



گزیده‌های منهای بیست

گزیده مطالب رازی، بیست سال پیش از این در همین ماه

گردآوری و تدوین: دکتر مجتبی سرکندی

مقدمه

زیرعنوان بالا مطالبی از رازی ۲۰ سال پیش در همین ماه ارایه می‌شود. گذشت ۳۰ سال از انتشار اولین شماره رازی، نامه اعمالمان را آن قدر قطور و سنگین کرده است که بشود گاه که دلمان تنگ آن روزها می‌شود، به شماره سنگین و وزین صحافی شده هر سال نگاهی بیاندازیم، تورقی بکنیم صفحاتی چند از آن‌ها را بخوانیم و... حالمان خوب شود. آن قدر انرژی بگیریم که هم‌چون مدیرمسئول محترم و سردبیر نازنین یا بر زمین محکم کنیم که: «به هر حال ما ادامه خواهیم داد». این سر زدن‌ها به شماره‌های پیشین ایده‌ای را در ذهن نشانده که گزیده‌هایی از همان شماره و صفحات مشابه ماه انتشاراتی فعلی مان گزین کنیم و شما را نیز در این «دل‌شدگی» با خودمان شریک نماییم. خواننده‌های قدیمی آن روزها برایشان زنده می‌شود و تازه خواننده‌های رازی هم پی می‌برند که بیست سال پیش رازی در مورد عرصه دارو در ایران و جهان چه نوشت. به هر حال، به جستجوی زمان از دست رفته برآمدیم که با قدری اغراق و اغماض و با استعاره‌ای ادبی «بهشت گمشده» دست به قلم‌های رازی بوده است، بهشت گمشده‌ای که گفته‌اند: «بهشت گمشده» همان گذشته‌ای است که برای همیشه از دست داده‌ایم ولی ما قطعاتی از آن گذشته را در جلد‌های صحافی شده از تعرض زمانه مصون داشته‌ایم.

مطالب این شماره گزیده‌ها به شرح زیر است:

- ۱ - فهرست مطالب در شماره اسفند ماه ۱۳۷۸ / به کوشش دکتر مجتبی سرکندی
- ۲ - نوع دیگری از تولید / دکتر بهنام اسماعیلی
- ۳ - بررسی الگوهای مختلف در بهینه‌سازی نظام بیمه / دکتر عباس رضایی، دکتر علی دباغ
- ۴ - نکاتی پیرامون علل و شرایط اهدای دارو / دکتر بهنام اسماعیلی
- ۵ - از (خبر) چه خبر؟ / دکتر مجتبی سرکندی



فهرست مقاله‌های اسفند ماه ۱۳۷۸

تهیه و تنظیم: دکتر مجتبی سرکندی

عنوان	
نوع دیگری از تولید / دکتر بهنام اسماعیلی	سر مقاله
فارماکولوژی نیتریک‌اکساید و نیترات‌های آلی (ب) / دکتر مرتضی ثمینی	مجموعه
آپوتوز یا مرگ برنامه‌ریزی شده (۲) / دکتر محمدرضا نوری‌دلویی، دکتر محمدمهدی یعقوبی	
داروهای OTC در درمان اختلال‌های دستگاه تناسلی زنان / دکتر فریدون سیامک‌نژاد	
آسیب‌های مختلف و وسایل کمک‌های اولیه / دکتر ثریا منتظری	
فصلی از یک کتاب / دکتر شادان‌فر	
گزارش چند مشاور دارویی / مرکز اطلاعات دارویی	
آشنایی با مسمومیت حشره‌کش آیکون / دکتر ابراهیم ذبیحی‌نیشابوری، دکتر ناصر جلالی	
دارودرمانی ویتیلیگو / دکتر غلام رضا کریمی	
بررسی الگوهای مختلف در بهینه‌سازی نظام بیمه / دکتر عباس رضایی، دکتر علی دباغ	
نکاتی پیرامون علل و شرایط اهدای دارو / دکتر بهنام اسماعیلی	
گزارش یک نشست / حسین کاملی	مجموعه
تورق و تأمل در حدیث دیگران / دکتر شادان‌فر	
از (خبر) چه خبر؟ / دکتر مجتبی سرکندی	
دیدگاه‌ها / دکتر مفخمی	
رازی و خوانندگان	
سؤالات مربوط به بازآموزی	
فرصت‌های شغلی و ...	
بازگشت	



نوع دیگری از تولید

کوچک اغلب طی قراردادهای خاصی به تولید دارو برای شرکت‌های معظم و شناخته شده می‌پردازند که عملاً تنها راه ادامه فعالیت و حیات آنها است. به‌طور مثال، در کشور پرتغال چندین شرکت داروسازی فعال وجود دارد که خود رأساً تولیدی نداشته و فقط برای سایر شرکت‌های بزرگ دنیا دارو تولید می‌کنند. این امر در سایر کشورهایی که هزینه‌های تولید در آنها پایین است مانند چین نیز روز به روز در حال گسترش است. چنین روش تولیدی که در واقع نوعی مقاطعه‌کاری در تولید دارو

انگیزه اصلی در صنایع داروسازی همانند سایر صنایع کسب درآمد هرچه بیشتر و حفظ موقعیت در بازار رقابت است، در سطح شرکت‌های داروسازی بزرگ دنیا عرضه اقلام دارویی جدید و در کنار آن تبلیغ گسترده در بازار مصرف از جمله روش‌های نیل به هدف فوق است. در کنار تلاش برای نوآوری‌های دارودرمانی، ادغام و به هم پیوستن این شرکت‌ها نیز در کسب درآمد بالاتر و کاهش هزینه‌ها کمک می‌کند. در شرایط رقابتی حاکم بر بازار مصرف دارو در جهان، شرکت‌های داروسازی



(Contract manufacturing) محسوب می‌شود به شدت درآمدزا بوده، علاوه بر آن مشکلات ناشی از تولید مستقل دارو را نیز ندارد.

ورود به چنین حیطه‌ای برای کشورهایمانند ایران که از توان چندانی در زمینه صادرات و نوآوری‌های دارویی برخوردار نیستند، بسیار مفید و ارزشمند خواهد بود. ایران از نظر جغرافیایی نیز در منطقه‌ای قرار گرفته است که می‌تواند مناطق خلیج فارس و شمال آفریقا، کشورهای آسیای میانه و حتی بخش‌هایی از شرق آسیا را تحت پوشش قرار دهد و فرصت مناسبی برای شرکت‌های داروسازی بزرگ فراهم آورد تا از طریق تولید در ایران نیازهای دارویی این مناطق را برطرف نمایند. این شرکت‌ها خود به اهمیت ایران در منطقه واقف هستند ولی تمایل چندانی به ورود به این عرصه نشان نمی‌دهند که این امر ریشه در شرایط داخلی ایران از نظر مقررات تجاری، اقتصادی و بازرگانی دارد. در حال حاضر، بخشی از توان تولیدی صنایع داروسازی ایران خالی و بلااستفاده است که با توجه به نیاز داخل و نیز صادرات اندک امکان به‌کارگیری آن وجود ندارد مگر آن که به تدابیری همچون تولید برای سایر شرکت‌های داروسازی توجه شود.

در این زمینه در صورت مثبت بودن نظر مسؤولان دارویی وزارت بهداشت باید این مجموعه برای رفع مشکلات و مقررات دست و پاگیر و فراهم نمودن شرایط جهت ایجاد انگیزه در شرکت‌های بزرگ داروسازی اقدام نماید. تولید کنتراتی یا مقاطعه‌کاری دارویی امروزه از صورت یک بحث

نظری و یا اقدامی در سطح شرکت‌های داروسازی کوچک خارج شده و به‌صورت بخشی از فعالیت‌های تجاری شرکت‌های بزرگ داروسازی درآمده است. در ابتدای دهه ۹۰ شرکت‌های داروسازی بزرگ دنیا که همواره سفارش‌دهنده بودند، خود به‌صورت سفارش‌گیرنده درآمدند. این امر گرچه در ابتدا به‌عنوان راهی برای به‌کارگیری ظرفیت خالی خطوط تولید آنها و در کنار آن پوشاندن بخشی از هزینه‌های جاری محسوب می‌شد، امروزه به‌صورت یک فعالیت اقتصادی جنبی با کسب درآمد قابل توجه درآمده و اهمیت آن در بازارهای بزرگ مصرف دارو مانند آمریکا، ژاپن و اروپا دوچندان شده است.

ارزش حاصل از تولید کنتراتی به قدری افزایش یافته است که امروزه شرکت‌های بزرگ در سه زمینه تولید داروها با اسامی تجاری و ژنریک



تعدد مراکز تصمیم گیرنده و تأثیرگذار بر چنین روش تولید و یا بهتر بگوییم فعالیت اقتصادی، عدم ثبات قوانین و مقررات حاکم بر این گونه فعالیت‌ها و در کنار آن ایجاد انگیزه برای شرکت‌های خارجی برای برقراری چنین ارتباطی با شرکت‌های ایرانی از جمله مشکلات موجود است که رفع آن‌ها نیازمند اتخاذ تدابیر خاص و همکاری سایر سازمان‌های ذی‌ربط با وزارت بهداشت است. البته، در صورتی که وزارت بهداشت خود با چنین روشی موافق بوده و در این مورد نظر مثبت داشته باشد.

دکتر بهنام اسماعیلی

و نیز تولید مواد اولیه و واسطه دارویی اقدام به عقد قرارداد با یکدیگر می‌کنند. به‌طور مثال، سه تولیدکننده عمده استروئید دنیا یعنی شرینگ آلمان، راسل فرانسه و فارسیا و آپجان آمریکا امروزه ظرفیت خالی خود را برای تولید دارو برای سایر مشتریان حتی به اسامی ژنریک و نیز تولید و عرضه مواد اولیه و واسطه به سایر شرکت‌ها اختصاص داده‌اند. به همین ترتیب دو شرکت بریستول مایر اسکوئیب و آبوت نیز امروزه بر حسب سفارش، ظرفیت خالی تولید مواد اولیه خود را به ترتیب برای تولید پنی سیلین و اریترومایسین به‌کار گرفته‌اند.



