



دغدغه متولی آموزش
بویژه آموزش پزشکی،
صرفاً باید آموزش باشد
نه لحاظ کردن رفع

مشکلات معیشتی در سلامت مردم و
تحت تأثیر قرار دادن آموزش و پژوهش
به دلایل اقتصادی و معیشتی.

دکتر نوید ناصری عضو شورای عالی نظام پزشکی
با اشاره به اینکه موضوع آموزش بویژه در امر
پزشکی و به دنبال آن پژوهش در این حیطه از
اهمیت خاص خود برخوردار است؛ اظهار داشت:
منطقی است دستگاهی که تنها مسؤلیت خود را
امر آموزش و پژوهش می داند به انجام این مهم
مبادرت نماید.

وی افزود: به عنوان نمونه چرا وزارت دادگستری
بخش آموزش حقوق را به مجموعه خود واگذار نمی
کند و این امر را برعهده وزارت علوم نهاده است و
یا وزارتخانه های صنعت و معدن، راه و شهرسازی،
مخابرات و ... تربیت نیروهای مورد نیاز خود را به
وزارت علوم واگذار نموده اند.

وی ادامه داد: باید بررسی کنیم در طی ۳ دهه
گذشته چه بلایی بر سر آموزش پزشکی و دانش
آموختگان آن آورده ایم که حال به دنبال ایجاد
تحول در آن هستیم.

رئیس دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
شیراز با بیان اینکه به کمیت دانش آموختگان
جامعه پزشکی بسیار بیشتر از کیفیت آموزش
آنان توجه شده است؛ خاطرنشان کرد: به گواه
اسناد سازمان نظام پزشکی و آمار ممالک مترقی
از مهاجرین پزشک و پیراپزشک ایرانی، بسیاری از
دانش آموختگان و جامعه پزشکی، وادار به مهاجرت
اجباری شده اند.

عضو شورای عالی نظام پزشکی با اشاره به اینکه
تربیت جامعه پزشکی درمان محور در زمان جنگ
و کمبود نیروی انسانی مجرب و حتی برای حذف
حضور پزشکان هندی و پاکستانی، امری موقت و
یا ضروری بوده است؛ تصریح کرد: پس از اتمام
شرایط بحرانی جنگ نه تنها فکری به حال سر و
سامان دادن به آموزش پزشکی نشده است بلکه
در فاصله سالهای ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۲ با سیاستهایی
عاری از دوراندیشی و صرفاً حرکتی ابتر و عوام
پسندانه اقدام به گسترش و افتتاح لجام گسیخته
دانشگاهها و دانشکده های پزشکی، دندانپزشکی
و سایر رشته های پیراپزشکی با اسامی مختلف و
نوظهور آن هم بدون امکانات و استانداردهای اولیه
در بخش آموزش نموده اند.

دکتر ناصری با اعلام اینکه تربیت نیروهای درمانی
(از کاردانی تا فوق تخصص ها) باید بر اساس
نیازسنجی دقیق و واقع نگر و با دوراندیشی کامل
صورت پذیرد؛ بیان داشت: در سیاست تولید
دانش آموختگان یک رشته تحصیلی خاص، چه
تناسب و سختی بین فعالیت جناحهای سیاسی
و نمایندگان هر شهرستان و دهستانی با نیازسنجی
در امر نیروهای درمانی وجود دارد.

این متخصص ارتودنسی خاطرنشان کرد: به طرق
مختلف و بدون در نظر گرفتن مبانی خاص، احکام
تأسیس دانشکده هایی نمادین و بواقع طبل های
تو خالی در رشته های مختلف درمانی (عاری
از امکانات اولیه و استاندارد آموزشی-درمانی و
نیروهای متخصص هیأت علمی کارآموده و مجرب
و ...) صادر شده است.

نظام پزشکی

شماره دوازدهم / ۲۵ آبان ۱۳۹۴

روابط عمومی

سردبیر: دکتر رضای پور
اعضای تحریریه: زهرا رحیمی، شیرین عاشوری
صفحه آرا: محبوبه محمدزکی
عکاس: محمد متقیان

public@irimc.org

«مراقبت در قبال دیابت برای همه»

مثبت این نمایشگاه محسوب می شود که به آن
توجه ویژه شده است.

دکتر زالی در خصوص رسانه های حوزه سلامت
تصریح کرد: در حوزه پزشکی و سلامت نسبت
به سال گذشته نقش پررنگ تری را از حضور
رسانه هایی که در این حوزه کار می کنند؛ شاهد
هستیم

رئیس کل سازمان نظام پزشکی با بیان اینکه
درده اخیر سلامت به عنوان یک مبحث
تخصصی جذاب و مهم در فصول اجتماعی
وارد مجموعه ی رسانه ای کشور شده است
گفت: امروز رسانه های ما در حوزه سلامت باید
تخصصی تر؛ بالنده تر و منطقی تر عمل کنند
و مبتنی بر شواهد بیشتر اخبار را انعکاس دهند.

وی رشد رسانه های سلامت را از نظر کمی و
کیفی در سالهای اخیر در خور تحسین دانست
و خاطرنشان کرد: موضوع سلامت دغدغه
بسیار مهم مردم در حوزه اجتماعی کشور بوده
و از مدتها قبل به عنوان یک مطالبه در اذهان
رسانه ای وجود داشت که به بحث سلامت بطور
جدی بپردازند.

وی اضافه کرد: امسال نیز همانند سنوات
گذشته شاهد حضور رسانه های سلامت در
نمایشگاه مطبوعات هستیم و امیدوارم شاهد
حضور تخصصی تر رسانه های مکتوب؛ مجازی و
خبرگزاری ها در بخش سلامت باشیم.

وی بیست و یکمین نمایشگاه مطبوعات و
خبرگزاری ها را فرصتی برای نقد برنامه های
کشور در حوزه سلامت دانست و اذعان داشت:
این نمایشگاه فرصتی است تا در آستانه تدوین
برنامه ششم توسعه برای بهتر شدن بخشهای
نظام سلامت که دغدغه بسیار مهم مردم در
حوزه اجتماعی کشور است؛ گام برداریم.

گفتنی است رئیس کل سازمان نظام پزشکی
در بیست و یکمین نمایشگاه مطبوعات و
خبرگزاری ها از غرفه های سلامت نیوز؛ سپید؛
مردم سالاری؛ ایرنا؛ ایسنا؛ فرهیختگان؛ دانشگاه
آزاد؛ مهر و ... بازدید کرد.



رئیس سازمان نظام پزشکی در بیست و
یکمین نمایشگاه مطبوعات:

رسانه ها در حوزه سلامت باید تخصصی تر عمل کنند

دکتر زالی با اشاره به اینکه رشد رسانه های سلامت
از نظر کمی و کیفی در سالهای اخیر در خور تحسین
است اظهار داشت: امروز رسانه ها در حوزه سلامت
باید تخصصی تر؛ بالنده تر و منطقی تر عمل کرده و
مبتنی بر شواهد بیشتر اخبار را انعکاس دهند.

فرهنگسازی نوین را در بحث رسانه ای کشور
داشته باشد زیرا در چنین فضایی که گروه های
مختلف رسانه ای در کنار هم قرار گرفته اند؛
زمینه رقابت سالم مهیا می شود.

وی با اشاره به اینکه مطبوعات و خبرگزاری ها
می توانند به عنوان یک نقطه اشتراک از تجارب
یکدیگر که در این نمایشگاه متجلی است بهره
لازم را ببرند؛ ادامه داد: وجود فضاهای آزاد
اندیشی و کرسی هایی که نقد و واکنش از
محوری ترین بحث های آنهاست؛ جزء نکات

به گزارش خبرنگار سازمان نظام پزشکی
علیرضا زالی رئیس کل سازمان نظام پزشکی با
حضور در بیست و یکمین نمایشگاه مطبوعات
و خبرگزاری ها ضمن بازدید از غرفه ها بیان
داشت: نمایشگاه مطبوعات یک امر مهم
فرهنگی در کشور محسوب می شود و فرصت
مناسبی است تا فضای رقابتی سالمی برای
عرضه شرایط متفاوت در حوزه رسانه ای کشور
فراهم شود.

وی افزود: برپایی چنین نمایشگاهی می تواند آثار

اطلاعیه سازمان نظام پزشکی در خصوص پرهیز از همکاری با افراد سودجو

قابل توجه همکاران گرامی

در خصوص تماس های مشکوک برخی افراد به صورت تلفنی یا حضوری با عنوان کمک به همکاران و یا اخذ مجوزهای لازم در خصوص تبلیغات پزشکی و غیر آن و مسائلی از این دست که توسط افراد سودجو ویا روش های کلاهبردانه صورت می پذیرد به اطلاع می رساند از هرگونه ارتباط و پاسخگویی به این افراد جدا پرهیز نموده و جهت هرگونه معاضدت و همکاری با معاونت مربوطه در سازمان نظام پزشکی تماس حاصل فرمائید.

