

آخرین اخبار و مطالب صنفی جامعه‌ی پزشکی در:
سایت انجمن پزشکان عمومی رشت

www.rashtgpa.com

سایت ائتلاف فرآگیر پزشکان عمومی ایران

www.faragirmd.com

همایش بررسی طرح
پزشک خانواده شهر (نسخه ۰۲)

پزشک خانواده
در شهرها ما

۱۰ صبح جمعه ۱۳۹۱/۴/۹
آزمی تئاتر بیمارستان پورسینا

شورای هماهنگی نظام پزشکی‌های گیلان
شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی گیلان
انجمن داروسازان گیلان



پزشک خانواده در شهرهای ما

مجلس شورای اسلامی، رییس، معاونان و مدیران دانشگاه علوم پزشکی گیلان و مدیران بیمه‌های درمانی استان برگزار شود، شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی گیلان، شورای هماهنگی نظام پزشکی‌های استان گیلان و انجمن داروسازان گیلان هستند. مقدم همکاران عزیز از سراسر استان را در این همایش گرامی می‌داریم.

همایش «پزشک خانواده در شهرهای ما» با موضوع نقد و بررسی طرح پزشک خانواده‌ی شهری (نسخه ۰۲) ساعت ۱۰ صبح جمعه ۹ تیر در تالار اجتماعات بیمارستان پورسینای رشت برگزار می‌شود. برگزار کنندگان این همایش که قرار است با حضور استاندار و چند تن از مسوولان سیاسی گیلان، نمایندگان استان در

بیانیه‌ی ۳۰ انجمن:

۰۲ بشود ۰۳

نقد و بررسی ۰۲ در چهار گوشه‌ی استان: انجمن‌ها چه کار می‌کنند؟

اراده‌ای برای اجرای طرح پزشک خانواده وجود ندارد

پزشک خانواده‌ی شهری واقعیت یا سراب؟

۰۲ و بی توجهی به زیرساخت‌ها

تعارف‌های تشخیصی - درمانی نظام پزشکی: پیشنهاد، تعیین، ابلاغ؟

کارسنجی و تخمین نیروی مورد نیاز در نقش پزشک خانواده

آسیب‌شناسی طرح‌های پزشک خانواده

چرا انتخابات انجمن پزشکان عمومی برگزار نشد؟ وقایع نویسی یک انتخابات از دست رفته

با اجرای طرح پزشک خانواده ۵۰ هزار پزشک بیکار می‌شوند

آورد، افزود: «در طرح پزشک روستا ابتدا گفته شد مردم فرانشیزی پرداخت نمی‌کنند اما بعد گفتند ۱۰ درصد باید فرانشیز بدهند. حال باید پرسید وقتی طرح کوچکی را که پایلوت محسوب می‌شد نتوانستند بدون فرانشیز اجرا کنند، چطور می‌توانند آن را در طرح بزرگ‌تری به مرحله‌ی اجرا درآورند.»

بیمارها خیلی سطحی و سریع دیده می‌شوند، کیفیت کار پایین می‌آید و خدمات خوبی به مردم داده نمی‌شود. رییس مجمع عمومی نظام پزشکی با بیان این‌که برخورد عجولانه و شتابزده با اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده ممکن است چالش‌های زیادی به وجود

زیر نظر یک پزشک قرار بگیرند این طرح فقط می‌تواند ۳۰ هزار پزشک عمومی را به کار گیرد و از جمع ۸۰ هزار پزشک عمومی کشور، ۵۰ هزار نفر بیکار خواهند شد. وی خاطرنشان کرد: «وقتی که ۲۵۰۰ نفر جمعیت زیر نظر یک پزشک قرار بگیرند،

۹۱/۳/۹ رییس مجمع عمومی نظام پزشکی از بیکار شدن ۵۰ هزار پزشک با اجرای طرح پزشک خانواده خبر داد. دکتر بیژن گودرزی در گفت‌وگو با خبرنگاری ایلنا گفت: «اگر در طرح پزشک خانواده ۲۵۰۰ نفر جمعیت

ارتباط مستقیم با انجمن‌های پزشکان عمومی استان گیلان

ای‌میل	شماره‌ی تماس	سمت	
			شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی گیلان
mg2251343@gmail.com	۰۱۴۲-۳۲۲۴۲۰۰	رییس	دکتر مهران قسمتی‌زاده (رییس انجمن لاهیجان)
hamtapor@gmail.com	۰۱۳۲-۳۲۲۳۳۳۴	نایب رییس	دکتر حمید طهماسبی پور
dr.mahdifathi@yahoo.com	۰۱۸۲-۴۸۲۱۷۶۰	نایب رییس	دکتر مهدی فتحی (دبیر انجمن صومعه‌سرا)
			انجمن پزشکان عمومی رشت
soni_m_e@yahoo.com	۰۱۳۲-۵۷۲۲۵۹۶	رییس	دکتر سونیا معصومی
masoud_jowzi@yahoo.com	۰۱۳۱-۷۲۲۷۴۳۹	دبیر	دکتر مسعود جوزی
			انجمن پزشکان عمومی لاهیجان، آستانه، سیاهکل و کیاشهر
e.shahrokhi@yahoo.com	۰۱۴۱-۲۲۳۲۵۵۸	دبیر	دکتر الهام شاهرخی
			انجمن پزشکان عمومی صومعه‌سرا و ماسال
roya.eezadi@gmail.com	۰۱۸۲-۳۲۲۰۲۰۶	رییس	دکتر رویا ایزدی
			انجمن پزشکان عمومی فومن و شفت
farzadforghan@yahoo.com	۰۱۳۲-۷۲۲۴۸۲۷	رییس	دکتر فرزاد فرقان
			انجمن پزشکان عمومی بندر انزلی و رضوان‌شهر
sharifi4657@gmail.com	۰۱۸۱-۴۲۴۸۵۰۱	رییس	دکتر سیدحسین شریفی

دیدگاه ۳۰ انجمن پزشکان عمومی کشور درباره‌ی نسخه‌ی ۰۲ برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری

۰۲ بشود ۰۳

و نیز داوری در موارد اختلاف طرفین به صورتی عادلانه لحاظ خواهد شد؟

• نظام گزینشی معین و شفاف برای جلوگیری از بروز بی‌عدالتی در جذب و به‌کارگیری نیروهای مورد نیاز چگونه تعریف شده است؟

• آیا نحوه‌ی پرداخت و حداقل و حداکثر دستمزد کارکنان پایگاه و مرکز مجری پزشک خانواده با قوانین موضوعه تطابق داده شده است؟

• آیا برنامه‌ی راهبردی مشخص به منظور رفع همپوشانی بیمه‌ها (به‌عنوان یک دغدغه و معضل همیشگی در نظام سلامت) تدوین شده است؟

• چرا با وجود مغایرت با قانون کار، به پزشکان بیش از ۴۴ ساعت کار در هفته محول شده است؟

• آیا پیش‌بینی نوعی اجبار و روش‌های الزام غیرمستقیم برای همکاری کلیه‌ی پزشکان در این برنامه، با اصول آزادی انتخاب شغل، نبود بهره‌کشی در کار، منع اضرار به‌غیر و نیز نفی انحصار در بازار درمان تطابق دارد و آیا شرعاً این نوع همکاری جایز است؟

• آیا برای استفاده از حقوق دوران بازنشستگی یا از کارافتادگی پزشکان و کارکنان پیش‌بینی لازم شده است؟

• آیا تعیین تکلیف بر مدار قانون در مورد جمعیت عظیم فاقد پوشش بیمه‌ای در شهرها، به سازمان‌های بیمه‌گر ابلاغ شده است؟

• اقتضائات درونی بیمه‌ی نیروهای مسلح با پوشش جمعیتی میلیونی ایشان که حتی در ارایه‌ی آمار و اطلاعات سازمانی خویش دارای معذوریت‌های حقوقی بوده‌اند، چگونه برطرف شده است؟

• آیا اجبار بیماران به انتخاب پزشک در شعاع ۱/۵ کیلومتری (حتی در صورت افزایش یا تعدیل آن در ستاد استانی) بدون توجه به اشکالات اجرایی آن، برخلاف اصل حق انتخاب شهروندی نیست؟

• آیا تاکید قانون برنامه‌ی پنجم توسعه مبنی بر تامین ۳۰ درصد از هزینه‌های درمان توسط بیماران مبنای محاسبات اقتصادی قرار

به‌صورت دقیق‌تری مورد توجه قرار گیرد.

۵- تولید اثرگذار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای اجرای این برنامه‌ی مهم، مستلزم همراهی و تمکین تمام‌عیار سازمان‌های بیمه‌گر به‌عنوان تامین‌کنندگان مالی است. اما رجوع به تجارب پیشین در نحوه‌ی پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر در قبال برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی روستایی (و تاخیر فراوان در تدوین توافق‌نامه‌ی سالیانه) مشی متفاوت آنان را نسبت به برنامه‌ی روشن می‌سازد.

در ضمن تجربه‌ی سالیان اخیر ناتوانی سازمان‌های بیمه‌گر در پرداخت تعهدات مالی خود به موسسات درمانی کشور مزید بر تجارب قبلی است.

ملاحظات حقوقی

۱- روند تدوین و اجرای این برنامه نشان دهنده‌ی رویکرد و اعتقاد تدوین‌کنندگان آن به طب دولتی (به‌جای طب) ملی و مخالفت با سیاست‌های اصل ۴۴ و اصول قانون اساسی در موضوع تقویت بخش خصوصی و کوچک کردن بدنه‌ی دولت است؛ زیرا بنیاد این برنامه بر پایه‌ی گسترش تصدی‌گری دولتی به‌صورت مستقیم با تقویت و توسعه‌ی بخش‌های دولتی و به‌صورت غیرمستقیم از طریق خرید خدمت با ویژگی‌های دولتی شکل گرفته است که این امر باز هم بار دولت را سنگین‌تر خواهد کرد. از سوی دیگر، شایان توجه است که تبدیل مطب خصوصی به جایگاه کارگزار دولت، قوانین بازار سرمایه را خدشه‌دار خواهد کرد.

۲- برخی از ابهامات حقوقی، پرسش‌هایی را برای اجرا کنندگان و ارایه دهندگان خدمت مطرح کرده است که به چند نمونه اشاره می‌شود:

• یکی از نقایص طرح‌های قبلی نابرابری تعهدات حقوقی آمران طرح و ارایه دهندگان خدمت بوده است. ضمانت‌های لازم برای پرداخت به‌موقع دستمزد تیم سلامت با محاسبه‌ی دیرکرد چگونه مدنظر قرار گرفته است؟ آیا تشخیص تخلفات احتمالی

در دهه‌ی گذشته، هم‌اینک با افراط در عملگرایی و شتاب به قیمت انحراف از معیارهای علمی و اجتماعی برای اجرای یک برنامه‌ی ملی مبدل شود.

۲- با وجود اجرای آزمایشی طرحی متفاوت در سه استان سیستان و بلوچستان، خوزستان و چهارمحال بختیاری، تا کنون هیچ‌گونه تحلیل مستندی از آن به‌صورت رسمی منتشر نشده و مسوولان به‌صورت غیررسمی به عدم موفقیت طرح به‌دلیل فقدان همکاری لازم از سوی سازمان‌های بیمه‌گر بسنده کرده‌اند. با توجه به تغییرات اساسی صورت گرفته در این برنامه، اجرای گسترده و همزمان آن در کل کشور بدون هر گونه آزمون، واهمه‌ی تکرار شکستی دیگر در مقیاس کشوری را مطرح می‌کند که ظرفیت تحمل آن در نظام سلامت کشور و به‌ویژه همکاران پزشک عمومی

مورد تردید است.

۳- تجارب حاصل از برنامه‌ی «بیمه‌ی روستاییان و عشایر» چراغی برای حصول نتایج بهتر در برنامه‌ی کنونی است که مورد کم‌توجهی قرار گرفته است. به‌عنوان مثال نه‌تنها در این برنامه راه حل مشخصی برای جبران درمان‌محوری (به‌دلیل بازماندن پزشکان از وظیفه‌ی پایش و ارتقای سلامت) ارایه نشده، بلکه حذف فرانشیز دریافتی از بیماران در عین حفظ سرانه‌ی موظفی پزشکان، با تجربه‌ی قبلی در اهمیت کنترل مراجعات غیرضروری در تعارض است.

سایر مصادیق این بند در بخش‌های دیگر این تحلیل ارایه شده است.

۴- با استفاده از تجربه‌ی حاصل از ارایه‌ی رایگان خدمات درمان مستقیم در سازمان تامین اجتماعی، به‌راحتی می‌توان هجوم بی‌رویه و غیرقابل مهار بیماران به مطب پزشکان را در این طرح پیش‌بینی کرد. اثرات این امر در کاهش زمان ویزیت، محدودسازی اقلام تجویزی پزشکان، سوءاستفاده از داروهای رایگان و سرانجام ناراضی‌ی بیمه‌شدگان، یکی از آزمون‌های بارها آزموده شده در نظام درمان کشور است که می‌توانست

«پزشک خانواده‌ی شهری» در حال عرضه است، در خوشبینانه‌ترین حالت ناشی از نیت خیر و انگیزه‌ی مثبت آمران و طراحان، اما به‌دور از نظرات اکثریت جامعه‌ی پزشکی و پیراپزشکی تدوین شده است. ضمن سپاس و احترام به متولیان این برنامه، باید تاکید کرد که چنین تحول بنیادینی مستلزم هماهنگی کلیه‌ی نهادهای تصمیم‌گیر و تشکلهای صنفی به‌ویژه سازمان نظام پزشکی، انجمن پزشکان عمومی و سایر انجمن‌های علمی و صنفی است تا از صحت، اصالت و پایایی بیشتری بهره‌مند شده و سلامت و رضایت مردم و جامعه‌ی پزشکی را تامین سازد. انتشار این دیدگاه شاید به‌منظور جبران بخشی از کمبودهای برنامه‌ی مذکور که ناشی از کم‌توجهی به نظرات ذی‌نفعان و مجریان اصلی است، شایان توجه باشد.

انجمن‌های پزشکان عمومی کشور سعی کرده‌اند بخشی از دیدگاه‌های خود را با مطالعه‌ی نسخه‌ی ۰۲ دستورالعمل پزشک خانواده و با استفاده از منابع مختلف از جمله نظرات ارایه شده در جلسات هم‌اندیشی و مجموعه تحلیل‌ها و مقالات پزشکان و انجمن‌های پزشکان عمومی کشور ارایه کنند و البته به‌دلیل عدم دسترسی به مستندات پشتیبان این برنامه، از بیان مشکلات متدولوژی تدوین این برنامه تا حد امکان پرهیزند:

تجارب گذشته

۱- شتاب در اجرای این برنامه با زمان‌بندی فشرده و نامتعارف، خاطره‌ی پیاده‌سازی برنامه‌ی پزشک خانواده در قالب طرح «بیمه‌ی روستاییان و عشایر» را در سال پایانی دولت وقت (۱۳۸۴) تداعی می‌کند که با وجود مهیا بودن زیرساخت‌های شبکه‌های بهداشتی- درمانی و تخصیص اعتبار حدود پنج هزار میلیارد ریالی از سوی مجلس شورای اسلامی، به‌دلیل شتابزدگی و عدم جامع‌نگری به تجربه‌ی ناموفق منجر شد. اکنون چه عاملی سبب شده است که تفریط و وقفه‌ی طولانی در پیاده‌سازی این برنامه

۳۰/۳/۹۱. شعبه‌ی انجمن پزشکان عمومی از سراسر کشور طی بیانیه‌ای دیدگاه مشترک خود را درباره‌ی نسخه‌ی ۰۲ برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری منتشر کردند.

به‌گزارش سایت «ائتلاف فراگیر پزشکان عمومی ایران»، در این بیانیه‌ی تحلیلی برنامه‌ی پزشک خانواده در قالب سرفصل‌های «تجارب گذشته»، «ملاحظات حقوقی»، «ملاحظات اجتماعی و فرهنگی» و «ملاحظات فنی و کارشناسی» نقد و بررسی شده و در پایان پیشنهاد انجمن‌ها مبنی بر «پرهیز از شتاب در مراحل ثبت‌نام و اجرای برنامه»، «بازنگری در دستورالعمل مذکور با همکاری همه‌ی نهادهای تصمیم‌گیر و تاثیرگذار و مجامع صنفی مرتبط» و «لحاظ جایگاه ویژه برای نمایندگان صنفی پزشکان عمومی ایران در حوزه‌ی سیاستگذاری کشوری و استانی» ارایه شده است.

متن این بیانیه که به‌امضای انجمن‌های پزشکان عمومی شهرهای آباد، اصفهان، اقلید، انزلی، بم، بهشهر، پاکدشت، تنکابن، جهرم، جیرفت، رشت، زرنده، ساری، سبزوار، سیرجان، شیراز، صومعه‌سرا، فسا، فومن، فیروزآباد (و میمند)، کرج، کرمان، کرمانشاه، گرگان، لاهیجان (و سیاهکل، آستانه و کیاشهر)، مرودشت، میانه، نور، نوشهر و یزد رسیده، به‌شرح زیر است:

ضرورت اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده به‌عنوان راهبرد اصلی خدمات پزشکی در کشورمان، مهم‌ترین موضوع و سرفصلی است که در بخش اجتماعی و سلامت برنامه‌ی پنجم توسعه مطرح شده است. این راهبرد غیرقابل انکار، در صورت اجرای صحیح و استقرار کامل، ارتقای سلامت عمومی و در پی آن رفع مشکلات جامعه‌ی پزشکی به‌ویژه همکاران پزشک عمومی را به‌دنبال خواهد داشت و از این حیث، آرمانی اساسی برای انجمن‌های پزشکان عمومی کشور به‌شمار می‌رود.

آنچه امروز در قالب برنامه‌ی

گرفته است؟

• بار مسوولیت‌های حقوقی ناشی از شفاف نساختن تعریف بیماران اورژانس یا توصیه‌ی تلفنی به بیمار (بدون معاینه و...) به‌عده‌ی کدام مرجع خواهد بود؟

• آیا با عنایت به ویژگی‌های جدید پایگاه پزشک خانواده یا مراکز بهداشتی-درمانی مجری برنامه‌ی پزشک خانواده، برای تدوین استانداردهای جدید این مراکز و نیز ضوابط صنفی همچون تابلو، سرسرخه، تبلیغات، قرارداد‌های خرید خدمت و... (با توجه به تعدد مراجع قانونگذاری و تفاوت در نگرش‌ها) تدبیری اندیشیده شده است؟

• با توجه به تشکیل نشدن شورای عالی بیمه‌ی سلامت، برای تعیین تعرفه‌های خدمات سلامت (منطبق بر نظام پزشک خانواده)، آیا وجاهت قانونی تصمیمات فعلی به استناد برنامه‌ی پنجم توسعه مورد بررسی قرار گرفته است؟

• آیا دوره‌های پودمانی برای مهارت‌اندوزی پزشکان عمومی مطابق قوانین کار جزو ساعات کار پزشکان محسوب خواهد شد؟

• آیا تفاوت فرانشیز در پرداخت جمعیت شهری و روستایی از مصادیق تبعیض در این دو جمعیت محسوب نمی‌شود؟

• آیا بار مالی مورد نیاز این برنامه‌ی گسترده (با توجه به هزینه‌ی کلان ناشی رایگان شدن خدمات و تعجیل مسوولان در پوشش کل جمعیت در کوتاه‌ترین زمان ممکن) در حکم «تعهد زاید بر اعتبار» مصرح در ماده‌ی ۲۹ قانون برنامه‌ی پنجم توسعه نیست؟

• آیا مستند به ماده‌ی ۳۸ برنامه‌ی پنجم توسعه، فقدان بیمه‌ی همگانی و اجباری پایه‌ی خدمات سلامت و همچنین عدم تشکیل «سازمان بیمه‌ی سلامت ایران» بر روند اجرایی برنامه تاثیر نخواهد داشت؟

ملاحظات تشکیلاتی و صنفی

۱- برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی شهری مهم‌ترین برنامه‌ی کشوری نظام سلامت در چند دهه‌ی اخیر محسوب می‌شود که به همکاری بخش خصوصی محتاج است؛ زیرا دامنه‌ی تلاقی منافع بخش خصوصی به‌هیچ‌عنوان با تجربه‌ی برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی روستایی که بر زیرساخت‌های

شبکه‌ی بهداشتی-درمانی بخش دولتی استوار شد، قابل قیاس نیست. اما نکته‌ی بسیار بااهمیت این‌که هنوز سیاست روشنی در رابطه با جایگاه بخش خصوصی در نظام سلامت و همچنین رویکرد برنامه‌ی پزشک خانواده نسبت به این بخش مشخص نشده است. از سوی دیگر، اقبال این برنامه منوط به موفقیت در سطح اول با مشارکت پزشکان عمومی است. این در حالی است که پزشکان عمومی و سایر حرف مرتبط پزشکی معتقدند این برنامه در مورد هستی یک صنف بزرگ به‌راحتی تصمیم گرفته است بدون آن‌که به نظرات ایشان توجهی کرده باشد.

