



نشریه داخلی انجمن پزشکان عمومی ایران

سال اول - شماره

دوم - پاییز ۱۳۹۳

۹۶ صفحه

پاییز هزار رنگ باغ شاهزاده‌ها میزبان انجمن های پزشکان عمومی ایران





کلینیک لیزر

مجهز به کلیه دستگاه های
استاندارد لیزر در بیماری های
پوست و زیبایی

دکتر احمد مرادی
متخصص بیماری های
پوست و مو
و زیبایی پوست

شیراز میدان دانشجو ساختمان ارم

۳۲۲۹۶۴۳۹ 

۳۲۲۹۹۰۴۱ 

۳۲۲۹۶۰۷۷

جدید P-Bran

www.dinehiran.com



پی-برن

فیبر گیاهی خوراکی

سبوس گندم به همراه پوسته دانه پسیلیوم

کمک درمان چاقی

کاهنده کلسترول

ملین حجمی گیاهی



قابل تهیه در کلیه داروخانه های معتبر کشور

دارای مجوز رسمی از وزارت بهداشت به شماره ثبت دارو (IR) 14490 : 13382

مجمع صنایع دینه ایران - تلفن: 1810 61 داخلی 146 - info@dinehiran.com



به نام ایزد دانای توانا

صاحب امتیاز: انجمن پزشکان عمومی ایران
 مدیر مسئول: دکتر عباس کامیابی
 سردبیر: دکتر حمید خاکسار
 دبیر صنفی: دکتر مهران قسمتی زاده
 دبیر علمی: دکتر رقیه حج فروش
 مدیر داخلی: دکتر الهام شاهرخی راد
 مدیر بازرگانی: دکتر حمید خاکسار
 ویراستار: خسرو تابنده
 حروف نگار: حمیده سیاح
 مدیر هنری: غلامعلی زارع

Email : info@isgp.ir

نشریه داخلی انجمن پزشکان عمومی ایران
 سال اول شماره دوم پاییز ۹۳

نشانی: تهران - صندوق
 پستی: ۱۴۱۵۵-۸۳۶۳
 تلفن: ۰۷۱-۳۲۳۰۱۴۵۲ و
 (تهران) ۰۲۱-۸۴۱۳۸۳۱۹
 دورنگار: ۰۷۱-۳۲۳۰۱۴۵۸

فهرست

گزارش ها

۶

گزارش چهارمین نشست
 شورای هماهنگی در کرمان



۱۰

گزارش نشست شورای
 هماهنگی در گیلان



پزشک خانواده و
 طرح تحول سلامت

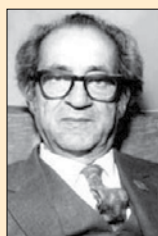
۳۰

معرفی انجمن ها
 انجمن کرمان

۲۶

مقاله های
 علمی

۵۷



۶۴

میان پرده

بیانیه مهم
 انجمن

۴



اول دفتر

۳

اخبار

۱۵

۱۵ اخبار صنفی
 ۱۹ اخبار حوزه سلامت

پرونده صنفی

۷۰

کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت



اول دفتر

دوستان، همکاران و یاران همیشه همراه!

دومین دفتر سیمرغ در فاصله دو رخداد مهم صنفی جامعه پزشکان عمومی کشور منتشر می‌شود. رخداد نخست، برگزاری باشکوه چهارمین نشست شورای هماهنگی انجمن های پزشکان عمومی کشور در ماهان کرمان بود که چندی پیش با میزبانی شایسته و ستودنی دوستان انجمن کرمان در ماهان و باغ زیبای شاهزاده صورت گرفت. شمه‌ای از گزارش این همایش پرشور را در همین شماره تقدیم شما می‌کنیم. دومین رخداد، مجمع عمومی عادی و فوق‌العاده انجمن پزشکان عمومی ایران در ۱۴ آذر ماه امسال است. تمام تلاش و همت دست‌اندرکاران نشریه بر آن بود که در آستانه برگزاری مجمع، شماره دوم سیمرغ در دستان پر مهر شما قرار گیرد. اما سیمرغ ما هیچگاه آرام و قرار نخواهد داشت! او در حالی که همواره به سوی اوج و قله‌های دست‌نیافتنی در پرواز است، یاور و همراه دوستان خود خواهد بود. در بهرام یشت بند ۳۴ آمده است:

”هر کسی که استخوان و یا پری از این مرغ دلیر با خود داشته باشد، هیچ مرد دلیری نتواند او را براندازد و نه از جان براند.“

”پر او را همراه نزد کسان گرمی و بزرگ دارد و او را از فر برخوردار سازد و دارندگان آن پر در هنگام برابر شدن با همواران خونخوار و ستمکار از هر گزند در امان خواهند بود و همه بترسند از کسی که تعویذ پر مرغ ارغن (سیمرغ) با اوست.“

مهرگان آمد و سیمرغ، نمجید از جای

تا کجا برزند امسال و کجا دروایی

سیمرغ را از آن رو سیمرغ گویند که هر لون که در پر هر یک مرغ وجود دارد، همه در پره‌های او موجود است. تمام تلاش و کوشش ما بر آن خواهد بود که بتوانیم در مجله خودتان تمام ویژگی‌های این مرغ افسانه‌ای را بروز دهیم.

و مدافع تمام دلیر مردان و راست کرداران پزشک عمومی باشیم به شرطی که آن‌ها نیز دست ما را بفشارند و پر سیمرغ را همواره نزد خود پاس دارند و او را در دست یابی به اوج و بلندی‌های دور دست یاور باشند. پرشور شما در نشست‌های صنفی و علمی انجمن تنها آغاز این راه دشوار خواهد بود. دمیدن نفس شما در کنار سیمرغ می‌تواند ویژگی‌های ققنوس افسانه‌ای را در او جلوه‌گر سازد.

”ققنوس مرغی است به غایت خوش‌رنگ و خوش‌آواز که هزار سال عمر کند و نامیراست. هر گاه ققنوس سرودن آغاز کند و مست گردد، بال بر هم زند و در آتش افتد، از خاکسترش پرنده دیگری بر خواهد خواست. صدای آواز او به قدری زیبا و دلنشین است که گویند موسیقی را از آواز او دریافته‌اند.“

امید داریم که این آواز خوش ققنوس را در سیمرغ نیز شاهد باشیم و این ممکن نخواهد شد مگر با اتحاد، یکدلی و همراهی شما یاران.

عزیزان! سیمرغ خود را همراه باشید و نگذارید آرام و قرار یابد. او را همچون ققنوس، جاودانه کنید تا ترنم پیروزی و زیبایی سیمرغ در پهنه میهن جلوه‌گر شود.

آن کس که دل خوش به جهان آورد دست از خانه سیمرغ نشان آورد دست





بیانیه مواضع انجمن پزشکان عمومی ایران

درباره سطح بندی خدمات، نظام ارجاع و برنامه پزشک خانواده

مقدمه:

۴) گفتن غالب و علمی کارشناسان برای برقراری عدالت در سلامت
۵) همسویی و اصرار دستگاهها و نهادهای مرتبط برای پیاده سازی مدل های موفق و اقبال یافته ی نظام سلامت سایر کشورها
۶) زمان باقیمانده از عمر دولت تدبیر و امید به عنوان مهلتی مناسب برای برنامه ریزی بدون تعجیل
۷) ظهور شجاعت و سخت کوشی کم نظیر در تولید نظام سلامت
۸) تحول در تشکیلات و نحله ی فکری سازمان نظام پزشکی در کنار نسل جدیدی از انجمن های علمی همسو و کارآمد و... فرصت و عقلانیتی فراهم کرده است تا از این مسیر به تحولی واقعی و پایدار برای ارتقای سلامت عمومی دست یابیم.

تعیین و اعلام مواضع انجمن پزشکان عمومی ایران در مورد جایگاه طب عمومی گامی موثر برای بازآفرینی هویت و منزلت این قشر فرهیخته است. انجمن پزشکان عمومی بر آن است تا همسو با سیاست های کلی نظام سلامت و اسناد ذیل آن با اعلام رسمی اهداف و مواضع خود حرکتی نوین را با بهره گیری از نبوغ و قدرت جامعه ی پزشکان عمومی آغاز کند و در تعامل با متولیان و دست اندرکاران حوزه ی سلامت کشور با میثاقی ارزشمند و باثبات در استمرار و پایداری آن بکوشد.

میثاق و آرمان:

پایبندی بر سوگند طبابت و مقدم داشتن سلامت عمومی بر آسایش و رفاه خویشتن راهی است که گشایش و رضای الهی را برای همکاران و مسوولین نظام به دنبال خواهد داشت.

هدف اصلی:

استقرار نظام سطح بندی و ارجاع از طریق اصلاح و توسعه ی برنامه ی پزشک خانواده

اهداف فرعی:

۱. بهره روری و مشارکت پزشکان عمومی به عنوان سرمایه های انسانی در اصلاح نظام سلامت
۲. پایداری و توسعه ی اعتبارات اختصاص یافته و جایگاه سلامت در نظام تصمیم گیری
۳. کاهش نرخ بیکاری و رشد اشتغال در حوزه ی سلامت و گروه های پزشکی و پیراپزشکی

الزامات قانونی:

مواد مصرح در سیاست های کلی نظام سلامت و برنامه های توسعه همگی بر اولویت پیشگیری بر درمان، ممانعت از تقاضای القایی و اجازه ی تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح بندی و راهنماهای بالینی و نهایتاً بر نظام سطح بندی خدمات و ارجاع با محوریت پزشک خانواده تاکید دارند. خصوصاً در سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری بر گسترش عدالت در سلامت از طریق اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه های مثبت ارایه کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت های ارتقای سلامت و پیشگیری در مناطق محروم تصریح شده است؛ بنابراین لازم است در هر گونه موضع گیری و تدوین برنامه های اجرایی، دورنمایی عملی بر این تکلیف هویدا باشد.

سرمایه ها و فرصت ها:

- به نظر می رسد ظرفیت ها و منابع موجود از جمله:
- ۱) جمعیت کافی و متکثر پزشکان عمومی
 - ۲) تجارب گران بهای حاصل از ایجاد شبکه ی پزشکان خانواده ی روستایی و سازماندهی نوپای پزشکان خانواده ی شهری در استان های فارس و مازندران
 - ۳) منابع مالی اختصاص داده شده به بخش سلامت

رعایت استانداردها مبتنی بر الگوی بومی:

مبانی نظام ارجاع و سطح بندی به صورت کلی از معیارهای مشترک و شناخته شده ای منشأ می گیرد و به همین سبب مشابهت هایی نیز در سایر کشورها مشاهده می شود؛ اما استفاده از تجارب و نتایج برنامه های قبلی که عموماً مبتنی بر سعی و خطا بوده و در دهه ی گذشته بر کشور تحمیل شده است، هر عقل سلیمی را به استفاده از مدل های آژوده شده ی جهانی و بهره مندی از تجارب چند ساله ی اخیر با توجه به شرایط بومی ترغیب می کند. این نوع رویکرد نیز از اقتضات اعتدال و میانه روی است که ضمن پرهیز از نفی بدون دلیل برنامه های قبل، با تفکری مدبرانه برای اصلاح برنامه ها و مضاعف شدن سرعت پیاده سازی پرداخته شود.

در این الگو بهتر است به موارد زیر دقت شود:

۱. تعریف نقش های جامع و موثر، به گونه ای که پزشک عمومی به عنوان رهبر تیم سلامت نقش های متداخلی ایفا کند که شامل:
 - ۱) نقش مدیریت به منظور اجرای سیاست ها و برنامه ها، شناخت و بازخورد مشکلات سلامت منطقه، ارایه ی راهکارها و مداخلات و رهبری تیم سلامت
 - ۲) نقش ارایه دهنده ی خدمت در حدود وظایف و صلاحیت اعم از خدمات پیشگیری و درمان و بازتوانی
 - ۳) نقش کنشگر اجتماعی در مجامع و شوراهایی که بتوانند از ظرفیت ها و استعداد های عمومی آنان بهره مند شوند.
۲. اصلاح بسته ی خدمت و شیوه ی اجرای آن، به گونه ای که:
 - ۱) منطبق با اولویت های سلامت و اصل پیشگیری باشد
 - ۲) متناسب با توان و دانش پزشک و تیم سلامت، کارسنجی و تقسیم کار و به مرور تکمیل شود.
 ۳. اصلاح نظام پرداخت و میزان سرانه، به گونه ای که:
 - ۱) روند پرداخت مبتنی بر عملکرد و به تناسب اهمیت سطح اول نظام سلامت برای جذب و انگیزه بخشی به تیم سلامت و جبران کننده ی فاصله ی نامعقول درآمدی با سایر گروه ها در سطوح دیگر باشد
 - ۲) امنیت حرفه ای را به تناسب عملکرد همکاران با قراردادهای منصفانه و درازمدت فراهم سازد
 - ۳) ضرایب محرومیت مناطق به صورتی جدی مورد بازنگری قرار گیرد
 - ۴) شیوه ی پایش و اثر آن بر دریافتی پزشکان و تیم سلامت مبتنی بر کیفیت خدمات و نتیجه بخشی عملکرد آنان باشد.

۴. اصلاح نظام آموزشی و توانمندسازی پزشکان، به گونه‌ای که:

۱) برنامه‌ی آموزشی دوره‌ی طب عمومی متناسب با حدود وظایف و صلاحیت‌های پزشک خانواده به‌عنوان نخستین مرجع و مسیر عبور بیماران به سطوح دیگر متحول شود

۲) دوره‌های کوتاه‌مدت حرفه‌ای و آموزش‌های حین خدمت همراه با اعطای مدرک معادل تحصیلی برای توانمندسازی پزشکان خانواده برنامه‌ریزی شود.

۵. برقراری نظام ارزیابی و مداخلات علمی، به گونه‌ای که ۱) علاوه بر ارزیابی درونی، از ارزیابان بیرونی و بی‌طرف از جمله انجمن‌های ذی‌ربط یا بخش خصوصی استفاده شود ۲) مداخلات علمی در راهبردها و عملیات مطابق با ارزیابی برنامه سازماندهی شود.

۶. مشارکت ذی‌نفعان در تصمیم‌سازی و برنامه‌ریزی، به گونه‌ای که:

۱) حضور نمایندگان مردم و پزشکان خانواده در سطوح عملیاتی و حضور انجمن در سطوح فوقانی ساختار پزشک خانواده تقویت گردد

۲) حضور ذی‌نفعان از حالت تشریفاتی و رفع مسوولیت به شیوه‌ای موثر مبدل شود.

۷. اصلاح و تجمیع ساختار تشکیلاتی، به گونه‌ای که:

۱) دوگانگی روش‌ها و تصمیمات در دو حوزه‌ی شهری و روستایی با تلفیق دو ساختار و به‌تدریج به حداقل ممکن کاهش یابد

۲) از تصمیمات و بسته‌های خلق‌الساعه و محدودکننده‌ی برنامه‌ی پزشک خانواده در کوتاه‌مدت و درازمدت به‌وسیله‌ی این ساختار پیشگیری شود

۳) تصمیمات فعلی در ماندگاری و تثبیت پزشکان خانواده‌ی شهری و روستایی و تصمیمات آتی در توسعه‌ی برنامه به سطوح دیگر به‌گونه‌ای مدیرانه کارسازی شود.

۸. برون‌سپاری و خصوصی‌سازی، به گونه‌ای که:

۱) از تجمع و کفایت تعداد پزشکان عمومی در شهرهای کوچک و همچنین حاشیه‌ی شهرهای بزرگ به‌عنوان فرصتی استثنایی استفاده‌ی حداکثری به‌عمل آید

۲) از امکانات شبکه به‌عنوان زیرساخت موجود و قابل بهره‌برداری برای واگذاری به بخش خصوصی یا جبران خلاء بخش خصوصی استفاده شود.

۹. اعتمادسازی و فرهنگ‌سازی، به گونه‌ای که:

۱) اعتماد از دست رفته‌ی جامعه‌ی پزشکان عمومی به‌عنوان مطمئن‌ترین و بزرگ‌ترین گروه قابل اعتماد برای پیاده‌سازی نظام ارجاع به شیوه‌های عملی و جامعه‌شناختی بازسازی شود

۲) مقبولیت طب عمومی به‌عنوان طب پایه با بهبود مهارت‌ها و توانمندی‌ها در بسته‌های جداگانه و مدیرانه به اجرا گذاشته شود

۳) نگاه تهدید از کمبود و ناهمراهی پزشکان عمومی به‌صورت جدی به نگرش فرصت تبدیل شود

۴) فرهنگ‌سازی برای اشاعه‌ی نظام ارجاع و اعتمادسازی پزشکان عمومی به‌صورت متداخل و همزمان با اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده کارسازی شود

۵) حدود صلاحیت حرفه‌ای طب عمومی به‌تناسب مهارت‌اندوزی و افزایش بسته‌های خدمتی توسعه یابد.

۱۰. جذب فعالان حرفه‌ای در طب جانبی، به گونه‌ای که:

۱) با پزشکان فعال در حوزه‌های جانبی از جمله ترک اعتیاد، مراقبت‌های پوست، طب کار، سطوح اجرایی و... به‌عنوان سرمایه‌ای آماده و قابل مذاکره، به‌صورتی چاره‌جویانه برخورد شود

۲) از هر گونه برخورد غیرحقوقی و تحدیدکننده‌ی پزشکان عمومی فعال در عرصه‌های شغلی بدون هماهنگی با سازمان‌های صنفی پرهیز و قبل از آن

چارچوب و آتیه‌ای روشن برای پیاده‌سازی نظام ارجاع تبیین شود

۳) خدمات جانبی فعلی به‌گونه‌ای علمی بازطراحی و به‌تدریج در نظام پزشک خانواده ادغام شود.

۱۱. توجه به سبک سالم زندگی، به گونه‌ای که:

۱) خروج از فرسودگی شغلی و عسرت‌های سالیان گذشته‌ی پزشکان عمومی مستلزم توجه بیشتر به اصلاح سبک زندگی، کرامت و توجه به کیان خانواده‌ی آنان از طریق مطالعه و مداخله‌ی علمی است

۲) توجه به ارتقای شغلی و ارتقای محل زندگی به‌شیوه‌ای که آینده‌ی شفاف را برای تحمل زندگی در نقاط محروم تداعی سازد

۳) تدارک تسهیلات اولیه‌ی زندگی برای ماندگاری و البته تسهیل در ساعات کار متناسب با نیاز آنان برای مطالعه و ارتقای مهارت‌ها و منطبق بر قوانین کار.

۱۲. انعطاف در اجرای برنامه‌ها، به گونه‌ای که:

۱) اختیارات موثر و غیرمتمرکز به مسوولین محلی برای جذب پزشکان و تیم سلامت و سایر امور مرتبط تفویض شود

۲) نکات تحدیدکننده‌ی ماندگاری پزشکان و سازماندهی تیم سلامت قابل انعطاف و ترغیب‌کننده باشد

۳) متناسب با پراکندگی جمعیتی پزشکان و تیم سلامت در خصوص سرانه‌ی جمعیتی تصمیم‌گیری شود

۴) مراحل اجرایی به‌گونه‌ای واقع‌گرایانه فزیندی و با جدیت پایش شود.

۱۳. تدارک زیرساخت‌های اساسی، به گونه‌ای که:

۱) راهنماهای بالینی در کوتاه‌ترین زمان ممکن با همکاری انجمن‌های علمی و سازمان‌های صنفی تهیه و به‌تدریج اصلاح و به‌روزرسانی شود

۲) فارغ از اهمیت زیرساخت الکترونیک و در حین تدارک این مهم، پرونده‌های سلامت مبتنی بر ویزیت پایه به‌صورت آفلاین تهیه شود

۳) توانمندسازی و مهارت‌آموزی متناسب با بسته‌های خدمتی در حین خدمت به‌صورت دوره‌های کوتاه مدت و ادغام شده که نهایتاً منجر به مدارک معتبر با ارزش آکادمیک شود برنامه‌ریزی شود.

۱۴. استفاده از تجارب قبلی و مدل‌های پیشین، به گونه‌ای که:

۱) تجارب جهانی، منطقه‌ای و خصوصاً تجارب برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی روستایی و شهری در کشور به‌جد مورد استفاده قرار گیرد

۲) مدل اصلاح شده و مورد توافق حداقل در سه استان دارای شرایط ویژه و با فاصله‌ی زمانی کوتاه نسبت به سایر استان‌های پیشیناز برنامه باشد.

نقش پزشکان عمومی و انجمن:

۱. پزشکان عمومی کشور به‌عنوان سرمایه‌ی عظیم اجتماعی در صورت وجود جایگاه امن و منطبق بر عزت و اعتماد متقابل بر بی‌اعتمادی خویش نسبت به مدیریت نظام سلامت فائق آمده و حضور گرم و موثر خود را برای خدمت به اثبات خواهند رساند.

۲. انجمن پزشکان عمومی ایران به‌عنوان نماینده‌ی این قشر فرهیخته، در صورت احقاق مفاد فوق، ضمن اعلام آمادگی برای حضور در ارکان تصمیم‌سازی و سیاست‌گذار، توان شعب و اعضای فعال خود را برای ترغیب همکاری پزشکان عمومی و انجام تعهدات متناسب با ظرفیت خود به‌کار خواهد بست.

۳. انجمن پزشکان عمومی ایران با اعتقاد به مبانی فوق، ضمن اصرار و تاکید بر بازنگری سیاست‌های تحول در نظام سلامت منطبق با نظام سطح‌بندی و ارجاع و پیاده‌سازی هر چه سریع‌تر برنامه‌ی پزشک خانواده برای پیوستن این سطح به سطوح متحول شده، عزم خود را برای اجرا و تثبیت محورهای فوق جزم می‌کند.

انجمن پزشکان عمومی ایران

آذر ۱۳۹۳

چهارمین گردهمایی شورای هماهنگی انجمن های پزشکان عمومی ایران

باغ شاهزاده شهر ماهان - ۲۹ و ۳۰ آبان ماه ۱۳۹۳

گزارش : دکتر الهام شاهرخی راد



حاکم شود برآورده گردد:

۱- دارای استانداردها و معیارهای قابل قبول از نظر علمی و شرایط بومی پس از تحلیل صریح برنامه فعلی پزشک خانواده و پیشنهادهای اصلاحی و توسعه برنامه‌های اصلاح شده باشد؛ اصلاحات در نظام پرداخت، بسته خدمت، ضرایب محرومیت و نظام پایش.

۲- هدف های خرد و کلان در برنامه آتی مشخص باشد و ضمن تبیین دورنمای مناسب، واقعیت های موجود در آن لحاظ و احتمال تغییرات مدیریتی و تاثیر آن بر تصمیمات در نظر گرفته شود.

۳- از نمایندگان مردم و پزشکان خانواده و انجمن به صورت رسمی در ساختارهای ستادی پزشک خانواده روستایی و شهری استفاده شود.

۴- از بخش خصوصی به معنای واقعی استفاده و به سرنوشت شغلی گروه های مختلف پزشکی توجه شود تا مقاومت به فرصت تبدیل شود.

۵- برای ماندگاری گروه پزشکی که آینده خود را در مسئولیت حرفه ای خود پیش بینی کرده اند سرمایه گذاری بیشتری شود.

۶- دهک درآمدی به تناسب جایگاه و اهمیت پزشکان خانواده در نظام سلامت جزو بالاترین ها باشد و پایداری قدرت خرید تضمین شود.

۷- اقتضائات سبک زندگی سالم و کبان خانواده همکاران خصوصاً در مورد سختی کار، زمان کار، مطالعات حرفه ای و ... رعایت شود.

۸- انعطاف لازم برای جذب تدریجی پزشکان متناسب با پراکندگی جمعیتی پزشکان عمومی و بی اعتمادی های موجود اعمال شود.

۹- زیرساخت های الکترونیک، راهنماهای بالینی و بسترسازی فرهنگی به عنوان یک زیرساخت در حین اجرا و با کمک همکاران تأمین شود و مدل پایلوت پیشتاز به جای مدل رایج پایلوت مورد استفاده قرار گیرد.

۱۰- از تجربه پزشک خانواده روستایی و شهری به عنوان مهم ترین دستاورد و پایلوت برای سیاست گذاری کشوری استفاده شود و سرمایه سوزی نشود.

۱۱- حدود صلاحیت پزشکان خانواده به تناسب کسب آموزش های مهارتی به صورت مرحله ای افزایش یابد و خدمات جانبی بخش خصوصی به تدریج در بسته خدمتی ادغام شود.

۱۲- اختیارات استانی و بومی به صورتی بارز افزایش یابد و برای خروجی کار بیش از تحلیل های فرآیندی ارزش قابل شوند.

۱۳- به مسایل انگیزشی پزشکان از جمله ارتقای شغلی، ارتقای مکان شغلی، اولویت های استخدامی، امتیازات تحصیلی و ... توجه بیشتری شود.

چهارمین گردهمایی شورای هماهنگی انجمن های پزشکان عمومی ایران به میزبانی انجمن پزشکان عمومی استان کرمان با اجرای دکتر افشین اسدی در فضای سنتی و دل انگیز باغ شاهزاده شهر ماهان در روزهای ۲۹ و ۳۰ آبان ماه برگزار شد و نمایندگان ۲۹ شعبه انجمن از سراسر کشور در این گردهمایی شرکت داشتند. انجمن های حاضر به قرار زیر بودند:

اردبیل، اصفهان، انزلی، بابل، بزم، تبریز، تنکابن، جیرفت، رامسر، رشت، زرنده، ساری، سبزوار، سیرجان، شهریار، شیراز، فسا، فومن، کرج، کرمان، کرمانشاه، گرگان، لاهیجان، لنجان، مرودشت، مشهد، نوشهر، یاسوج و یزد.

در نخستین روز این همایش دکتر عباس کامیابی رییس انجمن پزشکان عمومی ایران و کرمان، گزارشی از عملکرد اخیر هیات مدیره انجمن را ارائه داد، دکتر مهران قسمتی زاده رییس شورای هماهنگی انجمن های پزشکان عمومی ایران، هدف های گردهمایی را بیان کرد، در ادامه دکتر ابوالفضل بهجو، دکتر فرید رهنما و دکتر حمید طهماسبی پور، مسئولان کارگروه های «پزشک خانواده»، «تحول نظام سلامت» و «تشکیلات» انجمن گزارش عملکرد این کارگروه ها را ارائه کردند.

سپس نمایندگان شعب انجمن به بحث و تبادل نظر پیرامون سه محور پزشک خانواده، کتاب ارزش نسبی خدمات و تحول در نظام سلامت پرداختند و پیشنهادهای خود را برای ارائه ای مواضع رسمی انجمن در مورد این برنامه مطرح کردند. همچنین پیشنهادهایی برای تغییرات اساسنامه ارائه شد که با رأی مثبت اکثریت حاضران به تصویب رسید و مقرر شد در مجمع عمومی انجمن که در تاریخ ۱۴ آذر ماه در تهران برگزار خواهد شد به رأی گذاشته شود. در شامگاه روز نخست گردهمایی نیز کارگروه های انجمن تشکیل جلسه دادند که این جلسات تا پاسی از شب ادامه داشت.

دومین روز همایش با حضور قائم مقام وزیر بهداشت، رییس کل نظام پزشکی، رییس دانشگاه علوم پزشکی کرمان و رییس نظام پزشکی کرمان ادامه یافت. ابتدا دکتر کامیابی در سخنانی که با تشویق ممتد و ایستاده ای نمایندگان شعب در پایان همراه شد برپایی نظام ارجاع و برنامه پزشک خانواده را به عنوان نخستین گام برای بازآفرینی هویت و جایگاه طب عمومی ارزیابی کرد و افزود: انجمن آماده ی تعامل با وزارت بهداشت در کمک به ارتقای نظام سلامت براساس اسناد بالادستی با محوریت طرح پزشک خانواده، سطح بندی خدمات درمانی و با اولویت بخش خصوصی است، در صورتی که اقتضائات علمی زیر که می تواند بر نظام سطح بندی خدمات

دکتر زالی بیان کرد: خدمت‌رسانی به حاشیه شهرها اهمیت ویژه‌ای دارد. قبلاً بیشتر بحث جمعیت شناور بود؛ کسانی که در یک شهر کار و در شهری مجاور زندگی می‌کردند و بیشتر قشر کارگری بودند. اما حاشیه شهرها بیشتر قشر محروم جامعه هستند که روستایی هم محسوب نمی‌شوند و این یک پدیده‌ی جدید اجتماعی است که روزی غیر از تهران سراغ دیگران نیز خواهد رفت.

وی در پایان سخنانش بر احیای طب عمومی همانگونه که کشورهای پیشرفته نیز همین راه را رفته‌اند و به توفیق رسیده‌اند، تاکید کرد. بخش پایانی این همایش، پانل دو ساعته پرسش و پاسخ پیرامون برنامه تحول سلامت، پزشک خانواده و ارزش نسبی خدمات بود و دکتر حریریچی و دکتر زالی به پرسش‌های مختلف نمایندگان پزشکان عمومی پاسخ گفتند.

در پایان این گردهمایی، پایگاه آموزش مجازی انجمن پزشکان عمومی ایران رونمایی و افتتاح شد.

پورتال آموزش انجمن پزشکان عمومی ایران:

LMS.IRANMD.IR

Iranmd.ircmelms.ir



۱۴- مغایرت‌ها و تفاوت‌های پزشکان خانواده و روستایی برطرف و تولید واحدی برای این منظور در نظر گرفته شود. سطح اول در روستاها پایه‌ای برای توسعه این برنامه قلمداد شود.

۱۵- برای ماندگاری و پایداری اعتبارات اختصاص یافته از مشارکت همکاران و انجمن به روشی موثر و موجه استفاده شود.

دکتر کامیابی افزود: پرسشی که مطرح است این است که: آیا وزارت بهداشت به دنبال پیاده‌سازی صحیح و علمی و استاندارد برنامه سطح بندی متناسب با اقتضات بومی و سرمایه‌های انسانی موجود است یا مصلحت‌ها؟ و آیا پیاده‌سازی نظام ارجاع با توجه به عزم دولت در برنامه‌های اجرا شده تحول در نظام درمان، کار مشکلی نیست؟

وی خواستار اصلاح کتاب ارزش‌گذاری نسبی خدمات سلامت با هم‌اندیشی و همکاری انجمن پزشکان عمومی شد و در پایان از رونمایی از پایگاه اطلاع‌رسانی انجمن پزشکان عمومی ایران هم زمان با این گردهمایی خبر داد.

سپس دکتر علی اکبر حقدوست رییس دانشگاه علوم پزشکی کرمان، با اشاره به فضای دوستانه حاکم بین وزارت بهداشت و نظام پزشکی و بیمه‌ها گفت: ارتباطات کاری خوبی صورت گرفته است و انجمن نیز باید نقش خود را در زیرساخت‌های نظام سلامت شکل بدهد. وی راه‌اندازی پرونده‌ی الکترونیک سلامت و مدیریت را ضروری دانست و خواستار ایجاد هولدینگ و سندیکاها و عملکرد جمعی و منسجم پزشکان عمومی شد و به نقش انجمن‌ها و پزشکان عمومی در اعتمادسازی میان مردم و پزشکان تاکید کرد.

دکتر ایرج حریریچی قائم‌مقام و معاون کل وزارت بهداشت، سخنران بعدی بود که با تاکید بر رویکرد آینده‌نگر برای انجمن پزشکان عمومی بیان داشت جایگاه طب عمومی زمانی پایا و ماناست که منطبق بر تامین سلامت عمومی و منافع مردم باشد. وی رابطه‌ی نزدیک خود و وزیر بهداشت با این انجمن را نشانه‌ای از باور به اهمیت جایگاه پزشکان عمومی دانست و افزود در این مقطع تاریخی مسئولان سیاسی و اجتماعی به جامعه‌ی پزشکی اعتماد کرده‌اند و برنامه‌ی تحول نظام سلامت از برکت این اعتماد است که سبب رضایت‌مندی مردم شده است، جامعه پزشکی با بالاترین فرصت مواجه است تا حوزه‌ی سلامت را اصلاح کند و شاید این از آخرین فرصت‌ها باشد.

وی با تشریح رؤس این برنامه، سیاست وزارت بهداشت را اولویت خدمات درمانی سرپایی همراه با آموزش بهداشت عمومی دانست و گفت: از سیاست‌های وزارت بهداشت تغییر خدمات از حالت بیمارستان محور و خدمات بستری به سمت ارائه خدمات سرپایی و بیمار محور است.

سخنران آخر این همایش دکتر زالی رییس کل سازمان نظام پزشکی کشور بود. وی بیان داشت: در شرایط فعلی کشور همگرایی عملیاتی بی‌سابقه‌ای میان همه ارکان نظام سلامت کشور ایجاد شده است. رییس جمهور و هیات دولت نگاه ویژه‌ای به حوزه‌ی سلامت دارند و سلامت به عنوان موضوع استراتژیک در دولت تدبیر و امید مطرح است و جامعه‌ی پزشکی باید با خردورزی، منافع صنفی خود را به منافع مردم گره بزند و به دنبال همسویی مطالبات پزشکان با مطالبات مردمی و عمومی باشد.

وی با تبیین مشکلات پایه‌ای و اساسی برنامه‌ی پزشک خانواده روستایی، بر تامین زیر ساخت‌های لازم و فرهنگ سازی و ... تاکید کرد و افزود: پیش از این کارشناسان سلامت در تلاش بودند که مطالبات سلامت را از درون درهای بسته سلامت به سوی توده‌های مردم ببرند امروز این اتفاق افتاده است و مطالبه‌ی کارشناسی تبدیل به مطالبه‌ی عمومی شده است و حالا دیگر پایداری اعتبارات یک اجبار است و حالا وقت بازآرایی و بازمهندسی نظام سلامت برای مدیریت منابع است و حتما به آسیب‌شناسی برنامه پزشک خانواده توجه شود.

قطع نامه پایانی چهارمین گردهمایی شورای هماهنگی

انجمن های پزشکان عمومی ایران

ماهان کرمان - آبان ۱۳۹۳



اثرات القایی و نهادینه شدن این رفتار خواهد شد؛ امری که در نهایت مانعی جدی در راه موفقیت برنامه‌ی تحول نظام سلامت ایجاد خواهد کرد.

ما ضمن استقبال از تحولات اصلاحی در اراییه‌ی خدمات بستری در سطوح ۲ و ۳ درمان و کاهش پرداختی‌ها از جیب بیماران که به‌راستی یکی از آرمان‌های اصلی تمامی دلسوزان نظام سلامت کشور بوده است، از مجلس و دولت محترم انتظار داریم که با پایداری اعتبارات اختصاص یافته، توجه به برنامه‌های تحول در سطح یک را اندیشمندانه‌تر تدبیر کنند و از اجرای هرگونه برنامه‌ی خلق‌الساعه، مشغول کننده و مخل برنامه‌ی پزشک خانواده بپرهیزند. به‌همین منظور پزشکان عمومی کشور نیز با اعتماد به تحولات صورت گرفته، آماده‌ی اعمال نقش بی‌بدیل خود به‌عنوان تنها مرجع و مسیر عبور بیماران به سطوح دیگر خواهند بود و شایان تاکید است که شهرهای کوچک و حاشیه‌ی شهرهای بزرگ به‌دلیل حضور کافی پزشکان عمومی، مناسب‌ترین فرصت برای استقرار پزشک خانواده و پرهیز از طرح‌های حاشیه‌ای است.

۴. نادیده گرفتن پزشکان عمومی شاغل در بخش خصوصی که طی سال‌ها اعتبار مناسبی در میان مردم محل طبابت خود کسب کرده اند، به خارج شدن بخش مهمی از سرمایه‌ی انسانی آموزش دیده از چرخه‌ی عرضه‌ی خدمات سلامت می‌انجامد. این شورا به‌جد معتقد است که این همکاران در بیشتر نقاط کشور می‌توانند به‌عنوان پزشک خانواده، بخش محوری عرضه‌ی سطح پایه‌ی خدمات سلامت را در نظام سطح‌بندی و ارجاع برعهده گیرند.

۵. این شورا با تاکید بر نقش موثر رسانه‌ی ملی و دیگر تریبون‌های رسمی کشور در فرهنگ‌سازی و استفاده‌ی صحیح از خدمات سلامت، از این نهادها تأثیرگذار انتظار دارد با تجدید نظر جدی در شیوه‌ی کنونی ترویج تخصص‌گرایی و درمان‌محوری، شرایط را برای «سلامت‌محوری» با استقرار صحیح نظام ارجاع از طریق برنامه‌ی پزشک خانواده فراهم سازند.

۶. بازنگری در ساختار و محتوای آموزشی دوره‌ی

چهارمین گردهمایی سراسری شورای هماهنگی انجمن پزشکان عمومی ایران به میزبانی انجمن کرمان در روزهای ۲۹ و ۳۰ آبان‌ماه ۱۳۹۳ در شهر ماهان برگزار شد.

این شورا پس از ساعت‌ها تبادل نظر در مورد پیشنهادها‌ی کارگروه‌های کارشناسی انجمن - ضمن سپاس از هیات مدیره‌ی مرکزی انجمن و اعضای کارگروه‌های ویژه- بدین‌وسیله مواضع این نشست را به شرح زیر اعلام می‌کند: ۱. بیانیه‌ی مواضع انجمن پزشکان عمومی ایران درباره‌ی «سطح‌بندی خدمات، نظام ارجاع و برنامه‌ی پزشک خانواده» که حاصل خرد جمعی این انجمن و کارشناسان حوزه‌ی سلامت است، به‌عنوان سندی تاریخی و جامع مورد تایید و تاکید تمامی شعب انجمن است و می‌تواند زمینه‌ساز تحولی در تعاملات انجمن پزشکان عمومی ایران با تولید دست‌اندرکاران حوزه‌ی سلامت کشور باشد.

۲. شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی ایران ضمن سپاس و حمایت از سخت‌کوشی و همت مسوولین ارشد و کارشناسان وزارت بهداشت برای ارتقای جایگاه سلامت در هیات دولت و ارج نهادن به بهبود اعتبارات مالی حوزه‌ی سلامت کشور، تنها راه تداوم اصلاحات آغاز شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحت عنوان «برنامه‌ی تحول نظام سلامت» را استقرار نظام سطح‌بندی و ارجاع به محوریت پزشک خانواده می‌داند. این شورا اعتقاد راسخ دارد که استقرار نظام سطح‌بندی و ارجاع همراستا با اسناد راهبردی نظام سلامت همچون سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری، برنامه‌های توسعه‌ی چهارم و پنجم و همچنین تاکید سازمان بهداشت جهانی بر استقرار این نظام به‌عنوان بهترین روش اصلاح نظام سلامت، موثرترین شیوه‌ی ممکن برای ارتقای سلامت عمومی مردم عزیز بوده و برای نیل به موفقیت امری اجتناب‌ناپذیر است.

۳. این شورا تاکید می‌کند که تداوم وضعیت موجود و هدایت مستقیم بیماران به سطوح تخصصی و فوق‌تخصصی (که در تمامی نظام‌های سلامت پیشرفته از آن پرهیز شده است) منجر به هدر رفتن سرمایه‌های کشور به‌دلیل ایجاد



برنامه، آنان را از افتادن در دام جمعی قلیل که از دلایل به اصطلاح علمی ایشان بوی منافع مادی کاملاً استشمام می‌شود، برحذر می‌دارد.

۹. این شورا ضمن تقدیر و استقبال از رویکرد مبتنی بر تفاهم وزارت بهداشت با انجمن پزشکان عمومی از جمله انتصاب مشاور ویژه‌ی وزیر محترم در امور پزشکان عمومی، موافقت با عضویت نمایندگان انجمن در مورد تخصصی پزشکی عمومی و موافقت ضمنی با تغییرات اساسنامه‌ی انجمن متناسب با شرایط جدید فعالیت، مساعدت در تحقق سایر توافقات وزیر محترم بهداشت به‌ویژه دربار‌ی حضور نمایندگان انجمن در نهادها و ستادهای تصمیم‌گیر را گامی در همیاری با این انجمن می‌داند.

در پایان، شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی ایران با تقدیر از توجه ویژه‌ی مسوولان نظام به‌ویژه مقام معظم رهبری، هیات محترم دولت و نمایندگان محترم مجلس به امر سلامت و وجود فضای کم‌سابقه‌ی تفاهم میان مسوولان نظام سلامت و نگرش مثبت ایشان برای مذاکره با کارشناسان نهادهای مدنی این حوزه، این برهه‌ی تاریخی را فرصتی مناسب برای همکاری تمامی دلسوزان می‌داند و شرایط را برای نقش‌آفرینی انجمن به‌عنوان نماینده‌ی اصلی پزشکان عمومی کشور مغتنم می‌شمرد. از این رو، ضمن توصیه‌ی مذاکره با تمامی تصمیم‌گیران نظام سلامت از جمله وزارتخانه‌های بهداشت و رفاه، نمایندگان مجلس شورای اسلامی به‌ویژه اعضای کمیسیون بهداشت و درمان و سازمان‌های بیمه‌گر به هیات مدیره‌ی انجمن، پزشکان عمومی سراسر کشور را به حمایت همه‌جانبه از مواضع کارشناسانه‌ی انجمن پزشکان عمومی فرامی‌خواند.

پزشکی عمومی کشور متناسب با پیشرفت‌های روزافزون دانش پزشکی و نیز منطبق با نیازهای نظام سلامت در ارابه‌ی صحیح خدمات سطح ۱ الزامی است. ما همچنین به‌منظور توانمندسازی بیش از پیش و تطبیق توانایی‌های دانش‌آموختگان طب عمومی با نیازهای روز نظام سلامت کشور، برگزاری دوره‌های آموزش کوتاه‌مدت پودمانی متناسب با نقش این پزشکان در ارابه‌ی خدمات سلامت را راه حلی مناسب برای عرضه‌ی خدمات باکیفیت‌تر به مردم کشورمان می‌دانیم و همکاری در تامین این مطالبه‌ی اساسی را یکی از وظایف انجمن می‌دانیم.

۷. شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی ایران ضمن استقبال از انتشار کتاب ارزش‌گذاری نسبی خدمات سلامت که موقعیتی ویژه را برای واقعی کردن تعرفه‌های پزشکی، تعدیل و توازن دریافتی گروه‌های مختلف پزشکی و مهار زیاده‌خواهی‌های جمعی معدود فراهم کرده است، انتقاد خود را از روند تدوین آن که عملاً بدون حضور نماینده‌ی انجمن پزشکان عمومی انجام شده، اعلام می‌دارد و انتظار دارد در بازبینی آتی این کتاب ضمن بازگشت به اصول و مبانی کتاب مرجع، تمامی خدمات سلامت مرتبط با طب عمومی از جمله خدمات سرپایی و خدمات موجود در بسته‌های سلامت به‌طرز صحیح و عادلانه‌ای ارزش‌گذاری شود.

۸. تدوین برنامه‌ی عملی به‌منظور پیشگیری از تداخل در عرضه خدمات حرف گوناگون پزشکی یکی از نیازهای کنونی جامعه‌ی پزشکی است؛ امری که در صورت وقوع، از بسیاری از مناقشات اساسی بین این حرف‌جولوگیری می‌کند. این شورا با توصیه به سازمان نظام پزشکی و تمامی انجمن‌های تخصصی به شرکت در تدوین این

چهارشنبه ۹۳/۷/۹ در نظام پزشکی رشت برگزار شد

نشست شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی گیلان با رییس و نایب رییس انجمن پزشکان عمومی ایران



گزارش: دکتر الهام شاهرخی راد*

پژوهش

(۳) رفع مشکلات معیشتی همکاران پزشک عمومی که منجر به انحراف از مسیر طبابت می‌شود.

(۴) رفع مشکلات همکاران شاغل در طرح پزشک خانواده از جمله در زمینه‌ی دریافتی‌ها، پایش‌های بسیار سخت با وجود فعالیت در مناطق محروم و محدودیت‌های فراوان برای نوشتن دارو و پاراکلینیک و مشخص نبودن وضعیت کاری این همکاران پس از چند سال کار

(۵) رفع محدودیت‌های پزشکان عمومی از درخواست MRI، CT scan و دیگر پروسه‌های تشخیصی برای جلوگیری

از سردرگمی بیماران

(۶) نظارت و برخورد با فروش داروهای غیر OTC، بدون نسخه در داروخانه‌های کشور به ویژه در استان گیلان توسط

متصدیان داروخانه‌ها

(۷) رفع مشکلات بی‌شمار همکاران شاغل در مراکز MMT در عین حال انجام نظارت دقیق‌تر بر فعالیت این مراکز

(۸) تقویت ارتباط با اعضای انجمن و انعکاس مواضع و استراتژی‌های هیات مدیره‌ی انجمن و امکان ارتباط دوسویه‌ی اعضا با انجمن

(۹) بازبینی و راه‌اندازی طرح توانمندسازی پزشکان عمومی و فعالیت بیشتر متناسب با ظرفیت‌های انجمن

(۱۰) بازبینی چک لیست‌های نظارتی در بازدیدهای مسئولان نظارت بر درمان

(۱۱) رفع محدودیت‌های موجود برای پزشکان عمومی در سازمان‌های بیمه‌گر

(۱۲) افزایش توانمندی‌ها و توانایی‌های پزشکان عمومی با آموزش‌های لازم

(۱۳) اعلام ساختار و استراتژی‌های انجمن تا بدنه با همان مشی حرکت کند.

(۱۴) فعالیت برای امکان حضور پزشکان عمومی در مجلس و کمیسیون بهداشت مجلس

(۱۵) استفاده از پزشکان عمومی توانمند در تدوین گایدلاین‌ها و در نظر گرفتن جایگاه پزشکان عمومی در حل مشکلات

اپیدمیولوژیک جامعه با اصلاح پروتکل‌های وزارت بهداشت در بخش دوم این نشست نیز رییس و نایب رییس انجمن پزشکان عمومی ایران به بیان فعالیت‌ها و دست‌آوردهای انجمن پرداختند و اذعان داشتند موفقیت انجمن تحقق پیدا نمی‌کند مگر با همدلی و نظر کارشناسی همه‌ی همکاران.

نشست شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی گیلان با حضور دکتر عباس کامیابی و دکتر عزت‌اله گلعلی‌زاده، رییس و نایب رییس انجمن پزشکان عمومی در چهارشنبه شب ۹۳/۷/۹ در نظام پزشکی رشت برگزار شد. در این جلسه دکتر انوش برزیگر رییس دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دکتر جابر نبی‌زاده، معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه، دکتر شهدی‌نژاد، مدیر درمان سازمان تامین اجتماعی استان گیلان، نیز به عنوان میهمانان ویژه شورا شرکت داشتند.

انجمن پزشکان عمومی در استان گیلان دارای ۵ شعبه فعال در شهرهای انزلی، رشت، صومعه‌سرا، فومن و لاهیجان است و به تازگی نیز در لنگرود اقداماتی برای تشکیل شعبه انجمن پزشکان عمومی انجام شده است.

در شروع جلسه دکتر برزیگر آمادگی دانشگاه را برای همکاری با انجمن در هر زمینه‌ای اعلام نمود و افزود: هر طرحی را به تصویب برسانید با روی باز استقبال می‌کنم و به انجمن عمومی پزشکان ارادت ویژه دارم.

سپس در بخش نخست این نشست حاضران به بیان مشکلات و مسائل موجود در استان پرداختند و از رییس و نایب رییس انجمن پزشکان عمومی ایران خواستند تا از طریق ایجاد روابط با مسئولان امر در رفع مسایل تلاش



نمایند و حتی‌المقدور صدای همکاران را به گوش مسئولان برسانند. اهم مسائل و پیشنهادها مطرح شده در این نشست به شرح زیر است:

(۱) دغدغه‌های موجود در رابطه با اجرای برنامه تحول سلامت
(۲) امکان گسترش فعالیت انجمن در زمینه‌ی آموزش و

انجمن پزشکان عمومی در استان گیلان دارای ۵ شعبه فعال در شهرهای انزلی، رشت، صومعه‌سرا، فومن و لاهیجان است و به تازگی نیز در لنگرود اقداماتی برای تشکیل شعبه انجمن پزشکان عمومی انجام شده است

۱۴ - تشکیل کمیته‌ی درمانگران اعتیاد و کمیته‌ی پزشکان خانواده که با تلاش همکاران جلو بسیاری از تصمیمات غلط گرفته شده است. پروتکل MMT نیز اصلاح شده اما به علت اختلاف با بهزیستی ابلاغ نشده است.

۱۵ - برنامه‌ریزی برای اطلاع‌رسانی و ارتباط با بدنه با تلاش کمیته‌ی رسانه از طریق سه سیستم نشریه، سایت و سرور پیام



کوتاه و همکاران به گونه‌ای در حال طراحی هستند تا ارتباط موثری بین انجمن و شعب باشد.

۱۶ - برنامه‌ریزی برای برگزاری دو کنگره در سال برای بازآموزی و در کنار آن برگزاری نشست‌های صنفی

۱۷ - آماده‌سازی بسته‌های بازآفرینی هویت و روش‌های اجرایی آن برای بازگشت مقبولیت پزشکان عمومی نزد مردم

۱۸ - تهیه و تنظیم برنامه‌های راهبردی انجمن و مقاصد عملیاتی امسال که بعد از تصویب هیات مدیره منتشر خواهد شد.

۱۹ - مطرح نمودن تغییراتی در اساسنامه انجمن در مجمع عمومی امسال تا شهرستان‌ها بتوانند نماینده‌ی خود را با حق رأی در مجمع داشته باشند.

۲۰ - ارائه‌ی تحلیل‌های کارشناسی در رابطه با برنامه تحول نظام سلامت به وزیر و درخواست مزایایی مبنی بر افزایش ضریب محرومیت‌ها و کنترل دریافتی‌ها تا با رفع بی‌اعتمادی‌ها، انجمن به عنوان کاریار نیروی لازم برای مناطق محروم را فراهم کند.

در پایان نشست نیز دکتر کامیابی از حاضران خواست با تقسیم کارها بین همکاران فعال و توانمند انجمن را یاری کنند و طرح‌های پیشنهادی خود را ارائه نمایند.

از فعالیت‌ها و دست‌آوردهای اخیر انجمن به شرح زیر یاد شد:

۱ - تعریف ساختار برای انجمن پزشکان عمومی و ایجاد راهکار برای ارتباط دوسویه با انجمن‌ها و تشکل‌ها و تدوین آیین‌نامه‌های لازم

۲ - حضور دکتر هاشمی وزیر بهداشت در نشست انجمن‌های پزشکان عمومی سراسر کشور در آبان ماه ۹۲ و معرفی دکتر تاملی از سوی انجمن به‌عنوان مشاور جدید وزیر در امور پزشکان عمومی

۳ - جلسه با وزیر با همراهی دکتر نوبخت برای بیان نقد کارشناسی انجمن از حوزه‌ی سلامت

۴ - جلسه در مرکز پژوهش‌های مجلس با حضور نمایندگان وزارت بهداشت، سازمان تامین اجتماعی، سازمان بیمه سلامت و تصویب آیین‌نامه‌ای مبنی بر تعیین مشاور امور پزشکان عمومی در وزارت بهداشت با انتخاب و معرفی از سوی انجمن پزشکان عمومی

۵ - تشکیل کمیته‌ی پزشک خانواده و برگزاری چند مرحله آسیب‌شناسی و ارزیابی و جلسه با خبرگان وزارت بهداشت در نشست دو روزه‌ی بازنگری برنامه‌ی پزشک خانواده در ۳۱ اردیبهشت و ۱ خرداد

۶ - حضور دکتر لاریجانی در مجمع عمومی نظام پزشکی در ۱۶ - ۱۵ مردادماه ۹۳ و اعلام آمادگی وی برای کمک به بهبود وضعیت معیشتی پزشکان عمومی

۷ - ایجاد تغییر در جوی که نسبت به پزشکان عمومی بود و برگزاری جلساتی با معاونت‌های وزارت بهداشت (معاونت درمان، بهداشت، مدیریت منابع و توسعه و معاونت دانشجویی پزشکی)، رئیس کمیسیون اجتماعی مجلس، مشاور رئیس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و پرداختن به بحث پزشکان عمومی در برنامه شبکه سلامت در صدا و سیما

۸ - تشکیل و تقویت کمیسیون‌های مشورتی تخصصی در نظام پزشکی با فعالیت‌های انجمن و معرفی پزشکان عمومی فعال از سراسر کشور در این کمیسیون‌ها

۹ - شناسایی پزشکان عمومی عضو هیات مدیره‌های نظام پزشکی‌ها در شهرستان‌ها و پزشکیانی که دارای سمت‌های اجرایی هستند برای استفاده از نیرو و توانمندی‌شان، همچنین استفاده از نیروی همکارانی که از سوی دوستان معرفی می‌شوند.

۱۰ - حضور موثر پزشکان عمومی در سطوح مدیریتی در سازمان نظام پزشکی به طور مثال دکتر جهانگیری معاون نظارت و دکتر گلعلی‌زاده معاون پشتیبانی نظام پزشکی پزشک عمومی هستند. در سطوح انتظامی هم چند نفر از پزشکان عمومی به عنوان کارشناس در کمیته‌های انتظامی وارد شده‌اند.

۱۱ - تلاش برای گسترش تشکیلات انجمن در شهرستان‌ها و تشکیل شعب در عین اینکه از گسترش بدون پشتوانه پرهیز شود.

۱۲ - ایجاد ارتباط خوب با وزیر و حسن اعتماد ایشان به رئیس انجمن و ایجاد فرصت در بحث هویت بخشی پزشکان عمومی

۱۳ - تلاش برای ایجاد ارتباطات مناسب با سازمان‌های بیمه‌گر به منظور مرتفع ساختن محدودیت‌های پزشکان عمومی در تجویز دارو و درخواست پاراکلینیک، با ارائه‌ی نکات تحقیقی انجمن

گزارش کارکرد کمیته ارتباطات و رسانه

توسعه شاهراه ارتباطی انجمن

دکتر مهران قسمتی زاده *

می‌زنند برای همکاری با این نشریه دعوت به عمل می‌آورد. امید است با پشتیبانی هیأت مدیره، شعب و کمک کمیته آموزش انجمن شاهد انتشار اولین شماره‌ی این نشریه باشیم.



• کمیته ارتباط و رسانه

انجمن پزشکان عمومی ایران انتظار دارد که اعضای انجمن، سیمرغ را مکانی برای تضارب آرای خود با دیگر اعضا و همچنین جایگاهی برای بیان دیدگاه‌های خود در مورد تمامی مسایل مرتبط با نظام سلامت و حرفه خود بیابند.

• کمیته ارتباط و رسانه

انجمن پزشکان عمومی ایران از تمامی پزشکان صاحب قلم و علاقه‌مند به مبحث آموزش سلامت که در فضای رسانه‌های کشور قلم می‌زنند برای همکاری با این نشریه دعوت به عمل می‌آورد.

وظیفه اطلاع‌رسانی و همچنین ایجاد خطوط ارتباطی بین هیأت مدیره‌ی انجمن و اعضا وظایفی سنگین است که بر دوش کمیته ارتباطات و رسانه نهاده شده است، وظیفه‌ای که اگر به درستی انجام شود می‌تواند نقش بسزایی در حرکت رو به جلو انجمن بازی کند و یاری‌گر دیگر واحدهای انجمن باشد و اگر از آن غفلت شود می‌توان ادعا کرد که دیگر انجمنی باقی نخواهد ماند.

از این رو کمیته ارتباطات و رسانه براساس وظایف محوله از سوی هیأت مدیره‌ی محترم انجمن، در گام نخست راه‌اندازی نشریه داخلی و سایت انجمن را در برنامه خود قرار داد. پیش شماره سیمرغ را در جلسه‌ی پیشین شورای هماهنگی در کرج مشاهده کردید و شماره اول آن به سردبیری دکتر مسعود جوزی و تلاش یاران قدیمی انجمن دکتر رقیه حج فروش، دکتر الهام شاهرخی، دکتر حمید خاکسار و دکتر اسدی منتشر شد.

شماره دوم آن را نیز به سردبیری دکتر خاکسار در پیش رو دارید.

این کمیته در تلاش است که این نشریه را به عنوان راه اصلی ارتباطی انجمن با اعضا به طور منظم منتشر کند و در این زمینه خود را محتاج یاری همگی اعضا و شعب انجمن می‌بیند و انتظار دارد که اعضای انجمن آن را مکانی برای تضارب آرای خود با دیگر اعضا و همچنین جایگاهی برای بیان دیدگاه‌های خود در مورد تمامی مسایل مرتبط با نظام سلامت و حرفه خود بیابند. لازم به ذکر است که راه‌اندازی صفحه مجازی اختصاصی نشریه نیز از برنامه‌های آینده‌ی کمیته‌ی ارتباطات و رسانه است که این شاء... با همت دکتر علیرضا مجیدی به زودی راه‌اندازی خواهد شد و از آن پس همکاران عزیز، پرواز سیمرغ در فضای مجازی را نیز شاهد خواهند بود.

سایت انجمن نیز که مدتی است فعالیت آن با کندی روبرو شده با همت دوستان پرتلاشمان دکتر حاتمی، دکتر جباری و دکتر اکبری در حال بازسازی است و به زودی فعالیت خود را از سر خواهد گرفت و شاید هم اکنون که این یادداشت را مطالعه می‌کنید راه‌اندازی شده باشد.

راه ارتباطی دیگری را که انجمن به تازگی گشوده است سیستم ارتباط پیامکی است که مسئولیت آن را همکار خوبمان دکتر الهام شاهرخی پذیرفته‌اند. این سیستم از این پس وظیفه اطلاع‌رسانی به تمامی پزشکان عمومی را برعهده خواهد گرفت و از سوی دیگر از آن برای نظرخواهی از همکاران در زمینه‌های مختلف فعالیت انجمن و مسایل نظام سلامت استفاده خواهد شد.

پروژه‌ی آتی این کمیته انتشار نشریه علمی انجمن با مخاطب عام خواهد بود که با همکاری کمیته‌ی آموزش انجمن وظیفه آموزش سلامت به مردم و همچنین ایجاد ارتباط انجمن با مردم عزیز کشورمان را برعهده خواهد داشت. این کمیته در همین جا از تمامی پزشکان صاحب قلم و علاقه‌مند به مبحث آموزش سلامت که در فضای رسانه‌ای کشور قلم

گزارش کمیته تشکیلات و توسعه

تلاش برای تغییر اساسنامه انجمن

| دکتر حمید طهماسبی پور *

پیشنهاد تغییرات اساسنامه

ریاست محترم انجمن پزشکان عمومی ایران
با سلام و احترام
تغییرات پیشنهادی کمیته تشکیلات و توسعه انجمن پزشکان عمومی ایران در خصوص اساسنامه انجمن به شرح ذیل می باشد:
تغییرات اساسنامه:
با توجه به وظایفی که در اساسنامه به عهده مجمع عمومی گذاشته شده است
ماده ۱۳- وظایف مجمع عمومی عادی به شرح زیر می باشد:
۱-۱۳- استماع گزارش هیات مدیره و بازرس و رسیدگی و اتخاذ تصمیم نسبت به گزارش فعالیت های سالانه انجمن
۲-۱۳- اتخاذ تصمیم نسبت به ترازنامه و بودجه انجمن و میزان حق عضویت
۳-۱۳- انتخاب و یا عزل اعضای هیات مدیره
۴-۱۳- انتخاب یک نفر از اعضا به عنوان بازرس اصلی و یک نفر علی البدل
۵-۱۳- تصویب کلیه آیین نامه ها و ضوابط اجرایی مورد لزوم برای پیشبرد امور انجمن به پیشنهاد هیات مدیره
۶-۱۳- تعیین روزنامه کثیرالانتشار برای انتشار آگهی های انجمن با در نظر گرفتن بزرگی انجمن از لحاظ تعداد اعضا و گستردگی جغرافیایی، و تجاری که از مجمع عمومی های سال های گذشته بدست آمده است. از طرفی خود کمیسیون وزارتخانه در حال تدوین اساسنامه جدید می باشد، لذا به نظر می رسد زمان مناسبی برای برطرف کردن اشکالات اساسنامه بویژه در مورد تعریف مجمع عمومی می باشد. براین اساس کمیته تشکیلات پس از بحث های فراوان، برای این که مجمع عمومی برآیند اعضای انجمن از سراسر کشور باشد و بتواند وظایف محوله در اساسنامه را به خوبی انجام دهد، پیشنهاد می کند:
ماده ۱۲ اساسنامه (مجمع عمومی از گردهمایی اعضای پیوسته انجمن تشکیل می گردد) به یکی از دو صورت زیر تغییر یابد:
۱- "ماده ۱۲ - مجمع عمومی از گردهمایی اعضای هیات مدیره های شعب انجمن از سراسر کشور تشکیل می گردد."
۲- "ماده ۱۲- مجمع عمومی از گردهمایی نمایندگان شعب انجمن از سراسر کشور تشکیل می گردد."
تبصره: تعداد نمایندگان هر شعبه بر اساس تعداد اعضای آن تعیین می شود.

دکتر حمید طهماسبی پور
مسؤل کمیته

مهم ترین فعالیت های کمیته در راستای وظایف دوگانه ای که آیین نامه کمیته بر عهده آن قرار داده، موارد زیر است:

۱- تدوین آیین نامه ها و مقررات داخلی انجمن:

در اثر نارسایی هایی که در اساسنامه انجمن وجود دارد، مشکلات فراوانی به ویژه در برگزاری مجمع عمومی به وجود می آید. لذا مدت ها در کمیته تشکیلات در این مورد بحث شد و برای رفع آن پیشنهادی به تصویب رسید. این پیشنهاد پس از تصویب در هیات مدیره مرکزی انجمن و شورای هماهنگی کشوری در مجمع عمومی فوق العاده مطرح خواهد شد. در این راستا در ملاقاتی که هیات مدیره با وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی داشتند، پیشنهاد این تغییرات به صورت شفاهی و کتبی به وی ارائه شد و رایزنی هایی نیز با کمیسیون وزارتخانه انجام گرفته است.

تغییرات اساسنامه:

"با توجه به وظایفی که در اساسنامه به عهده مجمع عمومی گذاشته شده و همچنین گسترش انجمن از لحاظ تعداد اعضا و گستردگی جغرافیایی، و نظر به تجاری که از مجمع عمومی های سال های گذشته به دست آمده و با توجه به اینکه خود کمیسیون وزارتخانه در حال تدوین اساسنامه جدید است، به نظر می رسد زمان مناسبی برای برطرف کردن اشکالات اساسنامه به ویژه در مورد تعریف مجمع عمومی باشد. براین اساس کمیته تشکیلات پس از بحث های فراوان، برای اینکه مجمع عمومی برآیند اعضای انجمن از سراسر کشور باشد و بتواند وظایف محوله در اساسنامه را به خوبی انجام دهد، پیشنهاد می کند: ماده ۱۲ اساسنامه (مجمع عمومی از گردهمایی اعضای پیوسته انجمن تشکیل می گردد) به یکی از دو صورت زیر تغییر یابد:
۱- ماده ۱۲ - مجمع عمومی از گردهمایی اعضای هیات مدیره های شعب انجمن از سراسر کشور تشکیل می گردد.
۲- ماده ۱۲- مجمع عمومی از گردهمایی نمایندگان شعب انجمن از سراسر کشور تشکیل می گردد.
تبصره: تعداد نمایندگان هر شعبه بر اساس تعداد اعضای آن تعیین می شود."

۲- سازماندهی و توسعه شعب انجمن:

در راستای برنامه یک ساله کمیته تشکیلات و توسعه مبنی بر تأسیس شعب در مراکز استان ها، در شهرهای تبریز، ایلام، اهواز، گنبد و آزادشهر هیات موسس تشکیل شده است. همکاران در این شهرها مشغول عضوگیری هستند و ظرف ماه های آینده در این شهرها با برگزاری مجمع عمومی و انتخابات هیات مدیره شعبه را تأسیس خواهند کرد.

گزارش کارکرد کارگروه بررسی طرح تحول نظام سلامت

طرح تحول زیر ذره بین

دکتر فرید رهنا*

تفاهم‌نامه بیمه و وزارت بهداشت که در قالب طرح تحول ارائه شده بود و مسئولیت آن به عهده دکتر آسایشی رئیس هیات مدیره شعبه اردبیل بود. در این راستا گزارشی تهیه و تقدیم وزارتخانه شد و مسئولان نیز قول رفع آنان را دادند. کارگروه بررسی پزشک خانواده شهری به مسئولیت دکتر بهجو نیز با توجه به چارچوب تحلیلی ۳۰ انجمن نسبت به نسخه ۰۲ پزشک خانواده شهری و دیدگاه‌های دیگر همکاران به ارائه نقد نسخه ۰۲ پرداخت. وجود نداشتن گایدلاین‌ها و همچنین پرونده الکترونیک سلامت که از الزامات اجرای نظام سطح‌بندی و ارجاع است و طی ۱۰ سال گذشته معطل باقی مانده نیز از معضلات برنامه پزشک خانواده شهری است.

دکتر قسمتی زاده نیز مسئولیت بررسی پزشک خانواده در کشورهایی که نظام سطح‌بندی و ارجاع نسبتاً کاملی دارند را به عهده گرفتند و بررسی‌های نسبتاً جامعی بر روی چند کشور همچون انگلستان، ترکیه و استرالیا شامل چگونگی تربیت پزشک عمومی/خانواده و نظام ارجاع، خصوصی سازی و درآمدها انجام داد. ضمناً این زیر گروه بررسی جامعی بر روی پزشک عمومی با تمایلات تخصصی یا GPWSI انجام دادند. سطح‌بندی خدمات پزشکی و تعیین صلاحیت حرفه‌ای زیرگروه دیگر بود که توسط دکتر طهماسبی پور مدیریت شد. موضوع این کارگروه بررسی و اعلام حیطه‌هایی از درمان از نظر مقررات و دستورالعمل‌های موجود بود که پزشک عمومی با توجه به سیاست‌های کلان، برنامه توسعه و مصوبات شورای آموزش پزشکی عمومی کشور موظف، مجاز یا مختار به ورود به آن است و بررسی محدودیت‌هایی که در این زمینه احیاناً وجود دارد. دکتر فرقان نیز زیر گروه خصوصی سازی را هدایت می‌نمود که پیشنهادهایی در زمینه خصوصی سازی و برون سپاری در سطوح مختلف بهداشت و درمان کشور را در برمی‌گرفت. توانمندسازی حرفه‌ای طب عمومی نیز زیرگروه بعدی بود که در زمینه پروپوزال دوره‌های آموزشی پزشک خانواده و پیشنهاد شیوه‌نامه تنظیم گایدلاین‌ها نیز زیر گروه دیگری بود که مسئولیت آن به عهده اینجانب گذاشته شد. گروه آخر با هدایت دکتر مصلحی به بررسی و ارائه نقد تحلیلی از بسته طرح تحول برای حاشیه شهرهای بزرگ پرداخت. دستاورد کار این زیرگروه‌ها به تدریج منتشر شده و در اختیار همکاران قرار خواهد گرفت.

