيار الدواء المناسب والحدّ من سوء استعمال الأدوية والاستعمال غير الضروري للأدوية؛
- (ز) اجراء بحوث عن اقتصاديات استعمال الادوية؛
- (ح) اجراء دراسات عن حرائك الدواء pharmacokinetics لتوضيح آليات التأثيرات الجانبية والفعالية؛
- (ط) اجراء دراسات عن استعمال الادوية ؛
- (ي) اجراء دراسات عن مراقبة التفاعلات الضارة للأدوية.

وتقوم بعض الدول الأعضاء، متعاونة مع المنظمة، بإنشاء ثلاثة مراكز للدوائيات السريرية بالإقليم ، وذلك في كلية الطب بالخرطوم، في السودان، وكلية الطب بعَمَّان، في الأردن، والمعهد الوطني للصحة في اسلام آباد، بباكستان. كما يجري إنشاء مركز رابع للدوائيات السريرية المتصلة خاصة بالنباتات الطبية والمنتجات العشبية بمركز الطب الاسلامي في الكويت الذي تتعاون معه المنظمة على تطوير أقسامه للدوائيات، والسموميات، والجراثيميات النباتية، والدوائيات السريرية .

٩- تعزيز هيئات تنظيم الأدوية في الإقليم

في اجتماع بُدائي لرؤساء هيئات تنظيم الأدوية تمّ عقده في البحرين عام ١٩٨٢، اعتُبر تعزيز هيئات تنظيم الأدوية في بلدان شرق البحر المتوسط من الاحتياجات ذات الأولوية. كما أن مؤتمر الخبراء، الذي عقد في نيروبي بكينيا في تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٨٥، قد أكد من جديد الحاجة العاجلة لتعزيز هذا الاجتماع. والرأي السائد هو أن تنفيذ السياسات الدوائية الوطنية، وانتقاء قوائم محدودة من الأدوية اللازمة فعلاً، والمعاينة اللازمة للوحدات في البلدان المنتجة للأدوية ، وضمان جودة الأدوية التي يجري توزيعها في شتى أنحاء أي بلد، والوصف السليم للأدوية، كلها أمور تصبح واضحة وميسورة إذا أمكن إنشاء هيئة قوية لتنظيم الأدوية يعمل بها موظفون مدربون جيداً كإخصائيي الدوائيات وإخصائيي الدوائيات السريرية في البلدان التي توجد بها مثل هذه الحاجة .

ويتألف البرنامج الإقليمي الجاري تنفيذه من العناصر الأربعة الآتية :

- (أ) تدريب موظفي الهيئات الوطنية لتنظيم الأدوية ؛
- (ب) صياغة الأنظمة الدوائية ؛
- (ج) تحسين التسهيلات الموجودة بهيئات تنظيم الأدوية في البلدان؛
- (د) تقديم معلومات عن الأدوية لهذه الهيئات.

ويتعاون المكتب الإقليمي في هذا المجال مع ست عشرة هيئة لتنظيم الأدوية في الإقليم. ويتم إيفاد متدربين كثيرين من بلدان الإقليم إلى الخارج في بعثات دراسية من قِبَل المنظمة في ميدان تنظيم الأدوية بيد أن النظم تختلف من بلد لآخر، ويتم تدريب المبعوثين من الإقليم على الطرائق المتبعة في البلدان التي يوفدون إليها. ويمنّض إطلاعهم على نظام نمطه هو نفس النمط السائد في بلدانهم حتى يمكنهم عند عودتهم إلى بلدانهم وضع اجراءات مماثلة. لذلك فمن المزمع إنشاء مركز تدريب من هذا النوع في الإقليم.

كما عني المكتب الإقليمي بوضع إرشادات لتسجيل الأدوية. وقد تم في السنتين الماضيتين إعداد مشاريع الإرشادات التالية:

- (أ) إرشادات لمتطلبات تسجيل الأدوية ، الإسكندرية ، ١٩٨٤
(ب) إرشادات لتسجيل الأدوية العشبية ، الإسكندرية ، ١٩٨٦.

