



به نام خداوند جان و خرد

صنعت درمان

سال پنجم / شماره ۵۰ / تیر ۱۳۹۴

فهرست

اخبار ۴

- ۴ دولت سرمایه‌ها را صرف بهبود زیرساخت‌ها کند
- ۵ پرداختی از جیب مردم افزایش نمی‌یابد
- ۵ بخش مراقبت دارویی در تعدادی از بیمارستان‌های کشور تاسیس می‌شود
- ۶ خط تولید اشک مصنوعی با حضور وزیر بهداشت افتتاح شد
- ۶ امکان ثبت درخواست تمدید اعتبار نمایندگی توزیع برای توزیع‌کنندگان عضو سامانه اداره کل تجهیزات پزشکی
- ۷ معرفی شرکت‌های ثالث ارائه‌دهنده خدمات پس از فروش تجهیزات پزشکی
- ۸ نبود ضرورت الصاق برچسب ردیابی رهگیری و کنترل اصالت برای تجهیزات پزشکی
- ۹ فراخوان‌های اداره کل تجهیزات پزشکی
- ۹ واردات دستگاه آنژیوگرافی برای تجهیز بیمارستان شهید لوانسانی
- ۱۰ تجمیع بیمه‌ها خواست مادر اجرای موفق طرح تحول نظام سلامت است
- ۱۱ کمبود نیروی انسانی در بخش سلامت مشکلی جدی است
- ۱۱ پروانه طبابت پزشکی که داروی قاچاق نسخه می‌کنند باطل شود
- ۱۲ مهمانی افطار فعالان صنعت درمان کشور



۱۳



۴۱



۵۱



۶۱



۶۹

پرونده ۱۳

- ۱۴ بیمارستان‌های ایرانی از جندی شاپور تاکنون
- ۱۹ بیمارستان‌ها را چه کسانی بگرداندند پزشکان یا مدیران بیمارستانی؟
- ۲۴ مدیریت بیمارستان‌ها به هیأت‌انمناسپرده می‌شود
- ۲۶ مدیریت بیمارستان، باید نگاه اقتصادی داشته باشد
- ۲۸ صنعتی‌سازی بیمارستان‌ها کیفیت و هزینه را مدیریت می‌کند
- ۳۱ پیچیدگی به مدیران کارآزموده نیاز دارد
- ۳۸ اینجا، پزشکان مدیریت نمی‌کنند

جهان‌ما ۴۱

- ۴۲ سود و زیان اوباما کر

رسانه ۵۱

- ۵۲ زیر تخته‌سنگ بازار کار ایران

دستاورد ۶۱

- ۶۲ ۴ میلیون بیمار کلیوی تا سال ۲۰۲۰

بیمارستان ۶۹

- ۷۰ «طرفه» بیمارستانی مجهز در زمینه چشم‌پزشکی

راهنما ۷۷

شورای نظارت و سیاستگذاری
سیدمجتبی معظمی
ابوالفتح صانعی

صاحب امتیاز و مدیر مسؤول
محمدباقر اثنی عشری

سر دبیر
حمید اسلامی

هیأت تحریریه

رویا کاکاوند / مجتبی ذوقی
رقیه رضایی / زهره خوش‌نمک
شیمیا عسگری

مدیر بازرگانی

سحر آنتیک‌چی

گرافیکست

عظیم علیپور فطرتی / سمانه یونسی

عکس

هلیا سعیدی

امور داخلی و اشتراک

سارا مددپور

امور مالی

شاپور رهبری

حروفچین و نمونه‌خوان

مهنراز غلامی

پشتیبانی

عباس دانایی / مهران روحی

نشانی

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

کد پستی: ۱۵۸۶۸۷۷۴۱۹

صندوق پستی: ۱۱۸۱-۱۵۸۱۵

تلفن: ۸۸۹۰۷۳۴۳

نمابر: ۸۸۷۵۶۴۴۲

پیامک: ۰۹۳۵ ۳۳۳ ۹۰۰۰

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

فارسی نویسی، بخشی از شیوه نگارش ما است



فرهنگستان را یاری کنند. [بگذریم که رسانه‌های دیداری و شنیداری به‌ویژه رادیو و تلویزیون این راه را وارونه می‌روند.]

حوزه سلامت، یکی از حوزه‌هایی است که واژه‌های انگلیسی در آن کاربرد فراوان دارد؛ دانش پزشکی، یکی از دانش‌هایی است که بیشتر یافته‌ها و دستاوردهای نوین آن در چندسده گذشته، بیرون از مرزهای فرهنگی و جغرافیایی ایران و زبان فارسی به دست آمده است و زبان آموزش و گزارش دستاوردها به زبان انگلیسی است؛ از این رو واژه‌های انگلیسی در میان پزشکان و دست‌اندرکاران حوزه سلامت، کاربرد فراوان دارد و گاه نشانه‌ای از چیرگی بر دانش به شمار می‌رود؛ همین موضوع شاید یکی از دلایلی است که بیماران را در فهم و دریافت بیماری‌شان به سختی می‌اندازد. آدرست مانند همان سختی که بیشتر در فهم با زبان دست‌اندرکاران دادگستری همچون کیل و قاضی داریم.]

ماهانمه صنعت درمان از نخستین روز کاری تا امروز تلاش بر این داشته تا جایی که می‌تواند در نوشتارهای خود واژه فارسی اصطلاحات و کلمات تخصصی را به کار

بیشتر خوانندگان مطبوعات، پیش از خواندن مجله‌ای، نگاهی به فهرست مجله می‌اندازند تا از چند و چون گزارش‌ها و نوشتارهایی که در آن شمار مجله منتشر شده، آگاه شوند و بر پایه دلخواست خود، گزارش‌هایی را که می‌خواهند بخوانند. در گذشته، پایین فهرست مجله‌ها، یک خط نوشته می‌شد که «مجله در ویرایش گزارش‌ها و مطالب رسیده آزاد است» یا جمله‌هایی مانند این. بنابراین کسانی که با رسانه‌های نوشتاری گفت‌وگو می‌کردند یا یادداشت و مقاله‌ای برای این رسانه‌ها می‌فرستادند، می‌دانستند که هر مجله‌ای بر پایه رویکرد خود و به‌ویژه شیوه نگارش خود، دست به ویرایش متن‌ها و نوشتارهای رسیده می‌زند.

پس از سال‌ها که فضای رسانه‌ای گسترش یافت و بر شمار رسانه‌های نوشتاری افزوده شد، این قانون، برای بسیاری از خوانندگان جاف‌فاد و تبدیل به قانون نانوشته مطبوعات شد. پس از آن بسیاری از رسانه‌های نوشتاری نیازی به یادآوری این مطلب در فهرست نمی‌دیدند و این یک خطر از فهرست پاک کردند؛ چرا که بر این باور بودند خواننده مطبوعات، در این اندازه از دانایی و آگاهی به سر می‌برد و نیازی به یادآوری هر باره آن نیست.

این را نوشتیم که به خوانندگان گرامی ماهنامه به‌ویژه کسانی که با آنها گفت‌وگو می‌شود یا مقاله و یادداشتی برای ماهنامه می‌فرستند، بگویم ماهنامه صنعت درمان همچون دیگر رسانه‌های نوشتاری، شیوه نگارشی ویژه خود را دارد؛ همه گزارش‌ها، گفت‌وگوها، یادداشت‌ها و مقاله‌ها چه از سوی خبرنگاران ماهنامه نوشته شده باشد، چه از سوی خوانندگان به دست ماهنامه رسیده باشد بر پایه شیوه نگارشی ماهنامه و رویکرد آن، ویرایش می‌شوند. یکی از نکات مهم در شیوه نگارش ماهنامه، رعایت اصل فارسی نویسی است. که بر پایه دستورنامه‌های فرهنگستان زبان رسانه‌ها به‌ویژه رسانه‌های نوشتاری بیشتر از دیگران باید اصول فارسی نویسی را رعایت کنند و نه تنها تا جایی که از دست‌شان بر می‌آید از کاربرد واژگان بیگانه خودداری کنند بلکه در ساخت و پیشنهاد واژه‌های جایگزین فارسی برای واژه‌های بیگانه،

بیرد و واژه انگلیسی آن را به لاتین داخل پرانتز بنویسید. این تلاش نام‌های خاص و اصطلاحات جهانی شده را در بر نمی‌گیرد.]

در همین راه یکی از دشواری‌هایی که همواره پیش رو داشته‌ایم نوشتارهایی است که به دستمان می‌رسد و در این نوشتارها، واژه‌هایی انگلیسی به خط لاتین دیده می‌شود که نویسنده دست کم آن واژه را فارسی نویسی نکرده است چه برسد به این که جایگزین فارسی آن را بنویسد. بسیار پیش آمده که این واژه‌ها را در کنار جایگزین فارسی یا فارسی نویسی آن گذاشته‌ایم و دلخوری نویسنده متن را در پی داشته‌است که چرا متن را از کیفیت انداخته‌اید یا پافشاری کرده‌اند همان‌گونه که مانوشته‌ایم باید چاپ می‌شد.

به هر روی زبان، یک موجود زنده و پویا است و برای زنده ماندن خود، نیاز به آفرینش و واژه‌سازی دارد و هر زبانی تا اندازه‌ای می‌تواند از واژه‌های بیگانه بهره برد. بیشتر زبان‌های زنده جهان با پیدایش هر واژه‌ای، یا جایگزین زبانی آن را می‌سازند یا آن واژه را با زبان خود همسان‌سازی می‌کنند؛ بخشی از این کار بر دوش متخصصان دانش است که به مفهوم و معنای کاربردی واژه‌ها در تخصص‌شان آگاهند. ازنده‌یاد محمود حسایی یکی از کسانی بود که یادگارهای ارزشمندی در این زمینه به جا گذاشت. ارتش نیز یکی از سازمان‌هایی است که همچنان شیوه جایگزین‌سازی زبانی را پیگیری می‌کند.]

از همین رو درخواست می‌کنیم در نوشتارهایی که برای ماهنامه می‌فرستید چنانچه جایگزین فارسی برای واژه‌های کاربردی در نوشتارهای تان می‌شناسید حتماً، واژه فارسی آن را بنویسید یا دست کم آن واژه را فارسی نویسی کنید؛ چنانچه می‌توانید روندی را که با آن واژه نامگذاری شده، کوتاه شرح دهید تا شاید بتوان واژه جایگزین مناسبی در کنار آن واژه در نوشتار به کار برد. در پایان یادآور می‌شویم که ماهنامه صنعت درمان در ویرایش یادداشت‌ها و مقاله‌های رسیده آزاد است و بر پایه شیوه نگارش خود رفتار می‌کند.

تسلیت

جناب آقای دکتر مه

ریاست محترم هیأت مدیره انجمن صنفی تولیدکننده تجهیزات پزشکی، دندان پزشکی و آزمایشگاهی

باخبر شدیم به سوگ درگذشت پدر گرامی تان نشسته‌اید. همراهی و همدردی ما را در این غم پذیرا باشید. برای شما و خانواده ارجمند آرزوی تندرستی و شکیبایی داریم.

ماهانمه صنعت درمان

رکود روانی؛ پیامد کوتاه مدت توافق

سرانجام ایران و ۵+۱ بر سر مسأله هسته‌ای ایران، توافق کرده‌اند. نیمروز بیست و سوم تیرماه به وقت ایران، بسیاری از ایرانیان پای گیرنده‌های تصویری نشستند و اعلام رسمی توافق را از رسانه‌های دیداری دیدند. اکنون نگاه‌ها تا بیش از این نگران، به سوی دیگری چرخیده است و امیدهای تازه‌ای را نشانه گرفته‌اند. مردم که تا روز ۲۳ تیرماه، نگران ماندگاری و افزایش تحریم‌ها، جنگ و دشوار شدن شرایط اقتصادی و زندگی بودند، از آن روز چشم به گشایش اقتصادی و بیرون آمدن از تنگناها دوختند، بوی بهبود از اوضاع جهان شنیده‌اند.

توافق ژنو هنوز اجرایی نشده است و همچنان برخی نگرانی تأیید یا رد آن در کنگره آمریکا را به جان می‌خرند. آنگاه لحظه نوشتن این یادداشت هنوز خبری از تأیید در دست نیست. اما با این همه بسیاری از مردم به لحاظ روانی امیدوارند تأثیر این توافق را زود هنگام در زندگی خود ببینند؛ کمترین چشم داشت آنها ارزانی کالا و پایین آمدن قیمت‌هاست. این چشمداشتی است که در چند سال گذشته در پی سنگین شدن تحریم‌ها و بالا رفتن هزینه‌های زندگی پدید آمده است و دولت‌مردان با پیوند زدن کاستی‌ها و کمبودها به تحریم‌ها، به آن دامن زده‌اند.

چشم‌داشت مردم هم چندان بیره نیست، پس از آنکه توافق به اجرا گذاشته شود، ایران می‌تواند بدون محدودیت نفت بفروشد و به جای آن ارز (دلار و یورو) دریافت کند و دیگر خبری از پرداخت غیر نقدی پول نفت نیست. از سوی دیگر پول نفت بلوکه شده در دوره تحریم آزاد می‌شود و به خزانه دولت واریز می‌شود. محدودیت نقل و انتقال پول و اعتبار برداشته می‌شود. از هزینه نقل و انتقال پول و اعتبار آکه در دوره تحریم گاه تا ۱۵ درصد می‌رسید کاسته می‌شود. از سوی دیگر محدودیت حمل و نقل کالا به ایران برداشته می‌شود در نتیجه پیامد آن بازرگانان می‌توانند کالا و مواد اولیه را از کشور فروشنده مستقیم به ایران بیاورند، بنابراین هم هزینه حمل و نقل کالا کاهش می‌یابد و هم از هزینه بیمه حمل و نقل کاسته می‌شود. رفت و آمد دولت‌مردان و بازرگانان خارجی نیز به کشور افزایش یافته است و رسانه‌ها از سرمایه‌گذاری‌های شرکت‌های بزرگ جهانی در کشور خبر می‌دهند. همه اینها دست به دست هم می‌دهد تا مردم چرتکه به دست بگیرند و حساب و کتاب کنند و به این دستاورد برسند که پیامد توافق، کاهش قیمت‌ها در کوتاه مدت خواهد بود.

همین نگرش، مردم را واداشته چشم به نرخ ارز بدوزند و تکانه‌های آن را دنبال کنند؛ بسیاری امیدوارند نرخ ارز با یک تکانه بزرگ بشکند و به یک باره فرو بریزد. بنابراین شکیبایی می‌کنند، دست کسی به کار نمی‌رود؛ کسی کالایی نمی‌خرد. اکنون بازار به ویژه در حوزه سلامت دست به گریبان رکودی روانی شده است. این رکود را در بسیاری از بخش‌های اقتصادی کشور می‌توان به خوبی دید. دادوستدها از رونق افتاده است. واقعیت این است که توافق هسته‌ای و پایان یافتن تحریم‌ها در کوتاه مدت تأثیر چندانی در اقتصاد کشور نخواهد داشت، به ویژه این که دولت تلاش می‌کند برای پیشگیری از شوک‌های اقتصادی، نرخ ارز را مدیریت کند و دیگر گونی‌های نرخ ارز را در شیب ملایمی رهنمون کند تا بتواند ترمیم اقتصادی را در ثبات و ماندگاری شرایط پی بگیرد. [بگذریم از این که دولت در شرایط کسری بودجه، بهتر می‌داند دست به نرخ ارز نزند و بخشی از آن را با فروش ارز جبران کند.]

در کنار کسری بودجه، بسیاری از طرح‌های عمرانی کشور به دلیل نبود بودجه و اعتبار، رها شده بودند و دولت امیدوار است با بازگشت درآمد نفتی بلوکه شده، بتواند بخشی از آن را در راه‌اندازی دوباره این طرح‌ها هزینه کند. در همین گذار، احتمال افت قیمت نفت نیز به نگرانی‌های دولت و سیاستگذاران و کنشگران اقتصادی افزوده است؛ چنانچه ایران بخواهد سقف تولید نفت خود را به سطح گذشته خود برساند و سهم خود را از بازار نفت بگیرد، بهای نفت در بازارهای جهانی کاهش دوباره‌ای در پی خواهد داشت و پیامد آن کاهش درآمد‌های نفتی خواهد بود. بنابراین پیش‌بینی می‌شود دولت به سمت مدیریت درآمدهای نفتی و هدایت آنها به سوی سرمایه‌گذاری بلندمدت و تقویت زیرساخت‌ها حرکت کند و برنامه درآمد مالیاتی خود را دست کم برای تامین هزینه‌های جاری خود با قدرت بیشتری پیگیری کند.

هم اکنون دولت درباره تأثیرات اقتصادی توافق و شرایط اقتصادی پس از تحریم، روش سکوت در پیش گرفته است که روش عاقلانه‌ای به گمان می‌رسد؛ هم چنانکه هرگونه واکنش و اظهار نظر دولت می‌تواند در این شرایط به یک شوک کاهشی یا افزایشی بینجامد.

بدون شک توافق هسته‌ای و از میان رفتن تحریم‌ها، بر روان شدن گردش مالی و بهبود شرایط اقتصادی در میان مدت اثر خواهد گذاشت و دست کم در شش ماه آینده می‌توان نشانه‌هایی از بهبود وضعیت اقتصادی را در کشور دید؛ البته دستیابی به آن نیازمند مدیریت تأثیرات روانی توافق و واقعی‌سازی چشم‌داشت‌ها و خواسته‌های مردم است، کاری که هنوز روشن نیست دولت چه برنامه‌ای برای آن دارد. از همین رو، دولت نیازمند برنامه‌ای است که رکود روانی پدید آمده از چشم‌داشت‌های مردم را بشکند و به بازار کسب و کار رونق بدهد تا دست به گریبان چند رکود هم‌زمان و در هم پیچیده نشود. دولت در دو سال گذشته، تورم را به شیوه رکود اقتصادی کنترل کرده است و اکنون که امید به گردش اقتصادی و رونق گردش پول در کشور می‌رود، رکود روانی نیز به آن افزوده شده است و روشن نیست دولت چه راه‌برونی رفتی را از دور رکود متضاد در پی خواهد داشت.

دولت سرمایه‌ها را صرف بهبود زیرساخت‌ها کند



ناصر ریاحی نماینده
صنعت سلامت در اتاق بازرگانی تهران

خوشبختانه سرانجام و همان‌طور که پیش‌بینی می‌شد توافق ایران با ۱+۵ انجام شد و شورای امنیت سازمان ملل هم قطعنامه خود را در تایید این توافق صادر کرد.

موضوع پیش‌بینی شرایط پسا تحریم در یکی دو ماه گذشته از موضوعات اصلی بحث در اتاق بازرگانی تهران بود و جلسه سوم هیأت نمایندگان تهران نیز صرفاً به این موضوع اختصاص داشت؛ همچنین در کمیسیون اقتصاد سلامت نیز در دو نوبت این موضوع به بحث گذاشته شد و نتیجه آن نیز تشکیل یک کمیته ویژه برای پیگیری و سازمان‌دهی این موضوع است که نماینده کمیسیون اقتصاد سلامت نیز عضو آن خواهد بود.

پیش‌بینی‌های اتاق بازرگانی درباره وقایع پس از توافق این بود که بلافاصله احتمال یک شوک روانی در بازار وجود دارد که ممکن است به کاهش قیمت‌ارز و مسایلی از این دست بینجامد که خوشبختانه این اتفاق از سوی دولت پیش‌بینی و کنترل شد. از سوی دیگر مشخص بود که آثار مثبت اقتصادی چنین توافقی دست کم ۳ تا ۴ ماه پس از وقوع آن؛ به تدریج روی نشان خواهد داد و لازم است که سطح توقع فعالان اقتصادی نیز با این واقعیت هماهنگ شود. اما مهمترین پیش‌بینی سرازیر شدن علاقمندان خارجی به سرمایه‌گذاری در ایران بود که در همین هفته اول با حضور بلند پایه‌ترین هیأت اقتصادی آلمان در ۱۳-۱۲ سال گذشته که سرپرستی آن با معاون نخست وزیر آن کشور است و همچنین هیأت اقتصادی هند و دیگر هیأت‌های اقتصادی از کشورهای دیگر که درخواست سفر و ملاقات دارند، به وقوع پیوست.

اتاق بازرگانی ایران و کمیته پسا تحریم در نظر دارند طرح‌هایی را تهیه کنند تا هم بتوانند این سرمایه‌گذاری‌ها را جلب کنند و هم آنها را به سمت فعالیت‌های اقتصادی مفیدتر برای کشور، به ویژه صنعت، هدایت کنند. شکی نیست که با توجه به وجود مبالغ هنگفت ارزی که پس از تحریم آزاد خواهد شد و عطش زیاد بازار بزرگ کشور عزیزمان، بسیاری از تجار خارجی به طمع فروش کالاهای مصرفی خود به سمت ما متمایل خواهند شد و بسیار حیف است که بخش قابل ملاحظه این ذخایر صرف خرید کالاهای مصرفی شود.

کمیسیون اقتصاد سلامت اتاق بازرگانی تهران در صدد است طرح‌هایی را تهیه و به دولت ارائه کند که بر اساس آن فرصت‌های به دست آمده تبدیل به ایجاد زیرساخت‌های لازم برای ادامه طرح تحول سلامت شود. این طرح‌ها شامل توسعه صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی و همچنین مراکز درمانی و از همه مهمتر مراکز تحقیقاتی خواهد بود. از سوی دیگر در کوتاه‌مدت باید نیازهای مراکز درمانی به تجهیزات پزشکی نیز بیش از پیش تامین شود.

آقای دکتر سمیعی که همراه هیأت اقتصادی آلمانی به ایران آمده بود در سخنرانی خود نکته جالبی را مطرح کردند که مؤید نظر کمیسیون اقتصاد سلامت اتاق بود. ایشان گفتند که در بحران اقتصادی به وجود آمده در سال ۲۰۰۸ تمام کشورهای عضو اتحادیه اروپا ناگزیر از کم کردن هزینه‌های خود شدند و کشور آلمان هم به پیامد شرایط اقتصادی، بودجه خود را در تمام زمینه‌های نظامی، عمرانی و خدمات کاست و برخلاف دیگر کشورها، تنها بودجه تحقیقاتی خود را با این استدلال که با توجه به بحران موقعیت‌های جدید به وجود آمده است، به شدت افزود. نتایج حاصله از چنین تصمیمی را امروز می‌توان به خوبی مشاهده کرد و دید که چه تاثیر مثبتی در اقتصاد آلمان در مقایسه با دیگر کشورها داشته است.

به نظر می‌رسد با توجه به برداشته شدن محدودیت‌های بانکی و امکان واردات تجهیزات پیشرفته از یک سو و توقع جامعه از بهبود شرایط رفاهی آنان از سوی دیگر، اقتصاد سلامت نیز به شرایط عادی بر خواهد گشت و امکان واردات و خصوصاً تولید نیازها با شرایط بهتر خرید و شرایط پرداخت فراهم خواهد گردید.

در کنار موقعیت‌های به دست آمده، به تجربه دیده شده هر وقت دولت‌ها پولدار می‌شوند، توسعه زیرساخت‌ها و حمایت از صنایع از اولویت خارج می‌شوند و ساده‌ترین روش یعنی تامین مایحتاج از طریق واردات در دستور کار قرار می‌گیرد؛ بنابراین وظیفه ما این خواهد بود که حتی المقدور و در اندازه ظرفیت‌مان، مرتباً وظیفه اصلی دولت را به ایشان گوشزد کنیم تا حمایت صنعت و ایجاد زیرساخت‌ها و در کنار آن توسعه بخش خصوصی و خصوصی‌سازی فراموش نشود. تحریم اخیر یکبار دیگر نشان داد که وجود یک بخش خصوصی قدرتمند و در کنار آن حضور موسسات خارجی در بازار به عنوان صاحب لیسانس، شریک در تولید و سرمایه‌گذاری چقدر می‌تواند مفید باشد. بی‌شک نمایندگان فعالان اقتصادی سلامت در اتاق و کمیسیون اقتصاد سلامت همچنان به عهد خود با رأی‌دهندگان پایبند هستند و حداکثر سعی خود را برای استفاده از موقعیت به دست آمده در بهبود فضای کسب و کار این حوزه به کار خواهند بست.

وزیر بهداشت خبر داد:

پرداختی از جیب مردم افزایش نمی‌یابد

نقش مهم شرکت‌های دانش بنیان در تحقق اقتصاد مقاومتی



دکتر هاشمی، وزیر بهداشت در حاشیه برنامه‌هایی جداگانه از افزایش نیافتن پرداختی از جیب مردم در طرح تحول نظام سلامت، لزوم تحول آموزش پزشکی تا پایان سال جاری و نقش مهم شرکت‌های دانش بنیان در تحقق اقتصاد مقاومتی خبر داد.

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حاشیه افتتاح خط تولید اشک مصنوعی در جمع خبرنگاران به شایعات پیرامون افزایش پرداخت هزینه درمان پاسخ داد و گفت: «به هیچ وجه پرداختی از جیب مردم افزایش نخواهد یافت بلکه برای جبران کاهش اعتبارات درصدد صرفه‌جویی، مدیریت منابع و کنترل نیازهای القایی درمان با کمک بیمه‌ها هستیم.»

وی افزود: «مسائل اعتبارات طرح تحول سلامت کاهش پیدا کرده که راه حل جبران آن کاهش هزینه‌های تحمیلی درمان است، به همین منظور کمیته مشترک کاهش هزینه‌های القایی با همکاری وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی تشکیل می‌شود.»

دکتر هاشمی با بیان اینکه سال گذشته ۶ هزار و ۸۰۰ میلیارد تومان برای اجرای طرح تحول نظام سلامت تخصیص پیدا کرده بود عنوان کرد که این رقم امسال به ۴ هزار و ۸۰۰ میلیارد تومان کاهش پیدا کرده است. او ادامه داد: «راه حل مسأله این است که از افزایش هزینه‌ها و تحمیل هزینه‌های زاید به مردم و نظام سلامت جلوگیری کنیم و با مدیریت منابع و صرفه‌جویی بیشتر هزینه‌های غیرضرور را کاهش دهیم. تردیدی وجود ندارد که کاهش سطح خدمات نخواهیم داشت و به هیچ عنوان پرداختی از جیب مردم افزایش نخواهد یافت.»

معاون وزیر برور بیس سازمان غذا و دارو:

بخش مراقبت دارویی در تعدادی از بیمارستان‌های کشور تاسیس می‌شود

رییس سازمان غذا و دارو از تاسیس بخش مراقبت دارویی در تعدادی از بیمارستان‌های کشور خبر داد. دکتر رسول دیناروند، استفاده از نقش تاثیرگذار داروسازان و حضور آنها در بیمارستان‌ها را مورد تأکید قرار داد. وی با بیان این‌که شایسته نیست یک بیمارستان ۳۰۰ تخت‌خوابی بدون حضور دارو ساز فعالیت کند، اعلام کرد که با پیش‌بینی اعتبارات، تاسیس بخش مراقبت دارویی در تعدادی از بیمارستان‌های کشور در دستور کارشان قرار دارد. معاون وزیر و رییس سازمان غذا و دارو با پرمفعت خواندن این اقدام برای نظام سلامت، گفت: «باید به گونه‌ای عمل کنیم که حضور دارو ساز در بیمارستان‌ها به عنوان یک نیاز احساس شده و تاثیر فعالیت‌های دارو سازان برای جامعه مشخص شود.»

اختصاص یافتن سهمیه داروی دانشگاه‌ها متناسب با عملکرد و نیازشان

دکتر دیناروند با بیان این‌که نباید از نیازهای دانشگاه‌هایی که در سال‌های گذشته توسعه یافته‌اند، غافل بود گفت: «تلاش می‌شود متناسب با عملکرد هر دانشگاه به آن سهمیه دارویی اختصاص پیدا کند. قسمت بزرگ داروهای معمول و آنهایی که مصرف گسترده‌تری نسبت به داروهای تخصصی و فوق تخصصی وجود دارند بدون محدودیت خاصی میان دانشگاه‌ها توزیع می‌شوند.»

رییس سازمان غذا با اعتقاد بر این‌که در سال‌های گذشته شاهد توسعه کمی و کیفی در بسیاری از دانشگاه‌ها و ایجاد بخش‌های تخصصی و فوق تخصصی در آنها بوده‌ایم، تأکید کرد، لازم است سهمیه داروهای دانشگاه‌ها به نسبت خواسته‌ها و عملکردهایشان افزایش یابد. او با اشاره به انجام سهمیه‌بندی دارویی سازمان غذا و دارو در سطح قطب‌ها، افزود: «نیاز به تمهیدات جدیدی احساس می‌شود تا بر اساس آن بتوانیم سهمیه‌بندی‌ها را به گونه‌ای اصلاح کنیم که نیازهای دانشگاه‌های کوچکتر مغفول نماند.»

www.behdasht.gov.ir

دکتر سید حسن هاشمی با شرکت در راهپیمایی روز قدس، بایان اینکه وزارت بهداشت در سال‌های گذشته توجه ویژه‌ای به اقتصاد مقاومتی که مورد تأکید مقام معظم رهبری بوده داشته است، در رابطه با نقش مهم شرکت‌های دانش بنیان در تحقق اقتصاد مقاومتی گفت: «وجود شرکت‌های دانش بنیان مترادف با کاهش وابستگی نیست اما باید توجه داشت ممکن است از نظر عددی تعداد فراوانی از شرکت‌های دانش بنیان را ثبت کنیم اما آنچه اهمیت دارد کیفیت و محتوی است که باید منجر به تحقق اهداف شود.» دکتر هاشمی با تأکید بر حضور فعالانه شرکت‌های دانش بنیان در کشور تعداد آن‌ها را بیش از ۴۰ شرکت دانست و تأکید کرد: «از زمان‌های گذشته در حوزه پزشکی، شرکت‌های دانش بنیان موفق در کشور وجود داشته است.» وی با اشاره به حوزه صنعت تجهیزات پزشکی در کشور افزود: «باید تلاش کنیم بخشی از این صنعت را که می‌توان در داخل کشور تولید کرد با سرعت بیشتری به نتیجه برسانیم.»

طولانی بودن دوره آموزش برخی رشته‌های تخصصی

وزیر بهداشت با اشاره به طولانی بودن دوره آموزش در برخی از رشته‌ها به همراه تخصص و فوق تخصص اظهار کرد: «ما گام چهارم تحول در نظام سلامت را تحول در نظام آموزشی عنوان کردیم، در این مسیر اشکالاتی نیز وجود دارد که در حال برطرف کردن آن هستیم. برنامه‌های وزارت بهداشت برای تحول در نظام آموزشی بسیار مفصل است و کارهای زیادی برای تحقق آن در حال انجام است.» وی با بیان این‌که نباید هیچ کار خلق الساعه و سلیقه‌پردازی در آموزش صورت بگیرد، گفت: «باید از الگوهای بین‌المللی هم در این خصوص بهره برد. آموزش پزشکی کشور بالین محور است در حالی که فارغ‌التحصیلان مابیشتر در مطب و مراکز بهداشتی و درمانی ویزیت سرپایی می‌کنند، در برخی از رشته‌ها نیز که خیلی فوق تخصصی شده‌اند بعضی از بیماری‌های بومی در آنها گنجانده نشده است و این مسایل مهمترین کمبودهای آموزش پزشکی در کشور است. تحول واقعی در نظام آموزش باید به دور از انجام کارهای سطحی و نمادین محقق شود.»

www.behdasht.gov.ir

خط تولید اشک مصنوعی با حضور وزیر بهداشت افتتاح شد



زیادی دارد و بیش تر ناچار به واردات این محصول بودیم، گفت: «در حال حاضر محصول تولیدی داخل، کیفیت بالایی دارد و کاملاً با نمونه خارجی قابل رقابت است. امیدواریم شرکت های دیگر نیز در عرصه تولید این محصول ورود پیدا کنند تا علاوه بر رقابت در بحث کیفیت، شاهد کاهش هزینه ها نیز باشیم.»

وزیر بهداشت تأکید کرد: «در راستای اقتصاد مقاومتی علاوه بر تامین نیاز داخل به اشک مصنوعی باید به حوزه صادرات نیز وارد شویم تا به جای فرستادن پول به خارج از کشور، ارز را وارد کشور کنیم.»

www.behdasht.gov.ir

خط تولید اشک مصنوعی یکبار مصرف با نام sinalone با حضور وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی افتتاح شد. شامگاه چهارشنبه ۱۰ تیرماه ۱۳۹۴، خط تولید اشک مصنوعی شرکت سینادارو با حضور دکتر هاشمی وزیر بهداشت، درمان و آموزش راه اندازی شد و در این مراسم، اشک مصنوعی به عنوان داروی یکبار مصرف در چشم پزشکی رونمایی شد. این محصول دارویی که تولید آن ۲۰ ماه طول کشیده است برای بیمارانی کاربرد دارد که دچار خشکی چشم هستند. دکتر هاشمی در این مراسم با بیان این که اشک مصنوعی یک بار مصرف در چشم پزشکی کاربرد

امکان ثبت در خواست تمدید اعتبار نمایندگی توزیع برای توزیع کنندگان عضو سامانه اداره کل تجهیزات پزشکی

امکان ثبت در خواست تمدید اعتبار نمایندگی توزیع برای توزیع کنندگان عضو سامانه اداره کل تجهیزات پزشکی فراهم شده است.

اداره کل تجهیزات پزشکی اعلام کرد بر اساس اطلاعیه ای که در پایگاه اینترنتی اداره کل تجهیزات پزشکی در تاریخ ۷ تیر ۹۴ منتشر شده است. مراحل ثبت در خواست تمدید اعتبار نمایندگی شامل ثبت در خواست تمدید توسط شرکت و یا صنف توزیع کننده همراه الصاق نامه قرارداد نمایندگی جدید، مشاهده و بررسی در خواست تمدید توسط شرکت نمایندگی وارد کننده طرف قرارداد و الصاق نامه قرارداد نمایندگی جدید و تأیید در خواست تمدید در اداره مهندسی و نگهداری این اداره کل است. امکان ثبت در خواست تمدید تنها برای کالاهایی که قبلاً تأیید شده است وجود دارد. همچنین در زمان ثبت در خواست تمدید اعتبار نمایندگی، علاوه بر تاریخ اعتبار جدید، نوع نمایندگی (انحصاری / غیر انحصاری) نیز از متقاضی دریافت می شود و در صورت رد در خواست تمدید از سوی شرکت وارد کننده / تولید کننده، روند ثبت به اتمام می رسد.

www.imed.ir

دکتر محمد جعفر صادقی خبر داد:

طرح تحول در حوزه بهداشت با محوریت پیشگیری از بیماری های مزمن اجرا می شود

دکتر محمد جعفر صادقی، مدیر گروه پیشگیری از بیماری های معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با تأکید بر این که اجرای برنامه تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت با محوریت پیشگیری از بیماری های مزمن به ویژه دیابت، پرفشاری خون و بیماری قلبی و عروقی اجرا می شود، گفت: «در حال حاضر ۱۰ درصد افراد جامعه به دیابت و ۳۰ درصد به پرفشاری خون مبتلا هستند که این امر آسیب های جدی سلامتی را برای آنها به همراه دارد.» دکتر صادقی عنوان کرد که همزمان با آغاز این برنامه در مناطق حاشیه شهر مشهد، طرح غربالگری دیابت و فشار خون برای جمعیت بالای ۳۰ سال در دستور کار قرار گرفته است که در قالب این طرح ۴۵۰ هزار نفر از ساکنان مناطق حاشیه شهر مشهد زیر پوشش طرح غربالگری قرار خواهند گرفت. طرح سرشماری از جمعیت شهری مشهد از نیمه مرداد ماه امسال به اجرا در خواهد آمد.

www.behdasht.gov.ir

نبود ضرورت الصاق برچسب ردیابی رهگیری و کنترل اصالت برای تجهیزات پزشکی

اداره کل تجهیزات پزشکی در یک اطلاعیه نبود ضرورت الصاق برچسب ردیابی، رهگیری و کنترل اصالت برای تجهیزات پزشکی را اعلام کرد.

طبق این اطلاعیه که در تاریخ ۲۹ تیر ۹۴ از سوی اداره کل تجهیزات پزشکی صادر شده است دریافت برچسب ردیابی، رهگیری و کنترل اصالت برای هیچ گروه کالایی در حوزه تجهیزات پزشکی ضروری نیست. همچنین عرضه و فروش تمامی اقلام اعم از دستگاه و مصرفی بدون این برچسب از نظر سازمان غذا و دارو بدون منع است.

با توجه به تصمیمات اتخاذ شده در کمیته اصالت و سلامت سازمان غذا و دارو، از تاریخ ابلاغ این بخشنامه، به زودی پس از ثبت این اقلام و اختصاص کد IRC، برچسب گذاری اقلام مشمول، مجدداً آغاز می شود.

طبق این بخشنامه آن دسته از شرکت هایی که به صورت داوطلبانه تمایل به دریافت این برچسب دارند می توانند برابر ضوابط و راهنمای ابلاغی در وب سایت این اداره کل نسبت به دریافت این برچسب اقدام کنند.

imed.ir

معاون آموزشی
وزارت بهداشت خبر داد:

مرکز تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی در کشور راه اندازی می شود

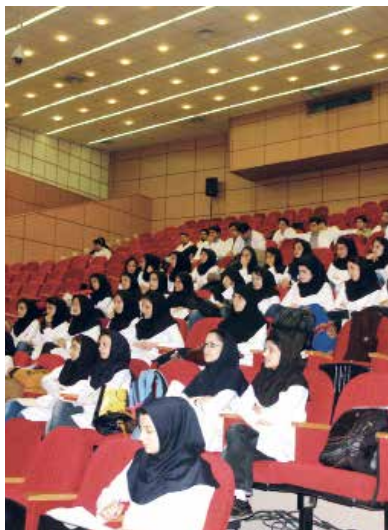
معاون آموزشی وزارت بهداشت از راه اندازی طرح مرکز تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی در شورای گسترش دانشگاه های علوم پزشکی خبر داد.

دکتر محمد باقر لاریجانی یادآور شد: «حوزه آموزش وزارت بهداشت مأموریت های متعددی دارد که با توجه به نقش تولیت وزارت بهداشت نباید کلیه امور اجرایی در ستاد این وزارتخانه انجام گیرد و باید دانشگاه ها به صورت هدفمند در قطب های آمایشی مأموریت اجرای برخی از این برنامه ها را به عهده گیرند.»

او با اشاره به تجربیات موفق دانشگاه ها در اجرای مأموریت های حوزه آموزش عالی سلامت، افزود: «وزارت بهداشت باید نقش نظارتی و حمایتی برای دانشگاه ها در اجرای برنامه های توسعه آموزش عالی سلامت را داشته باشد و موسسه ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی با چنین هدفی ایجاد شده است.»

به گفته معاون آموزشی وزارت بهداشت، هدف از راه اندازی این مرکز، ایجاد یک نهاد عالی رتبه علمی جهت کمک به حوزه آموزش در تحقق مأموریت های خود در زمینه رهبری، مدیریت، حمایت و توسعه آموزش پزشکی در کشور شامل پرورش ایده های نوین، برنامه های جدید، ارزیابی برنامه ها و کمک به ارتقای کمی و کیفی آموزش پزشکی است.

www.behdasht.gov.ir



معرفی شرکت های ثالث ارائه دهنده خدمات پس از فروش تجهیزات پزشکی

میهن (شتاب دهنده خطی و سیمولاتور، سیستم طراحی درمان، سیستم پراکی تراپی و سیستم Micro verification)، آرمان پرتو تصویر (MRI)، تابش پرتو نگار (گاما کمر) و پرتو سیستم درمان (MRI و سی تی اسکن) اسامی این شرکت ها و نام دستگاه های ارائه شده است. علاقمندان برای آگاهی از شرایط و ضوابط حضور در این فراخوان می توانند به نشانی اینترنتی www.imed.ir مراجعه کنند.

فهرست شرکت های ثالث ارائه دهنده خدمات پس از فروش از سوی اداره کل تجهیزات پزشکی برای اطلاع و بهره برداری بیمارستان ها و مراکز درمانی در تاریخ ۱۴ تیر ۱۳۹۴ اعلام شد.

بر پایه اطلاعیه اداره کل تجهیزات پزشکی، شرکت های صنعت پزشکی پیشرو (ونتیلاتور)، لوتوس طب پارسین (آندوسکوپ)، نقش طاووس صبا (آندوسکوپ)، پیشگامان ویستا طب (آندوسکوپ)، شفا شمس ایرانیان (RO و همودیالیز)، تابان تصویر

شرکت های ثالث ارائه دهنده خدمات پس از فروش تجهیزات پزشکی به همراه حوزه فعالیت

ردیف	نام شرکت	نام دستگاه	مدل دستگاه/محل نصب دستگاه	نام کمپانی	شماره مجوز	تاریخ اعتبار
۱	صنعت پزشکی پیشرو	ونتیلاتور	-	Versamed	۶۶۴/۱۵۰۲۷۳	۹۴/۶/۱۰
۲	لوتوس طب پارسین	آندوسکوپ	-	Olympus	۶۶۴/۴۰۰۱۸	۹۵/۳/۲۷
۳	نقش طاووس صبا	آندوسکوپ	-	Olympus	۶۶۴/۱۳۳۶۸	۹۴/۸/۷
۴	پیشگامان ویستا طب	آندوسکوپ	-	Pentax	۶۶۴/۱۳۹۹۱	۹۴/۵/۸
۵	شفا شمس ایرانیان	RO و همودیالیز	-	Fresenius	۶۶۴/۱۰۷۹۴۸	۹۴/۹/۱۵
۶	تابان تصویر میهن	شتاب دهنده خطی و سیمولاتور	Varian ۲۱۰۰ C/D گلسان اهواز	Varian	۶۶۴/۱۸۷۲۴	۹۴/۷/۱۶
		شتاب دهنده خطی	Varian ۲۳۰۰ C/D امام حسین (ع)	Varian		
		سیستم طراحی درمان	Eclipse بیمارستان امام حسین (ع)	Varian		
		شتاب دهنده خطی	Varian ۲۱۰۰ C/D پارس تهران	Varian		
		سیستم پراکی تراپی	بیمارستان پارس تهران	Varian		
		شتاب دهنده خطی	Varian ۲۱۰۰ C/D امام خمینی (ره) تهران	Varian		
		سیستم طراحی درمان	Eclipse بیمارستان امام خمینی (ره) تهران	Varian		
		سیستم Micro verification	بیمارستان امام خمینی (ره) تهران	Varian		
شتاب دهنده خطی	Varian ۶۱۰۰ C/D امید مشهد	Varian				
۷	آرمان پرتو تصویر	MRI	LX 1.5T	GE	۶۶۴/۱۲۴۶۹۱	۹۴/۴/۲۲
			Exlite I 1.5T			
			Exlite II 1.5T			
۸	تابش پرتو نگار	گاما کمر	Forte	ADAC/PHIL-IPS	۶۶۴/۵۱۶۴۴	۹۴/۵/۱۳
			Vertex			
			Genesys			
			Argus			
۹	پرتو سیستم درمان	MRI و سی تی اسکن	-	Neusoft	۶۶۴/۴۶۴۷۹	۹۴/۱۰/۷

معاون تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت خبر داد

تشکیل کمیته ملی کنترل سرطان



وزارت بهداشت اقدامات خوبی در سطح ملی در حال اجراست به طوری که در ۴ برنامه شامل؛ پیشگیری از سرطان، ثبت سرطان، غربالگری برای برخی از سرطان‌ها و درمان سرطان، راهکارهایی پیش‌بینی شده است و به صورت تحقیقاتی و عملیاتی به اجرا درمی‌آید. خوشبختانه ۵۰ درصد سرطان‌ها در کشور قابل درمان است و ۳۰ درصد قابل پیشگیری است.» دکتر ملک‌زاده در خصوص راه‌اندازی مرکز تحقیقات سرطان در اردبیل گفت: «با توجه به بالا بودن سرطان معده در شمال کشور و اردبیل، ایجاد و راه‌اندازی انستیتو کانسر در این استان ضروری است و وزارت بهداشت حمایت‌های لازم را در این زمینه به عمل خواهد آورد.»

www.behdasht.gov.ir

جهان ۱۸۲ نفر در ۱۰۰ هزار و در ایران ۱۳۲ نفر به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر است: «در مقام مقایسه شرایط ما آنچنان که تبلیغ می‌شود وخیم نیست اما همچنان آمار ابتلا بسیار بالاست و باید چاره‌اندیشی شود.» وی افزود: «با تشکیل کمیته ملی کنترل سرطان در

معاون تحقیقات و فناوری وزیر بهداشت، دکتر رضا ملک‌زاده با بیان این که ۵۰ درصد سرطان‌ها قابل درمان و ۳۰ درصد قابل پیشگیری هستند از تشکیل کمیته ملی کنترل سرطان و اجرای ۴ برنامه پیشگیری، ثبت، غربالگری و درمان سرطان خبر داد. دکتر رضا ملک‌زاده معاون تحقیقات و فناوری وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در پنجمین نشست حامیان مؤسسه خیریه ریحانه اردبیل گفت: «آمارها نشان می‌دهد که در ۲۰ سال آینده، سرطان در جهان با افزایش ۸۰ درصدی جان افراد بی‌شماری را به مخاطره می‌اندازد. سالانه ۸۵ هزار نفر در ایران به سرطان مبتلا می‌شوند که ۵۵ هزار نفر آنها جان خود را از دست می‌دهند.» به گفته معاون تحقیقات و فناوری وزیر بهداشت، هم اکنون میزان ابتلا به سرطان در

نبود ضرورت الصاق برچسب ردیابی رهگیری و کنترل اصالت برای تجهیزات پزشکی

اداره کل تجهیزات پزشکی در یک اطلاعیه نبود ضرورت الصاق برچسب ردیابی، رهگیری و کنترل اصالت برای تجهیزات پزشکی را اعلام کرد. طبق این اطلاعیه که در تاریخ ۲۹ تیر ۹۴ از سوی اداره کل تجهیزات پزشکی صادر شده است دریافت برچسب ردیابی، رهگیری و کنترل اصالت برای هیچ گروه کالایی در حوزه تجهیزات پزشکی ضروری نیست. همچنین عرضه و فروش تمامی اقلام اعم از دستگاه و مصرفی بدون این برچسب از نظر سازمان غذا و دارو بدون منع است.

با توجه به تصمیمات اتخاذ شده در کمیته اصالت و سلامت سازمان غذا و دارو، از تاریخ ابلاغ این بخشنامه، به زودی پس از ثبت این اقلام و اختصاص کد IRC، برچسب‌گذاری اقلام مشمول، مجدداً آغاز می‌شود. طبق این بخشنامه آن دسته از شرکت‌هایی که به صورت داوطلبانه تمایل به دریافت این برچسب دارند می‌توانند برابر ضوابط و راهنمای ابلاغی در وب سایت این اداره کل نسبت به دریافت این برچسب اقدام کنند.

imed.ir

قائم مقام مجمع نیکوکاران سلامت

در نشست هم‌اندیشی نیکوکاران سلامت استان قم:

۳۲۰۰ مرکز و خانه بهداشت

در کشور توسط نیکوکاران احداث شده است

سیدعباس پورهاشمی، قائم مقام مجمع نیکوکاران سلامت کشور از احداث ۳۲۰۰ مرکز و خانه بهداشت در کشور توسط نیکوکاران و همچنین کمک ۳ هزار میلیارد تومانی به بخش سلامت کشور خبر داد. سیدعباس پورهاشمی در نشست هم‌اندیشی نیکوکاران سلامت استان قم که در روز ۱۸ تیر ماه ۱۳۹۴ در مدرسه امام سجاد (ع) برگزار شد، گفت: «در حال حاضر ۲۰۰ مرکز در دانشگاه‌ها و شهرستان‌ها ایجاد شده است که این مراکز کاملاً مردمی و با حمایت دولت هستند.» بر اساس گفته‌های او، میزان مشارکت در توسعه مراکز بهداشتی و درمانی در کشور بیش از ۳ هزار میلیارد تومان است. همچنین ۱۳ میلیون متر مربع زمین در بهترین مناطق شهرها برای ساخت مراکز تخصیص داده شده است: «۶ هزار نفر عضو هیأت امنا در مراکز مجمع نیکوکاران حوزه سلامت و ده‌ها هزار خیر هم در این امر مشارکت دارند.» پورهاشمی افزود: «۲ هزار واحد خانه بهداشت دیگر مورد نیاز سراسر کشور است که حدود ۱۰۰۰ واحد آنها ساخته شده است و دیگر مراکز نیز در دست ساخت است.»

www.behdasht.gov.ir



امکان رفع نواقص اقلام مصرفی

همچنین برپایه اطلاعیه شماره ۳۴ منتشر شده در این پایگاه اینترنتی، همه شرکت‌های تولیدکننده و واردکننده تجهیزات سرمایه‌ای و لوازم مصرفی عمومی و تخصصی که در فاز ۱ ثبت کالا مجاز به ثبت بوده‌اند و درخواست آنها به دلیل نواقص موجود در درخواست، از طرف کارشناس مربوطه اعلام نواقص شده است، می‌توانند نسبت به رفع نقص اقدام کنند. مرحله بعدی برای ثبت اولیه اقلام دارای سابقه ورود و مجوز تولید بعد از سال ۹۲ که موفق به ثبت کالای خود نشده‌اند، می‌توانند از تاریخ ۹۴/۴/۲۱ و ثبت درخواست اولیه برای درخواست‌هایی که بدون سابقه ورود و مجوز تولید از این اداره کل بوده و یا سابقه آنها مربوط به قبل از سال ۹۲ است از تاریخ ۹۴/۵/۳ اقدام کنند.

فراخوان‌های اداره کل تجهیزات پزشکی



برنامه‌ریزی را در پایگاه اینترنتی این اداره کل ارایه شماره تأییدیه‌های FDA510.Registration و ce.ISO13485 همچنین درج شماره Notified body و مدارک پیشینه فروش و سهم بازار الزامی است.

اداره کل تجهیزات پزشکی در دور جدید فراخوان‌هایی را در رابطه با ثبت تجهیزات و ملزومات پزشکی در دو حوزه ثبت دستگاه‌های سمعک و امکان رفع نواقص اقلام مصرفی منتشر کرد.

ثبت دستگاه‌های سمعک

برپایه اطلاعیه شماره ۳۳ اداره کل تجهیزات پزشکی که در تاریخ ۱۰ تیر ۹۴ منتشر شده، برای ثبت تجهیزات پزشکی در حوزه ثبت دستگاه‌های سمعک و امکان رفع نواقص اقلام مصرفی فراخوان داده شد. بنابراین فراخوان همه شرکت‌های تولیدکننده و واردکننده دستگاه‌های سمعک، می‌توانند دستگاه‌های سمعک با گروه ENT و کد کالای ۱۱۹۶۷ و ۱۷۶۶۶ با نام سمعک و سمعک قابل

رود کالا	کد کالا	نام فارسی کالا در UMDNS	نام لاتین کالا در UMDNS	نام و مسیر در درخت کالا
ENT	۱۱۹۶۷	سمعک	Hearing aids	ENT / سمعک / دستگاه سمعک
	۱۷۶۶۶	سمعک، قابل برنامه‌ریزی	Hearing aids,programmable	ENT / سمعک / دستگاه سمعک

رییس سازمان انرژی هسته‌ای صالحی در همایش سمن‌های سلامت:

خبر خوش از تأسیس بیمارستان هسته‌ای به زودی می‌رسد

رییس سازمان انرژی هسته‌ای از برنامه تأسیس بیمارستان جامع هسته‌ای به همت وزارت بهداشت خبر داد.

علی اکبر صالحی، رییس سازمان انرژی اتمی با بیان این مطلب در همایش سازمان‌های مردم‌نهاد حوزه سلامت با اشاره به این که با توصیه رییس جمهور و همت وزارت بهداشت بزرگترین بیمارستان جامع هسته‌ای غرب آسیا بنیان گذاشته خواهد شد، گفت: «این بیمارستان گویای آن است که فناوری هسته‌ای تنها در راکتور اراک و سانتریفیوژ خلاصه نشده است و امیدواریم که هرچه زودتر خبر خوشی را در این زمینه بشنوید.»