در طی جلساتی که انجمن با مقام محترم وزارت برگزار کرد تلاش شد تا این انتقادات و همچنین موضوعات دیگر همچون هویت و معیشت طب عمومی مطرح و پیگیری شوند. امید که نتیجه این تلاش دستاوردی برای جامعه پزشکان عمومی باشد.

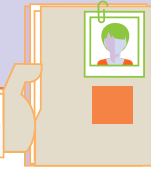
با آغاز طرح تحول نظام سلامت در اردیبهشت ماه سال جاری انجمن علمی پزشکان عمومی با توجه به اهمیت طرح اقدام به تشکیل کارگروهی به منظور بررسی و کارشناسی طرح تحول نمود. این کارگروه طی شش ماه گذشته با برگزاری جلسات متعدد کارشناسی اقدام به آسیب‌شناسی طرح در فضای موجود نموده و طی دو جلسه با مقام محترم وزارت و معاونان و جلسه دیگر با قائم مقام وزیر بهداشت اقدام به پیگیری خواسته‌های انجمن کرد.

اولین نقد وارد بر طرح تحول نبود نقشه راه است. بدین معنا که برای تحول در نظام سلامت کشور علی‌القاعده می‌بایست در ابتدا وضعیت موجود نظام سلامت بررسی می‌شد و سپس چشم‌انداز ایده‌آل نظام سلامت تعریف گشته و بر اساس آن هدف‌های کلی و سپس ویژه‌ای استخراج گشته و براساس آن هدف‌های عینی تهیه می‌شد تا در نهایت با ارائه دستورالعمل برای نیل به جایگاه مورد نظر حرکت شود. حال آنکه طرح موجود بدون ارائه نقشه راه صرفاً در قالب چند دستورالعمل به نام بسته‌های طرح تحول پیش رفت.

نقد دوم اینکه در طرح تحول جایگاهی برای استقرار نظام ارجاع در نظر نگرفته است و این در حالی است که اسناد بالا دستی نظام سلامت همگی تأکید بر نظام سطح‌بندی و ارجاع دارند. از طرفی نظر به نیاز شدید برنامه‌های موجود به اعتبارات مالی و نگرانی از مستمر نبودن این اعتبارات در سال‌های آینده، نظام سطح‌بندی و ارجاع می‌تواند موجب کاهش بار مالی طرح گردد.

طرح موجود باعث می‌شود بیماران بدون مراجعه به پزشک عمومی مستقیماً به متخصص و فوق تخصص مراجعه و با پرداختی اندک از سطح سوم، خدمات درمانی را دریافت کنند. به طور نمونه کودک مبتلا به فارنژیت استرپتوکوکی به جای مراجعه به پزشک عمومی مستقیماً به متخصص اطفال مستقر در بیمارستان دولتی مراجعه می‌کند. این قضیه باعث تضعیف سطح اول ارائه خدمات (پزشک عمومی) می‌شود. هرچند که آمار مستند و مکتوبی برای شش ماهه گذشته نداریم ولی گفته‌های پزشکان عمومی بخش خصوصی موید کاهش تعداد مراجعان آن‌هاست. افزون بر اینکه تضمینی برای استمرار این اعتبارات در سال‌های آینده وجود ندارد و در صورتی که این اعتبارات قطع شوند با افزایش انتظارات و توقعات مردم از نظام سلامت از یک طرف و تضعیف مطب‌های پزشکان عمومی بخش خصوصی، از سوی دیگر نظام سلامت قادر به تأمین مطالبات بیماران نخواهد بود.

در همین راستا تقسیم وظایف بین زیرگروه‌ها صورت گرفت که در این زمینه می‌توان به زیر گروه‌های زیر اشاره کرد: کارگروه بررسی پزشک خانواده روستایی نسخه ۱۵ و



خرید پایان نامه علوم پزشکی فقط ۱/۵ میلیون تومان

می‌کنند.» وی تأکید کرد: پایان نامه در مقطع پزشکی عمومی زیاد اهمیتی ندارد

چرا که دانشجویان در این مقطع تنها آموزش می‌بینند که چگونه تحقیق کنند و کار اصلی آن‌ها در مقاطع بالاتر است. اما از همین پایان‌نامه‌ها نیز تولید علم می‌شود. رضا ملک‌زاده، معاون تحقیقات وزیر بهداشت گفت: «این افراد دانشجو نیستند و بی‌خودی رشته پزشکی را انتخاب کرده‌اند.» شاید کمبود افرادی که پایان‌نامه داروسازی بنویسند موجب شده تا کارهای انجام شده در این حوزه قوی‌تر از دیگر حوزه‌ها باشد تا جایی که ملک‌زاده در مورد استنادات به مقالات ایرانی‌ها می‌گوید: «بیشترین استنادها به مقالات پزشکی به داروسازی شده است.»

نکته جالب در مورد مقالات تهیه شده پزشکی در ایران این است که طبق آمار معاون تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت به ۵۸ درصد از ۶۱ هزار مقاله پزشکی نوشته شده در کشور هیچ استنادی نشده و تنها ۱۰۰ مقاله استنادهای بیش از ۱۰۰ مورد دارند.

خرید پایان‌نامه تنها مختص رشته‌های علوم انسانی نمی‌شود و هستند دانشجویانی که برای گرفتن مدرک پزشکی عمومی خود مبلغ ناچیز ۱/۵ میلیون تومان بابت خرید پایان‌نامه پرداخت می‌کنند. شاید به همین علت است که به ۵۸ درصد مقالات ایرانی هیچ استنادی نشده است. قائم مقام معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت که معاون پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز هست در پاسخ به این پرسش که چه راهکارهایی برای مقابله با این پدیده در نظر گرفته‌اید، گفت: «برای اینکه کسی نتواند پایان‌نامه بخرد، ما روندی را برای تصویب پروپوزال گذاشته‌ایم که جلو تهیه پایان‌نامه آماده گرفته شود، ضمن این که دانشجو در جریان نوشتن پایان‌نامه مرتب باید به استاد راهنمای خود گزارش کار دهد. این روند موجب می‌شود تا شرایط برای کسانی که اقدام به خرید پایان‌نامه می‌کنند دشوار شود.»

آخوندزاده، قائم مقام معاون تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت می‌گوید: «صحبت‌هایی شده تا پایان‌نامه‌ها در آزمون دستیاری هم تأثیرگذار باشد. البته هم اکنون کسانی که ۲ مقاله علمی داشته باشند در بنیاد نخبگان عضو می‌شوند و از امتیاز نخبگی برای قبولی در آزمون دستیاری استفاده

ایجاد دانشکده داروسازی توسط بخش صنعت

معاون آموزشی وزارت بهداشت تأکید کرد: دانشگاه‌های ما نمی‌توانند نیازمان را تأمین کنند، باید دانشگاه‌هایی متمایز تأسیس شوند که هدف آن‌ها تربیت نیروی انسانی و تولید دانش نباشد، بلکه تلاش کنند که دانش را به فناوری و کارآفرینی تبدیل کنند. ضیایی ادامه داد: امیدواریم دانشکده فناوری‌های نوین به صورتی نوین عمل کرده و داخل قالب‌های قبلی نرود و محصولات دانش افزایش یابد. ما علم زیادی را از نظر تولید مقاله ایجاد می‌کنیم چنانچه ۱۹۰ هزار مقاله از ایران منتشر شده ولی تبدیل ایده به محصول مهم است که در این زمینه ضعیف هستیم. مزیت ما نیروی انسانی موجود است و باید از آن‌ها به نحو احسن استفاده کرد.

معاون آموزشی وزارت بهداشت از تأسیس دانشکده‌ای متمایز از دیگر دانشگاه‌ها که از دل صنعت بیرون می‌آید خبر داد و گفت: تأسیس دانشکده با برند داروسازی و با سرمایه بخش صنعت در دستور کار است. دکتر ضیایی معاون آموزشی وزارت بهداشت در مراسم افتتاح دانشکده فناوری‌های نوین در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با بیان اینکه ثروت اکثر کشورهای دنیا از راه دانش و علم آن‌ها به دست آمده گفت: اقتدار علمی بقیه بخش‌ها را تأمین می‌کند و ثروت و قدرت ایجاد می‌کند و اگر می‌خواهیم کشورمان در جایگاهی متناسب با فرهنگ و تاریخ‌اش باشد، باید این زمینه را تقویت کنیم.

تجمع دانشجویان پزشکی در اعتراض به پذیرش دانشجوی پولی

که طبق آیین‌نامه ابلاغی وزارت بهداشت آمده است که مدرک این دانشجویان کاملاً مشابه دانشجویان دیگر خواهد بود. در ادامه این متن آمده است: طبق ماده ۲۰ برنامه پنجم توسعه، دانشگاه‌ها برای جذب دانشجوی شهریه‌پرداز موظف به تأسیس شعب جداگانه و ایجاد ظرفیت‌های جدید هستند.

هم اکنون دانشجویان شهریه‌پرداز با کاهش ظرفیت عادی دانشگاه‌ها و ایجاد نشدن شعب جداگانه و ظرفیت جدید پذیرش روبه‌رو شده‌اند. دانشجویان معترض با تأکید بر بی‌قانونی صورت گرفته در پذیرش این دانشجویان، زیر سؤال رفتن عدالت آموزشی و بی‌انگیزگی دانشجویان را از عواقب دیگر چنین رویه‌ای دانستند. آن‌ها در پایان این تجمع با اعلام پیگیری موضوع در مراجع قانونی از طریق مجلس شورای اسلامی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواسته‌های خود را به این شرح اعلام کردند: پذیرش تکمیل ظرفیت برای دانشجویانی که از ورود به دانشگاه یا رشته مورد علاقه بازمانده‌اند، ابطال این رویه و منحل شدن پردیس‌های خودگردان از سال ۹۴ و قید نام پردیس خودگردان در مدرک دانشجویان فارغ التحصیل و جداسازی محل تحصیل آن‌ها.

عده‌ای از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران، در اعتراض به روند پذیرش دانشجوی شهریه‌پرداز در دانشگاه‌ها، در مقابل تالار این سینیای دانشکده پزشکی تجمع کردند. این دانشجویان در پلاکاردهایی که همراه خود داشتند، این روند را غیر قانونی و خلاف نص قانون اساسی و برنامه پنجم توسعه دانسته و خواستار اصلاح این روند از سوی مجلس شورای اسلامی و وزیر بهداشت شدند.



در متن‌هایی که در بین دانشجویان پخش شده بود، آیین‌نامه ابلاغی وزارت بهداشت در مورد پذیرش دانشجوی شهریه‌پرداز مورد نقد قرار گرفت. در این متن آمده است که در تبصره ۶ مندرج در ماده ۲۰ قانون برنامه پنجم توسعه، صراحتاً قید شده است که مدرک تحصیلی دانشجویان شهریه‌پرداز باید با ذکر نوع پذیرش و محل تحصیل باشد. در حالی

راه اندازی سامانه جامع اطلاعاتی و صلاحیت های حرفه ای

هر مکان و هر زمانی ثبت خواهد کرد. بنابراین اظهارات معاون نظارت و برنامه ریزی سازمان نظام پزشکی تمامی پرداختها از سوی بیمه پایه و بیمه های تکمیلی در این سامانه ثبت خواهد شد، وی ادامه داد: ارتباط با مراکز استانی به صورت الکترونیک و رسیدگی به شکایات نیز در این سامانه قابل دسترسی خواهد بود. جهانگیری از دسترسی شهرهای شیراز، مشهد، یزد، تبریز و اصفهان به این سامانه خبر داد و گفت: دسترسی باقی استان ها نیز در آینده نزدیک انجام خواهد شد.

معاون نظارت و برنامه ریزی نظام پزشکی از راه اندازی سامانه جامع اطلاعاتی و صلاحیت های حرفه ای خبر داد. محمد جهانگیری چشم انداز سازمان نظام پزشکی کشور را بر مبنای حفاظت از مردم، تضمین ایمنی بیمار و بالا بردن استانداردها عنوان کرد و گفت: این سازمان در حال توسعه و توانمندسازی جامعه پزشکی و تبدیل شدن به موثرترین سازمان در نظام سلامت کشور است. جهانگیری با اشاره به راه اندازی سامانه جامع اطلاعاتی و صلاحیت های حرفه ای گفت: این سامانه متمرکز حرفه ای، ارائه خدمات سلامت را در

طراحی و راه اندازی سامانه هوشمند نظارت بر درمان



کشور ستادهایی متشکل از دانشگاه علوم پزشکی استان، سازمان نظام پزشکی کشور و انجمن های علمی - تخصصی و سازمان های بیمه گر ایجاد خواهد شد که نظارت بر نحوه عملکرد جامعه پزشکی، رسیدگی به شکایات و تخلفات و اطلاع به مراجع ذیصلاح و فرد شکایت کننده از وظایف این ستادها در هر استان است. وی افزود: وجود چنین سامانه ای باعث می شود تا هر گونه شائبه ای از جامعه پزشکی زودتر شده و شأن و منزلت جامعه پزشکی بالاتر رود.

معاون نظارت و برنامه ریزی سازمان نظام پزشکی کشور از راه اندازی سامانه هوشمند نظارت بر درمان (سامانه سهپند) خبر داد و گفت: وجود چنین سامانه اطلاعاتی، بستری برای ارائه خدمات باکیفیت بهتر و مناسب تر از سوی پزشکان را برای بیماران فراهم می کند و همچنین بیماران می توانند از طریق این سامانه شکایات و یا حتی ارائه خدمات مناسب یک پزشک را به مسئولان منعکس کنند.

جهانگیری همچنین هدف های طراحی سامانه هوشمند نظارت بر درمان را تسهیل و ترغیب پزشکان به منظور توانمندسازی و اطلاع رسانی مناسب به مردم عنوان کرد و گفت: جلوگیری از هرگونه تخلف و ارائه خدمات غیر ضروری از سوی پزشکان، از دیگر هدف های طراحی این سامانه است.

معاون نظارت و برنامه ریزی سازمان نظام پزشکی در ادامه، نحوه ی ارتباط مردم و بیماران با سامانه سهپند را از طریق راه اندازی مرکز تماس با یک شماره چهار رقمی در سراسر کشور بیان کرد و گفت: در استان های

به روایت مرکز آمار؛ بیشترین تورم به بهداشت و درمان رسید

هزینه های یک خانوار را شامل می شود افزایش هزینه در این گروه تاثیرگذاری بالایی در هزینه خانوار دارد.

با وجود آنکه یکی از تأکیدات دولت حسن روحانی رسیدگی به وضعیت بهداشت و درمان مردم بوده و با کاستن از یارانه نقدی (از طریق خودانصرافی) وعده بهبود سلامت در جامعه را داده بود، باز هم عددها به طور قابل ملاحظه ای در این بخش رشد داشته است. اقدامات البته درخور تامل بوده است. وزارت بهداشت در یک سال اخیر معضل کمبود دارو را از ۳۰۰ قلم به ۶۰ قلم کاهش داد، فهرست داروهای تحت پوشش بیمه نیز صد قلم دیگر را در خود جای داد، پرداخت های تشویقی برای ماندگاری پزشکان در مناطق محروم بیشتر شد، زایمان طبیعی رایگان شد، سهم مردم در پرداخت هزینه های درمانی در بیمارستان های دولتی به ۱۰ درصد رسید و بر ارتقای سطح کیفی بیمارستان های دولتی و هتلینگ کردن آن تاکید شد. با همه این احوال هنوز این اقدامات نتوانسته از شتاب افزایش هزینه ها در این بخش بکاهد.

رشد هزینه های درمانی در کشور مربوط به امسال هم نیست. چهارسالگی هست که بهداشت و درمان در صدر این لیست قرار دارد. به گفته دست اندکاران این حوزه پس از اجرای قانون هدفمندی یارانه ها به دلیل تاثیر زیاد افزایش هزینه حامل های انرژی در این بخش، به مرور این بخش هم به بالای جدول گران شده ها صعود کرد.



تورم شهریور ماه به گزارش مرکز آمار ایران در مناطق شهری ۲۰/۶ و در مناطق روستایی ۲۰/۹ درصد عنوان شده است. بررسی جزئیات گروه های هزینه ای نشان می دهد بهداشت و درمان در شهریور سال جاری بالاترین نرخ تورم را از آن خود کرده است. این بخش با ۳۲/۹ درصد تورم روستایی و ۳۱ درصد تورم شهری در صدر گران شده های گروه کالاها و خدمات غیر خوراکی جای گرفت. البته در مجموع بین کالاها خوراکی و غیر خوراکی بالاترین تورم به سبزیجات تعلق دارد که در جوامع روستایی ۳۸/۳ درصد و در جوامع شهری ۳۷/۴ درصد رشد قیمت داشته اند. اما به دلیل ضریب نفوذ بهداشت و درمان در سید هزینه که ۶/۸ درصد از کل



وزیر بهداشت درباره بسته بهداشتی طرح تحول سلامت گفت: با اجرای این بسته که به زودی آغاز می‌شود برای هر ۳ هزار نفر یک کارشناس سلامت تعیین می‌شود که سیمای سلامت آن‌ها را رصد کند و اقدامات اولیه مانند تزریق و ارجاع را انجام دهد.

وی افزود: هدف ما این است که ۹ میلیون نفر جمعیت حاشیه شهرها را زیر پوشش شبکه بهداشتی و درمانی کشور ببریم و تا پایان امسال تلاش می‌کنیم ۵۰ درصد این جمعیت را زیر پوشش خدمات بهداشتی و در مواردی خدمات درمانی ببریم و بعد از آن در آینده این خدمات را به درون شهرها نیز گسترش خواهیم داد.

وی ادامه داد: همزمان با این طرح خدمات بهداشت محیط، بهداشت خانواده و واکسیناسیون نیز ارائه می‌شود.

روستاهای بدون پزشک



که دولت قول داد به برخی پزشکان حقوقی معادل ۶ تا ۱۱ میلیون تومان در ماه اعطا کند تا این افراد در روستاها بمانند. اما چنین رویه‌یی باز به بن‌بست رسید چراکه پزشکان با وجود دریافت دستمزد بالا همچنان حاضر به اسکان دائم خود و خانواده‌شان در روستاهای محروم و دور افتاده نبودند.

درحال حاضر این امر منجر به این شده که برای هر مرکز در روستاهای دور تنها دو پزشک موجود باشد و حتی برخی مراکز صعب‌العبور از پزشک محروم باشند.

در بیان بحران بهداشت و سلامت در روستاها همین بس که نیمی از روستاها خالی از پزشک است و با وجودی که روستاییان، ۳۰ درصد جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند، اما دغدغه درمان و سلامت منجر شده تا تمایل آنها برای مهاجرت به شهرها افزایش یابد.

این مشکل تاسف‌بارتر می‌شود اگر بپذیریم که برخی روستاییان با وجود نیاز به زنان پزشک، هیچ دسترسی به زنان پزشک و متخصص ندارند. چنین وضعیتی، باعث شده تا بخشی از انرژی وزارت بهداشت صرف فاز چهارم طرح نظام سلامت یعنی «حمایت از ماندگاری پزشکان روستایی» شود، در این بین، بخش عمده‌یی از بودجه این طرح بلعیده خواهد شد و نظام درمان ناچار است تا سازوکارهای جدیدی را محک بزند، سیاست‌های جدیدی که شاید بیش از آنکه جنبه مادی داشته و محدود به پرداخت دستمزدهای بالا باشد، به بهبود وضعیت زندگی در روستاها وابسته است.

طرح تحول نظام سلامت که گفته می‌شود برگ برنده دولت یازدهم است، این روزها با دغدغه جدی روبه‌روست. چالش جدیدی که انتظار می‌رفت با بودجه‌ریزی صحیح این طرح در فاز چهارم از بن‌بست خارج شود، اما همچنان پای «تامین پزشک روستاییان» می‌لنگد.

با کلید خوردن طرح تحول نظام سلامت در سال جاری، کاهش فرانشیز خدمات بستری، جلوگیری از سیر نزولی زایمان‌های طبیعی و ارتقای کیفیت هتلینگ در سه فاز جداگانه، این طرح چنان مورد توجه قرار گرفت که منجر شد وزارت بهداشت و درمان به کارنامه درخشانی دست یابد. این درحالی است که در فاز چهارم، تلاش دولت برای ماندگاری پزشکان در روستاها تاکنون بی‌نتیجه مانده است.

در حال حاضر با وجود اعمال سیاست‌های تشویقی وزارت بهداشت برای تامین پزشک خانواده‌های روستایی، یک‌سوم این پزشکان به شهرهای خود بازگشته‌اند و بیش از ۲۳ میلیون و ۵۰۰ هزار روستایی با بحران کمبود پزشک روبه‌رو هستند. اما چرا در میان موفقیت‌های وزارت بهداشت در اصلاح ساختاری نظام سلامت، چاره‌جویی این وزارتخانه برای برون‌رفت از بحران پزشک در روستاها به نتیجه نرسیده است؟

براساس سیاست وزارت بهداشت و امضای تفاهم‌نامه با بیمه سلامت ایرانیان قرار شد در سال‌های اخیر، مشوق‌های ماندگار شدن پزشکان در روستاها افزایش یابد. این برای پزشکان جوانی که تازه فارغ‌التحصیل شده بودند بهترین بهانه برای اسکان چندساله در روستاها بود به‌طوری

همگامی و همکاری سازمان نظام پزشکی با وزارت بهداشت برای اجرای هرچه بهتر کتاب ارزش های نسبی خدمات سلامت



به گزارش پایگاه خبری و اطلاع رسانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (وب دا)، رییس سازمان نظام پزشکی با اشاره به این که یکی از گلایه های جامعه پزشکان بروز انجماد در تعرفه های خدمات سلامت و تغییر نکردن آن ها بود، گفت: بیش از ۵ سال بود که ضریب تعرفه جراحی هیچ تغییری نکرده بود. تغییراتی نیز که در تعرفه دیگر خدمات از جمله ویزیت، بیهوشی، داخلی ایجاد شد، بسیار ناچیز و با شیب ملایمی بود. این روند موجب شد انسجام تعرفه ای در بخش های عمومی، خصوصی و دولتی با چالش های زیادی مواجه گردد و زمینه را برای تخلفات احتمالی افزایش دهد.

دکتر زالی با اشاره به این که مناسب ترین راهبرد برای از بین بردن این مشکل منطقی کردن تعرفه ها و ایجاد عدالت بین رشته ای در رشته های تخصصی بود، ادامه داد: براساس کتاب قدیمی ارزش گذاری نسبی خدمات، قریب به اتفاق خدمات نوین پزشکی تعرفه نداشتند و این روند باعث می شد ارائه دهندگان خدمات در مراکز درمانی و در نظام های بیمه پایه و تکمیلی به طور سلیقه ای عمل کنند و نظام تعرفه ای با آسیب های زیادی رو به رو شود.

در سال های گذشته به دلیل رشد ناچیز تعرفه های غیردولتی و خصوصی آسیب های زیادی به نظام سلامت وارد شد به طوری که حرکت به سوی مطلوب سازی نظام تعرفه گذاری تنها چاره حل مشکلات جامعه پزشکی بود.

رییس سازمان نظام پزشکی با بیان این که فرآیند اصلاح تعرفه ها، امسال در دو بخش انجام شد، اظهار کرد: در بخش اول و در ابتدای اردیبهشت ماه امسال، با مصوبه هیات وزیران، اصلاح تعرفه ها در بخش های سرپایی به تصویب رسید. در مورد ضرایب جراحی، بیهوشی و دیگر رشته ها نیز در شورای عالی بیمه و وزارت رفاه، وزارت بهداشت و سازمان نظام پزشکی نگاه متعارف برای رشد تعرفه ایجاد شد. در نهایت نیز کتاب جدید ارزش گذاری نسبی خدمات سلامت با توافق روسای انجمن های تخصصی و مسئولان وزارت بهداشت، بعد از شش ماه کار تخصصی آماده اجرا شد.

وی با تأکید بر این که شرط اصلی حذف دریافت های زیرمیزی، همراهی تمام اعضای جامعه پزشکی برای اجرای هرچه بهتر کتاب جدید ارزش گذاری نسبی خدمات پزشکی است، گفت: کتاب جدید به عدالت نزدیک تر است و حجم بسیار عظیمی از مطالبات جامعه پزشکی و انجمن های علمی تخصصی را پوشش می دهد. این کتاب ماحصل یک کار ۶ ماهه، توسط هیاتی از مسئولان وزارت بهداشت و سازمان نظام پزشکی به همراه دبیران هیات های بورد تخصصی و اعضای انجمن های تخصصی است.

دکتر زالی خاطر نشان کرد: پیام ما برای جامعه پزشکی این است که فرآیند بهینه سازی نظام تعرفه گذاری در کشور یک فرآیند رو به جلو خواهد بود و در این راستا سازمان نظام پزشکی به همراه جامعه پزشکی برای اجرای هرچه بهتر کتاب، همگامی خود را با وزارت بهداشت اعلام می کنند.

به گفته وی با وجود این که این کتاب به تصویب هیات وزیران رسیده، یک فرصت آزمایشی سه ماهه به تمام روسای انجمن های علمی تخصصی داده شده تا بعد از این مدت نظرات فنی و کارشناسی خود را در مورد ویرایش کتاب به ما ارائه دهند.

دکتر زالی:

- کتاب جدید به عدالت نزدیک تر است و حجم بسیار عظیمی از مطالبات جامعه پزشکی و انجمن های علمی تخصصی را پوشش می دهد

- در سال های گذشته به دلیل رشد ناچیز تعرفه های غیردولتی و خصوصی آسیب های زیادی به نظام سلامت وارد شد به طوری که حرکت به سوی مطلوب سازی نظام تعرفه گذاری تنها چاره حل مشکلات جامعه پزشکی بود.

برنامه جدید واکسیناسیون کشوری درا راه است



دکتر محمد مهدی گویا *

هم‌اینک واکسن «هموفیلوس آنفلوآنزا» در اختیار وزارت بهداشت است و از ماه آینده با اعلام رسمی این طرح، در اختیار دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور قرار می‌گیرد تا تمامی شیرخوارانی که دوماه از تولدشان گذشته است، علیه آن واکسینه شوند. عفونت‌های پنوموکوکی که موجب عفونت‌های

از واکسن ثلاث، واکسن هپاتیت B و واکسن هموفیلوس آنفلوآنزای نوع B است. به عبارتی با یکبار تزریق این واکسن‌های جدید می‌توان از ابتلا به پنج‌بیماری پیشگیری کرد.

واکسن‌های پنج‌گانه در سه‌نوبت برای تمام شیرخواران کشور در دوماهگی، چهارماهگی و شش‌ماهگی تزریق می‌شوند. تزریق پنج‌واکسن در یک‌مرحله به شیرخوار از نظر کاهش عوارض کم شدن تعداد تزریق واکسن و عوارض آن از قبیل درد و قرمزی در محل تزریق و تب در کودکان اهمیت دارد. از ویژگی‌های بارز برنامه ایمن‌سازی جدید واکسیناسیون، افزوده‌شدن سه‌واکسن دیگر در برنامه کشوری واکسیناسیون در سال آینده است. واکسن فلج‌اطفال تزریقی از جمله واکسن‌هایی است که در دیگر کشورهایی که برنامه ریشه‌کنی فلج‌اطفال را دنبال می‌کنند، اجرا می‌شود.

این واکسن با واکسن فلج‌اطفال خوراکی متفاوت بوده و به‌صورت یک‌نوبت اضافی تزریق می‌شود. در واقع نوع ویروس‌ها در واکسن قبلی تغییر یافته به جای بهره‌گیری از واکسن سه‌ظرفیتی، واکسن دوظرفیتی به همراه یک واکسن دیگر مورد استفاده قرار می‌گیرد.

خوشبختانه در ایران ۱۴ سال است بیماری فلج اطفال ریشه‌کن شده که امید می‌رود با واکسینه‌کردن کودکان با واکسن تزریقی فلج‌اطفال، ایمنی کودکان بیشتر حفظ شده و از سوی دیگر احتمال انتقال بیماری در کودکان کاهش یابد.

«هموفیلوس آنفلوآنزا» که از بیماری‌های خطرناک دوران کودکی به‌شمار می‌رود، یک عفونت باکتریایی است که عموماً کودکان زیر پنج‌سال را گرفتار می‌کند. این بیماری سبب ایجاد ذات‌الریه، مننژیت و عفونت‌های شدید حلقی و همچنین عفونت مفاصل در کودکان می‌شود که در مواقعی حتی می‌تواند خطرناک و مرگ‌آفرین نیز باشد. این خطر به صورت عفونت در مفاصل بروز می‌یابد.

«هموفیلوس آنفلوآنزا» با بیماری آنفلوآنزا متفاوت است. آنفلوآنزا یک عفونت ویروسی تنفسی است که می‌تواند افراد را در هر گروه سنی گرفتار کند و معمولاً خفیف و خودمحدودشونده بوده و با درمان دارویی یا حتی بدون درمان بهبود می‌یابد. با تغییر برنامه کشوری واکسیناسیون و افزوده‌شدن «هموفیلوس آنفلوآنزا» به فهرست واکسن‌هایی که قرار است کودکان ایرانی علیه آن واکسینه شوند، انتظار می‌رود از این پس شاهد ابتلای کودکان ایرانی به ذات‌الریه، مننژیت و سایر عفونت‌های شدید که بر اثر ابتلا به این عفونت باکتریایی ایجاد می‌شود، نباشیم.

در برنامه قبلی واکسیناسیون کشوری، تنها یک واکسن سه‌گانه شامل دیفتری، کزاز و سیاه‌سرفه (به‌نام واکسن ثلاث) و یک واکسن برای جلوگیری از ابتلای کودکان به هپاتیت نوع B به کودکان تزریق می‌شد. در برنامه جدید کشوری یک واکسن جدید به‌نام واکسن «پنتاوالان» قرار گرفته که مجموعه‌ای



شدید دستگاه تنفسی و ایجاد ذات‌الریه و مننژیت می‌شوند، از دیگر عفونت‌هایی هستند که قرار است واکسن آن در طرح جدید واکسیناسیون کشور قرار گیرد. مطالعات اولیه در کشور نشان می‌دهد واکسینه‌شدن شیرخواران علیه این واکسن، تأثیر فوق‌العاده زیادی در پیشگیری از ابتلا به اسهال کودکان بر اثر این ویروس داشته که امید می‌رود با فراگیر شدن این واکسن در قالب طرح کشوری که از سال آینده اعمال می‌شود، بتوان گام‌های موثری برای ارتقای سلامت کودکان برداشت.

سن	نوع واکسن	سن	نوع واکسن
بدو تولد	ب. ث. ژ - فلج اطفال خوراکی - هپاتیت ب	۱۲ ماهگی	MMR
۲ ماهگی	فلج اطفال خوراکی - پنج گانه *	۱۸ ماهگی	سه گانه فلج اطفال خوراکی - MMR
۴ ماهگی	فلج اطفال خوراکی - پنج گانه - فلج اطفال تزریقی	۶ سالگی **	سه گانه - فلج اطفال خوراکی
۶ ماهگی	فلج اطفال خوراکی - پنج گانه		
توضیحات	* واکسن پنج گانه شامل (دیفتری، کزاز، سیاه سرفه، هپاتیت ب و هموفیلوس آنفلوآنزا تیپ ب) می‌باشد. ** پس از آخرین نوبت واکسن سه گانه هر ده سال یک بار واکسن دوگانه بزرگسالان باید تزریق شود.		

- سرماخوردگی یا اسهال خفیف مانع از انجام به موقع واکسیناسیون نمی‌باشد.

* فوق تخصص بیماری‌های عفونی و گرمسیری، رییس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت



برنج مصنوعی، مورد تأیید وزارت بهداشت نیست

«برنج ماکارونی»، «شبه برنج»، «برنج مصنوعی» یا هر اسم دیگری؛ هر چه هست جدی‌ترین موضوع سلامت این روزها برنج‌های قلابی است که غیرمجاز و البته غیراستاندارد تولید می‌شود. تولید برنج مصنوعی دانه‌بلند از برنج نیم‌دانه اگرچه مدت‌هاست در ایران و کاملاً بی‌سر و صدا آغاز شده، با انعکاس آن در رسانه‌ها مورد توجه مردم، کارشناسان و البته مسئولان قرار گرفته است.

دیروز آرسنیک و سرب در برنج، پالم در صنایع لبنی، نیترات در آب، خمیرمرغ در سوسیس و کالباس و امروز برنج‌هایی که برنج نیستند اما با نام برنج تولید و عرضه می‌شوند و در سلامت‌شان هم تردیدهای جدی هست!

برنج نیم‌دانه یا به اصطلاح دانه مرغی که به دلیل خردبودن قبلا به ضایعات تبدیل و خوراک مرغ می‌شد، حالا در دستگاه‌های مخصوصی تبدیل به خمیر شده و با اضافه شدن افزودنی‌هایی دوباره تبدیل به برنج می‌شود. یک کارشناس صنایع غذایی معتقد است که ۲۰ تا ۳۰ درصد برنج‌های وارداتی از هند و پاکستان از همین دست محصولات هستند و حالا پای نمونه‌های وطنی در میان است.

دکتر سهیل اسکندری، معاون اداره کل فرآورده‌های غذایی، آرایشی و بهداشتی می‌گوید: اداره کل فرآورده‌های غذایی، آرایشی و بهداشتی سازمان غذا و دارو هیچ‌گونه مجوزی در مورد این محصول صادر نکرده و درخواستی هم در این زمینه نداشته‌ایم. این محصول به دلیل کیفیت پایینی که دارد، احتمالاً افزودنی غیرمجاز خواهد داشت. علاوه بر این، به دلیل تماس با محیط، آلودگی آن هم بالاست و احتمال کپک زدن هم در آن وجود دارد. بنابراین، برنج ماکارونی و شبه‌برنج با معیارهای این سازمان به هیچ عنوان سازگاری ندارد.

به گفته این مقام مسئول، در هر حال نظارت بر چگونگی ورود این دستگاه‌ها برعهده وزارتخانه‌هاست، اما نظارت بر محصولی که این دستگاه‌ها تولید می‌کنند از نظر اینکه سلامت مردم را تهدید نکند، برعهده وزارت بهداشت است. اسکندری تصریح می‌کند که سازمان غذا و دارو در زمینه برنج چه ایرانی و چه خارجی برنامه‌های خوبی را اجرا کرده است. برای نمونه کارشناسان این وزارتخانه مزارع کاشت برنج‌های خارجی را هم بازدید می‌کنند و بر چگونگی بسته‌بندی، حمل‌ونقل و صلاحیت شرکت واردکننده و عرضه‌کننده نیز نظارت می‌شود. در مورد برنج‌های داخلی هم برنج‌ها شناسه بهداشتی دریافت می‌کنند تا جوهر برنج داخلی مشخص شود.



پس از ۸ سال تأخیر و اما و اگر ممنوعیت مصرف دخانیات در اماکن عمومی کلید خورد

بنابر اعلام دبیر کل جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات، قانون ممنوعیت مصرف دخانیات در اماکن عمومی که یک سال بعد از پیوستن کشورمان به معاهده جهانی کنترل دخانیات در سال ۱۳۸۴ در مجلس تصویب شد به صورت طرحی جامع و مدون در دستور کار قرار گرفت و در فهرستی اماکن عمومی مشخص و نحوه اعمال ممنوعیت استعمال دخانیات برنامه‌ریزی می‌شود.

قرار است طرح پیشگیری از استعمال دخانیات در مدارس کشور با هماهنگی واحد آموزش و اطلاع‌رسانی وزارت بهداشت و ستاد کشوری کنترل دخانیات و حمایت وزارت آموزش و پرورش به صورت گسترده در سطح کشور اجرا شود. مسجیدی دبیر کل جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات می‌گوید: بر اساس برنامه‌ریزی‌های وزارت بهداشت و درمان مقرر شده است که این سازمان مردم‌نهاد در رابطه با ماده یک آیین‌نامه اجرای قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات مبنی بر ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی، سازمان‌های غیردولتی و غیره براساس لیستی اماکن را مشخص کند.

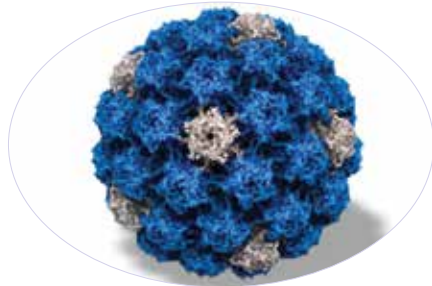


تلفات جانی سرطان برابر با تلفات حوادث رانندگی

سالانه ۴۵ هزار نفر در ایران در اثر سرطان فوت می‌کنند و سالی ۱۰۰ هزار مورد جدید ابتلا به سرطان در کشورمان موجب شده است تا این بیماری در آینده‌ای نزدیک جایگاه دومین عامل مرگ مردم را در کشور به خود اختصاص دهد.

با وجود این، بنابر تعبیر رییس انجمن انکولوژی ایران دکتر محمدرضا قوام نصیری واژه «سونامی» برای سرطان در کشور کاربرد ندارد زیرا سونامی به معنای موج عظیمی از خرابی‌هاست که به آرامش منتهی می‌شود، اما سرطان روز به روز در کشور در حال افزایش است، هرچند این بیماری تا ۵۰ درصد قابل پیشگیری است. هم اکنون چند سالی است که بعد از بیماری‌های قلبی و حوادث رانندگی، سرطان به سومین عامل مرگ و میر کشورمان بدل شده است. در حال حاضر نیم میلیون نفر در ایران با این بیماری زندگی می‌کنند. البته براساس آمارهای معتبر میزان بروز سرطان در ایران کمتر از کشورهای دیگر است و براساس آمار سازمان بهداشت جهانی میزان بروز سرطان در ایران به طور متوسط ۷/۱۳۴ نفر در هر صد هزار نفر گزارش شده است و به کار بردن واژه سونامی سرطان در ایران که آمارهای موجود آن را تأیید نمی‌کند تنها منجر به نگرانی‌های مردم شده است. به طور کلی سرطان در جهان رو به افزایش است.

مهم‌ترین عواملی که در تشدید موارد ابتلا به سرطان تأثیرگذار بوده به سبک زندگی مردم در سال‌های اخیر برمی‌گردد که در جوامع صنعتی به دلیل تغییر در الگوی زندگی مردم رخ داده است. استفاده از غذاهای بسته‌بندی حاوی مواد نگهدارنده، آلودگی هوا، استرس و کم‌تحرکی از جمله عوامل تأثیرگذار در افزایش سرطان در جهان امروز شناخته شده‌اند.



شیوع ۶ تا ۷/۸ درصدی HPV در زنان کشور

عباس صداقت رییس اداره کنترل ایذز وزارت بهداشت، درباره میزان شیوع ابتلا به ویروس HPV یا زگیل تناسلی در کشور گفت: براساس مطالعاتی که تاکنون انجام شده شیوع تمامی تیپ‌های ویروس HPV در بین زنان حدود ۶ تا ۷/۸ درصد است. همچنین شیوع تیپ ۱۶ این ویروس که مولد سرطان است در بین زنان مبتلا به سرطان گردن رحم تا ۴۵ درصد برآورد شده است.

او ادامه می‌دهد: تیپ‌های ۱۶ و ۱۸ ویروس HPV ارتباط شناخته شده‌ای با سرطان گردن رحم دارند. گفتنی است که این ارتباط فقط با این سرطان خاص وجود دارد و سرطان‌های تخمدان و یا سرطان اندومتر این ارتباط را با این ویروس ندارند؛ دیگر عوامل خطر سرطان گردن رحم شامل داشتن همسر سیگاری، داشتن شرکای جنسی متعدد و چند همسری بودن شوهر هستند.

رییس اداره ایذز وزارت بهداشت با تأکید بر اینکه ویروس HPV خطرناک‌تر از ایذز نیست، توضیح می‌دهد: تمایلی به منتشر شدن در همه بدن و درگیر کردن ارگان‌های دیگر ندارد، در واقع اگر چه این ویروس مزاحمت و درگیری‌های خود را دارد اما مرگ و میر ناشی از آن عمدتاً تنها مربوط به ایجاد سرطان زنان است.

صداقت درباره راه‌های درمان این بیماری می‌گوید: درمان‌های موجود عمدتاً درمان‌های موضعی مانند استفاده از محلول‌های خاص مثل پودوفیلین، TCA، کرایوتراپی، الکترولیز و لیزر است. باید توجه کرد که داروهای شیمیایی به کار رفته در بیشتر این موارد بسیار سوزاننده است، بنابراین این داروها نباید به نواحی سالم برخورد کنند.

او در پاسخ به اینکه روش‌های سنتی مطرح شده برای درمان این بیماری مانند استفاده از داروی نظافت چه میزان موثر است، گفت: روش‌های سنتی اصولاً در درمان عفونت‌های آمیزشی مطرح نیستند. همچنین رعایت نکات بهداشتی به صورت یک اصل در کم کردن عفونت‌هایی مانند عفونت‌های قارچی ناحیه تناسلی مهم است ولی از ابتلا به عفونت آمیزشی جلوگیری نخواهد کرد.



۴۰ درصد مردم بیش از نیاز روزانه کالری دریافت می‌کنند

رییس سازمان غذا و دارو گفت: فقط ۴ درصد مردم کمتر از حد مطلوب کالری دریافت می‌کنند. در حالی که بیش از ۴۰ درصد افراد جامعه بیش از نیاز روزانه کالری دریافت می‌کنند و همین افراد دچار افزایش وزن و چاقی هستند. رسول دیناروند گفت: در کشور به میزان ۴ درصد دریافت کالری روزانه کمتر از حد مطلوب است و اکثر مردم در حد مطلوبی کالری دریافت می‌کنند.

وی افزود: حتی بیش از ۴۰ درصد مردم کالری دریافتی‌شان بیش از حد مطلوب است و همین افراد دچار افزایش وزن و چاقی هستند و معضل اصلی در کشور نیز دریافت کالری بیش از حد است و نتیجه آن ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر مانند بیماری‌های قلبی و عروقی، فشارخون و دیابت است. رییس سازمان غذا و دارو گفت: در حال حاضر مواد غذایی مانند شکر، روغن و نمک در کشور بیش از میزان مورد نیاز بدن، بی‌رویه و به میزان بالا مصرف می‌شوند. به طور مثال در حال حاضر مصرف نمک در ایران ۲/۵ برابر میزان مورد نیاز بدن است و همچنین میزان مصرف چربی و شکر در بین ایرانیان بسیار بالاتر از استانداردها است. دیناروند تصریح کرد: در حال حاضر نگرانی کشورمان در حوزه غذا از بابت فقر غذایی نیست، بلکه با مشکل افزایش کالری روبرو هستیم.



تأکید وزیر بهداشت بر حذف باقی مانده سموم از مواد گوشتی

وزیر بهداشت با عنوان این مطلب که وزارت بهداشت برای حذف روغن پالم از مواد لبنی توقع همکاری بیشتری از سوی جامعه دامپزشکی و تولید کنندگان فرآورده‌های لبنی داشت، بر حذف باقی مانده سموم و ذخایر آنتی‌بیوتیکی از مواد گوشتی تأکید کرد. دکتر سید حسن هاشمی در همایش روز ملی دامپزشکی، بر توجه بیش از پیش به دامپزشکی و دامپزشک در کشور تأکید کرد و گفت: برای رسیدن به سلامت جامعه باید نگاه سیاستمداران و دولت، دامداران و مردم به جامعه دامپزشکی تغییر یابد.

وی با اشاره به اینکه در حال حاضر نظارت بر کشتارگاه‌ها، مراکز دامی و تولید بخش مواد غذایی بر عهده خود تولید کنندگان است، افزود: باید بخش نظارت و تولید دو قسمت جدا از هم باشند تا نظارت‌ها بهتر صورت گیرد که لازم است دولت و مجلس برای جداسازی این دو بخش از هم، حمایت‌های لازم را انجام دهند. وزیر بهداشت ادامه داد: نباید معیشت تولید کنندگان مانع نظارت درست آن‌ها شود، بنابراین لازم است افرادی برای نظارت بر کشتارگاه‌ها، مراکز دامی و مراکز تولید مواد غذایی به کار گرفته شوند. هاشمی با اشاره به وجود بیماری‌های مشترک انسان و دام و تغییر سیمای بیماری‌ها، گفت: باید همکاری‌های بین بخشی میان پزشکان و دامپزشکان نسبت به گذشته پررنگ‌تر شود تا بتوانیم این نوع بیماری‌ها را کنترل و ریشه کن کنیم.

وی همچنین بیشترین عامل مرگ و میر در افراد جامعه را تغییر در سبک زندگی آنان بیان کرد و گفت: دامداران، تولید کنندگان مواد غذایی و دامپزشکان با اصلاح تغذیه دام و اصلاح تولید مواد غذایی می‌توانند در پیشگیری از ابتلا به برخی بیماری‌ها نقش ویژه‌ای داشته باشند.

رشد ۱۰۰ درصد اعتیاد زیر ۱۸ ساله ها روانگردان ها، الکل و قرص ها مشکل ۱۰ سال آینده کشور



پیوست اجتماعی، تقویت دغدغه ملی، تمرکز زدایی نسبت به مسائل اجتماعی و بومی سازی، افزایش نرخ سطح پوشش برنامه ها، توسعه مرزهای دانش و استانداردهای برنامه ها، پرننگ تر شدن تعاملات بین بخشی و فرابخشی در برنامه ششم و عبور از فهم ساده

اندیشانه است. وی ضمن تأکید بر افزایش بودجه در این زمینه گفت: برنامه های اجتماعی نیازمند پول است و این در حالی است که وضعیت بودجه ما به شدت ضعیف است. صرامی در مورد شیوع شناسی که در سال ۸۱ و ۹۰ صورت گرفته اظهار کرد: طبق نتایج این شیوع شناسی رشد ۱۰۰ درصدی شیوع اعتیاد بین کودکان زیر ۱۸ سال را داشتیم و در جمعیت عمومی ما نیز سه درصد از معتادان بین ۱۵ تا ۱۹ سال هستند.

وی افزود: در حال حاضر شیوع شناسی جدیدی را برای سال ۹۳ که به تازگی شروع شده را در پی داریم و نتایج آن بعد از پایان اعلام می شود. یک عضو سازمان پزشکی قانونی نیز نسبت به افزایش مصرف مواد مخدر صنعتی در بین جوانان هشدار داد. دکتر غنی زاده در سلسله نشست حوزه رفاه اجتماعی برای تدوین برنامه ششم توسعه با بیان اینکه در ایران حدود ۲۵ درصد مصرف شیشه داریم گفت: در حال حاضر ایران یکی از بزرگ ترین مصرف کننده ها در حوزه مواد مخدر بوده و براساس منابع بین المللی به عنوان صادر کننده شناخته می شود. وی ادامه داد: در سیستم قضایی کشور به لحاظ قانون مشکل وجود دارد و در برخورد با پیش سازها مشکل قانون داریم. بحثی که وجود دارد این است که در آینده به کجا می خواهیم برویم؟ در حال حاضر مشکل ما مواد مخدر افیونی مثل تریاک نیست و فکر می کنم حتی اگر ماده ای مثل تریاک را آزاد هم کنیم اتفاق خاصی نمی افتد بلکه مشکل ما بحث هایی مثل ترامادول، شیشه و الکل است. غنی زاده در مورد مصرف ترامادول تصریح کرد: هر روز با افرادی که بر اثر مصرف ترامادول آسیب دیده اند برخورد داریم که متأسفانه همه آن ها زیر ۳۰ سال هستند این در حالی است که تا به حال در مورد ترامادول بحثی نشده در صورتی که با یک اعتیاد مخفی روبرو هستیم.

وی افزود: زیر ساز همه قرص های تقویتی که عطاری ها عرضه می کنند ترامادول است. عطاری ها جولان می دهند و هیچ اتفاقی در کشور نمی افتد و برخوردی با آن ها صورت نمی گیرد. متأسفانه این عطاری ها به نوعی منبع تولید مواد شده اند و انواع و اقسام مواد مثل متادون را استفاده می کنند. هنوز قانون در برخورد با این مسائل دچار مشکل است.

این عضو سازمان نظام پزشکی ادامه داد: هنوز قضات ما توجیه نشده اند و بعد از آموزش هایی که در استان های مختلف ارائه شده تازه به خطرات ماده مخدری مثل شیشه پی برده اند.

غنی زاده با تأکید بر خطر روانگردان ها تصریح کرد: این اعلام خطر را می کنم که در ده سال آینده مشکل ما روان گردان ها، الکل و قرص هایی است که خود ما در سیستم بهداشتی تولید می کنیم.

مدیرکل تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ضمن بیان پیشنهادهایی در زمینه ی اعتیاد برای تدوین برنامه ششم توسعه، دلایل افزایش نرخ شیوع مصرف مواد مخدر را تشریح کرد.

به گزارش ایسنا، در نشست تدوین برنامه ششم توسعه که به همت معاونت رفاهی وزارت کار و رفاه اجتماعی در محل این وزارتخانه برگزار شد، حمید صرامی با بیان اینکه در تحقیقات متفاوت از مردم، بحث مواد مخدر دغدغه بیش از ۹۰ درصد مردم است، گفت: مردم متوجه شدند این بحث چه مشکلاتی را برای کشور و جامعه ایجاد کرده است.

صرامی در ادامه اظهار کرد: از طرفی یک سلسله واقعیت هایی را در جامعه ایران مشاهده می کنیم و با نسلی با مولفه های مدرگرایی، تنوع طلبی، کنجکاوی، کم تحرکی، بعضاً غیرفلسفی و با نوعی لذت جویی افراطی و تا حدودی فردگرایی مواجه هستیم.

وی افزود: اگر بخواهیم در برنامه ششم توسعه در مورد مسائل اجتماعی بهتر عمل کنیم اولاً باید گذشته و برنامه های اول تا پنجم را مورد بازبینی قرار داده، بعد از آن راه هایی را که رفته ایم شناسایی و در قسمت سوم یک نقد عالمانه، منصفانه، صادقانه و در عین حال بی رحمانه و نکته چهارم اینکه یک آینده نگری در حوزه مواد مخدر داشته باشیم.

وی در مورد تغییر الگوی مصرف مواد مخدر گفت: در دهه ۸۰ جمهوری اسلامی ایران چند الگوی مصرف داشته است که از تریاک به هرویین، از هرویین به شیشه و از شیشه به مصرف چند ماده ای رسیدیم. با وجود بحث اقدامات سخت افزاری که حدوداً ۸/۵ درصد تولیدات افغانستان در چند سال گذشته کشف و بیش از چهار میلیون نفر را دستگیر و روانه زندان کردیم این واقعیت های تلخ نشان داد که نرخ شیوع مصرف مواد مخدر در جمعیت عمومی کشور ۲/۶۵ درصد، در دانش آموزان یک درصد، در دانشجویان ۲/۶ درصد و در جمعیت کارگری در محیط های مختلف ۷ تا ۲۵ درصد بوده است.

صرامی افزود: این نکات بیانگر این است که ایران به یک جامعه پر مساله گرفتار شده، یعنی اینکه با طیف وسیعی از مسائل و آسیب های اجتماعی مواجه شدیم که علت آن تهاجم دشمن، ایجاد شتاب ناموزون در تغییرات بنیادین است که در ساختارهای اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی دیده می شود و این شکاف در اقتصاد نشان می دهد که جامعه به یک جامعه دو قطبی تبدیل شده، غفلت متولیان به گونه ای است که به تدریج کاهش انسجام اجتماعی و افزایش نابرابری های اجتماعی را مشاهده کردیم تا جایی که متخصصان علوم اجتماعی با مسایل اجتماعی به گونه ای قهر کرده اند و سهم مشارکت آن ها در تحقیقات به ۸/۳۰ درصد رسیده است.

وی همچنین تصریح کرد: برای اینکه بتوانیم به اعتیاد ضربه بزنیم باید چند نکته را در نظر بگیریم و آن اعمال نگاه سیستمی، به دست آوردن نقشه خلقی جامعه ایران و تبیین آن، الزام کلیه دستگاه ها برای طرح های کلان اقتصادی و اجرایی و ایجاد

• طبق نتایج شیوع شناسی که در سال ۸۱ و ۹۰ صورت گرفته، رشد ۱۰۰ درصدی شیوع اعتیاد بین نوجوانان زیر ۱۸ سال را داشتیم و در جمعیت عمومی ما نیز سه درصد از معتادان بین ۱۵ تا ۱۹ سال هستند.

• غفلت متولیان به گونه ای است که متخصصان علوم اجتماعی با مسایل اجتماعی به گونه ای قهر کرده اند و سهم مشارکت آن ها در تحقیقات به ۸/۳۰ درصد رسیده است.

• زیر ساز همه قرص های تقویتی که عطاری ها عرضه می کنند ترامادول است. عطاری ها جولان می دهند و هیچ اتفاقی در کشور نمی افتد و برخوردی با آن ها صورت نمی گیرد.

حدود ۱۱/۳ درصد جمعیت کشور به دیابت مبتلا هستند

مدیر عامل انجمن دیابت ایران با بیان اینکه کم تحرکی، تغذیه نامناسب و چاقی عمده‌ترین فاکتورهای خطر ابتلا به دیابت هستند، تأکید کرد: نیمی از موارد دیابت با جلوگیری از چاقی و اضافه وزن قابل پیشگیری است.

امیر کامران نیکوسخن در حاشیه دومین همایش بازآموزی پرستاران در حوزه دیابت گفت: براساس آخرین آمارها حدود ۱۱ درصد کل هزینه‌های بهداشتی دنیا صرف درمان دیابت و عوارض آن می‌شود که این رقم در سال ۲۰۱۰ معادل ۵/۶ میلیارد دلار بوده که در سال گذشته میلادی (۲۰۱۳) این رقم به ۱۳/۶ میلیارد دلار افزایش یافته است.

او با بیان اینکه متأسفانه نیمی از مبتلایان دیابت از بیماری خود اطلاع نداشته و به دلیل عدم کنترل به هنگام، در معرض عوارض ناگوار ناشی از آن قرار دارند، اظهار کرد: دیابت نوع ۲، مستقیماً به شیوه‌ی نامناسب زندگی بر می‌گردد. مدیر عامل انجمن دیابت ایران درباره‌ی میزان شیوع دیابت در کشور گفت: براساس

آمارهای رسمی حدود ۱۱/۳ درصد جمعیت بالغ کشور به دیابت مبتلا هستند، البته خاورمیانه و شمال آفریقا دیابت خیزترین منطقه دنیا هستند و سه کشور همسایه ما در حاشیه جنوبی خلیج فارس جزو

۱۰ کشور دارای بیشترین میزان شیوع دیابت در دنیا هستند. نیکوسخن با اشاره به مرگ ۳۶۷ هزار بیمار دیابتی در منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا در سال ۲۰۱۳ تصریح کرد: اگرچه نرخ شیوع دیابت در ایران با کشورهای کویت، عربستان و قطر که با شیوع فوق‌العاده دیابت مواجه‌اند قابل مقایسه نیست، ولی با توجه به تغییر هرم جمعیتی و افزایش جمعیت میانسال و سالمند کشور در سال‌های آینده افزایش چشمگیر شیوع دیابت در آینده دور از ذهن نیست.

مدیر عامل انجمن دیابت ایران در ادامه در خصوص نحوه تشخیص دیابت گفت: شایع‌ترین علامت دیابت بی‌علامتی است، لذا لازم است افراد بالای ۴۵ سال به صورت سالانه نسبت به انجام آزمایش قندخون اقدام کنند و افراد زیر ۴۵ سال نیز که فاکتورهای خطر دیابت مثل چاقی، مصرف دخانیات، سابقه خانوادگی دیابت یا سابقه ابتلا به دیابت بارداری دارند، باید نسبت به انجام مستمر آزمایش‌ها اقدام کنند. او با بیان اینکه عوارض دیابت بسیاری از اندام‌ها از جمله چشم، قلب و پاها را درگیر می‌کند، اظهار کرد: شایع‌ترین علت مرگ بیماران دیابتی عوارض قلبی-عروقی ناشی از آن است. از سوی دیگر در هر دقیقه دو بیمار دیابتی به مرحله‌ی قطع پا می‌رسند. باید توجه داشت مهم‌ترین راه برای مهار دیابت و عوارض ناگوار آن، پیشگیری از ابتلا به آن است که با توجه به نکات تغذیه‌ای و اصلاح الگوی زندگی و پیشگیری از چاقی با افزایش تحرک و انجام دست کم نیم ساعت ورزش در پنج روز هفته به سادگی امکان‌پذیر است.



همه مردم به واکسن آنفلوآنزا نیاز دارند؟!

رئیس سازمان غذا و دارو با اعلام اینکه در حال حاضر کمبودی در زمینه واکسن آنفلوآنزا در کشور نداریم اما قرار نیست واکسن آنفلوآنزا در تمام داروخانه‌ها توزیع شود، گفت: توزیع واکسن آنفلوآنزا در داروخانه‌های منتخب صورت گرفته است چون دارویی نیست که نیاز همه جا باشد، براساس توصیه پزشکان انجام می‌شود و برای قشر خاصی مورد نیاز است. رسول دیناروند با تأکید بر اینکه توصیه وزارت بهداشت این نیست که همه مردم واکسن آنفلوآنزا بزنند، افزود: برآورد ما این است که سالانه حدود ۲ میلیون دوز از این واکسن نیاز داریم. تزریق واکسن آنفلوآنزا در ماه‌های شهریور، مهر و حداکثر آبان انجام می‌شود و دیرتر از آبان توصیه نمی‌شود. این واکسن باید قبل از شروع سرما تزریق شود. ولی برای نخستین بار، هفته آخر مرداد این واکسن وارد کشور و توزیع شد. در شهریور و مهر نیز بخش زیادی از واکسیناسیون انجام شده و در حال حاضر ۵ شرکت هستند که واکسن آنفلوآنزا را از تولیدکنندگان معتبر بین‌المللی وارد می‌کنند. وی با تأیید این موضوع که امسال قیمت واکسن آنفلوآنزا یکسان نبوده است، گفت: طرحی داریم که قیمت این واکسن در سال آینده یکسان شود. هم‌اکنون تفاوت قیمت واکسن آنفلوآنزا مربوط به نوع برند آن است. البته کیفیت همه واکسن‌ها مورد تأیید است و هیچ فرقی بین کیفیت آن‌ها وجود ندارد. به گفته دیناروند، قیمت واکسن آنفلوآنزا در کشور بین ۲۰ تا ۳۰ هزار تومان متغیر است.

بروز تخلفات متعدد در عطاری‌ها

معاون وزیر بهداشت و رئیس سازمان غذا و دارو، آخرین تصمیمات برای ادامه فعالیت عطاری‌ها را تشریح کرد.

رسول دیناروند، رئیس سازمان غذا و دارو در حاشیه همایش طلای سبز گفت: سیاست وزارت بهداشت در حوزه داروهای طبیعی و سنتی، استفاده از این فرآورده‌های سنتی مبتنی بر روش‌های علمی امروزی است. سلامت این قبیل داروها و فرآورده‌ها با توجه به سابقه طولانی مصرف آن‌ها اثبات شده است اما وزارت بهداشت هر جایی که مجوز بدهد، سعی می‌کند اصول را رعایت کند.

دیناروند با عنوان این مطلب که بازار داروهای طبیعی و سنتی در حال توسعه است، تأکید کرد: هر چقدر این موارد توسعه پیدا کنند به نفع سلامت مردم است. از نظر اقتصادی هم به نفع توسعه زیرساخت‌های کشور است. وی درباره آخرین تصمیمات برای ادامه فعالیت عطاری‌ها نیز اظهار داشت: مساله عطاری‌ها داستانی دائمی است. پیش از این هم گفته‌ام که در عطاری‌ها تخلفات متعددی را می‌بینیم. دانشگاه‌های علوم پزشکی برخورد می‌کنند و معاونت غذا و دارو بازرسی می‌کند، هر جا تخلف واضح باشد و وجود داشته باشد، حتی تعطیل و جریمه می‌کنند و به دادگاه تعزیرات معرفی می‌شوند اما به صورت کلی تخلف را در عطاری‌ها شاهد هستیم. البته جلساتی را با صنف مزبور داشته‌ایم و امیدواریم به نتیجه برسند.

معاون وزیر بهداشت در ارتباط با تکلیف راه‌اندازی داروخانه‌های سلامت در کشور نیز تصریح کرد: در این ارتباط اختلاف جدی بین تصمیم‌گیران وجود دارد و نتوانسته‌ایم به این جمع بندی برسیم که به داروخانه‌های طبیعی مجوز بدهیم یا ندهیم. گروه‌های کارشناسی در حال بررسی هستند و به هر جمع بندی ای برسیم، همان را عملی می‌کنیم اما آنچه مهم است، اینکه در حال حاضر این قبیل داروهای گیاهی و طبیعی در داروخانه‌های موجود عرضه می‌شود و هیچ محدودیتی برای توزیع آن‌ها وجود ندارد.

انتقاد وزیر بهداشت از بوفه های مدارس و نگرانی از آمار چاقی در بین دانش آموزان



باید در گستره وسیع تری اقدام کند و خروجی این همکاری ها فراتر از صرفاً صدور یک کارت سلامت الکترونیک باشد. وی افزود: در خصوص مباحثی چون معضلات اجتماعی، اعتیاد، دخانیات، الگوی تغذیه و کم تحرکی می توانیم به طور مشترک در دو وزارتخانه مشکلات را

پیگیری کنیم و گرفتار بخشی نگری به خصوص در حوزه اعتبارات نشویم. هاشمی در خصوص ریشه کنی بیماری ها از دوران مدرسه خاطرنشان کرد: بسیاری از بیماری ها مثل پوکی استخوان، از دست دادن دندان ها و گرفتگی عروق قلب ریشه در دوران کودکی دارند، بنابراین فرهنگ تغذیه را از همین دوران باید نهادینه کنیم. وی با تأکید بر راه اندازی پروژه همیار سلامت افزود: همیار سلامت باید عملیاتی شود و هر خانه ای باید یک همیار سلامت داشته باشد و در این خصوص باید مشوق هایی را نیز تعریف کنیم.

وزیر بهداشت با عنوان این مطلب که مواد غذایی مثل سوسیس، کالباس، نوشابه، سرخ کردنی ها، چیپس و پفک باید از بوفه مدارس حذف شوند، اظهار داشت: متأسفانه ما در این ارتباط زیاد صحبت می کنیم اما اتفاقی نمی افتد به طوری که داخل بوفه ها مثل سابق است.

دکتر سید حسن هاشمی در نشست امضای تفاهم نامه با وزیر آموزش و پرورش که در ستاد مرکزی وزارت بهداشت تشکیل شد، گفت: در حال حاضر ۱۳ میلیون دانش آموز در حال تحصیل هستند که با احتساب خانواده های آن ها با نیمی از جمعیت کشور مواجهه مستقیم داریم و می توانیم با آموزش آن ها در حوزه مهم پیشگیری، بسیار اثربخش عمل کنیم. وی با اشاره به آمار ۱۵ درصدی چاقی در بین دانش آموزان، این آمار را نگران کننده دانست و افزود: چاقی دانش آموزان، در آینده گرفتاری های زیادی را برای حوزه بهداشت و درمان ایجاد خواهد کرد. بنابراین باید از هم اکنون در پیشگیری از شیوع بیماری های غیرواگیر ناشی از چاقی و اضافه وزن در بین دانش آموزان پیشگیری کنیم. هاشمی بر جدیت و استمرار عملیاتی کردن برنامه هایی که در این حوزه تعریف و طراحی می شود تأکید کرد و گفت: وزارت بهداشت در کنار آموزش و پرورش در حوزه سلامت دانش آموزان

۹۸ درصد ایرانیان

تحت پوشش بیمه قرار دارند

مدیرعامل سازمان بیمه سلامت گفت: بالغ بر ۹۸ درصد مردم ایران تحت پوشش بیمه های پایه سلامت قرار دارند. انوشیروان محسنی بندپی افزود: سازمان بیمه سلامت بیش از ۴۰ میلیون نفر را تحت پوشش بیمه ای قرار داده است. وی اظهار کرد: طی اجرای طرح بیمه سلامت حدود هفت میلیون و ۲۰۰ هزار نفر در سامانه مورد نظر ثبت نام کردند که از این میزان شش میلیون و ۵۰۰ هزار نفر دفترچه درمانی دریافت کرده اند.



کمبود آمبولانس در کشور جدی است

محمد حاجی آقاجانی دبیر ستاد کشوری برنامه طرح تحول نظام سلامت، با تأکید بر اینکه کمبود آمبولانس در کشور جدی است، گفت: در حال حاضر بیش از دو هزار پایگاه شهری و جاده ای به اضافه سه هزار آمبولانس در کشور وجود دارد که عمر اغلب این آمبولانس ها بیش از استاندارد است و اکثراً بیش از ۱۰ سال از عمرشان سپری شده است.

وی از کمبود بیش از ۲۰۰۰ دستگاه آمبولانس در کشور خبر داد و تصریح کرد: کمبود نیروی انسانی نیز در حوزه اورژانس پیش بیمارستانی بسیار جدی است و در حال حاضر بیش از ۱۵ هزار نفر در این بخش کمبود نیرو وجود دارد.

