به‌نام خداوند جان و خرد

صنعت درمان

سال هفتم/شماره ۷۶ ■ شهریور ۱۳۹۶

فهـرست

اخبار | ۴

جایزه دکتر کاظمی، امسال برنده نداشت ۴
بیماری‌های قلبی نیازمند برنامه‌ریزی و توجه است ۶
مناقصه بین‌المللی تجهیزات پزشکی، در قبرس برگزار می‌شود ۸
مناقصات بین‌المللی، همسو با سیاست‌های تشویقی بخش خصوصی نیست ۹
هیأت‌امنای صرفه‌جویی ارزی عملکرد شش ماهه را گزارش داد ۱۰
فرماندهی حوزه سلامت یک‌پارچه شود ۱۲
طرح تحول باید پالایش و آسیب‌شناسی شود ۱۴
رشد بخش تجهیزات پزشکی متناسب با دانش روز دنیا ضرورت دارد ۱۵
بالگردهای جدید اورژانس هوایی وارد کشور شد ۱۶
بهداشت و درمان یکی از زمینه‌های سرمایه‌گذاری در ایران است ۱۷

اخبار جهان | ۱۹

هیتاچی و ام‌دی اندرسون به مقایسه پروتون‌درمانی و پرتودرمانی پرداخته‌اند ۲۰
بازآفرینی نخستین تصویر سه‌بعدی از ساختار انتقال قلب ۲۱
یک سوزن در انبار کاه: جستجوی اطلاعات درست از راه درست ۲۳
پژوهشی نوین، ۴ راه‌حل برای کم کردن ازدحام در بخش اورژانس ارایه داده است ۲۴
سرمایه‌داری ۴۰ میلیون دلاری مدترونیک در رباتیک‌مازور ۲۶
تغییرات سریع در بخش اشعه ایکس ۲۷

پرونده | ۲۹

کاغذبازی و منافع شخصی سنگ‌های راه واگذاری است ۳۰
خصوصی‌سازی در درمان نشانی غلط است ۳۲
خرید خدمت، ترمز هزینه‌ها را می‌کشد ۳۵
چند و چون آیین‌نامه واگذاری تصدی‌های درمان وزارت بهداشت به بخش غیر دولتی ۳۸
فرهنگ مشارکت بخش خصوصی و دولتی باید نهادینه شود ۴۲
مشارکت بخش خصوصی یعنی کنترل کیفیت کمیت و کاهش هزینه ۴۶
خدمات درمانی فرانسه پیش به سوی خصوصی‌سازی پیش می‌رود ۵۱

رسانه | ۵۵

نگاهی به برنامه چهارم کنترل ایدز از منظر طراحی، اجرا و ارزیابی ۵۶

بیمارستان | ۶۱

درمانگر قلب‌های بیمار شمال غرب تهران ۶۲

راهنما | ۶۷

شورای نظارت و سیاستگذاری
سیدمجتبی معظمی
ابوالفتح صانعی

صاحب امتیاز و مدیر مسؤول
محمدباقر اثنی‌عشری

سردبیر
حمید اسلامی راد

هیأت تحریریه
رویا کاکاوند / شیما عسگری / زهره خوش‌نمک / مجتبی ذوقی / سمیه رمضان‌نیا

مدیر بازرگانی
سحر آنتیک‌چی

گرافیست
عظیم علیپور فطرتی / سمانه یونسی

طراح جلد
سلمان رییس‌عبدالله

عکس
هلیا سعیدی

امور داخلی و اشتراک
سارا مددپور

امور مالی
شاپور رهبری

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: ۱۵۸۱۵ ۱۱۸۱

تلفن: ۸۸۹۰۷۳۴۳

نمابر: ۸۸۷۵۶۴۴۲

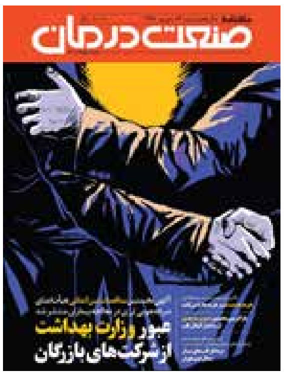
پیامک: ۰۹۳۵۳۳۳۹۰۰۰

شاپا: ISSN 2322-2492

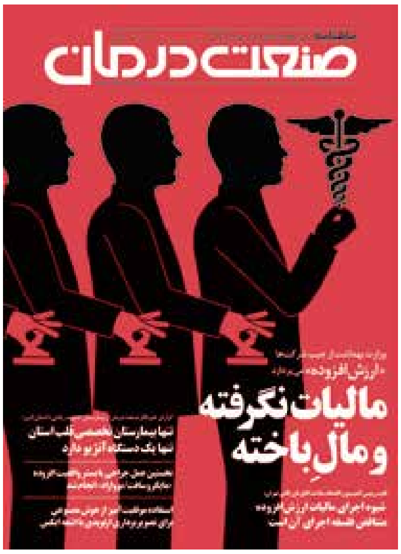
نشانی الکترونیک:
info@sanatdarman.ir

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



فراخوان مقاله کاربردی در زمینه ثروت آفرینی



ثروت‌آفرینی و ایجاد ثروت به باور برخی دست‌اندرکاران حوزه کسب‌و‌کار، کلید اصلی کارآفرینی و رفع مشکل اشتغال است. درواقع بسیاری از کشورها برای رشد اقتصاد خود بر مزیت‌های اقتصادی سرمایه‌گذاری می‌کنند که بیشترین ثروت‌سازی را در پی داشته باشد. برای نمونه اگرچه صنایع فولاد از مزیت‌های اقتصادی ویژه‌ای برخوردارند اما ایجاد چنین صنایعی در مناطقی که با مشکل آب روبه‌رو هستند نه‌تنها ثروت‌ساز نیست که ممکن است ثروت‌سوز هم باشد. اگر جهان را به دو دوره پیش از دیجیتال و پس از دیجیتال بخش‌بندی کنیم ثروت‌سازی در جهان دیجیتالی امروز و در گستره فرمانروایی فناوری ارتباطات و اطلاعات بسیار متفاوت از جهان پیش از آن است. صنعت درمان تلاش می‌کند بخشی از صفحات خود را به مسأله ثروت‌آفرینی نوین در حوزه تجهیزات پزشکی اختصاص دهد و مقاله‌ها و اخباری را در این‌باره ترجمه و منتشر کند اما به پیشنهاد آقای مجتبی معظمی رییس فدراسیون سلامت و عضو شورای سیاست‌گذاری ماهنامه، بخشی را به انتشار مقاله‌های کاربردی فعالان این حوزه اختصاص می‌دهد. از همین‌رو از خوانندگان و دست‌اندرکاران حوزه تجهیزات پزشکی که دستی در مطالعات ثروت‌آفرینی نوین دارند درخواست می‌شود مقاله‌ها و مطالعات خود در این زمینه را برای ماهنامه بفرستند تا برای بهره‌برداری دیگر خوانندگان ماهنامه منتشر شود.

تغییر در بخش‌های ماهنامه

هم‌چنان که در چندشماره گذشته دیده‌اید بخش دستاورد دیگر منتشر نمی‌شود. واقعیت این است که معمولا شرکت‌های مشخصی در نمایشگاه‌های جانبی همایش‌های پزشکی شرکت می‌کردند که در گزارش‌های دستاورد معمولا دستگاه‌ها و کالاهایی معرفی می‌شد که پیش‌تر معرفی شده بودند و در هر شماره شرکت‌هایی تکرار می‌شدند. از آن‌جا که ادامه چنین روندی دربردارنده مطالب تازه برای خوانندگان نبود انتشار بخش دستاورد به شیوه گذشته را متوقف کردیم و به زودی این بخش با شیوه و رویکرد تازه‌ای منتشر خواهد شد. درباره شیوه جدید چیزی نمی‌گوییم تا نخستین مطالب بخش دستاورد برای چاپ آماده شود. مطمئناً شما در شماره‌های آینده با رویکرد جدید بخش دستاورد آشنا خواهید شد.

عبور وزارت بهداشت از شرکت‌های بازرگان

حمید اسلامی راد

دولت دوازدهم بر اجرای برنامه تحول نظام سلامت پافشاری دارد و تلاش می‌کند به هر راهی شده هزینه درمان بیماران و میزان پرداختی از جیب بیمار را پایین نگه‌دارد. در دستیابی به چنین هدفی حتی به واگذاری مدیریت بیمارستان‌های دولتی و خرید خدمت از بخش خصوصی با کیفیت استاندارد و قیمت مناسب می‌اندیشد؛ با تعرفه‌های خدمات درمانی بازی می‌کند و راه‌هایی را جست‌وجو می‌کند که دارو و تجهیزات را با قیمت پایین‌تری خریداری کند.

برنامه تحول نظام سلامت بلندپروازانه و بدون پیش‌بینی منابع مالی پایدار نوشته شد و کاری را که باید در مدت‌زمان ۴ سال انجام می‌داد، یک‌ساله به انجام رساند: پرداختی از جیب بیمار را از ۸۰درصد به ۱۰ درصد رساند. هم‌چنین بیمارستان‌های فرسوده را در مدت کمتر از دوسال نوسازی کرد و افزون بر جایگزینی تخت‌ها و تجهیزات فرسوده، به تعداد تخت‌های درمانی افزود. اکنون خواست و چشم‌داشت مردم از وزارت بهداشت بالا رفته است و دست‌کم امیدوارند هزینه درمان و پرداختی از جیب‌شان اگر افزایش پیدا می‌کند ناچیز باشد و در عوض خدمات استاندارد و بهینه‌ای را دریافت کنند.

اجرای شتابان برنامه تحول نظام سلامت اگرچه دستاوردها و پیامدهای خوبی برای مردم و گیرندگان خدمات درمانی داشت اما هم‌چنان که گفته شد نبود منابع بودجه‌ای پایدار، وزارت بهداشت را در سنگلاخ هزینه‌ها انداخت و از آن‌جا که دولت و بیمه‌ها نتوانستند هزینه‌های این برنامه را تامین کنند وزارت بهداشت به پزشکان و کارکنان درمانی و شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی بدهکار شد؛ به‌گونه‌ای که این بدهکاری در سال گذشته از ۸هزار میلیارد تومان گذشت. بر اساس گفته‌های ایرج حریرچی قائم‌مقام و سخنگوی وزارت بهداشت، این وزارت‌خانه هم‌اکنون بیش از ۱۵هزارمیلیارد تومان به شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی بدهکاری دارد و از آن‌سو بیش از ۱۸هزار میلیارد تومان از بیمه‌ها و دولت بستان‌کار است.

اگرچه وزارت بهداشت در آغاز برنامه بخشنامه کرده بود که بهای کالاهای خریداری‌شده در کوتاه‌مدت پرداخت می‌شود اما تامین‌نشدن بودجه و دیرکرد بیمه‌ها در پرداخت مطالبات بیمارستان‌ها به اینجا انجامید که بدهی وزارت بهداشت به شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی بر هم تلنبار شود به‌گونه‌ای که بسیاری شرکت‌ها بیش از یک‌سال است از وزارت بهداشت بستانکار مانده‌اند و هم‌چنان هیچ‌گونه پرداختی دست آن‌ها را نگرفته است. با این همه شرکت‌ها در کنار وزارت بهداشت مانده‌اند و چون تامین نیازهای درمانی بیماران را وظیفه اخلاقی خود می‌دانند در تامین نیازهای وزارت بهداشت کوتاهی نکرده‌اند.

وزارت بهداشت برای پایین نگه‌داشتن هزینه‌های درمان و پرداختی از جیب بیماران، به دنبال راهی است که دارو و تجهیزات را ارزان‌تر از پیش بخرد و هم‌اینک برگزاری مناقصه بین‌المللی تجهیزات پزشکی تازه‌ترین راهکاری است که در پیش گرفته است. راهکاری که شرکت‌های بازرگان و مهندسی پزشکی را برآشفت و در نامه‌ای اعتراض خود را به این روند به گوش وزارت بهداشت رساندند و خواستار توقف آن شده‌اند؛ چرا که این کار را عبور وزارت بهداشت از شرکت‌های بازرگان می‌دانند که هم جایگاه این شرکت‌ها را نزد شرکت‌های مادر تضعیف می‌کند و هم به توان مالی و سازمانی این شرکت‌ها آسیب می‌رساند؛ گذشته از آن‌که این راهکار به‌گونه‌ای نادیده‌گرفتن خدمات و همکاری شرکت‌ها در اجرای برنامه تحول نظام سلامت و بی‌احترامی به آن‌ها شمرده می‌شود. بی‌اعتنایی و ناشکری وزارت بهداشت از مجموعه‌های اقتصادی بخش خصوصی که توانایی‌ها و سرمایه‌های خود را در خدمت بخش سلامت کشور گذاشته‌اند، در درازمدت زیان‌بار است و بهایی سنگین خواهد داشت.

وزارت بهداشت چنانچه در پی خرید ارزان‌تر کالاهای پزشکی است می‌توانست این راه را هم‌چون گذشته با همراهی شرکت‌های بازرگان و مهندسی پزشکی پیش برود و راهکاری در پیش بگیرد که هم به تامین خواسته‌هایش بینجامد و هم توانمندی و سربلندی شرکت‌های داخلی را به همراه داشته باشد. خردورزی بیشتری از وزارت بهداشت در چنین سیاست‌گذاری‌هایی انتظار می‌رود.

برگزاری جشنواره بین‌المللی رویان با حضور ۴۵ کشور

جایزه دکتر کاظمی، امسال برنده نداشت

دکتر کاظمی آشتیانی ۲۶ سال پیش پژوهشگاه رویان را با هدف رشد سلامت جامعه ایران و فعالیت‌های علمی روز دنیا، پایه‌گذاری کرد. او هشت سال پس از آن نیز نخستین جشنواره و کنگره بین‌المللی رویان را برگزار کرد. متخصصان و پژوهشگران داخلی و خارجی امسال شاهد برگزاری هجدهمین جشنواره بین‌المللی تحقیقاتی رویان بودند. این جشنواره از هشتم شهریور ماه به مدت سه روز در سالن همایش‌های برج میلاد آغاز به کار کرد و با معرفی ۵ برگزیده خارجی و ۵ برگزیده داخلی به کار خود پایان داد. امسال هم‌چون سال‌های گذشته دو کنگره موازی پزشکی تولید مثل و سلول‌های بنیادی و هم‌چنین سمپوزیوم اختصاصی برای پرستاران و ماماهای فعال در زمینه تولید مثل نیز برگزار شد.

به گزارش خبرنگار صنعت درمان، ۲۳۹ طرح تحقیقاتی از ۴۵ کشور جهان برای شرکت در هجدهمین جشنواره بین‌المللی تحقیقاتی رویان فرستاده شد. بیشترین طرح‌های تحقیقاتی به ترتیب از کشورهای هند، ایتالیا، چین، آمریکا، ژاپن، آلمان، ایران، انگلستان، اسپانیا و استرالیا بود. از مجموع طرح‌های دریافتی، ۱۳۱ طرح به پزشکی تولیدمثل و ۱۰۸ طرح به سلول‌های بنیادی اختصاص داشت.

محورهای این جشنواره در حوزه تولیدمثل شامل پزشکی مبتنی‌بر فرد در ناباروری، غده‌های جنسی مصنوعی و زیست‌شناسی سلول‌های بنیادی، شکست در روش‌های درمانی کمک‌باروری، آندومتریوز، نتایج سیکل‌های اِی‌آرتی (ART)، آنتی‌اکسیدان‌ها و باروری، حفظ باروری در بیماران سرطانی و بیوفناوری جانوری بود. هم‌چنین فناوری سلول‌های بنیادی، پزشکی بازساختی، فناوری سلول‌های پرتوان انسانی، مهندسی بافت، مدل‌سازی بیماری، پزشکی مبتنی بر فرد، سلول‌های بنیادی سرطانی و فرآورده‌های درمانی پیشرفته محورهای کنگره بین‌المللی سلول‌های بنیادی بود.

مراسم اختتامیه جشنواره با معرفی برترین‌های داخلی و خارجی در روز نهم شهریورماه در مرکز همایش‌های برج میلاد تهران، برگزار شد. بر این اساس، پروفسور توماس براون از کشور آلمان برای پژوهش «نقش تراکم کروماتین در سلول‌های بنیادی عضلانی در میزان فعالیت این سلول‌ها» به‌عنوان برنده گروه سلول‌های بنیادی، پروفسور ریکاردو فاد از کشور هلند برای پژوهش «رژیم غذایی، التهاب و سلول‌های بنیادی: چه چیزی باعث سرطان روده می‌شود؟» به‌عنوان برنده گروه پزشکی بازساختی، دکتر دیوید گرینینگ از کشور استرالیا برای پژوهش «اگزوزوم: عاملی جدید در برهمکنش‌های مادر و جنین برای لانه‌گزینی موفق» به عنوان برنده گروه جنین‌شناسی ، دکتر کایی ناسو از کشور ژاپن برای پژوهش«نقش میکرو آران‌ای‌ها در بروز بیماری اندومتروزیس» به‌عنوان برنده گروه ژنتیک و دکتر خالق‌خان از کشور ژاپن برای پژوهش «آیا زنان مبتلا به اندومتریوزیس بیشتر در معرض عفونت‌های باکتریایی رحم و تخمدان هستند؟» به‌عنوان برنده گروه ناباروری زنان در بخش برگزیدگان خارجی این دوره از جشنواره شناخته شدند.

هم‌چنین در بخش برندگان داخلی جشنواره نیز از دکتر مهناز اشرفی برای پژوهش «آیا می‌توان مقدار هورمون آنتی‌مولرین در خون برای پیش‌بینی میزان موفقیت روش‌های کمک باروری در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پرکیست استفاده کرد؟»، دکتر مهدی

شیخ برای پژوهش «تزریق زیرجلدی عامل تحریک‌کننده کلونی گرانولوسیت‌ها و بهبود نتایج آی‌وی‌اف، دکتر حسین قنبریان برای پژوهش «آراِن‌اِی‌های (RNA) کوچک غیر کدکننده و تمایز سلول‌های بنیادی جنینی به سلول‌های تپنده قلبی»، دکتر فرشته اسفندیاری برای پژوهش «تولید سلول‌های زایای جنسی از سلول‌های بنیادی پر توان» و دکتر کامبیز گیلانی برای پژوهش «بررسی مشخصات متابولیک در مبتلایان به فقدان اسپرم غیرانسدادی: روشی جدید برای بررسی اسپرم‌زایی در مردان نابارور» تقدیرشدند.

دکترحمید گورابی؛ رییس جشنواره و رییس پژوهشگاه رویان، در مراسم اختتامیه این جشنواره با بیان این‌که این جشنواره اکنون در نزد جوامع علمی مقبول‌تر و پژوهشگاه در حرکت علمی خود مستحکم‌تر شده است، گفت: «داوری طرح‌های جشنواره، در چند مرحله انجام شد. در مرحله نخست با معیارهایی از جمله نوآوری، ضریب نفوذ مجلاتی که مقالات طرح در آن‌ها به چاپ رسیده است به‌گونه‌ای بررسی شدند که جدا از هرگونه وابستگی به شخص بررسی‌کننده، رتبه‌بندی شوند.»

به گفته او در مرحله دوم طرح‌ها مورد بررسی و امتیازدهی داوران ایرانی و بین‌المللی

قرار گرفتند. در نهایت نتایج ارزیابی‌ها در گروه‌های علمی‌تخصصی به‌دقت بازبینی و برای گرفتن تصمیم نهایی به شورای علمی پژوهشگاه گزارش شدند: «هدف اصلی این گونه گردهمایی‌ها و رقابت‌های علمی، ایجاد روحیه دوستی و محبت در بین ملل دنیا و دست‌یابی به صلحی پایدار برای جامعه بشری است. امیدوارم این جشنواره قدمی مفید در این مسیر باشد.»

«جایزه دکتر سعید کاظمی آشتیانی» یکی از بخش‌های این کنگره است که تاکنون به ۱۰ دانشمند برتر دنیا اعطا شده است. اما امسال در بخش جایزه دکتر آشتیانی هیچ یک از کاندیداهای مورد توافق کمیته انتخاب، نتوانستند برای حضور در مراسم اعلام امادگی کنند. دبیر جشنواره بین‌المللی رویان جهاد دانشگاهی در این‌باره گفت: «دلیل اصلی این مساله ایجاد تنگنا برای حضور دانشمندان و گردش اطلاعات علمی توسط دولت امریکا بود. از این‌رو امسال فردی به‌عنوان برنده جایزه دکتر آشتیانی معرفی نشد.»

رییس نوزدهمین کنگره بین‌المللی تازه‌های قلب‌وعروق

بیماری‌های قلبی نیازمند برنامه‌ریزی و توجه است

شیوع بیماری‌های قلبی در ایران همانند دیگر نقاط جهان رو به افزایش است. شیوه زندگی سالم یکی از عواملی است که خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی را کاهش می‌دهد. از این‌رو رییس نوزدهمین کنگره بین‌المللی تازه‌های قلب‌وعروق با اعلام خطر درباره شیوع بیماری‌های قلبی، برنامه‌ریزی و توجه به این حوزه را ضروری خواند. برگزاری کنگره قلب‌وعروق قدمی در جهت تبادل به‌روزترین یافته‌های علمی و ارایه راه‌حل‌هایی نوین برای درمان بیماری‌های قلبی است. کنگره‌ای که پزشکان و متخصصان قلب‌وعروق در اقصی نقاط جهان قادر به مشاهده پخش زنده تمام سخنرانی‌های علمی به‌صورت آنلاین از راه وب‌سایت انجمن آترواسکلروز ایران به‌عنوان برگزارکننده این کنگره، بودند.

نوزدهمین کنگره بین‌المللی تازه‌های قلب‌وعروق با حضور بیش از ۲۵۰ نفر از سخنرانان علمی، ۲۵ سخنران خارجی از کشورهایی چون انگلیس، ایتالیا، فرانسه، آلمان، ژاپن، آمریکای شمالی و ایرلند و بیش از ۴۰۰۰ شرکت‌کننده جامعه پزشکی قلب از ۲۱ تا ۲۴ شهریور ۹۶ در مرکز همایش‌های برج میلاد برگزار شد.

تعویض دریچه‌های قلب از طریق بسته و کاتتر، خارج‌کردن وسایل و باطری‌های عفونی از داخل قلب‌وعروق بدون عمل جراحی باز، روش‌های بسته و غیرجراحی برای درمان مشکلات رگ‌های داخل قفسه سینه و آئورت و رگ‌های اندام تحتانی، درمان نامنظمی‌های شدید قلبی با نقشه‌برداری سه‌بعدی و احتمال بسیار بالای درمان آن، داروهای جدید پایین‌آورنده فشارخون، نارسایی قلبی و ضد انعقادی از جمله موضوعات نوزدهین کنگره بین‌المللی تازه‌های قلب‌وعروق بود.

هم‌چنین موضوعات جدید و علمی در مورد پرستاری قلب‌وعروق با حضور استادان برجسته این رشته‌ها از جمله بخش‌های دیگر این کنگره بود.

در مراسم افتتاحیه این کنگره که ۲۱ شهریور ماه در سالن همایش‌های بین‌المللی برج میلاد برگزار

مدیر کل تجهیزات و ملزومات پزشکی سازمان غذاودارو

اعتبار ۲ میلیارد تومانی در طرح پی‌ام‌اس تجهیزات پزشکی در کشور

طرح پی‌ام‌اس (PMS) تجهیزات پزشکی، به معنای بررسی ایمنی، عملکرد و پارامترهای فنی مربوط به این حوزه با نمونه‌گیری از سطوح مختلف توزیع و عرضه است. این طرح که از سال گذشته در کشور انجام شده است که با موفقیت همراه بوده است. «طرح پی‌ام‌اس برای نخستین‌بار در سطح اداره تجهیزات پزشکی شروع و با تخصیص اعتبار ۲ میلیارد تومان به دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور انجام شد.» دکتر محمود بیگلر، مدیر کل تجهیزات و ملزومات پزشکی سازمان غذاودارو با بیان این مطلب، گفت: «طرح پی‌ام‌اس، یکی از مهم‌ترین برنامه‌های عملیاتی افزایش کیفیت تجهیزات و ملزومات پزشکی بوده است.» او افزود: «در این طرح عرضه ۱۰ قلم کالا به صورت عملیاتی شروع شد که نتایج بسیار خوبی در کاهش قاچاق و افزایش کیفیت تجهیزات پزشکی در بازار داشته است.»

حذف نمایش کد آیمد بر روی لینک استعلام سامانه تجهیزات پزشکی

مدیرکل امور تجهیزات و ملزومات پزشکی سازمان غذاودارو، از حذف نمایش کد آیمد (imed) و نمایش کد آی‌آرسی (IRC) به‌جای آن، بر روی لینک استعلام سامانه تجهیزات پزشکی خبر داد.

دکتر محمود بیگلر مدیر کل امور تجهیزات و ملزومات پزشکی سازمان غذاودارو در اطلاعیه‌ای خطاب به مسؤولان فنی شرکت‌های تولیدکننده و واردکننده تجهیزات پزشکی گفت: «پیرو مصوبه کمیته فنی، در نمایش و جایگزینی فهرست قیمت کالاهای راهبردی

شد از دکتر داوود کاظمی پیشکوست و نخستین جراح قلب ایران، دکتر مسلم بهادری و دکتر محمود تابنده از پیشکسوتان عرصه قلب‌وعروق تقدیر شد. هم‌چنین مراسم بزرگداشت و یادواره مرحوم دکتر منوچهر رهبر به‌عنوان یکی از برجسته‌ترین جراحان قلب کشور از دیگر بخش‌های مراسم افتتاحیه نوزدهمین کنگره بین‌المللی تازه‌های قلب‌وعروق بود.

دکتر مسعود قاسمی ریاست نوزدهمین کنگره، بیماری‌های قلبی و عروقی را بیشترین عامل بروز لطمات جانی و اقتصادی در جامعه بشری خواند. او تأکید کرد که نیازمند توجه و برنامه‌ریزی جدی برای مقابله با این بیماری‌ها هستیم: «این کنگره بر اساس مجموعه‌ای از فعالیت‌های علمی، تحقیقاتی و پیشگیری از بیماری‌های قلب‌وعروق برنامه‌ریزی شده است.»

دکتر معصومه ابتکار معاون امور زنان و خانواده رییس‌جمهوری، در ادامه مراسم با بیان این‌که تا دو دهه پیش بیماری‌های قلبی از زاویه ایمونولوژی دیده نمی‌شد، گفت: «امروزه یافته‌های علمی ایمونولوژی را از عوامل مهم در درمان بیماری‌های قلبی و عروقی است. آلودگی هوا پدیده ایمونولوژیک را تشدید می‌کند. میزان تاثیرگذاری محیط روی ژن‌ها نیز خطر بروز بیماری افراد در سنین بالا را افزایش می‌دهد. شیوه زندگی در روند این بیماری بسیار مهم است.»

او افزود: «مسأله شیوه زندگی مانند تغذیه و ورزش موضوعات مهمی هستند که باید به آن‌ها پرداخت. آموزش این موضوع به خانواده‌ها و زنان در دستور کار دولت قرار دارد. با آموزش و اصلاح رفتار می‌توان شیوه زندگی را تغییر داد که در نهایت به کاهش بیماری‌ها می‌انجامد.»

دکتر ملک‌زاده معاون تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت نیز سخنران دیگر این مراسم بود. او گسترش زایمان‌های سالم که نتیجه آن کاهش بیماری‌ها است، هم‌چنین انتقال آب سالم به سراسر ایران را از جمله اقداماتی خواند که نتیجه آن گسترش سلامت و کاهش بیماری در جامعه بوده است. او گفت: «ما در حوزه سلامت به طرف عدالت رفتیم و استان‌های محروم را پوشش دادیم.»

او از مشکلات پیش‌روی وزارت بهداشت را تصادفات جاده‌ای و مرگ‌ومیر ناشی از سکته‌های قلبی و مغزی خواند: «بروز بیماری‌های قلبی در ایرانیان بسیار زودتر از دیگر کشورها است. سکته‌های قلبی در ایران زودرس است و ۳۰ درصد از افرادی که در ایران سکته قلبی می‌کنند زیر ۵۵ سال، سن دارند. این مشکلی است که باید برای آن راه حلی اندیشیده شود.»

congress.iranathero.ir

در بخش استعلام سامانه تجهیزات پزشکی و با توجه به ابلاغ ضوابط فاکتور و پیش‌فاکتور و لزوم درج کد آی‌آرسی برای آن‌ها، از تاریخ پانزدهم شهریورماه امسال امکان جستجو براساس کد و آیمد نمایش آن حذف و کد آی‌آرسی جایگزین آن خواهد شد.»

مسؤولان فنی شرکت‌ها برای جست‌وجوی این موارد، باید به قسمت استعلام قیمت اقلام مصرفی مورد تأیید و هم‌چنین قسمت استعلام تجهیزات و ملزومات ثبت‌شده، در سامانه اینترنتی اداره‌کل تجهیزات و ملزومات پزشکی مراجعه کنند.

imed.fda.gov.ir

قایم‌مقام وزیر بهداشت در امور بین الملل

مناقصه‌بین‌المللی تجهیزات پزشکی، در قبرس برگزار می‌شود

نخستین مناقصه بین‌المللی خرید تجهیزات پزشکی از سوی هیأت‌امنای ارزی، با حضور نمایندگانی از ۱۷ کشور مختلف در کشور قبرس برگزار می‌شود.

دکتر محسن اسدی‌لاری قایم‌مقام وزیر بهداشت در امور بین‌الملل، با بیان این‌که مناقصه بین‌المللی تجهیزات پزشکی با همکاری وزارت امورخارجه انجام می‌شود، گفت: «با هدف اجرای بهتر برنامه‌ها، کمیته‌ای با مسؤولیت حوزه بین‌الملل تشکیل شد. در قدم اول کشورهای هدف انتخاب شدند. از مجموع ۱۷ کشور هدف، ۱۶ کشور در این جلسه مشارکت جدی داشتند و از گرفتن اطلاعات ابزار رضایت کردند.» او ابراز امیدواری کرد که این اقدام منجر به حضور جدی شرکت‌های بین‌المللی تولیدکننده تجهیزات پزشکی در این مناقصه شود: «با اجرای این مناقصه، هزینه اقدامات پزشکی و خریدها کاهش پیدا می‌کند. هم‌چنین امکان فعالیت و ماندگاری نمایندگی اصلی شرکت‌ها در ایران نیز وجود دارد. در این شرایط تأمین و نگهداری قطعات تجهیزات پزشکی نیز آسان‌تر خواهد شد.»

به گفته او این گام موثر، یکی از مهم‌ترین برنامه‌های وزیر بهداشت است که از سه سال پیش در حال پیگیری بوده و اکنون به فاز عملیاتی رسیده است: «این مناقصه شروعی برای مناقصات بعدی است. اطلاعیه مناقصه خرید تجهیزات پزشکی سنگین از سوی هیأت‌امنای صرفه‌جویی ارزی در معالجه بیماران، در روزنامه‌های بین‌المللی منتشر می‌شود.»

www.behdasht.gov.ir

آگهی نخستین مناقصات بین‌المللی هیأت‌امنای صرفه‌جویی ارزی در معالجه بیماران منتشر شد

بند «د» ماده ۱۳ قانون برگزاری مناقصات هیأت‌امنای صرفه‌جویی ارزی در معالجه بیماران، در مورد لزوم انتشار آگهی مربوط به مناقصات بین‌المللی در یکی از روزنامه‌های کثیرالانتشار و یکی از روزنامه‌های انگلیسی زبان داخلی است.

بر این اساس، آگهی نخستین مناقصات بین‌المللی هیأت‌امنای صرفه‌جویی ارزی در معالجه بیماران، در روز ۲۳ شهریورماه امسال در روزنامه‌های تهران‌تایمز، ایران و سایت هیأت‌امنای صرفه‌جویی ارزی در معالجه بیماران منتشر شد.

با توجه به کارشناسی انجام‌شده بر روی فهرست تجهیزات سرمایه‌ای ارایه‌شده از سوی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای تکمیل، تجهیز، راه‌اندازی و بهبود استانداردهای مراکز درمان کشور در قالب ۱۰ طرح بزرگ مانند تجهیز ۵۴ مرکز درمانی جدید، تجهیز ۲۴۴ کلینیک ویژه در سراسر کشور، تجهیز مراکز غربال‌گری سرطان، تجهیز اورژانس‌های جدید، در سال ۱۳۹۶ و برگزاری جلسات متعدد کمیته فنی و تخصصی مربوطه و صرف حدود ۴۰۰ نفر ساعت کارِ کارشناسی، در نهایت درخصوص برگزاری نخستین مناقصه بین‌المللی هیأت‌امنای صرفه‌جویی ارزی موافقت شد. این مناقصه شامل خرید ۲۰۰ دستگاه سونوگرافی داپلر و ۱۵۰ دستگاه اکوکاردیوگرافی می‌شود.

براساس برنامه‌ریزی انجام‌شده و هماهنگی با وزارت امورخارجه، سفارت جمهوری اسلامی ایران در کشور قبرس و حوزه‌های تخصصی ذیربط در وزارت بهداشت به‌ویژه حوزه بین‌الملل وزارت بهداشت، فروش اسناد این مناقصات در روزهای سوم و چهارم مهر ۱۳۹۶ در محل سفارت جمهوری اسلامی ایران در کشور قبرس انجام می‌شود. آخرین مهلت ارایه پیشنهادات شرکت‌های حاضر در این مناقصات، به واحد مناقصات بین‌الملل هیأت‌امنای صرفه جویی ارزی در معالجه بیماران روز چهارم آبان‌ماه است.

این مناقصات، نخستین مناقصات بین‌المللی حوزه سلامت کشور برای تأمین تجهیزات مورد نیاز برای تجهیز بخش بهداشتی و درمانی کشور است که از سوی هیأت‌امنای صرفه‌جویی ارزی در معالجه بیماران برگزار می‌شود. به باور مدیران هیأت‌امنای صرفه‌جویی برگزاری این مناقصات مزیت‌هایی چون حضور مستقیم شرکت‌های معتبر و مطرح بین‌المللی سازنده تجهیزات پزشکی، امکان کاهش قیمت‌های ناشی از خرید حجمی بدون واسطه، امکان دریافت تعهد مستقیم از شرکت سازنده برای دریافت خدمات پس‌ازفروش و پشتیبانی مطلوب و امکان دستیابی به آخرین فناوری‌های روزآمد دنیا بر اساس نیازهای درمانی کشور دارد. با توجه به ایجاد ثبات نسبی در شرایط سیاسی، اقتصادی و اجتماعی کشور و تمایل سرمایه‌گذاران خارجی به حضور در حوزه‌های سرمایه‌گذاری داخلی دارای طرح توجیهی فنی و اقتصادی، نخستین نتایج آن را می‌توان در مصوبه جلسه سیزدهم شهریور ۱۳۹۶ شورای اقتصاد دید. این مصوبه درمورد صدور اجازه استفاده از تسهیلات خارجی برای ساخت، تکمیل و راه‌اندازی بیمارستان‌های ۷۲۳ تختخوابی تبریز، ۱۲۱۶ تختخوابی شیراز و ۱۰۰۰ تختخوابی تهران است.

www.hoa-ir.com

در نامه تشکل‌های حوزه تجهیزات پزشکی به هیأت‌امنای صرفه جویی ارزی مطرح شد؛

مناقصات بین‌المللی، همسو با سیاست‌های تشویقی بخش خصوصی نیست

تشکل‌های تجهیزات پزشکی و اعضای آن خریدها و مناقصات بین‌المللی را در شرایطی که تأمین کنندگان این حوزه در داخل کشور با مشکلاتی چون معوقات چندین ماهه روبه‌رو هستند، ناعادلانه خواندند. آن‌ها معتقدند این نوع از خریدها همسو با سیاست‌های شکل‌گرفته برای بخش خصوصی نیست و موجب به خطر افتادن سلامت مردم خواهد شد.

حسین رضوانی، رییس هیأت‌مدیره انجمن شرکت‌های مهندسی پزشکی ایران و ابوالفتح صانعی، رییس هیأت‌مدیره اتحادیه بازرگانان تجهیزات پزشکی ایران به‌عنوان نماینده‌گان صنف تجهیزات پزشکی، به‌صورت مشترک نامه‌ای را به مهندس رییسیون، ریاست هیأت‌امنای صرفه‌جویی ارزی در معالجه بیماران امضا کردند. موضوع این نامه، برنامه خرید و مناقصات تجهیزات پزشکی است که از سوی هیأت‌امنای صرفه‌جویی ارزی در معالجه بیماران پیگیری می‌شود. در ابتدای این نامه آمده است: «پیرو جلسه نمایندگان تشکل‌های حوزه تجهیزات پزشکی با مهندس رییسیون، ریاست هیأت‌امنای صرفه‌جویی ارزی در مردادماه، مقرر شد برای همکاری به‌ویژه از سوی رییس هیأت‌امنا در حفظ بیشتر حقوق مصرف کننده و رفع موانع و نگرانی‌های تأمین‌کنندگان بخش خصوصی، در جلسه دیگری با وقت کافی موضوعات مورد طرح و تبادل‌نظر قرار بگیرد. با وجود تأکید رییس هیأت‌امنای ارزی برای برگزاری این جلسه و با وجود پیگیری‌های نمایندگان این تشکل‌ها نه تنها این جلسه برگزار نشد و درخواست‌های صنفی نیز بی‌پاسخ ماند، بلکه تشکل‌های تجهیزات پزشکی متوجه برگزاری مناقصات بین‌المللی در خارج از کشور شدند. از سوی دیگر هیأت‌امنا در رابطه با نوع برگزاری مناقصات بین‌المللی با نمایندگان اقتصادی سفارت‌ها وارد گفت‌وگو شد.»

تشکل‌های تجهیزات پزشکی ارتباط با نمایندگان سفارت‌خانه‌ها را بدون ایراد دانستند و گفتند که این ارتباطی به ما ندارد. اما موضوع اصلی که برای

تأمین‌کنندگان بخش خصوصی نگرانی اساسی به وجود آورده است، این است که این اتفاق تصویری دوگانه بر روی سیاست‌های اعلامی از سوی مجلس و دولت در راستای تشویق به سرمایه‌گذاری از سوی بخش خصوصی و بهبود محیط کسب‌وکار و آنچه که در اجرا رخ می‌دهد را تداعی می‌کند. نتیجه این اتفاق ناامنی سرمایه‌گذاری و فعالیت است: «به‌نظر می‌رسد روندی که آن هیأت در پیش گرفته نه‌تنها موجب تضعیف بخش خصوصی می‌شود بلکه در درازمدت تبعات آن راه، خودداری از سرمایه‌گذاری این شرکت‌ها روی فناوری‌های جدید که منجر به درمان بهتر و کاهش هزینه خواهد شد، را رقم می‌زند.»

تشکل‌های تجهیزات پزشکی در ادامه با اشاره به این‌که فعالان این حوزه بالغ بر ۱۶ ماه است که افزون بر سه هزار میلیارد تومان مطالبات معوقه دارند و هم‌چنان با توجه به این امر و محدودیت‌های مالی بانک‌ها، به خدمات خود به مراکز درمانی بدون وقفه ادامه می‌دهند، در بخش دیگری از این نامه آوردند که: «در دوران دفاع مقدس، هم‌چنین در زمان تحریم‌های ظالمانه با همه مشکلات و فشارها صنف تجهیزات پزشکی، یکی از موفق‌ترین حوزه‌های تأمین کالا و خدمات در سطح کشور بود. بنابراین این صنف اگر شایسته تقدیر نیست، انتظار هم نمی‌رود حقوق‌شان مورد بی‌اعتنایی قرار بگیرد.»

آن‌ها در ادامه این نامه به چهار نکته اشاره کردند؛ نخست این‌که: «مقررات حاکم بر هرگونه تجهیزات و ملزومات، وجود نماینده رسمی را با توجه به خدمات پس از فروش اجباری می‌داند. طبیعی است با اتخاذ سیاست خرید مستقیم از تولیدکنندگان خارجی، سرمایه‌گذاری بزرگ مالی و نیروی انسانی و زیرساخت‌های خدمات

و نگهداری نمایندگان رسمی نیز متلاشی خواهد شد. قابل اشاره است که در حال حاضر افزون بر ده میلیارد دلار، تجهیزات پزشکی در مراکز درمانی سراسر کشور زیر پوشش این خدمات هستند.»

هم‌چنین رها کردن تأمین‌کننده و نماینده‌هایی که هیأت امنا به آن‌ها بدهکار هستند و در مقابل آن انجام معامله مستقیم با تأمین‌کننده خارجی را که فروش نسیه بدون تضمین را نخواهد پذیرفت، غیرمنصفانه خواندند. سومین نکته مورد اشاره در این نامه طرح این پرسش بود که «چنانچه منابعی برای خرید جدید وجود دارد آیا نباید مطالبات شرکت‌های تجاری و به‌عبارتی بازوی اجرایی تأمین کالاهای پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مورد توجه قرار گیرد؟»

تشکل‌های تجهیزات پزشکی در چهارمین نکته‌ای که در این نامه آورده‌اند با اشاره به این‌که بیشتر شرکت‌های تأمین‌کننده از بابت طلب از مراکز درمانی مبالغ زیادی را به شرکت‌های خارجی بدهکارند و به این امید هستند بخشی از منابع اختصاص به خرید تجهیزات را دریافت و این بدهی را به شرکت پرداخت کنند، گفتند: «این منصفانه نیست که نه تنها این امر اتفاق نیفتد، بلکه حتی در خرید جدید هم حذف شود. در نتیجه، ادامه این روند و سیاست موجب سوءاستفاده افراد فرصت‌طلب و جابه‌جایی نمایندگی‌ها خواهد شد.»

در پایان تشکل‌ها و اعضای آنها آمادگی خود را برای هرگونه همکاری در در چارچوب سیاست‌های هیأت‌امنای ارزی در معالجه بیماران اعلام کردند. آن‌ها تأکید کردند که انتظار و تقاضا دارند در نوع خرید و مناقصات بین‌المللی مورد مشورت قرار گیرند و نسبت به حقوق آن‌ها توجه و یاری شود.

