رسالت
سال چهلم ■ شماره ۱۱۰۸۱ ■ روزنامه صبح ایران

مرکز پژوهش‌های مجلس گزارش داد

موانع پیش روی پزشک خانواده

اگرچه توجه دولت‌های مختلف به «پزشکی خانواده» به عنوان یکی از سیاست‌های اصلاحی نظام سلامت معطوف بوده، اما پس از گذشت بیش از دو دهه و با وجود اجرای برنامه‌ها و نسخه‌های پراکنده پزشکی خانواده از سوی سازمان‌های مختلف و نیز تکرار این تکلیف قانونی در برنامه‌های توسعه، همچنان در مواجهه با نقاط قوت و ضعف آن ارزیابی جامع و کافی به خصوص جهت گسترش برنامه به کل کشور وجود ندارد. براین اساس مرکز پژوهش‌های مجلس در تازه‌ترین گزارش خود، ضمن ارائه تصویری از قوانین و مقررات و نیز اشاره‌ای گذرا به برنامه‌های مختلف اجراشده در زمینه پزشکی خانواده، چالش‌های پیش آزمایی نسخه شهری این برنامه را به همراه راهکارهای ارتقاء وضعیت موجود به ویژه برای استفاده سیاستگذاران در گسترش این برنامه برای کل کشور مطرح کرده است.

این برنامه یکی از مهم‌ترین مداخلات پیشنهاد شده برای بهبود کیفیت، هزینه‌اثربخشی و عدالت در دسترسی و استفاده از خدمات سلامت است. این برنامه رویکردی است که در آن، پزشک خانواده و اعضای تیم او، مسئول ارائه خدمات سلامت جامع، مستمر، هماهنگ، مشارکتی و مبتنی بر فرد و خانواده هستند. پزشکان خانواده در جایگاه نخست مواجهه افراد با نظام مراقبت‌های سلامت قرار دارند؛ بنابراین فارغ از محدودیت‌های سنی، جنسی و غیره باید به ارائه خدمات مداوم و جامع بپردازند. سازمان بهداشت جهانی پزشکی خانواده را به عنوان رویکردی در جهت ارتقای کیفیت و برابری در ارائه خدمات سلامت و روشی هزینه اثربخش معرفی می‌کند. چرا که اهداف برنامه پزشکی خانواده؛ ایجاد نظام ارجاع، افزایش پاسخگویی در بازار سلامت، افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های غیرضروری در بازار سلامت و افزایش پوشش خدمات است. در بنیانیه آکادمی اروپایی مدرسان پزشکی خانواده در سال ۲۰۰۵ این طرح و نقش آن به عنوان اولین نقطه ارتباطی مردم با نظام سلامت و ارائه دهنده خدمات از تولد تا مرگ، به صورت ممتد و جامع شامل تمامی مشکلات حاد و مزمن و رسیدگی کننده به مشکلات پزشکی افراد با در نظر گرفتن عوامل زمینه‌ای نظیر عوامل محیطی، روانی، اجتماعی و فرهنگی و دارای توانایی تصمیم گیری نسبت به سلامت جمعیت تحت پوشش براساس شیوع و بروز بیماری‌ها تعریف شده است.

کشورهای مختلفی این برنامه را اجرا کرده‌اند. به عنوان مثال کانادا در سال ۱۹۶۷ با تغییر نام کالج پزشکی عمومی کانادا به کالج پزشکان خانواده، در مسیر برنامه جدید قرار گرفت. سیستم پزشک خانواده ترکیه نیز یکی از اقدامات اساسی جهت اصلاحات نظام سلامت در این کشور است که سال ۲۰۰۵ به عنوان بخشی از تحول سلامت اجرا شد. سیستم مراقبت سلامت در انگلستان نیز شامل سه سطح خدمات پزشکی خانواده، خدمات ادارات بهداشتی محلی و خدمات بیمارستانی است که خدمات اولیه معمولا در تیم‌های کوچکی از پزشکان عمومی (خانواده) ارائه می‌شود. در آمریکا بیش از ۵۰ سال از فعالیت پزشکان خانواده می‌گذرد و اکثر این پزشکان در قالب نظام سلامت یکپارچه و یا استفاده از نظام ثبت اطلاعات الکترونیک به ارائه خدمت به بیماران می‌پردازند. دولت چین نیز برای تقویت نظام مراقبت‌های سلامت اولیه، خدمات قراردادی پزشک خانواده را معرفی کرده که از سال ۲۰۱۶ این خدمات برای عموم جامعه قابل استفاده و اختیاری است. در ایران نیز در اسناد بالادستی مختلف از جمله سیاست‌های کلی سلامت و قوانین برنامه‌های توسعه و همچنین قوانین دائمی و بودجه‌های سنواتی مفادی در مورد نظام ارجاع و پزشکی خانواده مصوب شده است. مرکز پژوهش‌ها در گزارشی تحت عنوان «بررسی برنامه پزشکی خانواده در اسناد و قوانین بالادستی و پیش آزمایی شهری برنامه در ایران» با هدف شناسایی مسائل پیش آزمایی نسخه شهری پزشکی خانواده در استان‌های فارس و مازندران، ضمن طبقه‌بندی و احصای مهم‌ترین مسائل، راهکارهای ارتقای وضعیت موجود را به ویژه برای استفاده سیاستگذاران و مجریان جهت گسترش این برنامه به کل شهرهای کشور ارائه کرده است.

