■ جناب آقای دکتر مسعود کرمی در نامه خود به طرح چند مسئله پرداخته‌اند که با هم آنها را مرور می‌کنیم:

□ «... ۱ ـ در مورد قوانین حاکم بر تأسیس داروخانه و مطب تفاوتهایی وجود دارد که به نظر می‌رسد منطقی نباشند از جمله رعایت فاصله که برای داروخانه‌ها الزامی است ولی برای مطب پزشکان ضروری نمی‌باشد. این مسئله باعث می‌شود که تمام پزشکان متخصص در نقاط شلوغ و معمولاً مراکز شهرها متمرکز گردند و چون رعایت فاصله برای داروخانه‌ها الزامی است چند داروخانه‌ای که در نقاط فوق واقع می‌شوند از تعداد پزشکان زیادی برخوردار باشند ولی داروخانه‌های جدید التاسیسی که الزاماً می‌بایست در نقاط بدون مطب دائر شوند با مشکل عدم وجود پزشک و نتیجتاً رکود اقتصادی داروخانه روبرو می‌گردند.

۲ ـ مسئلهٔ دوم در مورد تهیه و توزیع لوازم و مواد مصرفی و تجهیزات پزشکی، آزمایشگاهی، ارتوپدی و غیره است که فکر می‌کنم باید بر امر تهیه و توزیع آنها قوانینی حاکم گردد و چنانچه لازم باشد حق امتیازی در نظر گرفته شود و این امتیاز نیز به اشخاص ذیربط و ذی تخصص

واگذار گردد تا از یک طرف توزیع و فروش آنها تحت کنترل باشد و از طرف دیگر مسائل پزشکی بازیچهٔ دست یکسری از افراد غیر متعهد و غیر متخصص که در اکثر موارد هم صرفاً صرفه و صلاح اقتصادی خود را در نظر دارند، قرار نگیرند.

۳ـ در مورد شرکتهای دارویی: در قانون تصریح شده که در هر کجا که توزیع دارو انجام می‌گیرد حضور یک نفر داروساز به عنوان مسئول فنی الزامی است، بنابراین شرکتهای دارویی با آنهمه حجم توزیع حتماً باید مسئول فنی داشته باشند البته شاید در مرکز اصلی خود (تهران) این مسئله رعایت شده باشد ولی تا آنجا که بنده اطلاع دارم در نمایندگی‌های استانها رعایت نشده و این خلاف قانون است.

۴ـ داروهای ترکیبی قابل ساخت در داروخانه: ساخت این داروها یکی از کارهای مهم مسئول فنی داروخانه می‌باشد که متأسفانه بعضاً مشاهده می‌شود توسط دیگران آنهم بدون نظارت داروساز انجام می‌پذیرد.

در آخر صرفاً جهت اطلاع می‌خواستم ببینم آیا تلاشی در جهت جدا شدن دوبارهٔ معاونت دارویی از درمان و تبدیل مدیریت دارویی استانها به معاونت دانشگاه، از طرف همکاران داروساز در تهران انجام می‌پذیرد یا خیر؟»

تعیین حق ویزیت پزشکان براساس عناوین دانشگاهی

■ **جناب آقای دکتر محمد علی فلاح متخصص اطفال از تهران، خبری از روزنامه کیهان یا اطلاعات بدون مشخص کردن شماره و روز انتشار همراه با تفسیر خودشان برای ماهنامه دارویی رازی فرستاده‌اند. خوانندگان محترم رازی نیک می‌دانند که رسالت مطبوعات تا چه پایه خطیر است و از آنجایی که نشریات عموماً برداشتن منبع برای ذکر مطالب خود تأکید می‌ورزند، لطف فرمائید و در موارد مشابه شماره، صفحه و تاریخ چاپ خبر را نیز ذکر کنید.**

□ «در روزنامه‌های کیهان و اطلاعات حق ویزیت جدید بقرار زیر گزارش شده است:

حق ویزیت پزشکان عمومی ۲۰۰ تومان و آنها که سابقه ۱۲ سال به بالا دارند ۳۰۰ تومان، حق ویزیت پزشکان متخصص غیر دانشگاهی ۳۵۰ تومان.

