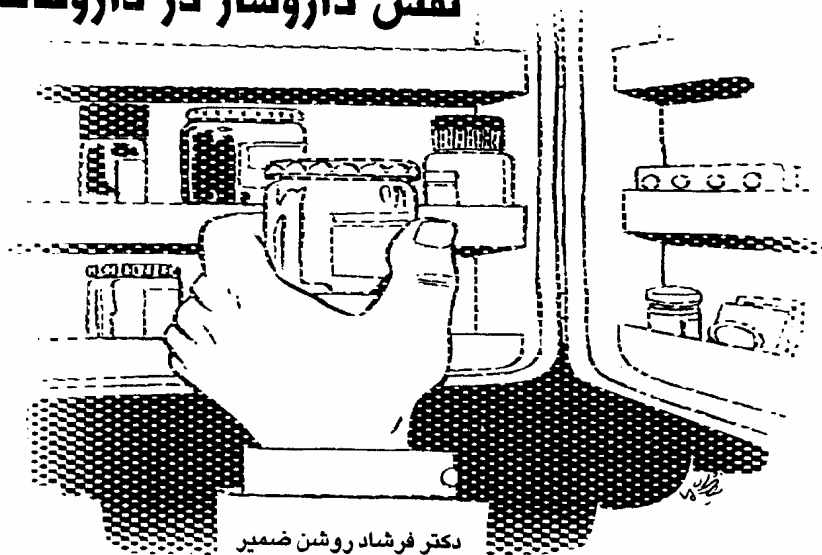


نقش داروساز در داروخانه



دکتر فرشاد روشن ضمیر
گروه فارماکولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

بهداشتی به بیماران و نیازمندان، طبق ضوابط علمی/قانونی توسط یک داروساز تحصیلکرده واجد شرایط اداره میشود». در این تعریف ساده و ابتدائی مقدماتاً تکیه بر جنبه «اقتصادی» این واحد شده است. دلیل این تأکید روشن است، در داروخانه با ارائه خدمات، چرخش مالی صورت میگیرد و اقلامی با عنوان دارو یا کالای بهداشتی که قبلاً خریداری شده در ازاء وجه (اعم از نقدی یا تعهد سازمانهای بیمه‌گر) به متقاضی ارائه میشود.

بزرگترین معضل این واحد اقتصادی هزینه تأسیس و نگهداری آنست. سرقفی یک محل

ای دل اندر بند زلفش از پریشانی منال
مرغ زیرک چون به دام افتد تحمل بایدش
«حافظ»

در آغاز کلام و قبل از پرداختن به نقش و وظیفه داروساز در داروخانه لازم است که نگاهی دوباره به تعریف محلی که داروساز در آن به انجام وظیفه و ایفای نقش میپردازد یعنی «داروخانه» بیفکنیم. به نظر میرسد که تعریف جامع و در عین حال مانع «داروخانه» به شرح زیر باشد:

«داروخانه واحدی است اقتصادی، خدماتی و علمی که به منظور ارائه خدمات درمانی و

مناسب در مناطق متوسط شهری شاید از یکصد میلیون ریال تجاوز کند و این یعنی دشواری نخست. سنگی که به در بسته فارغ‌التحصیلان جوان و تهی‌کیسه می‌خورد و آنها را از حرفه اصلی‌شان باز می‌دارد. حالا اگر جوان دو سه دهه قبل بوده باشی! و در شرایطی متفاوت، صاحب مکان مناسبی شده باشی، عذابت چند برابر است، چرا که حالا صحبت بازدهی اقتصادی مطلوب یک واحد پانصد تا هزار میلیون ریالی مطرح است.

داروخانه واحدی است اقتصادی، خدماتی و علمی که به منظور ارائه خدمات درمانی و بهداشتی به بیماران و نیازمندان، طبق ضوابط علمی - قانونی توسط یک داروساز تحصیل کرده واجد شرایط اداره می‌شود.