مبتنی بر یافته‌های این مطالعه، مسائل شناسایی شده براساس مهم‌ترین نقش آفرینان این طرح و به منظور حوزه‌های مدیریت منابع انسانی شامل نظام جبران خدمت، جذب، استخدام و به کارگیری، آموزش، ارزیابی و مدیریت عملکرد، شرح شغل و بسته خدمات؛ زیرساخت‌ها و پشتیبانی برنامه پزشکی خانواده شامل ساختار و تشکیلات اجرای طرح، فناوری‌های اطلاعات و ارتباطات، تأمین بودجه و منابع مالی و آگاهی بخشی و جلب مشارکت عمومی طبقه‌بندی شده است. وجود مسائل متعدد در لایه‌های مختلف باعث شده که طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع آن طور که باید به اهداف خود در ارتقای سلامت نرسد.

عدم رشد سرانه متناسب با تورم

بررسی‌های مرکز پژوهش‌های مجلس نشان می‌دهد اگرچه در هنگام شروع نسخه شهری پزشکی خانواده در سال ۱۳۹۱ مبلغ سرانه کافی بوده، اما پس از گذشت چند سال به دلیل عدم رشد سرانه متناسب با تورم، دیگر صرفه اقتصادی نداشته و حتی حقوق مراقبین سلامت به عنوان بخشی از دریافتی پزشک خانواده کمتر از حداقل حقوق مصوب کشور در سال ۱۴۰۲ بوده است. مسئله دیگر در این زمینه، تأخیر سازمان‌های بیمه‌گر در پرداخت حقوق پزشکان خانواده است. این معوقات بین ۲ تا ۸ ماه باتوجه به منطقه و نوع سازمان بیمه گر متغیر بوده است. از طرفی ناهماهنگی در پرداخت حقوق و معوقات پزشکان خانواده در برخی شهرهای استان فارس در مواقعی موجب شد تا پزشکان خانواده دست از کار بکشند. این دیرکردها به تأخیر در پرداخت به مراقبان سلامت از سوی پزشکان خانواده نیز انجامید. پایین بودن مبلغ سرانه باعث شد تا بسیاری از پزشکان خانواده برای تأمین هزینه‌ها مجبور به افزایش شیفت‌های کاری یا افزایش حجم جمعیت تحت پوشش خود باشند. این روش اگرچه در کوتاه مدت، عدم کفایت سرانه‌ها را پوشش می‌دهد، اما در بلندمدت باعث می‌شود، بسته‌های خدمتی تعیین شده به صورت ناقص ارائه شده و کیفیت خدمات کاهش یابد. این اتفاق برای مراقبان سلامت نیز رخ داده و برخی اهداف مهم طرح پزشکی خانواده اعم از بیماریابی فعال و پایش بیماری‌های مزمن در برخی مناطق کمرنگ شده است. به عنوان نمونه اگرچه وضعیت بیمارپایی مبتلایان به دیابت و فشارخون پس از اجرای برنامه پزشکی خانواده در مقایسه با قبل آن، بهبود قابل توجهی داشته اما وضعیت این شاخص در طول سال‌های مختلف اجرای طرح، مطلوب نبوده است.

شرایط مالی نامناسب پزشکان و فعالیت در بازارهای رقیب

مرکز پژوهش‌ها در بخش دیگری از این گزارش، یکی از مسائل اصلی نسخه ۰۲ پزشکی خانواده، را تمرکز آیین نامه‌ها و مشوق‌ها بر سطح اول خدمات دانسته و توضیح داده است: کمتر به سطوح بالاتر توجه شده و در نتیجه تضعیف ماندگاری پزشکان سطوح بالاتر و خروج پیش‌بینی نشده آنان، چالش‌هایی برای طرح پدید آمد. در استان‌های هدف برخی از پزشکانی که ابتدا به‌عنوان متخصص در طرح ثبت نام کرده بودند، پس از مدتی به راحتی از طرح خارج شدند. در حالی که همچنان اسم آن‌ها در لیست متخصصان طرح باقی مانده بود و در صورت ارجاع، بیماران مورد پذیرش قرار نمی‌گرفتند. از دیگر عوامل تهدید کننده جذب و ماندگاری پزشکان خانواده، فشار بازارهای رقیب بود، بسیاری از پزشکان به دلیل شرایط مالی نامناسب به فعالیت در بازارهای رقیب پزشکی خانواده شامل بازارهای داخلی مانند خدمات زیبایی یا خدمات ترک اعتیاد یا بازارهای خارجی مانند کشورهای همسایه، فعالیت همزمان در بخش دولتی و خصوصی یا فعالیت همزمان در چند مرکز ارائه کننده خدمت ترغیب شدند.