۲- تدارک جایگاه موثر برای ذی‌نفعان در هرم تشکیلاتی این برنامه می‌توانست به همبستگی و همکاری در اجرای بهتر آن منجر شود؛ اما بسنده کردن به حضور سازمان نظام پزشکی در مقابل تعداد زیاد منسوبین دولتی، تاثیرپذیری تصمیمات را از منظر صنفی در پرده‌ی ابهام قرار داده است. خلاء تشکلی‌های وابسته به پزشکان عمومی و سایر حرف‌جانبی نظیر داروسازان، آزمایشگاهیان، ماماها، پرستاران و سایر کارشناسان پروانه‌دار در نمودار تشکیلاتی و همچنین در تیم سلامت از مشکلات سازماندهی محسوب می‌شود.

۳- تفاوت‌ها و فقدان همبستگی این برنامه با برنامه‌ی پزشک خانواده روستایی به تعارضات آتی دو برنامه منجر خواهد شد؛ زیرا از یک‌سو لازم است سلامت با تمامی ابعاد خود به‌عدالت برای همه‌ی افراد جامعه اعم از روستایی و شهری تامین شود و از سویی دیگر اقتضائات و منابع قابل صرف در دو جمعیت در توازن با یکدیگر قرار ندارد. به‌عنوان نمونه فاصله‌ی درآمد پزشکان شاغل در روستا، موجب حرکت آنان به سمت شهرها و ناکامی بیشتر برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی روستایی خواهد شد.

۴- یکی از اهداف نظام سطح‌بندی خدمات، ایجاد توازن و تعادل در شان اجتماعی و دهک درآمدی گروه‌های مختلف پزشکی و تیم سلامت است؛ بنابراین هر گونه تفاوت عمیق در نحوه‌ی تعامل و جلب مشارکت گروه‌های مختلف پزشکی موجب خدشه به شان و روابط شغلی بین آن‌ها و تکرار وضعیت موجود خواهد شد. سطح درآمد و نوع پرداخت در سطوح و رشته‌های مختلف

باید از روش مناسبی پیروی کند و مشمول همه‌ی گروه‌های پزشکی، پیراپزشکی و کارکنان ستادی در سطوح مختلف (که در موقعیت قابل قیاس قرار گرفته‌اند) شود. اهمیت این موضوع از نظر مشارکت گروه‌های مختلف پزشکی و تنظیم روابط شاغلین به‌حدی است که به تحلیلی همه‌جانبه نیاز دارد.

ملاحظات اجتماعی و فرهنگی

بسترسازی فرهنگ عمومی برای پذیرش و مقبولیت این برنامه‌ی فراگیر، نیازمند اقداماتی به‌مراتب عمیق و گسترده است. رایگان ساختن هزینه‌ی خدمات در سطح اول یا سایر سطوح، به‌تنهایی قادر به تغییر باورها و رفتارهای عجین شده در فرهنگ عمومی نخواهد بود و تازمانی که این موضوع به مطالبه‌ی مردمی تبدیل نشود، پایایی و ثبات آن در معرض ابهام است. جدا از ضرورت به‌کارگیری روش‌های علمی در فرهنگ‌سازی عمومی، نباید با تعجیل در پیاده‌سازی برنامه، مولفه‌ی زمان را به‌عنوان مهم‌ترین عامل تاثیرگذار در تغییر فرهنگ عمومی نادیده گرفت. سابقه‌ی اختیار مردم در انتخاب درمانگر خویش طی حدود ۷۰ سال از شکل‌گیری نظام نوین درمانی با مشارکت بخش خصوصی، موجب شکل‌گیری عاداتی شده است که برخورد غیرهوشمندانه با آن، مقاومت و عدم مقبولیت مردمی را در مقابل طرح به دنبال خواهد داشت.

۱- هر چند پیاده‌سازی مدبرانه‌ی نظام ارجاع سرانجام منجر به توزیع جغرافیایی مناسب پزشکان و سایر امکانات بهداشتی-درمانی در کشور خواهد شد، اما مسلماً در کوتاه‌مدت هزینه‌های هنگفتی را به‌لحاظ تامین مکان و شرایط مناسب و نیز رعایت استانداردها بر جامعه‌ی پزشکی تحمیل خواهد کرد و در ضمن برای آن دسته از پزشکانی که متناسب با شرایط پیشین سرمایه‌گذاری کرده و در قبال کارکنان و پرداخت مطالبات ایشان دارای مسوولیت حقوقی هستند، خسارات عمده‌ای در بر خواهد داشت. مجموع این شرایط مسلماً منجر به نارضایتی بخش عمده‌ای از پزشکان فعال خواهد شد که بر سرنوشت این برنامه بی‌تاثیر نخواهد بود.

۲- آگاه‌سازی و ترغیب جامعه‌ی پزشکی (به‌عنوان گروه عملیاتی و هدایتگر سایر

بخش‌های جامعه) به همکاری با این برنامه بسیار بااهمیت است. به‌ویژه مشارکت پزشکان از نظر رویکرد هوشمندانه و دلسوزانه در مواجهه با اصلاح نظام سلامت، اگر با توجه علمی و منطقی همراه باشد، می‌تواند نقش اصیل آنان را به‌عنوان معتمدین و تاثیرگذاران بر جامعه بهبود بخشد. این در حالی است که تا کنون نه‌تنها برنامه‌ی مشخصی در این خصوص ارایه نشده است، بلکه شیوه‌ی تدوین این برنامه و نیز سخنان مسوولان حاکی از به‌کارگیری اجبار و الزام نسبت به این جامعه‌ی خدمتگزار دارد، در حالی که به‌طور قطع در موقعیت کنونی، نیاز به واقع‌گرایی نسبت به رفتار جامعه‌ی پزشکی است.

۳- از آن‌جا که میزان پرداخت دستمزد پزشکان، وابسته به جمعیت جذب شده است و مثبت‌نام افراد زیر پوشش برعهده‌ی پزشکان گذاشته شده است، این امر در صورت فقدان تدابیر لازم، زمینه‌ساز رقابت ناسالم و تبلیغات گمراه‌کننده خواهد بود. اگر ادعای مسوولان در تامین حقوق مناسب برای همکاران پزشک (در سطح یک) با واقعیت همراه باشد، بنابراین به‌دلیل بالا بودن نسبت فعلی تعداد پزشکان به جمعیت عمومی، انتظار می‌رود که در شیوه‌ی استقرار این برنامه برای عواقب مورد اشاره چاره‌اندیشی شود و فقط به «ایجاد فضای رقابتی» بسنده نگردد. در ضمن با توجه به وابستگی سطوح تخصصی و فوق تخصصی به ارجاع بیمار از سطح یک، معضل مذکور به شیوه‌ای دیگر در سطوح دیگر خودنمایی خواهد کرد.

۴- افت شدید درآمد پزشکان پیش‌کسوت به‌دلیل از دست دادن تعدادی از بیماران دایمی که سرمایه‌ی حرفه‌ای آنان محسوب می‌شود (ناشی از محدودیت فاصله‌ی جغرافیایی و همچنین ناتوانی جسمی کارکرد ۸ ساعته به‌دلیل شرایط سنی) و همچنین وجود موقعیت مشابه برای مطب‌ها و درمانگاه‌های باسابقه که اغلب سرمایه‌گذاری کلانی در حوزه‌ی درمان کرده‌اند و در شرایط جدید ناچار به تغییر محل طبابت و افت سرمایه خواهند شد، مسلماً واکنش آنان را در پی خواهد داشت.

۵- محاسبات فعلی سرانه‌ی پزشک نسبت به جمعیت (۲۵۰۰ نفر به‌ازای هر پزشک) حاکی از وجود حدود ۲۲ هزار فرصت شغلی در جمعیت شهری برای

پزشکان عمومی است؛ این در حالی است که با احتمال زیاد، بخش عمده‌ی این ظرفیت بلافاصله از طریق پزشکان شاغل دولتی و نهادهای عمومی غیردولتی تامین خواهد شد و نوعی جابه‌جایی شغلی اتفاق خواهد افتاد. در هر صورت، پیاده‌سازی این برنامه همگام با برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی روستایی، نشانه‌ی بی‌توجهی به سرنوشت بخش عمده‌ای از پزشکان عمومی جویای کار یا شاغل در دیگر بخش‌های غیرمرتبط است. این در حالی است که در سناریوهای کارشناسی جذب دانشجوی پزشکی، این حد نصاب به‌گونه‌ای دیگر مورد محاسبه قرار گرفته است. انتظار می‌رود برنامه‌ای که مدعی اصلاح نظام سلامت است، به کاهش مشکل بیکاری جامعه‌ی پزشکان عمومی کمک کند، نه این‌که باقیمانده‌ی امید این قشر فریخته را به یاس مبدل سازد.

ملاحظات فنی و کارشناسی

۱- میزان کار محوله به پزشک خانواده مشتمل بر مراقبت‌های بهداشتی، درمان و مدیریت سلامت منطقه و تیم مربوطه، غیرمتعارف است. این حجم وظایف در کارشناسی انجام شده و سناریوی خوشبینانه بین ۲ تا ۳ برابر توان کار متعارف است. سال‌هاست که روش محاسبه‌ی نیروی انسانی در نظام شبکه‌ی بهداشتی-درمانی بر اساس نیاز و منطبق با استانداردهای مطلوب مورد استفاده قرار گرفته که با توجه به ویژگی نظام آموزشی کشور در تامین نیروی کافی و حتی مازاد، روشی واقع‌گرایانه بوده است. اما هم‌اکنون شاهد هستیم که محاسبه‌ی نیروی انسانی مورد نیاز بر اساس مولفه‌های اقتصادی و توان پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر و بدون در نظر گرفتن مولفه‌های حاکم بر نظام سلامت صورت گرفته است. بی‌تردید ایجاد مشغله‌ی طاقت‌فرسا برای پزشکان به سلامت عمومی منجر نخواهد شد و افزون بر آن تبعاتی همچون بیمارمحوری به‌جای سلامت‌محوری و کم‌رنگ شدن کیفیت خدمات، اشباع بازار کار و آینده‌ی مبهم برای پزشکان تازه فارغ‌التحصیل، سلب امکان هر گونه فعالیت آموزشی و اجتماعی از پزشک و تیم سلامت، فرسودگی شغلی و اختلالات جدی در اجرای وظایف خانوادگی پزشکان و...

را در بر خواهد داشت.

۲- تامین مالی این برنامه یکی از دغدغه‌های بزرگ مسوولان و جامعه‌ی پزشکی است. مدیریت بودجه‌ای که در دو وزارتخانه با سیاست‌های متفاوت و گه‌گاه متضاد تسهیم شده است، تجربه‌ی تلخ پرداخت‌های پزشکی خانواده‌ی روستایی را تداعی می‌کند. در ضمن بخشی از بودجه‌ی این برنامه به منابعی که از پایایی و اعتبار لازم برخوردار نیستند وابسته شده است که در عمل به اجرای مشروط آن می‌انجامد. افزون بر این، به دلیل اجرای شتابزده‌ی برنامه در کوتاه‌ترین زمان ممکن، حجم منابع مالی مورد نیاز به صورت سرسام‌آوری بالا خواهد رفت که با واقعیات اختصاص بودجه در کشور همسو نخواهد بود.

۳- بهترین سیستم پرداخت در واگذاری خدمات بهداشتی- درمانی در جهان Mixed payment است که در آن بیمار نیز در هزینه‌ها مشارکت دارد، بنابراین مراجعات غیرضروری حذف و بار هزینه‌ی مراکز نیز کمتر خواهد شد. اما رایگان بودن ویزیت و دارو برای بیماران، نوعی گام نهادن در راهی طی شده و ناموفق است. در ضمن، نظام پرداخت در این برنامه در سطوح مختلف متفاوت بوده و از همبستگی لازم برخوردار نیست. چند نکته در خصوص نظام پرداخت به‌عنوان نمونه در زیر آمده است:

• هر چند سرانه‌ی اندک ۱۷۵۰۰ ریال به‌ازای هر بیمار با نصاب جمعیتی ۲۵۰۰ نفر به‌صورت اغوا کننده‌ای بیان می‌شود، اما واقعیت امر با محاسبات کارشناسی نشان دهنده‌ی استمرار روند بهره‌کشی از پزشکان عمومی و تکرار بی‌عدالتی در نظام سلامت است. بدون در نظر گرفتن عدم توازن حجم کار و توان کار پزشک که در بخش‌های دیگر بدان اشاره شده است، درآمد خالص یک پزشک با ۱۰ سال سابقه‌ی کار در مرکز یک استان بین ۱۵ تا ۲۰ میلیون ریال خواهد بود؛ زیرا افزون بر هزینه‌های مستقیم از جمله مکان استقرار، نیروی انسانی، تجهیزات، ارتباطات اداری و مجازی، اقلام مصرفی و... بخشی از هزینه‌های دیگر از جمله تفاوت هزینه‌های مطب‌داری در شهرهای مختلف (ناشی از ماهیت برنامه) از جمله هزینه‌های رفت و آمد پزشک و تیم سلامت برای نظارت و

حضور در مجامع، پیگیری‌های تلفنی، مالیات، انواع عوارض و... در تحلیل هزینه منظور نشده است.

• با توجه به سوابق گذشته در تاخیر پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر به پزشکان طرف قرارداد و نظر به رایگان بودن خدمات در سطح یک، استمرار خدمت پزشکان عمومی منوط به پرداخت‌های به‌هنگام و بدون تاخیر خواهد بود؛ زیرا در صورت دریافت نکردن به‌موقع مطالبات از سازمان‌های بیمه‌گر، باید هزینه‌های جاری مطب و دستمزد کارکنان به‌موقع پرداخت شود. همچنین سوابق قراردادهای یک‌طرفه و بدون ضمانت از سوی سازمان‌های بیمه‌گر و تجربه‌ی پرداخت‌های تاخیری و مرحله‌ای به پزشکان خانواده‌ی بخش روستایی به این نگرانی دامن می‌زند. به‌عبارت دیگر، شیوه‌ی پرداخت به پزشکان عمومی، ماهیتی دولتی و احتمالاً اقساطی دارد، در حالی که خرید خدمت کارکنان و تامین منابع لازم توسط پزشک به‌صورت نقد است و از قوانین بازار آزاد و برنامه‌های هدفمندی یارانه‌ها تبعیت خواهد کرد.

• ریزبینی و سختگیری در شیوه‌ی پرداخت سطح ۱ که سهم کوچکی از هزینه‌های درمان را شامل می‌شود و متقابلاً تساهل در سطح ۲ و ۳ خدمات که بیشترین بار هزینه را در نظام درمان کشور به خود اختصاص داده است، نوعی برخورد محافظه‌کارانه و موکول کردن موضوع به آینده را تداعی می‌کند.

• شیوه‌ی تامین مالی و پرداخت حقوق برخی از بخش‌های مرتبط از جمله پرسنل شاغل در مراکز مجری برنامه‌ی پزشک خانواده مستقر در بخش خصوصی، کارکنان ستاد هدایت و راهنمایی بیماران، پزشکان و کارکنان مراکز شبانه‌روزی و اورژانس شفاف نیست.

• پرداخت ۹۵ درصد هزینه‌های بستری در بخش غیردولتی بر مبنای تعرفه‌ی دولتی، نابرابری رقابت بخش دولتی و خصوصی را عمیق‌تر می‌کند. در ضمن، امکان پرداخت ۷۰ درصد هزینه‌های تشخیصی در بخش خصوصی از سوی سازمان‌های بیمه‌گر با تعرفه‌ی واقعی در معرض پرسش است. البته به‌کاربردن واژه‌ی «تعرفه‌ی توافقی» با توجه به تکلیف دولت در تعیین تعرفه‌ی واقعی خدمات پزشکی و تاثیرگذاری هر گونه قیمت

غیرواقعی بر کیفیت خدمات سلامتی، خود موجب نگرانی بخش خصوصی است.

۴- سیاست و برنامه‌های آموزشی اولیه و مستمر تیم سلامت یکی از الزاماتی است که نیازمند طراحی و برنامه‌ریزی در سطح گسترده است. تجربه‌ی مشابه در برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی روستایی نشان از نبود کفایت لازم برای تولید متون و گایدلاین‌های مورد نیاز در سطحی به‌مراتب کوچک‌تر داشته است. بنابراین توانمندی سیستم برای برنامه‌ریزی آموزش‌های مهارتی و آکادمیک در برنامه‌ی پزشک خانواده در معرض سوال است و تا کنون شواهد مستدلی برای اثبات این توانمندی و همچنین شیوه‌ی ادغام آموزش در نظام پزشک خانواده ارائه نشده است. در ضمن سیاست کنونی مسوولان بر ایجاد تسهیلات آموزشی تخصصی پزشک خانواده، نگران کننده است و به‌نوعی صحه‌گذاری بر تخصص‌گرایی رایج در نظام سلامت به‌شمار می‌رود و نیاز به تحلیل دارد.

۵- به‌نظر می‌رسد برخی از ملاحظات کارشناسی به‌دلیل شتاب در تدوین و انتشار برنامه، در نظر گرفته نشده یا با ابهام روبه‌روست که برخی از آن‌ها فهرست‌وار در زیر ارائه می‌شود:

• برنامه‌ی پایش و نظارت و همچنین ملاک ارزیابی پزشکان و تیم سلامت در این برنامه مشخص نشده است.

• تمهیدی برای بیماران خاص، سرطانی و سایر بیماران مزمن تحت مراقبت‌های تخصصی اندیشیده نشده است.

• مسوولیت فنی و حقوقی تیم سلامت برعهده‌ی پزشک گذاشته شده اما از حق فنی متناسب برخوردار نیست.

• درمانگاه‌های خصوصی، غیردولتی و خیریه‌های موجود جایگاه و عاقبت پیش‌بینی شده‌ای در برنامه ندارند.

• تکلیف سایر بیمه‌ها از جمله بیمه‌های تکمیل درمان، بانک‌ها، بیماری‌های خاص و... به‌وضوح مشخص نیست.

• وضعیت جمعیت فاقد پوشش بیمه‌ای و سهم پرداختی آنان برای قرار گرفتن در پوشش بیمه نامشخص است.

• مرجع و سازوکار علمی برای تعیین شاخص‌های تجویز دارو و پاراکلینیک نیازمند تدبیر است.

• ملاک تشخیص نوع خدمات اورژانسی وابسته به نظر پزشک یا بیمار موجب بروز چندگانگی خواهد شد.

• چگونگی و مسوولیت تامین نیروهای شاغل در مراکز مجری برنامه‌ی پزشک خانواده مستقر در بخش خصوصی مبهم است.

• تکلیف پزشکان شاغل در بخش‌هایی همچون مراکز سلامت، دیابت، مشاوره‌ی تالاسمی، بهداشت روان و... مشخص نیست.

• غیرمتمرکز شدن ستاد هدایت و واگذاری آن به مراکز که فاقد جایگاه و توانایی لازم هستند، سوال‌برانگیز است.

• بعد از پایان قرارداد یک‌ساله و تحمیل هزینه‌های سرباری، ضمانت‌های لازم برای عقد قرارداد مجدد وجود ندارد.

