

اظهارات
جنگالی
وزیر رفاه



۲ صفحه

نامه رییس مجلس برای
جلوگیری از تخلف
دستگاه‌های دولتی

۴ صفحه

رویکرد جامع مختلف به
مساله رشد جمعیت
رشد جمعیت
از کدام راه؟

۶ صفحه

آیا تجویز چشم بسته (امپریک)
استروئیدها جایز است؟
خوب، بد، زشت؟!!

۱۲ صفحه

بازسازی استخوان فک
آرواره‌های
بند خورده

۱۳ صفحه

اندر مصیبت‌های داروسازی!
این «حنا»
داروساز!

۱۶ صفحه



بار سنگین
بیماری‌ها
بر دوش
کیست؟

سرمقاله

دکتر پیمان سلامتی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

بار بیماری چیست؟

برای برنامه‌ریزی در نظام سلامت شناسایی نیازها و تقاضاها ضروری است. گرچه گاهی از اوقات نیاز و تقاضا به اشتباه در جای یکدیگر به کار می‌روند باید به تفاوت‌های این دو توجه داشت. نیاز (need) به معنای حواشی ذاتی جامعه به خدمات سلامتی است، در حالی که تقاضا (demand) به معنای میزان تمایل جامعه به این خدمات می‌باشد. نیاز ممکن است به وسیله برنامه‌های جاری برآورده شود یا نشود. نیازهای برآورده نشده ممکن است درک شده یا نشده باشند. از طرف دیگر تقاضا ممکن است منطبق با نیاز، بیش از نیاز واقعی و یا غیر منطبق با نیاز باشد. تمام تقاضاها را نمی‌توان و نباید پاسخ داد و گاهی تقاضاها غیر ضروری هستند. به عنوان مثال، شهر کوچکی را تصور کنید که آمبولانس مناسب ندارد اما ساکنان آن تقاضای ساخت یک بیمارستان فوق تخصصی دارند. شتاب روزافزون معرفی فناوری‌های نوین که به طور عمده گران قیمت هستند، مسوولان نظام سلامت را با ضرورت اولویت بندی برنامه‌ها جهت تخصیص منابع مواجه می‌سازد. به طور حتم صرف منابع برای رفع نیازهایی که مورد تقاضا می‌باشند مطلوب ترین حالت است. هزینه کرد منابع برای رفع نیازهایی که مورد تقاضا نیستند موضوعی چالش برانگیز بوده و هدایت منابع به سوی تقاضاهایی که نیاز واقعی نیستند اشتباه می‌باشد. از سوی دیگر، شاخص‌های اپیدمیولوژیک متعارف کارایی لازم را جهت اولویت بندی برنامه‌ها ندارند. این شاخص‌ها عمدتاً به سه دسته شاخص‌های مرگ و میر (همچون میزان خام مرگ، میزان مرگ اختصاصی، میزان مرگ استاندارد شده)، شاخص‌های فراوانی بیماری‌ها (همچون میزان شیوع، میزان بروز، میزان بروز تجمعی) و شاخص‌های پیامد بیماری‌ها (همچون آسیب، ناتوانی و معلولیت) تقسیم می‌شوند که هر کدام از آنها به تنهایی استفاده محدودی دارند.

ادامه در صفحه ۴

PHARMATON
NATURAL HEALTH PRODUCTS

تولید و بسته بندی

در شرکت فارماتون/جینسانا سونیس

شرکت علم فارمد گستر

نماینده انحصاری فارماتون/جینسانا در ایران

تلفن مرکز مشاوره

پزشکی و تغذیه:

۲۲۴۱۱۵۴۱ ، ۲۲۴۱۱۵۲۹

فروش در داروخانه های سراسر کشور

ژریاتریک فارماتون

ترکیبی کامل از ۲۰ ویتامین
ماده معدنی و عنصر کمیاب
طبیعی جهت بازسازی و ارتقاء
قوای جسمی و ذهنی



1228027130

جینکوسان

دارویی گیاهی حاوی جینکوبیوبا
و جینسنگ جهت تقویت حافظه،
افزایش توجه و تمرکز حواس



1228061073

سونگانایت

دارویی گیاهی حاوی والرین و ملیسا
آرام بخش و خواب آور گیاهی، بدون
ایجاد عادت یا وابستگی



1228120602

مکملهای غذایی جهت تشخیص، درمان
و پیشگیری از بیماری نمی باشند.