افزایش ارجاعات غیرضروری

مطابق سند ۰۲، ارجاع در درون سطح اول بین ارائه کنندگان خدمات این سطح و ارجاع از سطح اول به سطح دوم و سوم باید مطابق تشخیص پزشک و راهنماهای بالینی تدوین شده صورت گیرد. از مسائل اجرای طرح پزشکی خانواده در استان‌های فارس و مازندران، ارجاع معکوس است که در یک تعریف ساده، حضور بیماران در سطوح تخصصی بدون تأیید پزشک سطح یک است. این ارجاع گاهی با درخواست خود بیماران رخ داده و در مواردی مداخله پزشکان متخصص این ارجاعات را رقم زده است. گاهی بیماران قبل از مراجعه به پزشک خانواده، به پزشک متخصص مراجعه کرده و برای بهره‌مندی از بازپرداخت بیمه‌ها، به صورت پسینی به پزشک خانواده مراجعه کرده و خواستار برگه و کد ارجاع بوده‌اند. همچنین در مواردی پزشکان متخصص به علت کم شدن حجم مراجعان خود، پزشکان خانواده را برای ارجاعات غیرضروری تحت فشار قرار می‌دادند. این مسئله به خصوص در استان فارس که بیشتر پزشکان خانواده در ساختار کلینیک‌های بزرگ و چند تخصصی فعالیت می‌کردند بیشتر بوده؛ به این صورت که بیماران یا پزشکان سطوح بالاتر، خدماتی را از پزشکان خانواده درخواست می‌کردند که گاهی مورد نیاز بیمار نبود و صرفا القا می‌شده است. این موارد باعث می‌شوند که ارجاعات غیرضروری زیاد شود و نظام ارجاع عملا به اهداف خود در دروازه‌بانی خدمت و کنترل هزینه‌ها نرسد. گرچه در سند ۰۲ محدودیتی کلی برای درصد ارجاع از پزشک خانواده به سطوح بالاتر ذکر شده اما در عمل با حذف ارجاع اجباری در نسخه‌های آزمایشی پزشکی خانواده، کارکرد این محدودیت نیز دچار خلل شد.

بسته‌های خدمت باتوجه به جایگاه گروه‌های ارائه خدمت طراحی نشده است

مرکز پژوهش‌های مجلس در ادامه این گزارش تصریح کرده است که بنای طرح پزشکی خانواده بر بیمارمحوری است، به این معنا که خدمات ارائه شده، باید با توجه به وضعیت و شرایط بیمار تعریف شده و با همراهی و همکاری او اجرا شود. براین اساس طراحی بسته‌های خدماتی باید به نحوی انجام شود که برای هر منطقه متناسب با بیماری‌های معمول و شایع و شرایط خاص محیطی و طبیعی همان منطقه باشد. اما مطالعه انجام شده در راستای ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری فارس و مازندران حاکی از آن است که بسته‌های خدمت مذکور در سطح به جایگاه همه گروه‌های ارائه خدمت طراحی نشده است. در بسته‌های خدمات نسخه ۰۲، به برخی از اعضای تیم سلامت مانند ماما توجه کافی نشده، از یک سوزمان سنجی کار ماما به درستی انجام نشده، و وظایف غیرمرتبط و زیادی به وی محول می‌شود؛ مانند تزریقات یا خدمات دارویی که در حیطه تخصص آن هانیست و از سویی دیگر ماما در ارائه خدمات سلامت به مادران استقلال ندارد. علاوه براین، بسته خدمات به بخشی از بیماری‌های جسمی مانند برخی از بیماری‌های غیرواگیر، مزمن و مادرزادی از یک سو و ابعاد روانی و اجتماعی سلامت از سوی دیگر توجه کافی نداشته است. فقدان راهنماهای بالینی مصوب برای مدیریت مسائل و بیماری‌های شایع از دیگر مشکلات بسته‌های خدمت عنوان شده است.