بررسی الگوهای مختلف در بهبودسازی نظام بیمه‌های بهداشتی - درمانی

دکتر عباس رضایی، دکتر علی دباغ
گروه ایمونولوژی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

■ خلاصه

یکی از مهم‌ترین ارکان طراحی و ایجاد اصلاحات بهداشتی، وضعیت بیمه‌های بهداشتی - درمانی است که باعث افزایش دسترسی عادلانه مردم به مراقبت‌های بهداشتی می‌گردد. در واقع، هدف نهایی از بهبود سیستم بیمه‌های بهداشتی، درمانی دستیابی بهتر به توسعه همه‌جانبه است. در هر کشور، برای بهبود نظام بیمه باید ارکان مختلف آن نظام، مدنظر قرار گیرد و در جهت ارتقای آن‌ها تلاش شود. از مهم‌ترین ارکان سیستم بیمه‌های بهداشتی - درمانی می‌توان به اصول «عدالت» «کارایی» «کیفیت و جلب رضایت مشتریان» و «توسعه سیستم‌های بیمه» اشاره نمود. در این مقاله، جنبه‌های مذکور، همراه با نگاهی مختصر به برخی از الگوهای کشورهای مختلف جهان همراه با ارایه برخی راه‌کارهای پیشنهادی بیان شده است.

- ۱ - رعایت عدالت در دو جنبه عدالت اقتصادی و عدالت در ارایه خدمات قابل بررسی است.
- ۲ - نظام‌های مختلفی برای بهبود کارایی سیستم‌ها مطرح شده که هر کدام از آن‌ها، معایب و محاسنی دارند.
- ۳ - کیفیت امروزه به‌عنوان مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده میزان موفقیت در عرصه ارایه خدمات مطرح شده است و نظریه‌های مربوط به آن، هر روز بازبینی و تجدیدنظر می‌شود که از جمله آن‌ها، به نظریه‌های تضمین کیفیت، ارتقای کیفیت و یکی از جدیدترین دیدگاه‌ها به نام مدیریت کیفیت جامع TOM می‌توان اشاره نمود.
- ۴ - در نهایت، برخی از عواملی که می‌توانند بر فرآیند توسعه و گسترش نظام‌های بیمه مؤثر باشد، عبارتند از: رشد اقتصادی، وضعیت نظام بانکی و پولی کشور، بهبود نظم اداری حاکم، وحدت منافع و تشریک مساعی و سهولت مکانیسم‌های پرداخت هزینه خدمات.

واژگان کلیدی: بیمه، بهداشت، اصلاحات



■ مقدمه

بحث‌ها، همواره مباحث چندعاملی به حساب می‌آیند و در این مبحث نیز لازم است تا موضوع اخیر مدنظر قرار گیرد.

❖ یکی از مهم‌ترین ارکان طراحی و ایجاد اصلاحات بهداشتی، وضعیت بیمه‌های بهداشتی - درمانی است که باعث افزایش دسترسی عادلانه مردم به مراقبت‌های بهداشتی می‌گردد. ❖

۱ - اصل عدالت (Equity)

اصل عدالت در نظام‌های بیمه، یکی از مواردی است که همواره اختلاف نظرهای زیادی به همراه داشته است. در هر حال، یکی از مهم‌ترین اهداف ایجاد نظام بیمه، گسترش و توسعه عدالت در جامعه است و این اصل همیشه باید مدنظر متصدیان امر باشد (۳).

۱ - الف - «عدالت اقتصادی»: نظام بیمه می‌تواند در صورت اجرای صحیح، توأم با گسترش عدالت اقتصادی در جامعه باشد اما این موضوع، علاوه بر داشتن فواید، در صورت اجرای نامطلوب می‌تواند منجر به آثار زیان‌باری شود؛ در واقع آن دسته از سیستم‌های بیمه که به صورت نامطلوب به اجرا درآیند گاه حتی بی‌عدالتی‌های اقتصادی را تشدید می‌کنند. عدالت اقتصادی، بستگی به عوامل متعددی از جمله: ۱ - میزان تحت پوشش قرار گرفتن؛ ۲ - روش ایجاد پوشش؛ ۳ - میزان سوددهی و

طراحی، تنظیم، اجرا و بهبود نظام بیمه‌های بهداشتی - درمانی، موضوعی است که از ابزارهای اصلی سیستم بهداشتی هر کشور و از جمله کشور جمهوری اسلامی ایران (برای دستیابی افراد جامعه به مراقبت‌های بهداشتی) است اما در هر کشور، تنها نمی‌توان به راه‌اندازی نظام بیمه اکتفا نمود؛ بلکه، لازم است نظام مذکور، به طور دایم مورد پایش قرار گیرد تا بتوان ضمن بهبود روزافزون آن، هرچه بیشتر به هدف غایی این نظام دسترسی پیدا کرد.

بهینه‌سازی نظام بیمه در کشورهای مختلف جهان، در مراحل مختلف قرار دارد، که بسته به وضعیت اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی، فرهنگی و ... تفاوت می‌کند. اولویت‌هایی که در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی مدنظر است، در هر کشور متفاوت است اما در هر حال، برخی راه‌کارهای کلی وجود دارند که برای ارتقای وضعیت نظام بیمه در اکثر موارد قابل اجرا می‌باشند (۱). به همین دلیل است که کاربرد تجربیات و مشارکت بین‌المللی می‌تواند منافع زیادی داشته باشد (۲). در این مقاله، تعدادی از اصول کلی و راهبردی بهینه‌سازی نظام بیمه مطرح می‌گردند. اصولاً، در مباحثی که در قلمروهای مرتبط با علوم اجتماعی مطرح می‌گردد، هیچ‌گاه نمی‌توان تنها روی یک عامل به عنوان عامل مستقل تأکید نمود و بقیه عوامل وابسته بدان را یک عامل دانست؛ بلکه این قبیل

۴ - ساختار مسارکتی در نظام بیمه دارد (۳). در برخی از کشورهایی که پوشش بیمه صددرد وجود ندارد (کشورهای اندونزی، تایلند، ویتنام، مراکش و مصر) مشخص شده که افراد تحت پوشش وضعیت اقتصادی - اجتماعی بهتری نسبت به افراد بیمه نشده دارند. معمولاً در این کشورها افراد بیمه شده، شامل کارمندان، شرکت‌های دولتی یا خصوصی هستند و افرادی که تحت پوشش بیمه نیستند، کشاورزان و افراد روستایی را شامل می‌گردند (۴). چنین وضعیتی، تا حدی در کشور ما هم وجود دارد. بیمه روستایی که اخیراً در کشور ما و در قالب نظام بهداشتی PHC در حال اجرا می‌باشد، می‌تواند تا حدی این نقیصه را برطرف کند. در تعدادی از کشورهایی که نظام بیمه، کل افراد جامعه را تحت پوشش قرار می‌دهد (کشور چین)، علت دیگری برای بی‌عدالتی اقتصادی ایجاد می‌شود. در کشور چین، سه نوع سیستم بیمه حاکم است، که میزان حمایت دولت از این سه گروه تحت پوشش بیمه فرق می‌کند.

● کیفیت، امروزه به‌عنوان مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده میزان موفقیت در عرصه ارائه خدمات از جمله بیمه‌های بهداشتی - درمانی مطرح شده است. ●

اول بیمه‌ای که مخصوص کارگران شهری و کارکنان مجتمع‌های صنعتی است، به‌طور کامل از اعتبارات رفاهی آن سازمان‌ها پرداخت می‌شود.

دوم در مورد کارمندان دولتی و کارمندان غیردولتی (یعنی بخش غیرخصوصی)، هزینه بیمه به‌عنوان یکی از مزایای حقوقی، به‌طور کامل از سوی دولت پرداخت می‌گردد و در نهایت، در سومین نظام، افراد روستایی قرار دارند و در کشور ما نیز حالتی مشابه این حالت در میان افراد بیمه شده مشاهده می‌گردد. برخی از مؤسسات، وزارتخانه‌ها، بانک‌ها و ... پوشش بیمه‌ای صددرد دارند و حتی برخی موارد مثل هزینه عینک و ... را می‌پردازند، در حالی که در سایر مؤسسات و سازمان‌ها، میزان پوشش متفاوت است. هم‌چنین، هر از چند گاهی برخی از سازمان‌های بیمه‌گر، بعضی از خدمات پزشکی یا اقلام دارویی را از سیستم بیمه حذف می‌کنند که گاه منجر به بروز مشکلاتی نیز می‌گردد. این قبیل موارد، حتی در برخی از کشورها مثل آلمان، ژاپن و کره جنوبی که نظام‌های بیمه کارآمدی دارند، ملاحظه می‌شود. چند نکته قابل توجه را باید در این زمینه مدنظر قرار داد:

- ۱ - بی‌عدالتی اقتصادی وقتی بیشتر می‌شود که دولت تنها به برخی از مؤسسات منتخب برانه بدهد.
- ۲ - اگر میزان سرمایه‌گذاری در شرکت‌های بیمه‌ای کم باشد، میزان سوددهی نیز به تبع آن کاهش خواهد یافت و در نهایت، نرخ بیمه گران‌تر خواهد شد. نتیجه این فرآیند، آن است که میزان دسترسی اقشار کم درآمد به خدمات بیمه به‌طور دایم محدودتر می‌گردد.
- ۳ - جلب مشارکت‌های مردمی یک راه حل بسیار مهم برای افزایش عدالت در نظام بیمه است و در



حدی این نقص را برطرف کند (۲). در برخی از کشورها مثل تایلند تلاش شده تا از روش اعطای یارانه به طبقه فقیر استفاده گردد ولی چگونه می‌توان طبقه فقیر جامعه را مشخص کرد؟ به نظر می‌رسد تعیین افراد مستحق یارانه در جامعه کار چندان آسانی نباشد.

۱ - ب - «عدالت در ارائه خدمات»: عدالت در ارائه خدمات، به صورت عمده بستگی به موارد زیر دارد:

- ۱ - الگوی حاکم بر کشور در ارائه خدمات
- ۲ - الگوی ارائه خدمات در قسمت‌های مختلف کشور، که بارزترین وجه آن، الگوی توزیع خدمات در شهر و روستا است.
- ۳ - الگوی ارائه خدمات در بخش خصوصی و عمومی
- ۴ - الگوی ارائه خدمات در قسمت‌های مختلف کشور
- ۵ - الگوی ارائه خدمات در میان اقشار مختلف جامعه

البته، اگر در کشورهای مختلف، این معضل بررسی شود، متوجه می‌شویم که بی‌عدالتی در ارائه خدمات، دارای جنبه تاریخی است، که این اختلاف، به خصوص میان شهر و روستا، بیش از پیش قابل توجه می‌باشد و حتی گاه در میان قسمت‌های مختلف یک کشور نیز تفاوت‌هایی مشاهده می‌گردد (۶، ۴، ۲). شاید بهترین راه برای تخفیف بی‌عدالتی‌های مذکور، ارتقای کیفیت در تمام قسمت‌ها باشد، به نحوی که نگرانی

کشور ما بیمه‌های خویش‌فرما، تأمین اجتماعی، برخی شرکت‌های بیمه خصوصی و ... می‌توانند در صورت اصلاح امور جاری خود و تطبیق بیشتر با واقعیت‌ها گام‌های مفیدی باشند (۵).

