



نظام پزشکی

دوره جدید
شماره اول
تیرماه ۱۴۰۴
رمضان ۱۴۴۶
2025 March

نشریه رسمی سازمان نظام پزشکی
irimc.org

اولویت‌های تعرفه‌ای دولت چهاردهم

در گفت‌وگو با دکتر **سید سجاد رضوی** معاون درمان وزارت بهداشت

ارائه خدمات درمانی

با تعرفه واقعی

و پوششی بیمه‌ای مناسب

انتظار دولت و جامعه پزشکی مبنی بر افزایش
سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی
به حق است

صفحه ۶



دکتر شهرام شمس

رئیس کمیسیون مقوقی شورای عالی سازمان نظام پزشکی

صفحه ۲

دکتر علی سلمشور

سرپرست روابط عمومی و امور بین‌الملل سازمان نظام پزشکی

صفحه ۲

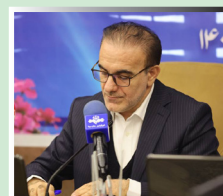
همراه با یادداشت‌هایی به قلم



دکتر محمد فاضل
رئیس شورای عالی نظام پزشکی:
نظام پزشکی یک سازمان مترقی است؛
حق تعرفه‌گذاری باید به این سازمان بازگردد

صفحه ۴

یادداشتی به قلم دکتر محمد رئیس‌زاده
رئیس کل سازمان نظام پزشکی:
روند رو به رشد تعرفه‌ها در ۴ سال اخیر
و ماراتن نفس‌گیر تصویب تعرفه‌های ۱۴۰۴



صفحه ۲



دکتر فرزاد گودرزی
رئیس مجمع عمومی نظام پزشکی:
اگر بیمه‌ها بخواهند بر بدعهدی خود
اصرار کنند، قطع همکاری با آنها در
دستور کار قرار خواهد گرفت

صفحه ۱۰

انتقاد دکتر سودابه کاظمی
رئیس انجمن متخصصین زنان و زایمان
از نبود حمایت‌های لازم از این رشته
یک متخصص زنان و زایمان، همزمان مسئول
جان دو به چند انسان است



صفحه ۱۱

یادداشت

آغاز دوباره صدایی برای جامعه پزشکی



دکتر علی سلمشور

سرپرست اداره کل روابط عمومی
و امور بین الملل سازمان نظام پزشکی

پس از وقفه‌ای چندساله، امروز با افتخار انتشار دوباره «نشریه نظام پزشکی» را اعلام می‌کنیم؛ رسانه‌ای که قرار است تریبونی برای دغدغه‌های جامعه پزشکی، روایتگر چالش‌ها و فرصت‌های این حرفه، و بستری برای گفت‌وگوهای مؤثر و راهگشا باشد. در این شماره نخست پس از سال‌ها توقف، به موضوع مهم و حیاتی «تعرفه‌های پزشکی» به عنوان محور بحث‌ها پرداخته‌ایم؛ موضوعی که نه تنها بر سرنوشت جامعه پزشکی تأثیر مستقیم دارد، بلکه کیفیت و دسترسی بیماران به خدمات درمانی را نیز تحت الشعاع قرار می‌دهد. در این مسیر، با متخصصان، سیاست‌گذاران، فعالان حوزه سلامت و حتی هنرمندان جامعه پزشکی به گفت‌وگو نشسته‌ایم تا زوایای مختلف این مسئله را واکاوی کنیم.

این نشریه، گام نخست از مسیر تازه‌ای است که در آن، هر شماره را به موضوعی کلیدی و اساسی در حوزه سلامت و پزشکی اختصاص خواهیم داد. برش‌های متنوعی از گفت‌وگوهای تخصصی، تحلیل‌های کارشناسی و روایت‌هایی از پزشکان، دانشجویان و چهره‌های شاخص، نشریه را به بستری پویا و جذاب تبدیل خواهد کرد. امید داریم که این آغاز دوباره، پایدار و اثربخش، صدایی رسا برای جامعه پزشکی و بستری برای تبادل اندیشه و تجربه باشد.

از تمامی همکاران، متخصصان و مخاطبان گرامی دعوت می‌کنیم تا با نظرات و پیشنهادات خود، در این مسیر ما را همراهی کنند. ■

روند رو به رشد تعرفه‌ها در ۴ سال اخیر و ماراتن نفس‌گیر تصویب تعرفه‌های ۱۴۰۴

ما برای پیشنهادی بود که آبان‌ماه ۱۴۰۳ در نخستین جلسه شورای عالی بیمه سلامت با حضور وزیر بهداشت مطرح کردیم و آن، افزایش ۸۴ درصدی تعرفه‌های خدمات سلامت در سال ۱۴۰۴ بود. در آن جلسه علی‌رغم اینکه پیشنهاد ما به نظر خیلی‌ها یک عدد فانتزی بود ولی اصرار ما این بود که این یک عدد حقیقی با پشتوانه کار کارشناسی است و لذا بنده اصرار کردم که همین عدد به رای گذاشته شود. بالطبع از ۹ نفر عضو شورای عالی بیمه سلامت، کسی جز من به این عدد رای ندارد ولی برای ما مهم بود که حداقل برای ثبت در تاریخ، این رای‌گیری به عمل آید. بعد از آن عدد ۵۴ درصد که پیشنهاد وزارت بهداشت بود مطرح شد و علی‌رغم مخالفت‌های بسیار شدید و حتی تلاش برای به تعویق انداختن تصویب تعرفه، با هماهنگی‌هایی که از قبل با برخی از اعضای شورا انجام شده بود و با همراهی و تدبیر وزیر محترم بهداشت جناب آقای دکتر ظفرقندی، عدد ۵۴ درصد با یک رای بسیار نزدیک (۵ رای موافق در مقابل ۴ رای مخالف) به تصویب رسید و به سازمان برنامه و بودجه ابلاغ شد.

متعاقب آن، جلسات متعددی بین ما و کارشناسان سازمان برنامه و بودجه برگزار شد تا بتوانیم همین عدد حداقلی که مطلوب ما نبود ولی به نسبت فضای جلسه، تصویب همان هم قابل قبول بود در سازمان برنامه و بودجه هم به تصویب برساییم. آخرین نوبت در یک جلسه ۳ ساعت و نیمه در دفتر جناب آقای دکتر ظفرقندی با حضور دوستان وزارت بهداشت، سازمان نظام پزشکی و سازمان برنامه و بودجه، جزئیات تعرفه و مابه‌التفاوت حذف‌ارز ترجیحی به شکلی کاملاً فنی و تخصصی مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

امادر بهمن ماه، سازمان برنامه و بودجه علی‌رغم میل و استدلال‌های فنی ما، پیشنهاد ۵۴ درصدی وزارت بهداشت را هم نپذیرفت در نهایت با عدد ۴۶ درصد موافقت کرد و آن را طی نامه‌ای به دولت ارسال کرد. این سازمان، مابه‌التفاوت حذف‌ارز ترجیحی را هم ۱۷٫۸۸ همت برآورد کرد. اعداد مصوب سازمان برنامه و بودجه هم به صورت مکتوب و هم طی جلسات مشترک با وزارت بهداشت و سازمان برنامه و بودجه مورد اعتراض ما قرار گرفت. تاکید ما حداقل بر همان عدد ۵۴ درصد بود و درخواست عدد مابه‌التفاوت حذف‌ارز ترجیحی هم پیشنهاد ما، حدوداً ۴۰ همت با عددی که سازمان برنامه و بودجه مطرح کرده بود، اختلاف داشت.

ادامه در صفحه ۳



دکتر محمد رئیس‌زاده

رئیس کل سازمان نظام پزشکی

ز کوی یار می‌آید نسیم باد نوروزی از این باد ار مدد فواهی پراغ دل برافروزی

فرار رسیدن نوروز، این عید باستانی ایران زمین را به همه همکاران عزیزم در جامعه بهداشت و درمان کشور تبریک و تهنیت عرض می‌کنم. همچنین ضمن گرامیداشت ایام ماه مبارک رمضان و لیالی قدر، سالی پر از برکت و سلامتی را برای همکاران عزیزم در جامعه پزشکی کشور آرزو مندم.

ما ایرانیان همواره جشن نوروز را با گرامیداشت کتاب مقدس آسمانی‌مان «قرآن مجید» و با دعای «یا مقلب القلوب و الاصلار» شروع می‌کنیم و پاسداشت این سنت حسنه دیرینه باستانی هیچ منافاتی با گرامیداشت ایام مقدسی که در آن هستیم ندارد و هر ایرانی راستین از عمق جان به مقام مولای متقیان حضرت علی(ع) پایبند و دل‌بند است.

لازم می‌دانم در این چند سطر از زحمات ارزشمند علمی و عملی جامعه پزشکی کشور در راستای ارائه خدمت به مردم عزیزمان در اقصی نقاط کشور در طول سالی که گذشت صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنم. بدون شک جامعه پزشکی به عنوان متولیان و حافظان و نگهبانان سلامت مردمان این دیار کهن، نقشی بی‌بدیل و اساسی در راستای سلامت مردم و پیشبرد امور زیربنایی و اجتماعی کشور دارند که این مهم جز با حمایت از جامعه پزشکی و به سامان کردن حوزه سلامت میسر نخواهد بود. پزشکی ایران زمین از دیرباز در تمدن‌های باستانی تا به امروز، جایگاه بسیار رفیعی در علم طب در دنیا داشته و دارد و حفظ این جایگاه رفیع، به مراقبت، فهم درست و پردازش تخصصی مسائل پیچیده این حوزه بسیار مهم نیاز دارد.

بال‌های پیشرفت پزشکی کشور

«کیفیت آموزش‌های علمی و عملی این حرفه» و «اقتصاد سلامت» دو بال مهم عظمت و پیشرفت و سربلندی پزشکی و زیربنای ارائه خدمات در نظام پیچیده بهداشت و درمان کشور هستند و بدون این دو بال، حرکت به سمت قله‌ها در حوزه سلامت امکان‌پذیر نخواهد بود. بال نخست، کیفیت آموزش وجدی گرفتن و محکم بودن بر سر اصول آن است که هم جامعه پزشکی باید بدان پردازد و هم حاکمیت و دستگاه‌های تصمیم‌گیر باید نسبت به نظرات متخصصین این حوزه، دقت و عنایت داشته باشند.

زیربنای بال دوم یعنی اقتصاد سلامت، عمل به قوانین بالادستی و اجرای درست قانون است که برای نیل به این مقصود لازم است که دو گام بلند برداشته شود:

گام اول در این راستا، افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی (GDP) است به طوری که براساس سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری باید از میانگین کشورهای منطقه بالاتر باشد.

دومین گام، توزیع علمی و مدیریت عالمانه و مدبرانه بهینه منابع اقتصادی در حوزه سلامت کشور خواهد بود.

سیر تصویب تعرفه سال ۱۴۰۴

سیر عملی تصویب و ابلاغ تعرفه‌های سال ۱۴۰۴، محل سوال بسیاری از همکاران عزیز است. از این رو بر آن شدم تا در این یادداشت، سیر وقایعی که به ابلاغ تعرفه‌ها در روز بیست و هشتم اسفندماه منجر شد را به اختصار عرض کنم. تلاش نخست ما و دوستانمان در اداره کل اقتصاد سلامت سازمان نظام پزشکی با بهره‌گیری از کمک‌های مراکز علمی اقتصاد سلامت و همچنین انجمن بیمارستان‌های خصوصی، محاسبه دقیق و کارشناسی «قیمت تمام‌شده خدمات سلامت» بود. این محاسبه مبنای

◀ ادامه از صفحه ۲



افزایش گلوبال تعرفه‌ها به تصویب رسید. بعد از آن، پیگیری‌ها و جلسات فشرده‌ای بین سازمان نظام پزشکی، وزارت بهداشت و سازمان برنامه و بودجه برای تعیین جدول تعرفه و سهم‌بندی آئتم‌های آن مطرح شد که این هم تقریباً دو سه هفته به طول انجامید، و در نهایت با پیگیری‌هایی که انجام شد، این جدول نهایی شد و تقریباً نیمه اول اسفند، جدول به سازمان برنامه و بودجه ابلاغ شد تا به هیات دولت ارسال شود. چون روی اعداد اجزاء فنی و حرفه‌ای، دارو و ویزیت اختلافاتی وجود داشت، رایزنی‌های زیادی به عمل آمد تا اینکه این جدول نهایی شد اما تا روز ۲۵ اسفند، جدول تعرفه‌ها هنوز از طرف سازمان برنامه و بودجه به هیات دولت ارسال نشده بود. این را هم عرض کنم که نیازی نیست که جداول در هیات دولت مطرح شود ولی

باید در مصوبات هیات دولت بیايد تا معاون اول بتواند آن را ابلاغ کند. اما به دلیل اختلالاتی که در سیر اداری قسمتی از دولت وجود داشت، ارسال جداول با مشکلاتی مواجه شده بود. از این سو جناب آقای دکتر معنوی دبیر محترم شورای عالی بیمه سلامت، جناب آقای دکتر انیسایان مدیر کل اقتصاد سلامت سازمان نظام پزشکی، جناب آقای دکتر سید سجاد رضوی معاون محترم درمان و بنده پیگیری‌های مستمر فشرده‌ای را به صورت تلفنی و حضوری انجام می‌دادیم ولی متأسفانه موفقیتی حاصل نشد.

مجدداً روز بیست و پنجم اسفند تلاش‌ها را ادامه دادیم. چون بیست و ششم آخرین جلسه هیات دولت در سال ۱۴۰۳ بود و ما اصرار داشتیم که حتماً این مصوبات قبل از پایان سال ابلاغ شود. طبق قانون هم این کار باید انجام می‌شد. لذا از اول صبح روز بیست و ششم، متعاقب تماس‌هایی که بنده با اطرافیان آقای رئیس‌جمهور، دفتر رئیس‌جمهور، دفتر جناب آقای حاج‌میرزایی، دفتر جناب آقای دکتر عارف، جناب آقای دکتر دبیری معاون پارلمانی، جناب آقای دکتر پورمحمدی و دفتر جناب آقای دکتر تقوی‌نژاد دبیر محترم هیات دولت داشتم و حضور فیزیکی و ثابت آقای دکتر معنوی و آقای دکتر انیسایان در نهاد ریاست جمهوری و سازمان برنامه و بودجه و دفتر هیات دولت و پیگیری وزیر محترم بهداشت و معاون درمان، موفق شدیم که حدود ساعت ۲ بعدازظهر روز بیست و ششم، این نامه را از سازمان برنامه و بودجه به دفتر جناب آقای دکتر تقوی‌نژاد دبیر محترم هیات دولت برسانیم و جزء مصوبات آخرین جلسه دولت در سال ۱۴۰۳ قرار گرفت. اما روز دوشنبه باز هم به دلیل برخی مباحث کارشناسی که در دفتر هیات دولت وجود داشت، علی‌رغم پیگیری‌های مکرر ما، این نامه از دفتر هیات دولت به دفتر معاون اول برای ابلاغ ارسال نشد. سه‌شنبه که آخرین روز کاری در سال ۱۴۰۳ بود باز هم ما پیگیری‌ها را ادامه دادیم و واقعاً لحظه به لحظه، اتاق به اتاق، کارتابل به کارتابل و کارشناس به کارشناس کار را دنبال کردیم. تا اینکه آخرین ساعات اداری روز

... مدتی بعد من مطلع شدم که قرار است موضوع تعرفه‌ها در جلسه هیات دولت مورد بررسی قرار گیرد. لذا پیامی برای وزیر محترم بهداشت ارسال کردم. اما ایشان گفتند که در آن جلسه هیات دولت این موضوع مطرح نخواهد شد. با این وجود ایشان بزرگواری کردند و بعد از جلسه، طی پیامی گفتند که من خارج از دستور جلسه، موضوع را مطرح کردم و قرار بر این شده که موضوع به معاون اول محترم دولت جناب آقای دکتر عارف محول شود.

پیگیری‌های ما و مساعدت دفتر دکتر عارف منجر به آن شد که در جلسه‌ی معاون اول محترم، بنده هم حضور داشته باشم. لذا جلسه دو ساعته‌ای در دفتر جناب آقای دکتر عارف با حضور بنده، وزیر محترم بهداشت، معاون محترم درمان وزیر بهداشت، رئیس محترم سازمان برنامه و بودجه و کارشناسان مربوطه برگزار شد. در آن جلسه، آقایان دکتر ظفرقندی و دکتر سیدسجاد رضوی استدلال‌های بسیار متقنی را مطرح کردند و بنده هم با ارائه آمار و ارقام دقیق، انتظارات و توقعات جامعه پزشکی را مطرح و عرض کردم که فرمول و مبنای محاسبات دوستان ما در سازمان برنامه و بودجه، همان مبنا و فرمول‌های تکراری چند سال گذشته است و اگر این مسیر به همان شکل بخواهد ادامه پیدا کند، وضعیت حوزه سلامت در دولت جناب آقای دکتر پزشکیان نه تنها تفاوتی با سال‌های قبل نخواهد کرد بلکه اوضاع به مراتب بدتر هم خواهد شد چرا که ما در حوزه تجهیزات و لوازم مصرفی و آزمایشگاهی با حذف ارز ترجیحی هم مواجه خواهیم بود. همچنین به جناب آقای دکتر عارف عرض کردم که با این جهت‌گیری انتظار نداشته باشید که در دولت جناب آقای دکتر پزشکیان که متعصب به جامعه پزشکی است و انتظار می‌رود در حوزه سلامت حتماً موفق باشد، اتفاق خاصی رخ دهد بلکه اوضاع از قبل هم بدتر خواهد شد. نهایتاً چون در آن جلسه نتوانستیم به جمع‌بندی برسیم، جناب آقای دکتر عارف پیشنهاد کردند که موضوع در جلسه‌ای با حضور شخص ریاست محترم جمهوری مطرح شود. لذا تصمیم‌گیری به جلسه هیات دولت موکول شد و با نظر مثبت جناب آقای دکتر عارف، اواخر بهمن ماه بنده هم در جلسه هیات دولت که با حضور دکتر پزشکیان برگزار شد، حضور پیدا کردم. در آن جلسه که به بحث تعرفه‌ها اختصاص داشت، وزیر محترم بهداشت با پاورپوینت دقیقی، عقب‌ماندگی و فریز شدن تعرفه‌ها در سال‌های اخیر و ناکافی بودن آنها در مقایسه با حقوق کارگری و کارمندی را مطرح کردند. بعد از آن بنده هم همان مطالبی که مد نظر همه دوستان در حوزه سلامت است را به تفصیل مطرح کردم و تفاوت نظر ما را با سازمان برنامه و بودجه در حد ۵۸ همت مطرح کردم. با اینکه فضای جلسه آنچنان به نفع ما و حتی همان ۴۶ درصد هم نبود، رای‌گیری انجام شد و ۴۶ درصد رای آورد اما بحث پیرامون مابه‌التفاوت حذف ارز ترجیحی باز گذاشته شد و فقط ۴۶ درصد

و کای فنی شد و دیگر عدد مطلق ویزیت در جدول تعرفه ابلاغی نیامده است. این مساله هم باعث حساسیت‌های کمتر جامعه می‌شود و هم اینکه یک فرمول ثابتی دارد که در سال‌های آینده هم نرخ ویزیت، براساس رشد جزء حرفه‌ای و جزء فنی تعیین خواهد شد.