موکدا متذکر می گردد هرگونه انتساب افراد به این سازمان و همکاری در قبال دریافت وجه به صورت تلفنی یا حضوری در محل کار همکاران گرامی غیرقانونی بوده و دارای آثار و عواقب زاینبار است. لذا جهت پیشگیری خواهشمند است به صورت فعال به اداره نظارت، بازرسی و ارزشیابی سازمان اطلاع دهید.

کاذب بالا رفته است در حالی که وزارت سراغ این رفته که خود متصدی منابع مالی و پخش آن شود.

وی با تاکید بر اینکه منابع مالی باید در اختیار بیمه باشد تصریح کرد: خرید خدمت توسط بیمه صورت می‌گردد بنابراین لازم است منابع مالی و یارانه سلامت در اختیارش باشد.

به گفته وی اگر وزارت بهداشت خواهان منابع مالی است باید به زیرساختها تعلق گیرد نه دستمزدها و بحث تجمیع بیمه‌ها در قانون وجود دارد اما هنوز زیرساختهایش آماده نشده و وزارت بهداشت نیز به عنوان یک نهاد حاکمیتی وظیفه نظارتی خود را انجام نداده است.

تحول در آموزش پزشکی ماده قانونی است

گام چهارم طرح تحول که تغییر در آموزش پزشکی است در برنامه پنجم توسعه به آن اشاره شده و یک ماده قانونی است.

در صورت عدول بر حسب اوراق مشارکت جریمه خواهند شد.

وی با اشاره به اینکه این امر اجرایی نشد اضافه کرد: اصولاً در نظام سلامت به صورت سلیقه‌ای عمل می‌شود که مصداق بارز آن کتاب ارزش گذاری نسبی خدمات بود که خرید خدماتها متناسب با k نبود.

این متخصص رادیولوژی ادامه داد: ۷ هزار سند مالی به علت عدم نظارت وزارت بهداشت توسط بیمه‌ها تسویه نشده و بطور

نظام سلامت، وزارت بهداشت وظیفه تولید و سیاستگذاری و نظارت را برعهده دارد اما این وظیفه را رها کرده و منابع مالی که باید در اختیار بیمه‌ها باشد بطور مستقیم به وزارت تعلق می‌گیرد که نوعی بی‌انضباطی است.

وی ادامه داد: در قانون بودجه سال ۹۲ مصوب شد که بیمه‌ها ظرف مدت دو هفته ۶۰ درصد کلیه اسناد مالی را که از سوی بیمارستان‌ها دریافت می‌کنند، پرداخت و مابقی را ظرف ۳ ماه تسویه کنند که

یک متخصص رادیولوژی در گفتگو با خبرنگار نظام پزشکی با اشاره به اینکه وزارت بهداشت همواره قانونی عمل می‌کند بیان داشت: تحول در همه عرصه‌ها همواره مورد نیاز است و نباید صرفاً طبق روال قدیمی جلو رفت و با توجه به اینکه عرصه‌های جدیدی در زمینه آموزش ایجاد شده ما نیز باید همسو با دنیا حرکت کنیم.

وی افزود: نحوه اجرای گام چهارم باید بطور صحیحی صورت گیرد که این امر با گذشت زمان و به تدریج که طرح جلو می‌رود مشخص خواهد شد و ایرادات و اشکالات آن بطور واضح معلوم می‌شود.

وی همچنین در خصوص تجمیع بیمه‌ها اذعان داشت: مطابق بند ۷ سیاست‌های ابلاغی



محقق خواهد شد که دانشگاه‌ها برابر اهداف و شاخص‌هایی که تعریف شده پیش رفته تا بتوانند کمک بسیار بزرگی به برنامه تحول در آموزش پزشکی داشته باشند.

مدیر گروه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران ادامه داد: به نظر می‌رسد سیستم تحول نظام سلامت، چهارچوب و نقشه راه مناسبی را در سند تحول ملی و اسناد ایران ۱۴۰۴ برای پیشرفت آموزشی کشور و بهبود روابط درمانی و آموزش عالی پیش بینی کرده است.

وی تاکید کرد: برای رسیدن به نتیجه مطلوب در اسناد استراتژیک کشور، در اجرای تحول در آموزش، به مشارکت ارگان‌های مختلف و همکاری بین سازمان‌ها، دانشگاه‌ها و نهادهای مربوطه نیاز است.

معاون آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران:

ضرورت رصد و پایش مداوم در تحول آموزش پزشکی

استاد پایه ۳۲ دانشگاه علوم پزشکی ایران با تاکید بر اینکه آموزش، رصد و پایش دائمی می‌خواهد، اظهار داشت: هنگامی که در این زمینه به حد استاندارد پایه دست یافتید، باید تلاش کنید با نوآوری در آموزش، موفقیت خود را با پایش منظم و کیفی ارتقا دهید.



ضرورت اعتبار بخشی موسسات و بیمارستان‌های آموزشی

وی یکی دیگر از مواردی که در این بسته‌ها مد نظر قرار گرفته است را اعتبار بخشی موسسات و بیمارستان‌های آموزشی دانست و افزود: کیفیت ارائه خدمات هم در درمان و هم در آموزش در بیمارستان‌های آموزشی با هم عجین و موجب تعادل آموزش و خدمات می‌شود.

به گفته وی نیل به موفقیت در بسته‌های عملیاتی طرح تحول سلامت به شرطی

هزاره سوم، بین‌المللی سازی آموزش، مجازی سازی آموزش و غیره را پوشش می‌دهد.

دکتر عربشاهی با بیان اینکه این بسته‌ها در چندین نشست معاونین آموزشی دانشگاه‌های کشور مطرح و به نتیجه رسیده است، خاطرنشان کرد: خوشبختانه در این بسته‌ها اخلاق حرفه‌ای و آمایش سرزمینی جزو مصوبات شورای عالی فرهنگی قرار گرفته و به فراخور دانشگاه‌های کشور این مهم انجام می‌شود.

دکتر سید کامران سلطانی عربشاهی استاد پایه ۳۲ دانشگاه علوم پزشکی ایران در گفتگو با خبرنگار نظام پزشکی، با اشاره به زحمات دکتر لاریجانی معاون آموزش وزارت بهداشت در بحث آموزش در طرح تحول نظام سلامت، گفت: تحول در آموزش شامل ۱۲ بسته است که هر یک به تنهایی می‌تواند کمک بزرگی را به ارتقای آموزش عالی در حیطه پزشکی داشته باشد.

وی با اذعان به اینکه حتی اگر طرح تحول سلامت هم مطرح نبود، این بسته‌ها کمک بسیار بزرگی برای بهبود ارتقای آموزش پزشکی محسوب می‌شد، تصریح کرد: این ۱۲ بسته تمام وجوه مختلف فعالیت‌های آموزشی دانشگاه‌ها را اعم از مرجعیت علمی در آموزش، دانشگاه‌های

توجه بیش از حد به درمان نباید موجب غفلت از آموزش شود



مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی با تاکید بر اینکه تحول در آموزش پزشکی نه تنها موجب ارتقای آن بلکه یکی از دغدغه های جامعه پزشکی در سالیان اخیر بوده است، گفت: توجه بیش از حد به درمان نباید موجب غفلت از آموزش شود.

دانشگاه ها و بر اساس استانداردها است. وی ادامه داد: بسته آموزشی پاسخگو اگر به درستی برنامه ریزی و اجرا شود، منجر به تغییر و بهبود خواهد شد و این مهم در مورد دیگر بسته ها چون ارتقای کیفیت آموزش، دانشگاه های نسل سوم و غیره نیز صدق می کند.

دکتر یمانی با اشاره به اینکه توجه ویژه نظارت بر اجرای این بسته در سطح دانشگاه ها و دانشکده ها و برخی به صورت خرد و کلان در سطح کشور اجرا می شود، اظهار داشت: بسته دوازدهم عملاً ارزشیابی و نظارت بر ۱۱ بسته دیگر است که نقطه قوت این طرح محسوب می شود.

وی اضافه کرد: البته بسته دوازدهم باید در تمام سطوح اعم از رئیس دانشگاه، معاون آموزشی و غیره جاری و ساری باشد این در حالی است که اگر در سطح دانشگاهها برنامه ریزی دقیق نباشد و منابع مالی آن به درستی تامین نشود، آن طور که انتظار می رود، موفقیتی به دست نخواهد آمد.

دکتر نیکو یمانی مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی در گفتگو با خبرنگار نظام پزشکی با اشاره به اینکه هر یک از ۱۲ بسته در تحول آموزش پزشکی ناظر به یکی از مشکلات حوزه آموزش است، خاطر نشان کرد: برخی از این بسته ها به صورت کلان در کشور و برخی نیز در سطح دانشگاه ها و دانشکده ها قابل انجام است.

وی با بیان اینکه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان متولی بسته اعتبار بخشی موسسه ای است، افزود: هر یک از دانشگاه ها متولی یکی از بسته هاست اما برای دانشگاه های کل کشور آیین نامه ها و سیستم اعتبار بخشی را همسو با دیگر دانشگاه ها طراحی می کند.