وی افزود: «این بیمارستان نزدیک به هزار میلیارد تومان هزینه خواهد داشت و بسیاری از بیماری‌های سخت‌درمان در آن درمان خواهد شد.»

www.mehrnews.com

از سوی شرکت اوزان انجام شد:

واردات دستگاه آنژیوگرافی برای تجهیز بیمارستان شهید لواسانی

تامین اجتماعی است که با داشتن پیشرفته‌ترین دستگاه‌های آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی مطابق با استانداردهای اعتباربخشی ملی و بین‌المللی در ارایه خدمات درمانی به بیماران و بیمه‌شدگان تامین اجتماعی فعالیت دارد.

چندی پیش شرکت اوزان، دستگاه آنژیوگرافی بیمارستان پیامبر اعظم کرمان ساخت شرکت زیمنس را که در کوتاه‌ترین زمان ممکن [در ۲ ماه] وارد کرد و تحویل این بیمارستان داد که به زودی مرکز مربوطه در آن استان نیز راه‌اندازی خواهد شد.

شرکت اوزان در سال ۹۳ نیز، چندین دستگاه سی‌تی‌اسکن از شرکت زیمنس خریداری و وارد کرد و به مدیریت درمان‌های کردستان، زنجان، همدان، اصفهان و دانشگاه علوم پزشکی مازندران همچنین یک دستگاه سی‌تی‌اسکن از شرکت زیمنس برای بهداری ناجا با میانگین تحویل ۶۳ روز و در کوتاه‌ترین زمان تامین و تحویل این بهداری شد.



شرکت اوزان برپایه قراردادی که برای راستای تامین، تجهیز و به روزرسانی بخش آنژیوگرافی بیمارستان شهید دکتر لواسانی، بسته است، جدیدترین و پیشرفته‌ترین دستگاه آنژیوگرافی با مدل ALLURA CLARITY FD10 c را از شرکت فلیپس وارد کرده است که در آینده‌ای نزدیک تحویل بیمارستان شهیدلواسانی خواهد شد. بیمارستان شهیددکتر لواسانی نخستین بیمارستان و بزرگترین مرکز در زمینه جراحی قلب و عروق سازمان

معاون درمان خبر داد:

آمادگی وزارت بهداشت برای واگذاری امور درمان بیماران دیالیز و سرطانی به بخش غیر دولتی



معاون درمان وزارت بهداشت از آمادگی وزارت بهداشت برای واگذاری امور درمان بیماران دیالیز و سرطانی به بخش غیردولتی و سمن ها خبر داد و گفت: «سند آمایش سرطان در کشور یکی از مهمترین اقدامات وزارت بهداشت است.»

دکتر محمد آقاجانی در همایش ملی سازمان‌های مردم نهاد سلامت که یکم مرداد در برج میلاد برگزار شد با بیان این که ۲۲ هزار بیمار نیازمند دیالیز در کشور وجود دارد، تأکید کرد که برای درمان این بیماران ۴۵۰۰ دستگاه دیالیز وجود دارد که از این میان ۱۴۰۰ دستگاه فرسوده است و در سال باید به افزودن ۱۴۰۰ دستگاه دیالیز افزوده شود. او افزود: «وزارت بهداشت می‌تواند سالانه ۲۰۰ دستگاه دیالیز به کشور اضافه کند. با وجود کمبود ۲۸۰۰ دستگاه در سال برای تأمین کمبودها در صورت ثابت بودن تعداد بیماران بیش از یک دهه طول می‌کشد تا وزارت بهداشت این دستگاه‌ها را تأمین کند.»

او بر نامه وزارت بهداشت در راستای جبران مشکلات مربوط به دستگاه‌های دیالیز را افزایش مشارکت بخش‌های غیردولتی و سازمان‌های مردم نهاد دانست و گفت: «با این راهکار تا سال ۹۴ و ۹۵ می‌توانیم این کمبودها را جبران کنیم.»

معاون درمان وزیر بهداشت با بیان این که در ایران سالانه ۹۰ هزار بیمار جدید به شمار بیماران سرطانی کشور افزوده می‌شود، تأکید کرد: «طبق

بیماران سرطانی به دقت مشخص شده است.» دکتر آقاجانی زاده با بیان این مطلب ادامه داد: «وزارت بهداشت این آمادگی را دارد تا امور مربوط به احداث و اداره مراکز مربوط به سرطان را به سازمان‌های مردم‌نهاد و بخش غیردولتی واگذار کند.»

وی با بیان این که تمام جزئیات از شرایط نیروی انسانی و استانداردهای لازم در سند آمایش سرطان دیده شده است افزود: «در قالب این طرح ۱۰۰ مرکز در سطح یک، ۳۲ مرکز در سطح دو و ۱۰ مرکز در سطح سه احداث خواهد شد. وزارت بهداشت آمادگی کامل دارد تا امور مربوط به درمان بیماری‌های نارسایی کلیه مانند دیالیز و سرطان را به بخش غیردولتی واگذار کند تا از این ظرفیت نهفته نهایت استفاده صورت گیرد.»

www.behdasht.gov.ir

پیش‌بینی‌های ما، تا سال ۱۴۰۹ ۱۴۵۵ سالانه ۱۵۵ هزار بیمار سرطانی به بیماران کشور اضافه می‌شوند. سرطان سومین دلیل مرگ ایرانیان است و سالانه حدود ۴۵۰ هزار سال از عمر ایرانیان به دلیل ابتلا به این بیماری از میان می‌رود. هزینه‌های مربوط به بیماران سرطانی در سال ۹۰ هزار میلیارد تومان است که سه هزار میلیارد تومان آن صرف امور درمانی می‌شود. اما باید توجه داشت که ۵۰ درصد سرطان‌ها قابل پیشگیری هستند.»

«تهیه سند آمایش سرطان در کشور یکی از مهمترین اقدامات وزارت بهداشت است، در قالب این طرح در ده قطب و سه سطح تعداد بیماران در هر شهر تخمین زده شده‌اند ضمن این که تعداد افراد نیازمند بستری مشخص شده و نیاز هر شهر در کشور براساس تعداد

تجمیع بیمه‌ها خواست مادر اجرای موفق طرح تحول نظام سلامت است

سلامت در دو وزارتخانه متفاوت صورت می‌گیرد یکی از نقاط آسیب‌پذیر در اجرای طرح تحول سلامت را بیمه‌ها خواند. او همچنین مهمترین هدف اجرای طرح تحول نظام سلامت را کاهش هزینه‌های درمان از جیب مردم و افزایش دسترسی بیماران به خدمات عنوان کرد. دکتر هاشمی افزود: «اگر اجرای این طرح منجر به استقرار کامل شبکه برای همه جمعیت ۷۷ میلیونی کشور شود و بتوانیم برنامه‌های پیشگیری را بر مبنای شبکه پیش ببریم، به بخشی از اهدافمان در اجرای طرح تحول سلامت رسیده‌ایم.»

www.behdasht.gov.ir

در اجرای این طرح بیمه‌ها هستند. ما نیز بر تجمیع بیمه‌ها تأکید داریم.»

دکتر سید حسن هاشمی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در نشست جمع‌بندی هیات ارزیاب سازمان جهانی بهداشت از طرح تحول سلامت با تأکید بر اینکه تجمیع بیمه‌ها از خواسته‌های وزارت بهداشت است، افزود: «ما معتقدیم تجمیع بیمه‌ها نه صرفاً برای کاهش هزینه‌ها بلکه برای داشتن خریداران واحد خدمت و نیز پرهیز از اتخاذ سیاست‌های موازی ضروری است.» وزیر بهداشت از آنجا که سیاستگذاری برای اجرای طرح تحول نظام



وزیربهداشت، درمان و آموزش پزشکی با بیان این که در کلیات طرح تحول نظام سلامت به ویژه در بخش‌هایی که پایداری و استمرار برنامه را به همراه دارد با هیات ارزیابی سازمان جهانی بهداشت هم عقیده هستند، گفت: «یکی از مشکلات عمده ما

وزیر بهداشت عنوان کرد:

کمیود نیروی انسانی در بخش سلامت مشکلی جدی است

خدمت کنیم به گونه‌ای بخش خصوصی در بیمارستان سازی، تأمین پزشک، پرستار و پرسنل سرمایه‌گذاری کند و دولت نیز از آنها خرید خدمت کند که بهترین راه حل برای مشکل نیروی انسانی است.»

وزیر بهداشت با بیان این که لازم است تا تعداد پرسنل گروه پرستاری حداقل ۴ برابر افزایش پیدا کند تا حداقل خدمات به مردم ارائه شود، گفت: «در کشور ۷ ترکمستان به ازاء هر ۱۰۰۰ نفر ۷ تخت بیمارستانی وجود دارد در حالی که در کشور ما به ازاء هر ۱۰۰۰ نفر ۱,۲ تخت وجود دارد همچنین در ترکیه به ازاء هر یک تخت، ۲,۶ پرستار، بهیار و کمک بهیار و نیروی خدماتی وجود دارد اما در برخی مناطق حتی در تهران این شاخص ۰,۴ است.»

www.behdasht.gov.ir

تعرفه‌ها، بخش خصوصی در صورت سودآوری در این حوزه حاضر به سرمایه‌گذاری است و زمانی که مشاهده می‌کند تعرفه‌ها دقیق و واقعی نیست از سرمایه‌گذاری خودداری می‌کند. علاوه بر عدم آمادگی بخش خصوصی، مجلس و دولت نیز نیروی انسانی را تأمین نمی‌کنند پس تکلیف مردم چه می‌شود؟»

وزیر بهداشت از ۵۰۰ ساعت تلاش کارکنان اورژانس ۱۱۵ در طول یک ماه خبر داد و گفت که انتظارش از از دولت و مجلس تأمین نیروی انسانی در بخش سلامت به صورتی متفاوت با دیگر بخش‌ها است. وی تأکید کرد: «راه حل تأمین نیروی انسانی با وجود متورم بودن دولت از نظر کارمندان این است که دولت می‌تواند تعرفه‌ها را واقعی کند تا بخش خصوصی اطمینان حاصل کند، سودآوری دارد و ما نیز بتوانیم از آنها خرید

وزیر بهداشت یکی از مشکلات جدی وزارت بهداشت را کمیود نیروی انسانی دانست و گفت: «تلاش‌های برای تأمین نیروی انسانی مورد نیاز به جز در بیمارستان‌های جدید موثر واقع نشده است و در بخش اورژانس نیز با کمیود جدی نیروی انسانی روبه‌رو هستیم.»

دکتر سید حسن هاشمی، وزیر بهداشت، گفت: «در سال‌های گذشته دولت از نظر تعداد کارکنان متورم شده و مجلس و دولت معتقدند نباید از نظر نیروی انسانی بزرگ شد اما ما معتقدیم که موضوع نیروی انسانی در حوزه سلامت با دیگر بخش‌های دولتی متفاوت است.»

وی با بیان این که اگر بخش خصوصی آمادگی لازم را نداشته باشد وزارت بهداشت نمی‌تواند خرید خدمت کند، افزود: «در حوزه سلامت به دلیل دقیق نبودن

عضو هیأت ریسه مجلس:

پروانه طبابت پزشکی که داروی قاچاق نسخه می‌کنند باطل شود

وزارت بهداشت هم تأییدیه ندارد را نسخه می‌کنند اظهار تعجب کرد و گفت: «ما خبر داریم که این پزشکان از طرف آن شرکت‌های دارویی دعوت شده و به سفرهای خارجی می‌روند و هدایای آنچنانی هم می‌گیرند تا این داروها را نسخه کنند. این در حالی است که به نظر من مجوز پزشکی که دارویی تجویز می‌کند که جزء فارماکوپه دارویی ایران نیست باید باطل شود. زیرا دارویی که از طرف مراکز مربوطه در ایران تأیید نشده سلامت بیماران را به مخاطره می‌اندازد.»

www.mehrnews.com

مورد خرید و فروش قرار می‌گیرند به طور عمده داروهای تاریخ مصرف گذشته‌اند، برچسب‌های آنها دستکاری شده یا اینکه استاندارد مصرف در کشور خودشان را ندارند. برای نمونه در آمریکا یا اروپا مصرف برخی داروها ممنوع است اما کارخانجات از طریق مبادی غیررسمی داروهایشان را به کشورهای دیگر صادر می‌کنند، خطر این امر به ویژه برای داروهای گران قیمت بسیار زیاد است.»

این نماینده مجلس از پزشکی که داروی قاچاقی که به هیچ عنوان جزء فارماکوپه دارویی ایران نیست و از

یک عضو هیأت ریسه مجلس شورای اسلامی از وزارت بهداشت خواست باید مجوز پزشکی که داروهای قاچاق که در فارماکوپه دارویی کشور



قرار ندارند نسخه می‌کنند را باطل کرد.»

عبدالرضا مصری، عضو هیأت ریسه مجلس با اشاره به این که اگر هم اکنون دارو به صورت قاچاق از مبادی غیررسمی خارج می‌شود ضربه‌ای به تولید داخل نمی‌زند مگر اقلامی که برای آنها یارانه می‌پردازیم، گفت: «باید برنامه‌ریزی کنیم داروهایی که از دولت یارانه می‌گیرند برای جلوگیری از رانت خواری به صورت قاچاق صادر نشوند. چنانچه داروهای عادی که دولت برای آنها هیچ یارانه‌ای پرداخت نمی‌کند به صورت غیررسمی صادر شوند باز هم به تولید کشور آسیب نمی‌زند.»

مصری توضیح داد که وضعیت کشور در مورد قاچاق دارو نگران‌کننده نیست، اما عکس این موضوع نگران‌کننده است: «داروهای که به صورت قاچاق وارد کشور می‌شوند و جزء فارماکوپه دارویی ما نیست و از مراکز غیررسمی مانند ناصر خسرو و بازارهای سیاه



مهمانی افطار فعالان صنعت درمان کشور

مهمانی افطار مدیران صنعت درمان کشور از سوی اتحادیه بازرگانان تجهیزات پزشکی و انجمن صنفی تولیدکنندگان تجهیزات پزشکی، شامگاه ۲۱ تیرماه در سالن فیروزه هتل ارم با حضور مدیر کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت برگزار شد. در این مهمانی، برخی از مدیران شرکت‌های تجهیزات پزشکی به بازگویی مشکلات خود در مسایل مرتبط با طرح تحول نظام سلامت، اداره گمرک و ترخیص و اداره دارایی و مالیات‌ها مطرح کردند.

سید حسین صفوی مدیر کل تجهیزات پزشکی نیز در سخنانی بر پیگیری مسایل و مشکلات شرکت‌ها تاکید کرد.



پرونده

بیمارستان‌ها را چه کسانی بگردانند؟ پزشکان یا مدیران!

تا پیش از آن که دانش مدیریت گسترش یابد، معمولاً بیمارستان‌ها به دست پزشکان اداره می‌شدند اما با پیشرفت این دانش و پیدایش گرایش‌هایی مانند مدیریت بیمارستانی، رفته‌رفته گرداندن بیمارستان‌ها به مدیران متخصص سپرده شد. امروزه سازمان بهداشت و درمان بسیاری از کشورها به دست مدیران سپرده می‌شود اما در ایران بر پایه رسمی نانوشته سازمان بهداشت و درمان کشور از جایگاه وزیر گرفته تا کوچکترین مرکز بهداشت و درمان به پزشکان سپرده می‌شود اگرچه مدیران وزارت بهداشت می‌گویند تنها ۳۰ درصد مدیران وزارت بهداشت پزشکانند. چالش گرداندن بیمارستان‌ها به دست پزشکان و مدیران، تنها مختص ایران نیست و در بسیاری از کشورها هم چنان بر سر این موضوع چانه‌زنی می‌شود. در پرونده این شماره به بررسی پاسخ این پرسش‌ها پرداخته‌ایم: «بیمارستان‌ها را چه کسانی بگردانند؟ پزشکان یا مدیران!»



سازمان اداری و علمی بیمارستان‌های ایران در دوره اسلامی که از جندی شاپور نشأت گرفت و به جهان اسلام انتقال یافت، از برجسته‌ترین نمونه‌های مؤسسات عمومی در شرق اسلامی و به ویژه ایران به شمار می‌رود. با آنکه بیشتر اوقات افراد غیر حرفه‌ای نظارت عالی بر بیمارستان‌ها را بر عهده داشتند، «ساعور» یا «متولی» بیمارستان و در واقع مدیر داخلی آن همواره پزشک بود و بر دیگر پزشکان ریاست داشت. بیمارستان‌های بزرگ به دو بخش اصلی تقسیم می‌شدند: بخش بیماران سرپایی و بخش بیماران بستری. بیماران سرپایی پس از معاینه پزشک برای گرفتن دارو به داروخانه بیمارستان می‌رفتند، اما هر بیماری که به تشخیص پزشک باید بستری می‌شد، به بخش ویژه بیماری خود انتقال می‌یافت. این بخش‌ها، از جمله بخش بیماری‌های داخلی، شکسته‌بندی، جراحی و چشم‌پزشکی، هر یک به تناسب اهمیت بیماری و شمار بیماران، چند پزشک و خدمتگزار داشت و عده‌ای کارگزار نیز با عناوین گوناگون مانند «وکیل»، «ناظر»، «خزانه‌دار» و «دریان» در بیمارستان‌ها خدمت می‌کردند. غیر از این‌ها اشخاصی نیز بر اموال موقوفه و مصرف آن نظارت می‌کردند.

بیمارستان‌ها بیشتر اوقات از طریق موقوفات فراوانی که بیشتر از سوی مؤسسان آنها وقف می‌شد یا اموالی که امیران و وزیران و ثروتمندان می‌بخشیدند یا در وصیت‌نامه خویش سهمی برای آنها مقرر می‌کردند، اداره می‌شد. حقوق پزشکان و کارمندان و هزینه درمان و دارو و بستری شدن بیماران و تغذیه آنان نیز به همین شیوه تأمین می‌شد. بیمارستان که معمولاً در پاکیزه‌ترین و پرآب‌ترین نقاط شهر بنا می‌شد، غیر از بخش‌های متعدد درمانی، بخشی نیز برای اقامت پزشکان و دانشجویان داشت. اقامت پزشکان در کنار بیمارستان یکی از پدیده‌های مهم در تاریخ بیمارستان‌هاست. بیمارستان، گذشته از وظیفه درمانی، عمده‌ترین مرکز آموزش پزشکی نیز به شمار می‌رفت و پزشکی نظری با پزشکی تجربی و عملی رابطه نزدیک داشت. جز بیمارستان‌های معروف و بزرگ، همه مدارس دارای اوقاف تاروگزار گذشته بیمارستانی هم داشته‌اند و پزشکانی به طور موظف در آن به درمان بیماران و آموزش دانشجویان مشغول بوده‌اند. از پدیده‌های جالب دیگر، درمانگاه‌های سیاری «محمول» بود که به ویژه در ایام جنگ یا شیوع بیماری، خدمات بسیاری ارائه می‌داد. این گونه بیمارستان‌ها و متعلقات آنها اعم از پزشک، پرستار، داروخانه، آلات و ادوات پزشکی و جراحی و حتی لباس برای بیماران، بر روی



بیمارستان‌های ایرانی از جندی شاپور تا کنون

بیمارستان جندی شاپور، کهن‌ترین بیمارستان ایرانی است که اطلاعاتی از آن در دست است. درباره تاریخ تأسیس و بنیانگذار و مدرسه پزشکی معروف آن، اظهار نظر قطعی دشوار است، ولی روایت فردوسی درباره دار آویختن مانی در برابر بیمارستان جندی شاپور، نشان می‌دهد که دست کم در روزگار شاعر و بر اساس روایت رایج، مسلم بوده که این بیمارستان در زمان شاپور دوم (۳۰۹ یا ۳۱۰-۳۷۹ میلادی) وجود داشته است. این بیمارستان و مدرسه آن در روزگار خسرو انوشیروان (۵۳۱-۵۷۹ میلادی)، به یاری سرانیان نسطوری به سرعت وسعت و شهرت یافت و به اوج شکوه خود رسید. پس از ورود اسلام به خوزستان، مدرسه و بیمارستان آن آسیبی ندید. چنین می‌نماید که مسلمانان نیز با این شهر و بیمارستان آن بیگانه نبوده‌اند، زیرا در زمانی نمی‌گذشت که حارث بن کلد، دانش‌آموخته جندی شاپور، به دعوت پیامبر اکرم صلی الله علیه و آله وسلم، یکی از یاران ایشان را در عربستان مداوا کرد. این بیمارستان که پس از سقوط دولت ساسانی از پشتیبانی مالی و معنوی حکومت مرکزی محروم مانده بود، فقط به همت پزشکان و استادان و ایرانیان آن ناحیه توانست حدود سه قرن پس از آن هم بپاید و به مهم‌ترین حلقه اتصال فرهنگ نوپای اسلامی با تمدن ایرانی، هندی و یونانی بدل شود و نخستین پایگاه پزشکی در تمدن اسلامی باشد. اگر چه از ارتباط پزشکان بیمارستان و مدرسه جندی شاپور با دربار خلافت اموی نیز سخن رفته است، ولی ارتباط رسمی این بیمارستان با مرکز خلافت اسلامی به روزگار منصور عباسی که جورجیس بن بختیشوع، پزشک و رئیس بیمارستان جندی شاپور، را برای درمان خویش به بغداد خواند، آغاز شد. از آن پس پزشکان جندی شاپور، خاصه پزشکان بلند پایه خاندان بختیشوع، به تدریج به بغداد رفتند و با پشتیبانی خلفا و وزیران و اقبال مردم روبه رو شدند. اهمیت بیمارستان جندی شاپور را همچنین از آن جا می‌توان دریافت که جندی شاپور را «شهر بقرات» می‌خواندند. از تاریخ برچیده شدن بیمارستان جندی شاپور اطلاعی در دست نیست، ولی چنین می‌نماید که فعالیت آن دست کم تا درگذشت شاپور بن سهل (۲۵۵)، و اسیبن رئیس این بیمارستان که نامش را یاد کرده‌اند، ادامه داشته است.

صادق سجادی

شهر بیمارستانی ساختند و اوقافی بر آن مقرر داشتند. بیمارستان مظفری شیراز نیز در همین روزگار ساخته شد و علامه قطب الدین شیرازی، طبیب و فیلسوف مشهور، ده سال در آنجا به مداوای بیماران مشغول بود. در همین روزگار، بیمارستان بزرگ صاحبی در یزد به نام خواجه شمس الدین محمد صاحب دیوان بنا شد و شمس الدین محمد، برای تأمین مخارج پزشکان و بیماران، محلی را تعیین و بخشی از یک روستا را وقف آنجا کرد. همچنین از بیمارستانی در کرمان یاد شده که قتلغ ترکان خاتون، ملکه معروف قراختایی کرمان و همسر قطب الدین محمد، ساخته بود. ولی بزرگ‌ترین بیمارستان ایران در سده‌های هفتم و هشتم را رشیدالدین فضل‌الله همدانی، وزیر غازان خان، بنا کرد. بیمارستانی که وی در تبریز، در ربع رشیدی، ساخت شامل بخش‌های متعدد درمانی، داروخانه، مسکن پزشکان و کارمندان بود و در وقفنامه‌ای که برای آن نوشت، مقرر کرد که پزشک بیمارستان در همانجا به آموزش پزشکی هم مشغول شود. این بیمارستان از جمله بیمارستان‌هایی بود که رشیدالدین فضل‌الله از فرزند خویش جلال الدین در آسیای صغیر خواست که پانصد من از داروهای مختلف برای آنها بفرستد. رشیدالدین در این بیمارستان، گروهی پزشک‌ماهر

طبابت می‌کرد که شاید از آثار روزگار آل بویه بوده باشد. در همین روزگار، در ترمذ بیمارستانی با اوقاف مخصوص، به همت ابوالحسن محمد بن حسن بنا شد. در فیروزآباد فارس هم بیمارستان معتبری وجود داشته که ابن بلخی از آن یاد کرده است. در سده پنجم نیز بیمارستان‌های بسیاری در شهرهای ایران دایر بوده که از برخی از آنها آگاهی‌هایی در دست است. ابوسعید نیشابوری معروف به خرگوشی، از فقیهان و زاهدان این دوره، بیمارستانی در نیشابور ساخت که شاید همان بیمارستانی باشد که خطیب سمرقندی در ۴۰۹ به هنگام ورود به نیشابور در باغ آن سکنی گزید.

خواجه نظام الملک نیز بیمارستانی بزرگ در نیشابور ساخت که گفته‌اند روزی هزار دینار در آنجا - از محل صدقات - هزینه می‌شد. همچنین در خوارزم بیمارستانی بوده که ابن بطوطه در ۷۳۳ آن را دیده و از پزشک آن موسوم به صهیونی یاد کرده است. در مرو نیز بیمارستانی بوده که عیسی بن ماسه در آنجا طبابت می‌کرده است.

در سده هفتم در شیراز، پایتخت اتابکان فارس، چند بیمارستان بزرگ و معتبر به دستور دو تن از وزیران این خاندان بنا شد. امیر مقرب الدین مسعود و امیر فخرالدین ابوبکر، وزیران ابوبکر بن سعد، هر یک در آن

چهارپایان حمل می‌شد. این بیمارستان‌های سیار حتی به زندان‌ها هم سرکشی می‌کردند و گاهی به فرمان یکی از امیران، این بیمارستان‌ها را برای درمان همه طبقات مردم، اعم از مسلمان یا غیرمسلمان، به نقاط دور دست می‌فرستادند.

تأسیس بیمارستان در ایران پس از اسلام امری شایع بود، با این همه آگاهی ما از نخستین بیمارستان‌های این دوران اندک و تعیین تاریخ تأسیس آنها دشوار است. زیرا این‌گونه مؤسسات احتمالاً در آغاز کوچک و کم اهمیت بوده‌اند و سپس گسترش و اعتبار یافته‌اند. چنان که بیمارستان مشهوری را - که رازی چندگاهی ریاست آن را بر عهده داشت - به استناد آثار و قراین تاریخی و جغرافیایی، می‌توان بازمانده از روزگار پیش از اسلام شمرد، اما نمی‌توان تاریخی تعیین کرد. در زرنج (زرنج) سیستان نیز بیمارستانی بود که عمرو بن لیث صفاری بازاری در کنار آن ساخت و قسمتی از درآمد آن را وقف بیمارستان کرد. به نظر می‌رسد که این دوازدهمین بیمارستان‌های ایران پس از اسلام بوده‌اند. پس از آن می‌توان از بیمارستان عضدی شیراز یاد کرد که به دست عضدالدوله دیلمی پی افکنده شد. در همان روزگار، در اصفهان نیز بیمارستان معتبری وجود داشت که ابن مندویه اصفهانی، از پزشکان معروف سده چهارم، در آن





در روزگار ناصرالدین شاه نیز حاج میرزا حسین خان مشیرالدوله، سپهسالار اعظم، در وقف نامه ساختمان مدرسه ناصری که سپس به سپهسالار معروف شد، قسمتی از ساختمان را به بیمارستان اختصاص داد. از آن پس تا تأسیس نخستین بیمارستان ایرانی به سبک جدید در تهران، اطلاعی از برپایی بیمارستان در ایران، جز بیمارستان‌های میسیونری و خارجی، در دست نیست.

بیمارستان‌های نوین در همان روزگاری که بیمارستان‌های ایرانی رو به ویرانی و نابودی نهاده بود، شکل گرفتند. برخی از دولت‌های اروپایی که در پی گسترش نفوذ خود در سواحل خلیج فارس و اقیانوس هند بودند، به‌طور مستقیم یا به‌وسیله شرکت‌های بازرگانی و خدماتی هیات‌های مذهبی وابسته به خود، در شهرها و سواحل ایران بیمارستان‌هایی پی افکندند. تأسیس این بیمارستان‌ها را، گرچه در آغاز کوچک بودند و از سوی ساکنان محلی با استقبال چندانی روبه‌رو نشدند، باید سرآغاز ورود طب اروپایی به ایران دانست. آشکار است که مدیریت این مراکز درمانی در دست پدیدآورندگان آنها بود و غالباً هزینه‌های آنها را نیز همان‌ها تأمین می‌کردند. نخستین بیمارستان میسیونری در ایران را قبل از اشغال جزیره هرمز به وسیله نیروهای مشترک ایرانی-انگلیسی در ۱۶۲۲/۱۰۳۲ میلادی، پرتغالی‌ها در آن جزیره ساختند. این بیمارستان که میسری کوردیا نام داشت وزیر نظر راهبان فرقه آوگوستین اداره می‌شد، خدمات خیریه و عام‌المنفعه بسیار انجام داد. جان فرایر، پزشک کمپانی هند شرقی، در اواخر روزگار صفویان در ۱۶۷۷/۱۰۸۸ م. در دهکده کوچکی نزدیک بندر

از همه کشورهای اسلامی گردآورد و برای هر یک از آنها دانشجویانی به دستگیری برگزید. مسکن پزشکان در محله صالحیه نزدیک بیمارستان واقع بود. جزییات موقوفات بیمارستان تبریز در وقف‌نامه بع‌رشیدی ثبت شده است. رشیدالدین همچنین بیمارستان اتابکی شیراز را که در حال فروپاشی بود، دوباره دایر ساخت و محمود بن الیاس شیرازی پزشک را به نظارت آنجا گمارد و نیز بیمارستان همدان را دوباره به فعالیت واداشت.

به رغم این کوشش‌های گسترده، به نظر می‌رسد که از آن پس اندک اندک اوضاع بیمارستان‌ها سیر نزولی کرده است. با آن که تیمور فرمان داده بود که باید در همه شهرهای قلمرو او دست کم یک بیمارستان دایر باشد، این مؤسسات رو به ویرانی نهاده بود، چندان که در روزگار صفویان نیز این وضع ادامه داشت و به گفته رافائل دومانس اگر چه در هر شهر بزرگ یک یا دو بیمارستان دایر بود، مردم از آنها رویگردان بودند و حتی آنها را «دارالمرگ» می‌خواندند. کشمکش‌های سیاسی و نظامی داخلی و خارجی در اواخر صفویان که تا روزگار قاجار به طول انجامید، یکسره باعث ویرانی بیمارستان‌های ایران و به یغمارفتن موقوفات وسیع و گرانه‌های آنها شد. فقط از روزگار فتحعلی شاه قاجار به بعد بیمارستان‌های انگشت شماری در گوشه و کنار به همان سبک قدیم پدید آمد که البته هیچگاه از نظر سازمان اداری و درمانی با بیمارستان‌های بزرگ و معتبر سده‌های پیشین قابل مقایسه نبود.

غیر از بیمارستانی که فتحعلی شاه در تهران بنا کرد و بعدها به هنگام احداث خیابان بوذرجمهری ویران شد،

نخستین بیمارستان میسیونری در ایران را قبل از اشغال جزیره هرمز به وسیله نیروهای مشترک ایرانی-انگلیسی در ۱۶۲۲/۱۰۳۲ میلادی، پرتغالی‌ها در آن جزیره ساختند. این بیمارستان که میسری کوردیا نام داشت وزیر نظر راهبان فرقه آوگوستین اداره می‌شد، خدمات خیریه و عام‌المنفعه بسیار انجام داد. جان فرایر، پزشک کمپانی هند شرقی، در اواخر روزگار صفویان در ۱۶۷۷/۱۰۸۸ م. در دهکده کوچکی نزدیک بندر گُمبَرُون (بندرعباس) دو بیمارستان زیبا و پاکیزه دیده است

در تهران تشکیل شد و نظامنامه‌ای مبنی بر تأسیس قرنطینه‌هایی در بنادر ایران، آبله‌کوبی، ایجاد بیمارستان ویژه زنان و کودکان برای آن نوشته شد و مدیریت پاره‌ای از بیمارستان‌های خارجی به دولت ایران منتقل گشت. میسیون روسیه در زمینه تأسیس بیمارستان در ایران فعالیت چندانی نداشت؛ به کوشش نیکیتین، کنسول روسیه تزاری، هیاتی برای مبارزه با وباوی ۱۹۱۵ میلادی به شهر فرستاد و رییس آن، دکتر کاش، بیمارستانی در آنجا تأسیس کرد. این بیمارستان تنها مؤسسه‌ای بود که از سوی میسیون ارتدوکس پشتیبانی می‌شد.

نخستین بیمارستان «تهران» به مساعدت آلمانی هادر آغاز برای قشون تأسیس شد و تحت سرپرستی دکتر پولاک و دکتر شلیمر بود. این بیمارستان که بعدها به «دولتی» و «شاهنشاهی» موسوم شد، پس از مدتی به چنان وضعی درآمد که آن را «گورستان زنده‌ها» نامیدند. مریضخانه دولتی دوازده سال پس از تأسیس در اختیار مردم قرار گرفت و برای ارتش بیمارستان دیگری ساخته شد که چندی بعد مظفرالدین شاه از ایلبرگ، پزشک سفارت آلمان، خواست که آن را تجدید سازمان کند. بیمارستان دولتی زیر نظر این پزشک توسعه یافت و وی همچنان در آنجا مشغول به کار بود تا در محرم ۱۳۳۴ ق/ نوامبر ۱۹۱۵ م، که هیات‌های نمایندگی دول متحد تهران را ترک کردند، ایلبرگ هم از ایران رفت و ریاست بیمارستان به دکتر لقمان الممالک، پزشک شاه، واگذار شد. اما اوضاع این بیمارستان به سبب شعله ور شدن جنگ اول جهانی و واگذار شدن بخشی از آن به روس‌ها، دستخوش پریشانی شد، تا آن‌که در ۱۳۳۷ دولت ایران موافقت کرد که انگلستان دو پزشک به بیمارستان اعزام کند و آن راز کمک‌های مالی خود بپهرمند سازد. بر اساس این توافق، دکتر نلیگان پزشک سفارت انگلستان و دکتر اسکات رییس بخش پزشکی اداره تلگراف هند و اروپایی و سه پزشک ایرانی به نام‌های لسان شمس معروف به لسان الحکما، میرزا محمدخان علائی و موسی خان، به‌عنوان نخستین پزشکان آنجا، مشغول به کار شدند. این بیمارستان به زودی به بیمارستان «انگلیسی» معروف شد. در ۱۳۰۱ ش/ ۱۹۲۲ که اوضاع سیاسی بر ضد انگلستان و نفوذ آن در ایران جریان داشت، دولت انگلستان از کمک مالی به بیمارستان سرباز زد و از شرکت نفت ایران و انگلیس خواست که نگهداری آن را برعهده گیرد و بیمارستان زیر نظر پزشکان انگلیسی و ایرانی به کار ادامه داد. این بیمارستان در ۱۳۱۹ ش «سینا» نام گرفت و به تدریج از دست پزشکان انگلیسی خارج شد و ایرانیان خود

بیمارستانی به نام وست مینستر در آن شهر پی افکند و در همانجا به آموزش پزشکی پرداخت. نخستین بیمارستان آمریکایی تهران، که مرکز آموزشی نیز بود، در ۱۲۷۲ ش/ ۱۳۱۱ افتتاح شد و تا ۱۳۲۰ ش به کار ادامه داد. در این سال به علت بروز جنگ و کمبود پزشک از فعالیت بازماند. ولی مدتی بعد کار خود را از سر گرفت که تا اواخر ۱۳۵۷ ش، سال پیروزی انقلاب اسلامی، در اداره آمریکایی بود.

میسیون انگلیسی وابسته به «انجمن مبلغان مسیحی لندن» نیز فعالیت‌های پزشکی خود را به سبب توجه دولت انگلستان به جنوب ایران، در این منطقه از کشور گسترده بیمارستان‌هایی ویژه مردان و زنان در اصفهان و کرمان و یزد و شیراز بنا کرد که نخستین بیمارستان‌های آن شهرها بود. نخستین بیمارستان میسیونری، در جلفا، محل ارامنه این شهر، تأسیس شد و در ۱۳۱۲ ش/ ۱۸۹۴ م، با ورود دکتر کار به این بیمارستان، دوره جدیدی در فعالیت آن آغاز شد. همچنین خانم ماری بردو در مانگانه در دو منطقه اصفهان تأسیس کرد که به زودی به فعالیت آنها پایان دادند. پس از تأسیس مرکز مبلغان مسیحی در جلفای اصفهان، اعضای میسیون در محوطه وسیع انجمن در ۱۳۱۴ بیمارستان و داروخانه‌ای و سپس بیمارستانی برای زنان تأسیس کردند. از آن پس این میسیون در ۱۳۱۶ در یزد و در ۱۳۱۹ در کرمان، بیمارستان‌هایی ساختند، آنگاه در ۱۳۰۳ ش در شیراز به سرمایه محمدحسین نمازی، زایشگاهی بنیان کردند که سپس با همکاری اداره تلگراف هند و اروپایی به بیمارستان بزرگی تبدیل شد. در ۱۳۰۴ ش، دکتر کار (رجوع کنید به سطور پیشین) بیمارستان مرسلین را در شیراز بنیان نهاد. با این همه، به نظر می‌رسد که در آغاز مردم بومی از این بیمارستان‌ها استقبال نکرده باشند؛ حتی مردم اصفهان اجازه ندادند که این میسیون در محلات مسلمان‌نشین شهر بیمارستان تأسیس کند، ولی سرانجام در ۱۳۲۰ دکتر کار در شهر در مانگانه‌ای ساخت و تاجر ثروتمندی نیز، برای ساختن بیمارستان زنان و مردان، قطعه زمین بزرگی اعطا کرد. در این بیمارستان‌ها دانشجویان به آموختن فنون پزشکی می‌پرداختند و سپس دولت ایران به استادان آنها اجازه داد که پروانه پزشکی صادر کنند. دولت ایران حتی در ۱۳۳۳ سهمی از بودجه دولتی در اختیار بیمارستان اصفهان گذاشت. میسیون آمریکایی همچنین در ۱۳۲۱ به وسیله دکتر فانک در همدان بیمارستانی بنا نهاد که در ۱۳۳۵ توسعه یافت. در ۱۳۲۳ نخستین «مجلس حفظ الصحة» دولتی

گمبرون (بندرعباس) دو بیمارستان زیبا و پاکیزه دیده است. یکی از این دو بیمارستان را هلندی‌ها و دیگری را یک بانکدار هندی در خدمت کمپانی هند شرقی، بنا کرده بودند. این کمپانی در بسیاری از بنادر مهم خلیج فارس قرنطینه‌ها و بیمارستان‌هایی تأسیس کرد، چنانکه در حدود ۱۷۲۷/۱۱۴۰ م، بیمارستان کوچکی در گمبرون گشود که ریاست آن را دکتر فوربز به عهده داشت. ظاهر آیمارستان بصره یکی از مهمترین مراکز درمانی کمپانی بود که پس از قصد کریم خان زند بر حمله به بصره، به بوشهر منتقل شد. پس از آنکه دولت انگلستان رسماً به جای کمپانی، نفوذ خود را در منطقه گسترش داد، نمایندگی‌های سیاسی این کشور اداره بیمارستان‌ها را به عهده گرفتند. در اوایل سده سیزدهم / اواخر سده هجدهم نیز «نماینده مقیم» دولت انگلستان در بوشهر بیمارستانی تأسیس کرد. شرکت تلگراف هند و اروپایی که در دست انگلیسیان بود، در برخی از نواحی ساحلی خلیج فارس در مانگانه و داروخانه تأسیس کرد. قرنطینه‌های مرزی انگلستان در بنادر ایران نیز از جمله مراکز درمانی شایان ذکر در اوایل تأسیس بیمارستان‌های نوین در ایران به‌شمار می‌روند. این قرنطینه‌ها در بنداری که اصولاً دارای بیمارستان و پزشک نبودند، خدمات مهمی انجام می‌دادند و در کنار وظایف خویش به مداوای بیماران محلی، به ویژه بینوایان می‌پرداختند.

روس‌ها نیز که در سواحل شمالی کشور در تکاپوی ایجاد منطقه نفوذ بودند، نخستین بیمارستان را در ۱۸۴۸/۱۲۶۴ م، برای ملوانان خویش تأسیس کردند و امتیاز ایجاد بیمارستان دیگری را در استرآباد به دست آوردند. با این همه، تأسیس این گونه بیمارستان‌ها موجب گسترش بیمارستان‌های نوین در ایران نشد. حتی با آنکه در روزگار فتحعلی شاه قاجار، پزشک هیات ژنرال گوردن فرانسوی نیز در پایتخت در مانگانه‌ای تأسیس کرد، باز تأسیس رسمی بیمارستان‌های جدید در ایران از روزگار ناصرالدین شاه آغاز شد.

در ۱۲۸۸ شمسی، حسین خان مشیرالدوله سپهسالار، ناظم‌الاطبای نفیسی را مأمور کرد تا نخستین بیمارستان ایرانی را به سبک جدید در تهران احداث کند. این بیمارستان در خیابانی خارج از شهر (که سپس به خیابان مریضخانه نامبردار شد) تأسیس شد. هم‌و در مشهد نیز به دستور سپهسالار بیمارستانی به سبک جدید ساخت که به دارالشفای موسوم شد و تا مدت‌ها یگانه بیمارستان مشهد بود. در ۱۳۰۰ شمسی دکتر جوزف کوچران، عضو میسیون آمریکایی در ارومیه،



در ۱۳۲۰ ش، وزارت بهداشتی تأسیس شد و نظارت بر تمامی قرنطینه‌های مرزی را در دست گرفت. فعالیت دولت ایران، خاصه پس از تأسیس وزارت بهداشتی، در جهت تأسیس بیمارستان‌های جدید در ایران روبه فزونی نهاد. در ۱۳۲۱ ش این وزارتخانه بیمارستان‌های فارابی، نجات و سفارا تأسیس کرد

دارآباد) شمیران تأسیس شد. این بیمارستان سپس توسعه یافت و نخستین ساختمان بزرگ آن در ۱۳۲۴ ش افتتاح شد.

در ۱۳۲۰ ش، وزارت بهداشتی تأسیس شد و نظارت بر تمامی قرنطینه‌های مرزی را در دست گرفت. فعالیت دولت ایران، خاصه پس از تأسیس وزارت بهداشتی، در جهت تأسیس بیمارستان‌های جدید در ایران روبه فزونی نهاد. در ۱۳۲۱ ش این وزارتخانه بیمارستان‌های فارابی، نجات و سفارا تأسیس کرد که از بزرگترین بیمارستان‌های ایران بودند. در ۱۳۲۵ ش در امامیه تهران بیمارستان دیگری به نام آسایشگاه بوعلی ساخته شد که ویژه مسلولین بود و در ۱۳۳۷ ش توسعه یافت. بیمارستان شیر و خورشید سرخ ایران نیز در ۱۳۲۹ در جنوب ایران تأسیس شد. در ۱۳۳۰ مؤسسه سرطان شناسی، با همکاری دانشگاه تهران و سازمان شیر و خورشید سرخ، در تهران تأسیس شد که سپس به صورت بیمارستانی مجهز برای بیماران سرطانی درآمد. همچنین از ۱۳۳۶ ش به بعد در بیشتر شهرهای ایران بیمارستان‌هایی عمومی و تخصصی به همت وزارت بهداشتی یا دانشکده‌های پزشکی تأسیس شد، چندان که امروز در شهرهای کوچک و بزرگ ایران به تناسب جمعیت و موقعیت جغرافیایی و اقتصادی، بیمارستان‌های مجهز با درمانگاه‌های وابسته به آنها یا مستقل از آنها، اما همگی تابع قانون تأسیس و اداره مؤسسات درمانی، مشغول به کارند. در نیم قرن گذشته، بخش خصوصی هم در تأسیس بیمارستان به سرمایه گذاری پرداخته و مراکز درمانی متعددی در شهرهای ایران ایجاد کرده است.

منبع: سایت دانشنامه جهان اسلام

www.encyclopaediaislamica.com

ایران نیز به فعالیت پزشکی و خیریه می پرداخت. علاوه بر این‌ها، در ۱۳۱۲ ش بیمارستانی به نام بیمارستان شوروی در تهران آغاز به کار کرد و تا ۱۳۱۷ ش به فعالیت ادامه داد. پس از آن تعطیل شد تا این که در ۱۳۲۲ ش به درخواست دولت ایران دوباره گشوده شد و در ۱۳۲۶ ش / ۱۹۴۷ م در اختیار اتحادیه انجمن‌های صلیب سرخ اتحاد شوروی قرار گرفت و سرانجام در ۱۳۶۲ ش به دانشگاه تهران واگذار و نام بیمارستان میرزا کوچک خان بر آن نهاده شد. بیمارستان شوروی پس از شروع فعالیت دوباره خود در ۱۳۲۲ ش، شعبه‌هایی نیز در تبریز، ارومیه، مشهد و رشت گشود. از دیرباز نیکوکاران نیز در تأسیس بیمارستان‌های جدید پیشقدم شدند. آیت‌الله حاج سیدرضا فیروزآبادی، روحانی صاحب نام و خدوم تهران در ۱۳۱۵ ش بیمارستان بزرگی در شهر ری بنا کرد که به نام خود وی موسوم شد و از بیمارستان‌های معتبر ایران به شمار می‌رفت. در ۱۳۲۸ ش بازارگانان تهران بیمارستانی به نام «بازارگانان» تأسیس کردند. در ۱۳۳۱ نیز از خیرات ابوالقاسم مفرح بیمارستان مفرح در تهران بنا شد و طی وقفنامه‌ای اداره آن به دولت واگذار شد. در برخی شهرها نیز بیمارستان‌های خیریه با حمایت یا زیر نظر علما، از جمله حاج آقا نورالله اصفهانی، در اصفهان و حاج شیخ عبدالکریم حائری، در قم تأسیس شد.

در ۱۳۱۷ ش بنای بیمارستان پهلوی معروف به هزار تختخوابی (بیمارستان امام خمینی کنونی) در تهران آغاز شد و در ۱۳۲۵ ش به بهره‌برداری رسید. این بیمارستان اکنون نیز یکی از بیمارستان‌های بزرگ ایران محسوب می‌شود. در ۱۳۱۸ ش بیمارستانی ویژه مسلولان در یکی از ساختمان‌های قدیمی در شاه آباد

اداره آن را بر عهده گرفتند. بیمارستان سینا هم اکنون یکی از بزرگترین و معتبرترین بیمارستان‌های دولتی است که با نظارت دانشکده پزشکی دانشگاه تهران اداره می‌شود. پس از تأسیس بیمارستان دولتی، در دیگر شهرهای ایران نیز به تدریج بیمارستان‌های جدید به کمک پزشکان بیگانه یا به همت ایرانیان تأسیس شد، چنانکه در ۱۳۳۴ ش علاوه بر بیمارستان وابسته به هیات نمایندگی انگلستان در بوشهر، بیمارستان جدیدی با کمک مالی بازرگانان محلی تأسیس شد و زیر نظر پزشکی انگلیسی شروع به کار کرد و اداره آن را هیاتی مرکب از دو ایرانی و دو انگلیسی بر عهده گرفتند. در همین سال، در مشهد میسیون انگلیسی بیمارستانی به ریاست دکتر کوک پی افکند و نیز بیمارستان شاهرضا به مساعدت آلمانی‌ها در آن شهر تأسیس شد. در تهران هم دکتر سعید مالک، «لقمان الملک»، که رییس مجلس حفظ الصحة و سپس رییس «اداره کل صحتیه» بود. در ۱۲۹۹-۱۳۰۰ پس از تأسیس انستیتو پاستور ایران، بیمارستان وزیری را بنا کرد و بر اساس آمار دولتی در ۱۳۰۱ ش شمار بیمارستان‌های تهران به هشت واحد رسید. وی همچنین بیمارستان‌ها و قرنطینه‌های بنادر جنوب کشور را که تا ۱۳۰۷ ش / ۱۹۲۸ م زیر نظر انگلیسیان اداره می‌شد و در این سال به دولت ایران واگذار شد، اصلاح کرد و توسعه داد و برای امور بهداشتی و قرنطینه‌ای خلیج فارس و ضد عفونی کشتی‌های وارد به آب‌های ایران، کشتی مخصوصی به نام ابن سینا خرید در ۱۳۰۴ ش / ۱۹۲۵ م میسیون «خواهران نیکوکار» در مانگاهی در ارومیه و در ۱۳۱۴ ش در مانگاہ دیگری در اصفهان بنا کرد و در تهران نیز مرکز درمانی پدید آورد. «خواهران نیکوکار» در بیمارستان‌های دولتی شهرهای

مناظره‌ای بی‌پایان بر سر مدیریت امور بهداشت و درمان

بیمارستان‌ها را چه کسانی بگردانند پزشکان یا مدیران بیمارستانی؟

پزشکی به اندازه تاریخ انسان قدمت دارد. انسان همواره به دنبال کشف علت بیماری، مرگ و بهبودی بوده است. در واقع اطلاق کلمه علم به رشته پزشکی پس از قرون وسطی و با انقلاب صنعتی بروز یافت و بعدها با پیشرفت‌های تکنولوژی یک و علمی در قرن نوزدهم به شکل علم پزشکی مدرن درآمد. در سرتاسر سال‌های سده نوزدهم میلادی با پیشرفت دانش پزشکی، نقش راهبه‌هایی که در روند درمان بیمار به پزشک کمک‌رسانی می‌کردند نیز برجسته‌تر شد. کم‌کم نقش راهبه‌ها کم‌رنگ‌تر شد و دانش آموختگان دانشگاه‌ها در رشته‌های پرستاری جای آنها را گرفتند؛ این امر همزمان با درخشش بیمارستان‌های نوین صورت گرفت. بیمارستان نهادی برای ارائه خدمات بالینی شد و با بزرگ شدن سازمان‌های بهداشتی و درمانی در سال‌های آغازین سده بیستم، واحدهای ملی بهداشت و درمان شکل گرفتند؛ برای نمونه در انگلستان در ۱۹۱۰ فردی به نام دکتر پنجاهمین مور نخستین سازمان درمانی را که نام ملی به خود گرفت بنیان گذاشت. هم‌زمان با جنگ جهانی دوم در ۱۹۴۶ اساسنامه سازمان بهداشت جهانی نوشته شد که در سال ۱۹۴۸ به بار نشست و پس از آن بیشتر کشورهای عضو، وزارت‌های بهداشت و درمان راه انداختند.

رقیه رضایی

مدت زمان نسبتاً طولانی از شکل‌گیری و فراگیری شدن این رشته در بیشتر کشورهای جهان، هنوز چالش میان هواداران مدیریت پزشکان و هواداران مدیریت مدیران در سازمان‌های بهداشت و درمان و بیمارستان ادامه دارد و هیچ پاسخ قطعی در این زمینه ارائه نشده است. در این نوشتار که حاصل مطالعه و بازنویسی از چندین منبع است تلاش می‌کنیم که با ارائه تعریفی از پزشکی و شخص پزشک و همچنین مدیریت امور درمانی و

به آموزش و فراگیری مهارت‌های گوناگونی که بیشتر پزشکان به دلیل مشغله زیاد از آموختن آنها ناتوانند، نیاز داشت؛ مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی مدیریت که پزشکان به آن‌ها دسترسی نداشتند. در حال حاضر بیشتر بیمارستان‌های بریتانیا و ایالات متحده آمریکا به دست مدیران اداره می‌شوند. تنها در ایالات متحده آمریکا از ۶۵۰۰ بیمارستان و کلینیک، تنها ۲۳۵ عدد از آن‌ها توسط پزشکان اداره می‌شوند. امروز با گذشت

باراندازی سازمان‌های بزرگ درمانی و نهادهای ملی بهداشت و درمان، نخستین جرقه‌های بحث بر سر مدیریت این سازمان‌ها آغاز شد. دانش مدیریت که در دهه‌های ۵۰ تا ۷۰ و هم‌زمان با شکوفایی اقتصادی در ایالات متحده، بیش از هر زمان دیگری پیش‌تاز بود، رقیب اصلی پزشکان در عرصه مدیریت امور درمانی و بهداشتی شد. بر اساس آموزه‌های دانش مدیریت، اداره امور بیمارستان‌ها چیزی فراتر از دانستن پزشکی بود و





مدیریت امور درمانی، حرفه‌ای است که وظیفه رهبری و اداره سازمان‌ها، بخش‌ها و یگان‌هایی که خدمات درمانی شخصی ارایه می‌کنند را به متخصصان این شغل واگذار می‌کند. این رشته تا به حال توانسته است دگرگونی‌های بزرگی را در سازمان بهداشت و درمان کشورهای پیشرفته پدید آورد و یکی از معدود رشته‌های شغلی است که با سرعت بسیار گسترش می‌یابد

بهداشتی و همچنین بیان نظرات موافق و مخالف جنبه‌های مختلف موضوع را بررسی کنیم. همچنین در پایان برای نشان دادن وضعیت کشورهای جهان در این زمینه اطلاعات کوتاهی درباره گردانندگان بیمارستان‌های بزرگ و وزیران بهداشت و درمان چند کشور پیشرفته ارایه می‌شود.

