

صفحه ۴



رئیس شورای هماهنگی
انجمن‌های
پزشکان عمومی ایران:
**اجرای پزشک
خانواده خواسته‌ی
همیشگی ماست**

صفحه ۴



رئیس انجمن
پزشکان عمومی ایران:
**هنوز در ابتدای راه
تحول در نظام
سلامت هستیم**

انجمن‌های پزشکان عمومی کشور:
**تنها راه تداوم تحول نظام سلامت
سطح‌بندی و ارجاع
به محوریت پزشک خانواده است**



۳

مشاور وزیر بهداشت:
**راهنماهای بالینی
مهم‌ترین ابزار پزشک خانواده است**



۶

یادداشت

... وبیم موج و گردابی چنین هائل...
مبارزه‌ی صنفی: صیانت از هویت
دکتر آنه محمد دوگونچی
آیا پزشکان عمومی مشکل خواهند شد؟
قطره دریاست اگر بادریاست...
دکتر حمید طهماسبی پور

مجمع عمومی انجمن پزشکان عمومی رشت

جمعه ۵ دی ۱۳۹۳

۱. ارایه‌ی گزارش هیات مدیره و بازرسی، ۲. انتخابات هیات مدیره و بازرسی، ۳. صرف ناهار.

با توجه به این که طبق ماده‌ی ۶ آیین‌نامه‌ی انتخابات انجمن پزشکان عمومی ایران «ثبت‌نام داوطلبین عضویت در هیات مدیره و بازرسی به تفکیک از ۲ هفته قبل تا روز برگزاری انتخابات انجام می‌شود» و بنا بر ماده‌ی ۷ این آیین‌نامه «کلیه‌ی حاضرین در مجمع می‌بایست تا قبل از انتخابات به عضویت انجمن درآمد باشند»، بنابراین:

از نامزدهای انتخابات از یکشنبه ۹۳/۹/۲۳ تا پایان وقت اداری پنجشنبه ۹۳/۱۰/۴ در دبیرخانه‌ی انجمن‌های پزشکی استان (رشت، میدان رازی، بلوار شیون فومنی، سازمان نظام پزشکی رشت) ثبت‌نام می‌شود.

۲. ضمن دعوت از تمامی اعضا برای حضور در مجمع فوق، همکاری‌هایی که تا کنون موفق به عضویت در انجمن نشده‌اند، برای حضور در انتخابات باید تا پایان وقت اداری پنجشنبه ۹۳/۱۰/۴ در دبیرخانه‌ی انجمن‌های پزشکی استان (نشانی فوق) با پرداخت حق عضویت ۱۰ هزار تومان سالیانه برای عضویت اقدام کنند.

همکاران گرامی برای دریافت اطلاعات بیشتر می‌توانند با مسوول دبیرخانه‌ی انجمن‌های پزشکی استان (آقای عصار، تلفن: ۳۳۴۶۱۷۲۰) تماس حاصل فرمایند.



مجمع عمومی عادی انجمن پزشکان عمومی رشت روز جمعه ۹۳/۱۰/۵ در تالار آریانا برگزار خواهد شد. متن اطلاعیه‌ی هیات مدیره‌ی انجمن پزشکان عمومی رشت درباره‌ی انتخابات به شرح زیر است:

همکاران محترم پزشک عمومی شهرستان رشت
با سلام و احترام

بنا بر مصوبه‌ی هیات مدیره‌ی انجمن پزشکان عمومی رشت، مجمع عمومی عادی انجمن از ساعت ۱۰ صبح تا ۲ عصر جمعه ۹۳/۱۰/۵ در تالار آریانا (ابتدای جاده‌ی انزلی، جنب قصر بازی) با دستور جلسه‌ی زیر برگزار خواهد شد:



زیرچتر انجمن

دکتر سونیا معصومی

و زیبایی می‌فروشد تهدید به تحریم کنند یا جلوی شرکت پزشکان عمومی را در کنگره‌های پوست و زیبایی بگیرند؛ همکاری‌هایی که در درمان اعتیاد فعالیت دارند، با زمزمه‌ی تعطیلی مراکز مواجه‌اند؛ همکاری‌هایی که در بخش دولتی کار می‌کنند ناچار به تن دادن به خواسته‌های فراوان‌اند؛ وضعیت پزشکان مطب‌دار هم که نامعلوم است!

این جاست که به نظر می‌رسد تنها عاملی که می‌تواند باعث موفقیت پزشکان عمومی برای گذر از بحران‌ها باشد، انسجام و یکپارچگی آن‌ها تحت عنوان پزشک عمومی باشد. گاهی شنیده می‌شود انجمن علمی است و قدرت اجرایی ندارد؛ اگر این حرف دیگران باشد می‌شود باور کرد ولی پزشکان عمومی که در سال‌های اخیر به‌ویژه در استان گیلان این همه دستاوردهای صنفی انجمن خود را دیده‌اند چرا باید این حرف‌ها را تکرار کنند؟ مگر نمی‌دانیم تضعیف انجمن یعنی تضعیف همه‌ی پزشکان عمومی؟

دوستان عزیز، بهتر نیست دست در دست هم دهیم و

همکاران عزیز، همان‌طور که مستحضرید، برنامه‌ی تحول نظام سلامت در حال اجراست. در این برنامه پزشکان عمومی نقشی درخور جایگاه واقعی‌شان به‌عنوان سنگربانان خط اول نظام سلامت ندارند و از جمله در دستورالعمل طرح حاشیه‌ی شهرها پیش‌بینی شده که بخشی از وظایف‌شان به کارشناسان بهداشتی محول شود. در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر هم برنامه‌ی پزشک خانواده مانند پزشک روستا اجرا خواهد شد و در مجموع با توجه به این که دسترسی به سطوح تخصصی و فوق تخصصی با حداقل هزینه امکان‌پذیر خواهد بود، می‌توان گفت که در صورت اصلاح نشدن این طرح‌ها، موقعیت پزشکان عمومی بیش از پیش تضعیف خواهد شد. یاد می‌آید وقتی از طرف انجمن از همکاران درخواست همکاری می‌کردیم، برخی دوستان عزیز با پاسخ‌هایی نظیر این که «فیلد کاری‌مان جداسست» حتی از پرداخت حق عضویت خودداری می‌کردند. اما متأسفانه حالا شاهدیم همکاران محترم‌مان که در رشته‌های مختلف کار می‌کنند با مشکلاتی جدی دست به گریبان‌اند. گروه‌های پوست و زیبایی با همجبه‌ی پزشکان متخصص پوست روبه‌رو هستند که کوچک‌ترین اشتباه‌شان را ۱۰۰ برابر جلوه داده و حتی به خود اجازه می‌دهند شرکت‌هایی را که دستگاه‌های پوست

با ارایه‌ی راهکارهای منطقی و پشتیبانی از انجمن، در پی بازپس‌گیری حقوق و جایگاه خود باشیم؟ بهتر نیست یک‌دست و یک‌صدا باشیم؟ بهتر نیست حالا که از هر طرف مورد تهدید قرار داریم، زیر چتر انجمن جمع شویم؟

دکتر سونیا معصومی

رئیس انجمن پزشکان عمومی رشت

نشانی: سنگر، جنب پارک کودک، تلفن: ۳۴۵۲۲۵۹۶

Email: soni_m_e@yahoo.com

در همایش انجمن‌های پزشکان عمومی سراسر کشور مطرح شد

انتظار پزشکان عمومی از نظام سلامت: محوریت پزشکی خانواده، اولویت بخش خصوصی

مختلف نظام سلامت کشور اشاره کرد و از جامعه‌ی پزشکی خواست با گره زدن منافع صنفی خود با منافع مردم، از این فرصت ویژه بهره برد. وی در ادامه با تأکید بر اهمیت برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع، خواستار اصلاح و گسترش آن به حاشیه‌ی شهرها و سایر مناطق کشور شد.

پایان بخش همایش شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی ایران نشست سه‌ساعته‌ای بود که در آن ابتدا دکتر حریرچی و دکتر زالی به پرسش‌های مختلف همکاران درباره‌ی مسایل عمده‌ی نظام سلامت و دغدغه‌های جامعه‌ی پزشکی عمومی از جمله اشکالات برنامه‌ریزی و اجرایی برنامه‌ی پزشک خانواده در روستاها، شهرها و حاشیه‌ی شهرها، نابرابری در تعرفه‌ها و عدم رعایت عدالت در ارزشگذاری نسبی خدمات سلامت، نادیده گرفتن جایگاه پزشکان عمومی در طرح تحول سلامت، شایعات شنیده شده درباره‌ی درمان اعتیاد و... پاسخ گفتند (پاسخ‌هایی که البته در بسیاری موارد به‌ویژه برنامه‌های وزارتخانه برای شهرهای زیر ۵۰ هزار نفر و حاشیه‌ی شهرها نگرانی همکاران را برطرف نکرد) و پس از آن در نشست خبری با حضور خبرنگاران مطبوعات و صدا و سیما شرکت کردند.

گفتنی است نماینده‌های انجمن‌های پزشکان عمومی اردبیل، اصفهان، انزلی، بابل، بم، تبریز، تنکابن، جیرفت، رامسر، رشت، زرنده، ساری، سبزوار، سیرجان، شیراز، شیراز، فسا، فومن، کرج، کرمان، کرمانشاه، گرگان، لاهیجان، لنجان، مرودشت، مشهد، نوشهر، یاسوج و یزد در این همایش حضور داشتند و نمایندگان گیلان در این همایش دکتر سونیا معصومی، دکتر مسعود جوزی، دکتر حمید طهماسبی پور و دکتر رقیه حج‌فروش از رشت، دکتر مهران قسمتی‌زاده، دکتر الهام شاهرخی راد و دکتر اردشیر شهزاد از لاهیجان، دکتر فرزاد فرقان از فومن و دکتر حسین شریفی از انزلی بودند.

انجمن پزشکان عمومی رشت ضمن تقدیر از زحمات هیات مدیره‌ی انجمن پزشکان عمومی کرمان به‌ویژه دکتر عباس کامیابی و دکتر مریم یزدان‌پناه، مدیر اجرایی همایش، و میزبانی شایسته‌ی این همکاران در باغ زیبا و تاریخی شاهزاده، امیدوار است همایش کرمان دستاوردهای ارزنده‌ای در ارتقای نظام سلامت و جایگاه پزشکان عمومی داشته باشد.



نمایندگان پزشکان عمومی در کرمان، بر جایگاه پزشکان عمومی و ضرورت اجرای طرح پزشک خانواده در نظام سلامت و نقش تشکلهای صنفی به‌ویژه انجمن پزشکان عمومی در ارتقای آن تأکید کردند.

سپس دکتر ایرج حریرچی، قائم‌مقام و معاون کل وزارت بهداشت، با تأکید بر این‌که انجمن پزشکان عمومی باید رویکرد آینده‌نگر داشته باشد و جایگاه طب عمومی زمانی پایا و ماناست که منطبق بر مصالح مردم باشد، رابطه‌ی نزدیک خود و شخص وزیر بهداشت با این انجمن را نشانه‌ای از باور به اهمیت جایگاه پزشکان عمومی و توان کارشناسی نمایندگان آن در این وزارتخانه دانست.

