

تعارف غیر واقعی، مهمترین مشکل جامعه پزشکی و بیماران

دکتر رضا افشاری، سردبیر مجله سازمان نظام پزشکی مشهد

خدمات محروم می‌شوند. اگر تعارف کمتر از ارزش واقعی باشد، علاوه بر تضییع حقوق درمانگران، موجب افزایش غیرمستقیم احتمال اخذ تعارف بیش از حد مصوب (زیرمیزی) و شلوغی برخی مطب‌های خاص و به تبع آن ایجاد محدودیت دسترسی برای قشر کم‌برخوردار می‌گردد، زیرا افراد محروم در رقابت با آنها که توان پرداخت مابه‌التفاوت را دارند، امکان ملاقات با پزشکان مشهور را از دست خواهند داد.

نمادهای غیرمتعارف جامعه پزشکی

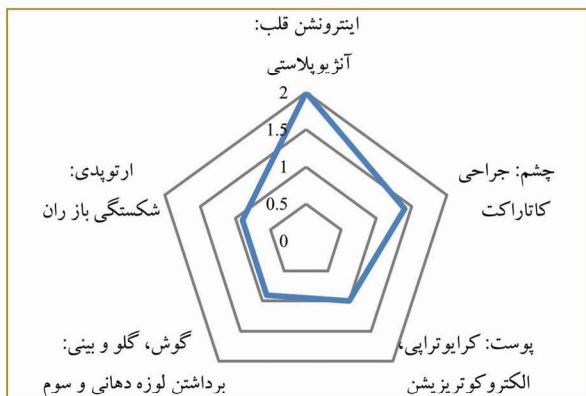
تعداد اندکی از پزشکان که تعارف بیش از حد مصوب دریافت می‌کنند و متمول هم هستند، معرف جامعه پزشکی نیستند. استناد به وضعیت آنها به عنوان نقطه مجادله توسط اصحاب رسانه، استحال‌های موضوع تعیین تعارف‌های واقعی است. گرچه نسبت این پزشکان به کل جامعه پزشکی بسیار اندک است، اما متأسفانه وضعیت اقتصادی این افراد به اکثریت جامعه خدوم پزشکی تعمیم داده می‌شود.

چندوجهی بودن معضل زیرمیزی

در مورد معضل دریافت تعارف بیش از حد متعارف، چه پزشکی که آن را به ناحق دریافت می‌کنند، چه بیمارانی که آن را می‌پردازند و نیز آنها که با بی‌مسئولیتی و با استفاده از توان مالی و یا قدرت اجتماعی از خدمات مشهورترین پزشکان به سهولت بهره‌مند می‌شوند به یک اندازه مسئولند زیرا هر ۳ گروه به بازتولید این اندیشه و رفتار تاریخی نامبارک که انسان‌ها در شرافتشان برای درمان‌شدن مساوی نیستند، کمک می‌کنند.

تفاوت تعارف‌ها بین پزشکان عمومی و متخصص و یا بین تخصص‌های متفاوت

در تعیین تعارف گروه‌های مختلف پزشکی ۲ مشکل اساسی وجود دارد. به نظر می‌رسد سهم "ویزیت و معاینه بیمار" در سبد تجمیعی تعارف در مقایسه با حق‌العلاج اقدامات تخصصی به عنوان مثال جراحی پایین‌تر است. موضوعی که دل‌نگرانی بسیاری از پزشکان عمومی و متخصصین علوم پایه نیز هست. از سوی دیگر برای انجام کارهای تخصصی با اصلاح تقریبی بر اساس وقت و استرس مشابه در بین گروه‌های مختلف تخصصی پزشکی، تفاوت چشمگیری به چشم می‌خورد که مقایسه چند مورد از آنها در نمودار ۱ نشان داده شده است.