معاون درمان وزارت بهداشت تأکید کرد: در بخش پایگاه های اورژانس نیز بیش از ۸۰۰ پایگاه از هدف های برنامه های چهارم و پنجم توسعه عقب تر هستیم و برای تحقق این هدف ها باید ۸۱۶ پایگاه ایجاد و ۱۵ هزار نیروی انسانی در آن ها به کار گرفته شود.

حاجی آقاجانی ادامه داد: کمبود شدید نیروی انسانی در این بخش تا حدی است که گاهی تکنسین های اورژانس تا ۵۰۰ ساعت در ماه فعالیت دارند. وی از اختصاص ۱۵۰ میلیارد تومان اعتبار برای جبران کمبود آمبولانس خبر داد و گفت: با این اعتبار امیدواریم تا پایان سال تا حدود ۱۵۰۰ دستگاه آمبولانس خریداری شود، اما مشکل به دلیل کمبود شدید نیروی انسانی همچنان باقی خواهد بود.

وزیر بهداشت:

غذا و هوا را سیاسی نکنید

وزیر بهداشت ضمن اعلام تعیین فهرست فرآورده های خوراکی و آشامیدنی آسیب رسان سلامت در عین حال گفت: بحث غذا و هوا باید به صورتی علمی و جدی پیگیری شود و نباید اجازه داد که این مبحث به نگاه های سیاسی آلوده



شود. سیدحسن هاشمی با اشاره به اقدامات دولت در حوزه محیط زیست و همچنین سلامت افزود: اگر دولت قدم های موثری در حوزه هوا برداشته و بنزین را به بنزین مرغوب تری تبدیل کرده باشد از آن تشکر کرد. این چنین اقدامات در شرایطی که دولت به شدت نیازمند منابع مالی است در خور تقدیر است. وی تأکید کرد: در حوزه غذا نیز اگر سخنی گفته یا اقدامی انجام می شود همه موظفند که رعایت حقوق مردم را داشته باشند، از حاشیه پردازی پرهیز کنند و اجازه دهند امور در مسیری منطقی و علمی پیش رود. هاشمی ضمن تشکر از دولت به دلیل در اولویت گذاشتن مبحث سلامت افزود: صنعت غذایی کشور یکی از صنایع پیشرو بوده و مدیران این صنعت همواره به نقش موثر خود در پیشگیری و رعایت بهداشت واقف بوده اند.

سه‌م ۸۷ نفری ایران از دانشمندان برتر جهان

از هر ۶۰ هزار دانشمند برتر جهان، ۸۷ دانشمند در تمام رشته‌ها از ایران هستند که ۱۷ نفر آن‌ها در حوزه علوم پزشکی بوده و ۸ نفر از این ۱۷ نفر در بخش داروسازی فعالیت دارند.

رضا ملک‌زاده می‌گوید: «ایران در تولید علم، رتبه هفدهم را در دنیا و اول را در منطقه خاورمیانه دارد، یعنی از ترکیه هم جلوتر است.» در سال ۲۰۰۷، براساس رتبه‌بندی ESI، از مجموع ۴ هزار و ۳۸۹ دانشگاه علوم پزشکی برتر جهان، ۱۰ دانشگاه ایران در این فهرست قرار داشتند که این رقم در سال ۲۰۱۴ به ۲۲ دانشگاه رسیده است. او با اعلام افزایش سهم دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران در فهرست دانشگاه‌های

برتر علوم پزشکی جهان براساس رتبه‌بندی ESI، از راه‌اندازی ۱۰ آزمایشگاه تحقیقاتی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور خبر داد. معاون تحقیقات و فناوری وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی افزود: «طی ۱۰ سال گذشته پژوهش‌های علوم پزشکی کشور پیشرفت قابل توجهی داشته و برای اولین بار در کشور زیرساخت‌های مهم تحقیقاتی در مقیاس خوبی به وجود آمده است.

ملک‌زاده در ادامه، اختصاص ندادن بودجه کافی در بخش پژوهش را از مشکلات عمده این بخش دانست. «طبق برنامه پنجم توسعه قرار بود امسال نیم‌درصد به سهم پژوهش از تولید ناخالص داخلی اضافه شود و تا پایان این برنامه سهم پژوهش به ۳ درصد برسد. در حالی که هم اکنون تنها ۰/۴ درصد بودجه ناخالص داخلی سهم پژوهش است به‌طوری که مقام معظم رهبری تأکید کردند در برنامه ششم توسعه باید سهم پژوهش از این بودجه به ۴ درصد برسد.» او ادامه داد: «راه‌اندازی آزمایشگاه تحقیقات جامع در ۱۰ دانشگاه علوم پزشکی، راه‌اندازی موسسه ملی توسعه تحقیقات علوم پزشکی و اختصاص بودجه سالانه ۵۰۰ میلیارد تومانی به این مرکز، اجرای ثبت ملی بیماری‌ها و برنامه ثبت سرطان از جمله برنامه‌های این معاونت است.» ملک‌زاده همچنین با بیان این‌که ایران توانسته با انتشار بیش از ۳۹ هزار مقاله علمی از نظر تعداد مقالات علمی چاپ شده در ردیف هفدهم تولید علم جهان قرار گیرد، گفت: از این تعداد مقالات علمی ۳۸ درصد مربوط به رشته پزشکی و بیش از ۲۵ درصد از مقالات پر استناد کشور نیز در رشته پزشکی بوده است.



۲۵ درصد درآمد خانوارها صرف تأمین غذای شود

به گفته وزیر بهداشت در حال حاضر بیش از ۱۲ هزار واحد به تولید مواد غذایی و آشامیدنی مشغولند و ۴۵ هزار پروانه نیز برای تولید مواد غذایی و آشامیدنی صادر شده است. ۲۵ درصد درآمد خانوارها صرف تأمین مواد غذایی می‌شود. بنابراین نقش این صنعت در کشور بسیار مهم است؛ اگرچه که اغلب تولیدات این صنعت در داخل کشور است. صادرات ۱/۳ میلیارد تومانی صنعت غذا باید ارتقا یابد. حضور در بازارهای بین‌المللی بی‌تردید در ارتقای کیفیت محصولات داخلی نیز تأثیرگذار است. همچنین که در حوزه دارو علاقه‌مند به حضور شرکت‌های ایرانی در مجامع بین‌المللی هستیم از حضور صنعت غذا نیز در این بازارها استقبال می‌کنیم و هر کمکی از دستمان برآید مضایقه نخواهیم کرد. وی تأکید کرد: در حوزه غذا در وزارت بهداشت نکته‌ای وجود ندارد که از مردم پنهان کنیم. در عین حال نباید مردم را ترساند؛ چرا که هر نوع اطلاع‌رسانی ناپجا در این حوزه می‌تواند آسیب‌های روانی به دنبال داشته باشد و بی‌تردید این امر خلاف بهداشت و پیشگیری است. باید با متانت، دقت و وظیفه‌شناسی به ارتقای فرهنگ عمومی و پیشگیری از خلاف‌های گروهی پرداخت. نباید با اعصاب مردم بازی کرد.

هاشمی افزود: وزارت بهداشت در جهت صیانت از سلامت ایرانیان و توجه به امر پیشگیری و بهداشت برنامه‌های متعددی در دستور کار دارد. وی آمار مرگ و میر ایرانیان را مورد اشاره قرار داد و گفت: بیماری‌های قلبی - عروقی رتبه نخست را در شاخص تعداد سال‌های از دست رفته عمر دارند. تغذیه و ترکیب آن اعم از چربی، شکر، قند و نمک می‌تواند در افزایش یا کاهش مرگ و میر موثر باشد. هاشمی نسبت به افزایش مصرف روغن در کشور هشدار داد و گفت: طی سال‌های ۸۷ تا ۹۰ حدود ۲۰ درصد به مصرف روغن کشور اضافه شده است. مصمم هستیم به کمک مردم این مسیر را تغییر دهیم. به نحوی که تا سه سال آینده مصرف روغن در کشور کاهش یابد.

اضافه مصرف ۳۰ درصدی

وی ادامه داد: طبق توصیه سازمان جهانی بهداشت میزان دریافت روزانه شکر در افراد باید حداکثر ۱۰ درصد کالری دریافتی باشد. این در حالی است که آمار مصرف شکر طی سال ۸۷ تا ۹۰ نشان داد که این میزان دریافتی از ۱/۱ تا ۲۱/۹ کیلوگرم افزایش یافته است. مشخص است که چنین رقمی مطلوب نیست و باید به سمت محدود کردن مصرف شکر حرکت شود.

هاشمی افزود: مصرف نمک در ایرانیان نیز بیش از استانداردهای جهانی است به طوری که ایرانی‌ها ۲/۵ برابر بیشتر از استانداردهای جهانی نمک مصرف می‌کنند. سیاست وزارت بهداشت در راستای کاهش سالانه ۱۰ درصد نمک دریافتی است.

وزیر بهداشت از تعیین فهرست فرآورده‌های خوراکی و آشامیدنی آسیب‌رسان سلامت خبر داد و گفت: این فهرست به مقامات مسئول تحویل داده شده است. امیدواریم عوارض جدی بر کالاها و اقدامات آسیب‌رسان سلامت اعمال شود.

وی توسعه و گسترش پایش محصولات غذایی را از دیگر برنامه‌های وزارت بهداشت خواند و گفت: درصدد هستیم نظارت عمومی بر محصولات غذایی را فراهم کنیم. در حال حاضر عمدتاً سخت‌گیری‌هایمان در مورد مواد غذایی به زمان قبل از عرضه به بازار و ارائه پروانه بهداشتی مربوط می‌شود. این در حالیست که محصول باید در طول زمان در بازار پایش شود.

وزیر بهداشت:

• باید با متانت، دقت و وظیفه‌شناسی به ارتقای فرهنگ عمومی و پیشگیری از خلاف‌های گروهی پرداخت. نباید با اعصاب مردم بازی کرد.

• طی سال‌های ۸۷ تا ۹۰ حدود ۲۰ درصد به مصرف روغن کشور اضافه شده است. مصمم هستیم به کمک مردم این مسیر را تغییر دهیم.

دکتر ملک‌زاده:

• ایران در تولید علم، رتبه هفدهم را در دنیا و اول را در منطقه خاورمیانه دارد

• اختصاص ندادن بودجه کافی در بخش پژوهش، از مشکلات عمده این بخش محسوب می‌شود

معرفی انجمن پزشکان عمومی
کرمان

انجمنی مستقل در مسیر توسعه



تاریخچه تشکیل

اولین فعالیت جدی در ایجاد تشکل پزشکان عمومی در استان کرمان به سال ۱۳۷۴ برمی گردد که با همت جمعی از پزشکان عمومی شاغل در بیمارستان فاطمه زهرا (س)، صورت پذیرفت. اگرچه این انجمن در عرصه فعالیت های صنفی از جمله ورود به انتخابات نظام پزشکی موفق عمل کرد اما متأسفانه به دلیل صادر نشدن پروانه و مجوز فعالیت و نیز پراکنده شدن اعضای هیات مدیره عملاً از صحنه فعالیت خارج گردید.

با گذشت حدود هفت سال از این واقعه در سال ۱۳۸۱، دور جدیدی از فعالیت ها آغاز گردید و موسسان انجمن با کسب مجوز رسمی دست به برگزاری انتخابات و تشکیل هیات مدیره زدند. در همین زمان مصوبه ای در هیات مدیره وقت سازمان نظام پزشکی کرمان موجب گردید که این انجمن تحت حمایت این سازمان در طبقه فوقانی نظام پزشکی مستقر گردد.

انگیزه فعالان این انجمن به گونه ای بود که در مدت کوتاهی واحدهای تشکیلاتی آن سازماندهی گردیده و آمادگی لازم در بروز حرکت های عمیق صنفی کسب شد و سرانجام پس از پیگیری های مستمر و گذشت بیش از سه سال و نیم از انتخابات انجمن، پروانه فعالیت با تأیید کمیسیون ماده ده احزاب و جمعیت ها از وزارت کشور صادر گردید.

تأسیس این انجمن که اولین انجمن صنفی علمی پزشکان عمومی دارای پروانه و شماره ثبت در سطح کشور بود، حکایت از تبلور صیوری، پشتکار و مقابله با شتاب زدگی و مستهلک نشدن انگیزه های تشکیلاتی است. دشوارسازی های عامدانه

و تشریفات دیوان سالار فراروی تکثر تشکل ها آن گونه است که در سوابق تاریخی این استان و دیگر نقاط کشور، حرکت های جمعی به مرور زمان به سردی گراییده و در قالب حرکت های فردی و غیرمؤثر به فراموشی سپرده شده است. به هر حال این انجمن در خرداد ماه ۱۳۸۵ موفق به دریافت پروانه و در مهرماه همان سال موفق به ثبت رسمی تحت شماره ۷۰۹ دفتر ثبت موسسات کرمان گردید و عملاً مجوز فعالیت خود را اخذ نمود.

جالب اینکه این انجمن دومین انجمن پزشکان عمومی در کشور است که موفق به دریافت مجوز از کمیسیون ماده ۱۰ قانون احزاب و جمعیت ها گردیده است. قبل از کرمان انجمن پزشکان عمومی استان خراسان در این عرصه پیش قدم بود اما به دلیل زمان مدید در دریافت مجوز، با پراکندگی اعضای تشکیلاتی خود، نسبت به ثبت رسمی خود اقدام ننمود و غیرفعال گردید. به همین دلیل می توان انجمن پزشکان عمومی استان کرمان را به عنوان اولین انجمن صنفی - علمی پزشکان عمومی در کشور نام برد که موضوع فعالیت آن، هم بعد صنفی و هم بعد علمی را در برمی گیرد.

به کاربردن صفت «اولین انجمن صنفی علمی» در این استان تداعی گر واقعیات تلخی است که کم توجهی و یا احساس بی نیازی پزشکان در عرصه فعالیت های صنفی، به رغم تحدیدها و محرومیت های ناشی از فقدان انسجام را حکایت می کند. این انجمن به زودی سومین دوره خود را با برگزاری انتخابات هیات مدیره تجربه خواهد کرد.

سازماندهی و گسترش:

انجمن کرمان در حال حاضر در سطح ستادی دارای ۵ واحد تشکیلاتی در کنار دیگر ارکان به شرح ذیل است: هیات مدیره کنونی انجمن مرکزی دارای ۵ عضو و یک بازرس است و فعالیت‌های اداری انجمن توسط یک مسؤل دفتر انجام می‌شود.

				
دکتر محسن نقی زاده بازرس	دکتر افشین اسدی عضو	دکتر جعفر ترابی خزانه دار	دکتر مریم یزدانپناه دبیر	دکتر عباس کامیابی رئیس

این انجمن در حال حاضر به جز دفتر مرکزی واقع در مرکز استان، دارای ۴ شعبه است.

شعبه	اعضای هیات مدیره و بازرس	تاسیس	تعداد اعضا	وضعیت
شهرستان سیرجان	دکتر هوشنگ سهیلی (رئیس) - دکتر مسعود حاج محمدی (خزانه دار) دکتر میترا بن عباس (دبیر) - دکتر سیدمحمد رضوی (نسب/بازرس)	۱۳۸۵	۸۳	فعال
شهرستان بم	دکتر فرزاد ناظم‌پور وزیری (رئیس) - دکتر محمد دوراندیش (عضو) دکتر محسن رجایی (خزانه دار) - دکتر فریبا هابیل‌زاده (بازرس)	۱۳۸۶	۲۵	فعال
شهرستان جیرفت	دکتر علیرضا مقبلی (رئیس) - دکتر محمدرضا مهدوی (نایب رئیس) دکتر ابوالقاسم امیرمحمودی (بازرس) - دکتر ابراهیم محمدی (عضو)	۱۳۸۷	۴۵	نیمه فعال
شهرستان زرنند	دکتر احمد مهدی زاده (رئیس) - دکتر شهرام سیف الدینی (خزانه دار) دکتر آیه سعیدی (دبیر)	۱۳۸۷	۲۵	فعال

تعداد کل اعضای این انجمن با احتساب اعضای شعب حدود ۷۰۰ نفر است.

تأسیس صندوق همیاری پزشکان کرمان



صندوق همیاری پزشکان یکی از واحدهای تابعه انجمن پزشکان عمومی استان است که با انگیزه همیاری و مشارکت جامعه پزشکی در جهت تأمین تسهیلات مالی با کارمزد پایین و تشریفات اندک، در شهریور ماه ۱۳۸۲ راه‌اندازی گردیده است. تمام اعضای سازمان نظام پزشکی با عضویت در این صندوق ضمن سهیم شدن در این همیاری، به وقت ضرورت از مزایای مورد نظر بهره‌مند می‌گردند.

ارائه خدمت توسط دست‌اندرکاران اداره صندوق به صورت افتخاری بوده و تاکنون به رغم مشکلات بسیار عملکرد درخور توجهی داشته‌اند. صندوق در قالب اساسنامه مصوب همه ساله در مجمع عمومی علاوه بر گزارش عملکرد و تراز مالی نسبت به تعیین سیاست‌های مالی اقدام می‌کند. این صندوق در حال حاضر دارای ۱۰۶ حساب فعال است و موفق گردیده است تعداد ۲۵۵ وام مجموعاً به مبلغ ۱۱۷,۰۰۰,۰۰۰ ریال به اعضای خود اعطا نماید.

سیاست‌های کلان انجمن پزشکان عمومی استان کرمان،

مصوب مجمع عمومی

۱. حرکت به سمت فعال سازی تمام ظرفیت‌های انجمن به منظور دسترسی به اهداف مصرح در اساسنامه
۲. بسط و توسعه اخلاق پزشکی و نیز قانون مداری در بین اعضای انجمن
۳. حمایت از استقرار طرح جامع پزشک خانواده و نظام ارجاع با تلاش در جهت جامع‌نگری و اصلاحات اساسی طرح‌های موجود و اعلام آن به عنوان یک استراتژی بنیادی اصلاح نظام سلامت
۴. اولویت بندی برای رسیدگی به مشکلات اعضای مختلف انجمن (تعیین گروه‌های در معرض آسیب بیشتر)
۵. بسترسازی برای مشارکت بیشتر اعضا در تشکیلات انجمن و نیز معرفی توانمندی‌های اعضا به منظور اشتغال در مدیریت بخش‌های مرتبط با بهداشت و درمان دیگر دستگاه‌ها
۶. تلاش در جهت تکثر شعب و دفاتر نمایندگی انجمن در سازمان‌ها و دیگر شهرستان‌ها، با توجه به میزان تمایل پزشکان عمومی شاغل
۷. اتخاذ استراتژی و ایجاد نظام ارتباطی مناسب بین اعضای انجمن خصوصاً



- سازماندهی اعتراض مکتوب مسئولان پزشک عمومی در سفر مقام معظم رهبری
- تقدیم پیشنهادهای اجرایی در رفع بخشی از مشکلات پزشکان عمومی به ریاست جمهوری
- ایجاد زمینه مناسب و برنامه‌ریزی برای فعالیت مشترک با دیگر انجمن‌های استان
- تعامل مستقیم با معاونت درمان دانشگاه در مورد حق الزحمه پزشکان در بخش خصوصی و خیریه
- تعامل مستقیم با معاونت آموزشی دانشگاه خصوصاً در مورد برگزاری برنامه‌های بازآموزی
- پیگیری به منظور امکان تدریس پزشکان عمومی در سیستم آموزشی و دوره‌های بازآموزی دانشگاه

با امکان نظرسنجی سریع در مواقع ضروری
۸. تعمیق تعامل موثر با نهادهای دولتی و سازمان‌های غیردولتی منطقه‌ای و کشوری
۹. تلاش برای بهبود آموزش‌های مداوم اعضای انجمن با مشارکت جامعه پزشکی و تعیین نیازهای حرفه‌ای و نیز استفاده از فناوری‌های موثرتر آموزشی
۱۰. پیشگیری از عوامل تهدیدکننده شأن و جایگاه پزشکان عمومی و مقابله با مصادیق تحدید کننده وضعیت اقتصادی آنان با پیگیری‌های حقوقی
۱۱. تلاش به منظور ارتقای علمی و کیفی خدمات ارائه شده توسط پزشکان عمومی
۱۲. برنامه‌ریزی موثر در انسجام هر چه بیشتر اعضای انجمن و حصول جمعیتی حداکثری در جذب پزشکان عمومی استان در انجمن
۱۳. شناخت و جذب نیروهای کارآمد از بین اعضا به منظور بهره‌گیری از توانمندی‌های آنان

نمونه‌هایی از فعالیت‌های صنفی اجتماعی

نامه‌ای تاریخی

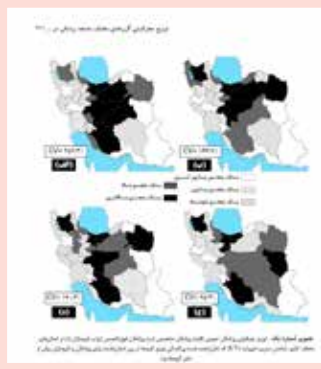
بی‌شک، گفتمان بی‌کتمان با عالی‌ترین مراجع اجرایی کشور به منظور بیان مشکلات، روشی کاملاً مدنی و ابتدایی است. ابتدای فعالیت انجمن بود و ظهور تشکلی که بایستی آینه تمام‌نمای وضعیت پزشکان باشد، لیکن هنوز مجوز فعالیت انجمن اخذ نشده بود که عمل‌گرایی بر مامشات چیره شد و منتخبان انجمن با درج نام خود در صدر لیست معترضان، دست به بیان حالی واقعی و مستند زدند. این عرض حال بی‌تردید بزرگ‌ترین و گویاترین اعتراض جامعه پزشکی در تاریخ استان کرمان گردید. امضای ۴۸۰ نفر از پزشکان عمومی استان، واقعیتی تلخ در دلسوختگی جمعی فرهیخته بود که در اولین گام بیانی صریح را در تواتر اخبار نظام انتخاب نمودند تا مسیر التجاء به روش‌های بعدی هموارتر و موجه‌تر گردد. روح حاکم بر این نامه حکایت از تفکری کلان‌نگر از دغدغه‌های نظام سلامت داشت که اندیشمندان، محرومیت و تحدید در عرصه بهداشت و درمان را در طول چند دهه اخیر به صورتی موزون مطرح می‌نمود. انعکاس این خبر در بیش از ده روزنامه محلی و کشوری و نیز دیگر رسانه‌های گروهی حکایت از طرح فوری مسئله در دولت و مجلس و دیگر مبادی مرتبط با نظام سلامت داشت. خبرها حاکی از طرح مفاد این نامه در ارکان اساسی نظام سلامت و تأثیری هر چند ناچیز بر برنامه‌های پیش‌رو داشت.

تاسیس مجموعه مسکونی مهر گروه پزشکی

این شرکت با حمایت انجمن پزشکان عمومی استان کرمان و همت هیأت محترم مؤسس در سال ۱۳۸۷ پیشنهاد شد و در سال ۱۳۸۸ عضوگیری کرد. اما به دلیل غیر واجد شرایط بودن تعدادی از اعضا، ناشی از محدودیت‌های قانونی موجود در طرح مسکن مهر، تعداد زیادی از اعضای اولیه پس از استعلام دستگاه‌های مرتبط به دلایل متعدد از

اهم فعالیت‌های انجام شده در انجمن

- دریافت پروانه فعالیت از وزارت کشور و ثبت رسمی انجمن در دفتر ثبت شرکت‌ها
- تأمین فضای فیزیکی و تأمین تجهیزات اداری و نیروی انسانی متناسب با فعالیت‌های انجمن
- تهیه نرم‌افزارهای لازم برای مدیریت مالی و نیز بهره‌مندی از تجهیزات سخت‌افزاری
- طراحی و تصویب آرم انجمن و تهیه الگوی مناسب جهت صدور کارت عضویت اعضا
- تهیه لوگو و الگوهای مستند انجمن برای افزایش هویت بصری انجمن
- تدوین آیین‌نامه عضوگیری و آیین‌نامه داخلی تشکیل جلسات انجمن
- تدوین آیین‌نامه مربوط به مقررات داخلی و نحوه فعالیت واحدها (کمیته‌های موضوعی)
- تهیه طرح اولیه بانک اطلاعات و سیستم جامع ارتباطات بین اعضا
- کسب مجوز و ایجاد رسمی سایت اینترنتی انجمن با دامنه و فضای مناسب
- کسب پروانه نشریه داخلی و تدوین آیین‌نامه نشریه و انتشار ۶ شماره‌ی آن
- عقد قراردادهای مختلف برای امور رفاهی، ورزشی و اجتماعی اعضای انجمن
- تأسیس صندوق همیاری پزشکان کرمان و گسترش آن با بیش از یکصد عضو ثابت
- توسعه انجمن در دیگر نقاط استان و تأسیس چهار شعبه در چهار شهرستان
- خودکفایی و استقلال در تأمین منابع مالی مورد نیاز تشکیلات انجمن
- کارشناسی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده و دخالت مستقیم در موضع‌گیری کشوری
- سازماندهی بزرگ‌ترین و اصولی‌ترین اعتراض مکتوب پزشکان عمومی معروف به نامه ۴۸۰ نفره



دانشگاه علوم پزشکی و دیگر پژوهشگران برقرار شد که از آن میان همکاری در چند پژوهش از جمله: «توزیع جغرافیایی گروه‌های مختلف جامعه پزشکی در کشور بررسی نابرابری‌های استانی» که در نشریه سازمان نظام پزشکی کشور و چندین

نشریه دیگر به چاپ رسید؛ «فراوانی سندروم فرسودگی شغلی در پزشکان عمومی شهر کرمان» که توسط یکی از اعضای انجمن تهیه و منتشر شد؛ «نگاهی تحلیلی به جمعیت پزشکان عمومی کشور» که در اطلاع‌رسانی حوزه پزشکی در سطح وسیع منتشر شد؛ «روش‌های پرداخت حق‌الزحمه پزشکان عمومی در دنیا» که مروری ساختار یافته بر مستندات بین‌المللی است و با محوریت مرکز آینده پژوهی در سلامت انجام و در نشریه سازمان نظام پزشکی منتشر شد؛ «وضعیت شغلی دانش‌آموختگان رشته پزشکی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۶ دانشگاه علوم پزشکی کرمان» که در نشریه گام‌های توسعه پزشکی و همچنین به صورت خبری در دیگر رسانه‌ها منتشر شد. در ضمن چندین پژوهش دیگر نیز در دست اقدام است که به زودی نتایج آن منتشر خواهد شد.

شفاف سازی در انتخابات مجلس و ریاست جمهوری

در اغلب کشورهای توسعه یافته، حوزه سلامت جامعه (بهداشت، درمان و تامین اجتماعی) از چنان اهمیت تعیین کننده‌ای نزد افکار عمومی برخوردار است که مباحث مربوط به این حوزه در جریان انتخابات پارلمان یا تعیین دول آن کشورها، همواره نقش محوری دارد. اما به علت‌های گوناگون تاکنون اقدام لازم برای شفاف‌سازی برنامه‌های کاندیداها در حوزه سلامت صورت نگرفته است و توجه به دیگر حوزه‌ها، برنامه‌های حوزه سلامت را به حاشیه رانده است. به همین منظور برای ابهام‌زدایی از برنامه‌های نامزدها در این حوزه، انجمن‌های صنفی جامعه پزشکی استان در انتخابات ریاست جمهوری و مجلس شورای اسلامی بر آن شدند با طرح پرسش‌هایی، نظر کاندیداتوره‌های محترم را در مورد برخی از مهمترین دغدغه‌های حوزه سلامت جویا شوند.

تفاهم با دیگر دستگاه‌ها و توافقنامه همکاری

با عنایت به وجود اشتراک در برخی از هدف‌ها و فعالیت‌های مرتبط بین انجمن و دستگاه‌های مختلف، برقراری همکاری‌های مؤثر و معتبر بین بخشی در اجرایی نمودن اهداف مشترک بسیار موثر است. بدیهی است که نقش دو طرف با توجه به مأموریت سازمانی، نوع عملکرد و نیز امکانات تحت اختیار می‌تواند در پیشبرد روند همکاری بسیار سرنوشت‌ساز بوده و در سوابق تعاملات فی مابین، منحصر به فرد باشد. به همین منظور در طی این مدت تفاهم‌نامه‌هایی بین انجمن پزشکان عمومی استان کرمان و ریاست دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، معاونت آموزشی دانشگاه، معاونت درمان دانشگاه، مدیریت درمان تامین اجتماعی استان کرمان مبادله شد که نتایج موفق‌تری را نیز به دنبال داشت. البته این تفاهم‌نامه‌ها فارغ از دیگر همکاری‌های نزدیک با دستگاه‌های مختلف از جمله سازمان‌های نظام پزشکی سطح استان است که تعامل بسیار نزدیکی با انجمن دارند.

ایفای نقش محوری انجمن پزشکان عمومی استان کرمان در انتخابات نظام پزشکی با همکاری دیگر انجمن‌های پزشکی یکی از تأثیرگذارترین تعاملات صنفی در سطح استانی و ملی بوده است.

فعالیت‌های ویژه آموزشی

به جز دوره‌های معمول آموزشی در قالب برنامه‌های آموزش مداوم که به صورت مستقل و مشترک با دیگر انجمن‌ها برگزار شده است؛ تدوین و برگزاری دوره‌های درمان اعتیاد با داروهای آگونیست برای پزشکان (ویژه تاسیس مراکز MMT) و دوره‌هایی برای روانشناسان این مراکز و همچنین دو دوره کامل مراقبت‌های پوست و زیبایی که همگی توسط انجمن و با همکاری معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و با صدور مجوز معتبر برگزار شد و در سطح کشوری بدون نظیر بود از آن جمله است.

فعالیت‌های مطالعاتی و پژوهشی

در بخش فعالیت‌های پژوهشی نیز همکاری نزدیکی بین انجمن و

فعالیت‌های نشر و اطلاع‌رسانی

نخستین حرکت بدیع انجمن در انتشار مراجع علمی تهیه نخستین DVD «کتاب‌های الکترونیک پزشکی» مشتمل بر ۷۰ کتاب بود که با همکاری معاونت پشتیبانی نظام پزشکی شهرستان کرمان و معاونت آموزشی دانشگاه علوم

پزشکی کرمان با جذب اسپانسر مربوط، به صورت

رایگان در میان پزشکان عمومی، متخصصان، دستیاران و کارورزان کرمان و انجمن‌های کشوری توزیع شد. از دیگر فعالیت‌های اطلاع‌رسانی می‌توان به پایگاه اینترنتی KSGP.ir به عنوان ارگان رسمی و مجازی انجمن اشاره کرد. این سایت نیز دارای مجوز از مرکز ساماندهی است. همچنین انتشار کتاب راهنمای سلامت خانواده اقدام ارزشمندی بود که توسط یکی از شرکت‌های خصوصی و با همکاری کارشناسان معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و انجمن پزشکان عمومی تهیه و تدوین گردید. این کتاب مشتمل بر موضوعات سلامتی و نیازمندی‌های عمومی خانواده پیرامون اطلاعات بیماری‌ها و نحوه پیشگیری است.

نشریه دادسن نیز به عنوان ارگان رسمی انجمن پزشکان عمومی با کسب مجوز از وزارت ارشاد به صورت رسمی در حال انتشار بوده و به عنوان تنها نشریه صنفی در حوزه پزشکی استان کرمان تاکنون ۶ شماره رسمی منتشر و توزیع شده است.



طرح تحول سلامت و الزامات قانونی

دکتر حمید طهماسبی پور *

روی کرد فعلی در راستای اقدامات و سرمایه گذاری های گذشته کشور در نظام سلامت است؟

قانون چه می گوید؟

• **قانون برنامه ۵ ساله چهارم توسعه (۱۳۸۸ - ۱۳۸۴):**
ماده ۹۱- بند ب- تا پایان برنامه چهارم شورای عالی بیمه خدمات درمانی تمهیدات لازم جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع را فراهم نماید.

• **قانون برنامه ۵ ساله پنجم توسعه (۱۳۹۰ - ۱۳۹۴):**
”ماده ۳۲-بند ج- سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت مبتنی بر مراقبت های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، ...“

• **سیاست های کلی ”سلامت“ ابلاغی مقام معظم رهبری:**
”بند ۲- اولویت پیشگیری بر درمان“
”بند ۸- افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت ... منطبق بر نظام سطح بندی و ارجاع“

تقریباً بیش از دو دهه است که اکثر کارشناسان و دلسوزان نظام سلامت، تنها راه نجات اوضاع آشفتگی و بیمار بهداشت و درمان کشور را در اجرای صحیح سطح بندی خدمات، نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده می دانند. تجربه موفق بسیاری از کشورهای جهان نیز که با انتخاب این راه به موفقیت های چشمگیری در بهبود شاخص های سلامت و کاهش هزینه های سرسام آور درمان رسیده اند، گواه این مدعاست. بر همین اساس اولین زمره های پزشک خانواده و ارجاع در سال ۱۳۷۴ در تبصره ذیل ماده ۹ قانون بیمه همگانی آمد و در سال ۱۳۷۶ اولین طرح پزشک خانواده



در کمیته امداد به اجرا درآمد. اما در سال ۱۳۸۴ با توجه به تأکید صریح قانون راهبردی برنامه چهارم توسعه نخستین طرح رسمی پزشک خانواده به نام طرح ”پزشک خانواده روستایی“ با تحت پوشش قرار دادن ۲۵ میلیون جمعیت روستایی کشور و با رویکردی دولتی کلید خورد. در سال ۱۳۹۱ در دولت قبل نیز در دو استان فارس و مازندران طرح پزشک خانواده شهری البته با محوریت بخش خصوصی به اجرا درآمد. ناتوانی دولت های گذشته در اجرای سراسری طرح پزشک خانواده

”طرح تحول سلامت“ اگر نگوئیم مهم ترین، دست کم یکی از مهم ترین برنامه های دولت تدبیر و امید در عرصه داخلی است. در دولت یازدهم که با شعار اعتدال و بهره گیری از خردجمعی و تجربیات گذشته روی کار آمد، تحول در نظام سلامت می تواند تأثیری فراگیر و عمومی در حوزه سیاسی - اجتماعی داشته باشد. تحولی که موجب رفع نگرانی ها و مشکلات مردم در حوزه سلامت و درمان می شود. آرزوی دیرین و رویایی شیرین که در دوره های گذشته توسط اشخاص مختلفی وعده آن داده شد، ولی هرگز جامه عمل نپوشید.

طرح تحول فعلی که مانند دوره های گذشته با پوشش وسیع رسانه های جمعی همراه با تبلیغات سیاسی و به طور ناگهانی مطرح شد، ناظر بر مجموعه دستورالعمل هایی است که به عنوان ”بسته های سلامت“ ارائه شده است. اقدامات ارزشمندی مانند: کاهش میزان پرداختی بیماران بستری، حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، حضور پزشکان متخصص مقیم، ارتقای کیفیت خدمات ویزیت سرپایی، ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت، حمایت از بیماران خاص و صعب العالج، ترویج زایمان طبیعی و ... که در جای خود ارزشمند و لازم است. اما به واقع و از سر انصاف نمی توان بر آن ها نام ”تحول“ نهاد. اینها ضروریاتی است که وزیر بهداشت و دولت متعهدانه بر تحقق آن ها همت گمارده و بر آن پای می فشارند، نه تحول ساختاری.

چالش های فرآروی طرح تحول

طرح تحول فعلی که در شروع کار رضایت نسبی مردم و حمایت سیاسی مسئولان را فراهم کرده است، فارغ از نقد و بررسی کارشناسانه نیست. اگرچه با پایان عمر دولت ها، آثار شعارها و طرح ها بهتر آشکار می شود و قضاوت درباره آن ها آسان تر و واقعی تر است. ولی اکنون که در شروع اجرای طرح هستیم، پاسخ به برخی پرسش ها راهگشا بوده و شاید بتوان با اصلاحاتی از چالش های آینده جلوگیری به عمل آورد. پرسش هایی اساسی مانند:

۱- الزامات قانونی دولت و وزارت بهداشت در اصلاح نظام سلامت کدام است؟

۲- تأثیر اجرای طرح تحول بر بخش خصوصی درمان چیست؟

۳- آیا منابع مالی دولت برای اجرای طرح کافی و پایدار است؟ الزامات قانونی وزارت بهداشت ... در اصلاح نظام سلامت

طرح تحول گرچه موجب خشنودی اولیه مردم به ستوه آمده از هزینه های سرسام آور درمان و پشتیبانی سیاستمداران گشته است، اما تا چه حد منطبق بر قوانین بالادستی و در راستای اصلاح نظام سلامت کشور است؟ از همه مهم تر و فارغ از امیال و آرزوهای زودگذر سیاسی این گروه و آن جناح، اولویت های قانونی اصلاح و بهبود نظام سلامت کدامند؟ آیا ”طرح تحول سلامت“ با

• **بیش از دو دهه است که اکثر کارشناسان و دلسوزان نظام سلامت، تنها راه نجات اوضاع آشفتگی و بیمار بهداشت و درمان کشور را در اجرای صحیح سطح بندی خدمات، نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده می دانند.**



در کشور ناشی از کمبود بودجه بود. وگرنه در وزرای دولت های قبلی در اجرای طرح پزشک خانواده عزم جدی وجود داشت. اما اکنون که به مدد تأثیر واقعیت های ملموس بحران های عمیق نظام سلامت، مسئولان را بر آن داشته تا مقوله سلامت را به اولویت دوم - سوم جامعه ارتقا دهند و بودجه نسبتاً خوبی را برای آن تخصیص داده اند، وزارت بهداشت با نادیده گرفتن "اولویت پیشگیری بر درمان" و "نظام سطح بندی و ارجاع با محوریت پزشک خانواده" عملاً درمان محوری را راهبرد خود قرار داده و با حذف سطح اول خدمات، بودجه هنگفت سلامت را در سطح ۲ و ۳ (بخش تخصصی) هزینه می کند.

براساس سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری وظیفه اصلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:

"بند ۱-۷ تولید نظام سلامت شامل سیاست گذاری (اجرایی)، برنامه ریزی های راهبردی، ارزشیابی و نظارت" می باشد و طبق قانون برنامه پنجم توسعه:

"ماده ۳۸ - بند ۲- سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است با رعایت نظام ارجاع و سطح بندی خدمات براساس سیاست های مصوب به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش های دولتی و غیردولتی اقدام نماید."

اما وزارت بهداشت با نادیده گرفتن قوانین موکد فوق و به رغم قانون اصلاحی اصل ۴۴ قانون اساسی مبنی بر "کوچک شدن دستگاه های دولتی و کاهش تصدی گری"، در طرح تحول به گسترش درمانگاه ها و کلینیک های ویژه و بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت همراه با پرسنل مربوط اقدام نموده است.

استقرار سامانه "پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان" (ماده ۳۲ - بند الف و ب قانون برنامه پنجم) تهیه "راهنما های بالینی" (ماده ۳۲ بند د همان قانون) از وظایف اساسی و قانونی وزارتخانه است که سال هاست بر زمین مانده و کوشش چندانی برای عملی کردن آن به چشم نمی خورد.

بنابراین و براساس قوانین بالادستی، اساس و پایه ی ساماندهی نظام سلامت کشور بر چند اصل اساسی و مهم که به طور زنجیروار نیز به یکدیگر متصل هستند، استوار شده اند، نه طرح های خلق الساعه و مغایر با قوانین راهبردی.

تأثیر طرح تحول بر بخش خصوصی براساس بسته های طرح تحول:

"بیماران واجد بیمه پایه سلامت ۱۰ درصد و روستائیان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار جمعیت و سایر افرادی که از طریق نظام ارجاع (استان های فارس و مازندران) ۵ درصد کل هزینه های بستری را پرداخت می کنند."

"پزشکان متخصص و فوق تخصص در سطح ۲ و ۳ موظف به فعالیت تمام وقت و ارائه خدمات به صورت ۲۴ ساعته و ایام تعطیل در قالب آنکالی، مقیمی و کلینیک های ویژه داخل و خارج بیمارستان های دانشگاهی، کلینیک ویژه دانشگاه و کلینیک های بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در نوبت های صبح و عصر هستند."

"به منظور افزایش پاسخگویی ۲۴ ساعته، دانشگاه های علوم پزشکی مکلفند در بیمارستان های تابعه از پزشکان متخصص یا

فوق تخصص / فلوشیپ به عنوان پزشک مقیم استفاده نمایند. "پزشک مقیم موظف است در تمام ساعات مقیمی حضور فیزیکی فعال داشته و اقدامات تشخیصی و درمانی مورد نیاز بیماران مرتبط با زمینه تخصصی خود را انجام دهد. کلیه رشته های تخصصی / فوق تخصصی / فلوشیپ های مورد نیاز مراکز بیمارستانی مشمول این دستورالعمل می باشند."

"فرانشیز بیماران دارای دفترچه بیمه برای متخصص ۳۰۰۰ تومان و برای فوق تخصص ۳۶۰۰ تومان می باشد. در خصوص بیماران آزاد (فاقد بیمه) تعرفه دولتی مصوب هیات وزیران ملاک بوده و اخذ هرگونه مبلغ مازاد ممنوع است. تعرفه دولتی برای پزشک عمومی ۸، متخصص ۱۰ و فوق تخصص ۱۲ هزار تومان در سال ۹۳ می باشد." البته لازم به توضیح است که ویزیت پزشکان متخصص و فوق تخصص در بخش دولتی تقریباً مشابه بخش خصوصی است.

مثلاً در بخش دولتی ویزیت متخصص شامل:

۳۰۰۰ فرانشیز بیمار + ۱۰۰۰۰ سهم بیمه + ۹۴۰۰ پرداخت دولت از محل طرح = ۲۲۴۰۰ تومان

یا فوق تخصص: ۳۶۰۰ فرانشیز + ۱۲۰۰۰ سهم بیمه + ۱۵۹۰۰ دولت از محل طرح = ۳۱۵۰۰ تومان

"دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور مکلفند نسبت به توسعه یا ایجاد کلینیک های ویژه داخل و یا خارج بیمارستانی و دانشگاهی متناسب با تعداد و نیاز بیماران تحت پوشش اقدام نمایند."

اجرای زنجیروار این دستورالعمل ها از سویی باعث دسترسی بدون واسطه بیماران به خدمات تخصصی، افزایش تقاضاهای القایی و در نتیجه مراجعه سرسام آور مردم به درمانگاه ها و بیمارستان های دولتی به خاطر ارزان و تقریباً رایگان بودن خدمات سرپایی و بستری این مراکز می شود و از سوی دیگر کاهش کیفیت ارائه خدمات تخصصی و افزایش نجومی بودجه بخش دولتی، چالش های آینده فرآروی طرح است.

با توجه به موارد فوق، اجرای طرح تحول سلامت تأثیر عمیقی بر بخش خصوصی درمان به ویژه پزشکان عمومی خواهد گذاشت. به رغم ارزش گذاری خدمات به طور یکسان در بخش دولتی و خصوصی، همچنین واقعی نمودن قیمت خدمات و افزایش نسبتاً خوب تعرفه ها، ولی به علت پایین بودن فرانشیز بیماران در بخش خدمات سرپایی و بستری بخش دولتی و با توجه به وضعیت بد اقتصادی اکثریت جامعه، طبیعی است که اغلب بیماران به سوی درمانگاه های دولتی کشیده شوند.

البته ۲۰ تا ۳۰ درصد افراد که از اقشار مرفه جامعه هستند، به

• وزارت بهداشت با نادیده گرفتن "اولویت پیشگیری بر درمان" و "نظام سطح بندی و ارجاع با محوریت پزشک خانواده" عملاً درمان محوری را راهبرد خود قرار داده و با حذف سطح اول خدمات، بودجه هنگفت سلامت را در سطح ۲ و ۳ (بخش تخصصی) هزینه می کند.

• دولت به راهی پای نهاده که اگر چه قصد خالصانه خدمت دارد، اما بعید نیست با کسر بودجه عظیم و شگفت آوری مواجه شود و این طرح به جایی برسد که هر چه پول به آن تزریق شود، باز هم فایده ای نداشته باشد!

• طرح تحول با نادیده گرفتن سطح بندی خدمات و دور زدن سطح اول خدمات (پزشکان عمومی) موجب حذف اکثریت پزشکان عمومی از نظام سلامت کشور می شود

دلایل گوناگون با بخش دولتی میانه ی خوبی ندارند و برای پیش پافتاده ترین بیماری ها به متخصص و فوق تخصص آن هم بهترین و بالاترینش مراجعه می کنند. همین امر باعث می شود، بخش خصوصی تخصصی (سرپایی و بستری) از رهگذر طرح تحول آسیب زیادی نبیند. اما پزشکان عمومی بخش خصوصی وضعیت متفاوتی دارند.

سال ها پیش اجرای طرح پزشک خانواده روستایی موجب تعطیلی مطب و درمانگاه هزاران پزشک عمومی که سال ها جان و مال خود را در روستاها سرمایه گذاری کرده بودند، شد. حاصل سال ها زحمت آن پزشکان که همانا جلب اعتماد بیماران تحت پوششان بود، یک شبه بر باد رفت. اکنون نیز با اجرای "طرح تحول سلامت" یعنی گسترش پزشک روستایی به شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و دسترسی آزاد بیماران به خدمات تخصصی تقریباً مجانی در دیگر شهرها عملاً پزشکان عمومی بخش خصوصی در یک رقابت نابرابر با بخش دولتی (ویزیت آزاد پزشک فوق تخصص درمانگاه دولتی معادل فرانشیز بیمار بیمه ای در مطب پزشک عمومی بخش خصوصی است) ورشکسته و حذف می شوند. طبق آخرین آمارها ۲۵ تا ۲۸ هزار پزشک عمومی در بخش خصوصی (مطب و درمانگاه) مشغول کارند. بنابراین طرح تحول با نادیده گرفتن سطح بندی خدمات و دور زدن سطح اول خدمات (پزشکان عمومی) موجب حذف اکثریت پزشکان عمومی از نظام سلامت کشور می شود.

پایداری منابع مالی

با نگاهی اجمالی به بسته های طرح تحول سلامت درمی یابیم اجرایی شدن این اقدامات نیازمند تزریق دائمی "پول" به شبکه بهداشت و درمان کشور است. دکتر هاشمی وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مصاحبه با خبرگزاری فارس در تاریخ ۱۸ / ۴ / ۹۳ می گوید: "وزارت بهداشت که الان کاملاً لخت است و اصلاً قادر به تحرک نیست، چایک نیست، خیلی متورم است. همین الان که ۴۲۰ هزار نیرو داریم حداقل ۳۰۰ هزار نیرو کم داریم و اگر همین مسیر را ادامه بدهیم اگر همه بودجه کشور را هم بگذاریم، خواهد بلعید."

اکنون که این طرح ملی در حال اجراست، نخستین پرسش این است که دولت تا کجا و تا چه میزان می تواند به این طرح پول تزریق کند؟ می دانیم که تحقق وعده های داده شده به مردم مبنی بر اجرای بیمه همگانی و تأمین بخش اعظم هزینه درمان بیماران بستری و ... در گروه ها هزار میلیارد تومان منابع مالی است که باید در اختیار وزارت بهداشت قرار گیرد و این وزارتخانه هم با مدیریت صحیح و نظارت دقیق آن را به خدمتی شیرین برای مردم تبدیل کند. اما واقعاً چنین پولی در اختیار وزارت بهداشت هست؟ و آیا قانون بودجه و سایر مقررات قانونی چنین امری را مصوب و ریل گذاری کرده است؟

گفته می شود ۱۰ درصد از منابع ناشی از افزایش قیمت ها در فاز دوم هدفمندی یارانه ها و یک درصد مالیات ارزش افزوده، صرف این کار خواهد شد. اما در نگاهی واقع بینانه، دولت سالانه ۴۰ هزار و پانصد میلیارد تومان یارانه می دهد. افزایش قیمت ها در فاز دوم هدفمندی، حدود ده هزار میلیارد تومان برای دولت عایدی در بر داشته است. دولت از قبل یعنی در مرحله اول آزادسازی قیمت ها ۲۸ هزار میلیارد تومان درآمد داشته است.

یعنی درآمد دولت جمعاً ۳۸ هزار میلیارد تومان است و متأسفانه ۲۵۰۰ میلیارد تومان برای پرداخت اصل یارانه ها کسری دارد! تازه اگر از دیگر تکالیف دولت برای پرداخت یارانه تولید، اشتغال برای بیکاران و ... بگذریم. یک حساب سرانگشتی نشان می دهد که دولت به راهی پای نهاده که اگر چه قصد خالصانه خدمت دارد، اما بعید نیست با کسر بودجه عظیم و شگفت آوری مواجه شود و این طرح به جایی برسد که هر چه پول به آن تزریق شود، باز هم فایده ای نداشته باشد!

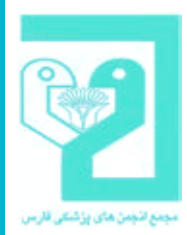
وقتی در قانون ۵ ساله پنجم توسعه ماده ۳۸ آمده "کاهش سهم مردم از هزینه های سلامت به سی درصد" چه الزامی وجود دارد این کاهش به ۵ و ۱۰ درصد تقلیل یابد؟ مردمی که تا دیروز بین ۵۰ تا ۷۰ درصد هزینه های سلامت را از جیب می پرداختند، راضی به پرداخت همان ۳۰ درصد هستند، البته به شرط پایدار و منطقی بودن طرح ها. آیا تقریباً رایگان کردن هزینه های درمان و از سویی فراهم نمودن دسترسی مستقیم و بی واسطه بیماران به سطح ۲ و ۳ درمان، تقاضای القایی در دو سوی رابطه یعنی مردم و پزشکان سطح ۲ و ۳ مستقر در بیمارستان های دولتی را بالا نمی برد؟ گزارش های موجود نشان از افزایش ۲۰ تا ۳۰ درصدی مراجعات به بیمارستان های دولتی است. یا گفته می شود تعداد زیادی از بیماران شکستگی که قبلاً با گچ گیری ساده درمان می شدند، همگی به اتاق عمل برده و تحت عمل جراحی قرار می گیرند و ...



آیا زیرساخت های موجود و منابع مالی فعلی پاسخگوی تقاضاهای القایی می باشد؟

وظایف قانونی وزارت بهداشت و درمان

- جمع بیمه ها و تشکیل سازمان بیمه سلامت ایرانیان
- ارائه خدمات بیمه پایه سلامت برای عموم مردم کشور
- استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان
- سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت بر مبنای سطح بندی خدمات و با محوریت پزشک خانواده و سیستم ارجاع
- تدوین بسته های جامع خدمات بهداشتی - درمانی و راهنماهای بالینی (Guide lines)
- خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش دولتی و غیردولتی
- تدوین تعرفه یکسان خدمات و مراقبت های سلامت برای بخش دولتی و غیردولتی
- کاهش سهم مردم از هزینه های سلامت به ۳۰ درصد
- تولید نظام سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شامل: سیاست گذاری، برنامه ریزی های راهبردی، ارزشیابی و نظارت



دیدگاه های مجمع انجمن های پزشکی استان فارس پیرامون اجرای برنامه پزشک خانواده در منطقه



**نکات مهمی که در خصوص اجرای طرح در منطقه
با آن روبرو هستیم شامل
موارد زیر است:**

(۱) رضایت نسبی پزشکان عمومی به دلیل افزایش درآمد و تقسیم بیماران میان پزشکان شاغل از نقاط مثبت طرح است. در حقیقت موافقان ادامه برنامه پزشک خانواده در فارس پزشکان عمومی هستند که وضعیت معیشتی آن ها به دلیل پرداخت های نسبتاً خوب تخصیص یافته بهتر شده است و متأسفانه پزشکان بخش دولتی نیز در این طرح به کار گرفته شده اند که از معایب طرح به شمار می رود.

(۲) اکنون با گذشت دو سال و اندی بعضی از زیرساخت ها و ملزومات برای ادامه و ارتقای کیفی طرح پزشک خانواده در شیراز فراهم شده است و توقف و یا شکست طرح علاوه بر به هدر رفتن سرمایه انسانی و مادی به کار رفته در این مدت دلسردی و نداشتن انگیزه ی تلاشگران این عرصه را به همراه خواهد داشت.

(۳) مهم ترین شکایت و نارضایتی بیماران محدود شدن اختیار آن ها برای مراجعات مکرر به کلینیک های تخصصی است. ناکارایی فاحش آن و بی اعتبار شدن دفترچه های بیمه خدمات درمانی و تأمین اجتماعی است. این دفترچه ها تنها با مهر پزشک خانواده قابل استفاده است. عدم استقبال متخصصان به نام و سرشناس شهر از طرح و پرداخت هزینه کامل ویزیت، پاراکلینیک و رادیولوژی که در مراجعه به مطب های غیرطرف قرارداد مورد پذیرش بیمه ها نبوده نیز از دیگر دلایل نارضایتی شدید مردم است. **(۴) به علت قطع بیمه ها و عدم پرداخت توسط موسسات بیمه گر به دلیل اختصاص نیافتن بودجه مناسب درصد پرداختی مردم برای انجام امور پاراکلینیک و رادیولوژی حتی در مراجعه به موسسات طرف قرارداد بخش خصوصی بسیار بالاست که تا ۸۰ درصد کل هزینه را شامل می شود. به طور مثال یک سونوگرافی کامل به صورت آزاد ۶۰ هزار تومان و با دفترچه ۴۸ هزار تومان می گردد که هزینه توسط بیمار باید پرداخت گردد.**

(۵) لغو قرارداد سریع پزشکان عمومی که وارد طرح نشده اند در سطح استان و ناهمپوشانی کافی در آغاز طرح و پذیرفته نشدن درخواست های دارویی و پاراکلینیک این پزشکان در دفترچه های بیمه از دلایل عمده نارضایتی پزشکان عمومی خارج از طرح به شمار می رود. این در حالیست که در حال حاضر کماکان بیمه ها درخواست های دارویی متخصصان خارج از طرح را می پذیرند و تنها برای پاراکلینیک محدودیت وجود دارد که آن را هم بیشتر بیمه های تکمیلی پوشش می دهند.

درخواست اصلی پزشکان عمومی خارج از طرح در درجه اول برقرار شدن مجدد قراردادهای بیمه آنان و یا پذیرفتن دستورات دارویی و پاراکلینیک آن ها توسط بیمه هاست. چرا که گروهی از پزشکان پیشکسوت، توانمند و باتجربه که در میان بیماران خود هنوز جایگاه خود را حفظ کرده اند

پزشک خانواده از حدود ۵۰ تا ۶۰ سال پیش در بعضی از کشورهای اروپایی از جمله انگلیس، آلمان، ایتالیا و سوئد شکل گرفت و هدف آن تأمین عادلانه سلامت مردم بود. جملگی این کشورهای توسعه یافته از درآمد سرانه بسیار بالایی در مقایسه با کشورهای کمتر توسعه یافته برخوردارند که بین ۱۵-۱۲ درصد از درآمد ملی آن ها در حوزه سلامت هزینه می گردد. در مقایسه با ایران که حدود ۶-۷ درصد از درآمد ملی در حوزه سلامت هزینه می گردد. نحوه اجرای پزشک خانواده به شیوه ای است که پزشکان طرف قرارداد با بیمارستان هایی که عمدتاً دولتی می باشند حقوق و مزایای خود را نیز از آن ها دریافت می نمایند. در این کشورها بیمه های اجتماعی توسعه یافته و همه آحاد مردم از چتر حمایتی بیمه ها برخوردارند و رابطه مالی و پولی بین بیمار، پزشک، بیمارستان و مطب به نحوی مدیریت شده است که بیماران وجه بسیار اندکی برای تشخیص و درمان خود می پردازند. تعرفه های خدمات پزشکی در این کشورها واقعی است و بیمه های گوناگون هزینه های تشخیصی درمانی (سلامت) را با تعرفه واقعی می پردازند. در موارد اورژانس دسترسی به امکانات پزشکی و بیمارستانی بسیار آسان و سریع است. در حال حاضر همین کشورها به علت پاره ای مشکلات و معایب به توسعه امکانات تشخیصی- درمانی بخش خصوصی روی آورده و هر روز آن را گسترش می دهند و به تقویت بیمه های درمانی خصوصی می پردازند.

در تیر ماه سال ۱۳۹۱ با وجود نظرات بسیاری از کارشناسان و صاحب نظران جامعه پزشکی و مخالفت های مکرر به دلیل فراهم نبودن زیرساخت های لازم و اصرار مسئولان سیاسی و متولیان نظام سلامت استان، طرح پزشک خانواده شهری بدون بررسی و بدون مشاوره در فارس کلید زده شد. اولین استان اجرا کننده که بر اساس یک رویکرد سیاسی چنین برنامه ای را قبول کرد، استان فارس بود بدون اینکه بخواهیم وارد دشواری ها و سختی هایی که این دو سال داشته است، بشویم با توضیحاتی مقدماتی وضعیت فعلی آن را بررسی می کنیم:

• مهم ترین شکایت و نارضایتی بیماران محدود شدن اختیار آن ها برای مراجعات مکرر به کلینیک های تخصصی است.

• در کشورهای پیشرفته وقتی بیماری به متخصص ارجاع داده شد نیاز به مراجعات مکرر به پزشک خانواده برای پیگیری و اجازه ویزیت مجدد وجود ندارد. گرچه برای برخی بیماران صعب العلاج تمهیداتی اندیشیده شده، ولی هنوز عمومیت پیدا نکرده است.

عادت های مرسوم و شرایط اقلیمی موجود کارایی وجود ندارد و مراجعات بسیار پایین است. تغییر ساعت کار از ۹ صبح تا ۴ بعدازظهر مانند بسیاری از کشورها مانند استرالیا و کانادا می تواند گره گشا باشد. در حال حاضر نه تنها ادارات بلکه سیستم های درمانی دولتی و غیردولتی نیز مانند درمانگاه های دولتی، شرکت نفت، شهرداری و ... به صورت یکسره کار می کنند. البته ساماندهی اورژانس های پزشک خانواده در خارج از این ساعات نیز ضروری است، ایجاد کلینیک با دو یا سه پزشک که بتواند به صورت یکسره از صبح تا ۸ شب خدمات ارائه دهند.

در حال حاضر بار مراجعات بیماران خانواده به مراکز تخصصی دولتی دانشگاه به صورت سرسام آوری افزایش یافته و این باعث افت شدید کیفیت درمان که به تبع آن افت آموزشی را به دنبال خواهد داشت. مراکز دانشگاهی که وظیفه اصلی آن ها آموزش دانشجویان پزشکی و رشته های وابسته است همگی درگیر امر درمان شهر شده اند. این امر باعث گسترش بی رویه بخش دولتی درمان شده است. به نظر نمی رسد برنامه نظام، افزایش بی رویه تصدی گری دولتی در درمان باشد. اما متأسفانه موضوع دولتی شدن درمان در فارس به شدت در حال گسترش است و به محاق بردن بخش خصوصی مد نظر است و

و به دلایل گوناگون نخواستہ و یا قادر به شرکت در طرح نبوده اند، با مراجعین خود دچار مشکل جدی هستند و نارضایتی بیماران نیز به جو روانی موجود دامن می زند. با توجه به مراحل بالا به نظر می رسد در شیوه اجرایی آن باید تغییرات عمده و با زمان بندی طولانی مدت پیگیری شود.

الف) ایجاد امکاناتی که بیماران مزمن، قلبی و شناخته شده، زنان حامله و ... نیاز به مراجعات مکرر به پزشک خانواده برای دریافت فرم ارجاع نداشته باشند. در کشورهای پیشرفته وقتی بیماری به متخصص ارجاع داده شد نیاز به مراجعات مکرر به پزشک خانواده برای پیگیری و اجازه ویزیت مجدد وجود ندارد. گرچه برای برخی بیماران صعب العلاج تمهیداتی اندیشیده شده ولی هنوز عمومیت پیدا نکرده است.

ب) افزایش اختیارات پزشک خانواده که با مخالفت بیمه ها صورت گرفته است ضروری است. در حال حاضر بسیاری از ارجاعات برای تجویز داروهای تخصصی، دستورات رادیولوژی و اقدامات تشخیصی که در حوزه اختیارات پزشکان عمومی نیست به صورت مکرر صورت می گیرد. به طور مثال بیمار برای دریافت انسولین Lan-tos هر ماه باید یک فرم ارجاع دریافت کند تا متخصص مربوطه داروی او را در دفترچه قید کند.

ج) وجود ۵۰ درصد پزشکان خانواده نیمه وقت باعث شده که بیماران دسترسی کافی به پزشکان خانواده خود نداشته باشند. در این رابطه باید هرچه سریع تر اندیشه لازم صورت گیرد.

د) پس از اجرای طرح بسیاری از متخصصان اطفال با افت شدید بیمار مواجه شده اند که سلامت کودکان و آیندگان مملکت را با تهدید روبرو می کند. پیشنهاد می گردد که کودکان زیر ۱۰ سال بتوانند بدون نیاز به فرم ارجاع پزشک خانواده البته با تعرفه های عادلانه توسط متخصصان اطفال ویزیت شوند و بیمه ها موظف به پرداخت سهم خود شوند. این اقدام علاوه بر ارتقای سلامت کودکان و افزایش کیفیت خدمات به آن ها رضایتمندی همکاران متخصص اطفال را نیز به دنبال خواهد داشت.

ه) اصلاح نظام پرداخت پزشک خانواده از شیوه Per Capita (سرانه) به روش های Mixed payment که ترکیبی از سرانه و FFS است می تواند عدالت بهتری را در پرداخت ها ایجاد کند که این موضوع در بسیاری از کشورهای پیشرو در طرح پزشک خانواده در جهان رعایت می شود.

و) یکسره شدن ساعات کار پزشکان خانواده در صورتی که در دو محل مطب نداشته باشند، می تواند به بسیاری از نابسامانی های موجود را در حدی پایان دهد و شیوه فعلی ۸-۱۲ صبح و ۴-۸ بعدازظهر و تعطیل شدن ۴ ساعت میان روز کلینیک های خانواده بسیار غیرمنطقی است. چرا که در ساعات اولیه صبح و عصر عملاً به دلیل

• پیشنهاد می گردد که کودکان زیر ۱۰ سال بتوانند بدون نیاز به فرم ارجاع پزشک خانواده البته با تعرفه های عادلانه توسط متخصصان اطفال ویزیت شوند و بیمه ها موظف به پرداخت سهم خود شوند.

• موضوع دولتی شدن درمان در فارس به شدت در حال گسترش است و به محاق بردن بخش خصوصی مد نظر است و بعضاً با کارشکنی و ایجاد محدودیت برای خدمتگزاران بخش خصوصی همراه شده است.



بعضاً با کارشکنی و ایجاد محدودیت برای خدمتگزاران بخش خصوصی همراه شده است. پرداخت های تا دو برابر بخش خصوصی در مراکز دانشگاهی مانند حق ویزیت از ۴۸ هزار تومان تا ۶۷ هزار تومان برای اعضای هیات علمی (با مراجعات بالای ۶۰ تا ۷۰ بیمار در روز) توسط بیمه ها در نظام ارجاع از نکات قابل توجه در این رابطه است.

پیشنهاد می شود با تشویق و ترغیب متخصصان رشته های مختلف در بخش خصوصی و همچنین پاراکلینیک ها و رادیولوژی ها، تعرفه های مناسب واقعی وضع گردیده و با پرداخت های منظم توسط بیمه ها زمینه همکاری آن ها با طرح پزشک خانواده فراهم شود.

آخرین موضوع نیز در خصوص اعلام افزایش سرانه پزشک خانواده در سال ۹۳ است که به هیچ وجه با نرخ تورم همخوانی ندارد. در حالی که تعرفه ویزیت در بخش دولتی ۵۱ درصد افزایش داشته است. این افزایش برای پزشک خانواده تمام وقت ۳۰ درصد و برای نیمه وقت تنها ۱۰ درصد اعلام گردیده و اجرای آن نیز به تیر ماه ۹۳ موکول می گردد. این اقدام با واکنش شدید و اعتراض پزشکان خانواده فارس همراه بوده و موجب دلسردی، نارضایتی و انگیزه نداشتن آن ها در انجام وظیفه دشوارشان شده است.





دکتر مهران قسمتی زاده *

حلقه های مفقوده

شما چه فکر می کنید؟

چرا برنامه‌ی پزشک خانواده از سال ۱۳۸۳ تاکنون در کشور ما به رغم تمامی حمایت‌های قانونی به جز در بخشی از کشور آن هم به شکل دست و پا شکسته اجرا نشده است؟ به احتمال زیاد تمامی افرادی که به سرنوشت نظام سلامت کشور علاقه مند و نظاره گر تکاپوی چندین ساله‌ی مسئولان دولتی و غیردولتی برای اصلاح این نظام هستند، در این مورد پیش خود به پاسخ رسیده‌اند. اما هر یک با توجه به جایگاه خود از پاسخ بدان طفره می‌روند. در اینجا من سعی می‌کنم تا حد امکان و با توجه به بضاعت خود به این امر بپردازم و جنبه‌های تاریک این چرایی را تا حد توان روشن سازم. شاید این پرسش را بتوان به شکل دیگری مطرح کرد و در پاسخ به آن به نیت پاسخ دهنده نیز پی برد: آیا پزشک خانواده می‌تواند نظام سلامت کشور ما را اصلاح کند؟

گرچه پاسخ به این پرسش در گرو آن است که نخست مشخص سازیم منظورمان از اصلاح نظام سلامت چیست و اینکه قصد داریم کدام بخش و اجزای نظام سلامت را اصلاح کنیم، اما فکر می‌کنم با توجه به حجم زیاد مطالب که تاکنون در مورد معایب این نظام منتشر و یا بیان شده، برشمردن آن‌ها در این یادداشت هم خسته کننده باشد و هم ما را از هدف اصلی دور کند، ولی شاید بتوان همه آن‌ها را در چند عبارت خلاصه کرد:

- ۱- نبود عدالت در عرضه‌ی خدمات
- ۲- دسترسی ناکافی به خدمات سلامت در بسیاری از مناطق کشور
- ۳- تحمیل هزینه‌های گزاف بر مردم و نظام سلامت خدماتی که توسط اثر القایی بالا در عرضه‌ی خدمات و همچنین پدیده‌ی شوم زیر میزی
- ۴- درمان محور بودن نظام سلامت و کم توجهی به امر پیشگیری و آموزشی
- ۵- استفاده ناصحیح از امکانات بالقوه‌ی نظام سلامت
- ۶- نبود کار تیمی و مکمل هم در نظام سلامت
- ۷- ...

