به‌نام خداوند جان وخرد

صنعت درمان

سال پنجم/شماره ۴۶-۴۵ ■ ۱۱ اسفند ۱۳۹۳

فهرست

اخبار | ۴

واردات دارو امسال ۳۵۰ میلیون دلار کاهش یافت ۴

واردات یک میلیارد دلاری دارو به ایران ۵

تصمیم دولت به واردات ۸۰۰ میلیون دلاری تجهیزات پزشکی ۶

تشریح اهداف نظام جدید پرداخت در بیمارستان‌های دولتی ۷

درمان بیماران سرطانی با پیشرفته‌ترین دستگاه شتاب‌دهنده خطی ۸

ماندگاری یک شرکت موفق نشان‌دهنده فعالیت مثبت آن شرکت است ۱۰

آغاز نظارت ۱۵۰ ارزیاب بر روند اجرای طرح تحول سلامت ۱۶

انتخابات اتاق بازرگانی | ۱۷

آستانه بهار | ۲۳

پرونده | ۳۱

سلامت مردم جهان چگونه بیمه می‌شود ۳۲

نگاهی به شکل گیری بیمه درمانی در ایران ۳۵

بیمه‌های سلامت ایران بررسی نقاط قابل بهبود و چالش‌های موجود ۳۸

تجمیع بیمه‌ها به افزایش خدمات می‌انجامد ۴۱

بیمه نیازمند یک اقدام انقلابی است ۴۹

رسانه | ۵۵

چهار گلوگاه برای عبور از رکود ۵۶

دستاورد | ۶۳

جای ایرانی‌ها خالی بود ۶۴

تأثیر عوامل فرهنگی اجتماعی بر تروما را نادیده نگیریم ۶۸

تشخیص درست و ارایه خدمات مطلوب دندانپزشکی با بالا بردن دانش متخصصان رادیولوژی ۷۱

پیشگیری؛ به‌صرفه‌ترین راه برخورد با سرطان ۷۳

صرع؛ بیماری خاصی که خاص نیست ۷۶

درمان بیماری‌های عمده با سلول‌های بنیادی ۷۹

ضرورت تعامل مسؤول آزمایشگاه با پزشک برای ارتقای سطح کیفی آزمایش‌ها ۸۱

می‌خواهیم همراه سلامت مردم ایران باشیم ۸۳

بیمارستان | ۹۱

درمان تخصصی انواع بیماری‌های پوستی ۹۲

راهنما | ۹۶

شورای نظارت و سیاستگذاری
سیدمجتبی معظمی
ابوالفتح صانعی

صاحب امتیاز و مدیر مسؤول
محمدباقر اثنی‌عشری

سردبیر
حمید اسلامی

هیأت تحریریه
نرگس لطیف‌پور / رویا کاکاوند
مجتبی ذوقی / زهره خوش‌نمک

مدیر بازرگانی
سحر آنتیک‌چی

گرافیست
عظیم علیپور فطرتی / سمانه یونسی

عکس
هلیا سعیدی

امور داخلی و اشتراک
سارا مددپور

امور مالی
شاپور رهبری

حروفچین و نمونه‌خوان
مهناز غلامی

پشتیبانی
عباس دانای / مهران روحی

نشانی
تهران، خیابان قائم مقام فراهانی، نرسیده به خیابان شهید دکتر بهشتی، خیابان دهم، پلاک ۹، واحد ۷

کدپستی: ۱۵۸۶۸۷۷۴۱۹

صندوق پستی: ۱۱۸۱-۱۵۸۱۵

تلفن: ۸۸۹۰۷۳۴۳

نمابر: ۸۸۷۵۶۴۴۲

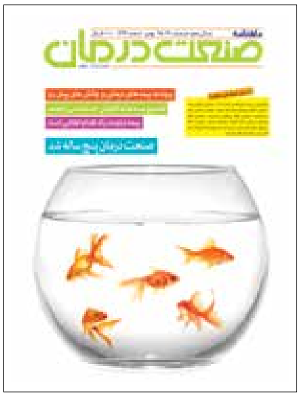
پیامک: ۹۰۰۰ ۳۳۳ ۰۹۳۵

شاپا: ISSN 2322-2492

نشانی الکترونیک:
info@sanatdarman.ir

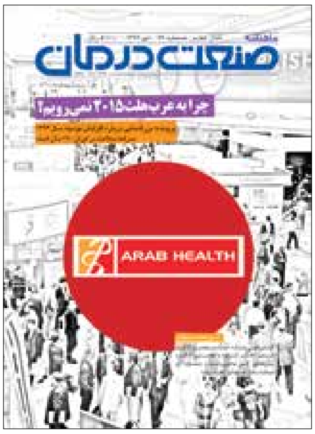
تارنما:
www.sanatdarman.ir

چاپ و صحافی: چاپ رفاه / کیلومتر ۱۴ مخصوص بعد از چهارراه ایران خودرو، خیابان انصار، کوچه دوم شرقی پلاک ۱
تلفن: ۴۴۱۹۹۴۹۴



طرح روی جلد: رضا اسماعیلی

صنعت‌درمان پنج‌ساله شـــد



سال ۱۳۸۹ در آستانه پایان بود؛ درست اسفندماه، پیش پای فروردین نشسته بود که صنعت درمان با نوید بهار آمد؛ اکنون از آن روزی که نخستین شماره ماهنامه را به دست شما رساندیم، چهار بهار گذشته است و صنعت درمان به پنجمین بهار خود پا می‌گذارد تا سالی دیگر را همراه شما زندگی کند.

شماره‌ای که پیش رو دارید، شماره ۴۵ و ۴۶ ماهنامه است؛ از شماره یک تا این شماره، راهی را پشت سر گذاشته‌ایم که با پستی و بلندی، دشواری و آسانی‌هایی همراه بوده است؛ هم برای ماهنامه و هم برای دست‌اندرکاران صنعت درمان کشور. در این سال‌هایی که گذشت همراهی شما خوانندگان گرامی به ویژه دست‌اندرکاران صنعت سلامت کشور، پیمودن این راه را بر ما آسان کرد و پیشنهاد، انتقادها و راهنمایی‌های شما چراغ راهی شد تا پیش پای خود را بهتر ببینیم و پویاتر به پیش رویم.

ماهنامه صنعت درمان نیز در این راه همراه سختی و آسانی تلاشگران حوزه صنعت درمان شد و تلاش خود را بر اطلاع‌رسانی هرچه بهتر، ارزیابی چالش‌ها و مشکلات این حوزه گذاشت تا بتواند گامی هرچند کوچک در بهبود فضای کسب و کار تجهیزات پزشکی و روند تامین نیازمندی‌های درمانی کشور بردارد و تا آنجا که می‌تواند در این راه از نشان دادن واقعیت‌های صنعت درمان کشور [چه توانمندی‌ها و چه کاستی‌ها] فروگذار نکند.

اکنون که آماده می‌شویم پنجمین بهار انتشار ماهنامه صنعت درمان را جشن بگیریم، بر این باوریم که با تلاش همکاران‌مان و همراهی شما ارجمندان توانسته‌ایم جای خود را در خانواده صنعت درمان کشور بیابیم و به عنوان رسانه‌ای موثر در این حوزه نقش‌آفرینی کنیم.

جای آن دارد که از تلاش همه کسانی که در این سال‌ها چه در ماهنامه و چه در حوزه سلامت کشور ما را یاری و همراهی کردند، سپاسگزاری کنیم.

چند یادآوری

پیش از آنکه این ماهنامه را ورق بزنید و بخش‌های دلخواه‌تان را بخوانید نیاز است چند نکته را درباره مطالب این شماره یادآوری کنیم؛

نخست این که شماره ۴۷ ماهنامه فروردین ماه منتشر می‌شود و این روزها همکاران، می‌کوشند مطالب شماره آینده را آماده کنند، از همین رو از سازمان‌ها و شرکت‌هایی که در پی اطلاع‌رسانی اخبار و برنامه خود در شماره آغاز سال هستند، درخواست می‌کنیم پایان سال مطالب خود را به ما برسانند. همچنین از آنجا که بیشترین همایش و کنگره‌ها [که بسیاری از آنها از اهمیت ویژه برخوردارند] در اردیبهشت ماه برگزار می‌شوند، شماره ۴۷ در شمارگان بیشتری منتشر خواهد شد تا در مهمترین کنگره‌ها پخش شود؛ از این رو شرکت‌هایی که می‌خواهند آگهی آنها در کنگره‌های اردیبهشت دیده شود این فرصت را از دست ندهند و برای داشتن تبلیغات بهتر در ماهنامه برنامه‌ریزی کنند.

دوم؛ از آنجا که این شماره ویژه پایان سال است، بخش گفت‌وگو و راهبرد را در این شماره نداریم و انتشار گفت‌وگو و راهبرد از شماره فروردین‌ماه ۹۴ از سر گرفته خواهد شد و امیدواریم مطالب ارزنده‌تری در این دو بخش منتشر کنیم.

سوم؛ ۱۸ اسفند ماه انتخابات اتاق بازرگانی تهران برگزار می‌شود برای نخستین‌بار چند نفر از دست‌اندرکاران بخش سلامت برای عضویت در اتاق بازرگانی نامزد شده‌اند. ماهنامه صنعت درمان نیز برای اطلاع‌رسانی در این باره، بخشی را به معرفی نامزدهای حوزه سلامت اختصاص داده است. امیدواریم در این انتخابات دست‌کم دو نامزد حوزه سلامت انتخاب شوند و به اتاق بازرگانی راه یابند و بتوانند مسایل و مشکلات این حوزه را پیگیر شوند. به مدیران عامل شرکت‌ها پیشنهاد می‌کنیم در این انتخابات شرکت کنند و با رای خود زمینه را برای راه یافتن نماینده‌های این حوزه به اتاق فراهم کنند.

همراهان ماهنامه

به‌تازگی برخی از خوانندگان گرامی با خرید اشتراک ماهنامه، به گروه همراهان ما پیوسته‌اند که همین‌جا به آنها خوشامد می‌گوییم:

امیر حسین امیری، [تهران]، آرش اریس، شرکت نوزاد درمان [تهران]، حمیدرضا امامی‌جو، شرکت تین طب [تهران]، شیفته خسروپناه، [تهران]، مجید وارسته، [مشهد]، آقای موسوی، شرکت طرح آفرین سلامت [تهران]، علیرضا بابالو [تبریز]، مهری حسینی [رفسنجان]، تینا نفری [تهران]، علیرضا شفیعی‌پور کرمانی [تهران]، میرحامد رضوانی [تبریز]، محمدرضا مرادی [تهران].

ای نام تو بهترین سرآغاز
بی نام تو نامه کی کنم باز

لحظه تحویل سال ۱۳۹٤ خورشیدی به ساعت رسمی ایران
ساعت ۲ و ۱۵ دقیقه و ۱۰ ثانیه
روز شنبه ۱ فروردین ۱۳۹٤ هجری شمسی
برابر با ۳۰ جمادی‌الاولی ۱٤۳٦ قمری و ۲۱ مارس ۲۰۱۵ میلادی

سال نو و بهار نو بر همگان خجسته

صنعت درمان

مهمترین برنامه‌های غذایی و دارویی سال ۹۴ اعلام شد

واردات دارو امسال ۳۵۰ میلیون دلار کاهش یافت

معاون وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رییس سازمان غذا و دارو از کاهش ۳۵۰ میلیون دلاری واردات دارو و تجهیزات پزشکی در سال جاری خبر داد. رسول دیناروند با اشاره به سیاست حمایتی دولت یازدهم از تولید داخلی گفت: «برای نخستین‌بار در ۱۵ سال گذشته روند واردات دارو و تجهیزات پزشکی در کشور کاهش یافته‌است.»

او با اشاره به سیاست کاهش قیمت داروهای مورد نیاز بیماران خاص و همچنین حمایت از داروی تولید داخل از سوی دولت تدبیر و امید، از معرفی تعدادی از اقلام دارویی مربوط به بیماری‌های خاص، صعب‌العلاج و مزمن، تولید کشور به مردم خبر داد.

دیناروند همچنین از معرفی اقلام دارویی جدید پس از استفاده در کشور به عنوان یکی از سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نام برد و افزود: «این داروها اکنون در کشور وجود دارد و در دو ـ سه ماه گذشته وارد بازار دارویی شده‌است.»

او با بیان اینکه داروهای تولید داخل رونمایی نمی‌شود و پس از مصرف، به مردم معرفی می‌شوند، کمترین کاهش قیمت داروهای تولید داخل برای بیماری‌های خاص، صعب‌العلاج و مزمن را در سال جاری ۵۰ درصد اعلام کرد.

رییس سازمان غذا و دارو همچنین با اشاره به رضایت مردم از خدمات بیمارستانی با اجرای برنامه تحول نظام سلامت گفت: «در حال حاضر، مردم تمام دارو و تجهیزات مورد نیازشان را در بیمارستان دریافت می‌کنند و مراجعه مردم به بیرون از بیمارستان برای تهیه دارو و تجهیزات درمانی، به کمترین اندازه رسیده‌است.»

رییس سازمان غذا و دارو سقف پرداختی مردم برای خدمات بستری در بیمارستان‌های کشور را در سال جاری شش درصد اعلام کرد در حالی که این رقم در سال گذشته ۳۷ درصد بود.

معاون وزیر بهداشت و رییس سازمان غذا و دارو از راه‌اندازی پورتال سازمان غذا و دارو یا همان سامانه رد و رهگیری دارو در سال ۹۴ به عنوان مهم‌ترین برنامه‌های این سازمان در سال آینده در حوزه غذا و دارو خبر داد. این سامانه در ادامه روند اجرای طرح تحول سلامت راه‌اندازی خواهد شد.

رسول دیناروند در توضیح برنامه‌ریزی‌های این سازمان برای سال آینده این سامانه را مهم‌ترین کار سال آینده این سازمان خواند و افزود: «مراحل راه‌اندازی این پورتال از امسال آغاز شده که در حال پیگیری است و امیدواریم که این پرتال تا پیش از پایان سال اجرایی شود.»

او تاکید کرد: «این کار هر چند سخت است اما در صورت اجرایی شدن، تمام فرآیندها به صورت الکترونیکی و شفاف انجام خواهد شد و نیازی به مراجعه مشتریان نخواهد بود؛ چرا که این امر خود می‌تواند منشأ تخلف و فساد باشد، البته ممکن است عملیاتی شدن تمام بخش‌های این پورتال دو تا سه سال زمان ببرد.»

رییس سازمان غذا و دارو همچنین درباره دیگر برنامه‌های نظارتی سازمان غذا و دارو در سال ۹۴ گفت: «برنامه‌های نظارتی ما طبق قانون همیشگی انجام می‌شود، ولی باید از ابزارهای نوین و مدرن برای توسعه نظارت‌های‌مان استفاده کنیم. برای نمونه، ما طرحی در حوزه شناسایی آلاینده‌ها و تقلبات در حوزه غذا داریم که تقریباً ۱۸ میلیارد تومان برای این کار هزینه خواهیم کرد تا آزمایشگاه مرجع در تهران و آزمایشگاه‌های قطب در ۱۰ استان دیگر را تقویت کنیم و از این طریق بتوانیم سرعت شناسایی آلاینده‌ها و سموم را افزایش دهیم. این کاری است که امسال آغاز شده و سال آینده به نتیجه می‌رسد.»

او همچنین از تشدید نظارت‌ها برای کنترل و برخورد با قاچاق و تقلب در حوزه غذا و دارو در سال آینده خبر داد.

رایگان شدن هزینه دارویی بیماران خاص نیازمند به تعویق افتاد

طرحی که بر اساس آن قرار بود؛ هزینه دارویی بیمارانی که تحت پوشش کمیته امداد، بهزیستی و در مناطق محروم هستند به صفر برسد، با صلاحدید وزیر بهداشت به دلیل محدودیت بودجه به تعویق افتاد.

رییس سازمان غذا و دارو اجرای این طرح را در سال ۹۴ با توجه به بودجه سال آینده نیازمند بررسی دانست و گفت: «همین الان هم برای بیماران صعب‌العلاج اعتباری که پیش از این در نظر گرفته شده، وجود دارد و وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر مبلغی بالغ بر ۳ هزار میلیارد تومان هزینه می‌دهند تا پرداختی بیماران به حداقل برسد. داروی برخی از بیماران نیز رایگان است.»

او همچنین درباره اعلام اسامی شرکت‌های استفاده‌کننده از روغن پالم گفت: «ما هنوز چنین درخواستی از سوی دادستانی دریافت نکرده‌ایم در حالی که به تازگی مکاتباتی با این نهاد انجام داشته‌ایم.»

او با اشاره به آنچه در رسانه‌ها درباره درخواست بازپرس پرونده منتشر شده‌است تأکید کرد: «وکلایی که این موضوع را پیگیری می‌کردند، نیز این موضوع را به ما اطلاع دادند، اما بازپرس پرونده باید حکمی صادر کند و به دست ما برسد. دستگاه قضایی هر تصمیمی بگیرد ما آن را اجرایی می‌کنیم.»

او همچنین از استقبال وزارت بهداشت از برخورد دستگاه قضایی با متخلفین و اعلام اسامی آن‌ها خبر داد و افزود: «دادستانی کل کشور اسامی همه متخلفان را در اختیار دارد و هر زمان که صلاح بدانند، می‌توانند اسامی را اعلام کنند.»

واردات یک میلیارد دلاری دارو به ایران

رییس اتحادیه واردکنندگان دارو از واردات سالانه یک میلیارد دلار دارو به کشور خبر داد و آن را بیشتر شامل داروهای تک و داروهای مورد نیاز بیماران خاص و سرطانی عنوان کرد.

ناصر ریاحی همچنین گفت: «بخشی از واردات داروی کشور نیز مربوط به داروهای مشابه تولید داخل هستند که تولید آنها به اندازه کافی نیست یا هنوز کیفیت مورد انتظار را پیدا نکرده‌اند و به همین دلیل برای تامین نیاز بازار اقدام به واردات می‌شود.»

او شفاف‌سازی در حوزه واردات دارو را از جمله اهداف اتحادیه واردکنندگان دارو خواند و از برگزاری جلسات منظمی با رییس سازمان غذا و دارو و وزیر بهداشت در این زمینه خبر داد. رییس اتحادیه واردکنندگان دارو رشد صنعت داروسازی کشور را مدیون واردات دانست و گفت: «بسیاری از داروهای تولید داخل در ابتدا وارد کشور شده‌اند و پس از مدتی تولید آنها در داخل شکل گرفته است به همین دلیل نظر ما این است که دو حوزه تولید و واردات دارو مکمل یکدیگر بوده و به هیچ‌وجه رو در روی هم قرار ندارند.»

ریاحی با اشاره به این که سیاست فعلی وزارت بهداشت محدودسازی واردات دارو و حمایت از تولید است افزود: «ما نیز از این سیاست حمایت می‌کنیم. در عین حال اعتقاد داریم که حمایت از تولید داخل باید با افزایش کیفیت همراه شود و این افزایش کیفیت میسر نیست مگر اینکه رقیب خارجی با کیفیت نیز در بازار در کنار محصول داخلی حضور داشته باشد. واردات دارو به تولیدکنندگان داخلی این انگیزه را می‌دهد که

خودشان را رشد دهند و به همین دلیل این مطلب که واردات دارو در مقابل تولید دارو قرار دارد، اظهارنظر درستی نیست.» او با اشاره به اینکه بعد از روی کار آمدن دولت یازدهم و تغییر برخی سیاست‌ها، بحران دپوی دارو در گمرک تقریباً حل شده و وجود دارو در بازار نیز به سطح طبیعی رسیده‌است، از تلاش و همکاری شرکت‌های واردکننده دارو با سازمان غذا و دارو در زمینه کاهش قیمت‌ها خبر داد. ریاحی همچنین با بیان این که اصلاح نظام قیمت‌گذاری دارو خواسته مشترک واردکنندگان و تولیدکنندگان دارو است، تاکید کرد: «اصلاح نظام قیمت‌گذاری و تسریع در روند امور مربوط به ثبت، واردات و ترخیص دارو و تجهیزات پزشکی از طریق برون‌سپاری امور غیرحاکمیتی به تشکل‌های تخصصی از خواسته‌های اساسی واردکنندگان دارو است. حضور تشکل‌های تخصصی واردات و تولید دارو در کمیسیون قیمت‌گذاری دارو می‌تواند به تنظیم هرچه بیشتر قیمت‌گذاری دارو کمک کند.»

به گفته او عمده واردات دارویی از کشورهای اروپایی و آمریکا و عمده واردات مواد اولیه دارویی نیز از چین و هند انجام می‌شود.

ریاحی با اشاره به این که برخی از داروها بنا به درخواست بیمار و پزشک وارد کشور می‌شوند، افزود: «به هر حال باید به این نکته تاکید کرد که بیماری‌ها بسیار پیچیده شده‌اند و داروهای مورد نیاز برای درمان این بیماری‌ها هم پیچیده شده‌اند. در هیچ کجای دنیا واردات دارو ممنوع نیست و همواره این حق را برای پزشک و بیمار قایل شده‌اند که بتوانند داروی مورد نظرشان را خودشان انتخاب کنند. واردات دارو تنها با ابزارهایی مانند تعرفه قابل محدود کردن است و از سوی دیگر با پوشش‌های بیمه‌ای نیز می‌توان از برخی داروهای تولید داخل در مقابل داروهای وارداتی حمایت کرد.»

رییس اتحادیه واردکنندگان دارو همچنین کل ارزش بازار داروی کشور شامل داروهای وارداتی و تولید داخل را بالغ بر ۸۰۰۰ میلیارد تومان اعلام کرد و گفت: «رییس سازمان غذا و دارو در تازه‌ترین اظهارات خود اعلام کرد که قرار است سال آینده واردات داروی کشور به ۸۰۰ میلیون دلار محدود شود که دلیل این اظهارنظر نیز محدود بودن بودجه دارویی وزارت بهداشت اعلام شد. البته امیدواریم با توجه به سیاست‌های دولت یازدهم در حوزه بهداشت توجه بیشتری به بودجه این وزارتخانه در سال آینده شود چرا که این خطر وجود دارد که محدودیت بیش از حد و غیرمنطقی روی واردات دارو به قاچاق آن منجر شود که باعث تهدید سلامت بیماران خواهد شد.»

قایم مقام وزیر بهداشت:

یارانه دارو در سال ۹۴ به یک‌هزار و ۶۲۰ میلیارد تومان کاهش یافت

قایم مقام وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به اعتبارات در نظر گرفته شده برای سال آینده این وزارتخانه اشاره کرد و گفت: «در حالی که یارانه دارو در سال جاری یک‌هزار و ۸۳۶ میلیارد تومان بوده‌است، یارانه دارو در سال ۱۳۹۴ به یک‌هزار و ۶۲۰ میلیارد تومان کاهش یافته‌است.»

ایرج حریرچی به دیگر اعتبارات در نظر گرفته در بخش‌های مختلف این وزارتخانه اشاره کرد و افزود: «همچنین مبلغ یک درصد از ارزش افزوده که به این وزارتخانه تخصیص داده می‌شود، در سال آینده از دو هزار و ۹۲۰ میلیارد تومان به سه هزار میلیارد تومان افزایش یافته است.» او با بیان این‌که در بخش هدفمندی یارانه‌ها نیز چهار هزار و ۸۰۰ میلیارد تومان در سال ۹۴ برای وزارت بهداشت در نظر گرفته شده، ادامه داد: «مبلغ مورد بحث طرح پزشک خانواده نیز همان دو هزار و ۲۰ میلیارد تومان باقی مانده‌است.»

حریرچی تاکید کرد: «با توجه به درک متقابلی که از قیمت نفت و موضوع اقتصادی دولت داریم، هماهنگ کرده‌ایم که همت جدی در این عرصه داشته باشیم و دولت را نیز در این راستا یاری کنیم. براساس تخمین‌ها، تلاش می‌کنیم هزینه‌های سلامت را کاهش دهیم تا نشان دهیم که با دولت همراه هستیم.»

قایم مقام وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با بیان این‌که به خاطر کاهش قیمت نفت دولت

محدودیت‌هایی در تخصیص بودجه سال آینده دارد، افزود: «در مجموع در بودجه سال آینده حوزه سلامت افزایش چندانی دیده نشده‌است.»

www.irna.ir

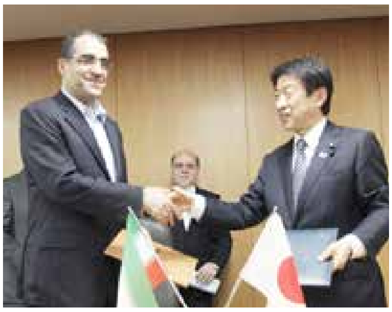
وزیر بهداشت در جمع شرکت‌های ژاپنی، خبر داد

تصمیم دولت به واردات ۸۰۰ میلیون دلاری تجهیزات پزشکی

بخش زیادی از نیاز ۴ میلیارد دلاری سالانه ایران به دارو از داخل تامین می‌شود اما بخشی از آن نیز از خارج از کشور تامین می‌شود.

حسن‌هاشمی وزیر بهداشت، با حضور در جمع نمایندگان شرکت‌های ژاپنی، در سمینار "تجارت پزشکی ایران و ژاپن" که با حضور نمایندگان شرکت‌های ژاپنی در محل سازمان تجارت خارجی ژاپن (جترو) برگزار شد، با اشاره به اولویت موضوع سلامت در برنامه‌های دولت یازدهم، گفت: «بر اساس قولی که رییس جمهوری به مردم داده بودند ۹ میلیون نفر از مردم که فاقد بیمه بودند در حال حاضر بیمه شده‌اند و امروز تمام مردم ایران از بیمه برخوردارند.»

او از برنامه دولت برای دولت همچنین برای ورود



۸۰۰ میلیون دلار تجهیزات پزشکی برای تجهیز ۵۷۰ بیمارستان دولتی خبر داد و گفت: «شرط اصلی این واردات، انتقال فناوری است. به ویژه که با توجه به رشد بالای علمی ایران، زمینه برای این انتقال فراهم است.»

هاشمی با اشاره کاهش سهم ژاپن از بازار ایران در سال‌های گذشته تاکید کرد: «ما تصور می‌کنیم احتیاط بیش از اندازه شرکت‌های ژاپنی عامل این کاهش سهم بوده، در حالی که شرکت‌های غربی جایگزین شرکت‌های ژاپنی در بازار ایران شده‌اند.»

وزیر بهداشت، گفت: «پس از امضای توافق ژنو، بخشی از دارایی ایران در کشور ژاپن با همکاری وزارت امور خارجه ایران و وزارت صنعت و تجارت ژاپن (متی) برای خریدهای بشردوستانه آزاد شده‌است. در قالب این مکانیسم ۳ بانک بزرگ ژاپن فعال هستند و تاکنون مبلغ زیادی برای خرید به شرکت‌های طرف قرارداد با ایران پرداخت شده‌است که البته بیشتر این شرکت‌ها غیرژاپنی هستند و ما فکر می‌کنیم شرکت‌های ژاپنی می‌توانند از ظرفیت برای تجارت با ایران استفاده کنند.»

www.mehrnews.com

گشایش نخستین مرکز جامع پیشگیری از سرطان

نخستین مرکز جامع پیشگیری از سرطان و حمایت از مبتلایان و خانواده و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، مشاوره ژنتیک، پیشگیری از معلولیت‌ها و پیشگیری از ایدز و اعتیاد با حضور رییس سازمان بهزیستی کشور و رییس کمیسیون فرهنگی شورای شهر تهران گشایش یافت.

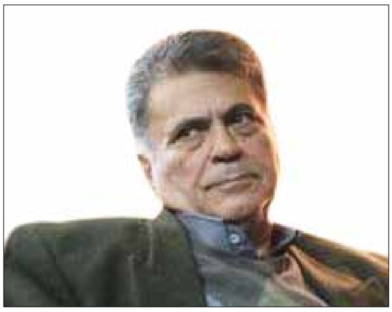
به گفته مجید رضازاده، رییس مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی این مرکز با هدف تجمیع خدمات پیشگیری در حوزه‌های مختلف از جمله پیشگیری از سرطان، ایدز، آسیب‌های اجتماعی، معلولیت‌ها، مشاوره و حمایت‌های روانی راه‌اندازی شده‌است و حمایت‌های روانی، آگاه‌سازی و آموزش از جمله خدماتی است که در این مرکز به مراجعه‌کنندگان ارایه خواهدشد.

این مرکز به صورت خصوصی و زیرمجموعه سازمان بهزیستی کشور نظارت خواهدشد. خدماتی که در این مرکز ارایه می‌شود رایگان و در دسترس آحاد جامعه خواهد بود. رضازاده گفت: «یکی از سیاست‌های سازمان بهزیستی کشور کاهش تصدی‌گری بر فعالیت‌های اجرایی و در این زمینه اعتقاد دارد که باید کارهای تصدی گری به بخش خصوصی واگذار شود و سازمان بهزیستی بیشتر در حوزه نظارت فعالیت داشته باشد.»

رییس مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور همچنین از راه‌اندازی مراکز دیگری برای پیشگیری از سرطان در دیگر استان‌ها در آینده نزدیک خبر داد. نخستین مرکز جامع پیشگیری از سرطان و حمایت از مبتلایان و خانواده در خیابان یافت‌آباد میدان معلم، خیابان تختی (مرکز ذوالفقاری) هر روز صبح از ساعت ۸ صبح الی ۱۶ بعدازظهر آماده ارایه خدمات به هموطنان است.

www.farsnews.com

درآمدزایی بیمارستان‌های دولتی یعنی افزایش پرداختی از جیب مردم



رییس جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران، درآمدزایی بیمارستان‌های دولتی و دانشگاهی را موجب افزایش پرداختی از جیب مردم دانست. بودجه وزارت بهداشت در سال ۹۴ در حالی با ۷۰ درصد رشد برنامه‌ریزی شده‌است که بار اصلی تامین این بودجه برعهده خود وزارت بهداشت و با رشد ۱۲۰ درصدی درآمدهای اختصاصی این بخش گذاشته شده‌است.

ایرج خسرونیا با اشاره به این موضوع گفت: «بر اساس آنچه که شنیده‌ام، بخشی از بودجه وزارت بهداشت در سال ۹۴ باید از محل درآمدزایی بیمارستان‌های دولتی و دانشگاهی تأمین شود که این یعنی افزایش پرداختی از جیب مردم.»

او با تاکید بر اینکه نباید نگاه درآمدزایی به بیمارستان‌های دولتی و دانشگاهی داشته باشیم، یادآور شد: «این بیمارستان‌ها همواره ضررده و مقروض بوده‌اند و اگر حمایت‌های دولتی نباشد، ورشکسته خواهندشد.»

خسرونیا با اشاره به این که امسال کمک‌های وزارت بهداشت به این بیمارستان‌ها باعث شده تا هزینه‌های پرداختی از جیب مردم کاهش یابد، تاکید کرد: «ما باید ببینیم که درآمدزایی بیمارستان‌های دولتی و دانشگاهی، قرار است از چه محلی انجام شود.»

رییس جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران معتقد است بیمارستان‌های دولتی با توجه به هزینه‌هایی که دارند و همچنین افزایش قیمت خدمات و کالاها، امکان درآمدزایی ندارند.

معاون وزیر بهداشت عنوان کرد:

تشریح اهداف نظام جدید پرداخت در بیمارستان‌های دولتی

معاون درمان وزارت بهداشت، هدف از ابلاغ دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشکان و کارکنان غیر پزشک در بیمارستان‌های دولتی را، ایجاد تعادل در پرداخت‌ها عنوان کرد.

محمد آقاجانی در اجلاس آموزش دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد در بیمارستان‌های دولتی، گفت: «بیش از ۹ ماه از آغاز اجرای طرح تحول نظام سلامت می‌گذرد و از اولین روز اجرا تمامی کارکنان درمانی و همکاران در بیمارستان‌های سراسر کشور، با همراهی و همدلی به ارایه خدمت شایسته به مردم پرداخته‌اند و امید است تازگی، پویایی و همت در اجرای طرح و در مجریان آن همچنان ادامه یابد.»

به گفته دبیر ستاد کشوری برنامه تحول نظام سلامت، دستورالعمل بازتوزیع قدیم با مشکلاتی چون بی‌توجهی به کمیت و کیفیت در پرداخت کارکنان، بی‌عدالتی در پرداخت‌ها، نداشتن اختیارات کافی در واحدهای بیمارستانی برای مدیریت، بی‌توجه به کار تیمی و نبود انگیزه کار در بخش‌هایی با فعالیت‌های سخت و پرکار همراه بود «که خوشبختانه در نظام باز توزیع کنونی این نواقص و مشکلات مرتفع شده‌است.»

او هدف از تدوین و اجرای دستورالعمل جدید نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد را، ارتقای کار تیمی، ایجاد نشاط و انگیزه برای فعالیت بیشتر در بخش‌ها و واحدهای درمانی دانست و گفت: «این دستورالعمل به سهیم شدن تمامی کارکنان بیمارستان‌ها و اورژانس ۱۱۵ در درآمد بیمارستان و هم راستا شدن انگیزه آنان با اهداف سازمان و در کل بهبود معیشت آنان منجر خواهد شد.»

آقاجانی افزایش بهره‌وری منابع انسانی و فیزیکی بیمارستان، افزایش کیفیت خدمت و ارتقاء رضایتمندی مدیران، حرکت به سمت ایجاد تعادل در دریافتی کارکنان غیرپزشک مبتنی بر کمیت و کیفیت با توجه به سختی کار و افزایش انگیزه و تعهد تیم مدیریت بیمارستان در رشد کیفی و کمی خدمات را از اهداف بلند مدت اجرای این دستورالعمل دانست.

او تاکید کرد: «در نظر داریم همزمان با اجرای این دستورالعمل توجه به امر آموزش در بیمارستان‌های آموزشی از طریق نمره کیفیت عملکرد آموزش استادان و کاهش اتلاف درآمد بیمارستانی را محقق سازیم.»

www.mehrnews.com

داروی اصلی بیماران سکته مغزی بیمه نیست

سالانه ۱۵۰ تا ۱۶۰ هزار نفر در کشور به سکته مغزی دچار می‌شوند و حدود ۲۰ هزار نفر از این افراد نیز جان خود را از دست می‌دهند اما داروی اصلی درمان سکته مغزی، بیمه نیست. به باور سازمان غذا و دارو این دارو کم مصرف است.

قیمت هر آمپول آرتی‌پی‌ای یک میلیون و ۸۰۰ هزار تومان است و چون عملاً هر بیمار باید دو آمپول تهیه کند، هزینه استفاده از این دارو برای هر بیمار سکته مغزی به سه میلیون و ۶۰۰ هزار تومان می‌رسد.

مسعود مهرپور، عضو انجمن سکته مغزی ایران با بیان این که بیماران سکته مغزی هم از نظر دارویی و هم از نظر تجهیزات پزشکی با مشکل مواجه هستند، از تحت پوشش بیمه نبودن داروی اصلی بیماران سکته مغزی انتقاد کرد و خواستار چاره‌اندیشی مسؤولان در این زمینه شد.

او با اشاره به این‌که برای سکته حاد مغزی یک دارو به نام ارتی‌پی‌ای موردتأیید است، افزود: «این دارو یک داروی ضد لخته است که اگر به موقع به بیمار تزریق شود، خیلی به کاهش اثرات سکته مغزی در وی کمک می‌کند. این دارو در کشور به صورت وارداتی موجود است، اما هنوز تحت پوشش بیمه قرار ندارد و مصرف دوز مناسبی از این دارو برای بیماران سکته مغزی بیش از سه میلیون تومان هزینه به بیمار تحمیل می‌کند.»

به گفته مهرپور درباره سکته‌های مغزی تا یک دهه قبل درمان مناسبی در کل دنیا وجود نداشت و برای همین عملاً بیشتر پیشگیری‌های اولیه و ثانویه و اقدامات مربوط به بازتوانی مورد توجه قرار می‌گرفت. اما در یک دهه گذشته نوع درمان سکته مغزی در دنیا تغییر کرد و این امکان فراهم شد که اگر بیمار سکته مغزی، به موقع و در زمان مناسب مراجعه کند و درمان‌های دارویی مناسب و انژیوگرافی برای او انجام شود، آسیب کمتری بر اثر سکته مغزی ببینند.

او یادآور شد که با توجه به افزایش سن امید به زندگی در ایران، سکته مغزی نیز افزایش یافته است علاوه بر این‌که تغذیه نامناسب و کم‌تحرکی نیز سبب رشد سکته مغزی شده‌است: «آگاه‌سازی مردم از علایم سکته مغزی می‌تواند در زمینه کمک‌رسانی به موقع و کاهش عوارض آن کمک‌کننده باشد. چرا که کم‌بودن آگاهی موجب می‌شود فردی که دچار علایم سکته مغزی می‌شود دیر به مراکز درمانی مراجعه کند در نتیجه درمان او نیز با مشکل مواجه می‌شود.»

این متخصص مغز و اعصاب ادامه داد با تأکید بر این که تجهیز مراکز درمانی و فراهم کردن امکانات مناسب برای این بیماران مسأله‌ای است که مسؤولان باید خیلی به آن توجه کنند، افزود: «متأسفانه در کشور ما هنوز تعریف مناسبی از بخش مراقبت از بیماران سکته مغزی وجود ندارد و استانداردهای درمانی و تجهیزات پزشکی ایران برای بیماران سکته مغزی نسبت به دنیا از استانداردهای بسیار کمتری برخوردار است.»

مهرپور با اشاره به لزوم تحت پوشش قرار گرفتن داروی ویژه بیماران سکته مغزی گفت: «بارها با مسؤولان نامه‌نگاری کرده‌ایم که شاید بتوانیم این دارو را تحت پوشش بیمه قرار دهیم، اما هنوز اتفاقی رخ نداده است. در صورتی که این‌ها حداقل امکاناتی است که باید برای بیماران سکته مغزی در جامعه ایجاد شود.»

رسول دیناروند، رییس سازمان غذا و دارو نیز درباره زیرپوشش بیمه نبودن داروی آرتی پی ای مربوط به بیماران سکته مغزی گفت: «این دارو کم مصرف است اما جایگزین آن وجود دارد. در مورد بیمه‌نبودن این دارو باید گفت که بیمه‌ها تحت نظارت وزارت بهداشت نیستند، اما با آنها در این زمینه رایزنی‌هایی انجام می‌دهیم، چرا که عضو شورای عالی بیمه هستیم و نظرات‌مان را اعلام می‌کنیم.»

با نصب شتاب‌دهنده خطی واریان
در بیمارستان شهدای تجریش صورت می‌گیرد؛

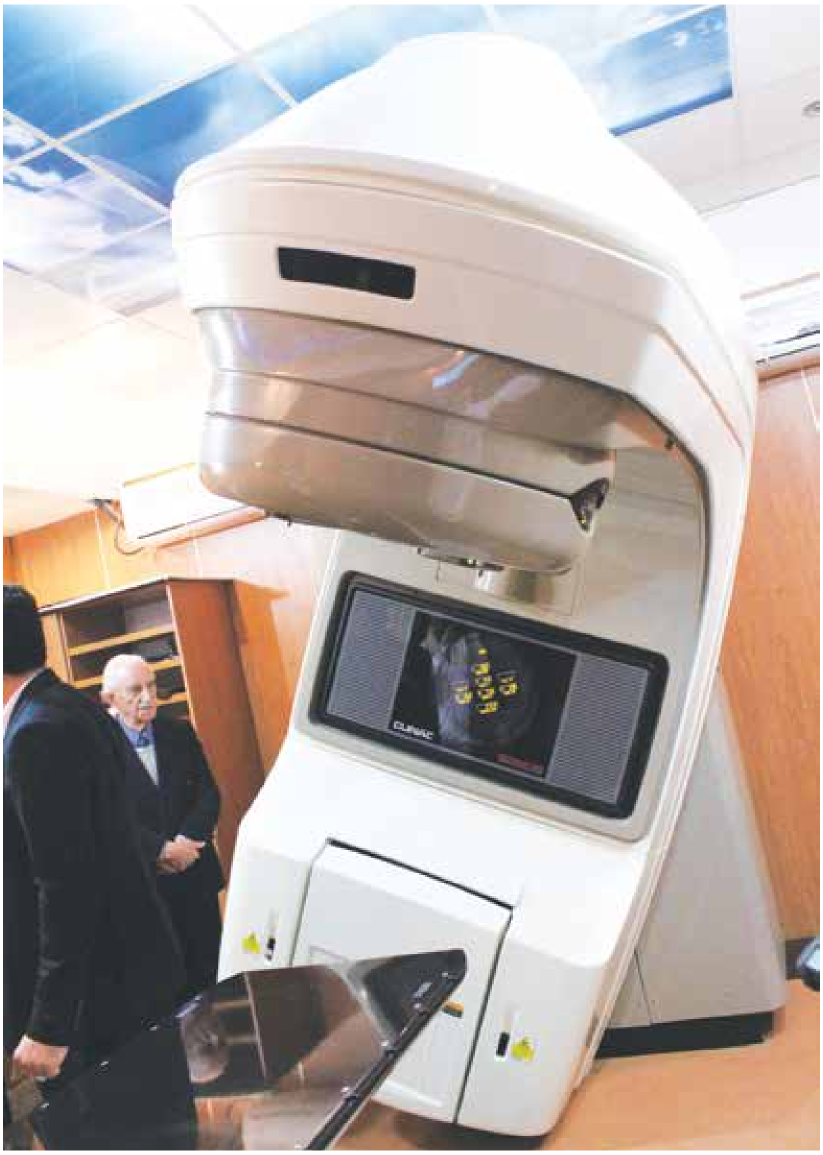
درمان بیماران سرطانی با پیشرفته‌ترین دستگاه شتاب‌دهنده خطی

نرگس لطیف‌پور

نخستین دستگاه شتاب‌دهنده خطی واریان که پیشرفته‌ترین نوع این دستگاه در دنیا است، بهمن ماه امسال در بیمارستان شهدای تجریش نصب و راه‌اندازی شد.

بیمارستان شهدای تجریش یکی از بزرگترین مراکز ریفرال بیماران سرطانی و قطب سرطان در کشور است. بخش پرتودرمانی و انکولوژی این بیمارستان بیش از ۴۰ سال پیشینه فعالیت دارد که با دارا بودن بخش مجزا برای شیمی‌درمانی (بستری و سرپایی) با امکانات به‌روز و پیشرفته بدون هیچ‌گونه محدودیتی پذیرای بیماران سرطانی از سراسر کشور است.

دکتر بهرام مفید رییس بیمارستان شهدای تجریش در مراسم رونمایی از این دستگاه گفت: «مدت‌ها بود آرزوی ایجاد چنین مرکزی را داشتیم و سال‌ها بود که نمی‌توانستیم این دستگاه را وارد کنیم که دردسرهای زیادی هم برای خودمان و هم برای بیماران ایجاد کرده بود. اما در نهایت با کمک گروه بهفار و شرکت بهستان درمان و مؤسسه خیریه بهنام دهش‌پور، دوستان و همکاران دیگری که در این راه همراه ما بودند توانستیم دستگاه شتاب‌دهنده خطی واریان را در این بیمارستان نصب و راه‌اندازی کنیم.»



مفید با بیان این‌که بخش پرتودرمانی بیمارستان شهدای تجریش در سال ۱۳۵۰ راه‌اندازی شد که در قسمت پزشکی هسته‌ای واقع شده بود و یک دستگاه کبالت ساده داشت، افزود: «بعد از آن در سال ۱۳۷۳ ساختمان جدید با همت دکتر مدنی ساخته شد و ما توانستیم دستگاه جدید کبالت را در این جا راه‌اندازی کنیم و یک شتاب‌دهنده خطی را به مرکز اضافه کنیم. این شتاب‌دهنده متعلق به لهستان بود و مدتی کار می‌کرد اما دستگاه قابل قبولی نبود و مدت‌ها کار نمی‌کرد.»

رییس بیمارستان شهدای تجریش گفت: «در این زمینه ۲ دستگاه در دنیا قابل قبول و خوب هستند که یکی دستگاه واریان است و دیگری دستگاه الکتا. اما به دلیل مشکلاتی که داشتیم نمی‌توانستیم واریان را خریداری یا وارد کنیم. با همکاری بهستان درمان، مؤسسه خیریه دهش‌پور و برطرف شدن موانع، واریان با ما همکاری کرد و توانستیم با شرایط بسیار خوب این دستگاه را در این بیمارستان راه‌اندازی کنیم.»

او با بیان این که دستگاه جدید واریان در دنیا از دستگاه‌های پیشرفته است، گفت: «دو چیز در پرتودرمانی برای ما مهم بود؛ یکی داشتن مولتی لیف کولیماتور که بتوانیم تا حد امکان بافت‌هایی را که لازم نیست اشعه ندهیم و دیگری آی‌ام‌آرتی (IMRT) که یک تکنیک خاص است. برای این که ما محل تومور را مشخص کنیم و جابه‌جا نشود، لازم بود که در اول درمان روی خود دستگاه یک عکس گرفته شود که به وسیله اپیدی که روی دستگاه واریان متصل است این امکان وجود دارد.» به گفته مفید، در حال حاضر و با خرید و نصب دستگاه جدید واریان، یک دستگاه واریان پیشرفته، یک دستگاه الکتا، دستگاه‌هایپرترمی، براکی‌تراپی و یک مرکز برای شیمی‌درمانی در بیمارستان شهدای تجریش برای بیماران سرطانی وجود دارد.

رییس بیمارستان شهدای تجریش با بیان این که ما در ایران، ۲۲ هزار مورد جدید سرطانی در سال داریم، افزود: «بیشتر این بیماران در سنین بالا هستند اما شیوع سرطان در سنین پایین هم در حال افزایش است که دلیل آن مربوط به تغذیه و مواد افزودنی و نگهدارنده‌هایی است که به غذاها اضافه می‌کنند. آلودگی هوا، امواج دستگاه‌های مختلف، استرس نیز

از دیگر عوامل افزایش سرطان در دنیای امروز است.»
به گفته او، سرطان یک بیماری مولتی فاکتوریال است و تاکنون با توجه به آماری که در چند سال گذشته وجود داشته، این بیماری رو به افزایش بوده است.
مفید گفت: «طبق آمار ایران، به ازای هر ۲۰۰ هزار نفر جمعیت به یک دستگاه پرتودرمانی نیاز است که در حال حاضر در این زمینه کمبود داریم یعنی؛ در حالی که به حدود ۲۴۰ دستگاه درمانی نیاز داریم، ۷۰ دستگاه در کشور برای این منظور وجود دارد یعنی حدود ۱۷۰ دستگاه کم داریم.»

بهستان درمان مصمم در رسیدن به هدف «ابتلا به سرطان به معنای مرگ نیست»

حسین همایی مدیرعامل بهستان درمان نیز در این مراسم گفت: «شرکت بهستان درمان عضو گروه بهفار، از پنج سال پیش کار خود را در زمینه تجهیزات پزشکی، آغاز کرده و موفق به گرفتن نمایندگی شرکت واریان آمریکا شده است.»
به گفته او، اقدامات بعدی این شرکت برای دریافت مجوز اوفک و رفع موانع قانونی با استفاده از روابط و امکانات گروه بهفار در خارج از کشور به مدت ۱۸ ماه انجام شد که به دریافت نخستین لیست اوفک و مجوزهای لازم انجامید. پس از آن، نخستین دستگاه شتاب‌دهنده خطی واریان توسط بیمارستان شهدای تجریش تهیه و پس از حمل و ترخیص، در مدت ۴۵ روز توسط مهندسان اعزامی واریان و مهندسان شرکت بهستان درمان نصب و راه‌اندازی شد.
همایی با بیان این که دستگاه خریداری شده جزو پیشرفته‌ترین دستگاه‌های خریداری شده در ایران است، افزود: «به همین دلیل آموزش دکتر بخشنده متخصص فیزیک پزشکی، به مدت ۲۵ روز در سوییس انجام شد و کاربران به مدت پنج روز در محل سایت توسط کارشناس اعزامی از کمپانی واریان آموزش‌های اولیه برای کاربری دستگاه را گذراندند. همچنین در این راستا هماهنگی‌های لازم برای ادامه این آموزش‌ها برای متخصصان پرتودرمان فیزیک پزشکی و کاربران دستگاه به عمل آمده است.»
مدیرعامل بهستان درمان گفت: «در طول مذاکرات انجام شده با شرکت واریان برای واگذاری جدیدترین دستگاه‌های درمانی که در حال حاضر در اروپا و آمریکا نصب شده‌اند، اعلام آمادگی شده است به طوری که ۲ دستگاه شتاب‌دهنده آی ایکس (IX) توسط مرکز درمانی باران درخواست شده است و تا چهار ماه دیگر شاهد ورود، نصب و راه‌اندازی آن خواهیم بود. همچنین با مراکز دیگری در حال عقد قرارداد و مذاکرات تخصصی تکمیلی هستیم که محدودیت نقدینگی مراکز، قیمت قابل توجه دستگاه‌ها و نبودن امکان استفاده از ال سی، بزرگترین مشکلات موجود در مسیر تجهیز مراکز به فناوری‌های جدید درمان سرطان است که در این زمینه از وزارت بهداشت انتظار همکاری بیشتری داریم.»
به گفته او، این دستگاه ساخت ژوئن ۲۰۱۲ است و مستقیم از آمریکا به ایران حمل شده است. در حال حاضر دو دستگاه‌انرژی برای مرکز پرتودرمانی و درمان سرطان باران و سه دستگاه‌انرژی نیز برای بیمارستان پیامبران که مرکزی بسیاری به‌روز و مجهز است که تمامی استانداردهای ساختمانی را هم داراست، توسط بهستان درمان از واریان وارد می‌شود.
همایی درباره خدمات پس از فروش این دستگاه نیز گفت: «در مورد تامین قطعات یدکی و خدمات پس از فروش و آماده به کار نگه داشتن این دستگاه، تمامی تمهیدات لازم اندیشیده شده است. بهستان درمان به اتفاق شرکت واریان و نماینده منطقه‌ای این شرکت، با عزم جدی و تامین کافی قطعات یدکی خواهند توانست بهترین سرویس بعد از نصب و آموزش را به عمل آورد.»
به گفته همایی، بهستان درمان امیدوار است بتواند با اقدامات آتی و نصب و راه‌اندازی تعداد بیشتری شتاب‌دهنده خطی واریان قدم در راه ارایه خدمات درمانی به روز و موثر به بیماران مبتلا به سرطان برداشته و در رسیدن به این هدف که «ابتلا به سرطان به معنای مرگ نیست»، در کنار مسؤولان وزارت بهداشت و متخصصان و کادر درمانی و شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی همکاری کند.

ضرورت تجهیز سامانه درمان برای ارایه خدمات به بیماران سرطانی

بابک مومن مهربانی مدیر بازرگانی شرکت بهستان درمان در گفت‌وگو با صنعت درمان گفت: «سرعت درمان با این دستگاه ۲ برابر دستگاه‌های دیگر مشابه است و خطای انسانی نیز بسیار کم می‌شود. این دستگاه به صورت خودکار، کل مراحل درمان را انجام داده و کنترل می‌کند.»
مهربانی درباره چگونگی بازار ایران برای این دستگاه‌ها یادآور شد: «ایران بازار جذابی برای شرکت واریان است و این شرکت تلاش می‌کند دستگاه‌های مورد

دکتر بهرام مفید
رییس بیمارستان شهدای تجریش

حسین همایی
مدیرعامل بهستان درمان

نیاز ایران را تامین کند چرا که نیاز جامعه ایران با توجه به هرم جمعیتی که دارد، وارد سن شیوع سرطان می‌شود.»

به گفته او، سامانه درمان در ایران باید خود را برای مقابله با بیماری سرطان و سرویس‌دهی و خدمات‌دهی به این بیماران مجهز کند. در حال حاضر، ناوگان فعلی با تمام تلاش‌هایی که انجام شده به سختی می‌تواند پاسخگوی نیاز بیماران سرطانی باشد.

شتاب‌دهنده خطی واریان، دقت، کیفیت و نتیجه بالای درمان

مدیرعامل بهستان درمان در رونمایی از این دستگاه و معرفی آن نیز گفت: «دستگاه شتاب‌دهنده خطی واریان از دو قسمت استند و گنتری تشکیل شده که در قسمت استند، بخش‌های ولتاژ قرار دارد و الکتریسته با ولتاژ بالا تولید می‌شود. در بخش آر اف و الکترون گان، الکترون در داخل گنتری و سکشن این دستگاه شتاب گرفته، به سرعت نور می‌رسد و بعد تبدیل به انرژی می‌شود و پس از آن پرتو ایکس پس از برخورد با تارگت، از آن خارج می‌شود.»

همایی با بیان این که این دستگاه، دستگاه Low Energy و تک‌انرژی شرکت واریان است افزود: «این دستگاه شامل قسمت‌هایی است که در ایران نداریم. دستگاه‌های دیگری از واریان وجود دارد که تعداد انرژی‌های بیشتری را دارند و جزو دستگاه‌های‌های انرژی (High Energy) محسوب می‌شوند که الکترون هم ساطع می‌کنند.»

به گفته او، این دستگاه الکترون ندارد و فقط به صورت ایکس ری (X-Ray) است. یکی از فاکتورهایی که این دستگاه را با دستگاه‌های که در ایران وجود دارد متمایز کرده است کولیماتورهایی است که به صورت مولتی لیف کولیماتور وجود دارد که شکل تومور را به خود گرفته و اجازه نمی‌دهد باقی ارگان‌های سالمی که در کنار این تومور هستند صدمه ببینند.

مدیرعامل بهستان درمان با بیان این که کنترل کامل این قسمت توسط فوردی اینتگریت تریتمنت کنسول (DITC4) دستگاه است، افزود: «اگر تفاوتی با طراحی درمانی که بخش فیزیک انجام داده وجود داشته باشد، خود دستگاه ادامه کار را قطع می‌کند و اجازه درمان نمی‌دهد. ضمن این که اجازه بررسی و نظارت و بازرسی بخش فیزیک و پزشک در این دستگاه وجود دارد. قسمت دیگری از این دستگاه که در دستگاه‌های کانوکشنال و معمولی که در حال حاضر در ایران کار می‌کنند وجود ندارد، قسمت اپید یا پرتال‌ویژن این دستگاه است که این قسمت از دتکتور تشخیص پرتو ایکس که تصویربرداری از ارگان‌ها را انجام می‌دهد، مسؤول انجام وریفیکیشن و تصحیح دوز دریافتی بیمار است که با جانمایی بیمار انجام می‌شود.» همایی یادآور شد: «این دستگاه بازویی دارد که باز می‌شود و برای تصویربرداری از اشعه ایکس پرانرژی استفاده می‌کند و این یکی از حسن‌های این دستگاه است که آن را از دیگر دستگاه‌های موجود متمایز کرده است.»

به گفته او، یکی از مشکلاتی که در رادیوتراپی ایجاد می‌شود این است که ارگان‌های سالم بیمار هم در معرض پرتو ایکس پرانرژی قرار می‌گیرد و به بافت‌های سالم در کنار تومور نیز آسیب وارد می‌شود که این مسأله در روند زندگی بیماران مشکل ایجاد می‌کند که شرکت واریان توانسته این مشکل را تا حد بسیار زیادی حل کند. با پورت فیلم می‌توانیم روزانه چک کنیم و ببینیم که آیا تارگت روی همین منطقه‌ای که می‌خواهیم پرتو به آن بخورد هست یا خیر که این امر، دقت و کیفیت و نتیجه درمان را به مراتب بالا می‌برد.

چرا واریان وارد ایران شد

به گفته مدیرعامل شرکت بهستان درمان، خرید این دستگاه و نصبش در این مرکز به این صورت بود که پیش از این یک دستگاه لهستانی در اینجا وجود داشت که خراب بود و امکان درمان بیماران را نداشت. با توجه به شلوغی این بیمارستان و فهرست انتظاری که داشت و در پی بازدید مدیر منطقه‌ای شرکت واریان از این بیمارستان، این شرکت ترغیب شد که دستگاه جدید Low Energy را که متناسب این فضا بود وارد ایران کند.

همایی افزود: «دلیل این که دستگاه‌های انرژی در این بیمارستان نصب نشد این بود که دستگاه‌های انرژی در این فضا قرار نمی‌گرفت و در ضمن ایجاد لایه محافظتی دیوارها در این جا امکان‌پذیر نبود. امکان نشت اشعه وجود داشت و غیرممکن بود که دستگاه‌های انرژی در این جا قرار بگیرد.»

او درباره هزینه درمان بیماران سرطانی با این دستگاه نیز گفت: «با توجه به طرح تحول نظام سلامت همه درمان‌ها با هر نوع بیمه کاملاً به شکل رایگان انجام می‌شود. در مراکز دولتی و دانشگاهی هیچ هزینه پرداختی برای بیمار ندارد و فرقی نمی‌کند که بیمار با کدام دستگاه درمان شود.»

مدیرعامل ایران فارمیس:

ماندگاری یک شرکت موفق نشان‌دهنده فعالیت مثبت آن شرکت است

نخستین نخ جراحی تولید داخلی، محصول کارخانه تجهیز گستر تأمین سلامت، از زیرمجموعه‌های شرکت ایران‌فارمیس، روز شنبه ۱۱ بهمن‌ماه امسال با حضور پیشکسوتان عرصه تولید و واردات تجهیزات پزشکی کشور رونمایی شد.

به گفته عباس براتی مدیرعامل ایران‌فارمیس، هدف برگزاری این مراسم که با سی‌وپنجمین سالگرد تاسیس ایران فارمیس همزمان شد، ارج‌گذاری و بزرگداشت «ماندگاری» بوده است.

براتی در این مراسم گفت: «با این که داشتن سابقه و تجربه در تبلیغات شرکت‌های توسعه‌یافته از اهمیت بالایی برخوردار است، مؤسسات اقتصادی ایران به ندرت به این عامل اهمیت می‌دهند؛ در حالی که ماندگاری یک شرکت موفق نشان‌دهنده فعالیت‌های مثبت در کارنامه آن شرکت است.»

مدیرعامل ایران‌فارمیس افزود: «نظم و انضباط مالی، ایجاد رابطه صادقانه و احترام‌آمیز با مشتریان و سازمان‌های مرتبط، ارایه خدمات دایم و کالاهای باکیفیت و مناسب، برنامه‌ریزی کلان و بلندمدت و نگاه به آینده، رمز ماندگاری این سازمان‌هاست.»

او تأکید کرد که ایران‌فارمیس با رویکرد فعالیت هوشمندانه، تقویت واحد علمی شرکت، تمرکز بر ارایه خدمات آموزشی مربوط به محصولات، تکمیل سبد کالایی خود با محصولات جدید و مطابق با فناوری روز جهانی و تلاش برای تامین کالاهای مورد نیاز جامعه فردا، ماندگاری خود را تداوم می‌بخشد. براتی ابراز امیدواری کرد که در آینده، در ایران نیز شرکت‌ها و سازمان‌هایی باشند که به سابقه موفقیت‌آمیز صدساله خود افتخار کنند.

هدف، ایجاد برند قابل اعتماد و معتبر بود

مسعود صمدی مدیر کارخانه تجهیز گستر تأمین سلامت نیز در این مراسم با اشاره به سابقه فعالیت ۱۵ ساله تجهیز گستر تامین سلامت در عرصه بازرگانی تجهیزات پزشکی و تولید نخستین نخ جراحی داخلی توسط این شرکت گفت: «تجهیز گستر تامین سلامت یکی از شرکت‌های وابسته به ایران فارمیس است که

با استفاده از تجربه‌های ایران فارمیس توانست اعتماد برندهای معتبر و رضایت مراکز درمانی را جلب کند.»

صمدی افزود: «از همان آغاز کار، شوق رسیدن به تولید تجهیزات پزشکی، شرکت را بر آن داشت تا فعالیت خود را در زمینه تحقیقات برای تولید با کیفیت آغاز کند. اما تنها رسیدن به کیفیت هدف شرکت نبوده است؛ بلکه هدف، ایجاد برند قابل اعتماد و معتبر بود.»

او با بیان این که بهترین پیشگویی برای آینده ساختن آن است، گفت: «شرکت تامین سلامت از سه سال پیش از این، با استفاده از متخصصان مجرب خود گام نخست را در راه طراحی و تولید نخ جراحی برداشت.»

به گفته مدیر کارخانه تجهیز گستر تامین سلامت این کارخانه با رعایت اصول GMP، تمام موارد تولید از جمله روش و ساختار فضای تولید (Clean Room) را در بالاترین کلاس و درجه اجرا کرد. تجهیزات و ماشین‌آلات خط تولید از نوع مرغوب و از کشورهای آمریکا و اروپا وارد شد و مواد اولیه شامل نخ و سوزن و مواد بسته‌بندی از بهترین نوع خود از کشورهای اروپایی و آسیایی تهیه و به کار گرفته شد: «کارکنان خط تولید، آموزش‌های لازم برای این کار را گذرانده‌اند و دانش فنی و برنامه‌ریزی تولید کارخانه مطابق با فناوری روز جهان است.»

کارخانه نخ جراحی تجهیز گستر تأمین سلامت با ظرفیت تولید سالانه ۴ میلیون رشته نخ جراحی، اوایل امسال راه‌اندازی شد و در دی ماه به تولید رسید. این کارخانه در ابتدا نخ‌های نایلون و سیلک را در برنامه تولید دارد و در فاز بعدی، تولید نخ‌های قابل جذب طبیعی کرومیک و مصنوعی را خواهد داشت.

مدیر کارخانه تجهیز گستر تأمین سلامت با بیان این که این شرکت موفق به کسب استانداردهای ملی، گواهینامه‌های ISO و پروانه ساخت اداره کل تجهیزات پزشکی شده است، گفت: «بزرگ‌ترین چالش، نه رسیدن به کیفیت که حفظ این کیفیت است. این امر محقق نمی‌شود مگر تلاش مستمر و به روز نگه داشتن دانش فنی و علمی شرکت.»

او تاکید کرد که چشم‌انداز شرکت تجهیز گستر تامین سلامت، حفظ برندی معتبر در تولید تجهیزات پزشکی در ایران و فتح بازارهای جهانی است.

عمر طولانی شرکت‌ها به معنای اعتبار و رعایت اصول اخلاقی است

ابوالفتح صانعی نایب رییس اتحادیه بازرگانان تجهیزات پزشکی که در این مراسم از او به عنوان یکی از مدیران موفق و باسابقه در عرصه تجهیزات پزشکی تجلیل شد، گفت: «در سی‌وپنجمین سالگرد تأسیس شرکت ایران فارمیس از نخستین محصول تولیدی این شرکت؛ یعنی نخ جراحی که کار بسیار مشکل و پیچیده‌ای است رونمایی شد که مایه افتخار است.»

او با بیان این که در ایران کمتر پیش می‌آید که شرکت‌ها دارای عمر طولانی باشند، افزود: «عمر طولانی شرکت‌ها به معنای اعتبار، رعایت اصول اخلاقی در شراکت، رعایت اصول اخلاقی میان همکاران و در ارتباط با مشتریان است که شرکت ایران فارمیس یک نمونه خوب اجتماعی در این مورد به شمار می‌آید.»

تجلیل از پیشکسوتان عرصه تولید و واردات تجهیزات و داروهای پزشکی

در مراسم رونمایی از نخ جراحی از فعالان و پیشکسوتان عرصه تولید و واردات تجهیزات و داروهای پزشکی قدردانی شد.

در این مراسم از ابوالفتح صانعی که بیش از ۳۰ سال سابقه کار در حوزه واردات تجهیزات پزشکی دارد و نقش مهمی در تشکل‌های صنفی برای تامین تجهیزات پزشکی داشته است، تقدیر شد.

او نایب رییس اتحادیه بازرگانان تجهیزات پزشکی و رییس و عضو هیأت مدیره چندین شرکت تجهیزات پزشکی و دارویی است که به دلیل علاقه‌مندی فراوانش به این صنعت و داشتن روحیه تعاون و همکاری، در هدایت نیروهای فعال در این حوزه نقش به‌سزایی داشته است.

همچنین از مهندس حوری‌زاده یکی از پیشکسوتان و قدیمی‌ترین اعضای صنف فروشندگان لوازم و تجهیزات پزشکی که سال‌ها به عنوان نماینده این صنف در مجامع مختلف حضور داشته، تقدیر شد.

مهندس رحمانی مدیر شرکت ابزار درمان و از پیشکسوتان تولید تجهیزات پزشکی یکی دیگر از کسانی بود که تقدیر شد. شرکت ابزار درمان تولیدکننده ابزار و محصولات پزشکی است که سال ۱۳۶۴ تاسیس شده و یکی از شرکت‌های نمونه این صنعت بوده است. این شرکت بارها به عنوان واحد نمونه صنایع، از سوی مؤسسه استاندارد استان برگزیده شده و ۲ بار عنوان واحد نمونه کیفی منتخب تولیدکنندگان تجهیزات پزشکی را به دست آورده است.

در این مراسم همچنین از نماینده شرکت ژاپنی کاواماتو به دلیل سابقه همکاری ۲۷ ساله با ایران فارمیس از سال ۱۳۶۶ و عرضه محصولات و لوازم پزشکی مصرفی عمومی تقدیر شد.

مدیر عامل داهی‌طب:

تجارت ما؛ تجارتی علمی است

شرکت داهی‌طب از ۲۲ اردیبهشت ماه ۱۳۷۳ با نمایندگی چند شرکت کوچک، فعالیت خود را با هدف وارد کردن آخرین تجهیزات ارتوپدی، کرانیوتومی و تکنولوژی ایمپلنت‌های ارتوپدی به کشور آغاز کرد و امروز ۲۰ سال از فعالیت آن می‌گذرد. این شرکت در حال حاضر نمایندگی شرکت آمریکایی استرایکر (Stryker) را در سال ۲۰۱۲ به عنوان دهمین کمپانی مدیکال جهان شناخته شد، دارد.

شرکت داهی‌طب در این سال‌ها و به‌ویژه از سال ۱۳۹۱ علاوه بر فروش ایمپلنت‌های ارتوپدی، بخش‌های دیگری نیز به مجموعه خود افزوده است؛ بخش تجهیزات و بخش کاردیوواسکولار یا قلب را که محصولات مربوط به قلب (هم در زمینه جراحی و هم در زمینه داخلی قلب) را ارایه می‌کرد، راه‌اندازی کرده و توانسته است نمایندگی شرکت‌های رونتیس (-Ron tis)، سوییس، نیپرو (Nipro) ژاپن و آنژیودینامیک (Angiodynamic) آمریکا را بگیرد.

مدیرعامل شرکت داهی‌طب در سال ۲۰۱۴، جایزه آفیسر (Officer) را در زمینه تجهیزات پزشکی از اتحادیه اروپا دریافت کرد. این جایزه هر سال در پنج صنعت مختلف به مدیرانی که بر اساس ملاک‌های آفیسر شایسته دانسته می‌شوند داده می‌شود؛ نوآوری، خلاقیت و موفقیت مدیر از جمله ملاک‌های جایزه آفیسر است.

شرکت داهی‌طب همچنین در همین سال از طرف انجمن جهانی فروش و بازاریابی [که با دانشگاه ALU در آمریکا در ارتباط است]، نامزد جایزه «شعف مشتری» شد. این موسسه جهانی با ۱۰۰ سال سابقه در انگلستان فعالیت می‌کند و سرعت در عرضه، کیفیت محصول و خدمات، رضایت مشتری از خدمات، تجربه مشتری در تعامل با سازمان و خدمات شرکت، معیارهای آن برای انتخاب شرکت‌های برگزیده است.

تجربه ۲۰ ساله و سرعت، راز رشد داهی‌طب

محسن دهقانی مدیرعامل کنونی شرکت که از سال ۹۱ به داهی‌طب پیوست، می‌گوید: «داهی‌طب شرکت بزرگ و با سابقه خوبی بود که پایه بسیار خوبی داشت و همین عامل موجب شد با سرعت بیشتری کار را ادامه دهیم. مؤسسان شرکت و دیدگاه کلی تغییری نکرده است.»

به گفته او، داهی‌طب در سال ۹۱ برای تجهیزات کامل استرایکر که عمده آن شامل تجهیزات اندوسکوپی یا به عبارتی نور و تصویر بود درخواست اوفک (OFAC) کرد؛ پروانه‌ای که برای وارد کردن محصولات آمریکایی به کشور لازم است.

تولید مصرفی‌های قلب توسط داهی‌طب

بیشترین فعالیت داهی‌طب بر روی محصولات کمپانی استرایکر و محصولات ارتوپدی بوده است. اما از سال ۹۱ شرکت توسعه یافته است و در زمینه تجهیزات قلب و عروق نیز فعالیت می‌کند. مدیر عامل داهی‌طب از برنامه تولید تجهیزات قلب و عروق در این شرکت خبر می‌دهد: «در مدت بیش از ۲ سال، مطالعات این حوزه انجام شد. با توجه به این که با سه شرکت خارجی برای وارد کردن فناوری مورد نیاز رایزنی کرده‌ایم، اگر شرایط سیاسی کشور به خوبی پیش رود، می‌توانیم امیدوار باشیم که به زودی، نخستین شرکت تولیدکننده مصرفی‌های قلبی‌های تک(high tech) در کشور باشیم.»

در حال حاضر داهی‌طب محصولات مصرفی قلب را وارد می‌کند اما در سال ۹۴ با توجه به رشدی که در دپارتمان قلب داشته است، این بخش به صورت یک شرکت مجزا با نام شرکت «نوید» به فعالیت خود ادامه خواهد داد که هدف تولید محصولات مصرفی قلب نیز در همین شرکت محقق می‌شود.

دهقانی با بیان این که طبق برنامه‌ریزی، آغاز تولید این شرکت با «بالون» خواهد بود می‌گوید: «محصولات مصرفی قلب همچون استنت‌های کرونری، بالون‌های کرونری، بالون‌های غیرقلبی، استنت‌های غیرقلبی، گایدوایرها، گاید کاتترها که برای تشخیص و درمان بیماری‌های قلبی استفاده می‌شوند نیز در این شرکت تولید خواهد شد.»

تجارت علمی داهی‌طب

مدیر عامل داهی‌طب، تجارت این شرکت را یک تجارت علمی می‌داند، برگزاری کلاس‌های متعدد آموزشی برای استادان گروه‌های ارتوپدی کشور و کارکنان داهی‌طب در این مدت را گواه این ادعا می‌آورد؛ برای نمونه آبان ماه امسال سومین مسترکلاس توسط این شرکت با حضور پروفسور جواد پرویزی برگزار شد. او دارای کرسی استادی در جراحی ارتوپدی دانشگاه توماس جفرسون است و تجربه زیادی در انجام کارآزمایی‌های بالینی و مطالعات out come در بیماران تعویض مفصل دارد. ۱۸۵ تن از استادان و پزشکان ارتوپد کشور در این مستر کلاس شرکت کردند و جدیدترین و به روزترین مطالب علمی مرتبط با این رشته را مورد بحث و بررسی قرار دادند.

علاوه بر برگزاری این کلاس‌های آموزشی، داهی‌طب کارشناسانی دارد که در صورت نیاز، هنگام عمل جراحی، کنار پزشک خواهند بود؛ چراکه ابزار جاگذاری ایمپلنت‌های هر شرکت با شرکت‌های دیگر متفاوت است. به همین دلیل پزشک معمولاً با تمام وسایل آشنا نیست و کارشناسان داهی‌طب در طول

عمل پزشک را همراهی می‌کنند. این کارشناسان نیز در طول سال در دوره‌های آموزشی متعددی شرکت می‌کنند تا اطلاعاتشان به روز باشد.