ويقوم المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق البحر المتوسط بمعاونة البلدان في تحسين التسهيلات القائمة بالهيئات الوطنية لتنظيم الأدوية لديها. ووفقاً لتوصيات الاجتماع البدائي الذي عقد في البحرين عام ١٩٨٣، يتم توجيه الدعم إلى مجال حوسبة computerization إجراءات التسجيل والمعلومات الدوائية. وبحلول نهاية عام ١٩٨٦ يكون قد تم توريد حواسيب صغرى micro processors إلى نيقوسيا بقبرص، وعدن باليمن الديمقراطية ، وبيروت بلبنان، والخرطوم بالسودان، وإلى تونس واليمن وبلدين آخرين في عام ١٩٨٧. ويدعم المكتب الإقليمي أيضاً تدريب العاملين الذين يستخدمون هذه المعدات تدريباً محلياً أثناء الخدمة .

١٠- صناعة الأدوية الأساسية وإنتاجها للرعاية الصحية الأولية

تتمثل فوائد صناعة الأدوية محلياً فيما يلي: زيادة الاعتماد على النفس، والتدفق المضمون للتوريدات، وتوفير العملات الأجنبية، وإتاحة فرص عمل للقوى العاملة الصحية وتدريبها، بيد أن الحجج التي تساق ضدها كثيرة ، وأهمها أن الأدوية التي يتم إنتاجها محلياً تكون أغلى بوجه عام من المنتجات الأجنبية التي يتم شراؤها من خلال مناقصة دولية. وأسباب ذلك تكون مرتبطة في العادة بالصعوبات التي ينطوي عليها الإنتاج على نطاق صغير. ومن هذه الأسباب استهلاك رأس المال، بالإضافة إلى أن تأمين الصيانة وتوفير قطع الغيار وضبط الجودة تكاليفها أعلى كثيراً بالنسبة للصناعات الصغيرة مما هي بالنسبة لشركات الأدوية الكبرى.

والمطلبات الأساسية لبدء الإنتاج المحلي هي: (١) إجراء دراسة جدوى جيدة (٢) والالتزام التزاماً تاماً بقائمة وطنية للأدوية الأساسية. وهناك أمثلة عديدة على عدم تنفيذ هذه المتطلبات. ومن هذه الأمثلة أن شركة دوائية مشهورة لها بالامتياز في أحد بلدان هذا الإقليم تنتج ٢٨ دواءً في ١١٢ عبوة، ٢٠ منها فقط (١٨٪) مدرجة في قائمة المنظمة النموذجية للأدوية الأساسية. وبهذه الطريقة فإن هذه الشركة لا تسهم حقاً في توفير الأدوية الأساسية للبلد المعني ولا للإقليم ككل.

وهناك مجال في ميدان صناعة الأدوية يمكن للإنتاج المحلي فيه أن يصبح مجدداً من الناحية الاقتصادية. إذ أنه يمثل الأدوية التي تلمس الحاجة إليها والتي يمكن إنتاجها بسهولة. والمجال المعني هو مجال تركيب وتعبئة الأدوية التي توصف لمعالجة الأعراض البسيطة، مثل أشربة السعال، والمزائج المضادة للحموضة، ودهونات الكالامين calamine lotions، والمراهم البسيطة، والمطهرات، وماشابه. فالإنتاج المحلي لهذه الأصناف يمكن أن يكون مربحاً، فهذه الأصناف تتميز بكبر حجمها مما يجعل استيرادها مرتفع التكلفة بسبب تكاليف النقل، هذا، بالإضافة إلى الارتفاع النسبي لسعرها عندما يتم شراؤها جاهزة. والوفورات التي تتحقق في هذا المجال يمكن أن تكون كبيرة، لاسيما عندما يتم إنتاج هذه المستحضرات في عبوات للمستشفيات (علب عبوتها خمسة ألتار أو مرطبات عبوتها كيلو غرام واحد)