طرح تحول در آموزش پزشکی در راستای ارتقای کیفیت دانشگاه ها است

به گفته عضو هیات علمی گروه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، طرح تحول در آموزش پزشکی در راستای ارتقای کیفیت

تحولات در حوزه پزشکی نباید محدود به درمان باشد



عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران با اشاره به اینکه وزارت بهداشت حوزه های کاری مختلفی دارد گفت: اگر تحولات در حوزه های کاری وزارت بهداشت صرفاً محدود به بهداشت و درمان باشد سبب آفت در نظام سلامت می شود.

بهداشت در این حوزه آموزش پزشکی نیز به بسته تحول تبدیل شده است.

میرزاده با بیان اینکه هیچ کس مخالف تغییر و تحول نیست تصریح کرد: کمبودها و نقص هایی در آموزش داریم که در راستای رفع آنها باید تحولی را در این حوزه ایجاد کنیم.

به گفته وی قرار نیست پایه و مبنای آموزش زیر سوال رود اما باید اصلاحاتی روی آن صورت گیرد که در این راستا تحولات پیشنهادی بسیار خوب است زیرا چالش ها شناسایی و مرتفع خواهند شد.

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران اذعان داشت: مبنای طرح تحول این است که چالش ها را در حالت کلان رصد کرده و با بسته های تحول درصدد رفع و کاستن آنها باشیم تا در این راستا آموزش پزشکی را ارتقا دهیم.

وی خاطر نشان کرد: انجام این کار بدون نقص نخواهد بود و باید تلاش های زیادی برای فرهنگ سازی آن با نقدهای منصفانه از سوی کارشناسان صورت گیرد تا بتوانیم سهم زیادی از بسته های تحول را اجرایی کنیم.

دکتر عظیم میرزاده عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران در گفتگو با خبرنگار سازمان نظام پزشکی با اشاره به اینکه آموزش پزشکی ذاتاً نیاز به تغییر و تحول دارد اظهار داشت: اصولاً آموزش پزشکی در حوزه بالینی امتزاج بین درمان و آموزش است و با توجه به تغییر نیازهای کشور در حوزه سلامت تغییر و تحول در آموزش پزشکی و ماهیت رشته ها ضروری است.

وی افزود: فناوری های آموزشی و نسل دانشجویان در حال تغییر است لذا مجموعه این اتفاقات تحول در آموزش را ضروری می کند و باید در جهت

باشد که ضعف ها به قوت تبدیل شود. وی با بیان اینکه در طرح تحول بیمار خدمات لازم را از بیمارستان و مراکز درمانی دولت دریافت می کند ادامه داد: هنگامی که در این طرح تحول ایجاد شود پایه و مبنای طرح در جای خود باقی خواهد ماند و ضعف ها متحول می شود.

مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه علوم پزشکی تهران با اشاره به اینکه طرح تحول در بسته های متعددی تعریف شده است گفت: متناسب با آسیب شناسی که در حوزه آموزش صورت گرفته و با بررسی ها و رصد وزارت



رئیس انجمن ارتوپدی ایران:

نیازمند تحول در آموزش پزشکی هستیم

تحول در آموزش پزشکی نیاز به هیچ بار مالی بیشتری از آنچه که تا کنون داشته ندارد و انگیزه های موجود در این طرح می تواند باعث تحولات مثبتی در جهت به ثمر رسیدن خود طرح تحول باشد.



دکتر غلامعلی عکاشه رئیس انجمن ارتوپدی ایران در گفتگو با خبرنگار سازمان نظام پزشکی با اشاره به اینکه جلسه ای با معاون آموزشی وزارت بهداشت داشتیم که مساله تحول در آموزش پزشکی به عنوان گام چهارم مطرح شد اذعان داشت: بواقع به تحول در حوزه آموزش پزشکی نیازمندیم و انگیزه های موجود در این طرح می تواند باعث تحولات مثبتی در جهت به ثمر رسیدن خود طرح تحول باشد.

وی با تاکید به بازنگری در این حوزه افزود: چنانچه فردی بعد از چند سال تحصیل به دلایلی منصرف شد باید مدرکی در همان حد همانند آنچه در آمریکا و کانادا و انگلیس است به وی اعطا شود.

وی ادامه داد: در واقع با داشتن دوره عمومی بازنگری فرد بتواند رشته های پزشکی و رشته های مرتبط با آن را خوانده و یا به حدی که رسید متوقف کند.

وی خاطر نشان کرد: در شرایطی با این طرح موافقم و در پیشبرد آن تلاش خواهیم کرد که با یک بازنگری درست به آموزش کلینیکی و بروز، علائق افراد در نظر گرفته شده و همه آموزشها مرتبط با رشته انتخابی آن ها باشد.

آسیب به نظام سلامت با عدم تجمیع بیمه ها

عکاشه با اشاره به تعدد بیمه ها به علت درآمد بالای آنها اذعان داشت: تغییر کدها توسط بیمه ها و دیرکرد پرداختها از جمله معضلاتی است که با آن دست به گریبان هستیم بنابراین باید بیمه ای کارا؛ منتخب و یک دست با سیستم پزشکان همراه با نظارت سیاستگذاران داشته باشیم.

وی با اشاره به تجمیع بیمه ها در یک یا حداکثر دو بیمه خاطر نشان کرد: با انجام این مهم تحت نظارت عمومی و حضور نمایندگان جامعه پزشکی در آن رضایتمندی مردم و پزشکان حاصل خواهد شد در غیر اینصورت تعدد بیمه ها آسیب رسان به نظام سلامت است.

به گفته وی تجمیع بیمه ها از نظر مالی به نفع همه آحاد جامعه است و ارتباط مالی بین پزشک و بیمار با استانداردهای جهانی تعیین قیمت از بین می رود و دیگر پزشکان با دیدن برگ بیمه نگران نشده چون می دانند مطالباتشان به موقع پرداخت می شود.

کسورات بیمه‌ای را مورد اشاره قرار داد و گفت: بحث کسورات در بخش دولتی و خصوصی متأسفانه به صورت قابل توجهی اسناد را دچار مشکل می‌کند. اسنادی که از بیمارستان‌های دولتی و خصوصی به بیمه‌های پایه و تکمیلی ارسال می‌شود به شدت دستخوش تغییر می‌شوند و همین امر پزشکان را ناراحت کرده و موجبات عصبانیت آنها را فراهم آورده است.

کسورات بیمه‌ای و خدشه در اجرای کامل کتاب ارزشگذاری نسبی خدمات

وی در این باره افزود: بحث مبنایی آن است که این کسورات موجب می‌شود مواردی از قبیل اجرای تمام و کامل کتاب ارزشگذاری نسبی خدمات با خدشه روبرو شود چرا که این کتاب در حال حاضر با تعابیر و نگاه‌های سلیقه‌ای بیمه‌های پایه و تکمیلی روبرو شده است. این نگاه‌های سلیقه‌ای سبب می‌شود اجرای کامل این کتاب در محیط با چالش روبرو شود.

زالی افزود: نکته دیگر آن است که در سالهای اخیر عملاً با شیفیت جدی نقدینگی در جامعه پزشکی روبرو بوده‌ایم. به طوری که سالهاست جامعه پزشکی سوپسید درمان را می‌پردازند در حال حاضر مکانیزم پرداخت در مدار حسابداری بیمارستان‌ها صورت می‌گیرد. حسابداری بیمارستان‌های دولتی و خصوصی هم تنها یک سند را می‌شناسند و آن هم کتاب ارزشگذاری نسبی خدمات سلامت است. این در حالی است که متأسفانه بیمه‌ها مطالبات را به موقع پرداخت نمی‌کنند و از طرفی این پرداخت‌ها با کسورات زیادی همراه است. همین امر به شدت موجب نارضایتی پزشکان شده است.

وی در این باره ادامه داد: تنها راه این موضوع اعمال قانون است. بر اساس قانون ۶۰ درصد اسناد بیمارستان‌ها باید بلافاصله پس از ارائه اسناد به بیمه‌ها، پرداخت شود. این موضوع هم نظر قانونگذار است نه نظر نظام پزشکی یا وزارت بهداشت. این مبحث به حدی مهم بوده که قانونگذار حتی برای آن جریمه دیرکرد نیز در نظر گرفته است. وی در ادامه صحبت‌هایش به همراهی جامعه پزشکی با وجود تاخیرهای چند ماهه در پرداخت مطالباتشان اشاره کرد و افزود: جا دارد از جامعه پزشکی تشکر کنم. برای آنکه بیمه‌های پایه و تکمیلی بتوانند خود را به نظام نوین تعرفه‌ای برسانند، در سال گذشته جامعه پزشکی همراهی بسیار خوبی کردند.



دکتر زالی:

حق الناس جامعه پزشکی مخدوش شده است

روز سه‌شنبه دکتر علیرضا زالی، رئیس کل سازمان نظام پزشکی به همراه دکتر رضا لاری پور، مدیر کل روابط عمومی و امور بین‌الملل و دکتر احسان شمس‌کوشکی، مدیر ترویج اخلاق پزشکی از نمایندگی مطبوعات دیدن کردند. رئیس کل سازمان نظام پزشکی در بازدید از بیست و یکمین نمایشگاه مطبوعات که بیش از چهار ساعت به طول انجامید، از غرفه‌های سلامت نیوز؛ سپید؛ مردم سالاری؛ ایرنا؛ ایسنا؛ فرهیختگان؛ دانشگاه آزاد؛ مهر و ... بازدید کرد و با خبرنگاران و اصحاب رسانه به گفتگو پرداخت.