هیأت‌امنای صرفه‌جویی ارزی عملکرد شش ماهه را گزارش داد

هیأت‌امنای صرفه‌جویی ارزی در هفته‌نامه داخلی انعکاس که یکم مهرماه منتشر شد عملکرد شش ماهه نخست سال ۹۶ و فهرست مناقصه‌های خرید تجهیزات پزشکی برگزار شده و در دست برگزاری را منتشر کرد. معرفی شرکت‌های فعال در زیرمجموعه هلدینگ هیأت‌امنا نیز در این گزارش معرفی شده است.

سرفصل‌های عملیاتی هیأت‌امنای صرفه‌جویی ارزی در معالجه بیماران

۱- حمایت از انجام انواع عمل‌های پیوندی (پیوند مغز استخوان، پیوند کبد، پیوند ریه، پیوند قلب، پیوند کلیه)

۲- حمایت از عمل‌های کاشت حلزون در بیماران ناشنوا

۳- تامین تجهیزات مصرفی حیاتی موردنیاز بیماران

۴- تامین تجهیزات سرمایه‌ای موردنیاز مراکز درمانی وابسته به وزارت بهداشت

هیأت‌امنا در تأمین تجهیزات سرمایه‌ای موردنیاز دانشگاه‌ها و مراکز درمانی وابسته، با توجه به نیازسنجی و اولویت‌بندی ارایه‌شده از سوی معاونت درمان وزارت بهداشت و استانداردهای تعریف‌شده توسط اداره کل تجهیزات پزشکی پزشکی وزارت بهداشت با رعایت ضوابط و الزامات قانون برگزاری مناقصات، نسبت به تأمین تجهیزات پزشکی اقدام می‌کند.

برگزاری مناقصات از سوی هیأت‌امنا با ایجاد فضای سالم رقابتی میان شرکت‌های تأمین‌کننده کالا موجب کاهش قیمت تجهیزات پزشکی (در بعضی موارد تا ۴۵ درصد قیمت اولیه) حاصل‌شده که صرفه‌جویی ارزی حاصل از آن یکی از اهداف تشکیل هیأت‌امنا است: «هیأت‌امنا با نصب‌العین قراردادن منویات مقام معظم رهبری در سیاست‌های بیست‌وچهارگانه اقتصاد مقاومتی و سیاست‌های کلی نظام سامت، نگاه به داخل و حمایت از تولید داخل را سر لوحه فعالیت‌های خود قرار داده است و با تاسیس شرکت تولیدی صنعتی آواپزشک (به استناد بند ت ماده چهار قانون تشکیل هیات) جهت حرکت در راستای خودکفایی کشور از واردات ملزومات مصرفی پزشکی مانند سرسوزن پزشکی، آنژیوکت و سرنگ تزریق انسولین، با خرید تجهیزات پزشکی با کیفیت داخلی، موجب تقویت تولیدکنندگان داخلی شده

است به گونه‌ای که در حال حاضر حدود سی قلم کالای تولید داخل از سوی هیأت‌امنا از شرکت‌های تولیدکننده داخلی خریداری می‌شود.»

نقش هیأت‌امنا در برنامه طرح تحول نظام سلامت

هیأت‌امنا در سه سر فصل عملیاتی برنامه تحول نظام سلامت، حضوری فعال و تاثیر گذار داشته است:

۱-ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت با تامین تجهیزات مرتبط با هتلینگ با بهترین کیفیت ممکن و کمترین قیمت قابل حصول

۲-کاهش میزان پرداختی بیماران از طریق تامین اقلام مصرفی موردنیاز بیماران با کمترین قیمت ممکن

۳-حفاظت مالی از بیماران سخت‌درمان، خاص و نیازمند از طریق حمایت از اعمال کاشت حلزون در بیماران ناشنوا و حمایت از انجام انواع اعمال پیوندی

علل تشکیل شرکت‌های زیر مجموعه هلدینگ هیأت امنا

۱-شرکت‌های زیرمجموعه شرکت آواپزشک برای تحقق اهداف مذکور در مواد سه و چهار قانون تشکیل هیأت‌امنا شکل گرفته‌اند.

۲-تشکیل این شرکت‌ها بر حسب ضرورت و برای پاسخ‌گویی به نیازهای نظام سلامت صورت گرفته است.

۳-در تشکیل این شرکت‌ها همه ضوابط قانونی مربوطه از جمله قانون منع مداخله کارکنان دولت (مصوب ۱۳۳۷) و اصلاحات بعدی آن مورد توجه قرار گرفته است.

۴-فعالیت شرکت‌های زیرمجموعه شرکت آواپزشک بر اساس‌نامه رسمی دیوان محترم محاسبات کشور بلامانع دانسته شده است.

معرفی شرکت‌ها و موسسات هلدینگِ هیأت‌امنای صرفه‌جویی ارزی در معالجه بیماران:

۱- شرکت آوای فناوری اطلاعات سلامت سال تاسیس: ۱۳۹۴ مدیرعامل: مهندس برزگر

زمینه فعالیت: تحلیل، طراحی و پشتیبانی نرم‌افزارهای جامع کاربردی

۲- شرکت تامین آواسلامت؛ سال تاسیس: ۱۳۹۴ مدیرعامل: دکتر مدنی

زمینه فعالیت: تامین دارو و توزیع انواع تجهیزات پزشکی، بیمارستانی و دارویی برای استفاده در عمل‌های جراحی پیوند اعضا و کاشت حلزون

۳- شرکت تولیدی صنعتی آواپزشک ایرانیان؛ سال تاسیس: ۱۳۷۱ مدیرعامل: مهندس شادور

زمینه فعالیت: تولید کاملا بومی انواع سرسوزن‌های پزشکی

۴- شرکت عمران آواسلامت؛ سال تاسیس: ۱۳۹۴ مدیرعامل: مهندس کدخدااول

زمینه فعالیت: ارایه خدمات فنی به ساخت بیمارستان‌ها و فضاهای درمانی و آموزشی در سطح کشور

۵- موسسه کارآفرینان آواسلامت؛ سال تاسیس: ۱۳۹۳ مدیرعامل: مهندس فردی

زمینه فعالیت: مدیریت سرمایه‌های انسانی

۶- شرکت مدیریت بیمارستانی محب سلامت ایرانیان (شمسا)؛ سال تاسیس: ۱۳۹۵ مدیرعامل: مهندس معراجی

زمینه فعالیت: توسعه بهسازی و عمران فضاهای درمانی و آموزشی

۷- شرکت آواپزشک سلامت ایرانیان؛ سال تاسیس: ۱۳۹۲ مدیرعامل: مهندس وکیلی‌فرد

زمینه فعالیت: روزآوری و بومی‌سازی فناوری تجهیزات و ملزومات پزشکی و کاهش واردات آن‌ها از طریق شناسایی، ساماندهی و رشد ظرفیت‌های داخلی

۸- موسسه فرهنگی‌هنری آوای هنر سلامت؛ سال تاسیس: ۱۳۹۴ مدیرعامل: دکتر داروغه‌زاده

زمینه فعالیت: ارتقای سطح دانش و بینش عمومی جامعه در حوزه بهداشت و سلامت با استفاده از بسترهای فرهنگی و هنری کشور با رویکرد ترویج و اشاعه فرهنگ و هنر اصیل ایرانی و اسلامی

جدول مناقصات هیات امنا طی از ابتدای سال ۱۳۹۶:

ردیف	شماره مناقصه	عنوان مناقصه	تعداد	وضعیت مناقصه	برنده مناقصه
۱	۱-۲-۹۶	کدورت‌سنج پرتابل دیجیتال	۵۰۰ دستگاه	برگزارشده	تجهیزیاران
۲	۲-۴-۹۶	ونتیلاتور بزرگسال و اطفال تولید داخل	۵۰ دستگاه	برگزارشده	احیادرمان پیشرفته
۳	۳-۴-۹۶	رادیولوژی دیجیتال تولید داخل	۳۰ دستگاه	برگزارشده	تجهیزات پزشکی رئوف
۴	۴-۴-۹۶	ماشین بیهوشی تولید داخل	۵۰ دستگاه	برگزارشده	احیادرمان پیشرفته
۵	۵-۴-۹۶	الکتروکوتر تولید داخل	۱۰۰ دستگاه	برگزارشده	۵۰دستگاه بدون‌لیگاشور آوان‌طب ۵۰ دستگاه با لیگاشور کاوندیش‌سیستم
۶	۶-۴-۹۶	اتوکلاو تولید داخل شمال ۱۰ دستگاه ۳۰۰ لیتری و ۱۰ دستگاه ۶۰۰ لیتری	۲۰ دستگاه	برگزارشده	سلامت صنعت بوعلی
۷	۷-۴-۹۶	تخت ال‌دی‌آر تولید داخل	۳۰۰ دستگاه	برگزارشده	رازان‌پرداز تهران
۸	۸-۴-۹۶	تخت احیاء نوزاد تولید داخل	۲۰۰ دستگاه	برگزارشده	توسان
۹	۹-۴-۹۶	تخت اتاق‌عمل فول‌الکتریک تولیدداخل	۱۰۰ دستگاه	برگزارشده	سهاطب‌ابزار
۱۰	۱۰-۴-۹۶	تشک تخت بستری تولید داخل	۳۰۰۰ عدد	برگزارشده	امیدان مهرآیین
۱۱	۱۱-۴-۹۶	تشک مواج ۲۰ سلولی بزرگسال تولید داخل	۳۵۰ دستگاه	برگزارشده	فنون‌طب فرتاک
۱۲	۱۲-۴-۹۶	پروتز حلزون شنوایی	۲۵۰ دستگاه	برگزارشده	آلتون‌شنوا
۱۳	۱۳-۴-۹۶	انکوباتور نوزاد تولید داخل و انکوباتور پرتابل تولید داخل	۲۰۰ دستگاه‌و۵۰ دستگاه	برگزارشده	دریای طب‌اندیشان
۱۴	۱۴-۴-۹۶	کلرسنج دیجیتال تولید داخل	۱۴۰۰دستگاه	لغو شده	-----
۱۵	۱۵-۴-۹۶	ای‌سی‌جی تولید دخل	۳۰۰ دستگاه	برگزارشده	پویندگان راه سعادت
۱۶	۱۶-۴-۹۶	برانکارد تولید داخل	۵۰۰ دستگاه	برگزارشده	سیناحمد آریا
۱۷	۱۷-۴-۹۶	تخت بستری سه‌شکن به همراه متعلقات تولید داخل	۲۰۰۰ دستگاه	برگزارشده	سیناحمد آریا
۱۸	۱۸-۴-۹۶	تلویزیون ۳۲اینچ ال‌ای‌دی تولیدداخل	۳۲۰۰دستگاه	تجدید شده	----
۱۹	۱۹-۴-۹۶	یخچال ۹ فوت تولید داخل	۳۲۰۰دستگاه	تجدید شده	----
۲۰	۲۰-۵-۹۶	تخت ویژه سی‌سی‌یو-آی‌سی‌یو بزرگسال به همراه متعلقات تولید داخل	۳۵۰ عدد	برگزارشده	پارمدیک
۲۱	۲۱-۵-۹۶	اکسیژناتور بزرگسال دارای آرتریال فیلتر شریانی	۵۰۰۰دستگاه	برگزارشده	ایران مواد
۲۲	۲۲-۵-۹۶	پیس میکر	۱۷۰۰ عدد	برگزارشده	تک حفره‌ای و دو حفره‌ای: ایران بهداشت / سه حفره‌ای: مددنیک طب
۲۳	۲۳-۵-۹۶	ال‌سی‌دی	۱۸۰۰ عدد	برگزارشده	تک حفره‌ای و دو حفره‌ای: ایران بهداشت
۲۴	۲۴-۶-۹۶	الکتروکوتر تولید داخل	۵۰ دستگاه	برگزارنشده	----
۲۵	۲۵-۶-۹۶	انکوباتور تولید داخل	۲۰۰ دستگاه	برگزارنشده	----
۲۶	۲۶-۶-۹۶	تشک مواج بزرگسال تولید داخل	۳۰۰ عدد	برگزارنشده	----
۲۷	۲۷-۶-۹۶	پروتز حلزون شنوایی	۱۰۰ عدد	برگزارنشده	----
۲۸	۲۸-۶-۹۶	مانیتورینگ ثابت تولید داخل	۲۵۰ دستگاه	برگزارنشده	----
۲۹	۲۹-۶-۹۶	یخچال ۹ فوت تولید داخل	۱۰۰۰ عدد	برگزارنشده	----
۳۰	۳۰-۶-۹۶	تخت جراحی تولید داخل	۱۰۰ دستگاه	برگزارنشده	----
۳۱	۳۱-۶-۹۶	چراغ سیالتیک دوقمره ال‌ای‌دی مولتی‌کالر تولیدداخل	۶۰ دستگاه	برگزارنشده	----

وزیر بهداشت در همایش بزرگ کارگزاران نظام سلامت

فرماندهی حوزه سلامت یک‌پارچه شود

تولیت یک‌پارچه وزارت بهداشت در برنامه ششم توسعه مورد توجه قرار گرفته است. وزیر بهداشت با اشاره به تأکید قانون بر این مدیریت یک‌پارچه از سپرده‌شدن تولیت بیمه به وزارت بهداشت ابراز خشنودی کرد. او هم‌چنین به بیان دستاوردهایی پرداخت که با همکاری معاونان پیشین وزارت بهداشت در دولت یازدهم به دست آمده است. از جمله این دستاوردها طرح تحول نظام سلامت و اقداماتی است که معاونان پیشین وزارت بهداشت در این راستا انجام داده‌اند. معاونانی که در همایش کارگزاران سلامت که با هدف تکریم و معرفی معاونان جدید این وزارت‌خانه برگزار شد، گردهم آمدند و همه آن‌ها بر ادامه‌یافتن اقداماتی که در دولت یازدهم شروع شده است، تأکید داشتند. آن‌ها نیز هم‌چون وزیر بهداشت مدیریت یک‌پارچه و تأمین منابع پایدار را دو اصل اساسی برای ارایه خدمات بهتر، ضروری دانستند.

سازمان بیمه سلامت ایران به‌طور رسمی از وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی جدا و به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیوسته است. دکتر سیدحسن قاضی‌زاده‌هاشمی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با اشاره به این موضوع گفت: «ما به دنبال توسعه وزارت بهداشت نیستیم بلکه به دنبال تولیت بیمه بوده‌ایم. زیرا مدیریت و فرماندهی این حوزه باید واحد باشد. اکنون بخشی از این تولیت از طرف مجلس به وزارت بهداشت سپرده شده است.»

او که در همایش کارگزاران نظام سلامت که در روز چهاردهم شهریورماه امسال در سالن همایش‌های رازی برگزار شد، سخن می‌گفت، افزود: «بیمه باید معنای علمی خود را در کشور پیدا کند. به همین منظور دولت و مجلس باید کمک کنند؛ باید صندوق‌ها یک‌پارچه شود.»

بنابر سیاست‌های کلی رهبری و قانون، فرماندهی در حوزه سلامت برعهده وزارت بهداشت است بنابراین باید ابزار لازم برای آن نیز فراهم شود. به گفته وزیر بهداشت منابع مالی پایدار و تولیت واحد برای حوزه سلامت ابزاری است که ایجاد آن ضرورت دارد: «با ایجاد پایداری منابع و تولیت واحد، هیچ بهانه‌ای برای انجام‌ندادن وعده‌های خود نداریم. متعهد می‌شوم که اگر این دو موضوع انجام شود، در پایان چهار سال به همه وعده‌ها عمل شود. دوره سختی پیش‌روی وزارت بهداشت و حوزه سلامت قرار دارد. ایجاد تغیرات در این حوزه، نیازمند تصمیمات سخت در حوزه اقتصادی است.»

دکترهاشمی یکی از مهم‌ترین برنامه‌های وزارت بهداشت در دولت دوازدهم را دیجیتالیزه کردن خدمات اعلام کرد و گفت: «در بهترین نظام‌های سلامت ۲۰ تا ۳۰ درصد منابع هدر می‌رود. برای جلوگیری از هدررفت منابع، باید خدمات به صورت الکترونیکی ارایه شود.»

وزیر بهداشت در ادامه از رسول دیناروند معاون پیشین سازمان غذاودارو، دکتر علی‌اکبرسیاری معاون پیشین بهداشت و دکتر محمد آقاجانی معاون پیشین درمان وزارت بهداشت تقدیر کرد: «دکتر آقاجانی در حوزه درمان اقدامات ماندگاری انجام دادند که بیمه‌شدن ۱۱ میلیون نفر، بازنگری کتاب ارزش نسبی، متعادل‌کردن تعرفه‌ها و طرح پزشکان مقیم و توزیع پزشکان در سراسر کشور از جمله این اقدامات بود.»

اجرای ۱۲۰۰ طرح توسعه‌ای در حوزه درمان

دکتر محمد آقاجانی معاون درمان پیشین وزیر بهداشت، در ادامه این مراسم دستاوردهای حوزه درمان کشور در دولت یازدهم را تشریح کرد. او گفت: «در دولت یازدهم، حوزه درمان کشور با اجرای برنامه‌های طرح تحول نظام سلامت شناخته شد. اما در واقع این حوزه در چهار زمینه تلاش کرد که شامل برنامه‌های هفت‌گانه طرح تحول نظام سلامت، طرح توسعه‌ای زیرساخت‌های درمان و تحولات ساختاری این حوزه بوده است.»

به گفته او در این دوره ۱۲۰۰ طرح، شامل توسعه و نوسازی بخش‌های اورژانس، مراکز سرطان، آی‌سی‌یو، سوختگی، مسمومیت و غیره انجام شد. هم‌چنین تجهیزات پزشکی بیمارستان‌ها نوسازی شد به‌طوری که ۷۰ هزار تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای به بیمارستان‌های موجود و ۱۲۶ بیمارستان جدید افزوده شد: «برنامه خطرسنجی سکته‌های قلبی و مغزی در ۳۴ شهر کشور انجام شد. تاکنون ۲۲ هزار بیمار قلبی از خدمات خطرسنجی سکته‌های قلبی و ۱۰۰۰ بیمار هم از خدمات خطرسنجی سکته‌های مغزی بهره‌مند شده‌اند.»

آقاجانی با بیان این‌که در حوزه مدیریت درمان ناباروری شاهد پوشش ۸۵ درصدی هزینه‌های درمان ناباروری برای سه میلیون زوج نابارور بودیم، افزود: «۱۷ مرکز درمان ناباروری به ویژه در مناطق محروم راه‌اندازی و ۲۴ مرکز نیز تجهیز شدند. هم‌چنین شبکه ملی تشخیص و درمان سرطان

در سه سطح ارایه خدمت ایجاد شد که سطح یک آن شامل ۱۳۱ مرکز است و سطح دو و سه نیز با مشارکت بخش غیردولتی ایجاد می‌شود. حمایت از بیماران سخت درمان و توسعه خدمات دیالیز هم از دیگر اقدامات بود.»

به گفته او در حوزه تحولات ساختاری ۱۰ برنامه بزرگ اجرا شد که تدوین استانداردهای نوین اعتباربخشی در بیمارستان‌ها و ایجاد سامانه الکترونیک صدور پروانه موسسات پزشکی در کشور از جمله آن اقدامات بود: «در این دوره بحث توسعه گردشگری سلامت پیش برده شد. به‌طوری که اکنون ۲۰۰ بیمارستان گواهی گردشگری سلامت دریافت کرده‌اند.»

واردات دارو کاهش یافت

دکتر رسول دیناروند، رییس پیشین سازمان غذاودارو، در ادامه این مراسم حل بحران دارویی و کاهش کمبودها از ۳۰۰ قلم به ۳۰ تا ۴۰ قلم و پایداری و نظارت بر این وضعیت در چهار سال گذشته را مهم‌ترین دستاورد سازمان غذاودارو خواند: «در این دوره شاهد کاهش وابستگی زنجیره دارو به خارج از کشور بودیم. این در حالی است که افزایش دسترسی مردم به دارو و افزایش مصرف دارو هم وجود داشت. چرا که ۱۱ میلیون نفر بیمه‌گذار جدید به ساختار اضافه شدند. کاهش وابستگی دارویی به خارج از کشور منجر به یک صرفه‌جویی ۵۰۰ میلیون دلاری ارزی نسبت به چهار سال مشابه دولت دهم شد.»

او از افزایش سهم داروهای تولید داخل در بازار دارویی کشور از ۶۰ درصد به ۷۰ درصد خبر داد و گفت: «در سال ۹۵، ۷۱ درصد بازار دارویی کشور در دست داروهای تولید داخل بوده است. این اقدامات با کاهش هزینه پرداختی از جیب مردم به ویژه برای بیماران صعب‌العلاج همراه بوده است.»

به گفته دکتر دیناروند همه این اقدامات در شرایط مواجه‌بودن با کاهش اعتبارات حوزه دارو قرار داشتیم: «اعتبارات حوزه دارو در سال آخر دولت دهم ۲۴۰۰ میلیارد تومان بوده است. این در حالی است که میزان آن در سال آخر دولت یازدهم به ۲۱۰۰ میلیارد تومان کاهش یافته است. این به معنای کاهش ۱۵ درصدی است. با وجود کاهش اعتبارات دارویی، رضایت، دسترسی و حمایت از مردم به هیچ عنوان کاهش نیافت.» کاهش ۲۵ درصدی داروهای وارداتی که منجر به صرفه‌جویی ارزی و ریالی برای کشور شد از دیگر اقداماتی بود که معاون پیشین وزیر بهداشت به آن اشاره کرد. او درباره اقدامات در حوزه تجهیزات پزشکی گفت: «فرایند ثبت تجهیزات پزشکی برای نخستین‌بار در کشور، کاهش قیمت تجهیزات پزشکی وارداتی به‌طور میانگین به میزان ۳۵ درصد، تأمین این وسایل در قالب طرح تحول نظام سلامت و در بیمارستان‌ها از جمله اقدامات در حوزه تجهیزات پزشکی بوده است.»

نصب چراغ راهنمای تغذیه‌ای روی کالاهای تغذیه‌ای، ایجاد یک کمپین اطلاع‌رسانی با حمایت دکتر اصغری که امسال آغاز می‌شود از اقدامات دیگر او در حوزه غذا است. دکتر دیناروند از کاهش اسیدچرب ترانس و اسیدچرب اشباع در روغن‌های مصرفی مردم خبر داد و گفت: «در این چهار سال مردم یک‌ونیم میلیون تن روغن پالم و ۱۵۰ هزار تن اسیدچرب ترانس را کم‌تر مصرف کردند. هم‌چنین سهم نمک و شکر در فرآورده‌های غذایی به میزان ۱۰ درصد کاهش یافت. از طرفی شاهد اجرای برنامه تنظیم آلاینده‌ها و تقلبات غذایی بودیم که ۶۰ میلیارد تومان اعتبار داشت و برای دور دوم آن هم ۵۰ میلیارد تومان اعتبار در نظر گرفته شده است.»

صفحات جدیدی در عرصه خدمت‌رسانی حوزه سلامت باز می‌شود

دکتر ایرج حریرچی قایم‌مقام وزیر بهداشت، در همایش کارگزاران سلامت و تکریم و معارفه معاونان جدید وزارت بهداشت بیان کرد: «که آن‌چه در چهار سال گذشته رخ داد، ایثار مردان و زنانی بود که زندگی خود را صرف سلامت مردم کردند. کسانی که در دوره چهار سال گذشته در این حوزه کار کردند، مدال خادمی مردم را بر سینه خواهند داشت. کسانی هم که در دولت دوازدهم قبول مسؤولیت کردند، صفحات جدیدی را در عرصه خدمت رسانی حوزه سلامت باز می‌کنند. این اقدام با هماهنگی، همدلی و استفاده از ظرفیت‌های وزارت بهداشت و دیگر نهادها مانند مجلس شورای اسلامی شدنی است.»

www.isna.ir

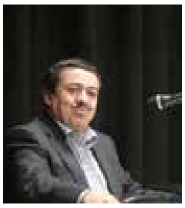
دکتر جان بابایی در مراسم تکریم و معارفه معاون درمان وزارت بهداشت

طرح تحول باید پالایش و آسیب‌شناسی شود

تغییر و بازنگری در شیوه اجرای طرح تحول نظام سلامت در دولت دوازدهم از نکاتی است که بسیاری از دست‌اندرکاران حوزه سلامت به آن اشاره می‌کنند. معاون درمان جدید وزارت بهداشت نیز با بیان این‌که طرح تحول سلامت باعث آرامش و رضایتمندی مردم در حوزه درمان شده است، برخی بسته‌های آن را نیازمند به پالایش و آسیب‌شناسی دانست. چرا که این اقدامات می‌تواند منجر به ادامه حیات و موفقیت هرچه بیشتر این طرح شود.

دکتر قاسم جان‌بابایی، معاون درمان وزارت بهداشت، طرح تحول نظام سلامت را حرکتی بزرگ در راستای سلامت مردم خواند. او که در مراسم تکریم و معارفه معاون درمان وزارت بهداشت به‌عنوان معاون جدید وزیر در روز ۲۵ شهریورماه سخن می‌گفت، ادامه داد: «با بررسی چالش‌ها و آسیب‌شناسی طرح تحول نظام سلامت متوجه خواهیم شد که در کدام یک از بسته‌های طرح، باید انرژی بیشتری گذاشت. هم‌چنین با نظارت، بر هزینه‌ها می‌توان تشخیص داد که کدام قسمت از بخش‌های درمانی نیازمند کاهش هزینه‌ها هستند.»

او با قدردانی از زحمات و تلاش‌های معاونت درمان در اجرای طرح تحول سلامت، گفت: «بهره‌مندی مردم



از خدمات با کیفیت درمانی، افزایش رضایت‌مندی از خدمات و کاهش پرداخت از جیب مردم مهم‌ترین دستاوردهای طرح تحول نظام سلامت بوده است.»

دکتر جان‌بابایی در ادامه با اشاره به وجود انتقاداتی به طرح تحول سلامت از سوی برخی از منتقدان، گفت: «گاهی این انتقادها از روی خیرخواهی است. شاید برخی از این افراد چون در بستر کار اجرایی نبوده‌اند، متوجه تغییرات ایجادشده در ساختار نباشند. اما آنچه پیداست حمایت مقام معظم رهبری، مسؤولان نظام و رضایت‌مندی مردم از اجرای این طرح است. بنابراین باید با قوت بیشتری ادامه پیدا کند.»

نقاط ضعف منسوب به طرح تحول سلامت، مربوط به شرکای طرح است

دکتر آقاجانی، معاون پیشین وزارت بهداشت نیز در این مراسم بیان کرد که بسیاری از نقاط ضعف نسبت داده شده به طرح تحول سلامت، مربوط به شرکای طرح است. او گفت: «اگر سازمان تأمین اجتماعی، حق بیمه درمان را برای پرداخت مطالبات بیمارستانی و دانشگاه‌های علوم پزشکی اختصاص دهد، مشکلی در امور مالی درمان سازمان تأمین اجتماعی ایجاد نخواهد شد. در این شرایط دانشگاه‌ها هم به‌موقع می‌توانند اسناد خود را وصول کنند.»

او اجرای طرح تحول سلامت را دارای ۴ فصل خدمت دانست. این چهار فصل شامل فصل اجرایی و پرتلاش برنامه‌ها و بسته‌ها، فصل توسعه زیرساخت‌های درمانی، فصل مدیریت درمان بیماری‌ها و فصل تحولات ساختاری در حوزه درمان می‌شود: «در میان حواشی ایجاد شده برای طرح تحول سلامت، نباید اصل و هدف اصلی و دستاوردهای این طرح فراموش شود. امیدواریم در دولت دوازدهم، این طرح با قوت بیشتری ادامه یابد.»

به گفته دکتر آقاجانی دیرکرد در وصول مطالبات دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها مشکلات زیادی در اداره بیمارستان‌ها و کادر درمان ایجاد کرد: «اگر منابع بیمه سلامت در بودجه عمومی پیش‌بینی شود، مشکلی برای پرداخت مطالبات آن‌ها به وزارت بهداشت ایجاد نخواهد شد.»

www.behdasht.gov.ir

رییس بیمارستان مسیح دانشوری

۲۲۰ پیوند قلب و ۱۹۰ پیوند ریه در بیمارستان مسیح دانشوری انجام شده است

رییس بیمارستان مسیح دانشوری از انجام ۱۹۰ پیوند ریه و ۲۲۰ پیوند قلب که از سخت‌ترین جراحی‌ها در سطح جهان است، در این مرکز خبر داد. او انجام چنین جراحی‌هایی را از دستاوردها و موفقیت‌های نظام جمهوری اسلامی ایران، دانست.

نشست خبری انجام عمل جراحی پیچیده، طولانی و موفقیت‌آمیز سرطان تیروئید و پیوند قلب و ریه در بیمارستان مسیح دانشوری در روز ۲۵ شهریورماه انجام شد.

دکتر علی‌اکبر ولایتی رییس این بیمارستان، گفت: «جراحی سرطان تیروئید، ۱۹ ساعت طول کشید. این یک عمل پیچیده بود که نشان‌دهنده گوشه‌ای از همکاری دسته جمعی متخصصان مختلف است. این اقدامات پزشکی در خاورمیانه و در میان کشورهای منطقه بی‌نظیر است.»

به گفته او تاکنون ۱۹۰ پیوند ریه در مرکز مسیح دانشوری انجام شده که در یک مورد پیوند مشترک دو ریه و یک قلب بوده است. هم‌چنین تاکنون در این مرکز ۲۲۰ پیوند قلب نیز انجام شده است: «انجام ۱۹۰ پیوند ریه، دستاورد بزرگی برای ایران است. باید توجه کرد که پیوند ریه یکی از حساس‌ترین و سخت‌ترین پیوندهایی است که در حوزه پزشکی انجام می‌شود. درشرایطی که کشورهای منطقه و مدعیان، نمی‌توانند جراحی‌های پیوند قلب و ریه را انجام دهند، این جراحی‌ها در ایران انجام می‌شود.»

دکتر ولایتی، از انجام همزمان پیوند قلب و ریه خبر داد و ابراز امیدواری کرد که به زودی پیوند پانکراس و کلیه نیز به طور همزمان انجام شود. چرا که اجرای همزمان این دو جراحی به بیماران مبتلا به دیابت کمک زیادی می‌کند. او هم‌چنین از گسترش اتاق‌های عمل پیوند این بیمارستان از ۶ به ۱۲ مورد خبر داد و گفت: «با این اقدام تعداد پیوندها افزایش می‌یابد. با به دست‌آوردن تسهیلات جدید می‌توانیم خدمات بیشتر و با کیفیت‌تری را به مردم ارایه دهیم.»

www.isna.ir

رییس سازمان غذاودارو در نشست با مدیران تجهیزات پزشکی این سازمان

رشد بخش تجهیزات پزشکی متناسب با دانش روز دنیا ضرورت دارد

تعیین اولویت و حرکت در راستای آنها با هدف کمک به سلامت جامعه را رییس سازمان غذاودارو برای رشد بخش تجهیزات پزشکی ضروری می‌داند.

به گفته او یکی از اولویت‌ها برای رشد این بخش توجه به دانش روز دنیا در تولیدات داخلی است.

دکتر غلامرضا اصغری، معاون وزیر و رییس سازمان غذاودارو در نشست با مدیرکل و مدیران ارشد اداره کل تجهیزات و ملزومات پزشکی سازمان غذاودارو، گفت: «تجهیزات پزشکی هر روز جایگاه تعیین کننده‌تری در بحث درمان پیدا می‌کند. به همین دلیل باید متناسب با رشد دانش پزشکی و تجهیزات پزشکی، رشد کرد. هم‌چنین باید بتوانیم وظیفه نظارتی خود را نیز اعمال کنیم.»

او با تأکید بر ضرورت انتقال فناوری برندهای اصلی دنیا و کالاهای با کیفیت به کشور گفت: «باید در انتقال فناوری به کشور و ایجاد اشتغال تلاش کرد. در این راستا باید ارتباط با تولیدکنندگان نیز تقویت شود. با این روش سیاست‌های اقتصاد مقاومتی نیز تحقق می‌یابد. کاهش و حذف واسطه‌ها، در کاهش قیمت و تضمین کیفیت تجهیزات پزشکی مؤثر است.»

به گفته دکتر اصغری تولیدات داخلی و شرکت‌های دانش‌بنیان در سال‌های گذشته رشد خوبی داشته است: «باید به تقویت این شرکت‌ها کمک کرد تا بازارهای خود را پیدا کنند. با این کار، دانش‌آموختگان جوان دانشگاهی در عرصه‌های مختلف و اقتصاد کشور سهیم می‌شوند. در این زمینه نیز باید از تجربه کشورهای موفق استفاده کرد.»

www.behdasht.gov.ir

رییس دفتر توسعه فناوری سلامت وزارت بهداشت

فعالیت‌های پژوهشی و فناوری از دستاوردهای وزارت بهداشت است

دستاوردهای حوزه سلامت در طول سال‌های گذشته گسترده بوده است. رییس دفتر توسعه فناوری سلامت وزارت بهداشت با بیان این‌که این دستاوردها تنها به حوزه طرح تحول نظام سلامت محدود نمی‌شود، فعالیت‌های پژوهشی، تحقیقاتی و فناوری را حوزه‌های موفقیت‌آمیز دیگری در حوزه سلامت ایران معرفی کرد. او معتقد است این دستاوردها در سطح جهان قابل دفاع است.

به گفته دکتر حسین وطن‌پور رییس دفتر توسعه فناوری سلامت وزارت بهداشت، افزایش تعداد مقالات علمی در خارج از کشور، گسترش تعداد کنگره‌ها و افزایش بودجه‌های تحقیقاتی در کشور از مواردی است که در سال‌های گذشته، ایران در آن‌ها رشد قابل توجهی داشته است: «هم‌اکنون ۳۵ درصد منابع کشور در بخش فناوری، جذب حوزه سلامت شده است. ایران امروز، از لحاظ آموزشی و پژوهشی به خودکفایی رسیده است و در زمینه‌های مختلف در حال مذاکره با بسیاری از کشورها و صدور محصولات خود به بازارهای خارج از کشور است.»

به گفته او از میان سه هزار و ۱۰۰ شرکت دانش‌بنیان ثبت‌شده در معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری، ۸۹۰ شرکت به حوزه سلامت مربوط است: «از این تعداد شرکت دانش‌بنیان در حوزه سلامت، حدود ۲۵۰ شرکت دارای محصول در بازار هستند. از این میان نیز محصول ۷۰ شرکت صادراتی است.»

دکتر وطن‌پور در ادامه بر حرکت به سمت دانشگاه‌های نسل سوم و چهارم تاکید کرد و گفت: «دانشگاه‌های نسل سوم و چهارم باید در کنار آموزش و پژوهش به فناوری نیز توجه کنند. این موضوع نیازمند نیروی انسانی نخبه و فناور است. وزارت بهداشت، برای حمایت از طرح‌ها و تحقیقات دانشجویان آمادگی دارد و می‌تواند در زمینه این طرح‌ها سرمایه‌گذاری کند.»

www.isna.ir

مدیر روابط عمومی سازمان غذاودارو

ایران عضو سازمان بین‌المللی بازرسی دارویی شد

سازمان نظارت دارویی ایران به عضویت سازمان بین‌المللی بازرسی دارویی (PIC/S) درآمد. به گفته مدیر روابط‌عمومی سازمان غذاودارو عضویت در سازمان بین‌المللی بازرسی دارویی، نتیجه برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری، کوشش‌های فنی فروان و دراز مدت سازمان غذاودارو و همراهی و همکاری مطلوب صنایع حوزه داروسازی است. عضویت در نهاد بین‌المللی بازرسی دارویی، موفقیت بزرگی برای ایران به‌شمار می‌رود؛ از این جهت که تاکنون هیچ یک از کشورهای خاورمیانه موفق به عضویت در آن نشده‌اند. در آسیا نیز تعداد کشورهایی که به عضویت پروتکل پی‌سی‌آر/اس (PIC/S) درآمده‌اند، به انگشتان دو دست نمی‌رسد. محمدهاشمی، مدیر روابط عمومی سازمان غذاودارو در این‌باره گفت: «با عضویت ایران در پی‌سی‌آر/اس به‌عنوان نهادی بین‌المللی که سازمان‌های نظارتی را مورد ممیزی قرار می‌دهد، تراز استانداردهای داروسازی کشور مطابق با استانداردهای بین‌المللی افزایش می‌یابد.»

به گفته‌هاشمی از جمله برنامه‌هایی که در بحث ارتقای کیفیت دارو مورد توجه سازمان غذاودارو است، افزایش نظارت بر شیوه تولید و نظارت بر اقلام دارویی از راه اجرای استانداردهای پی‌سی‌آر‌اس است.

ifdana.fda.gov.ir

مسؤول اداره اورژانس هوایی سازمان اورژانس کشور

بالگردهای جدید اورژانس هوایی وارد کشور شد

دو فروند از بالگردهای، خریداری‌شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای بهره‌برداری در اورژانس هوایی به‌تازگی وارد کشور شدند. این سرمایه‌گذاری وزارت بهداشت در زمینه فوریت‌های پزشکی هوایی، با هدف دسترسی بهتر مردم به خدمات درمانی انجام شده است.

خدمات اورژانس هوایی با شروع طرح تحول نظام سلامت، در دستور کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور، قرار گرفته است. در راستای دستیابی بهتر مردم به خدمات بهتر اورژانس هوایی به‌ویژه در وضعیت‌های بحرانی و اضطراری، وزارت بهداشت و سازمان اورژانس، اقدام به خرید ۶ فروند بالگرد از یکی از کشورهای اروپایی کرده است.

محمد سرور، مسؤول اداره اورژانس هوایی سازمان اورژانس کشور با اعلام این خبر به خبرنگار صنعت درمان، افزود: «دو فروند از شش فروند بالگرد خریداری‌شده در پایگاه اورژانس هوایی شهر تهران مستقر می‌شوند. چهار بالگرد دیگر نیز پس از ورود به کشور، با بررسی‌هایی که درحال

انجام است، در نقاطی که بیشترین نیاز به خدمات اورژانس هوایی را دارند، مستقر می‌شوند.»

به گفته دکتر سرور این بالگردها برای خدمات اورژانس هوایی طراحی شده‌اند: «بالگردهای خریداری‌شده، بسیار چابک و وزنی پایین دارند. به همین دلیل توانایی پرواز و فرود سریع در هر نقطه‌ای را دارند. هم‌چنین با دارا بودن تجهیزات پیشرفته و مناسب، زمینه ارایه خدمات لازم برای حفظ حیات بیمار را برای کادر پزشکی فراهم می‌کنند.»

او بیان کرد که سیاست سازمان اورژانس کشور، ارایه خدمات استاندارد و بالا در حوزه امداد هوایی است: «تهیه ابزار مناسب مانند بالگردهای اورژانس و گردآوری گروه پزشکی حرفه‌ای از اقداماتی است که در راستای این هدف انجام می‌شود. چرا که حوزه هوایی، یک حوزه تخصصی است و نیاز به دانش بالا و ابزار تخصصی دارد.»

به گفته مسؤول اداره اورژانس هوایی، اکنون ۳۳ فروند بالگرد در پایگاه‌های اورژانس هوایی کشور مشغول به خدمت هستند: «بیشتر این بالگردها، غیرپزشکی هستند که به صورت خرید خدمت در ناوگان اورژانس هوایی کشور به بیماران خدمت‌رسانی می‌کنند. تاکنون ۱۲ هزار مأموریت از سوی این بالگردها انجام‌شده و به ۱۷ هزار بیمار خدمت‌رسانی شده است. با تأمین و به‌کارگیری بالگردهای تخصصی اورژانس هوایی سرعت، کیفیت و دقت خدمات بهداشتی و درمانی افزایش می‌یابد.»

به نقل از منابع هواپیمایی، بالگردهای خریداری‌شده از نوع یوروکاپتر (EC 145) و ساخت کشور آلمان هستند؛ گفته می‌شود این بالگردهای ویژه اورژانس هوایی، را شرکت آوا سلامت مستقیماً از شرکت سازنده خریده است.

صندوق پژوهش و فناوری غیردولتی تجهیزات پزشکی تسهیلات لیزینگ ارایه می‌کند

صندوق پژوهش و فناوری غیردولتی تجهیزات پزشکی آماده ارایه خدمات تسهیلات لیزینگ برای حمایت از تولیدات داخلی دانش‌بنیان است. شرایط استفاده از تسهیلات لیزینگ محصولات دانش‌بنیان شامل نرخ ۹ درصد، دوره تنفس ۶ ماهه و دوره بازپرداخت سه‌ساله می‌شود.

صندوق پژوهش و فناوری غیردولتی تجهیزات پزشکی، از سال ۹۱ فعالیت خود را آغاز کرده است. این صندوق در ادامه خدمات خود به سرمایه‌گذاران حوزه سلامت، کلینیک‌های تخصصی و بیمارستان‌ها اقدام به اعطای خدمات تسهیلات لیزینگ کرده است.

به گفته دکتر حسین سلمانی، مدیرعامل صندوق پژوهش و فناوری غیردولتی تجهیزات پزشکی، این صندوق با مشارکت ۲۰ درصدی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مشارکت ۲۰ درصدی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی و مشارکت ۶۰ درصدی ۱۷ سهامدار خصوصی، از فعال‌ترین و معتبرترین شرکت‌های مهندسی پزشکی و سلامت درکشور بوده است.

او افزود: «این صندوق با به‌کارگیری مشاوران متخصص حوزه پزشکی، موفق به اجرای بیش از ۲۲۰ میلیارد ریال در قالب ۱۳۳ طرح به‌عنوان عاملیت مالی، بیش از ۱۹۷ میلیارد ریال در قالب ۶۱ طرح به‌عنوان عاملیت نظارت و بیش از ۵۱۰ میلیارد ریال در قالب ۶۵ طرح به‌عنوان عاملیت ارزیابی از طریق عاملیت صندوق نوآوری و شکوفایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، صندوق حمایت از صنایع الکترونیک (صحا) و غیره شده است.»