١١- نشر المعلومات الموضوعية عن الأدوية

من نافلة القول التأكيد على أهمية تزويد الأطباء والعاملين في مجال صحة المجتمع بالمعلومات الموضوعية الحديثة عن الأدوية واستعمالها السليم، والأطباء وإن كانوا مشغولين في غالب الأحيان، فإنه يتعين عليهم أن يظلوا على علم بمئات الأدوية التي قد تحمل حشداً مربكاً من الأسماء التجارية، والتي

قد لا تكون المعلومات الخاصة بها متوافرة لهم. وتسعى المنظمة لتلبية هذه الحاجة للأطباء وللعاملين في الرعاية الصحية الأولية على السواء. وفي هذا الصدد، فإن «صحائف المعلومات الدوائية» التي يصدرها المكتب الإقليمي للمنظمة لشرق البحر المتوسط، والتي تشمل ثلاثين دواء وتستهدف خدمة العامل في الرعاية الصحية الأولية، تُطبع باللغتين الإنكليزية والعربية وتُوزَّع على نطاق واسع على بلدان الإقليم. كما يتم طباعة وثيقة جديدة يصدرها المكتب الإقليمي بعنوان «صحائف المعلومات الدوائية لشرق البحر المتوسط»، تتألف من صحائف يقع كل منها في صفحة واحدة، عن خمسة وسبعين دواء يُرى أنها تلزم الأطباء العاملين في مستوى الرعاية الصحية الأولية، ويتم إرسالها إلى جميع البلدان الأعضاء. وقد كان «المختار الدوائي» الذي يصدر عن المكتب الإقليمي يُنشر مرتين في السنة باللغة الإنكليزية حتى نهاية عام ١٩٨٥، وهو يتضمن معلومات موضوعية حديثة عن الإنجازات التي تحققت في فنّ المداواة والاستعمال الرشيد للأدوية. واعتباراً من عام ١٩٨٦ أصبح «المختار الدوائي» يصدر باللغتين الإنكليزية والعربية. هذا، ويُصدر المقر الرئيسي للمنظمة في جنيف «نشرة المعلومات الدوائية» التي تحتوي على قرارات تنظيمية وضعتها الهيئات الوطنية لتنظيم الأدوية، وعلى شروح بشأن أنماط معينة من الأدوية. وتُوزَّع هذه النشرة بانتظام على السلطات الوطنية المعنية بتنظيم الأدوية، والقائمة بشتى أنحاء الإقليم.

وتُبذل جهود لنشر الوثائق الوطنية عن الأدوية وفنّ المداواة، بالإضافة إلى التعاون مع البلدان على إنشاء مراكز وطنية لنشر المعلومات عن الأدوية على المستوى القطري. ومن هذه المنشورات منشوران يجري الآن إعدادهما، وهما «صحائف المعلومات الدوائية للسودان» و«دليل تدبير ومعالجة المرضى لليمن الديمقراطية».

والرأي السائد هو أن منشورات المنظمة المختلفة لا تصل دائماً إلى «قرائها المستهدفين»، أي الأشخاص الذين تفيدهم هذه المنشورات أكثر من غيرهم. ومن ثم تلزم مراجعة نظم التوزيع مع وضع ذلك الأمر نصب العين. ويُعتقد أن من الامكانيات التي يمكن استكشافها استخدام خدمات التوزيع المتخصصة في إمداديات logistics توزيع الوثائق والمنشورات. بيد أن ذلك يعتبر خروجاً على نظام توزيع الوثائق المتبع حالياً في البلدان، والذي يتم إلى حد بعيد من خلال وزارة الصحة. وهذه المسألة يلزم مناقشتها، لاسيما أن تنقيح نظام التوزيع على هذا النحو يحتاج إلى موارد إضافية ولا يمكن، بطبيعة الحال، تنفيذه إلا بموافقة الحكومات المعنية.

وترد في الملحق الرابع الوثائق التي قام بنشرها المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق البحر المتوسط على مدى السنوات الثلاث الماضية في مجال الأدوية والمستحضرات الصيدلانية الأساسية.

