

## وب‌کاوی، سرک‌کشیدن به پستوهای «وب» همراه با داروسازان و بزنگار

به انتخاب: شاد. دات. کام

### مقدمه

انسان‌های نخستین دلتانگی‌هایشان را روی دیواره سنگی غارها حک می‌کردند، نقش‌های حکاکی شده تا مدت‌ها از حیواناتی بود که دیده بودند یا می‌شناختند. اما با کشف خط، نقاشی به جایگاه خودش رفت و دیواره غارها خط خطی! شد. در دوره‌های نزدیک به معاصر دیوارنویسی یک راه پیامرسانی مجاز شد که در کنار راه مُجاز روزنامه‌نویسی و راه کمتر (غیر) مجاز شب نامه‌نگاری! به پیامرسانی پرداختند.

\* \* \*

به یادگار کشیده فطی به دلتانگی

در این زمانه ندیده افیق یک (زنگ)

پس می‌شد گاه دلتانگی خطی کشید: به تنه درختی، به دیوار خانه‌ای و یا در دفترچه خاطراتی. آن‌چه را که همه می‌دیدند و چهی عمومی یافته و آن‌چه در دفتر خاطرات می‌آمد جنبه‌ای خصوصی پیدا کرد. حالا در هزاره سوم پرپاکدن و بلاگ برای خاطره‌نویسی در آن وسیله‌ای شده است برای فریاد زدن دلتانگی یا شریک کردن همگان در آن‌چه پسندیده‌ایم، از آن خوشمان آمده و یا این که دلمان را به درد آورده. این دل مشغولی جهان شمول برای کسانی مطلوب و مطبوع است که دل و دماغ نوشتن دارند و نیز مخاطبانی که وقت و خوشله گشتوگذار در فضای مجازی و مرور بر این نوشته‌ها.

از سر کنجکاوی کلمه «داروساز» را نشانه راه کردم و در هزارتهای مجازی مُجازاً! رفتم جلو. گذارم به «وبکدهایی» افتاده گاه خواندنی و در مواردی دیدنی، به نظرم رسید که باید کار داروسازان یا دانشجویان جوانی باشند که هم روحیه نوجویی و نوگرانی دارند و هم آن قدر فرصت که هفته‌ای چند ساعت را صرف وب‌نگاری کنند و در فضای سایبر بگذارند تا هر عابر یا گذرنده‌ای آن‌ها را مروء کند بخند بزنند، غصه بخورد همدردی بکند یا ...

گزیده‌ای از آن‌چه را که دیدم از نظرتان می‌گذرانم. ابتدا آدرس و بلاگ می‌آید بعد یادداشت یا Post صاحب و بلاگ یا «وبه کار». اگر خواستید خودتان سری به آن‌جاهای بزندید و اگر سوغاتی مناسبی یافتید برای «ازی» بفرستید تا دیگران را نیز در لذت گردشگری هایتان شریک گردانید. حسن این گونه گشتوگذار این است که در هر و بلاگ به دیگران نیز لینک داده می‌شود و با یک غوطه ناگهان خود را در اعماق این کهکشان خواهید دید.



بنیه مالی قوی خود، قادر هستند چندین داروخانه را به صورت شرکتی (شرکت که چه عرض شود استثمار) تأسیس کرده و داروساز با داروسازی را به عنوان مؤسس و مسؤول فنی معرفی کرده و در واقع مدیریت اصلی داروخانه را خود به عهده بگیرند و از امضا و حضور داروسازان صرفه برای رفع موانع کسب و کار خویش بهره گیرند.

با داروسازی هم مواجه هستیم که انگیزه و علاقه‌های به درگیر شدن در امور مالی داروخانه (اعم از خریدهای دارویی، پاس کردن چک‌ها، رسیدگی مستمر به موجودی اقلام دارویی، تاریخ انقضا مشکلات تعامل با شرکت‌های پخش، آموزش و مدیریت پرسنل، حقوق پرسنل، حقوق قائم مقام قوانین بیمه‌ها، تغییرات بیمه‌ها، کسورات بیمه‌ها و تمام مواردی که باعث می‌شود زندگی یک داروساز وقف کار داروخانه شود) نداشته و از طرفی حاضر هم نیستند درآمد محدود مسؤول فنی را بپذیرند و ترجیح می‌دهند درآمد بالاتر صاحب داروخانه بودن را بدون قبول مسؤولیت‌های سنگین آن داشته باشند.