صندوق پژوهش و فناوری غیر دولتی تجهیزات پزشکی

در پی انعقاد قراردادهای بانک‌ها و مؤسسات مالی کشورهای بزرگ اروپایی و آسیایی در ایران؛

بهداشت و درمان یکی از زمینه‌های سرمایه‌گذاری در ایران است

به مرور زمان و برخلاف ابتدای برجام، مؤسسات مالی و بانک‌های بزرگ اروپایی و آسیایی در حال برقراری رابطه بانکی خود با بانک‌های مختلف ایرانی هستند. قراردادهای منعقدشده، در برگیرنده حوزه‌های مختلف است. بهداشت و درمان یکی از این حوزه‌ها برای سرمایه‌گذاری است.

بانک مرکزی ایران و سازمان سرمایه‌گذاری خارجی در سال ۱۳۹۳، مذاکراتی را با «اگزیم بانک» کره جنوبی برای ارایه تسهیلاتی برای ساخت بیمارستان در کشور، انجام داد. پس از آن و در سال ۱۳۹۴ یادداشت تفاهمی درمورد چهارچوب همکاری‌های مالی میان دو کشور منعقد و ۵ میلیارد دلار برای همکاری در زمینه بهداشت و ساخت بیمارستان در متن یادداشت تفاهم، خارج از تحریم‌های موجود، امضا شد. به دنبال رفع تحریم‌های ناعادلانه و با مذاکراتی که از سوی سازمان سرمایه‌گذاری و بانک مرکزی انجام شد و هم‌چنین امکان استفاده از این تسهیلات برای بخش‌های دیگر کشور از جمله حوزه راه، نیروگاه‌ها، و غیره رقم اعتبار از ۵ میلیارد یورو به بیش از ۸ میلیارد یورو افزایش یافت.

پس از پیگیری‌ها، در بهمن ماه سال ۱۳۹۴، پیش‌نویس متن موافقت‌نامه مالی و ضمانت‌نامه از «اگزیم بانک» کره دریافت شد. پس از بررسی از سوی بانک مرکزی و بانک‌های عامل کشور و سازمان سرمایه‌گذاری و برگزاری ده‌ها جلسه در این سازمان و بانک مرکزی، متن‌های قرارداد وام و ضمانت‌نامه در میانه تیرماه امسال آماده امضا نهایی، پس از تشریفات قانونی شد.

در نهایت قرارداد بزرگ‌ترین وام خارجی پسابرجام با حضور محمد خزاعی معاون وزیر اقتصاد و رییس سازمان سرمایه‌گذاری و کمک‌های اقتصادی و فنی کشور و آقای چونگ مدیر «اگزیم بانک» کره جنوبی به ارزش تقریبی بیش از ۸ میلیارد یورو در روز دوم شهریور ماه در سئول به امضا رسید. محمد خزاعی، در ابتدای مراسم امضای قرارداد خط اعتباری بیش از ۸ میلیارد یورویی با «اگزیم بانک» کره، به پیشینه خوب روابط و همکاری میان دو کشور و این‌که اقتصاد کره یازدهمین اقتصاد بزرگ جهان است، اشاره کرد. او امضا و اجرایی‌شدن این خط اعتباری را گامی مهم در گسترش روابط میان دو کشور دانست و گفت: «بخش‌های دولتی و خصوصی ایران می‌توانند در چارچوب مقررات موجود از این وام استفاده کنند. ۱۲بانک ایرانی، به‌عنوان بانک‌های عامل و طرف قرداد استفاده از این وام خواهند بود.»

طرح‌های متعددی به‌ویژه در حوزه بهداشت و درمان، حمل‌ونقل و انرژی پیش از این مورد مذاکره قرار گرفتند و آماده معرفی به طرف کره‌ای هستند. پس از امضای قرارداد وام از سوی ساختار بانکی کشور و دریافت مصوبه دولت برای تضمین آن، وزارت امور اقتصادی و دارایی برای صدور ضمانت‌نامه وام اقدام خواهد کرد.

سرمایه‌گذاری اوبر بانک اتریش، در بخش‌هایی چون بهداشت و درمان ایران

فرانتز گازلزبرگر رییس «اوبربانک» اتریش، با بیان این‌که علاقه زیادی به تجارت با ایران وجود دارد، ابراز کرده است که دستیابی به چارچوب قراردادهای پشتیبانی مالی از طرح‌های صنعتی در ایران، برای اقتصاد ملی اتریش مناسب است. رییس اوبربانک اتریش با اشاره به گفت‌وگوهای یک‌سال‌ونیم گذشته با ایران تأکید کرده است که ۹۹درصد خطرپذیری پشتیبانی مالی طرح‌ها در ایران از سوی نظارت بانک، ضمانت می‌شود. به طوری‌که می‌توان پشتیبانی مالی از طرح‌ها و قراردادها را به جایی رساند که مؤسسات مالی دیگری نیز در این مسیر همراه شوند.

تا اکتبر امسال، نمایندگان بانک ایرانی طرف گفت‌وگو با اوبربانک، قرارداد نهایی را در شهر لینز اتریش امضا خواهند کرد. گازلزبرگر گفت‌وگوها با طرف ایرانی را با توجه به فضای ذهنی متفاوت دو طرف، آسان نمی‌داند اما از امنیت حقوقی بسیار بالا و پایبندی ایران به وعده‌های خود به‌عنوان مزیت کار سخن گفت. او سرمایه‌گذاری و پشتیبانی مالی را مربوط به بخش‌های بهداشت و درمان، صنایع زیرساختی، بافت‌های فرسوده و انرژی‌های خورشیدی عنوان کرد.

سرمایه‌گذاری ۱۰ میلیارد دلاری چینی‌ها در ایران

موافقت‌نامه قرارداد ۱۰ میلیارد دلاری خط اعتباری ایران با «سیتیک تراست» چین، بیست‌وسوم شهریورماه، با حضور «ولی‌الله سیف» رییس کل بانک مرکزی، علی‌اصغر خاجی سفیر ایران در پکن، محمد خزاعی رییس سازمان سرمایه‌گذاری و مدیران «سیتیک تراست» در پکن امضا شد. در این نشست، موافقت‌نامه قرارداد ۱۰ میلیارد دلاری خط اعتباری«سیتیک تراست» چین با بانک‌های رفاه‌کارگران، صنعت‌ومعدن، پارسیان، پاسارگاد و توسعه صادرات امضا شد. قرار است سرمایه‌گذاری ۱۰ میلیارد دلاری چینی‌ها در ایران در حوزه‌های بهداشت و درمان، مدیریت منابع آبی، انرژی، محیط‌زیست و حمل‌ونقل انجام شود.

www.irna.ir

فرم اشتراک ماهنامه صنعت درمان

چنانچه خواستار اشتراک ماهنامه «صنعت درمان» هستید، پس از واریز هزینه اشتراک و هزینه پست مورد نظر خود به حساب شماره ۳۱۳۶۰۰۹۰/۰۱ بانک ملت، نزد شعبه استاد نجات‌اللهی شمالی، کد ۶۳۰۳۲، برگه واریز را همراه برگه درخواست اشتراک به نشانی ماهنامه بفرستید یا به شماره ۸۸۷۵۶۴۴۲ نمابر کنید.

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

اشتراک ۶ ماهه		اشتراک ۱۲ ماهه	
هزینه مجله بدون تخفیف	هزینه مجله با تخفیف ۲۵٪	هزینه مجله بدون تخفیف	هزینه مجله با تخفیف ۳۰٪
۶۰۰/۰۰۰ ریال	۴۵۰/۰۰۰ ریال	۱/۲۰۰/۰۰۰ ریال	۸۴۰/۰۰۰ ریال
هزینه پست پیشتاز تهران	هزینه پست پیشتاز شهرستان	هزینه پست پیشتاز تهران	هزینه پست پیشتاز شهرستان
۳۳۰/۰۰۰ ریال	۴۵۰/۰۰۰ ریال	۶۶۰/۰۰۰ ریال	۹۰۰/۰۰۰ ریال
هزینه پست عادی تهران	هزینه پست عادی شهرستان	هزینه پست عادی تهران	هزینه پست عادی شهرستان
۶۰/۰۰۰ ریال	۷۰/۰۰۰ ریال	۱۲۰/۰۰۰ ریال	۱۴۰/۰۰۰ ریال
شماره حساب ماهنامه ۳۱۳۶۰۰۹۰/۰۱ بانک ملت / نزد شعبه استاد نجات اللهی شمالی، کد ۶۳۰۳۲			

فرم درخواست اشتراک

صنعت درمان

نام: | نام خانوادگی: | تلفن:

سال تولد: | شماره ملی: | تلفن همراه:

تحصیلات: | رشته تحصیلی: | نمابر:

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

اشتراک: ۶ ماهه ☐ ۱۲ ماهه ☐

پست: پیشتاز ☐ عادی ☐

نشانی: استان / شهر / خیابان / کوچه / شماره / واحد / کدپستی

....

....

....

....

....

اخبار جهان

هیتاچی و ام‌دی اندرسون به مقایسه پروتون‌درمانی و پرتودرمانی پرداخته‌اند
بازآفرینی نخستین تصویر سه‌بعدی از ساختار انتقال قلب
روش نوین برای حذف عوارض کشنده عمل‌های قلب در بیمارانی با مشکل دریچه آئورت
یک سوزن در انبار کاه: جستجوی اطلاعات درست از راه درست
پژوهشی نوین، ٤ راه‌حل برای کم کردن ازدحام در بخش اورژانس ارایه داده است
سرمایه‌داری ٤٠ میلیون دلاری مدترونیک در رباتیک‌مازور
تغییرات سریع در بخش اشعه ایکس

هیتاچی و ام‌دی اندرسون به مقایسه پروتون‌درمانی و پرتودرمانی پرداخته‌اند

سمیه رمضان‌نیا

انجمن مراقبت بهداشتی هیتاچی امریکا با همکاری مرکز سرطان امدی اندرسون دانشگاه تگزاس، یک آزمایش بالینی برای مقایسه نتایج و عوارض جانبی پرتودرمانی پروتونی آی‌ام‌پی‌تی (IMPT) و پرتودرمانی در درمان سرطان حلق و گلو انجام دادند. ده مرکز دیگر هم در ادامه این پژوهش مشارکت خواهند داشت که از سوی دکتر فرانک استیون و نماینده رییس آنکولوژی و پرتوافشانی و رییس بخش پروتون‌تراپی در امدی اندرسون هدایت خواهند شد.

فرانک می گوید: «این آزمایش بالینی و حمایت‌هایی که دریافت کرده‌ایم ما را خیلی تشویق کرده است. ما ۷۵۰۰ بیمار را درمان کرده‌ایم و ۲۰۰۰ نفر از آن‌ها در طول این آزمایش طولانی مدت توسط آی‌ام‌پی‌تی (IMPT) درمان شده‌اند و امسال یازدهمین سالگرد درمان بیماران با پروتون‌درمانی را جشن می‌گیریم. ما مطمئن هستیم که به کمک هم می‌توانیم مزیت‌های بیشتر پروتون‌درمانی را نشان دهیم.»

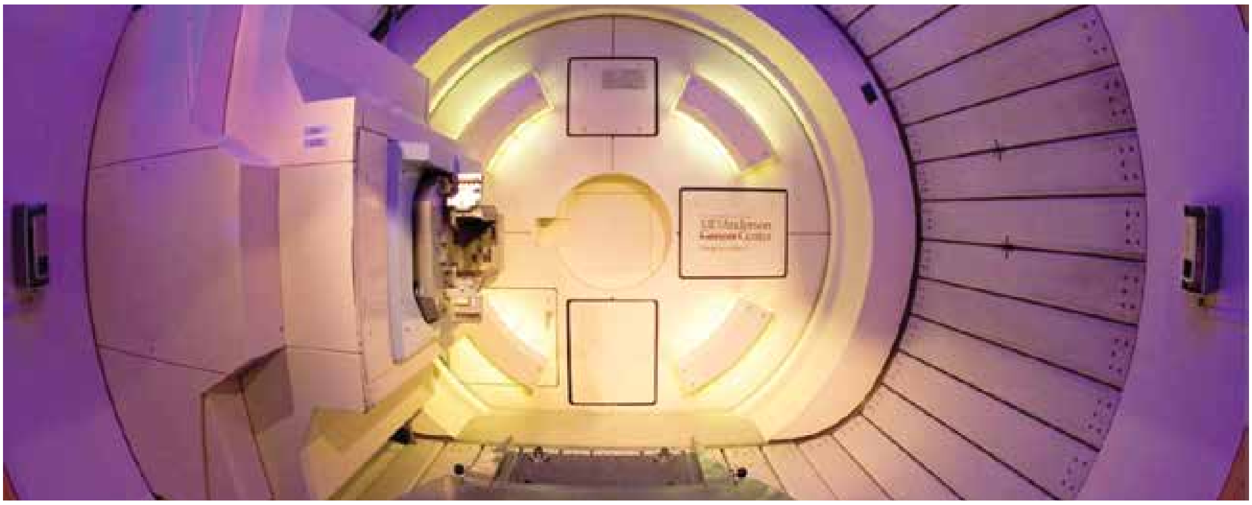
بر اساس گفته این افراد، انجام چنین آزمایشی در درمان‌شناسی رایج‌تر است تا در پرتوافشانی و سرطان‌شناسی. نتایج این پژوهش به شرکت هیتاچی کمک می‌کند که پیشرفت‌های بیشتری در پروتون‌درمانی داشته باشد؛ یکی از مهم‌ترین پیشرفت‌های تجارت اجتماعی جدید هیتاچی، راه‌های تشخیص و درمان و فناوری اطلاعات است. این تلاش‌ها شامل دستگاه‌های ام‌آرآی (MRI)، فراصوت و دستگاه‌های ویژه درمان پرتوی سرطان و دستگاه‌های بهره‌برداری آی‌تی (IT) است.

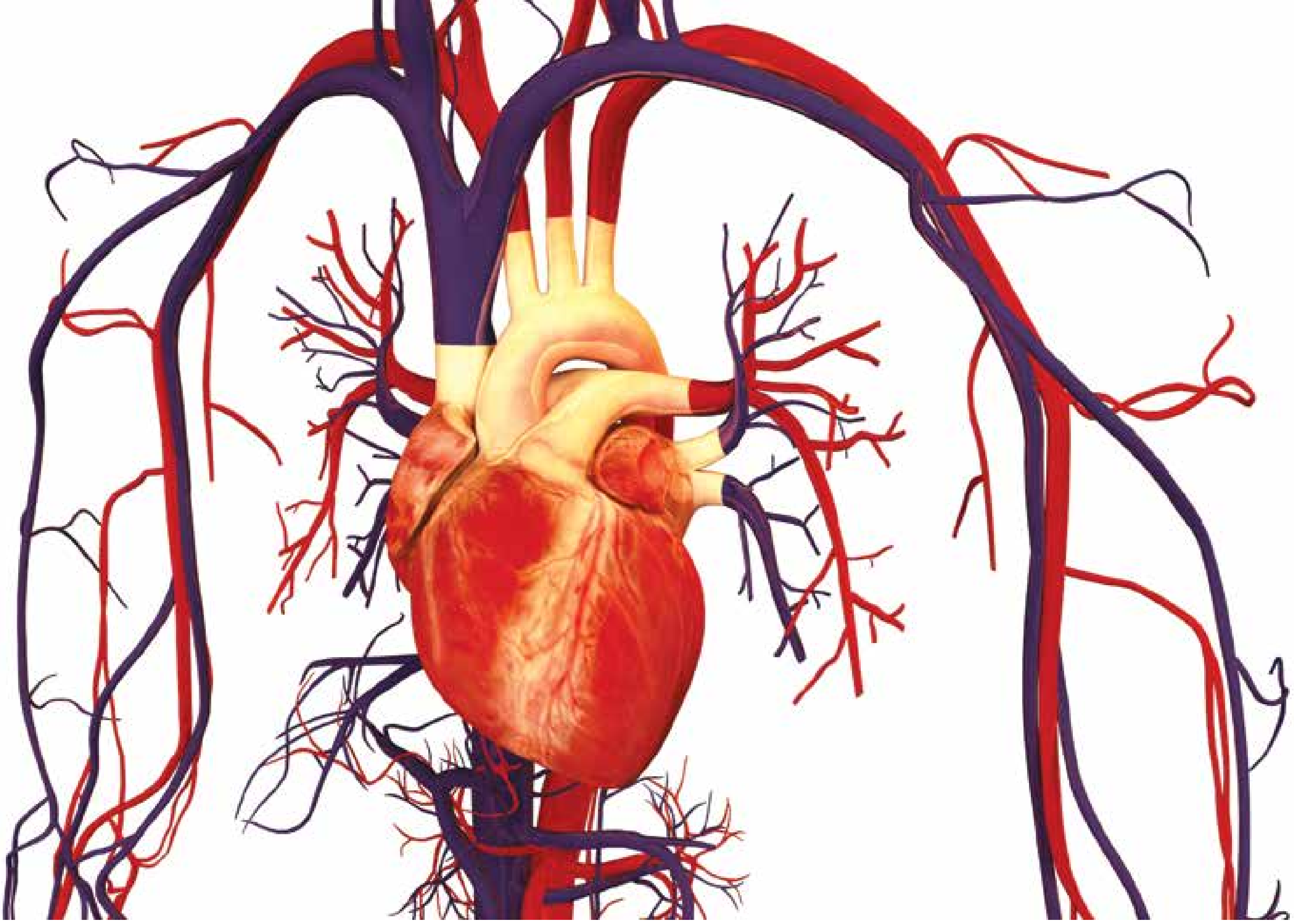
واسایا واتاناب، نایب‌رییس و مدیر اجرایی، سی‌ای‌اُ (CEO) بخش تجاری مراقبت بهداشتی هیتاچی می‌گوید: «بیش از ۱۵ سال مشارکت هیتاچی و ام‌دی اندرسون به هیتاچی کمک کرده که در دستگاه‌های پروتون‌درمانی پیشرو شود.»

هیتاچی، در ماه ژانویه، فعالیت اقتصادی آمریکایی‌محور خود را به یک بخش جدید به نام شرکت امریکایی مراقبت بهداشتی هیتاچی تبدیل کرد.

یاسوهیکو تانیگوچی، نایب‌رییس ارشد و مدیر بخش سلامت هیتاچی آمریکا می‌گوید: «ما همان‌طور که وضعیت رقابتی و رشد خود در آینده را بالا می‌بریم، روی آینده درازمدت تعهدات مراقبت بهداشتی هیتاچی در آمریکا تمرکز کرده‌ایم و اقدامات راهبردی و دقیقی برای بهبود عملکرد کلی شرکت انجام داده‌ایم.»

مراقبت بهداشتی یکی از چهار تلاش اصلی تجارت اجتماعی جدید هیتاچی است. دونالد برومفیلد، رییس و سی‌ای‌اُ(CEO)، دستگاه‌های درمانی هیتاچی آمریکا می‌گوید: «یکپارچه کردن عملکردهای تصویربرداری درمانی به ما اجازه می‌دهد که طراحی و روند روبه‌رشد فناوری مراقبت بهداشتی مقرون‌به‌صرفه و خدمات و محصولات ارایه‌شده را تسریع کنیم.»





بازآفرینی نخستین تصویر سه‌بعدی از ساختار انتقال قلب

جراحان قلب به‌زودی ابزار جدیدی خواهند داشت که به آن‌ها کمک می‌کند در زمان جراحی قلب به بافت قلب آسیب نرسانند.

دانشمندان دانشگاه جان مورس لیورپول، دانشگاه منچستر، دانشگاه آرهوس و دانشگاه نیوکاسل با استفاده از محاسبه دقیق از طریق بالابردن تقابل (کنتراست) و پرتونگاری مقطعی، نخستین تصویر سه‌بعدی از ساختار انتقال قلب بز را آفریدند و نتایج به‌دست‌آمده را در مقاله‌ای که در گزارش‌های علمی چاپ شد اعلام کردند. نویسندگان این مقاله معتقدند که تصویرشان از این ساختار در مقایسه با تصویربرداری دو بعدی رایانه‌ای و تصاویر کتابی دقیق‌تر است و می‌تواند هنگام عمل جراحی قلب، به‌عنوان راهنمای جراحان عمل کند تا مانع آسیب‌رساندن اتفاقی آن‌ها به بافت قلب شود. دکترهالینا دروبرزینسکی، استاد ارشد زیست‌شناسی قلبی در دانشگاه منچستر و یکی از نویسندگان این مقاله به بخش خبر اچ‌سی‌بی (HCB) گفت: «بخش زیادی از این ساختار حساس در عضله قلب پنهان شده که در هنگام جراحی‌های قلب قابل دیدن نیست، برای نمونه ممکن است در جراحی تعویض دریچه آئورت، عضله قلب آسیب ببیند. بنابراین، امیدواریم که مدل ما بتواند به پزشکان قلب کمک کند که بهتر مکان اجزا مختلف این ساختار الکتریکی را در قلب تشخیص دهند، به‌ویژه به این دلیل که ما اطلاعات را به صورت ویدیو سه‌بعدی نشان می‌دهیم.»

فناوری میکروسی‌تی (microCT) پیشتر برای نشان‌دادن تصاویر دیگر اندام‌ها، از جمله شش‌ها، کبد و کلیه به‌کار رفته است. این تصاویر به‌عنوان راهنمایی برای درمان بیماری‌های مختلف عمل می‌کنند، از جمله تصلب شش‌ها، سنگ کلیه یا تحلیل رگ‌های کبد در اندام‌هایی که در هنگام پیوند زدن برداشته شده‌اند.

دراِبرزینسکی می‌گوید: «پزشکان با استفاده از تصویر ساختار هدایت قلب می‌توانند برای پیداکردن و درمان نامنظمی ضربان قلب و دیگر شرایط قلب بهتر هدایت شوند. روش نمایش سه‌بعدی می‌تواند به بررسی‌های کالبدشکافی بعد از مرگ در مشکلات مادرزادی قلبی، مشخص‌کردن نواحی آسیب‌دیده بعد از حملات قلبی، نشان‌دادن تغییرات در ساختار قلب در بیماری‌هایی مانند بزرگ شدن قلب به‌دلیل فشارخون بالا یا کوچک‌شدن دریچه قلب کمک کند.»

بخش زیادی از این ساختار حساس در عضله قلب پنهان شده که در هنگام جراحی‌های قلب قابل دیدن نیست، برای نمونه ممکن است در جراحی تعویض دریچه آئورت، عضله قلب آسیب ببیند

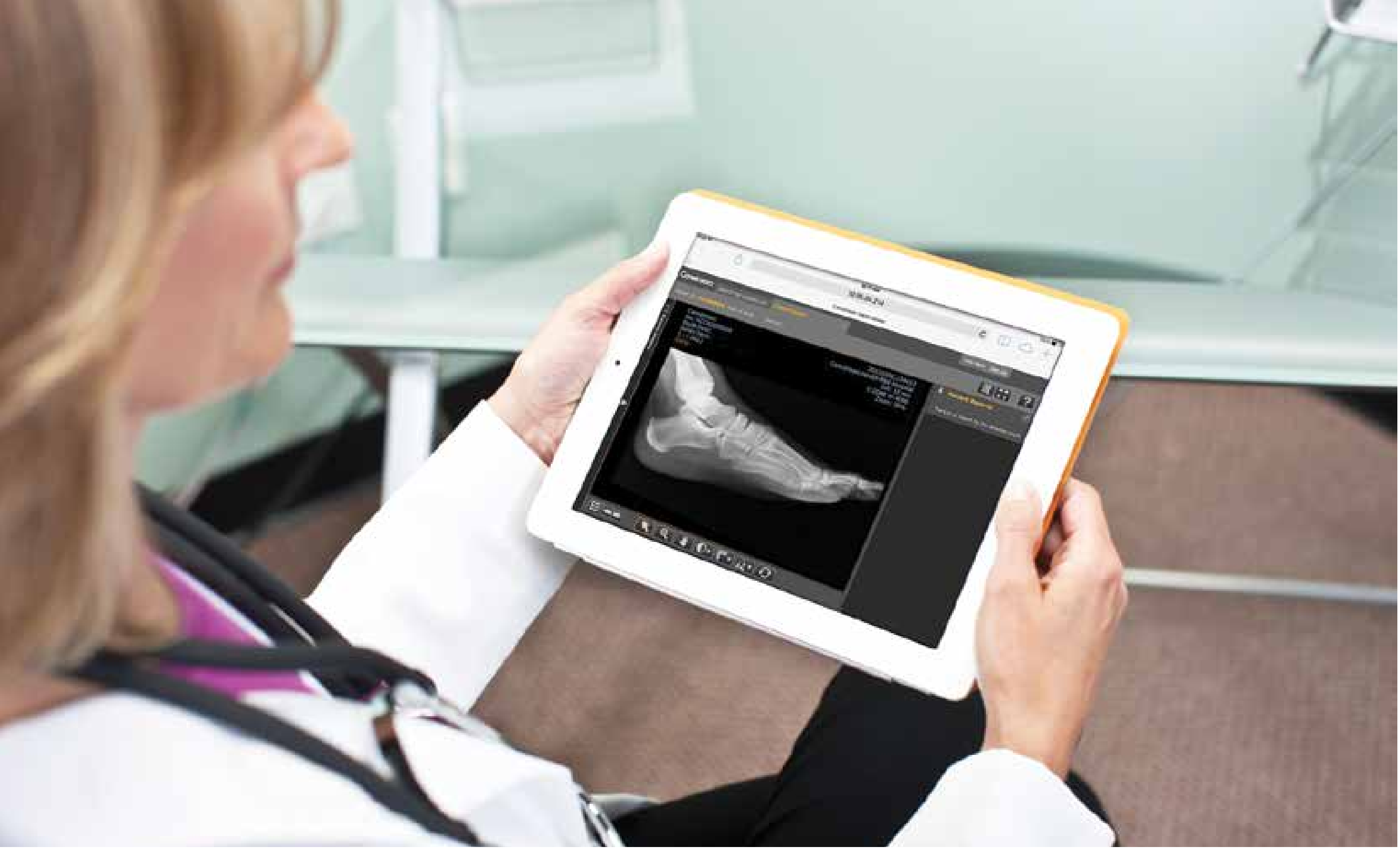
به گفته درابرزینسکی، فناوری تصویربرداری سه‌بعدی نیازمند تحقیق بیشتر است اما می‌تواند بیشتر برای بازآفرینی راهنماهای قوی‌تر برای فهم بهتر کارکرد درونی قلب به کار رود: «اکنون برای گفتن این‌که آیا این فناوری به ابزار استانداردی برای هدایت پزشکان و جراحان قلب در آینده تبدیل خواهد شد یا نه، زود است اما به‌طور قطع یک ابزار آموزشی برای تصویرسازی جزییات آناتومی پیچیده قلب خواهد بود و بدین ترتیب، باعث فهم بهتر کارکرد طبیعی ساختار انتقال قلب و بیماری‌های مربوط به ضربان نامنظم قلب خواهد شد.»

روش نوین برای حذف عوارض کشنده عمل‌های قلب در بیمارانی با مشکل دریچه آئورت

پزشکان بیمارستان هنری فورد، دانشگاه واشنگتون و موسسه ملی سلامت ان‌آی‌اچ (NIH) یک پارگی عمدی حلزونی شکل مصنوعی آئورتی ایجاد کرده‌اند تا از انسداد رگ‌های اکلیلی قلب که به‌دست پزشک ایجاد می‌شود (BASILICA) جلوگیری کنند و از آن به‌عنوان ابزار فرعی برای کمک به عمل تعویض دریچه آئورت بدون برداشتن دریچه قلبی تی‌اِی‌وی‌آر (TAVR) استفاده کنند.

دکتر آدام گرین بام، متخصص قلب و رییس بخش قلب بیمارستان هنری فورد در دیترویت که به پیشرفت این روش کمک کرده است به بخش خبر اچ‌سی‌بی (HCB) گفت: «تعداد کمی از بیماران هستند که از عمل جایگزینی دریچه آئورت با کاتتر (TAVR) بهره‌مند هستند اما در خطر انسداد رگ‌های اکلیلی هستند. در این موارد، روش نوین باسیلیکا به ما اجازه می‌دهد که عمل جایگزینی دریچه آئورت با کاتتر را ادامه دهیم و امنیت آن را تامین کنیم.»

عمل جایگزینی دریچه آئورت با کاتتر شامل قراردادن یک میله در قلب و استفاده از یک بالن برای بازکردن دریچه جدید در داخل دریچه آئورت است. بیمارانی که آناتومی قلبشان شکل خاصی دارد، در صورتی که لایه دریچه اصلی در هنگام باز شدن دریچه جدید، جریان خون را به سمت رگ‌های اکلیلی قلب مسدود کند، در معرض آسیب جدی یا حتی مرگ قرار می‌گیرند. روش نوین باسیلیکا از این عوارض جلوگیری می‌کند. بدین صورت که متخصص قلب، لایه آئورتی اصلی را با استفاده از یک سیم راهنمای شرایین اکلیلی که به آن جراحی الکتریکی فرامیله‌ای (قرار دادن دریچه آئورت بدون برداشتن دریچه قبلی) گفته می‌شود، برش می‌دهد. اندازه این سیم به اندازه یک سوزن خیاطی است و از طریق یک میله جا داده می‌شود. سپس جریان برق وارد آن می‌شود و برای برش‌زدن لایه مورد استفاده قرار می‌گیرد و اجازه نمی‌دهد که لبه در هنگام قراردادن دریچه جدید مانع جریان خون در قلب شود. دو مورد استفاده از این روش در ماه جولای در دانشگاه واشنگتن در سیاتل انجام شد. بعد از آن، دو مورد دیگر در بیمارستان هنری‌فوردو دو مورد در دانشگاه اموری انجام شد. استفاده از روش باسیلیکا نیم ساعت(به زمان جراحی) روش استاندارد عمل جایگزینی دریچه آئورت با کاتتر افزوده است. با این حال گرین بام می‌گوید که این روش امنیت بیمار بالا می‌رود و در صورتی که کاشت دریچه مصنوعی آئورت جواب ندهد می‌تواند یک راه‌حل عملی باشد: «بانگاهی به آینده، یعنی ۱۰-۱۵ سال بعد، اگر صدها عمل جایگزینی دریچه آئورت با کاتتر از هزاران عمل که در بیماران جوان انجام شده جواب ندهد (هم‌چنان که می‌دانیم گاهی کاشت‌های جراحی جواب نمی‌دهند)، این مسأله به مشکل بزرگی تبدیل خواهد شد. بنابراین اکنون ما می‌دانیم که با استفاده از روش با سیلیکا راه‌حل این مشکل را داریم. این روش از سوی دکتر جعفرخان و دکتر رابرت لدرمن از ان‌آی‌اچ (NIH) اختراع شده است. اصلاح‌شده روش آن‌ها این است: «پارگی لایه جلویی دریچه میترال برای جلوگیری از انسداد مسیر جریان خون (LAMPOON)، که برای ایجاد برش‌هایی در لایه دریچه میترال به‌کار برده می‌شود و در ماه می سال ۲۰۱۶ برای نخستین‌بار استفاده شد. پزشکانی که می‌خواهند روش باسیلیکا را انجام بدهند باید توانایی انجام جراحی الکتریکی فرامیله‌ایی را داشته باشند.»



یک سوزن در انبار کاه: جستجوی اطلاعات درست از راه درست

سازمان‌های درمانی و سلامت دو راه‌حل با استفاده از تصویربرداری اولیه دارند، ای‌ام‌آر (EMR) و پکس (PACS) و می‌دانیم که وصل کردن این دو، بخش مهمی از یک راه‌حل تصویربرداری است.

از نظر یک متخصص آی‌تی (IT)، همه تصویربرداری‌ها باید در حوزه یکی از این دو راه‌حل قرار بگیرد. اما برای رادیولوژیست‌ها که از پکس به‌عنوان سامانه اولیه‌شان استفاده می‌کنند، پیدا کردن اطلاعات از طریق ای‌ام‌آر (EMR)، روندی ناآشنا است و استخراج اطلاعات بالینی مربوطه از این طریق سخت و زمان‌بر است. به نظر آن‌ها این کار مانند پیدا کردن سوزن در انبار کاه است.

پیشتر، در محیط‌های دانشگاهی، روند معمول به این صورت بود که شخصی اطلاعات مربوطه را جمع، طبقه‌بندی و خلاصه می‌کرد و در اختیار رادیولوژیست قرار می‌داد تا او بر اساس آن‌ها تشخیص دهد. پیشرفت فناوری همه این اطلاعات بالینی را در اختیار ما قرار می‌دهد اما پیداکردن و ترکیب آن‌ها همیشه کار راحتی نیست. در صورتی که نتوانیم همه این اطلاعات را با هم استخراج کنیم، قادر به استفاده از آن‌ها نخواهیم بود. فرم‌های زیادی که شامل مدارک بالینی است در اختیار رادیولوژیستی که مشغول تفسیر یک موضوع است قرار می‌گیرد. گاهی اوقات دانستن این‌که چرا یک تصویربرداری تجویز شده یا دیدن یادداشت‌های یک متخصص دیگر می‌تواند به تفسیر اطلاعات موجود در خود تصاویر کمک کند. مسأله مهم این است که این یادداشت‌ها در ای‌ام‌آر ذخیره شده‌اند. به همین دلیل وصل کردن این دو سامانه مهم است. مشکل به دلایل زیادی به وجود می‌آید. گاهی اوقات، به دلایل امنیتی؛ پکس، یک سامانه مجزا است. در سازمان‌ها و مراکز درمانی بزرگ، ممکن است چندین پکس یا مواردی از ای‌ام‌آر باشد. بیشتر، اگر یک رادیولوژیست بخواهد وارد سامانه ای‌ام‌آر شود، باید این کار را از یک رایانه جدا و با یک ورود (login) متفاوت انجام دهد. دو مرحله اضافه دیگر هم هست. بعد از آن، رایولوژیست ناچار است که اطلاعات ثبت‌شده بیمار را پیدا کند و فایل‌ها و پوشه‌های متفاوتی را برای پیداکردن اطلاعات بیمار مربوطه ببیند. در تعدادی از سامانه‌ها، پیدا کردن اطلاعات شامل مراحل زیاد و جستجوهای متفاوت است. حتی اگر انجام ای‌ام‌آر راحت باشد، مستلزم این است که رادیولوژیست، سامانه اولیه خود-یعنی پکس را رها کند و به حوزه دیگری که کمتر با آن آشنایی دارد و زمان بیشتری می برد، برود.

مراقبت ارزش‌محور، سعی دارد که رادیولوژی را از حالت سودمحور به درآمدمحور تبدیل کند. از رادیولوژیست‌ها انتظار می‌رود که تعداد زیادی مدارک را در زمان کم و با کیفیت بالا مطالعه کنند. آن‌ها برای رسیدن به این استانداردها باید مدارک بالینی را داشته باشند که این کار فقط با وصل کردن آن‌ها به ای‌ام‌آر ممکن است. ما می‌دانیم که دسترسی رادیولوژیست‌ها به اطلاعات بالینی در ای‌ام‌آر مهم است. هرچه اطلاعاتی که شما دارید هوشمندانه‌تر ترکیب شده باشند، تفسیرتان بهتر خواهد بود. رادیولوژیست‌ها می‌خواهند برداشت‌ها و توصیه‌های مفیدی داشته باشند و این کار زمانی امکان‌پذیر است که تصاویر را با پیشینه مربوطه‌شان بررسی کنند. تمام اطلاعات بالینی موجود در پاتولوژی، گزارش‌های آزمایشگاهی و پیشینه جراحی می‌تواند شیوه تفسیر یک موضوع را تحت تاثیر قرار دهد. نه‌تنها این‌ها، بلکه هر اطلاعات اضافی می‌تواند به رادیولوژیست‌ها اطمینان بیشتری برای تشخیص بدهد یا به آن‌ها کمک کند که پیشنهاد دیگری برای انجام تصویربرداری بعدی بدهند. این مسأله کمک می‌کند که با استفاده از اطلاعات ساده به برداشت درست برسیم که تاثیر زیادی در مراقبت از بیماران خواهند داشت.

پژوهشی نوین، ۴ راه‌حل برای کم‌کردن ازدحام در بخش اورژانس ارایه داده است

مدتی است که ازدحام در بخش اورژانس تبدیل به یک معضل شده است. اما پژوهشی که از سوی تیمی از دانشگاه علوم سلامت اورگان انجام شده، راه‌حل این مسأله را پیدا کرده است. این پژوهش نوین که در سالنامه اورژانس پزشکی چاپ شده، ۴ راه‌حل پیدا کرده که می‌تواند ازدحام را کم کند.

دکتر بنیامین سان، نویسنده و استاد دانشگاه به بخش خبر اچ‌سی‌بی (HCB) گفته است: «شلوغی و ازدحام در بخش اورژانس به صورت عمومی اعلام شده است و این مسأله فشار روی بیمارستان‌ها را برای حل این مسأله افزون کرده است. آنچه روشن است این است که ازدحام در بخش اورژانس خطرناک است و به رسیدگی ضعیف به بیماران ختم می‌شود.» برای نمونه، این مسأله به تاخیر در رساندن داروی مسکن به بیمارانی که دچار شکستگی استخوان هستند یا آنتی‌بیوتیک به بیمارانی که ذات‌الریه دارند خواهد انجامید.»

این تیم تحقیقاتی، ۲۶۱۹ بیمارستان ایالات متحده را بر اساس مدت زمان منتظر شدن بیمار پذیرفته شده برای پیدا کردن تخت را به سه گروه ضعیف، قوی، و خیلی قوی تقسیم کرده‌اند. این اطلاعات بر اساس آمارهایی است که به سی‌ام‌اس (CMS) رسیده است. آن‌ها از هر طبقه‌بندی، چهار بیمارستان را برای نمونه انتخاب کرده، سپس با تعداد زیادی از افراد حاضر در آنجا مصاحبه کردند. این افراد شامل ۶۰ نفر در ۱۲ بیمارستان بودند و شغل آن‌ها پرستار، رییس اورژانس، مدیر خدمات بیماران بستری، رییس بخش پزشکی و دیگر نقش‌های اجرایی بود. چهار راهبرد موثری که آن‌ها پیدا کردند شامل مشارکت مدیراجرایی، هماهنگی زیاد بیمارستان، مدیریت بر اساس اطلاعات و پیشگیری عملی است.

مدیران اجرایی در بیمارستان‌هایی که عملکرد قوی دارند، نشان دادند که شلوغی بیمارستان اولویت اول آن‌هاست و اهداف و منابع روشنی برای رسیدن به آن داشتند. در مقابل، مدیران اجرایی در بیمارستان‌های ضعیف این اولویت را نداشتند و به این موضوع اعتراف می‌کردند.

بیمارستان‌هایی که عملکرد عالی داشتند یک ساختار یک‌پارچه برای کم‌کردن ازدحام در بخش‌ها داشتند، اما بیمارستان‌هایی که عملکرد ضعیف داشتند در انبارها (سیلوها) کار می‌کردند. آن‌ها هم‌چنین از اطلاعات استفاده می‌کردند تا بازخورد آنی به کارکنان بدهند و الگوهای پرشدن اورژانس و

بیمارستان را پیش‌بینی کنند.
نویسندگان این پژوهش می‌گویند: «در مقابل، در بیمارستان‌هایی با عملکرد ضعیف، که بیشتر اطلاعات گذشته در دسترس است و اگر از اطلاعات استفاده شده باشد، مدیر اجرایی در جلسات ماهیانه یا سه ماه یک‌بار به آن اشاره می‌کند.»
در بیمارستان‌های با عملکرد عالی، کارکنان پاسخگو بودند و برای جلوگیری از ازدحام، فورا به مسایل رسیدگی می‌کردند. برای نمونه، اگر بیماران حاضر در اورژانس بیشتر از اندازه مجاز منتظر می‌ماندند، رییس بخش پزشکی به طبقات اورژانس می‌رفت تا نمودارها را بررسی و مشکل را حل کند.
سان می‌گوید: «ازدحام در اورژانس نشان‌دهنده فرصت‌های بالقوه‌ای برای بهبود کارایی موثر بیمارستان است.»

سرمایه‌داری ۴۰ میلیون دلاری مدترونیک در رباتیک مازور

شرکت رباتیک مازور به‌تازگی وارد مرحله بعدی شراکت خود با مدترونیک شده است. این دو شرکت با رسیدن به فروش ویژه و بازاریابی خوب، به نتیجه مطلوب خود در مرحله اول برنامه اصلی‌شان رسیده‌اند. پذیرش در بازار جهانی و تقاضا برای دستگاه ایکس مازور هم بالاتر از اندازه انتظار بوده است. در نتیجه، توافقات موجود میان دو شرکت اصلاح و بهتر شده است. این توافقات شامل تغییر روابط تجاری است که در آن مدترونیک حقوق توزیع انحصاری و جهانی دستگاه ایکس مازور را در اختیار می‌گیرد و ۴۰ میلیون دلار در مازور سرمایه‌گذاری می‌کند.

در مرحله بعدی، مدترونیک حداقل فروش سالانه برای فروش دستگاه‌های ایکس مازور را با هدف فروش صدها دستگاه در یک بازه زمانی چهارسال و نیمه اجرا خواهد کرد. انتظار می‌رود که حدود ۳۰ نفر از اعضا فروش مازور به مدترونیک بپیوندند.

این دو شرکت هم‌چنین با هم همکاری خواهند کرد که محصولات مربوط به ستون فقرات را به بازار عرضه کنند که مهارت مازور در برنامه‌ریزی برای جراحی و دستگاه‌های جراحی دقیق را با دستگاه‌های ایمپلنت و قابلیت‌های برنامه‌ریزی مدترانیک ترکیب می‌کند. پیش‌بینی می‌شود که نخستین محصولات این دو شرکت در چند ماه آینده ارایه شوند.

شراکت راهبردی این دو به فروش ۵۹ دستگاه ایکس مازور از ماه اکتبر انجامیده است. انتظار می‌رود که حداقل فروش سالانه‌ای که توافق شده، درآمد مالی مازور را در چند سال آینده به‌طور قابل توجهی بالا ببرد.

مازور به تولید و مدیریت درآمدهای دستگاه‌های ایکس مازور، کیت‌های یک‌بار مصرف و هزینه خدمات ادامه می‌دهد. شرکت مازور پولی بابت همکاری دریافت می‌کند که مربوط به ادغام ایمپلنت‌های مدترونیک و پایه نصب‌شده آن است. هم‌چنین این شرکت به توسعه و فروش مستقل سامانه راهنمای جراحی جهانی خود ادامه می‌دهد.

