تعادل

WWW.TAADOLNEWSPAPER.IR

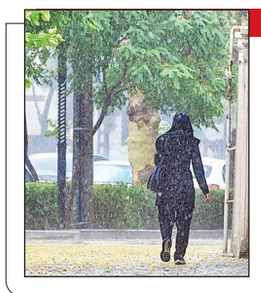
سه‌شنبه ۱۲ آبان ۱۴۰۵ | ۲۳ جمادی‌الاول ۱۴۴۸ | سال سیزدهم | شماره ۳۴۵۲ | Tue. Nov 3. 2026

صاحب امتیاز: موسسه رسانه‌نگاران خوب‌اندیش
مدیرمسوول: حجت طهماسبی
سردبیر: حجت طهماسبی
نشانی: خیابان ستارخان- خیابان کوثر دوم- بن‌بست مینو
تلفن: ۶۶۴۲۰۷۶۹ - نمابر: ۶۶۴۲۰۴۱۷
چاپ: صمیم - توزیع: نشر گستر امروز - تلفن: ۶۱۹۳۳۰۰۰
سازمان شهرستان‌ها: ۶۶۱۲۶۰۸۸
اذان ظهر: ۱۱:۴۸ | اذان مغرب: ۱۷:۲۶ | اذان صبح فردا: ۰۵:۰۴

info@taadolnewspaper.ir

مرامنامه اخلاقی روزنامه تعادل در وبسایت رسمی روزنامه در دسترس است

خبر روز



ورود موج جدید بارشی به کشور از چهارشنبه

رییس مرکز ملی پیش‌بینی و مدیریت بحران مخاطرات وضع هوا از تداوم فعالیت سامانه بارشی در نقاط مختلف کشور طی روزهای آینده خبر داد. ضیاییان گفت: بارندگی، رعدوبرق، وزش باد شدید موقت و در مناطق مستعد گردوخاک پیش‌بینی می‌شود. همچنین با ورود موج بارشی جدید از اواخر چهارشنبه (۱۳ آبان‌ماه) بارش‌ها در نیمه غربی کشور از سر گرفته خواهد شد. او با اشاره به پیش‌بینی کلی بر اساس نقشه‌های همدیدی و آینده‌نگری اظهار کرد: چهارشنبه (۱۳ آبان‌ماه) این سامانه در شمال شرق، شرق و جنوب شرق کشور فعال خواهد بود. از اواخر چهارشنبه و روز پنجشنبه (۱۳ و ۱۴ آبان‌ماه) با ورود موج بارشی جدید، دوباره در نیمه غربی کشور بارش خواهیم داشت. جمعه (۱۵ آبان‌ماه) نیز در شمال غرب، غرب، جنوب غرب بخش‌هایی از جنوب، شمال شرق و استان‌های ساحلی خزر بارش پیش‌بینی می‌شود.

وزارت بهداشت مدل فعلی پزشکی خانواده را اعلام کرد: برای هر ۳ هزار نفر یک تیم پزشکی

۳ هزار نفر فقط عدد جمعیتی نیست بلکه مجموعه‌ای از نیازهای متفاوت پزشکی است

پزشک خانواده بدون تیم چندرشته‌ای فقط یک عنوان اداری است

گزارش

گلی ماندگار

پزشکی خانواده در ایران قرار است از یک شعار قدیمی در نظام سلامت عبور کند و به ساختاری اجرایی تبدیل شود؛ ساختاری که در آن سلامت جمعیتی مشخص به یک تیم مشخص سپرده می‌شود و پزشک خانواده فقط زمانی وارد میدان نمی‌شود که بیمار شده‌ایم، بلکه قرار است مسیر سلامت افراد تحت پوشش خود را از پیشگیری تا درمان و ارجاع مدیریت کند. بر اساس مدل اعلام‌شده از سوی وزارت بهداشت، برای هر ۳ هزار نفر جمعیت یک تیم پزشکی خانواده شامل یک پزشک و دو مراقب سلامت در نظر گرفته شده است. این مدل در نگاه نخست می‌تواند تصویری روشن از تقسیم جمعیت و مسوولیت ارایه دهد، اما یک پرسش مهم همچنان پابرجاست: آیا یک پزشک و دو مراقب سلامت برای مدیریت سلامت ۳ هزار نفر کافی است؟