محصولات داهی‌طب

داهی‌طب تا سال ۹۱ فقط ایمپلنت‌ها و مصرفی‌هایی که در جراحی ارتوپدی در ستون فقرات و زانو و هیپ (لگن) استفاده می‌شوند، واره و دریل را که لازمه این جراحی‌ها بودند وارد می‌کرد. پس از آن، تجهیزات دیگر استرایکر در زمینه نور و تصویر شامل؛ لاپاروسکوپی، آرتروسکوپی و سیستم‌های کور (Core)، دستگاه‌های جدید سونوپت (Sonopet) که برای عمل‌های جراحی مغز و اعصاب استفاده می‌شوند را وارد کرد.

در حال حاضر ۷۰ درصد فعالیت داهی‌طب بر روی محصولات شرکت استرایکر متمرکز است. از سال ۱۳۹۱، واردات تجهیزات با آخرین تکنولوژی را در دستور کار خود قرار داد و توانست دستگاه سونوپت را وارد ایران کند، دستگاهی که برای جراحی‌های تومورهای مغزی استفاده می‌شود. این دستگاه کمک می‌کند که پزشک ریزترین سلول‌های تومور را به راحتی از محل جدا کند به طوری که کمترین اثری از تومور باقی نماند.

داهی‌طب تجهیزات آرتوروسکوپی را از سال‌های قبل وارد می‌کرده است. به گفته مدیرعامل این شرکت، در سال ۹۱ شرکت دستگاه‌های لاپاروسکوپی را نیز وارد کرد: «ابتدا سیستم ۱۲۸۸ لاپاروسکوپی را وارد کردیم. بلافاصله بعد از آن سیستم ۱۴۸۸ را که جدیدترین ورژن این دستگاه‌ها است وارد کردیم که در مراکز مختلف راه‌اندازی شده‌اند و مورد استفاده قرار می‌گیرند.»

او با اشاره به محصولات مصرفی استرایکر در شرکت داهی‌طب نیز می‌گوید: «در این زمینه پروتزهایی برای زانو و هیپ (لگن) و ستون فقرات داریم که بهترین پروتزها هستند. چیزی که در این زمینه ممکن است بیمار با آن دست به گریبان شود، قیمت بالای پروتزهاست که آن هم به دلیل کیفیت بالای محصول است.»

به گفته دهقانی، برخی شرکت‌های کوچک برای ایمپلنت‌های زانو یا هیپ، سیستم Revision ندارند. به هر دلیلی اگر بیمار مدتی پس از عمل بخواهد دوباره عمل کند و پروتز را درآورد، سیستمی به نام Revision وجود دارد که شرکت استرایکر این سیستم را دارد؛ به این معنا که علاوه بر سیستم پرایمری یا ابتدایی Revision و سِت آن هم موجود است و در واقع یکی از امتیازهای این شرکت همین مسأله است. چراکه به طور معمول، بعد از ۱۵ سال پروتز باید عوض شود.

یکی دیگر از محصولاتی که جایگاه بالاتری به شرکت استرایکر می‌دهد، پروتز تومورهای استخوانی با نام GMRS است که برای تومورهای استخوانی استفاده می‌شود. در حال حاضر بهترین پروتزها برای تومورهای استخوانی در سراسر دنیا را شرکت استرایکر تولید می‌کند اما به دلیل این که بیمه‌ها آن را حمایت نمی‌کنند قیمت بالایی دارد. این پروتز حدود ۲ سال پیش وارد ایران شده است: «بیشتر بیمارانی که به بیماری تومورهای استخوانی دچار می‌شوند برای جلوگیری از پیشرفت سرطان ناچار به قطع آن عضو می‌شوند و یا درمان به صورت شیمی‌درمانی را می‌پذیرند، در حالی که با این پروتز احتمال قطع عضو کم می‌شود.

به گفته دهقانی، در سال‌های قبل وزارت بهداشت برای این پروتز یارانه پرداخت می‌کرد که برای بیمار بسیار ارزان تمام می‌شد. بیشتر کسانی که دچار تومور استخوانی می‌شوند از جوانان هستند و بسیاری از آنها توانایی دادن چنین پول هنگفتی برای این پروتزها را ندارند: «با توجه به این که سالانه میان ۲۵۰ تا ۳۰۰ بیمار به این پروتزها نیاز دارند، وزارت بهداشت می‌تواند برای آن یارانه قرار دهد اما متاسفانه این اتفاق نیفتاده است.»

ویژگی آشکاری که داهی‌طب در زمینه پروتزهای استرایکر دارد این است که جدیدترین ورژن‌ها را همگام با آمریکا و اروپا، تنها با یک تفاوت زمانی ۲ ماهه وارد کرده است: «برای نمونه سیستم X3 را حدود ۴۵ روز بعد از این که در اروپا توزیع شد، به ایران وارد کردیم و مورد استفاده پزشکان قرار گرفت.»

خدمات پس از فروش داهی‌طب

«داهی‌طب بیش از آن که به فروش اعتقاد داشته باشد به خدمات پس از فروش اعتقاد دارد.» شرکت داهی‌طب با این شعار فعالیت می‌کند؛ بنابراین به گفته مدیرعامل این شرکت، پیش از این که تجهیزات وارد شوند کارکنان بخش خدمات پس از فروش استخدام شده و آموزش دیده‌اند: «موازی با گسترش بخش فروش، خدمات پس از فروش را نیز توسعه می‌دهیم. در حال حاضر پنج تن از مهندسان داهی‌طب در این بخش از شرکت مشغول کار هستند. ۸۰ تا ۸۵ درصد از کارهای فنی و تعمیرات خود را در داخل کشور انجام می‌دهیم و اگر به هر دلیل نتوانیم تعمیرات را در ایران انجام دهیم و مجبور شویم که دستگاه را به دفتر مرکزی استرایکر در دبی بفرستیم، تا زمانی که دستگاه تعمیر شود یک دستگاه جایگزین به مرکز استفاده‌کننده می‌دهیم تا کارشان انجام شود.»

خدمات نوین فناورانه در حوزه سلامت

سامانه ردیابی دارو و تجهیزات بر پایه فناوری بارکد

روش‌های مکانیزه شناسایی و ردیابی مبتنی بر فناوری بارکد، امروزه در صنعت درمان، دارو و تجهیزات پزشکی جهان به‌ویژه در کشورهای پیشرفته جایگاه ویژه‌ای دارد.

فناوری ردیابی کالا برپایه فرایندهای AIDC* در اواخر دهه ۷۰ وارد ایران شده است. از این فناوری در صنعت درمان نیز می‌توان استفاده برد اما تاکنون به صورت محدود [آن هم در چند سال گذشته] به کار گرفته شده است. در صنعت درمان، مسأله ردیابی دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی در طول زنجیره تامین از اهمیت راهبردی برخوردار است. این امر برای کارهای پژوهشی و تحقیقاتی در حوزه درمان و بررسی فراوانی مصرف داروها بسیار کارآمد و ضروری است؛ چیزی که کشورهای پیشرفته از آن بهره می‌برند.

شرکت زبرآسیا فعالیت خود را در سال ۱۳۸۰ آغاز کرد و به ارایه تجهیزات و راهکارهای تخصصی شناسایی و ردیابی مبتنی بر فناوری‌های بارکد، کارت و RFID با هدف افزایش اثربخشی مدیریت، توسعه سیستم‌های انفورماتیکی و ایجاد بهبود در کسب و کار سازمان‌ها پرداخت. این شرکت در مدت فعالیت خود این فناوری‌ها را وارد بازار ایران کرده و در پروژه‌های مختلف صنعتی و خدماتی به اجرا گذاشته است.

سرمایه‌گذاری در حوزه دارو در کشور ما با تخمین و بر اساس آماری که به صورت تقریبی وجود دارد انجام می‌شود و به طور دقیق از رفتار مصرف‌کننده اطلاعاتی در دست نیست. اطلاعات بسیار زیادی بر روی کاغذ و بانک‌های اطلاعاتی به صورت پراکنده وجود دارد که این اطلاعات هیچ‌گاه به صورت یکجا جمع‌آوری و مرتب نشده است. با استفاده از فناوری ردیابی از طریق بارکد می‌توان تمام این اطلاعات را به صورت یکجا جمع‌آوری و دسته‌بندی کرد تا بر اساس آن بتوان به صورت بسیار موثرتر به تدوین راهبردهای ملی در حوزه درمان پرداخت.

شیوه کار سامانه ردیابی دارو

به گفته امیر اکبری مدیر بازرگانی شرکت زبرآسیا، دانش و فناوری لازم برای اجرا و پیاده‌سازی این سامانه در کشور وجود دارد.

او درباره چگونگی و مراحل کار این سیستم می‌گوید: «شیوه کار این سامانه به این صورت است که تولیدکننده یا کسانی‌که کالا را دوباره بسته‌بندی می‌کنند (Repackagers) و واردکننده‌های دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی در مقطعی از فرایندهای خود، کالا را با کد ویژه‌ای شناسایی می‌کند و آن را به صورت یک بارکد دوبعدی روی محصول الصاق می‌کنند و سپس در مرحله‌ای تکمیلی از کار، این بارکد قرائت می‌شود. به محض خوانده شدن بارکد، اطلاعات وارد بانک اطلاعاتی (Data Bace) مرکزی و بزرگی می‌شود که مربوط به دولت است و در ایران مربوط به وزارت بهداشت می‌شود.»

اکبری می‌افزاید: «زمانی‌که بارکد خوانده شد، اطلاعات در بانک اطلاعات مرکزی در وزارتخانه ثبت می‌شود که مشخص می‌کند دارویی با مشخصات خاصی تولید یا وارد شده است. تمام مشخصات محصول نیز به این کد متصل است. در این حالت حجم زیادی از اطلاعات مربوط به داروها یا تجهیزات پزشکی به دست می‌آید که تولید شده یا وارد کشور می‌شوند.»

به گفته مدیر بازرگانی زبرآسیا، دولت می‌تواند با

راه‌اندازی این سامانه، بانک اطلاعاتی جامع دقیق و آنلاین از داروها و تجهیزاتی که تولید و یا وارد کشور می‌شوند و به مصرف می‌رسند در اختیار داشته باشد.

استفاده از راهکار ردیابی دارو با استفاده از فناوری بارکد و امکان مطالعه فراوانی مصرف دارو

یکی از مهمترین پارامترهای موثر در عملکرد نیروی انسانی نقش بهداشت و سلامت فردی و شاخص‌های مربوط به آن در ارتقای سطح اقتصاد یک کشور است. این در حالی است که کشورهای در حال توسعه از نظر انجام مطالعات علمی و انتشار نتایج آن مطالعات در حوزه سلامت از کشورهای پیشرفته عقب مانده‌اند. از مهمترین علل این عقب‌ماندگی می‌توان به کمبود بودجه‌های پژوهش، نداشتن برنامه‌های منظم پژوهشی، انجام مطالعات با کیفیت پایین و ناآشنایی با شیوه‌های طراحی پژوهش اشاره کرد. در این میان معرفی راهکار ردیابی داروها و تجهیزات پزشکی مصرفی در طول زنجیره تامین با به‌کارگیری فناوری بارکد می‌تواند نقش پررنگی در ایجاد بستری بسیار مناسب در جهت تعریف پروژه‌های پژوهشی داشته باشد.

هنگامی که دارو در محل عرضه نهایی به مصرف‌کننده داده می‌شود به کمک این فناوری می‌توان داده‌های جاری را در همان لحظه در بانک اطلاعات مرکزی ثبت کرد که چه داروهایی برای کدام بیمار تهیه شده است؛ شناسایی مصرف‌کننده از روی بارکد دفترچه بیمه و هم از طریق بارکد کارت ملی قابل انجام و درج در بانک اطلاعاتی خواهد بود.

در محل مصرف، بیمارستان‌ها یا داروخانه‌ها به بانک اطلاعات مرکزی دسترسی دارند و زمانی که دارویی تحویل مشتری شد، بارکد روی دفترچه و محصول خوانده می‌شود. بدین ترتیب ضمن بررسی اصالت دارو در آن مرحله اقدام به ثبت مشخصات بیمار به انضمام داروهای مصرفی او می‌شود. با تجمیع روزافزون این اطلاعات می‌توان رفتار مصرف دارو را در کشور به طور دقیق بررسی کرد و این اطلاعات بهترین گزینه برای تعریف پروژه‌های پژوهشی در حوزه سلامت و ارتقای سطح سلامت جامعه خواهد بود.

شرکت‌های بیمه می‌توانند با استفاده از دستاورد این پژوهش‌ها، سرمایه‌گذاری درست‌تری داشته باشند و با بررسی میزان مصرف داروها، برنامه‌های پیشگیری را برای کاهش تعداد بیماران و مهار بیماری‌ها به انجام برسانند که این اقدام به سود شرکت‌های بیمه خواهد بود. اطلاعاتی که در بانک اطلاعاتی جامع این سامانه قرار می‌گیرد برای شرکت‌های بیمه بسیار کاربردی و مفید است. در این زمینه، کشورهای جهان اول و به ویژه آمریکا از این امکان، بهره فراوانی می‌برند. بی‌شک این مساله منافع مالی زیادی در جهت توسعه اقتصادی کشور خواهد داشت.

از دیگر ویژگی‌های این سامانه آن است که تولیدکننده‌ها یا توزیع‌کننده‌ها می‌توانند به صورت جدگانه نیز از آن سود ببرند. یعنی وقتی محصول با یک کد یونیک و قابل شناسایی در کل کشور شناسایی می‌شود می‌توانند از این فناوری برای انبارداری، تولید و توزیع خود نیز استفاده کنند و اطلاعات جامع تجارت خود را داشته باشند.

همچنین می‌توان به کمک این فناوری، بایگانی به شیوه سنتی را در مراکز مختلف از جمله بیمارستان‌ها، سازمان بیمه یا وزارتخانه به بانک اطلاعاتی آنلاین تبدیل کرد که از نظر سرعت، نظم و هزینه بسیار به صرفه است.

پروژه ردیابی توسط بارکد و صرفه‌جویی در زمان و هزینه

در حال حاضر طرح شبنم از سوی وزارت بهداشت اجرا می‌شود که بر اساس بارکد روی کالا، اصالت کالا یا دارو مشخص می‌شود در حالی‌که فناوری ردیابی بارکد علاوه بر ثبت آمار و اطلاعات مربوط به دارو، اصالت آن را نیز مشخص می‌کند.

اکبری تاکید می‌کند که این فناوری به دلیل صرفه‌جویی در زمان و سرعت بالا، کارایی‌های آن در حوزه مطالعه و تحلیل رفتار درمان و مصرف داروی بیمار توجیه اقتصادی دارد.

به گفته مدیر بازرگانی شرکت زبرآسیا، همه این فناوری در این سه بخش خلاصه می‌شود که اطلاعات دقیق‌تر و با سرعت بیشتری ثبت شوند و جامعیتی در سطح ملی برای اطلاعات به وجود می‌آورد. تمام فناوری‌های مشابه که کار شناسایی خودکار را انجام می‌دهند یا سامانه‌های مشابه، به این هدف به کار گرفته شده‌اند که دخالت انسان و خطای انسانی را در ثبت اطلاعات از میان بردارند و جامعیت مرکزی برای اطلاعات ایجاد کنند.

AIDC*: (automatic identification and data capture)

معاون درمان وزیر بهداشت خبر داد

آغاز نظارت ۱۵۰ ارزیاب بر روند اجرای طرح تحول سلامت

اجرای طرح تحول نظام سلامت از ۲۵ بهمن تا ۲۵ اسفند سال جاری توسط ۱۵۰ ارزیاب در ۱۰ قطب و ۵۶۰ بیمارستان کشور مورد نظارت قرار می‌گیرد. طرح تحول نظام سلامت کشور از ۱۵ اردیبهشت امسال به طور همزمان در سراسر کشور آغاز شده است و به گفته معاون درمان وزارت بهداشت مهمترین برنامه دولت یازدهم و طرحی است که با حمایت‌های مقام معظم رهبری، رییس جمهور و مجلس، با پرچم‌داری وزیر بهداشت در سراسر کشور در حال اجرا است.

محمد آقاجانی با بیان این‌که هر طرح بزرگ ملی نیازمند نظارت و مراقبت‌های دقیق برای اجرای همه جانبه و جلوگیری از پیش آمدن کمترین انحرافات است، از ارزیابان این طرح خواست از منابع اختصاص یافته به بهترین شکل ممکن بهره‌برداری کنند تا تازگی، پویایی و همت در اجرای طرح و مجریان آن برآورده شود. دبیر ستاد کشوری طرح تحول نظام سلامت تاکید کرد: «این طرح نیاز به تلاش مضاعف و همراهی خالصانه دارد تا به یک فرهنگ قطعی و همیشگی تبدیل شود و مردم امید دارند این طرح تداوم داشته باشد.»

معاون درمان وزارت بهداشت با بیان اینکه انسجام در حوزه‌های مختلفی همچون حوزه نرم‌افزاری و سخت‌افزاری امری ضروری است که در نهایت منجر به بالندگی و تعالی حوزه سلامت خواهد شد، اعلام کرد: «این برنامه با به‌کارگیری ۱۵۰ ارزیاب خبره از ستاد وزارتی و دانشگاهی سراسر کشور که سابقه ارزیابی در موضوع برنامه تحول نظام سلامت را دارند، اجرا می‌شود.»

به گفته او، در هفته اول این برنامه بیش از ۱۲۰ نفر از ارزیابان در ۲۰ دانشگاه و در مأموریت‌های ۴ تا ۵ روزه تمامی بیمارستان‌ها و دانشگاه‌های تابعه را ارزیابی خواهند کرد. معاون درمان وزیر بهداشت هدف از اجرای این برنامه را نظارت و بررسی کیفیت پیاده‌سازی برنامه در تمام بسته‌ها تا پایان سال ۹۳، کنترل و هدایت مجریان به اهداف برنامه، اهمیت بخشی و تقویت انگیزه مدیران در جهت تداوم برنامه، شناسایی مشکلات و نقاط ضعف و موفقیت‌های دانشگاه‌ها، نشر الگوهای موفق دانشگاهی و توانمندسازی و تبادل تجربه‌های موفق و معرفی دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های پیشرو در استقرار طرح تحول سلامت، ارتقاء کیفی برنامه‌های نظارتی و ارایه بازخورد به مجریان پیاده‌سازی برنامه اعلام کرد. در این ارزیابی چک لیست‌های هر یک از بسته‌ها، منطبق بر اهداف و روح اصلی برنامه‌ها، همچنین دستورالعمل‌های آموزشی شیوه ارزیابی تدوین و عملیاتی خواهد شد.

www.farsnews.com

دبیر علمی سیزدهمین کنگره بین‌المللی جراحان دهان، فک و صورت ایران:

تجمیع کنگره‌های پزشکی ضروری است

دبیر علمی سیزدهمین کنگره بین المللی جراحان دهان، فک و صورت ایران، بر ضرورت تجمیع کنگره‌ها و همایش‌های پزشکی تاکید کرد.

محمد جعفریان در مراسم افتتاح سیزدهمین کنگره بین‌المللی جراحان دهان، فک و صورت، هدف اصلی از برگزاری این همایش‌ها را ارایه آخرین دستاوردهای علمی و به روز کردن اطلاعات و دانش متخصصان رشته‌های مختلف و آشنایی آن‌ها با تازه‌ترین تجهیزات و لوازم پزشکی و جراحی عنوان کرد و گفت: «اما می‌توان با تجمیع کنگره‌ها نیز به این اهداف دسترسی پیدا کرد.»

او با اعلام این که تعداد مقالات علمی منتشر شده از طرف ایران در نشریات معتبر جهانی مناسب و رو به افزایش است، افزود: «از این نظر از وضعیت مناسبی برخوردار هستیم اما صرف تولید مقالات کافی نیست و باید تدابیری اتخاذ شود که این دستاوردهای علمی در ارایه خدمات پزشکی به بیماران به کار گرفته شود. همچنین باید بررسی کرد که آیا می‌توان علوم جدید را در قالب کنگره‌ها به متخصصان رشته‌های مختلف پزشکی منتقل کرد و به این طریق اطلاعات آنها را به روز کرد یا خیر.»

او هزینه‌های بالای برگزاری کنگره‌های پزشکی را از معایب این برنامه‌ها دانست و از این که بیشتر این کنگره‌های علمی در تهران برگزار می‌شوند انتقاد کرد. به باور جعفریان این که برخی اوقات مطالب ارایه شده در کنگره‌ها به روز نیستند و یک مطلب علمی در کنگره‌های مختلف تکرار می‌شود نیز مورد درگیری است که برگزاری این کنگره‌ها را با انتقاد مواجه می‌کند. دبیر علمی سیزدهمین کنگره بین‌المللی جراحان دهان، فک و صورت ایران معتقد است برای رفع این نواقص باید امکان برگزاری مشترک کنگره‌ها و سمینارها در میان رشته‌های مختلف پزشکی برای کاهش هزینه‌ها و ایجاد ارتباط بیشتر میان متخصصان رشته‌های پزشکی فراهم شود و آنها را از تمرکز در استان تهران خارج و در استان‌های مختلف برگزار کرد.

سیزدهمین کنگره بین‌المللی جراحان دهان، فک و صورت ایران از ششم تا هشتم اسفند ماه جاری همزمان با پنجمین همایش ایمپلنت خلیج فارس و سومین جشنواره محققان جوان جراحی دهان، فک و صورت، در هتل المپیک تهران برگزار شد.

www.mehrnews.com

انتخابات اتاق بازرگانی

هجدهم اسفند ماه انتخابات هیأت نمایندگان اتاق بازرگانی تهران برگزار می‌شود. چند تن از دست‌اندرکاران حوزه سلامت نیز برای عضویت در اتاق بازرگانی تهران نامزد شده‌اند. از این رو در این شماره، بخشی را با عنوان انتخابات به معرفی نامزدهای صنعت درمان کشور اختصاص دادیم.

ناصر ریاحی، نامزد صنعت درمان در انتخابات اتاق بازرگانی:

باید از حقوق فعالان اقتصادی صنعت درمان دفاع کنیم

ناصر ریاحی رییس اتحادیه واردکنندگان دارو و دکتر محمود نجفی رییس سندیکای تولیدکنندگان دارو، دو عضو ائتلاف برای فردا هستند که خود را نامزد انتخابات اتاق بازرگانی تهران کرده‌اند. این انتخابات روز ۱۸ اسفند ماه برگزار می‌شود.

ناصر ریاحی متولد ۱۳۳۶در تهران است و دانش‌آموخته حقوق از دانشگاه شهید بهشتی. ۴ دهه است در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی فعالیت می‌کند و یکی از چهره‌های کارآفرین بنام و پیشکسوت بخش خصوصی در حوزه سلامت به شمار می‌رود. او هم‌اکنون مدیرعامل شرکت درمان آرا و رییس اتحادیه واردکنندگان دارو است.

او با اشاره به این که به پیشنهاد اعضای گروه ائتلاف برای فردا، نامزدی انتخابات اتاق تهران را پذیرفته، می‌گوید: «ما در بخش سلامت انصافاً مظلوم واقع می‌شویم. فعالان اقتصادی سلامت مظلوم هستند. دولت و وزارت بهداشت خریدار اصلی محصولات سلامت و صنعت درمان کشور است و این در حالی است که خود دولت هم قیمت‌گذاری می‌کند، هم نظارت می‌کند، هم دیر پرداخت می‌کند. هر کاری می‌خواهند انجام می‌دهند و چون دست‌اندرکاران صنعت درمان کشور، پایگاه قدرتمندی برای خود نداشته‌اند، تاکنون نتوانسته‌اند از حقوق خود به خوبی دفاع کنند.»

به گفته ریاحی یکی از ظرفیت‌های اتاق بازرگانی تهران این است که مطابق قانون از شرکت‌ها یک مبلغ ۳ در هزار سود می‌گیرد که بخشی از این پول را برای تقویت تشکل‌ها، برای آموزش و همایش‌های ملی هزینه می‌کند: «در حالی که تشکل‌های حوزه سلامت نه از این موضوع خبر داشته‌اند و نه دنبال بهره‌مندی از چنین امکاناتی بوده‌اند.»

یکی دیگر از ظرفیت‌های اتاق بازرگانی تهران این است که طبق قانون هنگام تدوین و یا تغییر مقررات و قوانین دستگاه‌های دولتی، اتاق در هر زمینه‌ای مشاور می‌فرستد: «در بخش سلامت هیچ‌وقت مشاوری برای

مادرم آموزگارم بود

«آوازهایی که مادرم به من آموخت»، عنوان زندگینامه‌ی مارلون براندو، بازیگر افسانه‌ای سینماست، به قلم رابرت لیندزی. سوءتفاهم نشود: البته که من نه در مقبولیت چهره و نه در بلندی آوازه مارلون براندو نیستم و غیرممکن است کسی روزی به خود این زحمت را بدهد که زندگینامه‌ام را بنویسد. با این حال، یک وجه مشترک وجود دارد و آن اینکه من نه تنها چگونه زیستن را بلکه حتی روش‌های مدیریت را از آنچه مادر آموزگار ـ اینک بازنشسته‌ام ـ انجام می‌داد الگو گرفته‌ام. مادرم ـ بی‌گفت‌وگو ـ رییس واقعی خانه بود ولی با رفتار فروتنانه‌اش چنان می‌نمود که گردش چرخ زندگی حاصل تلاش دیگر اعضای خانواده است و هر لحظه اعتماد به نفس به ما می‌داد؛ او آنچنان از پارک، رودخانه، خیابان و اتوبوس و ـ اموال عمومی ـ مراقبت می‌کرد که گویی تمام آنها املاک اختصاصی اوست. قبل از طلوع آفتاب از خواب برمی‌خواست و همه را صدا می‌کرد و اگر کسی برای رفتن سر درس یا کار معطل می‌کرد با صدای بلند می‌گفت: «آفتاب وسط کوچه پهن است؛ مرد که نباید این ساعت خانه باشد.» مادرم همیشه و همه چیز و همه کس را دوست داشت و دارد. سرما و گرما، شب و روز از دید او همه دوست‌داشتنی هستند، او همیشه به خطاکار فرصت جبران می‌دهد. مادر همیشه و به همه پنج فرزندش یاد داده است که یا کاری را به عهده نگیریم و یا اگر گرفتیم سر و جان بر سر انجامش بگذاریم. از همه اینها مهم‌تر اینکه تمام این کارها را با عشق و علاقه انجام می‌دهد. من اگر سر سوزنی موفقیت در زندگی شخصی و یا حرفه‌ام داشته‌ام، کامیابی‌ام را مدیون آنچه می‌دانم که او با رفتارش در وجود من نهادینه کرده است. مادرم به تمام معنی عاشق مام وطن است و تنها خاطره بدی که در ذهن همیشه پاکیزه از بدی‌هایش دارد، اشغال آذربایجان توسط بیگانگان است و زمان محصلی‌اش در آن دوران. من از او آموختم که به میهن پیر و هم جوان خود که بسیاری از دوستانم برای حفظ تمامیت و آبرو و ناموس آن در آن هشت سال خونبار جان باختند، عشق بورزم.

حضور در سیاست‌گذاری‌ها و تغییر قوانین فرستاده نشده است چون نماینده‌ای در اتاق بازرگانی نداشته است. حتی در جلسات حل اختلاف مالیاتی، یک نماینده از اتاق حضور دارد و چون حوزه سلامت در اتاق تهران حضور نداشته است، نماینده‌ای که از اتاق برای حل اختلاف حضور داشته، با مسایل سلامت بیگانه بوده است.»

او می‌افزاید: «طبق قانون جایی که درباره صنعت درمان و سلامت تصمیم‌گیری می‌شود ما باید نماینده مشاور داشته باشیم در حالی که هیچوقت چنین اتفاقی نیفتاده است. نمایندگان ما حتی برای ارایه توضیحات هم در جلسات تصمیم‌گیری حضور ندارند چه برسد به این که حق رای هم داشته باشد.»

ماده ۲ قانون بهبود محیط کسب و کار می‌گوید دولت مکلف است در مراحل بررسی موضوعات مربوط به محیط کسب و کار و برای اصلاح و تدوین آیین‌نامه‌ها و مقررات، نظر کتبی اتاق‌ها و آن دسته از مشکلات ذیربط را اعم از کارفرمایی و کارگری را درخواست و بررسی کند و هرگاه لازم دید آنان را به جلسات تصمیم‌گیری دعوت کند. مهلت اجرای ماده ۲ قانون بهبود محیط کسب و کار مبنی بر شرکت دادن اتاق‌ها در شوراهای تصمیم‌گیری برای دولت، ۶ ماه پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون است. این قانون در اسفند ۱۳۹۰ به تصویب رسیده است.

رییس اتحادیه دارو با اشاره به این ماده قانونی می‌گوید: «دستگاه‌های اجرایی موظفند هنگام تدوین یا اصلاح مقررات، بخشنامه‌ها یا رویه‌های اجرایی، نظر تشکل‌های اقتصادی ذیربط را استعلام کنند. اینها در قانون است و هیچ وقت اجرا نشده است . با حضور نمایندگان ما در اتاق بازرگانی این ظرفیت بوجود می‌آید که خواستار اجرای قانون شویم.» او می‌افزاید: «ظرفیت اتاق این است که یک پارلمان اقتصادی است و می‌تواند وزیر را بخواهد و از او پرسش کند و اگر به نتیجه نرسید، مشکل را از مراجع دیگر پیگیری کند. ما سال‌ها این ظرفیت را از دست داده‌ایم.»

ریاحی پس از آگاهی از ظرفیت‌های اتاق و شناخت از کمیسیون‌ها و اتفاقاتی که در اتاق می‌افتد و امکاناتی که حوزه سلامت می‌تواند از آن بهره‌مند شود، برای نامزدی و حضور در این اتاق نامزد می‌شود: «امیدوارم همکاران من در بخش سلامت قانع شوند و ما را در این راه همراهی کنند تا بتوانیم مطالبات صنف را از طریق اتاق پیگیری کنیم. از سوی دیگر شرایط امروز کشور شرایط خاصی است و دولت می‌خواهد بخش خصوصی را در تصمیم‌گیری‌های اقتصادی شرکت دهد و بارها این را در سخنرانی‌ها و دیدارها گفته‌اند و رفتارشان هم این را نشان می‌دهد. ما اگر این موقعیت طلایی را نادیده بگیریم تا چهار سال دیگر انتخاباتی نیست و چهار سال دیگر هم نادیده گرفته می‌شویم و روشن نیست در آن زمان شرایط چگونه است. اگر امروز راه پیدا کنیم هم از توانمندی‌های اتاق بهره‌مند می‌شویم و هم از شرایط فعلی کشور بهره بیشتری می‌بریم.»

رییس اتحادیه واردکنندگان دارو با بیان این مطلب که «از آنجا که مسؤول یکی از تشکل‌های حوزه سلامت هستم، به لحاظ اخلاقی وظیفه می‌دانم که از این موقعیت بهره ببرم و مسایل صنف سلامت را پیگیری کنیم»، می‌گوید: «امروز بخشی از هزینه‌های اجرای طرح تحول سلامت روی دوش بخش خصوصی افتاده است. وزارت بهداشت از یک سو کالا از شرکت‌های تجهیزات پزشکی و دارویی می‌خرد و پول خریدش را شش ماه بعد پرداخت می‌کند و از سوی دیگر شرکت‌ها باید برای تأمین کالا، با سود ۳۰-۲۸ درصد از بانک تأمین اعتبار کنند و از هر دو سو زیان کنند. هزینه درمان به عهده بخش خصوصی نیست پس چرا هزینه را ما باید پرداخت کنیم؟ دولت اگر پول را دیر پرداخت می‌کند یا باید سود پول را بدهد یا این که ساختار بانکی را موظف کند اعتبار با سود کم در اختیار ما بگذارد. از سوی دیگر آستانه سود مصوب دارو و تجهیزات پزشکی ۱۵ درصد است و طبق قانون نمی‌توانند گران‌تر بفروشند. اما هنگام دادن اظهارنامه مالیاتی، اداره مالیات دفترهای شرکت‌های حوزه سلامت را نمی‌پذیرد در حالی که قیمت کالاهای سلامت، کنترلی است، ارزی هم که پرداخت می‌شود کنترلی است و تعرفه‌های مالیاتی دارو و تجهیزات پزشکی بی‌رحمانه است. یک جایی ما باید بتوانیم قدرتمندانه از منافع صنف دفاع کنیم.»

برنامه‌هایی که ناصر ریاحی پیگیری خواهد کرد

امروز بخشی از هزینه‌های اجرای طرح تحول سلامت روی دوش بخش خصوصی افتاده است. وزارت بهداشت از یک سو کالا از شرکت‌های تجهیزات پزشکی و دارویی می‌خرد و پول خریدش را شش ماه بعد پرداخت می‌کند و از سوی دیگر شرکت‌ها باید برای تأمین کالا، با سود ۳۰-۲۸ درصد از بانک تأمین اعتبار کنند و از هر دو سو زیان کنند

۱- پیگیری کاهش دخالت دولت در امور اقتصادی فعالان اقتصادی حوزه سلامت بر اساس ماده ۱۰۳ قانون برنامه پنجم توسعه کشور که به صورت محدود و ممنوع کردن غیرتعرفه‌ای کالاهای مجاز وارداتی و همچنین قیمت‌گذاری بدون در نظر گرفتن هزینه‌های مالی و تورم به خصوص برای صنعتگران رایج است.

۲- پیگیری اجرای ماده ۲ قانون بهبود مستمر محیط کسب و کار که بر اساس آن در تدوین و اصلاح مقررات و آیین‌نامه‌ها، نظر کتبی تشکل‌های سلامت باید دریافت شود و هنگام نیاز حضور ایشان در جلسات تصمیم‌گیری صورت پذیرد. انجام این کار افزون بر بهبود تعامل دولت و بخش خصوصی، از بروز اشکال در اجرای مقررات جلوگیری خواهد کرد.

۳- پیگیری تامین بودجه کافی از طرف دولت برای مراکز تحت پوشش خود و سازمان غذا و دارو جهت پرداخت مطالبات معوق و جاری بخش خصوصی از مراکز یاد شده. در حال حاضر به دلیل تاخیر در پرداخت مطالبات بخش خصوصی، هزینه‌های مالی اجرای سیاست‌های دولت عمدتاً به دوش بخش خصوصی است.

۴- پیگیری تسریع روند امور مربوط به ثبت، واردات و ترخیص دارو و تجهیزات پزشکی از طریق برون‌سپاری امور غیرحاکمیتی به اشخاص و سازمان‌های خصوصی ثالث، حتی‌المقدور به تشکل‌های ذی‌ربط.

۵- منظور از تولید، ایجاد شغل، ارزش افزوده و ثروت در جامعه است و در این مورد تفاوتی بین صنعتگر، بازرگان، کشاورز و معدن کار نیست، بنابراین دولت باید کمک کند که فعالیت‌های اقتصادی بخش خصوصی به سمت حوزه‌ای هدایت شود که ارزش بیشتری ایجاد می‌کند.

۶- ایجاد فضای همکاری میان صنعتگر، معدن کار، کشاورز و بازرگان که با کمک هم، هم‌افزایی کنند. بهتر است تمام فعالان اقتصادی تمرکزشان روی نقطه قوتشان باشد و از نقاط قوت دیگر فعالان برای پوشش نقاط ضعف خود استفاده کنند. شکی نیست که یک بنگاه اقتصادی کوچک و متوسط نمی‌تواند همزمان تولید، فروش و صادرات کند، بلکه باید بنگاه‌های تخصصی خدماتی و بازرگانی از تولیدکننده حمایت کنند.

۷- دولت بهتر است به جای دخالت در امور اقتصادی فعالین با ابزاری مانند یارانه درمورد سود تسهیلات، معافیت‌های مالیاتی و این گونه تشویق‌ها، فعالیت‌های اقتصادی را به سمتی که ترجیح دارد سوق دهد، اقتصاد با دستور قابل هدایت نیست.

محمود نجفی، نامزد هشتمین انتخابات اتاق بازرگانی تهران و عضو گروه ائتلاف برای فردا:

پیگیر اجرای اصل ۴۴ قانون اساسی در حوزه سلامت هستیم

محمود نجفی عرب دارای دکترای داروسازی است. او از سال ۱۳۵۸ تا ۱۳۶۴ به عنوان رییس هیات مدیره و مدیرعامل شرکت‌های الحاوی رازک، ۱۳۶۴ فعالیت کرده‌است و از سال ۱۳۶۴ تا ۱۳۷۳ مدیریت گروه دارویی و سپس گروه دارویی ـ غذایی سازمان صنایع ملی ایران را با مسؤولیت تامین حدود دو سوم داروی کشور در این دوره زمانی بر عهده داشته‌است (در این دوران وضعیت مالکیت بسیاری از شرکت‌های داروسازی ایران در محافل بین‌المللی حل و فصل شد و شرکت‌های داروسازی ملی شده بازسازی و ظرفیت آنها افزایش چشم‌گیری یافته؛ در نتیجه صدها ملکول دارویی فرموله و به مرحله تولید انبوه رسید). از این سال تا ۱۳۸۲ به عنوان مدیرعامل شرکت دارو پخش فعالیت داشته‌است که در این دوران این شرکت با خرید یا تاسیس تعدادی شرکت جدید تبدیل به بزرگترین هولدینگ دارویی کشور شد. از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۵ محمود نجفی به تاسیس شرکت سرمایه‌گذاری دارویی تامین (TIPCO) پرداخت و به عنوان نخستین مدیرعامل آن مشغول به کار می‌شود. در این دوران این شرکت مسؤولیت تامین بیش از ۴۲ درصد تولید دارو کشور را بر عهده داشته‌است. او از ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹ عضو هیات مدیره و مدیرعامل شرکت صنایع شیر ایران می‌شود. این شرکت دارای ۴۲ شرکت تولیدی و بازرگانی است و از جمله اقداماتی که در این دوران برای اعتلای همه جانبه این مجموعه انجام شد تولید لبنیات خاص با منشا بیولوژیکی مانند: دوغ کفیر و انواع ماست پروبیوتیک برای اولین‌بار در کشور بود. محمود نجفی از سال ۱۳۸۹ تاکنون نیز به طور مداوم به عنوان رییس یا عضو هیات مدیره تعدادی واحد تولیدی و توزیعی دارو (از جمله داروسازی دانا، ثامن، سامان دارو هشتم برای تولید فاکتور ۸ و بهستان تولید و پخش رازی و ...) بوده‌است و همچنین عضو کمیسیون قیمت‌گذاری دارو است. نجفی از ۱۵ سال پیش با توجه به این که مطابق قانون، نماینده صنعت دارو توسط وزارت بهداشت تعیین می‌شود، عضو هیات نمایندگان اتاق بازرگانی ایران بوده‌است.

نجفی همچنین در کارنامه کاری خود سمت‌هایی

چون عضو هیات مدیره شرکت سرمایه‌گذاری صندوق بازنشستگی کشور، مشاور صنعتی رییس سازمان غذا و دارو، عضو هیات مدیره انجمن تولیدکنندگان صنایع لبنی و کانون تشکل‌های صنایع غذایی کشور، دبیر شورای عالی نظام پزشکی کشور و... را دارد. تاسیس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، مسؤولیت راهبردی در ایجاد شرکت‌های داروسازی امین و فارابی در اصفهان، شهید قاضی، زهراوی و دانا در تبریز و ثامن در مشهد طی سال‌های ۵۹ تا ۷۳، تاسیس اولین جایزه کیفیت تخصصی مستند به مصوبات شورای عالی استاندارد در سازمان غذا و دارو (تحت عنوان جایزه ملی کیفیت غذا، دارو و بهداشت ایران) این جایزه در حال حاضر معتبرترین جایزه کیفیت کشور بوده و تاکنون ۵ دوره آن با موفقیت برگزار شده است، تاسیس و برگزاری اولین نمایشگاه بین‌المللی دارویی کشور (ایران فارما) و ... نیز از اهم فعالیت‌های او در دوران کاریش محسوب می‌شود.

مالیت بر ارزش افزوده و بی ثباتی دستورالعمل‌ها و قوانین و آیین‌نامه‌ها نیز دیگر مشکلاتی هستند که دست‌اندرکاران حوزه سلامت را با مشکل مواجه کرده‌است و باعث می‌شود این بخش دچار تنش و مسایل متعدد بشود

او در حال حاضر عضو اصلی هیأت مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، عضو کمیسیون قانونی ماده ۲۰ (کمیسیون نرخ‌گذاری دارو) با حکم وزیر بهداشت، عضو غیر موظف هیات مدیره مجمع تشکل‌های دانش بنیان، دبیر جایزه ملی کیفیت غذا، دارو و بهداشت ایران با حکم رییس سازمان غذا و دارو، رییس هیات مدیره و عضو هیات مدیره چندین شرکت دارویی (کارخانه داروسازی، پخش سراسری دارو و واردات دارو و ...) است.

محمود نجفی که اکنون به عنوان نامزد عضو گروه ائتلاف برای فردا در انتخابات اتاق بازرگانی تهران حضور دارد درباره اهمیت حضور یکی از نمایندگان حوزه سلامت در این اتاق می‌گوید: «اتاق بازرگانی بالقوه و بالفعل از طریق قانون فضاهایی را در اختیار دارد برای این‌که بتواند چالش‌های تجارت، صنعت و کشاورزی را رفع کند. این اتاق در تمام مراکز سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری حضور دارد و درحوزه‌هایی مانند شورای اقتصادی و شورای برنامه‌ریزی پول و اقتصاد و... موثر بوده و حضور فعالی دارد. به این ترتیب است که اعضای این اتاق می‌توانند بسیاری از چالش‌های حوزه صنعت، معدن، کشاورزی و تجارت را حل و فصل کنند.»

او معتقداست ماهیت حوزه سلامت نیز از نظر اقتصادی مشابه دیگر بخش‌های تجاری است و مشکلاتی مشابه مشکلات دیگر بخش‌ها دارد. اما چون تاکنون حوزه سلامت در اتاق بازرگانی تهران یا ایران هیچ نماینده‌ای نداشته‌است و هیچ جایی را نتوانسته در هیأت رییسه یا بین اعضای اتاق‌های بازرگانی داشته باشد، این امکان را هم نداشته‌است که مسایل مبتلا به حوزه سلامت را در این فضاها پیگیری کند.

او می‌افزاید: «از سوی دیگر در حوزه سلامت تا این

زمان بیشترین مراودات ما با وزارت بهداشت و درمان بوده‌است در حالی که در بسیاری موارد ما نیاز داریم با بخش‌های دیگری از جمله بخش‌های اقتصادی و اتاق بازرگانی در ارتباط باشیم. یکی از کارهایی که دراین باره می‌تواند رهگشا باشد تشکیل میز سلامت در اتاق بازرگانی تهران است. در هر صورت حضور در این اتاق می‌تواند برای برخورد با چالش‌های این بخش فوق‌العاده اهمیت داشته‌باشد؛ بنابراین با مشورت با صاحبان صنایع این بخش و دست‌اندرکاران این حوزه تصمیم بر این گرفته شد که نماینده‌ای از حوزه سلامت وارد این فضا شود و در اتاق بازرگانی تهران یا ایران یا اتاق‌های بازرگانی مشترک ایران با کشورهای دیگر وارد شویم. چرا که در بسیاری از کشورهای دیگر در حوزه سلامت از نظر فناوری و تجارت اشتراکاتی داریم و از این طریق می‌توانیم به آنها رسیدگی کنیم و مشکلات پیش رو را برداریم.»

به باور نجفی؛ با وجود این که اقتصاد حوزه سلامت در ایران یک اقتصاد کوچک محسوب می‌شود ولی واقعاً دچار مشکلات متعددی است و نیاز به ترمیم دارد.

او می‌گوید: «یکی از این مشکلات همین نظام قیمت‌گذاری دارو است.» در ایران دیگر این روش را برای هیچ کالای دیگری استفاده نمی‌کنند و قیمت کالا را عرضه و تقاضا و نظام بازار تعیین می‌کند اما دارو هنوز گرفتار نظام قیمت‌گذاری است.

به گفته نجفی مالیت بر ارزش افزوده و بی‌ثباتی دستورالعمل‌ها و قوانین و آیین‌نامه‌ها نیز دیگر مشکلاتی هستند که دست‌اندرکاران حوزه سلامت را با مشکل مواجه کرده‌است و باعث می‌شود این بخش دچار تنش و مسایل متعدد بشود.

او می‌افزاید: «بنابراین احساس نیاز شد تا در جهت توسعه و سرمایه‌گذاری برای حوزه سلامت در انتخابات اتاق بازرگانی تهران شرکت کنیم. انشالله هر کسی که توانست از حوزه سلامت وارد این اتاق شود، بتواند برای نظام اقتصادی این حوزه کاری انجام دهد.»

نجفی تاکید می‌کند: «در حوزه سلامت نیز باید به همان مسیری برویم که تمام دنیا رفته‌اند. یکی از بزرگترین مشکلات حوزه سلامت درایران این است که در حال حاضر بخش بزرگی از این حوزه در اختیار بخش دولتی است و بخش خصوصی اقلیت را در این حوزه در دست دارد. در حالی که اگر قرار بر پیشرفت است باید از بخش خصوصی استفاده کنیم ما در پی این هستیم که اصل ۴۴ قانون اساسی را اجرایی کرده و پیش ببریم.» ■

دکتر سعیدرضا رحمدار، نامزد هشتمین انتخابات اتاق بازرگانی تهران

متولد ۱۳۵۴

تحصیلات و سابقه آموزشی

دکتری در رشته پزشکی ـ MD از دانشگاه علوم پزشکی شیراز

گذراندن دوره‌های متعدد آموزشی در مدیریت و رهبری و ISO

بخشی از سوابق و مسوولیت‌ها

مدیرعامل و نایب رییس هیأت مدیره شرکت اوزان وابسته به شستا.

مدیرعامل کارخانه قند خرما مینو متعلق به آزادگان کشور (مینو شیراز).

مسؤول اداره تجهیزات پزشکی، سفارشات خارجی و خدمات پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز.

قائم مقام اورژانس و دبیر ستاد حوادث غیرمترقبه دانشگاه علوم پزشکی شیراز.

مشاور رییس دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در امور تجهیزات پزشکی.

مدیرکل واحد مهندسی و IT، مدیرکل واحد فنی و نگهداری تجهیزات پزشکی و دبیر کمیته تجهیزات سازمان انتقال خون ایران.

مشاور مدیرعامل شرکت شهر سالم شهرداری تهران.

عضو کمیته تدوین قوانین و مقررات اداره کل تجهیزات پزشکی کشور.

دبیر کمیته مشترک دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و سازمان انتقال خون ایران.

مسؤول ساماندهی تعرفه‌های آزمایشگاهی در سازمان انتقال خون ایران.

مشاور رییس سازمان نظام پزشکی کشور، مشاور رییس جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران و مشاور اجرایی سازمان انتقال خون ایران.

مشاور مدیرعامل شرکت سرمایه‌گذاری خانه‌سازی ایران در امور تجهیز و استانداردسازی بیمارستان‌ها.

عضویت در اتاق بازرگانی و صنایع ایران و آلمان، فرانسه، ایتالیا، هلند، اسپانیا، پرتغال، کانادا، استرالیا، روسیه، چین، هند، ترکیه و عراق

تالیفات و مقالات

تالیف و تدوین کتب متعدد در زمینه مدیریت و استانداردهای تجهیزات پزشکی

ارایه مقالات متعدد ISI در زمینه علوم پزشکی

پروژه‌های علمی

تدوین IT Strategic Planning در سازمان انتقال خون.

تدوین استانداردهای تجهیز بیمارستان‌ها و بهبود استانداردهای بخش‌ها در وزارت بهداشت مطابق اصل ۱۹۲ برنامه سوم توسعه.

تدوین برنامه استراتژیک حوزه ریاست دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

تدوین برنامه جامع استراتژیک و عملیاتی سازمان انتقال خون ایران.

سرممیز آکادمی RWTUV آلمان.

افتخارات

مدیر شایسته ملی سال ۱۳۹۳ به انتخاب مرکز آموزش و پژوهش مجمع متخصصان ایران

حامی محیط زیست سال ۱۳۹۳ با دریافت تندیس زرین حامی محیط زیست از دانشکده محیط زیست دانشگاه تهران

مدیرعامل نمونه صنعت در استان فارس در سال ۱۳۹۰

فعالیت‌های اقتصادی

واردات: تجهیزات پزشکی، دندان‌پزشکی و آزمایشگاهی

صادرات: آمبولانس، مصرفی عمومی پزشکی و مصرفی دندان‌پزشکی (آمالگام)

تولید: محصولات دندان‌پزشکی (آمالگام)

سوابق عضویت در تشکل‌ها

عضویت در شورای مرکزی انجمن اسلامی دانشجویان دانشگاه شیراز و علوم پزشکی به مدت ۷ سال

عضو شورای مرکزی انجمن اسلامی جامعه پزشکی در ۸ سال اخیر تاکنون

کاندیدای مورد حمایت سندیکاهای واردات، تولید و صادرات تجهیزات پزشکی، دندان‌پزشکی، آزمایشگاهی و دارویی ■

علیرضا خائف
نامزد هشتمین انتخابات اتاق بازرگانی تهران

دوران کودکی را در خانواده صنعتگر بنیانگذار لوله و پروفیل فولادی ایران گذراندم و برای ادامه تحصیل به انگلستان رفتم. دیپلم اقتصاد خود را از کالج هرو لندن گرفتم و به آمریکا سفر کرده و در دانشگاه اُرگان در رشته بیولوژی و شیمی تحصیل کردم. علی‌رغم این که در یک خانواده صنعتی بزرگ شده بودم، رشته دندان پزشکی را برای ادامه تحصیل برگزیدم و دانشگاه تافتس را برای انجام این مهم انتخاب کردم. با توجه به این که از دوران نوجوانی با صنعت و اقتصاد آشنا بودم، در بورس آمریکا نیز فعالیت اقتصادی را هنگام تحصیل آغاز کردم. تخصص و فوق تخصص خود را از دانشگاه پزشکی ویرجینیا آمریکا گرفتم و همزمان به عنوان هیأت علمی در همان دانشگاه تدریس می کردم. پس از پایان دوران تحصیل و پس از ۲۰ سال دوری از وطن برای خدمت به هموطنان و صنعت کشور به ایران بازگشتم. در بدو بازگشت به‌عنوان هیأت علمی پاره وقت دانشکده دندان پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی و دانشگاه شهید بهشتی در بخش تخصصی پروتز و فوق تخصصی ایمپلنت‌های دندانی مشغول به فعالیت شدم. همچنین در صنعت خانوادگی فعال بوده و دندان پزشکی نیز انجام می‌دادم. پس از ۴ سال تدریس را رها کردم و با جدیت بیشتری در صنعت و بازرگانی وارد شدم و به‌عنوان عضو هیأت مدیره و مدیرعامل شرکت کارخانجات لوله و پروفیل دژکیان منصوب شدم. با راه‌اندازی چندین شرکت بازرگانی، تولیدی، کشاورزی و عمرانی فعالیت خود در حوزه‌های اقتصادی را افزایش دادم و در حوزه‌های فولاد، پتروشیمی، غلات و کشت و صنعت به موفقیت‌های فراوانی دست یافتم. هدف اساسی مذکور قابل طرح در سه حوزه سیاست‌گذاری، همکاری و مشارکت و فعالیت است:

الف) خط مشی‌هایی که با هدف ارتقا و بهبود جایگاه و موقعیت اجتماعی، خدماتی و قابلیت‌ها و توانمندی‌های اتاق در پاسخگویی به خواسته‌ها توقعات منطبق با قوانین و مقررات بخش خصوصی و تامین انتظارات قوای سه گانه اعم از قوه مجریه، قوه مقننه و قوه قضاییه، در ارتباط با نیازهای بخش خصوصی، اقتصاد و بازار، تهیه و تدوین و به اجرا گزارده می‌شود. سیاست‌گذاری و یا مشارکت در طراحی، اجرا یا مدیریت نظام‌های کنترل و نظارت هدفمند عملکردها و ارزیابی نتایج به منظور بهبود و ارتقا فعالیت‌ها و جلوگیری از نتایج نامطلوب، انحرافی و خسارت بار، از دیگر اهداف در این پهنه از فعالیت‌ها است.

ب) مجموعه تلاش‌هایی که با هدف بهبود و توسعه ساختار و قابلیت‌ها و توانمندی‌های سازمانی و مدیریتی اتاق صورت خواهند گرفت. ساختار جدید باید امکان جریان آسان و موثر اطلاعات را میان دوایر و بخش‌ها و کارکنان و گروه‌های کار در سطوح مختلف و نیز بین اتاق و قوای سه گانه و اتاق و اعضا و سایر مخاطبان و مرتبطان فراهم آورد. ج) مجموعه فعالیت‌هایی که با هدف متنوع‌سازی و توسعه بسته‌های خدماتی و ارتقا کارایی و اثربخشی خدمات اتاق در حل هر چه بهتر و سریع‌تر مسایل و مرتفع ساختن نیازهای اعضا و همفکری و مشورت با قوای سه گانه به عمل می‌آید. برای اجرای این ماموریت مهم اتاق باید لزوماً از سطح قابلیت‌های تخصصی و مهارتی برخوردار باشد و پیوسته به کار مطالعات اسنادی و میدانی بپردازد. ماحصل فعالیت‌های اتاق در این قسمت در قالب بسته‌های خدماتی مهندسی شده قابل ارایه به اعضا و مخاطبان در درون قوای سه گانه است. ■

ابراهیم امیرآبادیان
نامزد هشتمین انتخابات اتاق بازرگانی تهران

متولد: ۱۳۳۹

محل تولد: تهران

نام شرکت / انجمن / اتحادیه: شرکت تجاری و خدماتی تهران ارکاک / انجمن شرکت‌های مهندسی پزشکی ایران

وب سایت: www.tehranarkak.net

فعالیت‌های علمی و پژوهشی (دوره‌های علمی ـ آموزشی ـ تجربی که گذرانده‌اید و کتب و نشریاتی که تألیف و یا منتشر کرده‌اید)

- برگزاری بیش از ۱۵۰ سمینار و کنگره در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
- تخصیص فلوشیپ جهت جراحان ارتوپد، مغز و اعصاب، پلاستیک و فک و صورت در کشورهای اروپا و استرالیا و کانادا
- تاثیر در روش‌های درمانی استخوان و تحول در روش‌های درمانی
- گذراندن دوره‌های متعدد مدیریت و فروش و بازرگانی در داووس سوییس در آکادمی شرکت سینتز

سوابق کاری و اجرایی (فعالیت‌های شغلی)

- همکاری با بنیاد امام صادق در بخش ایتام سال ۶۳-۶۴
- مدیریت شرکت تهران ارکاک از سال ۶۵ تاکنون
- عضو هیات مدیره انجمن شرکت‌های مهندسی پزشکی ایران
- بنیانگذار و ریاست هیأت مدیره مؤسسه خیریه قومس امیرآباد از سال ۹۱ تاکنون

تشکل‌ها و سازمان‌های مردم نهاد (NGO) که در آن مسؤولیت و یا عضویت دارید (با ذکر سمت)

- تاسیس مؤسسه خیریه قومس امیرآباد در سال ۸۶ با هدف نگهداری از ایتام و سالمندان
- تاسیس خانه نوباوگان با ظرفیت ۲۰ کودک

سرفصل برنامه‌ها و طرح‌هایی که جهت توسعه اقتصادی کشور و بخش خصوصی به آنها اهتمام دارید

ایجاد اعتماد با بخش دولتی و نزدیک‌تر شدن آنها به بخش خصوصی، تلاش برای ایجاد امنیت اقتصادی، تلاش برای کاهش فساد در دو بخش دولتی و خصوصی، تلاش برای اصلاح رابطه میان کارفرما و کارگر، تلاش برای واگذاری کسب و کار به بخش خصوصی، تلاش در جهت کاهش فشار به بخش خصوصی در شرایطی که رکود و تورم، نرخ ارز، تحریم و مشکلات اقتصادی موارد فوق را تشدید کرده و زیرساخت‌های خوبی وجود ندارد و نیاز به هماهنگی و همسویی بخش خصوصی و دولتی به شدت ضروری است. ■

آستانه بهار

این بخش را ویژه شماره پایان سال به ماهنامه افزودیم و از مدیران تشکل‌ها و شرکت‌های تجهیزات پزشکی خواستیم پیام‌های نوروزی خود را برای چاپ در این بخش بفرستند. برخی از مدیران تشکل‌ها و شرکت‌ها در پیام‌های خود افزون بر شادباش فرارسیدن سال نو، گزارش کوتاهی نیز از برنامه‌ها و چالش‌های کاری خود داده‌اند.

انجمن خانه شماست

دکتر عباس‌مه، انجمن صنفی تولیدکنندگان تجهیزات پزشکی

همکاران گرامی شاغل در صنعت تجهیزات پزشکی فرارسیدن سال نو را تبریک و تهنیت عرض کرده، شادمانی و پیروزی در سال جدید را برای همه شما آرزومندم. سال ۹۳ با همه فراز و فرودهای آن رو به پایان است. فعالیت انجمن صنفی تولیدکنندگان و صادرکنندگان تجهیزات پزشکی، دندان‌پزشکی و آزمایشگاهی در سالی که گذشت با موفقیت‌های چندی همراه بود. اهم آن به شرح زیر است:

۱- آغاز همکاری انجمن با اداره کل تجهیزات پزشکی در زمینه قیمت‌گذاری کالاهای مصرفی به منظور ساماندهی به روند رسیدگی به پرونده‌ها با انجام کار کارشناسی دقیق که تاکنون پرونده‌های بسیاری کامل و به اداره کل تجهیزات پزشکی ارسال شده است.

۲- منطقی کردن تعرفه‌ها: نمایندگان انجمن در چندین نشست با اعضاء و رؤسا و دبیران کارگروه‌ها و مسؤولان وزارتخانه‌های محترم بهداشت و صنعت، مقیاس محاسبه‌ای تهیه و براساس آن نسبت به تکمیل و فرستادن فرم‌ها برای مسؤولان ذی‌ربط اقدام کردند. با پیگیری مستمر، موفق به افزایش تعرفه برخی کالاها از جمله آمالگام، البسه و پک‌های جراحی یکبار مصرف، ویلچر، کیسه خون، نمایشگر علایم حیاتی و باندهای متشکل از فایبرگلاس شد.

انجمن به‌جد پیگیر افزایش تعرفه دیگر کالاها نیز است. لیکن یادآور می‌شود منطقی‌سازی تمامی تعرفه‌ها امری درازمدت است و صبوری تولیدکنندگان را می‌طلبد.

۳- ماه‌های متمادی است که انجمن در حال وضع تعریف موسع از فناوری پیشرفته High-tech صنعت تجهیزات پزشکی است تا در زمینه تولید یا انتقال دانش فنی دستگاه‌ها و تجهیزات پزشکی پیشرفته که در عالی‌ترین سطوح علمی روز جهان قرار دارند، تولیدکنندگان از حمایت‌های پیش‌بینی شده در قانون برخوردار شوند. هرچند که اخبار دلگرم کننده‌ای در زمینه تحقق این امر در آینده به گوش می‌رسد، لیکن کندی روند آن با ماهیت شتابدار پیشرفت علم و فناوری در سطح جهانی ناسازگار است.

۴- راه‌اندازی فصلنامه «ندای تولید» گام دیگری است که به امید خدا در سال جدید اولین شماره آن نشر و توزیع خواهد شد.

۵- طراحی جدید و به روزرسانی وب‌سایت انجمن نیز موجب ایجاد ارتباط نزدیک‌تر اعضاء و انجمن خواهد شد.

در پایان از تمامی تولیدکنندگان عزیز درخواست دارم که ما را تنها نگذارند. بدون حمایت شما نمی‌توانیم کار چندانی را از پیش ببریم. انجمن خانه شماست! امیدوارم سال ۹۴ را با انگیزه‌ای افزون‌تر برای پیشبرد اهداف و خدمت به میهن اسلامی آغاز کنیم و سالی سرشار از موفقیت و سلامت پیش‌روی داشته باشیم. به امید حضور پررنگ شما در تمامی عرصه‌های فعالیت انجمن و با تبریک مجدد سال نو.

همراهی مؤثر بخش خصوصی در اجرای موفقیت‌آمیز طرح تحول سلامت

مجتبی معظمی، اتحادیه بازرگانان تجهیزات پزشکی

سالی که پشت سرگذاشتیم با اجرای طرح جامع تحول سلامت آغاز شد. وزارت بهداشت با اجرای این طرح، گام مهمی در اجرای قانون برنامه توسعه سوم درباره بهبود خدمات درمانی همراه با کاهش هزینه پرداخت از جیب مردم برداشت. این اقدام فراگیر و اثربخش یکی از مهم‌ترین اقدامات بخش سلامت کشور در این دوره است. اجرای این طرح، آغاز یک تحول اساسی در حوزه سلامت کشور به شمار می‌رود و تامین‌کنندگان اقلام، دستگاه‌ها، دانش تخصصی و خدمات مهندسی پزشکی به عنوان محوری از محورهای خانواده سلامت کشور، وزارت بهداشت را در اجرای این طرح همراهی کامل کردند که این همکاری بخشی از رسالت این مجموعه‌ها بوده است و خواهد بود. مسلم است که اجرای این طرح، تکانه‌ها و تغییرات شدید ناگهانی در عملکرد تامین‌کنندگان کالا و خدمات [چه تولیدکننده و چه واردکننده] پدید آورده که امیدواریم مسؤولان وزارت بهداشت با بازنگری در شیوه اجرای طرح و رایزنی و هماهنگی بیشتر با بخش خصوصی، زمینه بهبود اجرای طرح را به گونه‌ای فراهم آورند که هم شهروندان ارجمند کشورمان از خدمات درمانی باکیفیت و ارزان بهره‌مند شوند و هم شرکت‌های تامین‌کننده تجهیزات در شرایط اقتصادی و گردش مالی بهتری بتوانند به کار خود ادامه دهند و هم‌چنان در خدمت تامین سلامت مردم کشور باشند.

اتحادیه بازرگانان تجهیزات پزشکی به سهم خود در سال پیش‌رو با همه توان، برای برطرف کردن موانع و مشکلات و ارتقاء سطح خدمات علمی، تخصصی، فنی و مهندسی و تامین نیازها تلاش خواهد کرد. پیشاپیش فرارسیدن سال نو را به همه اعضای خانواده صنعت درمان کشور شادباش می‌گوییم و امیدواریم سال آینده، سالی پویا و سرشار از دستاوردهای علمی، فناوری و اقتصادی باشد و بتوانیم خدمات بهینه‌ای را در حوزه سلامت در اختیار شهروندان کشور بگذاریم.

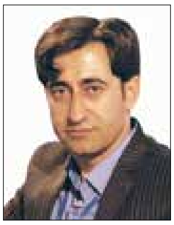
استفاده از نیروهای باتجربه در تصمیم‌گیری‌ها

حسین کریمی، مدیر عامل شرکت یوتاب مدویژن

اینجانب با بیش از ۳۰ سال سابقه و تجربه حضور در حوزه آموزش درمان و تجهیزات پزشکی ضمن سپاس و قدردانی از همه عزیزانی که در هر نقطه از کشور عزیزمان به ارایه خدمت پرداخته‌اند و با آرزوی پیشرفت و حصول نتایج هرچه پربارتر در ارایه خدمات درمانی در عرصه‌های مختلف به هموطنانی که همواره با صبوری و متانت کاستی‌ها و نواقص و ناملایمات را متحمل شده‌اند، از تمامی عزیزان و دست‌اندرکاران و مسؤولان محترم درمان و تجهیزات پزشکی عاجزانه تقاضامندم با همراهی و مشارکت و همدلی و مسؤولیت‌پذیری بیش از پیش در حصول نتایج هرچه بهتر برای کاهش آلام و به

امیدواریم تلاش‌ها به رفع انحصار بینجامد

محسن ابراهیم‌خانی، مدیر فروش و توسعه بازار شرکت صنعت تجهیزات پزشکی صاایران



سال ۱۳۹۳ با تمام فراز و نشیب‌های مالی و اقتصادی کشور سال خوبی در جهت رشد تولیدات تجهیزات پزشکی صاایران بود. تصمیمات خوبی در حوزه سلامت به صورت کلان گرفته شد و تحولی چشمگیر در تجهیزات مراکز درمانی به وقوع پیوست ولی بعضاً در اجرای این تصمیمات اختلال و کارشکنی‌هایی را شاهد بودیم که متاسفانه در گرو مصالح شخصی یا گروهی خاص بود. این که تمامی خرید مراکز درمانی دولتی به صورت متمرکز انجام پذیرفت اقدام به جایی در جهت از میان بردن واسطه‌ها بود که معمولاً باعث افزایش قیمت نهایی تجهیزات شده بودند ولی این که اجرای این تمرکز خرید، چگونه باید صورت گیرد مورد اغفال واقع شد و در بعضی موارد باعث تضعیف یک تولیدکننده و تقویت تولیدکننده دیگر شد؛ زیرا صرفاً مبانی خرید انجام مناقصات با اولویت قیمت بود و عوارض قبل و بعد این کاهش قیمت نادیده گرفته شد. متأسفانه در بازار تجهیزات پزشکی کشور، ما همیشه شاهد اعمال سلیقه‌هایی بودیم که بعضاً به صورت نادرست چند شرکت انجمنی تشکیل می‌دهند و برای ورود دیگران نیز محدودیت قایل می‌شوند و با تبلیغات نادرست و متاسفانه بعضی حمایت‌های نابه‌جا به صورت کاملاً حزبی و گروهی میان تولیدکنندگان تفرقه ایجاد می‌کنند و فقط قصد رسیدن به اهداف خود را دارند.

ولی در کل صاایران به دور از هرگونه حاشیه، ارتقا سطح سلامت جامعه را سرلوحه کار خود قرار داده و هر جا که لازم بوده نقش تثبیت کنندگی خود را در نوسانات قیمت بازار تجهیزات پزشکی به خوبی ایفا کرده است و با شعار «هر روز بهتر از دیروز»، محصولات خود را از جهت کیفی به طور مداوم ارتقا بخشیده است و توانسته ضمن تامین بازار داخل، صادرات خوبی نیز داشته باشد و دوشادوش وزارت بهداشت در دورترین نقاط کشور خدمات‌رسانی کند. امیدوارم مسؤولان فارغ از جوسازی‌ها همیشه زمینه رشد همزمان چندین تولیدکننده را به وجود آورند تا موضوع انحصار و انحصارطلبی کاملاً از میان برود و وجود حداقل یک شرکت تولیدکننده دولتی را در جهت حفظ ثبات کیفی و کمی بازار غنیمت شمارند.

حداکثر رساندن بهره‌وری از امکانات موجود اعم از نیروی انسانی متخصص، تجهیزات و امکانات مالی، معنوی اهتمام ورزند و با درک این موضوع که حوزه بهداشت و سلامت از مبانی الزامی مؤثر در ساختار زندگی اجتماعی نوع بشر بوده و هرگونه خلل و کوتاهی آثاری بس مخرب و پایدار را موجب می‌شود.

از آنجایی که این مبحث در چند خط و حتی چند مجلد نمی‌گنجد اینجانب به وسع خود و به طور اجمالی نقطه نظرات خود را در این راستا عرض می‌کنم. بررسی وضعیت حضور شرکت‌های واسط و بعضاً غیرمطلع از حوزه درمان که در برخی از مراکز درمانی حضور یافته‌اند و متأسفانه با اطلاع و همکاری مراکز درمانی موجب افزایش قیمت نهایی محصولات برای بیماران و ایجاد رانت‌های خاص در این حوزه می‌شوند.

کاهش و بهینه‌سازی روند بررسی ثبت، ورود، ترخیص و کارشناسی تجهیزات پزشکی با تدوین قوانین متناسب با شرایط موجود و همین‌طور دعوت و به کارگیری نیروی متخصص و مرتبط با زیرگروه‌های تجهیزات پزشکی حتی به‌صورت مشاور و نیز ارتباط نزدیک و استفاده از نظرات استادان فرهیخته و صالح و صاحب‌نظر برای حذف رانت‌های احتمالی و نیز کاهش هزینه‌های سربار و حصول نتایج مستدل و اجماع نظرات کارشناسی توسط افراد ذی‌صلاح و پرهیز از واگذاری این امور به افراد کم‌تجربه و بدون صلاحیت علمی و تجربی کافی برای تصمیم‌گیری و کارشناسی محصولاتی که از سویی بار مالی بر پیکر بودجه درمانی کشور اعمال می‌کند و از سویی در روند درمان بیماران عزیز به‌طور مستقیم و غیرمستقیم تأثیر گذارند.

ایجاد فرصت‌های برابر برای فعالیت و ارایه خدمت توسط شرکت‌های فعال در این حوزه و نیز حرکت به‌سوی تجمیع نیروهای فعال و کاهش و تقلیل فعالیت‌های موازی و نیز ساماندهی اطلاعات در خصوص تجهیزات مورد نیاز و برآورد تناسب آن با میزان واردات که خود موجب کاهش هدردهی منابع مالی و نیروی انسانی و فرایند بررسی و ورود و ترخیص و توزیع این کالاها می‌شود.

در آخر ضمن آرزوی موفقیت و سلامتی برای تمامی عزیزان فعال سالی پربار و با برکت را از درگاه خداوند متعال خواستارم.

با امید اصلاح به استقبال سال نو می‌رویم

محمد اسلامی‌پور، مدیرعامل شرکت مبناطب پارس

سخت بود! همین و همین! در طول چند دهه‌ای که از عمر فعالیت من در این عرصه می‌گذرد، به جرات قادرم بگویم نه تنها برای من بلکه برای دیگر همکاران مجرب من نیز که در این صنف مشغول به فعالیت هستند، سالی بسیار دشوار بود و همه ما فشار بسیاری را متحمل شدیم که گه‌گاه تحمل آن از توان ما خارج بود. از آنجایی که وظیفه جامعه پزشکی التیام درد دردمندان است، با آغاز طرح تحول سلامت، نور امیدی در دل همه ما روشن شد و اجرای آن افق‌های بسیار روشنی را در برابر دیدگان ما خدمتگزاران گشود، اما بیش از آنچه که برای یک طرح جوان پیش‌بینی و تصور می‌کردیم برای مجریان طرح، مراکز درمانی و همچنین برای شرکت‌های تامین‌کننده مشکلات عدیده‌ای به وجود آمد که متاسفانه بار همه فشارها همانند همیشه به سوی شرکت‌ها روانه شد.

با عملی نشدن وعده‌های مراکز به‌ویژه در امر پرداخت‌ها، فشار مضاعفی را متحمل شدیم بودجه این طرح تامین نشد و جز تعداد انگشت‌شماری از مراکز درمانی کشور، بقیه در عمل به تعهدات مالی خود کوتاهی کردند. تنها دلگرمی من و امثال من در این راه، ثبات قدم مجریان طرح است و با توجه به همه اشکالاتی که این طرح داراست تنها چیزی که باعث اطمینان خاطر ما می‌شود این است که طرح فوق در نهایت به نفع بیمار است. در حال حاضر بیش از نه ماه از اجرای طرح سلامت می‌گذرد به نظر من بیش از نیمی از مشکلات این طرح همه جانبه، نبود تجربه کافی در تمامی سطوح اجرایی آن است که البته قابل حل است.

تنها باید مجریان طرح مانند دیگر زمینه‌ها از نظرات کارشناسان فن، کارشناسان اصناف و همچنین کارشناسان فنی مراکز برای حل مشکلات این طرح استفاده کنند. با امید به برطرف شدن این نواقص و ارتقا طرح سلامت و بهبود وضعیت پرداخت مراکز در سال آینده به استقبال آغاز طبیعتی نو می‌رویم.