انتظار می‌رود که تغییر از فروش مستقیم به مدل همکاری راهبردی، به کاهش فوری هزینه‌های بهره‌برداری سالانه مازور تا حدود ۱۳ میلیون دلار بینجامد. هزینه‌های بهره‌برداری ۱۲ ماهه برای این شرکت ۵۲/۷ میلیون دلار است. پیشرفت از طریق سرمایه‌گذاری باعث تقویت تعادل مازور می‌شود و منابعی را که این شرکت برای ادامه‌دادن کار با مدترونیک برای توسعه محصولات جدید مربوط به ستون‌فقرات و یافتن راه‌حل‌هایی برای دیگر بازارهای بالقوه لازم دارد، تامین می‌کند.

شراکت راهبردی این دو به فروش ۵۹ دستگاه ایکس مازور از ماه اکتبر انجامیده است. انتظار می‌رود که حداقل فروش سالانه‌ای که توافق شده، درآمد مالی مازور را در چند سال آینده به‌طور قابل توجهی بالا ببرد

تغییرات سریع در بخش اشعه ایکس

با تغییر مکان شرکت دانلی به آلمان ، شرکت تصویربرداری وارکس از حوزه دستگاه‌های پزشکی واریان خارج شد و شرکت مراقبت بهداشتی ریچاردسون وارد فضای تولید شد. به نظر می‌رسد که بخش تونل اشعه ایکس به‌تازگی وارد یک رقابت شدید شده است. دانلی، شرکت اشعهٔ ایکس و اجزا سی‌تی که فیلیپس آن را در سال ۲۰۰۱ خریده بود، در ماه ژوئن اعلام کرد که ژنراتورها، تونل‌ها و امکانات سازه‌ای (GTC) خود را در آئورورا تعطیل خواهد کرد و تشکیلات به یک محل متعلق به فیلیپس درهامبورگ آلمان منتقل خواهد شد که نقش بازار اُای‌ام (OEM) برای محصولات بخش ایکس را ایفا خواهد کرد.

آن‌طور که فیلیپس می‌گوید، این انتقال به دنبال کاهش چشمگیر در بازار تعویض ژنراتورها، تونل‌ها و تشکیلات در سال‌های گذشته انجام شده است.

مزور وان بالوسک، مدیر بازاریابی و خدمات ژنراتورها، تونل‌ها و تشکیلات فیلیپس می‌گوید: «قیمت‌های پایین اُای‌ام‌ها و ورود برندهای فرعی، به علاوه پشتکار رقیبان در ارایه پیشنهادها، منجر به این واکنش از سمت دانلی شد.»

دانلی در ماه جولای اعلام کرد که مراکز تلفن‌اش با آل‌پارتس‌مدیکال که فروشنده قطعات است و متعلق به خود فیلیپس است ادغام خواهد شد. نمایندگی فروش و سرویس محصولات برای تعویض و جایگزینی در ایالات متحده، از طریق آل‌پارتس ادامه خواهد یافت که طلایه‌دار ادامه رهبری و ارایه محصول دانلی در این دو بخش خواهد بود.

جیم سالمونس، مدیر ارشد خدمات چندگانه فیلیپس می‌گوید : «آل‌پارتس اکنون تنها نقطه تماس مراحل فروش قطعات فیلیپس به شخص ثالث در آمریکای شمالی است و تمام مراحل تصویربرداری از جمله فراصوت را بر عهده دارد. مشتریان با یک تماس با آل‌پارتس می‌توانند به قطعات با کیفیت، تونل‌ها و منابع آموزشی و تحقیقی دسترسی پیدا کنند.»

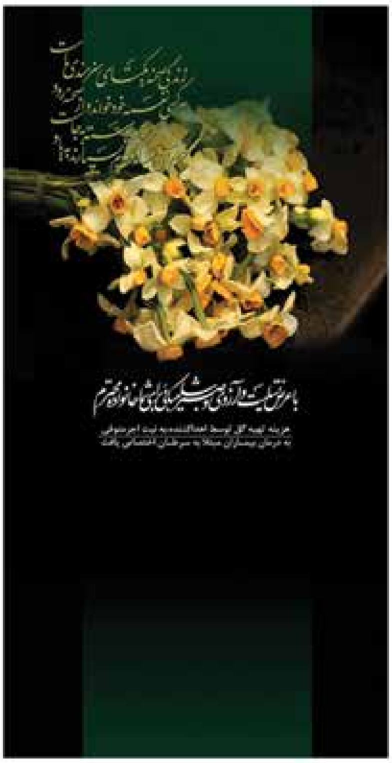
این جابه‌جایی برای مشتریان چه معنی دارد؟

جابه‌جایی دانلی حدود ۲۰۰ کارمند بخش آئورورا را تحت تاثیر قرار می‌دهد اما بالوسک خوشبین است که این مسأله هیچ چیزی را برای مشتریان عوض نمی‌کند یعنی هیچ تاخیری در تحویل و خدمات به‌دلیل جابه‌جایی به‌وجود نخواهد آورد: «این جابه‌جایی بیشتر تعدیل داخلی سازمان به‌شمار می‌رود و سازمان از نظر مشتریان باید یک‌پارچه باقی بماند.»

در سه سال گذشته، دانلی با آلپارتس به‌عنوان یک کانال مشترک کار کرده است. از آن‌ جا که نمایندگان فروش و کارمندان کلیدی مشغول کار در آلپارتس شده‌اند، انتظار می‌رود این همکاری افزایش یابد: «به‌علاوه، وسایل موجود در انبار آماده جابه‌جایی از ساختمان کنونی دانلی هستند که شامل فرستادن همه محموله‌ها است تا مطمئن شویم که قطعات به جای چند روز، در طول چند ساعت به محل مورد نظر می‌رسند.»

موسسه خیریه
بهنام دهش‌پور
حمایت از بیماران
مبتلا به سرطان
Behnam Daheshpour
Charity Organization
behnamcharity.org.ir
behnamcharity

از کاروان چه ماند جز آتش به منزل



با سفارش تابلوهای تسلیت موسسه خیریه بهنام دهش پور، هزینه تهیه گل توسط اهداکننده به نیت اجرمتوفی، به درمان بیماران مبتلا به سرطان اختصاص می‌یابد.
برای سفارش تلفنی در ساعات اداری (۹ الی ۱۵) با شماره تلفن های ۷۵۴۰۹ و ۲۲۲۰۸۷۹۷ داخلی۲۳۱_۲۰۴ و در ساعات غیراداری (تا ساعت ۲۱) با شماره ۰۹۲۱۹۵۶۵۹۸۰ و یا ۰۹۱۲۸۱۶۴۵۰۰ تماس‌حاصل فرمایید.
برای سفارش آنلاین به وب سایت موسسه مراجعه نمایید.

پرونده

تلاش برای هموار کردن راه سرمایه‌گذاری

خرید خدمت، ترمز هزینه‌ها را می‌کشد

سیاست‌گذاران بهداشت و درمان ایران اگر می‌خواهند راهی برای خروج از مشکلات فعلی بیابند و کمی از بار سنگین هزینه‌های کمرشکن این حوزه بکاهند باید دو مسأله مهم را سرلوحه خود قرار دهند نخست تسهیل شرایط ورود بخش خصوصی به این حوزه و جذب سرمایه است و دوم استفاده از راهکار خرید خدمت برای کنترل مطلوب هزینه‌ها است. خصوصی‌سازی، برون‌سپاری، درون‌سپاری و مشارکت بخش خصوصی و دولتی برخی از نسخه‌هایی هستند که برای حل مشکلات نظام سلامت کشور پیچیده می‌شوند. نسخه‌هایی که به مذاق خیلی‌ها خوش نمی‌آید و امکان اجرای آن‌ها کم است چون کشور ما هنوز زیرساخت‌های لازم برای اجرای این نسخه‌ها را ندارد. در پرونده این شماره به بررسی روندهای سرمایه‌گذاری شرکت‌های خصوصی در مدیریت بیمارستان‌ها دولتی و چالش‌های این موضوع پرداخته‌ایم.

نافرجامی خصوصی‌ساز در تصویربرداری و دیالیز

کاغذبازی و منافع شخصی سنگ‌های راه واگذاری است

جذب سرمایه بخش خصوصی و مشارکت این بخش در حوزه درمان از دیدگاه همه افراد چه در بخش خصوصی و چه در بخش دولتی امری نه تنها لازم بلکه واجب است و از دید برخی کارشناسان شاید حتی تنها راه نجات شبکه در آستانه ورشکستگی بهداشت و درمان کشور باشد. اما کسانی که پای در این راه می‌گذارند طولی نمی‌کشد که زیر لب زمزمه کنند «که عشق آسان نمود اول، ولی افتاد مشکل‌ها».

رویا کاکاوند

بیش از دو دهه است که سخن از لزوم خصوصی‌سازی و واگذاری امور به بخش خصوصی می‌رود و قوانین مختلفی در این زمینه تدوین و تصویب می‌شود اما هنوز شاهد حرکتی ملموس و موثر در این زمینه نبوده‌ایم و آنچه هم به ضرب‌وزور قانون در حال انجام است به کندی پیش می‌رود. انگار موانعی قدرتمند مانع حرکت به این سو است. کسانی که پا در این عرصه گذاشته‌اند معتقدند نداشتن فرهنگ پذیرش بخش خصوصی، نداشتن باور به لزوم این مهم، نداشتن زیرساخت‌ها و منافع افراد و بخش‌های مختلف مانند ترمزی قوی جلوی حرکت را گرفته‌اند و حذف این ترمزها نیازمند عزم و اراده همگانی است. اجرای طرح تحول سلامت هرچند برای مردم نعمت بزرگی بود و توانست پرداخت بار سنگین درمان را از دوش‌شان بردارد اما تامین و پرداخت این بار سنگین به یک‌باره بر دوش شبکه درمان کشور گذاشته شد. بار سنگینی که به مسؤولان نشان داد حرکت پیش‌رو بدون کمک بخش خصوصی امکان‌پذیر نیست. به همین دلیل حوزه مشارکت‌های اقتصادی وزارت بهداشت طرح‌های واگذاری بخش‌های مختلف درمان را آغاز کرد. نخستین حرکتی که در این راستا صورت گرفت واگذاری بخش‌های تصویربرداری بیمارستان‌های دولتی به بخش خصوصی در سال ۱۳۹۴ بود و دومین حرکت واگذاری بخش‌های دیالیز به بخش خصوصی در سال ۱۳۹۵ بود. اما بررسی‌ها نشان می‌دهد حرکت این دو طرح هرچند رو به جلو در حال پیشرفت است اما بسیار کندتر از آنچه انتظار می‌فت.

هر روز تاخیر یعنی ضرر

سال ۱۳۹۴ طرح واگذاری بخش‌های تصویربرداری بیمارستان‌های دولتی به بخش خصوصی به مرحله اجرا رسید. وزارت بهداشت و گروه مپنا به توافق رسیدند و شرکت تبسم از خرداد سال ۱۳۹۵ رسما انجام این کار را بر عهده گرفت. اما اکنون که یک‌سال و اندی از شروع اجرای این طرح می‌گذرد به‌گفته حمیدرضا صانعی، مدیرعامل شرکت تبسم از ۲۰۷ دستگاهی که طبق قرارداد این شرکت باید خریداری، وارد و نصب کند ۸۸ دستگاه خریداری شده، ۲۷ دستگاه وارد کشور شده و در محل‌های نصب گذاشته شده است. از این تعداد ۱۵ دستگاه نصب‌شده و تنها سه دستگاه راه‌اندازی شده است. چون وزارت بهداشت یا هنوز مجوزهای لازم را صادر نکرده یا محل‌های نصب را آماده‌سازی نکرده است. به این ترتیب دستگاه‌های تصویربرداری پزشکی که معمولا دستگاه‌های با فناوری پیشرفته و بسیار گران قیمت هستند، بی‌استفاده مانده‌اند و خاک می‌خورند و این برای بخش خصوصی که سرمایه کلانی را صرف این کار کرده است یک ضرر هنگفت است.

صانعی می‌گوید: «صدمه مالی که از این تاخیرها می‌بینیم بسیار زیاد است چون ما برابر روال واردات

تجهیزات پزشکی از ارز مبادلاتی استفاده می‌کنیم و باید صددرصد مبلغ را بپردازیم تا دستگاه‌ها حمل‌شده و وارد کشور شوند. اکنون هزینه خرید ۲۷ دستگاه را پرداخت کرده‌ایم اما چون جای نصب آماده نبود پرواز چند دستگاه را حذف کردیم تا جایش آماده شود.»

برای نمونه یک دستگاه سی‌تی‌اسکن باید روزانه ۵۰ نفر را برابر مدل‌های مالی معاینه کند تا با تعرفه موجود بعد از ۷ سال اصل پول دستگاه جبران شود و از آن به بعد شرکت به سود می‌رسد. بنابراین الان که ده ماه است دستگاه ما خاک می‌خورد ما هر روز ضرر می‌کنیم. افزون بر این‌که در این مدت زمانی ضمانت دستگاه توسط شرکت مادر هم در حال سپری شدن است و این هم در زمان بهره‌برداری مشکلاتی را ایجاد خواهد کرد. هم‌چنین دستگاه به دلیل این‌که روی زمین است و در جای مناسب خود نصب نشده در معرض آسیب است به‌ویژه که برخی از دانشگاه‌ها با ما هیچ همکاری حتی در اندازه کشیدن یک پلاستیک روی دستگاه نمی‌کنند. یا حتی با وجود بودن همه مجوزها و حتی مجوز ترک تشریفات، اجازه تخلیه دستگاه را هم نمی‌دهند. این در حالی است که درخواست نمایندگان مجلس پشت این ماجرا بوده، نصب این دستگاه‌ها اولویت وزارت بهداشت است و وزیر بهداشت دستور انجام کار را داده است.

مدیرعامل شرکت تبسم دو عامل اساسی را دلیل به‌وجود آمدن این مشکلات می‌داند: «شیوع کاغذبازی (بروکراسی) در وزارت بهداشت و منافع برخی از افراد» با وجود این‌که مجوز ترک تشریفات برای این کار گرفته شده است اما به هر دلیلی برخی دانشگاه‌ها قرارداد را امضا نکرده‌اند و قرارداد برخی دانشگاه‌ها هم که امضا شده است در حوزه مشارکت‌های اقتصادی وزارت بهداشت مانده و به دست این شرکت نرسیده است: «برای برخی دیگر کمیسیون ماده ۲۰ باید جلسه بگذارد و مجوز صادر کند اما هنوز این اتفاق نیفتاده است. خوش‌بینانه نگاه کنیم کاغذبازی اداری یا ناهماهنگی یا نبود شناخت دانشگاه‌ها از این موضوع یا نبود ارتباط میان دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها مانع انجام این کارها شده است و بدبینانه این است که انجام این طرح به منافع برخی صدمه می‌زند. چون برخی از بیمارستان‌ها و مراکز دولتی با توجه به آمار بالای مراجعان از نظر اقتصادی بسیار سودده هستند مانند بیمارستان امام‌خمینی و بیمارستان امام‌حسین بنابراین عده‌ای می‌خواهند مراکز تصویربرداری این بیمارستان‌ها را از آن خود کنند. پس مقاومت می‌کنند و همه را به چالش می‌کشند. در حالی که حاضر نیستند به بیمارستان‌های دورافتاده‌ای که در نقاط محروم کشور وجود دارد و جزو فهرست اولویت‌های وزارت بهداشت است مراجعه کنند. در حالی که شرکت تبسم بر اساس قراردادی که با وزارت بهداشت بسته است موظف است تمام این بیمارستان‌ها را در هر نقطه‌ای از کشور با هر تعداد مراجعه پوشش دهد.»

واگذاری بخش‌های دیالیز، محک طرح‌های واگذاری است

دی ماه ۱۳۹۵ نیز قراردادهای واگذاری بخش‌های دیالیز کشور به بخش خصوصی میان دانشگاه‌های علوم پزشکی دولتی و ۵ شرکت منتخب به امضا رسید و قرار شد در ۱۸ تا ۲۴ ماه مرحله نخست این کار یعنی مدیریت و خروج این بخش‌ها از بیمارستان‌ها انجام شود. اما کمیسیون ماده ۲۰ در تاریخ ۳۱ مرداد ۱۳۹۵ موافقت اصولی‌ها را صادر کرده است. یعنی تنها ۸ ماه صرف صدور مجوزهای موافقت اصولی شده است.

مهرداد ملکی، رییس هیأت‌مدیره شرکت آریان‌پایاطب نیز همانند همتای خود در شرکت تبسم معتقد است کاغذبازی، ناآگاهی، منافع شخصی و برخوردهای سلیقه‌ای ترمزهایی هستند که جلوی حرکت سریع طرح‌های واگذاری را می‌گیرند: «احساس ما این است که طرح واگذاری در حالی شروع شد که بدنه وزارت بهداشت با همه ابعاد ماجرا آشنا نبود و همه توجیه نشده بودند در نتیجه هرکس یک برداشت سلیقه‌ای از موضوع داشت. ما برای شروع کار نیاز به صدور پروانه‌های زنجیره‌ای داشتیم تا وارد شبکه کاغذبازی وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها نشویم.»

به نظر می‌آید تجربه واگذاری بخش‌های تصویربرداری این‌بار به کمک آمده است چون وزیر بهداشت حمید درفشی را به‌عنوان نماینده وزارت بهداشت در کمیته واگذاری بخش‌های دیالیز به بخش خصوصی منصوب می‌کند تا این‌بار کار با مشکلات کمتر و سرعت بیشتری پیش برود.

ملکی در این زمینه می‌گوید: «من فکر می‌کنم در بحث واگذاری اگر بخواهند موفق شوند باید که یک مقام وزارت بهداشت مدیریت عملیات را برعهده گیرد چون دستوراتی که صادر می‌شود بعد از مدتی دچار مرور زمان می‌شود. در این کار درفشی مسؤول انجام کار شد و توانست به دستور وزیر بهداشت بسیاری از موانع را از سر راه بردارد. هرچند هنوز منافع شخصی عده‌ای مانع انجام کامل و راحت کار است.»

تعدادی از شرکت‌هایی که برای واگذاری بخش‌های دیالیز انتخاب شده بودند، قیمت لوازم مصرفی و صافی‌های دیالیز موجود در ایران را بالا و کیفیت آن‌ها را پایین می‌دانند: «در این‌جا وزارت بهداشت مداخله کرد و قیمت لوازم مصرفی را با دستور اداره تجهیزات پایین آوردند و قیمت‌های جدید در سایت این اداره‌کل ثبت هم شد اما چون این کالاها اکنون در انحصار دو کارخانه است در عمل نه‌تنها قیمت‌ها پایین نیامد بلکه افزایش یافتند افزون‌بر این‌که تا این تاریخ این کالاها به صورت اقساطی نیز فروخته می‌شد اما از آن به بعد فروش تنها به شکل نقدی انجام می‌شود.» در نتیجه وزارت بهداشت به درخواست شرکت‌های حاضر در این طرح اجازه واردات لوازم مصرفی مورد نیاز این شرکت‌ها را صادر کرد. اما اداره‌کل تجهیزات پزشکی هنوز مواضع خود را روشن نکرده است و نگران ضربه خوردن تولید داخلی و اقتصاد مقاومتی هستند.

از سوی دیگر بیمه‌ها نیز مشکلاتی را به وجود آورده‌اند برای نمونه بیمه سلامت در استان قزوین حاضر به بستن قرارداد با تعرفه خصوصی نشده است. این مساله بر این طرح که در عمل تمام درآمدش از طریق بیمه به دست می‌آید به شدت مشکل‌آفرین است. البته به گفته ملکی، نماینده وزارت بهداشت در کمیته واگذاری بخش‌های دیالیز در حال گمانه‌زنی برای حل این مشکل است.

رییس هیأت‌مدیره شرکت آریان پایاطب واگذاری بخش‌های دیالیز را یک تجربه می‌داند که نشان می‌دهد وزارت بهداشت چقدر می‌تواند در انجام واگذاری به بخش‌های خصوصی موفق باشد: «اگر دولت یا وزارت بهداشت نتواند این واگذاری را درست انجام دهد، باید واگذاری در حوزه‌های دیگر را فراموش کند. چون در بخش دیالیز پولی از بیمار دریافت نمی‌شود، خدمات مشخص است و ارزیابی کاملا قابل دسترس است. اگر در حوزه‌ای که به این راحتی است نتوانیم بحث واگذاری را انجام بدهیم در حوزه‌های دیگر که بیمار باید پرداخت داشته باشد یا بیمه‌ها نظرهای مختلفی دارند، کار بسیار سخت و دشوار خواهد بود.»

خصوصی‌سازی در درمان نشانی غلط است

خصوصی‌سازی، برون‌سپاری، درون‌سپاری و مشارکت بخش خصوصی و دولتی برخی از نسخه‌هایی هستند که برای حل مشکلات نظام سلامت کشور پیچیده می‌شوند. نسخه‌هایی که به مذاق خیلی‌ها خوش نمی‌آید و امکان اجرای آن‌ها کم است چون کشور ما هنوز زیرساخت‌های لازم برای اجرای این نسخه‌ها را ندارد.

۱- فرهنگ: فرهنگ، نخستین زیرساخت لازم برای اجرای نقشه‌هایی است که بخش خصوصی را به کمک بخش دولتی می‌آورد است. اما فرهنگ خصوصی‌سازی در کشوری که بیش از ۸۵ درصد اقتصاد آن هنوز دولتی است، نمی‌تواند جایگاه درخوری داشته باشد. هنگامی که بخش‌های اقتصادی مانند خودروسازی که همه هم‌فکرند بهترین روش مدیریت آن خصوصی‌سازی است، هم‌چنان در برابر این روند مقاومت می‌کند، به‌کار بردن کلمه خصوصی‌سازی برای نظام درمان کشور نابه‌جا و ناخوشایند به نظر می‌رسد. همه می‌گویند باید خودروسازی را خصوصی کنید اما به محض این که بخواهید برای نمونه ایران‌خودرو را به یک شرکت خصوصی مانند بنز یا تویوتا بسپارید، فریاد واسفا بلند می‌شود که مملکت را فروختند. نمونه نزدیک آن هم هجمه‌ای است که علیه قرارداد توتال به راه افتاد. نگران آن هستند که از هر ۱۰۰ دلار سود ۴۰ دلارش را توتال می‌برد. ترجیح می‌دهند ۶۰ دلار سود را به دست نیاورند تا ۴۰ دلار سود نصیب شریک خارجی نشود. به این موضوع هم اهمیتی نمی‌دهند که این شرکت برای به دست آوردن این سود چقدر سرمایه‌گذاری کرده است. این در حالی است که خود ما هم بنیه مالی انجام این سرمایه‌گذاری را نداریم. به همین دلیل است که ما سال گذشته تنها توانسته‌ایم یک میلیارد دلار سرمایه خارجی جذب کنیم در حالی که کشور سنگاپور که از تهران کوچک‌تر است ۶۵ میلیارد دلار سرمایه خارجی جذب کرده است. چون آن‌ها فرهنگ و ساختار جذب سرمایه و مشارکت بخش خصوصی را ایجاد کرده‌اند و ما هنوز این کار را نکرده‌ایم.

در واقع اگر قرار است از نسخه خوش‌آهنگ خصوصی‌سازی برای درمان مشکلات کشور بهره ببریم، بهتر است در گام نخست بخش‌های دیگر به آن مباردت ورزند تا جایگاه فرهنگی آن در کشور ایجاد شود و بخش سلامت با پشتوانه این فرهنگ بتواند وارد این روند شود. چون در وحله نخست تغییر در نظام سلامت بسیار کند است و در وحله دوم سلامت یک مقوله حاکمیتی است و نمی‌توان آن را پایلوت و موش آزمایشگاهی کرد. بنابراین بهتر است بخش سلامت صبر کند تا خصوصی‌سازی نخست در بخش‌های دیگری مانند نفت و گاز و کارخانه‌های صنعتی اجرا شود، سپس پای در حوزه سلامت بگذارد.

۲- باور: پس از فرهنگ‌سازی، نوبت به شکل‌گیری باور می‌رسد. تا زمانی که مردم و مسؤولان باور نداشته باشند که خصوصی‌سازی یک روش مفید و واجب است اجرای این شیوه ممکن نخواهد بود. در حال حاضر تا سخن از خصوصی‌سازی می‌شود این تصور غلط در ذهن‌ها تداعی می‌شود که بخش خصوصی می‌خواهد جیب دولت و مردم را خالی کند. در چنین شرایطی خصوصی‌سازی آن هم در بخش درمان کاری اشتباه است.

۳- نهادهای خصوصی قدرتمند: گام سوم در اجرای خصوصی‌سازی وجود نهادهای خصوصی قدرتمند است. چیزی که مانند دو گام نخست هنوز در کشور ما شکل نگرفته است و نیاز داریم در این زمینه کار شود. برای نمونه در فرانسه یک موسسه بزرگ به نام ژنرال دوسانته با بیش از صد بیمارستان خصوصی به‌عنوان یک نهاد غیردولتی فعالیت می‌کند و بیماران بخش دولتی را با خرید خدمت پذیرش می‌کند. این نهاد با ساختار و سازوکار مناسبی شکل گرفته است و دولت هم به آن کمک کرده تا به این قدرت برسد. اما در ایران هیچ دولتی به شکل‌گیری بخش خصوصی کمک نمی‌کند. چون ذی‌نفعانی وجود دارند که مانع این اتفاق می‌شوند. در واقع بیماری گریبان مملکت را گرفته به نام بیماری دولتی. واقعیت این است که بیشتر کسانی که حالا به روند دولتی امور انتقاد می‌کنند تنها تا زمانی که خارج از دولت نشسته‌اند دم از خصوصی‌سازی می‌زنند و به محض این که پایشان به این سوی میز برسد و در جایگاه دولتی بنشینند گرفتار گرداب روند امور می‌شوند و به‌ناچار به سمت توسعه بخش دولتی کشیده می‌شوند. برای نمونه می‌توان از وزیر بهداشت دولت یازدهم نام برد که تا پیش از وزارت، مدیریت یک نهادی خصوصی را برعهده داشت و دایم دولت را به نقد می‌کشید و در دولت یازدهم هم با شعار کوچک‌سازی دولت وارد عمل شد. اما به محض این که پشت میز دولتی نشست گرفتار همان روند گذشتگان خود شد تا جایی که با اجرای طرح تحول سلامت حجم وزارت بهداشت را ۵۰ درصد بزرگ‌تر کرد.

۴- قوانین: گام چهارم تدوین قوانین و مقررات مناسب است. شاید این تنها بخشی باشد که برای خصوصی‌سازی کمی آماده است و دست‌وپا شکسته قوانینی در این زمینه وجود دارد. برای نمونه در قانون بودجه امسال تاکید شده است وزارت بهداشت موظف است ۱۰درصد از تصدی‌گری خود در بخش درمان بکاهد و آن را به بخش خصوصی بسپارد. اکنون نزدیک به نیمی از سال گذشته است. با توجه به این که سال گذشته نزدیک به ۸ میلیون بستری انجام شده‌است، در سال جاری باید ۸۰۰ هزار نفر از بستری‌ها به بخش خصوصی سپرده شوند. یعنی اکنون که نیمی از سال گذشته باید ۴۰۰ هزار نفر از بیماران بخش دولتی در بخش خصوصی پذیرش می‌شدند. این اتفاقی است که تاکنون نیفتاده است و بعید است با این روند بخش دولتی بتواند این تعهد را تا پایان سال عملی کند.

در چنین شرایطی صحبت از خصوصی‌سازی اصلا درست نیست. درست مانند این است که یک فرد آموزش‌ندیده را ناگهان در جایگاه یک رزیدنت بگذاریم. طبیعی است کسی که آموزشی در این زمینه ندیده و تمرینی نداشته است کار را خراب می‌کند. بنابراین می‌توان گفت شکی در خوب‌بودن خصوصی‌سازی نیست چون هم می‌تواند به مدیریت هزینه‌ها بیانجامد و هم به دولت فرصت می‌دهد در جایگاه اصلی خود یعنی نظارت و سیاست‌گذاری بنشیند. اما تا زمانی که نهادهای خصوصی قدرتمند، نهادهای کنترل‌کننده نظام‌مند و دستورالعمل‌های مدون نداشته باشیم،

ورود نظام سلامت به خصوصی‌سازی مشکل‌آفرین خواهد بود. درست مانند این است که بخواهید یک بچه ۷ ساله را به دانشگاه بفرستید. در این که دانشگاه جای بسیار خوبی است شکی نیست، اما قطعا برای یک بچه ۷ ساله مناسب نیست.

بزرگ فکر کن کوچک عمل کن

اما نظام سلامت کشور به‌ویژه بخش درمان با مشکلات شدیدی دست‌وپنجه نرم می‌کند این بخش مانند چاه ویلی است که حجم بالایی از بودجه را می‌بلعد و هر روز بودجه بیشتری را می‌طلبد. این در حالی است که نظام سلامت همین حالا نیز زیر بار هزینه‌های سنگین درمان کمر خم کرده است و بدهی‌های هنگفت یقه تامین‌کنندگان این شبکه را گرفته است. پس نمی‌توان صبر کرد تا زمانی که فرهنگ، باور و نهادهای قدرتمند خصوصی آماده پذیرش خصوصی‌سازی در بخش سلامت شوند. این جا است که می‌گویند بزرگ فکر کن و کوچک عمل کن. در واقع می‌توان با رفتار مدیریت‌شده کار را پیش برد و فضا را آرام‌آرام برای شکل‌گیری زیرساخت‌ها آماده کرد. خرید خدمت و برون‌سپاری یکی از همین رفتارهای مدیریت شده است.

در واقع می‌توان با تدوین دستورالعمل‌ها و قیمت‌گذاری روی خدمات به خرید خدمت از بخش خصوصی پرداخت و به این ترتیب هزینه‌ها را مدیریت کرد. برای نمونه دستورالعمل‌ها می‌گویند برای عمل آپاندیس چه در بخش دولتی و چه در بخش خصوصی دو میلیون تومان پرداخت می‌شود. بنابراین مسؤولان در هر دو بخش ناچارند هزینه‌ها را مدیریت کنند تا ضرر نکنند یا با کمبود بودجه مواجه نشوند. اما اکنون بودجه بخش دولتی حدومرز ندارد. به شکلی که یک خدمت مشخص با یک کیفیت ثابت در یک جا با یک ایکس، در جایی دیگر با دو ایکس و در جای بعدی با سه ایکس هزینه انجام می‌شود. این اتفاق می‌افتد چون دولت پول تک‌به‌تک نهادهای خدمت را می‌پردازد در حالی که اگر تنها به پرداخت هزینه خدمت بپردازد مجبور به پرداخت‌های اضافه نخواهد شد و نهاد ارایه‌دهنده خدمت نیز مجبور می‌شود اصولی‌تر و نظارت‌مندتر فرایند کارش را مدیریت کند. ما نیاز به این مدیریت داریم چرا که بر اساس تعاریف علم اقتصاد، نفس هزینه همیشه رو به افزایش و جنس درآمد همیشه رو به کاهش است. نمونه ملموس‌تر آن را شاید این‌گونه بتوان توضیح داد؛ تا زمانی که کارت‌های بانکی رایج نشده بود برای سفرکردن مقدار معینی پول در جیب‌مان می‌گذاشتیم و تمام طول سفر را با همان پول مدیریت می‌کردیم تا زمانی که باز گردیم. هم میزان هزینه‌کرد مشخص بود و هم چون محدوده خرج مشخص شده بود با دقت هزینه می‌شد. اما حالا که کارت‌های بانکی رایج شده‌اند یک کارت در درون جیب‌مان می‌گذاریم و به سفر می‌ریم و در میان سفر ممکن است هر چه خوش‌مان بیاید بخریم تا پایان سفر به پشت گرمی تمام پول موجود در حساب بانکی کارت، هزینه کنیم. در این گونه هزینه‌ها مدیریت، از دست در می‌رود و در بیشتر موارد جای هزینه‌کردها هم مشخص نیست. بخش دولتی دقیقا مانند همان کارت بانکی است که هر چه بودجه در آن سرازیر می‌شود می‌بلعد و جای جدید برای هزینه‌کرد پیدا می‌کند. اما هنگامی که یک خدمت مشخص با یک قیمت مشخص از بخش خصوصی خریداری شود، بخش خصوصی برای این که بتواند جلوی ضرر را بگیرد و سود کند، مدیریت‌شده و حساب‌شده عمل می‌کند و به این ترتیب از تحمیل هزینه‌های اضافه به بخش درمان پیشگیری می‌شود. اما اکنون چون نه راهنمای عملی وجود دارد و نه قیمت خدمات مشخص است هر کس می‌تواند هر چقدر که خواست برای نظام سلامت هزینه ایجاد کند. برای نمونه یک پزشک می‌تواند برای یک بیمار پروستات یک سونوگرافی بنویسد یا اگر دلش خواست ۵ تا سونوگرافی بنویسد چون راهنمای عملی در این زمینه وجود ندارد و کسی هم این را مدیریت نمی‌کند. به همین دلیل است که ۶۵ درصد هزینه‌های بیمه صرف درمان‌های سرپایی می‌شود در حالی که استانداردها می‌گویند این رقم باید در اندازه ۲۰ درصد باشد.

در واقع می‌توان با تدوین دستورالعمل‌ها و قیمت‌گذاری روی خدمات به خرید خدمت از بخش خصوصی پرداخت و به این ترتیب هزینه‌ها را مدیریت کرد. برای نمونه دستورالعمل‌ها می‌گویند برای عمل آپاندیس چه در بخش دولتی و چه در بخش خصوصی دو میلیون تومان پرداخت می‌شود. بنابراین مسؤولان در هر دو بخش ناچارند هزینه‌ها را مدیریت کنند تا ضرر نکنند یا با کمبود بودجه مواجه نشوند

این شرایط وقتی در اختیار یک نظام معیوب هم قرار بگیرد شرایط پیچیده کنونی را ایجاد می‌کند. در واقع در شرایط فعلی یک مدیر دولتی هیچ دلیل و انگیزه‌ای برای کاهش هزینه‌ها ندارد و در شبکه درمانی موجود هر کس بدهی بیشتری بالا بیاورد بیشتر هم حمایت می‌شود. برای نمونه مدیر یک بیمارستان دو میلیارد و مدیر یک بیمارستان دیگر ده میلیارد بدهی بالا آورده‌اند نظام سلامت هم می‌گوید ده درصد بدهی‌ها را پرداخت می‌کند یعنی به کسی که تنها دو میلیارد بدهی بالا آورده ۲۰۰ میلیون تومان و به آن کسی که ۱۰ میلیارد بدهی بالا آورده یک میلیارد تومان می‌دهد. یعنی شاگرد تنبل را تشویق می‌کنند بدون این که بپرسند چرا این مقدار بدهی داری؟

خرید خدمت، ترمز هزینه‌ها را می‌کشد

سیاست‌گذاران بهداشت و درمان ایران اگر می‌خواهند راهی برای خروج از مشکلات فعلی بیابند و کمی از بار سنگین هزینه‌های کمر شکن این حوزه بکاهند باید دو مسأله مهم را سرلوحه خود قرار دهند نخست تسهیل شرایط ورود بخش خصوصی به این حوزه و جذب سرمایه است و دوم استفاده از راهکار خرید خدمت برای کنترل مطلوب هزینه‌ها است. اما در سال‌های گذشته برخلاف شعارها، سیاست‌ها در جهت دیگری حرکت کرده‌اند و با وجود شعار خصوصی‌سازی که در قانون‌های توسعه پنجم و ششم توسعه بر آن‌ها تاکید شده است بخش دولتی تصدی خود را گسترش داده است.

دولت یازدهم با اجرای طرح تحول سلامت بار سنگینی را بر دوش دولت گذاشت. به‌ویژه که برای اجرای این طرح ۱۱ میلیون نفر را با استفاده از بیمه سلامت جذب کرده و در شمار تعهدات دولتی قرار داده است و از آن جایی که بیمارستان‌ها و مراکز درمانی فعلی پاسخگوی تعهدات موجود وزارت بهداشت هم نبود مجبور به ساخت ۵ هزار تخت در قالب ۴۲ بیمارستان در سه سال گذشته شد. این آمار قرار است در ادامه طرح به ۲۴ هزار تخت در قالب ۱۰۰ بیمارستان برسد.

افزایش بیمارستان‌ها و تخت‌های درمانی با مدیریت دولتی یعنی تعداد بیشتری پزشک و پرستار و کارمند که به بدنه بزرگ وزارت بهداشت ملحق شده یا می‌شوند. در واقع طرح تحول سلامت برخلاف شعار کوچک‌سازی دولت تصدی دولت را گسترش می‌دهد و تنه تنومند دولت را فربه‌تر کرده است. اتفاقی که تعهدات سنگین مالی به همراه داشته است و قدرت تحرک دولت و به‌ویژه وزارت بهداشت را از پیش هم کم‌تر کرده است.

حجم افزوده‌شده به وزارت بهداشت در قالب طرح تحول نظام سلامت، حجم بالایی از بودجه را جذب خود کرده است. بودجه‌ای که به این سمت سرازیر شده موجب بازتولید این چرخه معیوب در خود شده، بهره‌وری این شبکه نابهره‌ور را کاهش می‌دهد.

خرید خدمت یعنی مدیریت منابع

خرید خدمت یکی از راهکارهای دولت برای خروج از وضعیت موجود و افزایش بهره‌وری است. چرا که هم بخش خصوصی را تشویق به سرمایه‌گذاری می‌کند و هم قیمت تمام‌شده خدمات را کاهش می‌دهد. هنگامی که دولت به‌عنوان بزرگ‌ترین خریدار خدمات، در نقش تولیدکننده هم بازی می‌کند نتیجه‌اش گران تمام‌شدن تولید است.

برای نمونه اکنون دولت ۱۵ هزار میلیارد تومان برای خرید گندم صرف می‌کند. اگر دولت به جای خرید گندم خود اقدام به کاشت آن می‌کرد حالا مجبور بود گندمی را که با قیمت کیلیویی ۱۳۰۰ تومان خریداری می‌کند با قیمت ۲ تا ۳ هزار تومان تولید کند. چرا که دولت در صورت کاشت و تولید گندم مجبور است بودجه خود را صرف تامین تک‌تک

۸،۲۰۰،۰۰۰

با توجه به این‌که ۸ میلیون و ۲۰۰ هزار نفر در سال ۱۳۹۵ در بخش دولتی بستری شده‌اند و بر اساس این قانون در سال ۱۳۹۶ باید ۱۰ درصد این تعداد یعنی ۸۲۰ هزار نفر با خرید بخش دولتی در بخش خصوصی بستری و درمان شوند

نهاده‌ها از بذر و کود و آب و سم و حقوق کشاورز و مانند این‌ها کند. اما حالا با خرید کالا توانسته کالای مورد نظر را با قیمت تمام‌شده کمتر تهیه کند و هزاران میلیارد تومان صرفه‌جویی داشته باشد.

بند «ب» تبصره ۱۹ قانون بودجه سال ۹۶ می‌گوید: «به‌منظور توسعه مشارکت‌های مردمی و استفاده بیشتر از ظرفیت بخش غیردولتی در امور تصدی‌گری درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است در سال ۱۳۹۶ تا ۱۰ درصد از فعالیت‌های خود را که در بخش دولتی انجام می‌شود بر اساس سازوکارهای پیش‌بینی‌شده در قانون مدیریت خدمات کشوری واگذار کند.»

با توجه به این‌که ۸ میلیون و ۲۰۰ هزار نفر در سال ۱۳۹۵ در بخش دولتی بستری شده‌اند و بر اساس این قانون در سال ۱۳۹۶ باید ۱۰ درصد این تعداد یعنی ۸۲۰ هزار نفر با خرید بخش دولتی در بخش خصوصی بستری و درمان شوند. به این ترتیب که بخش دولتی باید قراردادهایی را تنظیم و با بیمارستان‌های بخش خصوصی امضا کند. بر اساس این قرارادادها بیمارستان خصوصی موظف است بیماران را با دفترچه بیمه و به نرخ دولتی بستری و درمان کند و مابه‌التفاوت هزینه‌هایش را از بخش دولتی و بیمه دریافت کند. دولت هم موظف است این مابه‌التفاوت را همان‌گونه و از همان جایی که الان برای درمان در بخش دولتی تامین می‌کند؛ تامین کند.

برای نمونه یک جراحی قلب اگر ده میلیون تومان هزینه داشته باشد، ۴ میلیون تومان آن سهم بیمه خواهد بود، که بیمه بر اساس تعرفه‌های خود آن را پرداخت می‌کند. ۶ میلیون تومان باقی‌مانده را هم بخش دولتی تقبل می‌کند. در واقع این همان هزینه‌ای است که اگر بخش دولتی خودش می‌خواست جراحی را انجام دهد باید صرف حقوق پزشک، پرستار، کارکنان بیمارستان، تامین دارو و تجهیزات و فضای بیمارستانی می‌کرد. اما حالا با پرداخت این هزینه به بخش خصوصی از بار تعهدات خود می‌کاهد و مانع بزرگ‌تر شدن بخش دولتی می‌شود.

این روند به سود بخش خصوصی هم هست. چرا که این بخش همیشه چنددرصد ظرفیت خالی دارد که حالا می‌تواند این ظرفیت خالی را بهره‌ور کند.

