



به نام خداوند جان و خرد

صنعت درمان

سال پنجم / شماره ۵۱ ■ مرداد ۱۳۹۴

فهرست

اخبار ۴

- ۴ بیمه‌ها ۳ هزار و ۵۰۰ میلیارد تومان بدهکارند.....
- ۵ افزایش تخت‌های بیمارستانی نیازمند مشارکت بخش غیردولتی است.....
- ۶ میزان سزارین در کشور ۱۰ درصد کاهش یافته است.....
- ۷ تخت خالی نداریم.....
- ۸ قاچاق ایمپلنت دندان افزایش یافته است.....
- ۹ دستیابی دانش‌آموزان ایرانی به تبه پنجم المپیاد جهانی شیمی.....
- ۹ مرکز همودیالیز هلال احمر در بولیوی راه‌اندازی شد.....
- ۱۰ واردات دارو افزایش نخواهد داشت.....
- ۱۱ سنتز پودر شیشه زیست فعال با استفاده از پوست تخم‌مرغ.....
- ۱۲ فراخوان ثبت تجهیزات و ملزومات پزشکی منتشر شد.....
- ۱۳ طب اورژانس، اولویت اول بیمارستان‌های ناجا است.....
- ۱۴ راه‌اندازی اولین پروژه پکس جامع در ایران.....
- ۱۵ بهره‌مندی ۱۰۰ درصد مراکز بهداشتی روستایی و دورافتاده کشور از حضور پزشکان.....



۱۷



۴۵



۵۷



۷۱



۷۹

پرونده ۱۷

- ۱۸ خدمات درمانی صنعت است.....
- ۲۳ او چگونه هزینه جراحی قلب را کاهش داد.....
- ۳۸ بیمارستان‌های تخصصی دولتی شرایط صنعتی شدن را دارند.....
- ۴۱ نخستین بیمارستان آغازگر فرایند صنعتی شدن.....

جهان‌ها ۴۵

- ۴۶ ۱۰۰۰ صفحه قانون در چند هزار کلمه.....

دستاورد ۵۷

- ۵۸ تومورهای پوستی از عوامل اصلی انجام جراحی پلاستیک.....
- ۶۱ مشکل واردات غیرقانونی محصولات بدون استاندارد.....
- ۶۳ تنوع نرم‌افزارهای پکس در نمایشگاه.....
- ۶۵ تجهیزاتی برای مدیریت جامع و آسان.....

بیمارستان ۷۱

- ۷۲ درمان قلب‌های بیمار در شکارگاه قجری.....

راهنما ۷۹

شورای نظارت و سیاستگذاری
سیدمجتبی معظمی
ابوالفتح صانعی

صاحب امتیاز و مدیر مسؤول
محمدباقر اثنی عشری

سر دبیر
حمید اسلامی

هیأت تحریریه

روییا کاکاوند / رقیه رضایی
شیمیا عسگری / زهره خوش‌نمک
بیبا حقیقی‌پور / مجتبی ذوقی

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
مهناز غلامی

پشتیبانی

عباس دانای / مهران روحی

نشانی

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

کدپستی: ۱۵۸۶۸۷۷۴۱۹

صندوق پستی: ۱۱۸۱-۱۵۸۱۵

تلفن: ۸۸۹۰۷۳۴۳

نمابر: ۸۸۷۵۶۴۴۲

پیامک: 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

شادباش روز پزشک



گفت‌وگو با خبرنگاران خودداری کرده چون حراست مجوز صادر نکرده است یا ماموران حراست بیمارستان مانع انجام کار خبرنگار عکاس ماهنامه شده‌اند؛ یا چند ماهی است که بسیاری از مدیران دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌ها و مراکز وابسته به آنها از گفت‌وگو با خبرنگاران منع شده‌اند مگر آنکه روابط عمومی وزارت بهداشت مجوز صادر کند. حالا ملاحظه کاری و نگرانی برخی از افراد را هم که به دلیل مصلحت‌های شخصی یا کاری، هنگام گفت‌وگو با خبرنگاران، اطلاعات را سانسور می‌کنند، به این بیفزایید؛ هم‌چنین مدیرانی که از پاسخگویی به مطبوعات می‌ترسند و رسماً از این کار سر باز می‌زنند چون خوش ندارند از سوی خبرنگاران به چالش کشیده شوند و انتقاد بشوند. در چنین شرایطی به جاست از همه کسانی که در پنج سال گذشته همراه ماهنامه صنعت درمان بوده‌اند و خبرنگاران مارا در دستیابی به اطلاعات دقیق و درست یاری کرده‌اند و کمک کرده‌اند ماهنامه با اخبار، گزارش‌ها و مطالب شایسته‌ای منتشر شود و به دست خوانندگان ارجمند برسد، سپاسگزاری کنیم.



و روزنامه‌نگاران به اطلاعات دسترسی سریع و آسان داشته باشند و این قانون در بسیاری از کشورهای جهان کم و بیش اجرا می‌شود؛ در ایران، دستیابی به اطلاعات بسیار سخت و دشوار است. این مساله که می‌گوییم اصلاً سیاسی نیست و ربطی هم به حکومت ندارد؛ بلکه فرهنگی است که نهادینه شده است. بسیاری از سازمان‌هایی که نه سیاسی‌اند و نه امنیتی، راه دستیابی به اطلاع را بسته‌اند و کوچکترین و ساده‌ترین اطلاعات را امنیتی می‌دانند و از دادن این اطلاعات به خبرنگاران خودداری می‌کنند. [بگذریم از این که در بسیاری از سازمان‌ها به دلیل نبود ساختار دولت مدیریت آمار، از فقر آمار و اطلاعات رنج می‌برند و نه تنها آمار و اطلاعات خبرنگاران و روزنامه‌نگاران از آنها به روزتر است که گاه پیش می‌آید از آمار چاپ شده در روزنامه‌ها و مجلات، برای گزارش‌های کاری خود بهره می‌برند. برای نمونه یکی از مشکلاتی که این سال‌ها خبرنگاران ماهنامه صنعت درمان با آن دست به گریبان بوده‌اند، لزوم تایید حراست بیمارستان‌ها و مراکز برای تهیه گزارش بوده است و گاه پیش آمده، مدیر یا رییس بیمارستان از

گفته می‌شود یکم شهریور ماه، زادروز ابوعلی سینا فیلسوف و پزشک نامدار ایرانی است که در دوره خود نقش به‌سزایی هم در گسترش آراء فلسفی و هم دانش پزشکی داشته است. این روز را در سالنمای کشورمان، به نام روز پزشک نامیده‌اند. روز پزشک را به همه پزشکان و درمانگران کشور به‌ویژه پزشکانی که با ماهنامه صنعت درمان همراهند، شادباش می‌گوییم و برای همه آنها آرزوی تندرستی و سربلندی داریم.

سپاس برای هم‌راهی‌تان

روز ۱۷ مرداد نیز در سالنمای کشورمان، به نام روز خبرنگار نامیده شده است تا بزرگداشتی باشد برای کسانی که در زمینه اطلاع‌رسانی و نشر و گسترش آگاهی تلاش می‌کنند. ۱۷ مرداد امسال برخی از دوستان و هم‌راهان ماهنامه با فرستادن پیامک یا نوشتن پیام در شبکه‌های اجتماعی، این روز را به همکاران ماهنامه صنعت درمان شادباش گفتند؛ مجموعه کنسرسیوم دیالیز ایران نیز برای همکاران ما لوح یادبود و هدیه فرستاد. به جاست که اینجا از همه دوستان و هم‌راهانی که در این روز به یاد ما بودند سپاسگزاری ویژه داشته باشیم. نیاز است نکته‌ای را یاد آور شوم؛ شیرین‌ترین چیز برای خبرنگاران و روزنامه‌نگاران این است که به اطلاعات مورد نیاز برای نوشتن اخبار، گزارش‌ها و مقاله‌های‌شان به هنگام و آسان دسترسی یابند و قرارهای گفت‌وگوهای‌شان به وقت انجام شود. امی‌دانم یادگفته معلم‌ها و آموزگاران افتادید که وقتی کادوی روز معلم‌رامی گیرند می‌گویند بهترین هدیه برای ما این است که شما دانش‌آموزان بهتر درس بخوانید. [

واقعیت این است که کار خبرنگاری و رونامه‌نگاری در ایران کار سخت و توان‌فرسایی است؛ ما در دوره ارتباطات و گردش آزاد اطلاعات زندگی می‌کنیم و بر پایه قوانین جهانی باید همه مردم به ویژه خبرنگاران

همراهان ماهنامه

به‌تازگی برخی از خوانندگان گرامی با خرید اشتراک ماهنامه، به گروه همراهان ما پیوسته‌اند که همین‌جا به آنها خوشامد می‌گوییم: فرزین راضی [تهران]، علیرضا کریم‌زاد حق [گیلان]، سیدرضا شفیعی [تهران]، پیمان پویانزاد [تهران]، ارغوان قاضی زاده [تهران].

بیمه‌ها سر جای شان نیستند

«بیمه‌ها پاسخگو نیستند!» این را همه می‌گویند؛ بیماری که پس از پرداخت کامل هزینه درمان، نتوانسته است از حق بیمه‌اش آن گونه که باید بهره‌مند شود؛ بیمارستانی که نتوانسته است هزینه‌های خدماتی را که زیر پوشش بیمه‌ها انجام داده بگیرد؛ شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی که بیمارستان‌ها نتوانسته‌اند بدهی‌اشان برای خرید دارو و تجهیزات را بپردازند؛ وزارت بهداشت که چون نتوانسته مطالبات خود را از بیمه‌ها بگیرد با چالش پرداخت دستمزد کارکنان دست به‌گریبان است و حتی خود مسئولان سازمان‌های بیمه‌گر که هزینه و درآمدشان همخوان نیست، بله بیمه‌ها پاسخگو نیستند نه به خریداران خدمات بیمه و نه به سرمایه‌گذاران خود.

بیمه؛ صنعتی مالی است که به شیوه‌های سرمایه‌گذاری خاص، خدمات با کیفیت را با کمترین و مناسب‌ترین قیمت می‌خرد و خریداران بیمه را به صورت تضمین شده از این خدمات بهره‌مند می‌کند. در این روند خریداران بیمه، تنها با سازمان بیمه‌گر در قالب پرداخت حق یا سهم بیمه شونده‌گی، ارتباط مالی دارند و هنگام بهره‌مندی از خدمات بیمه [مانند درمان] کمترین داد و ستد مالی را با سازمان ارائه‌دهنده خدمات دارند؛ به این معنی که بخش بزرگ تر داد و ستد مالی میان سازمان بیمه‌گر و سازمان ارائه‌دهنده خدمات [مانند بیمارستان] انجام می‌شود و خریدار بیمه [مانند بیمار] تنها بهره‌ور و کاربر خدمات شمرده می‌شود. سازمان‌های بیمه‌گر سود و بهره خود را در خریدانبوه، با کیفیت و ارزاتر خدمات جست‌وجوی می‌کنند.

داستان بیمه در ایران به گونه دیگری است؛ سازمان بیمه‌گر در برابر دریافت سهم بیمه از شهروندان، آنان را بیمه می‌کنند و بر پایه نوع بیمه و تعرفه‌هایی که خود ارزیابی کرده و پذیرفته‌اند [معمولاً در هر خدمتی، کف قیمت را معیار می‌گذارند و کاری به کیفیت ندارند] درصدی را به عنوان یارانه پرداختی سازمان بیمه‌گذار برای آن خدمات مشخص می‌کنند. در این روند، از آنجا که سازمان‌های فروشنده خدمات، دریافت به‌هنگام هزینه و بهای خدمات خود را دنبال می‌کنند، هزینه کامل خدمات را از خدمات گیرنده دریافت می‌کنند و او را با نام‌های به سازمان‌های بیمه‌گر می‌فرستند تا بتوانند سهم بیمه را از هزینه پرداخت شده برای خدمات دریافت کنند. سازمان بیمه‌گر هم برای این که در این فرآیند بتواند سود بیشتری به دست آورد، تلاش می‌کند با به کار بردن ترفندهای گوناگون، کم‌ترین پرداختی را به خریدار خدمات بیمه داشته باشد. در این میان تنها کسی که زیان می‌کند خریدار خدمات است چرا که هم باید هزینه‌های حق بیمه را پرداخت کند، هم هزینه خدمتی را که از آن بهره‌مند شده است و هم زمان و توان خود را هزینه کند و از کار و زندگی بیفتد تا بتواند بخشی از هزینه پرداخت شده را به جیب خود بازگرداند؛ آن هم با منتهی که سازمان بیمه‌گر روی او می‌گذارد.

این داستانی است که روزانه شهروندان بسیاری در گوشه و کنار کشور با آن سر و کار دارند و گاه پیش می‌آید سهم پرداختی سازمان بیمه‌گر به اندازه‌ای ناچیز است که پیگیری آن به هزینه رفت و آمدش نمی‌ارزد. [مانند سهم پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر برای عینک؛ تامین اجتماعی بیش از ۱۴ هزار تومان نمی‌پردازد.] چنین فرایندی را چگونه باید نامگذاری کنند که برانده آن باشد؛ دست کم به چنین شیوه خدمات‌دهی که برای نمونه در بخش درمان همه چیز از جیب بیمار پرداخت می‌شود، نمی‌توان خدمات بیمه گفت. نزدیک به یک سال و نیم است که از اجرای برنامه تحول نظام سلامت در کشور می‌گذرد؛ برنامه‌ای که دکتر هاشمی وزیر بهداشت برای کاهش هزینه پرداختی از جیب بیمار همراه با افزایش کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی بیمارستان‌های دولتی پیشنهاد و بخشی از تامین هزینه‌های آن بر دوش سازمان‌های بیمه‌گر گذاشته شد؛ این روزها وزیر بهداشت، از شانه خالی کردن سازمان‌های بیمه‌گر از انجام وظیفه قانونی خود آن هم درست در دولتی که بهینه‌سازی خدمات درمانی را در اولویت خود گذاشته است [گله می‌کند و خواهان بازنگری در ساختار و شیوه کار بیمه‌ها می‌شود. چند سال پیش تراز این، اوپاما رییس جمهور آمریکایا، برنامه‌های سلامت محور را مانند بر نامه تحول نظام سلامت ایران به اجرا گذاشت؛ بر نامه در مان مقرون به صرفه برای شهروندان آمریکایی که به «اوپاما کر» شناخته می‌شود [ماهنامه صنعت درمان در این شماره و دو شماره گذشته به بررسی گوشه و کنار این طرح پرداخته است. طرح اوپاما کر برای این که بتواند خدمات درمانی ارزان قیمت را در دسترس همه مردم آمریکایا و بی‌شهر و نماند کم درآمد و بی درآمد بگذارد، بر نامه‌های خود را اصلاح ساختار بیمه‌های درمانی آمریکایا متمرکز کرده است و در کنار آن بیمه سلامت ارزان قیمت را پایه‌گذاری کرده است و تشویق‌هایی را برای فراگیر کردن آن پیشنهاد داده است؛ آنها، صنعت بیمه را فعال تر کرده‌اند و گردش مالی آن را افزوده‌اند. در طرح تحول نظام سلامت ایران نیز بر گسترش بیمه سلامت برای افرادی که هیچ گونه پوشش بیمه‌ای ندارند و هم چنین مشارکت سازمان‌های بیمه‌گر تاکید شده است اما واقعیت این است که در ایران نه بیمه سلامت آن چنان که باید گسترش یافته است و نه بیمه‌ها نقش خود را بازی کرده‌اند؛ در این میان فشار کاهش هزینه درمان از یک سو بر دوش شرکت‌های تامین کننده دارو و تجهیزات بوده است که با بخشنامه‌های دستوری ناچار به ارزان‌فروشی به دولت شده‌اند؛ چرا که دولت بزرگترین خریدار آنهاست و از سوی دیگر خود مردم هستند؛ زیرا بودجه طرح تحول سلامت از ردیف صرفه‌جویی در هدفمندی یارانه‌ها و هم چنین یک درصد مالیات ارزش افزوده تامین می‌شود و در کنار این‌ها، بودجه دولت که البته امسال سهم درمان از این بخش کاهش یافته است و در سال آینده نیز کاسته خواهد شد.

چنانچه دولت بازدهم و در پوشش آن وزارت بهداشت بخواهند هدف و دستاورد طرح تحول نظام سلامت در کشور ماندگار شود و کاهش هزینه پرداختی از جیب بیمار برای دریافت خدمات با کیفیت در دولت‌های آینده نیز به عنوان یکی از حقوق قانونی و مسلم مردم پیگیری شود باید راهکارها و راهبردهای دیگری جدای از هدفمندی یارانه‌ها و سهم مالیات ارزش افزوده پیگیری کنند؛ بازنگری و دگرگونی شیوه‌های مدیریت و درمان و بهره‌مندی از روش‌های نوین همانند صنعتی سازی خدمات درمانی و هم چنین صنعتی سازی خدمات بیمه‌ای و دگرگونی در ساختار و روش فعالیت سازمان‌های بیمه‌گر به گونه‌ای که آنها را به سرمایه‌گذاران اصلی در حوزه درمان بدل کند می‌تواند بخشی از این راهبردها باشد. به هر روی برنامه تحول نظام سلامت، برنامه‌ای هزینه‌بر است و ممکن است دولت‌های آینده برای گریز از تامین هزینه سنگین آن، اجرای برنامه را متوقف کنند و مردم بمانند و هزینه‌های سنگین درمان، متوقف شدن برنامه‌های یک دولت در دولت آینده خاص ایران نیست؛ این روزها نامزد بر جسته حزب جمهوری خواه آمریکا دار در برای برنامه در مان مقرون به صرفه اوپاما (اوپاما کر) شاخ و شانه می‌کشد و وعده می‌دهد چنانچه رییس جمهور شود این برنامه را متوقف خواهد کرد.

وزیر بهداشت خبر داد

بیمه‌ها ۳ هزار و ۵۰۰ میلیارد تومان بدهکارند



موضوع تجمیع بیمه‌های یکی از نگرانی‌های وزیر بهداشت است. وزیر بهداشت در بازدیدی که از باشگاه خبرنگاران جوان داشت از نگرانی خود در رابطه با موضوع بیمه‌ها، تجمیع آنها و همچنین بدهی ۳ هزار و ۵۰۰ میلیون تومانی آنها سخن گفت.

وزیر بهداشت در سالروز رای اعتماد مجلس به کابینه دکتر روحانی از باشگاه خبرنگاران جوان بازدید کرد. او درباره دلیل نارضایتی‌ها از بیمه‌ها و توجه نکردن دولت به آنها گفت: «دولت دغدغه ما را می‌شنود ولی تا به حال این صحبت‌ها منجر به اقدام جدی در این زمینه نشده است. ما از جمله دستگاه اجرایی هستیم که خدمات خود را به بیمه‌ها می‌فروشیم. در حال حاضر نزدیک به ۳ هزار و ۵۰۰ میلیارد تومان از بیمه‌طلب داریم که مربوط به شرکت‌های دارویی، تجهیزات پزشکی و... می‌شود. دلیل گلابه‌های همیشگی ما از بیمه نبود پرداخت‌های به موقع آنهاست. طبیعی است که با ۶ یا ۷ ماه حقوق نگرفتن سر و صدا به راه می‌افتد. این اشکال می‌تواند تا حد زیادی روی ارایه‌دهندگان خدمات اثر بگذارد.»

به گفته دکتر هاشمی بهترین راهکار برای رفع این درد مزمن که تمام وزرای بهداشت به آن گرفتار است، هماهنگی اعتبارات وزارت بهداشت، دولت و بیمه‌ها است: «همراه نبودن بیمه‌ها می‌تواند صدمات جدی را به طرح تحول نظام سلامت وارد کند. نقشی که سازمان مدیریت برای دولت دارد باید وزارتخانه برای تمامی خدمات در حوزه دولت داشته باشد.»

او یکسان‌سازی و تجمیع بیمه‌ها را دو موضوع جداخواند و گفت: «معنای یکسان‌سازی خدمات، مدیریت صحیح منابع بیمه و رفتارسازی برای ارایه‌دهندگان خدمت نیست. یکسان‌سازی خدمات یک ضرورت است، اما به معنای تجمیع نیست. ما در ایران نیازمند صنعت بیمه هستیم نه صندوق بیمه. در مورد سلامت ما کاری نداریم که پول بیمه وصول شده است یا نه. من نمی‌توانم طلبکاری بیمه‌ها را بهانه‌ای برای پرداخت نکردن حقوق کارکنانم عنوان کنم.»

مطابق قانون، بیمه باید ۶۰ درصد از خدمات را ظرف یک‌ماه پرداخت کنند و ۴۰ درصد باقی مانده ظرف ۳ ماه تسویه شود: «اگر قانون رعایت شود مشکلی نخواهیم داشت. ۱۰۰ هزار نفر در وزارت بهداشت در ردیف حقوقی نیستند. پاشنه آشیل طرح تحول نظام سلامت

بیمه‌ها هستند. در صورت همکاری نداشتن بیمه‌ها طرح آسیب می‌بیند.»

بعد از ابلاغ سیاست‌های کلی نظام سلامت توسط مقام معظم رهبری که در بند ۹ آن به موضوع بیمه و در بند هفتم نیز به تولی‌گری وزارت بهداشت در حوزه سلامت اشاره کرده بودند، وزارت بهداشت لایحه‌ای را برای سامان بخشی بیمه‌ها پیشنهاد کرد. این لایحه همچنان در نوبت بررسی در کمیسیون اجتماعی مجلس است. «کاهش تصدی‌گری بیمه‌ها، پایدار شدن منابع مالی که در سیاست‌های کلی رهبری که همان نامه‌ی ابلاغ شده در ۱۸ فروردین ماه سال گذشته است همچنان مغفول مانده است. در صورت اجرایی شدن، رسالت ما انجام می‌شود. اجرایی شدن این‌ها به مجلس بستگی دارد.»

مرکز ملی آمار میزان صرفه‌جویی هزینه‌ها در طرح تحول سلامت برای جمعیت شهری و روستایی را به طور متوسط ۲۱ درصد در بیمارستان‌های دولتی و همچنین ۱۷ درصد کاهش هزینه‌های سلامت را اعلام کرده است. به گفته دکتر هاشمی، دریافت بودجه از دولت سخت است و با وجود چندین وزیر و هزینه‌های متعدد دریافت بودجه رقابتی است: «به طور کلی پشت درماندن برای دریافت بودجه بیشتر که به سلامتی مردم منجر می‌شود ارزش بسیاری دارد. اداره خزانه دولت بسیار دشوار است، زیرا تمام بخش‌ها پول نیاز دارند.»

بهره‌برداری از ۳۰ بیمارستان جدید تا پایان سال جاری سال گذشته ۲ هزار میلیارد از اعتبارات وزارت بهداشت کاهش پیدا کرد با این وجود بخشی از آن پول برای تاسیس و تجهیز بیمارستان‌ها استفاده شد. وزیر بهداشت تاکید کرد که با کاهش بودجه وزارت بهداشت، خدمات درمان گران نمی‌شود: «قرار نیست این رقم هر سال هزینه شود. به نظر می‌رسد که نه تنها بیمارستان‌ها به

سراغ جیب مردم نخواهند رفت بلکه تمام خدمات ادامه خواهد داشت. علاوه بر این تا پایان سال جاری بیش از ۳۰ بیمارستان به بهره‌برداری خواهد رسید.»

در طول اجرای طرح تحول نظام سلامت ۳۶ بیمارستان به بهره‌برداری رسیده است. بیمارستان‌های دولتی همچنان در حال گسترش، افزایش و نوسازی هستند: «سال گذشته حداقل ۷۰۰ میلیارد برای خرید تجهیزات هزینه شد. علاوه بر این ۳۰ هزار تخت بیمارستانی خریداری شد. به نظر می‌رسد که به دلیل گسترده‌تری خدمات در بیمارستان‌های دولتی و قیمت‌گذاری تجهیزات و خدمات نباید هزینه بیشتری را به مردم تحمیل کند مگر این که بیمه‌ها همراهی نکنند.»

استخدام نشدن نیروی جدید به کارکنان فشار می‌آورد

کمبود نیروی انسانی و کمبود تخت‌های بیمارستانی از مشکلات جدی حوزه سلامت است. سالانه ۲۰۰۰ تخت به بیمارستان‌های کشور افزوده می‌شود اما با کمبود ۸۰ هزار تخت بیمارستانی، ۴۰ سال زمان برای برطرف شدن این مشکل زمان نیاز است: «در طول این مدت حدود ۲ هزار تخت بیمارستانی اضافه کرده‌ایم اما با وجود اینکه ما با جان مردم سروکار داریم. هنوز نتوانسته‌ایم حتی مجوز استخدام یک هزار نفر را هم بگیریم. حتی نتوانستیم تعدادی را جایگزین بازنشستگان کنیم. باتوجه به این که وزارت بهداشت در مان دومین وزارتخانه پرجمعیت است اگر بخواهیم نیروی جدیدی استخدام کنیم تعداد کارکنان به یک میلیون نفر هم خواهد رسید. تنها راه حل مشکل تشویق سرمایه‌گذاران برای سرمایه‌گذاری در این بخش است.»

میزان درآمد پزشکان مختلف در کشور مسأله‌ای است که توجه رسانه‌ها و همچنین عموم مردم جامعه را به خود جلب کرده است. آرایه آمار و ارقام متفاوت در این مورد بحث‌های مختلفی را راه انداخته است. وزیر بهداشت در رابطه با درآمد پزشکان در کشور گفت: «بهترین پزشکان به طور متوسط ۳/۵ میلیون تومان درآمد دارند. این مبلغ پس از طرح تحول سلامت به ۵/۵ میلیون تومان رسیده است. پزشکانی که تمام وقت در دانشگاه‌های علوم پزشکی مشغول به کار هستند حدود ۷ میلیون درآمد داشتند که به ۱۲ میلیون تومان رسیده است. اگر کم سواد از آلمان می‌گوید درآمد جراحان آمریکایی ۵ برابر جراحان ایرانی است نباید به آن توجه کرد. در بوشهر متوسط درآمد یک جراح ۱۷ میلیون است.»

معاون درمان وزارت بهداشت

افزایش تخت‌های بیمارستانی نیازمند مشارکت بخش غیر دولتی است



بسیار بهتر شد که همه این اقدامات جزئی از بررسی‌های اعتباربخشی به حساب می‌آیند. او نوسازی، بهینه‌سازی و رشد هتلینگ را بسیار مهم دانست: «مردم ما شاهد هستند که در بیمارستان‌ها وضعیت امکانات هتلینگ قابل مقایسه با قبل از اجرای طرح تحول سلامت نیست، اما مشکل قدمت بیمارستان‌ها تنها با این اقدامات برطرف نمی‌شود.» معاون وزیر بهداشت با تأکید بر این که ما نیازمند بیمارستان‌های جدید هستیم، گفت: «بیمارستان‌های هشتاد ساله و صد ساله باید از دور خارج شوند و بیمارستان‌های مدرن و بزرگ جایگزین آنها شود. بیمارستان‌ها در حالی که ضریب اشغال تخت آنها بیش از ۸۰ درصد است، توانسته‌اند ۸۰ درصد ناوگان سلامت کشور را نیز نوسازی کنند.»

www.ilna.ir

در حالی که دکتر حسن هاشمی، وزیر بهداشت چندی پیش در مصاحبه‌ای اعلام کرده بود اگر سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در بیمارستان‌ها از تسهیلات بانکی و معافیت‌های مالیاتی بهره‌مند شوند و تعرفه‌ها واقعی شود، سرمایه‌گذاران این بخش نیز بدون دغدغه وارد فعالیت خواهند شد، دکتر آقاجانی گفت: «تسهیلات لازم برای صدور مجوزها به سرمایه‌گذاران ایجاد شده است. وزارت بهداشت آماده است که از سرمایه‌گذاران در این زمینه با تعرفه و شرایط مناسب استقبال کند.»

بیمارستان‌های ۱۰۰ ساله باید از دور خارج شوند

متوسط عمر بیمارستان‌ها بالای ۳۰ سال است که در تهران این رقم بیشتر است. این بیمارستان‌های فرسوده مشکلات زیادی را برای افرادی که خدمت می‌دهند و دریافت‌کنندگان خدمات ایجاد می‌کند. معاون وزیر بهداشت در این باره گفت: «با وجود فرسوده بودن بیمارستان‌ها ما باید از همین ظرفیت‌ها خوب نگهداری کنیم. در برنامه ارتقای هتلینگ بیمارستان‌ها در راستای طرح تحول سلامت تلاش کردیم کیفیت تخت‌های بیمارستانی افزایش پیدا کند. ۳۰ هزار تخت بیمارستانی در جریان این طرح نوسازی شدند.» به گفته آقاجانی امکانات هتلینگ بیمارستان‌ها از گذشته

ارتقای هتلینگ یکی از بخش‌های هشت‌گانه طرح تحول نظام سلامت است. تجهیز تخت‌های بیمارستانی به عنوان یکی از اجزای هتلینگ در دستور کار وزارت بهداشت قرار دارد. کمبود ۷۰ هزار تخت در بیمارستان‌ها مسؤولان وزارت بهداشت را بر آن داشته است تا از مشارکت بخش غیردولتی بهره‌برند.

در جریان ارتقای سطح هتلینگ بیمارستان‌های کشور بازسازی ۵۰ هزار تخت بیمارستانی و به کارگیری ۳۰ هزار تخت جدید انجام شده است. با این وجود بیمارستان‌های کشور با کمبود ۷۰ هزار تخت دیگر مواجه هستند. محمد حاجی آقاجانی معاون درمان وزارت بهداشت درباره کمبود تخت‌های بیمارستانی و اقدامات وزارت بهداشت برای تامین این تخت‌ها گفت: «دولت در بهترین حالت می‌تواند، سالی ۲ هزار تخت بیمارستانی ایجاد کند. مشکل کمبود ۷۰ هزار تخت بیمارستانی بدون مشارکت بخش غیردولتی قابل حل نیست.»

به گفته دکتر آقاجانی، وزارت بهداشت برنامه‌ریزی‌های لازم را برای حضور گسترده بخش خصوصی و جذب سرمایه‌های خارجی انجام می‌دهد. «مهمترین اقدام وزارت بهداشت برای افزایش سرمایه‌گذاری و گسترش تخت‌های بیمارستانی، اصلاح تعرفه‌ها بود. اگر سرمایه‌گذار ببیند که خدمات، تعرفه مناسب دارد و سود منطقی برای سرمایه‌اش وجود دارد به سرمایه‌گذاری ترغیب می‌شود.»

مدیر عامل سازمان انتقال خون ساخت پنج مرکز اهدا خون در دستور کار است



خصوصی است.» ساخت مراکز سیار اهدای خون یکی دیگر از برنامه‌های سازمان انتقال خون است. در این راستا مجمع خیرین انتقال خون به ایجاد سامانه گردش اهدای خون در سراسر کشور کمک می‌کند و تاکنون ساخت ۹ سامانه در دستور کار این مجمع قرار

سازمان انتقال خون در نظر دارد با جمع‌آوری مراکز اهدای خون کوچک در سطح شهر تهران، پایگاه‌های بزرگتری را احداث کند. این کار با مشارکت مجمع خیرین انتقال خون انجام می‌شود. سازمان انتقال خون ساخت پنج مرکز انتقال خون را در دستور کار قرار داده است که با کمک مجمع خیرین انتقال خون و شهرداری انجام خواهد شد. دکتر علی اکبر پورفتح‌الله، مدیر عامل سازمان انتقال خون گفت: «ما به سمت ایجاد مراکز بزرگ اهدای خون حرکت می‌کنیم. این مراکز باید از استانداردهای بالایی برخوردار باشد.»

به گفته او این پنج مرکز انتقال خون در تهران به تدریج با جمع‌آوری ۱۱ مرکز اهدای خون کوچک در تهران ساخته می‌شود: «در زمینه احداث پنج مرکز انتقال خون در تهران مجمع خیرین انتقال خون سرمایه‌گذاری می‌کند، اما در بحث‌هایی مانند صنعت پلاسما و داروهای مشتق از پلاسما نگاه‌مان به بخش

وزیر بهداشت در همایش تقدیر از برترین‌های ارتقای سلامت مادر و کودک:

میزان سزارین در کشور ۱۰ درصد کاهش یافته است

راه‌اندازی ۱۰۰۰ واحد اختصاصی زایمان

دکتر محمد آقاچانی، معاون درمان وزارت بهداشت در حاشیه همایش تقدیر از مجریان برتر سلامت مادر و نوزاد، گفت: «امسال توسعه و بهینه‌سازی ۳۶۶ بلوک زایمانی در بیمارستان‌های کشور را در دستور کار داریم و در قالب این ۳۶۶ بلوک، هزار واحد اختصاصی زایمان نیز برای مادران راه‌اندازی می‌شود.»

در سال ۹۳، ۴۵۰ هزار زایمان رایگان انجام شده است. به گفته دکتر آقاچانی زایمان طبیعی امسال نیز با وجود این که با استانداردهای بالاتر و در واحدهای اختصاصی انجام می‌شوند همچنان رایگان می‌ماند و زایمان فیزیولوژیک یا بی‌درد هم در بر می‌گیرد. «برای اولین بار در تیرماه امسال شاخص کاهش سزارین از ۵۶ دصد به ۴۹ درصد رسید. همچنین مرگ و میر مادران باردار از ۱۹٫۶ درصد به ۱۹ رسیده است که اتفاق مثبتی است.»

۲۲۰ مرکز زایمان بدون درد در کشور فعالیت می‌کنند

دکتر علی ماهر معاون فنی و برنامه‌ریزی معاونت درمان وزارت کشور در این مراسم ضمن اشاره به برنامه‌های ۸ گانه معاونت درمان برای کاهش میزان سزارین گفت: «روند سزارین در سال‌های ۸۴ تا ۹۲ افزایش داشت. طبق برنامه باید ۵ تا ۱۰ درصد از میزان سزارین کم می‌شد که این هدف در بخش دولتی محقق شد.»

به گفته دکتر ماهر در حال حاضر ۲۲۰ مرکز زایمان بدون درد در کشور وجود دارد: «تا پایان سال ۹۴ بلوک‌های زایمان با هدف تسهیل در زایمان طبیعی به تجهیزات پیشرفته مجهز می‌شوند.»



۴۷۰ هزار زایمان طبیعی رایگان در کشور انجام شده است. به گفته دکتر هاشمی در بیمارستان‌های دولتی مناطق حاشیه‌ای کشور که کم‌برخوردار هستند، انجام سزارین به زیر ۲۰ درصد کاهش یافته است.

واردات واکسن پنتاوالان

واکسن پنتاوالان (۵ گانه) از ابتدای آذر ماه ۱۳۹۳ جهت کودکان ۲۰۴ و ۶ ماهه به برنامه واکسیناسیون روتین کشوری وارد شد. واکسن پنتاوالان (۵ گانه) واکسن جدیدی است که در سیستم ایمنسازی گروه هدف (کودکان زیر ۵ سال) وارد شده است. این واکسن کودکان را علیه پنج بیماری دیفتری، کزاز، سیاه‌سرفه، هیپاتیت ب و نوعی از مننژیت (هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ ب) ایمن می‌کند. وزیر بهداشت در این باره گفت: «برنامه‌های ما در راستای ترویج زایمان طبیعی همچنان ادامه خواهد داشت. در جهت ایمن‌سازی هم تعداد واکسن‌هایی را که در گذشته وجود داشتند، ادامه خواهیم داد و واکسن جدید پنتاوالان که در کمترین زمان گذشته در کشور استفاده می‌شود را به کار می‌بریم. امیدوارم در دو سال آینده بتوانیم در تولید این واکسن به خود کفایی برسیم.»

وزیر بهداشت در همایش تقدیر از برترین‌های ارتقای سلامت مادر و کودک که در مرکز همایش‌های رازی برگزار شد، از کاهش ۱۰ درصدی زایمان سزارین خبر داد. در این همایش از برترین بیمارستان‌های فعال در ترویج زایمان طبیعی تقدیر شد.

در حالی که بر اساس سفارش‌های سازمان بهداشتی جهانی، تنها ۱۰ تا ۱۵ درصد از زایمان‌ها باید به روش سزارین انجام شود در ایران پیش از اجرای طرح تحول نظام سلامت اقدام موثری جهت کاهش سزارین انجام نشده بود. آمار سزارین نسبت به زایمان طبیعی از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۹۲ از ۳۷ درصد به ۵۶ درصد رسید. اما با شروع طرح تحول نظام سلامت بسته ترویج زایمان طبیعی به عنوان یکی از مهمترین بسته‌های حمایتی هشت‌گانه این طرح در دستور کار قرار گرفت. این برنامه با رایگان کردن زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی از ۱۵ اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳ در سراسر کشور اجرا شد. وزارت بهداشت با برگزاری همایش تقدیر از برترین‌های ارتقای سلامت مادر و کودک از بیمارستان‌هایی که آمار سزارین و مرگ و میر مادر و نوزاد را کاهش دادند، تقدیر کرد.

دکتر سیدحسن هاشمی وزیر بهداشت در این همایش که پنج مرداد ماه سال ۹۴ در مرکز همایش‌های رازی برگزار شد، با بیان این که ایران از معدود کشورهای دارای گستردگی بالای سزارین است، گفت: «در قالب طرح تحول نظام سلامت با تغییر تعرفه‌ها و تشویق ماماها و متخصصان، محدود کردن امتیازات و اعتبارات برای مراکز خصوصی و دولتی که انجام سزارین در آنها بالا بود و با رایگان کردن زایمان طبیعی شاهد کاهش ۱۰ درصدی میزان سزارین بودیم. سزارین در مراکز دولتی ۷ درصد کاهش یافته است.» از ابتدای اجرای طرح تحول سلامت

اداره کل تجهیزات پزشکی برای احراز صلاحیت توزیع کنندگان فراخوان داد

است، باید نسبت به انتخاب شرکت‌های تولیدکننده یا واردکننده اصلی و همچنین انتخاب محصولات مورد نظر برای توزیع به همراه الصاق قرارداد نمایندگی، اقدام کنند. این درخواست پس از تایید شرکت‌های اصلی و همچنین تایید کارشناس مسؤول این اداره کل، قابل نمایش بر روی وب سایت است.

www.imed.ir

اصناف توزیع‌کننده تجهیزات و ملزومات پزشکی که در پورتال اداره کل ثبت‌نام کرده‌اند باید برای اتمام فرآیند احراز صلاحیت و نمایش آنها در وب سایت این اداره کل اقدام کنند. شرکت‌های توزیعی و اصناف باید ضمن پیگیری آخرین وضعیت بررسی پرونده خود از طریق نرم‌افزار، چنانچه مراحل گردش پرونده توسط کارشناس مسؤول تایید و به کارشناس صدور گواهی ارجاع شده

اداره کل تجهیزات پزشکی به توزیع‌کنندگان اعلام کرد که برای مشخص شدن صلاحیتشان و نمایش مشخصاتشان در وب سایت اداره کل تجهیزات پزشکی باید نسبت به انتخاب شرکت‌های تولیدکننده یا واردکننده اصلی و انتخاب محصولات مورد نظر جهت توزیع اقدام کنند. اداره کل تجهیزات پزشکی در یک اطلاعیه اعلام کرد که آن دسته از شرکت‌های توزیعی و

دکتر علی جعفریان
رییس دانشگاه علوم پزشکی تهران

تخت خالی نداریم



دانشگاه علوم پزشکی تهران همانند دیگر دانشگاه‌های کشور بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت اقداماتی را در بخش‌های هشت‌گانه طرح انجام داد. رییس دانشگاه علوم پزشکی تهران با اشاره به اقدامات بیمارستان‌ها این دانشگاه در بخش‌های مختلف می‌گوید ضریب اشغال ۴ هزار تخت بیمارستان‌های این دانشگاه ۹۰/۸۸ درصد است و تخت خالی نداریم.

دانشگاه علوم پزشکی تهران در مجموع ۱۶ بیمارستان دانشگاهی با ۴ هزار تخت بیمارستانی دارد. به گفته علی جعفریان، رییس این دانشگاه ضریب اشغال ۴ هزار تخت بیمارستان‌های دانشگاه تهران هم‌اکنون ۹۰/۸۸ درصد است: «این یعنی این که دیگر تخت خالی وجود ندارد. ما بیمارستانی با ضریب اشغال کمتر از ۸۷ درصد نداریم به جز بیمارستان رازی که خیلی ماهیت بستری ندارد. مثلاً بیمارستان امام به آن بزرگی و با ۱۲۰۰ تخت، شبی ۸ تخت خالی دارد.»

جعفریان از جمله رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی است که هم از محاسن و هم از معایب طرح تحول نظام سلامت سخن گفته است. او درباره جایگاه این طرح گفت: «با این که نمی‌توان عدد گفت اما اهداف این طرح محقق شد. مهمترین هدف هم کاهش پرداخت مردم بود. این اتفاق خیلی مهمی است که به این سادگی اتفاق نمی‌افتاد. انرژی زیادی صرفش شد که از اقبال مردم برای درمان و مراجعه به بیمارستان‌های ما کاملاً روشن است.»

طرح تحول نظام سلامت موجب شد تعداد زیادی از بیماران از بیمارستان‌های خصوصی به سمت بیمارستان‌های دانشگاهی بروند: «با طرح تحول نظام سلامت مردم دیگر نگران چیزهایی که قبلاً بودند، نیستند. همچنین اقبال به بیمارستان‌های دولتی بیش از بیمارستان‌های خصوصی شده است، چون هزینه‌ها بسیار پایین آمده. ما در خیلی از رشته‌ها نوبت انتظار پیدا کردیم در حالی که قبلاً نداشتیم. در گذشته جراحی

مراجعه می‌کنند بسیار تعیین کننده است.» افزایش زایمان طبیعی و کاهش سزارین در کشور از دیگر اهدافی است که از طریق طرح تحول نظام سلامت پیگیری می‌شود. جعفریان گفت: «در زایمان طبیعی حرکت مؤثری رخ داد اما هنوز کارهای زیادی در این زمینه باید انجام بشود. به سادگی نمی‌توان به اهداف رسید. در بیمارستان‌ها رسیدن به اهداف از پیش تعیین شده کمی سخت است زیرا تعداد بیماران پیچیده‌ای که نیاز به سزارین درمانی دارند، زیاد است. افزایش زایمان طبیعی تا یک جایی اتفاق افتاد اما متوقف ماند و دیگر تکان نمی‌خورد.»

او درباره بسته بیماری‌های سخت‌درمان گفت: «دستورالعمل بسته بیماری‌های سخت‌درمان هنوز ابلاغ نشده است. دلیلش این است که بیماری‌های سخت‌درمان در همه دنیا یک معضل درمانی است. دولت یابیمه در هیچ‌جای دنیا نمی‌تواند همه هزینه‌های بیماری‌های سخت‌درمان را بدهد. مگر این که بیمه خصوصی باشد و سرانه بیمه واقعی شود. حتی کشورهایی که بیشترین تولید ناخالص داخلی را برای بهداشت و درمانشان دارند نیز نمی‌توانند این هزینه‌ها را متحمل شوند. این نکته‌ای است که نمی‌شود از آن گذشت چون خیلی هزینه‌بر است.»

جامعه ما در حال افزایش سن است و امید به زندگی ۷۴ سال شده است، هر چه سن جامعه بالا می‌رود بیماری‌های سرطانی و بیماری‌های مزمن بیشتر می‌شود: «با افزایش سن و بروز این بیماری‌ها به طور طبیعی هزینه‌های درمان بالا می‌رود. البته یک قسمت‌هایی از بسته بیماری‌های سخت‌درمان مانند پیوند در این طرح پوشش داده می‌شود. در سرطان‌ها هم قسمت‌هایی از آن پوشش داده شده است. حمایت‌هایی نیز برای داروهای انجام شده است. ولی اجرای کامل بسته بیماری‌های سخت‌درمان یک کار بسیار پیچیده و سخت‌تری است.»

www.tasnimnews.com

ارتوپدی و پروتز محدودیت وجود داشت به همین دلیل بیمار به بیمارستان خصوصی مراجعه می‌کرد اما الان با هزینه‌های کمتر به بیمارستان‌های ما مراجعه می‌کنند.»

ارتقای کیفیت هتلینگ بیمارستان‌ها به عنوان یکی از بخش‌های هشت‌گانه طرح تحول نظام سلامت شناخته می‌شود. با اجرای این طرح در بیمارستان‌ها بیماران و هم‌ران‌ها شاهد تحولات چشمگیری در ساختار فیزیکی بیمارستان‌ها بودند. رییس دانشگاه علوم پزشکی تهران گفت: «در قسمت ارتقای هتلینگ یعنی آن قسمتی که مربوط به بیمار می‌شود تفاوت چشمگیری رخ داده است. اگر هر شخصی الان سری به بیمارستان دولتی بزند تفاوت‌هایی جدی را مشاهده می‌کند.»

پزشک مقیم بخش دیگری از طرح تحول نظام سلامت است که در ارائه خدمات به بیماران نقش اساسی دارد: «پزشک مقیم قسمت عمده‌ای از این طرح است. ماقبل از طرح تحول نظام سلامت و در ۵ سال گذشته این طرح را با یک تفاوت‌هایی در بیمارستان‌ها اجرا کرده بودیم. این مقوله در بیمارستان‌هایی مانند بیمارستان‌های ما که ارجاعی است، یعنی بیماران بدحال و پیچیده به آن

امکان معرفی مسوول فنی در سایت اداره کل تجهیزات پزشکی ایجاد شد

به انتخاب شرکت‌های تولیدکننده یا واردکننده اصلی و همچنین انتخاب محصولات مورد نظر برای توزیع به همراه الصاق قرارداد نمایندگی، اقدام کنند. این درخواست پس از تایید شرکت‌های اصلی و همچنین تایید کارشناس مسوول این اداره کل، قابل نمایش بر روی وب سایت است.

www.imed.ir

تجهیزات و ملزومات پزشکی که در پورتال اداره کل ثبت‌نام کرده‌اند باید برای اتمام فرآیند احراز صلاحیت و نمایش آنها در وب سایت این اداره کل اقدام کنند. شرکت‌های توزیعی و اصناف باید ضمن پیگیری آخرین وضعیت بررسی پرونده خود از طریق نرم‌افزار، چنانچه مراحل گردش پرونده توسط کارشناس مسوول تایید و به کارشناس صدور گواهی ارجاع شده است، باید نسبت

اداره کل تجهیزات پزشکی به توزیع کنندگان اعلام کرد که برای مشخص شدن صلاحیتشان و نمایش مشخصاتشان در وب سایت اداره کل تجهیزات پزشکی باید نسبت به انتخاب شرکت‌های تولیدکننده یا واردکننده اصلی و انتخاب محصولات مورد نظر جهت توزیع اقدام کنند.

اداره کل تجهیزات پزشکی در یک اطلاعیه اعلام کرد که آن دسته از شرکت‌های توزیعی و اصناف توزیع‌کننده

وزیر بهداشت در نشست برنامه ملی کنترل سرطان عنوان کرد فراخوان صاحب نظران برای تدوین برنامه ملی کنترل سرطان



وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برنامه ملی کنترل سرطان و لزوم عملیاتی شدن آن در کشور با اهمیت خواند و همه صاحب نظران در حوزه درمان سرطان را به مشارکت در تدوین برنامه ملی کنترل سرطان فراخواند.

دکتر سید حسن هاشمی وزیر بهداشت در نشست بررسی برنامه ملی کنترل که با موضوع شناسایی و بیان مسایل و مشکلات اساسی کنترل سرطان در تدوین پیش نویس برنامه ملی برگزار شد، از افراد صاحب نظر در این حوزه خواست به صورت عملیاتی در پیشگیری و کنترل سرطان ورود کنند. او گفت: «بررسی تئوری موضوع راهکار مناسبی نیست. در دوره های گوناگون صحبت های زیادی در این خصوص شده است. دیگر زمان اقدامات عملی است.»

دکتر هاشمی جایگاه ایران نسبت به بسیاری از دیگر کشورها در این حوزه را مناسب تر توصیف کرد: «باید در زمینه ثبت سرطان در کشور اقدامات لازم بشود که لازمه هر اقدامی داشتن اطلاعات جامع است.» وزیر بهداشت هم چنین خواهان کنترل تجویزهای ناهجرا در حوزه درمان سرطان شد: «باید مناسب ترین درمان را انتخاب کرد، اما مناسب ترین درمان به این مفهوم نیست که باید تمام بیماران سرطانی دارو درمانی یا رادیوتراپی بشوند.»

او افزود: «مشارکت تمام دستگاهها در موضوع کنترل سرطان ضروری است؛ زیرا مسایلی مانند آلودگی هوا، سموم و کودهای شیمیایی، موضوعات اثرگذار بر سلامت در تمام دستگاهها است. بنابراین باید در تنظیم سند ملی کنترل سرطان با حمایت های خوب دولت و تمام دستگاهها به یک برنامه عملیاتی دست یافت.» دکتر هاشمی با اشاره به زمان تدوین برنامه ششم و بودجه سال آینده خواهان جمع آوری نظر صاحب نظران و آرایه به موقع آن برای اعمال نظر در برنامه ریزی های کلان و تخصیص اعتبارات لازم برای اجرای برنامه کنترل سرطان شد. او گفت: «باید سیاست مدیریت هزینه ها در درمان سرطان و پیشگیری از روش های القایی و صرف هزینه بی مورد به پزشکان سراسر کشور ابلاغ شود.»

مدیر کل نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزومات پزشکی بیمارستان ها به شیوه نگهداشت تجهیزات توجه کنند

مدیر کل نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزومات پزشکی سازمان غذا و دارو از کیفیت تجهیزات و ملزومات پزشکی را که در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت به کار برده می شود را خوب توصیف کرد اما خواستار توجه به شیوه نگهداشت کالاهای پزشکی شد. به گفته مهندس سید حسین صفوی مدیر کل نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزومات پزشکی، تجهیزات و ملزومات پزشکی که در بیمارستان ها استفاده می شود از لحاظ کیفیت هیچ مشکلی ندارند ولی شیوه نگهداشتن آنها باید به دقت توسط مسؤلان در مراکز درمانی انجام بشود. او افزود: «تخت های بیمارستانی که در کشور تولید می شوند توسط کارشناسان این اداره نظارت و از لحاظ کیفیت تأیید می شوند.» صفوی درباره قیمت گذاری تجهیزات و ملزومات پزشکی گفت: «بخشنامه ای از طرف ریاست سازمان غذا و دارو به تمامی مراکز درمانی ابلاغ شده که بر اساس این بخشنامه تمامی مراکز درمانی تابعه دانشگاه های علوم پزشکی، نیر و های مسلح، تامین اجتماعی و خصوصی و شرکت های موجود در فهرست قیمت مصوب، ملزم به رعایت قیمت ها هستند.» آخرین اطلاعیه ها، بخشنامه ها و قیمت های مصوب تجهیزات و ملزومات پزشکی از طریق سایت این اداره به آدرس (imed.ir) اعلام می شود.

رییس دانشکده دندان پزشکی دانشگاه شاهد:

قاجاق ایمپلنت دندانی افزایش یافته است

«با توجه به این که ایمپلنت در داخل استخوان فک قرار می گیرد، چنانچه آلوده باشد می تواند ایجاد عفونت در ناحیه فک و صورت کند. بروز عفونت گوش، چشم و حتی کف جمجمه بر اثر استفاده از ایمپلنت های نامرغوب از دیگر عوارض استفاده از آن ها است.»

با توجه به گرانی درمان ایمپلنت و همچنین حضور ایمپلنت های غیر استاندارد در کشور ضروری است بیماران برای استفاده از ایمپلنت به سراغ مراکز درمانی و کلینیک های معتبر دندان پزشکی بروند.

در حال حاضر واردات ایمپلنت از کشورهای چین، اروپای شرقی و برخی دیگر از کشورهای آسیایی، افزایش یافته است. «با توجه به این که عمر مفید ایمپلنت ها حداقل ۳۰ تا ۵۰ سال است، بنابراین ضروری است که شرکت های تولید کننده این قبیل تجهیزات دندان پزشکی، خدمات پس از فروش ارائه دهند. این خدمات توسط شرکت های معتبر و شناسنامه دار ارائه شود.»

fdo.behdasht.gov.ir



۱۵ تا ۲۰ درصد درمان های دندان پزشکی در کشور با استفاده از ایمپلنت های نامرغوب انجام می شود. موضوعی که گله مندی رییس دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شاهد، از افزایش واردات غیر رسمی ایمپلنت های دندانی را در پی داشت.