١٢- التخطيط للمستقبل

لقد حاولت هذه الورقة بيان بعض الأنشطة التعاونية التي يضطلع بها المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق البحر المتوسط وبلدان الإقليم في مجال الأدوية والمستحضرات الصيدلانية الأساسية. وقد حددت الورقة بعض المعوقات والمشكلات التي يلزم التغلب عليها لضمان استعمال الأدوية استعمالاً رشيداً في بلدان الإقليم، وأوضحت بعض المجالات التي يلزم أن يتم فيها تنفيذ أو تعزيز بعض الأنشطة خلال السنوات القادمة.

ولم يكن من الممكن بيان جميع الأنشطة التعاونية. وعلى سبيل المثال، فإن المكتب الإقليمي قد أجرى دراسة توضح ضرورة المراقبة الدقيقة لمحتوى الأدوية من الكحول، نظراً لاستخدام كمية غير ضرورية من الكحول حالياً في الأدوية. وقد نوقش في جمعية الصحة العالمية التاسعة والثلاثين في أيار/مايو ١٩٨٦ قرار من شأنه ضمان عدم استخدام الكحول في الأدوية إلا للضرورة القصوى، إذا لم تكن له بدائل متوافرة، وأن لا يستخدم إلا بأقل التركيزات الممكنة. هذا، وتقوم لجنة من الخبراء بدراسة هذه المسألة قبل أن تنظر جمعية الصحة العالمية القادمة في القرار. ويُبذل جهد خاص لوضع برنامج يمكن بواسطته للاحتياط الكبير من القوى العاملة الصيدلانية في بلدان الإقليم أن يقوم بدور أكثر ديناميكية وفعالية في إطار المساعي الوطنية لتحقيق الصحة للجميع بحلول سنة ألفين. ومن المقرر أن تُجرى قريباً أبحاث في مجالين اثنين، هما إقتصاديات الدواء ومفهوم الجمهور لاستعمال الدواء. وهناك بالفعل برنامج يستهدف إدخال مفهوم الأدوية الأساسية في المناهج الدراسية لطلاب كليات الطب والصيدلة. ويتم باستمرار تدريب العاملين في المجالات المتصلة بالأدوية، وهذا لم يذكر على وجه التحديد في هذه الورقة.

والمأمول أن تعطي الحكومات أولوية خاصة للأنشطة التالية من بين جميع الأنشطة التعاونية:

- (أ) إنقاص عدد الأدوية المستعملة في القطاع الخاص من أجل خفض النفقات غير الضرورية على الأدوية والحد من التأثيرات الجانبية وتقليل عدد ذراري strains الكائنات الحية التي تصبح قادرة على مقاومة الأدوية؛
- (ب) إنشاء شبكة تكميلية لمختبرات ضبط الأدوية ضماناً لمأمونية كل الأدوية المستعملة والانتفاع إلى أقصى حد ممكن بالقوى العاملة المدربة المحدودة في الإقليم؛
- (ج) تحسين نظم توزيع الأدوية القائمة على التقدير السليم للاحتياجات الفعلية من الأدوية، حتى يتسنى دائماً توفير الأدوية اللازمة للسكان، حتى في المناطق النائية؛
- (د) توزيع المعلومات الموضوعية عن الأدوية على جميع الأطباء والعاملين في مجال صحة المجتمع، والصيدلة والمستهلكين في البلدان، حتى يكونوا مدركين لفوائد الاقتصار على الأدوية الأساسية ومدركين للأخطار التي ينطوي عليها استعمال الأدوية غير الضرورية؛
- (هـ) تشجيع الوصف الرشيد للأدوية وإجراء تغييرات في المناهج الدراسية للطب والصيدلة، حتى يصبح مفهوم الأدوية الأساسية راسخاً في أذهان مهنيي المستقبل الصحيين.

