

• یادداشت •
«دکتر محمدحسین قربانی»

بحران بیمارستان‌های فرسوده در زمان زلزله

وقوع زلزله‌های اخیر در نقاط مختلف کشور، هشدار می‌بود تا در برابر حوادث طبیعی، آمادگی خود را بالاتر ببریم. یکی از مهم‌ترین مسائل پیش‌رو در زمان وقوع زلزله که می‌تواند سلامت شهروندان را تهدید کند، فرسودگی بیمارستان‌های کشور است. متأسفانه بیش از نیمی از بیمارستان‌های کشور، عمری بالای ۵۰ سال دارند. بیمارستان‌های فرسوده، می‌توانند در زمان وقوع زلزله، به بحرانی جدی تبدیل شوند. درحالی که بیمارستان‌ها به‌عنوان مهم‌ترین پناهگاه‌های مردم شناخته می‌شوند، اما همین پناهگاه‌ها در زمان وقوع زلزله ممکن است به قتلگاه تبدیل شوند. در نظر بگیرید که خروج بیماران از بیمارستان‌های فرسوده در زمان وقوع زلزله، بسیار دشوار است و نیاز داریم که بیمارستان‌ها راه‌به‌شکلی مقاوم و ایمن، بازسازی کنیم. البته متأسفانه شرایط بسیاری از بیمارستان‌های فرسوده به‌شکلی است که ارزش بازسازی ندارند و احداث بیمارستانی جدید، به‌صرفه‌تر از نوسازی بیمارستان‌های فرسوده است. با توجه به اعتبارات محدود دولت برای نوسازی و بازسازی بیمارستان‌های فرسوده، باید در مسیری گام گذاشت که خیرین سلامت و بخش خصوصی، با توان بیشتری به میدان بیایند و کار بازسازی یافت‌های فرسوده درمانی را انجام دهند. ایجاد انگیزه برای حضور فعال بخش خصوصی در حوزه بیمارستان‌سازی و جذب سرمایه‌گذاری‌های خارجی، می‌تواند موجب افزایش ایمنی و مقاومت بیمارستان‌ها در برابر زلزله شود. نکته مهم‌تر این است که نباید اجازه داد که در فرآیند ساخت بیمارستان‌ها، اصول ایمنی را دور بزنند. در جریان زلزله اخیر در سرپل ذهاب، شاهد بودیم که بیمارستانی تازه‌ساخت، تخریب شد که همین مسئله نشان می‌دهد که گاهی تا چه حد، استانداردهای ایمنی در مراحل ساخت بیمارستان‌ها در نظر گرفته نمی‌شود. جدای از سازه فیزیکی بیمارستان‌ها، بسیاری از تخت‌های بیمارستانی هم فرسوده هستند که باید برای نوسازی این تخت‌های فرسوده نیز –که اغلب در بیمارستان‌های دولتی هستند- برنامه‌ریزی عاجلی شود تا شان و سلامت بیمار، حفظ شود.

عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس

• خبر •

ارائه خدمات درمانی تامین اجتماعی خراسان جنوبی به ۲۵۰۰ نفر در روز

مدیر درمان تامین اجتماعی خراسان جنوبی گفت: روزانه بیش از دو هزار و ۵۰۰ نفر از خدمات درمانی مراکز تأمین اجتماعی خراسان جنوبی بهره‌مند می‌شوند. به گزارش روابط عمومی سازمان تامین اجتماعی، دکتر فرزاد فیروزی پس از بازدید از پروژه پلی‌کلینیک تامین اجتماعی شهرستان طبس در دیدار با فرماندار طبس اظهار داشت: «آزمون استخدامی برای این پلی‌کلینیک با اولویت نیروهای بومی برگزار شده است.»

وی با بیان اینکه همواره در پی توسعه کمی و کیفی خدمات درمانی در این استان بوده ایم، بیان کرد: «طبق قانون نظام سطح‌بندی، ایجاد مراکز درمانی تأمین اجتماعی در شهرها بر اساس جمعیت بیمه شدگان صورت می‌پذیرد.»