مدیریت امور بهداشت و درمان چیست؟

مدیریت امور درمانی، حرفه‌ای است که وظیفه رهبری و اداره سازمان‌ها، بخش‌ها و یگان‌هایی که خدمات درمانی شخصی ارایه می‌کنند را به متخصصان این شغل واگذار می‌کند. این رشته تا به حال توانسته است دگرگونی‌های بزرگی را در سازمان بهداشت و درمان کشورهای پیشرفته پدید آورد و یکی از معدود رشته‌های شغلی است که با سرعت بسیار گسترش می‌یابد. به نظر می‌رسد این گسترش هم به واسطه گسترش سازمان‌های درمانی در سراسر جهان باشد و هم به دلیل کارکردهای چندگانه این رشته در نظام بهداشت و درمان کشورهای گوناگون. بنابر برخی مطالعات این شغل از سال ۲۰۰۸ تا سال ۲۰۱۸، ۱۶ درصد رشد خواهد داشت و این رشد تنها آن دسته از خدماتی را در بر دارد که مستقیماً به روند درمان بیمار در بیمارستان‌ها، مراکز درمانی و خانه پیوند دارند و چنانچه آمار روبرو رشد شرکت‌های داروسازی و بخش‌های غیردرمانی وزارتخانه‌های بهداشت هر کشور را نیز بسنجیم، این رقم بسیار بیشتر از رقم حاضر خواهد بود.

ماهیت سازمان‌های درمانی، پویا و پیچیده است؛ بنابراین علاوه بر مدیریت نیروهای انسانی و برنامه‌ریزی، برای هر سازمان رهبری نیز نقشی حیاتی دارد. این سازمان‌ها برای فراتر رفتن از توان درمانی پزشکان ایجاد شده‌اند و در واقع مجموعه خدماتی که از سوی این مراکز ارایه می‌شود بسیار بیشتر و اثرگذارتر از خدماتی است که مجموعه پزشکان یا پرستاران به تنهایی ارایه آن‌ها را دارند، از این رو نیازمند مشارکت رشته‌های کاری گوناگونی است. مدیریت یکی از همین رشته‌ها است که حضور آن برای مشخص کردن وظایف سازمان، شیوه دستیابی به اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت این سازمان‌ها و یافتن منابع مناسب مالی و انسانی ضروری است. این مدیران با تصمیم‌های کلان بر گسترش یا به کارگیری نیرو در بخش‌هایی از سازمان زیر مدیریت خود، به رشد و افزایش دستیابی بیماران به خدمات بهینه در آن حوزه خاص کمک می‌کنند؛ برای نمونه تجهیزات خاصی خریداری می‌شود یا نیروی کار ماهر در آن بخش مخصوص به کار گمارده می‌شود.

مدیریت امور درمانی: تعریف، کاربرد و مزیت‌ها

همان‌طور که پیش‌تر گفته شد مدیریت امور درمانی برای هماهنگی و پشتیبانی خدمات ارایه شده یک سازمان درمانی به کار برده می‌شود. مدیریت امور درمانی به‌عنوان روندی متشکل از بخش‌ها و کاربری‌های تکنیکی و اجتماعی است که به واسطه

منابع انسانی یا غیرانسانی توسط مدیر اداره می‌شود. آوردن این نکته که مدیر با ابزار انسانی و غیرانسانی برای ارتقا عملکرد سازمان خود تلاش دارد، در تعریف مدیریت امور بیمارستانی ضروری است که همین موضوع متخصصان این رشته را از پزشکان جدای می‌کند. هر چند برخی از پژوهشگران حوزه درمان بر این باورند که هر کس در سازمان نسبت به بقیه مسئولیت بیشتری داشته باشد، مدیر تلقی می‌شود، تاکید مضاعف برخی تعاریف‌ها بر همکاری و بهره‌برداری همزمان از منابع انسانی و منابع غیرانسانی، موضوع مسئولیت را کم‌رنگ می‌کند.

این رشته دارای وظایف متفاوتی است: برنامه‌ریزی، سازماندهی، مدیریت منابع انسانی که شامل به کارگیری و گرداندن نیروی انسانی می‌شود، رهبری و اداره کارها که دربرگیرنده روابط انسانی و انگیزه بخشی به کارکنان است و در پایان تصمیم‌گیری در حوزه وظایف مدیر امور درمانی قرار می‌گیرد. اما فردی که به‌عنوان یک مدیر امور درمانی قرار می‌گیرد نیازمند مهارت‌های خاصی است. یکی از این مهارت‌ها مهارت مفهومی است که به توانایی تحلیل و حل مشکلات پیچیده از سوی مدیر اطلاق می‌شود. مهارت‌های تکنیکی نیز از جمله این مهارت‌ها هستند و برای نمونه به توانایی کار کردن مدیر با یک سامانه، مدیریت منابع انسانی رایانه‌ای گفته می‌شوند. برخی دیگر از مهارت‌ها هستند که به نام مهارت‌های فردی شناخته می‌شوند که بیشتر به مهارت برقراری ارتباط در سطوح مختلف گفته می‌شود.

بیشتر پزشکان در حوزه بهداشت و درمان فعال هستند و مطب، درمانگاه یا بیمارستان خصوصی مخصوص خود را دارند که ممکن است در آن فقط سهامدار نبوده و حتی سمت مدیریتی نیز داشته باشند. بنابراین حضور آنان در موقعیت‌های تصمیم‌سازی چون کمیته‌های بهداشت و درمان، شوراهای یا وزارتخانه‌های بهداشت و درمان، به باور برخی منتقدان به فساد اداری و مالی منجر می‌انجامد



۲- با توجه به پیشرفت‌های بسیار بزرگ در حوزه دانش ژنتیک و کاربری چشمگیر آن در پزشکی نوین، چشمداشت جهان امروز از دانش پزشکی به شکل روزافزونی بیشتر و بیشتر می‌شود. برای پاسخ دادن به خواسته‌های جوامع امروز، دانش پزشکی بیش از هر زمان دیگری تخصصی شده است و نیازمند سال‌های طولانی مطالعه، آموزش و کار سازماندهی شده در تخصص مورد نظر است. بسیاری از مخالفان حضور پزشکان در مدیریت سازمان‌های بهداشتی و درمانی، به همین تخصصی بودن دانش پزشکی دارند و بر این باورند که پزشک با وجود سال‌های طولانی دانش‌اندوزی درباره مشخصات بدن انسان، بیماری‌ها و روش‌های پیشگیری و درمان بیماری‌ها، زمان و توان کافی را برای آموزش دانش مدیریت امور بهداشتی و درمانی ندارند و بنابراین با وجود چیرگی آنها بر حوزه‌های بهداشت و درمان، توان مدیریت کردن سازمان‌های وابسته به این حوزه‌ها را ندارند.

۳- بیشتر پزشکان در حوزه بهداشت و درمان فعال هستند و مطب، درمانگاه یا بیمارستان خصوصی مخصوص خود را دارند که ممکن است در آن فقط سهامدار نبوده و حتی سمت مدیریتی نیز داشته باشند. بنابراین حضور آنان در موقعیت‌های تصمیم‌سازی چون کمیته‌های بهداشت و درمان، شوراهای یا وزارتخانه‌های بهداشت و درمان، به باور برخی منتقدان به فساد اداری و مالی منجر می‌انجامد. گفته می‌شود که منفعت شخصی یا گروهی در موقعیت‌هایی که دولت برای ساختار بهداشت و درمان کشور تصمیم‌گیری‌های

کشورهای جهان، آشنایی و تسلط پزشکان بر مباحث بهداشت و درمان، آنان را در راس امور درمانی قرار داد. بنابراین با پیشروی نظراتی درباره مدیریت مدیران بر امور بهداشت و درمان، پزشکان همچنان در مقام رقیب و جایگزین این گروه هستند و بیشتر مواضع متخصصان بر سر بودن یا نبودن پزشکان در سمت مدیریت امور بهداشتی و درمانی در سطوح مختلف است. در اینجا تنها به نظرات موافق و مخالف درباره حضور پزشکان در این سمت اشاره می‌کنیم که به خودی خود بد و خوب حضور مدیران ماهر در اداره امور درمانی و بهداشتی را نیز در بردارد.

الف- نظرات مخالف:

۱- دانش مدیریت امور بهداشتی و درمانی، دانشی همه‌جانبه و بیشتر متکی بر روابط انسانی در محیط بیمارستان‌ها و سازمان‌های درمانی است. همکاری مضاعف انسان و فناوری در دانش پزشکی مدرن و خدمات بالینی آن، مجموعه روابط پیچیده‌ای را ایجاد کرده است که نیازمند تمرکز، تصمیم‌گیری درست و به‌هنگام و ایجاد تعادل میان نیروی انسانی و نیروی غیرانسانی است. بنابراین بسیاری از مخالفان تصدی پزشکان در جایگاه‌های مدیریتی در حوزه بهداشت و درمان می‌گویند مدیریت یک واحد درمانی هر چند کوچک نیازمند آموزش متمرکز است و دست‌کم گرفتن این آموزش می‌تواند بسیار زیان‌آور باشد. برای نمونه، بهره‌وری سازمان را پایین بیاورد، خلاقیت، انگیزه و تمرکز نیروی انسانی را کاهش دهد و مانع پیشرفت‌های پیش‌رو شود.

پزشکی چیست و پزشک کیست؟

احتمالاً نوشتن درباره این بخش از نوشتار با توجه به میزان روبرویی گسترده مردم با پزشکان و دانش پزشکی کمی شگفت‌آور باشد، اما هنگامی که می‌خواهیم دو رشته کاری و میزان کارآمدی هر یک از آن‌ها برای اداره نهادهایی که با زندگی بشر در ارتباط مستقیم هستند را بسنجیم، این موضوع بسیار مهم می‌شود. پزشکی یک دانش کاربردی است. هدف آن حفظ و بهبود تندرستی، درمان بیماری‌ها و بازتوانی آسیب‌دیدگان است. این کار با شناخت بیماری‌ها، تشخیص، درمان و جلوگیری از بروز آنها به انجام می‌رسد. دانش پزشکی بر گستره بزرگی از دانش‌ها همچون فیزیک و زیست‌شناسی تا علوم اجتماعی، مهندسی و علوم انسانی پایه‌گذاری شده است. امروزه هدف دانش پزشکی استفاده از فناوری‌های دانش پایه و استدلال قیاسی برای رسیدن به راه‌حل مشکلات بالینی است. پژوهش درباره ماهیت ژن‌ها و سلول‌ها در چینه‌های برای تعریف فیزیولوژی بر مبنای سیستم‌های مولکولی فراهم کرده است. این بینش فیزیولوژیکی راه‌راه برای درک بهتر فرایندهای پیچیده بیماری‌ها و رویکردهای نو درمانی فراهم کرده است.

موافقت‌ها و مخالفت‌ها درباره مدیریت

پزشکان بر امور بهداشتی و درمانی

در گذشته، به طور سنتی پزشکان اداره سازمان‌های بهداشتی و درمانی را بر عهده داشتند و از ابتدای شکل‌گیری نهادهای بهداشتی و درمانی ملی در بیشتر



کلان انجام می‌دهد، می‌تواند نقش ایفا کنند از همین رو باید از حضور پزشکان در رده‌های تصمیم‌گیری هر چند کوچک مانند تعرفه ویزیت یا دیگر تعرفه‌های درمانی خودداری کرد و برای بهره‌مندی از نظرات ارزنده پزشکان در تصمیم‌گیری‌های کلان به‌عنوان مشاور از آنان کمک گرفت.

۴- برخی دیگر از رویکردها معتقدند که مداخله پزشک در امور اداری و مالی می‌تواند به تصویر ذهنی افراد جامعه از پزشکان خدشه وارد کند و فضای اعتمادی را که در روند درمان بسیار ضروری است از میان ببرد. جان میلیون‌ها انسان به انجام خدمات بهداشتی و درمانی پیشنهاد شده از سوی پزشکان، وابسته است و چنانچه این فضای اعتماد از میان برود، به روند دریافت خدمات آسیب می‌زند و در پیامد آن، درمان نیمه‌کاره می‌ماند و قطعاً آسیب‌های بیشتری به پیکره سلامت جامعه وارد خواهد شد. بنابراین واگذاری مدیریت سازمان‌های بهداشتی و درمانی و در راس آن وزارتخانه‌های بهداشت و درمان ممکن است به بی‌اعتمادی مردم به پزشکان یا ناکارآمدی آنان دامن بزند. این در حالی است که دآوری‌های ناکارآمدی یک پزشک در حوزه مدیریت امور بهداشتی و درمانی در واقع جدا از تخصص او در دانش پزشکی است، اما این موضوع همواره در دآوری‌های اجتماعی مردم در صدر عوامل تخریب وجهه پزشکان است و اثرات مخربی را بر ساختار بهداشت و درمان جامعه دارد.

ب- نظرات موافق

۱- از دید برخی موافقان، این مناظره صرفاً مختص مدیریت واحدهای درمانی یا سازمان‌های بهداشت و درمان نیست و تقریباً در بیشتر سازمان‌های بزرگ تخصصی، این موضوع وجود دارد. برای نمونه در مدیریت دانشگاه‌ها بحث بر سر سپردن اداره کارها به یک مدیر یا یک فرد دانشگاهی و محقق است. برای اداره سازمانی که خدمات بهداشتی و درمانی ارائه می‌کند، پزشکان مناسب‌ترند زیرا انگیزه لازم برای دستیابی سازمان به اهداف خود را دارند. یک پژوهشگر دانشگاهی که در کار خود موفق بوده‌است همیشه انگیزه‌های بیشتری برای راه‌اندازی طرح‌های نوین پژوهشی در دانشگاه دارد. از دید این موافقان که آماندا گودال، پژوهشگر و روزنامه نگار در راس آنان قرار دارد، یک پزشک بیش از هر شخص دیگری برای رساندن یک واحد درمانی به اهداف آن که همان تامین بهداشت و درمان برای جامعه است صلاحیت دارد و میزان انگیزه او در پیمودن این راه ثابت باقی می‌ماند، در حالی که مدیران، درمان‌رادر اولویت کاری خود ندارند و ممکن است بهره‌وری، کم کردن هزینه‌ها یا سوددهی از اهداف آنان به شمار آید.

۲- دسته دوم موافقان حضور پزشکان در پست‌های مدیریتی معتقدند که ماهیت امور بهداشتی و درمانی با اصل سوددهی در تناقض است و اصول پذیرفته شده دانش مدیریت در این حوزه کارآمد نیستند. برای نمونه اصل رقابت یا هزینه فایده را نافی اصول انسانی دانش پزشکی و ارائه خدمات درمانی می‌دانند و معتقدند که بر عهده گرفتن مدیریت واحدها و

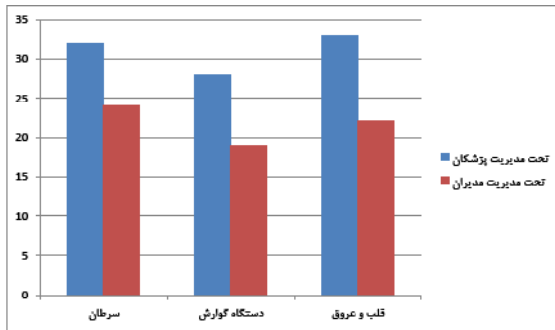
سازمان‌های بهداشتی و درمانی توسط مدیران لطمه‌های جبران‌ناپذیری را به سیستم بهداشت و درمان هر کشور وارد می‌کند. هرچند که پررنگ شدن هزینه و فایده در کار برخی پزشکان، یکی از مواردی است که اخلاق پزشکی را با چالش روبه‌رو کرده‌است.

۳- برخی پژوهش‌ها در ایالات متحده نشان می‌دهند که از میان ۱۰۰ بیمارستان برتر این کشور که توسط مؤسسه رسانه‌ای US NEWS AND WORLD'S RE- PORTS معرفی شده‌اند، کیفیت خدمات ارائه شده از سوی بیمارستان‌های زیرپوشش مدیریت پزشکان در واحدهای درمانی سرطان، دستگاه گوارش و قلب و عروق، بیشتر بوده‌است. نمودار زیر این موضوع را نشان می‌دهد:

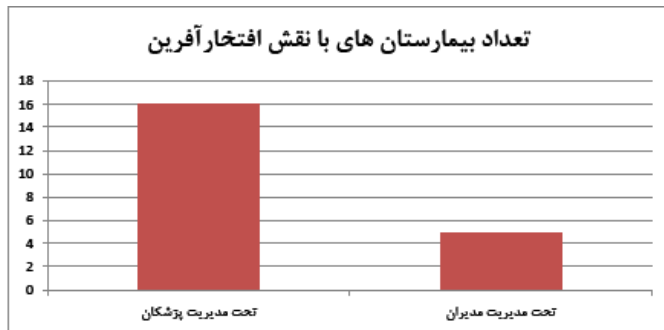
بنابراین با توجه به کارکرد اصلی سازمان‌های درمانی که ارائه خدمات با کیفیت است، بیمارستان‌های زیرپوشش مدیریت پزشکان موفق‌تر عمل کرده‌اند. برای نمونه از میان ۱۰۰ بیمارستان برتر فعال در زمینه سرطان ۵۱ بیمارستان را مدیریت پزشکان متخصص مدیریت کرده‌اند و ۳۳ بیمارستان از این تعداد در فهرست ۵۰ بیمارستان رتبه یک قرار داشته‌اند.

۴- گفته می‌شود که هیچ دانشی پویاتر از دانش پزشکی نیست. مهندسان پزشکی در اقصی نقاط جهان از تازه‌ترین داده‌های دانش پزشکی برای طراحی و فناوری‌های نوین بهره می‌برند. با توجه به این که پزشکان بیش از هر گروه دیگری از تازه‌ترین داده‌های دانش پزشکی آگاهند و دسترسی

از میان ۱۰۰ بیمارستان برتر فعال در زمینه سرطان ۵۱ بیمارستان را مدیریت پزشکان متخصص مدیریت کرده‌اند و ۳۳ بیمارستان از این تعداد در فهرست ۵۰ بیمارستان رتبه یک قرار داشته‌اند



تعداد بیمارستان‌های دارای نقش افتخار آفرین که تحت مدیریت پزشکان یا تحت مدیریت مدیران هستند



شاخص کیفیت بیمارستانی (IHO) در بیمارستان‌های تحت مدیریت پزشکان و بیمارستان‌های تحت مدیریت مدیران آموزش دیده در سه رشته قلب و عروق، دستگاه گوارش و سرطان

عضو پارلمان و وزیر بهداشت و درمان از سال ۲۰۱۴	از سال ۲۰۰۶ سیاستمدار بوده‌است	فارغ‌التحصیل علوم سیاسی و اقتصاد از دانشگاه اسپلا، سوئد	گابریل ویکستروم	سوئد
عضو مجلس نمایندگان استرالیا از سال ۲۰۰۱ و وزیر سلامت استرالیا از سال ۲۰۱۴	از سال ۱۹۹۵ مسؤول آموزش فنی دفتر مالیاتی استرالیا در آلبری بوده‌است	کارشناسی اقتصاد، کارشناسی ارشد اول قانون مالیات و کارشناسی ارشد دوم حسابداری	سوزان لی	استرالیا
عضو کابینه سوم آنگلا مرکل و وزیر فدرال سلامت آلمان از سال ۲۰۱۳	از ۱۹۹۴ سیاستمدار دموکرات مسیحی بوده‌است و پیش از آن به کار وکالت مشغول بوده	فارغ‌التحصیل حقوق از دانشگاه کلن	هرمان گروخه	آلمان
از سال ۲۰۱۲ سمت وزارت بهداشت و درمان فرانسه را بر عهده دارد	از سال ۱۹۹۷ عضو حزب سوسیالیست فرانسه بوده است	فارغ‌التحصیل رشته اقتصاد و امور اجتماعی	ماریسول تورن	فرانسه
عضو مجلس نمایندگان بریتانیا و از سال ۲۰۱۲ نیز وزیر بهداشت بریتانیا بوده‌است.	به مدت دو سال در ژاپن معلم زبان انگلیسی بوده‌است و ۲ سال نیز کار مشاوره مدیریت انجام داده‌است. مدتی نیز سرپرستی وزارت فرهنگ بریتانیا را برعهده داشته‌است.	فارغ‌التحصیل فلسفه، سیاست و اقتصاد از کالج مگدالن آکسفورد	جرمی هانت	بریتانیا
از سال ۲۰۱۴ وزیر سلامت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا بوده‌است.	مسؤول دفتر بودجه و مدیریت کاخ سفید و مدیر امور کارکنان شورای ملی اقتصاد بوده است و در سال‌ها قبل نیز دوره کارآموزی خود را نزد نماینده ایالت ویرجینیای غربی، نیک راهال گذرانده‌است.	فارغ‌التحصیل دو رشته اداره امور حکومتی از دانشگاه هاروارد و فلسفه، سیاست و اقتصاد از دانشگاه آکسفورد.	سیلیویا متیوس برول	ایالات متحده آمریکا
از جولای ۲۰۱۳ وزیر سلامت کانادا است.	سیاستمدار و عضو مجلس نمایندگان کانادا از سال ۲۰۰۴. در پست‌های پیشین وزیر کار، وزیر محیط زیست و وزیر امور بین حکومتی بوده‌است.	فارغ‌التحصیل کارشناسی و کارشناسی ارشد رشته علوم سیاسی از دانشگاه آلبرتا، کانادا.	رونا امبورس	کانادا

عمیق‌تری به فناوری‌ها و این داده‌ها دارند، در روند تصمیم‌گیری مؤثرتر عمل می‌کنند و در تخصیص منابع مالی و انسانی به حوزه‌های مختلف هوشمندی و آینده‌نگری بهتری دارند. بنابراین کاستن مدیریت یک سازمان فعال در زمینه بهداشت و درمان به روابط انسانی و غیرانسانی، نگاهی غیرحرفه‌ای است که از پیشرفت‌های عمیق محتمل یک واحد درمانی در زمینه‌ای جدید جلوگیری می‌کند. این دسته از موافقان معتقدند که حتی اگر ایجاد هماهنگی میان نیروهای انسانی و غیرانسانی را اساس مدیریت یک واحد بهداشت و درمان بدانیم، پزشکان با توجه به شناخت عمیق‌تر در حوزه خاص در انتخاب و هدایت هر دو نوع نیرو موفق‌تر هستند.

۵- بر اساس رتبه‌بندی دیگری از مؤسسه رسانه‌های US NEWS AND REPORTS، برخی بیمارستان در رتبه «نقش افتخار آمیز» قرار می‌گیرند. در بررسی این دسته بیمارستان‌ها مشخص شده است که تعداد بیمارستان‌های زیرپوشش مدیریت پزشکان در این دسته، کمی بیشتر از ۳ برابر تعداد بیمارستان‌هایی است که توسط مدیران ماهر اداره می‌شوند. این موضوع نیز بیانگر عملکرد بهتر واحدهای درمانی زیرپوشش مدیریت پزشکان است. نمودار زیر این یافته‌ها را نمایش می‌دهد:

مواردی که گفته شد تنها بخشی از نظرات موافق و مخالف هستند که برای تمرکز بیشتر بر موضوع بحث آورده شدند. بسیاری از موافقان، نظرات مخالفان را به چالش می‌کشند و مخالفان نیز نظرات موافقان را برای

طرح اصلاح مدیریت بیمارستان در برنامه پنجم گنجانده شده است

مدیریت بیمارستان‌ها به هیأت امناسپرده می‌شود

«دو پادشاه در یک اقلیم ننگ‌نجد» ضرب‌المثلی قدیمی است که تجربه بارها درستی آن را ثابت کرده است. اما در حال حاضر بیمارستان‌های ایرانی با شیوه‌ای دوگانه و توسط دو نفر اداره می‌شوند. یک رییس و یک مدیر هدایت هر یک از بیمارستان‌های کشور را بر عهده دارند. شرایطی که مشکلات خود را در پی دارد و موجب ایجاد تعارضات و اختلافاتی در این زمینه شده است. اما این تنها مشکل در این زمینه نیست. بسیاری از مدیران بیمارستان‌های ایرانی و شبکه‌های درمانی کشور از مدیران وزارت گرفته تا روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و بیمارستان‌ها، تخصص و دانش مدیریت ندارند و تنها به دلیل این که پزشک هستند در این سمت قرار گرفته‌اند. در حالی که سال‌هاست دانشگاه‌های کشور با ظرفیتی بالاتر از آموزش رشته‌ای به نام مدیریت بیمارستانی هستند یعنی سالانه بیش از ۲۰۰ نفر در مقاطع مختلف این رشته دانش آموخته می‌شوند و به بازار کار می‌پیوندند.

رویا کاکاوند

پذیرش در این رشته به شدت افزایش یافته است. معاون برنامه‌ریزی دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت در این زمینه می‌گوید: «این که چقدر از دانش‌آموختگان رشته مدیریت بیمارستانی استفاده‌شده‌بودستگی به توانمندی این افراد دارد. در حال حاضر با وجود این که سالانه تعداد زیادی از این رشته فارغ‌التحصیل می‌شوند اما در میان این افراد تعداد کسانی که تجربه و توانایی انجام چنین شغلی را داشته باشند پر شمار نیستند. هر چند ما می‌خواهیم از بهترین ظرفیت موجود استفاده کنیم اما باید توجه داشت کسی که می‌خواهد یک بیمارستان را هدایت کند باید تجربه و شخصیت مدیریتی هم داشته باشد. شرایطی که انتخاب را سخت می‌کند.»

اما آنچه ماهر به آن فاصله آموزش‌های دانشگاهی با مهارت‌های مورد نیاز مدیریت بیمارستانی می‌گوید، موجب شده تنها ۱۵ درصد از دانش‌آموختگان این رشته به فعالیت در این پست بپردازند چون بیشتر این افراد قابلیت قرار گرفتن در جایگاه مدیر بیمارستان را ندارند. به گفته او بیشتر این افراد در پست‌های ناظران بیمارستانی مشغول به کار شده‌اند یا در بیمه‌ها به عنوان کارشناس جذب شده‌اند، بسیاری از این افراد نیز به عنوان کارشناس مدیریت بیمارستانی جذب بیمارستان‌ها شده‌اند.

به این ترتیب بیش از ۸۰ درصد بیمارستان‌های کشور در حال اداره شدن توسط افرادی است که عموماً دانش مدیریتی مرتبط را ندارند.

به گفته علی ماهر، معاون برنامه‌ریزی دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت تنها ۱۵ درصد از مدیران بیمارستان‌های کشور دانش آموخته این رشته هستند. ۳۰ درصد دیگر از مدیران بیمارستان‌های کشور پزشک و ۵۵ درصد باقی‌مانده نیز دانش‌آموخته رشته‌های متفرقه هستند: «ما اکنون دو پست متفاوت در بیمارستان‌های کشور داریم. یکی رییس بیمارستان است که نقش مدیر فنی را دارد و در همه کشورهای دنیا نیز یک پزشک این سمت را بر عهده دارد. این فرد باید کادر پزشکی را کنترل کند. سمت بعدی مدیر بیمارستان است.»

ماهر نیز معتقد است این دوگانگی در هدایت بیمارستان‌ها اشکال ایجاد می‌کند ولی چون سال‌هاست که این شیوه رواج داشته است، اصلاحش هم به زمان نیاز دارد: «اکنون داریم به این سمت می‌رویم که بیمارستان‌ها را به شیوه هیأت امنایی و با منسوب کردن یک مدیرعامل، به جای یک رییس و یک مدیر اداره کنیم که البته این مدیرعامل هم می‌تواند پزشک نباشد.»

البته همچنان دانش‌آموختگان رشته مدیریت بیمارستانی که انتظار می‌رود برای تصدی چنین مشاغل آموزش ببینند، برای به دست گرفتن مدیریت بیمارستان‌ها در اولویت نیستند. این در حالی است که قدمت تدریس این رشته در ایران به پیش از انقلاب اسلامی باز می‌گردد و پس از سال ۷۰ نیز ظرفیت

نمونه برای دورویکرد بالاداره کیفیت و عملکرد بهتر بیمارستان‌ها نمی‌توان از انتفاع مؤسسه ارایه‌دهنده فهرست برترین‌ها، چشم‌پوشی کرد و همواره انتقادات این چنینی، از دستیابی به هرگونه قطعیتی در این زمینه جلوگیری می‌کنند. در اینجا به اطلاعاتی درباره سرپرستان برخی سازمان‌های دولتی و وزارتخانه‌های بهداشت و درمان کشور‌های پیشرفته دنیایم پردازیم. لازم به یادآوری است که برخلاف انتظار مخاطب درباره ارایه اطلاعات رییسان بیمارستان‌ها، دستیابی به این اطلاعات بسیار دشوار بود، بنابراین تنها به ارایه اطلاعات سازمان‌های دولتی می‌پردازیم. این کار برای نشان دادن میزان اقبال سازمان‌های بهداشت و درمان از هر یک از گزینه‌های مذکور صورت می‌گیرد:

بررسی پیشینه تحصیلی و شغلی دست‌اندرکاران و متصدیان تصمیم‌سازی در بیشتر کشورهای توسعه یافته جهان نشان می‌دهد که اداره امور بهداشت و درمان شغلی بسیار پر مسؤولیت و زمان‌بر است که پزشکان نه برای آن آموزش دیده‌اند و نه به ابزارهای اجتماعی مناسب آن دسترسی دارند. بنابراین به نظر می‌رسد که برخلاف دیدگاه موافق حضور پزشکان در مدیریت امور بهداشتی و درمانی، این مسؤولیت نیازمند آموزش در زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و مدیریتی است و چیرگی بر حوزه پزشکی نمی‌تواند در برآورده کردن تکالیف این رشته شغلی مؤثر عمل کند. همان‌طور که در جدول می‌بینید معمولاً سیاستمداران در سطوح کلان تصمیم‌گیری در بیشتر کشورهای پیشرفته، دست به کار اداره امور بهداشت و درمان هستند و در سطوح پایین‌تر نیز علی‌رغم کمبود اطلاعات به نظر می‌رسد که مدیران بیمارستانی که به موضوعات اجتماعی و ارتباطی چیرگی دارند، مسؤولیت مدیریت واحدها و سازمان‌های درمانی و بهداشتی را بر عهده دارند. ■

برای اطلاعات بیشتر به مقالات زیر مراجعه کنید:
Goodall, Amanda (2010). "Health Administration Positive To Doctors" In Forum. Understanding Health Care Management, Jones And Bartlett Publishers. LLC, Chapter 2. Thompson And Others, An Overview of Health Care management, Jones And Bartlett Learning. LLC, Chapter 1. Study on The Corruption In the Health Care Sector (2011). European Commission



علی ماهر، معاون برنامه ریزی دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت ظرفیت موجود در رشته مدیریت بیمارستانی را کافی می‌داند و معتقد است آنچه مورد نیاز است تغییر در محتوا و شیوه آموزشی و به بیان دیگر توانمندسازی این افراد است. او می‌گوید: «ضعف آموزشی ما بسیار شدید است به همین دلیل باید راهی پیدا کنیم که این افراد تجربه لازم را به دست بیاورند.»

اما این راه بسیار دراز است و برای بیمارستان‌هایی که اکنون به مدیران توانمند نیاز دارند مناسب نیست. ماهر در این باره می‌گوید: «ما به این سمت رفته‌ایم که نخست مدیران فعلی را ارزیابی کنیم و توانمندی‌هایشان را بسنجیم. در حال حاضر بیش از نیمی از مدیران بیمارستان‌های کشور ارزیابی شده‌اند و برنامه داریم که این کار را در تمام قطب‌های آموزشی کشور انجام دهیم. اکنون در سه قطب مشهد، تهران و اصفهان این کار در حال اجرا است و ۵ قطب را هم ارزیابی کرده‌ایم و توانمندی مدیرانشان را سنجیده‌ایم.»

به باور او، فرقی نمی‌کند که این مدیران، رشته مدیریت بیمارستانی را خوانده باشند یا نه، مهم داشتن مهارت لازم و دانش لازم است: «سعی می‌کنیم این افراد را تقویت کنیم و آن کسانی را که این مهارت را ندارند آموزش بدهیم. اگر هم ببینیم کسی هست که خیلی از مهارت‌ها و فضای مورد نیاز دور است، سعی می‌کنیم او را به جایگاه خودش هدایت کنیم. سپس در جایگاه مدیریت از میان کسانی که مهارت لازم را برای هدایت بیمارستان‌ها دارند، فردی را انتخاب می‌کنیم. چه این فرد دانش آموخته رشته مدیریت بیمارستانی باشد یا نباشد.»

وزارت بهداشت برای سنجش میزان مهارت مدیران فعلی بیمارستان‌های کشور ۲۱ شایستگی را در نظر گرفته است و مدیران را بر اساس آن می‌سنجند. این شایستگی‌ها بر اساس آن چه در دنیا رایج است و بیشتر کشورها تجربه‌اش کرده‌اند انتخاب شده است. اما به گفته معاون برنامه ریزی دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت، مرجع اصلی ایران در این مهارت‌سنجی، مدل‌های اجرا شده در کشورهای آلمان و استرالیا بوده است. «در این مهارت‌سنجی ۲۱ شایستگی شامل شایستگی‌های عمومی، تخصصی و شایستگی‌های عمومی مدیریت مانند برنامه ریزی، سازماندهی، مدیریت منابع انسانی، مدیریت منابع مالی و چیزهایی از این دست و همچنین مهارت‌های رهبری و مهارت‌های تخصصی مانند

مدیرعامل بیمارستان را تعیین می‌کند. ضمن این که ما حتماً یک مسؤول فنی بیمارستان داریم که بی‌روبرگرد پزشک است و در تمام دنیا هم همین طور است. این فرد لازم نیست که وظیفه اجرایی هم داشته باشد. البته در واقع در ایران این الگو به سرعت قابل اجرا نیست. سعی می‌کنیم طبق همین الگو پیش برویم، ولی اجرای این الگو دست کم برای ده سال آینده قابل پیش‌بینی است. ما کار را شروع کرده‌ایم ولی باید به صورت تدریجی این قابلیت را در بیمارستان‌ها ایجاد کنیم که برای هر بیمارستان یک هیأت امنای ایجاد شود که در زیر این هیأت امنای یک هیأت مدیره فعال شود و این هیأت مدیره نیز مدیرعامل را انتخاب کند. برای هر مرحله نخست در نظر گرفته‌ایم که این طرح را در ۲۰ درصد بیمارستان‌های کشور اجرا کنیم تا بتوانیم به تدریج تمام بیمارستان‌های کشور را با شیوه امروزی و نوین مدیریت و هدایت کنیم.»

ماهر این فرایند را فرایندی و تدریجی می‌داند که باید در طول زمان شکل بگیرد به همین دلیل تصمیم گرفته شده است که این طرح در برنامه‌های ششم و هفتم توسعه کشور گنجانده شود. او می‌گوید: «برنامه ریزی کرده‌ایم تا سال ۲۰۲۵ میلادی باید این برنامه به پایان برسد.»

اما ضمانت اجرایی این برنامه چیست؟ در چند دهه گذشته بارها شاهد انواع و اقسام طرح‌ها و برنامه‌های خرد و کلانی بوده‌ایم که با وجود گنجانده شدن در برنامه‌های پنج ساله توسعه و حتی چشم‌انداز ۲۰ ساله کشور باز هم به فراموشی سپرده شده‌اند یا نیمه‌کاره به اجرا درآمده و سپس رها شده‌اند.

معاون برنامه ریزی دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت تنها امیدواریش برای به سرانجام رسیدن این طرح را ثبات سیاسی کشور می‌داند و می‌گوید: «با حضور این کادر در وزارت بهداشت امیدواریم این طرح به سرانجام برسد چون خواست مقام وزارت و کادر اجرای وزارتخانه بر این امر قرار گرفته است. اگر در کشور تغییر سیاسی نداشته باشیم امیدواریم که این اتفاق بیفتد. چرا که به هر حال کادر مدیریتی تصمیم‌گیر است. به همین دلیل این طرح را در برنامه‌های پنج ساله توسعه ششم و هفتم گنجانده‌ایم. امیدواریم هر کس که در این جایگاه قرار می‌گیرد این برنامه را دنبال کند. هر چند در برنامه‌های سوم و چهارم توسعه هم این مسأله دیده شده بود ولی خیلی مورد توجه واقع نشد. به هر حال فعلاً این اراده هست که اتفاق بیفتد.»

مراقبت از بیمار، مدیریت اورژانس، مدیریت دارو، مدیریت منابع اطلاعاتی بیمارستانی و مانند این‌ها سنجیده می‌شوند.»

ماهر تأکید می‌کند: «نتایج مهارت‌سنجی مدیران نیمی از قطب‌ها، آماده شده است و باقی را هم در اسرع وقت انجام می‌دهیم. البته در شرایطی که برای تصدی پست مدیریت بیمارستان در نظر گرفته شده است، پزشک بودن را ندیده‌ایم ولی آنچه در واقع اتفاق می‌افتد این است که با توجه به کمبود نیرو مجبور شده‌ایم از پزشکان هم در این سمت استفاده کنیم.»

علی ماهر همچنین درباره این که پس از اجرای طرح هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها چه اتفاقی برای پست ریاست می‌افتد، می‌گوید: «ما اصلاً این نگاه را نداریم که پستی را حذف کنیم اما مسأله‌ای که رخ می‌دهد این است که عملاً دو پست مدیریت و ریاست و در هم ادغام می‌شوند تا وحدت فرماندهی ایجاد شود.»

او ادامه می‌دهد: «در دنیا بیمارستان‌ها توسط دو تا هیأت یعنی هیأت امنای و یکی هیأت ریسه اداره می‌شوند. هیأت امنای وظیفه سیاست‌گذاری و کنترل سطح بالا را بر عهده دارد و هیأت ریسه نیز مسئول کارهای اجرایی است. این هیأت مدیره که می‌تواند متشکل از پزشکان متخصص و افراد اجرایی باشد،



دکتر محسن محور، مدیر عامل بیمارستان بهمن:

مدیریت بیمارستان، باید نگاه اقتصادی داشته باشد

بیمارستان یک بنگاه اقتصادی است و اگر بخواهیم به شکلی غیر از این به آن نگاه کنیم خیلی زود دچار مشکلات متعددی می‌شود و چه بسا بیمارستان‌هایی که به همین دلیل تاور شکستگی هم پیش رفته‌اند، اداره کردن بیمارستان هم مانند تمام بنگاه‌های اقتصادی نیازمند نگاهی است که هم مدیریت بدانند هم بتوانند مسایل مالی را در نظر بگیرند. اما برخلاف آنچه گفته شد بسیاری از بیمارستان‌های ایران توسط مدیرانی گردانده می‌شوند که دانش‌شان در حوزه تخصصی پزشکی است. محسن محور، مدیر عامل بیمارستان بهمن در این باره می‌گوید: «بیمارستان یک بنیاد اقتصادی است و کسی که برای ریاست آن انتخاب می‌شود، باید تفکر مالی داشته باشد. اگر این فرد تفکر مالی نداشته باشد و نتواند این بنگاه اقتصادی را به پیش برده به طور حتم، سازمان زمین خواهد خورد. مدیری که بیمارستان را اداره می‌کند باید در زمینه اقتصاد سلامت دانش داشته باشد. رییس بیمارستان باید بداند که هر تخت در روز چقدر هزینه دارد، چرا که اگر دخل و خرجش یکی نباشد با مشکل روبه‌رو خواهد شد. در واقع یکی از علل ورشکستگی بیمارستان‌ها این است که تفکر اقتصادی پشتش نیست و کسانی که آن را اداره می‌کنند با مفاهیمی مانند صرفه‌جویی، تعمیرات، نوسازی و بازسازی آنچنان که باید، آشنا نیستند. اداره بیمارستان باید همراه با جذب بیمار باشد. اگر رییس بیمارستان روش‌های خاصی برای جذب بیمار و پزشک نداشته باشد خیلی زود با مشکل مواجه خواهد شد.»

با مشکلات جدی مواجه می‌شود. برای نمونه همین بیمارستان بهمن یک میلیارد و ۸۰۰ میلیون تومان در ماه تنها حقوق کارکنانش را می‌دهد. اگر نتواند این مبالغ را تامین کند به زودی با ورشکستگی روبه‌رو خواهد شد. به همین دلیل مجموعه‌های درمانی اعتماد نمی‌کنند تا کسی به غیر از یک پزشک را به عنوان مدیر یا رییس بیمارستان انتخاب کنند.»

او بر این باور است علاوه بر مشکلاتی که در آموزش وجود دارد دلیل اصلی که موجب ناکارآمد شدن آموزش مدیریت بیمارستانی شده است، این است که این افراد روزی که این رشته را انتخاب کرده‌اند هدفشان این نبوده است که بروند و مدیر بیمارستان شوند:

تجربه هم داشته باشند. الان جوانی که دانش آموخته می‌شود در هر رشته‌ای به عنوان نمونه کارشناسی آئی تی می‌گیرد، در حالی وارد بازار کار می‌شود که هنوز هیچ چیز کاربردی بلد نیست. این افراد می‌آیند در جامعه و تجربه کسب می‌کنند. یکی از مشکلات شبکه آموزشی در جامعه ما همین است که ذهن فعال تربیت نمی‌کند. برای این که بتواند از میان کسانی که کارشناسی مدیریت بیمارستانی دارند کسی را پیدا کنید که از عهده اداره امور بیمارستان برآید باید بگردید تا کسی را بیابید که بتواند کمک حال بیمارستان باشد. چرا که اگر فرد این توانمندی را نداشته باشد که امور بیمارستان را اداره کند و به قدر کافی درآمدزایی داشته باشد، بیمارستان

آنچه در واقع می‌بینیم این است که بسیاری از بیمارستان‌های ما به دست پزشکان اداره می‌شوند نه کسانی که در دانش مدیریت دانش آموخته‌اند یا مهارتی در امور مالی و اداره بنگاه‌های اقتصادی دارند. محسن محور، دو عامل را موجب به وجود آمدن چنین شرایطی می‌داند که بسیاری از سطوح مختلف مدیریتی در شبکه درمانی کشور به پزشکان سپرده شده است تا آنجا که برخلاف روند معمول در دنیا حتی وزیران بهداشت کشور نیز از میان پزشکان انتخاب می‌شوند. این در حالی است که چند دهه است که رشته مدیریت بیمارستانی در کشور آموزش داده می‌شود. اما محور معتقد است: «دانش آموختگان مدیریت باید



دکتر محسن محور

مدیر عامل بیمارستان بهمن:

در همه جای دنیا بیمارستان‌ها یک رییس بیمارستان دارند و یک سمت دیگر با نام مدیکال دایرکتور که معادلش همان سمت مسؤل فنی در بیمارستان‌های داخل کشور است. این سمت باید بر عهده یک پزشک باشد و چه در داخل کشور خودمان و چه در بیمارستان‌های کشورهای دیگر هم همیشه همین‌طور است. این فرد که نماینده وزارت بهداشت است در بیمارستان مراقب مسایل درمانی، مالی و مسایلی است که در رابطه با قانون در مراکز مانند نظام پزشکی، دادرسی انتظامی پزشکی و پزشکی قانونی اتفاق می‌افتد

مجبور شده بود به دلیل مشکلات پیش آمده مدیر رییس را با هم و یک جا برکنار کند: «تجربه‌های کوتاهی که در این زمینه داشتم نشان می‌دهد که چنین روشی با مشکلات زیادی به همراه خواهد بود چرا که در جایی که علاوه بر رییس، یک مدیر هم حضور داشته باشد، جز این که کار، بیپه‌ده بچرخد، تاثیر دیگری نداشته است. برای نمونه مسأله‌ای است که من به عنوان رییس بیمارستان همین حالا می‌توانم در باره‌اش تصمیم بگیرم و تصمیم را اجرا کنم اما وقتی مدیر حضور دارد به ناچار کار را به مدیر واگذار می‌کنم و چون مدیر توانایی تصمیم‌گیری ندارد، پس از مدتی دوباره آن را به رییس باز می‌گرداند در نتیجه تمام مسایل و تصمیمات با تأخیر به اجرا در می‌آیند. از سوی دیگر مشکلی که وجود دارد اختلاف سلیقه‌ای است که میان رییس یا مدیر عامل و مدیر بیمارستان پیش می‌آید. بنابراین برای این که اختلاف سلیقه‌ای پیش نیاید و اداره بیمارستان یک دست باشد مدیر باید فردی باشد مجری دستورات رییس بیمارستان، که دیگر نمی‌توان به او مدیر گفت. چون مدیر کسی است که باید فکر داشته باشد و بتواند تصمیم‌گیری کند.»

اما برای حل مشکلات چه باید کرد؟ آیا باید برای حل این مشکل سراغ سیستم آموزشی رفت؟ مدیران را توانمند کرد یا باید به سوی حذف سمت مدیریت رفت تا این آشفتگی را سر و سامان داد؟ محور معتقد است: «اگر ما بتوانیم سیستمی ایجاد کنیم که از راس هر مبه پایین افراد توانمند باشند، می‌توانیم از مدیران توانمند هم استفاده کنیم. هیچ جای دنیا تا وزیر بهداشت هم پزشک نیست ولی با استفاده از معاونان قوی می‌توانند به بهترین شکل امور را اداره کنند. بنابراین اگر می‌خواهیم شرایط را سر و سامانی بدهیم باید مدیران فعلی را توانمند سازیم. برای اصلاح نسل آینده نیز باید از همین حالا دست به کار شد. اگر بخواهیم شبکه‌های درمانی کشور خوب اداره شود از همان روز اول باید کسانی را برای رشته مدیریت بیمارستانی پذیرش کنیم که علاوه بر گذشتن از سد کنکور در مصاحبه‌ای، شایستگی و استعدادشان برای ادامه تحصیل در این رشته و در نتیجه تصدی سمتی مانند مدیریت بیمارستان تایید شود. و پس از این مصاحبه نیز باید از روش قیف در نظام آموزشی بهره‌مند شد و تنها کسانی را دانش‌آموخته کرد که توانمندیشان را به اثبات رسانده باشند. اما با توجه به شرایط فعلی نمی‌توان انتظار داشت که مسؤلان از افراد غیرپزشک برای تصدی ریاست یا مدیریت بیمارستان بهره‌برند.» ■

مشکل اصلی این جا است که بیشتر این دانشجویان تنها هدفشان این بوده است که یک مدرک کارشناسی بگیرند. بنابراین رفته‌اند رشته‌ای را بدون هدف انتخاب کرده‌اند و بسیاری‌شان نیز تنها واحدهای درسی را با کمترین نمرات گذرانده‌اند. طبیعی است که چنین فردی اصلاً تفکر مدیریتی ندارد که بتواند مدیریت کند. به همین دلیل است که مجموعه‌های بیمارستانی برای اداره بیمارستان خطر نمی‌کنند و از چنین افرادی بهره نمی‌گیرند و در نتیجه ترجیح می‌دهند همچنان با وجود تمام ضعف‌ها از پزشکان برای این کار بهره‌برند.»

اما داستان تنها در همین جا پایان نمی‌گیرد. کسی که سال‌هایی طولانی از عمر خود را صرف آموختن پزشکی کرده است و در بسیاری از موارد جراح هم است به همین راحتی حاضر نیست چشم‌بر این توانمندی خود ببندد و صرفاً به کارهای مدیریتی بپردازد. در نتیجه رییس بیمارستان‌های کشور که می‌خواهند در مطب‌ها و اتاق‌های عمل نیز حضور داشته باشند ناچارند برای رتق و فتق امور از فرد دیگری بهره‌برند. مدیرعامل بیمارستان بهمن معتقد است از همین جا است که پستی با نام مدیر بیمارستان شکل می‌گیرد در حالی که در عمل چنین سمتی در هیچ‌یک از بیمارستان‌های کشورهای دیگر وجود ندارد.

محسن محور می‌گوید: «در همه جای دنیا بیمارستان‌ها یک رییس بیمارستان دارند و یک سمت دیگر با نام مدیکال دایرکتور که معادلش همان سمت مسؤل فنی در بیمارستان‌های داخل کشور است. این سمت باید بر عهده یک پزشک باشد و چه در داخل کشور خودمان و چه در بیمارستان‌های کشورهای دیگر هم همیشه همین‌طور است. این فرد که نماینده وزارت بهداشت است در بیمارستان مراقب مسایل درمانی، مالی و مسایلی است که در رابطه با قانون در مراکز مانند نظام پزشکی، دادرسی انتظامی پزشکی و پزشکی قانونی اتفاق می‌افتد. بنابراین دیگر این‌طور نیست که یک رییس وجود داشته باشد و یکی هم مدیر باشد و یکی دیگر هم مدیر فنی باشد. این شرایط مسایل را لوث می‌کند. اما در ایران چون رییس بیمارستان معمولاً پزشک است و می‌خواهد از مهارت خود استفاده کند ناچار است شخص دیگری را با نام مدیر بیمارستان به کار گیرد. اما این روش هم مشکلات بعدی را با خود به همراه دارد.»

او به تجربه‌هایی که خود در این زمینه دارد اشاره می‌کند و از مدیری می‌گوید که در کمتر از یک ماه ناچار به عزلش شده بود یا بیمارستانی که هیأت مدیره

صنعتی سازی بیمارستان‌ها کیفیت و هزینه را مدیریت می‌کند

صنعتی سازی واژه جدیدی نیست دست کم دو قرن هست که بشر با این واژه و ابعادش در صنایع مختلف آشنا شده است. اما ما عادت کرده ایم این واژه را در مورد تولیداتی غیر انسانی به کار ببریم و بشنویم. بنابراین هنگامی که واژه صنعتی سازی را درباره هر امری که سر و کارش کاملاً با انسان است می‌شنویم طبیعی است که ده‌ها سوال در ذهنمان شکل بگیرد. اکبر محمدلو، کارشناس مالی و سرمایه‌گذاری واژه صنعتی سازی بیمارستان‌ها را که چندی است به واژه نامه بهداشت و درمان کشور راه یافته است این گونه تعریف می‌کند: «صنعتی سازی همان گونه که از واژه‌اش پیدا است، یعنی کاری وارد فرایند تولید انبوه شود. چنین کاری ویژگی‌هایی دارد؛ مانند این که کار تخصصی تر می‌شود و شمارگان آن خیلی بالا می‌رود. هنگامی که این دو اتفاق رخ می‌دهد نتیجه‌اش این است که از یک سو هزینه تمام شده خدمات در مانی به شدت پایین بیاید و از سوی دیگر کیفیت خدمات به دلیل کاهش انحراف معیار به شدت بالا برود.»

درصد هزینه‌های بیمارستانی هزینه‌های ثابت است. بنابراین هر چه شمارگان خدمات ارایه شده بالاتر برود هزینه تمام شده به ازای هر بیمار کمتر می‌شود. محمدلو همچنین تأکید می‌کند که در این محاسبات تنها هزینه‌های جاری دیده شده و هزینه‌هایی مانند هزینه‌های ساختمانی در این آمار دیده نشده است.

صنعتی سازی و نگرانی‌های انسانی

هنگامی که موضوعی انسانی مانند درمان را به صنعتی شدن پیوند می‌دهیم ناخودآگاه نگرانی‌هایی در این مورد پیش می‌آید. شاید یکی از عمده‌ترین نگرانی‌ها این باشد که عادت داشته‌ایم صنعت با ابزار بی‌جانی مانند چوب، چرم، فلز و از این قبیل که شرایط و ویژگی‌های ثابتی دارند و تغییر زیادی ندارند، سر و کار داشته باشد. اما وقتی سخن از انسان می‌شود تفاوت‌های فردی که هر بیماری را نسبت به بیمار دیگر متفاوت می‌کند بیشتر به ذهن می‌آیند. آیا این تفاوت‌ها در صنعتی سازی که در واقع نوعی سری کاری است ایجاد مشکل نمی‌کند و باعث بروز خطا و کاهش کیفیت نمی‌شود.