دکتر حریرچی با بیان این‌که در این مقطع تاریخی مسوولان ارشد نظام به جامعه‌ی پزشکی اعتماد کرده‌اند و برنامه‌ی تحول نظام سلامت از برکت این اعتماد است که سبب رضایتمندی مردم شده است، رورس این برنامه را تشریح و سیاست وزارت بهداشت را اولویت خدمات درمانی سرپایی همراه با آموزش بهداشت عمومی دانست.

آخرین سخنران همایش کرمان رییس کل سازمان نظام پزشکی کشور بود. دکتر علیرضا زالی ضمن تقدیر از نگاه ویژه‌ی رییس‌جمهور و هیات دولت به سلامت، به همگرایی عملیاتی میان ارکان

توصیف کرد. رییس انجمن پزشکان عمومی ایران در ادامه با تشریح مواضع انجمن و عملکرد آن در نشست‌های متعدد با شخص وزیر و معاونان و مدیران وزارت بهداشت، رویکرد انجمن را تعامل با وزارت بهداشت در کمک به ارتقای نظام سلامت با محوریت طرح پزشک خانواده و سطح‌بندی خدمات درمانی با اولویت بخش خصوصی اعلام کرد و با برشمردن ۱۵ ویژگی علمی و اجرایی طرح پزشک خانواده‌ی مطلوب انجمن، خواستار اصلاحاتی در بسته‌ی خدمات، نظام پرداخت و نحوه‌ی پایش و نیز حضور نمایندگان انجمن پزشکان عمومی در ستادهای سیاست‌گذاری آن در سطوح مختلف شد.

دکتر کامیابی در ادامه با اشاره به ابلاغ کتاب ارزشگذاری نسبی خدمات سلامت، درخواست تکمیل و اصلاح آن با هم‌اندیشی و همکاری انجمن پزشکان عمومی را مطرح کرد و در پایان از رونمایی پایگاه اطلاع‌رسانی و نیز سامانه‌ی آموزش مجازی انجمن پزشکان عمومی ایران همزمان با این گردهمایی خبر داد.

سخنرانان بعدی این روز دکتر علی‌اکبر حق‌دوست، رییس دانشگاه علوم پزشکی کرمان و دکتر سیدعلی‌اکبر طاهری رییس نظام پزشکی کرمان بودند که هر یک در سخنانی کوتاه ضمن قدرانی از حضور

سایت انجمن پزشکان عمومی رشت: با گردهمایی ۷۰ نماینده از ۲۹ انجمن پزشکان عمومی سراسر کشور در همایش دو روزه‌ی شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی ایران در «باغ شاهزاده» ی ماهان، مسایل عمده‌ی نظام سلامت به‌ویژه چشم‌انداز آینده‌ی شغلی پزشکان عمومی در پرتو برنامه‌های پزشک خانواده و تحول نظام سلامت بررسی شد.

در نخستین روز این همایش که پنجشنبه ۲۹ آبان در دو بخش صبح و عصر و با اجرای دکتر افشین اسدی برگزار شد، ابتدا دکتر عباس کامیابی، رییس انجمن‌های پزشکان عمومی ایران و کرمان، پس از خوش‌آمدگویی به میهمانان، طی سخنانی کوتاه، عملکرد چند ماه گذشته‌ی انجمن را به اطلاع همکاران رساند و سپس دکتر مهران قسمتی‌زاده، رییس شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی ایران، ضمن تشکر از میزبانی انجمن پزشکان عمومی کرمان، تعیین استراتژی انجمن در برابر طرح‌های نظام سلامت و آینده‌ی حرفه‌ای جامعه‌ی پزشکی عمومی کشور را مهم‌ترین هدف و برنامه‌ی این نشست اعلام کرد.

در ادامه دکتر ابوالفضل بهجو، دکتر فرید رهنما و دکتر حمید طهماسبی پور، مسوولان کارگروه‌های «پزشک خانواده»، «تحول نظام سلامت» و «تشکیلات» انجمن، از عملکرد این کارگروه‌ها و نیز اصلاحات پیشنهادی در اساسنامه‌ی انجمن گزارش دادند و همچنین نمایندگان شعب انجمن با ارایه‌ی دیدگاه‌های خود درباره‌ی مسایل مبتلا به جامعه‌ی پزشکی عمومی به‌ویژه طرح‌ها برنامه‌های عمده‌ی نظام سلامت، به بحث و بررسی درباره‌ی این مسایل پرداختند.

دیدار جمعی از بارگاه شاه نعمت‌الله ولی در ماهان و برگزاری نشست کارگروه‌های مختلف انجمن که تا نیمه‌شب به طول انجامید، از دیگر برنامه‌های روز نخست نشست چهارمین نشست شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی ایران در دوره‌ی فعالیت هیات مدیره‌ی فعلی بود.

دومین روز نشست نیز با سخنان دکتر کامیابی آغاز شد. وی در سخنانی که در پایان با تشویق ممتد و ایستاده‌ی نمایندگان شعب همراه شد، ضمن برشمردن مسایل مهم نظام سلامت، به تبیین چالش‌های موجود بر سر راه هر یک از آن‌ها پرداخت و در عین حال با ابراز خوشنودی از اولویت بی‌سابقه‌ی سلامت در برنامه‌های دولت تدبیر و امید، این امر را انقلابی در این نظام



سایت انجمن پزشکان عمومی رشت:
انجمن‌های پزشکان عمومی کشور با حمایت از کوشش‌های وزارت بهداشت برای ارتقای جایگاه سلامت در هیات دولت و بهبود اعتبارات مالی حوزه سلامت، تنها راه تداوم برنامه‌ی تحول نظام سلامت را استقرار نظام سطح‌بندی و ارجاع به محوریت پزشک خانواده اعلام کردند.

در قطع‌نامه‌ی پایانی چهارمین گردهمایی شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی ایران که در روزهای ۲۹ و ۳۰ آبان ۱۳۹۳ در شهر ماهان کرمان برگزار شد، با بیان این‌که تداوم هدایت مستقیم بیماران به سطوح تخصصی و فوق‌تخصصی منجر به هدر رفتن سرمایه‌های کشور به دلیل ایجاد اثرات القایی خواهد شد، توجه به برنامه‌های تحول در سطح یک و پرهیز از اجرای هر گونه برنامه‌ی محل پزشک خانواده مورد تاکید قرار گرفت و اعلام شد پزشکان عمومی شاغل در بخش خصوصی در بیشتر نقاط کشور می‌توانند به‌عنوان پزشک خانواده، بخش محوری عرضه‌ی سطح پایه‌ی خدمات سلامت را در نظام سطح‌بندی و ارجاع برعهده گیرند.

تجدید نظر رسانه‌ی ملی و دیگر تریبون‌های رسمی کشور در شیوه‌ی کنونی ترویج تخصص‌گرایی و درمان‌محوری، بازنگری در ساختار و محتوای آموزشی دوره‌ی پزشکی عمومی، تدوین برنامه‌ی عملی به‌منظور پیشگیری از تداخل در عرضه‌ی خدمات حرف‌گوناگون پزشکی و حضور نمایندگان انجمن در نهادها و ستادهای تصمیم‌گیر از دیگر درخواست‌های پزشکان عمومی حاضر در نشست کرمان است.

متن کامل قطع‌نامه‌ی پایانی چهارمین گردهمایی سراسری شورای هماهنگی انجمن پزشکان عمومی ایران به‌شرح زیر است:
چهارمین گردهمایی سراسری شورای هماهنگی انجمن پزشکان عمومی ایران به میزبانی انجمن کرمان در روزهای ۲۹ و ۳۰ آبان‌ماه ۱۳۹۳ در شهر ماهان برگزار شد. این شورا پس از ساعت‌ها تبادل نظر در مورد پیشنهادهای کارگروه‌های کارشناسی انجمن - ضمن سپاس از هیات مدیره‌ی مرکزی انجمن و اعضای کارگروه‌های ویژه - بدین وسیله مواضع این نشست را به‌شرح زیر اعلام می‌کند:

۱. بیابنیه‌ی مواضع انجمن پزشکان عمومی ایران درباره‌ی «سطح‌بندی خدمات، نظام ارجاع و برنامه‌ی پزشک خانواده» که حاصل خرد جمعی این انجمن و کارشناسان حوزه‌ی سلامت است، به‌عنوان سندی تاریخی و جامع مورد تایید و تاکید تمامی شعب انجمن است و می‌تواند زمینه‌ساز تحولی در تعاملات انجمن پزشکان عمومی ایران با تولید و دست‌اندرکاران حوزه‌ی سلامت کشور باشد.

۲. شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی ایران ضمن سپاس و حمایت از سخت‌کوشی و همت مسوولین ارشد و کارشناسان وزارت بهداشت برای ارتقای جایگاه سلامت در هیات دولت و ارج نهادن به بهبود اعتبارات مالی حوزه‌ی سلامت کشور، تنها راه تداوم اصلاحات آغاز شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش

انجمن‌های پزشکان عمومی کشور: تنها راه تداوم تحول نظام سلامت سطح‌بندی و ارجاع به محوریت پزشک خانواده است



پزشکی تحت عنوان «برنامه‌ی تحول نظام سلامت» را استقرار نظام سطح‌بندی و ارجاع به محوریت پزشک خانواده می‌داند. این شورا اعتقاد راسخ دارد که استقرار نظام سطح‌بندی و ارجاع همراستا با اسناد راهبردی نظام سلامت همچون سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری، برنامه‌های توسعه‌ی چهارم و پنجم و همچنین تاکید سازمان بهداشت جهانی بر استقرار این نظام به‌عنوان بهترین روش اصلاح نظام سلامت، موثرترین شیوه‌ی ممکن برای ارتقای سلامت عمومی مردم عزیز بوده و برای نیل به موفقیت امری اجتناب‌ناپذیر است.