کسانی که بر ایده‌ی پزشک خانواده به عنوان محور عرضه‌ی خدمات سلامت در کشور تأکید می‌کنند معتقدند که پزشک خانواده به دلیل دید جامع نگر خود و همچنین شناخت صحیح‌تری که از افراد تحت پوشش خود دارد و همچنین با تکیه بر ابزارهایی که در اختیار دارد از جمله پرونده الکترونیک، راهنماهای بالینی و... با توجه به اولویت‌گذاری خدماتی توسط وزارت بهداشت می‌تواند با ایجاد شبکه‌ی درمان مرتبط بسیاری از معضلات نظام

• با وجود تأکیدهای بسیار مسئولان وزارت بهداشت از سال ۸۳ بر اجرا و حتی در دوره‌هایی تلاش‌های شتاب زده در اجرای طرح پزشک خانواده، تاکنون اجرای این برنامه برخلاف هیاهوی بسیار آن در کشور به شکل فراگیر عملیاتی نشده و در مناطقی که اجرا شده نیز بسیار دست و پا شکسته بوده است.

سلامت را سر و سامان دهد. امری که در طی سال‌های اخیر از دید قانون‌گذاران کشور دور نمانده و در قوانین مختلف بارها بدان اشاره کرده‌اند.

اما متأسفانه با وجود تأکیدهای بسیار مسئولان وزارت بهداشت از سال ۸۳ بر اجرا و حتی در دوره‌هایی تلاش‌های شتاب زده در اجرای آن، تاکنون اجرای این برنامه برخلاف هیاهوی بسیار آن در کشور به شکل فراگیر عملیاتی نشده و در مناطقی که اجرا شده نیز بسیار دست و پا شکسته بوده است. حال نیز اگر یک ناظر بی‌طرف به ارزیابی آن بپردازد می‌بیند که آنچه در کشور پیاده شده ماکتی از پزشک خانواده است که اصلاحات پیاپی آن نیز قلب مشکلات اصلی برنامه در حال اجرا را نشانه نرفته است. به راحتی با نظرسنجی از پزشکان و مردم و حتی مسئولان اجرایی رده پایین‌تر برنامه می‌توان دید که بین شیوه اجرای این برنامه و برنامه مسکن مهر شباهت‌های بسیاری وجود دارد. در برنامه مسکن مهر در نقاط فاقد امکانات اولیه چون آب و برق و گاز به احداث بنا اقدام شد و به همین دلیل متأسفانه بسیاری از این خانه‌های ساخته شده قابلیت سکنی گزیدن صاحبان خود را نداشته و ندارند. برنامه پزشکان خانواده نیز بدون وجود زیرساخت‌ها به اجرا در آمد و از آن بدتر ظرف ۱۰ سال اجرای خود باز هم فاقد زیرساخت‌های لازم است. البته شاید شما با من موافق نباشید، اما به نظر من پایه‌های اصلی استقرار برنامه پزشک خانواده هنوز در کشور کار گذاشته نشده است به همین دلیل هم هنوز این برنامه بیشتر به یک ماکت نمایشی شباهت دارد تا به برنامه برای نجات نظام سلامت کشور.

در ادامه سعی می‌کنم با برشمردن زیرساخت‌ها و پایه‌های اساسی و لازم برای استقرار صحیح پزشک خانواده در نظام سلامت که از آن‌ها غفلت شده، دلایل خود را برای این ادعا بیان کنم:

۱- آمادگی پزشکان عمومی برای قبول مسئولیت محوری پیش از ورود به این بحث باید به خاطر آوریم که در طی سال‌های گذشته حدود ۲۵۰۰۰ پزشک عمومی عرضه خدمات درمانی سطح یک را در نظام سلامت برعهده داشتند، اما به دلیل وجود محدودیت‌های بسیار در به کارگیری شیوه‌های مختلف درمانی و تجویز مداخلات تشخیصی و درمان، روز به روز از دامنه‌ی مداخلات ایشان کاسته شده است و عملاً این وضع و نبود آموزش‌های کافی در این موارد سبب شده که مردم روز به روز کمتر



یا پزشکان ۲ و ۳ به برنامه نپیوسته اند و یا در صورت حضور در برنامه با ندادن پس خوراند صحیح شرایط را برای پیگیری های بعدی پزشک خانواده فراهم نیاورده اند که این خود باز هم منجر به مداخلات جزیره ای در سیر درمان بیماران شده است.

پیشنهاد:

در شرایط کنونی با وجود کلینیک های ویژه و حضور تمام وقت پزشکان سطح ۲ و ۳ در آن ها (پزشکان فاقد مطب خصوصی) امکان ایجاد ارتباط مناسب بین سطوح گوناگون عرضه خدمات و دریافت پس خوراند مناسب مقدور است. از سویی می توان براساس اولویت های وزارت بهداشت و نیازهای نظام سلامت تعدادی از پزشکان عمومی را که علاقه به کار در رشته تخصصی خاصی دارند به گونه ای آموزش داد که به مقدار زیادی با عرضه خدمات تخصصی سرپایی ساده بپردازند. این پزشکان حتی می توانند در نقاطی که فاقد پزشکان متخصص هستند تا حد زیادی نیازهای مناطق محروم را برطرف سازند.

۴- طراحی بسته خدماتی غبرواقعی و بر مبنای تفکری ایده آلیستی و نامتناسب با اوقات کاری و توان اجرایی تیم سلامت. همکاران من (چه پزشکی که در شیراز و مازندران در طرح پزشک خانواده مشغول به کارند و چه کارشناسان و فعالان انجمن) بارها و بارها در مقالات مختلف به این امر اشاره و ثابت کرده اند که تیم سلامت و به ویژه پزشک تیم، زمان لازم برای عرضه کامل بسته خدمات را به تعداد زیاد افراد تحت پوشش خود در اختیار ندارند و از این رو این خدمات بیشتر بر روی کاغذ می مانند. از سوی دیگر این بسته براساس اولویت های نظام سلامت طراحی نشده است بلکه به طور گلوبال تمام خدمات در آن قرار گرفته درست است و از سوی دیگر بر این بسته روح پیشگیرانه حاکم نیست. به همین دلیل دور از انتظار نیست که پس از عرضه نیم بند آن توسط پزشکان خانواده اولویت های وزارت بهداشت در ۱۰ سال آینده نیز چندان تغییری نکند.

پیشنهاد:

بهرتر است در تدوین بسته، عرضه واقعی خدمات مدنظر باشد. از این رو اولین قدم در این مورد کاهش تعداد افراد تحت پوشش هر پزشک است و دومین کار سپردن بسیاری از خدمات بسته خدمات به افراد دیگری از تیم خدمات (کسانی که در این مورد آموزش کافی دیده اند) و گام سوم اولویت بندی و ارزش گذاری

به پزشکان عمومی مراجعه کنند. از این رو لازم است پزشکان عمومی وارد شونده به این طرح در قالب راهنماهای بالینی و همچنین دوره های آموزشی ویژه، توانمند شوند. امری که متأسفانه ظرف ۱۰ سال گذشته مورد غفلت قرار گرفته است.

پیشنهاد:

شاید نخستین قدم در این مورد رفع محدودیت های اعمال شده در عرضه و تجویز خدمات درمانی و تشخیصی به وسیله پزشکان عمومی باشد و گام دوم برگزاری دوره های آموزشی کوتاه مدت برای توانمندسازی بیشتر پزشکان خانواده براساس اولویت ها و نیازهای نظام سلامت.

۲- طراحی نشدن پرونده الکترونیک سلامت برای هر ایرانی به عنوان شریان ارتباطی مداخله گران سلامت از یک سو و تشکیل بانک سوابق بیماری وی از سوی دیگر. متأسفانه با وجود تبلیغات گوناگون هنوز در این مورد اقدام موثری به عمل نیامده است. بد نیست بدانیم این امر هم در شیراز و هم در پزشکان خانواده روستایی جزو دغدغه ها و مطالبات اصلی پزشکان عمومی شاغل در برنامه است. شاید بی راه نباشد اگر ادعا شود که به راه نیفتادن پرونده الکترونیک در کشور نه ناشی از نبود پتانسیل فنی، بلکه ناشی از نبود عزم جدی در راه اندازی آن بوده است. امری که در طی یک ساله پس از استقرار دولت جدید نیز در روند آن تغییری مشاهده نمی شود.

توجه:

با توجه به بضاعت کنونی دانش انفورماتیک کشور بسیاری از متخصصان این رشته ادعا می کنند که طراحی و راه اندازی پرونده الکترونیک سلامت کشور و همچنین برگزاری دوره های آموزشی برای کاربران آن به زمانی حدود یک سال نیاز دارد. البته اگر عزم وزارت بهداشت در این مورد جزم باشد. مسلماً انجمن پزشکان عمومی همانگونه که بارها در ملاقات با مسئولان عالی رتبه وزارت بهداشت اعلام کرده است حاضر به انجام هر گونه همکاری در این زمینه است.

۳- نبود هماهنگی و ارتباط لازم بین سطوح مختلف عرضه خدمات درمانی. لازم به یادآوری است که با استقرار پزشک خانواده قرار است وی هم نقش دروازه بانی را در عرضه خدمات بازی کند و هم نقش حمایتی و پیگیرانه را در تداوم برنامه های درمانی بیمار داشته باشد. اما متأسفانه به دلایل گوناگون تاکنون

• تبدیل نوع پرداخت به شیوه ترکیبی (سرانه + FFS + تشویقی) سبب بهبود کیفیت خدمات خواهد شد و وزارت بهداشت با استفاده از این ابزار مالی می تواند از سیاست خود در اولویت بندی خدمات حمایت کند.

• حذف فرانشیز
در هنگام عرضه
خدمات مسلماً منجر
به مراجعات بیش
از اندازه بیماران
به مراکز درمانی
خواهد شد و پرسنل
و کادر درمانی را از
پرداختن به تمامی
خدمات سلامت باز
خواهد داشت.

• کلینیک‌های ویژه
می‌توانند محلی برای
آموزش درمانگاهی
به پزشکان خانواده
باشند و همچنین
فضایی از آن‌ها
را برای برگزاری
دوره‌های کوتاه مدت
آموزشی اختصاص
داد

خدمات با رویکردی پیشگیرانه است.

۵ - هم اکنون پرداخت به پزشکان به شکل سرانه انجام می‌شود، شیوه‌ای که به دلیل شکل خود تأثیری بر چگونگی اجرای محتویات بسته خدمات ندارد و نمی‌تواند به عنوان محرک بعضی از خدماتی که سیاست‌گذار قصد تقویت آن را دارد عمل کند. این وضعیت شرایط را برای حذف خدمات پر ریسک‌تر و مشکل‌تر آماده می‌کند.

پیشنهاد:

تبدیل نوع پرداخت به شیوه‌ی ترکیبی (سرانه + FFS + تشویقی) سبب بهبود کیفیت خدمات خواهد شد و وزارت بهداشت با استفاده از این ابزار مالی می‌تواند از سیاست خود در اولویت‌بندی خدمات حمایت کند. در حالی که استفاده از سیستم پرداخت سرانه به تنهایی سیستم را از پویایی لازم تهی می‌کند. پرداخت تشویقی برای بهبود خدمات پیشگیرانه می‌تواند نقش بسزایی در بهبود این اقدامات داشته باشد.

۶ - با وجود تأکید چندین باره در قانون و دستورالعمل‌های برنامه‌ی پزشک خانواده بر لزوم تدوین راهکارهای بالینی، متأسفانه تاکنون در این مورد اقدام درخور انجام نشده است. راهکارهای بالینی زمان، نوع و فرد مسئول را در سیر درمان تعریف می‌کنند و از سرگردانی بیمار می‌کاهند و دقت عمل عرضه‌کنندگان خدمات را بیشتر کرده کیفیت عرضه‌ی خدمات را بهبود می‌بخشد. پزشکان شیراز و مازندران و پزشکان روستا بارها در اجتماعات و مکاتبات خود به نیاز روزافزون خود به این راهنماهای بالینی تأکید کرده‌اند.

پیشنهاد:

سازمانی حرفه‌ای و مستقل زیر نظر وزارت بهداشت و یا نظام پزشکی و شاید مجمع انجمن‌های علمی می‌تواند وظیفه تدوین، روزآمدی و بومی‌سازی راهکارهای بالینی را بر عهده گیرد و با اولویت‌بندی اولیه نسبت به تهیه آن‌ها اقدام کند. لازم به تأکید است که تدوین اولیه این راهنماها به تنهایی مشکل‌چندانی را حل نمی‌کند بلکه باید برای روزآمد کردن آن‌ها حتماً سازمانی را به طور حرفه‌ای به این کار گمارد و دیگر اینکه تمهیداتی اندیشید که جامعه و پزشکان رعایت این راهکارها را بپذیرند و از آن‌ها پیروی کنند.

۷ - نبود اعضای تیم عرضه‌کننده خدمات در هیات‌های سیاست‌گذاری، اجرایی و همچنین در تدوین قراردادها. به نظر می‌رسد دیگر زمان انعقاد قراردادهای یک‌طرفه به سر آمده است. حضور نمایندگان عرضه‌کنندگان خدمات در هنگام تدوین متن قرارداد و تجدید آن‌ها سبب می‌شود که هم حقوق افراد حفظ شود و هم شرایط برای عرضه باکیفیت‌تر خدمات مهیا می‌کند.

پیشنهاد:

۱ - حضور نمایندگان انجمن و دیگر عرضه‌کنندگان خدمات در هیات‌های سیاست‌گذاری و اجرایی
۲ - نمایندگان تمامی اعضای تیم ارائه خدمات که قرارداد همکاری با وزارتخانه منعقد می‌کنند باید در تیم تدوین متن قرارداد حضور داشته باشند و جلساتی نیز برای تمدید سالانه این قرارداد پیش‌بینی شود
۳ - وجود هیات حل اختلاف بی‌طرف با حضور نماینده عرضه‌کنندگان خدمات می‌تواند تداوم خدمات را تضمین کند.

۴ - انجمن پزشکان عمومی و یا اتحادیه‌ای که زیر نظر این انجمن تشکیل می‌شود می‌تواند در هیات تدوین قرارداد حضور داشته باشد و از سوی دیگر پزشکان عمومی با تشکیل شرکت‌هایی برای عرضه خدمات در محدوده خاصی در یک منطقه وسیع با وزارت بهداشت قرارداد منعقد کنند.

۸ - در شرایط کنونی برای ورود پزشکان تازه فارغ‌التحصیل به بازار عرضه خدمات سلامت (پس از گذراندن طرح) هیچ فکری نشده است و این امر از سویی سبب ایجاد نارضایتی پزشکان عمومی جدید از وضعیت خود و احساس عدم امنیت شغلی در آنان می‌شود و از سویی چون آموزش‌های دوران تحصیل در شرایط کنونی بسیار دور از محیط واقعی طبابت است در نتیجه بسیاری از فارغ‌التحصیلان مدت‌ها در درمان بیماران خود دچار سردرگمی هستند.

پیشنهاد:

پزشکان پس از فارغ‌التحصیلی برای مدتی ۱ تا ۲ سال در مطب پزشکان خانواده به کارورزی بپردازند. آن‌ها بخشی از دوره کارورزی خود را می‌توانند در کلینیک‌های ویژه سپری کنند.

مسلماً با توجه به تمایل شدید تخصص‌گرایی در مردم ما، کلینیک‌های ویژه با تعداد اندک پزشک سطح ۲ و ۳ از پس پاسخگویی به نیازهای جامعه برنمی‌آیند و به دلیل اعمال طرح ارجاع احتمالاً صف‌های طولانی برای آنان تشکیل خواهد شد. به منظور کاهش این صف می‌توان با توجه به نیاز جامعه بخشی از پزشکان عمومی را آموزش داد تا خدمات سرپایی متخصصان را زیر نظر ایشان به مردم ارائه کنند. مسلماً این امر هم از نیاز جامعه خواهد کاست و هم شرایط کاری برای پزشکان فراهم می‌کند.

از سوی دیگر کلینیک‌های ویژه می‌توانند محلی برای آموزش درمانگاهی به پزشکان خانواده باشند و همچنین فضایی از آن‌ها را برای برگزاری دوره‌های کوتاه مدت آموزشی اختصاص داد. برگزاری جلساتی برای معرفی بیماران با حضور پزشکان خانواده یک منطقه و پزشکان متخصص و فوق تخصص و تازه فارغ‌التحصیلان می‌تواند محیط‌های آموزشی خوبی برای پزشکان خانواده فراهم آورد. در ضمن، این کلینیک‌ها و همچنین کلینیک‌های ۲۴

ساعته می توانند مکان مناسبی برای عرضه خدمات در ساعات خارج از سرویس پزشکان خانواده باشند.

را نادیده بگیرد.

پیشنهاد:

به نظر می رسد اگر تصمیم گیران نظام سلامت در تصمیم خود در اصلاح نظام سلامت مصر باشند، نه تنها نباید پزشکان عمومی را نادیده بگیرند بلکه باید از ظرفیت آنها برای استقرار سیستم پزشک خانواده در بخش خصوصی استفاده کنند. حال که نظام سیاسی کشور ما تصمیم گرفته است که در بخش سلامت هزینه کند بد نیست همه‌ی آن را در بخش درمان هزینه نکند و به پیشگیری، بیماریابی و دیگر خدمات سطح یک نیز توجه داشته باشد.

حال می خواهیم در پایان این یادداشت از مسئولان وزارت بهداشت سؤال کنم که آیا ایجاد این تغییرات خیلی دشوار است؟ آیا استفاده از تمام ظرفیت پزشکان عمومی در عرضه خدمات مقدور نیست؟ به نظر نمی رسد چنین باشد. پس چرا برنامه‌ی پزشک خانواده در این کشور به درستی و آن گونه که در کشورها دیگر انجام شده و امتحان خود را با سربلندی پس داده است اجرا نمی شود؟ یک پاسخ به این پرسش آن است که اجرای آن، منافع

۹ - مسلم است که نظام سلامت کشور وظیفه دارد به نیازهای جامعه در زمینه سلامت پاسخگو باشد و امکان دستیابی آسان را برای همه مردم کشور فراهم سازد. امری که سال ها بدان توجهی نشده است و مردم ما در طی سالیان گذشته هزینه‌ی گزافی برای آن پرداختند. بسیاری برای تأمین هزینه درمان عزیزان خود مجبور شدند تمام اندوخته‌های خود را بپردازند و بسیاری که نداشتند مجبور شدند از درمان بسیاری از بیماری‌های خود صرف نظر کنند. اما این امر سبب نمی شود که در هنگام اصلاح، چشم خود را بر واقعیتی مسلم بندیم و از تجربیات نظام سلامت کشور خود و دیگران استفاده کنیم؛ این واقعیت که عرضه مجانی هر چیز از یک سو آن را بی قدر می کند و از سوی دیگر سبب استفاده بیش از نیاز می شود. به همین دلیل حذف فرانشیز در هنگام عرضه خدمات مسلماً منجر به مراجعات بیش از اندازه بیماران به مراکز درمانی خواهد شد و پرسنل و کادر درمانی را از پرداختن به تمامی خدمات سلامت باز خواهد داشت.

پیشنهاد:

تعیین فرانشیز حتی به مبلغ کم و یا در حدی که قانون مقرر داشته سبب خواهد شد که از مراجعات بیش از نیاز مردم کاسته شود و فرصت بیشتری برای کادر سلامت به منظور پرداختن به دیگر وظایف بسته خدمات فراهم آید. یعنی برای افراد می توان سقف مراجعات مجانی تعریف کرد و مراجعات افزون بر آن را مشمول پرداخت فرانشیز کرد. البته می توان برای اینکه این فرانشیز اثر القایی نداشته باشد آن را به حساب دولت واریز کرد در عین حال با تعیین دفعات بیشتر مراجعه برای بیماران مزمن (مطابق برنامه طرح ریزی شده توسط پزشک براساس راهنماهای بالینی مربوطه) پوشش کاملی برای برنامه درمانی ایشان ایجاد کرد.

۱۰ - بالاخره باید توجه داشت که نظام سلامت کشور نمی تواند طرح‌های خود را بدون در نظر گرفتن وضعیت پزشکان عمومی طراحی کند و مسئولان باید برای تمامی پزشکان عمومی کشور نقشی در خور تحصیلات و متناسب با آموزش‌هایی که دیده‌اند در نظر بگیرند. در شرایط کنونی و در برنامه اصلاحات وزارت بهداشت به جز در استان‌های مازندران و فارس نقشی برای بخش خصوصی پزشکان عمومی در نظر گرفته نشده است. این یعنی عملاً نادیده گرفتن حدود ۲۵۰۰۰ پزشک که حداقل سابقه ۱۰ ساله ارائه خدمات درمانی به مردم شهرهای خود را دارند. در حالی که بسیاری از کشورهای دنیا برای ایجاد اصلاحات در نظام سلامت با کمبود پزشک مواجه هستند به نظر صحیح نمی آید که کشور ما این تعداد پزشک با تجربه را در اصلاحات خود به کار نگیرد و از آن بدتر آن‌ها



گروه‌های خاص و متأسفانه پرنفوذی را تهدید می کند! همان‌ها که از آشفته بازار کنونی سود می‌برند. همان‌ها که با القای مداخلات غیرضروری به مردم، دیوارهای کاخ‌های خود را بر ناآگاهی مردم برپا می‌دارند.

به نظر می رسد وزارت بهداشت همچنان که با پرداختن به بخش درمان تا حد زیادی از فشارهای مالی مردم در بخش سلامت کاسته است، هم‌اکنون به منظور تداوم این شرایط و حفظ رضایت مردم باید با بسط بخش پیشگیری و درمان سرپایی و همچنین تقویت مداخلات نگهدارنده با بکارگیری پزشکان خانواده و تیم‌های آنان به اصلاح اساسی در نظام سلامت کشور همت گمارد. شاید زمان آن فرا رسیده باشد که وزیر بهداشت با اعتماد بیشتر به پزشکان عمومی و انجمن نماینده‌ی آنان به تردیدهای خود در اصلاح و اجرای برنامه پزشکان خانواده پایان دهد.

• اگر تصمیم گیران نظام سلامت در تصمیم خود در اصلاح نظام سلامت مصر باشند، نه تنها نباید پزشکان عمومی را نادیده بگیرند بلکه باید از ظرفیت آنها برای استقرار سیستم پزشک خانواده در بخش خصوصی استفاده کنند

• شاید زمان آن فرا رسیده باشد که وزیر بهداشت با اعتماد بیشتر به پزشکان عمومی و انجمن نماینده‌ی آنان، به تردیدهای خود در اصلاح و اجرای برنامه پزشکان خانواده پایان دهد.



دکتر عباس کامیابی *

جذب و ماندگاری پزشکان خانواده از نگاهی دیگر



افزایش حق الزحمه بدون پرداختن به سایر عوامل ریشه‌ای که بتواند پزشکان جدید را جذب و ترغیب به خدمت نماید به تنهایی چاره کار نیست.

تدوین و اجرای بسته بازآفرینی هویت طب عمومی با رعایت اقتضانات برنامه پزشک خانواده مدت‌هاست که از سوی انجمن مطرح و نیازمند توجه ویژه مسئولین است

بیش از ۲۰۰۰ پزشک در مناطق روستایی به رغم افزایش حق الزحمه این همکاران، شاهد این مدعاست. راه ماندگاری پزشکان عمومی در مناطق کمتر توسعه یافته در جلب رضایت آنان از موفقیت خویش است. این رضایت از چند باب قابل آسیب‌شناسی است، از جمله: بی‌عدالتی‌های درونی بین پزشکان خانواده و همچنین در قیاس با سایر رده‌های بهداشتی و درمانی؛ اطمینان نداشتن به آینده شغلی و وعده‌ها؛ جاذبه‌های موجود در برخی گرایش‌های حرفه‌ای نوپدید و سایر حرف غیرمرتبط و... که لازم است در امتداد این بحث به بخشی از مصادیق و مشکلات و راه کارها اشاره شود:

۱. تا چندی پیش درآمد این همکاران نسبت به همکاران شاغل در سایر بخش‌های نظام سلامت و همچنین سایر گروه‌های پزشکی نامطلوب و در قیاس با دیگر اعضای تیم سلامت با مدارک پایین، رقت‌بار بوده است. این وضعیت وارونه هم‌اکنون با بازنگری و افزایش میزان سرانه پرداختی برای بهبود رضایت پزشکان ارتقاء یافته است. اما از طرف دیگر اغلب پزشکان شاغل همان همکارانی هستند که از قبل به کسوت پزشک خانواده پیوسته بودند و طی این سال‌ها رشد حق الزحمه آنان متوازن با تورم نبوده است. با محاسبه‌ای ساده مشخص می‌شود که رشد فعلی دستمزد مساوی و حتی کمتر از قدرت خرید دستمزدهای ابتدایی این برنامه در سال‌های گذشته است. اگرچه بایستی قدرشناس این حرکت مسئولین بود اما تأکید می‌نماید که افزایش حق الزحمه بدون پرداختن به

در مقالات قبلی، پیش از تصمیم وزارت بهداشت برای افزایش سرانه پرداختی به پزشکان خانواده، به عوامل موثر در ماندگاری پزشکان خانواده اشاره شد. بدون تردید این مهم از ظرایفی است که در صورت تصمیم اشتباه، برنامه‌های تحول در نظام سلامت را به شدت با ناکامی مواجه خواهد ساخت.

سال‌ها از راه‌اندازی شبکه‌های بهداشتی درمانی می‌گذرد و در طی این مدت با بهبود وضعیت معیشتی و سلامتی مردم، میزان و نوع نیازمندی‌ها و توقعات مناطق تحت پوشش افزایش و یا تغییر یافته است. به همین نسبت نیز انگیزه‌ها و شیوه به کارگیری منابع انسانی دگرگون شده است؛ به گونه‌ای که رشد کمی و کیفی دانش‌آموختگان پزشکی، نتوانسته است تمایل و ماندگاری آنان برای خدمت در مناطق کمتر توسعه یافته را جبران نماید. هم‌اکنون نسبت پزشکان عمومی به جمعیت کشور حدود یک به هزار نفر است که در وضعیت فعلی ایده‌آل به نظر می‌رسد اما مشکلات معیشتی و فرسودگی شغلی از یک سو و روی آوردن به حرفه‌های غیر مرتبط، مهاجرت، تلاش برای ورود به دوره‌های تخصصی و... جمعیتی غیرقابل پیش‌بینی را برای نظام سلامت رقم زده است. طبیعی است که هر تصمیم رونمایی و مقطعی نخواهد توانست به حفظ همکاران در این مناطق در درازمدت کمک نماید مگر اینکه به صورتی متوازن به تمامی عوامل موثر بر ماندگاری توجه نمود. جبران نشدن کامل نیاز به پزشکان عمومی در برنامه پزشک خانواده و کمبود

سایر عوامل ریشه‌ای که بتواند پزشکان جدید را جذب و ترغیب به خدمت نماید به تنهایی چاره کار نیست.

۲. تفاوت حقوق در مناطق روستایی نسبت به مناطق شهری بایستی به اندازه محرومیت و دوری از تسهیلات زندگی و قابل توجه و انگیزه‌بخش باشد. اما یکی از عواملی که اثرات افزایش حق‌الزحمه را کم‌رنگ می‌کند نامتوازن بودن ضرایب محرومیت مناطق مختلف نسبت به یکدیگر است به گونه‌ای که وزن محرومیت و شیوه تعیین آن که از فرمول‌های وزارت کشور تبعیت می‌کند لزوماً با اقتضائات نظام سلامت کشور و ماندگاری پزشکان مطابقت ندارد و نیازمند بازنگری و تفویض اختیارات منطقه‌ای برای اتخاذ روش‌های جبرانی است.

۳. جایگاه موثر طب عمومی در نظام سلامت سال‌هاست که مورد بی‌مهری قرار گرفته است. خدشه به تخصص و کیستی طب عمومی عملاً هویت این گروه را برای ایفای نقش موثر و ارضاء‌کننده در اجتماع با مشکل مواجه نموده و فرسودگی شغلی، مهاجرت، اشتیاق بسیار به تحصیلات تکمیلی و تلاش برای نجات خود از این باتکلیفی و... بر ماندگاری آنان سایه افکنده است. بنابراین بخشی از ماندگاری پزشکان به انگیزه آنان برای ماندگاری در سطح طب عمومی مربوط می‌شود. تدوین و اجرای بسته بازآفرینی هویت طب عمومی با رعایت اقتضائات برنامه پزشک خانواده مدت‌هاست که از سوی انجمن مطرح و نیازمند توجه ویژه مسئولین است.

۴. ارزش شغلی علاوه بر وجود جایگاه مشخص حرفه‌ای به عواملی دیگر همچون مهارت‌های حرفه‌ای و اختیارات بسیط متناسب با وظایف وابسته است. زیر سؤال بردن سواد و مهارت‌های شغلی پزشکان عمومی با نگاه علت و معلولی زیرسؤال بردن نظام آموزشی است و نشان از ناتوانی نظام سلامت برای جلوگیری از تجاوز سطوح دیگر به حریم طب عمومی دارد زیرا نتیجه آن کاهش برخورد پزشکان عمومی با بیماران و نهایتاً کاهش مهارت آنان است.

بازنگری در کوریکولوم آموزش پزشکی عمومی مطابق مدل‌های موفق در دنیا و همچنین برنامه توانمندسازی حرفه‌ای شاغلین موجود مدت‌هاست که به پیشنهاد انجمن مورد تصویب وزارت بهداشت قرار گرفته و بایستی اجرایی شود. البته تشکیل بود آموزش پزشکی عمومی و دعوت از انجمن برای معرفی نمایندگان خود، امیدواری‌هایی برای تحول رقم زده است.

۵. برنامه‌های پزشک خانواده روستایی و شهری تاکنون از جامعیت و موفقیت لازم برخوردار نبوده و هر دو در سطح خود محدود گردیده و فرصت رفع مشکلات ابتدایی و ساختاری را به دست نیاورده‌اند. یکی از دلایل توسعه نیافتن این برنامه‌ها، نبود برنامه جامع و موثر و دربرگیرنده کلیه سطوح نظام سلامت کشور بوده است. بایستی تأکید نمود که بدون عزم جدی و ملی برای استقرار نظام سطح بندی، کلیه برنامه‌های ماندگاری پزشکان مثالی از ساخت خانه بر روی آب است. برنامه تحول در نظام سلامت که اخیراً از سطوح بالای نظام سلامت و با نگاه درمان محور

آغاز شد لازم است سریعاً به نظام سطح‌بندی گره خورده و ضعف بزرگ و بنیادین خود را برطرف کند.

۶. طرح‌ها و برنامه‌های متعدد و وعده‌های بی نتیجه و غیرشفاف مسئولین بزرگترین عامل تخریب اعتماد پزشکان عمومی است، خصوصاً اینکه اغلب این برنامه‌ها بدون نظرخواهی موثر و حمایت طلبی از مجامع صنفی و کارشناسان غیردولتی بوده است. متأسفانه تا کنون پزشکان همچون پیاده‌نظام، مکلف به اجرای دستورات صادره بوده و نبود ذی‌نفعان در فرآیند تصمیم‌سازی و برنامه‌ریزی، به عادت کارگزاران حوزه سلامت مبدل شده و راهبردها در فضایی مجازی و غیرواقعی به برنامه تبدیل می‌شود. یکی از راه‌های غلبه بر بی‌اعتمادی و بی‌تفاوتی پزشکان عمومی، مشارکت آنان در فرآیندهای حاکمیتی و سپردن بخشی از تصمیمات به مجامع مرتبط با آنان است.

۷. آنچه مسلم است افزایش ظرفیت پذیرش دانشجویان پزشکی به منظور غلبه تقاضا بر نیاز، راهبردی اشتباه و شکست خورده است؛ چنانکه به رغم جمعیت بالای پزشکان عمومی در کشور، برنامه پزشک خانواده روستایی با کمبود پزشک عمومی روبروست. زندگی سالم و رفاه نسبی که از مولفه‌های حقوق مدنی و انسانی هستند بدون امنیت عمومی و شغلی، فرصت تقنین و مطالعه، معاش کافی و توان ذخیره برای سال‌های ناتوانی، تدارک محیطی مناسب برای تربیت نسل بعد و... جز شعاری بیش نیست. بنابراین در تعهدات بین کارگزاران و پزشکان بایستی تعهدات سنگین و یک جانبه و تامین مایحتاج اولیه برای رعایت حقوق حقه اجتماعی اصلاح و تبیین کرد. عقد قراردادهای طولانی مدت با افزایش مشخص سنواری می‌تواند شروع خوبی برای این رویه باشد.

۸. وجود علائق بومی و جغرافیایی یک اصل مهم بر حفظ و ماندگاری پزشکان است، هر چند که استفاده موقت از پزشکان مشمول طرح نیروی انسانی به عنوان درمان علامتی و موقت چاره ساز بوده است اما ایجاد شرایط بومی‌گزینی در دانشگاه‌ها با ظرفیت معقول می‌تواند آینده

ماندگاری پزشکان را تضمین کند. شاید بتوان بسیاری از عوامل دیگر را نیز برای ماندگاری همکاران پزشک در مناطق محروم بر شمرده اما لازم به تأکید است که موضوع به کارگیری پزشکان عمومی در روستاها به تنهایی نمی‌تواند موفقیتی را برای تحول اساسی در نظام سلامت پیش‌آگهی دهد. لازم است در انتها توصیه‌ای دلسوزانه به متولیان نظام سلامت داشته باشیم:

• بازآفرینی هویت طب عمومی

در قالب نظام سطح‌بندی خدمات، اطمینان بخش‌ترین و پایدارترین راه برای تحول نظام سلامت است و انجمن پزشکان عمومی ایران در صورت عزم عملی مسئولین آمادگی دارد با ارائه و اجرای بسته‌های پیشنهادی و اصلاحی در کنار کارگزاران نظام باشد.

• بدون عزم جدی و ملی
برای استقرار نظام
سطح بندی، کلیه
برنامه‌های ماندگاری
پزشکان، مثالی از
ساخت خانه بر روی
آب است

• یکی از راه‌های غلبه بر
بی‌اعتمادی و بی‌تفاوتی
پزشکان عمومی، مشارکت
آنان در فرآیندهای
حاکمیتی و سپردن بخشی
از تصمیمات به مجامع
مرتبط با آنان است.



دکتر ابوالفضل بهجو *

مروری بر سیستم های پرداخت در نظام های درمانی جهان

۲ - نظام پرداخت سرانه

Capitation Payment System (Per Capita)

در این نظام به ارائه دهندگان خدمت به ازای تعداد افراد تحت پوشش صرفنظر از میزان خدمات ارائه شده و برای یک دوره زمانی خاص مبالغ ثابتی پرداخت می شود. در نظام های سرانه پیچیده تر، مکانیسم PC، با مکانیسم فرانشیز، FFS و پاداش و فاکتورهای سن، جنس و نوع بیماری تلفیق می گردد. این روش در یک نظام رقابتی کارایی دارد و به دریافت کننده خدمت، اختیار انتخاب و تعویض پزشک در صورت نارضایتی را می دهد و کیفیت خدمات بدین طریق کنترل می شود. در شرایط زیر کارایی این سیستم به شدت کاهش می یابد:

۱. سیستم غیر رقابتی (تعداد بیمار زیاد و محدودیت در تعداد پزشک و ارائه دهندگان خدمت باشد).
۲. تعداد دریافت کنندگان خدمت بیشتر از حدود استاندارد باشد.
۳. شناخت کافی از نظام ارائه خدمات درمانی برای ارائه کننده و همچنین دریافت کننده خدمت وجود نداشته باشد.
۴. بصورت ساده مورد استفاده قرار گیرد و با مکانیسم های دیگر تلفیق نشود در این صورت ریسک مالی متوجه پزشک خواهد بود.
۵. نیاز به سیستم نظارتی قوی برای کنترل کمیت و کیفیت خدمات. در نظام ارجاع بسیاری از کشورها از جمله انگلستان، هلند، دانمارک، آمریکا، اندونزی و ایتالیا این شیوه مورد استفاده قرار می گیرد.

۳ - نظام پرداخت با نرخ ثابت Flat Rate System

به ازای هر روز اقامت بیمار در بیمارستان مبلغ ثابتی پرداخت می شود. چون روزهای اول برای بیمارستان بار مالی بیشتر و روزهای بعدی بار مالی کمتری دارد، تمایل به اقامت بیمار در بیمارستان زیاد و کلاً روشی منسوخ شده است.

۴ - نظام پرداخت متغیر Variable Rate Payment

به نظام پرداختی اطلاق می شود که با تغییر در حجم خدمات، میزان پرداختی تغییر می کند و پرداخت ها براساس جزء جزء خدمات موجود در یک بسته خدمتی محاسبه می شود.

۵ - نظام پرداخت تشویقی Payment Bonus

این روش برای ایجاد انگیزه به منظور نیل به اهداف خاص ایجاد گردیده است. این اهداف می توانند ماهیت اقتصادی یا ارتقای شاخص های بهداشتی- درمانی و اهداف مرتبط با



مکانیزم پرداخت یکی از اهرم های کنترل بسیار اساسی و مهم در نظام های درمانی به شمار می رود و از عوامل مهم در ناکارآمدی و یا موفقیت آن ها در رسیدن به اهداف سلامت است. این عامل راهبردی بسته به سیستم های درمانی متفاوت، شرایط فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی هر جامعه می تواند متفاوت و بسیار تعیین کننده باشد. هدف ما بررسی مکانیسم پرداخت در نظام درمانی ارجاع و پزشکی خانواده با توجه به تجربیات داخلی و شرایط فرهنگی، منابع اقتصادی بخش بهداشت و درمان، وضعیت اجتماعی و برگرفته از تجربیات کشورهای دیگر است. در ابتدا نگاهی اجمالی به شیوه های مختلف پرداختی می کنیم:

۱ - دریافت به صورت حقوق

(SP) Salary Payment

در این سیستم پرداخت، خریدار خدمت، حق الزحمه ارائه کننده خدمت را به صورت حقوق برای مدت زمان معینی می پردازد. در این روش ریسک مالی متوجه خریدار خدمت است. چنانچه ارائه کننده، کیفیت و یا کمیت خدمات را رعایت نکند، اختلاف ایجاد می شود از طرفی ممکن است خدمت مورد نظر از نظر کمی و یا کیفی به آسانی قابل ارزیابی نباشد و خریدار نتواند مدارک محکمه پسندی مبنی بر عدول ارائه کننده خدمت از تعهداتش ارائه نماید. این سیستم بیشتر در مواردی که خریدار کاملاً نسبت به خرید خدمت آگاهی داشته، امکان عرضه خدمات به صورت رقابتی موجود بوده و سیستم نظارت همیشه حضور داشته باشد کارایی دارد، مانند کارمندان بانک، آموزش و پرورش و یا سایر ادارات که مستقیماً زیر نظر رئیس اداره به خدمت مشغولند.

- مکانیسم موفق بایستی حداکثر بازدهی در کنترل منابع درمان، کیفیت خدمات، بیشترین دسترسی به اهداف سلامت و مدیریت، و نیاز به کمترین نظارت مستقیم از جانب مجریان باشد و به عبارتی یک حالت خودتنظیمی داشته باشد.

سیاست‌های توسعه‌ای کشور باشند و در تلفیقی با سایر مکانیسم‌های پرداخت کارآیی خود را نشان داده است. در این روش نیاز به سیستم پایش و مراقبت با تدوین شاخص‌های اعلام شده به ارائه دهنده خدمت ضروری است.

۶ - پرداخت کارانه

Fee For Service (FFS)

در بخش سرپایی و بستری کارآیی دارد. نیاز به کنترل کمیت ارائه خدمات ندارد و مراجعات با دریافت فرانشیز تا حدودی کنترل می‌شود. از این روش در آمریکا، کانادا، کره، بلژیک،



فرانسه، استرالیا و نیوزلند، آلمان، نروژ، سوئد و ایران استفاده می‌شود. ارائه کننده خدمت با هر بار مراجعه و ارسال مدارک مطابق قرارداد تعرفه پذیرفته شده را دریافت می‌کند. این سیستم ریسک مالی را متوجه سازمان‌های بیمه‌گر می‌کند زیرا به ارائه دهنده خدمت، امکان ارائه خدمات بیشتر را در حد امکان می‌دهد. در این سیستم با ارائه خدمات بیشتر، کیفیت کاهش می‌یابد و به علت نابرابری اطلاعات ارائه دهنده و خدمت گیرنده، بازخوردهای منطقی تابع قوانین بازار آزاد نیست و ارائه دهنده خدمت می‌تواند مراجعات القائی را ایجاد کند و سال‌ها با کیفیت پایین، بدون واکنش مناسب از سوی خدمات گیرنده به کار خود ادامه دهد.

۷ - پرداخت موردی Per Case

از ابتکارات آمریکایی هاست و نوعی پرداخت FFS به شمار می‌رود. در این روش که بیشتر در بیمارستان‌ها کاربرد دارد، روش پرداخت به ازای هر گروه و یا بسته از خدمات بدون توجه به هزینه واقعی تک تک خدمات داخل بسته یا هزینه کلی خدمات یک بیمار خاص، می‌باشد. دو نوع نظام در پرداخت موردی قابل تشخیص است. پرداخت موردی بر مبنای نرخ ثابت، بدین معنی که هر بیماری که به بیمارستان یا پزشک معرفی می‌شود برای او منجر به پرداخت رقم ثابتی خواهد شد. نظام دوم بر اساس روش طبقه بندی بیماری هاست که گروه‌های همگنی از بیماری‌های تعریف شده منجر به دریافت ارقام متفاوتی به ارائه دهنده (پزشک یا بیمارستان) می‌شود.

۸ - نظام پرداخت حق الزحمه روزانه Daily Charge

بیشتر برای موسساتی است که ارائه خدمات و مراقبت‌های دراز مدت را بر عهده دارند، مانند مراکز ارائه خدمات به سالمندان و معلولان که بیشتر خدمات مراقبتی و به میزان کمتری خدمات پزشکی ارائه می‌نمایند. در این روش بدون توجه به

نظارت‌ها و محدودیت‌های بالا دستی ریسک مالی را متوجه دریافت کننده نموده به کیفیت خدمات توجهی ندارد و ارائه دهنده خدمت می‌تواند با انتخاب ارجح، دریافت کنندگان مناسب تری را انتخاب نماید و با دفع Case‌های پرهزینه در نظام درمانی و مراقبتی اختلال ایجاد کند.

۹ - نظام‌های پرداخت گذشته نگر یا

Retrospective Payment System

در نظام‌های پرداخت گذشته نگر بعد از ارائه خدمات به بیمار، براساس حجم خدمات ارائه شده هزینه پرداخت می‌شود که ریسک مالی متوجه گیرنده خدمت است و ارائه کننده تمایل به افزایش ارائه خدمات و کسب درآمد بیشتر دارد.

۱۰ - نظام آینده نگر

Prospective Payment System

تعرفه‌ها و قیمت خدمات از قبل مشخص شده‌اند و ارائه کننده خدمت میل به تحمل هزینه کمتر دارد و برخلاف کارآیی بیشتر نسبت به نظام گذشته نگر ممکن است دسترسی بیماران صعب‌العلاج را محدود نماید. بطور کلی نظام‌های پرداختی زیرمجموعه‌ای از نظام‌های پرداخت گذشته نگر و آینده نگر می‌باشند و مکانیسم‌های پرداخت سرانه و کارانه که برای پزشکان عمومی استفاده می‌شود، زیرمجموعه‌ای از این نظام پرداختی است. مبتکر این روش نیز آمریکایی‌ها هستند.

۱۱ - نظام پرداخت کارانه برای محدوده زمانی خاص

FFTL (Fee For Time Limit)

در این روش که نوعی سیستم کارانه محسوب می‌شود، میزان پرداختی بر اساس زمان ارائه خدمات درمانی است و برای ارائه خدمات سرپایی در سطوح ۱ و ۲ و ۳ و در نظام‌هایی که تقاضا برای ارائه خدمات، بیشتر از عرضه است، کاربرد دارد. این روش نیاز به نظارت و پایش کمی ارائه خدمات ندارد. ارائه کننده خدمت انگیزه‌ای برای القای مراجعات غیر ضروری ندارد و خریدار خدمت، ارائه کننده و دریافت کننده خدمت رضایت مندی بیشتری دارند. خدمات واقعی‌تر و از نظر کنترل هزینه و مدیریت نسبت به سایر نظام‌های پرداختی دارای مزیت‌های نسبی است. ارائه کننده خدمت، براساس مدت زمان ارائه خدمت و شرح اقدامات بهداشتی، درمانی، مشاوره‌ای در زمان مورد نظر تقاضای دریافت حق الزحمه می‌کند و خریدار، پس از بررسی، وجه مورد نظر را می‌پردازد. در این روش ریسک مالی (در شرایط تقاضای کافی) متوجه هر سه گروه ارائه کننده، دریافت کننده و خریدار است. به رغم اینکه ارائه کننده انگیزه‌ای برای کاهش کیفیت خدمات ندارد بایستی مکانیسم‌های انگیزش برای ارتقای کیفیت خدمات در این سیستم پیش بینی شده و مراجعات غیرضروری ناشی از رایگان بودن خدمات در تلفیق یا دریافت فرانشیز تحت کنترل قرار گیرد. این روش در حال حاضر در کشور کانادا در سطوح مختلف ۱ و ۲ و ۳ نظام ارجاع مورد استفاده بیمه‌های درمانی قرار می‌گیرد.

سیستم پرداخت پیشنهادی ما بر اساس شواهد موجود به صورت Mixed Payment با تلفیقی از FFTL، فرانشیز و غیره است.

تشخیصی- درمانی- مشاوره‌ای و شرح حال بیمار، ثبت داروها و پس‌خوراند و ارجاع، برگ ورود و خروج بیمار و زمان صرف شده را ثبت می‌کند و در پایان هر ماه برای سایت‌های سازمان‌های بیمه‌گر ارسال و میزان ساعات کاری مفید خود را در آن قید و براساس میزان ساعات کاری ارائه خدمت و تقاضای پرداخت حق‌الزحمه می‌کند. سازمان‌های بیمه‌گر نیز براساس تعهد خود مبلغ مورد نظر را می‌پردازند. چنانچه مشاهده می‌شود در این سیستم اهداف عمده یک سیستم پویا از قبیل:

۱- مدیریت منابع
۲- مدیریت سیستم بصورت خودتنظیمی و بدون سیستم نظارتی پیچیده اتفاق می‌افتد ولی کیفیت ارائه خدمات مستلزم مداخلات مستقیم مانند نظارت‌های موردی و تلفیق مکانیزم‌های پاداش و فاکتورهای دیگر است که به نظر می‌رسد در مقایسه با مکانیزم‌های دیگر برای شروع برنامه در کشور ما با توجه به تجربیات موجود مناسب‌ترین گزینه باشد. با بررسی اجمالی مکانیزم‌های پرداخت به این نتیجه کلی می‌رسیم که نظام‌های پرداخت مختلف، واکنش‌ها و انگیزه‌های مختلفی را چه از جنبه تقاضا و چه از جنبه عرضه برمی‌انگیزند و باعث بروز پاسخ‌های پیچیده‌ای از سوی ارائه‌کنندگان و دریافت‌کنندگان خدمت می‌گردند. در این سیستم پرداخت از نظر حجم ارائه خدمات القائی از سوی ارائه‌دهندگان و هجوم دریافت‌کنندگان خدمت در خلاء فرهنگ درمانی به خصوص در شروع و استقرار برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده بسیار حائز اهمیت است و صرفاً مطالعات توصیفی و یا اظهارات توجیهی نمی‌تواند جایگزین تجربیات ملموس و مطالعات کارشناسی عمیق باشد. با توجه به مطالب پیش‌گفت مکانیسم موفق بایستی حداکثر بازدهی در کنترل منابع درمان، کیفیت خدمات، بیشترین دسترسی به اهداف سلامت و مدیریت، و نیاز به کمترین نظارت مستقیم از جانب مجریان باشد و به عبارتی یک حالت خودتنظیمی داشته باشد. در نهایت مسئولان بهداشتی درمانی هر کشور موظفند با تجزیه و تحلیل نتایج هر کدام از مکانیسم‌های پرداخت و مطالعات کارشناسی، مناسب‌ترین روش را انتخاب نمایند.

تردیدی نیست که بهره‌مندی از ترکیب شیوه‌های مختلف پرداخت برای رسیدن به حداکثر بازدهی روشی عاقلانه است.

در پایان باید ذکر شود که انتخاب یک شیوه پرداخت و یا تلفیقی از شیوه‌های گوناگون برای نظام ارجاع و پزشک خانواده با توجه به زمینه‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی کار ساده‌ای نیست. در هر حال چنانچه در شروع برنامه، مکانیزم پیشنهادی ارائه شده به ایجاد درآمد کافی برای پزشکان خانواده منجر شود، شرط لازم برای استقرار و پیشرفت سریع برنامه نیز محقق خواهد شد.

چرا این سیستم؟

۱- FFTL: برای سیستم‌هایی با میزان تقاضای بیشتر از عرضه مناسب است. تجربیات اجرایی پزشک خانواده در استان فارس مؤید این موضوع است. تعداد بیماران تحت پوشش هر پزشک به ۳۰۰۰ تا ۳۵۰۰ نفر افزایش یافته و بار مراجعه زیادی را رقم زده است.
۲- سیستم، نظارت قوی نیاز ندارد چون دریافتی پزشک براساس مدت زمان ارائه خدمت است.
۳- در شروع برنامه نظام ارجاع همه بیمه‌ها و یا همه بیمه‌شدگان مشارکت نمی‌کنند و تعدادی از افراد به صورت آزاد مراجعه می‌کنند که پزشک خانواده مجبور است برای آن‌ها نیز ارائه خدمت کند. این خدمت و حجم آن در سیستم PC باعث اختلال در میزان هزینه‌های پرداختی بیمه‌ها خواهد شد که در این مکانیزم پرداختی این مشکل رفع می‌شود.
۴- این سیستم پرداختی در سطح ۱ و ۲ و ۳ سرپائی قابلیت اجرایی دارد.
۵- یکی از اشکالات این سیستم مراجعات زیاد به علت رایگان بودن خدمات است. (یادآوری می‌گردد که در این نظام پرداخت به علت بالا بودن تعداد مراجعه‌کنندگان و دریافت براساس زمان ارائه‌ی خدمت Induced Demand یا تقاضای القائی در سطوح مختلف وجود ندارد و موضوع افزایش بار مراجعه با دریافت فرانشیز کنترل می‌شود). البته برای اینکه خود فرانشیز، منجر به القای مراجعات غیرضروری نشود مستقیماً به پزشک پرداخت نشده بلکه در اختیار سیستم بهداشت و درمان قرار گرفته و یا از کل پرداختی به پزشک خانواده کسر می‌شود.
۶- اشکال بعدی این سیستم، کیفیت ارائه خدمات است که با گنجاندن یک نظام پایش و ارزشیابی محدود و مناسب و سیستم پاداش و مراقبت می‌توان سطح کیفی خدمات را ارتقا داد چون در این‌جا پزشک انگیزه‌ای برای کم کردن از کیفیت خدمات ندارد و کوچکترین انگیزه مثبت منجر به ارتقای کیفی خدمات خواهد شد.

گردش کار مالی و ارائه خدمت (متودولوژی)

بیمار در زمان ورود به اتاق پزشک برگ ورود دارای ثبت زمان از پذیرش دریافت کرده و پزشک در Paper Note خود علاوه بر شرح کلیه اقدامات



تردیدی نیست
که بهره‌مندی از
ترکیب شیوه‌های
مختلف پرداخت برای
رسیدن به حداکثر
بازدهی روشی
عاقلانه است



مشکلات ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده شهری شیراز

دکتر حمید خاکسار *



مقدمه

همیشه به نظرات پزشکان عمومی که مجری اصلی طرح و در خط اول مواجهه با دشواری‌ها بودند، نگاه و توجه ویژه‌ای داشتند. در یک سال اخیر کمتر جلسه‌ای در دانشگاه و ستادهای اجرایی شهر و استان با حضور مسئولان طراز اول نظام سلامت کشور و منطقه در شیراز برگزار می‌شد که نماینده انجمن پزشکان عمومی شیراز به عنوان سخنگوی پزشکان خانواده حضور نداشته باشد.

بنده حقیر نیز به عنوان یکی از همین پزشکان خانواده ضمن اعتقاد راستین به اینکه برنامه پزشک خانواده در صورت اجرای صحیح و اصولی آن از طرفی تنها راه نجات نظام سلامت بیمار کشور و ارتقای سلامت مردم و از طرف دیگر باعث تبیین جایگاه واقعی پزشک عمومی و طب عمومی به عنوان متولیان اصلی نظام سلامت کشور و جامعه خواهد بود، در نظر دارم در این نوشتار تنها به گوشه‌هایی از مشکلات اجرایی ارجاع در برنامه پزشک خانواده شهری که خود با آن مواجه بوده‌ام، بپردازم تا شاید بیان این مشکلات برای بهتر اجرا شدن طرح در دیگر نقاط کشور عزیزمان مورد توجه قرار گیرد.

امروز پس از گذشت دو و نیم سال از اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در فارس، می‌توان پزشکان خانواده شهری شیراز را که با تمام دشواری‌ها، مشکلات و دست‌اندازی‌های طرح در این مدت دست و پنجه نرم کرده‌اند، موثق‌ترین و قابل‌اعتمادترین مرجع در بررسی موانع موجود در اجرای هرچه صحیح‌تر انجام شدن سیستم ارجاع در این برنامه دانست. همانطور که در ابلاغ سیاست‌های نظام سلامت که توسط مقام معظم رهبری ابلاغ شده است، نظام سلامت کشور باید براساس سطح بندی خدمات و یا همان نظام ارجاع استوار گردد. بدیهی است که اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در شیراز که براساس همین نظام تدوین یافته بهترین میدان و عرصه برای بررسی چگونگی اجرا و مشاهده دشواری‌ها و نابسامانی‌های رودررو برای هرچه بهتر پیاده کردن نظام ارجاع در کشور باشد. از همین رو شاهد بودیم که در طول این مدت ۲/۵ سال گروه‌ها و تیم‌های گوناگون اعزامی از مرکز که برای بررسی و ارزیابی طرح به شیراز و منطقه سفر می‌کردند،

• تخصص‌گرایی و تبلیغات گسترده در رسانه‌های جمعی همیشه فرهنگ مراجعه به متخصص برای کوچک‌ترین درد و ناراحتی در هر لحظه و زمان را در مردم القا کرده و بی‌اعتمادی و خدشه‌دار کردن جایگاه و شأن پزشکان عمومی در طی سال‌های متمادی توسط متولیان و مسئولان گسترش یافته است.

(۱) مردم، خط اول مخالفین نظام ارجاع

نظام ارجاع محدود کننده برای آن‌ها بشوند؟ البته مردم دردمند ما در این رهگذر به هیچ‌وجه مقصر نیستند و گناهی ندارند بلکه این نظام بیمار سلامت کشور است که این ولی نعمت‌های ما را چنین بار آورده است. تخصص‌گرایی و تبلیغات گسترده در رسانه‌های جمعی همیشه فرهنگ مراجعه به متخصص برای کوچک‌ترین درد و ناراحتی در هر لحظه و زمان را در مردم القا کرده و بی‌اعتمادی و خدشه‌دار کردن جایگاه و شأن پزشکان عمومی در طی سال‌های متمادی توسط متولیان و مسئولان گسترش یافته است. تغییر این فرهنگ و نگرش در چند روز، ماه و سال امکان‌پذیر نخواهد بود و نیاز به یک عزم استوار دارد که وظیفه اصلی آن را خود ما پزشکان خانواده باید عهده‌دار شویم. بسیاری از همکاران ما از عدم فرهنگ‌سازی و کوتاهی مسئولان در این راستا شاکی هستند و اظهار می‌دارند که باید

همواره هرگونه تغییر و تحول در آغاز راه با مخالفت‌ها و مقاومت‌های آگاهانه یا ناآگاهانه روبرو می‌شود. اجرای نظام ارجاع به دلیل ایجاد محدودیت برای مردمی که سال‌هاست در یک نظام تخصص‌گرا زندگی می‌کردند با مقاومت‌هایی جدی در فارس همراه شد. آن‌ها سال‌ها می‌توانستند بدون هیچ دغدغه و تنها براساس تشخیص و نظر خود، دوست، آشنا، فامیل، همسایه، راننده تاکسی، ویژه‌نامه‌های تبلیغاتی و ... به هر پزشک متخصص و فوق تخصص که تمایل داشتند مراجعه کنند و نظر چندین پزشک، درباره درد و مشکل خود را با مراجعات متعدد جویا باشند و دفترچه‌های بیمه نیز برای هر نوع خدمتی توسط همکاران محترم فوق تخصص و متخصص با گشاده‌رویی و دست و دلبازی فراوان مهیا باشد. چگونه انتظار داریم این مردم یک شبه موافق و همراه



• در مورد اعتمادسازی، پیشنهاد می‌شود که طی یک بازه زمانی مناسب مثلاً یک ساله پس از سرشماری کامل مردم توسط مسئولان سلامت (نه پزشکان) به مردم فرصت داده شود تا پزشکان خانواده خود را با شناخت کافی برگزینند

تکمیل گردید و حتی به ناچار سقف ثبت نام ۲۵۰۰ نفری در شیراز به ۳۰۰۰ و در شهرستان‌ها به ۳۵۰۰ نفر افزایش یافت. در این مطب‌ها نارضایتی مردم از زاویه دیگری بروز کرده و آن هم ناکامی برای ثبت نام نزد پزشک مورد اعتمادشان به دلیل تکمیل گنجایش پزشک مورد نظرشان بود.

بسیاری از مردم از روی آکراه و به ناچار به مراکز درمانی مجاور و یا مطب‌های نو بنیاد تنها برای مهر پزشک خانواده و جلوگیری از بی‌اعتباری دفترچه‌هایشان مراجعه کردند و کار همکاران این مراکز به منظور ایجاد جو اعتماد برای بیمارانی که اصلاً شناختی از آن‌ها نداشتند بسیار دشوار بود، گرچه بسیاری با تلاش و حوصله موفق به این اعتمادسازی شده‌اند. در این میان نداشتن اطلاع آماری صحیح از جمعیت پزشکان عمومی شاغل در مراکز درمانی و مطب‌ها مشکل ساز شد و موضوع کمبود پزشک عمومی برای اولین بار به مخیله متولیان و مسئولان راه یافت. موضوعی که حتی خود ما هم تصور نمی‌کردیم و غیرکارشناسانه بودن برخی تحلیل‌ها را که ناشی از ناآگاهی از آمار پزشکان عمومی شاغل در بخش درمانی بود نشان می‌داد. تحلیل‌هایی که با اعداد و ارقام خیالی ثابت می‌کردند در صورت اجرای طرح پزشک خانواده در کشور بسیاری از پزشکان عمومی شاغل بیکار خواهند شد! حال اینکه امروز باید گفت جمعیت فعلی پزشکان عمومی شاغل در امر درمان جوابگوی اجرای کامل پزشک خانواده در کشور نیست و کمبود خواهیم داشت.

در مورد اعتمادسازی، پیشنهاد می‌شود که طی یک بازه زمانی مناسب مثلاً یک ساله پس از سرشماری کامل مردم توسط مسئولان سلامت (نه پزشکان) به مردم فرصت داده شود تا پزشکان خانواده خود را با شناخت کافی برگزینند و همپوشانی بیمه‌ها برای هر دو سیستم FFS و پزشک خانواده وجود داشته باشد. از طرفی پیشنهاد می‌شود مردم اختیار داشته باشند به سایر پزشکان خانواده شهر و منطقه در صورت نیاز مراجعه کنند (البته با فرانشیز بالاتر) و برخی خدمات را از پزشکان معتمد خود دریافت کنند. این موضوع خود باعث ایجاد رقابتی سالم در بین پزشکان خانواده می‌شود که در صورت عدم سرویس خوب به بیماران، آن‌ها را از دست خواهند داد و در صورت ارائه کیفیت بالاتر و گذاشتن وقت بیشتر قادر به ویزیت بیماران بیشتر و در نتیجه درآمد بیشتر خواهند بود. البته این موضوع باید با نظارت صحیح و پایش نحوه درمان همراه باشد.

ثابت بودن پزشکان درمانگاه‌ها و جابجانشدن‌های مکرر در طول روزها، هفته‌ها و ماه‌ها نیز باعث ایجاد اعتماد بیشتر در بین مردم و پزشکان خواهد شد. اعتمادسازی شرط اول برای استواری نظام ارجاع است تا اعتماد نباشد ارجاع واقعی و رضایت‌مند صورت نخواهد گرفت.

اول فرهنگ‌سازی در بین مردم ایجاد می‌شد و بعد برنامه آغاز می‌شد. در حالی که این وظیفه اول به عهده خود ماست که با صبر و حوصله و فارغ از هرگونه خشم و عصبانیت با ایجاد جو اعتماد و باور در میان مردم آن‌ها را با مزایای نظام ارجاع آشنا کرده و با این برنامه آشتی دهیم.

۲) نداشتن اعتماد به پزشک خانواده انتصابی

روشن و مبرهن است تا زمانی که اعتماد واقعی بین پزشک خانواده و بیماران ایجاد نشود سخن گفتن از ارجاع واقعی و اصولی بیهوده خواهد بود. متأسفانه اجرای با شتاب طرح در آغاز و ندادن مجال و فرصت کافی به مردم برای انتخاب پزشک خانواده باعث شد که مردم نتوانند با شناخت کافی پزشکان خانواده مورد اعتماد خود را برگزینند.

در بسیاری از درمانگاه‌های شلوغ دولتی، خیریه، نیمه دولتی و خصوصی که بسیاری از مردم به دلیل تعرفه‌های پایین به آنجا مراجعه می‌کردند، هزاران نفر توسط کارمندان و پرسنل اداری این مراکز در برنامه پزشک خانواده ثبت نام شدند و بعد بدون هیچ اطلاعی آن‌ها را بین پزشکان شاغل درمانگاه تقسیم کردند. حتی به همین منظور درمانگاه‌های دولتی در سطح استان پزشکان ستادی و شاغل در پست‌های غیردرمانی را به عنوان پزشک خانواده مراکز معرفی کردند. در بسیاری از مراکز درمانی به ویژه مراکز خصوصی و خیریه پزشکان، مرتب در حال تغییر و جابجایی بوده و هستند و مردم در طول روزهای هفته هم با پزشکان جانشین متعددی روبرو شده و بسیاری از آن‌ها حتی نام پزشک خانواده خود را به سختی می‌دانند و با نگاه کردن به مهر او در دفترچه او را به یاد می‌آورند! حال چگونه مردم می‌توانند به پزشک خانواده‌ای که اینگونه برای او تعیین شده اعتماد داشته باشند و چگونه بپذیرند او برای ارجاع بیماری‌شان به سطوح بالاتر تصمیم‌گیری کند؟! بد نیست بدانیم که ۳۰۰ نفر از پزشکان خانواده شهری شیراز یعنی در حدود نیمی از کل پزشکان خانواده شهری را همین همکاران شاغل در مراکز درمانی تشکیل می‌دهند. و در شهر شیراز تنها ۴۰۰ مطب خصوصی وجود دارد که ۹۰ درصد آن‌ها پزشک خانواده هستند و علاوه بر این گروه بزرگی از آن‌ها چه در مطب‌ها و چه درمانگاه‌ها نیمه‌وقت هستند.

البته این موضوع عدم اعتماد در مطب‌ها به ویژه مطب‌های قدیمی و با سابقه که سالیان متمادی به عنوان پزشک عمومی به طبابت اشتغال داشتند و خود به نوعی پزشک خانواده و یا پزشک مورد اعتماد بیماران بودند، کمتر اشکال ایجاد کرد. چرا که در مطب‌ها همان بیماران قدیمی و آشنای پزشکان نزد آن‌ها ثبت نام کردند و مردم با اعتماد و شناخت کافی و براساس تشخیص خود پزشک خانواده خود را برگزیدند. اما این مطب‌ها به سرعت جمعیت‌شان

۳) متخصصان صف دوم مخالفان سیستم ارجاع

در حال حاضر براساس آمار موجود تعداد متخصصان استان فارس در حدود ۱۳۵۰ نفر در مقابل ۱۱۰۰ نفر پزشک خانواده شهری است. اگر هر بیمار، در سال ۳ مرتبه به پزشک خانواده مراجعه کند، با در نظر گرفتن این که بار مراجعه ۳ بار در سال در نظر گرفته شده و از آنجایی که در یک نظام قانونمند تنها باید ۲۰ درصد ارجاع وجود داشته باشد و با توجه به جمعیت تحت پوشش بیش از ۳ میلیون نفری در طرح پزشک خانواده شهری فارس، میانگین مراجعه به هر متخصص در روز ۳ بیمار خواهد بود!! این محاسبه ای است که بارها توسط همکاران متخصص در جلسات مطرح شده است. از طرف دیگر متخصصان اطفال و داخلی که مدارک فوق تخصصی ندارند پس از اجرای برنامه با افت شدید بیماران خود روبرو شدند. لازم به توضیح نیست که در گذشته به ویژه در خصوص اطفال، مردم با تشخیص خود و بروز کوچک ترین بیماری فرزندشان با دفترچه بیمه به



متخصص کودکان مراجعه می کردند اما این حق فعلاً سلب شده است. البته واضح است که بسیاری از بیماری های اطفال و داخلی در سطح اول و توسط پزشک خانواده قابل درمان و پیگیری است و در حال حاضر کمترین ارجاعات ما به این دو گروه است.