تامل بر این نکته به وسوسه‌ای دامن می‌زنند که حاصل آن واگذاری مکان داروخانه‌های قدیمی به کسانی است که با پرداخت آن رقم قابل توجه، به گردش مالی شایسته‌ای دست پیدا می‌کنند ولی یک سؤال بجا می‌ماند، آیا اجتماع و کشور که هزینه تحصیل ۱۸ ساله یک داروساز و دو دهه تجربه کاری او را پرداخته دچار خسران نمی‌شود؟ شاید آن همکار داروساز اصلاً ترک حرفه کند و شخصاً از این معامله بهره‌مند هم بشود ولی آیا این پایان غیر خجسته، شایسته تحصیل‌کردگان این رشته است؟ در چنین شرایط «گریز از حرفه» ای که دامان صاحب تجربگان این حرفه را گرفته، کشور و خدمات دارویی - درمانی آنهم در مقطعی که همه سخن

از بیمه‌های همگانی سر می‌دهند می‌تواند نسبت به خدمات این واحدها اعلام بی‌نیازی کند؟ اگر سرقتی و اجاره ملک داروخانه را ندیده بگیریم تجهیز و تکمیل یک واحد دارویی تا حدودی که بتواند نیازهای مراجعه‌کنندگان خود را پاسخ گوید نیاز به سرمایه ندارد؟ پاسخ قطعاً مثبت است. اما بودجه لازم برای حداقل تدارکات آیا متجاوز از ۵۰ تا ۲۵۰ میلیون ریال نیست؟ آیا برای یک واحد تازه تأسیس همکاری با سازمانهای بیمه‌گزار از نظر اقتصادی و نیز اجتماعی و اخلاقی لازمست یا خیر؟ اگر این امر لازم باشد - که هست - پس داروساز بایستی دارای چنان توانائی اقتصادی باشد که بتواند دست کم دو تا سه ماه (در یک تخمین خوش‌بینانه) نقد بخرد و نسبیه بفروشد و باز نقد (یا حداکثر یکماهه) دارو تهیه کند و روی نسخه‌های بیمه تحویل بیمار نماید... چنین چرخشی برای ادامه گردش نیاز به نقدینه‌ای هنگفت دارد. تازه حقوق کارکنان چه می‌شود؟ حق بیمه آنان؟ هزینه آب و برق و تلفن؟ کاغذ و پاکت و مالیات...؟ ملاحظه می‌فرمائید که برای تأکید بر «اقتصادی» بودن داروخانه دلایل بسیار می‌توان فهرست کرد.

به روی دوم سکه توجه کنیم. حجم معاملات بازار دارویی ایران چقدر است؟ در شرایط مطلوب به شرط تخصیص به موقع ارز مورد نیاز واحدهای تولیدکننده دارو، گردش مالی سالانه این رشته حدود هزار میلیارد ریال خواهد بود. توزیع‌کنندگان نهائی این حجم مالی قابل توجه، داروخانه‌ها هستند که بخش عمده آنها خصوصی است. در ردیف بعد داروخانه‌های دولتی مستقل یا مستقر در واحدهای درمانی

هستند و در آخر نیز داروخانه‌های سازمانها و ارگانها. جمع این داروخانه در کشور بنظر نمی‌رسد که از ۵۰۰۰ واحد تجاوز کند لذا اگر گردش مالی کل در یکسال را به ۵۰۰۰ تقسیم کنیم هر داروخانه بطور متوسط در سال نزدیک به ۲۰ میلیون تومان دارو می‌فروشد (یا باید بفروشد). معنی این امر فروش روزانه ۵۰ هزار تومان دارو

خوش‌بینانه عمل کردیم - روزانه ۵ هزار تومان خواهد بود. این سودی است که در ازاء یک سرمایه‌گذاری مالی دست کم ۲۰ میلیون تومانی و یک سرمایه‌گذاری تحصیلی حداقل ۱۸ ساله حاصل میشود. در حال حاضر آمارهای غیر رسمی هزینه هر سال تحصیل در دوره دکترای حرفه‌ای را ۲ میلیون تومان برآورد میکنند یعنی

۹۹ در حالیکه کشورهای اروپایی برای کاستن از هزینه‌های درمانی روز به روز اقسام دارویی OTC را گسترش داده مسؤولیت تجویز آنها را بر عهده داروسازان میگذارند، چرا باید داروسازان از تجویز اقلامی که بهورزان و نیز کارشناسان مامائی مجاز به تجویز آنها هستند منع شوند. ۶۶

خواهد بود اگر با یک تصور خوش‌بینانه برای داروخانه‌های خصوصی حدود نیم همین مبلغ را هم فروش اقلام آرایشی، بهداشتی و متفرقه در نظر بگیریم به هفتاد و پنج هزار تومان می‌رسیم. در حال حاضر سود دارو را ۱۶ درصد و سود اقلام بهداشتی را کمی بیشتر قرار داده‌اند. اجازه بدهید به نیمه پر لیوان نگاه کنیم:

