



هوشیاری و نهاجم؛ رمز پیروزی در جنگ نرم

انقلاب ما انقلابی عقلانی و به انتخاب و اراده مردم بود

۱۰



آدرس غلط برق برای ماینینگ

گزارش مرکز پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مصرف ماینینگ‌ها از ۲هزار مگاوات فراتر نمی‌رود

۱۱



فصل ساماندهی کودکان زباله‌گرد

کار گروهی برای مقابله با کار کودکان در حوزه پسماند شهر تهران تشکیل شد

۱۲

هلمشاه کج



عکس هوشمیری/سانا عاقل

بیماران «متخصص زده»

بررسی‌ها نشان می‌دهد میزان مراجعه بیماران به پزشکان متخصص و فوق تخصص، افزایش یافته است؛ کارشناسان نظام سلامت می‌گویند این اتفاق به دلیل اجرا نشدن نظام ار جاع و پزشک خانواده رخ داده است

«مردم حتی برای یک سرماخوردگی ساده هم به متخصص و فوق تخصص مراجعه می‌کنند.» این انتقاد فعالان نظام سلامت از وضعیت درمان کشور است. بخشی از ماجرا به اجرا نشدن نظام ار جاع و پزشک خانواده بر می‌گردد و بخش دیگر به تمایل پزشکان برای تحصیل و فعالیت در برخی از رشته‌های تخصصی پزشکی درآمذا، کم‌خطر و بی‌دردسر، اسحاق حسینی، فوق تخصص گوارش و استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران یکی از پزشکانی است که نسبت به این موضوع انتقاد جدی دارد. او می‌گوید مردم «متخصصی زده» و «فوق تخصص زده» شده‌اند. جای اینکه اول به پزشک عمومی و بعد به متخصص مراجعه کنند، از پزشکانی است که فوق تخصص یا فلوشیپ مراجعه می‌کنند: «چون پزشک فوق تخصص در دسترس و سه‌ل‌الوصول است، مردم هم مستقیم برای هر دردی به او مراجعه می‌کنند. نظام ار جاع درست اجرا نمی‌شود و جایگاه پزشک عمومی و پزشک خانواده در نظام ار جاع تعریف نشده است.»

مشکل، اجرا نشدن نظام ار جاع و پزشک خانواده

محمدرضا واعظ مهدوی، کار شناس اقتصاد سلامت است و ماجرای بالا بودن میزان مراجعه مردم به متخصصان و فوق تخصصان رشته‌های پزشکی را ریشه‌یابی می‌کند. به گفته او، یکی از دلایل این ماجرا، نبود پزشک خانواده و نظام ار جاع در کشور است. واعظ مهدوی در توضیح بیشتر به همشهری می‌گوید: «نظام سلامت یعنی ارائه خدمات سیستماتیک در چار چوب مشخص. این خدمات سیستماتیک باید براساس سلسله مراتب و الگوریتم مشخصی، تنظیم و در اختیار مردم قرار گیرد. نکته اینجاست که در کشورهای جهان سوم و توسعه نیافته، نظام بهداشت و درمان، سیستماتیک نیست و این مسئله سبب می‌شود تا مردم، خودشان بیماری را تشخیص دهند و به پزشکی که تصور می‌کنند مناسب است، مراجعه کنند.» او ادامه می‌دهد:

«در چنین نظامی، ممکن است فرد تشخیص درستی از بیماری نداشته باشد، یا دیر به پزشک مراجعه کند و این مسئله بعدا مشکلات جدی‌تری برایش ایجاد کند. از سوی دیگر، در چنین نظامی، بخشی از مراجعات غیر ضروری است و تنها منجر به تحمیل هزینه و اتلاف وقت و انرژی پزشک و بیمار می‌شود.» او در توضیح بیشتر درباره جزئیات نظام ار جاع می‌گوید: «نظام ار جاع به این معنی نیست که مردم برای مراجعه به پزشک محدود شوند. یک نظام سیستماتیک ارائه‌دهنده خدمات بهداشت و درمان، براساس یک مثلث مثلث تعریف می‌شود که اضلاع آن را جمعیت تعریف شده، خدمات تعریف شده و فرایندهای درمانی تعریف شده تشکیل می‌دهند.» بر اساس اعلام این کارشناس اقتصاد سلامت، بنابر این نظام، حتی اگر فرد، در وقت مقرر مراجعه نکند، به‌طور به سراغش می‌رود و برای انجام

گزارش

روند درمان، به او هشدار و آگاهی می‌دهد. از همین

نظام است که فرد به بخش‌های تخصصی تر درمان ار جاع داده می‌شود. بنابر این در بخش پیشگیری می‌تواند نقش مهمی ایفا کند. واعظ مهدوی درباره اینکه گفته می‌شود اجرای نظام ار جاع درآمذزایی پزشکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد یا هزینه‌ها را کم می‌کند توضیح بیشتری می‌دهد. به گفته او، به‌دلیل نداشتن شناخت دقیق از فرایندهای سیستماتیک ارائه خدمات، مردم تصور می‌کنند که اجرای این طر چها برای کاهش هزینه‌هاست. در حالی که اصل ماجرا نظم‌دهی به ارائه خدمات است. گاهی پزشک عمومی مراجعه کند و همان پزشک در صورت سرماخوردگی را ویزیت می‌کند، این هم هزینه‌ای می‌رود. بر اساس نظام ار جاع، این بیمار در ابتدا باید به پزشک عمومی مراجعه کند و همان پزشک در صورت نیاز او را به مراحل تخصصی تر درمان ار جاع دهد. با این همه اما چنین نظامی در کشور اجرا نمی‌شود و به گفته واعظ مهدوی، چند دلیل دارد: «اول اینکه افراد و مدیران، نظم را به خوبی نمی‌شناسند و توان اعمال آن را ندارند. دوم، ضعف مدیریتی وجود دارد. سوم، مقاومت‌هایی در برابر ایجاد نظم دیده می‌شود. چهارم، منافع مالی در میان است. البته، بخش منافع مالی، تنها ۱۰ تا ۲۵ درصد مانع ایجاد کرده است، بخش مهم همان نبود و نشناختن نظم است. در کشورهای دیگر هم مسئله منافع مالی وجود دارد، اما به‌دلیل نظمی که این سیستم دارد، آن را اجرا کرده‌اند. مثل کشورهای ترکیه، انگلستان، سنگاپور و مالزی.» این کارشناس اقتصاد سلامت به نکته دیگری اشاره می‌کند. او می‌گوید در کشور، نظام بهداشت و درمان اقتدر در گیر مسائل عمومی است که دیگر فرصت اصلاح درون ساختاری ندارد: «نظام سلامت ما در گیر مسائل عمومی مثل افزایش قیمت ارز و تأثیر آن بر دارو و تجهیزات پزشکی، پایین بودن حقوق استادان، پایین بودن تعرفه‌های درمان، ناتوانی در خرید تجهیزات جدید و پیامدهای ناشی از آزادسازی قیمت‌ها و... است. در این شرایط دیگر نمی‌تواند نظامی مانند ار جاع یا پزشک خانواده

دستری آسان به متخصص

مکت

پیش از این محمود اسحاق حسینی، فوق تخصص گوارش و استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران نسبت به استقبال کم پزشکان از رشته طب داخلی هشدار داده بود و حالا به همشهری می‌گوید که هم‌اکنون درآمذزایی، عامل اصلی در انتخاب رشته‌های پزشکی است؛ موضوعی که در گذشته دیده نمی‌شد. به گفته این استاد دانشگاه، کمبود متخصص داخلی یکی از معضلاتی است که در آینده کشور را در گیر می‌کند: «متخصص داخلی، پزشکی است که در زمینه‌های مختلفی از جمله قلب، ریه، گوارش و غدد تخصص دارد. از آموزی که از این افراد در ایران گرفته می‌شود سخت‌ترین از موزن دیاست. اما پس از فارغ التحصیلی، این پزشکان، از نظر مالی تأمین نمی‌شوند.» به گفته او، حالا به رشته‌های رادیولوژی، چشم و پوست در گروه پر طرفدارها قرار دارند. «در دوران شیوع کرونا، متخصصان غوثی، با افزایش میزان مراجعه مواجه شدند، در حالی که قبلا اینطور نبود. با فروکش کردن کرونا، باز دیگر، میزان مراجعه به این پزشکان کم می‌شود. به‌طور کلی این تخصص، درآمذزایی بالایی ندارد. در بخش دولتی که عملا در آمد چندانی ندارد، اگر هم مطلب داشته باشند، اقتدر هزینه‌ها بالاست که توانایی اداره آن را ندارند. این نگرانی وجود دارد که در سال‌های آینده، بسیاری از مطب‌ها تعطیل شوند.» به گفته او، پیامدهای این مسئله در ۵۰، ۱۵۰ سال آینده مشخص می‌شود: «روند در مان یا این وضعیت، مختل می‌شود. ما توزیع مناسبی برای تمام رشته‌ها در مقطع تخصص و فوق

را اجرا کند. یعنی دیگر فرصت آن را ندارد.» **گرایش به تخصص‌های گوش و حلق و بینی** ماجرا اما تنها به بیماران و مراجعه مستقیم‌شان به پزشک محدود نمی‌شود. دانشجویان پزشکی هم پیش از آزمون دستیاری، شرایط اقتصادی رشته‌های مختلف و آینده کاری و بی‌دردسر بودن آن را می‌سنجند و بر اساس آن دست به انتخاب می‌زنند. رضا لاری‌پور، سخنگوی سازمان نظام پزشکی درباره جزئیات رشته‌های پر طرفدار و رشته‌های کم طرفدار پزشکی و دلایل استقبال از برخی رشته‌ها به همشهری می‌گوید: «اما رشاکیات در برخی رشته‌های پزشکی بالاست و احتمال اینکه پزشک در گیر دگاه و دیه بشود، زیاد است؛ به همین دلیل یکی از معیارهای انتخاب یک رشته، کم‌خطر تر بودن آن است؛ یعنی رشته ساده‌تر یا درآمذزایی بالاتر تعیین کننده انتخاب تخصص افراد در رشته‌های پزشکی است.» به گفته او در ۲،۳ دهه گذشته، ۴ رشته اصلی مثل کودکان، زنان و زایمان، داخلی و جراحی رشته‌های پر طرفداری بودند، اما با گذشت زمان، رشته‌های پزشکی، تقسیم‌بندی زیادی در مقطع تخصصی و فوق تخصصی پیدا کردند و خود این تقسیم‌بندی، یکی از عواملی شد که افراد را به سمت تخصص‌های مختلف سوق داد؛ در حالی که بعدها مشخص شد واقعاً نیازی به این میزان تقسیم‌بندی نبود: «افرادی که برای فوق تخصص اقدام کردند، گویی در رشته تخصصی‌شان نامتجرب بودند و صرفا به رشته فوق تخصصی‌شان پرداختند؛ این هم آسببی بود در حوزه سلامت، چرا که هم پر هزینه است و هم کم‌فایده.» به گفته او، رشته‌های پزشکی آملد هستند؛ یکسری از رشته‌ها محدود به نسخ‌نویسی‌اند و یکسری هم جراحی و فرایندار؛ یعنی خدمات تشخیصی ارائه می‌دهند. میزان استقبال از مدل دوم بیشتر است؛ یکی از این رشته‌ها تخصص گوارش است که فرایندار است؛ یعنی پزشک می‌تواند کولونوسکوپی، آندوسکوپی و... تجویز کند که قطعا با درآمذزایی برای پزشک همراه است. این رشته نسبت به رشته روماتولوژی

کم‌درآمد بودنش است. او به رشته‌های پر طرفدار پزشکی اشاره می‌کند: «متخصصان زنان و زایمان، با اینکه تعدادشان بالاست، اما تخصص‌شان هنوز جزو رشته‌های پر آمد برده به شمار می‌رود. این پزشکان اغلب زبانه شده‌اند؛ یکی از آنها طب داخلی است که در سال‌های گذشته با استقبال کم مردان مواجه شده است. حالا لاری‌پور درباره زنان به مردانه شدن برخی از رشته‌های پزشکی هم توضیح می‌دهد و می‌گوید که به‌طور کلی جمعیت غالب شرکت‌کننده در آزمون رزیدنتی، زنان هستند، حتی ورودی رشته‌های پزشکی هم در ۴ دهه اخیر، بیشتر از میان زنان بوده است؛ به همین دلیل به‌طور کلی در تمام رشته‌ها، میزان حضور زنان بالا رفته است، زنان در س خوان تر هستند و بیشتر رشته‌های کم‌خطر را انتخاب می‌کنند؛ به همین دلیل تعدادشان در برخی رشته‌ها بالا رفته است، اما در مقابل کمتر برای ورود به رشته‌های جراحی عمومی و اورتوپدی علاقه‌نشان می‌دهند.

تخصص نداریم. باید ظرفیت ورود به برخی رشته‌ها افزایش پیدا کند.» او می‌گوید «رشته‌های داخلی در طول دوره آموزش، شیفت‌های شب زیادی دارند و در نهایت به پزشک در دوره دستیاری، ۸۰ تا ۱۰۰ میلیون تومان حقوق داده می‌شود. این رقم آن‌هم برای پزشکی که دیگر سنش به بالای ۳۰ سال رسیده، بسیار پایین است. در حالی که حقوق این افراد نباید کمتر از ۲۰۰ میلیون تومان باشد.» بر اساس تعرفه‌های اعلام شده برای امسال، هزینه ویزیت متخصصان فوق تخصص در بخش دولتی از ۲۴ هزار تومان تا ۵۸ هزار تومان است. با اینکه تعرفه تخصصی از پزشک عمومی بالاتر است اما نکته اینجاست که بیماران در همان ابتدا برای درمان به پزشک متخصص مراجعه می‌کنند. این استاد دانشگاه هم به همین موضوع اشاره می‌کند. او پیش از این گفته بود که مردم فوق تخصص را انتخاب می‌کنند، چون پزشک فوق تخصص در دسترس و سه‌ل‌الوصول فلوشب و فوق تخصص رشته‌های مختلف را ترجیح می‌دهند. در حالی که اول باید پزشک عمومی سپس یک متخصص بیمار را ویزیت کند و در صورت نیاز، به فوق تخصص فلوشبپ مربوطه ار جاع دهد: «نظام ار جاع درست اجرا نمی‌شود و حتی برخی مردم برای یک سرماخوردگی ساده به پزشک فوق تخصص مراجعه می‌کنند. چون پزشک فوق تخصص در دسترس و سه‌ل‌الوصول است و جایگاه پزشک عمومی و پزشک خانواده در نظام ار جاع تعریف نشده است.» او به ضعف بیمه‌ها هم اشاره می‌کند: «سازمان‌های بیمه گر تعییف عمل می‌کنند، آنها تنها به دنبال سود بیشتر و حمایت کمتر هستند.»

و ریه پر طرفدار تر است؛ چرا که این دو رشته آخر، نسخ‌نویسی هستند. او ادامه می‌دهد: «برخی از رشته‌های جراحی، درآمذزایی بالایی دارند؛ مثل گوش و حلق و بینی، چشم و... اینها تعرفه بالاتری دارند و بیشتر مراجعه کنندگان برای اقدامات کمتری این خدمات را می‌گیرند. این در حالی است که رشته‌هایی مثل جراحی قلب و قفسه صدری، کم‌درآمدترند و دانشجویان رشته پزشکی استقبال کمتری هم از آنها می‌کنند. به هر حال این رشته‌ها هم زمان بر هستند و هم آینده رشته‌ها مثل جراحی قلب، پرریسک هستند؛ مثلاً جراحی قلب باز می‌تواند خطرناک باشد و قطعاً با رشته‌ای مثل گوش و حلق و بینی که جراح، عمل زیبایی انجام می‌دهد، قابل مقایسه نیست: «مثلاً رشته‌ای مانند کودکان، بسیار سخت است، اما میزان درآمد آن پایین است یا مثلاً طب اورژانس به‌دلیل سختی کار و ساعات‌های طولانی کشیک‌ها، کمتر مورد استقبال قرار می‌گیرد. طب داخلی هم با وجود گرایش‌های متعددی که دارد، کمتر مورد استقبال است. یکی از دلایل آن هم سخت بودن این رشته و کم‌درآمد بودنش است.»

او به تقسیم‌بندی، یکی از عواملی شد که افراد را به سمت تخصص‌های مختلف سوق داد؛ در حالی که بعدها مشخص شد واقعاً نیازی به این میزان تقسیم‌بندی نبود: «افرادی که برای فوق تخصص اقدام کردند، گویی در رشته تخصصی‌شان نامتجرب بودند و صرفا به رشته فوق تخصصی‌شان پرداختند؛ این هم آسببی بود در حوزه سلامت، چرا که هم پر هزینه است و هم کم‌فایده.» به گفته او، رشته‌های پزشکی آملد هستند؛ یکسری از رشته‌ها محدود به نسخ‌نویسی‌اند و یکسری هم جراحی و فرایندار؛ یعنی خدمات تشخیصی ارائه می‌دهند. میزان استقبال از مدل دوم بیشتر است؛ یکی از این رشته‌ها تخصص گوارش است که فرایندار است؛ یعنی پزشک می‌تواند کولونوسکوپی، آندوسکوپی و... تجویز کند که قطعا با درآمذزایی برای پزشک همراه است. این رشته نسبت به رشته روماتولوژی

کم‌درآمد بودنش است. او به رشته‌های پر طرفدار پزشکی اشاره می‌کند: «متخصصان زنان و زایمان، با اینکه تعدادشان بالاست، اما تخصص‌شان هنوز جزو رشته‌های پر آمد برده به شمار می‌رود. این پزشکان اغلب زبانه شده‌اند؛ یکی از آنها طب داخلی است که در سال‌های گذشته با استقبال کم مردان مواجه شده است. حالا لاری‌پور درباره زنان به مردانه شدن برخی از رشته‌های پزشکی هم توضیح می‌دهد و می‌گوید که به‌طور کلی جمعیت غالب شرکت‌کننده در آزمون رزیدنتی، زنان هستند، حتی ورودی رشته‌های پزشکی هم در ۴ دهه اخیر، بیشتر از میان زنان بوده است؛ به همین دلیل به‌طور کلی در تمام رشته‌ها، میزان حضور زنان بالا رفته است، زنان در س خوان تر هستند و بیشتر رشته‌های کم‌خطر را انتخاب می‌کنند؛ به همین دلیل تعدادشان در برخی رشته‌ها بالا رفته است، اما در مقابل کمتر برای ورود به رشته‌های جراحی عمومی و اورتوپدی علاقه‌نشان می‌دهند.

دستیاری؛ دوره‌ای سخت و کم‌درآمد سخنگوی سازمان نظام پزشکی برای حل این وضعیت می‌گوید که وزارت بهداشت باید ظرفیت ورودی آزمون رزیدنتی را بالا ببرد: «ما کمبود پزشک نداریم، همین ظرفیت، برای کشور کافی است، اما می‌توان پذیرش رزیدنتی را بالا برد. بهتر است تفاوت تعرفه‌ای برداشت شود و افراد بتوانند به‌طور مستقیم تخصص و فوق تخصص بگیرند؛ یعنی مسیر فارغ التحصیلی تا این اندازه طولانی نباشد.» به گفته او، به‌طور کلی در سال‌های گذشته، میزان تمایل افراد برای پذیرش در دستیاری، کاهش پیدا کرده است؛ به‌دلیل اینک اینکه دوره دستیاری، بسیار سخت است و دوم، طرح اجباری پس از دستیاری، سوم در یاقتی‌های پایین در این دوره، چهارم، تمرکز بر درمان به جای آموزش و پنج، نبود بازار مناسب برای کار. لاری‌پور در توضیح بیشتر به همشهری می‌گوید: «افراد در دوره دستیاری نگران وضعیت کارشان پس از پایان دوره هستند؛ چون اغلب متناسب با رحتی که می‌کشند، بازار کار خوبی انتظارشان را نمی‌کشد. البته به همه اینها باید این را هم اضافه کرد که در دوره دستیاری، افراد متاهل دچار مشکل زیادی می‌شوند؛ چون معمولاً محل کار با محل سکونت متفاوت است و در صورت بارداری، زنان با مشکل زیادی مواجه می‌شوند.»

نکته‌ها

رضا لاری‌پور، سخنگوی سازمان نظام پزشکی: آمار شکایت در برخی رشته‌های پزشکی بالاست**و احتمال اینکه پزشک درگیر دادگاه و دیه شود، زیاد است. به همین دلیل یکی از معیارهای انتخاب یک رشته، کم‌خطر تر بودن آن است، یعنی رشته ساده‌تر یا درآمذزایی بالاتر****تعیین کننده انتخاب تخصص افراد در رشته‌های پزشکی است**

رشته‌های پزشکی ۲ مدل هستند، یکسری از رشته‌ها، نسخه‌نویسی‌اند و یکسری هم جراحی و فرایندار؛ یعنی خدمات تشخیصی ارائه می‌دهند.

میزان استقبال از مدل دوم بیشتر است، یکی از آنها تخصص گوارش است که قطعاً

است، یعنی پزشک می‌تواند کولونوسکوپی، آندوسکوپی و... تجویز کند که قطعاً

با درآمذزایی‌ای برای پزشک همراه است

رشته‌های پزشکی ۲ مدل هستند، یکسری از رشته‌ها، نسخه‌نویسی‌اند و یکسری هم جراحی و فرایندار؛ یعنی خدمات تشخیصی ارائه می‌دهند.

میزان استقبال از مدل دوم بیشتر است، یکی از آنها تخصص گوارش است که قطعاً

است، یعنی پزشک می‌تواند کولونوسکوپی، آندوسکوپی و... تجویز کند که قطعاً

با درآمذزایی‌ای برای پزشک همراه است

رشته‌های پزشکی ۲ مدل هستند، یکسری از رشته‌ها، نسخه‌نویسی‌اند و یکسری هم جراحی و فرایندار؛ یعنی خدمات تشخیصی ارائه می‌دهند.

میزان استقبال از مدل دوم بیشتر است، یکی از آنها تخصص گوارش است که قطعاً

است، یعنی پزشک می‌تواند کولونوسکوپی، آندوسکوپی و... تجویز کند که قطعاً

با درآمذزایی‌ای برای پزشک همراه است

رشته‌های پزشکی ۲ مدل هستند، یکسری از رشته‌ها، نسخه‌نویسی‌اند و یکسری هم جراحی و فرایندار؛ یعنی خدمات تشخیصی ارائه می‌دهند.

میزان استقبال از مدل دوم بیشتر است، یکی از آنها تخصص گوارش است که قطعاً

است، یعنی پزشک می‌تواند کولونوسکوپی، آندوسکوپی و... تجویز کند که قطعاً

با درآمذزایی‌ای برای پزشک همراه است

رشته‌های پزشکی ۲ مدل هستند، یکسری از رشته‌ها، نسخه‌نویسی‌اند و یکسری هم جراحی و فرایندار؛ یعنی خدمات تشخیصی ارائه می‌دهند.

میزان استقبال از مدل دوم بیشتر است، یکی از آنها تخصص گوارش است که قطعاً

است، یعنی پزشک می‌تواند کولونوسکوپی، آندوسکوپی و... تجویز کند که قطعاً

با درآمذزایی‌ای برای پزشک همراه است

رشته‌های پزشکی ۲ مدل هستند، یکسری از رشته‌ها، نسخه‌نویسی‌اند و یکسری هم جراحی و فرایندار؛ یعنی خدمات تشخیصی ارائه می‌دهند.

میزان استقبال از مدل دوم بیشتر است، یکی از آنها تخصص گوارش است که قطعاً

است، یعنی پزشک می‌تواند کولونوسکوپی، آندوسکوپی و... تجویز کند که قطعاً

با درآمذزایی‌ای برای پزشک همراه است

رشته‌های پزشکی ۲ مدل هستند، یکسری از رشته‌ها، نسخه‌نویسی‌اند و یکسری هم جراحی و فرایندار؛ یعنی خدمات تشخیصی ارائه می‌دهند.

میزان استقبال از مدل دوم بیشتر است، یکی از آنها تخصص گوارش است که قطعاً

است، یعنی پزشک می‌تواند کولونوسکوپی، آندوسکوپی و... تجویز کند که قطعاً

با درآمذزایی‌ای برای پزشک همراه است

رشته‌های پزشکی ۲ مدل هستند، یکسری از رشته‌ها، نسخه‌نویسی‌اند و یکسری هم جراحی و فرایندار؛ یعنی خدمات تشخیصی ارائه می‌دهند.

میزان استقبال از مدل دوم بیشتر است، یکی از آنها تخصص گوارش است که قطعاً

است، یعنی پزشک می‌تواند کولونوسکوپی، آندوسکوپی و... تجویز کند که قطعاً

با درآمذزایی‌ای برای پزشک همراه است

رشته‌های پزشکی ۲ مدل هستند، یکسری از رشته‌ها، نسخه‌نویسی‌اند و یکسری هم جراحی و فرایندار؛ یعنی خدمات تشخیصی ارائه می‌دهند.

میزان استقبال از مدل دوم بیشتر است، یکی از آنها تخصص گوارش است که قطعاً

است، یعنی پزشک می‌تواند کولونوسکوپی، آندوسکوپی و... تجویز کند که قطعاً

با درآمذزایی‌ای برای پزشک همراه است

رشته‌های پزشکی ۲ مدل هستند، یکسری از رشته‌ها، نسخه‌نویسی‌اند و یکسری هم جراحی و فرایندار؛ یعنی خدمات تشخیصی ارائه می‌دهند.

میزان استقبال از مدل دوم بیشتر است، یکی از آنها تخصص گوارش است که قطعاً

است، یعنی پزشک می‌تواند کولونوسکوپی، آندوسکوپی و... تجویز کند که قطعاً

با درآمذزایی‌ای برای پزشک همراه است

رشته‌های پزشکی ۲ مدل هستند، یکسری از رشته‌ها، نسخه‌نویسی‌اند و یکسری هم جراحی و فرایندار؛ یعنی خدمات تشخیصی ارائه می‌دهند.