با اینکه جویز ارجاع برای متخصصان به گونه ای است که دریافتی آن ها در نظام ارجاع از ویزیت آزاد بیماران نیز بیشتر و در مراکز دولتی حتی تا ۳ برابر می شود باز هم ویزیت تنها بر مبنای ارجاع توسط پزشک خانواده نمی تواند کاهش بیماران همکاران متخصص و در نتیجه کاهش درآمد آن ها را جبران کند. در این راستا به نظر می رسد همانند تمام کشورهای توسعه یافته ای که برنامه پزشک خانواده را اجرا می کنند افزایش چشمگیر و چند برابری ویزیت همکاران متخصص چاره کار است. در این صورت نه تنها دیگر مراجعه مستقیم و بدون رعایت سطح بندی و نظام ارجاع برای مردم مقرون به صرفه نخواهد بود، بلکه از طرف دیگر با مراجعه بسیار کاهش یافته و کنترل شده بیماران به همکاران متخصص، شاهد ارتقای کیفیت ارائه خدمات توسط آن ها خواهیم بود و دیگر شعار ویزیت ۸ بیمار در ساعت برای متخصصان زده نمی شود!!

در حال حاضر نیز پرداخت مبالغ ۲۶ هزار تومان و ۳۳ هزار تومان برای ویزیت متخصص و فوق تخصص (حق ویزیت سال ۹۳) برای بسیاری از مردم زیاد دشوار نیست و از طرفی نسخ دارویی این همکاران را بیمه ها تقبل کرده اند و عدم پذیرش درخواست های پاراکلینیک همکاران متخصص خارج از طرح توسط بیمه ها نیز باعث مراجعه بیماران به پزشکان خانواده

برای بازنویسی این خدمات شده است.

در مورد مشکل بسیار بحق و بجای متخصصان اطفال، پیشنهاد مشخصی که بارها در نامه ها و جلسات عنوان شده، این است که برای بالا بردن امنیت سلامت کودکان کشور و جلوگیری از ضرر و زیان همکاران متخصص اطفال، کودکان زیر ۵ سال در حالیکه پزشک خانواده خود را نیز دارند با تشخیص والدینشان اما با پرداخت فرانشیز بالاتر و بدون نیاز به داشتن فرم ارجاع بتوانند توسط متخصص اطفال ویزیت شوند.

در حال حاضر نیز برای برخی بیماری های خاص و صعب العلاج تمهیداتی اندیشیده شده و آن ها می توانند بدون فرم ارجاع با مهر بیماران صعب العلاج در دفترچه توسط پزشک خانواده به پزشکان معالج خود مراجعه کنند، مانند بیماران سرطانی، پیوندی و ... می توان برای کودکان زیر ۵ سال نیز چنین استثنایی قابل شد. گروهی از بیماران لازم است به صورت مکرر توسط متخصصان ویزیت شوند مانند زنان حامله در دوران بارداری و برخی بیماران مزمن و Complicate. کاغذبازی و بروکراسی موجود در سیستم های بیمه ای باعث شده که این بیماران برای دریافت فرم ارجاع برای یک پزشک متخصص بارها به پزشک خانواده خود مراجعه کنند در حالی که می توان برای برخی بیماران مانند بیماران خاص نیز با ضوابطی، لزوم گرفتن فرم ارجاع مکرر را از بین برد.

در حال حاضر در شیراز در برخی رشته ها به دلیل عدم استقبال پزشکان متخصص در همکاری با نظام ارجاع، برای معرفی بیماران با مشکل روبرو هستیم مانند: رشته های نورولوژی، قلب، جراحی، اعصاب، گوارش، چشم و ... و تنها مراکز دولتی با نوبت های طولانی پذیرای ارجاعات ما هستند، از طرفی بسیاری از متخصصان و فوق تخصصان سرشناس و مورد اعتماد مردم با طرح پزشک خانواده همکاری ندارند که دلیل آن هم مشخص است ولی مراجعات مستقیم مردم به آن ها کماکان ادامه داشته که مشکلات خود را به دنبال دارد.

۴) نداشتن اختیارات کافی پزشکان خانواده

همان گونه که در سطور قبل گفته شد بسیاری از ارجاعات به متخصصان غیرهمکار پزشک خانواده منجر به درخواست امور پاراکلینیکی می شود. بسیاری از این دستورات و حتی مواردی هست که خود پزشک خانواده تشخیص می دهد اما اختیار تجویز ندارد! مثلاً درخواست MRI، تست تراکم استخوان و نوار عصب و حتی برخی داروها را فقط با نسخه متخصص، بیمه ها می پذیرند، مانند انسولین های قلمی و برخی داروهای قلبی.

بسیاری از ارجاعات ما تنها برای این صورت می گیرد تا همکار متخصص داخلی مثلاً انسولین

- برای بالا بردن امنیت سلامت کودکان کشور و جلوگیری از ضرر و زیان همکاران متخصص اطفال، پیشنهاد می شود : کودکان زیر ۵ سال در حالی که پزشک خانواده خود را نیز دارند، با تشخیص والدین خود اما با پرداخت فرانشیز بالاتر و بدون نیاز به داشتن فرم ارجاع، بتوانند توسط متخصص اطفال ویزیت شوند.

پزشکان خانواده را به ستوه آورده اند.

۶) فرم ارجاع

متأسفانه هنوز هم بعضی از همکاران ما از پر کردن کامل فرم ارجاع سرباز می زنند و فرم های ارجاع را به صورت ناقص و بدون شرح حال به متخصصان ارجاع می دهند و در حقیقت ارزش ارجاع را با کلماتی مانند ویزیت، Follow up یا پیگیری، لوٹ می کنند. بسیاری از عزیزان همکار ما در آغاز طرح، وظیفه دادن فرم ارجاع را به منشی و یا دستیار خود محول کرده بودند که با نظارت شدید مسئولان اداره پزشک خانواده این موضوع تا حد زیادی برطرف شده است. این موارد باعث خدشه دار کردن جدی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع می شود چرا که بیماران با دریافت آسان برگ ارجاع و انتقال موضوع به اطرافیان این شبهه را ایجاد می کنند که پزشکانی که با حوصله و جدیت و سرسختی برای صدور ارجاعات غیرضروری و غیرمنطقی مقاومت می کنند در زمره پزشکان بداخلاق و سخت گیر قلمداد شده و بهتر است بیماران از عضویت از پزشک خانواده وی انصراف دهند. بسیاری از همکاران شکایت دارند که به دلیل پافشاری برای ندادن فرم ارجاع، هر ماه تعدادی از بیمارانشان را از دست می دهند.

در این خصوص علاوه بر لزوم اعتمادسازی اولیه که پیش تر از آن سخن گفتیم عدم پایش واقعی کیفیت کار همکاران باعث دلسردی و بی انگیزگی آن ها شده است.

از طرفی سودجویی و منفعت طلبی در برخی مراکز درمانی خصوصی و خیریه باعث شده تا سطح ارجاع به آمار باور نکردنی ۱۲۰ درصد برسد. در بعضی مراکز درمانی حتی فرانشیز را هم رایگان کرده اند تا بیماران را بیشتر جلب کنند و در مقابل با ارجاعات بی رویه و کنترل نشده به جبران مافات پرداخته و سود چند برابری نصیب خود می کنند. جالب اینکه برای مقابله با این موضوع از طرف ستاد اجرایی برای متخصصان شاغل در این مراکز محدودیت به شیوه ای اعمال شده که ۲۰ درصد ارجاعات می تواند از میان پزشکان همان مرکز باشد! متأسفانه ایجاد رانت و روابط ناسالم می تواند آسیب جدی به سطح بندی خدمات و نظام ارجاع وارد کند، اما به دلایلی که نمی خواهیم وارد آن شویم عزم جدی و راسخی برای برخورد و مقابله با این سودجویی ها و رانت خواری ها در درمانگاه ها صورت نگرفته و موضوع فوق نیز چندان جدی گرفته نشده است.

۷) پس خوراند فرم ارجاع

وقتی تکمیل فرم ارجاع اینگونه باشد بدیهی است که انتظار پس خوراند مناسب داشتن نیز شاید کمی زیاده خواهی باشد. اما اگر ما تکمیل فرم ارجاع را به طور اصولی نیز رعایت کنیم که بسیاری نیز

Lantos را برای بیماری نسخه کند یا همکار جراح مغز و اعصاب یا ارتوپد درخواست MRI را تجویز کند و یا ...

در این رابطه گاهی همکار متخصص تجویز همکار خود را که با پزشک خانواده قرارداد ندارد نمی پذیرد، من مورد داشته ام که مجبور شده ام بیماری را که دیسک کمر واضح داشته تنها برای درخواست تجویز MRI پنج بار به جراح مغز و اعصاب معرفی کنم و تعداد انگشت شمار متخصصان این رشته که با پزشک خانواده قرارداد دارند باعث محدودیت در ارجاع نیز می شود. از طرف دیگر ناهماهنگی بیمه ها در دامنه اختیارات پزشک خانواده برای پزشکان و بیماران دردرساز می شود. به طور مثال بیمه تأمین اجتماعی، سی تی اسکن، نوار عصب و فیزیوتراپی دو اندام را با تجویز پزشک خانواده می پذیرد، اما بیمه سلامت تجویز پزشک خانواده را نمی پذیرد و دستور متخصص را لازم دارد. این گونه مسایل باعث سردرگمی مردم و پزشکان شده و مراجعات مکرر و غیرضروری نه تنها هزینه نظام سلامت را افزایش می دهد بلکه نارضایتی و ناخشنودی مردم و بد و بیراه گفتن به نظام ارجاع را در پی دارد.

۵) نبود گایدلاین ها

بارها گفته شده است که برای پزشک خانواده مشخص نکرده ایم که تا چه حد و مرزی باید بیماران را خود پیگیری کند و از چه مرحله ای باید به متخصص ارجاع دهد. البته تدوین گایدلاین ها، در همه موارد، کاری است که نیاز به سال ها برنامه ریزی و آموزش دارد. لیکن برای تعدادی از بیماری های شایع و مزمن مانند دیابت، فشارخون، بیماری های تیروئید، هیپرلیپیدمی و ... می توان به صورت عاجل این دستورات عملی را تدوین کرد. از طرف دیگر یک بیمار دیابتی و یا بیمار تیروئیدی تصور می کند باید مادام العمر توسط فوق تخصص غدد ویزیت شود. در این رهگذر عدم اعتماد همکاران متخصص به پزشکان خانواده و تشویق بیماران برای ارجاعات مکرر ماهیانه و فصلی برای نظام ارجاع مشکل ساز شده است.

متأسفانه در بخش دولتی و دانشگاهی بیماران با دریافت نوبت های از قبل تعیین شده برای دریافت فرم ارجاع به متخصصان این مراکز، پزشکان خانواده خود را تحت فشار می گذارند. این موضوعی است که بارها از مسئولان خواسته شده که دست کم در مراکز دولتی و دانشگاهی که عمده پذیرش بیماران ارجاعی پزشک خانواده را انجام می دهند قبل از معرفی توسط پزشک خانواده و داشتن فرم ارجاع از نوبت دهی خودداری کنند. ولی تا امروز گوش شنوا وجود نداشته و خیل عظیم بیماران با نوبت های درمانگاه های مطهری و امام رضا که درمانگاه های اصلی دانشگاه هستند برای دریافت فرم ارجاع

• مراجعات مکرر و غیر ضروری نه تنها هزینه نظام سلامت را افزایش می دهد بلکه نارضایتی و ناخشنودی مردم و بد و بیراه گفتن به نظام ارجاع را در پی دارد.

• سودجویی و منفعت طلبی در برخی مراکز درمانی خصوصی و خیریه باعث شده تا سطح ارجاع به آمار باور نکردنی ۱۲۰ درصد برسد. در بعضی مراکز درمانی حتی فرانشیز را هم رایگان کرده اند تا بیماران را بیشتر جلب کنند و در مقابل با ارجاعات بی رویه و کنترل نشده، به جبران مافات پرداخته و سود چند برابری نصیب خود کنند.

که تنها نیمی از آن‌ها را بیماران برگردانده‌اند و همه این برگ‌های پس‌خوراند بایگانی شده، در حال خاک خوردن هستند! چون سامانه‌ای برای وارد کردن آن‌ها وجود نداشته است.

در حقیقت در طول این مدت ما تنها نمایش نظام ارجاع را داشته‌ایم آن هم به صورت کاغذی و اداری و یک طرفه و این ارجاع هیچ نقشی در ارتقای سطح علمی ما و یا ارتقای سلامت بیماران مان ایفا نکرده است. پیشنهاد می‌شود در سایر نقاط کشور تنها بعد از ایجاد تمام زیرساخت‌های لازم مانند نرم‌افزار ویزیت پایه براساس سؤالات هدف دار و مشخص راهبردی با استفاده از اولویت‌های موجود در نظام سلامت و همچنین برنامه ویزیت جاری، برنامه ارجاع را الزامی کنیم. چرا که وقتی از اول برنامه با همه اشکالاتی که گفتیم موضوع ارجاع سرسری گرفته و باری به هر جهت اجرا شود تنها یک رفع تکلیف خواهد بود و در نیمه راه که موضوع جدی تر می‌شود اجرای صحیح آن به مراتب دشوارتر خواهد شد.

نتیجه:

الزامات ایجاد نظام ارجاع صحیح و اصولی

- ۱) فرهنگ سازی برای مردم توسط پزشکان و مسئولان
- ۲) اعتمادسازی روابط پزشک و بیمار
- ۳) ایجاد امنیت شغلی برای متخصصان همه رشته‌ها
- ۴) دادن اختیارات وسیع و کافی به پزشکان خانواده
- ۵) تدوین و آموزش گایدلاین‌های لازم
- ۶) پایش جدی در مورد صدور فرم ارجاع و پس‌خوراندهای آن و ایجاد انضباط کافی و کیفیت بخشی به پروسه اجرایی برنامه با راهکارهای تشویقی و تنبیهی
- ۷) استقرار نرم‌افزارهای الکترونیکی برای ثبت ارجاعات و ویزیت جاری در سامانه سلامت

در خاتمه باید اشاره کنم که با همه نابسامانی‌ها و نارسایی‌های موجود در نظام ارجاع فعلی استقرار نظام صحیح پزشک خانواده مستلزم یک عزم جدی و راستین است و نقش ما پزشکان عمومی در خط اول این مبارزه بسیار مهم و تعیین کننده به شمار می‌آید. آری دوستان استقرار پزشک خانواده برای ما پزشکان عمومی یک مبارزه واقعی است که باید آن را بسیار جدی بگیریم و خارج از هر گونه ساده انگاری و سستی و اهمال برای استقرار اصولی آن همت گماریم. این یک فرصت بزرگ تاریخی است که می‌تواند جایگاه واقعی پزشکان عمومی و طب عمومی را پس از سال‌ها در نظام سلامت ارتقا دهد. این فرصت را به آسانی از دست ندهیم.

دوستان! بسیاری برای شکست و یا توقف این برنامه آستین بالا زده‌اند از کوچک و بزرگ، بالا تا پایین و حتی از میان خودمان گروهی فقط به دلیل منافع شخصی و آنی خویش! نظام ارجاع و سطح بندی خدمات و برنامه پزشک خانواده متعلق به ما جامعه پزشکان عمومی است و اگر با کوتاهی و اهمال به دست خود در راه شکست و یا توقف آن گام برداریم آیندگان ما را نخواهند بخشید.

این چنین هستند و گروهی را که حال و حوصله ارائه فرم کامل ندارند در اقلیت قرار دهیم، متأسفانه غالباً در فرم‌های پس‌خوراند که اگر بیماران لطف کنند و به ما برگرداند مشکلات بسیار دیده می‌شود. در بخش دولتی و نیمه دولتی و دانشگاهی که خیل عظیم بیماران ارجاعی پزشک خانواده را پذیرا هستند و بیماران آن‌ها مدت‌ها در نوبت بوده‌اند غالب همکاران متخصص و فوق تخصص را اساتید محترم هیات علمی در کلینیک‌های ویژه تشکیل می‌دهند، به جز مواردی محدود عملاً پس‌خوراندی وجود ندارد. غالباً یک یا دو کلمه ناخوانا نوشته شده است.

این در حالیست که حق ویزیت این عزیزان با برگ ارجاع بین ۴۸ تا ۶۴ هزار تومان یعنی به مراتب بالاتر از ویزیت بخش خصوصی است. بدیهی است که خیل عظیم ۶۰ تا ۷۰ بیمار فوق تخصصی در یک نوبت نیز



مزید بر علت خواهد بود و واضح و مبرهن است که در این بخش اصلاً کنترل واقعی وجود ندارد چرا که بسیاری از این اساتید محترم خود ...!

گرچه از حق هم نباید بگذریم که همکارانی هستند که با اعتقاد و ایمان به طرح پزشک خانواده با دلسوزی و حوصله و وجدان کاری (که تعداد آن‌ها کم هم نیست) در فرم‌های ارجاع پس‌خوراند مناسب را به پزشکان خانواده ارائه می‌دهند. در بخش خصوصی به ویژه در مواردی که نیازمند ارجاع هستند و گاهی بدون فرانشیز هم بیماران ارجاعی را ویزیت می‌کنند، پس‌خوراندها به مراتب بهتر و کامل تر نوشته می‌شود.

۸) عدم استقرار نرم‌افزار ویزیت جاری

از مشکلات و موانع جدی در برقراری صحیح نظام ارجاع در شیراز نبودن نرم‌افزار ویزیت جاری در سامانه کشوری است. البته این روزها پس از ۲/۵ سال از شروع برنامه پزشک خانواده نرم‌افزاری به صورت نصفه و نیمه و ناقص تحت عنوان نرم‌افزار ویزیت جاری معرفی شده که بزرگ‌ترین عیب آن جدا بودن از سامانه ویزیت پایه است! به عبارتی اطلاعات ویزیت پایه و اولیه بیماران در سایتی دیگر است و هیچ ارتباطی بین ویزیت جاری و پایه وجود ندارد و در هنگام ویزیت جاری باید تمام مشخصات بیمار مجدداً وارد شود. جالب اینکه در اول برنامه عنوان شده که این یک برنامه موقت و ناقص است اما دستور اجرای آن به همه پزشکان خانواده با پیامک اداره پزشک خانواده صادر شده است!

چگونه انتظار داشته‌ایم نظام ارجاع واقعی اجرا شود در حالی که هنوز پس از ۲/۵ سال ما نمی‌توانیم پس‌خوراندهای متخصصان را اگر هم درست و کامل نوشته شود در سامانه وارد کنیم؟ اساساً هدف از ارجاع بیماران در این مدت چه بوده است؟ بنده حقیر در طول این مدت در حدود ۲۲۰۰ عدد برگ ارجاع صادر کرده‌ام

- در طول این مدت ما تنها نمایش نظام ارجاع را داشته‌ایم آن هم به صورت کاغذی و اداری و یک طرفه و این ارجاع هیچ نقشی در ارتقای سطح علمی ما و یا ارتقای سلامت بیماران مان ایفا نکرده است.
- پیشنهاد می‌شود در سایر نقاط کشور تنها بعد از ایجاد تمام زیرساخت‌های لازم مانند نرم‌افزار ویزیت پایه براساس سؤالات هدف دار و مشخص راهبردی با استفاده از اولویت‌های موجود در نظام سلامت و همچنین برنامه ویزیت جاری، برنامه ارجاع را الزامی کنیم.



دکتر حمید طهماسبی پور *

صلاحیت حرفه‌ای پزشکان عمومی

گذراندن دروس عمومی، پایه و تخصصی به دو صورت نظری و عملی در ۴ مرحله است.
مرحله ۱ - دروس عمومی و علوم پایه
مرحله ۲ - نشانه شناسی و فیزیوپاتولوژی
مرحله ۳ - کارآموزی در محیط کار واقعی (بیمارستان و درمانگاه)
مرحله ۴ - کارورزی برای کسب تسلط بر مهارت‌های عملی پزشک تربیت شده، PHC (primary health care) را برعهده دارد. پیشگیری را مقدم بر درمان دانسته، اصول ارتقای سلامت را فراگرفته و از توان لازم برای ارائه‌ی خدمت علمی، مدیریتی و رهبری در نظام ارائه‌ی خدمات سلامت برخوردار است. امروزه بدون PHC موثر و فعال در خط مقدم جبهه خدمات سلامت، مراکز سطح ۲ و ۳، حتی در بهترین شرایط عملکرد، در ارتقای سلامت موثر نخواهند بود. تجربه نشان داده وفور تجهیزات، تکنولوژی و دارو، به تنهایی به ارتقای خدمات سلامت منجر نمی‌شود. بلکه به کارگیری تیم‌های PHC است که بهبودی در استانداردهای سلامت را به وجود می‌آورند.

پزشک عمومی در گذشته و حال

پزشکان عمومی پس از فارغ التحصیلی با پشتوانه‌ی علمی وارد عرصه‌ی نظام سلامت می‌شوند. در سال‌های دور که رشته‌های تخصصی چندان متنوع نبود و تعداد متخصصان نیز اندک بود، پزشکان عمومی در برخی رشته‌ها که مهارت کافی داشتند، مانند یک متخصص به طبابت می‌پرداختند. پزشک عمومی مانند یک متخصص جراح به اطاق عمل می‌رفت و اعمال جراحی آپاندکتومی، فتق و غیره را انجام می‌داد. برخی پزشکان عمومی به عنوان پزشک زنان فعالیت می‌کردند و اعمالی مانند سزارین را نیز انجام می‌دادند. یا برخی در زمینه پوست و زیبایی طبابت می‌کردند.

برای مثال به این استفسار به توجه نمایید: "درمورد استفسار نظام پزشکی اردبیل مبنی بر اینکه آیا عمل جراحی لوزه در مطب از طرف پزشک عمومی مجاز است یا خیر، در سی‌امین جلسه هیات مدیره مورخ ۲۵/۲/۵۲ چنین نظر داده شد که هر پزشک در حدود مهارت و اطلاعات و تجارب خود می‌تواند در هر رشته از طبابت به کار پردازد ولی عمل جراحی لوزه و اعمالی نظیر آن در مطب به هیچ وجه جایز نیست و به طور کلی اعمال جراحی باید در

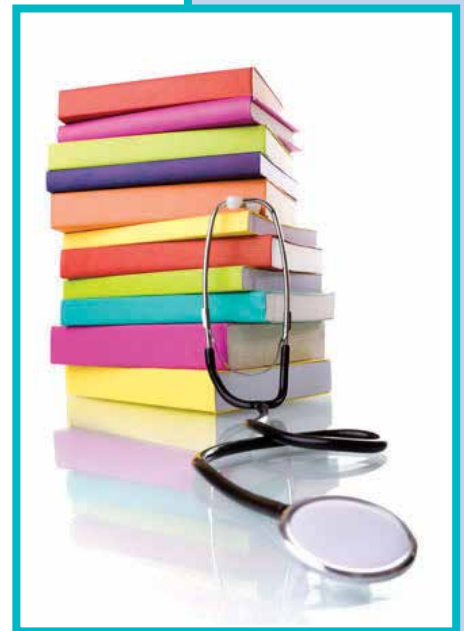
مقدمه: پزشک عمومی (General Practitioner) پزشکی است که به ارتقاء، حفظ یا بازیابی سلامت افراد طی مطالعه، تشخیص و درمان بیماری‌ها، آسیب‌ها و دیگر نواقص فیزیکی و روحی می‌پردازد و مسئولیت مراقبت مداوم و جامع سلامت افراد، خانواده‌ها و جامعه را دارد.

متأسفانه در سال‌های اخیر هماهنگ با تبلیغ افراطی تخصص‌گرایی در جامعه، شأن و منزلت پزشکان عمومی و جایگاه آنان در نظام سلامت مورد بی‌مهری‌های فراوانی قرار گرفته است. پزشکان عمومی از دید بسیاری از مسئولان و براساس تبلیغات رسانه‌ای، پزشکی هستند که فقط توان درمان بیماری‌های ساده‌ای مانند سرماخوردگی را دارند و بیماری‌های مهم‌تر را باید به سطوح تخصصی ارجاع دهند. پزشک عمومی از انجام هر پروسیجر عملی به علت "نداشتن تبحر!" منع می‌شود. البته باید توجه داشت الگوی معتقدان به این تفکر پزشکان کم تجربه و تازه

فارغ التحصیلی هستند که برای گذراندن طرح و دوره‌ی سربازی در مراکز دولتی مشغول کارند. طبیعی است که هر پزشک تازه فارغ التحصیلی که تاکنون زیر نظر اساتید و دستیاران دانشگاه بیمار می‌دیده، برای مسلط شدن در کار طبابت مستقل احتیاج به زمان دارد. ضمن احترام به پزشکان جوان و تازه فارغ التحصیل، الگوی حقیقی پزشک عمومی آن دسته از پزشکان عمومی هستند که در مطب و درمانگاه‌های خود هر کدام چند هزار جمعیت را سالیانه سال تحت پوشش درمانی قرار داده‌اند. در مطب‌های این پزشکان رابطه پزشک و بیمار آن قدر صمیمی و عمیق است، که جزیی از یک خانواده به نظر می‌آیند.

کوریکولوم آموزشی پزشکان عمومی

طبق آیین نامه ۲۳/۳/۸۳ شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی کوریکولوم آموزشی پزشکان عمومی شامل



- امروزه بدون PHC موثر و فعال در خط مقدم جبهه خدمات سلامت، مراکز سطح ۲ و ۳، حتی در بهترین شرایط عملکرد، در ارتقای سلامت موثر نخواهند بود

بیمارستان‌های مجهز انجام گردد.

از این استفساریه مشخص می‌شود که بحث بر سر این نبوده که پزشک عمومی مجاز به انجام عمل لوزه نیست بلکه پزشک عمومی باید این عمل را در بیمارستان مجهز انجام دهد. به مرور بر تعداد متخصصان و رشته‌های تخصصی افزوده شد. همچنین ابزار و ادوات تشخیصی و پروسجری بیشتری وارد حیطه پزشکی گردید و همه اینها توأم با منافع اقتصادی هنگفتی برای گروه‌های معینی از پزشکان متخصص بود. به تدریج عرصه بر پزشکان عمومی تنگ تر و گستره فعالیت آن‌ها محدودتر شد. امروزه تبلیغات افراطی تخصص گرای در جامعه و تصمیمات نسنجیده، موجب انزوای طب عمومی و کاهش منزلت پزشکان عمومی گشته است.

بخشنامه و دستورالعمل‌های متعددی از سوی وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه گر برای محدود کردن پزشکان عمومی در استفاده از ابزار و تکنولوژی‌های جدید پزشکی، تجویز برخی داروها و پاراکلینیک‌ها و... صادر می‌شود. متأسفانه برخی از این بخشنامه‌ها به شکل عریانی شرم آور و مضحک است، مثلاً تجویز قرص ناپروکسان ۲۵۰ میلی گرمی برای پزشک عمومی جایز ولی تجویز ۵۰۰ میلی گرمی آن ممنوع است. یا مثلاً تا همین چند سال پیش استفاده از دستگاه الکتروکاردیوگرافی در مطب پزشکان عمومی ممنوع بود، در حالی که همان پزشکان عمومی گرداننده درمانگاه و بخش اورژانس بیمارستان‌های قلب بودند!

تداخل حرفه‌ای یا ...

تداخل و اختلاف بین رشته‌ای در گروه‌های تخصصی هم وجود دارد، مانند اختلاف بر سر رینوپلاستی بین متخصصان گوش، حلق و بینی، جراحان پلاستیک و جراحان فک و صورت که بیش از آنکه منشاء علمی داشته باشد، ریشه اقتصادی دارد. متأسفانه اغلب محدودیت‌هایی نیز که برای پزشکان عمومی وضع می‌شود، دارای انگیزه‌های مالی است. همگان شاهد بودند بر سر امکان انجام سونوگرافی توسط پزشکان عمومی چه جنجالی توسط رادیولوژیست‌ها به پا شد. یا اخیراً در مورد استفاده پزشکان عمومی از برخی دستگاه‌های لیزر و زیبایی، چه هیاهویی برپا کردند. وجود منافع هنگفت اقتصادی باعث شده اغلب گروه‌های تخصصی میل و رغبتی برای ارائه خدمات در بخش دولتی که تعرفه کمتری دارد، نداشته باشند و حتی الامکان سعی می‌کنند بیماران را به سوی بخش خصوصی هدایت نمایند. اینان که پزشکان عمومی را به دخالت در حوزه‌های ممنوعه تخصصی متهم می‌کنند، خود به شدت مشغول مداخله

در حیطه وظایف و حوزه عمل پزشکان عمومی هستند. به عنوان مثال: برخی از پزشکان متخصص که در بیمارستان‌های دولتی بار عمده‌ی مسئولیت درمان بیماران را بردوش پزشکان عمومی می‌گذارند و حتی حاضر نیستند بیماران Complicate را ویزیت کنند، در مطب خصوصی خود طوری وانمود می‌کنند که گویا پزشکان عمومی از درمان ساده‌ترین بیماری‌ها نیز عاجزند. لذا از پذیرش بیماری‌های پیش پا افتاده نیز خودداری نمی‌کنند. اگر بیمارانی را که روزانه به مطب‌های خصوصی متخصصان مراجعه می‌کنند، مورد بررسی و ارزیابی قرار دهند، به جرأت می‌توان گفت ۶۰ تا ۷۰ درصد آنان به راحتی توسط پزشکان عمومی قابل پذیرش و درمان هستند. به عبارت دیگر پزشکان متخصص به خاطر منافع اقتصادی در ۶۰ -

۷۰ درصد موارد در حوزه عمل پزشکان عمومی مداخله و از این راه موجب کاهش درآمد پزشکان عمومی و آسیب به منافع اقتصادی آنان می‌شوند. به هر حال سطح بندی نشدن خدمات و سیستم ارجاع، نبود گایدلاین بیماری‌ها و نبود نظارت کافی و موثر بر عملکرد گروه‌های پزشکی و غیره باعث نابسامانی‌های بی‌شماری در نظام سلامت ما شده است. در این آشفتگی هر گروهی تلاش می‌کند منافع اقتصادی بیشتری بدست آورد و برخی زیاده‌خواهی‌ها نیز باعث تداخل مسئولیت‌ها و وظایف شده است.

صلاحیت حرفه‌ای پزشکان عمومی

وقتی سطح بندی خدمات، نظام ارجاع و از همه مهم‌تر pathways و راهنماهای بالینی جامع و رسمی وجود ندارند، تعیین صلاحیت حرفه‌ای بخش‌های مختلف جامعه‌ی پزشکی از جمله پزشکان عمومی کار دشواری است. به عنوان مثال اگر pathway بیماری پر فشاری خون مشخص بود، بر مبنای آن محدوده‌ی عمل و مسئولیت پزشک عمومی و متخصص نیز مشخص می‌شد. در شرایط فعلی تنها می‌توان براساس مبانی علمی، عرف و قوانین موجود صلاحیت حرفه‌ای را تاحدودی مشخص کرد.

کمترین توانمندی‌های مورد انتظار از پزشک عمومی

طبق کوریکولوم آموزشی نقشی که از پزشکان عمومی در نظام سلامت انتظار می‌رود عبارت است از:
۱ - پزشک متبحر در طبابت مستقل و پاسخگو در قبال فعالیت‌های حرفه‌ای خود

- امروزه تبلیغات افراطی تخصص گرای در جامعه و تصمیمات نسنجیده، موجب انزوای طب عمومی و کاهش منزلت پزشکان عمومی گشته است.



- اگر بیمارانی را که روزانه به مطب‌های خصوصی متخصصان مراجعه می‌کنند، مورد بررسی و ارزیابی قرار دهند، به جرأت می‌توان گفت ۶۰ تا ۷۰ درصد آنان به راحتی توسط پزشکان عمومی قابل پذیرش و درمان هستند.
- به عبارت دیگر پزشکان متخصص به خاطر منافع اقتصادی در ۶۰ - ۷۰ درصد موارد در حوزه عمل پزشکان عمومی مداخله و از این راه موجب کاهش درآمد پزشکان عمومی و آسیب به منافع اقتصادی آنان می‌شوند.



• تقریباً ۶۰ تا ۸۰ درصد خدمات بهداشت و درمان در صلاحیت حرفه‌ای پزشکان عمومی است. در حالی که ۱۰ تا ۲۰ درصد بودجه بهداشت و درمان در سطح یک و ۸۰ درصد مابقی در سطح دو و سه هزینه می‌شود.

• ملاک مهارت و تبحر، علاوه بر توانایی پزشک، سرفصل‌ها و حیطه‌ی آموزشی است که در طول مدت تحصیل و یا متعاقب آن، طی دوره‌های تکمیلی معتبر فراگرفته است و گواهی آن را اخذ نموده باشد.

• تقویت دانش و مهارت‌های بالینی برای درمان بیماری‌های شایع و یا دارای اولویت مانند: دیابت، پرفشاری خون، چاقی، پوکی استخوان، بیماری‌های شایع روانپزشکی، بیماری‌های بومی و منطقه‌ای، فوریت‌ها و اورژانس و ...

• فراگیری دانش و مهارت‌های انجام اقدامات تشخیصی مانند: الکتروکاردیوگرافی، سونوگرافی ساده و در موارد اورژانس، سیگموتیدوسکوپی و ...

• طب مکمل مانند: طب سنتی ایرانی-اسلامی، طب سوزنی و ...

• ترک اعتیاد، مشاوره ژنتیک، مشاوره تغذیه، مراقبت از پوست و ...

• آموزش متدها و استفاده از تجهیزات نوین پزشکی اصولاً خدمات بهداشتی-درمانی سطح اول نظام سلامت در صلاحیت پزشکان عمومی است. آنچه که هم اکنون نیز در بخش‌های دولتی مانند درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های دولتی از پزشکان عمومی خواسته می‌شود. در واقع پذیرش و درمان محافظه کارانه اکثر قریب به اتفاق تمام بیماری‌ها در صلاحیت حرفه‌ای پزشکان عمومی است. مرز مشخص آن در بیماری‌های داخلی، موقعی است که بیماری همراه با کمپلیکاسیون باشد. مثلاً: اگر بیمار دیابتی همراه با یکی از عوارض دیابت (نفروپاتی دیابتی، افتالموپاتی دیابتی، زخم‌های شدید و ...) باشد، در این صورت باید به سطح دو و سه ارجاع شود و یا در بیماران جراحی، آنجایی که بیمار احتیاج به پروسیجر جراحی در اطاق عمل دارد، باید بیمار را به سطح دو و سه ارجاع داد.

موارد یاد شده نشان می‌دهد، تقریباً ۶۰ تا ۸۰ درصد خدمات بهداشت و درمان در صلاحیت حرفه‌ای پزشکان عمومی است. در حالی که ۱۰ تا ۲۰ درصد بودجه بهداشت و درمان در سطح یک و ۸۰ درصد مابقی در سطح دو و سه هزینه می‌شود. در پایان براساس قوانین موجود می‌توان گفت: "پزشک عمومی می‌تواند هر اقدامی را که در آن مهارت و تبحر کافی دارد برای بیماران و مراجعان انجام دهد و در صورتی که مرتکب کوتاهی یا قصور شود پاسخگو خواهد بود. ملاک مهارت و تبحر، علاوه بر توانایی پزشک، سرفصل‌ها و حیطه‌ی آموزشی است که در طول مدت تحصیل و یا متعاقب آن، طی دوره‌های تکمیلی معتبر فراگرفته است و گواهی آن را اخذ نموده باشد."

۲ - مشاور و آموزش دهنده در امور سلامت فرد، خانواده و جامعه

۳ - مدیر و همکار واحدهای نظام سلامت

۴ - مجری و همکار در پژوهش‌های نظام سلامت

۵ - آموزش گیرنده مداوم متناسب با نیازهای روز

و پیشرفت‌های علمی در پزشکی

بر همین اساس پزشکان عمومی دارای توانمندی در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها، مدیریت و رهبری سلامت جامعه، ارائه‌ی خدمات و آموزش مسائل سلامت، اجرا و مدیریت برنامه‌های ملی و منطقه‌ای، تشخیص و درمان بیماران بر مبنای شرح حال، معاینه بالینی، استفاده از تکنولوژی مناسب و درخواست مناسب‌ترین روش تشخیص پاراکلینیک و تجویز منطقی داروهای اساسی هستند.

در زمینه‌ی اقدامات عملی طبق مصوبه‌ی "شورای آموزش پزشکی عمومی" موارد زیر جزء کمترین توانمندی‌هایی است که هر پزشک عمومی باید دارا باشد: کمک‌های اولیه - CPR بالغین، اطفال و نوزادان- تزریقات (وریدی، عضلانی، زیرجلدی، داخل جلدی، داخل استخوانی)- گذاشتن کاتتر ادراری، لوله‌ی معده و شستشوی معده - مراقبت اولیه زخم و تخلیه آبسه‌های سطحی- بخیه زدن و ترمیم پوست در نواحی مختلف بدن- انجام تامپون بینی قدامی- انجام زایمان طبیعی- واکسیناسیون- ختنه- گذاشتن آتل در شکستگی‌ها و گچ‌گیری‌های ساده- انجام ECG و تفسیر آن- انجام پونکسیون مایع نخاع، آسیت، پلور- اندازه‌گیری فشار کره چشم - انجام کات دان- بازکردن راه هوایی در موارد اورژانس (کریکوتیروئیدکتومی اورژانس)- گذاشتن chest tube در پنوموتوراکس فشارنده- بیوپسی سطحی از بافت نرم- بیرون آوردن جسم خارجی از بافت‌های زیر جلدی؛ مجرای گوش خارجی، چشم (سطحی)- انسیزیون یا پونکسیون کیست، آبسه و هماتوم- اکسیژن ضایعات خوش خیم در نواحی مختلف بدن- استفاده از لیزرهای کم توان مانند: IPL و ...

دستورالعمل توانمندسازی و حرفه‌ای طب عمومی

در این دستورالعمل که به امضای وزیر سابق بهداشت و درمان نیز رسیده است، موارد متعددی به عنوان صلاحیت حرفه‌ای پزشکان عمومی آمده است که البته برخی از آن‌ها مستلزم گذراندن دوره‌های کوتاه مدت تکمیلی است. مانند:

• دانش و مهارت‌های بهداشتی برای کنترل عوامل خطر و پیشگیری از بیماری‌ها، بهداشت خانواده، سبک زندگی و تغذیه، سلامت روان، بهداشت محیط و حرفه‌ای، مدیریت سیستم‌های بهداشتی-درمانی



دکتر مهران آسایشی *

نقد اجمالی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی نسخه ۱۵

اداری و بین بخشی یا برای تعدیل تعهدات سیستم بهداشتی و درمانی در مقابل مجریان طرح (پزشکان) بوده است و هرگاه که منابع اجازه داده، برای جلوگیری از خالی شدن مراکز از حضور پزشکان، جهشی در دریافتی پزشکان ایجاد شده بدون اینکه تعهدی به حفظ این نسبت درآمد برای پزشکان در سال های آتی وجود داشته باشد. همچنان که مقایسه نسبت دریافتی پزشکان به بهورزان منطقه ایشان در سال های شروع طرح و سال ۱۳۹۲ گویای همین مطلب است.

در ساختار اجرایی برنامه بیمه روستایی، در کمیته ها و ستادهای مختلف اجرایی و تصمیم گیری، هیچ جایگاهی برای پزشکان مجری طرح که طبق متن همه دستورالعمل ها، مسئولیت اجرای طرح و "سلامت" جمعیت تحت پوشش خود را بردوش دارند دیده نشده است. وقتی مسئولیتی چنین بزرگ بر دوش پزشکان گذاشته می شود، نباید به آن ها به چشم کارمندان عادی نگاه شود و تصمیم گیری ها و تحلیل ها باید با مشارکت نمایندگان پزشکان صورت گیرد. پزشکی که ملزم هستند، برای جمع بندی مشکلات حوزه خود، هر ماه در هر روستا جلسه شورای بهداشت تشکیل دهند و بخشی از نمره پایش و حقوقشان به انعقاد همین جلسات وابسته است، برای بررسی مشکلات خود و برخی کاستی های دستورالعمل که فقط برای پزشکان مجری قابل لمس و درک است جایگاهی نمی یابند. تنها راه ارتباطی پزشکان با سطوح تصمیم گیر کارداناان و کارشناسانی هستند که گاه طبق بخشنامه و با چک لیست برای پایش یا حضور و غیاب پرسنل به مراکز مراجعه می کنند و اگر حوصله داشته باشند پای صحبت های فنی و خارج از چک لیست و توضیحات پزشکان نیز می نشینند. اما پیگیری انتقادات و پیشنهادهایی که لازمه آن پزشک بودن و درگیری مستقیم در اجرای طرح است کجا و توسط چه کسی صورت خواهد گرفت؟

حضور نمایندگان پزشکان مجری طرح در ستادهای تصمیم گیری علاوه بر اینکه علم و تجربه مستقیم مجریان طرح را در تصمیم گیری ها وارد کرده منتج



مقدمه

اهمیت بررسی طرح بیمه روستایی

۹ سال از شروع اجرای برنامه بیمه روستایی می گذرد و طی این مدت ۱۵ نسخه و تعداد بسیاری از اصلاحات محتوایی برای برنامه تهیه و تدوین شده است. نگاهی به مشکلاتی که با وجود ۱۵ بار تجدید دستورالعمل، هنوز گریبان مجریان طرح را گرفته است، می تواند ما را در طراحی صحیح تر برای رسیدن به موفقیت در اجرای همین برنامه و برنامه پزشک خانواده شهری رهنمون شود، چرا که طراحان و مجریان در برنامه یکسان هستند. در واقع وضعیت کنونی و نحوه اجرا و اصلاح برنامه بیمه روستایی می تواند نشان دهنده نحوه تعامل سیستم بهداشتی و درمانی با مجریان برنامه پزشک خانواده شهری در آینده باشد.

ساختار اجرایی

یکی از بزرگ ترین معایب برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، حضور نداشتن مجریان برنامه (پزشکان) در سطوح تصمیم گیری و مدیریت و اصلاح برنامه است. اصولاً هیچ ساز و کاری برای مشارکت دادن مجریان طرح در نقد و بررسی و اصلاح آن وجود ندارد و تاکنون قدمی مثبت در این مورد برداشته نشده است و اگر تغییری در این ۱۵ نسخه انجام شده بیشتر در راستای حل مشکلات

- در ساختار اجرایی برنامه بیمه روستایی، در کمیته ها و ستادهای مختلف اجرایی و تصمیم گیری، هیچ جایگاهی برای پزشکان مجری طرح که طبق متن همه دستورالعمل ها، مسئولیت اجرای طرح و "سلامت" جمعیت تحت پوشش خود را بردوش دارند دیده نشده است.

اساس نحوه طبابت آن‌ها و بر پایه اصول علمی خواهد بود، اما نحوه پایش، تیم پایش و پرسش‌های آن در انحرافی آشکار از هدف ذکر شده در تفاهم‌نامه رویکردی اداری و فرمالیته دارد. تیم پایش که شامل کارشناسان اداری هستند چک لیستی با بارم بندی این چنینی را پر می نمایند:

مدیریت	۲۰
عملکرد مدیریت وفنی	۴۰
قرارداد و دستورالعمل	۳۰
همکاری‌های بین بخشی	۳
نتایج	۷
جمع امتیاز	۱۰۰

و پرسش‌های بخش فنی:

بخش: عملکرد

موضوع دوم: عملکرد فنی

ردیف	سؤال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا پزشک با برنامه‌ها و اهداف آن‌ها آشنایی دارد؟			
۲	آیا پزشک با گروه هدف برنامه‌ها در سطح مرکز بهداشتی درمانی آشنایی دارد؟			
۳	آیا پزشک با وضعیت موجود برنامه آشنایی دارد؟			
۴	آیا پزشک برای اجرای برنامه‌ها در سطح منطقه برنامه ریزی کرده است؟			
۵	آیا پشتیبانی مورد نیاز (فرم‌ها، تجهیزات، اقلام مصرفی، دارو، خودرو و...) انجام می‌شود؟			
۶	آیا پایش و نظارت برنامه‌ها اجرا می‌شود؟			
۷	آیا ثبت و گزارش دهی از برنامه به موقع انجام می‌شود؟			

جمع کل امتیازات بخش عملکرد مدیریت و فنی	۴۰
امتیازات کسب شده	

و پرسش‌های بخش نتایج شامل تنها ۲ سؤال

بخش: نتایج

موضوع اول: شاخص‌های فنی

ردیف	سؤال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا فرم مربوط به محاسبه شاخص‌های پشتیبانی تکمیل شده است؟			

به تصمیمات پخته‌تر خواهد شد، باعث ایجاد تفاهم بیشتر بین پزشکان مجری و مسئولان تصمیم‌گیر نیز خواهد شد چرا که پزشکان در جریان علل و توضیحات تصمیمات گرفته شده و روند آن‌ها قرار خواهند گرفت و امکان پیگیری مشکلات اجرایی و کاستی‌های طرح را نیز خواهند داشت.

پیشنهاد:

- اضافه شدن نماینده انجمن پزشکان عمومی در سطح عالی کشوری و همچنین نماینده پزشکان مجری بیمه روستایی (به پیشنهاد انجمن پزشکان عمومی) به ترکیب ستادهای اجرایی در کلیه سطوح

دریافتی پزشکان

دریافتی پزشکان بیمه روستایی وابسته به "ضریب محرومیت" و "سرانه" و "نمره پایش" است.

اگر از ضریب ثابت محرومیت (به رغم مبهم بودن نحوه اختصاص آن که همواره مورد سؤال همکاران بوده و در مواردی به نظر ناعادلانه می‌رسد) بگذریم، در مورد محاسبه سرانه پرسش‌های جدی‌تری وجود دارد که عملکرد ۹ سال گذشته نیز به آن دامن می‌زند.

با توجه به اینکه حقوق دریافتی پزشکان خانواده روستایی طبق قانون و اجباراً تنها راه امرار معاش آن‌ها خواهد بود، سرانه روستاییان، که به عنوان بخشی از بودجه دولت برای تامین بخشی از هزینه‌های بهداشت و درمان روستاییان به تصویب می‌رسد، نمی‌تواند مبنای حقوق پزشکی قرار گیرد که انتظار داریم از بین تمام راه‌های پیش رویشان در زندگی، خدمت در روستاها به عنوان پزشک خانواده روستایی را برگزینند و ماندگار باشند. چون هیچ تضمینی برای افزایش دریافتی تیم سلامت متناسب با افزایش هزینه زندگی و تورم، متناسب با دیگر گروه‌های پزشکی وجود نخواهد داشت. مگر تصمیمات که گاه از روی نیاز و وابسته به بازار متقاضی کار. در این شرایط شرکت در طرح بیمه روستایی و فعالیت به عنوان پزشک خانواده تنها به عنوان یک کار جنبی و موقت و از روی اجبار خواهد بود.

دست کم ۲۰ درصد از حقوق پزشکان و نیز ادامه فعالیت آن‌ها در طرح، وابسته به پایش است. طبق بند ۴، بخش الف "تفاهم‌نامه خدمات سطح یک بیمه روستاییان و عشایر سال ۱۳۹۳" صراحتاً تأکید شده است که: "۷ درصد (سهمی) از حقوق پزشک از کل سرانه که وابسته به پایش است) براساس نتایج پایش و نظارت عملکرد توسط ستاد شهرستان در استفاده از راهنماهای بالینی (گایدلاین‌ها) که شامل راهنماهای بالینی ابلاغ شده و نیز دیگر دستورالعمل‌های نظام مراقبت کشوری در برنامه‌های خدمات سلامت که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ گردیده است" این طور به نظر می‌آید که پایش پزشکان بر



• آیا پزشک حق ندارد در درمان بیماران از دانش به روز خود استفاده کند؟ اصولاً آیا می‌توان پزشک را از تجویز داروهایی تأیید شده از نظر علمی منع کرد؟ و در شرایطی که راهنماهای وزارت بهداشت در مورد ادامه درمان بیماری‌هایی که توسط متخصص شروع شده در دسترس و به روز نیست تکلیف بیماران تحت پوشش چه خواهد بود؟

در انتها پایشی که انجام می‌گیرد نه تنها هیچ ارتباطی با دستورالعمل‌های بالینی (که ابلاغ هم نشده‌اند) ندارد بلکه وجود پرسش‌های پیش پا افتاده و بدیهی در کنار پرسش‌هایی مبهم و گاهی بدون امکان جواب قطعی که البته هیچ کدام هم شامل اصلی‌ترین فعالیت پزشک در مرکز نمی‌شوند باب اعمال سلیقه‌های غیرکارشناسانه افراد غیر پزشک را درمورد امتیاز پایش پزشکان و در نتیجه حقوق دریافتی آن‌ها باز می‌کند.

در نتیجه نحوه تعیین ضریب محرومیت، سرانه روستاییان و پایش و دیگر عواملی که دریافتی پزشکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، آن گونه نیست که رضایت و اطمینان ارائه‌دهندگان خدمت را تأمین کند و تداوم بخشد. در نتیجه با گردش مداوم نیرو وابسته به شرایط روز مواجه خواهیم بود.

پیشنهاد:

– اختیار روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی برای افزایش یا اصلاح ضرایب محرومیت در محل‌های مورد نیاز
– تضمین افزایش دریافتی پزشکان بیمه روستایی، متناسب با افزایش حق ویزیت
– اصلاح روند پایش اعم از تیم پایش و پرسش‌های پایش (با استفاده از نظر مشورتی انجمن پزشکان عمومی)
– تهیه و ارائه گایدلاین‌های مناسب با همکاری انجمن‌های علمی و سازمان نظام پزشکی

در بحث شیوه استقرار برنامه بیمه روستایی

• ماده ۳۱ تبصره ۶:

• تمامی پزشکان خانواده مستقر در مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی، مسئول جمعیت تحت پوشش مرکز هستند و متناسب با فرمول تعیین شده موجود در فصل ششم این دستورالعمل از نظام پرداخت تقریباً یکسانی برخوردار می‌باشند ولی یکی از آن‌ها، به عنوان مسئول مرکز بهداشتی درمانی و رابط مرکز با مرکز بهداشت شهرستان تعیین خواهد شد (با اولویت پزشک رسمی یا پیمانی).

مرکز بهداشت شهرستان می‌تواند ماهانه از ۱ درصد تا حداکثر ۴ درصد کل مبلغ قرارداد را به عنوان حق مسئولیت با توجه به درصد عملکرد پزشک در نتیجه پایش، برای این فرد قائل شود (۳ درصد تا ۴ درصد فقط خاص مراکز شبانه‌روزی طبق دفترچه‌های طرح‌های گسترش است). محل تأمین این اعتبار از منابع اعتباری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده (درآمدهای اختصاصی) است.

پزشکانی که مسئولیت مرکز را برعهده می‌گیرند، بار کار مضاعفی را متحمل می‌گردند که یک تا چهار درصد تفاوت دریافتی آن‌ها با دیگر پزشکان تناسبی با این کار و مسئولیت مضاعف ندارد.

میزان انرژی و زمانی که پزشک مسئول مرکز صرف این کار می‌کند، بر فعالیت کلیه تیم‌های سلامت و نیز دریافت خدمت جمعیت تحت پوشش تأثیرگذار خواهد بود.

پیشنهاد:

– تعلق کارانه به پزشک مسئول مراکز یا تعلق ۰/۸ درصد (یک دهم درصد) از سرانه کل جمعیت تحت پوشش مرکز به پزشک مسئول

گردش کار و بسته‌های خدمت

دو فصل کوچکی که در غیاب نمایندگان پزشکان مجری در سطوح تصمیم‌گیری، بعد از گذشت ۹ سال هنوز مسکوت مانده گردش کار و بسته‌های خدمت هستند. در گردش کار مقرر شده که بیمار باید از طریق بهورز به پزشک ارجاع شود. در صورتی که در طول این ۹ سال هیچ اقدامی در عملی کردن این بند صورت نگرفته است و این امر در کنار هزینه بسیار پایین مراجعه به پزشک باعث شده پزشکان مجری همواره درگیر بار مراجعه‌های اضافی و مستقیم جمعیت تحت پوشش خود بوده، اجرای برنامه‌های بهداشتی و پیشگیری و آموزشی و بهداشت محیط و مدیریت مشکلات بهداشتی و... (بسته‌های خدمت) در حاشیه قرار گیرند.

پیشنهاد:

– انجام کارسنجی در مورد وظایف پزشک بیمه روستایی با احتساب جمعیت مورد نظر برای هر پزشک و اصلاح یا تقسیم وظایف و بسته‌های خدمت

جایگاه پزشک و پزشکی

در فصل چهارم که به نام "شیوه تعامل دانشگاه علوم پزشکی با اداره کل بیمه خدمات درمانی" است، تبصره ۶ حق تجویز داروهایی بیش از ۳۵۰ قلم داروی تعیین شده را از پزشکان سلب می‌نماید!

• تبصره ۶: پزشک خانواده مجاز به تجویز داروهای خارج از فهرست درخواستی خود از ۳۵۰ قلم داروی تعیین شده نمی‌باشد مگر درمورد تمدید نسخ ادامه درمان بیماران دیابتی، پرفشاری خون، اعصاب و روان، و نارسایی کرونری و قلبی که توسط متخصص مربوطه شروع و براساس راهنماهای وزارت بهداشت ادامه یابد. به شرط وجود پرونده سلامت و پیگیری ماهانه این بیماران و ثبت میزان مصرفی دارو در پرونده سلامت.

آیا پزشک حق ندارد در درمان بیماران از دانش به روز خود استفاده کند؟ اصولاً آیا می‌توان پزشک را از تجویز داروهایی تأیید شده از نظر علمی منع کرد؟ و در شرایطی که راهنماهای وزارت بهداشت در مورد ادامه درمان بیماری‌هایی که توسط متخصص شروع شده در دسترس و به روز نیست تکلیف بیماران تحت پوشش چه خواهد بود؟

در تعامل بین دانشگاه با اداره کل بیمه خدمات درمانی در روند اجرا موارد دیگری از نقض حقوق پزشکان و تخفیف جایگاه آن‌ها به وقوع می‌پیوندد، از جمله:

– وارد کردن نسخه ماماها به دفترچه توسط پزشکان
– دخالت کارشناسان ستادی در امر درمان بیماران به بهانه دستورالعمل‌ها

- در طول این ۹ سال اجرای برنامه بیمه روستایی، هیچگاه اهمیتی به این مطلب داده نشده که چند درصد ارجاعات یک پزشک صحیح بوده و تنها درصد کلی ارجاع در نمره پایش تاثیر داده شده است.

با قید "متعاقباً اعلام می شود!" و مانند آن در ۱۵ نسخه تجدیدنظر شده، تکرار گردیده است!

اجرای برنامه بیمه روستایی در سطح ۲ و بالاتر، تنها به معنی استفاده از دفترچه بیمه روستایی و برخورداری از مزایای مالی آن نیست بلکه سازوکار برگشت پس خوراند از بیماران ارجاعی و اطلاع پزشک خانواده از پرونده درمانی آن ها مدنظر بوده که بدون اجرای آن تأکید بر "مسئولیت سلامت جمعیت تحت پوشش" و "تشکیل پرونده سلامت" و "ثبت اطلاعات در پرونده سلامت افراد" و ... بیهوده به نظر می رسد. در طول این ۹ سال اجرای برنامه بیمه روستایی، هیچگاه اهمیتی به این مطلب داده نشده که چند درصد ارجاعات یک پزشک صحیح بوده و تنها درصد کلی ارجاع در نمره پایش تأثیر داده شده است.

با در نظر گرفتن مطالب یاد شده، به این نتیجه می رسیم که برنامه بیمه روستایی در اجرا از هدف های اولیه خود فاصله گرفته و با ناتوانایی کارفرمایان طرح برای اجرای صحیح مراحل پیش و پس از پزشک عمومی (مراحل مربوط به بهورز و متخصصان) و زیرساخت های لازم برای پرونده الکترونیک سلامت، تنها با فشار بر روی پزشکان عمومی برای رعایت محدودیت تجویز دارو، محدودیت میانگین قیمت دارو و اقلام آزمایشگاهی و امکان نداشتن مراجعه مستقیم روستاییان به سطح ۲ به منظور کنترل هزینه های درمان روستاییان مورد استفاده قرار می گیرد.

پیشنهاد:

- اجرایی کردن دستورالعمل برنامه بیمه روستایی در مورد تهیه زیر ساخت مناسب برای پرونده سلامت الکترونیک، به نحوی که برای پزشکان مجری طرح قابلیت کاربردی مناسب داشته باشد.
- تعیین سازوکار مناسب و الزام آور به منظور ارائه پس خوراند از سطح ۲ به پزشکان بیمه روستایی
- با توجه به نبود تیم درمانی مناسب موارد اورژانس در زمان خارج از وقت اداری، و نبود تجهیزات اورژانس در مراکز بهداشتی درمانی، بهتر است در مورد لزوم انجام بیتوته در تمام مراکز، تجدیدنظر صورت گرفته سهم بیتوته در دریافتی پزشکان کاهش یابد.
- رسیدگی و بهسازی محل بیتوته پزشکان و تهیه تجهیزات مناسب برای محل بیتوته و خودرو مناسب برای ده گردشی ها

- ساعت های کاری نامتناسب

- بی توجهی و همکاری نکردن در راستای بازآموزی و آموزش مداوم پزشکان که در هیچ فصلی دستورالعمل و تفاهم نامه، سازوکاری برای آن مشخص نشده است.

پیشنهاد:

- ممنوعیت دخالت غیر پزشکان در فعالیت بهداشتی - درمانی پزشکان مجری
- احترام به حدود اختیارات پزشکان عمومی طبق آیین نامه های سازمان نظام پزشکی
- الزام رعایت مقررات سازمان نظام پزشکی در مورد امتیاز بازآموزی و فراهم سازی زمینه شرکت پزشکان بیمه روستایی در برنامه های بازآموزی بدون نیاز به استفاده از مرخصی
- هماهنگ سازی ساعت های کاری پزشکان بیمه روستایی با بقیه کارکنان مرکز بهداشتی - درمانی

اجرای برنامه در سطح ۲

تا زمانی که برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در سطح دوم اجرایی نشود نمی توان از مسئولیت پزشک خانواده روستایی در قبال سلامت جمعیت تحت پوشش سخن گفت.

فصل هشتم: خدمات سطوح دوم و بالاتر

ماده ۹۶: در این بخش از خدمات، هیچ تغییری در نظام مالی و مکانیسم پرداخت ایجاد نخواهد شد.

تبصره ۱: در عقد قرارداد با نیروهای متخصص، مکانیسم های ارائه بازخورد اطلاعات از متخصص به پزشک خانواده توسط بیمه خدمات درمانی متعاقباً اعلام می شود.

تفاهم نامه سال ۹۳: شماره ۱، تبصره ۱: خدمات سطوح ۲ و ۳ ... با الزام به پذیرش ارجاعات سطح اول با فرم ارجاع و تکمیل و ارائه فرم پسخوراند با رعایت نظام سطح بندی، ... صورت می پذیرد. به منظور تکمیل چرخه ارجاع و بهبود پاسخگویی به بیماران و عملیاتی نمودن بند ج ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم تفاهم نامه جداگانه ای با معاونت درمان منعقد می شود.

یکی از عوارض حضور نداشتن نمایندگان پزشکان مجری طرح در سطوح تصمیم گیری، بالاتکلیف ماندن برخی از وظایف مهم و کلیدی کارفرمایان طرح، از جمله ایجاد مکانیسم های ارائه بازخورد اطلاعات از سطح ۲ به پزشکان مجری است که از زمان شروع طرح در سال ۱۳۸۴ همچنان

- برنامه بیمه روستایی در اجرا از هدف های اولیه خود فاصله گرفته و با ناتوانایی کارفرمایان طرح برای اجرای صحیح مراحل پیش و پس از پزشک عمومی و زیرساخت های لازم برای پرونده الکترونیک سلامت، تنها با فشار بر روی پزشکان عمومی برای رعایت محدودیت تجویز دارو، محدودیت میانگین قیمت دارو و اقلام آزمایشگاهی و امکان نداشتن مراجعه مستقیم روستاییان به سطح ۲ به منظور کنترل هزینه های درمان روستاییان مورد استفاده قرار می گیرد.



سازمان جهانی انجمن های پزشکان عمومی و پزشکان خانواده



دکتر فرید رهنمای چیت ساز *



WONCA توسط اعضای ۱۸ کشور شکل گرفت و در حال حاضر با ۱۱۸ عضو از ۱۳۰ کشور جهان مشغول به کار است. تعداد پزشکان عمومی/ خانواده ای که در حال حاضر به واسطه عضویت انجمنی یا عادی عضو ونکا هستند بالغ بر پانصد هزار نفر است.

مأموریت این سازمان ارتقای کیفیت سلامت مردم جهان از طریق استانداردهای بالای مراقبت در طب عمومی/ خانواده است. این سازمان ارگانی است که به طور رسمی در سازمان جهانی بهداشت، پزشکان عمومی و خانواده را نمایندگی می کند.

فعالیت های اصلی ونکا عبارت است از: کمک به ارتقای سازمان های آکادمیک و انجمن های ملی پزشکان عمومی/ خانواده در سراسر دنیا، ایجاد ارتباط بین انجمن های پزشک عمومی/ خانواده در سراسر دنیا، مساعدت برای ارتقای سطح آموزش پزشکی خانواده، پژوهش و ارتقای نقش پزشکان خانواده

و خانواده را نمایندگی می کند. هفت منطقه آفریقا، آسیا و اقیانوس آرام، مدیترانه شرقی، اروپا، آمریکای جنوبی، آمریکای شمالی و جنوب آسیا، هرکدام شورای منطقه ای و رئیس شورای خود را دارند و مسائل مربوط به خدمات مراقبت های سلامت و همچنین امور مرتبط با پزشکان منطقه را در دستور کار خود دارند. از طرفی هفت کمیته ونکا شامل آموزش، پژوهش، خدمات باکیفیت، کلاسیفیکاسیون و گروه های تخصصی متعدد و همچنین جنبش پزشکان جوان از ارکان این سازمان هستند.

جنبش جوانان هفت منطقه عبارتند از: واسکودوگاما در اروپا، راجاکومار در آسیا پاسیفیک، جاده ابریشم در جنوب آسیا، واینکای در آمریکای جنوبی، آفریون در آفریقا، الرازی در مدیترانه شرقی و پولاریس در آمریکای شمالی. گروه های تخصصی متعدد نیز نماینده پزشکان عمومی با تمایل تخصصی GP with Special Interest هستند. GP-WSI پزشکان عمومی ای هستند که در حیطه تخصصی مشخصی مثلاً قلب یا پوست فعالیت دارند. فعالیت این دسته از پزشکان به خصوص در انگلیس مورد بررسی قرار گرفته و در مواردی اقبال بیماران با توجه به رویکرد جامع نگر این پزشکان بیش از پزشکان متخصص آن رشته است.

ونکا از حروف اول سازمان جهانی کالج های ملی آکادمی ها و انجمن های پزشکان عمومی و خانواده می آید.

رئیس فعلی این سازمان پروفیسور مایکل کید پزشک خانواده از استرالیا است.

فعالیت های اصلی ونکا عبارت است از:

کمک به ارتقای سازمان های آکادمیک و انجمن های ملی پزشکان عمومی/ خانواده در سراسر دنیا، ایجاد ارتباط بین انجمن های پزشک عمومی/ خانواده در سراسر دنیا، مساعدت برای ارتقای سطح آموزش پزشکی خانواده، پژوهش و ارتقای نقش پزشکان خانواده.

در حال حاضر کشورهایی که در ناحیه مدیترانه شرقی عضو ونکا هستند عبارتند از: بحرین، مصر، امارات متحده عربی، عراق، اردن، لبنان، عمان، عربستان و سوریه. متأسفانه جای ایران در بین این کشورها خالی است.

خوشبختانه انجمن علمی پزشکان عمومی ایران اقداماتی را برای مذاکره و عضویت در این سازمان آغاز کرده است که امید می رود هرچه سریع تر به نتیجه برسد.

از ابتدای تاریخ پزشکی تا سال ۱۸۹۳ پزشک معنایی به جز پزشک عمومی نداشت. از ابتدای قرن بیستم به مرور مفهوم پزشک متخصص گسترش پیدا کرد. یکی از نقاط عطف در بحران هویت پزشکان عمومی در زمان جنگ جهانی دوم به خصوص در امریکا اتفاق افتاد. پزشکانی که در بیمارستان های بزرگ و معروف آن زمان به ارائه انواع خدمات پزشکی می پرداختند و در اتاق های عمل بیمارستان جراحی می کردند عازم جنگ شدند. این پزشکان بعد از اتمام جنگ به ایالات متحده بازگشتند تا به عنوان قهرمانان پزشکی جنگ به سر کار خود در بیمارستان های بزرگ بازگردند غافل از اینکه بسیاری از بیمارستان ها دستورالعمل هایی را به اجرا گذاشته بودند که براساس آن ها پزشکان عمومی مجاز به انجام اعمال جراحی نبودند و همچنین محدودیت های شغلی دیگر که تنها با اجازه ی متخصص مجاز به انجام این درمان ها بودند. این معضل بحران هویت اما دیری نپایید. با تشکیل انجمن پزشکان عمومی و سپس ادغام آن در انجمن پزشکی آمریکا و سپس تشکیل هیات برد پزشکی عمومی و در نهایت تشکیل تخصص پزشک خانواده در اواسط دهه ۶۰ میلادی، بحران مدیریت شد. در کانادا، استرالیا و انگلستان نیز با سیر مشابهی پزشک خانواده شکل گرفت، هرچند که در استرالیا و انگلستان نام آن همان پزشک عمومی یا General Practitioner باقی ماند.