توزیع: پخش هجرت
داروگستر رازی
ندای محیا



GENUINE HEALTH

بدون بوی نامطبوع ماهی

بدون حیوه و املاح سرب

تهیه شده از سالمترین و غنی ترین

Enteric - Coated

No Fishy odor



خوارزمی
داروسازی خوارزمی
پخش التیام پخش البرز

اقدام خلاف قانون شورای عالی بیمه

ایستنا: رییس کمیسیون بهداشت در نامه‌ای به رییس مجلس اعلام کرد: «مستند به بند ۱۴ ماده واحده قانون بودجه سال ۱۳۸۸ وضعیت فعلی حق بیمه که به صورت رقمی ثابت و تحت عنوان سرانه تصویب می‌گردید، به صورت درصدی از حقوق و دستمزد برای کارکنان و بازنشستگان لشکری و کشوری که روشی بسیار عادلانه‌تر از روش فعلی است، ملاک تعیین حق بیمه افراد قرار گرفته است.»

در ادامه این نامه آمده است: «اطلاع اجرا شود.»



یاقیم متاسفانه شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور در جلسه مورخ ۱۳۸۸/۲/۵ برخلاف بند قانونی مذکور همانند روال سال‌های گذشته نسبت به تعیین سرانه و تعرفه‌ها روشی مغایر با احکام قانونی و شیوه جدید تأمین منابع مالی اقدام نموده است.»

آزموده‌را آزمون خطاست

فارس: حسن امین‌لو، معاون وزیر بهداشت گفت: «طرح تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی تا سال ۵۵ دوبار اجرا شد و هر بار بعد از مدتی به علت اینکه مدیریت

نظام سلامت از یکپارچگی خارج شد، این طرح شکست خورد و هر بار بخش‌های مرتبط با سلامت مردم دوباره به مجموعه وزارت بهداشتی وقت بازگشت.»

معاون امور مجلس وزارت بهداشت تأکید کرد: «بخش سلامت باید متولی واحدی داشته باشد و سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی سلامت مردم باید در یک جا متمرکز باشد، در غیر این صورت اختلاف نظر و اینکه هر کس بخواهد نظر خودش را اجرا کند به سلامت مردم آسیب می‌رساند و نظام سلامت ناکارآمد و دچار اشکال می‌شود. تولید سلامت حتماً باید در یک جا متمرکز باشد اما اجرای سیاست‌های سلامت می‌تواند توسط هر دستگاهی حتی بخش خصوصی اجرا شود.»

اوضاع فاجعه‌بار زباله‌های بیمارستانی

فارس: اسدالله عباسی، رییس فراکسیون محیط زیست مجلس شورای اسلامی گفت: «وضعیت زباله‌های بیمارستانی در



شهرستان‌ها فاجعه‌بار است و وزارت کشور، بهداشت و سازمان محیط زیست در این رابطه مسوول هستند. زباله‌های بیمارستانی از لحاظ فنی بازیافت نمی‌شوند و کنترل و نظارتی نیز در این زمینه وجود ندارد.»

از القاب علمی سوء استفاده نکنید

مهر: رییس کمیسیون آموزش و تحقیقات مجلس شورای اسلامی گفت: «کمیسیون آموزش در حال تصویب قانونی است که

بر اساس آن افرادی که از القاب علمی به دروغ استفاده می‌کنند کلاهبردار شناخته شده و مجازات می‌شوند.»

نسبت معکوس پزشک به پرستار

ایستنا: شاهرخ رامین، مخبر کمیسیون بهداشت و درمان مجلس گفت: «بر اساس نرم جهانی باید به ازای هر پزشک سه پرستار در نظام بهداشت و درمان شاغل باشند، حال آنکه در ایران پزشکان شاغل ۱/۵ برابر پرستاران شاغل هستند، یعنی در مقابل ۵۳ هزار پرستار ۷۰ هزار پزشک اشتغال دارند.»

حکایت همچنان باقی است

ایستنا: به‌رغم رشد ۳۹ درصدی سهم دولت برای بیمه کارکنان دولتی، مدیر کل دفتر منابع مالی وزارت بهداشت اعلام کرد، بودجه ۲۶۵ میلیارد تومانی کتشی افزایش



سرانه ۱۰ هزار تومانی سلامت را ندارد. مدیر کل دفتر برنامه‌ریزی و منابع مالی وزارت بهداشت، با بیان اینکه با تصویب قانون کسر درصدی از حقوق و دستمزد کارکنان لشگری و کشوری دو سوم آن توسط دولت و یک سوم توسط بیمه شده پرداخت می‌شود، گفت: «به این منظور ۲۶۵ میلیارد تومان سهم دولت در بودجه ۸۸ برای بیمه کارکنان لشگری و کشوری دیده شده است.»