نمودار ۱. مقایسه حق‌العلاج تعیین‌شده برای خدمات تخصصی پزشکی (با در نظر گرفتن وقت و استرس مشابه با اصلاح تقریبی)

در ابتدا لازم است از زحمات همکاران محترم در جهت حفظ حقوق بیماران و جامعه پزشکی سپاسگزاری نمایم. با توجه به رویکرد جدید اجتماعی در سطح کشور، جامعه پزشکی همچون سایر اقشار امیدوار به استقرار اعتدال‌گرایی است تا برخی فرایندهای گذشته اصلاح و برای حفظ حقوق همه مردم از جمله جامعه پزشکی به طور عادلانه برنامه‌ریزی شود.

یکی از ارکان جامعه، اصناف هستند که با رعایت ضوابط قانونی، تحت نظارت عالی‌ه نهاد‌های بالاتر نظیر مجلس شورای اسلامی فعالیت می‌کنند. انتظار است که در پرتو منویات مقام معظم رهبری و اصل ۴۴ قانون اساسی، فعالیت‌های جدیدی در جهت تقویت اصناف و سازمان‌های خصوصی و مردم‌نهاد برداشته شود. تشکل صنفی جامعه پزشکی ایران (سازمان نظام پزشکی) باسابقه‌ترین و معتدل‌ترین تشکل صنفی ایران است که همواره نظارت و احقاق حقوق بیماران و جامعه پزشکی را عهده‌دار بوده است. سازمان نظام پزشکی در طی سال‌های متمادی با وجود تشدید مشکلات اقتصادی در بخش درمان، سیستم بیمه‌ای کم پاسخگو و مداخلات برخی نهادها همواره در جهت ارائه خدمات درمانی باکیفیت گام برداشته است. اما متأسفانه به نظر می‌رسد که بر اساس یک تصمیم غیردقیق و کم‌کارشناسی‌شده، حق تعارف‌گذاری از جامعه پزشکی سلب گردید که متفاوت از تمامی ۷۰۰۰ صنف دیگر کشور است. به‌علاوه، تشکیل شورای عالی سلامت برای تجمیع نظرات جامعه پزشکی و دغدغه‌های عموم جامعه بارها به تعویق افتاده است. در نتیجه این تصمیم، انتقادهای زیر مطرح شده است:

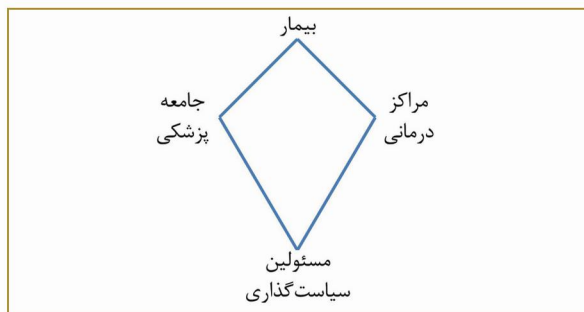
۱. کیفیت خدمات پزشکی و مدت زمان صرف‌شده توسط پزشکان برای هر بیمار به طور محسوسی کاهش یافت.
۲. دریافت هزینه‌های غیرمتعارف در مراکز درمانی رواج بیشتری یافت.
۳. انجام درمان‌های غیرضروری و تحمیل هزینه‌های جانبی به عنوان مختلف از سوی مراکز درمانی خصوصی گسترش یافت.
۴. شرکت‌های بیمه‌گذار بیش از گذشته در محاسبه نرخ خدمات غیرواقعی عمل کردند و در پرداخت حقوق پزشکان کوتاهی ورزیدند.
۵. بسیاری از مراکز درمانی پزشکی در آستانه ورشکستگی و بعضی در محاق تعطیلی قرار گرفتند.
۶. احساس دل‌زدگی و بی‌انگیزگی در جامعه پزشکی کشور نفوذ پیدا کرد و رقابت در بهبود کیفیت خدمات و کاهش هزینه‌ها از بین رفت. برای بهبود فرایند کارشناسی تعیین حق‌العلاج، توجه به موارد زیر ضروری است.