بودجه ناکافی پزشک خانواده

بی تردید از شروط اصلی موفقیت اجرای طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع، تأمین زیرساخت‌ها و پشتیبانی طرح از سوی سازمان‌های درون بخشی و برون بخشی و البته تأمین بودجه است. مرکز پژوهش‌ها عدم تحقق این شروط را به عنوان پاشنه‌های آشیل طرح پزشکی خانواده در نسخه شهری برشمرده و نوشته است: ساختار پیش بینی شده برای اجرای طرح پزشکی خانواده در سند ۰۲، ساختاری سلسله مراتبی با لایه‌های مختلف است. از مقدمات پشتیبانی طرح پزشکی خانواده، هماهنگی در لایه‌های تشکیلاتی ستادی و اجرایی است که در مطالعات پیشین چه در مقام طراحی و چه در مقام اجرا کمتر به آن پرداخته شده است. در مطالعات و شواهد موجود، هماهنگی در سطوح مختلف ارجاع و همکاری‌های بین بخشی جزء مسائلی است که بسیار مورد توجه قرار گرفته اما نکته حائز اهمیت این است که برخی از ناهماهنگی‌ها از لایه‌های دیگر نشئت می‌گیرد. از زمان تصویب طرح تاکنون تنها یک جلسه «ستاد ملی برنامه پزشک خانواده» با حضور رئیس جمهور وقت برگزار شده که منجر به تصویب سند ۰۲ در سطح هیئت وزیران شده است. همچنین در زمینه تأمین مالی، بررسی قوانین بودجه سنواتی حاکی از آن است که ردیف بودجه مربوط به پزشکی خانواده و نظام ارجاع نوساناتِ بسیاری در سال‌های گذشته داشته و کمتر از برآوردها برای گسترش و حتی حفظ وضعیت موجود پزشکی خانواده در سال‌های مورد نظر بوده است. به رغم رشد اعتبارات اسمی در برخی سال‌ها با توجه به نرخ تورم سالانه، اعتبارات واقعی این طرح تا سال ۱۴۰۱ نزولی بوده است. در سال ۱۴۰۲، تعیین حدود ۲۶۰ هزار میلیارد ریال در ردیف بودجه مربوط به برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، تغییر جهت مثبت و امیدوارکننده‌ای به منظور اجرای برنامه مذکور در سطح کشور پس از گذشت بیش از دو دهه است.

جمع بندی و پیشنهادها

مرکز پژوهش‌ها در جمع بندی گزارش خود خاطرنشان کرده است: عدم ارائه خدمات بهداشتی درمانی به شکل پیوسته، قانونگذاران را بر آن داشته در دو دهه اخیر دولت را مکلف به اجرای نظام ارجاع با محوریت برنامه پزشکی خانواده کنند. اما به رغم اجرای برنامه‌های پراکنده در این خصوص توسط سازمان‌های مختلف و نیز تکرار این تکلیف قانونی در برنامه‌های توسعه، آن طور که باید به مرحله اجرا در نیامده و بیشتر محدود به روستاها و شهرهای کوچک بوده است. البته اجرای آزمایشی برنامه پزشک خانواده در دو استان فارس و مازندران عملیاتی شده ولی اکنون و بعد از دو دهه پیش آزمایی برنامه همچنان سیاستگذاران قضاوتی جامع و واضح در خصوص نقاط قوت و ضعف آن به جهت استفاده در گسترش برنامه در کشور ندارند. در مطالعه حاضر که به بررسی اجرای نسخه برنامه پزشکی خانواده در دو استان مذکور پرداخته شد، چالش‌های پیش آزمایی این برنامه در سه دسته بندی ۱۰- مدیریت منابع (شامل: نظام جبران خدمت، جذب، استخدام و به کارگیری، آموزش، ارزیابی و مدیریت عملکرد، شرح شغل و بسته خدمات)، ۲۰- زیرساخت‌ها و پشتیبانی برنامه پزشکی خانواده (شامل: ساختار و تشکیلات اجرای طرح، فناوری‌های اطلاعات و ارتباطات، تأمین بودجه و منابع مالی) و ۳۰- آگاهی بخشی و جلب مشارکت عمومی احصا شد. بررسی‌ها نشان داد که ستادهای مختلفی در سطوح مختلف جهت راهبری و اجرای برنامه پیش بینی شده ولی ضمن اینکه به لحاظ ترکیب ایراداتی به آن‌ها وارد است، جلسات مربوطه نیز به صورت منظم و به تعداد کافی برگزار نشده است؛ به طوری که صرفا یک جلسه ستاد ملی پزشک خانواده با حضور رئیس جمهور برگزار شد که منجر به تصویب دستورالعمل مربوطه شده است. در کنار این‌ها عدم تأمین منابع مالی کافی یکی از دلایل اصلی عدم گسترش طرح در سطح کشور به شمار می‌رود؛ درواقع اعتبارات پیش بینی شده برای برنامه کافی نبوده و در برخی سال‌ها نیز با کاهش مواجه بوده است. بنابراین به طور معمول، میان سرانه پرداختی و هزینه‌های ارائه دهندگان خدمات در برنامه پزشکی خانواده تناسب کافی وجود نداشته و تأخیر در پرداخت‌ها نیز عاملی برای تشدید مشکلات مربوطه بوده است، درکنار این مسائل، قرارداد کوتاه مدت نیز از عوامل نبود امنیت شغلی کافی پزشکان بوده است. درمان محوری هم از عوامل چالش‌زای نظام آموزش پزشکی در تحقق هدف مهم پزشکی خانواده مبنی بر پیشگیری و حفظ سلامت جامعه بوده، ضمن اینکه زمان بندی نامناسب، فقدان دیدگاه جامعه نگر و متناسب با نیازهای روز و مسائل بهداشتی درمانی جمعیت تحت پوشش در برنامه ریزی آموزشی باعث شده تا نتوان به نیازهای حوزه آموزش آن طور که باید پرداخت. نقش رسانه نیز در خصوص آموزش به اندازه کافی مورد توجه قرار نگرفته، به طوری که وظایف مرتبط با آموزش عمومی و فرهنگ سازی به اندازه کافی در کمیته‌های اجرایی مورد توجه قرار نگرفته و آگاهی بخشی به مردم در خصوص مزایای برنامه و دریافت خدمات در مسیر ارجاع پزشکی خانواده نیز کافی نبوده است. همچنین در خصوص اغنا و جلب مشارکت پزشکان سطوح تخصصی در طرح هم اقدام درخوری صورت نپذیرفته که این مسائل گاهی موجب فشار بر پزشکان خانواده برای ارجاع بیمار به سطوح تخصصی می‌شد. مشوق‌ها نیز بیشتر متمرکز بر سطح اول خدمات بوده و کمتر به سطوح بالاتر توجه شده که نتیجه آن خروج پیش بینی نشده برخی پزشکان سطوح تخصصی از برنامه بوده است. عدم پیش بینی‌های لازم در خصوص خروج پزشکان متخصص از برنامه و از طرفی عدم پیش بینی سازوکاری به منظور اطلاع رسانی در خصوص پزشکان خارج شده از طرح و متعاقبا ارجاع بیماران به ایشان، نارضایتی مردم را به دنبال داشته است.