مسعود ابوالحاج با بیان اینکه با این میزان سهم در قانون بودجه سرانه از ۶

نامه رییس مجلس برای جلوگیری از تخلف دستگاه‌های دولتی



نایب رییس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس افزود: «از طرف دیگر دولت بر خلاف قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی سازمان‌های

بیمه‌گر دولتی را در سازمان تأمین اجتماعی ادغام و این سازمان را از زیر مجموعه وزارت رفاه خارج کرده و به زیر مجموعه نهاد ریاست جمهوری درآورده که درست مانند انتزاع سازمان حج و زیارت از وزارت ارشاد خلاف قانون است.»

رییس کمیسیون بهداشت مجلس گفت: «مساله دیگری این است که با خروج سازمان‌های بیمه‌گر از زیر مجموعه وزارت رفاه تکلیف شورای عالی بیمه که در وزارت رفاه تشکیل می‌شد در هاله ابهام قرار گرفته است و وجود این شورا در وزارت رفاه دیگر هیچ توجیهی ندارد. این بلا تکلیفی باعث

هزار و ۵۰۰ به ۱۰ هزار تومان ارتقا نخواهد یافت، گفت: «این در شرایطی است که سازمان بیمه خدمات درمانی بدهی‌های فراوانی را در تعهدات خود دارد به نحوی که ۴ ماه از سال گذشته را به بیمارستان‌ها بدهکارند.»

تغییرات اجرایی در طرح دوره پزشکی

مهر: سرپرست دفتر مدیریت منابع انسانی وزارت بهداشت با تشریح تغییرات جدید طرح خدمات قانونی پزشکان و پیراپزشکان گفت: «اولویت اصلی برای تأمین نیروی انسانی در مناطق محروم است. در حال حاضر کلیه زنان پزشک مشمول قانون که متاهل هستند می‌توانند محل خدمت خود را از کلیه استان‌های محل زندگی همسر خود انتخاب کنند.» وی اضافه کرد: «نیروی انسانی مجرد و متاهل مردم مشمول قانون می‌توانند از میان ۱۳ استان، اولویت‌های خود را انتخاب کنند و پس از انتخاب محل خدمت بر اساس امتیازاتی از جمله بومی بودن، عائله‌مندی،

تأخیر بیشتر در اعلام رقم رسمی سرانه درمان و تعرفه‌های پزشکی امسال شده است و بیم آن می‌رود که ادامه این روند باعث شود امسال هم تعرفه‌های پزشکی با تأخیر طولانی اعلام شود.» حسینعلی شهریاری افزود: «جداشدن سازمان تأمین اجتماعی از وزارت رفاه بدون مصوبه مجلس، بلا تکلیفی شورای عالی بیمه و به خصوص مقاومت در اجرای مصوبه سرانه درمان ۱۲ هزار تومانی، نمایندگان مجلس را به این تصمیم رسانده است که با استفاده از اختیارات رییس مجلس و از طریق نامه رییس مجلس به رییس جمهوری این مساله پیگیری شود.»

تعداد فرزندان و غیره تعیین می‌شود.» حاج‌علیزاده، سرپرست دفتر مدیریت منابع انسانی وزارت بهداشت اظهار داشت: «شهرها و استان‌هایی از جمله اردبیل، ارومیه، اهواز، ایلام، خراسان جنوبی، زابل، زاهدان، گناباد، کرمان، هرمزگان، کردستان، شهرکرد و یاسوج از مکان‌هایی هستند که داوطلبان مردم می‌توانند آن را انتخاب کنند.»

وی گفت: «زنان پزشک مجرد علاوه بر شهرها و استان‌هایی که اعلام شده می‌توانند محل خدمت خود را نیز بر اساس اولویت از میان شهرها و استان‌های قزوین، زنجان، لرستان و خراسان شمالی، یزد، همدان و کرمانشاه انتخاب کنند.»

حاج‌علیزاده خاطر نشان کرد: «از آنجا که



بر اساس قوانین کشور، زن تا بعد از ازدواج محسوب می‌شود، در مورد زوج‌های پزشک محل خدمت بر اساس محل خدمت مرد تعیین می‌شود.»