در بحث جزء حرفه‌ای هم رشد خوبی را شاهد بودیم. رشد جزء حرفه‌ای در سال گذشته ۴۵ درصد و امسال هم ۳۵ درصد بود. درواقع طی این دو سال، جزء حرفه‌ای ۸۰ درصد رشد داشته است. یعنی به طور میانگین هر سال ۴۰ درصد رشد را شاهد بوده‌ایم. درحالی که در سال‌های قبل یعنی از سال ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۳، میانگین رشد جزء حرفه‌ای، ۹٫۶ درصد بوده و در بسیاری از سال‌ها جزء حرفه‌ای اصلاً افزایشی پیدا نکرده بود. یا به عبارت دیگر جزء حرفه‌ای از سال ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۲ دو برابر شد (از ۳۶ هزار تومان به ۶۹ هزار تومان) اما در سال ۱۴۰۳ و ۱۴۰۴ از ۶۹ هزار تومان به حدود ۱۴۰ هزار تومان افزایش پیدا کرد. یعنی در طول ۱۲ سال کمتر از دو برابر اما در طول ۲ سال، دو برابر رشد داشته است. این هم براساس همان اصرار و تاکید ما بر این مساله بود که فریز شدن تعرفه‌ها در سال‌های گذشته باید جبران شود که دستاورد بزرگی است. نکته دیگری که می‌خواهم در بحث رشد گلوبال تعرفه به آن اشاره کنم، این است که میانگین رشد تعرفه از سال ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۲، ۱۸ درصد بود درحالی که میانگین رشد حقوق کارگری و کارمندی در همان سال‌ها، بیش از ۲۴ درصد بوده و همانطور که اشاره کردم، میانگین رشد حرفه‌ای سالانه هم ۹٫۶ درصد بود. در کمتر از ۴ سالی که بنده در سازمان نظام پزشکی در خدمت اعضای محترم جامعه بوده‌ام، میانگین رشد تعرفه سالانه، ۳۳ درصد بوده است. یعنی برای سال ۱۴۰۱ رشد ۲۸ درصدی، برای سال ۱۴۰۲ رشد ۲۴ درصدی، برای سال ۱۴۰۳ رشد ۳۵ درصدی و برای ۱۴۰۴ رشد ۴۶ درصدی را تجربه کرده‌ایم. یعنی ما در این بخش، یک شیب افزایش‌یابنده قابل توجه را شاهد هستیم...

◀ ادامه در صفحه ۵

سه‌شنبه -آخرین روز کاری سال- نامه و جدول تعرفه‌ها از دفتر هیات دولت به دفتر معاون اول محترم ارسال شد و در نهایت در ساعت ۱۴:۱۰ آقای نسیمی از مسئولین محترم و پیگیر در دفتر جناب آقای دکتر عارف با بنده تماس گرفتند و گفتند که کار انجام شد.

و این روندی بود که در نهایت منجر به این شد که مطابق قانون، اما برای اولین بار، تعرفه خدمات سلامت قبل از پایان سال ابلاغ شود. ما این را بازگشت به قانون می‌دانیم که برای اولین بار در دولت جناب آقای دکتر پزشکیان صورت گرفت. در این بین، پیگیری‌های مکرر و جدی سازمان نظام پزشکی با کمک ویژه شخص وزیر بهداشت باعث شد که این حرکت رو به جلو برای اولین بار رقم بخورد که امیدوارم در سال‌های آینده هم نهادینه شود.

خصوصیات تعرفه سال ۱۴۰۴

تعرفه سال ۱۴۰۴ خصوصیات ویژه‌ای دارد که خدمت شما عرض می‌کنم:

۱- برای نخستین بار، تعرفه‌ها پیش از پایان سال ابلاغ شدند.

۲- برای اولین بار، تعرفه خدمات تشخیصی درمانی، از عدد تورم کشور بیشتر شده است. استدلالی که ما برای این مساله آوردیم این بود که به دلیل عقب نگه‌داشتن و فریز کردن تعرفه‌ها در سال‌های قبل، این عدد باید با یک شیب منطقی جبران شود. درواقع تورم رسمی ابلاغی کشور ۳۵ درصد و در بعضی از آمارها نهایتاً تا ۴۰ درصد است ولی عدد تعرفه سال ۱۴۰۴، ۴۶ درصد به تصویب رسید. هرچند که این عدد مطلوب ما نبود و پیشنهاد ما در سازمان نظام پزشکی، افزایش ۸۴ درصدی تعرفه‌ها بود و در مرحله بعد هم بر ۵۴ درصد تاکید داشتیم.

۳- خصوصیت سوم که بسیار مهم است و ما در ابتدای سال ۱۴۰۳ دنبال کردیم و نهایتاً شد این است که ویزیت تبدیل به کای حرفه‌ای

آخرین جلسه شورای عالی در سال ۱۴۰۳
با حضور معاون اول قوه قضائیه

شصت و دومین جلسه شورای عالی
با حضور جناب آقای خلیلی معاون اول قوه قضائیه

رئیس شورای عالی سازمان پزشکی:

نظام پزشکی یک سازمان متری است حق تعرفه‌گذاری باید به این سازمان بازگردد

و تصمیم‌گیر در وجه دولت نیازمندیم. البته وقتی می‌گویم دولت، منظورم فقط قوه مجریه نیست. مقصود من دولت در معنای عام و به معنای کل حاکمیت است. این تحول و انقلاب تخصصی و فنی در همه مفاهیم جامعه‌شناسی، دولت‌گری و مدیریت سلامت باید رخ نشان دهد. بیمه‌ها باید تقویت شوند. وقتی تقویت شدند و کارشناسان قوی در بدنه مدیریت آنها قرار گرفتند، آنها به بیمه به مثابه یک صنعت نگاه خواهند کرد. بیمه‌های ما باید بیمه‌زنده که اینجا یک صندوق نیست؛ اینجا جایی نیست که از یک جیب بردارید و به جیب دیگر بگذارید. در این صورت می‌تواند هم مخاطبانشان را راضی نگه دارند و هم امور خود سازمان بیمه‌گر را به خوبی مدیریت کنند.

دکتر فاضل در بخش دیگری از این گفت‌وگو به ابلاغ تعرفه‌های سال ۱۴۰۴ در واپسین روزهای سال پرداخت و گفت: «تعرفه امسال با تلاش‌های گسترده و مستمر سازمان نظام پزشکی، وزارت بهداشت، سازمان برنامه، کمیسیون بهداشت مجلس و با یک کار جمعی به تصویب رسید و ابلاغ شد. بنای کار جمعی هم گفت‌وگوهای متمدانه و اقناعی بود. من عبارت رایزنی را زیاد نمی‌پسندم و تمعدا از عبارت «گفت‌وگوهای متمدانه» استفاده می‌کنم. چون وقتی گفته می‌شود که «اما رایزنی کردیم» در دل خودش ممکن است معنای تباہی کردن را هم داشته باشد. به همین علت من معتقدم برای دستیابی به حقوق حقه جامعه پزشکی، ما نیازمند گفت‌وگوهای مدلل، مستدل و دقیق هستیم و اتفاقاً همین گفت‌وگوها هم باعث شده که پس از سال‌ها، یک دریچه‌هایی باز شود...»

است اما نه سازمانی که زیر نظر یک وزارتخانه کار کند. همین مساله، جایگاه ممتاز سازمان نظام پزشکی را می‌رساند. به‌رحال وقتی قوه قانونگذاری کشور به این سازمان اعتماد کرده و مسئولیتی را براساس اصول مدنی به سازمان نظام پزشکی کشور سپرده است، لازم است که قدر آن دانسته شود. اما متأسفانه بعد از چند سال نیروها و کسانی که در دولت و مجلس صاحب قدرت بودند، اجازه ندادند که این روال صحیح ادامه پیدا کند. البته در قانون برنامه پنج‌ساله پنجم این حق از نظام پزشکی سلب نشده بود. یعنی انشاء عبارات طوری بود که مفهوم سلب را نمی‌رساند ولی در برنامه‌ها و قوانین بعدی کار را به شکل دیگری رقم زدند.

وی اضافه کرد: «امروز هم اگر دولت می‌خواهد موفق و سربلند باشد، باید دست از تصدی‌گری بردارد. وظیفه دولت این است که به نظارت عالیه خودش ادامه دهد. اساساً نقشی که در جوامع مدنی برای دولت قائل هستند عبارت است از «تولیت»، «سیاست‌گذاری»، «هدایت» و «نظارت». دولت باید در این مسیرها گام بردارد و بر حسن انجام کارها «نظارت» داشته باشد. هر جایی هم که کاری ایراد داشت، ورود کند و جلوی کج‌روی و تخلف را بگیرد و در کنار این نظارت، باید زیرساخت‌هایی که از دهه‌ها قبل ایجاد شده مانند سازمان‌های بیمه‌گر را تقویت کند.

به یک تحول و انقلاب تخصصی و فنی در همه نیازمندیم

رئیس شورای عالی سازمان نظام پزشکی گفت: «من در ابتدای شکل‌گیری همین دولت جدید هم گفتم که ما به ایجاد یک تحول و انقلاب تخصصی و فنی در تمام جایگاه‌های تصمیم‌ساز

تزلزل در پایه‌های سلامت به دیگر ارکان هم منتقل خواهد شد

رئیس شورای عالی سازمان نظام پزشکی تصریح کرد: «ما ناگزیر از این هستیم که برای تفهیم مفهوم سلامت و مفهوم سرمایه اجتماعی به دیگران تلاش کنیم. واقعا گاهی در گفت‌وگوها و مذاکرات و جلسات احتیاج پیدا می‌کنیم که سلامت را یک بار دیگر برای مسئولان تعریف کنیم تا وقتی می‌خواهند برای حوزه سلامت تصمیم بگیرند، وقتی می‌خواهند عددی را برای بیمه‌ها اختصاص دهند، وقتی می‌خواهند سهم سلامت را از تولید ناخالص داخلی تعریف کنند، متوجه باشند که با چه مفهومی روبرو هستند. من احساس می‌کنم گاهی دوستان ما در مناصب مختلف مدیریتی کشور، دچار بخشی‌نگری می‌شوند درحالی که شرط سلامت باید بر تمام مدیریت‌های ما گسترانیده شود. درواقع اگر یکی از چهار بُعد سلامت جسمی، روحی، معنوی و اجتماعی زائل شود، کل پایه‌های سلامت ممکن است مرتعش شود و اگر پایه‌های سلامت متزلزل شود، لابد و ناچار به پایه‌های دیگر قسمت‌ها هم می‌رسد.» دکتر فاضل در ادامه به ماجرای سلب اختیار تعرفه‌گذاری از سازمان نظام پزشکی اشاره کرد و گفت: «با تلاشی که قبل از سال ۱۳۸۳ صورت گرفت، مجلس وقت به این نتیجه رسید که نهاد تعیین‌کننده تعرفه‌ها باید سازمان نظام پزشکی باشد. این نکته مهمی است که در آن زمان، این اختیار را مثلاً به انجمن‌ها واگذار نکردند بلکه به سازمانی واگذار کردند که قانونش را مجلس به تصویب می‌رساند و بر آن نظارت هم می‌کند. سازمانی که حکم رئیس‌کلش را رئیس‌جمهور امضا می‌کند که رئیس قوه مجریه است و اختیارات و نظارت‌های ویژه‌ای دارد. این نکته مهمی است که نظام پزشکی یک سازمان

رئیس شورای عالی سازمان نظام پزشکی با تأکید بر اینکه حق تعرفه‌گذاری خدمات سلامت باید به نظام پزشکی بازگردد گفت: «سازمان نظام پزشکی یک سازمان متری است هم وظایف حمایت از مردم و بیماران را بر عهده دارد و هم وظایف تنظیم امورات صنف و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت.» دکتر محمود فاضل در گفت‌وگو با ماهنامه نظام پزشکی گفت: «شورای عالی نظام پزشکی یکی از ارکان هفت‌گانه سازمان نظام پزشکی است که وظایف متعددی بر اساس قانون بر عهده دارد که من به جهت جلوگیری از تطویل کلام از ذکر آنها خودداری می‌کنم اما به‌رحال به عنوان برگزیدگان جامعه پزشکی، قابلیت تصمیم‌گیری، تصمیم‌سازی و نظارت بر حسن اجرای آن تصمیمات، اهم وظایفی است که بر عهده این رکن مهم سازمان نظام پزشکی گذاشته شده است.»

وی اظهار داشت: «در دوران پس از سال ۱۳۸۳ که قانون سازمان نظام پزشکی مورد بازنگری قرار گرفت، رکن شورای عالی سازمان هم توانسته است در کنار ارکان دیگر، نقش خودش را به خوبی ایفا کند. اما یکی از انتظاراتی که از شورای عالی وجود دارد، این است که رویکرد مصوبات و نگاه اعضای این شورا به موضوعات حوزه سلامت، یک رویکرد متعالی باشد. خوشبختانه این رویکرد به خوبی تعبیر شده و به منصفه ظهور رسیده است و ما توانستیم ارتباطات خوبی را با مسئولان اجرایی کشور برقرار کنیم. یکی از اهداف ما هم در برقراری این ارتباطات این بود که جایگاه و نقش سازمان شناسانیده شود. چون معمولاً تصور خیلی‌ها در خارج از سازمان بر این است که نظام پزشکی یک نهاد صرفاً صنفی است. ضمن اینکه در شورای عالی نمایندگان از هر سه قوه قضائیه، مقننه و مجریه حضور دارند و همین مراودات، اسباب ارتباط بهتر و درک متقابل را فراهم می‌کند.»

◀ ادامه از صفحه ۴



دولت باید مکانیسم جبرانی تعرفه‌ها را با تقویت بیمه‌ها ترمیم کند

وی در واکنش به اینکه دولت می‌گوید منابع کافی برای تصویب تعرفه براساس قیمت واقعی تمام‌شده خدمات را ندارد، گفت: «ممکن است دولت بگوید با مشکلات اقتصادی مواجه است. بسیار خوب. راهش این است که اول «قیمت تمام‌شده» خدمات را محاسبه کرده و اعلام کند، پس از آن «قیمت واقعی» خدمات را اعلام کند و در مرحله بعدی اگر با مشکل منابع مواجه است، بگوید مثلاً وضعیت دهک‌های مختلف کشور خوب نیست و با توجه به شرایط کشور و شرایط درآمدی و اقتصادی و مالی مردم، ما ناگزیر هستیم که تعرفه را کمی کمتر از قیمت واقعی اعلام کنیم. اما قطعاً لازم است که این را به زبان بیاورند و اعلام کنند. و البته همزمان باید مکانیسم جبران آن برای ارائه‌دهندگان خدمات را هم تأمین کنند. چیزی که در پستوها بماند، منجر به غده‌های چرکین می‌شود. قیمت واقعی باید اعلام شود. این عقل‌مدیران را می‌طلبد و شفافیت، نشان دهنده زیرکی آنهاست.»

نکات مثبت و منفی تعرفه سال ۱۴۰۴

رئیس شورای عالی سازمان نظام پزشکی امتیاز اول تعرفه امسال را این دانست که در موعدهای قانونی خودش اعلام شد. وی گفت: «امتیاز دوم تعرفه امسال این بود که گفت‌وگوهایی که بین سازمان‌ها و نهادهای دیگر در تصویب تعرفه صورت گرفت، باعث شد عدد اعلامی، در مجموع عددی روبه جلو باشد.»
دکتر محمود فاضل در عین حال یکی از انتقاداتی که به تعرفه امسال وارد است را در نظر نگرفتن تبعات حذف ارز ترجیحی خواند و تصریح کرد: «یکی از مشکلات مهمی که سر راه سلامت ما قرار گرفته و متأسفانه در تعرفه سال ۱۴۰۴ آطور که باید به آن

... وی ابلاغ تعرفه‌ها پیش از پایان سال را «وظیفه قانونی دولت» دانست و گفت: «خوشبختانه امسال دولت به وظیفه قانونی خودش عمل کرد و ترک فعل نکرد. ما این انجام وظیفه قانونی در موعدهای مقرر را به فال نیک می‌گیریم و تشکر می‌کنیم.»
رئیس شورای عالی اظهار داشت: «نکته دیگر اینکه تعرفه خدمات سلامت، محاسبات دقیقی دارد. اما متأسفانه هنوز افراد در جایگاه‌های مختلف از زوایای مختلفی به این موضوع نگاه می‌کنند. یعنی هیأت دولت، سازمان برنامه و بودجه، سازمان‌های بیمه‌گر، وزارت بهداشت و سازمان نظام پزشکی که در تعیین تعرفه‌ها نقش دارند، هنوز به یک ادبیات واحد نرسیده‌اند و هرکدام زاویه دید خودشان را دارند.
مثلاً سازمان‌های بیمه‌گر صرفاً از زاویه بودجه خودشان به موضوع نگاه می‌کنند،

دولت بهانه‌ی مردم را در کم‌کاری خودش می‌آورد، نگاه سازمان برنامه و بودجه هم اینطور است که هرچه وارد این سازمان شود را کم می‌کند. اصلاً فرقی ندارد که شما چه عددی را برای این سازمان ارسال کنید. گو اینکه وظیفه دارند به‌هرحال عدد را کاهش دهند.»