در چند سال گذشته، به دلیل افزایش تقاضا برای دریافت خدمات ایمپلنت دندانی، واردات این محصولات از مبادی غیر رسمی کشور افزایش یافته است. دکتر محمد علی همتی، رییس دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شاهد، در نشست خبری اولین سمپوزیوم «تراپی ایمپلنت» گفت: «واردات غیر رسمی ایمپلنت های دندانی بدون نظارت وزارت بهداشت انجام می شود. این مسأله می تواند سلامت کسانی را که از ایمپلنت ها استفاده می کنند تهدید کند.»

دکتر همتی با اشاره به گران بودن درمان ایمپلنت در دنیا و ایران، تاکید کرد: «وقتی تبلیغاتی را می بینیم که در آن عنوان می شود با ۵۰۰ هزار تومان می توانید ایمپلنت دندانی کاشت این موضوع جای ابهام و پرسش دارد.»

ماهانه حدود ۱۰۰ هزار ایمپلنت دندانی در کشور استفاده می شود. به گفته علی همتی، ایمپلنت های غیر استاندارد صدمات جبران ناپذیری به سلامت افراد وارد می کنند تا جایی که اعصاب حرکتی و حسی فردی که از این قبیل ایمپلنت ها استفاده کرده است، آسیب می بیند:



دارنده نشان طلای المپیاد جهانی و خانواده ارجمندشان شادباش می‌گویند و برای ایشان، آرزوی سربلندی و کامیابی‌های بزرگ‌تر در عرصه دانش و فناوری را دارد.

www.irma.ir

دستیابی دانش آموزان ایرانی به رتبه پنجم المپیاد جهانی شیمی

در چهل و هفتمین المپیاد جهانی شیمی کسری اثنی عشری به مدال طلا، آرمان آی از تهران و محسن صابری‌فر از مشهد به مدال نقره و نهال باقری از ساری به مدال برنز دست یافتند. کسری اثنی عشری دارنده نشان طلای این المپیاد فرزند مهندس محمدباقر اثنی عشری از همکاران صنعت درمان کشور و مدیر مسؤول ماهنامه صنعت درمان است. ماهنامه صنعت درمان، این افتخار آفرینی را به تیم دانش‌آموزی شیمی ایران به ویژه کسری اثنی عشری

تیم المپیاد دانش‌آموزی شیمی ایران در یک افتخار آفرینی تازه در چهل و هفتمین المپیاد جهانی شیمی ICHO ۲۰۱۵ به چهار نشان طلا و نقره و برنز دست یافت و توانست در میان ۷۵ کشور شرکت‌کننده پس از چین، روسیه، رومانی و آمریکا در رده پنجم این دوره المپیاد شیمی قرار گیرد. چهل و هفتمین المپیاد جهانی شیمی در روزهای بیست و نهم تیرماه تا هفتم مردادماه امسال در شهر باکوی جمهوری آذربایجان برگزار شد.

رییس جمعیت هلال احمر ایران خبر داد

مرکز همودیالیز هلال احمر در بولیوی راه‌اندازی شد



مرکز همودیالیز «کوچا بامبا» در سفر رییس جمعیت هلال احمر به بولیوی و بازدید از شیوه خدمت‌رسانی هلال احمر ایران به مردم این کشور، به بهره‌برداری رسید. هلال احمر ایران دارای

۲۹ مرکز درمانی در کشورهای متعدد دنیا است و در ماه‌های گذشته نیز دو مرکز درمانی جدید در کشورهای بولیوی و تانزانیا راه‌اندازی کرده است. سید امیرحسین ضیایی رییس جمعیت هلال احمر، در سفر مردادماه خود، از بخش‌های مختلف بیمارستان و مرکز دیالیز «ال آلتو» در بولیوی بازدید کرد. او علاوه بر اهداء گل به بیماران، نظر آنها را درباره کیفیت خدمات ارایه شده از سوی مرکز، جویا شد.

در این سفر ابل پنبالی، رییس صلیب سرخ بولیوی از تلاش و کوشش جمعیت هلال احمر ایران برای تاسیس بیمارستان و مراکز دیالیز در کشور بولیوی تقدیر کرد. او با اشاره به این که کیفیت خدمات ارایه شده از سوی بیمارستان و مرکز دیالیز هلال احمر ایران بسیار مناسب است از افزایش سطح همکاری‌های دو جمعیت ایران و بولیوی خبر داد.

در این مراسم، ۳ تن از نمایندگان استان کوچابامبا، نمایندگان صلیب سرخ بولیوی، نمایندگان وزارت بهداشت بولیوی و جمعی از مقامات محلی و سفیر کشورمان در بولیوی حضور داشتند.

فاز ۴ و ۵ اورژانس شیمیایی بیمارستان بقیه‌الله (عج) افتتاح شد

۴، ۵، ۶ شامل پاراکلینیک، بستری و آلودگی‌زدایی انجام شده است که فاز ۴ و ۵ این اورژانس افتتاح شد. فاز ۶ اورژانس شیمیایی بیمارستان بقیه‌الله (عج) که به عنوان ویتترین اورژانس شیمیایی شناخته می‌شود، فاز گسترده و فنی با امکانات مدرن آلودگی‌زدایی است که همزمان با روز پدافند غیرعامل (۸ آبان) افتتاح خواهد شد. به گفته علیرضا جلالی با افتتاح فاز ۴ و ۵ اورژانس شیمیایی در واقع از یک بیمارستان در مقیاسی کوچک بهره‌مند می‌شویم که ظرفیت قابل توجهی را در موضوع تروما به مجموع بیمارستان بقیه‌الله (عج) می‌افزاید.

فاز ۴ و ۵ اورژانس شیمیایی (ان بی سی) بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی بقیه‌الله (عج) با حضور رییس سازمان پدافند غیرعامل کشور افتتاح شد. علیرضا جلالی، رییس بیمارستان بقیه‌الله (عج) در آیین افتتاحیه اورژانس شیمیایی بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی بقیه‌الله (عج) گفت: «پروژه اورژانس جنگ‌های نوین از مأموریت‌هایی است که ستاد کل نیروهای مسلح به سپاه و از این طریق به بیمارستان بقیه‌الله (عج) ابلاغ کرده است. فاز نرم‌افزاری این پروژه از یکسال و نیم گذشته آغاز و از اواخر سال ۱۳۹۳ وارد فاز اجرایی شد.» پیش‌بینی اجرای پروژه اورژانس شیمیایی در سه فاز

در دیدار سفیر سوریه با وزیر بهداشت مطرح شد

گسترش روابط ایران و سوریه در حوزه تجهیزات پزشکی و دارو

اتخاذ تصمیمات عملیاتی برای کمک به سوریه در حوزه بهداشت، درمان و دارو باشد. به گفته دکتر هاشمی، ایران برای توسعه روابط با کشور سوریه به ویژه در حوزه تجهیزات پزشکی و دارو آمادگی دارد و در این حوزه از هرگونه کمکی دریغ نمی‌کند.

در این دیدار همچنین دکتر عدنان محمود سفیر سوریه، برای همکاری سوریه با وزارت بهداشت ایران اعلام آمادگی کرد. دکتر عدنان از وزیر بهداشت خواست تا ایران علاوه بر کمک به تامین دارو و تجهیزات پزشکی، زمینه ایجاد خط تولید دارو و ایجاد مراکز بهداشتی درمانی مورد نیاز در سوریه را نیز فراهم کند.

www.behdasht.gov.ir



وزیر بهداشت ایران و سفیر سوریه برای توسعه روابط و همکاری متقابل به ویژه در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی اعلام آمادگی کردند. دکتر عدنان محمود سفیر سوریه با دکتر سید حسن هاشمی وزیر بهداشت و درمان ایران دیدار کرد. دکتر هاشمی با اشاره به سفر وزیر بهداشت سوریه به ایران در آینده‌های نزدیک گفت: «این سفر می‌تواند زمینه‌ساز

معاون فنی اداره کل نظارت بر دارو و مواد مخدر

جایگاه سرمایه‌گذاری در صنعت داروسازی در حال رشد است

می‌کنند و چون بازارهای داخل انباشتگی دارند، بنابراین با عدم توسعه روبه‌رو می‌شوند.»
تحقیق و توسعه عامل پیشبرنده در هر رشته‌ای می‌تواند باشد اما کریمی نبود آن را یکی دیگر از دلایل رشد نکردن در توسعه صنعت داروسازی در کشور معرفی کرد: «هر شرکت دارویی یک واحد تحقیق و توسعه دارد اما متأسفانه این واحد در شرکت‌های دارویی چندان مورد اهمیت قرار نگرفته است. یکی از علت‌های آن هم تعریف نشدن صحیح و جامع روابط میان مراکز دانشگاهی و این صنعت است.»

fdo.behdasht.gov.ir

داروسازی به عنوان صنعتی پیش‌رونده و سودده همیشه برای سرمایه‌گذاری جذاب بوده است. به همین دلیل ایران با توجه به نیازهایی که در این حوزه احساس می‌شود باید بیش از پیش به این صنعت ورود پیدا کند. مصطفی کریمی معاون فنی اداره کل نظارت بر دارو و مواد مخدر سازمان غذا و دارو در رابطه با روند حرکت این صنعت در کشور گفت: «جایگاه سرمایه‌گذاری در صنعت داروسازی با توجه به ورود این صنعت به حوزه دانش‌های فنی بالا در حال رشد و ارتقا است.»
او دلیل توسعه نیافتن شرکت‌های داروسازی کشور را نداشتن سیاست‌گذاری‌های مفهومی و عملی دانست: «متأسفانه این شرکت‌ها صرفاً با دید بازار داخل کار



مدیر کل نظارت و ارزیابی دارو و مواد مخدر سازمان غذا و دارو خبر داد

واردات دارو افزایش نخواهد داشت

می‌زند. ضرورتی نمی‌بینیم که در داروهای مشابه تولید داخل، افزایش واردات داشته باشیم.»
چندی پیش و پس از توافق ایران با گروه ۱+۵، محمود نجفی‌عرب، رییس سندیکای صاحبان صنایع دارویی انسانی از اعلام آمادگی برخی شرکت‌های داروسازی خارجی برای همکاری‌های مشترک با ایران خبر داده بود و پیرصالحی نیز این خبر را تأیید کرده بود. او در این رابطه گفت: «در موضوع توافق، سرمایه‌گذاری خارجی می‌تواند در بحث نوسازی صنایع و در سرمایه‌گذاری‌های جدیدی که شرکت‌های خارجی به صورت مستقل یا به صورت شراکت با شرکت‌های ایرانی برای تولید داروهای جدید انجام می‌دهند، کمک تاثیر گذاری داشته باشد.»

Isna.ir

کمک کرد در مراد دارویی بتوانیم بحرانی را که در سال ۹۲ به وجود آمد، مدیریت کنیم.»
در این میان موضوع توازن واردات و صادرات دارو و چگونگی تنظیم بازار دارو پراهمیت است. پیرصالحی در رابطه با واردات دارو به کشور گفت: «امیدواریم پس از توافقی که صورت گرفت شاهد تحولات مثبتی در حوزه دارو باشیم. قطعاً پس از توافق افزایش واردات خواهیم داشت و میزان واردات در همان سقف یا کمتر خواهد بود. مامی خواهیم وارد بازارهای صادراتی شویم و از این فرصت استفاده کنیم و تراز دارویی خود را مثبت کنیم.»
او افزود: «میزان واردات دارو، همان سقف سابق است. افزایش واردات دارو مشکلی از ما حل نمی‌کند. تسهیل روابط مالی باعث می‌شود در زمان مناسب داروها را در اختیار داشته باشیم. افزایش واردات به صنعت ما لطمه

تحریم ایران قبل از توافق هسته‌ای به صورت غیرمستقیم بر روی ورود دارو به داخل کشور اثرات سوئی را به همراه داشت. در سال ۱۳۹۲ کشور با یک بحران دارویی مواجه شد. اکنون باید دید که پس از توافق هسته‌ای چه اتفاقاتی در حوزه دارو رخ خواهد داد. این در شرایطی است که مدیر کل نظارت و ارزیابی دارو و مواد مخدر به تازگی خبر از افزایش نیافتن واردات دارو و همچنین تلاش برای ورود ایران به عرصه صادرات دارو داده است.

در سال‌های گذشته، تحریم‌های بانکی و تحریم‌های دارویی به همراه سوءمدیریت داخلی زمینه‌ساز مشکلاتی در بازار داخلی دارو شد. کمبود دارو در تیر و مرداد سال ۹۲ به اوج خود رسید. به گفته دکتر مهدی پیرصالحی مدیر کل نظارت و ارزیابی دارو و مواد مخدر سازمان غذا و دارو در سال‌های ۹۱ و ۹۲ تحریم‌ها، در بازار دارویی کشور اثرات منفی برجای گذاشت به طوری که خیلی از بیماران دچار کمبودهای دارویی شدند. از طرفی برخی تجهیزاتی که شرکت‌های دارویی به آن نیاز داشتند نیز دچار تحریم شده بود. با روی کار آمدن دولت جدید و تمرکز وزارت بهداشت روی مسأله دارو شاهد شانه‌هایی از ثبات در این بازار بودیم. دولت توانست مشکل کمبود دارو را با اختصاص بودجه حل کند و بحران دارویی کمتر شود. انتظار می‌رود بعد از توافق هسته‌ای مشکلات دارو در داخل کشور بیش از پیش حل بشود. پیرصالحی گفت: «بعد از توافقات اولیه در لوزان شاهد تاثیراتی در زمینه دارو بودیم و این موضوع



سنتز پودر شیشه زیست فعال با استفاده از پوست تخم مرغ



محققان پژوهشگاه مواد و انرژی اقدام به ساخت آزمایشگاهی پودر شیشه زیست فعال با استفاده از پوست تخم مرغ کردند که در ساخت پودر ترمیم کننده دندان و پیوند استخوانی استفاده می شود. "بیو مواد" یکی از شاخه های جدید علم است که با توجه به گسترش روز افزون مواد مورد استفاده در ترمیم اندام ها و به ویژه ارتوپدی، مواد حاصل از آن در گروه کالاهای مهم قرار می گیرند. در این میان شیشه های زیست فعال که خواص زیادی دارند اهمیت پیدا می کنند. این ماده در تحقیقات مختلفی با کاربرد پیوند استخوانی یا با هدف رهایش دارو و مهندسی بافت مورد بررسی قرار گرفته است.

افزود: «ساختار متخلخل شیشه های تهیه شده به روش سل ژل، سبب بهبود چسبندگی سلولی می شود. از این نوع شیشه ها در ترمیم استخوان های مصنوعی گوش میانی و ایمپلنت های محافظ برای گوش بیرونی و دندان، تولید داربست های مهندسی و حامل های دارو استفاده می شود.»

مجرى طرح ساخت شیشه های زیست فعال با بیان این که این ماده در داخل کشور تولید نمی شود و هیچ یک از واحدهای تولیدی کاشتنی های جراحی در ایران، پودر شیشه زیست فعال تولید نمی کنند، گفت: «با توجه به این که تولید این محصول به تجهیزات خاصی نیاز ندارد و دانش تولید آن در کشور وجود دارد و روزانه ۱۳۰۰ تن پوست تخم مرغ دور ریخته می شود، به راحتی می توان محصولی ارزشمند را تولید کرد.»

عرب درباره شیوه طراحی و ساخت پودر شیشه زیست



فعال گفت: «ابتدا پودر پوست تخم مرغ حرارت داده شده و با استفاده از روش سل ژل و به کمک تری اتیل فسفات (TEP) و تترائیل اورتوسیلیکات (TEOS) به عنوان ماده اولیه سنتز خواهد شد. سوسپانسیون به دست آمده پس از خشک شدن به کوره منتقل شده تا فرآیند سینترینگ در دما و زمان مشخص انجام گیرد. تمامی مراحل فوق با استفاده از کلسیم نیترات (با دیگر نمک های کلسیم) به جای پوست تخم مرغ نیز انجام خواهد شد. در ادامه برای بررسی ترکیب فازی، آنالیز شیمیایی و مورفولوژی سطح، آنالیز FTIR، ICP، SEM، XRF، XRD و BET انجام می شود. در نهایت برای بررسی خواص زیستی نمونه، کشت سلولی انجام می شود و برای ارزیابی سرعت تکثیر، چسبندگی و فعالیت آکالاین فسفاتاز تکنیک های ALP، MTT و مطالعات مورفولوژیکی مورد استفاده قرار خواهند گرفت.»

نکته جالب این طرح استفاده از پوست تخم مرغ به عنوان ماده اولیه در سنتز پودر است. پوست تخم مرغ، ۱۱ درصد وزن یک تخم مرغ را تشکیل می دهد و شامل ۹۴ درصد کربنات کلسیم است. نتایج بررسی ها نشان داده اند استفاده از پوست تخم مرغ به عنوان منبع کلسیم، به جای نمک کلسیم، تولید پودر را بهینه می کند. همچنین، وجود مواد معدنی مانند منیزیم، استرانسیم و روی در پوست تخم مرغ می تواند سبب تحریک رشد سلولی شود.

رضا عرب، محقق دانشجوی دکترای مهندسی پزشکی پژوهشگاه مواد و انرژی پژوهشگاه مواد و انرژی و مجری طرح ساخت شیشه های زیست فعال از پوست تخم مرغ در گفت و گو با ماهنامه صنعت در مان گفت: «هدف نهایی از انجام این پژوهش، ساخت شیشه زیست فعال به روشی ساده و با استفاده از مواد طبیعی بیشتر در مقایسه با دیگر شیشه ها است.» او با اشاره به این که شیشه های تهیه شده به روش سل ژل به دلیل دمای فرآوری پایین تر، خلوص بالاتر و هموزنیته و فعالیت زیستی بیشتر دارند،

معاون اجرایی مرکز فوریت های پزشکی کشور خبر داد

اورژانس پیش بیمارستانی به ۸۰۰ دستگاه آمبولانس تجهیز می شود

اورژانس بیمارستانی است. ۳ اورژانس بیمارستانی در استان را در دستور کار داریم که در فازهای بعدی اعتبارات آن توزیع خواهد شد. پیش از این ۱۷ پایگاه اورژانس هوایی در مرکز استان خراسان جنوبی راه اندازی شده است. مهمترین کاربرد پایگاه های اورژانس هوایی در مناطق صعب العبور و حساس است. میعاد فرافزود: «باید آشیانه اوژانس هوایی در این استان احداث شود. در بحث حوادث بیمارستانی نیز بیمارستان صحرایی را در استان خراسان جنوبی داریم که باید تجهیز شده و از اعتبارات حوادث استانی در این زمینه کمک شود.»

farsnews.com



یکی از مشکلات اورژانس کشور فرسوده بودن آمبولانس ها است. معاون اجرایی مرکز فوریت های پزشکی از تجهیز اورژانس پیش بیمارستانی کشور به ۸۰۰ دستگاه آمبولانس جدید خبر داد.

وزیر بهداشت در پایان سال گذشته اعلام کرده بود اورژانس کشور به حدود ۲۵۰۰ دستگاه آمبولانس نیاز دارد که باید به تدریج خریداری شود. او همچنین خبر داده بود که در سال ۹۴ بیش از ۱۰۰۰ دستگاه آمبولانس به ناوگان اورژانس کشور افزوده می شود. جعفر میعادفر، معاون اجرایی مرکز حوادث و فوریت های پزشکی کشور در شورای هماهنگی مدیریت بحران خراسان جنوبی گفت: «در حوزه اورژانس پیش بیمارستانی ۸۰۰ دستگاه آمبولانس در سال آینده به این ناوگان اضافه می شود. این آمبولانس ها در در روند نوسازی ناوگان اورژانس کشور جایگزین می شوند.» به گفته میعادفر کارکرد آمبولانس ها برای تعویض، حداقل باید ۷ سال باشد و پس از آن نیز بر اساس نیاز بین پایگاه های اورژانسی توزیع می شود. «در حال حاضر در استان خراسان جنوبی بر اساس آمار ۲۸ دستگاه آمبولانس با سابقه ۷ سال وجود دارد که در این طرح قرار می گیرد.»

او همچنین از توسعه اورژانس بیمارستانی خبر داد: «یکی دیگر از دغدغه های ما بحث

فراخوان ثبت تجهیزات و ملزومات پزشکی منتشر شد

پیوست‌های بارگذاری شده در سایت اداره کل تجهیزات پزشکی هستند. همچنین در فاز اول ثبت کالاهای پزشکی، تمامی شرکت‌های واردکننده یا تولیدکننده باید اقدام به ثبت کالاهایی کنند که پیش از این سابقه ورود به کشور (از سال ۹۲ تا کنون) را داشته باشد.

فیلم رادیولوژی و اندیکاتور را اعلام کرد. متقاضیان می‌توانستند با انتخاب کالا یا کالاهای مورد نظر خود اقدام به ثبت درخواست ثبت وسیله پزشکی بکنند. از شرایط ثبت تجهیزات و ملزومات پزشکی می‌توان به این اشاره کرد که شرکت‌های تولیدکننده، مجاز به ثبت کالاهای ذکر شده در

اداره کل تجهیزات پزشکی در دو اطلاعیه شماره ۳۶ و ۳۷ فراخوان ثبت انواع سرنگ و باند همچنین فیلم رادیولوژی و اندیکاتور را اعلام کرد. اداره کل تجهیزات پزشکی در ادامه فراخوان‌های خود در ثبت تجهیزات و ملزومات پزشکی دو فراخوان دیگر با موضوعات ثبت انواع سرنگ و باند همچنین

اطلاعیه شماره ۳۶ طرح فراخوان و ثبت تجهیزات و ملزومات پزشکی:

ثبت انواع سرنگ و باند

از تمام شرکت‌های تولیدکننده و فعال در این حوزه خواست که برای ثبت انواع سرنگ و باند اقدام کنند. شرکت‌های تولیدی می‌توانستند از تاریخ ۲۴ تا ۳۱ مرداد امسال و به مدت هفت روز برای ثبت این تجهیزات اقدام کنند.

اداره کل تجهیزات پزشکی در اطلاعیه شماره ۳۶ خود که در تاریخ ۲۴ مردادماه منتشر شد،

ردیف	نام کالا	نام لاتین	کد umdns	گروه کالا
۱	باندازها-باندکشی	Elastic bandage	۱۰۲۷۹	مصرفی عمومی-مدیریت درمان-پوشش زخم
۲	باند طبی کنار بافت	Woven edge bandage	۱۰۲۷۴	مصرفی عمومی-مدیریت درمان-پوشش زخم
۳	باند سوختگی	Burn bandage	۱۰۲۷۴	مصرفی عمومی-مدیریت درمان-پوشش زخم
۴	باند طبی با بافت ساده	Plain Woven bandage	۱۰۲۷۴	مصرفی عمومی-مدیریت درمان-پوشش زخم
۵	گاز طبی استریل	Sterile gauze	۱۱۸۵۹	پوشش زخم-گازها
۶	آتل‌های فایبرگلاس	Fiberglass splints	۱۳۶۸۱	سپورت‌ها و تثبیت‌کننده‌ها
۷	باند زیر گچ	Under cast bandage	۱۰۶۶۵	سپورت‌ها و تثبیت‌کننده‌ها
۸	باند گچی	Plaster of paris bandage	۱۰۶۶۵	سپورت‌ها و تثبیت‌کننده‌ها
۹	باند فایبر گلاس	Fiberglass bandage	۱۰۶۶۵	سپورت‌ها و تثبیت‌کننده‌ها
۱۰	باند پلی‌استر	polyester bandage	۱۰۶۶۵	سپورت‌ها و تثبیت‌کننده‌ها
۱۱	آتل‌های پلی‌استر	polyester splints	۱۳۶۸۱	سپورت‌ها و تثبیت‌کننده‌ها
۱۲	آتل گچی	Plaster of paris splint	۱۳۶۸۱	سپورت‌ها و تثبیت‌کننده‌ها
۱۳	سرنگ انسولین لوئر لاک	Insulin luer lock	۲۰۲۷۳	مصرفی عمومی - اینفیوژن و اینجکشن - سرنگ‌ها
۱۴	سرنگ انسولین لوئر اسلیپ	Insulin luer slip	۲۰۲۷۱	مصرفی عمومی - اینفیوژن و اینجکشن - سرنگ‌ها
۱۵	سرنگ انسولین سوزن ثابت	Insulin fixed needle	۲۰۲۷۵	مصرفی عمومی - اینفیوژن و اینجکشن - سرنگ‌ها
۱۶	سرنگ محافظ دار (نیدل استیک) لوئر لاک	Protective luer lock	۲۰۲۶۰	مصرفی عمومی - اینفیوژن و اینجکشن - سرنگ‌ها
۱۷	سرنگ محافظ دار(نیدل استیک) لوئر اسلیپ	Protective luer slip	۲۰۲۵۸	مصرفی عمومی - اینفیوژن و اینجکشن - سرنگ‌ها
۱۸	سرنگ محافظ دار(نیدل استیک) سوزن ثابت	Protective fixed needle	۲۰۲۶۲	مصرفی عمومی - اینفیوژن و اینجکشن - سرنگ‌ها
۱۹	سرنگ لوئر لاک	luer lock	۲۰۲۵۹	مصرفی عمومی - اینفیوژن و اینجکشن - سرنگ‌ها
۲۰	سرنگ لوئر اسلیپ	luer slip	۲۰۲۵۷	مصرفی عمومی - اینفیوژن و اینجکشن - سرنگ‌ها
۲۱	سرنگ سوزن ثابت	fixed needle	۲۰۲۶۱	مصرفی عمومی - اینفیوژن و اینجکشن - سرنگ‌ها
۲۲	سرنگ گاواژ	Irrigation syringe	۹۹۷۰۷	مصرفی عمومی - اینفیوژن و اینجکشن - سرنگ‌ها
۲۳	سرنگ خود تخریب	Auto disable syringe(AD)	۹۹۷۰۶	مصرفی عمومی - اینفیوژن و اینجکشن - سرنگ‌ها

طب اورژانس، اولویت اول بیمارستان‌های ناجا است

معاون بهداشت، امداد و درمان نیروی انتظامی از طب اورژانس به عنوان اولویت اول بیمارستان‌های نیروی انتظامی نام برد.

سردار سید محمد رضا سیداحمدیان معاون بهداشت، امداد و درمان نیروی انتظامی با تأکید بر این که پیشرفت اورژانس در هر بیمارستانی نشان از توجه ویژه به سلامت بیماران دارد گفت: «موضوع اورژانس در سال‌های گذشته اهمیت ویژه‌ای یافته است. اورژانس خوب با استانداردهای لازم یکی از معیارهای ارزشیابی بیمارستان‌هاست.»

او اولویت اول هشت بیمارستان ناجا با نام‌های بیمارستان ولیعصر (عج)، بیمارستان امام سجاد (ع)، بیمارستان ثامن الائمه (ع)، بیمارستان خاتم الانبیا (ص)، بیمارستان سیدالشهدا (ع)، بیمارستان فاطمه زهرا (س)، بیمارستان ایران و مرکز امام علی (ع) را طب اورژانس دانست: «تلاش داریم اورژانس بیمارستان‌های خود را از لحاظ فیزیکی و ساختاری، مطابق با استانداردهای وزارت بهداشت و سازمان‌های جهانی، تکمیل و تجهیز کنیم.»

به گفته سردار سیداحمدیان کارکنان پزشکی و پرستاران اورژانس باید دوره‌های آموزشی را سپری کنند. او همچنین تعداد متخصصان طب اورژانس فعال در بیمارستان‌های ناجا را ۹ نفر اعلام کرد. «هفت تن از فارغ‌التحصیلان این رشته در تهران و دو تن دیگر در شهرستان‌های کشور مشغول فعالیت هستند که در آینده تعداد آنها بیشتر می‌شود. داشتن اورژانس خوب نشانگر آن است که برای سلامت کارکنان خود اهمیت ویژه‌ای قائل هستیم.»

«خطای پزشکی، اصطلاحی است که در دنیای پزشکی رخ می‌دهد و شامل درصدی است که ناخودآگاه اتفاق می‌افتد.» این را معاون بهداشت، امداد و درمان نیروی انتظامی گفت. او ادامه داد: «در صورتی که خطای پزشکی از درصد پذیرفته شده بالاتر از نرم جهانی باشد، خوب نیست. باید در این مورد از سوی متخصصان بررسی دقیق انجام بشود. هدف ما این است که خطای پزشکی نزدیک به صفر شود اما در هیچ کجای دنیا، خطای پزشکی صفر نیست.»

farsnews.com



اطلاعیه شماره ۳۷ طرح فراخوان و ثبت تجهیزات و ملزومات پزشکی: فراخوان ثبت فیلم رادیولوژی و اندیکاتور

فراخوان شماره ۳۷ ثبت تجهیزات و ملزومات پزشکی اداره کل تجهیزات پزشکی مربوط به ثبت فیلم رادیولوژی و اندیکاتور است. بنابراین فراخوان شرکت‌های تولید کننده و واردکننده هفت روز فرصت داشتند که نسبت به ثبت این تجهیزات اقدام کنند. تاریخ ذکر شده در این فراخوان از ۲۷ مرداد تا چهارم شهریور امسال بود. ثبت دستگاه‌های فشار خون سنج دیجیتالی و عقربه‌ای، گوشی پزشکی، کیسه آب گرم، فیلم رادیولوژی و اندیکاتورهای استریل در این فراخوان اعلام شد.

ردیف	نام کالا	نام لاتین	کد umdns	گروه کالا
۱	فشارسنج دیجیتال	Electronic sphygmomanometer	۱۶۱۵۷	تجهیزات پزشکی/داروخانه‌ای/دستگاه‌های داروخانه‌ای و مراقبت خانگی / فشارسنج / فشارسنج دیجیتال
۲	فشارسنج عقربه‌ای	Aneroid sphygmomanometer	۱۶۱۵۶	تجهیزات پزشکی/داروخانه‌ای/دستگاه‌های داروخانه‌ای و مراقبت خانگی / فشارسنج / فشارسنج عقربه‌ای
۳	گوشی پزشکی	Stethoscope	۱۳۷۵۰	تجهیزات پزشکی/داروخانه‌ای/دستگاه‌های داروخانه‌ای و مراقبت خانگی / گوشی پزشکی
۴	کیسه آب گرم	Hot water	۱۲۰۴۲	تجهیزات پزشکی/داروخانه‌ای/دستگاه‌های داروخانه‌ای و مراقبت خانگی / کیسه آب گرم
۵	اندیکاتورهای استریلیزاسیون	Sterilization indicator	۱۳۷۳۴ ۱۳۷۳۲	تجهیزات بیمارستانی/دستگاه‌های بیمارستانی/شستشو و استریل / مصرفی شستشو و استریل/اندیکاتورهای استریلیزاسیون
۶	فیلم رادیولوژی	X-Ray film	۱۶۵۱۷ ۹۹۸۱۶	تجهیزات پزشکی/تصویربرداری / مصرفی های تصویربرداری / فیلم‌های تصویربرداری

سامانه Distributed Server (DS) را برای مدیریت سامانه پکس به صورت جامع و در حالت گروه‌های بیمارستانی وابسته (مانند دانشگاه‌های علوم پزشکی) معرفی کرده است. در سامانه DS، سرور اصلی پکس در دیتاسنتر بیمارستان اصلی (و یا دیتاسنتر دانشگاه علوم پزشکی) قرار می‌گیرد و در دیگر بیمارستان‌های مجموعه دانشگاهی، تنها یک سرور بایگانی (Cache Server) مورد نیاز است که این سرور بایگانی (Cache Server) در هر بیمارستان دارای قابلیت‌های زیر است:

- دریافت، ذخیره و بازیابی (Retrieve) تصاویر از دستگاه‌های تصویربرداری بیمارستان (مدت زمان ذخیره تصاویر به صورت موقت در بیمارستان کاملاً قابل تعریف است)
- ارتباط دوطرفه با سرور اصلی شامل بارگذاری تصاویر و گزارش‌های به دیتاسنتر، پیاده‌سازی تصاویر از دیتاسنتر و مدیریت بایگانی تصاویر

- عملکرد مستقل هر بیمارستان در شرایط اورژانسی (چنانچه به هر دلیلی ارتباط سامانه پکس بیمارستان با دیتاسنتر قطع شود، هر مرکز قادر به استفاده از سامانه پکس مستقل خود خواهد بود و به محض برقراری ارتباط مجدد با دیتاسنتر، تصاویر و گزارش‌های هر مرکز با دیتابیس اصلی در دیتاسنتر مطابق (Sync) خواهند شد) از مراکز معتبر بین‌المللی که از سامانه اینفینیت دی‌اس (INFINITT DS) در حال بهره‌برداری است، می‌توان به مراکز زیر اشاره کرد:

۱. مجموعه بیمارستانی دیگناستیکوم اینگل استات (Diagnosticum Ingolstadt) در آلمان؛ شامل شش بیمارستان
۲. مجموعه بیمارستانی ردرسرو (Radserv) در آلمان؛ شامل ده بیمارستان
۳. مجموعه بیمارستانی پارک وی (Parkway) در سنگاپور؛ شامل هفت بیمارستان
۴. مجموعه بیمارستانی بیوگلو (Beyoglu Region) در ترکیه؛ شامل یازده بیمارستان
۵. مجموعه بیمارستانی منطقه آنتالیای جنوبی (South Anatolia Region) در ترکیه؛ شامل چهارده بیمارستان
۶. مجموعه بیمارستانی (Diagnostic Radiology - ical Services Inc) در آفریقا جنوبی؛ شامل شش بیمارستان
۷. مجموعه بیمارستانی دانشگاه پزشکی چین (China Medical Univ. Hospital) در تایوان؛ شامل ده بیمارستان



راه‌اندازی اولین پروژه پکس جامع در ایران

به‌روزرسانی این سیستم‌ها با آخرین فناوری روز دنیا را به‌عهده دارد. این شرکت با دارا بودن بیش از ۳۰۰۰ مرکز نصب در بیش از ۳۰ کشور دنیا از جمله آمریکا، آلمان، ایتالیا، انگلستان، برزیل، شیلی، ژاپن، مالزی و ... در سال‌های ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۲ موفق به دریافت رتبه ۱ و در سال ۲۰۱۳ موفق به کسب رتبه ۱ از نظر رضایت خریداران و پیشرو بودن در فناوری‌های جدید در میان دیگر پکس‌های روز دنیا از طرف مؤسسه کیفیت‌سنجی KLAS در آمریکا شده است.

معرفی سیستم Distributed Server (INFINITT DS) برای پروژه‌های جامع پکس دانشگاهی

در کشور ما گروه‌های بیمارستانی شامل چندین بیمارستان و کلینیک وابسته هستند (مانند دانشگاه‌های علوم پزشکی) که پیاده‌سازی سیستم پکس در آنها عمدتاً به صورت گسسته و بدون ارتباط با دیگر مراکز درمانی و غیرمترکز صورت پذیرفته است. اشکالات عمده این روش پیاده‌سازی عبارتند از: پراکندگی اطلاعات بیماران در مراکز و امنیت پایین اطلاعات، نبود ارتباط و تراکنش اطلاعات میان مراکز، نبود امکان توسعه و ارتقا سیستم، نبود امکان به اشتراک‌گذاری قابلیت‌های سامانه پکس میان مراکز، هزینه بالای سخت‌افزار به صورت مجزا برای هر مرکز و ...

شرکت اینفینیت (INFINITT Healthcare Co)،

شرکت شیمای پرتو به عنوان یکی از پیشگامان دستگاه‌های تصویربرداری پزشکی در ایران با پیشینه‌ای درخشان در زمینه فروش و خدمات پس از فروش و عرضه‌کننده راهکار PACS به عنوان نماینده انحصاری شرکت اینفینیت هلث‌کو (INFINITT Healthcare Co) کره جنوبی و اولین دارنده مجوز اداره تجهیزات پزشکی در ایران، تاکنون توانسته است به یاری خداوند متعال و تکیه بر مساعی و همت کارکنان پر تلاش خود در بیش از ۳۰ مرکز آموزشی و درمانی میهن عزیزمان از جمله بیمارستان‌های میلاد تهران، امام خمینی (ره) تهران، مسیح دانشوری تهران، لاله تهران، خاتم الانبیا (ص) تهران، رضوی مشهد، نمازی شیراز و ... نرم‌افزار پکس را نصب و راه‌اندازی کند.

معرفی شرکت اینفینیت هلث‌کو (INFINITT Healthcare Co)

شرکت اینفینیت (INFINITT) با بیش از ۱۵ سال سابقه و دانش تخصصی و با به‌کارگیری ۵۱۶ نفر نیروی مجرب در سراسر دنیا، در حوزه انفورماتیک پزشکی، PACS، اطلاعات بیمارستانی از جمله RIS، 3D Advanced Visualization، CIS و ... فعالیت می‌کند. بخش توسعه و تحقیق (R&D) این شرکت نیز با به‌کارگیری ۱۳۳ نفر نیروی فوق تخصصی مسئولیت

اورژانس، ۲۹ بخش بستری در چهار گروه داخلی، جراحی، ویژه و کودکان، ۹ بخش پاراکلینیک و ۹ بخش سرپایی دارد و سالانه حدود ۲۴،۰۰۰ مورد بستری و ۱۶،۰۰۰ مورد عمل جراحی در این بیمارستان انجام می‌شود.

معرفی بیمارستان شهید فقیهی شیراز

بیمارستان شهید دکتر فقیهی یکی از مهمترین بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز است که ۱۸ بخش بستری و ۱۲ بخش پاراکلینیک دارد که بخش اتفاقات این بیمارستان، مجهزترین مرکز اورژانس شهر شیراز است و در تمام مدت ۲۴ ساعت به بیماران فوری (بد حال) و مجروحان تصادف‌ها و سوانح خدمات می‌دهد.

معرفی بیمارستان شهید رجایی شیراز

بیمارستان شهید رجایی شیراز یکی از مجهزترین بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی دانشگاه علوم پزشکی شیراز است. این بیمارستان شامل بخش‌های درمانی، درمانگاه تخصصی، واحدهای پاراکلینیک، آزمایشگاه، رادیولوژی، فیزیوتراپی، بخش‌های بستری، آی‌سی‌یو (ICU)، پست آی‌سی‌یو (Post ICU)، وی‌آی‌پی (VIP)، سی‌تی‌اسکن (CT SCAN) و اتاق عمل است.

معرفی بیمارستان شهید چمران شیراز

هم‌اکنون بیمارستان دکتر چمران با ۲۸۵ تخت ثابت به عنوان یکی از مهمترین مراکز تروما و ارتوپدی کشور فعالیت می‌کند و دارای بخش‌های اتاق عمل، اورژانس، اسکرین، جراحی مغز و اعصاب، داخلی اعصاب (نورولوژی)، فوق تخصصی، جراحی فک و صورت، بخش ارتوپدی، ICU، توانبخشی و دیگر واحدهای پاراکلینیک و درمانگاهی است.

معرفی درمانگاه امام رضا (ع) و درمانگاه شهید مطهری شیراز

درمانگاه‌های تخصصی و فوق تخصصی امام رضا (ع) و شهید مطهری شیراز با بهرمندی از حضور استادان نامدار و مطرح بین‌المللی دانشگاه علوم پزشکی شیراز ماهیانه به حدود یک میلیون بیمار، از اقصی نقاط میهن اسلامی در سراسر کشور خدمات رسانی می‌کنند و مرکزی منحصر به فرد است. در این درمانگاه علاوه بر ویزیت بیماران، خدمات تشخیصی متعدد پیشرفته، با استفاده از فناوری‌های جدید جهانی ارائه می‌شود.

از مراکز پیشرو در کشور همواره زیانزاد بوده است. دانشگاه علوم پزشکی شیراز با هدف ارتقاء سطح سلامت و برای اصلاح و بهبود روش‌های تولید و بایگانی تصاویر پزشکی، با ایجاد امکان جابه‌جایی اطلاعات بیماران به جای جابه‌جایی بیماران در سطح استان، فراهم‌آوری فضای مناسب برای تشخیص بهتر پزشکان و استفاده از اطلاعات استادان و مشاوره با آنها در تمام استان و همچنین فراهم کردن بستری مناسب برای پژوهش‌ها و مطالعه استادان پزشکی و پژوهشگران، افزون بر جلوگیری از اتلاف سرمایه‌های خود، اقدام به پیاده‌سازی سامانه پکس جامع (Enterprise PACS) در استان برای اولین بار در کشور کرد که شرکت شیما پرتو با همکاری شرکت اینفینیت هلت کر (INFINITT Healthcare Co)، مفتخر به نصب و راه‌اندازی این پروژه عظیم است. در برنامه سامانه پکس جامع دانشگاه علوم پزشکی شیراز، بیمارستان‌های نمازی، شهید فقیهی، شهید رجایی، شهید چمران و درمانگاه‌های امام رضا (ع) و شهید مطهری به سامانه اینفینیت (INFINITT PACS) مجهز شده‌اند و در هر یک از بیمارستان‌های فوق، روزانه به طور میانگین به ترتیب ۵۸۰، ۲۳۰، ۳۵۰ و ۳۴۰ بیمار در واحد تصویربرداری پذیرش و تصاویر آنها در سامانه پکس بایگانی می‌شود.

در بیمارستان‌های نمازی و شهید فقیهی که از سه سال پیش به این سامانه مجهز بوده، علاوه بر بایگانی تصاویر در سیستم پکس، اطلاعات پرونده بیمار و همچنین گزارش پزشکان به صورت فایل صوتی، در سامانه پکس و در کنار تصاویر بیمار بایگانی می‌شود.

آشنایی با دانشگاه علوم پزشکی شیراز

قریب به ۶۰ سال پیش، هسته اولیه دانشگاه علوم پزشکی شیراز با تاسیس آموزشگاه عالی بهداری در سال ۱۳۲۵ برای تربیت متخصصان در دوره‌های چهار ساله شکل گرفت. این دانشگاه علاوه بر کیفیت مطلوب آموزشی و پژوهشی با انجام فعالیت‌های درمانی پیچیده‌ای مانند پیوند کبد، قلب، کلیه و دیگر درمان‌های پیشرفته، به بیماران و نیازمندان خدمات مطلوب ارائه می‌کند و به عنوان یکی از بزرگترین و معتبرترین دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و خاورمیانه مشغول فعالیت است.

معرفی بیمارستان نمازی شیراز

بیمارستان نمازی، یک بیمارستان عمومی، آموزشی و فوق تخصصی است که یک بخش معاینه اولیه، چهار بخش

قابلیت‌های سامانه اینفینیت دی اس (INFINITT DS)

توسعه آسان در آینده

افزایش شدن بیمارستان‌ها و مراکز درمانی جدید به این سیستم به راحتی و در کوتاه‌ترین زمان و با کمترین هزینه.

دسترسی راحت کاربران

امکان دسترسی کاربران از یک بیمارستان (با در نظر گرفتن مسایل امنیتی) به اطلاعات مراکز دیگر و مشاهده تصاویر.

نگهداری اطلاعات متمرکز و ایمن بیماران

تصاویر هر بیمارستان به صورت آنلاین (با زمان بندی شده) به دیتاست فرستاده و بایگانی می‌شود و دیتاست مرجع دارای تصاویر تمامی بیمارستان‌ها و مراکز متصل به سامانه اینفینیت دی اس (INFINITT DS) است که مدیریت اطلاعات را آسان و مطمئن می‌سازد.

صرفه‌جویی در هزینه

در مراکز بیمارستانی وابسته، سخت‌افزار سرور و ذخیره‌سازی با مشخصات متوسط و قیمت پایین کفایت خواهد کرد.

تله رادیولوژی

رادیولوژیست مستقر در هر بیمارستان می‌تواند تصاویر دیگر بیمارستان‌های مجموعه دانشگاهی را ببیند و گزارش را به صورت آنلاین در قالب فایل صوتی و یا متنی ثبت کند.

مجتمع بودن لیسانس خریداری شده

لیسانس خریداری شده به صورت مجتمع (Floating License) در مجموعه بیمارستانی به اشتراک گذاشته می‌شود و در تمامی مراکز مجموعه دانشگاهی و برای کاربران مختلف از هر مرکز درمانی، قابل استفاده است.

معرفی نخستین طرح پکس جامع در ایران در

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

امروزه در بسیاری از کشورهای دنیا طرح‌های بزرگی برای ایجاد پرونده الکترونیک سلامت اجرامی‌شود. دیجیتال شدن سیستم‌های تصویربرداری پزشکی و راه‌اندازی سامانه‌های پکس از پیش فرض‌های اولیه تشکیل پرونده الکترونیکی بیماران است. پیشرفت فناوری دستگاه‌های تصویربرداری و سامانه پکس اثر عمیق و اساسی در روش‌های تشخیص بیماری‌ها به وجود آورده است و در کشور ما نیز حرکت‌هایی در این زمینه انجام شده که دانشگاه علوم پزشکی شیراز در این زمینه به‌عنوان یکی

رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس

بهره‌مندی ۱۰۰ درصد مراکز بهداشتی روستایی و دورافتاده کشور از حضور پزشکان

پزشکان به شهر خودشان و هزینه هواپیمای آنها رقم قابل توجهی است. هر پزشکی حاضر نمی‌شود به این مناطق محروم برود.»

۱۰۰ درصد مراکز بهداشتی روستایی و دورافتاده کشور طبق آمار وزارت بهداشت از حضور پزشکان عمومی بهره‌مند شده‌اند. تاکنون ۲۸۰۰ پزشک عمومی به این مناطق رفته و مستقر شده‌اند. با اجرای این برنامه ۲۹۱ بیمارستان در ۳۳۱ شهر محروم و کم‌برخوردار کشور از خدمات ۵۴۵۰ پزشک عمومی، متخصص و فوق تخصص برخوردار شدند.

به گفته دکتر شهریاری یکی از مشکلات حل نشده این است که اختلاف درآمد میان پزشکان عمومی و متخصص خیلی زیاد است برای همین پزشکان عمومی خیلی انگیزه دارند که هر طور شده، در آزمون دستیاری قبول و متخصص بشوند. وی افزود: «باید اختلاف درآمد پزشکان عمومی و متخصص را به اندازه معقولی برسانیم که پزشکان در مناطق محروم بمانند.»



محروم پرداخت‌های تشویقی داده شد. به طوری که به گفته دکتر شهریاری از نظر مالی طوری برنامه‌ریزی شده است که پزشکان برای حضور در این مناطق اقناع بشوند: «گاهی در رسانه‌ها از درآمدهای بالای ۱۰ میلیون تومان برای پزشکان عمومی صحبت می‌شود. این درآمدها برای کسانی است که در مناطق خیلی محروم و گاه ناامن که هزار گاهی یک مسأله امنیتی در آنجا رخ می‌دهد، مستقر شده‌اند.»

مناطق محروم امکانات رفاهی ندارد و پزشکان با مشکلاتی در این مناطق روبه‌رو هستند: «رفت و آمد این

افزایش حضور پزشکان عمومی در مناطق محروم یکی از اتفاقات مثبت در دولت جدید بود. تاکنون ۱۰۰ درصد مراکز بهداشتی روستایی و دورافتاده کشور از حضور ۲۸۰۰ پزشک عمومی بهره‌مند شده‌اند.

کمیسیون پزشکی در مناطق محروم از عوامل نارضایتی مردم در گذشته بود. وزارت بهداشت تلاش کرد تا با متناسب‌سازی حقوق پزشکان عمومی این نقص را جبران کند.

دکتر حسینعلی شهریاری، رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس گفت: «برخورداری مراکز بهداشتی - درمانی در تمام روستاها از پزشک عمومی اتفاقی مثبت در این دولت بوده است. اکنون حتی در دورترین روستاها و محروم‌ترین مناطق سیستان و بلوچستان نیز پزشک عمومی حضور دارد.»

دغدغه مالی برای پزشکان یکی از مسایل مهم برای ماندگاری پزشکان در مناطق محروم بود. وزارت بهداشت در این زمینه نیز برنامه‌هایی داشته است و برای ترغیب پزشکان به فعالیت و ماندگاری در مناطق

Irma.ir

معاون سازمان غذا و دارو

شورای دارویی تشکیل می‌شود

به گفته نیک‌فر با مروری بر وضعیت کشورهای دنیا مشخص می‌شود اگر ۱۸ تا ۲۲ درصد از کل داروهای ثبت شده در هر گروه دارویی وجود داشته باشد یک دسترسی کاملاً مناسب است. در حالی که ایران ۵۰ درصد داروهای ثبت شده سرطان در دنیا را به خود اختصاص داده که می‌توان گفت دسترسی کشور ما در این باره بیش از دو برابر برخی کشورهاست: «نگاهی که به دسترسی کمتر مردم ایران به داروهای سرطان وجود دارد ناشی از آن است که متأسفانه بیماری درمان‌ناپذیری است و انتظارات بیماران این است که دارویی که در دنیا برای درمان با کیفیت بهتری وجود دارد در دسترس قرار داشته باشد.»

www.mehrnews.com

رابطه با داروهای جدیدی که در بازار دارویی ایران مجاز به استفاده خواهند شد تصمیم‌گیری می‌کند. «پس از تصمیم‌گیری و موافقت این شورا شرکت‌های دارویی می‌توانند اقدام به ثبت، تولید و واردات دارو کنند.»

معاون تحقیق و توسعه سازمان غذا و دارو درباره وضعیت ثبت داروها در کشور گفت: «هر دارویی که در دنیا تولید می‌شود دارای یک کد است. تمام داروهای دنیا دارای کد منحصر به خود هستند اما هر دارویی که در لیست داروهای مجاز وجود دارد در همه کشورهای دنیا مجاز به استفاده در آن کشور نیست؛ چرا که در چارچوب سیاست‌گذاری‌های آن کشور، تصمیم گرفته می‌شود که چه داروهایی به بازار دارویی عرضه شود.»

معاون تحقیق و توسعه سازمان غذا و دارو از تشکیل شورای تصمیم‌گیری درباره شیوه ورود و دسترسی عمومی به داروها، متشکل از افراد حقیقی و حقوقی، خبر داد.

شکوفه نیک‌فر در «همایش دسترسی عادلانه به درمان‌های نو، حق هر بیمار» که در هتل اسپیناس تهران برگزار شد، از تشکیل شورای دارویی خبر داد. او گفت: «برای شیوه دسترسی به دارو، شورای تصمیم‌گیری در وزارت بهداشت تشکیل شده که این شورا متشکل از افراد حقیقی، متخصص و پزشک است. همچنین متخصصان اقتصاد سلامت و اقتصاد دارو، نمایندگان مراکز متولی از جمله سازمان نظام پزشکی و بیمه‌ها نیز در آن حضور دارند.»

این شورا در سازمان غذا و دارو تشکیل می‌شود و در

پرونده

کاهش هزینه‌های درمان در فرایند صنعتی سازی

چند سالی است نام دیوی شتی، جراح هندی و شیوه‌درمانی او بر زبان‌ها افتاده است. او شیوه‌ای از درمان رادر بیمارستان‌های خود به اجرا گذاشته که افزون بر افزایش کیفیت درمان، هزینه عمل جراحی باز قلب را به ۲۰۰۰ دلار کاهش داده است. این شیوه را صنعتی‌سازی خدمات درمانی می‌خوانند و دکتر شتی راهنری فورد جراحی قلب می‌شناسند. در پرونده این شماره به معرفی دیوی شتی و روش صنعتی‌سازی خدمات درمانی پرداخته‌ایم و امکان اجرا شدن صنعتی‌سازی خدمات درمانی رادر حوزه سلامت و درمان بررسی کرده‌ایم.