محمدلو در این زمینه می‌گوید: «تفاقی این سری کاری‌ها درصد خطا را کمتر می‌کند. موضوع آدم‌ها شاید با هم فرق کند ولی کلیاتش یکی است. برای نمونه چند نوع روش بیهوشی داریم. یکی از روش عمومی استفاده می‌کند و یکی دیگر از روش اپیدورال استفاده می‌کند و شخص دیگری از روش دیگری استفاده می‌کند. اگر کسی فقط روش اپیدورال را به کار برد تنها در این حوزه متخصص می‌شود و در نتیجه مهارتش در این روش خیلی بیشتر از کسی می‌شود که هر سه روش را انجام می‌دهد. چنین

در صنعتی سازی چون تولید به شدت بالا می‌رود، در نتیجه هزینه ثابت سرشکن می‌شود به تعداد تولید یا خدمات و کمک می‌کند که هزینه تمام شده پایین بیاید. از سوی دیگر کار هم خیلی تخصصی می‌شود. به عنوان نمونه مقایسه کنید کسی را که روزی ۱۰ بار یک کار را انجام می‌دهد با کسی که روزی ۱۰۰ بار آن کار را انجام می‌دهد. همان عمل را روزی ۱۰۰ بار انجام می‌دهد. طبیعتی است که فردی که روزی ۱۰۰ بار یک عمل را انجام می‌دهد به قدری ماهر می‌شود که چشم بسته هم می‌تواند کارش را انجام بدهد در نتیجه هم در مدت زمان کمتری می‌تواند آن کار مشخص را انجام بدهد و هم این که کیفیت کارش بالاتر می‌رود. اگر هم آمار بگیریم می‌بینید که انحراف از استانداردش هم بسیار کم است. در خدمات درمانی هم به تازگی مفهوم جدید صنعتی سازی در حال رواج یافتن است و در برخی کشورها نیز اجرایی شده است. مجربان چنین طرح‌هایی می‌گویند با تخصصی شدن هر فرایندی می‌توانیم کیفیت کار را به شدت بالا ببریم. مدت زمان انجام کار را پایین بیاوریم و همزمان مانند تولید انبوه صنعتی قیمت تمام شده را کاهش دهیم.»

به گفته این کارشناس امور مالی و سرمایه‌گذاری در حال حاضر در بیمارستان‌های ایرانی ۳۰ تا ۳۵ درصد هزینه مربوط به حق‌العمل پزشک‌ها است که از هزینه‌های متغیر محسوب می‌شود چرا که به ازای هر خدمت هزینه‌ای مشخص دریافت می‌شود در صورتی که در برخی کشورها این گونه نیست حق‌العمل پزشکان یک هزینه ثابت است. بخشی از هزینه‌های متغیر هم هزینه دارو است که برای هر خدمت محاسبه می‌شود و حدود ۱۰ درصد کل هزینه را شامل می‌شود. به همین ترتیب حدود ۵۵

برای درک بهتر این موضوع می‌توان این گونه نمونه آورد که مقایسه کنید تولید دستی یک کالا مانند کفش یا مبیل را با تولید صنعتی همان کالا. کارگاه‌های مبیل سازی یا کفش سازی که در ایران به شکل سنتی فعال هستند هر کدام با توجه به استانداردهای کارگاه خودشان یک سری مبیل یا کفش تولید می‌کنند که شمارگان آن خیلی بالا نیست. ولی هنگامی که تولیداتشان را مقایسه می‌کنیم با تولیدات کارخانه‌های بزرگ دنیا که شمارگان بالایی در تولید دارند، می‌بینیم در تولیدات کارخانه‌ها آن قدر شمارگان تولید بالا رفته است که کمترین انحراف معیار را در اندازه و کیفیت شاهدیم. علاوه بر این که چون تولید افزایش یافته است هزینه‌های تولید نیز کاهش یافته است.

محمدلو در این باره می‌گوید: «کار صنعتی در هر شاخه‌ای دو نوع هزینه دارد. یک سری هزینه‌های ثابت و یک سری هزینه‌های متغیر. هزینه متغیر، هزینه‌ای است که به ازای هر محصول و هر خدمت وجود دارد ولی هزینه ثابت مربوط به هزینه‌هایی است که چه یک خدمت انجام شود و چه هزار خدمت، هزینه ثابت است مانند هزینه اجاره محل. در یک محل ثابت چه یک خدمت انجام گیرد و چه هزار خدمت، سر ماه باید یک هزینه ثابت اجاره پرداخت شود. حالا فرض کنید اجاره یک محل مشخص ۱۰ میلیون تومان است اگر یک خدمت انجام دهید هزینه اجاره به یک خدمت تقسیم می‌شود و اگر هزار خدمت انجام دهید این هزینه به هزار خدمت تقسیم می‌شود. یعنی اگر یک خدمت انجام دهید ۱۰ میلیون تومان هزینه محل داده‌اید و اگر هزار خدمت انجام دهید بابت هر خدمت هزار تومان صرف هزینه محل کرده‌اید. اگر به این اختلاف نگاه کنید می‌بینید که

کار خودش خیلی متخصص می‌شود و وظیفه‌اش این است که خوب تشخیص بدهد. جراح هم فقط در اتاق عمل است. این گونه، کسی که وظیفه تشخیص را دارد با توجه به تجربه بیشتری که دارد می‌تواند اطمینان بیشتری بدهد و جراح هم کار خودش را بکند. در صنعتی سازی می‌گوییم جراح گران ترین منبع انسانی بیمارستان است و نباید زمانش را در مطب صرف کند. علاوه بر این که چنین فردی چون خیلی حرفه‌ای است اصلاً حوصله ندارد به حرف بیمار گوش بدهد. تشخیص را باید بسپاریم به کسی که کارش تشخیص است و مراجعات زیاد دارد و می‌تواند وقت کافی برای این امر بگذارد.»

اما در بسیاری از موارد نظرات متخصصان می‌تواند با هم متفاوت و حتی در تضاد باشد شاید به همین دلیل است که ایرانی‌ها بهتر می‌بینند پیش از انجام به هر کار درمانی، با چند پزشک و متخصص مشورت کنند. در چنین شرایطی باید یک نظام مطمئن برای پیشگیری از ایجاد و بروز اختلاف نظر میان متخصصانی که درباره یک بیمار تصمیم می‌گیرند و کسانی که آن را اجرامی کنند، تدوین شود. اما محمدمدلو معتقد است نمونه نقض این مثال این است که همین حالا که بیمارستان صنعتی در ایران رواج نیافته است شاهدیم که در بسیاری موارد یک پزشک کار تشخیص را انجام می‌دهد و متخصص دیگری جراحی را برعهده می‌گیرد: «اما برای این که چنین مشکلاتی پیش نیاید میان کسانی که کار تشخیص را انجام می‌دهند و جراح‌هایی که با آنها همکاری می‌کنند استانداردها و فرایندهای مشخصی وجود دارد که بر اساس آنها این افراد با هم در ارتباط هستند.»

به گفته او پروتکل این فرایند چون همان ابتدا تنظیم می‌شود و در فرایند مشخصی این مسأله میان آنها کاملاً حل می‌شود. به علاوه پزشک جراح یک گزارش کامل از پزشکی که تشخیص می‌دهد دریافت می‌کند و می‌بیند و اگر نیاز به یک آزمایش جدید باشد آن را هم انجام می‌دهند. البته اصولش این است که این افراد با توجه به آن پروتکل‌ها و گزارش‌ها به هم اعتماد می‌کنند. اما در نهایت اگر یک جراح تشخیصی را رد کند چون صلاحیتش بالاتر است حق با او است ولی این اتفاق بسیار کم رخ می‌دهد. در صورتی هم که این دو فرد به توافق نرسند میان خودشان طبق پروتکل‌های مصوب یک کمیسیون پزشکی بر گزار می‌کنند و تصمیم نهایی را می‌گیرند. این همان روالی است که در حال حاضر هم در بسیاری از بیمارستان‌ها اجرامی شود.

یکی دیگر از نگرانی‌هایی که در زمینه صنعتی شدن بیمارستان‌ها وجود دارد قطع ارتباط انسانی میان پزشک و بیمار است در حالی که بسیاری از ما عادت کرده‌ایم در یک نوع تبادل ارتباط انسانی به پزشک خود اعتماد کنیم و درمان و سلامت خود را به دست او بسپاریم. اما این کارشناس مالی و سرمایه‌گذاری نیازی به چنین روابطی برای جلب اعتماد بیمار نمی‌بیند: «در صنعتی سازی هر کس تخصص خودش را انجام می‌دهد. برای نمونه جراح باید زمانش را صرف کار جراحی کند. در حالی که در جاهای دیگر مجبور است به کارهای دیگر بپردازد. یعنی در شرایط معمولی پزشک جراح به جای این که در اتاق عمل به جراحی بپردازد باید زمانش را در مطب صرف کار تشخیص کند. این مانند این است که در کارخانه خودروسازی بنزیک نفر بیاید هم لاستیک تولید کند، هم سر سیلندر تولید کند، هم برود در خط مونتاژ بایستد. در حالی که در شیوه صنعتی سازی کسی مسؤول ساخت سیلندر است در این زمینه تخصص دارد نه دیگر زمینه‌ها. در صنعتی سازی بیمارستان‌ها هم باید این گونه باشد یعنی جراح باید در اتاق عمل باشد و پزشکی که کارش تشخیص است نیز باید به کار خودش برسد به این ترتیب پزشکی که کار تشخیص را انجام می‌دهد در



اکبر محمدمدلو

کارشناس مالی و سرمایه‌گذاری:

هنگامی که از بیمارستان صنعتی

سخن گفته می‌شود معمولاً صحبت از

بیمارستان‌های تخصصی مانند قلب

است که به طور میانگین روزانه ۱۰۰

عمل قلب و هزار آئزویوگرافی در

آن انجام می‌شود نه بیمارستان‌های

عمومی که روزانه ۱۰ عمل قلب و

۲۰ عمل ریه و مانند این‌ها انجام

می‌دهند

فردی بیشتر با پیچیدگی‌های کار آشنا می‌شود بنابراین بعد از یک مدتی هم خطای کارش کمتر می‌شود و کیفیت کارش بالاتر می‌رود.»

هنگامی که از بیمارستان صنعتی سخن گفته می‌شود معمولاً صحبت از بیمارستان‌های تخصصی مانند قلب است که به طور میانگین روزانه ۱۰۰ عمل قلب و هزار آئزویوگرافی در آن انجام می‌شود نه بیمارستان‌های عمومی که روزانه ۱۰ عمل قلب و ۲۰ عمل ریه و مانند این‌ها انجام می‌دهند. در بیمارستان تخصصی که به شکل صنعتی اداره می‌شود و روزانه تعداد زیادی جراحی انجام می‌شود لازم است دست کم هر روز ۵ متخصص بیهوشی فعال باشند در این صورت اگر برنامه تغییر کند و بیمار به نوع دیگری از بیهوشی نیاز داشته باشد متخصص آن نوع بیهوشی در دسترس است: «اما اگر بخواهیم در بیمارستان عمومی صنعتی سازی را اعمال کنیم چون تعداد خدماتی که ارائه می‌شود در این اندازه بالا نیست، نمی‌توان از تعداد بیشتری نیرو بهره برد و در صورت نیاز به خدمتی دیگر احتمالاً مشکل به وجود خواهد آمد.»

علاوه بر این محمدمدلو معتقد است بهترین نتیجه از صنعتی شدن را زمانی می‌توان به دست آورد که در یک بیمارستان تخصصی اجرا شود: «در واقع تخصصی بودن خیلی به این کار کمک می‌کند چرا که صنعتی بودن فرایندی است که در خیلی مراحل می‌تواند انجام شود. برای نمونه در یک رادیولوژی هم می‌توان از فرایند صنعتی سازی استفاده کرد ولی اگر قرار است تمام فرایند کار از تشخیص تا درمان را در یک مرکز صنعتی کنید بهتر است این مرکز یک بیمارستان تخصصی باشد. چرا که در این صورت تمام فرایندها مشخص تر و پیچیدگی‌ها کمتر است تا بیمارستان عمومی که چندین تخصص را به طور هم زمان ارائه می‌کند. اگر به تجربه دیگر کشورها هم نگاه کنیم می‌بینیم مراکزی که صنعتی شده‌اند تک تخصصی هستند یعنی یا بیمارستان قلب است یا بیمارستان چشم است.»

او تأکید می‌کند: «در بیمارستان‌های عمومی یا چند تخصصی کار صنعتی سازی خیلی سخت تر انجام می‌شود. شاید برخی از فرایندها را بتوان در این مراکز صنعتی کرد ولی این که همه فرایندهای بیمارستان عمومی را صنعتی سازی کنیم بسیار سخت است چرا که این کار تنها در شمارگان بالا جواب می‌دهد اتفاقی که در بیمارستان عمومی رخ نمی‌دهد. صنعتی سازی باید اقتصاد مقیاس و تیراژ بالا داشته باشد.»

دکتر دیوی شتی پایه‌گذار صنعتی‌سازی بیمارستان

دکتر دیوی شتی (DR devi shetty) رییس بیمارستان نارایانا در شهر بنگلور هند، پایه‌گذاری صنعتی‌سازی بیمارستان در جهان است. او با راه‌اندازی بیمارستان‌های تک‌تخصصی ویژه جراحی قلب، دگرگونی بزرگ و تازه‌ای در صنعت درمان جهان پدید آورد. در بیمارستان‌های او بیماران قلبی در هر سطح درآمدی باشند با پرداخت ۲۰۰۰ دلار به شیوه عمل جراحی درمان می‌شوند و دکترهای جراح تنها به کار جراحی می‌پردازند. او هزینه انجام جراحی قلب را کاهش چشمگیری داده است؛ ۱۴ بیمارستان تخصصی در ۱۱ شهر هند راه‌اندازی کرده است که تاکنون بیش از ۱۲ درصد جراحی‌های قلب این کشور را انجام می‌دهند و سالانه ۲۵۰ میلیون دلار درآمد داشته‌اند. عمل جراحی قلب یکی از گران‌ترین عمل‌های جراحی در جهان به شمار می‌رود و در یکصد سال گذشته تنها ۱۰ درصد مردم توانایی پرداخت هزینه این عمل را داشته‌اند.



برای مردم و دولت تبدیل شده است. به همین دلیل کارشناسان مقوله‌ای جدید را به عنوان بسته خدمتی مطرح کرده‌اند. به این ترتیب در حالی که پیش از این برای آرایه هر خدمت هزینه دریافت می‌کردند که موجب بالاتر رفتن هزینه‌ها می‌شد. اما روش دیگری را جایگزین کرده‌اند که بر اساس آن بسته خدماتی آرایه می‌شود. بر اساس این روش برای ارزش ایجاد شده هزینه مشخص دریافت می‌شود. در این حالت می‌آیند می‌گویند باید یک عمل آپاندیسیت انجام شود با یک تعرفه مشخص دیگر این مدیر بیمارستان است که باید به گونه‌ای هزینه‌هایش را تنظیم کند سود هم ببرد. بنابراین سود در این است که یک سری از خدمات این مراکز صنعتی شود. چون صنعتی‌سازی کمک می‌کند قیمت تمام شده پایین‌تر بیاید. چرا که هم فرایندهای اضافه را حذف می‌کند و هم چون استانداردهای می‌کنند باعث می‌شود هزینه‌های اضافه کم شود. علاوه بر این که کیفیت هم بهبود می‌یابد. مراکز متعددی هم در اروپا در زمینه درمان سرطان از همین روش بهره می‌برند.

از سوی دیگر به گفته محمدلو بیمه‌ها نیز یکی از اصلی‌ترین حامیان صنعتی‌سازی بیمارستان‌ها هستند. او می‌گوید: «در کشورهایی که صد درصد پوشش بیمه‌ای دارند، بیمه‌ها در صدد هستند که هر چه بیشتر هزینه‌ها را کاهش دهند چون در حال حاضر به ازای هر خدماتی که آرایه می‌کنند باید همه هزینه را بپردازند ولی اگر بیمارستان‌ها صنعتی شوند، هزینه کمتری پرداخت خواهند کرد. بنابراین هم کشورهایی که پرداخت از جیب دارند و هم کشورهایی که بیمه‌های قوی دارند در پی کاهش هزینه‌های درمان و استفاده از روش صنعتی‌سازی بیمارستان‌ها هستند.»

سال ۲۰۱۴ به هزار و ۵۰۰ دلار رسیده است در حالی که کیفیتش هم بهترین کیفیت عمل قلب باز در هند است. شتی این کار را با صنعتی کردن بیمارستان قلب عملی کرده است. در بیمارستان نارایانا که در جزیره کیمین آیلند در همسایگی کشور آمریکا در حال راه‌اندازی است نیز عمل قلب باز با هزینه ۲ تا ۳ هزار دلار انجام می‌دهد و هزینه رفت و آمد از آمریکا به این جزیره نیز حدود ۷۰۰ تا ۸۰۰ دلار است در حالی که همین عمل در آمریکا ۶۰ تا ۷۰ هزار دلار هزینه دارد. بیمارستان آراوید نیز که بیمارستان چشم پزشکی صنعتی شده است نیز از همین روند استفاده می‌کند و تا آنجا پیش رفته است که ۵۰ درصد عمل‌هایش را رایگان انجام می‌دهد و شعاری را طراحی کرده است با عنوان «حذف کوری‌های قابل درمان». این بیمارستان نیز از طریق صنعتی‌سازی هزینه‌های چشم‌پزشکی را به شدت کاهش داده است تا جایی که خیلی از بیمارانش را می‌تواند به شکل رایگان انجام دهد. مسأله اصلی این است که در صنعتی‌سازی، کیفیت به شدت رشد می‌کند و هزینه‌ها به شدت پایین می‌آید. محمدلو معتقد است در ایران با توجه به اتفاقاتی که رخ می‌دهد هزینه‌های بهداشت درمان به شدت در حال افزایش است و از سوی دیگر مردم هم واقعاً به کیفیت بهتر نیاز دارند. بنابراین این فرصت خوبی است که می‌توان از طریق صنعتی‌سازی کیفیت درمان بهتر را با هزینه کمتر برایشان فراهم آورد.

استقبال بیمه‌ها و کشورهای توسعه یافته از صنعتی‌سازی بیمارستان‌ها

هزینه‌های بهداشت و درمان در کشور آمریکا به شدت در حال رشد است و به یک مشکل جدی

متخصصانی که راه ده‌ها ساله را چند ساله می‌روند

متخصصان و کارکنانی که در بیمارستان‌های صنعتی مشغول به کار می‌شوند همان افرادی هستند که مانند متخصصان دیگر از دانشگاه‌های عادی فارغ‌التحصیل شده‌اند. اما با توجه به امکاناتی که یک بیمارستان صنعتی در اختیار این افراد قرار می‌دهد می‌تواند به راحتی راهی که باید در چند دهه طی کنند را در چند سال بگذرانند. به عنوان نمونه جراح قلبی که در یکی از بیمارستان‌های آمریکا کار می‌کند تا ۶۵ سالگی شاید بتواند سه هزار قلب را عمل کند در حالی که پزشکی که هم سن او است و همزمان کارش را شروع کرده در مدت ۶ سال در بیمارستان صنعتی نارایانا می‌تواند به همین تعداد جراحی دست بزند و تجربه این همه سال را در شش سال به دست آورد.

دیوی شتی بنیان‌گذار بیمارستان‌های صنعتی در هند

دیوی شتی پزشک هندی است که از سال ۲۰۰۲ سعی کرد روش ارزان‌تر و با کیفیت‌تری برای درمان بیماران هندی طراحی کند. ۲۹ بیمارستان صنعتی نارایانا که در نقاط مختلف هند فعال هستند نتیجه فعالیت او است. او علاوه بر بیمارستان‌هایی که در هند دایر کرده است چند بیمارستان هم در مالزی تاسیس کرده است و در حال تاسیس بیمارستانی در کیمین آیلند، جزیره‌ای در نزدیکی کشور آمریکا است. بیمارستان قلب نارایانا یکی از معروف‌ترین مراکز قلب هند است که ارزان‌ترین و با کیفیت‌ترین خدمات را آرایه می‌دهد.

در سال ۲۰۰۲ عمل قلب باز در هند ۵ هزار دلار هزینه داشته است ولی با وجود تورم هزینه این جراحی در



ساختار بهداشت و درمان استرالیا

پیچیدگی به مدیران کار آزموده نیاز دارد

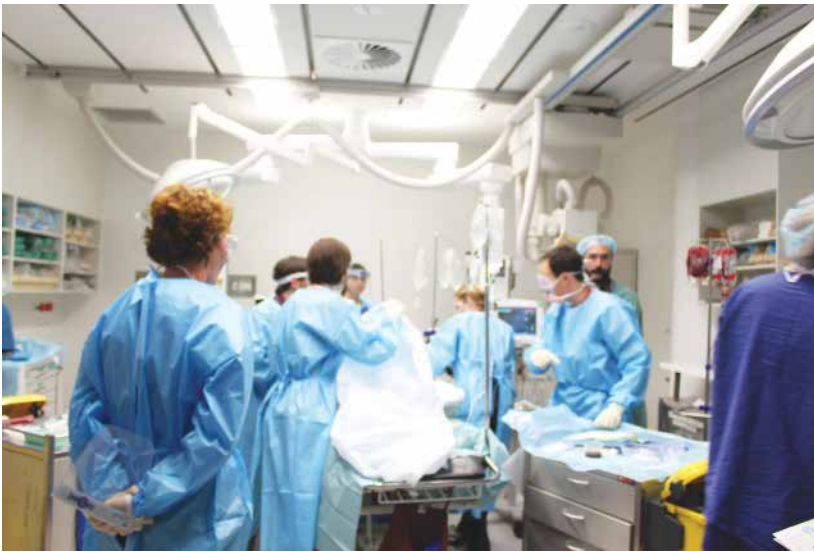
سازمان بهداشتی استرالیا متکی بر درآمدهای مالیاتی است که در آن خدمات درمانی از طریق یک برنامه بیمه سلامت ملی و فراگیر تامین مالی می‌شوند. خدمات بهداشتی از طریق دولت فدرال مدیریت می‌شود و به وسیله گستره‌ای از خدمات‌دهندگان عمومی و خصوصی ارائه می‌شود. دولت استرالیا که همچنین دولت فدرال یا مشترک‌المنافع نیز نامیده می‌شود به جای ارائه خدمات بهداشتی، این خدمات را تامین مالی می‌کند و بارانه‌های لازم برای خدمات دارویی و همچنین مراقبت از افراد سالمند را می‌پردازد. شش دولت محلی در استرالیا با کمک‌های مالی دریافت شده از دولت فدرال، بیمارستان‌های عمومی، خدمات سلامت روانی، و خدمات بهداشت عمومی را تامین مالی و ارائه خدمات می‌کنند. عمده خدمات دندان پزشکی و پزشکی جامعه محور به وسیله بخش خصوصی ارائه می‌شود و به همین دلیل در این کشور بخش خصوصی بزرگی شامل موسسات بیمه، بیمارستان‌ها و مراکز آزمایشگاهی وجود دارد. ساختار بهداشتی در بردارنده مذاکره پیوسته میان دولت فدرال و دولت‌های محلی در بستری است که تعداد زیادی از گروه‌های خصوصی و عمومی دارای نفع در آن قرار دارند. اصل کلیدی سازمان بهداشتی استرالیا دسترسی عمومی به مراقبت بهداشت و درمان با کیفیت، صرف نظر از توانایی مالی افراد است.

مالی خدمات بهداشتی با کیفیت را فراهم می‌سازد. مدیریت، هماهنگی و تنظیم ساختار سلامت استرالیا، فرایند پیچیده‌ای است که انجام آن بر عهده تمام سطوح حکومت قرار دارد. البته برنامه‌ریزی و اجرای این خدمات بهداشتی مشترکاً به وسیله بخش‌های خصوصی و دولتی انجام می‌شود. همان‌طور که انتظار می‌رود، چنین سیستم بزرگی

استرالیا باشد. این جمعیت متنوع فاکتورهایی مانند جنسیت، سن، تاریخچه پزشکی و رفتاری، مکان زندگی و زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی - اقتصادی را وارد محاسبات سازمان سلامت می‌کند. در پشت صحنه ساختار سلامت استرالیا، شبکه‌ای از شیوه‌های مدیریتی و حمایتی وجود دارد که سیاست‌گذاری، قانون‌گذاری، هماهنگی و تامین

نمای کلی از سیستم سلامت استرالیا

سازمان سلامت استرالیا ساختاری پیچیده دارد. به همین دلیل بهتر است این ساختار با مفهوم شبکه توضیح داده شود، شبکه‌ای از خدمات، فراهم‌کنندگان، دریافت‌کنندگان و ساختارهای سازمانی. این پیچیدگی تا اندازه‌ای زیادی اجتناب‌ناپذیر است چون این سیستم باید پاسخگوی نیازهای جمعیت متنوع



۹,۵٪

در سال ۲۰۱۲-۲۰۱۱ هزینه‌های بهداشتی در استرالیا بالغ بر ۱۴۰ میلیارد دلار یا ۹,۵ درصد تولید ناخالص داخلی این کشور بود. این رقم ۱,۷ درصد بیشتر از هزینه‌ها در سال ۲۰۰۲-۲۰۰۱ بود که نشان می‌دهد پرداخت‌های مربوط به بخش سلامت در استرالیا با سرعت بیشتری از رشد جمعیت در حال افزایش است

خدمات ارایه شده به دست متخصصان، از سوی دولت پرداخت می‌شود.
۲- این که بیمار مستحق دریافت کمک هزینه یا دیگر امتیازات است یا خیر.

۳- این که بیمار دارای ملاک‌های لازم برای دریافت یارانه‌های اضافی است یا خیر.

در جاهایی که دولت، بخش بزرگ هزینه را پرداخت می‌کند، بیمار باید مانده هزینه را به عنوان سهم بیمار پرداخت کند. مگر این که ارایه‌کننده خدمات تصمیم بگیرد تنها هزینه‌های برنامه‌ریزی شده را دریافت کند. در مواردی که ارایه خدمات سلامت زیر پوشش کمک‌های دولتی قرار ندارد مانند دندان‌پزشکی، میانایی‌سنجی و حمل و نقل با آمبولانس، بیمار باید کل هزینه را پرداخت کند مگر این که دارای کارت مخصوص افراد با درآمد پایین باشد. در این صورت هزینه‌های او زیر پوشش یارانه‌های دولتی قرار می‌گیرد.

به این شیوه، افراد می‌توانند برای پوشش دادن بخشی از هزینه درمان که توسط دولت پرداخت نمی‌شود از بیمه‌های خصوصی بهره‌برند. این بیمه‌ها انواع متنوعی هستند و از بخشی از هزینه‌ها تا تمام هزینه‌ها را پوشش می‌دهند. البته اگر افراد از خدمات بیمارستان‌های خصوصی استفاده کنند حتی با داشتن بیمه خصوصی نیز ممکن است ناچار شوند بخشی از هزینه درمان را بپردازند. دولت استرالیا افراد با درآمد بالا را تشویق می‌کند از بیمه‌های خصوصی بهره‌گیرند، در غیر این صورت آنها باید میان ۱ تا ۱,۵ درصد از درآمد خود را به عنوان جریمه به دولت بپردازند.

بسیار پرهزینه است. در سال ۲۰۱۲-۲۰۱۱ هزینه‌های بهداشتی در استرالیا بالغ بر ۱۴۰ میلیارد دلار یا ۹,۵ درصد تولید ناخالص داخلی این کشور بود. این رقم ۱,۷ درصد بیشتر از هزینه‌ها در سال ۲۰۰۲-۲۰۰۱ بود که نشان می‌دهد پرداخت‌های مربوط به بخش سلامت در استرالیا با سرعت بیشتری از رشد جمعیت در حال افزایش است.

این رشد تا اندازه‌ای می‌تواند به تغییرات اجتماعی همچون بالارفتن سن جمعیت و شیوع بیماری‌های مزمن نسبت داده شود. همچنین فاکتورهای دیگری مانند درآمد شخصی، روندهای کلی تر اقتصادی و فناوری‌های جدید در این افزایش هزینه‌ها دخیل هستند. به طور کلی، سیستم بهداشتی استرالیا مستقل از دیگر بخش‌های این جامعه نیست و رشد سرمایه‌گذاری در بهداشت و سلامت، بازتابی از تحولات این کشور است. سازمان بهداشت استرالیا بر پایه این اصل بنا شده است که سلامت کشور و سلامت افراد به طور متقابل به هم وابسته هستند، بنابراین یک سازمان سلامت سالم هم برای کشور و هم برای افراد ضروری است.

سیاست ملی سلامت استرالیا

ساختار سلامت استرالیا، ساختاری فراگیر است. دولت فدرال درصد بالایی از هزینه‌های خدمات سلامت در بیمارستان‌های عمومی را می‌پردازد. این درصد بر اساس معیارهای زیر پرداخت می‌شود:

۱- این که خدمت ارایه شده شامل یارانه دولتی می‌شود یا خیر. معمولاً ۱۰۰ درصد هزینه‌های بیمارستانی، ۷۵ درصد هزینه پزشکی عمومی، و ۸۵ درصد هزینه

۲۰۴,۱۴۴

پرستاران و ماماها با ۲۰۴,۱۴۴ نفر در سال ۲۰۱۲ بزرگترین بخش از نیروی کار را تشکیل می‌دهند. شمار پرستاران و ماماها تمام وقت به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر، سه برابر تعداد پزشکان است. در سال ۲۰۱۲ به ازای هر صد هزار نفر در استرالیا ۱۱۲۴ پرستار و ماما تمام وقت وجود داشت. این تعداد برای پزشکان ۳۷۴ نفر، برای روانشناسان ۸۵ نفر و برای داروسازان ۸۹ نفر بود

ساختار بیمارستانی انجام می‌شود. افرادی که این سطح از خدمات را [شامل خدمات‌های ارائه شده به وسیله پزشکان و دندان‌پزشکان عمومی، کارکنان بهداشت بومی، پزشکان داروخانه، روان‌پزشکان، متخصصان تغذیه و متخصصان فیزیوتراپی است] دریافت می‌کنند معمولاً بیشتر این افراد به جایی ارجاع داده نمی‌شوند.

مراقبت بهداشتی اولیه که شامل خدمات پزشکی عمومی و خدمات‌های بهداشتی محلی و بومی است در موقعیت‌ها و مکان‌های متنوعی مانند مراکز بهداشت و درمان محلی و نیز مراکز پیشگیری ارائه می‌شود. هزینه‌های صرف شده برای مراقبت بهداشتی اولیه تقریباً معادل هزینه‌های صرف شده در ساختار خدمات بیمارستانی است. در سال ۲۰۱۱ این مبلغ برای مراقبت بهداشتی اولیه ۵۰ میلیارد و برای خدمات بیمارستانی ۵۳ میلیارد دلار تخمین زده شد.

۲- مراقبت درمانی ثانویه

ساختار سلامت اولیه در انزوا عمل نمی‌کند و بخشی از یک ساختار بزرگتر است که شامل دیگر بخش‌ها و

در مقیاس جهانی، سرانه کارکنان پزشکی استرالیا معادل با استانداردهای سازمان همکاری اقتصادی و توسعه OECD و متوسط شمار پرستاران این کشور نیز بالاتر از استانداردهای این سازمان است.

شیوه‌ارایه خدمات

ساختار سلامت استرالیا در سطوح متفاوتی خدمات خود را به شهروندان استرالیا، دیدارکنندگان خارجی، افراد داری اقامت موقت یا دائم و پناهجویان ارائه می‌دهد. نیازها و انتظارات این افراد به وسیله عوامل متعددی مانند وضعیت سلامتی آنها و نیز فاکتورهایی مانند جنسیت، سن و سال، مکان زندگی و پیشینه فرهنگی شناسایی می‌شود. برای برآوردن هر چه بهتر نیازها و انتظارات مراجعه‌کنندگان، ساختار بهداشتی استرالیا سه نوع مراقبت بهداشتی را برنامه‌ریزی کرده است.

۱- مراقبت بهداشتی اولیه

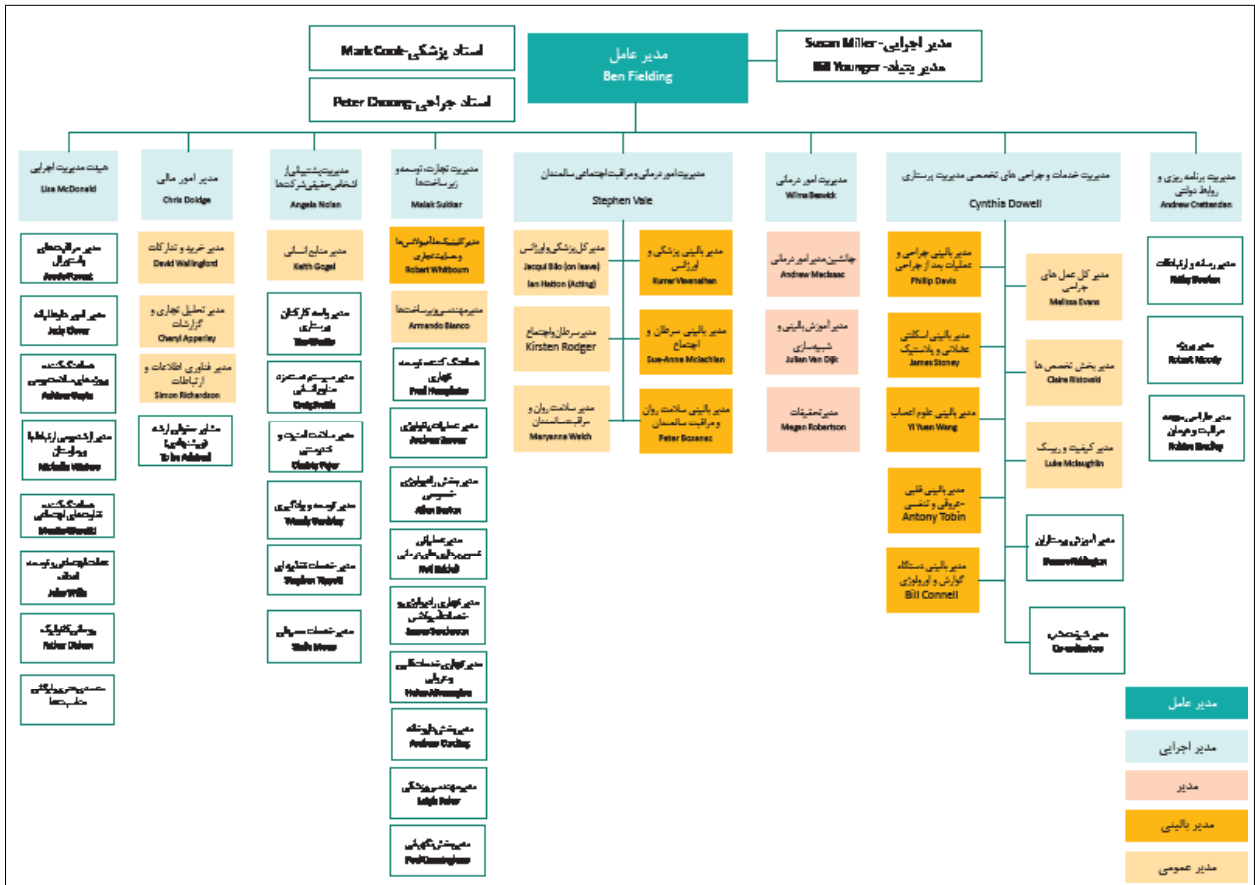
در استرالیا، مراقبت بهداشتی اولیه، نخستین تماس فرد با سیستم بهداشتی است که بیشتر بیرون از

نیروی کار در سیستم سلامت استرالیا

کارکنان بخش بهداشت و سلامت در استرالیا شامل پزشکان، پرستاران و ماماها، و متخصصان دیگر سلامت مانند دندان‌پزشکان، روان‌شناسان، و میانایی سنج‌ها هستند. پرستاران و ماماها با ۲۰۴،۱۴۴ نفر در سال ۲۰۱۲ بزرگترین بخش از نیروی کار را تشکیل می‌دهند. شمار پرستاران و ماماها تمام وقت به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر، سه برابر تعداد پزشکان است. در سال ۲۰۱۲ به ازای هر صد هزار نفر در استرالیا ۱۱۲۴ پرستار و ماما تمام وقت وجود داشت. این تعداد برای پزشکان ۳۷۴ نفر، برای روان‌شناسان ۸۵ نفر و برای داروسازان ۸۹ نفر بود.

در چند سال گذشته تعداد پزشکان، پرستاران و ماماها به نحو افزایش چشم‌گیری یافته است؛ برای نمونه، شمار پزشکان تمام وقت میان سال‌های ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۲ بیش از ۱۶ درصد افزایش یافت. این افزایش برای پرستاران حدود ۷ درصد بود. این افزایش تا اندازه‌ای نتیجه دسترسی بیشتر به افراد تحصیل کرده در رشته‌های مرتبط با خدمات بهداشت و درمان است.

نمودار ۱: ساختار سازمانی سلامت استرالیا



خدمات است. به طور کلی می‌توان گفت این بخش به مثابه راهروی برای ورود به بخش‌های وسیع‌تر ساختار عمل می‌کند. به واسطه ارزیابی و ارجاع، افراد از یک خدمات سلامت اولیه به خدمات دیگر یا از خدمات سلامت اولیه به خدمات پایه دوم یا برعکس ارجاع داده می‌شوند.

مراقبت پایه دوم شامل مراقبت پزشکی است که به وسیله متخصصان و بیمارستان‌های تخصصی و بر پایه ارجاع صورت گرفته به وسیله مراقبت اولیه انجام می‌شود.

۳- بیمارستان‌ها

در استرالیا خدمات بیمارستانی به وسیله بیمارستان‌های خصوصی و عمومی ارائه می‌شود. در سال ۲۰۱۲ حدود ۱۳۴۳ بیمارستان در استرالیا وجود داشت. تعداد بستری شدن بیماران نیز در سال ۲۰۱۲ با ۴٫۶ درصد رشد نسبت به سال قبل به رقم ۹٫۳ میلیون رسید.

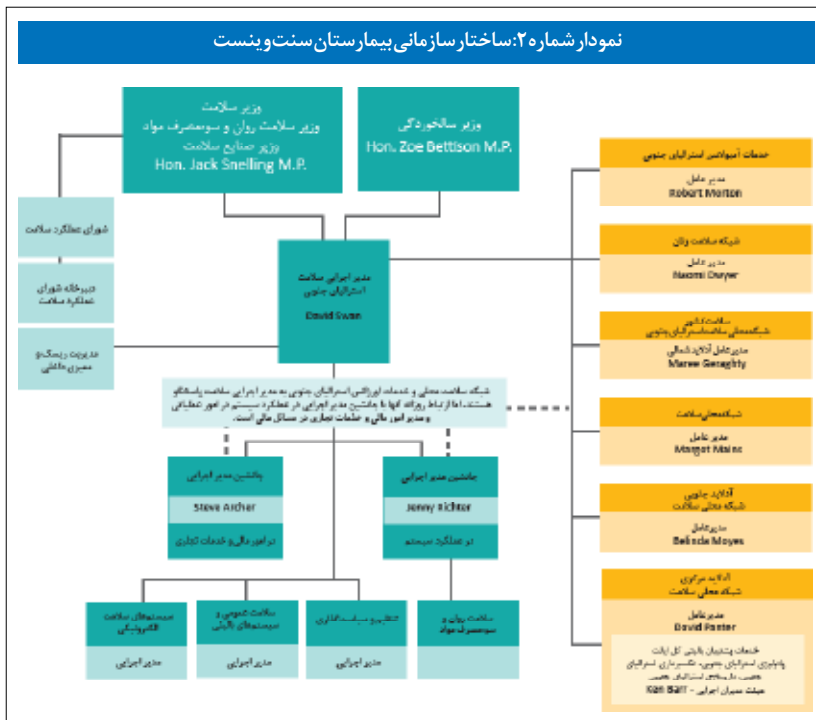
بخش اورژانس بیمارستان‌ها در استرالیا یک قسمت حیاتی برای سیستم سلامت این کشور است. این بخش غیر از فراهم کردن خدمات پزشکی و جراحی برای بیماران اورژانسی، به ارائه خدمات به بیمارانی که در نوبت پذیرش هستند نیز می‌پردازد. در سال ۲۰۱۲ بیش از ۶٫۷ میلیون ارایه خدمات به وسیله بخش اورژانس استرالیا انجام شد که بالغ بر ۱۸ هزار بار در روز است.

ساختار سازمانی سلامت استرالیا

حوزه سلامت استرالیا به واسطه تعداد افراد زیادی که با آن در ارتباط هستند به طور گسترده‌ای در حال پیچیده شدن است. با توجه به تقسیم وظایف در ساختار درمانی این کشور، مشورت و هماهنگی مداوم میان سطوح متفاوت دولت مخصوصاً در موضوعاتی که نیازمند در پیش گرفتن یک راهبرد ملی هستند، ضروری است. به علاوه، مرز میان وظایف سطوح متفاوت دولت در حوزه بهداشت و نیز مرز میان بخش خصوصی و عمومی چندان واضح نیست تا آنجا که برخی این را یکی از نقاط ضعف ساختار بهداشتی استرالیا می‌دانند. نمودار ساختار سازمانی سلامت استرالیا، سازمان‌های اصلی درگیر در بخش سلامت استرالیا و نوع روابط آنها با یکدیگر را نمایش می‌دهد.

مقررات و مدیریت خدمات سلامت

در بخش سلامت استرالیا به دلیل تقسیم اختیارات و مسؤلیت‌ها میان سیستم فدرال و ارایه‌دهندگان



نیز نماینده‌ای از جانب وزارت بهداشت نیوزلند.

ب) مدیر استرالیا (که پیشتر کمیسیون بیمه سلامت نامیده می‌شد) مرجع ملی است که مسؤلیت پردازش و توزیع منافع، عمدتاً منافع برنامه‌مدیکو و برنامه دارویی و تجهیزات پزشکی را بر عهده دارد. این کمیسیون یک برنامه جامع نظارتی را اداره می‌کند که تخلفات انجام شده به وسیله پزشکان و داروسازان را دیده‌بانی و بررسی می‌کند. این کمیسیون بیشتر جریمه‌های نرم یا جلسه‌های مشورت و انتقاد را در مقابل تخلفات پزشکان و دیگر کارکنان درمانی در پیش می‌گیرد، با این حال کمیسیون در سال ۲۰۰۴ نه پزشک را به دلیل تخلف به دادستانی استرالیا معرفی کرد.

ج) دپارتمان‌های سلامت منطقه‌ای و سرزمینی، بخش عمده سیستم مراقبت را به ویژه در حوزه بیمارستان‌ها و سلامت عمومی اداره می‌کنند. قانون‌گذاری سلامت در هر ایالتی به هر کدام از دپارتمان‌های سلامت اختیار قانونی برنامه‌ریزی و تهیه تنظیمات و مقررات لازم را می‌دهد. در صورتی که دپارتمان‌ها بخواهند می‌توانند مستقیماً بر ارایه‌کنندگان خدمات سلامت بخش دولتی اعمال قدرت و نظارت نمایند. این اعمال نظارت بر بخش‌های خصوصی از طریق قراردادهای تامین مالی انجام می‌شود.

د) مدیریت و اداره بیمارستان و وظیفه ایالت‌ها است. در استرالیا فشار برای بیکربندی دوباره بیمارستان‌های

خدمات خصوصی، عمومی و گروه‌های حرفه‌ای، توانایی هر کدام از گروه‌ها برای برنامه‌ریزی محدود است. تنظیم و مدیریت مراکز ارایه خدمات سلامت در استرالیا در هر دو سطح دولت فدرال و دولت‌های محلی به وسیله مجموعه‌ای از سازمان‌های خصوصی و عمومی انجام می‌شود. منتقدان ساختار بهداشتی استرالیا اعتقاد دارند که این تکرر مراکز تصمیم‌گیری و اجراء عمل در مقابل بازده مناسب سازمان قرار می‌گیرد، اما شواهدی وجود ندارند که تصمیم‌گیری انحصاری باعث افزایش بهره‌وری خواهد شد. مهم‌ترین نهادهای تنظیم‌کننده و رویه‌های اداره کننده سازمان سلامت استرالیا به شرح زیر هستند:

الف) شورای امنیت و کیفیت در مراقبت بهداشتی که شامل وزیر بهداشت دولت فدرال و همه وزرای بهداشت ایالات بود، در فاصله سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۵، تلاش‌ها برای افزایش کیفیت و ایمنی خدمات بهداشتی ارایه شده به بیماران را رهبری کرد. این شورا تشکلی مشورتی در حوزه سیاست‌گذاری بود که گزارش‌های سالیانه آن به وزیر بهداشت استرالیا نقش مهمی در افزایش آگاهی نسبت به موضوعات مربوط به امنیت همه جانبه بیماران داشت. این شورا دارای سی عضو بود شامل نمایندگانی از هر ایالت و نیز نمایندگانی از سوی درمانگاه، مشتریان، متخصصان کیفیت، مدیران اجرایی تأسیسات بهداشتی بخش خصوصی و عمومی و

دائم سلامت زیر نظارت شورای حکومت‌های استرالیا قرار دارد که بالاترین شورای میان حکومتی در استرالیا است.

شورای دائم سلامت در استرالیا بر اجرای برنامه اصلاحات ملی سلامت نظارت می‌کند که اهداف آن به شرح زیر است.

■ کمک به بیماران برای دریافت خدمات یکپارچه در تمامی بخش‌های سیستم سلامت

■ بالا بردن سطح کیفی خدمات دریافت شده به وسیله بیماران از طریق استانداردهای عملکرد بالاتر، سطوح بی‌سابقه‌ای از شفافیت و بهبود مشارکت بیمارستان‌های محلی

■ فراهم‌سازی یک بنیان مالی مطمئن برای بخش سلامت و بیمارستان‌ها در آینده

تمرکز اصلی شورای دائم دست‌یابی به خدمات درمانی بهتر و پایدارتر برای مردم استرالیا و نیز پر کردن شکاف میان بومی‌ها و غیر بومی‌های استرالیا است.

پیچیدگی ساختار، پزشکان و مدیران

بدین شکل سازمان بهداشت و درمان استرالیا، مبتنی بر فراگیری و با امکان مدیریت محلی و تامین مالی فدرال است. به نظر می‌رسد این سیستم پیچیده متشکل از شبکه‌های مختلف تنها با اتکای نیروی پزشکان قابل مدیریت نباشد و حضور مدیران خبره در سطوح مختلف را ضروری می‌سازد. در این ساختار پیچیده پزشکان در حکم مشاوران مدیران سطوح عالی مشغول کار در حوزه تصمیم‌گیری هستند. این در حالی است که نقش غیرقابل اجتناب آنان در حوزه‌های درمانی و پزشکی کماکان جاری است. برخی ساختارهای سازمانی بیمارستان‌ها و شبکه‌های ارائه خدمات درمانی بیانگر این پیچیدگی و لزوم حضور مدیران آموزش‌دیده در این حوزه هستند. در این گزارش از نمودارهای ساختار سازمانی یک بیمارستان و یک شبکه خدمات‌رسانی ارائه می‌شوند. ■

برای اطلاعات بیشتر به منابع زیر مراجعه کنید: Healy and others (2006). "Australia health system review" in Health Systems in Transition. Vol 8. No 5.

<http://www.aihw.gov.au/australia-as-health/2014/health-system> last seen on July 20, 2015.

WHO and Australian Institute of Health and Welfare (2012). Australian health service delivery profile.

اختیار تحقیق درباره مسأله و تعیین راه حل نیز است. برای رسیدگی به شکایات مربوط به بیمه نیز یک نهاد بازرسی خصوصی در سطح ملی وجود دارد. همچنین قانون مسؤلیت مدنی استرالیا به بیماران این امکان را می‌دهد که شکایات خود از سوء عملکردهای پزشکی را به دادگاه ببرند. حجم بالای شکایات در یک دهه گذشته و غرامت‌های سنگین تعیین شده، سبب شده است که بیمه‌های مسؤلیت به ویژه برای متخصصان زایمان به اندازه زیادی مورد استفاده قرار گیرد. این مسأله مشخصاً باعث ورشکستگی چند مؤسسه بیمه در استرالیا شده است.

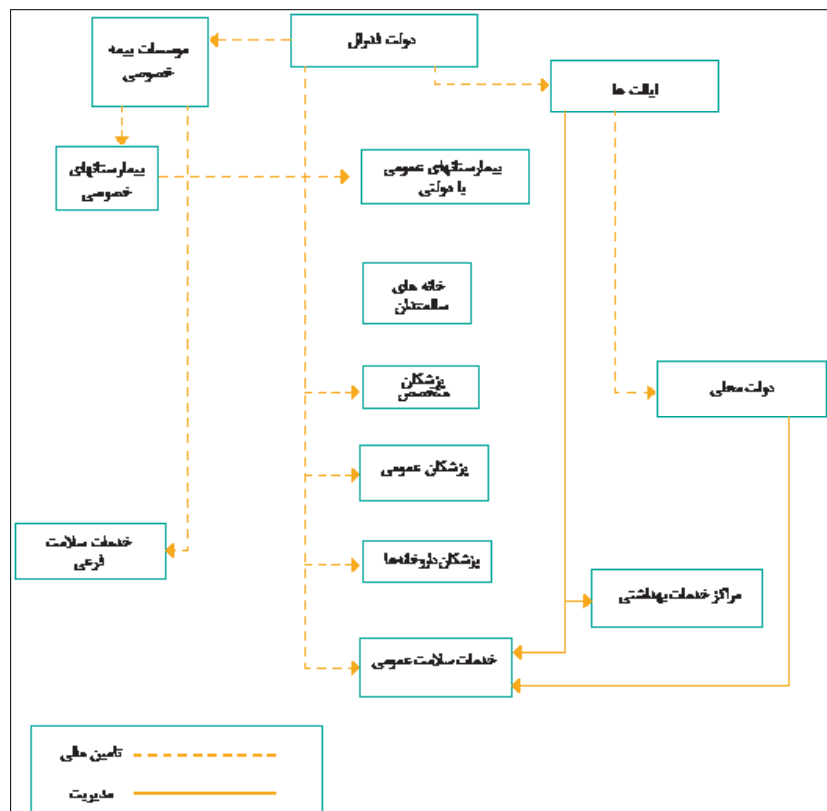
سیستم سلامت استرالیا چگونه اداره می‌شود؟

به طور کلی هماهنگی و مدیریت سیستم بهداشت عمومی وظیفه همه وزرای سلامت استرالیا، یعنی وزیر دولت فدرال و وزرای دولت‌های محلی است. وزیران سلامت با هم شورای دایمی سلامت استرالیا را تشکیل می‌دهند که نقش هماهنگ‌کننده مکمل را دارد. اعضای شورا همچنین شامل وزیر دولت فدرال در امور کهنه سربازان و نیز وزیر سلامت نیوزلند هستند. شورای

بخش عمومی و افزایش بهره‌وری باعث ایجاد شیوه‌های تازه‌ای از مدیریت بیمارستانی شده است. در گذشته در بیشتر ایالات بیمارستان‌ها تشکیلاتی نیمه خودمختار بودند با هیأت مدیره‌های انتصابی. اما به تازگی چندین ایالت ساختار هیأت مدیره برای بیمارستان‌ها را برای قرار دادن آنها زیر نظارت مستقیم تر دولت محلی منسوخ کرده‌اند. در نیوساوت ولز هیأت مدیره‌های بیمارستان‌ها در نیمه دهه هشتاد منحل شد و به جای آن یک هیأت مدیره محلی برای نظارت بر تمامی بیمارستان‌ها ایجاد شد. در ویکتوریا، بحران مالی و نیاز برای توزیع مجدد تخت‌های بیمارستانی از نواحی مرکز به نواحی بیرون از شهر دولت را در سال ۱۹۹۵ واداشت تا ۳۵ بیمارستان بزرگ ملبورن را در هفت شبکه گروه‌بندی کند.

ه) در ساختار بهداشتی استرالیا شکایات بیماران ممکن است از طریق یک فرآیند داخلی در بیمارستان، هیأت ثبت حرفه‌ای، از طریق دادگاه یا کمیسیون‌ها و بازرسان مورد بررسی قرار گیرد. همه دولت‌های محلی، مرکز رسیدگی و بازرسی مستقل رسیدگی به شکایات و قوانین مدون خود را دارند. اگر شکایت بیمار تأیید شود، بازرس معمولاً به دنبال راه حلی مبتنی بر مصالحه می‌گردد. با این حال بازرس دارای

نمودار شماره ۳: ساختار سازمانی سلامت استرالیا جنوبی



ساختار بهداشت و درمان استرالیا



در سال ۲۰۱۲ - ۲۰۱۱ هزینه بهداشتی استرالیا ۱۴۰ میلیارد دلار
 ۹/۵ درصد تولید ناخالص داخلی کشور

دولت حداقل درصد بالایی از هزینه‌های خدمات سلامت در بیمارستان‌های عمومی بر اساس معیارهای زیر پرداخت می‌کند:

- ۱۰۰ درصد هزینه‌های بیمارستانی
- ۷۵ درصد هزینه پزشکی عمومی
- ۸۵ درصد هزینه خدمات ایمنی دولت

بیمار مستحق دریافت کمک هزینه یا دیگر امتیازات دولت بیمار دارای ملک‌های لازم برای دریافت بازه‌های اضافی است.