۳. این شورا تاکید می‌کند که تداوم وضعیت موجود و هدایت مستقیم بیماران به سطوح تخصصی و فوق‌تخصصی (که در تمامی نظام‌های سلامت پیشرفته از آن پرهیز شده است) منجر به هدر رفتن سرمایه‌های کشور به دلیل ایجاد اثرات القایی و نهادینه شدن این رفتار خواهد شد؛ امری که در نهایت مانعی جدی در راه موفقیت برنامه‌ی تحول نظام سلامت ایجاد خواهد کرد. ما ضمن استقبال از تحولات اصلاحی در ارایه‌ی خدمات بستری در سطوح ۲ و ۳ درمان و کاهش پرداختی‌ها از جیب بیماران که به‌راستی یکی از آرمان‌های اصلی تمامی دلسوزان نظام سلامت کشور بوده است، از مجلس و دولت محترم انتظار داریم که با پایداری اعتبارات اختصاص یافته، توجه به برنامه‌های تحول در سطح یک را اندیشمندانه‌تر تدبیر کنند و از اجرای هر گونه برنامه‌ی خلق‌الساعه، مشغول‌کننده و محل برنامه‌ی پزشک خانواده بپرهیزند. به‌همین منظور پزشکان عمومی کشور نیز با اعتماد به تحولات صورت گرفته، آماده‌ی اعمال نقش بی‌بدیل خود به‌عنوان تنها مرجع و مسیر عبور بیماران به سطوح دیگر خواهند بود

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

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

۶. بازنگری در ساختار و محتوای آموزشی دوره‌ی پزشکی عمومی کشور متناسب با پیشرفت‌های روزافزون دانش پزشکی و نیز منطبق با نیازهای نظام سلامت در ارایه‌ی صحیح خدمات سطح ۱ الزامی است. ما همچنین به‌منظور توانمندسازی بیش از پیش و تطبیق توانایی‌های دانش‌آموختگان طب عمومی با نیازهای روز نظام سلامت کشور، برگزاری دوره‌های آموزش کوتاه‌مدت پودمانی متناسب با نقش این پزشکان در ارایه‌ی خدمات سلامت را راه حلی مناسب برای عرضه‌ی خدمات باکیفیت‌تر به مردم

کشورمان می‌دانیم و همکاری در تامین این مطالبه‌ی اساسی را یکی از وظایف انجمن می‌شمیریم.

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

۸. تدوین برنامه‌ی عملی به‌منظور پیشگیری از تداخل در عرضه‌ی خدمات حرف‌گوناگون پزشکی یکی از نیازهای کنونی جامعه‌ی پزشکی است؛ امری که در صورت وقوع، از بسیاری از مناقشات اساسی بین این حرف‌جولگری می‌کند. این شورا با توصیه به سازمان نظام پزشکی و تمامی انجمن‌های تخصصی به شرکت در تدوین این برنامه، آنان را از افتادن در دام جمعی قلیل که از دلایل به‌اصطلاح علمی ایشان بوی منافع مادی کاملاً استشمام می‌شود، برحذر می‌دارد.

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

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

پزشکان

خبرنامه‌ی داخلی انجمن پزشکان عمومی رشت

رئیس انجمن پزشکان عمومی ایران: هنوز در ابتدای راه تحول در نظام سلامت هستیم



▲ برای کنترل تخصص‌گرایی و هدررفت منابع، راهی جز استقرار نظام ارجاع وجود ندارد

▲ درمان به‌ویژه در سطوح تخصصی و فوق تخصصی که بیشترین منابع در آن هزینه می‌شود، تنها بخش بحران سلامتی را پوشش می‌دهد

از مسوولان بخواهیم دورنمای برنامه‌های وزارت بهداشت برای رسیدن به این تحول را مشخص و شفاف سازند. دکتر کامیابی در پایان به مذاکرات مستقیم و جلساتی که با شخص وزیر بهداشت داشت اشاره کرد و افزود: «در شخص وزیر محترم بهداشت این دوراندیشی مشهود است اما همه‌ی ما به‌عنوان مدیران اجرایی یا صنفی می‌دانیم که تبدیل ایده به عمل، آن هم در ساختاری که سال‌ها به‌دلیل محرومیت‌های اعتباری، سنت‌گرایی در آن نهادینه شده کار مشکلی است. اما جدا اعتقاد دارم برای کنترل تخصص‌گرایی و هدررفت منابع، راهی جز استقرار نظام ارجاع وجود ندارد و مسوولان خود نیز بر این موضوع واقف هستند و منتظر هستیم تا برنامه‌های خود را ارائه دهند و حتماً جامعه‌ی پزشکی به‌ویژه پزشکان عمومی نیز در این خصوص همکاری و حمایت خواهند کرد.»

برنامه‌ی پزشک خانواده فاصله‌ی زیادی داریم. رئیس انجمن پزشکان عمومی ایران در پاسخ به این پرسش که امیدی به اجرای نظام ارجاع در ادامه‌ی برنامه‌ی تحول هست یا خیر گفت: «وقتی که قوانین بالادستی بر اجرای سطح‌بندی و نظام ارجاع تاکید دارند، وقتی که عرف دنیا و اصول کارشناسی بر این منطق پافشاری کرده است که بدون وجود نظام ارجاع منابع هدر خواهد رفت، وقتی که ثروتمندترین کشورهای دنیا هزینه‌های درمان را با پیاده‌سازی موضوع پزشک خانواده تحت کنترل درآورده‌اند، پس لازم است به دوراندیشی مسوولان نظام سلامت اعتماد داشته باشیم. همه‌ی ما به رویکرد این دولت که مبتنی بر تدبیر و اعتدال است امیدواریم، بنابراین منطق حکم می‌کند ضمن این‌که مطالبه‌گر یک تحول اساسی و کارشناسی شده باشیم،

تغییر نگرش دولتمردان و قانونگذاران در اولویت قایل شدن برای سلامت عمومی دانست و افزود: «البته تامین منابع مالی موفقیتی کم‌نظیر در تاریخ پزشکی بعد از انقلاب بوده اما همه می‌دانیم که درمان به‌ویژه در سطوح تخصصی و فوق تخصصی که بیشترین منابع در آن هزینه می‌شود، تنها بخش بحران سلامتی یعنی علاج بیماری و توانبخشی را پوشش می‌دهد.»

دکتر کامیابی با اشاره به بیانیه‌ی اخیر انجمن پزشکان عمومی ایران که مهم‌ترین هدف انجمن را «استقرار نظام سطح‌بندی و ارجاع از راه اصلاح و توسعه‌ی برنامه‌ی پزشک خانواده» اعلام کرده است، گفت: «در مسیر سطح‌بندی خدمات و برنامه‌ی پزشک خانواده، وزارت بهداشت دو اقدام ارزشمند برای سطوح اولیه‌ی خدمات سلامت انجام داده است؛ اول تامین منابع مورد نیاز برای نوسازی بخش عمده‌ای از خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی- درمانی روستایی و دوم بهبود حق‌الزحمه‌ی پزشکان خانواده‌ی روستایی که می‌تواند تا حدی بر ماندگاری پزشکان در سطح اول موثر باشد. اما به‌صورت مشخص هنوز با اجرای نظام ارجاع و

سایت انجمن پزشکان عمومی ۹۳/۹/۲۳، اگر منظور کارگزاران سلامت کشور از واژه‌ی «تحول» نوعی تغییر یاری‌فرم باشد، باید صراحتاً اعلام کنم هنوز در ابتدای راه تحول در نظام سلامت هستیم و برای تغییرات راهبردی و اساسی، هنوز مستند جامعی مشاهده نکرده‌ام.

رئیس انجمن پزشکان عمومی ایران با اعلام این نظر درباره‌ی اقدامات انجام شده در برنامه‌ی تحول نظام سلامت گفت: «به نظر من آن‌چه تا کنون در بسته‌های تحول ارائه شده شامل تامین زیرساخت‌ها و حداقل‌های مورد نیاز برای نظام درمان کشور و بهبود کیفیت درمان و کاهش پرداختی از جیب مردم بوده است. به‌عبارت دیگر، ساختار فیزیکی و تجهیزاتی مراکز درمانی دولتی که به‌شدت فرسوده و دچار محرومیت و عقب‌افتادگی بوده تا حدی بهسازی شده یا می‌شود و بخشی از دغدغه‌های مردم برای گرانی هزینه‌های درمان نیز جبران شده است و البته با طرح‌هایی که برای جبران حق‌الزحمه‌ها در پیش است انگیزه‌های نیروی انسانی اعم از کادر پزشکی و پیراپزشکی نیز بیشتر از گذشته خواهد شد.»

رئیس شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی ایران:

اجرای پزشک خانواده خواسته‌ی همیشگی ماست

برنامه خواهد بود، با آن همراه و همراه خواهد شد. دکتر مهران قسمتی‌زاده با بیان این‌که در حال حاضر در کشور ما خدمات سلامت در سطوح مختلف عمومی، تخصصی و فوق تخصصی عرضه می‌شود ولی درمان بیماری‌هایی را که در سراسر دنیا پزشکان عمومی انجام می‌دهند، یک همکار متخصص یا فوق تخصص برعهده می‌گیرد، درباره‌ی نظام سطح‌بندی موجود در نسخه‌های فعلی طرح تحول نظام سلامت افزود: «باتوجه به محدودیت سرمایه‌ی انسانی و اعتبارات مالی بخش سلامت، در وهله‌ی نخست باید پزشک عمومی که اشراف بیشتری به بیماری‌ها و جمعیت تحت پوشش خود دارد، بیماران را ویزیت کند و خدمات سلامت را که مسلماً از خدمات سطوح بالاتر ارزان‌تر و در دسترس‌تر است، عرضه کند و سپس در صورتی که نیاز دانست، خدماتش با خدمات سطوح بالاتر تکمیل شود؛ نه این‌که

پزشکان عمومی توافقی بر سر برنامه‌ی پزشک خانواده وجود دارد یا تنها به خواست مسوولان انجمن در قطعنامه‌ی پایانی نشست اخیر این شورا در کرمان بر آن تاکید شده است، ضمن اعلام مطلب فوق افزود: «هر وقت صحبت پزشک خانواده می‌شود بسیاری به یاد بیگاری پزشکان، بسته‌های خدمات سنگین بدون قابلیت اجرایی، نظارت‌های غیراصولی و... می‌افتند و برنامه‌هایی که با کمبود اعتبارات نظام سلامت به‌صورت سرهم‌بندی اجرا شد. ولی حالا با زیاد شدن اعتبارات نظام سلامت می‌توان آن را به‌گونه‌ای طراحی کرد که استقرار این نظام، سبب ارتقای کیفی نظام سلامت و برخورداری تیم سطح یک سلامت، از درآمدی معقول شود. تیم کارشناسی انجمن پزشکان عمومی، برای استقرار این نظام آمادگی کامل دارد و پزشکان عمومی نیز با آشنایی بیشتر با برنامه‌ی انجمن، با توجه به این‌که همچون مردم کشور، منافع‌شان در گرو اجرای این



▲ نقش محوری پزشکان عمومی را در برنامه‌ی حاشیه‌ی شهرها نادیده گرفته و به کارشناسان واگذار کرده‌اند

▲ هر یک تومان هزینه در سطح یک، منجر به حداقل ۱۰ تومان صرفه‌جویی در هزینه‌های آتی سطوح دو و سه می‌شود

در برابر آن ذهنیت منفی ایجاد کرده است.» رئیس شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی کشور در مجمع عمومی این انجمن که دیروز ۱۴ آذر در مجتمع نگین غرب تهران برگزار شد، در پاسخ به این پرسش که آیا واقعاً در جامعه‌ی

سایت انجمن پزشکان عمومی ۹۳/۹/۱۷، «اجرای صحیح نظام سطح‌بندی خدمات بر پایه‌ی پزشک خانواده خواسته‌ی همیشگی پزشکان عمومی بوده اما متأسفانه اجرای نامناسب این برنامه در روستاهای کشور از سال ۸۴

نایب رییس انجمن پزشکان عمومی ایران:

نمی خواهند پزشک عمومی

بازیگر اصلی نظام سلامت باشد

۹۳/۹/۲۶، سایت انجمن پزشکان عمومی

رشت: «برای اجرا و گسترش برنامه‌ی پزشک خانواده به اندازه‌ی کافی پزشک عمومی داریم ولی بعضی دوستان نمی‌خواهند پزشک عمومی بازیگر اصلی نظام سلامت کشور باشد.»