و البته داروسازی که تمایلی ندارند آسایش زندگی و کار در شهرهای بزرگ را با محدودیت‌های کار در شهرهای کوچک و مناطق محروم و لو با امتیاز بالا تعویض کنند. همیشه باید تعادلی بین خواست و نتیجه باشد تا روند طبیعی امور پیش برود، مثلاً داروسازی که هر چه سریع‌تر می‌خواهد

یکی از نگرانی‌های اکثر فارغ‌التحصیلان داروسازی سوای مسأله طرح و سربازی، مسأله تأسیس داروخانه، کسب امتیاز و مسائل مربوط به آن هست، این که دانشجوی داروسازی در ابتدا توان مالی خرید امتیاز داروخانه در شهرهای بزرگ را ندارد. این که کار کردن به عنوان مسؤول فنی درآمد مکفی ایجاد نمی‌کند که بتوان به عنوان پس‌اندازی برای تامین بودجه لازم برای تأسیس داروخانه در نظر گرفت. و شرایط متغیر برای امتیاز‌بندی داروخانه‌ها و اولویت‌های تأسیس امکان برنامه‌ریزی بلندمدت را برای اوی مشکل می‌کند.

شاید مهم‌ترین نکته و بلندترین سد همان رسیدن نوبت تأسیس داروخانه باشد، در نظر بگیرید شما چند سال در نوبت بمانید و بعد بینید که داروساز با سابقه‌ای را که امتیاز داروخانه خود را به دیگری واگذار (ابطال و تأسیس همزمان) کرده و در اولویت تأسیس داروخانه قرار گرفته و با توجه به سابقه کار و امتیاز بالاتری که دارد در پله یا پله‌هایی جلو تر از شما قرار گرفته و شما باز باید زمان طولانی‌تری را در انتظار رسیدن نوبت تأسیس داروخانه خود و یا تغییر شرایطی مثل سقف جمعیتی لازم برای تأسیس داروخانه صبوری پیشه کنید.

نگاهی هم بیندازیم به شرایطی بدتر، شرایطی که یک یا چند سرمایه‌گذار غیرداروساز، با توجه به

نadarand mi yibinnd ke darousazani ke qibla amkan mali qovi dasthe emtiaz daroxaneh khod ra xridarri krdan, lan ba firosh emtiaz daroxaneh khod dr nobet hq taisis khod qarar gرفته و dr awoliyi glootar qarar darnd.

chahbat-hai h mdr in mord mtrh mi shod ke be kll emtiaz taisis daroxaneh brdasthe shde h h radoosazri btonand dr hr mkan ni daroxaneh taisis knd, be ntr mri rds flsfe in pishnhdad mربوط be ijad asl riqabt bashed, asli ke m gwyid shma akhr hssas mi knid ke m tonyid daroxaneh tan ra dr knar chnd daroxaneh di gr taisis knid h hnuz soudhri manasi bashed bashid be ainkar mardrt knid h akhr mi yibinid ke dr AMD manasi ndarid xodbehoud be mkan di gr mntqel xowa hied shd h be noui bdon ntarat dolti w siytem emtiazbinndi xod darosazan beshwrt tgrbi dr in zmineh azmon w xطا be twafq xowa hnd rsid.

ba tojeh be in ke in trh hnuz umli nshde baid pishbini h lazm dr mord mfyid bdon ya mscr bdon w shriyati jididi ke in nou tcmimats klan br shriyati karri darousazan amal xowa hnd nmud njam d.

tsimimati hm dr zmineh afzayish jdb dnsjyian darousazri az trriq dnsghaha w dr ntijeh afzayish faraghtchilan darousaz وجود d.

daroxaneh taisis knd, sxti k ar dr mntrh mhrum ra tql m knd w ht daroxaneh i dr Anjha bdon nobet taisis mdriyit xowa hdkd w b dsh shriyat bhter ncl mkan xowa hdkd.

darousazri ke angizhe dr gyer shdn dr amor mdriyiti daroxaneh ra ndard w trrj m dhd dr jaiy bi amkanat bhter basd, b hgnan msoul fni dr shhrh i bzrg mshgul xowa hdkd.