حق ویزیت پزشکان متخصص دانشگاهی استادیار ۴۰۰ تومان، دانشیار ۴۵۰ تومان و استاد ۵۰۰ تومان

توضیح: هر کس در هر کار که انجام می‌دهد سال به سال صاحب تجربه شده ماهرتر می‌شود به همین دلیل است که کارگر ساده تبدیل به کارگر نیمه ماهر و بعد تبدیل به کارگر ماهر شده و شاگرد تبدیل به استاد می‌شود، کارمندان در سازمانها و ادارات سال به سال پایه و رتبه می‌گیرند. در ارتش درجه اضافه می‌شود در کادر آموزشی دانشگاه هم (که برای سنگین رنگین نشان دادن آن را کادر علمی می‌نامند) همینطور است که استادیار تبدیل به دانشیار و بعد تبدیل به استاد می‌شود بنابراین در واقع بطور کلی پشتوانه و اصل و اساس تمام اینها سنوات خدمتی تجربه و مهارت است

نه عنوان. در مورد پزشکان نیز همین مسئله صادق است. یعنی تجربه کاری و سنوات خدمتی باعث مهارت و تبحر بیشتر شده و ارائه خدمت (طبابت) را بهتر می‌کند و لذا یک پزشک متخصص که عنوان استادیار را دارد هرگز بدین معنی نیست که طبابتش بهتر از یک متخصص دیگر همطرازش (که این عنوان را ندارد چون در دانشگاه استخدام نشده) باشد. در حالی که در این نحوه تعیین ویزیت برای استادیار ۴۰۰ تومان و برای آن پزشک متخصص دیگر ۳۵۰ تومان در نظر گرفته شده است در حالی که عنوان نباید باعث افزایش حق ویزیت شود بلکه سابقه و تجربه و مهارت باید مؤثر باشد. برای اینکه موضوع برای همه مردم قابل درک باشد. در نظر بگیرید دو نفر پزشک هم رشته هم کلاس که هر دو با هم در یک زمان در امتحان تخصصی پزشکان قبول شده‌اند و تمام شرایطشان نیز برابر است یکی می‌رود در دانشگاه استخدام می‌شود و عنوان استادیار را می‌گیرد و دیگری در جای دیگر غیر از دانشگاه استخدام می‌شود که از عنوان خبری نیست فقط چون محل استخدام فرق دارد یکی صاحب عنوان استادیار می‌شود یکی نمی‌شود حال براساس کدام منطق و کدام قانون ویزیت این استادیار وقتی در مطب خود می‌نشیند باید ویزیتش ۴۰۰ تومان باشد و ویزیت دیگری ۳۵۰ تومان؟ علاوه بر این آن که عنوان استادیار را دارد به تدریج که سوابقش زیاد می‌شود تبدیل می‌شود به دانشیار با ویزیت ۴۵۰ تومان و بعد استاد با ویزیت ۵۰۰ تومان در حالی که آن پزشک دیگر با وجودی که تجربه و مهارتش به تناسب سنوات خدمتی اضافه می‌شود ولی حق ویزیت همیشه همان ۳۵۰ تومان است!! و این در حالی است که فرق اصلی این دو در محل استخدام آنهاست بطور کلی چرا در مورد پزشکان عمومی سابقه را برای همه در نظر گرفته‌اند ولی در مورد پزشکان متخصص سابقه را در واقع به محل استخدام یعنی دانشگاه (نه تجربه و مهارت) ربط داده‌اند آیا کار خارج از دانشگاه باعث سابقه و تجربه و مهارت نمی‌شود؟ اگر نمی‌شود چرا و چطور برای پزشکان عمومی در نظر گرفته‌اند؟ و اگر می‌شود چرا برای متخصصین غیر دانشگاهی منظور نشده؟ ...»