گاه تقسیم‌بندی شرکت‌های بیمه، منجر به افزایش بی‌عدالتی خواهد شد. به‌طور مثال، بعضی از مؤسساتی که مخصوص گروه‌های با درآمد مشخص و تضمین شده هستند. مؤسسات ثروتمندی به حساب می‌آیند ولی مؤسساتی که حجم زیادی از افراد تحت پوششان، افراد فقیر هستند، دارای قدرت پوشش کمتری می‌باشند.

اما آیا تنها با ایجاد پوشش کامل بیمه برای همه افراد جامعه می‌توان عدالت اقتصادی را در جامعه حاکم کرد؟ با مراجعه به تجربیات سایر کشورها به وضوح می‌توان درک کرد که پاسخ این سؤال همواره مثبت نیست. در کشورهای مذکور، گاه میزان ارجاع بیماران به سیستم‌های بهداشتی همکار نظام بیمه به قدری زیاد می‌شود که تراکم بیماران در این سیستم به شدت افزایش می‌یابد و در نتیجه، از کیفیت خدمات ارائه گردیده از سوی این مراکز به دلیل شلوغی بیش از حد، کاسته می‌شود. در این حالت، افراد ثروتمند می‌توانند از مراکز خصوصی ارائه‌کننده خدمات بهداشتی استفاده نمایند که هم سرعت بیشتر و هم کیفیت بهتری دارند. به نظر می‌رسد ایجاد سیستم‌های هماهنگ و یکنواخت مراقبت‌های بهداشتی (از جمله نظام مراقبت‌های بهداشتی پیشنهادی از سوی WHO که همان نظام Primary Health Care = PHC است) بتواند تا

از جانب نقصان کیفیت در هیچ قسمت از نظام بهداشتی وجود نداشته باشد. در کشور ما نیز، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان مسؤول اصلی کنترل روند ارائه خدمات، لازم است نقش نظارتی خود را بر کلیه واحدهای ارائه کننده خدمات بهداشتی، درمانی از جمله واحدهای همکار سیستم‌های بیمه تقویت نماید، تا عدالت در ارائه خدمات تضمین گردد.

❖ یکی از مهم‌ترین اهداف ایجاد نظام بیمه، گسترش و توسعه عدالت در جامعه است و این اصل همیشه باید مدنظر متصدیان امر باشد. ❖

۲- میزان کارایی (Efficiency)

امروزه مباحث اقتصادی بیش از پیش، وارد عرصه ارائه خدمات بهداشتی شده است و علمی نوین، تحت عنوان اقتصاد بهداشتی، گسترش زیادی پیدا کرده است (۷). یکی از شاخه‌های این علم، به بررسی تقابل میان منافع و مخارج ارائه خدمات بهداشتی می‌پردازد (Cost-benefit analysis).

در این حال هرچه در یک سیستم، میزان اثربخشی به ازای هزینه‌ها و مخارج بیشتر باشد (یعنی نسبت $\frac{Cost}{benefit}$ تا حد امکان کمتر شود) کارایی آن سیستم نیز بیشتر خواهد بود (۸).

نظام بیمه‌ای که در تایلند به اجرا در می‌آید، نمونه‌ای از یک نظام کارآمد و در عین حال کم خرج است. در این نظام که مخصوص بیمه اجباری

کارمندان است، بیمارستان‌ها به ازای هر کدام از کارمندان هزینه سرانه‌ای می‌گیرند و به ازای آن با کلینیک‌های سطح اول یا بیمارستان‌های بالاتر و یا در صورت نیاز با بیمارستان‌های فوق تخصصی قرارداد می‌بندند. در واقع، درآمدها به شدت تحت نظارت قرار می‌گیرد و از سوی دیگر، مسؤولان و کارکنان نظام بیمه نیز یک محرک بسیار قوی دارند که ارائه مراقبت‌ها توسط آن‌ها، کاملاً مقرون به صرفه باشد.

یکی از عوامل مؤثر بر کارایی نظام بیمه، روش پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات (Payment system) است. روش پرداخت هزینه به ازای هر خدمت (Fee for service) یا همان پرداخت کارانه، گاه به روشی تبدیل می‌شود که کارایی کمی دارد و کارکنان شاغل، همواره سعی می‌کنند درآمدهای خود را به هر نحو ممکن افزایش دهند (۹). به طور کلی، در اکثر کشورهایی که نظام پرداخت کارانه (Fee for service) وجود دارد و بیمار باید حق الزحمه خدمات را بپردازد، اگر بهای حق الزحمه مشاوره با پزشک کم باشد ولی قیمت انجام اقدامات تشخیصی پزشک زیاد باشد، با توجه به این که تجویز آزمون‌های آزمایشگاهی و پاراکلینیک تشخیصی، وقت کمتری از پزشک می‌گیرد، در نتیجه، پزشک به سمت تجویز هرچه بیشتر این خدمات اضافه بهداشتی متمایل می‌گردد و دلیل این امر، آن است که قیمت خدمات گرانبها اغلب در سطحی بالاتر از حد واقعی نگه داشته می‌شود تا بیماران بهای اصلی آن را بپردازند (یعنی



جای درمان سرپایی، بیماران را در بیمارستان‌های خصوصی کوچکی که به صورت مشارکت میان چند پزشک تأسیس شده بستری نمایند.

۴- اگر شرکت‌های کوچک و متعدد در نظام بیمه مشارکت داشته باشند، به دلیل تراکم اداری و بوروکراسی حاکم، با افزایش تعداد شرکت‌ها و وجود شرکت‌های کوچک، میزان کارایی کلی نظام بیمه باز هم کاهش بیشتری خواهد یافت.

۵- در یک مطالعه، نشان داده شد که نزدیک به نیمی از مخارج نظام بیمه در چنین حالتی، مربوط به داروهایی بود که پزشکان نسخه می‌کردند و با افزایش کیفیت درمان توسط پزشکان و توجه بیشتر به آن‌ها و در نهایت، جلب همکاری آن‌ها، بخشی از این مخارج کاهش یافت (۱۴). در حقیقت، چنین حالتی باعث اختلاف در روند مصرف منطقی دارو (Rational drug use) می‌شود که در کشور ما نیز این مشکل وجود دارد.

●● امروزه مباحث اقتصادی بیش از پیش، وارد عرصه ارائه خدمات بهداشتی شده و علمی نوین تحت عنوان اقتصاد بهداشتی، گسترش زیادی پیدا کرده است. ●●

۶- استفاده نابه‌جا، بیش از حد و طولانی مدت از تخت‌های بیمارستانی که گاه با بستری کردن طولانی مدت بیماران و یا بستری کردن افراد پیر و بیماران مبتلا به بیماری مزمن همراه است (۱۶، ۱۵).

سهمی که بیمار می‌پردازد تقریباً با بهای اصلی خدمت برابر شود (۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳) و اگر قیمت آن خدمت در حد کمتری می‌باشد، میزان استفاده از آن بیشتر خواهد شد. این امر یکی از معایب اصلی نظام پرداخت کارانه است. چندی است که سیستم کارانه در کشور ما نیز مرسوم شده است و لازم است معایب مذکور در مورد آن، بررسی گردد. برخی از معایب احتمالی دیگر در این نظام عبارتند از:

۱- این سیستم می‌تواند موقعیت‌هایی ایجاد کند که افراد یا سازمان‌های ارایه‌کننده خدمات بهداشتی بتوانند مبادرت به انجام کارهای توأم با تقلب نمایند و در نتیجه، باعث کاهش کارایی سیستم شوند. این کارها ممکن است از سوی بیمار یا از طرف ارایه‌کنندگان خدمات انجام گیرد. در روش پرداخت کارانه، میزان تقلب زیاد است. به‌طور مثال، بیمار در انتهای دوره قرارداد بیمه، وقتی می‌بیند استفاده چندانی از بیمه نداشته (چون بیمار نشده است) تصمیم می‌گیرد برای جبران بخشی از حق بیمه خود، توسط نسخه پزشک، داروهای متعدد و با ارزشی را به صورت ارزان قیمت به‌دست آورد و سپس آن‌ها را توسط داروخانه با لوازم آرایشی - بهداشتی یا سایر اقلام گران قیمت تعویض کند.

۲- اجرای اصول صحیح سیستم ارجاع (Referral) توسط بیماران مختل می‌شود و بیمار تمایل دارد حتی برای کوچک‌ترین ناراحتی نزد بیمارستان‌های فوق تخصصی برود.

۳- گاه پزشکان نیز تمایل پیدا می‌کنند به

ذکر این موارد، بدین دلیل است که نظام کارانه یکی از مرسوم‌ترین روش‌های پرداخت در سیستم درمانی کشور است. بنابراین، لازم است تدابیری اتخاذ گردد تا موارد احتمالی مذکور، ایجاد نشود و تا حد امکان کارایی روش کارانه افزایش پیدا کند.