darousazri ke bnye mali bhter dard, b dhd ksp amtiazat lzm (k ar dr shhrh i kochk) hd nscab xrid, emtiaz daroxaneh darousazri ke ya qader b k ar nisst, ya tcmimib m hajrta ya hr ult d i gr dard r xridarri krd w yk plh srivt mrahil kari xod ra tli m knd.

darousazri ke az hq taisis khod astfadeh nkrd, m tonyid emtiaz xod ra b darousaz jwntri w agzdar knd w dr nobet taisis bmand ya b an smyihai ke az firosh emtiaz daroxaneh b dst m oord dr jai di gr daroxaneh i di gr taisis knd.

darousazri ke emtiaz daroxaneh i r xridarri krd, nm tonyid ta pntj sal emtiaz daroxaneh xod ra mjdada b darousaz di gr w akdar nmaid w in manu ast br tuiyis w xrid w firosh dorh i emtiaz taisis daroxaneh ma hnuz na rxiyti w jwod dard. dr bhsy az darousazan dr antzar nobet ke amkanat mali qovi br xrid emtiaz daroxaneh



درگیر کار علمی داروخانه هستند فراهم شود؟ آیا افزایش درآمد مسؤولین فنی در حد دریافت حق فنی هر نسخه برای داروساز مسؤول فنی و تخصیص درآمد خرید و فروش دارو برای مؤسس میتواند چاره کار داروسازانی باشد که علاقه‌ای به درگیر شدن در مسایل مدیریت داروخانه نداشته و از طرفی از درآمد محدودتر خود نیز راضی نیستند؟

آیا باید تفاوت درآمد داروخانه‌ها را کاهش داد آن هم بهصورتی که درآمد تمام داروخانه‌ها را به سمت کف متمایل کرد؟

آیا باید سقف تعداد نسخ پذیرش شده در روز را برای مسؤول فنی قابل شد، تا داروخانه‌هایی که از تعداد نسخ بیشتری در روز برخوردارند، مجبور به استفاده و به کارگیری چند مسؤول فنی همزمان برای ارایه کار علمی و نظارتی مناسب در داروخانه شوند؟

آیا برای بیماران مفهوم پرداخت هزینه برای مشاوره داروبی قابل جا انداختن است؟ برای بیماری که تا دیروز هر سوالی را بدون پرداخت هزینه و رودررو از داروساز خود می‌پرسید؟ آیا مشاوره داروبی بهصورت واحدهای درسی عملاً در دانشگاههای ما آموزش داده می‌شوند؟

برای جلوگیری از رشد مافیای زنجیره‌ای گردانندگان غیر داروساز داروخانه که با گسترش خود، عملاً داروسازان را به ملعبه‌ای برای کسب

به نظر می‌رسد این مسایل بسیار درهم تنیده‌تر از آن هستند که با بررسی و چاره‌جویی مورده‌گوشه‌ای از کار بتوان راحل جامعی ارایه نمود. سوالات زیادی وجود دارد که باستی همکاران داروساز در مورد آن‌ها به شور بنشینند و پیشنهادهایی ارایه نمایند:

- آیا وضعیت آینده کاری در ایران به این صورت خواهد بود که داروخانه‌های متعدد با مراجعه کنندگان کم خواهیم داشت که در آن داروخانه‌ها رقابت بر اساس مشاوره داروبی خواهد بود و این تعداد ویزیت در روز درآمد کافی برای داروسازان مؤسس و مسؤول فنی ایجاد خواهد نمود؟
- آیا افزایش مارژین فروش دارو مانع برای مصرف خودسرانه دارو و تجویز زیاد آن خواهد شد؟ آیا این افزایش مارژین میتواند حداقل‌های درآمدی در داروخانه‌های متعدد در کنار هم را توجیه نماید؟
- آیا با سیستم مدیریتی حکومتی طرف هستیم که حق و حقوق داروساز و نقش آن در سلامت جامعه را پر رنگ می‌داند و حاضر است برای این نقش هزینه‌های لازم را پرداخت کند در شرایطی که داروسازان متعددی فارغ‌التحصیل و داروخانه‌های متعددی تأسیس شده‌اند؟
- آیا لازم است در مورد حقوق مسؤولین فنی تجدید نظر کرد تا با افزایش چند برابری آن، تعادلی بین درآمد مؤسس داروخانه و مسؤولین فنی که عملاً