در سال ۱۹۶۴ اولین کنفرانس بین المللی پزشک خانواده در کانادا برگزار شد. در سال ۱۹۷۲ در پنجمین کنفرانس بین المللی پزشکان عمومی پیشنهاد قبلی برای تشکیل یک جامعه ی جهانی متشکل از انجمن های ملی، نهادهای آکادمیک و دانشگاهی مرتبط با طب عمومی/ خانواده اجرایی شد و سازمانی به نام ونکا WONCA توسط اعضای ۱۸ کشور شکل گرفت و در حال حاضر با ۱۱۸ عضو از ۱۳۰ کشور جهان مشغول به کار است. تعداد پزشکان عمومی/ خانواده ای که در حال حاضر به واسطه عضویت انجمنی یا عادی عضو ونکا هستند بالغ بر پانصد هزار نفر است.

مأموریت این سازمان ارتقای کیفیت سلامت مردم جهان از طریق استانداردهای بالای مراقبت در طب عمومی/ خانواده است. این سازمان ارگانی است که به طور رسمی در سازمان جهانی بهداشت، پزشکان عمومی



دکتر هنگامه خضری *

اختلالات تغذیه‌ای در دختران نوجوان دانش آموز

متماایل شده اند و میزان نارضایتی از تصویر ذهنی بدنی و عادات غذایی ناسالم و اختلالات تغذیه‌ای که در آنان افزایش یافته است به علت تاثیر رسانه های جمعی و ایده آل های اجتماعی و تاثیر مد در این زمینه است. از طرفی تصویر ذهنی بدنی یکی از اجزای مهم خودکار آمدی در دختران نوجوان است. در مطالعه جولین و همکاران، دختران آفریقایی آمریکایی و هیسپانیک مبتلا به اضافه وزن و چاقی نسبت به دختران با وزن طبیعی خودکارآمدی کمتری داشتند.

این دختران نسبت به نظر و عقیده همسالان درباره خودشان نگرانی بیشتری ابراز می کردند. در مطالعه کانکو، ۷۹ تا ۸۷ درصد از دختران هفده ساله به لاغری تمایل شدید داشته و در مورد شکل و وزن خود بسیار نگران بودند و تعداد قابل توجهی به رغم این که نسبت به سن و قد خود کم وزن بودند، اما دوست داشتند لاغرتر باشند.

یکی از شایع ترین بیماری های تغذیه - روانی در این دوران، اختلالات خوردن^۲ است که میتواند زمینه ساز مشکلات حاد و مزمن جسمی و روحی باشد. خصوصیت اصلی این بیماریها آشفتگی و به هم خوردن رفتارهای متعادل تغذیه ای می تواند و اختلالات بارزی در افکار و تصورات فرد نسبت به غذاها و خویشتن بخصوص وزن بدن به وجود می آورد و زمینه ساز مشکلاتی چون سوء تغذیه، استئوپروز، آموره، اضطراب و افسردگی بوده که در صورت تشخیص داده نشدن سریع و درمان به موقع می توانند به حالت های شدید و بالینی چون بی اشتها^۳ عصبی^۴ و پرخوری عصبی^۵ تبدیل شوند.

قدر مسلم آنکه داشتن نگرش نامناسب نسبت به خود و وزن خویشتن موجب دریافت نامناسب مواد غذایی مانند گوشت، ساندویچ و فست فودها شده که این مورد باعث افزایش چربی بدن و در نهایت اضافه وزن می گردد. از طرفی بین نمای توده بدنی و داشتن اختلالات تغذیه ای نیز رابطه معنی داری وجود دارد و افراد با نمای توده بدنی بالاتر بیشتر در گروه دارای اختلالات خوردن قرار دارند. از طرفی افراد دارای اختلالات خوردن نیز به دلیل استفاده ناصحیح رژیم غذایی دچار اضافه وزنی می شوند و این چرخه به صورت سیکل معیوب ادامه دارد. به دلیل شیوع بالای اختلالات تغذیه ای در دختران نوجوان و شیوع سوء تغذیه از نوع چاقی و لاغری در این جمعیت، همچنین دریافت نامناسب مواد غذایی و رفتارهای ناپهناجر غذا خوردن تصحیح این رفتار می تواند از اولویت های سلامت باشد. مسئولان امر می توانند با فراهم کردن فرصت های مناسب در زمینه ارتقای آگاهی و نگرش دانش آموزان باعث بهبود وضعیت تغذیه و نگرش آنان و در نتیجه بهبود وضع سلامت جامعه شوند.

نوجوانی یکی از بحرانی ترین دوره های رشد انسان به شمار می رود و به دلیل وسعت تغییرات فیزیکی و رفتاری در این دوران، وضعیت تغذیه ای نوجوان تحت تاثیر قرار می گیرد.

با توجه به این که نوجوانی مرحله ای سرشار از دگرگونی و تغییر و تحول جسمی و روحی است، یکی از مهم ترین دوره های زندگی محسوب شده که فرد بیشترین مشکلات را در رابطه با تصویر ذهنی و بدنی^۱ خویش دارد.

تحقیقات مختلفی نشان دهنده این نکته است که زنان و دختران نسبت به تصویر ذهنی بدنی از حساسیت و آسیب زایی بالایی برخوردارند. همچنان که مطالعات زیادی در جوامع غربی نشان داده است که دختران نوجوان به طور فزاینده ای به لاغر شدن و کاهش اندازه بدن متمایل شده اند و میزان نارضایتی از تصویر ذهنی بدنی و عادات غذایی ناسالم و اختلالات تغذیه ای در آنان افزایش یافته است که این مهم متاثر از رسانه های جمعی، ایده آل های اجتماعی و تاثیر مد در این زمینه است. تصویر ذهنی واژه هایی انتزاعی هستند که دربرگیرنده اطلاعات، احساسات و ادراکات آگاهانه و غیرآگاهانه شخص در مورد بدنش می باشند. این مفهوم، متشکل از احساسات فردی در مورد اندازه، جنس، عملکرد و توانایی بدن است.

اگرچه تصویر ذهنی بدنی ساختاری چند بعدی دارد؛ غالباً به صورت درجه ای از رضایت از ظاهر فیزیکی اندازه، شکل و ظاهر عمومی تعریف می شود و به علت احتمال ارتباط آن با اختلالات تغذیه ای و اختلالات روانی و کاهش اعتماد به نفس، اهمیت زیادی دارد. تصویر ذهنی بدنی در سنین نوجوانی به علت اثرات پیچیده روانی بر مفهوم خود در این دوران، فاکتور اساسی تعیین چگونگی تعامل نوجوان با دیگران به شمار می آید. تصویر ذهنی بدنی از سه مفهوم اصلی واقعیت بدن، یعنی بدن فرد آنگونه که هست، بدن ایده آل، یعنی بدنی که فرد آرزومند آن است و بدن نمایشی، یعنی بدنی که فرد نمایش می دهد و از دو دسته واکنش تعدیل کننده شخصی یعنی شیوه های سازگاری و شبکه حمایت اجتماعی تشکیل شده است.

بسیاری از بررسی ها، رفتارهای ناهنجار اکتسابی غذاخوردن را عاملی مؤثر در ایجاد سوء تغذیه، اعم از چاقی، لاغری و اضافه وزن می دانند. نتایج نشان داده که عملکردهای تغذیه ای، بیش از آنچه که تحت تاثیر آگاهی تغذیه ای باشند، تحت تاثیر فرهنگ ها، باورها و نگرش های تغذیه ای قرار دارند. بنابراین بالا بردن سطح نگرش های تغذیه ای^۲ به عنوان اساس اصلاح رفتارها و عملکردهای تغذیه ای، ضروری به نظر می رسد. مطالعات زیادی در جوامع غربی نشان داده اند که دختران نوجوان به طور فزاینده ای به لاغر شدن و کاهش اندازه بدن



• مطالعات زیادی در جوامع غربی نشان داده است که دختران نوجوان به طور فزاینده ای به لاغر شدن و کاهش اندازه بدن متمایل شده اند و میزان نارضایتی از تصویر ذهنی بدنی و عادات غذایی ناسالم و اختلالات تغذیه ای در آنان افزایش یافته است که این مهم متاثر از رسانه های جمعی، ایده آل های اجتماعی و تاثیر مد در این زمینه است.



گردآوری: دکتر حامد حاتمی *

۱۰ اپلیکیشن برتر برای پزشکان عمومی

۱ - مداسکیپ (Medscape)

اپلیکیشن مد اسکیپ یکی از پرطرفدارترین اپ‌های پزشکی است که توسط سایت webmd.com ارائه شده و چندین میلیون بار توسط کاربران مختلف دانلود شده است.

امکانات: از طریق این اپ شما

- به اخبار پزشکی دسترسی پیدا می کنید.
- در بخش آموزش پزشکی آن به مطالب آموزشی در ۳۲ زمینه پزشکی دسترسی دارید.

- در بخش رفرانس‌ها هم منابعی برای جستجوی مطالب مربوط به داروها، درمان‌ها، پروسه‌های پزشکی، چک کننده تداخلات دارویی، محاسبه گر پزشکی (برای محاسبات مختلف Criteriaها و داده‌های سم شناسی و آزمایشگاهی و ...) فرمولاسیون‌های دارویی و دایرکتور پزشکان و مراکز درمانی وجود دارد.

بعد از نصب اپلیکیشن بهتر است یک بار با اینترنت پرسرعت منابع آن را برای استفاده آفلاین دانلود کنید. این کار ممکن است قدری به طول بینجامد، اما دست شما را در استفاده‌های بعدی به صورت آفلاین باز می گذارد.

شرکت ارائه کننده: WebMD

حجم: حدود ۴/۷ مگابایت (به علاوه چند صد مگابایت بانک دیتا)

موجود برای اندروید و IOS

۲ - اپوکریتس (Epocrates)

یک اپلیکیشن پزشکی محبوب دیگر که برای دریافت اطلاعات داروها به کار می رود.

امکانات:

- اطلاعات دارویی و بررسی تداخلات دارویی
- دارویاب (براساس مشخصات ظاهری دارو)
- طب ریاضی مثل جداول و محاسبه گرهای پزشکی
- فورمولاسیون داروهای ترکیبی

این اپ در حالت پایه رایگان است و ویرایش پولی آن با امکانات بیشتر نیز موجود است.
شرکت ارائه کننده: Epocrates

حجم: ۶/۴ مگابایت

موجود برای اندروید و IOS

۳ - ویژوال آناتومی

دلتان برای سال‌های اول پزشکی و درس‌های آناتومی تنگ شده است؟ شاید هم دوست دارید

(Visual Anatomy Lite)

دلتان برای سال‌های اول پزشکی و درس‌های آناتومی تنگ شده است؟ شاید هم دوست دارید

اطلاعات خود را از همه جهت به روز نگه دارید؟

به هر حال داشتن یک اپلیکیشن جالب سه بعدی برای آناتومی که رایگان هم باشد مشقت خاصی ندارد و می‌تواند به درد بخور هم باشد.

امکانات:

- ۵۸ تصویر با کیفیت بالا و سه بعدی آناتومی
- نشان دادن صدها نقطه آناتومیکی
- توضیحات مفصل عضلات (مبداء، محل اتصال، عصب دهی و عمل)

- رابط کاربری کنشگر
- سؤالات و آزمون‌های چند گزینه‌ای
حجم: حدود ۱۲ مگابایت
شرکت ارائه کننده: Education Mobile

موجود برای اندروید و IOS

۴ - پروگنوز (Prognosis)

پروگنوز یک برنامه پزشکی است که در قالب یک بازی طراحی شده و حاوی کیس‌های متعددی است. در هر کیس شما ابتدا شرح حالی از یک بیمار را می‌خوانید. سپس یافته‌های معاینات او را بررسی می‌کنید و پس از آن گزینه‌هایی برای انتخاب اقدامات تشخیصی و پاراکلینیکی دارید.

امکانات:

- کیس‌های متعدد (بیش از ۱۰۰ کیس)
طبقه‌بندی شده در زمینه‌های زنان، جراحی، داخلی و اطفال

- بحث علمی ارائه شده در پایان هر کیس با نکات مهم در پایان بحث

- اضافه شدن یک کیس جدید هر هفته
- نظردهی کاربران در مورد هر کیس
برای کسانی که علاقه مند به تقویت ظن بالینی خود هستند این اپلیکیشن اعتبارآآور را توصیه می‌کنیم.

شرکت ارائه کننده: Medical Joy Works

حجم: ۴/۵ مگابایت

۵ - کوئیک لب رف (Quick Labref)

یک منبع خوب برای دسترسی سریع به تفاسیر تست‌های آزمایشگاهی که باید در موبایل هر پزشکی همراه او باشد.

امکانات:

- طبقه بندی برای انواع مختلف تست‌های آزمایشگاهی

- جستجوی تست‌ها
- پروتکل‌های مختلف آزمایشگاهی
- تفسیر نتایج خارج از محدوده نرمال

- ارائه محدوده‌های نرمال به تفکیک سن و جنس

شرکت ارائه کننده: Nika Informatics

حجم: حدود ۸ مگابایت

۶ - تفسیر نوار قلب

(EKG Interpretation)

نرم افزاری برای آموزش خواندن نوار قلبی و ارائه مثال برای هر کدام از موارد خاص طبیعی یا غیر نرمال در EKG

ارائه توسط Dark Angel

حجم: ۱/۵ مگابایت ناقابل

۷ - کلینیکال سنس (Clinical Sense)

نرم افزاری برای به چالش کشیدن حس تشخیص بالینی شماست که حاوی سناریوهای مختلفی است که قدم به قدم به شما ارائه می‌شود و در موارد لزوم از شما برای ادامه اقدامات تشخیصی و درمانی سؤال پرسیده می‌شود.

ارائه از Medical Joy Works

حجم: ۶/۷ مگابایت

۸ - دراگز میکرومدیکس

این هم اپ دیگری برای اطلاعات دارویی است که می‌تواند نیازهای شما به اطلاعات دارویی را برطرف کند.

ارائه از Truven Health Analytics

حجم: ۹/۵ مگابایت

۹ - سی تی آناتومی

برنامه ساده‌ای برای تماشای کات‌های مختلف سی تی نرمال. انگشت خود را روی هر کدام از Viewهای سی تی اسکن بکشید تا کات‌های مختلف نرمال آن به شما نشان داده شود.

ارائه از Rad Revision

حجم: ۴۲ مگابایت

۱۰ - Monthly Prescribing Refer- (ence)

شما می‌توانید هر چه را برای نسخه‌نویسی لازم است در این اپلیکیشن رایگان پیدا کنید: دسته بندی مشکلات و نسخه‌های آن‌ها، نکات لازم برای توجه هنگام تجویز دارو و تعدادی ابزار محاسبه برای تعیین دوزهای داروها، GFR یا هرچه که مرتبط با میزان‌های نسخه‌نویسی باشد.

ارائه از Atmosphere Apps

حجم: ۴۵ مگابایت



دکتر حمیدرضا نمازی *

در جستجوی مکان از دست رفته تناظر کشف برندگان نوبل با دستگاه جی پی اس؟!



This photo combination shows the three winners of the 2014 Nobel Prize in medicine. From left are John O'Keefe, May-Britt Moser and Edvard Moser

ورود به «نواب-شمال» باشی. تابلوها چنان گیجت می‌کنند که اگر مسیر را با همین سلول‌های مکشوف برندگان نوبل تشخیص ندهی، لاجرم یکبار باید تمام شهر را دور بزنی تا مسیر را پیدا کنی.

استفاده از فناوری جی‌پی‌اس، چنان در جهان فراگیر شده که هرکس از ارزان‌ترین گوشی‌های هوشمند هم بهره‌مند باشد حتی بدون اینترنت هم مجال استفاده از آن را دارد. بدون اینترنتش البته گاهی آدمی را به بخشیدن عطای جهت به لقای مسیر می‌رساند.

رواج استفاده از جی‌پی‌اس در جهان خیلی جلوتر از کشف اخیر مکانیسم مکان‌یابی در مغز رخ داده‌است. بعید نیست تناظر کشف برندگان نوبل با دستگاه جی‌پی‌اس، موجب اهمیت این کشف شده باشد. هرچه هست این مهم نمایانگر الگوبرداری علمی پژوهشگران حوزه طب از اتفاقات جهان مجازی فناوری است. چندی پیش تحقیقی نشان داد جراحانی که پیش از عمل، بازی‌های رایانه‌ای خاصی را انجام داده باشند، کمتر دچار خطای پزشکی می‌شوند. استفاده از فناوری این بازی‌ها همچون جی‌پی‌اس، همچنین نوید رواج عمل جراحی از راه دور را در آینده می‌دهد. نوبل پزشکی امسال، بازتاب قیاس به نفس آدمی با جهان پیچیده تکنولوژیک است. شاید روزی سلول‌های متناظر با بلوتوث هم کشف شد. کسی چه می‌داند!



جایزه نوبل پزشکی، امسال به پژوهشگرانی تعلق گرفت که در پی کشف میانی نورولوژیک برای درک مکان و جهت‌یابی بودند. به تعبیر دیگر، مساله این بود که سیستم مکان‌یابی مغز ما بر چه مبنایی از سازواری سلولی و سازگاری عصبی استوار است. سابقه این پرسش در طب به اوایل دهه ۷۰ برمی‌گردد؛ یعنی آن زمان که پژوهشگران، گام‌های آغازین حل معمای مکان‌یابی را با نشان کردن سلول‌هایی در هیپوکامپ، برداشتند. این پرسش البته مساله دیرین بشر است و قرن‌ها فلاسفه را به خود مشغول کرده است. مکان برای فلاسفه امروز فضایی با سلسله‌تداعی معانی و حضوری از وقایع و خاطرات است.

قدری عقب‌تر که می‌رویم، ریشه تلقی فلسفی از مفاهیم جهت و مکان را در «کانت» می‌بینیم. «کانت» شرط ادراک را در مکان‌مندی و زمان‌مندی می‌دانست و بر این باور بود که تلفیق آگاهی و مکان و البته زمان است که امکان فهم را به وجود می‌آورد. «کانت» شاید اولین فیلسوفی باشد که مکان را تفسیری عینی و آفاقی نکرد؛ بلکه آن را امری ذهنی و انفسی دانست. از منظر «کانت» مکان و زمان دومقوله پیشینی در ساختار عقل ما هستند. به تعبیر دیگر، امور عالم برای فهم عقلی باید از گذر زمان و مکان رد شوند.

بسیار کسان از جماعت فیلسوفان، بعدها این تلقی «کانت» را نقد کردند، اما هرچه باشد این «کانت» بود که نطفه مکان را در ذهن انسان بست. به تسامح می‌توان گفت بیماری آلزایمر نمود عینی این مباحث فلسفی است.

این مساله همیشه مطرح بوده که اختلال در مکان‌یابی است که آگاهی را مخدوش می‌کند یا اختلال در آگاهی است که به ناتوانی در مکان‌یابی منجر می‌شود. دستاورد برندگان نوبل پزشکی نوید درمان بنیادین آلزایمر را در آینده می‌دهد و مکان از دست‌رفته این بیماران را برایشان برمی‌گرداند. کشف سلول‌های مکان‌یاب البته نباید به همین راحتی موجب نگاه‌های تقلیل‌گرایانه شود. به بیان دیگر تقلیل فلسفه به علم، از نظر منطقی در این موارد مجاز نیست. از ریشه‌های علمی و فلسفی که بگذریم، نگاه فناورانه به این دستاورد سترگ علمی است که اهمیت پیدا می‌کند.

به نظر می‌رسد روزگاری که از علم به تکنولوژی می‌رسیدیم، گذشته است. «هایدگر» فیلسوف شهیر آلمانی جهان جدید را تصویری از تکنولوژی می‌دانست و علم را طفیل تکنولوژی فرض می‌کرد. ما مردمان آبیخته با تکنولوژی، سال‌هاست به طرق مختلف از فناوری جی‌پی‌اس استفاده می‌کنیم.

در ایران خودمان، این مساله گاهی خیلی به کار می‌آید. کافی است از اتوبان خلیج فارس - (قم) به سمت تهران بیایی و دنبال



ترجمه و تلخیص: دکتر رقيه حج فروش *

راهنمای کنترل کلسترول خون بالا در بزرگسالان و مقایسه آن با دستورالعمل قلبی

در تاریخ ۱۲ نوامبر ۲۰۱۳ کالج کاردیولوژی آمریکا (ACC) و هیات متخصصین انجمن قلب آمریکا (AHA) نسخه‌ی به روز شده‌ی دستورالعمل (گایدلاین) درمان چربی‌های خون را ارائه کردند.

گایدلاین جدید برگرفته و به روز شده‌ی توصیه‌های سال ۲۰۰۴ هیات درمانی بزرگسالان (ATP-III) از راه‌های مختلفی است. این گایدلاین می‌تواند نیاز بیماران را در شرایط مختلف برطرف کند اما جانشین قضاوت بالینی پزشک نمی‌شود. بنابراین در شرایط خاص ممکن است تصمیم‌گیری پزشک با توجه به منافع بیمار، متفاوت با این دستورالعمل باشد. با این وجود مطمئناً پزشکان در مراقبت از بسیاری از بیماران‌شان، می‌توانند از این پیشنهادات برای کاهش خطر بیماری‌های آترواسکلروزی قلب و عروق بهره‌جویند. در گایدلاین قبلی خطر ده ساله‌ی حوادث قلبی عروقی (ASCVD) مورد توجه بود و بیماران برحسب خطر ده ساله‌ی (ASCVD) و نیز وجود و یا نبود سایر عوامل خطر (ریسک فاکتور) همانند چاقی، بی‌تحرکی، تری‌گلیسرید بالا، میزان HDL و سندرم متابولیک، به چهار دسته‌ی پرخطر، با خطر متوسط رو به بالا، باخطر متوسط و کم خطر تقسیم می‌شدند.

۱. آیا بیمار علائم بالینی آترواسکلروز قلبی (ASCVD) شامل: سندروم حاد کرونری، تاریخچه‌ی انفارکتوس میوکارد، آنژین قلبی پایدار یا ناپایدار، سکت، حمله‌ی گذرای ایسکمی (TIA)، ترمیم (revascularization) کرونری یا سایر سرخرگ‌ها، بیماری عروقی محیطی با فرض ناشی از آترواسکلروز را داراست؟

۲. آیا سطح LDL بیمار بدون درمان، مساوی یا بیشتر ۱۹۰ میلی‌گرم بر دسی لیتر است؟

۳. آیا بیمار فردی ۴۰ تا ۷۰ ساله، دیابتی و بدون شواهدی از ASCVD است که LDL سرم وی ۷۰ تا ۱۸۹ میلی‌گرم در دسی لیتر است؟

۴. آیا بیمار فردی ۴۰ تا ۷۵ ساله غیر دیابتی و بدون علائم بالینی ASCVD است که خطر بروز بیماری قلبی عروقی در ده سال آتی برای وی ۷/۵ درصد یا بیشتر تخمین زده می‌شود؟

پاسخ مثبت به هر کدام از سوالات بالا به این معنی است که بیمار کاندیدای بالقوه‌ی دریافت استاتین است.

گایدلاین جدید بر کاهش LDL از سطح پایه‌ی اولیه تمرکز دارد. درمان با شدت متوسط، میزان LDL را از ۳۰ تا ۴۹ درصد و درمان شدید آن را بیش از ۵۰ درصد کم می‌کند.

براساس دستورات گایدلاین ATP-III، بیماران با LDL پایه‌ی ۱۳۰ میلی‌گرم در دسی لیتر که در معرض خطر بیماری قلبی عروقی در ده سال آتی به میزان ۱۰ تا ۲۰ درصد هستند، پس از شکست در کنترل رژیم غذایی، کاندیدای دارو درمانی بودند. دارو درمانی همچنین در بیماران با LDL مساوی یا بیشتر از ۱۶۰ میلی‌گرم در دسی لیتر و با خطر بیماری‌های قلبی عروقی زیر ده درصد نیز توصیه می‌شد. در حالی که براساس گایدلاین جدید، LDL پایه‌ی ۱۹۰ نیاز به دارو درمانی دارد.

درمان با شدت بالا یا متوسط با استاتین چیست؟
بر طبق گایدلاین جدید مصرف ۴۰ تا ۸۰ میلی‌آتورواستاتین روزانه یا ۲۰ تا ۴۰ میلی‌روسوواستاتین روزانه، درمان کاهش کلسترول با شدت بالا محسوب می‌شود. در نتیجه داروسازان باید منتظر دریافت نسخه‌های بیشتری از این دو دارو باشند.

همانند گذشته، بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی و بسیاری از بیماران دیابتی باید درمان کاهنده‌ی کلسترول دریافت کنند. با این همه به جای توصیه به مصرف چند دارو برای کاهش LDL به زیر سطح هدف، گایدلاین جدید در بیماران ۴۰ تا ۷۵ ساله‌ی در معرض خطر بیماری قلبی عروقی در ده سال آتی به میزان ۷/۵ درصد یا بیشتر، بر مصرف استاتین تنها تأکید دارد. این سطح خطر با استفاده از معادله‌ی به نام Pooled Risk Equation محاسبه می‌شود.^۱

درمان کاهنده‌ی چربی با شدت متوسط شامل دوز پایین روسوواستاتین، آتورواستاتین، پراواستاتین، لوواستاتین و سیمواستاتین است و هنوز جایگاه درمانی خود را دارد، اما فقط برای بیماران خاص که درمان با شدت متوسط را ترجیح می‌دهند یا نمی‌توانند درمان با شدت بالا را تحمل کنند، تجویز می‌شود.

دستورات دارویی جدید

براساس گایدلاین جدید،

LDL پایه‌ی ۱۹۰ نیاز به دارو درمانی دارد.

۱. تمام بیماران دچار ASCVD با سن ۷۵ سال یا کمتر و همچنین بیماران ۷۵ سال به بالا باید درمان استاتین با شدت بالا دریافت کنند و اگر کاندید درمان با شدت بالا نیستند باید درمان استاتین با شدت متوسط دریافت کنند.

گایدلاین جدید، مصرف روتین استاتین را در بیماران تحت درمان همودیالیز و همچنین بیماران دچار نارسایی قلبی کلاس ۲ تا ۴ (براساس تقسیم‌بندی انجمن قلب نیویورک) توصیه نمی‌کند. این تغییر بدان دلیل اعمال شده است که محققان با بررسی مطالعات بالینی تصادفی شده متوجه شده‌اند که تجویز استاتین‌ها به این بیماران منجر به بهبودی در نتایج آزمایشاتشان نشده است.

۲. افراد با LDL بیشتر یا مساوی ۱۹۰ باید درمان استاتین با شدت بالا دریافت دارند.

۳. افراد دیابتی با ریسک ده ساله‌ی ASCVD مساوی یا بیشتر از ۷/۵ درصد باید درمان استاتین با شدت بالا و دیابتی‌های با خطر زیر ۷/۵

درمان سود نمی‌برند، مشخص می‌شوند.

هیچ توصیه‌ای نشده تا برای غیر از این چهار گروه فوق، تصمیم درمان دارویی بگیریم. در این افراد آن‌هایی که خطر ده ساله‌ی بیماری‌شان زیر ۷/۵ درصد است یا آن‌هایی که تصمیم‌گیری در آن‌ها خیلی روشن نیست سایر عوامل همانند سابقه‌ی خانوادگی ASCVD زودرس، LDL بالای ۱۶۰ میلی‌گرم در دسی لیتر یا بالا رفتن تمام عمر خطر ASCVD ممکن است برای تصمیم‌گیری بهتر در نظر گرفته شود. موارد زیر دیگر جزو استراتژی‌های مناسب در نظر گرفته نمی‌شوند: «درمان تا رسیدن به LDL هدف؛ کلسترول کمتر بهترین است!» گایدلاین جدید پیشنهاد می‌کند بیمار را با هدف کاهش خطر ده ساله ASCVD و برپایه‌ی تخمین خطر ده ساله‌ی بروز ASCVD درمان کنید.

چشم انداز

گایدلاین کلسترول پیشنهاد می‌کند برای پیشگیری اولیه، نه تنها خطر را محاسبه کنید، بلکه پزشک به همراه بیمار بازنگری بر عوامل خطر داشته و سپس تصمیم به شروع درمان با استاتین بگیرند. بسیار مهم است که بدانیم محاسبه‌ی خطر ASCVD کاملاً تحت تأثیر سن قرار دارد. برای یک مرد ۶۵ ساله و یک زن ۷۱ ساله با کمترین عوامل خطر و در بهترین شرایط، ریسک ده ساله‌ی بروز ASCVD بیش از ۷/۵ درصد است. پس در هنگام قضاوت بالینی پزشک، امن و کم خطر بودن استاتین و در نظر گرفتن ترجیح بیمار، کمک مناسبی برای تصمیم‌گیری است. تجویز استاتین درمانی خودکار و اتوماتیک نیست بلکه بخشی از یک مسیر درمانی جامع برای کاهش خطری است که با محاسبه‌ی خطر ASCVD شروع می‌شود و با این فرض پیش می‌رود که هدف پزشک تعدیل و اصلاح هر کدام از این عوامل خطر است.

۱. برای مشاهده می‌توانید به این لینک مراجعه کنید:

http://my.americanheart.org/professional/StatementsGuidelines/Prevention-Guidelines_UCM_457698_SubHomePage.jsp

برای مشاهده‌ی گایدلاین کامل می‌توانید به این لینک مراجعه کنید:

<http://circ.ahajournals.org/content/early/2013/11/11/01.cir.0000437738.63853.7a.full.pdf>

منابع:

1. <http://www.cardiosource.org/science-and-quality/journal-scan/2013/11/2013-acc-aha-guideline-on-the-treatment-of-blood-cholesterol.aspx>

2. <http://www.pharmacytimes.com/news/The-New-Lipid-Guidelines-An-In-Depth-Look>

درصد باید استاتین با شدت متوسط دریافت کنند.

۴. افراد ۴۰ تا ۷۵ ساله غیر دیابتی با خطر ده ساله‌ی ASCVD مساوی و بیشتر از ۷/۵ درصد باید درمان استاتین با شدت متوسط تا بالا دریافت کنند.

پس مطابق گایدلاین جدید درمان با شدت متوسط برای بیماران دیابتی با سن ۴۰ تا ۷۵ سال با LDL بین ۷۰ تا ۱۸۹ میلی‌گرم بر دسی لیتر که علام بالینی اترواسکلروز قلبی (ASCVD) ندارند و آنانی که خطر ASCVD آن‌ها کمتر از ۷/۵ درصد است، مناسب است. همچنین در بیماران ASCVD مسن‌تر از ۷۵ سال نیز درمان با شدت متوسط قابل قبول است.

تغییر بزرگ دیگر گایدلاین نام گذاری درمان‌های غیراستاتینی به نام درمان‌های غیر ارجح است. چرا که درمان‌های غیراستاتینی در مصرف روتین برای پیشگیری از ASCVD، با وجود امکان بالقوه در ایجاد عوارض دارویی به حد قابل قبولی خطر ابتلا به ASCVD را کم نمی‌کنند.

این توصیه می‌تواند منجر به کاهش فروش Ezetimibe یا محصولات حاوی این دارو و نیز حل‌کننده‌های اسیدهای صفراوی، فیبرات‌ها، محصولات حاوی نیاسین، اسیدهای چرب امگا ۳ و مکمل‌های غذایی رژیمی که حاوی استرول یا استانول هستند، شوند.

طبق گایدلاین قلبی هدف پزشکان این بود که LDL را در بیماران کم خطر به زیر ۱۶۰ میلی‌گرم بر دسی لیتر و در بیماران با خطر متوسط (خطر ده ساله‌ی بروز حوادث قلبی عروقی بین ۱۰ تا ۲۰ درصد) زیر ۱۳۰ و در آنانی که تاریخچه‌ی بیماری قلبی عروقی یا دیابت دارند یا ریسک ابتلای ده ساله‌شان به بیماری‌های قلبی-عروقی بالای ۲۰ درصد است به زیر ۱۰۰ و برای بیماران با خطر بالاتر کاهش LDL به زیر ۷۰ میلی‌گرم برسانند.

اما هیات متخصصین با بررسی تمام شواهد منتشر شده دریافتند که شواهد خوبی برای حمایت از این سطح هدف LDL وجود ندارد. بنابراین پیشنهاد کردند که روند درمان باید به گونه‌ای باشد که بدون در نظر گرفتن LDL هدف و تنها بر پایه‌ی سطح خطر و نیز شدت درمان با استاتین تنظیم شود. در واقع آنان مسیر درمان را از اصلاح نتایج تست‌های آزمایشگاهی به درمان بیمار تغییر داده‌اند.

گایدلاین جدید پیشنهاد می‌کند بیمار را با هدف کاهش خطر ده ساله ASCVD و بر پایه‌ی تخمین خطر ده ساله‌ی بروز ASCVD درمان کنید.

اصلاح سبک زندگی شامل رژیم غذایی سالم برای قلب، عادات ورزشی منظم، اجتناب از مصرف توتون و فرآورده‌های آن و حفظ وزن مناسب چه قبل از دارو درمانی و چه همزمان با مصرف داروهای کاهنده‌ی کلسترول، هنوز بخش مهمی از ارتقای سلامت و کاهش خطر ASCVD است.

شواهدی برای ادامه درمان کاهنده‌ی LDL و non-HDL تا به سطح هدف وجود ندارد. شدت مناسب درمان با استاتین برای کاهش خطر در بیماران احتمالاً فایده‌ی بیشتری دارد.

گایدلاین جدید پیشنهاد می‌کند از روش جدید معادلات Pooled Cohort Equations استفاده کنیم تا خطر ده ساله‌ی بروز ASCVD را در زنان و مردان سفید و سیاه‌پوست تخمین بزنیم. وقتی با دقت بیشتری افراد پرخطر برای استاتین درمانی انتخاب شوند، بیشتر بر درمان افرادی که احتمال دارد سود بیشتری از استاتین‌ها ببرند، تمرکز می‌کنیم. البته براساس داده‌های RCT (مطالعات تصادفی) گروه‌های پرخطری که از

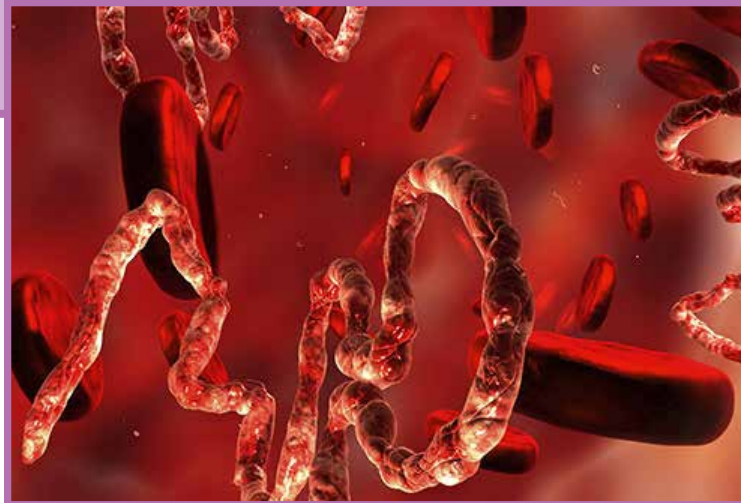




ترجمه و تلخیص: دکتر سونیا معصومی*

ابولا چیست؟

What Is EBOLA



۵- زئیر

ویروس ابولا بیشتر در یک نوع خفاش آفریقایی وجود دارد و مشترک بین انسان و دام است. انسان‌ها می‌توانند آن را به یکدیگر منتقل کنند. حیوانات دیگری هم عامل آن شناخته می‌شوند مانند:

- ۱- شامپانزه ۲- بز کوهی جنگلی ۳- گوریل
- ۴- میمون‌ها ۵- خاریشت

در افرادی که از حیوانات آلوده جنگلی نگهداری کنند ویروس می‌تواند از راه مایعات و خون آلوده به آن‌ها منتقل شده و اگر فرد مبتلا شود می‌تواند به دیگران انتقال دهد.

راه‌های انتقال کدامند؟

نشستن در کنار فرد مبتلا، هوا، غذا و آب بیماری را منتقل نمی‌کند، اما بوسیدن شخص مبتلا و یا خوردن و آشامیدن مشترک با او خطرناک بوده و می‌تواند عامل ابتلا باشد. راه‌های ابتلا عبارتند از: شیر مادر، مدفوع، بزاق، مایع منی، عرق، ادرار بیمار.

براساس تحقیق CDC (مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها) ویروس ابولا ۳ ماه می‌تواند در مایع منی زندگی کند. افراد در اثر تماس با این مایعات از طریق چشم، دماغ، دهان و پوست زخمی مبتلا می‌شوند. کارکنان بهداشتی به دلیل تماس با فرد و مایعات بدن این افراد در معرض ابتلا هستند و بیماری می‌تواند از طریق وسایل آلوده بیمار مانند سوزن و یا ارتباط با حیوان آلوده نیز منتقل گردد.

به نظر می‌رسد ابولا فقط از طریق پرستاران به انسان منتقل شده و به نظر نمی‌رسد که حشرات مانند پشه‌ها عامل انتقال آن باشند.

علائم ابولا چیست؟

سردرد، دردعضلانی، درد معده و سرفه و تب بالای ۳۹ درجه از علائم شایع بیماری هستند و اگر بیماری شدیدتر شود استفراغ، اسهال، کبودی و خونریزی بدون ضربه از چشم‌ها و لثه را می‌تواند به دنبال داشته باشد. ابتلا به بیماری ممکن است ۲۱-۲ روز باشد، اما اغلب ۸ تا ۱۰ روز است. طبق اظهار نظر CDC، سه هفته طول می‌کشد تا علائم ظاهر شوند. علائم اولیه می‌تواند

ابولا یک بیماری کشنده ویروسی مشترک بین انسان و دام است که پس از ورود به بدن، سلول‌ها را کشته، بسیاری از آن‌ها را تخریب کرده، سیستم ایمنی بدن را از بین برده و باعث خونریزی شدید تقریباً در تمام ارگان‌های بدن شده و بیماری بسیار هولناکی است. ۳۳ مورد شیوع ابولا تا سال ۱۹۷۶ گزارش شده است. این بیماری ابتدا از گینه شروع شد و سپس به لیبریا، سیرالئون و نیجریه گسترش یافت، ولی دانشمندان در ابتدا آن را در سال ۱۹۷۶ در جمهوری دموکراتیک کنگو تشخیص داده و به دلیل رودابولا که در کنگو جریان دارد نام ویروس را ابولا گذاشتند. اما بزرگ‌ترین شیوع آن در سال ۲۰۱۴ در غرب آفریقا اتفاق افتاد و این شیوع بسیار وخیم‌تر و کشنده‌تر از شیوع قبلی بود و بیش از هزاران نفر را مبتلا کرد و بسیاری را به کام مرگ فرستاد.

عامل ویروس ابولا چیست؟

ویروس متعلق به خانواده Filoviridae بوده و دانشمندان آن را Filovirus می‌نامند. این ویروس ۵ نوع ساب‌تایپ دارد که ۴ نوع آن می‌تواند افراد را مبتلا کند. ساب‌تایپ‌های آن بسته به مناطقی که در آن شناخته شده‌اند تقسیم می‌گردند.

این مناطق شامل:

- ۱ - Bundiliga (منطقه‌ای در غرب اوگاندا)
- ۲ - Restone (ویرجینیا آمریکا)
- ۳ - سودان
- ۴ - Tai Forest (که قبلاً ساحل عاج نامیده می‌شد)

- سردرد، دردعضلانی، درد معده و سرفه و تب بالای ۳۹ درجه از علائم شایع بیماری هستند و اگر بیماری شدیدتر شود استفراغ، اسهال، کبودی و خونریزی بدون ضربه از چشم‌ها و لثه را می‌تواند به دنبال داشته باشد.

• آزمایش خون می‌تواند ویروس ابولا را نشان دهد. در آزمایش خون کاهش WBC و پلاکت خون و افزایش آنزیم‌های کبدی را مشاهده می‌کنیم. بنابراین اگر شخصی تب بالای ۳۹ درجه داشته و علائم در ارتباط با ابولا در او مشاهده گردید باید فوراً تحت مراقبت‌های پزشکی قرار گیرد.

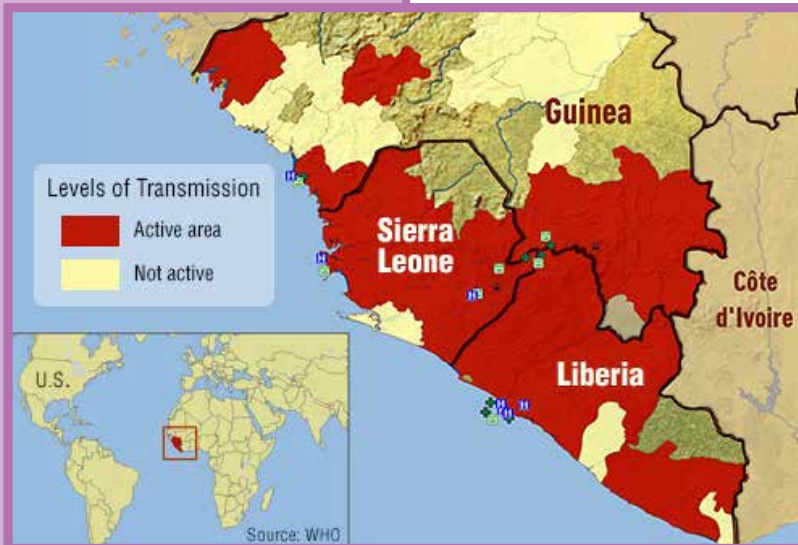
جلوگیری از ابولا

افراد برای محافظت خود از ابولا باید اقدامات زیر را انجام دهند:

- ۱- اجتناب از تماس با ترشحات بدن و خون بیمار
- ۲- آموزش برای شناخت و چگونگی جلوگیری از ابتلا به بیماری
- ۳- رعایت دقیق بهداشت دست‌ها شامل شستن دست‌ها با آب و صابون و ضدعفونی کننده‌های الکلی
- ۴- خودداری از درگیر شدن با مراسم کفن و دفن



تشابه شدیدی با دیگر بیماری‌ها مانند: آنفلوآنزا، مالاریا و تب تیفوئیدی داشته باشند. برای جلوگیری از انتقال ویروس، افراد مبتلا باید ایزوله شوند. وقتی شخصی علائم ویروس را داشته باشد، آزمایش خون می‌تواند ویروس ابولا را نشان دهد. در آزمایش خون کاهش WBC و پلاکت خون و افزایش آنزیم‌های کبدی را مشاهده می‌کنیم. بنابراین اگر شخصی تب بالای ۳۹ درجه داشته و علائم در ارتباط با ابولا در او مشاهده گردید باید فوراً تحت مراقبت‌های پزشکی قرار گیرد. اگر شخصی از ابولا بهبود یافت و آنتی‌بادی‌های بیماری در خون او توسعه یافت دال بر تأیید بیماری بوده و پزشک می‌تواند فعالیت‌های فرد و کسانی را که با او در ارتباط بوده‌اند با احتمال اینکه ممکن است ابولا داشته باشد تحت کنترل بگیرد.



آیا واکسنی برای ابولا وجود دارد؟

تاکنون هیچ روش درمانی و واکسنی که بتواند از ابولا جلوگیری کرده و یا آن را درمان کند مورد قبول واقع نشده و دانشمندان داروهای مختلفی را بر روی حیوانات آزمایش کرده‌اند که به نظر می‌رسد ممکن است موثر باشد، ولی تجربه روی انسان تاکنون صورت نگرفته است. محققان مطالعاتی روی ۲ واکسن جدید که می‌تواند از ابولا جلوگیری کند انجام داده‌اند ولی هنوز برای مشاهده بی‌خطر و موثر بودن آن‌ها لازم است روی افراد بیشتری آزمایش شود.

درمان

داروهای زیادی برای از بین بردن ویروس وجود نداشته و کارکنان بهداشتی علائم ظاهری را درمان کرده و مراقبت‌های اولیه را انجام می‌دهند که شامل:

- ۱- مایع درمانی و هیدراته کردن بیماران
- ۲- اکسیژن‌تراپی
- ۳- متعادل نگهداشتن فشارخون
- ۴- درمان عفونت‌های موجود و مشترک و آن‌هایی که ممکن است به وجود بیاید
- ۵- بالانس الکترولیت‌ها است. طول عمر بیماران وابسته به سیستم ایمنی‌شان بوده که چگونه کار می‌کند و هرچه مراقبت‌های پزشکی زودتر انجام شود، شانس بهبودی آن‌ها بیشتر است.

بیمارانی که از ابولا مرده‌اند مانند دست زدن به بدن بیمار

۵- اجتناب از دست زدن به وسایلی که برای فرد مبتلا به ابولا به کار گرفته شده است مانند: لباس، سوزن یا تجهیزات پزشکی

۶- دور کردن بیماران مبتلا از دیگران و کنترل کسانی (کارکنان بهداشتی- درمانی و تکنسین‌های آزمایشگاه) که با بیماران در تماس بوده‌اند و ایزوله کردن آن‌ها به مدت ۲۱ روز. باید اقدامات احتیاطی بسیار دقیق به عمل آورده و علاوه بر ایزوله کردن بیماران، پوشیدن گان، دستکش و ماسک و محافظت از چشم‌ها در هنگام تماس با فرد آلوده ضروری است.

برنامه‌ریزی دقیق برای دفع مواد زاید و عفونی نیز در پیشگیری از بیماری حیاتی است. خدمتکاران باید از محلول ضدعفونی کننده برای تمیز کردن سطوح مکان‌هایی که ممکن است با ویروس ابولا در تماس باشد استفاده کنند.

براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی مرگ و میر ناشی از ابولا ۵۰ درصد بوده و براساس اینکه چه نوع ویروسی بیمار را آلوده کرده باشد این میزان تغییر می‌یابد. طبق گزارش آژانس سلامتی کانادا میزان مرگ و میر ویروس سودان و زئیر می‌تواند تا ۹۰ درصد باشد.





من

عینک

داستان

دکتر فرزاد فرقان*

می‌کنه، جالب اینه که بعضی اوقات بقیه هم به من کمک می‌کردند تا با هم تمیز کنیم تا همگی با هم بهتر ببینیم ... سر تو نو درد نیارم هر کسی یه چیزی می‌گفت. این عینک منو گرفتار کرده بود. تا یادم نرفته بگم همیشه خانومم به من می‌گفت این چیزایی که می‌خواهی تمیز کنی، تمیز نمیشن خیلی خودتو خسته نکن ... مدتی گذشت... دیدم بعضی‌ها میگن اصلاً تو نمی‌خواه ببینی ما می‌بینیم برات توضیح می‌دیم، تازه اگه تو ببینی دیدنت به درد ما نمی‌خوره... البته اینو بهتون بگم، ما با هم می‌رفتیم ببینیم ولی من تا می‌خواستم عینکمو تمیز کنم که ببینم، می‌گفتند ولش کن ما دیدیم، تو ببینی یا نبینی فرقی نمی‌کنه. اون موقع بود که که دیدم دیگه این عینک داره پشت گوشمو زخمی میکنه، به خودم گفتم دیگه الان موقعش که عینکمو عوض کنم... تا اینکه امروز رفتم یه عینک جدید خریدم... البته دلم خیلی سوخت اخه اون عینکمو خیلی دوست داشتم و براش خیلی هزینه کرده بودم. فکر می‌کردم همیشه می‌تونم بالاخره یه جوری باهاش ببینم ولی نشد ... ، خیلی سعی کردم این عینک جدیدو نخرم ولی با اینکه فریمش خیلی گرون بود خریدم، البته یه واقعیتو یواشکی بهتون میگم به کسی نگین، چون دیدم دیدنم یا ندیدنم فرقی نمی‌کنه به عینک فروش گفتم شیشه خالی بزار ...

تا وقتی که دانشگاه قبول نشده بودم عینک نمی‌زدم. بدون عینک چشم خوب می‌دید. دانشگاه که قبول شدم یه عینک گرفتم. اون زمان مدل‌های لاکمی مد شده بود مدل روشنفکری، با اون عینک کمی بهتر می‌تونستم ببینم. تا چند سالی نیاز به تعویض عینک نداشتم، تا اینکه فارغ‌التحصیل شدم... متوجه شدم نه با اون عینک دیگه همیشه خوب همه چیزو دید. عینکمو عوض کردم، باز دوباره عوض کردم، هی عوض کردم، هی عوض کردم، آخه میدونین میل داشتم خیلی خوب ببینم. چندین سال بود که این عینک آخری رو داشتم، تو این مدت گاه‌گاهی این عینک منو اذیت می‌کرد، به خودم می‌گفتم دقت باید بکنم، شاید من دارم اشتباه می‌کنم ... بعضی اوقات خیلی خوب می‌دیدم، اون وقتایی که خوب نمی‌دیدم برای اینکه بهتر ببینم می‌رفتم جلوتر، شیشه عینکمو تمیز می‌کردم می‌دیدم بازم نشد، بعد دیگه می‌رفتم چیزای دور و بر مو تمیز می‌کردم... که بتونم بهتر ببینم... دیگه اینقدر این نظافتو تکرار می‌کردم که حساسیت همه رو تحریک می‌کرد. بعضی‌ها می‌گفتند تو وسواس داری این اصلاً اشکال نداره میشه خوب دیدش، بعضی‌ها می‌گفتند زیادی حساسی آخه تو چی رو می‌خواهی ببینی ما که اصلاً نمی‌بینیمش، بعضی‌ها می‌گفتند، چه بد چه خوب همین طوری ببین چشات عادت

داستان عینک من ادامه داره ...





| دکتر اسماعیل رجبی *

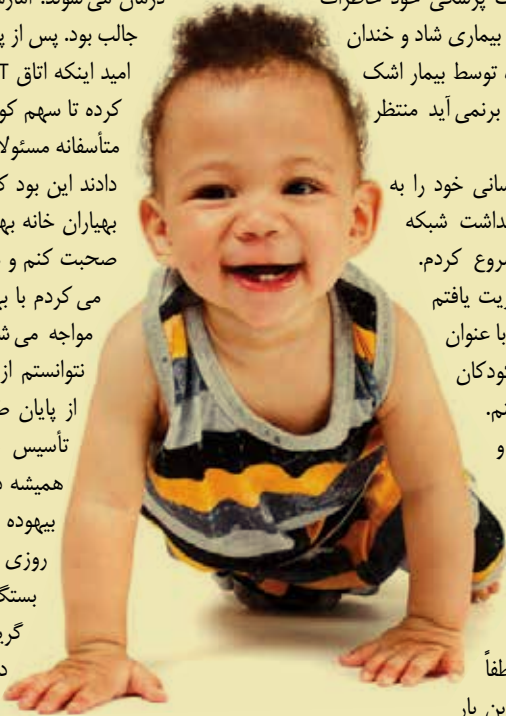
درسی از یک خاطره؛

معجزه O. R. S

درمان می شوند. آمارهای ارائه شده توسط وی خیلی برایم جالب بود. پس از پایان دوره به شهر برازجان برگشتم. به امید اینکه اتاق O.R.T را در اتفاقات کودکان راه اندازی کرده تا سهم کوچکی در درمان بیماران داشته باشم. متأسفانه مسئولان وقت شبکه تنها فرصتی که به من دادند این بود که در یک گردهمایی برای بهورزان و بهیاران خانه بهداشت روستایی در مورد O.R.S تراپی صحبت کنم و هر گاه تقاضای راه اندازی اتاق O.R.T می کردم با بهانه نداشتن امکانات!! و نیروی کافی مواجه می شدم. سرانجام دوره طرح تمام شد و نتوانستم از آموخته های خود استفاده کنم. پس از پایان طرح و خدمت خارج از مرکز اقدام به تأسیس مطب در شیراز نمودم و این نکته همیشه ذهن مرا آزار می داد که چرا سه هفته بیهوده وقتم تلف شد.

روزی در شهریور ماه سال ۱۳۷۳ یکی از بستگانم به همراه همسرش با چشمانی گریان در حالی که کودکی بی حال روی دست های مادر قرار داشت وارد مطب شدند. کودک شدیداً دهیدره بود و چشمانی بی فروغ همچون خورشیدی در حال غروب داشت. بی حال و نزار فاقد رفلکس میکیدن. مادر اشک می ریخت و ضجه می زد. پدرش شرح حال بیمار را این گونه تعریف کرد که از سه روز قبل فرزندم دچار اسهال شد و در اتفاقات بیمارستان ... بستری گردید ولی متأسفانه روز به روز حال بیمار بدتر شد و امروز دیگر نتوانستند به او سرم وصل کنند. پزشک به من گفت: کاری نمی توانیم انجام دهیم. کودک شما رگی برای وصل سرم ندارد و قدرت میکیدن و بلع او از بین رفته است. حال خودتان تصمیم بگیرید که در بیمارستان باقی بماند یا می توانید بیمارتان را ترخیص کنید! من هم تصمیم به ترخیص فرزندم گرفتم.

بیمار را روی تخت معاینه کردم. شیرخوار ۴ ماهه ای بود که موهایی سرش را تراشیده بودند و دیگر رگی در اندام هایش باقی نمانده بود که سوراخ نشده باشد. کودک بی حال رفلکس میکیدن نداشت. شدیداً دهیدره بود. نبض فیلی فرم و ضعیفی داشت. چشم ها فرو رفته و گود بودند. پدرش التماس می کرد. مادرش مرتب می گفت: «خدا یا!»



هر یک از ما در طول دوران خدمت پزشکی خود خاطرات شیرین و تلخی داریم. گاه با بهبودی بیماری شاد و خندان می شویم و گاه از تحمل درد جانکاه توسط بیمار اشک می ریزیم. وقتی از دستان کاری برنمی آید منتظر معجزه ای می مانیم.

تیر ماه سال ۱۳۶۴ طرح نیروی انسانی خود را به عنوان پزشک مستقر در مرکز بهداشت شبکه نمونه برازجان در استان بوشهر شروع کردم. هنوز یک ماه نگذشته بود که مأموریت یافتم تا در یک دوره آموزشی سه هفته ای با عنوان «مدیریت بیماری های اسهالی در کودکان و O.R.S تراپی» در تهران شرکت کنم. زمان جنگ بود و تابستان گرم و بمباران هوایی تهران، غربت و تنهایی، حال بدی داشتم. خاموشی های مکرر، صدای آژیر خطر کلافه ام کرده بود. با هر بار صدای آژیر، زنگ تلفن اتاق هتل به صدا درمی آمد. «میهمانان محترم لطفاً به پناهگاه بروید.» در هر شب چندین بار ما را به پناهگاه می کشاندند.

پزشکانی از استان های مختلف کشور آمده بودند. صبح ها در مرکز بهداشت تهران دور هم جمع می شدیم تا نحوه صحیح استفاده از O.R.S و تفکیک کودکان اسهالی را به ما آموزش دهند. بی خوابی شبانه، طولانی بودن دوره، حالم را گرفته بود. با خود می گفتم: آخر دادن O.R.S به کودک اسهالی این همه دنگ و فنگ ندارد! اما آنچه برایم جالب بود و به من نیرو می داد آموزش های نوین در مورد بیماری های اسهالی، بدون انجام IV تراپی و دادن تغذیه مناسب به کودکان اسهالی بود. در حالی که در گذشته بیماران را N.P.O می گذاشتیم.

هفته سوم ما را به چند بخش O.R.S تراپی بردند تا از نزدیک با نحوه کار آشنا شویم. مسئول یکی از بخش ها می گفت: این O.R.S در بیماران اسهالی معجزه می کند. از زمانی که اتاق O.R.T در این بخش راه اندازی شده، آمار اشغال تخت های اتفاقات اطفال خیلی کم شده است زیرا با آموزش به مادران، بیماران اسهالی به طور سرپایی

امیدم ناامیدم نکن» صدای ضجه‌های مادر همچون پتکی بر سرم بود و قدرت تصمیم‌گیری را از من سلب می‌کرد.

ناگهان چشمم به کیسه دارویی و چند بسته O.R.S افتاد. جرقه‌ای در ذهنم زده شد. به منشی مطب دستور دادم مقداری آب بجوشاند و خیلی سریع آن را سرد کند. در کمتر از یک ساعت محلول O.R.S آماده شد. با آموزش به مادر از وی خواستم با سرنگ آهسته آهسته و قطره قطره این محلول را وارد دهان کودکش کند. مادر امتناع کرد. اولین سرنگ محلول را خودم به کودک دادم. به سختی بلع می‌کرد. مواظب بودم که اسپیره نکند. پس از اینکه مادر مطمئن شد با دادن محلول به کودکش مشکلی ایجاد نمی‌شود حاضر به همکاری گردید و آهسته آهسته شروع به دادن O.R.S با سرنگ به کودک گردید. این کار با اشک و آه و ناله مادر همراه و محیط مطب آشفته شده بود. پرستار مطب با طعنه می‌گفت: «دکتر مادر بیمار را

سر کار گذاشته‌ای؟ با این محلول مرده زنده نمی‌شود.» منشی مطب همراه مادر بیمار گریه می‌کرد و با التماس درخواست می‌نمود که بیمار را به منزلشان بفرستم. دیگر بیماران نیز تحت تأثیر وضعیت بد کودک دست به دعا بردند. من هم به امید معجزه بودم. تا ساعت ۹ شب توانسته بودیم حدود ۷۰ سی سی O.R.S و ۲۰ سی سی شیر مادر از طریق سرنگ به کودک بدهیم. گرچه تغییر زیادی در حال بیمار ایجاد نشد. فقط کمی بلع بیمار بهتر شده بود و سریع‌تر O.R.S را می‌مکید. ساعت کار مطب رو به پایان بود. به پدر و مادر کودک توصیه شد اگر می‌خواهند فرزندشان زنده بماند امشب خواب از چشمان خود بگیرند و تا صبح محلول O.R.S را طبق دستور ادامه دهند. با در اختیار گذاشتن تلفن منزل از آن‌ها خواستم مرا در جریان قرار دهند.

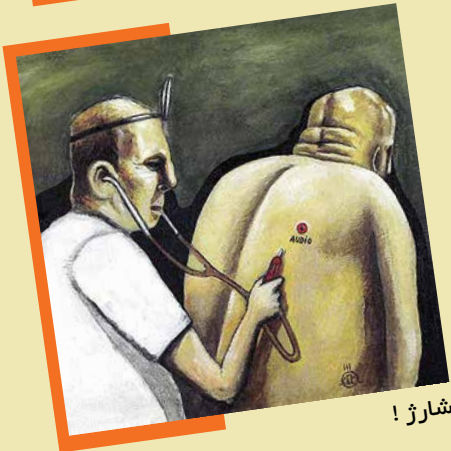
مادر گریان و نالان مطب را ترک نمود و من همچنان امیدوار به معجزه O.R.S.

شب سنگین و آهسته سپری می‌شد و از تلفن صدایی بر نمی‌خواست. نیمه شب فرا رسید و خواب چشمانم فرا گرفته بود ولی هنوز خبری از بیمار نرسیده بود. نمی‌دانم چقدر خوابیدم که ناگهان با صدای زنگ تلفن بیدار شدم. پدرش بود که می‌گفت: دکتر مژده! مژده! امید چشمانش باز شده و خودش سرنگ را می‌مکد. من که از خوشحالی خواب از چشمانم پریده بود. گفتم سینه مادرش را به دهانش بگذارید و منتظران پشت خط می‌مانم. صدای مادرش را شنیدم که می‌گفت می‌مکد، می‌مکد، می‌مکد!

پدرش ذوق کنان می‌گفت: دکتر شیر می‌خورد. گفتم: خیلی خوب. هرچه خواست از سینه مادر شیر بخورد. بعد از خوردن شیر دستور ادامه خوردن محلول O.R.S را به مادرش دادم و تقاضا کردم که فردا صبح برای معاینه به مطب مراجعه کنند.

صبح زودتر از هر روز به مطب رفتم تا معجزه O.R.S را با چشمانم ببینم. مادر با لبی خندان در حالی که کودکش را در آغوش داشت وارد مطب شد. امید هوشیار بود. گریه می‌کرد و با چشمانش حرکات دستم را تعقیب می‌کرد.

اکنون او جوانی برومند و ۲۰ ساله و دانشجوی معماری است و هر وقت پدر و مادرش به مطب مراجعه می‌کنند درس این خاطره برایم تداعی می‌شود که هیچ‌وقت از لطف الهی مأیوس نشوم و تا آخرین لحظه در کنار بیمارم بمانم.

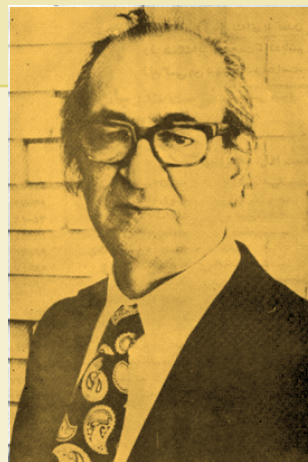


شارژ!



دکتر بهمن مشفق *

مردی از دیار "نمی دانم"!



کار کرد و آثار دست اول و ماندگاری برجای گذاشت. هنوز متنی به نفاست و صحت و آراستگی کلیله و دمنه‌ی او در ایران منتشر نشده است. ترس از گفتن آنچه که می‌دانست نداشت ولو این که به مذاق این یا آن خوش نیاید. او تحمل هیاهو و غوغای مخالفان را داشت و به اصطلاح بیدی نبود که از بادهای ناگهانی بلرزد. وقتی هم که گفت: "نخستین بیت مثنوی به صورتی که رایج شده است از مولانا نیست و در

نسخ قدیم و اصیل نیامده است سخنش موجب ملال شد!"

از مدافعان راستین و دلسوز و مبارز زبان فارسی فصیح یعنی میراث حافظ و سعدی و قائم مقام بود. به هیچ روی بد زبان فارسی را نمی‌توانست ببیند. به تحقیقات دستوری و لغوی علاقه‌ی خاص داشت. مدتی را در جوانی به آموختن زبان پهلوی پرداخت و برای این منظور محضر تدریس پرفسور "هرتسفلد" را درک کرد. تألیفات اسلام‌شناسان و ایران‌شناسان را مخصوصاً می‌شناخت و با آنان آشنایی کامل داشت. هرکدام از آنان به ایران می‌آمدند دیدار از او را واجب می‌شمردند و از کتابخانه‌ی کم نظیرش فایده‌ها برمی‌گرفتند و او به همه‌ی آن‌ها محبت می‌کرد. چند

روز بعد از وفاتش "گنت لوتر" استاد تاریخ دانشگاه میشیگان می‌گفت: به تهران آمده بودم که مخصوصاً درباره‌ی چند مطلب با او مشورت کنم اما افسوس وقتی به تهران رسیدم که در بیمارستان بستری بود دو سه روز بعد فوت کرد!

به ندرت بر کتاب‌های دیگران مقدمه می‌نوشت. اما در

نقد و بازبینی کتب دیگران ابا نداشت. بر صفحات هر کتابی که می‌خواند بی‌هیچ مجامله نظرش را می‌نوشت. یکی از خدمات برجسته و فرهنگی‌ی او مربوط است به دوران چند ساله‌ای که توفیق اقامت در ترکیه را پیدا کرد و توانست در آن مدت در کتابخانه‌های معتبر آن مملکت به تحقیق بپردازد. از خصایل ممتاز او عدم حساسیت او در نشر علم بود. هرچه می‌دانست می‌گفت و خبرآور تازه‌های علمی بود. اما آنچه را که نمی‌دانست پوشیده نمی‌کرد و همان طور که در ابتدای این نوشته گفته شد: صریح می‌گفت: "نمی‌دانم" از گفتن "نمی‌دانم" خجالت نمی‌کشید بلکه لذت هم می‌برد!

علامه "مجتبی مینوی" در سال ۱۲۸۲ شمسی متولد شد. دوران تحصیلات ابتدایی او در سامره و تهران بود. تحصیلات متوسطه را در دارالفنون تهران و دارالمعلمین مرکزی و تحصیلات و مطالعات دانشگاهی‌ی او در: "کینگز کالج لندن" و مدرسه مطالعات آسیایی و آفریقایی دانشگاه لندن بود.

مطالعه‌ی این پست در فضای مجازی از زبان دکتر محمود سریع القلم، استاد علوم سیاسی در دانشگاه شهید بهشتی که معتقد است: میانگین مردم ایران تقریباً در مورد همه چیز و همه کس اظهار نظر می‌کنند، که بعضاً با قاطعیت است.

عبارات: من نمی‌دانم، من اطلاع ندارم، من به اندازه‌ی کافی اطلاع ندارم، من مطمئن نیستم، باید سوال کنم، باید فکر کنم، من شک دارم، من در این باره مطالعه نکرده‌ام، من این شخص را فقط یک بار دیده‌ام و نمی‌توانم در مورد او قضاوت کنم، یا من در مورد این فرد اطلاع کافی ندارم اجازه بدهید در این رابطه سکوت کنم و فردا پس از مطمئن

شدن به شما خبر می‌دهم، هنوز این مسئله برای من روشن و سنجیده نیست، و مشابه‌ی این عبارات در ادبیات عمومی‌ی ما بسیار ضعیف است ...

سبب شد که بلافاصله به یاد "علامه مجتبی مینوی" که "مردی از دیار نمی‌دانم" لقب گرفته است بیفتیم و نگاهی به زندگی‌ی پربارش در زمینه‌ی

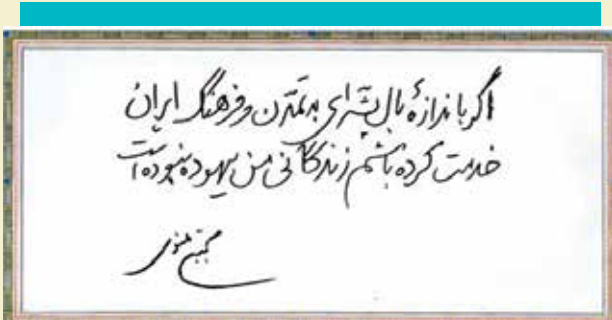
تحقیق و پژوهش‌های ارزنده بیندازم.

نکنه‌ی جالب اینکه او از استوانه‌های محکم تحقیق و پژوهش و یکی از خادمان زبان فارسی و فرهنگ ایران و تحقیقات اسلامی "مینوی مردی" بود که چند سالی در گیلان و لاهیجان زندگی می‌کرد.