نایب رییس انجمن پزشکان عمومی ایران با بیان این‌که در فاز جدید برنامه‌ی تحول نظام سلامت در حاشیه‌ی شهرها که جمعیتی حدود ۱۲ میلیون نفر را در بر می‌گیرد برای ارائه‌ی خدمات در سطح اول می‌خواهند به‌جای پزشکان عمومی از کارشناسان بهداشتی استفاده کنند، گفت: «بعضی از مسوولان ارشد وزارت بهداشت معتقدند اولاً پزشک عمومی به اندازه‌ی کافی نداریم و ثانیاً ارائه‌ی خدمات آنان برای سلامت گران‌درمی‌آید. اما من معتقدم ما برای اجرا و گسترش برنامه‌ی پزشک خانواده، آن هم به‌طور اصولی، به اندازه‌ی کافی پزشک عمومی داریم ولی بعضی از دوستان در وزارت بهداشت نمی‌خواهند پزشک عمومی بازیگر اصلی نظام سلامت کشور ما باشد.»

دکتر عزت‌الله گل‌علیزاده در ادامه توضیح داد: «این‌گونه اقدامات و اظهار نظرها چنین به ذهن القا می‌کند که مسوولان محترم به‌جای بازیابی هویت طب عمومی و طراحی نقش و شایسته‌ی بخشیدن برای پزشکان عمومی در قالب پزشک خانواده و نظام ارجاع و به‌جای این‌که با پرداخت مناسب به آنان زمینه‌ی

دوباره همان خدمات سطح اول، در سطح دوم تکرار شود یا خدماتی که در سطح اول می‌تواند به‌راحتی عرضه شود با قیمت بالاتر در سطوح بعدی دریافت شود. نکته‌ی دیگر این‌که شیوه‌ی کنونی، مغایر قوانین و اسناد بالادستی نظام سلامت از جمله سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری در مورد سلامت است که در آن عرضه‌ی خدمات سلامت را فقط بر اساس نظام سطح‌بندی خدمات روا دانسته‌اند.»

دکتر قسمتی‌زاده در پاسخ به این پرسش که در دستورالعمل جدید وزارت بهداشت که به‌عنوان برنامه‌ی تامین مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت در مناطق حاشیه‌ی شهرها، سکونت‌گاه‌های غیررسمی و شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر مطرح شده، نظام سطح‌بندی دیده شده است یا خیر گفت: «اگرچه در این برنامه خواسته‌اند نظام سطح‌بندی را مطرح کنند اما معلوم نیست به چه دلیل نقش محوری پزشکان عمومی را در آن نادیده گرفته و به کارشناسان واگذار کرده‌اند. نادیده گرفتن تعداد زیادی از همکاران پزشک عمومی که بیشترین ارتباط را با مردم منطقه و از قضا فعال‌ترین مطب‌ها را در شهرهای زیر ۵۰ هزار نفر نسبت به سایر نقاط کشور دارند، نه تنها بی‌توجهی به نقش پزشکان عمومی

مشارکت و ماندگاری‌شان را در برنامه‌های پزشک خانواده‌ی روستایی و شهری فراهم آورد، ناخودآگاه دنبال حذف پزشکی عمومی از نظام بی‌نظام سلامت کشور هستند. این در حالی است که تعداد زیادی از همکاران به‌دلیل عدم احساس امنیت شغلی و بی‌اعتمادی به برنامه‌های وزارت بهداشت، در سالیان گذشته جذب امور غیرپزشکی یا مشاغل جنبی پزشکی مثل مراقبت از پوست، درمان اعتیاد و طب کار یا سرگرم امتحانات دستیاری شده‌اند.»

نایب رییس انجمن پزشکان عمومی ایران با اشاره به این‌که در سال‌های اخیر از یک‌سو با گسترش رشته‌های تخصصی و تغییر ذائقه‌ی مردم به تخصص‌گرایی و از سوی دیگر دسترسی راحت و بدون مانع به ویزیت‌های تخصصی و فوق تخصصی، زمینه‌ی حذف و به‌گوشه رانده شدن پزشکان عمومی فراهم شده است، گفت: «در برنامه‌های تحول نظام سلامت متأسفانه با کاهش مبلغ ویزیت و راه‌اندازی کلینیک‌های تخصصی و فوق تخصصی در بیمارستان‌های دولتی به این قضیه دامن زده‌ایم، بدون این‌که به پیامدهای آن توجه کنیم. هر چند این کار باعث افزایش رضایتمندی مردم می‌شود ولی باید ببینیم به چه قیمتی. خدماتی را که قابل ارائه توسط پزشک عمومی است از پزشک متخصص و فوق تخصص می‌خریم و به این رفتار مردم دامن می‌زنیم، بدون آن‌که برنامه‌ای

در عرضه‌ی خدمات سلامت است بلکه سبب می‌شود از امکان بالقوه‌ی تاثیرگذاری آنان برای پیشبرد طرح‌های نظام سلامت استفاده نشود و عملاً پزشکان آموزش دیده و باتجربه از چرخه‌ی عرضه‌ی خدمات سلامت خارج شوند.»

رییس شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی کشور درباره‌ی میزان رعایت عدالت در سلامت که یکی از مهم‌ترین انتقادات به برنامه‌ی تحول است، گفت: «موضوع اصلی عدالت در سلامت فراهم‌سازی امکان برخورداری از خدمات سلامت برای مردم است که خوشبختانه برنامه‌ی تحول نسبت به گذشته قدم‌های موثری در این مورد برداشته ولی از منظر دیگر، مسلماً هزینه‌های نظام سلامت در سطوح دوم و سوم همیشه خیلی بیشتر از سطح اول است. بحث اصلی ما این است که هر یک تومان هزینه در سطح یک، منجر به حداقل ۱۰ تومان صرفه‌جویی در هزینه‌های آتی سطوح دو و سه می‌شود. به‌همین دلیل ما انتظار داشتیم دولت و مجلس با اختصاص اعتبار بیشتر به سطح یک، هم در هزینه‌های آتی خود صرفه‌جویی کنند و هم به بخش اصلی عرضه‌کنندگان نظام سلامت، یعنی پزشکان عمومی و شاغلین بخش بهداشتی وزارت بهداشت که تاکنون

بعضی از مسوولان ارشد

وزارت بهداشت معتقدند

اولاً پزشک عمومی به

اندازه‌ی کافی نداریم و ثانیاً

ارایه‌ی خدمات آنان برای

نظام سلامت گران‌درمی‌آید

پزشکان عمومی از افزایش

تعارف‌ها سهم زیادی نداشتند



دارو، پاراکلینیک و تجهیزات پزشکی شده و در این بین متوسط دریافتی پزشکان متخصص نیز افزایش داشته است، هر چند شاهد رشد دریافتی پزشکان خانواده‌ی روستایی نیز بوده‌ایم که باعث افزایش تعداد پزشکان خانواده‌ی روستایی شده است. طی چند سال گذشته به‌دلیل عدم افزایش حق‌الزحمه‌ی پزشکان خانواده‌ی روستایی چیزی حدود ۱۲۰۰ نفر از این برنامه خارج شده بودند ولی با شروع برنامه و توجه به درخواست به‌حق این گروه از پزشکان عمومی، کمبود پزشک در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر تا حدودی جبران شده است. اما آنچه اهمیت دارد این است که سایر پزشکان عمومی بهره‌ای از برنامه‌ها نبرده‌اند.»

نایب رییس انجمن پزشکان عمومی در توضیح به ابلاغ اخیر کتاب ارزشگذاری نسبی خدمات سلامت اشاره کرد و گفت: «پزشکان عمومی از افزایش تعارف‌ها سهم زیادی نداشتند چرا که بخش E&M که همان بخش ارزیابی و اداره‌ی بیماران است و شامل ویزیت بیماران در مطب و بیمارستان و ارایه‌ی مشاوره می‌شود ابلاغ نشده است. پزشکان شاغل در اورژانس بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های دولتی به‌جز ۴۵ درصد مبلغ ویزیت، سهمی از ارایه‌ی خدماتی مانند احیای قلبی-ریوی، تفسیر نوار قلب و کلیشه‌ی رادیوگرافی و سی‌تی اسکن یا مراقبت از بیماران بدحالی چون مسمومین و بیماران قلبی و آسمی و... در اورژانس نمی‌برند. البته وضع این دسته از همکاران در مراکز درمانی خصوصی و خیریه به‌مراتب بدتر است که اگر نخواهم کلمه‌ی استعمار را به‌کار ببرم در حق آنان احجاف می‌شود.»

دکتر گل‌علیزاده در پایان با یادآوری این‌که ۷ ماه از اجرای برنامه‌ی تحول نظام سلامت گذشته است، بیشترین تحولات را در بخش درمان و در جهت کاهش پرداختی از جیب، برچسبیدن بسات پرداختی‌های غیرمتعارف و ساماندهی بازار سلامت در حوزه‌ی دانست و تاکید کرد: «در ادامه حتماً باید توجه جدی به طراحی نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده و مبتنی بر گایدلاین، نظام سطح‌بندی و خرید راهبردی خدمات باشد. خدمات ارایه شده در سطوح دوم و سوم بسیار گران است و منابع زیادی را به خود اختصاص می‌دهد، در حالی که ۸۰-۷۵ درصد از خدمات را پزشکان عمومی در سطح یک ارایه می‌دهند. اگر به این مساله توجه نکنیم، هزینه‌کرد منابع سلامت بدین شکل در طولانی‌مدت مشکلات عدیده‌ای ایجاد خواهد کرد.»

در جهت تغییر رفتار مردم داشته باشیم.» دکتر گل‌علیزاده با بیان این‌که برای آموزش پزشکان عمومی هزینه‌ی بسیاری شده و بسیاری از جوانان مستعد جامعه این رشته را انتخاب کرده‌اند اما در طراحی و تغییر نظام سلامت هر چه زمان می‌گذرد این سرمایه‌های کشور بیشتر نادیده گرفته می‌شوند، افزود: «دانشکده‌ی پزشکی افتتاح می‌کنیم، ظرفیت‌ها را افزایش می‌دهیم و بعد پزشک عمومی را به امان خودش رها می‌کنیم. قانون برنامه‌ی پنجم و سیاست‌های ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری تکلیف را روشن کرده و آن هم اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع، تغییر نظام آموزش پزشکی عمومی بر مبنای راهبردهای برنامه‌ی پزشک خانواده و آمایش سرزمینی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور است.»