تعیین حق‌العلاج در تاریخ

در گذر تاریخ پزشکی، شاهد بوده‌ایم که حق‌العلاج در قانون حمورابی (۱۷۵۰ قبل از میلاد) متناسب با نوع کار و طبقه اجتماعی بیمار تعیین شد.^۱ در ایران باستان نیز مطابق اوستا (فصل ون‌دیدیاد)^۲ میزان حق‌العلاج نه به شدت بیماری بلکه تنها به وضعیت مالی بیمار و طبقه‌ای اجتماعی او تعیین شده بود.^{۳-۵} اما پس از روشنایی‌بخشی اسلام و تعیین ارزش مساوی برای انسانها، تعیین حق‌العلاج برای همه به طور یکسان تعیین گردید که تا امروز ادامه داشته است.

تأثیر مستقیم و غیرمستقیم حق‌العلاج غیرواقعی

اگر تعارف بیش از ارزش واقعی باشد، آنهایی که از نظر مالی یا قدرت اجتماعی محروم هستند به صورت مستقیم از دسترسی به



نمودار ۲. وزن فرضی تاثیر گروه‌های درگیر در تعیین تعرفه خدمات پزشکی

تعارف و سازمان‌های بیمه‌گر

بنا به اظهار نظر بسیاری از پزشکان، سازمان‌های بیمه‌گر در عمل در زمان پرداخت حق‌العلاج پزشکان و در تعیین کسورات مطابق نظر خودشان عمل می‌کنند (فعال ما یزید). مشاهده‌ی دوگانگی در عملکرد، آنجا به اوج می‌رسد که در صورت تأخیر پزشکان در بازپرداخت وام دریافتی از بانک‌هایی که مالک آن سازمانی بیمه‌گر است بایستی جریمه دیرکرد به آنها پرداخت نمایند. علاوه بر آن هرگونه شکایت از حجم کسورات بایستی به خود سازمان بیمه‌گر تقدیم شود و نهادهای بالاتر نظارتی ندارند.

کاهش بهره‌وری و تبعات ناشی از آن

در سال ۲۰۱۲ به عنوان سفیر سلامت آکادمی علوم کشورهای در حال توسعه (TWAS) در سفری به آفریقای جنوبی با وزیر علوم سیاه‌پوست این کشور ملاقاتی داشتم. ایشان در تقبیح نظام آپارتاید گفت که حدود ۱۰۰ سال قبل (۱۹۱۳) قانونی ننگ‌آور توسط سفیدهای نژادپرست به تأیید رسید که بر اساس آن سیاه‌پوستان نمی‌توانستند صاحب زمین باشند و تنها قادر بودند در زمینهای سفیدپوستان مشغول به کار شوند. این موضوع باعث شد که کار بیشتر توسط سیاه‌پوستان منجر به سود بیشتر برای آنها نشود و در نتیجه بهره‌وری پایین در جامعه سیاه‌پوستان نهادینه و به یک فرهنگ تبدیل شود. مشکلی ریشه‌دار که امروزه حتی پس ۲ دهه سقوط آپارتاید همچنان باقی است. اگر جامعه تحصیل‌کرده پزشکان درآمد مناسبی نداشته باشد، آیا به صورت منظم بهره‌وری آنها را کاهش نداده‌ایم؟ نگاهی به کیفیت پایین عملکرد پایین همکاران پزشک در جمهوری‌های سوسیالیست اروپای شرقی سابق این حقیقت را روشن‌تر می‌سازد. در جوامعی که اصول رقابت در سیستم‌های پزشکی نیز رعایت می‌شوند، تفاوت بین پزشکان مشهور در برخی رشته‌های خاص با آنها که کمتر توانمند هستند در قالب تعرفه‌های متفاوت نمایان است که بر احتمال بهره‌وری بیشتر آنها صحه می‌گذارد.