دکتر فاضل نظام پزشکی را یک سازمان مرفعی خواند و گفت: «سازمان نظام پزشکی یک سازمان مرفعی است که هم وظایف حمایت از مردم و بیماران را برعهده دارد و هم وظایف تنظیم امور صنف و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت که تجمع و تنظیم پایاوی این وظایف دوگانه واقعاً مهم است. درواقع سازمان نظام پزشکی مطالبات توده‌وار اعضای نظام پزشکی که بخشی از مردم این کشور هستند را به مطالبات سامانمند تبدیل کرده و در اختیار دولت می‌گذارد تا دولت از این داده‌ها و اطلاعات بتواند استفاده بهینه کرده و نقش رگولاتوری خودش را ایفا کند و اگر به خوبی از این داده‌ها استفاده نکند، این دولت است که متضرر خواهد شد.»

پرداخته نشده، تبعات حذف ارز ترجیحی بر حوزه سلامت است. حرکت به سمت آزادسازی قیمت ارز در شرایط فعلی، قطعاً آسیب اساسی به سلامت ما خواهد زد. به این علت که تأمین تجهیزات بیمارستان‌ها، آزمایشگاه‌ها، رادیولوژی‌ها و درمجموع کیت‌ها و قطعاتی که در امر درمان حیاتی هستند، با مشکل جدی مواجه خواهند شد. در نتیجه ما یا باید منتظر تعطیلی آزمایشگاه‌ها باشیم یا شاهد افت کیفیت ارائه خدمات آنها. این خطر بزرگی است که دولت باید مراقبت کند.»

وی در پایان خاطر نشان کرد: «در مجموع من حرکت امسال را روبه جلو می‌بینم و به نظرم کار مثبتی در زمینه تعرفه سال ۱۴۰۴ انجام شد. اما همچنان با نقطه ایده‌آل فاصله زیادی داریم و اگر واقع بینانه نگاه کنیم و تعرفه بر پایه ارز سنجیده شود، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت نسبت به سال قبل حتی تعرفه کمتری هم دریافت می‌کنند.»

◀ ادامه از صفحه ۳

آیا تعرفه امسال ایده‌آل است؟

و ارکان جامعه پزشکی است. این مربوط به سازمان نظام پزشکی و اتحاد جامعه پزشکی است و حق آنهاست. قطعاً امسال مدیریت و همراهی وزارتخانه تأثیر قابل توجهی در روند کار داشت. لذا از جناب آقای دکتر رضوی معاون محترم درمان قدرانی می‌کنم.

از آقایان دکتر معنوی دبیر محترم شورایی بیمه سلامت و دکتر انیسیان به شکل ویژه تشکر می‌کنم و امیدوارم این تلاش‌های بسیار ویژه و شبانه‌روزی مورد رضایت اعضای محترم جامعه پزشکی قرار بگیرد و مطمئن هستم که اگر این تلاش‌ها با همین شیب ادامه پیدا کند، ما می‌توانیم در آینده‌ای نزدیک به آن چیزی که حق و حقوق جامعه پزشکی است و قیمت واقعی خدمات نزدیک شویم. هرچند که بنده قبلاً هم اعلام کرده‌ام و باز هم می‌گویم که تعرفه‌گذاری در حوزه بهداشت و درمان باید مثل سایر صنوف به سازمان نظام پزشکی برگردد، سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی باید به طور کامل پرداخت شود و منابع به طور بهینه مدیریت شود.

سالی سرشار از موفقیت را برای همه همکارانم در جامعه پزشکی کشور آرزو مند و از بابت قصور و کوتاهی‌های احتمالی هم از همه آنها پوزش می‌طلبم. ■

بحث دیگری که وجود دارد این است که آیا این افزایش‌ها متناسب با وضعیت جامعه پزشکی و حق و حقوق آنهاست؟ جواب «خیر» است. چون سال‌های سال متأسفانه این رشد، فریز شده بود و به شکل جدی و متناسب افزایش پیدا نکرده بود. بنابراین این تلاش‌ها و توفیقات هم نمی‌تواند بار تمام عقب‌ماندگی‌های چهارده پانزده سال قبل را جبران کند و ما همچنان با قیمت واقعی تفاوت قابل ملاحظه‌ای داریم. اما آن چیزی که می‌توانیم ادعا کنیم این است که سازمان در این ۴ سال برای جبران عقب‌ماندگی‌ها و نزدیک شدن به قیمت واقعی و نرخ تورم، تلاش‌های بسیار جدی و قابل توجهی انجام داده است اما طبیعی است که نمی‌توان انتظار داشت که در طول ۴ سال همه عقب‌ماندگی‌های سال‌های قبل جبران شود.

من می‌خواهم اینجا از دوستان عزیزم در معاونت فنی و نظارت، شورای عالی، مجمع عمومی، هیأت مدیره‌های نظام پزشکی شهرستان‌ها و همه اعضای جامعه پزشکی که دغدغه‌مند ما را کمک، حمایت و راهنمایی کرده و مطالبه‌گری کردند، صمیمانه تشکر کنم. این توفیقاتی که عرض کردم در این ۴ سال در حوزه تعرفه به دست آمد، قطعاً مربوط به تک‌تک اعضا

– رشد تعرفه به شکل افزایشی و نزدیک به تورم باشد و امسال هم که از تورم هم بیشتر شد؛ – عدد ویزیت که سال‌های سال فریز شده بود به شکل قابل توجهی افزایش پیدا کرد و کای حرفه‌ای به شکل بسیار قابل توجهی افزایش پیدا کرد. یعنی در این دو سال به اندازه ۱۲ سال قبل رشد کرد. تمرکز اصلی ما هم بر کای حرفه‌ای و نرخ ویزیت بوده است چون آن چیزی که برای جامعه پزشکی مهم است و ما هم مسئول آن بخش هستیم، بحث کای حرفه‌ای و ویزیت است.

– نکته بعدی هم اینکه ما در سال ۱۴۰۲ با تلاش‌هایی که کردیم موفق شدیم شش‌م فروردین ابلاغیه تعرفه را از دولت بگیریم، در سال ۱۴۰۳ در پنجم فروردین موفق شدیم ابلاغیه تعرفه را از دولت بگیریم و تعرفه سال ۱۴۰۴ را توانستیم ۲۸ اسفند ۱۴۰۳ از دولت بگیریم که این هم باز یک روند کاملاً روبه رشد است.

پس در مجموع ما در این ۴ سال در زمینه افزایش تعرفه، افزایش اجزاء تعرفه و زمان ابلاغ تعرفه، روند روبه رشد قابل توجهی را در مقایسه با ادوار گذشته داشتیم. این از منظر وظیفه ما از دفاع از جامعه پزشکی بوده و ما از هیچ تلاشی فروگذار نکردیم.

... دیگر اینکه در دوره قبل از ما عدد رشد تعرفه به نسبت تورم، ۳۸ و حداکثر تا ۵۰ درصد تورم بوده است درحالی که در این دوره، عدد رشد تعرفه بیش از ۸۰ درصد تورم بوده است. یعنی ما در این ۴ سال سعی کرده‌ایم که تعرفه را با یک شیب منطقی به تورم نزدیک کنیم و امسال هم که این افزایش، بیش از تورم بود. همچنین در دوره مشابه ۴ سال قبل از ما، ویزیت تقریباً به شکل تجمعی ۴۰ درصد افزایش پیدا کرده بود ولی در ۴ سال دوره ما ویزیت به شکل تجمعی بیش از ۳۰۰ درصد رشد داشته که این هم عدد قابل توجهی است.

♦ درمجموع می‌خواهم عرض کنم که در این ۴ سال با پیگیری‌های بسیار دشوار، اتفاقات قابل توجهی در بحث تعرفه‌ها اتفاق افتاد. این درحالی است که می‌دانید ۳ سال از دوره ما در دولت سیزدهم بود که به‌هرحال رویکرد آنچنان مناسبی به حوزه بهداشت و درمان وجود نداشت. درست است که در این سال آخر که مصادف با دولت جناب آقای دکتر پزشکیان بود، کارها تسهیل شده است اما ۳ سال از فعالیت ما در دولت سیزدهم بود. بنابراین در طول این ۴ سال تلاش ما منجر به این شد که:

ارائه خدمات درمانی، با تعرفه واقعی، و پوشش بیمه‌ای مناسب

انتظار دولت و جامعه پزشکی مبنی بر افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی، به حق است

گفت‌وگو: شعیب شاه‌زمانی

همه ساله با نزدیک شدن به ماه‌ها و روزهای پایانی سال، تصویب و اعلام تعرفه‌های خدمات تشخیصی درمانی، به یکی از مهمترین مباحث حوزه سلامت بدل می‌شود. تعرفه‌هایی که از یک سو حق جامعه پزشکی است که با نرخی واقعی و عادلانه به تصویب برسند و از یک سو حق مردم است که با بهره‌گیری از مکانیزم پوشش بیمه‌ای، در روزهای بیماری مورد حمایت قرار گیرند و تورم و افزایش قیمت تجهیزات و ملزومات مورد نیاز درمان، به افزایش سهم بیمار منجر نشود. از طرفی گاهی در بیان مفهوم «تعرفه» خطاهایی رخ می‌دهد و تعرفه، مترادف با دستمزد پزشکان معنا می‌شود که همین مساله، تبعات خاص خود را دارد.

آنچه در سطور پیش رو می‌خوانید، گفت‌وگوی صریح و تفصیلی شعیب شاه‌زمانی خبرنگار حوزه سلامت با معاون محترم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که در یکی از روزهای پایانی سال ۱۴۰۳ و پیش از ابلاغ جداول تعرفه‌ها انجام شد. دکتر سید سجاده رضوی معتقد است که در تعیین تعرفه خدمات درمانی، منابع کشور و توانمندی اقتصادی عموم مردم به‌خصوص اقشار آسیب‌پذیر باید مدنظر باشد. اما درعین حال تصریح می‌کند که اگر دولت برای پوشش بیمه‌ای مناسب برنامه‌ریزی کند، می‌توان به تدریج واقعی کردن تعرفه‌ها را عملیاتی کرد.

نظام پزشکی: جناب آقای دکتر رضوی ضمن تشکر از فرصتی که برای انجام این گفت‌وگو در اختیار ما قرار دادید، در ابتدا از شما می‌خواهم درباره مفهوم تعرفه و فضاهاهایی که گاهی در برداشت از این مفهوم ریغ می‌دهد صحبت بفرمایید.

دکتر رضوی: تعرفه، یک سیاست قیمت‌گذاری در سیستم سلامت کشور است. اشکالی که شما هم در سولاتان به آن اشاره کردید، از جایی آغاز می‌شود که برخی تصور می‌کنند وقتی سخن از «تعرفه پزشکی» به میان می‌آید، منظور همان «تعرفه پزشک» یا «دستمزد پزشک» است. این درحالی است که دستمزد و تعرفه پزشک، شاید یک دهم اجزائی است که عناصر تعرفه خدمات تشخیصی درمانی را تشکیل می‌دهند. درواقع بخش اعظم تعرفه را جزء فنی آن که درگیرکننده قیمت هتلینگ و تجهیزات و امثال اینها است تشکیل می‌دهد. یک قسمت از تعرفه هم مربوط به جزء حرفه‌ای یا همان حق‌الزحمه پزشک است. برای آنکه مفهوم تعرفه به دستی درک شود، لازم است که حتما این دو جزء را بطور جداگانه ببینیم و متوجه باشیم که هر سال برای جزء حرفه‌ای که دستمزد پزشکان

است چه اتفاقی می‌افتد و برای جزء فنی که بخش اعظم هزینه خدمات تشخیصی درمانی را تشکیل می‌دهد چه اتفاقی می‌افتد. یکی از نکاتی که باید به آن توجه داشت این است که سال‌های سال، تعرفه خدمات تشخیصی درمانی در کشور ما فریز شده بود و افزایش نداشت. یعنی همگام با نرخ تورم کشور و همچنین افزایش حقوق و دستمزد کارگران و کارمندان دولت، تعرفه خدمات بهداشتی درمانی افزایش پیدا نکرد که دلایل مختلفی داشت و می‌توان در جای خود به آن پرداخت. اما به‌رحال نتیجه این شد که تعرفه خدمات پزشکی به‌خصوص در بخش ویزیت پزشکان به اندازه‌ای پایین نگاه داشته شد که بنابر قضاوت عام و خاص، هیچ تناسبی با خدمتی که یک پزشک ارائه می‌کند ندارد. تصور کنید یک پزشک عمومی لازم است مطبی را بخرد یا اجاره کند و آن را

نظام پزشکی: آقای دکتر من به عنوان یک خبرنگار که در میان مردم هستم، برداشتم این است که اتفاقاً درک این مساله برای مردم سفت نیست و همانطور که شما هم گفتید، عامه مردم قبول دارند که در مقابل قیمت بقیه اجناس و کالاها و خدمات، پولی که برای ویزیت یک پزشک پرداخت می‌کنند، زیاد نیست. اما نارضایتی‌های مردم از مجموع شرایطی است که در موزه سلامت می‌بینند. مثلاً میزان بالای پرداخت از جیب که به شکل‌های مختلف به مردم تحمیل می‌شود و ... که نمی‌خواهم الان به آن ورود کنم. اما به نظرم کسانی که همه ساله در فصل تعیین تعرفه‌ها موساسازی کرده و در مسیر متناسب‌سازی و واقعی‌سازی تعرفه‌ها مانع ایجاد می‌کنند، یک گروه یا جریان خاص هستند که نمی‌فاهند واقعیت را بپذیرند و شاید هم منافعی عایدشان می‌شود. موافقت می‌کنید؟



دکتر رضوی: مردم بایدچند مساله را بدانند که من سعی می‌کنم در این گفت‌وگو به آنها اشاره کنم. اولاً وقتی ما می‌گوییم تعرفه به میزان ۴۶ درصد یا کمتر یا بیشتر افزایش پیدا می‌کند، دلیل اعظم آن، تورم و گرانی است که شامل حال تجهیزات و امکانات اولیه طبابت شده و این مساله، «تعرفه خدمات پزشکی» را گران می‌کند نه «تعرفه و دستمزد پزشک و پرستار» را. من تاکید می‌کنم که «تعرفه خدمات پزشکی» و «تعرفه پزشک»، دو مفهوم کاملاً متفاوت هستند. هزینه لوازم و تجهیزات پزشکی داخلی و خارجی و هتلینگ و ... «جزء فنی» تعرفه را تشکیل می‌دهند و خدمتی که پزشک با بهره‌گیری از دانش و تجربه خود در

راه تشخیص، درمان یا توانبخشی بیمار ارائه می‌کند، «جزء حرفه‌ای» تعرفه خوانده می‌شود. سال‌های سال، این جزء حرفه‌ای تعرفه ثابت مانده بود و علی‌رغم آنکه در چند سال اخیر بر مبنای شاخص رشد حقوق و دستمزد شاهد افزایش‌هایی بوده‌ایم ولی هنوز با قیمت واقعی فاصله دارد و بهترین داور برای تشخیص این مساله، خود مردم هستند. از نظر من همه مشاغل کشور، مهم و قابل احترام هستند. ولی مردم خودشان خدمتی که در مطب یک پزشک دریافت کرده و هزینه‌ای که پرداخت می‌کنند را با خدمات دیگری که از بقیه صاحبان مشاغل می‌گیرند و هزینه‌ای که به آنها پرداخت می‌کنند، مقایسه کرده و برآورد کنند که در مقایسه با بقیه مشاغل کشور، یک پزشک با تمام هزینه‌های سنگینی که برای اداره یک مطب باید بپردازد، برای یک ویزیت چقدر باید دریافت کند؟

نظام پزشکی: آقای دکتر پس شما می‌پذیرید که تعرفه خدمات تشخیصی درمانی در کشور ما همچنان با قیمت واقعی و متنی هزینه تمام شده آن خدمات فاصله دارد. درست است؟

دکتر رضوی: بله فاصله دارد و این مساله به سلامت کشور ما آسیب می‌زند. شما فرض کنید که مثلاً قیمت واقعی یک خدمت در سال آینده ۲۰۰ هزار تومان باشد و ما تعرفه آن را مثلاً ۱۰۰ هزار تومان اعلام کنیم.

یا اگر بخواهم مثال عینی‌تری بزنم، فرض کنید تعرفه‌ای که برای ویزیت یک پزشک عمومی در سال آینده اعلام می‌کنیم، کمتر از قیمت واقعی آن باشد. چه اتفاقی می‌افتد؟ اتفاقی که می‌افتد این است که در سال آینده، بسیاری از پزشکان عمومی ما دیگر قادر به مطب‌داری نیستند.

آمار سازمان نظام پزشکی هم بر این مساله صحنه می‌گذارد که در سال گذشته درخواست پزشکان عمومی برای تاسیس مطب به شدت کاهش داشته است. یعنی برای یک پزشک اصلاً صرفه اقتصادی ندارد که یک مطب دائر کند و مریض ببیند. مگر اینکه بخواهد در کنار خدمات درمانی، خدمات دیگری که صرفه اقتصادی بیشتری دارد مثل خدمات لیزر و ... که برخی متخصصین اجازه انجام آن خدمات را در مطب دارند، هم ارائه کند تا به نوعی آن درمانگاه یا کلینیک را به سودآوری برساند وگرنه صرف ویزیت یک پزشک در مطب با این تعرفه‌ها مقرون به صرفه نیست و می‌بینیم که تقاضای تاسیس مطب هم به شدت پایین آمده است.

پس اولین آسیبی که تعرفه‌های غیر واقعی می‌تواند به سلامت مردم بزند این است که به دلیل مقرون به صرفه نبودن، یک مطب اصلاً دائر نشود...