ترمز هزینه‌ها را بکشید

در زبان انگلیسی مثال جالبی وجود دارد که می‌گوید:«to do more with less» یعنی بیشترین را با کمترین انجام بده. بخش سلامت ما نیز نیازمند چنین سیاستی است. ۵۰ هزار میلیارد تومان تنها هزینه دولتی حوزه سلامت در ایران است. این منهای هزینه‌کرد بخش‌هایی مانند بیمه‌ها، نیروهای مسلح و خیریه‌ها و مانند این‌ها است که صرف درمان می‌شود. بودجه و منابع مالی ما محدود است در حالی که هر سال هزینه‌های درمان سنگین‌تر می‌شود، جمعیت افزایش می‌یابد و همین جمعیت در حال کهنسال‌شدن است. بنابراین ما ناچاریم تمام تلاش‌مان را بکنیم تا بیشترین درمان را با کمترین هزینه انجام دهیم. ترمز هزینه‌ها باید یک‌جا کشیده شود. این در حالی است که کشور ما توان تامین همین هزینه‌های موجود را ندارد و بدهی بخش دولتی و بیمه‌ها به مراکز درمانی و شرکت‌های دارویی و تجهیزاتی یک‌سال تعویق دارد. اکنون بخش درمان دولتی به داروخانه و بیمه و شرکت‌های تجهیزاتی و دارویی ۱۵ هزار میلیارد تومان بدهکار است. این نتیجه بزرگ‌شدن دولت است. درست مانند این است که فردی که اسکلت‌بندی بدنش تحمل ۷۰ کیلو وزن را دارد ۱۲۰ کیلو وزن را تحمل کند. اما برون‌سپاری خدمات و خرید خدمت این فرصت را به بخش دولتی می‌دهد که از بزرگ‌تر شدن بپرهیزد و هزینه‌ها را کنترل کند. علاوه‌بر این‌که بخش دولتی چون دیگر خود تولیدکننده خدمات نیست می‌تواند نظارت بهتری اعمال کند و در قالب قراردادهایی که تنظیم می‌کند شرایط کیفی کار را هم در نظر بگیرد و با سخت‌گیری آن را اعمال کند. در چنین شرایطی بخش خصوصی می‌رود به این سمت که پزشک و پرستار را با قیمت پایین‌تر استخدام کند و در عین حال کیفیت را هم کنترل کند تا بتواند سود بیشتری ببرد.

از سوی دیگر بخش دولتی چون سود و زیان را در نظر نمی‌گیرد کندتر و با هزینه بیشتر کار می‌کند. برای نمونه یک بیمار اگر قرار باشد برای یک جراحی در یک بیمارستان دولتی بستری شود ممکن است چند روز برای انجام تمام آزمایش‌ها صرف کنند تا سرانجام جراحی انجام شود. اما بخش خصوصی هنگامی که در قالب خرید خدمات کار می‌کند چون یک خدمت را در قالب یک بسته خدماتی با یک هزینه ثابت انجام می‌دهد سعی می‌کند با بالا بردن بهره‌وری سود بیشتری کسب کند. ممکن است تمام آن آزمایش‌ها را در همان یک روز انجام دهد و روز دوم هم بیمار را جراحی و روز سوم مرخص کند. چون به بهره‌وری فکر می‌کند و هر چه زودتر تخت خالی شود، می‌تواند زودتر بیمار بعدی را پذیرش کند.

جلوی هزینه‌تراشی بخش درمان را بگیرید

یکی دیگر از مشکلاتی که بخش درمان دولتی را با چالش جدی مواجه کرده و هزینه درمان در کشور را بالا برده است، سازوکار غلط استفاده از بیمه‌ها است. در واقع دفترچه بیمه تبدیل به چک سفیدامضایی شده که در دست پزشک و بیمار و مرکز درمانی است و هر کس هر چقدر که بخواهد در آن می‌نویسد و بیمه هم موظف به پرداخت است. هیچ نظارتی هم در این زمینه وجود ندارد و حتی کسی که هزینه‌تراشی بیشتری می‌کند محبوب‌تر است بیماران ترجیح می‌دهند سراغ پزشکی بروند که آزمایش‌ها و داروهای بیشتری برای‌شان تجویز می‌کند و آن را نشان تبحر و دقت او می‌دانند. بیمه هم به پزشکی که هزینه بیشتری می‌تراشد پول بیشتری می‌دهد. نتیجه چنین عملکردی بار سنگین القایی به شبکه سلامت و هزینه‌تراشی سنگین برای بیمه‌هایی است که همین حالا هم از پرداخت تعهدات خود ناتوان هستند.

درست مانند این است که یک خودرو نیاز به صافکاری داشته باشد. یک نفر آن را با ۱۰۰ هزار تومان انجام بدهد و یک نفر هم همان کار را با همان کیفیت با ۲۰۰ هزار تومان انجام بدهد و شما کار را به آن کسی بدهید که ۲۰۰ هزار تومان می‌خواهد.

اما هنگامی که خرید خدمت انجام شود چون مبلغ پرداختی برای یک خدمت ثابت است کسی که خدمات را ارایه می‌کند تلاش می‌کند کار را با کمترین هزینه و با حفظ کیفیت انجام دهد در نتیجه از انجام کارهای تکراری و بیهوده یا کارهایی که لزومی به انجام آن‌ها نیست پرهیز می‌کند. در واقع خرید خدمت نه‌تنها به بخش دولتی در مدیریت هزینه‌ها کمک می‌کند بلکه با کاهش تقاضاهای القایی و کنترل درخواست‌های لازم بخش درمان کمک بزرگی به بیمه‌ها و آزادشدن فضاهای درمانی خواهد بود.

مهدی باقری فارسانی، کارشناس امور ساخته‌های سازمان اداری و استخدامی کشور تشریح کرد:

چندوچون آیین‌نامه واگذاری تصدی‌های درمان وزارت بهداشت به بخش غیردولتی

تبصره ۱۹ قانون بودجه سال ۱۳۹۶ مبدایی شد تا سازمان اداری و استخدامی کشور و سازمان برنامه‌وبودجه با هماهنگی وزارت بهداشت و درمان «آیین‌نامه واگذاری تصدی‌های درمان وزارت بهداشت به بخش غیردولتی» را تدوین و تنظیم کنند. بر اساس تبصره ۱۹ قانون بودجه سال ۱۳۹۶ وزارت بهداشت مکلف است با استفاده از خرید خدمات ده درصد از تصدی‌های خود در بخش درمان را به بخش غیردولتی واگذار کند. این آیین‌نامه در زمان نگارش این گزارش در دفتر هیأت دولت منتظر تصویب بود.

برون‌سپاری، خرید خدمت و واگذاری‌ها به بخش خصوصی موضوعاتی است که سال‌ها است در مورد آن صحبت می‌شود. شاید نخستین‌بار پیش از آغاز دهه ۸۰ بود که از این راه‌ها برای کاهش تصدی بخش دولتی سخن به میان آمد. در سال ۱۳۸۰ به شکل جدی سعی شد این کار آغاز شود. بی‌نتیجه ماندن این تلاش‌ها موجب شد تا دوباره در سال ۱۳۸۶ در قانون مدیریت بودجه ماده قانونی در این زمینه وارد شود. اما باز هم این طرح به مرحله عمل نرسید تا زمان تنظیم برنامه ششم توسعه که دوباره در این برنامه تاکید شد که دستگاه‌های اجرایی باید خدمات خود را از بخش خصوصی خریداری کنند. از سوی دیگر با توجه به این که در دولت یازدهم با اجرای طرح تحول سلامت حجم وزارت بهداشت به‌شدت بزرگ‌شده که اجرای طرح بودجه هنگفتی را بلعید، تبصره ۱۹ قانون بودجه ویژه وزارت بهداشت تصویب شد تا این وزارت‌خانه را وادارد از بخش خصوصی برای کاهش بار سنگینی که بر دوش دارد بهره ببرد.

مهدی باقری فارسانی، کارشناس امور ساخته‌های سازمان اداری و استخدامی کشور هدف از تدوین «آیین‌نامه واگذاری تصدی‌های درمان وزارت بهداشت به بخش غیردولتی» را تقویت بخش خصوصی و کاهش هزینه‌های مربوط به درمان عنوان می‌کند و می‌گوید: «تصور می‌کنم یکی از عللی که موجب تنظیم این تبصره و آیین‌نامه شد هزینه‌های بسیار بالای درمان در کشور ما بود و این که مشخص نیست این هزینه‌ها کجا می‌رود و چگونه مصرف می‌شود.

در واقع هنگامی طرح تحول سلامت اجرا شد منابع مالی هنگفتی به سمت بیمارستان‌ها و بخش‌های دواتی سرازیر شد. در حالی که هدف از اجرای این طرح کاهش هزینه‌های درمان و ارتقا کیفیت خدمات درمانی بود. ولی در حقیقت این اتفاق نیفتاد و شاهدیم که با سرازیرشدن این پول تورمی در بخش درمان به‌وجود آمد که تقریبا دوبرابر تورم در سطح جامعه است. البته این موضوع در کشورهای دیگر هم وجود دارد ولی شاید در کشور ما بیشتر باشد.»

او یکی از آسیب‌های که در طرح‌ها و آیین‌نامه‌های قبلی وجود داشت را این می‌داند که: «در حالی حرف از خصوصی‌سازی و کاهش هزینه‌های جاری دولت زده می‌شد که باید از آن‌سو هم بخش خصوصی را تقویت می‌کردند. اما در عمل این اتفاق نمی‌افتاد و خصوصی‌سازی، تقویت بخش خصوصی و ایجاد فضای رقابتی تنها در حد سخن باقی می‌ماند. به همین دلیل در این آیین‌نامه به این موضوع توجه کردیم و سعی کردیم که مواد آیین‌نامه را به سمتی ببریم که بخش خصوصی به شکل واقعی وارد این حوزه بشود.»

باقری معتقد است این طرح چند نتیجه مثبت به دنبال خواهد داشت: «نخست آن که اندازه و سرنوشت هزینه‌های درمان مشخص می‌شود و معلوم می‌شود پولی که اکنون دولت به سمت بیمارستان‌های دولتی سرازیر کرده چگونه هزینه می‌شود و به کجا می‌رود. دوم آن که قیمت تمام‌شده خدمات در مراکز درمانی مشخص می‌شود. چرا که شفاف‌نبودن قیمت تمام‌شده خدمات، خود یک آسیب است. سوم این که با بازشدن دست وزارت بهداشت برای نظارت و کم‌شدن بار سنگین بیمارستان‌های دولتی، این بخش می‌تواند کیفیت مطلوب را با توجه به منابع مالی موجود ارایه کند.»

به گفته وزیر بهداشت پس از انقلاب اسلامی و در سه دهه گذشته، بیمارستان دولتی در کشور ساخته نشده است اما با توجه به افزایش جمعیت حجم مراجعان به شدت افزایش یافته است. به همین دلیل بیمارستان‌های دولتی توان پاسخگویی به این حجم بالای بیماران را ندارند. بنابراین یک راهکار مطرح شد؛ بر اساس این راهکار بخش خصوصی با حمایت بخش دولتی باید بیماران را با تعرفه مصوب هیأت وزیران بپذیرند.

باقری در این زمینه می‌گوید: «تامین هزینه‌های درمان در بخش دولتی معمولا از طریق سه گزینه انجام می‌شود. یک، مبلغی که بیمار پرداخت می‌کند، دوم، سهمی که بیمه تقبل می‌کند و سوم، سهمی که دولت از محل طرح تحول می‌پردازد. اما یکی از مشکلات این است قیمت ارایه خدمات در بیمارستان‌های مختلف، متفاوت است. برای نمونه ممکن است بیمار برای یک جراحی مشخص یک روز، دو روز یا یک‌ماه بستری باشد و برای هر کدام از این‌ها باید قیمت متفاوتی پرداخت کند. اما روند کار در دنیا این‌گونه نیست. اکنون در کشورهایی که صنعت درمان رشد قابل ملاحظه‌ای داشته است چنین روندی را اصلا نمی‌بینید. چون یک مفهومی کلی برای درمان وجود دارد. برای نمونه جراحی قلب یک مفهوم کلی است و تمام موارد از صفر تا صد را در بر می‌گیرد و بابت آن یک هزینه ثابت پرداخت می‌شود و دیگر مهم نیست که بیمار چند روز بستری بوده و چه کارهایی برایش انجام شده است. ما هم سعی کردیم این راهکار را در کشور پیاده کنیم. به این ترتیب که گفتیم دولت یارانه‌ای را که از محل طرح تحول سلامت به بیمارستان‌های دولتی می‌پردازد و معلوم نیست کجا خرج می‌شود را باید حساب کند و با ضوابطی مشخص به بیمارستان‌های خصوصی بپردازد. به این ترتیب بیمار می‌تواند مراجعه کند به بیمارستان بخش خصوصی و با پرداخت سهم

در حالی حرف از خصوصی‌سازی و کاهش هزینه‌های جاری دولت زده می‌شد که باید از آن‌سو هم بخش خصوصی را تقویت می‌کردند. اما در عمل این اتفاق نمی‌افتاد و خصوصی‌سازی، تقویت بخش خصوصی و ایجاد فضای رقابتی تنها در حد سخن باقی می‌ماند

خود بستری شود. بیمه هم سهم خود را بر اساس آن چه معمول است خواهد پرداخت و مابقی هزینه‌ها نیز بر اساس قراردادها و ضوابط موجود و قیمت‌های مشخص‌شده از محل طرح تحول به‌وسیله بخش دولتی پرداخت خواهد شد.»

او معتقد است این شیوه می‌تواند رقابت را در بخش درمان بیشتر کند و موجب افزایش کیفیت شود. بیمارستان‌های بخش خصوصی هنگامی که ببینند بخش دولتی علایم مثبت می‌فرستد و حمایت مالی می‌کند، وارد کار می‌شوند و سعی می‌کنند با ارایه خدمات با قیمت کمتر و کیفیت بهتر عرصه رقابت را از آن خود کنند. این شیوه موثری است که می‌تواند به واقع بخش خصوصی را درگیر کار کند و کم‌کم خصوصی‌سازی به معنی واقعی کلمه شکل بگیرد.

علاوه‌بر این که با این روش حجم مراجعان به بخش دولتی کاسته می‌شود و این بخش فرصت می‌یابد به ارتقا کیفیت خدمات خود بپردازد یا به مراجعان بیشتری رسیدگی کند. محاسبه هزینه‌ای که در بخش خصوصی صرف درمان می‌شود نیز بسیار ساده‌تر از مبلغی است که در بیمارستان‌های بخش دولتی صرف می‌شود.

مشوق‌ها لازمه حضور بخش خصوصی است

البته این کارشناس امور ساختمان‌های سازمان اداری و استخدامی کشور حضور بخش خصوصی را منوط به مشوق‌های بیشتری می‌داند که سعی شده در این آیین‌نامه مورد توجه قرار گیرد. بر اساس این آیین‌نامه علاوه‌بر این که حمایت‌ها و تسهیلاتی برای بخش خصوصی در نظر گرفته شده است تا راغب به حضور در این حیطه شود، در صورت خرید خدمت بخش دولتی از بخش خصوصی باید سعی شود قراردادها به گونه‌ای تنظیم شود که برای بخش خصوصی توجیه اقتصادی داشته باشد. همچنین در بخش تجهیزات پزشکی، ممکن است ما نیازمند تجهیزات درمانی باشیم که در کشور وجود ندارد و برای دولت هم مقرون‌به‌صرفه نیست که بخواهد وارد کند، با توجه به این که بخش خصوصی خودش منابع مالی مشخصی دارد، دولت می‌تواند در قالب وام تسهیلاتی را در اختیار این بخش برای واردات تجهیزات قرار دهد.

او همچنین به بندهای مشوقی که در آیین‌نامه‌های قبلی موجود بود اشاره می‌کند و می‌گوید: «در آیین‌نامه‌های قبلی بندهای به نام تسهیلات داشتیم. ولی تسهیلات در اختیار دستگاه دولتی بود و آن دستگاه هم معمولا این کار را نمی‌کرد که برای نمونه به بخش خصوصی وام بدهد یا برای دریافت وام به بانک معرفی کند. اما در آیین‌نامه جدید وزارت بهدشت را مکلف به این کار کردیم. همچنین بر اساس این آیین‌نامه بخش دولتی را مکلف کرده‌ایم که تمام مجوزهای لازم را در اختیار بخش خصوصی بگذارد و اگر مجوزهای دیگری لازم است که باید از بخش دیگری مانند وزارت صنعت و مانند این‌ها گرفته شود، وزارت بهداشت باید با استفاده از مناسبات میان سازمانی خود کمک کند تا این اتفاق بیفتد و بخش خصوصی برای دریافت مجوز با چالش‌های قانونی مواجه نشود.» همچنین یکی از آسیب‌هایی که پیش از این وجود داشت این بود که بخش دولتی فعالیتی را به بخش غیردولتی واگذار می‌کرد اما در کنار آن یا موازی با آن خود یک فعالیت مشابه راه می‌انداخت. اما در آیین‌نامه جدید تضمینی آورده شده که اگر بخش دولتی فعالیتی را واگذار کرد، حق راه‌اندازی و داشتن فعالیت موازی و مشابه را ندارد. در غیر این صورت موسسه مجری یا بخش خصوصی حق اعتراض دارد و می‌تواند بر اساس دستوراتی که وجود دارد اقدام کند.

همچنین در این آیین‌نامه وزارت بهداشت موظف شده است برای خرید خدمات از توسعه توانایی‌هایی بخش سلامت و تشکل‌های مربوطه حمایت کند و به تشکل‌های غیردولتی کمک کند تا پا بگیرند.

باقری می‌گوید: «موضوعات متعددی دیگری هم برای تشویق بخش خصوصی در این آیین‌نامه مطرح کرده‌ایم مانند این که اگر بخش خصوصی نیاز به تامین لوازم و تجهیزات داشته باشد بخش دولتی می‌تواند در قالب وام و تسهیلات کمک کند. همچنین ارایه خدمات آموزشی و مشاوره در خصوص خدمات از جمله تسهیلات متعددی است که امکان آن در این آیین‌نامه فراهم شده است و برخی از این‌ها در قالب قراردادها میان بخش دولتی و خصوصی آورده می‌شود. در واقع این بار ما سعی کرده‌ایم در میز بخش خصوصی بنشینیم و کنار بخش خصوصی باشیم تا این بخش تقویت و راغب به حضور در این عرصه شود.»

مواد قانونی از اجرا بی‌خبرند

بیش از ۱۶ سال است که قوانین مربوط به استفاده از بخش خصوصی تصویب شده است و هر سال به بهانه‌ای مورد توجه قرار می‌گیرد. اما هنوز خبری از اجرا در واقعیت نیست و هم‌چنان این مواد قانونی روی کاغذ باقی می‌مانند. باقری معتقد است علت این ماجرا این است که: «این مواد قانونی از اجرا خبر ندارند و تنها مواد خامی روی کاغذ هستند. اما هنگامی که قرار

است اجرایی شوند هزار و یک مشکل به وجود می‌آید. مشکلات و سوالات بسیاری در این زمینه مطرح است. چگونه باید این خدمات را احصا کنیم؟ چگونه واگذار کنیم؟ چه تسهیلاتی بدهیم؟ آیا بخش خصوصی راغب به مشارکت در این بخش هست یا نه؟ آیا حضور بخش خصوصی در این حوزه برایش صرفه اقتصادی دارد یا ندارد؟ آیا خود دستگاه دولتی می‌خواهد این واگذاری‌ها انجام شود یا نه؟ و جالب است بدانید که در بیشتر موارد می‌بینیم که دستگاه دولتی اصلا رغبتی به این کار ندارد چون فکر می‌کند به واگذاری تصدی‌ها یا وظایفی که در اختیار دارد از اعتبارش کاسته می‌شود و از آن سو بودجه به آن‌ها اختصاص داده نمی‌شود.»

البته او معتقد است با وجود مقاومت‌هایی که از طرف بخش‌های مختلف اعم از دولتی و خصوصی وجود دارد گذر زمان مشکل را حل خواهد کرد چون دستگاه‌های دولتی به این نتیجه می‌رسند که واگذاری خدمات به نفع خودشان است و این فرصت را ایجاد می‌کند خدمات دیگرشان را کیفی‌تر کنند.

واگذاری جزیره‌ای بخش‌های مختلف بیمارستان آسیب‌زا است

در چند سال اخیر در راستای واگذاری‌ها دو واگذاری عمده صورت گرفته است یکی واگذاری بخش‌های تصویربرداری در سال ۱۳۹۴ و دیگری واگذاری بخش‌های دیالیز در سال ۱۳۹۵ است و هم‌چنین صحبت‌هایی در مورد واگذاری داروخانه‌ها و آزمایشگاه‌های بیمارستان‌های دولتی به میان آمده است. اما کارشناس امور ساخته‌های سازمان اداری و استخدامی کشور با این نوع واگذاری‌ها مخالف است و معتقد است در حال حاضر خرید خدمت بهترین راهکار سپردن کار به بخش خصوصی است.

او می‌گوید: «پیش از این هنگامی که صحبت از واگذاری‌های وزارت بهداشت می‌شد حرفی از خرید خدمات از بخش خصوصی نبود. بلکه صحبت از این بود که می‌توانیم برای نمونه داروخانه، آزمایشگاه یا بخش تصویربرداری را واگذار کنیم. اما این روش آسیب‌های زیادی به همراه دارد. نمی‌توان تنها یک بخش برای نمونه داروخانه یا بخش تصویربرداری را واگذار کرد چون این مراکز منبع درآمد بسیار عالی هستند و معمولا برای این واگذاری‌ها استقبال زیادی وجود دارد. در واقع این نوع واگذاری‌ها را نمی‌توان مصداق واقعی واگذاری دانست و بخش خصوصی واقعی وارد کار نمی‌شود چون سازوکارهای عقد قرارداد و مناقصه این نوع واگذاری‌ها شفاف و مشخص نیست. اما هنگامی که صحبت از خرید خدمت می‌شود بخش خصوصی واقعی وارد کار می‌شود و رقابت شکل می‌گیرد. ضمن این‌که در این شیوه نحوه صرف منابع مالی دولت هم مشخص می‌شود. افزون‌بر این که چون داروخانه محل درآمد است همه برای عقد قرارداد به آن هجوم می‌آورند ولی کسی سراغ بخش‌های دیگری مانند پرستاری که محل درآمد خوبی نیست نمی‌رود.

هم‌چنین با این شیوه واگذاری از حجم مراجعان بخش دولتی کاسته نمی‌شود و نظارت دقیقی که در شیوه خرید خدمت وجود دارد در این شیوه روی بیمارستان‌ها و مرکز درمانی نخواهد بود. سازوکارهای پایش در این روش واگذاری مشخص نیست و کمکی به ارتقا کیفیت خدمات و بهره‌وری صورت نمی‌گیرد. در حالی که در شیوه خرید خدمت به جای این که بیمارستان مدیریت برای نمونه مرکز تصویربرداریش را به کس دیگری بسپرد می‌تواند با مراکز تصویربرداری خصوصی که به وفور وجود دارند قرارداد ببندد و بیماران را به این مراکز ارجاع بدهند و بر اساس این قرارداد مابه‌التفاوت خدمات را به بخش خصوصی بپردازد.

نمی‌توان تنها یک بخش برای نمونه داروخانه یا بخش تصویربرداری را واگذار کرد چون این مراکز منبع درآمد بسیار عالی هستند و معمولا برای این واگذاری‌ها استقبال زیادی وجود دارد. در واقع این نوع واگذاری‌ها را نمی‌توان مصداق واقعی واگذاری دانست و بخش خصوصی واقعی وارد کار نمی‌شود چون سازوکارهای عقد قرارداد و مناقصه این نوع واگذاری‌ها شفاف و مشخص نیست

معاون فنی و اجرایی حوزه مشارکت‌های اقتصادی وزرت بهداشت:

فرهنگ مشارکت بخش خصوصی و دولتی باید نهادینه شود

تلاش برای هموار کردن راه سرمایه‌گذاری

پررنگ‌تر شدن حضور بخش خصوصی و استفاده از توان آن و بیشتر شدن مشارکت بخش دولتی و خصوصی یکی از مهم‌ترین شعارهای دولت یازدهم بود و وزارت بهداشت حرکت در این راستا را با ایجاد و راه‌اندازی حوزه مشارکت‌های اقتصادی شروع کرد. چرا که وزیر بهداشت نیز خوب می‌دانست منابع بخش دولتی محدود است و قدرت پاسخگویی به نیاز روزافزون جامعه را ندارد. افزون بر این‌که مدیریت در بخش غیردولتی به‌روزتر، چابک‌تر، بهتر و کارآمدتر است و کنار هم قرارگرفتن این دو بخش می‌تواند هم‌افزایی داشته باشد و به افزایش کیفیت خدمات بینجامد.

به گفته حمید اسدی، معاون فنی و اجرایی حوزه مشارکت‌های اقتصادی وزرت بهداشت این حوزه با تشکیل ۴ کارگروه اقتصاد درمان، اقتصاد بهداشت، اقتصاد آموزش و اقتصاد غذاودارو کار خودرا آغاز کرد. اما با توجه به اولویت‌های موجود، نخستین کارگروهی که فعال شد کارگروه اقتصاد و درمان بود. این کارگروه از مدیران حوزه درمان، مدیران حوزه اقتصادی و صاحب‌نظران این بخش تشکل شد و وظیفه خود را شناسایی بخش‌هایی در نظر گرفت که امکان واگذاری یا مشارکت با بخش غیردولتی را داشتند. کارگروه اقتصاد درمان در این حوزه ۶ محور را برای واگذاری شناسایی کرد.

۱- ایجاد بیمارستان و تجهیز و بهره‌برداری از بیمارستان‌ها با کمک بخش غیردولتی، نخستین محور انتخابی بود. شاخص استاندارد جهانی سرانه تخت بیمارستانی ۲/۶ تخت به ازای هر هزار نفر است. در حالی که سرانه تخت بیمارستانی در ایران ۱/۳ تخت به ازای هر هزار نفر است. این یعنی ما به ۱۲۰ هزار تخت بیمارستانی جدید در کشور نیاز داریم و این تعهدی است که وزارت بهداشت قبول کرده و تاکنون ۲۰ هزار تخت را نیز راه‌اندازی کرده است. اما با توجه به این‌که هزینه راه‌اندازی هر تخت بیمارستانی ۷۰۰ میلیون تا یک میلیارد تومان است برای رسیدن به هدف ۱۲۰ هزار تخت بودجه کلانی را نیاز دارد که تامین آن از عهده بخش دولتی خارج است. به همین دلیل کار واگذاری، ایجاد، مدیریت و بهره‌برداری بیمارستان‌ها آغاز شده است و تاکنون

سه بیمارستان به وسیله بخش خصوصی راه‌اندازی شده است.

۲- یکی دیگر از مسایل بسیار پراهمیت مراکز جامع درمان سرطان است. تعداد زیادی بیمار مبتلا به سرطان در کشور وجود دارد که خدماتی را که لازم دارند آن‌چنان که بایدوشاید دریافت نمی‌کنند. بر اساس طرح آمایش سرزمینی سرطان، کشور به ۱۴ قطب سرطان تقسیم شده و سعی شده هر کدام از این قطب‌ها برای ایجاد مراکز درمان سرطان به بخش خصوصی واگذار شود. در حال حاضر فراخوان ۷ قطب انجام شده و برنده‌ها مشخص شده‌اند. مکان ایجاد مراکز تحویل داده شده و کار ساخت بنا و ثبت سفارش دستگاه‌ها از اردیبهشت‌ماه سال جاری آغاز شده است. بخش خصوصی سه‌سال زمان دارد تا این مراکز را بسازد و پس از تجهیز و ارایه خدمات را آغاز کند.

۳- بخش‌های ناکافی و کم‌کیفیت دیالیز یکی دیگر از دغدغه‌های وزارت بهداشت بود. ۲۸ هزار و ۵۰۰ بیمار دیالیزی در کشور وجود دارند که با کفایت لازم دیالیز نمی‌شوند. چون دستگاه‌ها فرسوده و کم هستند و مراکز ناچارند در ۳ یا ۴ شیفت خدمات ارایه کنند. برای این که بتوان شاخص‌های کفایت دیالیز را به اندازه مطلوب رساند باید حدود ۵ هزار تخت دیالیز ایجاد می‌شد. افزون‌بر این‌که ۱۷۰۰ تخت فرسوده نیز باید نوسازی می‌شد: «کشور به ۱۰ منطقه تقسیم شد. سال گذشته ۶ منطقه با انجام فراخوان واگذار شد و اکنون ۳ هزار تخت دیالیز در حال راه‌اندازی است.»

۴- آزمایشگاه‌های بیمارستانی نیز یکی دیگر از بخش‌هایی بودند که مورد توجه این کارگروه قرار گرفت. چرا که تقریبا تمام مراکز و بیمارستان‌های دولتی دارای آزمایشگاه هستند و همه آزمایش‌ها را هم انجام می‌هند در حالی که این به‌هیچ‌وجه توجیه اقتصادی ندارد. لازم نیست برای آزمایش‌هایی که تعدادش کم است دستگاه و نفر را در آزمایشگاه مستقر کرد و هزینه کرد. در واقع آزمایشگاه‌ها باید آزمایش‌هایی را انجام بدهند که تعدادش زیاد است و آزمایش‌هایی را که نمونه‌هایش کم است را به آزمایشگاه مرکزی بفرستند. به این ترتیب هر دانشگاهی باید یک آزمایشگاه مرکزی داشته باشد که آزمایش‌های تحقیقاتی و ارجاعی را انجام بدهد و باقی آزمایشگاه‌ها تنها آزمایش‌های با درخواست بالا را انجام بدهند و آزمایش‌های کم تعداد را به آزمایشگاه مرکزی بفرستند: «تمام این آزمایشگاه‌ها هم باید به‌وسیله یک نفر مدیریت شود. نخستین زنجیره آزمایشگاهی سال گذشته در استان البرز راه‌اندازی شد و به‌زودی این زنجیره‌های آزمایشگاهی در ۶۰ دانشگاه علوم پزشکی سراسر کشور فعال خواهند شد.»

۵- اکنون بسیاری از مراکز درمانی و بیمارستان‌های دولتی نیازمند دستگاه‌های سی‌تی‌اسکن، ام‌آرآی، آنژیوگرافی و مانند این‌ها هستند، اما دولت توان خرید و تامین این دستگاه‌ها را ندارد. در نتیجه این بخش نیز به بخش خصوصی واگذرا شد و شرکت تبسم با مشارکت گروه اقتصادی مپنا و وزارت بهداشت تجهیز و بهره‌برداری از این مراکز را بر عهده گرفت: «این شرکت تاکنون با بیش از ۲۵ دانشگاه علوم پزشکی قرارداد بسته است. ۲۱ دستگاه با فناوری پیشرفته را وارد کشور کرده و تحویل داده است و ۲۱ دستگاه دیگر نیز در حال واردشدن به کشور هستند. همچنین ۸ دستگاه در محل نصب شده و ۳ دستگاه راه‌اندازی شده است.»

۶- در نهایت بخش دیگری که مورد توجه این کارگروه قرار گرفت اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی است: «البته این حوزه در حال حاضر در حال مطالعه و بررسی است و کارهای اجرایی آن شروع نشده است.»

کاهش هزینه و افزایش کیفیت دلیل به‌کارگیری بخش غیردولتی

منابع مالی محدود دولت، لزوم کاهش هزینه‌ها و افزایش کیفیت دلایلی است که اسدی برای لزوم حضور بخش غیردولتی در حوزه بهداشت و درمان برمی‌شمارد: «دولت اگر از تصدی‌گری بیرون بیاید می‌تواند روی نظارت متمرکز شود و کیفیت را ارتقا دهد. به‌ویژه که اکنون همه نیروهای ما درگیر انجام کار هستند و در واقع ما متصدی خدمات شده‌ایم. در حالی که این کار درست نیست. ما باید سیاست‌گذاری کنیم، سیاست‌ها را ابلاغ کنیم و بعد اجرای این سیاست‌ها را نظارت کنیم و زمانی می‌توانیم درست نظارت کنیم که نیروهای‌مان از کار اجرایی آزاد باشند.» از سوی دیگر با توجه به این که بخش غیردولتی منابع مالی بهتر و توان اقتصادی بالاتری دارد می‌تواند دستگاه‌هایی با فناوری بالاتر و به روزتری را وارد کشور کند و این به معنای بالا رفتن کیفیت خدمات است.

البته معاون فنی و اجرایی حوزه مشارکت‌های اقتصادی وزارت بهداشت تاکید می‌کند: «بخش غیردولتی توان مالی خوبی دارد و ما هم تضامین مالی خوبی برای تشویق حضور این بخش ارایه می‌کنیم. اما بخش غیردولتی باید خدمات را با تعرفه دولتی ارایه کند چون قرار نیست سهم پرداختی مردم بیشتر شود. به همین دلیل که این کار برای بخش خصوصی توجیه اقتصادی داشته باشد در مراکزی که واگذار می‌کنیم مجوز تاسیسات جانبی می‌دهیم. یعنی برای نمونه اگر یک بیمارستان می‌سازند در کنارش مجوز راه‌اندازی مرکز خرید یا پارکینگ مکانیزه را هم می‌دهیم تا بخشی از مابه‌التفاوت درآمد از این راه تامین شود. این مدل موفقی است که در دنیا هم اجرا شده است. اما در مورد بخش‌هایی که با وجود تاسیسات اقتصادی توجیه اقتصادی ندارد، از روش خرید خدمات استفاده خواهیم کرد. یعنی می‌گوییم این خدمات را ارایه کنید، بخشی از هزینه‌ها را از مردم بگیرید، بخشی را از بیمه‌ها و ما به‌التفاوت را هم ما پرداخت می‌کنیم. به این شکل هم پرداخت مردم ثابت می‌ماند و شاید حتی کاهش پیدا کند و هم کیفیت خدمات بالا می‌رود.»

اکنون ما با صرف بیش از ۳ هزار نفر-ساعت قراردادهای ۹۰ صفحه‌ای را آماده کرده‌ایم که به همه چیز پرداخته است. چرا روی این کار این قدر حساس شده‌ایم و این‌قدر با ریزبینی کار کرده‌ایم؟ چون ۵ سال دیگر من در این جایگاه نیستم و سرمایه‌گذاری که دارد سرمایه کلانی را وارد کار می‌کند باید تکلیفش روشن باشد

نگرانی‌های بخش دولتی مانع سرعت کار است

وزارت بهداشتی یک سازمان ۸۰ ساله است که در طول تمام این سال‌ها خودش خدماتش را ارایه کرده است و همیشه نقش حاکمیتی داشته است. اسدی می‌گوید: «حالا وزیر و مدیران ارشد این وزارتخانه می‌خواهند با بهره بردن از توان بخش غیردولتی خدمات خود را به وز کنند. اما تا این فرهنگ در این وزارتخانه ۸۰ ساله جا بیفتد یقینا مشکلاتی خواهیم داشت. قطعا عده‌ای در مقابل تغییر مقاومت می‌کنند و این طبیعی است. شما دارید در برابر عده‌ای می‌ایستید که خریدها را انجام می‌دهند و خدمات را ارایه می‌کنند، ممکن است منافعی در این میان وجود داشته باشد و ما داریم جلوی این منافع را می‌گیریم و همه آن را به بخش غیردولتی که تمام ارزیابی‌های صلاحیت را گذرانده است و قابل اعتماد است، می‌سپاریم. طبیعی است که موانع و مقاومت‌ها را اول کار داشته باشیم. افزون بر این که مشکلات دیگری هم‌چون موانع قانونی را نیز داریم. برای نمونه برای واگذاری زنجیره‌ای بخش‌های دیالیز ما قانونا نمی‌توانستیم به هر کسی بیشتر از یک مجوز بدهیم و لازم بود قانون را تغییر بدهیم و مجوزهای لازم را از مسؤولان بگیریم. همین که بیاییم آیین‌نامه جدید بنویسیم، نظر انجمن نفرولوژی و صاحب‌نظران را بگیریم مراحل قانونی را بگذرانیم و قانون جدید را ابلاغ کنیم، فرآیندی به شدت زمان‌بر بود.»

او معتقد است هر چند سرعت انجام امور کند به نظر می‌رسد اما با توجه به موانع و مشکلات موجود و شرایط حاکم این سرعت خوب است: «هرچند مطلوب نیست و باید سعی شود با سرعت مطلوب‌تری به امور رسیدگی کرد.»

معاون فنی و اجرایی حوزه مشارکت‌های اقتصادی وزارت بهداشت در حالی که وزارت بهداشت را با وزارتخانه‌هایی مانند نفت، راه و نیرو مقایسه می‌کند که هرکدام دو تا سه دهه است پا در عرصه واگذاری و جلب مشارکت بخش خصوصی گذاشته‌اند، می‌گوید: «در مقابل دستگاه‌های مانند وزارت نفت، راه و نیرو که تجربه‌های چند دهساله در زمینه برون‌سپاری دارند وزارت بهداشت در سه سال گذشته این کارها را انجام داده است. بنابراین فکر می‌کنم خوب عمل کرده‌ایم.»

اما گلایه شرکت‌های بخش خصوصی که پا در عرصه واگذاری‌ها گذاشته‌اند این است که با وجود تاکیدها و عزم جدی وزیر بهداشت و مدیران ارشد این سازمان در این زمینه، همکاری‌نکردن بدنه سازمان موجب کندشدن کار شده است: «باید توجه داشت که دانشگاه که طرف اصلی قراردادهای واگذاری هستند هیأت‌امنایی اداره می‌شوند و از نظر حقوقی مستقل هستند. ما نمی‌توانیم همه چیز را به آن‌ها دستور بدهیم. برخی دانشگاه‌ها هم فکر می‌کنند اگر واگذاری انجام بشود منافع مادی و معنوی‌شان کم رنگ می‌شود. چون حقوق و هزینه‌های پشتیبانی‌شان را دولت می‌دهد و فکر می‌کند برای نمونه مرکز تصویربرداری برایشان سود دارد. ولی اگر واقعی به ماجرا نگاه کنند، یعنی دولت بگوید از این به بعد نه حقوق می‌دهیم و نه هزینه‌های پشتیبانی راپرداخت می‌کنیم و از این به بعد خودشان باید از محل درآمد تصویربرداری هزینه‌هایشان را تامین کنند، متوجه می‌شوند که این ماجرا دیگر به نفع‌شان نیست. در واقع نهادینه‌کردن لزوم مشارکت بخش غیردولتی در دانشگاه‌ها کار بسیار سختی است.»

او همچنین تنظیم قراردادها جدید را یکی از راهکارهای رفع مشکلات بخش خصوصی و جلب اعتماد بخش دولتی می‌داند و می‌گوید: «در دانشگاه‌های ما مرسوم بود یک قرارداد ۳ تا ۴ صفحه‌ای تنظیم می‌شد و بیشتر اوقات جو کارفرما و پیمان‌کار بر قرارداد حاکم بوده و سختگیرانه برخورد می‌شد. اما اکنون ما با صرف بیش از ۳ هزار نفر-ساعت قراردادهای ۹۰ صفحه‌ای را آماده کرده‌ایم که به همه چیز پرداخته است. چرا روی این کار این قدر حساس شده‌ایم و این‌قدر با ریزبینی کار کرده‌ایم؟ چون ۵ سال دیگر من در این جایگاه نیستم و سرمایه‌گذاری که دارد سرمایه کلانی را وارد کار می‌کند باید تکلیفش روشن باشد.»

البته او دلیل بخشی از کندی روند کار را خود بخش خصوصی می‌داند چون چنان که باید در دانشگاه‌ها حضور ندارند و فکر می‌کنند همه چیز باید از مجرای حوزه مشارکت‌های اقتصادی عبور کند: «دوستان باید در دانشگاه‌ها حضور فعال‌تری داشته باشند. قرارداد میان شرکت و دانشگاه‌ها است و ما هم مشکل مورد تایید قرارداد را قبلا ابلاغ کرده‌ایم. الان دیگر ما نباید پیگیری کنیم. آن‌ها باید پیگیری کنند و هر جا که به مشکل برخوردند به‌عنوان هماهنگ‌کننده مداخله می‌کنیم.»

اوفکر می‌کند هنوز تفکر کارفرما و پیمانکار بر این ماجرا حاکم است که مانع روند درست کارها می‌شود. در حالی که هر دو بخش یعنی بخش خصوصی و دانشگاه‌ها باید

بپذیرند که با هم شریک هستند و باید حضورشان پررنگ‌تر، بامعناتر با ارتباط منطقی‌تری باشد.

آموزش، راهکار نهادینه‌کردن لزوم مشارکت بخش‌های دولتی و خصوصی

حوزه مشارکت‌های اقتصادی وزارت بهداشت هنگامی که دست‌وپنجه نرم کردن با چالش‌ها را شروع و با مقاومت بخش دولتی مواجه شد راهکار حل مشکل را در آموزش دید. به همین دلیل بخش مطالعات اقتصادی این حوزه ۱۶ دوره آموزشی را برای تمام رده‌های دانشگاهی از کارشناس تا ریاست دانشگاه طراحی کرد. مجوزهای این دوره دریافت شده و کار آموزش هم شروع شده است. اسدی با اشاره به برگزاری چندین سمینار و جلسات متعدد، خروجی کار را تا این لحظه مثبت ارزیابی می‌کند. هرچند هنوز مقاومت وجود دارد.

کاغذبازی حذف می‌شود

کاغذبازی و روند کند و طولانی امور اداری نه‌تنها در بخش درمان بلکه در تمام کارهایی که کار به بخش دولتی می‌رسد آزاردهنده شده است و مانع به‌شمار می‌رود. به همین دلیل کمیسیون فنی و کمیسیون اقتصادی دولت موضوع تسهیل قوانین را در لایحه مشارکت‌های عمومی و خصوصی دولت پیگیری می‌کند. بررسی و تدوین این لایحه از سال ۱۳۹۴ شروع شده‌است و پس از نهایی‌شدن برای تصویب به مجلس می‌رود.

اسدی معتقد است بخش زیادی از این مقررات دست‌وپا گیر با تصویب این لایحه برطرف می‌شود: «اکنون بر اساس مقررات دست‌وپاگیری که داریم نمی‌توانیم عرصه‌های‌مان را واگذار کنیم. نمی‌توانیم حمایت‌های لازم را بکنیم و نمی‌توانیم تسهیلات لازم را بدهیم. برای نمونه ما می‌خواهیم طرح‌ها توثیق بشود یعنی به‌عنوان وثیقه برای دریافت تسهیلات پذیرفته شود اما هنوز راهکار قانونی آن را نداریم. ما به دنبال حل این مشکلات هستیم.»

اسدی می‌افزاید: «هم‌چنین هفته‌ای چند جلسه با سازمان برنامه‌وبودجه برای به‌روز کردن قوانین داریم و سعی می‌کنیم با آسیب‌شناسی، قوانین دست و پا گیر را برطرف کنیم. هر دو ماه سازمان برنامه بودجه فرم‌های ارزیابی واگذاری‌ها را به دستگاه‌ها می‌فرستد تا بررسی کند که واگذاری‌ها به چه شکلی پیش می‌روند و چه مشکلاتی وجود دارد. این سازمان نظر صاحب‌نظران، مدیران بخش خصوصی و مسؤولان دولتی را دریافت، جمع‌بندی و اصلاح می‌کند. به همین دلیل است که سومین نسخه دستورالعمل ماده ۲۷ هم آمده است.»