تضعیف جایگاه سازمان نظام پزشکی

سازمان نظام پزشکی که متشکل از منتخبین و معتمدین جامعه پزشکی است بیش از هر گروه دیگری بر هزینه‌ی خدمات و تعرفه‌ها اشراف دارد و از طرف دیگر متعهد به حفظ حقوق بیماران است. با این وجود، این سازمان با سابقه ای ۵۰ ساله تنها صنفی است که در حال حاضر حق تعرفه‌گذاری در حیطه کاری خود را ندارد. طبیعتاً از سازمانی که حق تعیین تعرفه خود را ندارد و در بسیاری از موارد تعرفه‌های تعیین‌شده را غیرمنطقی می‌داند، نمی‌توان انتظار نظارت

بر اساس این مقایسه، به نظر می‌رسد که لازم است تعرفه‌ی سایر گروه‌های جراحی مطابق با تعرفه جراحی چشم و اینترونشن قلب اصلاح شوند.

تفاوت تعرفه‌های دولتی و خصوصی

به دلایل قابل درک تعرفه‌های تشخیصی و درمانی در بخش‌های دولتی که متخصصین برجسته آموزشی در آنها به کار اشتغال دارند به مراتب پایین‌تر از تعرفه مشابه در بخش خصوصی تعیین شده است. اما کسر این تفاوت از سهم درآمدی شاغلین جامعه پزشکی به جای متولی اصلی (بیمارستان‌های دولتی) همواره نقطه مجادله‌ی جامعه پزشکی بوده است.

تعارف غیر واقعی و سازمان‌های خیریه

مؤسساتی نظیر خیریه‌ها که بایستی بیماران را رایگان ویزیت کنند و یا تعرفه پارانهای از بیماران دریافت می‌کنند و با این حال منابع مالی محدودی دارند، مجبور هستند که برای حفظ بقای خود یا از میزان یا تواتر پرداخت‌ها به پرسنل خود بکاهند و یا کیفیت خدمات را فدا کنند. در غیر این صورت می‌بایست بیش از تعرفه مصوب مؤسسات خیریه دریافت نمایند تا به نقطه سربه‌سری هزینه-درآمد برسند. در نتیجه، با وضع جاری، پزشکان و سایر شاغلین حرف پزشکی در این مؤسسات متضرر می‌شوند. لازم به ذکر است که موضوع منابع خیریه‌ها و آیین‌نامه‌های مرتبط پیچیده است و در این مقاله نمی‌گنجد.

ثبات سیاست‌گذاری در عرصه‌های مختلف مؤثر در سلامت
سلامت از مصرف غذای سالم شروع و به درمان و بازتوانی مناسب ختم می‌شود. چگونه است که سیاستگذاران در ایران - نظیر آنچه گرانی نامتناسب اتومبیل‌های ساخت داخل است - هر کیلو گوشت را ۲۳,۰۰۰ تومان معادل ۸ دلار تعیین قیمت کرده‌اند که بیش از ۵ برابر قیمت بین‌المللی آن است و تماماً از جیب مردم پرداخت می‌شود - با این توجیه که از تولید داخلی و بهبود یا حفظ کیفیت فعلی آن حمایت شود - اما در مورد پرداخت هزینه خدمات درمانی، حمایت از خدمات‌دهنده ملاک قرار نگرفته و بهبود یا حفظ کیفیت فعلی خدمات، معیار تصمیم‌گیری نبوده است. تأخیر در اصلاح این فرایند تا آنجا پیش رفته که حق‌العلاج یک پزشک ایرانی به کمتر از یک دهم حق‌العلاج یک پزشک استرالیایی رسیده است.^۶ تعمیق این شکاف هزینه‌گذاری، اصالتاً مقوله‌ی کیفیت خدمات پزشکی را در ادبیات اجتماعی کمرنگ کرده است. اگر سلامت مسافرتین هواپیما ارزش دارد تعمیرات و نظارت بر هواپیما می‌بایست به‌موقع و مطلوب انجام شود. اگر حق‌العلاج پزشکان به اندازه تعیین نشود نشانگر کمرنگ شدن این مؤلفه در سیاست‌گذاری سلامت مردم است. در مجموع به نظر می‌رسد در این چرخه‌ی "همه ناراضی" مسئولین مسبب هستند و نه بیماران یا پزشکان و مراکز درمانی. وزن فرضی تاثیر گروه‌های درگیر در تعیین تعرفه واقعی در یک نمای شماتیک در نمودار ۲ تخمین زده شده است.