دکتر فیروزی تصریح کرد: «پلی‌کلینیک شهرستان طبس با حمایت مدیر عامل سازمان تامین اجتماعی، مسئولان شهر و نمایندگان کارگران کلنگ‌زنی شد و اکنون درحال احداث است.»

وی با بیان اینکه در حال حاضر نیروی انسانی و تجهیزات پلی‌کلینیک طبس آماده حمل و نصب است، خاطر نشان کرد: «این پلی‌کلینیک طوری طراحی شده که به راحتی قابلیت توسعه و تبدیل به بیمارستان را دارد.»

دکتر نوربخش:عزم جدی برای تداوم حذف دفترچه‌های کاغذی

مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی در جلسه شورای فناوری اطلاعات (فاوا) سازمان تامین اجتماعی اظهار داشت: «آینده سازمان تامین اجتماعی و تحقق برنامه و اهداف این سازمان با استفاده از فناوری اطلاعات خواهد بود.» سیدتقی نوربخش افزود: «برنامه حذف دفترچه و تولید نسخه الکترونیک یکی از برنامه‌های بسیار مهم سازمان تامین اجتماعی است که در مراکز درمانی ملکی این سازمان با موفقیت اجرا شد و در مراکز درمانی طرف قرارداد نیز در حال انجام است.» مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی ادامه داد: «برای اجرای این برنامه حوزه‌های مالی و فناوری اطلاعات سازمان تامین اجتماعی در حال همکاری و تلاش هستند»

زخم‌خاک
در شهر خبرهایی هست

۸۰ | کتیبه نو

توزیع ناعادلانه پزشک، موجب شده تا دسترسی ساکنان مناطق محروم به امکانات درمانی، به راحتی میسر نباشد

نیمی از پزشکان، در کلان‌شهرها طبابت می‌کنند!



تهران با جمعیتی حدود ۱۲ میلیون نفر، نیمی از متخصصان مغز و اعصاب کشور را در خود جای داده است و نیمی دیگر از متخصصان مغز و اعصاب، در بین جمعیتی حدود ۶۸ میلیون نفری، توزیع شده‌اند.

شد. دکتر منوچهر جمالی، عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، در گفت‌وگو با آتی‌هنو از زاویه دیگری به تبعات توزیع ناعادلانه پزشک نگاه می‌کند و می‌گوید: «تجمع پزشکان متخصص در کلان‌شهرها و به‌خصوص در تهران، باعث شده است که بخشی از مراجعات مردم به مطب‌ها و مراکز درمانی، غیرضروری باشد. همچنین به دلیل تجمع پزشکان در مناطق برخوردار، احتمال افزایش تقاضاهای القایی در حوزه درمان وجود دارد و درواقع، رقابت ناسالمی برای جذب بیمار بیشتر در بین پزشکان شکل خواهد گرفت.» به گفته جمالی، همین تقاضاهای القایی موجب خواهد شد که هزینه‌های درمانی بیمار و بیمه‌های درمانی افزایش پیدا کند که درنهایت، دود این توزیع ناعادلانه پزشک، به چشم بیمه‌شده‌ها خواهد رفت. بومی‌گزینی دانشجوی پزشکی، اخذ تعهد غیرقابل خرید و فروش برای خدمت پزشک در شهرهای کم‌برخوردار، افزایش تسهیلات رفاهی برای پزشکان شاغل در مناطق محروم و اصلاح علمی فرآیند توزیع پزشک از سوی متولی نظام سلامت، راهکارهای دیگری برای توزیع عادلانه پزشک است که جمالی به آنها اشاره می‌کند. هم‌اکنون حدود ۳۷۰۰ پزشک متخصص و سه هزار پزشک عمومی در مراکز درمانی ملکی سازمان تامین اجتماعی فعالیت دارند که بی‌شک، توزیع عادلانه پزشک از سوی وزارت بهداشت می‌تواند فرایند توزیع پزشک در مراکز ملکی تأمین اجتماعی را هم متحول کند. از آنجا که وظیفه توزیع پزشک در اختیار متولی نظام سلامت است، در صورت توزیع عادلانه پزشکان از سوی وزارت بهداشت، تأمین اجتماعی هم قادر خواهد بود که خدمات بیشتری را به بیمه‌شدگان ساکن مناطق محروم ارائه دهد.