عمدتاً تامین منابع از طریق سازمان‌های بیمه گر پایه صورت می‌گیرد، علی‌القاعده کاستی‌ها و چالش‌ها خود را بیشتر نشان می‌دهند.

دکتر زالی ادامه داد: نکته مهم آن است که بخش دولتی زمانی طرح تحول در نظام سلامت را آغاز کرد که از نظر اقتصادی در شرایط مطلوبی نبود.

نظام سلامت سال‌هاست که از زخم کهنه کاهش اعتبارات رنج می‌برد و همچنین بحث قیمت تمام شده خدمات در بخش دولتی و خصوصی هیچگاه در طول ۲۰ سال گذشته محقق نشده است. همچنین تاخیر در اعلام تعرفه‌های دولتی و خصوصی به شدت اقتصاد این بخش‌ها را تحت الشعاع قرار داده است.

دکتر زالی افزود: امروز اگر از تاخیر چند ماهه در بازپرداخت مطالبات دولتی نگرانیم به خاطر آن است که امکان تحمل این وضعیت به هیچ عنوان در بخش دولتی وجود ندارد چرا که بیمارستان‌های دولتی وارد طرح تحول شدند که با کسری قابل توجه نقدینگی و تاخیر در پرداخت‌ها روبرو بودند. البته داروخانه‌های ما نیز به صورت جدی در بحث بازپرداخت‌ها مشکل دارند.

رئیس کل سازمان نظام پزشکی مبحث

دکتر زالی در ادامه صحبت‌هایش گفت: برای آنکه هرگونه طرح اجتماعی بتواند با توفیق فراوان در عرصه ظاهر شود باید حقوق مشروع تمام ذینفعان احصا و در عین حال صیانت شود. امروز که توانسته‌ایم در طرح تحول نظام سلامت رضایتمندی مردم را به دست آوریم همچنین باید بتوانیم رضایت جامعه پزشکی را نیز به عنوان ارائه دهندگان خدمات، داشته باشیم.

رئیس کل سازمان نظام پزشکی افزود: در حال حاضر بیشترین نگرانی از منظر جامعه پزشکی مبحث مربوط به تاخیر در پرداخت‌هاست. هرچند در آغاز طرح تحول نظام سلامت با باز شدن پنجره‌ها و منافذ اقتصادی قابل توجه توانستیم موسسات حقیقی و حقوقی نظام سلامت را چه در بخش دولتی و چه در بخش خصوصی تا حد زیادی با مجموعه فرایندهای جدید آشنا کنیم اما متأسفانه بعد از مدتی مجدداً با رکود و تاخیر در پرداخت‌ها روبرو شدیم. وی با بیان اینکه در حال حاضر چند اتفاق وجود دارد که موجب نگرانی ماست افزود: بالا رفتن معدل زمان تاخیر در پرداخت‌ها از مهمترین نگرانی‌هاست. این موضوع هم در بخش دولتی و هم در بخش خصوصی وجود دارد. از آنجا که در بخش دولتی

رئیس کل سازمان نظام پزشکی با اشاره به تاخیرهای چند ماهه در پرداخت مطالبات پزشکان و بیمارستان‌ها و همچنین نارضایتی به وجود آمده میان جامعه پزشکی گفت: در آستانه سال ۹۵ اعلام می‌کنیم که حجت بر بیمه‌ها تمام شدنی است و باید منابع خود را برای سال ۹۵ طراحی کنند و باید برای تامین منابع خود در سال ۹۵ تلاش کنند. علیرضا زالی با حضور در غرفه ایسنا در بیست و یکمین دوره نمایشگاه بین‌المللی مطبوعات و خبرگزاری‌ها درباره میزان رضایت جامعه پزشکی از طرح‌های حوزه سلامت با وجود تاخیرهای چند ماهه در پرداخت مطالباتشان تصریح کرد: در این زمینه مقرر شده است از ظرفیت مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی استفاده کنیم و به ویژه وضعیت رضایتمندی جامعه پزشکی در بخش خصوصی و غیردولتی را به واسطه انجام مطالعه‌ای میدانی با استفاده از همکاری سازمان‌های نظام پزشکی در شهرستان‌ها بررسی می‌کنیم.

وی افزود: پیش‌بینی ما این است که بتوانیم طی بازه زمانی سه ماه آینده به صورت کاملاً تحلیلی و منطقی و مستند در این زمینه اظهار نظر قطعی کنیم. اکنون منتظر جمع‌آوری آمارها از شهرستان‌ها هستیم.

رئیس کمیسیون تعرفه و بیمه شورای عالی نظام پزشکی تاکید کرد: مدیریت منابع با تجمیع بیمه ها

رئیس کمیسیون تعرفه و بیمه شورای عالی نظام پزشکی گفت: با توجه به دارایی ها، تعهدات، اموال منقول و غیر منقول، منابع انسانی، مالی - اعتباری، ساختمان و تجهیزات مربوط به بخش بیمه های درمان و مسائل صندوق تامین اجتماعی، امکان دارد تجمیع بیمه ها به سختی صورت گیرد اما قطعاً مزایایی چون مدیریت منابع را به همراه خواهد داشت.



مقررات به سازمان بیمه سلامت ایران فروش خدمت دهند.

تغییر نام شورای عالی بیمه خدمات درمانی برای ترسیم برنامه ۵ و ۶

به گفته وی در تبصره ۳ نیز قرار بر این است تا شورای عالی بیمه خدمات درمانی به شورای عالی بیمه سلامت کشور تغییر نام دهد که به این ترتیب خط مشی اقتصاد سلامت برای برنامه ۵ و ۶ ترسیم شود.

رئیس کمیسیون تعرفه و بیمه شورای عالی نظام پزشکی تصریح کرد: البته امکان دارد برخی از همکاران فعال در کمیسیون های مجلس و مسئولان اقتصاد سلامت در سطح کشور، صحبت هایی را مبنی بر اینکه بستر ادغام این صندوق ها و یا امکانات آن فراهم نیست، داشته باشند چرا که مردم به شکلهای مختلف تعرفه های خرید خدمت بیمه ها را پرداخت می کنند و این مهم بحث ملکیت را پررنگ تر از گذشته می کند.

وی با اشاره به اینکه اگر مدیریت به درستی صورت گیرد، در حوزه وزارت رفاه شاهد ایجاد هویت های سازمان ها و تجمیع خدماتشان خواهیم بود، اذعان داشت: اما پافشاری کارشناسان در حوزه بهداشت بیشتر بر ادغام بر اساس قانون توسعه پنجم است.

به گفته عضو شورای عالی نظام پزشکی ۳ بیمه اصلی و ۴ بیمه پایه در کشور موجود است که با وجود بیمه های ضعیف تر در کنار آن ها این امکان وجود دارد که نه تنها مدیریت منابع صورت نگیرد بلکه رفتارهای متفاوتی را با بیمه شده ها داشته باشند.

وی با بیان اینکه طبق تصمیمات اتخاذ شده هویت این مهم در برنامه ششم توسعه محفوظ خواهد ماند، اظهار داشت: در طی برنامه ششم، فروش خدمت کرده اما یک بیمه نظاره گر و ناظر بر این ها مدیریت می کند تا بتوانند منابعشان را بیش از گذشته حفظ کرده و از هدر رفت آن جلوگیری کنند. وی در پایان خاطرنشان کرد: مباحث مطرح شده از نظر تئوری امکان پذیر است اما در اجرا باید سازمانها با خرد جمعی خدمت بهتری را در کنار هم به مردم ارائه داده و پوشش بهتری را دریافت کنند.

دکتر حسین بابایی رئیس کمیسیون تعرفه و بیمه شورای عالی نظام پزشکی اظهار داشت: تجمیع بیمه ها (بیمه سلامت) در گام چهارم طرح تحول نظام سلامت در قانون برنامه ۵ ساله پنجم توسعه کشور پیش بینی شده است.

وی خاطرنشان کرد: در ماده ۳۸ این قانون، توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت، دست یابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت، کاهش سهم مردم از هزینه های سلامت به ۳۰ درصد از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوق ها، مدیریت منابع، متناسب کردن تعرفه ها، استفاده از منابع داخلی صندوق ها و در صورت لزوم از محل کمک دولت در بودجه سنواتی در طول برنامه، آمده است.

وی با تاکید بر اینکه در بند «الف» این ماده، دولت مکلف است تا کارهای لازم را برای بیمه همگانی و اجباری کردن بیمه سلامت تا پایان سال اول برنامه تعیین و ابلاغ کند، افزود: همچنین موظف است زمینه های لازم را در قالب بودجه های سنواتی برای تحت پوشش قرار دادن آحاد جامعه فراهم کند.

عضو شورای عالی نظام پزشکی ادامه داد: در بند «ب» این ماده نیز به دولت اجازه داده می شود بخش های بیمه های درمانی کلیه صندوق های موضوع ماده ۵ را که در قانون مدیریت خدمات کشوری و قانون محاسبات عمومی کشور آمده است را در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام کند.