◀ ادامه از صفحه ۶

... تاثیر منفی دوم تعرفه‌های غیر واقعی این است که یک مطب دائر بشود ولی پزشک برای آنکه بتواند مطب را سر پا نگه دارد، برخلاف قانون و خلاف تعرفه‌های اعلامی که به هر حال لازم الاجرا هستند، ویزیت بیشتری از بیماران دریافت کند و در واقع با سازمان‌های نظارتی وارد تقابل شود. از طرفی بخشی از مردمی که نیاز به دریافت آن خدمت دارند، راضی می‌شوند که آن مبلغ اضافه را پرداخت کنند. یعنی به جای تعرفه مثلا صد تومانی که از طرف دولت اعلام شده، دویست تومان پرداخت کنند. سوال این است که فاصله این صد تومان و دویست تومان را چه کسی پرداخت می‌کند؟ خود مردم به جای بیمه‌ها، اینجاست که مردم عزیز هم باید متوجه باشند که وقتی گفته می‌شود که تعرفه‌ها باید به طور واقعی به تصویب برسند، (یعنی اگر مثلا قیمت واقعی ۲۰۰ تومان است، همان ۲۰۰ تومان به تصویب برسد) به این معناست که سازمان‌های بیمه گر هم قراردادهای خودشان را بر اساس همان قیمت ۲۰۰ تومان منعقد می‌کنند و پرداخت از جیب مردم کاهش پیدا می‌کند. بنابراین ماحصل این بحث این است که واقعی شدن تعرفه خدمات تشخیصی درمانی باعث می‌شود که بیمه‌ها سهم خود را از هزینه‌های درمانی مردم برعهده بگیرند و پرداخت از جیب مردم کاهش پیدا کند.

نظام پزشکی: در واقع مردم باید بدانند کسانی که از واقعی سازی تعرفه خدمات تشخیصی درمانی دفاع می‌کنند، دقیقا و مستقیما درمان دفاع از حقوق آنها هستند.

دکتر رضوی: بله این حرف درست است. اما من می‌خواهم اینجا به آن سوی موضوع هم اشاره کنم. افراط و تفریط در هیچ موضوعی از جمله موضوع هزینه خدمات درمانی درست نیست. ما قبول داریم که در حال حاضر، تعرفه‌ها با قیمت واقعی خدمات فاصله دارند و حتما باید به سمت اصلاح این وضعیت حرکت کنیم اما متأسفانه در این میان یک عده‌ای سعی می‌کنند که وضعیت دریافتی پزشکان در کشور ما را با کشورهای دیگر مقایسه کنند و بگویند مثلا در آمریکا یک پزشک چند دلار می‌گیرد یا در انگلیس درآمد یک پزشک چند پوند است و ...

من این نوع نگاه را هم قبول ندارم. ما در ایران زندگی می‌کنیم و درآمد ما بر اساس ریل است و کارمندان و کارگران و کسبه و اقشار مختلف مردم هم درآمد ریالی دارند. آیا می‌توان درآمد اکثریت مردم کشور که همین حقوق ریالی را دارند را هم از این به بعد بر اساس پوند و دلار و یورو محاسبه و پرداخت کرد؟! ما باید بپذیریم که در ایران زندگی می‌کنیم و علی‌رغم همه مشکلات اقتصادی و کاهش ارزش ریل که در کشور ما اتفاق افتاده، اما بالاخره این واقعیت امروز کشور ماست و جامعه پزشکی هم نمی‌تواند خودشان را از مردم جدا کنند. هر زمان ما توانستیم حقوق و دستمزد همه اقشار مردم را بر اساس دلار محاسبه و پرداخت کنیم، آن وقت دستمزد

جامعه پزشکی را هم می‌توان با دستمزد پزشکان آمریکا و انگلیس و کشورهای دیگر مقایسه و بر اساس دلار پرداخت کرد اما تا زمانی که این کار انجام نشده است، صحبت از ارز و دلار و جزیره‌ای دیدن موضوعات، صحیح نیست. این حرف من در پاسخ به آن گروه کوچکی است که می‌گویند چرا یک پزشک مثلا در آمریکا فلان میزان درآمد را دارد ولی در کشور ما درآمد پزشکان آنقدر نیست. خواستم این نکته را گوشزد کنم که بنده به عنوان معاون درمان و بقیه همکارانم در بخش‌های مختلف، موظفم به همه اقشار کشور یک نگاه عادلانه داشته باشیم. ما افراط و تفریط را نمی‌پذیریم و علی‌رغم اینکه اذعان داریم که تا امروز حقوق جامعه پزشکی آنطور که باید و شاید رعایت نشده ولی تامین سلامتی و درمان همه مردم کشور، باید اولویت همه ما باشد. ما باید به نحوی برنامه‌ریزی کنیم که پزشکان کشورمان با علاقه‌مندی و انگیزه کار کنند و ارائه خدمات و مطب‌داری برایشان مقرون به صرفه باشد و بتوانند از این طریق به خوبی امرار معاش کنند؛ در مقابل، اقشار مختلف مردم هم باید بتوانند به خدمات سلامت دسترسی داشته باشند؛ بیمه‌ها هم باید توان پوشش هزینه درمان مردم را داشته باشند و از بیماران حفاظت مالی کنند. همه اینها باید در کنار هم و توأمان دیده شوند در غیر اینصورت هیچ توفیقی به دست نخواهد آمد.

نظام پزشکی: آقای دکتر چند نظریه و پیشنهاد درباره بحث تعرفه‌ها مطرح است که می‌فواهم نظر شما را درباره تک‌تک آنها بدانم. اولین موضوع، درباره عدم تفکیک اجزاء فنی و مرفه‌ای تعرفه‌ها و اعلام آن به صورت گلوبال است که از ۲ جهت به جامعه پزشکی ضربه می‌زند:

اول اینکه اعلام یک عدد به عنوان نرخ رشد گلوبال، یک بار روانی بر جامعه وارد کرده که معمولا به شکل انتقاد از سمت منتقدان به دولت باز می‌گردد و تصمیم‌سازان را وادار می‌کند که تا جایی که ممکن است عده‌های کوچک‌تری به تصویب برسانند و این اولین ضربه به جامعه پزشکی است.

ضربه دوم وقتی است که تعرفه‌ی تصویب شده، با هزینه‌های تمام شده و واقعی فاصله داشته باشد که این، منجر به کسری بودجه شده و شرایط را به سمتی می‌برد که مدیران سلامت برای راضی نگه داشتن پیمانکاران و فروشندگان تجهیزات و ... بر اساس تورم بازار، ناگزیر می‌شوند که از جزء مرفه‌ای کم کرده و به جزء فنی بیفزایند و این، آسیب دومی است که نیروی انسانی موزه سلامت از اعلام گلوبال تعرفه‌ها می‌بیند.

با این مقدمه عرض می‌کنم که یک پیشنهاد جدی در این فصوص وجود دارد که در تصویب، اعلام و ابلاغ تعرفه‌های خدمات تشخیصی درمانی، جزء فنی تعرفه (دستمزد) از جزء مرفه‌ای (تجهیزات، هتلینگ و ...) جدا شده و به صورت مجزا اعلام شود تا تغییرات هر بخش کاملا مشخص باشد.

نظرتان در این باره چیست؟

دکتر رضوی: من کاملا با این نظر موافقم و خدمت شما عرض می‌کنم که اتفاقا امسال شورایعالی بیمه، قدم‌هایی در همین مسیر برداشته و در تصویب تعرفه‌ها، جزء فنی و حرفه‌ای کاملا مشخص شده و برای دولت محترم ارسال شده است. چنانچه به همین صورت در دولت هم به تصویب برسد، عموم مردم می‌توانند از این جزئیات مطلع شوند. جزء حرفه‌ای تقریبا برابر با نرخ رشد حقوق و دستمزد افزایش پیدا کرده ولی جزء فنی، تابع این فرمول نبوده و از نرخ تورم سالیانه کشور تبعیت می‌کند.

به هر حال در پاسخ به سوال شما باید بگویم که من کاملا با این شفاف‌سازی موافق هستم. البته این تفکیک جزء به جزء شاید برای بخش‌هایی از عموم مردم تفاوتی نداشته باشد و مردم به دنبال این هستند که سرجمع چه مبلغی را باید به عنوان ویزیت پرداخت کنند ولی گروه‌های فنی و کارشناسی که می‌خواهند محاسبات را بررسی کرده و کارهای تحقیقاتی انجام دهند قطعا از این اقدام استقبال خواهند کرد و این شفاف‌سازی‌ها می‌تواند در پیشبرد اهداف تعرفه‌گذاری موثر باشد.



واسطه تحصیلات و تجربیات خود، دارای اطلاعات بسیار زیادی درباره سلامت مردم است در حالی که بیمار در این زمینه هیچ اطلاعات قابل مقایسه‌ای ندارد. از این نظر می‌گویند در جایی که سطح اطلاعات تا این اندازه تفاوت دارد، نمی‌توان قیمت را به بازار آزاد و رقابتی واگذار کرد چون رقابت در قیمت‌ها جایی معنا پیدا می‌کند که خریدار از همه جنبه‌ها توان مقایسه دو ارائه‌دهنده خدمت یا کالا را داشته باشد. ولی چون در حوزه سلامت سطح اطلاعات ارائه‌دهندگان خدمت با گیرندگان خدمت قابل مقایسه نیست، تعرفه‌گذاری این بخش هم بایستی در مراکز و سازمان‌های تخصصی محاسبه شود که در حق مردمی که اطلاعات کاملی از جزئیات ارائه خدمات سلامت ندارند، اجحافی صورت نگیرد. برای روشن تر شدن موضوع یک مثال هم می‌زنم...

نظام پزشکی: بارها از زبان مدیران نظام سلامت شنیده می‌شود که در تعیین تعرفه‌ها، تعادل منابع و مصارف در نظر گرفته می‌شود. عقل معاش هم تایید می‌کند در جایی که منابعی وجود داشته باشد، لازم است مصارف در تعادل با آن برنامه‌ریزی شوند. مثل بخش دولتی درمان که عموما با بودجه عمومی کشور اداره می‌شود.

اما ابهام و سوالی که وجود دارد این است که وقتی از طرف دولت، منابعی به بخش خصوصی وارد نمی‌شود، آیا همچنان می‌توان از قاعده تعادل منابع و مصارف سخن گفت؟ و در ادامه، یکی از پیشنهاداتی که مطرح می‌شود این است که در بخش خصوصی، برخی از خدمات و مشفعا نرخ ویزیت را آزاد کرده و قیمت‌گذاری در این بخش فاص، تابع بازار رقابتی شود.

نظرتان در این مورد چیست؟

◀ ادامه از صفحه ۷

... فرض کنید شخصی در یکی از بهترین محلات تهران، مطب لوکس و زیبایی با ۵۰۰ متر زیر بنا دایر کند و بهترین امکانات پذیرایی از مراجعه کنندگان را هم در این مطب فراهم کرده و در یک بازار آزاد، حق ویزیت پزشکی را هم مثلا یک میلیون تومان تعیین کند. در شرایطی که مردم اطلاعات پزشکی کافی در اختیار نداشته باشند و نتوانند خدمتی که دریافت می کنند را ارزیابی کنند، متر و معیار آنها برای انتخاب، محله و ساختمان و تجهیزات رفاهی و ... می شود. حالا اگر متبحرترین پزشک کشور در شرایط متفاوتی مطب بزند، حتما باید با نرخ ویزیتی بسیار پایین تر ارائه خدمت کند تا بازار رقابتی شکل بگیرد. در چنین شرایطی، عاملی که نادیده گرفته می شود، سلامت مردم است. اینجاست که نهادهایی مانند دولت و سازمان نظام پزشکی باید در جهت دفاع از حقوق عموم مردم و عموم جامعه پزشکی در موضوع دخالت کنند. باتوجه به آنچه ذکر شد، روال صحیح این است که خدمات سلامتی که در یک محل مناسب و با شرایط استاندارد به مردم ارائه می شود، باید براساس هزینه تمام شده و قیمت واقعی، تعرفه گذاری شوند به نحوی که پزشکان هم از قیمت خدمات راضی بوده و با انگیزه به ارائه خدمات بپردازند. شورایی که در ایران برای محاسبه تعرفه ها در قانون پیش بینی شده شورایی عالی بیمه سلامت است که سازمان نظام پزشکی هم در آن عضویت دارد و در تعیین تعرفه های بخش خصوصی هم می تواند نقش پررنگی داشته باشد.

نظام پزشکی: آقای دکتر درباره دو نظریه و پیشنهاد با هم صحبت کردیم. یک نظریه سومی هم وجود دارد که شاید نظریه بینابینی باشد. طرفداران این تئوری معتقدند که قرار نیست ارائه خدمات سلامت به بازار آزاد و رقابتی واگذار شود ولی پیشنهاد این است که تعیین نرخ ویزیت از بقیه اجزای تعرفه جدا شود و با یک افزایش قابل توجه، یک قیمت مناسب برای ویزیت تعیین شود.

استدلالی که برای این پیشنهاد مطرح می شود هم این است که اولاً هزینه ویزیت، سهم بالایی در سبد هزینه های سالانه سلامت مردم ندارد و در نتیجه منجر به فشار شدید اقتصادی به مردم نمی شود. ضمن اینکه اگر یک پزشک بداند که ویزیت روزانه یک تعداد معقول بیمار، درآمد قابل قبولی برای او به همراه خواهد داشت، اولاً دلیلی ندارد که با انواع تبلیغات آنقدر مطب خود را شلوغ کند که نتواند برای هر بیمار، وقت لازم را بگذارد و دوم اینکه نیازی نمی بیند که درآمد خود را براساس تجویز خدمات القایی و غیر ضروری به دست آورد که این مساله هم به نفع جیب بیماران فواید بود و هم هزینه های هنگفتی که همه ساله بابت خدمات غیر ضروری بر بیمه ها و بودجه عمومی کشور تممیل می شود، کاهش پیدا می کند.

نظر شما در این فصول چیست؟

دکتر رضوی: این نظریه به نظر من هم خوب است اما یک شرط دارد. باتوجه به شرایط اقتصادی مردم، من نمی توانم نگرانی خود را از وضعیت قشر ضعیف و کم درآمد جامعه ابراز نکنم. اگر ما یک سیستم سلامت قوی و پزشکی خانواده درست و منظمی داشته باشیم، قطعاً موافقم که بخش خصوصی خدمات خودش را با یک تعرفه خوب و بر مبنای قیمت تمام شده و سود مناسب دریافت کند. درواقع وقتی من مطمئن باشم که در سیستم دولتی یک پناهگاه امنی برای قشر کم درآمد جامعه وجود دارد و دولت از لحاظ سلامتی از این افراد مراقبت می کند، خیالم از این بخش راحت می شود و می توانم در مرحله بعد نسبت به واقعی شدن ویزیت بخش خصوصی هم هیچ نگرانی نداشته باشم.

جامعه همفوائی ندارد و با قیمت تمام شده خدمات هم فاصله زیادی دارد و از سوی دیگر، همین عدد هم حداقل در یک دهه گذشته سابقه نداشته و باتوجه به مخالفت های زیادی که از سوی بیمه ها و بخش های جامعه می شود، رسیدن به همین عدد هم کار ساده ای نبوده است. لطفاً نظراتان را در این باره بفرمایید.

دکتر رضوی: پیشنهاد اولیه سازمان نظام پزشکی برای افزایش تعرفه ها در سال آینده، ۸۴ درصد بود که براساس قیمت تمام شده محاسبه شده بود. بعد که موضوع در شورایی عالی بیمه مطرح شد، این عدد به ۵۴ درصد رسید و برای سازمان برنامه ارسال شد. در هیات دولت هم در نهایت عدد ۴۶ درصد به تصویب رسید. من با توجه به



اینکه این عدد با قیمت واقعی خدمات فاصله دارد، می خواهم سولاتی را مطرح کنم. اول اینکه صرف نظر از خدمات سلامت، آیا بقیه خدمات کشور هم با قیمت واقعی ارائه می شود؟ آیا حقوق یک کارمند، یک کارگر، یک نیروی نظامی و انتظامی و ... واقعی است؟ اگر همه خدمات کشور با قیمت واقعی ارائه می شود، اینجا هم می شود چنین انتظاری داشت. دوم اینکه آیا منابع کشور برای تعیین قیمت واقعی همه خدمات مکفی هست یا نه؟ دولت واقعا موافق است که اگر منابع داشته باشد، حقوق، دستمزد و تعرفه فعالیت های همه مردم واقعی شده و هر سال هم به میزان مناسبی اصلاح شود. ولی همه ما می دانیم که کشور با مشکل کمبود منابع مالی مواجه است. هر سال دولت برای قسمت های مختلف، منابعی را پیش بینی می کند که گاهی این منابع محقق می شود و گاهی نمی شود و واقعی نبودن حقوق و دستمزد اکثریت مردم کشور هم از همینجا نشأت می گیرد. اکثریت جامعه پزشکی کشورمان هم به این مساله واقف هستند و در همراهی با بقیه مردم، این را می پذیرند و در مقام عمل هم این را نشان داده اند. ما پزشکان بیشماری داریم که وقتی یک مریض از اقشار

کم درآمد و آسیب پذیر جامعه به آنها مراجعه می کند، نه تنها پولی از آنها نمی گیرند بلکه در پرداخت هزینه دارو، آزمایشگاه، شیمی درمانی، رادیوتراپی و ... هم به آنها کمک می کنند. تصور کنید بیماری به مطب یک پزشک یا درمانگاهی مراجعه کند و بگوید مثلاً من تب دارم یا بچه من بیمار است ولی من پول ندارم. به نظر من امکان ندارد یا اگر هست بسیار نادر است که آن پزشک بگوید شرمند! تب دارید که دارید. اگر پول ندارم بفرمایید بیرون! من نمی خواهم بگویم امکان چنین چیزی صفر است ولی مطمئنم عموم پزشکان تا جایی که بتوانند با مردم همراهی می کنند. این درحالی است که اگر شما یک قدم از خدمات جامعه پزشکی فاصله بگیرید، در ارائه بقیه خدمات و مراجعه به بقیه اصناف، چنین رویکردهایی کمتر و رقیق تر می شود. مثلاً اگر کسی بخواهد سوار هواپیما شود و بگوید من پول بلیط ندارم، تقریباً غیرممکن است که بگویند حالا که پول ندارم اشکالی ندارد؛ بیا برو سوار شو! البته ممکن است در همان دفتر هواپیمایی هم شخصی پیدا شود و از سر خیرخواهی کمکی بکند ولی عموماً اینطور است که خودشان را مقید نمی دانند که مثل یک پزشک، حتماً خدمت لازم را به مراجعه کننده ارائه دهند. ممکن است بگویند پول بلیط هواپیما ندارید، با اتوبوس بروید. یا اینکه شما که پول ندارید، اصلاً به سفر نروید. اما در جامعه پزشکی اوضاع کاملاً متفاوت است. پزشکان ما همواره در گرودار بین وجدان و دخل و خرج مطبشان هستند و همانطور که گفتیم در اکثر مواقع، براساس وجدان و انسان دوستی خود تصمیم می گیرند. سومین نکته ای که می خواهم بگویم هم این است که جامعه پزشکی خواستار این است که تعرفه ها به صورت واقعی محاسبه و ابلاغ شوند ولی این مبلغ را بیمه ها پرداخت کنند. یعنی هیچ رابطه مالی بین پزشک و بیمار وجود نداشته باشد. البته من شرایط اصولی و ایده آل جامعه پزشکی را شرح می دهم. حالا اگر شنیده می شود که فلان پزشک پول می گیرد یا چقدر می گیرد و ... اینها دلایلی دارد که من الان قصد ورود به این بحث را ندارم. ولی اکثریت قریب به اتفاق جامعه پزشکی دوست دارند که به هیچ عنوان وارد رابطه مالی با بیمارشان نشوند. حتماً دیده اید که حتی در جایی که یک پزشک بخواهد مبلغی تحت عنوان فرانشیز یا هر چیز دیگری از بیمار دریافت کند، خودش پرهیز می کند که در این مورد با بیمار صحبت کند و این کار را به منشی خود واگذار می کنند. طبیعتاً وقتی با چنین جامعه شریفی مواجه هستیم، ما هم وظیفه داریم که شرایط را به نحوی برنامه ریزی کنیم که آنها هم بتوانند راحت زندگی کنند و دغدغه ای جز پیشرفت علمی و آموزش مداوم خود نداشته باشند تا بتوانند بهترین خدمات را با کمترین خطرات به بیماران ارائه کنند. برقراری این شرایط وظیفه دولت است که حمایت لازم را از پزشکان به عمل آورد تا جایی که آنها هم خدمات مناسب را به مردم ارائه کنند...



نظام پزشکی: آقای دکتر از شما ممنونم که با موصله و به تفصیل به سوالات پاسخ می‌دهید ولی من در مقام خبرنگار، سعی می‌کنم خودم را به جای جامعه پزشکی هم بگذارم و سوالات و ابهامات آنها را هم مطرح کنم. اجازه می‌دهید چند سوال بعدی را با صراحت بیشتری از شما بپرسم؟

دکتر رضوی: بله حتما. شما هر سوالی که در ذهن دارید مطرح کنید.

نظام پزشکی: ممنونم. شما فرمودید که ما در کشور منابع مشفص داریم که کم یا زیاد باید بین بخش‌های مختلف تقسیم شود. به نظر من منطقی است. اما آیا برای جامعه پزشکی کشور این حق را قائل هستید که به پگونگی تقسیم همان منابع ثابت و محدود معترض باشند؟ یعنی بگویند وقتی منابع ما محدود و مشفص است، کسی حق ندارد از سبب سلامت کشور برداشت کرده و به سبب بخش‌های دیگر اضافه کند. بهر حال اینکه کشور یک درآمد مشفص دارد، واضع و مشفص است ولی قوانین و اسناد بالادستی کشور معین کرده که مثلاً ۷ درصد از درآمد نافصل داخلی کشور باید سهم موزه سلامت باشد. حالا چه این درآمد کم باشد و چه زیاد. ولی ما در مقام عمل می‌بینیم که این سهم امروز به زیر ۱۴ درصد رسیده است (اسناد ملی سلامت هم که مدت‌هاست منتشر نمی‌شود). درواقع انتقاد جامعه پزشکی این است که همان منابع محدود هم آنطور که قانونی و عادلانه است تقسیم نمی‌شود. این انتقاد را وارد می‌دانید؟

دکتر رضوی: بله درست است. این حق همه مردم است که سهم سلامت از GDP بطور کامل پرداخت شود. حتی این انتظار که تولید ناخالص داخلی کشور افزایش پیدا کرده و به تبع آن، سهم بیشتری به حوزه سلامت کشور برسد هم خواسته برحق است. فراتر از آن، در برنامه‌های کشور و سیاست‌های ابلاغی هم هست که سهم سلامت کشور از GDP باید از متوسط کشورهای منطقه بالاتر باشد. الان سهم سلامت در کشورهای منطقه از هفت هشت درصد شروع می‌شود و تا دوازده سیزده درصد هم هست. درحالی که سهم سلامت در کشور ما حدود ۴ تا ۴/۵ درصد است.

ما باید تلاش کنیم که سهم سلامت مردم را از این منابع افزایش داده و سرویس بیشتری به آنها بدهیم. این خواسته جامعه پزشکی کاملاً درست است و اتفاقاً به این معنی هم نیست که پول بیشتری به پزشکان برسد. معنای این خواسته این است که منابع بیشتری به سلامت مردم اختصاص داده شود که خواسته درستی است.

نظام پزشکی: به عنوان مجمع‌بندی بفرمایید باتوجه به همه این واقعیت‌ها، سیاست دولت در قبال سلامت مردم و رضایت جامعه پزشکی چیست

دکتر رضوی: ببینید من می‌خواهم این بحث خوب شما را اینطور تکمیل کنم که دوراهی که شما گفتید درواقع باید دوراهی بین «نبود درمان» و «وجود درمان با تعرفه واقعی و پوشش بیمه‌ای مناسب» باشد. یعنی یا باید نبود درمان مناسب را تحمل کنیم یا اینکه درمان مناسب وجود داشته باشد و اتفاقاً هزینه واقعی هم برای آن پرداخت شود ولی با پوشش بیمه‌ای مناسب و حفاظت مالی از مردم و اقشار ضعیف.

من راه دوم را انتخاب می‌کنم. من می‌گویم واقعی بودن تعرفه، یک حق برای جامعه پزشکی است ولی درمقابل، دولت هم وظیفه دارد با پوشش بیمه‌ای مناسب، از اقشار ضعیف و کم‌درآمد جامعه که تعدادشان کم هم نیست، به درستی محافظت کند. اما نکته اینجاست که اگر قیمت‌ها افزایش پیدا کنند ولی پوشش بیمه‌ای مناسبی وجود نداشته باشد، اقشار زیادی از مردم آسیب خواهند دید. درواقع اگر درمان باشد و با قیمت واقعی هم باشد ولی پوشش بیمه‌ای نداشته باشد، این وضعیت برای بسیاری از مردم با نبود درمان یکسان است.

اما من فکر می‌کنم که حتی فکر کردن به گزینه‌هایی که دسترسی مردم به درمان را با مشکل مواجه کند، موجب وهن کشور، مردم و نظام جمهوری اسلامی است چون همه مباحث و ادبیات دولت، برقراری عدالت اجتماعی به‌ویژه در حوزه سلامت است. لذا تمام تلاش ما در دولت و وزارت بهداشت این است که ضمن حرکت به سمت تصویب تعرفه‌های واقعی، پوشش بیمه‌ای مناسبی هم به مردم ارائه شود.

نظام پزشکی: جناب آقای دکتر رضوی معاون مقرر درمان وزارت بهداشت بسیار از شما متشکرم و برای شما و همکارانتان آرزوی موفقیت در اجرای برنامه‌هایتان را دارم. ■

بحث عدالت اجتماعی که آقای دکتر پزشک‌پژگان هم در سخنرانی‌های انتخاباتی خودشان مطرح کردند و هم به سیاست‌ها و هدف‌گذاری‌های دولت وارد کرده‌اند، ما بتوانیم در این راه یک گام به جلو برداریم و خدای ناکرده از اقشار ضعیف جامعه‌مان غفلت نکنیم.

نظام پزشکی: آقای دکتر چون صحبت از مراقبت از سلامت اقشار ضعیف جامعه به میان آمد، من دلم نمی‌آید این گفت‌وگو تمام شود و نکته آخر را با شما در میان نگذارم. من برای آنچه می‌گویم اطلاعات آماری دقیقی در دست ندارم ولی تصور می‌کنم که اگر از اقشار مختلف مردم به‌فصوص آنهاپی که در مناطق محروم، طعم تلخ عدم دسترسی به پزشک و درمان را چشیده‌اند هم سوال کنیم که اگر مجبور باشید بین «دریافت فمدم درمانی با یک نرف بالاتر و واقعی» و «نبود فمدم درمانی» یکی را انتخاب کنید، کدام را ترجیح می‌دهید، فواهد گفت که پزشک و درمان در دسترس باشد ولو با قیمتی گران‌تر. شواهد مایکی از آن است که سیاست‌های نادرست در موزه سلامت به‌فصوص طی یکی دو دهه اخیر، کشور را به سمتی برده است که عملاً با کاهش سطح دسترسی به درمان مواجه شده‌ایم. فود شما به کاهش شدید تقاضا برای تاسیس مطب اشاره کردید. آمار بالای درخواست برای گوداستندینگ، نشان از مهاجرت ترسانک پزشکان از کشور دارد. مهاجرت از رشته‌های درمانی به سمت فمدمات لوکس و ترک شغل پزشکی هم که جای فود دارد. من تصور می‌کنم دفاع از مقوق محقه جامعه پزشکی، در واقع دفاع از مق دسترسی مردم عزیز کشورمان به فمدمات مناسب درمانی است و اتفاقاً این مساله در مناطق محروم و درمیان همان اقشار آسیب‌پذیر، تاثیر و نمود بیشتری فواهد داشت. اینطور فکر نمی‌کنید؟

دکتر رضوی: من می‌خواهم تاکید کنم که وقتی در کشور بخشی‌هایی از مردم با مشکلات معیشتی و اقتصادی دست به گریبان هستند، وظیفه دولت این است که از سلامت قشر ضعیف‌تر مراقبت کند. این یک قانون کلی است که وقتی مشکلات اقتصادی به وجود می‌آید، دولت حق ندارد از سلامت مردم بگذرد. چون اگر بخشی از مردم از سرفقر و مشکلات اقتصادی از سلامتی خودشان صرف‌نظر کردند، آسیب‌های جدی به بنیان خانواده و جامعه وارد می‌شود که شاید به راحتی قابل جبران نباشد. بنابراین اگر حتی در همین شرایط بحران‌های اقتصادی هم انتظار می‌رود که دولت سهم سلامت را از منابع کشور افزایش دهد، استدلال‌های منطقی و علمی پشت این حرف هست. اتفاقاً در شرایط بحران‌های اقتصادی، دولت موظف است از ۲ بخش مراقبت بیشتری به عمل آورد: «امنیت» و «سلامت». اینها مهمترین بخش‌هایی هستند که در شرایط بد اقتصادی باید سرلوحه همه برنامه‌ریزی‌ها، بودجه‌ریزی‌ها و هدف‌گذاری‌های دولت باشند. لذا هرچقدر که دولت در این زمینه به صورت هدفمند و سیاست مشخص هزینه کند، بیراه نیست. هرچند که باید بین هزینه‌کردهای هدفمند و پول‌پاشی‌های غیرهدفمند تفاوت قائل شد. در برنامه هفتم توسعه و تعرفه‌های سال آینده هم این مساله به خوبی دیده شده که اقشار ضعیف جامعه به‌خصوص در بخش بستری درمان حمایت شوند. از جمله اینکه فرانشیز بستری برای این افراد حذف شده و به صورت رایگان درمان شوند که مستلزم برقراری نظام ارجاع است. بدین صورت که بیمار از پزشک خانواده به بیمارستان‌ها ارجاع داده شود و خدمات لازم را دریافت کند. درواقع طوری هدف‌گذاری شده است که ما بتوانیم از اقشار کم‌درآمد مراقبت کنیم نه اینکه آنها مجبور شوند از درمان بیماری‌های خود صرف‌نظر کنند و خدای ناکرده به درمان لازم دسترسی پیدا نکنند. ما امیدواریم با برنامه‌ریزی‌هایی که دولت دارد و

جامعه پزشکی تنهاست؛ راهی نیست جز اینکه در کنار هم باشیم

اگر بیمه‌ها بخواهند بر بعدهدی خود اصرار کنند، قطع همکاری با آنها در دستور کار قرار خواهد گرفت

دیگر و قتل دکتر داوودی ادامه یافت و پس از فراز و نشیب‌ها و حوادث و تلخی‌های فراوان دیگری که شاهدش بودیم، نهایتاً با بعدهدی و دهان‌کجی سازمان‌های بیمه‌گر نسبت به جامعه پزشکی به پایان رسید.

به‌رحال موضوع خودکشی دکتر پرستو بخشی در نخستین روزهای سال، ما را بر آن داشت که بحث خودکشی در جامعه پزشکی را در دستور کار خود قرار دهیم. کار را با بررسی‌های میدانی و بازدیدهایی که داشتیم آغاز شد. در نخستین بازدید، پس از خودکشی زنده‌یاد دکتر بخشی، من به همراه جناب آقای دکتر رئیس‌زاده سفری به لرستان داشتیم. بعد از آن به دلیل اتفاق مشابهی که در یزد افتاد، من سفری هم به یزد داشتم و به‌رحال دوندانی دور هم جمع شدیم و کار

بر روی این موضوع را آغاز کردیم و انصافاً دوستان هم زحمات زیادی کشیدند. نهایتاً این اواخر من در نامه‌هایی به انجمن‌های روانپزشکی و روانشناسی ایران، از این عزیزان تقاضا کردم که با نگاه تخصصی که دارند به موضوع خودکشی در جامعه پزشکی ورود کرده و این بحث را حرفه‌ای‌تر و تخصصی‌تر دنبال کنند و نماینده‌های هم معرفی کنند تا به ما بپیوندند و در مباحث به ما کمک کنند. خوشبختانه دو نفر از همکاران عزیز که در فیلد خودکشی فعالیت دارند هم به جمع ما اضافه شدند و انشالله نتیجه بررسی موضوع دردآور خودکشی به زودی در کمیته خودکشی مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی به نتیجه نهایی خواهد رسید و ما هم نتیجه را هم به ارکان سازمان و هم وزارت بهداشت خواهیم داد تا مورد استفاده قرار گیرد.

وی در تشریح دومین اقدام مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی در دوره اخیر، به عدم پرداخت مطالبات سازمان‌های بیمه‌گر اشاره کرد و گفت: «بعدهدی سازمان‌های بیمه‌گر، موضوع دیگری است که متأسفانه کام‌همه اعضای جامعه پزشکی را تلخ کرده است. من با دقت واژه «دهان‌کجی» بیمه‌ها به جامعه پزشکی را به کار می‌برم. چرا که بیمه‌ها نه تنها براساس تعهداتی که دارند و وعده‌هایی که داده‌اند مطالبات جامعه پزشکی را در این شرایط بد اقتصادی پرداخت نکردند بلکه این اواخر در صحبت‌هایشان مدعی هم شدند و حتی شرط گذاشتند و گفتند ما در صورتی مطالبات جامعه پزشکی را پرداخت می‌کنیم که دولت هم مطالبات ما را پرداخت کند...»



حلقه مفقوده مباحث کارشناسی دقیق است

وی افزود: «ما به نتیجه رسیدیم که جای یک چیزی در این میان خالی است و آن هم «مباحث کارشناسی دقیق» است. درواقع ما هیچ وقت نیامده‌ایم مشکلات خودمان را به درستی کارشناسی کنیم. متأسفانه اشکالی که در همه ما وجود دارد و در مجمع عمومی و بقیه ارکان سازمان و نظام پزشکی استان‌ها و ... هم دیده می‌شود، این است که ما هم هم‌طراز عموم مردم و جامعه پزشکی، فقط مطالبه می‌کنیم. عملاً در طول این سال‌ها اینطور بوده که وقتی با مشکلی مواجه می‌شویم، همه‌مان با صداها متفاوت فقط فریاد زده‌ایم و گاهی هم غُر زده‌ایم و اصولاً کمتر بررسی‌های کارشناسانه انجام می‌دهیم که بالاخره این مشکل را چگونه باید حل کرد؟ ایراد اصلی از کجاست؟ آیا مشکل مربوط به فلان دستورالعمل است؟ یا از فلان وزارتخانه نشأت می‌گیرد؟ کدام بخش مشکل، حاکمیتی است و کدام بخش، غیرحاکمیتی است؟ کدام بخش مربوط به مشکلات فرهنگی ماست؟ و ...»

رئیس مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی ادامه داد: «باتوجه به اینکه نسبت به این موضوع ایمان و اطمینان زیادی دارم، از همکارانم در هیات مدیره مجمع درخواست کردم که کمک کنند در همین فرصت محدودی که از این دوره مجمع باقی مانده است، دو یا سه مورد از مشکلات جامعه پزشکی را هدف خودمان قرار دهیم و به صورت دقیق کارشناسی کنیم. البته سال ۱۴۰۳ واقعاً سال بسیار سختی برای مردم و جامعه پزشکی بود. سالی که با ازدست رفتن زنده‌یاد دکتر پرستو بخشی شروع شد، با تعدادی خودکشی

بقیه ارکان سازمان را ایجاد کنند، بر عملکرد آنها نظارت داشته باشند و در نهایت نسبت به جامعه پزشکی پاسخگو باشند. طبیعی است که مجمع عمومی هم سمت‌سو و جهت‌گیری‌های خودش را براساس خواسته‌های جامعه پزشکی تنظیم می‌کند. یعنی مجمع وقتی می‌بیند که جامعه پزشکی خواسته‌ای دارد، این خواسته را به رئیس کل و شورای عالی منتقل کرده و آنها هم در چهارچوب قانون پیگیری خواهند کرد.»

وی اظهار داشت: «در دوره اخیر مجمع عمومی که بنده به همراه ۳ نفر دیگر از اعضای محترم مجمع در هیات مدیره حضور داشتیم و به‌خصوص در چند ماهی که ریاست مجمع برعهده بنده گذاشته شد، تصمیم گرفتیم نگاهی به گذشته و تاریخچه سازمان، خواسته‌های جامعه پزشکی و اقداماتی که در راستای آن خواسته‌ها انجام شده است، بیندازیم. این بررسی‌ها ما را به این نتیجه رساند که جامعه پزشکی دچار تعدادی مشکل است که همیشه و هر سال هستند و هرگز حل نمی‌شوند و در یک پروسه زمانی تشدید هم می‌شوند.»