۳ - کیفیت در نظام بیمه

از حدود سال‌های دهه ۱۹۳۰، با اقداماتی که ابتدا توسط Walter Schwart سپس Juran و Deming انجام گرفت، کیفیت در ارائه خدمات مورد اقبال ویژه‌ای قرار گرفت. از آنجا که هم نظام‌های بیمه و هم نظام‌های بهداشتی، در واقع ارائه‌کنندگان خدمات (Service) هستند، کیفیت در موفقیت این نظام‌ها نیز نقش به‌سزایی دارد. نظریه Schwart، بر مبنای کنترل آماری فرآیند مبتنی بود و او در واقع پایه‌های علم TQM یا (Continuous Quality Improvement) را بنا نهاد. بر پایه همین نظریه SPC بود که Deming در سال‌های دهه ۱۹۵۰، تئوری‌های کیفیت خود را در دو عرصه خدمات و صنعت در کشور ژاپن بر پایه همین نظریه به اجرا درآورد و انقلابی در این زمینه ایجاد کرد. هم‌زمان با او، Juran هم به اقدامات مشابهی دست زد. این دو دانشمند ادعا می‌کردند که در آن زمان، ۸۵ درصد از مشکلات مربوط به صنایع و مراکز خدماتی آمریکا، ناشی از نبود مدیریت مطلوب در سطح عالی است و نه بدی عملکرد کارکنان (۱۸، ۱۷). مهم‌ترین و اصلی‌ترین بخش برای اجرای این موارد، داشتن

آمار و اطلاعات کافی و مناسب است که نیازمند بررسی‌های مفصل در سیستم می‌باشد (۱۸، ۱۷). اصولاً تعریف کیفیت، براساس نیازهای مشتریان است و مبنای نظریه کیفیت واقع، بر پایه دیدگاه Consumerism نهاده شده است (۱۷).

تعریف کیفیت عبارت است از «برآورده ساختن توقعات مشتریان در حدی فراتر از انتظارات آن‌ها» (۱۸). در حال حاضر، به نظر می‌رسد دیدگاه‌های مدیریتی فوق، کاربرد بسیار زیادی در مدیریت عالی بیمه در کشور ما داشته باشد و بدون شک، می‌تواند منجر به رفع بخش قابل توجهی از معضلات گردد. کیفیت و مدیریت کیفیت، هم باید در خود نظام‌های بیمه اجرا شود و هم این که سازمان‌های بیمه‌گر، کیفیت ارائه خدمات را در سیستم‌های ارائه‌کننده خدمات بهداشتی درمانی طرف قرارداد، تحت نظارت قرار دهند (۱۸).

هم‌چنین باید توجه داشت که در نظام بیمه، برای اجرای الگوهای کیفیت موارد زیر باید مورد توجه قرار گیرد:

- ۱ - اطمینان از حصول کیفیت مطلوب در شهر و روستا
- ۲ - اطمینان از وجود کیفیت مناسب قبل از بستن قرارداد همکاری با مراکز ارائه‌کننده خدمات بهداشتی - درمانی
- ۳ - توجه خاص به جلب رضایت بیماران به‌عنوان یک شاخص اصلی در تعیین و ارتقای کیفیت. بدون شک رعایت موارد فوق چندان آسان نخواهد بود (۲). در هر حال اجرای چرخه کیفیت



پیشرفت نظام‌های بیمه در نظر داشت:
۴ - الف - زمان: اجرای تمام برنامه‌های مذکور نیاز به گذشت زمان دارد. در برخی از کشورها مثل آلمان، ژاپن و جمهوری چک، این برنامه‌ها طی مدت ۴۰ تا ۱۰۰ سال به اجرا درآمده است. مطلوب‌ترین مثال، کشور کره جنوبی است که طی ۱۲ سال اطلاعات خود را به اجرا در آورد (۲). به هر حال، آنچه در کشور ما در برنامه‌ریزی‌های پنج ساله پیش‌بینی می‌شود، باید با در نظر گرفتن مدت زمان لازم برای اجرای برنامه باشد.

۴ - ب - رشد اقتصادی: بدون شک مشارکت بیشتر عرصه اقتصادی و افزایش درآمد افراد تحت پوشش می‌تواند باعث رونق بیمه شود. نظام بیمه در کشور ما نیز، بدون شک تحت تأثیر سرعت رشد اقتصادی کشور است و در برنامه‌ریزی‌های کلان کشور، باید در توسعه سیستم‌های بیمه، رشد اقتصادی کشور به عنوان یک عامل تعیین‌کننده بسیار مهم، مورد محاسبه قرار گیرد و مدنظر باشد.

۴ - ج - نظام پولی و بانکی کشور: ایجاد نظام بیمه بهداشتی همگانی در هر کشور، نیازمند حمایت‌های یک نظام پولی و بانکی مقتدر است اما این ویژگی را نمی‌توان به صورت اضطراری و عجله‌ای به‌دست آورد. بلکه نیاز به مطالعه و برنامه‌ریزی‌های مستمر دارد (۵). همکاری سیستم پولی و بانکی کشور، بالاخص بانک مرکزی و همچنین سایر بانک‌ها، باید به‌صورت تنگاتنگ و مستمر با نظام بیمه ادامه داشته باشد و در

که تحت عنوان Deming's Cycle شناخته می‌شود می‌تواند کلیات اقدامات مورد نیاز را برای ما شناسایی کند. اجزای این زنجیره عبارتند از:

1. Plan; 2. Do; 3. Check; 4. Act



که به صورت اختصار به‌عنوان الگوی PDCA معروف است و هر کدام نیازمند اقدامات بسیار مفصل و متعددی است که البته شرح مفصل اجزای آن، فراتر از این مقاله می‌باشد (۱۸، ۱۹).

۴ - توسعه و پیشرفت

الگوهای کلی که در مورد توسعه و پیشرفت نظام بیمه ارائه می‌شود باید در هر کشور مطابق با وضعیت خاص آن کشور منطبق گردد. این اختلافات مربوط به فرهنگ، تاریخ و بسیاری از عوامل اجتماعی - اقتصادی دیگری است که در جوامع مختلف حاکم است.

❖ یکی از عوامل مؤثر بر کارایی نظام بیمه، روش پرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات است. ❖

به‌طور کلی موارد زیر را باید در جهت توسعه و

برنامه‌ریزی‌های کلان بیمه مشارکت نمایند.

۴-۵ - تشریح مساعی و وحدت منافع: برای

رسیدن به اهداف نظام بیمه، باید تمام سیستم‌ها و سازمان‌های درگیر در این فرآیند، خود را واقعاً سهیم و مسؤول بدانند و مساعی خود را به کار برند. این موضوع، نیازمند درک ابعاد سیاسی، اقتصادی و اجتماعی اثرات ایجاد نظام بیمه است که شاید بهترین این اثرات، ارتقای عدالت اجتماعی برای تمام اقشار جامعه باشد (۹).

۴-۵ - سلامت نظام بیمه: بدون شک برای

دستیابی به اهداف عالی نظام بیمه، از جمله عدالت اجتماعی، لازم است از هرگونه خلاف کاری و تقلب در ایجاد و عملکرد این نظام پیشگیری کرد، چرا که نظام‌های بیمه بستر بسیار گسترده و مناسبی را برای سودجویی افراد فرصت طلب ایجاد می‌کند.

۴-۵ - اصلاح نظام‌های پرداخت به

ارایه‌کنندگان خدمات: اصلاح نظام‌های پرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات بهداشتی (Health care provider payment) می‌تواند اثرات مهمی بر روند کنترل هزینه‌ها و مخارج خدمات داشته باشد. این قسمت نیازمند بررسی کامل است. شاید بیش از ۱۰ مکانیسم مختلف وجود دارند که به صورت رایج در کشورهای مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرند. بخشی از این مبحث در مورد روش پرداخت کارانه گفته شد ولی بحث در این زمینه فراتر از حد مقاله حاضر است و بخش عمده‌ای از تحقیقات مربوط

به نظام‌های بیمه در این زمینه انجام گرفته است (۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵).

۵ - پیشنهاد راه کارهای اجرایی

این پیشنهادها براساس سرفصل‌های اصلی بحث تقسیم‌بندی و ارایه می‌گردد.

□ عدالت

۱ - تحت پوشش قرار دادن اقشار روستایی. محروم و آن‌هایی که شغل و درآمد ثابت ندارند.

۲ - جلب مشارکت مردمی به خصوص اقشاری که توانایی همکاری دارند.

۳ - اعطای یارانه از سوی دولت به سازمان‌ها یا مؤسساتی که اعتبارات مالی کمتری دارند به نحوی که این یارانه، فقط در جهت بهبود وضعیت بیمه صرف شود. به عبارت دیگر، با این کار منابع مالی در سطح جامعه توزیع بهتری پیدا می‌کند.

۴ - توجه به کیفیت خدمات در نظام ارجاع و هم‌چنین نظارت بر بخش غیرخصوصی.

□ کارآیی

۱ - نظارت بر روش پرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات و اصلاح عیوب روش‌های مختلف از جمله روش کارانه.

□ کیفیت

۱ - تعیین وضعیت حاکم پوشش بیمه در کل کشور که از طریق جمع‌آوری دقیق داده‌ها و مشخص نمودن آمار و اطلاعات لازم میسر می‌گردد تا بتوان دیدگاه‌های مدیریت کیفیت را به اجرا درآورد.

۲ - ایجاد یک فرآیند دایمی و مستمر که به



خدمات بهداشتی - درمانی و سازمان‌های بیمه‌گر.
۳ - الگوگیری مناسب و به‌جا از کشورهای
که در این راستا دارای موفقیت بوده‌اند و کارنامه
درخشانی ارائه داده‌اند.

در هر حال، بهینه‌سازی نظام‌های بیمه یک
فرآیند بسیار گسترده است و نیاز به مساعی افراد
زیادی دارد، که انشاءاً... با مطالعه وسیع و گسترده
به همراه اتخاذ سیاست‌های متناسب با وضعیت
کشور از سوی مسئولان مربوط به ثمر خواهد رسید.

ارزیابی کیفیت در نظام بیمه پردازد و بتواند به‌طور
دایم الگوهای مدیریتی کیفیت را به اجرا درآورد.

□ توسعه و پیشرفت

۱ - سیاست‌گذاری کلی در نظام بیمه به نحوی
که مطمئن باشیم اولویت‌های مناسبی برای عملکرد
درازمدت این نظام، تهیه و تنظیم شده است و در
عین حال، این سیاست‌گذاری، هر از چند گاه مورد
بازبینی قرار می‌گیرد.