باید برای پژوهش سرمایه‌گذاری کنیم

آیدین سیاردشتی، رییس هیأت مدیره و مدیر عامل شرکت ویتکو / ویرا ایده تجارت

ضمن تبریک سال نو یک هزار و سیصد و نود و چهار به عموم همکاران و دست‌اندرکاران جامعه پزشکی کشور و در آستانه فرا رسیدن بهار طبیعت که نمادی از تغییر و تحول است به استقبال سال نو می‌رویم. در سالی که گذشت و در سایه تلاش و همراهی بزرگان، شاهد دستاوردهای بزرگی در حوزه سلامت پزشکی کشور عزیزمان بودیم و به عنوان عضوی کوچک از جامعه پزشکی، بر خود واجب می‌دانیم که به مسؤولیت‌های اخلاقی در قبال پزشکان و بیماران پایبند باشیم. ما در شرکت ویتکو نه تنها در برابر تامین کالاها و خدمات با کیفیت که لازمه‌ی سیستم‌های درمانی امروز است مسؤولیم، بلکه باید در حوزه توسعه و تحقیق که تضمین‌کننده در دسترس بودن تجهیزات و محصولات نوآورانه در آینده است، سرمایه‌گذاری کنیم؛ همچنین در قبال حمایت از جامعه‌ای که در آن زندگی و کار می‌کنیم مسؤولیت داریم و در برابر دستیابی به این اهداف مهم همزمان با تلاش برای رشد سطح کیفی محصولات تحت‌پوشش شرکت متعهدیم و به یاری خداوند متعال حداکثر توان خود را برای کسب اعتماد تمام مشتریان و تامین‌کنندگان‌مان در سال جدید به کار خواهیم گرفت.

امید است با کمرنگ شدن تحریم‌های بین‌المللی و تقویت حمایت‌های راستین وزارت بهداشت و درمان و آموزش کشور در سال جدید، شاهد ارتقاء بیش از پیش سطح کیفی محصولات پزشکی تخصصی و فوق تخصصی تولید داخل و وارداتی باشیم.

و من ا... توفیق

کار وزارت بهداشت فراتر از انتظار بود

دکتر امیررضا غضنفری رییس هیأت مدیره شرکت سینا حمد آریا

در چند سال گذشته همواره درخصوص مشکلات تجهیزات فرسوده در بیمارستان‌ها صحبت و برنامه‌ریزی می‌شد ولی بودجه کافی برای بازسازی داده نمی‌شد. ولی وزارت بهداشت در سال جاری و در یک عمل بی‌نظیر اقدام به تعویض تخت‌های بیمارستانی فرسوده کرد که نه تنها برنامه‌ریزی عملیاتی آن کار بسیار سنگین بلکه گامی فراتر از انتظار در تاریخ تجهیزات پزشکی کشور بود. اگر در ابتدای طرح با معیارهای سال‌های گذشته میزان موفقیت این طرح قضاوت می‌شد، انتظاری جز نیمه‌کاره ماندن تعویض تخت‌ها نمی‌رفت یا در خوشبینانه‌ترین حالت، مشکلات مالی پروژه فکر دور از انتظاری نبود. امتیازدهی به شرکت‌های تولیدکننده و برگزاری مناقصه توسط هیأت امناء صرفه‌جویی ارزی صورت گرفت و شرکت سینا حمد آریا به‌عنوان تأمین کننده ۷۵۰۰ ست تخت‌های بستری انتخاب شد. تولید و ارسال ۷۵۰۰ ست در بازه زمانی پنج ماهه فشار کاری زیادی را می‌توانست به شرکت وارد کند اما شیوه هماهنگی‌های هیأت امناء و پرداختی‌های به موقع، انگیزه سینا را افزایش داد. به‌گونه‌ای که سینا، پروژه را طبق زمان‌بندی و مشخصات فنی وزارت بهداشت تولید و کیفیت آن نیز توسط بازرسان مقیم در خط تولید از طرف هیأت امنا کنترل و تأیید شد.

موفقیت سینا در زمینه تأمین تخت‌های بیمارستانی و همچنین موفقیت بیشتر شرکت‌ها در دیگر زمینه‌ها در پروژه‌های متوالی هیأت امناء که به‌نوعی موفقیت وزارت بهداشت نیز محسوب می‌شود، نشانه سیاستگذاری صحیح و برنامه‌ریزی دقیق مسؤولان است که در صورت تداوم این برنامه‌ها در صنایع دیگر نیز، خروج غیر تورمی از رکود را ممکن می‌سازد. کاری که در وزارت بهداشت عملاً از مرحله شعار به عمل تبدیل شد و البته تولیدکننده‌ها هم بازیگر و یاری‌گر خوبی بودند. امیدواریم این تعامل سازنده ادامه داشته باشد و ما نیز قدردان اعتماد وزارت بهداشت و هیأت امنا به سینا در افزایش ۲۵درصدی قرارداد تأمین تخت‌ها هستیم.

سال‌های همراه با چالش

علی‌رضا تمجیدزاد، مدیر عامل شرکت بنیان درمان

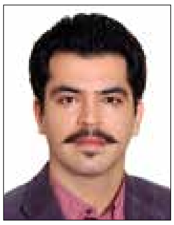
سال‌هاست که در زمینه تجارت تجهیزات پزشکی فعالیت مستمر دارم و در دوره‌های مختلف شاهد افت و خیزهای مختلفی به لحاظ شرایط بازار و تحولات مختلف بوده‌ام. اما به دلایل روشنی چند سال گذشته را دشوارتر و پیچیده‌تر از سال‌های قبل می‌بینیم. بحران‌های اقتصادی جهانی، تحریم‌های بین‌المللی، کاهش درآمدهای نفتی، مشکلات مدیریتی در سطوح کلان و خرد، تورم و نوسانات بازارهای تأثیرگذار اقتصادی مثل بازار ارز و طلا و مواردی از این دست، سال‌های گذشته را پیچیده و دشوار کرده است. به صورت اختصاصی این حرفه به غیر از متأثر شدن از شرایط گفته شده که عمومیت داشتند، چند وقتی است که «طرح نظام سلامت» را پذیرا شده که این طرح نیز تاثیر زیادی در توجیه اقتصادی این حرفه ایفا کرده است.

طرح نظام سلامت ضمن این‌که از یک منظر به دلیل کاهش هزینه‌های درمان برای اقشار جامعه موردپسند و کاری شایسته است ولی از طرف دیگر مدیریت منابع آن و اجرای صحیح این طرح همانند بسیاری از طرح‌های دیگر دچار مشکلاتی است که در صورت اصلاح نشدن آن، می‌تواند بسیاری از شرکت‌های فعال این حرفه را که پشتوانه علمی و سرمایه‌های بخش سلامت مملکت هستند به ورطه نابودی و زوال بکشاند.

همانطوری که می‌دانید صرفه اقتصادی این صنف با توجه به مطالبات معوق و هزینه‌های مختلف همانند تبلیغات، هزینه‌های توزیع و فروش، هزینه‌های مالی، خواب سرمایه کالا و قطعات موجود در انبار، حقوق و دستمزد نیروی متخصص و بسیاری از سرفصل‌های متعدد هزینه‌ای دیگر باید به صورت عرضه و تقاضا و براساس حاشیه سود مناسب و مقرون به صرفه قیمت گذاری شود و این موضوع در طرح نظام سلامت با سیاست وزارت بهداشت حالت قیمت مصوب، مقایسه‌ای و براساس نرخ سود سازمان حمایت بدون در نظر گرفتن شرایط حقیقی بازار از شرکت‌ها درخواست می‌شود و در واقع بخش بزرگی از بیمارستان‌ها که دانشگاهی و دولتی هستند در این طرح مورد هدف هستند. این

انتظار ۱۰ ماهه برای بودن یا نبودن

مرتضی ابراهیمی
مدیرعامل شرکت ارسان درمان اندیش



طرح تحول نظام سلامت افق بسیار خوبی برای شرکت‌های تولیدکننده و واردکننده ترسیم کرد؛ اما در اجرای طرح به ویژه در زمینه تامین تجهیزات و ملزومات پزشکی مورد نظر، نقص‌های بسیار زیادی دارد.

اکنون که نزدیک به ده ماه از اجرای این طرح می‌گذرد بسیاری از شرکت‌های واردکننده علی‌رغم همگام شدن با سیاست‌های قیمت‌گذاری جدید و نیز داشتن تأییدیه‌های کیفی، هنوز پاسخ شفافی از سوی اداره کل تجهیزات پزشکی دریافت نکرده‌اند. جلسات متناوب و نامه‌نگاری‌ها هنوز به پاسخی قطعی نرسیده و عملاً این شرکت و بسیاری از شرکت‌های مشابه بخش بزرگی از بازار را از دست داده‌اند. این مسأله هم از لحاظ اشتغال، به ضرر کشور است و هم باعث ایجاد بدبینی و شبهه در شیوه گزینش شرکت‌ها و محصولات می‌شود.

نکته مورد تأمل، نداشتن دستورالعمل شفاف برای تأیید یا رد محصولات است، تایید نشدن محصولاتی که بسیار باکیفیت هستند و از لحاظ قیمتی حتی پایین‌تر از محصولات تأیید شده‌اند، علامت سوالی است که هنوز پاسخ روشنی به آن داده نشده است.

باید این مساله مدنظر قرار گیرد که از میان بردن بازار رقابتی و ایجاد انحصار در ارایه کالاها و خدمات آسیب‌های جبران‌ناپذیری را نه تنها به خود طرح بلکه به جامعه هدف این طرح که تمام هم‌میهنان عزیز را در برمی‌گیرد، وارد می‌سازد.

امیدواریم با درایت مسؤولان محترم روز به روز شاهد افزایش کارایی این طرح باشیم و همه اقشار جامعه درمانی اعم از بیماران، پزشکان، مسؤولان و شرکت‌ها بتوانند از مزایای این طرح در همه جوانب آن بهره‌مند شوند.

قاچاق کالا به صنعت درمان آسیب می‌زند

مهندس حجت نخست لطفی
مدیرعامل شرکت ستاره فن آوری طب

یکی از مشکلات در سال ۱۳۹۳ نبود برنامه‌ریزی مناسب برای بودجه مراکز درمانی بود که سبب تجمیع خرید مراکز در ماه‌های پایانی سال شده است. نبود پرداخت به موقع مراکز درمانی از دیگر موانع موجود در سال ۹۳ بود که البته نسبت به سال‌های قبل تا حدودی بهبود پیدا کرده است.

شرکت ستاره فن‌آوری نمایندگی شرکت‌های SPACLEABS و TOP را داراست که از پیشینه قدیمی در بازار ایران برخوردارند. ما در سبد محصول خود دستگاهی چون ماشین بیهوشی، انواع نمایشگر، پمپ سرم و سرنگ، دستگاه‌های برون ده قلبی، انواع الکتروکاردیوگراف‌های کمپانی Fukuda M-E (تولیدکننده الکتروکاردیوگراف ساخت ژاپن) و دستگاه‌های اسپیرومتر از کمپانی Chest ساخت ژاپن را به بازار سلامت کشور ارایه می‌کنیم.

ورود کالاهای قاچاق یکی از مواردی است که به شدت به این بازار لطمه وارد می‌کند و در مواردی راحت‌تر از واردات کالا از مراجع رسمی است. برای نمونه مدل‌های قدیمی و دست دوم محصولات کمپانی SPACELABS در سال‌های گذشته به عنوان کالای نو وارد کشور شده و به مراکز درمانی فروخته شده‌اند که همین سبب خدشه به سابقه و اعتبار درخشان شرکت شده است. از همه بدتر این‌که مراکز درمانی برای دریافت خدمات پس از فروش به شرکت‌های متفرقه مراجعه می‌کنند که این شرکت‌ها هم به دلیل موجود نداشتن قطعات اصل شرکت از ارایه خدمات مفید به مراکز معذور هستند. شرکت SPACELABS با سابقه ۶۰ ساله در تولید نمایشگر علایم حیاتی از قدیمی‌ترین شرکت‌ها در این حیطه است که با رشد و توسعه و خرید شش شرکت دیگر در حال حاضر دارای گستره متنوعی از محصولات همچون نمایشگر علایم حیاتی، تله مانیتورینگ، ماشین بیهوشی، محصولات کاردیولوژی مانند هولتر ECG و هولتر فشار و تست ورزش است.

سیاست افزون بر آنکه رقابت را تضعیف می‌کند و صرفاً توان مالی شرکت‌ها تعیین کننده می‌شود؛ بلکه کیفیت کالا و خدمات دریافتی توسط مراکز را نیز تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. نکته اینجاست که چطور می‌توان در شرایط تورمی بالای ۱۴ درصد، کالایی را در یک روند زمانی ۳ ماهه وارد کرد و تا فروش و برگشت سرمایه بیش از شش ماه تحمل کرد و نرخ بهره بانکی ۲۸ درصد را برای دریافت تسهیلات پرداخت کرد و با حاشیه سود ۱۸ درصد شرکت را زنده نگهداشت؟!!

متاسفانه اداره کل تجهیزات پزشکی به عنوان بازوی اجرایی وزارت بهداشت در این امر ضمن آنکه نگاهی یک‌جانبه و مبتنی بر بخش نامه‌ها دارد بلکه با کارشناسی‌های مقایسه‌ای میان محصولات مشابه شرکت‌های مختلف بدون در نظر گرفتن تفاوت‌های فراوان کمی و کیفی موضوع قیمت‌گذاری را امری پیچیده کرده است و تمامی شرکت‌ها، این روزها برای دریافت مجوز، وقت و انرژی زیادی مصروف می‌دارند. در نهایت اگر تعدادی از شرکت‌ها از این چرخه حذف شوند شاید به ظاهر مهم نباشد ولی در عمل منافع تامین کننده و حتی مصرف کننده کالا با سیاست‌های فعلی تضییع شده است. چرا که در بازار تجارت آزاد مصرف کننده حق دارد که خود انتخاب نماید و این مهم می‌تواند به ایجاد بازاری کمتر رقابتی و عرضه کالاهای نامرغوب بدل شود.

به نظر اینجانب خروج بیمارستان‌ها از حالت اقتصاد دولتی و اداره آن به صورت هیأت امنایی و آزادسازی بازار و در عین حال تعریف تعرفه‌های مناسب حقوق بیماران و تقویت صنعت بیمه برای تأمین سهم عمده هزینه‌های بیماران می‌تواند نشاط بیشتری را به بازار معطوف دارد. همچنین در این طرح خریدهای متمرکز توسط هیأت امنای ارزی برای کاهش قیمت‌ها با توجه به خرید و توزیع با حجم بالا و به صورت مناقصه‌ای با این حجم مالی خود شرایط بازار را از حالت توزیع سهم بازار براساس توان بازاریابی و فروش شرکت‌ها به حالت مناقصه‌ای تبدیل کرده است. شرکت‌های بازنده حتی اگر از سد قیمت گذاری گذشته باشند به کجا جنس بفروشند وقتی انبار هیأت امنا مالامال از کالای مشابه است؟!! متاسفانه این صنف بر خلاف دیگر اصناف که فعالان آن دارای قدرت چانه‌زنی بیشتری هستند دارای شرایط متعادلی نیست و تلاطمات زیادی را متحمل شده است. مطمئنا تضعیف موقعیت شرکت‌ها هنگامی که تعهدات زیادی در مقابل مشتریان خود دارند به نفع مراکز دولتی هم نیستند و باید تمام این چرخه تامین و توزیع و مصرف مورد توجه مسؤولان قرار بگیرند.

تلاش برای رشد فناوری و کیفیت

محمدحسین جعفری شیرازی، مدیر عامل
شرکت نوایده‌اندیشان ماشین‌سازی حسینی

سال ۱۳۹۳ در حالی روبه پایان است که یکی از مهم‌ترین سال‌ها در صنعت تجهیزات پزشکی بوده است. اجرای طرح تحول سلامت یکی از بزرگترین حرکت‌هایی بوده که توانسته با موفقیت ادامه پیدا کند شرکت ما در سال گذشته توانست با تلاش‌های علمی به یکی از بزرگترین نشان‌های بین‌المللی جهان، یعنی جایزه پلاتینیوم کیفیت و تکنولوژی فرانکفورت دست یابد و این در حالی است که تحریم‌های بین‌المللی همچنان ادامه دارد.

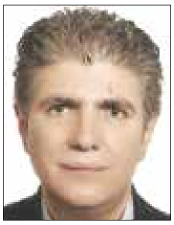
یکی از مشکلاتی که تولیدکنندگان دستگاه‌های تجهیزات پزشکی با آن روبه‌رو هستند وجود افراد یا مجموعه‌های بی‌نام و نشانی است که بدون وجود مجوزهای قانونی اقدام به تولید و فروش دستگاه‌های استریل تجهیزات پزشکی می‌کنند. شرکت ما و دیگر مجموعه‌های دارای شناسنامه باید شاهد عرضه دستگاه‌های خطرناک و بدون کیفیت و ایمنی از طرف این شرکت‌ها باشد که یکی از شایع‌ترین مشکلات این دستگاه‌ها ایجاد پسماند گاز اتیلن اکساید در کالاهای تولیدشده تجهیزات پزشکی است.

با وجود سه دهه فعالیت در زمینه ایجاد کارخانه‌های تولید تجهیزات پزشکی و ساخت دستگاه‌های خطوط تولید تجهیزات پزشکی، امروز امیدواریم با پشتوانه کیفیت و ارتقای سطح علمی شرکت، فعالیت‌های برون‌مرزی را گسترش دهیم و تلاش‌های بین‌المللی گسترده‌ای داشته باشیم. تلاش‌های علمی مجموعه ما در سال‌های گذشته باعث ساخت و تجهیز بیش از ده کارخانه‌های تولید البسه یک‌بار مصرف استریل بیمارستانی و تولید انواع شان‌های جراحی در کشور شد که این موضوع باعث کنترل بهداشت و ارتقای سطح کیفی شود.

از اهداف سال آینده ما برای مشتریان استفاده از دانش روز تولید، بهینه کردن خطوط تولید تجهیزات پزشکی و کمک به رشد فناوری واحدهای تولیدکننده محصولات مصرفی پزشکی است که در این راه نیاز به کمک و پشتوانه دولت داریم. از مشکلات امسال در واحدهای تولیدکننده تجهیزات پزشکی می‌توان به مسأله نقدینگی اشاره کرد که امیدواریم این مشکل مرتفع شود. تولید تجهیزات پزشکی دارای ارزش افزوده بالا بوده که بازار پر کشش را شامل می‌شود و تدوین سیاست‌های درست، امکان رشد این صنعت را فراهم می‌کند و این در حالی است که سالیانه میزان بسیار بالایی ارز صرف ورود کالاهایی می‌شود که امکان تولید آن در کشور وجود دارد.

خدمت، خستگی را از ما دور کند

محمدحسین شباویز
مدیر عامل شرکت دانش جراح امروز (سهامی خاص)



ضمن عرض سلام و تبریک سال نو، امیدواریم سال جاری سالی سرشار از خبرهای خوش باشد.

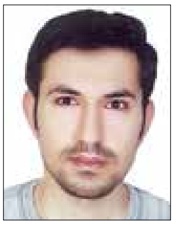
درد دل‌های ما دوستان و مدیران بسیار شبیه هم است و همگی مشکلاتی یکسان مانند تحریم و حواله ارز و مشکلات در واردات و ترخیص را داریم ولی خدمت به بخش درمان کشور این خستگی را از ما دور می‌کند و امید وافری برای حرکت به سوی آینده را در ما ایجاد می‌کند.

همچنین از تمامی کارکنان شرکت دانش جراح امروز کمال تشکر را داریم.

با آرزوی توفیق روزافزون و آرزوی سالی پر از مهربانی و موفقیت

کم‌توجهی به بخش تحقیقات

مجتبی میری
جانشین مدیر عامل شرکت اقلیم دانش



از طرف شرکت اقلیم دانش سالی نو و سرشار از سلامتی برای تمامی هموطنان گرامی آرزومندم. سالی که گذشت سالی متفاوت در حوزه درمان بود و امید است روند آغاز شده همچنان ادامه یابد. خوشبختانه حوزه درمان کشور روبه بهبود بوده و توجهات به این بخش آثار خود را نشان داده است. نکته‌ای که هم‌اکنون مغفول مانده است و شاید آثار منفی آن را در چند سال آینده مشاهده کنیم بی‌توجهی به بخش‌های تحقیقاتی و نبود اختصاص بودجه مناسب به این بخش‌هاست. این موضوع در بلندمدت آثار زیان‌باری بر روی جامعه پزشکی و صنعت سلامت کشور بر جای خواهد گذاشت.

مطمئناً استادان محترم دانشکده‌های پزشکی بر این گفته صحه خواهند گذاشت که علی‌رغم افزایش تعداد دانشجویان، سرانه بودجه‌های تحقیقاتی به‌شدت کاهش یافته‌است. کار بر روی تحقیقات مداخله‌ای کم شده و بیشتر دانشجویان به‌دلیل هزینه بالای آزمایشات به انجام تحقیقات آماری روی آورده‌اند که چندان مطلوب جامعه پزشکی نیست. به امید سالی موفق و همراه با توسعه همه‌جانبه برای صنعت درمان و سلامت کشور

فعالیت حوزه تجهیزات متأثر از طرح تحول

دکتر مهدی حق بین، شرکت کیمیای عافیت

یکسال دیگر نیز گذشت. اجرای برنامه تحول نظام سلامت در سال ۹۳ را می‌توان به‌عنوان یکی از تلاش‌های اصلی دولت و وزارت محترم بهداشت در ارایه خدمات بهتر به مردم نام برد. آنچه که اتفاق افتاد حاکی از رضایت اکثریت آحاد جامعه از خدمات بخشی دولتی است که جای تقدیر از مسؤولان امر دارد. اجرای طرح تحول نظام سلامت تأثیرات مستقیم در حوزه تجهیزات پزشکی را در پی داشت. ورود وزارت بهداشت به بحث قیمت‌گذاری تجهیزات پزشکی و ملزومات مصرفی و برگزاری فراخوان‌های مربوطه منجر به گرفتن تصمیمات بسیار زیاد و تنظیم فهرست قیمت تجهیزات پزشکی جهت بیمارستان‌ها شد.

قطعاً سرعت اجرای این طرح خالی از اشکال نیست و مشکلاتی را برای مراکز درمانی، سامانه‌های توزیع و تولیدکنندگان و واردکنندگان فعال در این زمینه را در پی داشته است. از طرف دیگر در سال جاری با توجه به سیاست‌های وزارت بهداشت، بار اصلی تامین تجهیزات پزشکی به هیات امناء صرفه‌جویی ارزی در معالجه بیماران سپرده شد که بنابر آن تأمین متمرکز حجم زیادی از خریدها توسط تنها یک مرکز، آن هم با سرعت بالا، باعث بروز مشکلاتی در شیوه تامین و انتخاب کالا را به‌دنبال خواهد داشت.

به هرحال به‌نظر اینجانب با استمرار تحریم‌های بین‌المللی؛ مشکلات شرکت‌ها در کار تامین، مشکلات بانکی، کمبود منابع مالی و همچنین هماهنگی با تصمیمات جدید در طرح تحول نظام سلامت، سال بسیار سختی را برای بیشتر تامین‌کنندگان فراهم کرد، هرچند که برای برخی از شرکت‌ها فرصت‌های ویژه و فوق‌العاده‌ای نیز ایجاد شد.

در پایان شرکت کیمیای عافیت آرزوی سلامتی، موفقیت و شادکامی برای ملت عزیز و پیشرفت و تعالی کشور را در سال جدید از درگاه احدیت مسئلت دارد.

برخی مراکز کالای ارزان کم‌کیفیت می‌خرند

مهندس لیلا رضایی، مدیر عامل شرکت مهندسی پزشکی یاهو طب

شرکت مهندسی پزشکی یاهو طب نوین به عنوان نماینده انحصاری شرکت آی‌اف‌آی (IFI) آمریکا در ایران در زمینه کیت‌ها و مواد تحقیقاتی و نیز نماینده انحصاری شرکت ادیکناسیس Ediagnosis در زمینه دستگاه ایمونوآنالایزر، همگام با فناوری برتر دنیا در زمینه کیت‌ها و پارامترهای قلبی و عفونی فعالیت می‌کند.

شرکت یاهو طب نیز، همانند بسیاری از شرکت‌های دیگربه دلیل نا به سامانی و نبود ثبات اقتصادی در شرایط کنونی، با مسایل گوناگونی روبه‌روست. یکی از این مشکلات، کمبود بودجه مراکز دولتی و تسویه‌حساب‌های طولانی‌مدت مراکز و عمل نکردن به تعهدات مالی آنها در هنگام خرید است.

این موضوع باعث صرف وقت و هزینه و انرژی زیادی برای پیگیری و وصول مطالبات از مراکز دولتی می‌شود و همین امر باعث می‌شود تا با بسیاری از مراکز و سازمان‌هایی که درخواست همکاری دارند، همکاری صورت نگیرد.

از طرفی شکایت همیشگی مراکز از کمبود بودجه و ارزش پایین پول مملکت ما نسبت به ارز رایج دنیا، باعث می‌شود تا بسیاری از سازمان‌ها و مراکز درخواست کالای ارزان‌تر اما کم کیفیت‌تر داشته باشند و تنها به قیمت کالا توجه کنند. از آن جایی که مصرف‌کننده نهایی کالاهای پزشکی و آزمایشگاهی، بیماران عزیز هموطن ما هستند، آسیب ناشی از گرایش به سمت کالای کم کیفیت‌تر در نهایت به بیمار وارد می‌شود و طبق آمارها شاهدیم که ضرر و زیان‌های جبران‌ناپذیری به بیماران و خانواده آنها وارد شده که ریشه در بی‌کیفیتی کالا بوده است و متاسفانه برخی شرکت‌ها نیز در این زمینه مسؤول هستند.

امیدواریم به زودی شاهد باشیم که اداره استاندارد، اداره گمرک و دیگر سازمان‌های مرتبط، نظارت بیشتری روی محصولات وارداتی و تولیدی داشته باشند تا در بحران اقتصادی موجود، کمترین آسیب شامل حالمان شود. با سپاس

آرزوی سلامتی برای همه

محمدرضا محمد
مدیر عامل شرکت مهندسی پزشکی عالی پیام

ای مجله صنعت درمان که خیلی زود جای خودت را در میان نشریات پزشکی باز کردی، امیدوارم سال‌های سال پاینده باشی. آرزو می‌کنم روزی بهار واقعی با شکوفه‌های زیبای مهر و محبت از راه برسد و همه عالم را عطر جانفزای گل نرگس پر کند. امیدوارم روزی برسد که همه ما حقوق یکدیگر را رعایت کنیم تا لبخند رضایت بر چهره هموطنان‌مان نقش ببندد. امیدوارم دنیایی پر از مهر و صفا بدون ظلم و ستم و کینه‌توزی داشته باشیم. آرزو می‌کنم ظلم ستمکاران هرچه زودتر به خودشان برگردد و انسان‌های بی‌گناه از چنگال دژخیمان جهانخوار رهایی یابند. امیدوارم خداوند متعال همه بیماران به ویژه بیماران میهن عزیزمان را شفای عاجل عنایت کند و آنان را که با اعمال تحریم‌های ناجوانمردانه حتی از اشاعه ظلم و ستم به بیماران ما دست بردار نیستند به راه راست هدایت کند و چنانچه هدایت شدنی نیستند گرفتار قحطی، نا امنی و بیماری‌های لاعلاج کند. در این روزهای پایانی سال سلامتی و طول عمر با عزت رهبر فرزانه انقلاب، رییس جمهور محبوب و همه دولتمردان و خدمتگزاران این مرز و بوم از جمله وزیر تلاشگر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را از درگاه خداوند متعال خواستاریم. توفیق روز افزون ملت بزرگ ایران را در رسیدن به تعالی فکری، عملی و تقوی پیشگی خواهانم. در نهایت آرزومندم هرچه زودتر بهشت و جهنم از هم جدا شوند تا هر کس بداند که چه دستاوردی داشته است. سلامتی همه شما عزیزان تلاشگر در عرصه پزشکی و درمان را از خداوند متعال خواستارم و همزمان فرارسیدن سال نو ایرانی را به همه هموطنان و به‌ویژه همه همکاران عزیزم تبریک و تهنیت عرض می‌کنم.

فرم اشتراک ماهنامه صنعت درمان

چنانچه خواستار اشتراک ماهنامه «صنعت درمان» هستید، پس از واریز هزینه اشتراک و هزینه پست مورد نظر خود به حساب شماره ۳۱۳۶۰۰۹۰/۰۱ بانک ملت، نزد شعبه استاد نجات‌اللهی شمالی، کد ۶۳۰۳۲، برگه واریز را همراه برگه درخواست اشتراک به نشانی ماهنامه بفرستید یا به شماره ۸۸۹۲۸۵۷۳ نمابر کنید.

اشتراک ماهنامه برای دانشجویان و اعضای هیأت علمی‌دانشگاه‌ها با ۳۰ درصد تخفیف همراه است. برای استفاده از این تخفیف، تصویر کارت تحصیلی یا کارت هیأت علمی‌را همراه با دیگر مدارک بفرستید.

اشتراک ۶ ماهه		اشتراک ۱۲ ماهه	
هزینه مجله بدون تخفیف	هزینه مجله با تخفیف	هزینه مجله بدون تخفیف	هزینه مجله با تخفیف
۳۰۰/۰۰۰ ریال	۲۲۵/۰۰۰ ریال	۶۰۰/۰۰۰ ریال	۴۲۰/۰۰۰ ریال
هزینه پست پیشتاز تهران	هزینه پست پیشتاز شهرستان	هزینه پست پیشتاز تهران	هزینه پست پیشتاز شهرستان
۱۸۰/۰۰۰ ریال	۱۹۲/۰۰۰ ریال	۳۶۰/۰۰۰ ریال	۳۸۴/۰۰۰ ریال
هزینه پست عادی تهران	هزینه پست عادی شهرستان	هزینه پست عادی تهران	هزینه پست عادی شهرستان
۱۰/۰۰۰ ریال	۱۵/۰۰۰ ریال	۲۰/۰۰۰ ریال	۳۰/۰۰۰ ریال
شماره حساب ماهنامه ۳۱۳۶۰۰۹۰/۰۱ بانک ملت / نزد شعبه استاد نجات اللهی شمالی، کد ۶۳۰۳۲			

فرم درخواست اشتراک

صنعت درمان

نام: | نام خانوادگی: | تلفن:

سال تولد: | شماره ملی: | تلفن همراه:

تحصیلات: | رشته تحصیلی: | نمابر:

شغل: | محل کار/تحصیل: | پست الکترونیک:

اشتراک: ۶ ماهه ☐ ۱۲ ماهه ☐

پست: پیشتاز ☐ عادی ☐

نشانی: استان / شهر / خیابان / کوچه / شماره / واحد / کد پستی

....

....

....

....

....

پرونده

بیمه های درمانی و چالش های پیش رو

در پرونده این شماره به بیمه‌های درمانی و چالش‌های پیش‌روی آنها پرداخته‌ایم. بررسی بیمه‌های درمانی در کشورهای مختلف، تاریخچه بیمه ایران و گفت‌وگو با سیدموسی طباطبایی رییس گروه برنامه‌ریزی اقتصاد و بیمه‌های سلامت وزارت بهداشت، کیوان تاج‌بخش مدیرکل دفتر امور بیمه‌های تکمیلی سازمان بیمه سلامت و ابراهیم‌هاشمی مدیرعامل پخش فردوس و از مدیران پیشین سازمان تامین اجتماعی را در این بخش می‌خوانید.

نگاهی به نظام بیمه‌های درمانی در ایران و جهان

سلامت مردم جهان چگونه بیمه می‌شود

اصل ۲۹ قانون اساسی ایران می‌گوید: «برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه‌ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی‌درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی. دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تأمین کند.»

همچنین مواد ۹۷ تا ۱۰۲ فصل هشتم قانون برنامه چهارم توسعه کشور با نام «ارتقاء امنیت انسانی و عدالت اجتماعی» به موضوعاتی مانند رفاه و تامین اجتماعی و امور بیمه‌ای، حمایتی و توانبخشی، کاهش فقر و محرومیت، توانمندسازی فقرا، جلب مشارکت‌های مردمی، گسترش پوشش‌های بیمه‌ای، بازپرداخت بدهی دولت به سازمان‌های بیمه‌ای و ... می‌پردازد و براساس همین برنامه توسعه باید سهم مردم از هزینه‌های درمان به کمتر از ۳۰ درصد تقلیل می‌یافت (اتفاقی که تا سال پایان برنامه پنجم هم رخ نداد و در سال پایانی این برنامه دولت سعی کرده‌است با اجرای طرح تحول نظام سلامت تا حدودی به این

نظام‌های بیمه درمانی در کشورهای مختلف

در این بخش چند نمونه از نظام‌های درمانی کشورهای مختلف دنیا را به عنوان نمونه معرفی و نوع نگاه آنها به نظام سلامت عمومی بررسی می‌شود.

ژاپن

دولت ژاپن با گرفتن مالیات، به رشد بیمه‌های عمومی کمک می‌کند و به همین دلیل است که این کشور یکی از موفق‌ترین نظام‌های درمانی را دارد. ژاپنی‌ها فقط ۷,۱۸ درصد از هزینه درمان خود را می‌پردازند.

ترکیه

دولت ترکیه سعی کرده‌است با گرفتن مالیات به بهبود بیمه درمانی در این کشور کمک کند. ۴۱ درصد از هزینه سلامت مردم ترکیه با کمک مالیات تامین می‌شود و شرکت‌های بیمه فقط ۳۱ درصد در هزینه‌های درمان نقش دارند. مردم ترکیه هم به طور متوسط رقمی حدود ۲۸ درصد از این هزینه را می‌پردازند. نظام بیمه ترکیه با کمک بیمه‌های ملی و بیمه‌های خصوصی برای تامین رفاه مردم تلاش می‌کند و آنکارا بیش از ۸۰ درصد هزینه‌های دارویی مردم را پرداخت می‌کند.

آمریکا

در آمریکا سهم مردم از هزینه‌های درمان بیش از دیگر کشورهاست. گرچه ایالات متحده ۱۸.۹درصد از سهم تولید ناخالص داخلی‌اش را به سلامت اختصاص داده‌است اما در این کشور به خاطر جمعیت بالا، مردم حدود ۵۵.۳ درصد از هزینه‌های درمان را خودشان می‌پردازند. هر چند دولت ۴۴.۷ درصد هزینه‌های درمان را می‌پردازد ولی حدود ۷۵ تا ۸۰ درصد از ساکنان این کشور زیرپوشش بیمه‌های خصوصی قرار دارند.

قانون جامه عمل بپوشاند.) بنابراین بر اساس این قوانین تامین بهداشت و سلامت عمومی برای تک تک افراد جامعه با تحمیل کمترین هزینه به آنان نه تنها وظیفه دولت است بلکه یکی از شاخصه‌های مهم توسعه یافتگی به شمار می‌رود. در این جا است که بیمه‌های درمانی کیفیت و سطح پوشش آنها و جایگاهی که در سیستم بهداشت و درمان هر کشوری دارند، به عنوانی یکی از شاخصه‌های تامین عدالت اجتماعی و توسعه یافتگی دیده می‌شود.

تقسیم‌بندی بیمه‌های درمانی بر اساس نظام پرداخت و تامین مالی

تقسیم‌بندی بیمه‌های درمانی بر اساس نظام پرداخت و تامین مالی مبتنی بر نظریه سیستم‌ها است و به هفت زیرمجموعه تقسیم می‌شود که هر کدام یکی از شیوه‌های ساختار بهداشت و درمانی است که در کشورهای مختلف مورد استفاده قرار می گیرد.

۱- مدل پرداخت مستقیم

ساده‌ترین مدل که در بخش خصوصی بیشترین کاربرد را دارد، بیمار از جیب خود هزینه درمان را به صورت سیستم کارانه پرداخت می کند. این مدل بستگی کامل به قدرت پرداخت دارد. در صورتی که درآمد افراد زیر سطح معینی باشد یا در هنگام وقوع بحران‌های بهداشتی، اجرای این مدل با مشکلات زیادی همراه خواهد بود. در حال حاضر این مدل تنها یک نقش حمایتی در نظام‌های بهداشتی و درمانی جهان ایفا می کند. بیشترین کاربرد این مدل در خرید دارو یا در پرداخت فرانشیز در مراکز درمانی است.

۲- مدل باز پرداخت بیمه اختیاری

دراین مدل هزینه‌های بیمه‌شدگان که به میل خود با پرداخت حق بیمه، بیمه شده‌اند، مستقیماً به خود آنها، توسط شرکت‌های بیمه‌ای پرداخت می‌شود. از طرف دیگر توسط سیستم کارانه، بیماران حق‌الزحمه پزشکان و مؤسسات درمانی را پرداخت می کنند. در حقیقت در این مدل ارتباط میان مؤسسات بیمه‌ای و ارایه‌دهندگان خدمات وجود ندارد.

۳- مدل باز پرداخت بخش عمومی

در این مدل، تأمین مالی بیمه‌های عمومی براساس مالیات بیمه‌ای است که تعداد آن کاملاً بستگی به درآمد افراد دارد. حتی این مالیات می‌تواند توسط یارانه‌های دولت برای قشر کم درآمد جامعه، کاملاً حذف شود.

۴- مدل قراردادی بیمه اختیاری

این نوع مدل، ابتدا در اروپا مطرح شد و اساس آن بر عقد قرارداد میان مؤسسات بیمه‌ای و ارایه‌دهندگان خدمات، استوار بود. وجود این چنین قراردادی باعث می‌شود که بخشی از خدمات یا تمام آن به طور رایگان به بیمار عرضه شود.

۵- مدل قراردادی بخش عمومی

مالیات بردرآمد به صورت اجباری وجود دارد و سازمان‌های عمومی، اعم از دولت یا بیمه، پرداخت خود را به صورت کارانه یا سرانه، انجام می‌دهند. در این مدل هم، چون یک نوع حالت اجبار بر پرداخت از طرف مردم وجود دارد، پوشش بیمه‌ها و خدمات معمولاً همگانی است.

۶- مدل انحصاری بیمه اختیاری

در این مدل، مؤسسات بیمه‌ای در رقابت آزاد هستند و از محل حق بیمه دریافتی آنها بودجه و حقوق ثابت به مراکز درمان و یا پزشکان پرداخت می‌شود. تفاوت عمده این مدل، با دیگر مدل‌های اختیاری در تملک مراکز درمانی، در سطح اول و دوم توسط مؤسسات بیمه‌ای است. استخدام، مدیریت، ارزیابی و برنامه‌ریزی بیشتر توسط مؤسسات پرداخت‌کننده صورت می گیرد. از آنجایی که در این مدل، مؤسسات بیمه‌ای فرصت بیشتری برای اداره و کنترل سازمان‌های خود دارند، کارآیی، چه از لحاظ کمی و چه کیفی، افزایش می‌یابد. از طرف دیگر انحصاری بودن مدل باعث می‌شود تا پول و بیمار با هم ارتباط نداشته باشند و در حقیقت پذیرش بیمار به معنی دریافت پول نیست.

۷- مدل انحصاری بخش عمومی

پرداخت‌کننده عموماً دولت یا صندوق‌های بیمه هستند. تأمین مالی براساس مالیات بردرآمد صورت می‌گیرد و نوع پرداخت به ارایه‌دهندگان خدمت نیز به صورت بودجه و حقوق ثابت است. مالکیت مراکز بهداشتی و درمانی از آنِ پرداخت‌کنندگان است (دولت محلی، دولت مرکزی و بیمه‌های عمومی). در حقیقت ارایه خدمت، ارایه و تأمین مالی، برنامه‌ریزی ارزیابی و مدیریت همگی بر عهده دولت است و امکان پوشش همگانی خدمات، در این مدل به راحتی

سوئد

دولت بابت خدمات درمانی و بهداشتی در سوئد یارانه می‌پردازد. کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال از خدمات درمانی رایگان در درمانگاه‌ها و مطب پزشکان متخصص بهرمند می‌شوند. در سوئد لازم نیست کسی بیش از مبلغ معینی برای خدمات درمانی در طول یک سال بپردازد. در سال ۲۰۱۰ سقف حداکثر هزینه درمانی ۹۰۰ کرون بوده‌است. اگر بیمار چنین مبلغی را بپردازد، یک کارت آزاد دریافت خواهد کرد. با این کارت می‌توان از خدمات درمانی رایگان در باقیمانده سال برخوردار شد.

هلند

نظام مراقبت‌های بهداشتی و درمانی هلند، ترکیب دو بخش خصوصی و دولتی است. مراقبت بهداشتی درمانی تا حد زیادی توسط مؤسسات خصوصی، عرضه می‌شود. فراهم بودن، دسترسی و تأمین مالی مراقبت‌ها نیز از طریق قانون تضمین شده‌است.

هزینه‌های معمول پزشکی به وسیله قراردادهای بیمه‌ای مختلف که عمدتاً تحت شمول قانون بیمه سلامتی هستند، پرداخت می‌شود. افرادی که درآمد سالانه آن‌ها از سقف مشخصی پایین‌تر باشد و تمامی کسانی که داوطلب مزایای تأمین اجتماعی هستند، الزاماً تحت پوشش این قانون قرار می گیرند. در حدود ۶۳ درصد از جمعیت هلند تحت پوشش قانون بیمه سلامت هستند. دیگرطرح‌های بیمه سلامت اجباری طیف‌های متفاوتی از اقشار جامعه همانند کارگران خدمات عمومی را [که در مجموع در حدود ۵ درصد جمعیت کشور است] زیرپوشش دارد. کسانی که زیرپوشش هیچکدام از این بیمه‌ها نیستند می‌توانند با یکی از چندین شرکت بیمه سلامت در بخش خصوصی مذاکره کنند. در حدود ۳۲ درصد جمعیت کشور تحت پوشش بیمه سلامت خصوصی قرار دارند.

نروژ

خدمات بهداشت عمومی در نروژ توسط مالیات تامین می‌شود. خدمات درمانی ما طوری طراحی شده که به یکسان در دسترس همه شهروندان، بدون در نظر گرفتن موقعیت اجتماعی یا اقتصادی است. بخش بهداشت عمومی نروژ با ۲۲۰ هزار کارمند، یکی از بزرگترین ارایه‌دهندگان خدمات در نروژ است. سیستم مراقبت‌های بهداشتی نروژ یک سیستم دو لایه سازمان یافته است. این مسؤولیت به وضوح میان شهرداری و دولت تقسیم می‌شوند. شهرداری‌ها مسؤول تمام خدمات بهداشتی اولیه است. این شامل ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها و صدمات و همچنین تشخیص، درمان و توانبخشی است. در این طرح تمام ساکنان در شهرداری، حق برخورداری از یک پزشک عمومی را دارند. دولت مسؤول خدمات بهداشتی و درمانی در حوزه تخصصی است از جمله بیمارستان‌های جسمی و روانی. دولت خدمات درمانی تخصصی را در چهار منطقه ارایه می‌کند. هر منطقه دارای یک شرکت بهداشت منطقه‌ای است که به طور کامل در تملک دولت است. آن‌ها مسؤول ارایه مراقبت‌های بهداشتی ویژه‌ای برای ساکنان در این مناطق هستند. بیماران در نروژ یک حق قانونی برای مراقبت‌های بهداشتی دارند. قانون، حقوق بیماران به مراقبت را و همچنین تنظیم رابطه میان بیمار و خدمات بهداشتی را تضمین می‌کند.

کانادا

کانادا یکی از پیشرفته‌ترین کشورهای جهان در این زمینه به حساب می‌آید. در این کشور بیمه دولتی است و بیشتر هزینه‌های پزشکی، بستری شدن، جراحی، عکسبرداری، واکسیناسیون و مانند اینها را در بر می‌گیرد. مردم کانادا تنها حدود ۲/۳۰ درصد از هزینه‌های درمان‌شان را از جیب خود پرداخت می‌کنند و با توجه به کمک‌های دولتی، نیازی به وجود مؤسسات خصوصی بیمه ندارند. در کانادا بدون نیاز به بیمه‌های خصوصی سهم مردم از هزینه‌های درمان تنها ۲/۳۰ درصد است. کانادا یکی از پیشرفته‌ترین کشورهای جهان در این زمینه به حساب می‌آید. در این کشور بیمه دولتی است و بیشتر هزینه‌های پزشکی را در بر می‌گیرد.

وجود دارد. در حال حاضر کشورهای ترکیه، استرالیا، دانمارک، فنلاند، یونان، ایسلند، ایتالیا، نروژ، پرتقال و سوئد از این مدل استفاده می کنند.

اما بسیاری از کشورها، چندین مدل از ۷ مدل مذکور را در درون سیستم خود منظور کرده‌اند. در این کشورها همراه با مدل‌های عمومی قراردادی که عموماً برای خدمات سرپایی مناسب است، از مدل‌های انحصاری نیز که به نظر می‌رسد مناسب بیمارستان‌ها است، استفاده می‌شود. نظام بهداشتی و درمانی کشور ایران نیز مانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه از نوع تعاون همگانی است. این نظام در طی سالیان گذشته تحولات بسیاری را به خود دیده است، ولی همواره وسعت کشور، پراکندگی جمعیت و وجود شرایط اقلیمی متفاوت از عوامل مؤثر در نابرابری و دسترسی افراد مختلف به خدمات بهداشتی و درمانی بوده است. از همین رو ایجاد شبکه گسترده بهداشتی و درمانی همواره به طور خاص مدنظر بوده است.

نظام بیمه درمانی در ایران

مدل تامین مالی در نظام سلامت ایران را می‌توان در گروه نظام‌های سلامت با تامین مالی چندگانه جای داد، به این معنی که روش‌های مختلف تامین مالی در کنار هم دیده می‌شوند. روش‌های اصلی تامین مالی در ایران شامل بودجه عمومی، بیمه‌های اجتماعی درمان و هزینه از جیب خانوار است. روش‌های دیگری نیز وجود دارند که از مهم‌ترین آن می‌توان به بیمه‌های خصوصی اشاره کرد که در ایران بیشتر به صورت بیمه تکمیلی برای بیمه‌شدگان کنونی بیمه‌های اجتماعی درمان عمل می کنند. بیمه‌های خصوصی در حال حاضر بخش کوچکی از بازار سلامت ایران را به خود اختصاص می‌دهند.

نقش اصلی بودجه عمومی در تامین مالی خدمات سلامت ایران، بر پوشش خدمات بهداشتی متمرکز است. شبکه بهداشتی گسترده کشور (که در مناطق روستایی جامعیت بیشتری دارد) از بودجه کشور تامین می‌شود و ارایه خدمات آن نیز بیشتر توسط بخش دولتی است. اما نقش بودجه دولت به خدمات بهداشتی ختم نمی‌شود. بسیاری خدمات سطح دوم، به خصوص درمان‌های گرانقیمت بیماری‌های خاص (مانند هموفیلی، تالاسمی و درمان‌های جایگزین کلیه) از بودجه عمومی دولت استفاده می‌کنند. همینطور هزینه‌های زیرساخت بیمارستان‌های دولتی از بودجه دولت تامین می‌شود و یارانه دولت در جبران هزینه‌های تولید داروها نقش مهمی دارد.

بیمه‌های اجتماعی درمان حدود ۹۰ درصد جمعیت را برای خدمات درمانی مانند خدمات سرپایی، تشخیصی و بستری پوشش می‌دهند. عمق این پوشش بسته به نوع خدمت و مکان ارایه و تا حدودی بسته به سازمان بیمه‌گر متغیر است. بیمه‌گران اجتماعی خدمات سلامت شامل سازمان بیمه خدمات درمانی (گروه اصلی بیمه‌شدگان شامل کارکنان دولت و وابستگان آنان)، سازمان تامین اجتماعی (گروه اصلی بیمه‌شدگان شامل کارکنان مشمول قانون کار و وابستگان آنان) و سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح (پوشش نیروهای مسلح و وابستگان آنان) است. حق بیمه عمدتاً از حقوق کارکنان به صورت ماهانه برداشت می‌شود و کارفرما سهم بزرگ‌تری می‌پردازد. صندوق‌های بیمه‌ای متعددی تحت پوشش این سازمان‌ها قرار دارند. یک صندوق بزرگ بیمه اجتماعی درمان، صندوق بیمه روستایی (تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی) است که از سال ۱۳۸۴ تاسیس شده است و تمامی اهالی مناطق روستایی و شهرهای کوچک را پوشش می‌دهد. تقریباً تمام حق بیمه اعضای این صندوق از بودجه عمومی دولت پرداخت می‌شود. بخش مهمی از هزینه‌های خدمات سلامت در ایران توسط خانوار به صورت پرداخت «از جیب» در هنگام مصرف است. بیش از نیمی از هزینه‌های سلامت در کشور پرداخت مستقیم از جیب خانوار است. طبیعت تامین مالی چندگانه در نظام سلامت کشور به این معنی است که نظام سلامت با چالش‌های مختلفی در جهت‌های گوناگون مواجه است.

یکی این که شواهدی وجود دارد که سرعت افزایش هزینه خدمات سلامت در کشور بیش از اندازه انتظار است. از سوی دیگر چنین افزایشی در هزینه، موجب نگرانی از توان درازمدت جامعه در پرداخت هزینه‌های سلامت است. طرح تحول نظام سلامت نیز برای اصلاح برخی از این چالش‌ها از سوی دولت از ابتدای سال جاری آغاز به کار کرده‌است تا هم با استفاده از بیمه سلامت ایرانیان ۱۰ درصد از باقی مانده جمعیت را که تحت پوشش هیچ بیمه‌ای قرار ندارند، پوشش دهند و هم با کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان راه را برای توسعه و عدالت اجتماعی باز کنند. ■

نگاهی به شکل گیری بیمه درمانی در ایران

بر اساس قانون بیمه ایران، بیمه عبارت است از قراردادی که به موجب آن یک طرف (بیمه‌گر) تعهد می‌کند در ازای پرداخت وجه یا وجوهی از طرف دیگر (بیمه‌گذار) در صورت وقوع یا بروز حادثه خسارت وارده بر او را جبران کرده یا وجه معینی را بپردازد. متعهد را بیمه‌گر، طرف تعهد را بیمه‌گذار و وجهی را که بیمه‌گذار به بیمه‌گر می‌پردازد. حق بیمه و آنچه را که بیمه می‌شود موضوع بیمه نامند. شیوه کار بیمه به این صورت است که متخصصان امر موضوع بیمه را بررسی می‌کنند و خسارت‌ها و زیان‌هایی را که متوجه موضوع بیمه می‌شود را مدنظر قرار می‌هند و با توجه به احتمال وقوع حوادث و هزینه‌هایی که در پی خواهد داشت مبالغ بیمه را تعیین می‌کنند. پس از آن بیمه‌گذاران با پرداخت مبلغی حق بیمه که توسط بیمه‌گر تعیین شده‌است خود را در برابر خسارت‌هایی که تهدیدشان می‌کند، بیمه می‌کنند. به این ترتیب تمام بیمه‌گذاران با اندکی پول که نزد بیمه‌گر می‌گذارند در خسارات ناشی از رخدادهای که موضوع بیمه را تهدید می‌کند شریک می‌شوند. بیمه‌گر نیز در صورت وقوع خسارت به موضوع بیمه هزینه آن را با توجه به مفاد قرارداد تضمین می‌کند.

نخستین بیمه دنیا

نخستین آثار مکتوبی که در مورد بیمه با شکل و شمایل امروزی یافته شده‌است بازمی‌گردد به قرون ۱۳ و ۱۴ قمری و دریانوردان اسپانیایی و ایتالیایی. هرچند تاریخ‌شناسان قدمت نخستین بیمه‌ها را بسیار قدیمی‌تر از این می‌دانند. برخی نخستین بیمه را مربوط به دریانوردان چین باستان می‌دانند. چینی‌ها به تجربه دریافته بودند که معمولاً تمام کشتی‌های یک بندر به طور همزمان دچار حادثه نمی‌شوند؛ بنابراین کالاهای خود را برای حمل‌ونقل میان چند کشتی و قایق تقسیم می‌کردند تا اگر یکی از کشتی‌ها دچار حادثه شد تمام سرمایه‌شان نابود نشود و از دست نرود. برخی دیگر نیز اهالی فینقیه و بابل را مبتکر بیمه می‌دانند. بازرگانان فینقی و بابلی برای خرید کالا و هزینه‌های حمل بار وام دریافت می‌کردند و بهره‌ای که بابت این وام پرداخت می‌کردند معمولاً بالاتر از بهره‌های وام‌های دیگر بود. اما در صورتی که کالاها در راه دچار حادثه می‌شدند و از بین می‌رفتند بازرگانی که وام را دریافت کرده بود از پرداخت آن معاف بود و در صورتی که کالا صحیح و سالم به مقصد می‌رسید بازرگان موظف بود علاوه بر اصل وام بهره آن را نیز بپردازد. به این ترتیب به نوعی کالای بازرگانان بیمه می‌شد. این شیوه بیمه کردن کم کم به یونان و سپس ایتالیا منتقل شد و به روشی مرسوم در مبادلات دریایی ایتالیا تبدیل شد. قدیمی‌ترین گزارش مکتوبی که از قراردادهای بیمه دریایی وجود دارد نیز مربوط به یک کشتی ایتالیایی است که در سال ۱۳۴۷ میلادی در جنوا به ثبت رسیده است.

نخستین بیمه ایرانی

هرچند نخستین بیمه‌نامه‌های مکتوب به شکل امروزی را در قرن سیزدهم و چهاردهم در ایتالیا و اسپانیا کشف کرده‌اند اما تاریخ‌نگاران قدمت این نوع حمایت اجتماعی را در سرزمین ایران چیزی حدود ۵ هزار سال می‌دانند. بر اساس نوشته‌های کتاب اوستا و اشعار شاهنامه حمایت‌های اجتماعی که امروزه بیمه نام گرفته‌اند نخستین بار حدود ۵ هزار سال پیش و در زمان پادشاهی کیقباد رواج می‌یابد. بر اساس این مستندات تاریخی در آن دوره هر کس که دچار آسیب یا خسارتی می‌شد از سوی دولت به او تاوان پرداخت می‌شد. الواح گلی به دست آمده از دوره هخامنشان نیز نشان می‌دهد هزاران کارگری که بیش از ۵۰ سال را صرف ساختن تخت جمشید کرده‌اند بی هیچ تبعیضی از حمایتی برخوردار بوده‌اند که ما امروز آن را تحت عنوان بیمه می‌شناسیم.

اما آنچه به شکل بیمه‌نامه‌های امروزی در ایران رواج یافت مربوط به دوره قاجار و پس از ساخت پستخانه است. سال ۱۲۹۴ هجری شمسی یک روس به‌نام استال به ریاست پستخانه منصوب می‌شود که پس از ورود او بیمه بسته‌های پستی در ایران مرسوم شد. در سال ۱۳۲۹ نیز نخستین شرکت بیمه ایرانی به نام بیمه شرق آغاز به کار می‌کند.

بیمه درمانی در ایران

اما نخستین بیمه درمانی در ایران سال ۱۳۲۶ برای کارکنان شرکت دخانیات ایران ایجاد شد و تا سال ۱۳۲۸ نیز تعداد دیگری از سازمان‌های دولتی به طور پراکنده تحت پوشش این نوع بیمه قرار گرفتند. در این سال سازمانی تحت عنوان سازمان بیمه کارکنان دولت تاسیس شد که کارکنان دولت را تحت پوشش قرار می‌داد و تا سقف معینی هزینه‌های درمانی آن‌ها را تعهد می‌کرد. تا این که در سال ۱۳۵۲ سازمان بیمه خدمات درمانی تاسیس شد. در سال ۱۳۵۶ سازمان بیمه خدمات درمانی و سازمان تامین اجتماعی در وزارت بهداری ادغام شدند. پس از پیروزی انقلاب اسلامی ایران در سال ۱۳۵۹ دوباره سازمان تامین اجتماعی از وزارت بهداری جدا شد و به صورت مستقل فعالیت خود را ادامه داد و سازمان خدمات درمانی تحت عنوان «بیمه‌گری و درآمد و اداره اسناد پزشکی» در تشکیلات بهداری به فعالیت خود ادامه داد. تا اینکه در مهرماه ۱۳۷۴ قانون بیمه خدمات درمانی تصویب شد. اما این قانون نیز نمی‌تواند تمام ایرانی‌ها را مشمول طرح‌های بیمه درمانی کند و با وجود تعدد بیمه‌های گوناگون از جمله بیمه تامین اجتماعی، بیمه خدمات درمانی، بیمه روستاییان و عشایر، بیمه شرکت نفت، بیمه صنایع، بیمه نیروهای مسلح و مانند این‌ها، هنوز عده‌ای از ایرانیان زیر پوشش بیمه‌های درمانی نیستند. به همین دلیل در مهرماه سال ۹۱ با تصویب هیأت وزیران بیمه سلامت ایرانیان تشکیل و با آغاز طرح تحول سلامت در نخستین ماه‌های سال ۹۳ طرح بیمه سلامت ایرانیان نیز اجرا شد تا حدود ۸ میلیون ایرانی که در شمول بیمه‌های معمول کشور قرار نمی‌گرفتند بتوانند از بیمه‌های درمانی استفاده کنند. ■

نگاهی به شکل گیری بیمه درمانی در ایران

بر اساس قانون بیمه ایران، بیمه عبارت است از قراردادی که به موجب آن یک طرف (بیمه‌گر) تعهد می‌کند در ازای پرداخت وجه یا وجوهی از طرف دیگر (بیمه‌گذار) در صورت وقوع یا بروز حادثه خسارت وارده بر او را جبران کرده یا وجه معینی را بپردازد. متعهد را بیمه‌گر، طرف تعهد را بیمه‌گذار و وجهی را که بیمه‌گذار به بیمه‌گر می‌پردازد. حق بیمه و آنچه را که بیمه می‌شود موضوع بیمه نامند. شیوه کار بیمه به این صورت است که متخصصان امر موضوع بیمه را بررسی می‌کنند و خسارت‌ها و زیان‌هایی را که متوجه موضوع بیمه می‌شود را مد نظر قرار می‌هند و با توجه به احتمال وقوع حوادث و هزینه‌هایی که در پی خواهد داشت مبالغ بیمه را تعیین می‌کنند. پس از آن بیمه‌گذاران با پرداخت مبلغی حق بیمه که توسط بیمه‌گر تعیین شده‌است خود را در برابر خسارت‌هایی که تهدیدشان می‌کند، بیمه می‌کنند. به این ترتیب تمام بیمه گذاران با اندکی پول که نزد بیمه‌گر می‌گذارند در خسارات ناشی از رخدادهای که موضوع بیمه را تهدید می‌کند شریک می‌شوند. بیمه‌گر نیز در صورت وقوع خسارت به موضوع بیمه هزینه آن را با توجه به مفاد قرارداد تضمین می‌کند.

سال ۱۲۹۴

یک روس به‌نام استال به ریاست پستخانه منصوب می‌شود که پس از ورود او بیمه بسته‌های پستی در ایران مرسوم شد

سال ۱۳۷۴

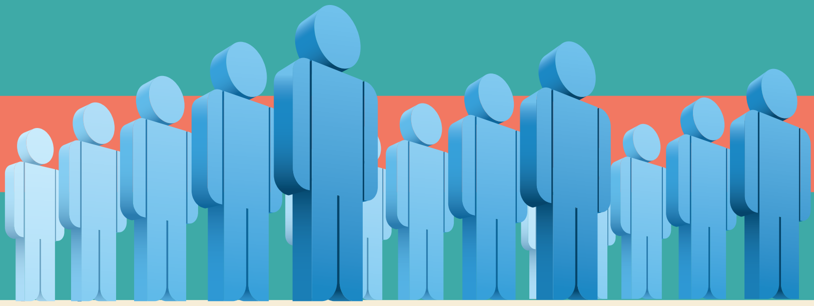
قانون بیمه خدمات درمانی تصویب شد

سال ۱۳۹۱

با تصویب هیأت وزیران بیمه سلامت‌ایرانیان تشکیل شد

سال ۱۳۹۳

طرح بیمه سلامت ایرانیان نیز اجرا شد



سال ۱۳۲۶

نخستین بیمه درمانی در ایران برای کارکنان شرکت دخانیات ایران ایجاد شد

سال ۱۳۲۸

تعداد دیگری از سازمان های دولتی به طور پراکنده تحت پوشش این نوع بیمه قرارگرفتند

سال ۱۳۲۹

نخستین شرکت بیمه ایرانی به نام بیمه شرق آغاز به کار می‌کند

سال ۱۳۵۲

سازمان بیمه خدمات درمانی تاسیس شد

سال ۱۳۵۶

سازمان بیمه خدمات درمانی و سازمان تامین اجتماعی در وزارت بهداری ادغام شدند

سال ۱۳۵۹

سازمان تامین اجتماعی از وزارت بهداری جدا شد و به صورت مستقل فعالیت خود را ادامه داد

سید موسی طباطبائی لطفی، رییس گروه برنامه‌ریزی اقتصاد و بیمه‌های سلامت وزارت بهداشت در گفت‌وگو با صنعت درمان بررسی می کند:

بیمه‌های سلامت ایران بررسی نقاط قابل بهبود و چالش‌های موجود

تامین، حفظ و ارتقای سلامت مردم نقش بسیار مهمی در رفاه، پایداری اقتصادی و توسعه اجتماعی جوامع ایفا می کند. از یک سو افراد سالم در عرصه تولید و اقتصاد مؤثرترند و از سوی دیگر وضعیت اجتماعی و اقتصادی مناسب باعث ارتقاء سلامت می‌شود. دو موضوع کلیدی سلامت و رفاه اقتصادی و اجتماعی آنچنان به هم تنیده‌اند که حیات یکی نیازمند وجود دیگری است. از این رو سلامت همواره در نگاه قانونگذاران، دولتمردان و مردم از جایگاه ویژه‌ای برخوردار بوده‌است. سلامت حقی است همگانی و در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران این اصل به عنوان یکی از اصول اساسی نظام تعیین شده‌است. دیدگاه جامعه مبنی بر توجه به انسان به عنوان سرمایه‌های انسانی، مقوله حفظ سلامت را هم از دیدگاه اقتصادی و هم از بعد منطق مهم می‌سازد. واقعیت اصلی ترین دلیل وجود دولت‌ها و اختصاص منابع قابل توجه در بخش سلامت شده‌است. در این میان نوع و چگونگی توزیع منابع در بخش سلامت از موضوعات بسیار بحث برانگیز دوران معاصر است. گروهی با محور قرار دادن گزینه‌های هزینه اثربخشی و هزینه منفعت تقسیم و تسهیم منابع در بخش سلامت را مورد توجه قرار داده‌اند. دیدگاه هر چه که باشد ایفای نقش دولت، وابسته به عناصر کلیدی تاثیر گذار در فرآیند دریافت خدمات است. هدف بسیاری از کشورهای جهان این است که نظام تامین مالی سلامت خود را به گونه‌ای طراحی کنند که مردم را در برابر هزینه‌های تامین سلامتی محافظت کنند. سیستم تامین منابع مالی از اجزاء بسیار مهم یک نظام سلامت است؛ یعنی ساز و کارهایی که پول از طریق آن‌ها بسیج، جابه‌جا و تجمیع می‌شود تا فعالیت‌های بخش سلامت را تامین اعتبار کند. همچنین ساز و کارهای شیوه استفاده از این پول (یعنی تخصیص منابع مالی) موجودیت‌های نظام سلامت را شامل می‌شود. به طور خلاصه، وصول درآمد، یکپارچه کردن سرمایه و خرید خدمات سه وظیفه یک نظام تامین مالی بهداشت و درمان است. فرآیند تامین منابع مالی تاثیر بسیار مهمی بر عملکرد نظام سلامت می‌گذارد، تامین مالی تعیین می کند، چقدر پول موجود است، چه کسی بار مالی را تحمل می کند، چه کسی اعتبارات را کنترل می کند، چگونه خطرات انباشته می‌شوند و آیا می توان هزینه‌های مراقبت سلامت را کنترل کرد یا خیر؟

رویا کاکاوند

سیدموسی طباطبائی لطفی، رییس گروه برنامه‌ریزی اقتصاد و بیمه‌های سلامت وزارت بهداشت دراین زمینه می‌گوید: «کشورهای مختلف از روش‌های تامین مالی متفاوتی استفاده می‌کنند. درباره تعیین روش‌های مختلف تامین مالی، سیاست اجرایی دولت هر کشور اهمیت بسیار دارد. البته باید به دو نکته توجه شود؛ نخست آن که کشورهای اندکی منحصراً از یک روش تامین مالی استفاده می‌کنند. دوم آنکه به دلیل مزیت‌ها یا نقص‌های روش‌های مختلف تامین مالی، هیچ روشی نمی‌تواند یک راه حل معجزه آسا برای مسایل مختلف حاکم بر تامین مالی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کشورهای کم درآمد، محسوب شود.»

به گفته طباطبایی در حالت کلی چهار نوع عمده تامین اجتماعی برای بخش سلامت وجود دارد: یکم؛ نوع اول پرداخت به وسیله دولت است که در این روش تامین مالی از محل درآمد عمومی، بسیاری از مالیات‌ها برای پشتیبانی از کل محدوده فعالیت‌های دولت مورد استفاده قرار می‌گیرند. دوم؛ نوع دوم بیمه اجتماعی سلامت است که دارای سه ویژگی شناخته شده‌است؛ اجباری بودن به این معنی که هریک از افراد گروه مشمول باید مشارکت کند و سهم حق بیمه خاص خود را پرداخت کند. سهم مشارکت غالباً به صورت درصدی از حقوق تعیین می‌شود. سوم؛ نوع سوم بیمه خصوصی؛ وجه تمایز بیمه خصوصی آن است که مشتریان به صورت داوطلبانه به خرید بیمه از فروشندگان مستقل و رقابتی (انتفاعی یا غیرانتفاعی) می‌پردازند. چهارم؛ نوع چهارم پرداخت‌های مستقیم؛ چهارمین گزینه تامین مالی به این صورت است که از تک تک بیماران بخواهیم که مستقیماً و از جیب خودشان به ارایه‌کنندگان پول بپردازند.

رییس گروه برنامه‌ریزی اقتصاد و بیمه‌های سلامت وزارت بهداشت در زمینه سیستم تامین مالی ایران می‌گوید: «ایران در حال حاضر از مجموعه‌ای از روش‌های مختلف برای تامین مالی مراقبت سلامت استفاده می‌کند که همین امر مشکلات عدیده‌ای را در پی دارد. وجود همین مشکلات سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان را بر آن داشت تا قوانین جدیدی برای ساختار بیمه درمان کشور اتخاذ کنند. تدوین «قانون بیمه سلامت» در ماده ۳۸ قانون پنجم توسعه، نتیجه توجه به آشفتگی نظام بیمه سلامت در کشور بوده‌است. تدوین این قانون به نوعی ایجاد یک صندوق بیمه‌ی اجتماعی را در کشور رغم می‌زند. بیمه اجتماعی سلامت از عمده روش‌های مورد استفاده برای تأمین مالی نظام سلامت است.»

مسایل و چالش‌های موجود

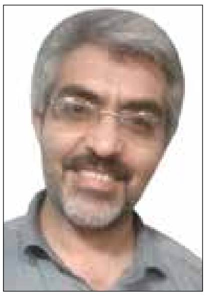
مشکلات ناشی از وجود سازمان‌های بیمه‌ای متعدد و ناهماهنگ

به گفته طباطبایی وجود صندوق‌های بیمه‌ای متعدد در نظام تامین مالی کشور، رسالت اساسی سازمان بیمه را [که همان تجمیع سرمایه و کاهش ریسک است] نقض می‌کند. سازمان‌های بیمه‌ای موجود در کشور هر یک رویکرد خاص خود را دارند.

سازمان تامین اجتماعی رویکرد بیمه‌های اجتماعی سلامت را انتخاب کرده‌است. در این سازمان حق بیمه به صورت درصدی از حقوق و مزایا به نسبت بین بیمه شده، کارفرما و دولت توزیع شده‌است. موضوعی که در پوشش بیمه‌های اجتماعی کمیته امداد حضرت امام خمینی (ره)، نه در جایگاه یک سازمان بیمه‌ای بلکه در حکم نهادی حمایتی رویکرد حمایت‌های اجتماعی را در پیش گرفته‌است. در این میان بیمه درمانی نیروهای مسلح و دیگر بیمه‌های سازمان‌های خاص وابسته به دولت نیز وجود دارند که هرکدام از آن‌ها قوانین و رویکردهای خاص خود را در مورد جمعیت تحت پوشش خود به اجرا در می‌آورند. در داخل خود هر سازمان بیمه‌ای نیز به هم ریختگی پوشش خدمات برای جمعیت‌های تحت پوشش وجود دارد.

مشکلات مرتبط با عدم وجود پوشش همگانی

بر اساس تعریف سازمان جهانی سلامت پوشش همگانی به‌عنوان دسترسی به مداخلات اصلی سلامت شامل ترویج، پیشگیری، درمان و توانبخشی و در سطح هزینه‌ای که در استطاعت افراد بوده و از این طریق عدالت در دسترسی حاصل شود. اصل حمایت در برابر ریسک‌های مالی تضمین کننده آن هزینه‌هایی است که افراد را در معرض هزینه‌های مصیبت بار قرار می‌دهد. رییس گروه برنامه‌ریزی اقتصاد و بیمه‌های سلامت وزارت بهداشت یادآور می‌شود: «صاحب‌نظران، نبود پوشش همگانی را از مهمترین دغدغه‌های ساختار بیمه سلامت کشور می‌دانند. این موضوع خصوصاً برای افراد آسیب‌پذیر که قادر به تامین هزینه‌های درمان خود نیستند پررنگ‌تر می‌شود. هرچه درجه تجمیع ریسک در یک نظام تامین مالی بیشتر باشد افراد کمتری از پیامدهای مالی ریسک‌های سلامتی تاثیر می‌پذیرند و احتمالاً دسترسی بیشتری



ایران در حال حاضر از مجموعه‌ای از روش‌های مختلف برای تامین مالی مراقبت سلامت استفاده می‌کند که همین امر مشکلات عدیده‌ای را در پی دارد. وجود همین مشکلات سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان را بر آن داشت تا قوانین جدیدی برای ساختار بیمه درمان کشور اتخاذ کنند. تدوین «قانون بیمه سلامت» در ماده ۳۸ قانون پنجم توسعه، نتیجه توجه به آشفتگی نظام بیمه سلامت در کشور بوده‌است

به خدمات و مراقبت‌ها به‌وجود می‌آید.»

مشکلات مربوط به منبع هزینه‌ای و سهم زیاد پرداخت از جیب توسط بیمه شده‌ها

منابع هزینه‌ای در بخش بهداشت و درمان ایران، با استفاده از طبقه‌بندی‌های مرسوم در حساب‌های ملی کشور به صورت منابع هزینه‌ای در بخش‌های دولتی و خصوصی نشان داده شده‌است. او تاکید می‌کند: «در کشور ما به خاطر بالا بودن هزینه‌های درمانی که مردم پرداخت می‌کنند، درصدی از مردم و خانواده‌ها وقتی یکی از اعضای خانواده بیمار می‌شود به علت مخارج سلامتی دچار هزینه‌های کمرشکن (catastrophic health expenditure) می‌شوند و مجبور به فروش لوازم منزل و دیگر مسایل و معضلات می‌شوند و به زیر خط فقر سقوط می‌کنند.» با توجه به مطالب فوق و وضعیت شاخص‌ها در کشور، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، افزایش پاسخگویی در نظام سلامت، افزایش سطح سلامت و توزیع عادلانه سطح سلامت در جامعه، بدون توجه کافی و ارزش قایل شدن برای تأمین سلامت مردم محقق نخواهد شد، بنابراین قبل از هر چیز باید مقوله «سلامت» برای برنامه‌ریزان کشور، به عنوان یک اولویت، مطرح و تبیین شود و نگاه صرفاً اقتصادی و هزینه‌ای به بخش بهداشت و درمان اصلاح شود که این مهم به نحو شایسته محقق گشته است.