• امنیت شغلی مطب‌های فعالی که به‌هر دلیل (چه به انتخاب خود و چه به دلیل پذیرفته نشدن) به این برنامه وارد نمی‌شوند، با قطع قرارداد بیمه در معرض خطر است.

• بستر سخت‌افزاری و اینترنتی برای پیاده‌سازی پرونده‌ی الکترونیکی سلامت و ارتباطات سطوح مختلف، با توجه به مشکلات زیرساخت مخابراتی، نیازمند عاقبت‌اندیشی است.

• تجربه‌ی حاکمیت اقتصادی (و حتی تولیدی) سازمان‌های بیمه‌گر بر برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی روستایی و کسورات مالی بدون توجه، با توجه به عظمت و اهمیت برنامه، ژرف‌اندیشی بیشتر در این امر را می‌طلبد.

• امکان جایگزینی گروه‌های تخصصی به‌جای پزشکان عمومی یا کارشناسان مامایی و پرستاری با یکدیگر، با توجه تفاوت‌های مهارتی، آکادمیک و شوون تشکیلاتی نیازمند تحلیل است.

• پرداخت اضافی از ۴ تا ۴۰ درصد در مناطق محروم نسبت به مناطق برخوردار باید با واقعیت‌های فعلی منطبق باشد تا برعکس، موجب مهاجرت پزشکان از مناطق محروم نشود.

• نظام گزینشی برای انتخاب پزشکان ثبت‌نام شده باید منطبق بر ملاک‌های موجه و قابل دفاع باشد. در غیر این صورت، به یکی از چالش‌های بزرگ این برنامه مبدل خواهد شد.

• به‌منظور تثبیت پزشک خانواده در سطح اول خدمات، لازم است برای ادغام سایر مهارت‌های حرفه‌ای موجود از جمله ژنتیک، ترک اعتیاد، مراقبت‌های پوست

و زیبایی، تغذیه و... امکان‌سازی شود.

• شاخص‌های تجویز منطقی دارو و پاراکلینیک، در صورتی که از موازین علمی و تولیدی وزارت بهداشت به‌سمت معیارهای هزینه-فایده‌ی سازمان‌های بیمه‌گر سوق یابد، زمینه‌ساز صدمه به سلامت عمومی خواهد شد.

• به‌منظور متناسب‌سازی ظرفیت ورودی دانشگاه‌ها با نیروی مورد نیاز در نظام سلامت (مصرح در ماده‌ی ۳۴ برنامه‌ی پنجم توسعه) باید از هم‌اکنون در رفع تعارضات اجرایی محدودسازی پذیرش دانشجوی چاره‌اندیشی کرد.

• انتشار رسمی نتایج حاصل از پیاده‌سازی برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی روستایی و نسخه‌ی ۰۱ برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی شهری می‌تواند در جلب اعتماد کارشناسان و همراهی جامعه‌ی پزشکی موثر باشد.

پیشنهادها

انجمن‌های پزشکان عمومی کشور ضمن تشکیل کمیته‌ی کشوری پزشک خانواده از بین کارشناسان دلسوز و آگاه، آمادگی خود را برای مشارکت در تحلیل و کارشناسی برنامه با نگاهی چاره‌جویانه اعلام و پیشنهادهای زیر را به‌منظور آغاز همکاری ارائه می‌کنند:

۱- پرهیز از شتاب در مراحل ثبت‌نام و اجرای برنامه، به‌منظور به‌دست آوردن زمان لازم برای ایجاد اصلاحات مورد نظر و در عین حال پرداختن به تامین و تکمیل زیرساخت‌های مورد نیاز برنامه.

۲- بازنگری در دستورالعمل مذکور با همکاری همه‌ی نهادهای تصمیم‌گیر و تاثیرگذار و مجامع صنفی مرتبط، از جمله کارشناسان سازمان نظام پزشکی، انجمن پزشکان عمومی و سایر انجمن‌های علمی به‌منظور رسیدن به توافق در نسخه‌ی ۰۳ دستورالعمل.

۳- لحاظ جایگاه ویژه برای نمایندگان صنفی پزشکان عمومی ایران در حوزه‌ی سیاستگذاری کشوری و استانی؛ بدین منظور انجمن‌های پزشکان عمومی در صورت تمایل مسوولان، آمادگی خود را برای ارائه‌ی پیشنهادها و جامع که ضمن رسیدن به اهداف کلی نظام سلامت، بتواند رضایت و پشتیبانی فراگیر جامعه پزشکی کشور را جلب کند و از طرفی شامل نقاط مثبت نسخه‌ی ۰۲ نیز باشد، اعلام می‌کنند.

انجمن ها چه کار می کنند؟



دکتر فرزاد فرقان



نشست اصفهان

در ماههای خرداد و تیر برای نقد و بررسی طرح پزشک خانوادهی شهری (نسخه ۰۲)، علاوه بر نشستهای عادی و فوق العادهی شورای هماهنگی انجمنهای پزشکان عمومی گیلان و انجمنهای شهرستانها، نشستهای عمومی متعددی نیز با حضور پزشکان عمومی و همچنین جلساتی با مسوولان سیاسی استان و مسوولان دانشگاه علوم پزشکی گیلان، بیمهها و... برگزار شد. در زیر فهرستی از این نشستها برای اطلاع همکاران گرامی تقدیم می شود.

شورای هماهنگی انجمنهای پزشکان عمومی استان گیلان

۷ خرداد ۹۱. حضور نمایندگان شورای هماهنگی انجمنهای پزشکان عمومی گیلان در نشست شورای هماهنگی نظام پزشکی های استان

۱۹ خرداد ۹۱. حضور ۶ نماینده از شورای هماهنگی انجمنهای پزشکان عمومی گیلان در نشست انجمنهای پزشکان عمومی سراسر کشور در اصفهان و تحلیل و بررسی طرح و صدور بیانیهی تحلیلی مشترک با اعضای ۳۰ انجمن.

۲۸ خرداد ۹۱. نشست نمایندگان شورای هماهنگی انجمنهای پزشکان عمومی گیلان با ریاست و معاونان بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی گیلان و مدیران بیمه های تامین اجتماعی و خدمات درمانی

خرداد و تیر ۹۱. حضور دکتر فرزاد فرقان به عنوان نمایندهی نظام پزشکی استان در نشست ستاد راهبردی طرح پزشک خانوادهی شهری به ریاست استاندار گیلان و نشستهای هفتگی ستاد اجرایی طرح پزشک خانوادهی شهری و بیان اشکالات طرح و پیشنهادهای جامعهی پزشکی استان.

انجمن پزشکان عمومی رشت
۲۵ خرداد ۹۱. برگزاری نشست منطقهای در منطقهی غرب شهر

(چهارسرا و...) ۲۸ خرداد ۹۱. برگزاری نشست منطقهای در منطقهی جنوب شهر (فلکهی گاز و...) ۲۹ خرداد ۹۱. برگزاری نشست منطقهای در منطقهی شرق شهر (خیابان شهدا و...) ۳۰ خرداد ۹۱. برگزاری نشست منطقهای در منطقهی شمال شهر (گلسار و...) ۴ تیر ۹۱. برگزاری نشست منطقهای در منطقهی خمام و خشکبیجار ۵ تیر ۹۱. نشست نمایندگان انجمن با فرماندار رشت.

انجمن پزشکان عمومی لاهیجان، سیاهکل، آستانه و کیاشهر

۲۰ خرداد ۹۱. نشست با فرماندار آستانه با حضور نمایندگان نظام پزشکی و انجمن پزشکان عمومی و مدیران شبکهی بهداشتی-درمانی آستانه

۲۵ خرداد ۹۱. نشست با نمایندهی آستانه و کیاشهر در مجلس شورای اسلامی

۵ تیر ۹۱. نشست با فرماندار لاهیجان، نمایندگان نظام پزشکی، مدیران شبکهی بهداشتی-درمانی و مرکز بهداشت و نمایندگان بیمهها

۶ تیر ۹۱. نشست با پزشکان عمومی آستانه و کیاشهر

۷ تیر ۹۱. نشست با پزشکان عمومی لاهیجان، سیاهکل، آستانه و کیاشهر.

انجمن پزشکان عمومی صومعه سرا و ماسال

۱۵ خرداد ۹۱. نشست عمومی با پزشکان صومعه سرا

۳۱ خرداد ۹۱. نشست با مدیر شبکهی بهداشتی-درمانی صومعه سرا

۲۲ و ۲۹ خرداد ۹۱. دو نشست با فرماندار ماسال با حضور مدیر شبکهی بهداشتی-درمانی

۱ تیر ۹۱. نشست با نمایندهی صومعه سرا در مجلس شورای

حضور پزشکان شهرستان اسلامی

۴ تیر ۹۱. نشست با فرماندار صومعه سرا

۴ تیر ۹۱. نشست عمومی با پزشکان ماسال و شاندرمن با حضور مدیر شبکهی بهداشتی-درمانی در فرمانداری.

انجمن پزشکان عمومی فومن و شفت ۵ تیر ۹۱. نشست عمومی با پزشکان فومن و شفت.

انجمن پزشکان عمومی بندر انزلی ۲ تیر ۹۱. نشست با نمایندهی بندر انزلی در مجلس شورای اسلامی.

دکتر فرزاد فرقان

رییس نظام پزشکی و انجمن پزشکان عمومی شهرستانهای فومن و شفت دبیر شورای هماهنگی نظام پزشکی های استان گیلان نشانی: فومن، خیابان شهدا، کوچه اطبا، ساختمان پزشکان درنا تلفن: ۰۱۳۲-۷۲۲۴۸۲۷

۲۹ خرداد ۹۱. برگزاری مجمع عمومی پزشکان عمومی شهرستان برای بررسی طرح و تعیین اعضای هیات موسس انجمن پزشکان عمومی رودسر.

لنگرود

۳۱ خرداد ۹۱. نشست با فرماندار لنگرود با حضور هیات مدیرهی نظام پزشکی و مدیر شبکهی بهداشتی-درمانی لنگرود.

۶ تیر ۹۱. نشست با پزشکان عمومی لنگرود.

.....

Email: farzadforghan@yahoo.com

اخبار

بودجهی ۱۱۵۰ میلیاردی سلامت برگشت



۹۱/۳/۱۲. رییس مجلس در نامه ای به احمدی نژاد مصوبهی اختصاص ۱۱۵۰ میلیارد تومان از بودجهی سلامت به وزارت راه و شهرسازی را لغو کرد. به گزارش خبرگزاری فارس، در پی انتشار گزارش این خبرگزاری در دهم اردیبهشت امسال با عنوان «جابه جایی ۱۱۵۰ میلیارد تومان از بودجهی سلامت به جیب وزارت راه»، انتشار آن واکنشهایی را برانگیخت تا این که علی لاریجانی، رییس مجلس، در نامه ای به رییس جمهور لغو این مصوبهی دولت را اعلام کرد.

اراده‌ای برای اجرای طرح پزشک خانواده وجود ندارد



دکتر حمید طهماسبی پور.....

سازمان بهداشت جهانی «انسان سالم» را «محور توسعه‌ی پایدار» جامعه می‌داند. بر همین اساس، کشورهای پیشرفت و ترقی خود را در گرو سلامت آحاد جامعه می‌دانند، برای بهبود کیفیت خدمات بهداشتی-درمانی، کاهش هزینه‌ها و برقراری عدالت در دسترسی افراد به خدمات سلامت، با اجرای طرح محوری «پزشک خانواده و نظام ارجاع» به بهبود چشمگیر شاخص‌های کمی و کیفی نظام سلامت دست یافته‌اند.

در کشور ما نیز اغلب کارشناسان و مسوولان عرصه‌ی بهداشت و درمان اتفاق نظر دارند که طرح «پزشک خانواده و نظام ارجاع» نسخه‌ی شفابخشی برای درمان «نظام سلامت» بیمار کشور است. اما با گذشت چندین سال از اجرای طرح «پزشک خانواده» در بخش‌هایی از مملکت به‌ویژه روستاها و شهرهای استان‌های پایلوت، همگان بر ناکارآمدی، اتلاف منابع، نارضایتی مردم و ارایه‌دهندگان خدمات طرح اجرا شده اتفاق نظر دارند. طرحی که قرار بود درمانگر دردها باشد، خود موجب ناخوشی دیگری در نظام سلامت گردیده است.

پروژه‌ای همه‌جانبه

طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع پروژه‌ای یکپارچه و همه‌جانبه است. همه‌ی مولفه‌های موثر در نظام سلامت باید در شکل، محتوا و اجرای آن وحدت نظر و هماهنگی داشته باشند. این طرح مانند پازل است که باید تمام قطعات آن به‌درستی در کنار هم قرار گیرد تا تصویر واضح و روشنی به‌دست آید. اگر قرار است طرح پزشک خانواده و سیستم ارجاع دگرگونی اساسی در نظام سلامت به‌وجود آورد و

فریبنده و عوام‌پسندانه‌ی طرح (مانند رایگان بودن ویزیت و دارو در سطح یک) برای اقناع جامعه کافی است؟

طی سالیان متمادی فرهنگ تخصص‌گرایی به‌طور افراطی در رسانه‌های جمعی به‌ویژه رسانه‌ی ملی تبلیغ شده است. مردم برای درمان ساده‌ترین بیماری‌ها به‌سوی متخصص و فوق‌تخصص سوق داده می‌شوند و در حال حاضر اغلب بیماران برای هر دردی مستقیماً به متخصص همان درد مراجعه می‌کنند. طب عمومی و پزشک عمومی مورد بی‌مهری و کم‌توجهی جامعه و مسوولان است. بخش‌نامه‌ها و قوانین محدودکننده طی سالیان گذشته، شأن و منزلت پزشکان عمومی را خدشه‌دار کرده و اعتماد جامعه نسبت به توانایی علمی و تکنیکی پزشکان عمومی آسیب جدی دیده است. در چنین شرایطی مطرح کردن آمرانه و دستوری طرحی مانند طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع که در آن پزشک عمومی به‌عنوان مدیر و رهبر سلامت جامعه معرفی می‌شود، برای مردم به‌سادگی و بدون بسترسازی فرهنگی قابل پذیرش نیست.

در حال حاضر مردم با وجود داشتن دفترچه‌ی بیمه مستقیماً به متخصص مراجعه می‌کنند و ویزیت آزاد می‌پردازند (چون اکثر متخصصان با بیمه‌ها قرارداد ندارند) و داروهای خود را نیز آزاد می‌خرند (چرا که اغلب داروهای تجویزی متخصصان خارجی است و تحت پوشش بیمه نیست). بنابراین رایگان بودن در سطح یک آن‌چنان جذابیتی برای مردم ندارد که بخواهند از طریق پزشک عمومی به سطح دو ارجاع داده شوند. کما این‌که در طرح پزشک خانواده‌ی روستایی، مردم روستا ابتدا به متخصص مراجعه و سپس برای مهر زدن دفترچه‌ی خود به پزشک خانواده رجوع می‌کنند، یعنی عملاً ارجاع معکوس. طبیعتاً این پدیده در شهرها گسترده‌تر خواهد بود. بنابراین اگر می‌خواهیم مراجعه‌ی مستقیم بیماران به مطب متخصصان کاهش یابد، باید محدودیت‌های

جدی حداقل در پذیرش بیماران غیرتخصصی به‌وجود آوریم.

طبق آمار رسمی، ۵۵ درصد هزینه‌های درمان مستقیماً توسط مردم، ۱۸ درصد توسط بیمه‌های عمومی و ۷/۵ درصد توسط بیمه‌های خصوصی پرداخت می‌شود (که البته این موارد هم از محل پرداخت حق بیمه توسط مردم تأمین می‌شود) و فقط ۲۲ درصد را دولت پرداخت می‌کند. به‌عبارت دیگر، مردم به‌طور مستقیم و غیرمستقیم نزدیک به ۸۰ درصد بار هزینه‌های درمانی را به‌دوش می‌کشند. ۹۰ درصد این هزینه‌ها نیز در سطوح ۲ و ۳ درمان و پاراکلینیک بوده و فقط ۱۰ درصد هزینه‌های درمان مربوط به سطح یک است. بنابراین رایگان شدن سطح یک، هزینه‌های درمانی مردم را به‌طور جدی کاهش نخواهد داد.

پزشکان عمومی، خاکریز اول درمان

در طرح پزشک خانواده، از پزشکان عمومی به‌عنوان «خط مقدم عرصه‌ی درمان»، «دروازه‌بانان دروازه‌ی نظام سلامت»، «مدیران سلامت جامعه» و عبارات جذاب و فریبنده‌ی دیگری از این دست یاد می‌شود. «آموزش، درمان و پیشگیری از بیماری‌ها» جزو وظایف اصلی پزشکان عمومی است، ولی نه تنها در تدوین و اجرای طرح فوق‌کمترین عنایتی به تشکلهای صنفی و علمی آنان همانند سازمان نظام پزشکی و انجمن پزشکان عمومی نشده، بلکه در ستادها و کمیته‌های سیاست‌گذاری، راهبردی و اجرایی طرح نیز جایگاهی برای تشکلهای صنفی و علمی پزشکان عمومی وجود ندارد.

ده‌ها اشکال ساختاری و اجرایی در مورد طرح پزشک خانواده‌ی شهری موسوم به ۰۲ توسط سازمان نظام پزشکی و انجمن‌های پزشکان عمومی سراسر کشور به‌صورت مکتوب مطرح شده، اما هیچ پاسخ روشن و قانع‌کننده‌ای از جانب مسوولان داده نشده و قرار است همان سیاست‌همیشگی آزمون و خطا در مورد این طرح هم ادامه یابد.

در طرح فوق مطب پزشکان

عمومی تبدیل به پایگاه پزشک خانواده (مطب تطابق یافته‌ی پزشک عمومی از نظر استاندارد، فضا، نیروی انسانی، محتوای خدمت، تجهیزات، ساعت کار ...) می‌شود. در جامعه‌ی ما به‌طور سنتی و تاریخی مطب بخشی از هویت اجتماعی پزشک محسوب می‌شود و از اهمیت فراوانی برخوردار است. حتی پزشکی که مسوولیت‌های اجرایی مهمی هم اختیار می‌کنند، هیچ‌گاه مطب و تابلوی خود را از دست نمی‌دهند. در طرح فوق هویت پزشکان عمومی از آنان سلب می‌شود و آنان تبدیل به کارمندان قراردادی (نه استخدامی) وزارت بهداشت می‌شوند.

قانون و نهادهای مسوول

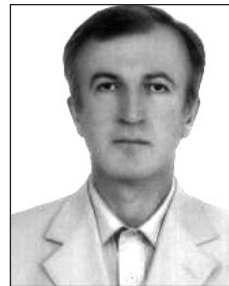
در بند «ج» از ماده‌ی ۳۲ قانون برنامه‌ی پنجم توسعه بر اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در طول برنامه پنجم تأکید شده است. اما در بند «ب» همین ماده و ماده‌ی ۳۸ همین قانون برای اجرای طرح فوق بر دو پیش‌فرض تأکید شده است:

الف. تجمیع صندوق‌های گوناگون بیمه‌ای و تشکیل بیمه‌ی همگانی به نام سازمان ملی بیمه سلامت (ماده‌ی ۳۸)

ب. تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (ماده‌ی ۳۲)

طبق آمارهای رسمی، بین ۱۰ تا ۱۵ میلیون نفر از جمعیت کشور تحت پوشش هیچ بیمه‌ای نیستند. همچنین تنوع وسیع سازمان‌های بیمه‌گر و تنوع خدماتی که به بیمه‌شدگان خود ارایه می‌دهند، در یک سیستم یکپارچه و همگن مانند پزشک خانواده، ایجاد ناهماهنگی و تعارض می‌کند. تأکید قانونگذار بر تجمیع صندوق‌های درمانی بیمه‌ها برای جلوگیری از این ناهماهنگی‌هاست. از سوی دیگر، با توجه به اختلاف نظرهایی که میان سازمان‌های بیمه‌گر وجود دارد، چشم‌انداز روشنی در تجمیع بیمه‌ها دیده نمی‌شود. تشکیل شورای عالی سلامت نیز برای ایجاد وحدت نظر در سیاست‌گذاری طرح‌های ... ادامه در صفحه‌ی ۷

پزشک خانوادگی شهری واقعیت یا سراب؟



دکتر عبدالله رضائی

شد؟ در زمان بروز بیماری‌های جدی در صورت عدم ارجاع به موقع و از دست رفتن فرصت‌ها، چه بلایی بر سرشان خواهد آمد؟ آیا امکان غربالگری انواع بیماری‌ها برای‌شان وجود خواهد داشت؟ آیا بیماران دیابتی، قلبی-عروقی یا کلیوی امکان پیگیری منظم و ادواری بیماری خود را نزد پزشک متخصص خواهند داشت؟ در صورتی که پزشک مورد علاقه و اعتمادشان در محدوده‌ی دسترسی «محل» نباشد، چگونه می‌توانند با پزشک دیگری که به اجبار ناگزیرند تحت پوشش وی باشند، ارتباط برقرار کنند؟ اصلاً آیا انتخاب آزادانه‌ی پزشک خانواده یا پزشک متخصص در این طرح جایی دارد؟ این سوالات تنها بخشی از نگرانی‌های بیماران است.