خدمات در مانی صنعت است

هنگامی که از صنعتی سازی سخن به میان می آید معنایش سوق دادن تولید از شکل سنتی به سمت صنعتی شیوه صنعتی است. تولید صنعتی یعنی صرفه جویی در هزینه‌ها با به کار بردن اقتصاد معیار. اما باید به یاد داشت که صنعتی سازی هدف نیست وسیله است صنعتی سازی نه هدف ایده آل است و نه به ذات مقدس است. این روش وسیله‌ای برای کاهش هزینه تمام شده تولید است. روشی که به ما می آموزد چگونه می توانیم با نهاده کمتر ستانده بیشتر داشته باشیم و همزمان می توان کیفیت را هم افزایش داد. صنعتی سازی یعنی راهکاری برای افزایش کیفیت همراه با قیمت کمتر. به عنوان نمونه می توان به خوبی استفاده از این روش را در کشور چین دید. در حال حاضر چین سفری را شروع کرده است که در آن هر سال کیفیت محصولاتش را ۴ تا ۵ درصد بهتر و قیمت محصولاتش را ۴ تا ۵ درصد کمتر می کند. سفری که ژاپن ۵۰ سال پیش شروع کرد و کره هم همین مسیر را طی کرد حالا هند هم به مسافران این سفر پیوسته است.

روپا کاکاوند

در صنایع دیگر نیز تولید کشور با همین مشکل اداره سنتی امور مواجه است. ماصنعت کفش نداریم یعنی کارخانه‌های بزرگ کفش سازی ما کمتر از ۵ واحد هستند که آنها هم چندان موفق نیستند به جایش ۱۳ هزار واحد کفافی داریم که با کمتر از ۱۰ اداره می شوند به همین دلیل است که به صنعت کفش سازی چین باخته ایم. در صنعت مبیل سازی هم شرایطمان همین گونه است. ما هیچ کارخانه مبیل سازی در کشور نداریم که به عنوان مثال ۵ هزار نفر در آن مشغول به کار باشند اما به جایش تا خواهید کارگاه‌های مبیل سازی زیر ۱۰ نفر داریم، نتیجه اش هم این است که مبیل سازی ایران نیز به صنعت مبیل ترکیه، مالزی و چین باخته است و آنها بازار کشور را در دست گرفته اند. آنها کالاهایشان را باقیمت پایین تر و کیفیت بهتر روانه بازار ایران کرده اند و ما هم اگر می خواهیم از قافله عقب نمانیم و جایگاه

گندم است اما به جای این که کشاورزی های بزرگی داشته باشیم که هر ساله ۵۰۰ تا هزار تن گندم تولید کنند، ۱۰ میلیون کشاورز داریم که هر کدام مقدار کمی گندم تولید می کنند. نتیجه چنین رفتار سنتی این است که هر سال قیمت تمام شده تولید گندم بالاتر می رود. در تولید شیر هم همین شرایط حاکم است چرا که تولید یک کیلو شیر به شیوه صنعتی در ایران با ۵۲۰ گرم نهاده انجام می شود اما تولید کننده ای که به شیوه سنتی کار می کند با یک کیلو گرم نهاده یک کیلو شیر تولید می کند در نتیجه قیمت کالایش نیز بالاتر می رود. از سوی دیگر واحدهای صنعتی بزرگ که امکان تولید بالادارند خریدار بزرگتری برای نهاده ها محسوب می شوند، بنابراین قدرت چانه زنی بیشتری برای خرید نهاده با قیمت پایین تر دارند که باز هم موجب پایین آمدن قیمت تمام شده کالا می شود.

نتیجه این سفر به دست گرفتن نبض بازار است. همان گونه که زمانی ماشین هیوندا را قبول نداشتند و حالا آن را به عنوان یک خودرو خوب پذیرفته اند تا چند سال دیگر هم شاهد خواهیم بود که اجناس چینی که اکنون خوش نام نیستند با کیفیت، بازار را به دست می آورند. صنعتی سازی سفری است برای افزایش کیفیت و کاهش قیمت و هر تولید کننده ای که نتواند خودش را با این سفر همراه کند و هر سال کیفیتش را کمی بهتر کند و قیمتش را کمی کاهش دهد، بازنده خواهد بود و به زودی از میان خواهد رفت. این قاعده صنعت است. اتفاقی که در ایران شاهد خلاف آن هستیم. تولید کنندگان داخلی هر سال از کیفیت کالاهایشان می کاهند و کمی به قیمت هایشان می افزایند چرا که تولید صنعتی هنوز نتوانسته است جایگاه خود را در تولید داخلی باز کند. به عنوان نمونه ایران تولید کننده



خرید می‌کند. خدمات درمانی هم همین گونه است. در خدمات درمانی هم باید به برند بیمارستان اعتماد کرد نه برند پزشک. نکته ظریف همین جا است. بیمار اصلاً نیازی ندارد جراح را ببیند. راننده موقعی راننده است که پشت فرمان ماشین است در غیر از این مواقع راننده نیست. جراح هم تنها در اتاق عمل جراح است و نباید در غیر از این مواقع بیمار را ببیند. ابتدای کار نیز نباید بیمار سراغ جراح برود بلکه یک پزشک با حوصله باید بیمار را ببیند و بعد اگر تشخیص داد نیاز به جراحی است او را به اتاق عمل بفرستد آنجا هم مهم نیست که چه کسی جراحی را انجام می‌دهد چون برند بیمارستان انجام کار را با استاندارد و با کیفیت تضمین می‌کند.»

علاوه بر این که در صنعتی سازی به دلیل حاکمیت استانداردها تمام جراح‌های با کیفیت و شیوه یکسان اعمال می‌شوند انحراف معیار به کمترین حد ممکن می‌رسد. همان گونه که در صنعتی سازی یک کالا، اگر یک میلیون از آن تولید همه شبیه هم هستند و کوچک‌ترین تفاوتی باهم ندارند در موارد انسانی مانند جراحی نیز هنر صنعتی سازی این است که اگر ده نفر جراح ده جراحی را انجام دهند، خروجی هر ده جراح یکی باشد. در صنعتی سازی بخش درمان، جراح تنها روی جراحی تمرکز دارد و بنابراین استاندارد دیگه دیگران برایش تعیین کرده‌اند و آموزشی که دیده‌اند، عمل می‌کند. در این روش تمام جراحان باید بر اساس پروتکلی که برایشان تعیین شده، عمل کنند. حتی

آمریکا را خدمات شامل می‌شود، حدود ۱۷ درصد را صنعت و ۳ درصد را هم کشاورزی تشکیل می‌دهد. در سنگاپور بالای ۹۰ درصد و در انگلیس ۸۵ درصد بخش اقتصادی کشور مربوط به خدمات است. خدمات زیادی وجود دارند که در حال حاضر در دنیا به عنوان یک صنعت شناخته می‌شوند مانند صنعت گردشگری، صنعت بانک‌داری، صنعت هتل داری، صنعت حمل و نقل، صنعت بیمه و همچنین صنعت درمان. در حالی که در ایران هنوز بسیاری از این خدمات به شکل صنعتی در نیامده‌اند. و درمان نیز یکی از همین خدمات است که همچنان به شیوه سنتی در حال اداره شدن است و از آن جایی که اصطلاح صنعت درمان یا صنعتی شدن درمان واژه‌ای به نسبت ناآشنا در فرهنگ ایرانی است بسیاری با دیده تردید به آن می‌نگرند. برخی نیز معتقدند سپردن بخش درمان که با سلامت و جان انسان‌ها سرو کار دارد چندان معقول و مطلوب نیست. اما دکتری دوی شتی به عنوان مبدع صنعتی سازی بیمارستانی معتقد است صنعتی سازی درمان نیز مانند صنعتی کردن دیگر تولیدات است و تفاوت چندانی ندارد و با بالا بردن تیراژ یا تعداد پذیرش و فرایندسازی می‌توان هم قیمت تمام شده را پایین آورد و هم کیفیت را بالا برد. او می‌گوید: «هنگامی که شخصی بنز می‌خرد برایش مهم نیست که کدام سرکارگر در تولید نقش داشته یا کدام کارگر که این پیچ را بسته است. خریدار به برند بنز اعتماد می‌کند و

خود را در کشور و بازار جهانی به دست بیاوریم باید به سوی تولید صنعتی و تولید انبوه برویم. در این میان تولیدکنندگان باید به خاطر داشته باشند که برای ماندن در بازار و حفظ قیمت یا کاهش آن باید مراقب تورم هم باشند و هر سال تولید خود را نسبت به آن افزایش دهند. در واقع با توجه به این که تورم زیاد است باید هر سال تیراژ تولید را بالاتر برد تا هزینه‌های ثابت سرشکن شود و در نتیجه قیمت نهایی یا بالانورد یا پایین تر بیاید. بنابراین اگر تولید یک واحد صنعتی امسال با یک میلیون قطعه اقتصادی است، سال دیگر باید تیراژ این تولید به یک میلیون و ۲۰۰ قطعه برسد تا تولید اقتصادی باشد. سال بعد هم باید میزان تولید به یک میلیون و ۵۰۰ هزار قطعه برسد تا هزینه کف اقتصادی تولید رعایت شود و تولید به صرفه باشد. کف اقتصادی تولید یعنی تولید از یک میزانی کمتر صرفه اقتصادی ندارد و نمی‌ارزد و تنها در صورت رعایت این نکته است که می‌توان قیمت تمام شده کالا را ثابت نگه داشت یا کاهش داد. افزایش تیراژ هم تنها در تولید انبوه و صنعتی سازی ممکن است.

خدمات درمان یک صنعت است

اقتصاد دارای سه بخش کشاورزی، صنعت و خدمات است. بزرگ‌ترین بخش اقتصادی دنیا نیز بخش سرویس و خدمات است. هر چه یک کشور پیشرفته‌تر باشد سهم خدمات در اقتصاد آن بزرگ‌تر است. به عنوان نمونه ۸۰ درصد بخش اقتصادی



۳۵,۰۰۰,۰۰۰

در انگلستان در کل ۲۲ مرکز جراحی قلب وجود دارد ولی تنها در تهران ۴۵ مرکز جراحی قلب وجود دارد. طبیعی است که با این شرایط این جراحی گران تمام می‌شود. در حالی که در انگلیس هم حالا معتقدند به جای ۲۲ مرکز تنها سه مرکز برای جراحی قلب کافی است. چرا که جراحی قلب اورژانسی نیست. در ایران در حال حاضر یک جراحی قلب به طور میانگین ۲۵ تا ۳۵ میلیون تومان هزینه دارد در حالی که طبق برآوردهای انجام شده می‌توان با شیوه صنعتی این جراحی را در ایران با ۳ هزار دلار که می‌شود نزدیک ده میلیون تومان انجام داد

دوره‌های آموزشی کوتاه‌تر یعنی نیروی کار ارزان‌تر

هنر اپل این است که گوشی با این کیفیت را با کارگر ۸۰۰ تا ۹۰۰ دلاری آمریکایی تولید نمی‌کند بلکه این کار را با کارگر صد دلاری چینی تولید می‌کند. بنابراین در صنعتی سازی هنر این است که با استفاده از افرادی که تخصص کمتری دارند و آموزش کمتری دیده‌اند کار بهتری را ارائه کنید. با یک کارگر آمریکایی ماهی ده هزار دلاری که که خیلی خوب آموزش دیده است، کار خوب ارائه کردن هنر نیست. بلکه هنر این است که با یک کارگری که تنها شش ماه آموزش دیده است همان محصول را ارائه کنند. این یعنی با مهارت کمتر کار کیفی‌تر ارائه دادن. شتی معتقد است در صنعت درمان هم ما باید به همین سمت برویم. به باور او نیازی نیست پرستار ۴ سال آموزش ببیند. پرستارها برای کار در بیمارستان‌های او تنها ۱۸ ماه آموزش می‌بینند ولی تنها در یک کار آموزش می‌بینند و در آن به مهارت می‌رسند. او با همین پرستارها بزرگترین بخش آی‌سی‌یوی جراحی قلب باز کودکان را اداره می‌کند و با این روش خروجی بسیار خوبی گرفته است. آمار مرگ و میر در این بخش نسبت به بخش‌های مشابه در دنیا کمتر است و درصد موفقیت عمل بیشتر است. به همین دلیل از تمام دنیا برای جراحی قلب باز نوزادان زیر سه

اگر جراحی روش بهتری را بلد است باید طبق پروتکل عمل کند و روش خودش را کنار بگذارد. با این شیوه و با استفاده از روش‌های علمی خطاها کم می‌شوند. در روش صنعتی سازی درمان جراح تنها یک کارگر است. نکته دیگر است که به عنوان نمونه جراح در روش دکتر شتی در ۳۳ سالگی به تیراژ ۳ هزار جراحی قلب می‌رسد در حالی که جراح در آمریکا در سن ۶۵ سالگی به این تعداد می‌رسد. علاوه بر این که کسی که در ۳۳ سالگی به این تیراژ می‌رسد تنوع کمتری از جراحی‌ها را انجام داده است و در نتیجه چون یک عمل را به دفعات بسیار زیاد انجام داده است دستش تندتر شده و در آن عملی که انجام می‌دهد ماهرتر هم شده است و در نتیجه خطایش هم پایین‌تر می‌آید. این یعنی بالا رفتن کیفیت و همان اتفاقی است که در خط تولید کارخانه‌ها رخ می‌دهد. هر چند بسیاری ممکن است تصور کنند این شیوه شاید کارآمد نباشد اما استاندارد (GCI) که بیمارستان‌های شتی در هند به دست آورده‌اند عملاً خلاف این تصور را اثبات می‌کند. استاندارد GCI برترین استاندارد بیمارستانی در نیا است و بهتر است بدانیم که در ایران هنوز هیچ بیمارستانی موفق به دست آوردن این استاندارد نشده است و در ترکیه نیز تنها ۵ بیمارستان موفق شده‌اند این استاندارد را به دست آورند.

قیمت هزار دلار انجام می‌دهند.

در حال حاضر با توجه به اجرای طرح تحول قیمت تمام شده یک جراحی نسبت به سال گذشته دو برابر شده است. بنابراین اگر قرار است قیمت تمام شده کنترل شود تنها راهش صنعتی‌سازی است. در انگلستان در کل ۲۲ مرکز جراحی قلب وجود دارد ولی تنها در تهران ۴۵ مرکز جراحی قلب وجود دارد. طبیعی است که با این شرایط این جراحی گران تمام می‌شود. در حالی که در انگلیس هم حالا معتقدند به جای ۲۲ مرکز تنها سه مرکز برای جراحی قلب کافی است. چرا که جراحی قلب اورژانسی نیست. در ایران در حال حاضر یک جراحی قلب به طور میانگین ۲۵ تا ۳۵ میلیون تومان هزینه دارد در حالی که طبق برآوردهای انجام شده می‌توان با شیوه صنعتی این جراحی را در ایران با ۳ هزار دلار که می‌شود نزدیک ده میلیون تومان انجام داد. پرستار ایرانی در حال حاضر ماهی ۵ میلیون تومان حقوق می‌گیرد در حالی که بهترین پرستار هندی حقوقش ۵۰۰ دلار یعنی معادل یک و نیم میلیون تومان است. از سوی دیگر هنگامی که صنعتی‌سازی انجام می‌شود نیازی به پرستاری که ۴ سال آموزش دیده است، نیست. در مدل دکتر شتی به پرستاران مدرک دانشگاهی داده نمی‌شود بلکه با آموزشی کوتاه مدت آن هم در یک زمینه خاص به آنها گواهینامه‌ای معادل دیپلم ارایه می‌شود. این یعنی پرستاری که با هزینه کمتر کار می‌کند و در نتیجه قیمت تمام شده را نیز پایین‌تر می‌آورد.

رابطه صنعتی‌سازی بیمارستان و صنایع داروسازی و تجهیزات

دکتر شتی معتقد است مهمترین چیز در صنعتی‌سازی بیمارستان‌ها خروجی است نه داروها و تجهیزات. تحقیقات اخیر نشان داده است که در تهران ۵۵ دستگاه ام آر آی فعال هستند بازرسی از ۴۰۰ مورد عملیات این دستگاه‌ها نشان داده است که ۴۵ درصد از جاعات بی دلیل بوده و نیازی به آن نبوده است. همچنین ۷۵ درصد دستگاه‌های سی تی اسکن کشور در تهران قرار دارد که و ۸۵ درصد کسانی که به سی تی اسکن مراجعه می‌کنند اصلاً نیازی به آن ندارند. در مدل دکتر شتی استفاده از این دستگاه‌های گران قیمت به حد نیاز محدود می‌شود و در نتیجه بخش دیگری از هزینه‌ها کاهش می‌یابد. از سوی دیگر تیراژ بالا امکان چانه‌زنی و خرید ارزان‌تر درباره کالاهای مصرفی را بالا می‌برد که بخش دیگری از

باید بر بندسازی و استانداردسازی بیمارستان‌ها شیوه عمل بیماران را تغییر دهیم و کاری کنیم که بیماران به جای انتخاب پزشک به انتخاب بیمارستان بپردازند بدون این که برایشان اهمیت داشته باشد که پزشک کیست. همان طور که وقتی به هتل هیلتون می‌روند برایشان مهم نیست که مدیرش کیست یا کسی که پذیرش می‌کند چه کسی است. مسافر به برند هیلتون اعتماد می‌کند و برای خدمات و کیفیتی که دریافت می‌کند شبی ۵۰۰ دلار می‌پردازد. چون این هتل زنجیره‌ای استاندارد را تعریف کرده است و تمام شعب آن بر اساس همین استاندارد عمل می‌کنند.

در ایران هم باید به سمتی برویم که مردم بتوانند به برند بیمارستان اعتماد کنند. اما پیش از هر چیز باید به سنجش شرایط موجود بپردازیم. نگاهی به آن چه در بیمارستان‌های کشور می‌گذرد نشان می‌دهد عمده تفاوتی که میان بیمارستان‌های خصوصی و دولتی وجود دارد، مشتری است. در بیمارستان دولتی مشتری بیمار است و در بیمارستان خصوصی مشتری پزشک است. چون این پزشک است که به بیمارستان خصوصی بیمار می‌دهد. اما برای صنعتی‌سازی نیاز است به سمت مدلی برویم که بیمارستان به پزشک بیمار بدهد نه پزشک به بیمارستان. بنابراین با توجه به این که در بیمارستان‌های دولتی خود به خود این اتفاق رخ می‌دهد به نظر می‌رسد در حله نخست بهتر است صنعتی‌سازی را از بیمارستان‌های دولتی شروع کنیم که نیم‌راه رفته‌اند و آمادگی بیشتری برای اجرای این طرح دارند. البته اتفاقاتی که در بخش درمان کشور در حال رخ دادن است نشان می‌دهد که چه خواهیم و چه نخواهیم شرایط در حال پیش‌فرایندهای داشته است و درمان کالایی است که هر روز گران‌تر می‌شود. اتفاقی که در ایران در حال رخ دادن است ما را مجبور به صنعتی‌سازی می‌کند. بر اساس شاخص افزایش بهایی که بانک مرکزی ارایه کرده است در ۹۳ و و سه ماه نخست سال ۹۴ بیشترین تورم با ۳۳ درصد افزایش قیمت مربوط به بخش بهداشت و درمان است. در دنیا جاهایی که هنوز درمان را صنعتی نکرده‌اند و پزشک محور هستند ۶۰ درصد هزینه جراحی دستمزدهای پزشک و پیراپزشک است در حالی که در مدل دکتر شتی این بخش تنها ۱۶ درصد هزینه نهایی را به خود اختصاص می‌دهد. در حالی که حتی پزشک‌های آمریکایی هم مایلند در بیمارستان‌های دکتر شتی کار کنند چون در آمریکا در هفته ۳ جراحی انجام می‌دهند ۱۰ هزار دلار ولی در بیمارستان‌های دکتر شتی روزی ۴ جراحی را با



ماه به این بخش مراجعه می‌کنند. علاوه بر این که او این کار را تنها با سه هزار دلار انجام می‌دهد در حالی که همین جراحی در آمریکا ۷۰ هزار دلار هزینه دارد.

برندسازی بیمارستان‌ها نخستین قدم صنعتی‌سازی است

مایو کلینیک یا جان هابکینز بهترین بیمارستان‌های آمریکا هستند. در این بیمارستان‌ها هم شاه عربستان و هم افراد فقیر پذیرش می‌شود. کسی که به مایو کلینیک می‌رود و وارد این بیمارستان می‌شود دیگر کاری ندارد که چه شخصی کارش را انجام می‌دهد. او به برند مایو کلینیک اعتماد می‌کند. ولی در ایران برعکس این روند رخ می‌دهد. بیمار به دنبال پزشک می‌رود نه بیمارستان. او به پزشک اعتماد می‌کند نه به بیمارستان بنابراین اگر بخواهیم در ایران صنعتی‌سازی کنیم نخستین قدم، برندسازی بیمارستان‌ها است. البته شیوه سنتی اعتماد به پزشک مشکلات دیگری را هم به همراه می‌آورد که نتیجه‌اش فسادهای متعددی است که رخ می‌دهد. در این شیوه سنتی که بیمار به پزشک وابسته است دست پزشک‌ها باز است که از انواع روش‌ها مانند گرفتن زیرمیزی یا راجع بیمار به مطب‌های خصوصی کسب درآمد کنند. در حالی که اگر مردم مستقل از پزشک به بیمارستان مراجعه کنند این روند از میان می‌رود. ما

طولانی مدتی در این زمینه وجود دارد. از آن جایی که بیمه خریدار خدمات اصلی است بنابراین در صنعتی سازی درمان نقش بسیار موثری دارد. این شرکت‌ها می‌تواند در همه امور تاثیر بگذارند چون خریدار خدمت هستند اما در ایران این گونه نیست و معمولاً بیمه‌ها نقش منفعلی دارند و تنها باید هزینه‌ها را بپردازند. بنابراین به نظر می‌رسد یکی از راه‌های برون رفت از مشکلات این شرکت‌ها حمایت از صنعتی سازی درمان است. به عنوان نمونه سال گذشته ۶ میلیون و ۲۰۰ هزار بستری در کشور انجام شده است که از این میزان ۴ میلیون و ۲۰۰ هزار بستری در بخش دولتی بوده است. بیمه می‌تواند به عنوان یکی از ذی‌نفعان بیاید و قراردادی با مضمون خرید یک میلیون بستری با کیفیت مشخص و حتی ۱۰ درصد زیر قیمت با بخشی که درمان را صنعتی کرده است ببندد. بخش صنعتی نیز با تضمین هزینه به تولید خواهد پرداخت. به این ترتیب بیمه می‌تواند ارزان تر و با کیفیت بهتر خرید خدمت کند در حالی که الان دارد خدمات بی کیفیت را با قیمت بالا می‌خرد. در نتیجه شاهدیم که بیشتر بیمه نه تنها سود نمی‌دهند بلکه ضرر هم می‌کنند و ضریب خسارت بالایی دارند.

۸۰ درصد درمان‌ها قابلیت صنعتی‌سازی دارند

۸۰ درصد درمان‌ها را می‌توان به شکل صنعتی انجام داد و تنها ۲۰ درصد موارد که مربوط به اورژانس و مواردی مانند سوختگی است را نمی‌توان در چرخه صنعتی وارد کرد. این در حالی است که آمار نشان می‌دهد تقریباً ۸۰ درصد هزینه‌های درمان کشور مربوط به چند جراحی خاص مانند چشم، قلب، سرطان و چهارم ارتوپدی است. این موارد را می‌توان صنعتی سازی کرد و در هزینه‌ها صرفه‌جویی بسیاری انجام داد. ■

هزینه‌ها نیز به این ترتیب کاهش می‌یابد. در حال حاضر ۳۰ درصد هزینه‌های بیمارستان همین موارد مصرفی است و این‌ها قابل کاهش به ده درصد است. از سوی دیگر خریدهای غیر لازم نیز محدود می‌شود. به این ترتیب که در حال حاضر تعدادی از پزشکان ما مخصوصاً توپدها در آمدی که از ملزومات پزشکی دارند بیشتر از درآمدی است که از راه جراحی به دست می‌آورند. در مدل صنعتی سازی این رابطه‌ها حذف می‌شود. در مدل صنعتی سازی اصلاً کار تشخیص نوع دارو تجویزی و تجهیزات مورد استفاده با پزشک نیست. کسی که مالک بیمارستان است تصمیم می‌گیرد که او هم این کار را با کمترین قیمت انجام می‌دهد. با این شرایط هم مصرف محصولات نصف می‌شود و هم قیمتشان پایین می‌آید. در حالی اگر الان به یک پزشک مراجعه کنید معمولاً شماره آزمایشگاه یا رادیولوژی خاص ارجاع می‌دهند چون با آن‌ها قرارداد دارند و پورسانت دریافت می‌کنند یا خود یکی از مالکان آن مرکز تشخیصی هستند. وقتی صنعتی سازی اجرای شود این آلودگی‌ها نیز از میان می‌رود.

بیمه‌ذی‌نفع اصلی صنعتی‌سازی

در حال حاضر دفترچه‌های بیمه تبدیل شده‌اند به چک‌های سفید امضای که در اختیار پزشک و بیمار قرار دارند تا هر چه که دلشان می‌خواهد در آن بنویسند. پزشک‌ها نیز به دلیل تعلقات مالی که دارند برندهای خاصی را تجویز می‌کنند و یا حتی تجویزهای غیر لازم دارند. این شرایطی است که هزینه هنگفتی را به دوش بیمه‌ها می‌افکند. شرکت‌های بیمه‌ای اکنون شاکه هستند که پزشکان و وزارت بهداشت برای آنها هزینه تراشی می‌کنند و از پس تامین این هزینه‌ها نیز بر نمی‌آیند و درست به همین دلیل است که معمولاً مطالبات

۶,۲۰۰,۰۰۰

سال گذشته ۶ میلیون و ۲۰۰ هزار بستری در کشور انجام شده است که از این میزان ۴ میلیون و ۲۰۰ هزار بستری در بخش دولتی بوده است. بیمه می‌تواند به عنوان یکی از ذی‌نفعان بیاید و قراردادی با مضمون خرید یک میلیون بستری با کیفیت مشخص و حتی ۱۰ درصد زیر قیمت با بخشی که درمان را صنعتی کرده است ببندد. بخش صنعتی نیز با تضمین هزینه به تولید خواهد پرداخت





دیویدشتی راهنری فورد جراحی قلب می‌شناسند

او چگونه هزینه جراحی قلب را کاهش داد

نار ایانا شاهد کاهش ۷۰ درصدی هزینه جراحی باز قلب است

بیماری‌های قلبی و عروقی اولین عامل مرگ و میر در جهان هستند. در سال ۲۰۱۲، از ۵۶ میلیون مرگ، ۳۱/۲۵ درصد آن یعنی ۱۷/۵ میلیون نفر، در اثر نارسایی‌های قلبی و عروقی و سکته قلبی در گذشته‌اند. یکی از رایج‌ترین راه‌های درمان بیماری‌های قلبی و عروقی عمل‌های جراحی باز است. این عمل‌های جراحی در بیشتر نقاط دنیا از گران‌ترین جراحی‌ها به شمار می‌رود؛ برای نمونه در ایالات متحده، هزینه عمل جراحی باز قلب میان ۶۰ تا ۷۰ هزار دلار و در ایران میان ۲۰ تا ۸۰ میلیون تومان است. بنابراین درمان عملاً برای بسیاری از شهروندان، یا قابل انجام نیست یا آنان را با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای درمان مواجه می‌کند.

رفیه رضایی

آفریقای جنوبی که اولین عمل جراحی پیوند قلب را با موفقیت انجام داد، شدید. او در رشته پزشکی فارغ التحصیل شد و دوره جراحی عمومی خود را در کالج پزشکی کاستوربا در منگالور گذراند. پس از آن در رشته جراحی قلب، در بیمارستان گایز (Guys Hospital) بریتانیا آموزش دید. در سال ۱۹۸۹ به هند بازگشت و در بیمارستان بیرلا کلکته مشغول به کار شد. در سال‌های ابتدایی کار در بیمارستان بیرلا، مادر ترزا، مشهور را پس از یک سکت قلبی، مورد عمل جراحی قرار داد و بعدها به‌عنوان پزشک او شناخته شد. دیوی شتی، آشنایی با مادر ترزا را یکی از نقاط عطف زندگی خود می‌داند و تأثیر او را بر زندگی خود بسیار عمیق توصیف می‌کند. دیوی شتی، در سال ۱۹۹۲، نخستین عمل جراحی قلب نئوناتال را بر یک نوزاد ۹ روزه انجام داد که به باور بسیاری از متخصصان، یکی از غیرممکن‌ترین عمل‌های جراحی باز قلب در دوران خود بود. پس از مدتی کار در کلکته، به بنگلور رفت و در بیمارستان مانپال بنگلور، بنیاد قلب مانپال را راه‌اندازی کرد. امور مالی ساخت این بیمارستان توسط پدر زن او تأمین شده بود.

در سال ۲۰۰۱، دیوی شتی، بیمارستان ناروانا هرودایالاوا را که یک بیمارستان چند تخصصی در بوماساندرادر حاشیه شهر بنگلور بود، راه‌انداخت. او این بیمارستان را ساخت، چون به گفته خودش، نتوانسته بود هیچ کارفرمای مناسبی را برای ایده‌های خود بیابد. او در آن زمان معتقد بود که هزینه سلامت و درمان باید از طریق ارایه خدمات به شکل انبوه، در بازه زمانی ۵ تا ۱۰ سال آینده، به میزان ۵۰ درصد کاهش یابد. با این اندیشه، به کمک همراهمان خود، مفهوم منحصربه‌فرد «شهر سلامت» را پایه‌گذاری کرد که از ادغام بخش‌های تخصصی بیمارستانی با ۲۰۰۰ تا ۵۰۰۰ تخت در یک مکان تشکیل شده بود. این مرکز درمانی امروز، به یکی از بزرگترین و تخصصی‌ترین مراکز جراحی قلب در هند و جهان تبدیل شده است. دکتر شتی و اعضای خانواده او، ۷۵ درصد سهام این زنجیره بیمارستانی را دارند تا او اختیار تصمیم‌گیری در راستای اهداف خود را از دست ندهد و بتواند کماکان هزینه جراحی قلب را تا حد ممکن کاهش دهد.

برخلاف بیشتر کشورهای پیشرفته دنیا، ۸۰ درصد هزینه درمان در هند از سوی مردم و از جیب بیمار پرداخت می‌شود و همین زمینه ساز فقر پس از

از زمان اولین عمل باز قلب، بیش از ۱۰۰ سال می‌گذرد، اما همانند دیگر موضوعات مربوط به علم پزشکی، کمتر کسی در پی کاهش هزینه‌های درمان آن بوده است. دکتر دیوی شتی (Dr. Devi Shetty) یکی از افرادی است که با هدف درمان ارزان قیمت، دست به کار شده است.

او که متخصص و جراح قلب است و از سوی وال استریت ژورنال لقب هنری فورد عمل جراحی قلب را دریافت کرده است، در سال ۲۰۰۱، اقدام به راه‌اندازی بیمارستانی کرد که در اداره آن از روش‌های تولید انبوه در صنعت بهره گرفته شده بود. با این اقدام وی، هزینه عمل جراحی باز قلب از رقم ۵ تا ۱۰ هزار دلار، به ۲۰۰۰ دلار در سال ۲۰۱۰ کاهش یافت و در حال حاضر نیز این رقم کمتر از ۱۵۰۰ دلار برآورد می‌شود. پیش‌بینی می‌شود که هزینه این درمان تا پایان سال ۲۰۱۶، به ۸۰۰ دلار کاهش یابد. پس از موفقیت اولین بیمارستان باشیوه اداره جدید، مجموعاً در ۱۴ سال، ۲۷ بیمارستان زنجیره‌ای در هند راه‌اندازی شدند که همگی با شیوه‌ای مشخصی کار می‌کنند. چندین بیمارستان نیز به همین شیوه در مالزی راه‌اندازی شده‌اند و بیمارستان دیگری نیز در جزیره کیمین با فاصله یک ساعته از بندر میامی در ایالات متحده آمریکا در دست ساخت است. با توجه به رشد روزافزون بیماری‌های قلبی و نیاز مبرم به روش‌های درمانی کم‌هزینه‌تر، به نظر می‌رسد که شناخت شیوه کار این بیمارستان‌ها باید یکی از اولویت‌های سازمان بهداشت و درمان ایران باشد.

بیوگرافی دیوی شتی

دیوی شتی، جراح و متخصص قلب که از سوی CNN_IBN به‌عنوان «هندوستانی سال ۲۰۱۲» شناخته شد، تا به حال بیش از ۱۵۰۰ عمل جراحی قلب انجام داده است و جایزه پزشکی پادما بوشان (Padma Bhushan) را در سال ۲۰۱۲ به خود اختصاص داده است. او با بهره‌گیری از اصول اقتصادی تولید و ارایه خدمات به شکل انبوه، بهره برده و عمل‌های جراحی باز مقرون به‌صرفه‌ای را به وجود آورده است که برای بسیاری از مردم هند قابل انجام است. شتی متولد ۸ مه ۱۹۵۳ در استان کارناتاکا در جنوب غرب هند است. او هشتمین فرزند از ۹ فرزند یک خانواده روستایی بود. به گفته خود او، زمانی تصمیم گرفت جراح قلب شود که از معلم کلاس پنجم ابتدایی خود، چیزهایی درباره یک پزشک اهل



در سال ۲۰۰۱، دیوی شتی، بیمارستان ناروانا هرودایالاوا را که یک بیمارستان چند تخصصی در بوماساندرادر حاشیه شهر بنگلور بود، راه‌انداخت. او این بیمارستان را ساخت، چون به گفته خودش، نتوانسته بود هیچ کارفرمای مناسبی را برای ایده‌های خود بیابد. او در آن زمان معتقد بود که هزینه سلامت و درمان باید از طریق ارایه خدمات به شکل انبوه، در بازه زمانی ۵ تا ۱۰ سال آینده، به میزان ۵۰ درصد کاهش یابد. با این اندیشه، به کمک همراهمان خود، مفهوم منحصربه‌فرد «شهر سلامت» را پایه‌گذاری کرد که از ادغام بخش‌های تخصصی بیمارستانی با ۲۰۰۰ تا ۵۰۰۰ تخت در یک مکان تشکیل شده بود. این مرکز درمانی امروز، به یکی از بزرگترین و تخصصی‌ترین مراکز جراحی قلب در هند و جهان تبدیل شده است



۳۰،۰۰۰

در حال حاضر تعداد بیمارستان‌های ناروانا به ۲۷ بیمارستان در سراسر هند رسیده‌اند و مطابق برنامه ریزی‌های سال ۲۰۱۲، تا سال ۲۰۱۹، ۳۰ هزار تخت به تعداد تخت‌های این بیمارستان‌ها در هند، آفریقا و کشورهای آسیایی، اضافه خواهد شد. بخشی از این اهداف امروز محقق شده‌اند

بنیان‌گذاری کرده‌است. او در راستای اهداف انسان‌دوستانه خود، قراردادی را نیز با دولت محلی کارناتاکا امضا کرده‌است که به MOU مشهور است. در این قرارداد گفته شده‌است که از طریق سرمایه‌گذاری‌های جهانی بیمارستان فوق تخصصی ۵۰۰۰ تخت خوابه‌ای با هزینه ۱۰ میلیارد دلار در نزدیکی فرودگار بنگلور احداث شود. قرارداد مشابهی نیز با دولت محلی گوجارات بسته شده‌است که بیمارستانی نیز با امکانات مشابه در احمدآباد راه‌اندازی شود.

مجموعه بیمارستان‌های نارایانا، بیمارستانی ۱۵۰ تخته نیز در میسوره احداث کرده‌است که زمین آن توسط دولت تامین شده‌است. بیمارستان‌های نارایانا، هزینه تمام شده جراحی باز قلب را به یک دهم مبلغ متداول رسانده‌اند و همین زمینه ساز این موضوع شده‌است که او را «هنری فورد جراحی قلب» بنامند، هنری فورد، مالک شرکت خودروسازی فورد، از پایه‌گذاران شیوه تولید صنعتی در خودروسازی بود. او توانست بهای تمام شده خودرو را به شدت کاهش دهد و خرید آن را برای اکثریت مردم ممکن سازد. او یکی از بزرگترین مشاهیر اقتصادی جهان است که از شیوه مدیریت علمی و تخصصی شدن کار برای کاهش هزینه‌ها، افزایش کارایی و بهره‌وری استفاده کرد. در حال حاضر تعداد بیمارستان‌های ناروانا به ۲۷ بیمارستان در سراسر هند رسیده‌اند و مطابق برنامه ریزی‌های سال ۲۰۱۲، تا سال ۲۰۱۹، ۳۰ هزار تخت به تعداد تخت‌های این بیمارستان‌ها در هند، آفریقا و کشورهای آسیایی، اضافه خواهد شد. بخشی از این اهداف امروز محقق شده‌اند.

بیماری برای شمار بسیاری از مردم هند شده‌است. همچنین، هزینه درمان گران‌قیمت امکان درمان را برای بسیاری، غیرممکن کرده‌است. از این رو، دیوی شتی، سیستم بیمه درمانی یشاسوینی را با همکاری دولت محلی راه‌اندازی کرده‌است که نوعی بیمه سلامت خرد برای کشاورزان کارناتاکا است. این بیمه درمانی با حق بیمه‌ای معادل ۱۰ روپیه در ماه، یکی از ارزان‌ترین بیمه‌نامه‌های درمانی جامع در کل جهان است. تنها در ۲۰ ماه اول شروع کار این بیمه، بیش از ۸۵ هزار کشاورز اهل کارناتاکا، به‌واسطه آن از خدمات درمانی و پزشکی رایگان بهره بردند.

زمینی که «شهر سلامت» در آن بنیان نهاده شد پیشتر کاربرد نظامی داشته‌است و بعد با درخواست تغییر کاربری آن موافقت شد. شهر سلامت با هدف تامین درمان ۱۵۰۰۰ هزار بیمار در روز راه‌اندازی شد. در آگوست ۲۰۱۲، شتی قراردادی را با تریمدیکس، یک شرکت تامین بودجه یارانه‌های بخش درمان، امضا کرد تا امکان تامین خدمات درمانی در سراسر هند را ایجاد کند. پیشتر نارایانا، با گروه خیریه Ascention، که یک سازمان خیریه با ۱۱۷ بیمارستان در اقصی نقاط ایالات متحده است، پیمانی را بسته بود تا بیمارستان و مرکز سلامتی را در نزدیکی آمریکا و در جزیره کیمن راه‌اندازی کند. برنامه‌ها حاکی از آن است که این بیمارستان با ظرفیت ۲۰۰۰ تخت تکمیل خواهد شد. در حال حاضر فقط فاز نخست این بیمارستان به بهره‌برداری رسیده‌است.

همچنین شتی، انستیتوی میان‌المللی قلب رهایاندانات تاگور (RTIICS) را در کلکته

ناکارآمدی و بروز مرگ و میر بالا، رشد ناخوشایند و روزافزون بیماری‌های مزمن و افزایش میزان زمین‌گیری و مرگ ناشی از آن‌ها و تحمیل هزینه‌های گزاف درمانی به بیماران و خانواده‌های آنان، دولت و شرکت‌های بیمه اشاره کرد.

در دنیای امروز که اینترنت و فناوری‌های اطلاعاتی و آن‌لاین نقش بسیار مهمی را در صنایع مختلف ایفا می‌کنند، جای خالی آن‌ها در صنعت درمان و سلامت به شدت احساس می‌شود. بنابراین به نظر می‌رسد که صنعتی سازی سیستم بهداشت و درمان با توجه به سابقه بیش از ۱۰۰ ساله صنعتی سازی در جهان و رواج فناوری‌های اطلاعاتی کار چندان مشکلی نباشد. هند یکی از با سابقه‌ترین کشورها در به کار بردن صنعت IT در بهداشت و درمان است. سال‌ها پیش از راه‌اندازی بیمارستان‌های نارایانا، بیمارستان تخصصی چشم و صنعتی شده «آراویند» در هند مشغول به کار شد که تجربه بسیار موفق‌تری را در این زمینه به دست داد. اما به واقع صنعتی سازی بیمارستان یا هرگونه مرکز درمانی دیگری به چه معناست؟ چه مولفه‌هایی دارد؟ چه روندی را دنبال می‌کند؟ کارها چگونه صورت می‌گیرند؟ کارکنان چه روابطی با یکدیگر دارند؟ تیم درمان از چه واحدهایی تشکیل شده؟ بیمار در مواجهه با مرکز درمانی با چه چیزهایی روبروست؟ و چندین و چند سوال دیگر که در ادامه به آن‌ها پاسخ خواهیم داد. صنعتی سازی به طور کلی به معنای افزایش بهره‌وری

بسیاری شتی را انسان دوست می‌خوانند. زیرا او در بیشتر مصاحبه‌های خود بر این موضوع تاکید داشته‌است که هند می‌تواند الگوی مناسبی از درمان مقرون به صرفه برای کل جهان باشد و درمان با کیفیت را از رویایی برای تهیدستان و طبقه متوسط به واقعیتی ممکن برای آنان تبدیل کند. او در یکی از گفتگوهای خود گفته‌است: «ما همگی یک جان برای زندگی داریم و همگی تلاش می‌کنیم که در این یکبار زندگی بهترین کار ممکن را انجام دهیم. من نیز تلاش کرده‌ام که برای فقرا زندگی بهتر و سالم‌تری ایجاد کنم.» او در پاسخ به سوالات رسانه‌ها درباره انسان دوست بودن یا خوش فکر اقتصادی بودن خود گفته‌است: «خیریه و نظیر آن قابل اتکا نیستند و هر طرحی مربوط به سلامت انسان‌ها باید توجیه مالی داشته باشد.»

صنعتی‌سازی در مان و سلامت چیست؟

بسیاری از ما با شنیدن واژه صنعتی‌سازی، تولید انبوه در دوران بعد از انقلاب صنعتی را به یاد می‌آوریم. اما واقعیت این است که صنعتی سازی یا تولید و ارائه خدمات به شکل صنعتی نقطه مقابل تولید یا ارائه خدمات به شکل سنتی است. ارائه خدمات درمانی به شکل سنتی، چیزی نیست که ما از چگونگی آن بی اطلاع باشیم. این شکل از ارائه خدمات درمانی دارای نواقص بسیار زیادی است که از جمله آن نواقص می‌توان به فساد سیستم درمانی،

مهم ترین اصل در کاهش هزینه تمام شده یک خدمت درمانی، ارائه آن خدمت به شکل انبوه است. ارائه خدمات به شکل انبوه، می‌تواند به طور بالقوه، هزینه‌های دستمزد، هزینه کالا و تجهیزات مصرفی، و حتی حاشیه سود هر خدمت را کاهش دهد. به این ترتیب، حاشیه سود مورد نظر سهامداران در تعداد بیشتری از خدمات تقسیم شده و بر بهای خدمات ارائه شده تأثیر بیشتری دارد. همچنین منطبق بر چرخه قیمت کمتر، مشتری بیشتر در اینجا نیز اعمال شده و با مراجعه بیماران بیشتر، هزینه‌ها کم‌تر و کمتر می‌شود



پیشین، به جای اتاق‌های خصوصی، از اتاق‌های چند نفره یا در نهایت از پرده برای جدا کردن بیماران از یکدیگر استفاده شود تا هزینه مصالح کاهش یابد. استفاده از تزئینات لوکس، در فضای داخلی بخش‌ها و اتاق‌های استراحت کارکنان ضروری نیست، لذا به منظور کاهش هزینه‌های این بخش عدم استفاده از این گونه تزئینات ضروری است.

کاهش هزینه‌های دستمزد: در ایران میان ۳۰ تا ۳۵ درصد هزینه درمان، صرف دستمزد جراح می‌شود و جمعاً ۶۰ درصد هزینه‌های درمان صرف دستمزد نیروی انسانی اعم از بخش‌های مراقبتی یا بخش‌های پزشکی می‌شود. کاهش این هزینه‌ها، می‌تواند در پروسه صنعتی سازی نقش بسزایی را ایفا کند. کاهش هزینه‌های دستمزد نیازمند انقلابی در زمینه بهداشت و درمان است. این انقلاب از آموزش متمرکز و تخصصی نیروی غیر ماهر آغاز شده و به ارائه شغل در زمینه تخصص مشخص خاتمه می‌یابد. بدین شکل هزینه آموزش فرد کاهش یافته و نتیجتاً هزینه دستمزد وی نیز کاهش می‌یابد.

کاهش هزینه خرید تجهیزات، دارو و دیگر ملزومات: راز بزرگ صنعتی سازی، در تولید یا ارائه خدمات انبوه است. با ارائه خدمات انبوه، نیاز به ملزومات، تجهیزات و دارو به شکلی انبوه به وجود می‌آید و همین ارائه‌کننده خدمت را به عنوان یک مشتری بزرگ به بازار عرضه کالاها و تجهیزات پزشکی معرفی می‌کند. بنابراین این مشتری بزرگ همیشه از قدرت چانه‌زنی بالایی در تامین کالاها و تجهیزات مورد نظر خود است. مجبور به امضای قراردادهای بلندمدت نیست و شروط قرارداد را خود تعیین می‌کند. می‌تواند بر قیمت عرضه اثر بگذارد، یا حتی کیفیت را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین چون همیشه حجم مصرف بالایی دارد، چندان نیاز به انبارداری کالاها و تجهیزات نداشته و همین هزینه‌های او را به شدت کاهش می‌دهد.

کاهش هزینه‌های تشخیص و درمان و پسا درمان از طریق IT: این فناوری‌ها می‌توانند هزینه مبادله اطلاعات، آموزش، تشخیص، آگاهی بخشی، و مراقبت‌های پس از درمان را به شدت کاهش دهند. برای مثال راه اندازی یک سیستم تله مدیسن می‌تواند هزینه بیمار و بیمارستان را برای مراجعه حضوری بیمار در زمان بیماری یا مراقبت‌های پس از درمان به شدت کاهش دهد. یا یک سامانه اطلاعاتی جامع و فراگیر می‌تواند هزینه‌های بایگانی اطلاعات،

یعنی، بالاترین کیفیت با کمترین منابع که به‌طور ساده‌تر به معنای، کاهش هزینه تمام شده و افزایش کیفیت کالا یا خدمات ارایه شده است. همان‌طور که گفته شد، ارایه خدمات به کل صنعتی، نقطه مقابل ارایه خدمات سنتی است. در سازوکار سنتی، از یک سوی، تعداد بیمار درمان شده بسیار کم‌تر از تعداد بیمار درمان شده در روش صنعتی است، همان‌طور که در روش تولید سنتی، تیراژ کالای تولیدی بسیار کم‌تر از تیراژ کالای تولیدی در روش سنتی است. از سوی دیگر، کیفیت درمان ارایه شده در روش صنعتی، با توجه به مقید بودن روش درمان و درمان‌گر به پروتکل‌های استاندارد، نتیجه حاصل شده استاندارد و با کیفیت‌تر است، در حالی که در روش سنتی، ممکن است حتی در شرایط کاملاً مشابه، نتیجه‌های متفاوتی بروز یابد که برخی از آنان اصلاً خوشایند نباشند. برای ارایه تصویر مناسب‌تری از روش درمان صنعتی یا صنعتی سازی بیمارستان‌ها، اقدامات ضروری این کار را در دو گروه کاهش هزینه و افزایش کارایی و بهره‌وری تقسیم‌بندی می‌کنیم.

الف- کاهش هزینه‌ها؛ به منظور کاهش هزینه‌ها در روند صنعتی سازی بیمارستان، بایستی بر کاستن از هزینه‌ها در این موارد تأکید داشت:

افزایش تعداد بیماران: مهم ترین اصل در کاهش هزینه تمام شده یک خدمت درمانی، ارایه آن خدمت به شکل انبوه است. ارایه خدمات به شکل انبوه، می‌تواند به‌طور بالقوه، هزینه‌های دستمزد، هزینه کالا و تجهیزات مصرفی، و حتی حاشیه سود هر خدمت را کاهش دهد. به این ترتیب، حاشیه سود مورد نظر سهامداران در تعداد بیشتری از خدمات تقسیم شده و بر بهای خدمات ارایه شده تأثیر بیشتری دارد. همچنین منطبق چرخه قیمت کمتر، مشتری بیشتر در اینجا نیز اعمال شده و با مراجعه بیماران بیشتر، هزینه‌ها کم‌کم کمتر و کمتر می‌شود.

کاهش هزینه‌های ساخت و ساز مراکز درمانی: مراکز درمانی عموماً با بودجه‌های بسیار کلان ساخته می‌شوند. ساختمان‌های بزرگ با به‌کار بردن مصالح زیاد و سنگین، استفاده از تزئینات لوکس و غیرضروری یا واقع شدن در مراکز شهری که قیمت زمین در آن مناطق فوق‌العاده بالاست، هزینه ساخت و ساز بیمارستان‌ها را بالا می‌برند. برای کاهش از این هزینه، بهتر است بیمارستان در مراکز غیرشهری یا در حاشیه شهرها ساخته شود. همچنین بنا به سنت

یکی از رویه‌هایی که صنعتی سازی از آن بهره می‌گیرد استاندارد سازی و تخصصی شدن وظایف نیروی انسانی است. احتمال خطای نیروی انسانی به واسطه خطا در تصمیم گیری به موقع یا در تشخیص درست از موقعیت است. بنابراین به منظور کاهش این خطا، معمولاً دستورالعمل‌ها یا راهنماهایی در همه مراکز درمانی دنیا وجود دارند، که کارکنان بیمارستان را در مواقع مختلف راهنمایی می‌کنند. با وجود حضور این راهنماها، به دلیل پیچیدگی‌های بخش‌های مختلف درمانی، یک پزشک یا پرستار یا بهیار، قادر نیست تمامی راهنماها را به یاد بسپارد یا به طور تمام و کمال پیاده کند. از این رو به نظر می‌رسد که تمرکز بر یک حوزه مشخص در زمان آموزش و پس از آن اشتغال، بتواند در تربیت نیروی کار متخصص مفید باشد



کاهش زمان صرف شده برای ارائه یک خدمت و افزایش تحریر نیروی انسانی، بر کیفیت خروجی کار موثر واقع می‌شود.

بهره‌گیری از فناوری‌های روز: فناوری‌های اطلاعاتی و ایجاد پایگاه داده‌های قابل اتکا، یکی از رویه‌هایی است که امروز در دنیا برای افزایش بهره‌وری و کیفیت خدمات ارائه شده استفاده می‌شود. بدین شکل احتمال دخالت نیروی انسانی در بحث تشخیص و درمان کمتر می‌شود. امکان بروز نقیصه در اطلاعات مربوط به بیماران کاهش می‌یابد و نیاز به آزمایش و بررسی‌های مجدد را به شدت کاهش می‌دهد. تشخیص و درمان سریعتر از حالت سنتی صورت می‌گیرد و بدین‌گونه کیفیت خدمات ارائه شده بهبود می‌یابد.

بهره‌گیری از تجهیزات و ملزومات جدید: تجهیزات جدید می‌توانند در کیفیت ارائه خدمات بسیار موثر باشند. برای نمونه بهره‌گرفتن از ملزومات پزشکی چون پروتزها یا لنزها و استنگ‌های جدید می‌تواند در برونداد کار اثرگذار باشد. تجهیزات اتاق‌های مراقبت یا عمل نیز در افزایش کیفیت کار موثر است. بدین شکل کاهش هزینه‌ها در بخش‌های غیر ضروری و تزئیناتی و تمرکز بر تجهیزات و ملزومات به روز در کاهش مرگ و میر، افزایش کیفیت درمان و کاهش هزینه‌های خدمات پس از درمان یک مرکز درمانی تأثیرگذار است.