دکتر گودرزی اضافه کرد: «قاعدتاً چرخه باید اینطور باشد که وقتی یک مشکلی به‌وجود می‌آید یا کمی تشدید می‌شود لازم است قبل از ورود به بحران آن را شناسایی کرد و برایش، کارشناسی و چاره‌جویی گردد اما در کمال تعجب، سیستم ما اصلاً از این مدل پیروی نمی‌کند. گاهی تلاش‌ها هم زیاد است اما به ثمر نمی‌نشیند. سال‌هاست مشکل تعرفه گلوئی درمان و سلامت را می‌فشارد. مشکل مالیات و عوارض و خیلی دیگر از مشکلات جامعه پزشکی از قبل وجود داشته و هنوز هم هستند.

رئیس مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی با تأکید بر بررسی کارشناسانه مشکلات جامعه پزشکی، گفت: «شواهد موجود گواهی می‌دهند جامعه پزشکی تنهاست. تصور می‌کنم راهی نیست جز آنکه همه اعضای جامعه پزشکی هوشمندانه و با درک شرایط در کنار هم باشند. من از تک‌تک همکارانی که در زمینه‌های مختلف همچون امور حقوقی، مالیاتی، عوارض و ... تبحر دارند می‌خواهم که به ما کمک کنند تا بتوانیم درباره چالش‌هایی که سال‌های سال گریبان جامعه پزشکی را گرفته‌اند، بررسی‌های کارشناسانه دقیق انجام دهیم تا وقتی لازم است جایی از حقوق جامعه پزشکی دفاع کنیم، بتوانیم با نمودار و استدلال صحبت کنیم. آن زمان می‌توانیم به خواسته‌های به حق جامعه پزشکی پاسخ بدهیم و حرف‌های مستدل و مستند آنها را به کرسی بنشانیم.»

دکتر فرنود گودرزی به خبرنگار ماهنامه نظام پزشکی گفت: «رکن اصلی سازمان نظام پزشکی، مجمع عمومی است و بقیه ارکان، منبعث از آن است. از زمان آخرین بازنگری قانون سازمان نظام پزشکی در سال ۱۳۸۳ دوره‌های مختلف مجمع عمومی شکل یافته است. در این دوره‌ها طی یک فرایند انتخاباتی، نمایندگان که خودشان منتخب جامعه پزشکی هستند در مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی گرد هم می‌آیند و دیگر ارکان از جمله رئیس کل، اعضای شورای عالی و بازرسین را انتخاب می‌کنند. هیات رئیسه خود مجمع عمومی که ۴ نفر هستند هم توسط خود اعضای مجمع انتخاب می‌شوند. بنابراین رکن اصلی که همه چیز از دل آن بیرون می‌آید، مجمع عمومی است که در حال حاضر از ۲۹۴ نفر عضو منتخب جامعه پزشکی کشور تشکیل شده است.» وی تصریح کرد: «البته به نظر من در ارتباط با اختیارات مجمع عمومی در قانون ابهاماتی وجود دارد ولی براساس منطق جامعه مدنی، اختیاراتی که به رئیس کل، شورای عالی و بازرسین سازمان داده شده، درحقیقت از دل مجمع بیرون آمده است.»

نقطه اتصال سازمان با بدنه صنف

رئیس مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی گفت: «جایگاه و شأن مجمع عمومی به شکلی است که نقطه اتصال یک سازمان اداری صنفی به نام نظام پزشکی با بدنه جامعه پزشکی است. جامعه پزشکی با انتخابی که انجام داده، اعضای مجمع عمومی را برگزیده و به آنها این اختیار را داده است تا از طرف آنها در یک فضای قانونی

متخصصین زنان و زایمان، همزمان مسئول جان دو یا چند انسان هستند

کرده‌اند ولی بار عمده عملاً بر دوش خانم‌ها است و این برای یک خانمی که همزمان وظایف همسری، مادری، پرورش فرزندان و دیگر مسئولیت‌های خانواده را بر عهده دارد، کار ساده‌ای نیست اما علی‌رغم همه این سختی‌ها، رشته زنان و زایمان تحت مدیریت خانم‌ها به پیشرفت‌های بسیار خوبی نایل آمده و با ۵ فلوشیپ فوق تخصصی، هم در خاورمیانه و هم در دنیا حرف‌های بسیاری برای گفتن دارد و در میان بسیاری از کشورها، سرآمد است.»

وی در تشریح دیگر خصوصیات منحصربه‌فرد رشته زنان و زایمان گفت: «نکته دیگر این است که رشته زنان و زایمان، رشته سنگینی است و موارد اورژانس و اضطراری زیادی دارد و معروف است که یک متخصص زنان هرگز نمی‌تواند گوشی تلفن را از خودش دور کند.»

این متخصص زنان و پری‌ناتولوژیست اضافه کرد: «مورد دیگری که درباره رشته زنان و زایمان باید به آن اشاره کنم این است که در این رشته پزشک به طور همزمان مسئولیت جان حداقل ۲ انسان و در حاملگی‌های چندقلو چند انسان را بر عهده دارد. یعنی اگر مشکلی برای مادر و یک یا چند جنینش به‌وجود بیاید، به تعداد مادر و جنین‌هایی که در رحم دارد، عوارض و دیه تعیین می‌شود ولی تعرفه‌هایی که برای این رشته تعریف می‌شود، به اندازه یک واحد است. ضمن اینکه همان هم بسیار ناچیز بوده و به هیچ‌وجه تناسبی با میزان مسئولیت و انرژی که پزشک صرف می‌کند ندارد...»

ادامه در صفحه ۱۲ <

شد، بنده به اتفاق جمعی از همکاران به عنوان هیات مدیره انجمن انتخاب شدیم و از فروردین سال ۱۴۰۱ رسماً فعالیت خودمان را آغاز کردیم.

طبیعتاً فعالیت انجمن از زمان تاسیس و شکل‌گیری تاکنون مرهون زحمات تعداد زیادی از همکاران است که هرکدام به نوبه خود برای ارتقاء جایگاه این رشته و رفع مشکلات علمی و صنفی اعضای انجمن تلاش‌های بسیار زیادی انجام داده‌اند که پیش از هرچیز جا دارد از تک‌تک این عزیزان قدردانی کنم.»

رئیس انجمن متخصصین زنان و زایمان ایران با بیان اینکه درحال حاضر حدود ۷۰۰۰ متخصص زنان و زایمان در کشور مشغول فعالیت هستند، گفت: «بر اساس اساسنامه، انجمن می‌تواند در سراسر کشور شعبه‌های استانی داشته باشد. آخرین شعبه‌ای که در همین اسفند ۱۴۰۳ تاسیس شد، مربوط به استان سیستان و بلوچستان بود که با احتساب آن درحال حاضر ۲۱ شعبه استانی انجمن متخصصین زنان و زایمان در سراسر کشور مشغول فعالیت هستند.»

دکتر کاظمی در بخش دیگری از صحبت‌های خود، با بیان اینکه رشته زنان و زایمان از چند جهت منحصر به فرد است، گفت: «اول اینکه رشته زنان و زایمان، تنها رشته تک‌جنسیتی کشور است. درواقع از آنجا که پس از انقلاب، تحصیل در رشته زنان و زایمان مختص بانوان شد، از یک جایی کل مسئولیت این رشته بر دوش خانم‌ها قرار گرفت. هرچند که تعدادی از آقایان پزشکی که از قبل از انقلاب وارد رشته زنان و زایمان شده بودند همچنان حضور دارند و در کنار بانوان در ارتقاء سطح این رشته کمک و همراهی



رئیس انجمن زنان و زایمان ایران در عین حال که رویکرد سازمان نظام پزشکی در دوره فعلی را فعال، پویا و قابل دفاع ارزیابی کرد، با تأکید بر اینکه رشته تخصصی زنان و زایمان در میان رشته‌های تخصصی پزشکی از جنبه‌های مختلف، منحصربه‌فرد است، به طرح برخی مشکلات و انتظارات این انجمن از سازمان نظام پزشکی پرداخت.

دکتر سودابه کاظمی اسکی در گفت‌وگو با نشریه نظام پزشکی در شرح آغاز به کار هیات‌مدیره فعلی انجمن متخصصین زنان و زایمان گفت: «به دنبال انتخاباتی که در زمستان سال ۱۴۰۰ انجام

و مثلاً کشورهای میزپزشک را هم برگردد و پزشک هم هیچ حقی برای مراجعه به مراجع قضائی نداشته باشد. بنابراین عزم ما بر این قرار گرفت که روی این موضوع کار کنیم. تصمیم ما این است که در وهله اول قرارداد اصلاح شود و قرارداد جدید به گونه‌ای منعقد شود که منافع هر دو طرف در آن دیده شود. موضوعات دیگری هم در



این باره در دست بررسی ما هست مثل خسارت تأخیر تأدیه و ضرر و زیانی که بیمه‌ها با تأخیر در پرداخت مطالبات به جامعه پزشکی وارد می‌کنند و برخی موارد دیگر.»

دکتر گودرزی هشدار داد: «البته ما تلاش خودمان را برای اصلاح این قراردادها انجام می‌دهیم ولی اگر بیمه‌ها بخواهند بر بدعهدی خود اصرار کنند، قطع همکاری با آنها در دستور کار قرار خواهد گرفت. چون الان می‌بینیم که این مساله مورد مطالبه بخش زیادی از جامعه پزشکی است و ما در این مدت نامه‌های زیادی هم از استان‌های مختلف دریافت کرده‌ایم که در رسانه‌ها هم منعکس شده است. بنابراین ما از اصلاح روند نادرست موجود تا احتمال عدم همکاری بیمه‌ها را هم پیش‌بینی کرده‌ایم و به این موضوع فکر کرده‌ایم که اگر در نهایت بیمه‌ها

از مهر ماه، اعضای جدید براساس انتخاباتی که قبل از آن انجام می‌شود، مجمع جدید را تشکیل خواهند داد. خواسته جامعه پزشکی، مجمع و سایر قسمت‌های سازمان نظام پزشکی این است که انتخابات این دوره به صورت الکترونیکی انجام شود و بر آن تأکید داریم اما از آنجایی که انتخابات توسط وزارت بهداشت برگزار می‌شود، نهایتاً باید منتظر تصمیم آنها با رعایت دو اصل توانایی برگزاری و نیز تضمین صحت انتخابات بمانیم.»

وی در بخش پایانی گفت‌وگو تصریح کرد: «شواهد موجود گواهی می‌دهند که جامعه پزشکی تنهاست. تصور می‌کنم راهی نیست جز آنکه همه اعضای جامعه پزشکی هوشمندانه و با درک شرایط در کنار هم باشند. ما راهی نداریم جز اینکه از فضای درگیری‌های سستی کمی فاصله بگیریم و برای حل مشکلات در کنار هم قرار بگیریم. من واقعاً این درخواست را از جامعه پزشکی دارم. از تک‌تک همکارانی که در زمینه‌های مختلف مثل امور حقوقی، موضوعات مالیاتی و ... تبحر دارند می‌خواهم که به ما کمک کنند تا بتوانیم درباره چالش‌هایی که سال‌های سال گریبان جامعه پزشکی را گرفته‌اند، بررسی‌های کارشناسانه دقیق انجام دهیم تا وقتی لازم است جایی از حقوق جامعه پزشکی دفاع کنیم، بتوانیم با نمودار و استدلال صحبت کنیم. آن زمان می‌توانیم به خواسته‌های به حق جامعه پزشکی پاسخ بدهیم و حرف‌های مستدل و مستند آنها را به کرسی بنشانیم. ■

نخواهند همکاری لازم را داشته باشند، چگونه باید به لغو قرارداد هم فکر کرد.»

وی در ادامه گفت‌وگو، به بحث عوارض شهرداری و عوارض کسب و پیشه پرداخت و گفت: «این هم از موضوعاتی است که بسیاری از همکاران ما را رنجیده‌خاطر کرده است. علی‌رغم اینکه ما آراء متعددی از مراجع مختلف حتی دیوان عدالت اداری و رای وحدت رویه داریم مبنی بر اینکه پزشکی به سبب ماهیت خود و قائم به ذات بودنش یک کار تجاری به حساب نمی‌آید و بنابراین شهرداری‌ها نباید عوارض کسب و پیشه از پزشکان دریافت کنند. با این حال گاهی شهرداری‌ها با تعویض نام عوارض دنبال دور زدن قانون هستند. مثلاً به جای عوارض کسب و پیشه، از عنوان عوارض فعالین اقتصادی استفاده می‌کنند. از آنجا که این موضوع هم مطالبه خیلی از همکاران جامعه پزشکی بود، ما برای بررسی و حل مسأله، کمیته عوارض شهرداری را در مجمع عمومی تشکیل دادیم که این کمیته به تازگی ایجاد شده و یکی از همکاران با جدیت مشغول کار بر روی این موضوع است و امیدواریم به زودی به نتیجه برسند.»

انتخابات الکترونیک، خواست سازمان و جامعه پزشکی است

رئیس مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی با اشاره به انتخابات دوره جدید مجمع که در سال جدید انجام می‌شود گفت: «این مجمع تا مهرماه سال ۱۴۰۴ به فعالیت خود ادامه خواهد داد و

ادامه از صفحه ۱۰ <

...لذا ما کمیته‌ای متشکل از تعدادی از همکارانمان در مجمع و نیز نمایندگان انجمن‌های علمی تشکیل دادیم و دوستان بررسی کارشناسانه مساله را آغاز کردند که با تأکید بر چند موضوع درحال پیگیری است. یکی از مهمترین این موضوعات، اصلاح قراردادها است. قراردادی که درحال حاضر پزشکان با سازمان‌های بیمه‌گر دارند، درواقع یک قرارداد ترک‌متناجایی که است که خود بیمه آن را نوشته و بندهای قرارداد را هم طوری بسته است که پزشک نتواند به جایی مراجعه کند و در هر صورت محکوم باشد و در نتیجه بیمه هم حق پیدا می‌کند که هرطوری دلش خواست با آن پزشک برخورد کند و حق پیدا می‌کند که حتی پول پزشک را هم ندهد و هروقت دوست داشت بازرسی هم انجام بدهد

◀ ادامه از صفحه ۱۱

... دکتر کاظمی تصریح کرد: «ما در انجمن زنان و زایمان شاید در بیش از ۲۰ جلسه با موضوع تعرفه در سطوح مختلف حضور پیدا کرده‌ایم. دوسال و اندی پیگیری‌های مختلف از طریق نامه تا حضور در جلسات و... داشتیم. اما حالا که تعرفه‌های سال ۱۴۰۴ اعلام شده، متأسفانه دریغ از حتی یک تغییر کوچک در کدهای جنرال! فقط تغییراتی در کای چند عمل فوق تخصصی داده شده است. همین! این خیلی ناامیدکننده است. انتظار می‌رفت در چند خدمت شایع جنرال، حداقل در سزارین و زایمان و هیسترنومی و... افزایش لحاظ شود.»

وی اضافه کرد: «به نظر من امروز یکی از مهمترین رسالت‌های سازمان نظام پزشکی «بازگرداندن حق تعرفه‌گذاری به این سازمان» است. متأسفانه سیستم تعیین تعرفه در پزشکی به گونه‌ای است که خریدار خدمت یعنی بیمه‌ها تصمیم‌گیرندگان کلیدی در تعیین تعرفه‌ها هستند. سازمان باید برای تحقق این خواسته پیشگام می‌شد و با اقداماتی فراتر از نامه و مصاحبه و نشست خبری و ... با کمک و همراهی انجمن‌ها امروز به این مهم دست پیدا می‌کرد. یعنی جنگندگی و سماجت بسیار بالاتری از نظام پزشکی انتظار می‌رفت.»

رئیس انجمن متخصصین زنان و زایمان در ادامه، «نبود حمایت‌های قانونی لازم» را از جمله مباحث مهم مرتبط با رشته زنان و زایمان دانست و گفت: «بسیاری از مسائل حوزه زنان و زایمان و شاخص‌های مختلف مانند افزایش جمعیت، میزان مرگ و میر مادران و ... به موضوعات حاکمیتی گره خورده‌اند. خیلی از خدماتی که توسط یک متخصص زنان و زایمان ارائه می‌شود (مانند بستن لوله‌ها یا پیشگیری از بارداری و ...) از نظر شرعی حائز اهمیت و حساسیت هستند. همه اینها باعث می‌شود که فشار بر متخصصین زنان بسیار زیاد باشد. شاید از میان جامعه پزشکی، بیشترین مخاطبی که وزارت بهداشت دارد، متخصصین زنان و زایمان باشند و ما مرتب نامه‌هایی از سمت وزارتخانه دریافت می‌کنیم. به‌خصوص بعد از دستورالعمل ترویج زایمان طبیعی که در سال ۹۷ ابلاغ شد، فشار زیادی بر متخصصین زنان و زایمان وارد کردند به طوری که انگار مسئول اصلی افزایش تعداد سزارین‌ها در کشور این گروه هستند. در صورتی که موضوعاتی مانند افزایش سزارین یا مرگ و میر مادران باردار، وابسته به تغییرهای فراوانی هستند ولی در مقام عمل همه نگاه‌ها و مسئولیت‌ها متوجه متخصصین زنان و زایمان شد. بویژه در زمینه آمار سزارین، مهمترین دلیل، درخواست از سوی خانم‌های باردار است و عمدتاً هم به علت ترس از درد زایمان است. اما می‌بینیم که تمام فشارها بر متخصصین زنان و زایمان است درحالی‌که هیچ تلاشی برای در دسترس بودن بی‌دردی زایمان نمی‌شود و مادران ایرانی هنوز مثل ۵۰ سال قبل با درد و جیغ و فریاد زایمان می‌کنند. همین تصور و نوع نگاه، باعث نامن‌گذاری‌های متعدد و وضع محدودیت‌هایی شده است که در مقام عمل، بسیاری از متخصصین زنان و زایمان به‌ویژه پزشکان جوان این حوزه

را با استرس و بی‌انگیزگی مواجه کرده است.» دکتر کاظمی در ادامه گفت: «یکی از مهمترین مشکلاتی که ما چه در دولت قبلی و چه دولت فعلی بارها و بارها تاکید کرده‌ایم که حتماً باید این روند اصلاح شود، این است که علی‌رغم اینکه متخصصین زنان مسئولین اصلی سلامت یک مادر باردار از شروع بارداری تا ۴۲ روز بعد از زایمان هستند، ولی در سطوح سیاستگذاری

مقام مقایسه، من و بسیاری از همکارانم معتقدیم که سازمان نظام پزشکی بخصوص در دوره اخیر، فعال بوده و پویایی و ارتباط خوبی با بسیاری از انجمن‌ها از جمله انجمن زنان داشته است. هرچند که کتمان نمی‌کنم در این میان بعضی موارد هم وجود داشت از جمله دخالت‌های نابجای یکی از معاونت‌های سابق سازمان که وقت و انرژی زیادی از ما گرفت که خوشبختانه با درایت و



و تصمیم‌سازی در وزارتخانه و ستاد دانشگاه‌ها، نقشی برای آنها تعریف نشده است. بزرگترین خلاء هم در معاونت درمان وزارت بهداشت است که یک متخصص زنان در رأس امور مربوط به سلامت مادران نیست. در ستاد دانشگاه‌ها هم اوضاع به همین منوال است. حتی در زمینه موضوع مهمی مثل جمعیت هم با وجودی که مساله بارداری و زایمان مستقیماً مربوط به متخصصین زنان است، ولی جایگاه ثابتی برای این گروه از پزشکان تعریف نشده است.»