احتمال موفقیت طرح‌های ساماندهی بهداشت و درمان همچون طرح ۰۲ به دو عامل زیر بستگی دارد:

۱. توجه به نگرانی‌های همه‌ی طرف‌های درگیر از جمله وزارت بهداشت، پزشک و بیماران
۲. مشارکت همه‌ی سازمان‌های مرتبط در طرح‌های ساماندهی از جمله وزارت بهداشت، سازمان نظام پزشکی، انجمن پزشکان عمومی و سایر انجمن‌های علمی.

حالی که در این طرح وزارت بهداشت، سایر سازمان‌های مرتبط و مردم‌نهاد را کنار گذاشته است، پیش‌بینی موفقیت‌آمیز نبودن طرح خیلی سخت نیست. فراموش نکنیم اگر رضایت‌مندی پزشک و بیمار در هر طرحی حاصل نشود، بهترین طرح‌ها به شکست می‌انجامد. با آنچه که گذشت، خود می‌توانید پیش‌بینی کنید که طرح ۰۲ واقعیت است یا سراب!

نگرانی دیگر پزشک خانواده کاهش چشمگیر درآمد ماهیانه‌ی اوست. به عنوان مثال اگر پزشکی هم‌اکنون ۱۰۰۰ بیمار داشته باشد که در سال به طور میانگین ۴ بار ویزیت شوند، با تعرفه‌ی ۱۰ هزار تومان، درآمد ناخالص سالانه‌ی او ۴۰ میلیون تومان خواهد بود. حالا اگر همین پزشک با همین تعداد بیمار در طرح شرکت کند، به دلیل رایگان بودن فرانشیز ویزیت و دارو، احتمالاً بار مراجعه بسیار بیشتر خواهد شد، ولی با سرانه‌ی ۱۷۵۰ تومان در ماه، درآمد ناخالص سالانه‌ی او ۲۱ میلیون تومان خواهد بود یعنی معادل نصف درآمد کنونی! (و البته در این طرح تزیقات و پانسمان و بسیاری خدمات دیگر هم باید رایگان ارائه شود).

نگرانی دیگر پزشک خانواده، معقول نبودن تعداد جمعیت تحت پوشش و نامحدود بودن احتمال مراجعه‌ی جمعیت تحت پوشش (به علت رایگان بودن فرانشیز ویزیت و دارو) است. بر اساس مصوبه‌ی سال ۱۳۹۰ هیات دولت، حداقل زمان ویزیت هر بیمار ۲۰ دقیقه در نظر گرفته شده است. حال چگونه امکان دارد این همه خدمات در این زمان انجام گرفته و در سیستم رایانه ثبت شود؟

پزشک خانواده همچنین نگران پایش است؛ آیا پایش به طور علمی صورت خواهد گرفت یا به شیوه‌های سنتی رایج از قبیل تعداد ارجاع ماهانه، درخواست پاراکلینیک و اقلام داروی تجویزی در هر نسخه؟ چرا که این روش‌ها همچون ابزار فشار عمل می‌کنند.

نگرانی جدی دیگر پزشکان و داروسازان با توجه به عملکرد و تجربه‌ی سازمان‌های بیمه‌گر ابهام در پرداخت منطقی و به موقع است، آیا در صورت عدم پرداخت به موقع مطالبات، با توجه به رایگان بودن فرانشیز ویزیت و دارو، پزشکان آخر هر ماه هزینه‌ی زندگی خود و اجاره مطب و حقوق پرسنل را خواهند داشت؟

جدا از نگرانی‌های وزارت بهداشت و پزشکان که ذکر شد، بیماران هم نگرانی‌های خاص خود را دارند؛ آیا در صورت بروز بیماری از امکانات تشخیصی و درمانی نوین برخوردار خواهند

در اورژانس‌های تنفسی و درمان بیماران مصدوم نیز جزو لاینفک وظایف تیم سلامت است. تیم سلامت خدمات ارائه شده را باید در پرونده‌ی الکترونیک بیمار ثبت کند و صد البته ارائه‌ی مشاوره‌ی تلفنی به افراد تحت پوشش و ثبت آن در پرونده‌ی الکترونیک هم نباید فراموش شود. پیگیری فعال بیماران تحت پوشش با تلفن و سیستم پیام کوتاه نیز جزو وظایف پزشک است و در صورت عدم مراجعه‌ی فرد، تیم سلامت خود باید پیش قدم شود و از طریق مرکز هدایت و راهنمایی بیماران (Call center) پیگیری جامعه‌ی تحت پوشش خود باشد.

و البته همه‌ی این‌ها فقط جزئی از لیست بالابند نگرانی‌های وزارت بهداشت است که طرح نسخه‌ی ۰۲ را رویای درمان دردهای خود می‌بیند و از پزشک خانواده مطالبه می‌کند.

اما نگرانی‌های جناب پزشک خانواده شامل هزینه‌های اجاره‌ی مطب، حقوق ماهیانه‌ی ماما یا پرستار، حقوق منشی، حق بیمه‌ی پرسنل، عیدی و پاداش سالانه، مالیات، هزینه‌های آب، برق، گاز، تلفن و اینترنت است که فقط خط اول نگرانی‌های اوست. مطبی را که اجاره کرده و هزینه‌اش را پرداخت می‌کند، از این پس پایگاه پزشک خانواده خواهد شد! ضمناً باید از نظر استاندارد فضا، نیروی انسانی، محتوای خدمت، تجهیزات، ساعات کار و... مورد قبول باشد.

جمعیت تحت پوشش هر پزشک در این طرح باید حداقل ۵۰۰ نفر باشد. اگر پزشکی چنین تعداد بیمار نداشته باشد، چه خواهد شد؟ و اگر با حداقل ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ نفر در طرح شرکت کند، آیا درآمدهای ماهیانه‌ی او پاسخگوی هزینه‌هایش خواهد بود؟ آن هم در مقابل این همه خدمات رنگارنگ و ده‌ها وظیفه‌ی ریز و درشتی که برایش تعریف کرده‌اند.

وزارت بهداشت در نظر دارد به زودی طرح «پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری» (نسخه‌ی ۰۲) را اجرایی کند. این طرح که با هدف ارتقای نظام سلامت، اهداف متنوع بهداشتی و درمانی را دنبال می‌کند، رسالتی برای خود تعریف کرده است؛ از جمله آموزش و ارتقای سلامت، مراقبت از جامعه‌ی تحت پوشش، درمان اولیه و تدبیر در فوریت‌ها، ارجاع مناسب و به موقع، پیگیری موارد ارجاع به سطوح بالاتر، دریافت پس‌خوراند از سطوح بالاتر و انجام اقدامات مورد نیاز براساس آن.

بگذریم که رسیدن به این همه هدف با توجه به تنوع و تعداد از حوزه‌ی باور خارج است؛ چرا که به عنوان مثال در مراقبت از جامعه‌ی تحت پوشش گروه‌های سنی مختلفی از جمله نوزادان، کودکان، نوجوانان، میانسالان، سالمندان و مادران باردار هر کدام مخاطرات، بیماری‌ها و آموزش‌های خاص خود را دارند. از زردی نوزادان، وضعیت تغذیه، تکامل و واکسیناسیون آنان گرفته تا سلامت دهان و دندان کودکان، پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات روانی، افسردگی، پرخاشگری و وسواس در کودکان، آموزش پیشگیری از استعمال دخانیات و رفتارهای پرخطر در نوجوانان، تشخیص و درمان فشار خون، دیابت و چاقی در میانسالان، آموزش جامعه‌ی دربار‌ی سل، جذام، وبا، ایدز و... همه و همه به دوش تیم سلامت گذاشته شده است.

فراموش نکنیم که در حوزه‌ی سلامت جامعه، از آب و فاضلاب گرفته تا واکسن، کشیدن ناخن، ختنه، سلامت در محیط کار، بهداشت پرتوها، پسماندها، مواد شیمیایی و سموم و ایمنی غذا (بهداشت مواد غذایی، سیستم پخت و پز مناسب و...) همه به عهده‌ی تیم سلامت است. البته اقدامات اولیه

دکتر عبدالله رضائی

متخصص اورولوژی
عضو هیات مدیره‌ی سازمان نظام پزشکی تالش
عضو مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی کشور
نشانی: تالش، خیابان خرمشهر، تلفن: ۰۱۸۲-۴۲۲۶۶۱۲

ادامه از صفحه ۶...

نظام سلامت و هماهنگی میان مولفه‌های موثر در آن الزامی است.

همچنین در ماده‌ی ۳۴ برنامه‌ی پنجم بر کاهش پرداخت هزینه‌های درمانی از جیب مردم به ۳۰ درصد تصریح شده است. اما در طرح پزشک خانوادگی شهری (۰۲) اصرار بر رایگان بودن ویزیت، تزیقات و دارو در سطح یک است؛ امری که منجر به افزایش بار مراجعه‌ی غیرضروری خواهد شد و این بار مراجعه‌ی غیرضروری به کاهش کیفیت درمان، فرسایش پزشکان و نهایتاً نارضایتی مردم و پزشکان خواهد انجامید. بنابراین اصرار در مورد طرحی که بسترهای فرهنگی - اجتماعی آن فراهم نشده و دارای اشکالات ساختاری و قانونی است و تاکید بر اجرای آمرانه و دستوری آن بدون در نظر گرفتن توصیه‌های دلسوزان نظام سلامت مبنی بر عدم تعجیل و شتابزدگی در اجرای آن، با توجه به تجارب گذشته مانند پزشک خانوادگی روستایی، همگی نشان دهنده‌ی عزم مسوولان در اجرای طرح به هر شکل و بهره‌برداری کوتاه‌مدت از اجرای آن در حوزه‌هایی غیر از نظام سلامت است.

بر همین اساس، اعتقاد بر این است که اراده‌ی جدی برای اجرای طرحی اصولی، منطقی و واقعی در زمینه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع وجود ندارد و در نهایت اجرای سطحی و مقطعی این گونه طرح‌ها موجب نارضایتی مردم، سرخوردگی پزشکان و اتلاف منابع ملی خواهد شد.

دکتر حمید طهماسبی پور

عضو هیات مدیره‌ی انجمن پزشکان عمومی رشت
نشانی: رشت، امامزاده هاشم، تلفن: ۰۱۳۲-۳۲۲۳۳۴

Email: hamtapor@gmail.com

۰۲ و بی توجهی به زیرساخت‌ها



• دکتر مهران قسمتی‌زاده •.....

«زیرساخت» به دسته‌ای از عوامل ساختاری به هم پیوسته گفته می‌شود که تکیه‌گاه اسکلت یک ساختمان کامل را فراهم می‌کند. گاهی این عوامل گوناگون در مجموع «زیرسازه» یا به طور ساده «سازه‌های عمومی» نامیده می‌شوند. این واژه در زمینه‌های متفاوت، معانی گوناگونی می‌یابد و در مواردی ممکن است برای اشاره به تکنولوژی اطلاعات، کانال‌های رسمی و غیررسمی ارتباطی، ابزارهای گسترش نرم‌افزاری، شبکه‌های سیاسی و اجتماعی یا اعتقادات مشترکی که اعضای گروه‌های خاص حفظ کرده‌اند، نیز به کار رود. با این توضیح می‌توان گفت زیرساخت یا زیرسازه بیانگر تشکیلات ساختاری است که سیستم یا سازمان ارایه‌کننده خدمات را حمایت می‌کند؛ خواه این سیستم یک شهر، یک ملت یا یک اجتماع باشد.

زیرساخت‌ها و پیش‌نیازها

۱. **پیش‌نیاز و زیرساخت قانونی:** پزشک خانواده و نظام ارجاع از مدت‌ها پیش مورد توجه قانونگذاران کشور بوده، اما در برنامه‌های پنج‌ساله‌ی چهارم و پنجم توسعه به این امر توجه ویژه‌ای شده است. در بخش سلامت و در ماده‌ی ۳۲ برنامه‌ی پنجم، بر تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تاکید شده و در بند «ب» همین ماده اشاره شده است که باید تمام طرح‌های بزرگ توسعه‌ای به تصویب این شورا برسد. مسلماً تاکید قانونگذار بر تشکیل این شورا به دلیل حضور همه‌ی نهادهای تاثیرگذار بر نظام سلامت بوده است تا تصمیم‌های این شورا از جامعیت لازم برخوردار باشد، اما متأسفانه آخرین مصوبات این شورا به سال ۸۷ باز می‌گردد و از آن پس این شورا جلسه‌ای نداشته و اگر هم داشته، مصوبه‌ای نداشته است. از این رو می‌توان به این نتیجه رسید که این طرح در این شورا مطرح نشده و نتایج نسخه‌ی پیشین آن که به «۱» معروف است، به این شورا گزارش نشده است.

در بند «د» این قانون، تا پایان سال اول برنامه به منظور ارایه‌ی خدمات یکسان برای همه‌ی ایرانیان، وزارت بهداشت مکلف به تامین بیمه‌ی پایه از طریق تشکیل صندوق سلامت شده

است. این امر که خود برای تحقق عدالت و همچنین یکپارچگی خدمات الزامی است، تا کنون تحقق نیافته است. هم‌اکنون نیز در اجرای برنامه‌ی «۰۲» بیمه‌ی نیروهای مسلح و کمیته‌ی امداد از همکاری با این طرح سر باز زده‌اند و صندوق‌های بیمه‌ی بانک‌ها و شرکت‌هایی چون نفت، مخابرات و... نیز خود را مشمول این طرح ندانسته‌اند.

۲. زیرساخت اجتماعی و فرهنگی:

در کشور مامدتهاست این باور در بین مردم وجود دارد که برای رفع نیازهای سلامتی خود باید به بالاترین سطوح تخصصی و فوق‌تخصصی مراجعه کنند و سال‌هاست وسایل ارتباط جمعی، رادیو و تلویزیون این باور را تقویت کرده‌اند. همین مساله سبب شده که مردم با تحمل بار اصلی هزینه‌ی درمان، با این انگیزه که هر چه سریع‌تر سلامتی خود را به دست آورند، ساعت‌ها انتظار را در مطب‌های همکاران متخصص و فوق‌تخصص فقط برای یک مشورت ساده تحمل کنند اما به دلیل بی‌اعتمادی به پزشک عمومی محل خود مراجعه نکنند. این باور غلط یکی از زیرسازهای اصلی ایجاد هزینه‌های سرسام‌آور درمان در کشور ماست و همین باور غلط است که بر پایه‌ی تفاوت زیاد اطلاعاتی مردم و پزشکان در مقوله‌ی سلامت، شرایط را برای هدایت بیماران به استفاده از خدمات غیرلازم گران‌تر و تخصصی‌تر فراهم می‌کند.

حال باید از مسوولان پرسید ظرف سال‌های اخیر که طرح پزشک خانواده در برنامه‌ی کاری شما بوده، در اصلاح این باور چه کرده‌اید؟ و اگر کاری در این مورد صورت گرفته، چرا این تغییر باور ایجاد نشده است؟ چرا حتی در روستاها که طرح بیمه‌ی روستاییان از چندین سال پیش در حال اجراست، اکثر ارجاع‌ها مسیر برعکس را طی می‌کند؟ بیماران نخست به پزشکان متخصص مراجعه و سپس از همکار پزشک خانواده به عنوان کسی که وظیفه دارد دفترچه‌ی آنان را مهر کند، استفاده می‌کنند. اگر به همین ارجاع معکوس توجه کنیم، متوجه می‌شویم که

باور به الزامی بودن سطح‌بندی به مردم منتقل نشده و مردم با همان باور غلط خود معتقدند که این امر فقط به کاغذبازی و تلف کردن وقت‌شان دامن زده است.

۳. زیرساخت آموزشی:

سال‌هاست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متولی پزشک خانواده شده است، اما متأسفانه هنوز این امر در متون آموزشی پزشکان عمومی تأثیری نگذاشته است. هنوز پزشکان عمومی به همان شیوه‌ی سابق آموزش می‌بینند و جالب این‌که با گذشت بیش از ۷ سال از اجرای طرح پزشک خانواده در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت، فقط حدود ۲۰ راهکار (گایدلاین) بالینی برای پزشکان (چه عمومی و چه متخصص) تدوین و در سایت وزارت بهداشت قرار داده شده است. در نتیجه به نظر می‌رسد که در این مورد نیز به زیرساخت آموزشی لازم برای درمان و ارجاع توجه لازم نشده است که از یک سو سبب توانا‌تر شدن پزشکان عمومی در تشخیص و درمان بیماری‌ها و از سوی دیگر زمینه‌ساز بازگشت اعتماد مردم به این همکاران خواهد شد.

۴. زیرساخت‌های ارتباطی

بین سطوح مختلف: کاملاً مشخص است که افزون بر تامین سلامت مردم، یکی دیگر از دغدغه‌های اصلی مسوولان نظام سلامت، کاهش هزینه‌های نظام سلامت و نیز هزینه‌هایی است که مردم از جیب خود پرداخت می‌کنند. به نظر می‌رسد تمام کارشناسان نظام سلامت در این مورد اتفاق نظر دارند که در حال حاضر بیشتر هزینه‌ها در سطوح ۲ و ۳ (خدمات تخصصی و فوق‌تخصصی) صرف می‌شود. از این رو می‌توان نتیجه گرفت تا زمانی که مناسبات سطوح ارایه دهنده‌ی خدمات در کشور به گونه‌ای تعریف نشود که مردم نتوانند به طور مستقیم به سطوح بالاتر مراجعه کنند، نمی‌توان در نظام سلامت به موفقیت هیچ طرح اصلاحی که به این منظور

تدوین شده باشد، امیدوار بود. توجه داشته باشید که هم‌اکنون بیشتر داروهای تجویزی و سایر خدماتی که همکاران متخصص و فوق تخصص ارایه می‌کنند، زیر پوشش بیمه‌ها قرار نمی‌گیرد و بیمه‌ها فقط بخش کوچکی از هزینه‌های خدمات تشخیصی را متقبل می‌شوند. پس می‌توان به این نتیجه رسید که روش‌های مطرح شده در دستور العمل طرح ۰۲ نیز در این مورد به توفیق لازم نخواهند رسید.

۵. زیرساخت فیزیکی:

همان‌طور که می‌دانید، بسیاری از مطب‌های خصوصی در شهرها که قرار است به مرکز ارایه‌ی خدمات سلامت در طرح ۰۲ تبدیل شوند، در حال حاضر فقط دارای فضایی برای معاینه‌ی بیمار و مکانی برای انتظار و شاید برای انجام تزریقات باشند. حال با توجه به بسته‌ی قطور خدمات پزشک خانواده در طرح ۰۲، قرار است در همین مکان، خدمات مامایی، بهداشت خانواده، خدمات اندازه‌گیری قد و وزن و... انجام شود، یعنی حداقل فضایی به اندازه‌ی یک مرکز بهداشتی-درمانی. آیا بهتر نبود که نخست اعتبار و زمان لازم برای استاندارد کردن مطب‌ها در حد نیازهای جدید، به پزشکان اختصاص می‌یافت و پس از آن اجرای طرح آغاز می‌شد؟

در پایان باید به مسوولان محترم یادآوری کنم که «زیرساخت» فقط عبارت زیبایی نیست که گاهی برای خوش‌آهنگ‌تر شدن جملات استفاده می‌شود، بلکه برای موفقیت همه‌ی طرح‌های مهم و پایه‌ای توجه به آن و ایجاد تغییرات متناسب با آن در طرح الزامی است؛ وگرنه ممکن است بنایی در سطح ساخته شود اما به دلیل سستی «زیرساخت» با کوچک‌ترین فشاری فرو ریزد. شاید یک بار توجه به این پند مولوی که از قرن هفتم تا کنون بارها و بارها تکرار شده، بتواند رهگشا باشد:

خشت اول گر نهد معمار کج
تا ثریا می‌رود دیوار کج!

دکتر مهران قسمتی‌زاده
نشانی: سیاهکل، درمانگاه حافظ، تلفن: ۰۱۴۲-۳۲۲۴۲۰۰
Email: mg2251343@yahoo.com

پیشنهاد، تعیین، ابلاغ؟

شورای عالی سازمان نظام پزشکی کشور طی بیانیه‌ای که در خبرگزاری‌ها نقل شد و هم‌اکنون در سایت سازمان (irimc.net) نیز وجود ندارد و با انشایی که معلوم نیست بالاخره «پیشنهاد» است، یا «تعیین» یا «ابلاغ»، تعرفه‌های خدمات درمانی سال ۹۱ را اعلام کرد و بلافاصله هم مورد هجوم و تهدید مسوولان وزارت بهداشت قرار گرفت. گفتنی است طبق قانون سازمان نظام پزشکی (مصوب سال ۱۳۸۳ مجلس شورای اسلامی) حق تعیین تعرفه‌ی بخش خصوصی به‌عهده‌ی نظام پزشکی قرار دارد، ولی در ماده‌ی ۳۸ برنامه‌ی پنج‌ساله‌ی پنجم توسعه که در دی‌ماه ۱۳۸۹ توسط مجلس تصویب شد، این حق تا پایان سال ۱۳۹۴ به شورای عالی بیمه‌ی سلامت کشور تفویض شد. و جالب این‌که اگرچه شورای عالی بیمه‌ی سلامت کشور هنوز تشکیل نشده است، وزارت بهداشت که خود را قائم‌مقام این شورا می‌داند، در حالی نظام پزشکی را تهدید می‌کند که خود تا زمان تنظیم این خبر (۷ تیرماه) از تعیین و اعلام تعرفه‌ها سر باز زده است.

تعرفه‌های پیشنهادی نظام پزشکی اعلام شد

۹۱/۲/۱۸، ایسنا: شورای عالی سازمان نظام پزشکی کشور طی بیانیه‌ای تعرفه‌های پیشنهادی خدمات درمانی سال ۹۱ را با افزایشی تا ۳۰ درصد تعرفه‌های سال گذشته اعلام کرد.

در بیانیه‌ی شورای عالی سازمان نظام پزشکی کشور آمده است: «طی بررسی‌های جامع توسط کمیسیون تعرفه و مالیات سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، تعرفه‌ی سال ۱۳۹۱ خدمات پزشکی و تشخیصی نسبت به تعرفه‌ی سال ۱۳۹۰ تا ۳۰ درصد افزایش و پیشنهاد شد تعرفه‌ی خدمات سرپایی در بخش خصوصی شامل پزشکان عمومی و دندانپزشکان عمومی ۱۰۵.۰۰۰

ریال و پزشک و دندانپزشکان متخصص ۱۷۰.۰۰۰ ریال، پزشک فوق تخصص، فلوشیپ، استاد و دانشیار و متخصص روانپزشک ۲۱۰.۰۰۰ ریال، PHD پروانه‌دار ۱۰۵.۰۰۰ ریال، کارشناس ارشد پروانه‌دار ۹۰.۰۰۰ ریال، کارشناس پروانه‌دار ۸۰.۰۰۰ ریال، K فیزیوتراپی ۵۴۵۰ ریال، K دندانپزشکی ۶۲۵۰ ریال، K جراحی ۴۳۰.۰۰۰ ریال، K جراحی مراکز محدود ۳۶۵.۰۰۰ ریال، K داخلی ۳۸۵.۰۰۰ ریال، K بیهوشی ۱۹۰.۰۰۰ ریال تعیین گردید. همچنین هتلینگ تخت عمومی درجه‌ی یک ۱.۳۶۵.۰۰۰ ریال و درجه‌ی دو ۱.۰۹۰.۰۰۰ ریال، درجه‌ی سه ۸۲۰.۰۰۰ ریال و درجه‌ی چهار ۵۴۵.۰۰۰ ریال و تعرفه‌ی داروخانه ۱۴.۰۰۰ ریال و تعرفه‌ی خدمات تشخیصی از جمله آزمایشگاه‌های تشخیص طبی و رادیولوژی و پزشکی هسته‌ای و غیره ۳۰ درصد افزایش و طی تنظیم دفترچه مربوطه ابلاغ شد.»

در این بیانیه توضیح داده شده است که درصد افزایش K جراحی و K داخلی و K بیهوشی ۲۰ درصد است.

رییس جامعه‌ی جراحان ایران: باید شوق‌الْقمر کنیم تا تعرفه‌ها تعیین شود

۹۱/۲/۱۶، خبرگزاری فارس: رییس جامعه‌ی جراحان ایران گفت: «فشارها به جامعه‌ی پزشکی هیچ‌گاه به‌اندازه‌ی امروز نبوده است. قرار نیست هزینه‌ی هدفمندی یارانه‌ها را جامعه‌ی پزشکی بپردازد. برای تعیین تعرفه‌های پزشکی هم باید شوق‌الْقمر کنیم زیرا هنوز دولت شورای عالی بیمه‌ی سلامت را تشکیل نداده و همین تعرفه‌های غیرواقعی عامل زیرمیزی است.» دکتر ایرج فاضل در افتتاحیه‌ی سی و ششمین کنگره‌ی سالانه‌ی جامعه‌ی جراحان ایران گفت: «ما همیشه در جامعه‌ی پزشکی با چالش‌هایی روبه‌رو بوده‌ایم اما فشارها هیچ‌گاه به این

حجم زیاد نبوده است و یکی از چیزهایی که باید فریاد بزنیم میزان سرمایه‌گذاری در زمینه‌ی سلامت است.»

وی تصریح کرد: «امروز به‌دلایل مختلف از جمله اجرای قانون هدفمندی یارانه‌ها که تبعات آن دامنگیر همه شده است، افزایش روزافزون هزینه‌های پزشکی، کسری سالانه‌ی بودجه‌ی بخش حوزه‌ی سلامت، کم‌کاری شرکت‌های بیمه و عدم پرداخت مطالبات بیمارستان‌ها فشار بیشتری را به ما وارد می‌کند.»

وزیر اسبق بهداشت گفت: «بی‌توجهی دولت و کارگزاران بخش سلامت که یکی از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه است باعث شده تا فشار مضاعفی به جامعه‌ی پزشکی وارد شود. همیشه بخشی از درآمد ناخالص نفت به سلامت اختصاص داده می‌شود که این مبلغ بسیار ناچیز است. به‌عنوان مثال قرار بود پارسال ۳ هزار میلیارد تومان از مازاد درآمد نفت را به بخش سلامت اختصاص دهند که تا ماه‌های پایانی سال دولت از این کار طرفه رفت و بالاخره بیش از دوسوم را پرداخت نکرد و بقیه‌ی این مبلغ به فراموشی سپرده شد. همین‌طور طبق قانون ۱۰ درصد درآمد هدفمندی یارانه‌ها باید به بخش سلامت اختصاص یابد در حالی که معلوم نیست این درآمد کجاست. با این بی‌توجهی‌ها بسیاری از مواد قانونی برنامه‌ی پنجم توسعه اجرا نشده است.»

دکتر فاضل تاکید کرد: «ایجاد بیمه‌ی پایه‌ی همگانی که مصوبه‌ی قانونی است، معلوم نیست کجاست. ظاهراً مثل این‌که بی‌اعتنایی به قانون مد شده و به‌مرور قانون‌شکنی رسم می‌شود. به‌حکم قانون تعیین تعرفه‌ها باید پس از سازمان نظام پزشکی برعهده‌ی شورای عالی بیمه‌ی سلامت باشد اما این شورا تا کنون تشکیل نشده و ما باید جایی را پیدا کنیم که شوق‌الْقمر کند و تعرفه‌ها را تعیین کند. یک زمانی در مجلس با کار کارشناسی، سازمان نظام پزشکی

را مسوول تعیین تعرفه‌ها کردند چرا که هیچ‌جایی به‌اندازه‌ی نظام پزشکی به این کار آگاه نیست، اما بعداً در مجلس بعدی عده‌ای آمدند و این قانون را تغییر دادند و اختیار تعرفه را از نظام پزشکی گرفتند تا به شورای عالی بیمه‌ی سلامت که هنوز وجود ندارد، سپرده شود.»

رییس اسبق سازمان نظام پزشکی و فرهنگستان علوم پزشکی ادامه داد: «با این اوضاع معلوم نیست که موسسات پزشکی با چه نرخ‌ی حساب و کتاب خود را باید تنظیم کنند. جامعه‌ی پزشکی فقط برای ایجاد کنگره نیست و وقت آن رسیده که با این بی‌سامانی‌ها که وجود دارد، خود جامعه‌ی پزشکی اندیشمندانه به این کار رسیدگی کند.»

معاون درمان وزارت بهداشت: بابت اعلام تعرفه‌ها از نظام پزشکی شکایت می‌کنیم

۹۱/۲/۲۱، خبرگزاری فارس: معاون درمان وزارت بهداشت گفت: «از سال گذشته اعلام تعرفه‌ها برعهده‌ی شورای عالی سلامت قرار گرفته و نظام پزشکی اختیاری در تعیین تعرفه‌ها ندارد و بابت ابلاغ تعرفه‌های جدید از نظام پزشکی شکایت می‌کنیم.»

حسن امامی رضوی ادامه داد: «این اقدام نظام پزشکی هم برای تعیین تعرفه، ابلاغ و هم اجرای آن غیرقانونی است و ما از نظام پزشکی بابت این کار به دیوان عدالت اداری شکایت می‌کنیم. باید صبر می‌کردند تعرفه‌ها توسط دولت اعلام شود و اجرای هر گونه تعرفه‌ای به‌جز تعرفه‌ای که توسط دولت اعلام شده غیرقانونی است.»

وی در پاسخ به این‌که نظام پزشکی معتقد است تا تشکیل شورای عالی بیمه‌ی سلامت نظام پزشکی همچنان باید متولی تعیین تعرفه‌ها باشد گفت: «در سال ۹۰ هم که سال اول اجرای قانون پنجم توسعه بود شورای عالی بیمه سلامت تشکیل نشد و شورای عالی بیمه‌ی خدمات

درمانی تعرفه‌ها را تعیین کرد و به دولت داد تا ابلاغ شود. پس چرا نمایندگان شورای عالی نظام پزشکی در آن جلسات شرکت کردند؟»

رییس کل سازمان نظام پزشکی: منتظر تصویب تعرفه‌ها از سوی دولت هستیم

۹۱/۲/۲۷، خبرگزاری فارس: رییس کل سازمان نظام پزشکی گفت: «سازمان نظام پزشکی در مورد تعرفه‌های پزشکی فقط نظر کارشناسی خود را اعلام کرده و منتظر تصویب تعرفه‌های خدمات پزشکی در دولت هستیم که باید ابتدا یا در شورای عالی بیمه‌ی سلامت یا شورای عالی بیمه‌ی خدمات درمانی مصوب شود. البته اگر تعرفه‌ها واقعی نباشد، مشکلات حل نمی‌شود.»

سیدشهاب‌الدین صدر در مورد اعلام تعرفه‌های پیشنهادی نظام پزشکی و ایجاد برخی سوءتفاهم‌ها توضیح داد: «بنده به‌عنوان رییس سازمان نظام پزشکی رسماً اعلام می‌کنم که در شورای عالی نظام پزشکی تعرفه‌های پیشنهادی بررسی و مصوب شد و ما در چارچوب قانون کارشناسی تعرفه‌ها را انجام دادیم و امیدواریم این تعرفه‌ها پس از کارشناسی در شورای عالی بیمه‌ی سلامت یا شورای عالی بیمه‌ی خدمات درمانی به تصویب هیات وزیران برسد و از دولت می‌خواهیم در این امر تسریع کند و با همه‌ی کسانی که تعرفه را رعایت نکنند برخورد می‌کنیم.»

وی ضمانت اجرای درست تعرفه‌ها را واقعی بودن آن عنوان کرد و افزود: «تعرفه زمانی در جامعه جا می‌افتد که واقعی باشد و بر اساس قیمت تمام شده، استهلاک سرمایه و سود در نظر گرفته شده تعیین شود. اتفاقی که در هیچ‌یک از دولت‌های قبلی انجام نشد و آن‌ها قیمت تمام شده‌ی خدمات پزشکی را تامین نکردند ولی در نهایت ما با وزارت بهداشت هماهنگ‌ایم و نظر کارشناسی ما با نظر آن‌ها تفاوت چندانی ندارد.»

کارسنجی و تخمین نیروی مورد نیاز در نقش پزشک خانواده



دکتر مریم یزدان پناه

و مجموعه‌ی kp به p نزدیک‌تر خواهد شد.

۲. فراوانی یا تکرار کار: آن را با f (Frequency) نشان می‌دهیم. معمولاً فراوانی هر خدمت، در دوره‌ی زمانی کامل شدن آن خدمت بیان می‌شود ولی در خدماتی که استمرار دارد و هر سال تکرار می‌شود، فراوانی هر خدمت در طول سال منظور می‌گردد.

۳. متوسط زمان لازم برای انجام واحد کار: آن را با t (Time) نشان می‌دهیم. عامل t متغیر بسیار حساسی است که عوامل زیادی در آن موثر است، بدین جهت کنترل یا استاندارد کردن آن بسیار پیچیده و مشکل است و عوامل فراوانی بر آن تاثیر دارد.

از مجموع $kpft$ های مربوط به هر یک از مراقبت‌های مذکور به دست می‌آید:

$$K1p1f1t1+k2p2f2t2+kn$$

توان کار در مقابل حجم کار، متوسط توان (کمی و کیفی) مطرح است که بررسی توانایی کار انسان‌هاست. وجه کیفی توان، مربوط به دانش و مهارت نیروی کار است در حالی که توان کمی، مقدار وقت صرف شده برای کار را مورد بحث قرار می‌دهد. بنابراین اگر سطح مهارت کارکنان همسان تلقی شود، مقدار زمانی که هر کارگر یا کارمند صرف انجام کار می‌کند، می‌تواند نشان

متوسط زمان لازم برای انجام واحد کار معمولاً به روز یا ساعت یا اغلب به دقیقه بیان می‌شود. در شرایطی که جامعه‌ی هدف (kp) و فراوانی خدمت (f) ثابت باشد، تنها راه کاهش حجم کلی خدمات، کاهش متوسط زمان لازم برای انجام واحد کار (t) است. نکته‌ی دیگر این‌که اگر سازمان مورد بررسی، تولید کننده‌ی یک محصول باشد، مجموعه‌ی $kpft$ حجم کار آن واحد را نشان خواهد داد ولی اگر واحد مورد نظر تولید کننده‌ی چند محصول یا کارمند مورد بررسی چندپیشه باشد، مجموع حجم کار آن واحد یا آن کارمند چندپیشه از مجموع $kpft$ هر یک از کارها و وظایف به دست خواهد آمد و حجم کار

نیروی انسانی مهم‌ترین، پیچیده‌ترین و گران‌ترین منبع در مدیریت کار است که برای برآورد آن چهار روش متداول است:

۱. روش مبتنی بر نسبت نیروی انسانی به جمعیت: برای برآورد آن فقط داشتن دو دسته اطلاعات کلی و محدود شامل استاندارد مورد نظر و جمعیت هدف کافی است. به عنوان مثال برای یک پزشک به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت، کافی است جمعیت هدف معلوم باشد تا تعداد پزشک مورد نیاز تعیین گردد. انتخاب این روش به علت تشدید ناهنجاری‌های مربوط به نیروی انسانی نامطلوب خواهد بود.

۲. روش مبتنی بر مقصد خدمات: در این روش مقصدهای تعیین شده در برنامه، ملاک عمل قرار می‌گیرد. این مقصدها متناسب با امکانات اقتصادی کشور و توسط مسوولان برنامه تعیین می‌گردد.

۳. روش مبتنی بر درخواست: درخواست واحدهای مختلف، ملاک برآورد نیرو است و بیشتر در کشورهای ثروتمند و سرمایه‌داری به کار می‌رود.

۴. روش مبتنی بر نیاز منطبق با استانداردهای مطلوب: نیروی انسانی مورد نیاز برای رسیدن به استانداردهای مطلوب، هدف قرار می‌گیرد.

اما پیش از تعیین نیروی انسانی مورد نیاز باید حجم و توان کار یک پزشک مورد بررسی قرار گیرد.

جدول ۱. جمعیت تحت پوشش پزشک در صورت انجام ویزیت پزشکی

خدمات	تعداد در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت	ضریب k	K×p	ضریب مراجعه در سال (f)	متوسط زمان لازم برای یک خدمت (t) به دقیقه	حاصل ft	حاصل kpft
ویزیت معمول	1000	1	1P	4	20	80	80P
ویزیت پایه‌ی سلامت	1000	1	1P	1	20	20	20P
جمع							
$p=1,100$							

جدول ۲. جمعیت تحت پوشش پزشک در صورت انجام ویزیت پزشکی و ارائه‌ی خدمات بهداشتی - درمانی

خدمات	تعداد در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت	ضریب k	K×p	ضریب مراجعه در سال (f)	متوسط زمان لازم برای یک خدمت (t) به دقیقه	حاصل ft	حاصل kpft
ویزیت معمول	1000	1	1P	4	20	80	80P
ویزیت پایه‌ی سلامت	1000	1	1P	1	20	20	20P
مشاوره‌ی تلفنی	1000	1	1P	5	5	25	25P
تنظیم خانواده و مشاوره‌ی پزشک	150	0.15	0.15P	15	10	22.5	22.5P
مراقبت دوران بارداری	20	0.02	0.02P	1	15	0.3	0.3P
مراقبت پیش از بارداری	20	0.02	0.02P	1	15	0.3	0.3P
مانا (کودک بیمار)	120	0.12	0.12P	2	15	3.6	3.6P
مشاوره‌ی شیردهی	15	0.015	0.015P	3	15	0.675	0.675P
کودک سالم	216	0.216	0.216P	1	15	3.24	3.24P
سالمندان	76	0.076	0.076P	2	15	2.28	2.28P
ویزیت بیماران دیابتی	73	0.073	0.073P	4	20	5.84	5.84P
برنامه‌ی هیپوتیروئیدی	1	0.001	0.001P	9	20	0.18	0.18P
ویزیت بیماران فشار خونی	77	0.077	0.077P	6	10	4.62	4.62P
بیماران روانی (شدید، خفیف، صرع و...)	23	0.023	0.023P	1	20	0.46	0.46P
جلسات آموزشی				12	30	360	360
جمع							
$p=649$							

حجم کار حجم کار اعم از تولید کالا یا خدمت به عوامل زیر بستگی دارد:

۱. جامعه‌ی هدف: آن را با p (Population) نشان می‌دهیم و نماینده‌ی مجموعه‌ای است که کار برای آن یا روی



دکتر حمید طهماسبی پور نامزد ائتلاف فراگیر پزشکان عمومی ایران برای انتخابات انجمن پزشکان عمومی ایران (۲۳ تیر ۱۳۹۱)

- ✓ عضو هیات مدیره‌ی انجمن پزشکان عمومی رشت، مسوول تشکیلات انجمن (سه دوره)
- ✓ عضو شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی ایران (دو دوره)
- ✓ نایب رییس شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی گیلان
- ✓ عضو هیات نظارت بر سایت و نشریه‌ی انجمن پزشکان عمومی رشت

یک انجمن برآهسته

ائتلاف فراگیر پزشکان عمومی ایران

همکاران گرامی برای همراهی با نمایندگان خود در انتخابات انجمن پزشکان عمومی ایران (جمعه، ۲۳ تیر ۹۱) لطفاً با مسوولان انجمن شهرستان خود تماس بگیرید.