وی در ادامه گفت: «البته من اعتقادی به این‌که بیشترین بخش منابع برنامه‌ی تحول نظام سلامت به متخصصین اختصاص یافته ندارم، بلکه معتقدم سهم عمده‌ای از این منابع صرف نیز از سطح درآمد مناسبی برخوردار نبودند، به‌صورت عادلانه پرداخت شود. یعنی برای نظام سلامت که حاضر است میلیاردها در بخش درمان و برای پرداخت به همکاران متخصص هزینه کند، مقدور نیست برای بخش اصلی نظام سلامت هزینه کند؟»

دکتر قسمتی‌زاده در پایان در پاسخ به این‌که چرا انجمن پزشکان عمومی در چند ماه گذشته در برابر برنامه‌ی تحول سکوت کرده بود، گفت: «انجمن در مورد برنامه‌ی تحول سکوت نکرده بود بلکه در ابتدا از اتفاقات خوب حوزه‌ی سلامت مثل پایین آمدن پرداختی از جیب مردم اظهار خوشنودی کرد اما در مورد نقش پزشکان عمومی در طرح تحول نگران بود و در حال ارزیابی مواضع، مذاکره با مسوولان وزارتخانه و در کنار آن کارشناسی و بحث‌های درونی بود. نکته‌ی دیگر این‌که وزارت بهداشت نیز برنامه‌های خود را برای سطح یک هنوز اعلام نکرده بود تا ما موضع‌گیری کنیم. البته در این فاصله در نشریه‌ی انجمن و طی مقالات گوناگون، فعالان صنفی انجمن نگرانی‌های خود را اعلام کردند تا این‌که بالاخره در ۲۹ و ۳۰ آبان در چهارمین گردهمایی شورای هماهنگی، انجمن نظر و استراتژی خود را به‌صورت بیانیه و قطعنامه‌ی انجمن اعلام کرد.»

مشاور وزیر بهداشت:

راهنماهای بالینی

مهم‌ترین ابزار پزشک خانواده است

دکتر رقیه حج‌فروش



خوشبختانه، علی‌رغم تعلیق برنامه‌ی پزشک خانوادگی شهری از آنجایی که این کار اساسی، حیاتی و نیاز برنامه‌ی پزشک خانواده و پزشکان عمومی بود، پیگیری متوقف نشد تا این مجموعه‌ی تدوین شود.

مشاور وزیر بهداشت در امور پزشکان عمومی با بیان این‌که مجموعه‌ی حاضر مبتنی بر شواهد علمی روز، تطبیق این شواهد با شرایط بومی کشور و استفاده از نظرات و تجربیات اساتید و خبرگان تدوین شده است، حجم کم راهنماها و اعتبار نویسندگان را از ویژگی‌های مجموعه دانست و درباره‌ی ادامه‌ی این روند برای سایر بیماری‌ها گفت: «این کار جزو برنامه‌های اساسی و مهمی است که قرار است ادامه یابد. از این رو هم تعداد گایدلاین‌ها افزایش می‌یابد و هم گروهی موظف خواهد شد که بر اساس برنامه‌های علمی روز دنیا، کار بازنگری و تجدید نظر این دستورالعمل‌ها را به عهده گیرد.»

وی با بیان این‌که تدوین این برنامه‌های کاری علمی و جمعی است و انجمن‌های علمی نیز می‌توانند در آن مشارکت داشته باشند، در پاسخ به پرسش «پزشکان گیل» مبنی بر الزامات قانونی احتمالی درباره‌ی این گایدلاین‌ها پاسخ داد: «یکی از پیشنهادها ما این است که این راهنماهای بالینی مبنای پرداخت بیمه‌ها قرار گیرد. همچنین می‌توان نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد را بر اساس آن تعریف کرد و در دادگاه‌های انتظامی نظام پزشکی برای رسیدگی به پرونده‌های قصور یا تخلفات پزشکی آن را مبنای قرار داد. علاوه بر این، مجموعه‌ی حاضر در آموزش پزشکی برای تدریس و توانمندسازی دانشجویان مفید است و حتی در نظام سلامت می‌تواند مبنای ارتقای شغلی کارمندان شود.»

دکتر تاملی در پایان از ارسال این مجموعه به دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور خبر داد و گفت: «نسخه‌های پی‌دی‌اف این مجموعه در سامانه‌ی معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران به نشانی health.tums.ac.ir قابل دریافت است.»



مشاور وزیر بهداشت در امور پزشکان عمومی، در میان گذاشتیم. دکتر تاملی که خود به‌عنوان معاون فنی معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران و یکی از مسوولان تدوین این گایدلاین‌ها در این مراسم لوح تقدیر دریافت کرد، در گفت‌وگو با ماهنامه‌ی «پزشکان گیل» (ش ۱۳۳، آبان ۹۳) با تأکید بر اهمیت تدوین این مجموعه در راستای اجرای قانون برنامه‌ی پنجم توسعه مبنی بر مکلف بودن نظام بهداشتی-درمانی در نهادینه‌سازی پروتکل‌های طبابت گفت: «راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد مهم‌ترین ابزار در ارتقای کیفیت خدمات پزشکان خانواده و کاهش هزینه‌های بی‌مورد است و ساختار نظام جامع ارتقای کیفیت منوط به وجود یک برنامه‌ی منسجم تدوین این راهنماها

دکتر تاملی درباره‌ی پیشینه‌ی این کار گفت: «سابقه‌ی تصمیم‌گیری برای تدوین و تهیه‌ی راهنماهای بالینی به زمانی برمی‌گردد که قرار بود طرح پزشک خانوادگی شهری (نسخه‌ی ۰۲) در استان و شهر تهران اجرا شود. کار ستادی تدوین این برنامه را معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران به عهده گرفت و بدین منظور با دبیرخانه‌ی تحقیق و توسعه‌ی سیاست‌های دانشگاه، مراکز تحقیقاتی دانشگاه، اعضای هیات علمی و دپارتمان‌های مختلف تماس گرفته شد تا راهنماهای بالینی کاربردی برای بیماری‌های شایع کشور تدوین شود و پزشکان خانواده بتوانند در سیر درمان و مدیریت بیماری‌ها از آن‌ها استفاده کنند.

سایت انجمن پزشکان عمومی رشت: با تدوین و انتشار ۲۰ جلد نخست از مجموعه کتاب‌های «راهنمای بالینی مبتنی بر شواهد» در دانشگاه علوم پزشکی تهران، یکی از بزرگ‌ترین گام‌ها برای پیاده‌سازی نظام سطح‌بندی و ارجاع به محوریت پزشک خانواده برداشته شد.

در مراسم رونمایی از این مجموعه که سه‌شنبه ۴ آذر ۹۳ در ساختمان ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی تهران برگزار شد، دکتر ایرج حریرچی، قائم‌مقام و معاون کل وزارت بهداشت، تهیه‌ی این راهنماها برای پزشکان خانواده را بااهمیت‌تر از اجرای مرحله‌ی اول طرح تحول نظام سلامت دانست و گفت: «طبق سیاست‌های کلی ابلاغی توسط مقام معظم رهبری و طبق قانون برنامه‌ی پنجم، نظام بهداشتی-درمانی کشور مکلف به نهادینه‌سازی راهنماهای بالینی در طبابت است که بر این اساس، نظام ارجاع و پزشک خانواده شکل گرفته است. امیدواریم استفاده از راهنماهای بالینی در کشور نهادینه شود و پزشکان مبتنی بر این راهنماها تدریس کنند و مردم هم آرایه‌ی خدمات را مبتنی بر راهنمای بالینی و بر اساس سطوح ارجاع قبول کنند که البته این مساله نیازمند فرهنگ‌سازی در کل جامعه است.»

با توجه به اهمیت تدوین این راهنماها به‌ویژه برای همکاران پزشک عمومی و نقش آن در برنامه‌ی پزشک خانواده، برای اطلاع بیشتر از سیر تدوین و ویژگی‌های این مجموعه، پرسش‌های خود را در این‌باره با دکتر سعید تاملی،

۲۰ جلد نخست از مجموعه راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد



۱. ضربه به سر
۱۲. تشخیص و مدیریت سردرد در بالغین
۱۳. تشخیص و مدیریت تشنج در بالغین
۱۴. آلرژی غذایی
۱۵. برخورد با فشار خون بالا
۱۶. اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هراس
۱۷. برخورد با اختلال چربی خون
۱۸. تشخیص و درمان عفونت هلیکوباکتر پیلوری
۱۹. دیابت
۲۰. هیر سو تیسیم

۱. برخورد با آنمی فقر آهن
۲. استئوپروز
۳. برخورد با بیمار مبتلا به خشونت صدا
۴. سوءهاضمه
۵. غربالگری سرطان کولورکتال
۶. عفونت‌های ادراری
۷. آنافیلاکسی
۸. سردرد وضعیتی حمله‌ای خوش‌خیم
۹. تشخیص، درمان و پیشگیری پنومونی
۱۰. عفونت هپاتیت B



خبرنامه‌ی داخلی انجمن پزشکان عمومی رشت



آیا پزشکان عمومی متشکل خواهند شد؟ قطره دریاست اگر با دریاست...

دکتر حمید طهماسبی پور

پوست و زیبایی؛ برخی در ادارات دولتی کار ستادی و مدیریتی می‌کنند و برخی در طب مکمل و طب کار و...

هر یک از این حوزه‌ها نیز مواهب و مصایب خاص خود را دارند. اختلاف منافع باعث تنوع دیدگاه‌های صنفی و دسته‌بندی‌های گروهی شده و آینده‌نگری‌های متفاوتی در میان پزشکان عمومی به وجود آورده است. پزشکان فعال در برخی از این حوزه‌ها در حال تشکیل تشکل صنفی خاص خود بوده و احتمالاً تصور می‌کنند اگر راه‌شان را از سایر پزشکان عمومی جدا کنند، بهتر به مقصد می‌رسند. بی‌شک درستی یا نادرستی این تصور را گذشت زمان نشان خواهد داد. با نگاهی به اوضاع آشفته‌ی نظام سلامت فعلی، به نظر می‌رسد چند تکه شدن به نفع جامعه‌ی پزشکان عمومی نباشد. پیاده شدن از یک کشتی نسبتاً مطمئن و خود را با زورقی از چوب‌های عاریتی به امواج توفان سپردن، قابل تامل است!