این مرکز در خصوص ارزیابی و پایش برنامه هم به عدم شفافیت در شاخص‌های مورد استفاده در اعمال کسور یا مشوق‌های ارائه دهندگان، فقدان جامعیت و کارآمدی ابزارهای پایش عملکردی اشاره کرده است، علاوه بر اینکه عملکرد سازمان‌های بیمه نیز در پرداخت‌های تشویقی متفاوت بوده، بعد از گذشت چند سال پرداخت‌های مذکور متوقف شده است. مشوق‌ها و پرداختی‌ها برای حضور در مناطق محروم به دلیل عدم کفایت نتوانسته منجر به توزیع متناسب پزشکان خانواده در سطح شهرها شود و سازوکارهای انگیزشی برای پوشش جمعیت‌های آسیب پذیر به نحو مطلوب اجرا نشده است. یکپارچه نبودن و عملکرد جزیره‌ای سامانه‌های مختلف حوزه سلامت که رکن مهم در تأمین اطلاعات یکپارچه برای ارزیابی و پایش به شمار می‌روند هم دلیلی بر فراهم نبودن بستر مناسب برای ارزیابی برنامه بوده که کاربرپسند نبودن، غیرمفید و غیرکاربردی بودن اطلاعات و قطعی مکرر سامانه‌ها هم بر چالش‌های مربوط به ارزیابی و پایش برنامه افزوده است.

این مرکز در خاتمه گزارش، پیشنهاداتی چون تعریف دقیق وظایف بین دستگاه‌های ملی و محلی در طرح پزشکی خانواده به عنوان یک پروژه اولویت دار ملی، استفاده حداکثری از ظرفیت رسانه‌های رسمی و عمومی در جهت ترویج، فرهنگ سازی و تبلیغ برنامه، ایجاد سازوکار انگیزشی مؤثر و مبتنی بر پلتفرم کاربرپسند برای مردم و بازیگران مختلف برنامه در راستای تشویق به مشارکت حداکثری در اجرای آن و نیز استفاده از ظرفیت‌های غیردولتی، استارت آپی و هوش مصنوعی در مراحل مختلف از طراحی تا اجرا و بازنگری و ارتقای برنامه، استقرار نظام جذاب و مبتنی بر عملکرد جبران خدمت به ویژه با محوریت ذی نفع کردن بازیگران مختلف در اجرای هرچه بهتر برنامه و در راستای ارتقای شاخص‌های سلامت، کارآمدسازی نظام تأمین مالی با تأکید بر تأمین مالی پایدار و خرید سلامت به جای درمان، تقویت زیرساخت‌های اطلاعاتی و تصمیم گیری با تمرکز بر درج اطلاعات کاربردی، ساده سازی و کاربرپسند کردن سامانه‌ها یکپارچگی سامانه‌ها و توسعه پرونده الکترونیک سلامت، تقویت مباحث مربوط به پیشگیری، نیازهای سلامتی روز و وظایف تیم پزشکی خانواده در برنامه‌های آموزش علوم پزشکی و ساماندهی بازارهای رقیب پزشکی خانواده به ویژه در حوزه خدمات زیبایی و خدمات درمانی سوء مصرف مواد را ارائه داده است.