مشکل فقط کمبود پزشک نیست

حامد یزدی، پزشک عمومی و فعال حوزه مراقبت اولیه در این باره به تعادل می‌گوید: یکی از مهم‌ترین چالش‌های این طرح، تأمین نیروی انسانی متناسب با حجم مسوولیتی است که برای تیم‌های پزشکی خانواده تعریف شده است. در واقع نمی‌توان صرفاً با اختصاص یک پزشک و دو مراقب سلامت به هر ۳ هزار نفر، انتظار داشت همه وظایف پیشگیری، غربالگری، درمان اولیه، پیگیری بیماران مزمن، مراقبت سالمندان و ارجاع به سطح تخصصی به شکل مطلوب انجام شود. او می‌افزاید: اگر قرار باشد پزشک خانواده واقعاً مسوول سلامت یک جمعیت باشد، باید ابزار و نیروی لازم را هم در اختیار داشته باشد. پزشک نباید بخش عمده وقت خود را صرف کارهایی کند که می‌توانند توسط پرستار، مراقب سلامت، ماما، داروساز یا سایر نیروهای آموزش‌دیده انجام شوند. این پزشک عمومی تأکید می‌کند: کمبود نیروی انسانی فقط به معنای کمبود پزشک نیست و ادامه می‌دهد: «در اجرای واقعی پزشکی خانواده باید برای همه اجزای تیم برنامه داشت. اگر مراقب سلامت کافی نباشد، اگر پرستار و ماما در دسترس نباشند، اگر برای سلامت روان و تغذیه نیروی متخصص در تیم تعریف نشود و اگر دسترسی به خدمات آزمایشگاهی و تشخیصی مناسب نباشد، پزشک خانواده عملاً با حجم بزرگی از وظایف مواجه می‌شود که امکان انجام همه آنها وجود ندارد. حامد یزدی ادامه می‌دهد: مساله دیگر، توزیع نامتوازن نیروست. ممکن است در یک منطقه تعداد پزشکان مناسب باشد اما در منطقه‌ای دیگر حتی تأمین پزشک عمومی نیز دشوار باشد. به همین دلیل، نسبت ثابت جمعیت به تیم باید با شاخص‌های جغرافیایی، جمعیتی و بیماری نیز تعدیل شود.

مراقب سلامت در نظام پزشکی خانواده نقش مهمی دارد

این پزشک عمومی در پاسخ به این سوال که آیا دو مراقب در کنار پزشک برای ۳ هزار نفر کافی است، اظهار می‌دارد: این سوال شاید مهم‌تر از خود عدد ۳ هزار نفر باشد. مراقب سلامت در نظام پزشکی خانواده می‌تواند نقش مهمی در آموزش، پیشگیری، غربالگری و پیگیری وضعیت افراد داشته باشد، اما اگر حجم وظایف گسترده شود، دو مراقب سلامت نیز ممکن است با بار کاری سنگینی مواجه شوند. یزدی ادامه می‌دهد: در یک جمعیت ۳ هزار نفری، همه افراد سالم نیستند. بخشی از جمعیت سالمند است، بخشی بیماری مزمن دارد، بخشی نیازمند غربالگری است و گروهی نیز به مراقبت‌های مستمر نیاز دارند. بنابراین «۳ هزار نفر» فقط یک عدد جمعیتی نیست؛ مجموعه‌ای از نیازهای متفاوت پزشکی، روانی و اجتماعی پشت این عدد قرار دارد. او در مورد تجربه کشورهای دیگر خاطرنشان می‌کند: در کشورهای مختلف نیز تلاش شده است این تفاوت از طریق توسعه تیم‌های چندرشته‌ای مدیریت شود. تجربه انگلستان به‌خوبی نشان می‌دهد که مراقبت اولیه مدرن به سمت افزایش نقش نیروهای غیرپزشک حرکت کرده است.

پرونده الکترونیک و نظام ارجاع؛ دو حلقه گمشده

این فعال حوزه مراقبت‌های اولیه در ادامه به مساله پرونده الکترونیک و نظام ارجاع اشاره کرده و می‌گوید: پزشکی خانواده زمانی معنا پیدا می‌کند که پزشک خانواده واقعاً بتواند مسیر درمان بیمار را دنبال کند. اگر فردی برای سردرد به پزشک خانواده مراجعه کند، سپس به متخصص مغز و اعصاب برود، آزمایش انجام دهد، دارو دریافت کند و دوباره برای پیگیری به پزشک خانواده بازگردد، تمام این مراحل باید در یک مسیر مشخص ثبت و قابل مشاهده باشد. او می‌افزاید: در غیر این صورت، پزشک خانواده فقط به نخستین ایستگاه مراجعه تبدیل می‌شود و نه مدیر مسیر درمان. نظام ارجاع نیز باید واقعی باشد. اگر بیمار بدون ارتباط با پزشک خانواده مستقیماً میان متخصصان مختلف جابه‌جا شود، فلسفه وجودی پزشک خانواده تضعیف خواهد شد.

دانمارک؛ جمعیت کمتر، ساختار تیمی

دانمارک یکی از نمونه‌های قدیمی نظام پزشک خانواده در اروپا محسوب می‌شود. پزشک عمومی در این کشور نقطه نخست تماس بخش بزرگی از مردم با نظام سلامت است و در بسیاری از موارد، مسیر دسترسی بیمار به خدمات تخصصی از مراقبت اولیه عبور می‌کند. در این مدل، تعداد افرادی که به ازای هر ظرفیت پزشکی در نظر گرفته می‌شوند، به‌مراتب کمتر از ۳ هزار نفر است و ساختار ارایه خدمت نیز صرفاً به یک پزشک محدود نمی‌شود. مطب‌های عمومی معمولاً با حضور پزشکان و نیروهای پشتیبان از جمله پرستاران و کارکنان اداری فعالیت می‌کنند. این تفاوت زمانی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند که بدانیم وظایف پزشک خانواده فقط معاینه بیمار نیست. غربالگری، واکسیناسیون، پیگیری بیماری‌های مزمن، مراقبت سالمندان، ارزیابی عوامل خطر، آموزش سلامت و ارجاع به متخصص نیز در زمره وظایفی قرار می‌گیرند که باید در یک نظام منسجم انجام شوند.

هلند؛ حدود ۲ هزار بیمار برای هر مطب

هلند نیز یکی از نمونه‌های شناخته‌شده نظام پزشک عمومی و مراقبت اولیه است. داده‌های منتشرشده از سوی موسسه Nivel نشان می‌دهد جمعیت ثبت‌شده در یک مطب عمومی به‌طور متوسط حدود ۲ هزار و ۹۵ نفر است. در این کشور نیز پزشک عمومی نخستین نقطه تماس با نظام سلامت و دروازه ورود به بسیاری از خدمات تخصصی محسوب می‌شود. اما نکته مهم‌تر از عدد، ساختار تیم است. در مطب‌های عمومی هلند، پزشک در کنار نیروهای پشتیبان فعالیت می‌کند و برای مدیریت برخی بیماری‌های مزمن و مشکلات سلامت روان نیز نیروهای تخصصی‌تری در ساختار مراقبت اولیه حضور دارند. این تجربه یک پیام مهم برای ایران دارد: اگر قرار است پزشک خانواده مسوول سلامت جمعیت باشد، باید بخشی از وظایف قابل واگذاری از دوش پزشک برداشته و به نیروهای دارای صلاحیت سپرده شود.

انگلستان؛ پزشک فقط یکی از اعضای تیم است

تجربه انگلستان شاید از این جهت برای ایران قابل توجه‌تر باشد که ساختار مراقبت اولیه آن در سال‌های اخیر بیش از گذشته به سمت تیم‌های چندرشته‌ای حرکت کرده است. آمار رسمی NHS نشان می‌دهد در پایان دسامبر ۲۰۲۵، حدود ۴۰ هزار نیروی معادل تمام‌وقت پزشک عمومی در شبکه‌ها و مطب‌های مراقبت اولیه انگلستان فعالیت داشته‌اند. در همین زمان، بیش از ۱۸ هزار نیروی معادل تمام‌وقت پرستار و بیش از ۴۳ هزار نیروی معادل تمام‌وقت در گروه کارکنان مراقبت مستقیم از بیمار در شبکه‌ها و مطب‌های عمومی ثبت شده بودند. حتی در آمار ویزیت‌ها نیز سهم پزشک از کل خدمات کمتر از نیمی از مراجعات است. در دسامبر ۲۰۲۵، ۴۴.۳ درصد از قرارهای ثبت‌شده در مراقبت اولیه توسط پزشک عمومی و ۱۸.۹ درصد توسط پرستاران انجام شده است.

نیوزیلند؛ نسبت بیمار به پزشک، تنها بخشی از ماجرا

نیوزیلند نیز مراقبت اولیه را بر پایه ثبت افراد در مراکز و مطب‌های عمومی و ارایه خدمات مستمر بنا کرده است. پیشگیری، مداخله زود هنگام و مدیریت بیماری‌های مزمن از اهداف اصلی این سطح از مراقبت است. در این کشور نیز نمی‌توان یک نسبت واحد را برای تمام پزشکان عمومی تعیین کرد؛ زیرا نوع جمعیت، میزان محرومیت، سالمندی و بار بیماری می‌تواند نیاز نیروی انسانی را تغییر دهد.