۱۲ میلیون تومان پس مجموعه سرمایه‌گذاریها برای یک داروخانه متوسط تازه تأسیس با فروش متوسط روزانه ۷۵ هزار تومان بالغ بر سی میلیون تومان خواهد بود که سود ماهیانه این سرمایه‌گذاری یکصد و پنجاه هزار تومان است. بنظر می‌رسد که همگان - کسانی که بیشتر منصف هستند - اذعان نمایند که این مبلغ پاسخگوی آن سرمایه‌گذاری نمیتواند باشد تازه یادمان بماند که آن فروش روزانه نه در یک محیط آرام و بی‌تنش که در شرایطی آمیخته با اضطراب و گرفتاری و تهمت و ... بدست می‌آید و باز بخاطر بیاوریم که در اواخر پائیز سال ۷۴ خط فقر بالای عدد ۸۵ هزار تومان ترسیم شده و درصد تورم بیش از ۵۰ درصد اعلام گردیده بود.

در اینصورت سود ناخالص یک داروخانه در روز ۱۴۰۰۰ تومان خواهد بود، حالا به سیاهه مخارج نگاه کنیم. حقوق مسئول فنی (با احتساب حق بیمه/مرخصی سالیانه و احیاناً پاداش یا عیدی) روزانه ۳ هزار تومان، حقوق و مخارج دو تکنسین جمعاً ۲۵۰۰ تومان، حقوق و مخارج یک کارگر ساده و یک صندوقدار ۱۵۰۰ تومان، هزینه‌های آب، برق، تلفن، کاغذ، پاکت، مالیات ۱۰۰۰ تومان، ضایعات داروئی (گذشتن تاریخ مصرف، شکسته شدن، ضایعات نسخ بیمه، هزینه تنظیم لیست نسخ بیمه) جمعاً ۱۰۰۰ تومان. آنچه میماند - یادمان بماند که در همه تخمین‌ها

آیا بپذیریم که گردش مالی این واحد «اقتصادی»، باید ضد اقتصادی و مستهلک کننده سرمایه باشد؟ بهر رو اگر با این جمع‌بندی موافق باشیم به ریشه گرفتاریهای ۹۵ درصد

داروخانه‌های کشور پی برده‌ایم.

برای فروش روزانه درحد عدد پیش گفته (۷۵ هزار تومان) بالغ بر ۵۰۰ نفر روزانه باید به این واحد مراجعه کنند که پاسخ ۲۰ درصد آنها «نداریم، متأسفیم، سفارش داده‌ایم و...» است که چنین پاسخی میتواند عکس‌العمل‌های نامطلوب مراجعه‌کنندگان را متوجه داروساز نماید. ۲۰ درصد دوم به طلب مسواکی، شامپوئی، قرص سرماخوردگی و پماد ویکس آمده‌اند که نوعی خرده‌فروشی بی‌اشتیاق و فارغ از انگیزه است. میماند ۳۰۰ نفر نسخه به‌دستی که بخشی یا تمام داروهای آنها موجود است. میدانیم متوسط اقبال هر نسخه بیمه و حتی غیر بیمه (اکثر غیر تخصصی) حدود ۴ قلم است، یک نسخه از دریافت تا تحویل دارو نزدیک به ۱۵ دقیقه وقت میبرد و تحویل هر نسخه اگر همراه با ارائه توضیحات و راهنمایی‌های ضروری برای بیمار باشد بیش از ۲ دقیقه زمان خواهد طلبید، یعنی برای ارائه هر قلم دارو، حدود یک دقیقه وقت لازم است تا برای بیمار توضیح بدهیم، هشدارهای داروئی را تکرار کنیم و طرز صحیح مصرف دارو را برایش تشریح نمائیم و در مجموع برای تحویل درست و مطلوب داروئی ۳۰۰ بیمار با متوسط ۴-۳ قلم دارو در هر نسخه نیاز به ۱۵ ساعت زمان خواهیم داشت!! و میدانیم که ۷۰ درصد مراجعه‌کنندگان در فاصله ساعت ۱۵ تا ۲۱ به داروخانه می‌آیند. معنی این صورت مسئله این خواهد بود که سرعت نسخه پیچی و تحویل دارو در آن ساعات تراکم کار باید ۳ برابر شود. پیامد و حاصل این‌گونه تحویل دارو حذف توضیحات و ارائه و تحویل سریع دارو در

کیسه‌های پلاستیکی خواهد بود. آیا این امر برای داروسازان تحصیل‌کرده مطلوب است؟ آن همه تحصیل، آن همه کتاب و فرمول و آزمایشگاه، کارآموزی و ادای سوگند به هنگام فراغت از تحصیلات دانشگاهی برای همین تحویل دارو و دریافت وجه بوده‌است؟ قطعاً پاسخ منفی است. اگر کثیری از داروسازان به این مسیر کشیده شده‌اند از سر ناچاری اقتصادی است و نه دلخواه.