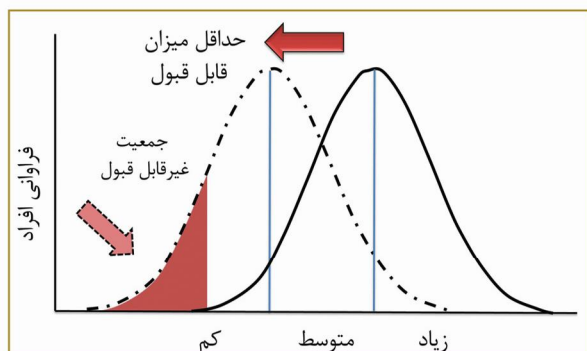
درج نشدن ضریب درمانی برای بیماری با شدت بالا

بیماریها (به عنوان مثال شکستگی استخوان ران) دامنه متفاوتی از شدت بیماری را شامل می‌شوند. از آنجا که تعرفه برای درمان یک نوع بیماری خاص ثابت است، اگر تعرفه بطور نامتناسب پایین باشد، بیماران با شدت بیشتر (له شدگی شدید ساق پا) که جراحی سنگین تر لازم دارد توسط برخی جراحان کمتر پذیرفته شده و ارجاع می‌گردند (بیماران شدید بلا تکلیف می‌مانند). لذا گروه تعیین تعرفه در معلولیت‌های بیماران شدید سهمیه به نظر می‌رسند. تعرفه در موارد خاص همواره مورد بحث بوده است.

دیگری به جز فدا کردن کیفیت کار و یا گذشتن از مرز اخلاق در اخذ حق‌العلاج وجود نداشته باشد. زمانی که بقای شغلی پزشکان در مقابل رعایت اخلاق پزشکی قرار گیرد، استنکاف جامعه پزشکی از مقررات مالی افزایش یافته و دست‌کم با تکرار ویزیت، ارجاع و جراحی‌های غیر ضروری و یا انجام آزمایش‌های بیش از انتظار (اثر القایی در تعداد بیماران (Induced demand)) و در نهایت اخذ حق‌العلاج بیش از تعرفه مصوب (زیرمیزی) جبران می‌شود. در نتیجه، هزینه‌های نظام سلامت بالا می‌رود. هزینه‌هایی که حتی به صورت غیرمستقیم ممکن است از سازمان‌های بیمه‌گر وابسته به دولت تأمین شود. اگر عدم رعایت اخلاق حرفه‌ای در سال‌های اخیر کمتر به نظر می‌رسد شاید به دلیل کم‌رنگ شدن خطوط اخلاقی و افزایش سطح تحمل تخطی‌های مالی در جامعه پزشکی باشد. تهدیدی جدی که سال‌هاست دلسوزان جامعه پزشکی نسبت به آن هشدار داده‌اند. از آنجا که بستر سازی برای گسترش خطا و جرم از مصادیق مجرمیت است، حفظ تعرفه‌های غیر واقعی به دلایل فوق‌الذکر نقض غرض را در پی خواهد داشت. علاوه بر آن، گسترش خطاهای شغلی عامل تقویت فرایند تقدس‌زدایی از حرف پزشکی است که در صورت ادامه، سلامت و امنیت همه اجتماع را تهدید خواهد کرد. مهم‌ترین تبعات تعیین تعرفه غیر واقعی در جدول ۱ خلاصه شده‌اند.^{۷-۱۵}

تعارض ناظر و مجری در تعیین تعرفه

بر اساس مصوبات مجلس شورای اسلامی، وزارت بهداشت باید توسط شورای عالی سلامت تعرفه‌ها را مشخص نماید. اصالتاً تعیین حق‌العلاج واقعی نمی‌تواند در قلمرو سیاسی قرار گیرد، زیرا هزینه‌های واقعی کارشناسی شده بسیار بالا است. همانطور که در بعضی از اظهار نظرهای اعلام شده است که این هزینه‌ها آنقدر هنگفت است که هیچ وزیری نمی‌تواند آن را اعلام کند.^۹ اعلام تعرفه‌های بالا توسط مسئولین سیاسی، ایشان را در ظاهر در مقابل مردم و نه در موضع مدافع آنان قرار می‌دهد.