ایران؛ سه هزار نفر برای یک پزشک

مدل اعلام‌شده در ایران بر این اساس است که هر ۳ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک تیم پزشکی خانواده قرار گیرند؛ تیمی متشکل از یک پزشک و دو مراقب سلامت. در ظاهر، این مدل نسبت به حالتی که هیچ مسوول مشخصی برای جمعیت وجود ندارد، یک گام به جلو محسوب می‌شود. اما مساله اینجاست که عدد ۳ هزار نفر برای یک پزشک، در مقایسه با برخی مدل‌های مورد استفاده در کشورهای دارای نظام مراقبت اولیه تثبیت‌شده، عدد بالایی است. با این حال، این مقایسه یک سوال مهم ایجاد می‌کند: آیا ایران به اندازه کافی نیروی انسانی برای اجرای مدلی که روی کاغذ طراحی شده، در اختیار دارد؟

روی خط خبر

سالانه حدود ۳۰۰ هزار سوختگی در ایران رخ می‌دهد

معاون درمان وزارت بهداشت با بیان اینکه حدود ۵۰ درصد بیمارستان‌های کشور به دلیل قدمت بالا از نظر ایمنی و ساختاری با مشکلاتی مواجه هستند، گفت: برآوردها بر این بود که اصلاح حدود ۵۰۰ بیمارستان، به بیش از ۵۰۰ همت اعتبار نیاز دارد و اکنون قطعا این رقم به حدود ۹۰۰ همت رسیده است؛ با توجه به محدودیت منابع و بودجه، امکان انجام این اقدامات در کوتاه‌مدت وجود ندارد. دکتر سیدسجاد رضوی در همایش هفته جهانی سوختگی اظهار کرد: حدود ۳۰۰ هزار مورد سوختگی طی هر سال در کشور رخ می‌دهد که حدود ۱۰ درصد این افراد یعنی ۳۰ هزار نفر در بیمارستان‌ها بستری می‌شوند و از میان بستری‌ها نیز حدود ۱۰ درصد یعنی ۳۰۰۰ نفر جان خود را از دست می‌دهند. او با بیان اینکه تقویت حمایت‌های بیمه‌ای از بیماران سوختگی ضروری است، خاطرنشان کرد: اگرچه بیمه‌ها در زمان بستری حمایت‌های مناسبی از بیماران دارند، اما حمایت‌های پس از ترخیص بیمار از بیمارستان که شامل مراقبت‌های درمانی، روانی و اجتماعی مختلفی برای سال‌های طولانی می‌شود تا حدودی ضعیف است. معاون درمان وزارت بهداشت درباره ضرورت دسترسی به لباس‌های مخصوص بیماران سوختگی گفت: لباس‌های مخصوص بیماران سوختگی می‌تواند هزینه‌های درمانی این بیماران را به میزان قابل توجهی کاهش دهد. بر اساس مباحث مطرح‌شده، پوشش بیمه‌ای این لباس‌ها می‌تواند هزینه‌های مرتبط با سوختگی‌های شدید را ۱۰ تا ۲۰ برابر کاهش دهد. بر همین اساس هم پوشش بیمه‌ای وسایل و تجهیزات ضروری و کاهنده هزینه‌ها را پیگیری می‌کنیم. او با بیان اینکه باید از ظرفیت پزشکان عمومی در حوزه‌های مختلف درمانی استفاده کنیم، توضیح داد: نظام سلامت برای حوزه‌هایی مانند اورژانس، بیهوشی، مراقبت‌های ویژه و سوختگی، می‌تواند از ظرفیت بالای پزشکان عمومی استفاده کند و زمینه ارایه خدمات سوختگی را با توانمندسازی این گروه از پزشکان، در کنار سایر واحدهای درمانی فراهم کند. رضوی با اشاره به وضعیت مراکز درمان سوختگی در کشور گفت: برخی استان‌ها فاقد تخت سوختگی هستند؛ در حال حاضر، تعداد تخت‌های سوختگی تقریبا نصف استاندارد مورد نیاز است و تعداد تخت‌های مراقبت‌های ویژه نیز پایین است. معاون درمان وزارت بهداشت درباره فقدان اطلاعات درباره افراد دچار سوختگی گفت: ضعف اطلاعات در حوزه سوختگی، یکی از مشکلات نظام سلامت است. اگر درباره وضعیت جمعیت‌شناختی بیماران سوختگی اطلاعات بخواهند، باید از واحدهای مختلف اطلاعات جمع‌آوری کنیم تا بتوانیم پاسخ مناسب را ارایه دهیم؛ این در حالی است که باید یک سامانه ثبت اطلاعات داشته باشیم تا تمام بیماران سوختگی از زمان وقوع حادثه تا سال‌های بعد به‌راحتی قابل رصد باشند. او در ادامه با اشاره به ایمنی بیمارستان‌ها در برابر حریق گفت: حدود ۵۰ درصد بیمارستان‌های کشور به دلیل قدمت بالا از نظر ایمنی و ساختاری با مشکلاتی مواجه هستند. برآوردها بر این بود که اصلاح حدود ۵۰۰ بیمارستان، به بیش از ۵۰۰ همت اعتبار نیاز دارد و اکنون قطعا این رقم به حدود ۹۰۰ همت رسیده است.

داروهای دیابت در تله «مد لاغری»؛ درمان علمی چاقی یا تهدید سلامت عمومی؟

در دسترس بودن آزادانه آمپول‌های دیابت در داروخانه‌ها، زنگ خطری برای کمبود داروی بیماران است. محمد هاشمی، سخنگوی سازمان غذا و دارو، در گفت‌وگو با خبرنگار اجتماعی خبرگزاری تسنیم، با اشاره به اینکه این داروها در موارد مشخصی برای مدیریت وزن و درمان دیابت نوع ۲ کاربرد دارند، تأکید کرد: «استفاده از این داروها برای همه افراد و صرفاً با هدف لاغری سریع، اصلاً کار درستی نیست و حتماً باید با تشخیص و تجویز پزشک انجام شود.» وی با ابراز نگرانی از تبدیل شدن یک داروی تخصصی به کالای زیبایی تحت تأثیر تبلیغات فضای مجازی و توصیه‌های غیرعلمی افزود: «متأسفانه افراد بدون بررسی شرایط جسمی و سوابق پزشکی سراغ مصرف این داروها می‌روند. سازمان غذا و دارو نسبت به این موضوع بی‌تفاوت نیست و گزارش‌هایی از عرضه و تبلیغات غیرمجاز این داروها در برخی مراکز زیبایی، باشگاه‌های ورزشی و اماکن فاقد مجوز دریافت کرده‌ایم که برخورد با آنها در دستور کار معاونت‌های غذا و دارو و بازرسی وزارت بهداشت قرار دارد.» سخنگوی سازمان غذا و دارو با تأکید بر اینکه این داروها باید صرفاً از طریق داروخانه‌های مجاز و با نسخه معتبر پزشک تهیه شوند، یادآور شد: «تبلیغ دارو برای عموم مردم مشمول محدودیت‌های قانونی است؛ هرچند بین اطلاع‌رسانی در کنگره‌ها و سمینارهای علمی برای پزشکان با تبلیغات عمومی تفاوت وجود دارد.» هاشمی درباره آمار عوارض جانبی این داروها گفت: «با توجه به بررسی‌های انجام‌شده در اداره کل پایش فرآورده‌های سلامت، از ابتدای سال ۱۴۰۴ تا ۱۵ شهریور امسال (۱۴۰۵)، تعداد ۴۹ گزارش عارضه مرتبط با یکی از این داروها ثبت شده که متأسفانه ۹ مورد آن جدی بوده است. عوارضی مانند مشکلات گوارشی، التهاب پانکراس (لوزالمعده) و مشکلات کیسه صفرا از جمله مواردی است که باید بسیار جدی گرفته شود.»

رویداد

داروی فاکتور ۱۳ وارد کشور شده اما بیمار به آن دسترسی ندارد



رییس هیات‌مدیره کانون هموفیلی ایران، با انتقاد از تداوم محرومیت بیماران مبتلا به کمبود فاکتور انعقادی ۱۳ از داروی مورد نیازشان، گفت: بیش از یک سال است که این بیماران از دسترسی به داروی حیاتی خود محروم هستند. این در حالی است که پس از ماه‌ها پیگیری، داروی مورد نیاز وارد کشور شده، ارز آن تخصیص یافته و محموله نیز در اختیار شرکت پخش قرار گرفته است، اما بیماران همچنان امکان دریافت آن را ندارند. امین افشار، رییس هیات‌مدیره کانون هموفیلی ایران در گفت‌وگو با خبرنگار ایلنا، با اشاره به ورود داروی نوترکیب فاکتور ۱۳ شرکت نوونوردیسک به کشور اظهار کرد: در حال حاضر با وضعیتی به‌شدت تأسف‌بار و غیرقابل دفاع مواجه هستیم. بیمارانی که بیش از یک سال است از داروی مورد نیاز خود محروم مانده‌اند؛ محرومیتی که برای مبتلایان به کمبود فاکتور ۱۳ صرفاً یک مشکل دارویی یا اقتصادی نیست، بلکه مستقیماً با سلامت، کیفیت زندگی و بقای آنها ارتباط دارد. وی افزود: پس از یک دوره طولانی پیگیری، سرانجام دارو وارد کشور شده و حدود یک ماه از ورود آن می‌گذرد. ارز مورد نیاز نیز تخصیص یافته و دارو در اختیار شرکت پخش قرار گرفته است، اما بیماران همچنان امکان دریافت آن را ندارند. رییس هیات‌مدیره کانون هموفیلی ایران با طرح این پرسش که با وجود ورود دارو، تخصیص ارز و موجود بودن محموله در کشور، چرا بیماران همچنان از دسترسی به آن محروم هستند، ادامه داد: این وضعیت نیازمند پاسخگویی روشن دستگاه‌های مسوول است.

چرا هزینه تصمیمات ارزی را بیمار باید با جان خود بپردازد؟

افشار با انتقاد از نحوه تأمین ارز داروی فاکتور ۱۳، تصریح کرد: بر اساس سازوکار قانونی پیش‌بینی شده، این دارو باید از ارز ترجیحی به آن اختصاص یافته و همین مساله موجب افزایش چشمگیر قیمت ریالی دارو شده است. وی با بیان اینکه نمی‌توان واقعیت‌های اقتصادی کشور و محدودیت منابع ارزی را نادیده گرفت، افزود: با این حال، پرسش اساسی این است که آیا قرار است هزینه تغییر سیاست‌های ارزی، تصمیمات اجرایی و اختلافات میان دستگاه‌های دولتی را بیماران مبتلا به بیماری‌های خاص با جان خود بپردازند؟ رییس هیات‌مدیره کانون هموفیلی ایران تأکید کرد: اگر به هر دلیلی ارز ترجیحی به این دارو اختصاص نیافته است، مسوولیت جبران مابه‌التفاوت قیمت آن بر عهده ساختار حاکمیتی و دستگاه‌های مسوول است، نه بیمار. افشار با اشاره به مسوولیت سازمان برنامه و بودجه، بانک مرکزی، وزارت بهداشت و سازمان غذا و دارو در این زمینه، گفت: این دستگاه‌ها باید درباره علت فعال نشدن سازوکار جبران مابه‌التفاوت قیمت دارو پاسخگو باشند. طرح دارویار نیز دقیقاً با هدف مدیریت همین شکاف‌های قیمتی و جلوگیری از انتقال هزینه‌های ناشی از تغییر سیاست‌های ارزی به مصرف‌کننده طراحی شده است.

مکانیسم ماشه داخلی علیه جان بیماران

رییس هیات‌مدیره کانون هموفیلی ایران اظهار کرد: در عرصه بین‌المللی بارها درباره آثار تحریم‌ها بر دسترسی بیماران ایرانی به دارو صحبت کرده‌ایم. تحریم‌های بانکی و محدودیت‌های مالی مشکلات جدی برای تأمین دارو ایجاد کرده‌اند، اما امروز با وضعیتی مواجه هستیم که باید صریح درباره آن سخن گفت. وی افزود: وقتی دارو از خارج کشور خریداری شده، ارز آن تخصیص یافته، محموله وارد کشور شده و در اختیار شرکت پخش قرار گرفته است، اما به دلیل حل نشدن اختلافات مالی و اعتباری میان دستگاه‌های داخلی، بیمار همچنان به دارو دسترسی ندارد، دیگر نمی‌توان تمام مسوولیت این وضعیت را به تحریم‌های خارجی نسبت داد.

سازمان غذا و دارو و بانک مرکزی نمی‌توانند از مسوولیت خود شانه خالی کنند

افشار با تأکید بر ضرورت پاسخگویی دستگاه‌های مسوول، گفت: از سازمان غذا و دارو انتظار داریم مسوولیت خود را به فرآیند ثبت سفارش، تخصیص و ورود دارو محدود نکند و تا مرحله دسترسی واقعی بیمار به دارو، پیگیر موضوع باشد. وی افزود: بانک مرکزی نیز باید توضیح دهد که چرا با وجود واردات داروی مورد نیاز بیماران مبتلا به یک بیماری خاص و قرار گرفتن آن در زمره نیازهای حیاتی نظام سلامت، سازوکار جبران آثار تخصیص ارز غیرترجیحی و تأمین مابه‌التفاوت آن به موقع اجرا نمی‌شود. افشار تأکید کرد: موضوع صرفاً اختلاف بر سر قیمت یک فرآورده دارویی نیست، بلکه مساله جان انسان‌هاست. مسوولیت دستگاه‌های دولتی نیز صرفاً با اعلام تخصیص ارز یا ورود دارو محقق نمی‌شود، بلکه زمانی می‌توان از انجام این مسوولیت سخن گفت که بیمار بتواند داروی مورد نیاز خود را دریافت کند. رییس هیات‌مدیره کانون هموفیلی ایران در بخش دیگری از این گفت‌وگو، با اشاره به امکان خرید راهبردی داروی فاکتور ۱۳، اظهار کرد: برای حل این مساله نیز مسیر مشخصی وجود دارد. شرکت نوو نوردیسک آمادگی خود را برای ورود به مذاکره با صندوق بیماران خاص و صعب‌العلاج به‌منظور خرید راهبردی دارو اعلام کرده است. وی افزود: کانون هموفیلی ایران نیز طی مکاتبه‌ای با مدیرعامل صندوق بیماران خاص و صعب‌العلاج، درخواست کرده است از ظرفیت اعتباری این صندوق برای خرید راهبردی دارو استفاده شود. افشار با بیان اینکه صندوق بیماران خاص و صعب‌العلاج می‌تواند با ورود مستقیم به این موضوع، زمینه دسترسی فوری بیماران به دارو را فراهم کند، گفت: در ادامه نیز منابع مورد نیاز می‌تواند از محل اعتبارات قانونی و سازوکار طرح دارویار جبران شود.

بیماران نباید قربانی پاس‌کاری دستگاه‌های دولتی شوند

افشار در پایان با اشاره به بیش از یک سال انتظار بیماران مبتلا به کمبود فاکتور ۱۳ برای دریافت داروی مورد نیازشان، اظهار کرد: خانواده‌های این بیماران در این مدت نگرانی و فشار زیادی را تحمل کرده‌اند و اکنون که دارو وارد کشور شده است، انتظار دارند مسوولان به وعده‌های خود عمل کنند. رییس هیات‌مدیره کانون هموفیلی ایران با تأکید بر ضرورت پاسخ روشن و اقدام عملی از سوی سازمان غذا و دارو، بانک مرکزی و سازمان برنامه و بودجه، تصریح کرد: مطالبه ما روشن است؛ داروی موجود باید فوراً در اختیار بیماران قرار گیرد، مابه‌التفاوت قیمت ناشی از عدم تخصیص ارز ترجیحی باید از محل منابع قانونی، از جمله اعتبارات طرح دارویار، جبران شود و دستگاه‌های مسوول نیز باید درباره علت این تأخیر پاسخگو باشند. افشار خاطرنشان کرد: بیماران مبتلا به کمبود فاکتور ۱۳ بیش از یک سال منتظر مانده‌اند و دیگر فرصتی برای پاس‌کاری اداری، تشکیل جلسات بی‌نتیجه و مکاتبات بدون خروجی وجود ندارد.

EICO
مجتمع صنعتی اسفراین

نوبت دوم
شناسه آگهی: ۲۳۱۳۹۴۵

دبیرخانه کمیسیون معاملات مجتمع صنعتی اسفراین

نوع فرآیند مناقصه: عمومی همزمان با ارزیابی (یکپارچه) یک مرحله‌ای

شرح کلی موضوع مناقصه‌ها:	استاد (stud) واج بلاک (Edge Block)	مبلغ تضمین شرکت در مناقصه‌ها	۴۰،۰۰۰،۰۰۰،۰۰۰	شماره فراخوان در سامانه ستاد ایران: ۲۰۰۵۰۰۱۴۶۹۰۰۰۰۳۳
	خرید راکتورهای 100hz-150hz-200hz-tcr		۲۰،۰۰۰،۰۰۰،۰۰۰	۲۰۰۵۰۰۱۴۶۹۰۰۰۰۳۴
	خرید ۲۵۰ تن فروکروم پرکربن		۳۷،۵۰۰،۰۰۰،۰۰۰	۲۰۰۵۰۰۱۴۶۹۰۰۰۰۳۵
	خرید ۱۵۰ تن فرومنگنز پرکربن		۴۱،۲۵۰،۰۰۰،۰۰۰	۲۰۰۵۰۰۱۴۶۹۰۰۰۰۳۶
	خرید ۱۵۰ تن گرافیت گرانوله cpc		۱۱،۲۵۰،۰۰۰،۰۰۰	۲۰۰۵۰۰۱۴۶۹۰۰۰۰۳۷