داروسازان میخواهند که با بیمارانشان همچون پزشکان گفتگو کنند، علت مراجعه به پزشک را استفسار کنند، از سابقه بیماری آگاه شوند و به گاه ضرورت با پزشک معالج تماس گرفته در یک مشورت دوستانه مناسبترین طریق را برای کمک به بیمار جستجو کنند، داروئی مشابه یا جایگزین را برای داروئی که به هر علتی در بازار داروئی وجود ندارد پیشنهاد نمایند. این کارها، تشکیل میز مشاوره و راهنمایی بیمار، اول وقت میخواهد و پس از آن حوصله و دل و دماغ و سرانجام فراخ‌بال، چرا باید یک داروخانه پاسخگوی ۳۰۰ مراجعه‌کننده نسخه بدست باشد. عدد مطلوب با این سرویس‌دهی آرمانی چند است؟

قطعاً اجبار اقتصادی را اگر کنار بگذاریم به عددی کمتر از ۱۰۰ خواهیم رسید.

ولی مگر میشود؟ همه چک‌ها برمیگردد، شرکت‌های توزیع دارو و لوازم بهداشتی پولشان را میخواهند و... چاره چیست؟ لابد قرار است افزایش درصد سود دارو پیشنهاد شود؟ چقدر؟ ۳۰ تا ۴۰ درصد مثل همه جای دنیا؟ ولی صبر کنید، این کار یعنی کوتاه شدن دست بیماران کم‌درآمد از درمان و این یعنی مخدوش

کردن وظیفه اصلی و حرفه‌ای داروسازان. پس چه باید کرد؟ لابد باید «دستی از غیبت برون آید و کاری بکند.» دقیقاً، البته این دست باید برون بیاید ولی نه از غیب، از آستین سازمانهای بیمه‌گزار، مگر نه اینکه هدف متعالی مسئولین نظام گسترش قانون بیمه‌های همگانی تا پایان برنامه ۵ ساله دوم است؟ اگر این کار کارستان صورت بگیرد آنوقت آسیب پذیری بیشتر اقسار آسیب‌پذیر دیگر مطرح نخواهند بود. در همه جای دنیا، این سازمانهای بیمه‌گزار هستند که در وقت تنگدستی و گرفتاری به کمک افراد تحت پوشش خود می‌آیند پس برای رسیدن داروسازان به حقوق واقعی و نیز نشستن آنها بر جایگاه مقدس ارائه خدمات داروئی، بایستی شرکت‌های بیمه به تلاشهای خود برای بیمه کردن کلیه آحاد کشور اهتمام بورزند، علت بی‌رغبتی افراد خارج از چتر بیمه را دریابند، اعتبار از دست رفته یا تقلیل یافته دفترچه‌ها را با مکانیسمهای مالی تشویقی به آن بازگردانند.

با رسیدن به چنین هدفی داروخانه یک واحد نسبتاً سودآور خواهد بود. داروساز مسئولیت شناس و تحصیل کرده حالا با دلسوزی و تأمل و تعمق به راهنمایی بیمارش خواهد پرداخت، برای او پرونده تشکیل خواهد داد، به او برگه‌های حاوی اطلاعات داروئی (مرتبط با داروهائی که باید مصرف کند) ارائه خواهد کرد، میز مشاوره در هر داروخانه‌ای شکل خواهد گرفت. تعداد قابل توجهی کتاب علمی روز و نیز نشریات حرفه‌ای، یک کامپیوتر کوچک شخصی همراه با نرم‌افزارهای مناسب حاوی اطلاعات داروئی و تداخلات مربوط به آنرا در اختیار خواهد داشت. با چنین وضعیتی ارائه خدمت ارتقاء سطح

خواهد یافت. آن وقت داروسازان می‌توانند مثل همه جای دنیا در خواست «حق مشاوره» مترادف «حق معاینه» پزشکان بنمایند. این را به تناسب وقتی که برای راهنمایی کامل یک بیمار صرف می‌کنند باید دریافت کنند. به خاطر داشته باشیم که آموزش طرز استفاده صحیح از داروها نهایتاً یک «سود ملی» را موجب خواهد گشت از مراجعه مکرر بیمار به نزد پزشک (تا حد مقدور) خواهد کاست و همکاران داروساز احساس خواهند نمود که آنها هم در چرخه درمان وزنی دارند و نقشی در خور.