مراقبت بهداشتی اولیه شامل خدمات :

پزشکی عمومی
مراقب بهداشتی معنی و پوهی

مراکز صرف شده برای مراقبت بهداشتی اولیه تقریباً معادل
مراکزهای صرف شده در صافیت خدمات بیمارستانی است

در سال ۱۹۹۵ دولت استرالیا

۳۵ بیمارستانی بزرگ در سدهی در

صفت شبکه گنود پندی شد

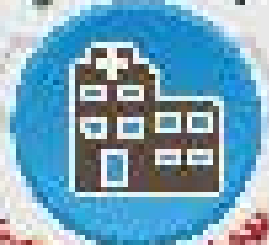


سال ۲۰۱۲

۵۰ میلیارد برای مراقبت بهداشتی اولیه

۳۵ میلیارد برای خدمات بیمارستانی

بیماریهای مزمن



۱۳۱۳۳۱ بیمارستانی

در سال ۲۰۱۲

بیمارستانی

بیماریهای حاد



۱۳۱۳۳۱ بیمارستانی

در سال ۲۰۱۲

۱۳۱۳۳۱ میلیون نسبت به سال قبل

خدمات اورژانسی



۱۳۱۳۳۱ بیمارستانی

در سال ۲۰۱۲

بیمارستانی



واگذاری مدیریت و سیاست‌گذاری بهداشتی درمانی به مدیران متخصص استرالیا

اینجا، پزشکان مدیریت نمی‌کنند

در فوتبال استرالیایی - یکی از ورزش‌های به شدت پرطرفدار در این کشور - معتقد هستند که الزاماً یک بازیکن فوتبال نمی‌تواند به صرف فوتبالبست بودن، مربی خوبی هم باشد؛ درست است که یک فوتبالبست دانش و تکنیک فوتبال را دارد ولی این بدان معنی نیست که وی الزاماً توانمندی‌های لازم مدیریتی و سرپرستی را برای مربیگری دارا باشد. مبنای این اصل ساده آتمرکز بر روی قابلیت‌های افراد بر اساس نیازهای سازمانی و نه صرف تحصیلات و دانش کاری آدر تمام شئون اجرایی و گردش کار استرالیا نهادینه شده است. شالوده نظام بهداشت و درمان نیز چه در بحث وزارت بهداشت و درمان فدرال، چه در ساختار سازمان‌های بهداشت ایالتی و منطقه‌ای و حتی چه در بحث مراکز درمانی از این مهم مستثنی نیست. در چارت مدیریتی و اجرایی این نظام بهداشت و درمان از شخص وزیر تا سطح معاونین و روسا و مسؤولان ایالتی و اجرایی کمتر اثری از پزشکان در مدیریت دیده می‌شود و با این همه پزشکان نقش به‌سزایی را در سطح مشاورین کلینیکال و اعضای شوراهای مشورتی و سیاست‌گذاری دارا هستند؛ برای نمونه شخص وزیر؛ دانش آموخته ارشد مدیریت مالی، قائم مقام وزیر بهداشت آکه در اینجا به معاون عمومی ترجمه می‌شود؛ دانش آموخته مدیریت دولتی، معاون وزیر و مسؤول گروه سیاست‌های راهبردی و نوآوری فارق‌التحصیل ارشد مدیریت بهداشتی، معاون وزیر و مسؤول برنامه‌ریزی و پایش ظرفیت‌های بهداشت و درمان؛ دانش آموخته ارشد مدیریت راهبردی، معاون وزیر و مسؤول اجرای برنامه بهداشت ملی؛ دکترای غیرپزشکی و حتی مسؤول اداره کل تجهیزات پزشکی؛ دانش آموخته عالی مدیریت است. تنها پزشک این مجموعه در سطح مدیریت ارشد، در بخش مشاور پزشکی وزیر و مسؤول دفتر پیشگیری‌های بهداشتی، یک پزشک متخصص طب اورژانس است.

شاهین سیاردشتی، کارشناس برنامه‌ریزی و خرید سازمان بهداشت استرالیای جنوبی

منصوبه از سمت وزیر، سازمان‌های مردم نهاد و شوراهای صنفی نقش بسیار پررنگی در پیشنهاد و تدوین سیاست‌ها و دستورالعمل‌ها و تهیه دستور کار شوراهای سیاست‌گذاری ایفا می‌کنند. نتیجه آن

و نقشه‌نویسی‌ها در قالب شوراهای مشورتی یا کارگروه‌های پیشنهاددهنده انجام می‌شود که مصوبات اجرایی آن به بدنه اجرایی ابلاغ می‌شود. همچنین در کنار شوراهای سیاست‌گذاری و مشورتی

در سازمان بهداشت و درمان استرالیا موقعیت‌های شغلی را به دو بخش موقعیت‌های مشورتی و موقعیت‌های اجرایی تقسیم کرده‌اند. بیشتر سیاست‌گذاری‌ها و تصمیم‌گیری‌ها، برنامه‌نویسی‌ها





شاهین سیاردشتی، کارشناس

برنامه‌ریزی و خرید سازمان بهداشت

استرالیای جنوبی:

در بحث منابع انسانی سیستم بهداشت و

درمان استرالیا و در مقیاس کوچکتر در

سازمان‌های بهداشت و درمان ایالتی

منطقه‌ای و حتی بیمارستان‌ها بیشتر

نیروهای مدیریتی و اجرایی اداری،

نیروهای غیر پزشکی و متخصص در

مدیریت و امور مالی یا دانش آموخته

دوره‌های کوتاه‌مدت کاربردی مرتبط

با موقعیت شغلی خود هستند. بیشتر

پزشکان و متخصصان پزشکی بیرون

از بخش‌های اداری، در بخش‌های

درمانی، آموزشی تحقیقاتی، یا در

جایگاه‌های مشاورتی و یا

کمیته‌های سیاست‌گذاری مشغول به

فعالیت هستند

پست سازمانی مد نظر با مشخص کردن دقیق شرح وظایف، مسوولیت‌ها و قابلیت‌های مد نظر، دریافت مدارک متقاضیان، ارزیابی نیروهای منتخب و انتخاب نیروی واجد شرایط توسط کمیسیون استخدام است. حال اگر استخدام نیرو در پست سازمانی مربوطه به صورت قرارداد مدت‌دار تعیین شده باشد در پایان مدت قرارداد، باید قرارداد تمدید یا این روند استخدام دوباره پیموده بشود. حتی در صورت برای متقاضی داخل سازمانی جهت پست مربوطه، شخص باید تمامی روند پیش‌گفته را بگذراند حتی اگر این استخدام برای انتخاب مدیر کل از میان معاونان موجود وی صورت بپذیرد. درباره بیشتر پست‌های سازمانی، استخدام به صورت دائمی است و شخص فعالیت خود را مستقل از تغییرات در رده‌های بالادستی همچنان ادامه می‌دهد.

بر اساس مطالب پیش‌گفته؛ در بحث منابع انسانی سیستم بهداشت و درمان استرالیا و در مقیاس کوچکتر در سازمان‌های بهداشت و درمان ایالتی منطقه‌ای و حتی بیمارستان‌ها بیشتر نیروهای مدیریتی و اجرایی اداری، نیروهای غیرپزشک و متخصص در مدیریت و امور مالی یا دانش‌آموخته دوره‌های کوتاه‌مدت کاربردی مرتبط با موقعیت شغلی خود هستند. بیشتر پزشکان و متخصصان پزشکی بیرون از بخش‌های اداری، در بخش‌های درمانی، آموزشی تحقیقاتی، یا در جایگاه‌های مشاورتی و یا کمیته‌های سیاست‌گذاری مشغول به فعالیت هستند.

درباره بیمارستان‌ها نیز ساختار به همین شیوه اجرایی - اداری و کلینیکی - تخصصی تقسیم‌بندی شده است. اگرچه در چارت اجرایی ساختاری شبیه ساختار بیمارستانی در ایران [رئیس بیمارستان مدیر بیمارستان روسای بخش‌ها مدیریت‌های مختلف در بحث مالی، منابع انسانی، کارکنان پرستاری] با برخی تفاوت‌ها در پست‌های سازمانی استفاده از مدیر ارشد اجرایی به جای رئیس بیمارستان، مدیر اجرایی به جای مدیر بیمارستان [پیاده‌سازی شده است اما سه مؤلفه مهم در این سیستم به خوبی مدنظر گرفته شده است: اول نقش ریاست بیمارستان یا مدیریت‌های اجرایی بیمارستانی که الزامی برای به کار گرفتن پزشکان وجود ندارد. بیشتر رؤسای بیمارستان‌ها از میان دانش‌آموختگان مدیریت یا برنامه‌ریزی انتخاب می‌شوند که این مدیران در زمان تصمیم‌گیری در خصوص مسایل درمانی و بالینی از نظرات شورای

تبیین سیاست‌های کلان بر اساس نظر قاطبه دست اندرکاران صنفی و تخصصی است. در عمل به جای انتصاب نیروهای تمام‌وقت برای سیاست‌گذاری‌های بلندمدت، از نظرات مجموعه دست‌اندرکاران بیرون از سازمان برای تعریف سازوکارهای لازم استفاده می‌کنند که افزون بر کوچک‌سازی ستادی مجموعه وزارت، نقش به‌سزایی در کاهش زمان و افزایش همپوشانی تصمیم‌های گرفته شده با نظر عموم دست‌اندرکاران راهمراه دارد.

اعضای شوراهای سیاست‌گذاری مشاورتی یا نظارتی [اعم از حقیقی و حقوقی]، به صورت مدت‌دار پس از گذراندن روند قانونی و صدور ابلاغیه به عضویت این شوراها درمی‌آیند و در پایان مدت زمان مشخص شده، عضو جدید معرفی یا عضویت پیشین افراد تمدید می‌شود.





درآمد یک پزشک عمومی به راحتی ۲ الی ۳ برابر درآمد یک شغل اداری است و با توجه به بالا بودن پایه حقوق و دستمزد در این کشور این تفاوت به راحتی متضمن سطح زندگی رفاهی خواهد بود. علی‌رغم سیستم مالیاتی دقیق و پلکانی و با توجه به سطح تعرفه‌های پزشکی، این اختلاف در درآمد برای رشته‌های تخصصی گاه تا ۱۰ برابر می‌رسد که عملاً انگیزه‌ای برای فعالیت پزشکان و متخصصان در ساختاری بیرون‌خارج از ساختار درمان و تحقیق کلینیکی باقی نخواهد گذاشت

علاقه، توانمندی‌ها، نیازها... سپس براساس همین انتخاب، نوع آموزش‌های لازم و همچنین رشته تحصیلی خود را مشخص می‌کنند و پس از پایان تحصیل، در همان زمینه مورد علاقه خود مشغول به کار می‌شوند؛ بنابراین دانشجویی که رشته پزشکی را انتخاب می‌کند به دنبال ورود به فضای تحقیق و توسعه و آموزش و بهداشت و درمان است و شخصی که رشته‌های مدیریتی را بر می‌گزیند به دنبال شغلی مرتبط با برنامه‌ریزی نظارت و کنترل روال اجرایی خواهد بود. از همین رو یک مدیر اجرایی، قابلیت و تمایلی به انجام امور تشخیصی درمانی بیماران ندارد و پزشکان نیز تمایلی به پشت میز نشینی و انجام امور دفتری از خود نشان نمی‌دهند و بیشتر به صرف زمان برای بیماران و حضور در بخش‌ها شرکت در سمینارها، رایه مقالات و ... گرایش دارند.

دلیل دوم را می‌توان تفاوت درآمد فعالیت در سیستم درمانی به نسبت درآمد حاصل از درآمد سیستم اداری برشمرد. درآمد یک پزشک عمومی به راحتی ۲ الی ۳ برابر درآمد یک شغل اداری است و با توجه به بالا بودن پایه حقوق و دستمزد در این کشور این تفاوت به راحتی متضمن سطح زندگی رفاهی خواهد بود. علی‌رغم سیستم مالیاتی دقیق و پلکانی و با توجه به سطح تعرفه‌های پزشکی، این اختلاف در درآمد برای رشته‌های تخصصی گاه تا ۱۰ برابر می‌رسد که عملاً انگیزه‌ای برای فعالیت پزشکان و متخصصان در ساختاری بیرون‌خارج از ساختار درمان و تحقیق کلینیکی باقی نخواهد گذاشت. ■

کلینیکال مرکز استفاده می‌کنند؛ برای نمونه رییس بیمارستان فلیندرز آبه عنوان یک بیمارستان دولتی و مرکز آموزشی دانشکده پزشکی دانشگاه فلیندرز آبه دانش‌آموخته ارشد برنامه‌ریزی بهداشتی است. در این چارت کاری اجرایی تا زمان ریاست بخش‌های تشخیصی و درمانی، به ندرت با پزشکان مواجه خواهیم شد. از سوی دیگر ریاست کلینیکال بخش‌ها - با توجه به فعالیت مستقیم در امر تشخیص و درمان بیماران - به عهده پزشکان و مدیریت اجرایی بخش‌ها به پرسنل اجرایی یا پاراکلینیک محول می‌شود. دوم نقش پررنگ پرستاران و پرسنل اجرایی پاراکلینیک که بیشتر نقش نظارت و سرپرستی را در این بخش‌ها به عهده می‌گیرند. سوم نقش پررنگ مدیران مالی و بازرگانی در هر بخش. روسای کلینیکال بخش‌ها عملاً درگیر بحث مالی و اجرایی بخش خود نمی‌شوند و مدیر مالی و بازرگانی وظیفه دارد نسبت به برنامه‌ریزی کنترل و هزینه‌کرد درآمدهای بخش مربوطه اقدامات لازم را انجام دهد.

شاید بتوان در کنار دستورالعمل‌ها و ضوابط اجرایی مشخص و شفاف، دو دلیل عمده را برای موفقیت چنین ساختار تقسیم‌بندی شده کاری برشمرد؛ دلیل اول [که انشالله بتوان آن را ظرف چند سال آینده در ایران نهادینه ساخت] ساز و کار تحصیل و کسب مهارت‌های شغلی هدفمند افراد براساس رشته شغلی است که می‌خواهند در آن فعالیت کنند. به این معنا که افراد ابتدا نسبت به آینده شغلی خود تصمیم‌گیری می‌کنند [بر اساس

سودوزیان او باما کر

مخالفتان و موافقان او باما کر چه می گویند؟

در بخش «جهان نما» شماره پیش گزارشی درباره طرح سلامت او باما کر منتشر کردیم. در این شماره، گزارشی می خوانید که به بررسی دیدگاه های مخالفتان و موافقان این طرح می پردازد. در این گزارش، خلاصه دیدگاه های مخالفتان طرح در کادرهای گرم رنگ و پاسخ موافقان در کادرهای بنفش رنگ منتشر شده اند.





سود و زیان اوباما کر

مخالفان و موافقان اوباما کر چه می‌گویند؟

قانون اوباما کر در بیش از ۱۰۰۰ صفحه تنظیم شده است و بنابراین مخالفت یا موافقت با آن امر ساده‌ای نیست. این قانون بدون شک نقاط قوت زیادی دارد و البته نکات منفی هم در آن دیده می‌شود. برخی از این نکات منفی که از سوی گروه‌های سیاسی مخالف مطرح شده، جنبه اعتقادی و ایدئولوژیک دارند و برخی دیگر نیز نقاط ضعفی هستند که طراحان قانون باید در پی تغییر و اصلاح آنان باشند. این متن که نظرات موافق و مخالف طرح درمانی ACA را مورد بحث قرار می‌دهد، همچون آینه‌ای ماهیت قانون جدید بهداشت و درمان ایالات متحده را مشخص می‌کند.

رقیه رضایی

و مخالف در جدول شماره ۱ ارایه می‌شود. البته پیش از پرداختن به هر گونه نگاه موافق یا مخالفی باید در نظر داشت که مطابق قانون اوباما کر، این قانون در پی ایجاد بیمه درمانی نیست و تنها تنظیم‌کننده بیمه‌های خصوصی برای اطمینان بخشی به شهروندان ایالات متحده برای احقاق حقوق آن‌ها و حمایت از آن‌هاست. جدول شماره ۱: چکیده‌ای از نظرات موافق و مخالف درباره قانون درمان مقرون به صرفه

در مواجهه با قانون درمان مقرون به صرفه نیز از همین پیش‌زمینه فکری بهره می‌گیرند. بنا به موقعیت افراد و شرکت‌ها برخی مخالف آن و برخی موافق آن هستند و در نهایت به این باور دارند که قانون اوباما کر با حذف تبعیض جنسیتی و اصل پیش‌بیماری در بیمه‌های درمانی، به نفع تمام مردم آمریکاست. این گزارش ارایه تصویری منسجم‌تر و پیش از پرداختن به هر یک از دیدگاه‌های مخالف و موافق، فهرستی از نظرات موافق

قانون درمان مقرون به صرفه نقاط مثبت بسیاری به‌خصوص برای افراد، خانواده‌ها و حتی کسب و کارهای با درآمد کم یا متوسط دارد. همچنین این قانون موانعی را برای افراد با درآمد بالا و شرکت‌های بزرگ که کارکنان خود را بیمه نمی‌کنند و بخش‌های مشخصی از صنعت بهداشت و درمان ایالات متحده، ایجاد می‌کند. مطابق فرهنگ و اصول فکری آمریکایی که قانون هزینه‌فایده را در اولویت خود قرار می‌دهد، بسیاری از آمریکایی‌ها

نظرات موافق

ده‌ها میلیون نفر از افراد بیمه‌نشده به خدمات بیمه‌ای درمانی مقرون به‌صرفه و با کیفیت دسترسی خواهند داشت که این امر از طریق گسترش مدیکید، بیمه‌های اشتغال و بازار بیمه درمانی صورت خواهد پذیرفت.

بیش از نیمی از افراد بیمه‌نشده در آمریکا از طریق این قانون می‌توانند بیمه ارزان یا رایگان دریافت کنند و دیگران نیز به واسطه بازار بیمه‌های درمانی دولتی مقدار کمتری هزینه درمانی پرداخت خواهند کرد.

بیش از ۲۰ میلیون نفر تا سال ۲۰۱۶ از پرداخت بهای خدمات بیمه‌ای معاف خواهند شد. این افراد قادر خواهند بود که از کمک‌هزینه‌های درمانی نیز بهره ببرند و حتی برای برخی درمان‌های خاص نیز نیازی به پرداخت هزینه درمانی نخواهد بود.

با وجود اجرای قانون اوباما، پوشش‌های بیمه‌ای خصوصی همچنان به قوت خود باقی هستند و حتی بیشتر از پیش نیز حضور دارند و حداقل پوشش ضروری برای تمام پوشش‌های درمانی عمده وجود دارند.

بسیاری از حمایت‌های اوباما در راستای اطمینان بخشی به شهروندان درباره این موضوع است که آن‌ها هرگز در زمان بیماری حتی با داشتن بیماری پیش از بیمه شدن، یا خطایی غیر عمدی کردن در زمان پر کردن فرم درخواست خدمات بیمه از پوشش بیمه‌ای بی‌بهره نخواهند ماند. همچنین به خاطر زن بودن حق بیمه بیشتری پرداخت نخواهند کرد و به خاطر مرد بودن سقف عمری و سالانه کمتری نخواهند داشت. همین‌طور حق خواهند داشت که تقاضای بررسی سریع ادعای خسارت داشته باشند و این اطمینان را به شهروندان می‌دهند که شرکت‌های بیمه بخش بزرگی از درآمد ناشی از حق بیمه‌ها را صرف خدمات درمانی برای افراد تحت پوشش خود می‌کنند.

تمام پوشش‌های اصلی باید به‌عنوان حداقل پوشش ضروری محسوب شوند. به‌طور کلی، این بدین معناست که پوشش‌های بیمه‌ای باید حمایت‌های اوباما را از بیمه دهند و خدمات ضروری درمانی را چون درمان‌های پیشگیرانه را شامل شوند. همچنین حداقل پرداختی‌های بیمار و مکسورات را محدود کنند و سقف پرداخت خسارت‌های عمری و سالانه را از میان بردارند.

نظرات مخالف

برای تأمین بودجه این طرح، مالیات‌های جدیدی بر درآمد‌های بالا و صنعت درمان آمریکا وضع شده است، این مالیات‌ها این صنعت را به شدت تضعیف می‌کنند. تعهد شخصی و تعهد کارفرما از جمله این مالیات‌ها هستند.

تعهد شخصی (Individual Mandate) می‌گوید افرادی که توان بهره‌مندی از پوشش بیمه‌ای را دارند، یا از این قانون خارج می‌شوند یا باید هزینه آن را پرداخت کنند این موضوع مشکلی اضافی در رابطه با اظهارنامه‌های مالیاتی ایجاد می‌کند. افرادی که به سختی بالای خط فقر فدرال باقی مانده‌اند، به مشکلات جدی بر خواهند خورد.

برای دریافت بسیاری از معافیت‌ها و پرداخت‌ها یا کمک هزینه‌ها، باید فرم‌هایی در وبسایت دولت پر شوند و این با قوانین ایالات متحده و اصول حفظ حریم شخصی منافات دارد.

گزینه‌های بیشتر، به معنای انتخاب دشوارتر هنگام خرید خدمات است. حفظ سیستم بیمه درمانی خصوصی به این معناست که انتخاب و تهیه پوشش بیمه‌ای مناسب برای شهروندان گیج‌کننده است و میزان خطرپذیری بیشتر یا کمتر از نیاز مصرف‌کننده را افزایش می‌دهد. همچنین گزینه‌های بیشتر برای پوشش بیمه‌ای، بنا بر ماهیت خود، باعث ایجاد سیستم درمانی سفت و سختی می‌شود که در آن پول به معنای کیفیت درمان خواهد بود.

شرکت‌های بیمه‌ای باید افرادی را که خطر بیماری بیشتری دارند، پوشش دهند و این هزینه‌های بیمه‌ای همگان را بالا خواهد برد. برداشتن شرایط پیشا‌بیماری، به این معناست که افراد درست در زمانی که بیمار می‌شوند به سراغ خدمات بیمه‌ای می‌روند. همچنین به دلیل مشخص کردن زمان خاصی برای دریافت پوشش بیمه‌ای مطابق قانون، کسی که نتوانسته در زمان مناسب پوشش بیمه‌ای را تهیه کند، از دریافت خدمات محروم خواهد شد. هنوز بسیاری از مردم، به ویژه کسانی که کمتر در معرض بیماری هستند از تأثیراتی که این قانون به حق بیمه‌ها در سال‌های آینده خواهد داشت، بی‌خبرند.

حداقل پوشش ضروری تنها در صورت اجرای باز و بدون پیچیدگی صورت می‌گیرد نه از طریق بهره‌مند شدن از یک بازه زمانی اجرائی خاص. به‌خاطر اجرای این قانون، افرادی که نمی‌توانند پوشش‌های مختلف را با هم مقایسه کنند یا پیش از اجرای این قانون بیمه نشده بودند، از به اشتراک گذاشته شدن هزینه‌ها در قراردادهای با کسورات بالا شو که خواهند شد. همچنین بسیاری از افراد ممکن است بخواهند از طرح‌های بیمه‌ای غیر حداقل پوشش ضروری چون قراردادهای کوتاه‌مدت ولی روشن و غیر مبهم استفاده کنند.

نظرات مخالف

۷ این قانون هزینه‌آور نیز است. برای دستیابی به شکوفایی اقدامات مهار هزینه‌ها، باید پیش از شروع طرح هزینه شود و مقررات مشخصی وضع شوند.

۸ گسترش مدی کید با بودجه‌های فدرال و ایالاتی انجام شده است و همه ایالت‌ها ملزم به گسترش آن نبوده‌اند. این به فقیرتر شدن ۵/۷ میلیون از مردم آمریکامنجر شده است که زیر پوشش بیمه درمانی نیستند.

۹ CHIP نیز از بودجه‌های دولتی و فدرال استفاده می‌کند.

۱۰ برای خروج از این طرح مالیاتی، بعضی از کارفرمایان ساعات کار کارکنان خود را کم‌تر کرده‌اند و این هزینه‌های عملیاتی اضافی را به کسب و کارهایی که پوشش بیمه‌ای تدارک ندیدند، تحمیل می‌کند. همچنین، بسیاری از کارکنان با درآمد پایین از نظر مالی قادر نخواهند بود که برای خود پوشش بیمه‌ای تهیه کنند، زیرا این قانون پوشش‌های بیمه‌ای را گران‌تر خواهد کرد.

نظرات موافق

۷ قانون درمان مقرون به صرفه شامل مقدار زیادی از اقدامات مهار هزینه‌ها می‌شود که به کمترین رشد هزینه‌های درمانی از سال ۱۹۶۰ تا به حال منجر شده است. همچنین، در سال ۲۰۱۴، تورم بهای خدمات درمانی به کمترین میزان خود در ۵۰ سال گذشته رسید.

۸ تعداد افراد تحت پوشش مدی کید به ۱۵/۹ میلیون نفر [زن و مرد و کودک] گسترش یافته است که از ۴۰ درصد به زیر ۱۳۸ درصد از سطح فقر رسیده‌اند.

۹ طرح CHIP، یا بیمه کودکان به پوشش نزدیک به ۹ میلیون کودک گسترش یافته است.

۱۰ طرح تعهد کارفرما، کارفرمایانی را که از سال ۲۰۱۵-۲۰۱۶ شروع به کار کرده‌اند و بیش از ۵۰ کارمند تمام وقت دارند ملزم می‌کند برای کارکنان خود پوشش بیمه‌ای فراهم کنند.



نظرات موافق

۱۱ مطابق این قانون کسب و کارهای کوچک که کمتر از ۲۵ نفر نیروی کار تمام وقت دارند، می‌توانند از اعتبارات مالیاتی و تخفیف ۵۰ درصدی در حق بیمه کارکنان خود برخوردار باشند

۱۲ جوانان تا سن ۲۶ سالگی می‌توانند از پوشش بیمه‌ای والدین خود استفاده کنند. بنابراین ۸۲ درصد جوانان بیمه‌نشده از خدمات بیمه‌ای بسیار ارزان یا رایگان بهره می‌برند. بیمه به همه کمک می‌کند هزینه‌های کمتری برای درمان بپردازند و در شرایط اورژانسی از آن‌ها حمایت می‌کند.

۱۳ مدیکرو وضعیت را برای سالمندان از طریق اقداماتی که باعث پایین نگه داشتن نرخ‌ها می‌شود و هزینه‌های مازاد را حذف می‌کند، گسترش می‌یابد و خدمات پیشگیرانه رایگان را ارائه می‌کند.

۱۴ اوباما که به بازار آزاد ضرب‌های وارد نمی‌کند و اجازه می‌دهد که صنعت ۳ تریلیون دلاری آمریکا به رشد خود ادامه دهد.

نظرات مخالف

۱۱ بهره‌مندی درمانی می‌تواند برای کارکنان بسیار گران قیمت باشد. کارگران بادیستمزده پایین، ممکن است از دریافت پوشش‌های بهتر بازمانند. کمک به کارفرماهای کوچک نیز از احتمال کمک مالی به کارگران کم‌درآمدی کاهد. همچنین وابستگی کارکنان که زیر پوشش هستند از مزایای بازار آزاد بی‌بهره خواهند بود.

۱۲ اصولاً جوان‌ها، سالم هستند و به اندازه افراد مسن نیازمند پوشش‌های بیمه‌ای نیستند. هرچند، پیش از این به خاطر حق بیمه‌های کمتر و بهره‌مندی بیشتر در قراردادهای مربوط به جوانان، موقعیت بهتری نسبت به قانون ACA داشتند.

۱۳ برخی پرداخت‌های طرح مدیکر به پزشکان و بیمارستان‌ها محدود شده است؛ مدیکر به پزشکان بیش از هر نوع پوشش بیمه‌ای دیگری دستمزدهای پرداخت می‌کند و همین به مشکلات پیچیده‌ای منجر شده است که هزینه‌های درمانی را برای همگان افزایش می‌دهد. همچنین حفظ گزینه‌های مکمل مدیکر به معنای گزینه‌های گنجینه‌کننده برای سالمندان خواهد بود.

۱۴ حفظ یک ساختار سودمحور، مزایای اقتصادی خود را دارد، اما این موضوع این معنا را نیز دارد که تمام بخش‌های آن ساختار به سودآوری نیاز دارند. معنای هزینه‌های درمانی بالاتر نسبت به دیگر کشورهای دنیا در ساختار درمانی یونیورسال است.

اوباما که از نگاه رسانه‌های مخالف و موافق

بسیاری از رسانه‌ها این روزها، با نزدیک شدن به انتخابات ریاست جمهوری در ایالات متحده سعی دارند، بزرگ‌ترین طرح اصلاح نظام بیمه و بهداشت و درمان آمریکا را از جنبه‌های مختلف مورد بررسی قرار دهند. بیشتر این بررسی‌ها نقاط قوت و ضعف طرح را در چند زمینه مختلف بررسی کرده‌اند که در این بخش از پرونده به اجمال به آن‌ها می‌پردازیم:

نقاط قوت قانون اوباما که

۱- صدها فایده جدید درمانی و سلامتی برای این طرح شمرده می‌شود که مهم‌ترین آن‌ها، بیمه بزرگسالان زیر ۲۶ از سوی والدین آن‌ها، حذف سقف عمری و سقف سالانه از خسارت‌های بیمه و رفع خودکار تبعیض در پرداخت سقف عمری خسارت به مردان، رفع تبعیض جنسیتی علیه زنان و تبعیض علیه کم‌توانان و ناتوانان یا افرادی که در معرض خشونت خانگی بوده‌اند، در پرداخت حق بیمه، شکستن انحصار شرکت‌های دارویی با باز گذاشتن دست انجمن دارویی فدرال در تعیین داروهای پرمصرف و پایین آوردن قیمت برخی داروها بوده‌اند.

۲- دستیابی به خدمات پیشگیرانه و بهبود بخشی درمانی که میلیون‌ها آمریکایی می‌توانند بدون پرداخت

هزینه‌ای از جیب خود، از این خدمات بهره‌مند شوند. برپایه این قانون، رستوران‌های فست فود، باید میزان کالری غذاهای خود را برای خریداران به نمایش بگذارند که به عنوان دستیابی به یکی از خدمات پیشگیرانه توسط این قانون محسوب می‌شود.

۳- حمایت از مصرف‌کننده که معمولاً مخالفان از آن با افزایش نرخ‌ها یاد می‌کنند. اوباما که بیمه‌گران را با قانون ۲۰-۸۰ تنظیم می‌کند، شرکت‌های بیمه‌گر باید ۸۰ درصد از درآمد خود را صرف هزینه‌های درمان کنند و اگر بخشی از این مبلغ مصرف نشد، باید مبلغ را به عنوان تخفیف به بیمه‌گران خود بازگردانند. همچنین آمریکایی‌ها، دیگر از رها شدن بدون حمایت در هنگام بیماری نگران نیستند، زیرا بندهایی از قراردادهای بیمه که پیش از این افراد بیمار را تحت پوشش قرار نمی‌داد یا درخواست‌های خسارت آن‌ها به علت بیمار بودن از پیش راد می‌کرد و از بیماران جریمه دریافت می‌کرد، از قراردادهای بیمه کنونی حذف شده‌اند و به این شکل از مصرف‌کننده یا دریافت‌کننده خدمات بیمه حمایت می‌شود که در نهایت به رونق بازار صنعت بیمه درمانی این کشور منجر خواهد شد.

۴- این قانون برای افرادی که معادل ۴۰۰ درصد از سطح فقر فدرال یعنی نزدیک به ۸۸ هزار دلار برای یک خانواده ۴ نفری، درآمد دارند تا ۶۰ درصد از هزینه‌های

درمانی آن‌ها اعم از حق بیمه یا پرداختی آن‌ها به مراکز درمانی را کاهش داده است. همچنین کسب و کارهای کوچک که زیر ۲۵ نفر کارمند تمام وقت دارند می‌توانند از میلیون‌ها اعتبار مالیاتی و تخفیف ۵۰ درصدی در حق بیمه کارکنان خود بهره‌مند شوند و در فضای رقابت، کارکنان کارآزموده‌تری را به کار گیرند.

۵- اوباما که در گسترش طرح مدی کید که مختص افراد کم‌درآمد است نیز تاثیر گذار بوده است. مدی کید افراد با درآمد کمتر از ۱۳۳ درصد از سطح فقر فدرال را در پوشش بیمه درمانی می‌گیرد، بسیار کارآمدتر از پیش ایفای نقش می‌کند.

۶- بهبود طرح مدیکر [مختص افراد سالمند] نیز از دیگر مزایای قانون اوباما که است. با اجرای اوباما که، مدیکر توانسته است داروهای تحت پوشش خود را ساده‌تر و ارزان‌تر در دسترس سالمندان بگذارد. همچنین خدمات پیشگیرانه و درمانی بهتر را رایگان به آنان ارائه می‌کند و به طور کلی مقدمات لازم را برای خدمات‌دهی بهتر مدیکر به سالمندان ایجاد کند.

۷- اوباما که، کیفیت را بیش از کمیت مدنظر قرار داده است و از طریق اصلاح ساختار بیمه‌ای، روندی را در مراکز درمانی فراهم کرده است که کیفیت خدمات بیش از کمیت آن‌ها شامل پاداش می‌شوند. برپایه این قانون گردش‌های مالی بالادر بیمارستان‌ها و دیگر مراکز

درمانی با مجازات مواجه می‌شوند و این ممکن است برخی از پزشکان و مراکز درمانی را ناخوش کند. اما به هر حال زمان استاندارد تخصیص داده شده برای بیمار را بیشتر از گذشته افزایش می‌دهد و کیفیت خدمات درمانی را نیز بهبود می‌بخشد.

۸- این قانون با ایجاد کمیته‌های نظارتی، مشکلات سهوی را که احتمالاً در قانون وجود دارند، شناسایی می‌کند و در کنار تلاش برای برطرف کردن آن‌ها در سطح کلان و در درون قانون، به افراد یا گروه‌هایی که ممکن است از این خطاهای سهوی زیان دیده باشند کمک‌رسانی می‌کند.

کاستی‌های اوباماگر

همان‌طور که گفته شد این قانون، کاستی‌ها و معایبی نیز دارد که نظر مخالفان را به خود جلب کرده است. این کاستی‌ها مربوط به اثرات منفی این قانون بر حق بیمه‌ها و بالا رفتن نرخ آن‌ها، بخشی از کسب و کارهای کوچک و متوسط و اصلاحات تصویب شده به ضرر بخش‌هایی از صنعت درمان و کارکنان این صنعت هستند.

۱- دو درصد از شرکت‌هایی که بالای ۵۰ نفر کارمند تمام وقت دارند، کارکنان خود را بیمه درمانی نکرده‌اند و مطابق این قانون با ناچارند کارکنان خود را بیمه کنند یا جریمه پرداخت کنند. برای جلوگیری از چنین موضوعی، برخی از آنان ناچار به تعدیل نیرو یا تبدیل نیروهای تمام وقت به نیروهای پاره وقت و در نتیجه به کارگیری نیروهای پاره وقت بیشتری شده‌اند. این بخش از قانون که پرداخت جریمه را برای ۳۰ نفر از کارکنان ملغی می‌کند، نتوانسته است کارآمد باشد. همچنین بسیاری از کسب و کارها برای تحمیل نکردن بار اضافی بر نیروی کار خود، بهای کالاها و خدمات خود را بالا می‌برند که به زیان مصرف‌کنندگان تمام می‌شود.

۲- این قانون با در دسترس گذاشتن داروهای ضد بارداری، نظرات مخالفی را در میان برخی گروه‌های مذهبی ایجاد کرده است. هر چند بر پایه قوانین اساسی و مدنی این موضوع کاملاً قانونی است، اما ممکن است در عرصه‌های سیاسی برای طراحان و گردانندگان قانون اوباماگر مشکل آفرین باشد.

۳- یکی از مهم‌ترین مخالفان با اوباماگر از نقطه نظر تاثیر آن بر بالا رفتن حق بیمه‌ها مطرح می‌شود. هر چند این قانون در بسیاری از جوانب به کاهش هزینه‌ها، بهبود کیفیت خدمات بیمه‌ای و کاهش از سواستفاده‌های شرکت‌های بیمه منجر شده است، به دلیل تصویب نشدن بسیاری از بسته‌های حمایتی این قانون تا سال

۲۰۱۴، نرخ حق بیمه‌ها تا سال ۲۰۱۴ افزایش زیادی داشته است. اوباماگر برای جلوگیری از این موضوع به ایالت‌ها اجازه تصویب قوانینی برای محدود کردن افزایش حق بیمه‌ها را داده است. برخی از ایالت‌ها از این اجازه قانونی استفاده کرده‌اند و برخی دیگر اجازه داده‌اند که مردم افزایش بی‌سابقه حق بیمه‌ها را تجربه کنند.

۴- یکی دیگر از کاستی‌ها این بود که ۲ ایالت از ایالت آمریکا تصمیم گرفتند که از اجرای تبادلات بیمه‌ای قانون سرباز زدند و به دولت فدرال اجازه دادند که اقدامات لازم را اجرایی کند. بسیاری از این ایالت‌ها، اجرا نشدن قانون را به خاطر صرفه‌جویی در هزینه‌ها عنوان کردند، اما به نظر می‌رسد که با توجه به جمهوری خواه بودن دولت‌های ایالتی در این ایالت‌ها قضیه چیزی فراتر از صرفه‌جویی در هزینه‌ها باشد. اقدامات گسترش مدی کید قرار بود در لایحه حضور داشته باشند، ولی از آن برای جلوگیری از توزیع بارانه میان کم‌درآمدها استفاده شد و این مالیات‌دهندگان فدرال را به سمت مخالفت با قانون درمان مقرون به صرفه سوق داد. همچنین منجر به پرداخت بهایی ۳/۵ درصدی توسط بیمه‌گر در قراردادهایی که در سطح فدرال به فروش می‌رسند، شد. بنابراین زبانی را نیز متوجه شرکت‌های بیمه که با دولت فدرال کار می‌کنند، کرده است.

۵- از سال ۲۰۱۴ به این سو، افراد با باید خدمات بیمه‌ای تهیه کنند یا جریمه مالیات بر درآمد پرداخت کنند. در سال اول این جریمه ۹۵ دلار یا ۱ درصد از درآمد فرد بوده است. این قانون بر مبنای بیمه شدن تمام شهروندان وضع شده است و همین آن را به بیمه همگانی ارزان و با کیفیت منتج می‌سازد. با توجه به این که این هدف قابل دستیابی نیست و تخمین زده می‌شود ۶ میلیون نفر خودانتخاب کننده هیچ‌گونه بیمه درمانی نداشته باشند، دولت این جریمه را از آنان دریافت می‌کند تا جبران مافات نماید.

۶- برخی مخالفان بر این باورند که مطابق قانون مالیات زیادی از شرکت‌های داروسازی و تجهیزات پزشکی گرفته می‌شود. اما، مالیات این شرکت‌ها در میان سود برخی صنایع مرتبط به آنان گم می‌شود. این مالیات‌ها مطابق قانون درمان مقرون به صرفه در ازای حاشیه سود بزرگ صنایع دارویی و پزشکی دریافت می‌شوند. در واقع انحصار برخی از این صنایع، قیمت دارو و خدمات پزشکی را بالا می‌برد و بنابراین از آن‌ها مالیات دریافت می‌شود تا بودجه لازم برای اصلاح سیستم بیمه‌های درمانی ایجاد شود. اما به هر حال افزایش مالیات شرکت‌های بزرگ نتایجی ناخواسته را نیز در زمینه بازار کار و کارآمدی

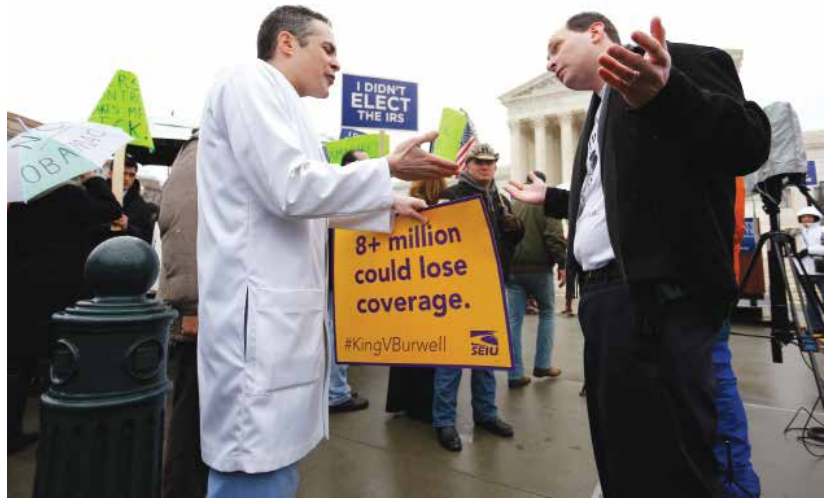
سیستم دارویی و تجهیزات پزشکی به بار خواهند آورد. ۷- مطابق این قانون ۲ درصد از کسب و کارها و اشخاص حقیقی آمریکایی، مالیات بیشتری پرداخت خواهند کرد. این ۲ درصد همان شرکت‌های متوسطی هستند که ۵۰ نفر کارمند تمام وقت دارند، اما آن‌ها را بیمه نمی‌کنند. در این مورد باید دقت داشت که بیشترین مخالفان اوباماگر شرکت‌های بزرگ هستند، نه این شرکت‌ها.

۸- برخی مخالفان بر این نکته اشاره دارند که اوباماگر به مدیگر ضربه وارد کرده است. اگرچه ده‌ها میلیون سالمند از اوباماگر بهره‌برده‌اند و مطابق آن توانسته‌اند پرداختی بسیار کمتری داشته و خدمات با کیفیت‌تری را دریافت کنند، اما برخی نمونه‌های متفاوت نیز بوده‌اند. قانون درمان مقرون به صرفه ۷۱۶ میلیارد دلار از بودجه مدیگر کم کرده و سپس دوباره آن را در چارچوب مدیگر و قانون اوباماگر سرمایه‌گذاری کرده است. به دلیل واکنش‌های بسیار زیاد، قانون کمیته‌ای را برای نظارت بر اثربخشی و هزینه‌ها مشخص کرده است. که البته حتی طرفداران و مجربان قانون نیز با اشاره به حجم بزرگ اصلاحات در قانون مذکور، بروز برخی نتایج ناخواسته را اذعان داشته‌اند.

۹- برخی دیگر از مخالفان به هزینه‌های زیاد اجرای قانون پرداخته‌اند. این قانون با بودجه‌ای ۱/۳۶ تریلیون دلاری برای یک بازه زمانی ۱۰ ساله تصویب و اجرا شده است و بودجه آن هم از طریق مالیات‌دهندگان و هم از طریق دولت‌های ایالتی تامین خواهد شد. به هر حال هزینه‌های قانون اوباماگر ۲۰۰ میلیارد دلار کمتر از کسری بودجه دهه آینده خواهد بود. همچنین دولت‌های ایالتی ۹۰ تا ۱۰۰ درصد بودجه ضروری برنامه‌های مربوط به این قانون را دریافت خواهند کرد. برخی ایالت‌ها، مانند نوادا و میشیگان، مطالعاتی در این زمینه انجام داده‌اند که نشان می‌دهد که این ایالت‌ها با اجرای قانون درمان مقرون به صرفه میلیاردها دلار صرفه‌جویی خواهند داشت. شرکت‌های بیمه نیز علی‌رغم کاهش حاشیه سود خود و بیشتر شدن میزان خسارتی که باید پرداخت کنند، میلیون‌ها نفر بیمه‌گذار جدید خواهند داشت و از این راه درآمدهای قابل توجهی کسب خواهند کرد.

چارچوب‌های متداول برای مخالفت یا موافقت با قانون درمان مقرون به صرفه

بررسی نظرات موافق و مخالف پیرامون اوباماگر نشان می‌دهد که الگوی مشخصی در تنظیم این نظرات



این قانون در ابتدای کار، از سوی بسیاری از مخالفان قانون درمان سوسیالیستی نام گرفت و توسط یکی از نمایندگان جمهوری خواه کنگره آمریکا به طعنه با عنوان او با ما کر، به معنی درمان و مراقبت توسط باراک او با ما، استفاده شد. با گذشت زمان و پیشروی لایحه درمان مقرون به صرفه و ابلاغ قانون آن توسط رییس جمهوری ایالات متحده، اصطلاح او با ما کر از بار معنایی طعنه آمیز آن جدا شده و به صورتی کاربردی در رسانه‌های آمریکا و دیگر نقاط جهان به کار برده شد. یکی از اصلی ترین چالش‌های سیاسی در آمریکا بر سر کاستن از میزان دخالت دولت در تمام عرصه‌های اجتماعی و اقتصادی است. معمولاً دموکرات‌ها نیز که در عمل به این اصل پایبند نیستند، برای جلوگیری از کاهش رای و محبوبیت خود در میان مردم، از پذیرفتن این دخالت دولت منتسب به آن‌ها سر باز می‌زنند و اصولاً آن را نکته مثبتی تلقی نمی‌کنند و تمام تلاش آن‌ها در راستای رد این اتهام است

معتقدند که کمک هزینه درمانی، بازار بیمه درمانی را جذاب می‌کند، در حالی که انتخاب‌های متنوع خرید خدمات بیمه‌ای را در خارج از چارچوب تارنمای بازار بیمه درمانی جذاب می‌کند و بازار بیمه درمانی هیچ خللی در کار شرکت‌های بیمه ایجاد نمی‌کند. آن‌ها همچنین می‌گویند که ساختار درمانی خصوصی آمریکا بسیار بخشی‌نگر است و به سادگی می‌تواند به خرید بیش از نیاز یا خرید کم‌تر از نیاز شهروندان در قراردادهای بیمه‌ای منجر شود. همچنین معتقدند که بیمه‌گران همچنان می‌توانند انواع پوشش‌هایی را که از نظر مالی حمایت‌گر نیستند، در بازار آزاد و خارج از طرح درمان مقرون به صرفه به فروش برسانند. گفته می‌شود که هم خود شهروندان و هم کارگزارانی خارج از تارنمای بازار بیمه می‌توانند برای شهروندان واجد شرایط دریافت کمک هزینه درمانی، پوشش بیمه‌ای تهیه کنند و نرخ این پوشش برای هیچ‌کس گران‌تر و ارزان‌تر نیست. این تارنما و خدمات آن امکان خرید پوشش بیمه‌ای مناسب با پایین‌ترین قیمت را برای شهروندان واجد شرایط فراهم کرده است و راه هرگونه کلاهبرداری را بسته است.

موافقان معتقدند که برای جلوگیری از نرخ‌های متفاوت پوشش‌های بیمه‌ای در ایالت‌های مختلف و نرخ‌های متفاوت انواع پوشش‌های بیمه، بازار بیمه درمانی، این امکان را فراهم می‌کند تا فرد دریابد آیا واجد شرایط دریافت کمک هزینه درمانی است یا خیر؟ و پس از آن دست به کار تهیه پوشش بیمه‌ای مناسب خود شود. سالانه، دوره‌ای برای دریافت این اطلاعات مشخص می‌شود تا شهروندان از دریافت کمک هزینه بهره‌مند شوند. دولت آمریکا برای جلوگیری از فراموش شدن

وجود دارد. به نظر می‌رسد که برای بررسی دقیق‌تر این نظرات، در نظر گرفتن این چارچوب‌ها و طرح آن‌ها می‌تواند بسیار موثر عمل کند. در زیر به چارچوب‌های مشخصی که جنبه‌های جنجالی قانون درمان مقرون به صرفه را در بر می‌گیرند، می‌پردازیم:

الف- نظرات موافق و مخالف مربوط به بازار بیمه درمانی ۴

پیش از شروع هر بحثی لازم است توضیح دهیم که بازار بیمه درمانی وب‌سایتی ایالتی است که شهروندان هر ایالت می‌توانند از طریق آن برای بیمه‌های یارانه‌ای فدرال نام‌نویسی کنند و متوجه شوند که امکان دریافت خدمات مدیکیدار دارند یا خیر. بازار بیمه درمانی بهترین فرصت برای دریافت خدمات بیمه‌ای درمانی در صورتی است که فرد واجد شرایط لازم برای دریافت کمک هزینه درمانی باشد. اگر فرد واجد شرایط دریافت کمک هزینه درمانی نباشد، یعنی مطابق قانون جزو اقشار کم‌درآمد محسوب نشود، می‌تواند از کارگزاران دیگر بازار بیمه بهره‌برد که این خود به معنای دستیابی به قراردادهای مشخصی از سوی بیمه‌گران مختلف است. یک کارگزار می‌تواند به افراد مراجعه‌کننده قراردادهای بیمه‌ای متفاوتی را، بیرون یا درون ساختار بازار بیمه درمانی و از سوی تمام بیمه‌گران پیشنهاد دهد. بیمه‌گران باید با یارانه‌ها و مالیات‌های اضافه که برای فروش در بازار بیمه درمانی اعمال می‌شوند، دست و پنجه نرم کند و این ممکن است به نبود پیشنهاد قرارداد بیمه‌ای برخی بیمه‌گران در ایالت‌های مختلف منجر شود.

بیشتر نظرات مخالف در این باره به آسیب آن به شرکت‌های بیمه اشاره دارند و موافقان نیز به نکات زیر در دفاع از این زمینه خاص از قانون می‌پردازند. موافقان

می‌شوند؛ از میان رفتن قاعده رد درخواست خسارت بیمار در صورت وجود بیماری پیش از درخواست بیمه، از جمله این سودمندی‌ها است. همچنین حذف سقف پرداخت خسارت عمری و سالانه نیز از دیگر سودمندی این طرح به شمار می‌آید.

بر اساس این قانون، آمریکایی‌هایی که درآمد متوسط یعنی بین ۱۳۸ درصد تا ۴۰۰ درصد از سطح فقر فدرال درآمد دارند، می‌توانند تا ۶۰ درصد از هزینه‌های حق بیمه‌های کنونی را تخفیف بگیرند و این بدین معناست که ۲۳ میلیون نفر می‌توانند از بیمه مقرون به‌صرفه استفاده کنند. بیمه مقرون به‌صرفه، کمتر از ۸ درصد از درآمد سالانه افراد با درآمد متوسط را به خود اختصاص می‌دهد. موافقان همچنین با اشاره به این موضوعات می‌گویند که در طول دوران نام‌نویسی سال ۲۰۱۴، ۸۵ درصد از ۸ میلیون نفری که اقدام کردند، کمک‌هزینه درمانی دریافت کرده‌اند و هزینه‌های حق بیمه و پرداختی درمانی آنان کاهش داشته‌است.

یکی از مخالفت‌هایی که با اوپاماگر در این زمینه مطرح می‌شود، بر این نکته اشاره دارد که در حالی که بیشتر آمریکایی‌ها برای کارفرمایان بزرگ کار می‌کنند، بعضی کارکنان ممکن است با هزینه‌های جدیدی مواجه شوند که از سوی کارفرما به آنان تحمیل شده‌است. کارگران دیگری، ممکن است که با کاهش کیفیت قراردادهایی از سوی کارفرمایان خود مواجه شوند که کارفرما برای

زمان نام‌نویسی یا ناکامی هنگام نام‌نویسی ابه‌دلیل حجم بالای مراجعان به تازمانا از روش‌های آگاهی بخش مختلفی بهره می‌گیرد و از شهروندان خود می‌خواهد که نام‌نویسی را به دقیقه آخر واگذار نکنند. البته مخالفان به امکان از دست‌دادن زمان نام‌نویسی اشاره کرده‌اند و این را نقطه‌ضعفی اساسی می‌دانند.

ب- نظرات موافق و مخالف اوپاماگر پیرامون آمریکایی‌های طبقه متوسط

موافقان طرح معتقدند طبقه متوسط آمریکا [درآمد سالانه آنان ۴۰۰ درصد سطح فقر فدرال است] بر اساس قانون اوپاماگر چیزهای کمی برای از دست دادن دارند. یک خانواده طبقه متوسط آمریکایی، بر اساس این قانون، کاهش چشمگیری را در میزان حق بیمه خواهد دید. به گونه‌ای که ۳۰ میلیون از ۴۴ میلیون آمریکایی که هم اکنون بیمه نیستند، به‌علت گسترش پوشش تحت اصل تعهد کارفرما، امکان دستیابی به پوشش بیمه‌ای مناسب را خواهند داشت. این پوشش‌ها از طریق بازار بیمه درمانی، مدیکر یا مدیکید و چپ [بیمه درمانی کودکان] قابل دسترسی است.