معاون فنی و اجرایی حوزه مشارکت های اقتصادی هم‌چنین می‌گوید: «در روش‌های جدید واگذاری ما نمونه‌های مالی جدید را حاکم کرده‌ایم و نمونه مالی را جزو لاینفک هر قراردادی می‌دانیم. نمونه مالی ادبیات مشخصی دارد و قابل تفسیر نیست. بنابراین بسیاری از مشکلات را همین‌جا مدیریت می‌کنیم. از طرفی هم برای این‌که بخش خصوصی را هم مدیریت کنیم تا منافع‌شان مانع کار نشود، آن‌ها را هم درگیر کار می‌کنیم. برای نمونه از صاحبان فناوری می‌خواهیم برای فروش دستگاه‌هایشان در ایران یک شرکت بهره‌بردار را به‌عنوان شریک داخلی پیدا کنند، کنسرسیوم تشکیل بدهند و دستگاه‌هایشان را به این ترتیب وارد کنند و بفروشند.»

اسدی از کار روی لایحه خرید تضمینی خبر می‌دهد که بر اساس آن دولت می‌تواند خرید تضمینی بکند. یعنی اگر سرمایه‌گذار با دانشگاه شریک شد و یک بیمارستان یا آزمایشگاه راه‌اندازی کرد و با وزارت بهداشت بر سر نرخ بازگشت سرمایه به توافق رسیدند، وزارت بهداشت آن نرخ را تضمین می‌کند و یک ضمانت دولتی می‌دهد: «اگر ما تضمین کنیم که این کار ۲۰ درصد سود دارد، حتی اگر این سود محقق نشد و مشکلات دیگر به وجود آمد ما این ۲۰ درصد را به آن شرکت می‌دهیم. البته از آن‌سو هم نظارت می‌کنیم حتما بیمار را با تعرفه دولتی پذیرش و با کفایت درمان کنند.»

اکبر محمودلو، کارشناس امور مالی و سرمایه‌گذاری:

مشارکت بخش خصوصی یعنی کنترل کیفیت کمیت و کاهش هزینه

بخش دولتی متولی ۸۵ درصد تخت‌های بیمارستانی کشور است و همین حالا به ده‌ها هزار تخت جدید برای پاسخگویی به نیازهای کشور نیاز دارد. اما هزینه‌های کمرشکن اداره امور، بودجه چندانی برای ایجاد یا نوسازی بخش‌های درمانی باقی نمی‌گذارد. کارشناسان اقتصادی ورود بخش خصوصی را به این حیطه راهگشای بسیاری از مشکلات می‌دانند. خصوصی‌سازی، برون‌سپاری، واگذاری و خرید خدمات روش‌های مختلفی هستند که مشارکت بخش دولتی و خصوصی را امکان‌پذیر می‌کند. «شیوه مبتنی بر ارزش» از تقاضاهای القایی می‌کاهد.

خصوصی‌سازی: خصوصی‌سازی فرایندی است که در آن مالکیت منتقل می‌شود. در این شیوه معمولا فعالیت توسعه داده می‌شود و سرمایه‌گذاری انجام می‌گیرد.

برون‌سپاری: در این شیوه در حقیقت انجام فعالیت یا خدمتی که از سوی یک سازمان یا نهاد باید ارایه شود به شرکت یا فرد دیگری منتقل می‌شود. در برون‌سپاری، سرمایه‌گذاری معمولا به وسیله همان بخشی که برون‌سپاری کرده است، انجام می‌شود به همین دلیل در برون‌سپاری مالکیت در اختیار همان بخش باقی می‌ماند و آن بخش موظف به تامین مالی طرح برای سرمایه‌گذاری است. برون‌سپاری برای اهداف کوتاه‌مدت مدل مطلوبی است اما برای طرح‌های بلند مدت مناسب نیست.

خرید خدمت: در قانون خدمات کشوری، قوانینی هم درباره قراردادهای خرید خدمت وجود دارد. بر اساس این قراردادها دولت می‌تواند خدماتی را که مدنظر دارد با کیفیت مشخص و با نظارت عالیه

از بخش خصوصی خریداری کند. به این ترتیب با توجه به این‌که بخش دولتی به جای اجرا تنها به نظارت می‌پردازد و اهرم پرداخت را هم در دست دارد کیفیت به شدت افزایش می‌یابد. افزون‌بر این بخش خصوصی نیز برای این که بتواند حاشیه سود خود را با توجه به کیفیت تعهد داده شده، حفظ کند هزینه‌ها را به شدت کاهش می‌دهد.

واگذاری: در دنیا برای واگذاری‌های بلندمدت، قراردادهای بلندمدت ساخت، بهره‌برداری، انتقال (BOT) یا ساخت، مالکیت و اداره (BOO) و روش‌های مختلف دیگری مانند این‌ها به‌کار می‌رود که همه آن‌ها در قالب قراردادهای مشارکت بخش دولتی و غیردولتی بسته می‌شوند. در این روش به دلیل بلندمدت بودن قراردادها بخش خصوصی سرمایه‌گذاری و توسعه را برعهده می‌گیرد.

بخش خصوصی و کاهش هزینه‌های درمان

یکی از مفاهیم جدیدی که به تازگی در حوزه بهداشت و درمان در دنیا شکل گرفته و به‌ویژه در آمریکا خیلی مورد توجه قرار گرفته، «مدل‌های مبتنی بر ارزش در حوزه بهداشت و درمان» است. در این مدل‌ها بسته خدمات تعریف می‌شود و متناسب با خدمات ارایه‌شده در هر بسته، قیمت‌گذاری انجام می‌گیرد. بر اساس این مدل طرف قراردادی که وظیفه اجرای قرارداد را می‌پذیرد موظف است تمام خدمات پیش‌بینی‌شده در بسته را با کیفیت تعیین‌شده و با پذیرش تمام مشکلاتی که ممکن است پیش بیاید با قیمت تعیین شده انجام دهد.

اما در حال حاضر شیوه عملکرد در حوزه بهداشت و درمان در کشورهایی مانند کشور ما، بها در ازای هر خدمت است؛ یعنی اگر قرار است یک جراحی شکم انجام شود، ابتدا باید معاینه به‌وسیله پزشک انجام شود و بهای آن پرداخت شود. سپس آزمایش‌ها و سونوگرافی‌ها انجام شود و بهای آن‌ها نیز جداگانه پرداخت شود. همین روند ادامه پیدا می‌کند تا زمانی که جراحی انجام شود. بیمار بابت هر روزی که در بیمارستان بستری است باید مبلغی را بپردازد. اگر در این میان با مشکلی مواجه شود و برای نمونه دچار عفونت بیمارستانی شود و چند روز اقامت بیشتر در بیمارستان داشته باشد باید باز هم بهای این روزها و خدمات اضافه را بپردازد.

اما در شیوه‌های مبتنی بر ارزش هنگامی که کسی قرار است در بیمارستان بستری شود و یک جراحی انجام دهد، تنها یک مبلغ مشخص پرداخت می‌شود و در مقابل یک کیفیت مشخص و مورد تایید پذیرفته می‌شود. حالا مجری می‌توانند یک بار اکو کند یا ده بار اکو کند. پرداخت‌کننده تنها یک مبلغ مشخص پرداخت می‌کند و مدیریت این‌که برای نمونه چند بار باید اکو شود با اجراکننده است.

یکی از مزیت‌های به‌کارگیری شیوه مبتنی بر ارزش این است که از ایجاد تقاضای القایی به‌وسیله برخی پزشکان پیشگیری می‌کند. در حالی که در شیوه بها در ازای خدمت، ممکن است در حالی که بیمار تنها به یک اکو نیاز دارد پزشک چندین بار دستور انجام اکو بدهد. چون سقفی وجود ندارد و پزشک می‌تواند تقاضا کند. یا حتی پزشک می‌تواند تقاضا کند تمام آزمایش‌ها برای یک بیمار باید انجام شود تا دقت بالا برود در حالی که بسیاری از این آزمایش‌ها لازم نیستند. اما اگر شیوه درمان مبتنی بر نتیجه و پاسخگویی باشد آن وقت شیوه عمل هم متفاوت خواهد بود. در برون‌سپاری همین اتفاق می‌افتد. هم‌چنین می‌توان برون‌سپاری را در فضای رقابتی ارایه کرد. هنگامی که رقابت زیاد شود، مدیریت شرکت‌ها تعیین‌کننده می‌شوند و شرکت‌ها تلاش می‌کنند کیفیت بهتر را با قیمت کمتر ارایه کنند. تجربه نشان داده همیشه برون‌سپاری توانسته کاهش قیمت را در پی داشته باشد.

برای حفظ کیفیت در برون‌سپاری باید محدوده عمل مشخص و خروجی نظارت شود. در واقع در برون‌سپاری با این‌که چه چیزی انجام‌شده، کار دارند و با این که چگونه انجام‌شده کاری ندارند. البته چون خروجی کاملا نظارت می‌شود به‌طور قطع کار با کیفیت بسیار خوبی انجام خواهد شد. از سوی دیگر چون برون‌سپاری در مقیاس بالا انجام می‌شود، هزینه‌های ثابت کاهش می‌یابد و در نتیجه سود مطلوبی به دست می‌آید.

اکبر محمدلو، کارشناس امور مالی و سرمایه‌گذاری با اشاره به این‌که اکنون دولت نسبت به این که هزینه تمام‌شده خدماتش چقدر است، هیچ تعهدی ندارد، می‌گوید: «اکنون در هیچ جای کشور نمی‌بینند هزینه تمام‌شده در بخش بهداشت و درمان محاسبه شود و بر اساس این هزینه تمام‌شده مدیریت انجام شود. ولی وقتی بخش خصوصی وارد کار می‌شود، این اتفاق می‌افتد. برای نمونه الان بیمه‌های مکمل قراردادهایی با عنوان قرادادهای گلوبال با بیمارستان‌ها چه خصوصی و چه دولتی می‌بندند.

اکنون در هیچ جای کشور نمی‌بیند هزینه تمام‌شده در بخش بهداشت و درمان محاسبه شود و بر اساس این هزینه تمام‌شده مدیریت انجام شود. ولی وقتی بخش خصوصی وارد کار می‌شود، این اتفاق می‌افتد. برای نمونه الان بیمه‌های مکمل قراردادهایی با عنوان قرادادهای گلوبال با بیمارستان‌ها چه خصوصی و چه دولتی می‌بندند. بر اساس این قراردادها با توجه به پرونده بیماران کیفیت ارایه خدمات بررسی می‌شود و به ازای هر بیماری یک مبلغ مشخص پرداخت می‌شود

در واقع اگر خرید خدمت انجام نشود نمی توانید بیمارستان‌ها را توسعه دهید چون هر سال تعرفه‌ها با احتساب تورم بالاتر می‌رود. بنابراین اگر قرار باشد با تعرفه دولتی خدمت قابل دسترس به مردم ارایه کنید باید حتما خرید خدمت را انجام دهید. خرید خدمت علامتی است از سوی دولت که به سرمایه‌گذاران می گوید اگر شما بیایید این خدمات را با این تعرفه و سازوکاری که من می گویم ارایه کنید من با این میزان بودجه هزینه‌ها را جبران می کنم

بر اساس این قراردادها با توجه به پرونده بیماران کیفیت ارایه خدمات بررسی می‌شود و به ازای هر بیماری یک مبلغ مشخص پرداخت می‌شود. برای نمونه برای جراحی قلب باز یا تعویض مفصل یا یک مبلغ مشخص پرداخت می‌شود. دیگر این بیمارستان یا ارایه‌کننده خدمات است که باید حواسش جمع باشد که کیفیت مطلوب را حفظ کند و هزینه‌ها را در کنترل داشته باشد. چرا که هزینه پرداخت‌شده بر اساس قرارداد ثابت است و بیمارستان اگر بتواند با حفظ کیفیت هزینه را کاهش دهد، سود خواهد کرد و اگر بیشتر از آن میزان هزینه کند ضرر خواهد کرد. از آن‌سو هم بیمارستان نمی‌تواند برای سود بیشتر از کیفیت خدمات یا تجهیزات و لوازم مصرفی بکاهد چون کیفیت کار او زیر نظر است و مبلغ قرارداد با شرط حفظ کیفیت پرداخت می‌شود.»

بیمه‌های تکمیلی هم‌اکنون از شیوه خرید خدمت استفاده می‌کنند و به این ترتیب هزینه و کیفیت را کنترل می‌کنند اما در بخش دولتی دفترچه بیمه مانند چک سفید امضا در دست پزشک و بیمارستان است و اگر یک پزشک ۶ بار هم دستور ام‌آر‌آی بدهد و هزینه‌تراشی کند باید انجام بشود. اما وقتی بخش خصوصی با یک قرارداد بلندمدت وارد کار شود و دولت نظارت را برعهده بگیرد می‌توان با کنترل خروجی جلوی این هزینه‌تراشی‌ها را گرفت.

در واقع او معتقد است در زمینه کمک‌گرفتن از بخش خصوصی برای کاهش هزینه‌ها، خرید خدمت یک بستر است. یک باید و الزام است. یعنی در تمام راهکارهایی که ارایه می‌شود باید خرید خدمت هم انجام شود: «در واقع اگر خرید خدمت انجام نشود نمی‌توانید بیمارستان‌ها را توسعه دهید چون هر سال تعرفه‌ها با احتساب تورم بالاتر می‌رود. بنابراین اگر قرار باشد با تعرفه دولتی خدمت قابل دسترس به مردم ارایه کنید باید حتما خرید خدمت را انجام دهید. خرید خدمت علامتی است از سوی دولت که به سرمایه‌گذاران می گوید اگر شما بیایید این خدمات را با این تعرفه و سازوکاری که من می گویم ارایه کنید من با این میزان بودجه هزینه‌ها را جبران می کنم. اما اگر خرید خدمت نباشد همین اتفاقی که اکنون در حال رخ‌دادن است رخ می‌دهد. هیچ بخش خصوصی وارد بخش دولتی نخواهد شد چون برایش توجیه اقتصادی ندارد. پس قرارداد خرید خدمت به‌عنوان یک الزام و یک بستر باید وجود داشته باشد.»

جای خالی بخش خصوصی قدرتمند در بهداشت و درمان

یکی از نیازهای اصلی برای ورود بخش خصوصی

به حوزه بهداشت و درمان وجود بخش خصوصی قدرتمند است. محمدلو معتقد است در حوزه بهداشت و درمان بخش‌های مختلفی فعالیت دارند. در بخش پشتیبانی و خدمات غیردرمانی مانند کترینگ، هتلینگ، نگهبانی، نظافت، سی‌آراس و مانند این‌ها شرکت‌های زیادی فعال هستند. در بخش خدمات پاراکلینیکی مانند تصویربرداری، آزمایشگاه و مانند این‌ها، چون این بخش‌ها خیلی بزرگ نیستند، نهادهایی شکل گرفته که این کار را انجام بدهند. هم‌چنین گروه‌های حرفه‌ای از پزشکان می‌توانند جمع شوند و با همکاری هم به شکل هیات‌امنایی این کار را انجام دهند. اما در بخش مدیریت بیمارستانی که باید تمام خدمات درمانی را ارایه کرد، واقعیت این است که هنوز شرکتی با مقیاس‌های موجود در دنیا، در ایران وجود ندارد که بتواند این کار را انجام بدهد.

او می‌گوید: «اگر قرار است چنین اتفاقی بیفتد حتما باید نهادها وارد کار شوند؛ ارتباطات لازم ایجاد شود و انتقال دانش صورت گیرد. سپس این نهادها با نیروهایی که در داخل دارند روند خصوصی‌سازی را اجرا کنند. اکنون اگر شما بخواهید خدمات و مدیریت بیمارستانی یک یا ده بیمارستان را به بخش خصوصی بسپارید، نمی‌توانید چون چنین هلدینگ کارگزاری بیمارستانی در کشور وجود ندارد. یک سری مجموعه‌ها شروع کرده‌اند که این‌گونه هلدینگ‌ها را ایجاد کنند اما هنوز چنین چیزی شکل نگرفته است. البته در صورت شکل‌گیری چنین هلدینگ‌هایی دیگر کار در قالب قراردادهای واگذاری مدیریت، بهره‌برداری یا مالکیت اجرایی خواهد شد. تفاوت قراردادهای واگذاری با برون‌سپاری در این است که برون‌سپاری معمولا کوتاه‌مدت و یک، دو یا سه‌ساله است اما واگذاری‌ها، بلندمدت و معمولا بیش از ۱۰، ۱۵ یا ۲۰ساله است. البته کسی هم خدمات بیمارستانی را برای یک‌سال برون‌سپاری نمی‌کند چون تنها ۶ ماه طول می‌کشد که بتوان وضع را تثبیت کرد.»

برون‌سپاری برای کوتاه‌مدت خوب است اما راهکار بلندمدت نیست. در دنیا برای واگذاری‌های بلندمدت، قراردادهای بلندمدت ساخت، بهره‌برداری، انتقال (BOT) یا ساخت، مالکیت و اداره (BOO) و روش‌های مختلف دیگری مانند این‌ها به‌کار می‌رود که همه آن‌ها در قالب قراردادهای مشارکت بخش دولتی و غیردولتی است.

محمدلو در این زمینه توضیح می‌دهد: «روش‌های مختلفی با توجه به مقتضیات و امکانات موجود وجود دارد. ممکن است دولت یک بیمارستان در حال عملیات را در قالب یک قرارداد واگذاری بلندمدت واگذار کند. اگر دولت یک پروژه نیمه کاره داشت باشد می‌تواند از قراردادهای بی‌اوتی استفاده کند و اگر می‌خواهد یک پروژه ایجاد کند می‌تواند از قراردادهای بی‌اواو استفاده کند. در قراردادهای واگذاری، تعهدات بخش خصوصی و بخش دولتی به ریز آورده می‌شود و تضامینش را هم دریافت می‌کنند. با این قرادادها که دست‌کم ۱۰ تا ۱۵ ساله هستند و معمولا در دنیا ۵۰ تا ۶۰ ساله بسته می‌شود مشارکت و در نتیجه سرمایه‌گذاری، تامین مالی و مدیریت بخش خصوصی جذب می‌شود.»

اما از دید محمدلو مشکل اصلی در برون‌سپاری این‌جا است که چون کوتاه‌مدت است در آن سرمایه‌گذاری اتفاق نمی‌افتد و وقتی سرمایه‌گذاری اتفاق نیفتد، تنها اهداف کوتاه مدت مورد توجه قرار می‌گیرد اما هنگامی که سرمایه‌گذاری اتفاق می‌افتد دست‌کم یک بازه زمانی ۱۰ ساله یا بیشتر دیده می‌شود.

بخش دولتی اگر به دنبال کاهش هزینه‌ها است باید از بخش خصوصی کمک بگیرد. بخش خصوصی مزایای متعددی دارد که یکی از آن‌ها مدیریت کسب‌وکار است: «هنگامی که ادبیات مدیریت کسب‌وکار وارد

بخش بهداشت و درمان شود خودبه‌خود کیفیت نیز بالاتر می‌رود و هم نظارت بهتری نیز اعمال می‌شود. بخش خصوصی در حوزه‌ای که بخواهد کاهش هزینه بدهد، سرمایه‌گذاری می‌کند. بخش دولتی نمی‌تواند سرمایه‌گذاری کند. بخش خصوصی توانایی تامین مالی دارد اما بخش دولتی توان تامین مالی به صورت ابزارهای رایجی که در بازارهای سرمایه وجود دارد را ندارد. البته از آن‌سو هم باید توجه داشت که دولت امکاناتی مانند مجوز و یک بازار بزرگ را در دسترس دارد.»

این کارشناس امور مالی و سرمایه‌گذاری معتقد است اگر همین امروز وزارت بهداشت بخواهد مراکزی را واگذار کند شاید یک یا دو مرکز تازه شکل گرفته و کوچک وجود داشته باشد که در نهایت بتوانند در اندازه یک تا سه هزار تخت را اجرایی کنند. ولی اگر وزارت بهداشت علامتی بدهد که حاضر به واگذاری بخش‌هایی به سرمایه‌گذاران بزرگ است، نهادهایی عمومی و خصوصی خیلی بزرگی مانند بنیاد مستضعفان، ستاد اجرایی امام، شستا، غدیر، بانک پاسارگارد و مانند این‌ها هستند که حاضرند ظرف ۶ ماه سرمایه‌گذاری و خودشان را تجهیز کنند.

تبصره ۱۹ قانون بودجه

تبصره ۱۹ ماده واحده بودجه سال ۱۳۹۶ دولت را موظف کرده است که ۱۰ درصد از تعهدات خود در بخش بهداشت و درمان را با تعرفه‌های دولتی به بخش خصوصی واگذار کند. به این ترتیب بخش دولتی می‌تواند یک واحد در حال عملیات را که نیاز به سرمایه‌گذاری برای خرید و نوسازی تجهیزات دارد به بخش خصوصی بسپارد یا برای تکمیل یک طرح نیمه‌کاره از بخش خصوصی کمک بگیرد.

البته نکته بسیار مهم در این زمینه این است که به هر حال بخش خصوصی با توجه به میزانی که سرمایه‌گذاری می‌کند انتظار یک سود معقول را هم دارد. دولت می‌تواند با قراردادهای خرید خدمت نگرانی بخش خصوصی را رفع کند و سود منطقی سرمایه‌گذاری در این بخش را هم تضمین کند.

به باور محمدلو این فرصت بسیار خوبی است که اگر دولت بتواند همراه با خرید خدمت آن را اجرایی کند نهادهای خصوصی و عمومی بزرگی هستند که هم اکنون تمایل دارند، اعلام آمادگی کرده‌اند و حاضرند بیش از هزار میلیارد تومان در این بخش سرمایه‌گذاری کنند. این قانون بهترین فرصت است که بخش دولتی بتواند آن‌ها را جذب کند. تنها باید رابطه‌ها شکل بگیرد و سازوکار مناسب را از دید سرمایه‌گذاران هم ببینند. به‌ویژه که اکنون در همه کشورهای دنیا بخش بهداشت و درمان قوانین تشویقی و ترغیبی برای جذب سرمایه دارند.

ورود بخش خصوصی کنترل کیفیت را بیشتر می‌کند

یکی از مزایای بزرگ ورود بخش خصوصی به مدیریت بخش‌های درمانی این است که امکان نظارت و مدیریت کیفیت و کمیت بیشتر می‌شود. وزارت بهداشت تمام سازوکارهای لازم برای مدیریت و نظارت را دارد و همین حالا هم نظارت می‌کند. تنها مسأله‌ای که وجود دارد این است که دولت حالا باید بیاید در زمینه تنظیم مقررات (رگولاتوری) فعال شود و تصدی‌گریش را کم کند. با توجه به این‌که تاکنون بخش خصوصی قوی در بهداشت و درمان ایران وجود نداشته، وزارت بهداشت مجبور شده است خودش تصدی‌گری کند. تصدی‌گری وزارت بهداشت باعث شده خودش هم مجری باشد و هم ناظر. مانند این است که خودتان یک کاری را انجام بدهید و بعد به خودتان نمره بدهید. در حالی که اگر وزارت بهداشت از حوزه تصدی‌گری خارج شود و بخش نظارتی خود را قوی کند می‌تواند آن نهادها را تقویت کند.

محمدلو می‌گوید: «وزارت بهداشت اکنون تمام سازوکارهای لازم برای نظارت را دارد. نظام‌های اعتباربخشی و همین نظارت‌هایی که در طرح تحول نظام سلامت برای مدیریت پرداخت‌های اضافه و این که تمام خدمات در داخل بیمارستان باشد، انجام می‌شود بخشی از این سازوکار است. اتفاقا وزارت بهداشت در نظارت خیلی خوب عمل می‌کند و تنها باید شیوه و سازوکار نظارتش را مبتنی بر مدل‌های واگذاری و ارایه خدمات در بخش خصوصی تدوین و تنظیم کند.»

او هم‌چنین معتقد است بیمه‌ها نیز می‌توانند در نظارت دوباره نقش جدی داشته باشند. بیمه‌هایی مانند تامین اجتماعی هم می‌توانند در مورد نظارت و مدیریت کمیت و کیفیت نظر بدهند. چون همه بیمه‌های بزرگ در مراکز بزرگ کارشناس مقیم دارند که مدارک پزشکی را بررسی می‌کنند بنابراین می‌توانند از نظر تعداد و کیفیت، خدمات را نظارت کنند.

۱۰ درصد

تبصره ۱۹ ماده واحده بودجه سال ۱۳۹۶ دولت را موظف کرده است که ۱۰ درصد از تعهدات خود در بخش بهداشت و درمان را با تعرفه‌های دولتی به بخش خصوصی واگذار کند. به این ترتیب بخش دولتی می‌تواند یک واحد در حال عملیات را که نیاز به سرمایه‌گذاری برای خرید و نوسازی تجهیزات دارد به بخش خصوصی بسپارد یا برای تکمیل یک طرح نیمه‌کاره از بخش خصوصی کمک بگیرد

نگاهی به هویت و عملکرد شرکت رامسی جنرال دوسانته (Ramsay Générale de Santé)

خدمات درمانی فرانسه پیش به سوی خصوصی سازی پیش می‌رود

واگذاری خدمات حتی پیشگیری به شرکت‌های خصوصی

بخش‌های خصوصی و انتفاعی نقش مهمی در نظام خدمات درمانی کشورها بازی می‌کنند و روزبه‌روز سهم بیشتری از بازار خدمات درمانی را به خود اختصاص می‌دهند. کشور فرانسه نیز از این امر مستثنی نیست. تمامی شهروندان فرانسوی زیر پوشش نظام بیمه‌ای این کشور هستند و نزدیک به ۷۵ درصد از هزینه‌های بیماران از این طریق پرداخت می‌شود؛ نزدیک به ۹۶ درصد از این جمعیت زیر پوشش بیمه‌های خصوصی هستند که باقی‌مانده این رقم را در پوشش قرار می‌دهد.

رامسی‌جنرال‌دوسانته (Ramsay Générale de Santé)، اولین گروه اپراتور بیمارستان‌های خصوصی فرانسه است که هدف خود را ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران می‌داند. این شرکت، نقشی کلیدی در نظام خدمات‌درمانی و بهبود ساختارهای تحقیقات بالینی و ایجاد راهبردهای درمانی جدید بازی می‌کند و رتبه یک را در گرداندن بیمارستان‌های خصوصی در اروپا را از آن خود کرده است.

شرکت خدمات درمانی رامسی سال ۲۰۱۴ همراه با شرکت بیمه کردیت آگریکل (Crédit Agricole) مالکیت شرکت جنرال دوسانته (General de sante) را به‌دست‌آورد و تصدی اداره بیمارستان‌های خصوصی فرانسه را برعهده گرفت. این دو شرکت در ماه ژوئن ۲۰۱۴ با خرید ۸۳/۴۳ درصد از سهام شرکت جنرال‌دوسانته به شکل رسمی فعالیت خود را به‌عنوان خدمات درمانی رامسی شروع کردند. آن‌ها با خرید سهام شرکت جنرال‌دوسانته متعهد به سرمایه‌گذاری و ایجاد امکانات بیشتر به مبلغ ۱/۰۷۵میلیارد یورو برای این شرکت شدند که ۵۰۰ میلیون یوروی آن بی‌درنگ پرداخت شد.

تا سال ۲۰۱۴ شرکت جنرال‌دوسانته اصلی‌ترین و بزرگ‌ترین مجری اداره بیمارستان‌های خصوصی در فرانسه با حدود ۷۵ مرکز شامل ۶۱بیمارستان در زمینه پزشکی، جراحی، زنان و توان‌بخشی با درآمد سالیانه نزدیک به ۱.۷ میلیارد یورو و همراهی ۱۹

هزار کارمند بوده است. این شرکت سالیانه به بیش از ۱ میلیون بیمار خدمات ارایه می‌دهد.

سال ۱۹۸۷ شرکت جنرال دوسانته از سوی شرکت عمومی آب فرانسه پایه‌گذاری شد. این شرکت از سال ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۴ و پس از سرمایه‌گذاری در زمینه‌های بیولوژیکی در فرانسه و ایتالیا در بخش خدمات مراقبتی، عمدتا تمرکز خود را بر زمینه‌های پزشکی، جراحی، زنان، پیگیری مراقبت و توان‌بخشی گذاشت اما سال ۲۰۱۴ سهام خود را به دو شرکت دیگر یکی شرکت استرالیایی خدمات بهداشتی درمانی رامسی و بیمه کردیت آگریکول واگذار کرد و پس از آن به نام رامسی‌جنرال‌دوسانته تغییر نام داد.

شرکت خدمات‌درمانی رامسی یک شرکت استرالیایی است که سال ۱۹۶۴ در سیدنی استرالیا پایه‌گذاری شد و به تدریج به یکی از مجریان جهانی اداره بیمارستان در استرالیا، انگلستان، فرانسه و آسیا با ۲۳۸ بیمارستان تبدیل شد. این شرکت خدمات درمانی زیادی دارد که از جمله آن‌ها می‌توان به جراحی‌های ساده یا پیچیده همراه با خدمات توان‌بخشی و مراقبت‌های روانی اشاره کرد. این مجموعه با در اختیار داشتن ۲۵ هزار تخت بیمارستانی، سالیانه به ۳ میلیون بیمار در سراسر جهان خدمات ارایه می‌دهد و بیش از ۱ میلیون جراحی را زیر پوشش خود دارد.

شرکت کردیت آگریکول نیز یکی از پیشروترین گروه‌های بیمه‌ای در اروپاست که طیف وسیعی از خدمات بیمه‌ای شامل پس‌انداز، بازنشستگی، درمانی، حفاظت از اموال و محصولات را ارایه می‌دهد. این شرکت از طریق گروه بانک‌های کردیت آگریکول در بیش از ۱۴ کشور در سراسر جهان و از طریق نمایندگان مالی و کارگزاران بیمه‌ای فعال است. شرکت‌های کردیت آگریکول به افراد، متخصصان، کشاورزان و صاحبان کسب‌وکار خدمات ارایه می‌دهند. این شرکت ۳ هزار و ۵۰۰ کارمند و سالیانه بیش از ۲۶ میلیارد یورو درآمد دارد.

راهبردهای منطقه‌ای و پزشکی رامسی

اکنون شرکت رامسی‌جنرال‌دوسانته با در دستورکار قرار دادن یک برنامه ۵ ساله با شعار مردم از مردم مراقبت می‌کنند وعده کرده است که تا سال ۲۰۲۰ تمام تلاش خود را معطوف به بالابردن کیفیت و امنیت و توسعه خدمات بهداشتی کند. این پروژه بیش از هر زمان دیگری بیمار و کیفیت خدمات‌رسانی را در قلب راهبرد خود قرار داده است. برنامه کسب‌وکار پیشین این شرکت پایه‌ای قدرتمند را برای آینده این شرکت پایه‌ریزی کرده

که شامل موارد زیر می‌شود:
- پایه‌گذاری در ۲۲ منطقه به شکل خوشه‌ای
- پزشکی‌سازی فرآیندهای سازمانی
- استقرار خوشه‌ای طرح‌های پزشکی
- گسترش راه‌وروش‌های مراقبت
- جابه‌جایی بی‌درنگ پس از جراحی
- ایجاد خدمات نوین برای بیماران
- توسعه فعالیت‌ها در زمینه بهداشت روانی
- ایجاد جذابیت این مدل‌ها برای پزشکان

امروزه این گروه با توجه به جهان درحال تغییر ما بر چابک‌سازی سازمانی و پاسخ‌دادن به افزایش انتظارات بیمار از منظر کیفیت درمان و خدمات متمرکز شده است و بر ۴ محور اصلی بیش از پیش تاکید دارد که این ۴ محور شامل موارد زیر می‌شوند:

دیجیتال‌سازی: امروزه بیماران همزمان کاربران اینترنت نیز هستند، آن‌ها نوبت پزشک‌شان را از طریق اینترنت می‌گیرند، مراحل پذیرش، مقایسه و ارزیابی انواع خدمات را از طریق اینترنت انجام می‌دهد. از سوی دیگر پزشکان نیز می‌خواهند تا زمان پزشکی خود را از طریق اینترنت با سرعت و راحتی در اختیار بیماران قرار دهند و به‌طور مرتب عملکرد پزشکی خود را بهبود بخشند.

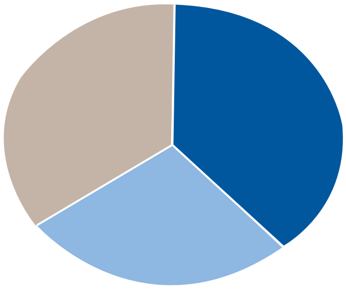
بهینه‌سازی: این سازمان در مناطقی که در آن‌ها دارای مراکز است، ارزش خود را به اثبات رسانیده است و اکنون زمان سرمایه‌گذاری در این سازمان هم به لحاظ روش‌های مراقبتی و هم از منظر سلامت روانی فراهم آمده است.

نوآوری: در جهان امروزه بدون نوآوری نمی‌توان به ثبات دست یافت و باید در همه زمینه‌ها از جمله سازمانی، پزشکی، مدیریت منابع طبیعی، ایجاد خدمات به بیماران و فراتر رفتن از مرزهای کنونی نوآوری را به کار گرفت.

استعدادها: این شرکت و گروه بدون استعدادهایش نمی‌توانست به موقعیتی که اکنون دارد دست پیدا کند. جذب نیروها و استعدادهای جوان شامل کارمندان و توانمندسازی آن‌ها در مسیر توسعه بلندمدت است که می‌تواند مسیرهای حرفه‌ای را شکل دهد و آرزوهای بلندی را که امروزه شکل واقعیت به خود گرفته‌اند، محقق سازد.

علاوه بر موارد مطرح شده، دو ماموریت اصلی این سازمان یکی تهیه بانک سلول‌های بنیادی بند ناف است که از سال ۲۰۰۸ پایه‌گذاری شد و امکان جمع‌آوری و ذخیره‌سازی این سلول‌ها را فراهم کرد و دیگری فعالیت در زمینه پیشگیری از بیماری‌هاست که در این زمینه نیز تلاش و اهتمام زیادی برای آگاهی‌رسانی‌های جمعی برای تمامی سنین و نسل‌ها صورت می‌گیرد.

بازار خدمات‌درمانی بر اساس تعداد سامانه درمانی: ۲۷۱۰ سامانه درمانی(آمارهای سال ۲۰۱۰)



۳۵ درصد عمومی
۳۹ درصد خصوصی و انتفاعی
۲۶ درصد دیگر

سود بدون بهره و مالیات؛ ۲۴۰ میلیون یورو

درآمد سال ۲۰۱۳؛ ۱,۷ میلیارد یورو

یک گرداننده خصوصی سامانه های درمانی؛ سهم بازار ۱۲درصد

به‌کارگیری نزدیک به ۱۹ هزار کارکنان و مراقبان بهداشتی

سال ۲۰۱۳، نزدیک به ۱ میلیون نفر را پذیرش کردند

Générale de santé

به‌کارگیری ۷۵ مورد امکانات و تسهیلات به‌ویژه گرداندن ۶۱ بیمارستان

بهره وری از نزدیک به ۹ هزار و ۱۰۰ تخت بیمارستانی

مشارکت‌کنندگان مستقل؛ نزدیک به ۴ هزار و ۵۰۰ نفر

نزدیک به ۴۰۰هزار پذیرش اورژانسی در ۲۰ درمانگاه

انجام نزدیک به ۲۸ هزار و ۲۰۰ زایمان در درمانگاه‌های زنان و زایمان

کارآیی‌های اصلی جنرال دوسانته که زمینه دسترسی به سهم بیشتر در بازار سلامت فرانسه را برای شرکت رامسی فراهم می‌کند.

مجتمع قدس
معلولین و سالمندان

مجتمع سالمندان و معلولین قدس

(متعلق به بنیاد خیریه کامرانی)

کیلومتر ۱۸ جاده مخصوص کرج ، ابتدای کمربندی شهریار - اندیشه ، ضلع جنوبی کارخانه کفش ملی ، خیابان سالمندان
ارتباط مستقیم خیرین عزیز با بخش مشارکت های مردمی : ۴۶۸۱۵۲۰۴ - ۰۲۱ تلفکس : ۴۶۸۳۰۲۳۰ - ۰۲۱

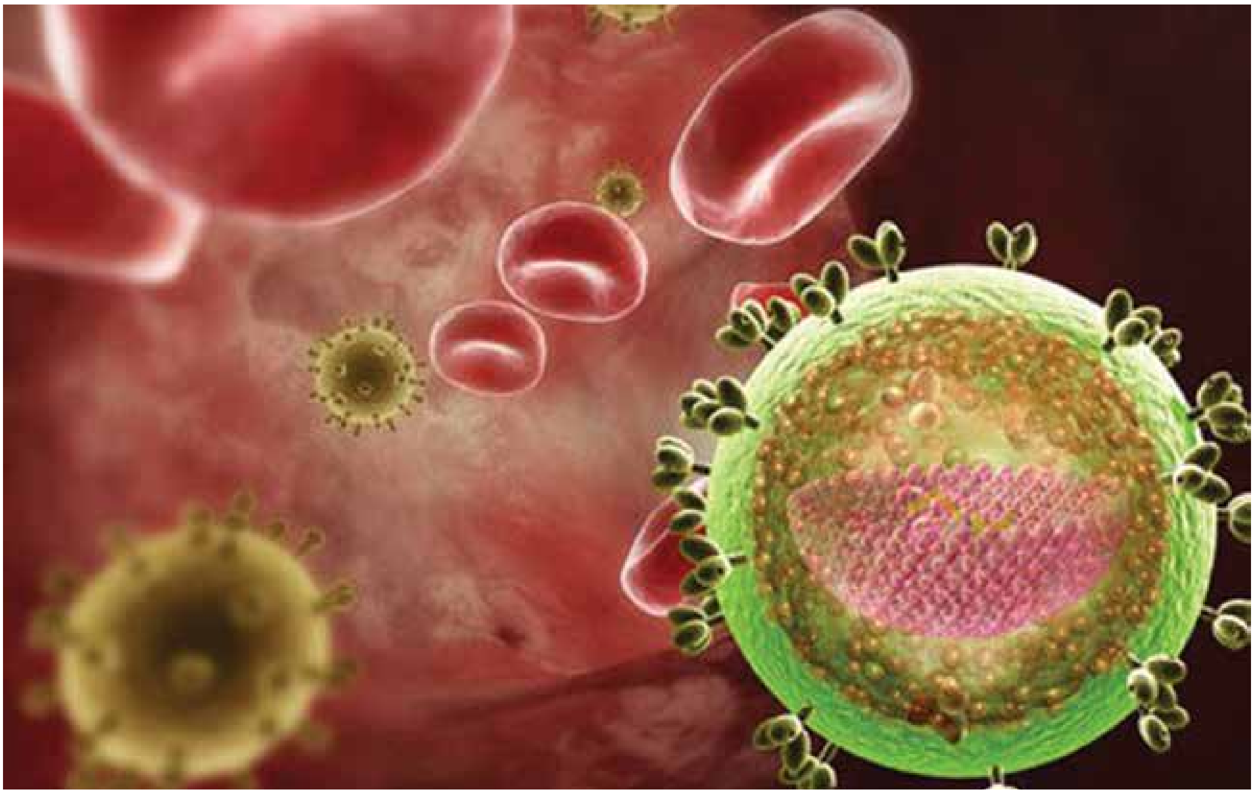
شماره حساب کمک های مردمی: ۰۱۰۵۶۲۹۰۷۹۰۰۹ سیبا - بانک ملی

وب سایت: www.ghods-kcf.ir

گزارش خبرنگار صنعت درمان از مرکز پزشکی درمانی و آموزشی «شهید مدرس»

نگاهی به برنامه چهارم کنترل ایدز از منظر طراحی، اجرا و ارزیابی

در حال حاضر در دنیا حدود ۳۵ میلیون نفر با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند که ۵۴ درصدشان از وضعیت خودشان مطلع نیستند. سی و هشتمین جلسه از سلسله نشست‌های «گفتگوهای راهبردی»، در تاریخ سه‌شنبه سه اسفند ماه ۱۳۹۵، با سخنرانی «دکتر فرداد درودی» مدیر تئوری دفتر برنامه مشترک سازمان ملل درباره ایدز و با عنوان «نگاهی به برنامه چهارم کنترل ایدز از منظر طراحی، اجرا و ارزیابی» در سالن نشست‌های مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری برگزار شد. متن این سخنرانی برای بهره‌مندی محققان و پژوهشگران حوزه سلامت، در این شماره ماهنامه بازنشر داده می‌شود.



مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری

نگاهی به برنامه چهارم کنترل ایدز از منظر طراحی، اجرا و ارزیابی

در حال حاضر در دنیا حدود ۳۵ میلیون نفر با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند که ۵۴ درصدشان از وضعیت خودشان مطلع نیستند. سی‌وهشتمین جلسه از سلسله نشست‌های «گفتگوهای راهبردی»، در تاریخ سه‌شنبه سه اسفند ماه ۱۳۹۵، با سخنرانی «دکتر فرداد درودی» مدیر تئوری دفتر برنامه مشترک سازمان ملل درباره ایدز و با عنوان «نگاهی به برنامه چهارم کنترل ایدز از منظر طراحی، اجرا و ارزیابی» در سالن نشست‌های مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری برگزار شد. متن این سخنرانی برای بهره‌مندی محققان و پژوهشگران حوزه سلامت، در این شماره ماهنامه بازنشر داده می‌شود.

چهار محور اصلی ارایه دکتر فرداد درودی بدین شرح است:

۱) مرور عناصر یک برنامه راهبردی اجرایی

۲) مروری بر وضعیت اپیدمی ایدز در دنیا و در کشورمان

۳) شرح ویژگی‌های خاص برنامه راهبردی چهارم کنترل ایدز

۴) مرور دستاوردها و چالش‌های این برنامه.