📌 نکته‌ای که بعنوان یکی از وجوه داروسازی در داروخانه باید مورد توجه قرارگیرد، تقویت و تجهیز لابراتوارهای کوچک داروسازی در داروخانه است تا بتوان در فضای مناسب و مطلوب آن به ساخت داروهای ترکیبی پرداخت. 66

وقتی به ترتیب پیش گفته فراغ بال مالی و به تبع آن فراغ بال زمانی برای داروساز فراهم شد او فرصت خواهد داشت که با همکار پزشکش در مورد بیمار مشترکشان مشورت کند در صورت ضرورت راهنمایی نماید و یا راهنمایی بخواهد. پیامد نهائی این چرخه مطلوب منطقی شدن روابط پزشک - بیمار - داروساز و نهایتاً مصرف منطقی داروها خواهد شد. باز به خاطر بیاوریم که می‌توان با انجام منطقی درمانهای سرپائی مانع اشغال تخت‌های بیمارستانی شد البته تنها مسئله اشغال قابل اجتناب تخت بیمارستانی نیست. مسئله مهمتر این است که یک

نیروی کار از چرخه تولید (ولو بصورت موقت) خارج نشده، خانواده‌های گرفتار مشکل جدی نگردیده و... که همه اینها به سود کشور خواهد بود.

به گفته یکی از اساتید صاحب‌نظر دانشگاهی که پزشک سرشناسی نیز هستند تنها ۱/۵ یا ۱/۶ بیماران دیابتی آموزش صحیح در مورد مصرف داروهایشان دیده‌اند و به قول همکار بالینی دیگری کمتر از ۱/۶ بیماران مبتلا به آسم قادرند با شیوه‌های صحیح از داروهای استنشاقی تجویز شده برای آنها استفاده نمایند. مسئول ارائه این آموزشها چه کسی غیر از داروساز است؟ فقط باید فرصت و انگیزه لازم را برای ارائه خدمت فراهم نمائیم.

برای پرننگتر کردن و واقعی تر نمودن نقش داروسازان در داروخانه‌ها باید به خدماتی که آنها مستقلاً قادر به ارائه آن هستند نیز اشاره‌ای بکنیم.

در همه جای دنیا نزدیک به ۲۰ درصد داروها در رده داروهای OTC قرار می‌گیرند. بخش عمده اینها داروهائی است که صرفاً توسط داروساز و بعد از گفتگو و سؤال و جواب با بیمار در اختیار بیمار قرار می‌گیرد. در حال حاضر نزدیک به ۴۰ قلم دارو در فهرست داروهای OTC کشور قرار دارد عمده اینها عبارت هستند از: استامینوفن (اشکال مختلف دارویی)، ACA، بخوراکالیتوس، قرص و سوسپانسیون‌های آنتی‌اسید، پودر پسیلیوم، ORS، انواع فرآورده‌های Bکمپلکس، مولتی ویتامین، ویتامین C، شربت اکسپکتورانت، گایافنزین، قرص سرماخوردگی بزرگسالان،

پمادهای A+D، سوختگی، زینک‌اکساید، منتول و متیل سالیسیلات، شامپوهای پیریتیبون زینک، سلنیوم سولفاید، ستریمید C، محلول پویدون آیداین (علاوه بر دهان شویه و پماد)، کلرگزیدین، صابونهای کل تار، تری کلروکربن، گوگرد، پماد ویکس، قلم بینی ویکس، محلول شستشوی چشم، محلول ستیل پیریدینیوم، پارافین، ایکتیل، شیفای گلیسرین، کالامین (پماد-لوسیون) و قرص دیمن هیدرینات.