جمهوری اسلامی ایران

قوه قضائیه

سازمان ثبت اسناد و املاک کشور

اداره کل ثبت اسناد و املاک استان مازندران

نظر به دستور مواد ۱ و ۳ قانون تعیین تکلیف وضعیت اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی مصوب ۱۳۹۰/۹/۲۰ املاک متقاضیانی که در هیات موضوع ماده یک قانون مذکور مستقر در واحد ثبتی کلاردشت ..... مورد رسیدگی و تصرفات مالکانه و بلامعارض انان محرز و رای لازم صادر گردیده جهت اطلاع عموم به شرح ذیل اگهی می گردد.

املاک متقاضیان واقع در قریه حسن کیف پلاک ۱ -اصلی بخش یک ثبت کلاردشت

۵۰۴فرعی از ۱- اصلی آقای علی بمان ریاحی خواه نسبت به یک سیرو یک مثقال و هفت نخود و بیست سی و هفتم گندم مشاع از ششدانگ عرصه به مساحت ۹۴۴ مترمربع پلاک ۵۰۴ فرعی از ۱ اصلی واقع در قریه حسن کیف خریداری از اداره اوقاف و امور خیریه

املاک متقاضیان واقع در قریه ولبال پلاک ۳ -اصلی بخش یک ثبت کلاردشت

۵۴۳ فرعی از۳- اصلی آقای حسن شویکلو مرادی نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین مشتمل بر ساختمان به مساحت ۱۹۰ مترمربع واقع در قریه ولبال خریداری مع الواسطه از یوسف ازوجی

۵۷۸ فرعی از۳- اصلی خانم لیلا شیرزاد مقدم نسبت به سه دانگ مشاع از شش دانگ یک قطعه زمین مشتمل برانبار به مساحت ۴۰۰ مترمربع واقع در قریه ولبال خریداری مع الواسطه از فرشاد جوانمرد

۵۷۸ فرعی از۳- اصلی خانم سیده میترا علوی نسبت به سه دانگ مشاع از شش دانگ یک قطعه زمین مشتمل برانبار به مساحت ۴۰۰ مترمربع واقع در قریه ولبال خریداری مع الواسطه از فرشاد جوانمرد

۵۷۹ فرعی از۳- اصلی آقای علیرضا قاسمی نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین با بنای احداثی به مساحت ۱۳۲,۹۵ مترمربع واقع در قریه ولبال خریداری مع الواسطه ازاسماعیل الله داد

۵۸۰ فرعی از۳- اصلی خانم مژگان نوروزی نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین مزروعی به مساحت ۳۹۳,۶۵ مترمربع واقع در قریه ولبال خریداری مع الواسطه از سید محبت نوراشرف الدین

۵۸۱ فرعی از۳- اصلی آقای حسین صالحی نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین مزروعی به مساحت ۳۷۵ مترمربع واقع در قریه ولبال خریداری مع الواسطه از سید محبت نوراشرف الدین

املاک متقاضیان واقع در قریه مجل پلاک ۶ -اصلی بخش یک ثبت کلاردش

۸۲۲فرعی از۶- اصلی آقای رضا رحیمی نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین مشتمل برسوئیت به مساحت ۶۰۸ مترمربع واقع در قریه مجل خریداری مع الواسطه از اصغر لطیفی

۸۲۳فرعی از۶- اصلی خانم محبوبه دال گاه نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین مشتمل برانبار به مساحت ۴۲۰ مترمربع واقع در قریه مجل خریداری مع الواسطه از بابک ملک محمدی

۸۲۴فرعی از۶- اصلی آقای حمید حمیدزاده نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین محصور به مساحت ۷۳۰ مترمربع واقع در قریه مجل خریداری مع الواسطه از رضوان لطیفی

۸۲۵ فرعی از۶- اصلی آقای کاترین غفاری مجلج نسبت به یک دانگ مشاع از شش دانگ یک قطعه زمین محصور به مساحت ۵۶,۱۴ مترمربع واقع در قریه مجل خریداری مع الواسطه از رضوان لطیفی

۸۲۵فرعی از۶- اصلی آقای کنایون غفاری نسبت به یک دانگ مشاع از شش دانگ یک قطعه زمین محصور به مساحت ۵۶,۱۴ مترمربع واقع در قریه مجل خریداری مع الواسطه از رضوان لطیفی

۸۲۵فرعی از۶- اصلی آقای کیوان غفاری مجلج نسبت به دو دانگ مشاع از شش دانگ یک قطعه زمین محصور به مساحت ۵۶,۱۴ مترمربع واقع در قریه مجل خریداری مع الواسطه از رضوان لطیفی

۸۲۵فرعی از۶- اصلی آقای کامران غفاری نسبت به دو دانگ مشاع از شش دانگ یک قطعه زمین محصور به مساحت ۵۶,۱۴ مترمربع واقع در قریه مجل خریداری مع الواسطه از رضوان لطیفی

۸۲۷فرعی از۶- اصلی خانم فاطمه ازوجی نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین زراعی به مساحت ۷۴۱ مترمربع واقع در قریه مجل خریداری مع الواسطه از یزدانفر ازوجی

۸۲۸فرعی از۶- اصلی خانم طاهره حبیبی نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین مشتمل برسوئیت به مساحت ۶۰۲,۸۳ مترمربع واقع در قریه مجل خریداری مع الواسطه از اصغر لطیفی

۸۲۹فرعی از۶- اصلی محمدحسین گلچین نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین مشتمل برساختمان با کاربری ویلائی به مساحت ۴۵۰ مترمربع واقع در قریه مجل خریداری مع الواسطه از ایرج ترابی عصر

املاک متقاضیان واقع در قریه پی قلعه و طبرسو پلاک ۸ -اصلی بخش یک ثبت کلاردشت

۱۰۲۳ فرعی از ۸- اصلی آقای میرابوالفضل آذرین نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین مزروعی به مساحت ۵۸۴,۴۲۰ مترمربع واقع در قریه پی قلعه و طبرسو خریداری مع الواسطه از حسین صائمیان

۱۰۲۷ فرعی از ۸- اصلی خانم فاطمه عرفانی شریفیان نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین مزروعی مفروز و مجزا شده از ۷۴۹ فرعی از ۸ اصلی به مساحت ۱۰۹,۲۴ مترمربع واقع در قریه پی قلعه و طبرسو خریداری مع الواسطه از ایمان حقی

۱۰۲۸ فرعی از ۸- اصلی آقای محمد حسین کچوئی نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین مزروعی به مساحت ۴۴۲,۲۱۰ مترمربع واقع در قریه پی قلعه و طبرسو خریداری مع الواسطه از ایمان طیبی نژاد

۱۰۲۹ فرعی از ۸- اصلی آقای حمیدرضا قنبری نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین با بنای احداثی با کاربری مزروعی به مساحت ۱۱۴۹,۸۰ مترمربع واقع در قریه پی قلعه و طبرسو خریداری مع الواسطه از قاسم رزاقی ساعی

۱۰۳۰فرعی از ۸- اصلی خانم زهرا زمانان نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین زراعی به مساحت ۴۴۷ مترمربع واقع در قریه پی قلعه و طبرسو خریداری مع الواسطه از حسن لطفی نژاد

۱۰۳۲ فرعی از ۸- اصلی آقای فرهاد بازدیدی تهرانی نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین زراعی به مساحت ۵۷۲,۷۵ مترمربع واقع در قریه پی قلعه و طبرسو خریداری مع الواسطه از تهمت وجدی پور

۱۰۳۳ فرعی از ۸- اصلی آقای حسین اخگر نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین زراعی به مساحت ۵۸۲ مترمربع واقع در قریه پی قلعه و طبرسو خریداری مع الواسطه از حسین برارپور

املاک متقاضیان واقع در قریه اسپندکلا پلاک ۱۰ -اصلی بخش یک ثبت کلاردشت

۸۲۰ فرعی از ۱۰- اصلی آقای فرزاد دریا رام نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین زراعی به مساحت ۵۴۱,۱۰ مترمربع واقع در قریه اسپندکلا خریداری مع الواسطه از شاهین دریا رام

۸۲۱ فرعی از ۱۰- اصلی خانم مائده میری نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین زراعی به مساحت ۳۰۳ مترمربع واقع در قریه اسپندکلا خریداری مع الواسطه از فرزاد ملک نژاد

۸۲۲فرعی از ۱۰- اصلی آقای حسین مروج نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین زراعی به مساحت ۲۶۲ مترمربع واقع در قریه اسپندکلا خریداری مع الواسطه از بخش اله جعفری فر