■ **شاه‌کلید توزیع عادلانه پزشک در کشور** یکی از عمده دلایل کمبود پزشک در مناطق محروم، بی‌رغبتی بسیاری از پزشکان عمومی برای حضور در عرصه درمان است؛ طوری‌که به گفته دکتر عباس کامیابی، رئیس انجمن پزشکان عمومی، نیمی از پزشکان عمومی کشور، طبابت را رها کرده‌اند. این گروه از پزشکان معمولاً در مشاغلی غیرمرتبط با حرفه پزشکی، مشغول به کار هستند. دکتر فرزاد فرقان، عضو شورای عالی نظام پزشکی کشور، در گفت‌وگو با آتی‌هنو، اجرای کامل نظام ارجاع و برنامه پزشک خانواده را مانع از تجمع پزشکان در کلان‌شهرها می‌داند و می‌گوید: «با اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده، پزشکان عمومی به جایگاه از دست‌رفته خود باز می‌گردند و توزیع پزشکان در نقاط مختلف کشور، عادلانه‌تر خواهد شد.» به گفته فرقان، در صورتی که پزشکان عمومی غیرفعال در حوزه سلامت به طبابت بازگردند و تخصص‌گرایی در نظام سلامت، کمرنگ‌تر شود، بسیاری از پزشکان عمومی برای حضور در نقاط مختلف کشور، انگیزه خواهند داشت. به عقیده فرقان، اگر شرایط فعلی، در نظام سلامت تداوم پیدا کند و اراده جدی برای اجرای نظام ارجاع وجود نداشته باشد، توزیع ناعادلانه پزشکان در نقاط مختلف کشور، عمیق‌تر خواهد

جمعیت ساکنان مرکز شهر بیشتر است. جالب‌تر اینکه بر اساس گفته‌های رسول خضری، عضو کمیسیون اجتماعی مجلس، نیمی از متخصصان مغز و اعصاب، در تهران فعالیت می‌کنند. یعنی تهران با جمعیتی حدود ۱۲ میلیون نفری، نیمی از متخصصان مغز و اعصاب کشور را در خود جای داده است و نیمی دیگر از متخصصان مغز و اعصاب، در بین جمعیتی حدود ۶۸ میلیون نفری، توزیع شده‌اند. همچنین محمدرضا ظفرقندی، رئیس شورای عالی نظام‌پزشکی هم به یکی دیگر از نمونه‌های باز مشکل توزیع پزشک در کشور اشاره می‌کند و می‌گوید: «در رشته جراحی عروق، ۱۲ استان کشور حتی یک جراح هم ندارند.» با وجود آنکه بر اساس آمارهای ارائه‌شده از سوی وزارت بهداشت، سالانه حدود هشت هزار نفر در رشته‌های پزشکی وارد دانشگاه‌های کشور می‌شوند، ولی اغلب این دانشجویان، پس از فارغ التحصیلی و گذراندن دوره طرح اجباری، راهی کلان‌شهرها می‌شوند. در حقیقت، افزایش ظرفیت جذب دانشجوی پزشکی در طی سال‌های اخیر، نتوانسته است مشکل کمبود پزشک را در نقاط محروم کشور حل کند؛ بلکه این افزایش ظرفیت‌ها بیشتر موجب شده است تا ترافیک پزشکان در کلان‌شهرها افزایش پیدا کند.