اخبار

مجمع عمومی نظام پزشکی: در قرارداد با طرح پزشک خانواده شتاب نکنید!

بیمه‌گر نیز با آن‌ها لغو شود را از ایرادات وارد بر نسخه‌ی ۰۲ طرح پزشک خانواده‌ی شهری و عمده‌ی نگرانی‌های جامعه‌ی پزشکی در اجرای این طرح عنوان کرده است. در بخش دیگری از این بیانیه آمده است: «نقایص مذکور مایه‌ی نگرانی عمیق جامعه‌ی پزشکی است و لذا از مسوولان طراحی و اجرای طرح پزشک خانواده نسخه‌ی ۰۲ انتظار دارد با بررسی بیشتر، رفع نواقص و پرهیز از شتابزدگی و نیز توجه و عنایت ویژه به نظرات کارشناسی شده و دلسوزانه‌ی نمایندگان جامعه‌ی پزشکی در بخش خصوصی زمینه‌ی استقرار یک نظام کارآمد و موفق را فراهم آورند. از اعضای جامعه‌ی پزشکی، به‌خصوص پزشکان عمومی و انجمن‌های علمی نیز دعوت می‌کنیم ضمن مشارکت فعال در کارشناسی ابعاد گوناگون طرح تا رفع نقایص فوق و انجام اصلاحات ضروری در طراحی برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی شهری، از شتاب در عقد قرارداد پرهیز کرده و تمامی سعی خود را در فراروی یک طرح ملی و کارآمد به‌کار گیرند.»

و اعمال اراده‌ای ملی جهت رسیدن به نتایج مثبت این طرح تاکید داشتند. همچنین اعضای مجمع عمومی به‌عنوان نمایندگان جامعه‌ی پزشکی سراسر کشور علی‌رغم نگرانی‌های موجود آمادگی خود را جهت کارشناسی موثر و مشارکت فعال در استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده ابراز کردند.»

بیانیه‌ی مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی ابهام در تامین منابع مالی طرح، سیستم پرداخت غیرعادلانه، عدم تناسب در تعداد افراد تحت پوشش (سرانه)، سیاست‌گذاری‌های عجولانه و شتابزده، ضعف فرهنگی و عدم فرهنگ‌سازی مناسب، ضعف مدیریت برای اجرای یک طرح ملی، اشکالات در نحوه‌ی انتخاب پزشک خانواده، پوشش بیمه‌ای و نگرانی‌ها در نحوه‌ی پرداخت، حذف حرفه‌ی مامایی در نسخه‌ی ۰۲، در نظر گرفتن حق‌الزحمه‌ی ماما در سرانه‌ی ناعادلانه‌ی پزشک عمومی و مخدوش شدن شرح وظایف خدمات پرستاری و مامایی، ابهامات طرح در فراگیری گروه‌های پاراکلینیک و داروخانه‌ها و عدم چاره‌اندیشی برای پزشکانی که به‌ر دلیل در طرح جا نگرفته و سیاست بر این است که قرارداد سازمان‌های

۳۱/۲/۹۱. مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی کشور در خصوص نسخه‌ی شهری طرح پزشک خانواده و چالش‌های پیش روی اجرای آن بیانیه صادر کرد و از پزشکان خواست تا رفع نواقص این طرح از شتاب در عقد قرارداد پرهیز کنند. به‌گزارش ایسنا در بخشی از بیانیه‌ی مجمع عمومی سازمان گودرزی، رییس مجمع اعلام شده، آمده است: «دستورالعمل برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، تحت عنوان نسخه‌ی ۰۲ از سوی دو وزارتخانه‌ی بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعاون، کار و رفاه اجتماعی، تدوین شده، مطابق اختیارات صریح مقامات مسوول وزارت بهداشت، اجرای آن در بسیاری از مناطق شهری، با شتابزدگی آغاز خواهد شد.»

در بخش دیگری از این بیانیه آمده است: «خلاصه‌ی نظرات اعضای مجمع عمومی سازمان طی بیانیه‌ی در اسفند ۱۳۹۰ منتشر شده و اعضای مجمع بر ضرورت اجرای صحیح طرح بر اساس بند الف ماده ۳۵ قانون برنامه‌ی پنجم توسعه و ضرورت سعی و تلاش همگانی

دهنده‌ی توان آن کارمند یا کارگر در یک محدوده‌ی زمانی معین تلقی گردد. اگر این زمان را با T نشان دهیم، بنابراین T نماینده‌ی مدت زمانی خواهد بود که کارمند یا کارگر صرف انجام کار می‌کند. همچنین با دید دیگر می‌توان گفت T بخشی از حجم کار است که یک کارمند می‌تواند در محدوده‌ی زمانی معینی انجام دهد. لذا تاکید می‌شود توان کمی کار کارمند متوسط مقدار کاری است که فردی با میزان مهارت معمولی می‌تواند در شرایط محیطی و شخصی مختلف با کیفیتی قابل قبول انجام دهد. ساعت‌های کار روزانه یا روزهای کار موظف نیز تحت تاثیر عوامل متعددی قرار دارد. از جمله مقررات مربوط به ساعت کار روزانه، روزهای کار در هفته، تعطیلی‌های رسمی (ملی و مذهبی)، مرخصی، تاخیر و غیبت کارکنان از عواملی است که موجب کاهش مجموع روزها و ساعت‌های کار موظف کارمند می‌گردد. هیچ‌گاه حتی در بهترین شرایط، ساعت کار واقعی کارکنان به زمان موظف کار نمی‌رسد. مدت زمان واقعی کار را زمان کار مفید روزانه می‌نامند.

در این نوشتار برای حذف اثر تعطیلی‌ها، مرخصی‌ها، تاخیرها و... روزهای کار ۲۵۰ روز در سال و ساعت‌های مفید کار روزانه ۶ ساعت فرض و با حرف T نشان داده شده است. به این ترتیب $kpft$ نماینده‌ی حجم کار و T گویای توان کمی کار یک کارمند با یک فناوری معین و در طول یک دوره‌ی زمان مشخص است.

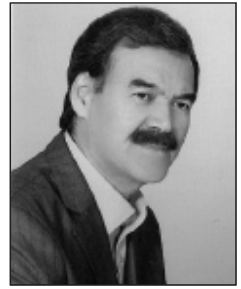
همچنین بنا بر محاسبات جدول ۲، جمعیت ۶۴۹ نفری برای یک پزشک به‌دست می‌آید که با احتساب زمان صرف شده برای خدمات مدیریتی، این عدد به زیر ۵۰۰ نزول پیدا می‌کند. باید به‌خاطر داشته باشیم که این یک شیوه‌ی ریاضی برای برآورد نیروی انسانی مورد نیاز است و همچنان که گفتیم، مجموعه‌ای از عوامل قومی، زمینه‌ای، رفتاری، آموزشی، تجربی، محیطی، راهبردی، کاربردی، سیاسی و... می‌تواند در نتیجه‌ی آن موثر باشد. به‌عبارت دیگر، موضوع برآورد، انسانی است با تمام پیچیدگی‌هایی که تصمیم‌گیری‌های مربوط به جوامع انسانی به‌همراه دارد. این فرمول یا هر فرمول ریاضی دیگر قادر به برآورد دقیق و کامل انسان نخواهد شد، بنابراین فرمول مورد بحث فقط تعداد تقریبی جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده را تعیین می‌کند و به برنامه‌ریزان و مدیران هشدار می‌دهد که تعداد نفرات مورد نیاز برحسب شرایط مختلف و با چند درصد اختلاف باید در حول و حوش این برآورد باشد.

دکتر مریم یزدان‌پناه
دبیر انجمن پزشکان عمومی کرمان

Email: rohab648@gmail.com

ائتلاف فراگیر پزشکان عمومی ایران
در اندیشه‌ی انسجام دوباره
و بازآفرینگی منزلت از دست رفته

آسیب شناسی طرح های پزشک خانواده



دکتر آناه محمد دوگونچی

قشر جامعه را به بیگاری بکشد، چه نتیجه ای حاصل خواهد شد؟ آیا امور سامان خواهد یافت و یک طرح زیربنایی و حیاتی به درستی پی ریزی خواهد شد؟ آیا این خیال پردازی و خام اندیشی نیست؟

۲. یک جانبه گرایی

در این که وزارت بهداشت و درمان متولی پزشک خانواده است، شکی نیست. ولی در این مملکت غیر از دولت، نهاد دیگری وجود ندارد؟ سازمان ها و نهادهای صنفی وجود ندارند؟ نظام پزشکی برای چیست؟ انجمن ها و نهادهای صنفی برای چه به وجود آمده اند؟ وقتی مسوولان دولتی به طور یک جانبه طرحی را می پروراند، تمام این نهادها را نادیده می گیرند. در طرح امین تامین اجتماعی، در ترکیب ستادها نظام پزشکی و دانشگاه گنجانده شده بود، و حال آن که در عمل آن ها را نادیده گرفتند.

یک جانبه گرایی یک خطای فاحش و نابخشودنی است. مخصوصاً وقتی طرحی با ابعاد عظیم و دستورات عملی های عجیب و غریب و خیال پردازانه، به کل جامعه ی فروشنده ی خدمت تحمیل می شود، معلوم است چه پیامدی خواهد داشت: مقاومت در مقابل اجرای طرح! این مقاومت نه از سر لجاج یا کینه توزی، بلکه به این خاطر است که اساساً طرح قابل پیاده شدن نیست و اگر هم به اجبار و زور پیاده شود، اصل طرح که نیازی حیاتی است، لوٹ می شود و چندین سال دیگر زمان و فرصت می سوزد و عمر و انرژی هر دو طرف صرف درگیری و خشی کردن اقدامات یکدیگر می شود. بیره نیست اگر بگوییم یک جانبه گرایی بلایی آسمانی و زمینی است؛ آسمانی از این نظر که گویی تقدیری سیاه بر ما سایه افکنده، زمینی از این نظر که هر نوع کشمکش بی حاصل مصیبت است و نکتبت.

واقعیت آن چیزهایی است که منتقدین دلسوز می گویند که هر چند مثل دارو تلخ، ولی نجات بخش است. ماجرای تامین اجتماعی برای مسوولان درس عبرتی می تواند باشد، اگر دیده ی عبرت بین باشد.

توهم شتری است که در خانه ی هر کسی ممکن است بخوابد. این خطر برای فعالان صنفی هم وجود دارد. فعالان صنفی در مورد قدرت خود نباید دچار توهم شوند. صنف جز بسیج بدنه و چانه زنی و روشنگری، قدرت اجرایی ندارد. دنبال ایده آل نباید بود؛ براساس واقعیات جامعه ما و براساس توانی که خریدار خدمات دارد، باید اقدام کرد. لذا از شعارهای رادیکال و افراطی باید به شدت احتراز کرد. در این موقعیت ما دنبال حداکثر نباید باشیم. برای حصول خواسته های حداقلی و منطقی خود تلاش کنیم. یکی از این خواسته های منطقی و حداقلی، برچیده شدن بساط «رایگان بازی» است که در جایی دیگر به آن خواهیم پرداخت.

۴. استراتژی و آگرای

هر وقت صحبت از استراتژی می شود، سه ساله ی زمان مطرح می شود. استراتژی بر بستر زمان تحقق می یابد. استراتژی مفهومی کلی و چندجانبه است (برخلاف تاکتیک). چندجانبه یعنی این که باید روی تمام عوامل حساب باز کرد. در مورد نسخه ی ۰۲ طرح پزشک خانواده نمی دانم روی عوامل زیر چه حسابی باز شده: نظام پزشکی، نهادهای صنفی (انجمن های پزشکان عمومی، انجمن داروسازان و سایر انجمن های علمی)، وزارت رفاه و سازمان های بیمه گر (تاثیر گذارترین، پنهان ترین و مرموزترین بازیگران).

رهبران بزرگ ارکستر سفونیک در امر ارکستراسیون غیر از رعایت گروه بندی سازها و نکات تکنیکی عدیده، حتی جایگاه تک تک نوازندگان را پیش از اجرا چک می کنند که همه چیز هماهنگی و

۳. توهم توانایی
جناب دکتر حافظی، مدیرعامل سابق تامین اجتماعی، در جلسه ی هم اندیشی در بیمارستان حضرت رسول رشت فرمودند: تامین اجتماعی سازمانی بیمه گر است و اختیار دارد روش تولید درمان و امر سامان بخشی بیماراران را به صورتی که خود می خواهد به انجام برساند. نهادهای صنفی استان گیلان (انجمن های پزشکان عمومی رشت، لاهیجان، صومعه سرا، فومن و نیز شورای هماهنگی انجمن های مذکور) از ایشان، با ارایه ی آمار و ارقام درخواست کردند دو ماه این طرح را متوقف کنند. ایشان قول دادند که به حرف ها و پیشنهادهای ما گوش دهند، ولی زیر بار متوقف کردن طرح نرفتند. یعنی به طرف مقابل (فروشنده ی خدمت) یک مهلت دو ماهه ندادند و اگر نبود مقابله ی وزارت بهداشت و نظام پزشکی کشور و سایر عوامل دیگر، این طرح به جبر (یا هر نام دیگر، که فرقی هم نمی کند) پیاده می شد. تامین اجتماعی، علی رغم چالش های مالی عظیمی که دارد، به هر تقدیر پولی توی چنته اش بود که بتواند روی طرح امین حساب کند. ولی وزارت بهداشت که دریایی از مشکلات و کمبودها و چالش هاست، چگونه می تواند امر درمان رایگان را پیش ببرد، نمی دانم. تامین اجتماعی هم در توهم بود که چون پول دارد، پس می تواند هر طرحی را پیاده کند. توهم زمانی شکل می گیرد که انسان پیش فرض های ذهنی خود را با واقعیت یکی پندارد.

هنر هر مدیری در این است که یک رابطه ی منطقی بین پیش فرض های ذهنی خود و واقعیت های محیط زندگی برقرار کند و براساس واقعیت ها (که بسیار بی رحماند و تعارفی هم ندارند) تصمیم گیری کند. در این صورت کمتر زمین خواهد خورد. واقعیت تنها آن چیزی نیست که زیردستان گزارش می کنند،

نکوهش مکن چرخ نیلوفری را
برون کن ز سر باد و خیره سری را
چو تو خود کنی اختر خویش را بد
مدار از فلک چشم، نیک اخترتری را
درخت تو گر بار دانش بگیرد
به زیر آوری چرخ نیلوفری را
ناصر خسرو

مقدمه

سلامت یادرمان؟ مسلم است اولویت زمانی با درمان است. درمان امری اضطراری، روزمره و عاجل است، حال آن که سلامت مقوله ای زمان بر و درازمدت با برنامه ریزی جامع است. صحنه ی درمان عین صحنه ی یک تصادف، صحنه ی اضطراری است. وقتی تصادفی حادث می شود، اولین و حیاتی ترین اقدام، درمان سریع مصدومین است. تصور کنید در صحنه ی یک تصادف دلخراش مسوولین امر ببینند و قبل از جمع و جور کردن صحنه، در باب زمینه های فرهنگی نوع رانندگی، ایرادات جاده ای و عملکرد کارخانه ی خودروسازی داد سخن بدهند؛ صحنه ای مضحک و تاسف بار به وجود خواهد آمد.

در طرح های پزشک خانواده، مسایل زیربنایی سلامت از قبیل تشکیل پرونده ی الکترونیک، آموزش بیماران، در اختیار بیماران گذاشتن تلفن های مطب و دفتر و تلفن همراه، تشکیل یک تیم سلامت و تبدیل مطب به پایگاه بهداشتی - درمانی و... گنجانده شده است. این در حالی است که ویزیت و خدمات باید رایگان باشد، در حالی که هنوز رضایت فروشنده ی خدمت یعنی پزشک جلب نشده است. این رویا پردازی نیست؟ اصلاً هیچ حسابی در مورد پزشک باز نشده و رضایت او اصلاً در این طرح ها دیده نشده است. این برخورد حکایت از یک دیدگاه تاسف بار دارد: نیازی

توضیح: مسایل مطروحه در این مقاله مختص پزشکان است. طرح های مختلف پزشک خانواده در یکی دو سال اخیر با شتاب بیشتری به جریان افتاده است. هر کدام از طرح ها متولی خاصی دارد؛ یک روز سر از بیمه ی روستاییان و عشایر درمی آورد، یک روز به صورت طرح های تامین اجتماعی (معین، امین و...) و یک روز نسخه های ۰۱ و ۰۲ وزارت بهداشت و درمان. این طرح ها نزدیک به دو دهه است دست به دست می چرخد، بدون این که حداقل نتیجه ای حاصل شود. چرایی شکست های پی درپی این طرح ها را مورد بررسی قرار می دهیم. هدف از ذکر این مسایل، کمک به متولیان است که با همفکری و همکاری تمام اقشار درگیر این امر، طرحی شسته رفته و با احتمال توفیق بالایی تنظیم و اجرا کنند. اصل طرح یک نیاز حیاتی است؛ قطاری است که نسل های متوالی راز گردنه های صعب باید عبور دهد. چنین برنامه ی عظیمی هم لکوموتیو قابل و صلاحیت داری (متولی) می خواهد و هم شناخت راه و مهندسی دوراندیشانه. طرح های شتاب زده ای از نوع تفکر دکتر پزشک، جز هدم فرصت ها و تخریب محتوایی این طرح عظیم، نتیجه ی دیگری نداشته است. در بررسی آسیب شناسانه ی طرح های پزشک خانواده باید به موارد زیر توجه شود:

۱. دستورالعمل های رویا پردازانه
در اکثر این طرح ها مساله ی سلامت و درمان با هم خلط شده است. درست است که این دو مقوله ارتباط ساختاری با هم دارند، ولی نکته ی مهم اولویت بندی است. الان اولویت کدام یک بالاتر است:

اعضای شورای هماهنگی انجمن های پزشکان عمومی گیلان

انجمن پزشکان عمومی رشت: دکتر سونیا معصومی، دکتر مسعود جوزی، دکتر حمید طهماسبی پور،

دکتر حمید اخوین؛ انجمن پزشکان عمومی لاهیجان، آستانه، سیاهاکل و کیشهر: دکتر مهران

قسمتی زاده، دکتر اردشیر شهریزاد، دکتر محمود دلاور؛ انجمن پزشکان عمومی صومعه سرا و ماسال:

دکتر رویا ایزدی، دکتر مهدی فتحی؛ انجمن پزشکان عمومی فومن و شفت: دکتر فرزاد فرقان، دکتر

امیر هوشنگ مرادی؛ انجمن پزشکان عمومی بندر انزلی و رضوان شهر: دکتر سید حسین شریفی،

دکتر حسین محدثی

اعضای رابط: دکتر حمید پیک (رودسر)، دکتر محمود بهزاد (لنگرود)، دکتر داریوش ملکی (رودبار)



قائم مقام معاون وزیر بهداشت:

پزشکانی که منافعشان به خطر افتاده علیه «پزشک خانواده» جوسازی می کنند!



۹۱/۳/۳. قائم مقام معاون وزیر بهداشت گفت: «گروه کوچکی از پزشکان که در گذشته با کارهای غیرعلمی منافع زیادی کسب می کردند و با اجرای برنامه ملی پزشک خانواده اکنون منافعشان به خطر افتاده مشغول جوسازی علیه این برنامه هستند اما وزارت بهداشت آنها را جدی نمی گیرد.»

محمد شریعتی در گفت و گو با خبرگزاری فارس، در پاسخ به این که عده ای از جمله برخی افراد در سازمان نظام پزشکی ایرادهایی به برنامه ملی پزشک خانواده گرفته اند، آیا این ایرادها وارد است، توضیح داد: «این افرادی که به نام مجمع و این جور جاها بیانیه صادر می کنند را جدی نگیرید. نظر این افراد نظر اکثریت جامعه پزشکی نیست.»