۲ - جلب مشارکت همه طرف‌های شریک در ارائه

منابع

- Casey MM, Wellever A, Moscovice I. Rural health network development. *J Health Polit Policy Law*. 1997; 22(1): 23 - 47.
- WHO regional consultative assembly on health insurance reform. WHO, 1995; April (3- 7). Seoul, south orea.
- Blecher MB. Capital: Who's got it? How to get it? *Hosp Health Netw*. 1997; 71(12): 38 - 40.
- Pannarunothai S, Mills A. The poor pay more. *Soc Sci Med*. 1997; 44(12): 178 - 190.
- Bodenherime T, Sullivan K. The logic of tax - vased financing for health care. *Int J Health serv*. 1997; 27(3): 409 - 425.
- Pappas G, Hadden WC. Potentially avoidavle hospitalizations: incqualities in rates between US socioeconomic groups. *Am J Public Health*. 1997; 87(5): 811 - 816.
- Mooney GH, Drummond MF. Essentials of heath economics, *Br Med J*. 1982; 285: 949 - 950.
- Detsky As, Naglie IG. A Clinician's guide to cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med*. 1990; 113(2): 147 - 157.
- Rice T. Physician payment policies. *Ann Rew Public Heatht*, 1997; 18: 549 - 565.
- Priester R. Investigational treatments: p[rocess, payment and priorities. *JAm Med assoc*. 1997; 278(17): 1403 - 1404.
- Meador KJ. Investigational treatments: process, payment and priorities. *JAm Med Assoc*. 1997; 278(17): 1403.
- Goldschmid PG, Mocaco GP. Investigational treatments: process, payment and priorities. *JAm Med assoc*. 1997; 278(17): 1403.
- Zuber TJ. High lights on new 1996 medicare payment guidelines for teaching and attending physicians. *Mich Med*. 1996; 95(8): 36 - 37.
- Eisenberg JM. A decade of physician payment reform. *Acad Med*. 1995; 70(2): 126 - 127.
- Kauer RT. The effect of fixed payment on hospital costs. *J Health Polit Policy Law*. 1995; 20(2): 303 - 327.
- Lutjens LR. Hospital Payment source and length of stay. *Nurs Sci A*. 1994; 7(4): 174 - 179.
- Mayer TA. Industrial models of continuous quality improvement. *Emerg Med Clin N Am*. 1992; 10(3): 523 - 547.
- Dean JW, evans JR. Total quality management. organization and strategy. Minneapolis: West Publishing Company; 1994: 27 - 38.

۱۹. کارگاه آموزش مدیریت کیفیت جامع. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان: ۱۳۷۷.

نکاتی پیرامون علل و شرایط اهدای دارو

دکتر بهنام اسماعیلی

آن اعتراض به چنین عملی و یا عودت آن‌ها نیز امکان‌پذیر نیست.

●● براساس برآورد سازمان‌های جهانی بهداشت، چهل درصد داروهای اهدا شده طی جنگ کوزوو غیرقابل استفاده بوده است. ●●

تجربه‌های قبلی مراجع ذی‌صلاح مانند سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که در برخورد با این پدیده باید همواره در مورد داروهای اهدایی به دو سؤال مبدأ ارسال کالا و علت ارسال محموله توجه نمود. در اغلب موارد داروهای اهدا شده مازاد بر نیاز کشور ارسال‌کننده بوده و یا تاریخ مصرف آن‌ها بسیار کوتاه است و نکته دیگر آن که محموله

در چند ماه اخیر جامعه بشری با حوادث طبیعی و غیرطبیعی متعددی روبه‌رو بوده است. بروز زمین‌لرزه در ترکیه و تایوان و نیز جنگ‌های داخلی در کوزوو و چین برای ساکنان آسیب‌دیده این مناطق شرایطی را ایجاد کرده است که آنان نیازمند کمک‌های بشر دوستانه سایر ملل بوده‌اند. غذا و دارو همواره از اولین نیازهای اعلام شده در مناطق مصیبت‌زده هستند که بلافاصله با پاسخ مثبت سایر کشورها و نیز سازمان‌های بشر دوستانه مواجه می‌شوند.

در موارد متعددی مشاهده شده که داروهای اهدایی با شرایط نامطلوب و نیز گاهی تاریخ گذشته و یا با تاریخ مصرف بسیار کوتاه اهدا می‌شوند که عملاً بخش قابل توجهی از چنین محموله‌هایی بلااستفاده بوده و نیز به علت ماهیت اهدایی بودن



در محل وقوع حادثه انتخاب شوند.

۲- داروها باید در فهرست داروهای اساسی سازمان جهانی بهداشت وجود داشته و نوع فرمولاسیون و قدرت اثر آن‌ها با داروهای مورد استفاده در کشور مبدأ مشابه انتخاب گردد.

۳- از سازندگان معتبر تهیه گردد و واجد شرایط کیفی مورد قبول در کشور ارسال کننده و دریافت کننده باشند.

۴- از زمان دریافت در مقصد حداقل یک سال تاریخ مصرف داشته باشند.

۵- به هیچ عنوان از داروهای برگشتی (از بازار مصرف کشور مبدأ) و یا نمونه‌های دارویی استفاده نشود.

۶- لیبل داروها به زبانی قابل فهم و نیز دارای اسامی غیرتجاری محصولات باشند.

۷- ارسال محموله باید با اطلاع دریافت کننده بوده و کلیه هزینه‌های مربوطه از قبیل حمل و نقل و غیره توسط اهداکننده پرداخت شود مگر آن که در این مورد با دریافت کننده کمک توافق شده باشد. در عین حال محموله ارسالی ضمن متابعت از موارد فوق باید همراه اطلاعات کافی ارسال شود تا استفاده از آن را آسان کند.

به‌طور مثال، در بحران اخیر کوزوو حدود ۴۶۰ هزار نفر از ساکنان این کشور به آلبانی پناهنده شدند. بررسی انجام شده روی کمک های دارویی ارسالی به آلبانی نشان می‌دهد که ۱۰ درصد محموله‌های ارسالی فاقد هرگونه اطلاعات بوده که عملاً استفاده از آن‌ها را مشکل و مستلزم

ارسالی از نظر کمی یا بسیار زیاد است که تماماً قابل استفاده نیست و یا در حد بسیار کمی است که نیاز منطقه آسیب‌دیده را برطرف نمی‌کند. عامل مؤثر دیگر بر بلااستفاده بودن بخشی از داروهای ارسالی ناشناخته و یا نامأنوس بودن زبان بسته‌بندی و یا بروشورهای داروهای ارسالی در کشور و یا منطقه آسیب‌دیده است.

●● در محموله داروهای اهدایی به مقدونیه در زمان جنگ کوزوو، مقداری کپسول سیر وجود داشته که اهدا، آن فاقد هرگونه منطقی است. ●●

به‌طور مثال، از اقلام دارویی اهدایی به منطقه آسیب‌دیده‌ای در تانزانیا تنها ۱۰ درصد مورد استفاده قرار گرفته است که علت آن عدم آشنایی پزشکان و داروسازان منطقه با زبان‌های اسپانیایی، هلندی و آلمانی یعنی کشورهای اهداکننده بوده است. گرچه در زمان بروز بحران‌های شدید اعمال کنترل بر مسایل گفته شده فوق عملاً غیرممکن به نظر می‌رسد ولی توجه به این نکات در مبدأ ارسال داروهای اهدایی می‌تواند بسیار مؤثر و مفید واقع گردد. در این زمینه عنایت به دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت بسیار کارگشا است. شرایط و یا دستورالعمل این سازمان برای اهدای کالا عبارتند از:

داروهای اهدا شده باید:

۱- براساس نیاز واقعی و نوع بیماری های شایع

بررسی کامل محموله قبل از ارسال به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی می‌سازد، ۳۶ درصد محموله‌های بسیار کوچک و در واقع، حاوی تعداد اندک نمونه دارویی بوده‌اند، در ۳۲ درصد موارد اسامی تجاری برای پزشکان آلبانیایی ناشناخته و دردسرزا بوده است و متأسفانه، در ۶۵ درصد موارد داروهای ارسال شده فاقد تاریخ مصرف بوده و یا تاریخ آن‌ها در زمان اهدا کمتر از یک سال بوده است. در محموله‌های ارسالی به مقدونیه در زمان جنگ کوزوو و مقداری کپسول حاوی سیر و نیز اسپرهای نیکوتین وجود داشته که اهدای چنین فرآورده‌هایی فاقد هرگونه منطقی است. براساس برآورد سازمان جهانی بهداشت ۴۰ درصد داروهای اهدا شده طی جنگ کوزوو غیرقابل استفاده بوده است.

براساس تجربیات حاصل از بحران‌های چند سال اخیر، سازمان جهانی بهداشت برای اهدا دارو در موارد اضطراری دو مورد زیر را توصیه کرده است. ۱ - محموله‌های اصلی کمک (برای ۱۰۰۰ نفر برای مدت ۳ ماه) حاوی ۱۲ دارو است (هیچ کدام تزریقی نیستند) که به راحتی توسط دست‌اندرکاران امور بهداشتی با آموزش‌های محدود نیز قابل استفاده باشند.

این اقلام برای درمان علامتی کم خونی، درد، اسهال، عفونت‌های تنفسی، سرخک، امراض پوستی و چشمی، مراقبت‌های دوران حاملگی، عفونت‌های انگلی و عفونت‌های مجاری ادراری و تناسلی به کار می‌روند.

۲ - محموله‌های مکمل (برای ۱۰۰۰ نفر برای مدت ۳ ماه) باید حاوی داروها و تجهیزات مورد نیاز دست‌اندرکاران حرفه‌ای امور بهداشتی باشد. این اقلام حاوی داروهای گروه اول نخواهند بود. بنابراین، باید هم زمان با محموله‌های گروه اول ارسال شوند. هر کدام از این محموله‌ها باید حاوی دستورالعمل‌های درمانی پذیرفته شده توسط سازمان جهانی بهداشت نیز باشند.

●● هدف سازمان جهانی بهداشت آن است که شرایط را به گونه‌ای تغییر دهد که اهدا دارو به کشورهای فقیر و مناطق بحران زده، وسیله‌ای برای رهایی شرکت‌های داروسازی از دست داروهای به فروش نرفته نباشد. ●●

هدف سازمان جهانی بهداشت آن است که شرایط را به گونه‌ای تغییر دهد که اهدا دارو به کشورهای فقیر و مناطق بحران زده وسیله‌ای برای رهایی شرکت‌های داروسازی برای خلاصی از دست داروهای به فروش نرفته نباشد. حداقل در آمریکا سالانه صدها میلیون دلار دارو به سایر کشورها اهدا می‌شود که رهایی از مالیات‌های مرطوب به فروش این اقلام و نیز کم شدن ذخیره داروهای با تاریخ مصرف پایین انگیزه‌های مهمی در این زمینه به شمار می‌روند.