میزان استقبال از مدل دوم بیشتر است، یکی از آنها تخصص گوارش است که قطعاً

است، یعنی پزشک می‌تواند کولونوسکوپی، آندوسکوپی و... تجویز کند که قطعاً

با درآمذزایی‌ای برای پزشک همراه است

رشته‌های پزشکی ۲ مدل هستند، یکسری از رشته‌ها، نسخه‌نویسی‌اند و یکسری هم جراحی و فرایندار؛ یعنی خدمات تشخیصی ارائه می‌دهند.

میزان استقبال از مدل دوم بیشتر است، یکی از آنها تخصص گوارش است که قطعاً

است، یعنی پزشک می‌تواند کولونوسکوپی، آندوسکوپی و... تجویز کند که قطعاً

با درآمذزایی‌ای برای پزشک همراه است

رشته‌های پزشکی ۲ مدل هستند، یکسری از رشته‌ها، نسخه‌نویسی‌اند و یکسری هم جراحی و فرایندار؛ یعنی خدمات تشخیصی ارائه می‌دهند.

میزان استقبال از مدل دوم بیشتر است، یکی از آنها تخصص گوارش است که قطعاً

است، یعنی پزشک می‌تواند کولونوسکوپی، آندوسکوپی و... تجویز کند که قطعاً

با درآمذزایی‌ای برای پزشک همراه است

رشته‌های پزشکی ۲ مدل هستند، یکسری از رشته‌ها، نسخه‌نویسی‌اند و یکسری هم جراحی و فرایندار؛ یعنی خدمات تشخیصی ارائه می‌دهند.

میزان استقبال از مدل دوم بیشتر است، یکی از آنها تخصص گوارش است که قطعاً

است، یعنی پزشک می‌تواند کولونوسکوپی، آندوسکوپی و... تجویز کند که قطعاً

با درآمذزایی‌ای برای پزشک همراه است

رشته‌های پزشکی ۲ مدل هستند، یکسری از رشته‌ها، نسخه‌نویسی‌اند و یکسری هم جراحی و فرایندار؛ یعنی خدمات تشخیصی ارائه می‌دهند.

۹۰ درصد داروی بیماران نادر وارداتی است

تحریم، ابهام در اختصاص ارز ترجیحی و گرانی ارز، تأمین داروی بیماری‌های نادر را سخت کرده، اما امسال ۵هزار میلیارد تومان بودجه برای این بیماران اختصاص یافته که می‌تواند مشکلات آنها را کاهش دهد

تعداد رسمی بیماری‌های نادر در کشور ۳۶۶ نوع است، اما با تخمین وجود ۲۵ بیمار مبتلا به «سندروم ویلیامز» در کشور تعداد بیماری‌های نادر به ۳۶۷ مورد هم می‌رسد. بیا وجود این، چالش جدی این بیماران در تأمین نشدن به‌موقع داروها همچنان برقرار است چرا که ۹۰ درصد داروهای مورد نیاز آنها وارداتی است و دلایلی از جمله تحریم، ابهام در تخصیص ارز ترجیحی، گرانی ارز و ... دسترسی این بیماران به داروهای حیاتی‌شان را کمتر کرده است. این در حالی است که به گفته همایون سامه‌یح نجف‌آبادی، عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس «هم‌اکنون داروهای وارداتی با کمبود مواجه شده‌اند، چرا که حداقل تا ۱۵ روز قبل، اختصاص ارز ترجیحی در ابهام قرار داشت و مشخص نبود که ارز ترجیحی باقی می‌ماند یا حذف می‌شود. به همین دلیل کسی برای واردات دارو یا مواد اولیه اقدام نکرد، این مسئله داروهای وارداتی را تحت تأثیر قرار داده است.» البته امسال ۵هزار میلیارد تومان بودجه برای تأمین داروی بیماران نادر در نظر گرفته شده که در صورت اختصاص به‌موقع و مداوم و همچنین وارد نشدن داروهای دیگر به فهرست بیماری‌های نادر تا حدودی می‌تواند مشکلات این بیماران را کاهش دهد.