تعامل نظام سلامت و نظام رفاه و تامین اجتماعی

رییس گروه برنامه‌ریزی اقتصاد و بیمه‌های سلامت وزارت بهداشت معتقد است: «براساس گزارش جهانی سلامت در سال ۲۰۰۰ که به عنوان چارچوب اساسی همه فعالیت‌ها و اصلاحات نظام‌های سلامت در نظر گرفته می‌شود هر نظام سلامت باید دارای چهار کارکرد و سه دستاورد باشد.» می‌توان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را مسؤول مستقیم سه کارکرد تولید، تدارک خدمات و خلق منابع مورد نیاز برای نظام سلامت دانست اما به طور قطع وزارت رفاه و تامین اجتماعی باید مسؤول مستقیم تامین مالی منابع بخش سلامت باشد. ایفای مناسب این نقش تاثیرات مختلفی همچون شفافیت در انتقال وجوه، ارتقای بهره‌وری و برقراری عدالت را به دنبال خواهد داشت. اما قطعاً نقش وزارت رفاه چیزی فراتر از این نقش را در نظام سلامت خواهد داشت چرا که اجرای نظام بیمه‌های اجتماعی سلامت با هدف دستیابی به پوشش همگانی از طریق برخی کارکردها بر دستاوردهای اصلی نظام سلامت تاثیر خواهد داشت.

مزایای ادغام بیمه‌های درمانی

به باور طباطبایی یکپارچه کردن بیمه‌های درمانی، مزایای زیادی دربر دارد، که از جمله این مزایا می‌توان به یکسان شدن بسته‌های خدمتی و کاهش نابرابری در دسترسی به نوع خدمات؛ شناسایی دقیق بیمه شدگان و جلوگیری از همپوشانی بیمه‌ها؛ کنترل هزینه‌ها با افزایش قدرت چانه‌زنی و ایجاد خریدار واحد؛ توزیع مناسب‌تر ریسک مالی و ایجاد یارانه متقاطع از غنی به فقیر و سالم به بیمار با افزایش تعداد بیمه‌شدگان (قانون اعداد بزرگ)؛ کاهش هزینه‌های سربار و مدیریتی؛ سیاست‌گذاری یکسان و نظارت بهتر بر اجرای سیاست‌های کلان کشور و نهایتاً هموار کردن مسیر برای دست یافتن به بیمه همگانی اشاره کرد.

نکات قابل تامل در ادغام بیمه‌های درمانی

طباطبایی می‌گوید: «به نظر می‌رسد انتظارات ما از نظام سلامت کشور و تصمیمات و اقدامات ما در این حوزه متناسب با منابع مالی و مدیریتی‌مان نیست. گفته می‌شود دنبال کردن آرزوهای بزرگ با منابع محدود رفتاری است که در کشورهای کم‌درآمد شایع است.» او تاکید می‌کند: «مزایای بسیاری برای ادغام بیمه‌های سلامت شمرده می‌شود. اما باید دید آیا قانون بیمه سلامت می‌تواند در جهت اهداف نظام سلامت حرکت کند؟ چرا که صرف ادغام بیمه‌ها نمی تواند موانع جغرافیایی و فرهنگی دسترسی به خدمات را از پیش رو بردارد؛ منجر به افزایش کل منابع نظام سلامت شود؛ پدیده زیرمیزی را کنترل کند و پرداخت غیرقانونی را کاهش دهد؛ باعث کاهش تقاضا و ازدحام در مراکز درمانی شود و رضایتمندی بیمه شده را افزایش دهد. برای رسیدن به این اهداف اقدامات دیگری مورد نیاز است که اگر به آنها پرداخته نشود، در عمل دستاورد مهمی برای مردم و نظام سلامت کشور حاصل نمی‌شود.»

راهکار چیست

رییس گروه برنامه‌ریزی اقتصاد و بیمه‌های سلامت وزارت بهداشت معتقد است با توجه به ضعف‌های بررسی شده و آسیب‌های شناسایی شده و نتایج حاصل از بررسی نظرات متخصصان مربوطه، راهکارهایی برای رفع این مشکلات پیشنهاد می‌دهد: یکم؛ یکپارچه‌سازی بیمه‌های سلامت بر اساس قوانین موجود و تدوین یا الگوی مشخص و تعریف شده، دوم؛ گسترش پوشش بیمه‌ای در راستای اجرای قوانین موجود. سوم؛ تعریف ارتباط میان بیمه شده‌ها، سازمان‌های بیمه و مراکز ارایه خدمات سلامت در جهت قطع ارتباط مالی بیمه شده‌ها و مراکز ارایه خدمات. چهارم؛ ایجاد همبستگی اجتماعی به گونه‌ای که یارانه‌های متقاطع میان گروه‌های کم درآمد و پردرآمد وجود داشته باشد. پنجم؛ تدوین صحیح بسته بیمه پایه سلامت و شفاف‌سازی مرز میان بیمه‌های پایه و مکمل. ششم؛ تعامل صحیح میان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، رفاه و تامین اجتماعی و سازمان نظام پزشکی و هفتم؛ ایجاد شناسه ملی برای تمام دست‌اندرکاران صنعت مراقبت سلامت. ■

مدیرکل دفتر امور بیمه‌های تکمیلی سازمان بیمه سلامت ایرانیان:

تجمیع بیمه‌ها به افزایش خدمات می‌انجامد

جمعیت ۸۰ میلیونی ایران رو به افزایش است علاوه بر این که این جمعیت دارد کم‌کم به سمت سالمندی پیش می‌رود. این روند یعنی افزایش بیماری‌ها و افزایش بیماری‌ها یعنی پرکارتر شدن سیستم بیمه درمانی ایران. بنابراین به نظر می‌رسد اکنون بیش از هر زمان دیگری نیاز است تا ساختار بیمه‌ای کشور مورد بازنگری قرار گیرد و از جهات مختلف ارزیابی شود. به همین منظور سراغ دکتر کیوان تاج‌بخش، مدیرکل دفتر امور بیمه‌های تکمیلی سازمان بیمه سلامت ایرانیان رفته‌ایم تا در گفت و شنیدی به بررسی شرایط فعلی بیمه‌های پایه و تکمیلی در ایران بپردازیم.

■ وضعیت بیمه‌های درمانی در ایران را چگونه ارزیابی‌می‌کنید؟

ابتدا باید یک تعریف مشخص از بیمه‌های درمانی داشته باشیم. به طور کلی دو نوع بیمه درمانی در کشور ما وجود دارد؛ بیمه‌های اجتماعی یا پایه و بیمه‌های تجاری یا تکمیلی. بیمه اجتماعی که بیمه پایه نیز تعریف می‌شود، محدودیت‌های خودش را دارد و از بودجه‌های عمومی و حق سرانه استفاده می‌کند بنابراین باید بسته خدمتی به نحوی ارایه کند که بیشترین گسترش و بالاترین احتمال خطر را میان مردم جامعه پوشش دهد؛ همچنین بیشترین خدمت را با بالاترین کیفیت و کمترین مبلغ تحت پوشش قرار دهد. مواردی باید وارد این بسته شود که رویش مطالعات ارزیابی فناوری سلامت (HTA) آن انجام شده‌باشد، از لحاظ هزینه اثربخشی و دیگر مواردی که در اقتصاد بهداشت مهم است بررسی شده‌باشد، مراجع علمی معتبر آن را تایید کرده‌باشند. همچنین قیمت‌گذاری خدمات بر اساس شناسنامه خدمت و قیمت واقعی استاندارد انجام و از مرحله تحقیقاتی خارج شده‌باشد. خدماتی تحت پوشش بیمه پایه قرار می‌گیرند که نیاز عموم جامعه باشد و از خدمات لوکس و زیبایی محسوب نشود. اگر از این دیدگاه که بر مبنای دانش و علم اقتصاد بهداشت است به موضوع بنگریم، خواهیم دید که بیمه‌های پایه در کشور ما نسبت به بسیاری از کشورهای دیگر گسترده‌تر هستند.

اما نگاه عام به این موضوع اندکی تفاوت دارد. برای نمونه در مواردی شاهد هستیم فرد به دلیل اینکه داروی برند اصلی را خریداری کرده ناراضی است، چرا که سهمی از مبلغ دارو را خود پرداخته است. این در حالی است که در کشورهای دیگر نیز هیچ بیمه پایه‌ای برند اصلی یک دارو را به طور کامل پوشش نمی‌دهد بلکه معمولاً این پوشش در رابطه با داروی تولید داخل و ژنریک انجام می‌شود. برخی انتظار دارند آخرین تکنیک جراحی یا پاراکلینیکی که وارد کشور می‌شود، بلافاصله زیرپوشش بیمه پایه قرار گیرد که این اتفاق در همه کشورها غیرمعمول است و رخ نمی‌دهد. چرا که ارایه هر خدمتی پیش از این که زیر پوشش بیمه قرار گیرد باید ارزیابی و محاسبه شود. باید دید هزینه انجام شده به چه میزان در افزایش کیفیت زندگی افراد جامعه

شرکت‌های بیمه‌ای که می‌خواهند بیمه تکمیلی درمان یا سلامت ارایه بدهند باید یک سطح‌بندی را از سازمان بیمه سلامت بگیرند که دستورالعمل‌اش آماده شده است و به زودی ابلاغ خواهد شد

موثر است. برای مثال با بودجه محدود و مشخص ممکن است خدمت درمانی گران قیمتی صرف درمان ۱۰ بیمار شود در حالی که با همان بودجه می توان خدمات درمانی به صرفه‌تری را برای هزار بیمار فراهم کرد. این امر باعث می‌شود که بیمه‌های پایه با توجه به محدودیت منابعی که دارند و همچنین مواردی که برای ورود به بحث‌های خدمتی باید مد نظر قرار دهند، بسته‌های خدمتی ارایه کنند که قطعاً کوچکتر از بسته خدمات درمانی است که در کشور و جهان ارایه می‌شود. در واقع اگر بخواهیم پوشش بیمه کشورمان را با بیمه‌های پایه کشورهای مشابه مقایسه کنیم در حال حاضر بیمه‌های ما پوشش بسیار مناسبی ارایه می‌کنند.

■ شما پوشش بیمه‌های ایران را با توجه به تعداد افرادی که پوشش می‌دهند یا تعداد خدماتی که ارایه می‌کنند، مناسب می‌دانید؟

از نظر تعداد افراد تحت پوشش (چرا که الان بیشتر مردم کشور بیمه هستند) و از نظر بسته خدمتی که بیمه‌های پایه ارایه می کنند، پوشش بیمه‌ای خدمات درمانی در ایران مناسب است. هزینه‌های دارو، لوازم مصرفی پزشکی، خدمات و پاراکلینیک بر اساس تعرفه دولتی پوشش خوبی داده می‌شود. البته این را هم در نظر می گیریم که مابه‌التفاوت تعرفه بخش خصوصی پوشش داده نمی‌شود اما اگر بخواهیم این مورد را هم درون بسته‌های خدماتی بیمه پایه بگنجانیم باید حق سرانه افزایش پیدا کند یا منابع پایدار جدیدی برایش در نظر گرفته شود که بتواند اختلاف پرداخت میان بخش خصوصی و دولتی را پوشش دهد. اما در حال حاضر پوشش بیمه در بخش ارایه خدمت پاراکلینیک و بستری دولتی کامل است. در بخش دارو نیز بین بخش خصوصی و دولتی فرق زیادی وجود ندارد و پوشش بیمه‌ای مناسب است، مورد استثنا در این مورد داروهای برندهای اصلی است که اگر داروی برندی جنبه حیاتی برای بیمار داشته باشد و نوع ژنریک آن وجود نداشته باشد پوشش کامل خواهد بود. البته هنوز تفاوت هزینه میان بخش دولتی و خصوصی مشمول بیمه‌های پایه نیست و شاید کسی که در حال دریافت خدمات از بخش خصوصی است، به اندازه کافی اطلاعات نداشته باشد که بداند بیمه پایه‌ای که عضوش است تا چه محدوده‌ای وارد خدمات و تعرفه‌ها را پوشش می‌دهد و بیمه تکمیلی در چه محدوده‌ای عمل می کند.

بیمه‌های تکمیلی باید خدماتی را که در تعهدات بیمه‌های پایه قرار ندارد را پوشش بدهند. در حال حاضر غیر از این مورد بیمه‌های تکمیلی مابه‌التفاوت تعرفه بخش خصوصی و دولتی را نیز پوشش می‌دهند. اگر بیمه‌های پایه از منابع پایداری از بخش‌های مختلف مانند یارانه‌ها، مالیات بر ارزش افزوده، مالیات بر صنایع آلاینده و مواد غذایی مضر و ... تامین شود می‌توانند به زیر پوشش قرار دادند مابه‌التفاوت تعرفه بخش خصوصی و دولتی اقدام کرده و بسته بزرگتری را ارایه کنند. همان طوری که در تعدادی از صندوق‌ها می‌بینیم که بیمه پایه و تکمیلی با هم ادغام شده‌اند، مثل صندوق بیمه بازنشسته‌ها که خیلی خوب خدمات می‌دهند و علاوه بر این که خدمات بیشتری می دهند می‌توانند از بخش خصوصی هم استفاده کنند.

■ آیا نمی‌شود چنین بسته خدماتی را برای همه مردم جامعه ایجاد کرد و به نوعی آن را گسترش داد؟

این شیوه کم‌کم در حال گسترش است ولی بیمه تکمیلی مباحث خاص خودش را دارد. چون بیمه تکمیلی به نوعی یک بیمه تجاری است و مانند بیمه پایه یک بخش حمایتی نیست بنابراین باید به سود و زیان هم نگاهی داشته باشد. بیمه تکمیلی از سوی یک شرکت خصوصی یا دولتی ارایه می‌شود پس باید از این راه منفعتی داشته‌باشد که بتواند تشکیلاتش را اداره و سود سهامدارانش را هم تامین کند. بگذریم از این که در حال حاضر تمام شرکت‌هایی که بیمه‌های تکمیلی سلامت را ارایه می‌دهند، همه زیان‌ده هستند و فقط چون بیمه‌های تکمیلی را همراه با دیگر بسته‌های بیمه‌ای مانند شخص ثالث، حوادث و آتش‌سوزی و مسافرتی و مانند اینها ارایه می کنند ممکن است به سوددهی می‌رسند. ولی همچنان ارایه صرف بیمه تکمیلی سلامت زیان‌ده است.

همچنین توجه داشته باشید که سیاست‌های شرکت‌های ارایه‌دهنده بیمه تکمیلی هم باید در چارچوب سیاست‌های نظام سلامت کشور قرار بگیرد. بسته خدمتی که بیمه تکمیلی که یه شرکت تجاری ارایه می‌دهد باید در چارچوب قوانین بخش سلامت کشور باشد. این شرکت نمی‌تواند خودش تعرفه‌گذاری کند یا با تعرفه‌هایی بالاتر از تعرفه‌های مصوب با یک مؤسسه قرارداد ببندد، و همچنین نمی‌تواند پوشش‌هایی را بپذیرد که نظام سلامت با آنها مغایرت دارد؛ بیمه تکمیلی نمی‌تواند برای خدماتی که مورد تایید وزارت بهداشت نیست پرداختی داشته باشد.

در حال حاضر دارویی را پوشش می‌دهیم که هر ویالش چندین میلیون تومان است و هر دوره‌اش ممکن است ۶۰ تا ۷۰ میلیون تومان در سال برای بیماری که بیمه ندارد هزینه داشته باشد. یا وسیله‌ای داریم به نام دی‌بی‌اس که در بیماران پارکینسونی تعبیه می‌شود و قیمتش حدود ۴۲ میلیون تومان است که بیمه پرداخت می‌کند

■بیمه‌های تکمیلی چه خدماتی را نمی‌توانند ارایه کنند؟

نمی‌خواهم راجع به جزییات این موضوع صحبت کنم. ولی بسیاری جاها ممکن است خدماتی را زیر پوشش قرار دهند که جنبه زیبایی یا آرایشی دارد. همچنین ممکن است قراردادهایی برای پرداخت تعرفه دستمزد عمل جراحی یا دستمزد پزشک ببندند که بالاتر از تعرفه مشخص شده باشد یا خدماتی را ارایه کنند که هنوز تعرفه‌گذاری نشده‌است. چرا که اگر بیمه تکمیلی خدمتی را که تازه وارد کشور شده‌است و تعرفه‌اش از سوی بخش دولتی مشخص نشده، پوشش دهد، ممکن است قراردادهای با تعرفه‌های بالا ببندند و پرداخت کنند که در نتیجه هنگامی که متولی امر می‌خواهد وارد عمل شود و تعرفه‌گذاری کند آن قدر مبالغ تعیین شده از پیش بالا بوده‌است که تعدیل آن سخت می‌شود. این روند در دراز مدت بر سلامت کشور تاثیرگذار است. از سوی دیگر این را هم در نظر بگیرید که چیزی حدود ۱۰ تا ۱۲ درصد منابع مالی سلامت کشور مربوط به بیمه‌های تکمیلی است. این مبلغی است که می‌تواند خیلی هم تاثیرگذار باشد. این عدد رقم سنگینی است و به طور حتم می‌تواند به شکل جدی تاثیرگذار باشد. بنابراین تاثیرگذاری این مبلغ کلان باید در چارچوب قوانین نظام سلامت کشور باشد. یعنی بیمه‌های تجاری هم باید سیاست‌گذاری‌هایشان توسط جایی مانند شورای عالی بیمه سیاست‌گذاری شوند. نظارت بر ارایه خدمات این بیمه‌ها نیز باید کمی تخصصی‌تر بشود و دستگاه‌ها تخصصی این حوزه مانند سازمان بیمه سلامت ایران وزارت بهداشت و شورای عالی بیمه، بر ارایه خدمت، تعرفه و حق سرانه این بیمه‌ها نیز نظارت داشته باشند.

■اگر قرار باشد همه کارهای بیمه‌های تکمیلی با هماهنگی بیمه‌های پایه باشد که شمول بیشتری دارند و کندتر کار می‌کنند، آیا سرعت خدمات‌رسانی بیمه‌های تکمیلی نیز پایین نمی‌آید؟

در برنامه پنجم توسعه مقرر شده‌است که صندوق‌های بیمه را تجمیع کردند و سازمان بیمه سلامت ایرانیان تشکیل شود، در اساسنامه این سازمان که سال ۱۳۹۱ به تصویب هیات وزیران هم رسیده است در بند «ی» ماده هفت از فصل دوم آمده است که نظارت بر ارایه خدمات بیمه تکمیلی سلامت و دریافت حق بیمه تکمیلی از شرح وظایف این سازمان است این کار تا پیش از این برنامه بر عهده بیمه مرکزی بوده‌است و اکنون هم بیمه مرکزی در حال انجامش است. در حالی که این وظیفه باید در بحث بیمه تکمیلی درمان به سازمان بیمه سلامت ایرانیان واگذار شود که اقداماتی نیز در این خصوص صورت گرفته‌است. یعنی شرکت‌های بیمه‌ای که می‌خواهند بیمه تکمیلی درمان یا سلامت ارایه بدهند باید یک سطح‌بندی را از سازمان بیمه سلامت بگیرند که دستورالعمل‌اش آماده شده است و به زودی ابلاغ خواهد شد. پس از دریافت این سطح‌بندی، کار آنها کارشناسی می‌شود و سپس نظارت بر ارایه خدمات یکی از ارکان سازمان بیمه سلامت خواهد شد.

■آیا این روش موجب محدودیت فعالیت بیمه‌های تکمیلی نمی‌شود؟

این محدودیت نیست. نظارت است. نظارت را اگر بخواهیم محدودیت معنی کنیم اشتباه است. این کار نظارت بر حسن انجام امور است.

■اما شما گفتید بر اساس این قوانین خدماتی مثل آلرژی یا اعمال زیبایی از شمول کارشان خارج می‌شود؟

بسته‌های بیمه تکمیلی به این شکل تعریف می‌شود؛ خدمتی که زیر پوشش تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر پایه نیست جزو پوشش بیمه‌های تکمیلی می‌شود. در مورد بحث تعرفه‌ها هم خدمتی که هنوز تعرفه مشخصی ندارد یا اختلاف تعرفه میان بخش خصوصی و دولتی هست را در حال حاضر پرداخت می‌شود. اما این که چگونه این موارد باید در چارچوب نظام سلامت قرار بگیرد یک جنبه‌اش این است کارها توسط مراکز تخصصی که در قوانین نیز به آن اشاره شده، نظارت شود.

■یعنی طبق قانون فاصله میان تعرفه خصوصی و دولتی نباید پوشش داده شود؟

ما نمی‌گوییم نباید این فاصله را پوشش بدهند. یکی از کارهایی که بیمه‌های تکمیلی تا امروز انجام داده‌اند پوشش اختلاف تعرفه میان بخش خصوصی و دولتی است. بیمه‌های پایه دارند تعرفه بخش دولتی را پرداخت می‌کنند، ما می‌گوییم که اگر می‌خواهیم امور اصلاح شود باید با تامین منابع لازم، سازمان‌های بیمه‌گر پایه هم وارد این فرایند شوند و این اختلاف تعرفه‌ها را هم تا حدودی پوشش دهند.

برای نمونه، تا همین چند سال پیش، بیمه‌های پایه ۲۰ درصد اختلاف بین تعرفه‌های پاراکلینیکی بخش

خصوصی را با دولتی پوشش می‌دادند. یعنی تعرفه بخش دولتی را می‌دادند به علاوه بیست درصد از ما به تفاوت تعرفه بخش دولتی و خصوصی پرداخت می‌کردند. حالا ما می‌گوییم باید منابع پایدار برای سازمان‌های بیمه سلامت در نظر گرفت تا بر این اساس فاصله تعرفه بخش خصوصی و دولتی را هم تا حدودی پوشش بدهند. تامین این منابع پایدار هم می‌تواند از محل دریافت مالیات بر کالاهای مضر یا صنایع آلاینده و مانند اینها باشد یا حتی می‌توان حق سرانه‌ها را بالاتر برد. البته همه این موارد نیاز به کار کارشناسی دارد و محاسباتی دارد و به شکل دستوری نمی‌شود انجامش داد. همچنین باید در نظر داشت این یک مسأله دو طرفه است و آگاهی افراد هم در آن نقش به‌سزایی دارد. به عنوان مثال ممکن است فردی به یکی از بیمارستان‌های دولتی که طرح تحول نظام سلامت در آن انجام می‌شود مراجعه کند و دارا بودن بیمه تکمیلی این فرد پنهان بماند؛ بنابراین به ناچار هزینه‌ها از طرح هدفمندی پرداخت می‌شود.

■ **چرا چنین اتفاقی می‌افتد؟**

چون اطلاعات بیمه‌شدگان بیمه‌های تکمیلی به‌صورت تجمیع شده در دسترس قرار نگرفته است. شرط این که بتوانیم نظارت مناسب داشته باشیم و فعالیت‌ها به شکل مطلوب انجام شود این است که اطلاعات لازم وجود داشته‌باشد و تجمیع اطلاعات بیمه شدگان نیز انجام شود. یعنی هنگامی که شخصی به یک مرکز درمانی مراجعه می‌کند متوجه شویم که این شخص بیمه پایه دارد، بیمه تکمیلی هم دارد. ولی چون در حال حاضر این اطلاعات تجمیعی وجود ندارد در بسیاری از موارد با مشکل روبه‌رو می‌شویم. کسی که بیمه تکمیلی دارد، باید بیمه تکمیلی او پرداخت از جیب او را بپذیرد. البته خیلی جاها این کار را می‌کند، ولی خیلی جاها هم چون مشخص نیست فرد بیمه تکمیلی دارد یا نه از منابعی که برای آن فرد تعریف نشده‌است، استفاده می‌شود. بنابراین برای این که منابع کنترل شود. باید تجمیع اطلاعات انجام شود. اما باید دید تجمیع کجا می‌تواند صورت بگیرد. یکی از جاهایی که می‌تواند این کار را انجام دهد سازمان بیمه سلامت ایرانیان است که در حال حاضر اطلاعات بیمه پایه مربوط به ۴۲ میلیون نفر را در اختیار دارد.

■ **اطلاعات مربوط به باقی بیمه‌شدگان در دست چه کسی است؟**

باقی افراد زیر پوشش بیمه‌های پایه دیگر مانند بیمه تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، کمیته امداد و... هستند و تعداد محدودی هم ممکن است هنوز شناسایی نشده باشند یا مراجعه نکرده‌باشند. سازمان بیمه سلامت از ابتدای اسمال طرح بیمه سلامت را در راستای زیر پوشش قرار داد تمام مردم جامعه پایه گذاشته است. این طرح بیمه رایگانی است و مردم می‌توانند و به راحتی بیمه شوند. همچنین تعدادی هم هستند که از طریق بانک‌ها و موسساتی که صندوق‌های بیمه خاص خودشان را دارند، بیمه می‌شوند. این صندوق‌ها معمولاً بیمه پایه و تکمیلی را با هم ارایه می‌کنند.

■ **آیا با توجه به آنچه گفتید خدمات پر هزینه و لوکس از پوشش بیمه خارج می‌شود؟**

نه اینگونه نیست. خدمات در بیمه پایه تعریف دارد. باید در آن عدالت رعایت شود گسترد‌گی‌اش به گونه‌ای باید باشد که به همه افراد جامعه خدمات‌رسانی کند و مبلغی را که می‌پردازد، هزینه اثربخش باشد.

■ **دقیقا می‌خواستم به همین مطلب اشاره کنم. درست است که پوشش این بیمه‌ها بسیار گسترده است و در حال حاضر ۸۰ تا ۹۰ درصد افراد جامعه را شامل می‌شوند اما به نظر می‌رسد هرچه هزینه بیماری بالاتر می‌رود پوشش بیمه پایین‌تر می‌آید؟**

نه من فکر نمی‌کنم این طور باشد. در سال ۹۳ در سازمان بیمه سلامت ایرانیان فرانشیز پرتودرمانی و فرانشیز خدمت شیمی‌درمانی صفر است یعنی اگر فردی برای این خدمات به بخش دولتی مراجعه کند هیچ هزینه‌ای برایش ندارد و اگر به بخش خصوصی هم مراجعه کند همان مبلغ تعرفه دولتی بدون فرانشیز از سوی بیمه پرداخت خواهد شد. از لحاظ گسترد‌گی دارو نیز تقریباً می‌شود گفت بیشتر داروهایی که در حال حاضر هست زیر پوشش بیمه پایه هستند مگر داروهایی که به شکل موردی و تک‌نسخه‌ای وارد کشور شده باشد یا خارج از فهرست رسمی دارویی کشور باشند. باقی داروها با فرانشیزهای مختلف زیر پوشش بیمه هستند، حالا تعدادی با فرانشیز ۱۰ درصد است و تعدادی با فرانشیز صفر است و تعدادی هم فرانشیزهای بیشتری دارند که به خاطر کمبود منابع موجود است البته روی این مسأله هم داریم کار می‌کنیم که فرانشیزها را باز هم کمتر کنیم. اما این طور نیست که بیماران سرطانی چون هزینه‌شان زیاد می‌شود، پوشش بیمه کم بشود. اتفاقاً در بیماران سرطانی پوشش افزایش می‌یابد. حتی در بیماران خاص و سخت درمان مانند سرطان، ام‌اس، دیالیزی،

هموفیلی، تالاسمی و پیوند کلیه و همچنین برای شیمی‌درمانی به دنبال کم کردن هزینه‌ها هستیم. اکنون پوشش هزینه‌ای که برای این نوع بیماری‌ها مخصوصاً در سال ۹۳ پرداخت می‌کنیم بسیار خوب است و خیلی از هزینه‌هایشان را تامین می‌کند در حالی که در سال‌های گذشته هر روز شاهد حضور چندین بیمار بودیم که می‌آمدند و می‌گفتند داروپشان در تعهد بیمه نیست. بیمار می‌خواست شیمی‌درمانی کند اما از عهده هزینه‌اش برنمی‌آمد ولی الان این مراجعات کم شده‌است. همچنین در سال ۹۳ داروهای بیماران پیوندی مانند قلب، ریه و کبد در بخش بستری در تعهد سازمان قرار گرفته‌است.

■ **یعنی الان داروهای گران قیمت هم زیر پوشش بیمه قرار گرفته‌است؟**

بله. در حال حاضر دارویی را پوشش می‌دهیم که هر ویالش چندین میلیون تومان است و هر دوره‌اش ممکن است ۶۰ تا ۷۰ میلیون تومان در سال برای بیماری که بیمه ندارد هزینه داشته‌باشد. یا وسیله‌ای داریم به نام دی‌بی‌اس که در بیماران پارکینسونی تعبیه می‌شود و قیمتش حدود ۴۲ میلیون تومان است که بیمه پرداخت می‌کند. اصلاً این طور نیست که اگر مبلغ برود بالا ما پوشش را پایین بیاوریم. یکی از سیاست‌های سازمان‌های بیمه‌گر پایه کاهش پرداخت از جیب بیمار برای بیماران خاص، سرطانی یا سخت درمان و تحت پوشش قراردادن موارد اورژانس است. این موارد واقعاً اولویت دارد و به مرگ و زندگی بیمار باز می‌گردد. این موارد اصلاً جزو مبانی اولیه سازمان‌های بیمه‌گر پایه است، ولی این را هم باید در نظر بگیرید که هر روز یک داروی جدید وارد کشور می‌شود و باید مراحل ثبت این داروی جدید در کشور انجام شود. یعنی ابتدا باید دارو وارد شود و تاییدیه‌های مراجع مربوطه را در کشور دریافت کند. ممکن است یک دارویی وارد کشور شده باشد ولی هنوز تاییدیه مراجع مربوطه را نگرفته باشد، خب در آن دفتر ثبت خاص قطعاً دادن این دارو خیلی معقول نیست چرا که تاییدیه داده نشده است که نشان دهد این دارو موثر است یا نسبت به داروی دیگر برتری دارد. البته این داروها تعدادشان بسیار کم است و بیشتر به شکل تک نسخه‌ای هستند.

■ **داروهای جدیدی که وارد کشور می‌شود و می‌تواند در طول عمر بیمار یا در موارد اورژانس موثر باشد چقدر طول می‌کشد تا مراحل ثبت و تایید را بگذرانند و زیر پوشش بیمه قرار بگیرند؟**

البته قسمت اصلی این امور مربوط می‌شود به وزارت بهداشت و سازمان غذا و دارو ولی وقتی داروی جدیدی می‌خواهد وارد کشور شود یا یک شرکت آن معرفی می‌کند یا انجمن تخصصی درخواست می‌کند که دارویی وارد فهرست دارویی رسمی کشور شود. این که چقدر طول می‌کشد تا این دارو تایید شود و زیر پوشش بیمه قرار بگیرد کاملاً بستگی به این دارد که این انجمن یا شرکت چقدر سریع‌تر بتواند مستنداتشان را ارایه کنند. البته این مسأله در شرح وظایف سازمان غذا و دارو است. اما به هر حال الان شورای تدوین فهرست دارویی کشور نسبت به گذشته علمی‌تر و اقتصادی‌تر به مسأله نگاه می‌کند و تمام محاسبات اقتصاد دارویی را روی داروی جدیدی که به بازار عرضه می‌شود، انجام می‌دهد. بر اساس مستنداتی که باید شرکت تولیدکننده ارایه کند، شورای تدوین فهرست دارویی کشور بررسی می‌کند که آیا داروی جدید در کشورهای پیشرفته هم استفاده می‌شود، آیا آن اثری را که مدعی هستند دارد، آیا نسبت به داروهایی که در داخل کشور تولید می‌شوند برتری دارد؟ آیا وقتی دارو وارد کشور می‌شود قیمتش پایین‌تر خواهد آمد، دانش فنی تولید دارو بعد از چند سال به کشور منتقل خواهد شد، آیا راهنمای بالینی دارد و مانند اینها همه مواردی هستند که مورد بررسی قرار می‌گیرند. پس اگر دارویی پشت خط می‌ماند شاید به دلیل این است که مدارکش کامل نیست و مراحل آن طی نشده‌است. بعد از این که دارو در شورای تطبیق تایید شد و وارد کشور شد، باید درخواست پوشش بیمه از طریق همان شرکتی که آن را وارد کرده‌است یا به تولید داخلی رسانده، ثبت و به دبیرخانه شورای عالی بیمه ارایه شود. آن جا هم مدارک و فرم‌های مخصوصی است که باید پر شود و بعد از بررسی تایید شود چرا که ممکن است داروی معرفی شده اثرش همان اثر داروی قبلی باشد با قیمت بالاتر. یا برعکس داروی جدید اثرش مانند داروی قبلی باشد ولی با قیمت کمتر. همه جوانب باید بررسی شود و پس از آن شورای تدوین داروی سازمان‌های بیمه‌گر که در ذیل شورای عالی بیمه کشور تعریف شده‌است در کمترین زمان ممکن پوشش داروی جدید را توسط بیمه در شورای عالی بیمه را جهت تصمیم‌گیری نهایی ارایه می‌کند. علاوه بر این که از ۶ ماه دوم سال ۹۲ تا کنون تفاهم‌نامه‌ای میان وزارت تعاون، وزارت بهداشت و سازمان غذا و دارو و سازمان‌های بیمه‌گر پایه برای تامین یارانه دارو امضا شده‌است. بر اساس

این تفاهم‌نامه هزینه یک سری داروها که در تعهد مالی بیمه‌های پایه نبودند توسط سازمان غذا و دارو پرداخت می‌شود تا توسط بیمه‌ها پوشش داده شود. به این ترتیب در واقع این داروها زیر پوشش بیمه نیستند و فقط یارانه‌ای که پیش از این وزارت بهداشت می‌خواسته به واردکننده یا تولیدکننده دارو بدهد به سازمان‌های بیمه‌گر پایه پرداخت می‌کند. به همین دلیل در حال حاضر بیشتر داروهای بیماری‌های سخت درمان زیر پوشش قرار می‌گیرند مگر موارد خیلی خاص که آن هم دلایل کارشناسی داشته است. هر چند هفته یک بار هم این فهرست بازبینی می‌شود در نتیجه این فهرست دائم در حال کم و زیاد شدن است. اما در حال حاضر بیماران خاص از لحاظ داروی تخصصی و ژنریک مشکل جدی ندارند و هزینه‌هایشان امسال خیلی افزایش نداشته‌است و پرداختی‌شان به صفر رسیده‌است. در مورد لوازم مصرفی پزشکی هم پوشش‌های خوبی ایجاد شده است به عنوان برخی از بیماران سرطانی وسیله‌ای به نام پورت شیمی‌درمانی در بدن کار گذاشته می‌شود بین ۳۰۰ تا ۷۰۰ هزار تومان قیمت دارد اما اکنون تحت پوشش بیمه است در حالی که پیش از این نبوده‌است.

■ بزرگ‌ترین مشکلی که موجب می‌شود بیمه‌ها نتوانند آنچنان که باید به وظایفشان و اهدافی که برایشان در نظر گرفته شده بپردازند، چیست؟

در این زمینه چند مطلب را باید بررسی کرد؛ یکی موضوع این است که بیمه‌های پایه طبق قانون برنامه پنجم توسعه باید در سازمان بیمه سلامت تجمیع می‌شدند ولی این امر تاکنون اتفاق نیفتاد. البته اکنون سیاست‌های بیمه‌های پایه یکسان‌سازی می‌شود. یعنی باید ارایه خدمات آنها چه در زمینه سیاست‌گذاری، چه ضوابط و چه بسته خدماتی یکسان شود. همچنین باید منابع پایدار برایشان تعریف شود. حالا شاید منابعی مانند طرح هدفمندی یارانه‌ها منبع حمایتی خوبی باشد اما منبع پایداری نیست چرا که کمک‌های حمایتی یک سال در برنامه بودجه قرار می‌گیرد و سال دیگر ممکن است نباشد. این منابع حمایتی تنها برای یک بازه زمانی کوتاه مفید هستند؛ بنابراین باید ابتدا برای بیمه‌ها منابع پایداری مانند مالیات‌ها یا حق سرانه واقعی‌تر دیده شود که البته اکنون نیز سیاست‌های کلان دارد به سمت تعریف منابع پایدار برای بیمه‌ها می‌رود.

■ چرا تجمیع بیمه‌ها انجام نشد؟

به هر حال کاری که قرار است در سطح کلان انجام شود زمان‌بر است. کشور ما ۸۰ میلیون تن جمعیت دارد که توسط چندین صندوق بیمه پوشش داده می‌شوند. تجمیع کردن همه این صندوق‌ها با منابع مختلف زمان‌بر است. تجمیع تمام این‌ها آن هم در این وسعت کلان قطعاً زمان زیادی نیاز دارد. شاید انجام این کار در یک کشور با ۷ یا ۸ میلیون جمعیت سریع انجام شود ولی در کشوری مثل ما با ۸۰ میلیون جمعیت و حدود ۲۸ صندوق مختلف بیمه‌ای زمان‌بر خواهد بود.

■ گفتید به دلیل همین مسأله زمان‌بر بودن مراحل تجمیع، در حال همگام کردن سیاست‌گذاری بیمه‌های مختلف هستید. در این زمینه بیشتر توضیح بدهید؟

یکی از گام‌های تجمیع این است که سیاست‌ها یکی شود. یکی دیگرش هم این است که بسته‌های خدمتی یکسان‌سازی شوند. گام بعدی هم این است که ضوابط یکسان‌سازی شود. البته وقتی سیاست‌ها یکی می‌شود به هر حال زیر مجموعه‌اش که بسته خدمتی و ضوابط است، نیز یکی می‌شوند. الان به شدت در پی این هستند که این اتفاق زودتر بیافتد و دائم جلساتی در این زمینه در گروه‌های مختلفی مانند دارو، تجهیزات پزشکی، بخش بستری، پرتو پزشکی و ... در حال برگزاری است تا بسته خدمتی و ضوابط را یکی کنند. همچنین تجمیع بانک‌های اطلاعاتی نیز باید انجام شود. بانک اطلاعاتی تامین اجتماعی و بانک اطلاعاتی بیمه سلامت ایرانیان که دو قطب اصلی بیمه‌شدگان کشور را شامل می‌شود و بیش از ۹۰ درصد جمعیت کشور را پوشش می‌دهند، باید با هم تجمیع شود که البته این کار هم زمان‌بر است. البته بسته خدماتی این دو صندوق بیمه تا حدودی یکی شده‌است و تنها معدودی مغایرت وجود دارد که باید به مرور حل شود.

■ این مشکلات را قرار است چگونه حل کنید؟ هر بیمه‌ای یک سری خدمات دارد که آن یکی بیمه آنها را ارایه نمی‌کند. آیا این تجمیع به این سمت است که این خدمات از بسته تجمیع شده کم شود یا به آن افزوده شود. یعنی بیمه‌ای که تا به حال خدمتی را ارایه می‌کرده‌است که آن یکی بیمه زیر پوشش خود نداشته از ارایه آن منع می‌شود یا بیمه مقابل موظف به ارایه آن خدمت می‌شود؟

سیاست و رویکرد به این شکل است که بسته‌های خدمتی بیمه پایه چهار بیمه‌گر اصلی سازمان بیمه سلامت، تامین اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی و

کشور ما ۸۰ میلیون تن جمعیت دارد که توسط چندین صندوق بیمه پوشش داده می‌شوند. تجمیع کردن همه این صندوق‌ها با منابع مختلف زمان‌بر است. تجمیع تمام این‌ها آن هم در این وسعت کلان قطعاً زمان زیادی نیاز دارد. شاید انجام این کار در یک کشور با ۷ یا ۸ میلیون جمعیت سریع انجام شود ولی در کشوری مثل ما با ۸۰ میلیون جمعیت و حدود ۲۸ صندوق مختلف بیمه‌ای زمان‌بر خواهد بود

نیروهای مسلح بسته خدمتی‌شان را می‌گذارند روی میز تا بررسی شود و این چهار بسته با هم تجمیع شود. مبنا نیز بر بیشترین خدمتی است که ارایه می‌شود یعنی ممکن است سازمان بیمه سلامت یک خدمتی را ارایه نمی‌کرده‌است. اما الان تامین اجتماعی یا یکی دیگر از سازمان‌ها آن را ارایه می‌کند. این خدمت به بسته نهایی افزوده می‌شود، یا برعکس اگر خدمتی را سازمان بیمه سلامت ارایه می‌کرده‌است ولی تامین اجتماعی یا بیمه‌گر دیگری ارایه نمی‌کرده‌است به بسته خدماتی افزوده می‌شود. در واقع اصل بر تجمیع به سمت افزایش است و نه کاهش. بعد مسأله قیمت‌ها پیش می‌آید. در بسیاری از سرفصل‌ها مانند سرفصل‌های پاراکلینیکی قیمت‌ها یکی است، یک مقدار اختلاف در سرفصل‌های دارو، لوازم و تجهیزات پزشکی هست که تطبیق آن کار کارشناسی می‌خواهد. باید بررسی کرد که چرا قیمت این قلم بالاتر یا پایین‌تر است. باید بررسی شود که آیا این کالا قیمت در کل کشور این است یا فقط در یک استان خاص به این شکل است و بنابراین نمی‌تواند مبنای کل کشور قرار بگیرد، همه این موارد مسایلی است که باید بررسی شود؛ بنابراین شاید زمان تجمیع را طولانی‌تر کند.

■ **به این ترتیب و با توجه به تجمیع، یک سری خدمات جدید به فهرست بیمه‌ها افزوده می‌شود که هزینه‌های جدیدی را نیز به وجود می‌آورد. این هزینه‌ها به چه شکلی تامین خواهد شد؟ آیا بیمه‌ها با توجه به افزایش خدمات‌شان با کمبود بودجه مواجه نمی‌شوند؟**

کمبود بودجه یکی از مشکلات اساسی سازمان‌های بیمه‌گر پایه است و همیشه هم با آن درگیر بوده‌ایم. همیشه سعی کرده‌ایم منابع جدیدی را تامین کنیم در برخی خدمات جدید می‌شود با کنترل ارایه خدمات یا جایگزین کردن خدمات یا جا به جا کردن منابع کمبودها تامین شود. به این ترتیب منابع خاصی لازم نیست و برخی اوقات هم منابع بیشتری لازم است. به هر حال در مرحله بعدی کار وقتی در شورای عالی بیمه مطرح می‌شود منابع آن هم دیده می‌شود. ولی در بیشتر موارد با کنترل و جلوگیری از تجویزهای غیرضروری که در ایران هم زیاد است، می‌توان این منابع را تامین کرد.

■ **چگونه می‌خواهید جلوی این تجویزهای غیرضروری را بگیرید؟**

نظارت‌ها باید قوی‌تر، هوشمندانه‌تر و کامل‌تر شود. به همین دلیل همین طور دارد فرایندهای‌مان الکترونیکی و مبتنی بر سامانه می‌شود و هر چه فرایندها بیشتر مبتنی بر سامانه شود تجویزها هم منطقی‌تر و در چارچوب‌تر و قابل رهگیری‌تر می‌شود. در سازمان بیمه سلامت ایران یک سامانه اعلام نرخ داروی جدید طراحی شده‌است. این سامانه جدید به پردازشگرها در استان‌ها وصل می‌شود و در نتیجه قیمت‌ها دقیقاً هم‌زمان به روز می‌شود و اختلاف و کسورات به وجود نمی‌آید. از این بابت ما سامانه تایید نسخ داریم تا داروهایی که دارای شرایط خاص خرید هستند، هم از نظر قیمت و هم از نظر بررسی برخی مجوزها، بررسی و تایید شوند تا اگر تخلفی صورت گرفته باشد یا تجویز بی‌موردی باشد تایید و پرداخت نشود. به همین دلیل همه کارها در حال مکانیزه شدن هستند و وقتی فرایند مکانیزه شود به یک نوع شیوه‌نامه تبدیل می‌شود. به این ترتیب منابعی که تاکنون به دلیل دستی بودن روش در نظام سلامت هدر رفته می‌رفته است به دلیل مکانیزه شدن مشخص می‌شود که این روش امنیت کار را هم بالاتر می‌برد. ولی در نهایت ما احتیاج به راهنماهای بالینی مصوب داریم که روی این سامانه‌ها قرار گیرد.

■ **این صحبتی که کردید بیشتر مربوط به داروهای نسخه‌های خاص است که نیاز به تایید دارد. ولی یکی از مشکلاتی که در بحث دارویی داریم خیلی عام‌تر است. مثلاً یکی از داروهایی که در ایران به وفور استفاده می‌شود و تجویزش بیش از اندازه و غیر لازم است، آنتی‌بیوتیک‌ها هستند. درباره این‌گونه داروها و موارد چه برنامه‌ای دارید؟**

به مورد خوبی اشاره کردید. ما از ابتدای سال جاری چند کارگروه برای تجویز منطقی دارو با همکاری سازمان غذا و دارو، معاونت درمان وزارت بهداشت، معاون بهداشتی وزارت بهداشت، سازمان تامین اجتماعی و استادان دانشگاه‌ها تشکیل داده‌ایم. در حال حاضر نیز کارگروه‌های مختلفی در این زمینه در حال تشکیل است. همچنین داریم کارهایی در مورد سرفصل‌های مختلفی که برای آموزش در سطح مدارس، آموزش در سطح دانشگاه‌ها، آموزش در سطح جراید و رسانه‌های کثیرالانتشار کشور انجام می‌دهیم. از طریق استفاده از همین سامانه‌ای که داریم، ایجاد شیوه‌نامه‌ها، آموزش پزشکان و داروخانه‌ها کارهایی برای ترویج تجویز منطقی دارو انجام می‌دهیم. البته این کارها سالیان سال است که انجام می‌شود ولی اکنون در حال گسترش و کامل‌تر شدن است تا برای هر پزشک در هر بازه زمانی حالا ماهانه فصلی یا شش ماهه کارنامه تجویز

در سازمان بیمه سلامت ایران یک سامانه اعلام نرخ داروی جدید طراحی شده‌است. این سامانه جدید به پردازشگرها در استان‌ها وصل می‌شود و در نتیجه قیمت‌ها دقیقاً همزمان به روز می‌شود و اختلاف و کسورات به وجود نمی‌آید. از این بابت ما سامانه تایید نسخ داریم تا داروهایی که دارای شرایط خاص خرید هستند، هم از نظر قیمت و هم از نظر بررسی برخی مجوزها، بررسی و تایید شوند تا اگر تخلفی صورت گرفته باشد یا تجویز بی‌موردی باشد تایید و پرداخت نشود

فرستاده شود. به این شکل که به پزشک اعلام می‌شود که در این بازه زمانی چقدر دارو تجویز کرده‌است و از این تعداد چند قلم آنتی بیوتیک بوده‌است و مانند این. حتی داریم به سمتی می‌رویم که مصرف دارو در دامپزشکی را هم کنترل کنیم. چون آنتی‌بیوتیک‌ها داروهای بین نسلی هستند. یعنی مقاومت دارویی از یک نسل به نسل بعدی منتقل می‌شود. یعنی اگر الان یک آنتی‌بیوتیک مقاوم بشود قطعاً به نسل بعد هم منقل می‌شود. به همین دلیل برای برخی از تجویزها در یک کمیته کشوری تجویز منطقی دارو برنامه‌ریزی‌های خوبی انجام می‌شود تا تجویزهای منطقی شود. اما باتوجه به این که این کار پرهزینه است در سطح دنیا هم روی آنتی‌بیوتیک‌های جدید سرمایه گذاری نمی‌شود. به همین دلیل برای برخی از تجویزها در این کمیته کشوری تجویز منطقی دارو برنامه‌ریزی‌های خوبی انجام می‌شود تا این تجویزها محدود شود.

■ **این کارنامه چه تاثیری روی کار پزشک دارد و به بیان دیگر ضمانت اجرایی آن چیست؟**

این یکی از کارهایی است که در حال انجام آن هستیم. علاوه بر این که پزشک به این طریق دستش می‌آید که در این بازه زمانی چقدر دارو تجویز کرده‌است و معمول پزشکان همرده او در آن استان، منطقه یا کشور چقدر است. به این ترتیب این مقایسه‌ها باعث خودکنترلی برای این تجویزها می‌شود.

■ **یکی از مسایلی که این جا پیش می‌آید امکان مقاومت خانواده‌ها در برابر این طرح است که درخواست دارو یا آنتی‌بیوتیک داشته باشند و این روی تجویز پزشک موثر است برای کنترل این بخش چه برنامه‌ای دارید؟**

ما چند جانبه وارد عمل می‌شویم. در برنامه‌های بازآموزی پزشکان اطلاع‌رسانی‌ها را انجام می‌دهیم. سپس خانواده‌ها را از طریق مدارس و صداوسیما و رسانه‌های جمعی دیگر آگاه می‌کنیم که آنتی‌بیوتیک بی‌رویه یا بدون تجویز پزشک چه تاثیری دارد. قوانینی هم می‌گذاریم تا پزشک هم کنترل شود و به خاطر خواسته‌های بیمار دارو تجویز نکند و برای تجویزهایش پاسخگو باشد.

■ **این پاسخگویی به چه شیوه‌ای خواهد بود؟**

این موضوع چند گزینه‌ای است و جاهای مختلفی رویش کار می‌کنند. نظام پزشکی در این مورد دخالت می‌کند ولی آنچه تحت کنترل ما هست این است که ما هم در ادارات استانی خودمان در حال بررسی هستیم تا کسانی را که کارنامه‌شان تجویز بیش از اندازه معمول منطقه جغرافیایی (چون یک اندازه استاندارد کلی نداریم) نشان می‌دهد شناسایی کنیم. سپس آنهایی را که ارقام کارنامه‌شان یک مقدار تفاوت معنی‌دارتری دارد دعوت می‌شوند و در کمیته‌های علمی و تخصصی با آنها صحبت می‌شود. البته فعلاً این جلسات بیشتر جنبه مشورتی و اطلاع‌رسانی دارد ولی به تدریج این روش‌ها عملی‌تر خواهد شد و انسجام بیشتری خواهد یافت. البته این آموزش‌ها در موارد دیگر هم ادامه دارد و باید دقت داشته‌باشیم که به صورتی باشد که بیمار هم نترسد و اگر لازم است دارویی را استفاده کند از آن بهره ببرد. در حال حاضر هم یک سری سی‌دی‌ها و نماهنگ‌ها برای آموزش قشرهای مختلف مانند مادران، دانش‌آموزان، پزشکان و داروسازان و ... آماده شده‌است و فکر می‌کنم در حال آماده شدن برای توزیع است.

■ **آیا بیمه‌ها در بحث پیشگیری هم نقشی ایفا می‌کنند یا تنها به درمان می‌پردازند؟**

فکر می‌کنم علاوه بر تمام مسایلی که گفته شد یکی دیگر از مطالبی که در بحث بیمه‌های پایه باید به آن توجه کرد این است که باید بیمه‌ها از درمان‌نگری به سلامت‌نگری تغییر مسیر دهند. در برنامه پنجم توسعه هم بر این اصل تاکید شد و تشکیل سازمان بیمه سلامت هم با توجه به این اصل بود. در حال حاضر نیز بیمه سلامت روی مباحث غربالگری و پیشگیرانه کارهای زیادی انجام می‌دهیم و پیگیرش هستیم. تعداد آزمایش‌های غربالگری که تحت پوشش سازمان‌های بیمه پایه نبود افزوده شده‌است و تعدادی دیگر هم در ماه‌های آینده به این مبحث افزوده می‌شود.

■ **این موارد شامل چه چیزهایی می‌شود؟**

یعنی تاکنون آزمایشی که برای غربالگری یک بیماری است و مشخص می‌کند آیا کسی ریسک ابتلا به یک بیماری را دارد یا نه، تحت پوشش بیمه نبود. ولی دارد رویش کار می‌شود که تعدای از این آزمایش‌ها که خیلی هم ضرورت دارد زیر پوشش سازمان‌های بیمه‌گر قرار بگیرد. البته غربالگری تعدادی از بیماری‌های مانند تالاسمی و هموفیلی هم اکنون زیر پوشش بیمه است. البته این شیوه در حال گسترش به باقی موارد است و غربالگری بیماری‌های مختلف مرحله به مرحله وارد سیستم بیمه می‌شود چرا که باید به تامین منابع بودجه هم توجه شود. البته این را هم باید در نظر گرفت که استفاده از این غربالگری‌ها در آینده به کاهش هزینه‌های بیمه کمک می‌کند. ■

دکتر ابراهیم‌هاشمی مدیرعامل پخش فردوس و از مدیران پیشین سازمان تأمین اجتماعی

بیمه نیازمند یک اقدام انقلابی است

براساس برنامه چهارم توسعه باید سیستم بیمه در ایران چنان پیشرفت می‌کرد که سهم مردم از هزینه‌های درمان به ۳۰ درصد کاهش و سهم بیمه‌ها به ۷۰ درصد افزایش می‌یافت. اتفاقی که نیفتاد و حتی وارونه شد، تا جایی که دست‌کم ۷۰ درصد از هزینه‌های درمان از جیب مردم پرداخت می‌شد. طرح تحول نظام سلامت به نوعی برنامه‌ای بود تا این عقب‌افتادگی از سیاست‌های کلان را جبران کند. اما چرا چنین نشد و چرا صنعت بیمه‌های درمانی در ایران نتوانسته‌اند از پس وظایف خود برآیند و چه چالش‌هایی این صنعت را با مشکل روبه‌رو کرده‌است؟

ابراهیم‌هاشمی، مدیرعامل شرکت پخش فرآورده‌های دارویی به واسطه سابقه و تجربه‌ای که در سازمان تامین اجتماعی دارد، معتقد است که بیشترین مشکلاتی که بیمه درمانی را در ایران با مشکل مواجه کرده‌است زیرساخت‌هایی است که برای این کار آماده نشده‌بوده‌اند و اکنون نیز اگر قرار است گره‌ای از کار بیمه‌هایی گشوده شود پیش از هرچیز باید فکری به حال این زیرساخت‌ها بشود.

به گفته او نخستین کاری که در بخش بیمه (هر نوع بیمه‌ای) باید انجام شود شناسایی بیمه‌شده است. دومین کار سطح‌بندی خدمات بیمه؛ و سومین کار این است که بر اساس سطح‌بندی انجام شده باید بودجه یا ورودی و خروجی یا پرداخت‌ها مشخص شوند. در نهایت نیز باید نظارت شود تا کار با کیفیت درست ارایه شود. یعنی روند درست کار این است که بعد از سیاست‌گذاری‌ها، عقد قراردادها انجام شود، بعد نظارت شود که خدمات درست انجام شود و پول‌ها درست و به جا هزینه شوند.

وقتی درآمد اصلی نفت است نباید ایرانی بدون بیمه داشته باشیم

هاشمی با نگاهی اجمالی به تاریخ بیمه‌های درمانی در ایران می‌گوید: «واقعیت امر این است که در کشور ما سیاست‌گذاری ساختار بیمه از همان ابتدا با اشتباه همراه بوده‌است.» اگر نگاهی به گذشته بیندازید، می‌بینند که ابتدا بیمه تامین اجتماعی ایجاد شده، بعد از آن بیمه کارکنان دولت ایجاد شده‌است. حوزه درمان سازمان تامین اجتماعی در یک مقطعی آمده‌است خودش درمانگاه راه‌اندازی کرده‌است و بعد در یک دوره دیگر کل درمان را واگذار کرده به اداره‌های بهداری و وزارت بهداشت. در این مقطع هم سازمان تامین اجتماعی دیگر هیچ کاری به مجموعه نداشته و همه کارها رفته در دل خدمات درمانی انجام شده‌است. آنجا هم از این جیب به آن جیب بوده و برنامه‌ریزی برای هزینه‌های درمان انجام نشده‌است. تا سال ۶۲ که بر اساس قانون الزام، دوباره تامین اجتماعی ایجاد شده‌است: «در حال حاضر ساختاری که برای بیمه‌های درمانی نوشته شده‌است نه فقط به یک بازنگری که نیاز به یک مهندسی مجدد دارد.»

او معتقد است همه ایرانیان باید از همان لحظه تولد بیمه درمانی داشته باشند. چرا که ما بالای ۵۰ درصد درآمد کشور ما از نفت است. حدود ۲۰ درصد درآمدها هم از طریق مالیات پوشش داده می‌شود. یعنی ۷۰ درصد درآمدهای کشور از محل درآمدهای عمومی است؛ بنابراین هنگامی که صاحب اصلی بخش عمده درآمدهای کشور که عمومی است مردم هستند، پس ما نمی‌توانیم ایرانی بدون بیمه داشته باشیم، نمی‌توانیم کسی را داشته باشیم که

اگر تعرفه‌ها را درست تعیین نکنیم خیلی زود دچار مشکلات جدید می‌شویم. برای نمونه در کتاب تعرفه قدیمی، تعرفه یک عمل جراحی برداشت لوزه K۲/۵ بود. یعنی اگر K را ۲۰ هزار تومان در نظر بگیرید K۲/۵ می‌شود ۵۰ هزار تومان برای یک عمل جراحی. البته این را هم در نظر بگیرید که ۶۰ درصد از مبلغ را نیز شش ماه دیگر به دکتر پرداخت می‌کنند که می‌شود ۳۰ هزار تومان که البته مالیات و چیزهای دیگر هم از این مبلغ کسر می‌شود

سطح اول خدمات درمانی را دریافت نکند، در حالی که ما شاهدیم این اشتباه در کشور ما رخ داده‌است. در کشورهای پیشرفته دنیا هر فردی که دنیا می‌آید از روز اول بیمه سلامت را در اختیار دارد بدون اینکه چیزی بابتش پرداخت کند. همین قدر که آن فرد یک آلمانی یا یک اتریشی است کافی است تا تحت پوشش بیمه درمانی کشورش قرار گیرد.

به گفته‌هاشمی تمام جوامعی که در این مباحث روی عدالت و برابری کار می‌کنند، چه در کشورهایی که جمع‌بندی هزینه‌ها بر اساس مالیات انجام می‌شود و چه در کشورهایی که جمع‌بندی این هزینه‌ها بر اساس درآمد از نفت و مالیات است (و بیشتر هم نفت است) نیت باید این باشد که همه افراد یک جامعه بتوانند به طور عادلانه از خدمات سطح اولیه درمانی استفاده کنند. اما مشکلی که در ایران داریم این است که ما در این کشور چند صدایی داریم. یکی بیمه تامین اجتماعی است؛ یکی بیمه خدمات درمانی است؛ یکی بیمه نیروهای مسلح است؛ یکی بیمه کمیته امداد است؛ یکی بیمه بانک‌ها است، یکی بیمه وزارت نفت است؛ یکی بیمه صنایع است و هر کدام هم برای خود قوانینی دارند. این شرایط بازار آشفته‌ای را ایجاد کرده که عملاً توان سیاستگذاری را سلب کرده‌است: «درست است که ما شورای عالی بیمه داریم، اما واقعیت این است که ما هنوز به شرایط ایده‌آل نرسیده‌ایم و با این ساختار هم نمی‌رسیم. تنها راه این است که بیمه باید یک بیمه واحد باشد.»

چرا بیمه‌ها یکپارچه نمی‌شوند؟

یکپارچگی بیمه‌ها شعاری است که چند سالی است می‌شنویم بی‌آنکه در عمل تحرک جدی در این زمینه ببینیم. اما چرا یکپارچه نمی‌شوند؟ مشکل کجا است؟ مدیرعامل پخش فردوس می‌گوید مباحث مختلفی در این زمینه وجود دارد که باید یک به یک بررسی شوند. او معتقد است یکی از مشکلات از آنجا نشات می‌گیرد که به عنوان مثال می‌خواهند بیمه تامین اجتماعی را در دل بیمه سلامت ایرانیان جای دهند در حالی که در عمل حوزه سلامت و درمان سازمان تامین اجتماعی بزرگ‌تر از بیمه سلامت ایرانیان است. چرا؟ چون خدماتی که توسط بیمه سلامت ایرانیان در سطح روستاییان داده می‌شود بسیار سطح پایین است و تنها با توجه به تعدادی که عضو کرده‌است موجب شکل گیری یک عدد بزرگ شده‌است، تحت این عنوان که بیمه سلامت بیشترین تعداد بیمه‌شدگان را نسبت به بقیه بیمه‌ها دارد. اما از نظر عملیاتی و عملکردی این بیمه کوچک‌تر است: «بنابراین نمی‌شود بیمه‌ای مانند تامین اجتماعی را که از بعد سازمانی بزرگ‌تر است در دل سازمان کوچکتری مانند سلامت ایرانیان جا داد.»

هاشمی می‌افزاید: «از سوی دیگر عملاً یکی دیگر از مشکلاتی که وجود دارد این است که مثلاً در تامین اجتماعی، بیمه‌شده واقعی، هزینه‌ای را پرداخت می‌کند ولی از آن سو نیز بخشی از هزینه‌ها توسط دولت پرداخت می‌شود. در این جا مباحث شرعی را عنوان می‌کنند (که از نظر من جایگاهی ندارد) مثل این‌که آن پولی که در مجمع تامین اجتماعی هست حق‌الناس است، ولی آنچه این جا قرار دارد حق‌العام است. در حالی که در اصل فرقی نمی‌کند چون همه در همه چیز شریک هستند. اما پیش کشیدن این مباحث موجب شده جلوی پیشرفت کشور در این حوزه را بگیرند.» به باور او اگر مشکلاتی اینچنین را کنار بگذاریم و این صندوق‌ها را با هم ادغام کنیم اتفاقی که می‌افتد کاملاً به نفع بیمه‌ها و مردم است. چرا؟ چون در حال حاضر تامین اجتماعی یک دفتر اسناد پزشکی دارد، خدمات درمانی هم یک دفتر اسناد پزشکی دارد، آن یکی بیمه هم همچنین. خب اگر تمام این‌ها ادغام شوند کلی در هزینه‌ها صرفه‌جویی می‌شود و پولش به سازمان برمی‌گردد و به سرویس و خدمات برای مردم تبدیل می‌شود. «اما مشکل این جا است که کسی نگاه کلان به ماجرا ندارد و هر کس فقط قدرت خودش را می‌بیند و می‌خواهد امپراطوری خودش پا برجا بماند و هر کدام فکر می‌کنند که آنها بیمه اصلی هستند.»

بیمه نیازمند یک اقدام انقلابی است

هاشمی با یادآوری ادغام وزارت جنگ و وزارت سپاه و تبدیل آن به وزارتخانه یکپارچه‌ای به نام دفاع عنوان می‌کند: «یک ادغام انقلابی هم باید در حوزه بیمه انجام شود تا هر فردی که به اسم ایرانی چشمش را باز کرد شامل بیمه شود.» در این صورت دیگر تقلبی وجود ندارد و دفترچه‌ای هم نیاز نیست، باشد. ساختارها به راحتی قابلیت هوشمندسازی خواهند داشت. دیگر این طور نیست که یکی بیمه باشد یکی نباشد. یک بیمه فلان خدمات را پوشش دهد آن یکی بیمه پوشش ندهد. در حال حاضر بیمه‌ها مجبورند تعداد زیادی آدم بگذارند برای نظارت تا جلوی سوءاستفاده‌ها را بگیرند، در حالی که اگر ادغام انجام شود دیگر به چنین نظارت‌هایی هم نیاز نیست. به این ترتیب شأن انسانی و کرامت مردم ما حفظ می‌شود و هر ایرانی به یک

آسایش ذاتی در حوزه سلامت و بیمه درمانی می‌رسد. او می‌گوید: «لازم است یک بیمه درست را به عنوان بیمه پایه تعریف کنیم. سطوح بعدی خدمات را نیز باید در بیمه‌های تکمیلی و بیمه‌های مازاد تعریف کرد تا هر کس بر اساس سطح درآمدش بتواند آن‌ها را خریداری کند. اگر این کار انجام شود بزرگ‌ترین قدم در جهت رفاه مردم برداشته شده‌است». از آن سو بیمه‌های مستمری و دریافت حقوق بازنشستگی متنوع که یک حداقل پوششی ثابت در آنها تعیین شده، نیز باید در جای خود وجود داشته باشد؛ همان‌طور که الان هستند [البته این صندوق‌ها باید توسط دولت تضمین شوند تا مردم در آینده دچار مشکل نشوند].

نبود اراده در دولت و مقاومت درونی مانع یکپارچگی بیمه‌ها

هاشمی معتقد است یکی از دلایلی که موجب شده یکپارچه شدن بیمه‌ها هنوز در حد حرف باقی بماند، این است که: «اگر بخواهیم خیلی شفاف باشم باید بگویم پیش از همه، عزم این کار در دولت نبوده‌است.» دومین مانع نیز مقاومت درونی خود بیمه‌ها است. به هر حال وقتی شش بیمه بخواهند یک بیمه بشود، یک مدیرعامل هم خواهد داشت نه شش مدیرعامل. معاونت‌ها و کارشناس‌ها تعدادشان کم می‌شود. در این شرایط هر کس به فکر این است که شرایط خودش را حفظ کند. سومین عامل وجود تشکل‌هایی مثل تشکل کارگری در تامین اجتماعی است که با توجه به شرایطی که در سازمان وجود دارد تصور می‌کنند در صورت ادغام قدرت و نفوذشان کم می‌شود؛ بنابراین یک مقاومت ذاتی در این زمینه دارند. هاشمی تاکید می‌کند: «در حالی که اصلاً چنین اتفاقی نخواهد افتاد بلکه به نظر من با کاهش هزینه‌های داخلی قدرت نقدینگی بالایی برای بیمه‌ها ایجاد می‌شود که امکان ارایه خدمات بهتر را فراهم می‌کند.»

تولید درمان اشتباه بیمه‌ها است

هاشمی یکی دیگر از اشتباهات بیمه‌ها را تولید درمان می‌داند و می‌گوید: «این که بیمه‌ها بروند به سمت تولید درمان یک اشتباه است و هیچ توجیهی ندارد.» چرا سازمان تامین اجتماعی این همه بیمارستان و درمانگاه دارد در حالی که اصلا کارش این نیست: «این بیمارستان‌ها باید تحویل دانشگاه‌های علوم پزشکی شود تا به مردم خدمات ارایه شود.»

او می‌افزاید: «بیایید بررسی کنید چند درصد از خدمات بیمه شده‌های تامین اجتماعی در بیمارستان‌های ملکی‌اشان انجام می‌شود. با توجه به تجربه خودم در این سازمان می‌گویم این رقم زیر ۲۰ درصد است.»

آیا در این شرایط در نقاط مختلف این کشور با بیمه شده‌های مختلفی که دارد عدالت رعایت می‌شود؟ «نه اصلاً این اتفاق نیفتاده‌است.»

جایگاه عدالت در سلامت

سلامت و آموزش دو حوزه‌ای است که باید عدالت در آنها رعایت شود. این را هاشمی می‌گوید و با تاکید ادامه می‌دهد: «عدالت درست هم آن است که شما خدمات قابل قبول را بسته به منطقه ارایه دهید. نه این که مثلاً یک دستگاه ام‌آرآی را ببرید در یک روستا بگذارید. این عدالت نیست به هدر دادن منابع است.»

سطح‌بندی خدمات باید براساس نظام ارجاع ایجاد شود. یک جا می‌صرفد بالگرد در مناطق دور دست بگذارید و بیماران را با بالگرد منتقل کنید. این کار خیلی کم هزینه‌تر از آن است که یک بیمارستان در چنین جایی بسازید. با این شرایط حتی خدمات بهتری هم می‌توانید ارایه کنید. چرا چون فقط راه‌اندازی یک ساختمان نیست، پزشک و نیروی تخصصی هم نمی‌توانید در چنین منطقه‌ای ببرید. کسی که می‌آید و می‌گوید چرا در فلان روستا آی‌سی‌یو و سی‌سی‌یو نداریم اصلاً نمی‌داند آی‌سی‌یو و سی‌سی‌یو چیست؟ نمی‌داند برای داشتن چنین امکاناتی فقط دستگاه و فضا لازم نیست و اصل کار در واقع نیروی متخصص است که عملاً امکان ندارد در چنین جایی مستقر شود. نتیجه چنین شیوه تفکری می‌شود، این که می‌بینیم عملاً هزینه بسیار زیادی می‌شود تا یک بیمارستان در یک جای دور دست بسازند که هیچ خروجی ندارد. مثل تعداد زیادی از بیمارستان‌های مناطق محروم که در حال حاضر نهایتاً با ۳۵ تا ۴۰ درصد ضریب اشغال فعال‌اند. قطعاً این بیمارستان‌ها زیان‌ده هستند. «کسانی که این کارها را کرده‌اند فکر نکنند که کار خیری کرده‌اند. خیلی ساده اگر به جای این کار ۱۰ تا آمبولانس می‌خریدند و بیماران را با آن به مراکز تخصصی جا به جا می‌کردند، خیلی کم هزینه‌تر می‌توانستند نتیجه بهتر بگیرند.» یعنی اگر یک پایگاه اورژانس با یک تکنسین وارد که بتواند خدمات اولیه را ارایه کند و فرد را از حالت اورژانس خارج کند در هر منطقه دور از دسترسی مستقر باشد و بیمار را سریع به یک مرکز تخصصی ارجاع کند خیلی شرایط بهتری ایجاد خواهد شد. در این صورت خدمات صحیح‌تری هم انجام خواهد شد.

هاشمی با اشاره به پروژه‌ای که در مورد دستگاه‌های ام‌آرآی تهران انجام داده‌است می‌گوید: «همه فکر می‌کردند که تعداد دستگاه‌های موجود در تهران خیلی زیاد است در حالی که کم هم بود. اما مشکل این جاست که به اشتباه در جاهایی دستگاه ام‌آرآی را نصب کرده بودند که اگر به جای آن بیمار جا به جا می‌شد هزینه‌اش بسیار کمتر و کارایی دستگاه هم برای کشور بیشتر بود. اما اکنون به دلیل اینکه برخی از دستگاه‌ها را در جاهای نامناسب جاگذاری کرده‌ایم از دستگاه‌های دیگرمان سه شیفت و چهار شیفت کار می‌کشیم و نابودشان می‌کنیم و با این روش کار، دستگاه‌ها خیلی زود از شرایط استاندارد خارج می‌شوند.»