بال بیشتر به مسؤولیت‌های خود پیردازند؟  
تعريف قانونی جایگاه اشتراک در تأسیس  
داروخانه؟ معرفی دو داروساز مؤسس برای یک  
داروخانه؟ چند داروخانه با یک مدیریت؟  
■ بهره‌گیری از تجربه پزشکان عمومی باید ما  
را به چه راه حل‌هایی رهنمود باشد؟ آیا مشکل  
کار و درآمد پزشکان عمومی مربوط به توانایی  
و عدم توانایی علمی آن‌ها است؟ (آیا سمت و  
سوی ما رقابت علمی در داروخانه‌ها خواهد بود؟)  
آیا مشکل کار و درآمد پزشکان عمومی  
مربوط به انتظارات درآمدی بالای آن‌ها  
است؟! (آیا ما با دیدگاهی طرف هستیم که  
توقع دارد داروساز و پزشک با درآمد هفت‌صد  
هزار تومان در ماه خشنود و راضی باشد؟)  
آیا مشکل پزشکان عمومی در تزریق زیاد  
فارغ‌التحصیلان به جامعه است؟ (آیا پذیرش  
بالای داروسازان چه از طریق دانشگاه‌های  
داخلی و احیاناً بین‌المللی و فارغ‌التحصیلان  
خارج از کشور، بدون در نظر گرفتن جایگاه  
مناسب کاری چنین تعاتی نخواهد داشت؟)  
آیا مشکل پزشکان عمومی مربوط به عدم تمایل  
کار در مناطق محروم است؟ (آیا کار در مناطق  
محروم حقیقتاً مزایای خاصی دارد؟ و آیا کسانی  
که در مناطق محروم مشغول کار هستند از منافع  
روحی و مادی مکفی برخوردارند؟)  
■ آیا بهتر است مشوق‌هایی برای ارتقا درآمد  
درآمد اکثراً غیرقانونی خود تبدیل کرده‌اند چه  
چاره‌ای قابل تصور است؟ آیا مشابه حق تأسیس  
داروخانه برای فارغ‌التحصیلان، می‌توان وام بدون  
بهره‌ای با نظارت سازمان‌هایی مثل نظام پزشکی  
برای تأسیس داروخانه برایشان قابل شد؟  
■ چه راه حلی می‌توان برای گسترش تأسیس  
داروخانه در مناطق محروم ارایه کرد؟ چه مزایایی  
می‌توانیم برای داروسازانی که در این مناطق در  
حال کار هستند قابل شویم؟ حق تأسیس‌شان  
را در صورت تأسیس داروخانه در چنین مناطقی  
هنوز محفوظ بدانیم؟ وام‌های تأسیس داروخانه را  
با اولویت برای مناطق محروم در نظر بگیریم؟  
سازمان‌های بیمه گر را مجباً به پرداخت بلافضله  
مطلوبات داروخانه‌های مناطق محروم نماییم؟  
افزایش امتیاز کار در این مناطق را جویی تنظیم  
نماییم که داروساز بتواند با حدود ده سال کار به  
امتیاز لازم برای شهرهای بزرگ‌تر استانی و مرکزی  
دست یابد؟  
■ برای کم کردن بار مسؤولیت مدیریت  
داروخانه چه راه کاری می‌توانیم ارایه کنیم؟  
به کارگیری فارغ‌التحصیلان دارای مدرک  
حسابداری و تفویض برخی مسؤولیت‌ها مثل  
خرید دارویی، انبارگردانی، حقوق پرسنل، عدم  
دخالت در حیطه مسؤولیت فنی داروساز که  
به صورت تدوین شده و روشن ارایه شود تا  
مشغولیت‌های داروسازان کاهش یافته و با فراغ



عذرخواهی کردیم و دارو رو تعویض کردیم و داروی درست رو بهشون دادیم و رفتن.