وی با گلایه از اینکه در پایان برنامه پنجم هنوز این مهم توسط دولت عملیاتی نشده است، ابراز داشت: باید کلیه امور مربوط به بیمه سلامت طبق اساس نامه آن که با پیشنهاد معاونت باید به تصویب هیات وزیران می رسید، متمرکز در تشکیلات جدید سازمان بیمه سلامت ایران می شد.

دکتر بابایی با تاکید بر اینکه در تبصره ۲ ذیل بند «ب» ماده ۳۸، بیمارستانها و مراکز ملی صندوق تامین اجتماعی که درمان مستقیم مردم را به عهده دارند، باید با حفظ مالکیت در اختیار صندوق مذکور باقی بمانند، خاطرنشان کرد: این دو نهاد باید مطابق

رشد تعرفه های ۹۵ است؛ ما به شدت این موضوع را محکوم می کنیم. اگر مسیر غلط گذشته ادامه یابد، نتیجه ای جز گسترش زیرمیزی و نارضایتی جامعه پزشکی به دنبال نخواهد داشت.

وی افزود: ما و وزارت بهداشت به این جمع بندی کارشناسی رسیده ایم که اگر با شیئی منطقی پیش رویم، حدود ۵ سال آینده تعرفه ها واقعی خواهد شد. بنابراین اکنون تعرفه های پزشکی غیر واقعی است.

در سال های گذشته نیز دیواری کوتاه تر از جامعه پزشکی پیدا نشده است و چون پول نداشتند سوبسید درمان را جامعه پزشکی پرداخت کرده است. اینکه برخی ها می گویند دست دستگاه های مختلف در جیب پزشکان است همین مفهوم را دارد چرا که پزشک سوبسید درمان را می پردازد.

وی با اشاره به نرخ ویزیت پزشکان نیز گفت: بیایید ویزیت پزشک در کشور خود را با کشورهای منطقه مقایسه کنیم؛ حتی نرخ ویزیت افغانستان از کشور ما بالاتر است. ما نمی گوئیم با انگلستان یا آمریکا مقایسه کنیم با همین کشورهای منطقه نرخ ویزیت را مقایسه کنید. تمام این موارد قابل بررسی است.

وی افزود: البته ما نمی خواهیم پرداخت از جیب مردم افزایش یابد. اما جامعه پزشکی یک انتظار دارد و آن هم این است که قیمت واقعی خدمات به صورت صادقانه در گفتمان های رسمی اعلام شود. در عین حال جامعه پزشکی همراهی خواهند کرد و عدد پایین تری را در ارائه خدمات خواهند پذیرفت اما متأسفانه این موضوع سانسور می شود و اجازه نمی دهند نظام پزشکی تعرفه واقعی را بیان کند.

وی در پایان صحبت های گفت: چالش موجود حوزه سلامت با تاخیر پرداخت بیمه ها به شدت عمیق تر خواهد شد. اگر تعرفه ها در سال ۹۵ به صورت منطقی رشد نکرده و در زمان مقرر نیز اعلام نشود، سناریوی تلخ سالهای گذشته مجدداً تکرار می شود.

در سال گذشته ما به نیابت از جامعه پزشکی چند ماه اجرای تعرفه ها را متوقف کردیم تا بیمه ها بتوانند خود را به این مسیر برسانند. هر چند اصلاح تعرفه ها نهایتاً آبان ماه سال گذشته اتفاق افتاد و ما به منظور رسیدن بیمه ها به این مسیر، تعرفه ها را ابتدای سال اعلام نکردیم، اما باز هم شاهدیم که بیمه ها به بیمارستان ها و پزشکان بدهکارند.

حق الناس جامعه پزشکی مخدوش شده است

دکتر زالی افزود: این پذیرفتنی نیست که بیمه ها بگویند پول نداریم و به همین دلیل حق پزشکان را نمی دهیم. اگر امروز بیمه ها مشکل نقدینگی دارند، وظیفه شان اقتضا می کرد که بروند و برای سال ۹۴ منابع لازم را طراحی کنند. این مبحث به اعتقاد ما حق الناس است؛ امروز حق الناس جامعه پزشکی مخدوش شده است.

دکتر زالی در ادامه صحبت های گفت: بیش از ۷۰ درصد اتکای منابع مالی بیمارستان های خصوصی به منابع بیمه تکمیلی است و در صورتی که این منابع به موقع پرداخت نشود، بیمارستان ها قطعاً دچار مشکل می شوند. به همین دلیل است که امروز با موجی از نارضایتی پزشکان روبرو هستیم. البته این سناریو در بخش دولتی خیلی تلخ تر است به طوری که بسیاری از اعضای هیئت علمی دانشگاه ها را سراغ دارم که در استمرار زندگی روزمره خود دچار مشکل شدند. از طرف دیگر مالیات جامعه پزشکی را نیز از ۱۰ درصد به ۲۰ درصد افزایش داده اند.

حجت بر بیمه ها تمام شد عدم رشد در تعرفه های ۹۵ را محکوم می کنیم

رئیس کل سازمان نظام پزشکی افزود: در آستانه سال ۹۵ اعلام می کنیم که حجت بر بیمه ها تمام شده است و باید منابع خود را برای سال ۹۵ طراحی کرده و در این راستا تلاش کنند. از طرف دیگر امسال هم آوایی که از بیمه ها می شنویم مبنی بر عدم

www.fda.gov.ir

↓
داروها و مواد مخدر

↓
ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها

↓
گزارش عوارض ناخواسته داروها (ADR)

همکاران محترم جهت گزارش
عوارض ناخواسته داروها
به سایت www.fda.gov.ir
مراجعه فرمایید.



بر خورد طبیعیانه با «پرداخت از جیب» بیماران

دکتر فریدون عزیزی
استاد گروه غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
معاون علمی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

جدول ۱- تصویر اجمالی وضعیت موجود بیمه‌های سلامت

بیمه درمان از طریق سازمان‌های تأمین اجتماعی (۴۲/۸ درصد از بیمه‌شدگان)، سازمان بیمه خدمات درمانی (۴۶/۹ درصد از بیمه‌شدگان)، سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح (۶/۵ درصد از بیمه‌شدگان)، کمیته امداد امام خمینی (ره) (۱/۸ درصد از بیمه‌شدگان)، و سایر صندوق‌های بیمه‌ای (۲ درصد از بیمه‌شدگان) خدمات ارائه می‌دهد. ۹۲ درصد جمعیت کشور در سال ۱۳۸۹ تحت پوشش بیمه درمان قرار داشتند. به این ترتیب ۵/۸ میلیون نفر دارای هیچ گونه پوشش بیمه‌ای در بخش درمان نبوده‌اند. به رغم عدم پوشش بیمه سلامت برای هفت میلیون و ۵۰۰ هزار نفر از جمعیت کشور، براساس گزارش‌های سازمان‌های بیمه‌گر، ۷۵/۹ میلیون دفترچه بیمه درمانی در اختیار مردم قرار داد و این امر نمایانگر همپوشانی بیمه‌شدگان یا نظام اطلاعاتی نادرست آماری سازمان‌های بیمه‌ای است. حدود ۲/۵ درصد از خانوارها هنگام بیماری و بستری شدن، در مخاطره هزینه‌های کمرشکن قرار می‌گیرند. میزان پرداخت از جیب بیمه‌شدگان در سال‌های ۱۳۸۳ و ۱۳۸۸ به ترتیب ۵۲/۵ و ۶۰ درصد برآورد شده بود و اکنون حدود ۷۰ درصد تخمین زده می‌شود. در حالی که میزان این شاخص در بیشتر کشورهای توسعه یافته و حتی در برخی از کشورهای در حال توسعه به زیر ۲۰ درصد رسیده است.

اجتماعی قرارداد دارند و بیمار باید تمام حق ویزیت را از جیبش به صورت نقدی بپردازد، این روند در داروخانه به شکل کم‌رنگ‌تری رخ‌نمایی می‌کند، یعنی کارمند داروخانه برگه‌ای از دفترچه جدا می‌کند و دارو را در برابر دریافت پول تحویل می‌دهد. ولی سهم بیمه در پرداخت پول دارو بسیار ناچیز است و در واقع قسمت اعظم بهای دارو توسط بیمار پرداخت می‌شود. همین اتفاق در مراجعه به آزمایشگاه‌ها، رادیولوژی‌ها و مراکز تشخیصی دیگر نیز رخ می‌دهد. بنابراین دفترچه‌های بیمه خدمات درمانی و تأمین اجتماعی نقش حمایتی چندانی ندارند.