وی خاطر نشان کرد: «مجموع این مشکلات و بی‌توجهی به دغدغه‌های به‌حق پزشکان در رشته‌ها و حوزه‌های مختلف و عدم حمایت مالی، حقوقی و قضائی از آنها باعث می‌شود که یا عطای کار در بخش‌های اصلی و مهم درمان را به نقایش ببخشند و وارد بخش‌های کم‌دردتر و پردرآمدتری مثل حوزه زیبایی شوند و یا تصمیم به مهاجرت از شغل و مهاجرت از وطن بگیرند که هر دو نوع این مهاجرت‌ها در سال‌های اخیر در میان متخصصین زنان و زایمان کشور دیده می‌شود و این جای تأسف دارد.»

رویکرد نظام پزشکی قابل قبول است هرچند انتقاداتی هم وجود دارد

رئیس انجمن زنان و زایمان ایران در بخش دیگری از این گفت‌وگو درباره عملکرد سازمان نظام پزشکی و ارتباط انجمن زنان با این سازمان گفت: «خوشبختانه مادر دوره اخیر ارتباط خوبی با سازمان نظام پزشکی داشته‌ایم. علی‌رغم برخی نقدهایی که به سازمان وارد است و شاید انتظارات ما از تنها تشکل سازمانی گروه پزشکی فراتر باشد، ولی در

همراهی همکاران شوریاعالی و نیز شخص رئیس کل سازمان گام‌های مثبتی در حل آن معضل برداشته شده است و امیدواریم به زودی موضوع طور کامل حل و فصل شود.»

دکتر سودابه کاظمی یکی از مهمترین مشکلات گروه متخصصین زنان را نداشتن جایگاه ثابت در سازمان نظام پزشکی و بخصوص شوریاعالی خواند و گفت: «هرچند که هیچکدام از گروه‌های پزشکی از جمله متخصصین زنان و زایمان در شوریاعالی سازمان جایگاه ثابت ندارند ولی باتوجه به اینکه متخصصین زنان تنها گروهی از پزشکان هستند که بطور مستقیم با نیمی از جمعیت کشور (زنان) و عملاً با اکثریت جمعیت کشور (از طریق ارتباط با خانواده‌ها) مرتبط هستند و همچنین باتوجه به اهمیت موضوعات مرتبط با جمعیت که از مسائل مهم و مورد تاکید مقام معظم رهبری و سایر مسئولین کشور است و اینکه رشته زنان و زایمان بطور مستقیم مخاطب بندهای زیادی از قانون جوانی جمعیت هستند، درخواست و تقاضای جدی و مؤکد ما این است که رشته زنان و زایمان، در شوریاعالی سازمان نظام پزشکی کرسی ثابت داشته باشد و من امیدوارم مسئولین سازمان همراهی کنند و از طریق اصلاح قوانین در مجلس یا هر راه دیگری که هست، این موضوع را در دستور کار خود قرار دهند.»

وی اضافه کرد: «در کمیسیون‌های سازمان هم خلاء متخصصین زنان و زایمان محسوس است و متأسفانه بعضاً تصمیماتی مستقیماً و رأساً درباره رشته ما گرفته می‌شود در صورتی که هیچکدام از متخصصین زنان در جلسه تصمیم‌گیری حضور نداشته‌اند و به نظر نمی‌رسد که این روش صحیحی باشد.»

لزوم تشکیل کمیته بحران برای رشته زنان و زایمان

رئیس انجمن متخصصین زنان و زایمان گفت: «موضوع رسیدگی به مشکلات متخصصین زنان و زایمان از اهمیت فوری برخوردار است و ما در این خصوص قبلاً به وزارت بهداشت هشدار داده‌ایم چراکه اگر امروز به این معضلات رسیدگی نشود، سیستم سلامت زنان و خانواده که زیربنای پایداری ساختار جمعیتی کشور است دچار تزلزل و آسیب جدی می‌شود. لذا پیشنهادی که ما پیش‌تر ارائه کرده‌ایم، تشکیل فوری کمیته رسیدگی به مشکلات رشته زنان و زایمان در وزارت بهداشت است.»

عمده چالش‌های این رشته به‌طور خلاصه

دکتر کاظمی در جمع‌بندی صحبت‌های خود گفت: «به‌طور خلاصه این چند مورد، مهمترین مشکلات و خواسته‌های متخصصین زنان و زایمان هستند:

۱) لزوم حضور متخصص زنان در راس امور سلامت مادران و زنان در معاونت درمان وزارت بهداشت و ستاد دانشگاه‌ها.

۲) اصلاح تعرفه خدمات شایع و نیز مهم و ضروری رشته زنان و زایمان و همچنین جراحی‌های سنگین و پیچیده در این رشته.

۳) لزوم بازنگری و تغییر رویکرد وزارت بهداشت در سیاست‌های آمرانه و تنبیهی و تویب‌خ به سمت تشویق و ترغیب خصوصاً در معاونت درمان وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها. (لازم به ذکر است علی‌رغم دستاوردهای بسیار مهم در سطوح بین‌المللی خصوصاً در زمینه کاهش مرگ و میر مادر، این گروه هیچگاه مورد تقدیر و تشویق قرار نگرفته‌اند.

۴) لزوم در نظر گرفتن جایگاه ثابت برای متخصصین زنان و زایمان در شوریاعالی و کمیسیون‌های تخصصی سازمان.

۵) لزوم توجه جدی به متخصصین زنان جوان که با کمترین امکانات در نقاط دور و محروم درحال ارائه خدمت هستند چه از نظر دریافتی‌ها و چه از نظر تأمین امکانات رفاهی و معیشتی و نیز حمایت‌های قانونی.

۶) رشته زنان و زایمان جزو مشاغل سخت محسوب شود.»

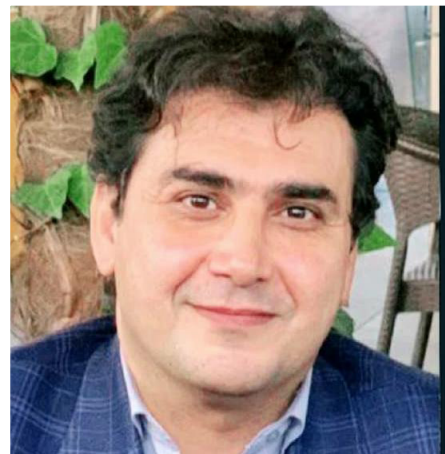
وی در پایان گفت داد: «من می‌خواهم یک بار دیگر این هشدار را به مسئولین بدهم که اگر به سرعت فکری به حال مشکلات رشته زنان و زایمان و به‌خصوص تعرفه متخصصین جنرال این رشته نشود، بیمارستان‌ها از کشیک متخصصین زنان خالی خواهد شد و دیگر حتی مطب هم صرف نمی‌کند و وضعیت از حد تاب آوری عبور خواهد کرد.

این رویه اگر اصلاح نشود، سبب تسریع خروج همکاران از حیطه پزشکی علمی به سمت خدمات زیبایی و ... یا تعطیلی و ورشکستگی مطب و مهاجرت اجباری از شغل یا حتی از کشور خواهد شد. ■

حقوق متقابل نظام پزشکی و اعضا

دکتر شهرام شمس

دبیر کمیسیون مقوقی شورای عالی سازمان نظام پزشکی



(جایگاه) به کسی است که در آن مکان جای دارد، بایسته است که شایسته‌ترین افراد برای تکیه زدن بر جایگاه نمایندگی صنفی توسط اعضای سازمان انتخاب شوند تا تصمیمات عقلایی‌تر و صحیح‌تری اخذ نموده و با انتخاب برگزیدگان اصلح در ارکان، به پویاتر شدن سازمان برای تحقق اهداف آن کمک کنند.

از بین بندهای ماده ۲ قانون، بندهای «ه» و «و» بیشتر از بقیه مورد توجه اعضاست و از آنجا که بودجه سازمان توسط حق عضویت اعضا تأمین می‌شود، ضرورت دارد اعضا، نمایندگان صالح را انتخاب کنند تا آنها بتوانند اصلح را از میان خود برای اداره و تمثیت امور سازمان برگزینند و در نهایت برگزیدگان نهایی و ذی‌ربط سازمان، در پیگیری منویات اعضا بسیار بکوشند.

فصل دوم قانون سازمان، یعنی ماده ۳ به تشریح وظایف و اختیارات سازمان با توجه به اهداف، اختصاص دارد.

اگرچه این فصل اصولاً برای سازمان جایگاه مشورتی قائل شده است اما تلفیق بندهای ماده ۳ فصل دوم در کنار مواد ۲ و ۳ قانون بهبود مستمر فضای کسب و کار، نهادهای حاکمیتی را با ضمانت اجرا ملزم به اخذ مشورت از سازمان می‌کند که این ضمانت اجرا، قدرت چانه‌زنی سازمان را بسیار بالا برده، به شکلی که برخی آراء دیوان عدالت اداری علیه نهادهای حاکمیتی به دلیل همین جایگاه سازمان و ضمانت اجرایی قانون فوق صادر گردیده است.

فصل سوم قانون سازمان در ماده ۴، شرایط عضویت در سازمان و الزام جامعه پزشکی به عضویت را توضیح داده است.

فصل چهارم قانون سازمان طی مواد ۵ تا ۱۶ ارکان شش‌گانه سازمان را مشخص نموده و تکالیف و اختیارات هر رکن را تعیین کرده است.

فصل پنجم طی مواد ۱۷ تا ۲۷ شیوه انجام انتخابات، واجدین شرایط شرکت و کاندیداتوری و ضوابط حاکم بر انتخابات نظام پزشکی را تشریح کرده است.

در فصل ششم، طی مواد ۲۸ تا ۴۱ با هیات‌های انتظامی سازمان، شیوه تعیین اعضای هیات‌ها و ضوابط حاکم بر حوزه انتظامی سازمان آشنا می‌شویم؛ و در نهایت، مواد ۴۲ تا ۴۷ به شیوه اجرای قانون، چگونگی ساختار و تشکیلات، تدوین آیین‌نامه‌ها، روش اداره و منابع بودجه و سایر وظایف سازمان و نیز تفویض برخی اختیارات از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نظام پزشکی می‌پردازد که هرکدام از فصول فوق‌الاشاره، خود حدیث مفصل جداگانه‌ای دارند.

درباره این موارد به‌شرط بقا، در شماره‌های آینده مفصل‌تر سخن خواهم گفت. ■

و تأمین این حقوق از وظایف دولت محسوب می‌شود و مستند به اصل ۲۸ آن قانون، مشاغل قانونی همه افراد جامعه، در پناه حمایت قانون هستند.

بر اساس دواصل بالا، اولاً اعضای سازمان نظام پزشکی به نمایندگی از دولت در بخش‌های دولتی و غیردولتی وظیفه دارند خدمات بهداشتی درمانی و سلامت را بدون تبعیض به مردم ارائه دهند و ثانیاً وظیفه حمایت شغلی از آحاد جامعه پزشکی و حرف وابسته (منصرف از نوع مهارت و تخصص) و همچنین حمایت از بیماران در مقابل اشتباهات و یا قصور و تقصیرهای احتمالی جامعه پزشکی مطابق قانون برعهده سازمان نظام پزشکی نهاده شده است.

از این رو در فصل اول قانون سازمان نظام پزشکی و ماده ۱ آن، سازمان نظام پزشکی به‌عنوان یک شخصیت حقوقی مستقل (منظور غیروابسته به قوای سه‌گانه) شناخته شده که به منظور تحقق بخشیدن به اهداف و انجام وظایف مقرر شده در این قانون تشکیل می‌گردد و مستند به ماده ۲ آن قانون اهداف سازمان عبارتند از:

الف) تلاش در جهت تحقق بخشیدن به ارزش‌های عالی‌ه اسلامی در کلیه امور پزشکی.

ب) تلاش در جهت پیشبرد و اصلاح امور پزشکی.

ج) مشارکت در جهت ارتقاء سطح دانش پزشکی.

د) حفظ و حمایت از حقوق بیماران.

ه) حفظ و حمایت از حقوق صنفی شاغلان حرف پزشکی.

و) تنظیم روابط شاغلین حرف پزشکی با دستگاه‌های ذی‌ربط در جهت حسن اجرای موازین و مقررات و قوانین مربوط به امور پزشکی.

ملاحظه می‌شود که اهداف سازمان، به‌شرط تحقق و محترم داشتن توسط سایر نهادها و دستگاه‌های اجرایی مرتبط با سلامت فردی و اجتماعی آحاد ملت، اهداف بسیار مهمی است و به همین دلیل مشارکت قاطبه اعضا در انتخاب نمایندگان خود در نظام پزشکی شهرستان‌ها به دلیل تأثیر آن در تعیین ارکان سازمان یک بایستگی عینی محسوب می‌شود که اولاً غیرقابل تفویض است و ثانیاً آثار بسیار مهمی در رسیدن به اهداف سازمان و همچنین ارتقاء سلامت جامعه به‌جا خواهد گذاشت.

اینکه چه افرادی به نیابت از طرف اعضای سازمان وکالت اخذ تصمیم درباره شیوه انتخاب ارکان و پیگیری صیانت از حقوق جامعه اعضای سازمان را داشته باشند، چنانکه در ادامه خواهیم دید به نظر اکثریت شرکت‌کنندگان در انتخابات هر شهرستان بستگی دارد که در نهایت مجمع عمومی سازمان را به‌عنوان مرجع انتخاب و گزینش سایر ارکان سازمان شکل خواهد داد و باتوجه به مفهوم عبارت پرمعنای «شرف المكان بالمکین» (شرافت مکان

با انتشار دوره جدید ماهنامه نظام پزشکی، فرصتی پیش آمده است تا از این پس در این ستون ثابت با نام «حقوق متقابل نظام پزشکی و اعضا»، ضمن تشریح و توضیح توانمندی‌ها، اختیارات، تکالیف و خدمات بالقوه و بالفعل سازمان نظام پزشکی، چگونگی تأثیرگذاری و مشارکت سازمان و اعضای آن بر سلامت کشور مورد بررسی موشکافانه قرار گیرد.

سازمان نظام پزشکی یکی از قدیمی‌ترین سازمان‌های خصوصی با مسئولیت عمومی در کشور است که قانون تشکیل آن از بدو تأسیس در سال ۱۳۳۹ تاکنون ۸ بار مورد بازنگری قرار گرفته و آخرین بازنگری در سال ۱۳۸۳ بوده است.

قانون فعلی سازمان نظام پزشکی مشتمل بر ۴۷ ماده و ۵۰ تبصره است که در آن اهداف، وظایف و اختیارات، شرایط عضویت، ارکان، شیوه انتخابات و هیأت‌های انتظامی تعریف، تعیین و تصریح شده است.

هر عضو سازمان لازم است از مفاد قانون نظام پزشکی مصوب ۱۳۸۳ مجمع تشخیص مصلحت نظام آگاهی داشته و از حقوق و تکالیف متقابل خود و سازمان نظام پزشکی مطلع باشد تا بهتر بتواند به وظایف قانونی خود در مقابل خدمت‌گیرندگان سلامت عمل نموده و در مقابل، حقوق خود را از سیاستگذاران، مقنن‌ها، مجریان ذی‌صلاح و مردم مطالبه کند.

مطابق اصل ۲۹ قانون اساسی، خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه و غیره، حق همگانی است

اعضای محترم سازمان نظام پزشکی و مخاطبان عزیز

شما می‌توانید از طریق اکانت روابط عمومی سازمان نظام پزشکی در پیام‌رسان‌های واتساپ و تلگرام به شماره ۰۹۱۰۳۱۷۲۳۵۸ سوالات و ابهامات مقوقی و قانونی خود را برای ما ارسال کنید و پاسخ رسمی کمیسیون مشورتی مقوق پزشکی شورای عالی سازمان نظام پزشکی را در صفحه «قانون» شماره آتی دریافت کنید.

همداستانی هنر و پزشکی



نمایش درآمده‌اند. البته بعضی از آثارم از طریق واسطه‌ها به موزه‌ها راه پیدا کرده‌اند، بنابراین درباره همه آن‌ها اطلاعات دقیق ندارم. من حدود ۲۹ خط مختلف را می‌توانم به‌صورت حرفه‌ای بنویسم. چهار نوع آن، یعنی نستعلیق، شکسته، ثلث و نسخ را طی ۱۲ سال آموزش در انجمن خوشنویسان یاد گرفتم، اما خطوط دیگر مانند کوفی، دیوانی، ریحان، محقق و ... را خودم کار کرده‌ام. حتی دو سال استاد خط کوفی در دانشگاه هنر بودم. از ترکیب این خطوط، یک سبک شخصی به نام «موج» را ابداع کرده‌ام که در آن بدون محدودیت و کاملاً آزادانه می‌نویسم، چون برای من مهم‌تر از متن، کمپوزیسیون و فضای اثر است.

در سال ۱۳۸۹، یک عنصر جدید یعنی نور را وارد آثارم کردم و اولین کسی بودم که «لایت‌باکس» را در خوشنویسی استفاده کرد. همین تکنیک باعث شد که آثارم در نمایشگاه‌ها و حراج‌های بین‌المللی حضور پیدا کند. مثلاً در سال ۲۰۱۰ یکی از آثارم در حراج لندن بود، ۲۰۱۱ در کریستیز پاریس، ۲۰۱۲ در کریستیز دبی، ۲۰۱۳ دوباره در لندن، ۲۰۱۴ در دوحه قطر و چندین حضور دیگر در حراج‌های مختلف داشته‌ام. در این مسیر، آثارم از ۶ هزار پوند تا ۴۰ هزار دلار فروخته شده‌اند.