کنترل ورودی‌ها و خروجی‌های بودجه بیمه چطور و چرا باید باشد؟

بیمه‌ها مثل بنگاه اقتصادی هستند و باید یک برنامه و بودجه درست داشته باشند. در بسیاری از مراکز درمانی مثل بیمارستان‌ها دولتی ۶۰ تا ۷۰ درصد ورودی مالی از طریق پولی است که از بیمه‌ها دریافت می‌شود. در نتیجه اگر بیمه با مشکل مواجه شود، نقدینگی این مراکز نیز دچار مشکل می‌شود، مدیران نمی‌توانند داروی خوب بخرند، خدمات مرکز در بسیاری جاها مانند خرید تجهیزات، پرداخت حقوق پرسنل و اضافه‌کاری‌ها و مانند این‌ها تحت شعاع قرار می‌گیرد. پس اگر زنجیره مالی درست تعریف نشود عوارض زیادی در پی خواهد داشت و همه مسایل مربوط به مراکز درمانی تحت تأثیر قرار خواهد گرفت: «برای نمونه اگر بیمارستان به من که شرکت پخش دارو هستم بدهکار باشد، من به بیمارستان دارو نمی‌دهم. به جای آن دارو را به داروخانه سرپایی روبه‌روی بیمارستان می‌دهم. در نتیجه بیماری که می‌توانست از داخل بیمارستان دارو را با ۹۰ درصد بیمه دریافت کند مجبور است برود داروی مورد نیازش را از داروخانه سرپایی روبه‌روی بیمارستان بخرد در حالی که همان دارو ۷۰ درصد شامل بیمه می‌شود. پس بیمار در این میان ۲۰ درصد بیشتر از جیب خود پرداخت کرده‌است. در نتیجه یک خطای کوچک در دوره مالی، موجب فشار بر بیمار می‌شود.» اتفاقی که خلاف سیاست گذاری‌های کلان کشور در برنامه چهارم توسعه است که تاکید داشت باید پرداخت از جیب بیمار به ۳۰ درصد کاهش پیدا کند، برنامه‌ای که در عمل انجام نشد و هنوز هم نشده‌است. به طوری که اگر همین حالا نیز بخواهند آمار دقیق بگیرند، می‌بینیم که بالای ۶۰ درصد از هزینه‌های درمان را بیمار می‌پردازد. اما اگر بیمه منابع و مصارفش را درست مدیریت کند، این توازن می‌تواند به تعادل نظام سلامت بیانجامد.

خدمات بیمه را سطح‌بندی کنید

شاخه بزرگی در علم وجود دارد به نام اقتصاد سلامت. این شاخه علم درباره چگونگی ارایه خدمات و دارو و تجهیزات در ساختارهای درمانی سخن می‌گوید. بر اساس این علم ما نمی‌توانیم همه خدمات را به عنوان بیمه پایه معرفی کنیم. برای ارایه خدمات درست و کامل نخست باید خدمات را سطح‌بندی کرد و بخشی را به عنوان بیمه پایه در نظر گرفت و آن بخش را درست خدمات‌دهی کرد. نمی‌شود یک اقیانوس خدمات تعریف کنیم به عمق یک سانتیمتر. بیمه‌گر باید از همان قدم نخست خدمات صحیحی را به عنوان خدمات پایه برای بیمه‌شده‌اش تعریف کند که بر اساس آن بتواند به اندازه و به موقع به یکایک مردم در یک سطح خدمات‌رسانی کند.

در بسیاری از کشورهای دنیا بیمه در هزینه‌های سلامت تا یک سقفی مشارکت نمی‌کند و مشارکتش را از یک قیمتی به بالا شروع می‌کند. در چنین سیستمی هر چه هزینه سنگین‌تر باشد، مشارکت بیمه هم بیشتر و سنگین‌تر می‌شود تا جایی که حتی در برخی مواقع خدمات ارایه شده به بیمار کاملاً رایگان تمام می‌شود. این سیاست برای این در نظر گرفته شده تا بیمه بتواند سرویس درست و به جایی ارایه دهد و بیمار نیز به دلیل هزینه‌های کمرشکن درمان زندگیش از هم نپاشد. در نتیجه در این گونه سیستم‌ها هر چه هزینه‌های درمان بالاتر می‌رود پوشش بیمه‌ای نیز شدیدتر می‌شود. برای نمونه در سوئد تا ۲۰۰ کرون در سال هزینه درمان به عهده خود بیمار است. اما هزینه درمان از ۲۰۰ کرون در سال که بگذرد دولت هزینه را پرداخت می‌کند. علاوه بر اینکه در مقاطع مختلف دولت حساب بیمار را رسیدگی می‌کند و اگر فردی که بیمه شده وضع مالی خوبی نداشته‌باشد آن ۲۰۰ کرون را هم که از جیب پرداخت کرده‌است به او بازمی‌گردانند و به این ترتیب نمی‌گذارند حتی یک کرون هم بیمار هزینه کند. البته افراد عادی تا این سقف هزینه را خود پرداخت می‌کنند چون به طور کلی این هزینه در میان هزینه‌های معمول زندگی آنها چیزی نیست.

اقتصاد سلامت شاخه دیگری دارد به نام اقتصاد دارویی. که در این بخش از سطح‌بندی نیز سخن به میان می‌آید و چند موضوع مطرح می‌شود؛ یکی این که آیا همه داروها باید مشمول بیمه باشند؟ مثلاً قرص سرماخوردگی که هزینه واحد کمی دارد ولی گستردگی مصرف بالایی دارد، در نتیجه هزینه زیادی را به بیمه‌ها تحمیل می‌کند اما نتیجه زیادی در پی ندارد. علاوه بر این که وقتی چنین دارویی شامل بیمه می‌شود بیمار از پزشک‌اش می‌خواهد به جای ده تا استامینوفونی که نیاز دارد در نسخه ۵۰ تا بنویسد در نتیجه چنین رویه‌ای موجب می‌شود خیلی جاها هزینه‌های مضاعفی به بیمه تحمیل شود؛ چرا که وقتی خدمت هزینه‌ای برای بیمه شده ندارد، تقاضای بیشتری نیز به شکل کاذب برایش به وجود می‌آید. از سوی دیگر این روش مشکل دیگری را نیز موجب می‌شود به نام تقاضای القایی به این ترتیب که پزشک معالج وقتی می‌بیند بیمار بیمه است و اگر ۴ تا آزمایش را بنویسد یا ننویسد از نظر هزینه برای بیمار خیلی فرق نمی‌کند آن ۴ آزمایش را هم اضافه می‌نویسد. در نتیجه در اثر این نوع نگرش‌ها و رفتارها هزینه‌های بیمه بی‌مورد افزوده می‌شود چرا که خدمات ارایه شده کم‌ارزش تلقی می‌شوند، چون به بیمه‌شده‌ها آموزش داده نشده است که اگر هزینه‌های بی‌مورد را پس‌انداز کنید، پاداشی دریافت خواهید کرد که می‌توانید در جاهای اصلی از آن استفاده کنید. [مانند پاداشی که برای بیمه بدنه اتومبیل در نظر گرفته شده‌است که در صورت استفاده نشدن از آن بیمه اتومبیل هر سال

مبلغ بیشتری و گاه تا ۷۰ درصد کل مبلغ بیمه شامل تخفیف‌می‌شود].

مدیر عامل شرکت پخش فردوس در این میان یادآوری می کند که البته همان‌طور که باید به جای داروهای ارزان قیمت به سمت بیمه کردن داروهای خاص رفت، این را هم باید در نظر گرفت که آیا همه داروهای بیماری‌های خاص که در کشورهای پیشرفته با هزینه‌های بسیار بالا در حال استفاده شدن است، مشمول بیمه شده‌اند و آیا در ایران هم باید تمام آن داروها‌بیمه‌باشند؟

او تاکید می‌کند: «نه. این حرف اصلاً درست نیست. ما باید با توجه به سطح درآمد کشورمان این پایه را مشخص کنیم، همان‌طور که همه کشورها یک آستانه را در نظر می‌گیرند. در جهان اول یا کشورهای پیشرفته معادل تولید ناخالص داخلی (GDP) در جهان سوم طبق توصیه سازمان بهداشت جهانی تا سه برابر جی.دی.پی (GDP) باید به عنوان آستانه قرار بگیرد. پس وقتی ما وارد این فضا می‌شویم باید محاسبات درست‌داشته‌باشیم.»

به گفته‌هاشمی دارویی که تنها فایده‌اش این است که بیمار سرطانی را چهار ماه مثل یک تکه گوشت، بدون هیچ احساس و هیچ کیفیت زندگی به دستگاه بنت وصل کند تا فقط یک نفس الکی بکشد در حالی که خود بیمار و اطرافیانش عذاب می‌کشند، چه ضرورتی دارد بیمه باشد؟: «این که ما چه دارویی را باید بیمه کنیم و چه دارویی را نباید بیمه کنیم علمی به نام اقتصاد دارویی دارد و این علم باید بنیان‌های صحیح علمی و محاسباتی را براساس منافع کشور و مسایل کلانی که دارد سیاست‌گذاری کند. سیاست‌گذاران نیز باید با استفاده از داده‌های این علم به تعیین سطوح خدمات بیمه‌ها با توجه به داشته‌های واقعی بپردازند. ما نمی‌توانیم پول افغانستان را داشته باشیم و ژست کشوری مثل آمریکا را بگیریم. این درست نیست. ما ایران هستیم با درآمد ایران و خدماتی که باید براساس داشته‌های‌مان برای کشور خودمان تعریف کنیم. نباید خدماتی با هزینه‌های هنگفت را تعریف کنیم که نمی‌توانیم از عهده‌اش برآییم.» نتیجه چنین رفتاری این است که سازمان بیمه‌گر به بیمارستان و داروخانه و آزمایشگاه بدهکار می‌شود و در نتیجه فرایند معیوبی پدید می‌آید که پزشک به‌دلیل تعرفه غیرواقعی ناچار می‌شود زیرمیزی بگیرد، داروخانه مجبور شود خلاءهایش را از هزار راه دیگر تامین کند و آزمایشگاه هم به فکر ترفندهای خودش می‌افتد: «چرا؟ چون سطوح ارایه خدمات را بر اساس درآمدمان درست تعریف‌نکرده‌ایم.»

او با اشاره به تغییر کتاب تعرفه‌های درمانی می گوید: «اگر تعرفه‌ها را درست تعیین نکنیم خیلی زود دچار مشکلات جدید می‌شویم. برای نمونه در کتاب تعرفه قدیمی، تعرفه یک عمل جراحی برداشت لوزه ۲/۵ K بود. یعنی اگر K را ۲۰ هزار تومان در نظر بگیرید ۲/۵ K می‌شود ۵۰ هزار تومان برای یک عمل جراحی. البته این را هم در نظر بگیرید که ۶۰ درصد از مبلغ را نیز شش ماه دیگر به دکتر پرداخت می‌کنند که می‌شود ۳۰ هزار تومان که البته مالیات و چیزهای دیگر هم از این مبلغ کسر می‌شود. در عمل لوزه بالای ۸۰ درصد احتمال خونریزی وجود دارد. یعنی اگر همان شب پزشک جراح بخواهد از خانه‌اش با آژانس بیاید بالای سر بیمار و برگردد باید ۳۰ هزار تومان پول آژانس بدهد.

خیلی شفاف بگوییم، مشکل این است که پول دارو را در یک مقطعی دادند ولی بعد از آن شرایط به همان وضع سابق بازگشت و شرایط گذشته در حال تکرار شدن است. عملاً کار دارد به جایی می‌رسد که قطعاً ما کار با یک سری از بیمارستان‌ها را متوقف خواهیم کرد و دیگر به آنها دارو نخواهیم فروخت. چرا که شرکت‌های پخش دارو نیز بنگاه اقتصادی هستند و باید پول تامین کننده را به موقع بدهند. وقتی من به عنوان شرکت پخش نتوانم به موقع پولم را بگیرم چگونه می توانم بدهی خودم را به شرکت تامین کننده پرداخت کنم؟ این مشکل تنها مربوط به بخش دارو نیست می‌دانم شرکت‌های تجهیزات پزشکی نیز با همین مشکل مواجه هستند

شما جای پزشک باشید چه کار می‌کنید؟ حالا اگر بیمار هم بمیرد بحث دیه و دادگاه و پاسگاه و مانند اینها هم پیش می‌آید.» وقتی قیمت تمام شده خدمات درست تعریف نشود، بازار روند درست را نخواهد پیمود. بازار سلامت هم مانند دیگر بازارها، بازاری اقتصادی است اما یک بازار اقتصادی با کرامت‌های انسانی بالا و البته باز هم باید به خاطر داشته باشیم که به خاطر این کرامت‌های انسانی نمی‌شود همه رایگان کار کنند و زاهد باشند. شاغلان حوزه درمان نیز مانند همه مردم زندگی دارند و هزینه‌های زندگیشان را باید تامین کنند. بیمارستان و داروخانه و درمانگاه هم بدون در نظر گرفتن مسائل اقتصادی نمی‌چرخد: «به نظر من وظیفه مسؤولان این است که قیمت تمام شده هر کالا و خدماتی را درست محاسبه کنند تا کسی وادار به تخلف نشود و به خاطر داشته باشند که قیمت‌گذاری حاکمیتی و اجباری بدون در نظر گرفتن منطق بازار قطعاً جواب نخواهد داد. باید اصول بازار عرضه و تقاضا رعایت شود. لازم نیست حد آستانه بالای خدمات ارایه شود ولی حد متعارف باید انجام شود تا بازار شرایط مناسبی را برای افراد ایجاد کند. در این شرایط است که می‌شود رفت و بقیه زیاده‌خواهان را گرفت. آن وقت دیگر حجت تمام است و دیگر اسمش نمی‌شود یک بازار نامطلوب که هر کس مجبور است کار خودش را انجام دهد، می‌شود بازاری که تخلف دارد و با تخلف مانند همه جای دنیا می‌شود برخورد کرد.»

در بسیاری از کشورهای پیشرفته مثل کانادا و آلمان درآمد پزشک در حوزه خصوصی و دولتی برابر است و حتی در برخی جاها درآمد پزشک در بخش دولتی بیشتر از بخش خصوصی است چرا که تعرفه درست تعریف شده است و جایگاه کار کردن در حوزه دولتی آن قدر بالا است که برایش انتخاب انجام می‌شود. یعنی استادان برجسته‌تر در حوزه‌های دولتی فعالند در حالی که در ایران این شرایط درست برعکس است یعنی پزشک اگر بخواهد صرفاً در حوزه دولتی کار کند درآمدش به طرز وحشتناکی پایین می‌آید.

طرح تحول نظام سلامت و بحرانی که حوزه دارو را تهدید می‌کند

اجرای ضربتی طرح تحول نظام سلامت شرایط حوزه درمان را در حالتی قرار داده‌است که مثل یک فنر فشرده‌است وهاشمی معتقد است تا در رفتن این فنر فرصت زیادی باقی نمانده است: «در حال حاضر ده شرکت پخش داروی اول کشور بیش از هزار و ۵۰۰ میلیارد تومان از بیمارستان‌ها طلب دارند. مشکل اصلی هم این است که ردیف بودجه دارو را اصلاً جدا نکرده‌اند و بیمارستان‌ها هم هرکاری که دلشان می‌خواهد می‌کنند. من فکر می‌کنم اطلاعات درستی هم به گوش دکتر هاشمی، وزیر بهداشت نرسیده‌است و متأسفانه با ادامه روند کنونی دست کم در حوزه دارو به زودی شاهد یک بحران خواهیم بود.»

او می‌افزاید: «خیلی شفاف بگویم، مشکل این است که پول دارو را در یک مقطعی دادند ولی بعد از آن شرایط به همان وضع سابق بازگشت و شرایط گذشته در حال تکرار شدن است. عملاً کار دارد به جایی می‌رسد که قطعاً ما کار با یک سری از بیمارستان‌ها را متوقف خواهیم کرد و دیگر به آنها دارو نخواهیم فروخت. چرا که شرکت‌های پخش دارو نیز بنگاه اقتصادی هستند و باید پول تامین‌کننده را به موقع بدهند. وقتی من به عنوان شرکت پخش نتوانم به موقع پولم را بگیرم چگونه می‌توانم بدهی خود را به شرکت تامین‌کننده پرداخت کنم؟ این مشکل تنها مربوط به بخش دارو نیست می‌دانم شرکت‌های تجهیزات پزشکی نیز با همین مشکل مواجه هستند.»

این را هم در نظر بگیرید که دارو و تجهیزات پزشکی تنها بخش‌هایی هستند که بیش از ۸۰ درصد دریافتی‌اش قیمت صرف خود کالا است. یعنی خود کالا سرمایه است. در حالی که در بخش‌هایی دیگری مانند آزمایشگاه، رادیولوژی و حتی ویزیت پزشک و جراحی این‌گونه نیست؛ بنابراین وقتی در حوزه دارو و تجهیزات مصرفی خود کالا ۸۰ درصد قیمت تمام شده را شامل می‌شود، پس اگر به موقع پول آن بازگردانده نشود، ارایه خدمات نیز ادامه نخواهد داشت؛ بنابراین اگر پرداخت‌ها به موقع نباشد ادامه این طرح با شکست مواجه خواهد شد. هاشمی با اشاره به اینکه زمان سررسید ۷۰ درصد از مبلغ هزار و ۵۰۰ میلیارد تومان بدهی بیمارستان‌ها به شرکت‌های پخش دارویی گذشته‌است، می گوید: «این عدد خیلی بزرگ است و دارد بزرگ‌تر هم می‌شود.»

او معتقد است همه ابعاد طرح تحول نظام سلامت نباید همان زمان شروع می‌شد: «باید دو یا سه اولویت را انتخاب می کردند اجرایش را درست انجام می‌دادند، بعد می‌رفتند روی مرحله بعدی کار می‌کردند. نمی‌شود کل ساختار را در یک زمان درست کرد. نمی‌شود هم‌زمان هم با بیمارستان درگیر شد، هم با آزمایشگاه، هم با بخش تجهیزات پزشکی و هم بخش دارو. به نظر من بهتر بود با یک سیاست‌گذاری اصولی و اولویت‌بندی درست در یک پروژه ۸ ساله این روند را اصلاح می کردند. من فکر می کنم آنچه اکنون نمود پیدا کرده‌است نمایشی است از اجرای طرح تحول نظام سلامت که با توجه به این که سیاست‌گذاری تثبیت‌کننده‌ای ندارد در آینده با عوض شدن فرد و تغییر کردن اولویت‌های فرد جدید همه این فرایندها به هم خواهد ریخت چرا که با این شیوه اجرا یک ساختار نهادینه به مجموعه افزوده نخواهد شد.»

به نظر هاشمی برای نهادینه کردن ساختار طرح تحول نظام سلامت هنوز هم دیر نشده‌است اگر دو بعد مهم یعنی دریافتی پزشکان و بحث دارو و تجهیزات که مردم بیشترین مشکل را در آن دارند در اولویت قرار داده شود و بعد از حل و فصل مشکلات این دو حوزه و اجرای صحیح این دو مرحله، وارد مرحله‌های جدید بشویم، می‌توان به آینده آن امیدوار بود. او در پایان تاکید می‌کند: «اگر سلامت و بیمه را سیاسی نکنیم به بهترین جامی رسیم» ■

رسانه

در رسانه این شماره، بخش نخست گزارش «چهار گلوگاه برای عبور از رکود» را می‌خوانید. این گزارش در روزنامه دنیای اقتصاد [یکشنبه ۹۳/۵/۵] منتشر شده است و از آنجا که به بررسی سیاست‌های اقتصادی دولت برای خروج غیرتورمی از رکود در سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ می‌پردازد، آن را برای شما بازنشر داده‌ایم.

سیاست‌های اقتصادی دولت برای خروج غیر تورمی از رکود در سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ اعلام شد

چهار گلوگاه برای عبور از رکود

این گزارش
در روزنامه دنیای اقتصاد
[یکشنبه ۹۳/۵/۵] منتشر شده است

تنگنای مالی، کاهش تقاضای داخلی، کاهش سرمایه‌گذاری و تحریم‌های ظالمانه چهار مانع مهم بر سر راه فرآیند خروج از رکود در کشور هستند. نکته مهمی که در خصوص این چهار گلوگاه ذکر شده برای خروج از رکود وجود دارد آن است که دو عامل از این چهار عامل در سال ۱۳۹۳ به عنوان عواملی دور از دسترس قابل شناسایی هستند؛ به این معنی که اثر عوامل تحریم و کاهش سرمایه‌گذاری بر رشد اقتصادی سال ۱۳۹۳ به میزان قابل توجهی تعیین شده است و این دو عامل به عنوان متغیرهای تحت کنترل برای ترسیم مسیر خروج از رکود مطرح نیستند، چراکه با نگاهی واقع بینانه، به نظر می‌رسد بخش عمده محدودیت‌های موجود در مبادلات مالی و تجاری که در نتیجه تحریم به وجود آمده است، در سال ۱۳۹۳ همچنان پابرجا باشد. اثر افزایش سرمایه‌گذاری بر رشد نیز حداقل با یک سال تأخیر ظاهر می‌شود و از آنجا که رشد سرمایه‌گذاری در سال گذشته منفی بوده است، نمی‌توان بر ایفای نقش این عامل برای خروج از رکود در سال ۱۳۹۳ تأکید کرد؛ بنابراین برای تبیین برنامه خروج از رکود تنها می‌توان بر تغییرات دو عامل دیگر به عنوان عوامل قابل سیاست‌گذاری کنترل داشت.

از سوی دیگر با توجه به محدودیت شدید در تأمین منابع، اهمیت ارتقای بهره‌وری دو چندان است؛ بنابراین بخشی از سیاست‌های خروج از رکود باید معطوف به افزایش بهره‌وری منابع موجود باشد. عوامل مؤثر بر افزایش بهره‌وری منابع در دو سطحِ کلان و بخش‌های اقتصادی می‌تواند تحقق یابد. در سطح کلان، با ثبات‌سازی محیط اقتصاد کلان از طریق اجرای سیاست‌های پولی و مالی و ارزی، تحولات اقتصاد کشور را برای فعالان اقتصادی پیش‌بینی‌پذیر ساخته و بخش مهمی از بلاتکلیفی بازارها را کاهش می‌دهد. در سطح بخشی، از یکسو بهبود فضای کسب و کار برای توسعه تمامی فعالیت‌های اقتصادی بسیار تعیین‌کننده است و از سوی دیگر انتخاب بخش‌های پیشران ضروری است. از این رو لازم است برای پیشبرد هرچه بهتر سیاست‌های خروج از رکود، بخش‌هایی از اقتصاد کشور که می‌توانند با جذب منابع موجود بیشترین اثر را در افزایش تولید ناخالص داخلی داشته باشند شناسایی شوند. ایجاد تحرک در بخش‌های پیشران اقتصاد کشور باعث خواهد شد تحرک ایجاد شده به دیگر بخش‌ها و فعالیت‌های اقتصادی پسین و پیشین آنها نیز سرایت کرده و از این منظر بیشترین بهره‌وری از منابع مالی محدود موجود در جهت افزایش رشد اقتصادی حاصل شود.

بر اساس آنچه ذکر شد، برنامه دولت برای خروج از رکود بر رفع تنگناهای مالی از یک طرف و ایجاد تحرک در بخش‌های پیشران اقتصاد کشور در کنار تسهیل و تشویق صادرات (به عنوان راهکاری برای افزایش تقاضای مؤثر) از سوی دیگر، بنا نهاده شده است. بنابراین لازم است زمینه مناسبی برای ایجاد ارتباط بهینه بین بخش مالی و بخش واقعی (شامل تحرک بخش‌های پیشران و توسعه صادرات غیرنفتی) برقرار شود. بلکه بخش مهمی از تخصیص ناکارآی منابع مالی کشور، ناشی از مسائل ریشه‌دار و بلندمدت اقتصاد ایران مانند تورم بالا، نظام نرخ ارز دوگانه و چندگانه، بازارهای انحصاری و دولتی، مداخلات دولت در قیمت‌گذاری و تخصیص منابع و مقررات دست و پاگیر اداری بوده است. بنابراین برقراری ارتباطی بهینه بین تجهیز منابع مالی محدود و بخش‌های پیشران و صادراتی اقتصاد ایران در گرو وجود محیط مساعد اقتصاد کلان و بهبود شرایط

گزارش حاضر در ادامه گزارش «چرایی بروز رکود تورمی و جهت‌گیری‌های برون‌رفت از آن» به تبیین تفصیلی برنامه‌های دولت برای خروج غیرتورمی از رکود طی سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ می‌پردازد.

رمز ستاره‌ها

(*): سیاست‌هایی که توسط یک نهاد از زیرمجموعه دولت اجرایی خواهد شد.

(**): سیاست‌هایی که نیازمند تصویب دولت یا زیر مجموعه‌ای در دولت هستند و برای اجرا، هماهنگی بین بیش از یک نهاد در زیرمجموعه دولت لازم است.

(***): سیاست‌هایی که برای تصویب و اجرا نیازمند تصویب قانون در مجلس شورای اسلامی هستند

محیط کسب و کار است. رسالت اصلی سیاست‌های اقتصاد کلان برای خروج از رکود، تأمین فضایی با ثبات از نظر تورم، بازار ارز و وجود بودجه متوازن است که منجر به پیش‌بینی‌پذیری بیشتر آینده خواهد شد و رسالت اصلی فضای کسب و کار نیز، کاهش هزینه‌های معاملاتی و فراهم آوردن فضای رقابتی در سطح اقتصاد خرد خواهد بود.

بر اساس آنچه ذکر شد، گزارش حاضر در فصول چهارگانه به تشریح ۱) سیاست‌های اقتصاد کلان، ۲) سیاست‌های بهبود فضای کسب و کار، ۳) تأمین منابع مالی و ۴) فعالیت‌ها و محرک‌های خروج از رکود پرداخته می‌شود. در هر فصل ابتدا رویکردها و اهداف اصلی دولت در طراحی سیاست‌ها بیان می‌شود و در ادامه مجموعه سیاست‌ها و راهکارهای عملی برای تحقق اهداف ارایه خواهد شد. در خصوص مجموعه پیش رو ذکر نکات ذیل ضروری است:

۱. در این مجموعه، سیاست‌هایی که منجر به تحرک بخش‌های پیشران اقتصاد کشور می‌شوند عوامل اولیه خروج از رکود را تشکیل می‌دهند که به عنوان «نیروهای پیشران» تکانه اولیه را بر بدنه تولید کشور وارد می‌کنند. سیاست‌های بانکی و اعتباری و سیاست‌های توسعه بازار سرمایه که در جهت تأمین منابع مالی مورد نیاز برنامه خروج از رکود عمل می‌کنند، عوامل انتشاردهنده هستند که انتقال رونق ایجاد شده در یک بخش به سایر بخش‌های اقتصاد را به عهده دارند. سیاست‌های اقتصاد کلان شامل سیاست‌های پولی، ارزی و مالی در کنار سیاست‌های بهبود محیط کسب و کار نقش عوامل زمینه‌ساز را ایفا خواهند کرد که شدت اثر تکانه‌ها و عوامل انتشاردهنده را در جهت ایجاد رونق تعیین می‌کنند و در نهایت نیز سیاست‌های تسهیل و تشویق صادرات (شامل سیاست‌های تجاری و سیاست‌های توسعه صادرات غیرنفتی)، به عنوان اصلی‌ترین سیاست‌های تحریک تقاضا، سبب خواهند شد تکانه اولیه ایجاد شده در سمت عرضه اقتصاد، در مراحل بعدی و در اثر افزایش تقاضا تداوم داشته باشد.

۲. به جز بحث اثرات تحریم بر روابط خارجی اقتصاد ـ که فرض بر تداوم آن گذاشته شده است ـ در مجموعه سیاست‌های پیش رو سعی شده از تمامی ظرفیت‌ها و مؤلفه‌های داخلی برای پیشبرد برنامه خروج از رکود و ایجاد تحرک اقتصادی استفاده شود. از این منظر، مجموعه سیاست‌های ارایه شده در این گزارش، در انطباق کامل با سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی در جهت تحقق یک اقتصاد درون‌زا است.

۳. مجموعه تهیه شده یک برنامه توسعه نیست؛ بنابراین نمی‌توان از آن انتظار جامعیت داشت. این مجموعه هرچند ملاحظات بلندمدت و میان‌مدت را مدنظر قرار داده، اما یک سند «کوتاه‌مدت» است و تمرکز خود را معطوف به سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ کرده تا بتواند حداکثر تحرک اقتصادی غیر تورمی و اشتغال‌زا ممکن را ایجاد کند.

۴. برای افزایش تقاضا، دو راه حل کاملاً متمایز از یکدیگر وجود دارند که انتخاب بین این دو راه، نقش تعیین‌کننده‌ای در سرنوشت برنامه خروج از رکود دارد. انتهای یک مسیر، بازگشت به تورم بالا و تعمیق رکود، البته پس از یک دوره بسیار کوتاه تحرک تولید قرار دارد و در انتهای مسیر دیگر، خروج پایدار و غیرتورمی از رکود اما با کُندی قرار گرفته است. در ابتدای مسیر اول، اعطای تسهیلات بانکی به پشتوانه بانک مرکزی واقع شده است. واحدهای تولیدی در برآیند همه مشکلات و مستقل از ریشه به وجود آورنده آنها، از یک طرف متمایل به تحریک پولی تقاضا برای محصولات خود هستند و از طرف دیگر، در اختیار گرفتن منابع بیشتر پولی برای فایق آمدن حتی موقتی بر هزینه‌های خود را طلب می‌کنند. اما تزریق پول به میزان بسیار فراتر از امکان افزایش تولید، پس از مدتی کوتاه، تورم بیشتر را به دنبال خواهد داشت که نتیجه آن کاهش مجدد قدرت خرید مصرف‌کنندگان و افزایش بیشتر هزینه‌های تولید خواهد بود. در مسیر دوم، افزایش تقاضا متکی به افزایش صادرات (تقاضای خارجی برای محصولات ایرانی) و ایجاد تحرک در بخش‌هایی چون صنعت و مسکن مبنا قرار داده شده است.

۵. بر اساس آنچه در بند قبل ذکر شد تحریک تقاضا به شیوه‌های غیرتورم‌زا به آرامی انجام می‌شود. از سوی دیگر عبور از تنگناهای مالی اقدامی دفعی و یکباره نیست و در یک فرآیند تدریجی اتفاق می‌افتد. در نتیجه نمی‌توان انتظار داشت که خروج پایدار و غیرتورمی از رکود در سال ۱۳۹۳ منجر به رونق چشمگیر اقتصادی شود. در عین حال مسلماً با اعمال صحیح و کامل سیاست‌های پیش‌بینی شده می‌توان آثار آنها را در بهبود آرام شرایط اقتصادی کشور لمس کرد.

۶. مجموعه سیاست‌های تدوین شده به برنامه‌های عملیاتی تبدیل و نظام نظارت و پیگیری آنها پیش‌بینی خواهد شد. بنابراین با هدف تسریع در پیگیری مجموعه سیاست‌های خروج از رکود و تهیه آیین‌نامه‌های اجرایی و لوایح مربوطه، هر بند از سیاست‌ها از نظر مرجع تصمیم‌گیری به سه دسته زیر تقسیم و با سه علامت *، ** و *** تفکیک شده‌اند.

(*): سیاست‌هایی که توسط یک نهاد از زیرمجموعه دولت اجرایی خواهد شد.

(**): سیاست‌هایی که نیازمند تصویب دولت یا زیرمجموعه‌ای در دولت هستند و برای اجرا، هماهنگی بین بیش از یک نهاد در زیرمجموعه دولت لازم است.

(***): سیاست‌هایی که برای تصویب و اجرا نیازمند تصویب قانون در مجلس شورای اسلامی هستند.

همچنین برخی از بندهای سیاستی ذکر شده مواردی هستند که فرآیند تصویب آنها ـ در هیأت وزیران یا نهادهای مربوطه ـ انجام شده و در مرحله اجرا قرار دارند. چنین بندهایی با اضافه کردن واژه «مصوب» مشخص شده‌اند.

۱- سیاست‌های اقتصاد کلان

یکی از محورهای برنامه خروج از رکود، مجموعه سیاست‌های اقتصاد کلان است، زیرا سیاست‌های اقتصاد کلان در کنار بهبود شرایط محیط کسب و کار به عنوان شروط لازم تحقق سیاست‌های تدوین شده برای تجهیز منابع مالی و تخصیص بهینه آن برای تحرک بخش‌های پیشران و توسعه صادرات تلقی می‌شوند. سیاست‌های اقتصاد کلان در سه بخش سیاست‌های پولی، ارزی و مالی ارایه می‌شود.

۱-۱- سیاست‌های پولی

مقدمه: دولت یازدهم در وضعیت «رکود تورمی» اقتصاد ایران، اولویت اول را به کنترل تورم فزاینده داد تا از این طریق با ایجاد ثبات بیشتر در فضای اقتصادی کشور شرایط مساعدتری برای پیگیری سیاست‌های خروج از رکود فراهم کند. از این رو «انضباط پولی» و «کنترل رشد پایه پولی» در دستور کار بانک مرکزی قرار گرفت. دستاورد مهم این اقدام کاهش تورم ۱۲ ماهه و تورم نقطه به نقطه به ترتیب از ۳۷/۵ و ۴۴/۰ درصد در تیر ماه سال ۱۳۹۲ تا ۲۷/۷ و ۱۴/۶ درصد در خرداد ماه سال جاری بود که چنین کاهشی در تورم نقطه به نقطه در تاریخ معاصر ایران بی‌نظیر است. ادامه روند کاهشی نرخ تورم در سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ یکی از اهداف کلیدی برنامه اقتصادی دولت است. برای دستیابی به این هدف چگونگی تنظیم و اجرای سیاست‌های پولی از اهمیت زیادی برخوردار است.

رویکرد و جهت‌گیری اصلی دولت در تدوین سیاست‌های پولی «انضباط پولی»، «ثبات اقتصاد کلان» و «پیش‌بینی‌پذیری تحولات متغیرهای اقتصاد کلان از جمله نرخ تورم» است. البته باید توجه داشت «انضباط پولی»، که از طریق کنترل و هدف‌گذاری رشد اجزای پایه پولی حاصل می‌شود، متفاوت از «انقباض پولی» است. در شرایط رکودی سال ۱۳۹۳ نه تنها انقباض بخش پولی در برنامه‌های اقتصادی دولت قرار ندارد، بلکه افزایش ضریب فزاینده نقدینگی و افزایش قدرت تسهیلات‌دهی بانک‌ها از جمله مهم‌ترین برنامه‌های دولت برای خروج از رکود است. اما دولت هدف افزایش قدرت تسهیلات دهی بانک‌ها و تأمین مالی تولید را از طریق افزایش بدهی بانک‌ها به بانک مرکزی و در نتیجه افزایش پایه پولی دنبال نمی‌کند و فرآیند خروج از رکود را وابسته به رشد پایه پولی نخواهد کرد.

سیاست‌ها

۱-۱- مدیریت و کاهش بدهی بانک‌ها به بانک مرکزی و جلوگیری از اضافه برداشت بانک‌ها (*).

۱-۲- عدم افزایش بدهی بخش دولتی به بانک مرکزی (**).

۱-۳- افزایش ضریب فزاینده نقدینگی (**).

۱-۴- اصلاح و انعطاف در نرخ‌های سود بانکی متناسب با تورم انتظاری و فراهم کردن زمینه رقابت بین بانک‌ها (**).

۱-۵- یکسان‌سازی و کاهش تدریجی نسبت سپرده قانونی بانک‌ها متناسب با تحولات نرخ تورم (**).

۱-۶- بهبود ترکیب پایه پولی به نفع دارایی‌های خارجی (*).

۱-۷- افزایش و بهبود کارآیی ابزارهای در اختیار بانک مرکزی برای کنترل پایه پولی (*).

۱-۸- منوط کردن هرگونه برداشت از منابع صندوق توسعه ملی به عدم افزایش پایه پولی (***).

۲-۱- سیاست‌های ارزی

مقدمه: نظام دو نرخی در کنار تلاطمات قابل ملاحظه نرخ ارز، شرایط بازار ارز در سال‌های ۱۳۹۰، ۱۳۹۱ و نیمه اول سال ۱۳۹۲ را تشکیل می دادند. چنین شرایطی هزینه‌های قابل توجهی را بر بخش‌های تولیدی کشور تحمیل می‌کرد؛ زیرا عدم قطعیت‌های ناشی از نوسانات نرخ ارز باعث می‌شد فعالان اقتصادی برآورد صحیحی از هزینه‌های خود در دوره‌های آتی نداشته باشند و در نتیجه نتوانند برای میزان تولید و در نتیجه میزان واردات مواد اولیه و واسطه‌ای و تحصیل اموال سرمایه‌ای مورد نیاز خود برنامه‌ریزی کنند. بر این اساس، یکی از مهم‌ترین اجزای برنامه دولت برای خروج از رکود، تبیین سیاست‌های ارزی و تشریح آن برای آگاهی فعالان اقتصادی و کاهش عدم قطعیت‌های پیش‌رو در جهت افزایش امکان پیش‌بینی شرایط آتی است. سیاست‌های ارزی دولت در سال ۱۳۹۳ بر مبنای کاهش نوسانات نرخ ارز، حفظ رقابت پذیری بنگاه‌های داخلی در مقابل بنگاه‌های خارجی، زمینه‌سازی برای اجرای برنامه یکسان‌سازی نرخ ارز تا پایان سال ۹۴ و تسهیل دسترسی به خدمات ارزی استوار است. کاهش نوسانات نرخ ارز منجر به ثبات بیشتر در سطح اقتصاد کلان خواهد شد که در کنار تداوم روند کاهشی تورم، پیش‌بینی‌پذیری تحولات آتی اقتصاد کلان را افزایش خواهد داد. رویکرد «حفظ رقابت‌پذیری بنگاه‌های داخلی در مقابل بنگاه‌های خارجی» نیز منجر به سیاست‌گذاری ویژه‌ای در زمینه سطح نرخ ارز حقیقی خواهد شد. در اقتصاد ایران آنچه که تاکنون به عنوان هدف سیاست‌های ارزی مدنظر قرار می‌گرفت، سطح نرخ ارز اسمی بود و به تحولات نرخ ارز حقیقی و اثر آن بر کاهش رقابت‌پذیری بنگاه‌های داخلی در مقابل بنگاه‌های خارجی، توجهی نمی‌شد. در نتیجه به دلیل نبود هماهنگی بین سیاست‌های پولی و سیاست‌های ارزی، تولید کشور صدمات قابل توجهی را متحمل می‌شد. زیرا بنگاه‌های داخلی هر ساله به دلیل رشد نقدینگی و وجود تورم بالا با افزایش هزینه‌های تولید مواجه می‌شدند و در نتیجه برای حفظ سودآوری خود ناچار به تعدیل قیمت محصولات خود بودند. در چنین شرایطی به دلیل سیاست‌گذاری در جهت ثبات نرخ ارز اسمی، قدرت رقابت محصولات این بنگاه‌ها در مقابل محصولات مشابه بنگاه‌های خارجی سال به سال کاهش می‌یافت. بنابراین هماهنگی بین سیاست‌های پولی و سیاست‌های ارزی در جهت حفظ رقابت‌پذیری بنگاه‌های اقتصادی داخلی در شرایط رکودی فعلی از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. بنابراین کاهش نوسانات نرخ ارز، ایجاد شرایط مساعد برای یکسان سازی نرخ ارز، حفظ قدرت رقابت بنگاه‌های داخلی و افزایش گستره خدمات ارزی، رویکردهای اصلی دولت برای تدوین سیاست‌های ارزی را در جهت تسریع فرآیند خروج از رکود تشکیل می دهند.

سیاست‌ها

۱-۹- اصلاح ترکیب ترازنامه بانک مرکزی و افزایش

تزریق پول به میزان بسیار فراتر از امکان افزایش تولید، پس از مدتی کوتاه، تورم بیشتر را به دنبال خواهد داشت که نتیجه آن کاهش مجدد قدرت خرید مصرف‌کنندگان و افزایش بیشتر هزینه‌های تولید خواهد بود

قدرت مداخله مؤثر در بازار ارز (*).

۱-۱۰- کاهش تدریجی شکاف بین نرخ ارز مبادله‌ای و بازار (*).

۱-۱۱- کاهش هزینه‌های جانبی نقل و انتقال ارز (*).

۱-۱۲- بازبینی در مقررات موجود در راستای بهبود مبادلات ارزی (*).

۱-۱۳- شناسایی و معرفی ابزارهای جذب منابع خارجی ارز (*).

۱-۳- سیاست‌های مالی

مقدمه: سیاست‌های مالی مرتبط با موضوع خروج از رکود، متشکل از سه بخش سیاست‌های مالیاتی، سیاست‌های بودجه‌ای و راهکارهای مدیریت و تسویه بدهی‌های دولت است. آنچه در این گزارش به عنوان سیاست‌های مالیاتی مورد بحث قرار می‌گیرد مترتب بر اعمال برخی تغییرات کلیدی در «قوانین مالیاتی موجود» در جهت حمایت از تولید و سرمایه‌گذاری است. بنابراین با وجود اهمیت اصلاحات بلندمدت در قوانین و مقررات مالیاتی موجود که با هدف کاهش سهم نفت و افزایش سهم مالیات در تأمین مالی بودجه‌های سالانه برنامه‌ریزی خواهد شد، آنچه در ادامه ذکر می‌شود معطوف به دوره کوتاه‌مدت سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ است (اگرچه برخی مفاد آن، قوانینی با آثار بلندمدت هستند). سیاست‌های بودجه‌ای نیز با هدف استفاده حداکثری از ظرفیت‌های منظور شده در تبصره‌های قانون بودجه سال ۱۳۹۳ در جهت برنامه خروج از رکود تدوین شده است.

در خصوص راهکارهای دولت برای مدیریت و تسویه بدهی‌های دولت، رویکرد ارایه شده کاملاً جدید است که می‌تواند علاوه بر حل مسائل کوتاه‌مدت در جهت تأمین منابع مالی مورد نیاز بنگاه‌های اقتصادی، در میان‌مدت و بلندمدت نیز به عنوان یکی از ابزارهای تأمین مالی بودجه دولت نقش مهمی در شفافیت و نوگرایی ساختار مالی دولت ایفا کند.

۱-۳-۱- سیاست‌های مالیاتی

نکته مهمی که در این خصوص وجود دارد آن است که سیاست‌های مالیاتی طراحی شده در این مجموعه نه به معنی کاهش سطح مالیات بلکه به معنی اصلاح ترکیب مالیات به گونه‌ای است که می‌تواند آثار مثبتی بر تحرک تولید داشته باشد.

سیاست‌ها

۱-۱۴- افزایش معافیت مالیاتی حقوق بگیران و صاحبان مشاغل (*-مصوب).

۱-۱۵- یکسان‌سازی نرخ مالیات بر حقوق کارکنان بخش خصوصی با کارکنان دولتی و کاهش نرخ مؤثر مالیاتی حقوق بخش غیردولتی (* - اصلاحیه قانون مالیات‌های مستقیم-مصوب).

۱-۱۶- حذف مالیات تکلیفی فعالیت‌های پیمانکاری و کاهش نرخ مؤثر مالیات اشخاص حقوقی موضوع ماده ۱۰۵ قانون مالیات‌های مستقیم (* - اصلاحیه قانون مالیات‌های مستقیم-مصوب).

۱-۱۷- کاهش نرخ نهایی مالیات بر درآمد اشخاص حقیقی و افزایش طبقات درآمدی مشمول مالیات (*-مصوب).

۱-۱۸- اصلاح ساختار مشوق‌های مالیاتی با هدف حمایت مؤثر از سرمایه‌گذاری و شفاف‌سازی معافیت‌ها. بر اساس این اصلاحیه، میزان معافیت مالیاتی برای مناطق کمتر توسعه یافته دو برابر سرمایه‌گذاری انجام شده خواهد بود. همچنین تعطیلی مالیاتی به مدت ۳ سال برای مناطق توسعه یافته و ۵ سال برای مناطق کمتر توسعه یافته در نظر گرفته شده است. ضمن اینکه معافیت مذکور برای بیمارستان‌ها، مؤسسات حمل و نقل و مراکز اقامتی و گردشگری نیز مد نظر قرار گرفته است (*-اصلاحیه قانون مالیات‌های مستقیم).

۱-۱۹- حمایت از تعاونی‌های مرزنشینان (*-مصوب).

۱-۲۰- حمایت از آموزشگاه‌های فنی و حرفه‌ای آزاد (*-اصلاحیه قانون مالیات‌های مستقیم-مصوب).

۱-۲۱- حمایت از صادرات غیرنفتی. مطابق بند مذکور ۱۰۰ درصد درآمد حاصل از صادرات خدمات و کالاهای غیرنفتی و محصولات بخش کشاورزی و ۵۰ درصد درآمد حاصل از صادرات مواد خام با نرخ صفر مشمول مالیات می‌شود (* - اصلاحیه قانون مالیات‌های مستقیم-مصوب).

۱-۲۲- اصلاح ساختار معافیت‌های مالیاتی از طریق تبدیل معافیت‌ها به مالیات با نرخ صفر (* - اصلاحیه قانون مالیات‌های مستقیم-مصوب).

۱-۲۳- اصلاح ساختار استهلاکات مالیاتی با هدف حمایت مؤثرتر از سرمایه‌گذاری از طریق هزینه‌های استهلاک (* - اصلاحیه قانون مالیات‌های مستقیم-مصوب)

در شرایط رکودی سال ۱۳۹۳ نه تنها انقباض بخش پولی در برنامه‌های اقتصادی دولت قرار ندارد، بلکه افزایش ضریب فزاینده نقدینگی و افزایش قدرت تسهیلات‌دهی بانک‌ها از جمله مهم‌ترین برنامه‌های دولت برای خروج از رکود است. اما دولت هدف افزایش قدرت تسهیلات‌دهی بانک‌ها و تأمین مالی تولید را از طریق افزایش بدهی بانک‌ها به بانک مرکزی و در نتیجه افزایش پایه پولی دنبال نمی‌کند و فرآیند خروج از رکود را وابسته به رشد پایه پولی نخواهد کرد

۱-۲۴- اعطای معافیت مالیاتی به تجدید ارزیابی دارایی‌ها، مبتنی بر ضوابط خاص، با هدف کمک به اصلاح ساختار مالی شرکت‌ها (* - اصلاحیه قانون مالیات‌های‌مستقیم-مصوب).

۱-۲۵- وضع مالیات بر سود تقسیم شده بین سهامداران با هدف تقویت اصلاح ساختار سرمایه شرکت‌ها(***).

۱-۲۶- تعویق مالیات و پذیرش استهلاک شتابان کالاهای سرمایه‌ای با تکنولوژی بالا (*-مصوب).

۱-۲۷-معاف کردن آورده نقدی سهامداران از مالیات سود و تلقی سود پرداختی به عنوان هزینه‌های قابل قبول (***).

۱-۲۸-اعطای اعتبار مالیاتی برای سرمایه‌گذاری‌های مشترک داخلی و خارجی (***).

۱-۲۹-اعطای اعتبار مالیاتی به سرمایه‌گذاران خارجی که با استفاده از امکانات تولیدی داخل فعالیت نمایند. (***).

۱-۳۰- وضع مالیات بر سود سرمایه‌ای (Capital Gains Tax) در املاک و مستغلات (***).

۱-۳-۲-سیاست‌های بودجه‌ای

مقدمه: رویکرد دولت در تدوین سیاست‌های بودجه‌ای استفاده از ظرفیت‌های بودجه سال ۱۳۹۳ برای ایجاد تحرک بیشتر در بخش‌های اقتصادی توسط بودجه‌های عمرانی با قید حفظ توازن بودجه است. محدودیت توازن بودجه سال ۱۳۹۳ یکی از ارکان اصلی طراحی سیاست‌های مالیاتی و بودجه‌ای بوده است که می‌تواند به عنوان یکی از عوامل ثبات‌ساز در سطح اقتصاد کلان نقش مهمی در تحقق برنامه‌های خروج از رکود داشته باشد. در واقع این بعد از سیاست‌های بودجه‌ای سبب خواهد شد ارتباط صحیحی بین سیاست‌های پولی و مالی برقرار شود. اساساً ایجاد سازگاری بین مجموعه سیاست‌های اقتصاد کلان (پولی، مالی و ارزی) در قالب برنامه خروج از رکود، یکی از اهداف دولت در تدوین این سیاست‌ها بوده است.

سیاست‌ها

۱-۳۱- اولویت قائل شدن برای تخصیص اعتبارات عمرانی پس از اجرای تعهدات غیرقابل اجتناب جاری و به حداکثر رساندن کل میزان تخصیص اعتبارات عمرانی منظور شده در قانون بودجه سال ۱۳۹۳ (*).

۱-۳۲- استفاده از ظرفیت‌های منظور شده در تبصره‌های قانون بودجه سال ۱۳۹۳ برای توسعه فعالیت‌های عمرانی در سراسر کشور و تنظیم برنامه زمان‌بندی شده اجرای آنها تا پایان سال (*).

۱-۳۳- اجازه تغییر کاربری و فروش اموال مازاد وزارتخانه‌ها و مؤسسات دولتی ملی و استانی با هماهنگی وزارت امور اقتصادی و دارایی و تأیید کمیسیون ماده ۵ قانون تأسیس شورای عالی شهرسازی و معماری ایران و در اختیار گذاشتن صد در صد وجوه واریز شده به دستگاه ذی‌ربط برای جایگزینی ملک فروخته شده یا تکمیل پروژه‌های نیمه‌تمام مصوب (*-بند ن تبصره ۳ قانون بودجه سال ۱۳۹۳).

۱-۳۴- اجازه به دستگاه‌های اجرایی برای واگذاری طرح‌های تملک دارایی‌های سرمایه‌ای خود در حوزه‌های فرهنگی، آموزشی، درمانی، ورزشی و خدماتی و سایر موارد مشابه که کمتر از ۵۰ درصد پیشرفت داشته‌اند به بخش‌های خصوصی یا تعاونی به صورت فروش یا اجاره بلندمدت ۱۰ ساله از طریق مزایده عمومی و اختصاص منابع حاصل از واگذاری این طرح‌ها و پروژه‌ها به دستگاه ذی‌ربط برای کمک‌های فنی و اعتباری یا تکمیل پروژه‌های در دست اجرا (*-بند س تبصره ۳ قانون بودجه سال ۱۳۹۳).

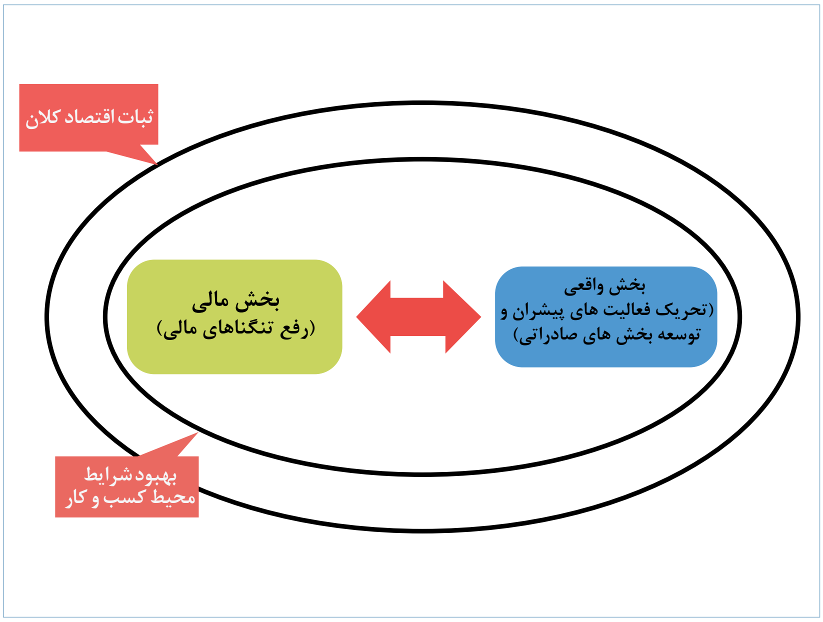
۱-۳۵- اجازه استفاده از تسهیلات تأمین مالی خارجی (فاینانس) علاوه بر سهمیه سال‌های قبل (معادل ۳۵ میلیارد دلار) به طرح‌های دارای توجیه فنی، اقتصادی؛ مالی و زیست محیطی دستگاه‌های اجرایی و بخش‌های خصوصی و تعاونی، با سپردن تضمین‌های لازم به بانک‌های عامل (*- بند الف تبصره ۴ قانون بودجه سال ۱۳۹۳).

۱-۳۶- پرداخت هزینه‌های تحقیقاتی به واحدهای تولیدی در صورتی که منجر به کسب مجوز تولید یا ثبت اختراع داخلی یا بین‌المللی شود (***).

۱-۳۷- پیش‌بینی ردیف یارانه تسهیلات بهره‌وری و ارتقای دانش فنی در بودجه‌های سالانه جهت افزایش بهره‌وری واحدهای تولیدی و خدماتی (***).

۱-۳-۳-راهکارهای مدیریت و تسویه بدهی‌های دولت

مقدمه: افزایش بدهی‌های دولت به ویژه به پیمانکاران و بانک‌ها در کنار آشفتگی حساب‌های مربوطه، سبب ایجاد عوارض قابل ملاحظه‌ای در هر سه ضلع مرتبط



با این موضوع یعنی دولت، پیمانکاران و بانک‌ها شده است. به دلیل بی‌نظمی و آشفتگی حساب‌ها در سمت دولت، محاسبه دقیق میزان بدهی‌های دولت با دشواری زیادی همراه بوده است. از طرفی بلوکه شدن بخشی از دارایی‌های پیمانکاران نزد دولت سبب شده این شرکت‌ها با کمبود نقدینگی مواجه شوند و در نتیجه نتوانند به تعهدات کوتاه‌مدت خود در قبال بانک‌ها پاسخگو باشند. در نتیجه مطالبات معوق نظام بانکی از این محل تحت‌تأثیر قرار گرفته و بانک‌ها را بیشتر در جهت انقباض فعالیت‌های تأمین مالی خود پیش برده‌است. از سوی دیگر، به‌دلیل افزایش مستقیم بدهی‌های دولت به‌بانک‌ها، توان تسهیلات‌دهی بانک‌ها کاهش یافته است. در حال حاضر با توجه به شرایط ویژه اقتصادی کشور، یعنی وجود تحریم‌های ظالمانه بین‌المللی و محدودیت درآمدهای نفتی و تنگناهای به وجود آمده، بازپرداخت بدهی‌ها با چالش‌های متعددی مواجه‌است. بنابراین وضعیت بدهی‌های دولت به‌عنوان مانعی جدی بر سر راه تأمین مالی و تحرک تولید در سال‌های اخیر عمل کرده است. از سوی دیگر تاکنون هیچ مرجعی برای رسیدگی به وضعیت بدهی‌های دولت و مدیریت و تسویه آنها وجود نداشته است. مدیریت بدهی‌ها و بازپرداخت آنها علاوه بر تأمین بخشی از منابع مورد نیاز برای سرمایه‌گذاری (بازپرداخت مطالبات پیمانکاران) و افزایش امکان اعطای تسهیلات بیشتر توسط نظام بانکی ـ که بر تحرک تولید اثرگذار خواهد شد ـ آثار بلندمدت مثبتی نیز برای شفافیت و قاعده‌مند شدن رفتار مالی دولت در پی خواهد داشت.

سیاست‌ها

۱-۳۸- تشکیل واحد سازمانی جداگانه جهت احصاء، ثبت و پایش بدهی‌ها و تعهدات دولت و نگهداری متمرکز حساب‌ها در وزارت امور اقتصادی و دارایی (*-مصوب).

۱-۳۹- تسویه بدهی‌های دولت به بخش خصوصی از محل مطالبات دولت از اشخاص بابت اقساط فروش آنها در چارچوب بند (ر) تبصره ۳ قانون بودجه سال ۱۳۹۳ (*-مصوب).

۱-۴۰- تسویه بدهی‌های دولت از محل فروش اوراق مشارکت و اسناد خزانه اسلامی موضوع آیین‌نامه اجرایی بند (ط) تبصره ۶ قانون بودجه سال ۱۳۹۳ (*-مصوب).

۱-۴۱- تسویه بدهی‌های دولت از طریق ایجاد صندوق قابل معامله سهام عدالت (ETF) و تادیه بدهی‌های دولت از محل یونیت‌های متعلق به دولت در صندوق فوق (**).

۱-۴۲- اجازه فروش اوراق خزانه اسلامی معادل اختلاف بدهی‌های دولت و رقم اوراق پیش‌بینی شده در قانون بودجه ۱۳۹۳ با توزیع پنج ساله. تسویه بدهی دولت با اولویت تسویه مطالبات پیمان کاران با انتشار اسناد خزانه به میزان سالانه ۱۰۰ هزار میلیارد ریال (***).

۱-۴۳- واگذاری اموال مازاد دستگاه‌های اجرایی بابت تادیه بدهی‌های همان دستگاه (***).

۱-۴۴- واگذاری مسؤولیت مطالعه، بررسی، تعیین تکلیف و واگذاری طرح‌ها و پروژه‌های انتفاعی و غیرانتفاعی دولتی قابل واگذاری به سازمان خصوصی سازی (**).

۱-۴۵- مزایده پروژه‌های نیمه تمام انتفاعی در فرابورس و پرداخت بدهی‌ها از این محل و در صورت عدم فروش، واگذاری به طلبکاران دولت با روش مذاکره (***).

۱-۴۶- جلب مشارکت بخش خصوصی از طریق واگذاری پروژه‌های عمومی غیرانتفاعی در قالب قراردادهای مشارکت عمومی- خصوصی (PPP) و محاسبه ارزش پروژه به عنوان آورده دولت جهت افزایش نرخ بازده (***).

۱-۴۷- تسویه بدهی‌های دولت از محل منابع مالی حاصل از فروش سهام شرکت‌های دولتی (*).

۱-۴۸- تهاتر بدهی‌های دولت از محل بدهی‌های مالیاتی اشخاص (***).

۱-۴۹- انتقال بدهی‌های سازمان‌ها و شرکت‌های دولتی که به موجب تکالیف قانونی یا دولتی ایجاد شده است به حساب بدهی‌های دولت با پیشنهاد وزارت امور اقتصادی و دارایی و با تصویب هیأت وزیران (***).

۱-۵۰- تسویه بدهی اشخاص حقوقی غیردولتی به دولت با مطالبات آنها از شرکت‌های دولتی (***).

۱-۵۱- توقف عملیات اجرایی وصول مطالبات دولت از اشخاصی که مطالبات متقابل از دولت دارند و رفع ممنوعیت خروج در سقف مطالبات آنها از دولت (***).

۱-۵۲- اختصاص ۱۰۰ درصد منابعی که از حساب ذخیره ارزی به عاملیت بانک‌های دولتی صرف اعطای تسهیلات به بخش‌های خصوصی و دولتی شده است و در سال ۹۳ وصول می‌شود بابت تسویه بدهی دولت به این بانک‌ها (*- بند ط تبصره ۵ قانون بودجه ۱۳۹۳).

پاورقی:

۱. بنابر توضیحات گزارش اول خروج از رکود (گزارش «چرایی بروز رکود تورمی و جهت گیری‌های برون رفت از آن») اصلی ترین سیاست غیر تورم زای افزایش تقاضای مؤثر، تسهیل و تشویق صادرات در نظر گرفته شده است.

۲. گزارش «چرایی بروز رکود تورمی و جهت گیری‌های برون رفت از آن»؛ ستاد هماهنگی امور اقتصادی دولت؛ تیر ۱۳۹۳.

۳. در سال‌های گذشته بارها سیاست ایجاد رونق تصنعی از طریق بسط حجم پول در اقتصاد ایران آزمون شده است. با این تفاوت که در دوره‌های قبل ـ به خصوص سال‌های نیمه دوم دهه ۸۰ ـ با واردات گسترده فشارهای تورمی ناشی از تزریق پول تخفیف پیدا می کرد. اما در شرایط فعلی که امکان واردات همچون سال‌های گذشته وجود ندارد تزریق پول آثار تورمی به مراتب بیشتری را نسبت به دوره‌های قبل نتیجه خواهد داد.

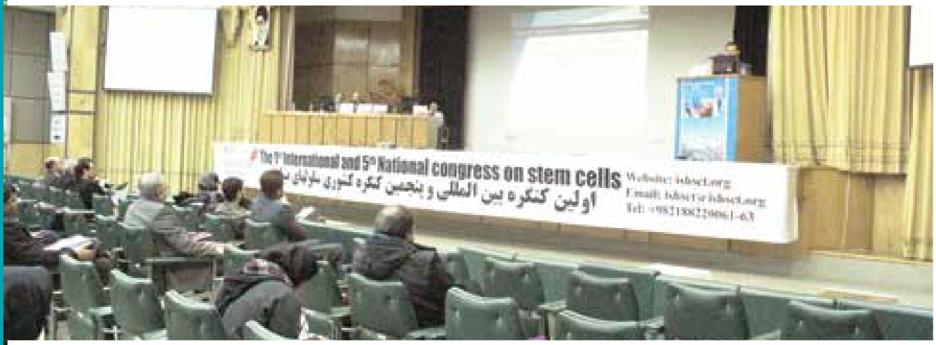
۴. در لایحه حمایت از تولید مواردی درخصوص قانون کار و اعضای هیأت علمی به شرح بندهای زیر دیده شده است، اما در مجموعه حاضر که مختص سیاست‌های کوتاه‌مدت خروج از رکود معطوف به سال‌های ۹۳ و ۹۴ تدوین شده، این موارد لحاظ نشده است:

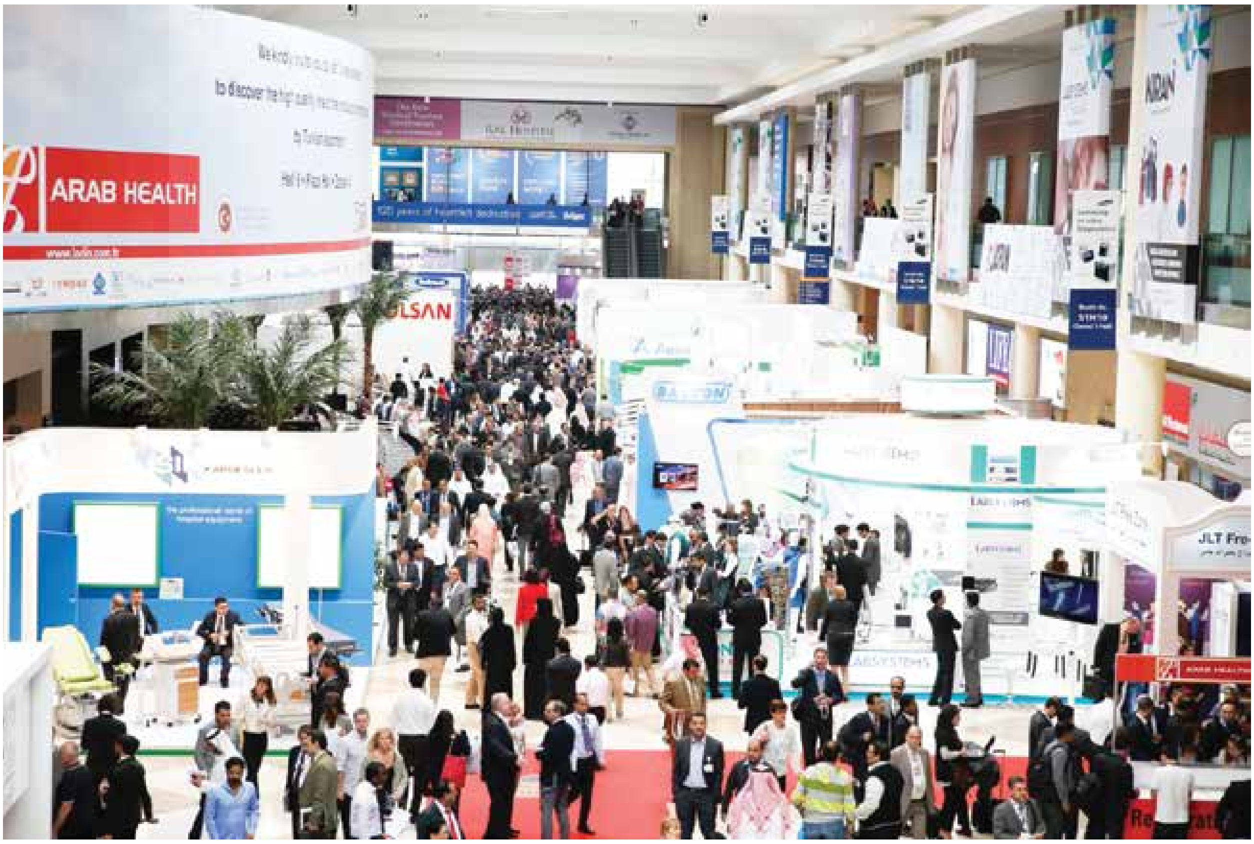
- انعطاف بیشتر در قراردادهای کار از طریق اصلاح مواد ۱۰ و ۲۱ قانون کار (***).
- اختصاص ۳۰ درصد فرصت‌های مطالعاتی اعضای هیأت علمی و رساله‌های دکتری به تولید و خدمات (***).
- مشمول نشدن اعضای هیأت علمی نسبت به قانون منع مداخله وزرا و نمایندگان مجلسین و کارمندان در معاملات دولتی و کشوری مصوب ۱۳۳۷/۱۰/۲ و اصلاحات بعدی (***).

دستگاه اجرایی	زیرشاخص مورد نظر	وضعیت کنونی	وضعیت مطلوب در سال ۱۳۹۳ (متوسط منطقه‌ها)	توضیح
سازمان امورمالیاتی	بازپرداخت مالیات بر ارزش افزوده کالای صادر شده	۳/۴	کاهش به ۳۰ روز	۳/۴
وزارت صنعت، معدن و تجارت	جواز تاسیس برای صنایع کوچک و متوسط	۳/۴	کاهش به ۱۰ روز	۳/۴
	جواز تاسیس برای صنایع بزرگ	۳/۴	کاهش به ۳۰ روز	۳/۴
	گواهی کشف و جواز اکتشاف	۳/۴	کاهش به ۱۰ روز	۳/۴
	صدور یا تمدید کارت بازرگانی	۳/۴	کاهش به ۱۵روز	۳/۴
وزارت جهاد کشاورزی	صدور مجوز تشکیل تعاونی‌های تولیدی، شرکت‌های سهامی زراعی و کشت و صنعت‌ها	۹۰ روز	کاهش به ۳۰ روز	۳/۴
	صدور مجوز پشتیبانی‌ها	۳۰ روز	کاهش به ۲۰ روز	با همکاری وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و کارگروه توسعه اشتغال و سرمایه‌گذاری استان‌ها
	پاسخ استعلام آزمایش‌های کالاهای دامی	۳۵ روز	کاهش به ۲۱ روز	اعلام فهرست انواع آزمایش‌های مورد نیاز برای واردات کالای دامی
نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران	شماره‌گذاری حداقل ۵۰ درصد ماشین‌آلات کشاورزی موجود به میزان یکصدهزار دستگاه	–۳/۴	شماره‌گذاری ۵۰درصد ماشین‌آلات تا پایان سال ۱۳۹۳	۳/۴
وزارت کشور	اخذ گواهی عدم سوءپیشینه برای دستگاه‌های اجرایی	۳/۴	به صورت بر خط	با جلب مشارکت نیروی انتظامی
	اخذ استعلامات ثبتی	۱۵ روز	۵ روز	با جلب مشارکت نیروی انتظامی
	اخذ مجوز ساخت و ساز	۳۲۰ روز	۱۴۵ روز	با همکاری شهرداری‌ها و دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط در اجرای ماده (۴۶) قانون برنامه پنجم توسعه و مصوبه شماره ۱۶۵۵ مورخ ۱۳۷۱/۸/۱۹ شورای عالی اداری
	اخذ گواهی پایان کار ساختمان	۳۰ روز	۱۰ روز	
وزارت نیرو	اخذ برق	۱۴۰ روز	۸۶ روز	۳/۴
	اخذ انشعاب آب و فاضلاب	۲۷۰ روز	۱۰۰ روز	۳/۴
وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	گواهی اشتغال و تسویه حساب بیمه	۳/۴	کاهش تا ۷ روز	۳/۴
	اخذ گواهی تسویه حساب تامین اجتماعی	۳/۴	کاهش تا ۱ روز	با همکاری سازمان تامین اجتماعی
سازمان بورس و اوراق بهادار	امتیاز شاخص سهولت اقامه دعوی سهامداران (۰–۱۰)	۰	۲	۳/۴
	امتیاز شاخص افشاء (۰–۱۰)	۷	۹	۳/۴
	امتیاز شاخص حمایت از سهامداران (۰–۱۰)	۳,۷	۴/۵	۳/۴
سازمان امورمالیاتی	شاخص پرداخت مالیات	۳/۴	بهبود با الکترونیکی کردن دریافت لیست حقوق	۳/۴
	زمان مورد نیاز برای پرداخت مالیات	۳۴۴ ساعت درسال	۲۲۰ ساعت در سال	۳/۴
گمرک جمهوری اسلامی ایران	تعداد مراحل اداری صادرات	۷	۵	۳/۴
	تعداد مراحل اداری واردات	۱۰	۷	۳/۴
	زمان صادرات	۲۵ روز	۲۰ روز	۳/۴
	زمان واردات	۳۷ روز	۱۹ روز	۳/۴
	هزینه صادرات (دلار بر هر کانتینر)	۱۴۷۰	۱۲۱۰	۳/۴
	هزینه واردات (دلار بر هر کانتینر)	۲۱۰۰	۱۴۵۶	۳/۴
وزارت دادگستری	فرآیند دادرسی و قضاوت	۲۹۵ روز	۲۷۰ روز	با جلب مشارکت قوه قضائیه
	فرآیند اجرای حکم	۱۸۰ روز	۱۵۰ روز	با جلب مشارکت قوه قضائیه
	زمان پرداخت دیون	۵و ۴ سال	۲ و ۳ سال	با جلب مشارکت قوه قضائیه
	نرخ بازستانی دیون	۲۲ درصد	۳۰ درصد	با جلب مشارکت قوه قضائیه

دستاورد

در دستاور این شماره گزارش‌هایی درباره «نمایشگاه عرب هلث ۲۰۱۵»، «نخستین کنگره تروما»، «هفتمین کنگره رادیولوژی دهان، فک، صورت»، «دهمین همایش سرطان و پیشگیری»، «یازدهمین کنگره بین‌المللی صرع ایران»، «نخستین کنگره بین‌المللی و پنجمین کنگره کشوری سلول‌های بنیادی»، «هفتمین کنگره بین‌المللی آزمایشگاه و بالین» و گفت‌وگو با «جان کلمن» رییس شرکت آمریکایی ماسیمو می‌خوانید.





گزارش خبرنگار صنعت درمان از عرب هلث ۲۰۱۵

جای ایرانی‌ها خالی بود

نمایشگاه عرب هلث ۲۰۱۵ روز ۲۶ ژانویه (ششم بهمن‌ماه) با حضور شیخ محمدبن راشد آل مکتوم معاون رییس دولت امارات متحد عربی، در مرکز بازرگانی جهانی شهر دبی گشایش یافت. امسال چهلمین سالی بود که نمایشگاه عرب هلث برگزار می‌شد. بیش از ۷۵۰ شرکت تجهیزات پزشکی و دارویی و ۴ هزار غرفه‌دار در عرب هلث ۲۰۱۵ حضور داشتند و در ۴ روز برگزاری این نمایشگاه کالاهای پزشکی خود را برای دیدارکنندگان به نمایش گذاشتند.

حمید اسلامی

عرب هلث ۲۰۱۵ بدون حضور شرکت‌های ایرانی برگزار شد و هیچ غرفه‌ای با نام ایران در این نمایشگاه برپا نشد. در حالی که با گرم شدن مذاکرات ایران با کشورهای ۱+۵، امید می‌رفت فشارها و تحریم‌ها به‌ویژه در حوزه سلامت کاهش یابد، شرکت‌های ایرانی برخلاف سال‌های گذشته که در شرایط تحریم شدید حضور پررنگ و یکپارچه‌ای داشتند، امسال درهای عرب هلث را بر روی خود بسته یافتند و از حضور در این نمایشگاه بازماندند؛ تحریم‌های جهانی علیه ایران این‌بار جلوی راه بازرگانی شرکت‌های ایرانی نشست و از آنجا که پیگیری‌ها و نامه‌نگاری‌ها دستاوردی برای شرکت‌های ایرانی نداشت، به تحریم دیدار از عرب هلث از سوی وزارت بهداشت انجامید؛ کاری که دلخواه شرکت‌های تولیدکننده و صادرکننده ایرانی نبود.