از «خبر» چه خبر؟

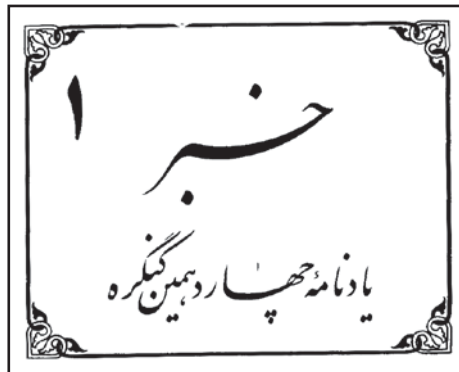
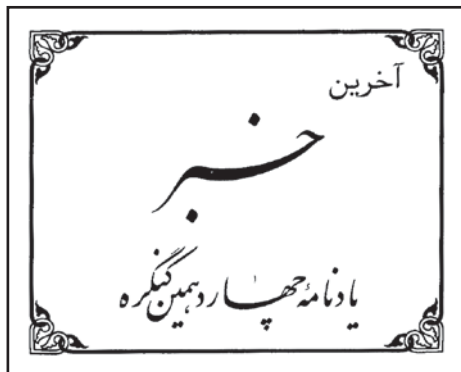
(خبر، کنگره و انجمن فیزیولوژی و فارماکولوژی)

دکتر مجتبی سرکندی

صورت پذیرفت و در همین جلسه نام «خبر، یادنامه چهاردهمین کنگره» انتخاب شد که شماره‌ای در کنار آن، گذشت روزهای کنگره را نشان می‌داد. با این حال، در پنجمین روز کنگره (روز آخر) به جای شماره ۵ از عنوان «آخرین خبر» استفاده گردید. اولین شماره «خبر» که مختص روز اول کنگره بود، از قبل آماده شد و مشکلات زیادی را ایجاد نکرد، اما تهیه شماره‌های دوم تا پنجم نفس بُر بود. شماره اول با سرمقاله‌ای به قلم شیوای جناب

■ گزارشی از تولد «خبر»

چندی قبل از آغاز چهاردهمین کنگره فیزیولوژی و فارماکولوژی، بنا به فراخوان استاد ارجمند جناب آقای دکتر «بیژن جهانگیری»، بنده و جناب آقای دکتر «روشن ضمیر» به خدمتشان رسیدیم و صحبت‌های کلی در زمینه تهیه یک نشریه روزانه برای کنگره انجام گرفت. در جلسه بعدی، جناب آقای دکتر «حمیدرضا راسخ» و جناب آقای دکتر «محمود قاضی»، نیز ما را همراهی کردند و تقسیم وظایف



وقتی دو هفته قبل در جشنواره بوعلی از اساتید فرهیخته دانشگاهی تجلیل به عمل آمد. از میان یازده استاد نمونه دو تن آنان از اعضای هیأت مدیره انجمن فیزیولوژی و فارماکولوژی بودند: دکتر فرشته معتمدی و دکتر مسعود محمودیان.

نشریه دو فصلنامه انجمن مورد تأیید کمیسیون نشریات پزشکی کشور قرار گرفت و برای آن درجه «علمی - پژوهشی» در نظر گرفته شد.

به همت آقای دکتر عباس فروتن کمیته وبسایت انجمن تشکیل گردیده، حالا دیگر می شود خلاصه انگلیسی مقالات مجله علمی انجمن را در آن ملاحظه کرد.

از فردا «خبر» به خبرهای متن کنگره خواهد پرداخت. لطفاً هر خبری شد، خبرمان کنید.

و آخرین خبر نیز با سرمقاله‌ای از بنده با عنوان «آخرین خبر» پایان راه را اعلام کرد.

آقای دکتر روشن ضمیر - که یکی از اساسی ترین ستون‌های خیمه «خبر» بودند - با عنوان «خبر چه می خواهد بگوید» آغاز گردید.

■ «خبر» می خواهد چه بگوید؟

دکتر فرشاد روشن ضمیر

ای پیک راستان خبر سرو ما بگو
احوال گل به بلبل دستان سرا بگو
ما محرمان خلوت انسیم غم مخور
با یار آشنا سخن آشنا بگو

کنگره چهاردهم از امروز شروع میشه. برای همین گفتیم ریز و درشت خبرها را بریزیم توی این چهار صفحه تا هم اطلاع رسانی کرده باشیم و هم شما را از آن چه که «زیر پوست کنگره» می گذرد خبردار کنیم.

اصلاً شما تا این «خبر» نامه را نداشته باشید، از این اتفاقات مبارک «خبر» ندارید که مثلاً:



■ آخرین خبر

دکتر مجتبی سرکندی

سخنی این است که ما بی تو نخواهیم حیات
بشنو ای پیک خبرگیر و سخن بازرسان

خواهم اندر عقیش رفته به یاران عزیز
شخصم از باز نیاید «خبر» م باز آید

صفحات ثابت «خبر» که از قبل تهیه می‌شدند شامل «خبر و نظر»، «دیروز»، «فردا»، «گشتی در شهر» و «طنز» بودند. «خبر و نظر» در دو شماره اول در برگیرنده دو مقاله «James watson» و «Sir John Maddox» بود و در سه شماره بعدی نیز حاوی مصاحبه‌ای با عده‌ای از شرکت‌کنندگان خارجی کنگره بود که چند هفته قبل از برگزاری آن با کمک پست الکترونیک (E-mail) توسط دکتر «قاضی» و دکتر «راسخ» انجام گرفته بود و توسط بنده ترجمه و برای استفاده در سه شماره تنظیم گردید.

«دیروز» مطالبی برگرفته از کتاب «راهنمای پزشکی سال ۱۳۳۲» بود که توسط بنده انتخاب می‌شد و برای مطالب «فردا» سه مطلب انتخاب گردید که بنده با ترجمه و تلخیص آن‌ها را برای سه شماره اول تا سوم «خبر» آماده نمودم.

«گشتی در شهر» از روی روزنامه‌ها تهیه می‌شد تا چنانچه مهمانان شهرستانی بخواهند از مراکز فرهنگی، نمایشگاه‌های نقاشی و ... دیدن کنند، بتوانند برنامه خود را از روی آن تنظیم نمایند و مطالب «طنز» را دکتر «جهانگیری» و گاهی دکتر «مجید رهگذر» می‌نوشتند.

از صفحاتی که روزانه تهیه می‌شد، «مصاحبه‌های

در این آخرین ساعات که از چهاردهمین کنگره فیزیولوژی و فارماکولوژی باقی مانده است، غم بزرگی بر خانه دل سنگینی می‌کند. آن‌گاه که از شما خواستیم هر خبری شد، ما را نیز خبر کنید تا در خبر بنویسیم، هرگز فکر نمی‌کردیم که با این همه روی گرم مواجه شویم. در این چند روزه هر جا رفتیم با چهره‌های شاداب و پذیرای شما روبه‌رو گردیدیم.

واقعیت این است که نه فقط جمع خبر که از تعداد انگشتان دست هم تجاوز نمی‌کرد. بلکه تمام شرکت‌کنندگان داخلی و خارجی کنگره با پذیرفتن مصاحبه‌ها، جمع‌آوری خبر، طنز، مقاله، آگهی و ... برای تهیه آن تلاش می‌نمودند.

نمی‌خواهیم بگوییم که کارمان دارای عیب و نقص نبود که به زعم خود بسیار داشت اما امید آن داریم که با طبع بلند خود بر ما ببخشایید.

در پایان، می‌خواهیم از تمام کسانی که در این مدت به صورت شبانه‌روزی با ما همکاری داشتند و تمام کسانی که به نحوی شوخی‌ها ما به ایشان برخورد و تحمل نمودند، تشکر نماییم. شاید در کنگره پانزدهم این جمع تهیه‌کننده در خدمت شما سروران عزیز نباشند اما امیدواریم که انتشار «خبر» ادامه یابد.

روزانه» بود که توسط بنده و دکتر «جهانگیری» به عمل می‌آمد. اطلاعیه‌های انجمن فیزیولوژی و فارماکولوژی، صورت جلسه‌ها و ... را سرکار خانم دکتر «معمدی»، در اختیارمان قرار می‌داد. دو مصاحبه را روابط عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران برای ما فرستاد. یک مصاحبه را هم دکتر «فروتن» تهیه نمود.

با این حال، سربازان گمنام «خبر» زیاد بودند مثل جناب آقای «فرزین ولی‌پور» که مطالب صفحات ثابت را هر روز صبح از بنده دریافت می‌کردند و به حروفچینی می‌بردند تا بعد از ظهر که بنده مطالب روز را می‌بردم، آن مقالات آماده باشد. نفر دیگر، سرکار خانم «فرزانه ولی‌پور» بود که پا به پای بنده در حروفچینی و چاپخانه حاضر می‌شدند و بنده را در غلط‌گیری و آماده کردن صفحات یاری می‌دادند تا چاپ آن‌ها آغاز شود و هر روز چند مرتبه بین حروفچینی و چاپخانه رفت و آمد می‌کردند تا از لحاظ زمانی عقب نیافتیم و آخر هر شب بتوانیم «خبر» را دریافت کنیم که فردا صبح به موقع به دست شرکت‌کنندگان در کنگره برسد. به غیر از این دو نفر، تمام شرکت‌کنندگان داخلی و خارجی کنگره با پذیرفتن مصاحبه‌ها، جمع‌آوری خبر، ارایه آگهی، تحمل شوخی‌ها و ... ما را در تهیه مطالب «خبر» یاری دادند که بنده به عنوان «پادوی» این جمع از تمامی آنان تشکر و قدردانی می‌نمایم.

طی این چند ماهی که از کنگره می‌گذرد، بارها آرزو می‌کردم، زمان فراغتی دست دهد تا مطالب

«خبر» را با یک طبقه‌بندی خاصی تقدیم شما خوانندگان رازی نمایم و با هم به مروری بر آن چه در «خبر» آمده است، بپردازیم. اکنون به شکر ایزد منان این فرصت دست داده است، قصد آن دارم که طی پنج مقاله «خبر» را مرور کنیم که محتوی این پنج مقاله عبارتند از:

مقاله اول: گزارشی کوتاه از برپایی و تولد «خبر»، تاریخچه تأسیس انجمن فیزیولوژی و فارماکولوژی، گزارش دبیر چهاردهمین کنگره (جناب آقای دکتر «رضایت») در مورد کنگره چهاردهم، گزارش سرکار خانم دکتر معمدی و در نهایت، صورت جلسه چهاردهمین مجمع عمومی انجمن فیزیولوژی و فارماکولوژی.