راهبرد اجرایی

راهبرد اجرایی عبارت است از طراحی برنامه و روندی برای ایجاد یا رسیدن به نتایج عمده یا خاص. دو محور عمده راهبردی اجرایی، برنامه‌ریزی و اجراست. در هنگام برنامه‌ریزی ما باید چهار حوزه را مورد توجه قرار دهیم. جهت‌گیری، اعلام اهداف، اولویت‌ها و در نهایت برنامه کاری(که در اصل ترجمه اولویت‌های ماست). ذی‌نفعان و ذی‌ربطان متنوعی برای اجرای برنامه چهارم درگیر هستند. در نتیجه باید مزیت‌های نسبی اقدامات و مزیت‌ها و قابلیت‌های سازمان‌های درگیر مشخص باشند. اهداف نیز باید ویژگی‌هایی شامل معین بودن و قابل اندازه‌گیری بودن و قابلیت دسترسی و زمان‌بندی مشخصی داشته باشد. قبل از تعیین هدف باید حوزه نتایجی را نیز درنظرگرفت (برای نمونه در مورد ایدز مسأله اعتیاد یا بیماری‌های مقاربتی از جمله حوزه‌های نتایج هستند.) تحلیل عوامل خارجی و داخلی(تحلیل روندها و فشارها) نیز در یک برنامه راهبردی اهمیت ویژه‌ای دارد. افزون بر این‌ها اس‌دبلیواُسی (SWOC) نیز به ما کمک می‌کند که مخاطرات و فرصت‌های احتمالی را پیش‌بینی کنیم.

مهم‌ترین چالش در اجرای برنامه راهبردی

اما مهم‌ترین چالش در اجرای برنامه راهبردی، از مسیر

خارج‌شدن (Derailing) است که می‌توان با پایش پیشاپیش آن را پیش‌بینی کرد. علل خارج‌شدن از مسیر عبارتند از: «کوچک یا بزرگ شدن برنامه، نبود کفایت منابع، تغییر شرکای کاری و یا مأموریت سازمانی یا برنامه‌شان عوض بشود. هم‌چنین اگر در هنگام برنامه تغییری در آن ایجاد شود باید بتوانیم تغییر را مدیریت کنیم. این تغییر می‌تواند در رویه‌ها، مجریان، بودجه، مدیران و قسمت‌های مختلف برنامه باشد. ولی هر تغییری که می‌خواهیم بدهیم باید اثر آن بر چهار امر اهداف راهبردی، هزینه‌ها، زمان‌بندی و منابع را مورد توجه قرار دهیم.

آماری از مبتلایان به ایدز در جهان

در حال حاضر در دنیا حدود ۳۵ میلیون نفر با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند که ۵۴ درصدشان از وضعیت خودشان مطلع نیستند. این موضوع خاص ایران نیست. کلاً اچ‌آی‌وی به‌عنوان بیماری که همراه انگ و تبعیض است؛ این حالت را دارد. حدود شانزده میلیون نفر مطلع هستند که از میان آن‌ها حدود سیزده‌وشش دهم میلیون نفر تحت درمان اچ‌آی‌وی قرار دارند. به‌طور عمده سه اقدام زیستی‌پزشکی (بایومدیکال) در مورد مدیریت اچ‌آی‌وی انجام می‌شود. یکی پروفیلاکسی یا پیش‌گیری پیش از در معرض قرارگرفتن، دو خته پزشکی مردان و سوم درمان ضدویروسی. مطالعات و مستندات نشان داده‌اند که درمان دارویی اچ‌آی‌وی با داروهای ضدویروسی موثرترین مداخله پزشکی برای پیشگیری از انتقال اچ‌آی‌وی هست. بنابراین امروزه مفهومی به نام درمان به‌عنوان پیشگیری مطرح شده است.

سه محور درمان اچ‌آی‌وی

درمان اچ‌آی‌وی سه محور را پوشش می‌دهد. پیش‌گیری از بیماری، پیش‌گیری از مرگ و پیش‌گیری از موارد جدید عفونت. اگر وضعیت فعلی در دنیا ادامه پیدا کند سالی دوونیم میلیون نفر در جهان در میان بزرگسالان به عفونت اچ‌آی‌وی مبتلا می‌شوند (در حالی که اگر رویکرد مسیر شتابان اتخاذ شود می‌توان آن را به حدود دویست هزار نفر رساند). برنامه چهارم بر اساس اهداف نود؛ نود؛ نود طراحی شده است. به این معنی که نود درصد کسانی که با ویروس زندگی می‌کنند از وضعیت خودشان مطلع شوند؛ نود درصد آن‌ها درمان موثر بگیرند و نود درصد کسانی که درمان می‌گیرند سطح ویروس در خونشان به‌صورت موثری سرکوب شده باشد. بازه زمانی این برنامه تا سال ۲۰۲۰ است. بنابراین ما پنج‌سال فرصت داریم. توجیه اقتصادی هم دارد. چرا که بر اساس تجربیات و مطالعات جهانی هر یک دلار سرمایه‌گذاری بر روی پیشگیری از ایدز پانزده دلار برمی‌گرداند. (البته نیاز به سرمایه‌گذاری اولیه دارد ولی در ادامه دستاورد مالی بسیار مناسبی نیز خواهد داشت.)

اچ‌آی‌وی در ایران

در کشور ما از سالِ ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۴ در مورد زنان درصد روند جنسی شیب رو به افزایش داشته است. در سال ۹۴ حدود ۳۴درصد موارد جدید تشخیص داده‌شده زنان بودند. روند درصد سنی ما در طول سال‌ها زیاد تغییر نکرده است. کماکان گروه سنی پرخطرمان از حدود ۲۵ سال شروع می‌شود تا حدود ۳۶ سال که جمعیت کارا و زایای جامعه‌اند. تقریباً در همه کشورها همین جمعیت تحت تأثیر قرار گرفته‌اند. برای همین است که ایدز بیماری است که می‌تواند اقتصاد کشور را متاثر کند. طبق آمار وزارت بهداشت موارد اعتیاد تزریقی و موارد رابطه جنسی در سال ۹۴ با هم برابر شد و در حال حاضر راه انتقال از طریق جنسی بر اساس آمار ثبت‌شده وزارت بهداشت در حال پیشی گرفتن است. به‌علاوه آمار نشان می‌دهد که مرگ سال اول در ایران حدوداً ده درصد است. این نشان می‌دهد که اپیدمی ما قدیمی است. به عبارت ساده‌تر، ما وقتی بیماران را پیدا می‌کنیم که بیماری در آن‌ها خیلی پیشرفت کرده است و احتمالا در این مدت بیماری را انتقال داده‌اند.

تعداد تخمینی افراد مبتلا به ایدز در کشور ما ۷۵ هزار نفر است. تعدادی که در پانزده سال گذشته شناسایی شده‌اند ۳۴ هزار نفر است که از میان آن‌ها حدود بیست‌وپنج هزار نفر زنده هستند. از این تعداد حدود یازده هزار نفر در یک سال اخیر مراجعه داشتند و فعال بوده‌اند. از این یازده هزار نفر در حال حاضر هشت‌هزار و دویست نفر در دست درمان هستند. یکی از اهداف برنامه راهبردی چهارم کاهش بیست‌درصدی مرگ و کاهش ابتلای موارد جدید است. این برنامه برنامه‌ای کاملاً میان‌بخشی و با مشارکت بیست‌وسه دستگاه تدوین و اجرا می‌شود. این برنامه دارای پنج هدف نهایی و یازده هدف بینابینی، یازده راهبردی و ۱۳۰ هدف اختصاصی است. در اهداف اختصاصی سهم هر یک از شرکا به شیوه‌ای تعیین شده است که ما را به آن هدف نهایی نود نود نود برساند.

۳۵
میلیون

در حال حاضر در دنیا حدود ۳۵ میلیون نفر با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند که ۵۴ درصدشان از وضعیت خودشان مطلع نیستند. این موضوع خاص ایران نیست. کلاً اچ‌آی‌وی به‌عنوان بیماری که همراه انگ و تبعیض است؛ این حالت را دارد. حدود شانزده میلیون نفر مطلع هستند که از میان آن‌ها حدود سیزده‌وشش دهم میلیون نفر تحت درمان اچ‌آی‌وی قرار دارند

برنامه چهارم کنترل ایدز

فهرست راهبردهای برنامه چهارم عبارت است از آموزش و اطلاع‌رسانی، تأمین سلامت خون، پیشگیری از انتقال تزریقی، کاهش آسیب، پیشگیری از انتقال جنسی و ترویج استفاده از کاندوم؛ تشخیص مراقبت و درمان بیماری‌های مقابتی، انجام آزمایش، مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی، پیشگیری از انتقال ویروس مادر به کودک، مراقبت و درمان افراد مبتلا، حمایت و توانمندسازی، مراقبت و رصد اپیدمیولوژیک و تحقیقات کاربردی و تقویت زیرساخت‌های موردنیاز. همچنین برنامه از سوی اسناد بالادستی حمایت می‌شود. این برنامه در چهاردهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به تصویب رسید. سوم اسفندماه ۱۳۹۴ این جلسه با حضور ریاست جمهوری بود و تصویب این برنامه حمایت شخص رییس‌جمهوری را به همراه داشت.

یکی از مشکلات سه برنامه قبلی این بود که هماهنگی، همکاری و پایش جمعی نسبت به اجرای برنامه کم بود. بنابراین کمیته‌ای به نام سیپ در پاسخ به این مسأله در برنامه چهارم تشکیل شد که وظیفه نظارت بر حسن اجرای برنامه را بر عهده دارد. برنامه کشوری ایدز شامل پنج زیرکمیته به شرح ذیل است؛ کمیته درمان، کمیته آموزش، کمیته حمایت، کمیته کاهش آسیب و کمیته پایش و ارزشیابی. کمیته کشوری سیپ نیز برای خودش یک‌رشته شرح وظایف دید که عبارتند از: «تعیین ساختار، شرح وظایف اعضا، تعیین الگو برای دستورالعمل‌ها، دریافت گزارش، دریافت گزارش از کمیته پایش ارزشیابی، تعیین منابع، بازبینی برنامه در زمان اجرا و همین‌طور آموزش و تشکیل کمیته‌های استانی. سیپ کشوری در مراکز استان مجریان بخش‌ها و دستگاه‌های مختلف استان را آموزش داده و از آن‌ها تعهد گرفته است که گزارش دوره‌ای از روند پیشرفت فعالیت‌ها ارایه کنند. این سازوکار هیچ‌وقت وجود نداشت.

مشکل دیگر این بود که در برنامه‌ریزی‌های میان‌بخشی هماهنگی میان سازمان‌ها وجود نداشت. اما در این برنامه ابتدا نتیجه منتظره معین شد و سپس سهم سازمان‌ها در نیل به آن نتیجه مشخص شد. همچنین تدوین برنامه با مشارکت کامل مجریان بود. تحلیل اس‌دبلیواُسی انجام نشد ولی تحلیل خلاءها و تحلیل وضعیت موجود انجام شد. از طرف دیگر ذی‌ربطان و شرکای دارای نفوذ نیز که کمتر در دسترس بودند شناسایی و فعال شدند. همچنین خدماتی که قرار است ارایه شوند در قالب یک بسته استاندارد تعریف شدند که همه دستگاه‌ها همین بسته استاندارد را ارایه می‌دهند. کار دیگری که سازمان‌ها کردند این بود که منابع و شکاف بودجه‌ای خودشان را نیز تعیین کردند اما مشخص‌نبودن چگونگی پر کردن آن‌ها یک معضل برنامه بوده است.

به‌طور کلی در همین برنامه چهارم با وجود تمام تجربیات برنامه‌های قبلی هنوز چالش‌هایی وجود دارد. مهم‌ترین چالش در این زمینه نیاز به منابع بیشتر است. در عین حال پروتکل‌ها عوض شده‌اند. برای نمونه اکنون، طبق برنامه همه کسانی که مبتلا هستند باید درمان شوند. بنابراین ناگهان از رقم هشت هزار نفر به هفت‌وپنج هزار نفر نیازمند درمانی رسیده‌ایم که این نیاز به افزایش بودجه را به دنبال دارد. این برنامه برای نیل به هدف نود درصد شناسایی نیازمند امکانات و همکاری میان‌بخشی است. چالش دیگر این است که در زمان برنامه‌ریزی، مطالعات هزینه اثربخشی اقدامات مختلف وجود نداشت؛ یعنی ما نمی‌دانستیم از نظر هزینه اثربخشی کدام اقدام بهتر است؛ برای نمونه کاندوم بدهیم بهتر است یا اقدامات دیگر. این مطالعات باید انجام شوند تا بدانیم کدام روش بیشترین اثربخشی را روی جمعیت هدف دارد.

بخش پرسش و پاسخ نشست

در بخش پرسش و پاسخ‌ها خانم دکتر محرز از دانشگاه علوم پزشکی تهران بر اهمیت تداوم کاهش آسیب تأکید کردند. به گفته او، سرعت انتقالِ ویروس ایدز از طریق تماس جنسی به طرز فزاینده‌ای رو به رشد

خانم دکتر نامداری نیز بر ضرورت پرداختن به شکاف‌های بودجه‌ای انگشت تأکید نهاد. به گفته او اگر این منابع لازم فراهم نشود هر چقدر هم که برنامه خوب نوشته شده باشد به جایی نخواهد رسید. هم‌چنین به گفته او بحث کمپ‌های ترک اعتیاد یکی از عواملی است که (چه در زمینه ماده پانزده چه در زمینه ماده شانزده) برنامه اچ‌ای‌وی را به خطر انداخته است

است که دلیل اصلی آن را نیز نبود آموزش جوانان دانست و در این راستا نقش آموزشی و پرورشی و صداوسیمای را پررنگ توصیف کرد. خانم دکتر محرز تعبیر سکوت مرگبار را برای بی‌توجهی این دستگاه‌ها به این معضل به‌کار برد. در ادامه خانم دکتر احمدنیا نیز بر نقش رسانه‌ها تأکید کرد و از ضرورت برداشتن موانع و اجازه‌یافتن سخن گفتن از شیوه‌های انتقال در رسانه‌ها سخن گفت.

دکتر تشکریان، مدیرکل بهداشت و درمان سازمان زندان‌های کشور نیز مثالی را از فضای جنجالی که در این حوزه وجود دارد مطرح کرد. به گفته او برای جلوگیری از شیوع از طریق سکس اگر در زندان‌ها کاندوم توزیع کنیم قطعاً جنجال درست خواهد شد. به گفته ایشان زندانی به‌صورت رایگان از هر نوع حمایتی برخوردار است ولی بلافاصله که پایش را از زندان بیرون می‌گذارد از هیچ حمایتی برخوردار نیست و همین سبب می‌شود که دوباره به سوی بزه کشیده شود. نکته بسیار مهمی که او مطرح کرد و بسیاری از حضار بر آن صحه گذاشتند مشکل نبود سوءپیشینه است. این یک معضل اساسی است که مانع از یافتن شغل برای افرادی می‌شود که از زندان آزاد شده‌اند و قصد دارند به زندگی عادی بازگردند. به پیشنهاد تشکریان باید (دقیقاً برعکس وضعیت حاضر) ابتدا یک فرصت مثلاً پنج‌ساله به زندانی آزادشده داده شود و سوءپیشینه‌ای برایش در نظر گرفته نشود و اگر احیاناً دوباره مرتکب جرم شد سوءپیشینه برای او در نظر گرفته شود.

دکتر پرویز افشار، معاون و سخنگوی ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست‌جمهوری نیز به اهمیت مواد محرک جدید پرداختند. ایشان اشاره کرد که در مورد

مواجهه با مواد مخدر سنتی تجربه داشتیم که مثلاً برای جلوگیری از شیوع، سرنگ بدهیم. ولی در مورد مواد جدید اساساً فرد آگاهی به وضعیت خودش ندارد که ما بخواهیم آموزش بدهیم. او هم‌چنین بر این نکته تأکید داشت که برای تأمین نیروی انسانی لازم یقیناً باید سراغ مراکز خصوصی ارایه خدمات درمانی برویم. افشار در ادامه سخنان‌شان به یک بدفهمی بسیار خطرناک از موضع مقام معظم رهبری در مورد ازدیاد نسل اشاره کردند؛ مشکلی که باعث شده است روال ارایه خدمات کاهش آسیب همانند توزیع کاندوم برای مراقبت از گروه‌های آسیب‌پذیر با مشکل روبه‌رو شود. او هم‌چنین به یکی از تحقیقات‌شان در مورد آموزش‌های سلامت‌مدار برای زندانی‌ها اشاره کرد که به موجب نتایج آن اگر این آموزش‌ها برای زندانی منفعت‌محور نباشد اصلاً اثربخش نخواهد بود.(یعنی مثلاً تعداد ملاقات با خانواده‌های آن زندانی که این آموزش‌ها را به درستی می‌آموزد زیاد کنیم.)

خانم دکتر نامداری نیز بر ضرورت پرداختن به شکاف‌های بودجه‌ای انگشت تأکید نهاد. به گفته او اگر این منابع لازم فراهم نشود هر چقدر هم که برنامه خوب نوشته شده باشد به جایی نخواهد رسید. هم‌چنین به گفته او بحث کمپ‌های ترک اعتیاد یکی از عواملی است که (چه در زمینه ماده پانزده چه در زمینه ماده شانزده) برنامه اچ‌آی‌وی را به خطر انداخته است.

دکتر عباسی رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه شهید بهشتی و معاون حقوق بشر امور بین‌الملل وزیر دادگستری از موضعی حقوق بشری به بحث وارد شد. به گفته او جای خالی دستگاه‌های مرتبط با حقوق بشر در برنامه چهارم کاملاً واضح است. مخصوصاً که ما با پدیده‌ای مواجه هستیم که «انگ» یکی از معضلات اصلی آن است. به گفته او برای مسایل قضایی که در این میان وجود دارد باید به صورت مستقیم‌تر با مسؤولان قوه قضائیه وارد گفت‌وگو شد؛ چرا که از طرف ایشان آمادگی برای چنین گفت‌وگوهایی وجود دارد.

دکتر زنگانه مدیر کل پیشگیری‌های معاونت اجتماعی قوه قضاییه نیز همانند دکتر عباسی نبود حضور اعضاء و کمیته‌های مربوط به قوه قضاییه در تدوین برنامه چهارم را در شمار ضعف‌های آن برشمرد. هم‌چنین به گفته او برای رفع آسیب‌های ناشی از اجرای ماده شانزده قانون مبارزه با موادمخدر، آقای دکتر افشار به همراه سازمان بهزیستی و معاونت اجتماعی قوه قضاییه طرح خوبی تهیه کرده‌اند. هم‌چنین به تأیید او باید سایه نگاه امنیتی‌انتظامی و قضایی از مباحث اجتماعی هم‌چون معتادان متجاهر برداشته شود. چرا که رویکرد امنیتی‌انتظامی به این مسایل اسباب پیچیدگی بیشتر آن‌ها را فراهم می‌آورد و و به زیرزمینی شدن‌شان کمک می‌کند. در مورد معضل نبود سوءپیشینه نیز اذعان داشت که در این خصوص طرحی با آقای وزیر در میان گذاشته شده است که برداشت ناصحیحی از مواد ۲۵ و ۲۶ از قانون مجازات اسلامی می‌شود که چنین نتایجی در بردارد.

خانم دکتر کازرونی رییس اداره کنترل ایدز و بیماری‌های آمیزشی وزارتِ بهداشت نیز گفت که با توجه به مشکلات بودجه‌ای گویا باز هم وزارت بهداشت باید بار اصلی این برنامه را به دوش بکشد. این نکته نیز از سوی آقای عرفانی معاون مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت مطرح شد که شرط اول مراجعه بیماران مبتلا به ایدز برای تشخیص و مراقبت جلب اعتمادِ افرادی است که از جامعه سلب اعتماد شده‌اند. این‌ها باید اعتمادشان جلب بشود. شرط اعتماد هم حمایت است.

به گفته آقای دکتر گویا مطالعات نشان می‌دهد نودوپنج درصد کسانی که در کشور ما دچار به ایدز شده‌اند یا یک معتاد تزریقی یا یک زن تن‌فروش یا مواردی از این دست بوده‌اند. ایشان تاکید کردند که مبتلایان به ایدز در کشور ما از اول طردشده‌های اجتماع بودند. به همین دلیل خود ایدز هم طرد شد. مشکل ما از اول این بود. ما پنجاه شصت هزار نفر مبتلا به ایدز را نشناختیم. این بزرگ‌ترین چالش ماست. برای شناسایی نود درصدی باید انرژی ده برابر بگذاریم. مسؤولان کشور ما باید بدانند که ما تا پنج شش سال آینده شاهد کاهش موارد نخواهیم

باید سایه نگاه امنیتی‌انتظامی و قضایی از مباحث اجتماعی هم‌چون معتادان متجاهر برداشته شود. چرا که رویکرد امنیتی‌انتظامی به این مسایل اسباب پیچیدگی بیشتر آن‌ها را فراهم می‌آورد و به زیرزمینی شدن‌شان کمک می‌کند

بود زیرا سعی در شناسایی موارد پنهانی داریم که در طول سال‌های گذشته شناسایی نشده‌اند. رفتارهای جنسی پرخطر در کشور ما در حال افزایش است. دلیلش هم این است که ما کشور جوانی داریم ولی شرایط ازدواج برای جوانان فراهم نیست. به گفته دکتر گویا تنها کشورهایی موفق به مدیریت این بیماری شدند که مبتلایان به آن را در آغوش گرفته‌اند. او درباره معتادان نیز همین نکته را تکرار کردند: «وسط زیباترین شهر جهان شهر ونکوور کانادا هم چهل هزار نفر از همین‌هایی که ما در تهران می‌بینیم دارند زندگی می‌کنند. هیچ‌کس هم نمی‌آید بگوید که بیاییم ماشین بگذاریم و این‌ها را جمع کنیم ببریم در اردوگاه.»

به گفته او، پنج‌سال پیش دوازده تا زیرمجموعه سازمان ملل نامه‌ای به کل رهبران جهان نوشتند و به صراحت گفتند که به زور گرفتن یا به زور درمان کردن معتادان را کنار بگذارید. دکتر گویا در مورد پذیرش دوباره معتادان در جوامع توسعه‌یافته گفت: «در کشورهایی که مشکل بزرگ‌شان در اجتماع اعتیاد است اگر یک نفر به هر شکلی اعتیادش را برطرف کرد، در اولویت اول شغلی قرار می‌گیرد و اساساً چنددرصد سهم همه کارخانه‌ها برای این آدم‌هاست.»

در بخش انتهایی پرسش و پاسخ دکتر عباسی گفت که بحث نبود سوءپیشینه اصلاً مبنای حقوقی ندارد: «هم‌چنین در حوزه قوانین نیز اشکالات بسیاری وجود دارد و به وضوح نیاز به بازنگری احساس می‌شود. قانون بیماری‌های واگیردار و آمیزشی ما برای سال ۱۳۲۰ است. روشن است که به اچ‌آی‌وی که در سال‌های اخیر مطرح شده است در قانون ۱۳۲۰ نمی‌توانستند بپردازند. به‌علاوه کمیته‌ای به‌نام حقوق، صلح و عدالت که یکی از کمیته‌های تخصصی کمیته ملی توسعه پایدار است به تازگی در وزارت دادگستری شکل گرفته است که نمایندگان دستگاه‌های مختلف هستند. به خیلی از این مسایل می‌شود آنجا پرداخت.» دکتر فاضلی به‌عنوان پایان‌بخش برنامه یک جمع‌بندی کوتاه از مباحث مطرح‌شده بیان کردند و افزود: «ایدز در جامعه‌شناسی در ذیل مسایل بدخیم گنجانده می‌شود. برای نمونه چاقی کودکان در استرالیا تنها با برقراری یک گفت‌وگوی اجتماعی حل شد. در مورد ایدز هم همین است. تا زمانی که جامعه در مورد مسایلش گفت‌وگو نکند هیچ چیزی قابل حل نیست.»

بیمارستان

گزارش خبرنگار صنعت درمان از مرکز پزشکی درمانی و آموزشی «شهید مدرس»

درمانگر قلب‌های بیمار شمال غرب تهران

در تقاطع بزرگراه یادگار امام با منطقه سعادت‌آباد بیمارستانی قرار دارد که از آن به‌عنوان تنها بیمارستان دولتی شمال غرب تهران یاد می‌شود. نام این بیمارستان «مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی شهید مدرس» است. این بیمارستان دارای مساحتی ۲۰ هزار متر مربعی و زیربنایی ۵۰ هزار مترمربعی است و ۲۷۰ تخت مصوب و فعال دارد و تنها بیمارستان ریفرال و ارجاعی قلب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی نیز شناخته می‌شود. داخلی، جراحی، جراحی کلیه، پیوند، جراحی، لاپاروسکوپی و آنکولوژی تخصص‌های دیگر این بیمارستان است. بخش دیالیز، دیالیز صفاقی، پاتولوژی، آزمایشگاه، درمانگاه‌های تخصصی، کلینیک ویژه، اورژانس و داروخانه نیز دیگر بخش‌های فعال در این مرکز است. گزارش خبرنگار ما را از این بیمارستان بخوانید.

گزارش خبرنگار صنعت درمان از مرکز پزشکی درمانی و آموزشی «شهید مدرس»

درمانگر قلب‌های بیمار شمال‌غرب تهران

شیما عسگری

دستش را روی قلبش گذاشته روی نیمکت کنار در ورودی بیمارستان شهید مدرس نشسته بود. درحالی که ناله‌هایش هر لحظه شدت بیشتری می‌گرفت، چشمان منتظرش اطراف را می‌کاوید. پس از چند دقیقه، دختری جوان به همراه یکی از خدمه‌های بیمارستان که ویلچیری را حمل می‌کرد به سمتش آمد. مرد با دیدن دخترش کمی آرام گرفت و پس از نشستن بر روی ویلچیر به سمت اورژانس قلب بیمارستان هدایت شد. بیمارستان شهید مدرس تنها مرکز دولتی دانشگاهی شمال غرب تهران، روزانه شاهد تعداد زیادی از بیمارانی است که همانند این بیمار با مشکلات قلبی، به آن مراجعه می‌کنند. بیمارستانی که با وجود داشتن تخصص‌های مختلف به‌عنوان تنها مرکز ارجاع قلب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی نیز شناخته می‌شود.

در تقاطع بزرگراه یادگار امام با منطقه سعادت‌آباد بیمارستانی قرار دارد که از آن به‌عنوان تنها بیمارستان دولتی شمال غرب تهران یاد می‌شود. نام این بیمارستان «مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی شهید مدرس» است. وارد محوطه بیمارستان شهید مدرس تهران که شوید ساختمانی را در بال شمالی آن می‌بینید که اتاق ریاست و مدیریت بیمارستان و دیگر بخش‌های اداری در این ساختمان قرار دارد. در ساختمان مرکزی بیمارستان نیز که از راه حیاط مرکزی می‌توان به آن دسترسی پیدا کرد، لابی اصلی و دسترسی‌های مرکزی قرار دارد. اما ساختمان اصلی بیمارستان در ضلع جنوبی بیمارستان است. این ساختمان جایی است که اتاق‌های بستری و بخش‌های مختلف درمانی در آن دیده می‌شود. در مجاورت این ساختمان نیز درمانگاه و اورژانس بیمارستان جدا از ساختمان‌های دیگر جانمایی شده است.

این بیمارستان دارای مساحتی ۲۰هزار متر مربعی و زیربنایی ۵۰ هزار مترمربعی است و ۲۷۰ تخت مصوب و فعال دارد. گویی اختلافی میان نهادهای مختلف برسر سند بخشی از بیمارستان وجود دارد که به گفته دکتر بهرام بنده‌یزدانی مدیر بیمارستان شهید مدرس مشکلی چندان جدی نیست و با صحبت‌های انجام شده، این اختلافات درحال حل شدن است.

قلب به‌عنوان بخش مهمی از بدن انسان چه به‌لحاظ معنوی و چه از نظر پزشکی نیاز به مراقبت دارد. افرادی که دچار بیماری‌های قلبی می‌شوند به دنبال بهترین مرکز برای درمان دردهای جسمی قلب خود هستند. بیمارستان شهید مدرس، جایی است که تعداد زیادی از بیماران آن را برای درمان دردهای قلبی خود انتخاب می‌کنند. چرا که این مرکز اگر چه که یک بیمارستان عمومی است اما به‌عنوان تنها بیمارستان ریفرال و ارجاعی قلب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی نیز شناخته می‌شود. داخلی، جراحی، جراحی کلیه، پیوند، جراحی، لاپاروسکوپی و آنکولوژی تخصص‌های دیگر این بیمارستان است. بخش دیالیز، دیالیز صفاقی، پاتولوژی، آزمایشگاه، درمانگاه‌های تخصصی، کلینیک ویژه، اورژانس و داروخانه نیز دیگر بخش‌های فعال در این مرکز است.

با ورود به بخش قلب بخش‌های بستری قلب مردان، بستری قلب زنان، جراحی قلب، قلب اطفال، جراحی قلب اطفال و بخش کت‌لب (Cath Lab) یا آنژیوگرافی برای انجام کارهای تشخیصی و درمانی، مشاهده می‌شود. اورژانس قلب بیمارستان با ۶ تختی که در دورنش جای گرفته، روزانه پذیرای تعداد زیادی از بیماران قلبی است. بیماران بدحالی که در بدو ورود راهی اورژانس قلب می‌شوند زیر نظر متخصصان مقیم اورژانس که ۲۴ ساعته در آن حضور دارند قرار می‌گیرند. بیماران سکته حاد قلبی کمتر از بیست دقیقه از اورژانس به کت‌لب می‌روند. کت‌لب یا در اصطلاح آنژیوگرافی جایی است که کارهای تشخیصی و درمانی در آن انجام می‌شود. در بخش تشخیصی، بیمارهای

شاید مهم‌ترین چالش برای اجرای مناسب طرح تحول دیده‌شدن منابع پایدار و پویا برای اجرای طرح باشد. با اولویت‌هایی که در سیاست‌گذاری سلامت وجود دارد، امیدوارم این اتفاق بیفتد. در قانون برنامه پنجم توسعه منابع اولویت‌های نظام سلامت دیده شده است. با اختصاص این منابع به حوزه سلامت، این طرح به راحتی می‌تواند با دغدغه کمتری اجرا شود. به طور کلی، آنچه رخ داده به نفع سلامت مردم بوده است

۹

در این بیمارستان ۹ متخصص قلب و ۵ جراح قلب حضور دارند. به‌طور میانگین ماهانه حدود ۱۵۰۰ جراحی عمومی و ۵۰۰ نوع از انواع جراحی قلب انجام می شود

عروق کرونر از طریق تصویربرداری‌های رنگی آنژیوگرافی مشخص می‌شوند. در ادامه براساس نیاز بیمار خدماتی مانند بالن‌زدن، بازکردن رگ و اقدامات پیشرفته دیگر در همان بخش کت‌لب انجام می‌شود. در کنار این بخش، بخش پست‌کت (POST CATH) دیده می‌شود. بیمارانی که پس از آنژیوگرافی در وضعیت بهتری قرار دارند، به جای واردشدن به بخش بستری یا سی‌سی‌یو، به این بخش منتقل می‌شوند. وجود این بخش موجب جلوگیری از اشغال بی‌دلیل تخت‌ها شده است. در واقع پست کت، یک بخش بینابینی بین سی‌سی‌یو و بستری عادی است. بیماران حاضر در بخش پست‌کت پس از بازگشت به شرایط عادی، مرخص می‌شوند و به خانه می‌روند. تنها بخش پست‌کت دانشگاه شهید بهشتی در این بیمارستان قرار دارد.
در مجموعه قلب این بیمارستان بخشی قرار دارد که چند کودک بیمار از نوزاد تا کودک ۱۳ ساله در آن حضور دارند. مدیر بیمارستان این بخش را، یکی از بخش‌های مهم این بیمارستان می‌داند که مربوط به تخصص قلب اطفال است: «اقدامات تشخیصی و درمانی بیماری‌های قلبی مادرزادی و اقدامات درمانی دیگر از جمله جراحی قلب اطفال از جمله خدمات این بخش است.»
این روزها متخصصان و کارکنان بخش قلب بیمارستان شهید مدرس خوشحال هستند. دلیل این شادی، پیوند قلب موفقیت‌آمیزی است که برای نخستین‌بار در این بیمارستان انجام شده است. به گفته دکتر بنده‌یزدانی از این پس شاهد پیوندهای قلب دیگری در این مرکز خواهیم بود.
بخش‌های ویژه مرتبط با قلب از جمله سی‌سی‌یو (A) و سی‌سی‌یو(B) در کنار مجموعه قلب این بیمارستان قرار دارد. بخش سی‌سی‌یو (A) که به تازگی بازسازی شده است، یک سی‌سی‌یو کامل از نظر تأسیسات، جانمایی فضای فیزیکی و هتلینگ

تاریخچه بیمارستان

مرکز پزشکی درمانی و آموزشی شهید مدرس تهران در سال ۱۳۵۴ از سوی سازمان برنامه، تجهیز و به دانشکده پزشکی دانشگاه ملی ایران یا دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی کنونی، واگذار شد. در آن سال‌ها موقعیت کنونی بیمارستان در منطقه سعادت‌آباد با امروز تفاوت داشته است. این بیمارستان در در قسمت انتهایی سعادت‌آباد و یک منطقه بیابانی بوده است. از همین‌رو این مرکز به علت برخورداری از یک منطقه آب‌وهوایی خوب، در ابتدا مرکز اعصاب و روان و به نوعی حتی ترک اعتیاد بوده است. به تدریج و بر اساس نیازهای منطقه به خدمات حوزه سلامت و درمان، به بخش‌های این بیمارستان افزوده شد. اگر چه بیمارستان شهید مدرس، امروز یک بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی عمومی است اما بیشتر به مرکز قلب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی معروف است.

است. بخشی که در کنار سی‌سی‌یو (B) یک مجموعه کامل و بی‌مانند از مراقبت‌های ویژه بیمارستانی را در مجموعه قلب این مرکز درمانی ایجاد کرده است. در کنار بخش داخلی قلب، آی‌سی‌یو جراحی قلب با ۱۲ تخت و یک تخت ایزوله نیز فعال است. افزون بر این‌که، ۱۰ تخت آی‌سی‌یو در کنار جراحی قلب کودکان هم در این مرکز وجود دارد. یعنی برای تمام بخش‌هایی که به صورت داخلی برای بیماران قلبی کار می شود بخش‌های ویژه آن نیز وجود دارد: «در این بیمارستان ۹ متخصص قلب و ۵ جراح قلب حضور دارند. به‌طور میانگین ماهانه حدود ۱۵۰۰ جراحی عمومی و ۵۰۰ نوع از انواع جراحی قلب انجام می شود.»

اتاق عمل‌های این بیمارستان در دو طبقه، قرار دارد. اتاق عمل جراحی قلب با اتاق‌های عمل بخش عمومی متفاوت است. چهار اتاق عمل قلب در طبقه پایین قرار دارد. به‌طور کلی ۹ اتاق عمل عمومی نیز در این بیمارستان وجود دارد. مدیر بیمارستان شهید مدرس درباره جراحی‌های شایع در این بیمارستان می‌گوید: «جدا از انواع جراحی‌های قلب، جراحی اورژانس شکم مانند آپاندیس، جراحی فتق، لاپاراسکوپی، کیسه‌صفرا، انواع تومورهای دستگاه گوارش از مری تا روده‌ها، انواع جراحی کلیه از جراحی سنگ تا توده‌های مختلف سرطانی دستگاه ادراری، جراحی‌های معمول مانند سنگ و کیست‌های مختلف در حوزه ارولوژی در این بیمارستان انجام می‌شود.»

یکی دیگر از بخش‌های پر رفت‌وآمد این بیمارستان که ماهانه ۹ هزار نفر مراجعه‌کننده دارد، اورژانس عمومی است. تعداد تخت‌های اورژانس هفت عدد است اما در گوشه‌ای از آن چند تخت اضافی نیز دیده می‌شود. مدیر بیمارستان حجم بالای مراجعان را علت اصلی قرار دادن این تخت‌ها در اورژانس می‌داند که گاهی تعداد این تخت‌های اضافی به هفت عدد نیز رسیده است: «پزشک متخصص مقیم داخلی و عمومی به صورت ۲۴ ساعته در اورژانس حضور دارند. به‌علت منطقه جغرافیایی که بیمارستان در آن قرار دارد، تعداد بیماران تروما مانند تصادفات یا حوادث کم است. اما این‌طور نیست که اصلا نباشد بلکه در اتفاقات بحرانی نیز کارها به‌خوبی و به‌موقع برای بیماران انجام شده است.»

با گشت‌وگذار در محوطه بیمارستان، می‌توان چهره تعدادی از دانشجویانی که در این بیمارستان برای کسب علم و تجربه حضور دارند را تشخیص داد. بیمارستان شهید مدرس یک بیمارستان آموزشی و درمانی است و به گفته مدیر بیمارستان تعداد دانشجویان آن، ۲۰۰ نفر است که در رشته‌هایی چون قلب، جراحی قلب، داخلی، اورولوژی و دستیاران فوق‌تخصصی در حوزه قلب اطفال تحصیل می‌کنند.

در بخشی از محوطه بیمارستان، مرکز جامع آموزش و پژوهش پزشکی دیده می‌شود. در این مرکز محققانی برای انجام طرح‌های تحقیقاتی و پژوهشی حضور دارند. هم‌چنین دفتر مرکز تحقیقات بیماری‌های قلب یکی دیگر از مراکز آموزشی و تحقیقاتی دانشگاه شهید بهشتی است که در بیمارستان شهید مدرس قرار دارد. دکتر صافی رییس بخش و مدیر گروه قلب دانشگاه مسؤولیت این مرکز را برعهده دارد.

همانطور که گفته شد با گذر زمان تغییراتی در بخش‌های بیمارستان انجام شده است. اما چیدمان جدید متناسب با کل نیاز مرکز نبوده بلکه هر کدام تسکین مشکلات مقطعی برای نیازهای خاص بوده است. دکتر سلیمانی رییس بیمارستان به همراه دکتر بنده‌یزدانی با آگاهی از این موضوع به این نتیجه رسیدند که باید مجموعه‌ای جدید تعریف کنند و براساس آن، مشکلات راحل کنند. از این نظر باتوجه به تراکم جمعیتی منطقه، هم‌چنین میزان اقبال مردم از بیمارستان پس از طرح تحول نظام سلامت، کمبود فضای درمانی و تخت بیمارستانی دو مشکل مهم بیمارستان به‌شمار می‌رود. در نتیجه ریاست و مدیریت بیمارستان به فکر احداث بیمارستانی جدید در بال شمالی بیمارستان افتاده‌اند. به گفته دکتر بنده‌یزدانی طرح احداث بیمارستان جدید شهید مدرس در مرحله بررسی و پیشنهاد نقشه‌های معماری است: «کلیت این طرح تأیید شده است. شروع روند ساخت بیمارستان جدید خللی در فعالیت‌های بیمارستان وارد نخواهد کرد بلکه بیمارستان جدید به بیمارستان

۳۵۰ تخت

شروع روند ساخت بیمارستان جدید خللی در فعالیت‌های بیمارستان وارد نخواهد کرد بلکه بیمارستان جدید به بیمارستان کنونی افزوده می‌شود. با ساخت بیمارستان جدید ۳۵۰ تخت به تعداد تخت‌های بیمارستان افزوده می‌شود

بخش‌های بستری بیمارستان
قلب کودکان
قلب زنان و قلب مردان
ارولوژی
دیالیز
پیوند
آنژیوگرافی
داخلی
نفرولوژی
جراحی قلب و پلاستیک

کنونی افزوده می‌شود. با ساخت بیمارستان جدید ۳۵۰ تخت به تعداد تخت‌های بیمارستان افزوده می‌شود.»

افرادی که سال‌هاست بیمارستان شهید مدرس را برای درمان خود انتخاب کرده‌اند معتقدند که در چهارسال گذشته فضای ظاهری بیمارستان از پنجره‌ها، روشویی تا سرویس بهداشتی، کمد و غیره تغییرات بسیار خوبی داشته است. علاوه‌بر آن کیفیت خدمات‌رسانی افزایش و هزینه دریافت خدمات نیز کاهش چشمگیری پیدا کرده است. این اتفاقی است که پس از طرح تحول نظام سلامت همانند دیگر بیمارستان‌های دانشگاهی کشور برای این مرکز درمانی نیز رخ داده است. به گفته دکتر بنده‌یزدانی، مرکز درمانی شهید مدرس خود را مکلف به اجرای تمام زمینه‌های طرح تحول نظام سلامت می‌داند: «در نتیجه طرح تحول نظام سلامت میزان مراجعه به این مرکز درمانی افزایش ۲۰ درصدی داشته است. بیمارستان شهید مدرس سال گذشته موفق به دریافت رتبه یک هتلینگ در میان بیمارستان‌های دولتی ازدانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شد.»

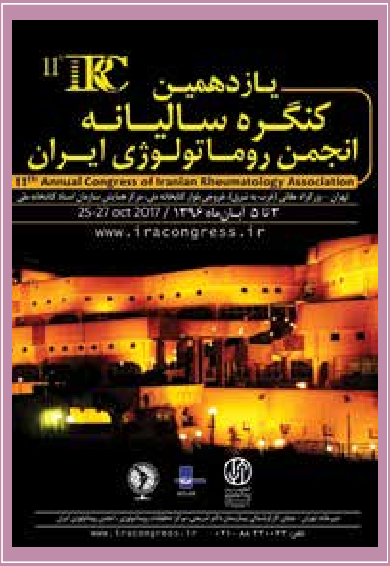
او طرح تحول نظام سلامت را یکی از نقاط‌قوت در کارنامه دولت یازدهم خواند و معتقد است که ادامه‌یافتن این طرح در دولت دوازدهم باید با یک سری اصلاحات و تغییرات در شیوه اجرا همراه باشد: «شاید مهم‌ترین چالش برای اجرای مناسب طرح تحول دیده‌شدن منابع پایدار و پویا برای اجرای طرح باشد. با اولویت‌هایی که در سیاست‌گذاری سلامت وجود دارد، امیدوارم این اتفاق بیفتد. در قانون برنامه پنجم توسعه منابع اولویت‌های نظام سلامت دیده شده است. با اختصاص این منابع به حوزه سلامت، این طرح به راحتی می‌تواند با دغدغه کمتری اجرا شود. به طور کلی، آنچه رخ داده به نفع سلامت مردم بوده است.»