بر اساس نظر موافقان، اوپاماگر، برای تمام آمریکایی‌ها حمایت‌هایی را پیشنهاد می‌کند. به جز ۱۰ عایدی ضروری درمانی که مستقیماً در قانون اوپاماگر ذکر شده‌است [در شماره پیش به آن پرداخته شد] بهره‌مندی‌های دیگری نیز از سوی این قانون ایجاد

۴۰۰٪

بر اساس این قانون، آمریکایی‌هایی که در آمد متوسط یعنی بین ۱۳۸ درصد تا ۴۰۰ درصد از سطح فقر فدرال درآمد دارند، می‌توانند تا ۶۰ درصد از هزینه‌های حق بیمه‌های کنونی را تخفیف بگیرند و این بدین معناست که ۲۳ میلیون نفر می‌توانند از بیمه مقرون به‌صرفه استفاده کنند. بیمه مقرون به‌صرفه، کمتر از ۸ درصد از درآمد سالانه افراد با درآمد متوسط را به خود اختصاص می‌دهد. موافقان همچنین با اشاره به این موضوعات می‌گویند که در طول دوران نام‌نویسی سال ۲۰۱۴، ۸۵ درصد از ۸ میلیون نفری که اقدام کردند، کمک‌هزینه درمانی دریافت کرده‌اند و هزینه‌های حق بیمه و پرداختی درمانی آنان کاهش داشته‌است



اجتماعی است که ناخودآگاه ارتباط تنگاتنگی با فقر دارد. اما در چارچوب نگاه آمریکایی نیز که مداخله دولت در موضوعات مربوط به فقر، یک اتهام بزرگ محسوب می‌شود، این قانون موافقان و مخالفانی دارد که بر مزایا و معایب متفاوتی از این قانون در زیست آمریکایی‌های کم‌درآمد تاکید دارند. پایگاه فدرال قانون درمان مقرون به صرفه، می‌گوید که آمریکایی‌های کم‌درآمد بیش از دیگران از این قانون بهره‌مند می‌شوند؛ با اجرای این قانون، ۱۵ میلیون نفر از آمریکایی‌های کم‌درآمد که همه آن‌ها بیمه‌های درمانی نداشته‌اند و ۱۳۸ درصد کمتر از سطح فقر فدرال درآمد داشته‌اند، زیر پوشش بیمه قرار گرفته‌اند.

بر اساس نظر مخالفان، یکی از کاستی‌های این طرح برای آمریکایی‌های کم‌درآمد این است که برخی ایالت‌ها، با توجیه نداشتن بودجه کافی، تصمیم گرفتند از اجرای قانون خودداری کنند و این مسؤلیت را به دولت فدرال بسپارند. دولت فدرال نیز در این باره موفق عمل نکرده است و در نتیجه آن ۵/۷ میلیون نفر از فقیرترین شهروندان آمریکا بدون پوشش بیمه‌ای مانده‌اند. در نقطه مقابل موافقان معتقدند که با وجود بودجه ۱۰۰ درصدی فدرال در سال اول و ۹۰ درصدی در سال‌های بعدی، رد طرح گسترش مدیکید فقط به معنای صرفه‌جویی نبود، بلکه بر اساس بسیاری از پژوهش‌های مستقل، تنها اعمالی برای شکست قانون اوباما کر بوده‌است و این اجرایی نکردن قانون، به این

مخالفان جدی خود را از جمله مسیحیان متعصب، گروه‌های سیاسی محافظه‌کار و ضد حقوق برابر برای زنان و طرفداران سیاست‌های افزایش جمعیت را داشته‌است.

د- موافقان و مخالفان اوباما کر پیرامون آمریکایی‌های کم‌درآمد

این قانون در ابتدای کار، از سوی بسیاری از مخالفان قانون درمان سوسیالیستی نام گرفت و توسط یکی از نمایندگان جمهوری خواه کنگره آمریکا به طعنه با عنوان اوباما کر، به معنی درمان و مراقبت توسط باراک اوباما، استفاده شد. با گذشت زمان و پیشروی لایحه درمان مقرون به صرفه و ابلاغ قانون آن توسط رییس جمهوری ایالات متحده، اصطلاح اوباما کر از بار معنایی طعنه‌آمیز آن جدا شده و به صورتی کاربردی در رسانه‌های آمریکا و دیگر نقاط جهان به کار برده شد. یکی از اصلی‌ترین چالش‌های سیاسی در آمریکا بر سر کاستن از میزان دخالت دولت در تمام عرصه‌های اجتماعی و اقتصادی است. معمولاً دموکرات‌ها نیز که در عمل به این اصل پایبند نیستند، برای جلوگیری از کاهش رای و محبوبیت خود در میان مردم، از پذیرفتن این دخالت دولت منتسب به آن‌ها سر باز می‌زنند و اصولاً آن را نکته مثبتی تلقی نمی‌کنند و تمام تلاش آن‌ها در راستای رد این اتهام است.

بنابراین نخستین و اصلی‌ترین مخالفت با قانون درمان مقرون به صرفه، از زاویه نبود مداخله دولت در مسایل

جلوگیری از پرداخت مالیات غیر مستقیم بر قراردادهای بلند مدت بیمه درمانی، آن‌ها را به کارگران خود ارایه می‌کند. این نظرات مخالف، تنها در برگیرنده کمتر از ۱ درصد از کسب و کارها هستند و تنها بخش کوچکی از شرکت‌ها با چالش‌های جدیدی چون کم کردن ساعت کار کارکنان و استخدام نکردن کارکنان دیگر روبرو می‌شوند.

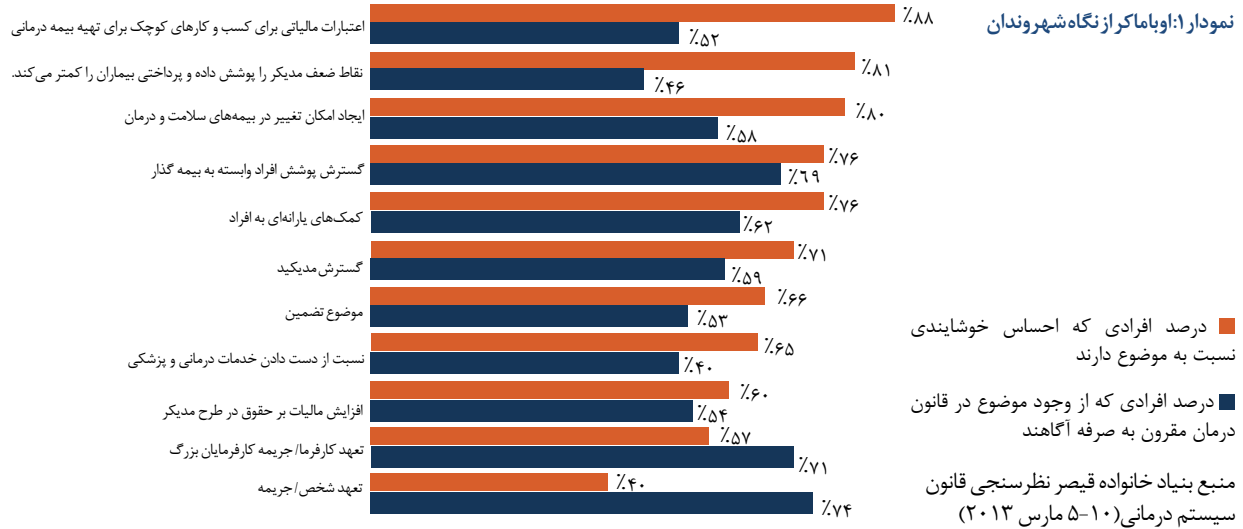
ج- مخالفت‌ها و موافقت‌ها پیرامون موضوعات مربوط به زنان

با اجرای این قانون، ۴۷ میلیون زن امکان دسترسی به خدمات سلامت زنان را خواهند داشت. این خدمات شامل خدمات پیشگیرانه و درمانی است. بسیاری از مزایای جدید اوباما کر برای زنان، که توسط قانون لازم‌الاجرا هستند نیازمند هیچ‌گونه پرداختی درمانی از سوی زنان نیستند. همچنین، بیمه‌گر دیگر نمی‌تواند از بیمه‌گذاران زن بیشتر از مردان پول دریافت کند.

موافقان اوباما کر معتقدند که این قانون معایب بسیار کمی برای زنان دارد و از این روی بسیاری از مخالفان قانون در این حوزه وارد نمی‌شوند. اما موضوع داروهای اورژانس و جلوگیری از بارداری و در دسترس بودن آن‌ها، همواره در مورد مسایل زنان، موضوعی با اهمیت بوده‌است. اوباما کر پوشش داروهای جلوگیری از بارداری را گسترش داده، اما این تعهد یکی از مشاخره‌برانگیزترین جنبه‌های این لایحه بوده‌است و بنا به رویکرد فرد یا گروه مشخصی، به سادگی از کاستی‌های این طرح شمرده می‌شود و



نمودار ۱: او با ما کار از نگاه شهروندان



■ درصد افرادی که احساس خوشایندی نسبت به موضوع دارند

■ درصد افرادی که از وجود موضوع در قانون درمان مقرون به صرفه آنگاهند

منبع بنیاد خانواده قیصر نظرسنجی قانون سیستم درمانی (۱۰-۵ مارس ۲۰۱۳)

نیامده‌است، مردم احساس خوبی نسبت به موضوعاتی که در نهایت ممکن است کاستی‌های طرح شمرده شوند، دارند. بنابراین درباره این طرح می‌توان گفت که اگر چه ممکن است در جنبه‌هایی منفی عمل کرده و باعث ایجاد آسیب‌هایی نیز شده باشد، اما از سوی مردم با استقبال روبه‌رو است. در نمودار شماره یک از میزان رضایت‌مندی شهروندان از برخی از نکات مورد بحث آرایه شده است. این نمودار از سوی مرکز پژوهش خانواده قیصر تهیه شده است. (نمودار یک)

جمع‌بندی

همان‌طور که گفته شد قانون درمان مقرون به صرفه جنبه‌های مختلفی از اصلاحات را در بر می‌گیرد. بنابراین رفع خطاهای احتمالی در این قانون که از همان ابتدای اجرای قانون با کمیته‌های نظارتی و اقدامات تدارکاتی آینده‌نگر صورت پذیرفته است چندان کار ساده‌ای نیست. برای رفع این خطاها، هم گروه‌های مخالف و هم گروه‌های موافق باید با نگرشی منتقدانه و سازنده به قانون نگاه کرده و در پی اصلاح این قانون جدید برآیند. در کل به نظر می‌رسد که با توجه به پیچیدگی‌های این قانون و پیچیدگی‌های جامعه آمریکا، تنها با گذر زمان است که می‌توان درباره درستی یا نادرستی ادعاهای مخالف یا موافق داوری کرد؛ هم‌اکنون این نظرات تنها به شناخت جنبه‌های مختلف آن در کشورهای دیگری چون ایران کمک خواهند کرد.

در بیمه کردن کارکنان کسب و کارهای کوچک، امکان بهره‌برداری بیشتری می‌دهد. آن‌ها با اشاره به این نکته که بیشتر شرکت‌های کوچک برای به کارگیری نیروهای آموزش دیده و ماهر، همواره با مشکل بیمه درمانی مواجه بوده‌اند و بیش از نیمی از افراد بدون بیمه در آمریکا را کارکنان، وابستگان آن‌ها و صاحبان شرکت‌های کوچک تشکیل می‌دهند، می‌گویند که این قانون نه تنها به زبان شرکت‌های کوچک نیست بلکه در فضای رقابتی امروز مزیتی بسیار عالی برای به کارگیری نیروهای ماهر نیز تلقی می‌شود.

این قانون، شرکت‌های بزرگی که قصد ندارند کارکنان خود را بیمه کنند را مجبور می‌کند که جریمه پرداخت کرده یا دست به اقدامات بازتنظیمی درون سازمان خود بزنند. البته بخش کوچکی، نزدیک به ۲ درصد از بنگاه‌های اقتصادی آمریکا که بیشتر از ۵۰ نفر کارکنان تمام‌وقت دارند، هم‌اکنون کارکنان خود را بیمه نکرده‌اند که آن‌ها نیز از رویه‌های دیگری برای معافیت از تعهد کارفرما استفاده می‌کنند و ضربه‌ای از جانب قانون به آنان وارد نمی‌شود. البته این قانون درباره وابستگان کارکنانی که از سوی کارفرما بیمه می‌شوند نقاط ضعفی دارد که در اصلاحیه‌های آرایه شده آن، تلاش شده است این نقاط ضعف برطرف شوند. این نکات مورد توجه مخالفان قرار گرفته است و فشارهای زیادی را به مجریان آن می‌آورد.

مردم چه می‌اندیشند؟

نظرسنجی‌های انجام شده از سوی مرکز خانواده قیصر، درباره برخی از نکات گفته شده در این چارچوب‌ها [نظرات موافق یا مخالف] نشان می‌دهند که تا وقتی پای جریمه از اشخاص و شرکت‌ها از سوی دولت پیش

منظور صورت گرفته تا ۲ تا ۳ میلیون آمریکایی فقیر حتی با وجود اجرای این قانون توسط دولت فدرال بدون پوشش بیمه‌ای باشند و مخالفت‌ها را در این باره گسترش دهند.

ه- مخالفت‌ها و موافقت‌ها پیرامون مسایل سالمندان

مدیکر طرحی که برای سالمندان تهیه شده است در دل قانون درمان مقرون به صرفه می‌گنجد. موافقان معتقدند که این طرح هم بهره‌مندی‌ها و هم پوشش‌هایی را برای افراد مسن گسترش می‌دهد. میلیون‌ها سالمند در آمریکا، در حال حاضر از مزایای مدیکر استفاده کرده‌اند و مبالغی را که باید صرف هزینه‌های درمان یا پیشگیری از بیماری می‌کردند، در حوزه‌های دیگر سرمایه‌گذاری کرده یا مصرف کرده‌اند. آن‌ها می‌گویند که برخی اصلاحات در چارچوب مدیکر هزینه‌های درمان در منزل و در بیمارستان را کاهش داده است. البته ممکن است این اصلاحات نقاط منفی نیز برای سالمندان و برخی پزشکان که در خدمت سالمندان باشند داشته باشد که سهواً در قانون به وجود آمده است. کمیته‌ای نظارتی مسئولیت اطمینان یافتن در این باره مشکلات بالقوه در مدیکر به سالمندان یا صنعت درمان آمریکا زیان نمی‌رساند را پذیرفته است ایجاد شده است که در کنار پیشبرد اهداف قانون به موارد مشکل آفرین آن نیز رسیدگی می‌کند. این نکات منفی که بیشتر به آن‌ها پرداخته شد، محل مشاجره‌های قابل توجهی از سوی گروه‌های مخالف این قانون بوده است.

و- مخالفت‌ها و موافقت‌ها پیرامون مسایل مربوط به کسب و کارها

موافقان قانون درمان مقرون به صرفه معتقدند که این قانون با اعتبارات مالیاتی و تخفیف‌های ۵۰ درصدی

برای اطلاعات بیشتر، این تارنما را ببینید:

<http://obamacarefacts.com/obamacare-pros-and-cons>

رسانه

در رسانه این شماره گزارش «زیر تخت سنگ بازار کار ایران» که در ویژه‌نامه اقتصادی روزنامه شرق منتشر شده در خرداد ماه ۱۳۹۴ چاپ شده، برای شما خوانندگان گرامی، بازنشر داده شده است.





تحلیل منطقه‌ای بازار کار

زیر تخته سنگ بازار کار ایران

اقتصاد ایران در دوره ۹۰-۱۳۵۵ قبل از تشدید تحریم‌های بین‌المللی، عملکرد ضعیفی داشته است و تولید ناخالص سرانه در این دوره کاهش یافته است. ابعاد فقر و بیکاری و نابرابری توزیع درآمد در کشور نگران‌کننده است و تداوم این وضعیت می‌تواند در آینده پیامدهای اجتماعی ناگواری برای جامعه ما داشته باشد. از این رو چاره‌اندیشی برای چالش‌های موجود بر سر راه رشد پایدار درازمدت، دیگر نه یک انتخاب بلکه برای حراست از کین جمهوری اسلامی، یک ضرورت اجتناب‌ناپذیر به شمار می‌رود.



این گزارش
در ویژه‌نامه اقتصادی روزنامه شرق
خرداد ۱۳۹۴ منتشر شده است

علاءالدین ازوجی، دانشجوی دکتری دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه

می‌گویند در سال‌های دور، پادشاه دانایی، تخته‌سنگ بزرگی را در وسط جاده قرار داد و برای اینکه عکس‌العمل رهگذران را ببیند، خودش در جایی مخفی شد. بعضی از بازرگانان و ندیمان ثروتمند پادشاه، بی‌اعتنا از کنار تخته‌سنگ می‌گذشتند، بسیاری هم غرولند می‌کردند که این چه شهری است که نظم ندارد. حاکم این شهر عجب مرد بی‌عرضه‌ای است. این داستان ادامه داشت تا این که نزدیک غروب یک روستایی که پشتش بار میوه بود، نزدیک سنگ شد و با هر زحمتی که بود تخته سنگ را از وسط جاده برداشت و آن را کنار جاده قرار داد.

ناگهان کیسه‌ای دید که زیر تخته سنگ قرار داده شده بود، کیسه را باز کرد داخل آن سکه‌های طلا و یک نامه پیدا کرد. در نامه نوشته بود: «هر سد و مانعی می‌تواند یک شانس برای تغییر زندگی انسان باشد.» حکایت مشکلات و مصائب بازار کار ایران نیز همانند تخته‌سنگی است که هر دوره و هر ساله تکرار می‌شود؛ در حالی که جوانی نیروی کار، به عنوان یک «نعمت» برای اقتصاد ایران محسوب می‌شود، اکنون به یک «نقمت» تبدیل شده است و ذهن‌ها را مشغول کرده؛ ولی در عمل، اقدام اساسی برای برداشتن این سنگ عظیم انجام نگرفته است. در این برهه، این مشکلات

و مصائب در مسیر توسعه کشور سدی شده است که نه تنها جامعه از مزایای جوانی جمعیت، بهره‌مند نمی‌شود، بلکه یابی‌اعتنا از کنار آن می‌گذرند یا همواره بر طبل بی‌توجهی و عدم‌مدیریت صحیح در بازار کار در سطح ملی و منطقه‌ای کوبیده می‌شود که در نهایت حاصل این کم‌توجهی‌ها منجر به نابرابری‌های بازار کار (از ابعاد مختلف سنی، جنسی، سواد، مناطق)، گسترش فقر در برخی مناطق، مهاجرت، آسیب‌های اجتماعی و... شده است.

به این ترتیب، مسایل بازار کار ایران بی‌شمارند؛ ولی در این مقاله بناست که گوشه‌ای از بازار کار مورد بررسی

قرار گیرد. نگارنده معتقد است که تحلیل بازار کار در سطح ملی به تنهایی نمی‌تواند عمق مشکلات بازار کار را روشن کند و با وجود توجهات در سطح ملی در سیاست‌گذاری‌های دو، سه دهه گذشته، به دلیل اشراف کمتر بر مصایب نابرابری‌های منطقه‌ای بازار کار، مشکلات کماکان لاینحل باقی مانده است. وقتی به بررسی علمی و دقیق‌تر این مشکلات در مناطق پرداخته می‌شود، تعمیق فقر و نابرابری و سایر آسیب‌ها که حاصل تعاملات اقتصادی ملی و منطقه‌ای است، بیشتر نمایان می‌شود.

حال سؤال این است که چرا در اقتصاد ایران در سه دهه گذشته، با وجود توجه در قوانین کشور، کماکان عدم تعادل‌های بازار کشور یکی از دغدغه‌هاست و چرا این وضعیت در مناطق (استان‌ها) بیشتر نمود پیدا کرده است. چرا نابرابری‌های میان استان‌ها افزایش یافته است؟ آیا آمارهای رسمی کشور به طور دقیق آن را رصد می‌کند و اگر رصد می‌کند، چرا برای رفع و بهبود معضلات آن، اقدام مؤثری صورت نمی‌گیرد؟ در کل زیر تخته سنگ بازار کار مناطق چه می‌گذرد؟ پاسخ به این سؤالات نیازمند بررسی گسترده است، ولی، در این مقاله سعی خواهد شد برخی زوایای آن روشن شود. برای این منظور، چارچوب مباحث بدین صورت است که ابتدا گذری بر مباحث تئوریک و تجربی خواهیم داشت. در ادامه نیز با مراجعه با قوانین کلیدی کشور، جایگاه اشتغال و کار را دنبال خواهیم کرد. سپس تصویری از شاخص‌های اصلی بازار کار مناطق را تشریح خواهیم کرد و در نهایت، آسیب‌های ناشی از آن را بیان خواهیم کرد.

بازار کار مناطق در ادبیات نظری و تجربی

موضوع اشتغال و کار، یک مقوله مهم و چندوجهی است و در چارچوب تابع تولید، به عنوان مهم‌ترین منابع و عوامل تولید محسوب می‌شود؛ چرا که زمانی که منابع انسانی در فرایند تولید قرار می‌گیرند، جنبه‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، حقوقی، روان‌شناسی، بهداشتی (سلامت)، تربیتی و... دست به دست هم داده تا نیروی انسانی بتواند به طور مناسبی در خدمت تولید کالا و خدمات قرار گیرد؛ البته این موضوع در سطح ملی و منطقه‌ای ممکن است تا حدودی متفاوت باشد، در برخی موارد حساسیت‌هایی که در سطح ملی بازار کار وجود دارد ممکن است در سطح مناطق، بارز نباشد و برعکس.

بررسی‌های نظری و تجربی در سطح جهانی گویای این

واقعیت است که بازار کار مناطق، در برخی موارد متمایز از سطح ملی است و این تمایز باید در سیاست‌گذاری منطقه‌ای لحاظ شود. در غیراین صورت، عدم توجه به برخی ملاحظات منطقه‌ای، ممکن است نتواند سیاست‌گذاری‌های ساختارهای تولید و اشتغال منطقه را متأثر کند یا اینکه درجه همگرایی بازار کار میان مناطق افزایش پیدا نکند و واگرایی‌های بازار کار مناطق تشدید شود؛ چرا که نکته مهم در بحث تفاوت بازار کار میان مناطق مختلف در یک کشور، نحوه همگرایی یا واگرایی تفاوت‌هاست؛ به عبارت دیگر، در کنار پذیرش مفهوم تفاوت‌های منطقه‌ای بازار کار، به عنوان یکی از عناصر تحلیلی الگوسازی منطقه‌ای ۱، باید توجه کرد که رفتار شاخص تفاوت‌های منطقه‌ای، در طول زمان چگونه است، زیرا وضعیت حاصل شده در انتهای دوره، علاوه بر اندازه اولیه تفاوت‌های منطقه‌ای، به نحوه همگرایی یا واگرایی تفاوت‌های بازار کار نیز وابسته است.

ادبیات تئوریک، اکثراً، تفاوت‌های بیکاری را با فرض تعادل پایدار در بازار کار فضایی و منطقه‌ای شروع می‌کنند. مولهو ۲ تعادل رابه عنوان وضعیت یکنواخت ۳ مناطق برای هر گروه نیروی کار متجانس تعریف می‌کند که هیچ انگیزه‌ای برای مهاجرت نیروی کار در آینده وجود نداشته باشد. با توجه به محدودیت تحرک سرمایه، وضعیت آینده منافع یکنواختی نیز در پی خواهد داشت. این تفسیر توسط محققان دیگری از جمله هال، مارستون و روزن ۴ حمایت می‌شود. زمانی که اثرات بیکاری منطقه‌ای منجر به شوک‌های کوتاه‌مدت می‌شود، پایداری و ماندگاری تفاوت‌های نرخ بیکاری می‌تواند برحسب عدم تعادل طبیعی ۵ تعبیر شود. مطابق دیدگاه مارستون، رابطه تعادلی نرخ بیکاری در هر منطقه، تابعی از شرایط و امکانات موجود آن منطقه (طبیعی، انسانی، فیزیکی و...) است و در صورتی که انگیزه تحرک برای نیروی کار وجود داشته باشد، به مناطقی که فرصت‌های شغلی جدید فراهم است، مهاجرت می‌کنند. با این رویکرد عدم تعادل، فرض می‌شود که وجود نرخ بیکاری بلندمدت، شقوق دیگر منطقه را تسهیل خواهد کرد. فرایند تعدیل ممکن است سریع‌تر یا کندتر باشد و سرعت تعدیل نیز ممکن است به عوامل مختلفی بستگی داشته باشد و آن نیز با عرضه و تقاضا مرتبط است.

طبق دیدگاه مارستون، تعادل بازار کار می‌تواند از سه عامل زیر مشتق شده باشد: الف) نیروی کار به خاطر بیکاری بالا به خارج از منطقه مهاجرت می‌کند. ب) بنگاه‌ها به خاطر جاذبه‌های ناشی از نیروی کار ارزان و

موضوع اشتغال و کار، یک مقوله مهم و چندوجهی است و در چارچوب تابع تولید، به عنوان مهم‌ترین منابع و عوامل تولید محسوب می‌شود؛ چرا که زمانی که منابع انسانی در فرایند تولید قرار می‌گیرند، جنبه‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، حقوقی، روان‌شناسی، بهداشتی (سلامت)، تربیتی و... دست به دست هم داده تا نیروی انسانی بتواند به طور مناسبی در خدمت تولید کالا و خدمات قرار گیرد؛ البته این موضوع در سطح ملی و منطقه‌ای ممکن است تا حدودی متفاوت باشد، در برخی موارد حساسیت‌هایی که در سطح ملی بازار کار وجود دارد ممکن است در سطح مناطق، بارز نباشد و برعکس

بی‌کار به درون منطقه خواهند آمد. ج) دستمزدها به خاطر وجود عرضه نیروی کار مازاد تمایل به کاهش دارند. اگر این عوامل، قوی و قدرتمند ظاهر شوند، عدم تعادل تنها توجیه خواهد بود و معنی‌دار نیست و اگر این عوامل ضعیف باشند ممکن است عدم تعادل به طور طولانی مدت و پایدار باقی بماند.

بلاچارد و کاتز ۶ نیز نشان دادند که اثر کوتاه‌مدت شوک‌های تقاضای منطقه‌ای روی اشتغال منطقه‌ای ایالات متحده به صورت را گذرا و موقتی است. بنابراین پایداری منطقه‌ای آمریکا پایین است و آن، بستگی به مهاجرت نیروی کار (به جای حرکت بنگاه‌ها) دارد. در مقابل، تحلیل بازار کار مناطق مختلف کشورهای اروپایی نشان از ثبات و پایداری بیکاری منطقه‌ای در سطح بالا دارد. دلیل اصلی این موضوع، انعطاف‌پذیری پایین بازار کار اروپا، به‌ویژه از ناحیه چسبندگی دستمزدها، اینرسی اشتغال و پویایی نیروی کار بوده و تفاوت عمده مربوط به تفاوت مسیر واکنش بازار کار، نسبت به عدم تعادل هاست.

محققان در یافته‌اند که مهاجرت در آمریکا به عنوان یک عامل اساسی تنظیم‌کننده بازار کار، نقش ایفا می‌کند. تنظیم شاخص‌های ایالت‌های مختلف این کشور از طریق جریانات مهاجرت نیروی کار بین مناطق صورت می‌گیرد. در این کشور، پس از اعمال یک شوک ویژه به یک منطقه، واکنش بسیار قوی، یک‌سال پس از اعمال شوک رخ می‌دهد. اما مطالعه بلاچارد و کاتز ۷ و فاتاس و دکریسین ۸ در اروپا کاملاً معکوس نشان داده است، به نحوی که در بازار کار اروپا تغییرات نرخ مشارکت نیروی کار در پاسخ به شوک‌های ویژه منطقه‌ای،

نقش پررنگ‌تری نسبت به عامل مهاجرت در تنظیم شاخص‌های بازار کار برعهده دارند. به عبارتی کارگران به جای اقدام به مهاجرت تصمیم به ترک محل کار خود می‌گیرند. این نوع اقدام می‌تواند از بالا بودن هزینه‌های حمل‌ونقل یا چسبندگی دستمزدها در این مناطق نشأت گرفته باشد.

آینسلی ۹ نشان داد که یک شوک به طرف تقاضای نیروی کار در کشور نیوزلند از درجه اثرگذاری و ماندگاری به مراتب بالاتری نسبت به کشور استرالیا برخوردار است و به نظر می‌رسد تحرک و جابه‌جایی نیروی کار، مکانیسم تعدیلی مهم‌تری برای کشور نیوزلند است تا استرالیا. وی می‌گوید تفاوت‌های آشکار در نقش تحرک نیروی کار، ممکن است به تفاوت در اندازه و وسعت بازار کار مناطق مربوط باشد. در مناطق کشور استرالیا، فرصت‌های بیشتری برای یافتن شغل مناسب در داخل همان مناطق پس از اعمال شوک در سطوح مناطق وجود دارد.

لوی ۱۰ نابرابری‌های بازار کار فیلیپین را در قالب دو ویژگی فردی (نظیر سن، سطح آموزش، جنسیت و وضعیت خانواده) و منطقه‌ای (نظیر ترکیب فعالیت‌ها، بهره‌وری کار و توزیع SMEها) مورد بررسی قرار داد و نشان داد نابرابری‌های عملکرد بازار کار به طور گسترده‌ای با تفاوت ساختار منطقه‌ای و توانمندی سرمایه انسانی ارتباط دارد. ویژگی‌های فردی تقریباً یک‌سوم تفاوت در دستمزدهای بین مناطق کشور را توجیه می‌کند و ساختارهای منطقه‌ای و دیگر عوامل مشاهده نشده، تقریباً دو سوم تفاوت‌ها را بازگویی کند. یانگ ۱۱ در مطالعه چسبندگی بازار کار، صرفه‌های

تجمعی و نابرابری‌های بیکاری، نشان داد که نرخ بیکاری مناطق، ارتباطی با سهم بخش‌ها از جریان جست‌وجوی شغل در درون هر منطقه دارد.

بدین ترتیب یافته‌های نظری و تجربی، بیانگر این است که علاوه بر دانش عرضه و تقاضای نیروی کار، روابط میان مناطق، ظرفیت‌های مناطق، ساختار تولید و فعالیت‌های اقتصادی، چسبندگی عوامل تولید، قوانین و مقررات برای تسهیل یا سختی جریان نیروی کار و... در سیاست‌گذاری‌های کلان کشورها اهمیت دارد و شناخت آن، موجب خواهد شد زیر تخته سنگ بازار کار مناطق، دقیق‌تر مورد کنکاش قرار گیرد و برای آن، راه‌حل اصولی و منطقی اتخاذ شود.

قانون اساسی و چشم‌انداز

اشتغال در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران از اهمیت خاصی برخوردار است و نگاه این قانون به اشتغال، فراتر از ابعاد اقتصادی است، به طوری که محتوای آن از بُعد ارزشی، انسانی، اجتماعی و فرهنگی، قابل توجه است. قانون اساسی در سه اصل از اصول (اصل ۲۲، اصل ۲۸ و اصل ۴۳) موضوعات اشتغال را تحت پوشش قرار داده است. در اصل ۲۲ شغل اشخاص از تعرض مصون بوده، مگر در مواردی که قانون تجویز کند. در اصل ۲۸ آمده است که هر کس حق دارد شغلی را که بدان مایل است و مخالف اسلام و مصالح عمومی و حقوق دیگران نیست، برگزیند و دولت موظف است با رعایت نیاز جامعه به مشاغل گوناگون، برای همه افراد امکان اشتغال به کار و شرایط مساوی را برای احراز مشاغل ایجاد کند.



شاخص‌های کلان مختلفی از جمله شاخص‌های کلیدی بازار کار را پایه و پیش‌بینی می‌شود. طبیعی است کاهش نرخ بیکاری و افزایش نرخ مشارکت نیروی کار در سطح ملی منوط به تحقق نسبی آنها در سطح مناطق است و اگر مناطق مختلف کشور به سمت واگرایی (به جای همگرایی) حرکت کنند، ممکن است اصل و هدف اساسی اشتغال کامل نیروی کار (کاهش فقر و بهبود درآمدها و در نهایت شأن و کرامت افراد) در تعارض قرار گیرد. بنابراین ابعاد همه‌جانبه بازار کار در سطح اشتغال کامل ملاک عمل است.

در دهه‌های گذشته، در اقتصاد ایران توجه به توسعه مناطق و اجرای سیاست‌های منطقه‌ای، مورد تأکید بوده و هست و به نظر می‌رسد که این موضوع نیز یکی از محورهای برنامه ششم توسعه (در حال تدوین) باشد. برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران اقتصادی تلاش می‌کنند تا عدم تعادل‌ها و نابرابری‌های موجود بازار کار را در مناطق مختلف کشور کاهش دهند. روشن است که ایجاد زیرساخت‌های اقتصادی و سرمایه‌گذاری در همه مناطق به تناسب، موجب می‌شود که در بلندمدت میزان نابرابری میان مناطق کشور کاهش یابد، به‌ویژه این که این وضعیت بر جریان تولید در مناطق توسعه‌یافته و کمتر توسعه‌یافته تأثیر مهمی می‌گذارد و برعکس، افزایش نابرابری‌ها موجب رقابت‌های نابرابر و غیرمتوازن بین مناطق و در نهایت، جابه‌جایی سرمایه و نیروی کار به طور غیرمتعارف می‌شود. در نتیجه، فقط برخی از مناطق توسعه‌یافته می‌یابند و دولت‌ها چنین رشد و توسعه‌ای را همواره مورد استقبال قرار ندادند.

در اصل ۴۳ به عنوان اصلی مهم، آمده است: برای تأمین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه‌کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد، با حفظ آزادی او، اقتصاد جمهوری اسلامی ایران بر اساس چهار ضابطه شامل تأمین نیازهای انسانی برای همگان، تأمین شرایط و امکانات کار برای همه به منظور رسیدن به اشتغال کامل، تنظیم برنامه اقتصادی کشور و رعایت آزادی انتخاب شغل و... استوار شده است. توجه به ابعاد مختلف اشتغال و شغل، در این اصل، بیشتر از سایر اصول دیگر مورد تأکید قرار گرفته است، زیرا علاوه بر تأمین استقلال اقتصادی جامعه و حذف فقر و محرومیت و رفع نیازهای انسانی، در واقع این اصل را بر اساس چهار ضابطه مورد تأکید قرار می‌دهد.

بدین ترتیب می‌توان گفت دستیابی به اشتغال کامل، از جمله اهداف کلان بازار کار در این قانون است و نکته مهم‌تر دیگر اینکه در قانون اساسی به صراحت اشتغال کامل همراه با حذف فقر و محرومیت آمده است و رویکرد اجتماعی و انسانی بازار کار و اشتغال را ارتقا بخشیده است.

در سند چشم‌انداز ۲۰ ساله، به عنوان یک برنامه بلندمدت، چند ویژگی یا اهداف کلیدی برای دوره بلندمدت اقتصاد ایران تعبیه شده است که از جمله آن، جامعه ایران در این افق «دست یافته به جایگاه اول اقتصادی، علمی و فناوری در سطح منطقه آسیای جنوب‌غربی با تأکید بر جنبش نرم‌افزاری تولید علم، رشد پرشتاب و مستمر اقتصادی، ارتقای نسبی سطح درآمد سرانه و رسیدن به اشتغال کامل» است. واقعیت این است که در تدوین برنامه‌های توسعه‌ای،

**ایجاد زیرساخت‌های اقتصادی
و سرمایه‌گذاری در همه مناطق
به تناسب، موجب می‌شود که در
بلندمدت میزان نابرابری میان مناطق
کشور کاهش یابد، به‌ویژه این که این
وضعیت بر جریان تولید در مناطق
توسعه‌یافته و کمتر توسعه‌یافته تأثیر
مهمی می‌گذارد و برعکس، افزایش
نابرابری‌ها موجب رقابت‌های نابرابر
و غیرمتوازن بین مناطق و در نهایت،
جابه‌جایی سرمایه و نیروی کار به
طور غیرمتعارف می‌شود. در نتیجه،
فقط برخی از مناطق توسعه‌یافته می‌یابند
و دولت‌ها چنین رشد و توسعه‌ای را
همواره مورد استقبال قرار ندادند**





بازار کار استان‌ها در تصویر آماری

برای این که بتوانیم تصویر آماری از بازار کار مناطق (استان‌ها) را داشته باشیم در اینجا به دو شاخص اصلی و کلیدی بازار کار مناطق (نرخ مشارکت نیروی کار و نرخ بیکاری برای جمعیت ۱۰ ساله و بیشتر) اکتفا می‌کنیم. هر چند در لایه‌های زیرین آن ممکن است تحلیل‌های دیگری نیز احصا شود؛ ولی با اتکا به این دو شاخص، می‌خواهیم یک بررسی اجمالی از روند تغییر و تحولات اشتغال و بیکاری استان‌ها داشته باشیم.

مطابق نتایج طرح آمارگیری نیروی کار مرکز آمار ایران، متوسط نرخ مشارکت نیروی کار (جمعیت ۱۰ ساله و بیشتر) استان‌های کشور در دوره ۹۲-۱۳۸۴ در سطح ۳۸٫۷ درصد ۱۲ بوده است جدول (۱). در برخی سال‌ها این نرخ کمتر و در برخی سال‌ها بیشتر از رقم یادشده بوده است. برای تصریح وضعیت نرخ مشارکت نیروی کار استان‌ها و اختلاف آنها نسبت به سطح میانگین کشور، استان‌ها را (با اختلاف پنج درصد نسبت به میانگین) در سه گروه (استان‌های با نرخ بیکاری بالا، استان‌های با نرخ بیکاری متوسط و استان‌های با نرخ بیکاری پایین) طبقه‌بندی کردیم. مشاهده می‌شود که:

گروه اول و با نرخ مشارکت پایین شامل استان‌هایی است که در دامنه زیر ۳۶٫۸ درصد قرار گرفته‌اند و مربوط به استان‌های آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، اردبیل، اصفهان، زنجان و گیلان است و متوسط سهم جمعیت فعال این استان‌ها از کل جمعیت فعال در دوره یادشده، ۳۰ درصد است و ۲۲ درصد از سهم جمعیت کشور را به خود اختصاص داده‌اند.

گروه دوم و با نرخ مشارکت متوسط، شامل استان‌هایی

است که در دامنه بین ۳۶٫۸ تا ۴۰٫۷ درصد قرار گرفته‌اند و مربوط به استان‌های ایلام، تهران، چهارمحال و بختیاری، خراسان جنوبی، خراسان رضوی، خراسان شمالی، فارس، قزوین، کردستان، گلستان، مازندران، مرکزی، همدان و یزد است. متوسط سهم جمعیت فعال و کل جمعیت نیز به ترتیب ۴۵٫۳ و ۵۳٫۱ درصد است.

گروه سوم و با نرخ مشارکت بالا، شامل استان‌هایی است که در دامنه بالای ۴۰٫۷ درصد جای دارند و مربوط به استان‌های بوشهر، خوزستان، سمنان، سیستان و بلوچستان، قم، کرمان، کرمانشاه، کهگیلویه و بویراحمد، لرستان و هرمزگان است. سهم جمعیت فعال و کل جمعیت این گروه از کل کشور به ترتیب ۲۵٫۲ و ۲۴٫۹ درصد است.

در ضمن، برای این که بتوان مشارکت نیروی کار مناطق (استان‌ها) را در فعالیت‌های اقتصادی در طول دوره مورد بررسی از جهت همگرایی یا واگرایی مورد سنجش قرار داد، دو نمودار ذیل نشان می‌دهد که پراکندگی نرخ مشارکت نیروی کار میان استان‌ها نه تنها تا حدودی افزایش یافته، بلکه در سال ۱۳۹۲ بیشتر استان‌ها این نرخ نسبت به سال ۱۳۸۴ گرایش به مرکز بیشتر داشته است.

همچنین مطابق نتایج این طرح، متوسط نرخ بیکاری استان‌های کشور در دوره ۹۲-۱۳۸۴ در سطح ۱۱٫۵ درصد بوده است، جدول (۲). برای تصریح وضعیت بیکاری استان‌ها و اختلاف آنها نسبت به سطح میانگین کشور، استان‌ها را (با اختلاف ۱۰ درصد نسبت به میانگین) در سه گروه (استان‌های با نرخ بیکاری بالا، استان‌های با نرخ بیکاری متوسط و استان‌های با نرخ بیکاری پایین) طبقه‌بندی کردیم. مشاهده می‌شود که:

گروه اول و با نرخ بیکاری پایین، شامل استان‌هایی است که در دامنه زیر ۱۰٫۴ درصد قرار گرفته‌اند و مربوط به استان‌های آذربایجان شرقی، خراسان جنوبی، خراسان رضوی، خراسان شمالی، زنجان، سمنان، قم، گلستان، مازندران، هرمزگان و یزد است و متوسط سهم جمعیت بیکار این استان‌ها از کل بیکاران در دوره یادشده، کمتر از ۲۳ درصد است و کمتر از ۲۵ درصد از سهم تولید ناخالص داخلی (بدون نفت) کشور را به خود اختصاص داده‌اند.

گروه دوم و با نرخ بیکاری متوسط شامل استان‌هایی است که در دامنه بین ۱۰٫۴ تا ۱۲٫۷ درصد قرار گرفته‌اند و مربوط به استان‌های آذربایجان غربی، اردبیل، اصفهان، بوشهر، تهران، سیستان و بلوچستان، قزوین، کردستان، کرمان، مرکزی است. متوسط سهم جمعیت بیکار و متوسط سهم تولید ناخالص داخلی (بدون نفت) کشور نیز به ترتیب ۴۸٫۲ و ۵۵٫۱ درصد است.

گروه سوم و با نرخ بیکاری بالا، شامل استان‌هایی است که در دامنه بالای ۱۲٫۷ درصد جای دارند و مربوط به استان‌های ایلام، چهارمحال و بختیاری، خوزستان، فارس، کرمانشاه، کهگیلویه و بویراحمد، گیلان، لرستان، همدان است. سهم بیکاران و تولید ناخالص داخلی این گروه از کل کشور به ترتیب ۲۹٫۷ و ۲۰٫۳ درصد است. قابل توجه است که بیشتر این استان‌ها در سه دهه گذشته با مشکلات و مصائب بیکاری درگیر بوده‌اند.

ضمن این که بر اساس دو نمودار ذیل، در سال ۱۳۹۲ نرخ بیکاری مناطق (استان‌ها) برخلاف نرخ مشارکت نیروی کار، نسبت به سال ۱۳۸۴ گرایش به واگرایی و

آموزش در سطوح مختلف دانشگاهی و اجرایی است. نکته بعدی اینکه بسیاری از اقدامات سیاست‌گذاری سنتی بازار کار کشور (از جمله حداقل دستمزد، قوانین و مقررات کار و تأمین اجتماعی، اعتبارات عمومی، تسهیلات بانکی، مالیات و بیمه و...) در سطح ملی تعیین می‌شود و کمترین اختیار به مناطق داده شده است. به‌طور طبیعی، این‌طور تصور می‌شود که هرآنچه در سطح ملی تصمیم‌گیری می‌شود، باید تقریباً همان چارچوب در سطح مناطق اجرایی شود. این محدودیت اختیارات در مدیریت بازار کار مناطق موجب خواهد شد استان‌هایی که بیشترین جاذبه‌ها و صوره‌های اقتصادی را دارند، بیشتر از این فضا منتفع شوند. در حالی که این اختیارات در کشورهای موفق بسیار بالاست و به جای رقابت در جذب تسهیلات بانکی و اعتبارات عمومی در این کشورها، رقابت بر سر سیاست‌گذاری‌های جدید و مؤثر منطقه‌ای و محلی است (که بخشی از آن در قالب مشاغل عمومی توسط نهادهای محلی نظیر شهرداری‌ها نمایان می‌شود).

به این ترتیب، بخش از مصایب و مشکلات موجود در بازار کار کشور، حکمرانی موجود (در سطح ملی و منطقه‌ای) بر آن است که باید برای آن چاره‌اندیشی کرد؛ یعنی به همان اندازه که تخته‌سنگ بازار کار کشور در مسیر توسعه کشور مانع‌تراشی می‌کند، حکمرانی بهتر آن می‌تواند این سنگ‌راه‌نحو شایسته و عالمانه‌ای برادر تا شناس تغییر زندگی جامعه ایرانی فراهم شود.

داخل و خارج کشور بیان شده است؛ اما نگارنده سعی می‌کند این چالش‌ها را از سه منظر مورد توجه قرار دهد تا بتواند مؤثر واقع شود.

الف) نوع و کارکرد سیاست‌گذارها

تجربه سیاست‌گذاری کشورهای موفق در عرصه بازار کار و اشتغال، نشان می‌دهد که از یک طرف، در میان مدت و بلندمدت بازار کار این کشورها عمدتاً از سیاست‌های کلان اقتصادی، اجتماعی و نهادی (به‌جای سیاست‌های فعال و منفعل و حمایتی) تبعیت می‌کند و از طرف دیگر، سیاست‌های منطقه‌ای (استانی) بازار کار نیز از اقتدار و حاکمیت به مراتب بالایی در مدیریت محلی و منطقه‌ای برخوردار است. در مقابل، در اقتصاد ایران، با وجود توجه اساسی در قانون اساسی و سند چشم‌انداز، در عمل سیاست‌گذاری در بازار کار همواره مغفول می‌ماند، در حالی که ظرفیت‌ها و حساسیت‌های بازار کار به دلیل اثرات بلندمدت و غیرمستقیم آن، بیش از دیگر بازارهاست و منافع ملی در این کارکرد و تعاملات این بازار، بیش از سایر بازارها در بلندمدت نمایان می‌شود؛ اما به دلیل اینکه مرز و تعاملات این بازار با دیگر بازارها به خوبی روشن نشده است، موجب شده که نگاه به این بازار به صورت ظاهری در قالب تسهیلات بانکی برای ایجاد شغل یا قانون کار برای تسهیل جریان ورود و خروج نیروی کار و نظایر آن دیده شود. بحث کلیدی است که سیاست‌گذاری در بازار کار در سطح جهانی از کلاس بسیار بالایی برخوردار است که نیازمند

دور شدن از نقطه مرکزی بیشتر شده است؛ یعنی اینکه پراکندگی نرخ بیکاری نیروی کار میان استان‌ها به تدریج افزایش یافته است و از بُعد عدم دسترسی به شغل مناسب ممکن است عواقب و پیامدهای درون منطقه‌ای و بین منطقه‌ای ایجاد کند.

به این ترتیب با توجه به دامنه‌های تعیین شده برای نرخ مشارکت نیروی کار و نرخ بیکاری، در سطح پایین نرخ بیکاری و سطح بالای نرخ مشارکت استان‌های آذربایجان شرقی و زنجان جای می‌گیرند. در سطح متوسط نرخ‌های بیکاری و مشارکت استان‌های تهران، کردستان و مرکزی قرار دارند و در سطح پایین نرخ بیکاری و سطح بالای نرخ مشارکت استان‌های خوزستان، کرمانشاه، کهگیلویه و بویراحمد و لرستان قرار دارند؛ یعنی اینکه با توجه به این دامنه و نزدیکی سایر استان‌های همجوار به این دامنه، می‌توان گفت که مناطق شمال غرب کشور به مراتب وضعیتی بهتری از بُعد شاخص‌های کلان بازار کار برخوردارند و مناطق جنوب شرق کشور (که عمدتاً مناطق نفت‌خیزند) نیز وضعیت چندان مناسبی ندارند.

چالش‌ها و آسیب‌ها

با توجه به مطالب اشاره شده و تصویر روشن‌تر از بازار کار کشور، علی‌القاعده چالش‌ها و آسیب‌های مختلفی بر بازار کار کشور در سطح ملی و منطقه‌ای متصور است که در بررسی‌ها و مطالعات مختلف، محققان بازار کار در

جدول ۱: متوسط نرخ مشارکت نیروی کار استان‌های کشور در دوره ۹۲-۱۳۸۴

شرح	دامنه نرخ مشارکت زیر ۳۶٫۸ درصد	دامنه نرخ مشارکت بین ۳۶٫۸ تا ۴۰٫۷ درصد	دامنه نرخ مشارکت بالای ۴۰٫۷ درصد
نام استان	آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، اردبیل، اصفهان، زنجان، گیلان	ایلام، تهران، چهارمحال بختیاری، خراسان جنوبی، خراسان رضوی، خراسان شمالی، فارس، قزوین، کردستان، گلستان، مازندران، مرکزی، همدان، یزد	بوشهر، خوزستان، سمنان، سیستان و بلوچستان، قم، کرمان، کرمانشاه، کهگیلویه و بویراحمد، لرستان، هرمزگان
متوسط سهم استان از جمعیت فعال کشور، درصد	۳۰٫۰	۴۵٫۳	۲۵٫۲
متوسط سهم استان از جمعیت کل کشور، درصد	۲۲٫۰	۵۳٫۱	۲۴٫۹
-	متوسط مشارکت نیروی کار کشور در دوره یاد شده = ۳۸٫۷ درصد		

محاسبه دامنه بر اساس ۵ درصد بالاتر و یا پایین‌تر از متوسط کل کشور مآخذ: برگرفته از مقاله ارایه شده از جوی و خالصی در اولین کنفرانس اقتصاد ایران (۱۳۹۳).



در سطح دنیا مفهوم مبارزه با بیکاری، به خصوص بیکاری جوانان توسط دولت‌ها، به ویژه در کشورهای توسعه یافته (و کشورهای شرق و جنوب شرق آسیا) در دو دهه گذشته، تغییر بنیادی کرده است. اساس این تفکر همچنان آموزش و تحصیل به عنوان ارکان اصلی مبارزه با بیکاری جوانان بود. این در حالی است که در اقتصاد ایران، هم از جانب خانوارها و هم دولت (وبخش خصوصی) هزینه بسیار هنگفتی برای آموزش عالی و فنی و حرفه‌ای صرف شده است که این امر، باعث شد که جریان ورود به بازار کار با این فرض که دانش آموخته دانشگاهی است، تشدید شود. اما تفاوت بنیادین بین دو کارکرد در کشورهای توسعه یافته (و کشورهای شرق و جنوب شرق آسیا) وجود آمده است

ب- آموزش و بازار کار

در سطح دنیا مفهوم مبارزه با بیکاری، به خصوص بیکاری جوانان توسط دولت‌ها، به ویژه در کشورهای توسعه یافته (و کشورهای شرق و جنوب شرق آسیا) در دو دهه گذشته، تغییر بنیادی کرده است. اساس این تفکر همچنان آموزش و تحصیل به عنوان ارکان اصلی مبارزه با بیکاری جوانان بود. این در حالی است که در اقتصاد ایران، هم از جانب خانوارها و هم دولت (وبخش خصوصی) هزینه بسیار هنگفتی برای آموزش عالی و فنی و حرفه‌ای صرف شده است که این امر، باعث شد که جریان ورود به بازار کار با این فرض که دانش آموخته دانشگاهی است، تشدید شود. اما تفاوت بنیادین بین دو کارکرد در کشورهای توسعه یافته (و کشورهای شرق و جنوب شرق آسیا) وجود آمده است.

تفاوت بنیادین فکری در کشورهای یادشده با این هدف که نیروی کار بیکار در جذب کار توانمندتر از گذشته شود، صورت می‌گیرد و به طور طبیعی بهره‌وری نیز جایگاه خاص خود را پیدا می‌کند، ضمن اینکه گرایش کمتری برای تحصیلات تکمیلی وجود دارد؛ در حالی که این تغییر در اقتصاد ایران، عمدتاً بر مبنای تسهیل در جذب بازار کار (به خصوص در بخش عمومی) است و نه تنها جایگاه بهره‌وری بسیار کم‌رنگ است، بلکه گرایش بیشتری برای تحصیلات تکمیلی وجود دارد و این تمایل نیز روزبه‌روز افزایش پیدا کرده است، به نحوی که گاهی اوقات، این‌طور تصور شده است که آموزش حتماً باید در خدمت بازار کار باشد، در حالی که

گسترش آموزش و به تبع آن تولید دانش، یک اصل بدیهی در یک اقتصاد دانش‌بنیان است و الزاماً نباید به بازار کار معطوف شود، هر چند ممکن است بازار کار از آن منتفع شود.

