

دارویار، سرمایه‌گذاری دارو و نظارت به ارایه خدمات را تقبل کند، اما در بسیاری از مراکز روستایی، تعداد مراجعه‌کنندگان روستایی و میزان فروش داروخانه به هیچ وجه هزینه‌های تحمیلی بر داروخانه‌های روستایی را جبران نمی‌کند. هم‌چنین با این که دولت هیچ‌گونه فرانشیزی برای پخش دارو به داروساز نمی‌پردازد، اما داروساز را به دریافت حق فنی براساس تعرفه دولتی موظف کرده است.

در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر که تعداد مراجعه‌کنندگان بیشتر از روستاها است، این مسایل می‌تواند مشکلات عدیده‌ای به وجود بیاورد. مشکل اول این است که به دلیل ایجاد تفاوت دریافت تعرفه، عملاً مراجعه به بخش خصوصی که قطعاً سال‌ها در محل، سرمایه‌گذاری مالی و زمانی کرده است، به‌طور قابل توجهی کاهش پیدا می‌کند و

### ■ داروسازان در روستاها و گرداب مشکلات

برخی از داروسازان استان اصفهان با ارسال این نامه که ظاهراً توسط روابط عمومی انجمن داروسازان این استان تهیه شده، از ماهنامه دارویی رازی درخواست کرده‌اند تا با چاپ این نامه، صدایشان را به گوش مسؤولان برسانند.

«... با اجرای طرح تحول سلامت، منافع داروساز مؤسس داروخانه در مراکز روستایی به‌شدت تحت تأثیر این طرح قرار گرفته است. با حضور پزشک خانواده در مراکز روستایی و شهرهای کوچک، مؤسس داروخانه با فاصله بیش از ۵۰۰ متر از مرکز بهداشتی وظیفه دارد در محل مرکز درمانی، شعبه‌ای از داروخانه ایجاد کند و بدون دریافت هیچ‌گونه تسهیلات مالی از محل اعتبارات طرح تحول نظام سلامت، هزینه دارویار، حق بیمه

چون حضور در محل استقرار قبلی ضروری است، زیان قابل توجهی متوجه آن مؤسسه خواهد شد. همچنین تعداد مراجعه بیمه‌شدگان سایر سازمان‌ها هم در مراکز درمانی قابل توجه است. طبق قوانین فعلی نسخه‌پیچی نسخه‌های مراجعه‌کنندگان در محلی غیر از قرارداد داروخانه‌ها غیرقانونی است و در نتیجه، شبهه میزان دریافت تعرفه نیز در صورت نسخه‌پیچی به قوت خود باقی خواهد ماند. همچنین فارماکوپه (فهرست رسمی دارویی) بیمه روستایی با فارماکوپه رسمی کشور متفاوت است و عملاً نسخه‌های روستایی به‌طور کامل قابل ارایه نخواهد بود.

در این میان تفسیر به رای قانون از سوی مسؤولان برخی شبکه‌های بهداشتی در سراسر کشور بحث مهمی است که چالش‌های جدی‌تری ایجاد می‌کند. باوجود تصریح قانون به اولویت عقد قرارداد با داروخانه‌های بخش خصوصی محل، نه تنها این امر رعایت نمی‌شود، بلکه داروخانه خودگردان شبکه، استقرار یافته‌اند.

طبق همین دستورالعمل، چنانچه فاصله داروخانه خصوصی از مراکز درمانی تا ۵۰۰ متر باشد، لزومی به استقرار این داروخانه‌ها در مراکز نیست، اما این دستورالعمل هم رعایت نمی‌شود و همین مساله بر فشارهای اقتصادی و روحی روانی داروسازانی که در

مناطق محروم مشغول به کار هستند، افزوده است. پرداخت‌های علی‌الحساب ماهانه بابت طلب داروخانه‌ها و همچنین گرفتن سفته در قبال عقد قرارداد با داروساز و ... مشکلات دیگری است که ضرورت چاره‌اندیشی در این خصوص را بیش از پیش نمایان خواهد کرد. ضرورت اطلاع‌رسانی به داروسازان روستایی نیز درباره مفاد آیین‌نامه‌های قانونی، حیاتی است، زیرا گزارش‌ها حاکی از آن است که بی‌اطلاعی از قانون منجر به قبول شرایط غیرمعارف از طرف داروسازان می‌شود.

علاوه بر این، در برخی شبکه‌ها دیده می‌شود داروسازان طرف قرارداد در محل داروخانه خصوصی خود برخلاف قانون و دستورالعمل اجرایی مورد بحث، ملزم به دریافت تعرفه دولتی شده‌اند. در این خصوص نیز نظارت بر اجرای قانون باید تشدید شود. در پایان نیز الزام به ارایه خدمات شبانه روزی در این مراکز که بر خلاف الزامات بیمه روستایی و تنها در اختیار کمیسیون ماده ۲۰ دانشگاه‌های علوم پزشکی است، از مفاسد قانونی این موضوع است که اصول تأسیس یک داروخانه را زیر سؤال می‌برد. امید است با رفع معضلات موجود، شرایطی فراهم شود که انگیزه‌ها برای حضور در مناطق محروم و ارایه خدمات دارویی در روستاها افزایش پیدا کند. ...»