در پیامد نبود شرکت‌های ایرانی در عرب هلث، شمار دیدارکنندگان ایرانی نیز از این نمایشگاه کاهش یافته بود و به خوبی به چشم می‌آمد. این موضوع روز سوم نمایشگاه بیشتر روشن شد که غرفه‌داری هلندی پس از دیدن نام کشور روی کارت خبرنگاری‌ام، پرسید: «امسال دیدارکننده‌ای از ایران نداشتیم. من هر سال در نمایشگاه شرکت می‌کنم. امسال حتی غرفه‌های ایرانی را ندیدم.»

در میان کسانی که به دیدار از عرب هلث آمده بودند، دیدارکنندگان بسیاری از کشورهای منطقه به‌ویژه کشورهای عربی، پاکستان، هند، افغانستان و کشورهای حوزه دریای خزر به چشم می‌خوردند؛ کسانی که در دیدار از عرب هلث گوشه چشمی هم به بازار صنعت درمان و کالاهای پزشکی تولید ایران دارند.

دفتر رسانه‌ای عرب هلث

در طبقه دوم مرکز بازرگانی جهانی دبی، جای بزرگی را به دفتر رسانه‌ای عرب هلث داده بودند؛ جایی برای خبرنگاران رسانه‌ها با امکانات مختلفی که مورد نیاز

آنهاست. ۵ ردیف میز که روی هر میز ۷ دستگاه لپ‌تاپ و یک دستگاه چاپگر گذاشته بودند؛ اینترنت پرسرعت هم به راه بود. کارکنان ستاد رسانه‌ای عرب هلث یک ردیف را در دست خود داشتند و دیگر ردیف‌ها برای بهره‌مندی خبرنگاران بود. همچنین یک لابی که خبرنگاران می‌توانستند آنجا بنشینند، استراحت کنند یا با هم آشنا شوند و گفت‌وگو کنند. انواع و اقسام نوشیدنی سرد و گرم و خوراکی حلال هم در دسترس آنها بود.

خبرنگاران در دفتر رسانه‌ای هر نیازی در رابطه با کارشان داشتند بی‌درنگ برآورده می‌شد و هر کدام از مسؤولان نمایشگاه را می‌خواستند، در کوتاه‌ترین زمان به دفتر رسانه‌ای فراخوانده می‌شد تا خبرنگاران بتوانند با او گفت‌وگو کنند.

خبرنگاران ستاد رسانه‌ای نیز پرکار بودند؛ هر روز چند مدیر و بازرگان سرشناس از کشورها و شرکت‌های مختلف به ستاد رسانه‌ای آورده می‌شدند و خبرنگاران ستاد با آنها گفت‌وگو می‌کردند و گفت‌وگوها نیز فیلم‌برداری و مستندسازی می‌شد.

دیو پنتر: مشکل، مشکل بانکی بود

یکی از برنامه‌هایی که در دیدار از عرب هلث پیگیری می‌کردم، دیدار و گفت‌وگو با یکی از مدیران اینفورما لایف ساینسز اکسیبیشن، شرکت برگزارکننده عرب هلث و پرس‌وجو درباره علت تحریم شرکت‌های ایرانی از حضور در عرب هلث است. خواسته‌ام را با یکی از مدیران دفتر رسانه‌ای بازگو کردم. گفت چند دقیقه صبر کنید، یکی از مدیران را صدا می‌کنیم. پس از چند دقیقه، دیو پنتر (Dave Panther) مدیر کل کنفرانس و نمایشگاه عرب هلث برای گفت‌وگو به دفتر رسانه‌ای آمد و ما را با هم آشنا کردند. خوش برخورد بود و لهجه انگلیسی داشت.

دیو در پاسخ به پرسش من درباره جلوگیری از نام‌نویسی شرکت‌های ایرانی گفت: «مشکل بانکی و دردسرزا بودن انتقال پول از بانک‌های ایرانی به بانک‌های انگلیسی علت اصلی بود. شرکت اینفورما لایف که عرب هلث را برگزار می‌کند یک شرکت انگلیسی است و ما در دبی از دفتر مرکزی شرکت در لندن پیروی می‌کنیم. براساس مقررات، بانک‌های انگلیسی مجاز به داد و ستد و انتقال پول با بانک‌های ایرانی نیستند. برای نمونه به تازگی حسابی را در یکی از بانک‌ها که با بانک‌های ایرانی داد و ستد داشته است، بسته‌اند. سال گذشته پس از آن که چند شرکت ایرانی برای شرکت در عرب هلث ۲۰۱۵ نام‌نویسی کردند، سازمان بانکی انگلیس به شرکت ما نسبت به نقل و انتقال پول از ایران هشدار داد و ما این موضوع را به شرکت‌های ایرانی اعلام کردیم.»

او به مهندس رضوی نماینده شرکت اینفورما لایف در ایران اشاره کرد و گفت که به وسیله او به شرکت‌های ایرانی پیام داده شده برای رفع این مشکل با مسؤولان کشوری نامه‌نگاری کنند و چنانچه این محدودیت برداشته شود و اجازه نقل و انتقال پول از ایران را بدهند مدیران اینفورما لایف خوشحال می‌شوند حضور شرکت‌های ایرانی را همچون گذشته در عرب هلث و دیگر نمایشگاه‌هایی که برگزار می‌کنند، داشته باشند: «ما حتی پیشنهاد دادیم شرکت‌ها پول را از کشور دیگری غیر از ایران به حساب اینفورما لایف واریز کنند.»

نامه شرکت اینفورما لایف به شرکت‌های ایرانی را که در آن علت تحریم‌های بین‌المللی ایران گفته شده بود، پیش کشیدم و این را پرسیدم که شما در نامه فقط از عبارت تحریم ایران سخن گفته بودید. دیو پاسخ داد: «مساله نقل و انتقال پول دقیقاً به همان مشکل تحریم‌ها باز می‌گردد. ما در دو سال گذشته هم سر این داستان، بسیار مشکل داشتیم. مشکل این است که اگر ما در کسب‌وکاری که انجام می‌دهیم نتوانیم پولمان را دریافت کنیم به مشکل برمی‌خوریم. ما در این مقررات باید از دفتر مرکزی در لندن پیروی کنیم.»

او در پایان از نامه‌نگاری‌های در دست انجام خبر داد: «براساس اطلاعاتی که به من رسیده است نامه‌نگاری‌هایی برای رفع این مشکل انجام شده است که امیدبخش است. پس از دریافت پاسخ این نامه‌نگاری‌ها، شرکت‌های ایرانی را از موضوع آگاه می‌کنیم تا برای شرکت در عرب هلث ۲۰۱۶ نامه‌نگاری کنند.»

یکی از مدیران شرکت‌های خصوصی که به عرب هلث آمده بود، نیز سخنان دیو را به شکل دیگری در نمایشگاه بازگو کرد. او که نخواست نامش در گزارش آورده شود، گفت: «شرکت‌های ایرانی برای آن که بتوانند از تخفیف صادراتی وزارت تجارت بهره‌مند شوند هر سال از طریق مرکز گسترش صادرات ایران در نمایشگاه عرب هلث شرکت می‌کنند و همین موضوع نقل و انتقال پول را مشکل‌ساز می‌کند. اگر شرکت‌ها از طریق دبی یا کشور دیگری پول واریز می‌کردند، برای حضور آنها مشکلی پیش نمی‌آمد.»

نهمین بیمارستان ناجا در دست راه‌اندازی

در روز دوم بازدید از نمایشگاه عرب هلث، به دکتر سید محمدرضا سیداحمدی فرمانده بهداری نیروی انتظامی برخوردم. او همراه مدیران شرکت اسپید شاهد برای بازدید از عرب هلث ۲۰۱۵ و آشنایی با فناوری‌های به روز پزشکی جهان و مطالعه برای تامین نیازمندی‌های بیمارستان‌های نیروی انتظامی به دبی آمده بود. او در این باره گفت: «تلاش می‌کنیم آخرین و به‌روزترین فناوری‌هایی را که در حوزه تجهیزات پزشکی وجود دارد در مراکز درمانی برای کارکنان نیروی انتظامی استفاده کنیم. ما هم زیرمجموعه وزارت کشور هم زیرمجموعه وزارت دفاع و ستاد مشترک نیروهای مسلح هستیم که از یک سو کار خدماتی برای کارکنان نیروی انتظامی و خانواده‌های‌شان انجام می‌دهیم و از سوی دیگر چون کارکنان نیروی انتظامی وظیفه حفظ امنیت شهرها و مرزهای کشور را دارند ما نیز مأموریت داریم سلامتی این نیروها را حفظ کنیم.»

او به ۸ بیمارستان فعال نیروی انتظامی در سراسر کشور اشاره کرد و افزود: «هشتمین بیمارستان نیروی انتظامی که ۶۴ تختخوابی با امکان افزایش به ۱۰۰ تختخوابی است، دی ماه گذشته در شهر تبریز به بهره‌برداری رسید.»

به گفته فرمانده بهداری نیروی انتظامی، نهمین بیمارستان این سازمان با ظرفیت ۶۴ تختخواب [با امکان افزایش به ۱۰۰ تختخواب] به‌زودی در شهر کرمانشاه، به بهره‌برداری می‌رسد: «ساخت این بیمارستان تا ۸۰ درصد پیشرفت داشته است که با تامین منابع لازم، تجهیز و آماده بهره‌برداری خواهد شد.»

فرمانده بهداری نیروی انتظامی در بازدید خود از عرب هلث، از غرفه‌های برخی شرکت‌های بزرگ و بنام در حوزه تجهیزات پزشکی دیدار کرد.

فاطمه هاشمی رییس بنیاد امور بیماران خاص نیز یکی دیگر از مدیران حوزه سلامت کشور بود که برای دیدار از عرب هلث به دبی آمده بود. او که روز سوم به نمایشگاه آمده بود، از غرفه‌های شرکت‌های تامین‌کننده تجهیزات دیالیز و تجهیزات مربوط به دیگر بیماری‌های خاص دیدار کرد و به گفت‌وگو با مدیران این شرکت‌ها پرداخت. ■

KLS

NEW

ONE NAME - ALLSOLUTIONS
STORZ
KARL STORZ
Doctor's Office
VisitOR1
3D

MAQUET
ELEKTA

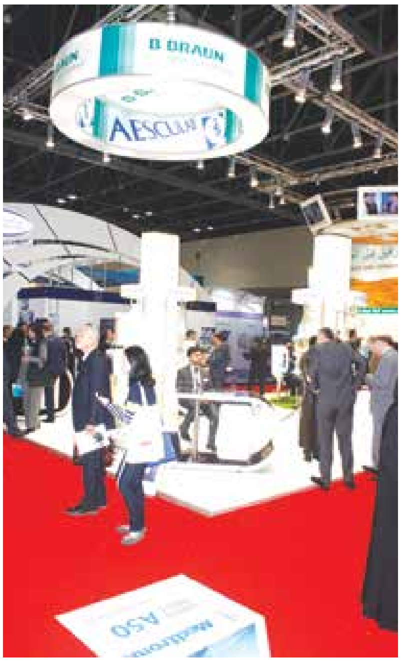
TOSHIBA

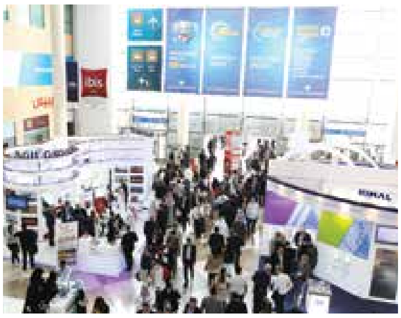
STORZ MEDICAL

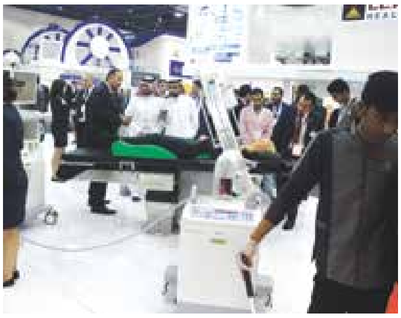
matachana

AUSTRALIA
austofix

ARAB HEALTH
ARAB HEALTH


B BRAUN
AESCULAP





وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در نخستین کنگره تروما:

تأثیر عوامل فرهنگی اجتماعی بر تروما را نادیده نگیریم

تروما یا آسیب‌دیدگی بر اثر تصادف‌ها، سقوط از ارتفاع و نزاع‌های خیابانی در کنار بیماری‌های قلبی و سرطان، از مهمترین عوامل مرگ‌ومیر در ایران است. بر اساس آمارهای اعلام شده، میزان تلفات بر اثر تروما در کشور ما در طول ۱۰ سال، معادل تعداد شهدای ما در زمان هشت سال دفاع مقدس است و این رقم بالا آسیب‌ها و خسارات اجتماعی بسیار و جبران‌ناپذیری بر جامعه دارد. سید حسن هاشمی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رییس نخستین کنگره تروما گفت: «با این که تصور بر این است که تصادفات جاده‌ای مهمترین عامل در ایجاد تروما است، اما نباید فراموش کرد که عامل ریشه‌ای برای این موضوع اخلاق جامعه است که زیربنای اصلی افزایش یا کاهش تروما به شمار می آید.»

نرگس لطیف‌پور

هاشمی افزود: «هرکس از منظر خود تعریفی برای تروما دارد اما آنچه که فهمیده می‌شود این است که تروما منحصر به تصادفات نیست و معضلات فرهنگی و اجتماعی مستقیم یا غیرمستقیم بر روی وقوع تروما تأثیر دارد.»

به گفته وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شایع‌ترین علت تروما عوامل ترافیکی است اما فراموش نکنیم که نزاع‌ها و درگیری‌های خیابانی علت دوم و حتی شانه به شانه با عوامل جاده‌ای بر این امر تاثیر دارند؛ به طوری که می‌توان گفت عامل مهم در بروز تروما مسایل فرهنگی و اجتماعی است.

تروما قابل پیشگیری است

سیاوش صحت دبیر کنگره تروما نیز با بیان این که در کشور ما سه عامل مهم وجود دارد که موجب مرگ‌ومیر زیاد می‌شود و یکی از آنها تروما است، گفت: «این یک مشکل اجتماعی است که باید برای حل آن همت کرد.»

به گفته او، ایران بالاترین آمار تروما را در خاورمیانه دارد که فرهنگ‌سازی و آموزش نقش مهمی در کاهش این آمار دارد. یکی از مشکلات کشور حوادث جاده‌ای است که تلفات آن با میزان تلفات هشت سال دفاع مقدس برابری می‌کند.

صحت تاکید کرد: «با این‌که تروما از علل اصلی مرگ‌ومیر در ایران است اما قابل پیشگیری است. در سال‌های گذشته کشور ما از نظر پیشگیری و درمان تروما رشد خوبی داشته است، با این حال آمار تلفات از طریق تروما نسبت به استاندارد جهانی بالاست.»

او با اشاره به این که در کشور ما هر ۲۰ و چند دقیقه‌ای، یک مرگ براثر تروما اتفاق می‌افتد، افزود: «هرچند این آمار نسبت به سال ۱۳۸۸، ۱۰ درصد کاهش داشته اما مصدومان ناشی از تروما بسیار بیشتر از این آمار هستند و گاهی تا ۱۷ درصد تخت‌های بیمارستانی ما را مصدومان ترومایی اشغال می‌کنند و بیشتر مصدومان ترومایی بین ۲۰ تا ۴۰ سال هستند. بر اساس گزارش‌های اعلام شده، زیان تروما برای کشور معادل ۱۲ میلیارد تومان است.»

ضرورت ارایه آمار دقیق از تروما

ابراهیم متولیان دبیر اجرایی نخستین کنگره تروما نیز با اشاره به ضرورت برگزاری این کنگره گفت: «با توجه به تعداد تصادف‌های جاده‌ای و تلفات ناشی از آن که در کشور داریم و تجربیاتی که در زمان جنگ به دست آورده‌ایم به این نتیجه رسیدیم که با برگزاری یک کنگره، تمام کسانی که درگیر این مسأله هستند را به همکاری دعوت کنیم.»

او افزود: «در نهایت پلیس راهور، هلال احمر، آموزش و پرورش، وزارت راه، وزارت بهداشت، بسیج جامعه

پزشکی و گروه‌های مختلفی که به نوعی با این مسأله درگیر بوده یا ذینفع هستند و در زمینه‌هایی که مربوط به تصادف‌ها و تروما فعالیت دارند، در ۱۹ گروه این مجموعه را تشکیل داده و در این کنگره همکاری و شرکت کردند.» در طول ۶ ماه حدود ۱۶۴ مقاله به دبیرخانه کنگره ارسال شد. تعدادی از این مقالات در قالب پوستر، پنل، سخنرانی و مقاله پذیرفته شد که در طول ۲ روز و نیم، هفت پنل تخصصی برگزار شد. همچنین ۲۷ میزگرد تخصصی، ۷۵ سخنرانی با محورهای کنگره و ۱۳ کارگاه عملی از ۲۴ تا ۲۶ دی‌ماه امسال در این کنگره برگزار شد.

به گفته دبیر اجرایی کنگره تروما، ایمنی خودرو، جاده‌ها و تجهیزات لازم بیشترین تأثیر را در امر تصادفات دارند که آموزش می‌تواند تأثیر مثبتی در این زمینه داشته باشد.

متولیان با بیان این که نخستین قدم پیشگیری، آموزش است و باید قبل از دبستان برای آموزش مردم عادی و جامعه اقدام کرد، افزود: «یکی از محورهای این کنگره آموزش و تحقیق است که می‌توانیم این آموزش را به منظور پیشگیری و حتی در مواردی درمان، عمومی کنیم. همچنین در این زمینه با شبکه‌های آموزش و سلامت صدا و سیما قرارداد همکاری می‌بندیم که برای آموزش به صورت جدی تلاش شود.»

او با اشاره به این که در زمینه تروما آمار درست و دقیقی در دست نداریم و این یک مشکل اساسی است، گفت: «سقوط از ارتفاع نیز یکی دیگر از عوامل تروما است اما آمار دقیقی از این مساله در دست نیست و به همین دلیل هم یکی از محورهای همایش را اپیدمیولوژی یا آمار انتخاب کرده‌ایم که برای ساماندهی این مساله، مدیریت تروما برنامه‌ریزی خواهیم کرد.»

آمار ۱۸ هزاری اعلام شده برای سال ۱۳۹۲ یک آمار جمع‌بندی شده توسط تمام ارگان‌های مرتبط با تروما است و این آمار ۲ برابر استاندارد جهانی است. آلمان با ۸۲ میلیون جمعیت، سالانه حدود ۷ هزار کشته ترومایی دارد در حالی که ایران با ۷۵ میلیون جمعیت، بیش از ۱۸ هزار نفر کشته از طریق تروما دارد.

به گفته متولیان، آموزش و نوشتن دستورالعمل برای پیشگیری مهمترین راه برای کم کردن این آمار است. نوشتن دستورالعمل می‌تواند تلفات بعد از انتقال را به میزان قابل توجهی کاهش دهد. همچنین آموزش شیوه حمل و نقل فرد آسیب‌دیده در کاهش میزان تلفات یا آسیب‌های جدی بسیار مهم است.

کوچک‌ترین و سبک‌ترین ونتیلاتور پرتابل

حاضران در نمایشگاه

شرکت جهان گسترش تجارت، شرکت تجهیزات پزشکی سهند بهامین طب، شرکت ایرانیان تجهیز سینا، شرکت تجهیزات پزشکی پرشیادرمان، شرکت آریوژن، مه‌شکن سازه، رمز آسا، شرکت تجهیزات پزشکی زندی‌طب سه‌سیب، شرکت دارودرمان پرشیا، شرکت اوسینا، پویندگان پزشکی پردیس، آریوژن زیست دارو، شرکت تجهیزات پزشکی پردازش رایان طب، مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا.

شرکت دارودرمان پرشیا، ونتیلاتور پرتابل کوچک و سبکی را که برای آمبولانس‌های ۱۱۵ و حمل‌ونقل بین بخشی بیمار در بیمارستان‌ها استفاده می‌شود در این کنگره ارایه کرد. این دستگاه به طور کامل، پنوماتیک است یعنی فقط با فشار کپسول اکسیژن کار می‌کند و نیازی به برق و باتری ندارد. این دستگاه به دو صورت دستی و خودکار کار می‌کند.

ونتیلاتور پرتابل در حالت خودکار قابلیت تنظیم حجم (Tidal Volum) و تعداد تنفس در دقیقه (BMP) را دارد. در حالت دستی نیز اکسیژن را با فشار تریگر برای کار CPR می‌دهد. این دستگاه تولید شرکت مدیتک انگلستان است و حدود ۱۲ سال است که در ایران استفاده می‌شود. استفاده از این دستگاه برای مصرف خانگی توصیه نمی‌شود؛ چراکه اکسیژن خشک می‌دهد و برای ریه بیمار خوب نیست و تنها برای موارد اورژانس و حمل‌ونقل میان‌بخشی یا میان شهری مناسب است. بیشترین زمانی که باید از این دستگاه استفاده کرد، حداکثر هشت ساعت است.

مدیریت تجهیزات پزشکی ایران و تجهیزات جراحی

شرکت مدیریت تجهیزات پزشکی نمایندگی شرکت اسکولاپ و بی‌براون (B-Braun) آلمان در ایران را دارد. این شرکت در این کنگره نمایی کلی از تجهیزات مربوط به تروما و جراحی را ارایه کرد. شرکت بی‌براون، ۸۰تا ۹۰ درصد وسایلی که برای تروما استفاده می‌شود و هر آن چیزی که می‌تواند موجب بهبود یک بیمار ترومایی در اتاق عمل یا خارج از آن شود را تولید می‌کند. ابزار جراحی، پروتزها، نخ‌های جراحی، دستگاه‌های اکسیژن‌ساز و مانند اینها از جمله تجهیزاتی بودند که توسط شرکت مدیریت تجهیزات پزشکی ایران ارایه شد.

این شرکت همچنین پمپ‌های تزریق سرم و سرنگ بی‌براون را نیز در این کنگره ارایه کرد. این پمپ تأییدیه FDA آمریکا را دارد. نسل‌های جدید از این دستگاه به بازار ارایه شده که این مدل گزینه‌های بسیار پیشرفته‌ای دارد و حتی به صورت وایرلس هم می‌توان از آنها استفاده کرد. همچنین تنها دستگاهی است که در استیشن مخصوص می‌توان از آن در MRI استفاده کرد.

کاشتنی‌های درون استخوانی شرکت پویندگان پزشکی پردیس

شرکت پویندگان پزشکی پردیس، شرکت دانش‌بنیان در صنعت ارتوپدی است که پیچ‌پلاک و نیل‌های ارتوپدی را ارایه کرده بود که در اصطلاح به آنها کاشتنی‌های درون استخوانی گفته می‌شود. این ابزار در تصادفات جاده‌ای و بیماران ارتوپدی مورد استفاده قرار می‌گیرند. تمام محصولات این شرکت تولید داخل است و تمام ابزارآلات و ست‌های اینترلاک را در ایران تولید می‌کند. این شرکت تولیدکننده پلاک‌های آناتومیک در ایران است که تولید آنها از نظر فنی و پزشکی بسیار سخت است. این پلاک‌ها اکسترنال فیکساتورهای بیرون استخوانی هستند که برای کسانی که پوکی استخوان دارند یا دچار شکستگی شده‌اند به کار می‌رود.

سونوگرافی بیهوشی و ویدئولارنگسکوپ

شرکت پرشیادرمان دستگاه پرتابل سونوگرافی بیهوشی مدل ۴۰۰۰ را در این کنگره ارایه کرد. از این دستگاه برای مواردی که دچار بیهوشی یا تروما شده‌اند یا زلزله‌زدگان به صورت پرتابل و خاص استفاده می‌شود اما این قابلیت را هم دارد که در مراکز درمانی به صورت ترالی ارایه شود. سونوگرافی بیهوشی دارای حافظه بالا برای نگهداری تصاویر است و eZ Guide یا هدایت کننده سوزن نیز دارد.

این دستگاه پنج سال است که وارد ایران شده اما نرم‌افزارها و آموزش‌های این دستگاه به روز می‌شود و این قابلیت را دارد که مرحله به مرحله سونوگرافی را به پزشک یا حتی مسؤول آمبولانس آموزش دهد. این دستگاه ساخت شرکت ازونو (Ezono) آلمانی است. قابلیت استفاده در آمبولانس، بیمارستان‌های صحرایی را دارد و حتی پزشک می‌تواند به راحتی با خود آن را حمل کرده و به جاهایی که نیاز است ببرد.

ویدئولارنگوسکوپ دستگاه دیگری است که برای

بیمارانی که دچار مشکل تنفسی هستند، تصادف کرده‌اند یا هر موردی که نیاز است لوله تراشه در مسیر تنفسی بیمار گذاشته شود استفاده می‌شود. این دستگاه دوربینی دارد به کمک آن تصویری واضح از راه هوایی و ساختمان حلق ارایه می‌دهد و امکان لوله گذاری سریع و آسان را برای کادر درمانی فراهم می‌کند. تیغه دستگاه نیز طوری طراحی شده که می‌تواند مسیر را باز کند. مدل قدیمی این دستگاه با نام گلایدوسکوپ تولید شرکت آمریکایی است که ترالی و مونیتور بزرگ دارد اما در حال حاضر اجازه ورود آن به ایران را نمی‌دهند.

ویدئولارنگوسکوپ در واقع مدل جدید و پرتابل همان دستگاه است که شرکت استرلینگ انگلستان آن را تولید می‌کند. این دستگاه ۸ گیگا بایت حافظه دارد که می‌توان تصاویر را روی آن ضبط کرد. با این دستگاه می‌توان فیلمبرداری هم کرد و حتی می‌توان فیلم‌های آموزشی را بر روی آن نشان داد. به دلیل اتولایتینگ بودن، هر زمان که نور کم شود خود دستگاه به صورت خودکار نور را تنظیم می‌کند، بنابراین کیفیت تصویر به هیچ عنوان افت نمی‌کند. این دستگاه قابلیت تعویض پنج تیغه یک بار مصرف با اندازه‌های مختلف دارد که برای اطفال و بزرگسال به راحتی می‌توان از آن استفاده کرد. این مدل از دستگاه برای نخستین‌بار در این کنگره معرفی و ارایه شد.

دستگاه غیرتهاجمی احیای قلبی ریوی Auto Pulse

شرکت جهان گسترش تجارت نماینده شرکت زول(Zoll) آمریکا در ایران است. تخصص شرکت زول در زمینه احیا است و جدیدترین فناوری که این شرکت در این زمینه طراحی کرده، دستگاهی است به نام اتوپالس که دستگاه کمک ماساژ قلبی است و ماساژ قلبی را به صورت خودکار انجام می‌دهد. ماساژ با این دستگاه پایدار و منظم و با کیفیتی بسیار بالاتر از ماساژ دستی انجام می‌شود. قابل استفاده به صورت پرتابل و هنگام انتقال بیمار است و از شکستگی دنده‌ها هنگام ماساژ جلوگیری می‌کند. همچنین این دستگاه از هرگونه وقفه در ماساژ قلبی هنگام CPR جلوگیری می‌کند. نخستین دستگاه به صورت دمو حدود ۲ سال پیش وارد ایران شد اما به صورت تجاری یک سال است که وارد شده است.

اره دریل‌های جراحی دوماشه

شرکت ایرانیان تجهیز سینا تولیدکننده اره و دریل‌های جراحی در ایران است. این شرکت در زمینه ارتوپدی، مغز و اعصاب و قلب کار می‌کند. اره و دریل‌های ارتوپدی استاندارد که در جراحی‌های عمومی و اره و دریل‌های مینی که برای عمل‌های جراحی ظریف استفاده می‌شود توسط این شرکت تولید می‌شود. فناوری جدیدی که برای این اره و دریل‌ها به کار برده شده ریورس فوروارد آنها است که پیش از این پشت دستگاه تعبیه می‌شد و تک‌ماشه‌ای هم بودند اما در حالت جدید دریل‌های مینی، مانند مشابه‌های خارجی به صورت دوماشه‌ای ساخته شده است که کار با آن بسیار راحت‌تر است.

آریوسون و کنترل خونریزی‌های شدید

شرکت آریوژن زیست دارو با دارویی که برای خونریزی‌های غیرقابل کنترل کاربرد دارند در این کنگره شرکت کرده بود که داروی فاکتور هفت با نام آریوسون را معرفی کرد. این دارو برای خونریزی‌های بعد از جراحی و حتی در تروما برای کسانی‌که خونریزی شدید دارند استفاده می‌شود.

این دارو همچنین برای بیماران هموفیلی اکتسابی، هموفیلی A و B، بیماران مبتلا به ترومبوآستنی گلانزمن و بیماران مبتلا به کمبود مادرزادی فاکتور هفت انعقادی با تشخیص پزشک مصرف می‌شود.

دستگاه گرمکن Medwarm

شرکت سهندبهامین طب در زمینه تجهیزات قلبی و ریوی کار می‌کند که در این کنگره علاوه بر دستگاه‌های نوار قلب، تشک‌های ضدزخم بستر با فوم هوشمند، تشک‌های بستری معمولی، دستگاه بازتوانی قلبی به نام EECP، دستگاه‌های کمک درمانی تنفسی و دستگاه اکسیژن‌ساز، دستگاه گرمکن Medwarm را ارایه کرد. دستگاه گرمکن بیمار به صورت تشک و پتو با هم است. هنگامی که عمل جراحی بر روی بیمار انجام می‌شود، فشار این بیماران پایین می‌آید که در این حالت به جای این که با روش سنتی بیمار را گرم کنند از این دستگاه استفاده می‌کنند که آسیبی هم به بیمار نمی‌زند. چراکه به دلیل کار کردن تشک‌های گرمکن قبل از این دستگاه با برق، احتمال سوختگی یا برق‌گرفتگی برای بیمار وجود داشت. اما چون در تشک گرمکن جدید از فناوری فیبر کربن استفاده شده این خطر وجود ندارد. این دستگاه از شرکت استانبول مدیکال ترکیه وارد می‌شود. مشابه این دستگاه با این ساختار در ایران وجود ندارد و حدود یک سال و نیم است که وارد ایران شده است.

هفتمین کنگره رادیولوژی دهان، فک و صورت برگزار شد

تشخیص درست و ارایه خدمات مطلوب دندان‌پزشکی با بالا بردن دانش متخصصان رادیولوژی

رادیولوژی دندان و فک و صورت یکی از شاخه‌های تخصصی دندان پزشکی است که شامل مبانی فیزیکی و تکنیک‌های تصویربرداری، تفسیر و شناخت خصوصیات ضایعات دهان و صورت در انواع تصویربرداری‌ها و حفاظت در برابر تشعشات کاربردی است. بالا بردن سطح آگاهی و دانش و مهارت‌های عملی متخصصان رادیولوژی دندان، فک و صورت در حد استانداردهای ملی و جهانی، برای تشخیص با کیفیت مطلوب و ارایه خدمات بهتر امری ضروری است.

هفتمین کنگره رادیولوژی دهان، فک و صورت ایران با هدف آشنا کردن دندان‌پزشکان و متخصصان رادیولوژی دهان و فک و صورت با دستگاه‌ها و فناوری‌های جدید، شیوه کار و موارد استفاده از این تجهیزات، از ۱۵ تا ۱۷ بهمن ماه امسال در هتل المپیک تهران برگزار شد.

در هفتمین کنگره رادیولوژی دهان، فک و صورت، آخرین فناوری‌های تصویربرداری، مواد و تجهیزات دندان‌پزشکی و رادیولوژی در ۲۱ غرفه به نمایش گذاشته شد. از جمله این دستگاه‌ها، دستگاه‌های پانورامیک، سفالومتری و از همه مهمتر 3D است که در اصطلاح به آن سی‌بی‌سی‌تی (CBCT) می گویند. در این نمایشگاه حدود ۱۰۰ پوستر نیز به نمایش درآمد که ۷۰ پوستر از سوی متخصصان و دندان‌پزشکان تهیه شده و بقیه توسط دانشجویان دندان‌پزشکی آماده و فرستاده شده بود.

به گفته دکتر مهرداد پنج‌نوش رییس هفتمین کنگره رادیولوژی دهان، فک و صورت، این کنگره راهی از تاریکی به روشنایی برای تشخیص بهتر بود و هدف آن، ارایه جدیدترین دستاوردهای علوم تصویربرداری در زمینه دهان، فک و صورت و تبادل اطلاعات و تجربیات میان متخصصان این رشته و رشته‌های مرتبط بود.

دکتر احمدرضا طلایی‌پور دبیر اجرایی نیز می‌گوید: «ایمپلنت حرف اول را در کار دندان‌پزشکی می‌زند و کسی که ایمپلنت می‌گذارد باید با شناخت کافی این کار را انجام دهد. در رادیولوژی معمولی تنها دو بعد از تصویر دیده می‌شود اما در CBCT سه بعد ارتفاع، طول و عرض را می‌توان دید. دستگاه CBCT به تازگی وارد بازار ایران شده است که در این کنگره جدیدترین دستگاه‌های این حوزه به نمایش درآمد و معرفی شد.»

طلایی‌پور افزود: «کشور ما در حوزه دندان‌پزشکی و تجهیزات آن به روز است و نسبت به دنیا و حتی اروپا در بسیاری موارد جلوتر است. تعداد دستگاه‌های CBCT که در ایران نصب شده است و استفاده می‌شود از بسیاری کشورهای اروپایی بیشتر است. البته طبیعی است که یکی از دلایل آن، بالاتر بودن تعداد جمعیت کشور ما باشد اما در قیاس با کشورهایی با جمعیت مشابه نیز وضعیت خوبی داریم و از این تکنولوژی به خوبی استفاده می‌شود.»

او با اشاره به این که رشته رادیولوژی فک و صورت از سال ۱۳۶۲ در ایران راه‌اندازی شده است، می‌گوید: «تاکنون متخصصان زیادی در این حوزه تربیت شده که تعداد قابل توجهی از این متخصصان در ایران هستند. کشور ما از نظر تعداد این متخصصان جزو کشورهای اول دنیا است.»

روپوش‌های مقاوم در برابر اشعه ایکس

شرکت نوید پرتونما محصولات مختص رادیولوژی و انژیوگرافی تولید داخلی را در این کنگره ارایه کرده بود. روپوش‌هایی که در برابر اشعه ایکس مقاوم هستند و برای بیمار و رادیولوژیست استفاده می‌شود. روپوش و گارد سربی، تیروییدبند و پاراوان سربی(دیوارهای چرخدار) برای مجموعه دندان‌پزشکان و رادیولوژیست‌های این حوزه یعنی دهان، فک و صورت کاربرد دارد. این روپوش‌ها به دلیل داشتن لاستیک سربی، از رسیدن اشعه به بدن به ویژه به تیرویید و غدد تناسلی جلوگیری می‌کنند.

نمونه‌های خارجی این لباس‌ها که معادل سرب هستند و بیشتر از لاستیک سربی اشعه جذب می‌کنند در بازار موجودند. از آنجایی که در دندان‌پزشکی اشعه زیاد نیست، جنس‌های ایرانی جوابگوست و میزان سربی که در جنس‌های ایرانی به کار رفته برای این

منظور کافی است. البته تفاوت قیمت روپوش‌های ایرانی با جنس خارجی بسیار بالاست. روپوش‌های خارجی با قیمت یک میلیون و ۹۰۰ هزار تومان به فروش می‌رسند اما قیمت روپوش‌های ایرانی ۲۰۰ هزار تومان است. محصولات ایرانی این شرکت استانداردهای ایزو 9001 و 9002، CE را دارند.

دستگاه‌های ایکس‌ری(X-ray) و OPG وان‌شات

شرکت آرین درمان پژوه، نماینده کمپانی واتک کره جنوبی در حوزه دستگاه‌های ایکس‌ری (X-ray) دنتال فعال است. RVG، CBCT، OPG یا حسگر داخل دهان از زیرمجموعه‌های دستگاه‌های ایکس‌ری است که یک مدل جدید از دستگاه OPG با نام OPG وان‌شات در این کنگره توسط آرین درمان پژوه ارایه شد.

پیش از این، از نوع اسکن تایپ OPG بهره گرفته می‌شد که دتکتوری (گیرنده اشعه ایکس بر روی دستگاه‌های OPG) که بر روی آنها نصب می‌شد از نوع خطی بود و برای گرفتن یک عکس سفالو کامل بر روی دتکتور خطی به حدود ۱۰ ثانیه زمان نیاز بود. اما در سیستم‌های وان‌شات به دلیل استفاده از دتکتور فلت‌پنل (فلت پنل همان دکتور اشعه ایکس است که به طور مستقیم اشعه را به تصویر یا سیگنال الکتریکی تبدیل می‌کند.)، این ۱۰ ثانیه به زیر یک ثانیه یعنی حدود ۹ دهم ثانیه رسیده است.

در دستگاه جدید، موشن آرتیفکت که ناشی از حرکت بیمار هنگام عکس‌برداری است، وجود ندارد. همچنین دوز اشعه‌ای که به بیمار می‌رسد هم به همان میزان پایین می‌آید. چراکه به جای ۱۰ ثانیه، کمتر از یک ثانیه اشعه می‌گیرد. از طرفی چون احتیاج به بازسازی عکس در کار با این دستگاه نیست، کیفیت تصویر بسیار بالاست. مدل ۲۰۱۴ دستگاه تک فریم OPG حدود سه ماه است که وارد ایران شده و در این مدت ۲ مورد نصب شده است.

پانورکس دیجیتال و تک دندان

شرکت ابزار طب آسمان نماینده انحصاری دستگاه‌های تصویربرداری دندان شرکت Morita در ایران است. Morita در سال ۱۹۱۶ در کشور ژاپن تاسیس شده و حدود ۸۵ سال به طور ویژه در زمینه تجهیزات دندان‌پزشکی فعالیت دارد. این شرکت همچنین در زمینه دستگاه‌های تصویربرداری دندان پیشرو بوده است. دستگاه‌های پانورکس دیجیتال (Veraviewepocs 2D P)، تک دندان (Veraview Ix) محصولاتی هستند که این شرکت در کنگره رادیولوژی دهان، فک و صورت ارایه کرد.

دستگاه‌های پانورکس دیجیتال این شرکت قابلیت مجهز شدن به بازوی سفالومتری (Veraviewepocs 2D CP) و ارتقا یافتن به دستگاه‌های پانورکس سه بعدی دارند. در آینده‌ای نزدیک امکان ارایه مقطع‌نگاری رایانه‌ای با اشعه مخروطی (CBCT) از این شرکت نیز وجود خواهد داشت.

از امکانات منحصر به فرد این دستگاه‌ها می‌توان به سرعت تصویربرداری بالا (۷،۴ ثانیه برای تصویربرداری پانورکس و ۴،۹ ثانیه برای تصویربرداری سفالومتری)، کیفیت تصویر بسیار بالا با جذب دوز بسیار پایین (پیکسل سایز ۱۴۴ میکرومتر برای حالت Fine High Speed و ۹۶ میکرومتر برای حالت Super Fine)، کنترل ولتاژ و جریان تیوب با توجه به میزان اشعه عبوری از بیمار با استفاده از دستگاه DDAE، بهبود دادن جزییات تصاویر با استفاده از دستگاه AIE و تنظیم موقعیت بیمار به صورت خودکار و بسیار دقیق اشاره کرد.

پرینتر و CR

شرکت رایان طب نمایندگی شرکت کداک، در این کنگره چاپگر و دستگاه CR (مبدل دیجیتال) را ارایه کرده بود که برای تبدیل رادیولوژی آنالوگ به دیجیتال به کار می‌رود. این دستگاه‌ها حدود هشت سال است که وارد بازار ایران شده‌اند و برای دیجیتال کردن رادیولوژی‌های قدیمی و راه‌اندازی رادیولوژی جدید با کیفیت خوب و قیمت پایین به کار می‌روند.

OPGCT با حسگر دوطرفه

شرکت نوآوران درمان اطلس محصول جدیدی با نام OPGCT را ارایه کرده بود که از حسگرهای دوطرفه استفاده می‌کند؛ در یک طرف حسگر CBCT و در طرف دیگر حسگر پانورامیک. این دستگاه برای رادیولوژیست‌های فک و صورتی که محدودیت فضا دارند دستگاه مناسبی است چراکه در عمل، دو

حاضران درنمایشگاه

نوآوران طب فردا ـ اسپانسر پلاتین، هودیان ـ اسپانسر طلایی، طب و تصویر پارسیان، آرین درمان پژوه، رستاک، آپادانا تک، پایا مدالکترونیک، پارسه اتکال، پر توطب کار مانیا، سونی، تپاک، تکوین طب، رایان طب، مهران طب، نوید پر تو نما، ابزار طب آسمان، وندا آر تمن مدیا.

دستگاه را در یک دستگاه به صورت تلفیقی در اختیار دارند.
حسگرهای این دستگاه که ساخت شرکت آجات فنلاند است تنها حسگر DDR است که در حال حاضر در ایران استفاده می‌شود. با این دستگاه، دوز اشعه‌ای که بیمار می‌بیند حدود ۴۰ درصد کمتر و کیفیت تصویر در این دستگاه هم ۳۰۰ درصد نسبت به دستگاه‌های DR بالاتر است. زمان تابش اشعه در این دستگاه در مود HD بین ۷ تا ۱۷ ثانیه است. این دستگاه ساخت سال ۲۰۱۰ است اما سری جدید آن محصول ۲۰۱۴ است.

Panorex دیجیتال

دستگاه پانورکس(Panorex) دیجیتال و بازوی سفالو(Cephalo)، دستگاه CBCT و چاپگر مخصوص چاپ تصاویر رادیولوژی و سامانه نرم‌افزاری پکس (Pacs) با فناوری‌های جدید، از سوی شرکت پرتو پارسیان رستاک در این کنگره ارایه شد.
دستگاه پانورکس برای تصویربرداری دندان و فک و دهان به صورت پانوراما مورد استفاده قرار می‌گیرد. CBCT برای سی‌تی‌اسکن فک و صورت، سفالو برای گرفتن عکس‌های سینوس به صورت PA و لترال و پرینتر برای چاپ تصاویر پزشکی به کار برده می‌شوند. شرکت پرتو پارسیان رستاک نماینده شرکت HDX کره جنوبی است.

آپادانا تک و ارایه سه مدل دستگاه رادیوگرافی

در این کنگره شرکت آپادانا تک، دستگاه‌های رادیوگرافی در سه مدل را ارایه کرده بود؛ ۲ مدل DC و یک مدل AC. این شرکت، حسگرهای آروی جی(RVG) نیز در دو مدل توسط این شرکت ارایه شد که یکی با ویزور و دیگری بدون ویزور است. این حسگرها، فیلم‌های دیجیتال محسوب می‌شوند.

دستگاه پانورامیک و CBCT

شرکت نوآوران طب فردا دستگاه CBCT شرکت نیوتم (newtom) ایتالیا را در این کنگره ارایه کرد. همچنین دستگاه‌های پانورامیک سوردیس فنلاند و نیوتم ایتالیا توسط این شرکت به نمایش گذاشته شد. دستگاه پانورامیک عکس پانوراما از فک می‌گیرد و با دستگاه CBCT می‌توان عکس 3D یا سه‌بعدی از فک و صورت گرفت. مدل‌های ۲۰۱۵ این دستگاه‌ها توسط نوآوران طب فردا در این کنگره ارایه شد.

در دهمین همایش سرطان و پیشگیری مطرح شد

پیشگیری؛ به‌صرفه‌ترین راه برخورد با سرطان

سرطان در ایران سومین عامل مرگ‌ومیر است و سالانه حدود ۳۰ هزار نفر از مردم کشور ما به دلیل بیماری سرطان جان خود را از دست می‌دهند. در بسیاری موارد، سرطان و مرگ‌ومیر ناشی از آن قابل پیشگیری است و از پیدایش ۴۰ درصد سرطان‌ها می‌توان پیشگیری کرد. بدیهی است که پیشگیری باصرفه‌ترین روش برخورد با این بیماری است.

همچنین با توجه به توسعه فناوری تشخیص و درمان سرطان، بسیاری از موارد سرطان را با تشخیص درست و به موقع می‌توان درمان کرد. فرهاد سمیعی دبیر علمی همایش سرطان و پیشگیری می‌گوید: «سازمان جهانی بهداشت پیشگیری را به‌صرفه‌ترین عامل کاهش سرطان در تمام کشورها اعلام کرده است.»
به گفته او، باورهای نادرست عمومی و ترویج فرهنگ پیشگیری، یکی از ارکان مهم در امر پیشگیری از سرطان است که باید در راستای بهبود باورهای عمومی جامعه و آموزش آنها گام برداشت.
دبیر علمی همایش سرطان و پیشگیری می‌افزاید: «بر اساس پژوهش‌های انجام شده می‌دانیم که میان سرطان و شیوه زندگی ارتباط مستقیم وجود دارد بنابراین؛ پرهیز از استفاده از دخانیات، ورزش و فعالیت‌های بدنی، نگه داشتن وزن بدن در وضعیت مناسب و تغذیه سالم در کاهش خطر ابتلا به سرطان‌ها و پیشگیری از آن تأثیر بسزایی دارد که مسؤولان و ارگان‌های مرتبط با این موارد نیز می‌توانند با حضور و همکاری خود نقش مؤثری در پیشگیری از سرطان داشته باشند.»
دهمین همایش انجمن علمی سرطان و دومین همایش مؤسسه تحقیقات، آموزش و درمان سرطان ششم و هفتم بهمن ماه امسال در سالن همایش‌های بین‌المللی صدا و سیما برگزار شد. این همایش با هدف افزایش آگاهی متخصصان و مسؤولان عرصه سلامت، اطلاع‌رسانی مفاهیم نوین تشخیص و درمانی سرطان به متخصصان و علاقه‌مندان و به روزرسانی اطلاعات جامعه پزشکی کشور برگزار شد.
سرطان و آلاینده‌های محیط زیست (آلاینده‌های آب، هوا و خاک، ترکیبات شیمیایی، امواج و پرتوهای مضر، عفونت‌ها، آلاینده‌های صنعتی و شغلی)، سرطان و شیوه زندگی (دخانیات، ورزش و فعالیت بدنی، وزن مناسب)، سرطان و تغذیه

حاضران در نمایشگاه

نوارتیس، آستلاس، رژین دارو، سنافی، بایر، رش، فازر (Phzer)، داروگستر لوتوس، برسیان دارو، گروه توسعه فناوری پزشکی آمیتیس ژن، درمان آرا، اسوه، ارم طب، مؤسسه تحقیقات، آموزش و درمان سرطان، پیشگامان پرتو سپاهان، اکسیر نانوسینا، کوبل دارو، مرک (Merck)، آزمانگار سلامت (Alere).

(رژیم‌های غذایی مناسب، پخت و پز و تهیه غذای سالم، محصولات کشاورزی سالم) از جمله محورهای همایش سرطان و پیشگیری بود.

همچنین باورهای نادرست عمومی و ترویج فرهنگ پیشگیری، بهبود باورهای اجتماعی و فرهنگی، آموزش عمومی، تأثیر رسانه‌های عمومی، حقایق علمی و آمارهای ملی و بین‌المللی، نقش دارو و واکسن‌ها در پیشگیری سرطان، غربالگری و تشخیص زودرس (ژنتیک، پیشگیری در گروه‌های پرخطر) به عنوان دیگر محورهای اصلی این همایش مورد بررسی قرار گرفت.

سیناکورکومین و سینادوکسوزوم، سیناآمفوتریستین

شرکت اکسیر نانوسینا یکی از شرکت‌های دارویی در حوزه تولید داروهای نانو است که سه دارو در این کنگره ارایه کرده بود؛ سینادوکسوزوم که شکل لیپوزومالی داروی دوستروبیسیم است و برای درمان سرطان‌های پیشرفته، سرطان تخمدان و سرطان‌های پوست مورد استفاده قرار می‌گیرد. داروهای نانویی به طور هدفمند به سلول سرطانی حمله می‌کنند و با دوز کمتر و عوارض جانبی کمتر بر روی سلول سرطانی تأثیر می‌گذارد.

این دارو از سه سال پیش تولید شده و به طور عمده در بازار ایران وجود دارد. قیمت آن یک پنجم قیمت داروی وارداتی مشابه آن است. و پوشش ۹۰ درصدی هم تحت بیمه درمانی را دارد.

سیناکورکومین، داروی دیگری که این شرکت ارایه کرده، از زردچوبه گرفته شده است. این دارو تصفیه‌کننده چربی کبد، ضدالتهاب قوی، آنتی‌بیوتیک قوی، کم‌کننده عوارض شیمی درمانی، ضد تومور و برای درمان دردهای رماتیسمی است.

سیناکورکومین که از مهرماه در بازار ایران توزیع شده، داروی مکمل است و پوشش بیمه‌ای ندارد.

سیناآمفوتریستین که در بیماری سالک استفاده می‌شود نیز از سوی این شرکت ایرانی در این کنگره معرفی شد که مراحل پایانی دریافت پروانه از وزارت بهداشت را می‌گیرد. سالک درمان قطعی ندارد اما این دارو در مدت سه هفته انگل لیشمونیا را که عامل بروز این بیماری است از بین می‌برد.

دستگاه پت

شرکت پیشگامان پرتو سپاهان، نماینده انحصاری شرکت سان نوکلیر (Sun Nuclear) آمریکا، از صفر تا صد یک مرکز رادیوتراپی را با دستگاه‌های پت ام آر آی، پت سی تی و پت تجهیز می‌کند. دستگاه پت به تازگی وارد ایران شده است. این دستگاه برای تشخیص فیزیولوژیک در انواع سرطان‌ها است که با ام آر آی و سی‌تی مقایسه می‌شود و برای تشخیص زودهنگام سرطان کاربرد بسیار دارد. پیش از این یک نمونه دستگاه پت در بیمارستان مسیح دانشوری راه‌اندازی شده است.

کیت‌های NMP22 و تشخیص سریع سرطان مثانه

شرکت آزمانگار سلامت، کیت‌های NMP22 را که برای تشخیص سرطان مثانه هستند در این کنگره اریه کرده بود. این محصول سال ۹۳ وارد ایران شده و واردکننده آن شرکت ارم طب نور است. محصول برای کمپانی Alere آمریکا است که تنها این کمپانی در دنیا می‌تواند آن را تولید کند. پیش از این از طریق سیتولوژی ادرار این سرطان تشخیص داده می‌شد که روند تشخیص آن به طور کلی فرق می‌کند. این کیت یک مارکر غیراختصاصی برای تشخیص سرطان مثانه است. کار آن به این صورت است که ۴ قطره نمونه ادرار بر روی کیت می‌ریزند و پس از ۳۰ دقیقه آزمایش را تفسیر می‌کنند. به همین دلیل راهی بسیار سریع و راحت برای تشخیص این سرطان است.

آمیتیس‌ژن و ارسال نمونه‌های سرطانی به بلژیک

شرکت آمیتیس‌ژن نماینده انحصاری ONCODNA بلژیک در ایران است که در حوزه خدمات درمانی برای تشخیص و ارایه نوین‌ترین روش‌های درمانی فعالیت می‌کند. نمونه‌های سرطانی توسط این شرکت به بلژیک فرستاده می‌شوند و گزارش ۲۰ صفحه‌ای از نتیجه NGS و دیگر تکنیک‌های نوین در این حوزه برای هر بیمار و آزمایش فرستاده شده، داده می‌شود.

پپتامن

شرکت درمان‌آرا نماینده شرکت نسله با عنوان (Nestle Health Science) در حال فعالیت است. پپتامن نام محصولی است که نسله در این کنگره ارایه کرده بود و برای سنین بالای ۱۰ سال است. این مکمل غذایی در هر بیماری‌ای به ویژه برای بیماران سرطانی که با مشکلات تغذیه‌ای بسیاری درگیر هستند استفاده می‌شود. محصول به گونه‌ای طراحی شده که حداکثر جذب و تحمل و حداقل عوارض ثانویه را برای بیمار دارد.

در حوزه سرطان، بیماران با مشکلات رفلکس، دایری پس از شیمی‌درمانی و از دست دادن بافت عظلانی مواجه هستند. به دلیل وی‌پروتئینی که به صورت صد در صد در این محصول وجود دارد، مقادیر بالای MCTO (ام سی تی اویل) که حدود ۷۰ درصد در پپتامین است و کامپلیت موتریشن بودن این محصول که تمام ریزمغذی‌ها از جمله ویتامین‌ها را دارد، کالری مورد نیاز بیمار در هر وعده‌ای که بیمار نیاز به وعده حمایتی دارد تامین می‌شود.

پپتامین نه تنها در بخش انکولوژی بلکه در بخش ICU نیز برای بیمارانی که از طریق لوله تغذیه می‌شوند (گاواژ) جایگاه ویژه‌ای دارد. این محصول، قابلیت تغلیظ کالری دریافتی تا ۲ کیلوکالری در میلی‌لیتر را دارد. این محصول تحت پوشش بیمه نیست. در واقع هیچ گونه تغذیه انترال نوتریشن تحت پوشش بیمه قرار نمی‌گیرد.

شرکت اسوه و ارایه داروهای ضدسرطان ایرانی

شرکت داروسازی اسوه، تولیدکننده داروهای آنتی کانسر، حدود ۵۵ سال است که در حوزه دارویی فعالیت می‌کند و تولیدهایی در تمام زمینه‌های تخصصی همچون ام اس، نفرولوژی، تالاسمی، سرطان فعال دارد.

از آنجایی که ایران عضو سازمان تجارت جهانی نیست به همین دلیل تنها می‌تواند به کشورهایی که عضو WTO نیستند دارو صادر کند؛ بنابراین این داروها به سوریه، عراق، پاکستان، افغانستان و چند کشور آفریقایی صادر می‌شود. داروهای این شرکت به دلیل ایرانی بودن دارو به طور کامل تحت پوشش بیمه است و قیمت آنها نسبت به برند خارجی بسیار مناسب‌تر است.

داروهای فرینجکت و ونوفر

شرکت برسیان دارو، واردکننده آهن‌های تزریقی از کمپانی ویفورفارمای (Vifor Phar-ma) سوییس است. داروهای فرینجکت و ونوفر برندهای اصلی این داروها هستند. فعالیت این شرکت بیشتر در زمینه آهن‌های تزریقی و مسکن‌های مخدر پتی‌دین با اسم اصلی آلودان است که از سوئیس وارد می‌شوند.

داروهای فرینجکت و ونوفر برای کم‌خونی‌های ناشی از فقر آهن (آنمی) و برای بیماران سرطانی که شیمی‌درمانی می‌شوند و با مشکل فقر آهن مواجه می‌شوند استفاده می‌شود.

همچنین این دو دارو برای هر کسی که به هر دلیلی مشکلات خونی دارد و نمی‌تواند به اورال‌ها جواب دهد استفاده می‌شود. به ویژه از ونوفر برای بیمارانی که دیالیز می‌شوند و مشکل کم‌خونی پیدا می‌کنند در بخش دیالیز استفاده می‌شود. ونوفر ۵۰ سال است که در بازار جهان توزیع می‌شود و در ایران حدود ۲۰ سال است که از این دارو برای درمان بهره می‌گیرند اما داروی فرنجکت حدود ۳ سال است که وارد ایران شده. این داروها بیمه هستند و داروی فرینجکت از سال گذشته ۹۰ درصد شامل بیمه می‌شود. فرینجکت مشابه ندارد اما داروی ونوفر مشابه‌های یونانی و هندی دارد که کیفیت برند اصلی را ندارند.

کیت‌های M2-PK

شرکت داروگستر لوتوس کیت‌های ام‌توپی‌کی (M2-PK) را ارایه کرده بود که یک بیومارکر برای غربالگری و تشخیص سرطان زودرس کولورکتال یا روده بزرگ است.

این کیت محصول شرکت شبو (Schebo) آلمان، یک سال است به ایران شده است و مشابه ندارد. گلد استاندارد در دنیا برای تشخیص سرطان روده بزرگ، کولونوسکوپی است اما به دلیل این که یک روش تهاجمی است و رژیم غذایی خاص دارد در بیشتر موارد، بیمار از انجام آن خودداری می‌کند و یا به سختی این کار را انجام می‌دهد. این کیت با یک آزمایش ساده می‌تواند کار کولونوسکوپی را با حساسیت ۹۲ درصد انجام دهد.

آزمایش آنزیمی با دقت بالا برای تشخیص M2-PK، بالا بودن میزان حساسیت و اختصاصی بودن، نداشتن نتایج مثبت کاذب به دلیل وجود هموروئید یا دیگر دلایل خونریزی، نبودن نیاز به رژیم غذایی ویژه پیش از آزمایش، آسانی و سرعت انجام آزمایش از جمله مزیت‌های این کیت‌ها هستند.

هزینه این آزمایش نسبت به کولونوسکوپی بسیار پایین‌تر است و برای هر بیمار ۱۷۰ تا ۲۳۰ هزار تومان هزینه در بر دارد.

سوتنت و آروماسین

شرکت فایزرانکولوژی، داروهای سرطانی شیمی

درمانی و پرتودرمانی هدفمند را که برای انواع سرطان هستند در کنگره سرطان و پیشگیری ارایه کرد. داروی سوتنت برای درمان Gist ،MRCC و Pnet استفاده می‌شود. داروی سوتنت پوشش بیمه ۹۰ درصدی دارد. داروی آروماسین نیز برای سرطان سینه و انواع آنتراسایکلین‌ها نیز توسط این شرکت ارایه شد.

آروماسین در درمان سرطان سینه پیشرفته در زنان یائسه و در مواردی که بیماری آنها به دنبال درمان با یک آنتی‌استروژن پیشرفت کرده است به کار می‌رود.

روش پارس و داروهای متعدد در زمینه انکولوژی

شرکت روش پارس با داروهای متنوعی در زمینه سرطان‌شناسیک در این کنگره شرکت کرده بود. هرسپتین، اوستین، میترا، زلودا و تارسیوا از جمله این داروها بودند. این داروها موارد مصرف متفاوتی دارند ولی در زمینه انکولوژی برای سرطان‌های متعدد استفاده می‌شوند. هرسپتین برای درمان سرطان سینه استفاده می‌شود. اوستین نیز موارد مصرف متفاوت دارد، اما میترا برای بیمارانی که مشکلات خونی دارند استفاده می‌شود. زلودا که اساس شیمی‌درمانی دارد بیشتر در زمینه سرطان شناسی استفاده می‌شود و داروی تارسیوا در لانگ کانسر مورد استفاده قرار می‌گیرد. هرسپتین ۹۰ درصد و بقیه داروهای این شرکت بین ۶۰ تا ۷۰ درصد در پوشش بیمه هستند.

نگزاوار یا سوروفنیب

شرکت بایر پارسیان، داروهای سرطان‌شناسیک با نام‌های نگزاوار یا سوروفنیب را در این کنگره ارایه کرده بود. این داروها برای سرطان‌های کبد، کلیه و تیرویید استفاده می‌شوند و ۷۰ درصد تحت پوشش بیمه هستند.

اربیتاکس یا ستوکسی‌مپ

شرکت مرک سرونو (MerckSerono) که در زمینه دارویی سرطان‌شناسیک فعال است در این کنگره داروی اربیتاکس یا ستوکسی‌مپ را ارایه کرد. این دارو برای سرطان روده در استیج متاستاتیک، سرطان سر و گردن در لوکال پیشرفته و متاستاتیک استفاده می‌شود. این دارو معمولاً در مراحل پیشرفته این سرطان‌ها، پس از جراحی و برای کنترل و جمع کردن تومور استفاده می‌شود و ۹۰ درصد پوشش بیمه‌ای دارد. ■

یازدهمین کنگره بین‌المللی صرع ایران

صرع؛ بیماری خاصی که خاص نیست

صرع یکی از شایع‌ترین اختلالات سیستم عصبی مرکزی است که تاریخچه آن به ۲ هزار سال پیش از میلاد مسیح باز می‌گردد. این بیماری هزینه‌های سنگینی از نظر روانی، اجتماعی و مالی برای افراد مبتلا، خانواده‌هایشان و جامعه به همراه دارد. حدود ۵۲ میلیون نفر در دنیا به بیماری صرع مبتلا هستند و از این تعداد، ۷۰۰ هزار تا یک میلیون نفر در ایران زندگی می‌کنند.

به دلیل ناآگاهی، بالا نبودن اطلاعات مردم درباره این بیماری، باورهای غلطی که درباره صرع وجود دارد و همچنین تشخیص نادرست صرع از سوی پزشکان، برگزاری کنگره و آموزش گروه‌های هدف می‌تواند گامی مؤثر در آشنایی بیشتر و برخورد درست‌تر با این بیماری باشد. چراکه علاوه بر بیمار، خانواده، پرستاران، پزشکان و جراحان و به طور عمومی، جامعه نیز با این افراد درگیر هستند.

یازدهمین کنگره بین‌المللی انجمن صرع ایران با همکاری مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا، از ۸ تا ۱۰ بهمن ماه امسال در مرکز همایش‌های رازی تهران برگزار شد.

به گفته حسین پاکدامن رییس کنگره، تشخیص اشتباه صرع در دنیا و ایران به دلیل اطلاعات کم درباره این بیماری زیاد اتفاق می‌افتد که یکی از اهداف برگزاری این کنگره، آموزش پزشکان و متخصصان این حوزه برای پیشگیری از تشخیص نادرست بیماری صرع بوده است.

پاتولوژی و پاتوفیزیولوژی صرع، pitfallهای تشخیص در صرع، بررسی‌های پاراکلینیک، جنبه‌های روانی - اجتماعی صرع، توان‌بخشی، درمان دارویی، فارماکولوژی بالینی در صرع، صرع اطفال، روانشناسی و صرع، درمان جراحی، داروهای ضد تشنج، روش‌های پیشگیری از صرع، کاربردهای MEG در صرع، صرع و تغذیه، super status، تشخیص و درمان صرع در بخش‌های مراقبت ویژه و گزارش موارد آموزنده و جالب محورهای اصلی این کنگره بود.

پرویز بهرامی دبیر همایش بین‌المللی صرع نیز درباره ضرورت برگزاری کنگره می‌گوید: «این کنگره برای ارتقای علمی افرادی که با این رشته سر و کار دارند؛ متخصصان مغز و اعصاب، جراحان، روان‌پزشکان، پزشکان عمومی و پرستاران برگزار می‌شود که با ارتقای

حاضران در نمایشگاه

کیمیا پخش شرق، شرکت دارویی ساندوز، کوبل دارو، نوار تیس، شرکت داروسازی رها، روزدارو، رکسان، مرکز تصویربرداری پزشکی حقیقت، پایامهر درمان، اندیشه و درمان، ایران ناژو، نگاراندیشگان، دسیتین (Desitin)، آرتان طب.

علمی این طیف از مخاطبان کنگره می‌توانیم به ارتقای کیفیت زندگی بیماران دچار صرع امیدوار باشیم.»

او با بیان این که در مرکز انجمن صرع ایران نیز هر ماه به طور منظم برای گروه بیمارانی که مبتلا به صرع هستند برنامه‌های آموزشی برگزار می‌شود، ادامه می‌دهد: «صرع اختلالی در کارکرد ساختار عصبی است که در یک فرد سالم هم ممکن است ایجاد شود. به تعبیر دیگر این بدان معنا نیست که هر کس مبتلا به صرع است پس مشکل روانی دارد. افزایش غیرطبیعی امواج در قسمتی از مغز موجب بروز بیماری صرع می‌شود که مصرف برخی از داروهای انرژی‌زا از جمله ترامادول احتمال تشدید یا بازگشت بیماری را بالا می‌برد.»

به گفته دبیر همایش بین‌المللی صرع، در جامعه ما تصور فرهنگی نادرستی نسبت به بیماران صرعی وجود دارد مبنی بر این که این افراد نمی‌توانند کار، تحصیل یا ازدواج کنند و زندگی عادی داشته باشند درحالی که اینگونه نیست. بیماری بیشتر این بیماران با داروهای جدید کنترل می‌شود و بیشتر این بیماران می‌توانند زندگی عادی داشته باشند. از آنجایی که داروهای صرع گران بوده و هزینه جراحی آن نیز بسیار بالاست و هر بیماری نمی‌تواند این عمل جراحی را به دلیل بالا بودن هزینه جراحی انجام دهد، انجمن صرع ایران در پی آن است که این بیماری را در ردیف بیماری‌های خاص قرار دهد. بهرامی در این باره می‌گوید: «ضروری است که با حمایت دولت و وزارت بهداشت بیماری صرع با نام «صرع مقاوم به درمان» از بیماران خاص به شمار آید تا بخشی از هزینه‌های آن از روی دوش بیماران مبتلا و خانواده‌هایشان برداشته شود.»

Epival 500 MG

شرکت داروسازی ایران ناژو با ارایه داروهای اعصاب و روان در این کنگره شرکت کرده بود. قرص Epival 500 MG حاوی والپروات سدیم ۵۰۰ میلی‌گرم داروی جدیدی است که این شرکت در نمایشگاه جانبی ارایه کرد. این دارو زیرپوشش بیمه نیست اما قیمت آن یک سوم قیمت داروی مشابه خارجی است.

پیش از این والپروات سدیم ۲۰۰ در بازار موجود بود. اما با دوز ۵۰۰ در طول ۲۴ ساعت پس از مصرف، این دارو در بدن باز می‌شود که در این مدت نیز اثر دارو باقی می‌ماند. این قرص برای درمان بیماران دارای تشنج‌های پنهان ساده و پیچیده (Simple and Complex absence seizure) و دارای تشنج جزیی پیچیده (Complex partial seizures)، همراه با دیگر داروها یا به تنهایی استفاده می‌شود.

نگاراندیشگان و تولیدات داخلی EMG و EEG در کنگره صرع

شرکت نگاراندیشگان که حدود ۱۴ سال است که در زمینه نورولوژی فعالیت دارد، تولیدکننده دستگاه‌های الکترومایوگرافی EMG و الکتروآنسفالوگرافی EEG است که این تولیدات را در یازدهمین کنگره بین‌المللی صرع ارایه کرد. دستگاه ویدئویی EGmonitoring که ۶۴ کانال است و قابلیت ۱۲۸ کانال را هم دارد نیز توسط این شرکت در یازدهمین کنگره بین‌المللی صرع ارایه شد. این دستگاه‌ها تولید داخلی بوده و مجوز وزارت بهداشت، CE و هلث کانادا را دارند و برای گرفتن نوار مغز، عصب و عضله به کار می‌روند.

EEG و EMG آمریکایی در کنگره صرع

شرکت پایامهردرمان که در زمینه نورولوژی فعالیت می‌کند و نماینده نیکولت آمریکا (Nicolet) زیرمجموعه نیتوس (Natus) است، دستگاه‌های EEG و EMG آمریکایی را در این کنگره ارایه کرد. به کمک این دستگاه‌ها برای تشخیص بیماری صرع نخستین کاری که انجام می‌دهند این است که در طول زمان چند روز یا هفته، آزمایش EEG می‌گیرند. دستگاه‌های این شرکت FDA آمریکا را دارند.

شرکت دسی‌تین و انواع سدیم والپروات

شرکت دسی تین از زیرمجموعه‌های شرکت شفایاب انواع سدیم والپروات شامل دو قرص والپرات به نام اورلپس، یک شربت به نام اورفریل و یک آمپول با نام اورفریل آمپول را ارایه کرد. همچنین قرص و شربت پریمیدون با نام تجاری لیسکانتین، پتنیداون که برند اتوسوکسیماید است و رکتالتیوب دیازپام با دوز ۵ و ۱۰ از سوی دسی‌تین در این کنگره معرفی شد. لوودوپاسی‌ایزی‌کام نیز داروی دیگری است که این شرکت در کنگره صرع ارایه کرده بود.

دستگاه TCD

شرکت اندیشه و درمان که در زمینه نورولوژی فعالیت می‌کند، دستگاه TCD را در این کنگره ارایه کرد. دستگاه TCD مربوط به ترانس کرانیال‌دابلر یا سونوگرافی عروق مغزی است. دستگاه‌های الکترومایوگرافی، الکتروآنسفالوگرافی و نرومانیتورینگ که هنگام عمل جراحی استفاده می‌شود نیز از سوی این شرکت ارایه شد. شرکت اندیشه و درمان این محصولات را از کمپانی‌های نیهونکودن ژاپن و آتیس فرانسه وارد می‌کند.

دستگاه TCD برای سونوگرافی عروق، نرومانیتورینگ برای نمایش هنگام عمل جراحی ستون فقرات و مغز، الکتروآنسفوگرافی EEG برای نوار مغز و EMG برای نوار عصب و عضله مورد استفاده قرار می‌گیرند.

دستگاه‌های LTM، EEG، EMG

شرکت کیمیاپخش شرق که واردکننده و توزیع‌کننده تجهیزات و لوازم مصرفی مغز و اعصاب است، سری جدیدی از دستگاه‌های LTM، EEG، EMG برند میکرومد ایتالیا را در این کنگره معرفی کرد. از این دستگاه‌ها برای گرفتن نوار مغز، نوار عصب و عضله استفاده می‌شود. همچنین تمام لوازم این دستگاه‌ها و دستگاه آزمایش کلینیک خواب برای بیماران صرع و لوازم مربوط به نورولوژی توسط این شرکت ارایه شد.

داروی تگرتول (Tegretol)

شرکت نوارتیس شفایاب در این کنگره داروی تگرتول را برای اپی لپسی (صرع) معرفی کرده بود. تگروتل به سه شکل قرص‌های ۲۰۰ و ۴۰۰ میلی گرمی و شربت ارایه شده بود. قرص‌های تگرتول کنترول ریلیز(آهسته رهش) هستند و به صورت بی دی مصرف می‌شوند؛ یعنی ۲ بار در روز. این شیوه مصرف، تفاوت آن با نوع ژنریکش است که ۳ بار در روز است.

قرص‌های ۲۰۰ و ۴۰۰ تگرتول تحت پوشش بیمه نیروهای مسلح هستند.

هر ۵ سی سی شربت تگرتول نیز معادل ۱۰۰ میلی گرم ماده موثر است که میزان مصرف آن را مشخص می‌کند.

رهاکین ۲۰۰ و ۵۰۰

شرکت داروسازی رها در این کنگره والپروات سدیم رهاکین ۲۰۰ و رهاکین ۵۰۰ نمونه ایرانی دپاکین فرانسوی است را ارایه کرد. این دارو ضد تشنج و موثر در درمان برخی بیماری‌های سایکوتیک، درمان صرع پارشیال، صرع تونیک کلونیک جنرالیزه، صرع خاموش، صرع میوکلونیک و اسپاسم‌های دوران کودکی است.

داروی تگاتارد (کاربامازپین) ۲۰۰ و ۴۰۰ که ضد تشنج و ضد صرع و ضد درد عصبی است نیز توسط این شرکت ارایه شد.

همچنین داروی پارکیسول که ۷ دهم و ۱۸ صدم آن تولید شده، ارایه شد. این دارو همان پرامیپکسول است که برای درمان اولیه در مراحل ابتدایی پارکینسون و سندرم بی‌قراری پا استفاده می‌شود.

