این مطلب را نامزدهای انتخابات ریاست جمهوری بخوانند؛

اولویت‌های درمانی دولت چهاردهم

گروه اجتماعی

ادامه از صفحه اول

بنابراین، این واقعیت تلخ و گزنده را باید پذیرفت که داروهاگرانترشده‌اندوبرخی ازداروهااصلاًیافت نمی‌شوندومدتهاست بیماران خاص درشرایطی دشواری قراردارند. یونس عرب، مدیرعامل انجمن بیماران تالاسمی ایران دراین خصوص گفته است: «در حال حاضر بیمار در تهران نمی‌تواند داروی خود را تامین کند. حتی در مراکزی که داروها را به صورت قاچاق یا آزاد عرضه می‌کنند نمی‌توان دارو را پیدا کرد؛ پس اینکه تنها به صورت شعاری گفته شود که کمبود دارویی وجود ندارد، فقط نمک بر زخم بیماران می‌زند.»

به گفته مدیر عمل انجمن بیماران تالاسمی، استان هایی که آسیب بیشتری از این بیماری دیده‌اند از سوی مسئولان کمتر دیده شده‌اند. او دراین باره مطرح کرده است: «در بحث تامین دارو دراین استان‌ها، داروخانه‌ها چالش‌های بیشتری دارند. خیلی وقت‌ها امکان خرید ندارند، چرا که بدهی‌های سنگینی به خاطر تعداد بالای بیماربه شرکت‌های پخش دارند.» یونس عرب، در ادامه افزوده: «آنچه که مشخص است این است که به اذعان پزشکان درمانگرو وجود فرم‌های عوارض دارویی در بیماران، ۳۵ درصد بیماران تالاسمی قادربه مصرف هیچ کدام از داروهای تولید داخل نیستندوبه همین دلیل حتماً باید داروی خارجی در دسترس این بیماران قرار بگیرد.»

واضح است که شهروندان در میان داروخانه‌ها سرگردانندوشرکت‌های تولیدی روبه ورشکستگی نهاده‌اند. دولت تاکنون نتوانسته به تعهدات خود در قبال بیمه‌ها و شرکت‌های دارویی عمل کند. طرح «دارویار» که قرار بود از افزایش قیمت و کمبود دارو جلوگیری کند، به علت نادرستی در شیوه اجرا، به چالش های صنعت دارو دامن زده است. به نظر می رسد ناهماهنگی میان ذی‌نفعان صنعت دارو، کم‌توجهی به مشکلات بخش خصوصی، نبود آینده‌نگری بلندمدت در حوزه دارو، کم‌کاری شبکه بانکی برای تامین ارز، نقش کمرنگ نظارتی سازمان غذاودارو، تخصیص نامناسب منابع مالی برای تولید و نبود تناسب میان ارز دریافتی و تورم از عمده مشکلات این بخش است که باید برطرف شود.

افزایش یا آمایش ظرفیت پزشکی؟

کمبود پزشک متخصص از دیگر معضلات نظام سلامت است. برخی معتقدند این کمبود حاصل توزیع نامناسب پزشکان متخصص در کشور است و رئیس سازمان نظام پزشکی درهمین باره معتقد است: ۴۲ درصد پزشکان متخصص کشور در پنج کلانشهر تهران، اصفهان، مشهد، تبریز و شیراز سکونت دارند و استان‌های حاشیه‌ای مانندسیستان‌وبلوچستان، هرمزگان، کردستان و آذربایجان غربی نسبت به دیگر استان‌ها دچار محرومیت هستند. این توزیع نامناسب، گلایه‌ها و نارضایتی‌های ساکنان مناطق محروم کشور را به دنبال داشته است و موجب شده تا برای دست یافتن به این پزشکان راهی مطب شلوغ پزشکان درکلانشهرهاشوند. طبیعتااین سفرهای درمانی، باخود هزینه‌های مضاعف درمان را به همراه دارد و حتی مشکلات این سفرها ممکن است مراجعه به پزشک را نیزبه تاخیر بیندازد؛ درنتیجه اغلب بیماران علیرغم پیشرفت بیماری هم تن به سفر نمی‌دهند و یا وقتی به پزشک مراجعه می‌کنند که دیگر کار از کار گذشته است.

بسیاری از کارشناسان معتقدند ظرفیت پزشکی باید افزایش یابد چراکه، زمینه توسعه و افزایش کیفیت خدمات بهداشتی درمانی در کشوربه‌ویژه مناطق محروم را فراهم خواهد کرد، اما گروه دیگری از کارشناسان صف‌های طولانی بیماران در مطب پزشکان وبیمارستان‌های دولتی پایتخت و مراکز استان‌ها را شاهدی بر وجود معضل توزیع نامتوازن پزشک در استان‌های گوناگون می‌دانندوبااشاره به فقدان شاخص برای تعریف ظرفیت موثر پذیرش دانشکده‌های پزشکی و مبهم بودن آینده شغلی پزشکان عمومی و چالش‌های آموزش می‌گویند، افزایش ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی بدون توجه به زیرساخت‌ها و امکانات موجب کاهش کیفیت آموزش در دوره پزشکی خواهد شد.