دوباره علت‌ها رو مژو رمی‌کنیم:

- داروی نسخه قبلی بیمار آماده بود و قرار بود که بعد از تأیید دارو رو ببرند و حالا با نسخه جدید او مده بودن، تعجیل در تحويل دارو علت مهمی در به وجود اومدن این اشتباه بود این که شما احساس کنید باید سریع این نسخه رو تحويل بدین، حالا به هر دلیل مثل؛ بیمار بحال موارد اورژانسی بیمار عصبی و نا آرام بچه بیمار که گریه می‌کنه و ...
- عواملی که باعث تغییر در روند کلی معمول و منطقی شما در تحويل دارو میشه به سادگی زمینه ایجاد اشتباه رو فراهم می‌کنه، برای همینه تقاضای عجله در داروخانه از طرف بیمار یعنی تقاضای دریافت داروی اشتباه!
- عوامل دیگه‌ای مثل دستور یکسان که معمولاً در مورد داروهایی مثل ارکتو رایج هست که اصطلاحاً دستور هر شب رو به جای نیم تا یک ساعت قبل از نزدیکی بنویسنده و تعداد ۲۰ عدد که در مورد دارویی مثل ارکتو چندان عرف نیست هر چند باز هم باید عامل شرم بیمار رو به عنوان عاملی که باعث می‌شه هم دستور به اون صورت نوشته بشه و هم بیمار معذبی که ترجیح میده با نسخه پزشک به تعداد بیشتری اون دارو رو تهیه کنه

از طریق افزایش بار علمی در داروخانه قایل شویم؟ (فروش داروهای خاص و انحصاری را برای عرضه در هر داروخانه‌ای آزاد کنیم مشروط به این که مسؤول فنی مسؤول فروش آن اقلام از آموزش ویژه مخصوص هر دارو و نحوه مشاوره با پزشک و بیمار برخوردار بوده و این اطلاعات مرتبا بازآموزی و به روز شوند؟ آیا می‌توان بر روی درآمد حق مشاوره ویژه به عنوان کار تخصصی حساب ویژه‌ای کرد؟

■ فرهنگ غلط مصرف دارویی، برای اصلاحش چه باید کرد؟

با اهمیت قایل شدن برای امور صنفی و بحث و تبادل نظر مطمئناً راه حل‌های روشن برای هر سوالی خواهیم یافت ...

**اشتباه در تحويل دارو - ۲**

نسخه تک قلمی به داروخانه اوهد از بیمه بانک قبلش نسخه دیگه‌ای داشتن که تأییدی بود و قیمت زده بودیم و برای تأیید برد بودند و حالا که برای گرفتن دارو او مده بودن این نسخه جدید رو هم خواستند که بگیرند:

فردا بیمار اوهد که دارو رو اشتباه داده‌اید و داروی درست اینه:

$N = ۲۰ \text{ Tab Ezetex } 10\text{mg}$

$۱ \text{ عدد}$

$N = ۲۰ \text{ Tab Erecto } 10\text{mg}$



وقوع اشتباه برای تغییر به شرکت‌ها برگردانه.  
این نرم افزار رو میشه راحت طراحی کرد و  
چون لیست داروهای موجود در ایران هم مشخصه  
میشه تعریف کرد که مثلاً دوزهای ۱۰۰ با ۱۰  
یا ۵ با ۰/۵ و امثالهم که امکان اشتباه رو زیاد  
میکند و یک الگو در نوشتن دارن با کمک حروف  
عمودی ذکر شده به نحوی از هم تفکیک بشن.  
مثلاً

Salbutamol  
S-II----  
Salmetrol  
S-I----

این چند حرف عمود نوشته! به طرز مشکوکی  
در خواندن نسخ کمک حال هستند!  
b l p h f j g d k

عامل مهمی که در اینجا می‌خواهد در موردش  
صحبت کنم یکسان بودن الگوی نوشتاری این دو  
دارو هست  
بهطور کلی در نسخه نویسی دستی عرف به  
این صورت هست که حرف اول بزرگ نوشته  
L F H B K J P  
G در نسخه قابل رویت هستند و حروف کوتاه  
c x z n m o t r e  
بهصورت دست انداز مشاهده  
می‌شن!

به نظرم خیلی خوب هست در زمانی که  
شرکت‌های ایرانی اسمای رو به عنوان برند برای  
محصولاتشون انتخاب و اون رو اعلام می‌کنند  
جایی مثل معاونت غذا و دارو از نرم‌افزاری استفاده  
کنه که داروها رو بر اساس این الگو با هم مقایسه  
کنه و اون اسمای رو بنا به دلایل علمی احتمال

.....