چگونگی بهره‌مندی بازار کار، از تولید دانش و کسب مهارت‌های تخصصی و کاربردی در مدیریت و سیاست‌گذاری بازار کار مهم است. شاید این موضوع، برای خوانندگان چالش‌برانگیز باشد. بر اساس تجربه جهانی، واقعیت آن است که هر دو نظام یا نهاد (کار و آموزش) باید تقویت شوند و تردیدی در آن نیست. در این میان، تجربه کشورهای موفق در بحث سیاست‌گذاری بازار کار (کشورهای اسکندیناوی)، نشان می‌دهد که این کشورها برای بهبود بازار کار به خصوص بازار کار جوانان، نظام آموزش عالی را مورد سرزنش قرار ندادند؛ بلکه توانستند درون نظام آموزش میانی (متوسطه) و عالی، نظام فنی و حرفه‌ای و کاربردی خاص بازار کار را تعبیه کنند که بازار کار بتواند از طریق آموزش‌هایی که به نیروی کار می‌دهند، منتفع شود. حال وقتی که نظام فنی و حرفه‌ای و کاربردی خاص بازار کار پیش می‌آید، نیازهای بازار کار مناطق و استان‌ها (نسبت به بازار کار در سطح ملی) بیشتر مورد توجه خواهد بود و در آن صورت می‌توان ارتباط تنگاتنگی میان آن دو برقرار کرد تا هر دو نهاد (آموزش و کار) بتوانند در خدمت توسعه مناطق باشند.

در بحث پایداری و ثبات در بازار کار مناطق و استان‌ها در یک افق میان‌مدت و بلندمدت، دو نکته اساسی وجود

منطقه‌ای با این ساختار تولید مناطق، نمی‌تواند نرخ بیکاری کشور را به سطح ۵٫۶ درصد (متوسط جهانی) و نرخ مشارکت نیروی کار کشور را به سطح ۶۵ درصد (متوسط جهانی) برساند. مدیریت بازار کار شبیه به ارتقای سطح سواد و جایگاه اجتماعی یک خانواده (برای نمونه) است که نیازمند تدبیر از جانب همه بازیگران آن خانواده (بازارهای اقتصادی، فرد، بنگاه و نهادهای خصوصی و عمومی) است. ■

پی‌نوشت‌ها

1. Regional Modeling
2. Molho, 1995.
3. situation of uniform
- 4-Hall, 1970; Marston, 1985; and Rosen, 1979.
- 5- disequilibrium in nature
- 6-Blanchard, O, J. and L. F. Katz (1992)
- 7-Blanchard, O, J. and L. F. Katz (1992)
- 8-Decressin, J. and A. Fatas (1995)
- 9-Aynsley, M. (2000).
- 10- Mauro (1999).
- 11- Yang, Xi, (2014).
- ۱۲- البته بر اساس جمعیت ۱۵ ساله و بیشتر این رقم برای اقتصاد ایران بالاتر از ۵۱ درصد است که در یک دهه گذشته متوسط جهانی آن حداقل ۶۵ درصد است. یعنی این که جمعیت در سن کار ایران که تمایل به کار دارند تقریباً ۱۵ درصد کمتر از متوسط جهانی است و این می‌تواند در افزایش بار تکفل خانوار نقش داشته باشد.

سایر هزینه‌های مبادلاتی (بنگاه‌ها) با وجود مشوق‌های بیمه‌ای و مالیاتی مختلف از جانب دولت، کمتر از سایر مناطق بوده و بنگاه‌ها تمایل کمتری برای هدایت منابع خود به آن مناطق دارند. بدین ترتیب، تعاملات بازار کار مناطق را می‌توان از این منظر مورد تجزیه و تحلیل قرار داد که تا چه میزان این تعاملات می‌تواند منجر به بهبود بازار کار مناطق شود یا اینکه برخی مناطق در ایجاد فرصت‌های شغلی با مشکلاتی مواجه شوند و نابرابری‌های منطقه‌ای را تشدید کنند.

ختم کلام

ختم کلام این که اهمیت بازار کار در بلندمدت برای اندیشمندان اقتصادی و سیاست‌گذاران هویدا است. بازار کار ایران به دلیل وجود جوانی جمعیت، یک شانس بزرگ برای اقتصاد ملی محسوب می‌شود و می‌تواند منافع بزرگی در پی داشته باشد؛ اما در لایه‌های زیرین بازار کار، شکاف‌هایی (از جمله در استان‌ها) وجود دارد یا تشدید شده که این شانس را تبدیل به نعمت کرده است و هر ساله هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیمی بر اقتصاد ملی و منطقه‌ای تحمیل می‌کند؛ لذا باید برای رفع آنها راه‌حلی طراحی و تدوین کرد. طراحی و اجرای سیاست‌های بازار کار در سطح ملی و منطقه‌ای باید هدفمند باشد تا بتواند در پیشبرد اهداف آرمانی بازار کار که مبتنی بر «دسترسی برابر فرصت‌های شغلی برای تمامی افراد جامعه» و «توسعه کار شایسته» است، نقش ایفا کند. حکمرانی موجود بازار کار ایران در سطح ملی و

دارد؛ اینکه نیروی کار بنادار از یک منطقه به منطقه‌ای دیگر مهاجرت کند. برای خلاف این امر (یعنی عدم مهاجرت) در سطح کلان اقتصادی و سیاسی کشور و حتی مناطق، چه میزان هزینه مستقیم غیرمستقیم صورت می‌گیرد تا اینکه تصمیم فرد عوض شود و تمایل به ماندن در منطقه اولیه را ترجیح دهد. دوم، در سطح کلان چه میزان هزینه مستقیم و غیرمستقیم صورت می‌گیرد که بنگاه‌های اقتصادی از مناطق دیگر به منطقه مورد نظر (اولیه) حرکت کنند تا ایجاد کار و فرصت‌های شغلی برای نیروی کار آن منطقه فراهم شود. حالت سوم، برآیند هر دو وجه آن به طور هم‌زمان است؛ یعنی میزان هزینه‌های ماندگاری نیروی کار در همان منطقه و حرکت بنگاه‌های دیگر به آن منطقه، تا بازار کار منطقه از ثبات نسبی برخوردار شود.

بر اساس واقعیت‌های آماری اقتصاد ایران و نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰ نشان می‌دهد که استان‌های البرز، تهران، اصفهان، گیلان و مازندران، پنج استان اصلی مهاجرپذیر و استان‌های خوزستان، کرمانشاه، لرستان، سیستان و بلوچستان و چهارمحال و بختیاری استان‌های مهاجر فرست در سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۹۰ بودند. در مجموع، در این دوره، ۲۲ استان مهاجرپذیر و ۹ استان مهاجر فرست بودند. علی‌القاعده، استان‌های مهاجر فرست از خیلی جهات، جذابیت‌های ماندگاری نیروی کار در آن مناطق را کمتر داشته یا اینکه رغبت سرمایه‌گذاری بنگاه‌های اقتصادی (فضا و محیط کسب و کار، زیرساخت‌ها و

جدول ۲: متوسط نرخ بیکاری استان‌های کشور در دوره ۹۲-۱۳۸۴

ردیف	دامنه نرخ بیکاری زیر ۱۰٫۴ درصد	دامنه نرخ بیکاری بین ۱۰٫۴ تا ۱۲٫۷ درصد	دامنه نرخ بیکاری بالای ۱۲٫۷ درصد
نام استان	آذربایجان شرقی، خراسان جنوبی، خراسان رضوی، خراسان شمالی، زنجان، سمنان، قم، گلستان، مازندران، هرمزگان، یزد	آذربایجان غربی، اردبیل، اصفهان، بوشهر، تهران، سیستان و بلوچستان، قزوین، کردستان، کرمان، مرکزی	ایلام، چهارمحال بختیاری، خوزستان، فارس، کرمانشاه، کهگیلویه و بویراحمد، گیلان، لرستان، همدان
متوسط سهم استان از تولید ناخالص داخلی (بدون نفت) - درصد	۲۴٫۵	۵۵٫۱	۲۰٫۳
متوسط سهم استان از جمعیت بیکار کشور، درصد	۲۲٫۸	۴۸٫۲	۲۹٫۷
-	متوسط بیکاری کل کشور در دوره یاد شده = ۱۱٫۵ درصد		

محاسبه دامنه بر اساس ۰۱ درصد بالاتر و یا پایین‌تر از متوسط کل کشور
 ماخذ: برگرفته از مقاله ارایه شده از جوجی و خالصی در اولین کنفرانس اقتصاد ایران (۱۳۹۱).

فرم اشتراک ماهنامه صنعت درمان

چنانچه بخواهستار اشتراک ماهنامه «صنعت درمان» هستید، پس از واريز هزینه اشتراک و هزینه پست مورد نظر خود به حساب شماره ۹۰/۰۱/۳۱۳۶۰۰ بانک ملت، نزد شعبه استاد نجات‌اللهی شمالی، کد ۶۳۰۳۲، برگه واريز را همراه برگه درخواست اشتراک به نشانی ماهنامه بفرستید. به شماره ۸۸۷۵۶۳۳۲ نماير کنید.

اشتراک ماهنامه برای دانشجویان و اعضای هیأت علمی دانشگاهها تا ۳۰ درصد تخفيف همراه است. برای استقانه از اين تخفيف، تصوير کارت تحصیلی یا کارت هیأت علمی را همراه با ديگر مدارک بفرستید.

اشتراک ۱۲ ماهه		اشتراک ۶ ماهه	
هزینه مجله بدون تخفيف	هزینه مجله با تخفيف ۳۰٪	هزینه مجله بدون تخفيف	هزینه مجله با تخفيف ۲۵٪
۱۲۰۰/۰۰۰ ریال	۸۴۰/۰۰۰ ریال	۶۰۰/۰۰۰ ریال	۴۵۰/۰۰۰ ریال
هزینه پست پيشتاز شهرستان تهران	هزینه پست پيشتاز شهرستان تهران	هزینه پست پيشتاز شهرستان تهران	هزینه پست پيشتاز شهرستان تهران
۶۶۰/۰۰۰ ریال	۹۰۰/۰۰۰ ریال	۳۲۰/۰۰۰ ریال	۴۵۰/۰۰۰ ریال
هزینه پست عادی شهرستان تهران	هزینه پست عادی شهرستان تهران	هزینه پست عادی شهرستان تهران	هزینه پست عادی شهرستان تهران
۱۲۰/۰۰۰ ریال	۱۴۰/۰۰۰ ریال	۷۰/۰۰۰ ریال	۶۰/۰۰۰ ریال

شماره حساب ماهنامه ۹۰/۰۱/۳۱۳۶۰۰ بانک ملت / نزد شعبه استاد نجات‌اللهی شمالی، کد ۶۳۰۳۲

فرم درخواست اشتراک

صنعت درمان

نام خانوادگی: _____ نام: _____
 شماره ملی: _____ سال تولد: _____
 رشته تحصیلی: _____ تحصیلات: _____
 محل کار/تحصیل: _____ شغل: _____

اشتراک ۶ ماهه اشتراک ۱۲ ماهه
 پست پيشتاز پست عادی

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

.....

دست‌آورد

پایان خرداد ماه و بیشتر روزهای تیرماه همزمان با روزهای ماه مبارک رمضان بود؛ از همین رو، در این روزها هیچ همایش پزشکی در سطح کشور برگزار نشد. در بخش دست‌آورد این شماره، هیچ گزارشی همایشی نمی‌خوانید، تنها گزارش این بخش، گزارش سالنمای آماری بیماری دچار نارسایی‌های کلیه در سال ۱۳۹۳ است که از سوی کنسرسیون دیالیز ایران تهیه شده و برای انتشار در اختیار ماهنامه گذاشته شده است.





بر آورده بیماران دچار نارسایی کلیه بر اساس پیش بینی های انجام شده

۴ میلیون بیمار کلیوی تا سال ۲۰۲۰

رشد مداوم نارسایی های پیشرفته کلیوی (ESRD) یکی از واقعیت های نظام درمانی کشور است که تصمیم گیران در حوزه سلامت و بیماری های خاص باید به آن توجه ویژه داشته باشند. اما پیش نیاز هر تصمیم و برنامه ریزی، دسترسی به داده های آماری دقیق، جامع و روزآمد است؛ چرا که پیش بینی نیازهای آینده از راه تحلیل شرایط امروز و روند طی شده امکان پذیر می شود.

دریافت کرد. علاوه بر آن، چنانچه انتظار می رفت این سالنما مرجع اطلاعاتی مفیدی برای رسانه ها شد و بسیاری از اخبار و گزارش های مطبوعاتی به آمار این سالنما استناد کردند. کاربرد این آمار چه از سوی مسؤولان و رسانه ها و چه در فعالیت های مطالعاتی و تحقیقاتی، مشوق ما شد تا با اطمینان بیشتر به انتشار سالنمای ۱۳۹۳ بپردازیم.

آنچه پیش رو دارید نتیجه کوشش های یکساله کنسرسیوم دیالیز ایران برای روزآمدسازی آمار و اطلاعات این مجموعه است. جا دارد از همکاری صمیمانه انجمن حمایت از بیماران کلیوی ایران،

استفاده قرار می دهد. تدوین طرح دیالیز ۱۴۰۰ از بزرگترین دستاوردهای این فعالیت ها بوده است. به دنبال این تجربه ارزنده، کنسرسیوم دیالیز ایران بانک اطلاعاتی آمار دیالیز را تشکیل داد و از سال ۱۳۹۳ انتشار سالنمای آماری دیالیز را در دستور کار خود قرار داد که در آن وضعیت دیالیز و پیوند در جهان و ایران را تا پایان سال ۱۳۹۲ نشان می داد. این سالنما علاوه بر انتشار چاپی، از طریق وبسایت کنسرسیوم در اختیار تمامی علاقمندان قرار گرفت. این تجربه نخست با استقبال قابل توجهی روبه رو شد و کنسرسیوم پیشنهادات مفیدی را از صاحب نظران

حوزه دیالیز و پیوند نیز از خدماتی است که برای برنامه ریزی، ارزیابی عملکردها و تصمیم گیری از داده های آماری قابل استناد غنی نبوده است. در حالی که این آمار نه تنها برای تصمیم گیران و برنامه ریزان بخش دولتی مفید است که به تولیدکنندگان تجهیزات پزشکی و محصولات مصرفی و دارویی نیز برای شناخت تقاضای بازار و سرمایه گذاری کمک بسیار می کند.

کنسرسیوم دیالیز ایران از سال ۱۳۹۱ آمار و اطلاعاتی را که از سراسر کشور به دست می آورد، سازماندهی می کند و در فعالیت های علمی - پژوهشی مورد

بیماران ESRD	۳,۳۴۶,۰۰۰
همودیالیز	۲,۳۵۸,۰۰۰
دیالیز صفاقی	۳۰۴,۰۰۰
پیوند کلیه	۶۸۴,۰۰۰
جمعیت جهان	۷/۲ میلیارد نفر

رشد سالانه در جهان	
جمعیت جهان	٪۱/۱
بیماران ESRD	٪۵-۶
بیماران همودیالیزی	٪۵-۶
بیماران دیالیز صفاقی	٪~۶
بیماران پیوندی	٪~۴

رشد بیماران دیالیزی در جهان	
آمریکا	٪۳-۴
اروپا	٪۱-۲
ژاپن	٪۱
ایران	٪۷
سایر کشورها	٪۸-۹
متوسط جهانی	٪۵-۶

رشد سالانه بیماران همودیالیزی در جهان	
آمریکا	٪۳
اروپا	٪۱-۲
ژاپن	٪۱-۲
ایران	٪۷
سایر کشورها	٪۸-۹
متوسط جهانی	٪۵-۶

تعداد مرکز و بیمار همودیالیز در جهان	
تعداد بیماران	۲,۳۵۸,۰۰۰
تعداد مراکز	۳۶,۰۰۰
متوسط نسبت بیمار به مرکز در جهان	۶۶

گذشته تغییری نکرده است.

وضعیت دیالیز در جهان

در پایان سال ۲۰۱۴ در جهان، تعداد بیماران دیالیزی حدود ۲,۶۶۲ میلیون نفر برآورد شده است. از این تعداد، تقریباً ۸۹ درصد به روش همودیالیز تحت درمان هستند و بقیه از دیالیز صفاقی بهره‌مند می‌شوند. با در نظر گرفتن رشد ۵ تا ۶ درصدی بیماران همودیالیزی که همپای رشد بیماران ESRD در دنیا پیش می‌رود (۵ تا ۶ درصد)، انتظار می‌رود این روش درمانی همچنان مهم‌ترین روش درمان بیماران ESRD بماند.

در یک نمای کلی، بیش از ۵۰ درصد بیماران دیالیزی در ۵ کشور آمریکا، چین، ژاپن، برزیل و مکزیک زندگی می‌کنند. شیوع بیماران دیالیزی در این ۵ کشور در پایان سال ۲۰۱۴ از ۲۷۵ نفر تا ۲۵۲۵ نفر در میلیون به ترتیب در چین و ژاپن متفاوت است.

۱۰ کشور بعدی که حدود ۲۵ درصد جمعیت جهان را در برمی‌گیرند، ۲۳ درصد دیگر از بیماران دیالیزی را در خود جای داده‌اند. ۲۵ درصد باقیمانده بیماران دیالیزی در ۱۳۵ کشور جهان (با ۴۳ درصد جمعیت جهان) زندگی می‌کنند. در پایان سال ۱۳۹۳، در ایران شیوع بیماران نیازمند دیالیز ۳۵۳ نفر در یک میلیون نفر بوده است.

سهم کشورهای مختلف از کل بیماران دیالیزی در جهان

پیش‌بینی رشد جهانی بیماران دیالیزی تا سال ۲۰۲۰ نشان می‌دهد که جمعیت این بیماران به ۴ میلیون نفر می‌رسد. نرخ رشد این بیماران در طی سال گذشته در آمریکای شمالی ۳ تا ۴ درصد، در اروپا ۱ تا ۲ درصد، در ژاپن حدود ۱ درصد و در دیگر کشورها ۸ تا ۹ درصد بوده است. میانگین جهانی رشد دیالیز در سال ۲۰۱۴ نسبت به سال ۲۰۱۳ حدود ۵ تا ۶ درصد برآورد شده است.

در پایان سال ۲۰۱۴ در جهان، هنوز همودیالیز شایع‌ترین روش درمانی بیماران ESRD به شمار می‌رود؛ به این ترتیب که تقریباً ۲,۳۵۸,۰۰۰ نفر از بیماران دیالیزی (۸۹ درصد کل بیماران دیالیزی) از همودیالیز و حدود ۳۰۴,۰۰۰ نفر (۱۱ درصد بیماران دیالیزی) از دیالیز صفاقی استفاده می‌کنند. البته این نسبت در تمامی کشورهای جهان به این

سازمان بیمه تأمین اجتماعی و شرکت کار و اندیشه در روزآمدسازی آمار پیوند کلیه و دیالیز صفاقی در ایران تشکر ویژه داشته باشیم. بدون شک این سالنما نیز همچون هر اثر دیگری خالی از نقص نیست. امیدواریم برای استمرار انتشار این سالنما همچنان از نظرات و پیشنهادات شما خوانندگان ارجمند بهره‌مند شویم.

وضعیت نارسایی کلیه در جهان

در جهان، تعداد بیماران در مرحله انتهایی نارسایی کلیوی (ESRD) در پایان سال ۲۰۱۴ حدوداً ۳,۳۴۶,۰۰۰ نفر برآورد شده است. با توجه به رشد سالانه تقریباً ۵-۶ درصدی بیماران ESRD در دنیا در مقایسه با رشد جمعیت در دنیا (۱/۱ درصد)، این بیماری یکی از معضلات مهم درمانی در تمام کشورهای دنیا است. در پایان سال ۲۰۱۴ در دنیا تعداد ۲,۳۵۸,۰۰۰ نفر تحت درمان همودیالیز و تنها ۳۰۴,۰۰۰ نفر تحت درمان دیالیز صفاقی قرار گرفته‌اند. بیماران پیوندی نیز حدود ۶۸۴,۰۰۰ نفر بوده‌اند.

در پایان سال ۲۰۱۴، شیوع ESRD در کشورهای مختلف از کمتر از ۱۰۰ نفر تا بیش از ۲۰۰۰ نفر در یک میلیون متفاوت بوده است. بالاترین شیوع ESRD در تایوان با ۳,۲۸۰ نفر در یک میلیون؛ سپس در ژاپن با ۲,۶۵۰ نفر در یک میلیون و در آمریکا با ۲,۰۶۰ نفر در یک میلیون است، و متوسط آن در ۲۸ کشور اتحادیه اروپا برابر ۱,۱۰۰ نفر در یک میلیون بوده است. میانگین جهانی این بیماری ۴۶۵ نفر در یک میلیون نفر است و این نشان می‌دهد که در بسیاری از کشورهای جهان، دسترسی به درمان و یا درمان مناسب و شناسایی به موقع وجود ندارد. میانگین شیوع ESRD در ایران ۶۸۰ نفر در یک میلیون و بالاتر از میانگین جهانی است.

با توجه به تغییرات جمعیتی، اقتصادی و فرهنگی در ایران، پیش‌بینی می‌شود ابتلا به این بیماری روندی صعودی داشته باشد. از سوی دیگر، بیماران ESRD به جهات مختلف از جمله هزینه‌های سربار، میزان بروز بیماری‌های همراه و نرخ بستری شدن در بیمارستان‌ها، تأثیر بسزایی در اقتصاد درمان و الگوی ارائه خدمات درمانی دارند.

تا پایان سال ۲۰۱۴، همودیالیز هنوز هم رایج‌ترین روش درمانی در دنیا است و ۷۰ درصد درمان بیماران ESRD را شامل می‌شود. این نسبت در ۵ سال



در جهان متفاوت است.

برخلاف برخی کشورهای آسیایی و کشورهای آمریکای لاتین که دیالیز صفاقی رواج نسبی دارد، در ژاپن تنها ۳ درصد بیماران دیالیزی از این روش برای درمان استفاده می‌کنند. همچنین نرخ رشد این روش درمانی در تمام نقاط دنیا یکسان نیست؛ در حالی که ژاپن ۳ درصد کاهش در استفاده از این شیوه درمانی را نشان می‌دهد، رشد آن در اروپا ثابت مانده است و در آمریکا شاهد ۹ درصد رشد بوده است. متوسط رشد این شیوه درمانی در دیگر کشورها ۷ تا ۱۷ درصد ارزیابی می‌شود.

با در نظر گرفتن متوسط رشد جهانی ۶ درصد، در سال ۲۰۱۴ رشد این شیوه درمان بیش از رشد همودیالیز بوده است. همچنین در سال ۲۰۱۴ شاهد رشد ۸ درصدی درمان با دیالیز صفاقی سرپایی (CAPD) و رشد ۳ درصدی دیالیز صفاقی اتوماتیک (APD) بوده ایم.

مقایسه نسبت استفاده از شیوه‌های درمانی مختلف برای بیماران ESRD در ایران و جهان نشان می‌دهد که سهم پیوند کلیه در ایران بسیار بیشتر از متوسط جهانی است. در حالی که در جهان، پیوند کلیه به طور متوسط حدود ۲۰ درصد از درمان بیماران ESRD را تشکیل می‌دهد، در ایران این عدد به حدود ۵۰ درصد می‌رسد.

با وجود این که در سال ۹۳ شاهد کاهش ۳۹۷

صورت برقرار نیست. در کشورهایی چون مکزیک و تایلند، سهم دیالیز صفاقی بسیار بیشتر از متوسط جهان است، در حالی که در کشورهایی چون ژاپن، برزیل، آلمان، هند و مصر سهم دیالیز صفاقی کمتر از متوسط جهانی است. با کنار گذاشتن استثنای مکزیک، همودیالیز در دیگر کشورها شایع تر است.

وضعیت همودیالیز در جهان

با آمار موجود، هنوز در جهان بیشتر بیماران نیازمند همودیالیز، درمان خود را در مراکز دیالیز پی می‌گیرند. در پایان سال ۲۰۱۴، برآورد شده است که حدود ۲,۳۵۸,۰۰۰ بیمار دیالیزی در ۳۶,۰۰۰ مرکز دیالیز در سراسر جهان تحت درمان بوده‌اند که این خود به معنای متوسط حضور ۶۶ بیمار در هر مرکز درمانی بوده است. همچنین، تحقیقات نشان می‌دهد حدود ۴۰ درصد مراکز دیالیز در جهان دولتی هستند یا به نهادهای مراقبت پزشکی تعلق دارند و بقیه خصوصی هستند. هر چند این نسبت در همه جا برقرار نبوده است، مثلاً در آمریکا حدود ۹۹ درصد مراکز دیالیز خصوصی هستند، در حالی که در اروپا تنها ۴۵ درصد این مراکز خصوصی‌اند.

وضعیت دیالیز صفاقی در جهان

توزیع جغرافیایی و شیوع دیالیز صفاقی در کشورهای مختلف جهان اندکی با توزیع جغرافیایی همودیالیز



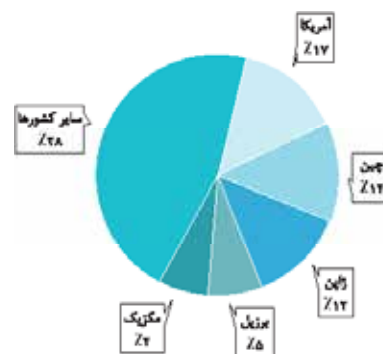
همودیالیز دیالیز صفاقی پیوند کلیه

سهم انواع روش‌های درمان بیماران ESRD در جهان

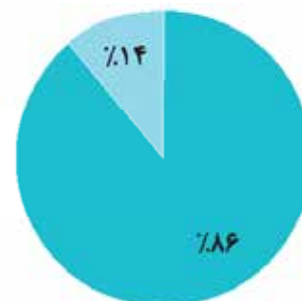


همودیالیز دیالیز صفاقی

سهم انواع روش‌های درمان بیماران نیازمند دیالیز در جهان

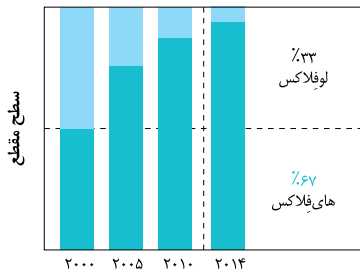
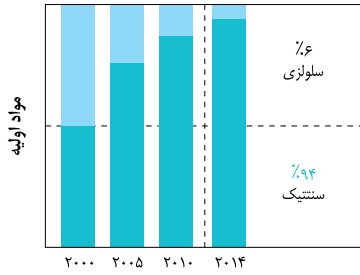


سهم کشورهای مختلف از کل بیماران نیازمند دیالیز در جهان



مراکز دولتی مراکز غیردولتی

تنوع و رشد تولید صافی دیالیز در جهان بر اساس ماده اولیه و سطح مقطع (۲۰۱۴-۲۰۰۰)



رشد سالانه بیماران دیالیز صفاقی در جهان

آمریکا	۹٪
اروپا	۱-۰٪
ژاپن	۳-۰٪
سایر کشورها	۷-۶٪
متوسط جهانی	۶٪

رشد سالانه انواع دیالیز صفاقی در جهان

CPAD	۸-۰٪
APD	۳-۰٪
متوسط جهانی	۶-۰٪

بیماران ESRD

همودیالیز	۲۵,۹۳۴
دیالیز صفاقی	۱,۵۲۳
پیوند کلیه	~۲۵,۵۰۰
جمعیت ایران	۷۷/۸ میلیون نفر

رشد سالانه در ایران (۱۳۹۳)

جمعیت ایران	۱/۳٪
بیماران ESRD	۶-۰٪
بیماران همودیالیزی	۷٪
بیماران دیالیز صفاقی	۷٪
بیماران پیوندی	۵/۵-۰٪

وضعیت همودیالیز در ایران

در پایان سال ۱۳۹۳ تعداد بیماران دیالیزی ۲۷,۴۵۷ نفر برآورد شده است. از این تعداد، ۲۵,۹۳۴ نفر (۹۴ درصد) به روش همودیالیز تحت درمان هستند و ۱۵۲۳ نفر از دیالیز صفاقی بهره‌مند می‌شوند. با در نظر گرفتن متوسط رشد حدود ۶ درصدی بیماران ESRD در ایران، پیش‌بینی می‌شود این روش درمانی همچنان مهم‌ترین روش دیالیز در درمان بیماران ESRD در ایران باقی بماند.

رشد صعودی افزایش بیماران همودیالیزی در ایران

در یک نمای کلی می‌توان دید بیش از ۵۰ درصد بیماران همودیالیزی در تنها ۶ استان کشور زندگی می‌کنند و ۵۰ درصد دیگر بیماران در ۲۵ استان باقیمانده هستند. استان تهران با بیش از ۴۹۰۰ بیمار همودیالیزی یعنی حدود ۱۹ درصد از کل بیماران همودیالیزی، بیشترین تعداد بیمار همودیالیزی کشور را داراست. استان‌های خراسان رضوی، فارس، اصفهان، خوزستان و آذربایجان شرقی در رتبه‌های بعدی قرار دارند.

شیوع بیماران همودیالیزی در استان‌های مختلف کشور در پایان سال ۱۳۹۳ از ۱۶۴ نفر تا بیش از ۴۷۰ نفر در میلیون متفاوت بوده است. شیوع بیماران همودیالیزی در استان قم ۴۷۴ نفر در یک میلیون؛ در مازندران ۴۲۶ نفر در یک میلیون و متوسط آن در کل استان‌ها ۳۳۳ نفر در یک میلیون نفر بوده است.

در حال حاضر، از نظر زیرساخت‌های درمانی دیالیز،

موردی پیوند کلیه نسبت به سال ۹۲ بوده‌ایم، در مجموع همچنان شاهد رشد حدود ۵/۵ درصدی بیماران پیوندی در کشور بوده‌ایم. بالا بودن نسبت بیماران پیوند شده از شاخص‌های کم‌نظیر درمان جایگزین نارسایی کلیه در ایران است، چرا که در کشور جمهوری اسلامی ایران پیوند از دهنده‌ی زنده، مجاز و مورد حمایت و تشویق است. در تبیین چرایی نزدیک بودن نسبت پیوند و همودیالیز، شاخص‌های دیگری نیز تأثیرگذار هستند که تحلیل آنها نیازمند بررسی‌های بیشتر است.

نرخ رشد تعیین شده با توجه به نرخ رشد سال‌های گذشته بیماران ESRD و شیوه‌های درمان آنها در ایران و جهان، همسان به نظر می‌رسد.

وضعیت ESRD در ایران

تا پایان سال ۱۳۹۳ در ایران جمعیت بیماران مزمن کلیوی با درجه نارسایی پیشرفته کلیه (ESRD) که تحت درمان با یکی از روش‌های جایگزین کلیه هستند به حدود ۵۳ هزار نفر رسید.

با مقایسه رشد سالانه تقریباً ۶ درصدی بیماران ESRD در ایران و رشد جمعیت کشور (۱/۳ درصد)، می‌توان به این نتیجه رسید که درمان این بیماران، چه از نظر مراقبت پزشکی و چه از نظر اقتصادی، چالشی برای کشور خواهد بود. در پایان سال ۱۳۹۳ در ایران ۲۵,۹۳۴ نفر تحت درمان همودیالیز، ۱۵۲۳ نفر تحت درمان دیالیز صفاقی و حدود ۲۵,۵۰۰ بیمار پیوندی در کشور بوده‌اند.

به‌طور کلی، در مقایسه با آمار سال ۹۲، شاهد کاهش نرخ رشد بیماران ESRD به میزان ۱/۵ درصد بوده‌ایم.

شیوع همودیالیز در استان‌های مختلف کشور
منبسط: شیوع ۲۳۳ بیمار در یک میلیون نفر



توزیع بیماران همودیالیزی در استان‌های مختلف کشور
مجموع بیماران: ۲۵,۹۳۴ نفر





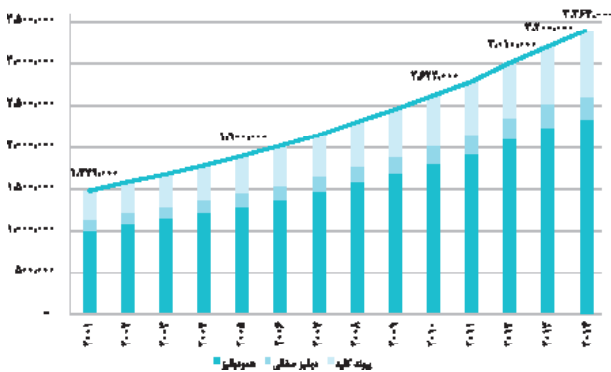
وضعیت دیالیز صفاقی در ایران

از میان دو روش درمانی دیالیز صفاقی سرپایی (CAPD) و دیالیز صفاقی اتوماتیک (APD) تنها روش نخست در ایران استفاده می‌شود. در پایان سال ۱۳۹۳ تعداد بیماران دیالیز صفاقی ۱۵۲۳ نفر برآورد شده است که در ۶۱ مرکز پذیرش شده‌اند. دیالیز صفاقی در سال گذشته رشدی ۷ درصدی را تجربه کرده است که کمی بالاتر از

بیماران همودیالیز و تخت دیالیز فعال نشان می‌دهد ۶ استان از ۱۰ استانی که بیشترین تعداد بیمار همودیالیزی را دارند، از نظر نسبت بیمار به تخت دیالیز، پایین‌تر از میانگین کشوری قرار دارند که این می‌تواند بیانگر توزیع نامتوازن تجهیزات دیالیز باشد. استاندارد نسبت بیمار به تخت در کشورهای توسعه‌یافته جهان ۴ اعلام شده است.

کشور دارای ۴۹۱ بخش همودیالیز است که ۸۳ درصد آنها دولتی، ۱۲ درصد خصوصی و ۵ درصد خیریه هستند. تقریباً تمام این بخش‌ها در مراکز درمانی بیمارستانی قرار دارد. در سال گذشته شاهد رشد ۱۰۰ درصدی بخش‌های همودیالیز خصوصی بوده‌ایم. میانگین نسبت بیمار به تخت در کشور ما ۴/۶ است. مقایسه آماری استان‌ها از نظر تعداد

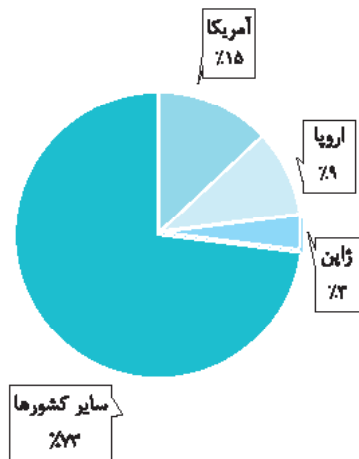
تعداد بیماران ESRD در جهان به تفکیک شیوه درمان (۲۰۰۱-۲۰۱۴)



تعداد بیماران ESRD ایران به تفکیک شیوه‌های درمان



سهم کشورهای مختلف از کل بیماران تحت درمان دیالیز صفاقی در جهان



سهم کشورهای مختلف از کل بیماران نیازمند همودیالیز در جهان



منابع
انجمن حمایت از بیماران کلیوی ایران. گزارش وضعیت پیوند کلیه در ایران. ۱۳۹۴.
شرکت کار و اندیشه. گزارش وضعیت بیماران دیالیز صفاقی در ایران. ۱۳۹۴.
کنسرسیوم دیالیز ایران. گزارش جامع وضعیت بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی در جهان و ایران. ۱۳۹۴.
مرکز آمار ایران. آمار جمعیت ایران ۱۳۸۵-۱۳۹۵ به تفکیک استان‌ها. بازیابی شده از www.amar.org.ir (بازیابی شده در ۱۰ خرداد ۱۳۹۴).
نجفی‌زاده، کتابون. تاریخ پیوند کلیه در ایران. ارایه شده در نخستین کنگره بین‌المللی نفرولوژی و اورولوژی ایران (۲۰-۲۲ خرداد ۱۳۹۳). بازیابی شد از <http://icnu.ir/slides/day1/a/Kidney%20transplantation.pdf> (بازیابی شده در ۲۳ خرداد ۱۳۹۳).

Fresenius Medical Care. ESRD Patients in 2014: A global perspective. Retrieved from: http://www.vision-fmc.com/files/pdf_2/ESRD_Patients_2013.pdf [29 Jun 2015].
U.S. Renal Data System. USRDS 2013 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2013. Retrieved from <http://www.usrds.org/adr.aspx> [28 Jun 2014].

متوسط رشد ۶ درصدی بیماران ESRD در ایران است.

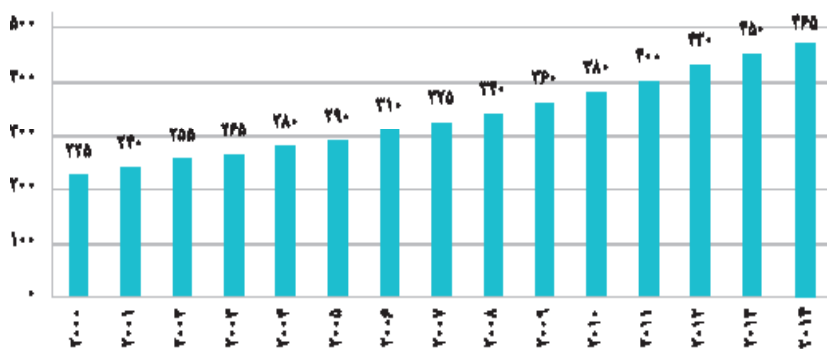
در یک نمای کلی می‌توان دید بیش از ۷۰ درصد بیماران دیالیز صفاقی تنها در ۶ استان کشور زندگی می‌کنند و ۳۰ درصد دیگر بیماران در ۱۷ استان دیگر هستند. در ۹ استان ایران دیالیز صفاقی مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. استان اصفهان با دارا بودن ۲۵۸ بیمار (۱۷ درصد کل بیماران دیالیز صفاقی) بیشترین بیمار دیالیز صفاقی را داراست و استان‌های تهران، آذربایجان شرقی، خراسان رضوی، فارس و یزد در رتبه‌های بعدی قرار دارند.

با کنار گذاشتن ایران که حتی یک بیمار تحت درمان APD هم در آن وجود ندارد، در دیگر نقاط جهان رشد APD قابل توجه بوده است.

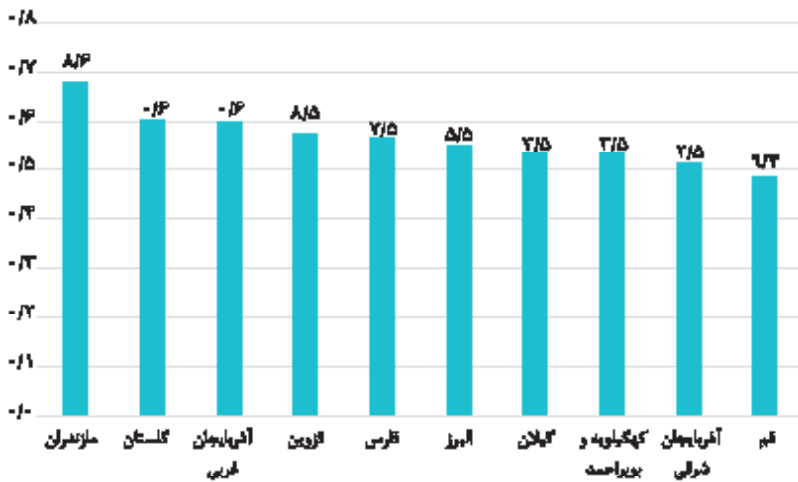
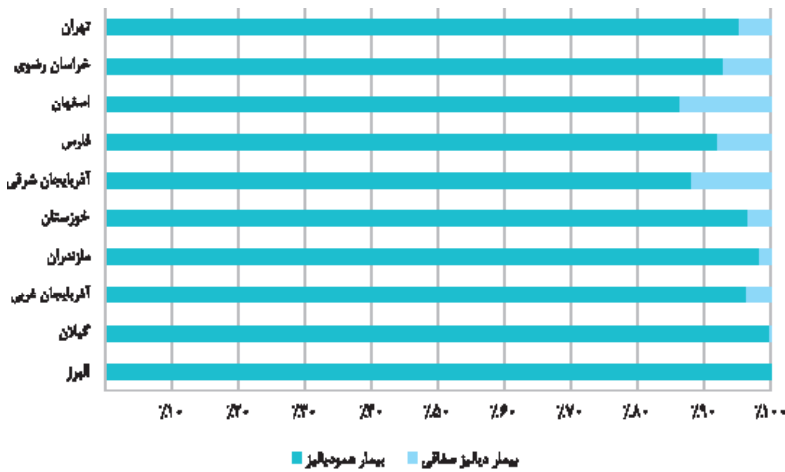
وضعیت تولید محصولات دیالیز در ایران

در حال حاضر تمام لوازم مصرفی دیالیز در کشور توسط تولیدکنندگان داخلی تولید می‌شود. نکته حائز اهمیت، خودکفایی کامل کشور در زمینه تولید و تأمین این ملزومات مصرفی و عدم نیاز به واردات است. ظرفیت تولید صافی در کشور در پایان سال ۱۳۹۳ در حدود ۷/۵ میلیون صافی دیالیز برآورد شده است. این ظرفیت بیش از نیاز مراکز درمانی کشور در زمینه مصرف صافی دیالیز بوده است.

پودر بی‌کربنات سدیم به عنوان یکی از محصولات مصرفی مهم در مراکز درمانی دیالیز در سال ۱۳۹۳ به طور کامل توسط شرکت‌های تولیدکننده داخلی تأمین شده است.



رشد شیوع ESRD در جهان بر حسب تعداد بیمار در یک میلیون نفر (۲۰۰۰-۲۰۱۴)

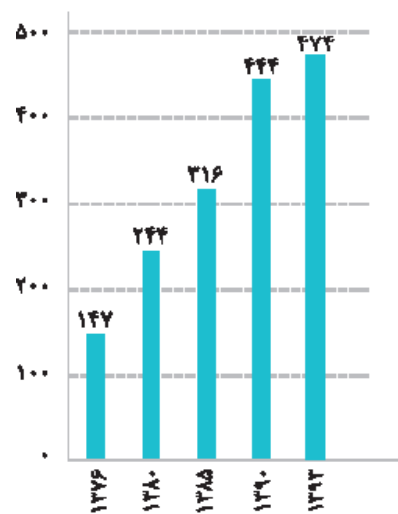


نسبت بیمار به تخت در مراکز همودیالیز ده استان با پایین ترین رتبه در کشور میانگین کشوری: ۴/۶
استاندارد جهانی: ۴

نام محصول مصرفی دیالیز	کنسرسیون دیالیز ایران	سایر شرکتها
صفائی دیالیز	مدی تکسیس	سازمان هلال احمر (صها)
ست شریانی و وریدی دیالیز	صنایع پزشکی فارمد	صها - سوها
ست سوزن فستولای شریانی و وریدی	صنایع پزشکی فارمد	صها - سوها
رنا پک (کپسه پودر بی کربنات)	صنایع پزشکی فارمد	صها
رنا کارت (کارت پودر بی کربنات)	صنایع پزشکی فارمد	عماد درمان
کالان ۵ لیتری محلول دیالیز	صنایع پزشکی فارمد	بهپوزن - کلمن - عماد درمان - کاران صیمی
کتر دیالیز	صنایع پزشکی فارمد	-
محلول دیالیز صفائی ۱ و ۲	-	کلمن

کنسرسیون دیالیز ایران مجموعه‌ای با سابقه از شرکت‌های تخصصی صنعت دیالیز است که در عرصه‌های مختلف تولید، تأمین محصولات و تجهیزات دیالیز و نیز ارائه خدمات تخصصی فعالیت می‌کنند. شرکت‌های عضو کنسرسیون شامل: مدی تکسیس، صنایع پزشکی فارمد، نواتیس طب، ثمین طب سروش (اسمارت)، مدی طب پویان، نیکسامد، فارمد پلاست پویان، مدسینا سرم و نوافارمد رویکرد تأمین زنجیره نیازها و خدمات در یک مجموعه منسجم را برگزیده‌اند و با آهنگی واحد برای تحقق شعار «خودکفایی کشور در صنعت دیالیز» گام برمی‌دارند. چشم‌انداز این کوشش‌ها، ساماندهی و استانداردسازی شرایط تولید و توزیع کالا و خدمات دیالیز در کشور خواهد بود.

سالنمای دیالیز ایران دستاوردی از بررسی‌های آماری کارشناسان آماری کنسرسیون دیالیز ایران است که با بهره‌مندی از داده‌های شرکت‌های عضو کنسرسیون و همکاری شرکت‌ها و سازمان‌های معتبر ملی و بین‌المللی فراهم آمده است. امید است انتشار این سالنما، راهگشای تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی برای بهبود و ارتقای کیفیت زندگی بیماران نیازمند دیالیز در کشور باشد.



تعداد مراکز همودیالیز (۱۳۷۶-۱۳۹۳)

بیمارستان

«طرفه»؛ بیمارستانی مجهز در زمینه چشم پزشکی

بیمارستان طرفه، یکی از چند بیمارستان بزرگ و تخصصی منطقه ۱۲ تهران است که در خیابان مصطفی خمینی کمی بالاتر از میدان بهارستان قرار دارد. ۳ ساختمان ۴ طبقه. این مرکز درمانی و آموزشی در زمینی به مساحت ۱۲,۰۰۰ متر مربع ساخته شده است و ۱۲۰ تخت مصوب و فعال دارد. تخصص اصلی این بیمارستان، درمان بیماری‌های چشم است و ۱۷ اتاق عمل جراحی چشم دارد که روزانه ۷۰ تا ۸۰ عمل چشم در آن انجام می‌شود. گزارش خبرنگار ما را از این بیمارستان بخوانید.





خبرنگار «صنعت درمان» گزارش می دهد:

«طرفه»؛ بیمارستانی مجهز در زمینه چشم پزشکی

در میدان بهارستان سراغ بیمارستان «طرفه» را که بگیریم کمتر کسی پیدا می شود آن را نشناسد. بیمارستان طرفه که در آغاز کار، بیمارستان تخصصی چشم شناخته می شده است، در خیابان مصطفی خمینی، پایین تراز دروازه شمیران و در یکی از قدیمی ترین محلات تهران واقع شده است؛ یکی از نقاط پر بیمار و کم درآمد تهران. در نزدیکی بیمارستان «طرفه» مراکز دولتی و غیردولتی مهمی مانند مجلس شورای اسلامی، دیوان عدالت اداری، وزارت امور خارجه، وزارت اقتصاد و دارایی، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، سازمان مدیریت و برنامه ریزی، بانک مرکزی، سازمان ثبت اسناد و املاک کشور، شورای اسلامی شهر تهران، شهرداری تهران، دادگستری استان تهران، پزشکی قانونی، سازمان بهزیستی، اداره مرکزی پست، مرکز تلفن ۱۱۸، دیوان عدالت اداری، تعدادی از روزنامه های رسمی کشور، اداره تشخیص هویت، بانک مسکن مرکزی و سفارت خانه های دانمارک، آلمان، روسیه، انگلیس، ترکیه، رومانی و تایلند دیده می شود. این بیمارستان افزون بر پوشش منطقه ای، بر بیمارانی که از مناطق پیرامونی مانند ۱۴، ۱۳، ۷ و ۱۱ خدمات درمانی ارابه می دهد.

شیما عسگری

در ابعاد مختلف و مورد نیاز منطقه مانند بخش های تخصصی و فوق تخصصی چشم پزشکی، جراحی عمومی، قلب و عروق، داخلی، اورژانس و بخش های CCU فعالیت می کند.

بیمارستان طرفه یک بیمارستان درمانی و آموزشی است که زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی فعالیت می کند. در حال حاضر ۱۲ نفر هیأت علمی و

خدمات رسانی می کند. تعداد تخت مصوب و تخت موجود در این بیمارستان ۱۲۰ تخت است. بیمارستان طرفه ۷ اتاق عمل جراحی چشم و ۳ اتاق عمل جراحی عمومی دارد. این اتاق عمل ها با کمک نیکوکاران در دست گسترش اند. روزانه ۷۰ تا ۸۰ عمل جراحی مختلف چشمی و ۸ جراحی عمومی در این بیمارستان انجام می شود. خدمات این بیمارستان

این مرکز درمانی و آموزشی در زمینی به مساحت ۴۸۰۰ متر مربع و زیر بنایی به مساحت ۱۲۰۰۰ مترمربع توانایی پوشش نیم میلیون نفر جمعیت را دارد. بیمارستان طرفه در ابتدا با یک ساختمان مرکزی شروع به فعالیت کرده است و به تدریج براساس نیازهای بیماران گسترش یافته است. هم اکنون این بیمارستان در ۳ ساختمان ۴ طبقه ای



دکتر فقیهی رییس بیمارستان طرفه: هدف ما این است در این بیمارستان بهترین تجهیزات و با کیفیت ترین روش های درمانی را برای قشری که توانایی گرفتن این خدمات را در موسسات دیگر ندارند داشته باشیم. به همین دلیل تلاش کرده ایم از بهترین های دستگاه لیزر، میکروسکوپ اتاق عمل تا دستگاه های تشخیصی و درمانی استفاده کنیم. ما خواهان عدالت در ارائه خدمات هستیم، یعنی فردی که به پستوانه دفتر چه بیمه می خواهد از خدمات درمانی بهره بگیرد، احساس نکند تجهیزاتی که در اینجا برای او استفاده می شود سطح پایین هستند بلکه همواره باید این احساس را داشته باشد اینجا از نظر ساختار، دستگاه و کارکنان در سطحی بالا و در شأن بیمار است.

شبکیه) بادستگاه OCT+Spectralis HRA، انواع خدمات لیزرهای پیشرفته در زمینه درمان گلوکوم، ECP، یاگ PI، یاگ کپسولوتومی، لیزرهای شبکیه آرگون و کریپتان مدرن pattern جهت انجام PRP و MPC شبکیه در بیماران دیابتی و غیردیابتی است. به گفته رییس بیمارستان «طرفه» هرکدام از کلینیک های این بیمارستان روزانه حداقل ۵۰ مراجعه کننده دارد. به طور کلی کلینیک های این بیمارستان پاسخگوی روزانه بیش از ۵۰۰ بیمار است. کلینیک های تخصصی و فوق تخصصی جدید بیماری های شبکیه و زجاجیه بیمارستان در تاریخ ۱۹ آبان سال ۱۳۹۳ با حضور دکتر هاشمی، وزیر بهداشت کار خود را آغاز کردند و در همین روز دستگاه لیزر اگزایمر EX500 یکی از پیشرفته ترین دستگاه های چشم پزشکی در این بیمارستان راه اندازی شد. دکتر محمد فقیهی، رییس بیمارستان طرفه در این باره می گوید: «هدف ما این است در این بیمارستان بهترین تجهیزات و با کیفیت ترین روش های درمانی را برای قشری که توانایی گرفتن این خدمات را در موسسات دیگر ندارند داشته باشیم. به همین دلیل تلاش کرده ایم از بهترین های دستگاه لیزر، میکروسکوپ اتاق عمل تا دستگاه های تشخیصی و درمانی استفاده کنیم. ما خواهان عدالت در ارائه خدمات هستیم، یعنی فردی که به پستوانه دفتر چه بیمه می خواهد از خدمات درمانی بهره بگیرد، احساس نکند تجهیزاتی که در اینجا برای او استفاده می شود سطح پایین هستند بلکه همواره باید این احساس را داشته باشد اینجا از نظر ساختار، دستگاه و کارکنان در سطحی بالا و در شأن بیمار است.»

دکتر فقیهی همچنین در رابطه با ویژگی کلینیک شبکیه زجاجیه می گوید: «کلینیک شبکیه زجاجیه در بیمارستان طرفه در کل کشور استثنایی است. وقتی بیمار وارد شبکیه زجاجیه می شود از نظر لیزر، تزریق داخلی چشم و عکس برداری های خاص اصلاً سردرگم نمی شود زیرا همه این خدمات در یک محدوده برای آنها انجام می شود. در این بخش به جز مواردی که نیاز به جراحی باشد، بیمار بیش از دو ساعت مراحل درمانش طول نمی کشد.»