الملاحق الأول

الحلقات العملية الوطنية المعنية بالاستعمال الرشيد للأدوية الأساسية

<u>١٩٨٧</u>	<u>١٩٨٦</u>	<u>١٩٨٥</u>
عمان (مسقط)	اليمن الديمقراطية - ٣	اليمن الديمقراطية - ١
باكستان	اليمن الديمقراطية - ٤	(عدن)
جيبوتي - ٢		اليمن الديمقراطية - ٢
اليمن الديمقراطية - ٥		(أبها)
اليمن الديمقراطية - ٦	اليمن (صنعاء)	جيبوتي - ١
لبنان (بيروت)	الأردن (عمان)	السودان (الخرطوم)
مصر (القاهرة)	قبرص (نيقوسيا)	
البحرين	جمهورية إيران الإسلامية	العراق (بغداد)
أفغانستان (كابول)	(طهران)	
	الجمهورية التونسية (تونس)	
	العراق (بغداد) ٢	

الملاحق العاشر

الاسماء التجارية لكبسولات الأميبيسيلين عيار ٢٥٠ مغ

من الدليل الشهري للاختصاصات الطبية

الشرق الأوسط، كانون الأول/ ديسمبر ١٩٨٤

أمنين	أمفين
أوفر سيلينا	أمبلاغ
باميسيل	أريستوسيلين
بجريتون	بينوتال
بنتريكسيل	برواسيل
بنتريكسيل - ك	كوفارسيلين
رادبوسيلينا	سيمبي
ريفوسيلين	اكستراين
روسيلين	ابكاسيلين
ستانداسيلين	

الملحق الثالث

الاسماء التجارية لمستحضرات الحديد (أقراص)

من الدليل الشهري للاختصاصات الطبية
الشرق الاوسط، كانون الاول/ديسمبر ١٩٨٤

تحتوي معظم هذه المستحضرات على مكونات أخرى، مثل الفيتامينات
والمعادن وخلاصة الكبد

محتواه	الاسم التجاري
سلفات حديدوز ٢٤ مغ	أكتيفيرين
حديد ٤٥ مغ	إنغران
سلفات حديدوز مجففة ١٥٠ مغ	فيفول سبانسول
فومارات حديدوز ٢٠٠ مغ	فيرانسي - H P
سلفات حديدوز ٧٠ مغ	فيركوبار
غلوكونات حديدوز ٣٠٠ مغ	فيرغون
سلفات حديدوز ٣٠٠ مغ	فيرتريزيك
حديد ٦٦ مغ	فيرليست
سلفات غليسين حديدوز مكافئة لـ ١٠٠ مغ من الحديد	فيروكوتين
سلفات حديدوز مجففة ٣٢٥ مغ	فيروغراد
سلفات حديدوز مجففة ٣٢٥ مغ	فيروغرادومي
فومارات حديدوز ١٥٠ مغ	فيروسوستتس
فومارات حديدوز ٢٠٠ مغ	فيرسامال
سلفات حديدوز مجففة ١٥٠ مغ	فيسوفيت - سبانسول
سلفات حديدوز مجففة ١٧٠ مغ	فوليسين
فومارات حديدوز ٢٠٠ مغ	فوماقير
غلوكونات حديدوز ١٥٠ مغ	هيماتو - غرونوفيت
غلوكونات حديدوز ٢٥٠ مغ	هيموبيون
سلفات حديدوز مجففة ٣٢٥ مغ	ايبيرول
فومارات حديدوز ٣٠٠ مغ	ايدىغلوبين
سلفات حديدوز مكافئة لـ ٢٠ مغ من الحديد	ايونتوفيرون
سلفات حديدوز ١٩٥ مغ	ايرونورم
فومارات حديدوز ٣٠٠ مغ	لاتان

محتواه	الاسم التجاري
سلفات حديدوز ١٥٠ مغ	ناتابيك
فوماتات حديدوز ٦٥ر٧٥ مغ	نيوماتوريكس
سلفات حديدوز (المعيار غير مذكور)	بلاستولز
سلفات حديدوز ٤٢٥ مغ	بليكسافر
سلفات حديدوز ٢٠٠ مغ	بريغنافيت فورت
سلفات حديدوز ١٢٥ مغ	ريسوفيرون
سلفات حديدوز ١٦٠ مغ	سلو - في
سلفات حديدوز ٢٥٠ مغ	سبارتوسين
فوماتات حديدوز ٣٠٠ مغ	ستوارتينيك
فوماتات حديدوز ٣٠٤ر٢ مغ	تابرون
كربونات حديدوز ٦٦ر٧ مغ	ثيراگران
فوماتات حديدوز ١١٠ مغ	ترينسيكون
مركب سلفات غليسين حديدوز ٢٥٥ مغ	توفيمين
فوماتات حديدوز ٩٠ مغ	فيتجبرون