با وجود اینکه در کار تحقیق فرید زمان بود و یک دنیا معلومات با خود داشت مع هذا همیشه می‌گفت: "نمی‌دانم"

به همین جهت یکی از محققین معاصر در شرح حال این مرد بزرگ او را "استادی از اقلیم نمی‌دانم" لقب داده است و می‌نویسد: او از خاندانی بود که همه‌ی قبیله‌ی او عالمان دین بودند! (۱)

هفتاد و سه سال زندگی‌ی شرافتمندانه کرد و ۵۵ سال را در راه کسب معارف علوم اسلامی و ایرانی مصرف نمود و به قولی هیچ ماه و سالی را به بطالت نگذرانید. از یک کتاب به کتابی دیگر می‌پرداخت و از یک کتابخانه به کتابخانه‌ی دیگر می‌رفت. هر چه می‌نوشت پراکنده و استتار و دیر پای بود. در چندین زمینه از معارف و علوم مربوط به ایران و اسلام



علامه مجتبی مینوی می گوید: "دوران بچه گی ام در سامره گذشت. پدرم برای درس فقه و اصول به آن شهر رفته بود و در آنجا از مرحوم ملا محمدتقی شیرازی درس می گرفت. از سه سالگی تا



نه سالگی ام در سامره گذشت و در آنجا به مکتب می رفتم. پنج سال و سه ماه بیشتر نداشتیم که به خواندن قرآن و گلستان و حافظ مشغول شدم. وقتی از سامره برگشتم فارسی را مثل بچه عرب ها حرف می زدم. سوادم بد نبود. به اندازه ی کلاس چهارم و پنج ابتدایی سواد داشتم. اما حساب و جغرافی و این جور چیزها را نمی دانستم. در تهران مرا به مدرسه ی امانت بردند و بعد رفتم به مدرسه ی اسلام که سید محمد طباطبایی پدر سید محمدصادق طباطبایی مشروطه طلب معروف رئیس مدرسه ی آن بود. ناظم الاسلام کرمانی صاحب کتاب تاریخ بیداری ایرانیان معلم و ناظم ما بود. این مدرسه در چاله حصار تهران قرار داشت. بعد به مدرسه ی افتخاریه رفتم که توسط میرزا تقی خان و فخرالقرآء تأسیس شده بود. در آن ایام من معمم و پیشتاز شاگردان مدرسه بودم.

پس از چندی مدرسه ی افتخاریه را خریدند و اسمش را گذاشتند مدرسه ی سپهر که در محله ای به نام سنگلج قرار داشت. بعد از مدرسه ی سپهر به دارالفنون رفتم. معلمین من در آنجا: استاد عباس اقبال - اعتمادالاسلام - مترجم السلطنه - میرزا عبدالعظیم قریب - مصورالممالک (معلم نقاشی) و جناب اسدالله خان آلو بودند. علت اینکه به او آلو می گفتند این بود که وقتی حرف می زد مثل این بود که آلو تو دهانش هست! بعد از این دوره به دماوند رفتم چون پدرم رئیس صلحیه (دادگستری) آن شهر بود. و بعد از دماوند به لاهیجان رفتم چون پدرم به عدلیه ی لاهیجان منتقل شده بود.

علامه مجتبی مینوی می گوید: بنده قبل از رفتن به لاهیجان دو سه ماهی معلم شدم. در آن زمان هر کس تصدیق ششم ابتدایی را داشت می توانست معلم شود. من تصدیق ششم ابتدایی را داشتم و داوطلب معلمی شدم. به من گفتند تو به این کوچولویی چه طور می خواهی معلم بشوی؟! گفتم: کسانی که من به آن ها درس خواهم داد از من کوچک ترند! پیش سیدمنصور رشتی امتحان دیکته دادم و بیست گرفتم و شدم آقا معلم! سه ماه معلمی کردم و بعد در عدلیه ی لاهیجان به کار دفتری پرداختم. در سال ۱۲۹۹ شمسی یعنی همان سال کودتا وارد دارالمعلمین شدم در ضمن تحصیل در دارالمعلمین یک شغل تندنویسی هم در مجلس شورای ملی داشتم.

علامه مجتبی مینوی خاطره ای از این دوره ی تحصیلی در دارالمعلمین نقل می کند که شنیدنی است. مینوی می گوید: در دارالمعلمین آقای صدیق اعلم درس انگلیسی می دادند. روزی من دیر وارد کلاس درس شدم آقای صدیق اعلم شروع کرد به انگلیسی حرف زدن و سوال کردن! بنده چیزی از آن نمی فهمیدم. وقتی دید که من انگلیسی نمی فهمم به فارسی سوال کرد چرا سر کلاس دیر آمده ام؟ گفتم اطلاع نداشتم. ایشان گفتند: ما در این کلاس انگلیسی حرف می زیم تو هم باید انگلیسی یاد بگیری. باری گوشه ای نشستیم و درس را گوش می کردم دیدم آقای صدیق اعلم می گویند: Sunday ساندی Monday ماندی! گمان کرده بودم که ماندی مهمل ساندی است! خنده ام گرفت و همین باعث شد که

آقای صدیق اعلم مرا از کلاس بیرون کردند و بنده هم انگلیسی یاد نگرفتم!

پس از شغل تندنویسی در مجلس شورای ملی وارد خدمت وزارت معارف شدم و ریاست کتابخانه ی معارف را به من دادند. مدت ریاست کتابخانه فقط پنجاه روز طول کشید. در این زمان آقای مرآت سرپرست محصلین خارج از کشور شده بود و پیشنهاد کرد که من با او بروم. قبول کردم خیال می کردم که به اصطلاح آبی از آقای مرآت گرم خواهد شد و خواهم توانست در پاریس درس بخوانم. اما بعد معلوم شد که ایشان مرا برای اندیکاتورنویسی به پاریس برده اند و بنده مجبور بودم از هشت صبح تا هشت شب پشت میز بنشینم و اندیکاتور بنویسم!

مدت همکاری من با آقای مرآت بیش از پنج ماه طول نکشید. یگانه دلخوشی من در آن ایام وجود میرزا محمد خان قزوینی که هفته ای دو بار پیشش می رفتم تا اینکه مدتی بعد به لندن رفتم و سرپرستی ی محصلین آنجا را به من سپردند و این سال ۱۳۰۹ شمسی بود.

در همین سال بود که شروع کردم به یاد گرفتن زبان انگلیسی. چنان علاقه ای به یاد گرفتن زبان انگلیسی داشتم که چه بفهمم و چه نفهمم شبی پنجاه تا شصت و گاه تا هفتاد صفحه کتاب انگلیسی می خواندم و مخصوصاً به خواندن آثار "دیکنز" علاقه ی بسیاری داشتم. اگر بخوایم کتاب های انگلیسی که از آن زمان تا امروز خوانده ام بشمارم بیش از هزار کتاب می شود! چنان شور و شوقی به یاد گرفتن این زبان داشتم که گاه در خواب با مادرم انگلیسی صحبت می کردم و مادرم هم به انگلیسی جوابم را می داد در حالی که مادرم اصلاً انگلیسی نمی دانست!

کار سرپرستی دانشجویان در لندن هم نه ماهی بیشتر طول نکشید. به تهران آمدم و وارد خدمت معارف شدم وزیر دست مرحوم دکتر ولی الله خان (نصر) شروع به کار کردم.

دکتر ولی الله خان ۲۳ سال بود که مدیرکل معارف بود. از جمله های مشهور او که اغلب با لفظ کتابی تکرار می کرد این بود که (...بنده ۲۳ سال تمام است که این راه طویل را می پیمایم! خلاصه دکتر ولی الله خان نصر با همه ایرادهایی که به دیگران می گرفت فقط یک بار از من سؤال کرد که من این را جزو افتخارات خود می دانم. ایشان از من سوال کردند که: چرا "تهیه" را با تشدید نوشته اید؟ بنده عرض کردم این کلمه در اصل "تهیه" بوده و بعد (ی) همزه درهم ادغام شده و "تهیه" شده است. دکتر ولی الله خان گفتند: همین قدر که فهمیدم تو سواد داری دیگر در "مینوت" یادداشت های تو دست نخواهم برد. این دقت در تمام عمر علامه مینوی همراه او بود.

مجتبی مینوی در مورد اشعار حافظ تحقیقات زیادی کرده است. می گوید حافظ شعری دارد که: "شبی خوش است بدین وصله اش دراز کنید" "وصله" به ضم واو به معنای گیسوی اضافی است که زنان به خود می بستند. شخصی "وصله" را وصله خواند! و دید که کلمه ی وصله کلمه ی خوبی نیست و شعر را به این شکل تغییر داد: "شبی خوش است بدین قصه اش دراز کنید! مینوی می گوید آیا تا به حال شنیده اید که کسی شب را با قصه دراز کند؟! درست برعکس همیشه شب را با قصه کوتاه می کنند!"

تحقیقات علامه مجتبی مینوی در مورد سعدی و فردوسی هم فراوان است تا آنجا که در سال ۱۳۵۲ شمسی مسئولیت علمی بنیاد شاهنامه ی فردوسی را به او واگذار کردند.

"مینوی" در طول دوران عمر پربارش در بسیاری از مجامع علمی جهان شرکت کرد از جمله:

در کنگره ی هزاره ی فردوسی در تهران در سال ۱۳۱۳ - جلسات سالانه ی انجمن ایران در لندن - کنگره ی بررسی فرهنگ اسلامی

نامه یک همکار به ما

سردبیر محترم نشریه سیمرغ
سلام؛

بسیار خوشحالم که اولین شماره نشریه انجمن پزشکان عمومی ایران «سیمرغ» به دستم رسید. امیدوارم این نشریه همچون نامش منشأ وحدت و همدلی جامعه درمانگران گردد و با تداوم آن بتوانیم از تجربیات و راهکارها و مشکلات یکدیگر آگاه شویم.

از اینکه در اولین شماره سیمرغ توسط دوست گرامی و قدیمی خودم دکتر حمید خاکسار یادی از نشریه کادوسه شد، ما فارسی ها کمال تشکر را داریم. امید است که سیمرغ در قالب نشریه ای وزین، حرفه ای و فراگیر جای خالی دیگر نشریه های صنفی را پر کند. این میسر نمی شود مگر اینکه تجربیات گذشته را چراغ راه نموده و با بهره گیری از نقاط قوت و اصلاح نقاط ضعف،

دیگر بار دچار آزمون و خطا نشویم و انرژی ها را بیهوده هدر ندهیم. آسیب شناسی نشریه کادوسه توسط دکتر خاکسار به خوبی انجام شده، اینجانب که گاهی همکاری با آن نشریه داشتم و گاه گاهی زبان درازی می کردم در مورد کادوسه مصدع اوقات شریفقتان نمی شوم. تنها دو نکته به نظر اینجانب نیاز به دقت بیشتری دارد.

اول اینکه نشریات صنفی با خصلت آماتوری کادر تحریریه آن، بسیار شکننده و آسیب پذیر می باشند، از طرفی سپردن این گونه نشریات به دست افراد حرفه ای خارج از صنف ممکن است به اهداف اولیه و اصلی نشریه لطمه وارد کند. حتی این امر می تواند عنان اختیار را از دست مسئولان نشریه خارج و آن را در مسیر دیگری قرار دهد. آن وقت نه از تاک نشان ماند و نه از تاک نشان. بنابراین راه اعتدال راه میانه است که در کنار همکاران پزشک و دلسوز علاقمند، ژورنالیست های باتجربه برای همکاری به خدمت گرفته شوند.

دوم تهیه منابع مالی از طریق تبلیغات و اسپانسرها نیازمند مدیریت صحیح می باشد تا خدای ناخواسته نشریه به سمت وابستگی به گروه خاصی سوق داده نشود.

اینجانب برای تمامی دست اندرکاران نشریه وزین سیمرغ آرزوی موفقیت دارم. امید است هرچه زودتر دوباره آن را ببینم.

کفتم که بت، گفت بلم آب حیات

کفتم دنت، گفت زهی حب نبات

کفتم سخن تو گفت، حافظ کفتا

شادی همه لطیفه گویان صلوات

دکتر اسماعیل رجیبی
آبان ماه ۱۳۹۳



در پرینستون - سمینار تمدن غرب از نظر مشرق زمین در ونیز در سال ۱۳۲۸ - سمینار مورخین خاورمیانه در لندن در سال ۱۳۳۱ - کنگره ی بین المللی هنر معماری ایران در نیویورک - کنگره ی خاورشناسان در ترکیه - مسکو - و پاریس - مجلس بحث علمی درباره ی رشیدالدین فضل الله همدانی در تهران - کنگره ی جهانی ایران شناسان در تهران - کنگره ی شیخ طوسی در مشهد - کنگره ناصرخسرو در مشهد - کنگره جهانی ابوریحان بیرونی در تهران - ششمین کنگره ی هنر و باستان شناسی ایران در اکسفورد - را می توان نام برد.

علامه مجتبی مینوی قریب به پانصد مقاله ی تحقیقی در زمینه های مختلف دارد که شرح آن از حوصله ی این نوشته خارج است و تنها به ذکر چند کتاب اکتفاء می شود از جمله: تصحیح دیوان ناصر خسرو - تصحیح و بس ورامین - پانزده گفتار - آزادی و آزاد فکری - کلیله و دمنه - فردوسی و شعرا - داستان ها و قصه ها - عمر دوباره - نقد حال - تاریخ و فرهنگ ... علامه مجتبی مینوی این پژوهشگر خستگی ناپذیر در روز ششم بهمن ماه سال ۱۳۵۵ شمسی در تهران دار فانی را وداع گفت. او وصیت کرده بود که بر روی سنگ قبرش شعر زیر را بنویسند. انسان وقتی این شعر را می خواند بی اختیار به روان پاکش و به وارستگی و آزادمنشی و بلند نظری او درود می فرستد. روانش شاد یادش گرامی باد!

”شیرین و تلخ عمر همه خوش بود

تلخ و شیرین زندگی خوش بود!

زندگی هرچه بود بس خوش بود

گرچه گه برف و گاه آتش بود!

مینوی می گوید: اگر به اندازه ی بال پشه ای به تمدن و فرهنگ ایران خدمت کرده باشم زندگی ی من بیهوده نبوده است!

منابع و مأخذ:

ایرج افشار - راهنمای کتاب سال بیستم شماره های ۱ و ۲

دوره ی مجله ی یغما سال سی ام

پانزده گفتار درباره ی مجتبی مینوی - انتشارات کتابخانه ی مرکزی دانشگاه تهران.



دکتر محمد جهانگیری *

ارزش گذاری نسبی خدمات سلامت؛ چالش ها و فرصت ها

(۱) تاریخچه ارزش گذاری خدمات پزشکی در ایران



ارزش گذاری خدمات سلامت در ایران مبتنی بر کتاب ارزش های نسبی مورد استفاده در کشور ایالات متحده است که به کتاب کالیفرنیا موسوم بوده و از سال ۱۳۶۴ در ایران مبنای اصلی تعیین دستمزد و حق الزحمه گروه های مختلف ارائه دهنده خدمات سلامت به ویژه پزشکان قرار گرفت. گرچه این امر در آن زمان تحولی شگرف در عرصه ارائه و خرید خدمات سلامت به شمار می رفت، ولی متأسفانه با گذر زمان و به دلیل بی توجهی به اصول و مبانی ارزش های نسبی موجب بروز خدشه های قابل تأمل بر بازار سلامت کشور شد. برخی از مهم ترین چالش های به وجود آمده طی ۲۹ سال اجرای کتاب مذکور عبارتند از:

۱ - سرعت رشد دانش پزشکی در دو بُعد پروسیجرهای اصلی و نیز فناوری های تشخیصی و درمانی طی سه دهه اخیر چشمگیر بوده و این امر موجب تغییراتی اساسی در مبانی اصلی ارزش گذاری خدمات سلامت یعنی: زمان لازم برای ارائه خدمت، ریسک خدمت برای بیمار و ارائه دهنده خدمت و نیز میزان استفاده از نیروی ذهنی و فیزیکی ارائه دهنده شده است؛ در نتیجه انتظار می رفت که مقادیر ارزش های نسبی در درون رشته ها و بین رشته ها دستخوش تغییر شود. متأسفانه این مهم دست کم در دو دهه ی اخیر به نوعی توسط سیاست گذاران و دست اندرکاران مورد غفلت واقع شده و باعث آسیب های قابل ملاحظه ای به ارائه دهندگان، کاربران و خریداران خدمات سلامت شده است.

۲ - با توجه به سرعت رشد دانش و مهارت های پزشکی، همواره روش های درمانی جدیدی معرفی و وارد بازار خدمات سلامت می شوند که این مهم، ضرورت بازنگری و بروز رسانی کتاب مذکور را ناگزیر می نموده است. متأسفانه این امر نیز مغفول واقع شد و بیشترین زیان را به ارائه دهندگان و کاربران خدمات وارد کرد.

۳ - طی دو دهه اخیر متأسفانه روح حاکم بر کتاب که مبتنی بر ارزش گذاری خدمات به گونه ای منطقی و علمی بوده خدشه دار شده و توازن و تناسب بین رشته ای و حتی در مواقعی درون رشته ای مخدوش شده و برون داد آن نیز چیزی جز زیان به آموزش پزشکی و نیز عدم اقبال پزشکان به رشته های تخصصی پایه و مادر نبوده است.

۴ - بی توجهی به بخش ارزیابی و مدیریت کتاب مذکور به

ویژه در خصوص خدماتی مانند ویزیت و مشاوره و دیگر خدمات سرپایی عملاً موجب اغتشاشات قابل ملاحظه در بخش سرپایی و درمانگاهی خدمات سلامت شده است. این در حالی است که با نگاهی به بازار خدمات سلامت به وضوح مشاهده می شود که خدمات سرپایی حدود ۹۵ درصد از بار ارجاع را به خود تخصیص می دهد.

۵ - بی توجهی به خدمات پاراکلینیک به ویژه خدمات تشخیصی، توانبخشی و مبتنی بر پیشگیری و بهداشت جامعه نگر

(۲) چالش های کتاب کالیفرنیا و انگیزه برای حرکت به سوی بهبود شرایط موجود



چالش های مذکور موجب ایجاد انگیزه های بنیادینی شد که بهبود شرایط موجود در عرصه ارزش گذاری خدمات پزشکی را هدف گذاری نمودند. در این بین جامعه پزشکی به عنوان صاحبان اصلی فرآیندها و ارائه خدمات پزشکی طلایه دار حرکت به سوی اصلاح وضعیت موجود بود. در واقع منطبق اصلی جامعه پزشکی این بود که ادامه شرایط موجود نه تنها به زیان پزشکان بلکه موجب آسیب های جدی به کاربران و بیمه گر ها خواهد شد. شالوده ی تفکر مذکور ناظر بر نقش خظیر ارزش های نسبی بر شکل دهی رفتار ارائه دهندگان، خریداران و کاربران خدمات سلامت بوده است. مسلماً نزد هیچ گروه و طبقه اجتماعی پسندیده و پذیرفتنی نیست که با تحمیل شرایط ناعادلانه، سازوکارهای جبران خدمات، انتظار ارائه خدمات با کیفیت، با مسئولیت پذیری، با رفتارهای اقتصادی مثبت و با انگیزه را داشت.

لذا از سال ۱۳۸۴ خواسته جوامع علمی و صنفی ارائه دهنده خدمات سلامت موجب این شد که در سه نوبت برای اصلاح این امر تلاش شود که در هر سه نوبت این مهم میسر نگردید. اولین بار در سال ۱۳۸۴ و دومین بار در سال ۱۳۸۸ و بار سوم در سال ۱۳۸۹ که در هر سه نوبت به دلیل کم توجهی دولت و متولیان سلامت این امر متوقف ماند و در سال ۱۳۹۲ با درخواست مکرر سازمان نظام پزشکی، شورای عالی اجرای پایلوت آن را برای بیمارستان های برگزیده دولتی و بخش خصوصی مورد تأیید قرار داد. متأسفانه تلاش اخیر نیز باتوجه به در نظر نگرفتن موانع مربوط موفقیت آمیز نبود.

خوشبختانه در سال ۱۳۹۲، با عنایت به تصمیم دولت محترم تدبیر و امید بر اولویت خدمات سلامت در دستور کار دولت، و هم چنین تقارن آن با ابلاغ سیاست های کلی سلامت توسط

- را تقویت نموده و موجب کاهش خطاهای احتمالی و ایمنی بیمار و کاهش استرس ارائه‌کنندگان خدمات می‌شود.
- ۳ - ارتقای کیفیت خدمات مورد توجه قرار گرفته و همواره مورد مطالبه قرار خواهد گرفت.
- ۴ - ارزش واقعی خدمات قابل محاسبه خواهد بود.
- ۵ - توزیع مناسب ریسک و درآمد در جامعه پزشکی قابل دسترسی خواهد بود.
- ۶ - شکاف درآمدی در جامعه پزشکی کمتر خواهد شد.
- ۷ - توسعه خدمات پزشکی و سرمایه‌گذاری در آن تحقق خواهد یافت.
- ۸ - مطالبات به حق مردم و جامعه پزشکی به علت شفاف‌سازی خدمات و هزینه‌ها از دولتمردان میسر می‌گردد.
- ۹ - در صورت محقق شدن بسته کامل ارزش نسبی خدمات امر طبابت و ویزیت بیماران که اولین رکن در احترام به کرامت انسانی به شمار می‌رود مورد توجه قرار خواهد گرفت.
- ۱۰ - کنترل هزینه‌های غیرمترعارف و جلوگیری از اجحاف به مردم و بیماران
- ۱۱ - پیاده‌سازی نظام ارجاع و پزشک خانواده به صورت صحیح
- ۱۲ - امکان تحقق اعتبار بخشی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و خدمات ارائه شده
- ۱۳ - افزایش اعتماد عمومی و رضایت مندی مردم

۳) نتیجه‌گیری:

در کتاب جدید ارزش‌های نسبی همان‌طور که بیان شد، در فاز اول به خدمات بستری که سهولت بیشتری برای ارزش‌گذاری و پیاده‌سازی دارد، توجه شده و خدمات فیزیوتراپی، تشخیصی شامل آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری پزشکی نیز به صورت مقدماتی مورد توجه قرار گرفته‌اند. از جمله دیگر اقدامات مهم در کنار کتاب مذکور طرح نظارتی است که با محوریت سازمان نظام پزشکی تهیه و تدوین شده و با مساعدت‌های وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر اجرایی خواهد شد. از جمله اقدامات اجرایی مهم در طرح نظارتی مذکور عبارتند از: راه‌اندازی و استقرار سامانه‌های هوشمند نظارتی جامع که قرار است در کنار نظارت بر تعرفه‌ها با استفاده از سازوکارهای منطقی به صیانت و حفظ حقوق مردم و جامعه پزشکی به صورت همزمان بپردازد.



مقام معظم رهبری فرصت تازه‌ای برای اجرای قانون و پاسخ به خواسته‌های جامعه پزشکی فراهم گردید. در این گذار، تعیین قیمت واقعی خدمات سلامت که مبتنی بر قانون بیمه همگانی بود، در دستور کار شورای عالی بیمه خدمات درمانی قرار گرفت. در مرحله اول به دو جنبه مهم از تعرفه‌گذاری خدمات سلامت شامل ویزیت و هتلینگ پرداخته شد و در پایان سال ۱۳۹۲ با مصوبه شورای عالی بیمه این دو مهم براساس ارزش واقعی تعیین تکلیف شده و بهبودی قابل ملاحظه‌ای یافتند. از طرف دیگر بخش عمده کار و واقعی‌سازی ارزش خدمات سلامت، به پروسیجرهای درمانی و پزشکی مربوط بود که اصلاح آن در گرو بازنگری اساسی در کتاب کالیفرنیا بود. با عنایت به مصوبه شورای عالی نظام پزشکی و درخواست مکرر جوامع علمی پزشکی مبنی بر اصلاح ارزش نسبی خدمات سلامت و همچنین مواضع مجدانه و مستمر سازمان نظام پزشکی در شورای عالی بیمه سلامت، سرانجام طرح اصلاح ارزش‌های نسبی با حمایت دکتر هاشمی وزیر بهداشت و همچنین دکتر ربیعی وزیر تعاون کار و رفاه اجتماعی و دیگر اعضای شورای مذکور در دستور کار قرار گرفت. در این راستا کار فشرده شش ماهه‌ای توسط وزارت بهداشت و با مشارکت سازمان نظام پزشکی، انجمن‌های علمی تخصصی و دبیرخانه شورای عالی بیمه با مشارکت تمام اعضا و با حمایت بی‌نظیر سازمان‌های بیمه‌گر پایه آغاز گردید.

از طرفی با توجه به محدودیت زمانی بازنگری در این مرحله قرار بر این شد که در فاز اول، خدماتی مورد توجه قرار گیرد که زیرساخت‌های اجرایی آن فراهم است و امکان پیاده‌سازی آن وجود دارد. البته این گزینش دارای منطقی دیگری نیز بود که بحث کاهش هزینه‌های کمرشکن و نیز کنترل دریافت‌های غیرمترعارف که چالشی جدی بر بدنه صدیق ارائه‌دهنده خدمات سلامت است، مهم‌ترین آن است. فاز دوم اصلاح ارزش‌های نسبی ناظر بر بهبود وضعیت ارزش‌گذاری خدمات سرپایی و فصل ارزیابی و مدیریت کتاب ارزش‌های نسبی است.

در این کتاب ضمن بهره‌گیری از کتاب اصلی ارزش نسبی خدمات نگاه جدی به بومی‌سازی ارزش‌گذاری مذکور شده است، این مهم نیز با مطالعه دوساله وزارت بهداشت، انجمن‌های علمی تخصصی، سازمان نظام پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر پایه محقق گردیده است. ولی ممکن است در راستای تدوین کتاب و بومی‌سازی آن مشکلاتی وجود داشته باشد که با صبر و درایت جامعه پزشکی و اهتمام دست‌اندرکاران در زمان پیش‌بینی شده آن مشکلات رفع خواهد شد.

در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت چند رویکرد وجود دارد که در صورت محقق شدن نتایج آن هم برای مردم عزیزمان و هم برای جامعه پزشکی بسیار رضایت‌بخش خواهد بود:

- ۱ - تناسب بین خدمات، انگیزه پرداختن به پزشکی جامعه نگر را در تمامی اقشار جامعه پزشکی افزایش می‌دهد و تمام رشته‌ها و خدمات به نسبت جایگاهشان مورد توجه قرار می‌گیرند.
- ۲ - عدالت بین رشته‌ای و نیز انگیزه همکاری در قالب کار تیمی



دکتر محمد شفائی *

تعیین «ارزش نسبی خدمات پزشک عمومی»

اصولی فراموش شده و بر زمین مانده!

گروه‌های پزشکی به سوی «واقعی شدن»، ارزش خدمات پزشکان عمومی میل به کاهش پیدا کند!

بدین ترتیب، باید به این نکته اساسی دقت کنیم که چه امروز و چه هر روز دیگر، باید این تفکیک در مسئولیت‌های پزشکان عمومی صورت گیرد و ارزش هر کدام، به دقت و با وسواس مشخص گردد. جزییاتی مانند «خدمات مشاوره»، «خدمات درمانی»، «خدمات تشخیصی»، «خدمات پیشگیری»، «خدمات غربالگری»، «خدمات اورژانس»، «خدمات جانبی و تزریقات»، «تشکیل پرونده» و ... و از آن مهم‌تر، «ارزش زمانی اقامت پزشک عمومی در محل کار»، مورد بحث قرار گیرد و تعیین ارزش گردد! یعنی به دلیل اینکه پزشک عمومی به عنوان اولین سطح خدمات پزشکی به شمار می‌رود، طبیعتاً برخورد اول بیمار با او بوده و وقت و بی وقت، شامل انواع و اقسام بیماری‌ها، از جمله بیماری‌های اورژانسی و نابهنگام می‌شود. لذا همیشه و برخلاف سطوح دو و سه، آنان قادر به «نوبت دادن» به بیمار و «مدیریت زمانی» وقت با ارزش خود نبوده و لازم است در ساعات مقرر، به هر جهت «مقیم» محل کار خود باشند، و لذا باید برای این «زمان» نیز ارزش‌گذاری شود.

باری! بدون داشتن یک راهنمای دایمی و ثابت برای تعیین سالانه سرانه پزشک خانواده، مسئله تعیین سرانه، همیشه به «مسابقه طناب کشی» می‌ماند که هر بار طرف پرزورتر برنده آن است! و این گونه، باید همچنان شاهد جلسات هفتگی و ماهانه پزشکان با هم و با مسئولان دانشگاه و ستادهای اجرایی و ... بر سر تعرفه‌ها و نحوه پرداخت‌ها باشیم، در حالی که «سیستم ارجاع و پزشک خانواده» می‌توانست و باید موجب تامین مالی پایدار و احساس امنیت شغلی ماندگار برای پزشکان عمومی شود، این مسئله جز برهم زدن تمرکز پزشکان و نگرانی دوباره از آینده شغلی‌شان عاقبتی نخواهد داشت.

پس بر همه ماست که اسیر این بازی «طناب کشی» بی معنا بین دو طرف قضیه نشویم، و حالا که سیستم بهداشتی کشور برای اجرای برنامه‌هایش، به درستی و به حق نیازمند خدمات پزشکان عمومی شده، و دولت هم سرانجام به این نتیجه صادقانه و سخاوتمندانه رسیده که ارزش واقعی خدمات پزشکی را تعیین نماید، ما هم به جد به دنبال حق و حقوق خود باشیم و به منافع زودگذر و موقت دل خوش نکنیم. به نظر می‌رسد بهترین زمان ممکن برای احقاق حق و حقوق قشر مظلوم پزشکان عمومی فرا رسیده باشد.

همان‌گونه که پیش از این و در آغازین روزهای «طرح پزشک خانواده» هشدار داده بودیم، «سرانه» پزشک خانواده تبدیل به یک مناقشه دایمی بین پزشکان و مراجع مسئول و مراکز تصمیم‌گیری برای طرح پزشک خانواده شده است. سرانه‌ای که در کمال تعجب و در عین تذکرات مکرر صنف پزشکان عمومی، از همان ابتدا بدون هیچ توضیحی، تنها به صورت یک عدد خام اعلام گردید و سپس معلوم گشت که حاوی دستمزد پزشک بابت خدمات درمانی، خدمات بهداشتی، هزینه‌های مطب‌داری، هزینه‌ی بخشی از خدمات جنبی، هزینه استخدام ماما، هزینه مکانیزاسیون و ... نیز هست! همان‌گونه که می‌بینید، «درمان» بیماران تنها «یکی» از مسئولیت‌های این همکاران در نظر گرفته شده است، اما با وجود این، مسئولان محترم حتی از پذیرش تعرفه ویزیت پزشک عمومی برای محاسبه سرانه براساس بار مراجعه، طفره می‌روند! حقارت سرانه مذکور در مقابل مسئولیت‌های اعلام شده برای پزشکان عمومی به قدری واضح و آشکار بود که به نظر می‌رسید به راحتی توسط مسئولان و پزشکان قابل درک باشد. اما سوگمندان، ضریبی که به عنوان «تعداد افراد تحت پوشش» باعث ایجاد یک درآمد ۷ رقیمی برای پزشکان عمومی شده بود، باعث غفلت جامعه پزشکی و دلخوش نمودن به این درآمد شد! در حالی که همین «تعداد افراد تحت پوشش» هم کاذب و غیرواقعی است و باید هرچه زودتر تعدیل و اصلاح گردد.

مسئله دیگر، و حتی مهم‌تر از بحث افراد تحت پوشش، «ارزش واقعی خدمات پزشکان عمومی» است. در روزهایی که دولت با انتشار کتاب «ارزش نسبی خدمات پزشکی» گام بسیار مهم و مثبتی برای دستیابی به این آرزوی دیرین جامعه پزشکی برداشته، موارد اشاره شده در این کتاب، هنوز حاوی ابهامات فراوانی در رابطه با جزییات مسئولیت‌های پزشکان عمومی در کلیه رده‌های دولتی و خصوصی و اورژانس و به ویژه پزشکان خانواده است. حتی در مواردی چون ارزش واقعی خدمات «تزریقات»، تعرفه و ضریب اعلام شده در این کتاب سیر نزولی داشته و در حالی که تزریق یک ماده در اتاق بیهوشی دارای ضریب ۴ و ۵ است؛ انگار مثلاً «دیه» ناشی از تزریق پنی‌سیلین، کمتر از تزریق ماده بیهوشی است که ضریب آن‌ها این قدر تفاوت دارد. غیر از این، باید معلوم گردد و همه پزشکان بدانند که اگر هم به فرض قرار است ارزش این خدمات به عنوان یک «واحد» و به طور یکجا محاسبه گردد، ملاک تعیین آن چیست، تا مبادا به رغم خیز تعرفه همه

- بدون داشتن یک راهنمای دایمی و ثابت برای تعیین سالانه سرانه پزشک خانواده، مسئله تعیین سرانه، همیشه به «مسابقه طناب کشی» می‌ماند که هر بار طرف پرزورتر برنده آن است!



دکتر علی مهرابی بهار*

گام بعدی در تدوین کتاب ارزش نسبی خدمات طب عمومی است

شده است، بلکه بار مالی آن نیز که نقطه کلیدی اجرای آن است در بودجه‌ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر لحاظ گردیده است.

اینک با انتشار و ابلاغ نسخه‌ی ۱۳۹۳ کتاب ارزش نسبی خدمات باید به بخش‌هایی از این مجموعه پرداخت که در کتاب حاضر به نوعی مغفول مانده است.

کتاب ارزش نسبی خدمات واجد بخشی با عنوان «ارزیابی و اداره بیمار»^۵ است که به گروه‌های وسیعی از خدمات بهداشتی درمانی مانند ویزیت بیماران در مطب، ویزیت بیماران در بیمارستان و مشاوره می‌پردازد.

هر گروه از این خدمات نیز به نوبه‌ی خود به زیرگروه‌هایی تقسیم می‌شوند، به طور مثال «بیمار جدید» یا «بیمار قدیم» دو زیر گروه برای ویزیت بیماران در مطب، و دو زیر گروه «ویزیت روز اول» و «ویزیت روزهای بعد» برای گروه ویزیت بیمارستانی تعریف شده‌اند. این زیرگروه‌ها نیز بر مبنای ماهیت کاری که نیاز دارند به سطوح مختلف خدمات ریزتر می‌شوند که به هریک از آن‌ها نیز کد اختصاصی تعلق می‌گیرد.

عواملی که در تعیین سطوح مختلف خدمات ارزیابی و اداره بیمار نقش دارند، شامل هفت عنصر زیر هستند:

۱. دامنه‌ی شرح حال
 ۲. دامنه‌ی معاینه
 ۳. سطح پیچیدگی تصمیم‌گیری پزشکی
 ۴. ارائه‌ی مشاوره
 ۵. هماهنگ‌کردن مراقبت‌ها
 ۶. ماهیت علت مراجعه
 ۷. زمان
- از میان این عوامل، نقش سه عنصر اول کلیدی است، اما سه عنصر دوم نقش عوامل کمکی دارند و نقش زمان نیز نیاز به تفصیل دارد.

«دامنه‌ی شرح حال» که شامل تمرکز بر مشکل جزئی بیمار، تمرکز بر مشکل بسط یافته، شرح حال مفصل و شرح حال جامع است. «دامنه‌ی معاینه» به تمرکز بر مشکل جزئی بیمار، تمرکز بر مشکل بسط یافته، معاینه مفصل و معاینه جامع تقسیم‌بندی می‌شود. «میزان پیچیدگی تصمیم‌گیری

آن چه به عنوان کتاب ارزش نسبی خدمات می‌شناسیم، حاصل همکاری دو نهاد و سازمان آمریکایی است: «انجمن پزشکی آمریکا»^۱ که نقش تعریف و کدگذاری خدمات تشخیصی و درمانی را در قالب کتاب «مفهوم‌شناسی اقدامات پزشکی رایج»^۲ برعهده دارد و «مرکز خدمات مدیکر و مدیکید»^۳ که پیش‌تر به نام «اداره کل امور مالی مراقبت سلامت»^۴ شناخته می‌شد که نقش تبیین ارزش نسبی و ارزش‌گذاری خدمات تعریف شده توسط انجمن پزشکی آمریکا را ایفا می‌کند. در واقع اقدامات تشخیصی درمانی ابتدا بر مبنای تعریفی که از آن‌ها ارائه می‌گردد واجد یک کد منحصر به فرد

می‌شوند و در گام بعد ارزش هریک از این اقدامات در نسبت با بُعد حرفه‌ای، هزینه‌ها و هم‌چنین ریسک هر اقدام سنجیده می‌شود. (البته این ارزش‌گذاری نسبی است و نه مطلق، چرا که ارزش‌گذاری مطلق بر مبنای عرضه و تقاضای بازار و در مفهوم قیمت نمود می‌یابد).

در ایران ارزش نسبی خدمات از سال ۱۳۶۴ بر اساس کتابی که در حال حاضر به نام «کتاب کالیفرنیا» شناخته می‌شود و برگرفته از ویرایش سال ۱۹۸۴ کتاب ارزش نسبی خدمات بوده است ملاک پرداخت‌های حوزه‌ی پزشکی قرار گرفت. البته انتظار می‌رفت با توجه به تغییرات و انتشار سالانه‌ی کتاب ارزش نسبی خدمات، به‌روزرسانی این ارزش‌ها در ایران نیز صورت بگیرد، اما در واقع حتی با بازبینی کتاب و انتشار آن یک نوبت در سال ۱۳۸۴ و در نوبت بعدی در دو ویرایش سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹، این نسخه‌ها مبنای محاسبه و پرداخت‌ها قرار نگرفتند. از جمله دلایل عدم موفقیت این نسخه‌ها: بار مالی زیاد برای سازمان‌های بیمه‌گر، نبود تفاهم میان نهادها و سازمان‌های عضو شورای عالی بیمه، و نپذیرفتن آن از سوی بخشی از انجمن‌های علمی تخصصی را می‌توان برشمرد.

سال ۱۳۹۳ نقطه‌ی عطفی در عملیاتی شدن ارزش نسبی خدمات به شمار می‌آید، چه آن که نسخه‌ای بازبینی شده از کتاب ۱۳۸۴ انتشار یافته است که نه تنها با تفاهم و همکاری نهادها و سازمان‌های عضو شورای عالی بیمه و هم‌چنین هماهنگی با انجمن‌های علمی تخصصی نهایی



پزشکی» که به صورت آسان و ساده، با پیچیدگی پایین، با پیچیدگی متوسط و با پیچیدگی بالا توصیف می‌گردد. «ارائه‌ی مشاوره» به بیمار یا خانواده‌ی وی شامل بحث پیرامون نتایج اقدامات تشخیصی، پیش‌آگهی، گزینه‌های مختلف درمان، ریسک و فواید آن‌ها، دستورات درمانی، کاهش ریسک‌فاکتورها و ... آموزش می‌شود. «همه‌نگ کردن مراقبت‌ها» با دیگر ارائه‌کنندگان خدمات و مراقبت‌های بهداشتی درمانی صورت می‌گیرد و «ماهیت علت مراجعه» شامل تقسیم‌بندی: حداقلی (نیاز به حضور پزشک ندارد، اما تحت نظر او است)، کوچک یا خودمحدود شونده، کم‌شدت،

با شدت متوسط، با شدت زیاد می‌گردد.

عنصر «زمان» از سال ۱۹۹۲ میلادی به عنوان عاملی روشن و آشکار برای تعریف سطوح مختلف خدمات ارزیابی و اداره بیمار عنوان شد، البته این خدمات شامل ویزیت در مطب یا دیگر مراکز سرپایی و مشاوره می‌گردد و خدمات اورژانسی بر این مبنا تقسیم‌بندی نمی‌شوند

زمان ویزیت یا مشاوره از دو قسمت اصلی تشکیل می‌شوند: زمانی که پزشک به اخذ شرح حال، انجام معاینه و یا ارائه‌ی مشورت به بیمار یا همراهان او به صورت مستقیم می‌پردازد و از آن به «زمان مواجهه چهره به چهره» تعبیر می‌شود، و زمانی را که پزشک صرف مرور سوابق بیماری و آزمایشات بیمار، و یا ارتباط بیشتر با متخصصان دیگر از طریق نوشتن گزارش کتبی یا برقراری تماس تلفنی می‌کند و این زمان شامل قبل یا بعد از زمان مواجهه با بیمار می‌گردد.

به این ترتیب جدول سطوح مختلف خدمات ارزیابی و اداره‌ی بیمار در هر زیرگروه طرح می‌گردد، (جداولی انتخاب شده است که در طب عمومی نقش بارزتری دارند)

ویزیت در مطب (بیمار جدید یا قدیم):^۷

سطوح	شرح حال	معاینه	میزان پیچیدگی تصمیم‌گیری	علت مراجعه (مشکل بیمار)	زمان مواجهه چهره به چهره
سطح یک	متمرکز بر مشکل بیمار	متمرکز بر مشکل بیمار	آسان و ساده	جزئی و یا خودمحدود شونده	۱۰ دقیقه
سطح دو	متمرکز بر مشکل بسط‌یافته	متمرکز بر مشکل بسط‌یافته	آسان و ساده	شدت کم یا متوسط	۲۰ دقیقه
سطح سه	شرح حال مفصل	معاینه مفصل	کم پیچیده	شدت متوسط	۳۰ دقیقه
سطح چهار	شرح حال جامع	معاینه جامع	پیچیده متوسط	شدت متوسط یا بالا	۴۵ دقیقه
سطح پنج	شرح حال جامع	معاینه جامع	زیاد پیچیده	شدت متوسط یا بالا	۶۰ دقیقه

ویزیت در بخش اورژانس:

سطوح	شرح حال	معاینه	میزان پیچیدگی تصمیم‌گیری	علت مراجعه (مشکل بیمار)
سطح یک	متمرکز بر مشکل بیمار	متمرکز بر مشکل بیمار	آسان و ساده	جزئی و یا خودمحدود شونده
سطح دو	متمرکز بر مشکل بسط یافته	متمرکز بر مشکل بسط یافته	کم پیچیده	شدت کم یا متوسط
سطح سه	متمرکز بر مشکل بسط یافته	متمرکز بر مشکل بسط یافته	پیچیده متوسط	شدت متوسط
سطح چهار	شرح حال مفصل	معاینه مفصل	پیچیده متوسط	شدت بالا - در معرض تهدید فوری نیست
سطح پنج	شرح حال جامع	معاینه جامع	زیاد پیچیده	شدت بالا - در معرض تهدید آنی و فوری است

مراقبت تحت نظر روز اول:

سطوح	شرح حال	معاینه	میزان پیچیدگی تصمیم‌گیری	علت مراجعه (مشکل بیمار)
سطح یک	شرح حال مفصل یا جامع	معاینه مفصل یا جامع	آسان و ساده یا کم پیچیده	شدت کم
سطح دو	شرح حال جامع	معاینه جامع	پیچیده متوسط	شدت متوسط
سطح سه	شرح حال جامع	معاینه جامع	پیچیده زیاد	شدت بالا

در گام بعد ارزش نسبی این خدمات در جداول ارزش نسبی نشان داده می‌شود، در این جا از ارزش‌های نسبی نسخه‌ی ۱۳۸۴ و هم‌چنین کتاب ۲۰۰۵ که نظیر آن محسوب می‌شود استفاده شده است:

واحدهای ارزش‌های نسبی برای ویزیت در مطب (بیمار جدید یا قدیم):

RVU 2005 (Established Patient)	RVU 2005 (New Patient)	ارزش نسبی ۱۳۸۴ ویزیت بیمار قدیم	ارزش نسبی ۱۳۸۴ ویزیت بیمار جدید	کدهای خدمات	سطوح خدمات
۰.۵۷	۰.۹۷	۰.۵	۲	۹۹۲۰۱	سطح یک
۱.۰۲	۱.۷۲	۱.۳	۳.۵	۹۹۲۰۲	سطح دو
۱.۳۹	۲.۵۶	۱.۹	۵.۲	۹۹۲۰۳	سطح سه
۲.۱۸	۳.۶۲	۳.۱	۷.۳	۹۹۲۰۴	سطح چهار
۳.۱۷	۴.۵۸	۵	۹.۳	۹۹۲۰۵	سطح پنج

واحدهای ارزش‌های نسبی برای ویزیت در بخش اورژانس:

نسبت سطوح مختلف به سطح یک	RVU 2005	نسبت سطوح مختلف به سطح یک	ارزش نسبی ۱۳۸۴ ویزیت بیمار جدید	کدهای خدمات	سطوح خدمات
۱.۰	۰.۴۴	۱.۰	۰.۹	۹۹۲۸۱	سطح یک
۱.۷	۰.۷۳	۱.۷	۱.۵	۹۹۲۸۲	سطح دو
۳.۷	۱.۶۴	۳.۷	۳.۳	۹۹۲۸۳	سطح سه
۵.۸	۲.۵۶	۵.۷	۵.۱	۹۹۲۸۴	سطح چهار
۹.۱	۴.۰۱	۸.۸	۷.۹	۹۹۲۸۵	سطح پنج

واحدهای ارزش نسبی برای مراقبت تحت نظر روز اول:

نسبت سطوح مختلف به سطح یک	RVU 2005	نسبت سطوح مختلف به سطح یک	ارزش نسبی ۱۳۸۴ ویزیت بیمار جدید	کدهای خدمات	سطوح خدمات
۱.۰	۱.۰	۱.۰	۳.۵	۹۹۲۱۸	سطح یک
۱.۷	۱.۷	۱.۷	۵.۹	۹۹۲۱۹	سطح دو
۲.۴	۲.۴	۲.۴	۸.۳	۹۹۲۲۰	سطح سه

قیمت» برای یک ارائه دهنده‌ی خدمت بسنده نمود، بنابراین ارائه‌ی «یک خدمت» مانند ویزیت ممکن است دو یا سه برابر یا گاهی چندین برابر ارزش پایه‌ی آن (سطح اول) ارزش‌گذاری شود و این موضوع برنامه‌ریزی دقیق و جامع و گسترده‌ای را میان بخش‌های مختلف دست‌اندرکار موضوع تعرفه مانند انجمن‌های علمی و صنفی، سازمان‌های بیمه‌گر، سازمان نظام پزشکی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را طلب می‌کند.^۹

در دو جدول آخر برای نشان دادن نسبت میان ارزش‌های سطوح مختلف از ستون خاکستری (ستون چهارم و ششم) استفاده شده است که حاصل تقسیم ارزش هر سطح به سطح یک است.

آن چه از بررسی اجمالی جداول فوق به ذهن متبادر می‌گردد، پیچیدگی تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری در حیطه‌ی ارزش‌های نسبی در طب عمومی است، چرا که نمی‌توان نکات کلیدی ویزیت یک فرد ارائه‌کننده‌ی خدمت را در نظر نگرفت و تنها به ارائه‌ی «یک» ارزش نسبی و متعاقب آن «یک

1 - American Medical Association (AMA)

2 - Current Medical Terminology (CPT)

3 - Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)

4 - Health Care Financing Administration (HCFA)

5 - Evaluation and Management (E&M)

6 - Face-to-Face time

۷ - تفاوت ویزیت بیمار جدید یا قدیم در سطح‌بندی به این نحو است که در بیمار جدید شرایط سه عامل شرح‌حال، معاینه و پیچیدگی تصمیم‌گیری توأمان باید وجود داشته باشد، اما در بیمار قدیم وجود دست کم دو عامل از سه عنصر فوق الزامی است.

8 - Relative Value Unit (RVU)

۹ - لازم به ذکر است این مطلب به مقادیر واحدهای ارزش نسبی در خصوص ویزیت دیگر مراکز سرپایی به جز مطب، خدمات بیمارستانی به جز خدمات تحت نظر روز اول (شامل ویزیت بستری روز اول، ویزیت بستری روزهای بعد، ویزیت ترخیص تحت نظر و ویزیت ترخیص بیمارستانی)، همچنین مشاوره در مطب یا دیگر مراکز سرپایی و مشاوره‌های بستری اولیه یا مشاوره پیگیری و نیز مراقبت‌های ویژه و بحرانی نپرداخته است.



| دکتر شهریار خاقانی*

طرح ملی نظارت بر تعرفه های خدمات سلامت؛ چالش ها و فرصت ها

حرکت نمود که اگر تعرفه ها واقعی شدند؛ مسائل مذکور را به صورت ریشه ای حل کند؟

قطع به یقین پاسخ خیر است، چرا که در سبب شناسی عوامل موثر بر چالش های مذکور تنها سازوکار اصلاح تعرفه چاره ساز نیست و اگر این اقدام مسکن همراه با سایر اقدامات مقتضی نباشد، تنها تعرفه افزایش یافته ولی پس از مدتی این امر عادی شده و ممکن است تکرار شرایط قبلی را شاهد و چرخه ای ناقص را ناظر باشیم.

در بحث میزان موفقیت طرح نظارت بر تعرفه ها، پیش از هر چیز باید به هدف از تغییر تعرفه ها و نیز روش تغییر مذکور اشاره کرد.

کتاب جدیدی که تحت عنوان کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت در ایران منتشر شده چند نکته اساسی را هدف گیری نکرده که در صورت عدم اقدام عاجل برای رفع این کاستی ها، ممکن است بحث نظارت مخدوش شود.

اول، اساس کتاب مذکور، کتاب چاپ ۱۳۸۴ است با دخل و تصرف هایی که توسط انجمن ها و نیز شورای عالی بیمه در آن انجام شده است. از طرف دیگر خود کتاب ۱۳۸۴ نسبت به منبع اصلی برگرفته از کتاب ۲۰۰۵ ایالات متحده دارای دخل و تصرف هایی بوده است. اگر قرار بر چاپ کتاب جدیدی بود، شاید بهتر این بود که از جدیدترین کتاب موجود ارزش های نسبی در ایالات متحده استفاده می شود و اگر قرار بر دخل و تصرفی نیز بود، شاید بهتر این بود که کتاب را با توجه مقتضیات بازار سلامت ایران تعدیل می کردند ولی به گونه ای که توازن بین رشته ها و درون رشته ها تغییرات اساسی نمی کرد، چرا که در غیر این صورت تعادل بین رشته ای و حتی درون رشته ای همچنان به هم می خورد و همان داستان همیشگی تکرار و اهداف مورد نظر مخدوش می شود.

دوم، به نظر می رسد پیش فرض کتاب این بوده که رشته هایی که ارزش نسبی بالایی داشته اند دست نخورده باقی بمانند و در عوض سایر رشته هایی که ارزش نسبی پایین تری دارند، ارتقا یابند. منطبق مذکور چندان موجه به نظر نمی رسد چرا که با توجه به وجود فناوری های نوین و پیشرفت علوم، شمار قابل ملاحظه ای از خدمات و روش ها در زمان کمتر و با ریسک کمتر هم برای ارائه دهنده خدمت و هم برای کاربر خدمات قابل عرضه می باشد و بنابراین حفظ سطح موجود ارزش های نسبی خدمات مذکور منطقی به نظر نمی رسد.

سوم، به نظر می رسد علی رغم تمام تلاش دست اندکاران، کتاب جدید صرفاً در جهت ارتقای وضعیت تعدادی از رشته های جراحی بوده و باز هم رشته های خدمت محور که مبتنی بر دانش پزشکی و مهارت های فردی وی می باشد، چندان مورد توجه نبوده اند. این امر به ویژه در مورد رشته هایی که ممر اصلی درآمدی آن ها ویزیت و مشاوره می باشد مانند پزشکان عمومی و داخلی به وضوح مشخص می باشد.

چهارم، حتی در بین خود رشته ها نیز شرح برخی از کدها به گونه ای است که گویی، چند شرح با درجه ریسک و زمان متفاوت را روی هم ریخته و

نظارت از جمله کارکردهای سیاستگذاری و مدیریتی است که فاکتوری تعیین کننده در موفقیت و نیل به اهداف تعیین شده برای هر سیاست و برنامه ای است. در این بین نظام سلامت و خدمات مرتبط با آن دارای پیچیدگی های ماهوی بوده که نظارت بر آن را دشوار می نماید. جنس سلامت به گونه ای است که با کالاها و خدمات دیگر تفاوت دارد، از جمله این تفاوت ها به تفاوت قابل ملاحظه بین اطلاعات مصرف کننده از نیاز خود و اطلاعات ارائه دهنده ی خدمت از نیاز بیمار و نیز نوع خدمتی است که باید ارائه شود. این تفاوت اطلاعاتی که عدم تقارن اطلاعاتی نامیده می شود موجب می شود که رابطه ی ارائه دهنده و مصرف کننده خدمات، مخدوش شده و در واقع پزشک در نقش کارگزار بیمار ظاهر شود. از طرف دیگر پزشک کارگزاری است که نقشی دوگانه ایفا می نماید بدین معنی که پزشک به دنبال برنامه ی درمانی است که منافع بیمار، در قالب بهبود شرایط سلامتی بیماری، افزایش یابد و از سوی دیگر به عنوان یک فرد دارای منافع اقتصادی در راستای حداکثرسازی مطلوبیت شغلی، شخصی و مادی خود برآید. با عنایت به وقایع موجود می توان گفت که مجموعه ای مسائل در حوزه سلامت وجود دارند که بحث نظارت را با چالش مواجه می نمایند. از جمله این مسائل عبارتند از:

۱- تقاضای القایی: با توجه به رابطه کارگزاری پزشک و بیمار، در واقع این پزشک است که به نیابت از بیمار تصمیم گیری می نماید که از چه برنامه و رژیم درمانی پیروی کند. تحت چنین شرایطی ممکن است خدمات و مواردی برای بیمار تجویز شود که واقعاً در سیر درمانی وی اثربخش نباشد، هر چند که ممکن است زبانی نیز متوجه سلامتی بیمار نکند.

۲- پدیده دریافت های غیرمتعارف: از جمله دیگر مسائل ناشی از عدم تقارن اطلاعاتی، پدیده دریافت های غیرمتعارف است که شواهد حاکی از رواج قابل ملاحظه آن در شرایط موجود کشور دارد.

۳- وجود تفاوت های قابل ملاحظه بین پزشکان: در جامعه پزشکی به عنوان ارائه دهندگان خدمات از نظر جایگاه شغلی، درآمدی و اجتماعی. قدر مسلم تفاوت های درآمدی قابل ملاحظه، بر انگیزه های کاری و حرفه ای پزشکان آثار شگرف خواهد داشت.

۴- روی آوردن پزشکان به مشاغل دوم و بعضاً چندگانه: این موضوع ممکن است در حوزه ی سلامت و در قالب کار در دو بخش خصوصی و دولتی به صورت توأم باشد و یا کار همزمان در حوزه های غیرپزشکی مانند تجارت و ... باشد. نتیجه این مسئله نیز چیزی جز کاهش چشمگیر کیفیت و اثربخشی اقدامات درمانی پزشکان نخواهد بود.

مسائل مذکور سال های سال است که گریبان گیر نظام سلامت کشور است، و در اکثر مطالعات انجام شده و یا مطابق با نظر خبرگان و صاحب نظران همواره یکی از ریشه های آن ها، تعرفه های غیرواقعی و پایین خدمات سلامت بوده است.

حال سوال اینجاست که آیا تنها با استفاده از سازوکار تعرفه ای و نیز واقعی ساختن آن می توان مسائل مذکور را برطرف کرد و به سمتی

نویس مثل پزشکان عمومی و پزشکان متخصص داخلی در نظر گرفته شود.

۲- شورای عالی بیمه علاوه بر مبانی نظری و علمی حاکم بر تعرفه گذاری همواره، باید مقتضیات بازار سلامت کشور را نیز لحاظ کند. نگاهی گذرا به بازار سلامت در کشور نشان می دهد که هنوز علی رغم پیشرفت های قابل ملاحظه، بیمارستان ها و مراکز درمانی کشور با مشکل کمبود در تخصص های پایه مواجه بوده و در این موارد از نیروهای پزشکی با تخصص های دیگر استفاده می شود که بهتر است در خرید خدمات سلامت، به رسمیت شناخته شده و حداقل تا زمان نبل به نقطه مطلوب از نظر تعداد و توزیع تخصص های مذکور در قراردادهای خرید خدمات خود این نکته را لحاظ نماید. تصور کنید در بسیاری از شهرستان ها کمبود متخصصین رشته های مختلف وجود داشته و نیروی جایگزین آن ها

پزشکان عمومی هستند که علی رغم ارائه خدمات با کیفیت قابل قبول، از دریافت حق مادی مطلوب خود محرومند. ممکن است این امر موجب افزایش هزینه های سازمان های بیمه گر شود ولی موجب صرفه جویی در هزینه های نظارتی شده و منافع به دست آمده از آن از زیان هایش بیشتر است.

۳- واقعیت این است که سازمان های بیمه گر به جای تأکید بیش از حد بر به موضوع روی هم ریختن شرح کدها و یکسان سازی آن ها (با هدف کنترل آسان تر رفتار اقتصادی پزشکان) بهتر است مباحث خرید راهبردی، راهنماهای بالینی و سازوکارهای پرداخت خود را اصلاح نمایند.

۴- بخش خصوصی واقعیتی غیرقابل انکار در بازار سلامت کشور است که در بسیاری از دیگر کشورها برای گروه های جمعیتی با درآمد بالا و نیز دارای پوشش بیمه ای مکمل و اضافی و یا برای درآمدزایی

برای کشور از سازوکار توربسم درمانی است. لذا اختلال در سیستم قیمتی این بخش نه تنها منفعتی نداشته بلکه ممکن است منجر به پیچیدگی های نظارتی شود که در نهایت هزینه های نظام سلامت را بیشتر می نماید.

کلام آخر اینکه، به منظور داشتن سیستم نظارتی اثربخش و قابل اتکا، باید در مراحل سیاست گذاری تعرفه ها و نیز اجرای آن ملاحظات مربوط به تمام ذینفعان را در نظر گرفت. در واقع بخشی از موفقیت سازوکار نظارتی وابسته به سیاست گذاری درست است. همچنین در کنار سازوکارهای تعرفه ای باید اقدامات مکمل از جمله ارتقای سیستم های اطلاعاتی، استقرار نظام پرداخت کارآمد، پیاده سازی سیستم مالیاتی قوی و نیز اصلاح وضعیت قرارداد بین پزشکان و موسسات را نیز در نظر گرفت.

در حال حاضر ضرورت نظارت بر تعرفه ها کاملاً احساس می شود عده قلیلی از پزشکان خود را ملزم به رعایت تعرفه های مصوب نمی بینند و تبعات منفی تبلیغی آن در مراجع بالای تصمیم گیری دامن کلیه جامعه پزشکی را می گیرد و مانع اقتدار در چانه زنی برای احقاق حقوق مردم و سیستم های درمانی توسط سازمان نظام پزشکی و انجمن های علمی حتی وزارت بهداشت می شوند. امید است در اجرای این طرح ملی که به همت وزارت بهداشت و وزارت کار، رفاه و تأمین اجتماعی با محوریت سازمان نظام پزشکی صورت می گیرد در کنار انجام اصلاحات عدالت فراموش نشود تا به نتایج دلخواه برسیم.

در پایان از آقای دکتر غیاثوند دکترای تخصصی اقتصاد سلامت به خاطر راهنمایی های تخصصی شان در تهیه این نوشتار تشکر می کنم.

کد جدیدی ساخته شده که دارای ارزش نسبی بین ضرایب پایین و بالای کتاب کالیفرنیا بوده است.

پنجم، در تعیین مقادیر ارزش نسبی آنچه که در ایالات متحده رواج دارد، این است که عرضه کنندگان ضرایب را تعیین کرده و خریداران خدمت یا همان بیمه ها روی ارزش پولی ضرایب تأثیر بسزایی دارند. یعنی ارزش پولی هر ضریب با توجه به سطح بودجه سالیانه، روند آن طی چند سال اخیر، و نیز شرایط اقتصادی کشور تعیین می شود.

ششم، تنها از طریق اصلاح ارزش های نسبی آن هم برای گروه های خاص پزشکی نمی توان تضمین کرد که تمامی مسائل و چالش ها برطرف شده و صرفاً با اجرای برنامه های نظارتی می توان پزشکان را وادار به رعایت عین کتاب نمود و هر گونه عدول از آن را مورد بررسی قرار داد. در واقع اصلاح سازوکارهای پرداخت به پزشکان و گذر از روش های سنتی

مانند کارانه به روش های جدیدتر مانند DRG مکمل موثری برای اصلاح چالش های موجود است. البته اصلاح نظام پرداخت به پزشکان با توجه به نوع خدمت می تواند متفاوت باشد، مثلاً در مورد بیماری هایی که مستلزم دقت و انگیزه بیشتر پزشکان برای تضمین تندرستی بیماران است بهتر است از همان روش کارانه استفاده شود و در مورد خدمات دیگر از روش های سرانه و یا بودجه ثابت و ... استفاده کرد.

هفتم، اجرای نظارت موثر بر رعایت تعرفه ها مستلزم وجود زیرساخت های اطلاعاتی دقیقی است که سیر روند درمانی بیمار به همراه خدمات، تجهیزات، مواد مصرفی و داروهای مصرفی بیمار و نیز پروفایل ارائه خدمت به طور کامل در آن مشخص باشد. وجود چنین سیستم اطلاعاتی تضمینی برای موفقیت در نظارت خواهد بود.

هشتم، بخشی از کار نظارت، از حوزه بهداشت و

درمان خارج و مستلزم کار بین بخشی بین دستگاه های اجرایی و نظارتی و قضایی است. مثلاً وجود یک سیستم مالیاتی موثر که بتواند درآمدهای گروه های شغلی مختلف از جمله پزشکان را پایش و رصد نموده و با تعیین مالیات مطلوب، موجب کنترل رفتار اقتصادی آنان شود.

نهم، در کنار نهادهای دولتی، صنفی و قضایی باید سطح آگاهی و سواد فرهنگی مردم به میزانی ارتقا یابد که از حقوق خود آگاه بوده و در صورت رصد رفتارهای اقتصادی نامطلوب فوراً اقدامات لازم را به عمل آورند.

و بالاخره دهم، نحوه روابط اقتصادی بین پزشکان و موسسات و مراکز درمانی نیز دارای اهمیت وافر است. در سیستمی که قراردادهای منعقد می شود با پزشکان به گونه ای است که سهم واقعی پزشک و حقوق وی احقاق نمی شود، نمی توان سیستم نظارتی کارآمدی تعبیه و اجرا کرد. مجموع عوامل مذکور، از جمله چالش های اساسی پیش روی طرح ملی نظارت بر تعرفه های سلامت است که اگر اقدام بهنگامی برای رفع آن ها نشود، بی شک آثار سوء آن را دیر یا زود خواهیم دید.

پیشنهادات:

البته به منظور کاهش تأثیر چالش های مذکور اقدامات اصلاحی زیر پیشنهاد می گردد:

۱- در تعیین تعرفه ها و اصلاح آن به گونه ای که همه گروه های پزشکی از آن منتفع شوند، باید تعجیل کرد. این دست اقدامات عاجل می تواند شامل در نظر گرفتن بخش E&M (ارزیابی و اداره بیمار) کتاب ارزش های نسبی و نیز تعدیل کدهای طب داخلی و روش محور و گنجانیدن ضرایب منطقی مربوطه در اصلاحیه های کتاب باشد تا منافع پزشکان نسخه

تعارف‌های جدید خدمات و مراقبت‌های پزشکان عمومی



تهیه و تنظیم دکتر حمید خاکسار*

توضیحات:

علامت "O": خدماتی که با خصوصیت "O" که اول کلمه OPD است نامگذاری شده‌اند دلالت بر این دارد که این خدمات می‌توانند در بخش سرپایی در قالب مطب، درمانگاه و مرکز جراحی محدود و هم در قالب بیمارستان و عرصه بستری ارائه گردد. ارزش ریالی این دسته از خدمات در هر دو بخش سرپایی و یا بستری یکسان می‌باشد. نرخ این K برای سال ۹۳ مبلغ بیست هزار تومان تعیین شده است. این ضرایب ثابت بوده ولی نرخ KO هر سال اعلام خواهد شد.

شرح کد: این ستون کدها را توصیف می‌کند که از کتاب CPT آمریکا در سال‌های ۲۰۰۴ تا ۲۰۱۲ گرفته شده و توسط انجمن‌های علمی تخصصی ویرایش، ساده‌سازی و تجمیع شده است.

کد ملی: کد شش رقمی و منحصر به فرد برای هر خدمت
ضریب K: خدماتی که بدون درج O معرفی شده‌اند، با همان K جراحی محاسبه می‌شوند که برای سال ۱۳۹۳ مبلغ K جراحی ۳۸ هزار تومان اعلام شده است. (k جراحی و داخلی یکسان است)

K بیهوشی: معادل همان K جراحی می‌باشد.
ارزش نسبی خدمت: ارزش نسبی نشان دهنده سختی ارائه هر خدمت است که معمولاً جز حرفه‌ای نامیده می‌شود که براساس شاخصه‌هایی مانند زمان ارائه خدمت، ریسک ارائه خدمت برای پزشک و بیمار، داشتن تجربه و مهارت مورد نیاز، تلاش فیزیکی، تلاش ذهنی و فکری و در نهایت مخاطرات قانونی ارائه خدمت تعیین می‌شود. در برخی از موارد که برای یک خدمت سه ارزش نسبی ذکر شده است به ترتیب از بالا به پایین، جزء کلی، جزء حرفه‌ای و جزء فنی را نشان می‌دهد.
جزء کلی: ارزش نسبی برخی از خدمات به ویژه در مواردی که خدمت وابسته به فناوری‌های تشخیصی است از سه جزء تشکیل می‌یابد.
جزء اول: ارزش نسبی کل خدمت که هر جزء کلی از مجموع دو جزء حرفه‌ای و فنی تشکیل می‌شود و از جمع جزء فنی و حرفه‌ای، جزء کل حاصل می‌شود.
جزء حرفه‌ای (Professional Component):

جزء حرفه‌ای نشان دهنده تلاش و مهارت و ریسک خدمت برای پزشک است یا (Physician Work). برخی خدمات تنها یک ارزش نسبی دارند که در حقیقت این ارزش نسبی جزء حرفه‌ای اقدام مربوطه است. در خدماتی که خدمات سه ارزش نسبی درج شده است ارزش نسبی وسطی (میانی) جزء حرفه‌ای خدمت مربوطه است.