نسخه‌خانه

حدود ۲۰۰ هزار دانشجو در حدود ۶۰ دانشگاه علوم پزشکی کشور، در حال تحصیل هستند. همچنین حدود ۷۸ هزار پزشک عمومی، ۲۶ هزار پزشک متخصص، ۵۰ هزار ماما، ۱۴۰ هزار پرستار، حدود ۱۹ هزار داروساز و حدود ۲۶ هزار دندانپزشک هم در کشور فعالیت می‌کنند. وقتی نیمی از این جامعه پزشکی در تهران و کلان‌شهرها فعالیت می‌کنند، این تمرکز خود به خود موجب کمبود پزشک در شهرهای کوچک خواهد شد.

• یادداشت •
«دکتر علی‌اصطام پور»

تأمین اجتماعی، در سطح کشور به‌عنوان بزرگ‌ترین خریدار درمان و دومین تولیدکننده درمان محسوب می‌شود. با تصویب قانون الزام در سال ۶۹، مدیریت‌های درمان در سراسر کشور تشکیل شدند و خدمت مهم درمان – که اغلب، تأمین اجتماعی را با دفترچه درمانی آن می‌شناسند – زیرنظر مدیریت‌های درمان قرار گرفت. ۶۵ درصد از جمعیت استان اصفهان، تحت پوشش درمان تأمین اجتماعی هستند و مدیریت درمان استان اصفهان، بدون احتساب جمعیت بیمه‌شده کاشان و آران‌ویدگل، حدود دو میلیون و ۹۷۰ هزار بیمه‌شده و مستمری‌بگیر اصلی و تبعی تأمین اجتماعی استان را تحت پوشش خدمات درمانی دارد. همچنین مقایسه آمار جمعیت بیمه‌شده تأمین اجتماعی استان در

اولین بار در بخش درمان تأمین اجتماعی در استان اصفهان و در تعدادی از مراکز درمانی تأمین اجتماعی شهرستان‌های استان، شامل نائین، اردستان، خمینی‌شهر، مبارکه، گلپایگان، فریدن و ... اجرا شد.

با توجه به تعامل سازنده با قشرهای مختلف جامعه و ارگان‌ها و سازمان‌های استان، بالطبع بازخوردهایی به دنبال داشته که از طرف امام جمعه، استاندار محترم، کانون‌ها، جوامع کاری و بازنشستگی از ارائه خدمات مطلوب مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان، تقدیر و تشکر به عمل آمده است. با هدف همفکری و مشارکت جمعی کارکنان، کمیته‌های عمومی و تخصصی تشکیل شده تا به اجرای طرح انگیزشی کارکنان برای رعایت عدالت پیردارد که امیدواریم در ارتقای انگیزه پرسنل و بهبود خدمت‌رسانی به بیمه‌شدگان، مفید باشد.

مدیر درمان تأمین اجتماعی استان اصفهان

اسفندماه سال ۹۴ –نسبت به ماه مشابه در سال ۹۳– نشان از افزایش تعداد حدود ۷۳۴۰ نفر بیمه‌شده و مستمری‌بگیر اصلی و تبعی دارد. با توجه به اینکه استان اصفهان، امکانات تشخیصی و درمانی مطلوبی دارد، تعدادی از بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی استان‌های همجوار، برای تأمین نیازهای تشخیصی و درمانی خود، به مراکز درمانی استان اصفهان و به‌ویژه شهر اصفهان مراجعه می‌کنند. در سال ۹۴ تعداد بیماران بستری‌شده ۸۴ هزار و ۱۴۹ نفر بوده است که از این میزان، ۶۲ درصد مورد اعمال جراحی قرار گرفتند و در همین مدت، بیش از پنج میلیون نفر جهت ویزیت سرپایی به مراکز ملکی استان مراجعه داشته‌اند. استان اصفهان، در بخش درمان مستقیم، دارای رتبه دوم از نظر تعداد بیمار بستری و تعداد عمل جراحی انجام‌شده در مراکز درمانی ملکی بین مدیریت‌های درمان تأمین اجتماعی کشور در سال ۹۴ است. مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان