

رئیس سازمان غذا و دارو خبر داد
برچسب گذاری
محصولات تراریخته
از اول مرداد ماه



عضو کمیسیون بهداشت مجلس:
فرار مالیاتی
در میان پزشکان
بسیار نادر است

صفحه ۳

صفحه ۲

روی خط سپید

توضیح وزیر بهداشت درباره عبارت «طوفان تحریم‌ها» در همایش مجمع خیرین سلامت کشور

طوفان چند دقیقه بیشتر طول نمی کشد

صفحه ۲

معاون درمان وزارت بهداشت عنوان کرد
ضرورت تدوین راهنماهای
بالینی در حوزه دندانپزشکی

صفحه ۲

عضو کمیسیون بهداشت مجلس یادآور شد
جای خالی حمایت‌های بیمه‌ای
از خدمات دندانپزشکی

صفحه ۲

استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران مطرح کرد
عواقب استفاده از وسایل
چندبار مصرف در اتاق عمل

صفحه ۳

سخنگوی سازمان غذا و دارو تاکید کرد
مطالعات بالینی کامل
برای تولید داروهای
شیمی درمانی



صفحه ۳



واکنش رئیس انجمن تولیدکنندگان و صادرکنندگان تجهیزات پزشکی نسبت به اخبار احتکار و گران فروشی

ادعاست؛ اثبات کنند؛ برخورد کنند

مسئولان وزارت بهداشت برای بخش خصوصی از آن سوی میز تصمیم می گیرند

صفحه ۳

قابل توجه هیئت مدیره

انجمن‌های علمی، شرکت‌های داروسازی و تجهیزات پزشکی

www.sepidonline.ir

«سپید» تنها روزنامه پزشکی خاورمیانه است

اغلب اعضای جامعه پزشکی هر روز «سپید» را مطالعه می کنند

«سپید» هر روز برای پزشکان، مراکز درمانی و مراکز آموزشی پزشکی ارسال می شود

شما می توانید روزنامه سپید را به عنوان روزنامه کثیرالانتشار
انجمن، موسسه و شرکت خود در مجمع عمومی تان تعیین نمایید

همین امروز با ما تماس بگیرید:

ایمیل: info@sepidonline.ir

تلگرام: @sepidnewspaper

تلفن: ۰۲۱۵۱۴۹۹ - ۰۲۱۵۱۴۸۵

فرار مالیاتی در میان پزشکان بسیار نادر است

عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس گفت: «عدم پرداخت مالیات توسط پزشکان بسیار کم و به ندرت اتفاق می‌افتد و نباید از اصطلاح فرار مالیاتی برای گروه پزشکان استفاده کرد.»

بهورز بنیادی شایعه فرار مالیاتی پزشکان را نادرست دانست و گفت: «حدود ۹۵ درصد از مردم کشور از دفترچه‌های بیمه درمانی استفاده می‌کنند و بر گه‌های بیمه‌ای که پزشکان دریافت می‌کنند ملاک ارزیابی آنها قرار می‌گیرد و سیستم بیمه نیز بر اساس آن به اداره دارایی هر استان گزارش می‌دهد.» وی افزود: «تنها ۵ درصد از بیماران از دفترچه بیمه استفاده نمی‌کنند، در صورتی که وزیزت آزاد پرداخت کنند، مبلغی برای پرداخت مالیات به ازای آنها محاسبه می‌شود که باید پزشک مربوطه آن را پرداخت می‌کند، در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی نیز مبلغ وزیزت کاملاً مشخص است و مالیات آن محاسبه و کسر می‌شود.»

بنیادی گفت: «پرونده الکترونیک به بیمار کمک می‌کند تا در هر نقطه‌ای از کشور که بخواهد به پزشک مراجعه کند اطلاعات کلینیکی و پاراکلینیکی کامل و صحیح در اختیار داشته باشد.» وی در رابطه با پرونده الکترونیک سلامت گفت: «پرونده الکترونیک شناسنامه زندگی هر فرد است و داده‌های شخصی و محرمانه پزشکی وی در سطوح مختلف از بدو تولد تا زمانی که به زندگی ادامه می‌دهد در آن ثبت می‌شود.» نماینده کدشمارافزود: «با اجرای طرح پرونده الکترونیک سلامت در تمام سطوح ۱، ۲، و ۳ بسیاری از دوباره کاری‌ها، آزمایش‌های غیرضروری، داروهای مصرفی تکراری کنترل می‌شود و به بیمار کمک می‌کند تا در هر نقطه‌ای از کشور که بخواهد به پزشک متخصص یا فوق متخصص مراجعه کند اطلاعات کلینیکی و پاراکلینیکی کامل و صحیح در اختیار داشته باشد.» وی با اشاره به گزارش وزارت بهداشت در خصوص زمان اجرای طرح گفت:

«اجرای این طرح نیاز به فراهم شدن زیرساخت‌های مناسب فناوری و اطلاعات دارد، در برخی از نقاط کشور اینترنت پرسرعت نداریم، استفاده از پرونده الکترونیک و بهره مندی از اطلاعات بیمار نیازمند اینترنت پرسرعت است که در برخی از نقاط کشور از جمله مناطق کوهستانی وجود ندارد. اما در هر جایی که زیر ساخت‌های اینترنتی فراهم باشد به راحتی قابل اجرا است، طبق گزارش معاون بهداشتی وزیر بهداشت این طرح تا پایان سال ۹۷ تکمیل و اجرا می‌شود.»■

جای خالی حمایت‌های بیمه‌ای از خدمات دندانپزشکی

عضو هیات رئیسه کمیسیون بهداشت و درمان مجلس با تاکید بر ضرورت تحت پوشش بیمه قرار دادن خدمات دندانپزشکی در جهت رفع مشکل مجرومان، تحقق این مهم را در گرو افزایش سهم بهداشت و درمان از GDP دانست.

منوچهر جمالی سوسفی در مورد انتقاداتی پیرامون وضعیت حوزه دندانپزشکی و هزینه‌های سرسام آور ارائه خدمات در این بخش گفت: «بهداشت دهان و دندان و مشکلات مربوط به این بخش یکی از مواردی است که از اهمیت بسزایی برخوردار است، به ویژه در روستاها، شهرستان‌ها و جاهایی که کمتر به بهداشت دهان و دندان توجه شده به مشکلی مهم تبدیل شده است، چرا که مردم این مناطق به دلیل هزینه‌های بالای دندانپزشکی قادر به درمان بیماری‌های دهان و دندان هم نیستند، بنابراین قطعاً باید خدمات این بخش تحت پوشش بیمه‌ای قرار بگیرد.» نماینده مردم رودبار ادامه داد: «این موضوع به

اندازه‌ای اهمیت دارد که وزیر بهداشت بر ضرورت تحت پوشش بیمه‌ای قرار دادن خدمات دندانپزشکی تاکید کرده بود، ضمن اینکه همه حوزه‌ها تمایل دارند که پوشش بیمه‌ای افزایش پیدا کند، اما آنچه مهم بوده این است که بیمه‌ها بتوانند با اولویت‌بندی حوزه‌هایی همچون دندانپزشکی که از حساسیت ویژه‌ای برخوردار بوده را تحت پوشش قرار دهند.» وی تصریح کرد: «هم‌اکنون مسئولان باید در رابطه با افزایش اعتبارات تخصیص‌یافته به حوزه سلامت تادیری بیندیشند، ضمن اینکه اعتبارات این بخش به درستی و برای حوزه‌هایی که اهمیت بیشتری دارند، استفاده شود، چرا که به نظر می‌رسد مشکل کمبود منابع در حوزه سلامت به این دلیل ایجاد شده که اعتبارات تخصیص یافته بدان در جای خود هزینه نشده یا بیش از اندازه هزینه شده است.»

این نماینده مردم درمجلس دهم، یادآورشد: «بی‌تردید مسئولان حوزه سلامت باید به گونه‌ای منابع را مدیریت کنند که بعد از این شاهد هدررفت اعتبارات در این بخش نباشیم و بتوانیم اعتبارات بیشتری را به حوزه‌هایی که در آنها نیاز بیشتری وجود دارد، هزینه کنیم، از سوی دیگر اختلاف سهم ایران از GDP در مقایسه با سایر کشورها بسیار زیاد بوده که یکی از موارد آن همین خدمات دندانپزشکی است، کما اینکه ژاپن ۱۹ برابر بیشتر و آمریکا ۳۰ برابر بیشتر از ما برای حوزه بهداشت و درمان اعتبارات تعیین می‌کنند، بنابراین ما باید سهم بهداشت و درمان را از GDP افزایش دهیم تا در پی آن بتوان خدمات دندانپزشکی را هم تحت پوشش بیمه‌ای قرار داد.» عضو کمیسیون بهداشت تاکید کرد: «البته ضرورت تحت پوشش بیمه قرار دادن خدمات دندانپزشکی در طرح تحول سلامت هم آمده بود، اما برای تحقق آن وزیر بهداشت هم باید جدیت لازم را داشته باشد، بنابراین امیدوارم با توجه به اهمیتی که این بخش دارد اهتمام بیشتری برای تسهیل روند ارائه خدمات وجود داشته باشد، ضمن اینکه بیشتر دهک‌های پایین اقتصادی با این مشکل مواجه هستند که لازم است با کمک مجلس و وزارت بهداشت برطرف شود تا به دنبال آن مردم بتوانند به راحتی به مراکز درمانی مراجعه کنند.»■

وزیر بهداشت با اشاره به اظهاراتش در اجلاس روسای دانشگاه‌ها و تشبیه شرایط ماه‌های آینده کشور به مواجهه با «طوفان» گفت: «طوفان چندین دقیقه بیشتر طول نمی‌کشد؛ گرد و خاک ایجاد می‌کند و تمام می‌شود. نباید سیاه‌نمایی کنیم و البته نباید خودمان را به غفلت بزینم بلکه باید آمادگی داشته باشیم.»

به گزارش سپید،سیدحسین هاشمی در مراسم انتخاب اعضای هیات مدیره مجمع خیرین سلامت کشور، با اشاره به افتتاح بیمارستان برکت شهید ستاری قرچک، اظهار داشت: «این بیمارستان با مشارکت ستاد اجرایی فرمان حضرت امام(ره) افتتاح و بهره‌برداری شدو خدا به آقای مخبر دزفولی خیر و برکت بدهد چون ایشان هم از نیکوکاران است و عملیات ساخت بیمارستان جدید ورامین نیز با مشارکت این ستاد آغاز شد.» وی با اشاره به علاقه فراوان مرحوم نیری، دبیر کل فقید مجمع خیرین سلامت کشور به گسترش خدمات بهداشتی و درمانی در ورامین، پیشوا و قرچک، افزود:

«در ورامین با ۴۵۰ هزار نفر جمعیت ایرانی و

اتباع خارجی، فقط یک بیمارستان وجود دارد که در محل سابق جهاد سازندگی ایجاد شده بود.» هاشمی تصریح کرد: «پروژه‌های بی‌ظنریی با تاکید بر مناطق محروم و مرزی، در دولت یازدهم در حوزه سلامت به نتیجه رسید اما برخی از پروژه‌ها با مشارکت ارزشمند خیرین سلامت ساخته و تحویل شد و بخش دیگری از پروژه‌ها، بر اساس تکالیف و وظایف ذاتی دولت و با کمک مجلس، ساخته شده و یا در حال ساخت است که موجب آرامش مردم در حوزه سلامت شده است.» وزیر بهداشت تاکید کرد: «مردم همین که فکر می‌کنند دولت و نظام به فکر آنها هستند و گرهی از مشکلات آنها باز می‌کنند، مایوس نیستند تا اینکه بگویند ما هزینه کردیم، خون دادیم و رنج کشیدیم و عده‌ای بی‌اعتنا، بی‌توجه و غافل هستند.»

نباید خودمان را به غفلت بزینم

سیدحسین هاشمی با بیان اینکه وزارت بهداشت در دولت دوازدهم نیز مسیر دولت یازدهم را در حوزه سلامت خواهد رفت، گفت: «در کشور با مشکلاتی رویرو هستیم البته خودمان نیز گاهی اوقات، با ندانم کاری مشکلات را افزایش می‌دهیم اما این شرایط می‌گذرد.»

وزیر بهداشت با اشاره به اظهاراتش در اجلاس روسای دانشگاه‌ها و تشبیه شرایط ماه‌های آینده کشور به مواجهه با «طوفان» گفت: «طوفان چندین دقیقه بیشتر طول نمی‌کشد؛ گرد و خاک ایجاد می‌کند و تمام می‌شود. نباید سیاه‌نمایی کنیم و البته نباید خودمان را به غفلت بزینم بلکه باید آمادگی داشته باشیم. چون از این شرایط عبور می‌کنیم و یکی از دستگه‌هایی که

توضیح وزیر بهداشت درباره عبارت طوفان تحریم‌ها در همایش مجمع خیرین سلامت کشور

طوفان چند دقیقه بیشتر طول نمی‌کشد



آمادگی نسبی برای مقابله با شرایط جدید کشور را دارد، بهداشت و درمان است چون مدیرانی پرتلاش، سالم و فداکار در این حوزه حضور دارند و مصمم‌تر از قبل هستند چون از ساعت ۶ صبح تا ساعت ۱۰ شب فعالیت دارند و کار برای آنها شیرین‌تر شده است.» وی یادآور شد: «سابقه نداشته که دشمنان کشور و انقلاب اسلامی، این قدر وقیح و بی‌شرم باشند که به قول خودشان بخواهند سخت‌ترین تحریم‌ها را علیه ایران اعمال کنند البته این حربه آنها، خواب و خیال است و از نظر آنها ممکن است ایران را دچار سختی کند اما مردم شرایط سخت را بارها تجربه کرده‌اند.» وزیر بهداشت خاطر نشان کرد: «مردم ایران، سخت‌ترین تحریم‌ها را پشت سر گذاشته‌اند و خداوند چنان قدرت و استقامتی به آنها داده که امروز در دنیا بی‌نظیر است و امام خمینی(ره) نیز می‌فرمودند که مردم ایران از مردم حجاز در زمان پیامبر هم بهتر هستند و این ناشی از شناخت خوب امام راحل از مردم بود.» هاشمی با بیان اینکه دشمنان کشور و انقلاب، در پی وضع ظالمانه‌ترین تحریم‌ها علیه ایران هستند، اضافه کرد: «اطمینان دارم که با فضل خدا و با توجه به آمادگی حوزه‌های مختلف از جمله بهداشت و درمان، این شرایط را پشت سر خواهیم گذاشت چون دشمنان ایران، به قدری بی‌شرم هستند و در مواردی فشارها را مضاعف می‌کنند که مردم بیشتر ناراحت شوند و یکی از این حوزه‌های مهم، سلامت، تأمین شیر خشک، دارو و تجهیزات پزشکی است و همه باید کمک کنیم که در این شرایط سخت، فشاری به مردم وارد نشود.» وزیر بهداشت تاکید کرد: «توقع من این است که اگر مشکلی در سال ۹۶ وجود داشته در ناراحتی بیماران خاص شود. به عنوان نمونه شاهد

افزایش معمول قیمت دارو در سال جاری بودیم چون نرخ ارز و دستمزدها افزایش پیدا کرده و تولید نباید متوقف می‌شد اما از آن طرف بیمه‌ها برای حمایت از اقشار ضعیف، باید به نحوی حضور داشته باشند که این اقشار آسیب بینند.»

نباید برای بیماران خاص مشکلی ایجاد شود

وزیر بهداشت اضافه کرد: «گاهی اوقات، حمایت و چتر بیمه، متناسب با افزایش قیمت دارو نیست و اگر حمایت‌های بیمه‌ای برای همه‌اقشار امکان‌پذیر نیست خیلی باید مراقبت کنیم که بیماران خاص، ضعفا و فقرا هیچ آسیبی بینند و به معاونین درمان و اجتماعی وزارت بهداشت تاکید داشتیم که نباید مشکلی برای این بیماران ایجاد شود و قطعاً مجمع خیرین که قبل از وزارت بهداشت از آنها حمایت کرده است، تدبیر خواهد کرد تا مشکلی برای آنها به وجود نیاید.»

هاشمی ضمن گرامیداشت یاد و خاطره مرحوم نیری، دبیر فقید مجمع خیرین سلامت کشور، گفت: «جای ایشان بسیار خالی است و بعید می‌دانم کسی اعتقاد داشته باشد که ایشان با اولیاءالله محشور نیست چون زندگی بسیار پربرکتی داشتند و یکی از مجموعه‌هایی که مرحوم نیری در آن نقش موثر و زیادی داشتند، مجمع خیرین سلامت است و خدا را شاکریم که آن مسیر ادامه پیدا کرده است.» وزیر بهداشت از مجمع خیرین سلامت به عنوان مجموعه‌ای موثر و اثرگذار یاد کرد و گفت: «هر کجای کشور که می‌رویم، افراد گمنامی هستند که خداوند به آنها لطف داشته که در مسیر کارهای خیریه قدم گذاشته‌اند و حتماً بر سفره حلال ارتزاق کرده‌اند و در مسیری قرار گرفته‌اند که برای شان عاقبت بخیری به همراه دارد.» وی همکاری بین وزارت بهداشت و مجمع خیرین سلامت کشور را بسیار مناسب و مفید دانست و گفت: «اطمینان دارم که با مدیریت دکتر شهریاری دبیرکل مجمع خیرین سلامت و با توجه به موقعیت ملی و جایگاه و متانت ایشان در مجلس شورای اسلامی، مجمع خیرین سلامت، مسیر خیر را پر فروغ‌تر از قبل ادامه خواهد داد.»

بر اساس اعلام پایگاه اطلاع‌رسانی وزارت بهداشت، طبق رای گیری اعضای مجمع خیرین سلامت کشور، حسینعلی شهریاری، حسن امین لو، سید عباس پورهاشمی، محمد آزاد، صلاح الدین دلشاد، نادر ریاحی سامانی و محمد رضا اعتمادیان به عنوان اعضای اصلی و آقایان عباس مومنی و حمید کامران زاده به عنوان اعضای علی‌البدل و همچنین مصطفی رضا قلی خسروی و عبدالرسول نبات خور به عنوان بازرسین مجمع خیرین سلامت کشور انتخاب شدند.■

معاون درمان وزارت بهداشت عنوان کرد

ضرورت تدوین راهنماهای بالینی در حوزه دندانپزشکی

دندانپزشکی به متخصص مراجعه می‌کنند، درحالی که ممکن است بسیاری از اقدامات درمانی در زمینه دندان، در حیطه دندانپزشک عمومی باشد.»

معاون درمان وزارت بهداشت، گفت: «در راستای سطح‌بندی خدمات دندانپزشکی، می‌توان نظام ارجاع تعریف کرد تا در مراکز دولتی خدمات عمومی را دندانپزشک عمومی و خدمات تخصصی‌تر را دندانپزشک متخصص ارائه دهد.» وی با بیان اینکه یکی از نقاط مغفول در حوزه دندانپزشکی، تدوین گایدلاین (راهنماهای بالینی) و استاندارد خدمت است، گفت: «این موضوع جزو برنامه‌های حوزه درمان است.»

جان بابایی اظهار داشت: «ذات درمان، نظارت است و نباید نظارت مورد غفلت واقع شود. چنانچه ارائه‌دهندگان خدمت در مکان‌های نامناسب، خدمت نامناسب به مردم ارائه دهند، برنامه‌های ما موفق نخواهد بود.» وی افزود: «در سال گذشته، در خصوص نظارت‌ها اقدامات خوبی انجام شده است، اما باید تلاش بیشتری در این زمینه انجام شود. متأسفانه مردم در حوزه دندانپزشکی به حقوق خود آشنا نیستند و در صورت مواجهه با تخلف

در حوزه دندانپزشکی، کمتر شکایت می‌کنند.»

جان‌بابایی خاطر نشان کرد: «دانشگاه‌های علوم پزشکی مجریان اصلی در بحث نظارت هستند و وزارت بهداشت وظیفه سیاست‌گذاری و هماهنگی را دارد، بنابراین امید است با وحدت رویه در دانشگاه‌ها، نظارت‌ها با جدیت بیشتری پیگیری شود، تا مردم بدانند که مدافع حقوق آنها هستیم.»■



درمان وزارت بهداشت درخصوص راه اندازی بخش دندانپزشکی در بیمارستان‌ها تصریح کرد: «اقدام دیگری که لازم است عملی شود، راه‌اندازی بخش دندانپزشکی در برخی بیمارستان‌های منتخب براساس سطح‌بندی درمان و نیازهای منطقه است.»

وی با بیان اینکه سطح‌بندی خدمات دندانپزشکی از جمله اقدامات ضروری در این حوزه است، اظهار داشت: «مردم برای انجام تمام خدمات

جان‌بابایی ادامه داد: «در فاز اول، ۶۰ مرکز درمانی بیماران خاص ساماندهی شده و در فاز بعدی ۳۰ مرکز دیگر اضافه خواهد شد که خدمات دندانپزشکی نیز یکی از خدماتی است که در این مراکز به بیماران خاص ارائه می‌شود. چراکه خدمات دندانپزشکی این بیماران مغفول مانده بود و اکنون با استقرار واحد دندانپزشکی در کلینیک‌های بیماران خاص، می‌توان خدمات بهتری به آنها ارائه داد.» معاون

اخبار

رئیس سازمان غذا و دارو خبر داد
بر چسب گذاری محصولات
تاریخته از اول مردادماه

معاون وزیر بهداشت و رئیس سازمان غذا و دارو به تشریح دو اقدام مهم در زمینه محصولات تاریخته پرداخت.

به گزارش سپید به نقل از تسنیم، غلامرضا اصغری درباره فرایند برچسب گذاری محصولات تاریخته اظهار داشت: «تاریخته مقوله‌ای است که عده‌ای طرفدار آن بوده و عده‌ای نیز با آن مخالف هستند، ولی سازمان غذا و دارو طبق قانون عمل می‌کند و بخشی از فرآیند نظارت بر تاریخته‌ها به عهده این سازمان است و وزارت کشاورزی و نهادهای دیگر، متولیان دیگر در حوزه نظارت بر تاریخته‌ها هستند.»

معاون وزیر بهداشت و رئیس سازمان غذا و دارو عنوان کرد: «دو محصول عمده روغن سویا و روغن ذرت، جزو دو محصول وارداتی تاریخته به ایران هستند و به هیچ وجه گندم و برنج تاریخته وارد کشور نمی‌شود.»

معاون وزیر بهداشت تصریح کرد: «دو مقوله در واردات تاریخته‌ها برای سازمان غذا و دارو مهم است. اول اینکه آن محصول مجوز مصرف در اتحادیه اروپا را داشته باشد و دوم اینکه محصولی که از کشور مبدا وارد می‌شود، در همان کشور نیز مصرف شود.»

اصغری تأکید کرد: «در کشورهایی که محصولات تاریخته استفاده می‌شود، در مغازه‌های آن کشورها هر ۳ نوع محصول تاریخته، ارگانیک و محصولات معمولی و طبیعی را که همگی برچسب گذاری شده است مشاهده می‌کنیم و اتفاقاً محصولات تاریخته ارزان‌تر نیز هستند و بنا بر سلیقه و درآمد هر فرد، این محصولات مصرف می‌شود.»

معاون وزیر بهداشت درباره برچسب گذاری محصولات تاریخته توضیح داد: «از اول مردادماه لوگوی محصولات تاریخته که یک و نیم سانت اندازه آن است باید کنار لوگوی سازمان غذا و دارو برای روغن‌های سویا و ذرت و هر محصول با منشا تاریخته قید شود.»

وی خاطرنشان کرد: «همچنین از اول شهریور نیز هر محصولی که در تهیه آن از روغن‌های تاریخته استفاده شده نیز، باید این استفاده را در برچسب گذاری خود قید و به مشتری اطلاع‌رسانی کند.»

استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران مطرح کرد

عواقب استفاده از وسایل
چندبار مصرف در اتاق عمل

استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران با بیان اینکه استریل وسایل چند بار مصرف در بیمارستان، بدون در نظر گرفتن راهنامه‌های بالینی جداگانه می‌تواند سبب بیماری‌زایی شود، گفت: «این اقدام باید در خارج از روند بیمارستانی و توسط شرکت‌های معتبر صورت گیرد.»

به گزارش سپید به نقل از فارس، پرویز طباطبایی فوق تخصص عفونی کودکان در ارتباط با موضوع استفاده چندین باره از برخی از تجهیزات اتاق عمل و ابلاغیه وزارت بهداشت در این زمینه اظهار داشت: «وسایل یکبار مصرف طیف وسیعی دارد و برخی از آنها اصلاً امکان استفاده مجدد ندارند.»

وی افزود: «برخی از تجهیزات پزشکی که در اتاق عمل برای بیمار استفاده می‌شود به شرط اینکه توسط یک شرکت معتبر جمع‌آوری شده و روند استریل را بگذرانند قابلیت استفاده چندین باره را دارند ولی باید توجه داشت که این وسایل پس از استریل باید بسته‌بندی شوند و به چرخه بازگردند که این موضوع در کشورهای توسعه‌یافته نیز مدنظر قرار دارد.» استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران با تأکید بر اینکه شرکت‌های معتبر و نه خود بیمارستان باید عمل ضدعفونی وسایل را انجام دهند، گفت: «همچنین هر وسیله باید دستورالعمل جداگانه‌ای برای استریل داشته باشد تا جان بیمارانش به خطر نیفتد.»

طباطبایی بیماری‌های عفونی، باکتریایی و ویروسی را از جمله عواقب استریل درست نشدن وسایل چندین بار مصرف عنوان کرد و گفت: «در هیچ کشوری صد درصد نمی‌گویند که این وسایل قابل بازیافت نیست بلکه برخی از کشورها در سیستم سلامتشان قانون دارند و با گایدلاین و پروتکل خاص برخی از وسایل این چنین استفاده می‌شود.» وی تصریح کرد: «باید حتماً عمل استریل به صورتی باشد که یک شرکت داروسازی یا تجهیزات پزشکی معتبر این اقدام را انجام دهند چرا که در بیمارستان امکانات و تجهیزات کامل استریل وجود ندارد. همچنین باید توجه داشت که وسایل یکبار مصرف تنها باید یکبار مصرف شوند و هیچ کس حتی با گران شدن مجاز به استفاده چندین باره از آن نیست.»

استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران گفت: «برخی از قطعات و وسایل اگر درست استفاده شوند و قابلیت چند بار مصرف داشته باشند تنها به شرط رعایت دستورالعمل جداگانه و بسته‌بندی و استریل از خارج از بیمارستان می‌توانند به چرخه بهداشتی و درمانی بازگردند.»

واکنش رئیس انجمن تولیدکنندگان و صادرکنندگان تجهیزات پزشکی نسبت به اخبار احتکار و گران‌فروشی

ادعاست! اثبات کنند! برخورد کنند

مسئولان وزارت بهداشت برای بخش خصوصی از آن سوی میز تصمیم می‌گیرند



علی اکبر ابراهیمی

این روزها همه توجه‌ها به تامین دارو و تجهیزات پزشکی معطوف شده است. شاید کمتر روزی باشد که خبری از این حوزه به گوش نرسد. از گران‌فروشی و احتکار گرفته تا کمبود این محصولات در بیمارستان‌ها و داروخانه‌ها. عباس‌مه‌ر رئیس انجمن صنفی تولیدکنندگان و صادرکنندگان تجهیزات پزشکی امام‌رواکنش به به این اخبار معتقد است: «این موارد ادعا است و باید اثبات شود و اگر اثبات شد برخورد شود اما نباید گذاشت تفکر گران‌فروشی و متحکر بودن شایع شود و این برچسب دامن تولیدکنندگان را که به صورت متعهدانه در حال کار کردن هستند بگیرد و چوب چند متحکر یا گران‌فروشی را بخورد.» در ادامه رئیس انجمن صنفی تولیدکنندگان و صادرکنندگان تجهیزات و ملزومات پزشکی، دندانی‌زشتکی، آزمایشگاهی و دارویی را می‌خوانید:

سپید: آیا ارزی به حوزه تجهیزات پزشکی داده شده است؟

ارز تخصیص داده شده به بخش تجهیزات پزشکی در اختیار اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت است و این اداره با بررسی درخواست‌های داده شده به ارز مورد نیاز مواد اولیه و کالای ساخته شده مورد نیاز را تشخیص و تخصیص می‌دهد. ضمناً در حال حاضر به شرکت‌های تجهیزات پزشکی ارز داده شده ولی با توجه به کمبود ارز و مشکلاتی که در چند ماه اخیر به وجود آمده در این خصوص سخت‌گیری‌هایی صورت می‌گیرد.»

سپید: گران‌فروشی تجهیزات پزشکی را تأیید می‌کنید؟

وزارت بهداشت شرکت‌ها و قیمت‌های مورد تأیید خود را در سایت اداره کل تجهیزات

پزشکی اعلام کرده و این قیمت‌ها به مراکز درمانی هم اعلام شده است. ضمن اینکه کالاهای بر اساس قیمتی که در سایت این اداره قرار گرفته عرضه می‌شود. لذا مراکز درمانی و بیمارستان‌های توانمند از شرکت‌هایی که قیمت بالاتری را می‌دهند خرید نکنند؛ بنابراین مراکز می‌توانند مطابق قیمتی که در سایت وزارت بهداشت درج شده خریداری کنند. ضمناً هر یک از تولیدکننده‌ها یک لیست قیمتی دارند و این لیست همان چیزی است که به اداره کل تجهیزات پزشکی داده شده و در سایت این اداره کل نیز آمده است و خریداران در صورت مغایرت قیمت می‌توانند از خرید خودداری کنند. البته نمی‌خواهم بگویم که گران‌فروشی وجود دارد ولی اگر این اتفاق می‌افتد یکی از دلایل این است که قیمت‌هایی که ابلاغ و اعلام شده متعلق به یک سال قبل بوده و در طی این یک سال هزینه‌ها و مواد اولیه گران شده است و تولیدکنندگان هم اصرار دارند که تغییری در قیمت‌ها داده شود. ولی متأسفانه

توجهی به این درخواست نشده و اگر برخی گران‌فروشی کرده‌اند شاید به این دلیل باشد. **سپید:** مسئولان وزارت بهداشت معتقد هستند که گران‌فروشی صورت گرفته است، نظر شما در این خصوص چیست؟

اگر این اتفاق افتاده برخورد کنند؛ این یک ادعا است و باید اثبات شود و بعد از این مرحله باید برخورد صورت گیرد. اینکه ادعا کنند و بنشینند که نمی‌شود، ضمناً همه امکانات در دست مسئولان است و باید بروند و برخورد کنند و فرد یا مجموعه گران‌فروش را طبق قانون تنبیه نمایند.

سپید: با این نظر که احتکار محصول از سوی شرکت‌های تجهیزات پزشکی صورت گرفته موافق هستید؟

این هم مانند مورد قبلی است، باید بگویم که همه این موارد ادعا است و باید ثابت شود و تا زمانی که ثابت نشده نمی‌توان در خصوص آن اظهار نظر کرد؛ بنابراین اگر فرد یا شرکتی متحکر است سازمان تعزیرات حکومتی باید

تا به امروز هیچ تغییری در پرداخت تجهیزات پزشکی صورت نگرفته و ما جز وعده‌و وعید چیزی دریافت نکرده‌ایم. حتی تولیدکننده‌ها در مواردی از سال ۹۵ مطالباتی دارند و پرداخت‌ها همیشه به اینه موکول می‌شود. در مواردی هم اگر پرداختی صورت می‌گیرد به این نحو است که اگر تولیدکننده‌ای طلب ۷۰۰ میلیونی داشته باشد بعد از چندین و چند بار پیگیری و مراجعه با پرداخت ۱۰۰ میلیون سفارش چندصد میلیونی می‌دهند و این روند تولیدکنندگان را مستأصل کرده است.

سپید: اخیراً شایع شده که قرار است اوراق قرضه به تولیدکنندگان تجهیزات پزشکی داده شود، آیا این صحت دارد؟

بله این موضوع اخیراً مطرح شده ولی ما معتقد هستیم که این یک ترند است تا مدتی سر تولیدکنندگان را گرم کنند. ضمن اینکه معتقدیم این اوراق دردی از تولیدکنندگان را دوا نخواهد کرد زیرا گرفتن این اوراق به منزله این است که ۸ تا ۱۲ درصد در دریافت مطالبات کاهش خواهیم داشت؛ زیرا این اوراق باید در بورس فروخته شده و به دلیل اینکه بخشی از این مبلغ در بورس تنزیل می‌شود نمی‌تواند مبلغ اصلی مطالبات را تأمین کند و این به مفهوم ضرر چندین‌باره برای تولیدکننده است.

سپید: علت گلايه‌مندی تولیدکنندگان در خصوص قیمت گذاری تجهیزات چیست؟

متأسفانه همیشه این مورد نادیده گرفته می‌شود که هزینه‌های تولیدکنندگان افزایش پیدا کرده و وزارت بهداشت باید تغییری در روند قیمت گذاری‌ها بدهد ولی این وزارتخانه توجهی به نظر تولیدکنندگان ندارد. ضمناً همیشه وعده‌هایی در این خصوص داده شده اما تا به امروز هیچ تغییری در روند قیمت گذاری‌ها صورت نگرفته است.

سپید: مطالبات تجهیزات پزشکی‌ها در چه وضعیتی است؟

افق ۱۴۰۰ و افزایش مصرف داروهای خوراکی در تالاسمی‌ها

راستای افزایش مصرف داروی خوراکی در بیماران تالاسمی برنامه‌ریزی می‌کنیم و می‌خواهیم به سرعت وضعیت‌مان را در این حوزه با شواهد علمی جهانی تطبیق دهیم. وقتی که شواهد علمی نشان می‌دهد که باید به سمت مصرف داروی خوراکی رویم، بنابراین باید مقدمات رفتن به این سمت را فراهم کنیم.» شادنوش با بیان اینکه بر همین اساس باید فرآیندهایمان به‌روزر شده و با شواهد علمی دقیق‌تری همراه شوند، اظهار کرد: «البته این موضوع به همکاری بیمارانش نیاز دارد که امیدوارم بتوانیم این اقدام را با کمک بیمارانش پیش ببریم.»

وی درباره شرایط کشور در زمینه پیشگیری از تولد نوزاد تالاسمی نیز گفت: «در گذشته در برخی استان‌های کشور مانند گیلان موارد بروز بیماری تالاسمی بسیار زیاد بود؛ به‌طوریکه گیلان از نظر تعداد بیماران تالاسمی رتبه دو کشوری را در اختیار داشت، اما خوشبختانه با فرهنگسازی و انجام اقدامات پیشگیرانه، مانند آزمایش‌های قبل از ازدواج، توانستیم میزان تولد تالاسمی‌های جدید را کاهش و از بروز تالاسمی جدید پیشگیری کنیم. البته در استان‌هایی مانند سیستان و بلوچستان هنوز ازدواج‌های فامیلی، بدون بررسی و کنترل قبلی اتفاق می‌افتد و همچنان می‌بینیم که موارد تالاسمی هم ایجاد می‌شود. اکثر این موارد نیازمند فرهنگسازی است که امیدواریم با کمک رسانه‌ها و هدایت مناسب وزارت بهداشت و همکاری با انجمن‌های حمایتی و علمی بیمارانش، این فرهنگسازی‌ها بیشتر شود.» وی با بیان اینکه در زمینه بیماری‌ها قطعاً ابتدا تمرکزمان بر پیشگیری است و به دنبال این هستیم که از بروز موارد جدید پیشگیری کنیم، گفت: «به عنوان مثال با تأسیس معاونت اجتماعی در وزارت بهداشت در حوزه پیشگیری از بروز تالاسمی‌های جدید در سیستان و بلوچستان اقدامات خوبی انجام شده است. به‌طوریکه با ایجاد خانه‌های سلامت، تقویت شبکه‌های بهداشتی و با حضور نیروهای اجتماعی مانند روحانیون اهل تسنن و فعال شدن آنها در زمینه فعالیت‌های اجتماعی حوزه سلامت، امیدواریم که در آینده نزدیک شاهد وضعیت اصلاح‌شده‌تری در این حوزه باشیم. در مرحله دوم کار هم فرآیندهای درمانی‌مان را با همراهی جامعه بیمارانش به‌روز می‌کنیم.»

سر گذاشته، عوارض محدودی دارند و همه کنترل‌های لازم هم برایشان انجام شده است، گفت: «البته هر زمان که بخوایم داروی جدیدی را مطرح کنیم، هم به دلیل حضور رقابتی که نمی‌خواهند بازار را از دست دهند و هم به دلیل عدم پذیرش روانی در مصرف‌کنندگان، مقاومت‌هایی وجود دارد. بر همین اساس در حال حاضر همکاری‌های خوبی بین انجمن حمایت از بیماران تالاسمی، انجمن علمی این بیماران خصوصاً انجمن خون‌شناسی و سرطان کشور و وزارت بهداشت وجود دارد و اقدامات

را به خوبی پیش می‌بریم. در این حوزه همه باید با یکدیگر همکاری کنیم تا آنچه که باعث آرامش بیشتر بیمارانش است، رخ دهد.

شادنوش ادامه داد: «طرفی باید به گونه‌ای عمل کنیم که در مقاطع مختلفی مانند ایجاد شرایط تحریم‌های ظالمانه، فرآیندهای ما دستخوش تغییر نشوند.

به عنوان مثال طوری عمل کنیم که ورود یا پرداخت پول برای دارویی که گروه زیادی از بیمارانش آن را مصرف می‌کنند، دچار مشکل نشود. بنابراین همه این مسائل باید مورد توجه قرار گیرند تا در طولانی مدت بتوانیم روند ثابتی را پشت سر بگذاریم. البته مجدداً تأکید می‌کنم که در وزارت بهداشت انجام هیچ اقدامی بدون پشتوانه علمی قابل قبول نیست و برنامه‌ای بدون پشتوانه علمی اجرا نخواهد شد.»

وی با بیان اینکه در حال حاضر آمارهای جهانی نشان می‌دهند که در بیماران تالاسمی در دنیا ۸۰ درصد از داروی خوراکی استفاده می‌شود، گفت: «حال وقتی که داروی خوراکی به اندازه کافی اثربخش است و عوارض کمتر و کنترل‌شده‌تری دارد، بنابراین مصرف داروی خوراکی از داروی تزریقی مقرون‌به‌صرفه‌تر بوده و برای بیمارانش هم راحت‌تر است. در این زمینه نقشه راهی را تا سال ۱۴۰۰ در



رئیس مرکز مدیریت پیوند و امور بیماری‌های وزارت بهداشت درباره داروی خوراکی بیمارانش تالاسمی، گفت: «آمارهای جهانی نشان می‌دهند که بیمارانش تالاسمی در دنیا ۸۰ درصد از داروی خوراکی استفاده می‌کنند؛ بنابراین زمانی که داروی خوراکی به اندازه کافی اثربخش است و عوارض کمتر و کنترل‌شده‌تری دارد، مصرف تزریقی مقرون‌به‌صرفه‌تر بوده و برای بیمارانش هم راحت‌تر است.»

به گزارش سپید به نقل از ایسنا، مهدی شادنوش درباره تغییر داروی بیمارانش تالاسمی از تزریقی به

سمت خوراکی، گفت: «در چارچوب طرح تحول نظام سلامت و اقتصاد مقاومتی که سیاست کلی کشور است، ما در حال بازنگری همه فرآیندهایی هستیم که در گذشته انجام می‌شد. البته بی‌تردید وزارت بهداشت به عنوان متولی سلامت آحاد مردم اجازه نمی‌دهد که هیچ اقدام غیرعلمی در کشور اجرا شود.» وی افزود: «مسأله این است که در گذشته گاهی یکسری اقدامات علمی را انجام شده، اما بعدها آنها را مورد بازنگری قرار ندادیم. به طور مثال بحث تبدیل داروهای تزریقی بیمارانش تالاسمی به داروی خوراکی نیز از همین موارد است. در حال حاضر در کشور ما ۶۰ درصد تالاسمی‌ها از داروی تزریقی و ۴۰ درصد از داروی خوراکی استفاده می‌کنند. درحالیکه اکنون این نسبت در کشورهای توسعه‌یافته ۸۰ به ۲۰ است.» شادنوش با بیان اینکه این اتفاق دارای پشتوانه علمی است، افزود: «از طرف دیگر قانون مجلس شورای اسلامی ما را مکلف کرده که مشابه خارجی داروهای را که تولید داخلی‌شان در کشور وجود دارد، نباید وارد شوند و این تکلیف قانونی ما است. با این حال هم یقیناً وزارت بهداشت به هیچ‌وجه قبول نمی‌کند که اقدامی غیر علمی در سلامت مردم اتفاق افتد.» وی با بیان اینکه در حال حاضر تولیدات داخلی بسیار خوبی داریم که آزمایش‌های متعددی را پشت

سختگیری سازمان غذا و دارو تأکید کرد

مطالعات بالینی کامل برای تولید داروهای شیمی درمانی

کموتراپی ورود کرده‌اند و شاید اطلاعات کافی درخصوص انجام مطالعات بالینی برای داروهای شیمی درمانی تولید داخل و حضور متخصصان در تأیید این داروها نداشته باشند.»

وی تصریح کرد: «داروهای شیمی درمانی پس از انجام مطالعات بالینی به مرحله تولید انبوه رسیده‌اند و مردم نیز، سال‌هاست که از این داروها استفاده می‌کنند، اما متأسفانه برخی از همکاران ما در این حوزه، ممکن است تحت تأثیر مراودات، تبلیغات یا ویژگی برخی شرکت‌های واردکننده خارجی قرار گیرند.»

سختگیری سازمان غذا و دارو در واکنش به سخنان یکی از اعضای انجمن رادیوتراپی آنکولوژی ایران مبنی بر اینکه پزشکان در رابطه با اینکه داروهای شیمی درمانی تولید داخل مطالعات بالینی را طی کرده‌اند یا خیر، تردید دارند، گفت: «مطالعات بالینی بر روی داروهای شیمی درمانی تولید داخل، انجام شده است.»

کیانوش جهانپور با اعلام این مطلب، اظهار داشت: «رشته‌های اصلی برای انجام رادیوتراپی در گذشته، هماتولوژی و آنکولوژی بود، اما برخی از همکاران ما در حوزه رادیوتراپی چون به تازگی به فرآیند



به بهانه ۳۱ تیرماه، روز معلولان جسمی - حرکتی

«معلولیت» را غول «محدودیت» ندانیم!

بر اساس تعاریف سازمان بهداشت جهانی، «معلولیت» به حالتی گفته می‌شود که

ترجمه: مریم‌سادات کاظمی

«تئوری همه چیز»، فیلمی بر اساس زندگی استیون هاوکینگ و همسرش

فیلم «تئوری همه چیز (The Theory of Everything)» در سال ۲۰۱۴ میلادی بر اساس زندگی عاشقانه «استیون هاوکینگ» ساخته شد. این فیلم به کارگردانی جیمز مارش نامزد ۵ جایزه اسکار در سال ۲۰۱۵ میلادی در بخش‌های بهترین فیلم، بهترین بازیگر نقش اول زن، بهترین بازیگر نقش اول مرد، بهترین موسیقی و بهترین فیلمنامه اقتباسی شد. ادی ردمن برای بازی در نقش استیون هاوکینگ، یکی از معروف‌ترین معلولان، جایزه گلدن گلوب و اسکار بهترین بازیگر نقش اول مرد را کسب کرد. جین، همسر سابق استیون هاوکینگ در مصاحبه با رادیو بی‌بی‌سی ۴ درباره بازی فیسبتی جونز در این فیلم گفت: «وقتی فیلم نهایی را دیدم، از اینکه جونز دقیقاً از الگوهای رفتاری و صحبت کردن استفاده کرده، شگفت‌زده شدم.» داستان ساخته شدن این فیلم، از علاقه «آنتونی مک کارتن»، فیلمنامه‌نویس «نظریه همه چیز» به کتاب «تاریخچه زمان» هاوکینگ در سال ۱۹۸۸ میلادی شروع شد. او در سال ۲۰۰۴ میلادی کتاب «سفر به ابديت: زندگی من با استیون» را مطالعه کرد و بدون هیچ هماهنگی، نگارش فیلمنامه‌ای بر اساس کتاب خاطرات «جین هاوکینگ» را شروع کرد. او سپس ملاقاتی با همسر سابق این دانشمند داشت و در سال ۲۰۰۹ میلادی به تهیه‌کننده‌ای با نام «لیزا بروس» معرفی شد.

توانایی‌های جسمی یا ذهنی فرد به طور جزئی یا کلی کاهش یابد و می‌تواند ناشی از اختلالات ژنتیک، تأثیرات افزایش سن، تصادف و... باشد که در نتیجه آن قابلیت‌های فرد در آموزش و شغل تحت تأثیر قرار می‌گیرد. با این حال «معلولیت» را نمی‌توان تنها یک مشکل سلامت دانست زیرا در واقع پدیده‌ای پیچیده در نتیجه واکنش میان ویژگی‌های جسمی یک فرد از جمله فلج مغزی، نشانگان داون و... و عوامل شخصیتی و محیطی مانند نگرش منفی دیگران، روش‌های حمل و نقل و ساختارهای شهری نامتناسب و حمایت اجتماعی محدود است. قطعاً غلبه بر موانع پیش روی این افراد، مستلزم تبیین راهکارهایی برای بهبود شرایط زندگی خواهد بود.

معلولیت در گوشه و کنار جهان

آمارها نشان می‌دهد در حال حاضر بیش از یک میلیارد انسان با نوعی از معلولیت در گوشه و کنار دنیا زندگی می‌کنند که حدود ۱۵ درصد جمعیت جهان را شامل می‌شود. بین ۱۱۰ میلیون (۲/۲ درصد)، ۱۹۰ میلیون (۳/۸ درصد) افراد بالاتر از ۱۵ سال با مشکلات کارکردی جدی روبرو هستند. به علاوه، آمار معلولیت با توجه به روند افزایش جمعیت، افزایش طول عمر و پیشرفت‌های پزشکی رو به گسترش است. بر اساس برآوردهای بانک جهانی، ۲۰ درصد افراد بسیار فقیر در دنیا دارای معلولیت هستند. از طرفی بسیاری از دختران و زنان مبتلا به معلولیت در جوامع مختلف از جمله هند از خشونت‌های مختلف رنج می‌برند که این مساله در مورد کودکان معلول نیز دیده می‌شود. حال آنکه این افراد حتی به‌رغم تحمل جراحت قادر به مداخلات پلیس، اقدامات قضایی و حتی مراقبت‌های پیشگیرانه نیستند و آمارها نشان می‌دهد خشونت علیه کودکان معلول برابر بیشتر از کودکان سالم است. گزارش یونیسف نیز حاکی از آن است که ۳۰ درصد کودکانی که در خیابان رها می‌شوند دارای انواعی از معلولیت هستند و بسیاری از کودکان معلول در کشورهای در حال توسعه امکان تحصیل ندارند.

معلولیت و سلامت

افراد معلول نیز مانند دیگر افراد جامعه حق برخورداری از خدمات سلامت عمومی مانند واکسیناسیون، آزمایش‌های تشخیص سرطان و... را دارند. البته در بیشتر موارد آنها بیشتر در معرض مشکلات سلامت، فقر، انزوای اجتماعی و ابتلا به عوارض سلامت ناشی از بی‌توجهی به وضعیت سلامت هستند. با توجه به داده‌های موجود، معلولان غالباً با موانعی روبرو هستند که مانع تسهیل در دریافت خدمات سلامت و شرایط سازگار با نیازهای آنها خواهد بود. معلولیت در جنبه‌های بسیار متعدد قابل بررسی است. گرچه برخی بیماری‌های مرتبط با معلولیت با ضعف سلامت و نیاز به مراقبت‌های جدی درمانی همراه است، برخی دیگر این گونه نخواهد بود. البته افراد مبتلا به هر نوع معلولیتی نیازمند دریافت مراقبت‌های سلامت عمومی با توجه به

شرایط خاص خود هستند و باید به خدمات مراقبت سلامت عمومی دسترسی داشته باشند.

کمبودهای جدی خدمات سلامت

کمبود خدمات و مراقبت‌های سلامت در مورد معلولان ملموس‌تر و بیشتر است که با توجه به جامعه محل زندگی، معلولان بیشتر در معرض ابتلا به بیماری‌های ثانویه مانند زخم‌بستر، دردهای عضلانی-اسکلتی، پوکی استخوان، عفونت‌های ادراری و... مشکلات مربوط به افزایش سن و رفتارهای پرخطر هستند و احتمال مرگ زودهنگام در آنها آمار بالاتری را نشان می‌دهد.

به‌رغم اهمیت این مساله، یکی از آخرین مطالعات در این زمینه نشان می‌دهد ۳۵ تا ۵۰ درصد افراد مبتلا به اختلالات ذهنی جدی در کشورهای پیشرفته و بین ۷۶ تا ۸۵ درصد این افراد در کشورهای توسعه‌نیافته هیچ نوع خدمات درمانی را طی ۱ سال پیش از بررسی دریافت نکرده بودند.

ارتقای خدمات و اقدامات پیشگیرانه به‌ندرت برای معلولان انجام می‌شود. به‌عنوان مثال



آزمایش‌های تشخیصی سرطان پستان و سرطان دهانه رحم در مورد خانم‌های معلول کمتر از دیگران است، مبتلایان به اختلالات ذهنی و دیابت چندان از نظر وزن کنترل نمی‌شوند و نوجوانان و بزرگسالان معلول بیش از دیگران از بزنامه‌های آموزش مسائل جنسی محروم‌اند.

همچنین باید به برخی شرایط که زمینه بروز بیماری‌ها در انواع معلولیت‌ها تشدید می‌کند، توجه داشت. به‌عنوان مثال، شیوع دیابت در مبتلایان به اسکیزوفرنی حدود ۱۵ درصد است که در مورد جمعیت عمومی ۲ تا ۳ درصد برآورد می‌شود. از طرفی روند سالمندی در بعضی از انواع معلولیت‌ها زودتر از سن طبیعی آغاز می‌شود و ممکن است این علائم در سنین ۰۴ یا ۰۵ سالگی بروز کند.

پژوهش‌ها حاکی از آن است که بروز رفتارهای پرخطر مانند استعمال دخانیات، عادات غذایی ناسالم و بی‌تحرکی در معلولان بالاست که لزوم توجه و برنامه‌ریزی برای اقدامات پیشگیرانه و درمانی را در این زمینه می‌طلبد.

موانع مراقبت‌های سلامت معلولان

همان‌طور که اشاره شد، معلولان با مجموعه‌ای از موانع در زمینه دسترسی به خدمات مطلوب

آمارها نشان می‌دهد در حال حاضر بیش از یک میلیارد انسان با نوعی از معلولیت در گوشه و کنار دنیا زندگی می‌کنند که حدود ۱۵ درصد جمعیت جهان را شامل می‌شود.

بین ۱۱۰ میلیون (۲/۲ درصد)، ۱۹۰ میلیون (۳/۸ درصد) افراد بالاتر از ۱۵ سال با مشکلات کارکردی جدی روبرو هستند



حوزه سلامت معلولان است که غالباً در بسیاری از جوامع دیده می‌شود. به‌عنوان مثال یکی از دلایلی که بیشتر خانم‌های معلول امکان برخورداری از خدمات تشخیصی سرطان پستان و رحم را ندارند این است که تخت‌های معاینه بلند هستند و این افراد امکان استفاده ندارند یا اینکه در انجام تست‌های ماموگرافی به شرایط این افراد توجهی نمی‌شود.

مهارت ناکافی کارکنان حوزه بهداشت و درمان نارضایتی معلولان از اطلاعات و قابلیت‌های کادر درمانی ۲ برابر بیشتر از سایر مردم است. همچنین این افراد ۴ برابر دیگران با بدهداری‌های کارکنان در بخش‌های بهداشت و درمان روبرو هستند. از طرفی امتناع از ارائه خدمات برای این افراد حدود ۳ برابر اقلتر دیگر جامعه است.

چگونگی غلبه بر موانع پیش روی سلامت معلولان: دولت‌ها می‌توانند با بهبود دسترسی به سرویس‌های سلامت با کیفیت، کاهش هزینه‌ها و در اختیار گذاشتن منابع موجود به بهترین نحو، وضعیت سلامت معلولان را در جامعه ارتقا دهند. مانند بسیاری از عوامل تأثیرگذار در دسترسی به مراقبت‌های سلامت، تبیین اصلاحاتی در تمام جنبه‌های سیستم سلامت

مهم خواهد بود. سیاست و قانون‌گذاری: ارزیابی چارچوب‌ها و خدمات موجود، تعیین اولویت‌ها برای کاهش نابرابری‌های بهداشت و سلامت و فراهم آوردن راهکارهایی برای بهبود و پیشرفت خدمات سلامت می‌تواند به‌عنوان سیاست‌های خدمات بهداشتی و درمانی مورد توجه قرار گیرد. البته در این زمینه اقدامات دیگری مانند تصویب قانون‌های ویژه معلولان، ارائه استانداردهای بهداشتی مراقبت از معلولان و مکانیسم‌های نظارت بر این شرایط نیز در راستای سیاست‌های ارتقای سلامت معلولان موثر خواهد بود.

تامین بودجه: در صورت پوشش سازمان‌های بیمه برای تامین هزینه‌های مالی درمان، افراد معلول نیز باید از این مزیت برخوردار باشند و با توجه به نیازهای خاص خود از چنین خدماتی بهره‌مند شوند. البته در عین حال هزینه‌های بیمه نیز باید برای این قشر از جامعه مقرون به‌صرفه باشد. ارائه سیاست‌های تشویقی توسط دولت به مراکز بهداشتی - درمانی نیز می‌تواند این نهادها را در ارائه بهتر خدمات به معلولان ترغیب کند. همچنین یارانه‌هایی برای معلولانی که از نظر مالی بضاعت کافی برای تامین هزینه‌های درمان ندارند از سوی نهادهای مربوط در نظر گرفته شود تا از این نظر مشکل مضاعفی بر آنها تحمیل نشود.