یکی از نکات قابل توجه در این بیمارستان مدت زمان کوتاه بستری بیماران است که این مدت برای بیماران به غیر از بیماران خاص که عمل جراحی و یا نیاز به مراقبت دارند، حداکثر نصف روز است. کاتاراکت (فیکو و کارگذاری عدسی داخل چشمی)، جراحی

۱۵ نفر رزیدنت در سطوح بالا در بیمارستان طرفه کار می کنند. همچنین دانشجو، انترن های پزشکی، کارآموز و کارشناسی اپتومتری و دیگر رشته های مختلف با توافق دانشگاه و در سطوح مختلف در این بیمارستان آموزش می بینند. هم اکنون ۱۳۰ پرستار در این بیمارستان حضور دارند که به اعتقاد دکتر فقیهی، رییس بیمارستان طرفه در حوزه نیروی پرستاری به کمبود دچارند اما این کمبود به وسیله اضافه کاری و برنامه ریزی جبران می شود.

بیمارستان طرفه دارای دو بخش CCU کاملاً مجهز است. بخش ICU بیمارستان نیز در حال آماده سازی برای خدمت رسانی به بیماران است. از دیگر بخش های این بیمارستان که در حال راه اندازی است می توان به بخش سرطان های چشمی اشاره کرد که منابع مالی ساخت و تجهیز این بخش از طریق مؤسسه خیریه بهنام دهش پور تأمین شده است.

یکی از ویژگی های بیمارستان «طرفه» کلینیک های چشم پزشکی به روز است که به پیشرفته ترین فناوری ها مجهز شده است. با جدیدترین تجهیزات است. کلینیک های گوناگونی نیز مانند چشم پزشکی عمومی؛ قرنیه و سگمان قدامی، کاتاراکت (فیکو)، قوز قرنیه (کراتوکنوس) اصلاح عیوب انکساری، گلوکوم و نورافتالمولوژی، شبکیه و لیزر، استراییسم، چشم پزشکی اطفال، مجاری اشکی، اوربیت و جراحی های پلاستیک پلک، ابرو و زیبایی، نورافتالمولوژی، گلوکوم، التهابات داخل چشمی و انکولوژی در بخش چشم پزشکی فعالیت می کنند و همچنین بخش های جراحی عمومی، جراحی پلاستیک، جراحی فوق تخصصی دست، گوش و حلق و بینی، ارتوپدی، قلب و عروق، داخلی، کلینیک دیابت، طب فیزیکی و بخش تالاسمی از دیگر درمانگاه های بیمارستان طرفه هستند.

همچنین این بیمارستان مجهز به پاراکلینیک هایی مانند آزمایشگاه تخصصی و فوق تخصصی، رادیولوژی و سونوگرافی، فیزیوتراپی، داروخانه، نوار و اکوگرافی قلب، تست ورزش و هولتر، اسپیرومتری (تست ریه)، آندوسکوپی، اپتومتری (بینایی سنجی)، تجویز و ساخت عینک، (واحد عینک سازی) low vision aid، تجویز لنزهای تماسی، پریمتری (میدان بینایی)، توپوگرافی (تشخیص قوز قرنیه)، پآکی متری (تعیین ضخامت قرنیه)، اسکن A,B، تعیین قدرت عدسی داخل چشمی و اکوی چشم، آنژیوگرافی عروق شبکیه، OCT سر عصب بینایی و شبکیه (تشخیص بیماری های گلوکوم، عصب و

اطلاعات کلی بیمارستان

نام بیمارستان	طرفه
سال تأسیس	۱۳۱۶
مساحت زمین	۴۸۰۰ مترمربع
مساحت زیربنا	۱۲۰۰۰ مترمربع
تعداد تخت مصوب	۱۲۰
تعداد تخت فعال	۱۲۰
نوع فعالیت	آموزشی، درمانی

تعداد ساختمان	۳ دستگاه
تعداد اتاق عمل	۱۰ دستگاه
تعداد هیأت علمی	۱۲ نفر
تعداد رزیدنت‌ها	۱۵ نفر
تعداد پرستاران	۱۳۰ نفر
تعداد پزشک مقیم	۷ نفر
تعداد مراجعه به اورژانس در طول سال	۶۵۰۰۰ نفر
تعداد جراحی چشم در طول سال	۳۰۰۰۰ عمل
تعداد جراحی عمومی در طول سال	۳۰۰۰ عمل

است و باید تعداد این تخت‌ها بیشتر و تعویض بشوند. بخش اورژانس از جمله بخش‌های فرسوده‌ای است که باید بازسازی اساسی بشود.»

مقاوم‌سازی بیمارستان

بیمارستان طرفه یک بیمارستان قدیمی و با قدمتی حدود ۸۰ سال است. همچنین در بافتی فرسوده قرار دارد. رییس بیمارستان طرفه در مورد مقاومت ساختمان بیمارستان طرفه در برابر زلزله می‌گوید: «به طور کلی شهر تهران زلزله‌خیز است. خیلی از بافت‌های تهران قدیمی، فرسوده و در برابر زلزله ناامند. اطراف بیمارستان طرفه ساختمان‌های قدیمی با قدمتی چندین ده ساله قرار دارد. خود ساختمان بیمارستان هم قدیمی است. ما اقداماتی را در زمینه بازسازی و تجهیز بیمارستان در برابر زلزله انجام داده‌ایم اما به هر حال به خاطر فرسوده بودن ساختمان بیمارستان نمی‌توانیم بگوییم این بیمارستان صد درصد در برابر زلزله مقاوم است.»

تجهیزات به روز بیمارستان طرفه

«تجهیزات این بیمارستان کاملاً نوسازی شده است و هر نوع تجهیزات چشم پزشکی به روز دنیا در اینجا وجود دارد. وقتی یکی از تجهیزات چشم پزشکی ما قدیمی می‌شود بعد از خریداری شدن دوباره آنها، تجهیزات قدیمی‌تر که قابل استفاده هم هستند به بیمارستان‌های دیگر اهدا می‌شود.» این را دکتر فقیهی می‌گوید. او همچنین انتقادی به صنعت تجهیزات پزشکی ایران دارد و در این رابطه بیان می‌کند: «صنعت تجهیزات پزشکی ما تقریباً صفر است. به همین دلیل، این نیاز وجود دارد که به صنعت

کاتاراکت کودکان (لنزکتومی و ویتراکتومی)، انواع جراحی‌های پیوند قرنیه و اصلاح آستیگماتیسم، (AK - KRS)، جراحی سلول‌های بنیادی چشم، جراحی گلوکوم نوزادان، کودکان و بزرگسالان، کاشت عدسی داخل چشمی آرتیزان میوپی و هایپروپی، آرتی فلکس ICL (عمل جراحی فیکس)، کراس لینکنگ برای کراتوکونوس (اشعه تراپی)، انجام اعمال جراحی اصلاح عیوب انکساری با لیزر اگزایمر و فمتوسکند فمتولیزیک، لازک و (PRK)، و همچنین لیزر PDT که در درمان بیماری‌های شبکیه کاربرد دارد. جراحی استرایسیم و انحراف چشم، مجاری اشکی، پتوز، بلفاروپلاستی، عمل‌های زیبایی پلک و ابرو، سوزاندن مژه‌های اضافی با لیزر، جراحی و پتزه و رتین، شبکیه و لیزر، (ویترکتومی عمیق) مدرن به روش بدون بخیه sutureless، تزریق آواستین، عمل‌های جراحی داخل و خارج چشمی هستند که در بیمارستان طرفه انجام می‌شود. کلینیک قلب این بیمارستان کاملاً دانشگاه، علمی و آموزشی است و خدمات درمانی آن روی اصول علمی کامل به بیماران ارائه می‌شود.

بیمارستان طرفه، اورژانس بسیار فعالی دارد که حدود ۶۵ هزار نفر در سال را با بیماری‌های مختلف و همچنین ضربات، صدمات و تصادفات پذیرش می‌کند. به گفته رییس بیمارستان طرفه این بیمارستان در قسمت‌هایی که زمان بستری طولانی ندارد با کمبود تخت روبرو نیست اما در بخش‌هایی که بستری ممتد وجود دارد مانند بخش داخلی یا اورژانس با کمبود تخت دست به گریبان است و یا برخی تخت‌های فرسوده نیز باید تعویض بشوند: «در بخش اورژانس ۶ تخت تحت نظر وجود دارد که کم

۱۲,۰۰۰

نیوکاران یاری فراوانی تاکنون برای ساخت و تجهیز بخش‌های مختلف بیمارستان طرفه و خرید تجهیزات پزشکی، رسانده‌اند. با کمک نیوکاران برخی از ساختمان‌های اطراف بیمارستان خریداری شده به طوری که تاکنون حدود ۲۵۰۰ متر به مجموعه ۱۲,۰۰۰ متری بیمارستان افزوده شده است

تاریخچه بیمارستان

بیمارستان طرفه از قدیمی‌ترین بیمارستان‌های ایران است و در میدان بهارستان، منطقه ۱۲ تهران قرار دارد.

این بیمارستان که در سال ۱۳۱۶ افتتاح شد، به همت مرحوم دکتر طرفه در سال ۱۳۳۳ تکمیل و تجهیز شد. سازمان منطقه‌ای بهداشتی استان تهران در سال ۱۳۵۵ بر این بیمارستان سرپرستی و نظارت می‌کرد.

سال‌ها بعد یعنی در سال ۱۳۷۲ دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی نظارت و سرپرستی این بیمارستان را برعهده گرفت. بخش چشم، از آغاز این بیمارستان نسبت به دیگر بخش‌ها ارجحیت داشته است.

بیمارستان طرفه که از ابتدا به صورت بیمارستانی درمانی و آموزشی فعالیت داشته و به تربیت رزیدنت‌ها می‌پرداخته است، در یک دوره تنها یک بیمارستانی درمانی شد اما هم‌اکنون مجدداً بخش آموزشی دانشگاه راه افتاده و به صورت آکادمیک اداره می‌شود.

سلامت طرحی خیرخواهانه و مفید است: «طرح تحول نظام سلامت یک طرح همه‌جانبه و در راستای حمایت از بیماران است. این طرح برای مردم رضایت و آرامش خاطر ایجاد کرده است اما نیاز به کمک دارد. وقتی منابع مالی دچار کمبود بشود، این طرح با اشکال مواجه می‌شود. همانطور که مقام معظم رهبری فرمودند بهداشت و درمان ما باید طوری باشد که بیمار فقط درد بیماری خود را داشته باشد، فکر می‌کنم این طرح در این قسمت واقعاً خوب عمل کرده است به طوری که بیماران شهری با ۶ درصد و روستایی‌ها با سه درصد درمان می‌شوند و این خیلی مهم است. طرح تحول نظام سلامت برای مردم یک طرح نویدبخش است.»

بدهی ۵ میلیارد تومانی بیمه به بیمارستان

دکتر فقیهی یکی از مهمترین مشکلات بیمارستان طرفه را کمبود منابع مالی و بدهی بیمه به آن می‌داند و معتقد است هرچه بودجه بیشتری در دسترس باشد، برای رفاه حال بیماران بهتر است. او می‌گوید: «حوزه بهداشت و درمان بدون مشکل نیست حتی در آمریکا هم این مشکلات می‌تواند وجود داشته باشد. بهداشت و درمان بخشی از لوکس‌ترین خدمات در تمام جهان است و هزینه آن بالا است. همیشه نیاز به تجهیزات،

تجهیزات پزشکی در ایران بیش از پیش بها داده شود. در این حوزه باید جوانان خوش فکر و با استعدادی که در کشور داریم به میدان آمده، در این عرصه قدم برداشته و شروع به کار کنند. ما در زمینه‌هایی که توانمندی داریم باید تجهیزات را با نوترین فناوری تولید کنیم؛ بنابراین اعتقاد دارم باید در عرصه تجهیزات پزشکی هم خودمان را به روزتر کنیم.»

اجرای برنامه تحول نظام سلامت

برنامه تحول نظام سلامت هم در بیمارستان طرفه همانند دیگر بیمارستان‌های دانشگاهی کشور اجرایی شده است. در این بیمارستان ۷ پزشک مقیم در رشته‌های مورد نیاز بیمارستان مانند بخش داخلی و قلب حضور دارند. همچنین پرداختی بیماران بستری در بیمارستان و افرادی که به عمل جراحی در رشته‌های مختلف نیاز دارند بیش از ۶ درصد نیست. در قالب طرح تحول نظام سلامت و طبق بودجه و امکاناتی که در اختیار بیمارستان قرار گرفته شده است بخش‌های مختلف بیمارستان نوسازی یا بهسازی شده است. همچنین امکانات رفاهی برای بیمارستان مانند تلویزیون، یخچال، میل تخت شو و... تهیه شده است. دکتر فقیهی معتقد است طرح تحول نظام



کارکنان بیشتر و تزرُق پول دارد. بنابراین حوزه‌های پر هزینه است و مرتب باید این هزینه‌ها جبران بشود به همین دلیل می‌دانیم که این مشکل فقط مختص به ما نیست و یک مشکل کلی است؛ مخصوصاً این که بیمه‌ها با بهداشت و درمان هماهنگی ندارند. بیمه‌ها هم‌پا و هم‌سطح با تحولات در عرصه بهداشت و درمان فعالیت نمی‌کنند. در حال حاضر بیمه به ما ۵ میلیارد تومان بدهی دارد، وقتی به یک مؤسسه دولتی این مقدار بدهی وجود داشته باشد این مبلغ باید از کجا پرداخت شود؛ البته ما خدمات بیمارستان را متوقف نکرده‌ایم اما این بدهی برای ما مشکل ایجاد کرده است. بنابراین یکی از مشکلات عمده بهداشت و درمان کشور هماهنگ نبودن کارگزاران بیمه با بهداشت و درمان است.»

توسعه و تجهیز بیمارستان با یاری نیکوکاران

نیکوکاران یاری فراوانی تاکنون برای ساخت و تجهیز بخش‌های مختلف بیمارستان طرفه و خرید تجهیزات پزشکی، رسانده‌اند. با کمک نیکوکاران برخی از ساختمان‌های اطراف بیمارستان خریداری شده به طوری که تاکنون حدود ۲۵۰۰ متر به مجموعه ۱۲۰۰۰ متری بیمارستان افزوده شده است. دکتر فقیهی در این رابطه تأکید می‌کند: «در یک برهه زمانی افراد نیکوکار خیلی به ما کمک کردند و ما توانستیم تحول چشمگیری در بیمارستان ایجاد کنیم. با کمک نیکوکاران، نما و تجهیزات داخل بیمارستان همانند سنگ، رنگ و ... بهینه‌سازی شد. بخش بزرگی از تأسیسات فرسوده بیمارستان، سیستم سرمایش، گرمایش و تغذیه بیماراران به کمک نیکوکاران به‌روزرسانی شد. به‌طور کلی مادر هر بخشی که خواستیم تغییری ایجاد کنیم و خودمان برای آن پولی نداشتیم این افراد لطف کرده و هزینه‌ها را تأمین کرده‌اند. البته برای ما مقدار این کمک‌ها اصلاً مهم نبوده و نیست. حتی گاهی نیکوکاری برای ما ۵۰ صدلی خریده است اما برای ما راهگشا و کارگشا بوده است. بنابراین برای ما کمیت این کمک‌ها اهمیت ندارد بلکه برکت این کار بیشتر مهم است. این نیت‌های خیر حتی اگر یک صدلی باشد برای ما بسیار ارزشمند است زیرا بیمارستان نیازهای متعددی دارد که باید رفع بشود. در حال حاضر هم مهمترین نیاز ما این است که بیمارستان برای ارائه خدمات بهتر توسعه پیدا بکند و برای اینکار باید ساختمان‌های اطراف را خریداری کنیم و به عنوان ساختمان جدید به بیمارستان بیفزاییم.»



درمانگاه‌ها	ردیف	درمانگاه‌ها	ردیف
التهابات داخل چشمی و انکولوژی	۱۳	چشم پزشکی عمومی	۱
جراحی عمومی	۱۴	شبکیه و لیزر	۲
جراحی پلاستیک	۱۵	فوز قرنیه	۳
جراحی فوق تخصصی دست	۱۶	اصلاح عیوب انکساری	۴
گوش، حلق و بینی	۱۷	گلوکوم و نورافتالمولوژی	۵
ارتوپدی	۱۸	استراییسم	۶
قلب و عروق	۱۹	چشم پزشکی اطفال	۷
داخلی	۲۰	مجاری اشکی	۸
دیابت	۲۱	اوربیت و جراحی پلاستیک پلک	۹
طب فیزیکی	۲۲	ابرو و زیبایی	۱۰
تالاسمی	۲۳	نورافتالمولوژی	۱۱
		گلوکوم	۱۲

پاراکلینیک	ردیف
پریمتری (میدان بینایی)	۱۳
توپوگرافی (تشخیص قوز قرنیه)	۱۴
پاکی متری (تعیین ضخامت قرنیه)	۱۵
اسکن A,B	۱۶
تعیین قدرت عدسی داخل چشمی و اکوی چشم	۱۷
آنژیوگرافی عروق شبکیه	۱۸
OCT سر عصب بینایی و شبکیه	۱۹
خدمات لیزرهای پیشرفته در زمینه درمان گلوکوم	۲۰
ECP	۲۱
یاگ PI	۲۲
یاگ کپسولوتومی	۲۳
لیزرهای شبکیه آرگون و کریبتان مدرن patlem جهت انجام PRP و MPC شبکیه	۲۴

پاراکلینیک	ردیف
آزمایشگاه تخصصی و فوق تخصصی	۱
رادیولوژی و سونوگرافی	۲
فیزیوتراپی	۳
داروخانه	۴
نوار و اکوگرافی قلب	۵
تست ورزش و هولتر	۶
اسپیرومتری (تست ریه)	۷
آندوسکوپی	۸
اپتومتری (بینایی سنجی)	۹
تجویز و ساخت عینک	۱۰
واحد عینک‌سازی	۱۱
تجویز لنزهای تماسی	۱۲

بیمه‌های طرف قرارداد

تامین اجتماعی
خدمات درمانی (روستایی، کارمندی، ایرانیان و سایر)
نیروهای مسلح
کمیته امداد

بیمه تکمیلی

سینا
البرز
ایران
شهرداری



طرح اشتراک نیم بهاء



eshterak.ir



معاونت مطبوعاتی و اطلاع رسانی وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی با همکاری شرکت پست و مجریان توزیع در بخش خصوصی با هدف گسترش فرهنگ مطالعه و حمایت از مطبوعات طرح تخفیف اشتراک تا سقف ۵۰ درصد را اجرا می‌کند.

تسهیلات برای اشتراک روزنامه‌ها و مجلات به ترتیب تا سقف ۵۰۰ و ۲۵۰۰ تومان به ازای هر نسخه

هزینه ارسال عادی از مشترک دریافت نمی‌شود.

برای ثبت اشتراک کافی است به سایت eshterak.ir مراجعه نمایید.

تاکنون بالغ بر یکصد و پنجاه نشریه به این طرح پیوسته‌اند.

افزایش قیمت نشریه در طول دوره اشتراک مشمول مشترکان قبلی نمی‌شود.

(اشتراک نشریات در این مرحله صرفاً در تهران پذیرفته می‌شود)



راهنما

یازدهمین کنگره بین المللی سلول‌های بنیادی رویان
 نوزدهمین کنگره سالیانه پزشکی هسته‌ای کشور
 هفدهمین کنگره سراسری تازه‌های قلب و عروق
 نمايشگاه بين المللی آی او اف تی
 نمايشگاه بين المللی سلامت لهستان

The 16th International and Iranian Congress of Microbiology
 25 - 27 August 2015

سازمان همکاران بین المللی میکروبیولوژی ایران

۲۵ تا ۲۷ شهریور ۱۳۹۴
 با استاز بار آموزی

مباحث کنگره:
 میکروبیولوژی عمومی و بیماری‌ها
 میکروبیولوژی مولکولی
 میکروبیولوژی محیط زیست، میکروبیولوژی صنعتی و پزشکی
 میکروبیولوژی نوین
 میکروبیولوژی تغذیه، میکروبیولوژی آب و خاک
 میکروبیولوژی گیاهی، میکروبیولوژی دامپزشکی
 میکروبیولوژی صنعتی و پزشکی
 میکروبیولوژی نوین
 میکروبیولوژی تغذیه، میکروبیولوژی آب و خاک
 میکروبیولوژی گیاهی، میکروبیولوژی دامپزشکی

بیست و دومین کنگره فیزیولوژی و فارماکولوژی ایران

۲۰ شهریور ۱۳۹۴
 دانشگاه علوم پزشکی گلستان
 مهدت ارسال مقالات:
 ۱۵ شهریور ۱۳۹۴ تا ۲۰ شهریور ۱۳۹۴

22nd Iranian Congress of Physiology and Pharmacology
 7-11 September 2015
 Kashan University of Medical Sciences
 Abstracts submission: 4 January 2015

یازدهمین همایش همکاران سالیانه پزشکی هسته‌ای ایران
 11th Iranian Congress of Nuclear Medicine

۲۹ تا ۳۱ شهریور ۱۳۹۴

مکان: ساختمان سید الهیوند دانشگاه علوم پزشکی گلستان
 ساختمان طبقات فوقانی
 آدرس: گلستان، تهران، ایران
 Email: ICNM11@GUMS.ac.ir
 Web: www.ICNM11@GUMS.ac.ir

The International Congress Challenges in Pediatric Hematology & Oncology
 SEP 16 - 18, 2015
 TEHRAN, IRAN

TOPICS
 1-Leukemia
 2-Lymphoma
 3-Histiocytosis
 4-Aplasia
 5-Hemophagocytosis
 6-Bleeding and Thrombotic Disorders
 7-Neonatal Hematology
 8-Stem Cell Transplantation

Abstract Submission Deadline: May 20, 2015
 congress@peds.ir
 www.peds15.com

17th National Congress on Cardiovascular Update

۲۰ تا ۲۲ شهریور ۱۳۹۴
 دانشگاه علوم پزشکی گلستان

مهدت ارسال مقالات:
 ۱۵ شهریور ۱۳۹۴ تا ۲۰ شهریور ۱۳۹۴

21st AZERBAIJAN INTERNATIONAL HEALTHCARE EXHIBITION

www.bihe.az
 18 - 20 SEPTEMBER 2015
 Baku, Azerbaijan

Organized by BAKUL
 Incorporating AZERBAIJAN STOMATOLOGY

شانزدهمین کنگره بین‌المللی میکروبیولوژی ایران

۳ تا ۵ شهریور

شانزدهمین کنگره بین‌المللی میکروبیولوژی ایران سوم تا پنجم شهریور ماه ۱۳۹۴ از سوی انجمن میکروبیولوژی ایران، در مرکز همایش‌های بین‌المللی دانشگاه شهید بهشتی تهران برگزار می‌شود. این کنگره با هدف ایجاد زمینه‌های گفتگو و تبادل جامع نظرات، تجارب و دانش علمی در بخش‌های مختلف میکروبیولوژی برگزار می‌شود.

نظام‌های علمی مختلف میکروبیولوژی پزشکی، اعم از میکروبیولوژی بالینی، گیاهان دارویی و خواص ضد میکروبی آنها، میکروبیولوژی محیطی، میکروبیولوژی مواد غذایی، میکروبیولوژی صنعتی و کشاورزی، میکروبیولوژی مولکولی، میکروبیولوژی زoonosis و بیماری‌های عفونی نوپدید، بیوتکنولوژی، تنوع گونه‌ای و سیستماتیک میکروبی، بیورمیدیشن و بسیاری از موضوع‌های میکروبیولوژی مدرن امروز دنیا در این کنگره مورد بحث و تبادل نظر و چالش‌های مختلف پیش روی امروز کشور در زمینه میکروبیولوژی پزشکی مورد کنکاش و بازبینی قرار خواهد گرفت.

به‌طور هم‌زمان سمپوزیوم‌ها و کارگاه‌های آموزشی متنوعی با حضور و مدیریت علمی دانشمندان برجسته ایرانی در کنگره میکروبیولوژی برگزار می‌شود که Mass spectrometry، مباحث تئوری و عملی، LAMP، Scientific writing، Evaluation the activity of new antimicrobial agents، how to study biofilms in LC-MS and its application in microbiology، (Bio-chromatography) FPLC، Microorganism Culture Collection، کلکسیون‌های میکروبی: آموزش روش‌های نگهداری طولانی مدت میکروارگانیسم‌ها و شناسایی پلی‌فازیک قارچ‌های تک سلولی (مخمرها) از جمله این کارگاه‌ها هستند.

ismcongress.ir



یازدهمین کنگره بین‌المللی سلول‌های بنیادی رویان

۱۳ - ۱۱ شهریور

یازدهمین کنگره بین‌المللی سلول‌های بنیادی رویان از ۱۱ تا ۱۳ شهریور ماه امسال از سوی پژوهشگاه رویان و با همکاری انجمن جنین‌شناسی، انجمن باروری و ناباروری ایران، شبکه و ستاد سلول‌های بنیادی و انجمن باروری خاورمیانه در مرکز همایش‌های رازی برگزار می‌شود.

این کنگره با هدف آشنایی و اطلاع‌رسانی بیشتر درباره علم سلول‌های بنیادی برگزار می‌شود. استفاده از سلول‌های پرتوان و اپی‌ژنتیک، مهندسی بافت، استفاده از بیوانفورماتیک در مطالعه ژنوم سلول‌های توموری در حال گردش، پروژه پروتئوم کروموزوم Y انسان و مدل‌های سلولی بیماری‌ها: انقلابی در کاربرد اخلاقی حیوانات آزمایشگاهی از جمله محورهای این کنگره هستند.

همزمان با برگزاری این کنگره، شانزدهمین کنگره بین‌المللی پزشکی تولیدمثل با محورهایی از جمله استفاده از آخرین متدهای درمان ناباروری، به روزرسانی روش‌های درمانی بیماران با پاسخ ضعیف تخمدانی، استراتژی‌های جدید در مورد COS، مکانیسم‌های تعیین جنسیت گناد و... برگزار می‌شود.

شرکت‌های تجهیزات پزشکی در بخش جنبی کنگره جدیدترین محصولات خود را در رابطه با ناباروری ارائه می‌کنند. بخش دیگری از کنگره بین‌المللی سلول‌های بنیادی رویان به نمایشگاه شرکت داروهای و همچنین برگزاری چند کارگاه اختصاص یافته است.

www.royancongress.com



بیست و دومین کنگره فیزیولوژی و فارماکولوژی ایران

۱۶ تا ۲۰ شهریور

بیست و دومین کنگره فیزیولوژی و فارماکولوژی ایران از ۱۶ تا ۲۰ شهریور ماه امسال در دانشگاه علوم پزشکی کاشان و به ریاست دکتر محمدحسین اعرابی و دبیری دکتر محمود سلامی برگزار می‌شود. در این همایش جدیدترین دستاوردهای علمی در حوزه فیزیولوژی و فارماکولوژی ارائه خواهد شد. برگزاری سمپوزیوم‌ها و سخنرانی‌های ۳۰ دقیقه‌ای برای آشنایی دانشجویان و افرادی که تازه فارغ التحصیل شده‌اند با همایش‌های علمی و انتقال تجربیات به نسل جوان، مورد بحث قرار گرفتن تحقیقات ارایه شده در پوسترها، تشویق پژوهشگران جوان برای ایجاد انگیزه در نسل جوان، حضور ۲۰۰۰ متخصص عرصه فیزیولوژی و فارماکولوژی از جمله اهداف برگزاری این کنگره است. همچنین نمایشگاه‌های متعددی برای نمایش دستاوردهای متعدد صنعتگران داخلی تولیدکننده ابزارهای تحقیقاتی برگزار می‌شود. از جمله اختلالات اسید و باز، ایسکمی قلبی، بیماری‌های تیروئید، بیوتکنولوژی، ترمیم در مغز، حرکت و اختلالات حرکتی، دستگاه تنفس، دستگاه گوارش، دیابت و انسولین، سلول‌های بنیادی، صرع و تشنج، صنعت دارویی، عضله اسکلتی، غدد جنسی و تولید مثل، فارماکولوژی بالینی، فشار خون، نانو تکنولوژی از محورهای برگزاری کنگره فیزیولوژی و فارماکولوژی ایران هستند.



cong.phypha.ir

اولین همایش سالانه خاورمیانه‌ای برونکوسکوپی

انعطاف‌پذیر کودکان

۱۸ و ۱۹ شهریور

نخستین همایش بین‌المللی برونکوسکوپی انعطاف‌پذیر کودکان در منطقه خاورمیانه و درمان استنشاقی در آسم، روزهای هجدهم و نوزدهم شهریورماه ۱۳۹۴ در بیمارستان نمازی شیراز برگزار می‌شود. این همایش نخستین همایش برونکوسکوپی اطفال در سطح خاورمیانه است که مجوز برگزاری آن از سوی انجمن جهانی برونکوسکوپی با توجه به فعالیت اتاق برونکوسکوپی اطفال در بیمارستان نمازی و فعالیت‌های انجام شده در آن، به صورت سالیانه به دانشگاه علوم پزشکی شیراز واگذار شده است.

www.sums.ac.ir



نوزدهمین کنگره سالیانه پزشکی هسته‌ای کشور

۲۵ تا ۲۷ شهریور

نوزدهمین همایش سالیانه پزشکی هسته‌ای کشور از ۲۵ تا ۲۷ شهریور دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان و انجمن علمی پزشکی هسته‌ای ایران در مرکز همایش‌های دانشگاه علوم پزشکی همدان برگزار می‌شود.

این کنگره با هدف ارایه تازه‌های علمی، آخرین دستاوردهای پزشکی هسته‌ای و تبادل نظر میان متخصصان پزشکی هسته‌ای و دیگر رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی برگزار می‌شود. کار دیولوژی هسته‌ای، تصویربرداری PET و کاربردهای آن، کاربرد اسکن رادیوایزوتوپ در سیستم اسکلتال، کاربرد اسکن رادیوایزوتوپ در بیماری‌های کلیه و مجاری ادراری، اسکن پرفیوژن ریه، کاربرد روش‌های پزشکی هسته‌ای در درمان بیماری‌ها، کاربردهای پزشکی هسته‌ای در تشخیص بیماری‌های کودکان و نوزادان، کاربرد پزشکی هسته‌ای در آنکولوژی، بهینه‌سازی تکنیک‌های تصویربرداری پزشکی هسته‌ای و کنترل کیفی تجهیزات رادیوداروهای مورد استفاده در پزشکی هسته‌ای از محورهای اساسی کنگره سالیانه پزشکی هسته‌ای کشور هستند.

Icnm2015.umsha.ac.ir



نخستین کنگره بین‌المللی چالش‌ها در هماتولوژی و انکولوژی کودکان

۲۷ - ۲۹ شهریور

اولین کنگره بین‌المللی چالش‌ها در هماتولوژی و انکولوژی کودکان از ۲۷ تا ۲۹ شهریورماه امسال از سوی انجمن خون و سرطان کودکان ایران در بیمارستان فوق تخصصی محک برگزار می‌شود. آگاهی بخشی درباره سرطان، توجه به نشانه‌های سرطان و پیشگیری از آن و همچنین روش‌های تشخیص به هنگام سرطان از مهمترین اهداف این کنگره است. سرطان غدد لنفاوی، سرطان خون، کم‌خونی کودکان و مشکلاتی که این بیماری برای کودکان ایجاد می‌کند از مهمترین محورهای این کنگره هستند. همچنین چالش‌های هماتولوژی و انکولوژی کودکان در نهمین همایش سراسری انجمن خون و سرطان کودکان ایران که به صورت همزمان برگزار می‌شود، بررسی خواهد شد. همزمان با برگزاری این کنگره نمایشگاهی از تجهیزات پزشکی و همچنین کارگاه‌هایی برای پرستاران جهت آشنایی آن‌ها با اداره و مدیریت بیماران سرطانی برگزار خواهد شد.

Iphos2015.com



دوازدهمین کنگره بین‌المللی بیهوشی و مراقبت‌های ویژه

۳۱ شهریور تا ۳ مهر

دوازدهمین کنگره بین‌المللی بیهوشی و مراقبت‌های ویژه ۳۱ شهریور تا سوم مهر از سوی انجمن آنستزیولوژی و مراقبت‌های ویژه ایران در مرکز همایش‌های بین‌المللی پژوهشگاه نیرو برگزار می‌شود. این کنگره با هدف به روز کردن اطلاعات و بازآموزی حرفه‌ای برای اعضای انجمن و متخصصان عرصه بیهوشی برگزار می‌شود. نگهداری اعضای بدن در زمان بیهوشی، ارایه راهکارهای جدید مراقبت از جایگزین‌های خون و فرآورده‌های خونی و جلوگیری از خونریزی در زمان بیهوشی، ارایه روش‌های بی‌حسی‌های منطقه‌ای و موضعی و همچنین استفاده از روش‌های نوین مانند سونوگرافی از جمله محورهای این کنگره هستند. پروفیسور رونالد میلر مؤلف کتاب مرجع بیهوشی در جهان در رابطه با استراتژی‌های جدید و نگهداری اعضای بدن در زمان بیهوشی در این کنگره به سخنرانی خواهد پرداخت. همچنین نمایشگاه تجهیزات پزشکی در زمینه بیهوشی در فضای حدود ۱۲۰۰ متر مربع در کنار کنگره بین‌المللی بیهوشی و مراقبت‌های ویژه برگزار می‌شود که شرکت‌های مختلف تجهیزات پزشکی جدیدترین دستاوردهای خود را ارایه می‌کنند.

www.iranesthesia.org



هفدهمین کنگره سراسری تازه‌های قلب و عروق

۳۱ شهریور تا ۳ مهر

هفدهمین کنگره سراسری تازه‌های قلب و عروق از ۳۱ شهریور تا ۳ مهرماه امسال به همت انجمن آترواسکلروزیس ایران در سالن بین‌المللی همایش‌های رازی تهران برگزار می‌شود. به روزرسانی اطلاعات متخصصان در زمینه قلب و عروق، تبادل اطلاعات داخل و خارج از کشور با یکدیگر در زمینه پیشگیری، درمان و تحقیقات پزشکی قلب و عروق، مروری بر داروهای جدید قلبی، تأکید بر پیشگیری از بیماری‌های قلبی-عروقی و ارایه مقالات پزشکی از جمله مهمترین اهداف مدنظر در برگزاری این دوره از کنگره هستند. این کنگره شامل مجموعه‌ای از سخنرانی‌ها و ارایه مقالات است. در کنار کنگره نمایندگان شرکت‌های تجهیزات پزشکی فعال در زمینه بیماری‌های قلبی-عروقی به معرفی جدیدترین داروها، تجهیزات و فناوری‌های پزشکی خود می‌پردازند. جراحان قلب، متخصصان داخلی، غدد، کلیه، داخلی قلب، مغز و اعصاب، متخصصان بیهوشی و پرستاری از جمله مخاطبان ویژه کنگره هستند و حداکثر امتیاز بازموزی برای آن در نظر گرفته شده است. باز کردن عروق قلب با فنر، رفع انسداد عروق اندام باروش‌های غیر جراحی، معرفی استنت‌های جدید جذبی، تعبیه دریچه آئورت بدون جراحی قلب باز، اکوکاردیوگرافی قلب، روش‌های نوین تشخیص، الکتروفیزیولوژی، انواع آریتمی‌ها و روش‌های درمان آنها مانند کرایوآبلیشن از جمله محورهای برگزاری این دوره از کنگره است. همچنین در این کنگره به مباحثی چون پیشگیری از بروز بیماری‌های زودرس عروق کرونر، متابولیسم چربی‌ها، دخانیات، استفاده از ام‌آر‌آی و ام‌آر‌آی در قلب، تجهیزات پیشرفته چون کاتترها و داروهای جدید قلب، آنژیوگرافی وسی‌تی آنژیوگرافی نیز پرداخته می‌شود.

congress.iranathero.ir



نمایشگاه بین‌المللی آی‌اوافتی

IOFT 2015 / ۱۴-۱۶ مهر

بیست و هشتمین نمایشگاه بین‌المللی آی‌اوافتی (IOFT)، ۶ تا ۱۸ اکتبر ۲۰۱۵ (۱۴-۱۶ مهر ۱۳۹۴) از سوی شرکت نمایشگاهی رید (Reed) ژاپن و انجمن چشم‌پزشکی فوکوی (Fukui)، در توکیو برگزار می‌شود. IOFT نمایشگاه محصولات و ملزومات چشم‌پزشکی است که بازار مناسبی برای تولیدکنندگان و سازندگان تجهیزات چشم‌پزشکی به شمار می‌رود. شرکت‌کنندگان در این رویداد محصولاتی مانند قاب عینک، لنز، عینک‌های ورزشی، تجهیزات تنظیم لنز، تجهیزات پردازش قاب عینک، لنزهای تماسی و محصولات مربوط به آنها، شوینده‌های لنز و تمیزکننده‌های اولتراسونیک را رایحه می‌کنند.

ioft.jp



نمایشگاه اینتر فکس پورتوریکو

INTERPHEX 2015 / ۲۳-۲۴ مهر

نمایشگاه اینترفکس پورتوریکو ۱۵ تا ۱۶ اکتبر ۲۰۱۵ (۲۳-۲۴ مهر ماه ۱۳۹۴) در مرکز نمایشگاهی سن‌خوان پورتوریکو کارائیب برگزار می‌شود. این رویداد یکی از رویدادهای حرفه‌ای و برتر کارائیب است که هر سال در زمینه تولید و بسته‌بندی مواد دارویی برگزار می‌شود. در این نمایشگاه موضوعاتی مانند سیستم‌های فرآیند و کنترل، پردازش، ساخت، تجهیزات پزشکی، طراحی ماشین‌آلات بسته‌بندی، اتاق تمیز، مواد بسته‌بندی و فرآیند اتوماسیون، مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد و متخصصان و دست‌اندرکاران در رشته‌های تولید دارو، بیوتکنولوژی، مهندسی تولید، مدیریت پروژه مدیریت مالی و مدیریت عملیات می‌توانند با دیدار از این نمایشگاه محصولات و نوآوری‌های جدید در این زمینه را بازدید کنند. در این رویداد برنامه‌هایی مانند جلسه «یک در یک» که به تازه‌های فناوری و نوآوری در زمینه دارو و محصولات مرتبط با آن می‌پردازد و کارگاه دو روزه آموزشی برگزار می‌شود.

interphexpuertorico.com



نمایشگاه بین‌المللی تجهیزات پزشکی چین

CMEF 2015 / ۲۶-۲۹ مهر

هفتاد و دومین نمایشگاه بین‌المللی تجهیزات پزشکی چین، ۱۸ تا ۲۱ اکتبر ۲۰۱۵ (۲۶ تا ۲۹ مهر ماه ۱۳۹۴) در مرکز نمایشگاه‌های بین‌المللی چونگ‌کینگ (Chongqing) برگزار می‌شود. این رویداد از سال ۱۹۷۹ دوبار در سال برگزار می‌شود. نمایشگاه بین‌المللی تجهیزات پزشکی چین (CMEF)، پس از سی سال برگزاری مداوم به یکی از بزرگترین رویدادهای پزشکی در منطقه آسیا و اقیانوس آرام تبدیل شده است. این رویداد حدود ده هزار انواع تجهیزات پزشکی مانند محصولات تصویربرداری پزشکی، تشخیص آزمایشگاهی، الکترونیک، اپتیک، کمک‌های اولیه، توانبخشی، پرستاری، فناوری اطلاعات پزشکی، خدمات سیار پزشکی و تمام محصولات مرتبط را رایحه می‌کند. یکی از برنامه‌هایی که در این رویداد برگزار می‌شود، هفتمین نشست تشخیص آزمایشگاهی است که در سالن ۱۵، مرکز همایش‌شن‌زن برگزار می‌شود.

cmeff.com.cn



نمایشگاه بین‌المللی سلامت لهستان

۱۷ تا ۱۹ آبان

نمایشگاه بین‌المللی سلامت لهستان از هشتم تا دهم اکتبر ۲۰۱۵ (۱۷ تا ۱۹ آبان ۱۳۹۴) در مرکز بین‌المللی ورشو برگزار خواهد شد. در این نمایشگاه آخرین راه‌حل‌ها، دستاوردها و جدیدترین تکنولوژی‌های بخش پزشکی در معرض دید و بررسی متخصصان گذاشته خواهد شد.

نمایشگاه بین‌المللی سلامت ورشو در مرکز نمایشگاهی ورشو، با حضور ۹۰ شرکت‌کننده برگزار می‌شود. برآورد می‌شود که دو هزار متخصص از این نمایشگاه بازدید کنند. در این رویداد گلچین کاملی از تجهیزات پزشکی، وسایل یک‌بار مصرف، مبلمان و تجهیزات بیمارستانی و تجهیزات پزشکی از راه دور (E-medicine) نمایش داده خواهد شد.

ضمناً همزمان با این نمایشگاه، نمایشگاه دارویی لهستان نیز در همین فضا برگزار می‌شود. علاقمندان به شرکت در این نمایشگاه می‌توانند فرم‌های ثبت‌نام را از وب‌سایت شرکت صنعت سلامت دریافت و تکمیل کنند و تا تاریخ ۹۴/۶/۱ به شرکت صنعت سلامت به نشانی الکترونیکی بفرستند. برای دریافت اطلاعات تکمیلی می‌توانید با شماره تلفن ۸۸۴۸۲۶۳۸ تماس بگیرید.

iranhealthexhibition@gmail.com



نمایشگاه بین‌المللی دنتا

۲۸-۳۰ آبان / Denta 2015

سی‌امین نمایشگاه فناوری دندان پزشکی دنتا، ۱۹ تا ۲۱ نوامبر ۲۰۱۵ (۲۸ تا ۳۰ آبان ۱۳۹۴) در مرکز همایش‌های روم‌اکسپو (Romexpo) بخارست پایتخت رومانی برگزار می‌شود. این نمایشگاه یکی از نمایشگاه‌های مهم در رومانی است که هر سال مکانی را برای تبادل اطلاعات متخصصان دندان پزشکی و شرکت‌های تولیدکننده تجهیزات دندان پزشکی فراهم می‌کند. در نمایشگاه سال گذشته دنتا ۱۳۰ شرکت از ۱۰ کشور جهان در فضایی حدود ۷۰۰۰ مترمربع محصولات خود را ارائه کردند و حدود ۵۰۰۰ نفر از این رویداد دیدار کردند.

denta.ro



نمایشگاه بین‌المللی زادروکراییه روسیه

۱۶-۲۰ آذر / ZDRAVOOKHRANIYE 2015

بیست‌وچهارمین نمایشگاه بین‌المللی سلامت، مهندسی پزشکی و دارویی زادروکراییه ZDRAVOOKHRANIYE هفتم تا یازدهم دسامبر ۲۰۱۵ (۱۶ تا ۲۰ آذر ۱۳۹۴) در مرکز نمایشگاه‌های بین‌المللی مسکو برگزار می‌شود. در این رویداد تجهیزاتی مانند ابزار دقیق، تجهیزات تشخیصی، سونوگرافی، لیزر، مراقبت‌های بهداشتی اولیه، آزمایشگاهی، مواد مصرفی، منسوجات پزشکی، تجهیزات مغز و اعصاب، چشم پزشکی، تولیدات دارویی، فناوری نانو، تولید دارو، دندان پزشکی، لوازم و تجهیزات آرایشی، بهداشتی و تناسب اندام ارائه می‌شود.

zdravo-expo.ru



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 یا 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 حساسی، 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 یا 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		



آی‌مد نیوز

سایت خبری - تحلیلی
پزشکی و تجهیزات پزشکی

اطلاعات این وبسایت خبری شامل:
- کتب اخبار و اطلاعات روز ایران و جهان
- مقالات



- مصاحبه با افراد سرشناس
- گزارشات از دانشگاه‌ها، کنفرانس‌ها و نمایش‌ها
- سوابق‌ها و سوابقات تخصصی در زمینه پزشکی
- اطلاعات مراکز درمانی در کل کشور
- اطلاعات رؤسا و معاونین دانشگاه‌های علوم پزشکی
- اطلاعات شرکت‌های مهندسی پزشکی
در سراسر کشور

تلفن تماس: ۰۱-۸۸۸۰۴۸۰۰
Email: ads@imednews.ir
www.imednews.ir



S A T R A P

گروه مهندسی ساتراپ

طراحی تخصصی بیمارستان، اماکن درمانی و ورزشگاهی

- معماری
- طراحی داخلی
- تاسیسات مکانیکی
- تاسیسات برقی
- سازه

۰۹۱۲۵۶۲۰۱۹۱ - ۰۹۳۵۲۷۹۳۶۵۳

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
 - ترجیحاً با تحصیلات مرتبط در زمینه تجهیزات پزشکی
- از واجدین شرایط خواهشمندست رزومه کاری خود را به آدرس ذیل ایمیل نمایید.

info@medisateb.com

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 یالینی دارند (پرستار، دانشجویان پرستاری...) در اولویت هستند.

در صورت تمایل رزومه کاری خود را به ایمیل
estekhdam93@aol.com
و یا فکس ۸۸۷۸۷۸۸۱ ارسال نمایید.

استخدام

شرکت معتبر در زمینه تجهیزات پزشکی جهت تکمیل کادر تخصصی خود کارشناس بازاریابی و فروش (خانم/آقا) حداقل لیسانس با فن بیان قوی و حداقل ۳ سال سابقه فروش (در زمینه تجهیزات پزشکی) و کار مشابه با فن بیان قوی دعوت به همکاری می‌نماید.

ارسال رزومه کاری به:

apjob@rocketmail.com

استخدام

شرکت تجهیزات پزشکی و بیمارستانی مارستان

جهت تکمیل تیروی انسانی بخش فنی خود دانش‌آموختگان رشته‌های مهندسی پزشکی و مهندسی الکترونیک را با شرایط مناسب دعوت به همکاری می‌تعداد.

لطفا جهت بررسی و تعیین وقت مصاحبه، رزومه خود را به

info@marestan.com

و یا تعابر ۲۲۲۲۹۵۸۵ ارسال نمایید.

استخدام

شرکت معتبر بازرگانی جهت تکمیل کادر بازرگانی خود از افراد واجد شرایط زیر دعوت به همکاری می‌تعداد:

- مسلط به بازرگانی خارجی (قولین واردات و صادرات)
- مسلط به نرم افزار Excel
- مسلط به زبان انگلیسی

محدوده جردن ارسال رزومه به: apjob@rocketmail.com

فراخوان استخدام در نمایندگی شرکت کونیکا مینولتا در ایران

یکی از مستبرترین مجموعه‌های تجهیزات پزشکی در ایران، از میان واجدین شرایط، و همچنین مشهود به مبانی جمهوری اسلامی ایران، نیروی انسانی تمام وقت می‌پذیرد



ردیف	نوع همکاری	چسبیت	تحصیلات	مهارت
۱	فروش بازاریابی	آقا/خانم	حداقل فوق دیپلم	فشنای با زبان انگلیسی و office
۲	کارتاس فنی	آقا	کارتاس : برق الکترونیک کامپیوتر مهندسی پزشکی	فشنای با زبان انگلیسی و office
۳	مسئول فنی	خانم/آقا	دکتری داروسازی	امور ریگلاستوری پاره وقت
۵	حسابداری	آقا/خانم	کارتاس (مرتبط)	تسلط به office و حسابداری
۶	انباری	خانم/آقا	حداقل فوق دیپلم	تسلط به office فشنای با زبان انگلیسی
۸	دستیار دندانپزشک	خانم/آقا	دیپلم	-
۹	پزشک عمومی	خانم/آقا	دکتر	-

فکس: ۷۷۵۲۷۱۳۷ job_td@yahoo.com

شرکت چاپ و تبلیغات راد گرافیک

برگزاری همایش و سمینار، طراحی و ساخت ترفه چاپ و انتشار ویژه نامه

طراحی و چاپ انواع کاتالوگ- بروشور- تراکت استند- رول آی- کانتر، پاکت- سریرگ- کارت ویزیت

طراحی وب سایت و خدمات هاستینگ و دامنه

تلفن: ۹۱۲-۵۹۳۹۵۲۱

یک شرکت معتبر در زمینه تجهیزات پزشکی، جهت تکمیل کادر فروش و بازاریابی خود دعوت به همکاری می‌نماید. افراد با تحصیلات رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی از اولویت برخوردارند. لطفاً رزومه خود را به آدرس ایمیل info@hospitalsconsultancy.com ارسال نمایید.

شرکت تجهیزات پزشکی برای تکمیل کادر فروش خود با شرایط ذیل استخدام می‌کند.

مدیر فروش	حداقل لیسانس فارغ التحصیل رشته های پزشکی و پیراپزشکی (اولویت برخوردارند)	حداقل ۱۰ سال تجربه در فروش تجهیزات پزشکی دارای روابط عمومی بالا آشنا با مباحث فروش دفتری
کارمند دفتری فروش	فوق دیپلم یا لیسانس	حداقل شش ماه سابقه کار مفید آشنا به برنامه office آشنا به مباحث فروش دفتری

از واجدین شرایط تقاضا میشود سوابق کاری خود را به شماره ۸۸۵۰۲۱۰۹ و یا ایمیل jobsbpiiran@ymail.com ارسال فرمایید.

شرکت معتبر تجهیزات پزشکی برای تکمیل کادر فروش، از افراد با سابقه دعوت به همکاری می‌نماید.

.....
hr@dta-med.com

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@behestandaman.com ارسال کرده و یا با شماره‌های ۸۸۷۴۷۶۳۸ - ۸۸۷۴۷۶۲۵ - ۸۸۷۴۷۸۶۹ تماس بگیرند.

شرکت تجهیزات پزشکی از کارشناسان فروش و بازاریابی فروش دعوت به همکاری می‌نماید.

● ● ●

خواهشمند است رزومه خود را به نمابر ۲۲۰۵۳۴۸۱ و یا به آدرس ایمیل HFFJOB@yahoo.com

ارسال نمایید.

فروش نسخه الکترونیک ماهنامه صنعت درمان در تارنمای گردسوز

www.gerdsooz.ir

استخدام

شرکت معتبر در زمینه تجهیزات پزشکی (تتقسی) به دو نفر آقا جهت بخش فنی مهندسی یا گرایش الکترونیک و یا مهندسی پزشکی بصورت تمام وقت نیاز دارد.

لطفاً رزومه عکس بار خود را به آدرس ذیل ارسال نمایید
jobpt1391@gmail.com

استخدام

شرکت معتبر در زمینه تجهیزات پزشکی جهت تکمیل کادر تخصصی خود کارشناس بازاریابی و فروش (خانم/ آقا) حداقل لیسانس، یا فن بیان قوی و حداقل ۲ سال سابقه فروش مرتبط، دعوت به همکاری می‌نماید.

تلفن: ۸۸۸۸۱۱۹۱
ایمیل: shahidi@arshamed.com

استخدام

شرکت کیمیای عقابت از فارغ التحصیلان رشته مهندسی پزشکی و سایر رشته‌های مرتبط برای تکمیل کادر فنی و فروش دعوت به همکاری می‌نماید.

شماره تماس: ۷-۴۴۵۱۷۲۵
info@kimia-afiat.com

نماینده می

شرکت لنا، نماینده کیمیای 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: ۲۲-۷۷۶۵۴۲۱۶
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، یا فن بیان قوی و حداقل ۲ سال سابقه فروش تجهیزات پزشکی و آزمایشگاهی

۲- کارشناس بازاریابی و فروش (خانم) ۲ نفر
با حداقل ۲ سال سابقه فروش محصولات پوست و مو و زیبایی و آرایشی بهداشتی

۳- کارشناس بازاریابی و فروش (خانم) ۲ نفر
حداقل لیسانس میکروبیولوژی یا گرایش ژنتیک یا فن بیان قوی و حداقل ۳ سال 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 نمایید.

l.vatandoust@arianmedco.com

استخدام

یک شرکت معتبر در زمینه تجهیزات پزشکی جهت تکمیل کادر فروش و بازاریابی خود دعوت به همکاری می‌نماید.

مدیر فروش (MT)
لیسانس یا حداقل ۱۰ سال تجربه مفید در فروش تجهیزات پزشکی

افراد با تحصیلات رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی اولویت برخوردارند.

رزومه خود را به شماره فکس ۸۸۷۴۴۶۰۹ و یا ایمیل jobsbpiliran@gmail.com ارسال فرمایید.

سایت جامع

مهندسی
پزشکی

DEZMED

ترجمه متون تخصصی
مهندسی پزشکی

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 از مشکلات 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 ستجانه 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

صناعت درمان

برگ زرین، فرصتی است برای دیده شدن

تارنما: www.sanatdarman.ir

پیامک: ۹۰۰۰ ۳۳۳ ۰۹۳۵