آیا امیدی به جمع شدن هست؟

برای پاسخ به این پرسش، ابتدا باید به برخی پرسش‌های مهم و اساسی پاسخ داد:

۱. آیا شرایط فعلی جامعه‌ی پزشکان عمومی مطلوب است؟
 ۲. آیا سیر تحولات نظام سلامت کشور در جهت منافع و ارتقای جایگاه پزشکان عمومی پیش می‌رود؟
- با اندکی تعمق در اوضاع آشفته‌ی بهداشت و درمان کشور (گذشته و آینده‌ی پیش رو) پاسخ به هر دو پرسش منفی است. کافی است کمی به آمار مهاجرت پزشکان عمومی به خارج از کشور یا ورود پزشکان عمومی به فعالیت‌های غیرمرتبط با پزشکی نگاه کنیم. همچنین با نگاهی به وضعیت پزشکان عمومی که به کار طبابت در بخش‌های دولتی و خصوصی مشغول‌اند، دیده می‌شود روز به روز به علت فشارهای اقتصادی، عدم درآمد کافی و تنگناهای معیشتی، جمع‌کنندگی از پزشکان عمومی به سوی فقر و تنگدستی کشیده می‌شوند. فاصله‌ی درآمدی پزشکان عمومی و متخصصان روزانه بیشتر می‌شود. اگر در کشورهای دارای نظام سلامت پویا و منسجم، نسبت درآمد متخصصان به عمومی‌ها حداکثر دوبرابر است، در این جا حتی تا چند ده برابر هم می‌رسد.

پزشکان عمومی و بازسازی هویت صنفی

اکنون این پرسش مطرح است: شان و منزلت خدشه‌دار شده پزشکان عمومی از چه راهی قابل بازسازی است؟ پاسخ به این پرسش کلیدی راهگشای بسیاری از معضلاتی است که امروزه جامعه‌ی پزشکان عمومی با آن دست به گریبان است. به نظر نگارنده تنها و ادامه در صفحه‌ی ۹

استانداردهای سلامت را بهبود می‌بخشد. با این دیدگاه، می‌بینیم پتانسیل عظیمی در جامعه‌ی پزشکان عمومی نهفته است: جمعیتی گسترده، موثر و فرهیخته که در صورت متشکل شدن، تاثیر عمیقی بر روند تکاملی نظام سلامت خواهد داشت. اما متأسفانه فرسنگ‌ها فاصله میان این «رویا» تا واقعیت وجود دارد و باز می‌رسیم به همان پرسش اساسی: چرا جمع نمی‌شویم؟

چرا جمع نمی‌شویم؟

پزشکان عمومی جزو اقشار متوسط، بینابینی یا میانه‌حال جامعه هستند. فشارهای اقتصادی تاثیر شکننده‌ای بر زندگی و معیشت آنان دارد. از سویی تلاش می‌کنند حوزه‌ی فعالیت خود را به سطوح بالاتر (تخصصی و نیمه‌تخصصی) ارتقا دهند و شوربختانه از سوی دیگر، حوزه‌ی اختیارات واقعی آنان دائماً توسط اقشار فرودست‌تر (لیسانسه‌های پروانه‌دار) مورد تعدی واقع می‌شود. در حالی که طبق بررسی‌های به عمل آمده و مطالعات انجام شده، ۸۰-۷۰ درصد خدمات بهداشتی-درمانی در سطح اول نظام سلامت، یعنی همان طب عمومی و پایه، جزو حیطه‌ی اختیارات و مسوولیت پزشکان عمومی قرار دارد، اما متأسفانه طی سالیان گذشته و البته به دلایل گوناگون این عرصه تنگ‌تر و تنگ‌تر شده است؛ دلایلی چون تبلیغ افراطی تخصص‌گرایی، عدم نظارت امور درمان بر فعالیت گروه‌های پزشکی و از همه مهم‌تر بی‌توجهی پزشکان عمومی در پاسداری از طب عمومی که حوزه‌ی تخصصی فعالیت آنان بود، باعث محدود شدن فعالیت‌شان تا کمتر از ۲۰ درصد خدمات سطح اول شده است.

پزشکان عمومی سال‌های متمادی به منافع خود بی‌توجه بودند و از جمع شدن در تشکل صنفی اکراه داشتند. حساسیت نداشتن نسبت به منافع و سرنوشت خود نه تنها موجب اشغال جای آن‌ها در حوزه‌ی خدمات توسط گروه‌های پزشکی دیگر (لیسانسه‌های پروانه‌دار و متخصصین) شد، بلکه بخش اعظمی از اعتماد و اقبال عمومی مردم و مسوولان را نیز از بین برد.

تغییر نشانی

مرکز درمان سوء مصرف مواد هدیه سلامت (دکترتقیه حج فروش)

نشانی جدید: رشت، چهارراه گلزار، خیابان نواب

کوچه داروخانه دکتر آریافر (آبان)، ساختمان سنا، تلفن: ۳۳۱۱۳۸۰۰



خبرنامه‌ی داخلی انجمن پزشکان عمومی رشت

مفهومی به نام «جامعه‌ی مدنی» مختص جوامع امروزی است و شاید سابقه‌ی آن به یک سده نرسد. در یک نگاه کلی، جامعه سه بخش دارد: حاکمیت، مردم و گروه‌های حایل. تمام مردم هر روز نمی‌توانند با تمام اجزای حکومت درگیر شوند. حکومت امری مشکل و پرمساله است. این‌که این مفهوم در ذهنیت حاکمان جابجا شده که حاکم و کیلی موقت و موسمی برای پیشبرد امور مردم است و پس از چندی قدرت باید بچرخد یا نظارت شود، فرایندی است که عملی شدن آن زمان می‌برد. در دموکراسی متاسفانه یا خوشبختانه راه میان‌بر وجود ندارد. یک جامعه‌ی یک‌شبه یا یک‌ساله دموکراتیک نمی‌شود. لذا تا رسیدن به وضعیت مطلوب، ارتباط متقابل مردم و حاکمیت باید بر بستری صورت گیرد که کمترین هزینه و بیشترین سود را به هر دو طرف برساند. نهادهای صنفی حایل بین بدنه‌ی صنف و حاکمیت هستند و مسوولیت خطیری دارند که هم منافع صنف را لحاظ کنند و هم حاکمیت را اقناع. با توجه به این مهم، غور و بررسی راه‌های اعتلای صنف اهمیت مضاعفی می‌یابد.

این‌جانب در دو دوره‌ی انجمن پزشکان عمومی رشت به‌عنوان نایب رییس خدمت کردم. دوره‌ی فعلی انجمن رو به اتمام است و به‌زودی مجمع عمومی و انتخابات هیات مدیره برگزار خواهد شد. با عنایت به این موضوع، نکات زیر را به عرض می‌رسانم.

الزامات فعالیت صنفی

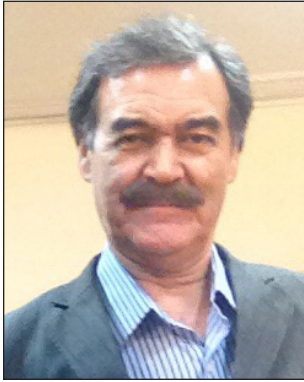
انتخابات انجمن پزشکان عمومی دموکراتیک‌ترین و بی‌حاشیه‌ترین انتخابات است. مهم‌ترین نکته، عدم نیاز به تایید صلاحیت است. کاندیداهای این انجمن نیازی به تایید حاکمیت ندارند. مهم‌ترین تایید و پشتوانه تعداد آرای است که از طرف بدنه‌ی صنف به شخص داده می‌شود. جدای از هر مسأله‌ی دیگر، این خود افتخار بزرگی است. هیچ سرمایه‌ای بزرگ‌تر از اعتماد نیست. اعتماد در هر سطحی خصلتی مولد و مثبت است؛ در خانواده، در یک سازمان یا در ارتباط متقابل مردم و حاکمیت. این‌که درصد بالایی از احاد صنف به یک شخص اعتماد می‌کنند و به او امید می‌بندند، سرمایه و افتخار بزرگی است. از این منظر کسانی همچون برخی اعضای هیات مدیره‌ی انجمن پزشکان عمومی رشت که در هر انتخاباتی آرای بالایی می‌آورند، نشانه‌ی اعتبار و ابرومندی و کارآمدی آن‌هاست. این دوستان اگر در انتخابات نظام پزشکی تایید نشدند، نشانه‌ی عدم تایید از طرف بدنه‌ی صنف نیست؛ مسوولیت متوجه طرف دیگر است.

یک نکته‌ی خیلی ظریف که جایگاه و اعتبار و ابروی انجمن پزشکان عمومی را از هر نهاد صنفی دیگر بالاتر و رفیع‌تر قرار می‌دهد، این است که انجمن

... و بیم موج و گردابی چنین هائل ...

مبارزه‌ی صنفی: صیانت از هویت

دکتر آناه محمد دوگونچی



برای رسیدن به چیزی که تا کنون به آن نرسیده‌ای، باید کسی شوی که تا کنون نبوده‌ای.

ضرب‌المثل اسپانیایی

و غیرمنطقی پیاده شود. تا این‌که خیزش عمومی پزشکان سراسر کشور آن‌ها را از اریکه‌ی قدرت من‌درآوردی پایین کشید و انجمن سراسری با مجاهدت‌های فعالین صنفی پا گرفت. این پدیده به‌عنوان نقطه‌ی عطفی در تاریخ انجمن ثبت خواهد شد. در دهه‌ی اول ارگان چشمگیری در کار نبود و انجمن را به حساب نمی‌آوردند. از حدود ۱۰ سال پیش یک نوع خیزش و تحرک امیدبخش در انجمن به‌وجود آمد که مدیون فعالین صنفی آن دوره‌ها و نشریات صنفی‌ای بود که وظیفه‌ی اطلاع‌رسانی و تجمیع بدنه‌ی صنف را به‌عهده داشتند. در آن زمان در برخورد با پزشکان عمومی بر دولتمردان دیدگاهی حاکم بود (و هنوز هم کم و بیش ادامه دارد) و آن این‌که متولیان وزارتخانه به پزشکان عمومی به‌عنوان لجستیک لشکر وزارتخانه می‌نگریستند. پزشکان عمومی سربازانی بودند که در پادگان به‌صفت می‌شدند و به سر خدمتی که آن‌ها تعیین می‌کردند می‌رفتند. امروزه هم آن‌هایی که متولی توزیع پزشک هستند و مسأله‌ی طرح خدمت را مدیریت می‌کنند، تصورشان بر این است که کل جامعه‌ی پزشکان عمومی سربازانی پادگانی هستند که دستورالعمل پادگان را باید رعایت کنند. حال آن‌که پزشکان عمومی یک طیف گسترده‌ی متنوع هستند. تعدادی تازه فارغ‌التحصیل شده‌اند، تعدادی مسوولیت اداری دارند و کارمند دولت هستند، تعداد زیادی مطب خصوصی دارند و تعهدی در قبال وزارتخانه ندارند (جز رعایت قوانین طبابت) و مجبور نیستند به قوانین اداری آن‌ها پاسخگو باشند.