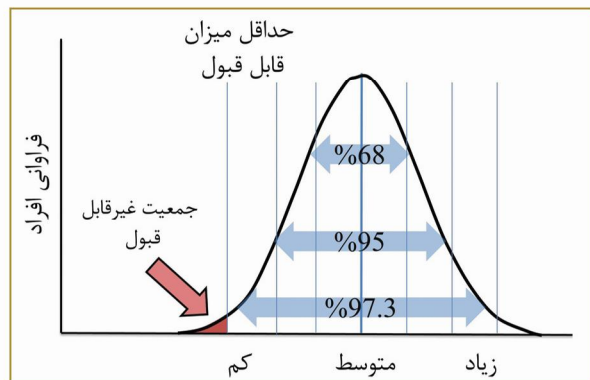


نمودار ۴. رعایت اخلاق حرفه‌ای در پزشکان در نتیجه تعرفه‌های نامتعارف (کم‌شدن رعایت اخلاق حرفه‌ای به میزان یک سوم (معادل ۲ انحراف معیار)، ۳۳٪ جامعه پزشکی را به زیر آستانه مورد قبول سوق خواهد داد)

در دنیای سیاست‌گذاری، اینگونه مواضع به تصمیمات روزهای سخت و یا عسرت احتمالی در مصرف داروی تلخ مشهور است. بدین سبب است که تضییع حقوق جامعه پزشکی در سال‌های اخیر نهادینه شده است. انتظار می‌رود که سیاست‌گذاران مرتبط با جامعه پزشکی که خود به واسطه‌ی برخورداری بیشتر مالی از خدمات درمانی متخصصین برجسته

مؤثر بر اجرای صحیح اصول، مقررات و اخلاق داشت. **مدل‌سازی آماری تأثیر حق‌العلاج غیر واقعی بر رعایت اخلاق پزشکی**

برای تبیین تأثیر حق‌العلاج غیر واقعی بر رعایت اخلاق پزشکی مدلی آماری در نمودار ۳ نمایش داده شده است. در صورتی که رعایت اخلاق حرفه‌ای نظیر هر تابع طبیعی دیگر از توزیع نرمال پیروی کند، فراوانی افرادی که اخلاق حرفه‌ای را به صورت متوسط رعایت می‌کنند بیشتر خواهد بود و هرچه از مرکز نمودار به سمت‌های راست (رعایت زیاد) و چپ (رعایت کم) دورتر شویم، از فراوانی افراد کاسته خواهد شد. به گونه‌ای که ۹۹/۷٪ افراد بین فاصله کمتر یا بیشتر ۳ انحراف معیار از میانگین قرار می‌گیرند. اگر آستانه مورد قبول رعایت اخلاق حرفه‌ای (معادل نمره ۱۰ در امتحانات دبیرستان) را منفی ۳ انحراف معیار از میانگین فرضی عملکرد پزشکان بر اساس توزیع نرمال فرض کنیم، کمتر از یک درصد (۰/۳۵٪) جامعه پزشکی حداقل امتیاز لازم را در خصوص رعایت اخلاق حرفه‌ای نخواهند گرفت (نمودار ۳- بخش قرمز رنگ).



نمودار ۳. توزیع نرمال فرضی رعایت اخلاق حرفه‌ای در میان پزشکان

در صورت تعیین تعرفه نامتناسب توسط مسئولان، در یک سوم افراد (معادل ۲ انحراف معیار) رعایت اخلاق حرفه‌ای به طور متوسط و منظم کاهش می‌یابد (نمودار ۴)، که حتی پایین‌تر از حد محتمل به نظر می‌رسد. بنابراین، اولاً آسیب چشمگیری به رعایت اخلاق در همه جامعه پزشکی وارد می‌شود و ثانیاً و مهمتر از آن، گروهی از آحاد جامعه پزشکی به لحاظ رعایت اخلاق حرفه‌ای به زیر آستانه مورد قبول هل داده خواهند شد. همانطور که از نمودار ۴ مشخص است به واسطه فراوانی بیشتر افرادی که نزدیکتر به میانگین قرار دارند، تعداد افراد غیر قابل قبول (مردود) با نسبت بسیار بیشتر (سه‌می) افزایش می‌یابد (نمودار ۴- بخش قرمز رنگ). با فرض توزیع نرمال، این شیفت یک سوم می‌تواند تا ۳۳٪ جامعه پزشکی را به زیر آستانه مورد قبول منتقل کند که معادل افزایشی ۴۰٪ برابری (۱۴٪ تقسیم بر ۰/۳۵٪) است. با استناد به این محاسبه، ضروری است اصلاح تعرفه‌ها نه تنها به عنوان یک اولویت بلکه در صدر اولویت‌های اخلاق پزشکی قرار گیرد.

قاطبه‌ی پزشکان حقوق ثابت دولتی ندارند و از طرف دیگر در طی سالهای اخیر، هزینه مطب و پرسنل افزایش یافته است، اما تعرفه‌ها نامتناسب و غیر واقعی باقی مانده‌اند. لذا ممکن است برای برخی راه

جدول ۱. مهم ترین پیامدهای تعارف غیر واقعی در دیدگاه کارشناسان

پیامد	شماره منبع
درخواست غیر ضروری خدمات پاراکلینیک و جراحی	۷
نپذیرفتن پوشش بیمه توسط برخی پزشکان	۷
گسترش دریافت وجوه غیر متعارف (زیرمیزی)	۸
افزایش ناراضیاتی بیماران	۸
اتخاذ روش های نامتعارف نظیر هدیه دادن، تقدیر در روزنامه و ... برای قدردانی از پزشکان	۹
تضعیف امکان اصلاح مشکلات نظام سلامت	۱۰، ۱۱
تعطیلی برخی مطبها و انتخاب شغل دیگر	۱۲
در بیمارستانها و مراکز درمانی (به ویژه دولتی): بروز بحران مالی، افزایش ضرر و نابسامانی از نظر البسه، تکنولوژی، تجهیزات، حقوق، ارائه خدمات و همین طور تغذیه نامنظم و برخورد نامناسب با بیمار یا همراه توسط پرسنل ناراضی	۱۰، ۱۱، ۱۳
کاهش کیفیت خدمات پزشکی	۱۱، ۱۴
تضعیف اعتماد اجتماعی به پزشکان	۱۵
انتقال بخشی از فعالیتهای استادان دانشگاه های علوم پزشکی به بخش خصوصی برای افزایش درآمد، به عنوان مثال حضور در کلینیک های خصوصی در بعد از ظهرها (بخش خصوصی تعارف های بالاتری دارد)	۱۵
تضعیف قدرت نظارتی از مسئولین	۹
کاهش انگیزه خدمت (زیرا تعارف های فعلی برای پزشکان تأمین کننده معاش نیست)	۹
تضعیف حقوق پزشکان و افزایش ناراضیاتی آنها	۱۴
عدم انتخاب پزشکی به عنوان شغل آینده توسط نخبگان علمی	۱۵

برون رفت از بن بست فعلی به نظر می رسد تا با خدمتگزاران نظام مقدس جمهوری اسلامی، حفظ حقوق جامعه پزشکی و پاسداشت سلامت عموم مردم محقق گردد. به علاوه، بنا به اظهار نظر تمام کارشناسان، لازم است تعارف ها از بهترین راه ممکن و با راهی دیگر، در اسرع وقت واقعی شوند. لطفاً چنانچه نسبت به موارد فوق الذکر نظر تکمیلی و اصلاحی دارید به دفتر مجله ارسال فرمایید تا در شماره های بعدی به چاپ برسد.