ارتقا در ارائه خدمات: اطمینان از ارائه مجموعه‌ای از اصلاحات و الحاقات معقول برای تسهیل دسترسی به سرویس‌های بهداشت و سلامت می‌تواند گامی موثر در برطرف شدن موانع پیش روی معلولان در حوزه بهداشت و سلامت باشد. به‌عنوان مثال تهیه بخش‌هایی در بیمارستان‌ها برای معلولان جسمی - حرکتی، حضور افرادی در مراکز درمانی برای پیگیری روند درمان معلولان، در نظر گرفتن صندلی در قسمت‌های مختلف و ارائه نسخه، به‌شورهای دارویی، اطلاعات پزشکی و... به شکل خط بریل از جمله این اقدامات خواهد بود.

افزایش قابلیت‌های کادر درمانی: علاوه بر اصلاح زیرساخت‌های اقتصادی و اجتماعی، تربیت نیروهای متخصص نیز نقش انکارناپذیری در بهبود سلامت معلولان دارد. ادغام آموزش سلامت معلولان در برنامه‌های درسی همه دانشجویان رشته‌های مختلف بهداشتی و درمانی و آموزش نیروهای متخصص در مورد ارائه خدمات پیشگیرانه به معلولان از جمله اقدامات موثر در این زمینه خواهد بود.

اقدامات سازمان بهداشت جهانی برای ارتقای سلامت معلولان

- راهنمایی و حمایت از کشورهای عضو برای توجه بهتر نسبت به مشکلات معلولان و اقدام موثر برای گنجاندن مشکلات این قشر در سیاست‌ها و برنامه‌های ملی سلامت
- تسهیل جمع‌آوری اطلاعات و انتشار اطلاعات و داده‌های مرتبط با معلولیت
- ارتقای مهارت‌های متخصصان حوزه بهداشت و سلامت
- گسترش راهکارهای مبتنی بر آگاهی معلولان نسبت به شرایط خود
- حمایت و حفاظت کارکنان بخش‌های بهداشت و درمان نسبت به حقوق و حفظ کرامت معلولان
- توسعه شرایط و ملزومات خدمات بهتر سلامت و بهداشت.

منبع: OMS.fr

استیون هاوکینگ

استیون هاوکینگ، فیزیکدان نظری، کیهان‌شناس، نویسنده بریتانیایی و مدیر تحقیقات مرکز کیهان‌شناسی نظری در دانشگاه کمبریج بود. دستاوردهای او با جوایز و تقدیرنامه‌های بسیاری همراه بود، از جمله مدال آزادی ریاست‌جمهوری آمریکا. او همچنین عضو جامعه سلطنتی هنر و عضو ثابت جامعه اسقفان دانشمند بود. استیون در سال ۱۹۴۲ میلادی در شهر آکسفورد به دنیا آمد. او از کودکی به ریاضیات علاقه‌مند بود و آرزو داشت روزی دانشمند شود. استیون از زمان به دنیا آمدن تا حدود ۲۱ سالگی کاملاً سالم بود اما در سال ۱۹۶۳ میلادی بعد از مراجعه به پزشک به دنبال زمین خوردن مکرر و دشوار شدن امور روزمره، متوجه شد به بیماری نادر و درمان‌ناپذیری به نام ALS مبتلا شده است. در این بیماری بخشی از نخاع، مغز و سیستم عصبی تحت تأثیر قرار می‌گیرد و اعصاب حرکتی بدن به‌تدریج از بین می‌روند. در نتیجه بیمار دچار فلج عمومی می‌شود و توانایی هرگونه حرکت را از دست می‌دهد. مبتلایان به این بیماری طول عمر زیادی ندارند. این مدت برای استیون نیز ۲ تا ۳ سال تخمین زده شده بود

گزارش تصویب کلیات لایحه حمایت از حقوق افراد دارای معلولیت در مجلس

ج) شبکه‌های ملی تشکل‌های مردم‌نهاد: شبکه‌هایی ملی (کشوری هستند) مرکب از تشکل‌های افراد دارای معلولیت گروه‌های اصلی معلولیتی (آسیب‌دیدگان بینایی، شنوایی، جسمی، ذهنی، اعصاب و روان) که به منظور هماهنگی و یکپارچه‌سازی فعالیت تشکل‌های عضو و ایجاد صدای واحد ملی تشکیل می‌شوند.

فصل دوم - مناسب‌سازی، دسترس‌پذیری و تردد و تحرک

• ماده ۲ به شرح ذیل به تصویب رسید:

«ماده ۲- کلیه وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و موسسات و شرکت‌های دولتی و نهادهای عمومی و انقلابی موظفند در طراحی، تولید و احداث ساختمان‌ها و اماکن عمومی و معابر و وسایل خدماتی به نحوی عمل نمایند که امکان دسترسی و بهره‌مندی از آنها برای افراد دارای معلولیت همچون سایر افراد فراهم شود.

تبصره- وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و موسسات و شرکت‌های دولتی و نهادهای عمومی و انقلابی موظفند جهت دسترسی و بهره‌مندی افراد دارای معلولیت، ساختمان‌ها و اماکن عمومی، ورزشی و تفریحی،

پ) سازمان: سازمان بهزیستی کشور

ت) دستگاه‌های مشمول: دستگاه‌های اجرایی موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری مصوب ۱۳۸۶/۷/۸ با اصلاحات و الحاقات بعدی آن، قوه قضاییه، قوه مقننه، مجمع تشخیص مصلحت نظام و شورای نگهبان و سازمان‌ها و موسسات وابسته و تابعه آنها، شهرداری‌ها و کلیه سازمان‌ها و شرکت‌هایی که شمول آنها مستلزم ذکر نام است یا به نحوی از انحاء از بودجه عمومی دولت استفاده می‌کنند یا قسمتی از بودجه آنها توسط دولت تامین می‌شود.

ث) دسترس‌پذیری: اقداماتی است که با هدف ایجاد محیط بدون مانع و قابل دسترس جهت مشارکت افراد دارای معلولیت در همه حوزه‌های زندگی و فراهم آوردن فرصت برابر به آنها در برخورداری از امکانات زندگی اجتماعی، مانند سایر افراد، انجام می‌شود. دسترسی شامل: سامانه (سیستم) حمل و نقل، محیط فیزیکی، اطلاعات، آموزش و پرورش، فناوری (تکنولوژی)، اشتغال، منابع مناسب ارتباطی و رسانه‌ای است.

به گزارش روابط عمومی و امور بین‌الملل سازمان بهزیستی کشور، در یکصد و شصت و چهارمین جلسه علنی مجلس شورای اسلامی روز چهارشنبه (۹۶/۱۰/۶) با ریاست دکتر لاریجانی به رسیدگی گزارش کمیسیون مشترک در مورد لایحه حمایت از حقوق افراد دارای معلولیت پرداخته شد.

• ماده ۱ به شرح ذیل به تصویب رسید:

فصل اول - کلیات

ماده (۱) تعاریف

الف) فرد دارای معلولیت شخصی است که بر اساس طبقه‌بندی بین‌المللی انواع معلولیت سازمان بهداشت جهانی با تایید کمیسیون پزشکی-توانبخشی تعیین نوع و تعیین شدت معلولیت سازمان بهزیستی کشور با انواع معلولیت‌ها در اثر اختلال و آسیب جسمی، حسی (بینایی، شنوایی)، ذهنی، روانی یا توأم، با محدودیت قابل توجه مستمر در فعالیت‌های روزمره زندگی و مشارکت اجتماعی، مواجه است.

ب) وزارت: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی



معابر و وسایل خدماتی موجود را در چارچوب بودجه‌های مصوب سالانه خود مناسب‌سازی کنند. ■