دانشجویان و داروسازی

■ **جناب آقای رضا جباری سابق دانشجوی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تبریز نظرات خود را در مورد مشکلات اشتغال به داروسازی، درآمد کم داروخانه و... چنین بیان می‌کنند.**

□ «... یکی از شاخصهای توسعه و پیشرفت جوامع صنعتی این است که درصد متخصصان حرف مختلف آن کشور را مد نظر قرار می‌دهند و پر واضح است که این متخصصان افرادی هستند که سالهایی از عمر خویش را در کسب علم و دانش خود در مراکز آموزش عالی و تحقیقاتی گذرانده و با تحمل مشقات زیادی موفق به کسب این مقام شده‌اند و امروزه سکاندار پیشرفت و کارآیی علم در جامعه خویش هستند و در این چنین جوامعی تفکّر اینکه فردی بدون این مراحل بیاید و ادعای

تصاحب حرفه‌ای را بکند مطرود و غیر عقلانی است چه برسد به عملی شدن آن ولی با کمال تأسف و حیرانی ما در کشور خود شاهد وقوع و حتی تثبیت این اندیشهٔ غلط هستیم. واقعه‌ایکه هر فرد آگاه و عاقلی از شنیدنش در حیرت می‌شود. چطور است که عده‌ای پراتیک با تفکر صرفاً سرمایه‌داری و علم به سودمند بودن شغل دارو فروشی در سالهای پیش اقدام به تأسیس داروخانه کرده‌اند و می‌کنند. اگر قبول کنیم که در قدیم مسئولان امر بر این حقیقت واقف نبوده‌اند و از روی جهل اجازهٔ چنین کاری را داده‌اند آیا اکنون وظیفه دولت و مسئولان نیست که در جهت درمان این بیماری مزمن و خطرناک اقدام کنند. سؤالی که مطرح است اینکه دولت با چه امیدی و با چه سیاستی این همه هزینه تحصیل هزاران جوان پرشور را که بهترین دوران عمر خویش را در این راه می‌گذارند پرداخت می‌کند و طبق کدام برنامهٔ مدون و معقولی این همه جوان را در این مسیر کانالیزه می‌کند در حالی که هر روز شاهد آن هستیم که فلان فارغ‌التحصیل ما آواره و سرگردان دنبال محلی برای گذراندن حتی طرح الزام خویش است و بعد از آن هم که بدتر از آن. چرا باید هنگام تدوین یک برنامه جوانب و عوارض اجرای آن بررسی نشود آیا پاسخگوی این پروژه اشتباه که خواهد بود؟ آیا مقبول است که جوان تحصیلکرده‌ای ناگهان متوجه شود که این همه وقت در اشتباه بوده است و راه اشتباهی را با صرف عمر و سرمایه خویش طی کرده است؟ و این دوران را همچون بسیاری دیگر می‌توانست برای خود زندگی راحت و شاد و آینده‌ای مطمئن بسازد در حالی که دنبال سرابی توهمی دویده است؟ چرا باید چنین سرمایه‌هایی فی‌امان الله رها شوند آیا اینها با خرج بیت‌المال کشور به وجود نیامده‌اند؟ عین محصولی که تولید کنیم و بعد دور بیندازیم؟...

به نظر من این وظیفه برنامه ریزان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که باید در جهت تدوین برنامه‌ای جامع و کارآمد که از همه نظر تامین کننده نظرات دانشجویان و نیاز جامعه باشد، اقدام نمایند. در این راستا چند پیشنهاد می‌نمایم:

الف - سیاستی اتخاذ شود که طبق آن افراد فارغ‌التحصیل در یک کانال معقول قرار گیرند و ضمن حمایت از این اشخاص در مراکز مطمئن به ارائه خدمت بپردازند نه اینکه شخصاً راه بیفتند و دنبال کار به این داروخانه و آن مرکز درمانی مراجعه کنند و با برخوردهایی آن چنانی مواجه شوند.

ب - انجمن داروسازان ایران به نظر می‌رسد در این زمینه هیچ مسئولیتی احساس نمی‌کند و فقط مفتخر است با اجرای برنامه‌های بازآموزی به تقسیم امتیاز بپردازد، بر این انجمن است که رسالت خویش را به نحو احسن با مداخله در این موارد و تصحیح و تعدیل این نواقص ایفا کند. بر حسب موقعیت جغرافیایی و امکانات رفاهی مناطق مختلف حامی داروسازان جوان مشغول در طرح باشد و برای ایجاد و تهیه مراکز مطمئن جهت این کار اقدام نماید.

ج - با انجام حمایت مالی و ایجاد امنیت شغلی داروسازان جوان را به تأسیس داروخانه و خدمت در نواحی مورد نیاز تشویق نمایند.»