استفاده می کنند، با اصرار بر اقدامات کم کارشناسی شده، اقشار کم برخوردار اجتماع را به صورت غیر مستقیم از کیفیت مطلوب خدمات - که به واسطه عدم توانایی در پرداخت زیر میزی ممکن است ایجاد شود - محروم نکنند و نیز در جهت احقاق حقوق جامعه پزشکی گام بردارند. در مجموع، ضمن صحنه گذاشتن بر الزام همکاری با شورای عالی نظام پزشکی و وزارت بهداشت در راستای برطرف کردن دغدغه های مجلس محترم، بازگشت حق تعارف گذاری به سازمان نظام پزشکی بهترین راه

لطفاً به این مقاله از ۱ تا ۲۰ امتیاز دهید.

کد این مقاله: ۶۲۰۱

شماره پیامک مجله: ۳۰۰۷۸۳۸

نحوه امتیازدهی: امتیاز - شماره مقاله

نمونه صحیح امتیازدهی (چنانچه امتیاز شما ۲۰ باشد): ۶۲۰۱-۲۰

References:

- Hammurabi. The Code of Hammurabi. Edinburgh, UK: seven treasures publications; 2008.
- Avesta (The most ancient Iranian poems and Zoroastrian holy book). [E. Pourdavoud trans]. Tehran, Iran: Morvarid Publishing; 2010. (In Persian)
- Karachiyan sani F, Soltani A. The position of physicians in ancient Iran and Hamurabian law. Iran J Med Ethics Hist Med. 2011;4(2):34-43. (In Persian)
- Afshari R. Journal of Mashhad Medical Council; the Cultural Axis of Support for Medical Community. J Mashhad Med Council. 2013;17(1):1. (In Persian)
- Afshari R, Yahaghi J. Education and Health in Shahnameh. Mashhad, Iran: Mashhad University of Medical Sciences Publication; 2012. (In Persian).
- Liaghat AR, Maleki A, Monzavi SM, Zare Bidaki GA. Comparison of General Physician Income Throughout the World. J Mashhad Med Council. 2013;17(1):10-3. (In Persian)
- Some physicians prescribe unnecessary ultrasound imaging to compensate unrealistic medical fees [Internet]. (In Persian) 2013 [Updated 2013 Oct 15, Cited 2013 Nov 6]. Available from: <http://www.farsnews.com/newstext.php?nn=13920723000013>
- The increasing phenomenon of additional payments is the result of unrealistic medical fees [Internet]. (In Persian) 2013 [Updated 2013 Oct 9, Cited 2013 Nov 6]. Available from: <http://icana.ir/Fa/News/238665>
- Medical fees are even less than barbers' fees [Internet]. (In Persian) 2013 [Updated 2013 May 8, Cited 2013 Nov 6]. Available from: <http://danakhabar.com/fa/news/1154313>
- Unrealistic medical fees; scourge of the health system / Why some Physicians are resorting to additional payments?! [Internet]. (In Persian) 2013 [Updated 2013 September 21, Cited 2013 Nov 6]. Available from: <http://seraj24.ir/fa/news-details/37511/>
- Ministry of Health promised to reduce medication prices / Unrealistic medical fees to address [Internet]. (In Persian) 2013 [Updated 2013 Oct 18, Cited 2013 Nov 6]. Available from: <http://www.pana.ir/pages/news-141011.aspx>
- Unrealistic medical fees equal to closing practices [Internet]. (In Persian) 2011 [Updated 2011 Feb 3, Cited 2013 Nov 6]. Available from: <http://www.salamatnews.com/news/41949/>
- Unrealistic medical fees has caused a crisis in medical institutions [Internet]. (In Persian) 2012 [Updated 2012 Feb 19, Cited 2013 Nov 6]. Available from: <http://www.nasimonline.ir/NSite/FullStory/News/?Id=483094>
- Unrealistic medical fees lowers the quality of medical services / People are dissatisfied [Internet]. (In Persian) 2012 [Updated 2012 Feb 16, Cited 2013 Nov 6]. Available from: <http://www.tasnimnews.com/Home/Single/17433>
- Ahmadi S, Ebrahimi Sani F, Bagheri F, Monzavi SM, Maleki A. Unrealistic medical fee consequences. Letters to Mashhad Medical Council; 2013.