جزء فنی (Technical Component):
جزء فنی شامل هزینه‌های تعمیر و نگهداری تجهیزات پزشکی، فضای پزشکی، تأسیسات و فراهم نمودن تسهیلات لازم نیروی انسانی غیر پزشک، استهلاک و سود سرمایه برای ارائه هر خدمت می‌باشد. در کلیه مواردی که ارزش نسبی سه تایی است، سومی نشان دهنده جزء فنی است. در کلیه مواردی که واحد ارزش نسبی تنها یک عدد است و خدمت مربوطه در اتاق عمل ارائه شود در بخش دولتی ۴۰ درصد و در بخش خصوصی ۱۵ درصد ارزش نسبی درج شده در ستون واحد ارزش نسبی به عنوان جزء فنی محاسبه و پرداخت می‌گردد. در مواردی که خدمتی سه تایی باشد (جزء کلی، حرفه‌ای و جزء فنی) اعم از اینکه خدمت مربوطه در اتاق عمل یا خارج اتاق عمل ارائه شود. ارزش نسبی سوم به عنوان جزء فنی آن خدمت محسوب می‌گردد. در این موارد ۱۰۰ درصد ارزش نسبی سوم (جزء فنی) در هر دو

همانگونه که همه آگاهی یافتند سرانجام پس از کش و قوس‌های بسیار و یک وقفه نسبتاً طولانی در اول مهرماه امسال سرانجام کتاب ارزش نسبی خدمات پزشکی در کشور یا همان کتاب CPT (Current Procedural Terminology) جدید توسط وزارت بهداشت و درمان منتشر و معاون اول رییس‌جمهور آن را ابلاغ کرد. به گفته دست‌اندرکاران بسیاری از نارسایی‌ها، ابهامات و تبعیض‌های موجود در کتاب موسوم به "کالیفرنای قدیم" که سال‌ها تنها مرجع بررسی تعارف‌های خدمات درمانی در کشور بود با یک بازنگری کلی و گسترده با حضور کارشناسانی از انجمن‌های تخصصی و مسئولان و متولیان نظام سلامت کشور برطرف شده است.

در این سخن ما قصد نداریم به بحث‌هایی که این روزها توسط گروه‌های مختلف پزشکی از بیمارستان‌های خصوصی گرفته تا برخی رشته‌های تخصصی، داخلی، توانبخشی، کارشناسان فیزیوتراپی و ... وارد شویم. گرچه بسیاری از این انتقادات و اظهار نظرها در خصوص همین کتاب CPT جدید هم جای تأمل و اندیشه بسیار دارد و ضروری است که مسئولان به سخن این عزیزان توجه ویژه داشته باشند و نارسایی‌های احتمالی و ابهامات جدید ایجاد شده با حضور نمایندگان همه گروه‌ها مورد بازنگری مجدد قرار گیرد.

با شناخت دقیقی که از سعه صدر و دیدگاه مثبت و سازنده دکتر هاشمی وزیر محترم بهداشت و درمان در این یک سال پیدا کردیم، اطمینان و رجاء واثق داریم که با یک بازنگری دیگر بر ارزش‌های کتاب ارزش‌های نسبی افزوده خواهد شد.

سال‌های مدیدی است که بسیاری از نمایندگان پزشکان عمومی در مقابل پرسش‌های مکرر از سوی همکاران قرار می‌گیرند:
نرخ ختنه چقدر است؟ سوراخ کردن گوش چند بگیریم؟ امسال نرخ تزریقات چقدر است؟ شستشوی گوش؟! درمان زگیل؟ میخچه؟ کیست؟ نرخ بخیه؟ گذاشتن فولی؟ جراحی فلان و بهمان!
البته هر کدام از ما به فراخور سلیقه و میل خود یا توافقی ضمنی با دیگر همکاران عددی اعلام می‌کردیم که هیچ مبنای قانونی نداشت. اکنون با اعلام رسمی وزارت بهداشت و درمان و با استناد قانونی به کتاب ارزش‌های نسبی و نرخ خدمات مندرج در آن اکثر قریب به اتفاق بهای خدمات قابل‌ارایه در مراکز درمانی توسط همکاران پزشک عمومی مشخص شده و از اول آذرماه ۹۳ لازم‌الاجرا می‌باشد.

در این نوشتار پس از توضیحاتی کلی و مختصر در خصوص چگونگی این محاسبات در جدول‌هایی که با استفاده از تمامی صفحات این کتاب ۵۲۴ صفحه‌ای تهیه شده تلاش کرده‌ایم ارزش نسبی بسیاری از خدمات جنبی پزشکان عمومی را استخراج کنیم.



بی‌حسی موضعی استفاده کند تنها ۲۰ درصد ارزش نسبی اقدام مربوطه به پزشک معالج قابل پرداخت است و در این موارد ارزش پایه بیهوشی مورد ملاک قرار نمی‌گیرد.

کد ستاره دار *: خدمات فاقد پوشش بیمه

کد +: این علامت کدهای ضمیمه (add-on) را نشان می‌دهد که بر کارهای اضافی و یا مکملی دلالت دارد که در حین ارائه یک خدمت اصلی انجام می‌شوند و هرگز نباید به تنهایی گزارش شوند. این کدها به همراه توصیفاتمانند «هر مورد اضافه» و یا «اقدام جداگانه علاوه بر اقدام اصلی» مشخص می‌شوند و ۱۰۰ درصد ارزش نسبی مربوط به کد اصلی، اضافه می‌گردد و کد تعدیلی (۵۱-) به آن قابل تسری نخواهد بود.

• در جدول ضمیمه بیشتر خدماتی که پزشکان عمومی در کلینیک‌های خود ارائه می‌دهند با افزودن ستون بهای خدمت در سال ۹۳، برای بهره‌برداری همکاران آمده است.

بخش دولتی و خصوصی جزء فنی محاسبه و پرداخت می‌گردد و جزء فنی دیگری جداگانه قابل محاسبه و دریافت نمی‌باشد.

در مواردی که ستون واحد ارزش نسبی یک عددی است و خدمت مربوطه در داخل اتاق عمل ارائه نشود به این معناست که این خدمات دارای جزء فنی قابل توجهی نیست و جزء فنی برای آن قابل محاسبه و اخذ نمی‌باشد و ۱۰۰ درصد ارزش نسبی به عنوان جزء حرفه‌ای خدمت در نظر گرفته می‌شود.

واحد پایه بیهوشی یا عدد ارزش نسبی بیهوشی: ارزش پایه محاسبه حق الزحمه بیهوشی بیمار است که به متخصص بیهوشی تعلق دارد.

بیهوشی با ارزش پایه ۳: برای کلیه خدماتی که در این مجموعه ارزش پایه بیهوشی صفر درج شده است در صورتی که بیمار نیاز به بیهوشی داشته باشد ارزش پایه بیهوشی ۳ در نظر گرفته می‌شود.

انجام بی‌حسی موضعی توسط پزشک معالج: در صورتی که پزشک معالج شخصاً برای انجام عملی که معمولاً تحت بیهوشی عمومی یا نخاعی انجام می‌شود از

کد ملی	شرح کد	ارزش نسبی	ارزش پایه بیهوشی	خصوصیت کد	بهای خدمت در سال ۹۳ (تومان)
پوست					
۱۰۰۰۱۵	جراحی آکنه (برای مثال مارسوپیلیزاسیون، باز کردن یا برداشت چندین میلیا، کومدون‌ها، کیست و یا پوستول)	۲	۳	۰	۴۰۰۰۰
۱۰۰۰۲۰	انسیزیون و درناژ آبسه (برای مثال کاربانکل، هیدرآدنیت چرکی، آبسه جلدی یا زیرجلدی، کیست، فرونکل، پارونشیا)	۴	۳	۰	۸۰۰۰۰
۱۰۰۰۲۵	انسیزیون و درناژ کیست پیلونیدال، ساده یا مشکل	۴	۳		۱۵۲۰۰۰
۱۰۰۰۳۰	انسیزیون و درآوردن جسم خارجی؛ بافت زیر جلدی؛ ساده یا مشکل	۵	۳	۰	۱۰۰۰۰۰
۱۰۰۰۳۵	انسیزیون و درناژ هماتوم، سروما یا تجمع مایع پونکسیون و آسپیراسیون آبسه، هماتوم، بول یا کیست (برای محاسبه هزینه این خدمت به همراه هزینه رادیولوژی به کد ۱۰۰۰۴۰ مراجعه گردد)	۲/۸	۳	۰	۵۶۰۰۰
۱۰۰۰۴۰	انسیزیون و درناژ هماتوم، سروما یا تجمع مایع پونکسیون و آسپیراسیون آبسه، هماتوم، بول یا کیست با هدایت رادیولوژیک	۲۱ ۷ ۱۴	۰	۰	۴۲۰۰۰۰ ۱۴۰۰۰۰ ۲۸۰۰۰۰
۱۰۰۰۴۵	انسیزیون و درناژ؛ مشکل، عفونت زخم جراحی	۴	۳	۰	۸۰۰۰۰
کورتاژ					
۱۰۰۰۸۵	تراشیدن یا بریدن ضایعه شاخی خوش خیم (مثل میخچه و پینه)؛ با هر تعداد (در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشد، کد * محسوب می‌گردد)	۲	۳	۰	۴۰۰۰۰
بیوپسی					
۱۰۰۰۹۰	نمونه برداری پوست، بافت زیرجلدی و / یا بافت مخاطی (شامل ترمیم اولیه)، منفرد یا متعدد	۳/۵	۳	۰	۷۰۰۰۰
برداشتن تکه های پوستی					
۱۰۰۰۹۵	برداشتن تکه های پوستی، متعدد (تکه های فیبروکوتانوس)، در هر جای بدن؛ با هر تعداد ضایعه	۲/۸	۳	۰	۵۶۰۰۰
تراشیدن ضایعات درم یا اپیدرم / اکسیزیون ضایعات خوش خیم					
۱۰۰۱۰۰	اکسیزیون یا تراشیدن ضایعات خوش خیم درم یا اپیدرم، منفرد، در تنه، بازوها یا ساق؛ در پوست سر، گردن، دست‌ها، پاها، ناحیه تناسلی؛ در صورت، گوش‌ها، پلک‌ها، بینی، لب‌ها، پرده های مخاطی؛ به قطر کمتر از ۲ سانتیمتر (در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشد، کد * محسوب می‌گردد)	۴	۳	۰	۸۰۰۰۰

کد ملی	شرح کد	ارزش نسبی	ارزش پایه بیهوشی	خصوصیت کد	بهای خدمت در سال ۹۳ (تومان)
۱۰۰۱۰۵	اکسیژون یا تراشیدن ضایعات خوش خیم درم یا اپیدرم، منفرد، در تنه، بازوها یا ساق؛ در پوست سر، گردن، دست ها، پاها، ناحیه تناسلی؛ صورت، گوش ها، پلک ها، بینی، لب ها و پرده های مخاطی؛ به قطر بیش از ۲ سانتیمتر	۷	۳	۰	۱۴۰۰۰
۱۰۰۱۱۰	اکسیژون پوست و بافت زیرجلدی برای هیدرآدنیت زیر بغل یا مغبنی؛ با ترمیم ساده یا مشکل	۵	۳	۰	۱۰۰۰۰
۱۰۰۱۱۵	اکسیژون پوستی و بافت زیرجلدی برای هیدرآدنیت (التهاب غدد عرق)؛ دور مقعدی، پرین های یا نافی؛ با ترمیم ساده یا مشکل	۷/۵	۳	۰	۱۵۰۰۰
اکسیژون ضایعات بدخیم					
۱۰۰۱۲۰	اکسیژون، ضایعات بدخیم، شامل هر ناحیه از بدن؛ قطر اکسیژون تا ۲ سانتیمتر	۱۰	۳	۰	۲۰۰۰۰
۱۰۰۱۲۵	اکسیژون، ضایعات بدخیم، هر ناحیه از بدن؛ قطر اکسیژون بیش از ۲ سانتیمتر	۱۳	۳	۰	۲۶۰۰۰
ناخن ها					
۱۰۰۱۳۰	کوتاه کردن (trimming) ناخن غیردیستروفیک برای اهداف درمانی؛ هر تعداد (در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشد، کد * محسوب می گردد)	۱	۳	۰	۲۰۰۰۰
۱۰۰۱۳۵	برداشتن، با یا بدون دبریدمان ناخن با یا بدون تخلیه همانوم هر تعداد ناخن (در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشد، کد * محسوب می گردد)	۱/۷	۳	۰	۳۴۰۰۰
۱۰۰۱۴۰	اکسیژون ناخن و بستر ناخن به صورت ناقص یا کامل برای مثال ناخن در گوشت فرو رفته با یا بدون اکسیژون گوه ای پوست کنار ناخن (در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشد، کد * محسوب می گردد)	۵/۱	۳	۰	۱۰۲۰۰۰
۱۰۰۱۴۵	اکسیژون ناخن و بستر ناخن به صورت ناقص یا کامل با آمپوتاسیون قسمتی از بند دیستال انگشت	۱۱	۳	۰	۲۲۰۰۰
۱۰۰۱۵۰	نمونه برداری از ناخن (مثلاً خود ناخن، بستر، ماتریکس، هیپونیکوم، چین های کناری و پروگزیمال ناخن) (عمل مستقل)	۳	۳	۰	۶۰۰۰۰
۱۰۰۱۵۵	ترمیم بستر ناخن یا بازسازی بستر ناخن با گرافت	۸	۳	۰	۱۶۰۰۰۰
کیست پیلونیدال					
۱۰۰۱۶۰	اکسیژون کیست یا سینوس پیلونیدال؛ ساده، وسیع یا مشکل	۱۵	۵	۰	۵۷۰۰۰۰
وارد کردن					
۱۰۰۱۶۵	تزریق، داخل ضایعات؛ با هر تعداد ضایعه (برای تزریق وریدها به کد ۳۰۳۳۷۵ مراجعه گردد) (برای تزریق داروی شیمی درمانی به داخل ضایعه به کد ۹۰۱۵۴۰ مراجعه گردد)	۲	۳	۰	۴۰۰۰۰
۱۰۰۱۷۰	خالکوبی، داخل جلدی با استفاده از رنگدانه غیرمحلول جهت تصحیح رنگ ضایعه پوستی، شامل میکروپیگمانتاسیون؛ با هر میزان سانتیمتر مربع	۱۵	۳	۰	۳۰۰۰۰۰
۱۰۰۱۷۵	تزریق ماده پر کننده زیر پوستی (برای مثال کلاژن)؛ به هر میزان سی سی	۹	۳	۰	۱۸۰۰۰۰
۱۰۰۱۹۵	تعبیه کپسول یا قرص های هورمونی قابل کاشت جلوگیری کننده از بارداری یا خارج کردن کپسول های قابل کاشت جلوگیری کننده از بارداری	۴/۵	۳	۰	۹۰۰۰۰
۱۰۰۲۰۰	خارج کردن و کاشت مجدد کپسول های جدید قابل کاشت جلوگیری کننده از بارداری	۷/۵	۳	۰	۱۵۰۰۰۰
ترمیم (بستن)					
۱۰۰۲۱۵	ترمیم ساده زخم های سطحی ناحیه پوست سر، گردن، زیر بغل، اعضای تناسلی خارجی، تنه و یا اندام ها (شامل دست ها و پاها)؛ تا ۲۰ سانتیمتر	۵	۳	۰	۱۰۰۰۰۰

کد ملی	شرح کد	ارزش نسبی	ارزش پایه بیهوشی	خصوصیت کد	بهای خدمت در سال ۹۳ (تومان)
۱۰۰۲۲۰	ترمیم ساده زخم های سطحی ناحیه پوست سر، گردن، زیر بغل، اعضای تناسلی خارجی، تنه و یا اندام ها (شامل دست ها و پاها)؛ بیشتر از ۲۰ سانتیمتر	۹	۵	۰	۱۸۰۰۰۰
۱۰۰۲۲۵	ترمیم ساده زخم های سطحی ناحیه صورت، گوش ها، پلک ها، بینی، لب ها و یا پرده های مخاطی؛ تا ۲۰ سانتیمتر	۶	۵	۰	۱۲۰۰۰۰
۱۰۰۲۳۰	ترمیم ساده زخم های سطحی ناحیه صورت، گوش ها، پلک ها، بینی، لب ها و یا پرده های مخاطی؛ بیش از ۲۰ سانتیمتر	۹/۵	۵	۰	۱۹۰۰۰۰
۱۰۰۲۳۵	درمان باز شدن سطحی زخم؛ به صورت بستن ساده یا از طریق پک کردن	۶	۳	۰	۱۲۰۰۰۰
ترمیم - بینابینی					
۱۰۰۲۴۰	بستن لایه به لایه زخم های ناحیه پوست سر، زیر بغل، تنه و یا اندام ها، دست ها، پاها و یا اعضای تناسلی خارجی؛ تا ۲۰ سانتیمتر	۸	۵	۰	۱۶۰۰۰۰
۱۰۰۲۴۵	بستن لایه به لایه زخم های ناحیه پوست سر، زیر بغل، تنه و یا اندام ها، دست ها، پاها و یا اعضای تناسلی خارجی؛ بیش از ۲۰ سانتیمتر	۱۱	۵	۰	۲۲۰۰۰۰
۱۰۰۲۵۰	بستن لایه به لایه زخم های ناحیه صورت، گوش ها، پلک ها، بینی، لب ها و یا پرده های مخاطی؛ تا ۲۰ سانتیمتر	۹	۵	۰	۱۸۰۰۰۰
۱۰۰۲۵۵	بستن لایه به لایه زخم های ناحیه صورت، گوش ها، پلک ها، بینی، لب ها و یا پرده های مخاطی؛ بیش از ۲۰ سانتیمتر	۱۵	۵	۰	۳۰۰۰۰۰
ترمیم - مشکل					
۱۰۰۲۶۰	ترمیم مشکل ناحیه تنه؛ تا ۵/۷ سانتیمتر (در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشد، کد * محسوب می گردد)	۷	۳	۰	۱۴۰۰۰۰
۱۰۰۲۶۵	ترمیم مشکل پوست سر، بازو و یا ساق پا؛ تا ۷/۵ سانتیمتر (در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشد، کد * محسوب می گردد)	۹/۵	۵	۰	۱۹۰۰۰۰
۱۰۰۲۷۰	ترمیم مشکل ناحیه پیشانی، گونه، چانه، دهان، گردن، زیر بغل، اعضای تناسلی، دست ها و یا پاها؛ تا ۷/۵ سانتیمتر (در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشد، کد * محسوب می گردد)	۱۱/۵	۵	۰	۲۳۰۰۰۰
۱۰۰۲۷۵	ترمیم مشکل پلک ها، بینی، گوش ها و یا لب ها؛ تا ۵/۷ سانتیمتر (در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشد، کد * محسوب می گردد)	۱۲/۵	۳	۰	۲۵۰۰۰۰
۱۰۰۲۸۰	ترمیم مشکل هر ناحیه از بدن به ازای هر ۵ سانتیمتر اضافی یا کمتر از آن (به صورت مجزا علاوه بر کد اصلی گزارش گردد) (در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشد، کد * محسوب می گردد)	۵	۰	+	۱۰۰۰۰۰
۱۰۰۲۸۵	بستن ثانویه زخم جراحی یا بازشدگی زخم dehiscence، عارضه دار شده (برای پک کردن یا بستن ثانویه زخم ساده به کد ۱۰۰۲۳۵ مراجعه گردد)	۱۰	۳	۰	۲۰۰۰۰۰
کاشت مو و Peeling					
۱۰۰۴۱۰	کاشت مو به هر روش به ازای هر ۵۰۰ فولیکول (شامل برداشت فولیکول به هر روش و کاشت در همه مراحل می باشد)	۲۵	۵	۰	۵۰۰۰۰۰
۱۰۰۴۱۵	کاشت مو بیش از ۲۰۰۰ فولیکول و به ازای هر ۵۰۰ فولیکول اضافه (شامل برداشت فولیکول به هر روش و کاشت در همه مراحل می باشد) (به صورت مجزا علاوه بر کد اصلی گزارش گردد)	۱۲	۵	+	۲۴۰۰۰۰
۱۰۰۴۳۰	لایه برداری (Peeling) شیمیایی؛ اپیدرمال یا درمال	۱۰	۳	۰	۲۰۰۰۰۰
عمل های متفرقه پوستی					
۱۰۰۵۲۰	برداشتن چربی با استفاده از لیپوساکشن؛ سر و گردن	۱۰	۵	*	۳۸۰۰۰۰
۱۰۰۵۲۵	برداشتن چربی با استفاده از لیپوساکشن؛ تنه، اندام فوقانی، اندام تحتانی	۱۹	۳	*	۷۲۲۰۰۰

کد ملی	شرح کد	ارزش نسبی	ارزش پایه بیهوشی	خصوصیت کد	بهای خدمت در سال ۹۳ (تومان)
سوختگی ها					
۱۰۰۵۵۵	درمانی ابتدایی سوختگی درجه یک زمانی که فقط درمان موضعی لازم باشد، پانسمان و یا دبریدمان، بدون بیهوشی، بار اول یا دفعات بعدی در اندازه کوچک	۴	۳	۰	۸۰۰۰۰
۱۰۰۵۶۰	درمان سوختگی درجه یک، پانسمان و یا دبریدمان، با یا بدون بیهوشی، بار اول یا دفعات بعدی در اندازه متوسط (برای مثال کل یک اندام یا کل صورت) یا بزرگ (بیشتر از یک اندام)	۸	۳	۰	۱۶۰۰۰۰
تخریب					
۱۰۰۵۷۵	تخریب ضایعات خوش خیم یا مستعد بدخیمی؛ تا ۱۴ ضایعه	۳	۳	۰	۶۰۰۰۰
۱۰۰۵۸۰	تخریب ضایعات خوش خیم یا مستعد بدخیمی؛ بیشتر از ۱۴ ضایعه (در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشد، کد * محسوب می گردد)	۵	۳	۰	۱۰۰۰۰۰
۱۰۰۶۰۵	تخریب ضایعات بد خیم (برای مثال جراحی با لیزر، الکتروسرجری، کرایوسرجری، کموسرجری، جراحی کورتاژ)، هر ناحیه از بدن؛ به هر میزان قطر ضایعه	۸	۵	۰	۱۶۰۰۰۰
سایر اقدامات					
۱۰۰۶۲۰	کرایوتراپی (یخ، آب، دی اکسید کربن و نیتروژن مایع) برای آکنه یا پوسته ریزی شیمیایی آکنه (خمیر مخصوص آکنه، اسید)	۲/۵	۳	۰	۸۰۰۰۰ ۵۰۰۰۰ ۳۰۰۰۰
۱۰۰۶۲۵	اپلاسیون، الکترولیز به ازای هر جلسه حداقل نیم ساعته	۳/۵	۰	۰	۷۰۰۰۰
۱۰۰۶۳۰	پونکسیون و اسپیراسیون کیست پستان	۲/۵	۳	۰	۵۰۰۰۰
۱۰۰۶۳۵	هر کیست اضافه (به صورت مجزا علاوه بر کد اصلی گزارش گردد) (هزینه رادیولوژی به طور جداگانه محاسبه می گردد)	۱	۰	+	۲۰۰۰۰
۱۰۰۶۵۰	بیوپسی پستان؛ از طریق پوست، با سوزن کلفت، بدون هدایت رادیولوژیک (عمل مستقل) (برای اسپیراسیون با سوزن نازک، کد ۱۰۰۰۰۵ استفاده گردد) (هزینه رادیولوژی به طور جداگانه محاسبه می گردد)	۳/۵	۳	۰	۷۰۰۰۰
استخوان					
۲۰۰۰۶۰	تزریق نقطه ای داخل تاندون (هزینه رادیولوژی به طور جداگانه محاسبه می گردد)	۲	۴	۰	۴۰۰۰۰۰
۲۰۰۰۶۵	اسپیراسیون و یا تزریق؛ مفصل کوچک یا بورس (هزینه رادیولوژی به طور جداگانه محاسبه می گردد) (در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشد، کد * محسوب می گردد)	۱/۲	۴	۰	۲۴۰۰۰
۲۰۱۴۸۰	درمان بسته در رفتگی شانه یا مانیپولاسیون؛ با یا بدون بیهوشی	۸	۵		۳۰۴۰۰۰
۲۰۴۵۵۰	بکارگیری آتل بلند اندام فوقانی (شانه تا دست یا ساعد تا دست؛ استاتیک یا دینامیک)	۳	۳		۱۱۴۰۰۰
۲۰۴۵۵۵	بکارگیری آتل انگشت؛ استاتیک	۲	۳		۷۶۰۰۰۰
۲۰۴۵۶۰	بکارگیری آتل انگشت؛ دینامیک	۳	۳		۱۱۴۰۰۰
۲۰۴۵۶۵	باندپیچی؛ قفسه سینه، قسمت تحتانی پشت، شانه (برای مثال و لپو)، آرنج تا مچ، دست یا انگشت	۲	۳		۵۶۰۰۰
۲۰۴۶۰۰	بکارگیری آتل بلند یا کوتاه پا	۲	۳		۵۶۰۰۰
۲۰۴۶۰۵	باندپیچی، لگن، زانو، مچ پا و یا پا	۱/۸	۳		۶۸۴۰۰

کد ملی	شرح کد	ارزش نسبی	ارزش پایه بیهوشی	خصوصیت کد	بهای خدمت در سال ۹۳ (تومان)
۲۰۴۶۱۰	باندپیچی انگشتان پا	۲	۳		۵۶۰۰۰
۲۰۴۶۱۵	باندپیچی Unna boot	۲	۳		۵۶۰۰۰
۲۰۴۶۲۰	باندپیچی آتل Denis-Browne	۳	۳		۱۱۴۰۰۰
تزریقات داخل عروق و استخوان					
۳۰۲۲۵۰	وارد کردن سوزن یا کاتتر به داخل ورید هر جای بدن و در هر گروه سنی (برای گزارش کاتتریزاسیون ورید احوف فوقانی یا تحتانی از کد ۳۰۲۲۶۵ استفاده گردد) (هزینه رادیولوژی به طور جداگانه محاسبه می گردد)	۱	۳	۰	۲۰۰۰۰
۳۰۲۳۳۵	کات داون	۲/۸	۳		۱۰۶۴۰۰
۳۰۲۳۴۰	تزریق خون یا فرآورده های خون به هر روش در بالغین	۲/۵	۳	۰	۵۰۰۰۰
۳۰۲۳۴۵	تزریق خون در بیماران تالاسمی به صورت گلوبال (شامل ویزیت، کراس مچ خون و اندازه گیری هموگلوبین خون و تزریق خون)	۳/۵	۳	۰	۷۰۰۰۰
۳۰۲۳۵۰	تزریق فاکتورهای انعقادی برای بیماران هموفیلی	۳	۳	۰	۶۰۰۰۰
۳۰۲۳۵۵	تزریق خون یا فرآورده های خون به هر روش در بالغین	۱/۶	۳	۰	۳۲۰۰۰
۳۰۲۳۶۰	تعویض خون	۶/۵	۳		۲۴۷۰۰۰
۳۰۲۳۶۵	PRP (شامل خونگیری، تهیه و تزریق پلاسمای غنی از پلاکت) برای هر جلسه درمان (تا ۳ جلسه شامل کلیه هزینه های مربوطه می باشد و هزینه دیگری برای این کد قابل اخذ نمی باشد)	۲۰ ۱۳ ۷	۰	* ۰	۴۰۰۰۰۰ ۲۶۰۰۰۰ ۱۴۰۰۰۰
۳۰۲۳۷۵	تزریق محلول اسکروزان، به هر تعداد ورید	۲	۳	۰	۴۰۰۰۰
۳۰۲۴۸۰	خونگیری تشخیصی از شریان	۰/۵	۵	۰	۱۰۰۰۰
۳۰۲۴۸۵	کاتتریزه کردن یا کانوله کردن شریانی برای نمونه گیری، مانیتورینگ یا تجویز خون	۰/۵	۳	۰	۱۰۰۰۰
۳۰۲۴۹۰	کاتتریزه کردن یا کانوله کردن شریانی برای نمونه گیری، مانیتورینگ یا تجویز خون با کات دان	۵	۵	۰	۱۰۰۰۰۰
۳۰۲۵۰۰	کاتتریزاسیون شریان نافی نوزاد برای تشخیص یا درمان	۳/۸	۵		۱۴۴۴۰۰
۳۰۲۵۰۵	جاگذاری سوزن برای انفوزیون داخل استخوان	۳/۶	۵		۱۳۶۸۰۰
دستگاه خون و لنف					
۳۰۲۸۲۰	مغز استخوان؛ فقط آسپیراسیون	۷	۵	۰	۱۴۰۰۰۰
۳۰۲۸۲۵	مغز استخوان؛ آسپیراسیون و بیوپسی سوزنی	۱۱/۶	۵	۰	۲۳۲۰۰۰
۳۰۲۸۵۰	درناژ آبسه عقده لنفاوی یا لنفادنیت	۸/۶	۴		۳۲۶۸۰۰
۳۰۲۸۷۰	بیوپسی یا اکسیزیون عقده لنفاوی؛ باز، سطحی	۱۲/۴	۴	۰	۲۴۸۰۰۰
۳۰۲۸۷۵	بیوپسی با سوزن سطحی (برای مثال گردنی؛ اینگوئینال، آگزیلاری)	۴/۱	۴	۰	۸۲۰۰۰
دستگاه گوارش					
۴۰۰۰۰۵	بیوپسی لب	۲/۵	۵		۹۵۰۰۰
۴۰۰۰۲۵	درناژ آبسه، کیست، همتوم، وستیبول دهان	۴/۸	۵		۱۸۲۴۰۰
۴۰۰۰۳۰	درآوردن جسم خارجی فرورفته، وستیبول دهان	۴/۸	۵		۱۸۲۴۰۰
۴۰۰۰۳۵	انسیزیون فرنوم لب (فرنوتومی)	۲	۵		۷۶۰۰۰
۴۰۰۰۷۵	انسیزیون آبسه یا همتوم زبان یا کف دهان یا زیر چانه یا تحت فکی یا هاضمه ای از طریق داخل دهان	۳/۵	۵	۰	۷۰۰۰۰
۴۰۰۰۹۰	بیوپسی زبان/ کف دهان؛ اکسیزیون ضایعه زبان بدون ترمیم	۳	۵		۱۱۴۰۰۰

کد ملی	شرح کد	ارزش نسبی	ارزش پایه بیهوشی	خصوصیت کد	بهای خدمت در سال ۹۳ (تومان)
۴۰۰۰۹۵	اکسیژن ضایعه زبان	۴/۵	۵		۱۷۱۰۰۰
۴۰۰۱۳۵	ترمیم پارگی هر میزان سانتیمتر از کف دهان و یا دو سوم قدامی زبان / یک سوم خلفی زبان	۴/۵	۵		۱۷۱۰۰۰
۴۰۰۲۴۰	ترمیم بریدگی کام؛ با هر میزان سانتیمتر	۹	۷		۳۴۲۰۰۰
۴۰۰۸۰۵	گذاشتن لوله بینی معده ای یا دهانی معده ای، نیازمند مهارت پزشک، تحت راهنمایی فلوروسکوپ (شامل فلوروسکوپی، ثبت و گزارش تصاویر)	۱/۹	۳		۷۲۲۰۰
۴۰۱۱۰۰	وارد کردن لوله بلند معده ای - روده ای (لوله Miller-Abbott)	۱/۸	۵	0 +	۳۶۰۰۰
۴۰۱۵۰۰	انسیزیون هموروئید ترومبوزه، خارجی / خارج کردن لخته یا اکسیژن هموروئید خارجی ترومبوزه	۶	۵		۲۲۸۰۰۰
۴۰۱۶۳۰	تخریب ضایعات مقعد ساده یا وسیع (کوندیلوما پاپیلوما مولوسکوم کونتاژیوزوم و زیکول هرپس) شیمیایی، الکترونیکی، جراحی کرایو، جراحی لیزر و برداشت جراحی	۴	۴		۱۵۲۰۰۰
۴۰۲۰۶۵	کار گذاشتن کاتتر یا کانول داخل پریتون برای درناژ یا دیالیز؛ موقت	۶	۶		۲۲۸۰۰۰
دستگاه اداری					
۵۰۰۳۲۰	آسپیراسیون مثانه با سوزن یا با تروکار یا اینتراکاتر	۲	۴	0	۴۰۰۰۰۰
۵۰۰۳۲۵	با کارگذاری کاتتر سوپراپوبیک (هزینه رادیولوژی به صورت جداگانه محاسبه می گردد)	۶	۶	0	۱۲۰۰۰۰
۵۰۰۴۳۵	شستشوی مثانه، ساده، لاواژ و یا وارد کردن قطره قطره مایع	۱	۳		۳۸۰۰۰
۵۰۰۴۴۰	وارد کردن کاتتر به صورت موقت به داخل مثانه (برای مثال کاتتریزاسیون مستقیم برای اندازه گیری ادرار باقیمانده) یا تعبیه کاتتر ساده مثانه (Foley)	۱/۵	۵		۵۷۰۰۰
۵۰۰۹۰۰	شکاف دادن پره پوس در قسمت پشتی یا طرفی؛ در نوزاد یا غیرنوزاد (عمل مستقل)	۴/۴	۵		۱۶۷۲۰۰
۵۰۰۹۱۰	تخریب ضایعات آلت (برای مثال کونویلوما، پاپیلوما، مولوسکوم کونتاژیوزوم، وزیکول هرپس)، ساده یا وسیع (با عمل جراحی یا جراحی با لیزر یا جراحی کرایو یا تخریب الکتریکی یا تخریب شیمیایی)	۴	۵		۱۵۲۰۰۰
۵۰۰۹۵۵	ختنه با استفاده از کلامپ یا وسایل دیگر یا اکسیژن جراحی در نوزاد یا غیر نوزاد	۸	۸		۳۰۴۰۰۰
دستگاه تناسلی مذکر					
۵۰۰۹۶۰	آزادسازی یا اکسیژن چسبندگی های بعد از ختنه در آلت یا ترمیم ختنه ناکامل یا فرنولوئومی آلت	۱۰	۶		۳۸۰۰۰۰
۵۰۱۱۲۰	مانیپولاسیون پره پوس شامل آزادسازی چسبندگی های پره پوس و کشیدن پوست	۳	۵		۱۱۴۰۰۰
۵۰۱۱۲۵	بیوپسی سوزنی بیضه (عمل مستقل) (برای آسپیراسیون با سوزن نازک به ۱۰۰۰۰۵ و ۱۰۰۰۱۰ رجوع گردد)	۳	۵		۱۱۴۰۰۰
۵۰۱۲۷۰	واکتومی، شامل آزمایشات اسپرم بعد از عمل (عمل مستقل)	۱۲/۸	۴		۴۸۶۴۰۰
دستگاه تناسلی مونث					
۵۰۱۴۰۰	انسیزیون و درناژ آبسه وولو یا پرینه یا غده پارتولن	۳/۵	۵		۱۳۳۰۰۰
۵۰۱۴۱۵	تخریب ضایعات وولو یا تخریب ضایعات واژن	۷	۵		۲۶۶۰۰۰

کد ملی	شرح کد	ارزش نسبی	ارزش پایه بیهوشی	خصوصیت کد	بهای خدمت در سال ۹۳ (تومان)
۵۰۱۴۲۰	بیوپسی وولو یا پرینه یا واژن با هر تعداد ضایعه (برای اکسیژون ضایعه موضعی، به کدهای ۱۰۰۱۰۵-۱۰۰۱۰۰ و ۱۰۰۱۲۰-۱۰۰۱۲۵ رجوع گردد)	۲/۸	۵		۱۰۶۴۰۰
۵۰۱۴۶۵	هایمنکتومی	۸	۵		۳۰۴۰۰۰
۵۰۱۴۷۰	هایمنکتومی انسیزیون	۲/۳	۵		۸۷۴۰۰
۵۰۱۵۱۵	انسیزیون و درناژ هماتوم واژن؛ مامایی/ بعد از زایمان	۷	۵		۲۶۶۰۰۰
۵۰۱۵۲۰	غیرمامایی (برای مثال بعد از تروما، خونریزی خودبخود)	۱۲	۵		۴۵۶۰۰۰
۵۰۱۵۲۵	تخریب ضایعات واژن؛ ساده یا وسیع (جراحی با لیزر، جراحی الکتریکی، جراحی کرایو و جراحی شیمیایی)	۷/۵ ۵ ۲/۵	۵		۲۸۵۰۰۰ ۱۹۰۰۰۰ ۹۵۰۰۰
۵۰۱۷۲۵	بیوپسی سرویکس، منفرد یا متعدد، یا اکسیژون موضعیت ضایعه، با یا بدون فولگوراسیون (عمل مستقل)	۳/۱	۵		۱۱۷۸۰۰
۵۰۱۷۳۰	کورتاژ اندوسرویکال (به عنوان قسمتی از عمل دیلاتاسیون و کورتاژ انجام نشده باشد)	۴/۸	۵		۱۸۲۴۰۰
۵۰۱۷۳۵	کوتریزاسیون گردن رحم؛ الکتریکی یا حرارتی یا کرایوکوتری یا لیزر، برای بار اول یا تکراری	۶ ۴ ۲	۵		۲۲۸۰۰۰ ۱۵۲۰۰۰ ۷۶۰۰۰
۵۰۱۷۹۰	نمونه برداری اندومتر با یا بدون نمونه برداری اندوسرویکال (پاپ اسمیر) (برای کورتاژ اندوسرویکس به تنهایی از کد ۵۰۱۷۳۰ استفاده گردد)	۱/۵	۵	۰	۳۰۰۰۰
۵۰۱۸۶۰	کارگذاری وسیله داخل رحمی (مثل آی-یو-دی)	۲	۵	۰*	۴۰۰۰۰
۵۰۱۸۶۵	خارج کردن وسیله داخل رحمی (مثل آی-یو-دی)	۱	۵	۰	۲۰۰۰۰
۵۰۱۸۷۰	تلقیح منی به روش مصنوعی؛ داخل سرویکس یا داخل رحم	۳	۰	۰*	۶۰۰۰۰
۵۰۱۸۷۵	شستشوی اسپرم برای تلقیح منی به طور مصنوعی	۰/۷	۰	۰*	۱۴۰۰۰
۵۰۲۱۵۵	مراقبت مامایی روتین، شامل مراقبت قبل و بعد از زایمان، زایمان واژینال (با یا بدون اپیزیوتومی و یا بدون فورسپس و واکيوم) به هر روش	۵۰	به طور گلوبال ۲۵ واحد برای بیهوشی اپیدورال و اسپینال و ۱۰ واحد برای بیهوشی با سایر روش ها		۱۹۰۰۰۰۰
۵۰۲۱۶۰	زایمان متعدد (چند قلوبی)	۵۸	به طور گلوبال ۲۵ واحد برای بیهوشی اپیدورال و اسپینال و ۱۰ واحد برای بیهوشی با سایر روش ها		۲۲۰۴۰۰۰

کد ملی	شرح کد	ارزش نسبی	ارزش پایه بیهوشی	خصوصیت کد	بهای خدمت در سال ۹۳ (تومان)
۵۰۲۱۸۰	زایمان واژینال متعاقب زایمان سزارین قبلی (فقط برای موارد با سابقه یک بار سزارین) یا VBAC شامل مراقبت روتین مامایی شامل قبل از زایمان، زایمان واژینال (با یا بدون اپیزوتومی و یا فورسپس) و مراقبت بعد از زایمان	۶۴	به طور گلوبال ۲۷ واحد برای بیهوشی اسپینال و ۱۰ واحد برای بیهوشی با سایر روش ها		۲۴۳۲۰۰۰
۵۰۲۱۹۵	سقط القایی به وسیله دیلاتاسیون و کورتاژ (پوشش بیمه پایه منوط به داشتن مجوزهای قانونی خواهد بود)	۱۱	۵		۴۱۸۰۰۰
دستگاه عصبی					
۶۰۰۹۳۵	پونکسیون نخاع، درمانی یا تشخیصی	۳/۴	۵		۱۲۹۲۰۰
۶۰۰۹۴۰	تزریق اپیدورال، خون یا لخته خون به صورت پیچ	۴	۶	*	۱۵۲۰۰۰
۶۰۱۶۰۰	تزریق بوتاکس هر ناحیه بدن	۴	۴	۰ *	۸۰۰۰۰
۶۰۱۶۰۵	تخریب به وسیله عامل نورولیتیک، با یا بدون کنترل رادیولوژیک؛ شبکه سلیاک	۸/۲	۵	*	۳۱۱۶۰۰
چشم					
۶۰۱۹۲۵	درآوردن جسم خارجی، سطح خارجی چشم؛ ملتحمه سطحی؛ جسم خارجی فرو رفته در ملتحمه (شامل کانکریشن)، زیر ملتحمه یا اسکلرا (غیرنافذ)؛ قرنیه ای، با یا بدون اسلیت لامپ (برای ترمیم پارگی قرنیه با جسم خارجی، از کد ۶۰۱۹۵۰ استفاده گردد)	۲/۵	۶		۹۵۰۰۰
گوش، حلق و بینی					
۶۰۲۷۲۵	درناژ آبسه یا هماتوم لاله یا مجرای خارجی گوش	۷	۵		۲۶۶۰۰۰
۶۰۲۷۳۰	سوراخ کردن گوش	۳	۵	۰	۶۰۰۰۰
۶۰۲۷۶۵	درآوردن جسم خارجی از مجرای گوش خارجی؛ با یا بدون بیهوشی عمومی	۲/۸	۵		۱۰۶۴۰۰
۶۰۲۷۷۰	درآوردن سرومن سفت شده، یک یا هر دو گوش (عمل مستقل)	۱/۸	۵		۶۸۴۰۰
انفوزیون ها و انواع تزریقات					
۹۰۰۰۰۵	ایمونوگلوبولین بوتولسم، انسانی، برای تزریق داخلی وریدی یا عضلانی	۰/۲	۰	۰	۴۰۰۰
۹۰۰۰۱۰	تزریق توکسوئید کزاز و یا ایمن سازی کزاز یا واکسیناسیون داخل عضلانی	۰/۲۵	۰	۰ *	۵۰۰۰
۹۰۰۰۱۵	انفوزیون داخل وریدی توسط پزشک یا زیر نظر مستقیم پزشک (سرم تراپی)	۰/۸	۰	۰	۱۶۰۰۰
۹۰۰۰۲۰	تزریق هر نوع داروی داخل عضله یا زیرجلدی (تشخیصی، درمانی و پیشگیرانه)	۰/۲	۰	۰	۴۰۰۰
۹۰۰۰۲۵	تزریق هر نوع داروی داخل شریانی	۰/۵	۰	۰	۱۰۰۰۰
خدمات داخلی					
۹۰۰۰۳۰	تزریق هر نوع داروی داخل وریدی	۰/۲	۰	۰	۴۰۰۰
۹۰۰۰۳۵	تزریق عضلانی آنتی بیوتیک	۰/۲	۰	۰	۴۰۰۰
۹۰۰۰۴۰	تزریق دسفرال (هزینه لوازم و تجهیزات مصرفی به طور جداگانه قابل اخذ نمی باشد)	۱/۵	۰	۰	۳۰۰۰۰

کد ملی	شرح کد	ارزش نسبی	ارزش پایه بیهوشی	خصوصیت کد	بهای خدمت در سال ۹۳ (تومان)
گاستروانترولوژی					
۹۰۰۱۶۵	لوله گذاری مری و جمع آوری نمونه با شستشو برای سیتولوژی، شامل آماده سازی نمونه ها (عمل مستقل)	۰ / ۷	۰	۰	۱۴۰۰۰
۹۰۰۱۸۵	لوله گذاری معده، شستشو و تهیه لام برای سیتولوژی (عمل مستقل)	۱	۰	۰	۲۰۰۰۰
۹۰۰۱۹۵	گذاشتن لوله جهت بررسی خونریزی از روده کوچک، قرار دادن در محل و مانیپولینگ	۱ / ۶	۰	۰	۳۲۰۰۰
۹۰۰۲۰۰	لوله گذاری معده و اسپیراسیون یا لاولژ برای درمان (مثلاً برای سموم خورده شده)	۴ / ۴	۰	۰	۸۸۰۰۰
نوار قلب					
۹۰۰۷۱۰	ECG با تفسیر و گزارش (برای مانیپولینگ ECG به کدهای ۹۰۰۷۷۰ مراجعه گردد)	۰ / ۷	۰	۰	۲۰۰۰۰ ۱۴۰۰۰ ۶۰۰۰

کد ملی	شرح کد	ارزش نسبی	ارزش پایه بیهوشی	خصوصیت کد	بهای خدمت در سال ۹۳ (تومان)
درمان تغذیه ای طبی					
۹۰۱۷۱۰	مشاوره و تدبیر تغذیه ای برای بیماران بستری شامل گرفتن شرح حال و بررسی تاریخچه سلامت (ثبت اطلاعات فردی، سوابق بیماری ها، سوابق مصرف داروها، شیوه زندگی و آلرژی ها و عدم تحمل های غذایی) درخواست، بررسی و ثبت علایم بالینی مرتبط با تغذیه، بررسی و تفسیر نتایج آزمایشگاهی و بررسی پرسشنامه تغذیه (ثبت عادات غذایی) و انجام مداخلات و توصیه های تغذیه ای برای هر دوره بستری (این کد تنها برای بیماران دیابتیک، فشارخونی، کلیوی و قلبی تحت پوشش بیمه پایه می باشد)	۲	۰	۰	۴۰۰۰۰
۹۰۱۷۱۵	مشاوره و تدبیر تغذیه ای برای بیماران سرپایی شامل گرفتن شرح حال و بررسی تاریخچه سلامت (ثبت اطلاعات فردی، سوابق بیماری ها، سوابق مصرف داروها، شیوه زندگی و آلرژی ها و عدم تحمل های غذایی) درخواست، بررسی و ثبت علایم بالینی مرتبط با تغذیه، بررسی و تفسیر نتایج آزمایشگاهی و بررسی پرسشنامه تغذیه (ثبت عادات غذایی) و انجام مداخلات و توصیه های تغذیه ای	۱ / ۸	۰	۰	۳۶۰۰۰
۹۰۱۷۴۰	تدوین و تجویز رژیم درمانی برای بیماران سرپایی برای یک دوره درمان (مشاوره و ویزیت به طور جداگانه قابل گزارش و اخذ نمی باشد)	۲	۰	۰	۴۰۰۰۰
۹۰۱۷۴۵	تدوین و تجویز رژیم درمانی برای بیماران بستری برای یک دوره درمان (مشاوره و ویزیت تغذیه به طور جداگانه قابل گزارش و اخذ نمی باشد) براساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (این کد تنها برای بیماران دیابتیک، فشارخونی، کلیوی و قلبی تحت پوشش بیمه پایه می باشد) (کد ۹۰۱۷۴۵ را با کد ۹۰۱۷۱۰ گزارش نگردد)	۲ / ۲	۰	۰	۴۴۰۰۰

کد ملی	شرح کد	ارزش نسبی	ارزش پایه بیهوشی	خصوصیت کد	بهای خدمت در سال ۹۳ (تومان)
طب سوزنی و طب جایگزین					
۹۰۱۷۶۰	طب سوزنی بدون تحریک الکتریکی؛ هر جلسه	۱/۲ ۰/۸ ۰/۴	۰	۰ *	۲۴۰۰۰ ۱۶۰۰۰ ۸۰۰۰
۹۰۱۷۶۵	طب سوزنی با تحریک الکتریکی؛ هر جلسه	۱/۵ ۱ ۰/۵	۰	۰ *	۳۰۰۰۰ ۲۰۰۰۰ ۱۰۰۰۰
۹۰۱۷۶۸	بخور یا انکیاب	۱/۲	۰	۰ *	۲۴۰۰۰
۹۰۱۷۷۰	حجامت تر	۲/۴ ۱/۸ ۰/۶	۰	۰ *	۴۸۰۰۰ ۳۶۰۰۰ ۱۲۰۰۰
۹۰۱۷۷۵	حجامت خشک (توسط دستگاه بدون نیاز به فعالیت ماساژور)	۱/۲ ۰/۸ ۰/۴	۰	۰ *	۲۴۰۰۰ ۱۶۰۰۰ ۸۰۰۰
۹۰۱۷۸۰	حجامت خشک (بادکش) نیاز به فعالیت ماساژور	۱/۵ ۱ ۰/۵	۰	۰ *	۳۰۰۰۰ ۲۰۰۰۰ ۱۰۰۰۰
۹۰۱۷۸۵	حقتنه درمانی (عمل مستقل)	۳/۳ ۲/۲ ۱/۱	۰	۰ *	۶۶۰۰۰ ۴۴۰۰۰ ۲۲۰۰۰
۹۰۱۷۹۰	فصد	۶ ۴ ۲	۰	۰ *	۱۲۰۰۰ ۸۰۰۰۰ ۴۰۰۰۰
آموزش و تعلیم بیمار به منظور انجام مراقبت های شخصی					
۹۰۱۸۱۵	برگزاری کلاس اصول حفظ تندرستی و مراقبت از خود و یا آموزش به بیمار برای هر بیمار براساس پروتکل های تدوین شده توسط فردی حرفه ای (پزشک یا غیرپزشک) حداقل ۳۰ دقیقه	۱/۲	۰	۰ *	۲۴۰۰۰
خدمات غیر حضوری پزشکی					
۹۰۱۸۲۰	ارایه مشاوره پزشکی به بیمار یا خانواده وی با صلاحیت حرفه ای (پزشک یا غیرپزشک) به صورت تلفنی حداقل ۳۰ دقیقه	۱/۵	۰	۰ *	۳۰۰۰۰
۹۰۱۸۲۵	ارایه مشاوره پزشکی به بیمار یا خانواده وی با صلاحیت حرفه ای (پزشک یا غیرپزشک) به صورت آنلاین (ویدیو کنفرانس) حداقل ۳۰ دقیقه	۲	۰	۰ *	۴۰۰۰۰
خدمات ارزیابی و مدیریت بیماران بستری					
۹۰۱۹۲۰	ویزیت روز اول بستری	۴/۶	۰	۰	۹۲۰۰۰
۹۰۱۹۲۵	ویزیت اولیه نوزاد متولد شده	۵/۵	۰	۰	۱۱۰۰۰۰
خدمات ارزیابی و مدیریت بیماران بستری					
۹۰۱۹۳۰	ویزیت روز دوم به بعد بستری	۳/۶	۰	۰	۷۲۰۰۰
۹۰۱۹۳۵	ویزیت روز ترخیص	۲	۰	۰	۴۰۰۰۰

کد ملی	شرح کد	ارزش نسبی	ارزش پایه بیهوشی	خصوصیت کد	بهای خدمت در سال ۹۳ (تومان)
۹۰۱۹۴۰	انجام مشاوره برای بیماران بستری	۴/۶	.	0	۹۲۰۰۰
۹۰۱۹۵۰	مدیریت درمان رادیوتراپی پیش از شروع درمان (شامل معاینه و شرح حال کامل همراه با ثبت در پرونده، بررسی و تفسیر گزارش پاتولوژی، تصویربرداری های پزشکی و آزمایش ها، مرحله بندی بیمار و تعیین برنامه کلی درمان شامل مدالیت های درمانی و نحوه تجویز آن ها)	۵	.	0	۱۰۰۰۰۰
۹۰۱۹۵۵	مدیریت درمان رادیوتراپی در حین درمان به ازای هر ۵ جلسه که درمان های چند بار در روز را نیز شامل می شود و لزومی ندارد جلسات درمانی در روزهای پشت سر هم باشند. یک تا چهار جلسه باقیمانده در انتهای درمان نیز به عنوان یک مجموعه پنج تایی در نظر گرفته می شود (شامل بررسی تصویربرداری ها و آزمایش ها، مرور پورتال فیلم، مرور دوزیمتری، انجام دوز و پارامترهای درمانی و مرور تنظیمات یا Set UP درمان)	۳	.	0	۶۰۰۰۰
خدمات مراقبت های حیاتی در حین انتقال بین مراکز درمانی					
۹۰۱۹۶۰	مراقبت های حیاتی در حین انتقال بین موسسات درمانی؛ به صورت چهره به چهره تا یک ساعت	۱۲	.	0 *	۲۴۰۰۰۰
۹۰۱۹۶۵	مراقبت های حیاتی در حین انتقال بین موسسات درمانی؛ به صورت چهره به چهره، به ازای هر ساعت اضافه	۶	.	0 + *	۱۲۰۰۰۰
خدمات مراقبت بحرانی در بخش اورژانس					
۹۰۱۹۷۰	مراقبت بحرانی (اطفال و بزرگسال) سطح یک تریاژ مصوب وزارت بهداشت (بیماران اغمایی، مالتیپل تروما و بدحال براساس پروتکل ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)	۶	.	0	۱۲۰۰۰۰
۹۰۰۹۷۵	ویزیت جامع بیمار در بخش اورژانس (براساس پروتکل ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)	۴/۵	.	0	۹۰۰۰۰
خدمات کلینیک طب پیشگیری					
۹۰۱۹۷۵	ارایه مشاوره فردی طب پیشگیری و با مداخلات کاهنده ریسک فاکتورها شامل سیگار، تنباکو، الکل و سایر ریسک فاکتورها	۲/۲	.	0	۴۴۰۰۰
۹۰۱۹۸۰	ارایه مشاوره گروهی (حداقل ۲ نفر تا ۸ نفر) طب پیشگیری و با مداخلات کاهنده ریسک فاکتورها شامل سیگار، تنباکو، الکل و سایر ریسک فاکتورها	۳	.	0	۶۰۰۰۰
احیاء نوزاد در اتاق عمل یا بخش ICU نوزادان					
۹۰۱۹۹۰	احیاء نوزاد؛ دادن تنفس ب فشار مثبت و/ یا ماساژ با فشار روی قفسه سینه در صورت نارسایی حاد تنفسی و یا قلبی (کد تعدیلی ۶۳ با این کد قابل گزارش نمی باشد)	۱۵	.	0	۳۰۰۰۰۰
ارایه خدمات در منزل					
۹۰۱۹۹۵	ارایه خدمات درمانی در منزل (برای گزارش خدمات بالینی، تشخیصی، درمانی و توانبخشی در منزل به کدهای مربوطه، مراجعه گردد و استفاده از این کد برای گزارش هزینه های فنی برای مراقبت در منزل می باشد)	۲/۲۵	.	0 + *	۴۵۰۰۰



بیمارستان دکتر میر
با مدیریت و کادری جدید ارائه دهنده جراحی های فوق تخصصی
زیبایی و ترمیم اندام با امکاناتی نوین

آدرس : شیراز . خیابان عقیف آباد . تلفن: ۲ - ۳۶۲۷۷۵۷۱ (۰۷۱)

<http://dr.mirhospital.ir>



ششمین کنفرانس انفورماتیک تصویربرداری Iranian Imaging Informatics Conference

Feb. 18 - 20

2015

Tehran , Iran

www.imaginginformatics.ir

زمان: ۲۹ بهمن لغایت ۱ اسفند ۱۳۹۳

مکان: تهران - مرکز همایش‌های برج میلاد

تلفن دبیرخانه کنگره: ۴۴۴۷۴۸۱۵

نخستین جشنواره محصولات انفورماتیک تصویربرداری پزشکی در ایران



انجمن رادیولوژی ایران



**PRO
DERMA**
DERMO-COSMETIC

محصولات مراقبت از پوست

پرودرما

- ✓ کرم روشن کننده و ضد لک های پوست
- ✓ کرم ضد چروک دور چشم و دور لب (حاوی شبه بوتاکس)
- ✓ کرم مرطوب کننده قوی صورت و گردن، در سه نوع بدون رنگ، بژ روشن و بژ تیره
- ✓ کرم مرطوب کننده قوی دست و ناخن
- ✓ کرم ضد آفتاب فیزیکی با SPF40+، کرم پودری - بژ روشن، بژ طبیعی و بژ تیره
- ✓ کرم ضد آفتاب فاقد چربی با SPF50 - بدون رنگ، بژ روشن و بژ تیره
- ✓ کرم ضد آفتاب و مرطوب کننده با SPF60
- ✓ کرم ضد آفتاب و ضد چروک با SPF90



اسکین کلینیک پارس
آراشیمی

۰۲۱ - ۸۸۶۷۰۸۷۳ - تلفن عمومی
شماره پیامک ۷۰۰۰۰۸۷۳

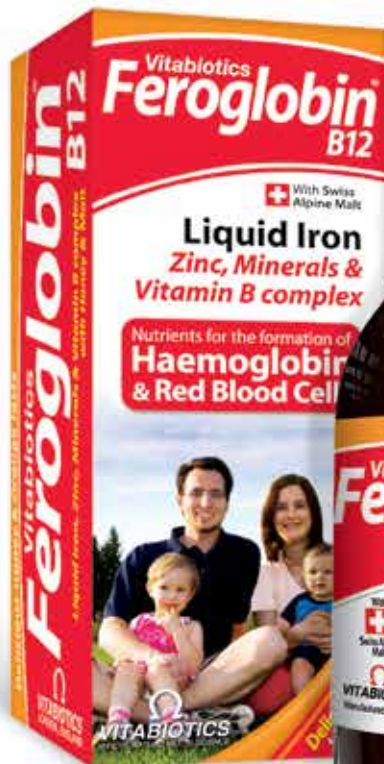
از داروخانه های معتبر بخواهید. ✓

www.arachemi.com
info@arachemi.com

Vitabiotics Feroglobin®

Capsules / Syrup B12

delicious **liquid tonic** & sustain release **capsules**



+ With Swiss Alpine Malt



Iron

Multivitamin

Minerals

Iron

Folic acid

Vit B12

Vit C

Zinc

Vit B6

Zinc

فروگلوبین (شربت و کپسول)

کاملترین مکمل حاوی آهن

VITABIOTICS
SCIENCE OF HEALTHY LIVING

40
YEARS
VITABIOTICS

UK's
Nº1
VITAMIN
COMPANY

- محصول شرکت ویتابیوتیکس
- به سفارش شرکت ویتابیوتیکس تهران
- دارای مجوز رسمی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- مرکز مشاوره و پاسخگویی: ۰۲۱-۸۸۱۰۹۵۱۵
- سامانه پیام کوتاه: ۱۰۰۰۱۷

www.vitabiotics.com / www.vitabioticsiran.com

» Diabezid

MORE CONTROL
MORE EFFICACY
MORE SAFETY



دیابزید ۸۰[®]

گلی کلازید



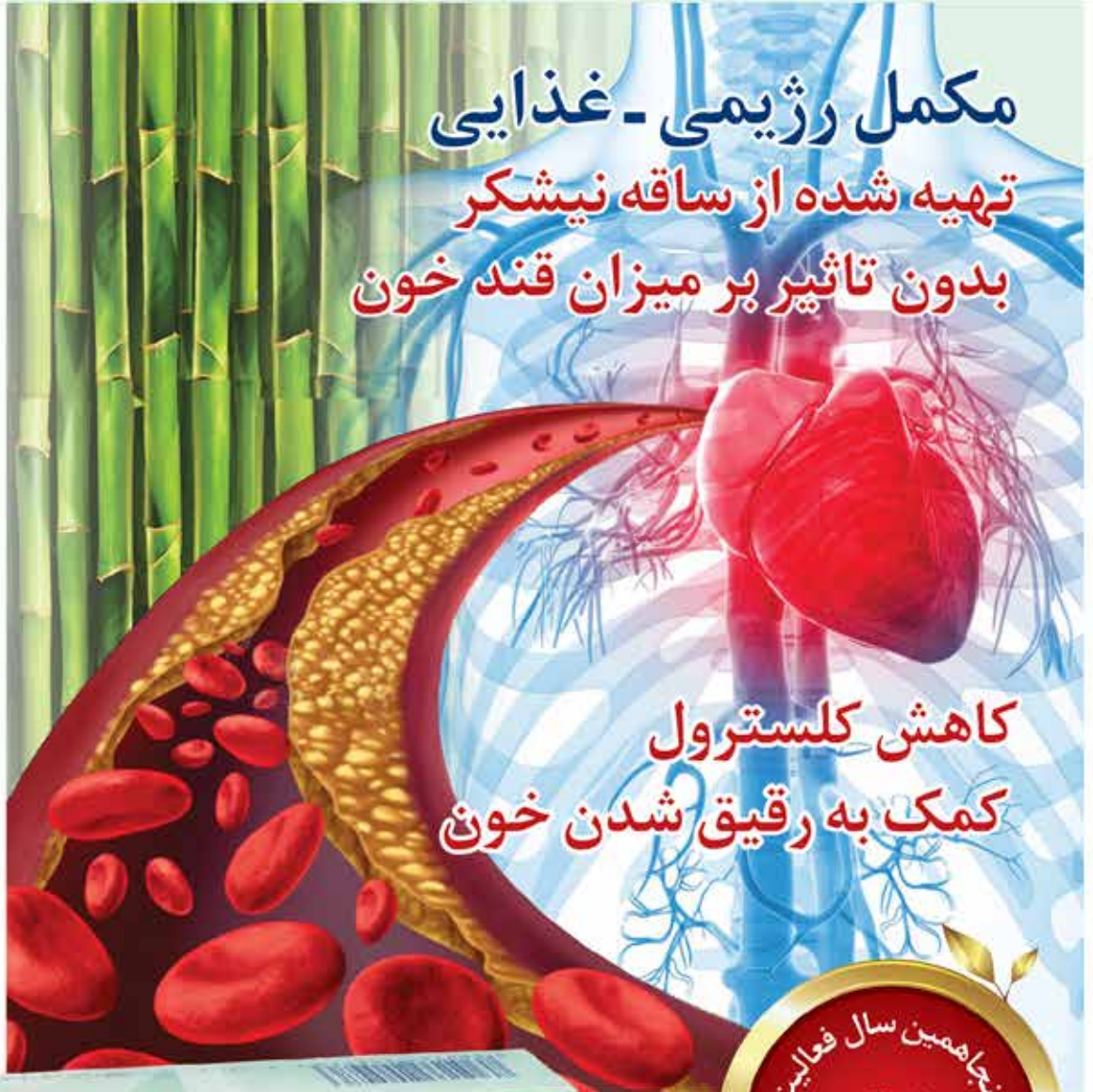
- کنترل کننده قوی قند خون^(۱،۲)
- احتمال بروز کمتر هیپوگلیسمی
- در مقایسه با گلی بن کلامید^(۳)
- عدم افزایش وزن^(۴)

References:

1. TGA eBS; public summary 1991. Gliclazide 80 mg tablet.
2. J Diabetes Complications. 1994; 8(4): 201-203.
3. Diabet Med 1994; 11(10): 974-980.
4. Curr Med Res Opin. 1984; 9(1): 7-9.

POLICOSANOL

10mg Tablets & 20mg Capsules



مکمل رژیم - غذایی
تهیه شده از ساقه نیشکر
بدون تاثیر بر میزان قند خون

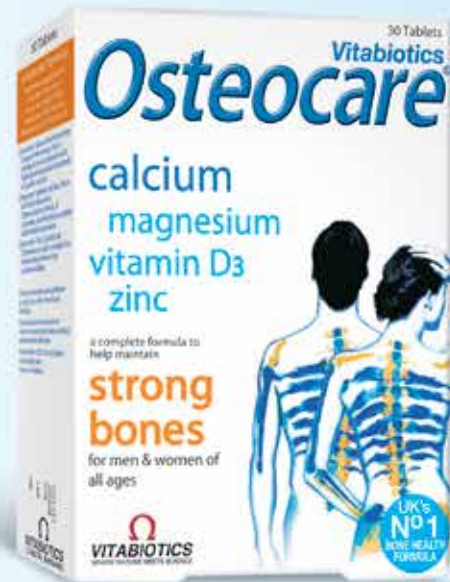
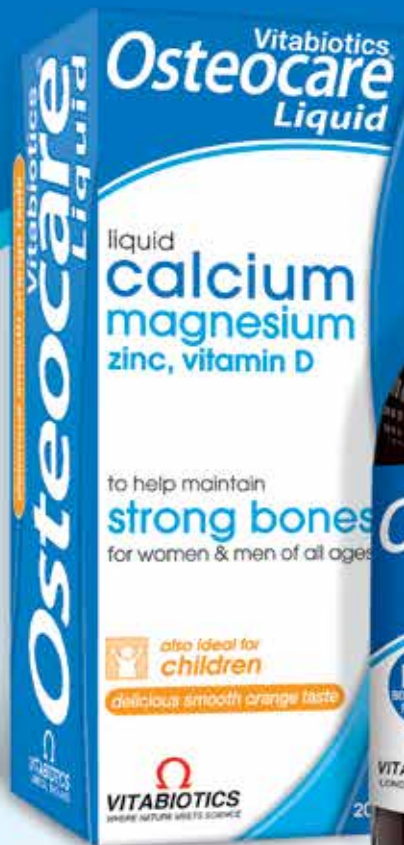
کاهش کلسترول
کمک به رقیق شدن خون



Vitabiotics® Osteocare

The Science of Good Bone Structure

Strong bones
for men, women & children
of all ages



استئوکر (شربت و قرص)

غنی ترین منبع کلسیم جهت مقاوم سازی استخوان ها

Zinc

Vit D3

Mg

Ca

حاوی:


VITABIOTICS
SCIENCE OF HEALTHY LIVING

40
YEARS
VITABIOTICS

UK's
No. 1
BONE HEALTH
FORMULA

- محصول شرکت ویتابیوتیکس
- به سفارش شرکت ویتابیوتیکس تهران
- دارای مجوز رسمی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- مرکز مشاوره و پاسخگویی: ۰۲۱-۸۸۱۰۹۵۱۵
- سامانه پیام کوتاه: ۱۰۰۰۱۷

www.vitabiotics.com / www.vitabioticsiran.com