شربت جینگوویتون مولتی ویتامین مینرال و جینکوبیلوبا برای تقویت حافظه و جلوگیری از آلزایمر، آمپول راویتبی که نمونه ایرانی نروبیون است و برای نروپاتیا استفاده می‌شود، داروی ولدیک که همان دیکلوفناد سدیم است و برای دردهای شدید کمر و گردن، سر و ... استفاده می‌شود نیز توسط این شرکت در این کنگره ارایه شد. این داروها تحت پوشش بیمه هستند و با توجه به این که تولید داخلی هستند، قیمت آنها برای مصرف‌کننده بالا نیست. این شرکت تا کنون حدود ۱۱۰ محصول دارویی تولید کرده‌است.

دیوالپروکس ۲۵۰ و ۵۰۰

دیوالپروکس ۲۵۰ و ۵۰۰ داروی اختصاصی صرع است که توسط شرکت داروسازی روزدارو در این کنگره ارایه شد. این شرکت نخستین تولیدکننده قرص والپرات سدیم (قرص اختصاصی صرع، برای کنترل حملات و درمان صرع) در ایران است. ۲۰ درصد از تولیدات این شرکت مربوط به بیماری‌های مغز و اعصاب است.

دستگاه‌های مترا کم EEG آرتان‌طب

شرکت آرتان طب که در حوزه سیستم‌های الکتروآنسفالوگرافی مغز فعالیت دارد، جدیدترین سری دستگاه‌های EEG برای تشخیص صرع را در این کنگره ارایه کرد. این سری از دستگاه بسیار متراکم‌تر از نمونه‌های قبل و با قابلیت‌های جدید هستند. آرتان‌طب این دستگاه را از شرکت EGI آمریکا وارد می‌کند.

دپاکین (Depakin)

شرکت سانوفی، داروهای والپروات سدیم و دپاکین را در این کنگره ارایه کرد که برای کنترل بیماری صرع و بیماران بایپلار یا دوقطبی استفاده می‌شوند. دپاکین به صورت آف‌لیبل برای بیماران پروفلاکسی میگرن هم استفاده می‌شود.

ریلوتک برای بیماران ALS و استیلنوکس برند اصلی برای بیمارانی که مشکل خواب دارند و نیاز به هوشیاری کامل در طول روز دارند، استفاده می‌شود. بیشتر داروهای خواب‌آور ایجاد خواب‌آلودگی می‌کنند اما این دارو طول اثر ۶ ساعته دارد که یک خواب عمیق ایجاد می‌کند و بعد از آن بیمار به طور کامل هشیار است. استیلنوکس و ریلوتک بیمه نیستند اما دپاکین تحت پوشش بیمه است. ■

نخستین کنگره بین‌المللی و پنجمین کنگره کشوری سلول‌های بنیادی برگزار شد

درمان بیماری‌های عمده با سلول‌های بنیادی

هر سلول بنیادی نماینده یک موجود زنده است و رشد این سلول‌ها که از بافت جنین و دیگر اعضای بدن استخراج می‌شوند، قابلیت‌های بسیاری برای درمان بسیاری از بیماری‌ها دارند. سلول‌های بنیادی برای درمان بیماری‌های مختلف از جمله پارکیسنون، آلزایمر، بیماری‌های کبدی، سرطان، بیماری‌های استخوانی، قلبی و پوستی استفاده می‌شوند.

به گفته متخصصان، امروزه سطح فناوری پزشکی به حدی رسیده که این سلول‌ها به مدت ۱۵ سال در لوله آزمایش نگهداری می‌شوند. این سلول‌ها از جنین و همچنین افراد بالغ به دست می‌آیند؛ که سلول‌های بنیادی استخراج شده از جنین قابلیت مطالعه پایه‌ای دارد.

در شرایطی که میلیون‌ها نفر از مردم در دنیا به بیماری‌هایی مثل دیابت، بیماری پارکینسون، آلزایمر، سرطان، ام‌اس، بیماری لوگرینگ (ALS)، آسیب‌های نخاعی، کوری و HIV مبتلا هستند، علم سلول‌های بنیادی وعده معالجه و درمان بیش از ۷۰ بیماری عمده را می‌دهد.

نخستین کنگره بین‌المللی و پنجمین کنگره کشوری سلول‌های بنیادی، از سوی انجمن پیوند سلول‌های بنیادی خونساز ایران و با همکاری پژوهشکده مدیکال آنکولوژی، هماتولوژی، انکولوژی و پیوند سلول‌های بنیادی دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲۵ تا ۲۷ دی ماه ۹۳ در مرکز قلب تهران برگزار شد.

دکتر امیرعلی حمیدیه دبیر علمی کنگره سلول‌های بنیادی درباره این کنگره می‌گوید: «با توجه به پیشرفت و تغییر مداوم علم پزشکی، در این همایش تمامی روش‌های مدرن و به‌روز دنیا در پیوند سلول‌های بنیادی خونساز برای استفاده بیشتر همکاران مطرح شد تا بدانند که از چه منابعی می‌توانند برای پیوند استفاده کنند.»

سلول‌های بنیادی، پیوند سلول‌های بنیادی خونساز، بانک‌های اهدای سلول‌های بنیادی خونساز، بانک‌های بند ناف، سلول درمانی و سلول بنیادی مزانشیمال از جمله محورهای این همایش بود.

دستگاه OPTIA و تکنولوژی‌های تک

شرکت آزادطب درمان نمایندگی انحصاری شرکت TerumoBCT آمریکا در ایران است که در این کنگره تجهیزات آفر ایز ایت و دستگاه OPTIA را ارایه کرده بود. این دستگاه برای دوره‌های سلول‌گیری‌های مختلف استفاده می‌شوند. از OPTIA برای استمسل‌گیری و پلاکت‌گیری که از پروسه‌های سلول‌گیری هستند استفاده می‌شود.

فناوری تولید این دستگاه به سال ۲۰۰۸ برمی‌گردد و یک فناوری پیشرفته است. این دستگاه با ۱۱ دستوری که دارد، تمام پروسه‌های درمانی بخش آفر ایز ایت را پوشش می‌دهد. اپتیا نسبت به نمونه‌ها و برندهای مشابه خود این مزیت را دارد که تنها دستگاهی است که برای پلاسمافرزیت کودکان و اطفال مورد استفاده قرار می‌گیرد و در این مورد جواب می‌دهد. چراکه حجم خونی که می‌گیرد بسیار کم است و جداسازی سلول یا پلاسما از خون را با همین میزان کم انجام می‌دهد.

ابیتنت، فورمتا و ولزومیب

کوبل زیست دارو در این کنگره سه محصول معرفی کرد. داروی ابیتنت (Abitant) که برای کنترل تهوع و استفراغ بعد از شیمی‌درمانی استفاده می‌شود. اصل این دارو از اروپا وارد می‌شود و توسط شرکت قدیمی عبیدی در ایران نیز تولید می‌شود. این دارو حدود ۲ سال است که در بازار داروی ایران وارد شده و ۹۰ درصد پوشش بیمه‌ای دارد.

داروی دیگری که کوبل زیست دارو ارایه کرد، فورمتا (Formeta) بود که پمترکسید است. این دارو برای کسانی که سرطان ریه دارند استفاده می‌شود. فورمتا حدود ۴ ماه است که وارد ایران شده و ۷۰ درصد پوشش بیمه‌ای دارد.

بورتزومیب که با نام ولزومیب (Velzomib) وارد

حاضران در نمایشگاه

شرکت آزادطب درمان، کوبل زیست دارو، مهدیاطب زیست، کمپانی فایزر، شرکت سانوفی، شرکت بهستان دارو کمپانی MSD، شرکت امرافر، شرکت نوآرتیس، شرکت سیناژن، هلدینگ درمان یاب، آریوژن زیست دارو.

می‌شود، داروی دیگری است که برای کسانی که مالتیپل مایلوما دارند استفاده می‌شود. این دارو نیز حدود ۸ ماه است که وارد شده و ۷۰ درصد بیمه است.

کیت‌های Real Time PCR

شرکت مهدیاطب زیست که در حوزه تجهیزات آزمایشگاهی کار می‌کند کیت آزمایشگاهی Real Time PCR آلتورنا را در این کنگره ارایه کرده بود. مهدیاطب زیست نمایندگی انحصاری دو شرکت اولروپ(OlerupSSP) و آلتونا(Altona) است. کیت‌های Real Time PCR و HLA Typing که توسط این شرکت ارایه شد، برای تشخیص بیماری‌های عفونی و برخی بیماری‌های ژنتیکی استفاده می‌شود. کیت‌های Real Time PCR آلتورنا جدیدترین کیت‌های موجود در این زمینه است.

داروهای ویفند و زایوکس‌لنزولید

کمپانی فایزر در زمینه آنتی اینفکتیو و اونکولوژی فعالیت دارد که در این بخش داروهای آنتی فانگال و یک نوع آنتی‌بیوتیک که برای موارد MRSA و VRE استفاده می‌شود را ارایه کرده بود.

واریکورنازول یا ویفند (VFEND) دارویی است آنتی‌فانگال که برای عفونت‌های حاد آسپرشینوستی در بیمارانی که نقص ایمنی دارند استفاده می‌شود. از این دارو برای کسانی که پیوند مغز استخوان انجام می‌دهند و به هر نحوی سیستم ایمنی بدنشان ضعیف می‌شود و در معرض عفونت آسپرژیلوسی قرار می‌گیرند نیز استفاده می‌شود. ویفند نخستین گزینه برای این نوع از عفونت‌هاست و برای عفونت‌های دیگر همچون قارچ‌های کاندیدا نیز کاربرد دارد. داروی دیگری که توسط این شرکت ارایه شد، زایوکس‌لنزولید (ZYVOX) است. این دارو آنتی‌بیوتیکی است که برای موارد بسیار مقاوم در برابر ونکومایسین استفاده می‌شود. ویفند یا واریفورنازول شامل بیمه می‌شود اما زایوکس‌لنزولید شامل بیمه نمی‌شود.

موزوبیل و تایموگلوبولین

شرکت سانوفی در بخش BMT، داروهای موزوبیل و تایموگلوبولین را ارایه کرد که برای پیوندهای آتولوگ و آلوژن استفاده می‌شود.

در پیوندهای آتولوگ، سلول‌های بنیادی را از خود بیمار گرفته و به خودش پیوند می‌زنند اما در پیوندهای آلوژن سلول از فرد دیگری گرفته شده و به بیمار پیوند زده می‌شود. داروی موزوبیل در پیوند آتولوگ کاربرد دارد و داروی تایموگلوبولین در پیوند آلوژن استفاده می‌شود. موزوبیل داروی نسبتاً جدیدی است اما تایمو سال‌هاست که استفاده می‌شود. این داروها در مراکز پیوند سلول‌های بنیادین استفاده می‌شوند.

نوکسافیل و کنسیداس، داروهای ضد قارچ

شرکت MSD از بهستان دارو، در این کنگره داروهای نوکسافیل (NOXAFIL) و کنسیداس (Cancidas) را ارایه کرده بود. این داروها ضد قارچ هستند. نوکسافیل و کنسیداس برای بیمارانی که عمل پیوند بر روی آنها صورت می‌گیرد و در معرض قارچ‌ها و عفونت‌های مهاجم قارچی قرار می‌گیرند، استفاده می‌شوند.

کیت‌های HLA typing

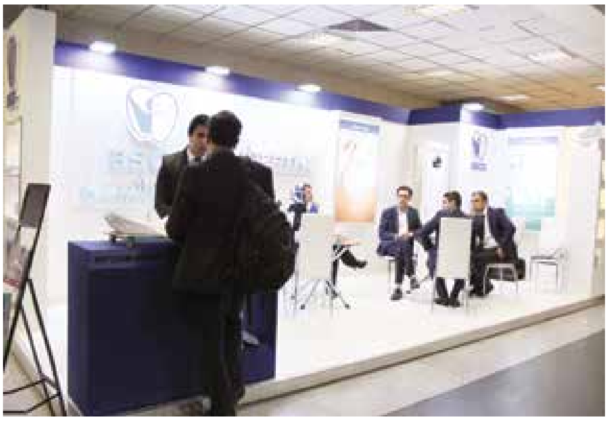
شرکت امرافر بیش از ۴۰ سال است که در زمینه تجهیزات آزمایشگاهی فعالیت می‌کند و در این کنگره کیت‌های HLA typing که مخصوص پیوند هستند را ارایه کرده بود. این کیت‌ها به صورت مستقیم برای کاریوتلیپینگ HLA استفاده می‌شوند و برای انجام تست‌های پیوند مورد استفاده قرار می‌گیرند.

این محصول جدید نیست اما تکنیکی که دارد (PCR) جدید است؛ به این صورت که هم پروب‌بیس و هم پرایمربیس هستند و از هر دو روش در آن استفاده می‌شود. این کیت‌ها به صورت اختصاصی برای پیوند هستند و این تکنیک نسبت به تکنیک‌های قبل دقت بیشتری دارد.

شرکت امرافر همچنین کیت‌های جداسازی DNA از بزاق دهان را که تأییدیه CE و IVD دارد، ارایه کرد. جداسازی DNA با مقدار و کیفیت بالا در کوتاه‌ترین زمان، استاندارد برای استفاده در روش‌های اتوماتیک، جمع‌آوری و انتقال آسان، مناسب برای کودکان و سالمندان با بهره‌گیری از روش‌های کم‌تهاجمی، بدون درد بودن، افزایش پایداری DNA نمونه و کاهش احتمال آلودگی به منظور نگهداری طولانی‌مدت از جمله ویژگی‌های این کیت است.

داروی تازیگنا

شرکت نوآرتیس داروی تازیگنا (Tazigna) یا نیلوتینیب را برای بیماران CML در این کنگره ارایه کرده بود. CML یک نوع بیماری خونی کرونیک است که داروی تازیگنا در فاز پرونیک این بیماری استفاده می‌شود. ■



در هفتمین کنگره بین‌المللی آزمایشگاه و بالین مطرح شد

ضرورت تعامل مسؤول آزمایشگاه با پزشک برای ارتقای سطح کیفی آزمایش‌ها

کشور ما از نظر تجهیزات آزمایشگاهی در سطح خوبی قرار دارد و از نظر کمی در این زمینه بیماران با مشکل خاصی روبه‌رو نیستند. اما از نظر کیفی و دقت و حساسیت آزمایش‌هایی که انجام می‌شود نیاز به ارتقا است. به همین منظور، هفتمین کنگره بین‌المللی آزمایشگاه و بالین (بیماری‌های عفونی) و نخستین همایش ویروس‌شناسی بالینی به منظور افزایش تعامل میان پزشکان و مسؤولان آزمایشگاه‌ها در راستای ارتقای کیفی خدمات آزمایشگاهی، از ۲۳ تا ۲۵ بهمن‌ماه امسال در مرکز همایش‌های رازی تهران برگزار شد.

محورهای اصلی این همایش بر پایه بیماری‌های عفونی از آزمایشگاه تا بالین، شامل چالش‌های بالین و آزمایشگاه در عفونت‌ها، جایگاه روش‌های مولکولی در تشخیص بیماری‌های عفونی، مدیریت و راهبرد‌ها در آزمایشگاه‌های تشخیص طبی، آموزش، پژوهش، تحقیق و تولید در عرصه آزمایشگاهی، اخلاق پزشکی در آزمایشگاه و بالین، عفونت‌های فرصت‌طلب در پیوند مغز استخوان، چالش‌ها و راهکارها، چالش‌های تشخیص در مدیریت بیماران مزمن مبتلا به هپاتیت B، عفونت‌های فرصت‌طلب در پیوند اعضا بود. به گفته علی‌اکبر ولایتی رییس هفتمین کنگره بین‌المللی آزمایشگاه و بالین، این کنگره به منظور تعامل پایدارتر متخصصان حوزه آزمایشگاه و همکاران بالینی و نیز رفع موانع و مشکلات موجود با بهره‌مندی از جدیدترین یافته‌های علمی برگزار شد.

همچنین سیدمحمد جزایری دبیر علمی هفتمین کنگره بین‌المللی آزمایشگاه و بالین، بر ارتباط مسؤولان آزمایشگاه و پزشکان تاکید کرد و گفت: «نبودن این تعامل در بسیاری موارد دلیل ارایه نشدن خدمات مطلوب به بیماران است. ارتباط پزشک با مسؤول آزمایشگاه موجب کاهش اشتباهات شده و مشکل بیمار سریع‌تر مشخص می‌شود. از این رو، این کنگره فرصت مناسبی برای آغاز این تعامل است.»

به گفته او، آمارها نشانگر این مسأله است که تعداد آزمایشگاه‌های تشخیص طبی عمومی و تخصصی به اندازه قابل قبولی رسیده اما از نظر کیفی لازم است که ارتقا یابند. این ارتقا جنبه‌های افزایش دقت و حساسیت در آزمایش‌های آزمایشگاهی را در بر می‌گیرد که به صورت پاسخ‌های مثبت و مثبت واقعی و منفی و منفی واقعی است. جزایری افزود: «همچنین علاوه بر نوع آزمایش، ارتباط میان آزمایشگاه و بالین بسیار مهم است که در سال‌های گذشته در کشورهای پیشرفته با ایجاد رشته‌های جدید با پیشوند بالینی و پسوند علوم پایه مورد توجه قرار گرفته است. اما این امر در کشورهای جهان سوم نادیده گرفته شده است و پیامد جدایی میان بالین و آزمایشگاه به طور مستقیم متوجه بیمار و جامعه پزشکی کشور می‌شود. به همین منظور، کنگره‌های سالیانه آزمایشگاه و بالین که به همت جامعه علمی آزمایشگاهیان ایران برگزار می‌شود، فرصت مناسبی برای ایجاد این تعامل است.»

MED OZON Compact

شرکت پالاگوار در این کنگره دستگاه ازن‌تراپی را ارایه کرد که در حوزه درد و زخم قابل استفاده است. کار دستگاه به این صورت است که اکسیژن مدیکال به دستگاه داده می‌شود و ازن مدیکال تحویل گرفته می‌شود به این ترتیب که پس از اتصال به یک منبع اکسیژن مدیکال، گاز ازن را در غلظتی میان ۵ تا ۸۰ میکروگرم در میلی‌لیتر تولید می‌کنند. خروجی‌های متعدد دستگاه امکان استفاده از متنوع‌ترین روش‌های ازن‌تراپی از قبیل تزریق، موضعی، اتوهموتراپی، رکتال و واژینال را فراهم می‌کند.

آنالیزورهای بسیار دقیق این ژنراتورها در هر لحظه غلظت ازن خروجی را به دقت پایش می‌کند. ازن در غلظت‌های مختلف اثرگذاری متفاوتی دارد به این صورت که در غلظت بالا، یک اکسیدان بسیار قوی است که به از میان رفتن عفونت کمک می‌کند و برای زخم‌های دیابتی، زخم‌های بستر و زخم‌های وریدی و زخم‌های ناشی از سوختگی استفاده می‌شود. ازن با غلظت متوسط نیز به تسریع رشد بافت کمک می‌کند.

استفاده از ازن برای ضدعفونی کردن زخم از جنگ جهانی اول به کار برده شده است. یک ملکول ازن با ترکیب شیمیایی O3، حالتی ناپایدار از اکسیژن است که با خاصیت‌های ضدعفونی‌کنندگی، آنتی‌اکسیدانی،

ضدالتهابی و توانایی القای ترمیم بافت، ده‌ها سال است در سراسر جهان مورد استفاده قرار می‌گیرد. این دستگاه ساخت شرکت Herrmann آلمان است.

دستگاه Real-Time PCR

شرکت آرمین طب دستگاه Real-Time PCR را در این کنگره ارایه کرد. این دستگاه در آزمایشگاه‌های ژنتیک و تشخیصی برای اندازه‌گیری‌های گوناگون استفاده می‌شود. برای انجام آزمایش‌هایی مانند آزمایش HPV، آزمایش‌های تخصصی ژنتیک و برای بررسی جهش‌ها از این دستگاه استفاده می‌شود. در واقع برای کار تشخیص بالینی هر آزمایشی را می‌توان با این دستگاه انجام داد. این دستگاه تولید شرکت Qiagen است. همچنین میکروسکوب و ست‌های پاتولوژی شرکت لایکا توسط این شرکت ارایه شد. از میکروسکوب برای دیدن نمونه بالام استفاده می‌شود که دستگاه اینورت آن نیز برای دیدن پلیت‌های کشت ارایه شده بود.

محلول‌های ضدعفونی‌کننده سپتی پرپ و محلول‌های دست

شرکت دارویی به بان شیمی تولیدکننده مواد ضدعفونی کننده در سطح بیمارستانی است. محلول‌های دست به سه بخش تقسیم می‌شوند؛ هندسکراپ که جراحان قبل از جراحی با آن دست خود را اسکراپ می‌کنند، پایه کلرهگزیدین دارد. مایع هندراپ که از دو پایه الکل از اتانول و ایزوپروپیل و الکل به همراه کلرهگزیدین تشکیل شده و نمونه سوم، هندژل یا سپتی ژل است که از اتانول و ایزوپروپیل تشکیل شده است.

همچنین محلول سپتی پرپ (Septi Prep) که ضدعفونی کننده محل تزریق و جراحی‌های کوچک است نیز توسط این شرکت در این کنگره ارایه شد. این محلول با داشتن دو نوع الکل طیف وسیعی از

باکتری‌ها و ویروس‌ها را به سرعت از میان می‌برد و با داشتن کلرهگزیدین دی گلوکونات و ترکیبات آمینیوم چهارتایی، اثر ماندگار را ایجاد می‌کند. از محلول سپتی پرپ می‌توان برای ضدعفونی کردن پوست، انجام هر گونه تزریق، جراحی‌های کوچک در مطب‌ها، کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها و دیگر مراکز بهداشتی استفاده کرد. این محلول برای محیط زیست ایمن است و سمی به جا نمی‌گذارد و به دلیل دارا بودن ظروف بسته‌بندی، بعد از شست‌وشو قابلیت استفاده دوباره را دارد.

دستگاه‌های PCR

شرکت بهان دانش یکی از شرکت‌های هلدینگ مرکز آنالیز دستگاهی ماد است. بهان دانش بر روی تجهیزات ملکولی شامل دستگاه‌های PCR، اسپکتروفتومتر، میکروسکوپ‌ها و ملحقات مربوط به آنها تمرکز دارد. از این دستگاه‌ها برای شناسایی ملکولی هر نوع موجود زنده از یک پاتوژن گرفته تا یک موجود ماکروزن استفاده می‌شود. دستگاه‌های PCR که دستگاه اصلی آزمایشگاه‌های ژنتیک است، برای کپی‌برداری یا تکثیر قطعه خاصی از ژنوم یک موجود به کار می‌رود که با امپلی فایر کردن این قطعه از ژن می‌توان موجود را شناسایی کرد. این دستگاه با یک چرخه گرمایشی کار می‌کند که با افزایش یا کاهش دما، قطعات یک ژن از یکدیگر جدا شده و به همدیگر وصل می‌شوند. این دستگاه تولید شرکت Biometra آلمان است.

دستگاه اندازه‌گیری قند خون HbA1c

شرکت تات طب کاسپین گروپ، دستگاه HbA1c که تولید شرکت گلن بیو (Glenbio) ایرلند شمالی است را در این کنگره ارایه کرد. این دستگاه برای اندازه‌گیری قند خون است و هر کیت آن امکان ۲۰۰ آزمایش دارد. دستگاه HbA1c با روش HPLC که معتبرترین روش

حاضران در نمایشگاه

ارشن طب آریا، رکسان، آزمایشگاه و پزشکان، زیست فناوری پیشگام، پالاگوار، آرمین طب، به بان شیمی، طوبی نگین، بهان دانش، صنعت و آزمایشگاه، تجهیز درمان، گروه تات طب کاسپین، فرایند آداک گستران، پل ایده‌آل تجهیز و پل ایده‌آل پارس، زینوطب مانا، نوین گستر، آرش طب پیشرو پارس، میکروطب میهن، زیست راه دانش

در دنیا است، بدون نیاز به آماده‌سازی نمونه خون تام یا رقیق شده کار سنجش قند را انجام میدهد.

این دستگاه دارای ساختار اتوسمپل برای ۲۰ بیمار است و قابلیت رسم چارت کنترل کیفی دارد. همچنین چاپگر داخلی، صفحه نمایش لمسی و قابلیت ذخیره اطلاعات بیمار و رسم نمودار کنترل کیفی تا ۱۰۰ هزار را دارد.

انکوباتور و سانترفیوژ

شرکت فرایند آداک گستران در این کنگره انواع انکوباتور تولید شرکت Memmert آلمان، سانترفیوژهای شرکت Hettich آلمان و سمپلرهای شرکت Capp دانمارک را ارایه کرده بود. انکوباتور برای تنظیم دما و رطوبت به کار می‌رود. انکوباتور آوندار، یخچال‌دار، اتاقک انبار و اتاقک رطوبتی و مدل‌های دیگر وجود دارد که بر اساس نیاز استفاده‌کننده، هر یک از این دستگاه‌ها به کار می‌رود. زمانی که در آزمایشگاه نیاز به وجود محیط کشت برای میکروب‌ها باشد از این دستگاه استفاده می‌شود و این محیط فراهم می‌شود. به این ترتیب که درجه حرارت دستگاه را تنظیم می‌کنیم که این شرایط تا چهار ماه می‌تواند باقی بماند. به دلیل دقیق بودن دمای این دستگاه، برای برخی از نمونه‌های آن، آون هم طراحی کرده‌اند که برخی کارخانه‌های داروسازی که نیاز به خشک کردن برخی داروهایشان دارند از این دستگاه استفاده می‌کنند. همچنین یک مدل به نام آون خلا هم طراحی شده که همین کار را در خلا انجام می‌دهد. نمونه انباردار این دستگاه در آزمایشگاه‌ها برای موارد مختلفی همچون مراحل مختلف تخلیص سرم کاربرد دارد.

همچنین سانترفیوژ با دور ۱۴، ۱۵ و ۱۶ هزار از سوی این شرکت در کنگره آزمایشگاه و بالین ارایه شد. این دستگاه بر اثر نیروی چرخش و گرانشی که ایجاد می‌کند، این امکان را به وجود می‌آورد که بخش‌ها و جزءهای مختلف محلول را بتوان از یکدیگر جدا کرد.

تجهیزات پزشکی، آزمایشگاهی و دارویی

جان کلمن رییس شرکت ماسیمو

می‌خواهیم همراه سلامت مردم ایران باشیم

بهمن ماه گذشته، جان کلمن، رییس شرکت ماسیمو و مسؤول ویژه بخش فروش، امور پزشکی و تیم‌های پزشکی ماسیمو همراه الیویه برتون رییس دفتر منطقه خاورمیانه این شرکت برای معرفی فناوری نوین تشخیص غیرتهاجمی ویژگی‌های خونی به تهران آمده بود و فرصتی پیش آمد تا در دفتر شرکت بی ان ام نماینده شرکت ماسیمو در ایران به گفت‌وگو بنشینیم. جان کلمن با ما درباره مسیح (جو) کیانی بنیانگذار ایرانی ماسیمو، بازار تجهیزات پزشکی ایران و دیدگاهش درباره مردم ایران گفت‌وگو کرد. او بسیار دلنشین، روشن و رسا سخن می‌گفت.

■ **گویا نخستین‌باری است که به ایران سفر کرده‌اید؟ چه چیزی باعث شد که به ایران سفر کنید؟**

من به دو علت همیشه احساس ارتباط نزدیک با ایران دارم. علت اول مربوط به دید شخصی‌ام می‌شود که به سال‌های بسیار پیش برمی‌گردد و علت دیگر، مؤسس کمپانی ماسیمو است که فردی ایرانی و اهل شیراز است. پدرم پزشک بود و از دوران کودکی به یاد دارم پدرم دوستان بسیاری داشت که یکی از آنها یک پزشک ایرانی بود، آنها رابطه بسیار نزدیکی داشتند و به پدرم هدایای زیبای زیادی می‌داد. نتیجه تجربه دوران کودکی‌ام مهمان نوازی ایرانیان بود که از دوست پدرم این تجربه را به دست آوردم. بزرگ‌تر که شدم وارد گروه پیشاهنگی پسران (Boys Scouts) در آمریکا شدم. پدر و مادرم فرصتی را برایم فراهم کردند که در برنامه پیشاهنگی جهان (World Jamboree) حضور داشته باشم. شرکت‌کننده‌های بسیاری از اقصی نقاط جهان در این برنامه شرکت می‌کردند و این مراسم در سال ۱۹۷۸ در ایران بود. از آنجایی که بهترین دوست پدرم ایرانی بود، همیشه درباره ملیت و بازار ایران کنجکاو بودم و خیلی مشتاق بودم به ایران بیایم؛ از این رو بسیار هیجان‌زده بودم. چندین ماه پیش از برنامه شروع به برنامه‌ریزی کردم اما پیش از رهسپار شدن، آگاه شدم به علت انقلاب اسلامی ایران، برنامه پیشاهنگی لغو شده است. تغییرات بزرگی در حال رخ دادن در ایران بود. خیلی ناامید شده بودم و اینک در سن ۵۱ سالگی فرصت حضور در ایران را دارم. همکاری با شرکت بی ان ام باعث شده که احساس کنم مدت‌هاست ایران را می‌شناسم. میزان احترام و ارزشی که برای شرکت بی ان ام قائلیم و همچنین اعتبار این شرکت نزد ما نتیجه تلاش‌های مستمر شرکت، مدیران و مسئولین‌اش در راستای نمایندگی کمپانی ماسیمو است.

دومین و اصلی‌ترین علت احساس ارتباطم با ایران، مؤسس کمپانی ماسیمو، مسیح (جو) کیانی است. MASIMO ترکیبی از نام MASI و شریک تجاری‌اش MOHHAMAD DIAB (اهل سوریه) است. مسیح (جو) همیشه در مورد ایران و پدرش برایم تعریف می‌کرد، که در حال حاضر پدرش در شیراز است. ما سال‌ها در مورد امکان آمدن به ایران باهم صحبت می‌کردیم، به هر حال این صحبت‌ها پیش‌زمینه‌ای در مورد کشور مورد علاقه من بود.

■ **شنیده‌ام مسیح (جو) کیانی، مرد شناخته‌شده‌ای در آمریکاست و در آمریکا او را برای کارهایش در صنعت و فناوری، ارزشمند می‌شمارند. دوست دارم بیشتر درباره او بدانم.**

حقیقتاً مسیح (جو) کیانی یکی از بزرگترین افراد رویاپرداز است که تاکنون دیده‌ام و همیشه به فکر چیزی است که باعث پیشرفت زندگی بشر شود. من در چند شرکت بزرگ مانند Pfizer، Procter & Gamble کار کرده‌ام و در واشنگتن دی‌سی بزرگ شده‌ام و می‌دانم که بزرگان دولت ایالات متحده و بسیاری از افراد با قدرت و با نفوذ که وارد تجارت شده‌اند در آنجا بزرگ شده‌اند.

مسیح (جو) یک ایرانی است که در کودکی کشورش

جان کلمن

من می‌خواهم بازار را شخصاً بشناسم. یکی از اهداف من این بود که خود را به افراد ارشد مانند وزیر بهداشت معرفی کنم. دوم این که به بیمارستان‌ها بروم و وقت بگذارم با کسانی که از فناوری ما استفاده می‌کنند صحبت کنم و سوم اینکه با ایرانی‌ها دوستانه وقت صرف کنم

الیویه برتون

ماسیمو می‌خواهد بخشی از این کار باشد و مجدداً به ایران خواهم آمد تا با دانش ناچیزم اگر بتوانم به مردم کمک کنم تا آموزش‌های بهتری در مورد فناوری‌های جدیدمان ببینند و من از انجام این کار خوشحال خواهم شد

را ترک کرد و زمانی که وارد ایالات متحده آمریکا شد چیزی نداشت، واقعاً چیزی نداشت، او از صفر شروع کرد. پدرش برای تحصیل به ایالات متحده آمده بود تا آنجا که می‌دانم برای کارشناسی ارشد آمده بود، بنابراین مسیح (جو) در امریکا ماندگار شد و در ایالات متحده تحصیل کرد. او در سن پانزده سالگی دوره دبیرستان را به پایان رساند و این بسیار غیر عادی بود، و واقعاً خاص بود. داستانی را به یاد می‌آورم که او برایم تعریف کرده است. او می‌گفت زمانی که دبیرستانی بود، خانواده‌اش اداره یک مجتمع آپارتمانی را بر عهده داشتند. در زمان آمدن یک مستاجر جدید، مسیح (جو) و خواهرش دیوارهای آپارتمان را رنگ زدند. او به طور خارق‌العاده‌ای باهوش ولی بسیار متواضع بود. به نظرم او بازتاب صریحی از فرهنگ ایرانی و فارسی بود. سپس مسیح (جو) در سن‌دیگو به دانشگاه رفت و مدرک مهندسی را دریافت کرد و دوره کارشناسی ارشد را در سن ۲۱ سالگی تمام کرد. این نیز باور نکردنی بود. موضوع جالب دیگری که راجع به او گفته می‌شود این بود که او مطالعاتش را به عنوان بخشی از تحصیلاتش در دانشگاه سن‌دیگو به پایان رساند. او روی استخراج امواج مطالعه می‌کرد. در حقیقت، او زیر آب، در اقیانوس به دنبال تفاوت میان سیگنال واقعی مثل سیگنال یک زیر دریایی و سیگنال ماهی و یا نهنگ بود. از این رو به چگونگی تشخیص سیگنال واقعی از اختلالات سیگنالی پی برد.

او به من گفت که یک شرکت او را استخدام کرد تا به آنها کمک کند دستگاه Pulse Oximeter را ارتقاء دهند. نه برای اصلاح فناوری آن، بلکه فقط برای اصلاح جعبه دستگاه. او در سن ۲۰ سالگی برای آن شرکت کار می‌کرد. او به مدیر آن شرکت گفت من می‌توانم به شما کمک کنم نه تنها محصولات بهتری طراحی کنید بلکه می‌توانم کاری کنم که عملکرد الگوریتم‌ها بهتر شود، می‌توانم کمک کنم در شرایط سخت بیمار، الگوریتم‌ها بهتر خوانده شوند. همان‌طور که مسیح (جو) برایم تعریف کرد، آنها به او گفته بودند ما علاقه‌ای به اینها نداریم فقط از تو می‌خواهیم به ما کمک کنی جعبه دستگاه را بهتر طراحی کنیم، علاقه‌ای به بهبود استخراج سیگنال‌ها نداریم، فقط می‌خواهیم دستگاه شکیل‌تری بسازیم. بنابراین، مسیح (جو) به آنها گفت باشد، اشکالی ندارد. سرانجام، چند سال بعد او تصمیم گرفت شرکت خود را راه‌اندازی کند، چون به دو محدودیت بزرگ پالس اکسیمتر (Pulse Oximeter) پی برده بود که این محدودیت‌ها تاثیر منفی روی سلامت بیمار داشت. اول این‌که وقتی حال بیمار وخیم بود، قلب بیمار طبیعی کار نمی‌کرد. جریان خون در اندام‌های اکسترامدولاری (extramedullary) و انگشتان دست خوب نیست. بنابراین، اندازه‌گیری خوب انجام نمی‌شود، چون سیگنال‌ها به خوبی دریافت نمی‌شوند. محدودیت دوم که فکر می‌کرد می‌شود به آن اشاره کرد، این بود که حرکت بیمار باعث اختلال در دریافت سیگنال واقعی شریانی می‌شود که در واقع حاوی خون اکسیژن‌دار است. او می‌تواند این سیگنال را تشخیص بدهد و اندازه‌گیری را بر اساس این سیگنال واقعی انجام بدهد. این موضوع به تجربه او در دانشگاه برمی‌گردد که فهمید چگونه تفاوت میان سیگنال واقعی (زیردریایی) و ماهی را مشخص کند که در نتیجه منجر به استخراج سیگنال واقعی می‌شود. بنابراین ایده‌اش را طرح‌ریزی کرد و به دولت ایالات متحده مراجعه کرد، تمام ایده‌های ارایه شده اش دارای patent حفاظتی بود، سپس کمپانی‌اش را راه‌اندازی کرد. ۲۶-۲۵ سال پیش در سن ۲۵ سالگی این کار را انجام داد. او چیزی نداشت، در یک گاراژ این کار را کرد. همان‌طور که در مورد گذشته بسیار متواضع او گفتم اما او ایده بزرگی داشت. او احساس می‌کرد می‌تواند تفاوت به وجود آورد. من فکر می‌کنم، آن روزها شرکت‌های بسیار بزرگی در بازار وجود داشتند.

مسیح (جو) در جواب گفت برایم مهم نیست، من فناوری بهتری دارم و می‌دانم چطور این کار را انجام دهم. او برای تامین سرمایه در ایالات متحده آمریکا، ۹۰ میلیون دلار در ۱۵-۱۰ سال از سوی تامین سرمایه دریافت کرد که برای کمک به آغاز تجارت او بود.

پس از آن، او چالش‌های بسیار بزرگ دیگری داشت. شرکت ماسیمو در سال ۲۰۰۷ سهامی عام شد و امروزه ماسیمو سهامی عام است که در بورس NASDAQ نیویورک تجارت می‌کند. ما بیش از ۳۰۰۰ کارمند در سراسر دنیا داریم و در تمام جهان دفتر داریم و مسیح (جو) رییس هیأت مدیره شرکت است. او یک پسر بچه اهل ایران و بی‌پول بود و از صفر شروع کرد و در ۱۵ سالگی از دبیرستان فارغ‌التحصیل شد و در سن ۲۱ سالگی دوره کارشناسی ارشد را تمام کرد. کمپانی خود را در سن ۲۵ سالگی راه انداخت. او حق مالکیتش را گرو گذاشت و برای شروع شرکتش وام گرفت. مسیح (جو) ریسک کرد و به دنبال رویای خود رفت چون می‌دانست فناوری او بهتر است و پس از غلبه بر کشمش‌ها و چالش‌ها، اینک او هنوز شرکتش

را که تاثیر جهانی داشت، اداره می‌کند.
بیمارستان‌های بزرگی هستند که از فناوری ما استفاده می‌کنند. اگر در ایالات متحده لیست ۱۰ بیمارستان برتر را در اخبار و مجلات مشهور آمریکا ببینید، خواهید دید که فناوری ماسیمو در ۸ بیمارستان از این تعداد مورد استفاده قرار می‌گیرد، از جمله بیمارستان‌های John Hopkins، Massachusetts General Mayo Clinic، UCLA و چندین بیمارستان دیگر، حتی بیمارستان‌های مهم دیگری در ایران و سراسر دنیا از فناوری ما استفاده می‌کنند و ما به این مسأله افتخار می‌کنیم. باعث افتخار ماست که با شرکت ماسیمو همکاری می‌کنیم. می‌دانم که شما و آقایان محمد حسن و امیر حسین مرادی هم همین احساس را دارید، چون کاری که ما می‌کنیم به بیماران کمک می‌کند و امنیت و درمان آنها را تضمین می‌کند و به آنها اطمینان می‌دهد که با بهترین نتیجه بیمارستان را ترک کنند.

■ شاید چند روز برای داشتن ارزیابی از فرهنگ یک کشور کم باشد اما دوست دارم بدانم چه دیدی درباره فرهنگ ما پیدا کردید؟

من شیفته کشف جهان هستم. ۱۲ سال در ایالات متحده زندگی کرده‌ام. ۲ سال در انگلیس، ۲ سال در سائوپائولو در برزیل، حدود ۲ سال در جمهوری دومینیکا، ۳ سال در سنگاپور و ۳ سال در تیوونا زندگی کرده‌ام. مادرم متولد غرب کانادا است، پدرم ۳ سال در اروپا زندگی کرده است و برادرم ۵ سال در ژاپن، به همین علت من یک خانواده بین‌المللی از افراد علاقمند به سراسر جهان دارم و از اینکه تجربه منحصربه فرد زندگی را دارم احساس خوشبختی می‌کنم و یک آمریکایی جهان دیده هستم. از این گذشته من کشورم را دوست دارم همانطور که شما کشورتان را دوست دارید. اما برای دیگر کشورها و ملتشان هم احترام قائلم. من همیشه به کشورهایی می‌روم که درباره مردم آن کشور بهترین فکرهای مثبت را می‌کنم. من فکر می‌کنم مردم آنجا مردم شگفت‌انگیزی هستند، ارزشمند و بهترین هستند چون تجربه به من نشان داده که مردم سراسر دنیا بهترین هستند.

من کارم را در شرکت ماسیمو با مسؤولیت رییس بین‌المللی شروع کردم. سپس برای اداره تجارت ترفیع گرفتم اما ایران منطقه‌ای است که من به آن علاقمند بودم به همان دلایلی که پیشتر گفتم. به خصوص به خاطر اینکه مؤسس‌مان ایرانی است. ما سال‌هاست که با بی ان ام کار می‌کنیم، آنها از من و همچنین آقای الیویه برتون که مسؤول این منطقه است دعوت کردند به ایران بیاییم. از ما دعوت کردند بیاییم و با آنها وقت صرف کنیم تا از بیمارستان‌ها بازدید کنیم، با جامعه پزشکی و پرستاری گفت‌وگو کنیم و با مهندس صفوی مدیر کل تجهیزات پزشکی ملاقات داشته باشیم، برخی از فناوری‌های جدیدمان را معرفی کنیم و درباره‌شان توضیح دهیم، آقای مهندس صفوی با ما بسیار رفتار خوبی داشت و به مسایل روز دنیای پزشکی مسلط بود. کمپانی ما همه اسناد رسمی و مجوزهای دولتی را برای داشتن رابطه تجاری با ایران دارد. البته که همه این اسناد و مجوزها را که توسط OFAC در ایالات متحده صادر می‌شود را داریم و به ایران دعوت شدیم البته با اشتیاق و کمال میل به ایران آمدیم و احساسم در مورد تهران هنگام پیاده شدن از هواپیما، آسمان پاک و آبی بود، خورشید می‌درخشید، کوه‌ها را می‌دیدم که برف قله‌هایشان را پوشانده بود. گل‌ها را در اواسط زمستان می‌دیدم. همان لحظه فرهنگ مردم را حس کردم، با وجود اینکه شهر را در ژانویه (بهمن) می‌دیدم نه در اواسط بهار، اما شهر چقدر زیبا بود. کاش خانواده و دوستانم اینجا بودند و می‌دیدند چون اینجا شهر زیبا و بی‌نظیری است. در این سه روز که اینجا بودم، هر جا که می‌رفتم مردم واقعاً احترام می‌گذاشتند و فوق‌العاده مهربان بودند. حتی زمانی که روی پل طبیعت بودیم [پل میان باغ آب و آتش و باغ طالقانی] مردم خوشامدگویی می‌کردند. زمان کوتاهی در آنجا قدم زدیم چون می‌خواستیم پل را ببینیم. هنگامی که قدم می‌زدم صدای مردم را می‌شنیدم که فارسی صحبت می‌کردند که آنها را ببینید خارجی‌اند و بعد به انگلیسی می‌گفتند به ایران خوش آمدید.

■ پس تجربه خوبی داشتید؟

من فکر می‌کنم این یک نیاز است، میان کشورهای‌مان فرصت‌های بیشتری وجود داشته باشد که مردم یکدیگر را بشناسند و با هم کار کنند. ایرانی‌ها فرزندانشان را دوست دارند همانقدر که آمریکایی‌ها فرزندانشان را دوست دارند. آنها مستحق بهترین فناوری‌ها هستند، همین‌طور که در اختیارشان قرار می‌گیرد، درست مثل ژاپنی‌ها و استرالیایی‌ها که مستحق بهترین فناوری‌ها هستند و در اختیارشان قرار می‌گیرد. احساسم درباره تهران این است که اینجا زیباست و مردم بسیار مهربان و فروتنی دارد و مردم فوق‌العاده‌ای اینجا با ما بسیار خوب رفتار می‌کنند. به نظرم آنها بازتابی از فرهنگ هستند، به همین علت حس خوب و مثبتی در مورد مردم اینجا دارم و از آنها خیلی سپاسگزارم.

■ آقای الیویه برتون، شما رییس دفتر منطقه خاورمیانه ماسیمو هستید. شما ارزیابی‌تان چیست؟

من الیویه برتون هستم. همان‌طور که آقای جان گفت علاوه بر دیگر مسؤولیت‌ها من مسؤول این منطقه هستم. من پیش‌زمینه کاملاً متفاوتی دارم. اهل فرانسه‌ام و در فرانسه متولد شده‌ام. من هم مانند آقای جان فرهنگ‌های بسیار مختلفی را در سراسر دنیا تجربه کرده‌ام. ۱۸ سال در جنوب فرانسه زندگی کرده‌ام. پیش از این که به لیون بیایم ۱۸ سالم بود. من در کشورهای بسیاری زندگی کرده‌ام، آفریقا، سنگال، موزامبیک، بعد به مدت چند سال به کانادا رفتم، پس از آن کانادا را به مقصد جزیره کوچکی نزدیک ماداگاسکار ترک کردم. به همین علت فرهنگ‌ها، مذهب‌ها، مردم، قاره‌ها و اقلیم‌های مختلفی را تجربه کرده‌ام. همان‌طور که آقای جان گفت من خیلی خوش‌بخت هستم که دیگر فرهنگ‌ها را تجربه کرده‌ام، سفر را دوست دارم و این دومین‌بار است که به ایران می‌آیم، سفر قبلی‌ام ۱۱ سال پیش بود. آن سفر هم به دعوت شرکت بی ان ام بود چون ما در سال ۲۰۰۰ با شرکت بی ان ام شروع به کار کردیم و ما همیشه رابطه تجاری عالی با این شرکت داشته‌ایم که نمایندگی محصولات ما را دارد. من با امیرحسین مرادی زمانی که در شرکت ماسیمو آمریکا فعال بود، آشنا شدم. در این کشور تغییرات بسیار بزرگی رخ داده است، چون ۱۱ سال از آن سفر گذشته که دوباره به تهران می‌آیم. بنابراین واقعاً مردم و فرهنگ و البته دوستانمان در بی ان ام که در این سال‌ها حمایتمان کرده‌اند را ارج می‌نهیم. من می‌توانم داستان‌های زیادی که با بی‌ان ام داشته‌ام را برایتان تعریف کنم و بسیار خوشحالم که دوباره اینجا هستم. با روابط نزدیکتر میان ایالات متحده و ایران و از آنجا که در کشورتان بیمارستان‌های جدید زیادی در حال ساخت است، فکر می‌کنم به زودی مجدداً برای آموزش‌های بیشتر و آموزش دیگر مردم در بیمارستان‌ها و مصرف‌کنندگان نهایی اینجا حضور داشته باشم. ماسیمو می‌خواهد بخشی از این کار باشد و مجدداً به ایران خواهم آمد تا با دانش ناچیزم اگر بتوانم به مردم کمک کنم تا آموزش‌های بهتری در مورد فناوری‌های جدیدمان ببینند و من از انجام این کار خوشحال خواهم شد.

■ بازار ایران را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

آقای کلمن: سه علت وجود دارد که به ایران آمدم. علت اول شناخت شخصی بازار ایران است. دومین

مسیح (جو) کیانی یک کارآفرین و مخترع ایرانی است که شرکت بزرگ ماسیمو را در آمریکا پایه گذاری کرد. او در کودکی ایران را همراه پدرش ترک کرد و در ایالات متحده تحصیل کرد. او در سن پانزده سالگی دوره دبیرستان را به پایان رساند و این بسیار غیر عادی بود. سپس مسیح (جو) در سن دیگو به دانشگاه رفت و مدرک مهندسی را دریافت کرد و دوره کارشناسی ارشد را در سن ۲۱ سالگی تمام کرد. این نیز باور نکردنی بود. او مطالعاتش را به عنوان بخشی از تحصیلاتش در دانشگاه سن دیگو به پایان رساند. او روی استخراج امواج مطالعه می‌کرد. در حقیقت، او زیر آب، در اقیانوس به دنبال تفاوت میان سیگنال واقعی مثل سیگنال یک زیر دریایی و سیگنال ماهی و یا نهنگ بود. از این رو به چگونگی تشخیص سیگنال واقعی از اختلالات سیگنالی پی برد. یک شرکت او را استخدام کرد تا به آنها کمک کند دستگاه Pulse Oximeter را ارتقاء دهند. نه برای اصلاح فناوری آن، بلکه فقط برای اصلاح جعبه دستگاه. او در سن ۲۰ سالگی برای آن شرکت کار می‌کرد. او به مدیر آن شرکت گفت من می‌توانم به شما کمک کنم نه تنها محصولات بهتری طراحی کنید بلکه می‌توانم کاری کنم که عملکرد الگوریتم‌ها بهتر شود، می‌توانم کمک کنم در شرایط سخت بیمار، الگوریتم‌ها بهتر خوانده شوند. آنها به او گفته بودند ما علاقه‌ای به اینها نداریم فقط از تو می‌خواهیم به ما کمک کنی جعبه دستگاه را بهتر طراحی کنیم، فقط می‌خواهیم دستگاه شکیل تری بسازیم. سرانجام، چند سال بعد او تصمیم گرفت شرکت خود را راه‌اندازی کند، چون به دو محدودیت بزرگ پالس اکسیمتر (Pulse Oximeter) پی برده بود که این محدودیت‌ها تاثیر منفی روی سلامت بیمار داشت.

علت، آمادگی برای پتانسیل و پیشرفت و به رسمیت شناختن روابط تجاری ایالات متحده و ایران و سومین علت ادامه روابط صمیمی و نزدیک‌مان با شریک تجاری‌مان، شرکت بی ان ام است. تلاش می‌کنیم سطح سلامت بیماران را ارتقاء دهیم. اجازه بدهید درباره این صنعت کمی صحبت کنیم. من می‌خواهم بازار را شخصاً بشناسم. یکی از اهداف من این بود که خود را به افراد ارشد مانند وزیر بهداشت معرفی کنم. دوم این‌که به بیمارستان‌ها بروم و وقت بگذارم با کسانی که از فناوری ما استفاده می‌کنند صحبت کنم و سوم اینکه با ایرانی‌ها دوستانه وقت صرف کنم. در اینجا شانس ملاقات مهندس صفوی رییس بخش تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت را داشتم. او خیلی لطف کرد و با او در مورد شرکت صحبت کردیم، مهندس صفوی را شخص بسیار مطلعی یافتم و ایشان اطلاعات ارزشمندی دارند و درباره فرصت‌ها در ایران صحبت کردیم و ما فرصت این گفت‌وگوها را داشتیم که بسیار عالی بود. همچنین فرصت حضور در بیمارستان‌های مختلف را داشتیم، از ساختار مراقبتی بیماران و محصولات مورد استفاده در ICU,NICU بازدید کردیم، با پرستارها گفت‌وگو کردیم و پاسخ سوالات‌شان را دادیم و در صورت لزوم آموزش‌های لازم را دادیم. همان‌طور که قبلاً گفتم با حضور در بیرون میان مردم و در هتل بازار را شناختم. واقعاً سعی کردم هر جا که رفتم مشاهده کنم. دیدن مردم در هتل، رفتن به بیمارستان و گفت‌وگو با نگهبان‌ها تا پزشکان اولین فرصت برای شناخت بازار بود.

ماموریت شرکت ما، بهبود زندگی بیماران است که نتیجه بهتر نیز خواهد داشت و نیز فرصت منحصربه‌فردی داشتم که ببینم محصولاتمان در سراسر دنیا استفاده می‌شود. با داستان‌های خاص که محصولات ما چگونه جان بیماران را نجات می‌دهد و می‌خواهیم این را در اینجا نیز ببینیم. بنابراین ما در حال آماده شدن برای گفت‌وگو با مردم راجع به کارهایی که بالقوه می‌توانند انجام دهند، هستیم تا به صورت راهبردی برای امکان تحکیم روابط آماده شوند و همان‌طور که به عنوان مورد سوم مطرح کردم، ما از جانب شرکت بی ان ام، آقایان مرادی و امیرحسین حمایت می‌شویم و در مورد مشاهداتمان در بازار پرسیدند، با آنها در زمینه انجام اموری که منجر به موفقیت و تسهیل واردات محصولات جدید بیشتر می‌شوند صحبت کردیم و این‌که چگونه با محصولات جدید وارد بازار شویم. این سومین علت اصلی است.

آقای برتون: اکنون دید من نسبت به ۱۱ سال پیش متفاوت است. با بازدید از بیمارستان‌ها و پیشرفت‌هایی که این کشور در سلامت بیماران داشته، در مقایسه با کشورهایی همچون ترکیه و آفریقای جنوبی، تجهیزاتی که در بیمارستان‌ها دارید با تجهیزاتی که آنها دارند برابری می‌کند و هیچ تفاوتی با آنها ندارد. بنابراین قدرت بازار ایران را قوی دیدم. البته محصولات جدیدی در ماسیمو داریم که هنوز در این کشور مورد استفاده قرار نگرفته است و ما به شما اطمینان می‌دهیم به واسطه شریک تجاری‌مان، شرکت بی ان ام این محصولات و فناوری‌های جدیدمان را به اینجا خواهیم آورد و به سلامت بیماران کمک خواهیم کرد.

اگر روابط میان ایران و دیگر کشورها واقعاً مثل پیشرفت‌های امروز خوب پیش برود، شاید سرعت پیشرفت سلامت در ایران بیشتر هم بشود. از این رو جمعیت در ایران و بیمارستان‌ها به فناوری‌ها و محصولات بیشتری دسترسی خواهند داشت و این همان چیزی است که من می‌بینم.

■ در این سفر فناوری نوین pronto-7 را به سازمان انتقال خون ایران معرفی کرده‌اید. می‌خواهم درباره این فناوری بدانم.

آقای برتون: می‌خواهم درباره اندازه‌گیری غیر تهاجمی و مستمر صحبت کنم. این فناوری کمک می‌کند میزان نیاز به خون در طول جراحی و یا پس از جراحی کاهش بیابد. در صورتی که بیمار خونریزی داشته باشد، ما با مانیتورینگ مستمر سطح هموگلوبین بیمار می‌توانیم اطمینان حاصل کنیم که چطور و چه زمانی او واقعاً خونریزی دارد. با این کار به جای دادن چندین واحد خون به بیمار، قادر خواهیم بود میزان خون مورد نیاز بیمار را به وی بدهیم، شاید یک واحد خون کافی باشد. چون دادن خونی غیر از خون بیمار به وی در هر صورت ایده‌ال نیست و ممکن است به بیمار آسیب برساند و دادن خون بیشتر از اندازه نیاز نیز برای بیمار مساعد نیست. این مسأله به کاهش هزینه‌های سلامت و بهبود نتایج روی بیمار کمک خواهد کرد. چون پزشکان با داشتن یک نمایشگر می‌توانند تغییرات سطح هموگلوبین بیمار را به طور مستمر دنبال کنند و با این روش تزریق بهتری روی آن بیمار در اتاق عمل و یا در ICU خواهند داشت.

این موضوع را به این علت می‌گویم که شما در شیراز یکی از بزرگ‌ترین بیمارستان‌های پیوند را در دنیا دارید

که توسط دکتر ملک حسینی اداره می شود. دکتر ملک حسینی شهرت جهانی دارد. متاسفانه ما در این سفر نتوانستیم به شیراز برویم. امیدوارم در سفر بعدی بتوانیم. اما می‌خواهیم او در هر عمل پیوند کبدی که روی بیمارانش انجام می‌دهد، از فناوری ما استفاده کند. ما این کار را هر سال در ۵۰۰ پیوند در بیمارستان مالاتیا در ترکیه انجام می دهیم.

هنگام پیوند، هر بیمار یک سنسور پالس برای پایش و نمایش مستمر و غیرتهاجمی هموگلوبین کلی روی انگشت‌اش دارد. ما و هیچ پزشکی نمی‌خواهد در طول پیوند کبد، تغییری در سطح هموگلوبین بیمار ایجاد شود و سطح هموگلوبین باید ثابت باشد. ما با این دستگاه می‌توانیم میزان هموگلوبین را اندازه بگیریم و این مسأله به نتیجه روی هر بیماری که پیوند کبد خواهد داشت، کمک چشمگیری خواهد کرد. این نکته یکی از ویژگی‌های فناوری ما است که واقعاً آینده بسیار خوبی برای آن در ایران می‌بینیم. همچنین می‌توانیم به جای اندازه‌گیری مستمر هموگلوبین، آن را به صورت لحظه‌ای انجام بدهیم.

بانک‌های خون در سراسر جهان علاقمند هستند که اندازه‌گیری هموگلوبین کلی به صورت لحظه‌ای انجام شود تا تهاجمی، چون به جذب بیشتر اهداکنندگان خون کمک می‌کند. امروزه ساختار به گونه‌ای است که اهداکننده برای اهدا خون به پایگاه مراجعه می‌کند و به هنگام گرفتن مقداری خون برای آزمایش سطح هموگلوبین، انگشت افراد با سوزن خراش پیدا می‌کند. این آزمایش نشان‌دهنده آن است که آیا سطح هموگلوبین اهداکننده برای اهدا خون کافی است یا خیر. اگر مقدار هموگلوبین پایین‌تر از عدد مشخصی باشد شما نمی‌توانید خون بدهید و در صورتی که میزان هموگلوبین بالاتر از عدد مشخصی باشد، شما این امکان را دارید. خوبی دستگاه ما، غیرتهاجمی بودن آن است و این‌که از صدمه به بیمار جلوگیری می‌کند و شما این امکان را خواهید داشت که بدانید سطح خون‌تان مطلوب است یا خیر. بانک خون ایران یکی از ۶ بانک خون برتر در دنیا است و این شهرت باید باقی بماند. آنها (بانک خون) می‌خواهند به بهترین فناوری‌هایی که امروز موجود است، دسترسی داشته باشند و این علت علاقمندی آنها به دستگاه ما است. همچنین این دستگاه می‌تواند هموگلوبین کلی را غیرتهاجمی و لحظه‌ای اندازه بگیرد و در راستای جذب بیشتر اهداکنندگان و احساس امنیت آنها برای مراجعه دوباره و اهدا خون بدون انجام آزمایش، کمک زیادی کند. ما نشست بسیار خوبی با خانم دکتر امینی در سازمان انتقال خون داشتیم و تسلط ایشان برایمان بسیار جالب توجه بود.

■ ایــن دستگاه چقــدر بــه افزایش تعداد اهداکنندگان کمک می‌کند؟

آقای برتون: دو گروه اهداکننده داریم، اهداکنندگان جدید که از انجام نشدن آزمایش به روش تهاجمی بسیار خوشحال می‌شوند. ما معتقدیم که این مسأله باعث افزایش ۱۰ درصدی اهداکنندگان می‌شود. با وجود این‌که اهداکنندگان دایمی در ایران سالی ۴ بار می‌توانند خون بدهند، ولی به علت انجام آزمایش و آسیبی که به آنها می‌رسد آنها فقط سالی ۲ بار یا شاید حداکثر ۳ بار مراجعه می‌کنند. اما این دستگاه باعث افزایش ۳۰ درصدی اهداکنندگان برای مراجعه سوم در سال می‌شود.

آقای کلمن: همان‌طور که می دانید، ما درصد دقیق را نمی‌دانیم چون در هر کشور متفاوت است و ما فقط حدس می‌زنیم. اما منطقی است که با سوراخ نشدن انگشت اهداکننده برای آزمایش، افراد بیشتری تمایل به اهدا خون داشته باشند. ولی دلایل دیگری نیز برای فناوری غیرتهاجمی ما وجود دارد که فکر می‌کنم به جامعه، به ما کمک می‌کند که زمین پاک و سبزی داشته باشیم چون از تیغ، پنبه و الکل برای تست استفاده نمی‌شود و این مواد دور ریخته نمی‌شوند. ناچار نیستید برای آزمایش گرفتن، دستکش یکبار مصرف بپوشید و آن را پس از مصرف دور بیاندازید. از تیوب‌های کوچک برای ریختن نمونه خون در آن استفاده نمی‌کنید که ناچار شوید آنها را دور بریزید. فناوری غیرتهاجمی مانع دور ریختن مواد مصرفی می‌شود و زباله‌های پزشکی برای محیط زیست بسیار خطرناک و مضر است و باعث آلودگی می‌شود.

■ بیمارستان‌های ایران را چگونه دیدید؟

آقای کلمن: این نخستین بار است که از بیمارستان‌های ایران بازدید می‌کنم. کیفیت مراقبت از بیماران عالی و در سطح بسیار بالایی بود و پرستاران به طور باور نکردنی نسبت به بیماران‌شان متعهد بودند. پرستاران ایرانی و کارکنان‌شان عالی بودند، شرایط بسیار عالی و تمیز بود.

■ نظرتان در مورد طرح سلامت اوباما چیست؟ فکر می‌کنید اوباما با این طرح موفق خواهد شد؟ این طرح به مردم آمریکا کمک خواهد کرد؟

آقای کلمن: سوال بسیار خوبی است، شاید همیشه از نظر سیاسی با رییس جمهور موافق نباشم اما شخصاً با طرح سلامت موافق هستم ولی طرح سلامت حق است نه امتیاز. فکر می‌کنم ایالات متحده کشور ثروتمندی برای ارایه طرح سلامت به همه مردم است. بنابراین از داشتن برنامه و محل جدیدی برای ارایه طرح سلامت به همه مردم در هر نقطه‌ای خوشحال هستم. برنامه خوبی است، پیش از این فرزندان تا ۱۸ سالگی تحت پوشش بیمه والدین بودند ولی حالا تا ۲۶ سالگی تحت پوشش هستند و این خیلی خوب است. فکر کنم دولت از طریق طرح سلامت اوباما تلاش می‌کند سطح کیفیت سلامت را بالا ببرد. برای نمونه، اینک دولت به منظور کاهش هزینه سلامت برای بیماری که از بیمارستان ترخیص می‌شود ولی مجبور است دوباره به بیمارستان برگردد، بیمارستان‌هایی را که از خدمات و تجهیزات قدیمی استفاده کنند، جریمه می‌کند. به نظرم هر سه مورد خوب است و سوالات زیادی در مورد اجرای آن و شیوه‌ای انجام آن وجود دارد و مسائل زیادی وجود دارد که در زمان تصویب آنها چیزی در موردشان نمی‌دانستیم. به نظرم موارد دیگری در زمینه این قانون وجود دارد که پیش از تصویب آن احتمالاً باید بیشتر در موردشان مطالعه می‌شد خصوصاً به منظور اطمینان از کاهش هزینه‌ها و افزایش آموزش طرح سلامت اوباما. بخش‌هایی از طرح سلامت اوباما موثر خواهد بود که آنها را قبلاً بیان کردم. یک مزیت دیگر هم دارد و این است که اگر شما قبل از بیمه شدن، دچار شرایط و یا بیماری شده باشید، شرکت‌های بیمه نمی‌توانند از پوشش مخارج سرپیچی کنند. اگر سرطان دارید یا متوجه شدید که سرطان دارید ولی بیمه نیستید، شرکت بیمه نمی‌تواند از تقبل مخارج امتناع کند، این هم یک مزیت بسیار خوب است. ■

[با سپاس از خانم مینا انصاری برای ترجمه گفت‌وگو]

پروفسور کشتگر در کارگاهی آموزشی در دهمین کنگره بین‌المللی سرطان پستان انجام داد:

درمان با فناوری «اینترابیم» در یک عمل جراحی زنده

دهمین کنگره بین‌المللی سرطان پستان با حدود ۲۰ کارگاه آموزشی جانبی، کنگره پرباری بود که پرتودرمانی هنگام عمل جراحی سرطان پستان را با حضور استادان مطرح دنیا به صورت زنده در یک کارگاه آموزشی تخصصی ارایه کرد. در همین راستا پروفسور محمدرضا صفایی کشتگر از انگلیس به ایران آمد تا یک عمل جراحی زنده سرطان پستان را با استفاده از روش رادیوتراپی هنگام عمل جراحی IORT به صورت آموزشی به نمایش گذارد. این یک شیوه آموزشی متداول است و از این راه دانش‌آموختگان و متخصصان بسیاری می‌توانند از تجربه و نکاتی که گفته می‌شود در مدت زمان کوتاه و محدود به صورت عملی استفاده کنند.

این کارگاه روز پنجشنبه هفتم اسفندماه امسال با همکاری انستیتو آنکولوژی اروپا (ESO)، انجمن جهانی رادیوتراپی هنگام جراحی (ISIORT) و انجمن اروپایی آسیایی بیماری‌های پستان (EURA-MA) و با حضور پروفسور محمداسماعیل اکبری و پروفسور محمدرضا صفایی کشتگر در تالار امام علی دانشگاه شهیدبهشتی تهران برگزار شد.

در این کارگاه علاوه بر موضوعات مهم به ویژه روانشناسی در بیماران سرطانی و لزوم مستقر بودن تیم مشاوره و روانپزشک در مراکز درمان سرطان که مورد بحث و بررسی قرار گرفت، آخرین دستاوردهای شرکت زایس آلمان در درمان سرطان پستان با رادیوتراپی هنگام عمل جراحی IORT نیز ارایه شد. همان دستگاهی که دکتر کشتگر از آن در عمل جراحی زنده‌ای که در اتاق عمل بیمارستان شهدای تهران به صورت زنده انجام می‌داد استفاده کرد و شیوه کار با آن و روش به کارگیری آن در پرتو درمانی هنگام عمل را آموزش داد.

به گفته موسر (Moser) مدیر فروش شرکت زایس در خاورمیانه، از این دستگاه ۲۶۰ عدد در تمام دنیا نصب شده و بهره برده می‌شود که تاکنون در ایران یک دستگاه نصب شده و دو دستگاه در دست اقدام است. از این تعداد، ۶۰ دستگاه فقط در آلمان نصب شده است.

این در حالی است که به گفته دکتر محمد هادی‌زاده فوق تخصص جراحی سینه، سالانه ۱۰ هزار نفر در ایران به سرطان پستان دچار می‌شوند؛ یعنی در هر ۵۰ دقیقه یک نفر، که این میزان رو به رشد است.

به گفته هادی‌زاده، هدف از برگزاری این کنگره افزایش سطح آگاهی متخصصانی است که در این رشته کار می‌کنند و این گروه هدف رادیولوژیست‌ها، پاتولوژیست‌ها، انکولوژیست‌ها، جراحان، پرستاران را در برمی‌گیرد و کارگاه آموزشی جراحی زنده نیز در همین باره برگزار شد.

دکتر حمیدرضا میرزایی متخصص رادیوتراپی انکولوژی، عضو هیات علمی دانشگاه شهید بهشتی و دبیر علمی کنگره بین‌المللی سرطان پستان نیز درباره این شیوه آموزش گفت: «یکی از بهترین روش‌های آموزش در زمینه رشته‌های پزشکی و اجرای کار به‌ویژه در مورد به کارگیری فناوری‌های جدید و روش‌های جدید درمان، برگزاری کارگاه‌ها است چراکه در این کارگاه‌ها به صورت عینی با موارد برخورد می‌شود و در این حالت تاثیر یادگیری بسیار بیشتر است. به خصوص

در مورد عمل‌های جراحی که پیچیدگی خاص خود را دارد بهترین روش آموزش، آموزش زنده هنگام عمل است که در این کنگره اجرا شد.»

او افزود: «یکی از مزیت‌های این کارگاه‌ها این است که با کمترین هزینه و زمان می‌توان تجربه‌ها را منتقل کرد و گروه‌های علمی بیشتری را از این طریق آموزش داد. نیاز به اعزام متخصص یا دانشجو به کشوری دیگر که هزینه‌ها و مسایل خاص خود را دارد، نیست و می‌توان از حضور یک استاد در ایران استفاده کرد؛ همان چیزی که در این کنگره و کارگاه اتفاق افتاد.»

از حدود پنج سال گذشته آموزش پرتودرمانی هنگام عمل با چهار نفر در ایران آغاز شد و دکتر میرزایی یکی از این چهار نفر بود که در چندین کارگاه خارج از کشور شرکت کردند. این حرکت ادامه داشت تا جایی که در طول سه سال گذشته در زمینه رادیوتراپی هنگام عمل، حدود ۶۰ کارگاه در کشور اجرا و برگزار شده است و در حال حاضر حدود ۵۰ نفر در ایران هستند که اگر دستگاه و امکانات مورد نیاز را داشته باشند توانایی انجام این کار را دارند.

به گفته میرزایی، در حال حاضر تعداد دستگاه‌های پرتودرمانی هنگام عمل که در ایران فعال است، سه دستگاه است که ۲ دستگاه در تهران و یکی در شیراز نصب شده است و در سال آینده سه دستگاه دیگر راه‌اندازی خواهد شد؛ ممکن است فناوری تمام این دستگاه‌ها یکی نباشد، برخی الکترون و برخی X-Ray هستند اما هدف از راه‌اندازی این دستگاه‌ها، انجام پرتودرمانی هنگام عمل جراحی و کمک به بیمار است.

این متخصص رادیوتراپی انکولوژی تاکید کرد که با توجه به این که فناوری این دستگاه جدید است و دیدگاه‌های متفاوتی هم درباره رادیوتراپی وجود دارد، باید ۲ نکته مهم را در نظر داشت؛ نکته نخست این که حتما از این شیوه برای بیماران و مواردی که واقعا از به کار بردن آن سود می‌برند و اندیکاسیون علمی درمانی و پرتودرمانی دارد استفاده شود و برای بیمارانی که نیاز به این روش ندارند و یا سود زیادی از این شیوه نمی‌برند استفاده نشود. دوم این که مطمئن شویم این روش نسبت به پرتودرمانی معمولی که استفاده می‌شود تاثیر و سود بیشتری برای بیمار داشته باشد. به این معنا که یا کنترل لوکال را بیشتر کند یا در بسیاری موارد عوارض را کمتر کند یا طوری باشد که بیمار نیاز به رفت و آمد یک ماهه پس از عمل نداشته باشد؛ چرا که بسیاری از بیماران از شهرستان‌ها یا روستاهایی می‌آیند که این مراکز در شهر خودشان وجود ندارد.

میرزایی افزود: «پرتودرمانی هنگام عمل در گذشته به این صورت بود که دستگاه ثابت بود و بیمار را در شرایط سخت بیهوشی با تنفس مصنوعی و مانند اینها از اتاق عمل به بخش رادیوتراپی می‌بردند و دوباره به اتاق عمل بازمی‌گرداندند که از این روش همچنان در برخی کشورها استفاده می‌شود. دستگاه‌های جدید قابلیت جابجایی آسان دارند و این مزیت عمده آنها نسبت به دستگاه‌های قدیمی است و گرنه جنس اشعه همان جنسی است که در گذشته استفاده می‌شده است. همچنین با وجود این که دز بالایی از اشعه داده می‌شود، نیاز به حفاظت خاصی نسبت به دستگاه‌های رادیوتراپی معمولی ندارد و به راحتی در شرایط عادی اتاق عمل می‌توان از این دستگاه استفاده کرد و آن را حرکت داد.»

اینترابیم، تلفیقی از جراحی و پرتودرمانی

کاربرد روش‌های نوین براکی‌تراپی که هزینه‌های درمانی کمتری را برای بیماران سرطانی در بر دارند گام بزرگی برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران است. شرکت مارستان دستگاه رادیوتراپی هنگام عمل؛ «اینترابیم» را در عرصه تجهیزات پزشکی برای سرطان پستان وارد کرده است که پروفسور محمدرضا صفایی کشتگر، پیشگام این فناوری در جراحی زنده‌ای که از بیمارستان شهدای تجریش بر روی سرطان پستان یک زن ۵۵ ساله به نمایش گذاشت، از این دستگاه برای رادیوتراپی هنگام عمل استفاده کرد. این دستگاه به ویژه در درمان سرطان‌های پستان، معده، کولورکتال، متاستازهای مغزی، سرطان‌های دیواره رحم و سرطان‌های پوستی به کار می‌رود.