پرسش این است که در حالیکه کشورهای اروپائی برای کاستن از هزینه‌های درمانی روز به روز اقلام دارویی OTC را گسترش داده مسئولیت تجویز آنها را بر عهده داروسازان می‌گذارند، چرا باید داروسازان از تجویز اقلامی که به‌هوزان و کارشناسان مامائی مجاز به تجویز آنها هستند منع شوند. چرا نباید انواع قرصهای کنتراسپتیو در این فهرست (OTC) قرار گیرد چرا در همه جای دنیا تجویز دکسترومتورفان، پماد هیدروکورتیزون، ایبوپروفن، سایمتیدین و رانیتیدین را به داروسازان تفویض نموده‌اند؟ آیا تعمیم لیست داروهائی که می‌توان تجویز و ارائه آنها را به عهده داروسازان گذاشت به نفع نظام درمانی کشور نیست؟

چرا باید برای داروهای OTC حق فنی را حذف کرد؟ آیا ارائه دارو به بیماری که با مشورت داروساز در جستجوی درمان مناسب و مجاز است، نباید با توضیحات داروساز انجام پذیرد؟ بنظر می‌رسد که اگر برای داروهای OTC حق فنی بیشتری نسبت به داروهای نسخه‌ای (POM) در نظر بگیریم (چون دست کم معادل آن

کار و وقت و گفتگو خواهد برد)، معادل همان حق فنی «داروهای نسخه‌ای» را طلب خواهد کرد.

علاوه بر آنچه که گفته شد داروسازان می‌توانند بازوهای قدرتمندی برای «کمیت‌های بررسی نسخه»، «کمیت‌های عوارض جانبی دارو» (ADA) و «کمیت‌های کنترل کیفیت داروها» باشند. با بهره‌گیری مطلوب از این واحدها می‌توان به تصحیح عادات نامناسب در نسخه‌نویسی و تجویز غیر منطقی داروها پرداخت. می‌توان ارتباط‌های کنترل‌کننده کیفیت دارو بعد از ارائه آن به بازار مصرف را بوجود آورد و با ملاحظه کمترین کاستی در داروهای ارائه شده به داروخانه، سریعاً دستور جمع‌آوری داروهای نامناسب را صادر نمود و با این روش صیانت از سلامت مصرف‌کنندگان دارو را تعمیق بخشید.

نکته دیگری که بعنوان یکی از وجوه «داروسازی در داروخانه» باید مورد توجه قرار گیرد، تقویت و تجهیز لابراتوارهای کوچک داروسازی در داروخانه است تا بتوان در فضای مناسب و مطلوب آن به ساخت داروهای ترکیبی پرداخت. با این کار داروسازان تا حدود زیادی به هویت واقعی خود یعنی داشتن توان داروسازی باز می‌گردند. صد البته در اینجا نیز باید شرایطی فراهم آید که برای تولید یک فرآورده ترکیبی، کارمزد و نیز سود مناسب در نظر گرفته شود. سازمانهای بیمه نیز ارائه چنین خدماتی را باید تحت پوشش منطقی قرار دهند تا از تحمیل هزینه‌های اضافی به بیمه‌شدگان اجتناب شود. ختم کلام آن‌که اگر داروخانه را واحدی

اقتصادی بدانیم و برای آن سودی مناسب و معقول و متناسب با نرخ تورم در نظر بگیریم، این واحد فعلاً خمیده قامت و درهم شکسته، قامت راست خواهد کرد، گره از جبین خواهد گشود، در هر واحد داروخانه دو یا چند داروساز از نسل‌های مختلف دوش به دوش هم به ارائه خدمات داروئی - بهداشتی مطلوب خواهند پرداخت، دین خود را به مردم کشور به مطلوبترین وجه ادا نموده مشاوره امین در خدمت درمندان و از پا افتادگان بیمار خواهند بود. وقتی این سلول خدماتی کارآ و توانمند شد آنوقت محیط آنرا از جهات علمی روز آمد خواهیم خواست، داروسازان را با اشتیاق فراوان در برنامه‌های بازآموزی حاضر خواهیم دید و داروخانه را نه تنها یک واحد خدماتی که به یک واحد علمی و حتی پژوهشی بدل خواهیم کرد. قطعاً فراموش نخواهیم کرد که تأمین داروی کافی و مناسب برای این داروخانه‌ها بر عهده داروسازان دیگری است که در سنگر تولید و توزیع یاران خود را در داروخانه‌ها تحت پوشش قرار می‌دهند. اینکه مشکلات آن واحدها را نیز باید به شیوه‌ای منطقی و مطلوب حل کنیم (از تأمین بموقع ارز، نقدینه و منطقی ساختن قیمت دارو تا تصحیح حریم سود این واحدها با توجه به استهلاک ابزارهای تولیدی و ضرورت جایگزینی به هنگام آنها) امری بدیهی و اولیه است. پرداختن به گرفتاریهای این واحدها مجال دیگری می‌طلبد که باید از سر حوصله به آن پرداخت.

نازها زان نرگس مستانه‌اش باید کشید

این دل شوریده، تا آن جعد و کاکل بایدهش