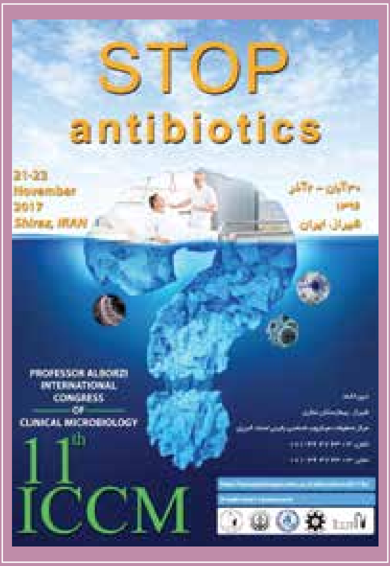
نام	مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی شهید مدرس
مساحت بیمارستان	۲۰هزار متر مربع
زیربنای بیمارستان	۵۰ هزار متر مربع
تخت مصوب	۲۷۰ تخت مصوب و فعال
تخصص اصلی بیمارستان	قلب

بخش‌های ویژه بیمارستان
آی‌سی‌یو(ICU) جنرال
سی‌سی‌یو(CCU) A
سی‌سی‌یو B
آی‌سی‌یو جراحی قلب بزرگسال

راهنما

سومین نمایشگاه بین‌المللی ایران فارما
دومین همایش توان‌بخشی عصبی ابن‌سینا
پانزدهمین همایش علوم دارویی ایران
چهارمین کنگره سراسری باکتری‌شناسی پزشکی ایران
بیست‌وششمین نمایشگاه بین‌المللی حمایت سلامت اوکراین
دومین نمایشگاه و کنفرانس بین‌المللی جراحی پلاستیک و زیبایی مالزی





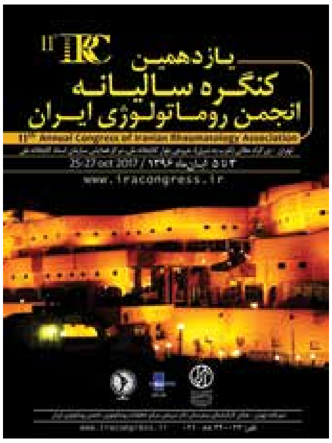
پنجمین کنگره ملی و نخستین کنگره بین‌المللی فناوری‌های نوین آزمایشگاهی

۳تا۵ آبان

پنجمین کنگره ملی و نخستین کنگره بین‌المللی فناوری‌های نوین آزمایشگاهی از سوی دانشگاه علوم پزشکی ایران، انجمن متخصصان علوم آزمایشگاهی بالینی ایران، انجمن تأمین کنندگان تجهیزات آزمایشگاهی و فرآورده‌های تشخیص طبی از سوم تا پنجم آبان امسال در مرکز همایش‌های رازی تهران برگزار می‌شود.

روش‌های فلوسایتومتری در تشخیص آزمایشگاهی، روش‌های کروماتوگرافی و بیماری‌های متابولیک و مسمومیت‌ها در تشخیص آزمایشگاهی، فناوری‌های بیورزونانس و نانو در آزمایشگاه تشخیص طبی، آی‌تی (IT) و فناوری‌های نرم‌افزاری در تشخیص آزمایشگاهی، نقش آزمایشگاه در فناوری‌های سلولی و پزشکی ترمیمی، کاربرد فناوری‌های نوین در تشخیص و غربالگری پیش‌از تولد و پس‌از تولد، تولید دانش‌بنیان و فناوری محصولات آزمایشگاهی از محورهای برگزاری کنگره ملی و نخستین کنگره بین‌المللی فناوری‌های نوین آزمایشگاهی است.

www.labtc.ir



یازدهمین کنگره سالیانه انجمن روماتولوژی ایران

۳تا۵ آبان

یازدهمین کنگره سالانه انجمن روماتولوژی ایران از سوم تا پنجم آبان امسال از سوی انجمن روماتولوژی ایران در مرکز همایش‌های سازمان اسناد کتابخانه ملی تهران برگزار می‌شود.

ارایه جدیدترین دستاوردهای علمی پژوهشی کشور در رشته روماتولوژی و رشته‌های وابسته و فراهم آوردن شرایط برای برقراری ارتباط علمی و تبادل نظر میان روماتولوژیست‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر ایران از جمله اهداف برگزاری یازدهمین کنگره سالیانه انجمن روماتولوژی ایران است. محور اصلی این کنگره بیماری‌های روماتولوژی است.

www.iracongress.ir

دومین کنگره بین‌المللی و چهارمین کنگره ملی زخم و ترمیم بافت

۳تا۵ آبان

دومین کنگره بین‌المللی و چهارمین کنگره ملی زخم و ترمیم بافت از سوم تا پنجم آبان امسال از سوی مرکز تحقیقات لیزر در پزشکی جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران در سالن غرضی بیمارستان میلاد تهران برگزار می‌شود.

درماتولوژی و ترمیم زخم، طب داخلی، چشم پزشکی و جراحی‌های ترمیمی، زخم ناشی از عوامل محیطی، شغل، حوادث و جنگ، پلاکت و ترمیم بافت، فناوری‌های نوین تشخیصی و درمانی، زخم‌های پیوند اعضا از جمله محورهای بخش بالینی این کنگره است. هم‌چنین مهندسی بافت و طب بازساختی در ترمیم، زیست‌فناوری در ترمیم، فیزیوپاتولوژی، فارماکولوژی و میکروبیولوژی در زخم، بیوشیمی، بیوفیزیک و بیوفوتونیک در زخم، بیوانفورماتیک در زخم و ژنتیک و نانوبیوتکنولوژی در ترمیم زخم از محورهای بخش علوم پایه است.

www.wtrc.ir

سیزدهمین کنگره بین‌المللی جراحی‌ها و روش‌های کم‌تهاجمی

۳ تا ۵ آبان

سیزدهمین کنگره بین‌المللی جراحی‌ها و روش‌های کم‌تهاجمی از سوم تا پنجم آبان امسال از سوی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و انجمن علمی جراحان عمومی درون‌بین در تالار ابن سینای مرکز همایش‌های علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برگزار می‌شود.

جراحی عمومی، اورولوژی، جراحی زنان و زایمان، پرستاری، جراحی ارتوپدی، جراحی فک و صورت و جراحی مغز و اعصاب از محورهای برگزاری سیزدهمین کنگره بین‌المللی جراحی‌ها و روش‌های کم‌تهاجمی است.

www.seminar.mui.ac.ir

بیست‌ونهمین همایش بین‌المللی بیماری‌های کودکان

۴ تا ۷ آبان

بیست‌ونهمین همایش بین‌المللی بیماری‌های کودکان از چهارم تا هفتم آبان امسال از سوی مرکز طبی کودکان، گروه کودکان و مرکز تحقیقات رشد و تکامل دانشگاه علوم پزشکی تهران و انجمن غدد و متابولیسم کودکان در سالن همایش‌های مرکز طبی کودکان تهران برگزار می‌شود.

اختلالات تیروئید، رشد، دیابت، بلوغ، اختلالات خون و خون‌ریزی، آسم و آلرژی، بیماری‌های عفونی، نورولوژی، برنامه ملی بهداشت کودکان، تغذیه، رادیولوژی، بیماری‌های قلبی، ایمنی و واکسیناسیون، جراحی اطفال و اخلاق پزشکی از محورهای برگزاری بیست‌ونهمین همایش بین‌المللی بیماری‌های کودکان است. پانزدهمین همایش پرستاری کودکان نیز هم‌زمان با این کنگره برگزار می‌شود.

www.iranped.ir

بیست‌ودومین کنگره سالانه آسیا و اقیانوسیه خون و پیوند مغز استخوان

۶ تا ۸ آبان

بیست‌ودومین کنگره سالانه آسیا و اقیانوسیه خون و پیوند مغز استخوان از ششم تا هشتم آبان امسال از سوی دانشگاه علوم پزشکی تهران در هتل اسپیناس پالاس تهران برگزار می‌شود.

ایمونوتراپی در دوره پیوند، پیوند در اطفال، عوارض عفونت پس از پیوند، جی‌وی‌اچ‌دی (GVHD)، اهمیت ام‌آردی (MRD) در پیوند، بیومارکرهای پیوند آلوگنیک و راهبردهای جدید، پیوند در بیماران مسن‌تر، پیشرفت بی‌ام‌تی (BMT) در منطقه آسیا و اقیانوس آرام آسیا از جمله محورهای برگزاری بیست‌ودومین کنگره سالیانه آسیا و اقیانوسیه خون و پیوند مغز استخوان است.

www.apbmt2017.org

سومین کنگره بین‌المللی و دهمین کنگره سراسری انگل‌شناسی و بیماری‌های انگلی ایران

۱۰ تا ۱۲ آبان

سومین کنگره بین‌المللی و دهمین کنگره سراسری انگل‌شناسی و بیماری‌های انگلی ایران از دهم تا دوازدهم آبان از سوی انشگاه علوم پزشکی شیراز و انجمن علمی انگل‌شناسی ایران در دانشگاه علوم پزشکی شیراز برگزار می‌شود.

تشخیص و درمان بیماری‌های انگلی، اپیدمیولوژی بیماری‌های انگلی، پاتولوژی بیماری‌های انگلی، انگل‌شناسی مولکولی از محورهای برگزاری سومین کنگره بین‌المللی و دهمین کنگره سراسری انگل‌شناسی و بیماری‌های انگلی ایران است.

www.nicopa10.sums.ac.ir

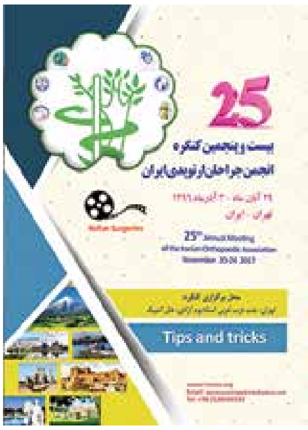
چهارمین کنگره سلامت نوزادان ایران

۲۴ تا ۲۶ آبان

چهارمین کنگره سلامت نوزادان ایران از بیست‌وچهارم تا بیست‌وششم آبان امسال از سوی دانشگاه علوم پزشکی ایران در مرکز همایش‌های رازی تهران برگزار می‌شود.

چهارمین کنگره سلامت نوزادان ایران با محوریت تغذیه و دستگاه گوارش برگزار می‌شود. مشکلات شایع گوارشی شامل ریفلاکس گاستروازفاژیال، مشکلات جراحی دستگاه گوارش، انتروکولیت نکروزان، ایکتر، کلستاز و تغذیه وریدی و خوراکی از محورهای برگزاری این کنگره است. چهارمین کنگره پرستاری سلامت نوزادان نیز هم‌زمان با این کنگره برگزار می‌شود.

www.inhcongress.com



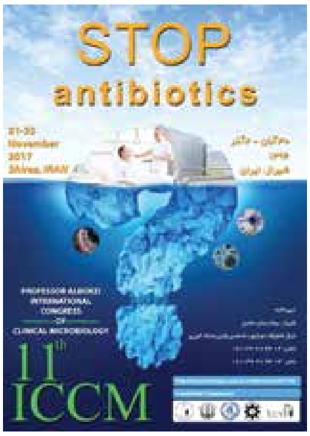
بیست‌وپنجمین کنگره سالانه انجمن جراحان ارتوپدی ایران

۲۹ آبان تا ۳ آذر

بیست‌وپنجمین کنگره سالانه انجمن جراحان ارتوپدی ایران از بیست‌ونهم آبان تا سوم آذر امسال از سوی انجمن جراحان ارتوپدی ایران در هتل المپیک تهران برگزار می‌شود.

ارایه جدیدترین دستاوردهای تحقیقی و پژوهشی در حوزه ارتوپدی هم‌چنین ارتباط میان متخصصان این حوزه از جمله اهدف برگزاری این کنگره است.

www.iranoa.org



یازدهمین کنگره بین‌المللی میکروب‌شناسی بالینی ایران

۳۰ آبان تا ۲ آذر

یازدهمین کنگره بین‌المللی میکروب‌شناسی بالینی ایران از سی‌ام آبان تا دوم آذر امسال از سوی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و مرکز تحقیقات میکروب‌شناسی بالینی استاد البرزی در هتل صدرای شیراز برگزار می‌شود.

چالش‌های درمانی و تشخیصی در حیطه میکروب‌شناسی بالینی، روش‌های تشخیصی کلاسیک و نوین در حیطه میکروب‌شناسی بالینی، عفونت‌های قبل و بعد از زایمان، مقاومت میکروبی و استفاده بهینه از آنتی‌بیوتیک‌ها از محورهای برگزاری یازدهمین کنگره بین‌المللی میکروب‌شناسی بالینی ایران است.

www.alborzi-iccm2017.sums.ac.ir

هفدهمین کنگره گوارش و کبد ایران

۳۰ آبان تا ۳ آذر

هفدهمین کنگره گوارش و کبد ایران از سی‌ام آبان تا سوم آذر امسال از سوی انجمن متخصصان گوارش و کبد ایران و با همکاری پژوهشکده بیماری‌های گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران در مرکز همایش‌های بین‌المللی دانشگاه شهید بهشتی تهران برگزار می‌شود.

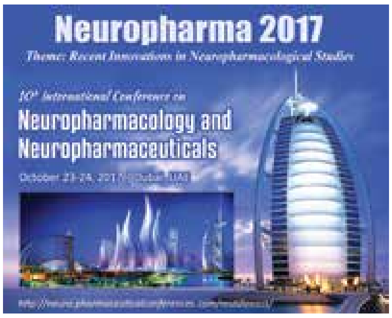
هدف از برگزاری هفدهمین همایش بیماری‌های گوارش و کبد ایران، گردهمایی متخصصان این حوزه و تبادل جدیدترین دستاوردها در این حوزه است.

www.iaghcongress.org

دهمین کنفرانس بین‌المللی داروشناسی و داروسازی اعصاب

Neuropharma2017 / ۱ تا ۲ آبان

کنفرانس «دستاوردهای تازه در مطالعات داروشناسی» که به نروفارما (Neuropharma) شناخته می‌شود، به‌منظور شناخت چگونگی تاثیر داروها روی عملکرد بافت سلولی در سیستم عصبی و مکانیزم‌های عصبی که رفتار را تحت تاثیر قرار می‌دهند، ۲۳ و ۲۴ اکتبر ۲۰۱۷ (یکم و دوم آبان ماه) در دبی برگزار می‌شود. مقاله‌ها بیشتر روی تاثیرات متقابل انتقال‌دهنده‌های عصبی، پپتیدهای عصبی (neuropeptide) هورمون‌های عصبی، تعدیل‌کننده‌های عصبی، آنزیم‌ها، فرستنده‌های ثانوی، کانال‌های یونی و پروتئین‌های گیرنده در ساختارهای عصبی مرکزی و خارجی (ثانوی) تمرکز می‌کند . مقالات (تحقیقات) پیشرفته برای نشان‌دادن پیشرفت‌های دارویی در درمان بیماری‌های عصبی گوناگون مانند پارکینسون و آلزایمر، بیماری‌های فیزیولوژیکی و اعتیاد انجام شده‌اند. این نمایشگاه فرصت خوبی برای دیدار با گروه‌های داروشناسی اعصاب و آشنایی با پیشرفت‌های جدید دارویی است.



www.neuro.pharmaceuticalconferences.com

دومین کنفرانس بین‌المللی چشم‌پزشکی

Dphtalmology2017 / ۱ تا ۳ آبان

دومین کنفرانس بین‌المللی چشم‌پزشکی ژاپن، به مدت ۳ روز از ۲۳ تا ۲۵ اکتبر ۲۰۱۷ (۱ تا ۳ آبان ماه) است که با شعار «از میان برداشتن موانع در تحقیقات چشم پزشکی» در شهر اوساکا برگزار می‌شود.

کنفرانس چشم‌پزشکی جهانی معتبر CPD در سال ۲۰۱۷ با مفاهیم جدید و اساسی چشم‌پزشکی و طرح‌های آینده برای پژوهش در حوزه چشم پزشکی سروکار دارد. این کنفرانس چشم‌پزشکی یک کنفرانس مشهور و معتبر است. که شرکت‌کنندگان آن، چشم پزشکان، بینایی‌سنج‌ها، پزشکان، پرستاران، کاراموزان پرستاری و تمام تیم پزشکی که درگیر مراقبت از بیمار هستند، پژوهشگران مراقبت بینایی، صاحبان صنعت و ارایه‌کنندگان هستند.

www.worldophthalmology.conferenceseries.com

سمپوزیوم آزمایش‌های بالینی درد در اروپا

Sopate2017 / ۴ تا ۵ آبان

سمپوزیوم آزمایش‌های بالینی درد در اروپا (Sopate2017) ۲۵ و ۲۶ اکتبر ۲۰۱۷ (۴ و ۵ آبان ماه) در لندن برگزار می‌شود. بیش از ۱۰۰ میلیون نفر در اروپا از درد مزمن رنج می‌برند و هنوز توافق زیادی در مورد این که چه تجویزی مفید است وجود ندارد. یکی از دلایل آن این است که آزمایش‌های بالینی برای اندازه‌گیری درد، میزان ناتوانی و اندازه‌گیری بهبود کلی بیمار، ضعیف عمل می‌کنند.

این سمپوزیوم که به بررسی آزمایش‌های بالینی در مورد درد می‌پردازد، پژوهشگران، متخصصان بالینی، حرفه‌ای‌های این صنعت و دیگر کارشناسان مربوطه را گردهم آورده تا با ایجاد اندیشه‌ها و تمرین‌های بهتر در آزمایش‌های بالینی در مورد درد، وضعیت موجود را بهبود ببخشد. این برنامه شامل ارایه اطلاعات به‌دست آمده از کارشناسان مشهور است.

SOPATE
2017
The Symposium on
Clinical Pain Trials in Europe
25-26 October 2017 | London, UK

www.go.evvnt.com

کنفرانس دانش قلب‌شناسی

CECM2017 /۳ تا ۶ آبان

کنفرانس دانش قلب‌شناسی ۲۵ تا ۲۸ اکتبر ۲۰۱۷ (۳ تا ۶ آبان ماه) در کالیفرنیا آمریکا برگزار می‌شود. متخصصانی در حوزه ژنتیک قلب‌وعروق با تمرکز روی نقش مهم ژنتیک و ژنتیک دارویی روی تشخیص و درمان بیماری‌هایی که قلب‌وعروق را تحت تاثیر قرار می‌دهند، گردهم می‌آیند. موضوعاتی مانند ژنتیک و ژنومیک، ژنتیک دارویی، میزان ریسک ژنتیکی، غربال ژنتیکی، کالبد شکافی مولکولی و تشخیص و کاربردهای درمانی آزمایش‌های ژنتیکی برای بیمارانی که ناراحتی‌های قلبی مادرزادی، سندرم کیوتی (QT) و دیگر بیماری‌های قلبی در این کنفرانس برگزار می‌شوند و هدف ارایه دانش در زمینه تشخیص و درمان بیماری‌های قلبی و عروقی است. مباحث مطرح‌شده کلی بوده و راه‌های پیشگیری را هم توضیح می‌دهند. هم‌چنین مباحثی درباره بیماری‌های ایسکمی قلبی، سکته قلبی، بیماری دریچه قلب و بیماری‌های مربوط به ضربان قلب مطرح خواهد شد. هم‌چنین موضوعاتی شامل مراقبت بالینی برای بیماران قلبی و عروقی، مراقبت‌های پیش از عمل برای افرادی که بیماری قلبی دارند و جراحی غیر از قلب دارند هم ارایه خواهد شد. بخش متخصصان رویکردهای بالینی عملی برای تشخیص و درمان ارایه می‌دهد و امکان بحث و تبادل نظر در این مورد هم برای متخصصان فراهم شده است. متخصصان و جراحان قلب و متخصصان داخلی که به مباحث قلب و عروق علاقمند هستند می‌توانند در این کنفرانس شرکت کنند. هم‌چنین این کنفرانس برای کارورزان پرستاری، دستیاران پزشکان، و پرستارانی که در حوزه قلب و عروق کار می‌کنند هم مفید است.

www.cveduction.mayo.edu

نمایشگاه دن‌تک چین

DenTech2017 /۳ تا ۴ آبان

نمایشگاه دن‌تک (DenTech) چین رویدادی حرفه‌ایی در صنعت فناوری دندان‌پزشکی است. این رویداد ۴ روزه از تاریخ ۲۵ تا ۲۸ اکتبر ۲۰۱۷ (۳ تا ۶ آبان ماه) در مرکز جهانی کنفرانس و نمایشگاه شانگهای چین برگزار می‌شود. دن‌تک چین تجربه‌ای بیست‌ساله در برگزاری کنفرانس برای دندان‌پزشکانی که به دنبال آموزش معتبر ادامه‌دار هستند و هم‌چنین خریداران، بازرگانان و توزیع کنندگان بین‌المللی که به دنبال محصولات و تجهیزات با کیفیت در چین و آسیا هستند است. انتظار می‌رود هزاران بازدیدکننده از چین و دیگر کشورها در این نمایشگاه و کنفرانس تجاری بین‌المللی شرکت کنند. بازدیدکننده‌ها در جریان آخرین اطلاعات درباره تجهیزات و روش‌های دندان‌پزشکی قرار می‌گیرند. دن‌تک چین یکی از مشهورترین رویدادها برای افراد این حرفه بوده که با تولیدات دندان‌پزشکی در چین همراه است. بسیاری از افراد حرفه‌ایی در حوزه دندان‌پزشکی به این نمایشگاه خواهند آمد.

www.dentech.com.n

نمایشگاه و کنفرانس مراقبت سالمندی در آسیا

ECA2017 / ۱۱ تا ۱۴ آبان

مراقبت سالمندی در آسیا (ECA) ۲۰۱۷ سومین نمایشگاه و کنفرانس بین‌المللی با موضوع مراقبت بهداشتی و سبک زندگی برای سالمندان از ۲ تا ۵ نوامبر ۲۰۱۷ (۱۱ تا ۱۴ آبان ماه) در مرکز نمایشگاهی کوسیونگ تایوان برگزار می شود. محصولات مراقبت بهداشتی، معماری و سبک زندگی و حتی محصولات و خدماتی مانند نرم‌افزارهای کاربردی برای اهداف پزشکی، محصولات ارتباطی بیسیم، مواد و تجهیزات پزشکی، دستگاه‌های بخار درمانی (بوخور) برای مصرف خانگی، صندلی ماساژ و بسیاری دیگر از محصولات و خدمات مربوطه را به نمایش می‌گذارد. یافتن همتایان تجاری بخشی از تجربه این نمایشگاه برای بالابردن فرصت‌های همکاری در نمایشگاه است. دو رویداد شبکه‌ایی و ارتباطی در روز سوم نوامبر برگزار می‌شود.

www.10times.com/eca-kaohsiung

نمایشگاه هلث اچیو

HealthAchieve2017 /۱۵ تا ۱۶ آبان

دسیابی به سلامت یا نمایشگاه هلث اچیو (HealthAchieve) فراتر از یک کنفرانس و نمایش تجاری سالیانه است؛ رویدادی ۲ روزه است که ۶ و ۷ نوامبر ۲۰۱۷ (۱۵ و ۱۶ آبان ماه) در مرکز کنفرانس مترو(Metro) تورنتو کانادا برگزار می‌شود. این نمایشگاه نماینده تغییری است که با تمرکز بر آینده موجب تحول ساختار مراقبت بهداشتی می‌شود. پیشروان جهانی تجارت و مراقبت پزشکی به هلث اچیو می‌آیند تا با آگاهی از ظرفیت‌های بالقوه‌ایی که وجود دارد خود را تقویت کنند. آن‌ها به دنبال یافتن راه‌های تازه‌ای برای وسیع‌کردن مرزهای سامانه‌های مراقبت پزشکی و همکاری با پیشروان و نوآوران این صنعت هستند. آن‌ها به دنبال تغییر زندگی‌ها به‌وسیله آفرینش یک سامانه با کیفیت که بیماران را در اولویت قرار می‌دهد هستند. شرکت‌کننده‌ها می‌توانند با بهترین‌های این صنعت شامل متولیان، مدیران و متخصصان بالینی در بزرگ‌ترین و تغییردهنده‌ترین رویداد مراقبت پزشکی کانادا دیدن کنند. این نمایشگاه شامل محصولات صنعت سلامت و بهداشت است. محصولات موجود در این نمایشگاه شامل تجهیزات و وسایل بیمارستانی، تجهیزات الکتروپزشکی، کالاها و محصولات مورد نیاز برای جراحی و بیمارستان و ... در صنعت فیتنس و سلامت و بهداشت می شود.

www.healthachieve.com

نمایشگاه دسترسی به توانایی‌ها

AccessAbilities2017 / ۱۶ تا ۱۸ آبان

نمایشگاه دسترسی به توانایی‌ها (AcessAbilities) که از ۷ تا ۹ نوامبر ۲۰۱۷ (۱۶ تا ۱۸ آبان ماه) در دبی برگزار می‌شود، نمایشگاهی برای محصولات، خدمات و فناوری‌های مربوط به بخش‌های ناتوانی و توان‌بخشی است. هدف نمایشگاه تشویق دولت‌ها و بخش‌های خصوصی به تغییر ادراک خود در مورد افرادی که نیازها و ناتوانی خاص دارند و بهبود خدمات‌دهی خود برای برآوردن نیازهای آن‌ها و هم‌چنین به‌کارگرفتن آن‌ها در اجتماع و غلبه به چالش‌های روزانه‌شان است. این نمایشگاه سکویی است برای دولت‌ها و بخش‌های خصوصی مانند سازمان‌های زیرسازی، هواپیمایی، گردشگری، مهمانداری، مدیریت امکانات، فناوری، حمل‌ونقل عمومی، آموزش، مراقبت بهداشتی و غیره برای نشان‌دادن محصولات و خدمات و برنامه‌های آینده‌شان برای حمایت از بیش از ۷۰۰ میلیون معلول در سطح جهان که بیش از ۵۰ میلیون آن‌ها در خاورمیانه زندگی می‌کنند. اولین دوره این نمایشگاه فرصت‌های ارتباطی و یادگیری در زمینه ناتوانی و توان‌بخشی برای گروه‌های شرکت‌کننده فراهم می‌کند. انتظار می‌رود که ۱۵۰ ارایه‌دهنده و بیش از ۵۰۰۰ دیدارکننده در سه روز برگزاری نمایشگاه در دبی حضور داشته باشند.

www.accessabilitiesexpo.com

مدیکا، بزرگترین نمایشگاه پزشکی دنیا

Medica2017 / ۲۲ تا ۲۵ آبان

مدیکا بزرگترین نمایشگاه تجاری پزشکی دنیا در زمینه فناوری پزشکی، تجهیزات الکتروپزشکی، تجهیزات آزمایشگاهی تجهیزات دارویی و تشخیصی است. مدیکا در ۴ روز از ۱۳ تا ۱۶ نوامبر ۲۰۱۷ (۲۲ تا ۲۵ آبان ماه) در دوسلدورف آلمان برگزار می شود. افزایش امیدبه‌زندگی، پیشرفت پزشکی و آگاهی مردم نسبت به سلامتی‌شان باعث افزایش تقاضا برای روش‌های درمانی مدرن شده است. به همین دلیل مدیکا یک بازار مرکزی برای محصولات و دستگاه‌های جدید ایجاد کرده که منجر به همکاری مهم برای مراقبت کارامد و با کیفیت از بیماران می‌شود. بخش‌های مختلف نمایشگاه شامل فناوری پزشکی و الکتروپزشکی، فناوری اطلاعات و ارتباطات، فیزیوتراپی و فناوری ارتوپدی، وسایل یک‌بارمصرف، تجهیزات آزمایشگاهی و محصولات تشخیصی می‌شود. علاوه‌بر نمایشگاه تجاری، کنفرانس‌های مدیکا هم که شامل فعالیت‌های مختلف و نمایش‌های جالب مخصوصی است برگزار خواهند شد. مدیکا هم‌زمان با بزرگ‌ترین نمایشگاه تولیدکنندگان دارویی، کامپامد (Compamed) برگزار می‌شود.

www.medica.de

استخدام

TAIMAZ

شرکت پیشگامان صنعت تایماز

جهت تکمیل کادر فروش تجهیزات اتاق عمل از فارغ‌التحصیلان رشته‌های مرتبط از دانشگاه‌های معتبر با تسلط کامل به زبان انگلیسی، آشنایی کامل به کامپیوتر، ارتباط عمومی بسیار قوی و حداقل دوسال تجربه کاری مرتبط دعوت به همکاری می نماید. از علاقه‌مندان دعوت می‌شود تا رزومه خود را به نشانی زیر ارسال نمایند.

job@timaz.com

استخدام

TANASA TEB NOVIN Co.

شرکت تن آسا طب نوین

نماینده انحصاری دستگاه‌های سونوگرافی

Supersonic فرانسه و Terason آمریکا

ازمهندسین مجرب الکترونیک و سخت‌افزار کامپیوتر جهت بخش خدمات فنی دعوت به همکاری‌می‌نمایند.

ارسال رزومه به info@tanasateb.com

آیمد نیوز

سایت خبری - تحلیلی

پزشکی و تجهیزات پزشکی

اطلاعات این وبسایت خبری شامل:

- کلیه اخبار و اطلاعات روز ایران و جهان
- مقالات
- مصاحبه با افراد سرشناس
- گزارشات از نمایشگاه ها، کنگره ها و همایش ها
- مزایده ها و مناقصات تخصصی در زمینه پزشکی
- اطلاعات مراکز درمانی در کل کشور
- اطلاعات رؤسا و معاونین دانشگاه های علوم پزشکی
- اطلاعات شرکت های مهندسی پزشکی در سراسر کشور

تلفن تماس: ۱-۸۸۰۴۸۰۰

Email: ads@imednews.ir

www.imednews.ir

استخدام

یک شرکت معتبر تجهیزات پزشکی، جهت تکمیل کادر بازرگانی خود از افراد واجد شرایط ذیل دعوت به همکاری می‌نماید:

۱- کارشناس با گرایش مهندسی‌پزشکی، پیراپزشکی و یا رشته‌های مرتبط

۲- حداکثر سن ۲۷ سال

۳- آشنا با زبان انگلیسی

۴- ارسال رزومه به info@tjn-eng.com

استخدام

Arayeh Zisti Pishrafteh

شرکت آرایه زیستی پیشرفته

جهت تکمیل بخش فروش سیستم های تصویربرداری ترجیحا از دانش آموختگان رشته های مهندسی پزشکی و الکترونیک دعوت به همکاری می نماید.

ارسال رزومه: hr@arayeh-medical.com

دورنگار: ۸۸۷۶۸۹۰۵

استخدام

شرکت تراست خاورمیانه

استخدام کارشناس مهندسی پزشکی، جهت فروش دستگاه‌های رادیولوژی

تلفن: ۸۸۸۲۹۵۵۴ / ۸۸۳۱۷۹۶۴

استخدام

شرکت مهندسی پزشکی بهین پویان صدر

۱- مدیر فروش

۲- کارشناس فروش

دارای سابقه کار مرتبط در شهر اصفهان نیازمند است. علاقه‌مندان جهت تعیین وقت مصاحبه با شماره ۳۲۲۱۷۸۴۱-۰۳۱ تماس حاصل نمایند.

استخدام

HAVAYAR TEB

Medical Devices

شرکت هوایار طب

جهت تکمیل کادر فروش از افراد واجد شرایط ذیل دعوت به همکاری می‌نماید:

۱- کارشناس فروش:

لیسانس / فوق لیسانس مهندسی پزشکی و یا سایر رشته‌های مرتبط / حداقل سابقه کار فروش در صنعت تجهیزات پزشکی ۵ سال

۲- سرپرست بازرگانی

لیسانس / فوق لیسانس زبان انگلیسی و یا مدیریت بازرگانی / حداقل سابقه کار ۵ سال

متقاضیان واجد شرایط می‌توانند رزومه خود را به آدرس

employee@havayar.com

و یا شماره دورنگار ۸۸۲۰۲۴۲۵ ارسال نمایند.

استخدام

dta

دانش طب امروز

دانش طب امروز

جهت تکمیل کادر فروش، از مهندسین پزشکی و رشته‌های مرتبط با حقوق و مزایای عالی دعوت به همکاری می‌نماید.

از علاقمندان خواهشمند است رزومه خود را به ادرس زیر ارسال فرمایند:

hr@dta-med.com

استخدام

شرکت مهندسی و پزشکی پایون پرتو

جهت تکمیل کادر مهندسی فروش تجهیزات تصویربرداری پزشکی از میان علاقمندان و فارغ‌التحصیلان رشته‌های مهندسی پزشکی، کارشناس رادیولوژی و رشته‌های مرتبط با تسلط به زبان انگلیسی و کامپیوتر دعوت به‌همکاری‌می‌نماید.

HR@Pion-Parto.com

استخدام

شرکت مدیریت تجهیزات پزشکی ایران(سهامی خاص) MEM

جهت تکمیل بخش فروش ابزار و سیستم‌های جراحی با شرایط زیر دعوت به همکاری می‌نماید:

۱ - تحصیلات: حداقل کارشناسی مرتبط با پزشکی، مهندسی پزشکی، تکنسین اتاق عمل

۲ - حداقل ۳ سال سابقه کار در زمینه تجهیزات پزشکی

۳ - تسلط به زبان انگلیسی

۴ - تسلط به کامپیوتر

لطفا رزومه خود را به آدرس ایمیل HR@MEMPJS.COM ارسال نمایید.

آدرس: خیابان میرزای شیرازی شمالی، بالاتر از مطهری، کوچه ناهید، پلاک ۲۳

تلفن: ۸-۸۸۷۲۷۲۱۵

استخدام

یک شرکت معتبر تجهیزات پزشکی فعال در زمینه واردات، جهت تکمیل کادر فروش خود، از یک کارشناس علاقمند ترجیحا با تحصیلات و سابقه کار مرتبط دعوت به همکاری می‌نماید. لطفا رزومه فارسی خود را به آدرس ایمیل hffjob@yahoo.co ارسال نمایید.

استخدام

گروه شرکت‌های خسرو مدیسا طب از افراد واجد شرایط ذیل دعوت به همکاری می‌نماید.

سمت	شرایط احراز
کارشناس فروش	رشته‌های مربوط به مهندسی پزشکی، سابقه کاری مرتبط
سرپرست/مدیرفروش	رشته‌های مربوط به مهندسی پزشکی، سابقه سرپرستی یا مدیریت مرتبط
رگولاتور	دکترای داروسازی
نماینده علمی	لیسانس یا فوق لیسانس پرستاری/خانم/ماموریت شهری و بین شهری
کارشناس فنی	رشته های فنی / تجربه کافی مرتبط
کارشناس مالی	لیسانس، فوق لیسانس حسابداری و رشته‌های مرتبط
مسئول دفتر	لیسانس/ مسلط به زبان انگلیسی
مدیر بازاریابی	تحصیلات و سابقه کاری مرتبط/ مسلط به زبان انگلیسی

متقاضیان می‌توانند اطلاعات خود را در سایت گروه به آدرس www.kmtmed.co m درج نمایند.

استخدام

شرکت معتبر تجهیزات پزشکی جهت تکمیل کادر واحد فروش دپارتمان دندانپزشکی و پزشکی ورزشی خود از افراد واجد شرایط زیر دعوت به همکاری می نماید:

۱- دارای روابط عمومی بالا و علاقمند به کار فروش و بازاریابی

۲- آشنایی به زبان انگلیسی

۳- مسلط به office

۴- دارای حداقل ۳ سال سابقه کار مرتبط

۵- کارشناس با گرایش مهندسی پزشکی، الکترونیک، تربیت بدنی، فیزیولوژی ورزشی و بیومکانیک در اولویت می باشند.

ارسال رزومه: فکس ۸۸۷۰۳۰۵۲ / ایمیل sales@bd-med.com

استخدام

فرصتی عالی برای شما که یک فروشنده حرفه ای هستید:

شرکت پیشگامان راه طب، جهت تکمیل کادر فروش خود ۵ کارشناس فروش استخدام می نماید. شما هم می‌توانید کارشناس فروش این شرکت باشید.

لطفا رزومه خود را برای ما ارسال نمایید employment@prtmedical.ir

استخدام

شرکت پارس دیدگان

جهت تکمیل پرسنل خود در بخشهای ذیل از میان علاقه مندان به صورت تمام یا پاره وقت دعوت به همکاری می نماید.

۱- منشی اداری

۲- کارشناس فروش

۳- کارشناس خدمات پس از فروش

۴- کمک حسابدار

لطفا رزومه کاری خود را به آدرس الکترونیکی

info@parsdidegan.com

ارسال و یا به شماره فکس ۲۲۸۵۸۰۰۲ ارسال نمایید.

استخدام

شرکت آریا حکیم، در راستای توسعه سازمانی دپارتمان علمی/ فروش محصولات الکتروفیزیولوژی قلب، از افراد واجد شرایط ذیل دعوت به همکاری می‌نماید:

- **فارغ التحصیل رشته مهندسی پزشکی یا رشته‌های مرتبط**
- **ترجیحاً با سابقه کار در حیطه تجهیزات یا لوازم تخصصی قلب و عروق**
- **مسلط به زبان انگلیسی**
- **مسلط به نرم افزارهای Microsoft Office**
- **ارائه کارت پایان خدمت یا معافیت سربازی(آقایان)**

از متقاضیان محترم تقاضا می‌گردد رزومه خود را (صرفاً به زبان انگلیسی) به آدرس ایمیل ep@aryahakim.com ارسال نمایند.

آماده همکاری

مهندس علیرضا کنعانی

۱- فارغ التحصیل مدیریت صنعتی

۲- آشنایی کامل به کامپیوتر

بعدظهرها و یا هفته ای سه روز آماده همکاری

همراه: ۰۹۱۲۴۵۸۴۲۹۱

آماده همکاری

محمد جعفری معتمد

۱- پشتیبان و کارشناس شبکه

۲- کارشناس کنترل پروژه

همراه: ۰۹۱۲۳۰۳۲۶۶۵

ایمیل: mohammad_moatamed@yahoo.com

نمایندگی

فراخوان پذیرش نمایندگی فعال در مراکز استان ها

هلدینگ جلال آرا نماینده رسمی کمپانی 3M در ایران، جهت فروش محصولات دندانپزشکی از سراسر کشور نماینده فعال می‌پذیرد.

ارسال رزومه:
تلفن: ۸۸۸۸۴۸۸۸
فاکس: ۸۸۸۸۷۱۷۴
ایمیل: cv.dental@jalalara.com

استخدام

شرکت ابتکار توسعه درمان (اتود)

نماینده انحصاری توزیع محصولات درمان زخم B.BRAUN جهت تکمیل کادر مارکتینگ و فروش در زمینه **پانسمان‌های تخصصی زخم** از فارغ التحصیلان رشته های **پرستاری، مامایی و سایر رشته های مرتبط** به عنوان کارشناس علمی زخم دعوت به همکاری می‌نماید؛

متقاضیان دارای تجربه کاری در زمینه پانسمان‌های تخصصی زخم، از اولویت استخدامی برخوردارند

لطفا رزومه کاری خود را به آدرس پست الکترونیک HR@etodmed.com فرستاده یا به شماره فکس ۸۹۷۷۴۴۲۲-۰۲۱ ارسال نمایید.

شماره تلفن تماس جهت کسب اطلاعات بیشتر: ۰۲۱-۸۸۵۵۴۰۳۷

استخدام

شرکت مهرکام تجهیز

شرکت تجهیزات پزشکی مهرکام تجهیز جهت تکمیل کادر فروش خود ازیک نفر خانم اپلیکیشنیست (application expert) و آشنا به دستگاههای اولتراسوند و سونوگرافی دعوت به همکاری می‌نماید. در صورت تمایل رزومه خود را به آدرس :

Ard_t22@yahoo.com

ایمیل نمایید و یا به شماره فکس **۸۸۷۴۸۶۲۴** ارسال نمایید.

نمایندگی

شرکت تدا، نماینده کمپانی JMS از شرکت‌های فعال در زمینه تجهیزات پزشکی جهت واگذاری نمایندگی خدمات پس از فروش در استان خوزستان دعوت به همکاری می‌نماید.

تلفن: ۲۳-۷۷۶۵۴۲۱۶

ایمیل: Rep_teda@yahoo.com

نمایندگی

فراخوان پذیرش نمایندگی فعال در مراکز استان ها

هلدینگ جلال آرا نماینده رسمی کمپانی 3M در ایران، جهت فروش محصولات کنترل عفونت از سراسر کشور نماینده فعال می‌پذیرد.

محصولات کنترل عفونت 3M :

- تجهیزات آماده سازی بیمار برای عمل - استریلیزاسیون - گچ های فایبرگلاس و متعلقات - الکترودهای پزشکی - گرم کننده های بیمار

ارسال رزومه: تلفن: ۸۸۸۸۴۸۸۸ فاکس: ۸۸۸۸۷۱۷۴
ایمیل: cv.ipd@jalalara.com

ترجمه متون تخصصی برق و مهندسی پزشکی

همانگونه که می‌دانید بخش عظیمی از منابع و اطلاعات رشته مهندسی پزشکی به زبان انگلیسی بوده و همواره یکی ازمشکلات دانشجویان این رشته کمبود خدمات ترجمه در این زمینه است. نظر به اینکه ترجمه این متون نیاز به تخصص و تجربه کافی دارد و توجه به این مهم که ترجمه متون تخصصی مهندسی پزشکی جز با دید نکته سنجانه یک مهندس پزشکی میسر نخواهد بود. لذا سایت DEZMED.COM اقدام به تشکیل یک تیم ترجمه قوی جهت ترجمه متون تخصصی شما متخصصین عزیز نموده است.

http://translate.dezmed.com

جهت ارسال متون خود و کسب اطلاعات بیشتر با این شماره تماس گرفته و یا با ایمیل زیر مکاتبه نمایید:

translate.dezmed@yahoo.com

مسؤول تیم ترجمه: ۴۴۹۴ - ۳۴۶ -۰۹۱۶

ماهنامه صنعت درمان

برگ زرین، فرصتی است برای دیده شدن

پیامک: ۹۰۰۰ ۳۳۳ ۰۹۳۵

تارنما: www.sanatdarman.ir