الملحق الرابع

وثائق المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق البحر المتوسط
في مجال الأدوية والمستحضرات الصيدلانية الأساسية

أشير في الصفحات الأولى من هذه الورقة إلى وثائق المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط التالية في مجال الأدوية والمستحضرات الصيدلانية الأساسية نظراً لاتصالها بمختلف الأنشطة:

- ١- تقرير اجتماع بُلداني عن استخدام الأدوية، الخرطوم، ١٩٨٣
- ٢- تقرير اجتماع بُلداني عن الأدوية الأساسية للرعاية الصحية الأولية، عمان، ١٩٨٣
- ٣- تقرير اجتماع بُلداني عن السياسات والإدارة الدوائية الوطنية، البحرين، ١٩٨٣
- ٤- إنشاء مختبرات ضبط جودة الأدوية، المجلد ١ (الكيمياء والجراثيميات)
- ٥- إنشاء مختبرات ضبط جودة الأدوية، المجلد ٢ (الدوائيات)
- ٦- صحائف المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط للمعلومات الدوائية للعامل في صحة المجتمع* - بالعربية والدارية والإنكليزية
- ٧- المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط - ٨٥ - صحائف المعلومات الدوائية للأطباء العاملين في الرعاية الصحية الأولية*
- ٨- تقرير اجتماع بُلداني عن الاستخدام الرشيد للأدوية في الرعاية الصحية الأولية من قِبَل الطبيب، نيقوسيا، ١٩٨٤
- ٩- إرشادات عن متطلبات تسجيل الأدوية، ١٩٨٤
- ١٠- إرشادات عن متطلبات تسجيل الأدوية العشبية، ١٩٨٦
- ١١- المختار الدوائي - المجلد ١، ١٩٨٤ - عدنان - بالإنكليزية
- المجلد ٢، ١٩٨٥ - عدنان - بالإنكليزية
- المجلد ٣، ١٩٨٦ - العدد الأول تحت الطبع - بالعربية والإنكليزية

* حلت محلها وثيقة المكتب الإقليمي WHO-EM/PHARM/115-E: صحائف المعلومات الدوائية لإقليم شرق البحر المتوسط: أدوية للاستعمال في مستوى الرعاية الصحية الأولية من قِبَل الأطباء والعاملين في صحة المجتمع.

الأدوية الأساسية

خلاصة التوصيات

يوصى بما يلي:

- (١) قيام جميع البلدان بوضع وتنفيذ سياسة دوائية رشيدة، تؤدي إلى استعمال عدد محدود من الأدوية المأمونة والفعالة؛
- (٢) إنشاء جميع البلدان نظاماً للتوزيع، لضمان التوريد المنتظم للأدوية الأساسية على مستوى الرعاية الصحية الأولية، ومستوى الإحالة؛
- (٣) تقديم تدريب مكثف لكل فئات العاملين في الرعاية الصحية، على الاستعمال الرشيد لهذه الأدوية. ويساعد على تحقيق هذه الغاية إدخال تغييرات في المناهج الطبية والصيدلانية، وتطوير الدوائيات السريرية في الإقليم؛
- (٤) تقديم المعلومات الحديثة الموضوعية عن الأدوية إلى جميع العاملين الصحيين، وتحسين التوزيع الفعلي لهذه المعلومات داخل بلدان الإقليم؛
- (٥) تعزيز القدرة الإقليمية على إجراء تحليل الأدوية اللازم لضبط جودة الأدوية؛
- (٦) توفير الموارد المالية لتنفيذ هذا البرنامج الآخذ في الاتساع.