آخرین مجموعه‌ای که کار کرده‌ام، «عشق‌های رنگی» است که تماماً سفید هستند و با تکنیک لایت‌باکس اجرا شده‌اند، به‌طوری‌که رنگ و نوشته فقط با نور قابل مشاهده است. اخیراً هم پروژه‌ای جدید راه‌اندازی کرده‌ام که به آن «اولین آرت کلینیک ایران» می‌گویم؛ فضایی که در طبقه پایین آن گالری آثار هنری خودم قرار دارد و در طبقه بالا، کلینیک زیبایی را اداره می‌کنم.

دکتر ابراهیم الفت، پزشکی که همزمان در دنیای هنر خوشنویسی و نقاشی فضا فعالیت می‌کند، داستانی متفاوت از بسیاری پزشکان دیگر دارد. او از کودکی به هنر علاقه‌مند شد و این علاقه‌مندی را در کنار تمصیلات پزشکی دنبال کرد. مالا دکتر الفت نه تنها به عنوان یک پزشک زیبایی شناخته می‌شود، بلکه آکاش در موزه‌های معتبر دنیا و مراجع‌های بین‌المللی نیز حضور دارند. در این گفت‌وگوی مصمیمانه، دکتر الفت از تجربه‌های شفصی و مرفه‌ای‌اش در دنیای پزشکی و هنر می‌گوید؛ از چالش‌های پیوند این دو دنیا، تأثیر هنر بر نگاهش به پزشکی و بالعکس و اینکه چطور توانسته در یک فضای نواورانه به نام «آرت کلینیک» هنر و پزشکی را در کنار هم به نمایش بگذارد. او از چالش‌های این مسیر و لذت‌های فاصش در ترکیب دو مرفه‌ای که به آن‌ها عشق می‌ورزد، سنف می‌گوید.

نظام پزشکی: لطفاً کمی از فودتان بگویید. چه سالی وارد دانشگاه شدید و چطور به هنر علاقه‌مند شدید؟

دکتر الفت: من ورودی سال ۱۳۷۶ دانشگاه علوم پزشکی ایران هستم، اما واقعیت این است که علاقه من به هنر خیلی قبل‌تر از ورود به دانشگاه شکل گرفت. از سوم دبستان، یعنی حدود ده سالگی، به خوشنویسی علاقه‌مند شدم و در کلاس‌های تابستانی شرکت کردم. خیلی زود وارد انجمن خوشنویسان شدم و تمام دوره‌های

حوزه زیبایی پردازم. هر جا که دوره‌ای برگزار می‌شد، من شرکت می‌کردم. هر کسی که می‌گفت مهارتی در زیبایی دارد، من برای یادگیری می‌رفتم. چون من همیشه زیبایی و هنر را مرتبط دیده‌ام، احساس کردم که مسیرم را در پزشکی پیدا کرده‌ام. جالب اینجاست که بیماران و مراجعین هم متوجه این نگاه هنری می‌شدند و می‌گفتند که مشخص است شما هنرمند هستید. با این حال، برای سال‌ها تلاش می‌کردم این دو حوزه را از هم جدا کنم. یعنی به خریداران آثار هنری‌ام نمی‌گفتم که پزشک هستم، چون نمی‌خواستم تصور کنند که یک هنرمند حرفه‌ای نیستم. از طرف دیگر، مراجعین پزشکی‌ام را هم از هنری بودنم مطلع نمی‌کردم، مبدا فکر کنند که پزشکی، حرفه اصلی من نیست!

این چالش سال‌ها برابرم وجود داشت، تا اینکه تصمیم گرفتم فضایی ایجاد کنم که این دو را با هم ترکیب کند. به همین دلیل، امروز یک مجموعه هنری-پزشکی دارم؛ در طبقه پایین گالری آثار هنری‌ام را مدیریت می‌کنم و در طبقه بالا، کلینیک زیبایی را اداره می‌کنم.

نظام پزشکی: به نظر شما، هنر و پزشکی چه نقاط اشتراکی دارند؟ آیا از هنر در پزشکی و از پزشکی در هنر الهام می‌گیرید؟

دکتر الفت: قطعاً این دو حوزه ارتباط نزدیکی با هم دارند. وقتی هنرمند باشید، نگاه شما به پزشکی، به‌ویژه پزشکی زیبایی، متفاوت خواهد بود. در هنر، اصل اول زیبایی‌شناسی است؛ شما ابتدا یاد می‌گیرید زیبایی را درک کرده و بعد آن را خلق کنید. همین مسئله، تأثیر مستقیمی روی کار پزشکی من داشته است. در واقع، پزشکی زیبایی هم نوعی هنر است، با این تفاوت که بوم آن، چهره انسان‌هاست.

از طرف دیگر، همیشه سعی کرده‌ام از نظر علمی به‌روز باشم. در کنگره‌های داخلی و خارجی شرکت می‌کنم و جاهایی که می‌دانستم چیزی برای یادگیری دارند، می‌رفتم. متأسفانه برخی همکاران ما بیشتر به جنبه‌های بیزینسی این کار توجه دارند، اما من هیچ‌وقت نگاه تجاری صرف به این حرفه نداشتم. مثلاً، اگر یک بیمار نیازی به تزریق فیلر چانه یا زاویه‌سازی نداشته باشد، هرگز او را متقاعد نمی‌کنم که صرفاً برای کسب درآمد، این کار را انجام دهد...



نظام پزشکی: بعد از فارغ‌التحصیلی، مستقیماً وارد طبابت شدید؟

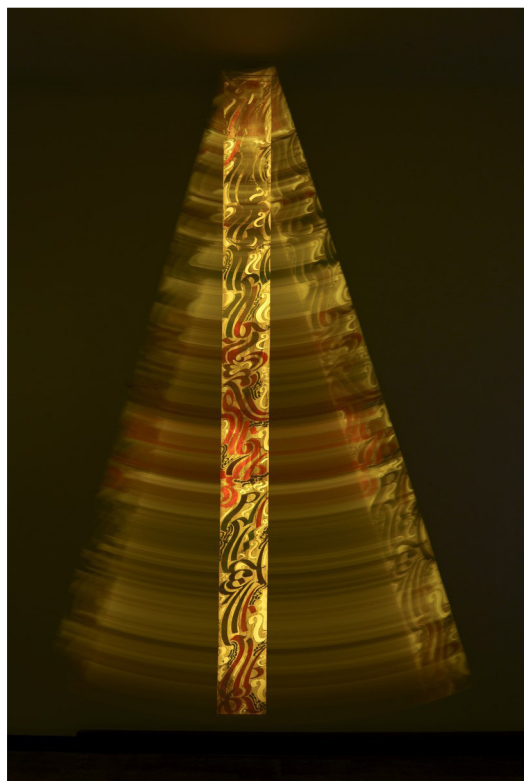
دکتر الفت: وقتی فارغ‌التحصیل شدم، ابتدا باید به خدمت سربازی می‌رفتم. سال ۱۳۸۴ فارغ‌التحصیل شدم و سال‌های ۸۵ و ۸۶ را در فرماندهی نیروی زمینی ارتش در میدان اقدسیه، به‌عنوان پزشک سپری کردم. اما برای اینکه بتوانم در تهران مطب داشته باشم، باید امتیاز لازم را کسب می‌کردم. به همین دلیل، یک سال در مناطق محروم جنوب کشور کار کردم و پس از آن، حدود سال ۸۹ یا ۹۰ به تهران برگشتم.

در ابتدا تصمیم داشتم به کانادا مهاجرت کنم، اما برای داشتن یک رزومه قوی در حوزه پزشکی خانواده، یک سال به منطقه تربت جام، در مرز افغانستان رفتم و در مرکز درمانی صالح‌آباد فعالیت کردم. آنجا روزانه حدود ۷۰۰ بیمار ویزیت می‌کردم؛ ۴۸۰ نفر در نوبت صبح و ۲۲۰ نفر در نوبت عصر. اما در نهایت، تصمیم گرفتم از مهاجرت صرف‌نظر کنم و به یادگیری و فعالیت در

آن را گذراندم. در واقع، وقتی وارد دانشگاه شدم، فارغ‌التحصیل انجمن خوشنویسان بودم و در مراحل پیشرفته‌ای مثل فوق ممتاز و نقاشی خط فعالیت داشتم.

هنر هیچ‌وقت برای من یک سرگرمی یا تفریح نبوده؛ همیشه بخش بزرگی از زندگی‌ام را تشکیل داده است. شاید کمی شوخی به نظر برسد، اما واقعیت این است و در صفحه هنری‌ام هم نوشته‌ام که «یک هنرمند بین‌المللی هستم که پزشکی زیبایی را به‌عنوان هابی انجام می‌دهم!» از ده سالگی تا امروز، ۳۴ سال است که به‌طور حرفه‌ای کار هنری می‌کنم. تاکنون ۲۳ نمایشگاه انفرادی برگزار کرده‌ام و در بیش از ۱۰۰ نمایشگاه گروهی حضور داشته‌ام. کارهای من در موزه‌های مختلف دنیا هم به نمایش گذاشته شده است. جالب است بدانید که اولین مطب زیبایی‌ام را با فروش ۱۳ اثر از خودم به موزه خط مالزی افتتاح کردم. همچنین یکی از سه هنرمندی هستم که آثارش در موزه برایتون انگلستان قرار دارد. برخی دیگر از آثارم هم در موزه‌هایی مثل موزه واشنگتن و موزه خط مالزی به

◀ ادامه از صفحه ۱۴



که پزشکی زیبایی را هم دوست دارم. برای من، این کار شبیه مجسمه سازی است. وقتی نتیجه نهایی را می بینم و از رضایت مراجعین لذت می برم، احساس خوبی پیدا می کنم. همیشه به بیمارانی می گویم که من بیشتر از شما دنبال یک نتیجه خوب هستم، چون این کار را به چشم یک هنر می بینم. از طرفی، این ترکیب پزشکی و هنر را دوست دارم. پزشکی کمک می کند که آن حساسیت بیش از حدی که هنرمندان دارند، کمی متعادل شود و در مقابل، هنر از سختی و خشونت احتمالی فضای پزشکی می کاهد. فکر می کنم جزو معدود پزشکانی در دنیا هستم که هر دو کار را در سطح حرفه ای انجام می دهند. هنر برای من صرفاً یک سرگرمی نیست؛ کاملاً جدی آن را دنبال می کنم و حتی از نظر مالی هم درآمد خوبی از آن دارم، شاید به اندازه پزشکی. اما پولی که از هنر می آید، انگار شیرین تر است؛ چون هنر یک عشق است به نظر من، عشق زمانی معنا پیدا می کند که جاده ای یک طرفه باشد. نقاشی و خوشنویسی برای من دقیقاً همین حس را دارند. بوم هیچ وقت شکایت نمی کند، اعتراضی ندارد، اگر یک اثر خوب از آب در نیاید، می توانی آن را پاره کنی و دوباره از نو شروع کنی. اما در پزشکی این طور نیست؛ نظر مراجعه کننده مهم است و شاید حتی بهترین سلیقه و مهارت من را نپسندد. به همین دلیل، این دو دنیای کاملاً متفاوت اما جذاب را در کنار هم نگه داشته ام.

جدید باشم. همیشه به دنبال تجربه های نو هستم و این چیزی است که پزشکی در من تقویت کرده است

نظام پزشکی: چه صمبیتی برای پزشکانی دارید که به هنر علاقه دارند اما فکر می کنند وقت کافی ندارند؟

دکتر الفت: وقت کافی هیچ وقت وجود ندارد، وقت را باید ساخت! اگر کسی واقعا عاشق چیزی باشد، حتی فراتر از جنبه مالی آن، خودش راهی پیدا می کند تا برایش زمان بگذارد. من همیشه به خودم می گویم که زندگی یکبار است و باید قدر همین یکبار را دانست. نباید آن را با کارهایی که صرفاً از روی اجبار انجام می دهیم، هدر بدهیم. اگر کسی به هنر علاقه دارد، باید برایش زمان بگذارد، چون چیزی که عاشقانه انجام شود، همیشه ارزشش را دارد.

نظام پزشکی: اگر قرار باشد یک تابلو بکشید که نشان دهنده زندگی شفصی و مرفه ای شما باشد، چه تصویری را انتخاب می کنید؟

دکتر الفت: تابلویی که در آن از تکه های آینه استفاده شده باشد و کلمه «من» در آن بزرگ نوشته شده باشد. طوری که وقتی به آن نگاه می کنم، خودم را در میان این آینه ها ببینم، با تمام راه هایی که رفته ام و تجربه هایی که پشت سر گذاشته ام.

نظام پزشکی: به عنوان مرف آفر...

دکتر الفت: از شما ممنونم که این فرصت را فراهم کردید. هدف ما در «آرت کلینیک» فقط کسب درآمد نیست؛ ما این فضا را ایجاد کردیم تا بتوانیم حال هموطنانمان را بهتر کنیم و امیدواریم که این حال خوب، به دیگران هم منتقل شود. در واقع می خواهیم درمانگری هنر را در این مجموعه تجربه کنیم. ممنون که به این مسیر و این نوع درمانگری توجه دارید و آن را منعکس می کنید. ■



... همیشه تلاش کرده ام که اگر می توانم تغییری مثبت ایجاد کنم، این کار را انجام دهم، اما اگر ضرورتی نمی بینم، به چهره کسی دست نزنم. همین نگاه باعث شده که بسیاری از مراجعین من، بیش از ۱۰ سال است که به من اعتماد دارند و همچنان پیش من می آیند. الان ۱۳ سال است که در کنار فعالیت های هنری ام، در حوزه پزشکی زیبایی هم کار می کنم و خوشبختانه بازخوردهای خوبی داشته ام.

نظام پزشکی: آیا تا به حال از نقاشی یا هنر برای ارتباط بهتر با بیماران، مثلاً کاهش استرس آنها استفاده کرده اید؟

دکتر الفت: بله، در سال ۸۶ با دکتر زاده محمدی در دانشگاه شهید بهشتی، اولین گروه «هنر درمانی» را در کشور راه اندازی کردیم. در آن زمان، با کودکان دارای معلولیت در مرکز خیریه ریحانه ملانک در پل رومی کار می کردیم. من در آن پروژه، به عنوان



«خط درمانگر» روی افرادی که دچار اختلال بودند، فعالیت داشتیم. تجربه بسیار جالبی بود و بعداً هم دیدم که در لندن، رشته «آرت تراپی» یا همان هنر درمانی به طور رسمی شکل گرفت. در واقع، چیزی که ما سال ها قبل در ایران کار کردیم، امروز تبدیل به یک رشته معتبر در سطح جهان شده است.

نظام پزشکی: تا به حال شده فکر کنید که فقط به نقاشی بپردازید و پزشکی را کنار بگذارید، یا برعکس؟

دکتر الفت: بله، این فکر همیشه وجود داشته، مخصوصاً که در کشوری زندگی می کنیم که متأسفانه نه به هنر آن طور که باید بها داده می شود و نه به پزشکی. اما چون در سطح بین المللی هم کار کرده ام، برای خودم یک معیار تعیین کرده ام: حقیقت این است که پول، همه چیز نیست، اما نبودنش قطعاً سختی های زیادی به همراه دارد.

به شوخی یا جدی همیشه گفته ام که اگر اولین تابلوی ۵۰ هزار دلاری ام را بفروشم، دیگر دست به سوزن پزشکی نمی زنم و فقط هنر را ادامه می دهم! اما واقعیت این است

ماهنامه نظام پزشکی

صاحب امتیاز:

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

مدیرمسئول:

دکتر محمد رئیسزاده

سرمدیر:

دکتر علی سلحشور

نشانی:

تهران، خیابان کارگر شمالی

خیابان فرشی مقدم (شانزدهم)، شماره ۱۱۹

اداره کل روابط عمومی و امور بین الملل

شماره پیام‌رسان: ۰۹۱۰۳۱۷۲۳۵۸



نه به تصادف!

پویش ملی ایمنی و سلامت سفر

دعوت رئیس کل سازمان نظام پزشکی کشور به مشارکت در پویش ملی نه به تصادف

■ رئیس کل سازمان نظام پزشکی کشور از تمامی اعضای جامعه پزشکی دعوت کرد در پویش ملی نه به تصادف مشارکت فعال داشته باشند.

با آغاز پویش ملی «نه به تصادف» در سراسر کشور، دکتر محمد رئیسزاده از همه اعضای سازمان نظام پزشکی در سراسر کشور دعوت کرد تا با پیوستن به این پویش، در کاهش حوادث ترافیکی و ارتقای ایمنی جاده‌ای نقش مؤثری ایفا کنند.

♦ راههای مشارکت در پویش:

اعضای محترم جامعه پزشکی می‌توانند از روش‌های خلاقانه و متنوع برای همراهی با این پویش استفاده کنند، از جمله:

- تولید تیزرها و کلیپ‌های آموزشی
- طراحی پوسترهای اطلاع‌رسانی
- گفت‌وگو با مردم و بیماران درباره نکات ایمنی در رانندگی
- و هر اقدام نوآورانه و تأثیرگذاری که به افزایش آگاهی عمومی کمک کند

در پایان این پویش، از خلاقانه‌ترین و مؤثرترین اقدامات اعضای سازمان تقدیر شده و به برترین‌ها جوایزی ویژه اهدا خواهد شد.

♦ گفتنی است از تمامی نظام پزشکی شهرستان‌ها نیز درخواست شده است تا به این پویش بپیوندند و به صورت فعال در اجرای آن مشارکت کنند.

تمامی اقدامات و فعالیت‌های اجرایی این پویش از سوی نظام پزشکی شهرستان‌ها، در کانال تلگرامی سازمان نظام پزشکی منتشر خواهد شد. از همه اعضای جامعه پزشکی دعوت می‌شود تا با پیوستن به پویش «نه به تصادف» و اجرای اقدامات مؤثر، سهمی در کاهش تصادفات جاده‌ای و حفظ جان هموطنان عزیز داشته باشند.

آثار فود را از طریق شماره ۰۹۱۰۳۱۷۲۳۵۸ به پیام‌رسان روابط عمومی سازمان نظام پزشکی ارسال نمایید.