دولت از یک‌سو با وضع قوانین سخت، تمامی مزدگیران و شاغلان را وادار می‌کند که هر ماه حق بیمه‌هایشان را به صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای پرداخت کنند اما از سوی دیگر نظارتی که باید و شاید بر بازار درمان ندارد و عدالت (Equity) در ارائه خدمات سلامت مشهود نیست. سازمان بیمه سلامت ایرانیان اگر برنامه‌هایش مطابق با آنچه در قانون پیش‌بینی شده انجام شود، می‌تواند کارآمد باشد ولی متأسفانه به نظر می‌آید که یک عزم و اراده جدی برای اجرای این قانون وجود ندارد. در قانون برنامه پنجم توسعه تأکید شده که سازمان باید تا پایان سال اول برنامه پنجم (یعنی پایان سال ۹۰) تشکیل می‌شد و کارش را شروع می‌کرد. تا این لحظه بیش از ۲ سال از اجرای برنامه پنجم گذشته و این سازمان هنوز کاری

کارکنان‌شان را دریافت می‌کنند. آمارها نشان می‌دهد که نزدیک به ۸۰ درصد از جمعیت کشور تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی و سازمان بیمه سلامت هستند که هر ماه سهم تعیین شده را از حقوق کارکنان دریافت می‌کنند و در ازای آن مکلف به ارائه خدمات درمانی به بیمه‌شدگان‌شان هستند. شایان ذکر است که سالانه بیش از ۷۰۰ هزار نفر به دلیل هزینه‌های بهداشتی و درمان زیر خط فقر می‌روند و به علاوه مهم‌ترین عامل مرگ و میر زیر یک سال در روستاها فقر (۳۶ درصد) و دومین عامل بی‌سوادی مادر است (۲۱ درصد).

واقعیت این است که دفترچه‌های بیمه درمانی در خارج از چارچوب بیمارستان‌های دولتی و بیمارستان‌های تأمین اجتماعی از ارزش و اعتبار برخوردار نیستند. هنگام مراجعه به مطب پزشک درصد کمی از پزشکان با بیمه‌های خدمات درمانی یا تأمین

داشت که بسیاری از دستورات تشخیصی و درمانی ما اطبا دارای عوارض و سمیت مالی است و به ویژه برای بیمارانی که در مرز و یا زیر خط فقر قرار دارند می‌تواند زهرآگین باشد.

خلاصه‌ای از وضعیت موجود بیمه‌های سلامت در جدول ۱ آورده شده است. براساس قانون بیمه همگانی هر فرد شاغل و صاحب درآمد باید درصد مشخصی از درآمدش را به عنوان حق بیمه درمان به سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت کند. با توجه به این که بزرگ‌ترین صندوق‌های بیمه درمان کشور متعلق به سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه سلامت (بیمه خدمات درمانی سابق) هستند، کارکنان بخش‌های خصوصی و دولتی ماهانه حق بیمه‌هایشان را به این دو صندوق واریز می‌کنند. در کنار این دو صندوق‌های دیگری همچون صندوق‌های بانک‌ها، وزارت نفت، نیروهای مسلح، فولاد و ... نیز هستند که حق بیمه

در سال‌های اخیر، مردم کشور ما برای پرداخت هزینه‌های درمان با مشکلات عدیده‌ای روبرو بوده‌اند، «میزان پرداخت از جیب» حتی برای بیمه‌شدگان در سال ۱۳۸۸ حدود ۶۰ درصد و اکنون حدود ۷۰ درصد تخمین زده می‌شود. در حالی که این میزان در کشورهای توسعه یافته و حتی برخی کشورهای در حال توسعه کمتر از ۲۰ درصد است.

اگرچه مسئولیت اصلی برنامه‌ریزی برای هزینه‌های درمان کشور به عهده مجلس شورای اسلامی، بخش‌های مختلف دولت و به ویژه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه اجتماعی است ولی پزشکان ما که در همه تنگناها و به ویژه ۸ سال جنگ تحمیلی نهایت همکاری و از خودگذشتگی را از خود نشان داده‌اند، در این برهه زمانی باید یکی از مسئولیت‌های فراموش شده خود را احیا کنند.

شایان ذکر است که همکاران پزشک هنگام ارائه نسخه به بیمار، معمولاً عوارض دارویی را به بیمار گوشزد می‌کنند و در صورت بروز هر یک از عوارض، راهنمایی مقابله با آن و مراقبت از سلامت بیمار را تعلیم می‌دهند. اما عارضه‌ای که پزشکان معمولاً با بیمار صحبت نمی‌کنند مخارج و هزینه‌های درمانی است. از آن جا که ارائه دهندگان خدمات سلامت هزینه امور تشخیصی و درمانی را که دستور می‌دهند، با بیمار در میان نمی‌گذارند، بسیاری از مواقع بیمار بدون اطلاع قبلی با مشکلات عدیده‌ای در پرداخت هزینه‌ها روبرو می‌شود، بدون این که آمادگی قبلی را کسب کرده باشد. باید اذعان

از پیش نبرده است.

پیرو مصوبه مجلس شورای اسلامی سازمان بیمه سلامت ایرانیان تشکیل شد تا بیمه پایه مراقبت‌های بهداشتی، درمانی در کشور را یکسان کند. هدف این قانون آن است که همه افراد جامعه برای برخوردار شدن از خدمات درمانی و سلامتی بیمه می‌شوند و هیچ کس خارج از چتر بیمه سلامت باقی نماند؛ این ماده قانونی در برنامه پنجم توسعه این انتظار را در جامعه ایجاد کرد که یک بار برای همیشه تبعیض‌های درمانی در بخش خدمات سلامت و پایه درمان از میان برداشته شود. این سازمان که به اختصار سازمان بیمه سلامت خوانده می‌شود، مسئولیت ایجاد بیمه سلامت را به طور یکسان برای تمامی ایرانیان بر عهده دارد. تشکیل این سازمان در قانون برنامه پنجم توسعه کشور بر عهده وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی گذاشته شده و این وزارتخانه مکلف شده است تا بخش‌های بیمه‌های درمانی صندوق‌های موضوع ماده پنج قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده پنج قانون محاسبات عمومی کشور را در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام و سازمان بیمه سلامت را تشکیل دهد. در بند «ز» ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه آمده است که سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است با رعایت نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات براساس سیاست‌های مصوب نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش‌های دولتی و غیردولتی اقدام کند. آیین‌نامه اجرایی این بند مشتمل بر اصلاح نظام پرداخت و فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت ظرف یک سال توسط وزارتخانه‌های رفاه و تأمین اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت تهیه و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

بیش از ۷۵ میلیون دفترچه بیمه درمانی در دست مردم است و در حدود هفت میلیون و ۵۰۰ هزار نفر از مردم محروم از هر نوع پوشش بیمه‌ای هستند. مقایسه این دو عدد نشان می‌دهد که احتمالاً چند میلیون نفر از مردم بیش از یک دفترچه دارند. در عمل هم در درمانگاه‌ها و مطب‌ها افرادی دیده می‌شوند که دو دفترچه دولتی تأمین اجتماعی و دفترچه بیمه خدمات درمانی را در اختیار دارند و حتی ممکن است دفترچه خدمات درمانی دیگری مربوط به بانک‌ها و امثال آن را هم داشته باشند. لذا بخشی از بودجه درمان کشور به طرز ناشایسته‌ای هدر می‌رود یعنی برای یک نفر ۲ یا

چند بودجه اختصاص داده می‌شود، در حالی که گروه دیگری از مردم از داشتن خدمات درمانی محروم می‌شوند. سازمان بیمه سلامت قصد دارد به این امر سامان دهد. به این ترتیب که از تمامی صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر می‌خواهد که خدمات پایه‌شان را از خدمات بیمه تکمیلی جدا کنند و برای انجام این کار ابتدا یک بسته بیمه سلامت و خدمات پایه درمان برای همه مردم ایران تعریف می‌کند و وقتی این بسته تعریف شد همه خدماتی که از بیمه شدگان از طریق دفترچه‌ها دریافت می‌کند یکسان است و در نتیجه وجود یک یا چند دفترچه تفاوتی ندارد. از طرفی مشکلات آرایه خدمات درمانی سبب شده است که مؤسسات دولتی و نیمه دولتی مختلف تلاش کنند تا بیمه‌های دیگری که پرداخت‌های بیشتر و پوشش بهتری برای آرایه خدمات بهداشتی درمانی دارند برای خود تنظیم نمایند و لذا مسئله عدالت در آرایه خدمات سلامت برای جامعه با اشکال عمده‌ای روبرو شده است.