«اینترابیم» انقلاب جدیدی را در استانداردهای درمان سرطان پستان پدید آورده که فناوری درمان آن تلفیقی از جراحی و پرتودرمانی است. جراح پس از بیرون آوردن بافت توموری از بدن، به کمک این دستگاه منبع اشعه ایکس را در بستر تومور قرار می‌دهد و بدون درنگ کار پرتودرمانی را انجام می‌دهد و از قابلیت‌های پرتوتابی یکنواخت در از میان بردن سلول‌های باقیمانده در بستر تومور استفاده می‌کند. منبع اشعه ایکس XRS با استفاده از شتاب الکترون در یک شتاب‌دهنده با ولتاژ ۵۰ کیلوولت و جریان ۴۰ میکروآمپر و برخورد الکترون‌ها با عنصر طلا، پرتو ایکس کم‌انرژی High dose rate تولید می‌کند. سپس این سورس با قرارگیری اپلیکاتور کروی مناسب در حفره tumor site کار تابش پرتو را انجام می‌دهد و سبب انتقال بیشترین آسیب بیولوژیک به بافت تومورال و حفظ بافت سالم پیرامون آن می‌شود. در درمان‌های سنتی، پرتودرمانی معمولاً چند هفته پس از عمل جراحی انجام می‌گیرند و معمولاً اثر تغییرات میکروسکوپیک در بازه زمانی میان عمل جراحی و پرتودرمانی خارجی دوباره پدیدار می‌شوند، در حالی‌که در درمان هدفمند اینترابیم، این بازه زمانی حذف می‌شود و اثرگذاری پرتو بلافاصله پس از برداشت بافت تومورال انجام می‌شود که بازسازی بافت پستان در این روش نتایج (Cosmetic) بهتری را به همراه دارد؛ چراکه به علت اثرات Skin sparing خوب از اثرات جانبی پرتودرمانی و همچنین بدشکلی‌های پوستی ناشی از برداشت بخش‌هایی از بافت جلوگیری می‌کند. ■

طرح اشتراک نیم‌بها

باحمایت وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی

وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی

در راستای ارتقای فرهنگ روزنامه‌خوانی و مطالعه نشریات، طی طرحی، اقدام به پرداخت نیمی از مبلغ اشتراک نشریات نموده است. در این طرح شما می‌توانید با پرداخت پنجاه درصد قیمت روی جلد، مشترک این نشریه شوید.

در صورت تمایل شما می‌توانید مبلغ اشتراک را به حساب شماره ۴-۱۱۵۷۴۰۹۶-۸۶۰۰-۳۴۹ بانک پاسارگاد به نام موسسه نشرآوران واریز و فیش آن را به دفتر نشریه ارسال نمایید.

در این طرح مشترک می‌توانید هر زمان که تمایل داشتید اشتراک خود را کنسل نموده و یا باقیمانده مدت را نشریه دیگری دریافت نمایید

جهت کسب اطلاعات بیشتر با شماره تلفن ۲۲۵۱۸۴۹۶

و یا به آدرس www.iranmagazine.info مراجعه کنید.

سامانه اشتراک نشریات ایران مگزین ۲۲۵۱۸۴۹۶

جهت اجرای این طرح از سراسر کشور نماینده فعال پذیرفته می‌شود

بیمارستان

بیمارستان آموزشی-درمانی رازی یکی از قدیمی‌ترین بیمارستان‌های تهران است که پیشینه ساخت آن به ۹۰ سال پیش باز می‌گردد. این بیمارستان ۱۲۲ تخت مصوب با ضریب اشغال ۶۹ درصد دارد. سالانه ۴۰۰ هزار مراجعه‌کننده دارد که ۳۱۰۰ نفر در این میان بستری می‌شوند. گزارش خبرنگار ما را از بیمارستان رازی بخوانید.

بیمارستان فوق تخصصی رازی

درمان تخصصی انواع بیماری‌های پوستی

بیمارستان آموزشی ـ درمانی رازی یکی از قدیمی‌ترین بیمارستان‌های تهران است که قدمت بنای آن به ۹۰ سال می‌رسد. این بیمارستان در فضایی به وسعت ۱۷ هزار متر مربع در خیابان وحدت اسلامی، جنوب شرقی میدان وحدت اسلامی ساخته شده‌است. برخلاف بیشتر بیمارستان‌های بزرگ شهر ساختمان این بیمارستان از دور قابل تشخیص نیست. تنها نمادی که نشان از بیمارستانی با این وسعت و قدمت در این مکان دارد تابلویی است که شما را به داخل کوچه هدایت می‌کند. برای رسیدن به ورودی بیمارستان فوق تخصصی پوست رازی باید چند قدمی وارد کوچه‌ای شوید که عرض چندان زیادی ندارد. همین امر موجب نگرانی مدیران بیمارستان برای زمان‌های بحرانی شده‌است. تعریض این کوچه به همراه جایگزین کردن بنای ساختمان فرسوده با یک ساختمان ۸ طبقه جدید طرحی است که مدت‌ها در دست اقدام است.

رویا کاکاوند

چیزی نزدیک به یک قرن از عمر این بنا گذشته است؛ بنابراین طبیعی است که هنگام عبور از بخش‌های مختلف بساط گچ و خاک و بازسازی دیده شود. اما به گفته پرویز اسفندیاری، مدیر بیمارستان رازی در میان این بازسازی‌ها خبری از مقاوم‌سازی نیست چراکه اگر کمی بهتر نگاه کنید در بخش انتهایی حیاط بیمارستان اسکلت یک ساختمان ۸ طبقه در حال ساخت دیده می‌شود که قرار است با ظرفیت ۱۵۰ تختخواب جایگزین بنای فرسوده فعلی شود. ساختمان فعلی بیمارستان نیز منهای بخش‌هایی که نگهداشته خواهد شد، تخریب شده و به فضای سبز بیمارستان تبدیل خواهد شد. البته این طرح‌ها در صورتی امکان‌پذیر است که پس از سه سال توقف کار بودجه موردنظر برای ادامه ساخت بنا از سوی نیکوکاران، دانشگاه تهران و وزارت بهداشت تأمین شود. ساخت بیمارستان جدید از سال ۱۳۸۶ شروع شده‌است، تا سال ۹۰ حدود ۳۰ درصد پیشرفت فیزیکی داشته است. اما ادامه این کار ۳ سال است که متوقف شده‌است: «برای تکمیل کار ساختمان (منهای تجهیزات و لوازم مورد نیاز بیمارستان جدید) ۳۵ تا ۳۶ میلیارد تومان بودجه لازم است.»

برای تامین این بودجه، راهکاری از سوی بیمارستان به دانشگاه ارایه شده و قرار شده است در طرح توسعه درب ورودی بیمارستان با تغییر کاربری ارزش افزوده ایجاد کنند و از محل آن، ساخت بیمارستان جدید را ادامه دهند. البته تا زمان به پایان رسیدن این طرح بخش پوست مردان، بخش پوست زنان و بخش جراحی که از نظر عمرانی فرسوده شده و با مشکلاتی مواجه‌اند با استفاده از طرح تحول نظام سلامت بازسازی می‌شوند. ورودی بیمارستان رازی یک ورودی مناسب، استاندارد و منطقی برای یک بیمارستان نیست و اگر زمانی بحرانی مانند زلزله رخ بدهد این ورودی پاسخگوی نیاز بیمارستان نخواهد بود. اسفندیاری می‌گوید: «به همین دلیل قصد داریم با کمک نیکوکارانی که از طریق دانشگاه معرفی شده‌اند پیگیری‌هایی را انجام دهیم تا املاک اطراف درب ورودی را به شکل بهینه تملک کنیم و با تغییر کاربری و ایجاد ارزش افزوده کار بازسازی بیمارستان را ادامه دهیم.» در حال حاضر بیمارستان رازی مغازه‌های سمت راست را به تملک خود درآورده‌است و مالکان مغازه‌های سمت چپ نیز برای فروش اعلام آمادگی کرده‌اند و کار در دست بررسی است.

بیمارستان جدید یک بیمارستان عمومی با محوریت پوست خواهد بود به این ترتیب بیمارانی که برای درمان مشکلات پوستی مراجعه می‌کنند اگر نیاز به مشاوره داخلی، عفونی یا قلب داشته‌باشند نیازهایشان در حاشیه درمان پوست پاسخ داده می‌شود: «اگر همین الان فضای فیزیکی کافی داشته باشیم، امکانش را

**پرویز اسفندیاری:
تاسیسات بیمارستان را اگر بخواهیم بازسازی کنیم هزینه زیادی دارد که درآمد بیمارستان کفاف آن را نخواهد داد، آنچه را هم که اکنون انجام می‌شود از محل طرح تحول نظام سلامت تامین می‌شود**

داریم که ۲۵ تا ۳۰ درصد افزایش پذیرش بیمار داشته باشیم. در حال حاضر نیز مراجعان بیمارستان آن قدر زیادند که نمی توانیم پاسخگوی نیازشان باشیم و این برای ما ناراحت کننده‌است چرا که بسیاری از خدمات ما خدمات انحصاری است.»

۴۰۰هزار مراجعه سالانه به بیمارستان رازی

بیمارستان رازی در حال حاضر ۱۲۲ تخت مصوب دارد که ضریب اشغال این تخت‌ها ۶۹ درصد است. این بیمارستان روزانه ۱۳۰۰ مراجعه‌کننده دارد یعنی چیزی حدود ۴۰۰ هزار مراجعه‌کننده در سال که بیشتر این افراد به شکل سرپایی درمان می‌شوند. از این تعداد روزانه ۱۳ نفر در بیمارستان بستری می‌شوند که سالانه ۳۱۰۰ نفر می‌شود. میانگین بستری بیماران در این بیمارستان ۷ تا ۸ روز است. ۲۴۲ نفر در این بیمارستان کار می‌کنند که از تعداد ۳۱ نفر عضو هیات علمی هستند و ۷ نفر با استفاده از ماده ۸۸ (متخصصانی که تنها به امر درمان می‌پردازند و مانند اعضای هیات علمی دخالتی در آموزش ندارند) در بیمارستان کار می‌کنند، ۶۹ نفر پرستار و ۱۳۵ نفر کادر اداری هستند. به گفته اسفندیاری با توجه به تعداد بسیار زیاد مراجعان برنامه‌ریزی شده‌است تا بخش ترياژ (دسته‌بندی و ارجاع بیماران به بخش مورد نظر) در سریع‌ترین حالت کارش را انجام دهد تا بیماران کمتر انتظار بکشند و زودتر تعیین تکلیف شوند.

دخل و خرجی که با هم جور نیست

دخل و خرج بیمارستان با هم هماهنگ نیست و درآمدها هزینه‌های بیمارستان را پاسخ نمی‌دهد. در بیمارستان رازی معمولاً هزینه‌ها بیشتر از درآمدها است: «قاعدتاً همه بیمارستان‌ها با مشکلاتی در این زمینه مواجه هستند و ما هم با مشکلات خاص خود مواجهیم. برای نمونه همین تاسیسات بیمارستان را اگر بخواهیم بازسازی کنیم هزینه زیادی دارد که درآمد بیمارستان کفاف آن را نخواهد داد، آنچه را هم که اکنون انجام می‌شود از محل طرح تحول نظام سلامت تامین می‌شود. از سوی دیگر بعضی از داروها مانند داروی «آی‌ویوجی» خیلی گران هستند و درآمدهای ما برای تامین آن‌ها بسنده نیستند.»

اسفندیاری درباره این که چگونه با وجود این کم و کسری‌های تقریباً همیشگی، امور این بیمارستان دولتی و دانشگاهی اداره می‌شود، می‌گوید: «کسری‌ها را در نظر می‌گیریم و بودجه را اولویت‌بندی می‌کنیم. هزینه‌هایی که زمان‌بندی خاص دارند را در اولویت نخست انجام می‌دهیم و باقی را در زمان‌های دیگر به مرور پرداخت می‌کنیم برخی اوقات نیز دانشگاه بعضی از هزینه‌ها را پرداخت می‌کند تا زمانی که ما بتوانیم آن را باز پرداخت کنیم.»

البته به گفته مدیر بیمارستان با وجود اینکه بعد از اجرای طرح تحول سلامت تا حدود زیادی پرداخت بیمه‌ها سرعت گرفته‌است اما هنوز هم پرداخت‌ها تأخیر دارد: «در حال حاضر بیمه‌ها تا مهرماه مطالبات را به صورت علی‌الحساب داده‌اند. آبان و آذر و دی را هم هنوز طلب داریم و چیزی نداده‌اند.» همین شرایط موجب به وجود آمدن یک سری از مشکلات مالی می‌شود چرا که وقتی بیمارستان مطالباتش را به موقع وصول نکند نمی‌تواند بخشی از نیازهایش را برآورده کند: «در حالی که زمانی که پول به موقع به دست بیمارستان برسد ما هم به موقع تصمیم می‌گیریم و اقدام می‌کنیم. اما چون این تاخیر در دریافت مطالبات وجود دارد کارهای ما هم با تاخیر انجام می‌شود.»

البته که از زمان شروع اجرای طرح تحول نظام سلامت بخشی از مشکلات مالی بیمارستان رازی رفع شده است: «این طرح نقش مهمی در کار بیمارستان‌ها دارد و مردم هم خیلی از آن راضی هستند. نگرش مردم به آن مثبت است. البته اجرای بخشی از فرایندهای پیش‌بینی شده در این طرح نیاز به نیروهای جدیدی دارد که باید تامین شود. بخشی از این نیروها را از طریق قراردادهای شرکتی و با پیگیری و مجوز دانشگاه تأمین کرده‌ایم و تا حدودی این کمبود برطرف شده‌است.»

هر چند او نگران آینده نزدیکی است که پس از تکمیل بیمارستان جدید و نقل مکان به آن حجم بیماران از این هم بیشتر خواهد شد و نیاز به نیروی انسانی و کادر درمانی و هیات علمی بیشتر احساس خواهد شد. او امیدوار است به این ترتیب بیمارستان رازی بتواند صد در صد مراجعانش را پذیرش کند.

درمانگاه‌های تخصصی پوست

بیمارستان رازی به دلیلی نوع تخصص‌اش و این که تنها مرکزی است که در سطح کشور به طور متمرکز در زمینه بیماری‌های پوستی کار پژوهشی درمانی و آموزشی انجام می‌دهد واکنون به عنوان قطب علمی پوست در کشور شناخته شده‌است، در همه حوزه‌های مرتبط با بخش درمانی و پژوهشی پوست فعالیت‌هایی را در دست انجام دارد و به همین دلیل در هر شاخه یک درمانگاه فوق تخصصی دایر کرده‌است:

۱- درمانگاه تحقیقاتی ایمونوبلوز: این درمانگاه بیشتر روی بررسی و درمان بیماری‌های دستگاه ایمنی بدن متمرکز است که تظاهرات ایمنی به صورت تاول دارند. این درمانگاه بیشتر یک مرکز تحقیقاتی است که از حدود ۲ سال قبل کارش را شروع کرده‌است و در حال حاضر کار پژوهشی آموزشی و درمانی در آن انجام می‌شود.

۲-درمانگاه تحقیقاتی درمانی تومورهای پوستی: این درمانگاه از سال ۱۳۸۸ که طرحش در وازت بهداشت تصویب شد کارش را آغاز کرد و هفته‌ای دو روز فعال بود. دراین درمانگاه مجموعه‌ای از جراحان پلاستیک، متخصصان پوست و رادیوتراپیست‌ها به صورت تیمی بیمارانی را که مبتلا به سرطان‌های پوست هستند را تحت درمان قرار می‌دهند. اما با توجه به افزایش مراجعان از دی ماه سال جاری فعالیت این درمانگاه توسعه پیدا کرده و به سه روز در هفته افزایش یافته‌است.

احمدعلی کلاه‌مالی، مدیر پرستاری بیمارستان رازی درباره این درمانگاه می‌گوید: «با توجه به ساختار بیمارستان و ضروریاتی که پیش می‌آید و به دلیل این که مرکز تک‌تخصصی هستیم و بیماران زیادی از اقصی نقاط کشور و حتی کشورهای همسایه به اینجا مراجعه می‌کنند به ناچار این درمانگاه را توسعه و خدمات و ظرفیت‌مان را افزایش دادیم.» در حال حاضر متخصصان در این درمانگاه با استفاده از روش‌هایی مانند جراحی، کرایوتراپی و کورت و کوتر به درمان این دسته از بیماران می‌پردازند. این درمانگاه اتاق عمل فعال دارد که مشخصا بیماران ضایعات پوستی تومورال را مورد جراحی قرار می‌دهد.

۳- درمانگاه جراحی پلاستیک: متخصصان این درمانگاه با تمرکز بر تومورهای پوستی فعالیت می‌کند. درمانگاه جراحی بیمارستان رازی متمرکز بر سه بخش بستری است، بخش پوست مردان، بخش پوست زنان و بخش جراحی. در بخش جراحی بیمارستان تمرکز اصلی روی جراحی سرطان‌های پوستی است، اما با توجه به امکاناتی که در این درمانگاه وجود دارد، جراحی‌های دیگری از قبیل جراحی عمومی و جراحی‌های گوش و حلق و بینی در کنار جراحی‌های پوست انجام می‌شود. البته با این تفاوت که جراحی‌های عمومی که در این بخش انجام می‌شود دیگر آموزشی محسوب نشده و توسط متخصصان جراحی و بدون دخالت دستیاران و تیم آموزشی جراحی صورت می‌گیرد.

۴- درمانگاه پنفیگوس: این درمانگاه فوق تخصصی نیز یکی از درمانگاه‌های مرتبط با بخش تحقیقاتی ایمونوبلوز است. همه بیماران ایمونوبلوز با محوریت پنفیگوس، بلوزپنفیگوئیل و دیگر تشخیص‌های مرتبط با این حوزه هفته‌ای یک روز در این درمانگاه مورد درمان قرار می‌گیرند.

۵- درمانگاه پیگیری یا فالواپ: این درمانگاه از سال ۱۳۸۵ با هدف ایجاد محلی برای تشکیل پرونده و معاینات منظم دوره‌ای بیماران مزمن پوستی راه‌اندازی شده‌است. در واقع هدف اصلی این درمانگاه پیگیری ثبت کامل و منظم اطلاعات بیماران، معاینات دوره‌ای دقیق‌تر برای ارایه خدمات درمانی بهتر است. همچنین بیمارانی که در بخش بستری تحت درمان قرار می‌گیرند برای ادامه درمان و پیگیری درمان‌های بعدی به این درمانگاه مراجعه می‌کنند؛ چرا که درمانگاه‌های عمومی بیمارستان با مراجعه روزانه بیش از هزار نفر بسیار شلوغ است و مراجعان زمان زیادی در صف انتظار صرف می‌کنند، به این ترتیب بیماران که پیش از این در بیمارستان بستری بوده‌اند نیازی نیست برای ادامه درمانشان در صف انتظار بمانند.

۶- درمانگاه عفونی: احمدعلی کلاه‌مالی مدیر پرستاری بیمارستان رازی این درمانگاه را یکی از ارکان اساسی بیمارستان می‌داند چرا که پوست اولین لایه دفاعی بدن در مقابل عوامل بیماری‌زای خارجی است که در بیماری پوستی دچار اختلال می‌شود. به همین دلیل متخصصان عفونی هفته‌ای سه روز در مرکز حضور دارند و در هر سه روز هم درمانگاه و هم بیماران بستری را پوشش می‌دهند.

۷- درمانگاه موردی: این نوع درمانگاه بر اساس موضوعی که پیش می‌آید مانند آلوپسی (کچلی) به صورت هفته‌ای یک روز فعال می‌شود.

۸- درمانگاه تخصصی ام اف: بیماری ام اف یکی از بدخیمی‌های مولتی سیستم است که اگر بیمار عوارض پوستی داشته باشد به این مرکز مراجعه می‌کند. البته ممکن است بیمار عوارض ساختاری داشته باشد که نیاز است به مراکز روماتولوژی و جاهای دیگر مراجعه کند.

۹- درمانگاه مایکوزیس فونگوئیدوز: این بیماری نیز یکی دیگر از بیماری‌های مولتی‌سیستم است که جزو بدخیمی‌های پوستی به شمار می‌رود و درمانگاه تخصصی در موردش برگزار می‌شود.

۱۰- درمانگاه عمومی: درمانگاه عمومی مرکزی است که پذیرای همه بیماران است. در این بخش بیماران تفکیک و به سمت درمانگاه‌های تخصصی مربوطه راهنمایی می‌شوند.

مدیر پرستاری بیمارستان رازی: اگر بیماری دچار تروما شود، تصادف کند و در خط نخست مراجعه نزدیکی بیمارستان ما باشد ما موظفیم خدمات اولیه را ارایه داده و بعد ترتیب انتقال به مراکز مرتبط را بدهیم. ولی به طور کلی در این بخش مجموعه‌ای از خدمات عمومی با محوریت پوست به صورت ۲۴ ساعته به بیماران ارایه می‌شود

۱۱- اتاق عمل سرپایی: دراین واحد با توجه به شرایط بیمار اعمال جراحی متفاوتی به صورت سرپایی انجام می‌شود شامل کارهای تشخیصی، نمونه‌برداری، پاتولوژی، آسیب‌شناسی و اعمال زیبایی مثل برداشت خال یا جوان‌سازی‌ها پوست و... . البته با زیاد شدن درخواست‌های انجام اقدامات زیبایی یکی از مهارت‌های مهم شناسایی مراجعان مناسب برای هر تکنیک جراحی است تا از ایجاد نارضایتی بعدی جلوگیری شود. مواردی چون دستگاه درم ابریژن برقی، لیزر اربیوم، انواع مختلف میکرودرم ابریژن، کرایوتراپی، الکترو کوتر و فرکانس رادیویی RF از تجهیزات کاربردی اتاق عمل سرپایی بیمارستان محسوب می‌شوند.

۱۲- درمانگاه لیزر: این درمانگاه قدیمی‌ترین مرکز لیزر پوست در ایران است که حدود دو دهه قدمت دارد. درمانگاه لیزر که زیر نظر اعضای هیات علمی اداره می‌شود به روزترین خدمات را در این زمینه ارایه می‌دهد. به گفته کلاه‌مالی این مرکز اکنون در حال توسعه است تا با توجه به نیاز بیماران به‌روزترین امکاناتی که لازم است را جمع‌آوری کند تا خدماتش را توسعه دهد حتی بخشی از بیمارستان با تمرکز روی همین بحث در حال بازسازی است تا شرایط فیزیکی مناسب برای گسترش مرکز لیزر فراهم شود. این مرکز که ۲۰ سال پیش کار خود را با دستگاه لیزر آرگون آغاز کرده بود اکنون کارش را با دستگاه‌هایی مانند لیزر PDL، لیزر فرکشنال اسکار، لیزر مخصوص درمان آکنه موسوم به Acleara، لیزر عروقی از کلاس Nd-YAG و... ادامه می‌دهد.

۱۳- درمانگاه فوق تخصص فتوتراپی: فتوتراپی یا همان نوردرمانی درمانگاهی است که از سال ۱۳۶۸ کار خود را آغاز کرده و اکنون روزانه به بیش از ۲۵۰ نفر ارایه خدمات می‌کند. پسوریازیس، وتیلیگو، خارش‌های مزمن، درماتیت آتوپیک، لنفوم پوستی و بسیاری از بیماری‌های مزمن پوستی دیگر بیماری‌هایی هستند که با این روش مورد درمان قرار می‌گیرند. در این روش نور آفتاب را تجزیه می‌کنند و از میان چند طول موجی که دارد آن طول موجی را که موثر است، انتخاب می‌کنند و برای درمان با استفاده از چراغ‌های فلورسنت و اشعه به صورت موضعی یا عمومی به پوست تابانده می‌شود. بخش عمده‌ای از این درمانگاه با یارانه کامل به بیماران خدمات ارایه می‌کند تا بتواند خدمات رسانی کاملی داشته باشد و بحث انتفاع کاملاً از این سیستم خارج است. همه روزه صبح‌ها استادان متخصص پوست بیمارستان رازی بیماران ارجاع شده برای شروع نوردرمانی را دوباره معاینه می‌کنند و در صورت تایید تشخیص لزوم استفاده از این درمان، دستور شروع نور درمانی را داده و توصیه‌های لازم در مورد روش انجام کار، طول مدت درمان و تعداد جلسات مورد نیاز در هفته ارایه می‌شود. Narrow Band UVB، PUVA یا درمان با UVA و پسورالن و Comb UVB (شانه UVB) روش‌های نوردرمانی هستند که در این مرکز انجام می‌شود. همه بیماران مجدداً هر ده جلسه یکبار توسط استادان درمانگاه نور درمانی، دیده می‌شوند و بیماران را از نظر میزان پاسخ به درمان، عوارض و مدت زمان لازم جهت ادامه درمان مورد معاینه قرار می‌دهند.

۱۴- درمانگاه زیبایی: این درمانگاه به گفته کلاه‌مالی، مدیر پرستاری بیمارستان با توجه به احساس نیاز مراجعان از سال ۹۰ راه‌اندازی شده‌است. او معتقد است چون رازی یک مرکز بیمارستانی ـ دانشگاهی است، بیماران انتظار دارند که همه چیز فقط روی بحث درمان متمرکز نشود. او می‌گوید: «اگر ما این بیماران را نپذیریم، می‌روند سراغ مراکز دیگری که چه بسا تخصصی هم در این زمینه ندارند مانند سالن‌های مختلفی که خدمات زیبایی ارایه می‌کنند. در واقع ما به این وسیله می‌خواهیم بخشی از نیازهای جامعه در بخش علمی پاسخ داده شود و البته در این بخش بحث درآمدزایی برای بیمارستان هم مطرح است.» میکرودرم، تزریق بوتاکس، تزریق فیلر، تزریق چربی، تراش عمقی پوست و کاشت مو خدمات زیبایی هستند که در این درمانگاه عرضه می‌شود.

۱۵- آزمایشگاه پاتولوژی: این آزمایشگاه بخشی است که پاتودرماتولوژیست‌های عضو هیات علمی در آن مستقر می‌شوند تا نمونه‌های مختلفی که در بخش‌های مختلف مانند اتاق عمل پوست و اتاق عمل تومور و بخش‌های بستری جمع‌آوری می‌شود را بررسی کنند.

۱۶- آزمایشگاه: یکی دیگر از بخش‌های پاراکلینیکی بیمارستان است که نمونه‌های بیماران را از نظر بیوشیمی و هورمون مورد بررسی قرار می‌دهد. این بخش علاوه بر پاسخگویی به نیاز بیماران بیمارستان به مراجعان خارج از بیمارستان نیز ارایه خدمت می‌کند.

۱۷- اورژانس: بیمارستان رازی به عنوان یک مرکز دانشگاهی بر طبق دستورالعمل‌هایی که دارد موظف است خدمات اورژانس عمومی را به همه ارایه دهد. اما از سوی دیگر این بیمارستان یک مرکز تک تخصصی پوست است و از آنجایی که پزشکان بیمارستان همه

تاریخچه‌ی بیمارستان

سال ۱۳۱۲ تهران در حال بزرگ شدن و جمعیت‌اش رو به افزایش بود از این رو رضاخان، اعلم‌الملک را مامور تاسیس بیمارستانی در تهران می‌کند. ادهم یا همان اعلم‌الملک ساختمان مرحوم میرزا عباس خان قوام‌الدوله را در جنوب غربی میدان شاهپور برای این کار انتخاب و مقدمات کار و وسایل فنی را آماده می‌کند. این بیمارستان تا سال ۱۳۱۵ در همین ساختمان به کار خود ادامه می‌دهد اما مشکلی که وجود داشت این بود که این ساختمان راه مستقیم به خیابان اصلی یعنی خیابان شاهپور نداشت. دولت نیز نمی‌توانست بدون انجام دادن تشریفات قانونی در این زمینه هزینه‌ای را تقبل کند؛ بنابراین اعلم‌الملک ساختمان کناری بیمارستان که متعلق به مرحوم سراج‌الدوله بهزادی بود را با قیمت ۵۲۰ هزار ریال خریداری کرده و به بیمارستان ملحق کرد. به این ترتیب بیمارستان به خیابان اصلی راه پیدا کرد و پس از بازسازی دارای بخش‌های داخلی، جراحی، زنان، میزراه، پوست، آمیزشی، آزمایشگاه، درمانگاه و داروخانه شد. این بیمارستان از روز نخست مورد استفاده دانشکده پزشکی تهران قرار داشت اما از سال ۱۳۱۹ طبق قانون تاسیس دانشکده‌های پزشکی به طور رسمی به دانشکده پزشکی دانشگاه تهران واگذار شد و تاکنون در تملک این دانشگاه باقی مانده‌است. اما در طول زمان در بخش‌ها و درمانگاه‌های این بیمارستان تغییرات زیادی رخ داد. تعدادی بخش به آن افزوده شد و تعدادی بخش نیز از این بیمارستان به بیمارستان‌های پهلوی و وزیری نجم‌آبادی منتقل شد تا سال ۱۳۴۴ که بیمارستان دارای سه بخش داخلی، پوست و جراحی شد و از سال ۱۳۴۸ تاکنون بیمارستان رازی تنها بیمارستان فوق تخصصی پوست کشور است.

استادان و دستیاران مرتبط با تخصص پوست هستند خدمات ارایه شده در این بخش هم مرتبط با پوست است. البته مدیر پرستاری بیمارستان رازی تاکید می‌کند: «اما در عین حال اگر بیماری دچار تروما شود، تصادف کند و در خط نخست مراجعه نزدیکی بیمارستان ما باشد ما موظفیم خدمات اولیه را ارایه داده و بعد ترتیب انتقال به مراکز مرتبط را بدهیم. ولی به طور کلی در این بخش مجموعه‌ای از خدمات عمومی با محوریت پوست به صورت ۲۴ ساعته به بیماران ارایه می‌شود.» البته کلاه‌مالی یادآور می‌شود که: «فعالیت‌های درمانگاه اورژانس بیمارستان رازی ۲۴ ساعته است اما این فرهنگ‌سازی هم باید انجام شود که محوریت خدمات این بیمارستان پوست است. درست است که اگر فردی در نزدیکی بیمارستان دچار سانحه شود ما مکلفیم به او خدمات بدهیم و بعد ارجاعش کنیم اما باز هم اینجا یک مرکز تخصصی است و تنها خدمات اورژانس پوست مانند حساسیت‌های دارویی را خارج از ساعت عرف ارایه می‌کند. این گونه نیست که کسی که یک ضایعه مادرزادی دارد یا خال مادرزادی دارد یا مشکلی دارد که سال‌های قبل ایجاد شده‌است ساعت ۱۱ یا ۱۲ شب مراجعه کند و کارش راه بیفتد. بیماری که در ساعات خارج از عرف مراجعه می‌کند باید بداند که در این ساعت تنها دستیاران حضور دارند و اجازه ارایه خدمت در زمینه تخصصی را در آن ساعت روز ندارند. از سوی دیگر ارایه خدمت در بسیاری از این حوزه‌ها منوط به این است که آزمایشگاه یا اتاق عمل فعال باشد که مثلاً برای بیمار نمونه‌برداری تجویز شود که در آن ساعات این خدمات ارایه نمی‌شود.»

به گفته کلاه‌مالی پذیرش بیماران اورژانس در دی ماه سال جاری برابر بیماران بستری شده در شیفت صبح بوده‌است. یعنی تعداد بیمارانی که در شیفت عصر و شب که اورژانس محسوب می‌شوند، معادل پذیرش شیفت صبح بوده‌است.

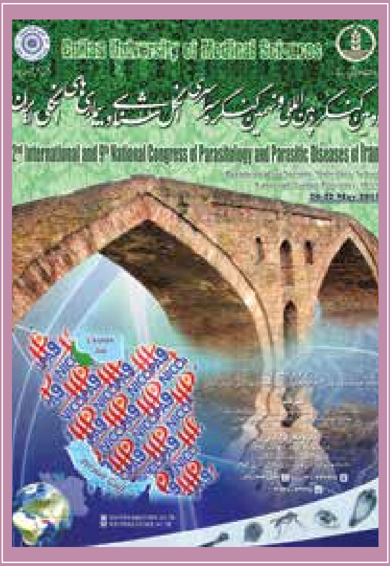
رازی چون تنها بیمارستان فوق‌تخصصی کشور در زمینه‌های پوست است از اقصی نقاط کشور بیمار دارد. این بیماران برخی اوقات با هماهنگی ستاد هماهنگی دانشگاه‌ها که برای ارجاع بیماران در نظر گرفته شده‌است، ارجاع داده می‌شوند و گاهی نیز خود بیمار مستقیم مراجعه می‌کند. در هر صورت بیماری که به بخش اورژانس رازی برسد در صورت نیاز مدیریت می‌شود. پزشکی که صلاحیت مداخلات اورژانس را داشته باشد ضمن تماس با استاد آن کل اقدامات اولیه را انجام می‌دهد و بیمار بستری می‌شود تا صبح که مدیریت درمانی اصلی شروع شود.

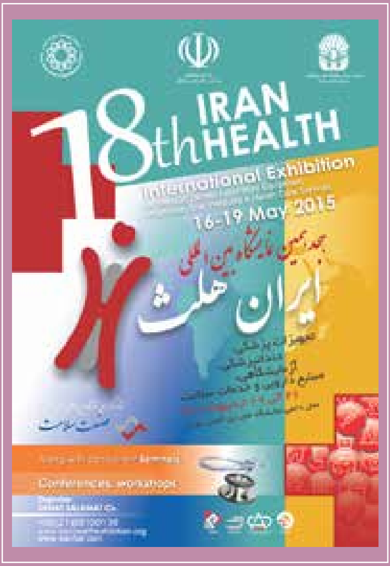
تصور مردم از بیمارستان پوست نادرست است

احمدعلی کلاه‌مالی، مدیر پرستاری بیمارستان رازی یکی از مشکلات اصل یا بیمارستان را نگاه نادرستی می‌داند که نسبت به آن وجود دارد و مانع از کمک خیرین می‌شود. او می‌گوید: «تصور درستی از مرکز پوست در اذهان عمومی مردم ما وجود ندارد. هنگامی که صحبت از مرکز پوست می‌شود فکر همه می‌رود به سمت جراحی‌های زیبایی. در حالی که این نوع کارها اولویت چندم ما است. ما اینجا بیمارانی را داریم که اگر مقایسه کنیم شرایط سختشان معادل کسی است که سرطان روده دارد. مثلاً یک بیمار پمفیوز، درمانی سخت و پرهزینه دارد و درد بسیاری را تحمل می‌کند. از سوی دیگر در چنین بیماری‌هایی تمام خانواده نیز درگیر می‌شوند. ولی این یک مشکل است که ما هنوز نتوانسته‌ایم بیمار پوستی را به مردم معرفی کنیم.» او همین تصویر نادرست را دلیل بی‌اقبالی نیکوکاران به این بیمارستان می‌داند و ادامه می‌دهد: «خیری که تنها اسم بیمارستان پوست را شنیده تصویر خاصی در ذهن دارد اما هنگامی که از بیمارستان بازدید می‌کند و بیماران را می‌بینند ۱۸۰ درجه تصویرش تفاوت می‌کند. بسیار لازم است که همه مردم ما با این تصویر درست آشنا شوند.» ■

راهنما

سومین همایش ملی تازه‌های سلولی و مولکولی در بیماری‌های غیرواگیر
چهارمین کنگره بین‌المللی سلامت زنان
نمایشگاه بین‌المللی ایران هلث
بیستمین نمایشگاه بین‌المللی بهداشت و درمان تاشکند





سومین همایش ملی تازه‌های سلولی و مولکولی در بیماری‌های غیرواگیر

سومین همایش ملی تازه‌های سلولی و مولکولی در بیماری‌های غیرواگیر از ۲۳ تا ۲۵ اردیبهشت ۱۳۹۴ در بابل برگزار می‌شود. سرطان، باروری و ناباروری، بیماری‌های قلبی و عروقی، بیماری‌های اعصاب و روان، بیماری‌های عظلانی ـ اسکلتی، بیماری‌های کلیه و مجاری ادراری، بیماری‌های غیرواگیر اطفال، سلول‌های بنیادی و پزشکی ترمیمی، دیابت، چاقی و بیماری‌های متابولیک، دیگربیماری‌ها و عوامل محیطی مؤثر بر سلامت، محورهای تخصصی سومین همایش ملی تازه‌های سلولی و مولکولی در بیماری‌های غیرواگیر هستند. ارایه آخرین دستاوردهای علمی محققان در عرصه‌های مختلف علوم سلولی و ملکولی در بیماری‌های غیرواگیر، ایجاد فضای تعامل و هم‌اندیشی علمی میان محققان و اندیشمندان علوم سلولی و ملکولی و زمینه‌سازی تحقق پروژه‌های مشترک ملی بین مراکز پژوهشی کشور از جمله مهم‌ترین اهداف برگزاری این همایش است.

http://hamayesh.mubabol.ac.ir

کنگره بین‌المللی چاقی مادر و کودک

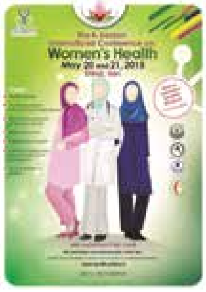
مرکز تحقیقات چاقی مادر و کودک دانشگاه علوم پزشکی ارومیه کنگره بین‌المللی چاقی مادر و کودک را از ۲۴ تا ۲۶ اردیبهشت ۱۳۹۴ در شهر ارومیه برگزار می‌کند. چهار محور اصلی کنگره شامل اپیدمیولوژی چاقی، پیامدهای سلامتی چاقی، پیشگیری از چاقی و اخلاق پزشکی و چاقی است. در بخش اپیدمیولوژی چاقی درباره روند چاقی در ایران و دنیا، عوامل خطرساز و مساعدکننده چاقی، نظام سلامت و چاقی و اپیدمیولوژی تغذیه و چاقی بحث خواهد شد. در بخش پیامدهای سلامتی چاقی، مسایلی همچون عوارض جسمی، عوارض روحی روانی، عوارض اجتماعی، سرطان و چاقی و بهداشت باروری و چاقی بررسی خواهد شد. در بخش پیشگیری از چاقی نیز تغذیه با شیر مادر، سبک زندگی، مشاوره و آموزش، درمان‌های دارویی چاقی، درمان‌های غیرچاقی موضوع‌هایی هستند که بررسی می‌شوند. در حاشیه کنگره، کارگاه مرور سیستماتیک کوکران (Cochrane Systematic Review) نیز برای علاقه‌مندان برگزار خواهد شد.

http://congress.umsu.ac.ir

بیست‌ودومین کنگره بین‌المللی نورولوژی و الکتروفیزیولوژی بالینی ایران

بیست‌ودومین کنگره بین‌المللی نورولوژی و الکتروفیزیولوژی بالینی ایران توسط انجمن متخصصان مغز و اعصاب ایران برگزار می‌شود. این کنگره با همکاری گروه‌های مغز و اعصاب و دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور از ۲۲ تا ۲۵ اردیبهشت ۱۳۹۴ در هتل المپیک تهران برگزار می‌شود.

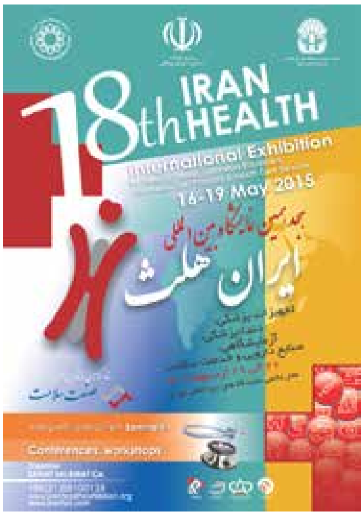
http://www.iraneurologycongress.com



چهارمین کنگره بین‌المللی سلامت زنان

دانشگاه علوم پزشکی شیراز و مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت چهارمین کنگره بین‌المللی سلامت زنان را از ۳۰ تا ۳۱ اردیبهشت ۱۳۹۴ در شهر شیراز برگزار می‌کنند. علاقه‌مندان برای شرکت در این کنگره برای ارسال خلاصه مقاله‌های خود تا ۲۹ اسفند ۱۳۹۳ مهلت دارند. سلامت باروری، ارتقای سلامت، تغذیه، سالمندی سالم، رویکردهای روانشناختی، بیماری‌های واگیر و غیرواگیر و ورزش و سلامت زنان محورهای اصلی چهارمین کنگره بین‌المللی سلامت زنان است.

/http://whc2015.sums.ac.ir/fa



نمایشگاه بین المللی ایران هلث

(Iran Healths)

هجدهمین نمایشگاه بین‌المللی ایران هلث از ۲۶ تا ۲۹ اردیبهشت‌ماه سال ۱۳۹۴ در محل دایمی نمایشگاه‌های بین‌المللی تهران برگزار می‌شود.

در این نمایشگاه که دومین رخداد بزرگ در حوزه تجهیزات پزشکی، دندان‌پزشکی، آزمایشگاهی و دارویی در منطقه پس از نمایشگاه «عرب هلث» است، واردکنندگان و تولیدکنندگان تجهیزات مرتبط حضور خواهند داشت.

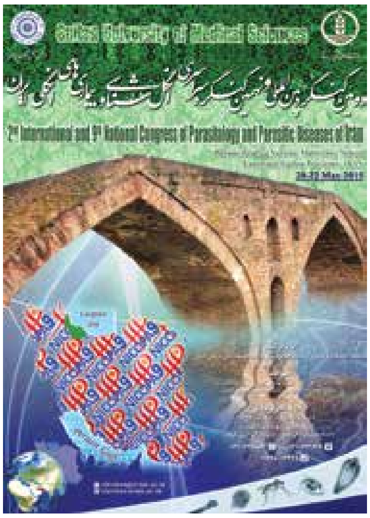
نمایشگاه ایران هلث فرصت مناسبی است تا شرکت‌های فعال در این صنعت دستاوردها و محصولات خود را در معرض بازدید دست‌اندرکاران و متخصصان این صنعت قرار دهند و با در نظر گرفتن روند تقاضای بازارها و سمت و سوی رشد این صنعت، فعالیت‌ها و نوآوری‌های آتی خود را هدایت کنند.

http://www.iranhealthexhibition.org

چهاردهمین کنگره شنوایی‌شناسی ایران

انجمن علمی شنوایی‌شناسی ایران، از ۲۹ تا ۳۱ اردیبهشت ۱۳۹۴ میزبان چهاردهمین کنگره شنوایی‌شناسی ایران در هتل المپیک تهران است. این همایش با تاکید بر محورهای اصلی اختلالات پردازش شنوایی، اختلالات تعادلی و وستیبولار، اختلالات طیف نوروپاتی شنوایی، ادراک گفتار و موسیقی، ارتباطات کم‌شنوایی با رشد زبانی و شناختی، ارزیابی‌های ادیولوژیک شنوایی و تعادل، بازتوانی و توانبخشی شنوایی، برنامه‌های کشف و مداخله به موقع شنوایی، حفاظت شنوایی و نویز، سایکواکوستیک، سمعک برگزار می‌شود. همچنین شکل‌پذیری و بازتولید دستگاه شنوایی، علوم پایه شنوایی و تعادل، غربالگری شنوایی پیش از مدرسه، کاشت‌های شنوایی، کم‌شنوایی ناشی از افزایش سن، کم‌شنوایی‌های با شروع دیرهنگام، کم‌شنوایی‌های مختصر، ملایم و یک طرفه در کودکان، مبانی ژنتیکی آسیب‌های شنوایی، نورواتولوژی، نوروساینس شنوایی و وزوز و بیش‌شنوایی دیگر محورهای اصلی این همایش هستند. چهاردهمین جشنواره علمی پژوهشی دانشجویی انجمن علمی شنوایی‌شناسی ایران همزمان با این همایش برگزار می‌شود.

http://www.aud2015.com/fa



دومین کنگره بین المللی و نهمین کنگره ملی انگل‌شناسی و بیماری‌های انگلی ایران

دانشگاه علوم پزشکی گیلان و انجمن علمی انگل‌شناسی ایران دومین کنگره بین‌المللی و نهمین کنگره ملی انگل‌شناسی و بیماری‌های انگلی ایران را از ۳۰ اردیبهشت تا اول خرداد ۱۳۹۴ در دانشکده پیراپزشکی و پرستاری مامایی شرق گیلان برگزار می‌کند. بیماری‌های انگلی تک‌یاخته‌ای با موضوع‌های مالاریا، لیشمانیازیس، آمیبیازیس و ژیاردیازیس، توکسوپلاسموز و کوکسیدیاهای روده‌ای و بیماری‌های انگلی تک‌یاخته‌ای نوپدید و بازپدید یکی از محورهای اصلی این کنگره است. بیماری‌های انگلی کرمی با موضوع‌های فاسیولیازیس، شیستوزومیازیس، هیداتیدوز، استرونژیلوئیدیازیس و دیگر نماتودهای شایع در ایران و زئونوزهای کرمی نوپدید دیگر محور اصلی کنگره ملی انگل‌شناسی و بیماری‌های انگلی ایران است. همچنین زئونوزهای مهم و شایع در دامپزشکی، پروتئومیکس (proteomics)، پالئوپارازیتولوژی (palaeoparasitology) و حشره‌شناسی با تأکید بر ناقلان مهم بیماری‌های انگلی شایع در ایران دیگر محورهای اصلی این کنگره است.

/http://nicopa9.gums.ac.ir

بیست‌وسومین کنگره سالانه انجمن جراحان کودکان ایران

بیست‌وسومین کنگره سالانه انجمن جراحان کودکان ایران با موضوع جراحی‌های نوزادان و مراقبت‌های جراحی از نوزادان، اردیبهشت ۱۳۹۴ از سوی انجمن جراحان کودکان ایران، مرکز تحقیقات جراحی کودکان شهیدبهشتی در تهران برگزار می‌شود. جراحی نقص تولد نوزاد، جراحی آنومالی‌های تکاملی نوزاد، جراحی بیماری‌های اکتسابی نوزاد، نقش تشخیص و درمان قبل از تولد در آنومالی‌های تکاملی، جراحی جنین، نقش پرستاری در نوزادان بعد از عمل جراحی، نقش بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان در جراحی نوزادان و بیهوشی در نوزادان موضوع‌های اصلی هستند که در این کنگره بررسی خواهند شد.

http://irsps.org

کنگره تولیدمثل

انجمن علمی جنین‌شناسی و بیولوژی تولیدمثل ایران، کنگره تولید مثل را از دوم تا چهارم خرداد ماه ۱۳۹۴ در مرکز بین‌المللی همایش‌های رازی تهران برگزار می‌کنند. موضوعات علمی این کنگره در قالب ۱۳ محور به همراه کارگاه‌های تخصصی جانبی برگزار خواهد شد. گامتوژنز و لقاح، بیولوژی اسپرم و آندرولوژی، کشت جنین، لانه گزینی و گفتمان رویان ـ اندومتر، سلول‌های بنیادی در تولید مثل، ژنتیک و اپی‌ژنتیک در تولید مثل، جایگاه انجماد در تولید مثل، حفظ باروری و عوامل تهدیدکننده آن، دست‌ورزی‌های ژنتیکی در تولیدمثل، استانداردسازی و کنترل کیفیت در آزمایشگاه جنین‌شناسی از جمله محورهای کنگره تولید مثل هستند. از دیگر محورهای این کنگره می‌توان به تغذیه و عوامل محیطی در تولیدمثل، موضوع‌های اخلاقی و حقوقی تولید مثل، نقش روش‌های تحریک تخمک‌گذاری در کیفیت تخمک و جنین و نقش درمان‌ها و جراحی‌های مردان در موفقیت ART اشاره کرد.

http://www.iserb.ir/iserb2015/FA/Default.aspx

بیستمین نمایشگاه بین‌المللی بهداشت و درمان تاشکند

2015(THHE)

بیستمین نمایشگاه بین‌المللی بهداشت و درمان تاشکند از ۲۵ تا ۲۷ فروردین ۱۳۹۴ (۱۴ تا ۱۶ آوریل ۲۰۱۵) برگزار می‌شود. این نمایشگاه، نمایشگاه اصلی سلامت تاشکند است که بخشی از هفته بهداشت و درمان ازبکستان محسوب می‌شود. بیستمین نمایشگاه بین‌المللی بهداشت و درمان تاشکند۲۰۱۵ (THHE)، دهمین نمایشگاه تخصصی بین‌المللی Apteka Expo آسیای مرکزی-۲۰۱۵، دهمین نمایشگاه بین‌المللی فناوری دارویی (Techpharm-2015)، یازدهمین نمایشگاه بین‌المللی دهان‌پزشکی ازبکستان (Stomatology Uzbekistan 2015) و کنفرانس سالانه دندانپزشکی که از سوی انجمن دندان‌پزشکی ازبکستان سازماندهی شده، نمایشگاه‌ها و رویدادهای علمی هستند که در هفته بهداشت و درمان تاشکند روی خواهد داد. تجهیزات پزشکی، آزمایشگاه، فناوری دارویی (TECHPHARM)، داروسازی، چشم، طب حوادث، لوازم بهداشتی و دندان مهمترین بخش‌ها و موضوع‌های این نمایشگاه را تشکیل می‌دهد. TIHE انجمن اصلی پزشکی در زمینه آخرین فناوری و بهداشت و درمان عملی در ازبکستان است که در طول تاریخ طولانی خود، تأثیرات بسیاری با پلت‌فرم و نشست‌های حرفه‌ای بر اعضای نهادهای دولتی، تولیدکنندگان تجهیزات و محصولات پزشکی، دانشمندان و پزشکان داشته است. مدیران تولیدات پزشکی، توسعه‌دهندگان فناوری‌های تشخیصی و درمانی جدید، نمایندگان شرکت‌های داروسازی شرکت‌کنندگان در این نمایشگاه هستند.

healthcare@ite-gulf.com

چهارمین کنگره و نمایشگاه بین‌المللی متابولیسم و ساختارهای زیست‌شناسی

Metabolomics & Systems Biology 2015

چهارمین کنگره و نمایشگاه بین‌المللی متابولیسم و ساختارهای زیست‌شناسی از ۷ تا ۹ اردیبهشت ۱۳۹۴ (۲۷ تا ۲۹ آوریل ۲۰۱۵)، در فیلادلفیای آمریکا برگزار می‌شود. تحقیقات سرطان و متابولومیک، روش‌های تحقیقی در متابولومیک، کاربردهای علوم مجزا در متابولومیک، پیشروان تحقیق متابولومیک، سندروم متابولومیک، مدل‌سازی متابولومیک، زیست‌شناسی سیستم‌ها و زیست‌شناسی محاسباتی، بیوانفورماتیک و پیشرفت‌ها، تفسیر و تحلیل داده‌ها و ژنومیک‌ها و پروتئومیک‌ها محورهای اصلی این کنگره هستند. متابولومیک یک رشته مهم است که استراتژی‌ها را به منظور شناخت و اندازه‌گیری متابولیسم سلولی در هم می‌آمیزد. این امر با به کار بردن فناوری‌های تحلیلی مصنوعی که برای این کار آماده شده‌اند و همچنین با به کار بردن روش‌های آماری برای خروج اطلاعات انجام می‌شود. این کنفرانس درباره موضوع‌هایی همچون بیوانفورماتیک، پروتئومیکس، زیست‌شناسی سیستم‌ها، پروفایل‌سازی و مدل‌سازی متابولومیک، متابولومیک کلینیکال و ... است.

http://www.metabolomicsconference.com

نخستین کنگره بین‌المللی پزشکی قطر

QIMC 2015

نخستین کنگره بین‌المللی پزشکی قطر از ۵ تا ۷ خرداد ۱۳۹۴ (۲۶ تا ۲۸ می ۲۰۱۵)، در مرکز همایش‌های ملی دوحه در قطر برگزار می‌شود. QIMC 2015 کنگره و نمایشگاهی بین‌المللی برای گرد هم آوردن مشهورترین و خلاق‌ترین شرکت‌ها از سراسر جهان و متصل کردن آنها با پیشروان صنعت و کارآفرینی در حوزه پزشکی، پزشکان و محققان است. این کنگره سنگ‌بنای اولیه قطر برای حرکت به سمت توسعه بخش پزشکی محلی و منطقه‌ای، بین‌المللی و پیوستن به بازارهایی که در ارتباط با صنعت پزشکی وجود دارد، است. همچنین از اهداف برگزاری این کنگره، ارتقای روابط قطر با کشورهای پیشرفته در زمینه تحقیقات دیابت، سرطان و صنایع پزشکی است. نمایشگاه این کنگره نیز با تمرکز بر تجهیزات بیمارستانی، تشخیصی، دارویی و ورزشی و بخش‌های توانبخشی و پزشکی فضای مناسبی برای رقابت سالم به وجود می‌آورد. QIMC 2015 بهترین فرصت برای حرکت کردن بازار پویای قطر برای همکاری با شورای همکاری خلیج فارس، خاورمیانه و عرصه‌های بین‌المللی است. علاقه‌مندان برای ثبت‌نام و حضور در این نمایشگاه می‌توانند به آدرس اینترنتی زیر مراجعه کنند.

http://www.q-imc.com/index.php

نمایشگاه بین‌المللی تخصصی تجهیزات پزشکی اربیل–عراق

Medicare 2015 Erbil

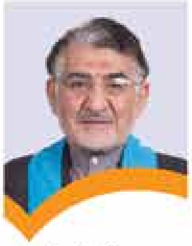
نمایشگاه بین‌المللی تخصصی تجهیزات پزشکی اربیل عراق از چهارم تا ششم خرداد ماه ۱۳۹۴ (۲۵ تا ۲۷ می ۲۰۱۵) در محل دایمی نمایشگاه‌های بین‌المللی اربیل برگزار می‌شود. این نمایشگاه بزرگترین و تنها نمایشگاه معتبر بین‌المللی تخصصی صنایع پزشکی اربیل است و برگزارکننده آن شرکت نمایشگاهی بین‌المللی IFP Group است. هدف از برگزاری این نمایشگاه، بازسازی و احیای ساختار بهداشتی و درمانی عراق به صورت زیرساختی و تامین تجهیزات دارویی و درمانی مورد نیاز منطقه، پس از یک دوره نابسامانی داخلی است. مجوزهای مربوط برای برگزاری پاویون ایران توسط شرکت نوژن راد (نماینده رسمی شرکت IFP در ایران) از سوی سازمان توسعه تجارت گرفته شده است.

www.nojanrad.com

بازرگانی

مسعود خوانساری

محمدرضا انصاری


یحیی آل اسحاق

سیده فاطمه مقیمی

محمد امیرزاده

محسن بهرامی ارض اقدس

سیدرضی حاجی آقامیری

ناصر ریاحی

مهدی شریفی نیک نفس

محمد لاهوتی

علی سنگینیان

محمد رضا زهره وندی

شریف نظام مافی

قاسم تقی زاده خامسی

عباس آرگون

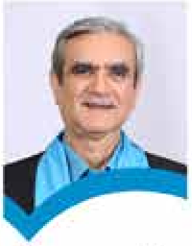
فرهاد فزونی

صنعت

مهدی جهانگیری

سید محمد اتابک

علی شمس اردکانی


نصرالله محمدحسین فلاح

مسعود شنتیائی

علیرضا کلاهی

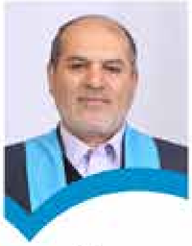
رضا پدیدار

علی نیازی ورنامخواستی

تحول در اتاق، توسعه در اقتصاد،
در گرو ائتلاف برای فردا

مهدی پورقاضی

محسن خلیلی عراقی



محمود نجفی عرب

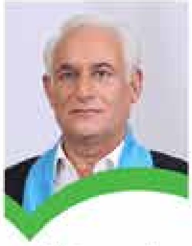
سید حسین سلیمی

احمد کیمیایی

حمیدرضا صالحی

کشاورزی

سید حامد واحدی



احمد صادقیان

کاوه زرگران

مهدی معصومی اصفهانی

علیرضا خائف

حسن فروزان فرد

معدن

پدرام سلطانی

فریال مستوفی

سید بهادر احرامیان

مرتضی لطفی

ائتلاف برای فردا

هشتمین دوره انتخابات اتاق بازرگانی

صنایع و کشاورزی معادن استان تهران

هجدهم اسفند ماه ۱۳۹۳

اتحادیه
بازرگانان
تجهیزات پزشکی

یا مقلب القلوب و الابصار یا مدبر اللیل و النهار یا محول الحول و الاحوال حول حالنا الی احسن الحال

سال نو را به خدمتگزاران بخش سلامت کشور به‌ویژه
جامعه تجهیزات پزشکی تبریک عرض کرده، آرزوی توفیق
بیشتری را برای همگان از خداوند منان خواهان است

اتحادیه بازرگانان تجهیزات پزشکی

برگ زرین

ماهنامه «صنعت درمان»، از آغاز انتشار تاکنون، در روند اطلاع‌رسانی اخبار و رویدادهای حوزه تجهیزات پزشکی، نیاز خوانندگان را نیز در روندکاری خود پیگیری کرده و همکاران ما در تلاش بوده‌اند تا در شیوه‌های گوناگون اطلاع‌رسانی، به این نیازها پاسخ دهند؛ از همین رو، بخش تازه‌ای که همخوان با خواست خوانندگان باشد، به ماهنامه افزوده شده است: «برگ زرین».

«برگ زرین»، شیوه‌ای از اطلاع‌رسانی تبلیغاتی و انتشار آگهی است که به نیازمندی‌های خوانندگان می‌پردازد [همان‌گونه که در روزنامه‌های پرشمارگان، بخشی به نام نیازمندی منتشر می‌شود]؛ برای پاسخ به نیاز: شرکت‌هایی که خواهان انتشار آگهی‌شان در کادرهای کوچک و در کاغذ تحریر هستند و خوانندگانی که دوست دارند اطلاعاتی درباره شرکت‌های توزیع‌کننده تجهیزات پزشکی، آزمایشگاهی و دارو، شرکت‌های بازرسی، شرکت‌های حسابرسی، شرکت‌های تبلیغاتی و برگزارکنندگان همایش‌ها و کنگره‌ها، سالن‌های همایش و نمایشگاه‌ها، آژانس‌های مسافرتی، هتل‌ها، صرافی‌ها، واگذاری سهام بیمارستان‌ها، مراکز درمانی، آزمایشگاه‌ها و داروخانه‌ها دریافت کنند و همچنین شرکت‌هایی که برای مشارکت و همکاری یا استخدام نیرو خواهان چاپ آگهی هستند و همچنین خوانندگانی که سرمایه‌گذاری، مشارکت و همکاری با شرکت‌ها را پیگیری می‌کنند یا خوانندگانی که کار مناسب تخصص‌شان را جست‌وجو می‌کنند.

ما «برگ زرین» را به شما پیشنهاد می‌کنیم تا پاسخ نیازمندی‌های خود را در اینجا بیابید.

تعرفه آگهی‌های برگ زرین

اندازه آگهی	قیمت به ریال	اندازه آگهی	قیمت به ریال
۱۸×۱۲,۵	۳/۰۰۰/۰۰۰	۱۸×۳,۵	۱/۰۰۰/۰۰۰
۸×۲۵	۲/۵۰۰/۰۰۰	۸,۵×۹	۹۰۰/۰۰۰
۱۴×۱۲,۵	۲/۰۰۰/۰۰۰	۴×۲۷	۱/۲۰۰/۰۰۰
۸,۵×۱۷	۱/۸۰۰/۰۰۰	۴×۱۲,۵	۶۰۰/۰۰۰
۱۸×۸	۱/۶۰۰/۰۰۰	۴×۹	۴۰۰/۰۰۰
۹×۱۳	۱/۵۰۰/۰۰۰	۴×۴	۲۰۰/۰۰۰
۹×۱۴	۱/۵۰۰/۰۰۰	۸×۱۳	۱/۲۰۰/۰۰۰
۸,۵×۱۷	۱/۷۰۰/۰۰۰		

شرکت صنایع پزشکی علیدوست

سازنده لوازم میکرو سرجری
کاشت مو - پیوند مو
کلیه لوازم جراحی چشم‌پزشکی

همراه: ۱۶۹۱ ۱۱۴ -۰۹۱۴
تلفن: ۳۳۶۴۶۹۰ -۵۴۴۸۰۶۴ -۰۴۱۱

تبریز - کوی دانشگاه - ۱۰ متری دوم - پلاک ۵

Bite Block

گاید دهانی کش‌دار

SAMA
شرکت
سما طب شهر قدس
www.samateb.com

۰۲۱-۴۶۸۳۱۰۲۷
۰۹۱۲ ۷۶۹۹۰۱۰

آندوسکوپ و لوازم مصرفی

استخدام

یک شرکت فعال در زمینه تجهیزات پزشکی و دارو واقع در خیابان آفریقا جهت فعالیت‌های مارکتینگ، فروش و خدمات پس از فروش، خواهان همکاری با افراد علاقمند و مشتاق در این زمینه است. توانایی‌های پایه‌ای گزارش‌دهی و قابلیت کار تیمی از نیازهای اصلی این موقعیت‌های شغلی هستند. افرادی که سابقه کار مشابه (در زمینه تجهیزات پزشکی یا سایر رشته‌ها) یا کارهای بالینی دارند (پرستاران، دانشجویان پرستاری، ...) در اولویت‌هستند.

درصورت تمایل رزومه کاری خود را به ایمیل
estekhdam93@aol.com
و یا فکس ۸۸۷۸۷۸۸۱ ارسال نمایید.

استخدام

یک شرکت معتبر تجهیزات پزشکی از همکاران با شرایط زیر دعوت به همکاری می‌نمایند:

- آشنایی کامل با کلیه ابزار جراحی
- دارای حداقل ۵ سال سابقه کار در این زمینه
- ترجیحا با تحصیلات مرتبط در زمینه تجهیزات پزشکی

از واجدین شرایط خواهشمند است رزومه کاری خود را به آدرس ذیل ایمیل نمایند. info@medisateb.com

استخدام

شرکت تجهیزات پزشکی رئوف

جهت تکمیل کادر خود از فارغ التحصیلان دانشگاه‌های معتبر با مشخصات ذیل دعوت به همکاری می‌نماید:

ردیف	زمینه همکاری	جنسیت	تحصیلات
۱	کارشناس فروش	آقا/خانم	کارشناسی
۲	کارشناس فروش	خانم	تکنسین اتاق عمل
۳	کارشناس فنی	آقا	کارشناس برق و الکترونیک

خواهشمند است رزومه خود را به آدرس job@raoufmed.com ایمیل نمایید.

medbar

انواع ملزومات یکبار مصرف بیمارستانی
ساخت کارخانه مدبار ترکیه
www.medbar.com.tr

- کاور یکبار مصرف انواع میکروسکوپهای جراحی
- کاور یکبار مصرف دوربین لاپاراسکوپی و آرتروسکوپی
- کاور C-ARM یکبار مصرف
- ماژیک مارکر یکبار مصرف
- دهانی آندوسکوپی یکبار مصرف
- کلیپس بندناف
- فیلتر اسپیرومتری یکبار مصرف
- و ...

شرکت درساطب درمان
Dorsa Teb Darman Co.

آدرس : خیابان ستارخان، بازار سنتی ، فاز ۴، پلاک ۳۳۱
تلفن: ۴۴۷۰۵۱۴۴ ، ۴۴۲۸۸۴۰۱ فکس: ۴۴۲۸۸۳۴۸

استخدام

فراخوان استخدام در نمایندگی شرکت کونیکا مینولتا در ایران

KONICA MINOLTA

یکی از معتبرترین مجموعه‌های تجهیزات پزشکی در ایران، از میان واجدین شرایط، و همچنین متعهد به مبانی جمهوری اسلامی ایران، نیروی انسانی تمام وقت می‌پذیرد

ردیف	نوع همکاری	جنسیت	تحصیلات	مهارت
۱	فروش/بازاریابی	آقا/خانم	حداقل فوق دیپلم	آشنایی با زبان انگلیسی وoffice
۲	کارشناس فنی	آقا	کارشناس : برق/الکترونیک کامپیوتر/مهندسی پزشکی	آشنایی با زبان انگیسی و office
۳	مسئول فنی	خانم/ آقا	دکتری داروسازی	امور ریگلاتوری پاره وقت
۵	حسابداری	آقا/ خانم	کارشناسی (مرتبط)	تسلط به office و حسابداری
۶	اداری	خانم/ آقا	حداقل‌فوق‌دیپلم	تسلط به office، آشنایی با زبان انگلیسی
۸	دستیار دندانپزشک	خانم/آقا	دیپلم	-

فکس: ۷۷۵۲۷۱۳۷ job_td@yahoo.com

استخدام

شرکت مهندسی پزشکی

جهت تکمیل کادر فنی، به افراد با تجربه نیازمند است.

info@dta-med.com

استخدام

یک شرکت معتبر تجهیزات‌پزشکی، مایل به استخدام دو نفر آقا جهت بخش فنی - مهندسی، فارغ التحصیل مهندس الکترونیک یا مهندس پزشکی، دارای کارت پایان خدمت می‌باشد. رزومه خود را به آدرس زیر ارسال نمایید.

medjobsteh@gmail.com

استخدام

شرکت شیما

تولید کننده تجهیزات ثابت آزمایشگاهی و وارد کننده لوازم آزمایشگاهی جهت تکمیل بخش فروش به کارشناس بازاریابی و فروش نیازمند است. واجدین شرایط رزومه عکس‌دار خود را به آدرس ایمیل زیر ارسال نمایند.

shima@shimalab.com

عکاسی حرفه ای صنعتی و تبلیغاتی

با مدیریت: رضا سمیاری .... شماره تماس: ۰۹۱۲۵۴۷۵۸۷۸

www.rsemyari.com

استخدام

شرکت بهستان درمان، جهت گسترش بخش فنی و فروش خود به تعدادی کارشناس تجهیزات پزشکی خانم و آقا نیازمند است. علاقه‌مندان می‌توانند رزومه خود را به آدرس HRM@behestandarman.com ارسال کرده و یا با شماره‌های ۸۸۷۴۷۶۳۸ - ۸۸۷۴۷۶۲۵ - ۸۸۷۴۷۸۶۹ تماس بگیرند.

شرکت چاپ و تبلیغات

راد گرافیک

******

برگزاری همایش و سمینار

طراحی و ساخت غرفه

چاپ و انتشار ویژه‌نامه

******

طراحی و چاپ انواع

کاتالوگ-بروشور-تراکت

استند-رول آی- کانتر

پاکت- سربرگ- کارت ویزیت

******

طراحی وب سایت و خدمات

هاستینگ و دامنه

تلفن: ۰۹۱۲-۵۹۳۹۵۲۱

استخدام

بدینوسیله‌ازکارشناسان‌فروش تجهیزات پزشکی به منظور همکاری‌دعوت‌به‌عمل‌می‌آید.

....

لطفا رزومه خود را به آدرس ذیل ارسال فرمایید.

p.s.seyfi@gmail.com

....

فروش نسخه الکترونیک ماهنامه صنعت درمان در تارنمای گردسوز

www.gerdsooz.ir

استخدام

شرکت معتبر در زمینه تجهیزات پزشکی (تنفسی) به دو نفر آقا جهت بخش فنی مهندسی با گرایش الکترونیک و یا مهندسی پزشکی بصورت تمام وقت نیاز دارد.

لطفا رزومه عکس‌دار خود را به آدرس ذیل ارسال نمایید

jobpt1391@gmail.com

آماده به کار

مهندس مکانیک (آقا) دارای مدرک ناظر فنی وارد کننده و تولید کننده آماده همکاری با شرکت‌های تجهیزات پزشکی، آزمایشگاهی هستم.

شماره تماس: ۰۹۱۲۴۱۲۵۰۹۵

آماده به کار

مهندس صنایع

دارای مدرک ناظر فنی وارد کننده، ۱ سال سابقه کار در فروش

رسول حافظی: ۰۹۱۲۰۲۴۷۶۶۹

rasoul_hafezi@yahoo.com

استخدام

شرکت کیمیای عافیت از فارغ التحصیلان رشته مهندسی پزشکی و سایر رشته های مرتبط برای تکمیل کادر فنی و فروش دعوت به همکاری می نماید.

....

شماره تماس : ۷ - ۴۴۴۵۱۷۲۵

info@kimia-afiat.com

نمایندگی

شرکت تدا، نماینده کمپانی JMS از شرکت‌های فعال در زمینه تجهیزات پزشکی جهت واگذاری نمایندگی خدمات پس از فروش در استانهای هرمزگان و کرمانشاه دعوت به همکاری می‌نماید.

تلفن: ۲۳-۷۷۶۵۴۲۱۶

ایمیل: Rep_teda@yahoo.com

استخدام

یکی از بزرگترین هلدینگ‌های تجهیزات پزشکی در محدوده پاسداران جهت تکمیل کادر تخصصی خود نیاز به همکاری با افراد ذیل دارد:

۱- کارشناس بازاریابی و فروش (خانم/آقا) ۲ نفر

حداقل لیسانس مهندسی پزشکی، با فن بیان قوی و حداقل ۳ سال سابقه فروش تجهیزات پزشکی و آزمایشگاهی

۲- کارشناس بازاریابی و فروش (خانم) ۲ نفر

با حداقل ۳ سال سابقه فروش محصولات پوست و مو و زیبایی و آرایشی بهداشتی

۳- کارشناس بازاریابی و فروش (خانم) ۲ نفر

حداقل لیسانس میکروبیولوژی با گرایش ژنتیک با فن بیان قوی و حداقل ۳سال سابقه مرتبط

ارسال رزومه با ذکر ردیف شغلی

memholding@yahoo.com

استخدام

یک شرکت معتبر در زمینه واردات تجهیزات تخصصی چشم پزشکی جهت تکمیل کادر مهندسی و فروش خود دعوت به همکاری می‌نماید.

از واجدین شرایط خواهشمند است رزومه کاری خود را به آدرس ذیل ایمیل نمایند.

i.vatandoust@arianmedco.com

استخدام

یک شرکت معتبر در زمینه تجهیزات پزشکی جهت تکمیل کادر فروش و بازاریابی خود دعوت به همکاری می نماید.

....

مدیر فروش (آقا)

لیسانس با حداقل ۱۰ سال تجربه مفید در فروش تجهیزات پزشکی

....

افراد با تحصیلات رشته های پزشکی و پیراپزشکی از اولویت برخوردارند.

رزومه خود را به شماره فکس ۸۸۷۴۲۶۰۹ و یا ایمیل jobsbpiiran@ymail.com ارسال فرمایید.

ترجمه متون تخصصی برق و مهندسی پزشکی

همانگونه که می‌دانید بخش عظیمی از منابع و اطلاعات رشته مهندسی پزشکی به زبان انگلیسی بوده و همواره یکی ازمشکلات دانشجویان این رشته کمبود خدمات ترجمه در این زمینه است. نظر به اینکه ترجمه این متون نیاز به تخصص و تجربه کافی دارد و توجه به این مهم که ترجمه متون تخصصی مهندسی پزشکی جز با دید نکته سنجانه یک مهندس پزشکی میسر نخواهد بود. لذا سایت DEZMED.COM اقدام به تشکیل یک تیم ترجمه قوی جهت ترجمه متون تخصصی شما متخصصین عزیز نموده است.

http://translate.dezmed.com

جهت ارسال متون خود و کسب اطلاعات بیشتر با این شماره تماس گرفته و یا با ایمیل زیر مکاتبه نمایید:

translate.dezmed@yahoo.com

مسئول تیم ترجمه: ۴۴۹۴ - ۳۴۶ -۰۹۱۶

ماهنامه صنعت درمان

برگ زرین، فرصتی است برای دیده شدن

پیامک: ۹۰۰۰ ۳۳۳ ۰۹۳۵

تارنما: www.sanatdarman.ir