وی گفت: «این اتفاق در واقع واکنش به یک سری اتفاقاتی است که با اجرای برنامه ملی پزشک خانواده می افتد. به هر حال عده ای که منافی دارند و با اجرای این برنامه سودها و منافع بی حساب و کتاب آنها محدود می شود، طبیعی است که واکنش نشان دهند اما این عده بیش از یک تا دو درصد جامعه پزشکی نیستند.»

قائم مقام معاون بهداشتی وزیر بهداشت گفت: «این افراد همانهایی هستند که رفتارهای غیرعلمی در برخورد با بیماران دارند از جمله این که روزی ۱۲۰ بیمار می بینند که با هیچ استاندارد سازگاری ندارد و آسیب چنین رفتارهای منفعت گرایانه ای به مردم و سلامت جامعه می رسد.»

وی افزود: «حالا این افراد می ترسند که تعداد مراجعاتشان کم شود و منافعشان آسیب ببیند، زیرا می دانند با اجرای برنامه ملی پزشک خانواده دیگر نمی توانند روزی ۱۲۰ مراجع داشته باشند، زیرا محور این برنامه سلامت مردم و پیشگیری از بیماری است و اگر هم بیمار شدند در خط اول پزشک خانواده آنان را درمان می کند و اگر نیاز به خدمت گران قیمت تخصصی یا فوق تخصصی بود به پزشکان متخصص یا فوق تخصص ساده ای به افراد متخصص مراجعه کنند.»

شریعتی گفت: «اکنون پزشکانی که روزی ۱۲۰ بیمار ویزیت می کنند و با کورتن ترابی های غیراصولی و بی مورد سلامت مردم و نسل آینده را به خطر می اندازند، با بیان چنین مسائلی به دنبال این هستند که حرفشان را پیش ببرند اما برنامه ملی پزشک خانواده یک برنامه ملی است که منافع آن به همه مردم جامعه و جامعه پزشکی خواهد رسید.»

وی افزود: «البته درآمد عده معدودی از پزشکانی که درآمدهای آن چنانی داشتند، با اجرای این برنامه تعدیل می شود ولی درآمد اکثریت جامعه پزشکی به خصوص پزشکان خانواده که در خط اول هستند و نیز پزشکان متخصص و فوق تخصصی که به دنبال روش های علمی و منطقی هستند، افزایش می یابد؛ ضمن این که پرداخت از جیب مردم و سرگردانی آنان نیز کم شده و در مرحله به صفر می رسد.»

رایبورد!

بازی ذهنی ای که هیمنه آتش آن ممکن است نسلی یا نسل هایی را سرگردان سازد. برای ملا نصرالدین هوش ابزاری تا حد چاه کنند پیش می رود، ولی تضمینی وجود ندارد که خودش هم قربانی آن نباشد.

پ. تامین ردیف مالی و تدارک هزینه: لاقبل برای دو سال اول شروع طرح.

ت. تشکیل شورای عالی سلامت و یکسان سازی بیمه ها
ث. استفاده از ظرفیت های از قبل موجود: یعنی پزشکانی که از قبل طرف قرارداد بودند، در داخل یک چارچوب جدید به عنوان فروشنده خدمات به کار گرفته شوند.

۲-۵. اولویت بندی افقی: ناظر بر برنامه های درازمدت و زمان بر است. تمام طرح های بخش سلامت و از جمله تشکیل پرونده الکترونیک را در این مرحله می توان پیاده کرد، چون تشکیل پرونده الکترونیک احتیاج به آموزش پرسنل مطبها و تهیه لوازم مورد نظر دارد و نیازمند زمان است.

اگر اولویت بندی ها رعایت نشود، ما به هیچ یک از اهداف مان نمی رسیم؛ هم درمان دچار اغتشاش می شود و هم سلامت قربانی این اغتشاش می شود. عارضه مزمن مبتلایان، آن هم جدی نبودن در انجام طرح های زیربنایی است: آیا رانندگی ما، خودروسازی ما و جاده سازی ما سامانی دارد؟ مدت هاست برنامه یکسان سازی بیمه ها مطرح شده ولی به کجا رسیده؟ آیا مردم از وضع بیمه ها راضی اند؟

نزدیک به دو دهه طرح پزشک خانواده و سیستم ارجاع به صورت نصفه و نیمه تحریف شده، دست به دست می گردد و به نتیجه نمی رسد. علل آن در بندهای قبلی تشریح شد. توقع از مسوولان این است که طرح حیاتی و گریزناپذیر پزشک خانواده را با برنامه ریزی جامع با همکاری همه طرف های درگیر بازبرساخت های فرهنگی و تربیتی و رضایت و علاقه مندی همه طرف ها (لااقل با رضایت نسبی، چون می دانیم رضایت صد درصد و کامل دور از دسترس است) اجرا کنند. یک اجماع کلی باید حاصل شود. تا به امروز نظر و رضایت پزشک برای طراحان مطرح نبوده، لاجرم شکست خورده اند.

آرزوی ما شکست هیچ طرحی نیست: آرزوی ما سامان گرفتن درمان و سلامت جامعه است. یکی از لوازم جدی بودن، توجه به واقعیت ها و پذیرش جایگاه پزشک است. امید که میوه شیرین همکاری و اجماع کلی، کام مردم را شیرین کند، که این نهایت آرزوی ما پزشکان است.

دکتر آناه محمد دوگونچی
نایب رییس انجمن پزشکان عمومی رشت
نشانی: رشت، میدان زرچوب، تلفن: ۸۸۲۴۴۲۷

دارد: اول توسعه و تشدید روحیه مفت خوری و بی مسوولیتی (کسی که به خدمت یا مفتی می رسد، در مقابل آن احساس مسوولیت نخواهد کرد)؛ دوم پروژه های کارمندسازی پزشکان بخش خصوصی.

این مورد دوم بازی خطرناکی است. احساس ناخوشایند و شومی از این پدیده دارم. امیدوارم عقلانیت به داد ما برسد و از سال های پر آشوب جلوگیری شود. در صورت تحقق این امر، تعداد زیادی از پزشکان با تجربه که حاضر به بیگاری نیستند، از دور درمان خارج خواهند شد. هیچ نظامی سرمایه های ملی و بی بدیل خود را آتش نمی زند.

در مورد مساله رایگان مثالی می زنم: در سال های گذشته و حتی حالا هم روش آبیاری سنتی، در کشاورزی آبیاری غرقابی بود، یعنی تمام مزرعه را از آب پر می کنیم تا محصول خوب به دست آید. امروزه عقل حکم می کند از آبیاری تحت فشار و قطره ای استفاده شود. با این کار بالای ۸۰ تا ۹۰ درصد صرفه جویی صورت می گیرد. غیر از هرز رفتن مقدار زیادی آب و انرژی، در آبیاری غرقابی آنچه بیشتر از محصول رشد می کند، علف های هرز است و مساله ای

و جین را پیش می آورد که خود قوز بالا قوز است، یعنی علف های هرزی را که به دست خود بار آورده ایم، و جین و پیرایش کنیم. در مثل مناقشه نیست؛ تو خود حدیث مفصل بخوان از این مجمل!

در مورد ناممکن بودن ویزیت رایگان، انسان دچار سردرگمی می شود. متولیان درمان که هزینه ی مربوط به خود را از ۷۰ به ۳۰ درصد رسانده اند و حتی از پس این تعهد ۳۰ درصدی هم به درستی بر نمی آیند، چگونه می توانند صد درصد ویزیت و دارو را جوابگو باشند؟ یعنی این امر بدیهی را متوجه نیستند؟ این نگرانی وجود دارد که مبدا داده های آنها بیشتر بر ذهنیت های خودشان استوار باشد تا واقعیت های بیرون. می گویند ملا رفت نان بخرد، دید صف نان بدجوری شلوغ است. فکر کرد این جور نمی تواند به نان برسد، ترفندی به ذهنش رسید. ناگهان فریاد زد: «آی مردم! چه وایستادید که یک کوچه پایین تر دارند آتش رایگان پخش می کنند. صف به هم خورد و جمعیت فی الفور به سمت کوچه ی مورد نظر راه افتادند. ملا رفت نان بخرد، از خلوتی یکه خورد. با خود اندیشید نکند واقعا دارند آتش رایگان پخش می کنند، پس خودش هم به سمت کوچه ی مورد نظر راه افتاد تا آتش دست پخت توهمش

هارمونی داشته باشد. اگر ارکستری هماهنگ نباشد و هر گروهی ساز خود را بزند، چه بلبشویی به پای می شود. در طرح بیمه ی روستاییان آیا عوامل دست اندرکار (وزارت بهداشت، بیمه ی خدمات درمانی و وزارت رفاه) با هم هماهنگ بودند؟ در طرح امین تامین اجتماعی آیا این سازمان با نظام پزشکی، نهادهای صنفی و وزارت بهداشت هماهنگ بود؟

تا به امروز در همه ی این طرح ها جز واگرایی چیزی به منصفی ظهور نرسیده است. آیا وقت آن نرسیده از واگرایی دست برداریم و به همگرایی و تعاون فکر کنیم؟

به اندازه ی یک ارکستر سنفونی توانایی ارابه و انجام یک طرح را نداریم؟ باید روی بسترهای فرهنگی و تربیتی کار شود، آن هم در میان مدت یا درازمدت. باید یک استراتژی واحد و منسجم تدوین و از طریق رسانه ها برای تبیین و جاناندازی آن تلاش شود. من فکر می کنم ما به اندازه ی کافی مواد و مصالح تجربه در چنته داریم.

بقایای چند طرح به نتیجه نرسیده، جلوی چشم مان است. یک بار هم که شده کاری حساب شده، پرورده شده، تبیین شده و توافق شده را برنامه ریزی کنیم که همه از سر درگمی و بلاتکلیفی به در آسیم و امیدمان را از دست ندهیم. چاره ی کار همگرایی و اجتناب از شتاب زدگی است. ۲۰ سال دور خود چرخیدیم، ۲-۳ سال هم روش! اما کاری ساخته و سنجیده را به انجام برسانیم. من به عنوان یک پزشک آرزوی روزی را دارم که یک طرح پزشک خانواده که پای آن را همه ی عوامل درگیر به خصوص نظام پزشکی و نهادهای صنفی امضا کرده باشند، به من ارایه شود. طرحی که حاصل همگرایی و توافق هر دو طرف (خریدار و فروشنده خدمات) باشد، قطعا موفق خواهد بود.

۵. رعایت اولویت بندی

اولویت بندی از دو منظر قابل بررسی است: عمومی، افقی.

۱-۵. اولویت بندی عمودی: ناظر بر اهمیت و شدت اضطرار است؛ نکاتی که فارغ از زمان اجراء از ابتدا تکلیفش باید روشن شود و مهم ترین آنها عبارت است از:

الف. توافق مطمئن و پایدار با فروشنده خدمات (یعنی پزشک): هر نوع طرح تحمیلی قطعا به شکست خواهد انجامید. در این قضیه شک نکنید

ب. پرهیز از پرتگاه رایگان بازی: در این مورد قبلا نوشته ام و باز هم خواهم نوشت. رایگان بازی پوستین وارونه است که همه را فراری می دهد. حالا من فرض را بر این می گذارم که طراحان رایگان بازی سوءنیت ندارند، ولی این طرح دو نوع تالی فاسد

وقایع نویسی یک انتخابات از دست رفته

در حالی که با گرد آمدن فعالان صنفی منتقد مرکزیت انجمن پزشکان عمومی ایران در «ائتلاف فراگیر پزشکان عمومی ایران» و حمایت ۲۹ شعبه از ۳۰ و چند شعبه‌ی فعال انجمن از آن، به نظر می‌رسید پس از ۷ سال سرانجام عمر هیات مدیره‌ی این انجمن به سر رسیده باشد، این انتخابات در کمتر از ۳ روز مانده به موعد برگزاری لغو شد.

این اتفاق در حالی افتاد که پس از چند روز اختلاف نظر و مکاتبه بین کمیسیون انجمن‌های وزارت بهداشت و هیات مدیره‌ی انجمن مرکزی بر سر مکان برگزاری انتخابات (که به نظر کمیسیون کوچک و فاقد ظرفیت کافی بود) این کمیسیون سرانجام موافقت خود را با برگزاری انتخابات در مکان و زمان مقرر اعلام کرده بود.

در این گزارش به نقل از سایت «ائتلاف فراگیر پزشکان عمومی ایران» (faragirmd.com) چگونگی لغو این انتخابات را مرور می‌کنیم. برای مطالعه‌ی بیانیه‌های ائتلاف فراگیر (که از جمله به امضای انجمن‌های پزشکان عمومی استان گیلان نیز رسیده است) می‌توانید به همین سایت مراجعه کنید.

مقدمه

مهم‌ترین خبر این روزهای جامعه‌ی پزشکی لغو انتخابات انجمن پزشکان عمومی ایران در فاصله‌ی دو روز مانده به انتخابات است. هیات مدیره انتخابات را به‌بانه‌ی «مداخلات غیراصولی» کمیسیون انجمن‌ها لغو کرد. اما آیا واقعاً همین‌طور است؟ بیایید یک بار مختصر و مفید همه‌چیز را از اول بررسی کنیم تا بدانیم اصل ماجرا چیست.

پرده‌ی اول: فلاش بک

در آخرین پاراگراف از بخش «تاریخچه‌ی انجمن و سوابق انتخابات» در همین سایت نوشته بودیم:

و مرحله‌ی آخر در اردیبهشت ماه ۱۳۹۱: قرار است در ۲۹ اردیبهشت ماه با برگزاری نوبت دوم مجمع عمومی، سرنوشت انجمن با هیات مدیره‌ی جدید رقم خورده و احتمالاً به همه‌ی غایب‌ها پایان بخشد. اما نکته‌ی قابل تامل، انتخاب محل سازمان نظام پزشکی برای برگزاری انتخابات است، زیرا این سازمان در نگاه عمومی به جانبداری و حمایت از موقعیت هیات مدیره فعلی متهم بوده و مسلماً این امر به شیبه‌ی

مادکور دامن خواهد زد. و از سوی دیگر برگزاری این مجمع به‌موازات برگزاری یک برنامه‌ی آموزش مداوم در همین ساختمان نیز شایان توجه است. امید می‌رود که با برگزاری انتخاباتی سالم و پرشور، زمینه‌ی استحاله‌ی انجمن و استیفای حقوق همکاران فراهم آید.

پرده‌ی دوم: ۲۴ روز مانده به انتخابات

۵ اردیبهشت ۱۳۹۱: رییس کمیسیون انجمن‌های علمی وزارت بهداشت طی نامه‌ای خطاب به انجمن، خواستار جابه‌جایی مکان برگزاری انتخابات از محل سازمان نظام پزشکی به سالنی با گنجایش بیشتر شد (تصویر ۱). البته اقدام عجیب هیات مدیره در تعیین سالن اجتماعات ۱۰۰ نفره‌ی سازمان نظام پزشکی به‌عنوان محل برگزاری مجمع عمومی، پیش از این نیز اعتراض برخی از نامزدهای انتخابات را برانگیخته بود. این در حالی بود که به دلیل رقابت‌های سازمان یافته و اطلاع‌رسانی موثر توسط نامزدها (و البته راه‌اندازی ائتلاف فراگیر!) پیش‌بینی می‌شد حضور پزشکان عمومی در این دوره چشمگیر و به‌مراتب بیش از

دوره‌های پیش باشد؛ حالا نگرانی از سوگیری احتمالی سازمان نظام پزشکی (به دلیل نامزدی تعدادی از معاونان و مسولان آن در انتخابات) به‌کنار!

پرده‌ی سوم: ۱۹ روز مانده به انتخابات

۱۰ اردیبهشت ۱۳۹۱: هیات مدیره‌ی انجمن در پاسخ به کمیسیون انجمن‌های علمی زیر بار تغییر محل برگزاری انتخابات نرفت (تصویر ۲). با توجه به وجود تالارهای اجتماعات بسیار بزرگ‌تر در شهر تهران، طبیعی بود که اصرار به برگزاری انتخابات در سالن کوچک نظام پزشکی، بر شبهات پیش گفته بیافزاید.

پرده‌ی چهارم: ۱۰ روز مانده به انتخابات

۱۹ اردیبهشت ۱۳۹۱: ادامه‌ی نگرانی کمیسیون انجمن‌های علمی از شیوه‌ی برگزاری و دلایل ناموجه هیات مدیره در تغییر ندادن محل برگزاری انتخابات، موجب شد تا این کمیسیون در نامه‌ی بعدی، درخواست خود را با جدیت بیشتری مطرح کند (تصویر ۳).

پرده‌ی پنجم: ۸ روز مانده به

انتخابات

۲۱ اردیبهشت ۱۳۹۱: شنیده شد منشی انجمن پزشکان عمومی ایران در گفت‌وگو با پزشکانی که برای ثبت عضویت خود به دفتر انجمن مراجعه می‌کنند، می‌گوید این کار بیهوده است چون زمان انتخابات تغییر خواهد کرد. این خبر منجر به تماس‌های مکرر برخی نامزدها و روسای انجمن‌های شهرستان‌ها با اعضای هیات مدیره و بازرسان انجمن شد اما خبر موثقی از تصمیم هیات مدیره یا کمیسیون انجمن‌های علمی به‌دست نیامد. بنابراین دبیرخانه‌ی شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی کشور در نامه‌ای خطاب به رییس کمیسیون انجمن‌های علمی درخواست کرد از هر گونه تصمیم ناموجه هیات مدیره در این مورد پیشگیری کند:

دبیر محترم کمیسیون انجمن‌های علمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جناب آقای دکتر ممتاز منش
با سلام و احترام
همان‌گونه که آگاهی دارید به دنبال درخواست‌های منطقی و به‌حق جامعه‌ی پزشکان عمومی کشور و همچنین پیگیری هوشمندانه و دلسوزانه‌ی آن کمیسیون محترم، مقرر است که نوبت دوم مجمع عمومی و انتخابات انجمن پزشکان عمومی ایران ۷۰ روز پس از برگزاری مجمع عمومی نوبت اول که در ۹۰/۱۲/۲۰ به حد نصاب نرسیده است برگزار شود. بنا به اطلاع‌های منتشر شده از طریق مکاتبه، پیامک و درج در پایگاه اینترنتی انجمن مقرر گردیده است که عاقبت پس از فراز و نشیب

بسیار، مراسم انتخابات در تاریخ ۹۱/۲/۲۹ در محل سازمان نظام پزشکی برگزار گردد. در چند روز گذشته اخبار و اطلاعاتی واصل گردیده که گروهی تلاش دارند تا این انتخابات پس از تأخیرهای ناموجه قبلی با تعلیقی دیگر روبه‌رو گردد. از آنجایی که بسیاری همکاران پزشک عمومی سراسر کشور برای حضور پرشور در این انتخابات برنامه‌ریزی کرده و بسیاری از آن‌ها با تغییر کشیک و شیفت خود را مهیای شرکت نموده‌اند، خواهشمند است دستور فرمایید از هرگونه اعمال تغییر در خصوص برگزاری مجمع فوق که مسلماً منجر به افزایش شبهات و حضور کم‌رنگ همکاران در انتخابات خواهد گردید جلوگیری شود.

پیشاپیش از لطف و بذل توجه آن مقام محترم به مشکلات و معضلات جامعه پزشکان عمومی سپاسگزاریم.