مقاله دوم: دو مقاله از James Watson و Sir John Maddox از صفحات خبر در بخش نظر شماره‌های اول و دوم.

مقاله سوم: مصاحبه‌ای که قبل از کنگره با ۸ نفر از میهمانان خارجی با پست الکترونیکی صورت پذیرفته است.

مقاله چهارم: مصاحبه‌هایی که طی روزهای کنگره با دکتر رضوانی (محقق ایرانی که در آمریکا زندگی می‌کند) و چند میهمان خارجی به عمل آمده است.

مقاله پنجم: حاوی ستون‌های «دیروز» و «فردا» و چند مصاحبه جالب توجه با اساتید ایرانی شرکت‌کننده در کنگره می‌باشد.



تجربی دانشگاه تهران برگزار گردید. مطالعات مربوط به کنگره‌های اول تا چهاردهم در جدول (۱) بیان شده است.

■ **گزارش دبیر کنگره (دکتر مهدی رضایت)**
چهاردهمین کنگره فیزیولوژی و فارماکولوژی توسط دانشگاه علوم پزشکی تهران برگزار می‌گردد که گروه‌های فیزیولوژی و فارماکولوژی این دانشگاه میهماندار اصلی هستند و انجمن فیزیولوژی و فارماکولوژی هم در برگزاری کنگره مساعدت نموده است.

کنگره فیزیولوژی و فارماکولوژی هر دو سال یک بار تشکیل می‌شود و معمولاً یک بار در شهرستان و یک بار دیگر در تهران برگزار می‌گردد. تاکنون، کنگره‌ها یک بار در مشهد، دو بار در اصفهان، یک بار در شیراز، یک بار در اهواز و یک بار در تبریز برگزار شده است.

در تهران دانشگاه علوم پزشکی تهران چند بار میزبان کنگره بوده و علاوه بر آن دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی دو بار و دانشگاه علوم پزشکی ایران هم یک بار میهماندار کنگره بوده‌اند. در کنگره حاضر مجموع فعالیت‌های پژوهشی علوم پایه کشور و به خصوص فیزیولوژی و فارماکولوژی معرفی می‌گردد.

در حدود ۲۰ میهمان خارجی از کشورهای هندوستان، انگلستان، آمریکا، ارمنستان، هلند، دانمارک، روسیه، اوکراین، آذربایجان، پاکستان، استرالیا، کرواسی، آلمان و اسلوانی، به علاوه

■ تاریخچه تأسیس انجمن فیزیولوژی و فارماکولوژی ایران

دکتر منصور کشاورز، دکتر محسن پرویز گروه فیزیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران

اندیشه تشکیل انجمنی که محل تبادل نظرات محققان و اندیشمندان ایرانی رشته‌های فیزیولوژی و فارماکولوژی باشد. حین برگزاری بیستین و بیست و دومین کنگره فیزیولوژی (در سال‌های ۱۹۵۶ و ۱۹۶۲ میلادی) مطرح شد و در بهمن ماه ۱۳۴۵ هجری شمسی مورد توافق آقایان «دکتر گیتی» و «دکتر نعمت‌الهی» قرار گرفت. پس از اخذ موافقت ریاست وقت دانشگاه تهران، بیست و پنج نفر از استادان فیزیولوژی و فارماکولوژی دانشگاه‌های ایران به‌عنوان عضو مؤسس انجمن برگزیده شدند.

اولین جلسه هیئت مؤسس، بعد از ظهر روز نهم اسفند ماه ۱۳۴۶ در محل مؤسسه تحقیقات علوم پزشکی دانشگاه تهران برگزار گردید و طی چند جلسه دیگر (تا تاریخ یازدهم اردیبهشت ماه ۱۳۴۷) اساسنامه انجمن به تصویب رسید و اولین هیئت مدیره نیز برگزیده شد.

یک سال پس از تأسیس انجمن، نخستین «کنگره فیزیولوژی و فارماکولوژی ایران» در آبان ماه ۱۳۴۸ در محل اجتماعات مؤسسه طب

جدول ۱ - این مطلب در «خبر» شماره اول و در صفحه «۲» به چاپ رسیده است.

کنگره	محل برگزاری	تاریخ برگزاری	تعداد مقالات ارائه شده	توضیح
اول	دانشگاه تهران	۱۳ تا ۱۵ آبان ماه ۱۳۴۸	۲۱ سخنرانی	تعداد اعضای رسمی کنگره اول، ۴۳ نفر بود.
دوم	دانشگاه تهران	۱۶ تا ۱۸ خردادماه ۱۳۵۱	۲۷ سخنرانی	تعدادی اعضای رسمی کنگره دوم، ۶۷ نفر و تعداد شرکت‌کنندگان ۸۳ نفر بود. در روز آخر کنگره سمیناری در مورد مسایل آموزشی و پژوهشی فیزیولوژی و فارماکولوژی برگزار گردید.
سوم	دانشگاه ملی ایران	۱۰ و ۱۱ اردیبهشت‌ماه ۱۳۵۴	۲۳ سخنرانی	
چهارم	دانشگاه شیراز	۲۴ تا ۲۹ اردیبهشت‌ماه ۱۳۵۶	۱۳۶ مقاله	از ۲۴ تا ۲۶ اردیبهشت‌ماه سمپوزیوم بین‌المللی عضله قلب برگزار شد و مقالات پژوهشی از ۲۷ تا ۲۹ این ماه ارائه شد.
پنجم	دانشگاه تهران	۲۹ تا ۳۱ اردیبهشت‌ماه ۱۳۶۰	۴۸ مقاله	
ششم	دانشگاه تبریز	سال ۱۳۶۲		
هفتم	دانشگاه فردوسی مشهد	۲۲ تا ۲۵ مهرماه ۱۳۶۴	۱۰۶ مقاله	محل برگزاری کنگره، تالار شهید هاشمی‌نژاد مرکز پزشکی امام رضا(ع) بود.
هشتم	دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	۵ تا ۸ اردیبهشت‌ماه ۱۳۶۶	۱۷۰ مقاله	مقالات در دو تالار به صورت همزمان ارائه گردید.
نهم	دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی	۲۵ تا ۲۸ اردیبهشت‌ماه ۱۳۶۸	۲۶۳ مقاله	مقالات در سه تالار ارائه شد و برای اولین بار برخی مقالات به صورت بوستر در معرض دید قرار گرفت.
دهم	دانشگاه علوم پزشکی اهواز	۱۸ تا ۲۱ آذرماه ۱۳۷۰	۲۹۱ مقاله	مقالات به صورت بوستر و سخنرانی در دو تالار به صورت همزمان ارائه گردید.
یازدهم	دانشگاه علوم پزشکی تبریز	۲۷ تا ۳۰ اردیبهشت‌ماه ۱۳۷۲	۵۲۰ مقاله	۱۵۰ مقاله از پژوهشگران خارجی و ۳۷۰ مقاله از محققان داخلی به صورت بوستر و سخنرانی ارائه شد.
دوازدهم	دانشگاه علوم پزشکی ایران	۱۵ تا ۱۸ آبان‌ماه ۱۳۷۴	۵۴۴ مقاله	مقالات به صورت سخنرانی و بوستر بودند.
سیزدهم	دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	۴ تا ۷ شهریورماه ۱۳۷۶	۴۰۰ مقاله	مقالات به صورت سخنرانی در چهار تالار ارائه گردید.
چهاردهم	دانشگاه علوم پزشکی تهران	۲۶ تا ۳۰ اردیبهشت‌ماه ۱۳۷۸	۷۲۱ مقاله	مقالات به صورت سخنرانی و بوستر در چهار تالار ارائه می‌شود.

مطرح خواهد شد که ۶۰۰ موضوع به صورت بوستر و ۱۰۰ موضوع به شکل سخنرانی خواهند بود. در حدود ۷۰ نفر از اساتید و دانشمندان داخلی به‌عنوان سخنرانان میهمان به ایراد کنفرانس علمی خواهند پرداخت. کمیته‌ای خاص، پژوهش‌های جوانان دانشمند را بررسی کرده و به پژوهش‌ها، هر روز، جایزه‌ای مناسب تقدیم می‌کند. در جریان کنگره از اساتید با سابقه این دو رشته

تعدادی از دانشمندان ایرانی مقیم خارج از کشور هم دعوت دارند. شرکت‌کنندگان ایرانی از دانشگاه‌ها و مؤسسات پژوهشی کشور هستند. عملاً از تمام دانشگاه‌های کشور شرکت فعال داریم. بیشترین تعداد مقالات علمی معرفی شده از تهران است (جمع کل مقالات شهرستان‌ها ۳۵۹ عدد می‌باشد) (جدول ۲). در حدود ۷۰۰ موضوع پژوهشی در این کنگره



این کنگره از روز یکشنبه ۲۶ اردیبهشت تا ۳۰ اردیبهشت ماه جاری در مجتمع فرهنگی کنفرانس سران در طول روز (صبح تا عصر) برگزار می‌گردد. شرکت‌کنندگان کنگره متجاوز از یک هزار نفر می‌باشند. این مطلب در «خبر» شماره سوم و در صفحه «اول» آن به چاپ رسیده است.

سرکار خانم دکتر فرشته معتمدی در بیانات خویش پس از خوش‌آمدگویی از جانب اعضای هیئت مدیره انجمن فیزیولوژی و فارماکولوژی، ضمن اشاره به فعالیت‌هایی چون انتشار فصلنامه خبری، برگزاری دوره‌های بازآموزی فارماکولوژی، در مورد ارتباط با IUPS و IUPHAR بیان فرمودند که:

از دیگر فعالیت‌های انجمن ارتباط گسترده با مجامع بین‌المللی از جمله اتحادیه بین‌المللی فیزیولوژی (IUPS) و اتحادیه بین‌المللی فارماکولوژی (IUPHAR) می‌باشد. هم‌چنین در سال‌های اخیر انجمن توانسته است به عضویت فدراسیون انجمن‌های آسیایی و اقیانوسیه‌ای فیزیولوژی FAOPS درآید که خوشبختانه در چهارمین کنگره FAOPS سال گذشته در استرالیا، اینجانب از ایران به‌عنوان نایب رییس این فدراسیون آسیایی - اقیانوسیه‌ای به مدت چهار سال برگزیده شدم.