آدرس سایت جهت مشارکت در مناقصه:	WWW.SETADIRAN.IR
مهلت زمانی برداشت اسناد مناقصه:	از تاریخ ۱۴۰۵/۰۸/۰۴ ساعت ۱۲:۰۰ تا تاریخ ۱۴۰۵/۰۸/۱۲ ساعت ۱۹:۰۰
مهلت زمانی ارسال پاسخ پیشنهادی:	از تاریخ ۱۴۰۵/۰۸/۱۳ ساعت ۰۷:۰۰ تا تاریخ ۱۴۰۵/۰۸/۳۰ ساعت ۰۸:۰۰
تاریخ و ساعت گشایش پاکات پیشنهادی:	مورخ ۱۴۰۵/۰۸/۳۰ ساعت ۰۸:۰۵
اعتبار پیشنهاد قیمت:	مورخ ۱۴۰۵/۱۰/۳۰ ساعت ۱۹:۰۰
شماره تماس جهت دریافت اطلاعات بیشتر:	۰۹۱۵۳۷۲۹۳۲۶ - ۰۵۸۳۷۲۱۷۲۷۰ رئیس دبیرخانه کمیسیون معاملات جناب آقای مهدی کاوسی کوشکی
شماره تماس سامانه ستاد ایران (پشتیبانی):	۱۴۵۶-۰۲۱

* پرداخت هزینه چاپ کلیه آگهی‌های مناقصه، بر عهده برنده مناقصه می‌باشد.*
* سایر اطلاعات و جزئیات مربوطه در اسناد مناقصه مندرج است*
** توجه: مناقصه‌گرانی که قبلا اسناد مناقصه را از طریق سامانه مذکور در موعد مقرر، برداشت کرده باشند می‌توانند پاسخ پیشنهادی خود را در سامانه ستاد ایران بارگذاری و در مناقصه مشارکت نمایند.

شرکت ملی گاز ایران
شرکت مجتمع گاز پارس جنوبی

نوبت دوم
شناسه آگهی: ۲۳۱۴۹۶۲

آگهی فراخوان مناقصه عمومی یک مرحله‌ای (به صورت فشرده)

شرکت مجتمع گاز پارس جنوبی در نظر دارد خدمات مورد نیاز خود را با شرایط ذیل به صورت برگزاری مناقصهٔ عمومی یک مرحله‌ای و از طریق سامانه تدارکات الکترونیکی دولت (ستاد) تامین نماید

شماره فراخوان در سامانه ستاد ایران	۲۰۰۵۰۹۶۷۸۳۰۰۰۰۲۲
شماره مناقصه	۱۴۰۵/۴۱۷۱
موضوع مناقصه	تهیه و طبخ، بسته بندی، توزیع، سرو غذا و اداره رستوران پالایشگاه چهارم
مبلغ تضمین شرکت در فرایند ارجاع کار	۷۶/۴۹۲/۵۲۳/۴۷۱ ریال
نوع تضمین شرکت در فرایند ارجاع کار	تضامین قابل قبول وفق آیین‌نامه تضمین معاملات دولتی به شماره ۱۲۳۴۰۲/ت۵۰۶۵۹هـ مورخ ۹۴/۰۹/۲۲ هیات وزیران
مبلغ برآورد اولیه مناقصه	۲/۵۵۵/۶۲۶/۱۷۳/۵۵۱ ریال
برنامه زمانی مناقصه (جزء ۴ بند الف ماده ۱۳ قانون برگزاری مناقصات)	مطابق با برنامه زمانی مندرج در سامانه تدارکات الکترونیک دولت (ستاد)
آدرس مناقصه‌گزار	استان بوشهر، شهرستان عسلویه، شرکت مجتمع گاز پارس جنوبی، پالایشگاه چهارم

بدیهی است کلیه فرآیند برگزاری مناقصه به صورت الکترونیکی و از طریق درگاه سامانه تدارکات الکترونیکی دولت (ستاد) به نشانی: WWW.SETADIRAN.IR انجام می‌پذیرد و به پیشنهادهای ارائه شده خارج از سامانه ستاد هیچ‌گونه ترتیب اثری داده نخواهد شد.
کلیه مناقصه‌گران بایستی نسبت به ثبت نام در سامانه ستاد و دریافت گواهی امضاء الکترونیکی اقدام نمایند.
مناقصه‌گران می‌توانند جهت کسب اطلاعات بیشتر به سایت WWW.SPGC.IR مراجعه و یا با شماره تلفن‌های ۳۹۵۵ و ۰۷۷۳۱۳۱۳۹۵۱ تماس حاصل فرمایند.
روابط عمومی شرکت مجتمع گاز پارس جنوبی