هنوز هم که هنوز است با وجود تغییرات عمده، هر نوع خرید خدمت و هر نوع تعاملی به‌طور یک‌جانبه و از بالا به پایین به پزشکان عمومی تحمیل می‌شود. حتی از بالا دستور صادر می‌فرمودند نوار قلب بگیریم و سونوگرافی تجویز نکنیم که با مجاهدت فعالین سخت‌کوش صنفی این اجحافات برداشته شد. هنوز هم این اجحافات به‌صورت دیگر ادامه دارد. چرا یک پزشک عمومی نتواند فلان دارو را بنویسد؟ اگر بناست ننویسد، چرا باید درسش را بخواند و مغزش را فرسوده کند؟ این نوع آپارتاید واقعا مسخره است. زیر سوال بردن اعتبار گواهی‌نامه‌ای است که خودتان صادر می‌کنید. اگر خودتان، خودتان را قبول ندارید، چرا تقاضش را ادامه در صفحه‌ی ۹

ضمن دموکراتیک بودن، از هیچ‌گونه رانتی ارتزاق نمی‌کند. جز عشق به کار و دلسوزی نسبت به سرنوشت صنف، انگیزه‌ی دیگری پشت این فعالیت نیست. انجمن نهادی است دموکراتیک، مردمی (به‌معنای اخص کلمه)، آبرومند و بی‌حاشیه. همین ارزش‌های والا ایجاب می‌کند در حفظ جایگاه انجمن با دقت و وسواس و خویش‌داری و سعه‌ی صدر و شفاف‌سازی عمل شود.

انجمن قدرت اجرایی ندارد؛ قدرت انجمن در این است که حرف و موضعش، موضع بدنه‌ی صنف باشد، یعنی وقتی نهاد یا مرجعی با انجمن مواجه می‌شود، بداند که چند هزار عضو از یک قشر فرهیخته و تاثیرگذار پشت سر این انجمن است. انجمن از راه‌های دموکراتیک و مدنی باید اهداف خود را پیش ببرد، ارتباط و مذاکره با نهادهای دیگر از جمله نظام پزشکی، وزارتخانه و سازمان‌های دولتی دیگر و نیز ارتباط مستمر با بدنه از طریق مطبوعات صنفی و بولتن‌های فصلی، کارآمدی آن را بیشتر می‌کند.

انجمن باید از روش‌های افراطی و رادیکال و ادبیات نامناسب دوری کند. در عین حال ضمن حفظ ادب و اعتدال، قدرت بسیج بدنه را در جاهایی که ضرورت دارد یادآور شود. هیچ‌کس خواستار تشنج نیست، ولی تحمل زورگویی‌های بی‌منطق هم از طرف هر نهادی که باشد وجهی ندارد و با آن مقابله خواهد شد. یادمان باشد قدرت ما یک قدرت مدنی و صنفی است. در چهارچوب مقررات و قوانین جمهوری اسلامی گاه ممکن است ضرورت پیدا کند متوسل

نگاهی به گذشته

از عمر انجمن پزشکان عمومی حدود دو دهه بیشتر نگذشته است. در اوایل انجمن فعالیت چندانی نداشت و به‌ویژه انتخابات انجمن شهرستان‌ها بی‌رمق برگزار می‌شد. انجمن تهران هم خودش را به‌عنوان انجمن سراسری ایران جا می‌زد و حاضر نبود از این موضع ناحق



۹۳/۹/۲۴ آخرین نشست هیات‌مدیره‌ی فعلی انجمن رشت

پزشکان

خبرنامه‌ی داخلی انجمن پزشکان عمومی رشت

از این دردها و معضلات بسیار است. ما پزشکان عمومی باید متحد شویم و از تربیون نهاد صنفی از حقوقمان دفاع کنیم. باید یادآور شویم به پزشک عمومی که در مطب خود طبق ضوابط و قانونی کار خود را می‌کند، حق ندارید چپ و راست دستورالعمل پادگان صادر کنید. پزشک عمومی می‌خواهد یا نمی‌خواهد؟ جواب معلوم است؛ اگر پزشک عمومی نباشد ستون فقرات درمان خرد خواهد شد. حالا که در ضرورت پزشک عمومی تردیدی نیست، ما پزشکان عمومی حقوق کامل‌مان را می‌خواهیم. چرا نباید یک آنتی‌بیوتیک مثلا فلوروکینولون بنویسیم؟ مشکل مالی دارید، بروید بیمه‌های درمانی‌تان را سامان‌دهی کنید. چرا تاوان بیمه‌های ناکارآمدتان را پزشکان عمومی بپردازند؟ گذشته برای ما درس است. بسیاری از حقوق غصب شده‌مان را بازپس گرفته‌ایم. سال‌های دور را باید به یاد داشته باشیم و خاطرم‌ان باشد کجا بودیم و الان کجا هستیم.

وضعیت امروز

پس از نهضت مشروطیت پزشکان عمومی در سال ۹۱، این صنف دارای یک انجمن سراسری شده و فعالین صنفی استان ما هم در شکل‌گیری آن نقش عمده داشته‌اند. انجمن سراسری متکی به ستون فقرات خود است که انجمن‌های شهرستان‌هاست. انجمن رشت از پیشنازترین و فعال‌ترین انجمن‌های کشور بوده و هست. این توفیق مدیون حسن‌نیت، اعتماد و همکاری همکاران عزیزمان است. یادم هست در دو انتخابات اخیر این انجمن دوستان بسیاری حاضر شده بودند. ضمن تجدید دیدار و درددل،

جنب و جوش و تحرکی امیدبخش را در آن‌ها شاهد بودم. سرنوشت مشترک، اهداف مشترک و مصیبت‌های مشترک ما را بهم پیوند می‌دهد. ما هر روز و هر فصل و هر سال یک مشکل سر راه‌مان سبزی می‌شود. یک نمونه همین دستورالعمل شهرداری در مورد جمع کردن تابلوهاست. این در حالی است که بابت آن به همین شهرداری پول پرداخت کرده‌ایم. آیا تابلوهای همه‌ی صنف‌ها را قادرند بردارند یا فقط زورشان به ما می‌رسد؟ یا این مقدمه‌ی یک پول یا زور دیگری است؟ سرنوشت سرگردان پزشک خانواده و سیستم ارجاع و دستورالعمل‌های بیمه همیشه در کمین ماست. در این شرایط از همکاران عزیز توقع می‌رود با شرکت فعالانه در مجمع عمومی و انتخاب پزشکان شایسته و برومند، از حقوق و منافع مشترک‌مان صیانت کنند. انجمن عاری از عیب و نقص نبوده و در آینده هم بی‌نیاز از نقد و بازسازی نخواهد بود. اگر انجمن دستاوردی داشته (که داشته) مدیون حمایت صنف بوده ولی کمبودها و نقایص هم متوجه ماست که اگر قصوری بوده پوزش می‌طلبیم. چه موفق بشویم چه نشویم، باید از انفعال و دل‌مردگی حذر کنیم، کسانی که موج منفی می‌فرستند و آحاد صنف را نومید می‌کنند، دوستدار طبقه‌ی ما نیستند. اگر هم شکست بخوریم، ضمن مبارزه و سربلند با سرنوشت درگیر شویم. کسی بهروزی و منافع‌مان را دودستی به ما هبه نخواهد کرد. چاره‌ای جز مبارزه‌ی صنفی نیست؛ مبارزه در چهارچوب قوانین و مقررات و در سایه‌ی عقلانیت و تدبیر.

من به دوستان عزیزم در انجمن که لازم نیست نام تک‌تک آن‌ها را بیاورم، افتخار می‌کنم که چطور با غیرتمندی و احساس مسوولیت به جلسات می‌آیند بحث

می‌کنند و تلاش می‌کنند تا تصمیم‌های مفید بگیرند. این همه فقط برای اعتلای صنف و ادای دین به کسانی است که به آن‌ها رای داده‌اند. فردای ما در گرو تلاش امروز ماست. من احساس می‌کنم روزهای سخت‌تری در انتظار ماست، هر چند با اتحاد و انسجام می‌توانیم در مقابل این سختی‌ها دوام بیاوریم. تا زمانی که با هم هستیم و امید را از دست نداده‌ایم، باکی از این سختی‌ها نیست.

نهادهای صنفی و نشریات صنفی را باید تقویت کنیم. اطلاع‌رسانی باید سامان یابد. ما پزشکان عمومی بیش از هر نهاد دیگری طرفدار احقاق حقوق مردم هستیم و از اجحافات‌ی که گاه به نام جامعه‌ی پزشکی به آن‌ها می‌شود در رنجیم. حقایق را باید با مردم در میان بگذاریم و با حاکمیت در چارچوب قوانین و منطق و عقلانیت همکاری کنیم که انشالله حقوق هر دو طرف تامین شود. این که یک طرف به قیمت خانه‌خرابی جامعه‌ی پزشکان بخواهد طرحی را به‌هر قیمت به کرسی بنشانند، از عقلانیت دور است.

ما چیزی فراتر از حقوق‌مان نمی‌خواهیم و البته زیر بار اجحاف هم به‌هیچ عنوان نخواهیم رفت. باید بنشینیم و مذاکره کنیم. با مذاکره است که ایرادات مشخص و سوءتفاهم‌ها برطرف می‌گردد. برای مذاکره ما نیاز به مردان برومند و دیپلمات داریم که الحمدلله در جامعه‌ی پزشکان عمومی کم نیستند. آن‌ها را بشناسیم و به آنان رای بدهیم و انتخاب‌شان کنیم تا نهاد انجمن بیش از پیش مستحکم‌تر و کارآمدتر شود. به امید آن روز!

دکتر آناه محمد دوگونچی

نایب رییس انجمن پزشکان عمومی رشت
نشانی: رشت، میدان زرجوب، تلفن: ۳۳۸۲۴۴۲۷

تنها یک راه برای بازسازی جایگاه و شخصیت واقعی پزشکان عمومی وجود دارد و آن «احیای طب عمومی و پایه» است. وقتی خدمات سطح اول سلامت، حوزه‌ی عمل پزشکان عمومی است و این خدمات که بهداشت، پیشگیری و درمان ۷۰-۸۰ درصد خدمات نظام سلامت را در برمی‌گیرد مورد تجاوز و تعدی گروه‌های دیگر پزشکی واقع می‌شود، رسالت اصلی پزشکان عمومی پاسداری از حوزه‌ی عمل قانونی خویش است. احیای طب عمومی بر اساس تجارب گذشته‌ی داخلی، قوانین بالادستی و خوشبختانه تأکیدات اخیر مقامات عالی کشور یعنی ارایه‌ی «بسته‌ی جامع خدمات پایه‌ی سلامت» به آحاد مردم از طریق «سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده» قابل دسترسی است. سازمان جهانی بهداشت نیز با تکیه بر تجارب ده‌ها کشور جهان، استقرار این نظام را بهترین روش اصلاح نظام سلامت و موثرترین شیوه‌ی ممکن برای ارتقای سلامت عمومی می‌داند.

تأکید بر اجرای سطح‌بندی خدمات، ارجاع و پزشک خانواده با محوریت پزشکان عمومی و اولویت بخش خصوصی امروزه نیاز جامعه و اساسی‌ترین روش اصلاح نظام سلامت کشور است.