شهر	تعداد مقاله	خانم‌ها	آقایان
تهران	۳۵۸	۱۵۱	۲۰۷
اصفهان	۴۰	۱۲	۲۸
اهواز	۳۹	۱۲	۲۷
تبریز	۱۵	۱	۱۴
شیراز	۶۴	۲۱	۴۳
کرمان	۲۱	۸	۱۳
مشهد	۴۸	۹	۳۹

تقدیر مناسب به عمل می‌آید (جدول ۳).
مخارج کنگره از کمک‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بعضی مؤسسات خصوصی و نیز حق ثبت‌نام تأمین شده است.

شرکت کنندگان	تعداد (نفر)
مدعو از خارج کشور (خارجی و ایرانی مقیم خارج کشور)	۲۵
مدعو از داخل کشور	۵۰
دارای مقاله	۷۲۱ (۲۷۴ خانم و ۴۴۷ آقا)
جهت بازآموزی	۳۰۴ نفر (۱۵۴ خانم و ۱۵۰ آقا)

کشور انجام خواهد شد که مقدمات آن فراهم شده و اخبار علمی دپارتمان‌ها در زمینه‌های مختلف از جمله Setupهای فعال و عناوین پروژه‌های جاری، فهرست مقالات چاپ شده توسط اعضا و اخبار مربوط به دانشجویان تخصصی و سایر اطلاعات گروه‌ها از طریق اینترنت به اطلاع اعضا خواهد رسید.

«خبر» شماره دوم، صفحه چهارم

■ صورت جلسه چهاردهمین مجمع عمومی انجمن فیزیولوژی و فارماکولوژی

چهاردهمین مجمع عمومی انجمن فیزیولوژی و فارماکولوژی در تاریخ ۲۸/۲/۲۸ رأس ساعت ۶ بعدازظهر با شرکت هیئت مدیره و اعضای محترم انجمن تشکیل گردید. در این جلسه ابتدا سرکار خانم دکتر معتمدی به عنوان رییس هیئت مدیره گزارش کوتاهی را در مورد فعالیت‌های انجمن طی دو سال گذشته از جمله انتشار فصلنامه و مجله فیزیولوژی و فارماکولوژی، برگزاری کارگاه‌های تحقیقاتی و سمینارهای بازآموزی، راه‌اندازی Web page انجمن به همت آقای دکتر عباس فروتن و پرداخت بدهی‌های معوقه مربوط به حق عضویت انجمن در مجامع بین‌المللی را برشمردند و در نهایت، یادآور شدند که فعالیت‌های انجمن از رشد مناسبی برخوردار بوده است و در مورد ارتقای کمی و کیفی فعالیت‌ها از مشارکت همه اعضای

نکته دیگر این است که با توجه به توسعه دوره‌های PhD در کشور و بالا رفتن کیفیت آن‌ها و ملزم نمودن دانشجویان به ارایه حداقل یک مقاله تحقیقاتی در مجلات معتبر علمی و با توجه به گسترش پژوهش در زمینه‌های فیزیولوژی و فارماکولوژی در کشور، در سال‌های اخیر نیاز به انتشار یک مجله علمی پژوهشی که محققان این دو رشته بتوانند یافته‌های پژوهشی خود را عرضه نمایند. بیش از هر زمانی احساس می‌شد و این امر مسؤولان انجمن را بر آن داشت تا در پی اخذ مجوز و تدارک انتشار مجله فیزیولوژی و فارماکولوژی ایران برآیند که خوشبختانه چهار شماره این مجله اکنون منتشر شده و مجوز علمی پژوهشی آن از سوی کمیته نشریات وزارت بهداشت صادر شده است که در این جا جا دارد از زحمات جناب آقای دکتر روشن‌ضمیر، دکتر پورغلامی و همکارانشان که در تهیه این مجله زحمت بسیاری کشیده‌اند، صمیمانه تشکر کنم.

جدیدترین فعالیت انجمن تشکیل کمیته شبکه جهانی Web می‌باشد. بسیار خوشوقتم اعلام کنم که انجمن ما اکنون در شبکه اینترنت دارای Website است که با همت همکار عزیزمان جناب آقای دکتر فروتن انجام شده است و در اولین اقدام خلاصه مقالات مجله فیزیولوژی و فارماکولوژی به زبان انگلیسی در Web قرار گرفته است و اقدام بعدی انشاءالله با مشارکت کلیه دپارتمان‌های فیزیولوژی و فارماکولوژی



محترم تشکر نمودند.

سپس آقای دکتر خوش باطن به‌عنوان بازرس در مورد فعالیت‌های انجمن گزارشی را ارائه نمودند و بر ارتقای کمی و کیفی فعالیت‌های انجمن تأکید شد. سخنران بعدی این جلسه آقای دکتر سمنانیان بودند که در مورد منابع درآمد انجمن که از طریق حق عضویت‌ها و سمینارهای بازآموزی تأمین می‌گردد، بحث نمودند و از آنجایی که انجمن در جهت توسعه و گسترش فعالیت‌های خود به منبع مالی همیشگی نیاز دارد و این از طریق ازدیاد حق عضویت‌ها امکان‌پذیر است. پیشنهاد کردند که حق عضویت اعضا افزایش یابد. سپس بنابر پیشنهاد اعضای محترم و تصویب در جلسه قرار شد که دانشجویان عضو مبلغ ۴۰۰۰۰ ریال و اساتید عضو ۸۰۰۰۰ ریال سالانه به‌عنوان حق عضویت بپردازند. در پایان آقای دکتر سمنانیان توصیه نمودند که اعضای محترم انجمن و شرکت‌کنندگان در کنگره از نمایشگاه ابتکاری دانشگاه علوم پزشکی تهران در مورد سوابق انجمن بازدید نمایند و هر سند تاریخی که در مورد انجمن در جایی سراغ دارند، به انجمن ارسال نمایند و تلاش شود که این مجموعه نزد هیئت مدیره انجمن حفظ گردد و در هر کنگره به‌صورت نمایشگاه عرضه شود و بالاخره تلاش برای دایر کردن نمایشگاه عکس در هر کنگره از کنگره قبلی توصیه گردید. در این رابطه آقای دکتر محمودیان پیشنهاد نمودند که بنا بر نظر آقای دکتر گیتی، موزه انجمن نیز تشکیل گردد. این جلسه با بحث روی آیین‌نامه تشکیل شعبات

محلی انجمن ادامه یافت. کلیات این آیین‌نامه که شامل ۴ ماده بود، مورد تصویب قرار گرفت اما قرار شد که در مورد تقسیمات دانشگاه‌های سطح کشور اصلاحاتی صورت گیرد.

آن گاه در مورد انتخاب محل برگزاری کنگره شانزدهم بحث و گفتگو شد.

لازم به توضیح است که طبق صورت جلسه سیزدهمین کنگره فیزیولوژی و فارماکولوژی دانشگاه شیراز مسؤول برگزاری کنگره پانزدهم می‌باشد و آقای دکتر پنجه‌شاهی به‌عنوان نماینده این دانشگاه در مورد امکانات مختلف و کفایت آن‌ها در جهت برگزاری یک کنگره خوب توضیحاتی دادند. برای کنگره شانزدهم بنابر نامه رؤسای محترم سه دانشگاه که دانشگاه علوم پزشکی کرمان، بقیه‌ا... و اهواز را شامل می‌شد، در جلسه بحث و گفتگو گردید و در نهایت، محل برگزاری کنگره شانزدهم دانشگاه علوم پزشکی کرمان (در سال ۱۳۸۲) انتخاب گردید.

آخرین موضوعی که در این جلسه به آن پرداخته شد، انتخاب هیئت مدیره جدید بود که باید با حضور نماینده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می‌گرفت. آقای دکتر احمدیانی به‌عنوان نماینده وزارت بهداشت و عضو هیئت مدیره سابق ابتدا نکاتی چند را تذکر دادند. ایشان توصیه نمودند که خوب است گزارش بازرس با تحلیل همراه باشد و صرف ارائه اعداد و ارقام کفایت نمی‌کند. سپس از پایه‌گذاران انجمن و نظمی که در جهت برگزاری دو سالانه کنگره فیزیولوژی و فارماکولوژی وجود

داشته است. تشکر و قدردانی نمودند. ایشان در ادامه صحبت‌های خود افزودند که با انتخاب اعضای جدید هیئت مدیره انجمن، در فعالیت‌های انجمن قدری تغییرات به وجود آمد و فعالیت‌های آن را با تحولات کمی و کیفی همراه نمود اما هنوز برای رسیدن به یک حد مطلوب و آرمانی فاصله زیادی وجود دارد و رسیدن به آن میسر نمی‌شود مگر این که همه اعضا و در واقع همه افکار در فعالیت‌های انجمن و ابعاد مختلف آن مشارکت نمایند. ایشان ضمن تأکید بر فعالیت‌های انجام بر تهیه، تنظیم و ارایه مجله بین‌المللی فیزیولوژی و فارماکولوژی در سال آتی تأکید داشتند. هم‌چنین فرمودند که براساس ارزیابی ایشان از مقالات ارایه شده، هرچند تحولاتی در سطح تحقیقات به چشم می‌خورد اما تحقیقات هنوز متفرق است و باید روی موضوعات خاصی متمرکز گردد. در خاتمه، از زحمات آقای دکتر رضایت دبیر چهاردهمین کنگره فیزیولوژی

و فارماکولوژی و همکاران ایشان تشکر و قدردانی نمودند.

آن گاه جلسه با هیئت ریسه جدید، مرکب از آقای دکتر قفقازی، آقای دکتر دهقان، آقای دکتر زاهدی به موضوع انتخاب هیئت مدیره جدید پرداخت و قرار شد که از میان داوطلبان ۶ نفر به عنوان عضو هیئت مدیره و یک نفر به عنوان بازرس انتخاب گردند.

پس از اتمام جلسه، نماز جماعت در محل برگزار گردید. سپس شرکت کنندگان در ضیافت شامی که از طرف دانشگاه بقیه‌ا... ترتیب داده شده بود. شرکت نمودند که جا دارد از مسؤولان محترم این دانشگاه تشکر و قدردانی گردد.

این مطلب در «آخرین خبر» و در صفحه «چهارم» آن به چاپ رسیده است.