۸۲۴ فرعی از ۱۰- اصلی آقای میلاد زندی نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین زراعی به مساحت ۳۲۸,۷۵ مترمربع واقع در قریه اسپندکلا خریداری مع الواسطه از امام قلی پورکاویان

۸۲۵فرعی از ۱۰- اصلی آقای محمد شهریاری نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین زراعی به مساحت ۵۴۰,۷۳ مترمربع واقع در قریه اسپندکلا خریداری مع الواسطه از ناهید محرابی

۸۲۶فرعی از ۱۰- اصلی آقای سعید شهریاری نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین زراعی به مساحت ۷۱۲,۸۱ مترمربع واقع در قریه اسپندکلا خریداری مع الواسطه از فرزاد برارپور

۸۲۷فرعی از ۱۰- اصلی آقای غلامرضا فرخ پی نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین مزروعی به شرط تجمیع با پلاک ۱۳۳ فرعی از ۱۰ اصلی به مساحت ۹۷,۲۱ مترمربع واقع در قریه اسپندکلا خریداری مع الواسطه از صدیقه حامد

۸۲۸فرعی از ۱۰- اصلی آقای محمد شهریاری نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین زراعی به مساحت ۵۶۶ مترمربع واقع در قریه اسپندکلا خریداری مع الواسطه از شهلا اردلام

۸۲۹فرعی از ۱۰- اصلی آقای محمد شهریاری نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین زراعی به مساحت ۵۰۲,۸۰ مترمربع واقع در قریه اسپندکلا خریداری مع الواسطه از شهلا اردلام

املاک متقاضیان واقع در قریه کلمه پلاک ۱۴ -اصلی بخش یک ثبت کلاردشت

۴۴۳فرعی از ۱۴- اصلی آقای محمدحسین اعتمادی نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین مزروعی به مساحت ۴۶۷,۲۳ مترمربع واقع در قریه کلمه خریداری مع الواسطه از امیرعطا لاهوبی

۴۴۴فرعی از ۱۴- اصلی آقای شاپور معینی فردوسی نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین مزروعی به مساحت ۵۳۵,۹۳ مترمربع واقع در قریه کلمه خریداری مع الواسطه از حشمتاله منصورلکورج

۴۴۵فرعی از ۱۴- اصلی آقای صفرعلی جمال آبادی نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین مزروعی به مساحت ۴۱۲ مترمربع واقع در قریه کلمه خریداری مع الواسطه از حسین احمدی

۴۴۶فرعی از ۱۴- اصلی خانم الهام محمد اسمعیلی نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین مزروعی به مساحت ۴۹۱,۹۷ مترمربع واقع در قریه کلمه خریداری مع الواسطه از امیرعطا نخعی

۴۴۷فرعی از ۱۴- اصلی خانم سیمین کماکانی نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین مزروعی به مساحت ۳۱۳ مترمربع واقع در قریه کلمه خریداری مع الواسطه از عطاءاله صفدری

۴۴۸فرعی از ۱۴- اصلی خانم سیمین کماکانی نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین مزروعی به مساحت ۳۱۲ مترمربع واقع در قریه کلمه خریداری مع الواسطه از عطاءاله صفدری

۴۴۹فرعی از ۱۴- اصلی آقای سیدسپهر نولا نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین مزروعی به مساحت ۳۶۴,۲۸ مترمربع واقع در قریه کلمه خریداری مع الواسطه از عبدالمجید جوادیان

۴۵۰فرعی از ۱۴- اصلی آقای رضا مختاری نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین مزروعی به مساحت ۳۹۶,۷۵ مترمربع واقع در قریه کلمه خریداری مع الواسطه از امیرعطا نخعی

۴۵۱فرعی از ۱۴- اصلی آقای فرهاد ترکاشوند نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین مزروعی به مساحت ۲۳۹ مترمربع واقع در قریه کلمه خریداری مع الواسطه از نجفعلی هرسیج ثانی

۴۵۲فرعی از ۱۴- اصلی آقای یداله فخری نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین مزروعی به مساحت ۴۰۲,۹۵ مترمربع واقع در قریه کلمه خریداری مع الواسطه از امیرعطا نخعی

۴۴۱فرعی از ۱۴- اصلی آقای آریان فرج الهی نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین مزروعی به مساحت ۴۶۴ مترمربع واقع در قریه کلمه خریداری مع الواسطه از عطاءاله صفدری

۴۴۲فرعی از ۱۴- اصلی خانم آرمیتا فرج الهی نسبت به شش دانگ یک قطعه زمین مزروعی به مساحت ۳۱۹ مترمربع واقع در قریه کلمه خریداری مع الواسطه از عطاءاله صفدری