با توجه به مطالب فوق، عنایت پزشکان به «پرداخت از جیب» بیماران در این شرایط بسیار حائز اهمیت است. هزینه‌های بهداشت و درمان در دهه گذشته به سرعت افزایش یافته است و با سهم زیادی که بیماران از درآمد خود برای سلامت پرداخت می‌کنند، فشار مالی بیش از حدی به آنها وارد می‌شود. به عنوان مثال فردی را در نظر بگیرید که برای درمان سرطان متاستاتیک گوارشی نیاز به شیمی درمانی و مصرف Bevacizumab حداقل به مدت ۶ ماه دارد. این بیمار حدود ۲ درصد احتمال افزایش عوارض قلبی عروقی شدید را خواهد داشت و حدود ۳۶ تا ۵۸ میلیون تومان باید از جیب خود هزینه نماید. اکثر پزشکان به این بیمار خطر افزایش عوارض قلبی عروقی را گوشزد می‌کنند ولی به ندرت ممکن است عوارض «زهرآگین مالی» درمان را به او اطلاع دهند. اگرچه این موارد بیشتر در بیماران سرطانی مصداق پیدا می‌کند ولی بسیاری از بیماران دیگر مانند مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس، بیماران کرونر، مبتلایان به کوشینگ یا آکرومگالی عود کننده نیز با این مشکلات روبرو هستند. مشکلات «پرداخت از جیب» حتی در کشورهای پیشرفته نیز وجود دارد. در ایالت ماساچوست آمریکا برای افراد بیمه شده «پرداخت از جیب» برای سرطان پستان ۵۵۲۵۰ دلار، برای بیماری دیابت بدون عوارض سالیانه حدود ۴۰۰۰ دلار و

برای انفارکتوس قلبی که نیاز به بستری در بیمارستان داشته باشد سالیانه حدود ۴۰۰۰۰ دلار برآورد شده است، لذا مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا تخمین زده است که با توجه به میزان بالای «پرداخت از جیب» حدود یک‌سوم خانواده‌های آمریکایی مشکلات عدیده‌ای در پرداخت هزینه‌های درمان خود دارند. آنها که مخارج درمانی زیادی را از درآمد خود پرداخت می‌کنند، هزینه‌های کمتری برای خوراک و پوشاک خود می‌پردازند و یا دفعات مصرف داروهای خود را کاهش می‌دهند.

شرایط بحرانی کنونی می‌طلبد که ما پزشکان طبیبانه با «پرداخت از جیب بیماران» برخورد کنیم. این امر سبب زندگی جدیدی در ویزیت بیماران توسط پزشک ایجاد می‌کند و این باور باید تقویت شد که در زمره مسئولیت‌های پزشک است که هزینه‌های تشخیص و درمانی و نسخه‌هایی را که برای مریض تجویز می‌کند، با او در میان بگذارد. در این برخورد طبیبانه پیشنهادات زیر را می‌توان مدنظر داشت:

پزشک قبل از نوشتن نسخه وضعیت مالی بیمار را در نظر داشته باشد و از نوشتن داروهایی که گران هستند و مشابه ارزانتری دارند، خودداری می‌کند. در مواردی که داروهای جدید بسیار گرانی به بازار عرضه شده که فقط درصد کمی ارجحیت به داروی قبلی دارد، پزشک مخارج آن را (بدون سوگیری) با بیمار در میان گذاشته و تصمیم را به بیمار واگذارد.

در مواقعی که روش‌های درمانی متعددی وجود دارد که تفاوت عمده‌ای از نظر تاثیر ندارند (مانند درمان دارویی، ید رادیواکتیو و جراحی در بیماران با پرکاری تیروئید)، هزینه درمان و به ویژه مقادیر «پرداخت از جیب بیماران» به بیمار اطلاع داده شود. برخی بیماران ناچارند که درمانی را انتخاب کنند که به زندگی آنها لطمه‌ای وارد نکند.

بسیاری از بیماران شکایت دارند که از ابتدا مخارج تشخیص و درمانی بیماری‌ها را نمی‌دانسته‌اند و در میانه راه دچار مشکلات مالی شده‌اند و وقتی با پزشک در میان گذاشته‌اند، گفته است که اگر می‌دانستم مشکل مالی دارید روش دیگری را برای درمان انتخاب می‌کردم. و یا داروهای ارزان‌تری تجویز می‌کردم. در مورد درمان‌های گران‌قیمت، اگر از ابتدا مخارج تشخیص و درمانی که بیمار باید از جیب خود بدهد با او در میان گذاشته شود، می‌تواند برای گرفتن کمک از فامیل، آشنایان، موسسات، بانک‌ها و ...

برنامه‌ریزی کند.

همکاران داروساز از اشاعه فرهنگ استفاده از داروهای خارجی گران‌قیمت خودداری نمایند. مخارج این داروها همگی از جیب بیماران پرداخت می‌شوند و اکثریت قریب به اتفاق آنها بر داروهای داخلی ارجحیت ندارند.

شایان ذکر است که مطالعات متعددی نشان داده که منظور نمودن نظر بیمار در اتخاذ تصمیم‌های تشخیصی و درمانی می‌تواند هزینه‌های کل درمان را برای بیماران و برای جامعه کاهش دهد. بدیهی است که القای این فرهنگ در ارتباط بیمار و پزشک به آسانی صورت نمی‌گیرد. از طرفی بیماران ممکن است فکر کنند که پرسش از هزینه‌های تشخیص و درمان ممکن است به روابط آنها با پزشک اشکال ایجاد کند و سبب شود که درمان مطلوبی را دریافت نکنند. از طرف دیگر برخی پزشکان باور دارند که وظیفه آنها فقط آرایه خدمات بهداشتی درمانی در حد عالی است و در این راه نباید به هزینه‌های تشخیص درمانی، مسایل بیمه‌ای و چالش‌های سلامت مملکتی توجه کنند.

ارتقا نظام سلامت جامعه و سر و سامان دادن به بیمه‌ها برای تأمین هزینه‌های بهداشتی درمانی آحاد جامعه از وظایف دولت است. طبق قانون اساسی و مصوبات مجلس شورای اسلامی «پرداخت از جیب» بیماران باید به حداقل ممکن برسد و به فرموده مقام عظمای ولایت «هر فردی در هنگام بیماری جز درد و رنج بیماریش نباید دغدغه دیگری داشته باشد». مع‌هذا راه پرپیچ و خمی در پیش است که با شرایط کنونی کشور رسیدن به هدف در زمان کوتاه امکان‌پذیر نمی‌باشد. صاحبان حرف پزشکی مسئولیت دارند که ضمن آرایه خدمات بهداشتی درمانی در سطح مطلوب و عالی، حتی‌الامکان از هزینه‌های پیشگیری، تشخیص و درمان بکاهند تا حداقل فشارهای مالی به بیماران تحمیل شود. در غیر این صورت ما شاهد خواهیم بود که افراد بیشتری از جامعه ما از چالش‌های مالی که به امور تشخیصی و درمانی مرتبط است رنج ببرند.

مسئولیت صاحبان حرف پزشکی به حفظ، تأمین و ارتقا سلامت جسمی منحصر نمی‌شود، بلکه ابعاد مختلف سلامت روانی، اجتماعی و معنوی جامعه را نیز شامل می‌شود برخورد طبیبانه با «پرداخت از جیب بیماران» از مصادیق مهمی است که هر چهار بعد سلامت را در برمی‌گیرد.



ضرورت توسعه زیرساخت آموزشی و تقویت بخش خصوصی در آموزش پزشکی

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با برشمردن ۴ مرحله طرح تحول نظام سلامت کشور گفت: گام نخست این طرح کاهش پرداخت از جیب بیماران و نیز سهولت و در دسترس بودن مراکز درمانی بوده است، ما تلاش کردیم تا پرداختی مردم در شهرها مبلغی در حدود ۶ درصد و در روستاها و حاشیه ها رقمی معادل ۳ درصد باشد اگرچه این پرداختی ها تنها به «درمانهای بستری» محدود می شود و عملاً درمانهای سرپایی را تحت پوشش قرار نمی دهد زیرا هزینه ها در این بخش بسیار زیاد و سرسام آور است اما ممکن است که تا سال آینده این بخش نیز زیر پوشش قرار بگیرد.

او در ادامه به گام دوم نظام سلامت اشاره کرد و گفت: در گام دوم ما موضوع بهداشت را به صورت تخصصی مورد توجه جدی قرار دادیم، هدف ما در فاز دوم توسعه زیرساختهای خدمات بهداشتی در روستاها و شهرها بوده است، ما تا به امروز موفق شده ایم ۹ میلیون نفر از روستائیان و حاشیه نشینان را تحت پوشش خدمات بهداشتی قرار دهیم اگر چه هنوز ۳ میلیون نفر باقی مانده اند که آنها هم باید تحت پوشش خدمات بهداشت قرار بگیرند.

هاشمی در ادامه افزود: ما در موضوع توسعه خدمات بهداشتی برای بیماری های واگیردار موفق بوده ایم و توانسته ایم این دسته از بیماری ها را به کمک پایگاه های بهداشتی تحت کنترل کامل خود در آوریم ولی متأسفانه در بحث بیماری های غیرواگیره جز در چند مورد نتوانسته ایم کاملاً خدمات مطلوبی را ارائه دهیم.

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ادامه با اشاره به دغدغه دولت در اجرای کامل فاز دوم طرح نظام سلامت خاطرنشان کرد: بیش از ۹ نفر از وزرا و شخص رئیس جمهور و رئیس مجلس شورای اسلامی در قالب سندی، برنامه پیشگیری از بیماری های غیرواگیر را آماده کرده اند که تا پایان امسال کاملاً عملیاتی خواهد شد.

او با اشاره به فاز سوم طرح تحول نظام سلامت گفت: ارزش گذاری خدمات سومین گام طرح تحول نظام سلامت است که با همکاری خود پزشکان این طرح عملیاتی شد، این مرحله همان بحث پرچالش بیمه هاست، به جرات می توان ادعا کرد که ما در این طرح موفق بوده ایم به ویژه بخش خصوصی حداکثر همکاری را با وزارتخانه داشته و دارد زیرا در طی ۸ ماه گذشته مطالبات خود را از ما دریافت نکرده اما همچنان با حداکثر کیفیت با وزارت بهداشت هماهنگ و همراه است.