تذکر رییس جمهور

ایستنا: رییس جمهور در مراسم روز پرستار از ذبیحی، مدیر عامل سازمان تأمین اجتماعی و لنگرانی، وزیر بهداشت خواست که مشکلات مطرح شده پرستاران را پیگیری کنند و به شوخی گفت: «اگر این مشکلات را این آقایان حل نکنند آنها را می‌فرستیم شیفتی کار کنند تا از این طریق با این مشکلات بیشتر آشنا شوند.»

بنده با معاون وزیر بهداشت در عمان بودم. پزشکان ایرانی داشتند آنجا خدمت می‌کردند. هشت ساعت در روز کار می‌کردند، دو میلیون تومان حقوق می‌گرفتند، تازه پزشک متخصص. من آنجا گفتم: «شما بعد از ظهرها کار می‌کنید؟» گفت: «ما اینجا اجازه نداریم. می‌گویند پزشک نباید بیشتر از هشت ساعت کار کند و با بیمار سر و کار دارد.» اجازه نمی‌دهند آنجا کسی ساعت دو نیمه شب برود عمل جراحی انجام بدهد. در کشور ما عمل‌های جراحی دارد یک نیمه شب تا چهار صبح انجام می‌شود. من گفتم: «در ایران که بیشتر می‌گیرید.» گفت: «بله.» گفتم: «چرا اینجا کار می‌کنید؟» گفت: «اینجا هشت ساعت کار می‌کنم. بقیه را زندگی می‌کنم. آنجا مسابقه پول در آوردن بود، اینجا مسابقه زندگی کردن برای من ایجاد شده است.»

ببینید آنجا هم دو میلیون دارند به پزشک می‌دهند، یعنی نصف ایران می‌دهند اما اجازه نمی‌دهند کار دومی داشته باشد من می‌گویم آن کسی که می‌پذیرد در دولت کار کند، اگر می‌خواهد وکیل شود، برود وکیل شود و میلیون‌ها تومان در بیاورد، اما کسی که پذیرفت قاضی باشد، می‌گویند این اشل حقوق قاضی است. این قدر است. دوست داری باش، دوست نداری نباش. تکلیف روشن می‌شود. متاسفانه عمده کادر ما دو جا، سه جا کار می‌کنند. باید این سه اختیاری که من گفتم حاکمیتی بشوند، من نمی‌گویم در اختیار وزارت رفاه باشد، در اختیار وزارت بهداشت قرار بگیرد. بنده حاضر در ماهه این نظام را در کشور اصلاح کنم. ■

اظهارات جنجالی وزیر رفاه

می‌آید بیماران پولدار را از بخش دولتی جدا می‌کند و می‌برد در بخش خصوصی، ده برابر از وی پول می‌گیرد.

خبرنگار: راه‌حل چیست؟ وزیر رفاه: دو تا اصل اگر رعایت شود (۱) تعرفه‌گذار و ناظر باید حاکمیت باشد، یعنی وزارت بهداشت باشد. خودش تعرفه پزشکی را تعیین کند. چه برای بخش خصوصی و چه برای بخش دولتی، (۲) نظارت را باید خودش انجام بدهد، یعنی اگر از من اضافی کسی پول گرفت، یک جایی باشد که پناه ببرم. الان باید به نظام پزشکی شکایت ببرم که به کار من نمی‌رسند، (۳) که از قبلی‌ها اساسی‌تر است، کسی که در بخش دولتی در کادر پزشکی کار می‌کند، حق نداشته باشد جای دیگری کار کند.

خبرنگار: شما توان دارید زندگی‌تان را تأمین کنید؟ وزیر رفاه: بله، من می‌گویم برای آن پزشکان بگویم پنج برابر یک وزیر پول بگیرد. اگر خواست پانصد برابر یک نفر حقوق بگیرد که شما نمی‌توانید تأمین‌اش کنید. در هیچ جای دنیا نمی‌گویند تو چه قدر می‌خواهی به تو بدهیم. آن وقت ممکن است کسی می‌گوید که برای هر دقیقه باید یک میلیون تومان برای او پرداخت کنیم.

سپید: خبرنگار گروه خبر رادیو بعد از اخبار سراسری ساعت هشت صبح روز شنبه مورخه ۸۸/۲/۱۲ با آقای محمدرضا مصری وزیر رفاه گفتگوی تلفنی درباره افزایش بودجه بیمه‌ها انجام داده است. با توجه به انعکاس وسیعی که این اظهارات غیرمتعارف در محافل پزشکی پیدا کرده و موجب اعتراضاتی شده است، بدون هیچ دخل و تصرفی عین اظهارات ایشان نقل می‌شود:

ما، گیری که در بحث نظام درمانی داریم، گیرایی است که خود قانون ایجاد کرده است. مجلس ششم یک قانونی برای نظام پزشکی تصویب کردند که اختیار تعرفه‌گذاری را به اینها داده‌اند، یعنی کسی که خدمات ارایه می‌دهد و کسی که ناظر است و کسی که قیمت‌گذار است، هر سه شده یک نفر. هیچ صنفی در ایران این طور نداریم. برابر یک مطالعه میدانی که در تهران انجام دادیم، از ۹۹۰ پزشکی که یک به یک به مطب مراجعه کردیم، ۹۳ درصد اینها تعرفه‌های رسمی کشور را در مورد ویزیت رعایت نمی‌کنند. جالب‌تر اینکه ۵۳ درصد از میان این ۹۳ درصد تعرفه‌های نظام پزشکی را هم رعایت نمی‌کنند، تازه این بهترین بخش کار است، اما در بیمارستان‌ها شما شاهد هستید تعرفه‌های سنگینی که از طریق بیمارستان‌های خصوصی از مردم می‌گیرند و اضافه بر آن در مطب هم یک میلیون تومان، دو میلیون تومان، پنج میلیون تومان. من اصلاح می‌کنم قبلاً زیرمیزی بود، الان شماره حساب اعلام می‌کنند. به قدری این مساله را عادی کرده‌اند

بار بیماری چیست؟

بانک جهانی و دانشگاه هاروارد بود که در سال ۱۹۸۸ آغاز شد و بار جهانی بیماری‌ها را برای سال ۱۹۹۰ محاسبه کرد. این شاخص از مجموع سال‌های از دست رفته به علت مرگ (YLL=years of life lost) و سال‌های از دست رفته به علت زندگی توأم با ناتوانی (YLD=years lived with disability) به دست می‌آید.

به هر حال روش محاسبه DALYs پیچیدگی‌های خاص خود را دارد که خارج از حوصله این نوشتار است اما آنچه مهم است، توجه این شاخص به پیامدهای غیر مرگبار بیماری‌ها و کمی کردن برخی مقیاس‌های کیفی است. پس از برآورد بار بیماری در جامعه، تعیین علل اصلی قابل پیشگیری بیماری‌ها جهت طراحی مداخلات الزامی است. جدول زیر از مطالعه بار جهانی بیماری‌ها در سال ۲۰۰۴ استخراج شده است.

به این ترتیب پیش‌بینی می‌شود عوامل اصلی بار بیماری در سال ۲۰۳۰ چه‌های کاملاً متفاوت داشته باشند. براساس آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت در خصوص بار بیماری در جمهوری اسلامی ایران، علل اصلی بار بیماری‌ها به ترتیب عبارتند از: تروما، بیماری‌های قلبی عروقی، افسردگی، اعتیاد و بیماری‌های عروقی مغز. ■

Figure 27: Ten leading causes of burden of disease, world, 2004 and 2030

2004 Disease or injury	As % of total DALYs	Rank	Rank	As % of total DALYs	2030 Disease or injury
Lower respiratory infections	6.2	1	1	6.2	Unipolar depressive disorders
Diarrhoeal diseases	4.8	2	2	5.5	Ischaemic heart disease
Unipolar depressive disorders	4.3	3	3	4.9	Road traffic accidents
Ischaemic heart disease	4.1	4	4	4.3	Cerebrovascular disease
HIV/AIDS	3.8	5	5	3.8	COPD
Cerebrovascular disease	3.1	6	6	3.2	Lower respiratory infections
Prematurity and low birth weight	2.9	7	7	2.9	Hearing loss, adult onset
Birth asphyxia and birth trauma	2.7	8	8	2.7	Refractive errors
Road traffic accidents	2.7	9	9	2.5	HIV/AIDS
Neonatal infections and other ^a	2.7	10	10	2.3	Diabetes mellitus
COPD	2.0	13	11	1.9	Neonatal infections and other ^a
Refractive errors	1.8	14	12	1.9	Prematurity and low birth weight
Hearing loss, adult onset	1.8	15	15	1.9	Birth asphyxia and birth trauma
Diabetes mellitus	1.3	19	18	1.6	Diarrhoeal diseases