به‌هرروی کمبود پزشک سبب افزایش آسیب‌های ناشی از عدم دسترسی به امکانات درمانی کافی در استان‌های محروم شده و از سوی دیگر، تمرکز امکانات در کلانشهرها، کیفیت خدمت‌رسانی به تمام گروه‌ها و مناطق را کاهش داده است. سال‌هاست زنگ خطر به‌صدادرآمده‌وشورای‌عالی انقلاب فرهنگی نیز قانونی وضع کرده که ظرفیت آموزش پزشک هرسال به‌صورت پلکانی ۱۵ درصد افزایش یابد اما آنچه بیشتر از کمبود پزشک نگران کننده است، تجمع پزشکان در شهرهای بزرگ و خالی ماندن شهرهای کوچک از حضور و خدمات پزشکان متخصص و عمومی است.

لزوم حذف تصور منفی به حرفه درمان و بهداشت

حرفه‌ی درمان و تامین بهداشت در جامعه ما در برخی موارد، به ابزاری برای ارتقای اجتماعی و اقتصادی و نه مجرایی برای ارتباط محکم میان فعالان حوزه سلامت و مردم تبدیل شده است. از همین جهت است که حداقل بخشی از افکار عمومی نگاه مثبتی به این قشر ندارد و برخی اعضای آن را گروهی در پی کسب ثروت بیشتر تلقی می کنند. یکی از نقاط مهم برای بهبود وضعیت بهداشتی و درمانی جامعه ترمیم این رابطه است. بعضا شائبه تقلب در آزمون ورودی افراد به حیطه‌های تخصصی و در نتیجه افزایش بی توجهی و خطاهای پزشکی نیز به رابطه میان پزشک و مردم خدشه وارد کرده است. مردمی که در نتیجه خطاهای پزشکی آسیب می بینند کمتر می توانند خسارت دریافت کنند. سازمان نظام پزشکی معمولا طرف پزشکان را می گیرد. این موضوع نیز به رابطه بیمار و پزشک و اعتماد بیماران به درمانگران صدمه زده است.

از سوی دیگر قیمت‌گذاری تعرفه‌های پزشکی، موجب رواج زیرمیزی و بی‌قانونی می‌شود و قطعا به زیان مردم و مهم‌تر از آن اخلاق پزشکی و ارتباط میان پزشک و بیمار خواهد بود. مسئولان اجرایی و مدیریتی و نهادهای تصمیم گیرنده و نظارتی در سیاست‌های سلامت و بهداشت باید این روند را اصلاح کنند. از جمله راهکارهای اصلاح این چرخه معیوب، کاهش تمرکز بر دارو محوری و درمان نگری است و باید زمینه و مقدمات لازم فراهم شود تا پیشگیری در اولویت قرار گیرد و پزشکان به جای آنکه خود را تنها مرجع حل و فصل مسئله سلامت انسانها بدانند، بر عوامل اجتماعی بیماری نیز صحه بگذارند و به انسان شناسان، پژوهشگران فرهنگ، اقتصاددانان اجتماعی و جامعه‌شناسان امکانی بدهند تا بیماری را نه فقط تغییر در فعل و انفعالات شیمیایی بدن که در تغییرات و کژکاری های جامعه، فرهنگ و اقتصاد ببینند، دارو را غایت درمان ندانند بلکه تغییر در شیوه زندگی را مهم بدانند.

ممانعت از افزایش هزینه های سلامت

اگرچه وزارت بهداشت و درمان همواره به دنبال کاهش پرداخت مستقیم بیمار بوده اما نتایج مطالعات و بررسی ها نشان می دهد این کاهش پرداخت اسمی بوده است. از برنامه توسعه سوم تا به حال هدف سیاست گذاری های حوزه سلامت در کلام مسئولان، کاهش سهم بیمار از هزینه درمان بوده است اما این هدف به معنای واقعی کلمه محقق نشده و اصرار بر خصوصی سازی سلامت، پرداخت از جیب و هزینه سلامت خانوارها را افزایش داده و شمار افرادی که به خاطر هزینه های کمرشکن درمان به زیر خط فقر سقوط کرده‌اند، بیشتر شده است.

هزینه‌های سلامت از متغیرهای مهم هزینه خانوار در بخش غیرخوراکی است و برای طبقات کم درآمد جامعه بیشترین هزینه در بخش خوراک صرف می‌شود و طبیعتا قسمت کوچکی برای هزینه‌های غیرخوراکی باقی می‌ماند. دراین شرایط سهم هزینه‌های بهداشت‌ودرمان درسبدهزینه خانوار به‌شدت کاهش می‌یابد. گفته شده درسال‌های اخیر به خصوص از سال‌های میانی دهه نود به این سو سهم هزینه‌های بهداشت در بودجه خانوار و به خصوص خانوارهای روستایی افزایش داشته و این مسئله در بسیاری از موارد منجر به بروز هزینه‌های کمرشکن در خانوارها شده است.

در شرایطی که وضعیت اقتصادی بغرنج و با تورمی فزاینده همراه است بخش عمده‌ای از مزدبگیران و طبقات کم‌درآمد با مسئله عدم دسترسی و بهره‌مندی ناکافی در حوزه سلامت و درمان روبه روشده‌اند. به این ترتیب وضعیت ما از نظر شاخص میزان پرداخت از جیب بیماران نامطلوب است.

درچنین وضعیتی با افزایش هزینه‌های درمان طبقات کم‌درآمد جامعه شرایط دشوارتری را تجربه خواهند کرد. آمارهای رسمی که در گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس نیز بازتاب یافته می‌گوید مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت براساس شاخص ظرفیت پرداخت خانوار، از ۲/۳۷ درصد در سال ۱۳۹۵ باطی یک روند نوسانی به ۲/۴۲ درصد در سال ۱۴۰۰ افزایش یافته است. همچنین میانگین شاخص سهم پرداخت‌های مستقیم از جیب بیماران از کل هزینه‌های سلامت طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۸ برابر ۴۲/۲ درصد و در سال ۱۳۹۸ نیز ۳۷/۴۲ درصد بوده است که با هدف مندرج در برنامه ششم توسعه مبنی بر کاهش این شاخص تا ۲۵ درصد فاصله‌ای زیاد دارد.

پرداخت از جیب بخش عمده‌ای از مخارج سلامت را تشکیل می‌دهد که هم به نابرابری دامن می‌زند و هم موجب سوق دادن گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه به سمت خود درمانی می‌شود. مطابق گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس براساس داده‌های حساب‌های ملی سلامت کشور ۳۷/۴ درصد مخارج سلامت کشور در سال ۱۳۹۸ به صورت پرداخت از جیب تامین شده است. این در حالی است که میانگین این شاخص در سال ۲۰۱۹ میلادی در سراسر دنیا ۱۸ درصد و در کشورهای با درآمد زیاد، متوسط و پایین به ترتیب ۱۳/۶ درصد، ۳۵ درصد و ۴۴/۷ درصد بوده است.

علیرغم تدوین قوانین و مقررات در کشور در طول دهه‌های اخیر جهت حفظ حفاظت مالی در برابر مواجهه با هزینه‌های سلامت، این هدف محقق نشده است. حاصل این شرایط به خطر افتادن سلامت بخش‌های گسترده‌ای از جامعه و به‌خصوص بخش عمده‌ای از حقوق بگیران و بازنشستگان است.

معمولا دولت ها، تسهیلات ویژه‌ای برای سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در بخش سلامت پیش‌بینی می‌کنند، اما سیاست‌هایی که به اجرا درآمده نه تنها نتوانسته وضعیت خدمات درمان و سلامت را بهبود ببخشد بلکه هزینه درمان و سهم بیمار را افزایش داده است. نظام سلامت در طول سال‌های اخیر با سیاست‌گذاری‌های کلان به سمت خصوصی‌سازی سوق داده شده و با کاهش سهم دولت در عمل طبقات محروم و کم‌درآمد جامعه از بسیاری از خدمات حوزه سلامت محروم شده‌اند.

لزوم تقویت بیمه‌های پایه

عملکرد سازمان‌های بیمه‌گر همواره مورد انتقاد بوده، این در حالی است که دولت باید هر قدر منابع برای تقویت بیمه‌ها در اختیار دارد به بیمه‌های پایه تزریق کند تا خدمات بهتر و با کیفیت تری ارائه شود.

محمدرضا واعظ مهدوی، رئیس انجمن علمی اقتصاد سلامت با انتقاد از این مسئله می‌گوید: «بیمه‌ها خدمات کاملی به بیمه شدگان خود ارائه نمی‌دهند و این یک اشکال است و بارها به مسئولان تذکر داده ایم که دست از گران کردن بردارید. وظیفه دولت، ارزانی است. گران کردن نرخ ارزتحت عناوین دهان پرکُن مانند حذف ارز ترجیحی، حذف رانت و قاچاق دارو به افزایش پرداختی از جیب منجر می‌شود و به این ترتیب بیمه‌ها صورتحساب‌های خود را نمی‌پردازند و به طرق مختلف، شانه خالی می‌کنند و مردم برای تهیه دارو با در دست داشتن نسخه‌های مختلف به ناصرخسرو و داروخانه‌های متعدد مراجعه می‌کنند و مجبور هستند که از جیب خودشان، هزینه‌های تأمین دارو را پرداخت کنند.»

نظام بیمه بر اساس بیمه پایه است و دولت وظیفه دارد که این بیمه را تقویت کند و بیمه تکمیلی هم، اختیاری است. رئیس انجمن علمی اقتصاد سلامت در این زمینه تاکید می کند: «نباید منابع دولت در بیمه‌های تکمیلی هزینه شود تا عده‌ای خاص از آن استفاده کنند و سر روستائیان، عشایر و مناطق محروم بی کلاه بماند و صدایشان به جایی نرسد که این موضوع برخلاف مکانیزم‌های عدالت در سلامت است.»

معاون اسبق سازمان برنامه و بودجه با طرح این سوال که چرا بسته خدمات بیمه پایه کفایت ندارد، می گوید: طبق قانون بیمه همگانی، خدمات ضروری جزو بسته بیمه پایه قرار می گیرد. آیا یک خدمت می تواند برای افراد، ضروری باشد یا فانتزی و لوکس؟ به‌عنوان نمونه بیماران نیازمند بستری، از خدمات ضروری استفاده می کنند اما اتاق تک نفره، اختیاری است. بیمه تکمیلی باید به کمک بیمه پایه بیاید اما نه از محل منابع دولتی چون کاملاً ناعادلانه است و اگر دولت منابع کافی در اختیار دارد باید بیمه پایه را تقویت کند. چنانچه فردی نیاز به آزمایش دارد و بیمه پایه آن را نپذیرد باید در یک آزمایشگاه خصوصی، ۷۰ تا ۸۰ درصد از هزینه‌ها را پرداخت کند و پوشش این آزمایش در بیمه تکمیلی چه کمکی می کند؟ میزان پوشش خدمات توسط بیمه‌ها باید به نحوی طراحی شود که در بخش بستری بیمه شدگان فقط ۱۰ درصد و در بخش سرپایی حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد از هزینه‌ها را پرداخت کنند و مابقی آن باید با تامین منابع مالی مورد نیاز؛ توسط بیمه‌ها پرداخت شود. بنابراین دولت هر قدر منابع برای تقویت بیمه‌ها دارد باید به بیمه پایه تزریق کند تا خدمات بهتر و با کیفیت تری در حوزه سلامت ارائه شود.»

این صاحب نظر در حوزه سلامت معتقد است، منابعی که دولت به بیمه‌ها می‌پردازد، صدقه سری نیست بلکه حق بیمه کارفرمایی برای افراد تحت پوشش از جمله کارکنان دولت و روستاهاست. همانند تأمین اجتماعی که کارفرما، حق بیمه را پرداخت می کند. در مورد کارکنان دولت یا خانواده شهدا نیز، دولت حق بیمه را تأمین می کند.

به هر روی بیمه‌ها بستر اصلی ارائه خدمات درمانی در کشور هستند و سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری از سال‌ها پیش، تاکید ویژه ای بر نقش بیمه در نظام سلامت دارد. براین اساس باید به سیاست‌ها و اولویت‌ها عمل و منابع بیمه‌ها تقویت و بخش عمده پرداخت هزینه‌های سلامت، توسط بیمه‌ها عملیاتی شود.

برای آسودگی خیال بیمه شدگان از هزینه‌های درمانی و قطع ارتباط مالی پزشک و مؤسسات درمانی با بیماران باید منابع لازم به بیمه‌ها اختصاص یابد، موضوعی که مغفول مانده و به این دلیل پیوسته به عملکرد سازمان‌های بیمه‌گر انتقاد شده چرا که به اعتقاد انجمن پزشکان عمومی سازمان‌های بیمه‌گر «نه تنها در کارشناسی نرخ تعرفه بلکه در رعایت حقوق بیمه شدگان و قبول سهم موظف خود قصور» می کنند.

جدال ناتمام بر سر تعرفه های پزشکی!

یکی دیگر از چالش‌های نظام سلامت؛ جدل همیشگی میزان تعرفه‌های پزشکی است، موضوعی که همواره مشکل ساز بوده و با نارضایتی پزشکان همراه شده و این در حالی است که مشاهدات عینی بیماران از وضعیت مراکز درمانی نشان می دهد کمتر پزشکی در این سال‌ها مقید به تعرفه‌های مصوب بوده و بیماران هم ناگزیر و جوه خارج از این تعرفه‌ها را به درخواست پزشکان پرداخت می کنند.

سازمان نظام پزشکی معتقد است: تعرفه ها تناسبی با وضعیت تورمی موجود ندارد و حتی اگر تعرفه‌های پزشکی عادلانه تعیین نشود دریافت مبالغ غیررسمی و خارج از تعرفه هم بیشتر خواهد شد و این مقوله نام دیگر همان پدیده زیرمیزی و تقاضای القایی است که هزینه سنگینی را بر دوش نظام سلامت بار می کند. از جمله مصادیق این تقاضای القایی؛ انجام عمل‌های نه چندان ضروری مثل برخی پروتزها و یا درمان‌های مختص پوست و مو و زیبایی با ترک اعتیاد، یا آفریدن بازاری که در آن خود از همه بیشتر منتفع شوند.

تأسیس شرکت‌های واردات و صادرات برای تأمین نیازمندی‌های شبکه‌های درمان و بهداشت که به نوعی پوشش برای مافیای دارو و تجهیزات پزشکی فراهم می‌آورد و یا در بدترین شکل خود انجام درمان‌های غیرمجاز و بدون تخصص لازم و البته استفاده از ابزارو تجهیزات غیراستاندارد و تبانی و فریبکاری در این زمینه.

برهمین اساس فصل مشترک اظهارات اغلب کارشناسان این حوزه و البته مسئولان نظام سلامت برواقعی شدن تعرفه‌ها و جبران این افزایش هزینه از سوی بیمه‌هاست. به این معنا که آنهایی گویند باید تعرفه‌ها را با توجه به شرایط روز جامعه افزایش داد اما برای کاهش فشار به بیماران این افزایش قیمت از سوی بیمه‌ها جبران شود. درغیراین صورت راه حل فشاربر دولت برای تصویب تعرفه‌های بالاتر و بدون حمایت بیمه‌ها، صرفا به نفع پزشکان و به ضرر بیماران است.

هیات موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی

آگهی موضوع ماده ۳ قانون و ماده ۱۳ آئین نامه قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی و اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی

برابر رای شماره ۱۴۰۲۶۰۳۲۷۰۰۹۱۰۰۱۴۴۶ هیات اول / دوم موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی مستقر در واحد ثبتی حوزه ثبت ملک خرمدره تصرفات مشاعی مفاوضی خانم کلثوم کلانتری فرزند بالاخان به ش.ش ۸۳ صادره از در ششدانگ یک قطعه زمین مزروعی به مساحت ۹۹۸/۷۵ مترمربع از پلاک شماره ۸۱۹ فرعی از ۳۸ اصلی واقع در زنجان بخش ۳ حوزه ثبت ملک خرمدره خریداری از مالک رسمی (وهب مظفری) محرز گردیده است. لذا به منظور اطلاع عموم مراتب در دو نوبت به فاصله ۱۵ روز آگهی می شود در صورتی که اشخاص نسبت به صدور سند مالکیت متقاضی اعتراضی داشته باشند می توانند از تاریخ انتشار اولین آگهی به مدت دو ماه اعتراض خود را به این اداره تسلیم و پس از اخذ رسید ظرف مدت یکماه از تاریخ تسلیم اعتراض خود را به مراجع قضایی تقدیم نمایند. بدیهی است در صورت انقضای مدت مذکور و عدم وصول اعتراض طبق مقررات سند مالکیت صادر خواهد شد.

تاریخ انتشار نوبت اول: ۱۴۰۳/۳/۱۶

تاریخ انتشار نوبت دوم: ۱۴۰۳/۳/۳۱

ناصر کلانتری- رئیس ثبت اسناد و املاک

==========

آگهی رای هیات تعیین تکلیف ثبت الیگودرز

نظر به دستور مواد ۱ و ۳ قانون تعیین تکلیف وضعیت اراضی و ساختمان های فاقد سند ، معترض باید ظرف ۲ ماه از تاریخ انتشار نوبت اول اعتراض را به ثبت محل ارائه واخذ رسید کند و ظرف یک ماه از تاریخ اعتراض در دادگاه محل طرح دادخواست و گواهی آن را به ثبت محل ارائه کند و در صورت عدم رعایت این موازین ثبت محل مبادرت به صدور سند نماید و صدور سند مانع از مراجعه متضرر به دادگاه نیست.

۱- شششدانگ یک قطعه باغ به مساحت ۱۳۳۶/۰۶ مترمربع مفروز و مجزی شده از پلاک شماره ۱۹۸۵ فرعی از ۱۷۶ اصلی واقع در لرستان بخش سه حوزه ثبت ملک الیگودرز مورد تقاضای حسین بازدار خریداری از مالکیت رسمی کریم گودرزی.

۲- شششدانگ یک قطعه زمین مزروعی آبیزار به مساحت ۱۳۷۳/۹۴ مترمربع مفروز و مجزی شده از پلاک شماره ۱۹۸۵ فرعی از ۱۷۶ اصلی واقع در لرستان بخش سه حوزه ثبت ملک الیگودرز مورد تقاضای علی مراد میرزائی خریداری از مالکیت رسمی وراث مرحوم کریم گودرزی.

۳- یک دانگ ونیم مشاع از ششدانگ یک قطعه زمین آبیزار به مساحت ۶۰۹۶۶/۱۸ مترمربع مفروز و مجزی شده از پلاک شماره ۱۶ اصلی واقع در لرستان بخش سه حوزه ثبت ملک الیگودرز مورد تقاضای گلستان جلیلی خریداری از مالکیت رسمی گلستان جلیلی.

۴- یک دانگ ونیم مشاع از ششدانگ یک قطعه زمین آبیزار به مساحت ۶۰۹۶۶/۱۸ مترمربع مفروز و مجزی شده از پلاک شماره ۱۶ اصلی واقع در لرستان بخش سه حوزه ثبت ملک الیگودرز مورد تقاضای گلزار جلیلی خریداری از مالکیت رسمی گلنار جلیلی.

۵- یک دانگ ونیم مشاع از ششدانگ یک قطعه زمین آبیزار به مساحت ۶۰۹۶۶/۱۸ مترمربع مفروز و مجزی شده از پلاک شماره ۱۶ اصلی واقع در لرستان بخش سه حوزه ثبت ملک الیگودرز مورد تقاضای گلنار جلیلی خریداری از مالکیت رسمی گلنار جلیلی.

۶- یک دانگ ونیم مشاع از ششدانگ یک قطعه زمین آبیزار به مساحت ۶۰۹۶۶/۱۸ مترمربع مفروز و مجزی شده از پلاک شماره ۱۶ اصلی واقع در لرستان بخش سه حوزه ثبت ملک الیگودرز مورد تقاضای گلی جلیلی خریداری از مالکیت رسمی گلی جلیلی.

۷- شششدانگ یک قطعه زمین مزروعی دیمزار به مساحت ۵۴۴۱/۳۴ مترمربع مفروز و مجزی شده از پلاک شماره ۴ اصلی واقع در لرستان بخش ۲ حوزه ثبت ملک الیگودرز مورد تقاضای ایمان خجسته خریداری از مالکیت رسمی احدی از ورثه مرحوم اسد صالحی به نام آقای محسن صالحی.

۸- شششدانگ یکباب عمارت مسکونی به مساحت ۱۸۴/۶۷ مترمربع مفروز و مجزی شده از پلاک شماره ۳۳۰۲ فرعی از ۷۶ اصلی واقع در لرستان بخش سه حوزه ثبت ملک الیگودرز مورد تقاضای غلام رضا سرلک خریداری از مالکیت رسمی ورثه مرحوم ابوالقاسم توکلی.

۹- شششدانگ یکباب ساختمان به مساحت ۷۷/۴۸ مترمربع پلاک شماره ۱۷۹۵ فرعی از ۷۶ اصلی واقع در لرستان بخش ۳ حوزه ثبت ملک الیگودرز مورد تقاضای حمید رحیمی خریداری از مالکیت رسمی مجید سلیمانزاده فرزند توکل.

۱۰- شششدانگ یک قطعه باغ مشجر به مساحت ۴۴۱۳/۷۴ مترمربع مفروز و مجزی شده از پلاک شماره ۲۰۰۲ فرعی ۷۶ اصلی واقع در لرستان بخش سه حوزه ثبت ملک الیگودرز مورد تقاضای آذر بیاتی خریداری از مالکیت رسمی منصور مدنی احد از وراث مجتبی مدنی.

۱۱- شششدانگ یک قطعه زمین مزروعی دیمزار به مساحت ۲۵۰۰ مترمربع مفروز و مجزی شده از پلاک شماره ۵۱ اصلی واقع در لرستان بخش ۳ حوزه ثبت ملک الیگودرز مورد تقاضای شب چراغ عبداللهی خریداری از مالکیت رسمی قدرت اله سمیعی فرزند علی حسین.

۱۲- شششدانگ یک قطعه زمین مزروعی به مساحت ۲۰۰۰ مترمربع مفروز و مجزی شده از پلاک شماره ۱۳۶۱ فرعی از ۷۶ اصلی واقع در لرستان بخش ۳ حوزه ثبت ملک الیگودرز مورد تقاضای بگول هزاروسی خریداری از مالکیت رسمی شهاب رضوی ورثه سیدمرتضی رضوی.

تاریخ انتشار نوبت اول: ۱۴۰۳/۳/۱۶

تاریخ انتشار نوبت دوم: ۱۴۰۳/۳/۳۱ م الف ۹۴۵۳

سیدرضا بطحائی

رئیس اداره ثبت اسناد و املاک شهرستان الیگودرز

==========

آگهی فاقون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقدسند رسمی

(م ۳ و م ۱۳)

هیات حل اختلاف مستقر در اداره ثبت اسناد و املاک شهرستان میاندوآب بشرح زیر تصرفات مفروزی و مالکانه اشخاص را تایید و به جهت عدم دسترسی به مالکین مقرر شده است پس از نشر آگهی سند مالکیت رسمی صادر وتسلیم گردد وعلیهذا در اجرای ماده ۳ قانون مذکور و آئین نامه اجرایی آن مراتب در یک نوبت به فاصله ۳۰ روز جهت اطلاع مالکین مشاعی وسایر صاحبان حقوق آگهی می شود وچنانچه اشخاص اعتراض داشته باشند حداکثر ظرف مدت دو ماه از انتشار اولین آگهی اعتراض کتبی خود را مستقیما به اداره ثبت اسناد و املاک شهرستان میاندوآب تسلیم نموده و باید یکماه از تاریخ تسلیم اعتراض به اداره ثبت املاک دادخواست به مرجع ذیصلاح قضایی تقدیم نمایند. درغیراینصورت سند مالکیت مورد تقاضای متصرف براساس مدلول رای صادره در حدود و مقررات صادر خواهد شد و صدور سند مالکیت جدید مانع مراجعه متضرر به دادگاه نخواهد بود.

۱- رای شماره ۱۴۰۲۶۰۳۱۳۰۰۶۰۰۴۱۲۶ مورخ ۱۴۰۳/۰۲/۲۶ تقاضای خانم معصومه ماهر چره جلو فرزند حمت مبنی برصدور سند مالکیت شششدانگی زمین مزروعی قسمتی از پلاک ۵۴۸۷ فرعی از یک اصلی بخش ۱۴ مراغه حوزه ثبتی میاندوآب واقع در میاندوآب () خریداری شده از سهمی آقای مصیب بابا اوغلی به شماره پرونده ۱۴۰۲-۱۴۳۱ هیات بمساحت ۲۰۱۰/۳۲ مترمربع که برای آن پلاک ۳۰۷۲۶ فرعی تعیین گردیده است.

۲- رای شماره ۱۴۰۲۶۰۳۱۳۰۰۶۰۰۴۷۵۹ مورخ ۱۴۰۳/۰۳/۰۱ تقاضای آقای سید سهراب علوی فرزند سید قاسم مبنی برصدور سند مالکیت شششدانگی یکقطعه باغ قسمتی از پلاک ۴۱ اصلی بخش ۱۴ مراغه حوزه ثبتی میاندوآب واقع در میاندوآب (قریه سوگلی تپه) خریداری شده از سهمی آقای بهلول جوان بخت به شماره پرونده ۱۴۰۲-۲۷۴۰ هیات بمساحت ۴۰۶۳/۹۲ مترمربع که برای آن پلاک ۱۴۱۱ فرعی تعیین گردیده است.

۳- رای شماره ۱۴۰۲۶۰۳۱۳۰۰۶۰۰۴۷۵۸ مورخ ۱۴۰۳/۰۳/۰۱ تقاضای آقای سید سهراب علوی فرزند سید قاسم مبنی برصدور سند مالکیت شششدانگی یکقطعه باغ قسمتی از پلاک ۴۱ اصلی بخش ۱۴ مراغه حوزه ثبتی میاندوآب واقع در میاندوآب (قریه سوگلی تپه) خریداری شده از سهمی آقای بهلول جوان بخت به شماره پرونده ۱۴۰۲-۲۷۳۹ هیات بمساحت ۶۲۹۶/۶۹ مترمربع که برای آن پلاک ۱۴۱۲ فرعی تعیین گردیده است.

۴- رای شماره ۱۴۰۲۶۰۳۱۳۰۰۶۰۰۱۵۰۶۰ مورخ ۱۴۰۲/۱۲/۰۹ تقاضای آقای قوچعلی عبدی قلعه فرزند حسن مبنی برصدور سند مالکیت شششدانگی یکقطعه زمین مزروعی قسمتی از پلاک ۴۵ اصلی بخش ۱۴ مراغه حوزه ثبتی میاندوآب واقع در میاندوآب (قریه ابراهیم آباد) خریداری شده از سهمی آقای حسن عبدی قلعه به شماره پرونده ۱۴۰۲-۲۹۲۵ هیات بمساحت ۵۶۲۰۸/۸۳ مترمربع که برای آن پلاک ۴۲۱ فرعی تعیین گردیده است.

۵- رای شماره ۱۴۰۲۶۰۳۱۳۰۰۶۰۰۳۸۳۸-۳۸۳۶-۳۸۳۷ مورخ ۱۴۰۳/۰۲/۲۳ تقاضای خانم نعیمه و فهیمه و نغمه همگی جوان بخت فرزند محمدرضا مبنی برصدور سند مالکیت سهمی هرکدام نسبت به دو دانگ مشاع از ششدانگی یکقطعه باغ قسمتی از پلاک ۴۱ اصلی بخش ۱۴ مراغه حوزه ثبتی میاندوآب واقع در میاندوآب (قریه سوگلی تپه) خریداری شده از سهمی آقای بهلول جوان بخت به شماره پرونده ۱۴۰۲-۳۱۷۱ -۳۱۶۹ -۱۴۰۲ هیات بمساحت ۶۳۹۰/۸۲ مترمربع که برای آن پلاک ۱۴۰۸ فرعی تعیین گردیده است.

۶- رای شماره ۱۴۰۲۶۰۳۱۳۰۰۶۰۰۳۸۶۳ مورخ ۱۴۰۳/۰۲/۲۳ تقاضای آقای محراب قربانی فرزند یوسف مبنی برصدور سند مالکیت شششدانگی یکقطعه باغ قسمتی از پلاک ۴۲ اصلی بخش ۱۴ مراغه حوزه ثبتی میاندوآب واقع در میاندوآب (کوی تقی آباد) خریداری شده از سهمی آقای متقاضی مالکیت مشاعی دارد به شماره پرونده ۱۴۰۲-۱۲۸۴ هیات بمساحت ۸۶۵۵/۲۹ مترمربع که برای آن پلاک ۸۵۵ فرعی تعیین گردیده است.

۷- رای شماره ۱۴۰۲۶۰۳۱۳۰۰۶۰۰۲۸۴۴ مورخ ۱۴۰۳/۰۲/۱۲ تقاضای خانم ناهیده نوریزدانی فرزند چولی مبنی برصدور سند مالکیت شششدانگی یکقطعه باغ قسمتی از پلاک ۱۲۶ اصلی بخش ۶ مراغه حوزه ثبتی میاندوآب واقع در میاندوآب (قریه فیروزآباد) خریداری شده از سهمی آقای کشورنویزدانی به شماره پرونده ۱۴۰۲-۱۵ هیات بمساحت ۷۸۰۲/۱۱ مترمربع که برای آن پلاک ۶۳۳ فرعی تعیین گردیده است.

۹- رای شماره ۱۴۰۲۶۰۳۱۳۰۰۶۰۰۳۸۱۰ مورخ ۱۴۰۳/۰۲/۲۲ تقاضای آقای وحید مرادی فرزند یونس مبنی برصدور سند مالکیت شششدانگی ساختمان قسمتی از پلاک ۱۶۸۳۹ فرعی از یک اصلی بخش ۱۴ مراغه حوزه ثبتی میاندوآب واقع در میاندوآب () خریداری شده از سهمی آقای زیرجد شیرازی به شماره پرونده ۱۴۰۲-۱۶۴۷ هیات بمساحت ۱۰۷ مترمربع که برای آن پلاک ۳۰۷۴۵ فرعی تعیین گردیده است.

۱۰- رای شماره ۱۴۰۲۶۰۳۱۳۰۰۶۰۰۳۹۲۱ مورخ ۱۴۰۳/۰۲/۲۴ تقاضای آقای حکمعلی جوان بخت فرزند محمد علی مبنی برصدور سند مالکیت شششدانگی اعیانی یکباب ساختمان قسمتی از پلاک ۶۰۱۲ فرعی از یک اصلی بخش ۱۴ مراغه حوزه ثبتی میاندوآب واقع در میاندوآب () خریداری شده از سهمی آقای رحمان شاه گلدی به شماره پرونده ۱۴۰۲-۱۷۷۱ هیات بمساحت ۱۲۷/۸۰ مترمربع که برای آن پلاک ۳۰۷۴۶ فرعی تعیین گردیده است.

۱۱- رای شماره ۱۴۰۲۶۰۳۱۳۰۰۶۰۰۱۵۶۵ مورخ ۱۴۰۳/۰۱/۲۹ تقاضای آقای داریوش قربانی فرزند یعقوب مبنی برصدور سند مالکیت شششدانگی یکباب ساختمان قسمتی از پلاک ۴ اصلی بخش ۷ مراغه حوزه ثبتی میاندوآب واقع در میاندوآب (کوی قره وزن) خریداری شده از سهمی آقای وراث اسحق صالحی به شماره پرونده ۱۴۰۲-۲۰۳ هیات بمساحت ۱۸۱/۸۰ مترمربع که برای آن پلاک ۴۳۹۹ فرعی تعیین گردیده است.

۱۲- رای شماره ۱۴۰۲۶۰۳۱۳۰۰۶۰۰۳۸۱۳ مورخ ۱۴۰۳/۰۲/۲۲ تقاضای آقای ارشد رضوان فرزند اللهوردی مبنی برصدور سند مالکیت شششدانگی یکباب ساختمان قسمتی از پلاک ۱۳۰۶۰ فرعی از یک اصلی بخش ۱۴ مراغه حوزه ثبتی میاندوآب واقع در میاندوآب () خریداری شده از سهمی آقای شمس اله وکیلی زاده به شماره پرونده ۱۴۰۲-۷۴۵ هیات بمساحت ۴۹/۰۷ مترمربع که برای آن پلاک ۳۰۷۴۴