مشهورترین بیمارستان زنجیره‌ای صنعتی

در جهان؛ ناریانا

۱۴ سال پیش، دیوی شتی، نخستین بیمارستان

دست‌یابی به موقع به آن‌ها یا حتی هزینه‌های جاری مثل چاپ تصاویر رادیولوژی، ام‌آر‌آی را کاهش دهد. بیمار از طریق این فناوری می‌تواند از خانه خود دسترسی به پزشک داشته باشد و با مشاوره او از پرداخت هزینه‌های تشخیصی گزاف جلوگیری کند. ب- افزایش بهره‌وری و کیفیت؛ برای افزایش کیفیت، بدون شک مولفه‌های زیادی تأثیرگذارند، اما مهم‌ترین این مولفه‌ها به شرح زیر هستند:

استانداردسازی و تخصصی شدن وظایف: یکی از مهم‌ترین عوامل در پروسه درمان هر بیمار، نیروی انسانی است. تا جایی که حتی برخی تأثیر نیروی انسانی را از تجهیزات پزشکی بیشتر می‌دانند. یکی از رویه‌هایی که صنعتی‌سازی از آن بهره می‌گیرد استانداردسازی و تخصصی شدن وظایف نیروی انسانی است. احتمال خطای نیروی انسانی به واسطه خطا در تصمیم‌گیری به موقع یا در تشخیص درست از موقعیت است. بنابراین به منظور کاهش این خطا، معمولاً دستورالعمل‌ها یا راهنماهایی در همه مراکز درمانی دنیا وجود دارند، که کارکنان بیمارستان را در مواقع مختلف راهنمایی می‌کنند. با وجود حضور این راهنماها، به دلیل پیچیدگی‌های بخش‌های مختلف درمانی، یک پزشک یا پرستار یا بهیچ‌وجه قادر نیست تمامی راهنماها را به یاد بسپارد یا به‌طور تمام و کمال پیاده کند. از این رو به‌نظر می‌رسد که تمرکز بر یک حوزه مشخص در زمان آموزش و پس از آن اشتغال، بتواند در تربیت نیروی کار متخصص مفید باشد. رعایت استانداردها می‌تواند در کاهش خطاهای انسانی هنگام کار و افزایش کیفیت خدمات ارائه شده تأثیرگذار باشد. تخصصی‌شدن نیز هم‌زمان با

۳۱,۲۰۰

تنها در بیمارستان ناریانا بنگلور، ۴۲ جراح در سال ۲۰۰۸، ۳۱ هزار و ۲۰۰ عمل جراحی باز قلب انجام داده‌اند که این رقم در مقایسه با مشهورترین بیمارستان فوق تخصص آمریکا، کلینیک کلوند، دو برابر بوده است. تعداد عمل باز قلب در کلوند، ۱۳۶۷۰ عمل جراحی بوده است. در همین سال، بیمارستان کودکان بوستون، ۱۰۲۶ کودک بیمار را جراحی کرده است، در حالیکه در ناریانا، ۲ هزار و ۷۷۷ کودک مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اند



Excellence as a culture: تعالی به عنوان فرهنگ سازمانی به نحوی که افراد فضیلت را به عنوان موضوعی فردی و جمعی انتخاب کنند تا بالاترین کیفیت در خدمات قابل اتکا و جامع سازمان برای بیماران و ارزش‌های پایدار سهامداران تضمین شود.

اخلاق در نارایانا؛ نارایانا در زبان سانسکریت به معنای حافظ جهان است که در ترکیب با موقعیت بیمارستان‌های نارایانا، یادآور تعهد این زنجیره به ایجاد و حفظ سلامت برای همه جان‌هاست. باور سازمانی در نارایانا؛ نظام باور نارایانا، از سه جز غیرقابل اجتناب دلسوزی، کیفیت و مقرون به‌صرفه‌گی تشکیل شده‌است.

تیم مدیریتی نارایانا

زنجیره بیمارستانی نارایانا متشکل از یک گروه مدیریتی ۱۱ نفره، ۱۰ نفر اصلی و یک نفر علی‌البدل، است.

اعضای این گروه به این شرح هستند:

- دکتر دیوی شتی، رییس اجرایی و سهامدار ارشد نارایانا
- دکتر آشوتوش راغوانشی، مدیر عامل، نایب رئیس و مدیرعامل گروه
- ویرن شتی، مدیر
- کیران مزومدار شاول، مدیر
- کی. دانیش، مدیر
- بی. موتهورامان، مدیر
- آرون سته، مدیر
- هارجیت اس. بهاتیا، مدیر

اهداف، ارزش‌ها، باورها و چشم‌اندازهای نارایانا

هدف نارایانا، کاهش هزینه‌های درمان برای فقرا و فرودستان و افزایش کیفیت در درمان آنان است. رسالت این مجموعه بیمارستان نیز تامین درمان با کیفیت برای توده‌هیا مردم در سرتاسر جهان تعریف شده‌است.

چشم‌انداز نارایانا، فراهم کردن امکان ارابه خدمات سلامت و درمان با کیفیت و مقرون به‌صرفه، به‌همراه مراقبت دلسوزانه در مقیاسی بزرگ است.

ارزش‌های این زنجیره درمانی، برگرفته از حروف کلمه iCare است که در زبان انگلیسی به معنای «من مراقب هستم» است. این ارزش‌ها به این ترتیب‌اند:

Innovation and efficiency: خلاقیت و کارایی که برای کاهش مستمر هزینه‌های ارابه خدمات با کیفیت و بهسازی روش‌های دست‌یابی به هدف ضروری است.

Compassionate care: مراقبت دلسوزانه که بر بهبود وضعیت دست‌یابی بیماران به خدمات درمانی تأثیرگذار است. چنین کار دشواری بدون دلسوزی امکان‌پذیر نیست.

Accountability: پاسخگویی به منظور پای‌بندی به تعهدات نسبت به بیماران، کارکنان و سرمایه‌گذاران به شکل کامل و شفاف.

Respect for all: احترام به همگان که منجر به رسمیت شناختن سهم هر یک از کارکنان در موفقیت حاصل شده و احترام به حقوق افراد به‌واسطه پاسداشت کرامت انسان.

نارایانا را در شهر بنگلور هند راه‌اندازی کرد. زمین این بیمارستان، به مساحت ۲۵ هکتار، متعلق به شرکت ساخت‌وساز و مهندسی پدر همسر او بود که به مدت ۳۰ سال به شتی اجاره داده شد. به گفته خود دکتر دیوی شتی، ابتکار در ساخت این زنجیره بیمارستانی، نه در نتیجه، بلکه در روند انجام کار بود. به این طریق، با تکیه بر اصل ارابه خدمات انبوه، نارایانا امروز با ۲۷ بیمارستان، در ۱۴ شهر، متشکل از ۷۲۰۰ تخت است. در این مجموعه بیمارستانی بیش از ۱۲ هزار و ۵۰۰ نفر اشتغال دارند و نزدیک به ۱۳۰۰ پزشک مشغول درمان بیماران از سراسر هند و نقاط مختلفی از آسیا و حتی دنیا هستند.

در این بیمارستان‌های زنجیره‌ای روزانه بیش از ۳۰ عمل مختلف قلب صورت می‌گیرد. اما در کنار این خدمات، مراکزی چون مرکز عصب‌شناسی، بیمارستان کودکان، و مرکز پژوهشی سرطان و بیمارستان عمومی وجود دارند. نارایانا، بزرگترین مرکز تله‌مدیسن جهان با همکاری ISRO را دارد. این مرکز تله‌مدیسن، بیمارستان‌ها را به کشورهای چینی، مالزی، موریوس و پاکستان مرتبط می‌کند. بیشتر بیماران ارجاع داده‌شده توسط این مرکز، تحت درمان قلب قرار می‌گیرند. خدمات این مرکز تله‌مدیسن رایگان هستند و تا سال ۲۰۱۳، بیش از ۲۱ هزار نفر از طریق این سرویس برای درمان ارجاع داده‌شده‌اند.

بیمارستان‌های نارایانا، علاوه بر بخش مجهز و کارآمد جراحی قلب، بخش‌های کاردیولوژی، نروسرژری، جراحی پادیتریک، هماتولوژی، جراحی پیوند اعضا و نفرولوژی را دارند.



● بی.ان. ساپرامانیا، مدیر

● دیوید ایستون، مدیر

● آشیش کومار آگراوال، مدیر جانشین

آن در مجموعه بیمارستان‌های نارایانا است. همچنین این بیمارستان‌ها، ۱۰ درصد جراحی‌های باز قلب هند را به خود اختصاص داده‌اند. تعداد جراحی‌های باز قلب روزانه در نارایانا بیش از هر بیمارستان دیگری در جهان است.

نارایانا در آینه آمار

بیش از ۹۳ هزار عمل جراحی باز قلب تا اکتبر ۲۰۱۳: تنها در بیمارستان نارایانا بنگلور، ۴۲ جراح در سال ۲۰۰۸، ۳۱ هزار و ۲۰۰ عمل جراحی باز قلب انجام داده‌اند که این رقم در مقایسه با مشهورترین بیمارستان فوق تخصص آمریکا، کلینیک کولند، دو برابر بوده است. تعداد عمل باز قلب در کلوند، ۱۳۶۷۰ عمل جراحی بوده است. در همین سال، بیمارستان کودکان بوستون، ۱۰۲۶ کودک بیمار را جراحی کرده است، در حالیکه در نارایانا، ۲ هزار و ۷۷۷ کودک مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اند. در سال ۲۰۱۳، در زنجیره نارایانا، بیش از ۲ میلیون و ۲۵۰ هزار آنژیوگرافی صورت گرفته است. بیماران از ۷۶ کشور دنیا برای درمان در نارایانا به هند مسافرت کرده‌اند.

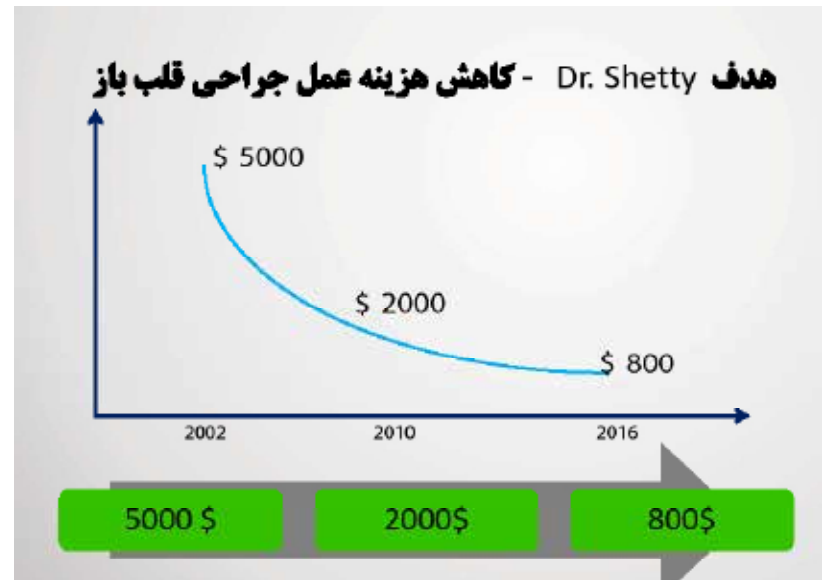
در نارایانا، روزانه ۴۲۰۰ نفر پذیرش سرپایی می‌شوند؛ ۴۵۰ نفر بستری شده و ۲۵۰ عمل آنژیوگرافی انجام می‌شود. همچنین در این بیمارستان‌های زنجیره‌ای ۱۳ هزار و ۲۰۰ تست آزمایشگاهی انجام می‌گیرد؛ ۴۲ عمل جراحی باز قلب، یک عمل پیوند کلیه، ۴۱۷ دیالیز، ۱۰ جراحی مغز و اعصاب و ۱۵۰ جراحی دیگر اتفاق می‌افتد. هر سال در جهان ۷۰۰ هزار عمل جراحی باز قلب صورت می‌گیرد، که بیش از ۲ درصد

علی‌رغم حجم بالای کار و تعداد زیاد عمل‌های جراحی، نرخ مرگ و میر این بیمارستان تنها ۲ درصد است که در مقایسه با متوسط نرخ مرگ و میر در بیمارستان‌های دیگر نقاط جهان، یعنی ۴ درصد، نرخ مطلوبی است. همچنین در نارایانا نرخ مرگ و میر عمل جراحی بای پس آئورت، ۱/۴ درصد است در حالیکه در ایالات متحده این نرخ ۱/۹ درصد است. به گفته جک لوین، رئیس جامعه جراحان قفسه سینه در آمریکا و مدیر کالج آمریکایی کاریدولوژی، که در سال ۲۰۰۹ از مجموعه نارایانا بازدید کرده است، این نرخ مرگ و میر با توجه به وضعیت به مراتب بهتر بیماران هندی نسبت به بیماران آمریکایی، در هنگام مراجعه به بیمارستان، رقم واقعا شگفتی‌آوری است. بیش از ۱۳۰۰ پزشک این مراکز، در مجموع ۱۱ هزار و ۳۵۹ سال تجربه تجمیعی دارند. با توجه به حجم گسترده کار، جراحی جوان در نارایانا در سن ۳۲ سالگی تجربه ۳۰۰۰ عمل جراحی باز قلب خواهد داشت، در حالیکه یک جراح قلب در آمریکا، در سن ۶۵ سالگی به این تجربه دست خواهد یافت. ۲ بیمارستان نارایانا دارای اعتبار JCI و ۴ بیمارستان آن اعتبار NABH دارند. در ایران هیچ بیمارستانی دارای اعتبار JCI نیست.

این زنجیره بیمارستانی موفق شده است که هزینه

علی‌رغم حجم بالای کار و تعداد زیاد عمل‌های جراحی، نرخ مرگ و میر این بیمارستان تنها ۲ درصد است که در مقایسه با متوسط نرخ مرگ و میر در بیمارستان‌های دیگر نقاط جهان، یعنی ۴ درصد، نرخ مطلوبی است. همچنین در نارایانا نرخ مرگ و میر عمل جراحی بای پس آئورت، ۱/۴ درصد است در حالیکه در ایالات متحده این نرخ ۱/۹ درصد است

جراحان مراکز نارایانا، با دو یا سه حوزه تخصصی مشخص و روزی ۲ تا ۳ جراحی، روزی ۱۰ تا ۱۲ ساعت و میان ۶۰ تا ۷۰ ساعت در هفته کار می‌کنند. اتاق عمل این بیمارستان از ساعت ۶ صبح تا ۸ شب دائماً در حال درمان بیماران است. دیگر کارکنان نیز به نوبت در ۳ شیفت در ۲۴ ساعت مشغول به کارند. در این مراکز، حتی پزشکیانی که مسئولیت مدیریتی دارند، فقط می‌توانند ۱۰ درصد زمان خود را صرف این مسئولیت‌ها کنند و باقی زمان خود را باید به امر درمان بیماران بپردازند



می‌دهد که با سرعت بسیار بیشتری از همکاران خود در دیگر نقاط جهان، انجام وظیفه کنند. برای مثال جراحان مراکز نارایانا، با دو یا سه حوزه تخصصی مشخص و روزی ۲ تا ۳ جراحی، روزی ۱۰ تا ۱۲ ساعت و میان ۶۰ تا ۷۰ ساعت در هفته کار می‌کنند. اتاق عمل این بیمارستان از ساعت ۶ صبح تا ۸ شب دائماً در حال درمان بیماران است. دیگر کارکنان نیز به نوبت در ۳ شیفت در ۲۴ ساعت مشغول به کارند. در این مراکز، حتی پزشکیانی که مسئولیت مدیریتی دارند، فقط می‌توانند ۱۰ درصد زمان خود را صرف این مسئولیت‌ها کنند و باقی زمان خود را باید به امر درمان بیماران بپردازند. در نارایانا، پزشک مسئول آوردن بیمار به بیمارستان نیست و هر پزشکی فقط در پروسه‌ای از تشخیص تا درمان حضور دارد. بنابراین جراح، تا پیش از رویت بیمار در اتاق عمل، با او هیچ رویارویی قبلی نداشته‌است. تشخیص، جراحی و مراقبت‌های پزشکی پس از جراحی، هر یک اموری کاملاً جدا از هم هستند و پزشکان مختلفی متخصص این امورند. برای مثال، پزشکی که در شهر محل سکونت بیمار، شاید صدها کیلومتر دورتر از نارایانا، بیمار را ویزیت کرده‌است با پزشکی که در مرکز تله‌مدیسن، مدارک پزشکی او را بررسی کرده‌است و دستور بستری داده‌است و پزشک جراح و نهایتاً پزشک بخش مراقبت پس از جراحی، همگی افراد متفاوتی هستند و هر یک برای یک کار تخصص دیده‌اند. در مورد دیگر کارکنان نیز اوضاع همین‌گونه است. مثلاً پرستار بخش ICU که متخصص CPR است، با پرستار

درمان قلب را تا حد زیادی کاهش دهد. نمودار زیر این تغییرات را به خوبی نمایش می‌دهد.

نارایانا چگونه اداره می‌شود؟

زنجیره بیمارستانی نارایانا بر پایه ۳ اصل که به تریپل S معروف است، بنیان نهاده شده‌است. نخست Scale به معنی مقیاس یا تعداد؛ دوم Standard یا استاندارد و سوم Staff یا کارکنان. همانطور که پیشتر گفته شد، روش صنعتی‌سازی بیمارستان با تکیه بر تعداد بالای ارائه خدمات می‌تواند هزینه‌های اجرایی را به شدت کاهش دهد. این هزینه‌ها شامل، هزینه خرید کالاها و تجهیزات مصرفی، هزینه نگهداری و انبارداری دارو، تجهیزات و ملزومات، و نهایتاً هزینه آموزش کارکنان است. در بحث دوم، با تکیه بر استانداردها و پروتکل‌های از پیش تعیین شده، همه کارکنان موظف به اجرای استانداردها هستند و همین موضوع کیفیت بالای خدمات را از راه‌هایی چون امکان کنترل کیفیت خدمات و بهبود کیفیت، کاهش خطاهای انسانی حین کار، کاهش سردرگمی کارکنان، افزایش رضایت‌مندی بیماران و همراهان بیماران، افزایش تمرکز کارکنان بر حوزه نفوذ آن‌ها و تمرکز آموزش در حوزه تخصصی هر یک از کارکنان، اعم از پرستاران، پزشکان و جراحان ممکن می‌سازد. اصل سوم تماماً مربوط به کارکنان است. در نارایانا، همه کارکنان، از جمله پزشکان و جراحان بیشتر از دیگر هم‌تایان خود در هر نقطه دیگری از جهان کار می‌کنند. کار تخصصی و متمرکز به آن‌ها این امکان را

نقاط حضور نارایانا در هند



سخن آخر

ابتکار در روند انجام کار، همان چیزی است که توانسته است بیمارستان نسبتاً کوچکی با ۲۲۵ تخت در حاشیه غربی رود گنگ را به «پادشاهی عظیم قلبها» با ۷۲۰۰ تخت تبدیل کند. کاهش هزینه‌ها و افزایش کیفیت که در اثر تخصصی شدن کارها، استانداردسازی و رعایت پروتکل‌ها صورت گرفته است، آینده روشنی را در صنعت درمان خرد ایجاد کرده است.

افزایش تعداد خدمات و افزایش توان پاسخگویی در اثر توانمندسازی کارکنان با ترکیب انسان‌دوستی، درمان ارزان را پیش روی هزاران تن در هند و در دیگر نقاط آسیا، قرار داده است. با توجه به رشد روزافزون بیماری‌های مزمن چون سرطان و بیماری‌های قلبی و عروقی در جهان، به نظر می‌رسد که کاربرد ایده‌های خلاقانه‌ای چون ایده نارایانا می‌تواند برای میلیون‌ها انسان در جهان پیام‌آور سلامت و طول عمر بیشتر باشد.

همچنین در بیشتر شهرهای هند، پزشکان عمومی و متخصصی حضور دارند که به‌طور رایگان خدمات تشخیص اولیه بیماران را ارائه می‌کنند. این پزشکان عموماً قراردادهایی با نارایانا دارند و از طریق آن تامین معیشت می‌کنند. بیماران با تشخیص اولیه نیاز به جراحی به صورت از راه دور و بدون نیاز به مراجعه حضوری و صرف هزینه و وقت، زمان جراحی را دریافت می‌کنند. پس از آن در تاریخ مقرر به نزدیک‌ترین بیمارستان نارایانا به محل اقامت خود، مراجعه کرده و در پروسه درمان که شامل ویزیت پیش از جراحی و انجام آزمایشات ضروری، جراحی و مراقبت‌های پس از آن است قرار می‌گیرند. این بازه زمانی عموماً میان ۳ تا ۵ روز طول می‌کشد و پس از آن بیمار می‌تواند به محل سکونت خود باز گردد. در این پروسه با توجه به کاهش نقش جراح، دستمزد او نیز به شدت کاهش می‌یابد و همین عمل جراحی باز قلب را در نارایانا تا این حد مقرون به صرفه می‌کند. نارایانا امروز، در بیش از ۱۴ شهر هند حضور دارد. نقشه زیر درکی از حضور فراگیر این زنجیره در هند را بدست می‌دهد.

متخصص تعویض سرم در بخش متفاوت است و تخصص او فقط در همین زمینه است. بنابراین به جای صرف وقت برای آموزش ۴ ساله و طولانی مدت پرستاران، دوره‌های آموزشی ۱۸ ماهه‌ای از سوی خود نارایانا برگزار می‌شود و نیروی انسانی متخصص و ماهر در این بازه زمانی با هزینه کمتری آموزش داده می‌شود. تخصصی شدن و تمرکز فوق العاده به افزایش توان پاسخگویی و کاهش زمان ارائه خدمات منجر می‌شود. به‌طور کلی، هر سه اصل نارایانا برای تامین اهداف این سازمان برای رسیدن به خدمات با کیفیت و کم هزینه برای همه است. اما اگر بیماری بخواهد به نارایانا مراجعه کند، چگونه می‌تواند اقدامات لازم را انجام دهد؟

بیماران چگونه به نارایانا مراجعه می‌کنند؟

در سرتاسر هند، کیوسک‌های نارایانا قابل مشاهده است که امکان اسکن رایگان مدارک پزشکی و ارسال آن‌ها به بزرگترین مرکز تله‌مدیسن جهان با حضور بیش از ۲۰ پزشک متخصص را مهیا می‌سازند.

جوایز نارایانا

- نارایانا بنگلور جایزه برتری سلامت و درمان FICCI برای بهبود کیفیت خدمات را دریافت کرده است.
- هندی سال در بخش عمومی منتخب CNN-IBN برای سال ۲۰۱۲
- جایزه پادما بهوشان برای پزشکی در سال ۲۰۱۲
- جایزه کارآفرین سال ET در ۲۰۱۲

۲۰۱۱

- جایزه CSR ستاره درخشان هند به نارایانا بابت کار استثنایی در بخش سلامت
- جایزه ابتکار اکونومیست در زمینه فرایند تجارت در سال ۲۰۱۱
- مدرک افتخار دانشگاه مینوستاد در سال ۲۰۱۱

۲۰۱۰

- جایزه بهترین بیمارستان توسط CNBC و ICIC سلامت و درمان لمبارد
- برای تلاش بی وقفه برای درمان ارزان و با کیفیت برای همه
- دیگر جوایز از جمله جوایز اهداشده به دیوی شتی:
- جایزه تجارت از FT Arcelor Mittal Boldness

۲۰۰۵

- جایزه بنیاد شواب در ۲۰۰۵

۲۰۰۴

- جایزه پادما شری برای پزشکی در سال ۲۰۰۴

۲۰۰۳

- جایزه دکتر بی سی روی در سال ۲۰۰۳
- جایزه یادبود سرام ویسوسوارا یاد در سال ۲۰۰۳
- جایزه کارآفرینی سال ۲۰۰۳ از ارنست و یانگ

۲۰۰۲

- جایزه راجیوتساوا در سال ۲۰۰۲

۲۰۰۲

- جایزه کارناکانا کاراتنادر سال ۲۰۰۱

۲۰۱۵

- اعطای جایزه قهرمان سلامت عمومی سازمان تجارت جهانی در هند در زمینه ابتکار
- برنده جایزه برتری صادرات ایالت کارناکانا برای خدمات کامل
- برنده جوایز رهبری سلامت و درمان توسط گروه ستارگان صنعت
- جایزه پنجمین گردهمایی سالانه سلامت و درمان MT برای بهترین طراحی بیمارستان در بیمارستان نارایانامیسوره
- جایزه رهبری و منابع انسانی برای توسعه منابع انسانی ممتاز توسط گروه خبری ABP

۲۰۱۴

- شناسایی نارایانا به عنوان ۵۰ برترین «پویایی های محلی BCG سال ۲۰۱۴» برای برترین عملکرد
- برنده جایزه طلاد در خدمات مشتریان در جایزه مدیریت بیمارستانی آسیایی
- برنده جایزه برند ممتاز گروه خبری ABP
- برنده جایزه موسسه ۱۰۰ خلاق هند
- جایزه بیمارستان فوق تخصصی از طرف موسسه رفاه و سلامت هند
- مدرک افتخار انستیتوی هندی فناوری مدراس در ۲۰۱۴

۲۰۱۳

- جایزه تجارت، مسئولیت و محیط زیست آرسلور میتتال ۲۰۱۳ مجله فاننشیل تایمز
- جایزه معماری صنعتی پورتر
- جایزه انسان دوستی فوربس هند
- برنده جایزه ۱۰۰ خلاق هند
- جایزه کارآفرین برتر سال

۲۰۱۲

- رتبه ۳۶ در ۵۰ شرکت خلاق جهان از طرف موسسه FAST
- جایزه برتری سلامت هند Frost and Sullivan به شرکت ارایه کننده خدمات درمانی

صنعتی سازی در بخش درمان

این ابتکار آفرینی در پناه ساختار مالی نوین و بر اساس برآورد کارشناسان و مدیران بیمارستانها در سال ۱۳۹۶ طراحی شده است.

۶۸ = ۰ شماره پذیرفته شده

۴۰۱۴ = ۰ تعداد درمانی در سال

۶۳ = ۰ هزار میلیارد دلار تولید ناخالص داخلی

بهره بر اساس ۲۰٪ کاهش از بودجه است



هزینه های بهداشت و درمان بطور میانگین

۱ = ۰ GDP٪ یا را شامل می شود

۵ = ۰ - ۷.۳ = ۰ هزینه های

خدمات مربوط به بیمارستانها است



نمای کلی از وضعیت فعلی نظام سلامت ایران

تعداد بیمارستان در کشور	تعداد کل تخت های بیمارستانی	تعداد پزشکان متخصص
۸۸۹	۱۱۰۰۰۰۰	۱۱۰۰۰۰۰
تعداد بیمارستان های دولتی	تعداد تخت های دولتی	تعداد پزشکان دولتی
۶۰۰	۵۵۰۰۰۰	۵۵۰۰۰۰
تعداد بیمارستان های خصوصی	تعداد تخت های خصوصی	تعداد پزشکان خصوصی
۲۸۹	۳۵۰۰۰۰	۳۵۰۰۰۰
تعداد پزشکان عمومی	تعداد کل پزشکان	تعداد کل بیمارستان های دولتی
۲۰۰۰۰	۲۰۰۰۰	۲۰۰۰۰

چالشها

مشکلات زیر ساختار سلامت



صداقت‌جوئی

- ایجاد ۱۷ هزار تخت بستر
- ۱۰۰ بیمارستان ۱۷۰ تختخوابی
- ۶۸۰۰ میلیارد تومان سرمایه‌گذاری

بهره‌وری

۲۰٪ افزایش بهره‌وری
در ۸۵ هزار تخت

انجام بازی خدمات سلامت

فرهنگ
صنعتی

کاهش هزینه‌ها در هر ساعت با بهبود زیرساخت‌ها
بسته‌گویی در کارهای نگهداری و تعمیرات صنعتی



صنعتی

در صنعتی سازی، تولید کنندگان از سلامت تکنولوژی و
تولید دستی با تولید خود ماشین و خطوط مونتاژ
چابکترین می‌توانند در خدمات به پیش‌ترامی و
خلق راه حل‌های خودکار، تکرار پذیر، قابل انعطاف
گویی و قابل تکثیر سیستم به تعالی خود نظر آن
تخصصی کردن صنعتی سازی گویند.

انرژی	صنعت کلان	صنعت کوچک	صنعت خدمات	انصاف مشارکتی است
۲۰٪	۲۳	۱۱۷	۲۸	

شعار نارایانا

"هیچ کس نباید به دلیل ناتوانی در پرداخت، پذیرش نشود"



نارایانا هرودایا لایا یک موسسه غیر نپاش است که در خدمات درمانی افغانی به پا کرده است

• شیفه گزی روشتگان ۱۰۰۰ ساعت گزی است
• اکی عمل لو ۶ سوج ۵۵ شبه کار سی کنه

• روشتگان توهاس به مغز پندارستان کار سی کنه و مسئول آرون بیمار نیست
• سوج کارگان در سه شیفه در ۲۹ ساعت فعالیت سی کنه

روشتگان افغانی چگونه

سپهر لایا از کاهش هزینه در نارایانا از طریق استفاده از سطح پایایی از ظرفیت تجهیزات و کارایی کارگزاران به دست آمده است.

۱. قدرت خرید بالا با افزایش تعداد بیماران هر واحد کنه
۲. افزایش توانی از قرار مغانی بده سادو افزایش قدرت پنداری
۳. کاهش بهانه سببه کاهش میزان بیمار گزی
۴. استفاده توانی بده تکنولوژی های روز
۵. بیشترین بهانه های در سطح بیمارستان رخ سی کنه

• ایست خود به سوزی به انوش - کنه سی و انوش ایست عمل روشتگان - از سببه سادو سوزی ایست و سوزی ایست



دکتر شتی Dr. Devi Shetty

۱. شروع کار لو ۱-۲
۲. روس بیمارستان کاروانده شهر رنگار کنه
۳. سببه انوش سوزی ایست در برانین قلب است
۴. ۱۹ بیمارستان در ۱۱ شهر کنه و کنه ۱۲۲ برانین های قلب کنه (۲۵۰ میلیون دلار برآمد)
۵. در بیمارستان های دیگر شتی افزاه ترانسند و کنه به بکاره شکل کنه سادو انوش ایست

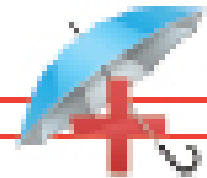
هیچ کس را دست‌خالی برنمی‌گذاریم



ماشین‌های ویژه‌ی پزشکی در گردش

— مجهز به تجهیزات اولیه تشخیصی مانند اکتو

— انجام عملیات تشخیصی به صورت رایگان یا کمک‌هزینه‌های غیربیمه‌مندی



بیمه‌های سلامت

بیمه‌های سلامت را برای بیماران و دیگر سازمان‌ها
به این بیمه با افزایش توانایی
سرمه در داشتن این بیمه

از بیمه‌های تشخیصی، واکسن و
تورم‌های رایگان هر ۱۵۰ بیمارستان

بیماران قادر به دریافت ۱۰
ساله ۲۵۰ دلار به عنوان
بیمه دسترسی پیدا کردند

از بیمه بیمه با بیمه‌ها
شروع به ساخت



برنامه‌های آینده‌دوگانه

— ساختار جدید بیمارستان گامی بزرگ به سوی
توانایی ۳۰ هزار بیمار با سرانه بیمه ۱۲۰ میلیون دلار

— بیمارستان‌های گامی بزرگ به سوی بیمه‌های
و درمان سرطان گامی بزرگ به سوی درمان

تفاوت مدل دکترستان با وضعیت شریک

شریک
بیمه ۱۵۰ میلیارد دلار حقوق درمان

مدل دکترستان
بیمه ۱۲۰ میلیارد دلار حقوق درمان

عملت موفقیت نازایانا

— استفاده از فناوری اطلاعات

— کمک هزینه‌ها

— بیمه‌های بیماران

— توانایی در استفاده از خدمات بیمارستانی

— هزینه‌های درمانی و تجهیزات

— اجرای برنامه‌های آموزشی

بیمارستان نازایانا در زیر یک آمریکایی

— شروع ۲۰۱۲ با سرمایه‌گذاری ۲۵ میلیارد دلاری

— مشارکت با Ascension Healthcare Group

(این گروه در همه بیمارستان‌های آمریکایی دنیا)

— بیمارستان ۲ تا ۳ هزار تختی (تولید ۱۵۰ تخت ۲۰۱۲)

— سرمایه‌گذاری در زمینه پرستاری و آمریکا

— مدل بیمارستان (Cayman)

کاهش هزینه و افزایش بهره‌وری صنعتی سازی خدمات درمانی است



بیمارستان‌های تخصصی دولتی شرایط صنعتی شدن را دارند

بیمارستان‌های تک تخصصی بسیاری در ایران در حال فعالیت هستند؛ بیمارستان قلب، بیمارستان فارابی در زمینه چشم پزشکی، بیمارستان نمازی در زمینه پیوند، بیمارستان شهید رجایی در زمینه قلب، بیمارستان نور در زمینه چشم پزشکی، بیمارستان شفا حیاتیان در زمینه ار تپدی، بیمارستان رازی در زمینه پوست و اگر بخواهیم می‌توانیم همچنان این فهرست را ادامه دهیم. بیمارستان‌های تک تخصصی در هر زمینه‌ای که مشغول به فعالیت باشند به طور تخصصی و فوق تخصصی به درمان بیماری‌های مربوطه می‌پردازند و معمولاً هر چه تخصص و مهارت پزشکان در زمینه درمان بیماری و به ویژه جراحی‌ها بیشتر باشد هزینه‌ای که بیمار باید برای درمان بپردازد نیز بیشتر و بیشتر می‌شود در حالی که می‌تواند خلاف این رخ بدهد. شاید کمی دور از ذهن باشد ولی می‌شود هر چقدر جراحی تخصصی‌تر و پیچیده‌تر می‌شود هزینه آن کمتر و کیفیت آن بالاتر برود. در دنیای جدید درمان و پزشکی، دکتر دوی شتی روشی راطراحی و اجرا کرده است که این رویارابه واقعیت تبدیل کرده است.

انجام می‌شود، علاوه بر این که این مرکز دارای دو اتاق غیر تهاجمی است که سالانه بیش از ۶ هزار و ۲۰۰ مورد عملیات تشخیصی را در خصوص هولتر مانیتورینگ، سنجش سیگنال اوربیج، پروگرام و آنالیز پیس‌میکر و ICD انجام می‌دهد. بخش اکوکاردیوگرافی این بیمارستان نیز در قسمت بزرگسالان، سالانه ۵۰ هزار مورد اکوکاردیوگرافی، ۳ هزار و ۶۰۰ اکوکاردیوگرافی از راه مری، ۶۰۰ مورد استرس اکو و ۱۲۰ مورد اکوداپلر بافتی انجام می‌دهد. همچنین قسمت اکوکاردیوگرافی اطفال سالیانه ۲۳ هزار مورد اکوکاردیوگرافی ترانس توراسیک، ۱۳۰ مورد اکوکاردیوگرافی از راه مری و بیش از ۵۰۰ مورد اکوکاردیوگرافی جنینی انجام می‌دهد. در بخش آنژیوگرافی بزرگسالان سالانه بیش از ۱۵ هزار و ۳۲۲ مورد عملیات درمانی در بیش از ۲۰ نوع اینترونشن مختلف انجام می‌شود و در بخش آنژیوگرافی اطفال این بیمارستان نیز بیش از ۲ هزار عملیات درمانی برای اطفال انجام می‌شود.

در بیمارستان قلب تهران نیز هر سال بیش از ۳ هزار و ۵۰۰ عمل جراحی قلب شامل ۳ هزار مورد کرونری و ۵۰۰ مورد دریچه‌ای و مادرزادی انجام می‌شود.

بیمارستان فارابی نیز که بزرگ‌ترین مرکز چشم‌پزشکی ایران است، سالانه حدود ۳۵ هزار عمل جراحی چشم انجام می‌دهد که بیشترین عمل‌های جراحی مربوط به کاتاراکت و جراحی رفراکتیو است؛ جراحی‌های مربوط به شبکیه و جراحی‌های گلوکوم، پلک و مجاری اشکی و اربیت در مراحل بعدی قرار دارد. علاوه بر این که متخصصان این بیمارستان توانستند در اسفندماه سال ۹۰ رکورد جراحی چشم را در جهان بشکنند. چهارم اسفند سال ۹۰ از ساعت هفت صبح تا هشت شب ۴۵۰ جراحی چشم در بیمارستان فارابی انجام شد. رکورد پیشین مربوط به این حوزه مربوط به یک بیمارستان هندی بود که ۳۰۰ جراحی را در یک روز به انجام رسانده بودند. بیشتر جراحی‌های انجام شده در این روز آب مروارید، جراحی عیوب انکساری چشم و جراحی‌های شبکیه بوده است. در شرایط عادی نیز هر روز ۲۵۰ نفر در این بیمارستان، عمل جراحی چشم می‌شوند. بر اساس آماري که مؤسسات تحقیقاتی آمریکا اعلام کرده‌اند، ۱۰ درصد جمعیت جامعه به بیماری چشمی آب مروارید مبتلا هستند و این یعنی با توجه به جمعیت بیش از ۷۰ میلیونی کشورمان می‌توان چنین پیش‌بینی کرد در حال حاضر دست کم ۷ میلیون نفر در ایران آب مروارید دارند و باید در هر سال ۷۰۰ هزار نفر را تنها در زمینه آب مروارید مورد عمل جراحی کاتاراکت قرار داد.

آمار می‌گوید که بیماری‌ها و نارسایی‌های قلبی و عروقی عامل اصلی مرگ و میر در ایران هستند و سن سکته قلبی در ایران به ۵۰ سال رسیده است. از سوی دیگر آزمایشات و درمان‌ها و جراحی‌های قلب و عروق نیز بسیار پر هزینه هستند و هر روز نیز با توجه به پیشرفت فناوری گران‌تر هم می‌شود. در واقع به این ترتیب هر سال بخش قابل توجهی از نیروی انسانی با تجربه و کارآمد جامعه قربانی ناتوانی در پرداخت هزینه‌های گزاف درمان این نوع بیماری می‌شود. هر بیماری که بانسان‌های بیماری قلب و عروق به پزشک مراجعه می‌کند در گام نخست باید دست کم یک اکوکاردیوگرافی یا نوار قلب را بگیرد. کاری که کمتر از ۱۵۰ هزار تومان هزینه ندارد. آنژیوگرافی و گذاشتن بالن و انجام استنت برای رفع گرفتگی عروق نیز از چند صد هزار تومان تا چند میلیون تومان هزینه دارد. جراحی‌های مختلف قلب نیز با توجه به نوع عمل و این که از چه روشی برای آن استفاده می‌شود از ۵ میلیون تا ۱۵۰ میلیون تومان هزینه دارند.

بیماری‌های چشمی نیز مشکل دیگری است که بخش قابل توجهی از افراد جامعه را درگیر کرده و کیفیت زندگی آنها را تحت تاثیر قرار داده است و چه بسا بیماری‌های ساده‌ای مانند آب مروارید که اگر به موقع درمان نشوند، می‌توانند به نابینایی و از کارافتادگی نیروی انسانی بینجامند. درمان این بیماری‌ها نیز هزینه‌هایی از ۴۰۰ هزار تومان تا ۱۲ میلیون تومان را در بر می‌گیرد. اگر بخواهیم به تک تک بیماری‌هایی که افراد جامعه را درگیر می‌کند و هزینه‌های درمان آنها نگاهی بیندازیم کم و بیش با همین هزینه‌های سنگین روبه‌رو خواهیم شد که هم بار سنگینی روی دوش دولت هستند و هم موجب فشار جدی به افسار مختلف جامعه می‌شوند. به این هزینه‌های بی‌فزیاید نرخ رشد تورم را که هر سال هزینه‌های درمان تخصصی را بالاتر هم می‌برد. در حالی که بیمارستان‌های تک‌تخصصی می‌توانند با اجرای طرح صنعتی سازی نه تنها جلوی رشد تورم بایستند بلکه موجب پایین آمدن هزینه‌های درمان تخصصی هم بشوند.

حال که به هزینه‌های جراحی‌های پزشکی نگاهی انداختیم بد نیست مروری هم بر آمار جراحی‌های تخصصی که سالانه تنها در تعدادی از بیمارستان‌های تک‌تخصصی کشور انجام می‌شود داشته باشیم. بیمارستان قلب شهید رجایی سالانه ۴ هزار و ۵۰۰ تا ۵ هزار جراحی قلب انجام می‌دهد. در بخش الکتروفیزیولوژی و پیس‌میکر این بیمارستان سالانه بیش از ۱ هزار و ۹۹۰ مورد عملیات درمانی پیچیده

۵,۰۰۰

بیمارستان قلب شهید رجایی سالانه ۴ هزار و ۵۰۰ تا ۵ هزار جراحی قلب انجام می‌دهد. در بخش الکتروفیزیولوژی و پیس‌میکر این بیمارستان سالانه بیش از ۱ هزار و ۹۹۰ مورد عملیات درمانی پیچیده انجام می‌شود، علاوه بر این که این مرکز دارای دو اتاق غیر تهاجمی است که سالانه بیش از ۶ هزار و ۲۰۰ مورد عملیات تشخیصی را در خصوص هولتر مانیتورینگ، سنجش سیگنال اوربیج، پروگرام و آنالیز پیس‌میکر و ICD انجام می‌دهد. بخش اکوکاردیوگرافی این بیمارستان نیز در قسمت بزرگسالان، سالانه ۵۰ هزار مورد اکوکاردیوگرافی، ۳ هزار و ۶۰۰ اکوکاردیوگرافی از راه مری، ۶۰۰ مورد استرس اکو و ۱۲۰ مورد اکوداپلر بافتی انجام می‌دهد

که تعداد بسیار بیشتری بیمار دارند قدرت مانور بیشتری هم برای تنظیم هزینه‌های جاری مانند تهیه داروها و مواد بهداشتی و تجهیزات مصرفی دارند. چون تعداد بالای خرید، قدرت چانه‌زنی را بالاتر می‌برد و مدیران می‌توانند با توجه به حجم بالای خرید خود کالاها و مواد مصرفی را ارزان‌تر تهیه کنند. کارشناسان معتقدند به کار بردن شیوه‌صنعتی‌سازی در بیمارستان‌ها به این ترتیب که هر فرد در بیمارستان درست مانند کارکنان یک خط تولید صنعتی، تنها به یک کار به شکل تخصصی بپردازد نه تنها هزینه‌ها را تا حد قابل توجهی پایین می‌آورد بلکه در بالاتر بردن کیفیت نیز تاثیر به‌سزایی دارد. آنها می‌گویند به این ترتیب هر فرد تنها یک کار را به طور مرتب در روز چندین بار انجام می‌دهد در نتیجه نسبت به کسی که کل کار را از ابتدا تا انتها خود انجام می‌دهد تعداد دفعات بیشتری بر قسمت مشخصی از کار تمرین خواهد داشت و در نتیجه هم میزان خطا پایین می‌آید و هم کیفیت عملکرد بالاتر می‌رود. این روش نه تنها موجب امکان افزایش مراجعه کنندگان می‌شود بلکه در نهایت در کاهش هزینه‌ها نیز به دلیل کاهش خطاها موثر است.

شیوه‌نویس دوی شتی یا همان صنعتی‌سازی روشی است که در صورت معرفی و آموزش مناسب می‌تواند یک شیوه‌نویس مدیریت برای اداره ثمربخش‌تر بیمارستان‌های تخصصی مد نظر مدیران و تصمیم‌گیران قرار بگیرد و به این ترتیب نه تنها سلامت بیشتر را برای جامعه به ارمغان بیاورد بلکه بودجه‌های کلان بهداشت و درمان را با بهره‌وری بیشتری به بخش‌های ضروری تری هدایت کند و حتی سود بیشتری را نیز نصیب بخش خصوصی کند. درست مانند سیل بندها و کانال‌ها و قنات‌هایی که در کنترل آب‌های روزمینی و زیرزمینی مانع اتلاف آب شده و آنها را با بهره‌وری بهتر به مصرف کشاورزی، صنعتی و خانگی می‌رسانند و مانع خشک‌سالی و سیل‌های مهار نشدنی می‌شوند.

در بیمارستان تخصصی هاشمی نژاد نیز سالانه بیش از ۱۴ هزار جراحی کلیه انجام می‌شود. متخصصان بیمارستان لبافی‌نژاد نیز به عنوان یکی از مراکز فوق تخصصی کلیه سالانه ۳۵ هزار تا ۴۶ هزار نفر را در اتاق‌های عمل خود مورد جراحی قرار می‌دهند.

این آمار نشان می‌دهد بیمارستان‌های تک تخصصی ایران با وجود این که هنوز وارد روند صنعتی‌سازی نشده‌اند و فرایندهای خود را بر این اساس سامان‌دهی نکرده‌اند اما با توجه به تعداد جراحی‌های روزانه‌ای که در آنها انجام می‌گیرد، قابلیت خوبی برای اجرای این طرح دارند. روش صنعتی‌سازی، شیوه‌ای نوین است که در حال حاضر بسیاری از بیمارستان‌های تک تخصصی کشور می‌توانند با بهره بردن از آن هم هزینه‌های درمان را در کشور پایین بیاورند و به این ترتیب کمک شایانی به درمان مردم کم بضاعت‌تر و حفاظت از سرمایه‌های اجتماعی کشور کنند و هم بار مالی بزرگی را از دوش دولت و بیمه‌ها بردارند و به این وسیله کمک کنند بودجه‌ای که اکنون برای درمان صرف می‌شود صرف پیشگیری و ارتقاء بهینه سلامت کشور شود. بر اساس شیوه‌دکتر شتی جراحان متخصص به عنوان گران‌ترین بخش سرمایه انسانی دیگر نیازی نیست زمان خود را صرف تشخیص و معاینه بیماران کنند. در این روش پزشکان غیر جراح در مطب‌های خود تمام مراحل تشخیص را انجام می‌دهند و پس از تصمیم نهایی که بر اساس دستورالعمل‌های از پیش تعیین شده، گرفته می‌شود، پزشک جراح در اتاق عمل تنها به انجام جراحی‌ها می‌پردازد. به این ترتیب یک پزشک جراح با یک هزینه ثابت، به انجام جراحی‌های بیشتر می‌پردازد. از سوی دیگر چون در یک فضای مشخص تعداد بیشتری بیمار پذیرفته می‌شود هزینه‌های ثابتی مانند هزینه مکان، برق و مانند این‌ها به تعداد بیشتری از بیماران تقسیم می‌شود و افراد هزینه‌های کمتری را متقبل می‌شوند. علاوه بر این‌ها مدیران بیمارستان نیز

۳۶,۰۰۰

در بیمارستان تخصصی هاشمی نژاد نیز سالانه بیش از ۱۴ هزار جراحی کلیه انجام می‌شود. متخصصان بیمارستان لبافی‌نژاد نیز به عنوان یکی از مراکز فوق تخصصی کلیه سالانه ۳۵ هزار تا ۴۶ هزار نفر را در اتاق‌های عمل خود مورد جراحی قرار می‌دهند





بیمارستان هاشمی نژاد

نخستین بیمارستان آغازگر فرایند صنعتی شدن

صنعتی شدن یک بیمارستان و در کل این که بهداشت و درمان وارد فرایندهای صنعتی سازی بشود، مفهومی کاملاً جدید در ایران و حتی دنیا است. در حالی نزدیک به دو قرن از صنعتی شدن دیگر فرایندها در دنیا می گذرد، بهداشت و درمان مدت کوتاهی است که وارد این حیطه شده است. در ایران نیز از به کار بردن این مفهوم در حوزه سلامت و درمان مدت زیادی نمی گذرد و برای بسیاری هنوز تازه و نا آشنا است. تاکنون تنها مرکز درمانی که در ایران سعی کرده خود را با فرایندهای صنعتی سازی هماهنگ کند، بیمارستان هاشمی نژاد است.

داشت هزینه کند ولی می دید در بیمارستان های خصوصی آن خدماتی را که لازم است، دریافت نمی کند. از سوی دیگر انتظاری که بیمار از بیمارستان دولتی برای دریافت خدمات داشت، برآورده نمی شد. بنابراین لازم بود تا شرایطی میان این دو نیز برای بیماران ایجاد می شد تا بتواند انتظارات و توقع باقی بیماران را نیز برآورده کند.»

ورشکستگی بیمارستان هاشمی نژاد شاید همان تلنگری بود که نیاز به به وجود آمدن بخش دیگری در بخش درمان را به رخ کشید. اوایل دهه ۸۰ شمسی بود که بیمارستان هاشمی نژاد با شرایط بحرانی رو به رو شد. بیمارستان کاملاً ورشکسته شده بود و بیش از یک

کرده بود. از سوی دیگر به این هم فکر نشده بود که آیا مردم حق انتخاب در دریافت خدمات دارند یا خیر. مردم نمی توانستند شرایط خدمات را خودشان انتخاب کنند و تصمیم بگیرند که آیا خدمتی که می گیرند با این هزینه ای که پرداخت می کنند متناسب هست یا نه. به این ترتیب عادت کرده بودیم فکر کنیم مردم مجبور هستند همین شرایط را بپذیرند. آن کسی که پول ندارد باید برود بیمارستان دولتی خدمات دریافت کند و آن کسی هم که پول دارد باید برود بیمارستان خصوصی خدمات دریافت کند. به این ترتیب بیماران تقسیم می شدند و حق انتخاب دیگری به بیمار داده نمی شد. خیلی مواقع پیش می آمد که بیمار میل

فاطمه سمنا، مدیر کنترل کیفیت بیمارستان هاشمی نژاد در این زمینه می گوید: «این که یک بیمارستان را به عنوان صنعت در نظر بگیرند و اصلاً این موضوع که به بهداشت به عنوان یکی از وجوه صنعتی نگریسته شود یا به عبارت دیگر به آن به شکل اقتصادی نگاه کنند، یک تعریف و پارادایم خیلی جدید در کشور ما است. ما عادت کرده ایم بگوئیم مردم نیازمند خدمت هستند و این خدمت باید با هر هزینه ای به دستشان برسد. تا سال های گذشته نیز هیچ وقت برنامه ریزی نشده بود که این خدمات با چه هزینه ای باید به دست مردم برسد و در نتیجه حجم هزینه های سنگین درمان خانواده های بسیاری را دچار مشکل

یک بنگاه اقتصادی دید که نمی تواند خدمت بده مردم ارایه بدهد. در این بیمارستان هم باید خدمات خوب ارایه کرد و درست مانند صنایع به رضایت مردمی که خدمات را دریافت می کنند هم فکر کرد. وقتی یک خودرو با کیفیت نامطلوب تولید می کنید خب مردم نمی خرند چون به هزینه ای که می پردازند نمی آرزد. این حق انتخاب را باید در بخش بهداشت هم به مردم بدهیم و بگذاریم مردم خودشان انتخاب کنند چه می خواهند. ما این را فرا گرفتیم و حرکت جدیدی را در این زمینه شروع کردیم.»

به گفته مدیر کنترل کیفیت بیمارستان هاشمی نژاد برای این که بتوان با بودجه یک بیمارستان دولتی تحولی جدی ایجاد کرد، نخست یک نقشه بزرگ برای تغییر طراحی شد. بر اساس این طرح بزرگ باید در حله اول روی فضاهای فیزیکی کار انجام می شد. سمنانی می گوید: «تمام بیمارستان را مانند قطعات پازل درست کردیم چون معتقد بودیم وقتی محیط مناسب کار کردن نیست نمی توانیم انتظار داشته باشیم کار خوبی ارایه شود.»

پس به سمت استاندارد کردن فضا رفتیم. ولی ما بیمارستان دولتی بودیم که نمی توانستیم پول اضافه تر خرج کنیم پس به شکل قطعات پازل کار کردیم یعنی از بخش هایی که مراجعانش کمتر بودند شروع کردیم و آن بخش را با بخش مجاورش ادغام کردیم و اتاق عمل را منتقل کردیم به آن بخش، تا اتاق های عمل بازسازی شوند. بعد از بازسازی اتاق عمل بخش دیگری را جا به جا کردیم و همین طور در حالی که بیمارستان همچنان مشغول به کار بود قسمت به قسمت به بازسازی ادامه دادیم تا تمام بیمارستان از نظر ساختار فیزیکی اصلاح شد. وقتی که چند ماهی را صرف اصلاح فضای فیزیکی کردیم بعد باز مهندسی فرایندها را شروع کردیم. یعنی همان کاری که ما را به صنعتی سازی کشاند. به این ترتیب که آمدیم فرایندهای موجود در بیمارستان را شناسایی کردیم و با بحث ها و آموزش های زیاد و درگیر کردن تمام مدیران مراحل را تعیین و بررسی کردیم و به این ترتیب تصمیم گرفتیم که شیوه مدیریت را هم تغییر بدهیم. به این شکل که توانستیم به سه شکل مدیریت کنیم. یک شکل مدیریت مربوط به بخش هایی بود که خودمان همه کارها را انجام می دادیم و نظارت می کردیم و ورودی و خروجی آن بخش ها با ما بود و بیشتر مربوط به بخش های کلینیکی و بستری بود. ولی در باقی بخش ها با تفویض اختیار کردیم و اداره را به افرادی که

سال ونیم به تمام پیمانکارانی که با آن قرارداد داشت بدهکار بود علاوه بر این که به تمام کارکنان بیمارستان چه پزشک و چه کارکنان دیگر بدهی داشت. وضعیت ظاهری بیمارستان هم که در سال ۱۳۳۶ ساخته شده بود کاملاً فرسوده و شکسته و نامناسب بود. سمنانی به خاطرات آن روزها سری می زند و از روزهایی می گوید که شرایط فیزیکی ساختمان به قدری بد بود که هنگامی که بیمار روی تخت رادیولوژی می خوابید نگران آن بودند که ناگهان یک گربه یا کبوتری از میان سقف کاذب بیمارستان روی بیمار نیفتد. این وضعیت اسفناک تا آنجا ادامه داشت که در آخرین بازدید معاونت درمان از بیمارستان هاشمی نژاد، گزارش مکتوبی که از سوی بازرس ارایه شد با این جمله تمام می شد «عدمش به ز وجود».

بازرس به دانشگاه علوم پزشکی ایران اعلام کرد که این بیمارستان دچار چنان وضعیت اسفناکی است که بهتر است کارکنان و تجهیزات بیمارستان به جاهای دیگر منتقل شوند و برای ساختمان آن هم فکر دیگری بشود. اما ریاست وقت دانشگاه ایران تصمیم دیگری گرفت و کار معمول را انجام نداد. او از دکتر مسعود اعتمادیان که افکار جدیدی در حوزه مدیریت بیمارستان داشت و از سوی دیگر در بیمارستان هاشمی نژاد هم سابقه ای داشت و با شرایط آن آشنا بود خواست تا طرحی نو درافکند. به این ترتیب اعتمادیان به عنوان رییس بیمارستان وارد این مجموعه شد.

سمنانی می گوید: «نخستین چیزی که دکتر اعتمادیان بر آن تاکید کردند این بود که مردم باید بهترین کیفیت خدمات را از یک بیمارسان دولتی دریافت کنند و این حق انتخاب را داشته باشند که اگر خواستند با استفاده از بیمه تکمیلی جایی را با هتلینگ بالتر انتخاب کنند این امکان برایشان وجود داشته باشد. او با این دید اولیه وارد بیمارستان شد و خیلی زود به این نتیجه رسید که تمام افراد فعال در بیمارستان تخصص شان درمان است نه مدیریت و نمی توانند اقتصادی فکر کنند در حالی که باید با دید مدیریتی و به عنوان یک تخصص به اداره بیمارستان نگاه کرد. پس در حله نخست شروع کردیم با آموزش دیدن توسط افرادی که متخصص مدیریت بودند. البته این افراد بیشتر افرادی هستند که در بخش صنعت فعالند همچنان که در تمام دنیا هم صنایع نسبت به بخش درمان و بهداشت خیلی زودتر کیفی شدند. وقتی این افراد که مشاوران صنایع بودند وارد بیمارستان شدند گفتند باید پیش از هر چیز بیمارستان را هم به عنوان



فاطمه سمنانی، مدیر کنترل کیفیت بیمارستان هاشمی نژاد:

نخستین چیزی که دکتر اعتمادیان بر آن تاکید کردند این بود که مردم باید بهترین کیفیت خدمات را از یک بیمارسان دولتی دریافت کنند و این حق انتخاب را داشته باشند که اگر خواستند با استفاده از بیمه تکمیلی جایی را با هتلینگ بالتر انتخاب کنند این امکان برایشان وجود داشته باشد. او با این دید اولیه وارد بیمارستان شد و خیلی زود به این نتیجه رسید که تمام افراد فعال در بیمارستان تخصص شان درمان است نه مدیریت و نمی توانند اقتصادی فکر کنند در حالی که باید با دید مدیریتی و به عنوان یک تخصص به اداره بیمارستان نگاه کرد



اصلی قرار دارند که زیر نظر کمیته‌های حاکمیتی فعالیت می‌کنند و این کمیته‌ها نیز زیر مجموعه‌هایی به نام کمیته‌های فرعی دارند. تمام این کمیته‌ها در تصمیم‌گیری سازمانی نقش دارند. کمیته‌های فرعی اطلاعات را دریافت می‌کنند و این که در کجاها چه وضعیتی و مشکلاتی وجود دارد را بررسی می‌کنند. این کمیته‌ها بعد از دریافت اطلاعات تصمیم‌پردازی می‌کنند و روی اقداماتی که باید در سازمان انجام شود، نظر می‌دهند. نتایج این کمیته به کمیته‌های اصلی منتقل می‌شود در این بخش نیز تصمیم‌پردازی می‌شود و در نهایت در کمیته‌های حاکمیتی تصمیم‌گیری می‌شود. در این بیمارستان حدود ۵۰۰ نفر کار می‌کنند که حدود ۷۵ تا ۸۰ نفر از آنها عضو این کمیته‌ها هستند. یعنی نزدیک به یک پنجم کارکنان بیمارستان عضو کمیته‌ها هستند و به این ترتیب مشارکت تمام افراد در تصمیم‌گیری‌های سازمانی جلب می‌شود. سمنانی معتقد است به این ترتیب تمام کارکنان می‌توانند سازمان را به عنوان یک کل ببینند نه این که تنها به واحد خود نظر داشته باشند در نتیجه برخلاف گذشته که تصمیمات جزیره‌ای گرفته می‌شد الان دیگر این اتفاق نمی‌افتد. تمام درخواست‌ها وارد این کمیته‌های می‌شود، انتخاب شده سره می‌شوند و بعد اولویت‌بندی می‌شوند و بر اساس اولویتی که سازمان را به هدف می‌رسانند، تصمیم‌گیری می‌شود.

تاثیر فرایندسازی بر افزایش کیفیت

هر صنعتی شاخص‌هایی را برای تعیین کیفیت دارد. صنعت درمان هم از این امر مستثنی نیست و شاخص‌هایی را برای تعیین کیفیت دارد. شاخص‌های

کارت امتیازی، سازمان ثبت می‌شود و وقتی دور هم جمع می‌شویم بادر دست داشتن این کارت امتیازی ما وضعیت سازمان را می‌بینیم درست مانند داشبوردهای که جلوی خلبان است و می‌تواند شرایط را به سرعت بسنجد. در این کارت‌ها هر چیزی که از هدف دور باشد به رنگ قرمز، هر چه در محدوده هدف باشد به رنگ سبز و هر چه در میانه راه باشد به رنگ زرد مشخص می‌شود، بنابراین با یک نگاه کوتاه به این برگه می‌توان شرایط کلی سازمان را سنجید. از سوی دیگر این کارت امتیازی کل بر اساس کارت‌های امتیازی که در هر واحد وجود دارد تنظیم می‌شود. این کار سال‌ها تلاش و برنامه‌ریزی شده و حالا تبدیل شده به یک فرهنگ در کل سازمان. یعنی اگر کارت امتیاز نشان بدهد که شاخص پذیرش بیمار پایین آمده است تمام واحدهای مربوطه روی این امر برنامه‌ریزی می‌کنند و همه بسیج می‌شوند تا در این زمینه کار کنند.»

اما چگونه می‌توان در چنین شبکه‌ای هماهنگی را حفظ کرد و یک پارچگی سازمان را نگهداشت؟ سمنانی معتقد است در شبکه درمانی کار تیمی یک اصل است و بدون آن نمی‌توان انتظار پیشرفتی داشت: «وقتی یک بخش دچار مشکل می‌شود روی تمام ورودی‌هایی که موجب شده آن بخش خوب کار نکند برنامه‌ریزی می‌کنیم و این کار از طریق کمیته‌ها انجام می‌شود.»

به گفته مدیر کمیته کنترل کیفیت بیمارستان هاشمی‌نژاد، دو کمیته برتر به عنوان کمیته‌های حاکمیتی تصمیم‌گیری در بیمارستان را برعهده دارند. این کمیته‌ها از مدیران ارشد سازمان تشکیل شده است. زیرمجموعه این دو کمیته، تعدادی کمیته

داخل سیستم ما کار می‌کردند سپردیم و بر نحوه اداره کردن آنها نظارت کردیم. با مدیریت بخش به مشارکت خود مدیران بخش‌ها و کارکنان‌شان سپردیم. یعنی مدیریت این بخش‌ها را تفویض کردیم نه بودجه و درآمد و هزینه را. به این شکل که برای تمام این واحدها یک قرار داد داخلی می‌نویسیم با این مضمون که اگر افرادی که می‌خواهند آن جا را اداره کنند این کار را با این شکل و شرایط مشخص انجام دهند این مزایا در اختیارشان قرار می‌گیرد. به این ترتیب توانستیم در یک مجموعه کوچک تک تخصصی فرایندی را اعمال کنیم که در سازمان‌های بزرگ و برای شرکت‌های اقماری اجرا می‌شد. در نتیجه با این شرایط هر کسی مسؤول اداره بخش خود می‌شود و احساس مسؤولیت می‌کند چون دیگر همه چیز دست خودش است؛ بنابراین نظرت افراد در کارهایشان بالاتر می‌رود. این اتفاق به علاوه تقویت و ارتقای نیروی انسانی موجب شد که این بیمارستان به شکل یک شبکه کار کند. یعنی مانند همان چیزی که در فرایند صنعتی رخ می‌دهد، همه به شکل اجزایی مجزا کار می‌کنند، ورودی دارند و فرایندی را اجرا می‌کنند و بعد خروجی می‌دهند ولی در نهایت همه با هم یک خروجی را شکل می‌دهند.

او معتقد است آنچه بیش از همه موجب یک پارچه ماندن این شبکه شده است در حالی که تمام اجزایش نیز کار می‌کنند، داشتن رویکرد استراتژیک برای کل سازمان است: «یعنی در حقیقت دادن یک چشم انداز و یک آرمان مشترک به سازمان است و این که همه افراد این شبکه بدانند که به سمت چه جای واحد حرکت می‌کنند، توانسته این شرایط را فراهم کند. به همین دلیل یکی از اولین کارهایی که کردیم این بود که برای سازمان برنامه راهبردی طراحی کردیم و آن را دنبال و عملیاتی کردیم. تا کنون نیز سه دوره سه ساله برنامه استراتژیک داشتیم. از ساختار روزآمد کاپلان و نورتن استفاده می‌کنیم. یعنی از ساختار «BSM» استفاده می‌کنیم به معنای راهبرد متوازن مدیریتی. این یک ساختار ارزیابی عملکرد است. بر اساس این برنامه تمام اهداف راهبردی سازمان به اهداف عینی تبدیل می‌شوند و این اهداف قابل لمس میان واحدهای مختلف به اشتراک گذاشته می‌شود و هر واحد سهم خودش را بر می‌دارد و هر واحد برای سهم خود برنامه‌ریزی می‌کند و موظف است بر اساس شاخص‌های مشخص کند که برنامه‌اش چگونه پیشرفت کرده است. مانیز پیشرفت کارش را در کارت امتیازیش می‌بینیم. به این ترتیب که تمام شاخص‌ها و روندها در



بنابراین از راه‌اندازی یک بخش شروع کردیم. تعدادی افراد خیر وارد کار شدند و مؤسسه‌ای را به نام مؤسسه حمایت از بیماران راه‌اندازی کردند. این مؤسسه کاملاً غیرانتفاعی است و این افراد با هزینه خودشان در فضای مرده هاشمی نژاد (فضایی که از آن هیچ استفاده‌ای نمی‌شد) یک بخش را راه‌اندازی کردند و از هاشمی نژاد خرید خدمات کردند. یعنی تمام هزینه‌هایی را که بیمارستان هاشمی نژاد پرداخت می‌کرد را به آن باز می‌گرداندند و چون یک مؤسسه غیرانتفاعی درآمد حاصله را هم به هاشمی نژاد، هبه می‌کردند. بنابراین بخش مهر راه‌اندازی بر اساس تخصص بیمارستان هاشمی نژاد که کلیه است، در این زمینه مشغول به کار شد و سود و درآمد را به بیمارستان دولتی هاشمی نژاد تزریق می‌کرد. یکی از جاهایی که به ما کمک کرد تا بتوانیم هزینه تغییرات لازم در بیمارستان هاشمی نژاد را تأمین کنیم همین بخش بود. بعد این بخش تبدیل شد به یک ۱۶ تخته، بعد شد ۳۲ تخته بعد تبدیل شد به یک بیمارستان و حالا هم تبدیل شده است به سه بیمارستان که تمام‌شان غیرانتفاعی هستند و همه با وام بانکی و از طریق مجاری قانونی و دولتی ساخته شده‌اند. بیمارستان‌های محب با بیمه تکمیلی کار می‌کنند و چون سهام دار ندارند دنبال سود نیستند و در نتیجه خدمات در آن‌ها نسبت به بخش خصوصی ارزان‌تر می‌شود. در واقع هزینه‌های دریافتی در این بیمارستان‌ها، هزینه‌ای است میان هزینه‌های دولتی و خصوصی و با کیفیت مطلوب و با هتلینگ خوب که سلیقه بخش دیگری از بیماران را که همیشه نادیده گرفته شده بودند را در تأمین می‌کند. ■

در بیمارستان هاشمی نژاد جراحی می‌شدند که الان به هزار و ۲۰۰ تا هزار و ۳۰۰ جراحی رسیده است. یا آزمایشگاه ۷۰ هزار آزمایش را در این بازه زمانی انجام می‌داد که اکنون این آمار به ۳۰۰ هزار آزمایش رسیده است. وقتی جلوتر می‌آییم نیز این افزایش همچنان ادامه دارد به گونه‌ای که تعداد مراجعان این بیمارستان از ۳۴ هزار نفر در سه ماهه نخست سال ۹۰ رسیده به ۳۹ هزار و ۵۰۰ نفر در سال ۹۴ یا تعداد اعمال جراحی در سه ماهه نخست سال ۹۰ از ۲۸۰۰ جراحی رسیده به ۳۱۵۰ جراحی در سال ۹۴ که این نشان دهنده این است که همیشه افزایش پذیرش داشته‌ایم.»

بیمارستان‌های محب متولد شدند

«بخشی از بیمارانی که به ما مراجعه می‌کردند نمی‌خواستند هتلینگ دولتی دریافت کنند و دنبال هتلینگ بهتر بودند از طرف دیگر بیمارانی به ما مراجعه می‌کردند که نمی‌خواستند وارد چرخه آموزش شوند و می‌خواستند حتماً توسط استاد جراحی شوند. در نتیجه این فکر افتادیم که این بخش از جامعه را هم پوشش دهیم.»

سمنانی می‌گوید این جرعه اولیه تاسیس بیمارستان‌های محب بود. او ادامه می‌دهد: «جستجو کردیم و دیدیم که پیش از ما در بسیاری از بیمارستان‌های دنیا به این موضوع فکر کرده‌اند. در بسیاری از بیمارستان‌های دنیا دو بیمارستان در کنار هم قرار دارند که یکی خدماتی عمومی می‌دهد و یکی خدمات خصوصی می‌دهد. یکی برای بیمه‌های عمومی و یکی برای بیمه‌های اختصاصی است.

جهانی مانند میزان مرگ و میر، میزان کنترل عفونت، متوسط اقامت، میزان اشغال تخت و مانند این‌ها علاوه بر این که هر سازمانی نیز شاخص‌های داخلی خود را برای تعیین کیفیت دارد. سمنانی می‌گوید: «از زمان اجرایش این طرح همه این شاخص‌ها بر اساس کارت امتیازی رصد شده‌اند. برای نمونه هنگامی که اجرای طرح را در سال ۸۲ شروع کردیم متوسط اقامت ۱۱ روز بود که الان متوسط اقامت بیمار در بیمارستان به ۲/۳ تا ۲/۴ روز رسیده است. در این سال درصد اشغال تخت بیمارستان ۳۰ تا ۴۰ درصد بود اما الان به ۸۰ درصد رسیده است. میزان رضایت کارکنان در این سال ۲۳ درصد بود الان به ۷۰ تا ۷۵ درصد رسیده است. میزان رضایت بیماران ۵۰ درصد بود الان به بیش از ۸۰ درصد رسیده است. مرگ و میر حدود ۳/۵ درصد بود که الان به کمتر از نیم درصد رسیده است. پس تمام این شاخص‌ها که نشان دهنده ارتقا کیفیت هستند در سازمان ما رصد می‌شود. این‌ها شاخص‌های جهانی است که در تمام سازمان‌ها سنجیده می‌شود و البته چیزی که ما را در این راه کمک کرده است این است که ما همیشه بهترین‌ها در صنعت مان نگاه کرده‌ایم. یعنی به این نگاه کرده‌ایم که این شاخص‌ها و این استانداردها در سازمان‌هایی که در صنعت درمان بهترین هستند چقدر است.»

او همچنین به بخش دیگری از آمار مربوط به این بیمارستان اشاره می‌کند که نشان دهنده افزایش پذیرش بیمار در این بیمارستان است: «بر اساس جدولی که آمار سه ماه نخست سال را در سال‌های مختلف نشان می‌دهد در سال ۸۲ حدود ۳۰۰ بیمار

جهان‌ما

۱۰۰۰ صفحه قانون در چند هزار کلمه

هزینه‌ها، برنامه‌ها و جزییات قانون درمان مقرون به صرفه چیستند؟

در دو شماره گذشته درباره قانون درمان به صرفه (اوباما کر) و مخالفان موافقان این قانون نوشتیم. در این شماره به قانون هزار صفحه‌ای، هزینه‌ها، برنامه‌ها و جزییات آن پرداخته شده است؛ قانون درمان مقرون به صرفه، بیش از هر چیز بر روی بیمه‌های درمانی و اصلاح شیوه کار کرد آنها متمرکز شده است و به شیوه‌ای، با افزایش گردش مالی آنها، امکان درمان ارزان قیمت را فراهم کرده است.



۱۰۰۰ صفحه قانون در چند هزار کلمه

هزینه‌ها، برنامه‌ها و جزییات قانون درمان مقرون به صرفه چیستند؟

در شماره‌های پیشین درباره جنبه‌های مختلفی از قانون درمان مقرون به صرفه نوشتیم. در این شماره در ابتدا به برنامه‌های مختلف قانون درمان مقرون به صرفه، سپس به شرح جزییاتی از متن قانون پرداخته می‌شود، پس از آن درباره فازهای مختلف قانون و شیوه و زمان اجرا شدن آن‌ها توضیحاتی ارائه خواهد شد. در آخر نیز به اختصار درباره هزینه‌ها و بودجه‌بندی قانون درمان مقرون به صرفه صحبت خواهیم کرد. اما پیش از شروع بحث اصلی، شایسته‌تر است تا جهت حفظ انسجام مطلب، با حفظ ایجاز، درباره اوپاماکر و اهداف آن داده شود. در ادامه، ابتدا به این توضیحات پرداخته و سپس به موضوعات اصلی بحث خواهیم رسید.

رقیه رضایی

درمان مقرون به صرفه یا ACA چیست؟

قانون حمایت از بیماران و درمان مقرون به صرفه (PPACA) یا به شکلی خلاصه‌تر ACA، قانون اصلاحی جدید سیستم بهداشت و درمان آمریکا است که برخی اوقات با نام مستعار اوپاماکر نیز شناخته می‌شود. این قانون متشکل از برنامه‌های درمانی، چون AHCAA، APPA، و طرح‌هایی مربوط به آموزش پزشکی چون HCERA و SAFRA است. همچنین اوپاماکر شامل اصلاحاتی در بخش‌های دیگر مانند غذا، دارو، مواد بهداشتی و آرایشی، خدمات عمومی و سلامت است. این قانون از روز نخست ابلاغ و اجرا، به شکل امروزی نبود و پیاپی برای تکمیل نواقص آن و نزدیک‌تر شدن به دستیابی به اهداف قانون‌گذاران، موضوعاتی به آن اضافه شده یا بخش‌هایی در آن اصلاح شده‌اند. خلاصه پیش رو، بادر نظر گرفتن جدیدترین اصلاحات ترجمه و بازنویسی شده است.

درمان مقرون به صرفه در پی چیست؟

این قانون به دنبال ایجاد اصلاحاتی در سیستم بهداشت و درمان ایالات متحده آمریکا از راه‌های فراهم کردن فرصت بیمه با کیفیت و ارزان قیمت برای آمریکایی‌های بیشتری، و محدود کردن رشد هزینه‌های بهداشت و درمان است. این اصلاحات شامل مزایا، حقوق و حمایت‌های جدید و البته قوانین جدید برای شرکت‌های بیمه، مالیات‌ها، معافیت‌های مالیاتی، منابع مالی، هزینه‌ها و ایجاد کمیته‌ها، آموزش، اشتغال‌زایی و دیگر حوزه‌هاست.

برنامه‌ها

در شناخت هر طرح، شناخت زیرمجموعه‌های آن اهمیت به‌سزایی دارد. همان‌طور که پیشتر گفته شد قانون درمان مقرون به صرفه نیز، از برنامه‌های مختلفی تشکیل شده است که برخی از آن‌ها به دلیل تاثیرات مهمی که بر جامعه آمریکا دارند، با اهمیت‌تر از دیگران هستند. در زیر برخی از این برنامه‌ها به اختصار توضیح داده می‌شوند.

سند بهداشت و سلامت ارزان برای آمریکا

(AHCAA): لایحه‌ای از سوی کنگره آمریکا است که در نوامبر ۲۰۰۹ مطرح شد ولی هرگز به تصویب نرسید و به آن شکلی که ارایه شده بود به صورت قانون در نیامد و در واقع در جریان تصویب طرح اصلاح سیستم بهداشت و درمان آمریکا، از سوی نمایندگان به کنگره ارایه شد. در نهایت به‌عنوان بخشی از برنامه‌های قانون درمان مقرون به صرفه در آمد و در ۲۴ دسامبر ۲۰۰۹ به تصویب مجلس سنا هم رسید. بخش‌هایی از مهم‌ترین اقدامات این برنامه در زیر آمده است:

- ممنوعیت رد درخواست پوشش بیمه‌ای بیمه‌گذار بر اساس سابقه بیماری وی توسط بیمه‌گر درمانی
- ممنوعیت دریافت نرخ‌های متفاوت از بیمه‌گذار بر پایه جنسیت یا سوابق بیماری بیمه‌گذار
- لغو معافیت شرکت‌های بیمه از قانون ضدانحصار
- بنیان‌گذاری استانداردهایی حداقلی برای بیمه‌نامه‌های سلامت و اجد شرایط
- بنیان‌گذاری یک کمیسیون ملی نیروی کار در بخش

- سلامت که متشکل از ۱۵ نفر از متخصصان بهداشت و درمان است به منظور ارایه پیشنهادات به اعضای کنگره.
- لزوم بیمه کردن تمامی کارکنان از سوی بیشتر کارفرمایان یا پرداخت جریمه مالیاتی به ازای هر دستمزد تا مبلغ ۸ درصد.
- گسترش مدیکید برای دربر گرفتن تعداد بیشتری از افراد کم درآمد به وسیله افزایش حدود شرط درآمد به ۱۳۳ درصد از سطح فقر فدرال.
- ارایه یارانه به افراد کم درآمد و با درآمد متوسط برای تهیه خدمات بیمه‌ای.
- ایجاد امکان دادوستد اطلاعات بیمه درمانی تا عموم مردم بتوانند از طریق مقایسه بیمه‌نامه‌ها و مفاد آن‌ها انتخاب مناسب‌تری داشته باشند.



● اقدامات اصلاحی در جهت تغییر سیستم بهداشت و درمان

الف- افزایش اعتبارات مالیاتی برای تهیه بیمه درمانی.

ب- کاستن از جریمه تهیه نکردن بیمه از ۷۵۰ دلار به ۶۹۵ دلار.

ج- از میان برداشتن نقطه ضعف بخش D مدیر تاسال ۲۰۲۰ و ارایه تخفیف ۲۵۰ دلاری به سالمندان.

د- ارایه بسته‌های تشویقی به پزشکانی که بیماران مدیر را درمان می‌کنند.

ه- راه‌اندازی یک مالیات جدید برای مدیر برای درآمدهای وصول نشده خانواده‌هایی که سالانه بیش از ۲۵۰ هزار دلار درآمد دارند.

و- ارایه یارانه‌های سخاوتمندانه بیشتری به گروه‌های

■ کاهش هزینه‌های پروژه‌های مدیر در ۱۰ سال آینده به نحوی که تا ۴۰۰ میلیارد دلار کاهش یابد.

سند باز مصالحه بهداشت و درمان و آموزش

(HCERA): این سند به‌عنوان اصلاحیه‌ای بر قانون

درمان مقرون به صرفه در کنگره آمریکا در سال ۲۰۱۰، تصویب شد. این قانون شامل سند کمک به دانشجویان و

مسئولیت مالی (SAFRA) می‌شود که به‌عنوان الحاقیه آن در کنگره آمریکا به تصویب رسیده است. این سند به دو

سرفصل تقسیم شده است که یک بخش از آن به اصلاحات سیستم بهداشت و درمان و بخش دیگر به اصلاحات

سیستم قرض دهی به دانشجویان اختصاص دارد. برخی اقدامات کلیدی این سند به تفکیک در زیر آمده است:

■ اجازه به بیمه‌گران برای محدودیت قائل شدن و ارزشگذاری پزشکان و ارایه‌کنندگان خدمات

■ جلوگیری از افزایش حق بیمه‌های معمولی توسط بیمه‌گران.

■ اجبار به زیر پوشش بیمه قرار گرفتن بیشتر آمریکایی‌ها یا پرداخت جریمه برای کسانی که این

موضوع را نمی‌پذیرند. برای نمونه، جریمه مالیاتی ۵/۴ درصدی برای افرادی که درآمد خالص آن‌ها بیش از

۵۰۰ هزار دلار است.

■ تغییر قوانین مالیاتی، اعم از مالیات غیر مستقیم ۲/۵ درصدی بر تجهیزات پزشکی.

■ تغییر برخی جنبه‌های سند بهداشت و درمان بومیان آمریکا.

کم درآمد. خانوارهایی که درآمد آنها ۱۵۰ درصد از سطح فقر فدرال است، میان ۲ تا ۴ درصد از درآمد خود را به عنوان حق بیمه پرداخت خواهند کرد. بیمه‌نامه‌های درمان بایستی ۹۴ درصد از هزینه‌های خسارت را پوشش دهد. خانوارهایی با درآمد میان ۱۵۰ درصد تا ۴۰۰ درصد سطح فقر فدرال (حدود ۸۸ هزار و ۲۰۰ دلار برای یک خانواده ۴ نفری)، باید تنها میان ۴ تا ۹/۸ درصد از درآمد خود را برای حق بیمه پرداخت کنند و بقیه مبلغ توسط دولت پرداخت خواهد شد.

ز- شرکت‌هایی که بیش از ۵۰ نفر کارمند دارند و برای آنان پوشش بیمه‌ای تدارک نمی‌مانند، از سال ۲۰۱۴ به ازای هر نفر بیشتر از ۳۰ نفر، ۲۰۰۰ دلار جریمه می‌شوند. برای نمونه کارفرمایی با ۵۳ کارمند و کارگر برای ۲۳ نفر از کارکنان خود جریمه خواهد شد که جمعاً مبلغ ۴۶ هزار دلار جریمه پرداخت خواهد کرد.

ح- یکسان‌سازی نرخ پرداخت به پزشکان در مدیکید و مدیکر.

ط- ارایه تخفیف ۵۰ درصدی داروهای با نام تجاری به بیماران مدیکر و تبدیل آن به تخفیف ۷۵ درصدی تا سال ۲۰۲۰.

ی- حذف سقف سالانه و عمری خسارت از بیمه‌نامه‌ها در طی یک بازه ۶ ماهه از زمان ابلاغ قانون که عملاً این

کار انجام شده است.

● اقدامات اصلاحی برای تغییر ساختار پرداخت وام به دانشجویان رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی

الف- اتمام روند پرداخت یارانه دولت فدرال با بانک‌های خصوصی برای وام‌های فدرال دانشجویی. در عوض این وام‌ها مستقیماً با پارتمان آموزش داده خواهد شد.

ب- افزایش بورس‌های بدون بازپرداخت به دانشجویان کارشناسی.

ج- برای وام‌گیرندگان جدید که از سال ۲۰۱۴ اقدام به دریافت وام کرده‌اند، افراد واجد شرایط قادر خواهند بود که میزان بازپرداخت وام را از ۱۵ درصد درآمد خود به ۱۰ درصد کاهش دهند.

د- وام‌گیرندگان جدید، از سال ۲۰۱۴ به بعد، می‌توانند از بازپرداخت مبلغ قرض پس از ۲۰ سال معاف شوند. این درحالیست که باید تمام این ۲۰ سال را در سررسید مشخص شده و بدون تاخیر پرداخت کرده باشند. پیشتر این زمان ۲۵ سال بود.

ه- شرایط برای والدین برای دریافت وام فدرال ساده‌تر شده است.

و- با بهره بردن از میلیاردها دلار برای تامین بودجه مدارس و دانشگاه‌های افراد کم درآمد سرمایه‌گذاری خواهد شد و بورس‌های کالج‌های دولتی افزایش

خواهند یافت.

همانطور که گفته شد برنامه‌های قانون درمان مقرون به صرفه منحصر به دو سند نام برده شده نیستند، اما بنا به اهمیت این اسناد و دسترسی نامناسب به اطلاعات برنامه‌های دیگر، صرفاً به ذکر جزئیات دو برنامه اکتفا شد. در زیر خلاصه متن قانون درمان مقرون به صرفه تقدیم می‌شود.

خلاصه متن قانون درمان مقرون به صرفه

قانون درمان مقرون به صرفه شامل ۱۰ سرفصل است که متن این قانون را به ۱۰۰۰ صفحه می‌رساند، اما بیشتر از اقدامات کلیدی آن در سرفصل اول گنجانده شده‌اند. این سرفصل نخست نیز خود به تنهایی ۱۴۰ صفحه محتوا دارد که با وجود فضاهای خالی بسیار زیاد در این مجموعه، باز هم پرداختن به آن به صورت مستقیم و بدون ایجاز، در چند صفحه، غیرقابل تصور است. همچنین متن این قانون، همانند دیگر قوانین و با وجود تلاش حداکثری برای ساده نویسی، مملو از واژه‌ها و اصطلاحات حقوقی است که فهم متن را بسیار دشوار می‌کند. از این رو برای دست یابی به اطلاعات اصلی و جزییات قانون درمان مقرون به صرفه به ارایه خلاصه‌ای نسبتاً جامع از آن بسنده می‌کنیم. این



خلاصه شامل تمام ۱۰ سرفصل است و تلاش شده است که تمامی بخش‌ها و جزئیات آن‌ها به ترتیبی که در متن قانون آمده‌اند، در خلاصه زیر لحاظ شوند.

سرفصل‌های قانون درمان مقرون به صرفه

قانون درمان مقرون به صرفه از چندین موضوع اصلی تشکیل شده است، که هر یک از این موضوعات یک سرفصل هستند که خود شامل اقداماتی هستند که با هدف اصلاح نظام بهداشت و درمان ایالات متحده آمریکا طراحی شده‌اند. این سرفصل‌ها به شرح زیر هستند:

سرفصل اول: درمان مقرون به صرفه برای تمام آمریکایی‌ها

سرفصل دوم: نقش برنامه‌های عمومی

سرفصل سوم: بهبود کیفیت و کارآمدی سیستم سلامت و درمان

سرفصل چهارم: جلوگیری از بیماری‌های مزمن و بهبود سلامت عمومی

سرفصل پنجم: نیروی کار سلامت و درمان

سرفصل ششم: شفافیت و تمامیت برنامه

سرفصل هفتم: بهبود دسترسی به روش‌های درمانی و پزشکی خلاق

سرفصل هشتم: حمایت‌ها و خدمات اجتماعی کمک‌های زیستی

سرفصل نهم: اقدامات درآمدزایی

سرفصل دهم: تصویب مجدد بودجه طرح بهبود سلامت و بهداشت بومیان آمریکا

هر سرفصل از عنوان‌هایی فرعی تشکیل شده است و هر عنوان فرعی نیز متشکل از بخش‌هایی است که شامل اقدامات و اصلاحات قوانین دیگر هستند. این خلاصه شامل تمامی بخش‌های قانون درمان مقرون به صرفه است که تلاش می‌شود تحت عنوان هر سرفصل بررسی شود.

سرفصل اول: درمان مقرون به صرفه و با کیفیت برای تمام آمریکایی‌ها

الف- بهسازی فوری در پوشش بیمه‌ای تمام آمریکایی‌ها
ب- اقدامات فوری برای حفظ و گسترش پوشش‌های بیمه‌ای

ج- پوشش بیمه‌ای با کیفیت برای تمام شهروندان آمریکا

د- دسترسی به گزینه‌های انتخابی پوشش بیمه‌ای برای تمام آمریکایی‌ها

ه- گزینه‌های پوشش بیمه‌ای ارزان برای تمام آمریکایی‌ها

و- دیگر اقدامات

دو عنوان فرعی نخست سرفصل اول، شامل بهسازی و بهبود فوری در نظام سلامت و درمان ایالات متحده هستند. بسیاری از این اقدامات، موقتی هستند و از سال ۲۰۱۰ تاکنون، به‌طور کامل اجرایی شده‌اند. بقیه عنوان‌های فرعی، مربوط به تغییرات در ساختار بیمه درمانی، کمک‌های هزینه‌ای، قوانین برای کسب و کارها هستند. در زیر، اقدامات انجام شده یا در دست انجام مربوط به سرفصل اول، یعنی درمان مقرون به صرفه و با کیفیت برای تمام آمریکایی‌ها، ذکر می‌شوند که به شفافیت هر چه بیشتر قانون و آگاهی از جزئیات آن کمک خواهند کرد.

اقدامات مربوط به سرفصل اول

● محدودیت‌های سالانه و عمری در خسارت‌های بخش درمان تا سال ۲۰۱۴، حذف شد. در بیش از ۶۰ درصد از ورشکستگی‌های درمانی گذشته، سه چهارم زیر پوشش بیمه بوده‌اند که بسیاری از این افراد به سقف عمری و سالانه پرداخت خسارت درمان رسیده بودند.

● خسارت‌های ضروری درمان باید در تمامی بیمه‌نامه‌ها و قرارداد‌های جدید لحاظ شوند.

● فسخ بیمه‌نامه‌های درمانی ممنوع است و دیگر هیچ بیمه‌گری نمی‌تواند، بیمه‌گذار را به هر دلیلی، از پوشش بیمه‌ای خارج کند، مگر در مورد کلاهبرداری. لازم به توضیح است که پیش از اجرایی شدن قانون درمان مقرون به صرفه، در میان شرکت‌های بیمه‌اموری مانند خودداری از ارائه خدمات به دلیل اشتباهات ناخواسته در پرکردن فرم تقاضای پوشش بیمه‌ای در زمان رخ دادن خسارت‌های بزرگ، بسیار متداول بوده است.

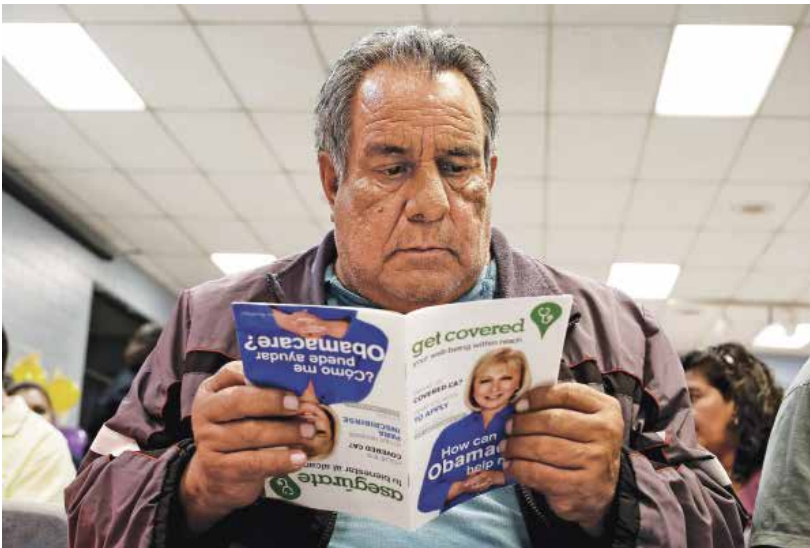
● ایجاد امکان بیمه شدن برای کسانی که به علت از پیش بیمار بودن زیر پوشش بیمه نیستند. از سال ۲۰۱۴ به این سو، دیگر هیچ‌کس به علت بیمار بودن از داشتن پوشش بیمه‌ای محروم نبوده یا حق بیمه بالاتری پرداخت نکرده است.

● درخواست پوشش بیمه‌ای خدمات پیشگیرانه و ایمن سازی - تمامی بیمه‌نامه‌ها پس از ۲۰۱۴، باید خدمات رتبه A یا B بسیاری را برای پیشگیری از بیماری‌ها، بدون هزینه اضافی و از جیب بیمارارایه کنند.

● افزایش پوشش بیمه‌ای افراد وابسته تا سن ۲۶ سالگی افزایش - وابستگان بیمه‌گذار امکان استفاده از بیمه والدین خود را تا سن ۲۶ سالگی داشته باشند.

● توسعه یک ساختار مستندسازی یکسان برای مصرف‌کنندگان، با هدف ایجاد امکان مقایسه هنگام

ارایه یارانه‌های سخاوتمندانه بیشتری به گروه‌های کم درآمد. خانوارهایی که درآمد آنها ۱۵۰ درصد از سطح فقر فدرال است، میان ۲ تا ۴ درصد از درآمد خود را به عنوان حق بیمه پرداخت خواهند کرد. بیمه‌نامه‌های درمان بایستی ۹۴ درصد از هزینه‌های خسارت را پوشش دهد. خانوارهایی با درآمد میان ۱۵۰ درصد تا ۴۰۰ درصد سطح فقر فدرال (حدود ۸۸ هزار و ۲۰۰ دلار برای یک خانواده ۴ نفری)، باید تنها میان ۴ تا ۹/۸ درصد از درآمد خود را برای حق بیمه پرداخت کنند و بقیه مبلغ توسط دولت پرداخت خواهد شد



بیماری، به‌خاطر بهانه‌هایی چون بیمار بودن پیش از صدور بیمه‌نامه می‌شود. در همین حال به بیمه‌گذار، این اجازه داده می‌شود که از طریق درخواست بررسی ادعای خسارت سریع، مطالبات خود را از شرکت بیمه به سرعت دریافت کند.

در زیر برخی جنبه‌های این بخش از قانون را که از سال ۲۰۱۰ اجرایی شده‌اند و اثرات آن‌ها هم‌اکنون در خانواده‌ها و صاحبان کسب و کارهای کوچک، قابل مشاهده است مطرح می‌کنیم:

انتخاب‌های ارزان قیمت جدید

■ آمریکایی‌هایی که بیمار هستند و پیش از ۲۰۱۰ شامل شرایط از پیش بیماری می‌شدند در نهایت می‌توانند شرایطی غیر تبعیض‌آمیز را تجربه کنند و زیر پوشش بیمه‌ای ارزان و یکسان با دیگران قرار بگیرند.

■ صاحبان کسب و کارهای کوچک می‌توانند از اعتبارات مالیاتی برای زیر پوشش قرار دادن کارکنان خود بهره‌مند شوند.

■ بیمه‌نامه‌های جدید باید هزینه‌های پیشگیری و ایمن‌سازی از بیماری را نیز زیر پوشش قرار دهند.

■ جوانان می‌توانند تا سن ۲۶ سالگی از پوشش بیمه درمانی والدین خود استفاده کنند.

■ برنامه بیمه اتکایی موقتی برای کارفرمایانی که کارکنان زودبازنشسته خود را بیمه کرده‌اند، مبلغی معادل ۱۲۰۰ دلار برای هر خانواده در نظر گرفته است.

قدرت بیشتر برای مصرف‌کنندگان

■ پایگاه اینترنتی جدیدی برای کمک به مقایسه بهتر و کارآمدتر شرکت‌های بیمه مختلف و خدمات و مزایای آن‌ها در هر ایالت ایجاد شده است که به پرسش‌های مصرف‌کنندگان به‌دقت پاسخ می‌دهد.

شده و تمامی هزینه‌های پیشگیرانه بدون کم و کاست زیر پوشش بیمه‌های درمانی برده شده‌اند. همچنین این بخش از قانون، بر این موضوع تاکید دارد که هیچ صورت‌حساب بیمارستانی نمی‌تواند هیچ شهروندی را از ادامه روند درمان بازدارد، حتی اگر بیمه‌نامه پیش از اجرای قانون درمان مقرون به صرفه صادر شده باشد.

این بخش از قانون درمان مقرون به صرفه، بازاری رقابتی برای شرکت‌های بیمه ایجاد کرده است، همین بازار رقابتی به بهبود کیفیت خدمات ارایه شده، کمک قابل توجهی کرده است. بدین ترتیب، تمامی شهروندان کشور آمریکا قادر به انتخاب از میان شرکت‌های بیمه درمانی بنا به مزایا و عملکرد مثبت آن‌ها هستند و به این منظور اقداماتی برای مقایسه استاندارد شرکت‌های بیمه مختلف بوجود آمده است. بنابراین ایجاد نوعی برابری در دریافت خدمات درمانی و مراقبتی یکسان، اوپاماگر تلاش کرده است تا از ارایه خدمات سلامت با کیفیت به تمامی شهروندان مطمئن شود. همچنین افرادی که تمایل به خرید بیمه درمانی خصوصی دارند، می‌توانند این کار را انجام دهند و همان خدمات را دریافت کنند.

مطابق این بخش از قانون درمان مقرون به صرفه، صاحبان کسب و کارهای کوچک توانایی تهیه پوشش بیمه‌ای خود را خواهند داشت و اعتبارات مالیاتی تا سقف ۵۰ درصد از هزینه‌های بیمه کردن کارکنان خود را دریافت خواهند کرد. بنابراین روند بیمه کردن کارکنان برای این کسب و کار ساده‌تر و کم‌هزینه‌تر خواهد شد. همچنین سرفصل اول این قانون با تاکید بر قوانین و مقررات واضح شرکت‌های بیمه به دستکاری آن‌ها منجر می‌شود و مانع جریمه بیمه‌گذاران یا خارج کردن آنان از پوشش بیمه‌ای در روزهای سخت

خرید؛ در گذشته، ساختار یکسانی برای نشان دادن مزایا یا میزان خسارت‌های پرداختی در بیمه‌نامه‌ها وجود نداشت. در حال حاضر یک ساختار مستندسازی واحد و استاندارد می‌تواند امکان مقایسه خدمات شرکت‌های بیمه را آسان سازد.

● تعیین سقف هزینه‌های غیر پزشکی و اداری برای شرکت‌های بیمه؛ شرکت‌های بیمه نمی‌توانند بیش از ۸۰ درصد از پول حق بیمه‌ها را صرف هزینه‌های غیر پزشکی کنند و چنانچه چنین اتفاقی رخ دهد، بیمه‌گذار می‌تواند تا ۸۵ درصد تخفیف دریافت کند.

● اطمینان یافتن از این که مصرف‌کنندگان به یک فرایند درخواست خسارت کارآمد دسترسی دارند و امکان تغییر بیمه‌گر برای آنان فراهم است؛ در گذشته اگر فردی از درمان باز می‌ماند یا ناچار به تحویل درخواست خسارت به شرکت بیمه‌گر خود می‌شد، از حقوق کمی برخوردار بود. در حال حاضر فرد از حق درخواست پرداخت خسارت سریع برخوردار است.

● ایجاد یک برنامه بیمه اتکایی موقت برای حمایت از بیمه‌افراد زودبازنشسته؛ از سال ۲۰۱۴، تمام شهروندان آمریکا امکان تهیه پوشش بیمه‌ای مناسب خود را از سامانه‌ای به نام بازار دارند.

● ایجاد یک پورتال اینترنتی برای یاری آمریکایی‌ها در شناخت گزینه‌های موجود پوشش‌های بیمه‌ای؛ این پورتال به منظور دسترس قرار دادن اطلاعات صحیح در حوزه قانون درمان مقرون به صرفه و سامانه بازار هر ایالت ایجاد شده است.

● ساده‌سازی روند اداری برای کاستن از هزینه‌های سازمان سلامت؛ تمامی داده‌های پزشکی در یک پایگاه داده‌های مرکزی جمع‌آوری شده‌اند که هماهنگی‌های درمانی را کارآمدتر می‌کنند.

● درخواست از افراد برای نگهداشتن پوشش‌های بیمه‌ای ضروری و حداقلی آن‌ها.

● از سال ۲۰۱۵، کسب و کارهای کوچک ملزم به بیمه کردن کارکنان تمام وقت خود هستند.

● بسیاری از قوانین جدید وضعیت برابری در محل کار در زمینه سلامت و درمان را بهبود می‌بخشند.

● تبعیض‌های جنسیتی و تبعیض‌های بر مبنای وضعیت سلامت و درآمد میان برداشته می‌شوند.

همانطور که می‌بینید، سرفصل اول بر تحت حمایت درمانی قرار گرفتن افراد، خانواده‌ها و صاحبان کسب و کارهای کوچک تاکید دارد. در این سرفصل، گفته شده است که به‌واسطه کاهش میزان پرداختی شخصی برای خدمات سلامت و درمان، هزینه‌های درمان کمتر



مطابق این بخش از قانون درمان مقرون به صرفه، صاحبان کسب و کارهای کوچک توانایی تهیه پوشش بیمه‌ای خود را خواهند داشت و اعتبارات مالیاتی تا سقف ۵۰ درصد از هزینه‌های بیمه کردن کارکنان خود را دریافت خواهند کرد. بنابراین روند بیمه کردن کارکنان برای این کسب و کار ساده‌تر و کم‌هزینه‌تر خواهد شد. همچنین سرفصل اول این قانون با تاکید بر قوانین و مقررات واضح شرکت‌های بیمه به درستکاری آن‌ها منجر می‌شود و مانع جریمه بیمه‌گذاران یا خارج کردن آنان از پوشش بیمه‌ای در روزهای سخت بیماری، به‌خاطر بهانه‌هایی چون بیمار بودن پیش از صدور بیمه‌نامه می‌شود. در همین حال به بیمه‌گذار، این اجازه داده می‌شود که از طریق درخواست بررسی ادعای خسارت سریع، مطالبات خود را از شرکت بیمه به سرعت دریافت کند

دوم قانون درمان مقرون به صرفه بیان می‌کند که پول مالیات‌دهندگان از طریق کاهش هزینه‌های داروهای تجویز شده و کاهش پرداخت یارانه به آمریکایی‌هایی که زیر پوشش بیمه نیستند، صرفه‌جویی می‌شود. این قانون در عوض افراد بیشماری را زیر پوشش بیمه ارزان قیمت و باکیفیت قرار می‌دهد.

سرفصل سوم: بهسازی کیفیت و کارآمدی خدمات سلامت و درمان

این بخش از قانون درمان مقرون به صرفه بر حفظ، حمایت و اصلاح مدیکر تاکید می‌کند. سرفصل سوم به لزوم از میان رفتن شکاف‌های میان پوشش‌های بیمه‌ای مختلف برای تامین داروهای افراد سالمند اشاره دارد. بدین ترتیب سالمندان مجبور به پرداخت هزاران دلار هزینه بیشتر برای دارو نیستند و مؤسسات بهداشت و درمان و متخصصان این حوزه انگیزه لازم را برای بهبود خدمات درمانی خود خواهند داشت. این قانون خدمات اضافی سلامت را برای ساکنان مناطق غیرشهری فراهم می‌کند. این قانون پرداخت ده‌ها میلیون دلار به شرکت‌های بیمه برای پشتیبانی از مدیکر را متوقف کرده است. پول‌های مالیات‌دهندگان آمریکایی از طریق خدمات پیشگیرانه و سلامت‌تر نگه‌داشتن افراد و کمتر هزینه کردن برای پرداخت به بیمارستان‌ها جهت درمان افراد بدون بیمه، صرفه‌جویی می‌شود. همچنین تیمی از متخصصان و نه‌اعضای کنگره برای دست‌یافتن به بهترین راهکار در ادامه اجرای مدیکر از طریق بهبود کیفیت پوشش‌های بیمه‌ای و کاهش هزینه‌ها با یکدیگر همکاری خواهند کرد. مدیکر یکی از محبوب‌ترین طرح‌های درمانی سالمندان بوده است و

اجازه درخواست تجدیدنظر در بررسی‌های شرکت‌های بیمه به مصرف‌کنندگان داده شده است که حتی می‌توانند بر زمان آن نیز تاثیر گذار باشند.

پاسخگویی شرکت‌های بیمه
ممانعت از خروج کودکان از پوشش بیمه‌ای به دلیل بیماری‌های مادرزادی در بیمه‌نامه‌های جدید و همچنین بیمه‌نامه‌های قبلی

بازمانی درخواست‌های افزایش حق بیمه؛ شرکت‌های بیمه درمانی با نرخ مشخصی از افزایش حق بیمه‌ها در جریان تعویض یا تمدید بیمه‌نامه‌ها از ادامه فعالیت باز خواهند ماند.

حذف سقف پرداخت خسارت عمری یا سالانه در همه بیمه‌نامه‌ها و ایجاد امکان پاسخگویی بیشتر شرکت‌های بیمه

جلوگیری از خروج افراد بیمار از پوشش بیمه‌ای به دلیل اشتباهات ناخواسته هنگام پر کردن فرم تقاضای بیمه‌نامه

سرفصل دوم: نقش برنامه‌های گروهی

قانون درمان مقرون به صرفه طرح‌هایی چون مدیکید، طرح بیمه کودکان را گسترش داده و اجرای آن‌ها را آسان کرده است. همچنین این قانون، مراقبت‌های اجتماعی برای افراد کم‌توان را بهبود بخشیده و این امکان را برای ایالت‌ها ایجاد کرده است که خدمات درمانی و مراقبت در خانه را برای افراد نیازمند مراقبت‌های طولانی مدت گسترش دهند. این قانون برای تمام ایالت‌ها یکسان است و انعطاف‌پذیری لازم برای ایجاد راهبردهای بهبود خدمات درمانی و مراقبتی، با همکاری بهره‌مندان از مدیکید و مدیکر مهیا می‌سازد. سرفصل

بدین وسیله حفظ آن تضمین می‌شود.

سرفصل چهارم: پیشگیری از بیماری‌های مزمن و بهبود سلامت عمومی

این سرفصل بر ترویج پیشگیری، صحت و سلامت عمومی از منابع مالی جدید تاکید دارد. این بخش از قانون از استراتژی‌های ملی ترویج پیشگیری و سلامت برای بهبود وضعیت سلامت آمریکایی‌ها و کاهش بیماری‌ها و ناتوانی‌های قابل پیشگیری استفاده می‌کند تا هزینه‌های سرانه درمان را در ایالات متحده آمریکا پایین نگه دارد. در این سرفصل مشخصاً راجع به در دسترس قرار گرفتن بیشتر و رواج بیشتر یافتن اطلاعات تغذیه‌ای صحبت شده‌است. همچنین در این سرفصل اشاره شده‌است که سالمندان از پرداخت هزینه‌های مربوط به اعمال پیشگیرانه معاف خواهند بود. البته، زنان و مراقب‌های پیشگیرانه برای آنان از قلم نیفتاده‌اند و بنابه سرفصل چهارم از قانون درمان مقرون به صرفه، بسیاری از خدمات پیشگیرانه برای زنان نیز در خدمات زیر پوشش اوباما قرار گرفته‌اند. این بخش از قانون به‌واسطه ایجاد اطمینان از این موضوع که مردم دسترسی لازم به خدمات پیشگیرانه سلامت را دارند، علاوه بر نجات جان میلیون‌ها نفر و جلوگیری از ارقام نجومی هزینه‌های درمان و خیل عظیم صورتحساب‌های بیمارستانی پرداخت نشده که هزینه‌های جاری دولت را در بخش درمان بالا می‌برند، مالیات مالیات دهندگان را نیز از خطر هدررفت حفظ کرده‌است.

مطابق سرفصل چهارم از قانون درمان مقرون به صرفه، برای اصلاح واقعی سیستم بهداشت و درمان ایالات متحده، لازم است که تمرکز این بخش از سیستم‌های مبتنی بر درمان به سیستم‌های مبتنی بر پیشگیری تغییر کند. بنابراین این سرفصل بر ترویج پیشگیری، صحت و سلامت عمومی تاکید دارد و منابع مالی جدیدی را برای وفاداری به تعهد در این حوزه‌ها آماده می‌کند. این سرفصل دست‌اندر کار ایجاد استراتژی‌های پیشگیری و ترویج سلامتی است که با به‌کاربردن روش‌های اثربخش و قابل دست‌یابی برای بهبود وضعیت سلامت آمریکایی‌ها میسر است و در این راه از هزینه‌های درمان در ایالات متحده به‌شدت کاسته خواهد شد.

سرفصل چهارم بر ابتکار کسب و کارهای کوچک و دولت‌های محلی و ایالت‌ها متکی است تا بهترین راه‌ها برای بهبود وضعیت صحت در محل کار و جامعه

آمریکایی ایجاد شود. همچنین بر تقویت ظرفیت آمریکا برای پاسخ‌دادن به فوریت‌های سلامت عمومی دلالت دارد. این بخش از قانون درمان مقرون به صرفه با اعطای ابزار لازم برای یافتن بهترین اطلاعات تغذیه‌ای علمی خانواده‌ها را توانمند می‌کند و پیشگیری و در نظر گرفتن آن به‌عنوان یک اولویت را از طریق حذف هزینه خدمات پیشگیرانه برای سالمندان را در مدیکر مشخص می‌سازد. البته این نکته بر هیچ‌کس پوشیده نیست که پیشگیری چه تأثیرات مثبتی در نجات جان شهروندان، بهبود وضعیت سلامت عمومی و کاهش هزینه‌های سرانه بهداشت و درمان دارد.

سرفصل پنجم: نیروی کار بخش بهداشت و درمان

قانون درمان مقرون به صرفه، در سرفصل پنجم از اعطای بورسیه‌هایی به جوانان برای تحصیل در رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی صحبت می‌کند. این بخش از قانون به ترویج مشاغل بیشتر مورد نیاز و ضروری‌تر در صنعت سلامت و درمان می‌پردازد تا برای آینده نیروی کار لازم و مهارت‌دیده فراهم کرده باشد و به این وسیله فرصت‌های شغلی مشخصی را نیز برای اقتصاد ایالات متحده ایجاد می‌کند. این سرفصل به ایالت‌ها قدرت به کارگماری و استخدام نیروهای جدید را بخشیده‌است و در ایجاد منابع مالی و گسترش مراکز درمان عمومی و اجتماعی به ایالت‌ها کمک می‌کند. در این بخش از قانون علت چنین گشایش‌هایی نقش کلیدی و مهم پزشکان، پرستاران و دیگر ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی در سیستم بهداشت و درمان ایالات متحده عنوان شده‌است. بنابراین قانون درمان مقرون به صرفه نیز باید تاکید خاصی بر گسترش و حمایت از نیروی کار این صنعت داشته باشد.

سرفصل ششم: شفافیت و تمامیت برنامه

تاکید این بخش از قانون درمان مقرون به صرفه بر ارائه منظم اطلاعات به شهروندان آمریکا درباره موضوعات مربوط به سلامت است. روابط پزشک و بیمار به‌واسطه برداشته شدن موانع دست‌یابی پزشکان و بیماران به نتایج تحقیقاتی جدید و در دسترس قرار گرفتن اطلاعات لازم برای تصمیم‌گیری تقویت شده‌است. این کار برای بهترین تصمیم‌گیری در زمان معالجه، پیشگیری یا تشخیص صورت می‌گیرد. شفافیت بیشتر در مراکز ارائه خدمات پرستاری به‌وسیله به کار بردن مقررات و برنامه‌های انگیزشی برای بهسازی کیفیت خدمات پرستاری صورت می‌گیرد. این سرفصل

به تازگی هزینه‌های قانون درمان مقرون به صرفه، مجدداً تخمین زده شده‌است و این رقم در آخرین برآوردها تا سال ۲۰۲۵، ۱/۲۰۷ تریلیون دلار محاسبه شده‌است. این هزینه شامل هزینه‌های اقدامات مربوط به پوشش‌های بیمه‌ای اصلی اوباما کر است، اما در برگیرنده جنبه‌های محدودکننده این هزینه‌ها در آینده نیست. برای نمونه در سال ۲۰۰۹، هزینه سرانه درمان در ایالات متحده رقمی معادل ۸۰۸۶ دلار بوده است که با توجه به هزینه‌های انجام شده برای اصلاح سیستم بیمه درمانی و سیستم درمان ایالات متحده، این هزینه در سال ۲۰۱۵ به رقم ۹۰۰۰ دلار رسیده‌است، طرفداران قانون ادعا می‌کنند که در نهایت این هزینه‌ها در سال‌های آینده به تدریج کاهش خواهند یافت

می‌رسد. جدول زیر، دربرگیرنده برخی اطلاعات کلیدی درباره مراحل اجرای اوباما کر و برخی اقدامات اصلی آن در بازه‌های زمانی مشخص است.

هزینه‌ها و بودجه بندی قانون درمان مقرون به صرفه

به تازگی هزینه‌های قانون درمان مقرون به صرفه، مجدداً تخمین زده شده است و این رقم در آخرین برآوردها تا سال ۲۰۲۵، ۱/۲۰۷ تریلیون دلار محاسبه شده است. این هزینه شامل هزینه‌های اقدامات مربوط به پوشش‌های بیمه‌ای اصلی اوباما کر است، اما دربرگیرنده جنبه‌های محدودکننده این هزینه‌ها در آینده نیست. برای نمونه در سال ۲۰۰۹، هزینه سرانه درمان در ایالات متحده رقمی معادل ۸۰۸۶ دلار بوده است که با توجه به هزینه‌های انجام شده برای اصلاح سیستم بیمه درمانی و سیستم درمان ایالات متحده، این هزینه در سال ۲۰۱۵ به رقم ۹۰۰۰ دلار رسیده است، طرفداران قانون ادعا می‌کنند که در نهایت این هزینه‌ها در سال‌های آینده به تدریج کاهش خواهند یافت.

بنابراین داده‌های مربوط به اقدامات بیمه‌ای قانون، ۶ نفر از هر ۱۰ آمریکایی با اجرای قانون درمان مقرون به صرفه می‌توانند با پرداخت ۱۰۰ دلار یا کمتر، پوشش بیمه‌ای حداقلی خود را از سامانه بازار تهیه کنند. در واقع از سال ۲۰۱۴ با تخصیص اعتبارات مالیاتی حق بیمه، بهای یک بیمه‌نامه متوسط به رقم ۸۲ دلار رسیده است. نمودار زیر اطلاعاتی را درباره هزینه‌های درمان قبل و بعد از قانون درمان مقرون به صرفه در دسترس قرار می‌دهد. این هزینه‌ها به تفکیک طرح‌های مدیکید و مدیکر هستند. نمودار به خوبی نشانگر کاهش هزینه‌های این دو طرح خدمات درمانی اجتماعی و در عوض اضافه شدن هزینه تغییر پوشش بیمه‌ای و مدیکید ACA است. که با گذشت زمان از میزان این هزینه‌ها نیز کم شده و امید به کاهش کلیه هزینه‌ها در روندی نزولی را ایجاد می‌کند.

همانطور که در نمودار مشاهده می‌کنید، به محض اجرای اوباما کر، هزینه کلی درمان و سلامت پسا ACA نسبت به دوران پیش از اجرای آن، ۱۰۰ میلیارد دلار افزایش داشته است که با کاهش کمی پیش از ۱۰۰ میلیارد دلاری در هزینه‌های مدیکر و نزدیک به ۸۰ میلیارد دلاری در هزینه‌های مدیکید پایه روبرو شده است. بنابراین افزایش ۲۳۰ میلیارد دلاری هزینه‌های تغییر بیمه‌گر و هزینه‌های مدیکید ACA، به مراتب تعدیل شده است. انتظار می‌رود این روند نزولی

هیچ بودجه مالی از راه پرداخت مالیات شهروندان در پرداخت خسارت در این نوع بیمه‌ها به کار نخواهد رفت و این برنامه در اصل با هدف کاهش هزینه‌های مدیکید اجرایی شده است و تا زمانی که افراد قادر به کار کردن هستند و می‌توانند در خانه‌های خود و نه در آسایشگاه‌ها زندگی کنند، خسارتی به آن‌ها پرداخت نخواهد شد. مقررات محکمی برای تشخیص این‌ها از کارافتادگی وضع و اجرایی شده‌اند تا این اطمینان به دست آید که حق بیمه‌ها کفاف هزینه‌های این بیمه را خواهند داد. این بخش در ژانویه ۲۰۱۳ مورد تجدیدنظر واقع شد.

سرفصل نهم: اقدامات درآمدزا

این سرفصل با هدف بهسازی فاز اجرای قانون درمان مقرون به صرفه و برطرف کردن نقاط ضعف آن وارد عمل می‌شود. همچنین سرفصل اقدامات درآمدزایه گسترش بیمه بیمارستانی مدیکر بر پایه مالیات افراد پردرآمد می‌پردازد. بدین ترتیب این سرفصل از قانون درمان مقرون به صرفه بر این موضوع تأکید دارد که نه تنها اوباما کر درمان ارزان قیمت را برای خانواده‌ها و صاحبان کسب و کارهای کوچک ایجاد و مالیات افراد پردرآمد، کسب و کارهای بزرگ و صنعت سلامت و درمان را بیشتر می‌کند، بلکه برخی نتیجه‌گیری‌های درمانی را که بر غالب آمریکایی‌ها اثر گذار است محدود می‌کند. ده‌ها میلیون خانواده در ایالات متحده از اعتبارات جدید مالیاتی که در کاستن از هزینه حق بیمه‌های آنان و تهیه بیمه‌های درمانی برای آنان موثر است، بهره‌مند خواهند شد. خانواده‌هایی که درآمدی سالانه کمتر از ۲۵۰ هزار دلار درآمد دارند، مالیاتی به مراتب کمتر از پیش خواهند پرداخت و به این ترتیب با وضع این قانون، اصلاحات سلامت به طور کامل تأمین شده و کسری بودجه آن در ۱۰ سال آینده به صدها میلیارد دلار منفعت مالی تبدیل خواهد شد.

سرفصل دهم: تصویب مجدد بودجه طرح بهبود سلامت و بهداشت بومیان آمریکا

این سرفصل از قانون به تصویب مجدد بودجه طرح بهبود سلامت و بهداشت بومیان آمریکا اختصاص دارد که خدمات بهداشت و درمان را برای سرخ‌پوستان و بومیان آلاسکا ارایه می‌کند. این قانون قرار است که سیستم سلامت بومیان را به روزرسانی کند و وضعیت بهداشت و درمان ۱/۹ میلیون فرزند بومیان آمریکا را بهبود بخشد. با بررسی جزئیات متن قانون درمان مقرون به صرفه، نوبت به ارایه جدولی از فازهای مختلف اجرای این قانون

با تحمیل الزامات افشا به شناسایی ارایه دهندگان پرخطری که سابقه کلاهبرداری دارند، می‌پردازد و به این وسیله، کلاهبرداری و سوءاستفاده را کنترل می‌کند. برای این منظور، ایالت‌ها در حال حاضر اقتدار لازم برای جلوگیری از کار کردن ارایه‌کنندگان خدماتی که در ایالت‌های دیگر محکوم شده‌اند را دارند. بدین وسیله، این بخش از قانون درمان مقرون به صرفه با اعطای انعطاف‌پذیری به ایالت‌ها برای آزمودن اصلاحات آسیب‌زا که بر امنیت بیمار تأثیر می‌گذارند، حل اختلافات و بهسازی بیمه مسؤلیت را تشویق می‌کند.

سرفصل هفتم: بهسازی دسترسی به روش‌های درمانی ابتکاری

این سرفصل بر گسترش تخفیفات بر داروها و ترویج رقابت بر سر بهای داده‌های زیست‌شناختی و ابتکار در این راه، تأکید دارد. قانون درمان مقرون به صرفه خلاقیت و صرفه‌جویی در پول مصرف‌کنندگان را ترویج می‌کند و به رفتارهای انحصاری برخی شرکت‌های داروسازی که داروهای جدید و ارزان قیمت را از دسترس بازار دور نگه می‌دارند را پایان می‌بخشد. همچنین این بخش از قانون به گسترش تخفیفات بخش دارو در بیمارستان و مراکز درمانی که به افراد کم‌درآمد خدمات درمانی ارایه می‌کنند، کمک کرده و موجب ایجاد رویه‌ای برای ایجاد گونه‌های عمومی از داروهای بیولوژیک می‌شود که پزشکان را به شیوه‌های ارزان‌تر درمان نزدیک می‌کند.

سرفصل هشتم: حمایت‌ها و خدمات اجتماعی کمک‌های زیستی (CLASS)

این سرفصل مبداء ایجاد بیمه طولانی مدت، خودتأمین و داوطلبانه برای خانواده‌های آمریکایی است. این بخش از قانون گزینه جدیدی برای تأمین هزینه‌های خدمات طولانی مدت و مراقبت در موارد ناتوانی جسمی را فراهم می‌کند. این انتخاب بیمه‌ای داوطلبانه و خودتأمین شامل مراقبت‌های بلندمدت است. مطابق این شکل از بیمه‌نامه‌ها، کارکنان در صورت ناتوان شدن خواهند توانست هزینه‌های مراقبت، هزینه‌های رفت و آمد، هزینه‌های پرستاری و دریافت خدمات را از شرکت بیمه دریافت کنند. نیاز در این نوع بیمه بر اساس مشکل فرد در انجام فعالیت‌های پایه‌ای چون حمام کردن یا لباس پوشیدن تعریف می‌شود. مزایای این بیمه منعطف است و می‌توان از خدمات حمایتی اجتماعی تا مراقبت‌های استراحتی در بیمارستان یا مراقبت در خانه را بخشی از آن برشمرد. در این سرفصل گفته شده است که

جدول زمانی اقدامات اجرایی قانون درمان مقرون به صرفه

همانطور که گفته شد این جدول دربرگیرنده اطلاعات مربوط به مراحل مختلف اقدامات مربوط به ACA است. برای اطلاع از برنامه‌های زمانی قانون در آینده نیز می‌توان از این جدول زمانی بهره گرفت. این جدول به شرح زیر است:

جدول زمانی اقدامات اجرایی PPACA

مقررات بیمه‌ای فدرال

- ممنوعیت سقف عمری پرداخت خسارت، محدودیت فسخ یا ابطال بیمه‌نامه‌ها یا خروج بیمار به علت بیماری پیش از صدور بیمه‌نامه.
- امکان بیمه جوانان تا ۲۶ سال توسط والدین برای تمام انواع بیمه‌نامه‌های درمان. ۶ ماه پس از تصویب قانون
- التزام شرکت‌های بیمه و تمام بیمه‌نامه‌های درمان فردی به زیر پوشش قراردادن خدمات پیشگیرانه

مالیات‌های جدید و اعتبارات مالیاتی

- اعطای اعتبارات مالیاتی برای کسب و کارهای کوچک تا سقف ۳۵ درصد از اظهارات آن‌ها برای خرید بیمه درمانی کارکنان. ۴۰ میلیارد دلار برای یک بازه زمانی ۱۰ ساله.
- رایحه اعتبار مالیاتی اختیاری و افزایش کمک‌های اختیاری به مبلغ ۱۰۰۰ دلار. این اعتبارات از سال ۲۰۱۱ قابل برگشت هستند.

مدیکر

- رایحه تخفیف ۲۵۰ دلاری برای افرادی که در جریان از میان بردن حفره دونات یا طرح از میان بردن شکاف پوشش بیمه‌ای در مدیکر در سال ۲۰۱۰ ثبت نام کردند.

مدیکید

- به ایالت‌ها این اجازه را می‌دهد که والدین یا بزرگسالانی که درآمد آن‌ها تا ۱۳۳ درصد از سطح فقر فدرال است را زیر پوشش کمک هزینه درمانی فدرال یا FMAP قرار دهند.

دیگر اقدامات

- پزشکان از اجاع بیماران به بیمارستان‌هایی که خود سهام‌دار آن‌ها هستند، منع شده‌اند.
- برنامه بیمه‌اتکایی جدیدی برای شرکت‌هایی که کارکنان زودبازنشسته دارند ایجاد شده‌است. این افراد می‌توانند در سنین ۵۵ تا ۶۴ سال باشند.
- مبلغ ۵ میلیارد دلار از پول‌های مالیات دهندگان فدرال برای زیر پوشش بیمه قراردادن افراد با ریسک بالای بیماری هزینه شده‌است.

مقررات بیمه‌ای فدرال

- محدود کردن شرکت‌های بیمه به پرداخت تخفیف‌های اجباری به بیمه‌گذاران در صورتی که نسبت مشخصی از حق بیمه صرف هزینه‌های درمان نشده باشد. این تخفیف می‌تواند تا ۸۵٪ سقف در صدر رسد.

مدیکر

- شرکت‌های داروسازی باید تخفیفی ۵۰ درصدی برای داروهای تجاری که نسخه‌های آنان در جریان شکاف بیمه بخش D صادر شده‌است، بپردازند. این تخفیف تا سال ۲۰۲۰ به ۷۵ درصد خواهد رسید.
- توقف پرداخت مزایای مدیکر
- پرداخت ۱۰ درصد دستمزد بیشتر برای پزشکان و جراحان مدیکر

که تا سال ۲۰۱۴ نیز وجود داشته‌است، در سال‌های آتی نیز ادامه یابد و هزینه‌های اجرای این قانون را تا سال ۲۰۲۵، جمعاً به مبلغ ۱/۲۰۷ تریلیون دلار برساند.

در زیر برخی نکات مهم در مورد هزینه‌ها و بودجه‌بندی طرح درمان مقرون به صرفه ارائه می‌شود:

۱- با توجه به پویایی‌های قانون درمان مقرون به صرفه، هزینه‌ها و درآمدهای برآورد شده در این طرح بسیار شناور بوده و عملاً هر چند ماه یکبار هزینه متفاوتی از سوی مجریان طرح عنوان می‌شود.

۲- بنا به اطلاعات ارائه شده در ماه مارس ۲۰۱۵، هزینه خالص اوپاماگر برای دوره زمانی ۲۰۱۶ تا ۲۰۲۵، ۱/۲۰۷ تریلیون دلار تخمین زده شده‌است.

۳- این رقم از کاهش رقم ۱/۳۵ تریلیون دلار در ژانویه ۲۰۱۵، که خود از کاهش ۷ درصدی نسبت به ماه آوریل ۲۰۱۴ بدست آمده بود، ایجاد شده‌است.

۴- هزینه‌های قانون شامل اقدامات مربوط به پوشش‌های بیمه‌ای چون یارانه‌های موجود در سامانه بازار، گسترش مدیکید و CHIP، و اعطای اعتبارات مالیاتی به کارفرمایان می‌شود.

۵- امور هزینه‌های قانون درمان مقرون به صرفه متشکل از اقدامات درآمدزایی چون پرداخت جریمه، مالیات غیرمستقیم و دیگر انواع مالیات‌ها نیز هست.

۶- هزینه‌های اعلام شده از سوی مجریان قانون، شامل دیگر اصلاحات نیستند. این اصلاحات ضامن کمک به روند کاهش هزینه‌های سلامت و درمان در ایالات متحده هستند. منظور از این اصلاحات، اصلاحات مربوط به مدیکر است. بدین ترتیب که هزینه‌های مدیکر در بودجه‌بندی قانون درمان مقرون به صرفه به طور جداگانه لحاظ شده‌است، اما اصلاحات طرح مدیکر خود شامل بخشی از قانون درمان مقرون به صرفه است. بنابراین در عمل، برخی از هزینه‌ها دست‌کم دو بار لحاظ شده‌اند.

۷- در سال ۲۰۱۵، به علت اجرای بخشی از قانون درمان مقرون به صرفه، هزینه‌های سلامت و درمان با کمترین نرخ رشد از سال ۱۹۶۰، افزایش یافته‌است. در ضمن، تورم بهای خدمات سلامت و درمان نیز در کمترین حد خود از ۵۰ سال قبل بوده‌است.

موضوع هزینه‌ها و بودجه‌بندی قانون درمان مقرون به صرفه نیازمند موشکافی عمیقی است. در حالی که، اطلاعات ارائه شده در این بخش، صرفاً اطلاعاتی کلی است. لذا به منظور بررسی‌های بیشتر و آرایه دیدی جامع نسبت به موضوع هزینه‌های اوپاماگر، در شماره بعدی نشریه بیشتر درباره آن صحبت خواهیم کرد. ■

مالیات‌های جدید

تحمیل هزینه صنعت داروسازی بر فروش داروهای تجاری برای اجرای برنامه‌های سلامت عمومی. این رقم در سال ۲۰۱۰، ۲/۵ میلیارد دلار، در سال ۲۰۱۲ و ۲۰۱۳ جمعاً ۵/۶ میلیارد دلار بوده است. همچنین از سال‌های ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۶ نیز به ازای هر سال ۳ میلیارد دلار خواهد بود. ۴ میلیارد دلار برای سال ۲۰۱۷، ۴/۱ میلیارد دلار برای سال ۲۰۱۸ و نهایتاً ۲/۸ میلیارد دلار برای سال ۲۰۱۹ خواهد بود.

افزایش مالیات اضافه برای سلامت و درمان افراد کمتر از ۶۵ سال از ۱۰ درصد به ۲۰ درصد.

مراکز سلامت عمومی

افزایش مالیات‌ها در برخی بخش‌ها به ساخت و تجهیز مراکز درمانی عمومی به ارزش ۱۱ میلیارد دلار در مدت ۵ سال می‌رسد. (از ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۵)

مدیکر

استاندارد پرداخت فدرال به بیمه‌نامه‌های مدیکر که در سال ۲۰۱۲، ۲۰ درصد از سالمندان را شامل می‌شد، کاهش یافت. بقیه تغییرات در چند سال آینده لحاظ خواهند شد.

مدیکید

مبلغ دستمزد پزشکان مدیکید برای خدمات آن‌ها نباید کمتر از ۱۰۰ درصد دستمزد پزشکان در مدیکر باشد.

مالیات‌های جدید

تحمیل محدودیت‌های سالانه بر اظهارات بیمارستان‌ها در مورد دریافت هزینه درمان. سقف ۲۵۰۰ دلاری سالانه که تورم سالانه نیز در محاسبه مقادیر آن دخیل است.

تحمیل مالیات ۲/۳ درصدی به تولیدکنندگان تجهیزات پزشکی، عینک‌ها، لنزهای چشمی، سمعک و دیگر تجهیزاتی که توسط عموم خریداری می‌شوند، شامل این موضوع نیستند. این مبلغ تا سقف ۲۰ میلیارد دلار خواهد رسید.

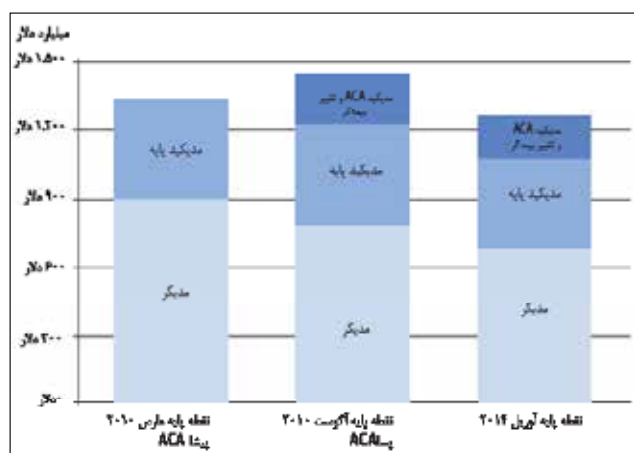
افزایش ۲/۵ درصدی آستانه درآمد برای کسر مالیات جز به جز هزینه‌های درمان از ۷/۵ درصد به ۱۰ درصد. البته افراد بالای ۶۵ سال کماکان مالیات جز به جز هزینه‌های درمان ۷/۵ درصدی را تا سال ۲۰۱۶ پرداخت می‌کنند.

مالیات بخش A بیمه بیمارستانی مدیکر به ۰/۹ درصد از درآمد فردی بالای ۲۰۰ هزار دلار می‌رسد. این تعیین درآمد در مدیکر جدید محسوب می‌شود.

دیگر اقدامات

بیمه‌گران باید در زمینه ارائه اطلاعات الکترونیک استانداردهای مشخص و مقررات تجاری خاصی را رعایت کنند.

ایالت‌ها اجازه دارند تا شکل پایه‌ای از یک بیمه‌نامه درمانی را برای افرادی که درآمدی میان ۱۳۳ تا ۴۰۰ درصد از سطح فقر فدرال درآمد دارند و بیمه نشده‌اند فراهم کنند.

نمودار هزینه درمان و سلامت آمریکا
پیش و پس از اجرای قانون درمان مقرون به صرفه

مقررات بیمه فدرال

- ممنوعیت بیمه نامه‌های درمانی برای تحمیل محدودیت‌های سالانه پرداخت خسارت
- گسترش اعمال ممنوعیت بر زمان انتظار طولانی مدت پرداخت خسارت در بیمه نامه‌های موجود

مدیکر

- پرداختی‌های فدرال برای برنامه DSH را کاهش داده است و جمع این کاهش پرداختی در یک بازه ۱۰ ساله به ۳ میلیارد دلار خواهد رسید.

مدیکید

- ارایه پرداخت‌های فدرال تنظیم کننده مدیکید برای هزینه خدمات توسعه جمعیت زیر پوشش مدیکید در ایالت‌های مختلف با توجه به نرخ‌های روبرو: ۱۰۰ درصد در ۲۰۱۴، ۲۰۱۵، ۲۰۱۶ و ۹۵ درصد در ۲۰۱۷ و ۹۴ درصد در ۲۰۱۸.
- کاهش پرداختی DSH فدرال از ۱۸/۱ میلیارد دلار به ۱۴/۱ میلیارد.

مالیات‌های جدید و اعتبارات مالیاتی

- تحمیل دستمزدهای جدید به صنعت بیمه (افزایش مدنظر ۸ میلیارد دلار در ۲۰۱۴، ۱۱/۳ میلیارد در ۲۰۱۵ و ۱۳/۹، ۲۰۱۶ و ۱۴/۳ میلیارد در ۲۰۱۷ و ۲۰۱۸ خواهد بود و پس از آن نیز مطابق رشد هزینه‌های پزشکی محاسبه خواهد شد.
- ارایه اعتبارات مالیاتی قابل وصول برای افرادی که درآمدی بالای ۴۰۰ درصد سطح فقر فدرال دارند و واجد شرایط دیگر پوشش‌های "قابل قبول" دولت نیستند.
- التزام افراد به دریافت پوشش بیمه درمانی "قابل قبول" (تعهد فردی) یا پرداخت جریمه. این جریمه برای کودکان نصف افراد بزرگسال است و تا رقم ۲۲۵۰ دلار در سال ۲۰۱۶ به ازای هر خانواده خواهد رسید.

مبادله بیمه درمانی تعهد فدرال

- ایجاد امکان تهیه بیمه ایالتی برای کسب و کارهای کوچک که تا ۱۰۰ نفر کارمند و کارگر دارند.
- تعهد کارفرما و شروع جریمه‌ها
- تحمیل تعهد کارفرما؛ کسب و کارها را ملزم به تهیه بیمه قابل قبول برای کارکنان یا پرداخت جریمه کرده است. این جریمه تا مبلغ ۲۰۰۰ دلار به ازای هر ۱ نفر بیشتر از ۳۰ نفر می‌رسد.

جریمه تعهد شخصی

- بر این اساس ۹۵ دلار جریمه بابت ۱ درصد از درآمد شخص، جریمه افرادی خواهد بود که شامل تعهد شخصی می‌شوند، اما اقدام به تهیه بیمه نکرده‌اند. این رقم به ۳۲۵ دلار یعنی ۲ درصد از درآمد در سال ۲۰۱۵ خواهد رسید و در سال ۲۰۱۶ نیز ۶۹۵ دلار یعنی ۲/۵ درصد از درآمد آن سال خواهد بود.

یارانه فدرال حق بیمه برای بیمه درمانی

- ارایه یارانه حق بیمه که بر اساس درآمد فرد محاسبه می‌شود. این رقم برای افرادی که تا ۱۳۳ درصد سطح فقر فدرال درآمد دارند، ۲ درصد؛ ۳ تا ۴ درصد برای افرادی که ۱۵۰ درصد از سطح فقر فدرال درآمد دارند؛ ۴ تا ۶/۳ درصد برای اشخاصی که تا ۲۰۰ درصد سطح فقر فدرال درآمد دارند، ۶/۳ تا ۸/۰۵ درصد برای افرادی که ۲۵۰ درصد از سطح فقر فدرال درآمد دارند و نهایتاً ۹/۵ درصد برای افرادی که تا ۴۰۰ درصد سطح فقر فدرال درآمد دارند، است.

گزینه‌های ایالتی برای کسب و کارهای کوچک

- ایالت‌ها می‌توانند به کسب و کارهای کوچک بیش از ۱۰۰ کارمند اجازه دهند تا بیمه نامه درمان خود را از سامانه‌های SHOP یا دیگر سامانه‌های مبادله‌ای تهیه کنند.

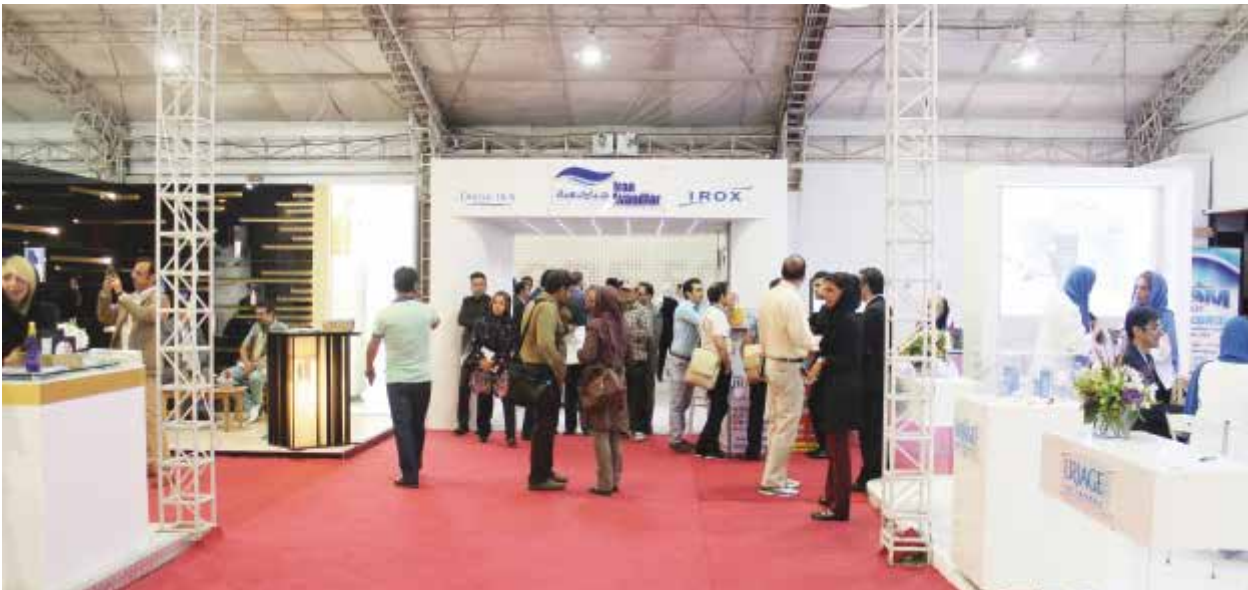
مالیات‌های جدید

- تحمیل مالیات اضافه ۴۰ درصدی به بیمه نامه‌های با ارزش "یا کادیناک". آستانه این تحمیل در حال حاضر، ۱۰ هزار و ۲۰۰ دلار برای فرد و ۲۷ هزار و ۵۰۰ دلار برای خانواده خواهد بود. این رقم باید تا آن سال به ۳۰ هزار و ۹۵۰ دلار برای خانواده‌ها و ۱۱ هزار و ۸۵۰ دلار برای فرد دارای مشاغل پرخطر تعریف شود.

دستاورد

در دستاورد این شماره گزارش‌هایی درباره «نخستین همایش بین‌المللی پوست رازی»، «نهمین سمینار سالیانه چالش‌های چشم‌پزشکی»، «ششمین کنفرانس انفورماتیک و تصویربرداری»، «هفتمین همایش بین‌المللی مدیریت بیمارستانی» و «دهمین کنگره سالیانه انجمن علمی جراحان عمومی» می‌خوانید.





نخستین همایش بین‌المللی پوست رازی برگزار شد

تومورهای پوستی از عوامل اصلی انجام جراحی پلاستیک

پوست به عنوان لایه پوششی و محافظ بدن به لحاظ زیبایی مورد توجه قرار دارد. این در حالی است بیماری‌های پوستی نیز مانند بیشتر بیماری‌های دیگر که پیامد سبک زندگی، شیوه تغذیه و آلودگی‌های زیست محیطی بشر بوده است گسترش پیدا کرده است ولی کمتر مورد توجه افراد واقع می‌شود و افراد در شرایط خاصی که بیماری زندگی را برایشان مختل می‌کند به پزشک و متخصصان پوست مراجعه می‌کنند. با این حال سرعت در بالا رفتن سطح کیفیت خدمات و درمان پزشکی باعث می‌شود تا پزشکان و متخصصان هر شاخه‌ای بهانه‌ای برای گردهمایی داشته باشند.

بینا حقیقی پور

انگشتان دست را که ناشی از برش تومور است، یکی از عوامل شایع جراحی‌های پلاستیک می‌داند. چنانچه دفورمیتی‌ها می‌توانند کوچکتر باشند ترمیم در مراحل اولیه امکان‌پذیر باشد و اگر بزرگ باشد باید ترمیم به صورت انتقال نسج (free flap) انجام شود. انجام یک plan ترمیمی موفق نیازمند آشنایی کامل با آناتومی منطقه، آنالیز کامل دیفکت و مهارت در انجام گزینه‌های متعدد بازسازی دارد. هر plan بازسازی باید متناسب با خصوصیات منحصر به فرد منطقه و زخم موجود باشد.

در ده سال گذشته تحولاتی در شیوه جراحی پلاستیکی flapها باعث افزایش رویکرد به این جراحی تخصصی و اعتماد به کارایی آن شده است. جراحی پلاستیکی می‌تواند برای بازسازی منطقه و جابه‌جایی پوست، عضله و یا گرفت استخوانی مورد استفاده واقع شود. باید در نظر داشت بهترین روش، ساده‌ترین روش نیست و بازسازی دیفکت‌ها در حال حاضر در حال پیشرفت است.

شرکت‌های ایرانی نیز به معرض نمایش گذاشته شدند.

فلپ‌های شایع در ترمیم دیفکت‌های ناشی از تومورهای پوستی سر و صورت

دکتر شهریار حدادی ابیانه، فوق تخصص جراحی پلاستیک و زیبایی، در نخستین همایش بین‌المللی پوست رازی مقاله‌ای درباره ضایعه ناشی از تومورهای پوستی ارائه کرد.

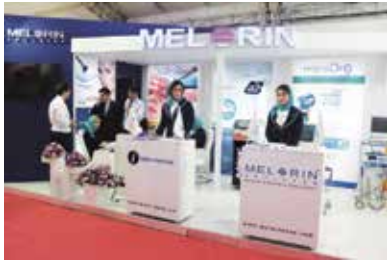
او در این مقاله توضیح داده است، سرو صورت به دلیل وضعیت مکانی خاص در معرض آسیب‌های محیطی و جراحات‌های مختلف هستند. تومورهای پوستی این ناحیه‌ها شایع‌ترین دلیل بیمارارن برای جراحی پلاستیک به شمار می‌روند. خصوصیات منحصر به فرد پوست در ناحیه پوست سر و حساس بودن این منطقه از نظر زیبایی از چالش‌های ترمیمی و شایع است.

او هم‌چنین دفورمیتی‌اتغییر شکل در مفصل‌های

نخستین همایش بین‌المللی پوست رازی هفتم تا نهم مردادماه امسال در سالن همایش‌های هتل المپیک تهران برگزار شد. در این کنگره محققان داخلی و خارجی تازه‌ترین پژوهش‌ها و مقاله‌های علمی خود را درباره بیماری‌های تاولی اتوایمون پوستی، سرطان‌های پوست، لیزر، جراحی و زیبایی پوست، ژنتیک، ایمونولوژی، بیولوژی و ترمیم زخم‌ها و بیماری‌های سایکوسوماتیک ارائه کردند. دانشگاه علوم پزشکی تهران برگزاری این همایش بین‌المللی را به صورت سالیانه و در تاریخ مشخص در برنامه خود دارد.

به گفته دکتر حسن صیرفی، دبیر علمی همایش بین‌المللی پوست، هدف از برپایی این همایش ارائه آخرین تحقیقات در مورد و بالابردن سطح علمی متخصصان پوست کشور و هرچه بهتر شناساندن بیمارستان پوست رازی و تحقیقات به عمل آمده در این گروه علمی است.

در کنار برگزاری همایش دستاورد محققان و



حاضران در نمایشگاه

شرکت سه‌پند دارو، شرکت تجهیزات پزشکی فرناک، شرکت سیتیواسکن ایران، شرکت آرایشی بهداشتی سینره، شرکت آرایشی بهداشتی بایونکس، شرکت کیان دارو، داروخانه بیمارستان رازی، شرکت مهتاب پیش، شرکت الارو، شرکت چاوش گستر، شرکت الوجن، شرکت ایده پزشکی آر تیمان، کارگاه تزیینات دیتکو، شرکت نوآوران پزشکی آر تیمان، شرکت پارسیان ستاره غرب، شرکت پیشگامان صنعت پزشکی یزد طب، شرکت پیشرو طب پرشیا، شرکت فیس دوکس، گروه محصولات تخصصی پوست در ماسیف، شرکت کاسپین تجارت پوریا (لاژه)، شرکت بهوزان، شرکت داروگستر یاسین.

آگاهی پزشکان پوست و زیبایی درباره خطرات و عوارض داروهای بیهوشی

دکتر مهدی صنعت کار، استادیار بیهوشی و مراقبت‌های ویژه در دانشگاه رازی و دانشگاه علوم پزشکی تهران، مقاله خود را درباره مشکلات و عوارض تزریق داروهای بیهوشی ارائه داده بود. او در این باره گفت: «پزشکان پوست و زیبایی باید عوارض داروهای بیهوشی را بشناسند و در صورت بروز مشکلات تنفسی و تشنج بتوانند در بهبود وضع بیمار اقدامات لازم را انجام دهند.»

به گفته او یکی مسایل رایج در کلینیک‌ها و مراکز خارج از بیمارستان‌ها، مشکلات و پیامدهای پس از تزریق‌هایی که است که برای عمل زیبایی انجام می‌شوند و خطراتی از جمله سنگکوب ساده، تشنج، شوک آنافیلاکسی مرگبار را برای بیمار در پی دارد: «بنابر این یک متخصص پوست و زیبایی باید بتواند در شرایط بحرانی بهترین اقدامات را برای بیمار خود انجام دهد تا سلامتی او به خطر نیفتد.»

این کار مستلزم دوره‌های بازآموزی برای متخصصان پوست و زیبایی است. احیای قلبی ریوی یک مانور حیات بخش است و به کمک آن تنفس و گردش خون فرد مصدوم حفظ می‌شود تا از نرسیدن مواد غذایی و اکسیژن به مغز جلوگیری شود: «یک متخصص زیبایی باید نسبت به مانور حیاتی بدون نیاز به وسایل و تجهیزات خاص آشنایی داشته باشد زیرا ایست قلبی، ریوی و مغزی در چهار تا ۶ دقیقه اول اتفاق می‌افتد و انجام احیا پس از این مدت آسیب‌های جبران ناپذیری برای بیمار به همراه دارد. با هر دقیقه تأخیر در انجام احیا ۱۰ درصد احتمال مرگ بیمار افزوده می‌شود.»

تازه‌های درمانی هیدرآدنیت سوپراتیو

دکتر ارغوان عزیزپور، استادیار گروه پوست دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران، در

اولین همایش بین‌المللی پوست رازی مقاله‌ای درباره بیماری هیدرآدنیت ارائه کرد.

او درباره این بیماری توضیح داد: «بیماری هیدرآدنیت، عود کننده غدد عرق پوست، که بیشتر در نواحی کشاله ران و چین دار بدن ایجاد می‌شود به شکل التهاب‌هایی دردناک بروز می‌کند. این بیماری بر کیفیت زندگی افراد تأثیرگذار است و درمان آن با توجه به شدت و ضعف آن در افراد متفاوت است. درمان‌های موضعی آن با توصیه‌های عمومی از جمله ترک سیگار و کاهش وزن همراه است و درمان‌های ضد التهابی و میکروبی برای بیماران تجویز می‌شود. در درمان‌های هورمونی که عموماً گزینه مناسبی برای خانم‌هایی است که اختلالات هورمونی دارند. درمان‌های جدیدتر با داروهای بیولوژیک (آدالیموماب، انفلیکسیماب، اتانرسپ و بوستکینوماب) است که پاسخ درمانی خوبی در برابر مقاومت بیماری دارد.» رتینوئید درمان دیگری برای این بیماری است که آسیرترین، نوع خوراکی این دارو، بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد. رتینوئید، ترکیبات شیمیایی مرتبط با ویتامین A و در تنظیم رشد بافت پوششی استفاده می‌شود.

درمان‌های جدیدتر برای این بیماری گلوکونات روی، گلوبین عضلانی، لیزرهای مختلف و فوتودینامیک تریابی است.

ساخت داروهای دست‌ساز در بیمارستان رازی

به گفته دکتر امیر هوشنگ اسماعیلی، دبیر اجرایی همایش پوست رازی، درماتولوژی در شاخه مدیکال و جراحی در سال‌های گذشته تحولاتی داشته است. بیمارستان رازی با بیش از ۷۵ سال سابقه در زمینه طب پوست، مهد آموزش درماتولوژی به پزشکان عمومی و متخصصان این رشته بوده است. تمامی زمینه‌های تخصصی مانند بیماری‌های تاولی و اتوایمیون، تومور، آلرژی و چپ تست، جراحی پوست،



لیزر درمانی، فوتوتراپی، هیستوپاتولوژی، زیبایی و ... خدمات ارائه کرده است.

محصولات دارویی بیمارستان رازی به صورت دست ساز و با توجه به نسخه پزشکان متخصص پوست ساخته می‌شود. دکتر فولادی، مسؤول فنی داروخانه بیمارستان رازی درباره علت دست‌ساز بودن داروها گفت: «با توجه به کیفیت بالای داروهای دست‌ساز و همچنین محدود بودن آنها، به نفع کارخانه‌های داروسازی نیست تا به صورت عمده این داروها را تولید کنند. همچنین تولید عمده محصولات در پایین آمدن کیفیت آنها تاثیر می‌گذارد. بسیاری از داروهای پوستی که در داروخانه‌های سطح شهر و حتی کشور خرید و فروش می‌شوند کیفیت لازم را ندارند و در ترکیب مواد آنها دقت لازم به کار نرفته و از سویی قیمت آنها چند برابر داروهای دست‌ساز بیمارستان است.»

با توجه به این موضوع بسیاری از بیماری‌های پوستی مثل سرطان پوست که جز بیماری‌های خاص شمرده می‌شوند، خدمات درمانی در این بخش رانیز در قالب طرح تحول سلامت به بیماران ارائه می‌دهد.

درمان آکنه

آکنه نوعی جوش موضعی است که مردم آن را به عنوان جوش‌های غرور جوانی می‌شناسند، شایع‌ترین نوع جوش برای مراجعه به پزشکان متخصص پوست است. شرکت دارو و درمان کیان به تازگی محصولی به نام پانچل (PANGEL) را برای رفع آکنه به بازار وارد کرده است. مهشاد ناطق، نماینده علمی این شرکت، درباره داروی پانچل گفت: «این دارو به صورت کرم عرضه شده است و موضعی مورد استفاده قرار می‌گیرد.» به گفته او این دارو علاوه بر رفع کامل آکنه و پیشگیری از بروز آن، برای درمان‌های ضد التهاب، درمان جوش‌های سرسیاه و سرسفید (کومدون‌های سیاه و سفید)، کراتولیتیک و ضد باکتری کاربرد دارد.»

این دارو باید یک بار در روز استفاده شود و مصرف بیش از یکبار با نظر پزشک معالج باید باشد. افرادی که دارای پوست‌های حساس هستند باید از پانچل پنج درصد استفاده کنند. پانچل همچنین شامل ۷۰ درصد پوشش بیمه است.

شرکت دارو و درمان کیان، نماینده انحصاری شرکت پانوک (PANNOC) بلژیک است. داروی پانچل (PANGEL) تاییدیه GMP اتحادیه اروپا، تاییدیه وزارت بهداشت کشور بلژیک، تاییدیه FDA برای ماده مؤثر دارویی، تایید غذا و دارو ایران، دارد.

درمان ترک‌های پادر کمتر از ۱۰ روز

پاشنه پا، آرنج و زانو زخمی‌ترین لایه پوستی را دارند. با این حال به دلایل مختلف ممکن است دچار آسیب شوند. ترک پاشنه پا همواره برای بسیاری از افراد معضلی بوده است که درمان قطعی برای آن پیدا نکرده‌اند.

شرکت گیلارمد پارس، محصول جدید بایونکس (Bionnex) را برای درمان خشکی پا ارائه داده بود. طالبی، مدیر بازاریابی در این باره گفت: «محصول جدید بایونکس درمانی قطعی و فوری برای درمان خشکی پا است. این دارو به صورت کرم بوده و غنی شده از عصاره گیاهان است. علاوه بر رفع خشکی پا، خستگی پا را از بین می‌برد. گیاهی بودن این دارو محافظت دایمی پاها را به همراه دارد.»

بایونکس پرفیدرم به ترمیم سریع تری در مال پوست کمک می‌کند و با تقویت بافت کلژن ترک‌های عمیق را درمان می‌کند و موجب نرمی پوست می‌شود. استفاده از این کرم بوی بد پارانیز از میان می‌برد.

شرکت بایونکس (BIONEX) از سال ۲۰۱۰ به بازار محصولات آرایشی بهداشتی وارد شده است و شرکت گیلارمد پارس نماینده این شرکت در ایران است. محصولات این شرکت در لابراتوار فارکودرم سوییس آزمایش و تایید می‌شود.

جدیدترین محصولات درمان لک‌های صورت و بدن

شرکت آرایشی بهداشتی سینره با از سال ۱۳۷۶ تاکنون در زمینه تولید داروهای گیاهی فعالیت می‌کند. این شرکت در اولین همایش پوست رازی شرکت و چهار محصول جدید خود را به نمایش گذاشت.

کرم روشن‌کننده روز با خاصیت ضد آفتابی و همچنین از بین برنده لک‌های پوست و شفافیت پوست، کرم روشن‌کننده ویتامین C مناسب برای پوست‌ها کدر و خسته با خاصیت از میان‌برندگی چروک‌های صورت، کرم آلفا هیدروکسی اسید، لایه‌برداری ضعیف و از برنده چروک‌های سطحی پوست و کرم ضد لک مناسب برای بدن و صورت، چهار محصول جدید شرکت سینره بودند.

مدیران این شرکت می‌گویند محصولات خود را به کشورهای آسیای میانه صادر می‌کند و در حال حاضر با کشورهای اروپایی از جمله سوئد و فرانسه در حال رایزنی برای صادرات محصولات خود هستند. ■



نهمین سمینار سالیانه چالش‌های چشم پزشکی برگزار شد

مشکل واردات غیر قانونی محصولات بدون استاندارد

چشم حساس‌ترین عضو بدن است و در معرض تهدیدهای فراوان و دچار شدن به بیماری‌های گوناگون قرار دارد. به دلیل اهمیت چشم‌ها، تشخیص و درمان ناراحتی‌های مربوط به آن نیز همواره مورد توجه متخصصان چشم پزشکی بوده است. امروزه درمان بیماری‌های چشمی با انواع داروها و همچنین تجهیزات پیشرفته و متنوع چشم پزشکی همراه است که از این دو حوزه به عنوان چالش‌های چشم پزشکی یاد می‌شود. نهمین سمینار سالیانه گروه چشم پزشکی و مرکز تحقیقات چشم بیمارستان رسول اکرم (ص) با عنوان سمینار چالش‌های چشم پزشکی در تاریخ ۷ تا ۹ مرداد ماه ۹۴ در مرکز همایش‌های رازی دانشگاه علوم پزشکی برگزار شد.

شیما عسگری

بیماران هم تاثیر دارد به طوری که هفته‌ای نیست بیمارانی با این مشکلات به چشم پزشکان مراجعه نکنند. به همین دلیل لازم است کمیته‌ای متشکل از پزشکان فعال در این زمینه و مراجع قانونی جهت نظارت بر وارد شدن داروهایی که در زمینه تزریقات صورت‌واردمی‌شود، فعالیت کنند.»

در چنین شرایطی آگاهی از سطح علمی پزشک و همچنین تحقیقات افراد در رابطه با انواع داروهای موجود در بازار اهمیت زیادی دارد: «بنابراین آگاهی مردم، مسؤولیت‌پذیری سازمان‌های مسؤول و دقت در جلوگیری از فعالیت‌های افراد سودجو سطح سلامت افراد را بالا می‌برد.»

آگاهی بخشی پزشکان در زمینه چالش‌های مختلف

بخش اعصاب و انحرافات چشم، التهاب‌ها و تومورهای چشمی، بیماری‌های سطح چشم با حضور استادان دانشگاه‌های مختلف برگزار شد.

چشم پزشکی در حوزه دارو و تجهیزات با مشکلات مختلفی روبه‌رو است. دکتر محسن بهمنی کشکولی دبیر علمی این سمینار در گفتگو با خبرنگار «صنعت درمان» یکی از عمده‌ترین مشکلات چشم پزشکی را ورود تجهیزات یا لوازم مصرفی غیر استاندارد دانست: «در حوزه کار جراحان پلاستیک و ترمیمی چشم، مواد تزریقی به خصوص مواد تزریقی صورت مانند انواع بوتاکس و فیلرهای غیر استاندارد که به‌طور عمده وارد می‌شود استفاده می‌شود. این مواد عوارض مختلفی را ایجاد می‌کند. عوارض این مواد تزریقی بر روی چشم

این سمینار هر ساله از سوی مرکز تحقیقات و گروه چشم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران برگزار می‌شود. تنوع تجهیزات و داروها با قابلیت‌های متفاوت از یک سو و دانش پیشرفته چشم پزشکی از سوی دیگر، از مهمترین چالش‌ها برای تشخیص و درمان بیماری‌ها به شمار می‌رود. به همین دلیل سمینار سالیانه چالش‌های چشم پزشکی با انتخاب و طرح موضوعات چالش برانگیز در صدد پیشبرد آرایه خدمات بهتر به مردم و دانش چشم پزشکی کشور برگزار شد.

در این سمینار سه روزه، پانل‌هایی در رشته‌های مختلف تخصصی شامل قرنیه، جراحی‌های عیوب انکساری، بیماری‌ها و جراحی‌های شبکیه، جراحی‌های پلاستیک و ترمیمی چشم و صورت،

شبکیه با دستگاه Perimetry میدان بینایی بیمار را اندازه می‌گیرند و می‌توانند تشخیص بدهند که آیا میدان بینایی بیمار کافی است یا بخشی از میدان بینایی خود را از دست داده است. همچنین می‌توانند مبتلا شدن به گلوکوما را در بیمار تشخیص بدهند. لیزر یگ نیز برای بیماری فشار چشم، عمل ایریدوتومی یا کیپسولوتومی استفاده می‌شود.

درمان خشکی چشم با اشک مصنوعی

اشک مصنوعی برای چشم‌های خشک استفاده می‌شود. کمبود اشک باعث بروز ناراحتی‌هایی می‌شود، این عارضه می‌تواند احتمال آسیب به چشم‌ها و از بین رفتن ظرفیت‌های بینایی را با خود به همراه داشته باشد. مایع شستشوی چشم یا اشک مصنوعی تسکینی برای این عارضه است. شرکت تجهیزات پزشکی اکبریه در بخش محصولات چشم‌پزشکی خود، دو نسل از اشک مصنوعی و آنتی‌بیوتیک چشمی را در این نمایشگاه ارائه کرد. نوع اول از نسل اشک مصنوعی کربومرها به نام افتازل است. افتازل دو لایه اشکی به نام لایه آبی و لایه موسین را پوشش می‌دهد که به صورت مولتی دوز و سینگل دوز برای بیماران در بازار موجود است. کاتینورم (Cationorm) جدیدترین اشک مصنوعی

بخش جدیدی با عنوان «۱۰ پیام کلیدی در ۱۰ عنوان شایع چشم‌پزشکی» در آخرین روز از برگزاری سمینار برگزار شد. دکتر کشکولی در رابطه با این بخش گفت: «در این بخش ما از استادانی که در زمینه‌های مختلف کار می‌کنند تقاضا کردیم در یک زمان کوتاه نکات کلیدی که برای درمان و تشخیص بیماری است را عنوان کنند.»

تشخیص رفراکشن چشم، بیماری‌های شبکیه و گلوکوما

شرکت مارستان نزدیک به سی سال نماینده کمپانی زایس آلمان است. کمپانی زایس تمام دستگاه‌هایی را که برای تشخیص و درمان در چشم‌پزشکی به کار می‌رود، تولید می‌کند. شرکت مارستان متناسب با سمینار چالش‌های چشم‌پزشکی، دستگاه‌های اتورفرکتومتری، Perimetry، oct و لیزر یگ را ارائه کرد. دستگاه اتورفرکتومتر یک دستگاه برای چشم‌پزشکان جنرال است که رفراکشن چشم بیمار به وسیله آن اندازه گرفته می‌شود. دستگاه oct به صورت تخصصی برای متخصصان شبکیه است که از لایه‌های شبکیه عکس می‌گیرد و آن را آنالیز می‌کند و جراحان به کمک آن می‌توانند تشخیص بدهند چه بیماری‌هایی در شبکیه وجود دارد. متخصصان

حوزه چشم‌پزشکی از جمله مشکل لوازم مصرفی غیر استاندارد از کار کرده‌های این سمینار است. دکتر کشکولی گفت: «مهمترین ترین اهداف ما در سمینار این است که مشخص کنیم چه مشکلاتی در تشخیص پزشکان وجود دارد. همچنین پزشکان چه کارهایی را از نظر تشخیصی و درمانی انجام بدهند بهتر است. وقتی سطح دانش و آگاهی در میان چشم‌پزشکان بالا برود طبیعی است که بیماران و مراجعه‌کنندگان از آن سود خواهند برد و می‌توانند از روش‌های بهتر تشخیصی و درمانی استفاده کنند.»

در این سمینار سخنران حضور نداشت بلکه متخصصان برجسته چشم‌پزشک بر روی بیماران واقعی که از آنها تصاویری تهیه شده بحث‌های چالش برانگیز را بیان کردند. «در سمینار چالش‌های چشم‌پزشکی در هر زمینه فوق تخصصی چشم به یک چالش اشاره شد برای نمونه در شبکیه بر روی تزیقات اواستین یا مایعی که در داخل چشم تزریق می‌شود، در جراحی قرنیه روی لیزر یک و انواع مختلف لیزرها، در جراحی پلاستیک و ترمیمی روی جراحی زیبایی پلک و جراحی مربوط به مجاری اشکی، در بخش انکولوژی روی تومورهای چشمی و در بخش التهابات چشمی هم بحث‌های تشخیصی مورد بررسی قرار گرفت.»

امسال علاوه بر پانل‌ها و نمایش فیلم‌های جراحی،

حاضران در نمایشگاه

مارستان، اکسیر طب صبا، سپاهان سامع، اکبریه، فجر شاهد، شرکت بین المللی بخش IBI، نگاه طب آریا، لردگان، خانه نگاه چشم، تکازه، صوفیا طب، آمیکو یسنا پارس، eye care.





در ششمین کنفرانس انفورماتیک و تصویر برداری

تنوع نرم افزارهای پکس در نمایشگاه

ششمین کنفرانس انفورماتیک و تصویر برداری چهاردهم تا شانزدهم مردادماه امسال در سالن همایش‌های برج میلاد برگزار شد. این کنفرانس اولین بار سال ۱۳۸۶ با هدف گردمایی متخصصان این رشته و همچنین آگاهی از آخرین دستاوردها و اشتراک گذاری تجربه‌ها برگزار شده است. دکتر منصور فاتحی، رییس مرکز اطلاعات پزشکی و تحقیقاتی انفورماتیک تصویری ایران، در گفتگو با خبرنگار ماهنامه «صنعت درمان» گفت: «انفورماتیک امروزه به عنوان یک رشته دانشگاهی نقش محوری دارد. خدماتی که این رشته به حوزه تصویر برداری، رادیولوژی و دیگر حوزه‌های پزشکی ارائه کرده است باعث می‌شود نتوان تصویر برداری و انفورماتیک را از یکدیگر جدا کرد.»

با وجود تلاش‌هایی که شرکت‌های ایرانی برای گسترش سامانه پکس انجام داده‌اند، دکتر فاتحی معتقد است وجود شرکت‌ها و برندهای اروپایی در بازار ایران لازم است؛ چرا که باعث افزایش رقابت می‌شود و شرکت‌های ایرانی را وامی دارد به کیفیت کار خود بیشتر توجه کنند و به استانداردهای جهانی نزدیک‌تر شوند.

در کنار این کنفرانس هر سال تعدادی از شرکت‌های وارد کننده و یا تولید کننده در زمینه پکس و تصویر برداری و همچنین حوزه‌های مرتبط با آن دستاوردهایی خود را به معرض نمایش می‌گذارند. البته این نمایشگاه در سال‌های قبل منسجم نبوده است و شرکت‌هایی که مقاله‌ارایه می‌دادند با دار اختیار گرفتن یک میز دستاوردهای خود را به نمایش می‌گذاشتند.

به گفته مرکز اطلاعات پزشکی و تحقیقاتی انفورماتیک تصویری ایران، برپایی نمایشگاه و حضور شرکت‌ها امسال منسجم‌تر و منظم بوده است به طوری که قرار بود به صورت یک جشنواره باشد و در پایان همایش

امروزه توسعه و رشد فناوری در بخش انفورماتیک و تصویر برداری بالاست و از سویی رشته‌های دانشگاهی مانند مهندسی پزشکی، مهندسی برق را دگرگون کرده است. دانشجویان گرایش‌های مهندسی پزشکی، پژوهش‌هایی را که در طول سال انجام می‌داده‌اند، در کنفرانس انفورماتیک و تصویر برداری ارائه می‌دهند. در کنفرانس امسال ۴۵ مقاله‌ارایه شد که از این میان ۲۴ مقاله را برای سخنرانی در کنفرانس برگزیدند. هر ساله محققان و دانشمندانی از سراسر دنیا در کنفرانس انفورماتیک و تصویر برداری شرکت می‌کنند. کنفرانس امسال، میزبان رییس انجمن انفورماتیک ترکیه بود. به گفته دکتر فاتحی دلیل تنوع در انتخاب میهمانان بالابردن سطح کیفیت کنفرانس و هم چنین بالابردن سطح دانش و اطلاعات در زمینه‌های مختلف رشته انفورماتیک تصویر برداری و کاربرد بهتر سامانه پکس در ایران است. «پیشرفت در تحقیقات نباید در تئوری باشد بلکه باید کاربردی بوده و به درستی اجرا شوند.»

در آمریکا و ایران است که توانایی پوشش سه لایه اشکی را دارد. درون این محصول بار مثبت یا کاتیونی وجود دارد. این محصول به صورت مولتی دوز است اما چون در بردارنده مواد نگهدارنده نیست بیمار می‌تواند به راحتی و بدون اینکه مشکل توکسیسیته برایش ایجاد شود از آن استفاده کند. این محصول سه ماهه است به این معنا که به علت داشتن فناوری نانو تعداد قطره‌هایش بیشتر از تعداد معمول است و از زمان باز شدن محصول تا سه ماه می‌توان از آن استفاده کرد. نام محصول دیگر این شرکت OFTAQUIX است. این محصول یک آنتی بیوتیک است که می‌تواند گرم‌های مثبت و منفی را پوشش بدهد. این محصول ساخت شرکت santen فنلاند است.

قطره حساسیت چشم گیاهی مناسب برای حساسیت‌های فصلی

قطره‌های اشک مصنوعی به عنوان تنها محصول وارداتی شرکت تدبیر کالای جم از کمپانی فارماچی ایتالیا است. قطره اشک مصنوعی این شرکت به دو شکل در بازار موجود است. نوع اول قطره اشک مصنوعی به صورت سینگل دوز است که بدون مواد نگهدارنده است. نوع بعدی هم باتل است که به صورت یک ماهه قابل استفاده است. محصول دیگری که از سوی این شرکت ارائه شده بود قطره حساسیت چشمی است، افرادی که دچار قرمزی چشم یا حساسیت فصلی هستند می‌توانند از این محصول استفاده کنند. خاصیت این قطره گیاهی بودن آن است که نسبت به داروهای شیمیایی که در بازار هستند طبیعی و بی‌خطرتر است.



حاضران در نمایشگاه

شرکت مارکو پکس، شرکت شیمپرتو، شرکت پرتو پارسیان رستاک، شرکت تپاک (تدارکات پزشکی ایران کالا)، شرکت رتوف، شرکت نوآوران درمان اطلس، شرکت آریا ابزار تجهیز، شرکت مهندسی مدال الکترونیک، شرکت اسکو مینا مدرن رایانه، شرکت اطلاع رسانی پیوند داده‌ها، کتابخانه گنجینه سلامت.



بهترین شرکت‌ها معرفی شوند اما بنا بر مسایلی این امر امکان پذیر نشد.

تهیه‌گزارش بیمار بدون نیاز به تایپ‌گزارش

شرکت مارکو پکس، سامانه‌ای به نام دیویژن (Division) را طراحی کرده است که همراه سیستم‌های صوتی گراندیک، امکان تهیه و ارسال گزارش صوتی با کیفیت بالا را برای رادیولوژیست فراهم می‌کند و امکانات کافی برای بازپخش و پیاده سازی متن گزارش را نیز در اختیار کاربر قرار می‌دهد. این سامانه پس از تهیه متن، گزارش رادوباره روی سرور بارگذاری می‌کند و متخصص با مراجعه به آن و بررسی متن، تایید نهایی را صادر می‌کند. استفاده از این سامانه که به حروفچینی (تایپ) دستی نیاز ندارد تمرکز در تشخیص بیماری را افزایش می‌دهد.

این سامانه قابل دسترسی برای تمام پزشکان و متخصصان است و آنها می‌توانند خارج از محدوده بیمارستان و با فاصله طولانی از طریق اینترنت به اطلاعات دسترسی پیدا کنند. به گفته علی گرگی، مدیر ارتباط با مشتری، سازگاری با تمام سامانه‌های اطلاعات بیمارستانی، پشتیبانی از زبان فارسی حتی در چاپ کلیشه را می‌توان راهکاری گسترده برای پوشش یکپارچه در چندین مرکز دانست.

ربات یا WLS، سخت افزاری است که کنار پکس قرار می‌گیرد و در رایت CD و همچنین برچسب گذاری آن را انجام می‌دهد. استفاده از ربات درصد خطا را که در کار از سوی انسان بالا است کاهش می‌دهد. با این حال کمتر بیمارستانی برای کاهش هزینه‌ها از این سخت افزار استفاده می‌کند. این سامانه همچنین با قابلیت ایجاد حلقه ارتباطی میان HIS و دستگاه تصویربرداری متصل به سامانه پکس دقیق ترین اطلاعات را با سرعت بالا و بدون خطا در سیستم بیمارستان جایجا می‌کند و یک بیمارستان دیجیتال به فعالیت خود ادامه می‌دهد.

مینی پکس در دندان پزشکی

سامانه دنتال پکس (Dental pacs)، محصول شرکت اطلاع رسانی پیوند داده‌ها است که از اتصال نسخه سرور پکس پیوند با نرم افزار یکپارچه دندان پزشکی پیوند، برنامه نویسی شده است. از ویژگی‌های این سیستم که مورد توجه دندان پزشکان قرار گرفته است، نمایش تصاویر دندان و OPG بیمار با فرمت دایکام در تمام کلینت‌ها و بایگانی اطلاع بیماران از طریق SMS، بیمه‌گری سرپایی، سیستم مددکاری،

نوبت‌دهی و طرح درمان است.

سامان گیویان، مدیر فروش این شرکت می‌گوید در نرم افزار ارایه شده از سوی شرکت پیوند داده‌ها یک ارتباط دو سویه از (HIS) به مدیلتی و از سامانه پکس به (HIS) وجود دارد: «۵۰ بیمارستان و مرکز درمانی در سطح کشور مانند بیمارستان نیوری دریایی، بیمارستان علوم پزشکی تبریز، بیمارستان‌های شیراز و سیستان و بلوچستان با این روش کار می‌کنند.»

به گفته او با توجه به اینکه کاربران پکس، بیمارستان‌ها و مراکز درمانی دولتی هستند و قصد ارتقا کیفیت خدمات را دارند ترجیح می‌دهند تا هزینه‌های خود صرفه جویی کنند، مینی پکس (MiniPacs) می‌تواند گزینه مناسبی برای آنها باشد. این سیستم قابل اتصال با هر نوع سیستم عامل و ویندوزی است. همچنین دارای راهنمای Online و پشتیبانی از چند مانیتور همزمان است. این سیستم قابلیت پردازش بالا و بزرگ نمایی در تصاویر دارد.

شرکت اطلاع رسانی پیوند داده‌ها، به عنوان یک شرکت تخصصی انفورماتیک پزشکی در سال ۱۳۷۷ به عضویت شورای انفورماتیک ایران در آمد و یک مدل نرم افزار پکس (Pacs) جهانی را سال ۱۳۸۶ طراحی و اجرا کرده است. این شرکت در کارنامه خود طراحی نرم افزارهای بهداشتی درمانی از جمله HIS تحت ویندوز و سامانه جامع مالی جمعیت هلال احمر در سال ۱۳۷۹ را دارد.

تجهیز بیمارستان‌های دولتی شیراز به سامانه پکس

رایکاپکس (RAYKA pacs)، با نام تجاری اطلس، از سال ۱۳۹۳ به صورت عملیاتی در بیست و پنج مرکز درمانی دولتی استان شیراز مورد استفاده قرار گرفته است. به گفته مهندس فرجادیان، مسؤول بخش نرم افزار پکس، این محصول بومی است و ۱۰ نفر از کارشناسان و متخصصان ایرانی در طراحی آن شرکت داشته‌اند. سیستم رایکاپکس شامل هفت بخش است. دستگاه CD Robot برای رایت برچسب گذاری روی cd کاربرد دارد اما دلیل هزینه بالا عمل رایت و برچسب گذاری به صورت دستی انجام می‌شود. کاری که احتمال خطا در آن بالاست.

سرویس DICOM Gateway بیشتر میان اتصال دستگاه تصویربرداری به دیگر سیستم‌های DICOM مشکل وجود دارد، این سرویس نقش مسیریابی برای DICOM است که تصاویر به هر جایی که خواسته



هفتمین همایش بین‌المللی مدیریت بیمارستانی

تجهیزاتی برای مدیریت جامع و آسان

گردشگری سلامت و صنعتی‌سازی خدمات بیمارستانی مدتی است که بر زبان‌ها افتاده است و اهمیت فراوانی به لحاظ بالابردن سطح خدمات و کیفیت و همچنین بهبود وضعیت اقتصادی پیدا کرده است. هر چند در ۱۰ و یا ۲۰ سال گذشته هیچ یک از افراد جامعه تصویری از گردشگری و تغییر مدیریت بیمارستانی نداشتند؛ اما پیشرفت بشر و همچنین تلاش جامعه پزشکی ایران برای رسیدن به استانداردهای جهانی این امکان را فراهم کرد تا در عرصه پزشکی ایران نیز حرفی برای گفتن داشته باشد. همایش بین‌المللی مدیریت بیمارستانی که میزبان بسیاری از استادان دانشگاهی دنیا باشند.

این حال از همان ابتدا و برپایی اولین کنگره سعی شد تا نگاه پزشکان و مدیران بیمارستان را درباره این شیوه صحیح مدیریتی تغییر دهیم. از ۲۵۰۰ نفری که به همایش دعوت شده‌اند، حدود ۱۵۰۰ نفری در همایش شرکت کرده‌اند و این گواه این امر است که بحث مدیریت جدید بیمارستانی برای پزشکان و مدیران جالب توجه قرار گرفته است. در این همایش، مهندس جراحی با ارایه یک پاورپوینت درباره صنعتی‌سازی بیمارستان‌های کشور و تاثیر آن در افزایش کیفیت خدمات و کاهش هزینه‌های درمانی سخنرانی کرد.

تجهیزات یک بار مصرف

شرکت تجهیزات پزشکی هلال ایران تولیدکننده

هفتمین همایش بین‌المللی مدیریت بیمارستانی با رویکرد اقتصاد و حمایت مالی در بستر طرح تحول سلامت بیمارستانی ۲۵ و ۲۶ مرداد ماه امسال در مرکز همایش‌های رازی برگزار شد.

بحث مدیریت بیمارستانی و این که لزوماً نباید مدیریت بیمارستان به دست پزشکان باشد موضوعی است که وزارت بهداشت مدتی است آن را مطرح کرده است. هر چند که نباید این نکته را فراموش کرد که فردی که به عنوان مدیریت بیمارستان منتخب می‌شود باید دانش پزشکی و نیز آگاهی دقیق و لازم را داشته باشد. دبیر اجرایی هفتمین کنگره بین‌المللی مدیریت بیمارستانی درباره تاثیر برگزاری این همایش در هفت سال گذشته گفت: «شاخصی برای میزان تاثیرگذاری این موضوع تعریف نشده است با

ما باشد فرستاده می‌شود. سیستم گزارش‌نویسی ساختار یافته مبتنی بر اس آر، دایکام (DICOM, SR) مجموعه ای از اطلاعات در اختیار پزشک می‌گذارد. پزشک تنها مواردی را که نیاز است، انتخاب می‌کند و سامانه به صورت خودکار، اطلاعات خواسته شده را جمله‌سازی می‌کند. این دستگاه در آندوسکوپی و کولونوسکوپی و آندوسونوگرافی در حال تکمیل است. اسی آر، دایکام (DICOM, OCR) نیز برای دستگاه‌های CT و MIR آنالوگ مورد استفاده قرار می‌گیرد و نرم‌افزار واسطه‌ای برای انتقال تصاویر و اتصال داده‌ها به سامانه پکس است و می‌توان عکس‌های بیمار را روی آن به راحتی جستجو کرد. خدمات چاپ دایکام (DICOM Printer) این سامانه نیز برای استفاده از چاپگرهای معمولی در سامانه پکس کاربرد دارد.

از ویژگی‌های سیستم رایکا پکس می‌توان به دسترسی آن از طریق سیستم web، داشتن viewer با قابلیت اجرا بر روی سیستم‌های ویندوز، مک و لینوکس، پشتیبانی از سه سطح ذخیره‌سازی به صورت on-line، offline و nearline و همچنین امکان ارسال تصاویر به دیگر پکس‌ها اشاره کرد.

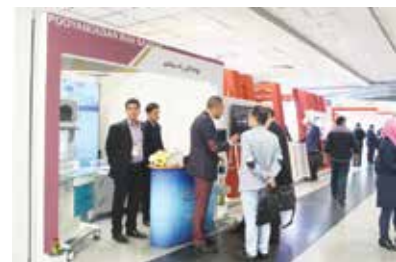
ارتباط بین اچ‌آی‌اس و پکس

پس از راه‌اندازی سامانه اچ‌آی‌اس (HIS) در بیمارستان‌ها و پس از آن پیدایش سامانه پکس در برخی بیمارستان‌ها تلاش‌هایی برای ایجاد ارتباط میان پکس و HIS و همچنین نمایش اطلاعات با هر نوع سیستم عاملی شکل گرفته است. شرکت اسکو مینا با این هدف، سامانه SMMR CMC (Central Medicine controlling) را طراحی کرده است. به گفته امیر بیگدلی، کارشناس فروش، به کمک این سامانه می‌توان تمامی بخش‌های پزشکی کشور را یکپارچه به یکدیگر متصل کرد و سابقه پزشکی افراد را به صورت تخصصی در اختیار پزشکان قرار داد.

از بخش‌های اصلی این نرم‌افزار که بیشتر در آزمایشگاه‌ها کاربرد دارد می‌توان به مدیریت کامل بخش ساختار آزمایشگاه، سیستم مدیریت بیمار، پرونده و پذیرش، سامانه جواب‌دهی بالینی و پاتولوژی، پاسخ‌دهی پذیرش، بخش، آزمایشگاه، جواب‌های ناقص، چاپ جواب با طراحی داینامیک و فوق سریع، گزارشات فوق حرفه‌ای و تخصصی آزمایشگاه و همچنین سامانه ثبت خودکار تاییدیه نسخه تامین اجتماعی و سیستم حسابداری با قابلیت ثبت تمامی اسناد مالی اشاره کرد.

حاضران در نمایشگاه

شرکت رادیان پرتو، شرکت مهرکام تجهیز، شرکت فراز کپرسور، شرکت سازمان گستر، شرکت مدیریت تجهیزات پزشکی ایران، شرکت شیما پرتو، شرکت صنایع پامد الکترونیک، شرکت تکوین طب، شرکت فن آوری آزمایشگاهی، شرکت فناپ (فناوری اطلاعات و ارتباطات پاسارگاد آریان)، شرکت سما سامانه تجهیز، شرکت پویندگان راه سعادت، شرکت زیمنس (Siemens)، شرکت آلتون کاران، شرکت تایماز (نمایندگی شرکت های فیلیپس، پرموس و ام ام ام MMM)، شرکت ایرانیان همگام، شرکت تجهیزات پزشکی پیشرفته (سهامی خاص)، شرکت سینا حمد آریا، شرکت آرین درمان پژوه، شرکت تجهیزات پزشکی هلال ایران، شرکت ابزار طب آسمان، شرکت پایون پرتو (نمایندگی هیتاچی)، شرکت تدا (تدارکات درمان التیام)، شرکت اطلسین، شرکت فردا فن پارس (مهندسان مشاور)، شرکت مطلب گروه، مرکز شماره گذاری کالا و خدمات ایران، بانک کار آفرین.



به عنوان مشاور در زمینه معماری و ساخت مراکز درمانی و آموزشی آغاز کرده است. شرکت فردا فراز نیز از ۱۳۹۳ به عنوان یکی از زیرمجموعه های فردا فن فعالیت خود را آغاز کرده است. هدف اصلی شرکت فردا فراز سرمایه گذاری در شناخت شرکت های معتبر داخلی و انتقال دانش فنی و فناوری های برتر دنیا است.

بیمارستان مصرف کنندگان بزرگ انرژی هستند و لزوم محاسبه میزان مصرف انرژی و صرفه جویی انرژی یک ضرورت است. براساس تحقیقات این شرکت ۳۰ درصد از هزینه های جاری بیمارستان ها صرف هزینه های انرژی می شود. این در حالی است که ده درصد هزینه جاری بیمارستان ها صرف خرید حامل های انرژی می شود. بر این اساس افزایش قیمت انرژی بنگاه های تولیدی و خدماتی را تحت تاثیر فشار افزایش قیمت قرار دهند. فعالیت های شرکت فردا فن پارس نیز در راستای کاهش مصرف انرژی و رسیدن به بالاترین اندازه صرفه جویی در مراکز درمانی است. یکی از حوزه های فعالیت این شرکت، سامانه مدیریت هوشمند ساختمان (Building management system) با نام اختصاری (BMS) است. این سامانه مجموعه ای از سخت افزار و نرم افزارهایی است که برای کنترل یکپارچه در قسمت های مهم ساختمان نصب می شود. سامانه مدیریت هوشمند ساختمان قادر است با استفاده از پروتکل های استاندارد، تمامی دستگاه های الکتریکی، مکانیکی و امنیتی ساختمان را کنترل و نظارت کند.

طراحی سامانه مدیریت هوشمند ساختمان برای بخش ها و کارهای مختلف بیمارستان های می تواند کاربرد داشته باشد. کنترل هوشمند بیمار، کنترل

تجهیزات پزشکی یک بار مصرف است و از سال ۱۳۷۱ فعالیت خود را با تولید سرنگ های پنج، ۱۰ و دوانسولین آغاز کرد.

شرکت تجهیزات پزشکی هلال احمر در زمینه تولید تجهیزات یک بار مصرف دیالیز مانند صافی دیالیز، کارتریج و کیسه های بی کربنات سدیم، دیالیز، سوزن فیستولا فعالیت دارد. از دیگر محصولات هلال ایران می توان سرسوزن زیرجلدی، سرسوزن دندان پزشکی، میکروست، انواع سرنگ، تثبیت کننده بافت قلب، (استابلایزر) که برای عمل قلب باز مورد استفاده است، نام دارد.

صافی دیالیز، در انجام همودیالیز اهمیت دارد. کیومرث کریمی، رییس آزمایشگاه و کنترل کیفیت شرکت هلال ایران، در مورد صافی های دیالیز این شرکت گفت: «این صافی دارای فیبرهای توخالی و نیمه تراوایی است و هنگام عمل همودیالیز به دلیل عبور خون از فیبرهای مانع عبور مایع دیالیز خلاف جهت جریان خون می شود و مواد زائد، اوره و... را با فشار از خون جدا می کند و مواد زائد با عبور از میان الیاف تراوا و ورود مایع دیالیز از بدن خارج می شوند و خون تصفیه می شود.» از جمله مزیت های این صافی های دیالیز می توان به کاهش بروز انعقاد خون، کاهش بروز بیماری های قلبی و عروقی و کم شدن گلبول های سفید خون اشاره کرد. کریمی همچنین گفت شرکت هلال ایران در زمینه انجام دیالیز و تجهیزات مربوط به آن در راستای طرح تحول سلامت با بیمارستان ها همکاری می کند.

بیمارستان دیجیتالی و ارتقای سلامت جامعه
شرکت فردا فن پارس از سال ۱۳۸۲ فعالیت خود را



ایران گفت: «امکان استفاده از این دستگاه در بیمارستان‌ها وجود دارد اما در حال حاضر هیچ یک از بیمارستان‌های ایران به این دستگاه تجهیز نشده‌اند و ما در تلاش هستیم با جذب حمایت‌های مسؤولان بیمارستان‌های ایران را به این سیستم مجهز می‌کنیم.»

سامانه اتوماسیون داروخانه، فناوری از سوی شرکت جی وی ام (JVM) کره است. کارکرد این سامانه در مرتب‌سازی و بسته‌بندی داروها بر اساس تجویز پزشک و برچسب مشخصات بیمار و همچنین برچسب مشخصات نوع و میزان مصرف دارو است. این سامانه، آماده‌سازی دارو برای کارکنان بیمارستان را آسان می‌کند و علاوه بر آن احتمال بروز خطا از سوی نیروی انسانی را کاهش می‌دهد.

بهرامی، نمونه بارز ضرورت استفاده از این سیستم را در داروخانه بیمارستان میلاد دانست و گفت: «در این داروخانه بیست نفر در حال آماده‌سازی دارو برای بیماران هستند در حالی که صد نفر در صف‌های طولانی منتظر دریافت دارو هستند. در حالی که این سامانه می‌تواند کار آماده‌سازی دارو را برای این بیست نفر آسان کند و افراد در کمترین وقت ممکن داروهای خود را تحویل بگیرند.»

در حال حاضر برخی بیمارستان‌های خصوصی و دولتی نیز از این سیستم در تهران و برخی شهرستان‌ها مانند قائم‌شهر و شیراز استفاده می‌کنند.

دستگاه ماموگرافی ساخت ملی

شرکت پایامد الکترونیک، از تولیدکنندگان داخلی دستگاه ماموگرافی است. این شرکت به مدت ده سال در زمینه تولید دستگاه ماموگرافی فعالیت دارد و تاکنون بیش از ۳۵۰ دستگاه نصب شده در نقاط مختلف ایران داشته است. به گفته مدیران تمام قطعات و تجهیزات این دستگاه داخل ایران ساخته شده است و تنها بخش دتکتور، گیرنده دیجیتالی تصویر، از شرکت آنراک آنالوژی کانادا خریداری می‌شود. شیرزادی، مهندس فروش شرکت پایامد الکترونیک، درباره صادرات این دستگاه گفت: «با توجه به بحث تحریم‌ها برخی از قراردادهای تجاری که به مرحله نهایی رسیده بودند باطل شدند. با این حال در حال حاضر دو دستگاه ماموگرافی در کر بلا نصب شده‌اند که از سوی دفتر عتبات عالیات خریداری شده است و چند مورد دیگر نیز در حال مذاکره و بررسی است تا بعد از نهایی شدن کار دستگاه‌ها صادر شود.»

هوشمند شرایط اتاق عمل، کنترل تجهیزات موتورخانه، امکان آمارگیری از موقعیت و هویت بیمار، امکان آلارم اتوماتیک، برنامه دارویی بیمار و... از جمله مواردی است که (BMS) در آنها کاربرد دارد.

شرکت فردافن پارس در حال حاضر در ساخت بخش‌های مختلف بیمارستانی مانند بلوک زایمان و اورژانس که در طرح تحول سلامت بر آنها تاکید شده است با وزارت بهداشت همکاری می‌کند. به گفته توکلی‌فر، مسؤول بازرگانی شرکت فردافن پارس، این پروژه قرار است بر اساس اولویت‌های تعیین شده از سوی وزارت بهداشت از جنوب کشور آغاز شوند.

پیش از همکاری شرکت فردا فن پارس با وزارت بهداشت در اجرای ساختاری طرح تحول سلامت، این شرکت در انجام پروژه‌هایی چون مرکز آموزش درمانی فوق تخصصی قلب و عروق و بیمارستان ۲۰۰ روان‌پزشکی بیمارستان فرشچیان استان همدان، طرح توسعه بیمارستان امیراعلم استان تهران، بیمارستان صد تختخوابی مینودشت استان گلستان، طرح توسعه بخش قلب بیمارستان امام حسین شاهرود، زیرنظر دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، مرکز درمان نابابروری پرستو در استان زنجان زیر نظر شرکت خصوصی آسمان مهر پرستو، ساختمان درمان سرطان زیرنظر دانشگاه علوم پزشکی و... نیز مشارکت داشته است.

تحول در ارائه خدمات داروخانه‌ها

شرکت آلتون کاران به مدت ۶ سال در زمینه مواد مصرفی بیمارستان‌ها فعالیت داشته است. در حال حاضر به مدت یک سال است که با دو شرکت جی وی ام (JVM) کشور کره و بُردا (Borda) کشور ترکیه همکاری خود را آغاز کرده است.

شرکت بُردا (Borda)، دستگاه موقعیت‌یاب لحظه‌ای (RTLS) را طراحی کرده است. با کمک این فناوری، کارکنان تجهیزات و بیماران قابل ردیابی هستند. در واقع این فناوری به بهبود مدیریت کمک می‌کند. از ویژگی‌های این فناوری می‌توان به کوتاه شدن زمان انتظار برای دریافت نوبت مراقبت‌های پزشکی، کم شدن هزینه‌های جاری بیمارستان برای خرید و اجاره ملزومات، گردش کارآمد و توزیع وظیفه، جستجوی بیماران و کارکنان و همچنین اشیاء گم شده احتمالی اشاره کرد.

علیرضا بهرامی، مدیرعامل آلتون کاران، درباره استفاده از دستگاه موقعیت‌یاب در بیمارستان‌های



دهمین کنگره سالیانه انجمن علمی جراحان عمومی برگزار شد

بررسی مدیریت جراحی و تروما در بحران

دهمین کنگره سالیانه انجمن علمی جراحان عمومی ایران ۲۱ تا ۲۳ مردادماه امسال در مرکز همایش‌های رازی برگزار شد. در این همایش از دکتر محمد اسماعیل اکبری، پیشکوست جراحی ایران، تقدیر شد. کنگره سالیانه انجمن علمی جراحان عمومی ایران به مدت ۱۰ سال از سال ۱۳۸۲ برگزار شده است. در این مدت بیش از ۱۰ هزار نفر عضو اصلی، جراحان عمومی و عضو وابسته، دیگر متخصصان و پزشکان عمومی، با وجود برنامه‌های علمی و بازآموزی و کارگاه‌های تئوری و عملی به تعامل رسیده‌اند.

را در بر می‌گیرد. سطوحی که دچار لختگی می‌شوند زودتر بهبود پیدا می‌کنند و این ویژگی به‌طور ترکیبی با روش‌های غیرتهاجمی ارایه شده، طول دوره مراقبت‌های پس از عمل و اقامت در بیمارستان را می‌کاهد. تنوع و چندکاره بودن سری جدید ابزارهای Biolitec از طریق فیبرها و هندپیس‌های چندمنظوره جدید میسر شده است. همه کاربران این دستگاه به شبکه جهانی متخصصان Biolitec و مراکز آموزشی متصل هستند و از حمایت‌های تکنیکی بهینه در داخل و خارج از اتاق عمل بهره‌مند خواهند شد.

دیالیز آسان و بدون عفونت

محلول ترولاک برای جلوگیری از عفونت کلیه‌ها پس از کاربرد کاتتر، از سوی شرکت مد کامپ (Medcomp) آمریکاتولید شده است و شرکت فراوران همگام این دارو را به ایران وارد کرده است.

محلول آنتی‌سپتیک ترولاک (TauroLock)، مبدل فشار یک‌بار مصرف است که در ایمپلنت نیز کاربرد دارد.

زیبایی، در ایران است.

دستگاه جنرال سرجری (general Surgery) از کمپانی بایلتیک (Biolitec) روشی تازه و قابل استفاده برای انجام یک جراحی ملایم و بدون تماس جراح با بدن بیمار را امکان‌پذیر کرده است. در رشته‌های تخصصی مختلف راه‌جامعه پزشکی عرضه کرده است. به گفته مرادی، کارشناس ارشد فروش شرکت تکفام، این دستگاه دارای یک فناوری با قدرت تبخیرکنندگی (Vaporization) و لخته‌کنندگی (Coagulation) که امکان انجام یک روش جراحی ملایم، غیر تماسی و با هموستاز را امکان‌پذیر می‌کند. روش‌های نوین ارایه شده امکان درمانی مؤثر، بدون عارضه و با دقت بیشتر در شکاف و برش، تبخیرکنندگی و لخته‌کنندگی بافت‌های هاپیر پلاستیک و بدخیم را تضمین می‌کند و با وسیله گستره جدیدی از درمان‌های کمتر تهاجمی را زمینه‌ساز می‌شوند. بدین ترتیب خونریزی در محدوده درمانی کاهش چشمگیری می‌یابد؛ این ویژگی حتی بیماران‌های ریسک و بیماران با ریسک بالای خونریزی

بهزاد رحمانی، رییس انجمن جراحان عمومی ایران، درباره دهمین کنگره سالیانه انجمن علمی جراحان عمومی ایران گفت: «در این کنگره «مدیریت جراحی در بحران، تروما» و «مدیریت در بیماری‌های پستان، دیروز، امروز و فردا» دو رویکرد اصلی و مورد توجه هستند.» کارگاه‌های آموزشی با موضوعاتی چون کاربرد لیزر در جراحی، جراحی‌های سرپایی، کاشت مو با دستگاه Fat transfer surgery، Thread face lift در این کنگره تشکیل شدند. برای گروه‌های هدف از جمله زنان، جراحی عمومی، جراحی قفسه‌صدری، بیهوشی، طب کار، جراحی اطفال، جراحی قلب، اورولوژی، طب اورژانس، رادیولوژی و داخلی برنامه‌های مداوم با حداکثر امتیاز ۱۸ تدوین شد.

جراحی آسان و با کمترین خونریزی

شرکت تکفام نماینده دو شرکت بایلتک (biolitec) آلمان سازنده لیزر جراحی در طول موج‌های مختلف، و بی‌تی‌آل (BTL) انگلستان سازنده دستگاه‌های لیزر



انجام لیفتینگ بدون عوارض در یک جلسه

دستگاه دابلو (Double) با برند هیرونیک، ساخت کشور کره، از سوی شرکت آفا (آفتاب فروزان آریا) مدتی است که وارد ایران شده است. دستگاه دابلو برای انجام لیفتینگ در یک جلسه کاربرد دارد. دابلو هم چنین مجهز به پروپسونوگرافی دقیق است و به کمک آن می توان تصویر بافت را پیش از درمان و هنگام درمان دید. استفاده از این دستگاه، آسیب به اپیدرم و بافت های اطراف محل مورد نظر برای لیفتینگ را کاهش می دهد. این دستگاه با تحریک فیبروبلاست ها، کلاژن را بازسازی می کند و پس از آن مساحت لایه مورد نظر را کم می کند و در نهایت الاستیسیته لایه افزایش پیدا می کند. این کار در دمای ۶۵ تا ۷۰ درجه سانتی گراد انجام می شود. در حال حاضر مراکز درمانی کلینیک دکتر دولتی، رییس پیشین انجمن پوست ایران، کلینیک ایرانیان، مرکز جراحی کسری، مرکز جراحی شمس تبریزی از این دستگاه استفاده می کنند. مشهد نیز از این دستگاه استفاده می کنند.



جراحی فتق بدون بخیه

شرکت شایطب نماینده شرکت بکتیگارد (Bactiguard) از کشور سوئد و همچنین نمایندگی شرکت اینساترا (Insitra) از آمریکا را دارد. مهربانی، کارشناس منطقه شرکت شایطب گفت: «شرکت اینساترا (Insitra) به تازگی دو مش مربوط به عمل جراحی فتق شکمی و کشاله رانی را روانه بازار کرده است که بدون بخیه داخل بدن فیکس می شوند. این مش ها هشت سال است که وارد بازار جهانی شده است و در ایران حدود یک سال از ورود آن می گذرد.» در حال حاضر برخی بیمارستان های دولتی و بیشتر بیمارستان های خصوصی از این علم استفاده می کنند و اداره تجهیزات پزشکی نیز استفاده از این روش برای فتق را تایید کرده است و در طرح تحول سلامت نیز مورد استفاده قرار گرفته است. ■



میزان و حجم استفاده از این محلول به نوع کاتتر بستگی دارد. این محلول تا درمان بعدی در کاتتر باقی می ماند و بعد از آن با خارج کردن محلول، کاتتر با نرمال سایلین شستشو داده می شود و درمان بیمار شروع می شود. مراحل شستشو بعد از انجام درمان نیز تکرار می شود. این پروتکل درمانی تا زمانی که بیمار به کاتتر نیاز دارد انجام می شود. استفاده از این محلول، درمان دیالیز برای بیمار نیز آسان تر می کند. باقی مانده محلول ترولاک 5cc که استفاده نشده است قابل نگهداری در سرنگ است و در دمای ۱۵ تا ۳۰ درجه سانتی گراد به مدت ۱۴ روز ماندگار است. همچنین ترولاک در ویال های 10cc می تواند در همان ویال ها و در دمای ۱۵ تا ۳۰ درجه سانتی گراد و در مدت ۴۸ ساعت ماندگار باشد.

دستگاهی برای شستشوی روده با آب

شرکت فراوران همگام دستگاه کولون هیدروتراپی Aquanet، محصول کمپانی PPHIC کانادا را در نمایشگاه جانبی ارائه داد. این دستگاه برای شستشوی روده بزرگ کاربرد دارد. مدت استفاده از این دستگاه برای شستشوی روده بزرگ ۴۵ دقیقه است و این کار را بدون درد انجام می دهد. شستشوی روده به وسیله این دستگاه با استفاده از آب خالص انجام می شود و نیازی نیست بیمار از ملین های موجود شیمیایی که عوارض جانبی دارند، استفاده کند. شستشوی روده با استفاده از این دستگاه به صورت سیستم بسته انجام می شود و بو، گاز و مواد زائد از بیمار خارج نمی شود. این دستگاه بعد از هر بار مصرف به صورت کامل ضد عفونی می شود. از مشخصات فنی دستگاه نیز می توان به دو عملیاتی بودن، سیستم تصفیه سه مرحله ای آب، رسوب زدایی، فیلترینگ، سم و کلرزدایی، استریل کردن آب به وسیله امواج فرابنفش و از میان رفتن قارچ ها و ویروس ها اشاره کرد.

حاضران در نمایشگاه

شرکت فراپارا این، شرکت فراطب آیین، شرکت پرتو تکفام، شرکت کالاداران، شرکت سیما طب مهر ایرانیان، شرکت ارتعاشات طبی ایران، شرکت مرهم، شرکت مهر آشکار، آفا شرکت (آفتاب فروزان آریا)، شرکت آوان طب، شرکت اشکان پویا طب، شرکت تکنو جراح، شرکت فراوران همگام، شرکت در صنعت، شرکت مد آریا، شرکت سیتیکو اسکن ایران، شرکت پارس گروپ، ایده پزشکان آر تیمان، درمان گستر آپادانا، شرکت سلامت یاران بهرخ، شرکت آرتمن، شرکت ویونا درمان تجهیز، شرکت سالکان، شرکت ایلیا، شرکت آرمین تجارت تیم، شرکت بهتار ایان فردا، شرکت آنا طب، شرکت دتا، شرکت شیبا طب، شرکت رزین، شرکت رسش، شرکت فرین نگار آسیا، شرکت رضاراد، شرکت مارس، نوآوران پزشکی آر تیمان.

فرم اشتراک ماهنامه صنعت درمان

چنانچه بخواهید 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 تماس بگیرید.

اشتراک ماهنامه برای دانشجویان و اعضای هیأت علمی دانشگاهها تا ۳۰ درصد تخفیف همراه است. برای استعلام از این تخفیف، تصویر کارت تحصیلی یا کارت هیأت علمی را همراه با دیگر مدارک بفرستید.

اشتراک ۱۲ ماهه		اشتراک ۶ ماهه	
هزینه مجله بدون تخفیف	هزینه مجله با تخفیف ۳۰٪	هزینه مجله بدون تخفیف	هزینه مجله با تخفیف ۲۵٪
۱۲۰۰/۰۰۰ ریال	۸۴۰/۰۰۰ ریال	۶۰۰/۰۰۰ ریال	۴۵۰/۰۰۰ ریال
هزینه پست پیشتاز تهران	هزینه پست پیشتاز شهرستان	هزینه پست پیشتاز تهران	هزینه پست پیشتاز شهرستان
۶۶۰/۰۰۰ ریال	۹۰۰/۰۰۰ ریال	۳۲۰/۰۰۰ ریال	۴۵۰/۰۰۰ ریال
هزینه پست عادی تهران	هزینه پست عادی شهرستان	هزینه پست عادی تهران	هزینه پست عادی شهرستان
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: _____ نام خانوادگی: _____
 سال تولد: _____ شماره ملی: _____
 تحصیلات: _____ رشته تحصیلی: _____
 شغل: _____ محل کار / تحصیل: _____
 اشتراک ۶ ماهه اشتراک ۱۲ ماهه
 پست: پیشتاز پست: عادی
 نشانی: استان / شهر / خیابان / کوچه / شماره / واحد / کد پستی

.....

.....

.....

.....

بیمارستان

درمان قلب‌های بیمار در شکارگاه قجری

بیمارستان شهید لواسانی، بیمارستان تخصصی قلب وابسته به سازمان تامین اجتماعی کشور است که در شمال شرق تهران در جنگل‌های سرخه حصار ساخته شده است؛ منطقه‌ای که سال‌ها پیش از این شکارگاه ناصری بوده است و کاخی از روزگار قاجاریه در دل خود به یادگار دارد؛ این بیمارستان در چند ساختمان پراکنده با ۱۰ هزار متر زیربنا در زمینی به مساحت ۷۰ هزار متر مربع ساخته شده است؛ ۲۷۲ تخت مصوب دارد که ضریب اشتغال تخت‌ها معمولاً افزون بر ۸۰ درصد می‌شود. روزانه ۸ عمل جراحی قلب، ۱۰ تا ۱۵ جراحی عمومی و ۳۰ تا ۵۰ آنژیوپلاستی در این بیمارستان انجام می‌شود. گزارش خبرنگار ما را از بیمارستان شهید لواسانی تهران بخوانید.





خبرنگار «صنعت درمان» از بیمارستان شهید لواسانی گزارش می دهد

درمان قلب‌های بیمار در شکارگاه قجری

بیمارستان شهید دکتر لواسانی، بیمارستان تخصصی درمان بیماری‌های قلبی در شرق تهران و در ناحیه‌ای که به جنگل‌های سرخه حصار و لویزان معروف است قرار دارد. این بیمارستان قدمتی تاریخی دارد و در زمین‌های شکارگاه پادشاهان دوره قاجار ساخته شده است. فضای بکر، خوش آب و هوا و سرسبز بیمارستان شهید لواسانی برای بیماران قلبی و روانپزشکی مناسب است. این بیمارستان تا سال ۱۳۳۶ زیر پوشش وزارت بهداشتی وقت اداره می شد و از آن سال به تأمین اجتماعی واگذار شد. به این ترتیب مالکیت بیمارستان هم از زمان از طرف دولت به سازمان تأمین اجتماعی تعلق می گیرد.

شیما عسگری

داخلی قلب و بخش اینترونشنال کاردیولوژی فعالی دارد. در کنار آنها بخش جراحی عمومی، گوش حلق و بینی، اطفال، زنان، جراحی عمومی و بخش داخلی هم به ارائه خدمات به بیماران می پردازند. هم‌اکنون ۱۳ نفر متخصص داخلی قلب، ۱۲ نفر متخصص بیماری‌های اعصاب و روان، یک متخصص اطفال، ۸ جراح عمومی، ۱۲ متخصص بیهوشی، ۱۱ جراح قلب، ۳ متخصص گوش حلق و بینی، ۳ متخصص زنان، ۸ پزشک عمومی و سه متخصص داخلی در این بیمارستان فعالیت می کنند. بخش‌های تشخیصی بیمارستان شامل رادیولوژی،

که معمولاً میانگین ضریب اشغال تخت‌ها بالای ۸۰ درصد است. به گفته دکتر سید علی جمالیان رییس بیمارستان شهید دکتر لواسانی گاهی از مواقع ضریب اشغال تخت‌ها بالای ۱۰۰ درصد است به گونه‌ای که با کمبود تخت مواجه می شوند. این بیمارستان ۵ اتاق عمل جراحی قلب، ۴ اتاق جراحی عمومی و سه بخش آنژیوگرافی دارد. روزانه ۸ عمل جراحی قلب، ۱۰ تا ۱۵ جراحی عمومی و ۳۰ تا ۵۰ آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی در این بیمارستان انجام می شود. بیمارستان شهید دکتر لواسانی بخش جراحی قلب،

این بیمارستان ۷۰ هزار متر مربع مساحت دارد اما چون ساختمان‌ها به صورت پراکنده ساخته شده‌اند، سرجمع حدود ۱۰ هزار متر زیربنای دارد. بیشتر مساحت بیمارستان پوشیده از جنگل است. ساختمان‌های این بیمارستان شامل بخش‌های جراحی و بستری قلب، آنژیوگرافی و بیماری‌های قبل و بعد از آنژیوگرافی، اتاق عمل جراحی عمومی، بخش داخلی، بخش اکوکاردیوگرافی، بخش رادیولوژی و سونوگرافی، بخش آزمایشگاه، بخش سی‌سی‌یوها و پست سی‌سی‌یوها و اورژانس می شود. بیمارستان ۲۷۲ تخت مصوب دارد



دکتر سید علی جمالیان رییس بیمارستان شهید دکتر لواسانی: چون این بیمارستان بخش فوق تخصصی قلب است برنامه‌ای را گذاشته ایم که اگر بیماری مراجعه کرد و بخش‌های بیمارستان پر بودند مراقبتی که در اورژانس صورت می‌گیرد مانند سی‌سی‌یو باشد. اورژانس ماسی‌سی‌یو اورژانس هستند، تمام تخت‌ها مجهز به نمایشگر، نمایشگر مرکزی، اکسیژن‌اتور و قسمت‌های مختلف است. برای همین در موارد حاد که در سی‌سی‌یو بیمارستان تخت خالی وجود ندارد درمان از اورژانس برای بیمار آغاز می‌شود. با وجود اینکه اینجا خارج از شهر است اما تعداد مراجعه‌کنندگان به اورژانس زیاد است. بیماران در اورژانس داروهایشان را می‌گیرند آزمایش‌ها، سونوگرافی، آندوسکوپی و جراحی‌های سرپایی در اورژانس انجام می‌شود

بیماران بستری شده در سال ۱۳۹۲، ۱۳۲۰۴ نفر و در سال ۱۳۹۳ نیز ۱۵۱۴۶ نفر بوده است که ۱۵ درصد رشد داشته است. به گفته دکتر جلالیان شمار بیماران بستری شده در سال جدید نیز روند رو به رشدی را داشته است.

اورژانسی با تخت‌های مجهز به تشکیلات سی‌سی‌یو

اورژانس بیمارستان شهید دکتر لواسانی به صورت ۲۴ ساعته به ارائه خدمات می‌پردازد و ۱۲ تخت دارد. در اورژانس این بیمارستان یک جراح عمومی مقیم، در هر شیفت دو پزشک عمومی مقیم به همراه پزشک بییهوشی، متخصص داخلی و همچنین حدود ۸ تا ۱۰ پرستار به همراه نیروهای جانبی دیگر حضور دارند. روزانه حداقل ۳۰ نفر به اورژانس بیمارستان شهید دکتر لواسانی مراجعه می‌کنند. تمام تخت‌های اورژانس این بیمارستان که به تازگی بازسازی یا جایگزین شده‌اند به تجهیزات سی‌سی‌یو مجهزند. «چون این بیمارستان بخش فوق تخصصی قلب است برنامه‌ای را گذاشته‌ایم که اگر بیماری مراجعه کرد و بخش‌های بیمارستان پر بودند مراقبتی که در اورژانس صورت می‌گیرد مانند سی‌سی‌یو باشد. اورژانس ماسی‌سی‌یو اورژانس هستند، تمام تخت‌ها مجهز به نمایشگر، نمایشگر مرکزی، اکسیژن‌اتور و قسمت‌های مختلف است. برای همین در موارد حاد که در سی‌سی‌یو بیمارستان تخت خالی وجود ندارد درمان از اورژانس برای بیمار آغاز می‌شود. با وجود اینکه اینجا خارج از شهر است اما تعداد مراجعه‌کنندگان به اورژانس زیاد است. بیماران در اورژانس داروهایشان را می‌گیرند آزمایش‌ها، سونوگرافی، آندوسکوپی و جراحی‌های سرپایی در اورژانس انجام می‌شود»

فضایی آرامش‌بخش برای بیماران دچار اختلالات روانی

این مرکز درمانی که به عنوان مرکز تخصصی و فوق تخصصی جراحی قلب شناخته می‌شود علاوه بر بخش قلب، تنها مرکز تخصصی سازمان تأمین

سونوگرافی، بخش آزمایشگاه، بخش پاتولوژی، تصویربرداری می‌شود. هم‌اکنون یک پاتولوژیست و دو دستیار پاتولوژیست، یک رادیولوژیست، ۲۵ نفر در بخش آزمایشگاه و ۲۵ نفر در بخش رادیولوژی فعالیت می‌کنند. در بخش اکوکاردیوگرافی ۲۵ نفر پرستار و نیروی جانبی حضور دارند. البته در این بخش تعداد پزشکان بیشتر است که ۱۳ تا ۱۵ پزشک اصلی و مهمان می‌شوند. بیمارستان شهید دکتر لواسانی بیشتر یک بیمارستان درمانی است و در بخش آموزشی با دانشجویمان دانشگاه آزاد ارتباط دارد. این ارتباط در بخش روانپزشکی بیمارستان چشمگیرتر است. هیات علمی بیمارستان نیز شامل استادان بخش روانپزشکی می‌شود. هم‌اکنون ۱۰ نفر هیات علمی در این بخش از بیمارستان حضور دارند. رییس بیمارستان می‌گوید: «از آنجا که ما زیرمجموعه وزارت بهداشت نیستیم ما را هیات علمی نکردند اما همه پزشکان ما دارای برد و دانشنامه معتبر هستند و صلاحیت هیات علمی شدن را دارند»

بیمارستان شهید دکتر لواسانی و کمبود پرستار

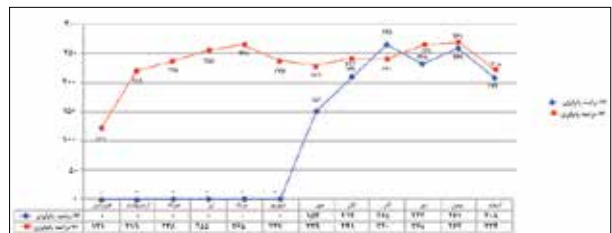
تعداد دیرین پرستاران این بیمارستان باید ۳۷۹ نفر باشد که هم‌اکنون ۲۹۲ نفر پرستار در این بیمارستان فعالیت می‌کنند. دکتر جمالیان با تأکید بر اینکه موضوع کمبود پرستار در تمام بیمارستان‌ها به ویژه در بیمارستان‌های دولتی و تأمین اجتماعی به چشم می‌خورد، گفت: «بیمارستان شهید دکتر لواسانی هم با این مشکل مواجه است. در بخش‌های فوق تخصصی و ویژه نیاز به پرستار بیشتری داریم. کمبود پرستار در همه جا دیده می‌شود اما آن چیزی که باعث شده این کمبود آسیب به بیماران نرزد روحیه ایثار و همدلی است که در جامعه پرستاری زبانه‌دار است. پرستاران انسان‌های متعهد و در عین حال دلسوزی هستند و من احساس می‌کنم که در این رابطه آنها واقعاً جانفشانی می‌کنند»

روزانه بالغ بر ۵۰۰ بیمار سرپایی در بیمارستان پذیرفته می‌شوند. بر پایه آمار گرفته شده از سوی بیمارستان،

نمودار مقایسه‌ای مراجعین تست ورزش بیمارستان شهید دکتر لواسانی طی سال ۹۲ و ۹۳



نمودار مقایسه‌ای مراجعین به پاتولوژی بیمارستان شهید دکتر لواسانی طی سال ۹۲ و ۹۳





هتلینگ حدود ۳۰ درصد از بخش های بیمارستان دکتر شهید لواسانی در قالب طرح تحول نظام سلامت ارتقا داده شده است. در صورت تامین بودجه این رقم، امسال به ۸۰ تا ۱۰۰ درصد خواهد رسید. در این بیمارستان تمام خدمات به صورت رایگان به بیماران ارایه می شود

بعدی داریم. افزایش پمپ های قلب جدید برای افزایش جراحی قلب در بیمارستان در دستور کار ما است. همچنین به تازگی یک دستگاه آنژیوگرافی خریداری شده تا جایگزین دستگاه قبلی شود. اگر این دستگاه جایگزین شود سه دستگاه آنژیوگرافی به روز و جدید در بیمارستان خواهیم داشت.» دستگاه رادیولوژی این بیمارستان نیز در حال تعویض و دیجیتالی شدن است. به تازگی یکی از بهترین دستگاه های سونوگرافی و تخصصی ترین دستگاه های سونوگرافی در کشور

و بازگردانشان به زندگی طبیعی بهترین بهره برده بشود.

دستگاه آنژیوگرافی به تجهیزات ات بیمارستان افزوده می شود

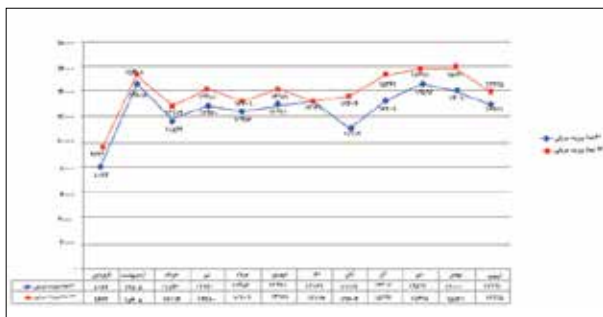
دکتر جمالیان می گوید: «ارتقا و افزایش تجهیزات بیمارستانی از برنامه های ما برای توسعه بیمارستان است. برای ما تجهیز بیمارستان یک دغدغه است. در بخش قلب نیاز به یک دستگاه اکو تی ری دی سه

اجتماعی در درمان بیماری های اعصاب و روان است. ۱۰۰ تخت در بخش روان پزشکی این بیمارستان وجود دارد. طبیعت بکر که مصنوعی و ساخته دست بشر نیست برای هر بیماری به خصوص بیماران روانی می تواند آرامش بخش باشد. برای بیماران روان پزشکی در این بیمارستان فضای کار درمانی و ورزش ایجاد شده است. قرار است به زودی بخشی با نام باز توانی قلب نیز در این بیمارستان راه اندازی شود تا از این طبیعت برای ورزش و باز توانی بیماران

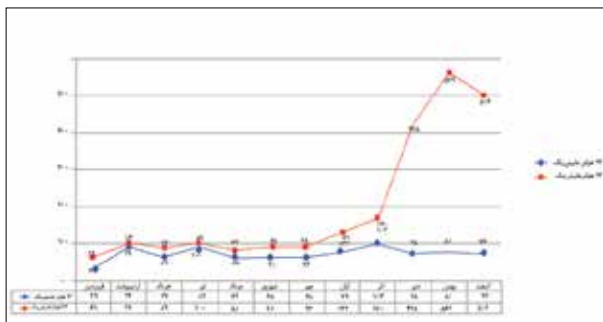
تاریخچه بیمارستان

بیمارستان شهید لواسانی یکی از قدیمی ترین بیمارستان های تهران است. این بیمارستان که تأسیس آن به سال ۱۳۳۷ بازمی گردد در باغ سرخه حصار که متعلق به پادشاهان قاجار بود قرار دارد. در آن زمان این باغ طبق مصوبه مجلس شورای ملی جهت مداوای بیماران سلی به سازمان بیمه های اجتماعی واگذار می شود. قصر یاقوت از کاخ های شرق تهران در دوره پادشاهی ناصرالدین شاه قاجار است. این کاخ که به عنوان شکارگاه یا قصر تفریحی پادشاهی بیلاقی ساخته شده بود درون پهنه کنونی بیمارستان شهید لواسانی جای گرفته است. سازمان تأمین اجتماعی ساختمان قدیمی را تبدیل به بیمارستان می کند. در طول مدت زمان ساختمان های دیگری که به بلوک های پنج گانه معروف هستند بنا می شود. سپس در همان زمان محوطه بیمارستان ساختمان چهار طبقه بخش های روانی، جراحی توراکس، ساختمانی برای کودکان سلی و بالاخره در سال ۱۳۵۵ ساختمان پذیرش، اورژانس و آزمایشگاه و بخش داخلی ساخته می شود. در همان سال مجموعه این بیمارستان در اختیار وزارت بهداشت قرار می گیرد و این بیمارستان که یک بیمارستان ریوی و روانی بود تبدیل به یک بیمارستان عمومی و جنرال می شود اما در سال ۱۳۶۹ به سازمان تأمین اجتماعی باز می گردد. اوایل انقلاب اسلامی تعداد بیمارانی که نیاز به جراحی قلب پیدا کرده بودند زیاد شده بود. صف های چند ماهه و چند ساله برای اعزام بیماران برای جراحی قلب به خارج از کشور و همچنین فوت تعداد زیادی از بیماران مسئولان را بر آن داشت تا جراحانی

نمودار مقایسه ای مراجعین ویزیت سرپایی بزرگان بیمارستان شهید دکتر لواسانی طی سال ۹۲ و ۹۳



نمودار مقایسه ای مراجعین به هولتر مانیتورینگ بیمارستان شهید دکتر لواسانی طی سال ۹۲ و ۹۳



طرح بسیار خوبی است. در ساختار درمانی کشور نقص‌هایی وجود داشت که برای مردم شریف کشورمان کمی آزاردهنده بود. اما امروز خیلی از مشکلات حل شده است. البته هیچ طرحی تارسیدن به مرحله اجرای قطعی، بدون مشکل و نقص نیست اما من فکر می‌کنم شروع خوبی است و قطعاً با گذشت زمان نقایصش مشخص خواهد شد. اجرای کامل و قطعی تحول در نظام سلامت یاری همه پزشکان و بیمارستان‌های کشور را می‌طلبد.»

ساخت و تجهیز بیمارستان ۵۵۰ تخت‌خوابی میلاد شرق

به گفته رییس بیمارستان شهید دکتر لواسانی قرار است در فضای بیمارستان شهید لواسانی، بیمارستان دیگری با ۵۵۰ تخت خواب ساخته شود که از آن به عنوان میلاد شرق تهران یاد می‌شود. «در دوره‌ای که من مدیر کل استان تهران بودم از آرزوهایم بود که بتوانیم یک میلاد شرق در اینجا بسازیم که فقط منحصر به بخش قلب و روانپزشکی نباشد. هدف ما این است بخش‌های فوق تخصصی جراحی مغز و اعصاب، ارتوپدی، ارولوژی، زنان و زایمان و بخش‌های دیگر را هم در این بیمارستان داشته باشیم تا مردم شرق تهران از این حوزه‌ها بی‌نیاز بشوند.» هم

خریداری و در بیمارستان راه‌اندازی شده است. همچنین تمام دستگاه‌های آزمایشگاه بیمارستان به روز شده است. ونتیلاتور، دستگاه پمپ‌های قلبی، دستگاه رادیولوژی پرتابل این بیمارستان هم شرایط خوبی دارند.

بیمارستان شهید لواسانی و طرح تحول نظام سلامت

هتلینگ حدود ۳۰ درصد از بخش‌های بیمارستان دکتر شهید لواسانی در قالب طرح تحول نظام سلامت ارتقا داده شده است. در صورت تأمین بودجه این رقم، امسال به ۸۰ تا ۱۰۰ درصد خواهد رسید. در این بیمارستان تمام خدمات به صورت رایگان به بیماران ارائه می‌شود. به گفته دکتر جلالیان رایگان بودن خدمات، هدفی است که هنوز خیلی از بیمارستان‌ها به آن نرسیده‌اند اما در این بیمارستان سال‌ها قبل از طرح تحول نظام سلامت هیچ هزینه‌ای از بیماران دریافت نمی‌شد. این مسأله هنوز هم به قوت خودش باقی است. حضور پزشکان مقیم در این بیمارستان ۲۴ ساعته است. در هر رشته یک پزشک مقیم و در مجموع ۶ پزشک مقیم در بیمارستان فعالیت می‌کنند.

رییس بیمارستان دکتر شهید لواسانی درباره طرح تحول نظام سلامت می‌گوید: «طرح تحول نظام سلامت

این مرکز درمانی که به عنوان مرکز تخصصی و فوق تخصصی جراحی قلب شناخته می‌شود علاوه بر بخش قلب، تنها مرکز تخصصی سازمان تأمین اجتماعی در درمان بیماری‌های اعصاب و روان است. ۱۰۰ تخت در بخش روان‌پزشکی این بیمارستان وجود دارد. طبیعت بکر که مصنوعی و ساخته دست بشر نیست برای هر بیماری به خصوص بیماران روانی می‌تواند آرامش‌بخش باشد



از ایران را به کشورهای خارجی برای گذراندن دوره‌های جراحی قلب بفرستند. در آن زمان بیمارستان شهید رجایی کنونی که ملقب به بیمارستان ملکه مادر بود به عنوان اولین بیمارستان جراحی قلب شروع به کار کرد. به این ترتیب جراحی قلب در ایران آغاز شد اما با انجام روزانه یک تا دو جراحی قلب این صف طولانی بیماران کوتاه نمی‌شد. از آنجا که بیماران مسلول و جذامی باید به جایی خارج از شهر با آب و هوای خوب منتقل می‌شدند در آن سال‌ها بیمارستان شهید دکتر لواسانی مربوط به بیماری‌های جذامی و مسلول بوده است. بعد از اینکه جذام کم و ریشه کن می‌شود با افتتاح بیمارستان مسیح دانشوری به عنوان مرکز فوق تخصص ریه و سل بیماران مسلول به آنجا انتقال پیدا کردند. با خروج بیماران مسلول، این بیمارستان از حالت بیماران سل و جذامی خارج شد و یک مدت به عنوان مرکزی برای نگهداری افراد سالمند و معلول شد. در برهه‌ای از زمان هم به عنوان انبار سازمان تأمین اجتماعی مورد استفاده قرار گرفت. آب و هوای استثنایی منطقه شرق تهران موجب شد تا مسئولان سازمان تأمین اجتماعی به این نتیجه برسند که اگر دومین مرکز جراحی قلب را در آنجا پایه‌ریزی کنند برای درمان بیماران قلبی بسیار موثر خواهد بود. بنابراین تصمیم گرفتند که این بیمارستان را به صورت موازی با بیمارستان شهید رجایی به عنوان مرکز جراحی قلب راه‌اندازی کنند. به این ترتیب بیمارستان شهید دکتر لواسانی در سال ۱۳۷۲ به عنوان یک مرکز فوق تخصصی قلب راه‌اندازی شد. هم اکنون بیمارستان شهید دکتر لواسانی در کنار بیمارستان قلب فعلی دست به دست هم داده و جراحی قلب را در ایران پایه‌گذاری کردند.



اکنون ساخت این بیمارستان کلنگ زده شده است که با موافقت و دستور هیأت مدیره، این بیمارستان ۵۵۰ تختخوابی در یک فضای مسطح و به صورت متمرکز در یکی از قسمت‌های مرکزی بیمارستان، بهره‌برداری خواهد شد. او درباره مقاوم سازی بیمارستان شهید لواسانی گفت: «برخی از ساختمان‌های بیمارستان شهید لواسانی در برابر زلزله مقاومت دارند اما برخی دیگر خیر. برنامه ما این است ساختمان‌هایی که واقعاً مشکل دارند را یا بازسازی کنیم یا به ساختمان‌های جدید و بازسازی شده منتقل کنیم. باید تا زمان آماده شدن بیمارستان ۵۵۰ تخت خوابی، بخش‌های موجود را نوسازی و بازسازی کنیم زیرا نیاز است بیماران در طول مدتی که حداقل سه سال است بتوانند از یک فضای شایسته برای درمان برخوردار باشند.»

نبود وسایل نقلیه عمومی و گاز در بیمارستان مشکلی جدی است

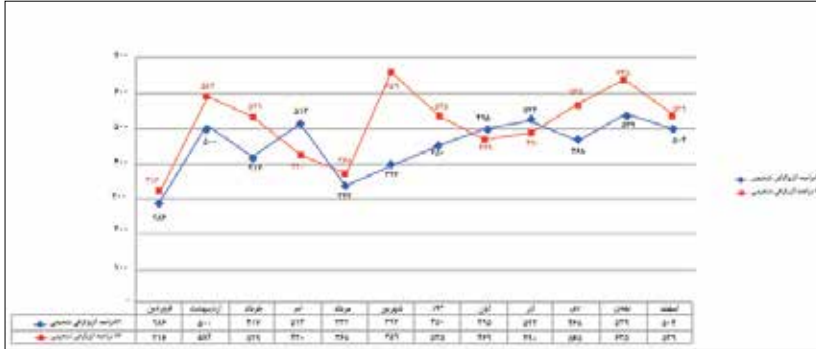
یکی از مشکلات بیمارستان شهید دکتر لواسانی دوری راه است. دردسترس نبودن اتوبوس و مترو برای بیماران و خانواده‌هایشان مشکل ساز است. «متأسفانه چون مسؤولان اینجانب بیمارستانی در حاشیه شهری شناسند هنوز به ما وسیله نقلیه نداده‌اند. آرزو دارم بیماران بتوانند با مترو به اینجا آمده یا از وسیله نقلیه عمومی استفاده کنند. ما خودمان با شرکت‌های خصوصی برای رفت و آمد تاکسی‌ها در بیمارستان قرارداد بستیم که پول آن را هم خود بیمارستان می‌دهد تا بیماران قلبی بتوانند به رایگان در بیمارستان جابه‌جا بشوند.»

مشکل دیگر این بیمارستان گاز است: «شاید بتوانم بگویم ما تنها بیمارستانی در کشور هستیم که شرکت گاز به ما

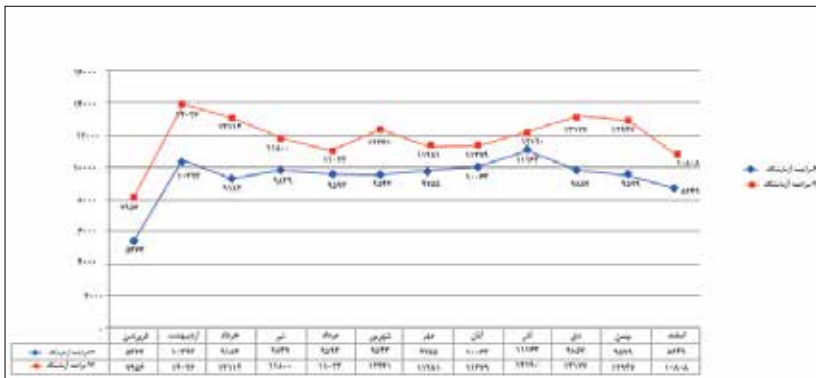
مقایسه شاخص‌های آماری بیمارستان شهید دکتر لواسانی در دوازده ماه اول سال ۹۲ و ۹۳

شاخص	سال ۹۲	سال ۹۳	درصد رشد	وضعیت
۳ بستری شده جدید	۱۳۲۰۴	۱۵۱۴۶	٪۱۵	افزایش
۴ متوسط اقامت بیمار	۴٫۹	۵٫۲	٪۶	افزایش
۱۲ تعداد جراحی سرپایی (در بخش اورژانس)	۷۵۹	۱۴۲۷	٪۸۸	افزایش
۱۳ تعداد کل جراحی بیمارستان	۵۷۰۴	۵۹۲۱	٪۴	افزایش
۱۴ تعداد ویزیت سرپایی	۱۵۲۳۰۶	۱۶۷۶۰۷	٪۱۰	افزایش
۱۵ نسبت ویزیت سرپایی به تعداد بیمار بستری	۸٪۶۷	۹٪۰۴	٪۴	افزایش
۱۶ اعمال آنژیوگرافی (تشخیصی)	۵۴۱۸	۶۱۰۷	٪۱۳	افزایش
۱۷ اعمال آنژیوپلاستی (درمانی)	۲۸۱۰	۲۶۲۴	٪-۷	افزایش
۱۸ مراجعان کل آنژیوگرافی	۸۲۲۸	۸۷۳۱	٪۶	افزایش
۱۹ مراجعان داروخانه	۱۵۷۰۶۲	۱۷۲۶۲۵	٪۱۰	افزایش
۲۰ مراجعان نمایشگاه	۱۱۲۹۸۰	۱۴۲۰۶۲	٪۲۶	افزایش
۲۱ مراجعان پاتولوژی	۱۳۳۳	۲۸۰۶	٪۱۱۱	افزایش
۲۶ مراجعان اکو	۱۸۳۰۳	۱۹۹۹۵	٪۹	افزایش
۲۷ تعداد نوار قلب (EKG)	۳۳۴۱۳	۳۴۰۰۹	٪۲	افزایش
۲۹ تست ورزش	۵۲۰۹	۶۲۵۱	٪۲۰	افزایش
۳۰ هولتر مانیتورینگ	۸۹۶	۲۴۱۹	٪۱۷۰	افزایش
۳۴ مراجعان ادیومتری	۲۲۲۵	۳۰۲۳	٪۳۰	افزایش
۳۵ تعداد الکتروشوک (ECT)	۱۹۵۳	۲۲۵۹	٪۱۶	افزایش

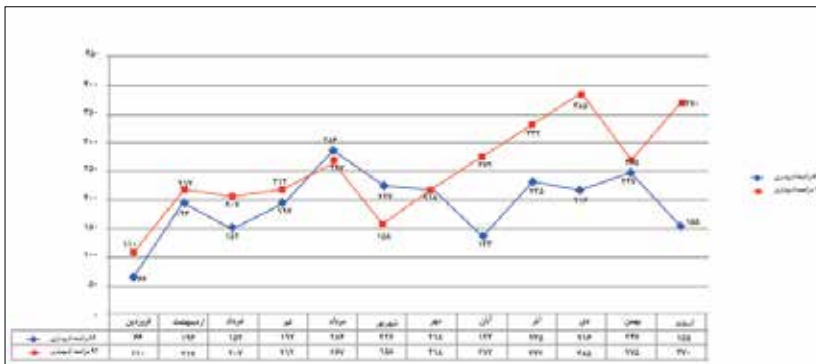
نمودار مقایسه‌ای مراجعین آنژیوگرافی تشخیصی بیمارستان شهید دکتر لواسانی طی سال ۹۲ و ۹۳



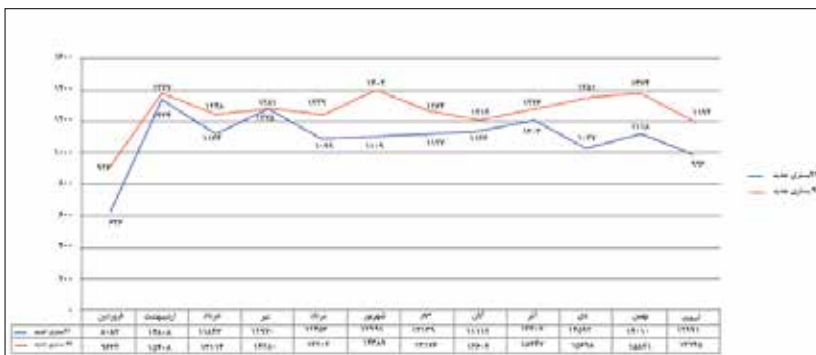
نمودار مقایسه‌ای مراجعین به آزمایشگاه بیمارستان شهید دکتر لواسانی طی سال ۹۲ و ۹۳



نمودار مقایسه‌ای مراجعین به آدیوتمتری بیمارستان شهید دکتر لواسانی طی سال ۹۲ و ۹۳



نمودار مقایسه‌ای بستری جدید بیمارستان شهید دکتر لواسانی طی سال ۹۲ و ۹۳



گاز ندادند است. این مشکل بزرگی است و هر بار هم مانعی بر سر راه ما تراشیده می‌شود. امیدوارم ارگان‌های مربوط هر چه زوتر به کمک ما بیایند تا این بیمارستان بتواند بعد از سال‌ها گاز خود را نصب کند.»

ظرفیت خوب بیمارستان شهید لواسانی در جذب گردشگر خارجی

بیماران از سراسر کشور به بیمارستان شهید دکتر لواسانی مراجعه می‌کنند. به گفته دکتر جمالیان تنها ۲۰ درصد بیماران این بیمارستان تهرانی‌اند و بیشتر بیماران از شهرهای استان‌های دیگر می‌آیند. همچنین سالانه حدود ۴۰ بیمار از کشورهای مانند عراق، تاجیکستان، ترکیه، باکو و کشورهای حاشیه خلیج فارس به این بیمارستان مراجعه می‌کنند. «بیمارستان شهید دکتر لواسانی ظرفیت خوبی برای گردشگری درمانی دارد. ساختمان کاخ با قدمتی چند صد ساله و همچنین فضای طبیعی، بکر و منحصر به فرد بیمارستان برای بازدید گردشگران خارجی خیلی ارزشمند است. برای رسیدن به این هدف نیاز است که بیمارستان بازسازی و بهسازی بشود. من علاقمند هستم برای بیماران جراحی قلب، مهمان‌سرای را داشته باشیم تا همراهانشان بتوانند به راحتی در اینجا اقامت داشته باشند. ایجاد این مهمان‌سرا برای جذب گردشگران درمانی هم ضروری است.»

به گفته دکتر جمالیان از آنجا که بیمارستان شهید دکتر لواسانی متعلق به سازمان تأمین اجتماعی است طلب چندانی از بیمه‌ها ندارد. «البته بیمه خدمات درمانی یک بدهی کوچک چندماهه به ما دارد که مبلغ آن زیاد نیست و طوری نیست که بر ایمان فاجعه ایجاد کند.»

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.

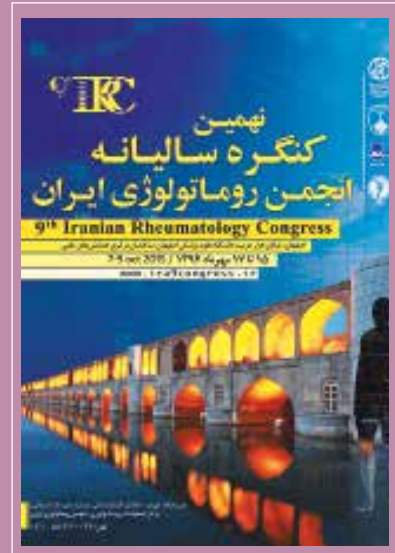
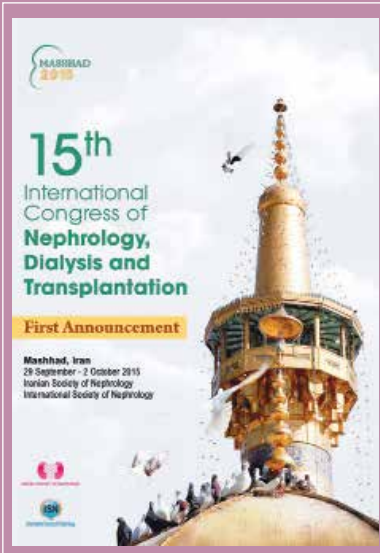
- تسهیلات برای اشتراک روزنامه‌ها و مجلات به ترتیب تا سقف ۵۰۰ و ۲۵۰۰ تومان به ازای هر نسخه
- هزینه ارسال عادی از مشترک دریافت نمی‌شود.
- برای ثبت اشتراک کافی است به سایت eshterak.ir مراجعه نمایید.
- تاکنون بالغ بر یکصد و پنجاه نشریه به این طرح پیوسته‌اند.
- افزایش قیمت نشریه در طول دوره اشتراک مشمول مشترکان قبلی نمی‌شود.

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



راهنما

سومین کنگره فناوری های نوین آزمایشگاهی
 بیست و سومین کنگره سالانه انجمن جراحان ارتوپدی ایران
 دومین کنگره بین المللی سرطان های دستگاه گوارش
 چهل و هفتمین نمایشگاه بین المللی تخصصی تجهیزات پزشکی آلمان
 نمایشگاه بین المللی ایف استانبول



هجدهمین کنگره انجمن اورولوژی ایران

۷ تا ۱۰ مهر

هجدهمین کنگره انجمن اورولوژی ایران از سوی انجمن اورولوژی ایران و با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از تاریخ ۷ تا ۱۰ مهر امسال در سالن همایش‌های پژوهشگاه نیرو در تهران برگزار می‌شود. اندوئورولوژی سنگ‌های ادراری، اورولوژی اطفال، اورولوژی زنان، پیوند کلیه، تروماهای دستگاه ادراری و جراحی‌های ترمیمی، تومورهای دستگاه ادراری و غدد فوق کلیوی، لاپاروسکوپی در اورولوژی، ناتوانی جنسی: روش‌های تشخیص، درمان طبی و جراحی، عقیمی: تشخیص درمان (ART)، پرستاری اورولوژی و دیگر مباحث می‌شود از محورهای مطرح شده در کنگره امسال است.

Iua2015.ir



پانزدهمین کنگره بین‌المللی نفرولوژی، دیالیز و پیوند

۷ تا ۱۰ مهر

پانزدهمین کنگره بین‌المللی نفرولوژی، دیالیز و پیوند با همکاری انجمن بین‌المللی نفرولوژی و دانشگاه علوم پزشکی مشهد از تاریخ ۷ تا ۱۰ مهر ماه در سالن همایش هتل درویشی مشهد برگزار می‌شود. بیماری مزمن کلیه (CKD)، آسیب حاد کلیه، همودیالیز و دیالیز صفاقی، بیماری‌های گلوبرولی، فشار خون بالا و بیماری‌های عروقی، پیوند و مایعات و الکترولیت‌ها از موضوعات این کنگره هستند. دکتر جانکوس، همچنین دکتر کاشانی، دکتر دانش و دکتر قهرمانی، حریریان از آمریکا حضور پیدا می‌کنند.

www.isn-iran.org



سومین کنگره فناوری‌های نوین آزمایشگاهی

۱۲ تا ۱۴ مهر

سومین کنگره فناوری‌های نوین آزمایشگاهی از سوی انجمن متخصصین علوم آزمایشگاهی بالینی ایران از ۱۲ تا ۱۴ مهر ماه امسال در سالن همایش‌های رازی تهران برگزار می‌شود. دکتر سید حسین فاطمی، رییس کنگره و دکتر محمد جواد غروی نیز دبیر اجرایی کنگره هستند. هدف اصلی این همایش معرفی فنون و تازه‌های آزمایشگاهی است که جهت ارتقاء سطح خدمات آزمایشگاهی در ایران لازم به نظر می‌رسد. تخصیص منابع در فناوری‌های نوین پزشکی، نانوبیوفناوری و کاربردهای تشخیصی آن در پزشکی، جنبه‌های تشخیصی، کاربردی و فناوری پزشکی فرد محور، فناوری‌های مولکولی در تشخیص و فارماکوژنتیک بدخیمی‌های خونی، فناوری‌های پیشگیرانه و تشخیص در آسیب‌ها و اختلالات کلیوی، بیوتکنولوژی سلول‌های بنیادی و کاربرد درمانی آن‌ها، به‌کارگیری تکنیک‌های نوین آزمایشگاهی در پزشکی ترمیمی و کاربرد روش‌های Omics در کشف بیومارکرهای جدید، محورهای سومین کنگره فناوری‌های نوین آزمایشگاهی است.

<http://labtc.ir>



بیست و سومین کنگره سالانه انجمن جراحان ارتوپدی ایران

۱۳ تا ۱۷ مهر

بیست و سومین کنگره جراحان ارتوپدی ایران از ۱۳ تا ۱۷ مهرماه از سوی انجمن جراحان ارتوپدی ایران در مرکز همایش‌های برج میلاد با حضور متخصصان ارتوپدی از سراسر کشور برگزار می‌شود. این کنگره که بر اساس رشته‌های مختلف ارتوپدی طراحی شده با شعار انتقال تجربه‌ها و تازه‌های جراحی ارتوپدی برگزار می‌شود. جراحی مفصل ران، جراحی دست، جراحی مفصل زانو، جراحی شانه، بیماری‌ها و شکستگی‌های اندام و ستون فقرات و ارتوپدی اطفال از جمله محورهای این کنگره است. این کنگره با سخنرانی استادان دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و پیشکسوتان این حوزه برگزار می‌شود و میهمانان‌هایی از کشورهای آمریکا، انگلیس، هلند، ایتالیا، کره، چین و هند در آن حضور پیدا می‌کنند. همچنین تعدادی از تولیدکنندگان تجهیزات پزشکی که بیشتر از خارج کشور هستند، کارگاه‌های آموزشی را برگزار می‌کنند.

iranoa.org



نخستین کنگره بین‌المللی دیابت و جراحی

۱۵ و ۱۶ مهر

نخستین کنگره بین‌المللی دیابت و جراحی از سوی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، جامعه جراحان یزد، مرکز درمانی تحقیقات دیابت و کمیته تحقیقات دانشجویی ۱۵ و ۱۶ مهرماه در بیمارستان شهید صدوقی یزد برگزار می‌شود. کنگره بین‌المللی دیابت و جراحی با هدف آرایه راهکار و روش‌های درمان دیابت به عنوان یکی از بیماری‌های غددی شایع در کشور برگزار می‌شود. جراحی در دیابت و عوارض آن، دیابت و بیماری‌های داخلی و بیهوشی و دیابت محورهای این کنگره هستند.

<http://iasy.ir>

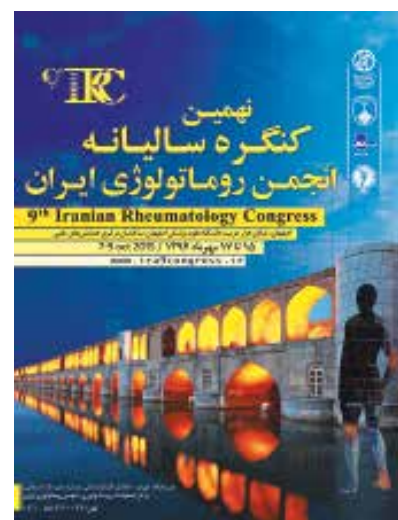


نهمین کنگره سالانه انجمن روماتولوژی ایران

۱۵ تا ۱۷ مهر

انجمن روماتولوژی ایران در راستای برگزاری گردهمایی‌های آموزشی، پژوهشی و آموزش مداوم در سطح ملی و بین‌المللی، نهمین کنگره سالانه انجمن را با همکاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۱۵ تا ۱۷ مهرماه امسال در سالن ابن سینا دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برگزار می‌کند. زمینه‌سازی برای تحقق اهداف علمی انجمن روماتولوژی ایران در زمینه‌های آموزشی، پژوهشی و درمانی، آرایه جدیدترین دستاوردهای علمی پژوهشی کشور در رشته روماتولوژی و رشته‌های وابسته، فراهم آوردن شرایط برای برقراری ارتباط علمی و تبادل نظر میان روماتولوژیست‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر ایران، تقویت همکاری علمی میان اعضای انجمن روماتولوژی و اعضای شبکه بیماری‌های مفصلی استخوانی و دیگر علاقه‌مندان در مسایل آموزشی، پژوهشی، درمانی و حرفه‌ای مربوط به روماتولوژی، انتشار کتاب خلاصه مقالات کنگره، زمینه‌سازی برای همکاری با صنایع و تولیدکنندگان داخلی در زمینه روماتولوژی اهداف برگزاری نهمین کنگره سالانه انجمن روماتولوژی ایران است. محور اصلی کنگره نهم نیز همانند هشت کنگره پیشین، بیماری‌های روماتولوژی است. به علاوه در کنگره جاری بخش‌های سمپوزیوم و آرایه مقالات میان‌رشته‌ای هم گنجانده شده است. این کنگره شامل قسمت‌های مختلف از جمله سخنرانی جامع، سمپوزیوم، آرایه مقالات به صورت سخنرانی و پوستر و کارگاه‌های آموزشی است و سخنرانان و شرکت‌کنندگان از امتیاز بازآموزی برخوردار می‌شوند.

www.ira9congress.ir



دوازدهمین کنگره بین‌المللی زنان و مامایی ایران

۱۶ تا ۱۹ مهر

دوازدهمین کنگره بین‌المللی زنان و مامایی ایران از سوی انجمن متخصصان زنان و مامایی ایران از ۱۶ تا ۱۹ مهر در مرکز همایش‌های رازی برگزار می‌شود.

دوازدهمین کنگره بین‌المللی زنان و مامایی ایران با هدف معرفی آخرین روش‌های نوین درمانی بیماری‌های زنان برگزار می‌شود. در این کنگره محققان و استادان داخلی و خارجی از کشورهای مختلف جهان حضور دارند و آخرین دستاوردهای علمی را به متخصصان زنان و مامایی ارائه می‌کنند. سرطان سینه، اندومتریوز، پزشکی جنینی، باروری و ناباروری، سرطان‌شناسی، بارداری پرخطر، پیشگیری از بارداری‌های پرخطر، مامایی مدرن، جراحی‌های کم‌تهاجمی، لاپاروسکوپی، چاقی، بیماری زنان، سرطان‌های زنان از محورهای این کنگره است.

در این کنگره گروه‌های اخلاق پزشکی، اورولوژی، ایمونولوژی، بهداشت باروری، بیهوشی، پاتولوژی، پرستاری، پزشک خانواده، پزشک عمومی، پزشکی قانونی، جراحی عمومی، جراحی کودکان و نوزادان، جنین‌شناسی و ژنتیک، رادیوتراپی، رادیولوژی، روان‌پزشکی، روان‌شناسی، زنان و زایمان، علوم آزمایشگاهی، غدد داخلی، کودکان و نوزادان، مامایی متخصص تغذیه، مدیکال انکولوژی حضور خواهند داشت.

www.portal.icog.ir



هفتمین کنگره بین‌المللی بیماری‌های ریوی مراقبت‌های ویژه و سل

۲۰ تا ۲۳ مهر

هفتمین کنگره بین‌المللی بیماری‌های ریوی، مراقبت‌های ویژه و سل از ۲۰ تا ۲۳ مهر امسال از سوی مرکز آموزشی پژوهشی درمانی سل و بیماری‌های ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، انجمن تنفس اروپا (ERS)، انجمن توراسیک آمریکا (ATS) در مرکز همایش‌های بین‌المللی دانشگاه شهید بهشتی تهران برگزار می‌شود.

عفونت‌های ریوی، مراقبت‌های ویژه، جراحی‌های ریوی، بیماری‌های ریوی اطفال، اختلالات خواب، اختلالات روان‌پزشکی مرتبط با بیماری‌های ریوی و اعتیاد، جنبه‌های ایمونولوژیک و بیولوژی سلولی بیماری‌های ریوی، پاتولوژی در بیماری‌های ریوی، بیماری‌های قلبی مرتبط با بیماری‌های ریوی، بیهوشی در بیماری‌های ریوی و قلبی، پیوند قلب و ریه، مبارزه با دخانیات، بازتوانی و تهبیه غیرتهاجمی ریوی، بیماری‌های شغلی مرتبط با بیماری‌های ریوی، رادیولوژی، فارماکولوژی سیستم تنفسی، پرستاری در بیماری‌های ریوی، تمرینات و پزشکی ورزشی برای بازتوانی عملکرد ریوی و پزشکی از راه دور از محورهای این کنگره هستند.

در این کنگره متخصصان برجسته و صاحب نام داخل کشور در زمینه بیماری‌های ریوی، مراقبت‌های ویژه و بیماری‌های عفونی مرتبط با ریه و همچنین مهمانان خارجی از قاره‌های مختلف آسیا، آمریکا، اروپا و آفریقا حضور پیدا می‌کنند. در طول کنگره جلسات متعدد علمی در قالب سمپوزیوم، پانل، میزگرد، کارگاه‌های آموزشی تئوری و عملی، کنفرانس‌های ویدئویی و همچنین ارائه مقالات به صورت شفاهی و پوستر برگزار می‌شود. همچنین همزمان با برگزاری کنگره نمایشگاه تجهیزات پزشکی و دارویی هم برپا می‌شود.

www.nritldcongress.i



دومین کنگره بین المللی سرطان‌های دستگاه گوارش

۲۲ تا ۲۴ مهر

دومین کنگره بین المللی سرطان‌های دستگاه گوارش از سوی مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و با همکاری MD-Anderson آمریکا از ۲۲ تا ۲۴ مهر امسال در هتل المپیک تهران برگزار می‌شود. این کنگره با هدف دستیابی به جدیدترین تغییرات و پیشرفت‌های نوین در زمینه تشخیص و درمان سرطان‌های دستگاه گوارش برگزار می‌شود. اپیدمیولوژی سرطان‌های دستگاه گوارش، اتیولوژی، ریسک فاکتورها، پیشگیری و تشخیص زودرس، بیولوژی مولکولی و ژنتیک، تازه‌های تشخیص و مرحله‌بندی، تازه‌های درمانی و اقدامات جراحی کم‌تهاجمی تغذیه و سرطان دستگاه گوارش و بارداری محورهای این کنگره هستند. در این کنگره کارگاه‌های فوق تخصصی جراحی، پاتولوژی، رادیولوژی، رادیوتراپی - آنکولوژی، برای افزایش دانش و مهارت شرکت‌کنندگان برگزار می‌شود. همچنین آخرین اطلاعات علمی در زمینه‌های جراحی، پاتولوژی، مولکولار بیولوژی و رادیوتراپی آنکولوژی، مبتنی بر شواهد در ایران و جهان و نهایی کردن راهکارهای پیشنهادی در این زمینه در این کنگره بیان می‌شود.

iranigcc.ir



چهاردهمین کنگره سراسری انجمن میکال انکولوژی و

هماتولوژی ایران

۲۲ تا ۲۴ مهر

چهاردهمین کنگره سراسری انجمن میکال انکولوژی و هماتولوژی ایران از سوی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و انجمن میکال انکولوژی و هماتولوژی ایران از ۲۲ تا ۲۴ مهر در هتل بین المللی هماد مشهد برگزار می‌شود. سرطان پستان، سرطان‌های دستگاه گوارش، سرطان‌های اورولوژیک، سرطان ریه، سیستم خون‌ساز، ترومبوز و انعقاد از محورهای چهاردهمین کنگره سراسری انجمن میکال انکولوژی و هماتولوژی ایران است. در این کنگره ۲۵۰ نفر از متخصصان خون و سرطان بالغین از سراسر کشور به همراه متخصصانی که در امر تشخیص و درمان سرطان مداخله دارند درباره تازه‌های تشخیصی و درمانی سرطان‌ها بحث و تبادل نظر خواهند کرد. همچنین همزمان با برگزاری این کنگره همایش سالانه پرستاری سرطان در هتل بین المللی هماد مشهد برگزار می‌شود. نقش پرستار در غربالگری و تشخیص زودرس سرطان، تازه‌های مراقبت‌های پرستاری در ایمونوتراپی، کموتراپی و رادیوتراپی، نقش پرستار در مراقبت‌های تسکینی در سرطان، توانمندسازی بیمار و خانواده، توسعه برنامه‌های خودمراقبتی، نقش پرستار در مدیریت اورژانس‌های اونکولوژی، تعامل پرستار و رسانه‌ها در جهت آگاه‌سازی عمومی نسبت به سرطان، تازه‌های پرستاری در سرطان‌های پستان، کولون، سرطان‌های اورولوژیک، ریه و سیستم خون‌ساز محورهای این همایش هستند.

iranigcc.ir



نمایشگاه بین المللی پزشکی و بهداشت و

درمان قطر

QMED / ۱۵ تا ۱۳ آذر

نمایشگاه بین المللی پزشکی و بهداشت و درمان قطر، ۲ تا ۴ دسامبر (۱۰ تا ۱۳ آذر ماه) در مرکز همایش‌های ملی قطر، در دو حه برگزار می‌شود. در این رویداد بزرگ که همه ساله با هدف آشنایی مدیران بهداشت عمومی، رؤسای بیمارستان‌ها، پزشکان، دندان‌پزشکان و مهندسان پزشکی منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا با آخرین نوآوری‌های صنعت تجهیزات پزشکی برگزار می‌شود، شرکت‌های بین المللی که در زمینه تجهیزات پزشکی فعال هستند، محصولاتشان را در معرض دید بازدیدکنندگان قرار خواهند داد.

www.10times.com/qmed



چهل و هفتمین نمایشگاه بین المللی تخصصی تجهیزات

پزشکی آلمان MEDICA/ ۲۵ تا ۲۸ آبان

چهل و هفتمین نمایشگاه بین المللی تخصصی تجهیزات پزشکی آلمان MEDICA از ۱۶ تا ۱۹ نوامبر ۲۰۱۵ برابر با ۲۵ تا ۲۸ آبان ماه امسال در دوسلدورف برپا می شود.

در چهل و هفتمین نمایشگاه MEDICA تازه ترین تجهیزات پزشکی دستگاه های الکتروکاردیوگراف و تجهیزات وابسته، ماموگرافی، سونوگرافی، رادیوگرافی، فیزیوتراپی، اسکن، ام.آر.آی، ایمیجینگ و...، تجهیزات آزمایشگاهی، تجهیزات احیاء، کمک های اولیه، اورژانس، شناسایی امراض، دارو، ارتوپدی، کالای مصرفی پزشکی، باند، گاز استریل، سرنگ، پیچ ها، پلاک، نخ ها، سوزن ها، پنبه، دستکش و... تکنیک اطلاعات و ارتباطات، منسوجات پزشکی، تجهیزات و لوازم اتاق عمل، مبلمان پزشکی، فناوری ساخت بیمارستان و مراکز پزشکی و خدمات نمایش داده می شود.

زمان پذیرش درخواست سفارت آلمان برای صدور روادید به منظور بازدید از این نمایشگاه از ۱۸ اوت تا ۱۲ اکتبر ۲۰۱۵ برابر با ۲۷ مرداد تا ۳ آبان است. فروش کارت ورود به نمایشگاه در انحصار دفتر نمایندگی این شرکت در ایران است. علاقمندان برای دریافت آگاهی بیشتر می توانند با نمایندگی این شرکت به شماره ۸۸۵۰۰۸۸۵ و ۸۸۵۳۹۵۳۹ تماس بگیرند.

www.teheran.diplo.de/www.medica-tradefair.com



16 - 19 Nov 2015
Dusseldorf . Germany

نمایشگاه بین المللی ایاف استانبول

EyafExpo / ۱۲ تا ۱۵ آذر

هشتمین نمایشگاه بین المللی پزشکی و داروسازی ترکیه، ۳ تا ۶ دسامبر (۱۲ تا ۱۵ آذر ماه ۱۳۹۴) در مرکز همایش ها و کنوانسیون های بین المللی استانبول برگزار خواهد شد. این رویداد بزرگ که با هدف بهبود شرایط زندگی و از میان بردن مشکلات پزشکی و با حمایت کنفدراسیون های بین المللی معلولان و از کار افتادگان برگزار خواهد شد. در این نمایشگاه شرکت هایی که در زمینه مراقبت شخصی و بهداشتی، فعالیت بدنی، ساخت بیمارستان، فیزیوتراپی، کار درمانی، ارتوپدی، داروسازی، مراقبت پزشکی و... فعالیت می کنند آخرین نوآوری های شان را به بیش از ۱۳ هزار بازدیدکننده معرفی خواهند کرد.

<http://10times.com/eyaf>



نمایشگاه بین المللی داروسازی لندن

Pharmacology 2015 / ۲۴ تا ۲۶ آذر

نمایشگاه بین المللی داروسازی لندن، ۱۵ تا ۱۷ دسامبر سال ۲۰۱۵ (۲۴ تا ۲۶ آذر ماه ۱۳۹۴) به کوشش انجمن سلطنتی داروسازی بریتانیا در مرکز ملکه الیزابت دوم دانشگاه وست مینستر لندن برگزار خواهد شد. بیش از هزار داروساز و محقق برجسته با حضور در این نمایشگاه یافته های خود درباره علم داروسازی را در کنفرانس ها و جلسات پرسش و پاسخ ارائه می دهند و زمینه همکاری با شرکت های داروسازی را فراهم می کنند.

www.bps.ac.uk/meetings/Pharmacology2015

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
- سرانجام‌ها و سلفقات تخصصی در رشته 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

۰۹۱۳۵۶۳۰۱۹۱ - ۶۶۰۳۴۷۶۵

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 خواهشمند است 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 بالینی 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 (قوانین واردات و صادرات)
- مسلط به نرم افزار Excel
- مسلط به زبان انگلیسی

محدوده جردن ارسال رزومه به: apjob@rocketmail.com

استخدام

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-
پروپوز-تراکت
استند-رول آی- کانتر، پاکت-
سریرگ- کارت ویزیت

طراحی وب سایت و خدمات
هاستینگ و دامنه

تلفن: ۰۹۱۲-۵۹۳۹۵۲۱

استخدام

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.

لطفا رزومه خود را به آدرس ایمیل info@hospitalsconsultancy.com ارسال نمایید.

استخدام

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

مدیر فروش	حداقل لیسانس فارغ التحصیل رشته های پزشکی و پیرا پزشکی ژنرالوویت 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.

استخدام

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

● ● ●

استخدام

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

.....
hr@dt-med.com

استخدام

شرکت سهند به‌همین طب برای تکمیل تیم فروش خود به یک نفر کارشناس مجرب و با سابقه کاری مرتبط،
ترجیحا آشنا به زبان انگلیسی استخدام می‌نماید.

خواهشمند است در صورت تمایل سوابق کاری و تحصیلی خود را به آدرس info@sbtmedical.com ارسال فرمایید.
تلفن: ۸۸۹۸۲۴۵۹ و ۸۸۹۸۲۴۵۸

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 کیمیای عقابت - فرغ التحصیلان رشته مهندسی پزشکی و سایر رشته های مرتبط برای تکمیل کادر فنی و فروش دعوت به همکاری می نماید.

شماره تماس: ۷ - ۴۴۴۵۱۷۲۵
 info@kimia-afiat.com

استخدام

یک شرکت فعال در حوزه واردات تجهیزات پزشکی جهت تکمیل کادر مارکتینگ و فروش و ارائه خدمات پرستاری در زمینه پسمان های تخصصی زخم از افراد واجد شرایط ذیل دعوت به همکاری می نماید.

ردیف تلفی	عنوان	جنسیت	تخصصات	مهارت
۱	مدیر مارکتینگ و فروش	مرد	پژشک عمومی	تسلط به زبان انگلیسی
۲	کارشناس خدمات پرستاری	انواع	لیسانس پرستاری یا بهمانی یا رشته های مرتبط پزشکی یا پرانژشکی	تسلط به زبان انگلیسی و ترجمه دارای سابقه کار در بیمارستان
۳	کارشناس فروش	انواع	لیسانس مهندسی پزشکی یا رشته های مرتبط پزشکی یا پرانژشکی	تسلط به زبان انگلیسی و ترجمه دارای سابقه کار مرتبط

استخدام

شرکت مهر کام تجهیز

نماینده انحصاری محصولات کمپانی esaote ایتالیا از فرغ التحصیلان رشته های مهندسی پزشکی و الکترونیک جهت فعالیت در بخش فروش سیستم های سونوگرافی دعوت به همکاری می نماید. علاقه مندان می توانند جهت تعیین وقت مصاحبه با شماره ۸۸۷۵۱۰۹۹ تماس حاصل نمایند.

نمایندگی

شرکت تدا، نماینده کمپانی JMS + شرکت های فعال در زمینه تجهیزات پزشکی جهت واگذاری نمایندگی خدمات پس از فروش در استانهای هرمزگان و کرمانشاه دعوت به همکاری می نماید.

تلفن: ۲۳-۷۷۶۵۳۳۱۶
 ایمیل: Rep_teda@yahoo.com

استخدام

شرکت معتبر در زمینه تجهیزات پزشکی و بیمارستانی - افراد علاقمند واجد شرایط جهت تکمیل واحد فروش و امور مشتریان دعوت به همکاری می نماید. افراد دارای مدرک دانشگاهی علوم پزشکی و مدیریت در اولویت می باشند.

متقاضیان می توانند رزومه کاری خود را به ایمیل tpmed.job@gmail.com ارسال نمایند.



استخدام

شرکت تجهیزات پزشکی اشتونکل - کارشناسان فروش و بازرایی فروش دعوت به همکاری می نماید.

خواهشمند است رزومه خود را به نامبر ۲۲-۵۳۴۸۱ و یا به آدرس ایمیل ذیل ارسال نمایید.
 hffjob@yahoo.com

ترجمه متون تخصصی برق و مهندسی پزشکی

همانگونه که می دانید 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

استخدام

شرکت تجهیزات پزشکی رتوف جهت تکمیل بخش فروش سیستم های تصویربرداری خود اقدام به جذب نیرو با مشخصات ذیل می نماید.

- ۱- حداقل دارای مدرک کارشناسی فنی
- ۲- آشنایی با کامپیوتر و زبان انگلیسی
- ۳- سابقه فعالیت حداقل ۲ ساله در زمینه رادیولوژی

خواهشمند است متقاضیان رزومه کاری خود را به آدرس morteza.yazdani51@yahoo.com و یا با شماره ۰۹۱۷۱-۲۵۵۷۱ تماس حاصل نمایند.

صنایع دردمان

برگ زرین، فرصتی است برای دیده شدن

پیامک: ۹۰۰۰ ۳۳۳ ۰۹۳۵
 تارنما: www.sanatdarman.ir