دبیرخانه‌ی شورای هماهنگی شعب انجمن‌های پزشکان عمومی کشور

پرده‌ی ششم: ۵ روز مانده به انتخابات

۲۳ اردیبهشت ۱۳۹۱: درخواست شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی مبنی بر عدم تغییر زمان برگزاری مجمع به دلیل اشتیاق همکاران به حضور در انتخابات، منجر به تعدیل مواضع کمیسیون انجمن‌ها شد. این بار کمیسیون هم‌سو با خواست اکثریت پزشکان عمومی خواستار تغییر محل برگزاری بدون تغییر در زمان مجمع شد و علاوه بر آن



تصویر ۳



تصویر ۲



تصویر ۱

پیشگامی ایرانی
پشتیبانی از آموزش پزشکی
سازمان آموزشی

تاریخ: ۵۱۹/۲۱
تاریخ: ۹۱/۲۲/۲۳
پست:

جناب آقای دکتر هویدا
رئیس محترم انجمن علمی پزشکان عمومی

با سلام و احترام
بیرو نامه شماره ۵۱۹/۲۰ مورخ ۹۱/۲/۱۹ و همچنین بیرو مذاکره تلفنی با جنابعالی با عنایت به این که پیش بینی می شود تعداد اعضای پزشکان عمومی شرکت کننده در مجمع عمومی و انتخابات هیات مدیره به مراتب بیشتر از ظرفیت سالن بوده و با بررسی به عمل آمده مکان انتخاب شده به هیچ وجه مناسب نمی باشد لذا به منظور جلوگیری از تاخیر در برگزاری مجمع عمومی و با توجه به اعلام آمادگی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برای برگزاری مجمع در روز ۹۱/۲/۲۳ در سالن امام علی(ع) مقتضی است دستور فرمائید نسبت به تغییر مکان از سالن نظام پزشکی به سالن امام علی (ع) دانشگاه شهید بهشتی واقع در منطقه ولنجک تهران هماهنگی لازم به عمل آمده و مراتب از کلیه طرف مسکن در اسرع وقت به اطلاع اعضا محترم انجمن در سراسر کشور رسانده شود. بدیهی است در صورت برگزاری انتخابات در محل اعلام شده قبلی، نماینده کمیسیون در جلسه شرکت نخواهد کرد و بر اساس تصریح ذیل بند ۶ ماده ۱۳ اساسنامه آن انجمن که اشاره به تبصره ۱ ماده ۱۰ این نامه نحوه تشکیل و شرح وظایف کمیسیون موضع ماده ۴ ممنوعه دویست و شصت و دومین جلسه شورای عالی انقلاب فرهنگی دارد جلسه رسمیت نخواهد یافت. لازم به ذکر است انبار تغییر محل برگزاری مجمع عمومی و انتخابات هیات مدیره اولین بار طی نامه ای به شماره ۹۱۵/۱۵ مورخه ۹۱/۲/۵ به آن انجمن اعلام گردیده است.

دکتر نادر ممتازمنش
رئیس مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی
و دبیر کمیسیون انجمنهای علمی گروه پزشکی

پیشگامی ایرانی
پشتیبانی از آموزش پزشکی
سازمان آموزشی

تاریخ: ۵۱۹/۲۱
تاریخ: ۹۱/۲۲/۲۳
پست:

جناب آقای دکتر هویدا
رئیس محترم انجمن علمی پزشکان عمومی ایران

سلام علیکم
بیروناسم های شماره ۵۱۹/۱۵ مورخ ۹۱/۲/۵ و ۵۱۹/۲۱ مورخ ۹۱/۲/۲۳ درخصوص انتخابات هیئت مدیره انجمن علمی پزشکان عمومی ایران بدینوسیله به اطلاع می رساند که موضوع در کمیسیون انجمن های علمی گروه پزشکی مورخ ۹۱/۲/۲۴ مطرح و با عنایت به درخواست های مکرر و اعلام آمادگی همکاران محترم آن انجمن مبنی بر برگزاری انتخابات با شرایط ذیل قبول و فراهم نمودن تمهیدات لازم، بدینوسیله مراتب موافقت این کمیسیون با برگزاری مجمع عمومی نوبت دوم و انتخابات هیئت مدیره انجمن علمی پزشکان عمومی ایران در روز جمعه مورخ ۹۱/۲/۲۹ در محل موردنظر انجمن اعلام می گردد.

دکتر نادر ممتازمنش
رئیس مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی
و دبیر کمیسیون انجمنهای علمی گروه پزشکی

شماره:
تاریخ:

اطلاعه

انجمن علمی پزشکان عمومی ایران

باتشکر و قدر دانی از استقلال پرشور همکاران ارجمند در اقصی نقاط کشور جهت حضور در مجمع عمومی روز جمعه مورخ ۹۱/۲/۲۹ به منظور برگزاری انتخاباتی پرشکوه و درخور شان و جایگاه انجمن علمی پزشکان عمومی ایران به اطلاع می رساند ، متأسفانه بار دیگر با ورود بدون توجیه و دخالت های مداخله طلبانه ، تشکیل مجمع به تعویق افتاد. بنابراین هیات مدیره انجمن ضمن پوزش ، احاد جامعه پزشکان عمومی کشور راه صبر و شکیبایی دعوت نموده و موضوع را از طریق مراجع ذیصلاح پیگیری و نتیجه راه اطلاع عموم همکاران ارجمند خواهد رساند بدیهی است پس از رفع مداخلات غیراصولی ، انتخاباتی آزاد و به درواز هرگونه دخالت غیرصنعتی ویا نظارت مراجع قانونی برگزار خواهد گردید.

که زمان و مکان آن از طریق انجمن پزشکان عمومی ایران متعاقباً اعلام خواهد شد.

مکان مناسب برگزاری انتخابات را هم پیشنهاد داد (همان محلی را که برای مجامع قبلی اعلام شده بود) تا دیگر بهانه ای به عنوان کمبود وقت و عدم وجود سالن مناسب به جا نماند (تصویر ۴).

پرده ی هفتم: کمتر از ۳ روز مانده به انتخابات

۲۶ اردیبهشت ۱۳۹۱: اصرار عجیب هیات مدیره برای برگزاری انتخابات در محل سازمان نظام پزشکی از یک سو و نگرانی جامعه ی پزشکان عمومی از نیت هیات مدیره برای برهم زدن روند انتخابات، سرانجام کمیسیون را متقاعد ساخت تا به منظور پایان دادن به بهانه جویی های احتمالی، با برگزاری انتخابات در محل مورد نظر هیات مدیره موافقت کند (تصویر ۵). بنا بر اطلاعات رسیده، مسوولان انجمن در این روز از حضور در نشستی که کمیسیون به منظور همفکری برای برگزاری مناسب مجمع، تشکیل داده بود، خودداری کردند.

اما این آخر کار نبود؛ هیات مدیره ی انجمن ظهر همین روز با تشکیل جلسه ی فوق العاده، برگزاری انتخابات را به وقت دیگری موکول

کرد. این خبر ابتدا توسط یکی از اعضای هیات مدیره ی انجمن پزشکان عمومی کرج (که این روزها مسوول سایت انجمن شده) برای برخی از روسای انجمن ها پیامک شد که واکنش سریع همکاران و تقاضای آنان برای انتشار نیافتن این تصمیم تا انجام مذاکرات لازم را در پی داشت. اما نتیجه چه شد؟ تسریع در خبررسانی! با پافشاری رییس انجمن، خبر بلافاصله در سطح وسیعی از طریق پیامک، سایت انجمن، فکس به شهرستان ها و آگهی در روزنامه ی فردا منتشر شد (تصویر ۶). این سرعت اطلاع رسانی که در تاریخ فعالیت هیات مدیره کاملاً بی سابقه بود، در عمل جامعه ی پزشکی را در مقابل کاری انجام شده قرار داد. متن اطلاعیه ای که در سایت انجمن قرار گرفت به قدری با واقعیت منافات داشت و دلایل لغو انتخابات را فرافکنی کرده بود که متأسفانه گویی شعور همکاران را به طرز غیراخلاقی به سخره گرفته اند. و جالب این که آن قدر عجله داشتند که یادشان رفت نامه ای را که خطاب به کمیسیون انجمن های علمی نوشته بودند امضا کنند یا شماره و تاریخ

بگذارند! البته این نامه در سایت انجمن هم قرار گرفت:

برادر گرامی جناب آقای دکتر ممتازمنش

ریاست محترم مرکز مطالعات و توسعه پزشکی و دبیر کمیسیون انجمن های علمی گروه پزشکی

سلام علیکم
احتراماً عطف به نامه شماره ۵۱۹/۱۵ مورخ ۹۱/۲/۵ و پاسخ شماره ۱۰۳۶ مورخ ۹۱/۲/۱۰ انجمن و نامه ی شماره ۵۱۹/۲۰ مورخ ۹۱/۲/۱۹ و نامه شماره ۵۱۹/۲۱ مورخ ۹۱/۲/۲۳ جنابعالی، هیات مدیره انجمن پزشکان عمومی ایران در نشست مورخ ۹۱/۲/۲۶ تصمیم گرفت تا بررسی کامل علل مکاتبات عذیبه و سلب اختیار انجمن و تعیین تکلیف از مراجع ذیصلاح در آینده نزدیک انتخاباتی آزاد و فراگیر و به دور از هرگونه دخالت های غیر قانونی در مجمع عمومی برگزار نماید که متعاقباً در اسرع وقت تاریخ جدید آن اعلام خواهد شد.

دکتر حسن هویدا
رئیس انجمن پزشکان عمومی ایران
رونوشت: ریاست محترم

انجمن پزشکان عمومی شهرستان ...

پرده ی آخر: ۲ روز مانده به انتخابات

۲۷ اردیبهشت ۱۳۹۱: تماس با کمیسیون انجمن های علمی حکایت از بی اطلاعی و نیز تعجب کمیسیون از تصمیم هیات مدیره داشت. تماس های مکرر فعالان صنفی و روسای شعب انجمن با تک تک اعضای هیات مدیره و بازرسان انجمن در عصر و شامگاه روز گذشته نیز بر آنان آشکار ساخته بود که این تصمیم با شتاب و از سوی عده ای از آنان با تردید انجام شده و به نظر می رسد امکان مذاکره و تجدیدنظر غیرممکن نباشد. بنابراین دو تن از روسای انجمن ها به نمایندگی از سوی سایر شعب برای مذاکره عازم تهران شدند. در این روز هم مذاکرات طولانی روز گذشته به صورت حضوری یا تلفنی با کلیه ی اعضای هیات مدیره ادامه یافت. در این مذاکرات تعدادی از اعضای هیات مدیره و بازرسان انجمن با توجه به آخرین نامه ی دریافتی از سوی کمیسیون (که

برخی از آن اظهار بی اطلاعی می کردند) به صورت انفرادی تمایل خود را به تجدیدنظر در تصمیم قبلی ابراز می کردند اما... با وجود مذاکرات چند ساعته ی یکی از نمایندگان شعب با رییس انجمن (با حضور دو تن دیگر از اعضای هیات مدیره) نتیجه ای حاصل نشد و ایشان همچنان بر لغو انتخابات پافشاری کرد. وی در این نشست دلیل پافشاری خود را عدم تحمل تصمیمات و مکاتبات کمیسیون و همچنین عدم تدارکات لازم برای برگزاری انتخابات اعلام کرد و از طرفی چنان که در نامه به کمیسیون نوشته بود قول داد «در آینده ی نزدیک انتخاباتی آزاد و فراگیر» برگزار کند!

چون پرده برافتد...

و بدین ترتیب آخرین حلقه از زنجیره ی اعتماد بین پزشکان عمومی و مسوولان انجمن گسسته شد! اما دلیل واقعی لغو انتخابات چه بود؟ در این باره حتماً فعالان صنفی نظرات تحلیلی خود را در همین سایت منتشر خواهند کرد و البته منتظر نظر شما همکار گرامی هم هستیم!

اخبار

مراکز متادون درمانی در برنامه ی پزشک خانواده ادغام می شود

۹۱/۴/۲۳. مدیر کل سلامت روان وزارت بهداشت از برنامه های جدید این وزارتخانه برای پیشگیری و درمان اعتیاد از جمله ادغام مراکز متادون درمانی در برنامه ی پزشک خانواده خبر داد و گفت: «۴۰۰ هزار معتاد اکنون تحت پوشش خدمات درمانی هستند.»

غلامعباس ناصحی در گفت و گو با خبرگزاری فارس درباره ی برنامه های جدید وزارت بهداشت برای پیشگیری و کنترل اعتیاد گفت: «برنامه های جدیدی در این حوزه تصویب شده است که ادغام مراکز ترک اعتیاد در برنامه ی پزشک خانواده یکی از آن هاست. بر این اساس به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت حداقل یک مرکز MMT یا متادون درمانی ایجاد می شود و اگر در منطقه ای تعداد معتادان بیشتر باشد، تعداد این مراکز مرتبط به تیم پزشک خانواده بیشتر هم می شود.»

وی افزود: «امیدواریم با اجرای این برنامه و ادغام مراکز ترک اعتیاد در برنامه ی پزشک خانواده، خدمات این مراکز سر و سامان بگیرد و دسترسی

خانواده ها به خدمات رایگان و ارزان پیشگیری و درمان اعتیاد بیشتر شود.»

رییس دفتر سلامت روانی و اعتیاد وزارت بهداشت گفت: «تعرفه ی خدمات درمان اعتیاد از چند سال پیش تعیین شده است اما هنوز این تعرفه ها تحت پوشش بیمه نرفته اند و برای پوشش بیمه ای در نوبت رسیدگی و دستور کار شورای عالی بیمه هستند که امیدواریم هر چه زودتر با تصویب آن در این شورا، هزینه ی درمان اعتیاد برای خانواده های دارای فرد معتاد کم شود.»

ناصری ادامه داد: «پوشش بیمه ای خدمات درمان اعتیاد دستور رییس جمهوری به شورای عالی بیمه را نیز پشتیبانی خود دارد و امیدواریم هر چه زودتر عملی شود. خدمات درمان اعتیاد که تعرفه گذاری شده و در نوبت پوشش بیمه ای است شامل خدمات MMT یا همان درمان اعتیاد با متادون، همچنین درمان با داروی بوپرنورفین و همچنین خدمات روان درمانی است و درمان با شربت تریاک در نوبت پوشش بیمه ای نیست.»

پزشکان

خبرنامه ی شورای هماهنگی انجمن های پزشکان عمومی گیلان

یک انجمن

براهمه

انطلاق فراگیر

پژنتک و عموم ایران

پزشکان گیلان



خبرنامه‌ی شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی گیلان
دوره‌ی جدید، شماره‌ی ۱، تیر ۱۳۹۱
سر دبیر: دکتر مسعود جوزی

با همکاری: دکتر رقیه حج‌فروش، دکتر مهران قسمتی‌زاده، دکتر حمید طهماسبی پور
و کلیه‌ی اعضای شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی گیلان
نشانی: رشت، میدان انتظام (رازی)، ابتدای بلوار شیون فومنی، خیابان نظام پزشکی، سازمان نظام پزشکی رشت
دبیرخانه‌ی انجمن‌های علمی، شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی گیلان

بالاخره برگزار می‌شود: انتخابات انجمن ۲۳ تیر ۹۱

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
سازمان آموزش پزشکی

شماره: ۳۷۵، ۵۰۰
تاریخ: ۳۹۱، ۳، ۲۷
پست:

جناب آقای دکتر حسن هویدا
رئیس محترم انجمن علمی پزشکان عمومی

با سلام و احترام:
بازگشت به نامه شماره ۱۰۴۷ مورخ ۱۳۹۱/۲/۲۸ جنابعالی موارد زیر به استحضار می‌رسد:
انتخابات انجمن‌های علمی گروه علوم پزشکی وفق مقررات مربوطه با نظارت کمیسیون قانونی امور انجمن‌های علمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت می‌پذیرد. در مورد انجمن محترم پزشکان عمومی فراهم نمودن شرایط مشارکت پزشکان محترم عمومی کشور که واجد شرایط شرکت در انتخابات می‌باشند با رعایت مقررات و منجمله اساسنامه انجمن بر عهده هیئت مدیره محترم فعلی است.
موجب استقامت خواهد بود دستور فرمایید قبل از مرداد ماه سالجاری (شروع ماه مبارک رمضان) و در مکان مناسب مقدمات برگزاری انتخابات و از جمله اطلاع‌رسانی کافی به پزشکان محترم عمومی کشور صورت پذیرد. کمیسیون نیز به وظایف نظارتی خود بر حسن اجرای انتخابات عمل خواهد نمود و چنانچه پرسش، ابهام یا شکایتی واصل گردد وفق وظایف رسیدگی خواهد نمود.

دکتر محمدعلی محقق
معاون آموزشی و
رئیس کمیسیون انجمن‌های علمی گروه پزشکی

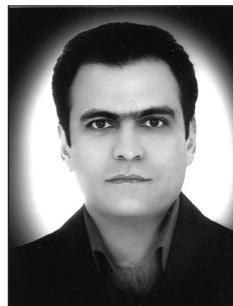
۹۱/۴/۷. سایت ائتلاف فراگیر پزشکان عمومی ایران: انتخابات انجمن پزشکان عمومی ایران بالاخره روز ۲۳ تیر برگزار می‌شود. بنا به اطلاعیه‌ای که دیروز در سایت انجمن (igpa.ir) قرار گرفت، این تاریخ پس از نامه‌ی «محترمانه»‌ی رییس کمیسیون انجمن‌های علمی وزارت بهداشت به هیات مدیره‌ی انجمن انتخاب شده است. پیش از این شنیده می‌شد که هیات مدیره‌ی مرکزی قصد دارد نوبت دوم مجمع عمومی و انتخابات را روز ۳۰ تیر و در حاشیه‌ی همایش بازآموزی پزشکان عمومی برگزار کند. در اطلاعیه‌ی انجمن اشاره‌ای به مکان برگزاری مجمع نشده است: **اطلاعیه**

پیرو نامه‌ی محترمانه‌ی جناب آقای دکتر محقق معاونت محترم آموزشی وزارت بهداشت و درمان و رییس کمیسیون انجمن‌های علمی وزارت بهداشت مبنی بر تاکید بر صلاحیت و اختیارات هیات مدیره جهت برگزاری انتخابات و درخواست ایشان از هیات مدیره در تاریخ ۹۱/۴/۶ انجمن در تاریخ ۹۱/۴/۶ تشکیل جلسه داده و تصمیم گرفته شد که مجمع عمومی نوبت دوم و انتخابات هیات مدیره‌ی انجمن در تاریخ ۹۱/۴/۲۳ برگزار گردد. **هیات مدیره‌ی انجمن پزشکان عمومی ایران** در نامه‌ی دکتر محقق به برگزاری انتخابات پیش از مرداد (آغاز ماه رمضان) تاکید شده است.

فهرست نامزدهای ائتلاف فراگیر پزشکان عمومی ایران برای انتخابات ۲۳ تیر انجمن پزشکان عمومی ایران



دکتر محسن مصلحی
(استان اصفهان)



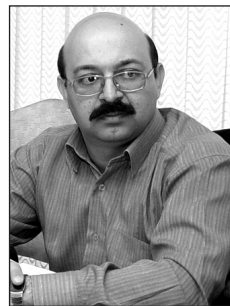
دکتر رضا ناوی ثانی
(استان خراسان رضوی)



دکتر حمید طهماسبی پور
(استان گیلان)



دکتر عزت‌اله گل‌علیزاده
(استان مازندران)



دکتر عباس کامیابی
(استان کرمان)



دکتر عبدالرحیم اسدی لاری
(استان فارس)



نامزد بازرسی:
دکتر سعید کاظمی
(استان کرمانشاه)



دکتر ملیحه کیان‌فر
(استان تهران)



دکتر فرید رهنمای چیت‌ساز
(استان تهران)



دکتر فرامرز رفیعی
(استان تهران)



دکتر شهریار خاقانی
(استان تهران)



دکتر علی سجادی
(استان تهران)

فهرست انجمن‌های حامی نامزدهای ائتلاف فراگیر پزشکان عمومی ایران:

انجمن‌های پزشکان عمومی آباد، اصفهان، اقلید، بم، بهشهر، پاکدشت، تنکابن، جهرم، جیرفت، رشت، زرنده، ساری، سبزوار، سیرجان، شیراز، صومعه‌سرا (و ماسال)، فسا، فومن (و شفت)، فیروزآباد (و میمند)، کرمان، کرمانشاه، گرگان، لاهیجان (و سیاهکل، آستانه و کیاشهر)، مرودشت، میانه، نور، نوشهر، یزد، انجمن علمی طب سوزنی ایران، انجمن هومیوپاتی ایران