گزارش سازمان جهانی بهداشت حدود ۳ میلیون نفر بیمار نادر در ایران زندگی می‌کنند، اما به گفته حمیدرضا ادرآکی، مدیر عامل بنیاد بیماری‌های نادر، آمار سازمان بهداشت جهانی بر اساس تنوع اپیدمیولوژیک ایران و برخی فاکتورهای دیگر از جمله ازدواج‌های فامیلی و سنین بالای بارداری اعلام شده و احتمالاً ۵۰ تا ۶۰ هزار مبتلا به بیماری نادر در ایران زندگی می‌کنند که تاکنون تنها ۴۸۵۰ نفر از این بیماران شناسایی و در سامانه بیماری نادر ایران (سبنا) ثبت و تأیید شده‌اند. ادراکی درباره مشکلات تأمین داروی بیماران نادر به همشهری می‌گوید: «بسیاری از داروهای بیماری‌های نادر، تولید داخلی ندارند و ۹۰ درصد آنها وارداتی هستند. در کشورهای خارجی، بودجه‌ای برای تولید داروی بیماران نادر در نظر گرفته می‌شود اما قیمت تمام‌شده این داروها باارز صورت می‌گیرد و گران شدن لحظه‌به‌لحظه ارز، مشکل بزرگی را برای تأمین داروی بیماران نادر به‌وجود آورده است. برای انتقال دارو به کشور هم چالش‌هایی وجود دارد. با وجود اینکه می‌گویند دارو و جزو شرایط تحریم نیست، اما به هر حال آثار منفی خودش را روی رساندن سریع و به‌موقع داروی بیماران نادر گذاشته است.» او ادامه می‌دهد: «مشکل هم اینجاست که درباره سایر بیماری‌ها ممکن است تأخیر در تأمین دارو یا نرسیدن به‌موقع، مشکل حادی برای بیمار به‌وجود نیاید، اما درباره بیماران نادر، حیات این بیماران به مصرف روزانه دارو وابسته است و یک روز دیر رسیدن دارو آثار جبران‌ناپذیری را برای آنها خواهد داشت.» ادراکی همچنین با اشاره به تصویب بودجه ۵هزار میلیارد تومان تأمین داروی بیماران نادر می‌اشاره می‌کند و می‌گوید: «این بودجه تا حدودی می‌تواند مشکلات این بیماران را کاهش دهد؛ به شرطی که تنها برای تأمین داروی این بیماران هزینه‌شود. نباید بیماری‌های دیگری که هیچ جایگاهی در وراژگان پزشکی بیماری‌های نادر ندارند، وارد این فهرست نشده و حقوق این بیماران را تضییع کنند. یکی دیگر از فشرایطی که باعث می‌شود مشکلات این بیماران کاهش پیدا کنند، اجرای مفاد سند ملی بیماری‌های نادر است که تصویب و به دستگاه‌ها ابلاغ شده است، دستگاه‌های مسئول باید حمایت‌های لازم در این‌باره را نسبت به بیماران نادر داشته باشند.» ادراکی در پاسخ به این سؤال که آیا این بودجه برای رفع مشکلات تأمین داروی بیماری‌های نادر کافی است هم توضیح می‌دهد: «این شرایط وابسته به چند فاکتور است؛ اول اینکه برای تأمین این داروها به ارز باعث می‌شود که چشم‌انداز قطعی در این‌باره نداشته باشیم چرا که قیمت ارز فعلاً ثبات ندارد. دوم اینکه تعداد بیماران نادر در حال افزایش است. تاکنون حدود ۵هزار بیمار نادر در کشور شناسایی شده، اما جمعیت آنها بسیار بیشتر از این عدد است و در نیاز این بیماران است.» این مسئول همچنین به ضرورت تسریع در پوشش کامل بیمه‌ای بیماران نادر هم تأکید می‌کند و می‌گوید: «هم‌اکنون بیمه صرف می‌کنند و بیشتر خانواده‌ها قادر به تأمین هزینه آنها نیستند.»

مریم سرخوش روزنامه‌نگار

سلامت

محمدرضا

واعظ مهدوی،

کارشناس اقتصاد

سلامت؛

نظام سلامت

ما درگیر مسائل

عمومی مثل

افزایش قیمت ارز

و تأثیر آن بر دارو و

تجهیزات پزشکی،

پایین بودن حقوق

آسایتید، پایین بودن

تعرفه‌های درمان،

تأخیر در خرید

تجهیزات جدید و

پیامدهای ناشی از

آزادسازی قیمت‌ها

و... است، در

این شرایط دیگر

نمی‌تواند نظامی

مانند ار جاع یا

پزشک خانواده‌ها

اجرا کند. یعنی دیگر

فرصت آن را ندارد