هاشمی با اشاره به متناسب نبودن مقوله جریمه با جرم خاطرنشان کرد: در کشور ما هیچوقت میزان جریمه با جرم متناسب و هماهنگ نبوده است ما این عدم هماهنگی را در تمام سطوح مانند مواد غذایی و یا گمرک شاهدیم اما در بخش پزشکی ما تلاش کردیم تا در موضوع جریمه ها قاطع و صریح باشیم اگر چه می دانیم که جریمه های این زمینه واقع می شود که جزء خطاهای انسانی و قابل اجتناب است، ولی به هر حال اگر بدهکاران مطالبات مالی را به موقع دریافت کنند به راحتی می توان با تخلفات برخورد قانونی کرد.

او در ادامه افزود: ما در اجرای این سه گام با مشکلات زیادی دست به گریبان بوده و هستیم تا آنجا که بعضی می خواهند ما را به چالش بکشند و برایمان مشکل درست کنند و اصطلاحاً سنگ اندازی بکنند.

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با اشاره به رضایت دو سویه مردم و جامعه پزشکی به عنوان یک اصل مهم در طرح تحول نظام سلامت خاطرنشان کرد: جان مردم را نمی توان یک طرفه مطالبه کرد یعنی در بحث سلامت هم مردم باید از خدمات دریافتی راضی باشند و هم جامعه پزشکی کشورمان اعم از پزشکان، پرستاران، تیم آزمایشگاه و غیره باید راضی باشند، زیرا نارضایتی روی خدمات درمانی اثر منفی دارد.

او با اشاره به گام آخر طرح تحول افزود: بحث آموزش پزشکی چهارمین فاز طرح تحول نظام سلامت است، این فاز از مهرماه امسال در قالب ۱۲ بسته تدوین و آغاز شد، این بسته موارد مختلفی را شامل می شود مانند طول دوره آموزش پزشکی، مدت دوره، دوره های تخصصی، بحث تجهیز و توسعه بیمارستان های آموزش پزشکی، محدودیت پذیرش دانشگاه ها در رشته هایی که عملاً کاری برای آنها وجود ندارد و عدم توسعه دانشگاه های پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی زیرا برای ما کیفیت مهم است نه کمیت. دکتر هاشمی با اشاره به آمار تکان دهنده تعداد مبتلایان به بیماری ایدز گفت: در حال حاضر طبق آمار رسمی ۱۰۰ هزار نفر مبتلا به بیماری ایدزند که دلیل آن نیز رفتارهای پرخطر جنسی و نیز استفاده از مواد مخدر و روان گردان ها بوده است که این وظیفه رسانه هاست که باید با اطلاع رسانی و فرهنگ سازی این موضوع در جامعه کاهش یابد.

داشته باشد به محض فارغ التحصیلی از دانشگاه تا لحظه مرگ مهر نظام پزشکی داشته و طبابت کند. اگر بازآموزی مطرح است برای آن است که مهارت و دانش به روز شده و کیفیت درمان افزایش و هزینه ها کاهش یابد هم چنین بتوان غریبگری کرد و آنها که از دانش و مهارت به روز بهره مند نیستند حذف شوند.

مشاور رئیس کل سازمان نظام پزشکی با اشاره به اینکه بازآموزی به تنهایی معیار مناسبی برای سنجش و یا بروز کردن مهارت علمی پزشکان نیست ؛ خاطرنشان کرد : بهتر است سیستم سلامت طوری برنامه ریزی کند که پزشکان متناسب با مدت پروانه مطب اجازه طبابت داشته و پس از آن مدت صلاحیت و مهارتشان با انجام آزمونهای علمی و غیر عملی و سایر عناصر موجود مورد ارزیابی قرار گیرد و با انجام این مهم چه بسا افرادی از چرخه درمان حذف شوند.

دکتر لاری پور مهمترین خواسته جامعه پزشکی را احترام و اعتماد مردم به آنها عنوان کرد و اذعان داشت: متأسفانه امروزه بیماران به گونه ای برخورد می کنند که رابطه صمیمانه ای بین آنها و پزشک معالیشان وجود ندارد و این در حالی است که اگر در چرخه درمان پزشک محرم راز بیمار باشد و بیمار حس خوبی نسبت به او داشته باشد درصد زیادی از روند درمان خود را طی می کند اما عملاً این مهم تحقق نیافته است و البته پزشکان نیز انگیزه کافی ندارند.

وی با اشاره به حساسیت های موجود علیه جامعه پزشکی اذعان داشت: سیستم سلامت برای رفع حاجت های خود در لحظه تصمیم گیری آنی می کند و رسانه ها که نقش مهمی در تنویر افکار عمومی دارند باید بدانند در هر کسوتی آدمهایی هستند که رعایت شئون حرفه ای را نمی کنند اما این مساله نباید آنقدر پررنگ شود که مردم در مراجعه به مراکز درمانی و پزشکان احساس عدم امنیت کنند.

بازآموزی رشته های پزشکی کارآمد نیست



دکتر رضا لاری پور مشاور رئیس کل سازمان نظام پزشکی در گفتگو با خبرنگار حوزه بهداشت و درمان گروه علمی پزشکی باشگاه خبرنگاران جوان با بیان اینکه بهتر است پزشکان متناسب با مدت پروانه مطب خود اجازه طبابت داشته باشند و پس از آن مهارت آنها مورد ارزیابی قرار گیرد؛ اظهار داشت: برنامه های بازآموزی جامعه پزشکی معیار مناسبی برای سنجش مهارت علمی پزشکان نیست و نباید صرفاً با مدرک بازآموزی به طبابت بپردازند بلکه وجود آزمون های عملی و غیر عملی در این زمینه می تواند راهگشا باشد.

وی با اشاره به اینکه اگر چه بعضاً همین آموزش های موجود نیز کاربردی بوده و رفع نگرانی و نیازهای مردم را می کند؛ افزود: آموزش های پزشکی اگر چه نقص هایی دارد و خللی به آن وارد است اما مردم از طریق همین آموزشها نیازهای خود را رفع می کنند.

وی با بیان اینکه بیشترین وقت فعالیت اساتید آموزشی در درمان خلاصه می شود؛ ادامه داد: با توجه به اینکه توقع دانشگاه و سیستم سلامت، بیشتر در جنبه های درمانی خلاصه می شود تا آموزش؛ مسلماً سیستم آموزشی دچار ضعف می شود اما با وجود همین ضعفها پزشکان ایرانی جز متبحرترین پزشکان هستند.

وی با تاکید بر اینکه پزشکان نباید صرفاً با داشتن مدرک بازآموزی به طبابت بپردازند گفت: هیچ طبیبی نباید حق

تورهای دور اروپا نوروز ۱۳۹۵

امکان پرداخت ۵۰٪ کل هزینه تورها به صورت اقساط

خدمات تور

هتل ۴ ستاره با صبحانه، پرواز رفت و برگشت، بیمه نامه مسافرتی، خدمات اخذ ویزای شنکن، تور لیدر، ترانسفر فرودگاهی، گشت و بازدید از اماکن دیدنی، پرواز داخلی بین کشورها و ترانسفرهای زمینی بین شهرها با اتوبوس در اختیار.

کد	مدت و مسیر تور	تاریخ حرکت	پرواز	هزینه در اتاق ۲ نفره	۲ تا ۱۲ سال	۲ تا ۲۰ سال بدون نکت
۲۰۱	تور ۱۳ روزه فرانسه (پاریس ۳ شب) + اسپانیا (بارسلون ۳ شب) - ایتالیا (ونیز ۱ شب، فلورانس و پیزا ۲ شب، رم ۳ شب)	18-30 March 28 اسفند الی 11 فروردین	Iran Air	11,950,000	9,950,000	7,170,000
۲۰۲	تور ۱۱ روزه اتریش (۳ شب وین) - اسلواکی (۱ شب براتیسلاوا) - مجارستان (۳ شب بوداپست) - فرانسه (۳ شب پاریس)	19-29 March 29 اسفند الی 10 فروردین	Iran Air	10,500,000	8,450,000	5,970,000
۲۰۳	تور ۷ روزه ایتالیا (رم ۲ شب) + فرانسه (پاریس ۳ شب)	23-29 March 10 الی 16 فروردین	Iran Air	7,850,000	6,150,000	4,950,000
۲۰۴	تور ۹ روزه ایتالیا (رم ۳ شب) + آلمان (کلن ۳ شب) - هلند (آمستردام ۲ شب)	16-24 March 26 اسفند الی 5 فروردین	Iran Air	9,950,000	8,400,000	6,200,000
۲۰۵	تور ۹ روزه هلند (آمستردام ۲ شب) + آلمان (کلن ۳ شب) - بلژیک (بروکسل ۱ شب) - فرانسه (پاریس ۳ شب)	17-25 March 27 اسفند الی 6 فروردین	Iran Air	9,150,000	7,950,000	5,900,000