پزشکان عمومی در مرحله‌ی دشوار و آزمون حساسی به‌سر می‌برند. از سویی، اقبال عمومی برای اصلاح وضعیت آشفته‌ی بهداشت و درمان کشور، وجود قوانین راهگشا و تجربه‌ی اجرای پزشک خانواده‌ی شهری و روستایی (علی‌رغم انتقادات و نواقص اجرایی) فرصت‌هایی برای نقش‌آفرینی محوری پزشکان عمومی فراهم کرده است. از سوی دیگر، وجود رقاباتی که مترصد اشغال حوزه‌ی فعالیت و جایگاه پزشکان عمومی و حذف آنان از زنجیره‌ی خدمات و نظام سلامت هستند، تهدیدات جدی فراروی آینده‌ی پزشکی عمومی است.

پزشکان عمومی می‌توانند و باید برای بازسازی نقش محوری خود در اصلاح نظام سلامت و ارتقای سلامت جامعه و تضمین آتیه‌ی پایدار و افزایش جایگاه اجتماعی خود حول محور شعار راهبردی اجرای سراسری سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده متشکل شوند. خدمات جانبی مانند ترک اعتیاد، طب مکمل، طب کار، مراقبت‌های پوست و سایر توانمندی‌های پزشکان عمومی نیز می‌باید به‌عنوان فرصت‌هایی تلقی شود که طی روندی با ادغام در پزشک خانواده، به ارتقای سلامت جامعه بیانجامد.

دکتر حمید طهماسبی پور

عضو هیات مدیره‌ی منتخب انجمن پزشکان عمومی ایران
نشانی: امامزاده هاشم، تلفن: ۳۴۵۰۳۳۳۴
Email: hamtapor@gmail.com

خبر

اعتراض انجمن پزشکان عمومی به توافق با شهرداری رشت: نظام پزشکی موضوع تابلوها را پیگیری حقوقی کند

۹۳/۹/۲۶. هیات مدیره‌ی انجمن پزشکان عمومی رشت طی نامه‌ای به دکتر انوش برزیگر، رییس سازمان نظام پزشکی این شهرستان، با اعتراض به توافق اخیر نظام پزشکی با شهرداری رشت، خواستار پیگیری حقوقی این موضوع شد: **استاد گران‌قدر، جناب آقای دکتر انوش برزیگر ریاست محترم سازمان نظام پزشکی رشت**

با سلام و احترام

همان‌گونه که استحضار دارید:

۱. طبق بند «ج» از ماده‌ی ۳ قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۳ مجلس شورای اسلامی «تدوین و تصویب مقررات و ضوابط خاص صنفی مربوط به استاندارد کردن تابلوها و سرنسخه‌های موسسات پزشکی و پزشکان شاغل حرف پزشکی و وابسته‌ی پزشکی» برعهده‌ی این سازمان است.

۲. بنا بر ماده‌ی ۳ آیین‌نامه‌ی استانداردسازی تابلوها و



انجمن پزشکان عمومی رشت

خبرنامه‌ی داخلی انجمن پزشکان عمومی رشت
دوره‌ی جدید، شماره‌ی ۱۴ (۱۴+۴۰)، آذر ۱۳۹۳

به کوشش: دکتر مسعود جوزی
با همکاری: دکتر رقیه حج فروش

زیر نظر: کمیته‌ی انتشارات (دکتر سونیا معصومی، دکتر حمید طهماسبی پور، دکتر آرش عصارى)
نشانی انجمن: رشت، میدان انتظام (رازی)، ابتدای بلوار شیون فومنی، خیابان نظام پزشکی
سازمان نظام پزشکی، دبیرخانه‌ی انجمن‌های علمی، تلفن: ۳۳۴۶۱۷۲۰



خبر

مهندس جعفرزاده

در دیدار با هیات مدیره‌ی انجمن پزشکان عمومی رشت: جهت‌گیری برنامه‌ی تحول نظام سلامت اشتباه است

۹۳/۹/۱۳. نماینده‌ی مردم رشت در مجلس شورای اسلامی، با تایید نظرات انجمن پزشکان عمومی درباره‌ی لزوم اصلاحات در برنامه‌ی تحول نظام سلامت، خواستار تداوم نشست با این انجمن و دریافت دیدگاه‌های کارشناسی آن شد. مهندس غلامعلی جعفرزاده در دیدار با جمعی از اعضای هیات مدیره‌ی انجمن



پزشکان عمومی رشت که سیزدهم آذر در دفتر مشاوران دانشگاه علوم پزشکی گیلان برگزار شد، ضمن تاکید بر لزوم تحول در نظام سلامت، جهت‌گیری فعلی این برنامه را که به‌سوی هزینه‌کرد منابع در بخش‌های تخصصی است نادرست دانست و خواستار مطالعه‌ی کارشناسی و تأمل بیشتر بر برنامه‌های در دست اجرا شد. در این دیدار که در آن دکتر مسعود جوزی، دکتر حمید طهماسبی پور، دکتر حمید اخوین، دکتر محمد محزون، دکتر آرش عصارى و دکتر رقیه حج فروش از هیات مدیره‌ی انجمن پزشکان عمومی رشت و نیز دکتر فرزاد فرقان عضو شورای عالی نظام پزشکی کشور و دبیر شورای مشاوران دانشگاه علوم پزشکی گیلان حضور داشتند، نمایندگان پزشکان عمومی درباره‌ی لزوم اصلاح برنامه‌ی تحول نظام سلامت و ارتقای جایگاه پزشکان عمومی در آن، ضروری بودن اجرای نظام سطح‌بندی خدمات درمانی با محوریت پزشک خانواده و اولویت بخش خصوصی، لزوم پرداخت بیشتر به سطح یک عرضه‌ی خدمات در برابر سطوح تخصصی، توجه به بیانیه‌ی اخیر انجمن پزشکان عمومی به‌عنوان یک سند کارشناسی راهبردی و نیز مبانی علمی درمان اعتیاد کشور و نارسایی‌ها و تهدیدات این حوزه گفت‌وگو کردند.

گفتنی است مهندس جعفرزاده به‌عنوان عضو کمیسیون برنامه، بودجه و محاسبات مجلس، یک هفته پیش از این دیدار در برنامه‌ی تلویزیونی «نبض» با موضوع بررسی بودجه‌ی سلامت کشور شرکت کرده بود که دیدار حاضر با هدف انتقال نظرات انجمن به ایشان پیش از شرکت در بخش دوم این برنامه برگزار شد.

خبر

رئیس انجمن پزشکان عمومی در جمع انجمن‌های پزشکان عمومی گیلان: پزشکان عمومی گیلان پیشگام فعالیت‌های صنفی کشور هستند

رئیس انجمن پزشکان عمومی ایران با حضور در جمع اعضای هیات مدیره‌ی انجمن‌های پزشکان عمومی گیلان، ضمن تقدیر از کارنامه‌ی این انجمن‌ها و فعالان صنفی پزشکی استان گفت: «حضور پرشمار و موثر پزشکان عمومی گیلانی در نهادهای صنفی پزشکی در سطح ملی، نشان‌دهنده‌ی پیشگامی انجمن‌های پزشکان عمومی این استان در کشور است.»

دکتر عباس کامیابی که به‌همراه دکتر عزت‌الله گل‌علیزاده، نایب رئیس انجمن پزشکان عمومی، پس از حضور در نشست کارگروه «ارتباطات و رسانه‌ی انجمن پزشکان عمومی ایران در رشت، در نشست ۹۳/۷/۹ شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی گیلان شرکت کرده بود، ساختارسازی برای انجمن پزشکان عمومی، ایجاد راهکار برای ارتباط با سایر انجمن‌ها و تشکل‌ها، تدوین آیین‌نامه‌های لازم و پیشنهاد دکتر سعید تاملی به وزیر بهداشت و انتصاب وی به‌عنوان مشاور وزیر در امور پزشکان عمومی را از مهم‌ترین عملکردهای انجمن دانست و خواستار همدلی، مشارکت و ارایه‌ی نظر کارشناسی همه‌ی همکاران برای موفقیت انجمن در ارتقای جایگاه پزشکان عمومی کشور شد.

رئیس انجمن پزشکان عمومی ایران همچنین با ارایه‌ی گزارش از نشست‌های هیات مدیره با وزیر بهداشت، معاون برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور، مسوولان مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، روسای سازمان‌های تأمین اجتماعی و بیمه‌ی سلامت و... به حضور موثر پزشکان عمومی در سطوح مدیریتی سازمان نظام پزشکی، از جمله دکتر جهانگیری معاون نظارت و دکتر گل‌علیزاده معاون پشتیبانی نظام پزشکی، اشاره کرد و افزود در سطوح انتظامی هم چند تن از همکاران پزشکان عمومی به‌عنوان کارشناس وارد هیات‌های انتظامی شده‌اند. در ادامه دکتر گل‌علیزاده نیز با ارایه‌ی گزارش بخش دیگری از فعالیت‌های

هیات مدیره، از شناسایی پزشکان عمومی توانمند به‌ویژه اعضای هیات مدیره‌ی نظام پزشکی در شهرستان‌ها و مدیران اجرایی، به‌عنوان یکی از برنامه‌های انجمن برای گسترش تشکیلات انجمن در شهرستان‌ها و تشکیل شعب جدید نام برد. نایب رئیس انجمن پزشکان عمومی با تاکید بر ارتباط خوب با وزیر بهداشت و حسن اعتماد ایشان نسبت به انجمن، افزود: «تلاش برای ایجاد ارتباطات مناسب با سازمان‌های بیمه‌گر به‌منظور رفع محدودیت‌های پزشکان عمومی در تجویز دارو و درخواست پاراکلینیک یکی دیگر از اهداف ماست. همچنین با تشکیل کمیته‌ی درمانگران اعتیاد در انجمن و ارایه‌ی نظرات کارشناسی نمایندگان آن در جلسات مربوطه، جلوی بسیاری از تصمیمات نادرست گرفته شده و پروتکل درمان نگهدارنده با متادون نیز اصلاح شده است اما هنوز ابلاغ نشده است.» در ابتدای این نشست که در آن دکتر انوش برزیگر رئیس دانشگاه علوم پزشکی گیلان و سازمان نظام پزشکی رشت و دکتر جابر نبی‌زاده، معاون توسعه‌ی مدیریت و منابع دانشگاه نیز به‌عنوان میهمان حضور داشتند، ابتدا دکتر برزیگر آمادگی کامل دانشگاه علوم پزشکی گیلان را برای همکاری با انجمن پزشکان عمومی در هر زمینه‌ای اعلام کرد و سپس اعضای هیات مدیره‌ی انجمن‌های پزشکان عمومی استان با بیان مشکلات جامعه‌ی پزشکی عمومی، نقطه‌نظرات خود را درباره‌ی مسایل مختلف نظام سلامت و عملکرد انجمن بیان کردند.

